

(4) 自殺企図手段

① 全自殺未遂者及び男女別の自殺企図手段

全自殺未遂者 392 名では、過量服薬（向精神薬や市販薬の過量服薬及び洗剤などの毒物服用も含む）が最も多く 249 名であり、全体の 51% を占めていた。つまり、自殺未遂者の半数は過量服薬であることが示された。また、男女共に過量服薬が最も多く、女性では 178 名（75%）と多数を占めていた。男性では、過量服薬 71 名（46%）に次いで、切創 38 名（25%）が多かった。

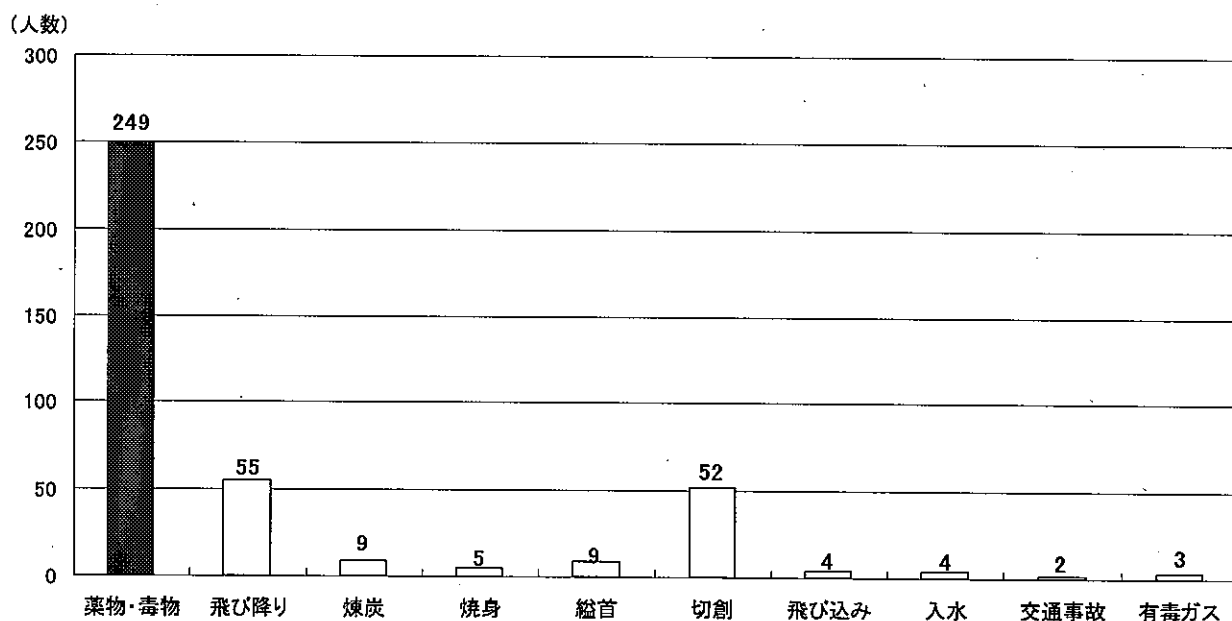


図 5-1. 全自殺未遂者の自殺企図手段別人数

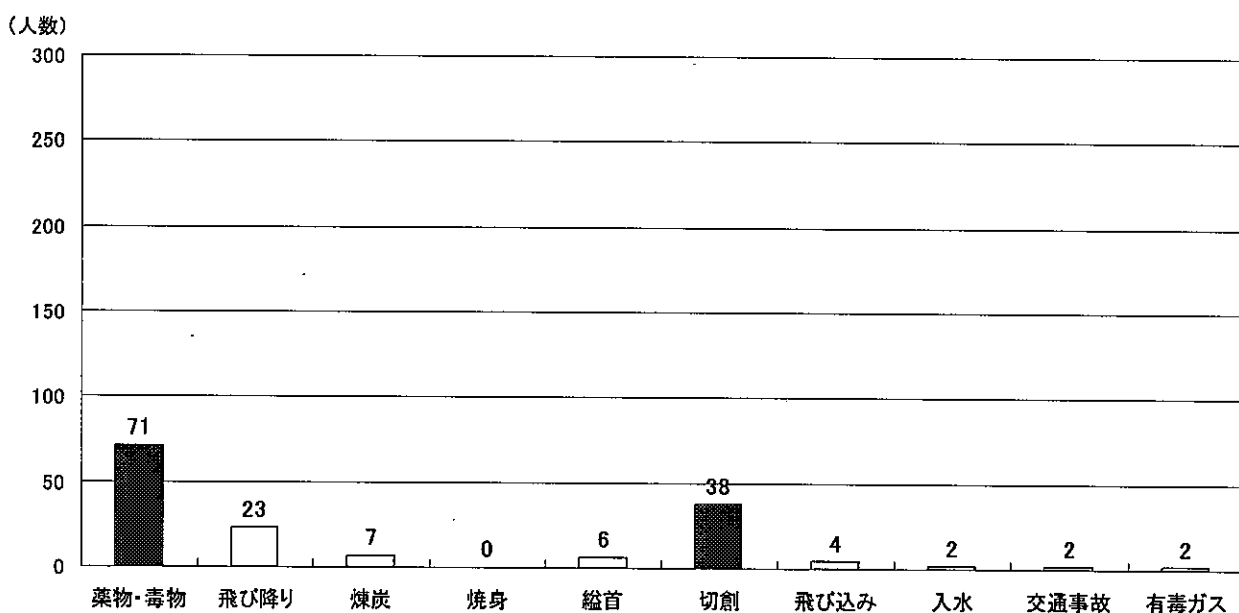


図 5-2. 男性の自殺企図手段別人数

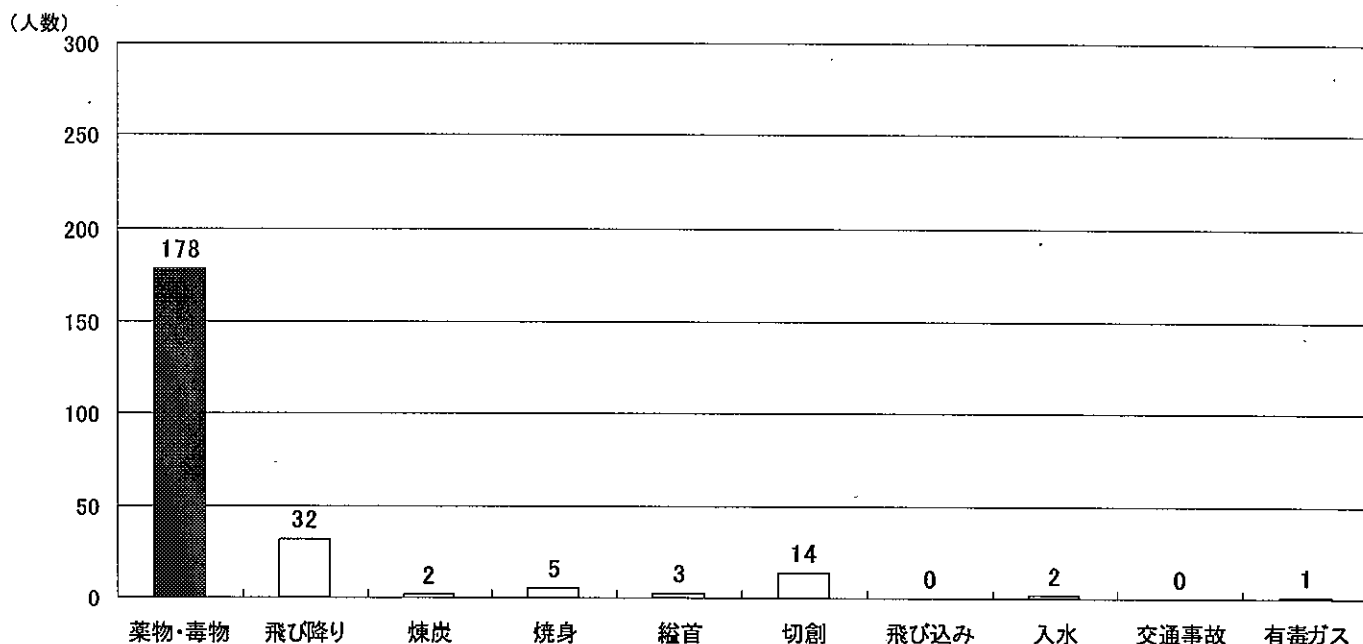


図 5-3. 女性の自殺企図手段別人数

② 精神疾患別自殺企図手段

全ての精神疾患において、過量服薬が最も多い自殺企図手段であった。物質関連障害では切創 (25%)、統合失調症では飛び降り (25%)、気分障害では切創 (14%) と飛び降り (13%)、適応障害では飛び降り (10%) と切創 (9%)、不安障害では飛び降り (20%)、パーソナリティ障害では飛び降り (15%)、精神遅滞・広汎性発達障害では飛び降り (15%) と切創 (15%) の割合が比較的高かった。

