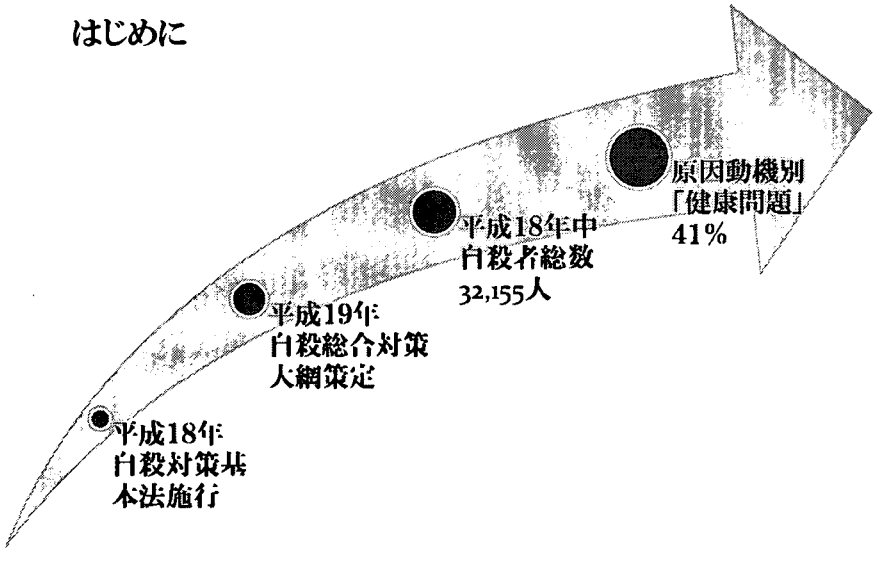
参考文献 1

看護師が自殺企図者に抱く困難感とサポートの在り方について

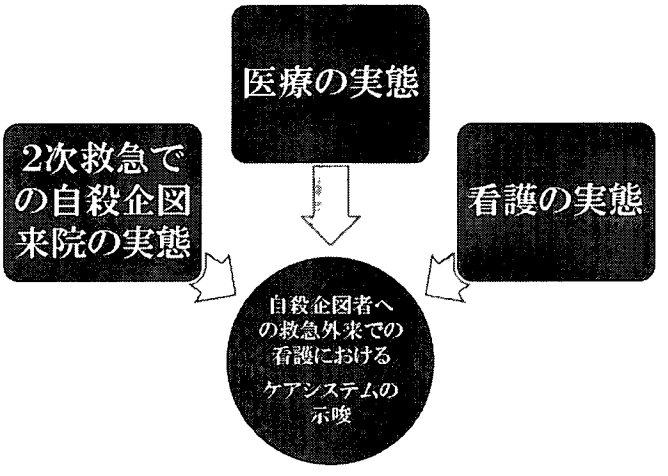
救急外来看護師へのインタビューの分析から

横浜市立大学医学部看護学科
西　典子

はじめに



研究動機



調査対象
- A県財団法人病院　2次救急指定病院　救急外来看護師9名

調査期間
- 平成16年1月～平成16年2月

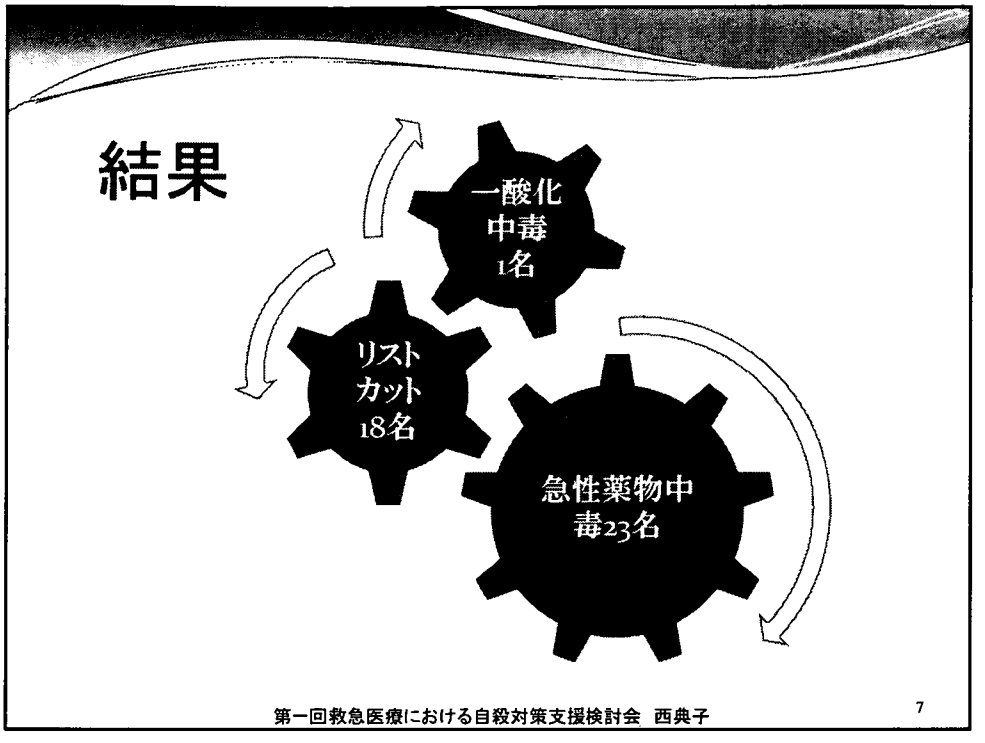
調査方法
- インタビューガイドを用いて質的個別インタビューを行った

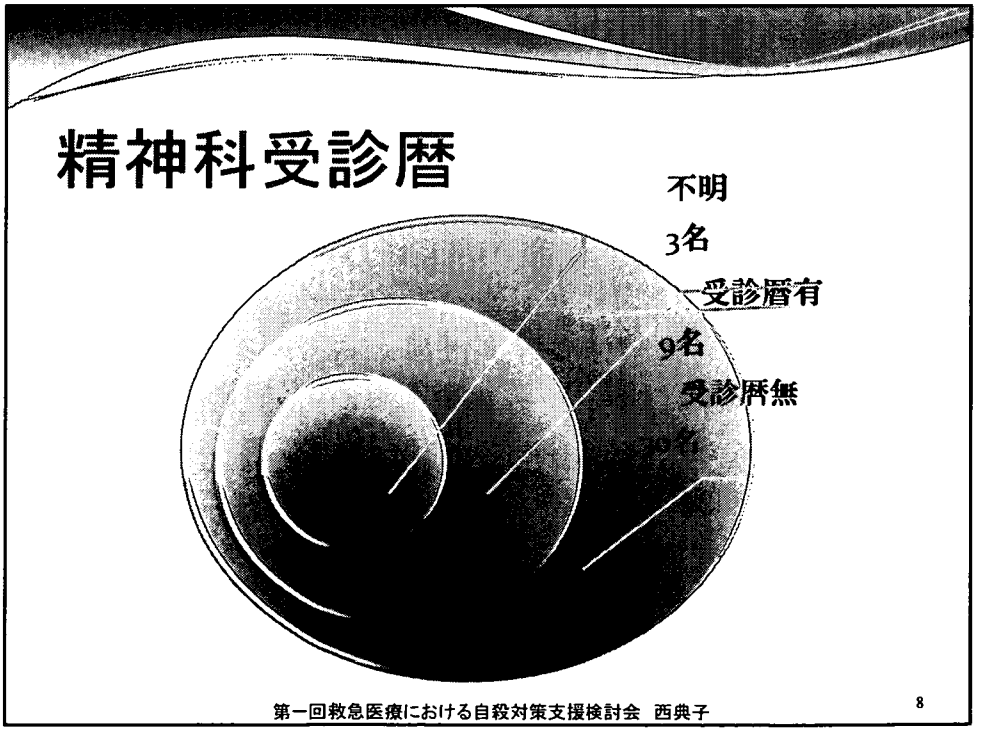
対象施設における自殺企図者の実態

- 調査期間　平成18年1月～12月
- 救急外来管理日誌から状況を読み取り対象者を抽出
- 医師、看護記録から来院時ケア実態を抽出

結果　対象者の概要

対象者	・42名
男性	・25名
女性	・17名


結果
一酸化
中毒
1名
リスト
カット
18名
急性薬物中
毒23名
第一回救急医療における自殺対策支援検討会　西典子
7


精神科受診暦
不明
3名
受診暦有
9名
受診暦無
29名
第一回救急医療における自殺対策支援検討会　西典子
8

インタビューガイド

① ・あなたが最も印象に残っている対応困難であった自殺企図者の事例について

