

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」博多会場

自殺未遂者への対応に困ったことはありませんか？

この研修は、初期対応から継続的な支援への連携まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのエッセンスを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って、1日で学べます。

モデル症例を用いたワークショップも行い、すぐに臨床現場で応用できる内容です。

皆様のご参加をお待ちしております。

- 主催：厚生労働省（共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会）
- 日時：平成24年2月26日（日） 10:20~16:50
- 対象者：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフ等
- 会場：JR博多シティ会議室 [10階] ABCD
〒812-0012 福岡県福岡市博多区博多駅中央街1番1号（博多駅直結）
- 参加費：無料（定員50名）
- プログラム

司会 三宅康史

9:50	開場	
10:20-10:30	開会挨拶	三宅康史(昭和大学医学部救急医学)、厚生労働省
10:30-10:50	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」 衛藤暢明(福岡大学医学部精神医学教室)
10:50-11:10	講演2	「自殺未遂者対応ガイドラインについて」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:10-11:30	講演3	「地域の自殺対策の取組み」 河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:30-11:50	ワークショップ説明	河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:50-12:50	休憩	
12:50-14:30	ワークショップ	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
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」 山家健仁(岩手医科大学神経精神科学講座)
16:40-16:50	閉会挨拶	

*ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。都合により一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

- 申込方法 【申込期間：12月5日（月）~2月16日（木）】

郵便での
お申込み

〒104-0061 東京都中央区銀座6丁目14番5号 ギンザTS・サンケイビル7F
自殺未遂者ケア研修参加受付係（機プロセスユニーク内）

FAXでの
お申込み

別紙の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
FAX：03-3545-3610 自殺未遂者ケア研修参加受付係

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申し込みください。
メールアドレス：caresympo@p-unique.co.jp

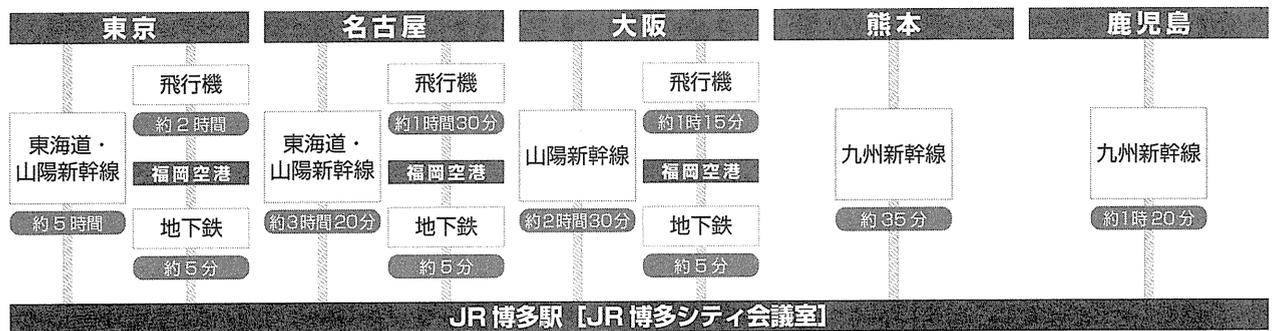
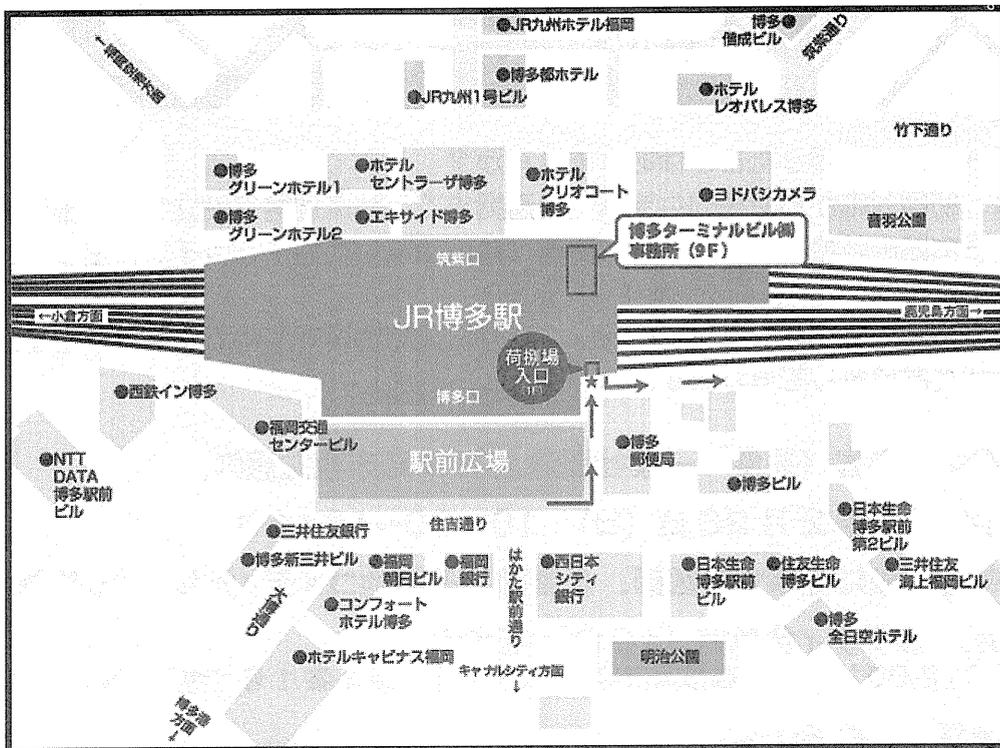
- 問合せ先

