

IV

自殺未遂が起きた時の具体的な対応

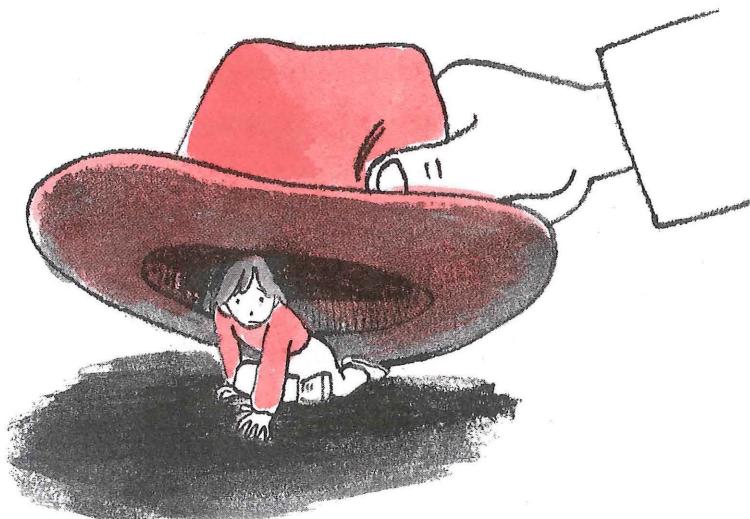
1 自殺未遂に対しては厳重な警戒を

「はじめに」でも指摘したように、自殺未遂はもっとも重要な危険因子です^{1, 2)}。自殺未遂があったという事実を真剣に受け止めてください。そして、原則的にはかならず精神科医による診察を受けられるように手配すべきです。単に精神科に紹介するだけではなく、確実に診察を受けられるようにしてください。もしも、本人が拒否的な場合は、家族に対して十分にその危険性を説明して、精神科受診につなげてください。

さて、自殺未遂に関しては医療者の目を曇らすような事態がしばしば起きます。

まず、未遂に用いられた手段だけを見て、将来の危険性を判断しないでください。電車に飛び込み重傷を負ったものの何とか救命された場合や、高所から飛び降りたものの奇跡的に助かったような場合は、その人が深刻な気持ちで死にたいと考えていたことを誰も疑わないででしょう。

ところが、手首を浅く切る、睡眠薬を数錠余分にのむといった行為に及んだ場合、しばしば医師や看護師でさえ、「こんな方法では死ねない。死ぬつもりはなかった」「狂言自殺だ」などと、患者の意図を疑うことがあります。しかし、たとえ死に至



らないような自傷行為に及んだ人であっても、適切なケアを受けられないままであると、その後も同様の行動を繰り返し、結局、自殺で命を失ってしまう確率は、そのような行為を認めなかつた人に比べると、はるかに高いのです。

そして、自殺未遂に関して注意しなければならない点がもうひとつあります。自殺未遂直後の表面上に現われた感情だけを見て、将来の危険性を判断しないという点です。自殺を図った直後の人人が抑うつ的で絶望感に打ちひしがれています。不安焦燥感が強い場合ばかりではありません。それどころか、外見上はけっして抑うつ的には見えないことさえしばしばあります。命を救われたことに対してあからさまな敵意を示す場合は、まだ自殺願望が誰の目にも明らかです。しかし、本人が自殺の意図を否定し、まるで他人事のように自殺未遂について語ったり、それどころか、どこか妙に昂揚した気分でいることさえめずらしくありません。自殺未遂がカタルシスの作用をもたらし、一時的に不安や抑うつが軽快することはしばしばあるのです。

このため、自殺をする気はなかったと医師が判断してしまうことさえあります。さらに、家族や知人は専門的な知識も乏しく、自殺未遂が起きたことに対する自責感を晴らそうとするあまり、本人の死の意図を頑なに打ち消そうとする傾向が一層強いのです。

