

- 患者のアフターケアにおける精神科通院継続性 求助行動段階及び精神疾患診断との関連. 総合病院精神医学 2003 ; 15 : 32.
- 11) 伊藤敬雄, 葉田道雄, 原田章子, ほか. 自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺. 精神医学 2006 ; 48 : 153.
- 12) 高橋祥友. 新訂増補版・自殺の危険 臨床評価と危機介入. 東京 : 金剛出版 ; 2006.
- 13) van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. Br J Psychiatry 1997 ; 171 : 35.
- 14) van Heeringen C, Jannes S, Buyiaert W, et al. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients : a controlled intervention study. Psychol Med 1995 ; 25 : 963.
- 15) Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study. BMJ 2006 ; 332 : 1241.
- 16) Carter GL, Clover K, Whyte IM. Postcards from the EDge project : randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self-poisoning. BMJ 2005 ; 331 : 805.
- 17) Evans J, Evans M, Morgan HG, et al. Crisis card following self-harm : 12-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2005 ; 187 : 186.
- 18) Townsend E, Hawton K, Altman DG, et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm : meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol Med 2001 ; 31 : 979.
- 19) Carter GL, Clover K, Whyte IM, et al. Postcards from the EDge : 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. Br J Psychiatry 2013 ; 202 : 372.
- 20) Hirayasu Y, Kawanishi C, 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 Health 2009 ; 9 : 364.
- 21) 山本賢司, 堀 智子, 立松聖一, ほか. 自殺未遂者の地域支援ネットワークモデル作成とその実践 : 自殺未遂者等地域支援ネットワーク構築に関する研究事業. 平成23年度相模原市委託研究業務実績報告書. 2012. pp. 62-100.
- 22) 山本賢司, 井出文子, 山田素朋子, ほか. 【自殺対策】自殺未遂者ケアの現状 身体合併症を有する精神疾患患者の診療システム. 救急医学 2012 ; 36 : 779.
- 23) 数井裕光, 武田雅俊. 【「精神疾患地域連携クリティカルパス」】認知症診療における地域連携クリティカルパス. 日本社会精神医学会雑誌 2013 ; 22 : 109.
- 24) 大石 智, 宮岡 等. 【「精神疾患地域連携クリティカルパス」】うつ状態の地域連携クリティカルパス. 日本社会精神医学会雑誌 2013 ; 22 : 116.

* * *

Effects of a Training Workshop on Suicide Prevention Among Emergency Room Nurses

Yasuhiro Kishi¹, Kotaro Otsuka², Keiko Akiyama³, Tomoki Yamada⁴, Yumiko Sakamoto⁵, Yaeko Yanagisawa⁶, Hiroshi Morimura⁷, Chiaki Kawanishi⁸, Hiroaki Higashioka⁹, Yasushi Miyake¹⁰, and Steven Thurber¹¹

¹Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital, Kawasaki, Japan

²Department of Disaster and Community Psychiatry and Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, Morioka, Japan

³Department of Psychiatry, Japanese Red Cross Medical Center, Tokyo, Japan

⁴Department of Critical Care and Emergency Center and Department of Psychiatry, Yokohama City University Medical Center, Yokohama, Japan

⁵Department of Nursing, Kanto Rosai Hospital, Kawasaki, Japan

⁶Department of Nursing, St. Luke's International Hospital, Tokyo, Japan

⁷Department of Nursing, Sapporo City University, Sapporo, Japan, ⁸Health Management and Promotion Center, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, Japan

⁹Department of Emergency and Critical Care Medicine, Kanto Rosai Hospital, Kawasaki, Japan

¹⁰Department of Emergency and Critical Care Medicine, Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan, ¹¹Department of Psychology, Woodland Centers, Willmar, MN, USA

Abstract-Background: Suicide attempts are frequently encountered by emergency department nurses. Such encounters can potentially provide a foundation for secondary suicide prevention. **Aims:** The aim of the present investigation was to evaluate the effect of a 7-hr training program for emergency room nursing personnel in Japan. **Method:** In all, 52 nurses completed the questionnaires before the workshop and 1 month after the workshop. The nurses' understanding of and willingness to care for suicidal patients positively changed. **Results:** It is feasible to provide a 7-hr, relatively short, workshop on suicidal prevention aimed at emergency medical staff and to improve attitudes during a follow-up of 1 month. **Conclusion:** It is uncertain whether the positive attitudes of emergency nurses toward suicide and/or educational interventions could impact the outcomes of these interventions. Further studies are needed to address these important questions in this field.

Keywords: suicide, prevention, education, attitudes, emergency room.

In Japan, suicide is a major cause of death. In 2012, Japan's suicide rate was 21.8 suicides per 100,000 people (male 31.1, female 13.1; Japan Cabinet Office, 2013), and one of the highest in OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) countries (OECD, 2013). As a comparison, the UK rate is about 6.7 per 100,000, and the US rate around 12.0 per 100,000 (OECD, 2013). Since there are 10–25 nonfatal suicidal attempts for every suicide completion (Mann, 2002), significant numbers of suicide attempters visit emergency rooms. Many studies have shown that a history of suicide attempts and/or repetition of deliberate self-harm increases the risk of suicidal behavior over both the short and long term, suggesting that

specific suicide prevention strategies should be targeted for this group (Hawton & Fagg, 1988; Owens, Horrocks, & House, 2002; Zahl & Hawton, 2004).

Suicide attempts are frequently encountered by emergency department nurses. Such encounters can potentially provide a foundation for secondary suicide prevention, with emergency room nurses playing a key role. Several studies show that staff in the emergency departments of hospitals tend to be negative or ambivalent toward suicidal or self-harming individuals (Goldney & Botttrill, 1980; Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis, & Tatarelli, 2005; Samuelsson, Asberg, & Gustavsson, 1997). Our research also shows that the nurses who worked at emergency care/

This document is copyrighted by the American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

Table 1. The scores of the Understanding Suicidal Patients Scale and additional questions before and 1 month after the workshop (N = 52)

Items of the USP Scale	Before workshop		After 1 month		t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		
Total USP scores	25.13 (3.55)	23.77 (3.20)	25.13 (3.55)	23.77 (3.20)	3.72	.001
Factor 1 (concerning attitude toward suicidal patients) subtotal scores	17.30 (2.51)	16.19 (2.55)	17.30 (2.51)	16.19 (2.55)	3.56	.001
1. Patients who have tried to commit suicide are usually treated well in my work unit	2.88 (.76)	2.83 (.76)	2.88 (.76)	2.83 (.76)	.55	.582
2. I nurse patients who have tried to commit suicide as willingly and sympathetically as I nurse other patients	2.31 (.70)	2.23 (.61)	2.31 (.70)	2.23 (.61)	.94	.351
3. Because the patients who have tried to commit suicide have problems, they need the best possible treatment	1.67 (.58)	1.52 (.54)	1.67 (.58)	1.52 (.54)	1.48	.146
4. I like to help a person who has tried to commit suicide	2.83 (.51)	2.60 (.60)	2.83 (.51)	2.60 (.60)	2.86	.006
5. I try to do my best to talk with a patient who has attempted suicide about his or her personal problems	2.46 (.67)	2.33 (.65)	2.46 (.67)	2.33 (.65)	1.36	.180
6. I am usually sympathetic and understanding towards a patients who has tried to commit suicide	2.69 (.61)	2.48 (.58)	2.69 (.61)	2.48 (.58)	2.52	.015
7. I try to do my best to make a patient who has tried to commit suicide feel comfortable and secure	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.02	.049
Factor 2 (inner emotional attitudes) subtotal scores	7.90 (1.54)	7.58 (1.13)	7.90 (1.54)	7.58 (1.13)	2.02	.049
8. I sometimes get very angry with patients who have tried to commit suicide	2.29 (.75)	2.23 (.61)	2.29 (.75)	2.23 (.61)	.62	.537
9. I often find it difficult to understand a person who has tried to commit suicide	2.73 (.74)	2.60 (.53)	2.73 (.74)	2.60 (.53)	1.63	.109
10. It is usually troublesome to nurse a patient who has tried to commit suicide	2.88 (.47)	2.75 (.56)	2.88 (.47)	2.75 (.56)	1.73	.090
Additional questions						
1. All attempted suicides should get in touch with a psychiatric care facility	1.75 (.77)	1.61 (.57)	1.75 (.77)	1.61 (.57)	2.00	.051
2. I think my present training has provided me with adequate skill to take care of people who have tried to commit suicide	3.39 (.67)	2.71 (.76)	3.39 (.67)	2.71 (.76)	6.44	<.001
3. The psychiatric care should concentrate on treating only the most serious attempted suicides, not light intoxications	3.22 (.86)	3.18 (.71)	3.22 (.86)	3.18 (.71)	.36	.719
4. A patient who has tried to commit suicide is usually so ill that he or she should be admitted to a psychiatric clinic	2.82 (.68)	2.31 (.71)	2.82 (.68)	2.31 (.71)	5.18	<.001
5. I am in need of further training to be able to work with patients who have tried to commit suicide	1.55 (.64)	1.55 (.70)	1.55 (.64)	1.55 (.70)	.00	1.00
6. The psychiatric care of patients who have tried to commit suicide functions well	2.94 (.64)	2.83 (.55)	2.94 (.64)	2.83 (.55)	1.29	.204

intensive care unit were less likely to understand suicidal patients, and were less inclined to be sympathetic or to verbally interact with suicidal patients concerning their problems (Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta, & Thurber, 2011). These negative attitudes may to some extent be a result of a lack of knowledge and uncertainty rather than hostility (Kishi et al., 2011; Samuelsson et al., 1997).

Following the introduction of the Basic Suicide Prevention Law in 2006, a project providing a training workshop on caring for suicide attempters was started by the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2008 and is ongoing. The 1-day training workshop primarily targets emergency medical staff and involves lectures and case studies (Hirata et al., 2013). The aim of the present investigation was to evaluate the effect of a training program for emergency room nursing personnel.

Method

In 2010, 1-day training workshops (7 hr) were held in Tokyo, Osaka, and Sendai, once in each city. This educational intervention focused on the basic suicide risk assessment, immediate management of the crisis, appropriate referral of patients, and changing attitudes to suicide prevention. A total of 139 emergency staff including doctors, nurses, and social workers attended the workshops. Among them, 52 nurses completed the questionnaires before the workshop and 1 month after the workshop.

