

ステップvi) 再企図の危険性の評価

自殺企図で来院した患者の治療方針を決める上で、1) 精神疾患の病態、2) 再企図予測性の評価の2つが重要な要素である。

1. 精神疾患の病態

自殺企図者の大多数が何らかの精神疾患を抱えている。また、自殺企図によって、精神疾患に罹患していたことが初めて事例化することもある。したがって、精神疾患の経過や現症を含めた病態を的確に評価し、その後の治療方針につなげていくことが求められる。

ステップiv)に書かれている、各々の精神障害における自殺企図のリスクを参考にしつつ、精神障害の病態を評価するが、ステップv)に書かれているように、自殺念慮の表出の「ある」「なし」だけが障害の重症度や、その後の患者の処遇を決定するわけではない。たとえば、患者が自殺企図の後に混乱状態や(亜)昏迷状態に陥った場合、入院治療が必要であろう。このような患者はもはや自殺念慮を明確に表さないかもしれないが、背景精神障害の治療を適切に行わなければ、自殺のリスクが遷延ことはいうまでもない。

2. 再企図予測性

再企図予測性とは、再企図の可能性のある患者における、再企図可能性の程度のことをいう。前提として、再企図の危険を高い確度で予測することは非常に困難であるが、しかし、手がかりになることはいくつかある。まず、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、そのまま再企図予測性の評価に利用できる。

また、その他に参考になるものとして、以下のものが挙げられる(松本, 河西)

- 1) 自傷、ないしは自殺企図の手段や身体損傷の程度の変遷
- 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) 患者の希求行動の乏しさ、あるいは支援への拒絶

これらの再企図予測性と、ステップv)の自殺念慮の有無・質を総合した再企図の危険性の評価表が提唱されている(図10; 松本と河西)。

図 10. 自殺未遂者のリスク評価と対応 (松本, 河西)

図10				
	自殺念感	自分を備つける計画・準備	危険因子の状況	対応
危険性がない	なし	なし	なし	なし
軽度の危険性	限定的に存在	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の自殺企図歴がない ・既知の危険因子が存在しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・心理・社会・経済的困難に対する介入 ・社会資源に関する情報提供
中等度の危険性	明確に存在	具体的にはなし～あり	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の自殺企図歴、もしくは、1つ以上の危険因子の存在 ・本人が現在抱えている情緒的・心理的状態の改善を希望している 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科外来における頻回・継続的な治療 ・精神科病棟への自発的入院 ・心理・社会・経済的困難に対する介入
高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の自殺企図歴 ・二つ以上の危険因子の存在 ・自殺の意思と周到な計画に関する言語化 ・将来に対する絶望感 ・利用可能な支援の意義を認定 ・認知の柔軟性は維持 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病棟への自発的/非自発的入院 ・心理・社会・経済的困難に対する介入
非常に高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> ・複数回以上の過去の自殺企図歴 ・複数以上の危険因子 ・認知の硬直化 ・援助に対する拒絶 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病棟への緊急非自発的入院 ・心理・社会・経済的困難に対する介入

ステップⅦ 危機介入後の対応

1. 治療方針の策定

1) 治療環境の判断

自殺企図者のトリアージにおいて、治療環境を最終的に判断することは非常に重要となる。優先的に検討すべきは、身体科治療と精神科治療をどのようなバランスで導入するかという治療環境の設定である。また別の軸として必要なのは、自殺未遂者の治療環境には外来治療から入院治療までの広い幅があり、その中でどのような治療環境が適切かつ効果的かを検討することである。さらに、危険度についてある程度明確な評価がなされても、実際の治療環境が地域などによって多様であり、標準化しにくい実情があることを考慮する必要がある。したがって、治療環境の判断にあたっては、未遂者の心理面行動面の評価とともに社会環境的アセスメントを加えて包括的に評価し、利用できる治療環境の特性をふまえて個別に方針を立てることとなる。

2) 身体科治療と精神科治療のバランスの判断

危険度において評価した「身体的危険性」と「自殺再企図危険性」の関係性を考慮する。両方の危険性が高い場合もあるが、両者が必ずしも一致しない場合も多々ある。

治療の場を第一義的に決める要因は身体状況である。身体状況が重篤であれば、精神的危険度によらず身体疾患の治療が優先される。そうした場合に精神科医が果たすべきはコンサルテーションリエゾン医としての役割である。精神科治療の優先度・必要度は時々刻々変化するため、チームの一員となって継続的なかわりを持ち、局面に応じた専門医学的介入が必要である。

