

族等への説明の後、徒手拘束することも検討する。興奮症状の大半は意識障害によるものであるため、鎮静を強化することで対応する。意識清明である場合は、出来るだけ本人の訴えに耳を傾け、実施可能な内容であれば応じる。

### 3) 有効な薬物治療法

鎮静薬の減量に伴い、不眠、せん妄、精神運動興奮、頻呼吸、頻脈などが出現することも多いため、向精神薬を開始する。

## ② ICU退室後

### 1) 意識障害の改善後に確認する事項

鎮静薬投与終了後まもなくは、表面的には意思の疎通がとれてスムーズに会話が進んでいるようでも、患者は会話内容も誰と会話したのかも記憶していないことが実は多い。下記の事項については、退室直後と半日以上空けて再度患者に質問して確認する必要がある。必ず確認することは以下の3つである。

- ① 今回の行為は自殺企図か否か
- ② 今回の行為を肯定しているのか、それとも後悔や内省<sup>(注)</sup>ができているか
- ③ 希死念慮がいまだ存在するか

(注) 内省：自分の心を観察すること。冷静なふりかえり。

### 2) 自殺に関する話題の聞き方とタイミング

自殺未遂患者と自殺の話題について話すことは、医療者にとって心理的ハードルが高い。しかし、上記に示した①～③の項目については遅滞なく聞き出すことが重要である。患者とのコミュニケーションがある程度確立されていれば、それらの質問によって患者の精神状態が増悪する危険性は低い。一方で自殺企図そのものにまったく触れない対応は不自然である。なお、自殺の話題をするときには、自殺企図についていたずらに批判的になってはならない。[IV. 対応の注意点参照]

### 3) 帰宅要求の強い患者

自殺未遂患者は全例において、自己判断で退院を要求する可能性があることを入院時にあらかじめ家族などに説明し対応を決めておく。家族にはいつでも連絡がとれるようにしておいてもらう。

身体的に入院加療の継続が必要と判断される場合には、本人にその旨を説明し説得を試みる。それでも、理解が得られず退院を要求する場合には家族に来院を求め、患者-家族間で話し合いの上で、判断してもらう。意識清明で、完全に判断力が欠如しているわけではない患者を、本人の意志に反してとどめ置くことができない場合もある。

## viii) 退院時までに行うべきこと

### 1. 確認すべきこと、やるべきこと

#### 1) 自殺の危険性の再評価

前述したように、①今回の行為は自殺企図か否か、②今回の行為を肯定しているか後悔しているか、③希死念慮がまだ存在するかについて再確認する。今回の行為が①自殺企図であったとしても、②後悔・内省があり、③希死念慮が消退または減少していれば退院は可能と考える。

#### 2) キーパーソンと支援体制の確認

患者にとってのキーパーソン（多くは家族）には原則的に来院を求める。ケースにより家族以外がその役割を担う場合もある。内縁関係など患者と密接な関係にある人々には、状況を説明して協力を求める。生活保護者であれば役所の保護担当者と連絡をとり、キーパーソンが存在しないケースは保健所や市町村等の障害福祉担当課など（精神保健、難病、母子、児童、高齢者など）と調整する。ソーシャルワーカー等に連絡し、ソーシャルワークにつなげることも検討する。

#### 3) かかりつけ精神科との連携

かかりつけ精神科医がいる場合には、精神科医への診療情報提供書を作成する。主治医が失念している場合は、医療チームとしてこれを促す。退院時にはこのような返信を忘れないことが重要である。

### 2. 退院の判断に慎重を要する患者とは

- 自殺企図に対する後悔の念がなく、内省が得られていない。
- 精神疾患名にかかわらず、不安・焦燥感が強く、不眠が遷延している。
- 統合失調症や気分障害（うつ病、躁うつ病等）でその中核症状（幻覚・妄想、精神運動興奮、自責の念、精神運動抑制、絶望感など）が活発に存在する。
- 希死念慮が依然として強い。
- キーパーソンが不在か、居ても役割を果たすことが困難である。
- 金銭面、居住地がないといった問題で、退院後の生活に目処がまったく立たない。
- 患者・家族がともに精神的な治療を目的とした治療を望んでいる。
- 患者の抱える問題に対し、なんら解決方法が示されていない。
- 今後の精神科治療の目処（通院先など）が立っていない。
- 患者をサポートする関係機関に、まだ情報提供がなされていない。

