

日常臨床における 自殺予防の手引き

平成25年3月版



日本精神神経学会
精神保健に関する委員会編著

協 力

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター
日本精神科救急学会
日本自殺予防学会

はじめに

わが国の自殺死亡者数は 1998 年に急増して 3 万人を超え、以後もその水準で推移していることから、自殺予防は、わが国の喫緊の課題となっている。このため、平成 18 年に自殺対策基本法が制定され、翌年には政府の推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められた。大綱はおおむね 5 年を目途に見直しをすることになっており、平成 24 年 8 月に見直しが行われた。

大綱見直しでは、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象とする対策）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々を集団として捉え、その集団を対象とする対策）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人など自殺行動のリスクが高い個人を対象とする対策）の 3 つの対策を効果的に組み合わせる視点が導入された。わが国においては、選択的予防介入と個別的予防介入の強化が必要とされるが、そこでは精神保健医療の役割は大きい。

自殺には多くの要因が関与しており、自殺予防には複合的な支援が必要と考えられるため、精神保健医療だけで自殺を防止することはできないが、自殺対策において精神保健医療の担う役割は非常に大きい。特に精神医療における自殺の危険性がある方への対応には、総合的な臨床的判断が重要であり、本手引きでは、そのもとになる手順や評価法などを示している。

この手引きは精神科医療に従事する精神科医が用いることを想定して作成されたが、他の職種と共有すべき情報については基本的なことも記載した。この冊子の作成に当たっては、日本精神科救急学会「精神科救急医療ガイドライン」、日本医療機能評価機構「病院内の自殺対策の進め方」、平成 22～23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」のほか、WHO の著作物なども参考にまとめたものである。今後またゆまめ改訂を要すると考えているが、臨床では不十分な情報の中で対応を迫られることもあり、症例によっては本手引きと異なる対応や方針をとるべきこともあると考えられるが、一人でも多く自殺者を減らすための参考と考えて頂きたい。

この冊子は、同時に刊行するクイックリファレンスの解説も兼ねている。この冊子がわが国の自殺対策において役立つことを祈念している。

目次

第 1 部	基本編	5
	1. 自殺とは	5
	2. 自殺の現状と対策	5
	3. 自殺予防の考え方	6
	4. 自殺の危険因子／保護因子	7
	5. 自殺と精神疾患	8
第 2 部	アセスメントと対応	10
	1. 救急受診におけるトリアージの原則	10
	2. 自傷または自殺の切迫したリスクがあるか否か	12
	3. 現在の自殺念慮の評価	13
	4. 主要な危険因子の評価	14
	5. 再企図の予測	15
	6. 危機介入後のケースマネジメントと地域ケア	16
	7. 家族・周囲への支援とケア	17
	8. 地域ケアへの移行	18
	9. 遺された家族などへの支援およびスタッフへのケア	19
第 3 部	精神科医療における取り組み事例	20
	1. 事前予防として役立つ取り組み	20
	2. 危機介入として役立つ取り組み	21
	3. 事後対応に役立つ取り組み	22

第 1 部

基本編

1. 自殺とは

- 自殺とは、死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない〔平成 24 年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル〕。
- 自殺の定義では、「自らの死の意図」と「結果予測性」が重要になる。
- 厳密な自殺の定義ではこれらは必要不可欠かもしれないが、臨床家がこれに拘りすぎると、過ちを犯しかねない。あくまでも追求しなければならないのは、患者が自らの手で命を絶とうとする事実そのものである（高橋、2006）。

2. 自殺の現状と対策

わが国の自殺死亡者数は人口の増加とともに増えてきた。第二次世界大戦後の長期的な推移を見ると、厚生労働省の人口動態統計では、1955 年前後、1985 年前後の 2 つの山を形成した後、1998 年に急増して 3 万人を超え、以後もその水準で推移している。1998 年の急増では、都市部・中高年男性の自殺の急増が注目されたが、最近では、中高年および高齢者の自殺死亡率は低下傾向にあり、若年成人のそれが高くなるという変化が見られる。ここで男性の無職、男性の離別者の自殺死亡率は 1998 年の急増以前から高いことに注意する必要がある。自殺予防には、このようなハイリスク群を同定した上で、それらへの見守りと支援が大切である。

1998 年の自殺死亡急増後の国の取り組みは、大きく 3 期に分けることができる。第 1 期（1998～2005）は厚生労働省中心の取り組みである。2000 年に健康日本 21 の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」の数値目標があげられ、2001 年には自殺対策事業が予算化された。そして 2002 年には、自殺対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」がまとめられ、2004 年にはうつ病対策が取り組まれるようになった。第 1 期は自殺対策を発展させるための種まきの時期と考えることができる。第 2 期（2005～2006）は、自殺対策に政府全体で取り組むようになる転換期である。2005 年に参議院厚生労働委員会は「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行い、それを契機に自殺対策関係省庁連絡会議が設置され、同年末にはその報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が公表された。第 3 期（2006～）は自殺対策基本法の公布に始まり、社会全体で取り組むという現在進行中の過程である。2007 年 6 月に政府の自殺対策の基本的指針である「自殺総合対策大綱」（以下、大綱）が閣議決定され、2008 年 10 月にはその一部改正が行われた。

大綱は、自殺の問題の深刻さを社会に訴え、自殺対策への社会の関心を高めることに大きく貢献してきた。実際、大綱に示された当面の重点施策等をもとに、各地でさまざまな自殺対策が取り組まれるようになった。大綱には「施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね 5 年を目途に見直しを行う」と記述されており、2012 年 8 月には、「自殺総合対策大綱——誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して——」（以下、新大綱）が閣議決定された。

新大綱は、自殺対策の効果をあげるには、全体的予防介入（リスクの度合を問わず万人を対象

とする対策)、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々を集団として捉え、その集団を対象とする対策）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人など自殺行動のリスクが高い個人を対象とする対策）の3つの対策を効果的に組み合わせることが必要としている。

今後は、自殺対策の現場で得られた経験と科学的知見を尊重したモデル的な取り組みが広がり、自殺対策に関連する学術団体、組織団体、自治体等による自殺対策ネットワークの構築による効果的かつ安全な自殺対策の普及が期待される。

3. 自殺予防の考え方

自殺は関連する要因が複雑であり、自殺予防は、多くの領域が関連した複雑な活動になる。自殺を高い信頼性で予防する知見は、わが国だけでなく、世界的に見ても未だ十分に得られていない。しかし、自殺を予防する可能性が示唆された活動はいくつか報告されており、これらの活動を実施することは、自殺予防につながる可能性がある。

自殺の危険性があるものに対して、自殺と関連する危険因子を減らし、保護因子を強化する活動は、自殺予防につながると考えられる。自殺の危険因子に関しては、これまでに世界的にも我が国においても既に知見が集積されている。保護因子についても同様である。危険因子を減らす活動については、高いレベルで信頼性のある研究成果が多く報告されている。自殺と関連することが既にわかっており、かつ、その危険因子を減らすことが高い信頼性をもって示されている活

