

2

薬物過量内服やリストカットを繰り返す症例

川原庸子

医療法人信愛会 玉名病院 精神科

Point 1 自殺再企図の緊急性の評価、リスクアセスメントができる。

Point 2 自殺未遂者に対して傾聴・共感を主とした望ましいコミュニケーションができる。

Point 3 精神医療機関への適切なコンサルテーション、または支援機関の紹介ができる。

はじめに

自殺企図という形の命との向き合い方は、ときに医療従事者に葛藤を生み、対応困難感が生じるかもしれない。しかし、救急外来はあらゆる診療科の初療を担当するという視点からは、精神科領域の初療の知識・スキルも求められる。精神科対応は時間がかかる、難しい、複雑、線引きが難しい、などさまざまな不安がよぎるかもしれないが、筆者の個人的な見解としては救急外来においては難しいことを考えずに、他疾患への対応と同様、トリアージ（緊急性の判断）と翌朝（もしくは週明け）まで生命の安全を目標とした初療を行い、しかるべきコンサルテーションができれば及第点ではないかと考えている。他の領域の疾患でも、マスト以外のベターな対応については翌朝以降かかりつけや専門科の受診を指示して帰宅とすることも多い。同様に考え、必ずしも時間をかけることが求められるわけではなく、たった10分でも支援的な対応はできるし、限られた時間で必要十分な情報収集を行い、的確な判断ができるスキルを身につけることが重要である。本章では、基本的には身体疾患への救急対応と同じ考え方に沿って、自殺未遂者診療について述べていきたい（図1）。

症例 32歳女性

【主訴】意識障害（薬物過量服薬後）、リストカット
 現病歴：X-6年（26歳時）より抑うつ、不眠のためA精神科クリニックに通院を開始したが、通院は不定期であった。仕事は転々としており、X年4月（32歳時）に事務職に就いたが同僚との関係がうまくいかず不眠が悪化。同年5月頃より抑うつ、不安が強まり、5月Y日夜21時より飲酒、23時頃、母親に「これから天国に行きます」とメールをして、リストカットとかかりつけからの処方薬30錠の過量服薬をし、心配してかけつけた母親が救急要請し、午前1時に救急外来に搬送された。

【既往歴】リストカット、薬物過量内服

【内服歴】抗不安薬、睡眠薬の計38錠分の空包があるが詳細不明

たとえば…	頭部外傷	自殺未遂 (身体的加療が終了した後)
トリアージ	▶ 意識レベル ▶ バイタルチェック	▶ 希死念慮（自殺念慮）評価 ▶ 精神症状の緊急度評価
初期治療・対応	▶ 画像・神経学的検査 ▶ 入院/帰宅の判断 ▶ 専門科コンサルト	▶ 自殺のリスク因子評価 ▶ 入院/帰宅の判断 ▶ 精神科コンサルト
指示 フォローアップ	▶ かかりつけ医受診 ▶ 「頭を打った人へ」 (注意点の情報提供)	▶ 精神医療機関の受診 ▶ 地域の相談機関の紹介 ▶ 緊急時対応の指示

図1 救急外来における自殺未遂者診療の概要

【バイタルサイン】意識レベルⅡ-10。血圧105/75 mmHg, 脈拍105回/分・整, 体温37.1℃, SpO₂ 95% (room air), 呼吸数20回/分

【身体所見】左手首に長径約4 cmの切創。一部に腱の露出があるが腱断裂はない。動脈性の出血はない。呼吸音正常、心音も明らかな異常所見なし。

【その後の経過】搬入後より点滴を施行し、血液検査の結果を待っている間に徐々に意識レベル改善。血液検査、胸部レントゲンでは軽度の炎症反応のみで他に異常所見認めず。問診には応じるが、呆然とした暗い表情。小声で緩慢な返答であり、時折涙を浮かべている。今回の企図理由は「消えてしまいたかった」と話す。現在の自殺念慮は「今は死にたい気持ちはおさまった」と話す。ここ1か月は自殺念慮が出現する頻度が増えていると話す。

現在一人暮らしで、自宅から約1時間のところに母親が住んでいる。

これまでの自傷歴は、X-16年（16歳時）、X-15年（17歳時）にリストカット。X-6年（26歳時）に睡眠薬10錠の過量内服。X年（32歳時）3月にリストカットし、4針縫合。同年5月Y-13日にはアルプラゾラム8錠、ゾルピデム10錠を過量服薬し、当院救急外来に搬送、輸液後、かかりつけクリニック受診を指示し帰宅。Y-3日、かかりつけを受診したが、自殺念慮はないと述べ、睡眠薬を追加処方され帰宅。Y日（本日）に6回目の自傷。

【飲酒・喫煙】機会飲酒でもともとお酒には弱い。喫煙歴はない。

1. 救急外来を受診する自殺未遂者に関する事実

自殺既遂者の約9割は自殺直前に何らかの精神疾患に罹患していたことがわかっている¹⁾。過去の**自殺未遂歴は将来の自殺の最大のリスク因子**であり、自殺未遂者と遭遇した際には、適切な精神医学的治療や相談機関につなげることが重要である。しかし、自殺者のうち精神科治療を受けていた人は2割以下であると報告されており、自殺や精神医療に関することはいまだ社会的にタブー視されがちで相談しにくいこと、自主的に相談機関につながりにくい性質があることを念頭に置くことが必要である。救急外来で、とくにリピーターと呼ばれる自殺企図を反復する患者に対応していると実感はないかもしれないが、軽微な自殺企図では受診に至っていない自殺未遂者が相当数存在する。自殺未遂者は自殺者の少なくとも10倍存在するといわれているが、平成29年度の消防庁・警察庁の統計で自殺者数が約2万1千人、自損行為での救急搬送者数が約3万5千人であることから、救急外来を受診している自殺未遂患者は自殺企図者全体の中で氷山の一角にすぎないことがわかる。自殺者の43%が死亡する1年以内に少なくとも1回救急医療部門を受診しており²⁾、自殺者は精神科の2倍プライマリケアを訪れていたとの報告³⁾からは、精神医療や相談機関につながらず救急医療しか訪れていない自殺未遂者も相当数存在しているということであり、救急医療現場は自殺未遂者対応の**ゲートキーパー**として重要な役割を持っている。