The Understanding Suicidal Patients (USP) Scale (Samuelsson et al., 1997) and additional questions addressing training and psychiatric treatment for suicide attempters (Samuelsson et al., 1997) were administered. The original USP Scale contains 11 items developed to measure nurses' understanding of and willingness to care for patients who have attempted suicide (Samuelsson et al., 1997). An experienced consultation-liaison psychiatrist (Y.K.) translated the USP Scale into Japanese with the author's permission (Kishi et al., 2011). Our psychometric investigation of the Japanese translation indicated that 10 items of the USP Scale were suitable for use with Japanese participants (Thurber & Kishi, 2012). We therefore used the 10-item version of the USP Scale in this study. The USP items were scored on a scale from 1 (*I agree completely*) to 4 (*I disagree completely*), with lower scores indicating more favorable attitudes toward suicidal patients. The items of the additional questions were also scored as with the USP Scale. Confirmatory factor analysis indicated a factorially complex structure of the Japanese USP Scale (Thurber & Kishi, 2012). Items were divided into two factors: Factor 1 items are concerned with attitudes toward suicidal patients and factor 2 items are related to more inner emotional reactions.

This study was evaluated by our human research committee and deemed exempt from institutional research board review.

Statistical Analysis

Power considerations prior to data analysis were predicated in part on the number of workshop participants. Assuming a moderate effect size, and a moderate within-subject correlation, 80% power would require an n of approximately 33 (Cohen, 1992). Data were analyzed using SPSS 20.0 software. Pre- and postworkshop paired t tests were computed.

Results

Table 1 shows the scores of the USP Scale and additional questions before and 1 month after the workshop. The total USP scores were significantly improved 1 month after the workshop. Both factor 1 and 2 subtotal scores were also improved. In the USP subscale, three out of ten items were significantly improved.

Discussion

In this study, the nurses' understanding of and willingness to care for suicidal patients positively changed, ostensibly as the result of workshop experiences. Both factor scores, concerning attitudes toward suicidal patients and inner emotional reactions, as well as scores on the additional questions addressing the need for psychiatric care for attempted suicide patients and the perceived need for training, also positively changed. The workshop attendees still felt that they were in need of further training to be able to work with suicidal patients effectively, even though they felt they had acquired more adequate skill to take care of suicidal patients after the workshop.

Before further discussion of our results, we acknowledge that there are methodological problems in the study. First, this investigation only included the nurses who attended the workshops. Our findings, therefore, may not be applicable to all nurses, since the attendees may have more motivation than others. We also did not assess the gender, age, clinical experiences, frequency of contact with suicidal patients in their clinical work, and other study participants' backgrounds, which might influence the results, since this study was done during time-limited workshop schedules.

This study identified several important findings. It is feasible to provide a 7-hr relatively short workshop on suicidal prevention and to improve attitudes during a follow-up of 1 month. Other studies have also shown that educational programs are effective in suicide assessment and management skills (Appleby et al., 2000; Berlim, Perizzolo, Lejderman, Fleck, & Joiner, 2007; Morriss, Gask, Battersby, Francheschini, & Robson, 1999), suggesting that properly trained nurses can assess suicidal patients reliably, make effective aftercare arrangements, and provide effective therapy. The detection of suicidal intent, the

assessment of risk, and the possible prevention of suicide are in part dependent on a health professional's attitude to suicide prevention. One of the main reasons for not identifying suicide risk could be a lack of the necessary knowledge and skills (Cole-King & Lepping, 2010). In fact, several researchers reported that emergency department staff do not always have sufficient skills and knowledge to make an assessment of suicidal intent (Arbuthnot & Gillespie, 2005; Farmer & Bethel, 2006). Furthermore, it has been shown that suicidal patients discharged directly from emergency rooms who do not receive psychosocial assessment are at greater risk of further suicide attempts and completed suicide (Hickey, Hawton, Fagg, & Weitzel, 2001).

Samuelsson and Asberg (2002) showed that the attitudes of nursing professionals toward suicide attempters were enhanced after a 36-hr training program in suicide prevention. Enhanced attitude changes may be the result of increased knowledge and confidence in the management of suicidal patients (Kishi et al., 2011).

It has been pointed out that repetition of self-inflicted harm is associated with an increased risk of suicide, and suicide risk among self-harm patients is hundreds of times higher than in the general population (Owens et al., 2002; Zahl & Hawton, 2004). Nurses have a key role in working with suicidal patients. Their attitudes toward suicidal patients may influence the outcome of the suicide crisis (Boyes, 1994; Costigan, Humphrey, & Murphy, 1986; Pompili et al., 2005). Therefore, clinical staff should make every effort to provide this high-risk group of patients with adequate help in order to minimize the rate of fatal outcome. It is, however, uncertain whether the positive attitudes of emergency nurses toward suicide and/or educational interventions could impact the population suicide rate. In fact, Morriss, Gask, Webb, Dixon, and Appleby (2005) reported that brief educational interventions for front-line health professionals were not sufficient to reduce the population suicide rate. However, in other medical settings, several studies show that empathic engagement in patient care is associated with several favored medical outcomes (Del Canale et al., 2012; DiMatteo et al., 1993; Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004; Zachariae et al., 2003), suggesting that empathy is an important component of clinical competence; empathy is still at the heart of medicine. In fact, a compassionate intervention is believed to be a key component in helping to prevent suicide (Cole-King, Green, Gask, Hines, & Platt, 2013). Further studies, including training of nursing students before negative attitudes toward suicidal patients develop, are needed to address these important questions in this field.

Conflict of Interest

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

- Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., ... Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychological Medicine*, 30(4), 805–812.
- Arbuthnot, L., & Gillespie, M. (2005). Self-harm: Reviewing psychological assessment in emergency departments. *Emergency Nurse*, 12(10), 20–24.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E. (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *Journal of Affective Disorders*, 100(1–3), 233–239.
- Boyes, A. P. (1994). Repetition of overdose: A retrospective 5-year study. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 462–468.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Cole-King, A., Green, G., Gask, L., Hines, K., & Platt, S. (2013). Suicide mitigation: A compassionate approach to suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(4), 276–283.
- Cole-King, A., & Lepping, P. (2010). Suicide mitigation: Time for a more realistic approach. *The British Journal of General Practice*, 60(570), e1–3.
- Costigan, J., Humphrey, J., & Murphy, C. (1986). Attempted suicide: A personal construct psychology exploration. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 4(2), 39–50.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., ... Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12(2), 93–102.
- Farmer, C., & Bethel, J. (2006). Evaluating suicidal intent in emergency care settings. *Emergency Nurse*, 14(7), 20–24.
- Goldney, R. D., & Bottrill, A. (1980). Attitudes to patients who attempt suicide. *The Medical Journal of Australia*, 2(13), 717–720.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359–366.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 87–93.
- Hirata, M., Kawanishi, C., Oyama, N., Miyake, Y., Otsuka, K., Yamada, T., ... Arakawa, R. (2013). Training workshop on caring for suicide attempters implemented by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(1), 64.
- Japan Cabinet Office. (2013). *Annual report on suicide prevention measure in 2012*. Retrieved from <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h24.html>
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & Health Professions*, 27(3), 237–251.
- Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K., & Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 393–397.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302–311.
- Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A., & Robson, M. (1999). Teaching front-line health and voluntary

- workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 77-83.
- Morris, R., Gask, L., Webb, R., Dixon, C., & Appleby, L. (2005). The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). *Psychological Medicine*, 35(7), 957-960.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2013). *OECD health data 2012*. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicides_20758480-table10
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., & Tarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(4), 169-178.
- Samuelsson, M., & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121.
- Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(3), 222-230.
- Thurber, S., & Kishi, Y. (2012). Coefficient alpha and interculture test selection. *Assessment*, 21(2), 250-252. doi:10.1177/1073191112444921
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88(5), 658-665.
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

Received September 30, 2013

Revision received March 26, 2014

Accepted March 27, 2014

Published online August 29, 2014

About the authors

Yasuhiro Kishi, MD, PhD, is a clinical professor and director of the department of psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital. His main research fields are consultation-liaison psychiatry, suicidal behavior and its prevention, and models for psychiatric care in the medically ill populations.

Kotaro Otsuka, MD, PhD, is a professor in the department of disaster and community psychiatry, Iwate Medical University. His main research fields are disaster effects, consultation-liaison psychiatry, and suicidal behavior and its prevention.

Keiko Akiyama, MA, is a psychologist mainly working in the emergency department at the Japanese Red Cross Medical Center. She is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Tomoki Yamada, MD, PhD, is a psychiatrist and a visiting associate professor in the department of psychiatry, Yokohama City University School of Medicine, Japan. He is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine. His main research field is crisis intervention for suicide attempters.

Yumiko Sakamoto, RN, is a clinical nurse in the intensive care unit at Kanto Rosai Hospital. She is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Yaeko Yanagisawa, RN, is a clinical nurse in the intensive care unit at St. Luke's International Hospital in Tokyo. She is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Hiroshi Morimura, RN, MA, is an associate professor in the department of nursing, Sapporo City University. He is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine. His research fields are mental health welfare, ethnography, and suicide prevention.

Chiaki Kawanishi, MD, PhD, is a psychiatrist and professor at Yokohama City University Graduate School of Medicine. He is also director of the Health Management and Promotion Centre. He is an executive board member of the Japanese Association for Suicide Prevention and the chairman of the Committee of Suicide Prevention in the Japanese Society of Mood Disorders. His main research fields are crisis intervention for suicide attempters, prevention of hospital suicide, and community intervention.

Hiroaki Higashioka, MD, is an emergency physician and director of the department of emergency medicine, Kanto Rosai Hospital. He is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Yasuhumi Miyake, MD, PhD, is the professor and director of the emergency and critical care medicine in Showa University school of medicine. He is the chairman of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Steven Thurber, PhD, is a board-certified psychologist and director of intervention programs for the Child and Adolescent Behavior Health Services, State of Minnesota Department of Human Services. His research interests have centered on psychometrics, developmental psychopathology, and prevention of behavioral disorders.