身体科病床への入院における治療計画の骨子

- 救命救急センター／集中治療室／一般病床への入院適切性判断
- 主な診療科（主治医を務める科）の決定
- リエゾン対応体制の確立（精神科医師のCallの条件設定など）
- 精神科病床への転棟必要性検討
- 観察と対応のチームマネジメント
- 身体科と精神科両面からのインフォームドコンセント

身体損傷が比較的軽症である場合には、精神科病床で精神科治療を中心的に行いながら、身体科医師の指導を得て、身体的なケアを同時に行うこともできる。これが総合病院であるか、単科精神科病院であるかによって状況は大きく異なる。当該医療施設の身体医学的対応能力をよく見極めて治療環境の設定を行うことはとても重要である。

精神科病床への入院における治療計画の骨子

- 入院目的の設定（危機介入緊急避難のみとするかどうか）
- 入院形態の選択（措置入院が該当する場合の手順を確立しておく）
- 身体的側面への対策（身体科医師の応援体制や転科・転棟の可能性）
- 行動制限の必要性判断（指定医）
- 適切な薬物治療の計画立案
- 院内の治療環境の設定（病室、生活備品の設定、面会、電話制限の設定）
- 観察と対応のチームマネジメント
- インフォームドコンセント

身体・精神両面からの治療的介入を行う場合には、両面からのインフォームドコンセントを行う。身体的治療に関する説明と同意は、当該科医師によって手続きが行われるのが通例だが、どちらかの治療を優先するために、他方の治療に環境的な制約が生じることなどはあらかじめ説明しておいた方が良い。

3. 精神科治療における治療環境の判断

① 入院治療の適切性・有益性を判断

入院治療か外来治療かを判断する上でのポイントは、両治療環境による代償／利益比の検討である。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であるのか、一方でどれほどのリスクであるのかについて検討することである。精神科救急では、受診後の短期的な治療に関する判断（応急的な判断）を行うことが求められる。そしてその後、あらためて再度中長期的な視点に立った判断を行うことになる。特に自殺未遂者に関しては、安全を確保するための入院治療の要否を検討することが第一に重要な判断ポイントとなる。このとき良好な結果を希望的に期待することは禁物で、最悪の結果を回避できるよう、慎重を期することが安全である。

精神科救急における精神科病床での入院治療の目的は以下のとおりである。

精神科救急における精神科病床入院治療の目的

- 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）

② 外来治療

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、外来治療の選択肢を検討するケースも有り得る。それは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。例えば、入院が失業や現実的な困窮を及ぼす場合、強制介入が精神科医療を自発的に受療するための大きな障壁となっ

てしまう場合、家族関係にとって決定的な破壊的影響となる場合、周囲の社会的偏見に苦しむ場合などにそうした可能性がある。また、自殺企図を繰り返し問題解決の手段としている場合なども存在する。このような場合には入院で達成される治療目標を本人および周囲も含めて、十分に勘案して判断することが必要となる。さらに慢性的に繰り返されている致死的でない自殺企図を、長期に閉鎖環境に置くことや、単に自殺企図の防止のみを目的として必要以上に隔離や行動制限手段を用いて本人の自由意志を奪うことなどは、かえって有害な治療になる可能性もあり、慎重に検討されるべきである。

ただし、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、患者が社会生活を送る上で、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、入院を検討する必要がある。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ケアを継続できるかどうかを見極めていくことが特に重要である。このため、通院対処行動のアドバイスやリスク説明、観察の依頼などを忘れないように必ず行うべきである。

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

③ インフォームドコンセント

入院・外来のいずれの場合にも、現時点で自殺の危険性を評価は出来ても、完全に予測できる方法は存在せず、自殺の危険性は可能な限り最小にすることが治療であり、絶対的に防止する手段は無いということ、治療は有効性・有害性のバランスを考慮して最も効果的となるように行い、常にリスクが存在することは家族などに伝えたい、治療を導入すべきである。

④ 入院形態について

- 家族や警察、消防などにより直接来院し、措置要件を有すケース

精神保健福祉行政が関与せずに来院し、いわゆる措置要件である「自傷他害の虞（おそれ）」がある場合に、措置入院や緊急措置入院の診察手続きに進むのか、それとも早期の治療開始を優先して、他の入院形態によって介入すべきかがしばしば議論になる。通報手続きを行う際、家族が通報するのか、警察を呼んで24条の判断を求めるのか、医師が通報するのか、さらに27条の2という通報をスキップして措置入院の診察手続きに進むルートがあり、これを適用させるのか、現在までに統一見解が無いので、地域の精神保健福祉行政など関係者間でよく討論した上で最良と思われる選択をするしかないのが現状である。