### 3. 精神科へのコンサルテーション

自殺企図の場合、あるいは疑いに留まる場合でも、身体治療の目処がたったら、できるだけ早く精神科医など専門家へのコンサルテーションを検討する。また、患者の意識がない場合でも家族の同意を得て、専門家との相談に結びつけることを検討する。

また、消長を繰り返す（強くなったり弱くなったりする）「死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）」、繰り返される自殺企図、強い不安や焦燥感・衝動性、生活上の問題やストレス、生活の破綻のような危険因子の存在と、それに不釣り合いな支援の乏しさなどといったものがある場合は、とりわけ自殺の危険が高い状態と考えられる。



#### 1. 救急医療機関に精神科医がない場合のコンサルテーション

- 1) かかりつけの医療機関へ
- 2) 精神科救急の基幹病院へ
- 3) 身近な精神科医療施設へ

#### 2. 精神科医がいる場合のコンサルテーション

- 1) 施設内の精神科医へ
- 2) 施設内の精神科医を通じて、かかりつけ医療機関や精神医療施設へ

#### 3. 病状説明書，入院診療計画，退院療養計画書

- 1) 「自殺企図のため、精神科の診察を受ける」など精神科コンサルテーションに関する説明と記載。
- 2) 情報提供の部分でも述べたように、精神科医へのコンサルテーションの上で、身体的治療経過とともに精神医学的に下記の情報も非常に役立つ。
  - ・年齢　・性別　・婚姻歴　・自発的受診の有無
  - ・主訴　・現病歴　・精神科既往歴　・家族歴

#### 4. 紹介にあたって留意すべきこと

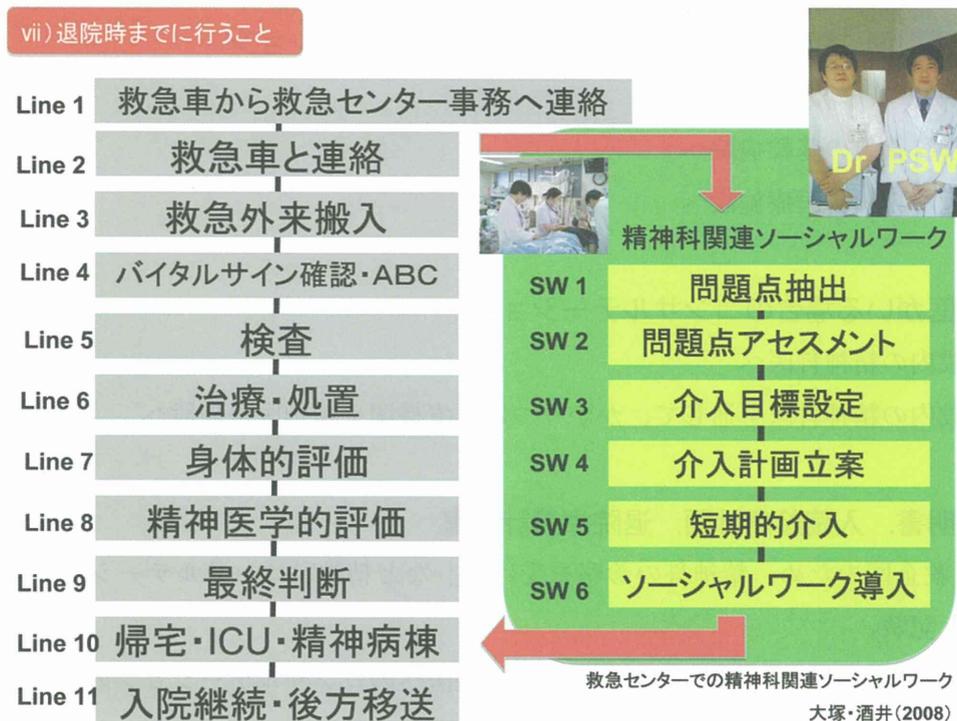
- ・患者と家族に診療結果や状態を説明し、具体的に紹介すべき理由を伝える。
- ・患者と家族の精神科受診への偏見に配慮する。

- 精神科治療の有効性を説明する。
- 患者が見捨てられたという感覚をもたないように配慮する。
- 可能なら精神科医に直接連絡をとる。
- かたくなに患者自身が拒否する場合、家族から受診を促してもらう。
- 具体的な受診日や受診の方法を確認する。

#### 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割

##### 1) 救急スタッフがソーシャルワーク関連の業務として行うこと

- (1) 動機になりうる心理社会的な問題を抱えていたら、本人または家族や支援者をソーシャルワーカーあるいは病院事務に紹介する。
- (2) ソーシャルワーカーが不在の場合は、精神保健福祉センター、保健所、関連の相談窓口などを紹介する。



