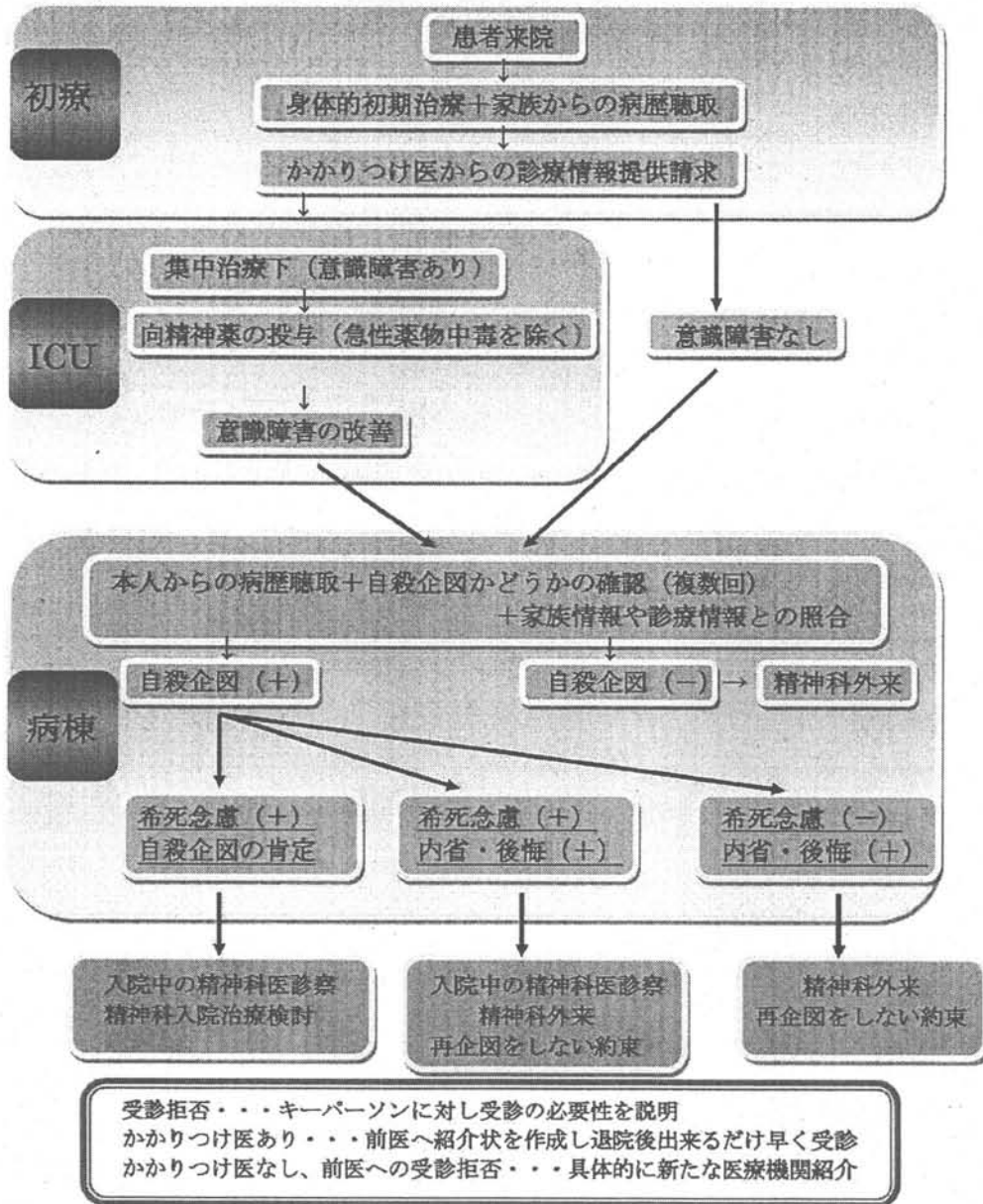


vii) 入院後—ICU、病棟での対応



① ICU入室後

1) 意識障害

多くは意識障害、あるいは人工呼吸器管理のため鎮静下にある。その間は家族などからできる限り多くの情報〔Ⅱ-i〕(p.4 参照)を収集する。また、かかりつけの精神科医療機関から速やかに診療情報提供書を取得し、診断、向精神薬の服薬内容などを把握する。

2) 不穏・興奮

危険物を排除し、医療スタッフの安全確保および患者の保護を行う。しかし、たとえば意識障害下で不穏・多動が著しく、本人の身体的治療の安全性が確保できないと判断される場合は、家

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。

②ICU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希死念慮がい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の連絡をとり、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

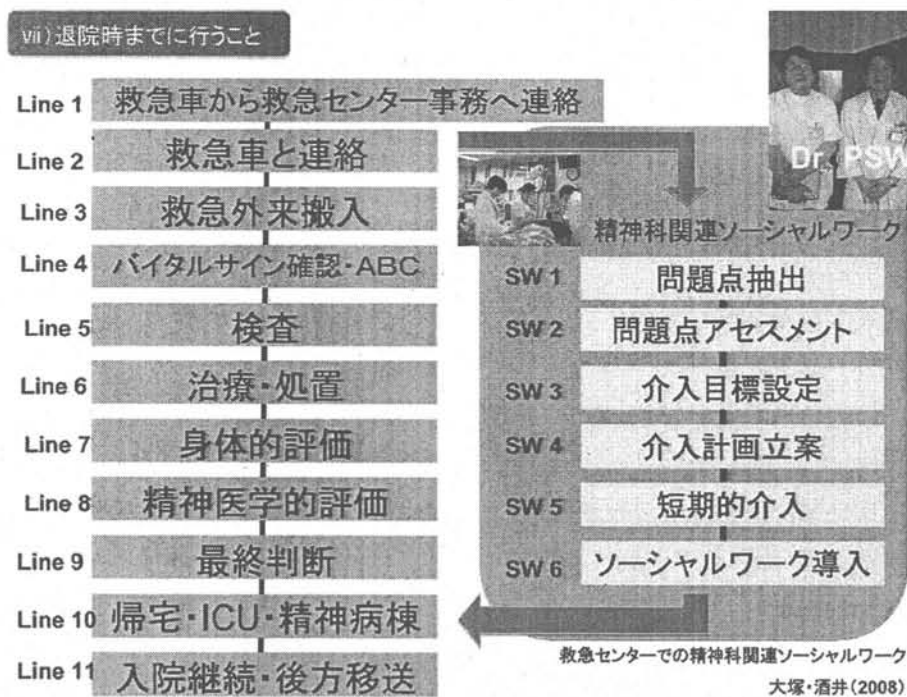
- ・患者と家族に診療結果や状態を説明し、具体的に紹介すべき理由を伝える。
- ・患者と家族の精神科受診への偏見に配慮する。

- 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もたないように配慮する。
- 可能なら精神科医に直接連絡をとる。
- かたく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。

4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割

1) 救急スタッフがソーシャルワーク関連の業務として行うこと

- (1) 動機になりうる心理社会的な問題を抱えていたら、本人または家族や支援者をソーシャルワーカーあるいは病院事務に紹介する。
- (2) ソーシャルワーカーが不在の場合は、精神保健福祉センター、保健所、関連の相談窓口などを紹介する。



2) 救急医療現場におけるソーシャルワークについて

経済問題や生活問題を抱えている人の相談にのり、最適な社会資源のサービスを用いて、問題解決をはかることをソーシャルワークといい、それを実践するのがソーシャルワーカーである。自殺未遂患者の多くは医学的問題に加えて社会的問題を抱え、それが自殺企図の背景をなす精神疾患の発症、再発にも関連していることが多い。したがって救急担当医は、患者に対してソーシャルワークが導入されるよう配慮しなければならない。

3) ソーシャルワークの実践

たとえば、救急センターにおける精神科対応ケースの多くは自殺未遂患者であるが、その約半数は経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えているにもかかわらず、相談相手がない状況にある。また、そのような相談者がいる場合でも、精神科外来や家族といった限られた範囲以外に有効な相談先がないということがほとんどである。したがって、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。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、看護師やソーシャルワーカーなどのコメディカル力を借りて、患者の抱える心理的・社会的問題やニーズが明確化されるように努力すべきである。そして、以下のソーシャルワークの導入をサポートすべきである。

★精神科関連ソーシャルワークの具体的内容

SW1. 問題点抽出

- 患者の心理社会的問題に関する情報収集を行う。
- 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。
- Line1-2、Line8のアセスメントと並行して行う。

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を行う。

SW3. 介入目標設定

- ソーシャルワーカーを要請する。
- 現実的で達成可能な目標を設定する。
- 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を行う。

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を提案する。

SW5. 短期的介入

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

SW6. ソーシャルワーク導入

- 継続的な相談・支援体制を構築する。
- 担当者の紹介を行う。
- 介入目標と介入計画について確認する。

Ⅲ. 対応の流れ (看護師編)

自殺を図った後に救命救急センター等に搬送された場合には、まず緊急の身体的治療が施される。多くの場合には身体的評価と並行して精神的評価も行われるが、その際に患者にもっとも身近な存在としてその役割を果たすのが看護職である。

1. 自殺についての話題から逃げない

対応にあたっては「TALK」の原則が重要である。すなわち、誠実な態度で話しかける (Tell)、自殺についてはっきりと尋ねる (Ask)、相手の訴えに傾聴する (Listen)、安全を確保する (Keep safe)、のそれぞれの頭文字をあててのTALKである。

「TALK」の原則

- Tell ; 誠実な態度で話しかける
- Ask ; 自殺についてはっきりと尋ねる
- Listen ; 相手の訴えに傾聴する
- Keep safe ; 安全を確保する

自殺の話題を避けたり、刺激を与えないようにしたりと、腫れ物に触れるかのような関わり方をしてしまうのが一般的な反応であるが、自殺の話題を避け、現実から目をそらしてはならない。なぜなら自殺企図をしたことは事実であり、その結果、救急室に搬送されたことは現実のことだからである。むしろ、真摯な対応で自殺と向き合うことは危険なことではなく、再企図の予防になりうるものである。

具体的な関わりとしては、徹底して聞き役に回ることである。いわゆる「傾聴」である。看護師には、自殺未遂患者の評価が求められているのではなく、自殺した気持ちに共感することが求められているのである。そのためには受容的な態度で、訴えを全身で聴くことが重要である。

また、沈黙も有効に活用する。沈黙は愛情、同意、敵意、無視などさまざまな意味をもつ非言語的コミュニケーションの一つである。沈黙で患者が表現したいことを察知することも重要であり、沈黙の時間を大切にすることがコミュニケーションの幅を広げる。

【傾聴として好ましい対応例】

「とてもたいへんな思いをしたのですね」

「とっても辛かったのですね」

「話せる範囲で構わないので、私で良かったら話していただけますか」

など

2. 逆転移の危険性

逆転移とは、治療者が被治療者に対して無意識に自分の感情を向けてしまうことである。救命救急医療の場面では、医療従事者が自殺未遂者に対して否定的な感情を向ける（陰性逆転移）ということがないように留意しなければいけない。不用意な態度や発言は、患者の自殺念慮を助長・再燃させてしまうことがある。