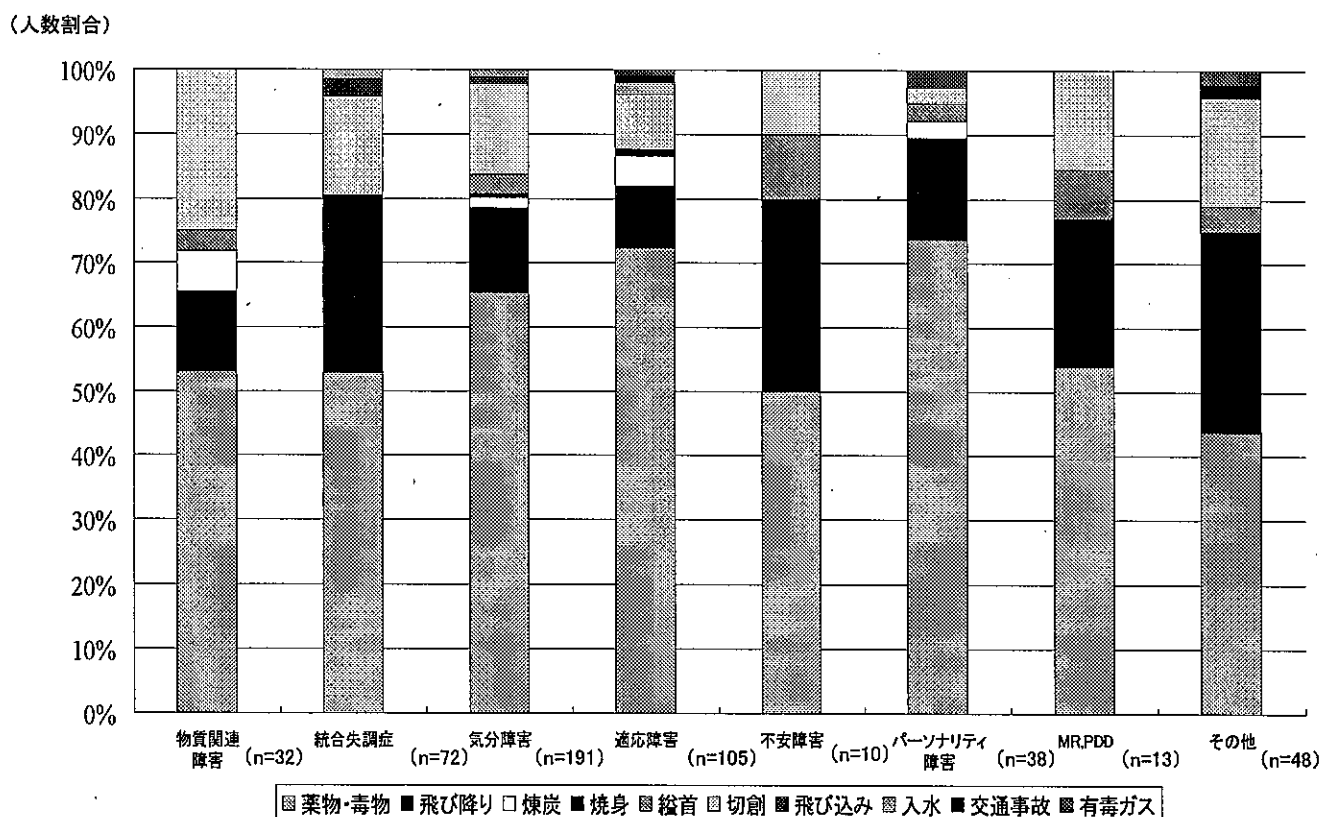


図 5-4. 各精神疾患別の企図手段割合

表 3. 各精神疾患別の企図手段人数

	物質関連 障害	統合失調症	気分障害	適応障害	不安障害	パーソナリティ 障害	MR,PDD	その他
薬物・毒物	17	38	125	76	5	28	7	21
飛び降り	4	13	25	10	2	6	2	13
煉炭	2	0	3	5	0	1	0	0
焼身	0	2	1	1	1	0	1	2
縊首	1	0	6	0	1	1	1	2
切創	3	11	27	9	1	1	2	3
飛び込み	0	2	2	0	0	0	0	0
入水	0	1	2	2	0	0	0	0
交通事故	0	0	0	1	0	0	0	1
有毒ガス	0	0	0	1	0	1	0	1

(5) 既往歴と自傷行為歴

① 精神科・心療内科既往歴

全自殺未遂者 392 名中、精神科・心療内科などへの通院歴がある者は 242 名 (62%) であり、未治療者は 131 (33%) であった。

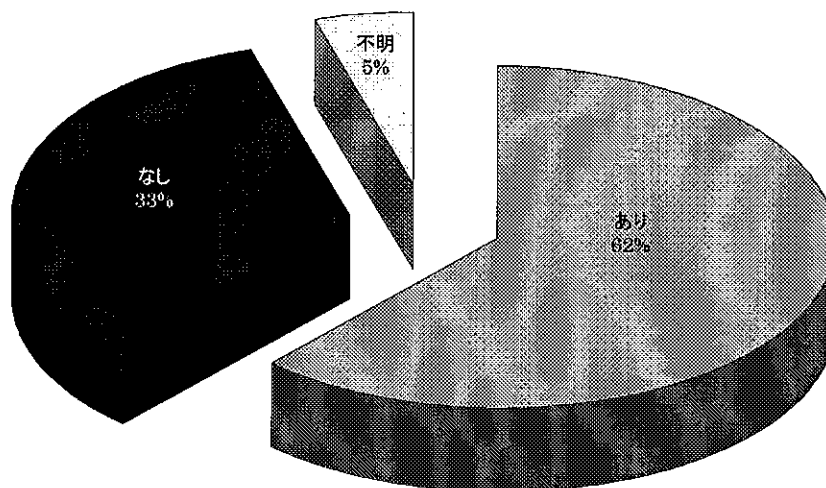


図 6-1. 精神科・心療内科などの既往歴

② 過去の自傷行為歴

全自殺未遂者 392 名のうち、過去の自傷行為歴の有無やその種類についての後方視的な情報収集が可能であった 118 名 (平成 21 年 1 月から平成 21 年 12 月までの期間に搬送された患者) を対象に検討を行った。その際、自傷行為歴を有する者のなかには、手段について複数該当する者がいたが (1 年前に過量服薬歴があり、かつ月に一度リストカットをしているなど: 注 2)、それぞれの手段を個別に計上した。その結果、自傷行為歴がある者は 63 名 (53%) であり、自傷行為歴がない者は 28 名 (24%)、不明が 27 名 (23%) であった。自傷行為歴があった 63 名のうち、最も多かった自傷行為の手段は、薬物・毒物服用であり 38 名 (47%) に認められた。次いで、リストカットが 33 名 (41%)、飛び降りが 5 名 (6%)、切創・刺創が 1 名 (1%)、ガス吸引が 1 名 (1%)、縊首が 3 名 (4%) であった。

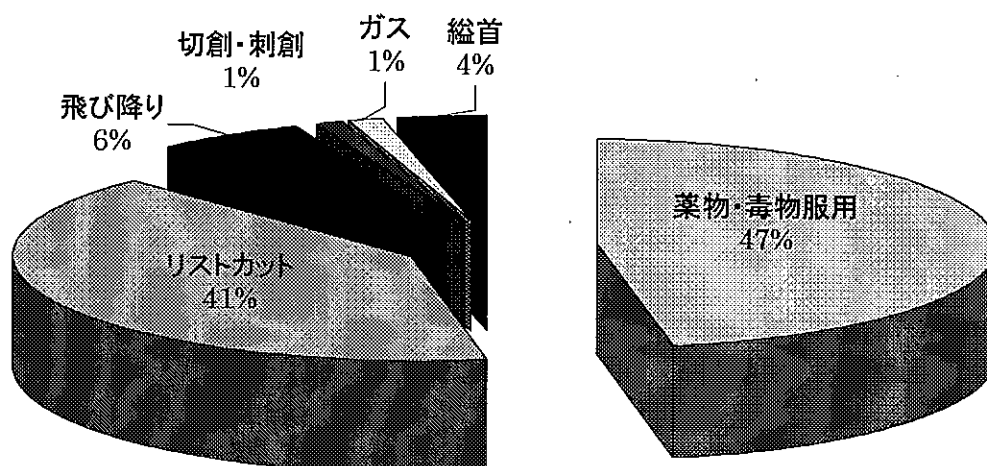


図 6-2. 過去の自傷行為の種類 ^{注 2)}

注 2) 自傷行為の手段が重複した者も含んだ

(6) 救命救急センター在院期間及び精神科介入期間

① 全自殺未遂者の救命救急センター在院期間及び精神科介入期間

全自殺未遂者 392 名の救命救急センター平均在院期間は 8.16 日 ($SD=13.40$)、平均精神科介入期間は 6.38 日 ($SD=12.56$) であった。救命救急センター在院期間と精神科介入期間との差が数日であったということは、救命救急センターへ入院して数日後には精神科介入が開始されていることを示している。つまり、救命科から精神科への診療依頼と CLS 導入が適切に機能していることが示された。

