

## A. 研究目的

近年の医療技術発展により、さまざまな慢性身体疾患に対する治療予後が劇的に改善されている。一方で、疾患の治療のみに焦点を当ててのではなく、疾患を抱えた患者に対する全人的医療の必要性が指摘されるようになってきた<sup>1</sup>。また、身体疾患患者の中には、精神疾患を合併する者も多い。このような状態が身体疾患の治療に対するアドヒアランスを低下させ、身体疾患の予後を悪化させることが明らかにされている<sup>2</sup>。さらに、このような疾患の重症化が医療経済にも影響を及ぼすため、両者の治療を同時に行うことの重要性が指摘されており、効果的・効率的な治療システムの構築が求められている<sup>3</sup>。

心理療法の一つである認知行動療法は、「行動や情動の問題に加え、認知的な問題にも焦点を当て、これまで実証的にその効果が確認されている行動的技法と認知的技法を効果的に組み合わせる用いることによって問題の解決を図ろうとする治療アプローチ」<sup>4</sup>と定義される。近年、欧米諸国では、循環器疾患、悪性腫瘍、糖尿病などの慢性身体疾患患者に対して、身体疾患のケアや予後管理、疾患が悪化する要因の一つであるストレスに対しても認知行動療法が活用され、効果を示している<sup>5,6</sup>。

そこで、本研究では、まず、慢性身体疾患患者に対して認知行動療法が実施された介入研究を概観し、そのプログラムの構成要素およびその効果を検討することを目的とした。次に、生活習慣を是正することが、心イベントや心臓突然死を予防することにきわめて重要である<sup>7</sup>と提唱されている虚血性心疾患患者を対象を絞り、認知行動療法を基盤とした生活習慣改善プログラムを作成した。そして、このプログラムに参加している虚血性心疾患患者を対象に、生活習慣行動の維持に関連する要因を質的に検討し、それらの要因が達成率に及ぼす影響性について検討することを目的とした。最後に、虚血性心疾患患者に対する認知行動療法を基盤とした生活習慣改善プログラムを実施し、その効果を検討した。

## B. 研究方法と結果

**研究 1** 身体疾患患者に対する認知行動療法の現状と展望

### 【方法】

#### 1) 文献収集

1998年1月～2009年4月までに、循環器疾患患者、悪性腫瘍患者、糖尿病患者を対象に認知行動療法が行われた介入研究を、文献データ

ベースとして Med Line を用いて検索した。

#### 2) 適格基準

適格基準として、以下の基準を採用した。(1) 調査対象は、循環器疾患患者、悪性腫瘍患者、糖尿病患者である。(2) 認知行動療法を行っている。(3) 無作為抽出化試験によって行われた介入研究である。(4) 出版されている論文である。(5) 英語の論文である。

### 【結果】

#### 1) 循環器疾患

抽出基準に合致した論文は 74 件であった。対象者は、主に狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患患者であった。介入目的は、抑うつや不安症状の低減、日常のストレス軽減、生活習慣改善の 3 つに大別された。抑うつや不安症状の低減には、自動思考の同定、認知再構成法が用いられていた。ストレス軽減には、ストレスマネジメント、リラクセーション、漸進的筋弛緩法が採用されていた。生活習慣改善には、目標設定、セルフモニタリング、認知再構成などの技法が用いられていた。

#### 2) 悪性腫瘍

抽出基準に合致した論文は 123 件であった。対象者は、乳がん患者であった。介入目的は、悪性腫瘍に伴う抑うつ、不安、ストレス反応、不眠症状、予測性嘔吐などの症状の低減であった。悪性腫瘍に伴う抑うつ、不安、ストレス反応の軽減には、心理教育、ストレスマネジメント、リラクセーション、問題解決療法、認知再構成法が採用されていた。不眠症状の改善には、セルフモニタリング、リラクセーションが用いられていた。また予測性嘔吐の改善や副作用などの痛みの軽減には、主にリラクセーションが用いられていた。

#### 3) 糖尿病

抽出基準に合致した論文は 30 件であった。対象者は、1 型患者と 2 型患者の両方が含まれていた。介入目的としては、抑うつや不安症状の低減、QOL の上昇、医学的数値の改善であった。介入技法は、ストレスマネジメント、スキル訓練、問題解決療法、リラクセーションなどさまざまな種類のものが複合的に用いられていた。

**研究 2** 生活改善プログラムにおける健康行動の促進・妨害要因の検討

### 【方法】

#### 1) 研究対象

大学病院において、認知行動療法に基づいた生活習慣改善プログラムに参加した通院治療中の虚血性心疾患患者 7 名を調査対象者とした。

#### 2) データ収集

本研究は、参加の同意が得られた研究対象者

にプログラムを実施し、プログラム中に用いたワークシートの記述から、生活習慣改善行動の遂行、中断に関連する事象をできるだけ広く抽出した。患者の置かれた状況が的確に表現されており、かつ、各ラベルがただ1つの意味を持つように2名の研究者が独立に抽出を行い、判定が一致しない場合には議論を行った。ワークシートの内容は、生活習慣に対する行動目標、達成率の記録、行動の振り返りであった。

### 3) 分析方法

KJ法<sup>8-9</sup>によるグループ編成の方法に従ってカテゴリ化した。

次に、各月において目標行動の達成率と大カテゴリの記載の関係を見るために、プログラム実施期間を月ごとに分類し、各月における行動目標の達成率を算出した。その後、横軸を達成率、縦軸をカテゴリの記載頻度とした散布図を作成して関連を視覚的に確認し、行動目標の達成率が50%以上であった月と50%未満であった月に群分けをし、大カテゴリの記載の有無に対するオッズ比を算出した。

