

第2回 精神科救急医療体制に関する検討会	
平成23年6月17日	資料

昭和大学医学部

三宅康史先生提出資料

身体合併症を有する 精神科救急患者の実際

-救命救急センターへ搬送される症例から-

Y. Miyake M.D., Ph.D.
Dept. of Emergency & Critical Care Medicine
SHOWA Univ. Hospital

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

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

「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」作成班

著者責任中間法人 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 隆 (昭和大学)

委員長

三宅 康史 (昭和大学)

委員

大塚清太郎 (岩手医科大学)

岸 善史 (日本医科大学)

坂本由美子 (関東労務病院)

守村 洋 (札幌市立大学)

崎澤八恵子 (聖隷聖院病院)

山田 晴廣 (横浜国立大学)

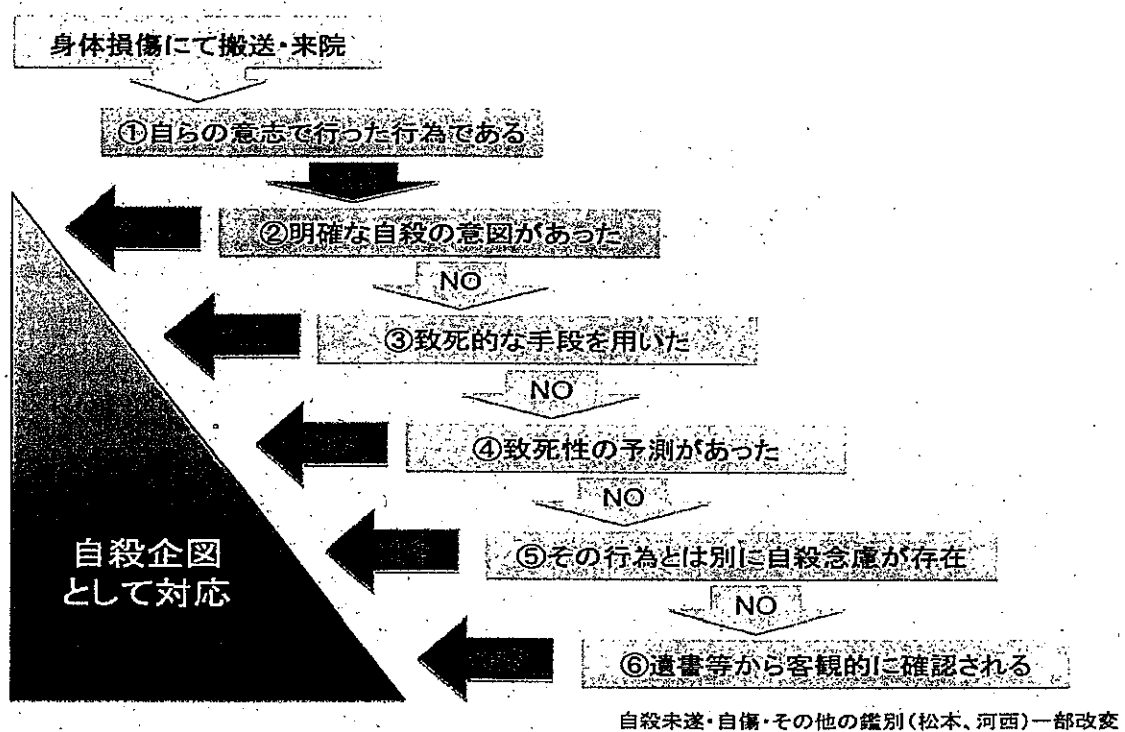
協力

伊藤 弘人 (国立精神・神経センター)

西野 千秋 (横浜市立大学)