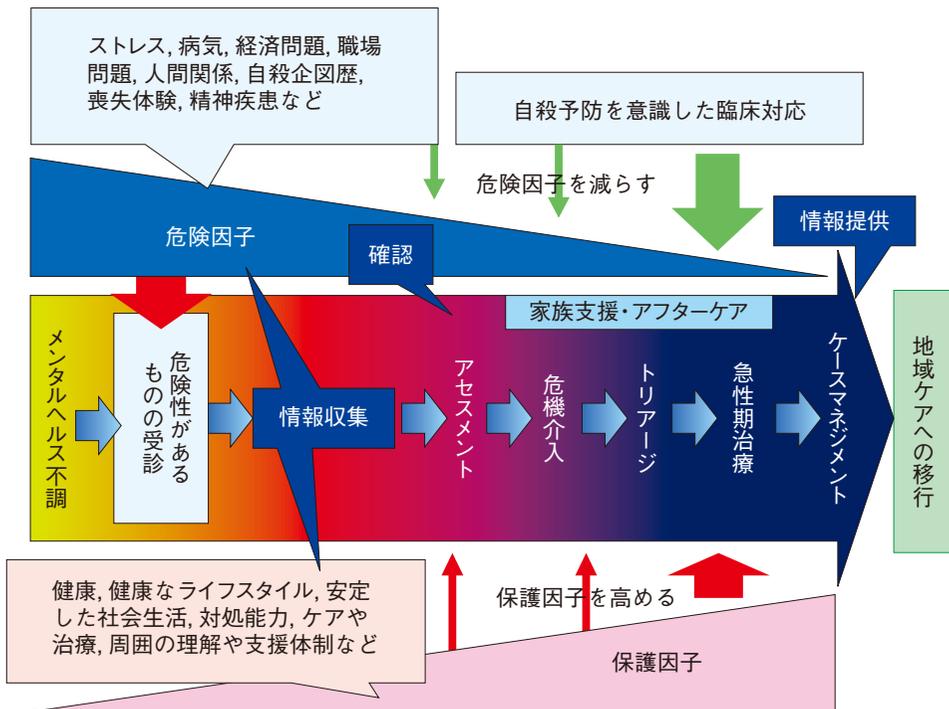


図1 自殺の危険性のある者へのストラテジー

(日本臨床救急医学会：自殺未遂者への対応—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、2009より改変引用)

動、保護因子を増やすことが高い信頼性をもって示されている活動も、自殺を予防する活動としての科学的根拠は高いと考えられる。

社会生活を送る中で、自殺の危険因子に対して保護因子が不足する場合に、例えば自殺念慮を抱くというハイリスクな状態となり、自殺の危険性を有するに至ると考えられる。精神医療従事者は臨床の場において危険因子を減らし、保護因子を高めるようなアプローチのできる可能性がある（図1）。具体的には、自殺の危険性がある患者が受診した場合に、情報収集、アセスメントを行い、危機介入し、患者の状態に応じて治療を提供し、地域ケアへ移行させるためにケースマネジメントを行う。本手引きを通して、このような自殺の危険性のある者へのストラテジーが精神医療の現場に普及していくことが期待される。

4. 自殺の危険因子／保護因子

WHOの自殺予防のための公衆衛生活動（Public Health Action for the Prevention of Suicide）（2012）によると危険因子（非網羅的リスト）と保護因子は下記のとおりである。

表1 危険因子と保護因子

危険因子（非網羅的リスト）	状況的因子
個人的因子 <ul style="list-style-type: none"> ●過去の自殺企図 ●精神疾患 ●アルコールまたは薬物の乱用 ●絶望感 ●孤立感 ●社会的支援の欠如 ●攻撃的傾向 ●衝動性 ●トラウマや虐待の経験 ●急性の心的苦痛 ●大きな身体的または慢性的な疾患（慢性的な疼痛を含む） ●家族の自殺歴 ●神経生物学的要因 	<ul style="list-style-type: none"> ●失業や経済的損失 ●関係性または社会性の喪失 ●自殺手段への容易なアクセス ●地域における、波及的影響を及ぼすような自殺の群発 ●ストレスの大きいライフイベント
社会文化的因子 <ul style="list-style-type: none"> ●支援を求めることへのスティグマ ●ヘルスケアへのアクセスの障害（特に精神保健や物質乱用の治療） ●特定の文化的・宗教的な信条（例えば、自殺は個人的葛藤に対する崇高な解決手段だとする信念） ●自殺行動（メディアを通じたものも含む）や自殺者の影響への曝露 	保護因子 <ul style="list-style-type: none"> ●家族やコミュニティの支援に対する強い結びつき ●問題解決、紛争解決、不和の平和的解決のスキル ●自殺を妨げ自己保存を促すような個人的・社会的・文化的・宗教的な信条 ●自殺手段へのアクセス制限 ●精神的・身体的疾患の良質なケアに支援を求めること、アクセスしやすいこと

5. 自殺と精神疾患

自殺の危険因子のうち、最も重要なものに精神疾患がある。Bertoloteら（2004）は、1959～2001年に行われた、心理学的剖検等を用いて自殺既遂者の精神疾患について調べた31の研究（合計15,629事例）をまとめ、98.0%に精神疾患があったこと、その内訳は、気分障害30.2%、物質関連障害17.6%、統合失調症14.1%、パーソナリティ障害13.0%等であったことを報告し、自殺防止には、うつ病だけでなく、アルコール使用障害、統合失調症にも注意を向けるべきであると述べている。また、自殺の背景にある心理社会的要因または環境要因への介入の重要性を指摘している。

Arsenault-Lapierreら（2004）は、心理学的剖検の手法を用いた3,275事例のメタアナリシスを行い、精神疾患と診断されたのは87.3%（SD10.0）であったこと、そのうち気分障害は43.2%

表2 主要な精神疾患と自殺のリスク

気分障害	統合失調症
●自殺はうつ病エピソードで起こるが、双極性障害では混合エピソードにも注意する必要がある。	●統合失調症では精神病症状の存在、自己の行動についてコメントする幻聴の存在、抑うつ気分の出現、ライフイベントなどが自殺を引き起こすことがある
うつ病患者における自殺の危険性の増大と関連する特異的な臨床的特徴	●回復過程、再燃、精神病後抑うつで、抑うつ気分が出現する場合
●持続的な不眠	●自殺企図歴を有する患者
●自己への無関心	統合失調症患者の自殺に特異的な危険因子
●症状が重度（特に精神病症状を伴ううつ病）	●雇用されていない若年男性
●記憶の障害	●反復する再燃
●焦燥	●悪化への恐れ（特に知的能力の高い者）
●パニック発作	●猜疑や妄想などの陽性症状
うつ病患者の自殺の危険を増大させる要因	●抑うつ症状
●25歳以下の男性	統合失調症患者の自殺が出現しやすい時期
●発症が早期であること	●病気の初期段階
●アルコール等の乱用	●再発の初期
●双極性障害のうつ病相	●回復の初期
●混合（躁状態・抑うつ状態）状態	パーソナリティ障害
●精神病症状を伴う躁病	●パーソナリティ障害は一般人口母集団に比べて自殺のリスクが約7倍といわれている。境界型パーソナリティ障害では、衝動性が自殺のリスクを高める
アルコール依存症	パーソナリティ障害での自殺リスクを高める因子
●アルコール依存症は自殺のリスクを上昇させる	●失業
アルコール依存症の自殺と関連する特異的な要因	●経済的困窮
●早期発症のアルコール依存症	●家族不和
●長期間の飲酒歴	●葛藤
●重度の依存	●喪失体験
●抑うつ気分	
●身体的な健康状態が悪いこと	
●仕事の遂行能力が低いこと	
●アルコール依存症の家族歴	
●最近の重要な人間関係の破綻または喪失	