##### 2) 救急医療現場におけるソーシャルワークについて

経済問題や生活問題を抱えている人の相談にのり、最適な社会資源のサービスを用いて、問題解決をはかることをソーシャルワークといい、それを実践するのがソーシャルワーカーである。自殺未遂患者の多くは医学的問題に加えて社会的問題を抱え、それが自殺企図の背景をなす精神疾患の発症、再発にも関連していることが多い。したがって救急担当医は、患者に対してソーシャルワークが導入されるよう配慮しなければならない。

### 3) ソーシャルワークの実践

たとえば、救急センターにおける精神科対応ケースの多くは自殺未遂患者であるが、その約半数は経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えているにもかかわらず、相談相手がいない状況にある。また、そのような相談者がいる場合でも、精神科外来や家族といった限られた範囲以外に有効な相談先がないということがほとんどである。したがって、周囲の支援体制、相談機関の振り分け、そして個々の抱える問題に関するケースマネジメントが必要となる。救急担当医は身体的治療と精神科救急的治療のマネジメントを行いながら、看護師やソーシャルワーカーなどのコメディカル力を借りて、患者の抱える心理的・社会的問題やニーズが明確化されるように努力すべきである。そして、以下のソーシャルワークの導入をサポートすべきである。

#### ★精神科関連ソーシャルワークの具体的内容

##### SW1. 問題点抽出

- 患者の心理社会的問題に関する情報収集を行う。
- 現実に抱えている社会生活上の問題点を本人、家族、救急隊、付き添いの支援者などから情報収集する。
- Line1-2、Line8のアセスメントと並行して行う。

##### SW2. 問題点アセスメント

- 心理社会的問題の緊急性、重大性の評価を行う。
- 支援者、支援組織などの確認を行う。

##### SW3. 介入目標設定

- ソーシャルワーカーを要請する。
- 現実的で達成可能な目標を設定する。
- 患者（利用者）および支援者（家族など）と一緒に設定する。
- 前向きな目標設定と動機づけを行う。

##### SW4. 介入計画立案

- アセスメントと目標設定に基づいた介入方法を提案する。

##### SW5. 短期的介入

- 必要な情報の提供を行う。
- 支援組織（行政、関連機関など）との連携をはかる。
- 生活・金銭・その他の問題の調整を行う。
- 家族、保護者、扶養義務者、後見人など支援者との調整を行う。
- 精神保健福祉法に基づく入院の場合の手続きの調整を行う。

##### SW6. ソーシャルワーク導入

- 継続的な相談・支援体制を構築する。
- 担当者の紹介を行う。
- 介入目標と介入計画について確認する。

### Ⅲ. 対応の流れ（看護師編）

自殺を図った後に救命救急センター等に搬送された場合には、まず緊急の身体的治療が施される。多くの場合には身体的評価と並行して精神的評価も行われるが、その際に患者にもっとも身近な存在としてその役割を果たすのが看護職である。

#### 1. 自殺についての話題から逃げない

対応にあたっては「TALK」の原則が重要である。すなわち、誠実な態度で話しかける（Tell）、自殺についてはっきりと尋ねる（Ask）、相手の訴えに傾聴する（Listen）、安全を確保する（Keep safe）、のそれぞれの頭文字をあててのTALKである。

#### 「TALK」の原則

- Tell；誠実な態度で話しかける
- Ask；自殺についてはっきりと尋ねる
- Listen；相手の訴えに傾聴する
- Keep safe；安全を確保する

自殺の話題を避けたり、刺激を与えないようにしたりと、腫れ物に触れるかのような関わり方をしてしまうのが一般的な反応であるが、自殺の話題を避け、現実から目をそらしてはならない。なぜなら自殺企図をしたことは事実であり、その結果、救急室に搬送されたことは現実のことだからである。むしろ、真摯な対応で自殺と向き合うことは危険なことではなく、再企図の予防になりうるものである。

具体的な関わりとしては、徹底して聞き役に回ることである。いわゆる「傾聴」である。看護師には、自殺未遂患者の評価が求められているのではなく、自殺した気持ちに共感することが求められているのである。そのためには受容的な態度で、訴えを全身で聴くことが重要である。

また、沈黙も有効に活用する。沈黙は愛情、同意、敵意、無視などさまざまな意味をもつ非言語的コミュニケーションの一つである。沈黙で患者が表現したいことを察知することも重要であり、沈黙の時間を大切にすることがコミュニケーションの幅を広げる。

