

滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる
救急告示病院における自殺未遂者実態調査

平成 25 年 3 月

滋賀県健康福祉部障害福祉課
滋賀県立精神保健福祉センター

目 次

1	はじめに	.....	2
2	調査結果	.....	5
3	考察	.....	28
4	まとめ	.....	34
5	調査票	.....	36
6	資料編	.....	41
6	参考文献	.....	43

はじめに

1 調査の背景

全国の自殺者数は平成 10 年に急増して 3 万人を超え、その後も高い水準で推移している。

滋賀県における自殺者数は、昭和 30 年から 200 人前後で推移してきたが、平成 15 年に 330 人に達し、以降は 300 人前後で推移している。

こうした状況に対し、滋賀県では「滋賀県保健医療計画」および「健康いきいき 21」に基づき自殺対策に取り組み、平成 21 年度には「滋賀県地域自殺対策強化基金」を設け、緊急に対策の強化を図ってきた。

また、自殺対策基本法および自殺総合対策大綱を踏まえ、滋賀県における自殺対策を推進するための基本的な取組方針となる、「滋賀県自殺対策基本方針」を平成 22 年 7 月にとりまとめた。

これまで、自殺対策の具体的な取組の一つである「自殺の実態を明らかにする」について、自殺を解明するための調査として、自殺未遂者に関するものでは、平成 21 年度に県内の救急告示病院 33 病院を対象にした「自殺企図者等の対応に関する調査」と、県内の全消防本部、滋賀県法医学会を対象にした「公的援助機関が関わりをもった自殺企図者の実態調査」を郵送により実施した。

これらの調査結果から、自傷・自殺企図者への対応については、精神科医療機関との連携、医療機関スタッフの院内研修の場の確保の必要性、救急病院での精神科コンサルタントシステム、救急病院での処置後の継続的な相談、救急病院・精神科医療機関・公的機関・民間団体などとのネットワークが重要であることなど支援の方向性が明らかになった。

そこで今回、今後の自傷・自殺企図者対策において必要な施策を具体化するために、救急告示病院での自傷・自殺企図者への具体的な支援体制やシステム、関係機関との連携について、その実状や判断基準等がどうなっていること確認する必要性があったため調査を行うこととなった。

2 調査の目的

自殺者を減少させるには、自殺のハイリスクである自傷・自殺企図者への適切な支援によって、再度の自殺企図を防ぐことが方策の 1 つとして考えられる。

本調査では、救急告示病院に搬送された自殺未遂者の状況と対応、連携の実態を明らかにすることによって、トリアージ基準の策定するための資料、再企図を防止するための地域支援体制の検討および自殺未遂者等への対応力向上のための研修のあり方について検討するための資料とすることを目的とする。

また、今回は調査票による実態把握だけでなく、救急告示病院の現場に赴き

聞き取り調査を行うことで、調査担当者が現場の空気を感じとり、情報交換しながら課題を共有し、自殺未遂者対策の必要性について互いの意識付けを図るよう心がけることとした。

今回の調査結果をフィードバックすることで、新たなネットワーク作りや既存のシステムを見直し、自殺対策についてのさらなる啓発が可能と考え調査を行った。

3 実施主体

滋賀県健康福祉部障害福祉課
滋賀県立精神保健福祉センター

4 協力機関

大津市保健所
滋賀県各健康福祉事務所（県各保健所）

5 調査の対象

滋賀県内の救急告示病院のうち13医療機関
（3次救急医療機関と2次救急医療機関のうち地域の中核となる医療機関）

6 調査内容

（1）調査票A

救急告示病院の外来を受診する自殺企図者に対する基本的な対応と他機関連携の状況

（2）調査票B

平成24年9月1日から9月30日の1か月間に救急告示病院の救急外来を自傷により受診した全ての患者への対応状況

（3）調査票ABを補足する内容（聞き取りによる）

7 調査方法および調査時期

（1）各医療機関に調査の主旨説明を行った後に調査票AとBを事前送付する。

（2）調査票AとBの回収時に各医療機関を訪問し聞き取りを行う。

調査時間は30分程度とする。（平成24年10月から11月の間）

8 調査担当者

滋賀県立精神保健福祉センター職員および保健所職員

9 倫理的配慮

倫理的配慮として、救急告示病院に対して調査の目的を説明し、同意を得たうえで実施する。医療機関および個人の特定はできないようにコード化・カテゴリー化し、統計処理を行う。調査票については鍵付きの書棚に保管し、厳重に精神保健福祉センターで管理する。

10 本調査における用語の定義

ここで言う自殺未遂者とは、自殺企図と自傷行為の両方をさす。

ただし、調査結果においては、自殺完遂者を含む報告のあった事例すべてについては、「自傷・自殺企図者」と表現し、うち死に至った者を「自殺完遂者」、死に至らなかった者を「自殺未遂者」とする。

調査票 A

自殺企図者に対する医療機関としての対応、精神科や相談機関との連携、マニュアルの使用、研修実施の状況に関する項目の調査結果を示す。調査対象の13の医療機関全てから調査票を回収した。(回収率100%)

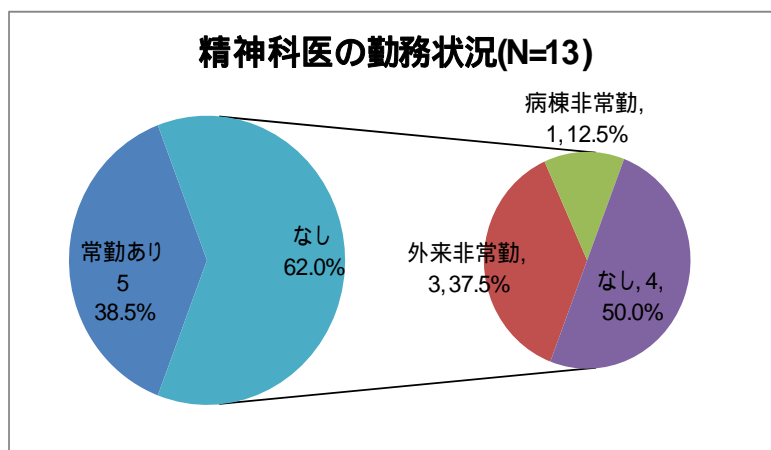
1 基本情報

1) 対象の13医療機関の状況

	精神科 病床	精神科医師			聞き取り対象者
		常勤	非常勤	当直	
A	あり	あり	あり	なし	看護部長・救急部門看護師
B	あり	あり	あり	あり	救急担当医師・事務職員
C	あり	あり	あり	週2あり	救急部門看護師・地域連携関係職員
D	あり	あり	あり	あり	救急部門看護師・事務職員
E	なし	あり	なし	なし	地域連携関係職員
F	なし	なし	あり	なし	救急部門看護師・その他看護師
G	なし	なし	なし	なし	救急部門看護師
H	なし	なし	あり	なし	事務職員
I	なし	なし	あり	なし	救急部門看護師
J	なし	なし	あり	なし	救急部門看護師
K	なし	なし	なし	なし	救急部門看護師
L	なし	なし	なし	なし	地域連携関係職員・事務職員
M	なし	なし	なし	なし	救急部門看護師・地域連携関係職員

精神科病床があるのは4か所。常勤精神科医がいるのは5か所だった。常勤精神科医はいないが、週数回、非常勤医師が外来で診察を行っているのは3か所、病棟のみ非常勤精神科医が診察を行っているのは1か所、常勤医、非常勤精神科医ともになしは4か所だった。

常勤精神科医がいる5か所のうち、精神科当直がいるのは2か所だった。オンコール対応は3か所だった。3か所のうち1か所は週2回精神科当直があった。



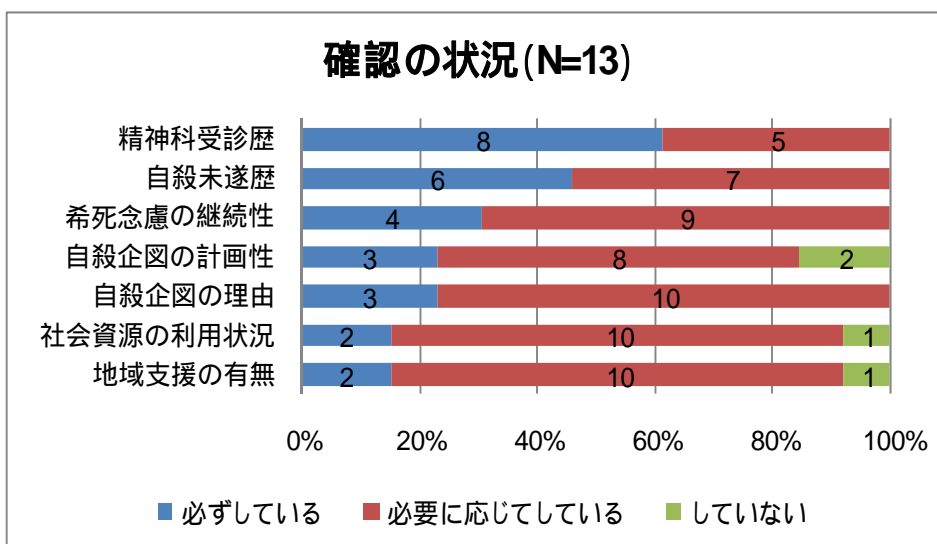
2) 自殺未遂者への対応マニュアルの使用状況

「マニュアルを使用している」は4か所だった。うち3か所は、日本臨床救急医学会の編集した「自殺未遂者への対応」を使用していた。1か所は独自のものを使用しており、院内の医療安全推進委員会で検討し作成されていた。

2. 救急外来での対応

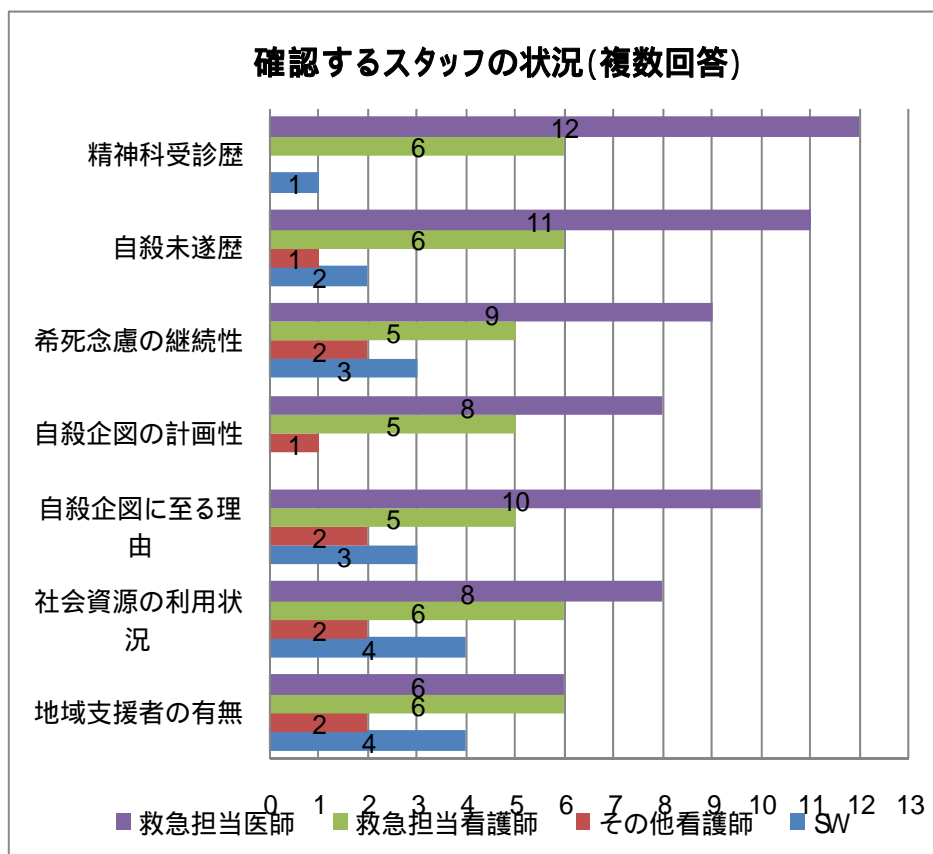
1) 自殺未遂者への確認や聴取の状況

「精神科受診歴の確認」は、8 か所が必ず、5 か所は必要に応じてしていた。「自殺未遂歴の確認」は 6 か所が必ず、7 か所が必要に応じて、また、「希死念慮の継続性の聴取」は、4 か所が必ず、9 か所が必要に応じてしていた。「自殺企図の計画性の聴取」は、3 か所が必ず、8 か所が必要に応じて、2 か所がしていなかった。「自殺企図の理由の聴取」は 3 か所が必ず、10 か所が必要に応じて、2 か所がしていなかった。「社会資源の利用状況の確認」と「地域支援の有無の確認」は、2 か所が必ず、10 か所が必要に応じて、1 か所がしていなかった。



2) 確認するスタッフの状況

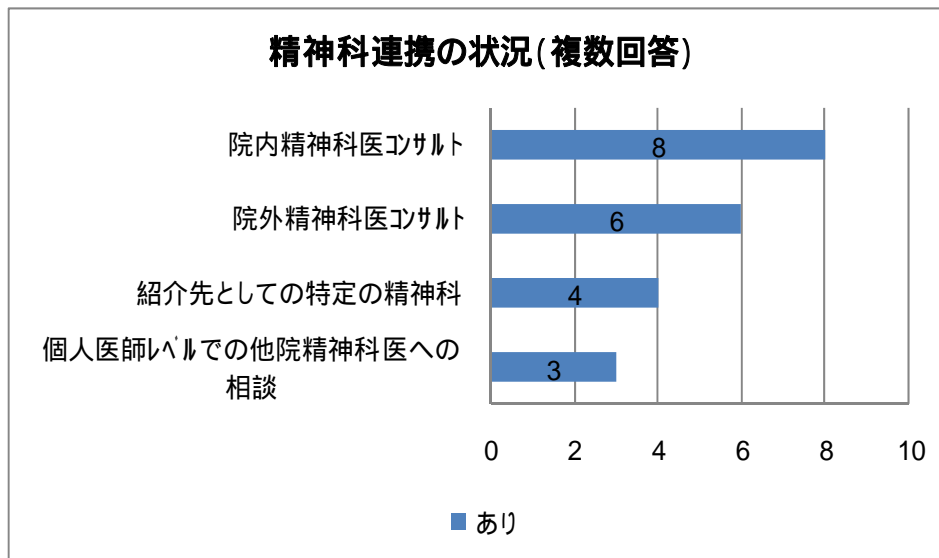
全ての項目について、救急担当医師が確認している機関が多かった。次いで、救急担当看護師が多かった。



3. 連携の状況

1) 精神科との連携の状況 (複数回答)