(SD18.5)、物質関連障害 25.7% (SD14.8)、パーソナリティ障害 16.2% (SD8.6)、精神病性障害 9.2% (SD10.2) であったことを報告し、精神病理は自殺の危険を媒介すると述べている。

黒木 (2009) は、平成 15 年から 20 年までの 6 年間に労災認定された自殺事案 324 例 (未遂事例 22 例) の調査で自殺既遂事案に限定すると医療機関を受診していない事例は既遂事案全体の 63.8% (207 例)、精神科・心療内科を受診した事案は 18.8% (61 例) にすぎなかったこと、うつ病は自殺事案の 82.4% (267 例) を占めたことを明らかにしている。

飛鳥井 (1994) は、三次救急施設に収容された自殺企図者を企図手段の生命的危険性により、絶対的危険群と相対的危険群に分け、絶対的危険群という既遂者に準じる例をもとに、地域の一般自殺者に占める精神障害の割合を、抑うつ性障害圏 46%、精神病圏 26%、物質乱用性障害圏 18% と推計している。

Yamada ら (2007) は、自殺企図のために横浜市立大学附属市民総合医療センターに入院した 320 人 (男 126、女 194) のうち 95% は DSM-IV (米国精神医学会作成の診断基準) の I 軸診断または II 軸診断に該当し、81% は I 軸診断に該当したことを報告している。

自殺予防総合対策センターの心理学的剖検 88 事例の分析では、精神科受診群の 95.7%、精神科非受診群の 82.1% は、最後の行為に及んだときに精神疾患に罹患していたと推測されている。

このように、自殺者の 9 割程度は何らかの精神疾患に罹患していると考えられる。また、精神疾患の重症度が高いことは自殺のリスクを上昇させる場合が少なくない。重症度の把握にはまた、本人の生活状況がどの程度安定しているかを評価することが大切である。世界保健機関 (WHO) から発刊された「自殺予防：プライマリ・ケア医のための手引き」(2000 年；横浜市立大学医学部精神医学教室が正式日本語版を 2007 年に刊行) などをもとに、主要な精神疾患と自殺のリスクについてまとめた (表 2)。

第2部

アセスメントと対応

1. 救急受診におけるトリアージの原則

自殺の危険性があるものが受診した場合、精神医学面の情報を収集することはいうまでもないが、自殺行動の可能性も考慮し、身体面の情報を収集することも重要である。

トリアージにあたっては、身体的合併症による死亡、後遺症など不良な転帰を回避することが治療の第一目標である。そのため、**図2**のように自殺手段と身体合併症の重症度に応じて必要な身体管理を想定しておく必要がある。重篤な精神症状が身体症状をマスクする場合も考えておかなければならない。

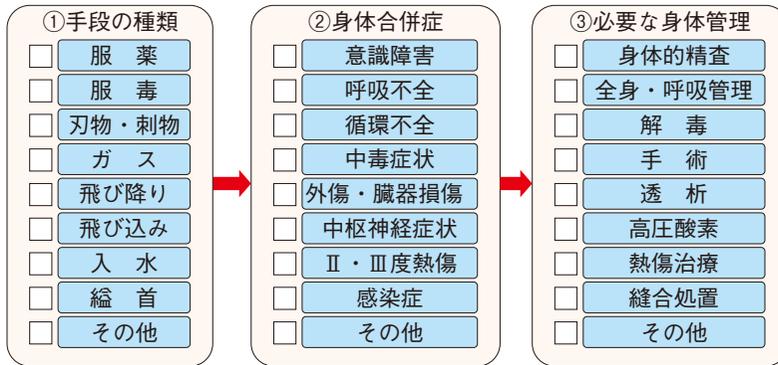


図2 自殺手段と身体合併症、必要な身体管理

(日本臨床救急医学会：自殺未遂者への対応—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, 2009 より改変引用)

例えば、リストカットで受診した患者が自身では傷に対して深刻に考えていない場合でも、出血がひどく血圧低下や口唇チアノーゼを認めることもある。大量服薬した薬剤が炭酸リチウムであった場合、血液透析が必要となる場合もある。診療中に「練炭による自殺企図を行った」という事実が打ち明けられることもある。これらの事例では高度な身体管理が必要となり、迅速に身体科救急と連携することが必要になる。

アルコールや薬物が自殺企図時に使用されたかを確認する。薬物使用により判断力が失われたり、衝動性が高まって自殺企図が発生することもある。酩酊下で自殺企図に至る場合は少なくない。特に、アルコールや薬物摂取時には身体症状をマスクしてしまう場合があるため、身体的検査を十分に行う必要がある。アルコールや薬物が使用されていた場合には、急性中毒の治療を並行して行うことも必要になる。

脳器質性疾患や身体疾患による精神症状や意識障害等が出現する場合がある。加えて、横紋筋融解症や転倒による頭部外傷や骨盤、腹部外傷を合併していることがある。また、脱水、呼吸抑制や循環不全を認める場合もあるため、バイタルサイン、頭部CT・MRI検査、胸・腹部単純X線検査、血液検査、心電図検査、動脈血酸素飽和度等の検査を実施する必要がある。さらに、例

2. 自傷または自殺の切迫したリスクがあるか否か

自殺企図を行っていた場合には、自殺企図に関する情報、自殺企図前後の情報、家族・支援者の情報について確認を行うことが、自殺企図者の対応の起点となる。情報源により得られる情報の質は異なるため、情報提供者を確認しておくことも必要であり、最終的にさまざまな情報を統合して評価する。