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

電話番号：03-3248-6373 FAX：03-3545-3610

対応時間：午前9時~午後6時（年末年始・土日・祝日を除く 3月31日迄）

【会場アクセス】



平成 23 年度 自殺未遂者ケア研修（一般救急版）
博多会場 参加申込書

ふりがな 氏名	
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業	医師・看護師・その他（ ）
○をつけてください	救急医療の経験年数（ ）年
勤務先(科)	
メールアドレス	

※上記全てをご記入の上、メールまたは FAX でお送り下さい。

メール : caresympo@p-unique.co.jp

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」大阪会場

自殺未遂者への対応に困ったことはありませんか？

この研修は、初期対応から継続的な支援への連携まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのエッセンスを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って、1日で学べます。

モデル症例を用いたワークショップも行い、すぐに臨床現場で応用できる内容です。皆様のご参加をお待ちしております。

- 主催：厚生労働省（共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会）
- 日時：平成24年1月28日（土） 10:20~16:50
- 対象者：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフ等
- 会場：大阪国際会議場（グランキューブ大阪） 10階 1008
〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島5丁目3-51
- 参加費：無料（定員 50名）
- プログラム

司会 三宅康史

9:50	開場	
10:20-10:30	開会挨拶	三宅康史(昭和大学医学部救急医学)、厚生労働省
10:30-10:50	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」 杉本達哉(関西医科大学附属枚方病院 精神神経科)
10:50-11:10	講演2	「自殺未遂者対応ガイドラインについて」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:10-11:30	講演3	「地域の自殺対策の取組み」 山田朋樹(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)
11:30-11:50	ワークショップ説明	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:50-12:50	休憩	
12:50-14:30	ワークショップ	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
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」 山家健仁(岩手医科大学神経精神科学講座)
16:40-16:50	閉会挨拶	

*ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。都合により一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

- 申込方法 【申込期間：12月5日（月）～1月18日（水）】

郵便での
お申込み

〒104-0061 東京都中央区銀座6丁目14番5号 ギンザTS・サンケイビル7F
自殺未遂者ケア研修参加受付係 (※プロセスユニーク内)

FAXでの
お申込み

別紙の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
FAX：03-3545-3610 自殺未遂者ケア研修参加受付係

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申し込みください。
メールアドレス：caresympo@p-unique.co.jp