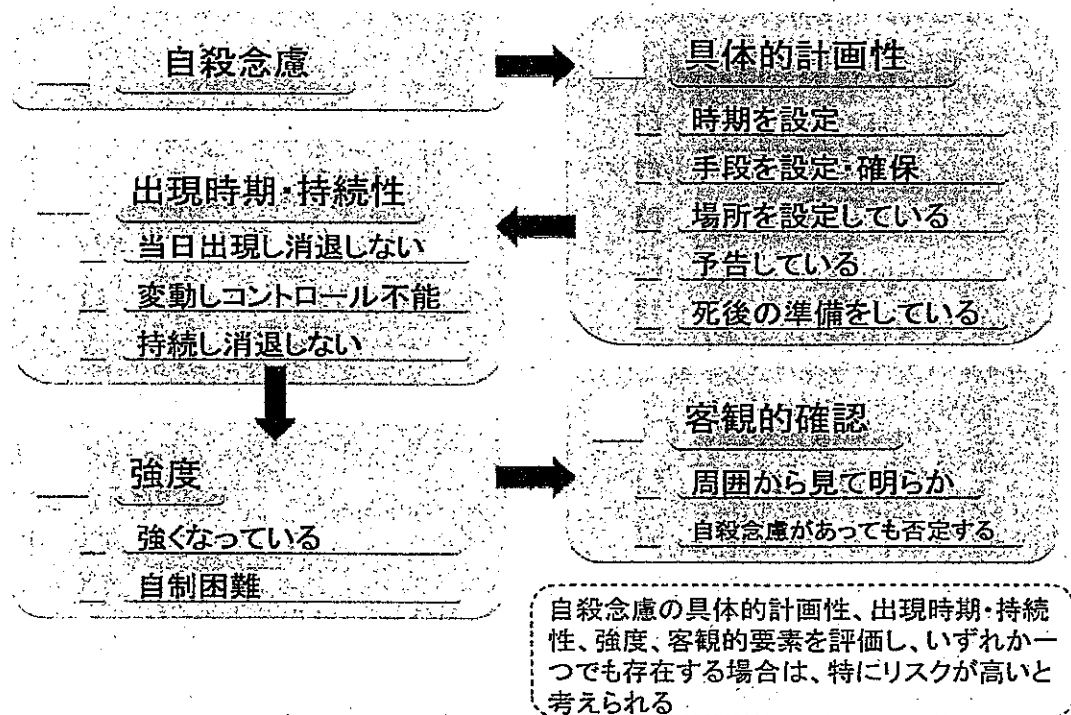
本手引きは、平成20年度厚生労働科学研究費補助金
「自殺未遂者および自殺遺族等へのケアに関する研究」
の研究成果と共同して編集を完成し、その支援を受けて
日本臨床救急医学会が作成した。

自殺企図の有無の確認



「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」より抜粋

現在の死にたい気持ち(自殺念慮・希死念慮)の確認



「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」より抜粋

危険因子の確認

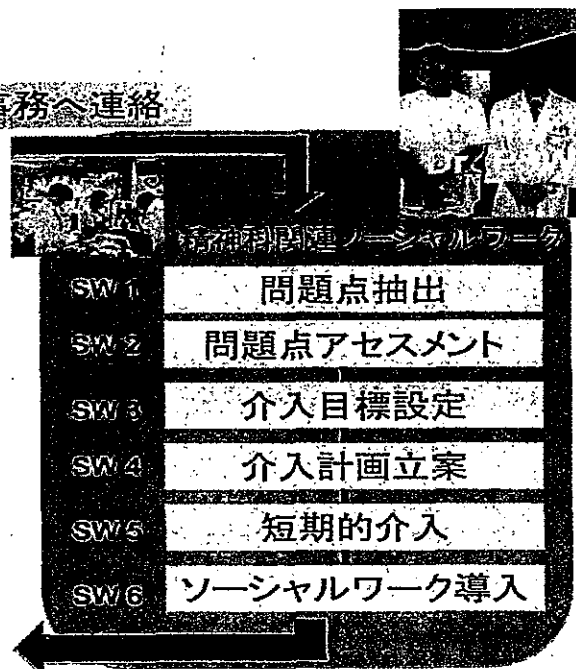
過去の自殺企図・自傷行為歴
喪失体験 身近な者との死別体験など
苦痛な体験 いじめ、家庭問題など
職業問題・経済問題・生活問題 失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活
精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み うつ病、身体疾患での病苦など
ソーシャルサポートの欠如 支援者の不在、喪失など
企図手段への容易なアクセス 「農薬、硫黄水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など
自殺につながりやすい心理状態 絶望感、衝動性、自殺念慮、希死念慮、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など
家族歴
その他 診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

「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」より抜粋

医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士の役割

vii) 退院時までに行うこと

- Line 1 救急車から救急センター事務へ連絡
- Line 2 救急車と連絡
- Line 3 救急外来搬入
- Line 4 バイタルサイン確認・ABC
- Line 5 検査
- Line 6 治療・処置
- Line 7 身体的評価
- Line 8 精神医学的評価
- Line 9 最終判断
- Line 10 帰宅・ICU・精神病棟
- Line 11 入院継続・後方移送

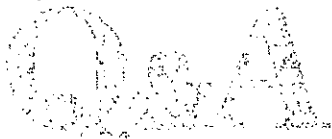


救急センターでの精神科関連ソーシャルワーク
大塚・酒井(2008)

「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」より抜粋

今年発刊されるFAQ集

来院した自殺未遂患者への ケア Q&A —実話編 2011—



日本臨床心理学会
平成23年5月

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、治療の阻害が顕著となった。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。