a. 故意または精神症状によって行われた行為であることを確認

他人から強制された自損行為、犯罪被害、転倒による外傷は自殺企図ではない。

b. 明確な自殺の意図あるいは行為能力を喪失していることを確認

自殺の意図があってもなかなか明言されない場合がある。その場合でも、慢性的に希死念慮がないか、自傷行為の繰り返しがないかなどを確認する。

c. 致死的な手段を用いたかを確認

客観的にみて致死性の高い方法で自傷行為を行った場合は、たとえ意識障害等により本人が言明できないとしても自殺企図の可能性が高い。

d. 致死性の予測があったかを確認

客観的にみて致死性の低い方法であったとしても、本人がそれで死ぬことができると予測していた場合は自殺企図と判断する。

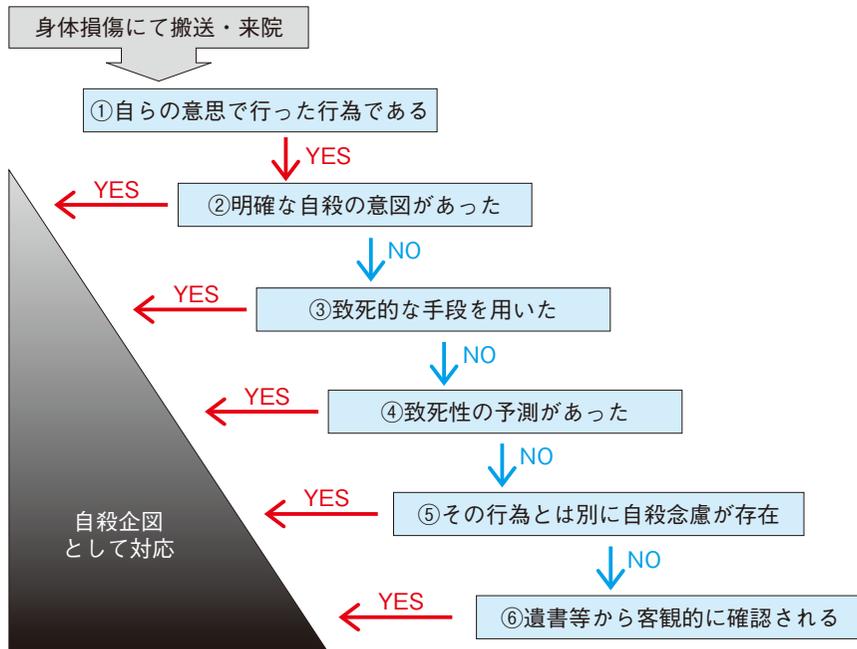


図4 自殺企画の有無の確認

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応，2009より改変引用)

e. その行為と別に自殺行動が存在するかを確認

例えば、「落とし物を拾おうとして道路に飛び出した」という場合は自殺行動ではない。

f. 遺書などから客観的に確認

遺書や電子メールでの伝言、周囲へ伝えた言葉などから、自殺の意志が客観的に確認された場合には自殺企図と判断する。

3. 現在の自殺念慮の評価（図5）

外来治療か、入院治療かを判断するに当たっての最も重要なポイントは、現在の自殺念慮の評価である。評価の基本は患者の訴えを真摯に聞くことである。自殺念慮の確認には客観的評価と主観的評価の両面が必要である。また、繰り返し確認することも必要である。

患者は心理的に追い詰められていても「大丈夫です」と返答する場合がある。症状が重篤なために自殺念慮を否定する場合もあり、患者の言葉を鵜呑みにすることは危険である。患者が自殺念慮を否定している場合でも、①自殺念慮を表面上否定している、②自殺念慮を表出できない、③自殺念慮を確認できない状態である可能性も検討する。「死にたい」と表明している、辛い気持ちをそのような言葉で表現しているだけで、自殺再企図の切迫度はそれほど高くないこともある。患者が自殺念慮を表明している場合には、①死にたいといっても自殺企図の可能性は低い、②病状が重くて表明している可能性を検討すべきである。

患者の訴えに加えて、自殺の計画性（自殺計画の有無と、その計画がどれほど具体的であるかということ）は、切迫度評価の重要なポイントとなる。自殺念慮の具体的な計画性、出現時期・持続性、強度、客観的観察、他害の可能性を評価し、いずれか一つでも存在する場合はリスクが高いと考える。

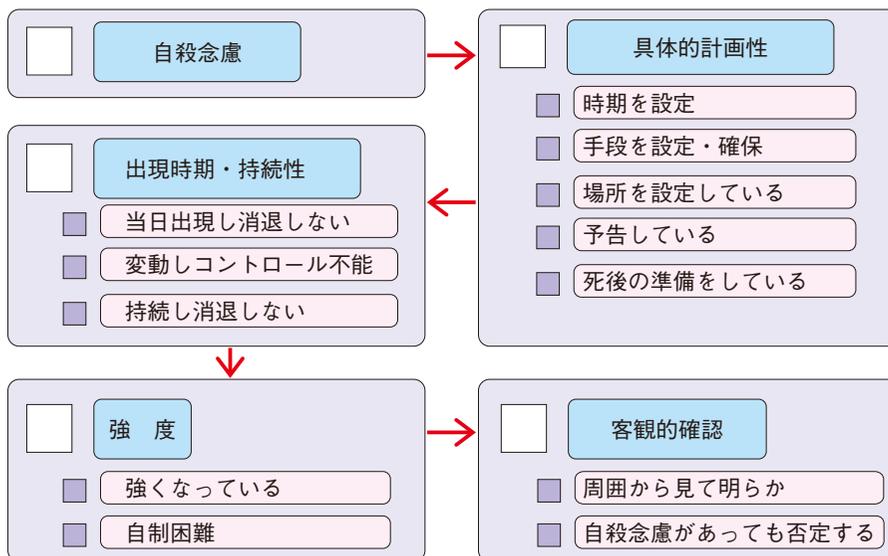


図5 現在の自殺念慮の評価

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用)

4. 主要な危険因子の評価 (図6)

過去の自殺企図歴は最も強い危険因子である。自傷行為は、概念上は自殺企図と区別される。しかし、自傷行為を行う者にはしばしば自殺念慮を認め、自傷行為で受診した後に、重篤な自殺企図を行う場合がある。このため自傷行為歴は、自殺の危険因子として注意深く評価されるべきである。喪失体験(身近な者との死別、人間関係の破綻など)は自殺の危険因子となりうる。過去の苦痛な体験(被虐待歴、いじめ、家庭内暴力など)は自殺の危険因子である。多重債務や生活苦などの経済問題、不安定な日常生活なども自殺の危険因子となり得る。身体の病気についての悩みの背景にうつ病や症状性精神障害が隠れている場合がある。直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如は自殺のリスクを高める。

自殺手段へアクセスしやすいほど、自殺のリスクは高まる。自殺のリスクを高める心理状態として、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性がある。家族に自殺歴がある場合、自殺のリスクが増加するといわれている。また、家族の自殺による本人への心理社会的な影響を確認しておく。

自殺の危険性の高い患者では治療関係やソーシャルサポートを拒絶することがある。精神科医療従事者はこのような患者に会ったとき、心理的な防衛反応として、これを安易に受け入れてしまうことがあるので注意が必要である。

<input type="checkbox"/>	●過去の自殺企図・自傷行為歴
<input type="checkbox"/>	●喪失体験 身近な者との死別、人間関係の破綻など
<input type="checkbox"/>	●過去の苦痛な体験 被虐待歴、いじめ、家庭内暴力など
<input type="checkbox"/>	●職業問題・経済問題・生活問題 失業、多重債務、生活苦、不安定な日常生活
<input type="checkbox"/>	●精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み うつ病、身体疾患での病苦など
<input type="checkbox"/>	●ソーシャルサポートの欠如 支援者の不在、喪失など
<input type="checkbox"/>	●企図手段への容易なアクセス 「農薬、硫化水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など
<input type="checkbox"/>	●自殺につながりやすい心理状態 不安焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性など
<input type="checkbox"/>	●家族歴
<input type="checkbox"/>	●その他 診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

