

来院した自殺未遂患者への
ケア Q&A —実践編 2011—

Q&A

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することができます。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いない救急の場面で、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）

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
あとながき	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

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、早晩、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、辻褄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、今抱いている考え・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出す場合があります。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月から茫^{ぼう}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。

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、身体の話題のみに終始したり、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、苦労をねぎらい、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命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、一人の家族の力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、食思不振と体重減少、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、遅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、本人の精神状態にペ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お聴きすることで、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表れ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すことが望ましい。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ようアドバイスする。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

苦労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」「だいぶ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。

Q6 「もう大丈夫です」という言葉を信用してよいですか？

A6

自殺企図患者の危険性は、本人の医学的重症度と危険因子や自殺念慮などの危険度を総合的に判断することが原則である。心理的に動揺している本人の言説だけで簡単に信用することはできない。事例によってはカタルシス効果によって一時的に精神状態が改善し、本人がすっかりしているようにみえる場合もある。自殺企図は、たとえそれが未遂に終わっても、患者に達成感をもたらし、リセットがかかったように患者の状態が一時的によくなることがある。周囲の関係者が患者を慮っている状況や、今の精神状態の改善が一時的なものであり、早晚、また悪化するおそれがあることを伝え、受療を促すことが望まれる。

Q7 「体の状態がよくなったら退院します」という言葉に対してどう対応したらよいですか？

A7

ほぼ例外なく自殺未遂患者は精神疾患に罹患していること、また自殺企図を繰り返すリスクが高いことを事実として伝え、精神医学的なアセスメント、あるいはその導入の必要性と、自殺再企図の予防を含めて、今後の道筋が立つところまでが治療に含まれるということを説明する。また本人だけでなく、家族などの支援者とその後の対応を検討する必要もある。

Q8 具体的問題があった場合、誰といつから連携していけばよいのでしょうか？

A8

自殺企図は、哲学的な問題から生じるのではなく、また、ある時に突然生じるのではなく、具体的な生活問題や職場問題、対人関係の問題から精神疾患に至り、自殺企図が生じるというプロセスがほとんどの場合に存在する。このような環境的な問題の改善・解決については、ソーシャルワーカーによる支援が有効なことが多い。病院には医療ソーシャルワーカー（MSW）や精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士：PSW）がいる。PSWは、とくに精神障害者とのコミュニケーションや精神障害者のための社会資源に詳しい。ソーシャルワーカーは、他の医療機関の紹介から、生活経済問題、住居問題、労務問題、多重債務問題など、さまざまな問題について具体的な助言が可能である。自殺未遂患者のほとんどに、企図に至った社会的な背景・生きづらさがあるので、患者搬送直後からソーシャルワーカーに連絡をとり、面接に同席してもらうなど、初期から治療に参加してもらうことが望ましい。なお、地域医療や福祉の利用に関して、地域の保健所や保健福祉センターに相談をすることもできる。また、ほとんどの行政には自殺対策を担

う部署があり、都道府県・政令市には必ず精神保健福祉センターがあり自殺対策の窓口が設置されているので、そこでさまざまな相談をすることもできる。

自殺未遂患者は多くの場合複合的な問題を抱えているため、その支援も複合的となる。一人だけで取り組むことは大きなエネルギーが必要となり、勧められない。常に患者を支援するスタッフや関係者との連携を通して活動することが不可欠であろう。

コラム3：カタルシスについて

患者は、自殺企図によって長く続いていた苦痛や困難を終わらせようとするが、たとえ自殺が未遂になっても、いったん重荷をおろしたかのようになって悪化していた精神状態が軽快してしまうことがある。このことをカタルシスと呼ぶ。カタルシスは、救急に入院中、継続することがあるが、あくまでも一時的なものであり、退院後の環境は、自殺企図時から改善しているわけでもなく、また治療が強化されなければ精神症状もすぐに再燃するので、自殺の再企図の危険性が再び強まる恐れがある。つまり、患者が、ふっきれたような表情や言動を示しても、あるいは「大丈夫です」と断言しても、その言葉を鵜呑みにすることなくアセスメントを行うことが必要である。

シナリオ3

症 例

50歳、男性

診 断

アルコール依存症

現病歴

老齢の母と同居している。40代の時、対人関係の悩みをきっかけとして飲酒量が徐々に増えた。ここ数年は一晩で焼酎1本（720ml）を飲むこともしばしばあった。大量飲酒の翌日は、飲酒中のことをまったく覚えていなかった。また体調不良で仕事を欠勤することもあった。最近は平日の朝から飲酒をすることもあり、欠勤が増えた。ある日、上司から強く叱責され「これ以上休むようならクビだ」と言われた。それでも飲酒をやめられず、翌日、飲酒中に死にたい気持ちが強まり、遺書をなぐり書きして割腹自殺を図った。気づいた母親が救急隊に連絡し、搬送された。

来院後経過

身体的な治療は終わったが、割腹自殺を図ったにもかかわらず「精神科に通院する気はない」と訴える。「もう酒はやらない」と医師と約束したため、母が退院手続きをとっていたが、看護師には「酒をやめる自信はない」と話している。

やってはいけない対応例

- ・アルコールに依存する人は「意思の弱い人間」「どうせ治らない、変わらない」などと判断する。
- ・強い叱責や、単に恐怖心をおおって飲酒をやめさせようとする。
- ・本人の自責感をいたずらにあおる。
- ・拒否的な態度をとったり、故意に冷淡にふるまう。
- ・患者に付き添う家族（このシナリオでは母）を責めたり、「あなたがしっかりしていないから」と叱咤する。

好ましい対応例（関わりのポイント）

- ・アルコール依存症は病気であることを伝える。
- ・患者の心理的、環境的な問題に焦点をあてた対応をする。
- ・患者が依存症の専門治療を受けることのできるような環境を整える。
- ・本人ではなく「困っている人」（=付き添い）にも注目する。