#### 【傾聴として好ましい対応例】

「とてもたいへんな思いをしたのですね」

「とっても辛かったのですね」

「話せる範囲で構わないので、私で良かったら話していただけますか」

など

## 2. 逆転移の危険性

逆転移とは、治療者が被治療者に対して無意識に自分の感情を向けてしまうことである。救命救急医療の場面では、医療従事者が自殺未遂者に対して否定的な感情を向ける（陰性逆転移）ということがないように留意しなければいけない。不用意な態度や発言は、患者の自殺念慮を助長・再燃させてしまうことがある。

#### 【やってはいけない対応例】

##### 言 語

「こんな方法じゃ死ねないよ」

「死ぬ気になれば、なんでもできるでしょう」

「自殺は、してはいけないことだ」、など

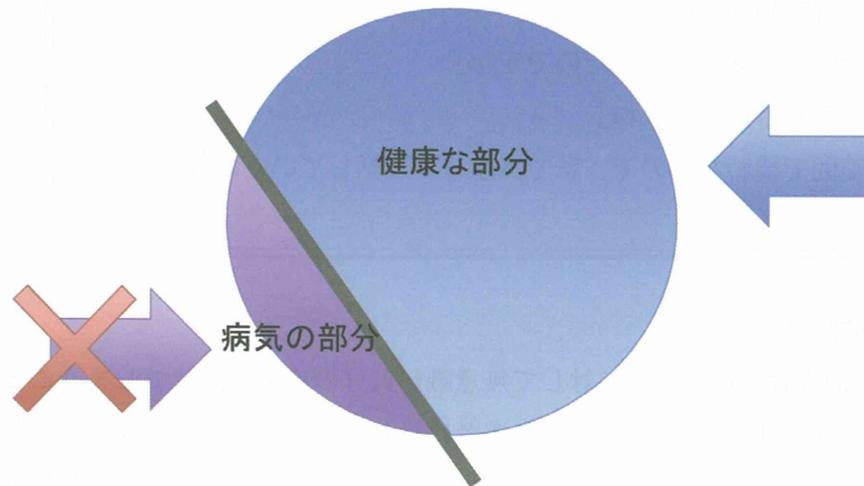
##### 態 度

「他にも命を助けたい人がいるので」と忙しいそぶりをする

「ここ（救急部）に入ったから大丈夫でしょ！」と相手にしない

## 3. こころの病む人の健康な部分に注目して関わる

看護師はこころを病む人の健康な部分に注目して、その部分を引き出し、その力を支えることが重要である。たとえば、統合失調症で幻覚妄想状態を呈する場合、その幻覚や妄想の多くは自殺未遂患者に不安や恐怖をもたらす。その不安を軽減するために、現実にも目を向けることができるように関わる必要がある。つまり、幻覚妄想の世界である「病気の部分」ではなく、現実的な生活に直面した「健康な部分」に注目して関わるのが重要である。



**【幻覚妄想状態を呈する自殺企図者への好ましい対応例】**

**自傷他害を予防する**

救急の現場にある危険物から遠ざける

**安全を保証する**

「今ここにいるのは、あなたと私だけだから大丈夫ですよ」

**現実に関心を向ける**

「私には聞こえたり感じたりしませんが、〇〇さんにはそう感じるのですね」

**幻覚妄想自体への対応**

幻覚妄想の否定も肯定もしない

常時、幻覚妄想の世界にいるわけではない（「訴え」の意味を確認する）

妄想を発展させたり助長させたりしない

#### 4. 看護におけるチームの連携・交渉・調整

救急医療のなかで、とくに常勤の精神科医がいない臨床現場に従事している看護師にとって重要なのは、再自殺の危険や予兆を察した時に、その内容を精神科看護師や精神科医に報告し、交渉および調整する能力を強化することである。そのためには常日頃から、自殺予防に関するカンファレンスや検討会を開催し、自分たちの知識および技能を高めるとともに、連携できる関係を形成しておくことが必要になる。

また、その連携は病院内だけにとどまらず、地域の関係者との連携を密にしておくことが自殺予防に寄与する。自殺予防に必要な基本的知識及び対応方法（技術）、それぞれの専門性を尊重し、互いに学び合う姿勢をもつことが重要である。