図6 主要な危険因子の評価

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応、2009より改変引用)

5. 再企図の予測

自殺の再企図の危険を高い確率で予測することは非常に困難であるが、手がかりになることはいくつかある。自殺の危険因子と、各精神障害における自殺企図のリスクは、再企図予測性の評価に利用できる。また、①自傷、ないしは自殺企図の手段や身体損傷の程度の変化、②周囲の支援の不足（量と質）やニードとの不調和、③家族やその他の周囲の関係者等の理解の不足と対応の誤り、④患者の援助希求行動の乏しさ、あるいは支援への拒絶は再企図のリスクを高める。

これらの再企図予測性と、自殺念慮の有無・質をもとに再企図の危険性の評価（表4）が提唱されている。

表4 再企図の危険性の評価

危険度	兆候と自殺念慮	自殺の計画	対応
軽度	<ul style="list-style-type: none"> ●精神状態/行動の不安定 ●自殺念慮はあっても一時的 	ない	傾聴 危険因子の確認 問題の確認と整理、助言 継続
中等度	<ul style="list-style-type: none"> ●持続的な自殺念慮がある ●自殺念慮の有無に関わらず複数の危険因子が存在する（支援を受け入れる資質はある） 	具体的な計画はない	傾聴 危険因子の確認 問題の確認と整理、助言 支援体制を整える 継続
高度	<ul style="list-style-type: none"> ●持続的な自殺念慮がある ●自殺念慮の有無に関わらず複数の危険因子が存在する ●支援を拒絶する 	具体的な計画がある	傾聴 危険因子の確認 問題の確認と整理、助言 支援体制を整える 継続 危機時の対応を想定し、準備をしておく
重度	自殺の危険が差し迫っている	自殺が切迫している	安全の確保 自殺手段の除去 通院あるいは入院

（平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究：自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針、2009より改変引用）

問題解決志向性の確認

自殺の危険性が高いものは、心理的視野狭窄に陥っていることが少なくない。治療者と一緒に問題の解決を目指そうとしているかどうかを確認する。援助者が問題を一緒に考えること自体が自殺のリスクを減じるアプローチとなる。「何がだめだったのか」ではなく、「これから問題をどのように解決していくか」という視点で一緒に問題を考えていくことを提案するとよい。「自殺以外に問題を解決する方法はない」とか「生きている意味はない」というように、問題解決に対する否定的思考が強固で、心理的視野狭窄に陥っている場合には、自殺の危険性は高いと考えられる。

6. 危機介入後のケースマネジメントと地域ケア

自殺の危険性を持つ者の治療環境の判断にあたっては、心理面行動面の評価とともに社会環境を加えて包括的に評価し、個別に方針を立てる。

入院治療か外来治療かを判断する上でのポイントは、それぞれの治療環境による損益の検討である。言い換えれば、選択した治療環境は当該患者にとってどれほど有益か、どれほど有害かについて検討する。精神科救急における精神科入院治療の骨子を表5に示す。

表5 精神科救急における入院治療の骨子

- 自殺再企図の防止
- 精神科治療の導入
- 自殺に至った要因の精神医学的評価
- 保護的環境の提供
- ケースワークの導入
- 自殺企図による身体合併症の治療（軽症の場合）

（日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン（3）
自殺未遂者対応、2009より改変引用）

身体的にも精神的にも危険性が低いと判断された場合には外来治療を検討する。精神科入院が必ずしも功を奏さない場合や、精神科入院による患者の不利益が利益を上回る場合が存在するからである（一見自殺の危険性が低く見えても、精神症状が重篤であったり、患者が社会活を送る上でソーシャルサポートが脆弱であったり、現時点で治療の継続が見込めないなどの問題が生じている場合などは、入院を検討する）。

帰宅の検討にあたっては、患者の安全が確保できる状況であり、かつケアを継続できるかどうかを見極めることが重要である。このため、対処行動のアドバイス、リスクの説明、観察の依頼などを必ず行う。通院治療における治療計画の骨子を表6に示す。

表6 通院治療における治療計画の骨子

- 心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果確認
- カタルシスの評価
- 投薬の必要性検討と薬剤の説明
- 対処行動のアドバイス
- リスク説明と観察の依頼（短期的側面）
- 今後の治療計画や可能性の説明（中長期的側面）
- インフォームド・コンセント

（日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン（3）
自殺未遂者対応、2009より改変引用）

経済・生活問題、職場問題、家庭問題等を抱えている自殺未遂者の相談にのり、ソーシャルワークの手法を用いて最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。精神科救急におけるソーシャルワークの目標は、①迅速な医療的・社会的危機介入、②緊急対応のニーズの把握、③迅速なサービスの提供である。

受診した自殺の危険性を持つ患者が帰宅、入院いずれの場合でも、地域の社会資源を活用するなど、患者の心理社会的支援を検討する。そのためには、精神科ソーシャルワークは非常に重要である（図7）。

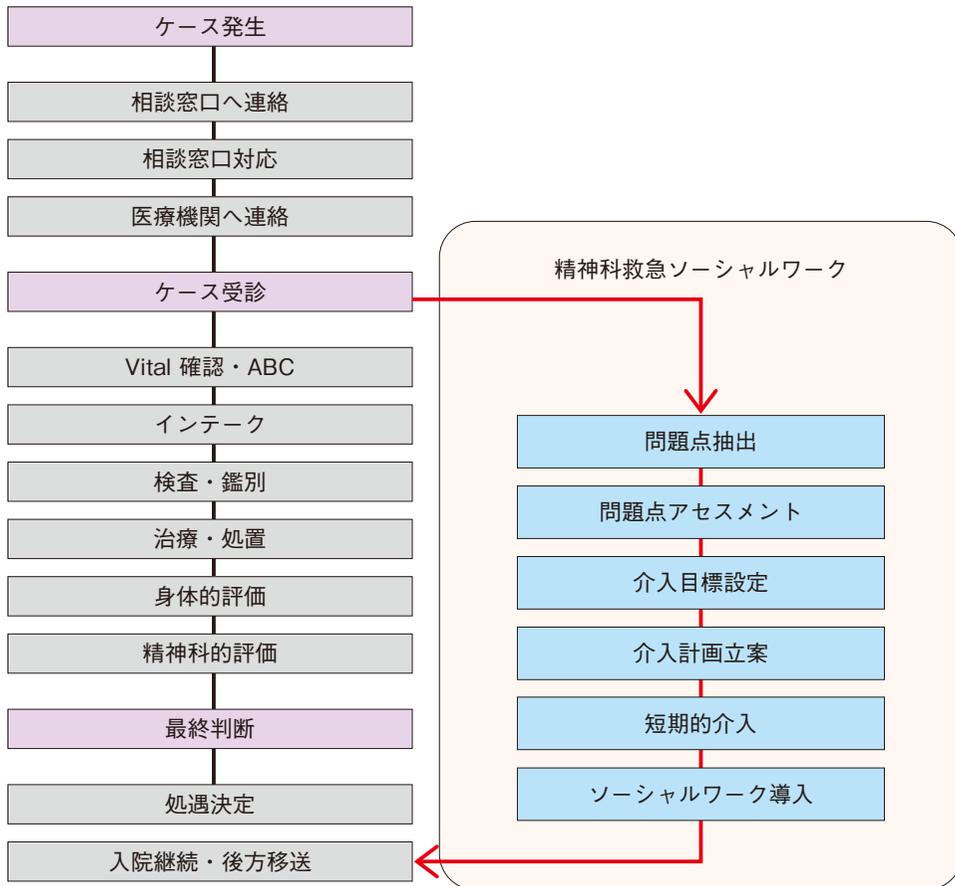


図7 精神科救急におけるソーシャルワーク

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応，2009より改変引用)