■症例の解説

ストレス対処で飲酒量が増え、依存症に至った事例である。アルコール依存症では、抑うつ状態を合併していることが多く、この症例でも抑うつ状態のなかで自殺企図を行っている。依存症そのものが自殺のリスクの高い精神疾患であり、さらに他の精神障害が合併するとリスクはさらに上昇する。とくに飲酒時には衝動的な自殺企図が生じやすい。本症例では、適切な治療がなされなければ、再企図の可能性が高いと考えられる。

Q&A

Q1 本人が酒を飲まないと約束するので、退院させてもよいですか？

A1

アルコール依存症は酒を飲み続けるとどんどん進行していき、飲酒を止められなくなる病気である。その症状として同じ失敗を何度も繰り返し、平気で嘘をつき、時には暴力を振るって警察のお世話になる。本人が酒を飲まないということを具体的に実践できるように、行動の目標をたてるのが効果的である。まずは、アルコール依存症の治療は断酒を継続していくしかなく、精神科医療へつなげることが重要である。

Q2 このまま入院を継続した場合、どのような離脱症状が出現しますか？

A2

入院当日はとくに訴えないが、最終飲酒後48時間から72時間以内に離脱症状が出現しやすい。たとえば、アルコールが抜ける入院2日目より痛みを訴えることがある。また離脱症状のため苛立ち、態度が横柄になることもなる。離脱症状は過去に出現した症状と同様の症状が起きやすい傾向にある。離脱症状は時間的経過により、小離脱と大離脱の2つに区分される。

Q3 離脱症状の2つの区分である小離脱と大離脱について具体的な症状を教えてください。

A3

小離脱は、飲酒停止後に酩酊症状が6～7時間ほどで消失し、血中アルコール濃度が100mg/dlまで下降する頃（飲酒停止後10時間前後）より約48時間以内に出現する、自律神経機能の亢進

を主とする症状である。具体的には発汗、手指の振戦、睡眠障害、頻脈、高血圧、不安、いろいろなを観察する。また、一過性幻覚や痙攣発作が観察されることもある。痙攣は断酒後24時間以内
に出現し、強直間代性で大発作の形で起こり、1～3回で終わる。

一方、大離脱としては、飲酒停止後48～72時間して始まり、2～3日持続する意識障害、精神運動性興奮を主とする振戦せん妄が観察される。夕方や夜間に発生することが多く、意識レベルの低下で恐怖心や不安感の増強した状態であり、それに伴う行動化がみられる。具体的には、クモやゴキブリ等の小動物や、天井や壁のシミが人間の顔に見えたりといった幻視や錯視があるか、人が口々に自分に対して非難の声をあげているとか、トイレの中からお化けが呼んでいるなどの脅迫めいた内容の幻聴が聞こえるか、あたかも自分が仕事をしているかのように思い、作業する職業せん妄があるかも観察する。

Q4 離脱症状が出現した際にどのようなケアが必要ですか？

A4

離脱症状時には意識もはっきりせず、自分が今どこにいるのか、今何時なのかといったことも分からない。ほとんどの場合、数日以内で元に戻るが、戻るまでの症状は移り変わりやすい。日中は比較的落ち着いていても夕方や夜になると不穏となり、おかしな言動が認められる。室内が暗いと増悪しやすく、患者はきわめて暗示にかかりやすい。夜間せん妄の場合には、電灯をつけて明るくして様子を見ることもある。

この時期には患者自身の安全と事故防止に十分配慮し、個室での離脱症状への対応に努める。身体的観察はもちろんのこと、精神的観察も十分行っていかなければならない。また、どうして入院に至ったのかという、治療への動機づけや、入院していることの意味を考えられるようにかかわることも必要である。

Q5 アルコール依存症の患者に対してどのような対応をしたらよいですか？（やってよいこと・やってはいけないこと）

A5

援助の対象であるアルコール依存症者に対して否定的な感情をもっていると、良好な人間関係を築くことはできない。アルコール依存症者についてのとらえかたを振り返り、そこに偏った見方がないかを見直し、苦しさと闘っている目の前の患者と対等に向き合う必要がある。つまり、酒を止められないという辛い気持ちを理解するよう、同じ弱い人間として、共感的な理解、共感的な態度で接するよう努めてみることである。説教調の会話は効果がないばかりか、患者の中に反発感情しか生まれえない。しかし患者の行動が間違っている場合には、時に厳しく指摘することも必要である。またアルコール依存症の自殺未遂患者の場合に、アルコールの問題のみをクロー

ズアップしないで、自殺の危険性や背景の危険因子も適切に評価することが大切である。

Q6 アルコール依存症の患者の家族に対してどのような対応をしたらよいですか？

A6

アルコール依存症者を援助し、アルコール依存症であり続けさせている人をイネーブラー (enabler) という。アルコール問題が続いている家族の場合、母や妻が援助の手をかけすぎていると嗜癖を悪化させてしまい、嗜癖はどんどん進行していくことになる。この誤った関係を絶つためにも、家族への援助を欠かすことはできない。本人が入院している間に、アルコール依存症についての正しい知識を得て、病気を悪化させないような対応方法を学んでもらう。これまでの混乱した生活の立て直しを図っていくため、保健所、家族会や酒害相談所へつなぐようなかわりをする。この事例のように本人が精神科受診を望んでいない場合は、とくに治療協力者としての役割を担うことを期待する。