② ・その事例を看護するうえで躊躇したことがあるか、またどんな看護を行いたかったか

③ ・その事例を看護する際、どんなサポートがあればより有効な看護が提供できたか

④ ・今後自殺企図者への対応などについてどんな学習機会がほしいか

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　西典子　9

対象者の属性

年齢 ・23歳から51歳

性別 ・女性

資格 ・看護師8名　准看護師1名

経験年数
・3年～25年　平均15.2年
・救急外来経験年数8ヶ月～8年　精神科経験年数0年

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　西典子　10

語られた内容

来院時の状況

- 12例の自殺企図事例
- リストカット＋過剰内服 5例
- 過剰内服2例
- 縊首3例

困難感

- 何度も繰り返し毎回同じような対応しかできない
- 根本治療につながらない
- 話を聞くことに意味を見出せない
- 再発防止の手当てが見出せない
- 家族への対応ができない
- 十分な話しを聞く時間がない

躊躇

- どこまで患者にかかわればよいのかわからない
- 救急外来の性質上自殺企図者への対応の優先順位が高いとは思えない
- 何をどうすれば患者が満たされるのかわからない

サポートの必要性

- 精神疾患の患者が来院した際専門医療機関の受け入れがあるとよい
- 家族に対し公共機関などにいつでも相談できる場所があるとよい
- 救急外来に自殺企図者に対応できる十分な人員の必要性

学習の機会

- 自殺に関してそのケアを学んだことがない
- 精神科の看護師のケアの経験を聞きたい
- 自殺企図者の病理を理解したい
- 家族への有効な対応方法を理解したい
- 家族への有効な対方法を知りたい
- 精神科の学習機会が在るとよい

自殺企図者への対応困難

看護	社会資源	物理的条件	教育
・精神科看護の知識不足 ・患者の対応方法の知識経験の不足 ・家族または重要他者への対応方法の知識経験の不足 ・精神病理、薬学的知識の不足	・救急外来後の医療機関への紹介方法のすべがない ・精神保健福祉法に基づく地域資源の活用の情報がない ・患者、患者家族、重要他者の相談場所がない	・時間の不足 ・マンパワーの不足 ・プライバシーを保護できる環境の不足 ・再発防止などの安全性の確保の不足	・基礎教育 ・現任教育 ・卒後教育 ・その他の学習機会

終わりに

- 救急外来看護師は自殺企図者の看護に心をよせながらも、自殺企図者に対して「看護の専門知識、介入方法」「社会資源の活用」「救急外来の物理的条件」「教育」などの困難感が生じている。（精神科看護師にも同様の困難感が生じている）
- 自殺における病理に関しての知識や理解をはかり、その時その場でのシチュエーションでしかなし得ない、看護の構築をはかっていくことの必要性がある。
- CNSやCENの活用が今後一層のぞまれる。