そして、医師の判断や家族の希望から、また本人自身の主張から、身体的な治療を済ませただけで、精神科治療を受けられることもよくあります。自殺未遂の結果、身体的な問題（薬物の多量服用による昏睡や手首の自傷）のために、まず救急病院に未遂者が連れて行かれ、そのような施設には精神科医がない場合も少なくありません。自殺を図った人がそれまでに置かれていた環境、問題を抱えやすい性格、精神症状などに対して救いの手が差し伸べられずに、身体的な処置だけされ、以前と同様の環境に戻ると、しばらくして再び自殺の危険が高まるという例はめずらしくありません。自殺未遂直後に一見して精神的な問題がないような状態の人でも、自殺未遂によって環境の改善される例は少なく、現状のままかむしろ増悪する例も多いのです。自殺未遂者に対して身体的な治療を実施するだけでは、問題の根本的な解決には程遠いのです。身体の治療だけをして、こころの治療をしないままでは、自殺の危険を本当に治療したことにはなりません。

誰かが自らの手で命を絶とうとしている現実に直面すると、強い不安がわきあがるのが普通です。医療関係者でさえも、患者が抱く自殺の意図を無意識的に否定しようとする心理が働くことさえあります。患者が抱く自殺願望は医療者の全能感に対する大きな挑戦となります。その結果、自殺未遂が事故や単なる偶然であると無

意識のうちに解釈されかねません。一見、単なる偶然や、死ぬ危険がそれほど高い事故のように見える出来事に直面した場合であっても、それが確実に自己破壊行動ではないとわかるまでは、自殺を図った可能性を安易に否定してはなりません。

自傷行為に及んだ患者に遭遇した場合、原則的には専門の精神科医による治療につなげてください。そして、精神科治療に導入するまでは、患者の安全の確保について十分に注意を払う必要があります。