また暴力を振るわれた場合は家から逃げたり、警察に通報するといった断固たる態度も必要であることを説明する。

Q7 アルコール依存症と自殺との関係について教えてください。

A7

うつ病が自殺の危険因子であることは言うまでもない。そのうつ病であることが周囲から見て分かる症状に、対処行動として飲酒量が増えることがあげられる。とくに中高年の男性でうつ病になって、飲酒量が増えている人が多い。彼らは必ずしもアルコール依存症の診断には該当しない。飲酒をすると一時的に気分が晴れることを経験しているために、医療機関に受診して抗うつ薬を処方してもらい代わりに、ついつい酒に手を出してしまう。飲酒することで気分もよくなり、不眠も改善すると本人は確信している。しかしアルコールには依存性があり、薬理的には中枢神経系の機能を抑制する作用があるために、うつ病は確実に悪化していく。さらに危険なのは、酩酊状態で自己の行動をコントロールできない状態に陥って、自殺行動に及ぶ人が圧倒的に多いことである。一方でアルコール大量摂取者は長期的にうつ病や自殺のリスクが高いことが知られている。またアルコール摂取下では計画性のない自殺企図を導く可能性が高いため、計画性のない自殺企図の背景にアルコールの問題があり、それが改善されない場合には、再企図の可能性があると考えられる。精神科医療機関（コラム5参照）などへの受診をすすめることも解決につながる。

コラム4：アルコール依存症という病気の考え

アルコール依存症は、アルコールを摂取していないときに、飲まずにはいられなくなる疾患である。飲んでいるからトラブルが生じているのではなく、飲まずにはいられないからトラブルが生じると考えることが重要である。

コラム5：アルコール専門外来

アルコール依存症者が退院後、治療継続のために週1回から2週間に1回通院し、アルコール専門医の診察を受ける。その後、通院者が集まり集団精神療法に参加する。そこで話された内容の秘密は守られるという信頼のもとに、お酒に対する今の自分の気持ち、生活面でのさまざまな困難な状況などをそれぞれが話す。他の依存症者の話を聞き、自分自身のことを話していくうちに、共通する経験を発見して共感が育ち、病識ももつようになる。最近ではアルコール専門外来クリニックが各地に開設されており、身体合併症の治療も同時に行われている。

※AA (Alcoholics Anonymous) : 「匿名による断酒会」と称される。患者同士で運営する自助グループ

シナリオ 4

症 例

23歳、男性

診 断

幻覚・妄想状態（統合失調症の疑い）

現病歴

中学でいじめにあったことがきっかけで不登校になった。高校には何とか進学したが、1学期の途中から家に引きこもるようになり、高校を中退した。20歳頃から昼夜逆転の生活となった。壁に向かってブツブツ喋ったり、急に泣いたり笑い出すようになった。X年6月「意味ないよ！」「死ねって言われている！」と言い、突然家を飛び出した。そして、走行している車の前に飛び出し車と接触し、転倒した。腰部打撲で救急搬送された。

来院後経過

救急病棟入室時から「痛い！痛い！」と訴える一方「お前は俺をバカにしているだろう！」と看護師を相手に怒鳴りちらす。また「『お前のようなバカは死ね』と言う声が聴こえる」と話し、毛布を頭からスッポリかぶってしまう。

やってはいけない対応例

- ・診察まで接触を避け、患者が動き回るのを静観しそのまま放置する。
- ・スタッフ一人だけで対応する。
- ・「そんな声はあるはずがない」「それはあなたの妄想ですよ」と、患者の言っていることをすべて否定する。
- ・感情的に患者と同じ調子で声高に話したり、無理に説得をしようとしたり、叱りつけたりする。
- ・説明なしにいきなり抑制帯を使って行動制限をする。

好ましい対応例

- ・複数のスタッフで早めに対応する。
- ・自分の職種と名前を名乗り、ここが病院であること、これから治療にあたることを、ゆっくり、わかりやすく説明する。
- ・見当識を確認するなどして、意識レベルを確認する。
- ・患者が安心できるような言語的、身体的なコミュニケーションを図る。妄想や幻覚の内容を深く追求せず、幻覚・妄想状態で生じている患者の恐怖や不安、苦しみなどに焦点をあて、患者に「さぞ、つらかったでしょう」というような共感的な声かけをする。
- ・自分自身が身に着けているもの、患者自身が所持しているもののうち、自殺企図や他害行為につながるような危険物を除去する、あるいは遠ざける。
- ・妄想の世界から現実の世界へ戻すようなかわりを継続する（例：痛みがあることを認識させ、安静を保つように声かけをする）。

■症例の解説

精神科受診歴のない、幻覚・妄想状態の患者で、統合失調症が疑われる。興奮している患者に対しては、一人では対応せず、複数名のスタッフで対応すべきである。これは、患者とスタッフ双方の安全確保と円滑に治療を進めていくうえで重要である。幻覚・妄想は、一般的に説得によってこれを消失させることは困難であり、無理に説得を試みるよりも、まずコミュニケーションを図りながら、安心感や信頼感を醸成することが先決である。

Q&A

Q1 幻覚・妄想状態で自殺企図をする場合には、どのような精神疾患が考えられますか？

A1

幻覚・妄想状態で第一に疑う疾患は統合失調症である。統合失調症における自殺企図はまれではない。統合失調症では、「死ね」などの命令性の幻聴により自殺企図に至ったり、抑うつ状態で自殺を企図する場合も多い。また、統合失調症患者は、致死性の高い自殺手段をとることが多いのも特徴的である。

統合失調症以外にも、重症の気分障害（うつ病性障害や双極性障害）、器質性・症状性精神障害、薬物依存（アルコール、覚せい剤等）などでも幻覚・妄想状態が出現する場合がある。

Q2 幻覚・妄想状態で興奮している患者にスタッフが対応するうえで、危険性を取り除くためにどのようなことに気をつければよいですか？

A2

幻覚・妄想状態で興奮している場合、医療スタッフは、患者が幻覚・妄想に左右されて再度の自殺企図に及ぶことを防止し、患者および自身の安全確保を考える。具体的な行動目標として、①患者と二人だけで個室で対応しない、②複数のスタッフで対応する、③危険物を除去する、④警備員等や他のスタッフを呼ぶ、という項目があげられる。