Yasuhiro Kishi

Nippon Medical School Musashikosugi Hospital
Department of Psychiatry
1-396 Kosugi-cho Nakahara-ku
Kawasaki-City
Kanagawa 211-8533
Japan
Tel. +81 44 733-5181
Fax +81 44 711-8726
E-mail yk1228@gmail.com

救急医療における 自殺未遂者ケアの現状と展望

三宅康史

みやけ やすみ 昭和大学医学部救急医学教授/昭和大学病院救命救急センター長/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」委員長 連絡先…〒142-8666 東京都品川区旗の台 1-5-8

はじめに：自殺企図患者搬送と 救急医療の現状

自殺による死亡が連続して年間3万人を切る状況となっても、自殺未遂者はその複雑な背景や精神科関連の既往歴、あらゆる薬物や毒物の過量摂取による影響が予測できないこと、飛び降りや飛び込みなど高度な身体的治療を要する自殺企図の手段とその後の集中治療の困難さから、救急隊は一般救急病院への自殺企図患者の搬送をあきらめ、軽症～重症を問わず救命救急センターを中心とした身体科三次救急医療機関への搬送に依存している。その結果、救命救急センターが身体的に軽症の自殺企図患者の初療にまで対応することとなり、ベッド状況の逼迫化とともに本来の業務への支障をきたす状況に陥っている。

自殺企図患者では身体的問題以外に、自殺企図に至った原因の排除や、現在の精神症状の評価と治療、来院後の希死念慮の変遷など精神的なアプローチやケアが必要なことは言うまでもない。ところが、搬送されてきた自殺未遂者の精神的側面への対応について、身体科救急を担う医療スタッフで“正しく”ケアできるような教育や研修を受けたものはほとんどいないのが実情である。しかしそれとはお構いなしに、

平日夜間、週末、盆、正月など精神科医がいない状況で、同じような患者が次々搬送されベッドは埋まる。まずは、かかりつけの精神科医や、いつまでたってもまともに機能しない精神科救急医療システムに向かうことになる。かかりつけ精神科クリニックでの大量の内服薬処方の原因の1つとしてこれを責める意見や、軽症患者は時間外でもかかりつけクリニックへの救急搬送あるいはコンサルテーションを求める意見も出されている。自治体の設定した夜間の精神科救急担当医療機関に電話しても、当直医は身体的な問題が解決しない限り患者の診察すらしてもらえないのが現実となっている。

回避できない自殺も多々ある中、精神病的な自殺やうつ病による自殺は精神的な対処によって予防可能な症例もある。そのため一命を取り留め自殺未遂となった場合には、自殺完遂の最大の危険因子といわれる再企図を予防することが自殺死亡者数を減らすうえでのポイントとなる。そしてその答えは自殺企図者が最初に担ぎ込まれる救急医療機関の中にある。

搬送された救急医療機関において、まずは身体的な治療を行い、これと並行して精神科医のいない状況においても可能な限り標準的な自殺未遂者への精神的ケアを施すことが、後々の精神科でのフォローアップに際しても有効であ

る。しかし、救急の現場で使える自殺企図者へのケアを行うために欠如している問題が多く存在している。主な問題点を表1に示す。

自殺企図者のケアに関する 検討委員会の設置とこれまでの活動

1. 設置の目的

前述のとおり、自殺企図者に対して、意識障害の強さやバイタルサイン、内服した物質の内容、外傷の内容を参考に、軽症はかかりつけ精神科へ、中等症は二次救急医療機関へ、そして重症のみを救命救急センターで受け入れる現状の搬送基準では、かかりつけ精神科クリニックが夜間・休日に機能していないこと、二次医療機関では自殺企図や背景にある精神疾患への十分な対応ができないなどを理由に受け入れが不可となり、救命救急センターへの搬送が主流となりつつある。

救急医療スタッフにとって、外傷や中毒の治療経験は十分であっても精神科的な初期治療や自殺企図患者へのケアに自信を持って当たれるスタッフは少ない。それらに対し標準的なケアを行うための備えをすることは、患者にとっても安全で安心な医療を受けることができるのみならず、診察する救急医療スタッフにとっても不安を打ち消し前向きな患者の受け入れにつながると思われる。

これらの状況を鑑み、救急医療スタッフへの標準的な自殺企図者へのケアを提供するために2008年4月、日本臨床救急医学会に設立されたのが「自殺企図者のケアに関する検討委員会」である。

なお日本救急医学会は救急医による学術団体であるのに対し、日本臨床救急医学会は救急医療に従事する医師のみならず、看護師、救急隊員および救急救命士、薬剤師など多職種による学術団体である。委員会設立にあたっては、救急医学をバックボーンとす

表1 救急現場における自殺未遂者ケアに関する問題点

- 身体科・精神科双方が関連する患者に適切な初療を施すための救急医療スタッフに対する教育リソース(研修会や教育コース)の欠如
- 自殺未遂者を間に挟んだ救急医と精神科医における相互理解のための学会レベルでの身体科救急と精神科救急との協働体制の欠如
- 精神科救急患者に実際に対応する身体科医療機関への行政側からの優遇措置(保険点数の加算や専門家配置のための補助)の欠如
- 自殺企図症例を扱う専門家(精神保健福祉士と臨床心理士)の育成システムの欠如

るのは委員長のみで、委員の構成は精神科救急および自殺未遂者のケアに長じた精神科医、救命救急センターで実際に自殺企図者と向かい合っている看護スタッフによって構成された。設立以来の活動内容を以下に示す。

2. 「手引き」と「Q & A」の作成

自殺企図患者の受け入れに日夜奮闘する救急医療スタッフに、まず提供したのは標準的な自殺企図患者への初期診療の手順を示した「自殺未遂患者への対応—救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」¹⁾の提供(2009年3月発刊)であった。この「手引き」の緒言、本書の使い方などにも記載されているように、精神科医にすぐには相談できない状況下で、救急医療スタッフが自殺企図者の精神的ケアを安全に行うために必要な手順とそれに用いる基本的なリソースを掲載している。目次を図1に示す。

例えば該当患者にいくつの危険因子があるか、自殺企図が否かの確認方法;今の希死念慮の程度などを、示された樹形図などを用いて確認することができる。「ガイドライン」ではなく「手引き」という呼び名は、ガイドラインと呼ぶにはいまだ十分な内容でなく、今後さらに改訂を加えガイドラインと呼べるレベルまで発展させていく必要があることを認識しているためである。ついで、提供したのが「来院した自

目次

発行に際して 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

1) 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 (自殺企図・自死企図) の確認
 ⅴ) 危険因子の確認
 ⅴ) 外来での対応と入院適応の評価
 ⅵ) 入院後—ICU、病後での対応
 ⅵ) 退院時までにやるべきこと
 1. 確認すべきこと、やるべきこと
 2. 退院の判断に留意する患者とは
 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

III. 対応の流れ (看護師編) 17

IV. 対応の注意点 20

ⅱ) 対応の基本
 ⅲ) やるべきこと
 ⅳ) してはいけないこと

V. 家族への対応 24

VI. 再発予防に関する情報提供 25

あとがき 26

図1 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の目次

自殺未遂患者へのケア Q & A—実践編 2011」²⁾ (2011年8月発刊)で、典型的な5つの自殺企図症例をシナリオで示しつつ、臨床の場で問題となる疑問に対し Q & A 形式で答える FAQ 集である。目次を図2に示す。

3. 自殺未遂者ケア研修の開催

上述の「手引き」と「Q & A」は、厚生労働省からの研究助成を受けて作成され、初版時に日本臨床救急医学会の全会員(3,000名以上)に配布された。日本臨床救急医学会のHPの過去のお知らせ(2011/9/12)から無料でダウンロード可能である。にもかかわらず、その存在が十分に知れわたらず、その利用も十分なされていないことが学会発表でも明らかとなったため、その利用促進の意味合いもあり、2008年より始まっていた厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修

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: 病室の自殺企図—アビール? 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: 軽度の薬物依存を鑑別する方法 27

コラム8: 覚醒剤中毒について 34

コラム9: トリプル教育 35

図2 来院した自殺未遂患者へのケア Q & A—実践編 2011の目次

(一般救急版)³⁾を日本臨床救急医学会が共催する運びとなった。そこで委員会活動の一環として2009年度より参加者の募集、企画・運営への参画、司会およびファシリテーターとして参加し、一般救急スタッフ向けの研修を東京と大阪の2会場で開催した。さらに2010年からは会場に仙台を加えた3か所に増やして開催した。3つの講義と「Q & A」に示している2症例を用いた症例検討ワークショップにより構成され、症例の管理に「手引き」も利用しつつ標準的な対応策を考えるようになっている。受講生には最終的に厚労省と日本臨床救急医学会から受講証が授与される。

2010年2月には日本精神科救急学会が共催する精神科医療スタッフ向けの自殺未遂者ケア研修も開催され、身体科救急の代表として、身体科救急の立場の説明と現状の紹介、今後の活動についての講義を行った。その後、毎年東京を含む3か所において同研修会が開催されており、3症例に増やして現在に至っている。最新の2013年度版プログラムを図3に示す。

厚生労働省主催

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」

自殺未遂者への対応にお困りになられたことはありませんか? 本研修は、初期対応から体系的な支援まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのポイントを、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体系的に学んでいただくと共に、モデル症例によるワークショップを通じてケアのあり方を実践的に修得していただく内容です。講師とファシリテーターは、自殺未遂者へのケアを実践している専門家・専門職が務めます。喜んでご参加のほどお願い申し上げます。

- 主催: 厚生労働省
- 共催: 一般社団法人 日本臨床救急医学会
- 参加費: 無料(定員50名)
- 対象者: 救急医療に従事する医師、看護師、その他メディカルスタッフなど
- 会場・開催日:
 【東京会場】 平成26年1月25日(土) 9:50~16:45
 東京フロンティア(TFT)ビル東館 9階 909 研修室 〒135-8071 東京都江東区有明3-9-11
 【岡山会場】 平成26年2月22日(土) 9:50~16:45
 第一セントラルビル1号館 9階大ホール 〒700-0901 岡山市北区本町6-36
 【仙台会場】 平成26年3月 9日(日) 9:50~16:45
 フォレスト仙台 2階第7会議室 〒981-0933 仙台市青葉区祐木1-2-45