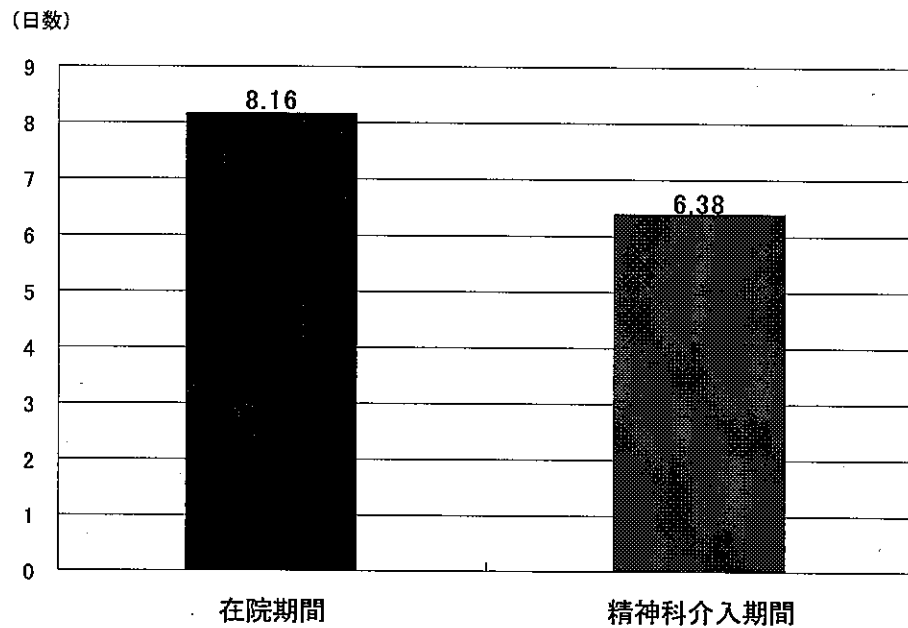


図 7-1. 全自殺未遂者の救命救急センター平均在院期間及び平均精神科介入期間

② 自殺企図手段別救命救急センター在院期間及び精神科介入期間

救命救急センター平均在院期間は、飛び降りが 28.07 日 ($SD=22.09$) と最も長期であることが示された。その次に、入水が 19.50 日 ($SD=31.08$)、飛び込みが 13.50 日 ($SD=13.77$)、交通事故が 13.50 日 ($SD=10.61$)、焼身が 10.60 日 ($SD=12.76$)、煉炭が 10.56 日 ($SD=7.58$)、切創が 5.96 ($SD=9.73$)、縊首が 4.67 日 ($SD=2.06$)、薬物・毒物服用が 3.55 日 ($SD=5.01$)、有毒ガス吸引が 1.67 日 ($SD=0.58$) と続いた。飛び降りといった自殺企図手段は、多発骨折や脊髄損傷など重篤な身体的外傷を伴う事が多く、手術を繰り返す患者や、身体リハビリテーションを長期に行う患者などが多く、在院期間が長期に及ぶ事が多い。つまり、在院期間の長期化は、自殺企図の外傷に伴う骨折や脊髄損傷などの頻回に手術を要する重篤な身体合併症に起因すると考えられる。全自殺未遂者の半数以上 (51%) を占める過量服薬未遂者 (毒物服用含) の平均在院期間は 3.55 日 ($SD=5.01$) であり、平均精神科介入期間は 2.05 日 ($SD=3.62$) であったことから、過量服薬による自殺未遂者は短期間の入院且つ精神科介入を受けられる期間も短い者が多いという結果であった。つまり、全自殺未遂者の半数が救命救急センターを短期間で退院するため、精神科介入は短期間で迅速且つ適切に行わなければならないことが示された。

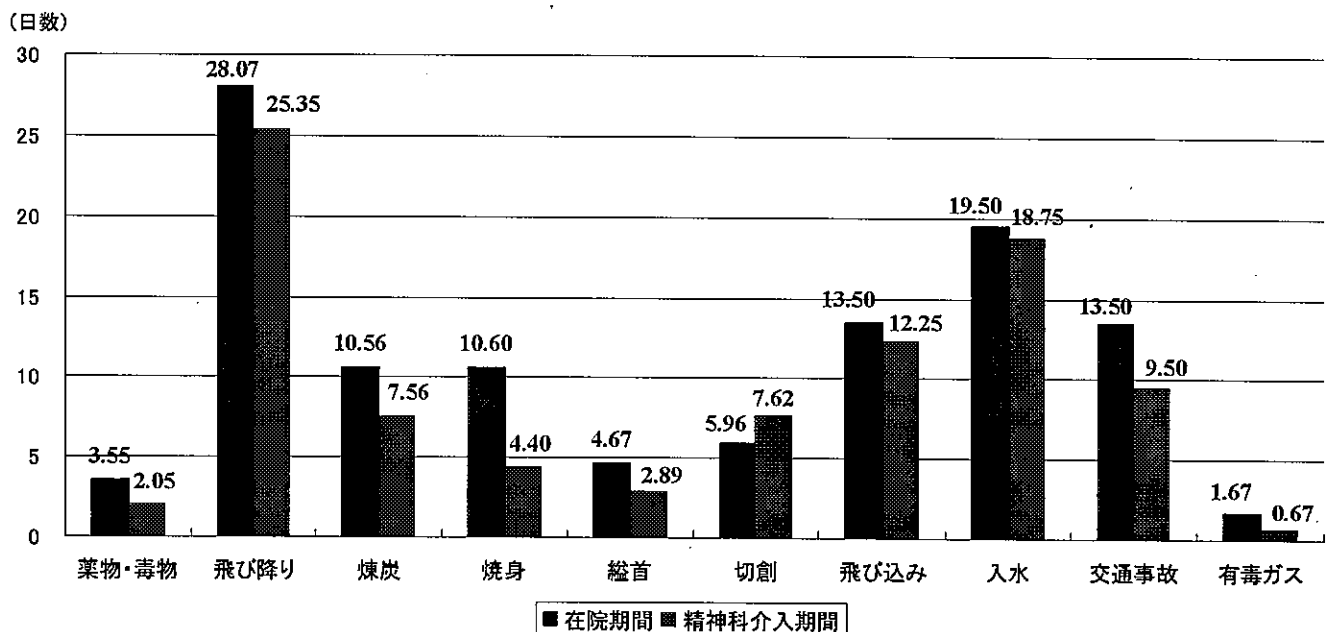


図 7-2. 自殺企図手段別の救命救急センター平均在院期間及び平均精神科介入期間

③ 精神疾患別救命救急センター在院期間及び精神科介入期間

救命救急センター平均在院期間は、統合失調症が 12.44 日 ($SD=19.40$) と最も長期であることが示された。その次に、気分障害が 8.73 日 ($SD=12.86$)、不安障害が 8.60 日 ($SD=14.39$)、物質関連障害が 8.13 日 ($SD=12.73$)、パーソナリティ障害が 7.21 日 ($SD=10.32$)、適応障害が 5.60 日 ($SD=11.10$)、精神遅滞・広汎性発達障害が 5.46 日 ($SD=6.58$)、と続いた。入院の長期化が重篤な身体合併症に起因するとなると、統合失調症や気分障害はより重篤な外傷を伴う自殺企図手段を選択するというを示している。一方、適応障害の平均精神科介入期間は 4.06 日 ($SD=9.95$) と最も短いことが示された。

(日数)

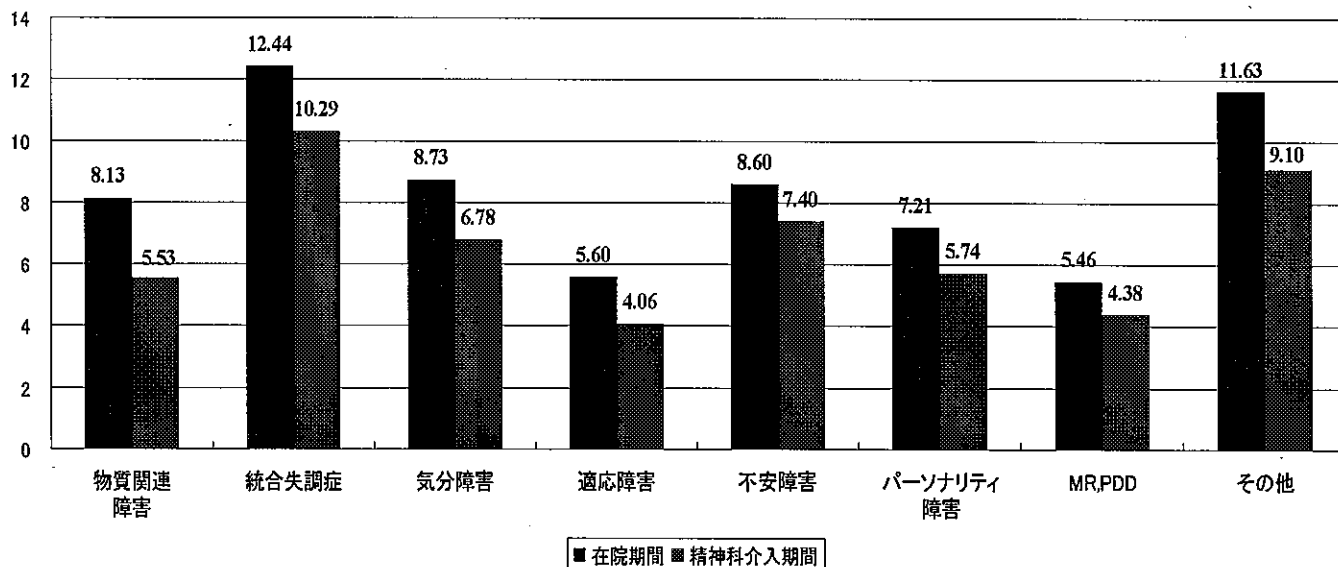


図 7-3. 精神疾患別の救命救急センター平均在院期間及び平均精神科介入期間

(7) 救命救急センターからの退院後または転室後の転帰

① 自殺企図手段と転帰との関連

救命救急センターから当院精神科病棟へ転科転棟した者は82名、他施設の精神科病棟へ転院した者は41名であり、自殺企図手段別では、薬物・毒物服用が最も多かった。また、当院内科・外科病棟へ転棟した者は27名、外部の内科・外科病院へ転院した者は21名であり、自殺企図手段別では、飛び降りが多かった。一方、自宅退院は221名であり、自殺企図手段は薬物・毒物服用が最も多く85%を占めていた。この結果から、過量服薬や毒物服用を自殺企図手段とする者は、自宅退院か精神科病棟へ転棟または転院する者が多いことが示された。一方で、飛び降りのような重篤な身体合併症を伴う手段の場合は、内科・外科病棟への転棟や転院が多いことが示された。