## IV. 対応の注意点

### 1 対応の基本

#### i) チーム医療

自殺未遂患者には身体・精神両面にまたがる多方面からの治療的アプローチが必要であるため、必然的に多職種（看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、救急医、精神科医、心理士など）が関わるチーム医療の形態をとることになる。それぞれの職種が果たすべき役割を速やかに遂行することが第一であるが、職種によって患者への関わり方、関わる視点および内容が異なることや、時に患者の言動に巻き込まれスタッフが互いに振り回されることを避けるために、常にコミュニケーションを欠かさず、必要時にはいつでも集合し短時間のミーティングを開いて患者に関する情報を共有し、統一した対応の徹底を図る。

#### ii) コミュニケーションの要点

##### ①基本的なことから

- 救急現場での医療従事者にとって、自殺未遂患者・自傷行為者に対する治療は避けて通れないことを肝に銘ずる。自らの中に患者からの逃避願望、患者に向けた嫌悪感や怒りの感情などが生じて、決して言動にあらわさない。
- 救急医療の現場では、コミュニケーションに十分な時間がとれないことが前提としてあることを心に留める。よって、「また、今度にしておこう」という発想は禁物である。初回のコンタクト時からその場で聞けること、できることは遅滞なく行う。しかし、焦って聞き出そうとしてはならない。
- 希死念慮の有無、今回の行為が自殺企図か否かについて複数回確認する。患者が事実や本心を隠している場合や、軽い意識障害の影響で返答が正確でないことがある。
- 自ら解決方法を提示できない限り、患者と患者周辺の問題に深く入り込みすぎない。患者の訴え（幻覚・妄想なども含め）には無制限につきあわず、時間を決めて対応する。
- 違法行為、迷惑行為（病院内のルール違反など）、脅迫行為については、自殺未遂患者とその家族といえども毅然とした対応をとる。
- 患者の攻撃的、反抗的、医療者を無視するような態度がみられても、意識障害によるものであることが多い。“性格が悪いせい”などと決めつけず、家族に入院前の本人の様子について聴取し現在の状態と対比する。

## ②心構え

- 医療者がもつ不安感、無関心な態度を自殺未遂患者は敏感に感じ取ることを知っておく。
- 患者に対して、医療者は適度な距離を置いて対応する必要がある。近すぎても、遠すぎてもいけない。
- 冷たく、無関心で、批判的な対応は、医療者が抱く患者に対する不安のあらわれであり、自殺再企図防止にまったく貢献しない。
- 一方で、医療者は自らが「なんとかしよう」という思いを強く持ち過ぎず、患者を関係機関、専門機関（精神科も含む）につなぐ役割を第一の立場とする。
- 自殺未遂患者は「死にたい」と言うが、同時に「生きていたい」と考えている。言い換えれば、「生きているには辛すぎるから死を選ぶしかない」と感じている。100%死にたい人はいない。

## 2 すべきこと

### ①対話の際にとるべき姿勢

- 傾聴……黙ってひたすら患者の言葉に耳を傾け、真剣に聞く態度。
- 共感と受容……患者の言葉をまず一度全面的に受け入れ、理解しようとする態度を示す。同時に入院中の安全を保障する。
- ねぎらい……来院したことそのもの、心の内を吐露してくれたことをねぎらう。
- 両価性……自殺未遂患者は「死にたい」「生きていたい」の両方をさまよっている。白でも黒でもなくグレーゾーンにある患者の気持ちを理解する。
- 死以外の解決方法を考える……患者は「死ぬことが唯一の問題解決方法である」と考えている。問題を解決するための他の方法について一緒に考え、探す努力をする。
- 患者の気持ちに焦点をあてる……自殺企図、自傷行為によって生じた身体面の問題だけでなく、そこに及んだ動機・心理的背景も積極的に取り上げる。

### ②忘れてはならないこと

- 自殺企図の原因について必ず聞く……聞かずに退院させることは、お腹が痛いと訴える患者に、何も聞かずに痛み止めの処方だけをするような態度に等しい。
- 死の意志を伴って行った行為かどうかを聞く（複数回）……退院の可否判断に直接つながるため、確実な情報を聴取する。
- 本人と家族の両方から情報収集する……自殺企図につながる動機や最近の精神状態についての

情報が、双方で必ずしも一致しない。正確な情報の共有につなげる。

- 必ず精神医療に結びつける（非受診者）……自殺未遂・自傷行為患者のほとんどが精神的な問題を抱えている。そのため、すべてについて精神科治療機関への受診を促す。「どこかに受診してくださいね」とアドバイスするだけでは具体性に欠け、その後患者はまず受診しない。できるだけ具体的に受診先を選定したり、行政（保健所等）を紹介するとよい。
- 自殺をしない約束……真摯な態度で患者の話に耳を傾けた後に、「同じ行為を繰り返さない」約束をする。単なる口約束ではあるが一定の抑止効果がある。