参考文献２

自殺未遂者の家族への援助

北海道大学病院
ICU・救急部ナースセンター
竹内　ひとみ

1

スタッフ構成

医師　；　18名

看護師；　46名　（3交代制）

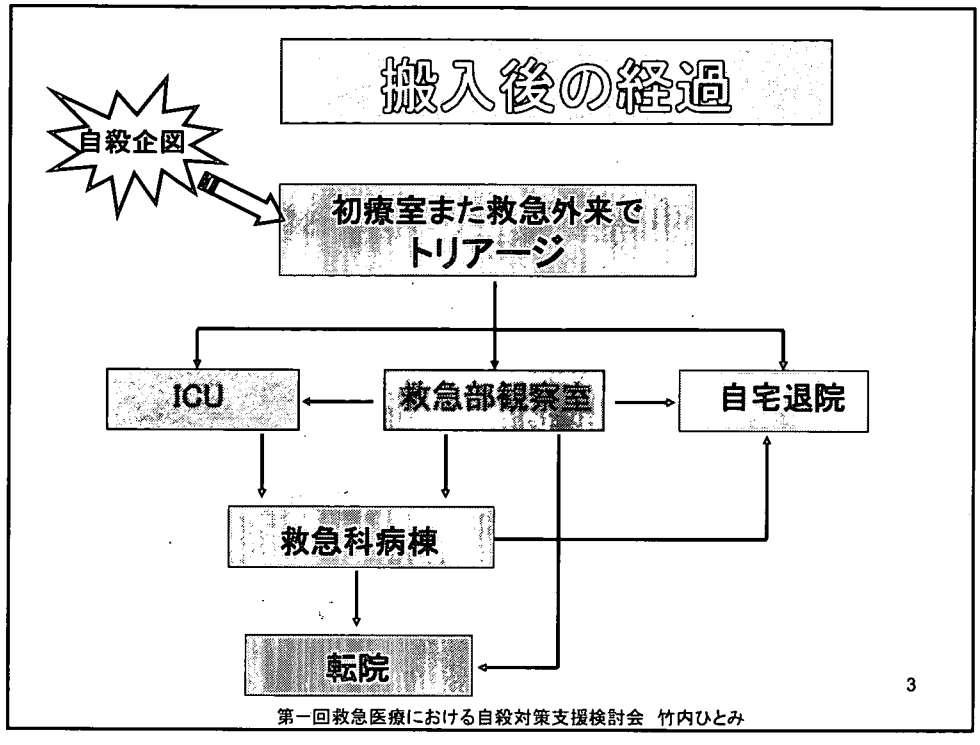
・ICU

日勤:看護師　10名　　医師　10名
夜勤:看護師　5名　　医師　5～6名

・救急部

日勤　病棟:看護師　3～4名
　　外来:看護師　1～2名
夜勤　病棟:看護師　1～2名　医師　1～2名
　　外来:看護師　1～2名

2



北海道大学病院

救急部搬入の自殺未遂者数

□2007年1月～10月まで＜51名＞

▫自殺既遂者　22名　　▫自殺未遂者　29名

⇩

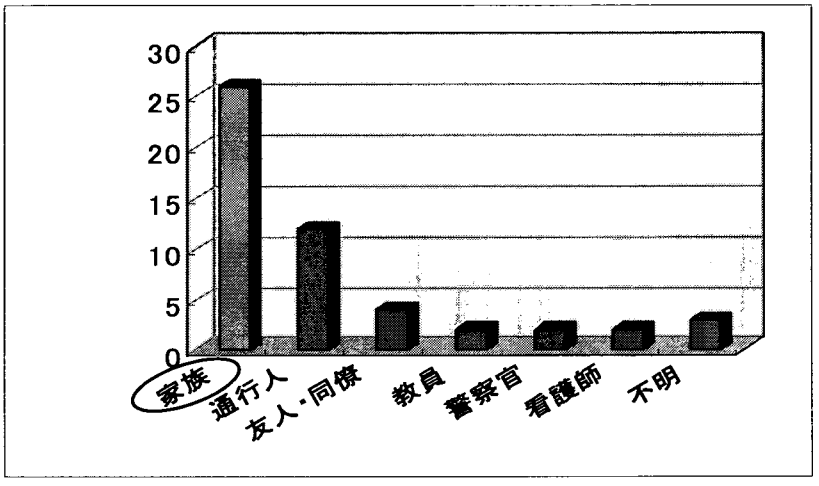
薬物中毒	17名
縊頸	6名
転落・地下鉄等への飛込み	3名
自損	1名
酸・アルカリ中毒	1名
CO_2中毒	1名