自殺の再企図防止としては、自殺手段へのアクセスの防止が重要である。興奮して自殺企図や他害行為に及ぶときに手段となりうる刃物や紐、毒物などの危険物を、持ち物チェックなどを行って本人の周囲に絶対置かないことである。

場合によっては、静脈ルートからの向精神薬投与による鎮静、抑制帯による行動制限などについても検討する必要がある。

Q3 幻覚・妄想状態にある患者に対して、どのような接し方をしたらよいですか？

A3

幻覚・妄想状態の患者への説得は困難であることが少なくない。そして、強い口調で患者にアプローチすることは、いたずらに相手を刺激することにもなりがちである。

患者に対しては、安心を与えるような対応が必要となる（コラム6参照）。

患者の幻覚や妄想の内容の話を聞いたときに、「そんなことはありえない」とすべて否定したり、「なぜそう考えるのか」と分析的になったり、深く追求しようとしないうほうがよい。そういう状態にある患者の苦しみや不安、恐怖に焦点をあてて、「だいぶつらいでしょう」などと共感的な声掛けをする。

治療の説明や「そろそろご飯の時間ですが、食べられますか？」というような食事摂取の確認、「今〇時ですよ」という日時の確認、「痛くないですか？」などの痛みの確認等は、幻覚・妄想にある患者が現実的なかかわりをもてるようになることであり、重要なアプローチである。

Q4 幻覚・妄想状態にある患者に対して、どのような評価を行えばよいですか？

A4

臨床的徴候を注意深く観察することが重要である¹⁾。

- (1) 精神的徴候：発症（急性・慢性）、経過、特徴（症状の種類）
- (2) 身体的徴候：特徴（症状の種類・性状）、バイタルサイン、血液検査・血液ガス、画像診断（X線・CT）、心電図、その他
- (3) 外見・振る舞い

第一に、意識レベルを確認する。一見会話が成立していても意識障害であることもあるため、「今日は何日ですか？」や「今どこにいるかわかりますか？」などの質問で見当識の有無や、健忘がないかを確認する。

軽度の意識障害は、身体疾患を背景とした精神症状と、内因性・心因性精神障害との鑑別に重要性が高いが、臨床的にデリケートな症状であるため、とらえにくい。このため、最終的には臨床症状、臨床検査値、脳波所見などの所見と照らし合わせながら判断する。ベッドサイドでの鑑別方法についてはコラム7を参照されたい。

とくに、以前に同様の精神障害をみた既往がない場合、精神症状の原因が容易に特定できない

場合、患者の年齢が55歳以上である場合、慢性疾患が存在する場合、そして薬を服用している場合などでは、身体疾患を基盤とする精神症状の可能性を想定する必要がある。

また、幻覚・妄想状態にある患者だけから事実確認を行うことは困難である場合も少なくないため、本人だけでなく、家族、かかりつけ医など周囲から情報を収集することが大事である。

Q5 身体的に改善傾向にあるが、精神症状が著しく悪い場合に、どのように対処すべきでしょうか？

A5

身体的治療中に著しく幻覚・妄想による興奮や不穏行動を認め、身体的治療を行うことが困難である場合には、向精神薬による薬物療法も検討する必要がある。

その際には、身体的重症度と照らし合わせながら薬物選択や投与量の決定を行う必要がある。投与薬としては、向精神薬としてリスペリドン、オランザピン、ペロスピロン、クエチアピン、アリピプラゾール、ブロナンセリン等の非定型抗精神病薬やハロペリドール（点滴静注・静注）等の定型抗精神病薬がある（p.26表）。

また、フルニトラゼパム、ミダゾラムなどのベンゾジアゼピン系薬剤を静脈注射などで投与する場合もある。興奮が強い場合、本人の協力のもとに投与することが困難なことも少なくないため、口腔内崩壊錠、液剤、静注で使用できる薬剤が利便性も高い。本人に説明しても理解が得られない場合には、家族に対して薬剤の効果と副作用、適応について十分説明したうえで、投与を行う。投与後も作用や副作用を観察していくことが大切である。薬物療法について判断が難しい場合には、かかりつけ医や精神科医へのコンサルテーションや助言を仰いでもよいと考えられる。

また、救急医療機関での身体的治療が終結に向かっているにもかかわらず、依然として自殺企図とかかわった幻覚・妄想が強く、「『死ね』と聞こえてくる」という幻声、「死なないと迷惑をかける」という被害妄想などが著しく、自殺の危険性が高い場合や、「〇〇を殺さないといけない」と他害に及ぶ可能性が高い場合には、精神医療につなぐ絶対的適応である。そして、担当医は病院のケースワーカーに相談して、紹介先の確保を進めてもよいであろう。精神科専門施設は、専門性の高い身体的治療は十分に行えない実情もあり、紹介先には、身体的治療の必要性の有無や今後の見通しを丁寧に説明する。

また受診にあたっては、必ずしも自らが入院を希望して入院する任意入院になるとは限らないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、同法）に基づく医療保護入院の保護者となりうる配偶者や扶養義務者を確認して、一緒に受診させることが必要となる。