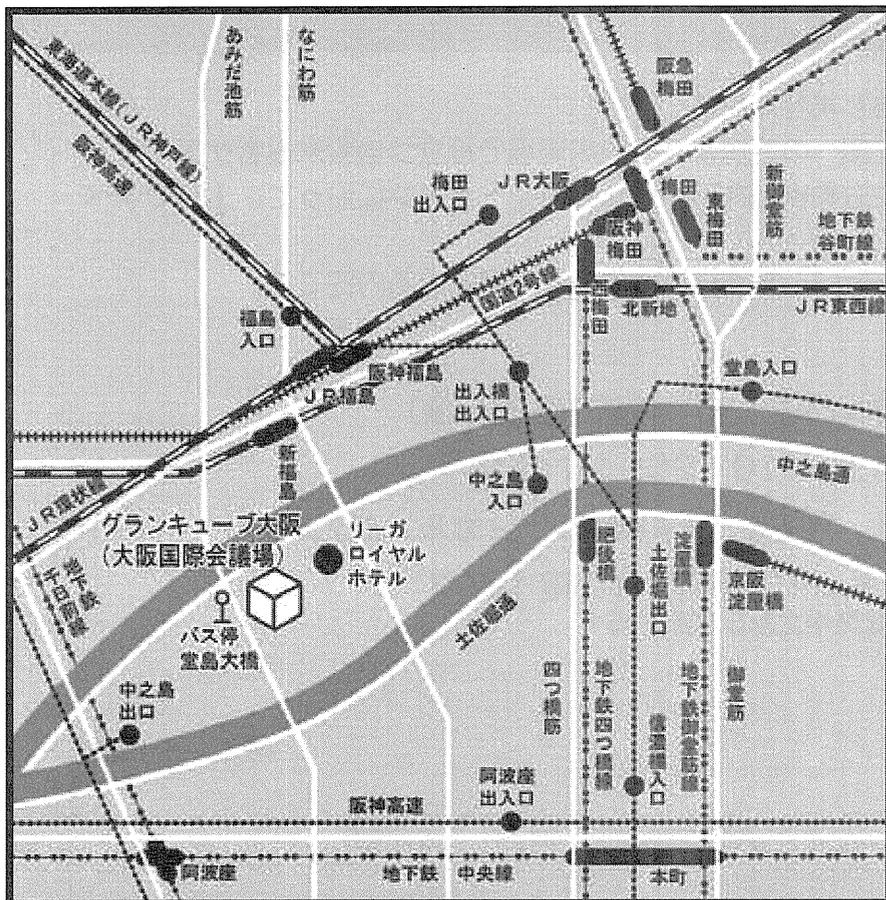
- 問合せ先

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

電話番号：03-3248-6373 FAX：03-3545-3610

対応時間：午前9時～午後6時（年末年始・土日・祝日を除く 3月31日迄）

【会場アクセス】



◆ 最寄り駅のご案内

■ 関西国際空港から

- ・ JR関空快速・京橋行きで「大阪駅」まで約 65 分。
- ・ 空港リムジンバスで「大阪駅」周辺まで約 65 分。

■ 大阪国際空港（伊丹）から

- ・ 空港リムジンバスで「大阪駅」前まで約 30 分。

■ 新幹線（新大阪駅）から

- ・ JR在来線で「大阪駅」まで約 5 分。

■ 周辺アクセス

- JR「大阪駅」駅前バスターミナルから、大阪市営バス（53 系統 船津橋行）または（幹 55 系統 鶴町四行）で約 15 分「堂島大橋」バス停下車すぐ
- JR 大阪環状線「福島駅」から徒歩約 10 分
- JR 東西線「新福島駅」（2 番出口）から徒歩約 10 分
- 阪神電鉄「福島駅」から徒歩約 10 分
- 大阪市営地下鉄「阿波座駅」（中央線 1 号出口・千日前線 9 号出口）から徒歩約 10 分
- シャトルバスが、「リーガロイヤルホテル」と各ターミナル（JR「大阪駅」中央北口、地下鉄・京阪「淀屋橋駅」西詰）の間で運行しており、ご利用いただけます。

平成 23 年度 自殺未遂者ケア研修（一般救急版） 大阪会場 参加申込書

ふりがな 氏名	
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業	医師・看護師・その他（ ）
○をつけてください	救急医療の経験年数（ ）年
勤務先(科)	
メールアドレス	

※上記全てをご記入の上、メールまたは FAX でお送り下さい。

メール：caresympo@p-unique.co.jp

FAX：03-3545-3610

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」東京会場

自殺未遂者への対応に困ったことはありませんか？

この研修は、初期対応から継続的な支援への連携まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのエッセンスを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って、1日で学べます。

モデル症例を用いたワークショップも行い、すぐに臨床現場で応用できる内容です。

皆様のご参加をお待ちしております。

- 主催：厚生労働省（共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会）
- 日時：平成 24 年 1 月 15 日（日） 10:20~16:50
- 対象者：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフ等
- 会場：TFT(東京ファッションタウンビル) 東館 9F〔会議室9-A〕
〒135-8071 東京都江東区有明 3-6-11
- 参加費：無料（定員 50 名）
- プログラム