●プログラム

時間	内容
9:30	開場
9:50~10:00	事前アンケート
10:00~10:10	開会挨拶
10:10~10:30	講義1 「自殺未遂者対策がなぜ必要か」
10:30~10:50	講義2 「自殺未遂者ケア・モデルと地域自殺対策」
10:50~11:05	講義3 「国と地方自治体の自殺対策の取組み」
11:05~11:35	自殺未遂者ケアガイドラインとワークショップの説明
11:35~12:35	昼休み
12:35~16:05	ワークショップ、成果物発表とディスカッション (途中休憩2回あり)
16:05~16:25	講義4 「自死遺族への対応と支援」
16:25~16:35	事後アンケート
16:35~16:45	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現場における自殺未遂者への対応をグループで修得します。都合によりプログラム内容が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。

図3 平成25年度厚生労働省主催 自殺未遂者ケア研修プログラム

4. 学会主導による自殺未遂者ケア研修(半日コース)の開発と開催

上述した厚労省主催の自殺未遂者ケア研修は、年度末に3回開催され各回救急医療に従事する医療スタッフを中心に50人を上限に受講生を募集している。すなわち年間最大で150人しか受講できない。そのため、2009年に国からの地域自殺対策緊急強化基金もあり、各地方自治体を中心に自殺未遂者ケア研修の開催を求める声が多く寄せられ、年間を通して地元で自力開催できる約4時間の簡易版コースを学会版として整備した。厚労省主催版の講義部分をテ

キストにまとめて省略し、3症例について問題点とその解決法についてグループ内で話し合うワークショップは、そのまま行う4時間コースである。2013年12月に大阪府堺市、徳島県で開催され、2014年1月には岐阜県医師会主催のコースも開催された。今後地方自治体や、医師会などの団体からの要請に応じて開催機会の増加が予想される。募集に際し使用されるパンフレットを図4に示す。

5. 自殺未遂者ケア関連の研修会における活動(発表・座長・コメンテーターなど)

自殺未遂者ケア関連の研修会での発表につい

自治体主催 自殺未遂者ケア研修（救急医療向け）

医療の現場や救急の現場で、自殺未遂者への対応にお困りになったことはありませんか？
大都市圏の救急告示病院を対象に行いました「救急現場における自殺未遂者対応研修」においても、約8割弱の医療従事者が「自殺未遂者への対応が困難であると感じたことがある」と回答されていました。
本研修は、従前から開催されています厚生労働省主催の「自殺未遂者ケア研修」をもとに再構成し、日本臨床救急医学会と厚生労働省で作成したガイドラインに沿って体系的に学んでいただくと共に、モデル症例によるワークショップ（学履歴によるグループ別）を通じて、自殺未遂者のケアの在り方を実践的に学習していただく内容となっております。各自治体で救急医療等に従事される様々な職種の方々の交流と情報交換も大きな目的としておりますので、随ってご参加の程お願い申し上げます。

開催の申し込みは、日本臨床救急医学会事務局 joem_jimu@herurusu-shuppan.co.jp まで。

- 主催：各自治体
- 協賛：一般社団法人 日本臨床救急医学会
- 参加費：基本的に自治体で対応
- 定員：20～50名程度
- 対象者：主に救急医療等に従事する（または関心のある）医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、救急隊員、救急救命士、消防要員、保健所・保健センター職員など
- 日 時：平成28年〇月〇日（〇曜日） 約4時間＋α（30分前より受付開始）
- 会 場：

◎プログラムの一例（午前中からの開催も可能です）

13:45～14:00	プレテスト
14:00～14:05	開会挨拶
14:10～14:15	本日の内容説明
14:15～14:40	研修1「自殺未遂者対応がなぜ必要か」
14:40～15:00	研修2「多職種で連携する自殺未遂者ケア」
15:00～15:10	休憩
15:10～15:20	ワークショップ：概要説明
15:20～17:20	ワークショップ：症例1、症例2、症例3
17:20～17:30	休憩
17:30～17:45	研修3「自死支援支援」
17:45～17:55	プレテスト解説とアンケート回収
17:55～18:00	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現場における自殺未遂者への対応をグループで創製します。

●お申込み【受付期間：〇月〇日～〇月〇日】
裏面の参加申込書の印刷事項とともに電話かメール、または必要事項を記入の上、郵送かFAXにてお申し込みください。

●お問合せ・お申込み先
○健康福祉局 健康部 精神保健課
電話： FAX： E-mail：
〒 住 所：（平日 午前9：00～午後5：30）



図4 学会版自殺未遂者ケア研修の案内パンフレット

では、2010年8月国立精神・神経医療研究センター（東京都小平市）において全国自治体の自殺対策担当者を対象に自殺総合対策企画研修が開催され、人材育成のセッションにおいて救急医の立場から、「救急医療の現場における人材育成—救急医療スタッフへのリソースの提供」と題する講演の機会を得て以来、現在までにいくつもの講演を行ってきた。

最近では、2012年12月に平成24年度東海

大学医学部精神・身体医学寄附講座公開講演会（神奈川）において救急医療の立場から「救急現場で経験する精神症状の評価とその対応—より良いチーム医療の実現を目指して」、同月に厚生労働科学研究費補助金「自殺対策のための効果的な介入手法の普及に関する研究」研究班会議（東京）において、特別講演「自殺企図者への救急現場での標準的な対処法—より良いチーム医療の実現を目指して ACTION-J ケースマネ

ージャーに期待すること」、2013年6月には精神科救急・急性期医療施設において精神科診療に従事している専門医および管理職（準ずる）スタッフ向けに、精神科医療の質の評価とその活用に関する専門的知識および技能を修得することを目的として、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所主催の医学課程研修プログラムである第7回精神科医療評価・均てん化研修で「一般救急における精神科評価研修コースの開発」と題して、救急医療における精神科救急対応とその初期診療（PEECTM）コースの開発について講演した。

同年7月には次期医療計画における精神疾患医療体制策定の先進事例の共有と意見交換を図ることを目的に、軽井沢にて開催された2013年精神疾患医療政策フォーラムで日本臨床救急医学会の取り組みとしてPEECTMの紹介を行った。

6. PEECTMの開発と全国展開

前述したPEECTM（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）コースとは、救急外来や救急病棟・救命救急センターの医療スタッフ（特に研修医と看護師）を対象に、自殺未遂者症例に留まらず、精神科医がいない状況で精神科的症状を呈する救急患者への「標準的」初期診療ができることを目標に企画された4時間の成人教育プログラムである。4時間で効果の上がるコースとするために、すでに市販されているガイドブックにより事前学習をしておくことが条件となる。ガイドブックの表紙と目次を図5に示す⁴⁾。

具体的なコース内容は、司会の救急医と、数人の精神科医によるファシリテーター、精神保健福祉士（psychiatric social worker; PSW）、臨床心理士、看護師からなるファシリテーターアシスタントで、最大4グループ（1グループ6～8名の受講生）を相手に典型的な4症例のシナリオを用いて、時系列に机上でワークショッ

プ形式により最も良いと思われる初療を進め、この間いろいろな利用できるリソースにアクセスしながらチームで問題の解決を図っていく、というものである。すでに2013年初頭からトライアルコースが4回開催され、ブラッシュアップの後に2013年6月の第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会（東京）で第1回目の本コースが開催された。その後、東海大学、国立病院機構熊本医療センターなどで地方コースが開催されている。

7. 学会活動

第37回日本救急医学会（2009年10月盛岡：パネルディスカッション6「自殺対策における精神科救急の役割」）、第13回日本臨床救急医学会（2010年6月幕張：委員会企画「自殺未遂者ケア」）、第38回日本救急医学会（2010年10月東京：パネルディスカッション1「自殺未遂者ケア」）に続いて、2011年6月には札幌で開催された第14回日本臨床救急医学会総会・学術集会において「救急医療における精神科的評価PEECコースについて」（ワークショップ3）、2012年6月には、第15回日本臨床救急医学会総会・学術集会（熊本）にて「自殺総合対策大綱改定への提言」を委員会として発表した。

この他、精神科関連学会では、第34回日本自殺予防学会（2010年9月東京：シンポジウム「首都圏における自殺対策」）、第23回日本総合病院精神医学会（2010年11月東京：シンポジウム6「自殺防止—救命救急におけるチーム医療」）において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」の活動と今後の取り組みについて紹介し、精神科救急を担う医療スタッフと意見交換を行った。

2012年9月には日本心理臨床学会第31回秋季大会（愛知）の職能委員会企画シンポジウム「自殺予防に対する学会同士の連携に向けて」にて「自殺未遂者の初療と再企図予防—日本臨床救急医学会/日本救急医学会」の他、2013年

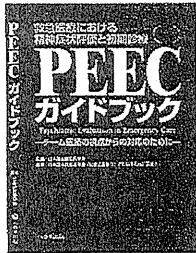


図5 PEECガイドブック：表紙と目次

1 救急医療における自殺未遂者への対応について
 2 精神症状や心身の危機を有する患者の対応アルゴリズム
 3 自殺企図患者への対応
 4 自殺・被害の恐れのある患者への対応
 5 急病状態の患者への対応
 6 アルコール依存症が疑われる患者への対応
 7 医療者に対してトラブルを引き起こす患者への対応
 8 身体特徴の異なる患者(肥満体型など)への対応
 9 遠隔医療が求められる患者の診療で留意すべき法的問題
 10 行動履歴(性別・病歴)について
 11 救急患者にみられる精神症状に対する病歴探知の要点
 12-1) 救急患者にみられる精神症状に対する救急処置の要点
 12-2) 救急患者にみられる精神症状に対する救急処置の要点
 13 救急医療における精神科医臨床士PDSWの役割
 14 救急医療における臨床心療士の役割

参考文献
 1 自殺予防の推進
 2 自殺予防の推進
 3 自殺予防の推進
 4 自殺予防の推進
 5 自殺予防の推進
 6 自殺予防の推進
 7 自殺予防の推進
 8 自殺予防の推進
 9 自殺予防の推進
 10 自殺予防の推進
 11 自殺予防の推進
 12 自殺予防の推進
 13 自殺予防の推進
 14 自殺予防の推進

11月の第26回日本総合病院精神医学会総会シンポジウム1「救急センターと地域医療、地域社会支援とこれからの連携を考える」で座長としてかかわった。

これら救急医療と精神科救急双方の学会活動を通してわかってきたことは、自殺企図者は必ず医療機関への搬送が必要であること、初期診療においては身体科救急医療機関が対応すべきであり、薬物過量摂取、外傷、出血性ショック、低酸素血症などへの対応後、標準的な自殺未遂者ケアを施しつつ精神科医の受診が可能となるまで加療を継続することが必要となること、その時点からは精神科救急側の窓口が確実に対応する必要があること、などであった。また精神科受診がゴールではなく、家族、人間関係、社会的背景などにも目を向け、精神保健福祉士、臨床心理士など多職種が自殺未遂者ケアの専門家が、継続してケアできる体制を構築することも重要であることがわかった。