4

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

第一発見者

n=29

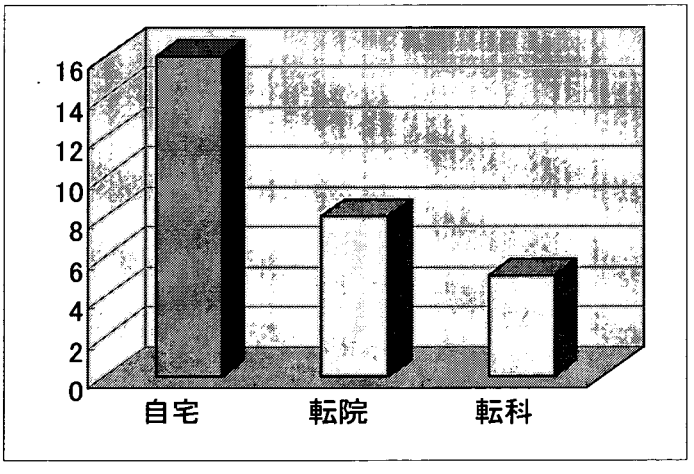


5

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

自殺未遂者の転帰

n=29



6

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

事例1　40代　女性　自損

【診 断 名 】腸間膜損傷・出血性ショック
【入院期間】10日間
【既往歴　】うつ、4年前から強迫神経症で某クリニックで通院治療

【搬入までの経過】
自宅で腹部を刺し、左腹部の7～8cmの刺傷
出血量多く、出血性ショックの状態で救急車搬送

【家族構成】
夫・娘（高校3年生）との3人暮らし
本人の両親、隣に弟夫婦が居住

7

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

【搬入後の経過】

搬入時
■手術、ICU入室
（腹壁動脈の止血）

2日目
■精神神経科コンサルト
内服薬調整
■創部の経過良好
■救急科病棟へ転室

10日目
■転院
（精神神経科病院）

8

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

【家族の反応】

- 夫が治療環境の変化に対しての不安
- 今後の精神面のフォローについて不安

【家族への関わり】

- 病棟での治療環境が把握出来るように夫に1泊の付き添してもらうよう調整し、実施した。
- 危険行動予防のための対策を具体的に示し説明していった。（看護計画の開示）
- 通院先の病院と連携を取って精神面をフォローをしていくことを説明した。

9

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

事例2　　50代　女性　　薬物中毒

【診 断 名 】有機リン酸系による薬物中毒
【入院期間】7日間
【既 往 歴 】高血圧・逆流性食道炎
　　5年前からうつ病で精神科病院に通院中

【搬入までの経過】
夫が帰宅すると意識がなく倒れており救急車で搬入
テーブルの上に有機リン酸系の農薬があった。

【家族構成】
夫と2人暮し　　子供（息子・娘）

10

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

【搬入後の経過】

- 搬入時
  - 気管内挿管にて呼吸器装着
  - 胃洗浄・活性炭投与
- 3日目
  - 呼吸器離脱
  - 意識清明
- 4日目
  - 救急科病棟へ転室
- 7日目
  - 呼吸安定にて転院
  - （精神・神経科病院）

11

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

【家族の反応】

- 夫は、今回の事は自分が悪い
  退院後は、しっかり見ていきたい
- 患者の意識が戻ったら連絡を欲しい
  自分達が面会に来てたことを伝えて欲しい

【家族への関わり】

- 夫が悪いと思う内容について確認し、自分を責めないように受容的に関わった。
- 患者と家族が主治医と今後について話し合える時間をもてるよう調整した。
- 患者の意識が戻った際には電話連絡し、安心出来るようにした。