### 3 してはいけないこと

- 安易な激励……「がんばれ！」という激励は非常に曖昧で、具体性を欠く。患者はその言葉から「自分のことを理解してもらっていない」と強く感じ取る。何をどのように頑張ればどういった結果が得られるのかを具体的に示しつつ、励ますようにする。また、患者と医療者が“ともに頑張る”ことを強調する。
- 自らの価値観で相手を説得する……人それぞれに置かれた立場や、取り巻く環境、育った背景はまちまちである。体の痛みが当事者しかわからないのと同じで、心の痛みも当事者しかわからない。自らの価値観で他人を説き伏せようとすることは、患者に対し「理解されない」という感情を抱かせてしまう。
- 患者に話をさせない、一方的に話してしまう……傾聴と逆の形。自殺未遂患者は医療者に何かを教えてもらおうとはあまり思っていない。少しでも聞いて欲しい、感じて欲しいと思っている。
- 患者自身を批判・否定する（Goddamn syndrome）……自殺未遂患者・自傷行為患者に対し医療スタッフが陰性感情を抱いて、患者に暴言（例：「死ぬ気なんか初めからなくせに！」「生きたくないなら仕方ないね」「自分でやったんだから我慢しろ！」）を吐いてしまうことをいう。一般に、自殺未遂患者は自分自身が存在する意義を見いだせないことが多いので、上記の発言は、患者を一層追い込み自殺既遂へのリスクを高める。
- カタルシスを精神状態の改善と勘違いする……自殺企図・自傷行為をきっかけに、それまで患者自身の中で極限まで高まっていたフラストレーション、ストレスなどが一時的に解消され、見かけ上精神状態が改善しているように見える状況を「カタルシスが得られた<sup>(注)</sup>」という。しかし、患者を取り巻く環境は本質的に変化していないわけで、適切な対応をしなければ元の精神状態にいずれは戻ってしまう。精神科へのつなぎを忘れない。

(注)「カタルシスが得られる」とは、抑えられていたストレスや苦痛による感情や葛藤を言葉や行動で表出させて心理的な緊張を解くことである。

## よくある対応困難例 Q&A

- 「死にたい」と繰り返す患者……同じ行為を決して繰り返さないよう約束する。「絶対しないとは言えない」「必ず同じことをする」という患者には、“しないよう努力する”ことを要請・約束する。
- 家族と会いたくないという患者……入院が患者と家族がお互いにじっくりと向き合う機会となることがある。面会は可能な限り行ってもらう。拒否的な発言とは裏腹に一生懸命話していることが多い。
- いわゆる“リピーター”……同一人物が頻回に繰り返す自殺企図・自傷行為に対して医療者も疲弊し、時に怒りの対象となりがちであるが、できるだけ淡々と対応するよう努める。「何度繰り返すのですか？」といった言葉で患者を批判しても、まったく治療効果はない。

## V. 家族への対応

### 1. 基本的姿勢

- 傾聴……家族の言葉に耳を傾け、誠意をもって聴く。家族を評価しない。
- 共感と受容……家族の言葉や気持ちを認め、理解しようとする態度を示す。家族も本人と同様に苦悩を抱えている場合が多い。
- ねぎらい……家族が受診に付き添ったこと、話したことやこれまで支援してきたことをねぎらう。
- 家族の苦しみに焦点をあてる……起きた出来事の確認だけでなく、家族の苦しみや不安も話題として取り上げる。
- 協力・支援体制を一緒に構築する……自殺企図患者の治療に対して家族としても支援していく体制を考える。家族だけの負担ではなく医療機関も一緒に取り組む姿勢を伝える。
- 精神科治療やソーシャルワークなどの心理社会的介入が、本人の自殺の危険性を減らすことにつながることを伝える。

### 2. 家族の動揺を落ち着ける

- 治療者側がゆっくりと落ちついて対応することで、家族も安心する場合が多い。家族も動揺している場合が多く、まくしたてるように一気に説明することは望ましくない。

### 3. 家族から情報を収集する

- 家族から患者に関する情報を収集し、病歴を確認する。

### 4. 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える

### 5. 家族からも心理社会的問題を聴取し、必要な場合、家族と協力しながらソーシャルワークにつなげる

### 6. 地域で活用可能な救急対応の窓口に関する情報を提供する

## VI. 再企図予防に関する情報提供

### 1) 救命救急医や精神科医からの情報提供がなぜ必要か

#### ○現場で患者、家族に安心を与える

自殺企図で搬送された現場では、患者や家族も大変混乱している場合が多い。さまざまな心理社会的な問題を抱えていても、すぐに問題解決に向けて決定できない場合も少なくない。