7. 家族・周囲への支援とケア

良好な家族関係や家族からのサポートは自殺の保護因子となる。臨床現場でも治療者による家族への心理的な働きかけは重要であり、支援のポイントは下記の通りである。

a. 安心を与える

救急受診時、自殺未遂者の家族は混乱し不安を抱えていることが少なくない。医療者は穏やかで温かみのある対応で家族に安心感を与えるよう努める。まくしたてるような説明は避けるべきである。

b. ねぎらいの言葉

未遂者とその家族は受診以前にさまざまな心理社会的問題を抱えていることが想定される。自殺行動に罪責感を感じている家族も多い。対応する医療従事者はこうした家族の悩みにも焦点を当てる必要がある。付き添っている家族へのねぎらいの言葉は大きな意味を持つ。

c. 情報提供

家族は自殺未遂者への対応に迫られつつ、どうしたらよいかわからずにいる場合もある。診察時に家族に病状、治療経過、方針をわかりやすい言葉で適切に説明し、対応の仕方や地域の対応窓口についても情報提供を行う。

d. 中立性

自殺未遂をした本人と家族の間に意見の相違があり、対立が表面化していることがある。このような状況では、医療者は中立的立場から問題の解決につながるような相互理解を目的とした心理的介入を行う。

8. 地域ケアへの移行

精神科救急受診後に外来治療に結びつける際には、治療の継続性が最も重要な課題である。受診先の精神科医療機関や受診日時について、患者・家族と具体的に話し合う。これには治療のアドヒアランスを促進させる効果もある。

心理的危機に陥った場合の対処法についても具体的に検討しておくことよい。例えば、家族や周囲などとの連絡方法、救急受診、保健所・警察・関連機関の利用法などが含まれる。精神科医療機関の紹介にあたって留意することを表7にまとめておく。

表7 精神科医療機関の紹介にあたって留意すること

- 患者と家族に診察結果を説明し、かかりつけの精神科医が必要であることを伝える
- 患者と家族の精神科受診についての見方（偏見）に注意する
- 精神科治療の有効性を説明する
- 患者が見捨てられたという感覚を持たないように配慮する
- 可能であれば紹介先の精神科医に直接連絡をとる
- 患者自身が拒否する場合、家族などからも受診を促してもらう
- 具体的な受診日や受診の方法は確認する

（日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン（3）自殺未遂者対応，2009より改変引用）

自殺未遂後の1年以内は再企図の危険が最も高い時期であり、包括的な評価に基づいたアフターケアを実施する必要がある。精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所などと調整しながら、定期的な相談や訪問を行うことが必要なケースもある。心理的危機に陥った時に、本人がいなくてもSOSを出せるルートを用意することが大切である。

自殺未遂で受診した場合、患者や家族も大変混乱している場合が多い。また、さまざまな問題を抱えていて、すぐに問題解決に向けて決定できないことも多い。自殺未遂で受診した患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識として持っていない場合が少なくない。適切な情報を提供することで、治療やその後のケアを患者や家族が選択することが可能となる。退院にあたって留意することを表8にまとめておく。

患者や家族に提供できる情報を表9にまとめておく。

表 8 退院にあたって留意すること

- 再企図の危険性の評価
- 患者の包括的な評価
- 治療の継続性・安定性
- 社会生活上の支援体制の確認
- 関係機関との調整・連携
- 情報提供
- 本人がいつでも SOS を出せるルートを用意する

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン (3) 自殺未遂者対応, 2009 より改変引用)

表 9 患者や家族に提供できる情報

- 自殺の危険因子と保護因子（保護因子として、本人の課題対応能力、周囲の支援力も視野に入れる）
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性
- 経済、生活問題、病気に関連した悩みを抱えている場合の相談窓口の存在や医療相談室などを介したケースワーク対応の存在
- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン (3) 自殺未遂者対応, 2009, p 36 より作成)

9. 遺された家族などへの支援およびスタッフへのケア

精神科救急に受診した患者が死亡した場合は、遺された家族などの気持ちを踏まえた対応を心がける。患者の状態や経過などについて説明を行う場合にも、遺族の心情に配慮する。現実的な対応に追われることも想定される場合には、社会的手続き等に関する情報提供やソーシャルワークも重要である。自死遺族の会等の「分かちあいの場」やグリーフケア、自死遺族支援の窓口、関連機関などの情報を得ておくことは有意義である（精神保健福祉センター等に情報があるので、得ておくとうい）。遺された家族などの感情とそれへの対応を表 10 にまとめておく。

表 10 遺された家族などの感情とそれらへの対応

遺族の感情	遺族への対応
●涙も出ない。日常生活ができない	●話に耳を傾け共感する
●「怒りを感じる」「あすればよかった」と自分を責める	●「さまざまな感情が起きるのは自然なこと」と伝え、思い出を語ってもらう
●「大切な人はもういない」と気づき、絶望する	●抑うつになるのは心のエネルギーを充電するために必要なことと伝える。必要なら精神科医ら専門家を紹介する
●死別したという事実を見つめられるようになる	●自分の力で生活できるよう、相談に乗る。分かち合いの会などを紹介する

(日本医療機能評価機構：病院内の自殺対策の進め方, 2009 より作成)

担当した患者の死は悲しみ、罪責感、自尊心の低下や無力感、怒りなど、医療従事者にも複雑な影響を及ぼす。時に不眠や慢性疲労などの身体症状につながり、抑うつ状態や不安・焦燥などの精神症状として発現することもあるので、医療従事者のメンタルヘルスに関心を向ける。グループでの振り返りを行う場合には、自主参加が原則で、短時間・少人数で行う。振り返り等の機会に、不調者の有無を確認し、見守り体制や休養を検討する。

第3部

精神科医療における取り組み事例

精神科医療の現場では、それが直接自殺予防を目的とするか否かにかかわらず、実態として自殺予防に役立っている取り組みが存在する。それらを事前予防、危機介入、事後対応などに分けて紹介する。

1. 事前予防として役立つ取り組み

a. 自殺予防に効果的であると考えられる治療構造・治療環境の設定

①アルコール専門外来での取り組み

Aクリニックは、アルコールの専門外来であり、地域で生活するアルコール関連障害の患者とその家族を支えている。デイケアも実施し、保健センターや一般診療科、他精神科から紹介を受けて受診となる者も多い。