### 【結果】

#### 1) ラベルのカテゴリ化

ワークシートからは、合計307のラベルが抽出された。307のラベルからカテゴリ化作業を行った結果、大カテゴリとして、「不良な環境と健康状態」( $N=86$ , 35.1%), 「自信の獲得」( $N=36$ , 14.7%), 「自己観察」( $N=30$ , 12.2%), 「健康行動に向けた工夫」( $N=27$ , 11.0%), 「良好な環境と健康状態」( $N=19$ , 7.7%), 「意欲向上」( $N=18$ , 7.3%), 「負担感」( $N=10$ , 4.0%), 「行動遂行の失敗」( $N=10$ , 4.0%), 「妥協」( $N=5$ , 2.0%), 「誘惑」( $N=4$ , 1.6%), 「行動レベルの具体的な目標」( $N=30$ , 48.4%); 「あいまいな目標」( $N=25$ , 40.3%), 「マイペースに実行」( $N=7$ , 11.3%), が挙げられた。

#### 2) 各カテゴリと達成率の関連

散布図を作成した結果、「自信の獲得」、「自己観察」、「健康行動に向けた工夫」、「良好な環境と健康状態」、「意欲向上」に関しては、達成率が上昇するにつれてカテゴリの記載頻度が上昇する傾向が見られた。また、カテゴリの出現頻度と目標達成率の関連を明らかにするために、大カテゴリの記載の有無に対するオッズ比を算出した。その結果、「自信の獲得 (OR = 3.99, 95%CI 1.69 to 32.70)」および「意欲向上 (OR = 7.43, 95%CI 1.71 to 9.30)」は目標達成時に、「誘惑 (OR = 1.02, 95%CI 1.00 to 1.03)」は目標行動の未達成に出現頻度が高かった。

**研究3** 虚血性心疾患患者に対する認知行動療法を用いた生活習慣改善プログラムの有効性の

## 検討

### 【方法】

#### 1) 調査対象者

都内大学病院において、認知行動療法に基づいた生活習慣改善プログラムに参加した通院治療中の虚血性心疾患患者9名を調査対象者とした。

#### 2) 研究デザイン

対照群を設置しない非ランダム化前後比較デザインとした。

#### 3) 実施手順

対象者に文書で研究協力依頼の説明を行い、同意を得た当日にプログラムの説明と質問紙調査を実施し、以後、月1回の面接後、質問紙調査および検査データの入手を行った。面接は、患者のプライバシーが確保される個室を用いた。

#### 4) 測定項目

① 体重：月1回測定した。

② QOL：健康関連 QOL を測定するための科学的な信頼瀬戸妥当性を持つ尺度である MOS 36-Item Short-Form Health Survey (以下、SF-36) を用いた<sup>10</sup>。初回、介入3か月後に測定した。本尺度は、点数が高いほど QOL が高いことを示す。

③ 目標達成率：対象者自らが設定した食事、運動などに関する目標の達成率を0~100%で、自己評価してもらった。

#### 5) 統計学的分析

測定値は、すべて平均値と標準偏差を示した。

#### 6) 倫理的配慮

本研究は、研究実施機関の倫理委員会による承認を受けて行った。研究対象者には、研究の目的、調査方法、調査内容および自由意思による参加であること、途中で研究参加を辞退できること、中止しても不利益は生じないこと、収集したデータの匿名性の確保、研究終了後のデータの破棄について説明し、文書による同意を得た。

### 【結果】

#### 1) 調査対象者の特徴

調査対象施設に入院中の虚血性心疾患患者のうち、本研究に関する同意が得られた9例(男性3例、女性6例、平均年齢 $62.7 \pm 2.0$ 歳)を対象とした。対象者の疾患は、心筋梗塞患者3名、狭心症患者6名であった。すべての患者が家族と同居していた。

#### 2) 体重、QOL、目標達成率の変化

体重は、介入開始時と介入3か月後を比較し、値が減少した患者が5名、増加した患者が2名、現状維持の患者が2名であった。介入前の体重の平均値は $67.4 \pm 9.51$  kg、介入後は $64.6 \pm 9.04$  kgであった。

QOLの値は、介入開始時と介入後を比較し、4名が増加、2名が低下、3名は変化がみとめられなかった。介入前の平均値は83.9±6.04、介入3か月後の平均値は86.4±9.06であった。

目標達成率は、介入1ヶ月後の平均が87.9±19.98%、介入2ヶ月後が80.7±11.59%、介入3ヶ月後85.9±10.99%であった。

### C. 考察

本研究の結果、身体疾患患者に対する認知行動療法の効果としては、以下の2点が示された。

(1) ストレスマネジメントやリラクゼーションなどを行うことで、抑うつ不安、QOLの改善に効果がみられること、(2) 生活習慣改善目的としたセルフモニタリング、問題解決療法などを行うことで、セルフコントロール能力を獲得し、身体指標の改善につながることで、これらの結果を踏まえ、虚血性心疾患患者を対象に限定し、認知行動療法を基盤とした生活習慣改善目的のプログラムを開発、実施した。生活習慣改善を遂行するうえでの促進要因と阻害要因を検討した結果、主観的達成感やそれに伴う意欲向上などの内的因子が促進要因、買い置きや視覚的刺激などの外的因子が阻害要因となっている可能性が示唆された。さらに、本プログラム介入効果を検討したところ、プログラム実施前後において体重の減少、QOLの向上が示された。また、生活習慣変容に向けた目標達成率が、3ヶ月間80%以上の高値を維持した。

これらの結果から、虚血性心疾患患者に対して認知行動療法を基盤とした生活改善プログラムの開発は適切であったことが示唆された。特に、患者の目標達成率が高値で維持した結果は、医療者から一方的な指導ではなく、患者自身が生活習慣上の問題に気づき、改善点を明らかにして、目標を立てるというプロセスを重視した本プログラムが、患者の主観的達成感やそれに伴う意欲向上などの内的因子を引き出した結果と考察できる。すなわち、患者自身が生活上の問題に気づき、生活習慣行動をセルフコントロールする力を身に着けることを目指す認知行動療法を基盤とした介入の効果であると考えられる。

(文献)

1. 鈴木伸一. 医療心理学の新展開. 北大路書房. 2008.
2. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. Aug 18

1989;262(7):914-919.

