

アルコールと自殺の関係について

アルコール飲用下や依存性薬物使用下で自殺企図を図る場合が少なくありません。一般に、アルコールやの乱用、依存、酩酊や大量飲酒は自殺のリスクを高めるといわれます。たとえば、これまでもアルコールと自殺率に関連するという報告(Wasserman D, et al,1994;Skog,1993)や、アルコールの大量飲酒はその後の自殺死亡のリスクを高めるという指摘があります(Andeasson, et al, 1988; Akechi, et al,2006)。

また、アルコールの使用は絶望感、孤独感、抑うつ気分を増強し、自身に対する攻撃性と高め、自殺念慮を実際に行動に移すのを促進し、心理的視野狭窄を促進して対処策を困難にするといわれており、自殺念慮の出現と関係し、計画性のある自殺より計画性のない自殺と関連するとの報告が認められます (Borges et al,2000)。

■アルコール依存症

厚生労働省の健康日本 21 では、多量飲酒者は「1 日平均 60 グラム以上飲酒する者」と定義されています。アルコール依存症は、1) 飲酒欲求が存在、2) 飲酒欲求の制御が困難、3) 持続的にアルコールを飲用、4) アルコールの耐性が存在、5) 離脱症状の出現、6) 社会生活が障害、を特徴としています。アルコール依存症の多くが、抑うつ状態やうつ病を合併しており、上記に加えて精神症状も確認する必要があります。

■酩酊状態

アルコールによる酩酊状態では、判断力が障害されたり、衝動性が高まることで自殺企図に至る場合があります。自殺企図者では向精神薬を大量服薬し、アルコール飲酒を併用している場合が少なくありません。アルコール血中濃度と臨床症状を勘案して、状態像や重症度を把握する必要があります。

また、異常酩酊としては、記憶欠損はなく、精神運動興奮、易刺激性、暴力的態度が出現する複雑酩酊と、健忘を伴った情動不安定、衝動行為、幻覚などが出現する病的酩酊があります。異常酩酊では傷害事件などが発生する場合がありますが、自殺企図が発生する場合があります。

■アルコール関連のその他の精神障害

アルコール長期多量摂取により抑うつが強まり、自殺企図に至る場合があります。また、長期多量飲酒は脅迫的、迫害的な内容の言語性幻聴などを呈するアルコール性幻覚症や、脳委縮を呈するアルコール性認知症につながる場合があります。

アルコールを長期過量摂取しているアルコール依存症患者では、断酒などによってアルコール摂取量が急激に低下すると、発汗やふるえ、自律神経の症状、不安焦燥感のような離脱症状が出現する場合があります。重篤な場合には、意識障害や幻視などを伴うせん妄状態を呈することがあります。

■アルコール摂取による自殺企図者への対応

1. 評価について

1) 確認にあたって留意すべきこと

自殺企図者が搬送された場合、自殺企図前にアルコールや薬物を使用したかどうかについて必ず確認する必要があります。このような患者では意識障害を合併することも多く、診察時に状態を正確に把握することにも困難が伴います。精神作用物質による精神障害が疑われる場合には、確認漏れがないように細心の注意を払うべき疾患であることを念頭に置くことが一番重要です。

2) 自殺企図について確認する

自殺企図について確認します。自らの意志で行ったか、明確な自殺の意図があったか、致死性のある手段を用いたか、致死性の予測があったか、自殺念慮が存在するか、遺書などから客観的に判断できるか、などを確認する必要があります。例えば、不自然な外傷や内出血等がある場合は、事故や犯罪の被害である可能性も疑います。

3) 自殺企図時のアルコールや薬物の使用について確認する

アルコールや薬物が自殺企図時に使用されたかを確認する必要があります。酩酊下で自殺企図に至る場合は少なくありません。また、薬物使用により判断力が失われたり、

衝動性が高まって自殺企図が発生することもあります。さらに、アルコールや薬物が使用されていた場合には、急性中毒の治療を並行して行わなければいけません。

4) 自殺企図以前のアルコールや薬物の使用、乱用、習慣を確認する

依存症の有無を特定するために、自殺企図以前のアルコールや薬物の使用状況や習慣を確認する必要があります。本人は飲酒量を少なく申告することも多いため、周囲からも情報を得る必要があります。

5) アルコールや薬物の使用を検査によって客観的に確認する

アルコール飲用の確認はアルコール血中濃度の測定によって行います。

6) 脳器質性疾患や身体疾患による精神症状、意識障害を否定する

脳器質性疾患や身体疾患による精神症状や意識障害等が出現する場合があります。加えて、横紋筋融解症や転倒による頭部外傷や骨盤、腹部外傷を合併していることがあります。また、脱水、呼吸抑制や循環不全を認める場合もあります。特に、アルコールや薬物摂取時には身体症状をマスクしてしまう場合があるため、身体的検査を十分に行う必要があります。血圧・体温などの生命徴候、頭部CT・MRI検査、胸腹部単純X線検査、血液検査、心電図検査、SpO₂等の検査を実施する必要がある。さらに、たとえば、酩酊下に一酸化炭素中毒による自殺企図を図る場合などもあり、本人の発見状況から疑われる場合にはCO-Hbも検査します。

7) 身体所見にも注意を払う

アルコール臭や覚醒剤等の注射痕、自傷創の確認を行う必要がある。自殺企図者はDVや犯罪の被害者や加害者となっていたり、自殺企図以前に転倒や打撲による受傷がある場合もあるため、外傷等の確認も必要です。