司会 三宅康史

9:50	開場	
10:20-10:30	開会挨拶	三宅康史(昭和大学医学部救急医学)、厚生労働省
10:30-10:50	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」 山田朋樹(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)
10:50-11:10	講演2	「自殺未遂者対応ガイドラインについて」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:10-11:30	講演3	「地域の自殺対策の取組み」 河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:30-11:50	ワークショップ説明	河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:50-12:50	休憩	
12:50-14:30	ワークショップ	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
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」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
16:40-16:50	閉会挨拶	

*ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。
都合により一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

- 申込方法 【申込期間：12月5日（月）～1月10日（火）】

郵便での
お申込み

〒104-0061 東京都中央区銀座6丁目14番5号 ギンザTS・サンケイビル7F
自殺未遂者ケア研修参加受付係 (※プロセスユニーク内)

FAXでの
お申込み

別紙の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
FAX：03-3545-3610 自殺未遂者ケア研修参加受付係

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申し込みください。
メールアドレス：caresympo@p-unique.co.jp

- 問合せ先

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

電話番号：03-3248-6373 FAX：03-3545-3610

対応時間：午前9時～午後6時（年末年始・土日・祝日を除く 3月31日迄）

来院した自殺未遂患者への ケア Q&A —実践編 2011—

Q&A

目次

シナリオ1	1
シナリオ2	8
シナリオ3	15
シナリオ4	21
シナリオ5	28
あとがき	36

コラム

コラム1 : 身体拘束についての法的判断	7
コラム2 : 頻回の自殺企図・・・アピール?	7
コラム3 : カタルシスについて	14
コラム4 : アルコール依存症という病気の考え	20
コラム5 : アルコール専門外来	20
コラム6 : 対応法について	27
コラム7 : 軽度の意識障害を鑑別する方法	27
コラム8 : 意識障害について	34
コラム9 : 心理教育	35

発刊にあたって

救急医療の現場では身体疾患のみならず精神障害を背景にした傷病を対象とする機会が多く、診療を進めるうえでしばしば困難な課題に遭遇する。たとえば、墜落外傷、広範囲熱傷、急性中毒（農薬、除草剤など）には自殺企図者が多く、円滑な身体治療を展開するには適切な精神科アプローチや支援を必要とする。しかし、現実問題として一線の救急現場に、精神科医の応援が得られる施設は極めて限定されている。

精神科医による直接支援が得られない現状を考慮し、本学会では平成20（2008）年、自殺企図者のケアに関する検討委員会（委員長；三宅康史、担当理事；有賀 徹）を立ち上げ、その対処方法の研究を開始した。翌年には「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」を発刊し、救急医療機関、救急診療関係者に配布してきた。「手引き」では、自殺未遂患者への対応を時系列で示し、それぞれのフェーズでの確認事項や行動をわかりやすく解説していただいた。発刊以来、救急医療にたずさわる医療スタッフの好評を博しているが、より積極的に活用していただくために「来院した自殺未遂患者へのケア Q&A」を作成し、この度、刊行の運びとなった。

自殺者数の増加はDALY（障害調整生命年）からみて将来経済的損失の上位を占めると予測され、また救急患者の受け入れを困難にしている潜在的な因子でもあり、深刻な社会病理の一つである。私ども救急医療関係者は心身障害に適切に対応してこそ、この深刻な社会病理の克服に寄与するものと信じている。そのためにも、救急診療やケアに際して先の「手引き」とともに「来院した自殺未遂患者へのケア Q&A—実践編2011—」を活用していただくことを切に願っている。

平成23年8月

一般社団法人 日本臨床救急医学会

代表理事 横田順一郎

編集にあたって

日本臨床救急医学会からは、すでに平成21(2009)年に「自殺企図者への対応：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」が刊行されています。この「来院した自殺未遂患者へのケアQ&A—実践編2011—」は、それに引き続く、いわば応用編ともいうべきものです。

さて、地域社会において、そこに住む人々が安全で安心した生活を営むために、救急医療はなくてはならない重要な仕組みです。しかし、少子化・高齢化などと社会背景が変容し、また国民の価値観も多様化するなどあって、救急医療については需要と供給とがまさにショートして今日に至っています。社会にとって不安定な状況にあると言うことができます。この原因について議論するとき、精神医学的な背景を有する救急患者の存在を避けて通るわけにはいきません。しかし従来からの、いわゆる精神科救急医療という地域の体制は、身体医学的な面で急を要する症状に加えて、精神医学的な問題が併存する場合において地域社会で十分な役割を果たしているとはとても言えません。そして残念ながら、現状においてこのような状況にあるにもかかわらず、精神医学的な背景を有する救急患者については、日々救急隊による困難な搬送対象となっています。