(人数割合)

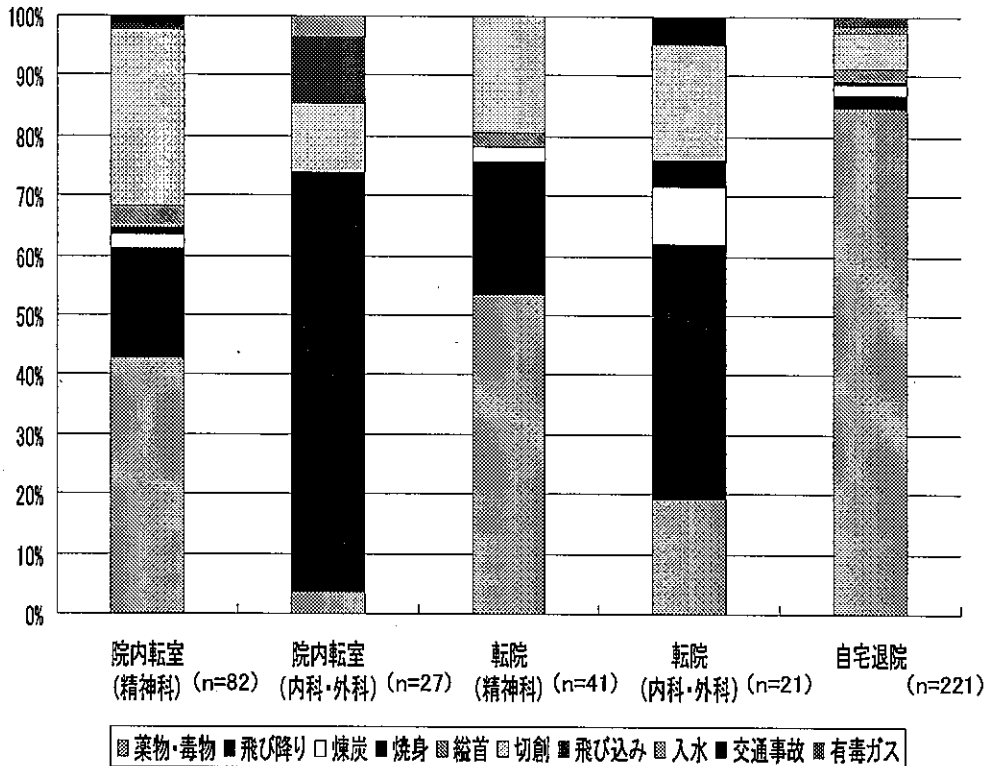


図 8-1. 転帰別の自殺企図手段の割合

表 4. 転帰別の自殺企図手段の人数

	院内転室 (精神科)	院内転室 (内科・外科)	転院 (精神科)	転院 (内科・外科)	自宅退院
薬物・毒物	35	1	22	4	187
飛び降り	15	17	9	9	5
煉炭	2	0	1	2	4
焼身	1	2	0	1	1
縊首	3	0	1	0	5
切創	24	3	8	4	13
飛び込み	1	3	0	0	0
入水	0	1	0	0	3
交通事故	1	0	0	1	0
有毒ガス	0	0	0	0	3

② 精神疾患と転帰との関連

全ての転帰において、気分障害の割合が最も高いことが示された。また、外部の内科・外科病院への転院および自宅退院では、統合失調症の割合が低い一方で、適応障害の割合が高くなることが示された。つまり、統合失調症の自殺未遂者は、急性期の治療を終えた後に精神科介入が継続できる治療環境下へ移行することが多いといえる。

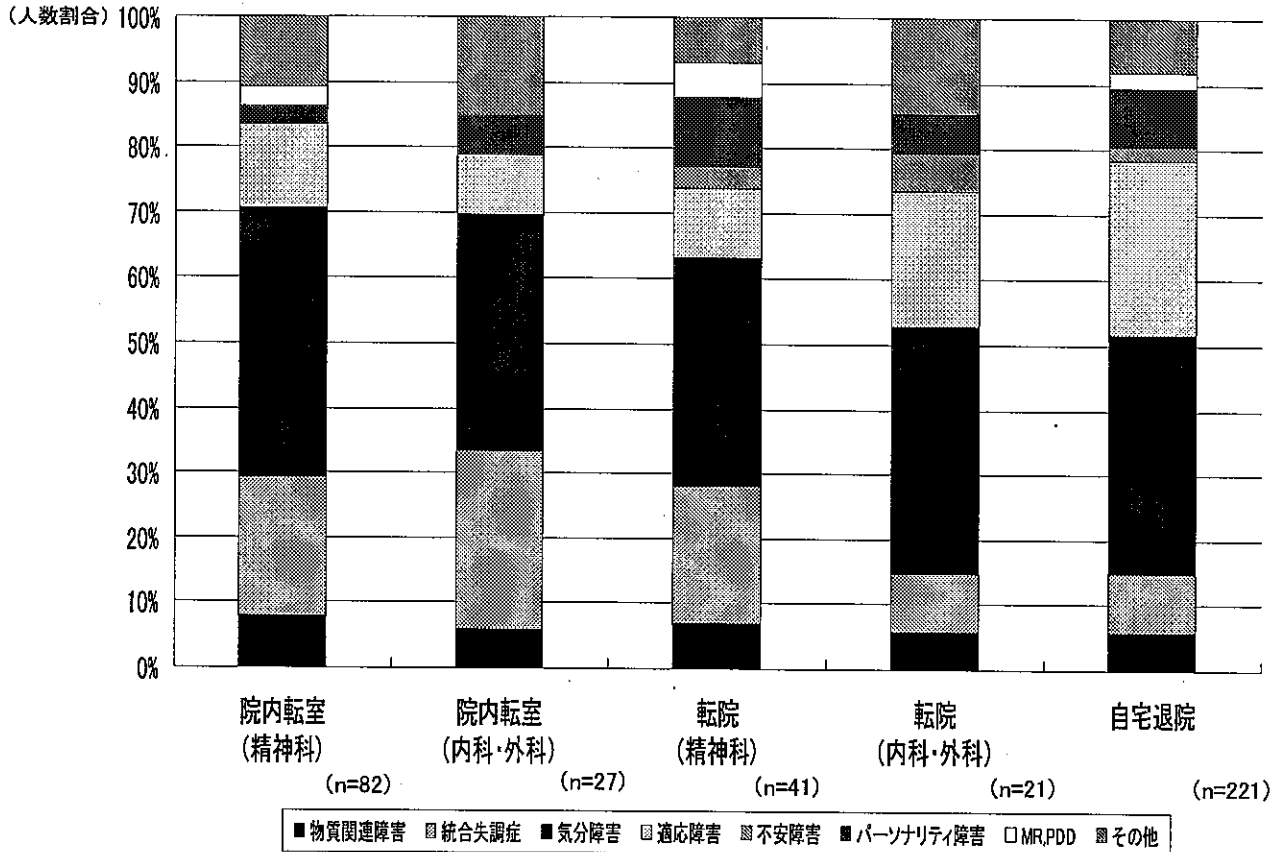


図 8-2. 転帰別の精神疾患の割合

表 5. 転帰別の精神疾患の人数

	院内転室 (精神科)	院内転室 (内科・外科)	転院 (精神科)	転院 (内科・外科)	自宅退院
物質関連障害	8	2	4	2	16
統合失調症	22	9	12	3	26
気分障害	42	12	20	13	104
適応障害	13	3	6	7	76
不安障害	0	0	2	2	6
パーソナリティ障害	3	2	6	2	25
MR,PDD	3	0	3	0	7
その他	11	5	4	5	23

(8) 再自殺企図にて当院搬送となった再自殺未遂者の傾向

平成18年から平成21年までの4年間で、再自殺企図にて当院に搬送されて再入院となった者は合計9名(男性3名、女性6名)であった(表6)。自殺企図手段としては、過量服薬が最も多く、5名が前回と同様の手段を用いていた。一方、4名では前回とは異なる手段が用いられていた。また、精神科通院状況は、通院中が7名であり、受療中断は1名、精神科医療機関受診歴なしが1名であった。

なお、ここで挙げた患者は当院に自殺企図による入院を繰り返した患者に限定している。他院に入院を繰り返している患者や、再自殺企図に及んだが入院とならなかった患者などは含まれていない点を断っておく。また、当該患者9名に対しては、前回及び再入院の両入院時にかかりつけ医療機関への診療情報提供書の作成や新規精神科医療機関の紹介などを行っている。

