

情報が、双方で必ずしも一致しない。正確な情報の共有につなげる。

- 必ず精神医療に結びつける（非受診者）……自殺未遂・自傷行為患者のほとんどが精神的な問題を抱えている。そのため、すべてについて精神科治療機関への受診を促す。「どこかに受診してくださいね」とアドバイスするだけでは具体性に欠け、その後患者はまず受診しない。できるだけ具体的に受診先を選定したり、行政（保健所等）を紹介するとよい。
- 自殺をしない約束……真摯な態度で患者の話に耳を傾けた後に、「同じ行為を繰り返さない」約束をする。単なる口約束ではあるが一定の抑止効果がある。

3 してはいけないこと

- 安易な激励……「がんばれ！」という激励は非常に曖昧で、具体性を欠く。患者はその言葉から「自分のことを理解してもらっていない」と強く感じ取る。何をどのように頑張ればどういった結果が得られるのかを具体的に示しつつ、励ますようにする。また、患者と医療者が“ともに頑張る”ことを強調する。
- 自らの価値観で相手を説得する……人それぞれに置かれた立場や、取り巻く環境、育った背景はまちまちである。体の痛みが当事者しかわからないのと同じで、心の痛みも当事者しかわからない。自らの価値観で他人を説き伏せようとすることは、患者に対し「理解されない」という感情を抱かせてしまう。
- 患者に話をさせない、一方的に話してしまう……傾聴と逆の形。自殺未遂患者は医療者に何かを教えてもらおうとはあまり思っていない。少しでも聞いて欲しい、感じて欲しいと思っている。
- 患者自身を批判・否定する（Goddamn syndrome）……自殺未遂患者・自傷行為患者に対し医療スタッフが陰性感情を抱いて、患者に暴言（例：「死ぬ気なんか初めからなくせに！」「生きたくないなら仕方ないね」「自分でやったんだから我慢しろ！」）を吐いてしまうことをいう。一般に、自殺未遂患者は自分自身が存在する意義を見いだせないことが多いので、上記の発言は、患者を一層追い込み自殺既遂へのリスクを高める。
- カタルシスを精神状態の改善と勘違いする……自殺企図・自傷行為をきっかけに、それまで患者自身の中で極限まで高まっていたフラストレーション、ストレスなどが一時的に解消され、見かけ上精神状態が改善しているように見える状況を「カタルシスが得られた^(注)」という。しかし、患者を取り巻く環境は本質的に変化していないわけで、適切な対応をしなければ元の精神状態にいずれは戻ってしまう。精神科へのつながりを忘れない。

(注)「カタルシスが得られる」とは、抑えられていたストレスや苦痛による感情や葛藤を言葉や行動で表出させて心理的な緊張を解くことである。

よくある対応困難例 Q & A

- 「死にたい」と繰り返す患者……同じ行為を決して繰り返さないよう約束する。「絶対しないとは言えない」「必ず同じことをする」という患者には、“しないよう努力する”ことを要請・約束する。
- 家族と会いたくないという患者……入院が患者と家族がお互いにじっくりと向き合う機会となることがある。面会は可能な限り行ってもらう。拒否的な発言とは裏腹に一生懸命話していることが多い。
- いわゆる“リピーター”……同一人物が頻回に繰り返す自殺企図・自傷行為に対して医療者も疲弊し、時に怒りの対象となりがちであるが、できるだけ淡々と対応するよう努める。「何度繰り返すのですか？」といった言葉で患者を批判しても、まったく治療効果はない。

V. 家族への対応

1. 基本的姿勢

- 傾聴……家族の言葉に耳を傾け、誠意をもって聴く。家族を評価しない。
- 共感と受容……家族の言葉や気持ちを認め、理解しようとする態度を示す。家族も本人と同様に苦悩を抱えている場合が多い。
- ねぎらい……家族が受診に付き添ったこと、話したことやこれまで支援してきたことをねぎらう。
- 家族の苦しみに焦点をあてる……起きた出来事の確認だけでなく、家族の苦しみや不安も話題として取り上げる。
- 協力・支援体制を一緒に構築する……自殺企図患者の治療に対して家族としても支援していく体制を考える。家族だけの負担ではなく医療機関も一緒に取り組む姿勢を伝える。
- 精神科治療やソーシャルワークなどの心理社会的介入が、本人の自殺の危険性を減らすことにつながることを伝える。

2. 家族の動揺を落ち着ける

- 治療者側がゆっくりと落ちついて対応することで、家族も安心する場合が多い。家族も動揺している場合が多く、まくしたてるように一気に説明することは望ましくない。

3. 家族から情報を収集する

- 家族から患者に関する情報を収集し、病歴を確認する。

4. 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える

5. 家族からも心理社会的問題を聴取し、必要な場合、家族と協力しながらソーシャルワークにつなげる

6. 地域で活用可能な救急対応の窓口に関する情報を提供する

VI. 再企図予防に関する情報提供

1) 救命救急医や精神科医からの情報提供がなぜ必要か

○現場で患者、家族に安心を与える

自殺企図で搬送された現場では、患者や家族も大変混乱している場合が多い。さまざまな心理社会的な問題を抱えていても、すぐに問題解決に向けて決定できない場合も少なくない。

○患者、家族が適切な医療や支援を選択できる

自殺企図で搬送された患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識としてもっていない場合も少なくない。適切な情報が提供されることで、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。

○ケアの導入や再企図防止にとって重要な心理教育的なアプローチである

自殺企図がなぜ起こったのかということに対して本人や家族が理解することは、今後のケアの導入や再企図防止の観点でも重要である。

2) 提供できる情報の種類

- 自殺企図のプロセス
- 自殺の危険因子と防御因子
→参照. 「救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応 (p.2)」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性
→参照. 「I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ (p.1)」
- 経済問題や生活問題、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キング対応の存在
→参照. II. -viii) 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割 (p.15~16)
- 危機対応の窓口（救急医療施設, 精神科救急医療施設など）

あとがき

わが国では平成10年（西暦1998年）以降、年間に約3万人の方が自殺で亡くなっている。また、それ以上の数の自殺企図者が存在していることが想定される。自殺企図による重症症例は救急医療機関へ搬送されるため、救急医療機関が自殺未遂患者のケアに果たす役割は大きい。

自殺対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法（以下、基本法）」が成立したことを受け、平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」でも、自殺未遂患者へのケアが具体的かつ重要な項目として位置づけられている。また、平成18年度から厚生労働科学研究「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」が開始され、平成20年3月には厚生労働省による有識者検討会で「自殺未遂者ケアガイドライン作成指針」が公表された。本手引きもこの自殺対策の流れをうけて作成が開始された。

自殺未遂患者ケアは身体的治療と精神医学的治療とを同時並行的に、しかも緊急的に実践しなければならない。これは非常に高度な医療であり、今後も救急医療が担っていくべき領域である。社会の救急医療への期待に応えるために、救急医療に従事する我々が自殺未遂患者のケアについて理解を深め、積極的に実践していくことを祈念する。

（耕）

この手引き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。

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

発行 平成21年3月31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