【やってはいけない対応例】

言 語

「こんな方法じゃ死ねないよ」

「死ぬ気になれば、なんでもできるでしょう」

「自殺は、してはいけないことだ」、など

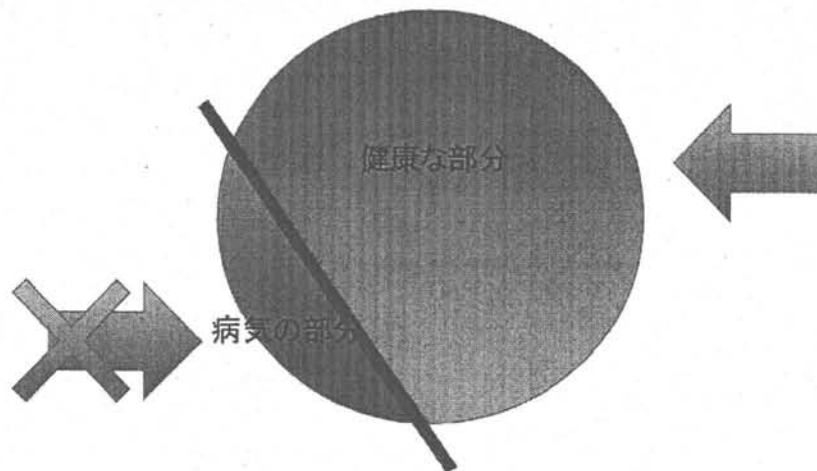
態 度

「他にも命を助けたい人がいるので」と忙しいそぶりをする

「ここ（救急部）に入ったから大丈夫でしょ！」と相手にしない

3. こころの病む人の健康な部分に注目して関わる

看護師はこころを病む人の健康な部分に注目して、その部分を引き出し、その力を支えることが重要である。たとえば、統合失調症で幻覚妄想状態を呈する場合、その幻覚や妄想の多くは自殺未遂患者に不安や恐怖をもたらす。その不安を軽減するために、現実にも目を向けることができるように関わる必要がある。つまり、幻覚妄想の世界である「病気の部分」ではなく、現実的な生活に直面した「健康な部分」に注目して関わるのが重要である。



【幻覚妄想状態を呈する自殺企図者への好ましい対応例】

自傷他害を予防する

救急の現場にある危険物から遠ざける

安全を保証する

「今ここにいるのは、あなたと私だけだから大丈夫ですよ」

現実に関心を向ける

「私には聞こえたり感じたりしませんが、〇〇さんにはそう感じるのですね」

幻覚妄想自体への対応

幻覚妄想の否定も肯定もしない

常時、幻覚妄想の世界にいるわけではない（「訴え」の意味を確認する）

妄想を発展させたり助長させたりしない

4. 看護におけるチームの連携・交渉・調整

救急医療のなかで、とくに常勤の精神科医がいない臨床現場に従事している看護師にとって重要なのは、再自殺の危険や予兆を察した時に、その内容を精神科看護師や精神科医に報告し、交渉および調整する能力を強化することである。そのためには常日頃から、自殺予防に関するカンファレンスや検討会を開催し、自分たちの知識および技能を高めるとともに、連携できる関係を形成しておくことが必要になる。

また、その連携は病院内だけにとどまらず、地域の関係者との連携を密にしておくことが自殺予防に寄与する。自殺予防に必要な基本的知識及び対応方法（技術）、それぞれの専門性を尊重し、互いに学び合う姿勢をもつことが重要である。

IV. 対応の注意点

1 対応の基本

i) チーム医療

自殺未遂患者には身体・精神両面にまたがる多方面からの治療的アプローチが必要であるため、必然的に多職種（看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、救急医、精神科医、心理士など）が関わるチーム医療の形態をとることになる。それぞれの職種が果たすべき役割を速やかに遂行することが第一であるが、職種によって患者への関わり方、関わる視点および内容が異なることや、時に患者の言動に巻き込まれスタッフが互いに振り回されることを避けるために、常にコミュニケーションを欠かさず、必要時にはいつでも集合し短時間のミーティングを開いて患者に関する情報を共有し、統一した対応の徹底を図る。

ii) コミュニケーションの要点

①基本的なことから

- 救急現場での医療従事者にとって、自殺未遂患者・自傷行為者に対する治療は避けて通れないことを肝に銘ずる。自らの中に患者からの逃避願望、患者に向けた嫌悪感や怒りの感情などが生じて、決して言動にあらわさない。
- 救急医療の現場では、コミュニケーションに十分な時間がとれないことが前提としてあることを心に留める。よって、「また、今度にしておこう」という発想は禁物である。初回のコンタクト時からその場で聞けること、できることは遅滞なく行う。しかし、焦って聞き出そうとしてはならない。
- 希死念慮の有無、今回の行為が自殺企図か否かについて複数回確認する。患者が事実や本心を隠している場合や、軽い意識障害の影響で返答が正確でないことがある。
- 自ら解決方法を提示できない限り、患者と患者周辺の問題に深く入り込みすぎない。患者の訴え（幻覚・妄想なども含め）には無制限につきあわず、時間を決めて対応する。
- 違法行為、迷惑行為（病院内のルール違反など）、脅迫行為については、自殺未遂患者とその家族といえども毅然とした対応をとる。
- 患者の攻撃的、反抗的、医療者を無視するような態度がみられても、意識障害によるものであることが多い。“性格が悪いせい”などと決めつけず、家族に入院前の本人の様子について聴取し現在の状態と対比する。

②心構え

- 医療者がもつ不安感、無関心な態度を自殺未遂患者は敏感に感じ取ることを知っておく。
- 患者に対して、医療者は適度な距離を置いて対応する必要がある。近すぎても、遠すぎてもいけない。
- 冷たく、無関心で、批判的な対応は、医療者が抱く患者に対する不安のあらわれであり、自殺再企図防止にまったく貢献しない。
- 一方で、医療者は自らが「なんとかしよう」という思いを強く持ち過ぎず、患者を関係機関、専門機関（精神科も含む）につなぐ役割を第一の立場とする。
- 自殺未遂患者は「死にたい」と言うが、同時に「生きていたい」と考えている。言い換えれば、「生きているには辛すぎるから死を選ぶしかない」と感じている。100%死にたい人はいない。

2 すべきこと

①対話の際にとるべき姿勢

- 傾聴……黙ってひたすら患者の言葉に耳を傾け、真剣に聞く態度。
- 共感と受容……患者の言葉をまず一度全面的に受け入れ、理解しようとする態度を示す。同時に入院中の安全を保证する。
- ねぎらい……来院したことそのもの、心の内を吐露してくれたことをねぎらう。
- 両価性……自殺未遂患者は「死にたい」「生きていたい」の両方をさまよっている。白でも黒でもなくグレーゾーンにある患者の気持ちを理解する。
- 死以外の解決方法を考える……患者は「死ぬことが唯一の問題解決方法である」と考えている。問題を解決するための他の方法について一緒に考え、探す努力をする。
- 患者の気持ちに焦点をあてる……自殺企図、自傷行為によって生じた身体面の問題だけでなく、そこに及んだ動機・心理的背景も積極的に取り上げる。

②忘れてはならないこと

- 自殺企図の原因について必ず聞く……聞かずに退院させることは、お腹が痛いと訴える患者に、何も聞かずに痛み止めの処方だけをするような態度に等しい。
- 死の意志を伴って行った行為かどうかを聞く（複数回）……退院の可否判断に直接つながるため、確実な情報を聴取する。
- 本人と家族の両方から情報収集する……自殺企図につながる動機や最近の精神状態についての

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みえる状況を「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。精神科へのつなぎを忘れない。

(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

埼精診 自殺調査結果

平成19年度(平成19年5月—20年4月)

平成20年度(平成20年5月—21年4月)

平成21年度(平成21年5月—22年4月)

3年間の自殺報告数(144名)一覽

	平成19年度 59人	平成20年度 44人	平成21年度 41人
男女比	1対1.2	1対1	1.4対1
死亡時 平均年齢	45.4歳	44.4歳	47.3歳

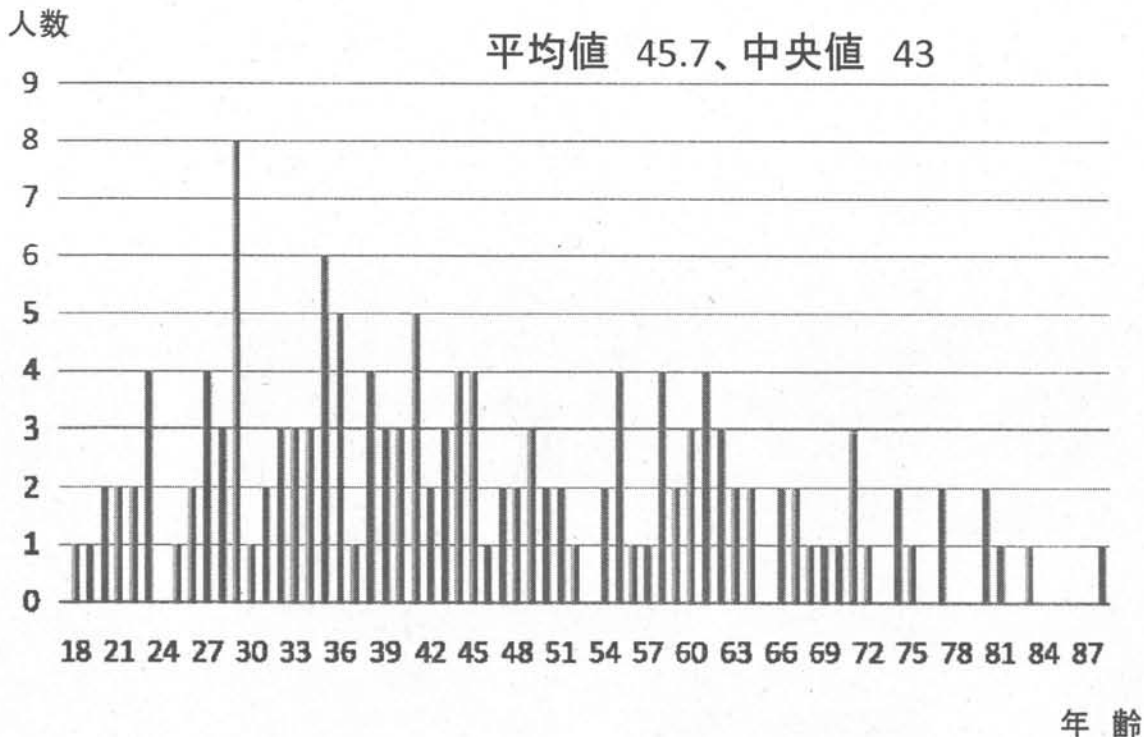
自殺報告診療所数(3年間)

- 33診療所(60診療所中55%)