- 本人のみの場合

単身の来院や家族の付き添いが無い来院では、治療環境の選択に困難を生じることがある。医療保護入院の適応があっても手続きが取れなかったり、見守りや付き添いができなかったりという対応上の理由によるところが大きい。本人との治療契約が可能な場合には任意入院の選択もあるが、危機状況ではそれが行える状態に無い場合も多い。応急指定医療機関では、応急入院による緊急介入が選択肢となりえる。市町村長の同意による医療保護入院については、メディカルモデルとしては合目的で自殺企図の危険を予防する方法としてやむを得ないところもあるが、リーガルモデルとしての整合性に課題を残していることは認識しておくべきである。

2. 自殺の危険性の継続的な評価

自殺の危険性は変動するため、自殺念慮の評価や危険因子の評価を継続的に繰り返すことが大切である。特に、外出、外泊、退院などの治療環境の変更や精神状態の変化した場合、ライフイベントが出現した場合などでは、再評価する時期と考えられる。

3. 治療の継続性

自殺の危険性のある者は継続的な治療が必要である。しかし、治療脱落がその後の自殺のリスクを高める場合も少なくない。帰宅となった場合でも、治療の継続性を確保することを第一に行うべきである。精神科救急を受療後、継続治療の医療機関が違う場合には、情報提供を中心に連携を密に行う必要がある。

4. チーム医療

自殺未遂者は心理的、身体的、社会的な困難を感じている。精神科医、身体科医、看護師、ケースワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士）など多職種チームにより患者を支援していく必要がある。そして、チームのそれぞれの役割を確認しながら、治療計画を調整・立案していくことが望ましい。また、チームとして支援体制を構築していくことを患者自身も理解していくことで、患者自身が安心して協力的になり、自発的な治療参加を促すことにつながることが多い。

ステップⅧ) ケースマネジメント・地域ケア

ケースマネジメント

- 帰宅の場合も入院の場合も考慮
- 対処手段の拡大や支援体制の強化
- 継続的地域サポートの導入

1. ソーシャルワーク

1) 精神科救急におけるソーシャルワークの目標：

自殺未遂者はしばしば医学的問題に加えて社会的問題を抱えているため、精神科救急担当医には医療的にも、社会的にも迅速な危機介入が求められる。自殺未遂者の中には、経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えながらも、相談者がいない状況に陥っている者もいる。また、相談者がいる場合でも、精神科外来か家族以外に相談先がないということもよくある。周囲の支援体制、相談機関の振り分け、そして個々の抱える問題に関するケースマネジメントが必要となる。

経済問題や生活問題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。救急担当医は緊急対応を求められるソーシャルワークのニーズを把握した場合、即応的にサービスを提供することが重要である。救急担当医は身体的治療と精神科救急的治療のマネジメントを行いながら、患者のさまざまな問題に対する迅速なソーシャルワークの導入を図ることが求められる。