現状に対して必要な施策と委員会が今後果たすべき活動

1. 救急外来スタッフ向けの精神科救急初療コース PEEC™ コース開催の充実

実際に救急外来に来る精神科関連の患者は自殺企図者のみではない。むしろ、過換気症候群、失神発作、アルコールを含む薬物依存、昏迷やせん妄など精神症状への応急処置と身体科的問題の鑑別の必要性がある患者こそが受け入れ困難例として問題になっている。そこで、自殺企図患者を含む精神症状の評価と初期治療のための教育コースとして、PEEC™(救急医療における精神症状評価と初期診療)コースを全国展開する必要がある。なかでも最も重要かつ労力を要するのはファシリテーターの養成であり、それらの達成が今後のPEEC™コース開催回数増加に直結している。

2. 関連学会の協働による目標設定とその確実な実施

今後の精神科救急医療を無駄なく充実させ、患者、その家族そして救急医療スタッフにとつ

ても安全で安心できる受診を可能とするために、救急医療関連学会と精神科救急関連学会の合同委員会の設置により、問題解決に向けての目標設定、必要な施策の決定と実施が滞りなく行われることが期待される。また、自殺未遂者ケアには多職種の専門家がかかわる必要がある。救急医療スタッフ、精神科医のみならず、臨床心理士、精神保健福祉士、救急隊員、保健師など多職種の学会、団体の協力を得て、自殺未遂者ケアに長けた専門家を育成するためのテキストや研修コースを企画、実施していくことが、特に重要である。

3. 厚労省主催の自殺未遂者ケア研修の発展

厚労省主催による自殺未遂者ケア研修も、2012年からは検討症例を3例に増やし内容そのものも充実してきている。今後、一般救急版と精神科救急版を統合し、救急隊の連絡から初療、精神的問題の解決、そして外来でのフォローアップと“つなぎ”を意識した一連の研修としてチームで学ぶワークショップの開催を厚労省と調整中である。そして、委員会が行う簡易版自殺未遂者ケア研修半日コースの開催回数の増加によって、救急医療スタッフのみならず、救急隊員、消防関係者を含む行政職員にも受講できる機会が増え、地元開催による自殺未遂者に関わる多職種の面々が一堂に会してまさに“顔の見える関係”を構築できることは、コースの受講以上にその後の自殺未遂者の対応において相互理解と意思疎通の向上により高い効果が期待できる。

4. 厚生労働省、地方自治体と協力しての総合的な取り組み

都市部と地方では、救命救急センターの充足度、精神科救急医療体制などに大きなばらつきがみられる。自殺未遂者ケアの充実には、地域における救急基幹病院、消防、精神科医、地元医師会が行政機関の調整のもとで一堂に会して意見交換できる場を設置し、精神科救急患者への対応およびその身体的問題への具体的な対策を、それぞれの立場を抜きにして時間をかけて話し合っていく必要がある。

厚労省としては精神科救急関連の保険料の充実、関連学会は救急現場で役立つ具体的なリソースの提供、地方自治体は身体科救急医療機関と精神科救急医療機関のつなぎ、患者の持つ社会的問題への親身な対応などがその要点となろう。このほか、最近特に衰退が著しい総合病院精神科の再興、増え続ける精神科クリニックにおける自殺企図患者への標準的な対応法の確立、自殺未遂者ケアの多職種における専門家の育成など、各方面の行動力が重要である。

参考文献

- 1) http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf
- 2) http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_q&all108.pdf
- 3) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hu_kushi_kaigo/shougaisahukushi/jisatsu/index.html
- 4) 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：救急医療における精神症状評価と初期診療 PEECガイドブック—チーム医療の視点からの対応のために。へるす出版、2012

MEDICAL BOOK INFORMATION 医学書院

親子保健24のエッセンス

平岩幹男

「公衆衛生」連載「保健師さんに伝えたい24のエッセンス—親子保健を中心に」を書籍化。保健師が効果的な親子保健の活動を実施するために、この分野に長くかかわってきた小児科医・公衆衛生医としての著者からの提言をまとめた。とくに、乳幼児の発育のチェック、発達障害を理解し支援する視点、思春期教育の進め方など、具体的な実践方法が記されており、新人から中堅の保健師には必読の書。

●A5 頁232 2011年
 定価：本体2,400円＋税
 [ISBN978-4-260-01445-8]

救急医療における精神症状の評価と初期診療 PEECT™ コースの導入*

三宅 康史

昭和大学医学部救急医学講座 教授/昭和大学病院救命救急センター センター長 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」委員長

Key Words: 精神症状評価、初期診療、救急医療、PEEC

はじめに：精神症状を呈する患者を取り巻く救急医療環境

厚生労働省統計情報部の患者調査によれば、平成11年に170万人であった精神疾患患者は、平成17年にはその1.6倍近い260万人に増加している。これは、うつ病を含む気分障害の患者とアルツハイマー病などの認知症患者が急増していることによる。そのどちらもが、救急患者として救急車により身体科救急医療機関へ搬送される可能性があり、それは救急医療現場における救急患者の増加に直結している。

具体的に、うつ病患者の場合には自殺企図による外傷や薬物過量摂取、薬物依存やアルコール関連疾患などによって救急外来へ搬送される。また認知症患者では、身体的問題が重症化していることを訴えることができず、周囲の認識も遅れることで最終的に意識障害（動かなくなった、返事をしなくなった、脱水や敗血症、熱中症や低体温、低栄養、中毒などによるショック状態による脳低灌流）が出現した段階で初めて気づかれて搬送されることになる。

これらの救急患者に適切に対応するためには、

- ①身体的治療、②精神科治療、③入院用ベッドの

整備、④ソーシャルワーク（生活面の支援と転院、社会復帰）のすべてが連続して、場合によっては並行して対応する必要がある。しかし、自殺企図であること、不穏で他害の危険があること、身元不明や飲酒後であること、身体科または精神科のいずれかが治療困難であることなどを理由として、受入れ医療機関が決まらず時間を浪費してしまい、その間に状態が急変することも稀ではない。

これまで何十年の間、多方面の努力によっても解決されずにきた精神科救急医療が、ここで簡単に解決できるものではないことは理解できる。ただ、不幸な事例（図1：毎日新聞2010年12月26日付朝刊）が今後もくり返されることのないよう、実際に効果の見える現実的な対応策を立て、まずはそれを実行に移すためのリソースを一つ一つ積み上げるところから始める必要がある。

その一石として、救急外来や救急病棟で初療にあたる医療スタッフ向けに、翌日または週明けの精神科医療機関への受診までの“つなぎ”として、精神科救急症例の安全で標準的な初期診療を提供するために、Psychiatric Evaluation in Emergency Careの頭文字をとってPEEC（救急医療における精神症状評価と初期診療）を開発し、その研修コースが開催されている。

精神科救急の現状と問題

- 1. 救急車利用と受入れ先選定困難例の実際：東京ルールと地域救急医療センター^{6, 7)}

東京都福祉保健局では、全国でも最悪レベルの救急車出勤から病院搬送までの所要時間（ほぼ1時間）を短縮するために『東京ルール』を定め、平成24年度より運用を開始した。これは搬送先

*Psychiatric evaluation and primary care in emergency medicine: introduction of PEECT™ course
**psychiatric evaluation, primary care, emergency medicine, PEEC



図1 毎日新聞2010年12月26日（日）朝刊一面

病院選定に30分以上、または連絡した医療機関に5カ所以上断られた事例は、前もって定めた「地域救急医療センター」が必ず受け入れ、初療を施すこととし、入院ベッドがない場合には東京消防庁に常駐する医療コーディネーターが転送先を初療医療機関に代わって選定するというものである（図2：東京都福祉保健局資料より）。東京ルールに至った事案を検討すると、整形外科（16%）、高齢者（9.6%）などとともに、精神（9.9%）、アルコール（15.6%）、薬物中毒（2.4%）など精神科関連のキーワードが並んでいる（図3：同）。救急医療機関が受入れを断る理由としては、精神科疾患への不慣れ、複雑な背景因子の存在、自傷・他害の不安があると考えられる。

- 2. 精神科医と精神科医療機関の推移^{1, 2)}

身体科救急にとってカウンターパートとなる精神科医と精神科医療機関においても、劇的な変化が生じている。精神科、心療内科、神経科を標榜するクリニックは増え続けていることを考慮する

と、精神科医の多くは病院精神科での勤務を離れクリニックを開業するか、そこに勤務する傾向が続いている。それに対し、病院に設置されている精神科外来、そして入院患者を収容する精神科入院施設は大幅な減少傾向にある。とくに総合病院精神科施設数、総合病院精神科病床数、外来のみ総合病院精神科施設数は顕著で、軒並み減少傾向にある（図4）。実際の収益の他科との比較を図5に示す。医療機関における精神科の医療収益は不採算部門であり、それは経営者にとって決して満足のいくものではない。その結果、低い収益性から病院精神科の病床数は削られることになる。同じ理由で、精神科常勤医の定員数も削減され、残った常勤医の負担が増加、「立ち去り型サボタージュ」が現実のものとなっていく。そして立ち去った精神科医がクリニックを開業する構図となっている。