幻覚・妄想状態による自傷他害のおそれが強く認められる場合には、シナリオ1を参照いただきたい。

興奮、攻撃性が顕著で服薬不可能である場合**●呼吸管理ができる環境での投与**1. ミダゾラム（ドルミカム[®]）

1 ~ 20mg/時で持続投与

2. フルニトラゼパム（サイレース[®]、ロヒプノール[®]）

2 ~ 4mg 生理食塩水で 10 倍希釈。入眠まで緩徐に投与

（注：上記 2 剤とも、拮抗薬のフルマゼニルを準備したうえで投与、バイタルサインを頻回にチェックすること）

●呼吸管理が難しい環境での投与1. ハロペリドール（セレネース[®]）

5mg + 生理食塩水 50 ~ 100ml 30 分かけて やむを得ない場合 1 日 15mg 程度まで投与可能

不穏だが経口摂取あるいは経管投与が可能である場合（1 日量）1. リスペリドン（リスパダール[®]；錠剤、口腔内崩壊錠、内用液など）

初期投与量 1 ~ 2mg 維持量 4 ~ 6mg 分 1 ~ 2

2. クエチアピン（セロクエル[®]；錠剤、細粒など）

初期投与量 25 ~ 50mg 維持量 100 ~ 600mg 分 2 ~ 4

3. アリピプラゾール（エビリファイ[®]；錠剤、内用液など）

初期投与量 6 ~ 12mg 維持量 6 ~ 24mg 分 1 ~ 2

4. プロペリシアジン（ニューレプチル[®]；錠剤、細粒など）

初期投与量 5 ~ 10mg 維持量 10 ~ 60mg 分 2 ~ 4

上記に加えると攻撃性の抑制に有用な補助薬の例（1 日量）1. バルプロ酸（デパケン[®]；錠剤、内用液、細粒など）

初期投与量 200 ~ 400mg 維持量 600 ~ 1200mg 分 2 ~ 4

2. ロラゼパム（ワイバックス[®]；錠剤）

初期投与量 1 ~ 1.5mg 維持量 1.5 ~ 3mg

3. ミアンセリン（テトラミド[®]；錠剤）

初期投与量 10mg 維持量 10 ~ 60mg

4. トラゾドン（レスリン[®]、デジレル[®]；錠剤）

初期投与量 25mg 維持量 75 ~ 150mg

Q6 暴力行為が出現した場合にはどのように対応しますか？**A6**

幻覚・妄想状態による自殺未遂患者では、治療中も自傷他害のおそれを認め、暴力行為が出現することがしばしばあるため、当初より家族やその周囲に対してもその旨と必要な措置を講じる可能性を説明しておく必要がある。また、医療スタッフ自身も危険性を認識しておくことが大切である。院内で幻覚・妄想状態による暴力行為が発生した場合には、各医療機関に暴力対応マニュアルがある場合には、それに沿って対応するとよい。暴力行為のレベルに応じて対応することもよく行われている。

一般的には暴力行為が発生した場合には、二人以上で対応し、患者確保や安全確保のため警備

員、担当の事務職員などを呼ぶ。また、部屋の出入口など逃げ道も確保し、暴力行為が収まらない場合や傷害などレベルの高い暴力行為があった場合、警察への通報を検討する。必ず、医療スタッフはカルテやチャートに事実記載を行い、家族には事実を説明する。

文献：

- 1) 大塚耕太郎、酒井明夫：精神症状. 救急医学30(6)：748-750、2006.

コラム6：対応法について

統合失調症では幻覚・妄想状態を認める場合も多い。十分な意思疎通をとることに苦慮する場合もあると思われる。そのような場合でも、救急対応時ではあるが搬送直後の対応のポイントとしては最低限下記のような対応を心がける。初期対応の温かみのある対応はその後の対応の成功につながる。

1. 丁寧に温かみのある態度：温かみのある表情での声かけ。威圧的であったり、拒否的な態度はとらない。
2. 名乗る：〇〇病院の〇〇科の医師です。
3. 支援の表明：〇〇（病名・病態）という状態であり、〇〇さん（患者）の助けになりたいのです。
4. 治療の説明：〇〇（病名・病態）に対して、〇〇（治療法）の治療が必要になります。

コラム7：軽度の意識障害を鑑別する方法

意識混濁の軽い状態では、はっきりした見当識の障害はないが、注意の集中と持続が困難で、思考のまとまりの悪さ、細かい配慮の欠如、意欲や自発性の減退を認める場合がある。このような軽い意識混濁の存在を疑わせる所見としては、①不眠（入眠困難、中途覚醒、再眠困難、早期覚醒）、昼間の傾眠、②悲観的、容易に涙ぐむ、おびえるような・怖がるような様子、③ややくどい受け答え、反抗的、不機嫌、④話が脱線しやすい、まとまりの悪さ（観念奔逸・観念連合の粗末さ）、⑤注意集中の困難、病室を間違え他の部屋に入る、数時間前の食事の内容が思い出せない、検温したことを忘れている、⑥易変的な気分、軽い躁状態、軽いうつ状態、⑦「100-7」の計算の間違え方に特徴がある（例：100-7=83、93-7=76のように下一桁は正解し、二桁目は誤る、⑧間欠的ないし周期的であるということ、変動しやすい、などがあげられる^(文献)。

文献：春木茂一：腎不全・透析に伴う症状性精神障害：器質・症状性精神障害、中山書店、東京、1997、pp437-461.

シナリオ5

症 例

26歳、男性

診 断

適応障害の疑い

現病歴

X年4月に職場異動と同時に、実家を離れ単身生活となった。業務内容が今までとはまったく異なり、戸惑う毎日であったが、もともと内気な性格で、誰にも相談することができず、仕事は滞りがちであった。ある日、上司から仕事の遅れを叱責され、頻繁に注意を受けるようになった。繁忙期も重なり追い詰められたような状況のなか、X年6月には風邪をひき会社を休んだ。数日で軽快し、朝出勤しようとしたが、強い倦怠感と仕事への恐怖心から途中で自宅に引き返してしまった。その後、何とか仕事には出るようになったが、口実を設けて仕事を休み、外で時間を潰すようなことが多くなった。

X年7月のある朝から失踪し、数日後、自宅から遠く離れたA県の森林内に駐車した車の中で排気ガス自殺を図っているところを、たまたま通りかかった地元の人に発見され、救急搬送された。

来院後経過

意識が回復した後、しばらくの間は静穏だったが、徐々に落ち着きがなくなってきた。本人によれば、失踪後、しばらく車であちこちを転々としていたが、八方塞がりだと思い、衝動的に自殺を企図してしまったという。「今回のことが会社にバレていないか?」「解雇されるのではないか?」と心配している。そして、「実家の両親にも単身生活になってからのことは一切話していないので、今後どうすればよいのかわからない」と、頭を抱えている。