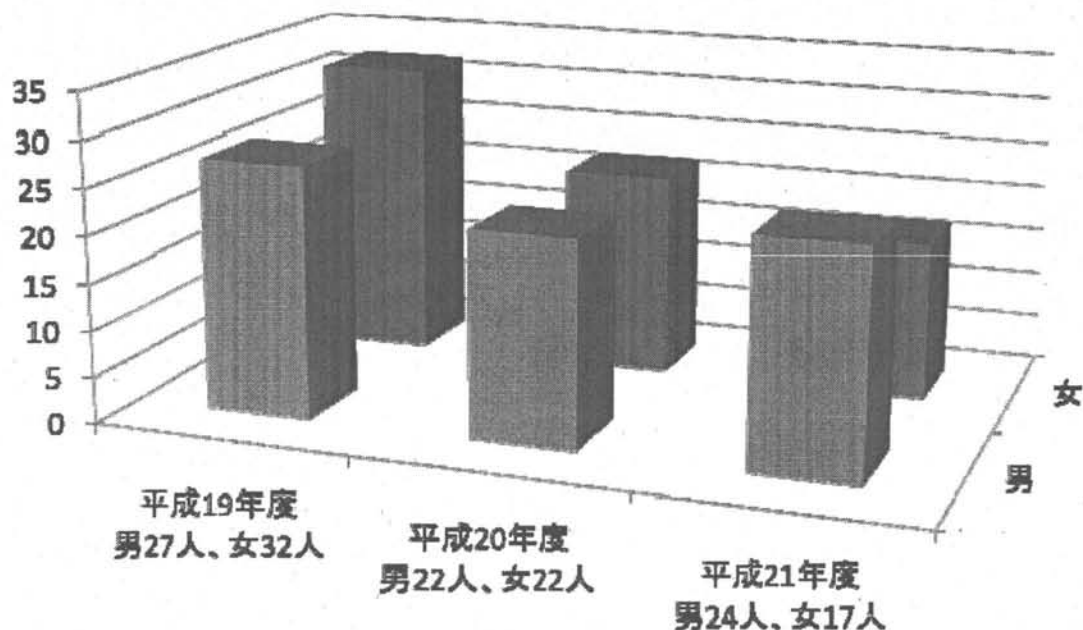
1診療所当たりの自殺者数(3年間)