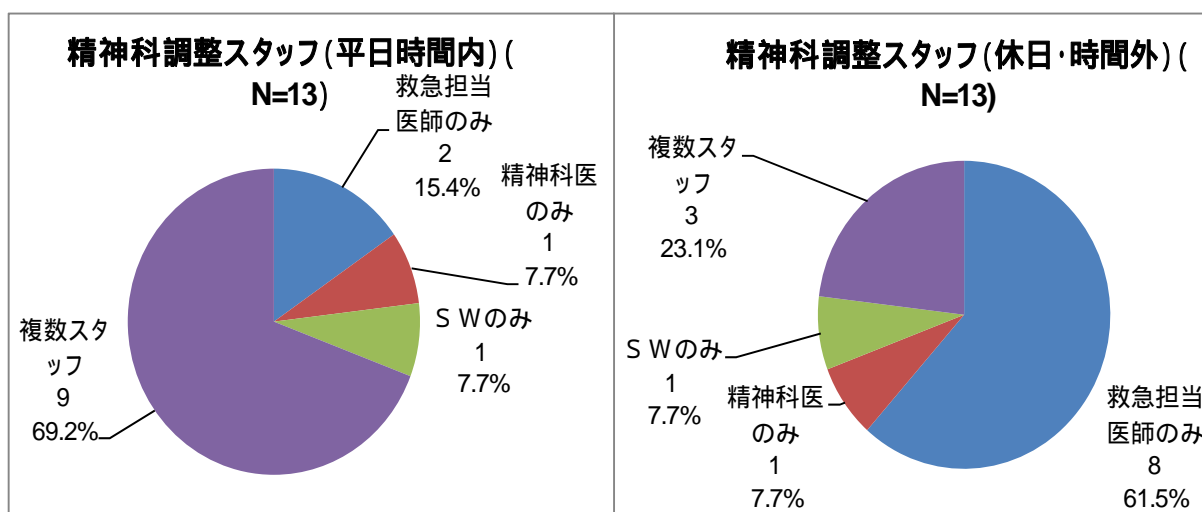
「院内精神科医のコンサルト」ありは 8 か所、「院外精神科医のコンサルト」ありは 6 か所だった。休日・時間外に、院外精神科医のコンサルトを受けている状況だった。精神科病床がない 8 か所のうち、「紹介先としての特定の精神科」がありは 4 か所だった。「個人レベルでの他院精神科医への相談」ありは 3 か所だった。



精神科医へのコンサルトの目的は、「精神科受診の必要性の判断のため」が 10 か所で最も多かった。次いで、「対応の助言を得るため」が 9 か所だった。「精神科受診歴がある場合」が 3 か所だった。

2) 精神科調整

平日時間内は、救急担当医師を中心に複数のスタッフが調整に関わっていた。単独のスタッフで行っていたのは 4 か所だった。しかし、時間外・休日になると、8 か所が救急担当医師単独で調整を行っており、複数のスタッフに関わっていたのは 3 か所だった。



3) 相談機関との連携

必要時に、地域連携関連部署から相談機関につないでいるのは10か所だった。

医療機関と市の間で未遂者連絡システムを運用しているところが1か所あった。そのシステムの内容は、病院が自殺未遂者から連絡の同意を取り、かかりつけ医や市へ連絡し、フォローするという体制だった。

また、介護保険や障害サービスの利用の場合や、介入などが必要だと医療機関側が判断した場合などに、地域連携関連部署から行政へ連絡していた例も見られた。

4. 院内での研修の実施状況

「実施あり」は8か所だった。内容は、外部講師を招いての研修、院内の医師や看護師による単発的な研修、院内の一連の研修に組み込んだもの、などだった。「実施なし」は5か所だった。

5. 困っていること・気になっていること（聞き取りによる）

1) 救急外来での対応に関すること

- ・神経症性障害の対応に困る。
- ・保護者や付添いがいない場合に、帰宅させてもよいのか迷う。
- ・家族が、家に帰したがらない。
- ・本人が、家族の元に帰りたがらない。
- ・早く帰りたいが、フラフラなので仕方なく入院となる。
- ・時間に追われてなかなか話が聞けない。その後のことは心配になる。

2) 精神科との連携に関すること

- ・受診勧奨しても、本当に受診しているのかわからない。
- ・救急で暴れていて精神科につないでも、精神科での診察の後、帰宅になるなど精神科での判断が違うことがある。
- ・夜間にかかりつけ医への連絡がつかない。
- ・胃洗浄の必要がないのに、精神科では胃洗浄してから来るように言われるケースがある。精神科での対応力の向上が課題の一つではないかと思う。

3) 相談機関との連携に関すること

- ・行政が何をしてくれるのかわからない。
- ・行政の窓口がわからない。
- ・生活保護者で治療費がかからないので頻回受診になるケースがある。

4) スタッフの意識に関すること

- ・研修をしても実践に結びつかない。
- ・自殺企図者への関わりは看護師の役割ではないと思っている。
- ・看護師はもっと話を聞くことができるのではないかと思う。
- ・処置に慣れすぎて、介入しなければならないという意識がなくなっている。

調査票B < 個別調査票 >

救急告示病院を受診する自傷・自殺企図者をできる限り把握するために、事前に医療機関に対して説明を行い、軽症でも挙げてもらうようにした。結果、事前に院内へ周知され、延べ60件の調査票を回収した。

ここでは、平成21年度滋賀県自殺企図者等の対応に関する調査研究事業¹⁾(以下平成21年調査)と比較しながら検討を行った。

1. 調査結果

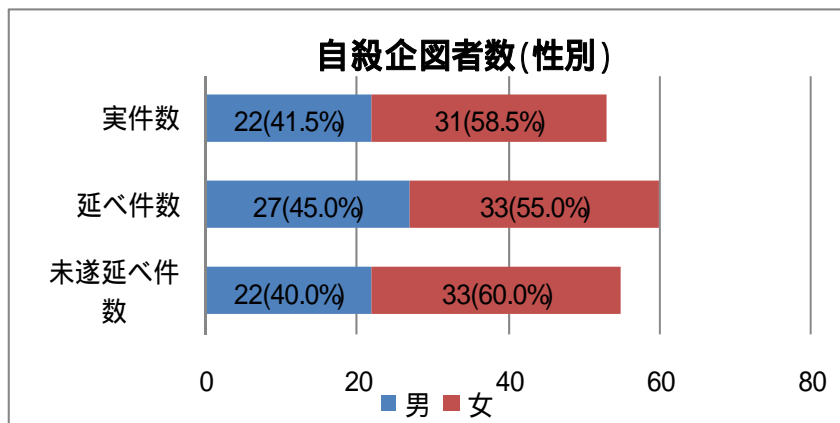
1) 期間中に受診した自殺企図者数

1か月間(平成24年9月から10月)に救急告示病院で自殺企図者の診療を行った件数は、延べ60件、実53件だった。うち完遂5件(8.3%)未遂55件(91.7%)だった。完遂者は全て男性だった。

(1) 性別

性別では、延べ男性27件(45.0%)女性33件(55.0%)、実件数は男性22件(41.5%)女性31件(58.5%)であり、女性の割合が高かった。

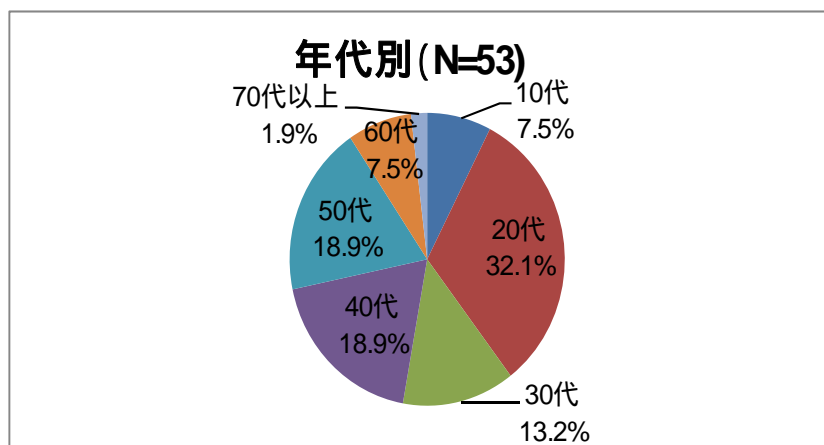
平成21年調査では、男性は30.3%、女性は69.7%であり、本調査では、男性の割合が高かった。



(2) 年代別

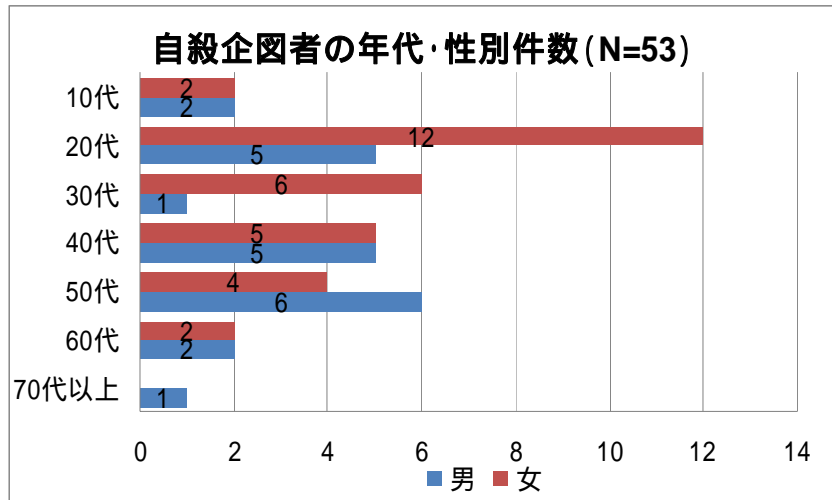
年代別の件数では、「20代」の17件(32.1%)が最も多かった。次いで「40代」が10件(18.9%)、「50代」が10件(18.9%)、「30代」が7件(13.2%)、「10代」が4件(7.5%)、「60代」が4件(7.5%)、「70代以上」が1件(1.9%)の順だった。

平成21年調査では、30代が46.8%と半数近くを占め、次いで20代17.2%、40代14.1%、50代6.3%の順だったが、本調査では、20代、40代、50代の順に割合が高かった。



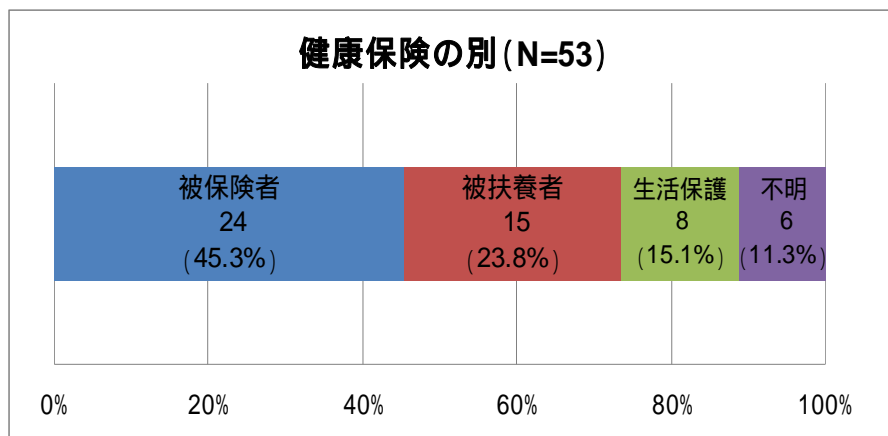
(3) 性・年代別

性・年代別では、20代の女性が17件中12件、30代も7件中女性が6件と多かったが、その他の年代は、男女ともほぼ同じ件数だった。



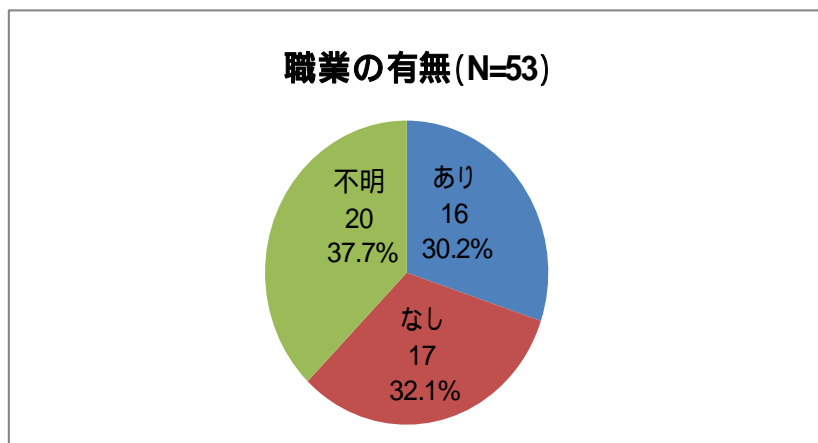
2) 健康保険別

健康保険別では、「被保険者」が24件(45.3%)で最も多く、次いで「被扶養者」が15件(23.8%)、「生活保護」が8件(15.1%)、「不明」が6件(11.3%)だった。調査期間中の再企図は延べ7件で、全て生活保護だった。



3) 職業の有無

職業の有無については、「あり」が16件(30.2%)、「なし」が17件(32.1%)、「不明」が20件(39.6%)だった。

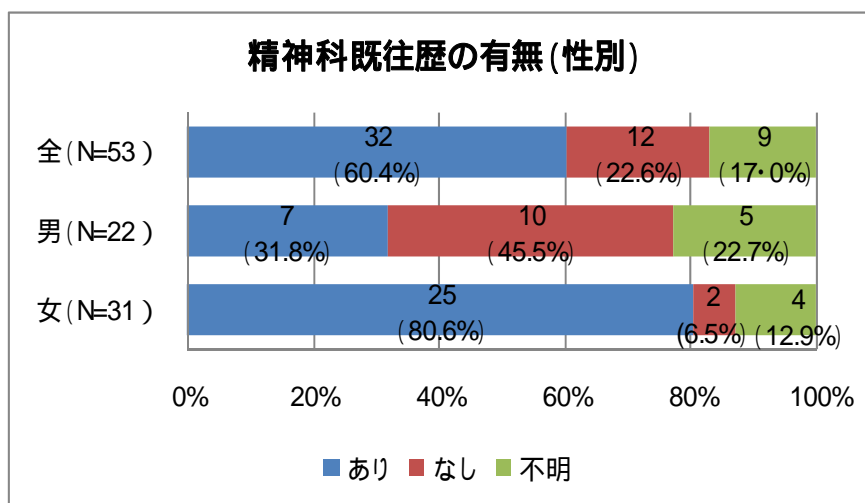


4) 精神科既往歴

(1) 既往歴の有無

既往歴の有無は、全体では「あり」が32件(60.4%)、「なし」が12件(22.6%)、「不明」が9件(17.0%)だった。性別では、男性は「あり」が7件(31.8%)、女性は25件(80.6%)で、女性の精神科受診歴の割合が高かった。

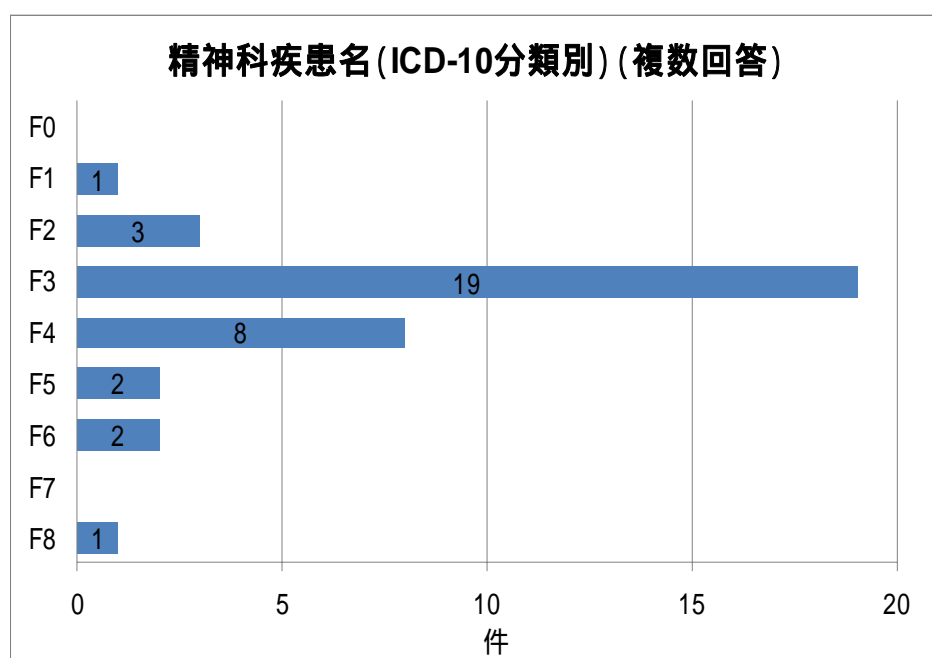
平成21年調査では、精神科受診歴不明が28.1%あり、本調査では不明の割合が少なくなっていた。