やってはいけない対応例

- ・ 今回の自殺企図行動・自傷行為について何も触れずに、無関心を装う。
- ・ 自殺企図が理性的な判断に基づいて行われたと判断する。
- ・ 「自己責任でしょう」と突き放す。
- ・ 「何て馬鹿なこと（自殺企図）をするのですか」と叱責する。
- ・ 「そんなの（悩みごと）たいしたことではないじゃないですか」と自分の価値観を押しつける。
- ・ 身体面の状態・治療に関する説明だけをして、精神面には触れない。
- ・ 本人の訴えを聞かず、「今は体の治療に専念しましょう」などとはぐらかす。
- ・ 家族への気遣いは、とくに治療とは関係ないことだと考える。
- ・ 全身状態が回復したら、ただちに退院させる。

好ましい対応例

- ・ まず、身体の痛みや状態を尋ねることを通してコミュニケーションを図る。
- ・ 自殺企図の背景には、必ず精神的な問題があると考え、対応する。
- ・ 先に、身体的な問題から生じる精神症状の可能性を考慮する。
- ・ 当該の行為が故意の自傷／自殺未遂だったのかどうかを患者に尋ねる。
- ・ 自傷／自殺未遂に至った経緯を尋ねる。
- ・ 現在の自殺念慮の有無や強さを確認する。
- ・ 精神的なケアの必要性、精神科受療の必要性を解説する。
- ・ 今日と明日の過ごし方、当面の方針を話し合う。
- ・ 今回の自殺企図について、内省、後悔の念があるかどうかを確認する。
- ・ メンタルヘルス・サポートや、自殺予防に資する資料を手渡し、社会資源の利用を勧める。
- ・ ソーシャルワーカーとの相談を勧める。

■症例の解説

精神科受診歴のないケースである。もともと内気で心を開くことができず、誰かに相談をすることも苦手な性格の患者である。職場で、これまでに経験したことのないストレスを経験したが、誰にも相談せず、負荷が本人の許容範囲を超えてしまい今回のような行為に及んでいる。本人は、精神科を受診すること自体、思い浮かばなかったかもしれない。

ストレス状態を終わらせる目的での衝動的な行為ではあるが、衝動的、一時的な行為だといって決して軽んじてはならない。今回の自殺企図手段は非常に致死性が高いものである。適応障害を疑うが、絶望感、自責感、不安・焦燥感を伴ううつ病の可能性もあり、精神科受療（入院・外来にかかわらず）につなげるのが最重要である。

一酸化炭素（CO）中毒では、曝露時間とCO濃度によって意識障害の遷延時間や後遺症の重症度が異なる。時に、軽度の意識障害が続くことがあるが、臨床症状だけでは時に鑑別が困難である。このため、脳波等を使用した客観的評価は必須である。

Q&A

Q1 まずはどうな声かけをするべきですか？ 声かけをする際に注意する点は何でしょうか？

A1

まず、あいさつを交わしたり、一般的な声掛け、問いかけを通じて意識障害の有無を確認する必要がある。その際、ごく軽度の意識障害を見落とさないように注意が必要である（コラム8）。意識が清明であると判断されたら、その後少し踏み込んだ質問に移る。

自発的によく話をしてくれるケースでは、傾聴、共感する姿勢が大切で、まずはしっかりと患者の話を受容するよう心がける。患者のほとんどは、精神疾患や一時的にでもメンタルヘルス不調に陥っているので、ストレスや生活問題にうまく対処できていない状況である。このため、患者の語る問題が医療者からみて容易に解決可能であるように思っても、軽視しないように気をつける。その意味で、患者の語りの内容ばかりでなく、患者がどのような心境にあるのか、どのような面持ちで語っているのかということも大事にする。

一方、なかなか口が重く語りたがらないケースの場合は、無理して聞き出すということまではしなくてもよいが、信頼関係の醸成に努め、コミュニケーションがある程度できるようになってから、核心部分について話題にあげるようにする。初めはなかなか応えてくれなくても、繰り返し尋ねたり、角度を変えて聞き直すと応えてくれることもある。

いずれのケースも、当該の行為が自殺の意図を伴うものであったのかどうかということ、出来るだけ早期に確認するとよい。

医療者は決して本人の話に対して、自分自身の価値観を押し付けるような話し方にならないように注意する。TALKの原則というコミュニケーション法がよいとされている。TALKの原則とは、T (Tell)：誠実な態度で話しかける、A (Ask)：自殺かどうかについてはっきりと尋ねる、L (Listen)：傾聴、K (Keep safe)：安全を確保する、という語の頭文字からなるものである。

Q2 精神的な側面に働きかけを行う前に、本人についてチェックしておくべきことはなんですか？

A2

救急医療であるため身体的な評価がもっとも優先され、低酸素血症、CO中毒、薬物過量摂取などによる意識障害の有無をしっかりと鑑別することが大切である。また、本人にとってのキーパーソンを同定し、あらかじめ情報を詳しく聴いておくことや、精神科のかかりつけ医が存在すれば、できるだけ早く診療情報提供を求め、①精神科診断名、②治療経過、③最近の状態、④治療薬などについて正確な情報を得ておくことが重要である。

Q3 本人が行った行為について、それが自殺を念頭においた行動（自殺企図）だったのかどうかを直接確認してもよいでしょうか？

A3

医療者は自殺の意思についてはっきりと尋ねることが苦手かもしれないが、TALKの原則にもあるように、このことを口に出して確認しなくてはならない。なぜなら、自殺未遂であったのかどうか、その後の患者の対応を決めていくことになるからである。

自殺の意思について確認しても、先に述べたように口ごもってしまうこともあるが、意外と抵抗なく正直に述べてくれることも少なくない。患者とのコミュニケーションがある程度成立していれば、このことを尋ねても患者が怒り出すことはないし、当初は驚く患者もいるが、大抵はむしろ自分のつらい状況を誰かに聞いてほしかったということで語ってくれる。

