

自殺未遂者ケアについて

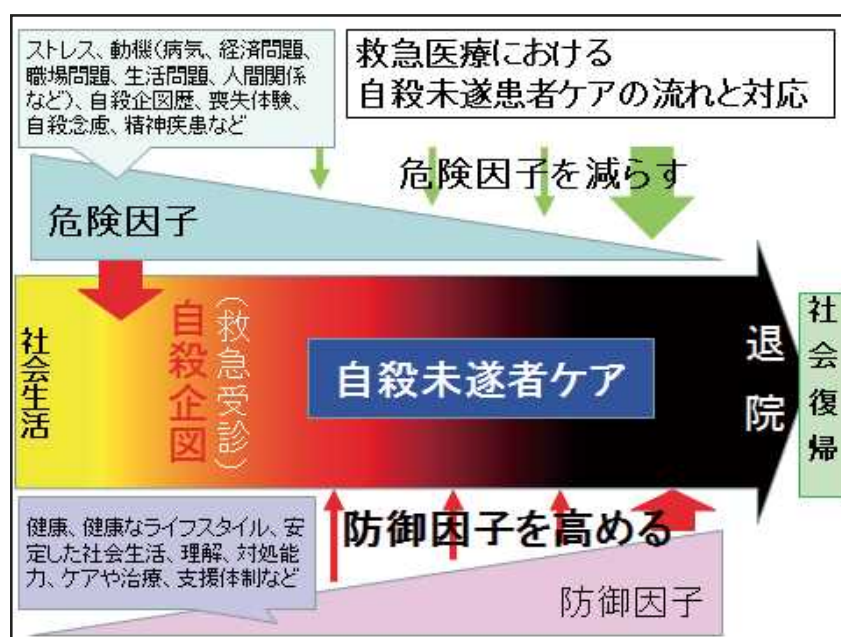
1. 地域における自殺未遂者ケアについて

自殺企図患者は、その後の自殺の危険性が高いため、救急治療、急性期治療、そして地域ケアを通して、再度の自殺企図を防ぎ、社会復帰に結びつけていくことが求められます。

自殺未遂患者の多くは精神科的な問題を抱えており、身体的治療に加えて、再発の予防を含めた心のケアを実施する必要があります。医療機関では自殺企図者に対して、身体・精神科的な治療を平行して行い、また精神科医など専門医とも連携をとる体制作りが求められます。

そして、救急受診後の急性期治療では、身体的治療に加えて、自殺未遂患者の背景に存在する精神障害に対する治療が行われます。薬物療法、精神療法に加え、自殺未遂患者や家族など支援者に対して精神障害やその治療、周囲の支援体制が必要です。また、自殺未遂者の多くは、社会的問題も抱えていることから問題を解決していくアプローチも求められます。本人の社会復帰と地域でのケアとしては、継続的な医療支援や相談機関との連携やネットワークが重要となります。

自殺未遂者ケアの流れと対応



社会生活をおくる中で、自殺の危険因子が存在することや、自殺の防御因子が十分でないことから、例えば自殺念慮を抱くようなハイリスクの精神状態となり、自殺企図に至ると考えられます。自殺未遂者ケアでは、自殺未遂者の危険因子や防御因子を把握し、危険因子を減らし、防御因子を高めるようなアプローチが重要です。救急医療・精神科救急医療は自殺未遂患者に対するケアのフロントラインであり、このストラテジーが現場で実践されていくことが重要です。

我が国でも救急医療従事者向けとして、日本臨床救急医学会による「自殺企図患者に対する救急外来(ER)・救急科・救命救急センターにおける手引き」が作成されました。そして、精神科救急従事者向けとして、日本精神科救急学会による「精神科救急医療ガイドライン（3）（自殺未遂者対応）」が作成されました。現在、両ガイドラインは厚生労働省の自殺予防対策のホームページからもダウンロードができるようになっており、加えて両ガイドラインに基づく救急医療従事者向けおよび精神科救急従事者向けの自殺未遂者ケアの研修会が厚生労働省主催で開催され、自殺未遂者ケアが推進されています。

<参考：厚生労働省自殺予防対策HP>

- 1) 「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」(日本臨床救急医学会)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>

- 2) 「精神科救急医療ガイドライン（3）（自殺未遂者対応）」(日本精神科救急学会)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>