#### ○患者、家族が適切な医療や支援を選択できる

自殺企図で搬送された患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識としてもっていない場合も少なくない。適切な情報が提供されることで、治療やその後のケアを患者や家族が選択することが可能となる。

#### ○ケアの導入や再企図防止にとって重要な心理教育的なアプローチである

自殺企図がなぜ起こったのかということに対して本人や家族が理解することは、今後のケアの導入や再企図防止の観点でも重要である。

### 2) 提供できる情報の種類

- 自殺企図のプロセス
- 自殺の危険因子と防御因子  
→参照. 「救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応 (p.2)」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性  
→参照. 「I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ (p.1)」
- 経済問題や生活問題、病気に関連した悩みを抱えている場合の相談窓口の存在や医療相談室などを介したケースワーキング対応の存在  
→参照. II. -viii) 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割 (p.15～16)
- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

## あとがき

わが国では平成10年（西暦1998年）以降、年間に約3万人の方が自殺で亡くなっている。また、それ以上の数の自殺企図者が存在していることが想定される。自殺企図による重症症例は救急医療機関へ搬送されるため、救急医療機関が自殺未遂患者のケアに果たす役割は大きい。

自殺対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法（以下、基本法）」が成立したことを受け、平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」でも、自殺未遂患者へのケアが具体的かつ重要な項目として位置づけられている。また、平成18年度から厚生労働科学研究「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」が開始され、平成20年3月には厚生労働省による有識者検討会で「自殺未遂者ケアガイドライン作成指針」が公表された。本手引きもこの自殺対策の流れをうけて作成が開始された。

自殺未遂患者ケアは身体的治療と精神医学的治療とを同時並行的に、しかも緊急的に実践しなければならない。これは非常に高度な医療であり、今後も救急医療が担っていくべき領域である。社会の救急医療への期待に応えるために、救急医療に従事する我々が自殺未遂患者のケアについて理解を深め、積極的に実践していくことを祈念する。

（耕）

この手引きに関するご意見がございましたら、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までお寄せください。

〒164-0001

東京都中野区中野2-2-3 (株)へるす出版事業部内

日本臨床救急医学会事務所

本書の文章および図の著作権は日本臨床救急医学会に帰属する。日本臨床救急医学会の承認を得た場合を除き、本書に記載されている文章および図版の転用や複製を禁ずる。

---

## 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

---

発行 平成21年3月31日

発行者 日本臨床救急医学会

東京都中野区中野 2-2-3 (株)へるす出版事業部内

# 平成23年度 自殺未遂者ケア研修

---

## 一般救急版

厚生労働省主催  
一般社団法人日本臨床救急医学会共催

**自殺未遂者ケア研修 一般救急版 東京会場**

開催日時：平成24年1月15日（日）10：20～16：50

会 場：TFT（東京ファッションタウンビル）

**自殺未遂者ケア研修 一般救急版 大阪会場**

開催日時：平成24年1月28日（土）10：20～16：50

会 場：大阪国際会議場（グランキューブ大阪）

**自殺未遂者ケア研修 一般救急版 博多会場**

開催日時：平成24年2月26日（日）10：20～16：50

会 場：JR博多シティ会議室

# プログラム

司会：三宅康史

- **開場** 9:50
- **開会挨拶** 10:20-10:30  
三宅康史  
厚生労働省
- **講演 1** 10:30-10:50  
「自殺未遂者対策がなぜ必要か」  
山田朋樹(東京会場)／杉本達哉(大阪会場)／衛藤暢明(博多会場)
- **講演 2** 10:50-11:10  
「自殺未遂者対応ガイドラインについて」  
大塚耕太郎
- **講演 3** 11:10-11:30  
「地域の自殺対策の取組み」  
河西千秋(東京会場)／山田朋樹(大阪会場)／河西千秋(博多会場)
- **ワークショップ説明** 11:30-11:50  
河西千秋(東京会場)／大塚耕太郎(大阪会場)／河西千秋(博多会場)
- 
- **休憩** 11:50-12:50
- 
- **ワークショップ** 12:50-14:30  
大塚耕太郎
- 
- **休憩** 14:30-14:40
- 
- **成果物発表** 14:40-16:20
- **講演 4** 16:20-16:40  
「自死遺族への対応と支援」  
大塚耕太郎(東京会場)／山家健仁(大阪会場)／山家健仁(博多会場)
- **閉会挨拶** 16:40-16:50

