

当院における自殺企図患者の現状と取り組み ～救急医療機関と精神科医療および地域との連携をめざして～

長田 敬子¹⁾ 嶽本直子¹⁾ 白子隆志²⁾ 益田大輔³⁾

1) 高山赤十字病院 看護部 (救命救急センター)

2) 高山赤十字病院 救命救急センター (外科)

3) 高山赤十字病院 心療内科

抄 録：平成18年自殺対策基本法成立と共に、岐阜県では様々な取り組みが行われ、平成23年度高山市でも自殺予防対策事業が開始となった。今回、平成21・22年度の2年間に当院救急外来を受診した自殺企図患者の現状と、精神科病院および地域との連携をめざした取り組みについて報告する。自殺企図患者は、134名(男性48名、女性86名)であった。精神科受診歴のある患者82名中、薬物中毒・リストカットが65名(79.3%)を占め、当院心療内科通院者は7名、他院への通院者は75名であった。過去に自殺未遂歴のある患者46名中、薬物中毒が36名(78.3%)であり、2年間で12名が繰り返していた。転帰は、入院77名、外来受診のみで帰宅35名、死亡22名であった。紹介状記入は41名にあり、退院後当院への通院者は10名であった。自殺企図患者の入院当初から退院後まで精神的治療を継続的に行うため、また再企図防止のためには救急医療機関と精神科医療機関および地域との連携システムの構築が急務である。そこで日本臨床救急医学会作成自殺未遂患者への対応の手引きに従って、当院用の手引きとチェックリストを作成した。手引きに従った情報収集と紹介状による情報提供は、精神科医療機関および地域との連携に有用であると思われる。また、手引き書の活用によって、再企図予防のための適切なケアを展開することができると思われる。

検索用語：自殺企図、実態調査、地域連携、再企図予防

I. はじめに

平成18年自殺対策基本法成立に伴い、岐阜県では様々な取り組みが行われてきた。平成23年度、心の健康相談窓口をはじめとする事業が高山市でも開始され、自殺予防・家族・遺族支援のネットワークが広がりつつある。

自殺企図患者は、身体的治療と並行して精神的治療を必要とされることが多い。しかし、当院では心療内科常勤医が不在であり、嘱託医師による外来診療のみで、常時直接的な精神科医の介入が困難な現状にある。平成20年度を対象に行った調査「当院における自殺企図患者の現状と課題」¹⁾では、自殺企図患者の入院当初から退院まで精神的治療を継続的に行うため、また再企図防止のためには救急医療機関と精神科医療機関および地域との連携システムの構築が急務であると考えていた。今回、ひきつづき平成21・22年度の2年間に当院救急外来を受診した自殺企図患者の現状と、精神科病院および地域との連携をめざした取り組みについて報告する。

II. 方法

対象は、平成21年4月から23年3月までの2年間に当院救急外来を受診した自殺企図患者を性別、年齢、自殺企図方法、精神科受診歴、自殺未遂歴、転帰と紹介状の有無などについて、カルテをもとに後ろ向きに調査した。さらに、市内3施設に紹介された16名の受診状況について追跡調査した。

当院での取り組みとして、日本臨床救急医学会作成自殺未遂者への対応の手引き²⁾に従って、当院用の救急外来・救命救急センタースタッフのための手引きとチェックリストを作成した。

III. 結果

調査期間中の自殺企図患者は134名で、性別は男性48名(35.8%)、女性86名(64.2%)であった。そのうち自殺死亡者は、男性14名、女性8名であり、自殺完遂率は男性が29.2%、女性が9.3%であった。

年齢は14歳から93歳で、平均年齢は男性53.9歳、女性40.7歳であった。10歳代から30歳代までで全体の50%を占める。女性は20歳代・30歳代で52.3%と半数以上を占める。男性は70歳代が一番多いが、どの年代にも大きな差はなかった(図1)。

男性の自殺企図方法は、薬物中毒19名(39.6%)、縊頸16名(33.3%)、リストカット5名(10.4%)、農薬1名、一酸化炭素中毒2名、その他5名であった。女性の自殺企図方法は、薬物中毒58名(67.4%)、縊頸7名(8.1%)、リストカット13名(15.1%)、農薬2名、その他6名であった(図2)。