3. 岸泰宏. 精神疾患と身体疾患の合併—臨床的・医療経済的インパクトならびにその治療システム—. *日本医科大学医学会雑誌*. 2008;4(4):175-180.
4. 坂野雄二 (編) 臨床心理学キーワード. 有斐閣, 1999.
5. Appels A, van Elderen T, Bar F, et al. Effects of a behavioural intervention on quality of life and related variables in angioplasty patients: results of the EXhaustion Intervention Trial. *J Psychosom Res*. Jul 2006;61(1):1-7; discussion 9-10
6. Shively M, Kodiath M, Smith TL, et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. Jul 2005;58(1):27-34
7. 日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本集中治療医学会, ほか. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2004・2005 年度合同研究班報告書) - 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン-. 2006.
8. 川喜田二郎. 発想法 中央公論者; 1967.
9. 川喜田二郎. *KJ法—混沌をして語らしめる*: 中央公論者; 1986
10. 福原俊一, 鈴鴨よしみ. 健康関連 QOL 尺度 SF-36 v2 日本語版マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構, 2005.

### D. 健康危険情報

該当なし。

### E. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. 市倉加奈子, 奥村泰之, 松岡志帆, 鈴木伸一, 野田崇, 鎌倉史郎, 伊藤弘人: 植込み型除細動器 (ICD) 患者の抑うつおよび不安に対する精神科的支援の現状と展望, *臨床精神医学*, 38 (9), pp.1359-1372, 2009

#### 2. 学会発表

1. 市倉加奈子・松岡志帆・本田貴紀・鈴木伸一, “虚血性心疾患患者の生活習慣改善に対する認知行動療法の現状と展望”, 第5回生活習慣認知行動療法研究会, pp8, 2010
2. 松岡志帆・武井優子・市倉加奈子・橋本壘・山本哲也・鈴木豪・萩原誠久・鈴木伸一, 虚血性心疾患患者を対象とした認知行動療法プログラムによる生活習慣改善の試み, 第5回

生活習慣認知行動療法研究会発表抄録集  
pp13, 2010

3. 市倉加奈子・松岡志帆・山崎かおり・立松栄治・鈴木豪・鈴木伸一・萩原誠久, 東京女子医大病院における虚血性心疾患患者に対する生活習慣改善プログラムの取り組み, 第 16 回日本心臓リハビリテーション学会学術集会, pp s256, 2010
1. 武井優子, 佐々木美保, 兼子唯, 鈴木伸一: 1 型糖尿病患児のセルフエフィカシーがセルフケア行動に及ぼす影響. 第 73 回日本心理学会大会発表論文集, pp.328, 2009
2. 武井優子, 佐々木美保, 兼子唯, 市倉加奈子, 古賀晴美, 松岡志帆, 鈴木伸一: 1 型糖尿病患児を対象とした糖尿病教室の効果の検討 - インスリン自己注射行動とストレス反応, セルフエフィカシーの関連 -. 第 35 回日本行動療法学会大会発表論文集, pp.280-281, 2009
3. 松岡志帆, 佐々木美保, 武井優子, 兼子唯, 市倉加奈子, 古賀晴美, 鈴木伸一: 1 型糖尿病患児における罹患期間がセルフエフィカシーとストレス反応に及ぼす影響. 第 35 回日本行動療法学会大会発表論文集, pp.282-283, 2009
4. 市倉加奈子, 松岡志帆, 武井優子, 橋本壘, 山本哲也, 今井千鶴子, 田上明日香, 森本浩志, 能野淳子, 津村秀樹, 姫野弥栄奈, 大熊あとよ, 木原貴代子, 嶋村良枝, 高橋智子, 山崎かおり, 立松栄治, 鈴木豪, 桑原和江, 上野敦子, 大西聡, 小林清香, 井上敦子, 西村勝治, 志賀剛, 嶋田洋徳, 鈴木伸一, 石郷岡純, 萩原誠久, 笠貫宏: 虚血性心疾患対象の認知行動療法プログラムによる生活習慣改善(6)プログラム終了後の長期的効果の検討. 第 66 回日本循環器心身医学会大会発表論文集, pp.57, 2009
5. 松岡志帆, 市倉加奈子, 武井優子, 橋本壘, 山本哲也, 今井千鶴子, 田上明日香, 森本浩志, 能野淳子, 津村秀樹, 姫野弥栄奈, 大熊あとよ, 木原貴代子, 嶋村良枝, 高橋智子, 山崎かおり, 立松栄治, 鈴木豪, 桑原和江, 上野敦子, 大西聡, 小林清香, 井上敦子, 西村勝治, 志賀剛, 嶋田洋徳, 鈴木伸一, 石郷岡純, 萩原誠久, 笠貫宏: 虚血性心疾患対象の認知行動療法プログラムによる生活習慣改善(7)再検査入院まで 9 ヶ月プログラム. 第 66 回日本循環器心身医学会大会発表論文集, pp.58, 2009
6. 武井優子, 市倉加奈子, 松岡志帆, 橋本壘, 山本哲也, 今井千鶴子, 田上明日香, 森本浩志, 能野淳子, 津村秀樹, 姫野弥栄奈, 大熊あとよ, 木原貴代子, 嶋村良枝, 高橋智子,