精神科救急におけるソーシャルワークの目標

- 医療的・社会的な迅速な危機介入
- 緊急対応のニーズの把握
- 即応的なサービスの提供

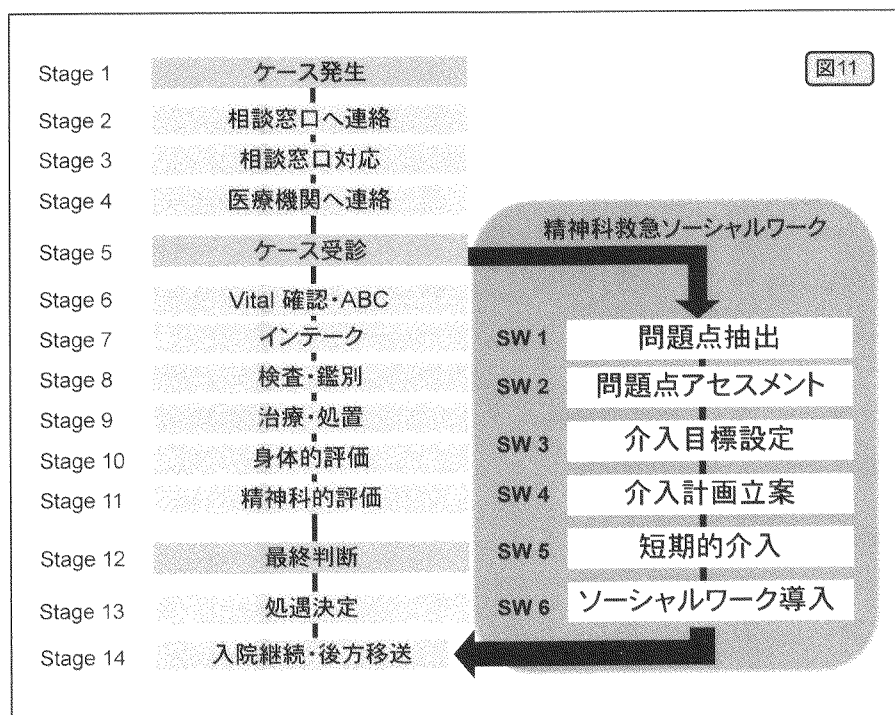
2) ソーシャルワークの実践

自殺未遂者の転帰が帰宅、入院いずれの場合でも、地域の社会資源を活用することで、患者の心理社会的支援を検討する必要がある。そのため、精神科ソーシャルワークは非常に重要である。精神科救急担当医は救急対応をしながら情報収集やアセスメントを行い、心理社会的問題を抽出する。図 11 の「精神科救急医療における精神科関連ソーシャルワーク」のフローチャートでの SW1～SW2 を説明する。

<SW1>問題点抽出

- ・ 患者の心理社会的問題に関する情報収集
- ・ 現実に抱えている社会生活上の問題点を本人、家族、救急隊、付き添いの支援者などから情報収集する
- ・ 患者のアセスメントと並行して行う

図 11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク



<SW2>問題点アセスメント

- ・ 心理社会的問題の緊急性，重大性の評価を行う
- ・ 支援者，支援組織などの確認

<SW3>介入目標設定

- ・ ワーカー（精神保健福祉士，社会福祉士，医療ソーシャルワーカーなど）の要請
- ・ 現実的で達成可能な目標設定
- ・ 患者（利用者）および支援者（家族など）と一緒に設定する
- ・ 前向きな目標設定と動機づけ

<SW4>介入計画立案

- ・ アセスメントと目標設定に基づいた介入方法の提案

<SW5>短期的介入

- ・ 必要な情報の提供
- ・ 支援組織（行政，関連機関など）との連携
- ・ 生活・金銭・その他の問題の調整
- ・ 家族，保護者，扶養義務者，後見人など支援者との調整
- ・ 精神保健福祉法に基づく入院の場合の手続きの調整

<SW6>ソーシャルワーク導入

- ・ 継続的な相談・支援体制の構築
- ・ 担当者の紹介
- ・ 介入目標と介入計画の確認
- ・ アドボカシー
- ・ エンパワメント

- ・ 関係機関との連携（NPO・社会福祉協議会・企業等）
- ・ リンケージ

2. 地域ケアへの移行

1) 外来治療への移行

精神科救急受診後に外来治療に結びつける時には、治療の継続性が最重要の課題である。受診することになるかかりつけ精神科医療機関や受診日時を精神科救急医と患者と、家族とで具体的に話し合うことが必要であり、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。また、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といよい。例えば、家族や周囲などとの連絡法などのセルフケアや救急受診、保健所・警察・関連機関などの利用法などが含まれる。

外来治療への移行にあたって必要なこと

- 具体的な検討（医療機関、場所、日時など）
- 危機介入としてのセルフケア、周囲の支援、関連機関の利用

紹介にあたって留意すべきこと

- 患者と家族に診療結果や状態を説明し、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への偏見に配慮する
- 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
- 頑なに患者自身が拒否する場合、家族から受診を促してもらう
- 具体的な受診日や受診の方法を確認する

2) 退院は自殺の危険因子でもある

地域への社会復帰を検討する上で、継続性を有する治療や支援の計画を立案することが必要である。社会復帰にあたって危険度がないか、再度確認する必要がある。必要な社会源はあるのか十分な確認が必要である。未遂が1年以内は、再企図の危険が最も高い時期であり、個々の症例に基づいたアフターケアが実施される必要がある。複数の機関が連携をしながら行うが必要となる。精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所などが調整をしながら定期的な電話や自宅訪問などを行うことが必要なケースもある。昨今、行政機関やNPO等、自殺防止についての活動が行われている。日頃から関係機関との情報交換や研修等の連携のほか、協調した活動が望まれる。加えて、心理的危機に陥った時の危機介入を想定して、本人がいつでもSOSを出せるルートを用意する必要があり、本人が利用可能なライフラインを確保することが大切である。

退院にあたって必要なこと

- 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

3. 再企図予防に関する情報提供

1) 情報提供の役割

- 現場で患者，家族に安心を与える。
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。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. 「図 2. 精神科救急における自殺未遂者ケアの方法」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性
→参照. 「図 1. 自殺未遂者ケアの全体像」
- 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. 「図 11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク」
- 危機対応の窓口（救急医療施設，精神科救急医療施設など）