

A. 研究目的

本邦において救急搬送される自殺企図症例を扱うのは、二次救急医療機関あるいは三次救急医療機関の救急医療スタッフである。にもかかわらず、診察・治療・ケアに必要な医学的リソースが十分提供されているとは言い難い。連日連夜、搬送されてくる自殺企図症例に対し、最小限必要な治療とケアを施し、結果として安全に管理できることで、翌日の精神科専門医、家族、行政へつなぎ、再企図予防への入り口につなげる可能性がある。また、搬送された自殺企図患者にとっても安心できるケアを受けることにつながり、結果として、自殺既遂の最大の危険因子である再企図の予防になると考えられる。そのための効果的な複数のリソースの提供を目的とした。

救急医療スタッフにとって、ターゲットを絞って専門的に作成されたリソースを用いることで、標準的な対応法を提供されることによって自殺企図患者の初療にあたる不安やストレスを軽減できる。また、ワークショップに参加し、専門家の意見や他医療機関で苦勞する医療スタッフとコミュニケーションを持つことで、大きな安心を得ることができると考えられる。結果として、その後のモチベーションの維持や、離職を避ける効果が期待できる。

B. 研究方法

①救命救急センターおよび救急外来担当スタッフへの自殺企図患者を取り扱うにあたっての現場で役立つ FAQ 集の作成

②自殺企図の病態と対応策について、経験の深い精神科スタッフから直接学べる実践的なワークショップの開催

③自殺企図を含む精神科救急患者への初期対

(倫理面への配慮)

特に必要としない。

C. 研究結果

これまでの成果として、以下の2つがあげられる。

● 手引きの発行：自殺未遂患者への対応・救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引。日本臨床救急医学会『自殺企図者のケアに関する検討委員会』編、2009年3月。厚労省HPから無料でダウンロード可能（資料1）。

● 自殺未遂者ケア研修(救急医療版)の開催：平成21年度2回（東京、大阪）、22年度3回（東京、大阪、仙台）、各40~50人程度の救急医療スタッフ（医師、看護師、保健師、医学生、臨床心理士、他）と、ファシリテーター10名以上が参加した。詳細は自殺未遂者ケア研修(救急医療版)開催報告書。（厚労省HPにて公開）

今年度は、以下のような成果を上げた。

①FAQ集「来院した自殺未遂者患者へのケアQ&A-実践編2011-」の発行

理事会による校正と最終的な承認を得て、新代表理事、担当理事の緒言を追加ののち平成23年8月に、日本臨床救急医学会の全会員に発送された。同時に厚労省HP、日本臨床救急医学会HPに公開された。

②自殺未遂者ケア研修（一般救急版）の開催

“2. これまでの成果”にも記載したが、日本臨床救急医学会が共催するようになって3年度目の研修の開催を東京、大阪、福岡で開催した（以下、表および資料2参照）

1. 日時及び予定会場

1月15日(日)	東京	東京ファッションタウンビル	会議室9-A	http://www.tokyo-bigsight.co.jp/tft/index.html
1月28日(土)	大阪	大阪国際会議場	1008/701	http://www.gco.co.jp/ja/index_shusai.php
2月26日(日)	博多	JR博多シティ会議室	ABCD	http://www.jrhakatacity-eventspace.jp/meetingroom/index.htm

2. 全体スケジュール（前年度と同一）

- 10:20-10:30 開会挨拶
- 10:30-10:50 講演1 「自殺未遂者対策がなぜ必要か」
- 10:50-11:10 講演2 「自殺未遂者対応がトラインについて」
- 11:10-11:30 講演3 「地域の自殺対策の取組み」
- 11:30-11:50 ワークショップ説明
- 11:50-12:50 休憩
- 12:50-14:30 ワークショップ
- 14:30-14:40 休憩
- 14:40-16:20 成果物発表
- 16:20-16:40 講演4 「自死遺族への対応と支援」
- 16:40-16:50 開会挨拶

③救急医療において精神症状を呈する患者への初期診療を安全確実に行うための教育コースの開発とガイドブック作成、そのコース開催のための準備

開発コース名は PEECTTM コースと称され、すでに登録商標を取得している。②のワークショップを基本に、自殺企図のみではなく、広く救急外来へ訪れる可能性のある精神科救急患者に対する標準的な初期診療を身に付けることを目標としている。ガイドブックの題名は『救急医療における精神症状評価と初期診療

(PEECTTM : Psychiatric Evaluation in Emergency Care) ガイドブック- チーム医療の視点からの対応のために- 』として、現在最終的な校正に入っている。

D. 考察

FAQ集に関する意見、希望などを聞いた上で、改訂版に向けての準備を行っていく必要がある。自殺未遂者ケア研修に関しては、今後も日本臨床救急医学会『自殺企図者のケアに関する検討委員会』により、内容の充実、会員である救急医療スタッフへの参加呼び掛け、広報、結果の救急医学関連学会での発表、開催回数の増加などを実現していく必要がある。また、現在開発途上にある精神科救急患者に対する初療の教育コース (PEECTTM) については、テキストの完成に加え、PEECTTM コース開発委員会の設置と実施内容の検討(2011 年中)。ファシリテータ用の資料作成とその養成、資金的な補助を受けずに全国開催するための参加費の設定、テキスト販売印税、参加ファシリテータの旅費と講師料などの確保と管理、開催広報や参加者 (および主催者側のファシリテーター) 募集のための HP 作成と事務局機能の設置 (コース開催までに) などが今後の予定となっている。平成 23 年度自

殺未遂者ケア研修(救急医療版)開催報告書が 3 月に厚労省 HP で公開される予定である。

FAQ集に関する意見、希望などを聞いた上で、改訂版に向けての準備を行っていく必要がある。自殺未遂者ケア研修に関しては、今後も日本臨床救急医学会『自殺企図者のケアに関する検討委員会』により、内容の充実、会員である救急医療スタッフへの参加呼び掛け、広報、結果の救急医学関連学会での発表、開催回数の増加などを実現していく必要がある。また、現在開発途上にある精神科救急患者に対する初療の教育コース (PEECTTM) については、テキストの完成に加え、PEECTTM コース開発委員会の設置と実施内容の検討(2011 年中)。ファシリテータ用の資料作成とその養成、資金的な補助を受けずに全国開催するための参加費の設定、テキスト販売印税、参加ファシリテータの旅費と講師料などの確保と管理、開催広報や参加者 (および主催者側のファシリテーター) 募集のための HP 作成と事務局機能の設置 (コース開催までに) などが今後の予定となっている。平成 23 年度自殺未遂者ケア研修(救急医療版)開催報告書が 3 月に厚労省 HP で公開される予定である。