山崎かおり, 立松栄治, 鈴木豪, 桑原和江, 上野敦子, 大西聡, 小林清香, 井上敦子, 西村勝治, 志賀剛, 嶋田洋徳, 鈴木伸一, 石郷岡純, 萩原誠久, 笠貫宏: 虚血性心疾患対象の認知行動療法プログラムによる生活習慣改善(8)行動の維持に及ぼす要因の検討. 第 66 回日本循環器心身医学会大会発表論文集, pp.59, 2009

7. 武井優子, 尾形明子, 小澤美和, 盛武浩, 平井啓, 鈴木伸一, 真部淳: 小児がん患者が退院後に抱える病気や体調面に関する困難の検討. 第 51 回日本小児血液学会大会発表論文集, pp.419, 2009
8. 田中恒彦, 中村奈々子, 井戸由美子, 鈴木伸一, 岡浩一郎, 木村穰: 生活習慣を改善する方法としての認知行動療法, 第 35 回日本行動療法学会発表論文集, pp110-111, 2009

## F. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

該当なし。

### 2. 実用新案登録

該当なし。

### 3. その他

該当なし。

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

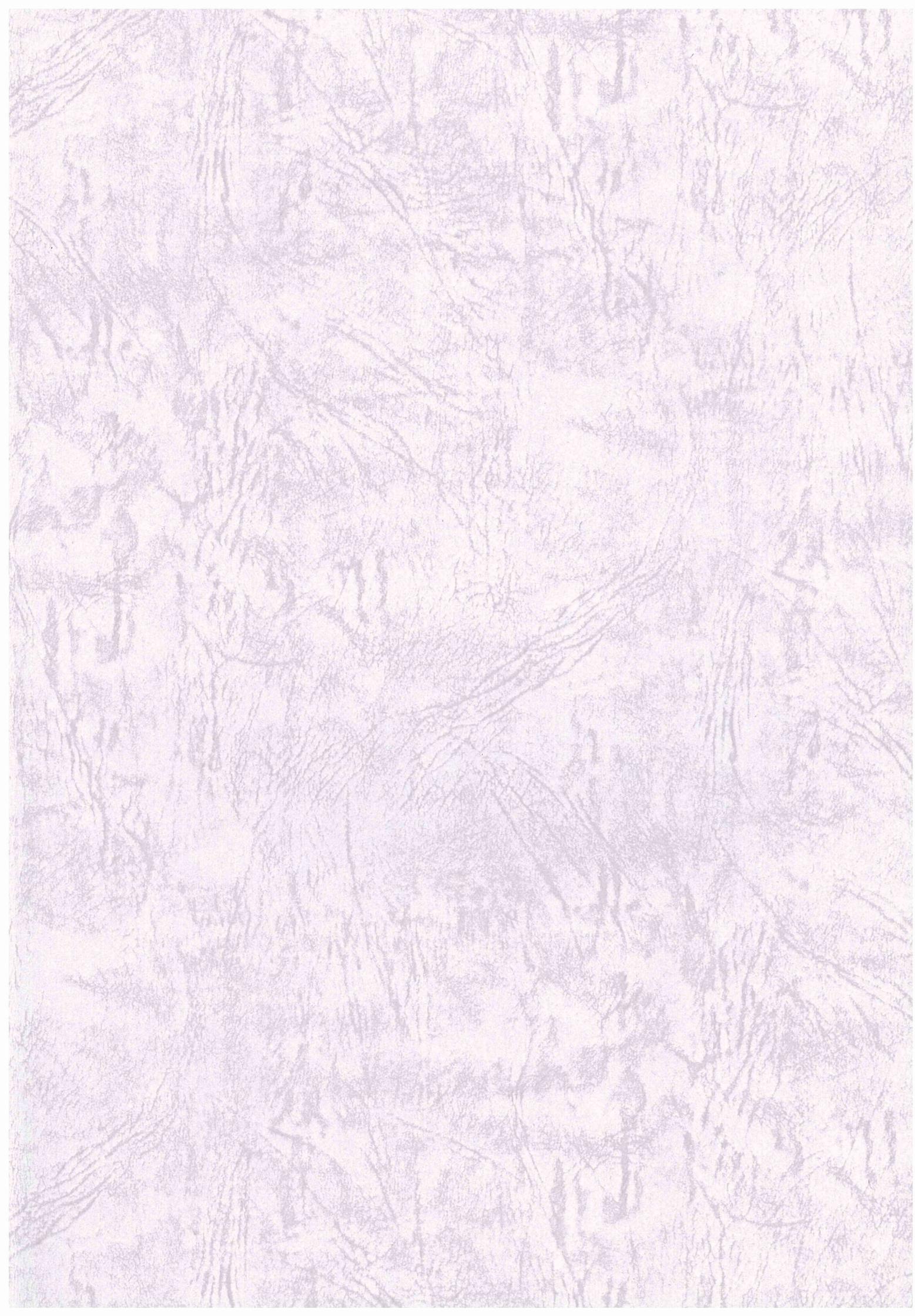
#### 書籍

| 著者氏名             | 論文タイトル名                       | 書籍全体の編集者名          | 書籍名        | 出版社名    | 出版地 | 出版年  | ページ |
|------------------|-------------------------------|--------------------|------------|---------|-----|------|-----|
| 大塚耕太郎、河西千秋、岸泰宏、他 | 来院した自殺未遂者患者へのケア Q&A－実践編 2011－ | 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケア | 同左         | へるす出版   | 東京  | 2011 | 全編  |
| 安野 史彦            | 心移植                           | 伊藤弘人<br>樋口輝彦       | 循環器疾患と精神疾患 | 新興医学出版社 | 東京  | 2012 | 印刷中 |