以上の次第により、「自殺企図者への対応」に関するテキストや、本書「来院した自殺未遂患者へのケアQ&A」が、多少とも威力を発揮することになります。端的に言うなら、わが国の実情において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、多くの場合は日勤帯に至ってようやく精神科医にコンサルトできるか、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ります。つまり、善良な医療者にとって現状は著しい逆境にあるということですが、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スタッフらが協働して良質なケアを達成しようとしています。平成21年に刊行された「手引書」と本「Q&A」には、精神科医の支援が得られない現場においても、つまり乏しいストラクチャーにあるという条件下であっても、後からさかのぼって悔いを残さない程度のプロセスは医療チームとして構築したいという意気込みがこめられています。

本書「来院した自殺未遂患者へのケアQ&A—実践編2011—」の発刊により、患者によりよい医療が提供できることを切に希望いたします。

平成23年8月
自殺企図者のケアに関する検討委員会
担当理事 有賀 徹

この冊子を使用するにあたって

この冊子は、厚生労働省の協力を得て平成21（2009）年に日本臨床救急医学会から発刊された『自殺未遂患者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センターにおける対応の手引き』（以下、『手引き』）に続く“よくある質問集（frequent asked questions:FAQ集）”として、企画・編集されたものです。

『手引き』を教科書とすれば、こちらは問題集と言ってもよいでしょう。救急外来（ER）・救急科・救命救急センターでの自殺未遂患者のケアについて、アンケートで集めた救急の現場からの声を参考に、頻度が高く対応に配慮が必要な症例を5つ提示し、それぞれ時系列で問題点や疑問点に答えていく形式になっています。

まずはざっと目を通して頂き、役に立ちそうな症例、質問と回答のある場所を把握して下さい。同じような患者が来た場合、同じような問題に突き当たった場合に、現場で内容を確認していただいても結構です。もちろん、時間の許す時に最初から通して一気に読んでいただければ、その後の再利用がスムーズです。今までよく分からなかった疑問点や、どうすべきか悩んでいた対処法などに解決へのヒントが見つかるかもしれません。コラムを抜き出して読んでも十分楽しめます。

使用にあたってとくに注意していただきたいのは、自殺未遂患者のケアに関しては、皆さんも感じる通り数多くのデリケートな問題が存在するという点です。決まった対処法がない場合もあります。それらに明確に回答を活字で示すことは、かえって混乱をきたす場合があり、その点も十分配慮しつつ編集したつもりでおります。そのため、すっきりしない表現等もありますが、その点をご考慮ください。

また『手引き』と2冊を合わせても、自殺未遂患者の初療に必要そして十分に対応できるとは考えてはおりません。精神科専門医の先生のない救急の場面で、必要最低限の標準的な対処法を示しているつもりです。そのため、いわゆるガイドラインとして使用するレベルには至っておりません。

今回も『手引き』同様、発刊と同時に厚生労働省のウェブサイト（<http://www.mhlw.go.jp>）から無料でPDFとしてダウンロードできるようにいたします。そして悩み多き救急現場のスタッフの皆さんに使用いただき、沢山の意見・要望・苦情を頂きたいと考えています。これで終わりではなく、これを始まりとして、より使い良い改訂版を作成することができれば、と実は目論んでおります。

この冊子により、救急医療における自殺未遂患者のケアが、われわれ救急医療スタッフにとって、そして何より患者さんとそのご家族にとっても、さらに安心・安全になり、適切に行われることを願っております。

最後に、これらの努力が、結果としてわが国における自殺再企図症例の減少につながることを祈っております。

平成23年8月

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。

「来院した自殺未遂患者へのケア Q&A—実践編2011—」 執筆

大塚耕太郎（岩手医科大学）
河西 千秋（横浜市立大学）
岸 泰宏（日本医科大学）
坂本由美子（関東労災病院）
三宅 康史（昭和大学）
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）

一般社団法人 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）

シナリオ 1

症 例

24歳、女性

診 断

境界性パーソナリティ障害

現病歴

これまでも薬物の過量内服やリストカットを行い、複数回、救急搬送や入院の既往がある。X年12月、交際相手の男性と口論となり、深夜帰宅後に、処方されている向精神薬を衝動的に過量内服した。直後に相手の男性にメールを送り「薬をたくさん飲んだ」と告げた。翌朝メールに気がついた男性が自宅を訪ねたところ、家で倒れている患者を発見、通報し、患者は救急搬送された。