2. 救急医療，精神科救急医療における自殺未遂者への治療ゴール

救急医療、精神科救急医療における自殺未遂者への対応の目標は、適切な臨床的手続きによって将来における自殺のリスクを減じていくことです。治療計

画のポイントとしては、1) 身体科的・精神医学的評価、2) 受診時点での自殺の危険性の評価、3) 適切な対応の内容、4) 支援体制構築、の4点があげられます。

3. 身体的・精神医学的評価

1) 情報収集について

自殺未遂者の診療を開始する際には、自殺企図の手段や経緯、バイタルサイン・全身状態、治療歴・現病歴、家族歴、サポート体制について情報収集を行います。今回の精神科救急受診に関わった者、例えば家族、発見者、搬送した救急隊、そして警察などが情報源です。

2) 身体的評価

自殺未遂者は身体合併症を有するため、死亡、後遺症など不良な生命予後を回避することが治療の第一目標です。重篤な精神症状が身体症状をマスクする場合も考えておかなければいけません。例えば、リストカットで受診した患者が自身では傷に対して深刻に考えていない場合でも、出血がひどく血圧低下や口唇チアノーゼを認めることもあります。大量服薬した薬剤が炭酸リチウムだった場合、血液透析が必要となる場合もあります。診療中に「練炭による自殺企図を図った」事実が打ち明けられることもあります。これらの事例では高度な身体管理が必要となり、迅速に身体科救急と連携する必要も生じてきます。

3) 自殺企図に関する 5W1H

自殺企図が疑われても、それらが犯罪被害や酩酊下の外傷であったり、身体疾患による受診であることも少なくありません。自殺企図によるものか否かを確認するポイントとして下記の「自殺企図に関する 5W1H」を挙げておきます。

◎だれが (Who) : 自殺未遂者の住所・氏名・年齢

◎何を (What) : 自殺企図

◎いつ（When）：企図時刻

◎どこで（Where）：自殺企図を行った場所

◎なぜ（Why）：自殺企図に至った経緯・現病歴、遺書・動機

◎どのように（How）：企図手段

特に自傷と自殺企図の鑑別では、1）自殺念慮が存在した、2）致死性を予測していた、3）致死的な手段を用いた、4）遺書、電話など客観的な証左が存在した、などの点は臨床的に自殺企図の証明となります。しかし、受診時点では自殺企図と判断できない例もあり、その後の治療経過の中で明らかになることも少なくありません。自殺企図かどうか把握できない例でもリスクを軽んじないようにすべきです。

4. 現在の危険性の確認

受診時点での自殺の危険性を確認し、自殺再企図を防止する必要があります。ここでは確認するポイントとして、Ⅰ）身体的重篤度、Ⅱ）現在の自殺念慮の有無とその程度、Ⅲ）自殺の計画性、Ⅳ）自殺の危険因子、の4点を取り上げて説明します。

1）身体的重篤度

たとえば、意識障害や呼吸機能の低下の度合いが強く、さまざまな身体合併症が重症であれば生命予後が不良となる可能性が高いため、入院など身体的治療を優先するという方策が必要になります。

2）現在の自殺念慮

自殺念慮については、救急受診時点で再度、「今でも死にたいと思っているか」と直接的に尋ねます。しかし、尋ねることがためられる場合には、「いなくなっていきたいと思わないか」、「死ねばよかったと思っていないか」、「価値がないと感じていないか」等と間接的に尋ねてからより直接的、具体的に尋ねて

もよいでしょう。自殺再企図を行う強固な意志を持っている場合や、心理的に追い詰められているにも関わらず「大丈夫です」と繰り返す場合もあります。自殺念慮を否定した場合でも、間接的な質問を加えながら慎重に評価する必要があります。しかし、繰り返し自殺念慮を訴えている場合でも切迫性は高くなく、自らの気持ちを「死にたい」という言葉で表出する場合もあります。自殺念慮だけでなく、計画性や危険因子も勘案して危険性を判断する必要があります。

3)自殺の計画性

自殺の実行を具体的に考えている場合、危険性は増します。自殺の時期と場所の設定、手段へのアクセスの容易さ、周囲への予告、死後の準備等について確認します。「繰り返そうと思っているか」、「どのような手段を考えているか」等と質問します。自殺企図の手段について確認する場合、客観的にその手段が重篤であるかどうかという点に加えて、患者本人がその手段を致死性が高いと感じているか否かという点も考慮します。