(2) 精神科疾患名

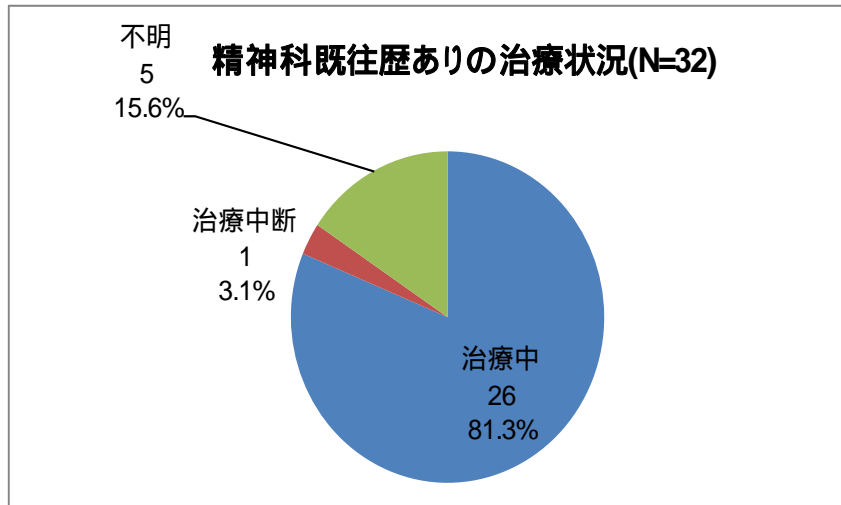
精神科既往歴がある32件のうち、調査票に疾患名の記載があった25件をICD-10により分類した。

分類の結果、「F3」が19件で最も多く、「F4」は8件、「F2」は3件、「F5」、「F6」は、それぞれ2件、「F1」、「F8」は、それぞれ1件で「F0」と「F7」はなかった。また、25件のうち複数の診断名が記載されていたのは9件だった。そのうち「F3」と「F4」の複数記載は6件だった。



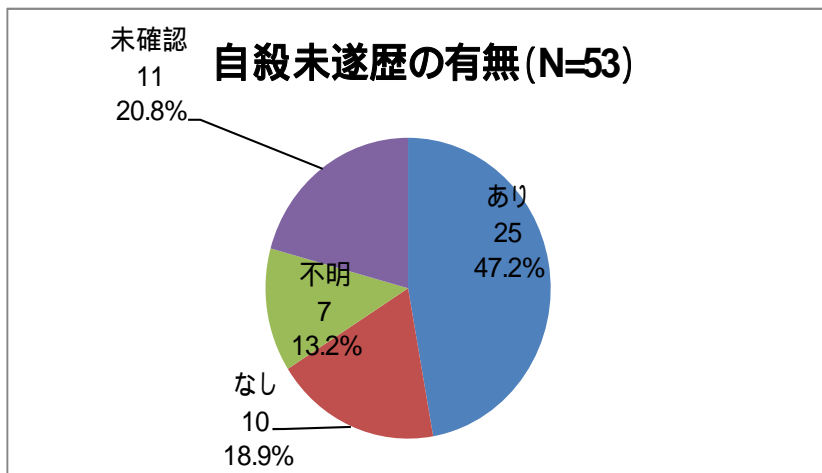
(3) 治療状況

精神科既往歴がある 32 件のうち、「治療中」は 26 件 (81.3%)、「治療中断」が 1 件 (3.1%)、「不明」が 5 件 (15.6%) だった。



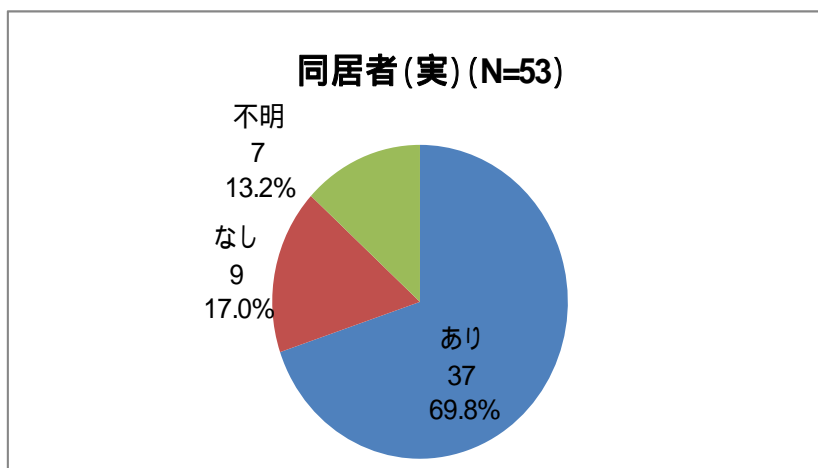
5) 自殺未遂歴の有無

自殺未遂歴の有無は、「あり」が 25 件 (47.2%) で半数近かった。「なし」が 10 件 (18.7%)、「不明」が 7 件 (13.2%)、「未確認」が 11 件 (20.8%) だった。



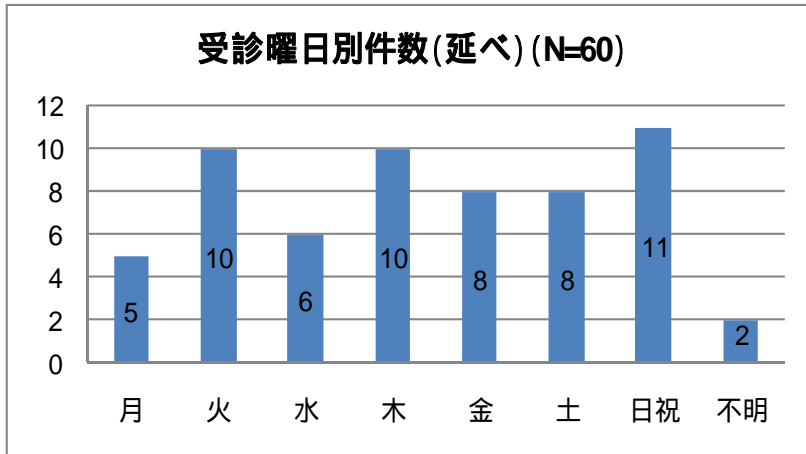
6) 同居者の有無

同居者の有無は、「あり」が 37 件 (69.8%)、「なし」が 9 件 (17.0%)、「不明」が 7 件 (13.2%) であった。



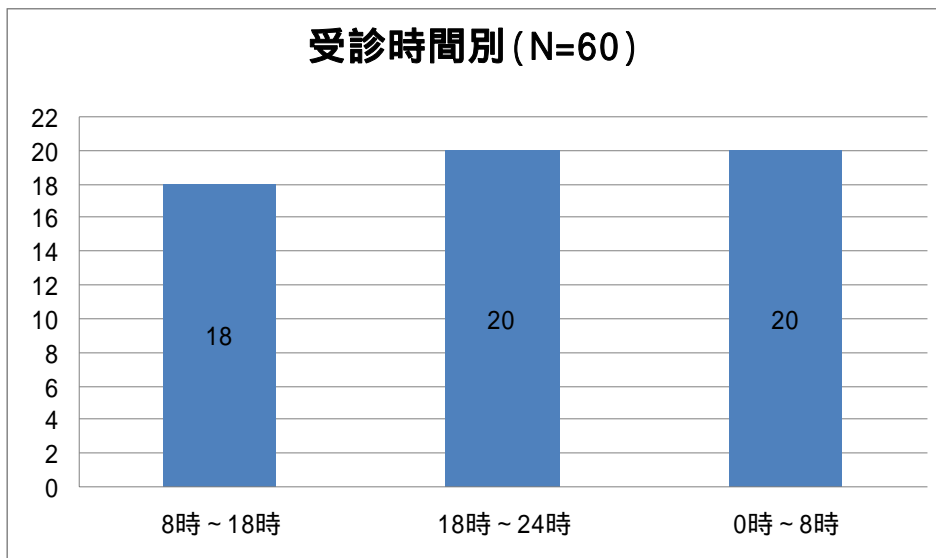
7) 受診した曜日別

受診した曜日別では、「日祝」が11件、「火」・「木」がそれぞれ10件、「金」・「土」がそれぞれ8件の順だった。「月」は5件だった。



8) 受診した時間帯

受診した時間帯は、8時から18時までが18件、18時以降24時までと0時から8時がそれぞれ20件であった。当直体制に入り、スタッフが減少する時間の受診が多かった。



2. 今回の自殺企図・自傷行為について

1) 手段

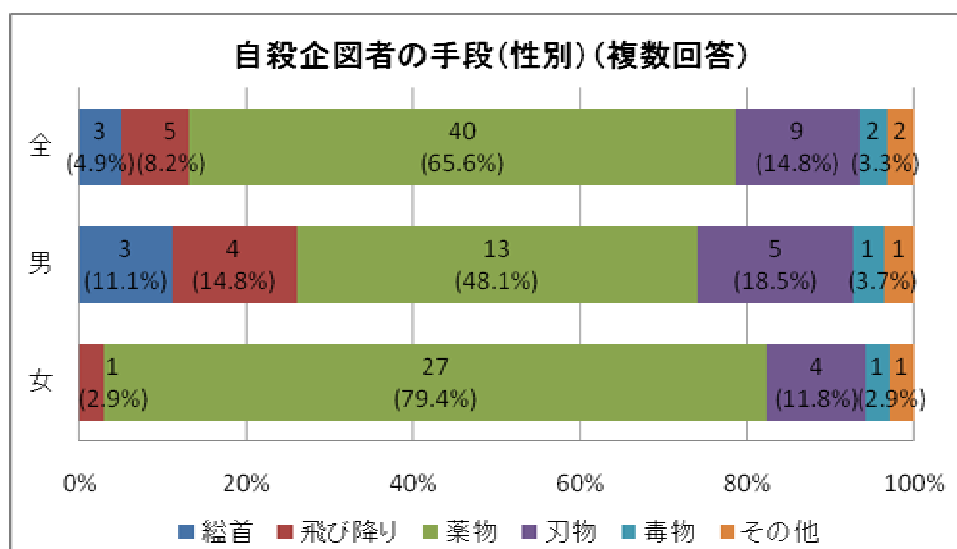
本調査では、平成 21 年度調査の過量服薬・大量飲酒の回答項目を、「薬物」とし、さらに「処方薬」と「市販薬」の回答を求めた。その結果、「薬物」が 40 件(65.6%)で最も多かった。次いで「刃物」が 9 件(14.8%)、「飛び降り」が 5 件(8.2%)、「縊首」が 3 件(4.9%)、「毒物」、「その他」がそれぞれ 2 件(3.3%)だった。

平成 21 年調査では、過量服薬・大量飲酒が 45.5%、リストカットが 28.8%であり、本調査では、過量服薬が増加し、刃物による自殺企図が減少していた。

(1) 性別

性別では、男女ともに「薬物」が最も多かった。女性は 34 件中 27 件(79.4%)、男性は、27 件中 13 件(48.1%)だった。「縊首」の 3 件(11.1%)は全て男性、「飛び降り」が 4 件(14.8%)と男性の方が致死性の高い方法をとっていた。

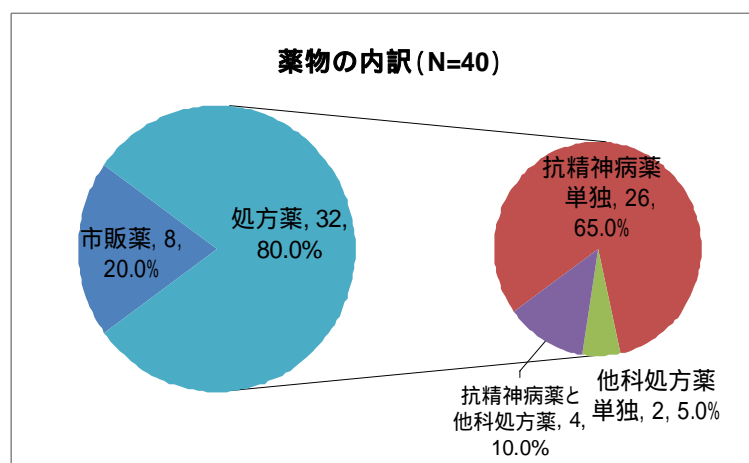
薬物は、どの年代にも多かった。



(2) 薬物の内容

一番多かった、薬物の内容について分析した。薬物の 40 件の内訳は、「処方薬」が 32 件(80.0%)、「市販薬」が 8 件(20.0%)であり、処方薬では、30 種類の抗精神病薬が使われていた。また、一回平均 2.4 種類、25 錠が使われていた。一回につき最も多かったケースでは、8 種類、189 錠が使われていた。抗精神病薬以外の処方薬は、高血圧症、糖尿病、アレルギーの薬が使われていた。

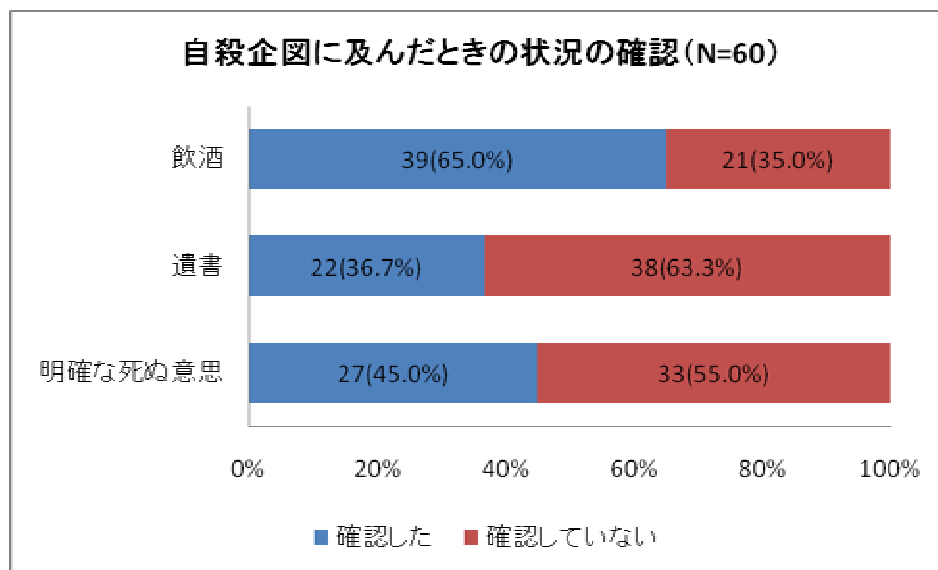
「市販薬」では、解熱鎮痛剤、胃腸薬、感冒薬、睡眠改善剤が使われていた。



2) 自殺企図に及んだときの状況

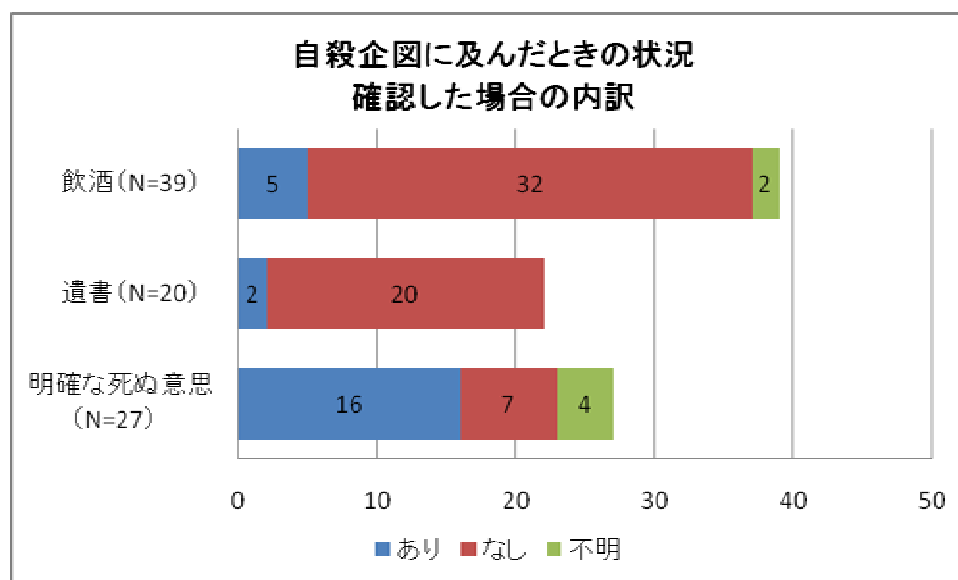
(1) 確認の状況

「飲酒の有無」が39件(65.0%)、「遺書の有無」が22件(36.7%)、「明確な死ぬ意思の有無」が27件(45.0%)確認されていた。



(2) 確認された内訳

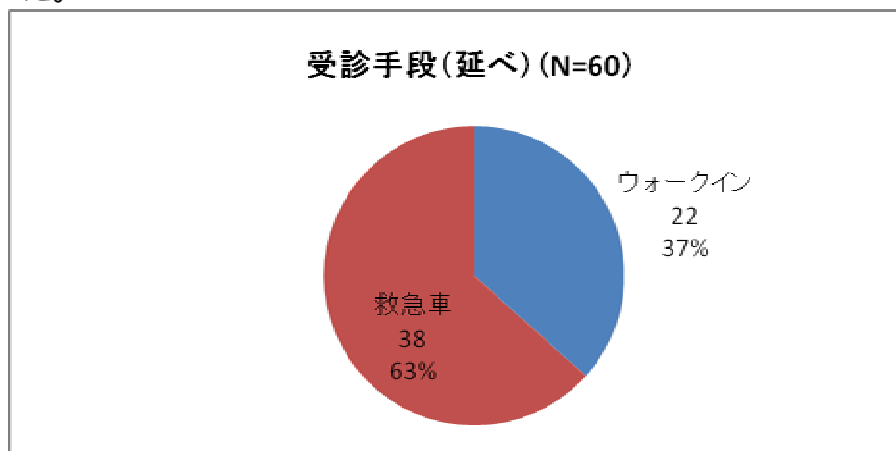
飲酒は、「あり」が5件、「なし」が32件、「不明」が2件だった。遺書は、「あり」が2件、「なし」が20件だった。明確な死ぬ意思は、「あり」が16件、「なし」が7件、「不明」が4件だった。