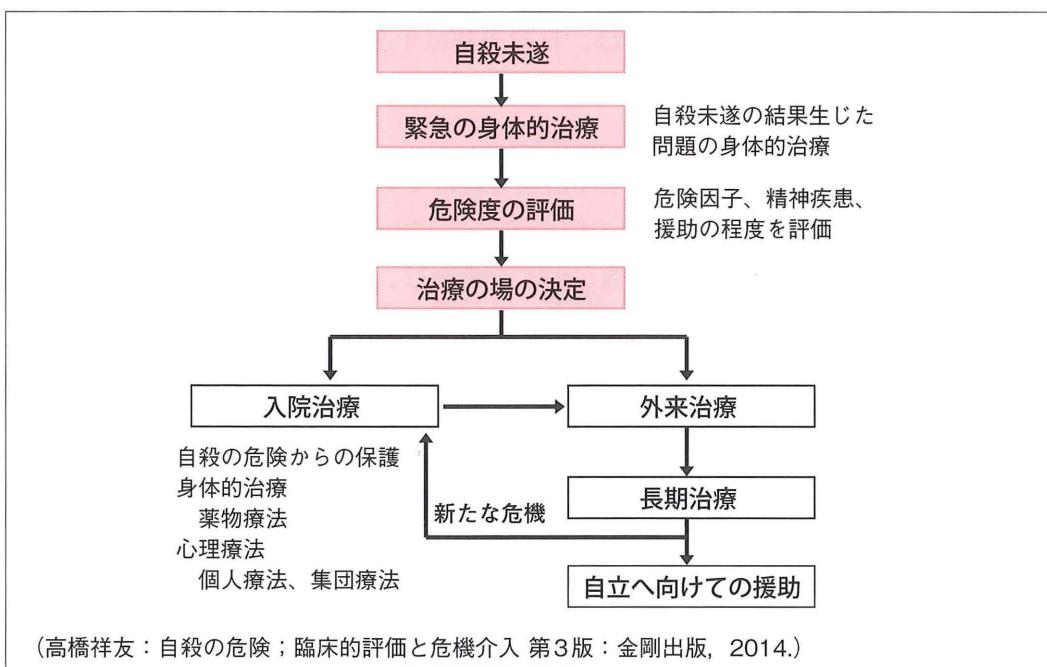
2 治療の原則

図IV-1に自殺の危険の高い人に対する治療の流れをまとめておきました。専門の精神科医による治療についてですが、その概要について理解しておいてください。

自殺の危険の高い患者の治療には次の3つの柱を組み合わせて治療方針を立てていきます。すなわち、①薬物療法、②心理療法、③周囲の人々との絆の回復です。

自殺の危険の背後に精神疾患が存在する場合は、正確な診断やその重症度に基づいて、集中的かつ長期的な治療を実施します。自殺が生ずる危険のある状態は一度だけで終わることはむしろ稀で、繰り返し生ずることが多いのです。したがって、

【図IV-1】自殺の危険が高い人に対する治療の流れ



(高橋祥友:自殺の危険;臨床的評価と危機介入 第3版:金剛出版, 2014.)

そのような事態に備えた治療計画を立てます。

外来と入院の間で密接に連絡の取れる場で治療し、治療に一貫性を持たせることが理想的です。自殺の危険の高い患者の治療はかなり長期間にわたることを最初から念頭に置いておく必要があります。

自殺の危険がただちに迫っている場合には、入院治療に踏み切る判断もくださなければなりません。その場合は、まず患者の安全を確保することが優先されますが、危機が去って状態が安定してから、精神療法的接近が重要になってきます。日常的な場面で問題を抱えたときに、自殺行動という非適応的な問題解決に打って出る傾向を少しづつ修正していくのです。認知行動療法的なアプローチもこの段階になると可能になり、十分時間をかけることによって、効果が期待できます。自殺の危険の高い患者の治療には、精神症状の緩和ばかりでなく、これまでに身につけてこなかったスキルの獲得や、次に危険な事態が生じた時に自殺以外のより適応度の高い対処法について検討しておくといった働きかけが必要です。

さらに、自殺の危険の高い人には周囲の人々との絆を自ら断ち切ってしまう傾向がしばしば認められるので、周囲の人々との絆を回復するように働きかけていくことも重要になります。

また、自殺の危険の高い患者はしばしば家族の病理を代表して、自殺行動として体現しています。その意味でも家族を治療同盟に加えることは欠かせません。「精神疾患＝自殺」という理解だけでは、自殺予防は十分に効果が上がらないのです。精神疾患とともに、その人が社会の中で抱えている孤立感に働きかけていく必要があるのです。

ある程度安定した段階では、外来で治療を続けていきます。そして、患者が日常生活で抱えやすい問題は何か、他の解決策にはどのようなものがあるかとともに探っていきます。また、新たな危機が生じた場合は、一時的に入院治療に戻す必要も出てきます。

いずれにしても、自殺の危機に対処するには一朝一夕で済むものではなく、長期的な取組が必要なのです。

3 群発自殺

ある人物の自殺が生じた後に、他の複数の自殺が引き続き生じる現象が知られています。それは群発自殺（clustered suicide）と呼ばれています³⁾。群発自殺への

■ ■ ■ ■ ■ IV 自殺未遂が起きた時の具体的な対応

対応となると、一般の医療従事者の守備範囲を超えてしまうかもしれません、このような現象があることだけは知っておいてください。この種の緊急事態では専門の精神科医の協力が必要になります。

病院、学校、職場で起きたさまざまなタイプの群発自殺の事例が報告されています。もちろん、自殺予防に全力を尽くすべきですが、それでも不幸にして自殺が起きてしまう場合もあるのです。

そのような時には、遺された家族、他の患者、知人などに対して適切なケアをすべきです⁴⁾。そして、これまで治療や看護に当たってきた医療スタッフに対するケアも忘れてはなりません。

直後は気丈にふるまっているように見えた人でも、長期間経過した後に、不安障害、うつ病、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などを発病して、精神科治療が必要になることさえ稀ではありません。

なお、心の問題ばかりでなく、身体の問題が出てくることもあります。喘息や高血圧症といった持病の悪化や、胃潰瘍の再発などがあり、遺された人に対しては心身ともにケアをする必要があります。