来院後経過

搬入時の意識レベルはJCS 300で、誤嚥性肺炎も認められ入院となった。翌日覚醒したが、低酸素血症は改善していなかった。しかし患者は「帰りたい」「電話をかけたい」「タバコを吸いたい」と要望を繰り返し、担当医が「肺炎が改善したら、退院できる」と説明しても患者は要望を繰り返すばかりだった。そして自由にならないことのいらだちから、医療者に対して攻撃的となっていった。徐々に興奮状態となり、多動となり、酸素マスクを外したり点滴を抜去するなど、治療の継続が困難となった。向精神薬による鎮静を試みたが改善がなく、やむを得ず身体抑制を行った。

やってはいけない対応例

- ・患者の言動に対して感情的に対応する（売り言葉に買い言葉のような対応）。
- ・説教によって問題を解決しようとする。
- ・無関心を装ったり、故意に冷淡な対応をする。
- ・自傷を繰り返す状況を軽視する。
- ・将来の自殺の危険性を低く見積もる。

好ましい対応例

- ・患者の要求ごとにかかわらず、病状の説明はていねいに行う（後の行動制限の根拠にもつながる）。
- ・入院中にできることと、できないことの線引きを明確にし、本人に伝える。
- ・スタッフの対応がばらばらだと混乱が生じたり（例：「あの人はこう言ったのに」）、さらに要求や問題が増えるので、スタッフ間でコミュニケーションを密にし、対応法を統一する。
- ・入院を機に、家族の意見も取り入れながら現在の問題点を整理するよう試みる。
- ・原則として早期にかかりつけの精神科を受療するよう勧めるが、本人の意向と受療状況を考慮する。
- ・本人のおかれた生活状況や受療状況に応じ、ソーシャルワーカーや地域の保健所、役所の相談窓口、精神保健福祉センターへの相談を勧める（あるいは地域の社会資源リストなどの情報を提供する）。

■症例の解説

境界性パーソナリティ障害は、自殺のリスクの高い疾患である。しばしば、自殺の意図のない自傷行為を繰り返すが、早晚、これが自殺企図に発展することが多い。慢性的に抑うつ、不安、空虚感があり、安定した対人関係を築くことができず、周囲に対して操作的となることもあるが、医療者がこれに呼応して感情的になったり、拒絶的になると、治療が中断したり、破綻してしまう。また患者が、このような経験から、その後に他人や医療に助けを求めることをやめてしまうといった問題すら生じるので、救急における対応は重要である。救急では、上記にあげた基本的な対応に則り、問題点の整理を手伝い、早期の精神科受療をすすめる。なおこの障害には、しばしばうつ病などの他の精神障害の併存がみられる。併存する精神障害を専門的に評価することも重要である。

以下の問題点を把握し、適切な対応を行う。

- ・対人関係では、友人や初対面の人を前にして、限られた時間であれば如才ない、むしろ優等生的な対応ができる。しかし両親や、関係の深まった医療者に対してはしがみつくような依存的態度が目立ち、他者との適切な距離がとれない。
- ・患者のしがみつki依存が満たされないと、相手に対する攻撃態度、脅迫、自傷行為や自殺企図などが出現してくる。
- ・境界性パーソナリティ障害は、慢性の空虚感と見捨てられ抑うつ（親しい人や医療者から見捨てられるのではないかという過度の恐れ）をもち、治療者に助けを求めてくる一方、希死念慮を潜在的に抱きつつ、激しい衝動性をもち、医療者への攻撃態度や自傷行為、自殺企図などの問題行動を引き起こす可能性がある。
- ・医療者は患者の苦悩を受容し、患者の支えとなるように能動的なかかわりをする必要がある。
- ・医療者は患者から、しがみつくような依存や、怒りや攻撃的態度を受けることがあるので、患者との距離を図る必要がある。
- ・この症例では、攻撃的になったことにより、薬剤投与が行われた。その後、症状がさらに悪化し、見当識障害や、幻覚などがみられ、辻褃の合わないことを言い始めた。このような場合には患者といくら話しても解決はみられない。早期に精神科へのコンサルトと、薬物投与が必要になる。