初療を担当し入院治療を始めた救急医療機関にどって、次の転院先となる精神科病院の減少は入院期間を長期化させ、ベッド満床を招く重大な出

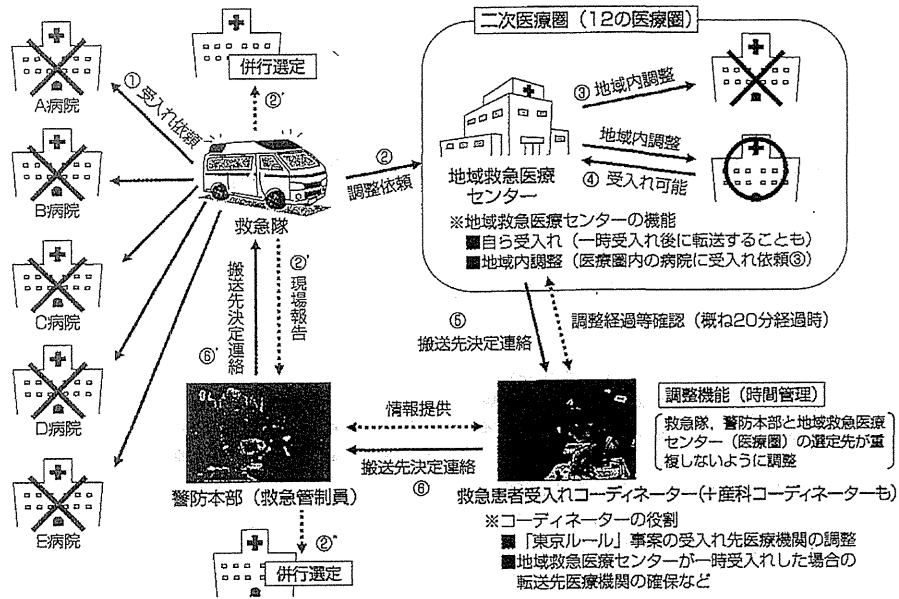


図2 地域で受け止める救急医療

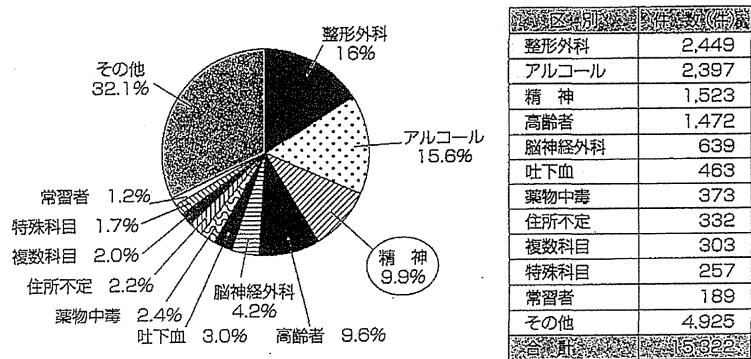


図3 東京ルール対象となった患者のキーワード(平成23年6月から平成24年5月まで)

口問題となる。平日日勤帯でしか外来診療および入院手続きを行っていない精神科病院も多く、夜間、週末に精神的問題の見込まれる救急患者はやむを得ず身体科救急病院へ搬送され、必要な専門

的治療につなげないまま応急処置のみがくり返され、身体的な問題のないことのみが確認された後にまた社会へ出されることになる。

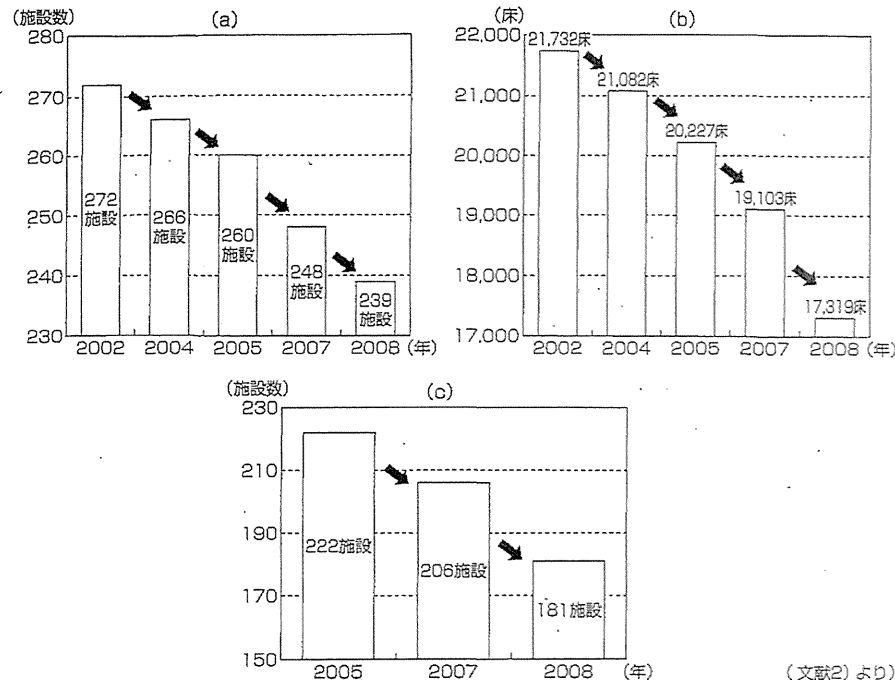


図4 有床総合病院精神科施設数 (a), 総合病院精神科病床 (b), 外来のみ総合病院精神科施設数 (c) の変遷 (文献2)より

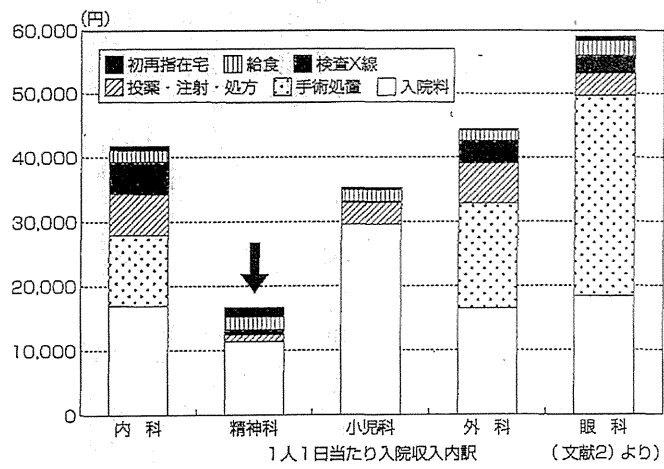
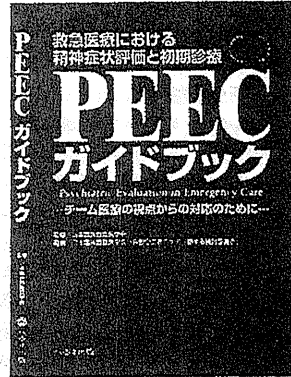


図5 患者1人1日当たりの入院収入 (他科との比較) (文献2)より



1 救急医療における精神症状評価の必要性とその実態について/2 精神症状や心理的危機を有する患者の初療アルゴリズム/3 自殺企図患者への対応/4 自傷・他害の恐れのある患者への対応/5 昏迷状態の患者への対応/6 アルコール/薬物依存が疑われる患者への対応/7 医療者に対してトラブルを引き起こす患者への対応/8 身体的治療の実態(基本的な部分のみ)/9 違法薬物摂取が疑われる患者の診察で留意すべき法的問題/10 行動制限(抑制・拘束)について/11 救急患者にみられる精神症状に対する病院前救護の要点/12 救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点/13 救急医療における精神保健福祉士PSWの役割/14 救急医療における臨床心理士の役割

1 大量服薬を繰り返すパーソナリティ障害の事例、身体的な治療継続が必要だが、退院要求が強い事例/2 自殺企図により搬送されたうつ病の事例、混乱している家族へのケアが必要な事例/3 合併する統合失調症により不眠・興奮を示す事例、ICUにおいて鎮静抵抗が強く、追加の向精神薬投与など対策を行う必要がある事例/4 覚醒剤などの違法薬物の中毒の事例、警察への連絡に苦慮する事例/5 アルコール中毒の事例(大量連続飲酒を続けて、救急に入院したのちに離脱せん妄をきたすような事例)、退院後の精神科受診を頑なに拒否している事例/6 意識障害との鑑別が難しい転換性障害の事例(いわゆるヒステリーの事例)、今後の精査・治療につなぐための方路事例/7 パニック発作、過換気による頻度受診が問題となる事例

1 精神科救急医療システムとその課題/2 自殺企図者のケアに関する医療システム、相談窓口、社会資源/3 自殺予防対策の経緯/4 自殺で遭った人への支援/5 自殺事故の当事者となった医療スタッフのケア

参考文献/索引

図6 PEECガイドブック：表紙と目次

身体科救急スタッフが精神的問題に対応するためのリソース

1. PEECの開発

実際に救急外来に来る精神科関連の患者は、自殺企図者のみではない。むしろ、過換気症候群、失神発作、アルコールを含む薬物依存、昏迷やせん妄など、精神症状への応急処置と身体科の問題の鑑別の必要性がある患者こそが受入れ困難例といえる。

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」(委員長：三宅康史昭和大学医学部救急医学講座教授)では、日本精神科救急医学会、日本総合病院精神医学会の協賛、厚労省の後援を得て、救命救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者全般に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際の治療・ケアを行い、社会的、法的な問題を解決し、外来通院、日常生活に安全につながるための教育コースの開発を2011年より開始した。

救急医療における精神症状評価と初期診療コースとして、PEEC™(ピーク)コースと命名し、商標として登録した。ガイドブック(日本臨床救急医学会監修、同「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編集、へるす出版：図6)⁵⁾が2012年5月に上梓され、これを公式テキストとして、具体的なコース開発については開催準備ワーキンググループ委員会を設置した(委員長：東岡宏明関東労災病院救急統括部長)。2012年度内に4回のワーキンググループ委員会を開催し、プログラム、講義資料、ワークショップの内容確認、症例提示用パワーポイントの作成など準備を行ったうえで、2013年1月から3回にわたり、昭和大学臨床研修センターにおいてクロウズドで受講生を募集し、トライアルコースを開催しブラッシュアップを行った。同年6月の第16回日本臨床救急医学会(会長：丹正勝久日本大学医学部附属板橋病院病院長)において、本コースの第1回公開コースが開催された。

コース受講の対象は、救急外来や救命救急センターの医師(研修医)、看護師のみならず、臨床

図7 昭和大学 PEECの案内 プログラム(左)と修了証(右：見本)

心理士、精神保健福祉士、薬剤師、そして救急隊員(救急救命士)までを対象としている。コンセプトとして、多職種で同じ問題を共有し議論することで、自らできること、他職種に協力すべき内容を理解し、単独では簡単ではない精神科+身体科救急患者と自殺企図患者のケアとそのフォローを、多職種、多機関によるチーム医療によって安全に行うことを想定している。また、精神科医のファシリテーター、精神科勤務の臨床心理士、精神保健福祉士をアシスタントに迎え、カウンターパートといえる彼らと深く議論し理解しあうことも、もう1つの目標といえる。ガイドブックを熟読すれば、救急外来や身体科入院中の精神症状の評価と初期診療には必要十分な内容であるが、日夜救急現場で奮闘するスタッフの、成人教育の特徴である“必要とするものを自ら支弁し手に入れる”熱意に応えるための研修コースを目指している。

