

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

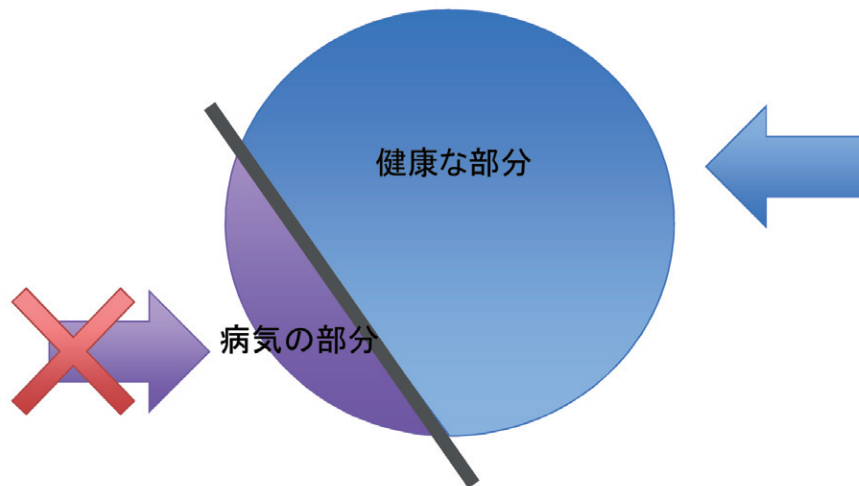
態 度

「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、現実を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」に注目して関わる必要がある。



【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

安全を保障する

「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証する。
- 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