8) 現在の自殺念慮を確認する

受診時に患者がアルコールや覚醒剤による中毒状態を呈している場合、中毒症状の改善後に自殺について再評価する必要があります。自殺念慮を確認することは自殺企図者の再企図防止の戦略として最も重要な評価です。自殺念慮の強度、計画性の有無、具体

的な計画の有無、いつから自殺念慮が存在するのか、どのような状況で自殺念慮が出現するのか等を把握する必要があります。

9) 所持物を確認する

自殺企図者が再度の自殺企図を行わないように、所持物の中に危険物がないかを確認します。また、酒瓶や薬物使用のための注射器などがないか、自殺企図に使用した他の薬剤がないか等も確認します。

2. 企図後の入院などでの対応について

1) 自殺企図を行ったものに対する基本的対応

依存症の患者である場合でも、例えば「本気で自殺しようとしたわけではない」と自殺のリスクを軽く判断せず、自殺企図者に対する基本的対応を実践することが大切です。

2) 適切な態度・姿勢を示す

自殺企図患者がアルコールまたは薬物の影響によって、攻撃的言動や態度が出現したり、情動不安定となることがあります。その場合、医療者は患者に対して、例えば「また繰り返すのだから、せっかく助けてやった意味がない」等と無意識に患者に対するマイナス感情（陰性の逆転移）を表出してしまう場合があります。しかし、自殺企図患者は背景の精神症状やそれまでの体験によって、傷つきやすく、医療者の態度に敏感になっている。基本的態度として、1) 傾聴、2) 受容と共感、3) ねぎらい、4) 自殺以外の解決方法を考える、5) 患者の気持ちに焦点をあてる、を示すことが大切です。

3) 再企図の危険性を確認する

自殺企図者の救急病棟での治療では、自殺の危険性を繰り返し評価し、病棟内および退院後の再企図を防ぐことが重要です。受診時点で意識障害を合併している例もあり、意識障害の改善後も自殺企図や精神症状、経緯を確認していく必要があります。依存症患者では情動不安定傾向が強く、特に自殺の危険性に関しては、自殺念慮とその強度、持続性、および計画性を確認する必要があります。

4) 救急医療のゴールを設定する

アルコールや覚醒剤の依存を伴う自殺企図患者に対して、救急医療の終結点はおおよそ身体的治療が終結段階に至った時点と考えられます。特に依存症治療は専門性が高く、かつ継続的な精神医療を必要とする場合が多く認められます。身体的治療の必要性が減じたら、精神科的治療に結びつけることを検討します。

5) 精神科治療に結びつける

退院要求を繰り返す患者もいるが、退院の判断に関しては、身体的危険性と自殺再企図の危険性を検討し、本人だけでなく家族や周囲のキーパーソンとも協議する必要があります。退院が検討される場合でも、精神科的治療の継続を第一に考えて対応すべきです。また、入院中も精神科へのコンサルテーションが可能であれば、精神科医療との連携を行います。しかし、患者に病識がなく、精神科的治療を拒否する場合もある。原則として依存症患者の治療は本人の治療意欲に基づくものですが、自殺企図患者の場合にはこの原則には当てはまらないことが多いでしょう。重篤な精神症状がある場合や、自殺の危険性が高い場合は、本人に治療の必要性を説明して説得します。さらに、家族や周囲のキーパーソンとも相談しながら対応する必要があります。緊急性が高い場合、紹介先の精神科施設や保健所と連携をとり、任意入院だけでなく、医療保護入院や措置入院など強制的な入院対応も含めて調整を行う必要があります。

6) 衝動行為、暴力行為が出現しそうな場合は人手を集める

アルコールや薬物の影響や、妄想、背景にあるパーソナリティ障害によって、自殺企図患者が易怒的、攻撃的な状態となる場合があります。そのため、患者の周囲の危険物は除去しておく必要があります。また、家族やキーパーソンを巻き込んで対応することが効果的な場合も多いです。基本的に、冷静な態度で患者の話に耳を傾けることが大切です。毅然とした対応が求められる場合もありますが、挑発にのったり、高圧的になってはいけません。しかし、暴力行為に発展する可能性が高い場合には、人手を集めて対応します。その場合でも、穏やかに丁寧に対応するように心がける。安静困難な場合には、向精神薬による鎮静や身体的抑制を検討する。患者が医療者や他患に対して脅迫したり、暴力的行為を行った場合には、医療者個人として対応せずに、病院事務も含めた病院全体としての対応が求められ、必要によっては警察との連携も視野に入れる必要が

あります。

7) アルコール依存に対して

さまざまな身体的合併症が存在することもあり、対症療法的に合併症治療を行う。入院当初はアルコールの離脱症状の発現にも注意します。アルコール依存では自殺企図で入院した場合、最終飲酒を確認し、これまでに離脱症状が出現した場合や、すでに小離脱症状が出現している場合、離脱症状の予防や軽減のためにベンゾジアゼピン系薬物の投与を検討します。また、大離脱ではそれに加えて、抗精神病薬投与も検討する。離脱症状が出現しない場合や、落ち着いてきた場合には、背景に存在する抑うつ気分や幻覚妄想に対して、大部分が抗うつ薬や抗精神病薬の投与が必要となる。入院中に飲酒欲求が高まり、不快感や易刺激性が高まる場合もあり、訴えが執拗になる可能性も想定しておく必要があります。