#### 雑誌

| 発表者氏名  | 論文タイトル名   | 発表誌名  | 巻号        | ページ       | 出版年  |
|--|---|---|-----------|-----------|------|
| Misawa F<br>Shimizu K<br>Fujii Y et al         | Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects? : a cross-sectional study                   | BMC Psychiatry                                  | 11        | 118       | 2011 |
| Thornicroft G<br>Alem A<br>Dos Santos RA et al | WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care  | World Psychiatry                                | 9         | 67-77     | 2010 |
| Kobayashi M<br>Ito H<br>Okumura Y et al        | Hospital readmission and first-time admitted patients with schizophrenia: Smoking patients had higher hospital readmission rate than non-smoking patients | International Journal of Psychiatry in Medicine | 40        | 247-257   | 2010 |
| Sawamura K<br>Ito H<br>Koyama A et al          | The effect of an educational leaflet on depressive patients' attitudes toward treatment   | Psychiatry Research                             | 177       | 184-187   | 2010 |
| Miyamoto Y<br>Tachimori H<br>Ito H             | Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living                           | Geriatr Nurs                                    | 31        | 246-253   | 2010 |
| Okumura Y<br>Ito H<br>Kobayashi M et al        | Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study                    | Schizophrenia Research                          | 119 (1-3) | 145-152   | 2010 |
| 三宅康史   | 最新の話題 Q&A 集と PEEC <sup>TM</sup>   | エマーゼンシーケア                                       | 24        | 1094-1097 | 2011 |
| 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        | 印刷中       |      |
| Nakagawa M<br>Kawanishi C<br>Yamada T et al    | Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan                          | Psychiatry Res                                  | 188       | 78-82     | 2011 |
| Nakagawa M<br>Yamada T<br>Yamada S et al       | A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay   | Psychiatry Clin Neurosci                        | 63        | 122-123   | 2009 |
| Suda A<br>Kawanishi C<br>Kishida I et al       | Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population  | Neuropsychobiol                                 | 59        | 130-134   | 2009 |
| Nakagawa M<br>Kawanishi C<br>Yamada T et al    | Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review  | BMC Psychiatry                                  | 9         | 32        | 2009 |
| Hirayasu Y<br>Kawanishi C<br>Yonemoto N et al  | A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J)              | BMC Public Mental Health                        | 9         | 364       | 2009 |
| 川島大輔<br>川野健治<br>小山達也 他                         | 自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因の検討  | 精神保健研究  | 56        | 55-63     | 2010 |

|  |  |                            |          |           |      |
|--|--|----------------------------|----------|-----------|------|
| 川島大輔<br>川野健治<br>伊藤弘人                     | 日本語版 Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) 作成の試み.   | 精神医学                       | 52       | 43-551    | 2010 |
| 川島大輔<br>川野健治                             | 自殺の危機介入スキル尺度(日本語版 SIRI).   | 臨床精神医学                     | 39 巻増刊号: | 851-858   | 2011 |
| 川野健治                                     | 自死遺族の精神保健的問題.  | 精神神経学雑誌                    | 113(1),  | 87-93.    | 2011 |
| 峯山智佳<br>野田光彦                             | 特集=うつと慢性疾患併存時の対応 糖尿病とうつ  | Medicament News            | 1997     | 9         | 2009 |
| 峯山智佳<br>野田光彦                             | 「シリーズ 身体疾患関連うつ病—診断・治療のポイント」<第3回>「糖尿病」  | Medical Tribune            | 43       | 37        | 2010 |
| 峯山智佳<br>野田光彦                             | 糖尿病のトータルケア<br>トピックス 糖尿病とうつ   | 診断と治療                      | 99 (11)  | 1903      | 2011 |
| 佐伯俊成 他                                   | せん妄  | がん治療レクチャー                  | 2 (3)    | 583-588   | 2011 |
| Ozono S<br>Saeki T<br>Mantani T et al    | Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents   | Psychooncology             | 19       | 545-52    | 2010 |
| Yasuda S<br>Sawano H<br>Hazui H et al    | High Rates of Survival to Hospital Admission in Patients with Shock-Resistant Out-of-Hospital Cardiac Arrest Treated with Nifekalant Hydrochloride: Report from J-PULSE Multicenter Registry | Cir J                      | 74       | 2308-13   | 2010 |
| Suzuki T, Shiga T,<br>Kuwahara K, et al. | Prevalence and persistence of depression in patients with implantable cardioverter defibrillator: a 2-year longitudinal study.   | Pacing Clin Electrophysiol | 33       | 1455-1461 | 2010 |
| Suzuki T<br>Shiga T<br>Kuwahara K et al. | Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease: Prospective single-center observational study   | Circ J                     | 75       | 2465-73   | 2011 |
| Kohro T<br>Yamazaki T                    | Cardiovascular clinical trials in Japan and controversies regarding prospective randomized open-label blinded end-point design   | Hypertens Res              | 32       | 109-114   | 2009 |
| Kohro T<br>Yamazaki T                    | Eicosapentaenoic acid (EPA) in reducing secondary cardiovascular events in hypercholesterolemic Japanese patients  | Circ J                     | 73       | 1197-1198 | 2009 |
| 武井優子<br>尾形明子<br>小澤美和 他                   | 小児がん患者が退院後に抱える心理社会的問題に関する研究の現状と課題  | 小児がん                       | 47       | 84-90     | 2010 |
| 市倉加奈子<br>奥村泰之<br>松岡志帆 他                  | 植込み型除細動器 (ICD) 患者の抑うつ及び不安に対する精神科的支援の現状と展望  | 臨床精神医学                     | 38       | 1359-1372 | 2009 |



厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(精神障害分野)

自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に  
関する研究

平成 21 年度～23 年度 総合研究報告書

〈分冊〉

研究代表者 伊藤 弘人

平成 24 (2012) 年 3 月

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

| 著者氏名             | 論文タイトル名                       | 書籍全体の編集者名          | 書籍名        | 出版社名    | 出版地 | 出版年  | ページ |
|------------------|-------------------------------|--------------------|------------|---------|-----|------|-----|
| 大塚耕太郎、河西千秋、岸泰宏、他 | 来院した自殺未遂者患者へのケア Q&A—実践編 2011— | 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケア | 同左         | へるす出版   | 東京  | 2011 | 全編  |
| 安野 史彦            | 心移植                           | 伊藤弘人<br>樋口輝彦       | 循環器疾患と精神疾患 | 新興医学出版社 | 東京  | 2012 | 印刷中 |

#### 雑誌

| 発表者氏名  | 論文タイトル名   | 発表誌名  | 巻号        | ページ       | 出版年  |
|--|---|---|-----------|-----------|------|
| Misawa F<br>Shimizu K<br>Fujii Y et al         | Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects? : a cross-sectional study                   | BMC Psychiatry                                  | 11        | 118       | 2011 |
| Thornicroft G<br>Alem A<br>Dos Santos RA et al | WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care  | World Psychiatry                                | 9         | 67-77     | 2010 |
| Kobayashi M<br>Ito H<br>Okumura Y et al        | Hospital readmission and first-time admitted patients with schizophrenia: Smoking patients had higher hospital readmission rate than non-smoking patients | International Journal of Psychiatry in Medicine | 40        | 247-257   | 2010 |
| Sawamura K<br>Ito H<br>Koyama A et al          | The effect of an educational leaflet on depressive patients' attitudes toward treatment   | Psychiatry Research                             | 177       | 184-187   | 2010 |
| Miyamoto Y<br>Tachimori H<br>Ito H             | Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living                           | Geriatr Nurs                                    | 31        | 246-253   | 2010 |
| Okumura Y<br>Ito H<br>Kobayashi M et al        | Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study                    | Schizophrenia Research                          | 119 (1-3) | 145-152   | 2010 |
| 三宅康史   | 最新の話題 Q&A 集と PEEC™  | エマーゼンシーケア                                       | 24        | 1094-1097 | 2011 |
| 三宅康史   | 自殺未遂者ケア—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—  | 総合病院精神医学  | 23        | 印刷中       |      |
| Nakagawa M<br>Kawanishi C<br>Yamada T et al    | Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan                          | Psychiatry Res                                  | 188       | 78-82     | 2011 |
| Nakagawa M<br>Yamada T<br>Yamada S et al       | A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay   | Psychiatry Clin Neurosci                        | 63        | 122-123   | 2009 |
| Suda A<br>Kawanishi C<br>Kishida I et al       | Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population  | Neuropsychobiol                                 | 59        | 130-134   | 2009 |
| Nakagawa M<br>Kawanishi C<br>Yamada T et al    | Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review  | BMC Psychiatry                                  | 9         | 32        | 2009 |
| Hirayasu Y<br>Kawanishi C<br>Yonemoto N et al  | A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J)              | BMC Public Mental Health                        | 9         | 364       | 2009 |
| 川島大輔<br>川野健治<br>小山達也 他                         | 自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因の検討  | 精神保健研究  | 56        | 55-63     | 2010 |