3) 受診の手段と時間帯

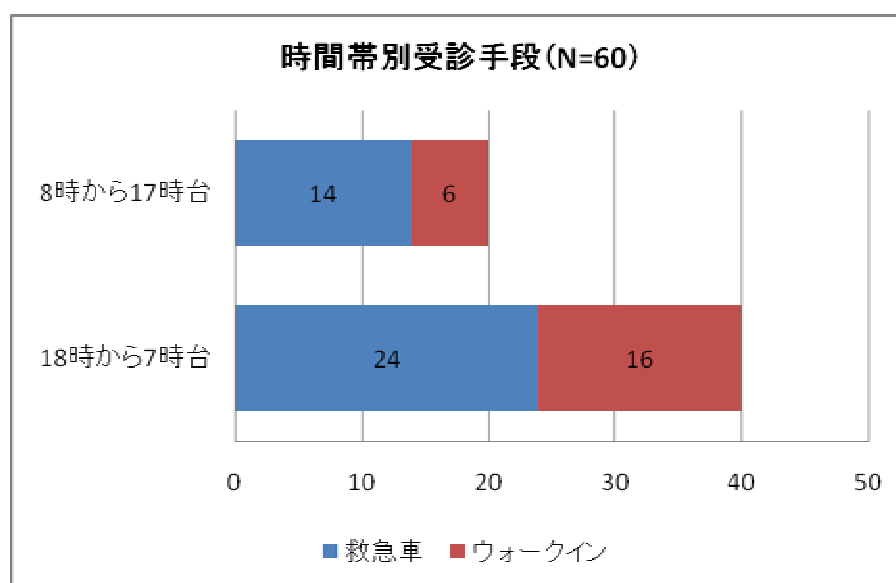
(1) 受診手段

受診手段は、「救急車」が8件(63.3%)、「ウォークイン」が22件(36.7%)だった。



(2) 時間帯別受診手段

「8時から17時台」は、救急車が14件、ウォークインが4件だった。「18時から7時台」は救急車が24件、ウォークインが16件だった。

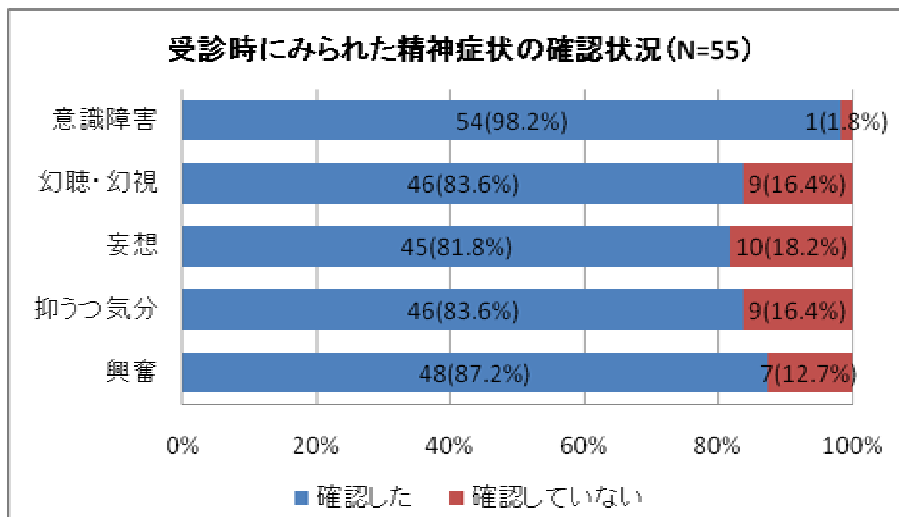


4) 受診時の精神症状

(1) 確認の状況

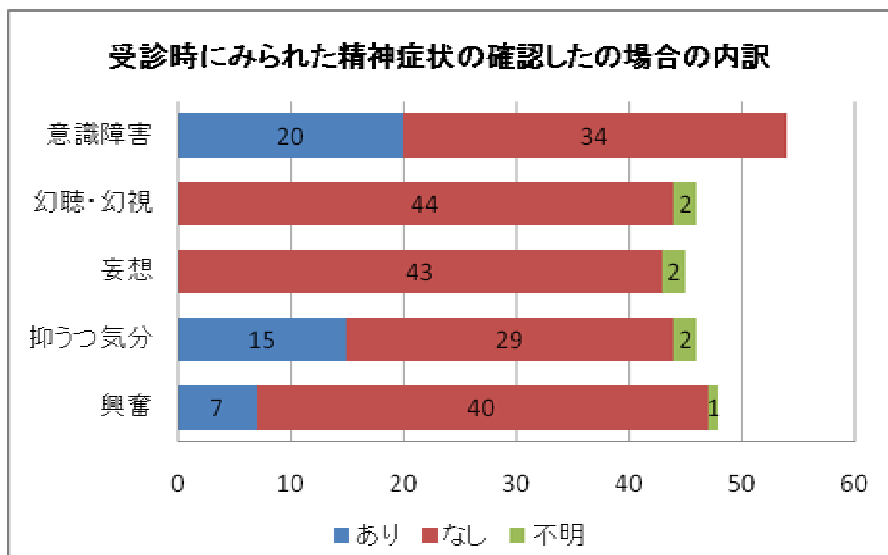
死亡の5件を除く、55件についての確認の状況は、「意識障害」が54件(98.2%)、「幻聴・幻視」が46件(83.6%)、「妄想」が45件(81.8%)、「抑うつ気分」が46件(83.6%)、「興奮」48件(87.2%)が確認されていた。

幻聴・幻視、妄想、抑うつ気分など視覚的な観察では確認できない精神症状を確認していない比率が高かった。



(2) 確認された内訳

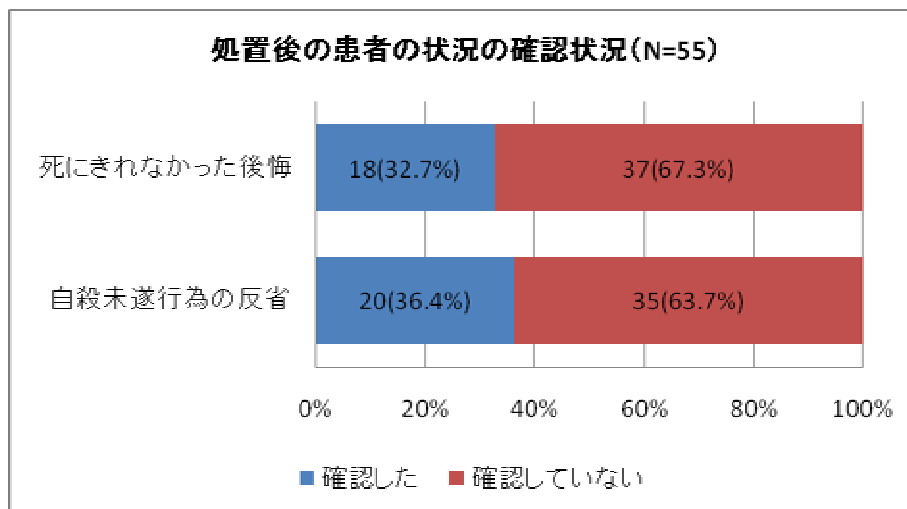
意識障害があるものが最も多く、54件中「あり」が20件、「なし」が34件であった。幻聴・幻視は、46件中「なし」が44件、「不明」が2件、妄想は、45件中「なし」は43件、「不明」は2件、抑うつ気分は、46件中「あり」は15件、「なし」は29件、「不明」は2件、興奮は48件中「あり」は7件、「なし」は40件、「不明」は1件だった。



5) 処置後の患者の状況

(1) 確認の状況

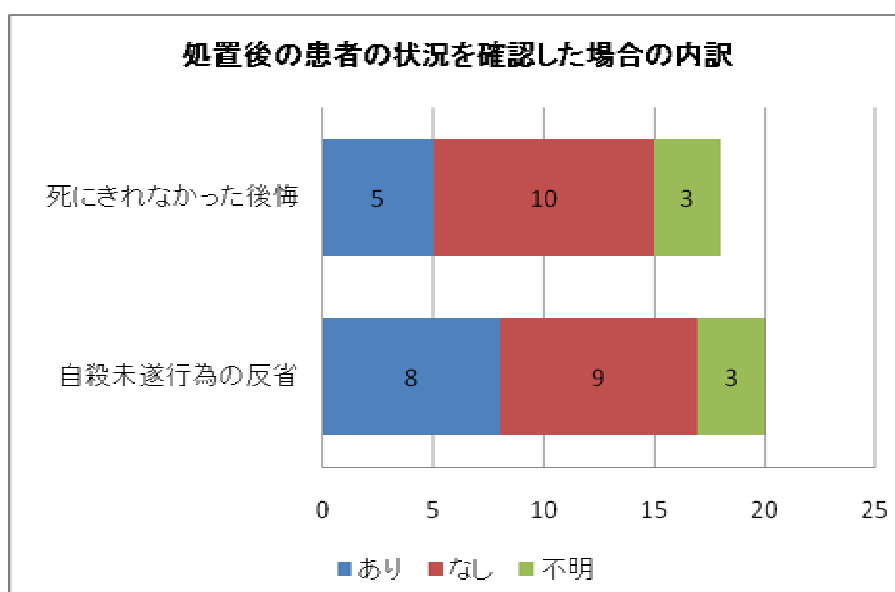
「死にきれなかった後悔」が18件(32.7%)、「自殺未遂についての反省」が20件(36.4%)確認されていた。



(2) 確認された内訳

死にきれなかった後悔があるものは、18件中、「あり」が5件、「なし」が10件、「不明」が3件だった。自殺未遂についての反省は、20件中、「あり」が8件、「なし」が9件、「不明」が3件だった。

このうち、死にきれなかった後悔があり、自殺未遂行為の反省がなかったものは3件あり、再企図の危険性の高い状況にあることがうかがわれた。

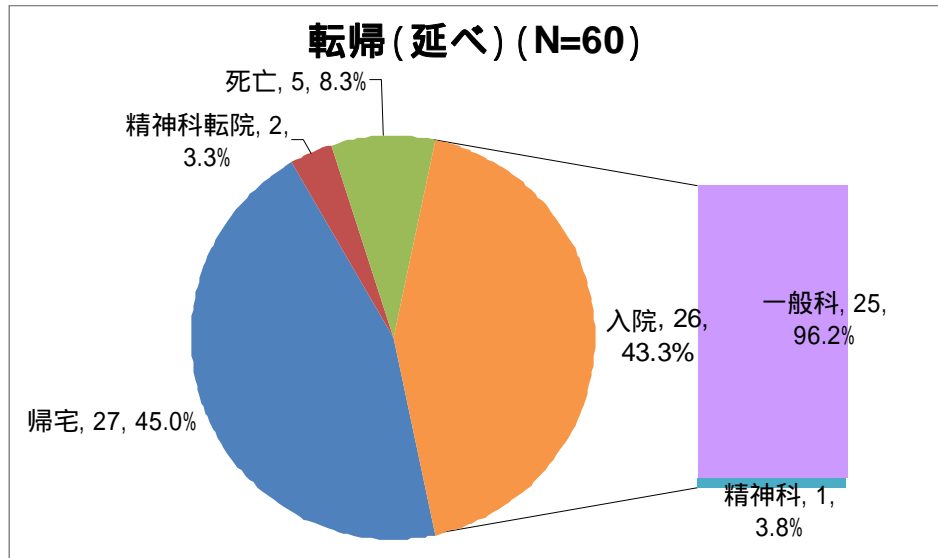


6) 転帰と対応

(1) 転帰

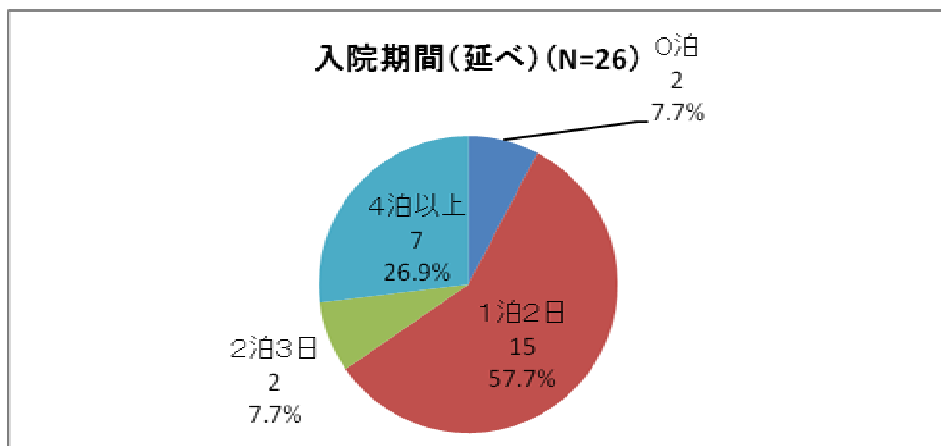
外来処置後の「帰宅」が27件(45.0%)、「入院」が26件(43.3%)、「死亡」が5件(8.3%)、「精神科転院」が2件(3.3%)だった。「入院」の内訳は、「一般科」が24件(96.0%)、「精神科」が1件(4.0%)だった。