E. 結論

最終年の 23 年度は、現場で役立つリソースの提供として、FAQ 集の発刊、自殺未遂者ケア研修の全国展開が成された。これによる現場負担の軽減、自殺企図者への標準的なケアの提供により、自殺再企図率の減少に寄与すると考えられる。ただ、3 番目の目標である自殺未遂者ケア研修の発展版と言える救急医療における精神症状評価と初期診療 (PEECTTM : Psychiatric Evaluation in Emergency Care) コースの立ち上げとガイドブックの発刊には、今後も継続的な関与が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

○三宅康史：自殺未遂者ケアー日本臨床救急医学会『自殺企図者のケアに関する検討委員会』の取り組みー. 総合病院精神医学 23、2012.

○三宅康史：最新の話題 Q&A 集と PEEC™
三宅康史編、特集自殺企図患者へのアプローチ. エマージェンシーケア 24,1094-1097,2011.

2. 学会発表

三宅康史、有賀徹、大塚耕太郎、他：救急医療における精神科的評価 PEEC コースについて.
第 14 回日本臨床救急医学会総会・学術集会
(2011 年 6 月札幌) ワークショップ 3：救急関連 training course の現状と展望

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

●開発コース名は PEEC™ コースとされ、PEEC（ピーク）の呼び名は、本年度に登録商標を取得した。

●「来院した自殺未遂者患者へのケア Q&A-実践編 2011-」の著作権は日本臨床救急医学会に帰属する。

自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・ 救命救急センターの スタッフのための手引き

目次

発刊に際して	iii
手引きを使用するにあたって	v
I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ	1
II. 救急医療の現場での自殺未遂患者への対応のフローチャート	3
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><ul style="list-style-type: none">i) 情報収集ii) 自殺企図の手段と重症度の確認iii) 自殺企図の有無の確認iv) 現在の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）の確認v) 危険因子の確認vi) 外来での対応と入院適応の評価vii) 入院後－ICU、病棟での対応viii) 退院時までに行うべきこと<ul style="list-style-type: none">1. 確認すべきこと、やるべきこと2. 退院の判断に慎重を要する患者とは3. 精神科へのコンサルテーション4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割</div>	
III. 対応の流れ（看護師編）	17
IV. 対応の注意点	20
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><ul style="list-style-type: none">1 対応の基本2 すべきこと3 してはいけないこと</div>	
V. 家族への対応	24
VI. 再企図予防に関する情報提供	25
あとがき	26

発刊に際して

わが国における年間の自殺者数は平成10年（西暦1998年）に3万人を超え、その後も2万5千人前後から3万人程度で推移している。この問題については社会全体で取り組む必要があることから、平成18年（同2006年）に自殺対策基本法が施行され、その翌年には自殺総合対策大綱が示された。つまり、前者において自殺未遂者に対する支援が明文化され、引き続きそのような支援の重要性についてより具体的に言及されるに至ったというわけである。自殺を図ったり、自傷に及んだりした患者らへのケアについての期待はこのように漸次高まって現在に至っている。

さて、我々の救急医療の現場においては、上記のような患者らに稀ならず対応している。これらの自殺企図、自傷関連行動は、自殺を遂げてしまうという観点からみるなら、その危険因子の中で最も大きなものである。つまり、自殺を予防しようという取り組みをするなら、我々の現場でそのような患者らに適切なケアを展開することが極めて重要であるということである。そのような患者について医学的には、身体的な診療と精神医学的な診療とが同時に行われ、後者の場合の多くにおいて患者自身の健康に関する問題、家族との問題、経済的な問題などが明らかとなり、心理社会的な側面からの支援なども求められることとなる。

論理的に言うなら、臨床の現場において上記のような診療、支援について時宜を逸することは許されない。しかし、我が国の実情をみると、救命救急センターなど病院の救急部門に精神科医が配されている例は少なく、多くの場合は精神科医にコンサルテーションを行うか、または精神科医が病院にいないのでそれすらできないという水準にある。日本臨床救急医学会は医師、看護師、救急隊員、その他のコメディカルらが協働して良質なケアを達成しようとするものである。そこで、救急医療の現場において精神科医による具体的な支援が直接的に得られない状況でそのような患者に遭遇しても、我々スタッフが一定程度には臆することなく対応し、その後に遡ってもそれなりに適切なケアであったと評価されるような「手引書」を作成するに至った。

この「手引書」は、精神科医が直接的に具体的な介入をする水準には、はるかに及ぶものではない。このことは当然であるが、精神科医の支援が得られない現場においても「できればこのようなケアを实践されたい」という内容を示している。医療の質という観点からみれば、「乏しいストラクチャーにも関わらず、この程度のプロセスは宜しく」ということ示した、まずは第1版である。救急医療の最前線に位置する我々にとって、自殺企図、自傷関連行動を示した患者らへの対応の手引きとして大いに活用されることが期待される。そのようであれば、引き続き改訂版へと発展することができると思われる。

本手引きの発刊により我々の現場でのケアの質が向上し、患者によりよい医療が提供できることを切に希望するところである。

平成21年3月31日

日本臨床救急医学会代表理事

有賀 徹

「自殺未遂患者への対応：救急外来(ER)・救急科・救命救急センターの スタッフのための手引き」作成班

有限責任中間法人 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」

担当理事

有賀 徹 (昭和大学)

委員長

三宅 康史 (昭和大学)

委員

大塚耕太郎 (岩手医科大学)

岸 泰宏 (日本医科大学)

坂本由美子 (関東労災病院)

守村 洋 (札幌市立大学)

柳澤八恵子 (聖路加国際病院)

山田 朋樹 (横浜市立大学)

協力

伊藤 弘人 (国立精神・神経センター)

河西 千秋 (横浜市立大学)