表6. 再自殺企図者全9名の特性

症例	年齢	精神科診断 (DSM-IV-TR)	自殺企図手段		精神科通院先	急性期後の 転帰	再自殺企図 までの期間
			前回	再			
症例1	20代女性	適応障害	前回	過量服薬	通院中	自宅退院	20日
			再	過量服薬	通院中	自宅退院	
症例2	20代女性	パニック障害 大うつ病性障害	前回	過量服薬	中断	自宅退院	18日
			再	過量服薬	通院中	自宅退院	
症例3	20代男性	気分変調性障害	前回	過量服薬+洗剤服用	中断	自宅退院	625日
			再	過量服薬	通院中	自宅退院	
症例4	30代女性	大うつ病性障害 性同一性障害	前回	洗剤服用	通院中	自宅退院	25日
			再	過量服薬+洗剤服用	通院中	自宅退院	
症例5	30代女性	適応障害	前回	過量服薬	通院中	自宅退院	58日
			再	過量服薬	通院中	自宅退院	
症例6	30代女性	統合失調症	前回	過量服薬	通院中	精神科転院	359日
			再	過量服薬	通院中	自宅退院	
症例7	40代女性	気分変調性障害	前回	過量服薬	中断	自宅退院	16日
			再	過量服薬	中断	自宅退院	
症例8	50代男性	精神遅滞	前回	飛び降り	なし	自宅退院	15日
			再	頸部切創	なし	当院当科転室	
症例9	60代男性	大うつ病性障害	前回	毒物服用	通院中	当院当科転科	653日
			再	過量服薬	通院中	自宅退院	

(9) 自殺未遂者の地域特性

当院は文京区千駄木に位置する特定機能病院である。同区内には、東京大学医学部附属病院、東京医科歯科大学医学部附属病院、順天堂大学医学部附属病院といった大学附属病院があり、また三次救急医療施設が当院以外に1件（東京医科歯科大学附属病院）、精神科救急医療施設を併設した民間病院も数件ある。

全自殺未遂者392名のうち文京区に住所を持つ者は39名であり、全体の約1割程度であった。また、区外の足立区、荒川区、台東区からの搬送が多く、なかでも足立区は81名にもものぼり、文京区の2倍以上であった。さらに、ごく少数の地域も含めると23区内のほぼ全ての区域から搬送されていることが示された。そして、23区外や他県からの搬送に目を向けると埼玉県が19名と比較的多いことが示された。

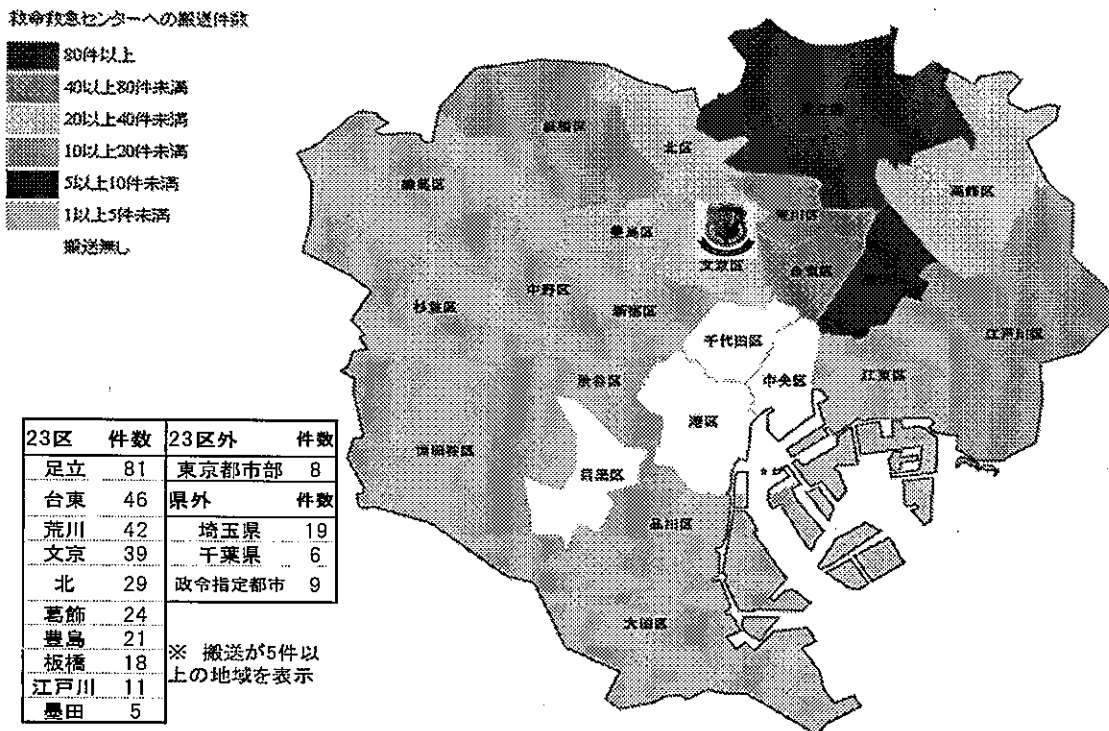


図9-1. 当院救命救急センターにおける地域別自殺未遂者数

全自殺未遂者 392 名のうち生保受給者数は 69 名であり、全自殺未遂者に占める割合は 17.60%であった。地域別の受給者数と受給者の割合を図 9-2 と図 9-3 に示した。台東区や荒川区、葛飾区、江戸川区では自殺未遂者に占める生保受給者の割合がやや高い値となった。自殺未遂者に占める保護受給率の高さと、地域性の問題が示唆された。

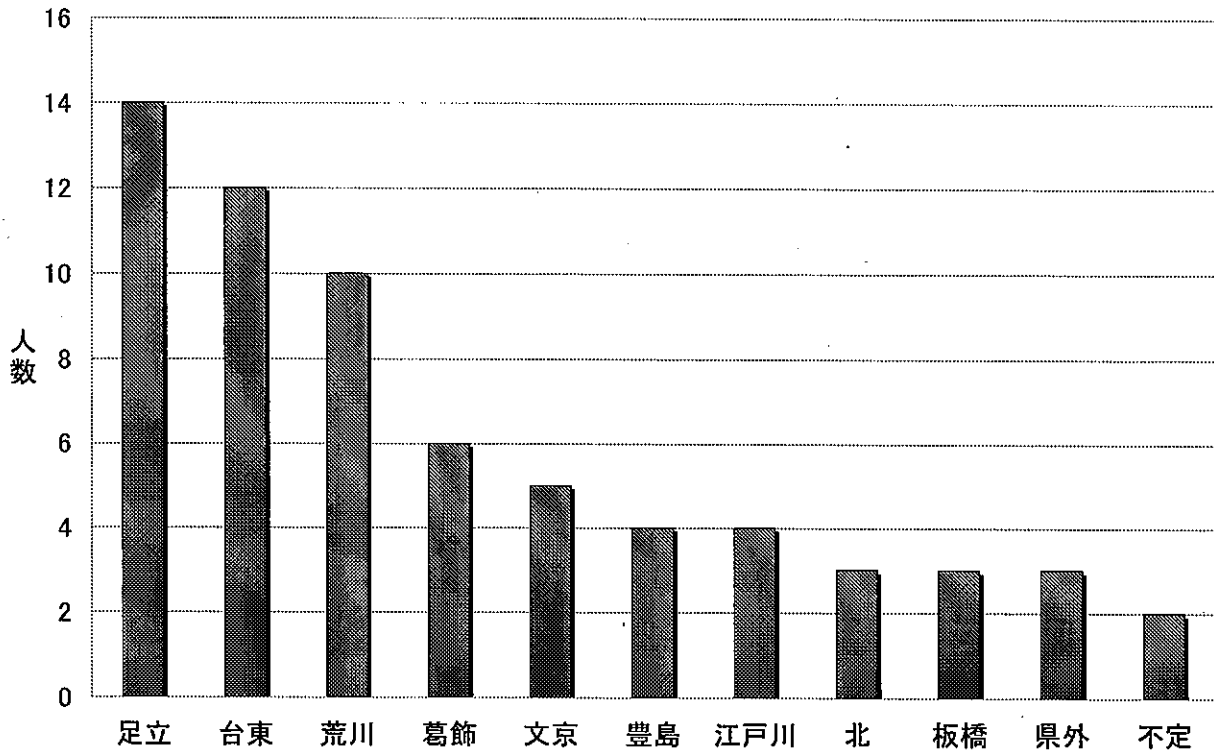


図 9-2. 生保受給中であった者の人数

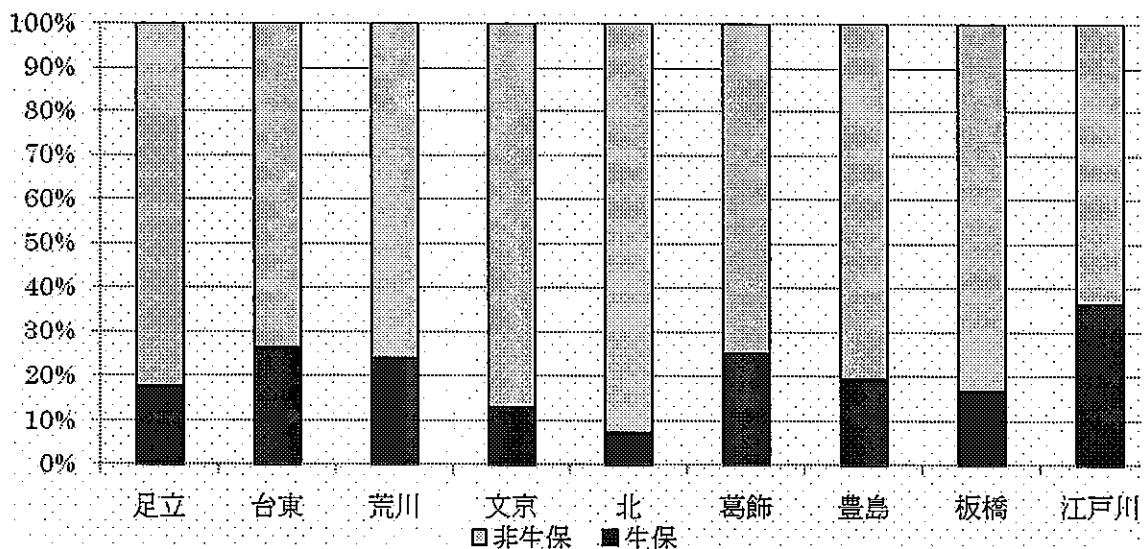


図 9-3. 自殺未遂者に占める生保受給者の割合 (地域別に百分率をとったもの)