平成21年調査では、帰宅者は59.1%、入院者は15.2%、精神科入院は1.5%、精神科転院は7.6%、死亡16.7%で、本調査では入院者の割合が高かった。



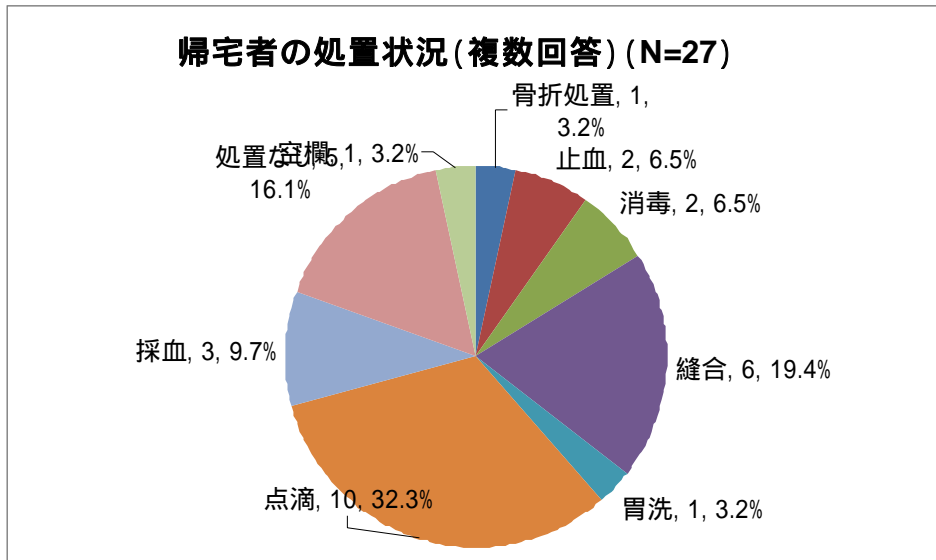
(2) 入院期間

入院となった26件のうち、「1泊2日」が15件(57.7%)で最も多かった。「4泊以上」の長期間は7件(26.9%)だった。



(3) 帰宅者の処置

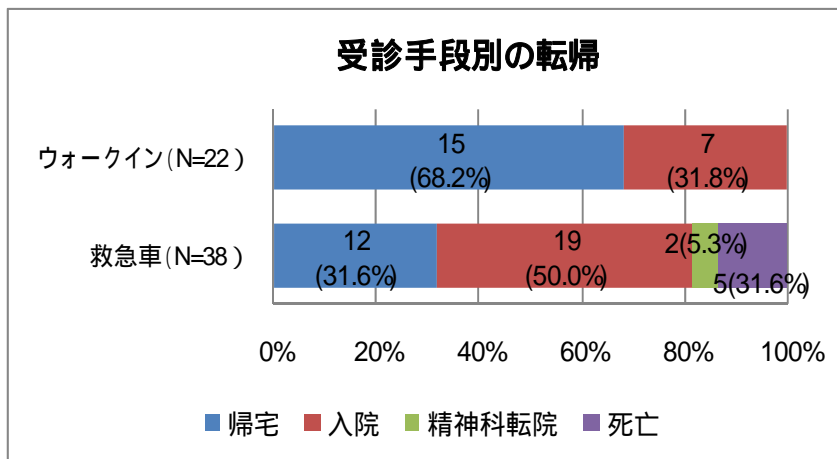
帰宅となった 27 件の外来での処置は、「点滴」が 10 件 (35%) 次いで「縫合」が 6 件 (22%) の順に多かった。「処置なし」が 5 件 (16.1%) だった。



(4) 転帰とその他の項目との関連

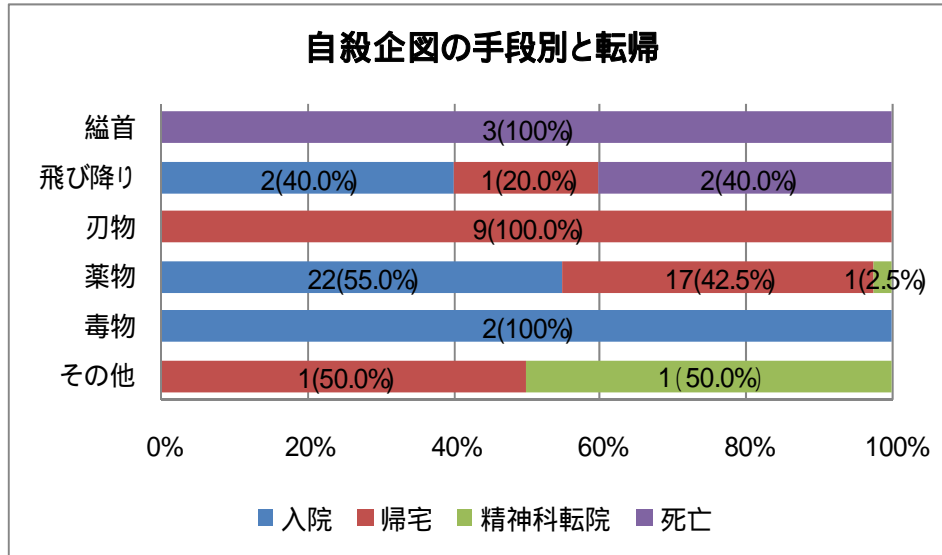
1) 受診手段別の転帰

救急車は 38 件で、「死亡」、「精神科転院」は 7 件全て救急車だった。救急車による受診は「帰宅」が 12 件 (31.6%)、「入院」が 19 件 (50.0%)、ウォークインは 22 件のうち「帰宅」が 15 件 (68.2%)、「入院」が 7 件 (31.8%) だった。ウォークインでの受診は、帰宅が多かった。



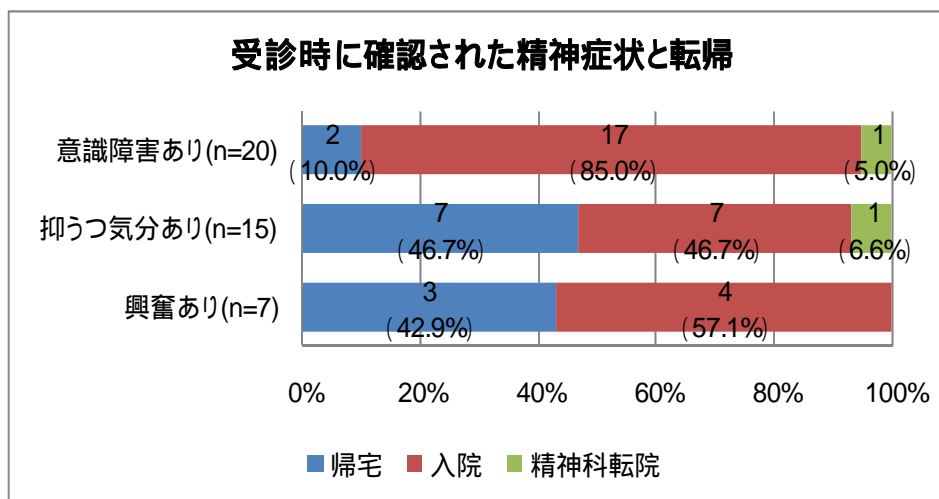
2) 自殺企図の手段と転帰

縊首は3件全て死亡だった。飛び降りには5件中「死亡」が2件、「入院」が2件、「帰宅」が1件だった。刃物は9件全て帰宅だった。薬物は40件中「帰宅」が17件、「入院」が22件、「精神科転院」が1件だった。毒物は2件全て「入院」だった。



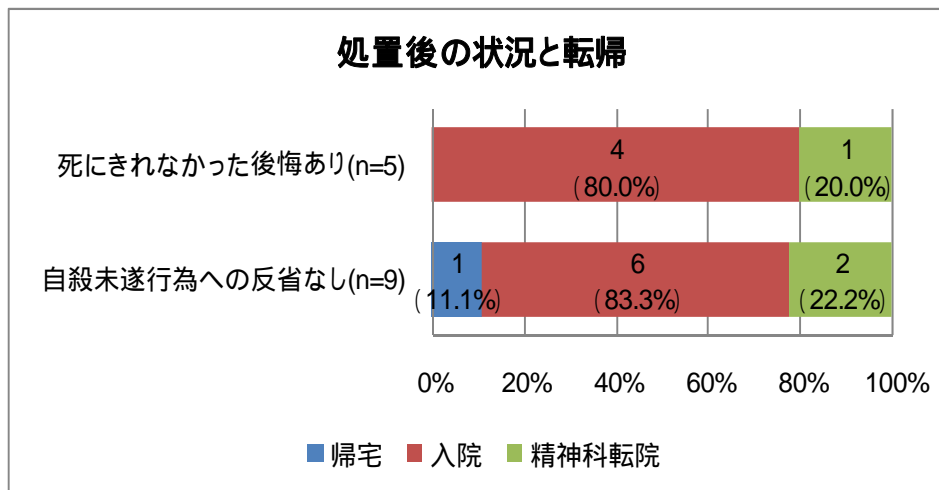
3) 受診時にみられた精神症状と転帰

意識障害が確認された20件のうち、「帰宅」が2件(10.0%)、「入院」が17件(85.0%)、「精神科転院」が1件(5.0%)だった。抑うつ気分が確認された15件のうち、「帰宅」が7件(46.7%)、「入院」が7件(46.7%)、「精神科転院」が1件(6.6%)だった。興奮が確認された7件のうち、「帰宅」が3件(42.9%)、「入院」が4件(57.1%)だった。



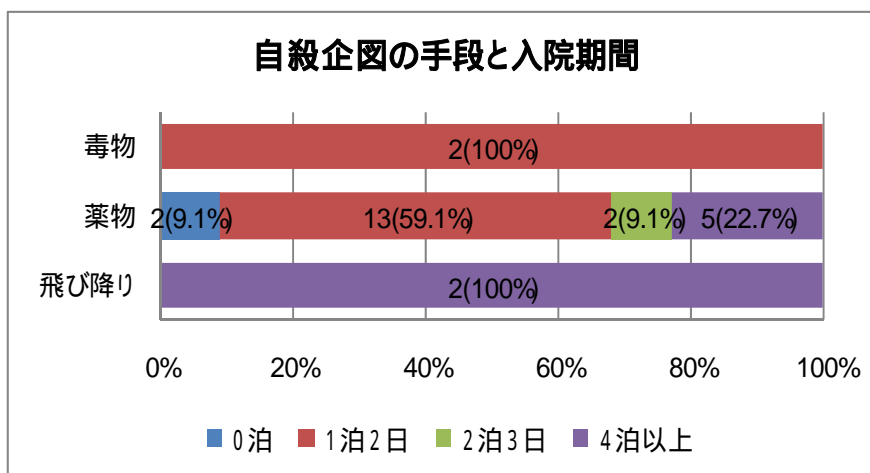
4) 処置後の状況と転帰

死にきれなかった後悔があった5件のうち、「入院」が4件(80.0%)、「精神科転院」が1件(20.0%)だった。自殺未遂行為への反省がなかった9件のうち、「帰宅」が1件、「入院」が6件(66.7%)、「精神科転院」が2件(22.2%)だった。死にきれなかった後悔がある、反省がないなどの再企図の危険性が高い者の帰宅は少なかった。



5) 自殺企図の手段と入院期間

入院となった26件のうち、毒物は2件で全て1泊2日だった。薬物は22件中17件(77.3%)が0泊から2泊3日までの短期間だった。飛び降りには2件全て4泊以上だった。



6) 今回の対応

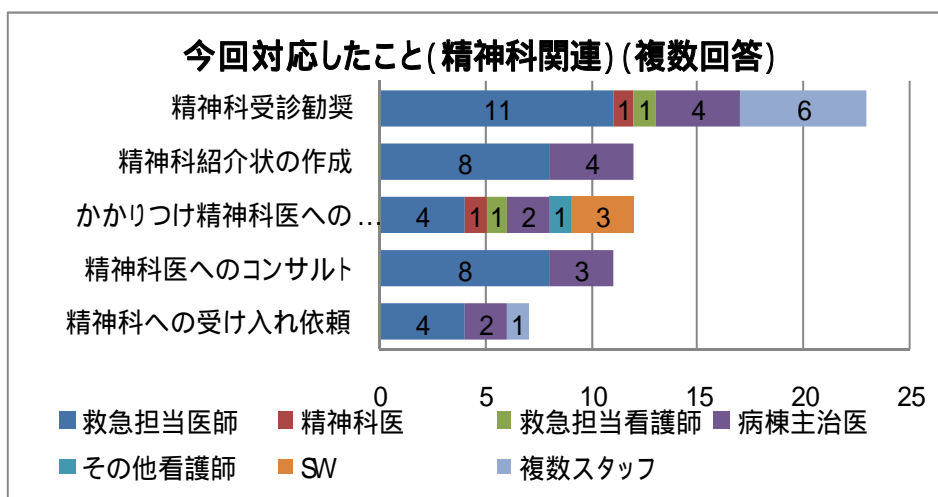
「処置以外は何もしていない」は死亡を除く 55 件中 18 件だった。

(1) 精神科関連

死亡を除く 55 件中、精神科関連の対応があったのは 37 件だった。

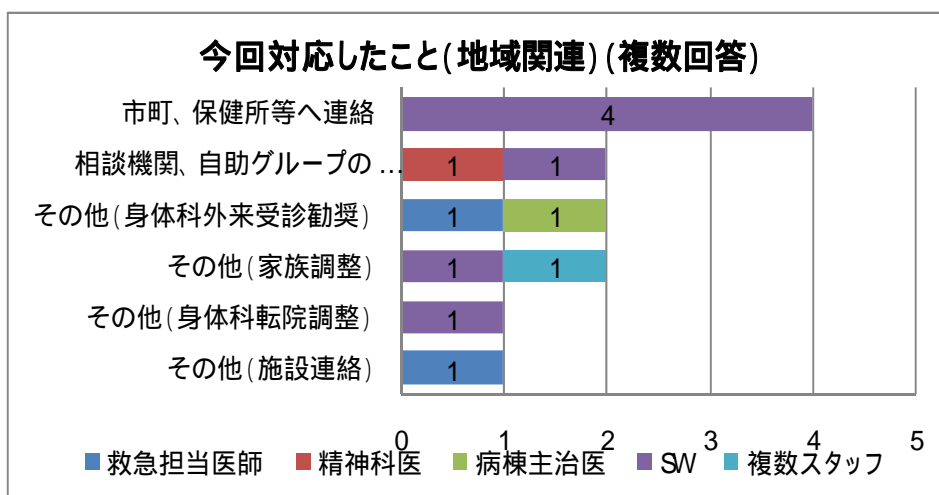
そのうち、「精神科への受診勧奨」が 23 件で最も多かった。対応者は、救急担当医師が 11 件、精神科医が 1 件、病棟主治医が 4 件で、複数のスタッフが行っていたのが 6 件だった。

受診勧奨の方法としては、「精神科への紹介状作成」と「かかりつけ精神科医へ連絡」で、それぞれ 12 件だった。「精神科紹介状の作成」の対応者は、救急担当医師が 8 件、病棟主治医が 4 件だった。「かかりつけ精神科医の連絡」の対応者は、救急担当医師が 4 件、精神科医が 1 件、病棟主治医が 2 件、その他看護師が 1 件、SW が 3 件だった。「精神科医のコンサルト」は 11 件で、対応者は、救急担当医師が 8 件、病棟主治医が 3 件だった。「精神科への受け入れ依頼」は 7 件で、対応者は救急担当医師が 5 件、病棟主治医が 1 件、複数のスタッフが行っていたのは 1 件だった。