もしも質問しにくいと感じたら、たとえば「大事なことなので確認させて下さい」と前置きしたり、「今までも同じような方が沢山入院してきましたので、あなたにも質問しますが…」と、やや婉曲な表現を用いるなどの工夫もある。

Q4 本人が「自殺をしようと思ってしたことです」と答えたらどのように対応しますか？

A4

まずは、動揺しないようにできるだけ冷静に対応する。医療者のなかには、「自殺の意図」に過度に反応し、批判的に対応してしまう人もある。しかし、批判や叱責は控え、共感・受容に努める。自殺企図そのものの是非ではなく、企図に本人を追い込んだ状況がどのようなものであったのかを聞き出すように努力する。ほとんどの場合、自殺企図へ至る要素は複数存在するため、視点を変えて、具体的に質問を行うようにする。その際大切なことは、患者の回答が、自殺企図に相応するようなものかどうかという点である。もしも回答があまりに表面的で納得しにくいものである場合（たとえば、「親と喧嘩した」、「3万円の借金が返せない」など）、それは自殺企図の引き金にすぎず、根本的な原因は別にあるかもしれない。そのため、聴取者は具体的に疑問を口に出して「それだけではなくて、他にもあるような気がします」「もっと大きな原因がありませんか？」などと質問を試みる。必ずしも患者は順序立てて語るわけではなく、当初は語らなかった本当の原因を後々に語るケースもある。

Q5 もし、本人が「自殺企図ではない」と答えたが、家族から「遺書があった」という情報を得たらどのように対応しますか？

A5

しっかり確認することで、自殺の意図を回答する場合は圧倒的に多いが、時には隠し通そうとするケースが存在する。理由はいくつかあげられるが、主なものとして、「答えるのが面倒だから」ということがある。他にも「家族に知られたくない」「職場に知られたくない」などがあげられる。医療者に対する不信感から答えないこともある。そこで大切なことは、基本に帰って、本人が事実を話しやすい環境、関係づくりを行うことであり、意識的に患者の元へ頻回に足を運ぶとよい。今回の件と関連の薄い話から遠回りをしながら、核心に迫っていく方法もある。何度か話をしていくうちに、「実は・・・」と話し始めることは少なくない。他には、患者が話してくれた内容を医療者の中だけでとどめておく約束し、話してもらうやり方がある。

遺書については、やはり家族から話題にしてもらうことが望ましく、できれば患者にとって重い話題は、病院内といういわば保護された空間の中で扱い、解決への方向性を出していくということがよいであろう。

Q6 自殺企図をした患者に精神科受診歴がない場合、どのように受診を勧めるのがよいやり方ですか？

A6

前提として、自殺未遂患者の多くが企図時に精神疾患に罹患しているという事実を医療者が知識としてもち、理解しておく必要がある。救急のスタッフが正確な精神科診断を行う必要はない。

また精神科診断にこだわるのではなく、自殺が起こるメカニズム（複合的なストレスと、その複雑化、精神疾患の関与の可能性が大であること、自殺から患者を遠ざけるような保護的な要素の不足・欠如）について疾病教育のように教育を行い、具体的にどのような対処が望ましいのかという情報を伝えることが必要である。

このことを実践するには、一般的には、本人、家族、医療スタッフの面接を設定する。そして、もし救急病棟に入院中に精神科医の関与があり、精神症状に関する診立てがなされたのであればそのことを説明し、地域の精神科への受診を促す。

入院期間が短く精神科診断がつかない場合、入院中の精神科医の関与がまったくない場合（専門家による診断が不可能な場合）、あるいは本人、家族のなかで精神科診療に関する理解が乏しいという場合には、心理教育として自殺に関する客観的事実（「自殺企図の背景に精神疾患が存在する可能性が極めて高い」「医療者として、適切な医学的な判断とケアが必要と考える」「自殺企図の再発率が決して低くない」「自殺未遂は自殺の危険要因」など）をわかりやすく伝え、精神科受療の必要性を説く。理想的には、退院時、または退院後数日以内に精神科へ受療できるよう、家族などに予約をあらかじめ取得してもらうようはたらきかける。

Q7 本人が頑なに精神科受診を拒否する場合には、方法がありますか？

A7

上記の説明方法と同様であるが、家族をはじめとして、患者に対して発言力のある方（キーパーソン）から受療を促してもらうことが有効なこともある。

Q8 遠方から駆けつけた家族が困惑している場合、どのような対応が望ましいですか？

A8

迅速な対応とケアが必要である。患者が突然入院したこと、不慣れな場所に突然来たことだけでも家族には強いストレスがかかっている。家族が責任を感じて自責的になっていることもあるが、ほとんどの家族が、自殺企図と精神疾患の関連など、上記のような自殺企図行動の本質を理解していないのが実情である。

まずは病状について正確に伝え、ねぎらいの言葉をかけるとよい。患者同様に傾聴、共感の姿勢が必要である。家族とともに今後のことを考えていくことを伝え、そのように接することで家族の心の負荷は軽減される。身体の状況や、自殺再企図の可能性について事実を伝えることは大切であるが、過度に恐怖心を煽らないようにも注意する。

状況が落ちつきしだい、家族に対して心理教育（コラム9参照）を十分時間をかけて行うとよい。円滑に精神科受診につながるような具体的な支援も必要である。医師や看護師だけで助言や支援

を行うのではなく、ソーシャルワーカーの活用も重要である。

Q9 自宅への退院が可能と判断しにくいのはどのようなケースですか？

A9

自宅への退院可否の判断においては、とくに以下のような項目に留意する。

- ①強い希死念慮、具体的な自殺企図の計画を否定せず、依然として強く存在する。
- ②自らの行った自殺企図に対してまったく振り返りがなされていない。
- ③患者をサポートし得るキーパーソンがない(あるいは、いても具体的に機能しそうもない)。
- ④即座に経済的に困窮してしまうか、衣食住に差し迫った問題がある。
- ⑤精神症状が活発。
- ⑥入院中に不眠が顕著。
- ⑦退院後の精神科受診の目途がまったくついていない。
- ⑧本人、家族の両者が精神科での入院治療を望んでいるのに、入院先への受診も含めてまったく入院までの段取りについて目途がついていない。