- 平均4.5人
- 最高値17人
- 標準偏差値4.1

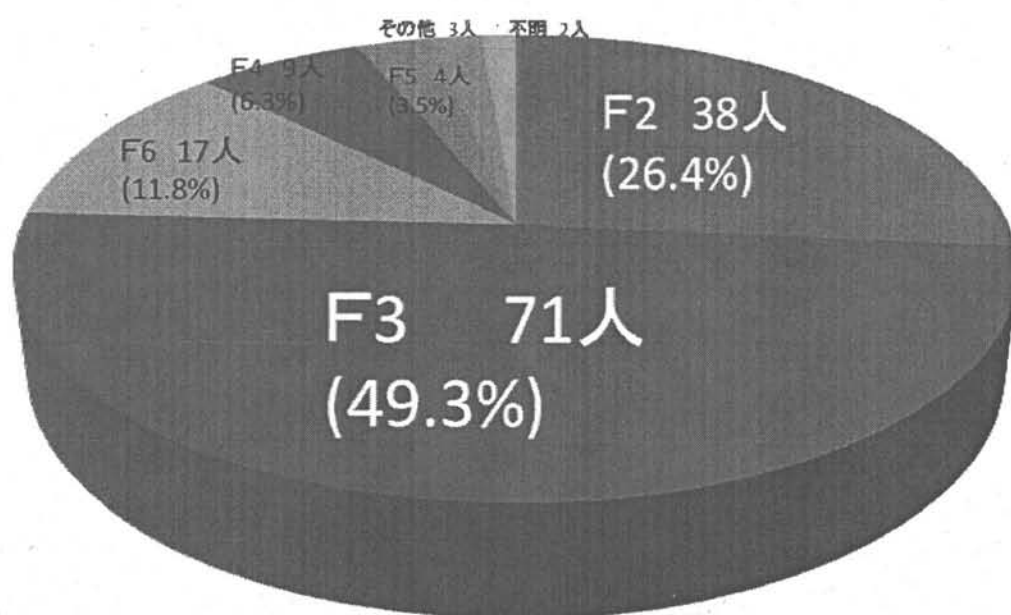
3年度分の自殺者144人の年齢分布



年度毎の報告数

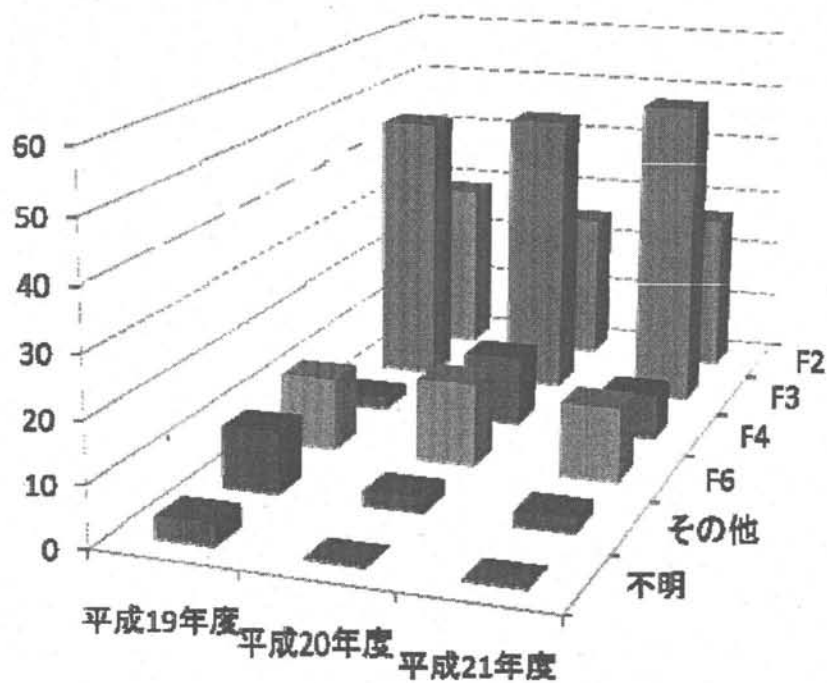


3年度分の自殺者144人の診断

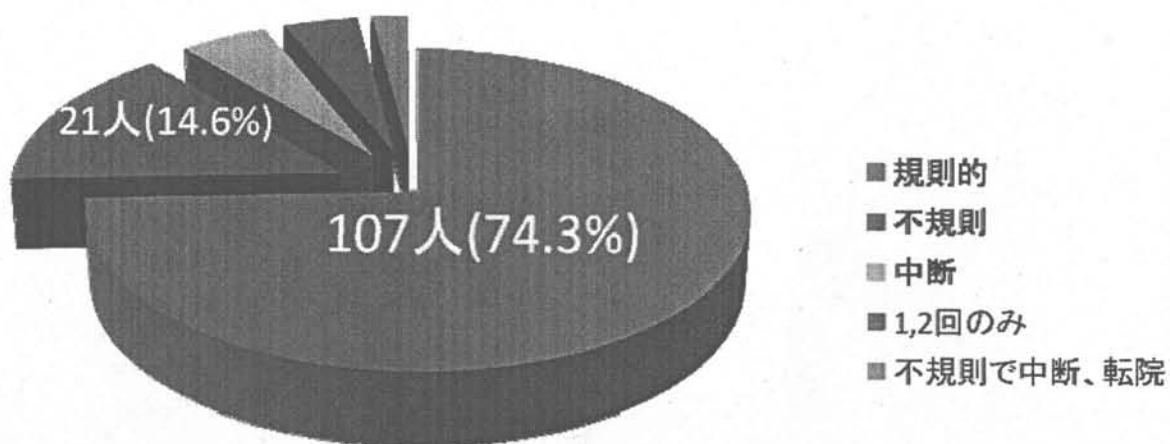


F2 38人のうち、統合失調症が33人、F3 71人のうち、うつ病が66人

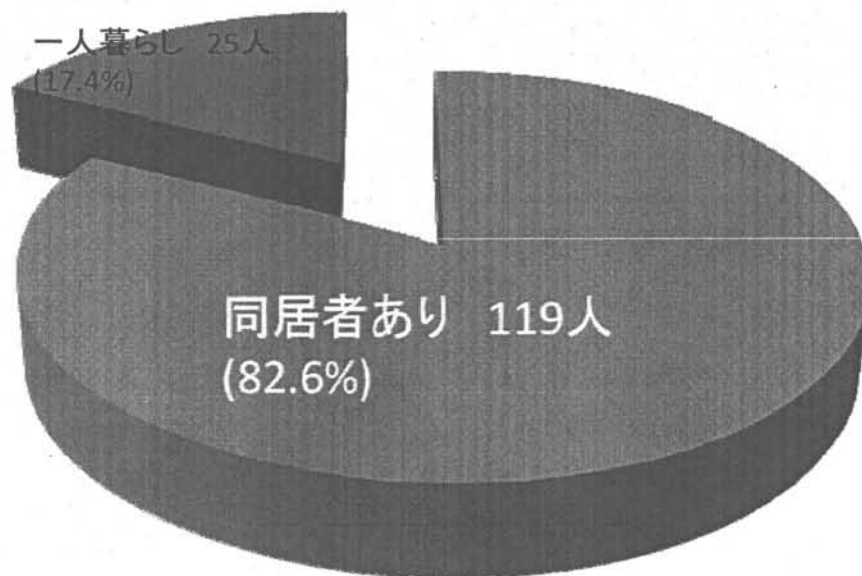
各年度毎の自殺者の疾患割合



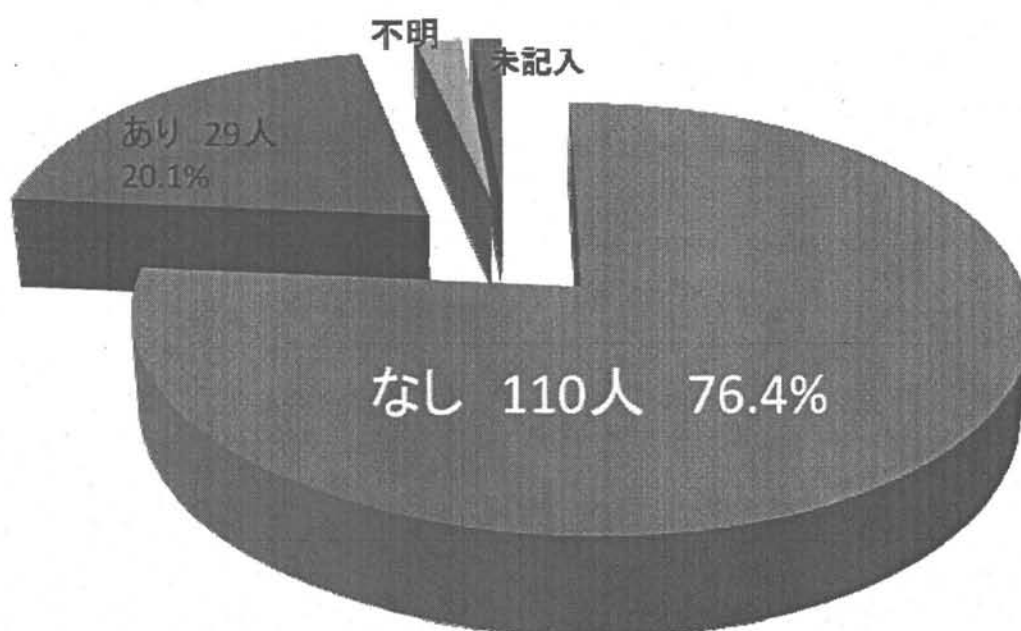
通院状況 3年度分144人



3年度分144人の同居者の有無

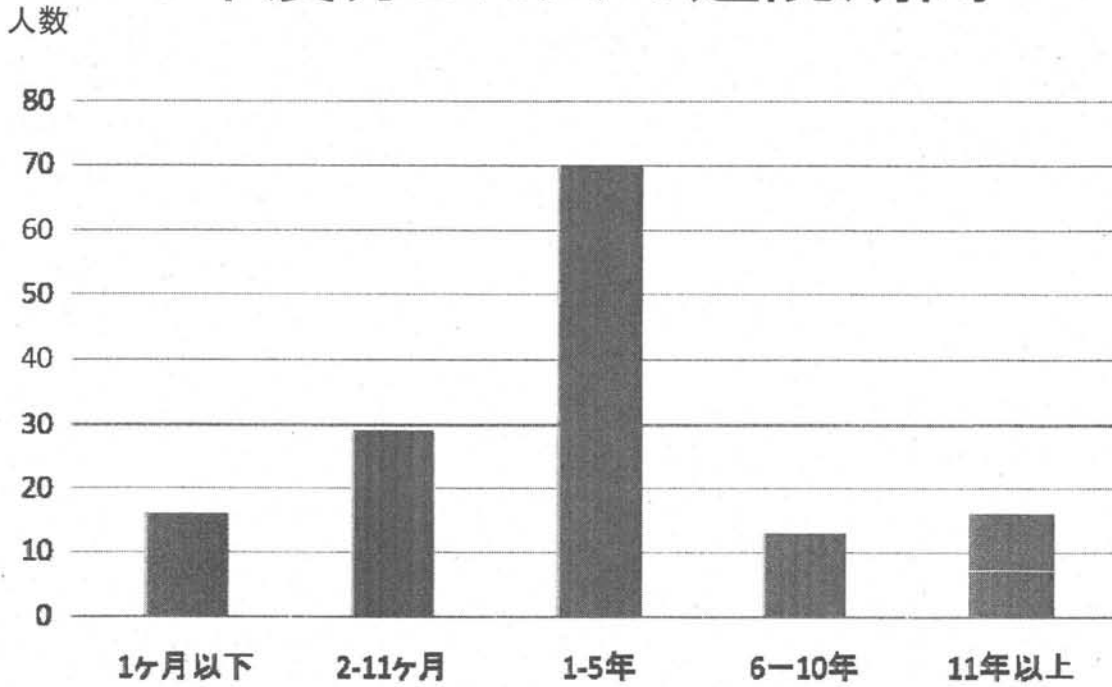


3年度分144人の身体疾患の有無



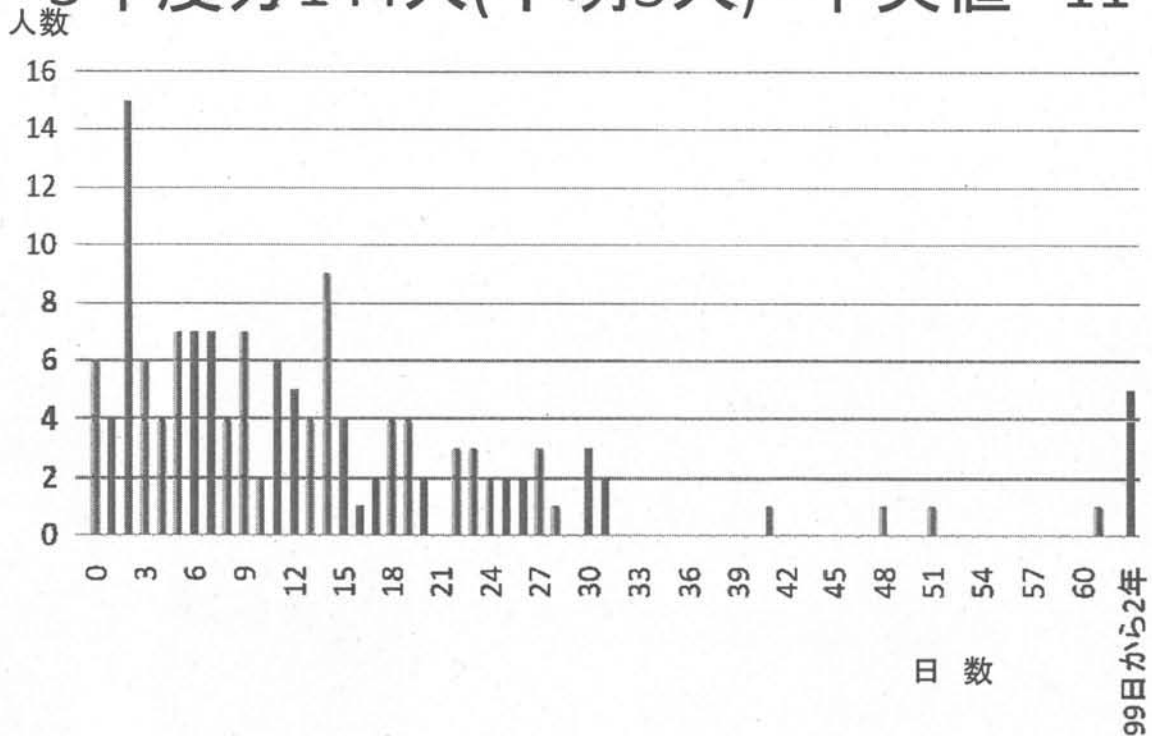
C肝、視力障害、高血圧、高脂血症、糖尿病、前立腺肥大、その他

3年度分144人の通院期間

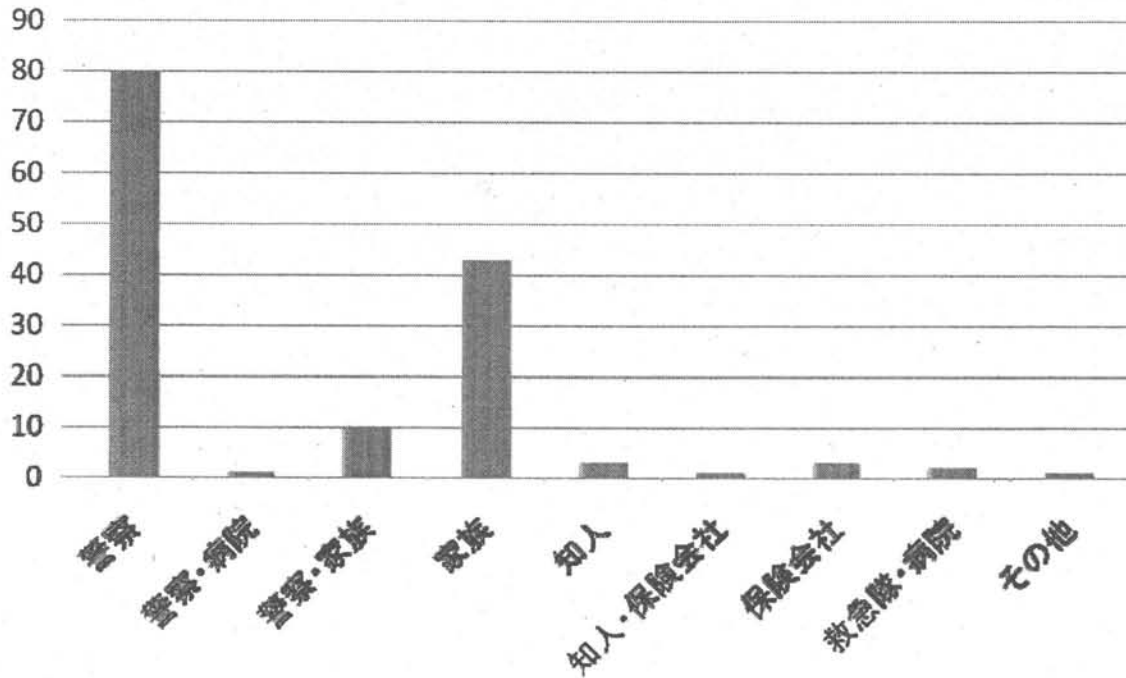