FAQ集 内容

やってはいけない対応例

- ・患者の行動に対して感情的に対応する（発狂言葉に負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、病状の説明はいいえに行う（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、本館の意見を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進める。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の態度が目立ち、他者との適切な距離がとれない。
- ・患者のしがみつような依存が満たされないと、相手に対する攻撃態度、脅迫、自傷行為や自殺企図などが出現してくる。
- ・境界性パーソナリティ障害は、慢性的空虚感と見捨てられ抑うつ（親しい人や医療者から見捨てられるのではないかという過度の恐れ）をもち、治療者に助けを求めてくる一方、希死念慮を潜在的に抱きつつ、激しい衝動性をもち、医療者への攻撃態度や自傷行為、自殺企図などの問題行動を引き起こす可能性がある。
- ・医療者は患者の苦悩を受容し、患者の支えとなるように能動的なかかわりをする必要がある。
- ・医療者は患者から、しがみつような依存や、怒りや攻撃の態度を受けることがあるので、患者との距離を因る必要がある。
- ・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。

**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。

自殺企図者を前にして、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.

PEECコース開発の経緯

・ 救急領域における初期診療コースの特徴

受講生自身が必要に迫られ、自分で受講料を支払って貴重な休日をつぶして参加してくるので、モチベーションが特に高い

・ コース成功の可否

ガイドブックの出来と受講生と直接顔を合わせるファシリテーターの力量がポイント。そのため、ファシリテーターの育成も重要な鍵。

・ PEECコースの対象と獲得目標

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）での自殺企図症例を含む精神的症状を呈する患者への、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

救急医療における精神症状評価と初期診療

(PEEC™: Psychiatric Evaluation in Emergency Care)ガイドブック

-チーム医療の視点からの対応のために-

企画・編集: 日本臨床救急医学会『自殺企図者のケアに関する委員会』

●総論

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
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
自殺企図患者への対応
自傷・他害の恐れのある患者への対応
昏迷状態の患者への対応
アルコール／薬物依存が疑われる患者への対応
医療者に対してトラブルを引き起こす患者への対応
身体的治療の実際(基本的な部分のみ)
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
行動制限(抑制・拘束)について
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
救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点
救急医療における精神保健福祉士PSWの役割
救急医療における臨床心理士の役割

伊藤 敬雄(日本医大) 2
山田 朋樹(横浜市大) 6
大塚 耕太郎(岩手医大) 6
岸 泰宏(日本医大武蔵小杉) 6
市村 篤(東海大学) 6
松本 俊彦(国立精神神経センター) 6
衛藤 暢明(福岡大学) 6
小島 直樹(公立昭和病院) 4
浅野 誠(千葉県精神医療センター) 6
佐藤 雅美(東京武蔵野病院) 6
荒井 伸幸(東京消防庁救急部) 3
守村 洋(札幌市立大) 柳澤八恵子(聖路加) 6
山田 素朋子(横浜市大) 3
高井 美智子(北里大学大学院医療系研究科・医療心理学) 3

●コース開催の概略、カリキュラム、必要物品、運営のコツ

三宅 康史(昭和大学) 6

●ケースシナリオ(7ケース)

+看護の要点(看護師委員)

- ✓ 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
山田 朋樹(横浜市大)(WSの症例2) 7
- ✓ 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
大塚 耕太郎(岩手医大)(WSの症例1) 7
- ✓ 合併する統合失調症により不穏・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
岸 泰宏(日本医大武蔵小杉) 7
- ✓ 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
人見 佳枝(近畿大学) 7
- ✓ 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
池下 克実(奈良県立医大) 7
- ✓ 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)、退院に際して、精神科未治療の患者を当該確実につなぐための方略事例
杉本 達也、山田妃沙子(関西医大) 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
中山 秀紀(久里浜アルコール症センター)、大塚 耕太郎(岩手医大) 7