2. PEECコースの実践

2014年に入り、東海大学医学部、国立病院機構熊本医療センターで複数回のPEECコースが開催されている。昭和大学における2014年第1回目となる7月開催のコースには、27名3グルー

プの定員に70名以上のエントリーがあり、ニーズの高さをうかがわせるものであった。コース案内(プログラム)と修了証を図7に示す。予め日本臨床救急医学会のPEECコースのホームページ⁴⁾に公開されたコースにインターネットを通じてエントリーし、受講が決まれば受講料(現状5,000円～8,000円)を振り込むことで受講が確定する。通常、コースは土曜の午後または日曜に4時間コースとして開催される。簡単な講義(20分)のあとに自己紹介、続いて4つの症例(45分×4症例)についてグループディスカッションを行う。症例の概要をビデオ(約5分)で確認したあと、具体的な問題点を挙げ、ファシリテーター、アシスタント、そして他職種の受講生とともに議論し、その解決策を探る。実際に解決はできなくとも、どのような問題があり、解決のために今できることは何かを参加者全員で知恵を絞って深く考えることだけでも大きな意味がある。

3. PEECの今後

コースの全国展開のために、最も重要かつ労力を要するのはファシリテーターの養成であり、これらの達成が今後の大きな目標となる。そのため2014年11月の第27回日本総合病院精神医学会総

会（つくば国際会議場，会長：朝田隆筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学教授）の全面協力と厚労科研補助金（研究課題名：身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究：研究代表者 伊藤弘人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部部長）の支援を得て，会場でのコース開催が決定している³⁾。精神科領域の学会でこのコースを開催する意義は，精神科スタッフへのPEECの紹介とともに，その理解を深めていただき，あわよくばその協力，具体的にはファシリテーターやアシスタントになってもよいと考える方々のリクルートともいえる。これが達成できれば，全国各地でコース開催回数を増やすことが可能となる。学びたい人がいつでも必要な知識や技術を会得することができる成人教育としての研修コースが地元で展開できれば，多くの希望者が交通費をかけずに近隣の精神科スタッフをファシリテーターとするコースに参加できる。その結果，翌日からの実際の救急現場で互いに顔の見える関係が構築されることで，受講以上の効果が期待できるのである。

おわりに

精神科疾患を有する救急症例では，現実的な対応策として，①自殺企図者は必ず医療機関への搬送が必要であること，②初療においては身体科救急医療機関が対応すべきであり，薬物過量摂取，外傷，出血性ショック，低酸素血症などへの対応後，標準的な自殺未遂者ケアを施しつつ精神科医の受診が可能となるまで加療を継続することが必要となること，③できるだけ早いタイミングで精神科医，その後のケアへつなぐことが再発防止に必要であること，が挙げられる。また患者にとっては（身体科救急側にとっても）精神科受診がゴールではなく，より良いケアのための，それはスタートになるということ認識する必要がある。そのためにも，身体科救急医療機関で日夜働くスタッフが，精神科の問題を抱える救急患者の精

神科的評価をし，一定水準の初期診療を身につけることは，体制の整わない厳しい現状を緩和し，患者を安心して受け入れるとともに，患者，家族の不安を取り除き，次のステップへと進む時間を確保できることになる。

そしてPEECを開催する側の精神保健福祉士，臨床心理士，精神科医をファシリテーター，ファシリテーターアシスタントとして養成するとともに，救急隊員，在宅ケアの看護師や行政を担当する保健師などへもPEEC受講の範囲を広げて，精神科クリニックの主治医など多職種の協力を得て，同じ視点で連続したケアができる体制をとる必要がある。このコースを媒体として共通の言語と共通の価値観を有する人たちが増えることは，敷居の低い，顔の見える関係が，救急医療スタッフと患者，その家族，そして精神科医療スタッフ，行政担当者全体へと広がることを意味する。PEECがその一助となれば幸いである。

文 献

- 1) 今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会。編：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて。2008年9月24日。
- 2) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会編：総合病院精神科の現状と目指すべき将来—総合病院精神科のネクストステップ2009—。2009年11月15日。
- 3) 第27回日本総合病院精神医学会総会ホームページ：<<http://jsghp27.jtbcom.co.jp/index.html>> (2014. 6. 19)
- 4) 日本臨床救急医学会ホームページ：各種研修コース，PEEC。<<http://jsem.umin.ac.jp/training/peec.html>> (2014. 6. 19)
- 5) 日本臨床救急医学会 監修/自殺企図者のケアに関する検討委員会 編：PEEC（救急医療における精神症状評価と初期診療）ガイドブック。へるす出版，東京，2012。
- 6) 総務省消防庁：平成25年度救急業務のあり方に関する検討会報告書。<http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h25/kyukyuu_arikata/pdf/houkokusyo.pdf> (2014. 6. 19)
- 7) 東京都福祉保健局：平成25年度救急医療の実際。

事例報告

PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care)
教育コースの普及とコンサルテーション・リエゾン精神科医の関与岸 泰宏^{1,2}

【要旨】 救急医療現場に精神・行動の問題を合併した症例が搬送される機会が多い。身体疾患の治療とともに精神科医が並行して治療していくのが理想だが、現実的には精神科専門医療が利用できない医療施設も多い。このような現実から、救急医療スタッフを対象に、精神科医がいない状況での精神・行動の問題をもつ患者への標準的初期診療のための教育コース (Psychiatric Evaluation in Emergency Care: PEEC) が開発された。PEEC 教育コースは、救急医療から精神医療へのつなぎを目的の一つとしている。現在のコンサルテーション・リエゾン精神科医の主要テーマは、身体疾患治療現場における精神・行動の障害のマネジメントと他 (多) 職種との連携である。コンサルテーション・リエゾン精神科医は PEEC 教育コースの展開に積極的に関与し、医療の質の向上ならびに救急スタッフと精神医療スタッフの連携に努めたい。

索引用語: 救急医療, 精神疾患, コンサルテーション・リエゾン精神科医

はじめに

“コンサルテーション・リエゾン精神医学 (以下リエゾン精神医学と略する)” は、精神科を除く他の一般診療科において精神科医が患者の診断、治療管理、治療スタッフへの教育、研究活動へ参加することを内容とする臨床精神医学の一分野と定義されている。日本でのリエゾン精神医学の歴史は、救急医療の歴史と関係が深い¹⁾。リエゾン精神医学は、救急医療の整備が始まった 1960 年代後半から、救急医療現場でみられる不眠、不安焦燥、せん妄などに精神科が体系的に関与することから始まっている。その後は学術的な研究

も進み、1980 年代前半には精神科の中でリエゾン精神医学の概念が定着した。

各地で救命救急センターが救急医療の中心的存在として活動するようになると、精神・行動の障害を合併した症例、特に自殺企図症例への対応 (精神症状、再自殺企図の防止、転院先など) が問題となった。救命救急センターでの自殺企図症例への対策のため、リエゾン精神科医が参加して日本救急医学会精神保健 (旧衛生) 問題委員会が組織され、1986 年には救命救急センターに収容された自殺企図者についての調査も行われている²⁾。この委員会において自殺企図患者の調査票も作成され、現在まで多くの自殺の調査・研究が行われている³⁾。自殺対策以外にも救命救急センターで頻繁にみられるせん妄の調査も行われている³⁾。

このような流れのなかで、リエゾン精神医学に関心のある医師ならびに医療従事者が集い、1988 年に第一回日本総合病院精神医学会総会が開催された。現在、一般社団法人日本総合病院精神医学会は、会員数が約 2,000 名に達している。2001 年より専門医制度も開始され、2009 年より一般病院連携精神医学専門医 (略称: 精神科リエゾン専門医) の名称で広告可能となっている。リエゾン精神医学と救急医療の歴史的な関係

岸 泰宏

の深さばかりでなく、救急医療現場での昨今の自殺企図症例の増加や、高齢化に伴う精神・行動の問題を合併した症例の増加もあり、日本総合病院精神医学会は積極的に救急医療への関与を続けていく方針をとっている。例年、日本総合病院精神医学会において救急医療の専門家を招いてシンポジウムを開き、交流を深めている。

このように、リエゾン精神科医ならびに日本総合病院精神医学会は積極的に救急医療における精神医学的問題に関与する意向であるが、問題も生じている。救急医療を主に行っている総合病院では、人員不足や採算性の問題から精神科病床が減少している⁴⁾。総合病院の定義にもよるが、現在、半数以上の総合病院には精神科はない。本来であれば、精神科医が救急医療現場で精神・行動の問題に対処すべきであるが、現実問題としては不可能な施設が多い。

このような背景から、日本臨床救急医学会においてリエゾン精神科医も参加する“自殺企図者のケアに関する検討委員会”が組織された。この委員会が中心となり、自殺企図患者への対応マニュアル⁵⁾ 作成ならびに厚生労働省とともに救急スタッフへの自殺企図患者への対応に関する教育ワークショップ⁶⁾ を開催している (2013 年度からは日本臨床救急医学会主催による教育ワークショップも並行して開催)。これらは、救急医療現場から精神科専門医療へのつなぎ (精神科医が現場にいない状況を想定) を目的としている。

同様に、自殺企図のみならず、その他の精神・行動の問題が合併している症例も多いことから、PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) 教育コースが作成され、ガイドブックも出版されている⁷⁾。この教育コースの主な目的は、“救急外来や救急病棟・救命救急センターの医療スタッフ (特に研修医と看護師) を対象に、精神科医がいない状況 (少なくとも翌朝まで) での精神科的状況を呈する患者への、安全で患者にとっても安心な標準的初期診療ができる”こととしている⁷⁾。