終診日からの日数

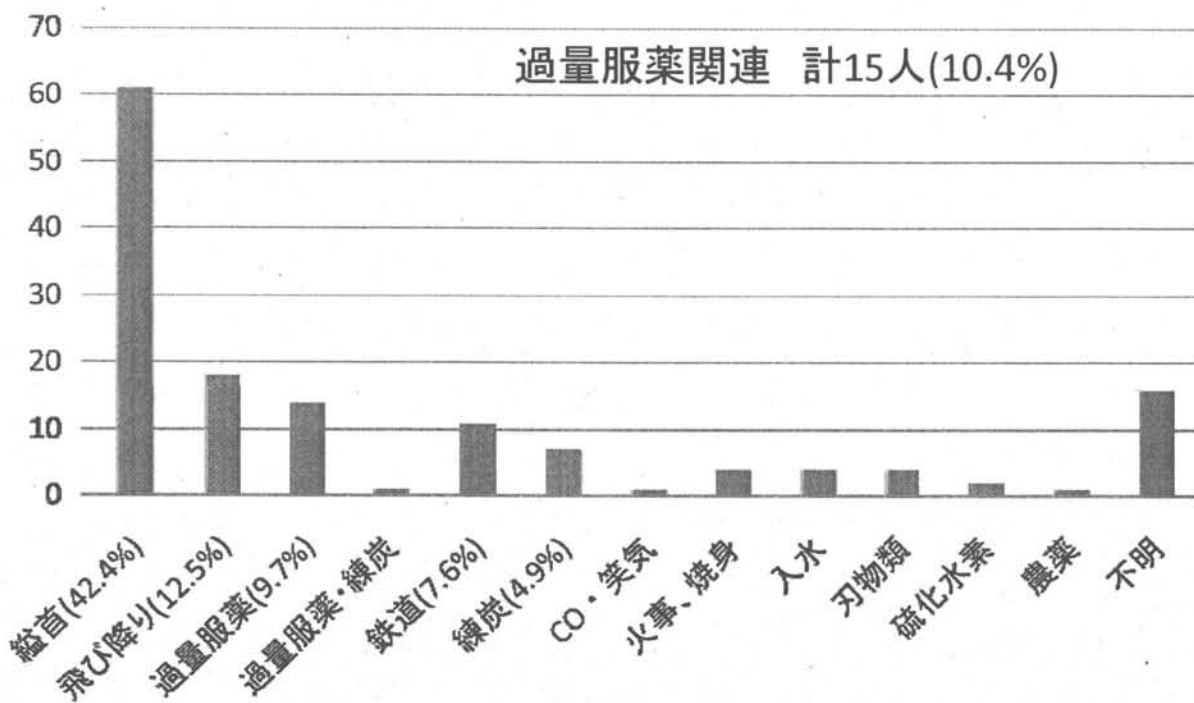
3年度分144人(不明3人) 中央値 11



自殺の連絡方法、3年度分144人

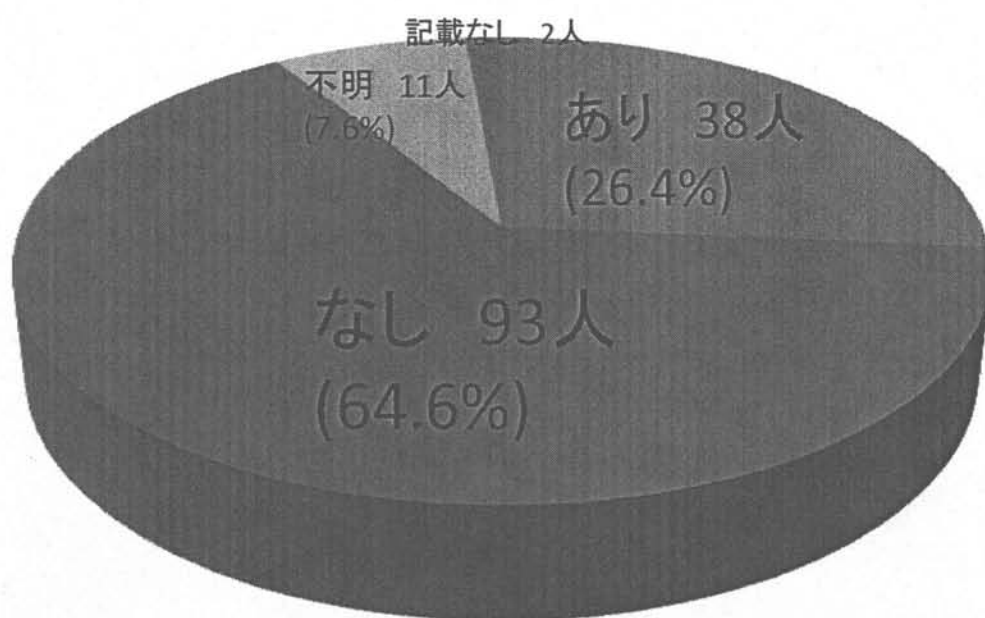


自殺の手段、3年度分144人

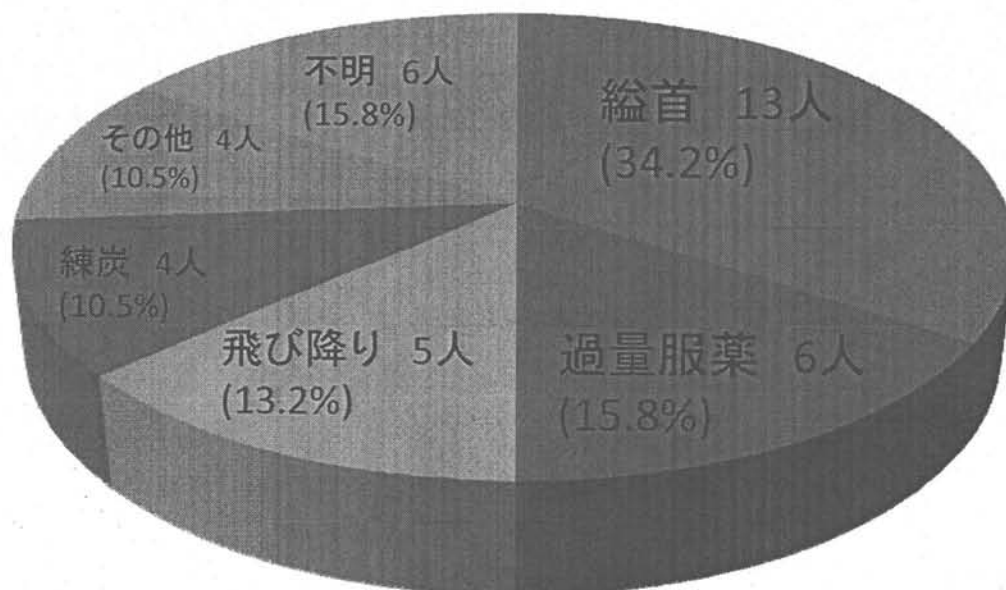


3年度分の自殺者144人の 過量服薬について

3年度分144人の過量服薬の有無

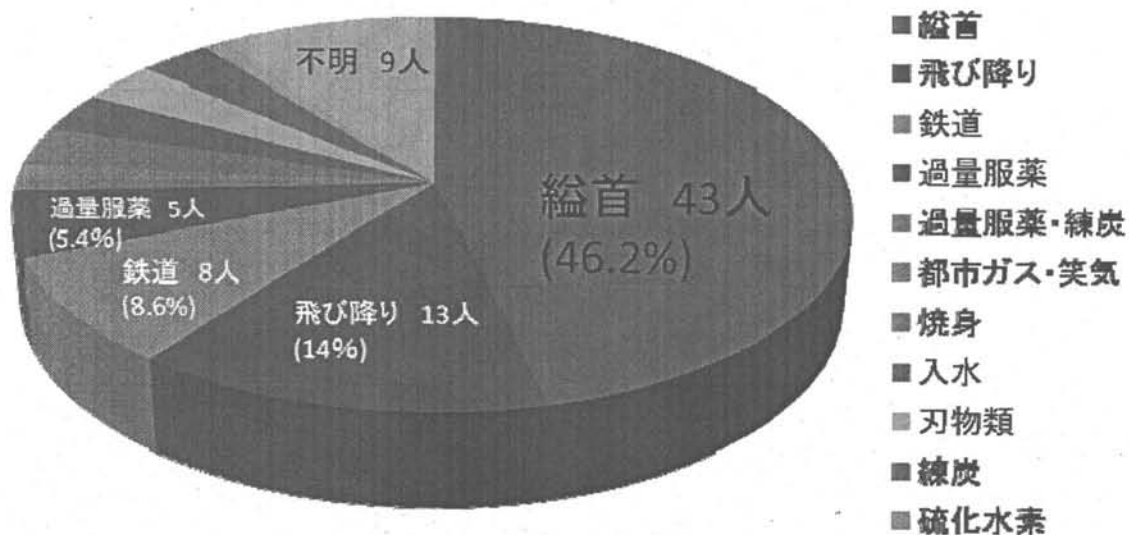


過量服薬既往者38人の自殺の手段



その他4人：入水、刃物、硫化水素、鉄道

過量服薬の既往のない自殺者93人の自殺の手段

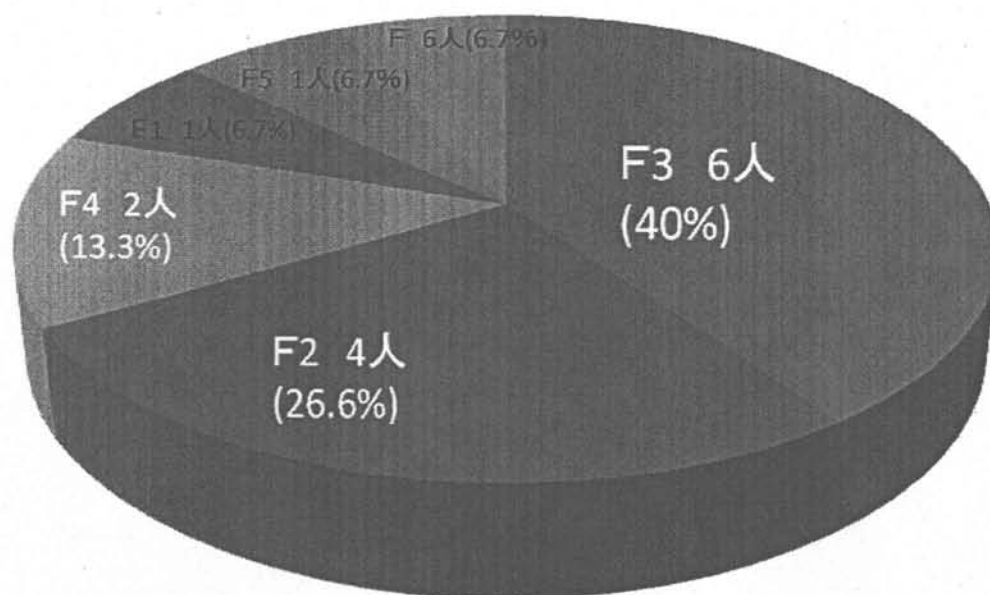


過量服薬関連は、6人(6.5%)

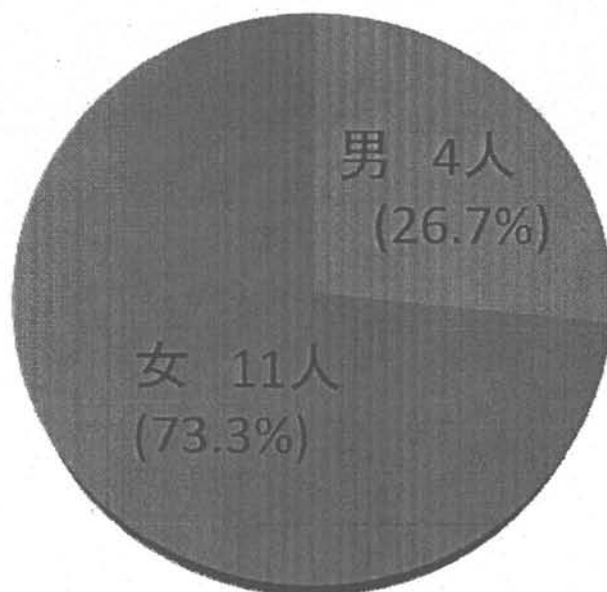
過量服薬の既往と過量服薬死との関係

過量服薬の既往	過量服薬死
あり 38/144人(26.4%)	6/38人(15.8%)
なし 93/144人(64.6%)	6/93人(6.5%)
不明・未記入13/144人 (9.0%)	3/13人(23.1%)

