

## やってはいけない対応例

- ・ 家族を放置したままにする。
- ・ 自殺企図の話題に触れずに、身体の話題のみに終始したり、当たり障りのない会話に終始する。
- ・ 患者の言う「もう大丈夫」を鵜呑みにして、患者の希望に応じて退院を急ぐ。
- ・ 患者の言う「もう大丈夫」や、患者の態度（問題を矮小化するような態度）に負けて、自殺企図行動に関連する情報を収集することをやめてしまう。
- ・ 形式的な精神科受診勧奨（「精神科に行ったほうがよいですよ」と、具体性のない勧めかたをする）を行う。

## 好ましい対応例（関わりのポイント）

- ・ 妻に声をかけ、苦労をねぎらい、一緒に具体的な自殺再企図の対策を考える。
- ・ 今回の行動が自殺企図であったのかどうかを確認し、心理面・精神面のサポートにつなげる下地を作る。
- ・ 自殺企図のいきさつについて、本人の口から動機や経緯を尋ねる。さらに話ができそうであれば、共感に努め、ストレスや不調を感じ始めたところまで遡って話を聴いてみる。
- ・ 精神科受診が確実に行われるようなコーディネートを行う。
- ・ 家族に、自殺予防に資する情報提供を行う。

## ■症例の解説

典型的なうつ病の症例である。患者は概して自らの精神状態の悪化に気がつかず、身体的な不調を主訴に精神科以外の診療科を受診することが多い。この症例は、精神科受診をいざ勧められた際には抵抗を示している。男性の患者は、とくにはじめから致命的な自殺手段をとりやすい。このような症例では、家族を巻き込み精神科治療の必要性を説明し、具体的な受診方法を伝え、受診先とも連携をとり、できる限り速やかに精神科受診につなぐことが必要である。家族が抑うつ的になっていたり、一人の家族の力だけでは状況を変えることができそうもない場合には、さらに他の家族や関係者の協力を要請する。

## Q&A

### Q1 患者はどのような精神医学的診断が予想されますか？

#### A1

不眠、食思不振と体重減少、その他の身体症状、自責に引き続いて自殺企図が生じていることから、うつ病がもっとも疑われる。なお、低酸素血症から低酸素脳症が続発した場合には、遅発性の精神障害が顕在化する可能性もある。

救急医療の現場では精神医学的情報はわずかしかかないため、暫定的な診断にならざるをえない。精神科確定診断を行うためにはさらに詳細な情報と経過観察が必要であり、精神科専門医であっても救命救急センターでの初診時に確定診断を行うことは容易ではない。救急受診時点では確定診断を目指すのではなく、うつ状態や興奮状態、幻覚・妄想状態であるなどの、ある程度の主体となる状態像が把握できればよいと考えられる。

### Q2 患者の情報について、どの時点で、誰から、どのように情報を集めたらよいですか？

#### A2

本人が意識障害下にある間は、妻や他の同居家族から、最近の本人の生活の様子や言動について話をきく。もし病院内に精神科医がいれば、自殺企図前の精神科診断を類推するためにも精神科医が家族と会うことが望ましい。家族以外の人や搬送に付き添ってくる場合もあるので、その場合には、その人と患者との関係性を確かめたうえで、できる限りの情報を収集する。この段階で、当該の行為が自殺を意図したものであったのかどうかを可能な限り確認する。本人の意識が

清明となったら、本人の精神状態にペースを合わせながら話を聴く。その際には、無理に一回ですべてを聞き出そうとせず患者に安心を与えながら、患者の表情を見つつ、短期間で何回かに分けて聞くのがよい。勤務先の関係者から問い合わせや面会の希望があった場合、基本的には精神科急性期なので面会を見合わせるべきであるが、状況によっては本人と家族の意向を確認したうえで、関係者に来院してもらって情報を得ることもある。