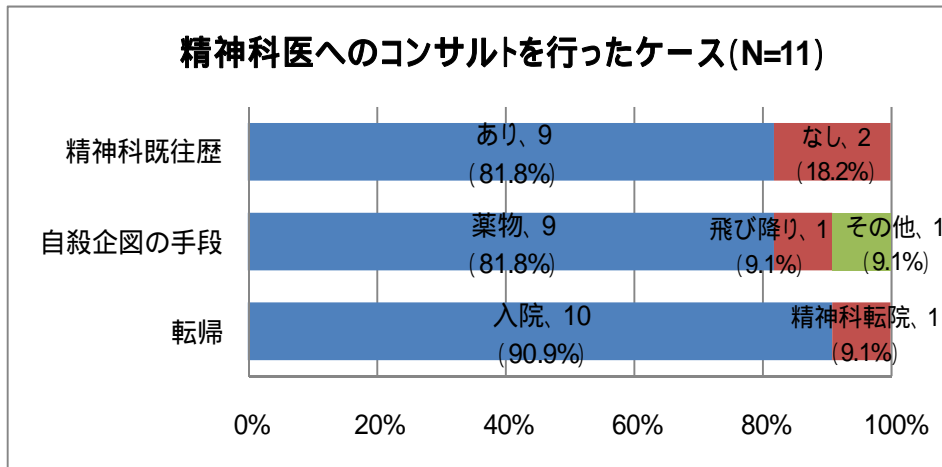
(2) 対応(地域関連)

「市町、保健所等への連絡」は 4 件で対応者は全て SW だった。「相談機関、自助グループの案内」は 2 件で、対応者は精神科医と SW だった。「その他」として、救急担当医師と病棟主治医による身体科外来受診勧奨が 2 件、SW と複数スタッフによる家族面接と連絡といった家族調整が 2 件、SW による身体科転院調整が 2 件、救急担当医師による施設連絡が 1 件だった。

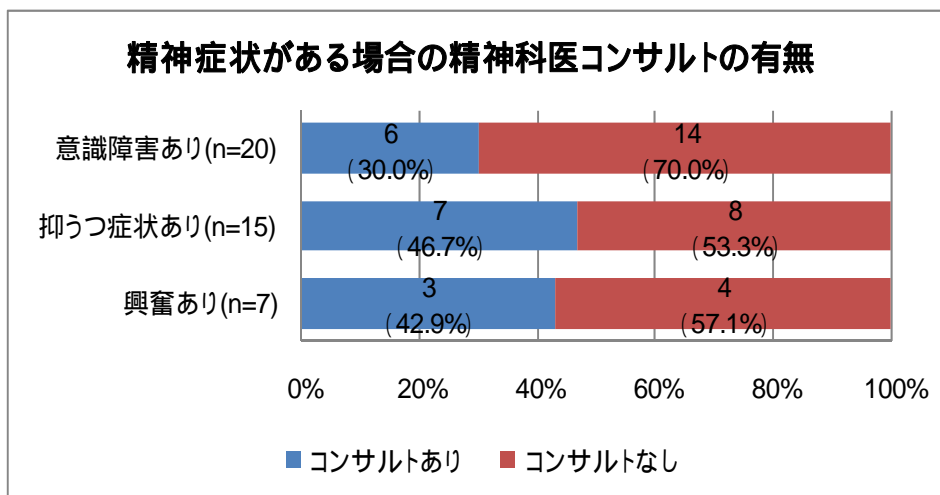


(3) 精神科医へのコンサルトの状況

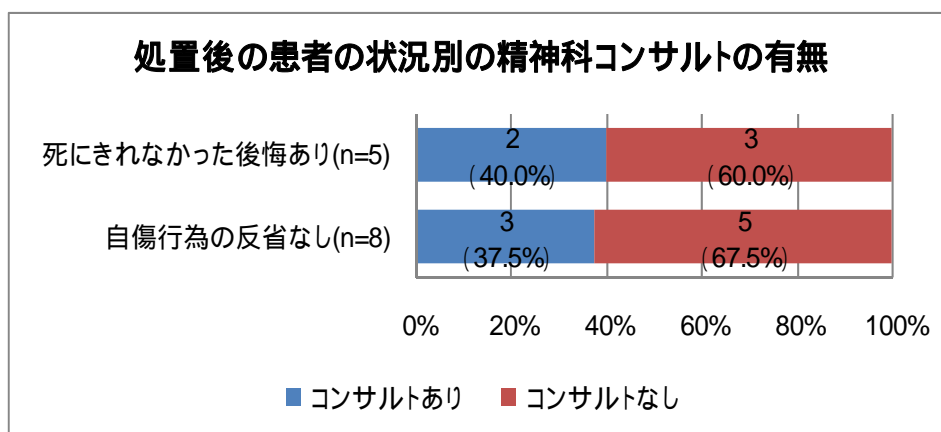
精神科医へのコンサルトを行った 11 件のうち、精神科既往歴別では、ありが 9 件 (81.8%)、なしが 2 件 (18.2%) だった。自殺企図の手段別では、薬物が 9 件 (81.8%)、飛び降りとその他はそれぞれ 1 件 (9.1%) だった。転帰別では、入院が 10 件 (90.9%)、精神科転院が 1 件 (9.1%) だった。



精神症状の有無との関係では、「意識障害」ありの 20 件のうち 6 件 (30.0%)、「抑うつ症状」ありの 15 件のうち 7 件 (46.7%)、「興奮」ありの 7 件のうち 3 件 (42.9%) が精神科医のコンサルトを行っていた。

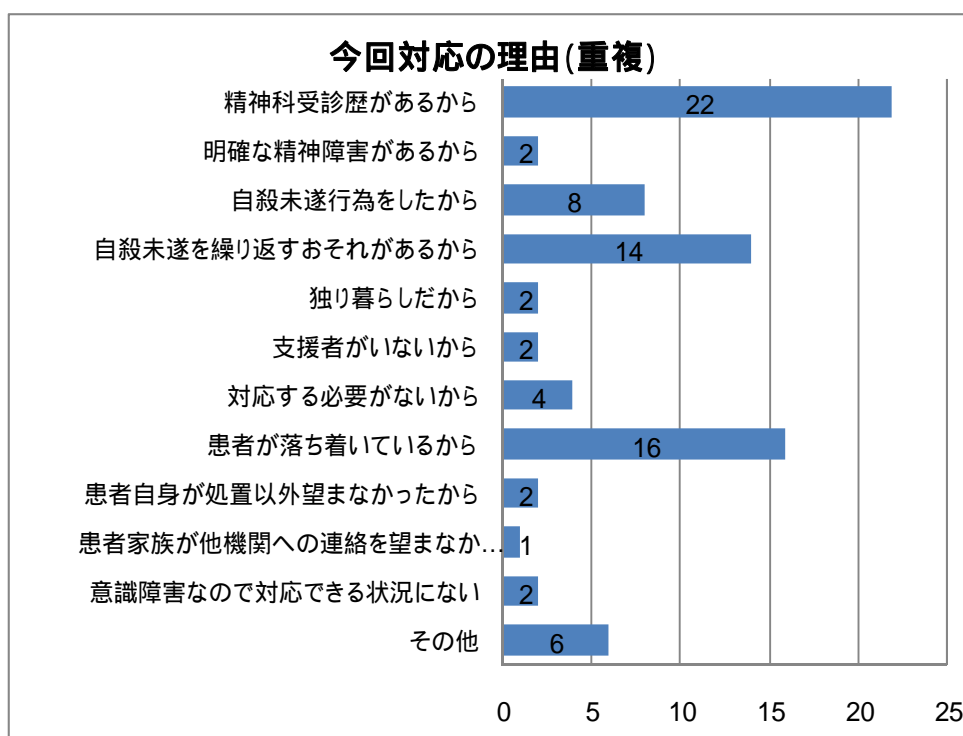


処置後の患者の状況との関係では、「死にきれなかった後悔」ありの 5 件のうち 2 件 (40.0%)、「自殺未遂行為の反省」なしの 8 件のうち 3 件 (37.5%) が精神科医のコンサルトを行っていた。



7) 今回の対応の理由

「精神科受診歴があるから」が22件、「患者が落ち着いているから」が16件、「自殺未遂を繰り返すおそれがあるから」が14件、「自殺未遂行為をしたから」が8件の順に多かった。



8) 聞き取りによる状況

(1) 自殺企図に至った理由

家族関係のいざこざや不快な出来事が直近にあり、勢いで自殺企図を行ったとみられるケースが多かった。

一方、数日前から精神症状の悪化を家族が気づいているケースもみられた。

(2) 対応上の困難や工夫されている点

過去に対応したことのない種類の身体科の処方薬の過量服薬により、中毒センターに問い合わせる必要があった。迅速な処置ができなかった。

精神科医が当直の場合は、本人の希望通りの対応をしないなど、一般医の当直時とは異なった対応がされていた。

(3) 帰宅となった患者の状況

自ら救急車要請した者や、外来治療によって回復していた者、家族などの同伴があった者などだった。ケースの中には、繰り返し来院して治療を求める者がいた。

(4) 入院となった患者の状況

「死ぬ」「死んでもいいと思った」「死ぬことしか考えていなかった」「また失敗した」という発言がある者や、数日前からうつ状態だったというケースも複数いた。また、意識が清明になるまで入院となるケースが多かった。

(5) 精神科転院の対応状況

2件あり、1ケース目は、数日前も同様の自殺企図を行っていたうつ病治療中のケースで、病状が不安定で通院中の精神科医療機関でも入院治療を検討していたところだった。もう1ケースは、統合失調症のケースで、いずれも、かかりつけ医への受け入れ依頼を行い転院となった。

3. 完遂者

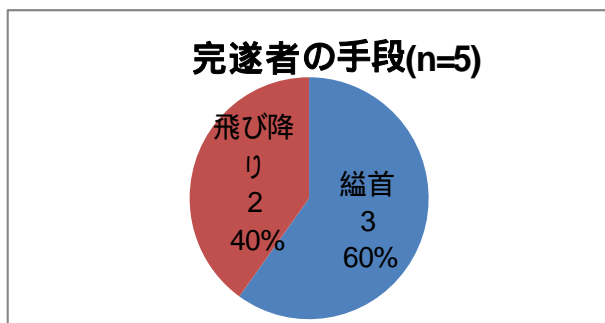
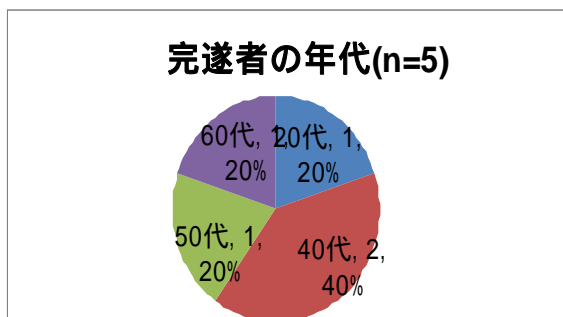
5件の完遂があり、全員男性だった。

1) 年代

「40代」が2件、「20代」「50代」「60代」はそれぞれ1件だった。

2) 手段

「縊首」が3件、「飛び降り」が2件と致死性の高い方法をとっていた。



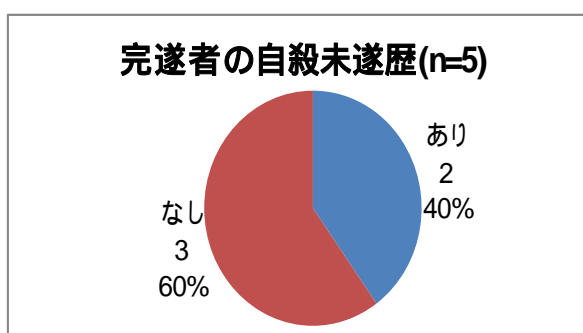
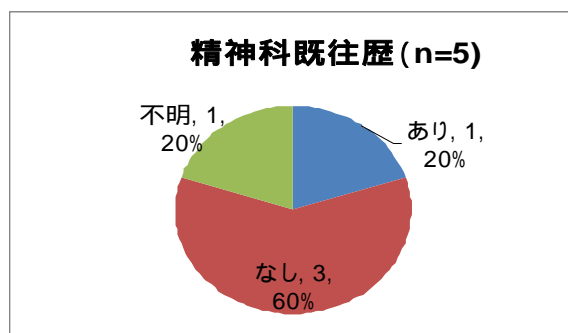
3) 精神科既往歴

「あり」が1件、「なし」が3件、「不明」が1件だった。

聞き取りによると、「なし」うちの1件に身体科既往歴があった。

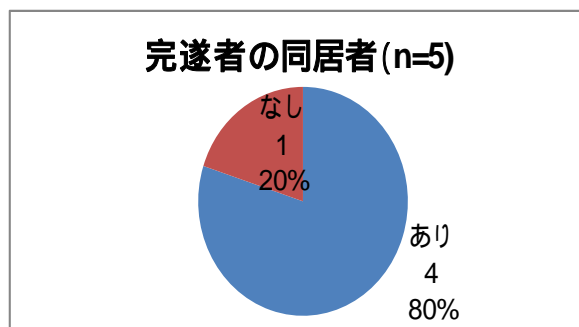
4) 自殺未遂歴

「あり」が2件、「なし」が3件だった。



5) 同居者

「あり」が4件、「なし」が1件だった。



6) 聞き取りによる状況

1件は身体科疾患の治療中だった。1件の同居者なしは、配偶者と別居中だった。未遂歴があったものの1件は、救急隊の情報によるもので、精神科疾患治療中で何度か未遂を繰り返していた。1件は配偶者とのいざこざが直近にあったという背景があった。

< 調査票 A の考察 >

1 . 精神科医の状況

地域の中核となる救急告示病院 13 か所のうち、精神科病床がある病院が 4 か所で、うち精神科当直医が常時いるのは 2 か所のみで、常勤精神科医も非常勤精神科医もいない病院が 4 か所であった。

常勤精神科医がいない 8 か所の病院のうち、非常勤精神科医により外来や病棟での診察を行っている病院が 4 か所あり、非常勤精神科医がいることで、自殺企図者を精神科外来につなぐ、救急部門のスタッフが精神科医からコンサルトを受ける、精神科病院への受け入れの調整などの連携が可能になっていると考えられる。

また、常時精神科医がいない病院では、精神科救急情報システムの輪番病院の精神科医のコンサルトを受けたり、近隣の精神科病院に相談するなど、地域とのネットワークで調整されていた。

平成 23 年の滋賀県における精神科病院の医師数は 64.9 人で、人口あたりの医師数は、47 都道府県中 43 位と大変少ない状況にあることから、時間外対応を求められる救急告示病院においても精神科医の確保は大きな課題であると考えられる。

平成 21 年度調査でも自殺未遂者の対応で困難と感ずることとして、院内に精神保健の専門家がない点を一番に、病院管理者は精神医学的診断評価が難しいことを次の問題としてあげていることから、精神科医不足の解消、および精神科医がいない場合の対応方法や判断基準を明確にしていく必要がある。

2 . 救急外来での対応

救急外来で日本臨床救急医学会発行の自殺未遂者のマニュアル「自殺未遂者への対応」を活用している病院は 3 か所、独自に自殺対策マニュアルを作成している病院は 1 か所だった。マニュアルがない病院では、救急患者の多くが自院の患者である、精神症状が軽微な患者が多いなど、マニュアルがなくても対応できているか、もしくは、救急外来は、命を救うことが最優先であり、命を救えたら終わりなので、マニュアルが使われていないと考えられる。

そんな中で、自殺の危険度を図るために必ず確認する項目は「精神科受診歴」が 8 か所と一番多かったが、自殺未遂歴等他の項目は必要に応じて確認するという病院が多く、「自殺企図の計画性」「社会資源の利用状況」「地域支援の有無」は確認していない病院もあった。これらのことは、マニュアルがないから、必ず確認する項目に設定されていないか、その時の患者の状況に応じて判断がなされていると考えられる。

確認の役割を担っているのは、救急担当医師が中心で、救急担当医の役割が大きくなっている。しかし、忙しい救急外来の現場で救急担当医は緊急度の判断で精一杯ではないかと考えられる。