手引きを使用するにあたって

- 1) この手引きは、救急部門において自殺を企図した患者へのケアを行うときに、関与する救急部門のスタッフが参照するのに適するものとしてまとめられた。
- 2) この手引きで想定されているのは、精神科医による具体的な支援が現場において直接的にすぐには得られないという状況である。病院に精神科医が勤務していなければ当然であるが、勤務していてもしばらくは連絡がとれない状況も含まれる。
- 3) この手引きに沿って患者のケアが開始されるのは、患者の身体的な診療に一定の目処がつき、患者の意識が回復してからである。このようなアプローチの具体的なタイミングについては本文を参照されたい。
- 4) この手引きは、患者が自殺を図ろうとする危険性を測り、精神状態の変化を把握し、再企図への危険因子を探るなど、医療チームとして可能な限り適切なケアの方法を示している。同時に、患者にとって安全な退院、引き続き外来診療などへの連携なども含んでいる。これらは、我々の現場における限られた医療資源の範囲内であっても、当面の、実践可能な効率的な方法である。ここには我々医療者にとっての安全を確保する観点も込められている。
- 5) この手引きには、身体的な問題に対処するにあたり、精神医学的な診断を下すアルゴリズムなどについては記述されていない。精神科医による具体的な支援が現場においてすぐには得られない状況で、可能な限りという条件のもとで、初療の段階から標準的なケアを行い、精神科専門医への円滑な連携を試みる方法が記載されている。
- 6) 救急部門のスタッフにとって、自殺企図、精神科受診歴、再企図、薬物中毒、自傷行為などの情報は、救急診療の要請があっても尻込みする理由となっていることを否めない。この手引きは、そのような“苦手意識”を克服し、ケアの全般にわたる“不安・心細さ”を和らげる一助となるであろう。そうであれば、この手引きの目的の大半は達成される。
- 7) この手引きは、該当する救急患者のケアなどについて経験豊かな医師や看護師によって作成されている。しかし、その内容は、我々の現場における限られた医療資源の範囲内での方法についてであって、必ずしも医学的に明確な根拠に基づいているものではない。言わば、当面の“手引き”であって、標準的な医療を示す“ガイドライン”と呼ぶ水準には至っていない。このことを十分に認識しつつ、関与するスタッフ各位にはこの手引きを積極的に利用し、批判を加えていただきたい。多方面からのご意見を踏まえた上で、第2版、第3版へとバージョンアップしていきたいと考えている。

平成21年3月31日

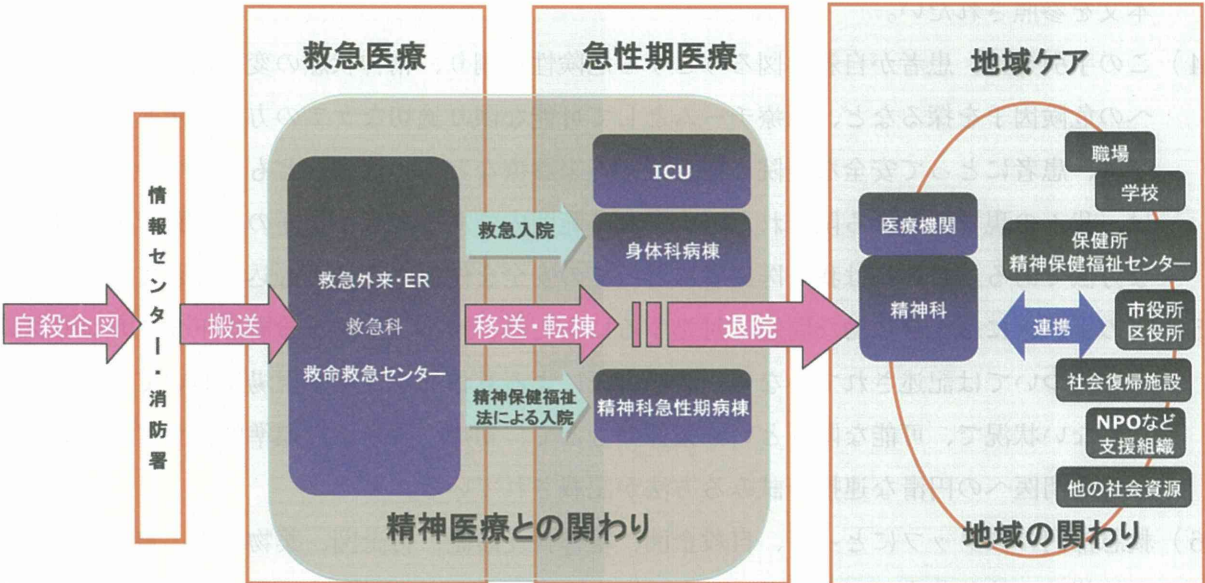
日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する委員会」委員長
三宅 康史

※自殺企図とは、自殺を意図して行った行為をいう。自殺未遂とは自殺企図の結果、生存している場合をいう。死に至った場合は自殺（既遂）となる。

I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ

自殺企図により医療機関へ搬送された患者は、その後も自殺の危険性が高いため、再度の自殺企図を防ぐことが重要である。自殺未遂患者に対して救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して、社会復帰に結びつけていくことが目標となる。下記に自殺企図者のケアの流れについて、概念図として示した。本手引きの該当する部分は主に救急医療と急性期医療の部分である。