4. 考察

(1) 自殺未遂者数の推移

当院では、救命救急センター搬送者の約1割が自殺関連行動による搬送であった。また、平成18年から平成19年にかけて自殺未遂者数が自傷行為者数を上回る結果となり、その年以降は、年間自殺未遂者数が100名を越え続け、ひと月の平均自殺未遂者数も8~9名と横ばいの状態であった。自殺未遂者数が自傷行為者数を上回った背景には、CLSの充実に伴い自殺念慮を適切且つ慎重に評価・査定をする体制が整えられてきたことを一因として挙げることができる。以前までは、自殺念慮を否定したり否認をしてきた患者に対しては自傷行為者(非自殺念慮)としてその後の方針が立てられてきた。しかし、近年では精神科医や臨床心理士、精神保健福祉士が時間をかけて真摯に患者と向き合いながら、患者が自ら自殺念慮や苦悩を語れる機会を設けている。つまり、自殺未遂者との治療関係を重視し、適切な精神科介入を行うなどCLSを充実させたことが、自殺未遂者として計上される患者の数を増やし、結果として自殺未遂者数を増加させたと考えることもできる。「イライラして薬を飲んだ」または「何となく自分が嫌になって飛び降りた」と直接的に自殺念慮を語らない患者に対しても、自殺念慮を適切に評価し、自傷行為(非自殺念慮)と自殺企図との鑑別を行うこと、そして自殺企図に至った背景を語れる場や機会を設けることが自殺未遂者支援において重要であり、また医療者として努めるべき課題である。

(2) 年齢と属性

全自殺未遂者数の平均年齢は39.29歳であった。男女別に検討した結果、男性の平均年齢は43.19歳であり、30-39歳の年代が最も多かった。一方、女性の平均年齢は36.74歳であり、20-29歳の年代が最も多く若年層に集中している結果となった。自殺未遂者は若年女性に多いという先行研究は数多くあり⁵⁾、本報告は先行研究を示唆する結果となった。また、本報告で得られた男女別自殺未遂者は、当院附属多摩永山病院の自殺未遂者を対象に調査された伊藤の報告²⁾と類似するものであるため、本報告の対象者は自殺未遂者の標本として妥当性のあるものと考えることができる。

当院がある文京区に住所を置く者は全体の約1割程度であった。また、区外の足立区、荒川区、台東区からの搬送が多く、なかでも足立区は81名にものぼり文京区の2倍以上であった。平成21年から開始された「救急医療の東京ルール」の施行により、今後も様々な区域から自殺未遂者が搬送されると推測される。また、生活保護率は全自殺未遂者の17.60%に認められた。平成20年の東京都の生活保護率は1.62%であるため⁴⁾、当院の自殺未遂者の保護率は東京都の10倍以上と高い値であることが分かる。

精神科・心療内科への通院歴がある者は62%であった。自殺既遂者の遺族を対象とした心理学的剖検では、自殺既遂者の約72%の人が企図前に何かしらの相談機関を利用していたとされている³⁾。本報告では、相談機関の中でも精神科と心療内科への既往歴に限定したにもかかわらず比較的多くの者に既往歴が認められた。推測の範囲を出ないことだが、精神科専門機関以外の相談機関(例えば、内科や外科、保健相談窓口等)の利用歴を含めると、既遂者の相談機関利用率を上回る結果となる可能性がある。したがって、自殺既遂者よりも未遂者の方が相談機関への被援助指向性は高いと考えることもできる。

(3) 精神科診断と自殺企図手段

精神科診断分類では、気分障害が最も多く、さらに気分障害と診断された自殺未遂者の半数以上に併記診断が認められた。気分障害と併記された診断は、パーソナリティ障害等とストレス関連障害が多かった。救急医療施設内では短期間の関わりの中で精神医学的評価を行わなければならない。適切な精神

医学的評価や薬物療法を行うために、前医からの診療情報を参照することも重要である。前医での長期的な治療経過の中で得られた情報や診断、治療薬の選定は患者の現状理解に役立ち、その後の再自殺企図予防対策を検討するうえで示唆に富む見解が得られることもある。また、前医の診療情報はパーソナリティ障害を鑑別する際にも重要な情報となる。対人関係での躓きから軽度の過量服薬を繰り返している者などは、パーソナリティ障害と診断されることも少なくない。しかし、患者の生活歴や発達歴を慎重に聴取し縦断的な精神医学的評価や心理的見立てを行わずして、パーソナリティ障害と診断することは避けなければならない。なお、前医の診断・見立てや薬剤選定が目前の患者の症状と乖離している場合には注意が必要である。その場合は、前医の診断や見立てと薬物療法の整合性を吟味し、再度、救命救急センター内にて精神医学的評価と診断、適切な薬物療法の選定を行う必要がある。そして、新しく得られた見解を前医へ情報提供するよう努めていくことが大切である。以上のように、診断を検討する際には様々な可能性を考慮していかなければならず、さらに短期間で診断確定は困難である。本報告の精神科診断分類において重複診断が多かった理由としてはこの診断の困難さが挙げられる。

自殺企図手段については、過量服薬が最も多く、全体の51%に認められ、女性では75%と多数を占めていた。また、精神疾患別に自殺企図手段を比較すると、適応障害、パーソナリティ障害、気分障害の過量服薬率が高いことが示された。一方、統合失調症では飛び降り率が他の精神疾患と比較すると高いことから、統合失調症では自殺企図に致死性の高い手段が用いられると考えられる。精神疾患別に自殺企図手段が異なる背景には、自殺企図の計画性や致死性の判断能力または現実検討力とも関連があると推測される。

(4) 高度救命救急センターにおける精神科介入期間とその後の転帰

高度救命救急センターにおける平均精神科介入期間は6.38日であった。また、全体の半数を占めている過量服薬（毒物服用含）の平均精神科介入期間は2.05日であることから、短期間で精神科介入を進めなければならない患者が多いといえる。

救命救急センターからの退院および転室後の転帰については、過量服薬では自宅退院が最も多いことが示された。一方で、飛び降りのような身体合併症を伴う自殺企図手段の場合は、内科・外科病棟への転棟や転院が多いことが示された。しかし、統合失調症の場合は、自宅退院や精神科が併設されていない外部の内科・外科病院へ転院する割合が低くなることが示された。統合失調症は他の精神疾患とは異なり、精神科の専門的治療を要する者が多いことを示していると考えられる。

また、再自殺企図にて当院に再入院となった患者の再自殺企図前の精神科受療状況は、通院中である者が多かった。この結果から、精神科への通院が継続されていても再自殺企図を繰り返す者が少なくないと考えられる。自殺未遂者支援では、精神疾患への治療だけでなく、各個人の生活スタイルや社会的役割などにも焦点を当てた関わりが必要と考えられる。長期的な関わりを通して、生き甲斐や生きる目標、そして自己存在価値の回復を促すような複合的なアプローチが必要とされると考えられる。

なお、精神科介入とは本人だけでなく、自殺未遂者の家族やキーパーソンにも行うものである。なぜなら、“孤独の病”といわれる自殺に対しては、周囲の人々からの協力を得て治療や支援を進めることが重要となるからである。本人が精神科介入や社会資源の導入などの他者からの支援を拒否した場合には、家族や周囲の人々が間接的に関わることで、その後の介入を継続することもできる。しかし、自殺未遂を繰り返している患者の家族の場合は、本人との関わりに疲弊していたり、関わり方が分からず困惑している家族も少なくない。したがって、家族やキーパーソンに対しても短期間で分かりやすく本人の状態像やストレス因子、そして自殺企図に至った心理的過程への理解を促すことが大切と考えられる。