12

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

まとめ 1

- 自殺企図に至った経緯について今後の治療につなげるために、把握しておく必要がある
- 自殺未遂の行為は、患者の必死な叫びであるため、精神的治療が必要なことを説明していく必要がある。
- 家族が、自責的にならないように家族の気持ちに寄り添いながら支援していくことが大事である。
- 特に、第一発見者である家族は、出来事が トラウマになる可能性が大の為、時間をかけて関わる必要がある。
- 自宅退院の場合は、精神神経科と連携を蜜に行い関わる必要がある。

13

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

まとめ 2

- 死亡確認された場合、家族は現場検証で十分なお別れも済まないまま、自殺現場へ出向くため、慎重な声掛けをする。
- 警察の検死が終了後に退院となるため、家族に対しての精神的フォローは今後の課題である。

14

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　竹内ひとみ

参考文献３

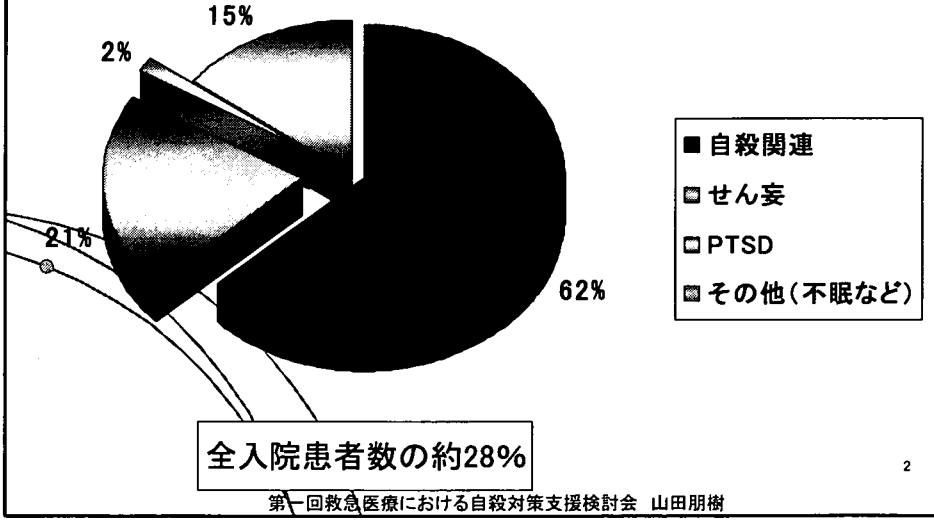
すべての救命救急センターは自殺予防の要衝地である

横浜市立大学附属市民総合医療センター
高度救命救急センター
山田朋樹

1

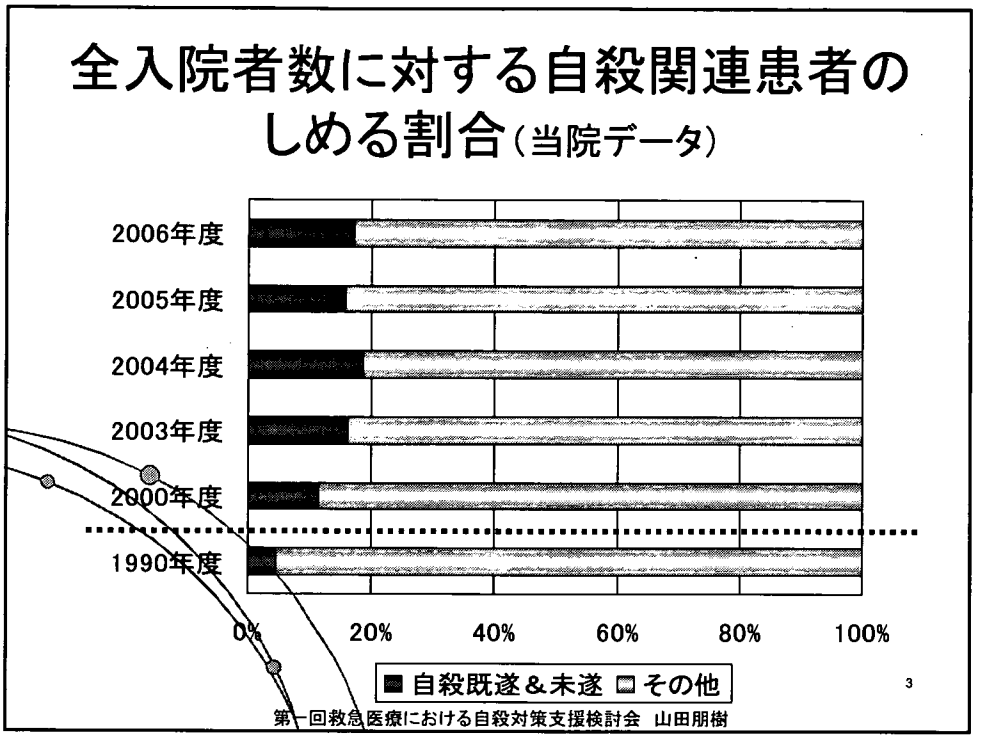
第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