自殺未遂患者ケアの診療モデル



救急医療から急性期医療、そして地域ケアまで
自殺未遂患者の社会復帰を促進する地域連携モデル

【危機介入^(注)】

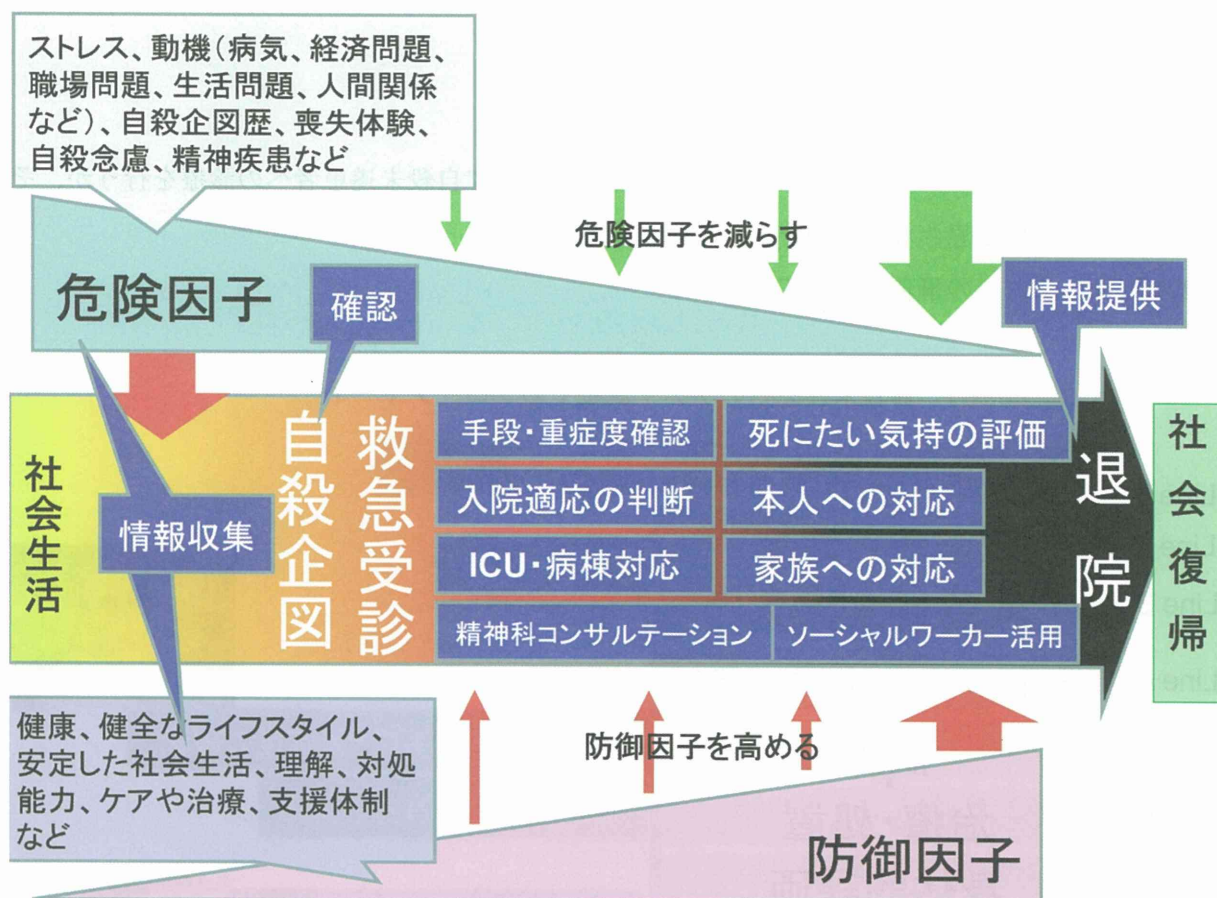
自殺未遂患者の多くは精神医学的な問題を抱えており、自殺企図の予防を含めた心のケアを実施する必要がある。医療機関では自殺企図者に対して、身体的・精神科的な治療を並行して行い、また精神科医など専門医とも連携をとる体制作りが求められる。

(注) 危機介入とは、自殺の危険性を回避させるために、自殺企図発生後に①即時的、②効果的、③具体的、④集中的、⑤短期的な対応を行い、社会復帰につなげることである。

【救急医療から急性期医療、そして地域ケアへ向けて】

救急受診後の急性期医療では、身体的治療に加えて、自殺未遂患者の背景にある精神障害への対応が必要である。精神医療の導入とともに、ケースワークを通じて、自殺未遂患者や家族へのさまざまな支援が必要であり、そのための連携体制の構築が必要となる。また自殺未遂患者には、継続的な精神医療と心理社会的支援が必要である。

救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応



自殺には、図で示したようなさまざまな危険因子が存在することが知られている。

図は自殺未遂患者のケアのストラテジーを簡略に示している。青の部分はフローチャートでも示した自殺未遂患者のケアとして実践すべき項目である。救急医療の従事者は自殺未遂患者のそれぞれの危険因子や防御因子を把握し、危険因子を減らし、防御因子を高めることで、自殺企図の再発危険性を減らすことができる。