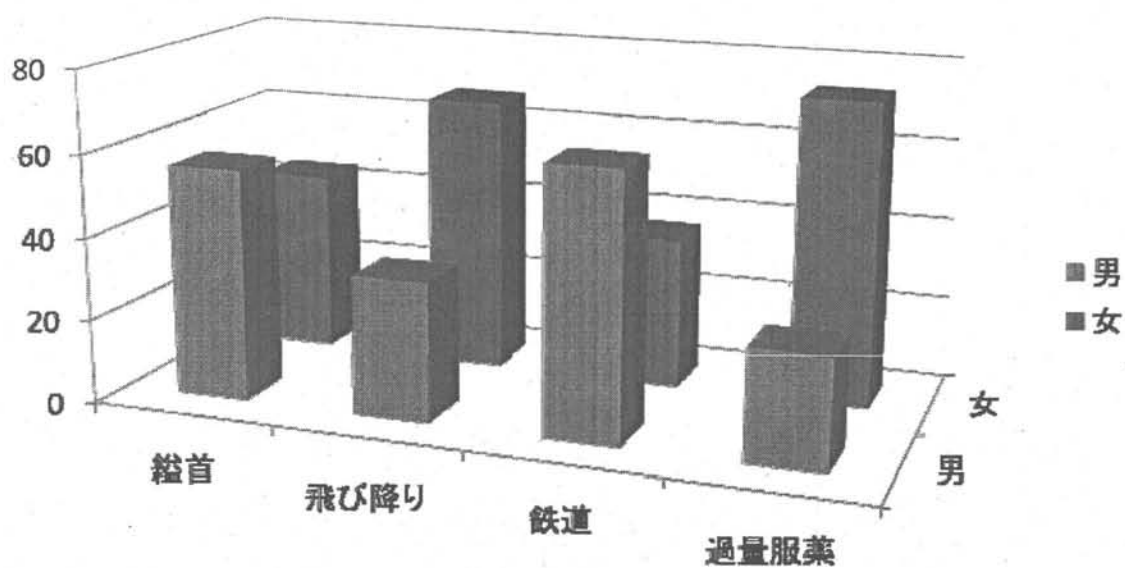
過量服薬による自殺者15人の診断



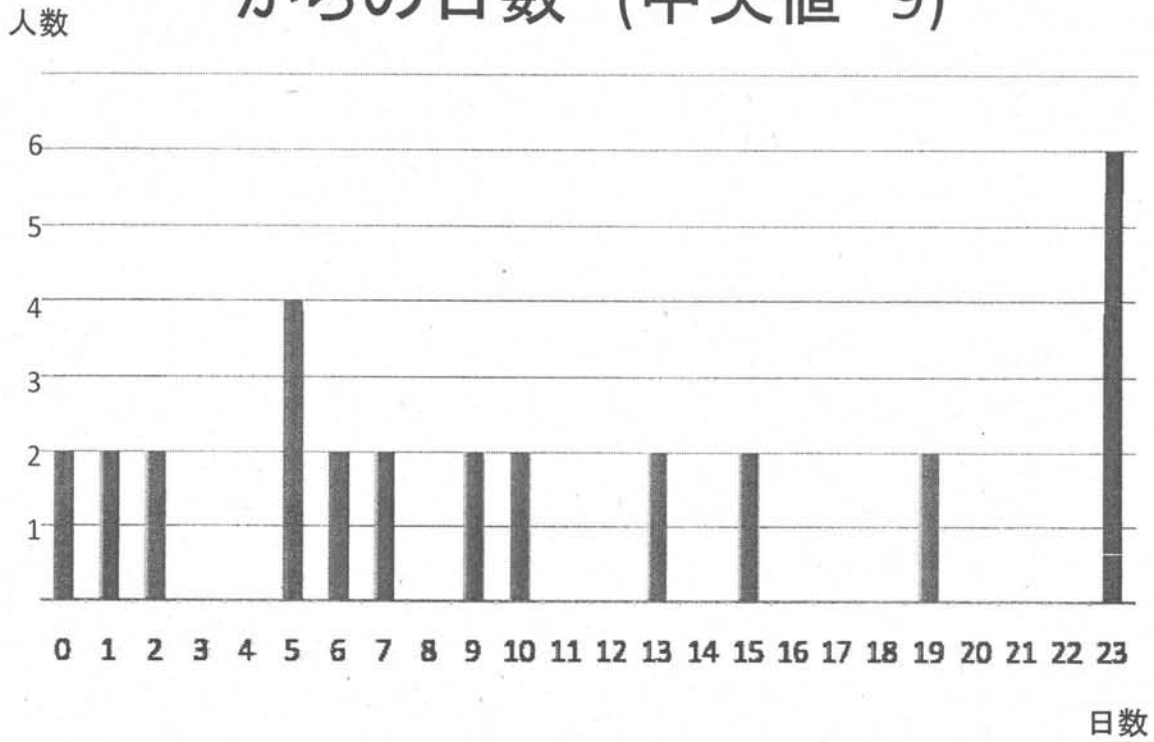
過量服薬による自殺者15人の性別



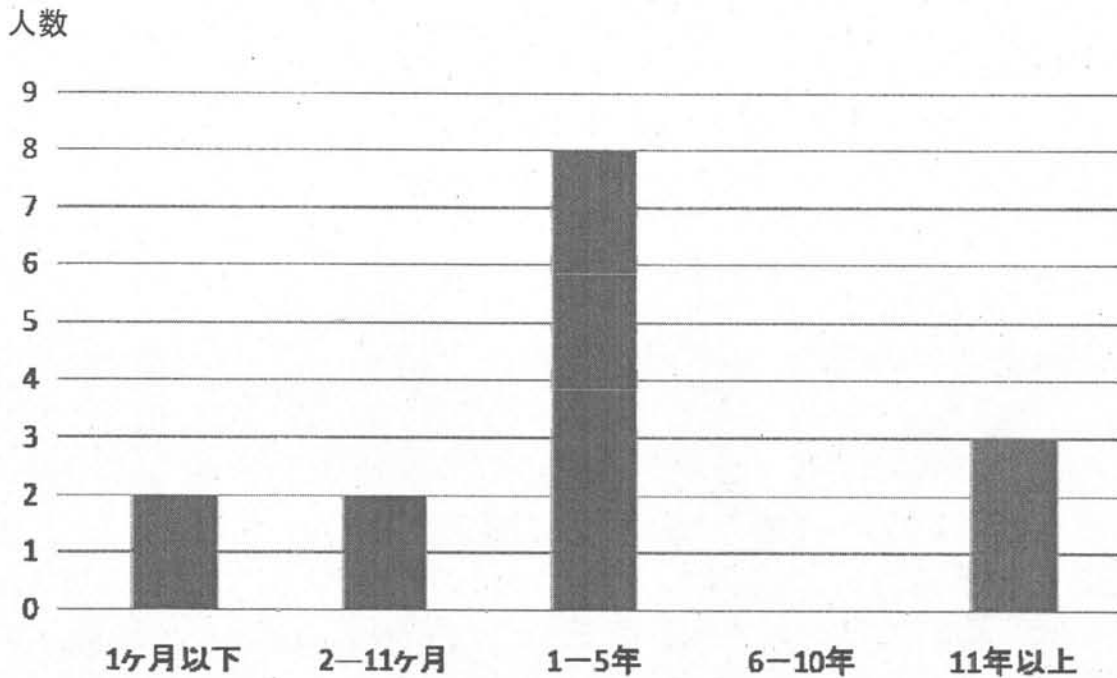
主な自殺の手段の男女比



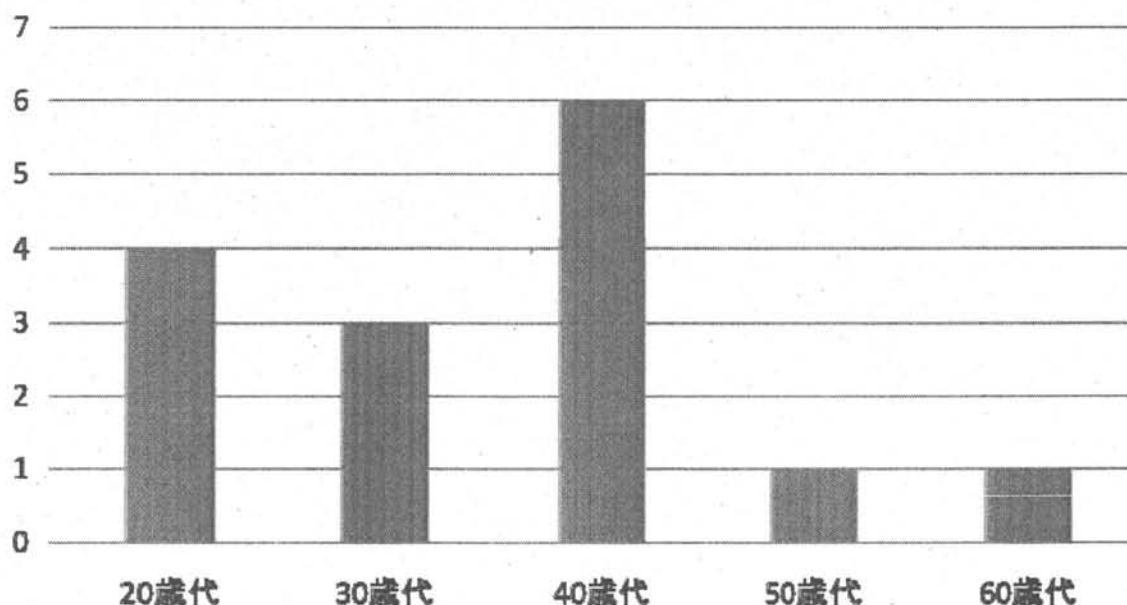
過量服薬による自殺者15人の終診日 からの日数 (中央値 9)



過量服薬による自殺者15人の通院期間



過量服薬による自殺者15人の年齢分布(平均年齢45.7歳、27歳—63歳)



まとめ

- 自殺者の男女比は、ほぼ同じ(警察発表では7割が男性)
- 自殺の手段は、縊首が約4割(警察発表では6割)、他は多種にわたる
- 終診日から自殺する日まで、ほとんどが一ヶ月以内。1—2週間に集中
- 長期にわたって定期的に通院し、同居者のいる者が多い
- 過量服薬による自殺は、約1割
- 過量服薬の既往者の自殺の手段は、かならずしも過量服薬とはかぎらない
- 過量服薬による自殺者の診断で、F3は、自殺者全体に比べやや少なく、F2をはじめ多種にわたる

精神科診療所通院者の自殺の特徴について

里村 淳¹ 恵 智彦² 田代 巖³ 田上 聡⁴ 坂井俊之⁵

¹富士見メンタルクリニック、²イサオクリニック
³田代クリニック、⁴所沢武蔵野クリニック、⁵坂井メンタルクリニック

キーワード：自殺、精神科クリニック 精神科通院者

はじめに

自殺者全体の統計は警察庁や厚生省人口動態調査などのデータから明らかにされているが、精神科診療所通院者の自殺についてはまだ本格的な調査はされておらず、その特徴についてはあまり知られてない。埼玉県精神神経科診療所協会（埼玉精診）は、平成19年5月から、毎年会員診療所における自殺の実態を把握するために調査を開始し、精神科診療所（以下クリニック）通院者の自殺者の実態把握に努めている。平成19年度と20年度の調査の結果については、日精診総会で発表した。さらに、埼玉精診の活動の状況と調査の概要については、埼玉県医師会雑誌（平成21年11月号）で発表した。今回は、これまでの2年分の調査結果から、精神科診療所通院者の自殺の臨床的特徴について報告する。

I. 方法

会員診療所で自殺が生じるごとに、定められた用紙に必要事項を記入して委員会に郵送する。調査の項目は性別、自院初診日、終診日、初診時年齢、死亡時年齢、身体疾患の有無、診断（ICD-10による）、通院状況、生活状況、自殺企図の既往の有無、過量服薬の既往の有無、自殺の連絡、自殺の手段、自殺の場所である。報告した診療所名は保護され、調査結果には表れない。毎年5月から翌年4月までを一年度分とし、結果を公開する。