### **Q3 本人にいつ、どのように自殺念慮と自殺企図の確認をしたらよいですか？**

#### **A3**

まず、痛みなどの現在の身体の状態や、精神状態について尋ね、患者と現実的なやりとりができるかを確認する。患者の疎通がスムーズにとれるようになったら、今回の自殺企図行動に焦点をあてる。率直に、今回の行動がどのような意図でなされたのかを尋ねる。黙りこんでしまう場合には「死のうと思ってやったのですか」と問いかけてもよい。自殺企図であったことを否定したら、時間をおいて、違う話題から入るなどの工夫をしながら、自殺企図の確認を再度行う。自殺企図が明らかであれば、過去に遡って、そのような行動に及んだ経緯を聴いていく。その際、聴き手の側が「なるほど、そういうことなのか」と理解ができるところまで、そのストーリーをきちんと確認することが必要である。また、自殺企図の動機や背景は決して一つであるとは限らない。むしろ抱えている心理社会的問題は複合的である可能性が高いということを知りつつ患者の話をお聴きすることで、患者の抱える困難な現実には近づくことができる。

### **Q4 精神科受療を本人がかたくなに拒否している場合には、どのような対処が必要ですか？**

#### **A4**

受療の拒否は精神状態が悪いこと、精神疾患に罹患していることを否認していることの表れであることもあるし、実際に本人が自分の状態を過小評価している場合もある。受診への理解を促すために、精神状態を心配していることを表明し「…だから、あなたは精神科を受診すべきだし、していただきたいのです」ということを伝えることが必要である。もし精神科医がいれば、自殺が生じた経緯も含めて精神科診断を明確に本人に伝える必要がある。加えて、自殺未遂者は、再度自殺企図を繰り返す危険性が高いことも伝える。家族（とくに配偶者や子供）から本人の精神科受診を強く促すよう要請する。精神科医がいなくても、救命救急医や看護師が「精神疾患が疑われる」と伝え、同様の説明を行うことは可能である。

自殺の危険性が高ければ、本人が納得しなくても家族等のキーパーソンと協力し受診に結びつける必要がある場合もある。精神科受療は、可能な限り退院したその足で受診するのがよい。理

想的には、前もって患者と家族に紹介状を手渡し、家族を介して精神科の初診予約もとるなどの段取りをすすめておくことが必要である。紹介先の精神医療施設に受診の必要性を説明する必要がある。そして入院治療が必要と考えられる場合、ソーシャルワーカーと協働して可能な限り入院を受けてくれる医療機関を探すことが望ましい。しかし、時間も限られているためなかなか困難な場合でも、予約が不要かまたは速やかに診療受け入れが可能な精神科医療機関のリストをあらかじめ作成しておき、そのなかから受療先を勧めてみることや、公的機関（保健所など）に受診可能な医療機関について相談に行ってもらおうようアドバイスする。多くは入院となる場合が多いため、精神保健福祉法上での本人の同意で入院する任意入院だけでなく、保護者の同意による医療保護入院等となる場合もあり、保護者が不在の場合は、精神科医療機関でも入院の手続きを行えない場合もある。以上から、本人の保護者となりうる配偶者（結婚している場合）、あるいは保護者として選任を受けたもの、扶養義務者である家族などを受診同伴させる調整も必要である。保護者が存在しない場合は、自治体首長の同意という形式をふんで入院手続きを進める場合もあるので、ソーシャルワーカーを通じてあらかじめ行政担当者とのやり取りを進める場合もある。

## **Q5 自殺未遂患者の家族に対してどのようなケアをすればよいですか？**

### **A5**

苦労と心配を重ねてきたであろう家族に共感し「これまで大変でしたね」「だいぶ心配されていたのではないのでしょうか」等とまず「ねぎらい」の言葉をかけるのが第一である。患者の身体の状態と身体に対する治療経過を説明するとともに、さまざまな情報をもとに明らかとなってきた精神的な診立てについて伝える（精神科医がいない施設であっても、精神科疾患の影響の可能性を伝えることはできる）。家族が疲弊していたり、浮足立ってしまって物事を冷静に判断できない場合もあるので、正確な伝達は、家族の気持ちの整理にも役立つ。自殺企図以前からある、あるいは自殺企図後に生じたさまざまな生活問題や、精神科受療に関する問題について、相談に応需可能であることを医療スタッフのほうから声かけし、ともに問題の解決に努める姿勢を示す。もしソーシャルワーカーや外部相談機関の活用が必要な時には、単にその部署の窓口を案内するのではなく、関わったスタッフが直接、当該のワーカーや相談機関の担当者に連絡をとり、相談内容も含めて確実につなぎ（コーディネート）を行う。家族やキーパーソンは、自殺未遂患者を家に連れて帰ってもらっただけの人ではなく、連鎖的に、あるいは二次的に精神疾患が発症する可能性のある存在として認識し、患者と同程度の精神的ケアを提供するつもりで接することが必要である。