救急医療は自殺未遂患者に対するケアのフロントラインであり、再発を予防するための拠点にもなり得る。

Ⅱ. 救急医療の現場での自殺未遂患者への対応のフローチャート

救急医療の現場では、身体的なケアだけでなく、自殺未遂という行為に対しても即時的なケアが必要である。自殺未遂患者ケアの目標としては以下の二つが重要である。

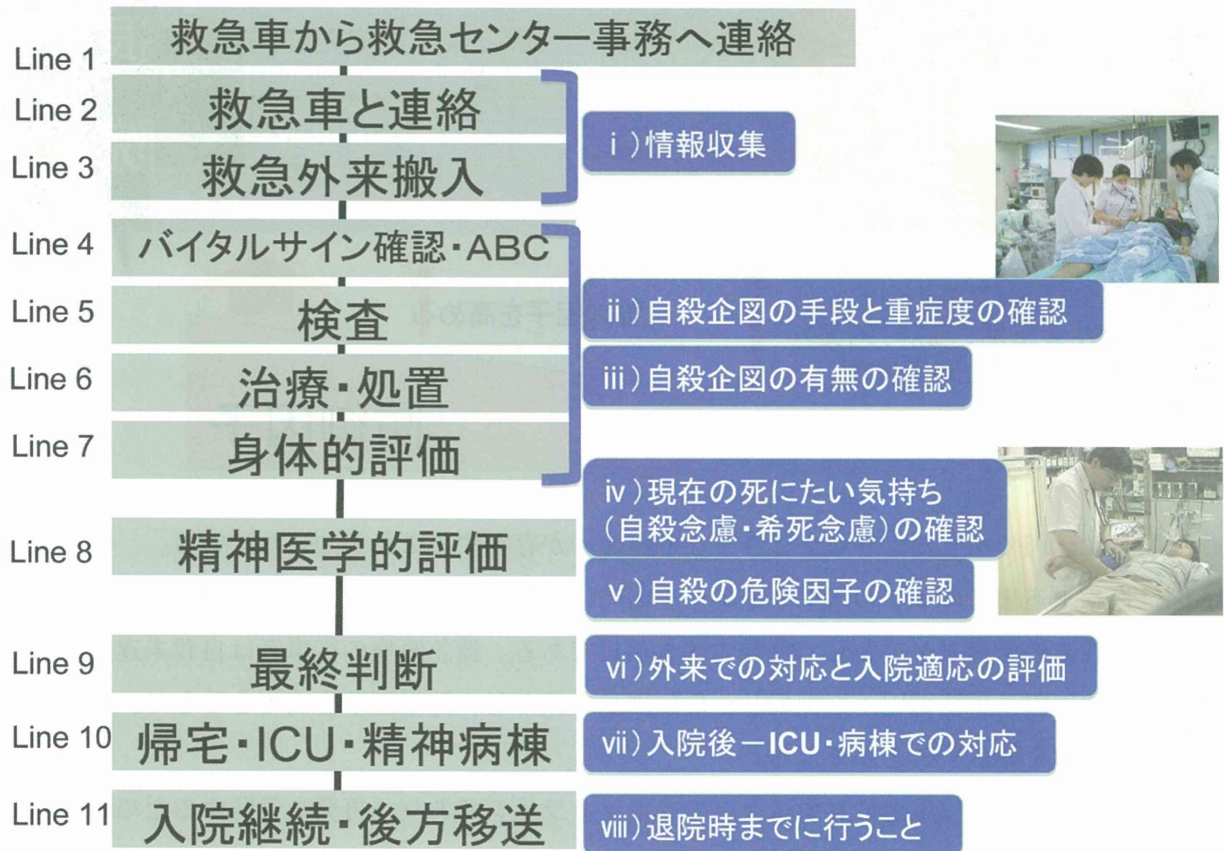
自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

実際には、下記のフローチャート（Line1～11）に沿って自殺未遂患者への診療を行うが、その際にとくに重要と思われる事項を i から viii に示した。

以下では、これらの事項について解説する。

自殺未遂患者のケア：現場でのフローチャート



i) 情報収集

患者が救急医療機関に搬送されたら、身体治療に関わる処置、検査だけでなく、直ちに下記に示した項目を、救急隊および家族や周囲から得ることが望ましい。受傷状況に関する情報把握は、身体治療を行う上で必要不可欠であるとともに、精神的ケアの方針を定める上でも欠かすことができない。

	救急隊	家族や周囲
バイタルサイン	●	
企図手段	●	●
発見状況	●	●
受診歴	●	●
生活状況	●	●
家族や支援者	●	●
遺書・動機	●	●
経緯・現病歴		●
その他の情報	●	●

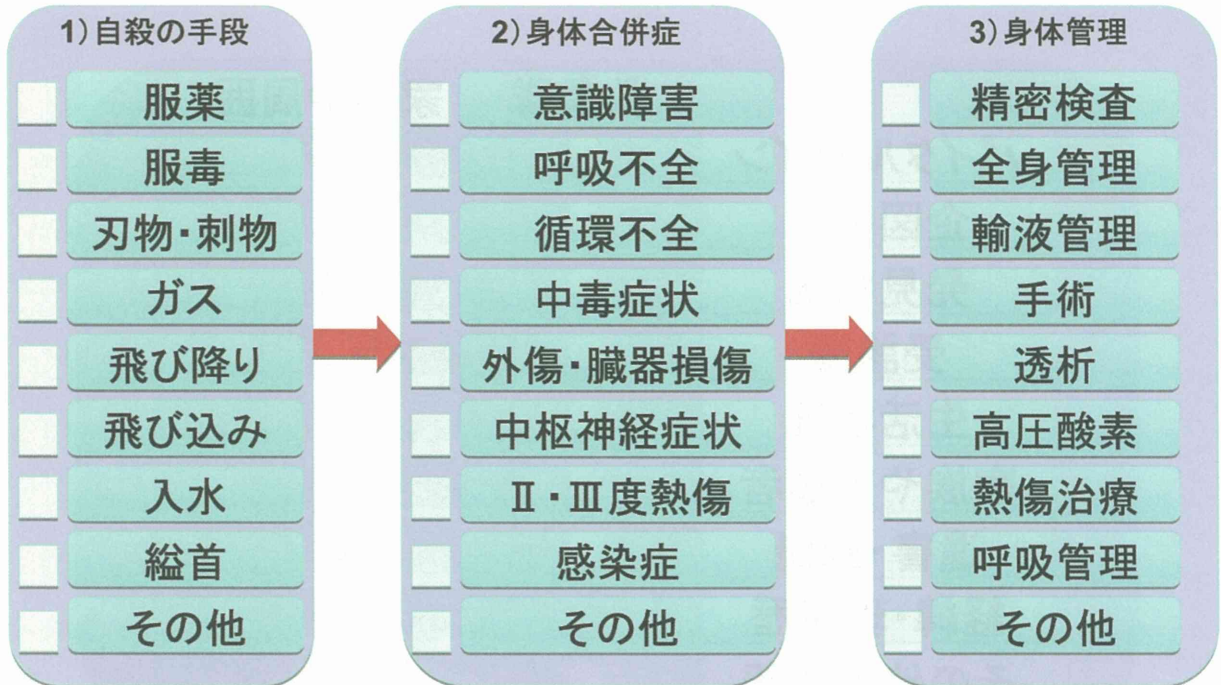
自殺企図者に関して、精神医学的なケアを含む救急医療を開始し、方針を決定する上で、救急隊から事実を正確に確認する必要がある。加えて、家族からも、これまでの経緯や動機などを確認する必要がある。

精神科医へのコンサルテーションの上で、下記の情報も非常に役立つ。

- ・年齢 ・性別 ・婚姻歴 ・精神科への自発的受診希望の有無
- ・主訴 ・病歴 ・精神科既往歴 ・家族歴

ii) 自殺企図の手段と重症度の確認

自殺企図の手段を確認し、身体所見の重症度から予測される身体管理を検討する。身体所見の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、身体科病棟での身体的治療を実施することが優先される。