## ファシリテーター

### 【東京会場】

西 大輔(国立病院機構災害医療センター)／岩本 洋子(横浜市立大学)／山本 賢司(北里大学)／川島 義高(日本医科大学)／杉本 達哉(関西医科大学附属枚方病院)／衛藤 暢明(福岡大学)／松尾 真裕子(不知火クリニック)／大山 寧寧(横浜市立大学)／高井 美智子(北里大学)

### 【大阪会場】

池下 克実(奈良県立医科大学)／佐藤 篤(近畿大学)／織田 裕行(関西医科大学附属滝井病院)／山田 妃沙子(関西医科大学附属滝井病院)／安東 友子(大分大学)／井尻 美由紀(国立病院機構大阪医療センター)／日野 耕介(横浜市立大学)／高井 美智子(北里大学)

### 【博多会場】

山本 賢司(北里大学)／川島 義高(日本医科大学)／佐藤 篤(近畿大学)／杉本 達哉(関西医科大学附属枚方病院)／織田 裕行(関西医科大学附属滝井病院)／山田 妃沙子(関西医科大学附属滝井病院)／安東 友子(大分大学)／松尾 真裕子(不知火クリニック)／橋本 聡(国立病院機構熊本医療センター)

## 三宅康史 先生

昭和大学医学部救急医学・昭和大学病院救命救急センター 准教授

1985年東京医科歯科大学医学部卒業、医学博士、救急指導医、脳神経外科専門医、集中治療専門医、外傷専門医

日本臨床救急医学会「自殺未遂者のケアに関する委員会」委員長、日本救急医学会「熱中症に関する委員会」委員長

## 河西千秋 先生

横浜市立大学医学部精神医学・准教授、保健管理センター長

専門領域は精神科薬物療法、地域精神保健(特に自殺予防学)、行動科学。地域、病院、専門教育、職域の各領域において、また厚労省、神奈川県、横浜市、全国自治体や各種団体からの委嘱により様々な自殺対策活動・研究に従事している。日本精神神経学会指導医・専門医、日本自殺予防学会理事、日本うつ病学会自殺対策委員会委員長、日本精神科救急学会評議員など。近著に「自殺予防学」(新潮社)、「プライマリ・ケア医による自殺予防と危機介入」(南山堂)など。

## 山田朋樹 先生

横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター 准教授

平成5年横浜市立大学卒。平成7年～財団法人復康会鷹岡病院、平成11年～横浜市立大学附属病院、平成12年より横浜市立大学附属市民総合医療センター勤務。平成15年より4年間同センター内の高度救命救急センターに救急医として勤務し現在に至る。

## 大塚耕太郎 先生

岩手医科大学医学部 神経精神科学講座

2001年岩手医科大学神経精神科助手、2005年同科講師、自殺に関連した研究業績が多数あり、臨床、研究のいずれにおいてもまさに第一人者といえる。

第25回日本社会精神医学会優秀発表賞(2006)など受賞歴も多数。

## 山家健仁 先生

岩手医科大学医学部 神経精神科学講座

H14年岩手医科大学卒、同大学神経精神科学講座入局。H17年岩手県高度救命救急センター常勤精神科医師として1年間勤務。H19年岩手医科大学大学院卒、同大学神経精神科学講座助教。

## 衛藤暢明 先生

福岡大学病院 精神科 助教

平成15年熊本大学医学部卒。同年、福岡大学病院 精神科入局。平成18年より福岡大学病院救命救急センターおよび精神科での自殺企図者に関する臨床・研究に従事。平成21年福岡大学大学院卒、同大学精神科助教。専門は、リエゾン精神医学、自殺予防、精神分析的な精神療法。

## 杉本達哉 先生

関西医科大学附属枚方病院 精神神経科 助教

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医、日本総合病院精神医学会専門医

平成11年関西医科大学卒業。平成17年4月から3年間、関西医科大学高度救命救急センターで常勤精神科医として勤務し、自殺未遂者ケアに従事。平成19年4月から厚生労働省「自殺対策のための戦略研究」において研究分担施設の代表者、平成21年12月から大阪府自殺未遂者実態調査検討会の委員を務めるなど、自殺予防領域でのキャリアをつむ。