II. 結果

1. 報告数および内訳

(1) 平成19年度は、男27人（45.8%）、女32人（54.2%）、計59人。平成20年度は、男22人（50%）、女22人（50%）、計44人である。平成19年度と20年度をまとめると、男49人（47.6%）、女54人（52.4%）、計103人である。

(2) 会員からの報告状況

平成19年度は、56会員中24人の会員（約43%）から計59件の報告があったが、20年度は、57会員中17人の会員（約30%）から計44件の報告があった。報告した一会員あたりの報告件数は、平成19年度が2.5件、20年度が2.6件であった。

2. 初診時平均年齢

平成19年度は、男が41.0歳（18～73歳）、女41.0歳（21～87歳）、平成20年度は、男39.0歳（19～65歳）、女39.0歳（21～69歳）である。

表1 平成19,20年度103人の男女別・年代別死亡年齢分布

	平成19年度		平成20年度		男女合計
	男	女	男	女	
10-19歳	1	0	0	0	1
20-29歳	3	10	3	5	21
30-39歳	8	4	6	3	21
40-49歳	3	5	5	7	20
50-59歳	3	6	6	3	18
60-69歳	5	5	2	4	16
71-79歳	4	1	0	0	5
80-89歳	0	1	0	0	1

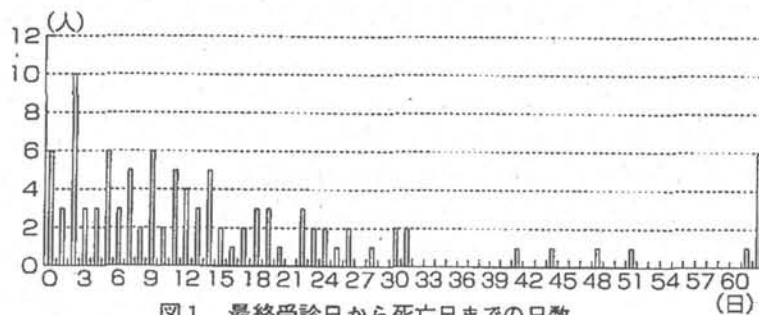


図1 最終受診日から死亡日までの日数
平成19,20年度103人 (うち不明1人)

表2 平成19・20年度のF2、F3、F6の男女別・年代別年齢分布

	F 2		F 3		F 6		合計人数
	男	女	男	女	男	女	
10-19歳	1	0	0	0	0	0	1
20-29歳	0	5	3	2	2	2	14
30-39歳	7	2	4	1	0	3	17
40-49歳	2	3	5	7	1	2	20
50-59歳	1	4	6	4	1	1	17
60-69歳	1	1	4	8	1	0	15
70-79歳	0	1	4	0	0	0	5
小計	12	16	26	22	5	8	89
合計人数		28		48		13	

3. 死亡時平均年齢

平成19年度は、男が39.0歳(19～65歳)、女39.0歳(21～65歳)、平成20年度は、男が44.3歳(21～69歳)、女が44.5歳(23～66歳)である。平成19年度と20年度の男女別年代別死亡年齢分布は、表1の通りである。

(3) 平成19年度および20年度の計103人の最終受診日から自殺する日までの期間を図1に示した。

4. 身体疾患の有無

平成19年度は、身体疾患有りが6人(10.2%) (前立腺肥大1人、C型肝炎2人、高脂血症2人、糖尿病1人)、無しが52人(88.1%)、未記入が1人である。平成20年度は、身体疾患有りが8人(18.2%) (乳癌と胆管癌、網膜剥離、パーキンソン病、糖尿病、高血圧症、網膜静脈閉塞、頸椎管狭窄、脳梗塞各1人)、無しが36人(81.8%)である。

5. 診断

(1) 平成19年度は、F2に属するものが17人、28.8% (統合失調症12、それ以外のもの5)、F3が27人、45.8% (うつ病26、躁うつ病1)、F6が7人、11.9%、その他6人、10.2% (摂食障害2、社会不安障害、不眠症、アルツハイマー型認知症各1)、不明2人、3.3%である。平成20年度はF2に属するものが11人、25% (すべて統合失調症)、F3が21人、47.7% (うつ病20、躁うつ病1)、F4 (神経症性障害) が5人、11.4%、F5が1人、2.3%、F6が6人、13.6%である。

平成19年度と20年度の合計103人の診断を表2に示す。

(2) 平成19,20年度計103人のF2(28人)、F3(48人)、F6(13人)の男女別・死亡年代分布を表2に示す。F2は、全体としては30代がピークで、加齢とともに減少していく。30代で男性が突出している以外は、一定の傾向はみられない。F3は全体として、30代から50代にかけて働き盛りの年代に多いことがわかる。男女別にみると、

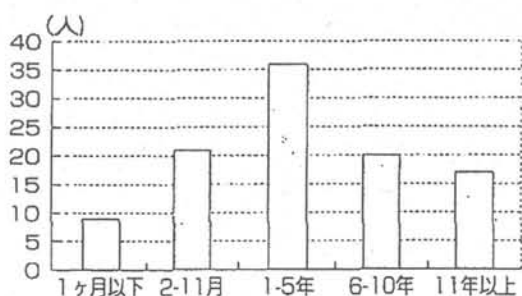


図2 通院期間
平成19,20年度103人

男性は50代をピークに山型を描くのに対し、女性は一定の傾向はみられない。

F6は女性が30代をピークに山型を描く以外、一定の傾向はみられない。

6. 通院状況

(1) 平成19年度は、定期的に通院が41人(69.5%)、不規則に通院が10人(16.9%)、不明が3人、中断が1人、1回だけの受診が3人、2回だけ受診が1人である。

平成20年度は、定期的に通院が37人(84.1%)、不規則に通院が3人(6.8%)、不明が3人、中断が1人である。

(2) 通院期間は、平成19年度は、1カ月以下が7人、2～11カ月が10人、1～5年が22人、6～10年が13人、11年以上が7人である。平成20年度は、平成20年度は、1カ月以下が2人、2～11カ月が11人、1～5年が14人、6～10年が7人、11年以上が10人である。平成19、20年度103人の通院期間を図2に示す。

7. 生活状況

平成19年度は、同居者ありが54人(91.5%)、同居者なしが5人(8.5%)である。平成20年度は、同居者ありが32人(72.7%)、同居者なしが12人(27.3%)である。

8. 自殺企図の既往の有無

平成19年度は、自殺企図の既往有りが、23人

(40%)、なしが29人(49.2%)、不明が7人(11.8%)である。平成20年度は、自殺企図の既往有りが、21人(47.7%)、なしが21人(47.7%)、不明が2人(4.6%)である。

9. 過量服薬の有無

(1) 平成19年度は、過量服薬の既往有りが14人(23.7%)、なしが38人(64.6%)、不明が7人(11.9%)である。平成20年度は、有りが15人(34%)、なしが28人(63.6%)、未記入が1人である。

(2) 過量服薬の既往と自殺との関係について平成19年度過量服薬の既往者は14人(23.7%)で、過量服薬による自殺者は7人(11.9%)であった。そのうち、過量服薬の既往が確認されたケースは2人であった。20年度の過量服薬の既往者は15人(34.1%)で、過量服薬による自殺者は4人(9%)であった。そのうち、過量服薬の既往が確認されたケースは3人であった。したがって、平成19年度と20年度の自殺者103人のうち過量服薬による自殺者は計7人であり、そのうち過量服薬の既往者は5人であった。したがって、過量服薬の既往のある者は自殺の手段としてはほかの方法をとることが多いが、過量服薬で自殺する者は過去にも過量服薬の既往が多いことがわかる。

10. 自殺の連絡

平成19年度は、警察が29人(49.2%)、家族が22人(37.3%)、警察と家族が2人(3.4%)、その他が5人(保険会社が2人、医療機関、救急隊、知人が各1人)、不明が1人である。平成20年度は、警察が30人(68.2%)、家族が10人(22.7%)、警察と家族が3人(6.9%)、知人が1人(2.2%)である。以上より、自殺の連絡は警察が主で、家族がそれに次ぐ。

11. 自殺の手段

(1) 平成19年度は、縊首が24人(40.7%)、投身が9人(15.3%)、過量服薬が7人(11.9%)、鉄道が5人(8.5%)、練炭が3人(内一人は過量

投稿

表3 主な自殺手段と連絡方法との関係

	警察	家族	警察と家族	その他	合計人数
縊首	22	11	3	4	40
投身	8	7	0	1	16
過量服薬	5	3	2	1	11
鉄道	6	3	0	0	9
練炭	5	2	0	0	7

表4 主たる疾病別にみた自殺の手段

	うつ病	統合失調症	人格障害	合計人数
縊首	25	5	5	35
投身	5	5	2	12
過量服薬	2	2	1	5
鉄道	4	2	1	7
練炭	4	2	0	6
焼死	0	2	0	2
入水	2	0	0	2
刃物類	1	2	0	3
笑気ガスとCO	0	0	1	1
不明	2	2	3	7
合計人数	45	23	13	81

服薬併用)、刃物、入水、笑気ガスと都市ガス併用が各1人、不明が8人(13.6%)である。

平成20年度は、縊首が16人(36.4%)、投身が7人(15.9%)、過量服薬が4人(9%)、鉄道が4人(9%)、練炭が4人(9%)、焼死が2人(4.5%)、刃物が2人(4.5%)、硫化水素が1人、入水が1人、不明が3人である。

平成19,20年度103人の自殺の手段を表3に示す。

(2) 自殺の手段と自殺の連絡方法との関係(平成19年度と20年度103人分)を表3に示す。

自殺の連絡は警察が主体であることがわかる。家族からの連絡は、警察からの連絡の約半数みられるが、投身自殺については、ほぼ同数みられる。

(3) 主たる疾患である、うつ病(45人)、統合失調症(23人)、人格障害(13人)の自殺の手段を表4に示す。うつ病では25人(55.6%)が縊首を選び、それ以外は分散の傾向がみられる。統合失調症、人格障害でも分散の傾向がみられる。練炭、焼死などの手段がうつ病、統合失調症だけで人格障害にみられないのは意外である。

1.1. 自殺の場所

平成19年度と20年度の合計103人では、自宅および自宅のマンションが61人(59.2%)、高い建物が8人(7.8%)、鉄道線路が9人(8.7%)、車の中が5人(4.9%)、公園が2人(1.9%)、河川が2人(1.9%)、その他が4人(3.9%)、不明が12人(11.7%)であった。

Ⅲ. 考察

これまでの警察白書によると、全国の自殺者の約7割が男性であり、それも働き盛りの年齢とくに50歳代に多く、それも、うつ病の未治療者が多く、うつ病の早期発見・早期治療が強調されている。今回の調査結果では、男女差については、あきらかな差はみとめられないが、クリニックに通院している自殺者の場合、女性の割合が高いことが、第一の特徴である。クリニック通院者の男女比は1対2で、もともと男性より女性の方が多いため、ある程度うなずける結果といえる。また、自殺者の年齢は50歳代がピークと言われているが、調査の結果は、全体では40歳代がピークで、全国平均よりやや低い。男女別では、男では40歳代がピークとなるが、女では20歳代がピークで年代とともに減少の傾向がみられる。