1) 手段の確認

本人、家族、救急隊などから得た情報をもとに手段を確認する。必要によって尿中薬物検査、血中濃度測定などを行い、さらに原因の特定をすすめる。

2) 身体所見の把握

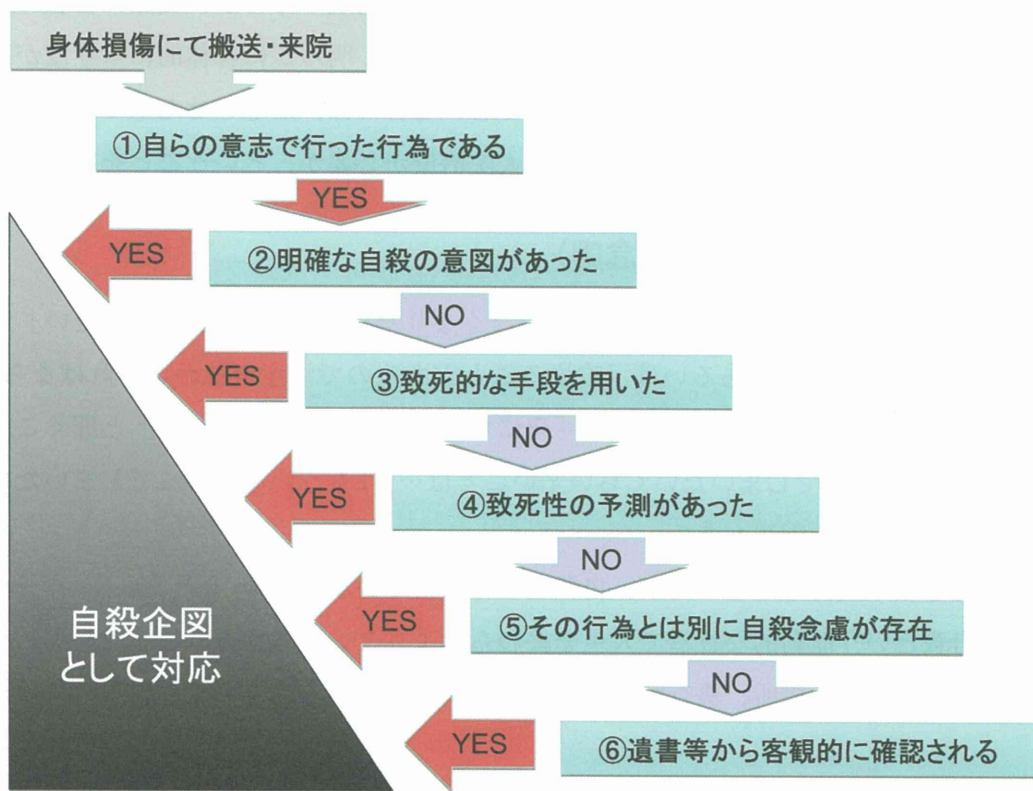
自殺企図に複数の手段を用いる場合や、それまでに自傷行為を繰り返している場合も少なくないため、十分に身体的検索を行う。

3) 身体管理

手段や身体所見をもとに、まず必要な身体管理を実施する。

iii) 自殺企図の有無の確認

今回の受診が自殺企図であることを、できる限り正確に確認する必要がある。



自殺未遂・自傷・その他の鑑別(松本、河西)一部改変

自殺企図の有無の確認

犯罪被害、薬物酩酊、身体疾患等を否定するために、自殺企図であったか否かの確認が必要である。以下の点から判断する。

①自らの意志で行った行為であるか？

他人から無理にその行為を強制されたなどであれば、否定的である。

②明確な自殺の意図があったか？

「症状が改善しないので、薬を多く飲んで治そうと思った」などであれば、否定的である。

③致命的な手段を用いたか？

「コーヒーを500cc飲んだ」など、客観的に死ぬ可能性のない手段であれば、否定的である。

④致死性の予測があったか？

「気持ちが楽になる程度の量の薬を飲んだ」などという場合は、否定的である。

⑤その行為とは別に自殺念慮が存在するか？

「落した物を拾おうとして道路に飛び出した」というような場合は、否定的である。

⑥遺書等から客観的に確認されるか？

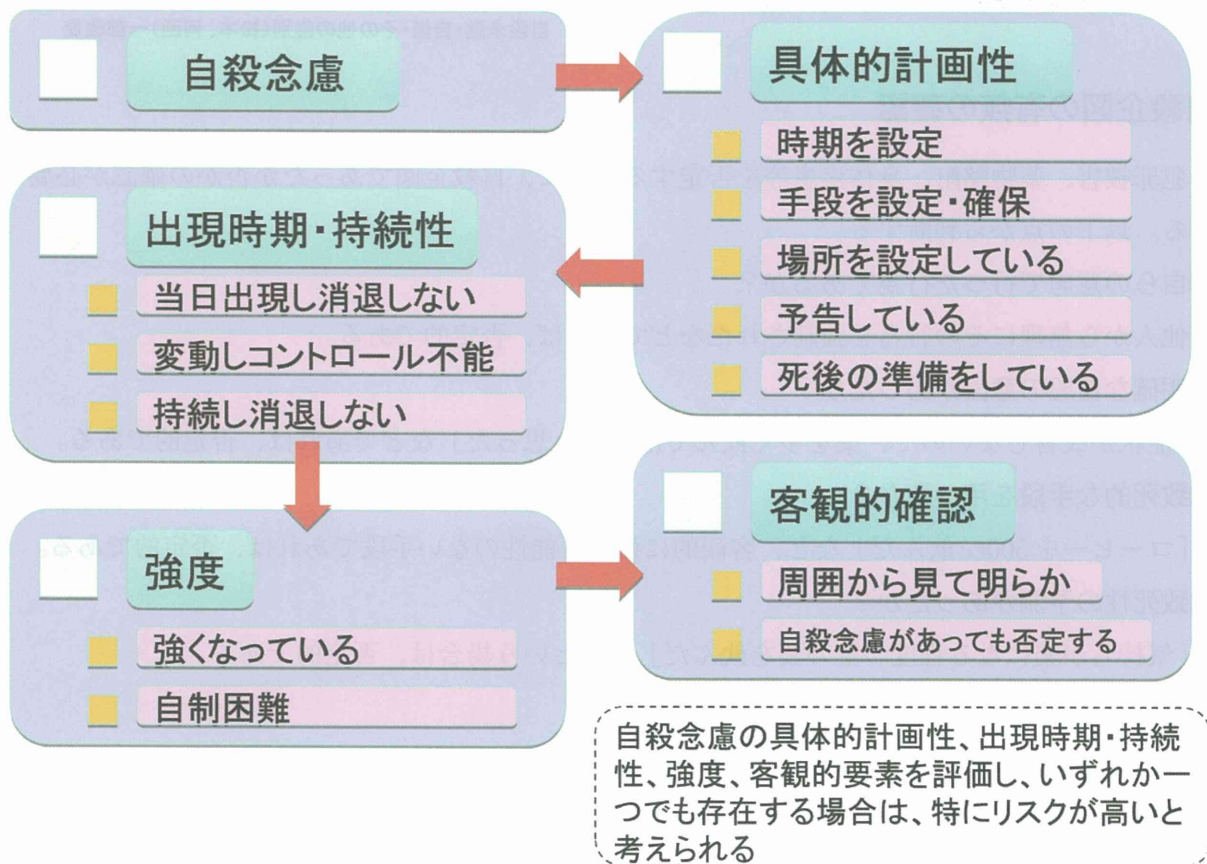
iv) 現在の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）の確認