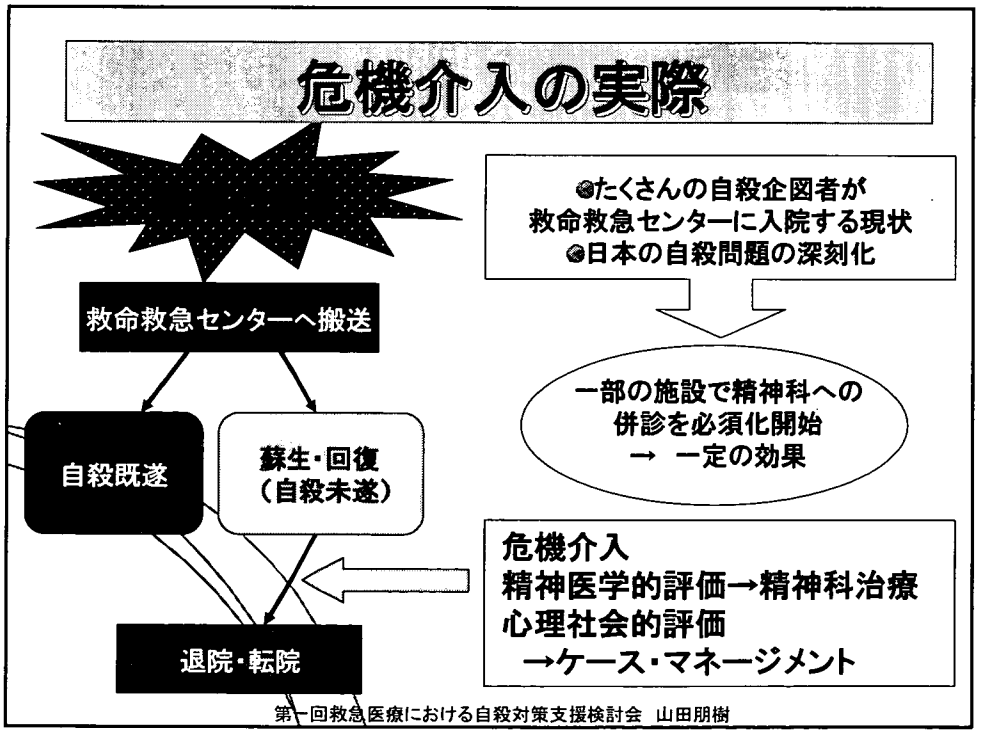
当院救命救急センターにおける精神科対象患者分布



2

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹


全入院者数に対する自殺関連患者のしめる割合（当院データ）
2006年度
2005年度
2004年度
2003年度
2000年度
1990年度
0%
20%
40%
60%
80%
100%
自殺既遂＆未遂
その他
3
第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹


危機介入の実際
救命救急センターへ搬送
自殺既遂
蘇生・回復
（自殺未遂）
退院・転院
たくさんの自殺企図者が
救命救急センターに入院する現状
日本の自殺問題の深刻化
一部の施設で精神科への
併診を必須化開始
→　一定の効果
危機介入
精神医学的評価→精神科治療
心理社会的評価
→ケース・マネージメント
第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

自殺企図の既往は、自殺の重大な危険因子である

- 自殺企図を含む自傷行為を行った人の0.5-2%が1年後に自殺し、9年後には5%が自殺に至る。自殺未遂者の3-12%が自殺に至る
- 一人の自殺に対して10-18倍の自殺未遂者が存在する

（その他多数の報告あり）

救命救急センターは、自殺を水際で食い止めるには最適の場所！

5

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

自殺予防には、更に複合的なアプローチが必要である

6

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

自殺企図手段と精神科診断（当院データ）

地域や取り扱い疾患別で
分布に差が出てくる可能性

依存症

適応障害

統合失調症

薬物過量服用

縊頸

飛び降り

切刺創

入院患者の80%以上に
DSM-IVの1軸診断が可能

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

危機介入の現状と技法

ー救急医へ質問ー

受傷機転は何ですか？

「多分、かかりつけの病院から処方された向精神薬を一度に服用したみたいですよ」

診察が出来る状況ですか？

「もう、会話も充分出来ていますしはっきりしていますよ。
特に入院生活に不満も無いみたいですし」

希死念慮は訴えて居ますか？

「さあ・・・・」

ー看護師登場ー

「そうですねぇ。時々『私なんて生きていても仕方がない』という発言をしますよ」

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

どういう意味で言っていますか？

「死にたいって事じゃないでしょうか？　そんな事を言うので、また何か危険な事をしはじめないかと重うと、看護上とても不安です」

実際に、はっきりと『死にたい』っていう発言がありますか？

「そこまでは無いようです」

今回の、過量服用は自殺企図ということでしょうか？

「わかりません」

でも、患者さんと話をしたのですよね？

「そんなこと、怖くて本人に聞けるわけ無いじゃないですか！」

・・・・・・・・じゃあ、どんなことを話したのですか？

「当たり障りのない内容です。今暮らしている場所とか、趣味は何かとか、体のつらい場所はどこ？とか・・・・・」

9

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

ーベッドサイドにてー

こんにちは。精神科医の●●です。
具合はいかがですか？

「まあまあですね」

今回は救命救急センターに入院するくらい重い症状だったようですけど、
幸い回復したようですし良かったと思っています。

「そうかもしれません」

もしかしたら同じ事を何回も質問されているかもしれませんが、
もう一度確認させて下さい。今回は▲▲という薬を一度に
沢山飲んでしまったと聞きましたが、それで正しいですか？

「そうです」

他に、服用したものはありますか？

「それだけです」

もちろん、薬剤を一度に沢山服用することは日常的な事じゃないので、
何らかの理由があって、▲▲という薬を沢山飲んでしまったのでしょうね

「・・・・・・・・・」

10

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

救命救急センターにはあなたと同様の症状をもった
患者さんがん入院してくるんです。大抵は、『眠りたかった』
とか『嫌なことを忘れたかった』とか『死にたかった』と
いうような動機を語る人がほとんどなのですが、あなたはこのうち
どれかに当てはまりますか？

「死にたかったんです」

色々と事情があったのですね。差し支えない範囲で
私にそれを聞かせてもらえませんか？もし、
協力出来るところがあれば、努力してみますよ。

（以前にも『死にたい』と思って同じか他の手
段で危険な行為をしたことがありますか？）

「ええ、実は・・・・・・」

11

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹

■患者は程度の差こそあるが、自殺企図患者
のほぼ全員が＜精神的な視野狭窄＞を、
引き起こしている

色々な手段を用いて、狭窄を解除するための
ヒントやきっかけを与えてあげれば良い

ヒントやきっかけそのものは
それほど難しくないことが多い

12

第一回救急医療における自殺対策支援検討会　山田朋樹