Q&A

Q1 暴力に対する対応はどのようにすればよいのでしょうか？ 法的にはどうなっているのでしょうか？

A1

暴力に対しては、まずは意識障害を評価する。意識障害の有無によって対応が変わってくる。意識清明でない場合には、せん妄が疑われ「鎮静」が必要となる。

意識が清明であれば、精神疾患の有無にかかわらず、暴力に対しては警察官の介入が必要となる。

つまり、このような精神疾患に左右された暴力ではなく、意識清明で自分の欲求をみたすための暴力に対しては、「当院は警察と緊密に連携しており、指導のもと暴力行為に対しては直ちに通報することとなっています」と伝えるのが大切である。この警告だけでも、効果があることがある。

法的には、精神疾患に罹患している（可能性のある）患者で、切迫する自傷他害のおそれがある場合はただちに110番通報を行ってよい。警察官は「職務を遂行するにあたり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがあると認められた時は、直ちにその旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない」と精神保健福祉法に規定されている。

Q2 暴力行為に対する身体拘束はどの程度可能でしょうか？

A2

法的には、暴力行為に対する身体拘束は精神科病床以外では認められていない。

しかし、せん妄や頭部外傷後で意識障害があり、暴力に至っているような場合には、身体的あるいは薬物による拘束（抑制）は許容されうると考えられる。

たとえ意識障害がなくても、幻覚・妄想状態が顕著で、患者が著しく判断能力を欠いている場合にも、本人ならびに医療スタッフの安全のために拘束するのも許容されるであろう。

これ以外の場合には、拘束は違法になると思われる。身体的に退院可能なら、退院にするべきであるが、家族（キーパーソン）との十分な打ち合わせが必要である。他は警察の介入しか方法はないと思われる。

Q3 鎮静のための向精神薬は何がよいのでしょうか？

A3

軽度の意識障害や幻覚・妄想状態に起因する興奮の場合には、急速鎮静のためにハロペリドールの静脈内投与を選択してもよい。患者の気道が確保されていない場合は、呼吸抑制を生じるため、ベンゾジアゼピン系薬剤（ドルミカム[®]、サイレース[®]、セルシン[®]など）やプロポフォールでの鎮静はできるだけ避けるべきである。また、ベンゾジアゼピン系薬剤の使用は、時に鎮静のつもりが逆に興奮が激しくなることがあるので注意する。抗精神病薬（リスペリドン、オランザピンなど）の液剤、口腔内崩壊錠を直接口腔内投与するのも有効である。

Q4 『退院後また自殺する』 といった自殺の予告に対してどのようにすればよいでしょうか？**A4**

自殺をしたいと思う気持ちが継続しているということは、普段の状態ではないと判断できる。それは、病気がそう思わせていることなので、必ずかかりつけ医を受診し、今抱えている考え・感情を主治医に話すように勧める。また家族にも、よく注意するようにして患者を一人にせず、必ず精神科の受診をするように伝える。

Q5 自傷・他害のおそれのある場合は、措置入院の適応であると聞きましたが、どうすればよいでしょうか？**A5**

自傷・他害のおそれのある場合の対応は前述したとおりである。しかし、警察官が「自傷・他害のおそれはない」と判断してしまうと臨床現場では非常に困ることとなる。その場合には、精神保健福祉法第23条にある「誰でも診察および必要な保護を都道府県知事に申請することができる」という規定を利用するとよい。

この場合、保健所長を経て都道府県知事に申請書を提出する必要があるため、保健所に連絡を入れる。

Q6 家族が近くにいなかったり、本人が家族の面会を拒むなどの場合において、今回の過量服用の原因となった交際相手を面会させてもよいでしょうか？（キーパーソンがいない場合）**A6**

原則として交際相手との面会は避けてもらったほうがよいと思われる。家族に連絡し、必ず来院してもらうよう依頼する。

しかし、どうしても連絡がつかない、家族がいない場合は、精神科の医師の診察を受け、問題がないようであれば、交際相手との面会および、帰宅後の面倒を依頼するしかないと思われる。帰宅後は、患者を一人にしないように伝え、必ずかかりつけ医を受診するように伝える。

Q7 退院時に家族が来院できない場合、一人で退院させてもよいでしょうか？

A7

単独での退院は可能な限り避けるべきである。未成年についてはなおさらである。成人でやむを得ないケースについては、少なくともそのような形（単独退院）をとることを家族（キーパーソン）に伝えて了解をとる。