アルコール依存症者は喪失体験や自尊心の低下、孤立感から、再飲酒や治療からの脱落に移行しやすく、また自殺のリスクも高い。そこでAクリニックでは、治療開始後1カ月は毎日の通院を原則として、断酒会などの自助グループへの参加を前提としている。家族がいる者についてはクリニック主催の家族会等への参加を勧めており、家族にも疾患についての理解を深めてもらうとともに、家族が孤立することを防いでいる。診療の中で主治医がうつ傾向や希死念慮の存在を把握した場合には、ケースワーカーがその評価を行い、面談を実施している。

スタッフ間の情報共有は、個人情報に配慮しつつ、全患者について、スタッフカンファレンスにより病識の程度、飲酒の有無、自助グループへの参加状況を確認し、全職種間で情報を共有して支援にあたる。

自殺を含めた死亡患者に関しては、各部署の代表者が集まって実施されるスタッフミーティングの中で振り返りを行っている。さらに自殺で亡くなった患者（不審死等も含む）のカルテを別管理し、全職員参加のケースカンファレンスの中で事例検討を行っている。

②ストレスケア病棟での取り組み

B病院では、ストレスケア病棟での治療において、多職種で共用するうつ病を中心としたストレスケアに係るクリニカルパスを作成し、それに沿った構造的な治療を行うことで、自殺関連行動の予防に努めている。クリニカルパスをスタッフ間・患者本人とも共有することで、治療および回復のどのステージにいるのかを視覚的に確認することができ、患者・家族の治療動機づけにも効果が期待できる。クリニカルパスのステージが次の段階に移行する際には家族面接も行い、治療・ケア内容と患者の状態についての家族教育の場としている。また、自殺危険度アセスメントスケールを独自に作成し、入院時、医師や病棟看護師など複数の医療スタッフがリスクアセスメントを行っている。

b. 外来通院患者への手厚いフォローアップシステム

①外来スタッフとしての保健師の配置

C病院では、公立の医療機関であるという点を活かし、自治体内の人事交流として外来スタッ

フに自治体保健師を配置し、保健師の精神科外来・保健所での経験を効果的に地域ケアに反映させるようにしている。保健師などの外来スタッフは、午前中に外来診療に関連した業務を行い、午後は各自受け持ち外来患者の訪問に出かける。保健所の精神担当保健師が病院に出向しているような体制をとっており、保健所の精神保健福祉相談員と連携して、地域の社会資源につなげていく支援を行っている。

②ケアマネジメント・訪問支援の充実

D 病院では、退院前訪問や入院中のケアマネジメントを手厚く実施し、退院後に支援が途切れてしまうこと、患者が地域で孤立してしまうことを防いでいる。退院前訪問は、患者の個別性に合わせ、病棟看護師、精神保健福祉士、医師、訪問看護ステーション看護師、保健所保健師等のさまざまなバリエーションで行い、診療報酬がつかない事例についても必要に応じて実施している。入院中に退院後の支援体制が組まれた状態で地域に戻ることができ、シームレスな地域連携医療を実現している。

③治療中断を防ぐための電話・訪問による安否確認

E 病院、F 病院では、通院患者のフォローアップシステムとして、予約日に受診しない患者には電話で状況を確認している。単身生活者が対象で、電話をしても出ない時には訪問することもあつる。電話と訪問の時期は、主治医をはじめとする受け持ちスタッフの判断による。

c. 自殺関連問題を扱った研修（全職種参加によるロール・プレイング）

G 病院では、数年前からロール・プレイングを取り入れたグループワーク研修を定期的実施している。疾患や状況を実務的な内容で設定し、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士、薬剤師、事務まで含めた全職員が参加する。自殺に関しては、希死念慮を訴えられた時にどうするかなどのテーマを設定し、その場でどのように対応するか、自分では対応出来ないと感じた場合はどこにどのように SOS を出すかなど、各職種・各職場での具体的な状況をイメージしながら対応方法を検討し、それを共有している。

2. 危機介入として役立つ取り組み

a. 救命救急センターとの連携による未遂者支援

H 大学病院では、通常的一般診療科への精神科リエゾンチームとは別に、精神科医 3~4 名による救命救急センターへの自殺関連行動専門リエゾンチーム（以下、自殺関連リエゾンチーム）が機能し、救急搬送された自殺未遂者の精神科治療ならびに個人が抱える社会的問題への介入を行っている。未遂者搬送の有無に関わらず、1 日 1 回は自殺関連リエゾンチームが救命救急センターを訪れ、自殺未遂者は自殺のハイリスク者であるという共通認識を築きつつ、搬送された自殺未遂者の支援システムを構築してきた。自殺関連リエゾンチームは電子カルテで搬送者の情報を把握し、自殺企図疑いだと判断すれば、救急からの依頼がなくとも、診察の必要性を救急医に伝え、必要があれば診察を行う。搬送時に精神科通院歴が把握できた者は通院先に連絡し状況を説明、また通院歴がなく支援に乏しい例では、身体的な処置が済んで帰宅が可能な場合でも精神科への入院を勧める。現状では搬送される未遂者の半数以上が入院しており、法的な支援が必要な例も含め、入院中に個別性に合わせたケアマネジメントが行われている。入院を拒否するケースでも 2 ヶ月~半年は外来でフォローを行う。また、救急搬送され未遂者として事例化した時点

で家族にも支援を開始し、本人の主治医とは別に家族にも精神科主治医を立ててフォローするようになっている。

b. 他専門家との連携（司法書士会・弁護士会との連携による未遂者支援）

I 大学病院では、自殺企図により救命救急センターに搬送された未遂者を入院により一旦保護し、経済生活問題を抱えており、それについての支援が必要なケースには、本人の同意を得たうえで、司法書士会・弁護士会の協力による法的な支援を行う。法律家との関係は、自殺予防のために何かできないかと司法書士会から精神保健福祉センターに相談があったことから始まり、「ベッドサイド法律相談」として利用されている。司法書士会に連絡すると、2 日以内には病院にアウトリーチする、費用は支払い能力がない例では無償（司法書士会負担）で対応している。なお、家族問題や暴力団が関与する借金トラブルがある例では弁護士が対応する仕組みとなっている。

c. 地域関連機関との連携（保健師、行政、一般診療科との連携による未遂者支援）

J 病院がある地域では保健所が主体となった自殺対策チームが設立されている。チームメンバーは、J 病院、市立総合病院、保健所、社会福祉協議会、警察などであり、顔が見える関係を保つため定期的にワーキング・グループを開催している。J 病院と市立総合病院との間には、相互に医師が往診をするという土壌ができており、相互の関係性により必要に応じ協力し合っている。