5. 症例報告

症例記載にあたっては、個人情報保護の観点から全体の趣旨を損なわない範囲で生活歴や現病歴の一部を修正し、本人が特定できないように匿名性の保持に十分な配慮を行った。

(1) 学校の担任やスクールカウンセラーとの連携により、環境調整が円滑に行えた症例
症例1. Aさん、18歳、男性、高校生

【診断】大うつ病性障害・単一エピソード・重症・精神病性の特徴を伴わないもの

【生活歴】

同胞2名第1子長男として出生。小学生の時に両親が離婚し、その後は母親と5歳年の離れた弟と共に3人暮らしとなった。母親は家庭の生計を回すために夜間遅くまで働き、家事等は時折母方親戚の支援を借りながら生活していた。また、母親は不眠が続く近医内科にて睡眠薬を処方されていた。多忙な母親に代わりAさんが夕食作りや家事等を行い、小学生の時から弟の養育を引き受けてきた。高校入学後は野球部に所属し、元来の明るさから友人も増えて楽しい高校生活を送っていた。

【現病歴】

高校3年生(18歳)になり、進路選択や学業に関して友人と確執が生じ始めたことや受験勉強への切迫感から次第に焦燥感が募り始め、今まで優しく接してきた弟に対して強い口調で怒鳴りつけたり、自宅の壁を蹴る等の言動が見られ始めた。さらに、食思不振となり、朝は自室から出ようとせず母親が登校を促す状態が続いていた。その後、学校では周囲から孤立し始め、級友から避けられていると感じるようになった。学級担任が個別相談を設けるも、特にいじめの問題を打ち明けることはなく、気丈に明るく振る舞っていた。また、スクールカウンセラー(SC)やスクールソーシャルワーカー(SSW)、精神科等の医療機関を利用することもなかった。

【自殺企図の経過】

X年10月(18歳)、仲の良かった級友からも避けられていると感じる出来事があり、その日の下校中に自宅近隣のマンション12Fから飛び降りた。その際、物置小屋の屋根に落下し、物音を聞いたマンション住人が救急隊を要請し当院の救命救急センターへ搬送された。搬送時の意識はなく、診察の結果、骨盤骨折、右大腿骨骨折、左踵骨骨折、肝脾臓損傷、両側血気胸を認め、緊急手術を行い、その後人工呼吸器管理となった。

【精神科介入後の経過】

【第3病日目】

救命救急センター入院後に精神科へ診療依頼があり、精神科コンサルテーション・リエゾンサービス(Consultation-Liaison Service; CLS)を開始した。初診時は気管挿管中であつたが筆談やうなずきによる疎通は可能であつたため、身体的治療と併行して“こころのケア”を行う必要性を伝えた。また、精神科医より『大うつ病性障害』と診断され薬物療法が開始された。その後、身体後遺症のインフォームドコンセント(以下IC)のタイミングについて、精神科医や臨床心理士や精神保健福祉士によるCLSチームと救命救急センター整形外科医や担当看護師とで検討を行い、IC後に動揺や混乱等が生じた際には慎重に介入を行っていくことが話し合われた。

【第7病日目】

母親へのICが行われた。その後、Aさんの自殺企図に対する母親の自責感が高まり、来院頻度が減少した。母親の面会が少なくなったことでAさんが孤独感を抱くようになり、夜間のナースコールが頻

回となった。また、看護師への要求が増え担当看護師も A さんへの関わり方に戸惑いを感じていた。

【第 10 病日目】

そこで、CLS チームは母親との再 IC の機会を設け、母親の動揺や苦悩に対しても介入を行える場を整えた。そして、翌日に母親に対して臨床心理士が心理教育を行った。心理教育では、自殺に至る心理社会要因、再自殺企図の危険因子、精神科治療の必要性などを説明した。そして、母親として今後 A さんとどのように関わっていけばよいのかを共に検討した。この際、母親に自責感や不眠、抑うつ気分、そして意欲低下などが認められたため、臨床心理士は当院当科への受診を勧めた。また、担当看護師には A さんの家族機能や発達水準、人格構造、退行の心理的過程などの心理的アセスメントや情報を共有して A さんの理解を促し、過度な要求に対しては限界設定を設けて構造化を図る必要性を説明した。

【第 20 病日目】

救命救急センターから一般病棟へ転棟し、次第に実生活に戻る展望を抱く機会が多くなった。CLS チームでは、母親と学級担任、教育委員会の担当者として話し合いを行う場を設定し、精神科医から現在の精神症状、治療方針、今後の注意事項についての説明が行われた。また、学級担任が精神科医と臨床心理士や精神保健福祉士と共に級友への心理的ケア対策を立案するなどして学校との連携を図った。

【第 34 病日目】

A さんの意向に沿いながら退院後の生活や通学先についての話し合いを進めていった。身体後遺症を抱えながらの学校復帰となる可能性があり、A さんが通学する教室を 1F に移すなど、バリアフリー対策に努めた。

【第 63 病日目】

身体後遺症を抱えながらの自宅退院となった。退院後も当院の救命救急センターフォローアップ外来への通院と共に、当院当科の児童思春期専門外来への通院で精神科治療は継続された。また、学年主任が窓口となり、臨床心理士が電話をして学校での様子を確認した。学年主任とのやり取りが主であったが、SC とも連絡を取り合い、必要時には緊急連絡が取れる体制を整えた。友人とのトラブルのために学校を休みがちになった時などは学校側と連絡を取り合い、学校側では学年主任が介入し、医療側では精神科医と臨床心理士が介入を行っていった。

【問題点と課題】

学業や進路選択における友人との確執やその後のいじめ、孤立を契機に大うつ病性障害を発症、そして自殺企図に至った症例である。精神科介入においては、医療スタッフと家族や担任、そしてスクールカウンセラーとの連携を円滑に進められたことが本人の精神状態を改善し、環境調整や退院後の再登校に踏み込めた大きな一因であったと考えられる。入院当初から本人や家族、そして周囲の人々との関係構築が円滑に進めた理由としては、精神科スタッフと救命科スタッフが情報共有を図り、身体的治療と同時に大うつ病性障害に対する精神科の専門的治療が必要であることを本人や家族、周囲の人々が適切に理解できた点を挙げることができる。

家族システムへの介入や本人の身体後遺症への受容には長い時間を要するものであるため、退院後の継続介入を本人や家族の状態に合わせて進めていくことが今後の課題となるであろう。大うつ病性障害が寛解し、精神的には健康な状態になったとしても、家族システムへの介入や身体後遺症そして自殺企図という体験を受容していく過程を支援していく必要がある。しかし、それらの支援を全て医療機関が請け負うことは現実的に不可能であるため、各教育機関や地域の福祉関連機関、心理相談機関などと連携を図っていくことが必要になると考えられる。

(2) 経済的問題を抱えて自殺企図を繰り返した中年男性症例

症例 2. B さん、55 歳、男性、無職

【診断】 大うつ病性障害・単一エピソード・重症・精神病性の特徴を伴わないもの
アルコール依存・生物学的依存を伴うもの

【生活歴】

同胞 4 名長子。小中高と中位の成績で私立大学へ進学し、卒業後は上場企業に就職。25 歳時に結婚をしたが 31 歳時離婚。挙児なし。その後もサラリーマンとして勤続したが、数年前より業績の不振が続き突如解雇となった。その後再就職活動は難航し現在まで 3 年間無職。現在は母親との二人暮らし。収入はなく、貯蓄も底をついており兄弟とも疎遠で母親の貯金と年金で生活していた。

【現病歴】

X-3 年 4 月、職場退職後は失業給付を受給しながら再就職活動に奔走したものの希望の職に就けず、苦悩する日々が続き不眠を自覚。就職活動をしない日は“嫌な現実から逃げたい”と、昼から酒を飲むようになっていた。外出の回数も激減し、自閉的な生活が続いた。X 年 2 月、退職金や貯金も底を尽き、金融業者から借金をするようになった。しかし次第に複数の業者からの貸与を受けようになり、負債が膨大な額となったことから住居を引き払い、独居の母親の住む実家へ戻ることとなった。

X 年 4 月、昼夜を問わず B さんの携帯電話に金融業者から脅迫まがいの取り立ての電話がかかってくるようになり、疲労感や不安感の訴えを周囲に漏らすようになった。X 年 5 月、“借金をして多くの人に迷惑をかけた。自分は死んだ方が良い”と書置きを残し、風邪薬を数十錠まとめ飲みをし、C 病院へ搬送となった。二日間の入院となったものの、C 病院救命病棟には精神科スタッフが配置されておらず、身体的処置の終了と共に退院となった。退院時に、救命医より多重債務相談の窓口 (D 相談所) を紹介され、一度相談してみるよう勧められ、B さんも了解した。

X 年 7 月、退院時に紹介された D 相談所は利用せず、変わらず取り立ての重圧に苦しむ日々が続いた。家に閉じこもりきりで昼から酒を飲む生活が続く中、再び風邪薬を一瓶まとめ飲みをした。「これでは死に切れない」と思い、よろけながら首を吊ろうとして頸にロープを巻きつけて暴れているところを母親に発見され、当院救命救急センターへ搬送された。

【第 2 病日目】

入院翌日には意識が回復し、問診が可能となったため精神科医師が往診し、臨床心理士、精神保健福祉士も同席した。臨床心理士より、生活歴や現病歴について B さんと母親から情報を聴取し、精神医学的評価と併せて本人を取り巻く状況の整理を行った。B さんは希死念慮については否定するものの、時に涙ぐみながら自身の境遇を語り、沈鬱な面持ちであり表情は乏しく、内在する不安の強さを感じさせていた。精神科医により『大うつ病性障害』と『アルコール依存』と診断され、抗うつ薬による薬物療法が開始された。一方で、B さんは自身の生活不安について守られた環境の中で臨床心理士に語ることで安心し、その表情からは緊張感の緩みも感じさせていた。