自殺念慮を確認することは、自殺未遂患者のケアでもっとも重要なことのひとつである。強い
か弱い、いつからあるのか、どのような状況で自殺念慮が出現するのか、実際に自殺の再企図
の計画を立てているのか、ということ把握する必要がある。明らかに身体的に重症度が高い場
合には、入院を前提に話が進むが、身体的に重症でない場合には、帰宅させた上で精神科の外来
治療につなげるべきか、それとも精神科病棟での入院治療が必要か、ということ判断する。

死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）

「死にたい」という直接的言動だけでなく、「いなくなりたい」「ずっと眠っていたい」という
間接的言動も自殺を願望する、あるいは示唆することがあるので注意を払わなければならない。
これらがあれば、以下を確認する。直接的に「死にたくなることはありますか」と聞くことがた
められる場合は、「死んでしまいたいくらい辛いことは…」「もういなくなってしまうと思
うことは…」などと尋ねる方法もある。

- ①希死念慮：死を願う気持ちのことだが、自殺までは考えていない場合
- ②自殺念慮：自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方
- ③計 画 性：自殺の手段や場所、決行時間まで具体的に考えている場合には、自殺の危険が高い



1. 具体的計画性

自殺を具体的に計画している状況は、自殺の危険性が高いと判断される。

1) 時期を計画している

例) 「〇月〇日に」とか「〇の記念日に…」等

2) 手段・方法を計画している、確保している

例) 練炭を買っている、ロープを用意している等

2. 出現時期・持続性

衝動的に高まる、あるいは変動が激しく制御不能、慢性的に、あるいは日常的に持続し消退しない、等は危険性が高い。

3. 強度

強く確信的な希死念慮・自殺念慮は危険性が高い。

4. 客観的要素

本人が言明していなくても、希死念慮・自殺念慮が周囲から見て明らかな場合、あるいはそれらがあるのに否定する場合は危険性が高い。

v) 危険因子の確認

自殺念慮を認めた場合はいうまでもなく、自殺念慮を否定している場合でも、自殺の危険因子を認めた場合は自殺の再企図の危険性が高いと考える必要がある。

- 過去の自殺企図・自傷行為歴
- 喪失体験
身近な者との死別体験など
- 苦痛な体験
いじめ、家庭問題など
- 職業問題・経済問題・生活問題
失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活
- 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み
うつ病、身体疾患での病苦など
- ソーシャルサポートの欠如
支援者の不在、喪失など
- 企図手段への容易なアクセス
「農薬、硫化水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など
- 自殺につながりやすい心理状態
絶望感、衝動性、自殺念慮・希死念慮、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など
- 家族歴
- その他
診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

自殺企図者の再企図を防止するために、現在の死にたい気持ちと危険因子を相互に考慮して、判断していく必要がある。

vi) 外来での対応と入院適応の評価

①入院適応について

救急外来を受診した自殺未遂患者（自傷患者の一部を含む）については基本的に入院治療をまず考慮すべきである。その理由として以下の三点が挙げられる。

- 1) 自殺再企図を防ぐため集中的な治療介入を行う場を提供する
- 2) 精神科へのつなぎを行うための猶予となる時間を捻出するため
- 3) 入院自体が精神安定作用をもたらすこと

原則として、頑なに入院を拒否している場合を除けば、入院を勧めることが望ましい。しかし、精神科病棟への入院ではないためハード、ソフト両面において精神症状への関与に限界があることを患者家族に説明しておく。

②基本的な対応法

1) 自発的受診

意識障害がなく、患者自らまたは家族などの説得に応じて受診するケース。希死念慮が強い場合には、とくに入院を考慮する。

2) 非自発的受診

意識障害があり救急車搬送により受診するケースと、患者は拒否しているが、家族などが連れてきたケースとがある。前者は多くの場合JCS2桁以上で救急医療施設への入院となる。後者にも入院を勧めるが、充分時間をかけて説得しても拒否されることが多い（→その際の対応は③へ）。

3) 違法行為者の場合

他害行為と自傷行為を同時に行った患者や、麻薬等の違法使用が原因で自損行為を行った患者であっても、診療の上で差別してはならない。いかなる時でも治療は身体症状の程度に応じて行う。他害行為については警察への通報が必要であり、患者に麻薬等の使用があると診断した医師は「麻薬及び向精神薬取締法第58条の2」によって氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由を患者の居住地の都道府県知事へ届けなければならない。

4) 激しい精神症状が存在する場合

興奮状態となって暴れたり来院後も自傷行為を行うような場合には、自殺再企図につながる危険物を排除し、一人で行動しないようにするなど安全確保および保護を行う。著しい精神症状で身体的治療が十分に行えない場合、向精神薬による鎮静を考慮する。また、医療スタッフの安全確保に注意を払う。