●精神科救急医療、自殺関連問題に関する話題

精神科救急医療システムとその課題

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

自殺予防対策の経緯

自殺で遺された人への支援

自殺事故の当事者となった医療スタッフのケア

杉山 直也(沼津中央病院) 3

成重 竜一郎(日本医大) 4

河西 千秋(横浜市大) 3

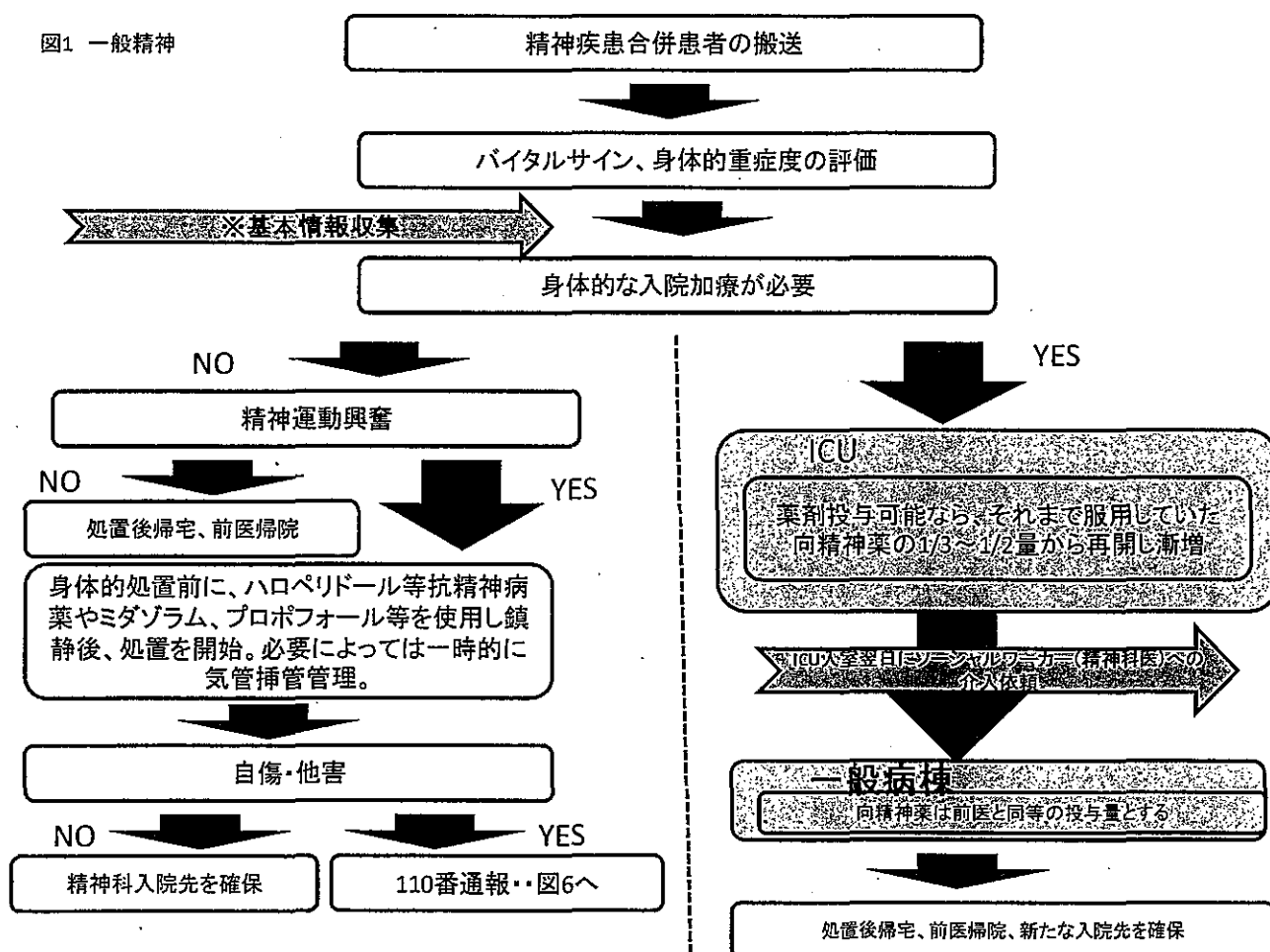
智田 文徳(岩手医大) 3

河西 千秋(横浜市大) 3

表. PEECコース時間割(例)

時間	内容（適宜休憩を入れる）
1時間前 30分前 10分前	スタッフ打ち合わせ、会場準備 受付開始 プレテスト
開始時間(5分)	コース開催挨拶(司会)、スタッフ紹介、プレテスト回収、トイレ案内、
20分 20分	講義①精神症状を呈する患者の初療アルゴリズム 講義②精神保健福祉士・臨床心理士の役割
ワークショップ 40分×4症例	提示症例に対し、グループ協力しつつ対処法を考えていく
20分	自死・遺族支援について
10分 20分	ポストテスト、アンケート記入 修了証授与、解散 反省会、後始末

図1 一般精神



身体合併症を有する精神科救急患者

- ✓ まずはABCの安定化が先決
- ✓ できるだけ早く精神科と身体科の両方が関与することが望ましい
- ✓ カンファレンスに参加し、医療チーム全員(看護師、PSW(MSW)、臨床心理士、薬剤師、他)で共通した達成目標を持ち、それぞれが専門的役割を果たす必要がある。
- ✓ 日常的に救急医療に精神科スタッフが参加できる体制整備(後期研修の一環として)
- ✓ 救急医療スタッフ、精神科救急スタッフへのリソースの提供
- ✓ 地域精神科クリニックへの勉強会