## Q6 「もう大丈夫です」という言葉を信用してよいですか？

### A6

自殺企図患者の危険性は、本人の医学的重症度と危険因子や自殺念慮などの危険度を総合的に判断することが原則である。心理的に動揺している本人の言説だけで簡単に信用することはできない。事例によってはカタルシス効果によって一時的に精神状態が改善し、本人がすっきりしているように見える場合もある。自殺企図は、たとえそれが未遂に終わっても、患者に達成感をもたらし、リセットがかかったように患者の状態が一時的によくなることがある。周囲の関係者が患者を慮っている状況や、今の精神状態の改善が一時的なものであり、早晚、また悪化するおそれがあることを伝え、受療を促すことが望まれる。

## Q7 「体の状態がよくなったら退院します」という言葉に対してどう対応したらよいですか？

### A7

ほぼ例外なく自殺未遂患者は精神疾患に罹患していること、また自殺企図を繰り返すリスクが高いことを事実として伝え、精神医学的なアセスメント、あるいはその導入の必要性と、自殺再企図の予防を含めて、今後の道筋が立つところまでが治療に含まれるということを説明する。また本人だけでなく、家族などの支援者とその後の対応を検討する必要もある。

## Q8 具体的問題があった場合、誰といつから連携していけばよいのでしょうか？

### A8

自殺企図は、哲学的な問題から生じるのではなく、また、ある時に突然生じるのではなく、具体的な生活問題や職場問題、対人関係の問題から精神疾患に至り、自殺企図が生じるというプロセスがほとんどの場合に存在する。このような環境的な問題の改善・解決については、ソーシャルワーカーによる支援が有効なことが多い。病院には医療ソーシャルワーカー（MSW）や精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士：PSW）がいる。PSWは、とくに精神障害者とのコミュニケーションや精神障害者のための社会資源に詳しい。ソーシャルワーカーは、他の医療機関の紹介から、生活経済問題、住居問題、労務問題、多重債務問題など、さまざまな問題について具体的な助言が可能である。自殺未遂患者のほとんどに、企図に至った社会的な背景・生きづらさがあるので、患者搬送直後からソーシャルワーカーに連絡をとり、面接に同席してもらうなど、初期から治療に参加してもらうことが望ましい。なお、地域医療や福祉の利用に関して、地域の保健所や保健福祉センターに相談をすることもできる。また、ほとんどの行政には自殺対策を担

## シナリオ2

う部署があり、都道府県・政令市には必ず精神保健福祉センターがあり自殺対策の窓口が設置されているので、そこでさまざまな相談をすることもできる。

自殺未遂患者は多くの場合複合的な問題を抱えているため、その支援も複合的となる。一人だけで取り組むことは大きなエネルギーが必要となり、勧められない。常に患者を支援するスタッフや関係者との連携を通して活動することが不可欠であろう。

### コラム3：カタルシスについて

患者は、自殺企図によって長く続いていた苦痛や困難を終わらせようとするが、たとえ自殺が未遂になっても、いったん重荷をおろしたかのようになって悪化していた精神状態が軽快してしまうことがある。このことをカタルシスと呼ぶ。カタルシスは、救急に入院中、継続することがあるが、あくまでも一時的なものであり、退院後の環境は、自殺企図時から改善しているわけでもなく、また治療が強化されなければ精神症状もすぐに再燃するので、自殺の再企図の危険性が再び強まる恐れがある。つまり、患者が、ふっきれたような表情や言動を示しても、あるいは「大丈夫です」と断言しても、その言葉を鵜呑みにすることなくアセスメントを行うことが必要である。

# シナリオ3

## 症 例

50歳、男性

## 診 断

アルコール依存症

## 現病歴

老齢の母と同居している。40代の時、対人関係の悩みをきっかけとして飲酒量が徐々に増えた。ここ数年は一晩で焼酎1本（720ml）を飲むこともしばしばあった。大量飲酒の翌日は、飲酒中のことをまったく覚えていなかった。また体調不良で仕事を欠勤することもあった。最近は平日の朝から飲酒をすることもあり、欠勤が増えた。ある日、上司から強く叱責され「これ以上休むようならクビだ」と言われた。それでも飲酒をやめられず、翌日、飲酒中に死にたい気持ちが強まり、遺書をなぐり書きして割腹自殺を図った。気づいた母親が救急隊に連絡し、搬送された。