一方、その他の救急スタッフも話を聞きたいが聞けない、聞いても後につなげられないと感ずていたり、帰宅後を心配しているスタッフも多いことから、病院内で

の自殺未遂者に対する支援の役割や対応方法について検討していく必要があると考える。

また、多忙な救急担当医師であるが、平成 21 年度調査で救急担当医は「精神科受診を勧めている」「じっくり話を聞いている」といった対応をしているとの結果もあることから、他のスタッフでも、要領よく話を聞く方法やそのポイントがわかれば、実施は可能であると考えられる。その結果、その他のスタッフから、救急担当医に自殺の危険度を判断してもらうための情報提供が可能になり、自殺の危険度についてより適切に判断していくことができると考えられる。

3 . 精神科との調整

精神科との調整は、平日時間内では関係機関と調整するスタッフが複数いる病院が 70%弱と多く、一方で休日・時間外になると関係機関と調整するスタッフが複数いる病院は 23%に減り、70%強が単独のスタッフで行っていることがわかった。どの病院も休日・時間外はスタッフが少なくなり、調整に時間を要することになり、スタッフにかかる負担が重くなっていると考えられる。

精神科への連絡は緊急を要する場合と翌日以降でも可能な場合があると考えられることから、休日・夜間において、単独のスタッフでも可能な調整の方法や調整の内容について基準を作成していく必要があると考えられる。

4 . 地域の相談機関との連携

自殺未遂者を地域の相談機関に連絡体制ができている病院は 1 か所だった。自殺未遂者ネットワークで事例検討を重ねて事例を共有するなど、連絡が必要な事例への共通認識を図り、顔が見える関係を作っていた。地域の相談機関への連絡にあたっては守秘義務の問題をクリアする必要があり、患者もしくは家族の同意をとるための説明の仕方の工夫や、どのように地域で事例検討をするという仕組みづくりが大事である。

地域の相談機関への連絡については、医療の他に介護保険、障害福祉サービス利用の場合に連絡していた。一般には精神科につなぐという発想になりがちであるが、精神疾患以外のトラブルを抱えている事例もあり、救急外来から地域へ確実につなぐことができるような連携が取れることが望ましいと考えられる。しかし、病院は地域の相談機関の役割や窓口がわからないといった意見も今回の調査でもみられたことから、相談窓口の一覧や連絡時の留意事項をまとめたものを作成するとともに、顔が見える関係を作るための情報交換の場が必要と考えられる。

< 調査票 B >

1 . 調査期間の自傷・自殺企図者

今回の 13 救急告示病院への調査では、1 か月間の自傷・自殺企図者は 60 件だった。平成 21 年度調査では、33 救急告示病院の 4 週間で 64 件であったため大幅に増加していた。これは、自傷・自殺企図者そのものが増加している可能性もあるが、平成 21 年度調査が郵送による配布・回収であったこと。今回の調査は事前に対象病院へ調査の趣旨と対象となる自傷・自殺企図者の説明を行ったことで、病院側の理解が得られ周知されたことや、未遂者対策の推進によりスタッフの自殺未遂者に対する意識が高まってきたことなどが、対象が確実に抽出されたと影響とも考えられる。今回は対象病院を 13 に限定したことから、滋賀県内にはさらに多くの自傷・自殺企図患者が存在すると推察される。

自殺完遂者でみると 5 名であった。完遂者の 10 倍は自殺未遂者がいると言われていることから、今回の結果もその傾向にあてはまる。なお、警察統計によると調査時期である平成 24 年 9 月の自殺者数は 22 名(男 10 名、女 12 名)であった。

実件数でみると、53 件で同一事例は 3 名 7 件だった。警察庁の統計によと、自殺完遂者のうち 3 割の人に自殺未遂歴があるという結果もあり、自殺未遂を繰り返さないように、再企図防止の取組の推進が必要である。

2 . 性別および年代別

自傷・自殺企図者は、男性が 41.5%、女性が 58.5%で女性の方が多かった。また、完遂者は全て男性だった。女性が多いのは既存の調査結果と同様だが、平成 21 年度調査では女性の割合は男性の 2 倍強であったのと比べると男性の割合が多い。これは今回の調査時期(9 月)と平成 21 年度調査の調査時期(1~2 月)が異なること。男性のハイリスク者がこの時期に集中したことなどが考えられる。

年代別でみると、20 代が 32.1%でもっとも多く、20 代までの人では全体の 39.6% 40 代までの人が全体の 71.7%と、若い世代での自傷・自殺企図者が多い。近年、若年者の自殺が増加していることから、若年者への予防活動が必要と考えられる。

3 . 健康保険別

健康保険をみると、調査期間内に自傷・自殺企図により複数回救急外来を受診している事例は 5 名全員が生活保護受給者だった。生活保護の受給者は自殺のハイリスク者とも言われており、自殺未遂を繰り返すうちに自殺完遂する可能性もあることから、生活保護受給者に対する支援も重要であると考えられる。また、自殺完遂まで至らず、繰り返えし自殺未遂していることから、生活保護受給者は医療費の自己負担がなく、病院が援助希求機関になっていること、生活保護受給者には少なくとも福祉事務所の職員等が関わるサポートシステムがあり自殺未遂で終わっているととも考えられる。自殺完遂することを防止するため、生活保護受給者に対しては、日頃の生活支援や相談の充実により、医療機関との上手な付き合い方などの調整が必要である。

なお、今回健康保険の分類を、被保険者、被扶養者、生活保護、無保険の 4 選択

肢としたことから、有職者(被雇用、自営業者)と無職者などの違いは不明である。

4．職業の有無

職業不明が 20 件と一番多く、救急現場では確認しづらい項目であと考えられる。職業を問うことが人権侵害にあたるとの意識もスタッフにはあるかもしれないが、自殺企図の原因が仕事の場合は職域との連携も必要なため、必要に応じて聞き取る必要はあると考えられる。

また、職業ありの人も 16 人(30.2%)と一定割合いることから、働く世代に対してどのように地域と職域が連携して支えていくのか検討していく必要がある。

5．精神科既往歴

精神科既往歴がある者が 60.4%だった。特に女性は 80.6%に既往歴があり、精神科医療機関と救急告示病院との連携が重要となる。自殺未遂した内容を確実に精神科医療機関に連絡し、精神科の治療に反映できるようにする必要がある。

疾患名についてみると、うつ病圏が最も多いが神経症圏や統合失調症圏なども多くみられている。うつ病の啓発は進んできているが、死にたい思いをしているのはうつ病だけに限らないため、自殺予防に関して、神経症圏疾患患者など他の患者への支援も必要であると考えられる。

6．自殺未遂歴

47.2%に過去に自殺未遂歴があった。21 年調査でも 41%あり、繰り返す人が一定数いることが伺える。

警察庁統計でも自殺完遂者のうち約 3 割は自殺未遂歴があることから、繰り返しかえし自殺未遂をするうちに、完遂してしまうことを防ぐために自殺のハイリスク者である自殺未遂者に対する支援の取組は重要であると考えられる。

また、完遂者 3 名の内、3 名は自殺未遂歴なく完遂していた。「死にたい。」と考えている人がどこかの相談機関につながるように啓発活動を行うことや、地域でのゲートキーパーの養成なども重要であると考えられる。

7．同居者の有無

同居者有は 37 人(69.8%)で、身近に支えてもらえる人がいても自傷・自殺企図を凶っている現状がわかった。再企図を防止し、自殺未遂者を支えていくために重要な役割を担う同居者(家族)に対しても対応方法などの支援を行うことが重要であると考えられる。

その一方で同居者なしも 9 人と一定数いることから、単身者を帰宅させる場合に地域との連携をどのように支援していくのか地域で検討していく必要があると考えられる。

8．受診時間

60 件中 40 件が 18 時から 7 時台までの当直時間帯のスタッフが少ない時間帯に

搬送あるいは受診していた。また、40件のうちウォークインでの受診は16件で全体の40%（日中のウォークインの割合は30%）を占めていた。この時間帯は、相談機関が開設されていないところが多く、不安が解消できずに自傷・自殺企図している可能性も考えられる。

9．手段

手段としては、薬物が最も多く全体で65.6%だった。女性は79.4%男性は48.1%が薬物によるものだった。特に女性は薬物を用いていることが多いことが明らかになった。また、薬物の内容についてみると、処方薬が80%と多く、そのうち75%に精神科の処方薬が用いられていた。また、繰り返し自殺未遂したケースのうち4件が薬物（処方薬）により繰り返し自殺未遂していた、1件は刃物と薬物（処方薬）の手段で自殺未遂していた。このことから、処方薬による過量服薬を防止するため、繰り返し自傷・自殺企図の可能性が高い患者については、かかりつけ医への確実な連絡とともに、服薬方法の検討や服薬確認を家族や医療機関、地域の支援者などが行う必要があると考えられる。

自殺完遂者は、縊首、飛び降りであり、致死性の高い手段で自殺企図していることがわかった。

10．自傷・自殺企図に及んだときの状況

自傷・自殺企図に及んだ時の状況は、飲酒の確認が、65.0%の病院で確認ができていたが、明確な死ぬ意思は45.0%、遺書は36.7%で半数に満たなかった。どれだけの意思をもって行為に及んだかを確認することは、再企図の危険度を図るために必要だが、十分に確認できていない実態が明らかになった。実際に確認した結果をみても、明確な死ぬ意思があったものが確認できた27件中16件と59%に及んでおり、遺書を書いている人も2人いることなどから、今後の再企図防止のためにスタッフが確認していくことが必要であると考えられる。

また、明確な死ぬ意思がなかった7人の内訳をみると、全ての人が身体科または精神科治療中で、内科疾患のある人が4人、うつ病（疑い含む）が3人であった。7人の自殺手段は薬物が5人（全て処方薬）、自宅2階から飛び降りが1人、下肢を刃物で切るが1人で致死性は低い手段の人が多かった。このことから明確な死ぬ意思がない人については、医療機関につながっている場合が多く、医療とつながっている人達は地域を含めた関係者がきめ細やかに支援し支えていくこと自体が自傷・自殺企図者の減少につながっていくと考えられる。

11．受診時の精神症状

受診時の精神症状の確認は、どの項目も8割以上確認されていた。確認された内訳をみると、幻覚・幻視および妄想については、症状があった者は1件も無かった。これは、幻覚・幻視および妄想といった症状で自傷・自殺企図した場合は、精神科に搬送されていたり、既遂して病院まで搬送されていない可能性も考えられる。意識障害については20件や抑うつ気分15件と一定割合で精神症状が確認された。今回

の調査で1件も症状がみられなかった精神症状はあるものの、精神症状の有無は、精神科への調整や転院を検討に必要であり、継続していくことが必要と考えられる。

12. 処置後の患者の状況

処置後に、死にきれなかったことの後悔を確認している病院は32.7%、自殺未遂行為の反省を確認している病院は36.4%と低く、確認ができていない病院が多いことがわかった。後悔があったり、行為の反省がないと再企図に至る危険性は高くなることや実際に確認できたもののうち、死にきれなかった後悔がある5人全てが入院、(うち1人精神科転院)行為の反省がない9人のうち7人が入院(うち1人精神科転院)となっていることから今後、確認していく必要が高いと考えられる。

13. 転帰

帰宅は45.8%、入院は42.4%、精神科転院3.4%で、平成21年調査と比較すると入院が多かった。しかし、入院したもののうち1泊2日以内が65.4%と多くを占めていた。意識障害があるケースについては17件が入院となっているが、そのうち1泊2日以下の入院が12件と多くなっている。意識障害があると意識が清明になるまで短期間入院になっていることが多いことがわかった。帰宅者27件が受けた処置について、点滴が10件で最も多かったが、縫合6件、処置なしも5件の順で、意識が清明であり、身体的な問題がなければ帰宅となったことが明らかになった。また、帰宅になったものの自殺の手段でみると、2件を除き残り25件が薬物または刃物によるものであった。さらに、受診方法でみるとウォークインで受診した人の帰宅が15件と帰宅者の半数以上を占めた。帰宅者のうち治療状況でみると15件が身体科または精神科に通院中であった。

これらのことから帰宅または短期入院となっているものの割合は全体からみると高く、医療機関に受診中の者については、医療機関同士の連携が、既往歴がなく、地域の支援が必要な場合については、地域に早期につなげていく必要があると考えられる。

飛び降りによる骨折などにより長期間の入院となった場合には、入院中から病院のスタッフが本人へのアプローチや地域と連携しながら、再企図防止に向けた支援が必要である。

精神科に転院した人2件においては、いずれも精神科に通院中のうつ病症圏の患者で、自殺念慮の持続や明確な死ぬ意思があり、過去にも自殺未遂歴がある方であった。

自殺完遂した人については、5人中4人が同居者あり。1人が妻と別居中であった。精神科既往歴のある人は2人であった。現在、精神科に治療中であることが明らかでない者はいなかった。地域の専門職が関わっていないケースについて、医療機関や相談機関につながるよう啓発活動やゲートキーパーの養成をしていくことが必要であると考えられる。

14. 対応

期間中の調査対象となった自殺未遂者に対しては、精神科への受診勧奨を行っていたのが 23 件と最も多かった。救急担当医師だけでなく、医師も看護師も受診勧奨するといった複数のスタッフがそれぞれ促していたのが 6 件だった。精神科かかりつけ医の連絡は、医師や SW など様々な職種が行っていた。

その他、精神科に関連するものは、かかりつけ医連絡や、紹介状の作成やコンサルトを受けるなど行われていた。必要に応じて精神科との連携は取られていると思われるが、確実に精神科に情報が伝わっているか、今後確認して行く必要がある。

また、地域関連で連絡を取っているものは少なく地域の相談機関への連絡は 4 件で、調査票 A において自殺未遂者の連絡体制がある地域が全てであった。医療機関など受診していない人のうち支援が必要な人については地域の相談機関に確実につなげることが必要であり、それぞれの地域で窓口の明確化や連絡体制の検討をしていく必要がある。

今回の調査では、家族への対応をどうしたかは確認できていない。しかし、調査で同居者の割合が高かったことから、再企図を防止するために、家族にどのような支援をしているのか、また今後必要なのか検討していく必要がある。

まとめ

1．救急告示病院と精神科との連携

今回の調査結果から、救急告示病院では、精神科との連携や連絡が必要と思われるケースについては、ほとんどのケースにおいて、実施されていることが明らかになった。しかし、休日・夜間を中心に救急担当医師など限られた人材のみで連絡・調整が行われていることから、連携の図りやすい方策について今後検討していく必要がある。

ただし、繰り返し自傷・自殺企図をする者もいることなどから、紹介状などによる連絡が確実に精神科に届けられているか今後明らかにしていく必要がある。

また、今回の調査期間中、精神科転院になったケースは2ケースのみと少なかったが、いずれもうつ病症圏で、明確な死ぬ意思があり、希死念慮が継続しているケースであった。救急告示病院スタッフがどのようなケースを精神科治療に直ぐにつなげる必要があるかがわかるように、今回の調査結果とともに精神科医療機関の専門スタッフと聞き取りを行い、基準を作成し提供していくことが自傷・自殺企図者を減らしていくために必要と思われる。

2．救急告示病院スタッフへの取り組み

今回の調査で明確な死ぬ意思の確認ができたケースなどで必要なケースについては、入院治療や精神科病院に転院となっていたが、その一方で明確な死ぬ意思の確認などしていない病院も多くみられた。再企図防止のため、救急告示病院のスタッフ向けに自殺未遂者への対応の方法について研修を継続して行っていく必要があると思われる。

3．かかりつけ医療機関、支援者の対応について

医療機関受診中であっても、薬物（処方薬）等による自傷・自殺企図をするケースも多く、医療機関が自殺企図の可能性が高いケースの内服薬の処方をどのようにしているかの確認を行い、今後の自殺未遂者の対策に結びつけていく必要がある。また、医療機関受診中など支援者がいるケースについては、支援者が普段の支援を通してゲートキーパーの役割を發揮することができることから、支援者への研修・啓発も重要であると考えられる。