コラム8：意識障害について

過量服薬による意識障害から意識が回復し、一見、見当識も確認できて会話もそれなりに成立したのに、時間をあけて（たとえば翌日など）ベッドサイドを再訪し話をすると、前日に話した内容はおろか診察医の顔すら記憶していないケースが少なからずある。また、過量服薬後に入院した後に不穏状態でスタッフに悪態をついたり暴言を吐く患者がいて困ることがある。このような患者の言動の背景には、しばしば軽度の意識障害の遷延が存在しており、意識が真に清明になってから会うと、前の言動をまったく覚えていなかったり、別人のようであったりする。

精神医学では通過症候群という症候学が提唱されている。これは、軽度の意識障害からの回復過程では多様な精神症状がみられるということの意味することばである。精神症状や本人の心理状態を把握するためには、意識障害を除外しなくてはならないが、しばしば軽度の意識障害は見落とされがちで注意が必要である。以下に、その鑑別のポイントについてまとめた。

軽度の意識障害があると……

- ・長い会話をしていると、まとまりがないことがわかる（例：「今日は朝から今まで何をしていましたか？」と質問してみるとよい）
- ・些細な単語の言い間違いが多い（午前⇔午後、国名⇔都市名など）
- ・100から7を順次引き算してもらうと、途中でできなくなることが多い
- ・普段と性格が異なっているように見える（多弁、軽口で、精神的に上ずったような、いわゆる「脱抑制的」といわれる状態で、普段患者と接している家族に確認すればすぐにわかる）
（原田憲一著：意識障害を診わける。診療新社，大阪，1997. より引用、改変）

コラム9：心理教育

心理教育とは、近年、臨床医学のさまざまな領域で取り入れられるようになった心理社会的治療の手法の一つで、疾病に罹患した患者や家族に対して、①疾病に関する確かな知識を伝え、②疾病に伴うさまざまな障害（生活障害を含む）に関する対処法を伝えることによって、③患者や家族自身が自律的に疾病や障害に対処していくことを支援するものである。従来、臨床で用いられてきたいわゆる「ムンテラ」には、多分に医師主導的なニュアンスがあるが、これとは異なる点に注目してもらいたい。

自殺企図後に心理教育を行う際の重要ポイントは、①当該の患者の行動が、死を意図して行った自殺企図行動であったことの確認、②自殺の危険因子と、人が自殺にまで至るプロセスに関する一般説明（自殺は複雑事象であるが、多くの場合、なんらかの環境的な要因によりメンタルヘルス不調となり、精神疾患を発症し、環境的要因と精神疾患との交互作用により自殺へと傾いていく）、③当該の患者の経過に即した自殺のプロセスの確認、④精神科受療の勧奨と、その他の環境要因を解決するために話し合い、⑤医療施設や保健・福祉に関する社会資源、自殺予防に資する各種情報の提供（区市町村の自殺対策窓口の紹介、いのちの電話等の民間団体）である。

これらの心理教育は、患者だけでなく、家族のような重要他者に対して、あるいは患者・家族に同時に行うことが推奨される。もちろん、上記の心理教育内容をひとりの救急医療スタッフが行うことは不可能であり、精神科医、臨床心理士やソーシャルワーカーの参与が望ましい。

文献：

浦田重治郎他（心理社会的介入共同研究班）：心理教育を中心とした心理社会援助プログラムガイドライン（暫定版）．厚生労働省精神・神経疾患研究委託費事業「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」成果報告書，2004．

岩本洋子他：救命救急センターにおける自殺未遂者への対応．臨床精神医学，39：1451-1458．2010．

あとがき

自殺対策基本法（平成18年6月成立）に基づく、自殺総合対策大綱（平成19年6月策定）では、自殺未遂者ケアが自殺対策の重点項目のひとつとして位置づけられている。平成21（2009）年3月に自殺未遂者ケアを推進するために「自殺未遂患者への対応；救急外来（ER）・救急科・救命救急センタースタッフのための手引き」（日本臨床救急医学会）が作成され、全国の救急医療従事者を対象に手引きを活用した自殺未遂者ケアの研修会（厚生労働省主催）が開始された。さらに、この手引きは厚生労働省の自殺予防対策のウェブサイト（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>）からダウンロードができるようになっており、日本全国の従事者に対する自殺未遂者ケアに関する支援体制が構築されている。

平成21年度より自殺対策緊急強化基金（内閣府）が各都道府県・政令市へ交付され、全国各地でさまざまな自殺対策事業が行われており、各地の自殺未遂者ケア研修会の一環でこの手引きが活用されている。この「来院した自殺未遂患者へのケア Q&A—実践編2011—」では、救急医療従事者がさまざまな自殺未遂事例への対応を実践するうえでのポイントを提示している。救急医療従事者にとって自殺未遂者ケアは必須の課題であり、従事者はそれぞれの現場で搬送される患者たちのこころの危機に直面して、懸命に対応にあたっている。救急医療従事者が適切なケアを提供し、わが国の自殺対策を推進の一助となっていくことを祈念する。 （耕）

この冊子に関するご意見がございましたら、日本臨床救急医学会
自殺企図者のケアに関する検討委員会までお寄せください。

〒164-0001

東京都中野区中野2-2-3 （株）へるす出版事業部内

日本臨床救急医学会事務所

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

来院した自殺未遂患者へのケア Q&A

—実践編 2011—

発行 平成23年8月1日

発行者 日本臨床救急医学会

東京都中野区中野 2-2-3 (株)へるす出版事業部内