|  |  |                            |          |           |      |
|--|--|----------------------------|----------|-----------|------|
| 川島大輔<br>川野健治<br>伊藤弘人                     | 日本語版 Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) 作成の試み.   | 精神医学                       | 52       | 43-551    | 2010 |
| 川島大輔<br>川野健治                             | 自殺の危機介入スキル尺度(日本語版 SIRI).   | 臨床精神医学                     | 39 巻増刊号: | 851-858   | 2011 |
| 川野健治                                     | 自死遺族の精神保健的問題.  | 精神神経学雑誌                    | 113(1),  | 87-93.    | 2011 |
| 峯山智佳<br>野田光彦                             | 特集=うつと慢性疾患併存時の対応 糖尿病とうつ  | Medicament News            | 1997     | 9         | 2009 |
| 峯山智佳<br>野田光彦                             | 「シリーズ 身体疾患関連うつ病—診断・治療のポイント」<第3回>「糖尿病」  | Medical Tribune            | 43       | 37        | 2010 |
| 峯山智佳<br>野田光彦                             | 糖尿病のトータルケア<br>トピックス 糖尿病とうつ   | 診断と治療                      | 99 (11)  | 1903      | 2011 |
| 佐伯俊成 他                                   | せん妄  | がん治療レクチャー                  | 2 (3)    | 583-588   | 2011 |
| Ozono S<br>Saeki T<br>Mantani T et al    | Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents   | Psychooncology             | 19       | 545-52    | 2010 |
| Yasuda S<br>Sawano H<br>Hazui H et al    | High Rates of Survival to Hospital Admission in Patients with Shock-Resistant Out-of-Hospital Cardiac Arrest Treated with Nifekalant Hydrochloride: Report from J-PULSE Multicenter Registry | Cir J                      | 74       | 2308-13   | 2010 |
| Suzuki T, Shiga T,<br>Kuwahara K, et al. | Prevalence and persistence of depression in patients with implantable cardioverter defibrillator: a 2-year longitudinal study.   | Pacing Clin Electrophysiol | 33       | 1455-1461 | 2010 |
| Suzuki T<br>Shiga T<br>Kuwahara K et al. | Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease: Prospective single-center observational study   | Circ J                     | 75       | 2465-73   | 2011 |
| Kohro T<br>Yamazaki T                    | Cardiovascular clinical trials in Japan and controversies regarding prospective randomized open-label blinded end-point design   | Hypertens Res              | 32       | 109-114   | 2009 |
| Kohro T<br>Yamazaki T                    | Eicosapentaenoic acid (EPA) in reducing secondary cardiovascular events in hypercholesterolemic Japanese patients  | Circ J                     | 73       | 1197-1198 | 2009 |
| 武井優子<br>尾形明子<br>小澤美和 他                   | 小児がん患者が退院後に抱える心理社会的問題に関する研究の現状と課題  | 小児がん                       | 47       | 84-90     | 2010 |
| 市倉加奈子<br>奥村泰之<br>松岡志帆 他                  | 植込み型除細動器 (ICD) 患者の抑うつ及び不安に対する精神科的支援の現状と展望  | 臨床精神医学                     | 38       | 1359-1372 | 2009 |

## 来院した自殺未遂患者への ケア Q&A —実践編 2011—

# Q&A

日本臨床救急医学会  
平成 23 年 8 月

### 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充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「手引き」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と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も、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）

**目次**

|              |    |
|--------------|----|
| <b>シナリオ1</b> | 1  |
| <b>シナリオ2</b> | 8  |
| <b>シナリオ3</b> | 15 |
| <b>シナリオ4</b> | 21 |
| <b>シナリオ5</b> | 28 |
| <b>あとがき</b>  | 36 |

**コラム**

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

# 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

これまでに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。

## シナリオ 1

### 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。
- ・患者のしがみつき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、慢性的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、注視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<sup>®</sup>、サイレース<sup>®</sup>、セルシン<sup>®</sup>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することを、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無い状態にしておく。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<sup>42</sup>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、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。

### やってはいけない対応例

- ・ 家族を放置したままにする。
- ・ 自殺企図の話題に触れずに、身体的话题のみに終始したり、当たり障りのない会話に終始する。
- ・ 患者の言う「もう大丈夫」を鵜呑みにして、患者の希望に応じて退院を急ぐ。
- ・ 患者の言う「もう大丈夫」や、患者の態度（問題を矮小化するような態度）に負けて、自殺企図行動に関連する情報を収集することをやめてしまう。
- ・ 形式的な精神科受診勧奨（「精神科に行ったほうがよいですよ」と、具体性のない勧めかたをする）を行う。

### 好ましい対応例（関わりのポイント）

- ・ 妻に声をかけ、苦勞をねぎらい、一緒に具体的な自殺再企図の対策を考える。
- ・ 今回の行動が自殺企図であったのかどうかを確認し、心理面・精神面のサポートにつなげる下地を作る。
- ・ 自殺企図のいきさつについて、本人の口から動機や経緯を尋ねる。さらに話ができそうであれば、共感に努め、ストレスや不調を感じ始めたところまで遡って話を聴いてみる。
- ・ 精神科受診が確実に行われるようなコーディネートを行う。
- ・ 家族に、自殺予防に資する情報提供を行う。

### ■症例の解説

典型的なうつ病の症例である。患者は概して自らの精神状態の悪化に気がつかず、身体的な不調を主訴に精神科以外の診療科を受診することが多い。この症例は、精神科受診をいざ勧められた際には抵抗を示している。男性の患者は、とくにはじめから致死的な自殺手段をとりやすい。このような症例では、家族を巻き込み精神科治療の必要性を説明し、具体的な受診方法を伝え、受診先とも連携をとり、できる限り速やかに精神科受診につなぐことが必要である。家族が抑うつ的になっていたり、一人の家族の方だけでは状況を変えることができそうもない場合には、さらに他の家族や関係者の協力を要請する。

### Q&A

#### Q1 患者はどのような精神医学的診断が予想されますか？

##### A1

不眠、食不振と体重減少、その他の身体症状、自責に引き続いて自殺企図が生じていることから、うつ病がもっとも疑われる。なお、低酸素血症から低酸素脳症が続発した場合には、選発性の精神障害が顕在化する可能性もある。

救急医療の現場では精神医学的情報はわずかしかないため、暫定的な診断にならざるをえない。精神科確定診断を行うためにはさらに詳細な情報と経過観察が必要であり、精神科専門医であっても救命救急センターでの初診時に確定診断を行うことは容易ではない。救急受診時点では確定診断を目指すのではなく、うつ状態や興奮状態、幻覚・妄想状態であるなどの、ある程度の主体となる状態像が把握できればよいと考えられる。

#### Q2 患者の情報について、どの時点で、誰から、どのように情報を集めたらよいですか？

##### A2

本人が意識障害下にある間は、妻や他の同居家族から、最近の本人の生活の様子や言動について話をきく。もし病院内に精神科医がいれば、自殺企図前の精神科診断を類推するためにも精神科医が家族と会うことが望ましい。家族以外の方が搬送に付き添ってくる場合もあるので、その場合には、その人と患者との関係性を確かめたうえで、できる限りの情報を収集する。この段階で、当該の行為が自殺を意図したものであったのかどうかを可能な限り確認する。本人の意識が