診断については、うつ病を主とする気分障害が103人中48人(46.6%)で半数近くを占め、外来全体の割合に比例するが、統合失調症を主とする精神病性障害は28人(27.2%)である。クリニックの外来に占める統合失調症の割合は5%以下であるところが多いことを考えると、クリニックに通院する統合失調症の自殺のリスクは高いと言える。

通院者の自殺の時期については、最終受診日から1週間以内にピークがみられ、1カ月以内に集中している。投薬日数が最大1カ月となっていることを考えると、興味深い結果となっているが、個々の患者の投薬日数との関係は確認できていないことと、警察や家族からの連絡が1カ月を過ぎる

と減っていくのか、これらの点については今後の調査の結果を待たねばならない。

身体疾患の合併の有無、同居者の有無、通院の規則性についてはどうか。身体疾患を有する者は全体でも13.6%であり、多いとは言えない。疾病を苦にして自殺する人が多いことが知られているが、クリニック通院者に関しては、身体疾患を苦にして自殺する人は多いとは言えない。同居者の有無については、いる人の方が多く、孤独との関係はあまり強くないと言える。通院も規則的になされており、通院の不規則が病状悪化につながり自殺のリスクが高まるということは言えない。したがって、これらの要素は自殺の背景としての意味合いは高くないと言える。自殺の背景として知られる、経済、家庭、職業などの問題についてはチェックされていないので、今後、これらの要素も考慮して調査をする必要がある。

通院期間については、年単位の通院者が多く、精神科にちゃんと通院していれば自殺のリスクは回避できるような幻想がみられるが、そのことを否定する結果となっている。

自殺の手段は、警察白書によると約6割が縊首であり都市ガスがそれに次ぐ。調査の結果でも縊首が約4割でもっとも多いが、都市ガスは少なく、投身、過量服薬、鉄道、練炭がつぎ、縊首以外に分散する傾向がみられる。自殺の場所は、警察白

書によれば、自宅が約半数みられるが、調査の結果でもほぼ同様である。

自殺の連絡は警察が主で、家族がそれに次ぐが、連絡のない自殺の存在が十分考えられるので、今後、警察の情報提供が期待される。

Ⅳ.まとめ

今回の調査では、自殺者の男女比、年齢、自殺の方法について、全国の自殺者と異なる結果が示された。つまり、男女差はあまりみられず、年齢も若く、自殺の手段は縊首がいちばん多いことには変わりがないが、多彩な方法がとられていることなどである。

調査の結果は、警察や家族からの連絡とさらに会員の自主的な報告から得られたデータに基づいているが、自殺が発生したとき、かならずしもクリニックに連絡があるわけではないことは、自殺の連絡のデータより明らかである。今後、警察との協力により、クリニック通院者の自殺の実態の解明に努める必要がある。

文献

- 1) 警察庁編集:警察白書平成21年版、ぎょうせい、2009.
- 2) 厚生労働省編集:平成20年度版自殺対策白書、2009.

見落とされてきた疾患 :境界性パーソナリティ障害 (BPD)

第6回自殺・うつ病等対策プロジェクトチームヒアリング

2010.7.27

林 直樹 都立松沢病院精神科

発表の課題

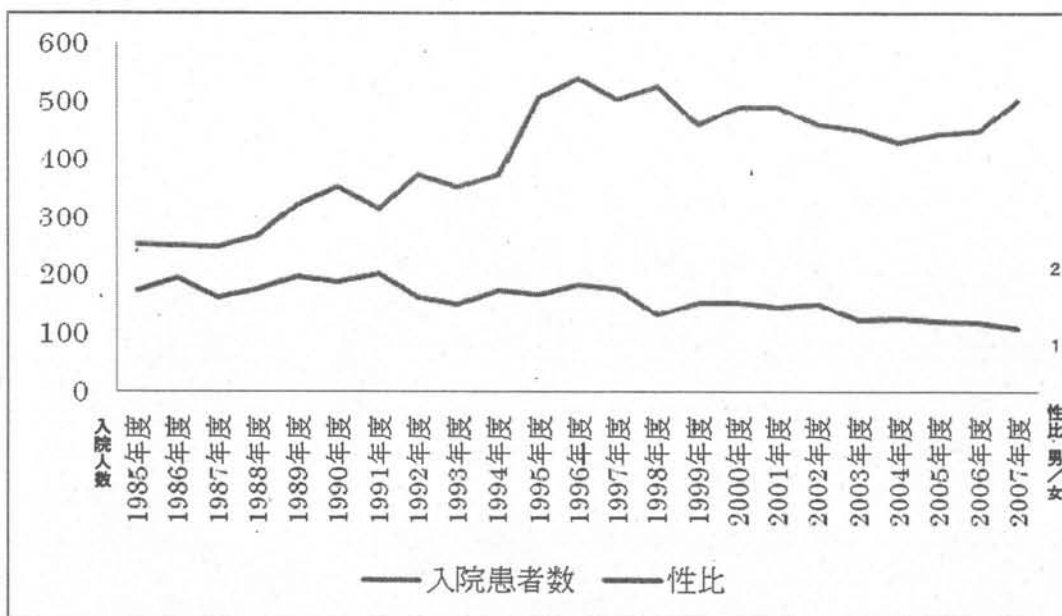
- (1) 診療の過程で自殺のリスクをどのように評価するか。
- (2) 処方の際にどのような工夫を行っているか。
- (3) 投与日数についてどう考えるか。
- (4) 医師への普及方法等、医療の質の向上に向けた取組としてどのような方法が考えられるか。

パーソナリティ障害の増加

: 松沢病院夜間休日精神科救急における変化

- この四半世紀で入院患者の性比が2:1から1:1へと変化。
- 1986-1993(時期I)と2004-2006(時期II)の入院患者の比較から、性比の変化は、依存症の減少とPDの増加によって説明されると考えられた。
- 自殺関連行動も時期I, IIでOdds比が1.6倍に。

松沢病院夜間休日精神科救急における 患者数の年次変化



2つの時期における性比・年齢の違い

	1986-1993.5	2004, 2006
男女比	1248:659	450:383
女性の比率	35%	46%
平均年齢	35.6	37.8
総入院数	1907	833

5

2つの時期における診断の変化

	時期Iでの比率	時期IIでの比率	女性の比率	時期のオッズ比 ^a	性別のオッズ比 ^b
F0器質性精神障害	4.1%	5.3%	30.3%	0.883	0.860
F1 物質使用障害	19.2%	11.8%	18.5%	0.605 ^c	0.301 ^c
F2 非器質性精神病	69.8%	58.0%	40.0%	0.598 ^c	1.356 ^c
F20 統合失調症	61.8%	47.3%	38.0%	0.575 ^c	1.044
F3 気分障害	4.1%	8.4%	43.2%	1.827 ^c	1.103
F4 神経症性障害	7.7%	5.3%	52.9%	0.610 ^c	2.024 ^c
F5 摂食障害など	0.3%	0.6%	70.0%	2.138	3.431
F60 パーソナリティ障害 (PD)	3.8%	12.7%	60.9%	3.680 ^c	2.403 ^c
F7 知的障害	2.9%	3.6%	37.6%	1.363	0.945
F8 発達障害	0.3%	1.0%	14.3%	4.441	0.209
F9小児・青年期の行動・情緒障害	0.4%	0.5%	27.3%	1.809	0.513

6

2つの時期における入院時問題行動の変化

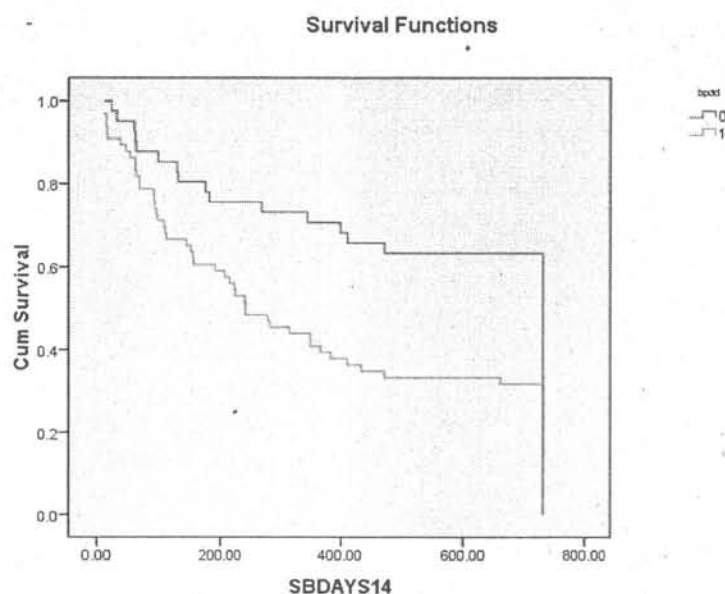
	時期Iでの 比率	時期IIで の比率	女性の比率	時期のオ ッズ比 ^a	性別のオ ッズ比 ^b
暴力 ^c	36.5%	37.5%	31.0%	1.118	0.608 ^d
自殺関連行動	17.7%	26.5%	48.0%	1.629 ^d	1.617 ^d
性的逸脱	3.0%	2.8%	29.6%	0.959	0.685
放火	2.4%	2.4%	36.4%	0.926	0.825
結婚経験なし	67.5%	65.3%	31.6%	0.999	0.411 ^d
単身生活	41.0%	35.8%	31.1%	0.841	0.611 ^d

7

松沢病院入院SB患者の実態 (林ら(2009))

- SCID-I,IIで20ヵ月間に入院した155人の患者を評価。BPDが56%。
- 自己切傷 41%, OD 32%, 首絞め 15%。
- BPDに特に多いのがOD(37%)。BPDのOD経験率は76%。

フォローアップ研究 BPDのSB再発までの期間への影響



フォローアップにおける自殺

- 107人をフォロー。2年後には94人
- 最初の2年間に5人自殺。Sc 3人(不審死1人), BPD 2人。
- つぎの2年間にさらにBPD 4人が自殺。
- Scの自殺者は全員が男性。
- BPDの自殺者は男女同数。35歳以下。
- 小規模のフォローアップ研究であるが、深刻な事態であると考えざるを得ない。

若者の自殺率低減のためにBPD 対策は不可欠

- 重要なのは、治療・対応の普及可能性。安価で、短いトレーニング期間で展開可能な治療・対応の普及が求められている。
- 弁証法的行動療法(DBT), メンタライゼーションベイスト治療(MBT)など効果が実証されているものがある。
- しかし、重厚壮大な精神療法は、少なくともわが国では高嶺の花。

BPD治療・対応の変革が必要

- 課題は効率的な治療とスムーズな治療導入の2つ。
- 広い範囲の現場で実践可能な対策が求められている。
- チームによる医療・対応のセッティングが好ましい。当然、多職種チームとなる。
- 英国の取り組み:NICEのガイドライン(2009)