例として、下記のような症例の場合にどのような対応が好ましいのかを PEEC 教育ワークショップで議論していく。

症例 A

22 歳女性。18 歳ころより“パニック障害・うつ状態”の診断にて精神科クリニックに通院している。リストカットを数回行ったことがあるが救急搬送された

ことはなかった。派遣会社に登録して勤務しているが、職場での対人関係での悩みや、交際相手との関係悪化から、2 か月前に処方薬を大量に服用し、救急搬送された。それ以降、交際相手との口論が絶えず、1 か月前にも大量に服用して他院の救急外来に搬送されている。2 週間前にはリストカットと大量服用で再度他院の救急外来に搬送されている。今回は、交際相手との口論のあと、飲酒し、処方薬を大量に服用。また、両手首・上肢のリストカットを行い救急搬送された。救急処置を行い身体的には落ち着いた。患者は“早く帰りたい”と口にはしている。

救急外来や救命センターでよくみられる症例であり、救急医療者にネガティブな感情を与えることが多い。医療スタッフは“本当は死ぬ気はないのでは?” “注目を浴びたいだけでは?” といった感情を抱きやすい。しかし、その考えは誤りであることが多くの研究で指摘されている。この症例は自殺企図を繰り返しているが、一度自殺企図を行った症例は確かに繰り返しやすい。自殺企図症例の 15% 強は 1 年以内に再企図を行い、25% は 4 年以内に再企図を行う⁸⁾。さらには、自殺を完遂する危険性も高い。自殺企図患者の 0.5 ~ 20% は 1 年以内に自殺で死亡する⁹⁾。9 年間の自殺企図患者のフォローアップでは、6 ~ 7% が自殺で死亡することがわかっている⁹⁾。特に、繰り返し自殺企図を行う患者 (中でも女性) は、自殺での死亡の危険性が高い⁹⁾。また、救急医療現場で、精神科的なアセスメントの有無がその後の再自殺企図に関連していることも指摘されている¹⁰⁾。内閣府の共生社会政策の一つに自殺対策基本法が定められており、現在、自殺予防が重要政策の一つとなっているが、“自殺未遂者の再企図予防”が自殺予防の中で最も重要であることがわかっている。このような事実から、救急医療現場での自殺企図症例に対する再企図を見据えたケアが特に重要となる。

PEEC 教育ワークショップでの検討

PEEC 教育ワークショップでは、自殺企図患者への接し方、具体的な話し方、自殺再企図の危険性の評価、再企図防止をふまえて、退院までしておくべきことなどを議論していく (本症例の場合には、自殺企図手段・行動が短期間に複雑化・重篤化しており、精神科への入院が好ましい)。自殺企図にはさまざまな要因が関与している。身体的問題、精神的問題、社会

Development of PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) educational course and collaboration of consultation-liaison psychiatrists

Yasuhiro KISHI

¹ Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital, ² Director, The Japanese Society of General Hospital Psychiatry, Chair, Committee for International Academic Affairs

³ 日本医科大学武蔵小杉病院精神科, ⁴ 日本総合病院精神医学会理事・学術交流委員会委員長

[原稿受付日: 2013 年 10 月 31 日 原稿受理日: 2014 年 6 月 24 日]

的問題、医療との関係などさまざまな問題が絡み合っ
て自殺に至るため、行政や社会福祉士など多職種の関
与を含めた包括的な評価・フォローが重要となる。大
多数の施設では理想的なリソース（資源）は不足して
おり、「救急医療チームとして、何が必要か、それを
得るために誰と連携し、どこにつなげればよいのか、
精神科への相談・専門医療施設への転送までに最低限
何をしておくか」などを、理想的なリソースが不足し
ていても、自施設の現有リソースでの代替方策をひね
り出すのも PEEC 教育コースの大きな目的である⁷⁾。

自殺企図患者に最も接するのは看護師、特に救急病
棟や集中治療室で働く看護師であることが多い。しか
し、自殺企図患者に対するケアは適切に行われている
とは考えておらず、自殺企図患者に対するケアのト
レーニング不足、今後のトレーニングの必要性を認識
している看護師が大多数である¹¹⁾。また、「自殺企図
患者の看護はやっぱり、理解・共感を行うことは困
難」と考える看護師は多い¹²⁾。救急外来や集中治療室
勤務の看護師の自殺企図患者に対する理解・共感・看
護意欲は低い、一方で精神科病棟勤務看護師ならび
に精神科経歴のある看護師は、自殺企図患者に対する
共感度・看護意欲は高い¹³⁾。

このことより、自殺企図患者に対するケアの知識向
上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の共
感・対応・意欲に変化をもたらす可能性が示される。
欧米においては、トレーニングプログラムを行うこと
で、自殺企図患者への理解・看護意欲の向上が認めら
れたとの報告もある¹⁴⁾。日本においても、先に述べた
自殺企図患者への対応に関する教育ワークショップを
行うことで、自殺企図患者への理解ならびに看護意欲
が向上することが確認されている¹⁵⁾。特に、救急現場
の看護師は自殺企図患者とのファースト・コンタクト
となる場合が多く、治療介入を円滑に進めるための第
一步として自殺企図患者への理解ならびに看護意欲の向
上は大切である。

救急領域とは異なるが、糖尿病患者のケアにおいて、
高い共感を示す担当医師の患者は、そうでない医師の
患者よりも合併症が40%以上少ないことが示されて
いる¹⁶⁾。このことから、医療者の共感患者の予後に影
響を与える「臨床能力の中で重要なもの」であること
が示唆され、PEEC 教育コースによる理解・共感・意
欲の向上が患者の予後に好影響を与えることが期待さ
れる。

症例 B

21 歳無職男性。バイクの単独事故で搬送。精神科
受診歴や薬物依存歴は不明。身体のうちちにタ
トゥーがある。外傷の処置を行い、安眠が必要であ
る。しかし、「タバコを吸わせろ」などの要求が多く、
些細なことでイライラし、看護師への暴言も目立つ。
現在、医療スタッフの対応が悪いと非常に興奮してい
る。どのような対応が好ましいか？

興奮した患者への対応などは、体系だった方策の教
育機会は少ない。精神疾患の有無に関わらず、興奮し
た患者への基本的な対応方法を知っておく必要があ
る。これは「非薬物による鎮静」と呼ばれ、救急外来
などで有用である¹⁵⁾。スタッフの安全ばかりでなく患
者の不要な拘束も減らすことが可能になる。

PEEC 教育ワークショップでの検討

PEEC 教育ワークショップにおいては、非言語性の
コミュニケーションの重要性ならびに言葉による鎮静
を含めた具体的・推奨されている方策を紹介してい
く。また、暴力を受けたスタッフがいた場合、そのス
タッフへの対応などについても議論していく。

そのほかにも、過換気症候群への対応、違法薬物使
用患者が搬送されてきた場合の対応、アルコール依存
症（離脱症状）への対応、解離性障害への対応などを
用意している。

結 論

リエゾン精神科医としての課題は、PEEC 教育ワー
クショップを全国展開していくうえでのファシリテ
ーターの養成である。日本総合病院精神医学会としても
積極的にファシリテーター養成に関与してゆく意向で
あり、養成プログラムも進められている。また、この
PEEC 教育ワークショップの評価をどのように行って
いくかも考慮する必要がある。さまざまな指標がある
が、総合的アウトカムの評価が必要である。

リエゾン精神科医が多く集まる日本総合病院精神医
学会の主要テーマは、身体疾患治療現場における精
神・行動の障害のマネジメントと他（多）職種との連
携であり、日本臨床救急医学会と緊密な連携をとりな
がら医療の質の向上に寄与したいと考えている。

総合病院、特に救急医療現場は精神・行動の障害を
もつ患者の精神科治療への大切な入り口となること

多く、そこでの対応が患者のその後の精神医療への受療
行動・予後を決める大きな要因の一つとなる。PEEC 教
育コースの普及は双方の学会の理念とも合致し、PEEC
教育コースを通じて、救急医療のスタッフと精神医療
者の連携が進むことを期待する。

本稿の一部は、第 16 回日本臨床救急医学会のシンポジ
ウム「精神科救急と教育コース」にて「PEEC (Psychiatric
Evaluation in Emergency Care) と日本総合病院精神医学会」
として発表された。

文 献

- 1) 岸泰宏, 黒澤尚: 救急医療におけるコンサルテーション・
リエゾン精神医学. 日救急医学会誌 2010; 21: 147-58.
- 2) 岸泰宏, 黒澤尚: 救命救急センターに収容された自殺者の
実態のまとめ. 医学のあゆみ 2000; 194: 588-90.
- 3) 日本救急医学会精神保健問題委員会: せん妄の治療: 全国
の第三次救急施設へのアンケート調査結果. 日救急医学会誌
1992; 3: 93-7.
- 4) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会: 総合病
院精神科の現状とめざすべき将来—総合病院精神科のネク
ストステップ 2009—. 総合病院精神医学 2010; 22 (suppl):
1-15.
- 5) 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」: 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 (平成 20 年 3 月)
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihouken/jisatsu/
index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihouken/jisatsu/index.html).
- 6) Hirata M, Kawanishi C, Oyama N, et al: Training workshop
on caring for suicide attempters implemented by the
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Psychiatry
Clin Neurosci. 2013; 67: 64.

- 7) 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」: 救急医療における精神症状評価と初期診療. PEEC ガ
イドブック. へるす出版, 東京 2012.
- 8) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal
repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry
2002; 181: 193-9.
- 9) 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: 70-5.
- 10) Hickey L, Hawton K, Fagg J, et al: Deliberate self-harm
patients who leave the accident and emergency department
without a psychiatric assessment: a neglected population at
risk of suicide. J Psychosom Res 2001; 50: 87-93.
- 11) Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, et al: Attitudes of
Japanese nursing personnel toward patients who have
attempted suicide. Gen Hosp Psychiatry 2011; 33: 393-7.
- 12) Samuelsson M, Asberg M: Training program in suicide
prevention for psychiatric nursing personnel enhance
attitudes to attempted suicide patients. Int J Nurs Stud
2002; 39: 115-21.
- 13) Kishi Y, Otsuka K, Akiyama K, et al: Effects of training
workshop on suicide prevention among emergency room
nurses. Crisis (in press)
- 14) Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al: The relationship
between physician empathy and disease complications: an
empirical study of primary care physicians and their
diabetic patients in Parma, Italy. Acad Med 2012; 87: 1243-
9.
- 15) Knox DK, Holloman GH, Jr.: Use and avoidance of
seclusion and restraint: consensus statement of the
american association for emergency psychiatry project
Beta seclusion and restraint workgroup. West J Emerg
Med 2012; 13: 35-40.



SMARTVALUE



ECOBIZ