K 病院では、希死念慮が強い人を緊急的に保護できるストレスケア病床を2床確保しており、他救急医療センターに搬送された未遂者の後方支援も行っている。保健所とは日常的な連携を行っており、保健師による入院・通院時のつきそいや、退院前後での病院・家庭訪問なども行われている。

d. 院外処方薬局との連携によるハイリスク者への対応

L 病院では、過量服薬の可能性が高い通院患者については、家族以外の者に薬を渡すことがないよう地域の保険薬局に電話連絡をするなどの取り組みを行っている。薬局側からも本人の様子が心配な時には連絡が入る関係ができており、また対応についての相談を受けることもある。この方法が有効である背景として、L 病院の通院患者の約7割が自立支援医療利用者であり、利用薬局が固定しているため、顔が見える関係を築き維持できる点がある。

e. 精神科救急電話相談における対応

3. 事後対応に役立つ取り組み

a. 情報管理システムの整備（イントラネット・院内メールの活用）

M 病院では、医療安全管理室に専任の管理者が置かれるようになった頃から自殺関連行動を含めた事故発生時の情報管理システムが整備された。自殺未遂・既遂が発生した際、発生時の状況について、場所、行動化に使用された物品、方法等を写真に収め、A4用紙1枚程度にまとめられたインシデントレポートと共にイントラネットに掲載している。また、院内で発生した自殺に

については情報を一元化しデータベース化している。

N 病院では、自殺が発生した際、警察や保健所への報告のためにまとめた状況記録をもとに、院内メールによって事故報告を行っている。正確な情報を迅速に共有することで、自殺に遭遇したスタッフの心理的外傷を防ぎ、院内の自殺予防の体制づくりの充実に役立っている。

b. 自殺を経験したスタッフへの支援（トラウマケア）

O 大学病院では、自殺事故への対応を医療安全管理上の要件と位置づけ、スタッフへのケアをその後の自殺事故を防止するための必須条件と考え取り組みをしている。担当の精神科医は、事故発生直後から危険個所の改修指示、グループ・ケア（悲嘆反応に関する心理育と個別ケアの案内、群発自殺予防のためのレクチャ）、個別ケアを行い、漸次、継続的なケアを行い、適宜、事例検討会や、医療安全研修会を実施している。事故直後から、事務部門（庶務課）、医療安全管理室、看護部、精神科が連携して活動し、メンタルヘルス不調の職員の就業についても精神科、および大学保健管理センターが支援を行う。

P 協議会では、自治体からの委託により自殺相談ダイヤル、精神科医療情報センター、夜間こころの電話相談を行い、自殺企図の可能性が疑われた場合は、相談を受けながらリスクアセスメントシートを用いて自殺リスクの高さを判断し、必要な対応を決定している。

自殺リスクアセスメントシートは本人の様子、背景事情、本人の対応能力・周囲の支援力、対応、帰結で構成されている（表 11）。

自殺リスクの高さは、下記の 3 つの面のチェックから総合的に判断する。アセスメントシートは、3 つのチェック、総合判断、対応方針の決定、の 3 つのプロセスで構成されている。3 つのチェックとは、①本人の様子、②背景事情、③本人の対応能力・周囲の支援力からなる。

表11 自殺リスクアセスメントシート

平成 年 月 日 ()		対応時間 時 分 ~ 時 分		No. ()		
本人の様子						
A群 状態	1	男・女	歳	職業等	所在地:自宅・その他()	
	2	混乱(低・中・高) 追い詰められ感や視野狭窄(低・中・高) 焦燥感(低・中・高) 抑うつ感(低・中・高) 奇妙さや不自然さ 疎通不良 まとまりのなさ 反応の鈍さ その他の特異なこと()				
	3	<input type="checkbox"/> 飲酒()	<input type="checkbox"/> 違法薬物	<input type="checkbox"/> 過量服薬:薬物名と量()		
B群 自殺の 意図	4	自殺に関する発言(出来るだけ本人の言葉で)				
	5	<input type="checkbox"/> 即,実行するつもりでいる	<input type="checkbox"/> 一部を既に実行した ()			
	6	自殺の手段	<input type="checkbox"/> 考えていない	<input type="checkbox"/> 考えている()	<input type="checkbox"/> 致命的	
	7	自殺の準備	<input type="checkbox"/> 準備していない	<input type="checkbox"/> 準備している()	<input type="checkbox"/> 遺書有り	
	8	他者を巻き込む可能性				
	背景事情					
9	【自殺したい理由】					
10	自殺による本人のメリット					
11	経済状況	<input type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 困窮・借金・失業 ()			
12	身近な人の死	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	関係・時期		<input type="checkbox"/> 自死遺族	
13	自殺企図・自傷歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(時期・手段) <input type="checkbox"/> 致命的 <input type="checkbox"/> 一月以内 <input type="checkbox"/> 企図頻回 <input type="checkbox"/> 自傷エスカレート			
14	精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害・発達障害・その他()			
15	精神科通院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	通院先()	最終受診日()	<input type="checkbox"/> 通院中断	
	精神科入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入院先()	時期・期間()	<input type="checkbox"/> 退院一月以内	
16	身体疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名		ADL()	
本人の対応能力・周囲の支援力						
17	自殺意志修正の可能性 <input type="checkbox"/> 可能() <input type="checkbox"/> 不可能					
18	本人の課題対処能力・社会的スキル		<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 著しく低い(具体的に)			
19	家族・知人の支援	<input type="checkbox"/> 同伴()	<input type="checkbox"/> 非同伴()	<input type="checkbox"/> いない・非協力		
20	本人の支援希求	<input type="checkbox"/> 求めている()			<input type="checkbox"/> 求めていない・得られない	
21	【特別な事情など】					
自殺のリスク : 低 中 高 実行済み						
対 応	<input type="checkbox"/> 電話相談のみ		【その対応をとった理由】			
	個人 情報 提供 承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族に連絡する <input type="checkbox"/> 救急要請する				
		<input type="checkbox"/> 警察に通報する <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 連絡・通報できず				
	<input type="checkbox"/> 紹介・仲介	<input type="checkbox"/> 医療機関を紹介し受診を勧める <input type="checkbox"/> 医療機関へ仲介する <input type="checkbox"/> 関係機関を紹介し相談を勧める <input type="checkbox"/> 関係機関に仲介する <input type="checkbox"/> 119番(救急隊)への相談を勧める <input type="checkbox"/> 警察への相談を勧める				(気がかりなこと)
<input type="checkbox"/> その他 ()						
帰結						

(JAMSIG ; Suicide Intervention Guidline by JAM)

(特定非営利活動法人メンタルケア協議会 : <http://www.npo-jam.org/>)

日常臨床における自殺予防の手引き 平成25年3月版

精神保健に関する委員会

中村 純	竹島 正
荒井 稔	田中 克俊
大塚耕太郎	張 賢徳
大類 真嗣	羽藤 邦利
河西 千秋	廣川 聖子
黒木 宣夫	細田 眞司
廣 尚典	丸山 総一郎
阪上 優	渡辺 洋一郎
高橋 祥友	渡辺 義文
	山口 裕介

発行 社団法人日本精神神経学会
〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目38番4号本郷弓町ビル

本冊子の一部ないし全部の転載、複写およびインターネットを通して本学会員がアクセス可能なデータベースへの取り込みと本学会員への配布に関する許諾権は、社団法人日本精神神経学会に帰属するものとします。