4．地域の窓口の明確化、一般住民への啓発

救急告示病院受診後そのまま帰宅となるケースや、短期間の入院で帰宅になる場合が多いこと。また、救急告示病院から地域関係者への連絡はほとんど連絡が取れていないこと。単身者の自傷・自殺企図者もいることなどから、支援者がいないが今後支援が必要なケースについて、早期に地域につなぐことができるように行政機関や相談機関の窓口の明確化、地域の実情に応じたシステムの構築などが必要である。

また、今回の調査においても、未遂歴なし、精神科既往歴なしで既遂したケースもあること、同居者ありで自傷・自殺企図しているケースが多いことから、一般住民に対しても悩みやこころの健康状態に応じた相談窓口について啓発する必要がある。さらに、身近な人がゲートキーパーになれるように一般住民向けの啓発活動も引き続き重要であると考えられる。

5 . 若年者対策

20代までの自傷・自殺企図者が39.6%と若い世代の自傷・自殺企図が多いことから、若い世代への予防的な介入や教育機関や職域との更なる連携が今後必要になると思われる。

おわりに

滋賀県自殺未遂者対策事業にかかる救急告示病院における自殺未遂者実態調査結果を受けて、滋賀県として自傷・自殺企図者への取り組みを推進するとともに、医療機関や関係機関と連携を更に深め、自傷・自殺企図者が一人でも減少できるよう自殺対策に取り組んでいきたい。

救急告示病院における自殺未遂者への対応に関する実態調査・基本調査票A

医療機関名

《基本情報》

問1．貴院の精神科標榜について該当する番号に 印をつけてください。

また、それぞれ右欄についてもご回答ください。

1 .精神科あり	精神科医数	常勤 名
		非常勤 名
	精神科医当直の有無	あり ・ なし
2 .精神科なし	精神科医療機関との契約	あり ・ なし
	が有りの場合、医療機関名	医療機関名
	* 内容について詳細をご記載ください。 (病棟患者の相談・診察・外来患者の相談など)	

問2．貴院の自殺未遂者への対応マニュアルについてお伺いします。

右欄の該当か所に 印をつけてください。

自殺未遂者対応マニュアル	使用している・使用していない
* 使用されている場合、詳細をご記載ください。 (発行機関名や名称など)	

《救急外来での対応》

問3．救急外来での自殺未遂者への確認や聴取の状況についてお伺いします。

確認や聴取をするスタッフが決められている場合は右欄に下記のスタッフの番号をご記載ください。

質問項目	対応	スタッフ
1.精神科受診歴の確認	必ずしている・必要に応じて・していない	
2.自殺未遂歴の確認	必ずしている・必要に応じて・していない	
3.希死念慮の継続性の聴取	必ずしている・必要に応じて・していない	
4.自殺企図の計画性の聴取	必ずしている・必要に応じて・していない	
5.自殺企図に至る理由の聴取	必ずしている・必要に応じて・していない	
6.社会資源の利用状況の確認	必ずしている・必要に応じて・していない	
7.地域支援者の有無の確認	必ずしている・必要に応じて・していない	

救急担当医師	救急担当看護師	その他看護師	ソーシャルワーカー
その他			

(裏面に続く)

《連携》

問4．精神科との連携についてお伺いします。（救急外来に限りません）

1) 連携の状況について該当するか所に 印をつけてください。

院内精神科医のコンサルト	あり ・ なし
院外精神科医のコンサルト	あり ・ なし
紹介先として特定の精神科医療機関	あり ・ なし
個人医師レベルでの他院精神科医への相談	あり ・ なし
その他	()

2) 1) の か で「あり」と答えた場合にお伺いします。

精神科医へのコンサルトはどのような場合に行いますか。該当する番号すべてを右欄にご記載ください。

精神科受診歴がある場合すべて 精神科受診の必要性の判断のため 対応方法の助言を得るため その他 ()	回答番号

問5．貴院で治療を受けられた自殺未遂者の方が、精神科受診が必要と判断されたときの精神科へ調整するスタッフはどの職種が行いますか。

該当する番号すべてを平日時間内、時間外休日それぞれ右欄にご記入ください。その他の () には具体的な職種をご記入ください。

救急担当医師 精神科医 救急担当看護師 その他看護師 () ソーシャルワーカー その他 ()	平日時間内の場合
	時間外・休日の場合

問6．貴院での、相談機関（市町・保健所等）との連携についてお伺いします。

自殺未遂者にかかる連携の状況について該当する箇所に 印をつけてください。

院内で地域連絡をする部署を決めている	あり ・ なし
地域の連絡窓口が決まっている 例) 未遂ケースは 市 課、保健所などのルート	あり ・ なし
院内スタッフの相談先としての相談機関 ありの場合具体名 ⇨ ()	あり へ ・ なし

《その他》

問7．貴院での自殺未遂者の対応についての職員向け研修についてお伺いします。

右欄の該当か所に 印をつけてください。

研修の実施	あり ・ なし
実績はないが、今後研修の予定	あり ・ なし
外部の研修に職員を派遣している	あり ・ なし

ご協力ありがとうございました。

救急告示病院における自殺未遂者への対応に関する実態調査 **B**

< 個別調査票 >

問 1 . 基本情報

受診月日	9月 日	受診時刻	AM・PM 時 分
性別	男 ・ 女	対応終了時刻	AM・PM 時 分
健康保険	被保険者 ・ 被扶養者 生活保護 ・ 無保険	年齢	歳 (不明の場合) 歳台
住所	1.滋賀県内(市・町) 2.県外 3.不明・住所不定		
職業	1.あり(自営・被雇用者) 2.なし(年金・学生生徒・ 失業・その他無職) 3.不明	精神科 既往歴	1.あり(診断名 診断名不明・治療中・治療中断) 2.なし 3.不明
同居者	1.あり 2.なし 3.不明	未遂歴	1.あり 2.なし 3.不明 4.未確認

問 2 . 今回の自殺企図および自傷行為についてお伺いします

- 1) 自殺企図および自傷行為の手段についてお伺いします。
企図方法の番号を右欄にご記入ください。(複数回答可)

縊首 焼身 入水 飛び込み(電車等) 飛び降り(墜落) 刃物 ガス: 一酸化炭素 排気ガス 硫化水素 毒物: 農薬 洗剤 その他() 薬物: 処方薬 市販薬 不明	回答番号
	薬物の場合は、わかる範囲で 薬剤名と服薬量
	薬剤名と量

- 2) 自殺企図および自傷行為に及んだときの状況についてお伺いします
右欄の該当する箇所に 印をつけてください。

飲酒の有無	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない
遺書の有無	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない
明確な死ぬ意思	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない

- 3) 今回の受診の手段について該当する番号を右欄にご記入ください。

救急車 ウォークイン 他の医療機関からの搬送 その他()	回答番号
----------------------------------	------

- 4) 受診時にみられた精神症状について該当する箇所に 印をつけてください。
(搬送時死亡除く)

意識障害	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない
幻聴・幻視	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない
妄想	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない
抑うつ気分	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない
興奮	あり ・ なし ・ 確認したがわからない ・ 確認していない

5) 今回の処置後の患者の状況についてご回答ください
右欄の該当する箇所に 印をつけてください。(搬送時死亡を除く)

死にきれなかった後悔	あり・なし・確認したがわからない・確認していない
自殺未遂についての反省	あり・なし・確認したがわからない・確認していない

問3. 外来処置後の転帰と対応についてご回答ください。

1) 該当する転帰の番号に 印をつけてください。また下欄の該当箇所に 印をつけてください。

帰宅	入院	他の機関へ受診	死亡
治療のみ(*治療内容に 印) 胃洗・止血・縫合・消毒・点滴 骨折処置・その他()	入院期間(泊 日) 入院病棟()	精神科 一般科	

2) 今回、対応したことについて該当する番号すべてに 印をつけてください。
右欄にそのときに関与したスタッフの番号を下欄から選んでご記載ください。

	対応内容(外来・入院すべて)	対応スタッフの番号
精神科	精神科医へのコンサルト	
	精神科受診勧奨	
	精神科紹介状の作成	
	かかりつけ精神科医への連絡	
	精神科への受け入れ依頼	
相談機関	直接、市町、保健所等相談機関へ連絡した	
	精神科救急情報センターへ連絡した	
	相談機関、自助グループ等を案内した	
	相談先一覧のリーフレットを渡した	
	その他()	
	処置以外は特に何もしていない	

〔スタッフ〕

救急担当医師	精神科医	救急担当看護師	病棟主治医	病棟看護師
その他看護師	ソーシャルワーカー	事務吏員	その他	

3) なぜ2)の対応をされましたか。該当する番号すべてを右欄にご記載ください。

精神科受診歴があるから 明確な精神症状あるから 自殺未遂行為をしたから 自殺未遂を繰り返すおそれがあるから 独り暮らしだから 支援者がいないから どう対応していいかわからないから 連絡システムがあるから 連絡調整する時間がないから 対応する必要がないから	患者が落ち着いているから 患者自身が処置以外望まなかったから 患者家族が他機関への連絡を望まなかったから 意識障害なので対応できる状況にない。 その他()
	回答番号

【調査票記入にあたっての注意事項】

- ・調査票 A は、医療機関につき 1 枚記入してください。
- ・調査票 B は、1 ケースそれぞれ 1 枚記入してください。同一人物が 1 か月内に複数回受診した場合でも、1 枚ずつ記入してください。

1 . 自殺未遂者の範囲

自殺完遂者（搬送時・搬送後）・自殺企図者（明らかな自殺意図あり）・自傷者（明らかな自殺意図はわからないが、自傷行為あり）とします。

2 . 対象

自殺未遂者が、救急外来以外を受診した場合も、調査対象とする。

例）リストカットで形成外科等、大量服薬して内科や精神科等を受診。

自殺未遂直後ではなく、行為後数日後であっても対象とします。

ただし、予約診療の際に、自殺未遂行為について言及した場合は、対象外とします。（定期通院は対象外）

他院で治療を受けた後、入院治療を行う場合は、対象外とします。

自殺未遂者が、救急で行政の支援を受けて受診した場合も、調査対象とする。

3 . 記載

調査票の項目をケースに確認する必要はなく、通常に対応でわかる範囲で記載してください。

4 . 受診時刻・対応終了時刻

受診時刻は、来院時間（受付時間等）としてください。

対応終了時刻は、治療や調整の所要時間を確認するためですので、離院、入院、他院への入院調整などの対応が終了した時間としてください。おおよその時間でも可です。

会計時間、入院時間など、各医療機関で記載している時間で構いません。

5 . 相談機関

ここでは、病院・診療所以外の対人援助機関のことを言います。

例：市町役場 ・ 市町福祉事務所 ・ 市家庭児童相談室 ・ 保健所
精神保健福祉センター ・ 子ども家庭相談センター（児童相談所）
市家庭児童相談室 ・ 弁護士会 ・ 司法書士会 ・ 法テラス
消費生活センター ・ 労働局（労働相談所） ・ 断酒会 ・ ダルク
地域生活支援センター ・ 働き暮らし・応援センター ・ いのちの
電話・自死遺族の会 など

表1 対象事例の基本属性

		男 (n=実22)		女 (n=実31)		計 (n=実53)	
年代	10代	2	9.1%	2	6.5%	4	7.5%
	20代	5	22.7%	12	38.7%	17	32.1%
	30代	1	4.5%	6	19.4%	7	13.2%
	40代	5	22.7%	5	16.1%	10	18.9%
	50代	6	27.3%	4	12.9%	10	18.9%
	60代	2	9.1%	2	6.5%	4	7.5%
	70才以上	1	4.5%	0	0.0%	1	1.9%
職業	あり	9	40.9%	7	22.6%	16	30.2%
	なし	4	18.2%	13	41.9%	17	32.1%
	不明	9	40.9%	11	35.5%	20	37.7%
健康保険	被保険者	15	68.2%	9	29.0%	24	45.3%
	被扶養者	1	4.5%	14	45.2%	15	28.3%
	生活保護	3	13.6%	5	16.1%	8	15.1%
	無保険	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	不明	3	13.6%	6	19.4%	9	17.0%
住所(圏域)	大津	2	9.1%	11	35.5%	13	24.5%
	湖南	6	27.3%	3	9.7%	9	17.0%
	甲賀	0	0%	2	6.5%	2	3.8%
	東近江	3	13.6%	4	12.9%	7	13.2%
	湖東	4	18.2%	6	19.4%	10	18.9%
	湖北	3	13.6%	4	12.9%	7	13.2%
	湖西	3	13.6%	1	3.2%	4	7.5%
	不明	1	4.5%	0	0.0%	1	1.9%
既往歴	あり	11	50.0%	25	80.6%	36	67.9%
	なし	6	27.3%	2	6.5%	8	15.1%
	不明	5	22.7%	4	12.9%	9	17.0%
精神科既往歴	あり	7	31.8%	25	80.6%	32	60.4%
	なし	10	45.5%	2	6.5%	12	22.6%
	不明	5	22.7%	4	12.9%	9	17.0%
未遂歴	あり	8	36.4%	17	54.8%	25	47.2%
	なし	7	31.8%	3	9.7%	10	18.9%
	不明	3	13.6%	4	12.9%	7	13.2%
	未確認	4	18.2%	7	22.6%	11	20.8%
同居者	あり	15	68.2%	22	71.0%	37	69.8%
	なし	5	22.7%	4	12.9%	9	17.0%
	不明	2	9.1%	5	16.1%	7	13.2%
リポート	あり	19	86.4%	29	93.5%	48	90.6%
	なし	3	13.6%	2	6.5%	5	9.4%

表2 対象事案の状況

	男 (n=延27)		女 (n=延33)		計 (n=延60)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
受診手段						
ウォーイン	6	22.2%	16	48.5%	22	36.7%
救急車	21	77.8%	17	51.5%	38	63.3%
転帰						
完遂	5	18.5%	0	0%	5	8.3%
未遂	22	81.5%	33	100%	55	91.7%
飲酒						
あり	1	3.7%	4	12.1%	5	8.3%
なし	14	51.9%	18	54.5%	32	53.3%
不明	2	7.4%	0	0.0%	2	3.3%
未確認	9	33.3%	11	33.3%	20	33.3%
遺言						
あり	1	3.8%	1	3.0%	2	3.4%
なし	8	30.8%	12	36.4%	20	33.9%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
未確認	17	65.4%	20	60.6%	37	62.7%
死ぬ意志						
あり	5	19.2%	11	33.3%	16	27.1%
なし	4	15.4%	3	9.1%	7	11.9%
不明	1	3.8%	3	9.1%	4	6.8%
未確認	16	61.5%	16	48.5%	32	54.2%
後悔						
あり	2	9.1%	3	9.1%	5	9.1%
なし	2	9.1%	8	24.2%	10	18.2%
不明	1	4.5%	2	6.1%	3	5.5%
未確認	17	77.3%	20	60.6%	37	67.3%
反省						
あり	3	13.6%	5	15.2%	8	14.5%
なし	1	4.5%	8	24.2%	9	16.4%
不明	2	9.1%	1	3.0%	3	5.5%
未確認	16	72.7%	19	57.6%	35	63.6%
転帰						
帰宅	11	40.7%	16	48.5%	27	45.0%
入院	10	37.0%	16	48.5%	26	43.3%
精神科受診	1	3.7%	1	3.0%	2	3.3%
死亡	5	18.5%	0	0%	5	8.3%
自殺手段						
縊首	3	11.1%	0	0%	3	4.9%
飛び降り	4	14.8%	1	2.9%	5	8.2%
刃物	6	22.2%	4	11.8%	10	16.4%
その他毒物 (タバコ)	1	3.7%	1	2.9%	2	3.3%
薬物	13	48.1%	27	79.4%	40	65.6%
(再)(処方薬)	11		21		32	
(再)(市販薬)	2		5		7	
(再)(不明薬物)	0		1		1	
(再)重複 (飛び降り)	0		1		1	

参考文献

滋賀県自殺企図者等の対応に関する調査研究事業平成 21 年度報告書 滋賀医科大学精神医学講座 山田尚登（平成 22 年 3 月）