4) 危険因子の確認

自殺の危険性を確認する上では、自殺未遂者それぞれの危険因子を把握することが重要です。以下に代表的な危険因子のいくつかを示します。

○自傷・自殺企図歴：

自傷行為や自殺企図の既往は自殺のリスクを高める最も重要な因子です。

自殺企図歴、とりわけ最近の企図歴の確認が重要です。

○精神症状：

悲嘆、絶望感、焦燥感、衝動性、攻撃性、強度な不安、孤立感は自殺のリスクを高める精神症状です。また、統合失調症では「死ね」という幻聴に左右されて自殺企図を行うことも少なくありません。罪業妄想による自殺企図もあり、さまざまな精神病症状の確認が必要です。

○精神疾患：

欧米各国の自殺者に関するWHOの心理学的剖検調査では、精神科診断

の中ではやはり気分障害(30.2%)が最多で、以下物質関連障害(17.6%)、統合失調症(14.1%)、パーソナリティ障害(13.0%)、器質性精神障害(6.3%)、不安障害・身体表現性障害(4.8%)、適応障害(2.3%)の順です。

○精神科治療歴、入退院歴：

治療環境が変わった時には自殺のリスクが増大する。治療関係における信頼が揺らいだり、退院後の生活に不安を抱える場合も少なくありません。退院後の自殺企図発生リスクに関しては、短期入院患者では地域ケア患者や長期入院患者に比して圧倒的に高いことも報告されています。精神科治療歴や入退院歴の把握も重要です。

○身体疾患の既往：

身体疾患が自殺のリスクを高めることは広く知られています。自殺の動機の中でも高い割合を占めるのが身体疾患に関する悩みです。

○アルコールや薬物の乱用：

アルコールや薬物の乱用は自殺のリスクを高めます。自殺企図者への対処には、したがって血中アルコール濃度の測定も必要となります。

○ソーシャルサポートの不足：

自殺未遂者は多重債務や医療費滞納などの経済的問題や、生活苦などの生活問題、人間関係上の問題など様々な問題を抱えています。しかし、相談できる人がいない場合や、支援者が存在しても、本人は否定している場合もあります。直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如や否定は自殺のリスクを高めるため、自殺未遂者を取り巻く支援体制の機能やその確認が重要です。

○手段へのアクセス性：

自殺企図の手段を本人自身が準備しているような状況や、本人の自殺手段へのアクセスに周囲が介入できないような状況は自殺のリスクを高めると考えられます。

○他害の可能性：

「家族と心中するしかない」等、他害へ発展する可能性も確認する必要があります。

○その他：

失業と自殺率の高い相関についてはこれまでも議論されており、職業歴・就労状況なども得るべき情報です。また、婚姻状況や患者自身の性格、コーピングスキル等も念頭に置く必要があります。さらにパーソナリティ障害も危険因子の一つとして考慮されます。

5. 適切な対応

1) 自殺未遂者への基本姿勢

精神医学的介入には、不眠や不安・焦燥等の精神症状に対する介入、危険な手段へのアクセス防止、心理社会的問題の解決、支援とアフターケア等があります。誠実な態度で自殺企図の問題について話し合うことは、再企図予防の出発点です。自殺未遂者は心理的危機に陥っており、励ましや一般論ではなく、目の前の患者の個別的背景やそこに存在する悩みを取り上げること、ねぎらい、暖かい対応が必要となります。初期対応の基本姿勢として、「TALK の原則」が役に立ちます。

「TALK の原則」

- ◎ 誠実な態度で話しかける (Tell)
- ◎ 自殺についてはつきりと尋ねる (Ask)
- ◎ 相手の訴えを傾聴する (Listen)
- ◎ 安全を確保する (Keep safe)

2) 心理的アプローチでの留意点

精神科救急の現場では、患者や家族の強い感情に加え、迅速な対応を求められる切迫した状況もまた医療者に様々な影響を及ぼします。留意すべき点を下

記に示します。

○**逆転移：**

必要以上に救済者として応えようとしたり、怒りや拒絶感を抱くというような逆転移が医療者に起こる場合があることに留意する必要があります。医療者がどうして患者にこのような感情を抱いたのかを振り返ってみることも患者の理解を深めることに役立ちます。