【第 3 病日目】

精神科医の往診時、前回退院時に勧められた D 相談所に行かなかった理由について B さんに尋ねると、「相談に行くのが億劫だった」と語った。退院後の生活には不安が多いであろうから、往診時に声をかけてくれればいつでも相談に乗れると本人に伝えた。

【第 4 病日目】

翌日の精神科医往診時、B さんは D 相談所を利用しなかった理由について「道順が分からず、調べる気力も無かったからかも知れない」、「相談所に辿りついたとしても、自分には手持ちの資金が皆無であ

り、法律相談には多額の資金が必要になると思ったから」と振り返るようになった。当初「億劫であった」として利用に至らなかった過程には、利用の手続きについての誤解や情報不足があった事が明らかになったことをBさんと共有した。

【第7病日目】

精神科医より退院後の外来での精神科治療継続の必要性について説明を受け、Bさんは自宅近くのクリニックへの通院継続を約束した。精神保健福祉士より資金援助の制度があることを情報提供し、Bさん同意の上D相談所の予約設定までを精神保健福祉士がコーディネートを行った。

【退院後の経過】

退院の3日後、D相談所より「(Bさんが) 今後法律扶助を受けながら自己破産の手続きを取ることが希望され、申し立ての手続きをサポートしていきます」と、当院に連絡があり、続いて一週間後には、紹介した精神科クリニックより「Bさんが来院され、通院を継続していく」旨の報告を受けた。

【問題点と課題】

失業を起点として経済的に破綻し、精神疾患に罹患。多重債務問題に発展した末に自殺企図を繰り返してしまった症例である。本症例における問題点としては、BさんがC病院を退院時に紹介されたD相談所を利用出来なかった点と、C病院において適切な精神医学的評価と治療がなされなかった点が大きいと考えられる。

当院入院時に時間をかけて話をうかがっていく中で、D相談所を利用しなかった背景にはBさんの誤解と情報の認識不足があったことが明らかになった。仮にC病院退院時にBさんが相談所の利用方法や手順について十分に理解をした上で退院をし、実際に経済問題の相談に繋がっていたら、多重債務問題に適切な介入がなされ、Bさんの精神的な負担が軽減されていたかもしれない。同時に、精神疾患に対して適切な精神科介入がなされていれば、自殺行動をとる前に思い止まっていたかもしれないのである。自殺未遂者に対する精神科介入や支援の窓口の情報提供は言うまでもなく必要であるが、本症例のように、本人の理解と医療者の認識との間にはしばしば乖離が生じる。退院後の継続的な精神科受療促進を行う場面と同様、支援の窓口の情報とその必要性について患者が理解し、実際に活用していけるよう入院中にマネジメントを行う必要がある。

6. 今後の課題

自殺とは単一の問題によって生じるものではなく、様々な心理社会的問題が複雑に絡み合って生じると考えられている。そのため、救命救急センターでの自殺未遂者に対する精神科介入とは、限られた時間的制約の中で多側面から心理社会的な情報を収集して評価を行い、適切な治療や支援を進めていかなければならない。一方で、たとえ時間をかけて精神科介入を行い治療の必要性を伝えたり、社会資源を紹介する等の自殺未遂者支援に努めたとしても、精神科スタッフの認識と本人との理解の間にギャップが生じると、退院後の継続的な精神科受療には至らず、相談窓口にも足を運ばない結果になることもある。また、精神科治療の意義が適切に理解されていなければ、精神科治療が継続されていても、自殺企図を繰り返してしまうことにもなりかねないと考えられる。したがって、患者本人の精神状態や理解度、現実検討力、そしてストレス因子に合わせた疾病教育や自殺予防心理教育を開発することが必要と考えられる。

また、救命救急センターを退院後も精神状態や生活状況の査定を行い、入院中に紹介した社会資源の利用状況を確認する等して、再自殺企図の危険性を定期的に評価していくことも必要と考えられる。そして、精神科治療が中断していたり、社会資源が利用できずに問題が遷延している場合には、社会資源の再情報提供や医療機関への再コーディネートを行う必要がある。

しかし、当院の精神科へ通院している者を除いては、救命救急センター退院後の自殺未遂者に対する継続的な支援や評価・査定は困難な状況である。したがって、今後は、救命救急センターを退院後も地域の福祉関連機関や医療機関との連携を図り、継続して介入を進めていくことが重要と考えられる。また、患者によっては、医療機関での治療だけでなく、生活スタイルの改善や社会的役割の取得、生きる目標の再考を目指した長期的な複合的アプローチが必要になると考えられる。

以上のことから、今後は下記のような対策が必要と考えられる。

(1) 心理教育の充実化

- ① 自殺未遂者やその家族に対して、精神科への受療促進や治療意欲の向上を目的として、精神疾患に対する疾病教育を行う。そのための教材やツールを作成する。
- ② 上記疾病教育と同時に、自殺未遂者とその家族に対して、各精神疾患に合わせた自殺予防心理教育を行う。内容としては、自殺に至った心理社会的要因、自殺の危険因子、精神疾患と自殺との関連について説明を行い、自殺の契機となったストレス因子の整理を進める。また同時に、自殺未遂者本人が退院後に利用できる社会資源や心理的サポートを整理して、それらの資源を有効利用するための行動計画を患者と共に立案する。そして、必要に応じて相談先や心理的サポートとの情報共有を図り、患者が利用しやすい環境を整える。また、長期入院患者に対しては、精神科医と臨床心理士の見立てにより、必要に応じて、認知再構成やストレス対処法の検討などの認知行動療法的エッセンスを盛り込んで進めていく。

(2) 各精神疾患やストレス因子に合わせた退院後のアウトリーチ

- ① 各精神疾患別や抱えている問題（ストレス因子）別に介入アプローチを考案し、地域の福祉関連機関や医療機関、各種専門相談機関といった外部機関との連携に関するガイドラインを作成する。具体的には、区役所、精神保健福祉センター及び福祉事務所といった福祉関連機関、さらに保健所や教育機関、司法関連機関などの担当者と緊密な連絡を取り合いながら相互交流を目指していく。

- ② 継続的な介入が必要な患者に対しては、その後も連絡を取り続け、治療関係のある医療機関の主治医とも連携を図りながら、長期的な支援を行う。また、当院と各種専門相談機関とが連携を図る際には、医療情報や個人情報の共有が求められることもある。患者への介入を継続する場合には、個人情報等の取り扱いについて本人から合意を得て、本人の自由意思のもとで介入を行う承諾を得ることが倫理的にも望ましいと考えられる。したがって、一連の継続的な介入を実施する旨の同意書を作成し、本人から同意を得るよう努める。一方で、継続的な介入が必要であるにもかかわらず、本人が治療や支援を拒む場合がある。救命救急センターでの短期間のかかわりだけでは、十分な治療関係を構築したり、治療や支援の必要性を理解するまでに至らない患者も少なくない。したがって、本人が拒否をした場合は、必要性を慎重に検討したうえで、家族やキーパーソンから介入継続の同意を得て、家族やキーパーソンを通して間接的に本人を支えられる環境を整えていく。

7. まとめ

当院の救命救急センターでは、自殺未遂者の半数が過量服薬であり、在院期間は数日である者が多数を占める。したがって、精神科スタッフにとっては、限られた入院期間の中で自殺未遂者やその家族と関係を築き、適切で効果的な支援を行うことが課題となる。また、身体合併症を伴う自殺未遂者に対しては、精神科治療と併行して身体的治療やリハビリテーションが必要となり、治療拠点を確保するためのケースマネジメント技能が求められる。そして、自殺未遂者支援の質の向上を図っていくためには、自殺未遂者に対する心理教育の充実化や各精神疾患、ストレス因子別のガイドラインを作成していくことが必要と考えられる。

近年、自殺対策として様々な取り組みが行われている。しかし、それぞれの対策が単独で効果をもたらすことは少なく、自殺未遂者支援を行うためには、複合的且つ多面的なアプローチが必要となる。救命救急センターでの自殺未遂者支援においても同様に、多科・多職種・多機関が情報共有を図り、相互連携を図ることが重要となる。精神科医や臨床心理士、精神保健福祉士は、精神科・救命科・関連機関そして家族というコミュニティ全体をつなぎながら、患者が中長期的に継続した支援を受けられるように、患者を取り巻く環境に働きかけていくことが求められている。

8. 引用文献

- 1) Beautrais AL : Subsequent mortality in medically serious suicide attempts : a 5 year follow-up. Austral New Zeal J Psychiatry 37(5) : 595-599, 2003
- 2) 伊藤敬雄他 : 高度救命救急センターにおける精神科 consultation-liaison service を開始してー精神科医師の果たす役割ー. 総合病院精神医学 14(1) : 63-73, 2002
- 3) 自殺実態解析プロジェクトチーム : 自殺実態白書 2008【第2版】, <http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html> : 2008
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課 : 平成20年度 社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例) 結果の概況. 厚生労働省, 2009
- 5) 三宅康史他 : 救命救急センターに搬送される自殺企図患者, 精神科 (10) 6, 441-448, 2007
- 6) 高橋祥友 : 自殺の危険 ; 臨床的評価と危機介入, 金剛出版 : 2006
- 7) 山田朋樹他 : 高度救命救急センターにおけるコンサルテーション・リエゾン精神医療, 臨床精神医学 36 (6), 743-747, 2007