清明となったら、本人の精神状態にベースを合わせながら話を聴く。その際には、無理に一回ですべてを聞き出そうとせずに患者に安心を与えながら、患者の表情を見つつ、短期間で何回かに分けて聞くのがよい。勤務先の関係者から問い合わせや面会の希望があった場合、基本的には精神科急性期なので面会を見合わせるべきであるが、状況によっては本人と家族の意向を確認したうえで、関係者に来院してもらって情報を得ることもある。

### Q3 本人にいつ、どのように自殺念慮と自殺企図の確認をしたらよいですか？

#### A3

まず、痛みなどの現在の身体の状態や、精神状態について尋ね、患者と現実的なやりとりができるかを確認する。患者の疎通がスムーズにとれるようになったら、今回の自殺企図行動に焦点をあてる。率直に、今回の行動がどのような意図でなされたのかを尋ねる。黙りこんでしまう場合には「死のうと思ってやったのですか」と問いかけてもよい。自殺企図であったことを否定したら、時間をおいて、違う話題から入るなどの工夫をしながら、自殺企図の確認を再度行う。自殺企図が明らかであれば、過去に遡って、そのような行動に及んだ経緯を聴いていく。その際、聴き手の側が「なるほど、そういうことなのか」と理解ができるところまで、そのストーリーをきちんと確認することが必要である。また、自殺企図の動機や背景は決して一つであるとは限らない。むしろ抱えている心理社会的問題は複合的である可能性が高いということを知りつつ患者の話を聴くことで、患者の抱える困難な現実には近づくことができる。

### Q4 精神科受療を本人がかたくなに拒否している場合には、どのような対処が必要ですか？

#### A4

受療の拒否は精神状態が悪いこと、精神疾患に罹患していることを否認していることの変であることもあるし、実際に本人が自分の状態を過小評価している場合もある。受診への理解を促すために、精神状態を心配していることを表明し「…だから、あなたは精神科を受診すべきだし、していただきたいのです」ということを伝えることが必要である。もし精神科医がいれば、自殺が生じた経緯も含めて精神科診断を明確に本人に伝える必要がある。加えて、自殺未遂者は、再度自殺企図を繰り返す危険性が高いことも伝える。家族（とくに配偶者や子供）から本人の精神科受診を強く促すよう要請する。精神科医がいなくても、救命救急医や看護師が「精神疾患が疑われる」と伝え、同様の説明を行うことは可能である。

自殺の危険性が高ければ、本人が納得しなくても家族等のキーパーソンと協力し受診に結びつける必要がある場合もある。精神科受療は、可能な限り退院したその足で受診するのがよい。理

想的には、前もって患者と家族に紹介状を手渡し、家族を介して精神科の初診予約もとるなどの段取りをすすめておくことが必要である。紹介先の精神医療施設に受診の必要性を説明する必要がある。そして入院治療が必要と考えられる場合、ソーシャルワーカーと協働して可能な限り入院を受けてくれる医療機関を探ることが望ましい。しかし、時間も限られているためなかなか困難な場合でも、予約が不要かまたは速やかに診療受け入れが可能な精神科医療機関のリストをあらかじめ作成しておき、そのなかから受療先を勧めてみることや、公的機関（保健所など）に受診可能な医療機関について相談に行ってもらおうアドバイスする。多くは入院となる場合が多いため、精神保健福祉法上での本人の同意で入院する任意入院だけでなく、保護者の同意による医療保護入院等となる場合もあり、保護者が不在の場合は、精神科医療機関でも入院の手続きを行えない場合もある。以上から、本人の保護者となりうる配偶者（結婚している場合）、あるいは保護者として選任を受けたもの、扶養義務者である家族などを受診同伴させる調整も必要である。保護者が存在しない場合は、自治体首長の同意という形式をふんで入院手続きを進める場合もあるので、ソーシャルワーカーを通じてあらかじめ行政担当者ともやり取りを進める場合もある。

### Q5 自殺未遂患者の家族に対してどのようなケアをすればよいですか？

#### A5

苦勞と心配を重ねてきたであろう家族に共感し「これまで大変でしたね」「だいふ心配されていたのではないのでしょうか」等とまず「ねぎらい」の言葉をかけるのが第一である。患者の身体の状態と身体に対する治療経過を説明するとともに、さまざまな情報をもとに明らかとなってきた精神的な診立てについて伝える（精神科医がいない施設であっても、精神科疾患の影響の可能性を伝えることはできる）。家族が疲弊していたり、浮足立ってしまって物事を冷静に判断できない場合もあるので、正確な伝達は、家族の気持ちの整理にも役立つ。自殺企図以前からある、あるいは自殺企図後に生じたさまざまな生活問題や、精神科受療に関する問題について、相談に応需可能であることを医療スタッフのほうから声かけし、ともに問題の解決に努める姿勢を示す。もしソーシャルワーカーや外部相談機関の活用が必要な時には、単にその部署の窓口を案内するのではなく、関わったスタッフが直接、当該のワーカーや相談機関の担当者に連絡をとり、相談内容も含めて確実につなぎ（コーディネート）を行う。家族やキーパーソンは、自殺未遂患者を家に連れて帰ってもらっただけの人ではなく、連鎖的に、あるいは二次的に精神疾患が発症する可能性のある存在として認識し、患者と同程度の精神的ケアを提供するつもりで接することが必要である。