過去に精神科受診歴のある患者は、82名(61.2%)であり、それらの企図方法は薬物中毒53名・リストカット12名で79%を占めた。受診歴不明は、29名(21.6%)であった(図3)。当院心療内科通院者は7名(8.5%)、他院への通院者は75名(91.5%)であった。

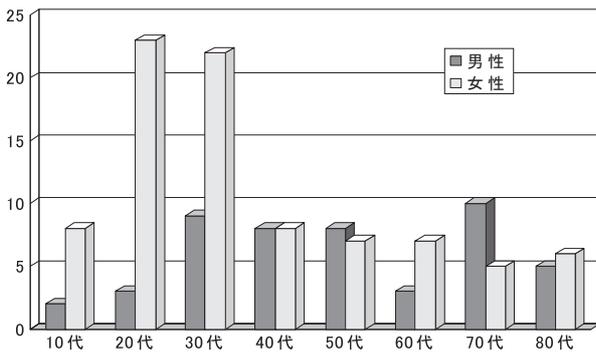


図1：年齢分布

過去に自殺未遂歴のある患者は、46名(34.3%)であり、それらの企図方法は薬物中毒36名(78.3%)であった。未遂歴不明は、48名(35.8%)であった(図4)。また、2年間で12名が同じ方法または手段を変えて自殺企図を繰り返していた。なお、動機について本人および家族より聴取しカルテ記入されていたのは22名(16.4%)であった。

自殺企図患者の転帰は、入院77名(57.5%)、外来受診のみで帰宅35名(26.1%)、死亡22名(16.4%)であった。入院平均日数は、2.5日であり、入院中当院心療内科に受診されたのは15名(19.5%)であった。帰宅時に紹介状が記入されたのは41名(36.6%)、当院心療内科への通院者は10名(8.9%)であった(図5)。市内3施設に紹介された16名の追跡調査では、14名が当日から3日以内に紹介状を持参して受診をしていた。