Q8 禁煙や携帯電話の持ち込み禁止に抵抗する患者に対し、どのように説明すれば理解が得られるでしょうか？

A8

各施設のルールにのっとり、タバコや電話を禁止している理由を率直に患者に伝える。ときどき「それなら退院する」と言い出す患者もいるが、身体的加療のため退院が困難な場合は、患者自身の身体・精神両面の安全を守るために入院継続が必要なのだということを、ていねいに繰り返し伝えていく。家族にも協力を要請し、患者への説得にあたってもらおう。もちろん、スタッフ全員が統一した対応をとることが不可欠である。

Q9 患者の所持品については、意識障害があるときや鎮静している間は問題ないが、覚醒後に自分でそれらを管理できないと怒りだす場合があります。どのように対処すべきでしょうか？

A9

原則として、入院時に所持品は家族に渡し、持ち帰ってもらう。とくに危険物（薬剤、カッター類、紐など）があると、自殺再企図の原因にもなるので、患者のそばには荷物がない状態にしておく。家族にも、患者本人の要請に応じて病棟に持ち込まないよう説明し、協力を得る。

Q10 自殺企図というよりは、パフォーマンスとかアピールでは？と考えてしまい、患者に対して優しくなれないのですが？

A10

「つらい気持ちに気がついてほしい」というパフォーマンスであったとしても、自殺企図という最悪の方法を選択していることを、まず医療者が理解しなくてはならない。自殺企図と自傷行為との間には明確な線引きをすることはできない。もしこの時点で、パフォーマンスだからと軽視したり不誠実な対応をとってしまうと、患者の「見捨てられた」という感情が企図前よりいっそう強まり、次回の企図時にはより致死性の高い方法をとってしまうかもしれない。

自殺未遂患者を前にして、つい抱いてしまう陰性の気持ちをどのように処理すべきか、多職種間でカンファレンスをもつことも有効である。

コラム 1：身体拘束についての法的判断

入院中の患者が興奮状態となったために、止むを得ず身体拘束をしたという事件の最高裁での判例がある。「身体拘束は患者の受傷を防止するなど、やむを得ない場合にのみ許される」とされ、拘束しなければ骨折を負う危険性が高かったことや、拘束以外にこれを防止する適切な方法がなかったことなどから、違法性は否定されるとの判決がある。（最高裁判所 平成20年（受）第2029号 判決平成22年1月26日）

コラム 2：頻回の自殺企図・・・アピール？

自殺企図を行う患者は、これを繰り返し行うことが多い。自殺企図症例の1/6の症例は1年以内に再企図を行い、1/4の症例は4年以内に再企図を行うと報告されている。より長い期間追跡した研究では、自殺企図者の40%が繰り返し自殺企図を行うと報告されている。さらに、自殺企図患者の1/40～1/200が1年以内に自殺で死亡するとされている。9年間のフォローアップでは、1/15が自殺で死亡するとされている。とくに、繰り返し自殺企図を行う患者（なかでも女性）は、自殺での死亡の危険性が高いと報告されている。したがって、アピールと思われる自殺企図であったとしても、適切な対応が必要となる。

文献：

Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry 2002;181:193-199.

Zahl DL, Hawton K: Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry 2004;185:70-75.

シナリオ2

症 例

53歳、男性

診 断

うつ病

現病歴

元来、性格は真面目で完全主義の傾向があった。X年4月、部長に昇進したが、残業や休日出勤が多くなった。X年9月に、会社の上層部から業績不振を指摘され、責任を強く感じた。多忙な日々が続くなか不眠がちとなり、アルコールの力を借りて眠ることもあった。徐々に食思不振、全身倦怠感が強まり、体重も減少した。体調不良を理由に自宅近くのかかりつけの内科を受診したが、身体的な異常は指摘されなかった。X年10月から^{ぼう}茫として過ごすようなことが多くなり、妻とかかりつけ医から精神科の受診を勧められたが、本人は「自分が怠けているだけ」とかたくなに拒否した。X年11月のある夜、飲酒下で柱に紐をかけ首を吊り、体重の重みで紐が切れたところを家族に発見され、救急搬送された。

来院後経過

3日間、人工呼吸器管理のもと、集中治療室での全身管理が続いた。妻は「精神科医療につなぐことができなかったから…」と自分を責め、「ぜひ精神面の治療もしてほしい」と話した。全身状態が安定し、一般室に移ったが、本人は硬い表情のまま、「ご迷惑をおかけしました。もう大丈夫です」と話し、「仕事をたくさん残しているので、体の状態がよくなり次第退院させてください」と医師や看護師に懇願している。