

族等への説明の後、徒手拘束することも検討する。興奮症状の大半は意識障害によるものであるため、鎮静を強化することで対応する。意識清明である場合は、出来るだけ本人の訴えに耳を傾け、実施可能な内容であれば応じる。

3) 有効な薬物治療法

鎮静薬の減量に伴い、不眠、せん妄、精神運動興奮、頻呼吸、頻脈などが出現することも多いため、向精神薬を開始する。

② ICU退室後

1) 意識障害の改善後に確認する事項

鎮静薬投与終了後まもなくは、表面的には意思の疎通がとれてスムーズに会話が進んでいるようでも、患者は会話内容も誰と会話したのかも記憶していないことが実は多い。下記の事項については、退室直後と半日以上空けて再度患者に質問して確認する必要がある。必ず確認することは以下の3つである。

- ① 今回の行為は自殺企図か否か
- ② 今回の行為を肯定しているのか、それとも後悔や内省^(注)ができているか
- ③ 希死念慮がいまだ存在するか

(注) 内省：自分の心を観察すること。冷静なふりかえり。

2) 自殺に関する話題の聞き方とタイミング

自殺未遂患者と自殺の話題について話すことは、医療者にとって心理的ハードルが高い。しかし、上記に示した①～③の項目については遅滞なく聞き出すことが重要である。患者とのコミュニケーションがある程度確立されていれば、それらの質問によって患者の精神状態が増悪する危険性は低い。一方で自殺企図そのものにまったく触れない対応は不自然である。なお、自殺の話題をするときには、自殺企図についていたずらに批判的になってはならない。[IV. 対応の注意点参照]

3) 帰宅要求の強い患者

自殺未遂患者は全例において、自己判断で退院を要求する可能性があることを入院時にあらかじめ家族などに説明し対応を決めておく。家族にはいつでも連絡がとれるようにしておいてもらう。

身体的に入院加療の継続が必要と判断される場合には、本人にその旨を説明し説得を試みる。それでも、理解が得られず退院を要求する場合には家族に来院を求め、患者-家族間で話し合いの上で、判断してもらう。意識清明で、完全に判断力が欠如しているわけではない患者を、本人の意志に反してとどめ置くことができない場合もある。

viii) 退院時までに行うべきこと

1. 確認すべきこと、やるべきこと

1) 自殺の危険性の再評価

前述したように、①今回の行為は自殺企図か否か、②今回の行為を肯定しているか後悔しているか、③希死念慮がまだ存在するかについて再確認する。今回の行為が①自殺企図であったとしても、②後悔・内省があり、③希死念慮が消退または減少していれば退院は可能と考える。

2) キーパーソンと支援体制の確認

患者にとってのキーパーソン（多くは家族）には原則的に来院を求める。ケースにより家族以外がその役割を担う場合もある。内縁関係など患者と密接な関係にある人々には、状況を説明して協力を求める。生活保護者であれば役所の保護担当者と連絡をとり、キーパーソンが存在しないケースは保健所や市町村等の障害福祉担当課など（精神保健、難病、母子、児童、高齢者など）と調整する。ソーシャルワーカー等に連絡し、ソーシャルワークにつなげることも検討する。

3) かかりつけ精神科との連携

かかりつけ精神科医がいる場合には、精神科医への診療情報提供書を作成する。主治医が失念している場合は、医療チームとしてこれを促す。退院時にはこのような返信を忘れないことが重要である。

2. 退院の判断に慎重を要する患者とは

- 自殺企図に対する後悔の念がなく、内省が得られていない。
- 精神疾患名にかかわらず、不安・焦燥感が強く、不眠が遷延している。
- 統合失調症や気分障害（うつ病、躁うつ病等）でその中核症状（幻覚・妄想、精神運動興奮、自責の念、精神運動抑制、絶望感など）が活発に存在する。
- 希死念慮が依然として強い。
- キーパーソンが不在か、居ても役割を果たすことが困難である。
- 金銭面、居住地がないといった問題で、退院後の生活に目処がまったく立たない。
- 患者・家族がともに精神的な治療を目的とした治療を望んでいる。
- 患者の抱える問題に対し、なんら解決方法が示されていない。
- 今後の精神科治療の目処（通院先など）が立っていない。
- 患者をサポートする関係機関に、まだ情報提供がなされていない。

3. 精神科へのコンサルテーション

自殺企図の場合、あるいは疑いに留まる場合でも、身体治療の目処がたったら、できるだけ早く精神科医など専門家へのコンサルテーションを検討する。また、患者の意識がない場合でも家族の同意を得て、専門家との相談に結びつけることを検討する。

また、消長を繰り返す（強くなったり弱くなったりする）「死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）」、繰り返される自殺企図、強い不安や焦燥感・衝動性、生活上の問題やストレス、生活の破綻のような危険因子の存在と、それに不釣り合いな支援の乏しさなどといったものがある場合は、とりわけ自殺の危険が高い状態と考えられる。



1. 救急医療機関に精神科医がない場合のコンサルテーション

- 1) かかりつけの医療機関へ
- 2) 精神科救急の基幹病院へ
- 3) 身近な精神科医療施設へ

2. 精神科医がいる場合のコンサルテーション

- 1) 施設内の精神科医へ
- 2) 施設内の精神科医を通じて、かかりつけ医療機関や精神医療施設へ

3. 病状説明書，入院診療計画，退院療養計画書

- 1) 「自殺企図のため、精神科の診察を受ける」など精神科コンサルテーションに関する説明と記載。
- 2) 情報提供の部分でも述べたように、精神科医へのコンサルテーションの上で、身体的治療経過とともに精神医学的に下記の情報も非常に役立つ。
 - ・年齢　・性別　・婚姻歴　・自発的受診の有無
 - ・主訴　・現病歴　・精神科既往歴　・家族歴

4. 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、具体的に紹介すべき理由を伝える。
- ・患者と家族の精神科受診への偏見に配慮する。