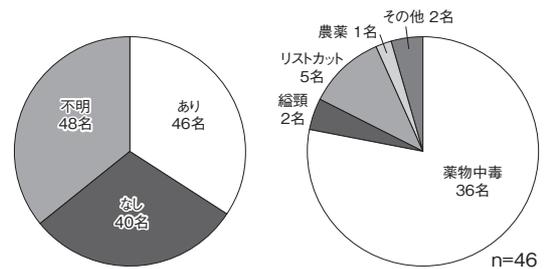


図4：自殺未遂歴の有無

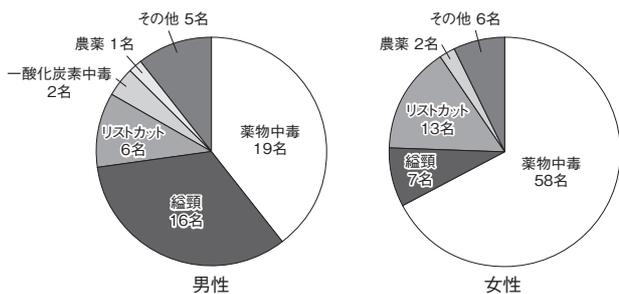


図2：自殺企図方法

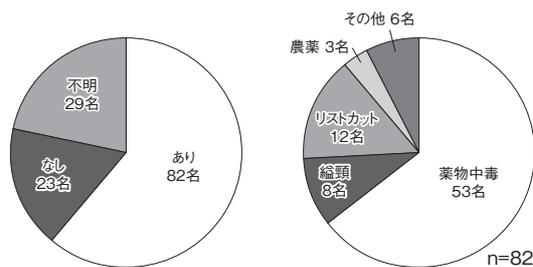


図3：精神科受診歴の有無

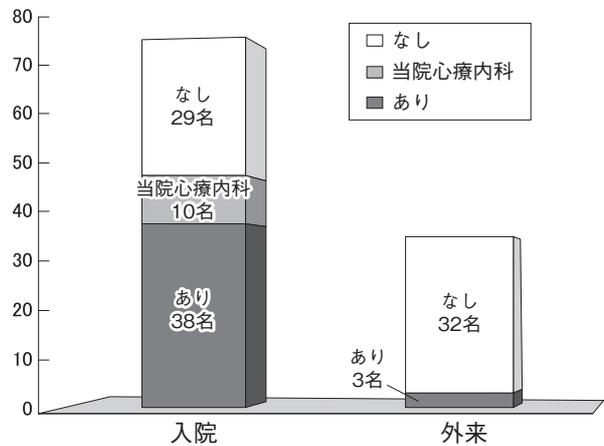


図5：紹介状記入の有無

日本臨床救急医学会は、平成21年3月31日自殺未遂者への対応の手引きを発行した²⁾。その手引きに従って、また調査による現状の問題点と課題を参考に、当院用の自殺未遂患者診療：飛騨地域連携モデル、自殺未遂患者のケア：現場でのフ

ローチャートを作成した。また、看護師の対応の流れやポイント、社会資源の紹介と活用等の内容を含めた救急外来・救命救急センタースタッフのための手引きと帰宅時のチェックリストを作成した(図6.7.8)。

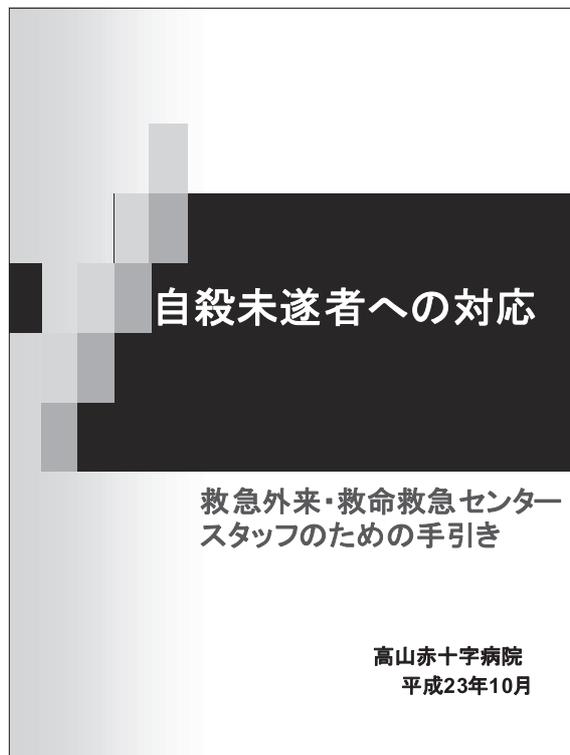


図6

| | |
|--|----|
| 目次 | 2 |
| はじめに | 1 |
| 目次 | 2 |
| 1. 自殺未遂者の診療：飛騨地域連携モデル | 3 |
| 2. 自殺未遂者のケア：現場でのフローチャート | 4 |
| I. 情報収集 <small>救急隊・家族・周囲から収集する必要な情報は？</small> | 5 |
| II. 自殺企図の手段と重症度の確認 <small>重症度から身体管理を検討</small> | 6 |
| III. 自殺企図の有無の確認 <small>受診が自殺企図であったか否か？</small> | 7 |
| IV. 現在の死にたい気持ちの確認 <small>自殺再企図の危険性が高いか？</small> | 8 |
| V. 危険因子の確認 <small>自殺の危険因子はあるか？</small> | 9 |
| VI. 外来での対応と入院の評価 <small>基本的な対応法</small> | 10 |
| VII. 外来で帰宅させるときの注意点 <small>精神医療機関への紹介と帰宅後のケア</small> | 11 |
| VIII. 入院後-救命救急センターでの対応 | 12 |
| 3. 看護師編：対応の流れ <small>TALKの法則と具体的対応例</small> | 13 |
| 幻覚妄想状態を呈する自殺企図者への好ましい対応例 | 14 |
| 4. 退院までに行なうこと | 15 |
| 5. 社会資源の紹介と活用 | 16 |
| 6. 外来より帰宅時及び退院時チェックリスト | 17 |