○**自傷における危険の過小評価：**

自傷の既往のある患者の自殺未遂では、危険性が過小評価される場合があります。しかし、自傷行為を繰り返す中で自殺に至るケースは少なくありません。危険性の評価に際しては、慎重かつ適切な臨床手順を踏むことが望ましいと考えられます。

○**カタルシス効果：**

診察時に患者自身の不安定な精神状態が一見改善したように見え、カタルシスが得られた状態になることがあります。しかし、自殺の危険性が本当に消失したわけではないこともあり、救急受診以後のリスク評価も勘案すべきです。

○**自殺しないという約束：**

「自殺しないという約束」はラポールと協力が得られた上で行われることが大切です。これは治療における信頼関係を構築する上で必要ですが、自殺をしないという約束をすることが自殺の危険性を減じるわけではなく補助的であることを認識し、それを絶対視しないようにすべきです。精神症状が重篤な場合や衝動的で興奮している場合などはラポールが成立しないことから、約束は意味を持たないでしょう。

6. 支援体制の構築

1) 治療の場の決定

精神科救急を受診した自殺未遂者については情報センターなどでの受診以前

からのトリアージも有用ですが、診察した時点で再度、治療の場を検討する必要があります。1) 現時点での自殺の危険性、2) 治療により期待される危険性の改善、3) 入院・外来の決定に関する合理性などを勘案しながら検討していきます。

2) 治療目標

○入院治療：

意識障害、身体合併症、深刻な精神症状、重篤な自殺企図や自殺念慮などが認められる場合は入院治療が推奨されます。その際には社会経済的問題、自尊感情、家族など周囲の支援状況も考慮します。精神科病棟入院の目的は、1) 精神科治療、2) 身体合併症の治療、3) 再企図の防止、4) 保護的環境の提供、5) 背景の要因の解明、6) ケースワーク、等です。自殺の危険性が一見低く見えても、脆弱なソーシャルサポート、治療継続の困難さ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ります。一方、精神科入院治療のデメリットとしては、1) 入院が失業や現実的な困窮を引き起こす、2) 精神医療を自発的に受療する障壁となる、3) 社会的偏見に苦しむ、4) 問題解決の手段として利用される等があります。

○外来治療：

身体的にも精神科的にも危険性が低いと判断された場合には、外来通院による治療も選択肢となります。帰宅を選択する場合は、患者の安全が確保できる状態でケアを継続できるかどうかを見極めていくことが重要です。また、外来治療中に急変が起きた場合の対応についても話し合っておく必要があります。

○ソーシャルワーク：

精神科救急患者、とりわけ自殺企図者は医学的問題に加えて社会的問題を抱えていることが多く、後者は自殺企図の背景因子として重要な位置を占めることが多くあります。したがって救急の現場では、ソーシャルワークに関して緊急対応を求められるニーズが明らかになった場合、即応的に

サービスを提供することが求められます。自殺未遂者は経済問題など生活上の問題を抱えながらも、しばしば相談者がいない状況に置かれています。精神科救急の第一線においても心理社会的問題のアセスメントや、社会福祉士や精神保健福祉士などソーシャルワーカー職との連携が必要です。

3) 家族への支援

良好な家族関係や家族からのサポートは自殺の防御因子であり、精神科救急の現場でも、家族へのアプローチは重要です。支援のポイントを以下に示します。

○安心を与える：

救急受診時、自殺未遂者の家族は混乱し不安を抱えていることが少なくありません。医療者は穏やかで温かみのある対応で家族に安心感を与えるよう努めなければならない。まくしたてるような説明は避けるべきです。

○ねぎらいの言葉：

未遂者とその家族は受診以前にさまざまな心理社会的問題を抱えていることが想定されます。罪責感を感じている家族も多く、対応する医療従事者はこうした家族の悩みにも焦点を当てる必要があります。付き添っている家族へのねぎらいの言葉は大きな影響力を持つと考えられます。

○情報提供：

家族は自殺未遂者への対応に迫られつつ、対応法を知らない場合もあります。診察時点で家族に病状、治療経過、方針をわかりやすい言葉で適切に説明し、対応の仕方や地域の対応窓口についても情報提供を行うことが大切です。

○中立性：

未遂者と家族の間に意見の相違があり、対立が表面化していることがあります。このような状況下では、医療者は中立的立場から問題の解決につながるような相互理解を目的とした心理的介入を行うべきです。