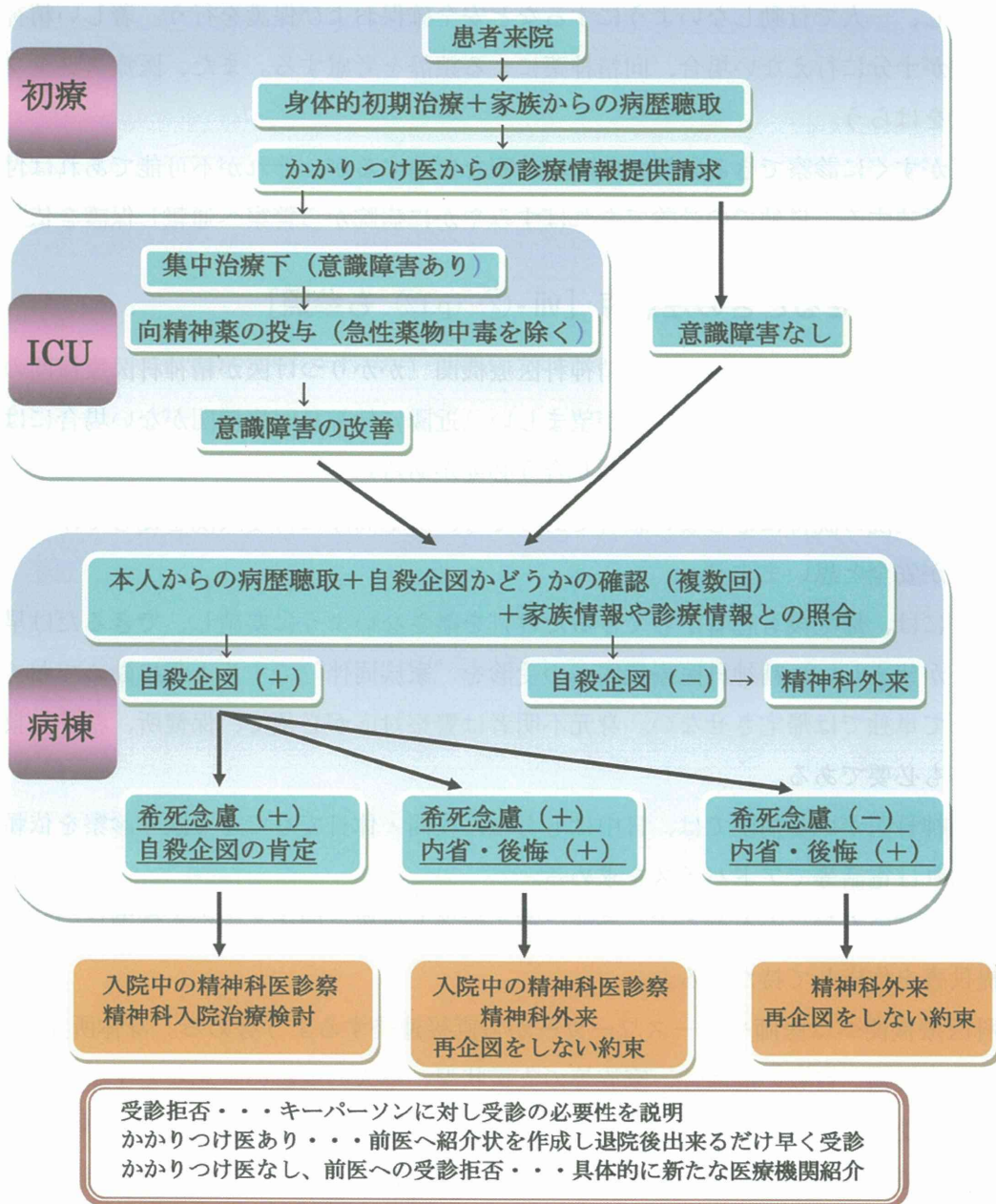
精神科医がすぐに診察できる状況であれば診察を要請するが、それが不可能であれば付添いの家族などに要請する。単独での受診であればすみやかに病院から警察へ通報し保護を依頼する。

③外来で帰宅させるときの注意点 [vii-② (p.12) も参照]

自殺未遂患者を帰宅させる場合は、精神科医療機関（かかりつけ医が精神科医療機関の場合はかかりつけ医も検討）へ紹介することが望ましい（近隣に精神科医療機関がない場合には、本人、家族と帰宅後のケアについて具体的に話し合う必要がある）。

- 拒否が強く入院の説得に応じない患者であっても、帰宅間際に再度入院を促してみる（例:「入院した方が安全と思います」）。
- 家族などには、帰宅後も患者からできるだけ目を離さないように要請し、できるだけ早く（当日、翌日が望ましい）精神科医療機関への受診を“家族同伴”できるように勧めておく。
- 原則として単独では帰宅させない。身元不明者は警察対応が必須で、保健所、精神科救急窓口への連絡も必要である。
- 常勤の精神科医がいる病院では、日中はもちろん夜間・休日でもできる限り診察を依頼し、不可能であれば電話等でアドバイスを求める。
- かかりつけ医の有無にかかわらず、受診に至る経過と処置に関する内容を簡潔に記載した診療情報提供書を作成して持たせる。
- 精神科医療機関へは医師やケースワーカーから直接連絡するよう努める。身体所見の重症度、病歴、治療経過、自殺の危険性、家族等の支援状況、本人の受診の意志などを伝える。紹介にあたっては受診予定の日時等を確認して、その上で情報提供書を作成することが望ましい。また、夜間等で医療機関に連絡がとれずに帰宅させる場合でも、紹介先の精神科医療機関や受診日、受診時間、受診形態（家族同伴など）を具体的に話し合うことが望ましい。

vii) 入院後－ICU、病棟での対応



① ICU入室後

1) 意識障害

多くは意識障害、あるいは人工呼吸器管理のため鎮静下にある。その間は家族などからできる限り多くの情報〔Ⅱ-i〕(p.4)参照〕を収集する。また、かかりつけの精神科医療機関から速やかに診療情報提供書を取得し、診断、向精神薬の服薬内容などを把握する。

2) 不穏・興奮

危険物を排除し、医療スタッフの安全確保および患者の保護を行う。しかし、たとえば意識障害下で不穏・多動が著しく、本人の身体的治療の安全性が確保できないと判断される場合は、家