図7

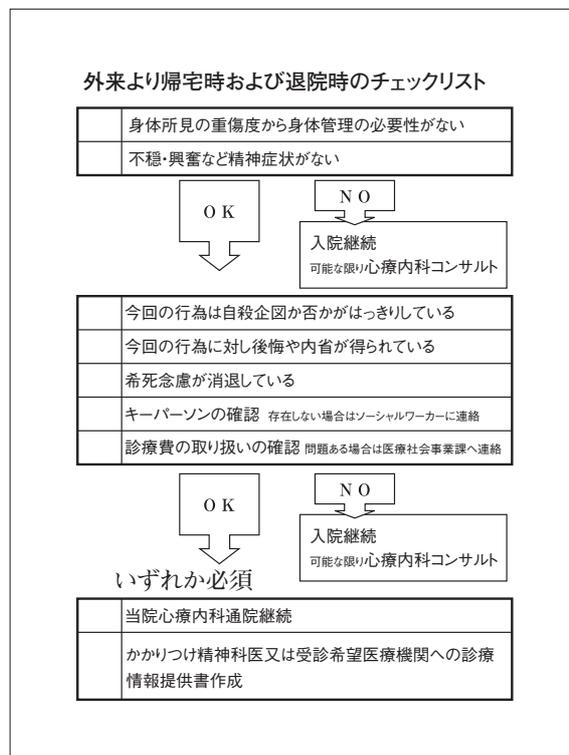


図8

IV. 考 察

日本の自殺者数は1998年以降、年間3万人を超えており、少なく見積もっても自殺者数の10倍の自殺未遂者がいると言われている³⁾。当院でも、自殺企図によって救急搬送および救急外来受診をする患者に出会うことが多い。自殺未遂を含めた自殺企図患者の男女比はおおよそ1:2であるのに対し、自殺死亡者の男女比はおおよそ2:1であり、自殺完遂率は男性に高かった。これらの結果は、平成20年度の当院の実態調査¹⁾および多くの3次救急医療機関で行われている調査報告と同様であった⁴⁾。

年齢別では、警察庁の自殺統計によれば、20歳代から30歳代の、社会で活躍する若年から中堅層の自殺死亡率が上昇傾向にある。当院でも、10歳代から30歳代の自殺企図患者が全体の半数を占めている。これは近年、高齢者を中心とする社会保障制度が成熟してきた一方で、格差社会の問題、生活や雇用に不安を抱くなど、若い世代を支えるセーフティネットが脆弱になっていること、いじめやインターネット自殺などの社会現象が背景にあるためと考える。

企図方法は、痛みを伴うことなく精神的苦痛を一時的にリセットできる方法として、大量服薬による薬物中毒が男女ともに多かった。特に、精神科受診歴のある患者では、向精神薬を所持し、希死念慮の有無にかかわらず衝動的にも内服が可能であるためと考える。

自殺企図歴がある場合、自殺企図者の10人に1人は将来自殺によりなくなるといわれており、自殺企図者が将来自殺するリスクは一般人口におけるリスクの数百倍である。また自殺未遂者の90%以上が自殺時には何らかの精神疾患に罹患していたとの報告がある⁵⁾。当院の精神科受診歴があったのは61.2%であったが、受診歴がなかったからといって精神疾患に罹患していなかったとは言えない。たとえば、厚生労働省の調査によれば、うつ病の患者は増加傾向にあるものの、医療機関を受診しているものは、ごくわずかと推測されている。来院時の病歴聴取が不十分であった可能性を含め、精神疾患や精神科医療に対する根強い誤解や偏見が伺われるものと考え。自殺未遂歴が

あったのは34.3%、未遂の繰り返しは46名中12名にあり、自殺のハイリスク者である。動機について聴取されていたのは、わずか16.4%であり、自殺の危険性のアセスメントに必要な情報収集ができていない。柳澤は「現病歴、動機、経緯や発見状況、生活状況、家族構成や支援者、遺書の有無、特に現在の希死念慮や具体的な計画の有無について検索的にたずねることが極めて重要である」⁶⁾と述べている。精神科疾患の早期発見・早期治療や、自殺未遂の既往が最も明確で強力な因子であることを認識し、十分な情報収集に努めアセスメントすることが再企図防止の第一歩と考える。効果的な未遂者対策を実施しなければ、自殺者数を減少させることは困難だと考えられている³⁾。