さらに、患者に自殺されてしまった医療スタッフが、専門家としての自信をすっかり失うということが起こる可能性もあります。そこで、適切なサポートを差し伸べて、貴重な人的資源を失わないようにすることも、自殺が起きた際の危機管理の一環と考えるべきです。また、スタッフ全員で症例を振り返り、死からしか学ぶことのできない教訓を得るといった姿勢も、今後、同様の悲劇を繰り返さないようにするために重要です。

まとめ

自殺が未遂に終わり、幸い救命されたとしても、適切なケアを受けられないと、将来も同様の行為を繰り返して自殺で命を落とす危険は非常に高いのです。自殺未遂の直後には、患者は不安・焦燥感が表面的には軽快しているように見える場合もめずらしくないので、緊急度の判断を誤らないようにしなければなりません。自殺未遂が起きた場合は、原則的には精神科医による症状の評価や治療に結びつけるようにしてください。

○引用文献

- 1) 高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入 第3版. 金剛出版, 2014.
- 2) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 2006.
- 3) 高橋祥友：群発自殺；流行を防ぎ、模倣を止める. 中央公論新社, 1998.
- 4) スモーリン, A. & ガイナン, J. (柳沢圭子訳)：自殺で遺された人たちのサポートガイド；苦しみを分かち合う癒やしの方法. 明石書店, 2007.

コラム④ 複合的地域自殺対策プログラムの自殺企図予防効果の研究結果

自殺の背景には様々な社会的要因が複雑に関係しており、予防対策の実施に当たっては多角的な検討と包括的な対策が必要となるが、これまで対象地域が限られていたり、対象に偏りがあったり、活動の事後評価が行われなかつたりするなど、効果的な複合的自殺予防対策のあり方に注目した科学的研究および施策は不十分であった。そこで国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターでは、自殺死亡率が長年にわたって高率な地域において、一次から三次までの自殺予防対策を複合的に組み合わせた自殺予防対策プログラムを介入地区で実施し、通常の自殺予防対策を行った対照地区と比較して、自殺企図の発生（自殺死亡者および自損行為による救急搬送者の頻度）に効果があるかどうかを検討し、加えて、自殺が近年増加している都市部地域においても同様の検討を行った。

その結果、3.5年間の地域介入により、自殺死亡率が長年にわたって高率である地域（青森地域、秋田地域、岩手地域、南九州地域）においては、自殺企図の発生率が対照地区と比較して男性で約23%、65歳以上の高齢者で約24%減少し、強い予防効果が得られた。しかしその一方で、女性および若年者でははっきりとした効果は認められなかった。なお、これらの地域でのプログラム実施率は対照地区よりも明らかに高かった。

また、人口規模の大きな都市部（仙台地域、千葉地域、北九州地域）では自殺企図の発生率は対照地域と比較して同等であったが、これらの地域でのプログラム実施率も対照地区と有意な差がなく、そのことが今回の結果に影響している可能性が示唆された。

プログラムを実施するうえで都市部における人的資源や地域におけるネットワークの不足など地域の特性が影響している可能性が考えられるが、さらに研究を進めて課題を解明していく必要があると同センターでは考えている。また、近年自殺者が増えている女性および若年者に対しては、これまでの自殺対策では効果が期待できないことが明らかになったため、啓発活動が女性および若年者に対しては自殺を誘発するリスクを伴う可能性への考慮も含めた、新しい対策の検討が必要であろう。

本研究によって、自殺予防対策における自殺企図予防効果が性別・世代、地域の特性によって異なることが明らかにされた。今後の、科学的根拠に基づく我が国における地域の特性に根ざした自殺対策の政策立案と実践に役立つものと期待される。

自殺予防対策プログラムの内容など本研究の詳細については、国立精神・神経医療研究センターのプレスリリース (http://www.ncnp.go.jp/press/press_release131010.html) に掲載されている。