当院心療内科への受診歴のあるもの、入院中に受診できたもの、退院後通院しているものは非常に少なく、他院への受診者が多い。当院には心療内科、精神科の入院病床はなく、嘱託医師による外来診療のみであること、身体症状が消失すると同時に退院するため入院期間が短いことが、当院心療内科への受診状況に大きく影響していると思われる。入院前の通院先に継続的なケアを依頼せざるを得ない状況だからこそ、救急医療機関と精神科医療機関および地域との連携が重要であると考えていた。紹介状の記入状況は、41名(36.6%)であり、他院への情報提供・連携において十分な数とは言えない。しかし、市内の3施設に紹介された16名の追跡調査では、14名が退院当日から3日以内の早期に紹介状を持参して受診していた。問題解決しないまま元の生活に戻ることとなった自殺未遂者は、相談することへの抵抗感や知られたくないという気持ちから、受診を拒否し深刻化することもある。紹介状による情報提供は、本人の受診を促し、精神科医療機関との連携に有用であると思われた。

平成18年10月、国を挙げて自殺対策を総合的に推進することにより、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図るため、自殺対策基本法が施行された。平成19年6月には、基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。

また、日本臨床救急医学会は、平成21年3月、自殺未遂者への対応の手引き²⁾を発行した。内容

は、自殺未遂者が救急医療機関に搬送されてから退院するまでの情報収集、対応、治療、地域ケアへのつなぎまでを丁寧に解説し、未遂者の自殺危険性を低減させ、自殺を防ぐ保護因子を高めるための取り組みを具体的に表している。そこで、手引きに従って、当院と地域の特徴を考慮した、自殺未遂者診療：飛騨地域連携モデルと、担当した救急医が迷うことなく診療・ケアするための、自殺未遂者のケア：現場でのフローチャートを作成した。自殺企図患者が不信感や不安感を表出できる機会を与え、親身になって患者の苦しみや心配事に耳を傾けることができるよう、TALKの原則に基づいた介入についてなど、看護師の対応の流れやポイントをまとめた。早期から医療社会課が介入することで、患者の支援や退院・転院などの治療方針の検討、患者に必要な社会資源・支援の調整について他職種間で協議し⁷⁾、院内連携の充実を図った。岐阜県の電話相談機関や「いのち・サポートひだ」の案内も加えた。さらに、対応の統一と退院時の安全性を確保するため、紹介状の記入を促すためチェックリストを作成した。これらの活用によって、再企図予防のための適切なケアを展開することができると思う。救急医療機関での取り組みは、現状を把握し、意識を高めるための定期的勉強会の開催など、継続的に行っていくための努力が必要である。

V. おわりに

救命センターに入院された自殺企図患者の問題は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題など様々の問題と、その人の性格、家族の状況、

死生観などが複雑に関係している。それらを解決するためには、院内、地域の医療機関、さらに退院後の生活する地域など、多くの機関が密接に連携し、包括的な取り組みが必要である。救急医療機関である当院は、精神科病院および地域と、日ごろから顔の見える関係づくりを行っておくことが大切である。今回追跡調査において、快く協力してくださった地域の施設の方に感謝する。

参考文献

- 1)長田敬子、久保田忍、他：当院における自殺企図患者の現状と課題、高山赤十字病院紀要34：53-56、2010
- 2)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編、2009
- 3)河西千秋：動き出した自殺未遂者対策：救急医療の役割、自殺の危険因子と自殺未遂者対策、エマージェンシー・ケア、24(11)：12-14、2011
- 4)豊田泰弘、中山厚子、他：大阪府岸和田市における救急活動記録からみた自殺企図者の実態調査、日本公衆衛生雑誌、55(4)：247-253、2008
- 5)山田朋樹：“希死念慮に遭遇したら：初期対応とアセスメント1. 初期対応”、プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理：あなたの患者を守るために、南山堂、84-88、2009
- 6)柳澤八重子：救急外来での電話相談&初療編、エマージェンシー・ケア 24(11)：23、2011
- 7)富樫由香里、山田朋樹：院内連携でケアをつなぐ、精神科医とPSW による介入、エマージェンシー・ケア、24(11)：43-47、2011