## 来院後経過

身体的な治療は終わったが、割腹自殺を図ったにもかかわらず「精神科に通院する気はない」と訴える。「もう酒はやらない」と医師と約束したため、母が退院手続きをとっていたが、看護師には「酒をやめる自信はない」と話している。

### やってはいけない対応例

- ・アルコールに依存する人は「意思の弱い人間」「どうせ治らない、変わらない」などと判断する。
- ・強い叱責や、単に恐怖心をおおって飲酒をやめさせようとする。
- ・本人の自責感をいたずらにあおる。
- ・拒否的な態度をとったり、故意に冷淡にふるまう。
- ・患者につき添う家族（このシナリオでは母）を責めたり、「あなたがしっかりしていないから」と叱咤する。

### 好ましい対応例（関わりのポイント）

- ・アルコール依存症は病気であることを伝える。
- ・患者の心理的、環境的な問題に焦点をあてた対応をする。
- ・患者が依存症の専門治療を受けることのできるような環境を整える。
- ・本人ではなく「困っている人」（=付き添い）にも注目する。



## ■症例の解説

ストレス対処で飲酒量が増え、依存症に至った事例である。アルコール依存症では、抑うつ状態を合併していることが多く、この症例でも抑うつ状態のなかで自殺企図を行っている。依存症そのものが自殺のリスクの高い精神疾患であり、さらに他の精神障害が合併するとリスクはさらに上昇する。とくに飲酒時には衝動的な自殺企図が生じやすい。本症例では、適切な治療がなされなければ、再企図の可能性が高いと考えられる。

## Q&A

### Q1 本人が酒を飲まないと約束するので、退院させてもよいですか？

#### A1

アルコール依存症は酒を飲み続けるとどんどん進行していき、飲酒を止められなくなる病気である。その症状として同じ失敗を何度も繰り返し、平気で嘘をつき、時には暴力を振るって警察のお世話になる。本人が酒を飲まないということを具体的に実践できるように、行動の目標をたてるのが効果的である。まずは、アルコール依存症の治療は断酒を継続していくしかなく、精神科医療へつなげることが重要である。

### Q2 このまま入院を継続した場合、どのような離脱症状が出現しますか？

#### A2

入院当日はとくに訴えないが、最終飲酒後48時間から72時間以内に離脱症状が出現しやすい。たとえば、アルコールが抜ける入院2日目より痛みを訴えることがある。また離脱症状のため苛立ち、態度が横柄になることもなる。離脱症状は過去に出現した症状と同様の症状が起きやすい傾向にある。離脱症状は時間的経過により、小離脱と大離脱の2つに区分される。

### Q3 離脱症状の2つの区分である小離脱と大離脱について具体的な症状を教えてください。

#### A3

小離脱は、飲酒停止後に酩酊症状が6～7時間ほどで消失し、血中アルコール濃度が100mg/dlまで下降する頃（飲酒停止後10時間前後）より約48時間以内に出現する、自律神経機能の亢進

を主とする症状である。具体的には発汗、手指の振戦、睡眠障害、頻脈、高血圧、不安、いろいろを観察する。また、一過性幻覚や痙攣発作が観察されることもある。痙攣は断酒後24時間以内  
に出現し、強直間代性で大発作の形で起こり、1～3回で終わる。

一方、大離脱としては、飲酒停止後48～72時間して始まり、2～3日持続する意識障害、精神運動性興奮を主とする振戦せん妄が観察される。夕方や夜間に発生することが多く、意識レベルの低下で恐怖心や不安感の増強した状態であり、それに伴う行動化がみられる。具体的には、クモやゴキブリ等の小動物や、天井や壁のシミが人間の顔に見えたりといった幻視や錯視があるか、人が口々に自分に対して非難の声をあげているとか、トイレの中からお化けが呼んでいるなどの脅迫めいた内容の幻聴が聞こえるか、あたかも自分が仕事をしているかのように思い、作業する職業せん妄があるかも観察する。

#### **Q4 離脱症状が出現した際にどのようなケアが必要ですか？**

##### **A4**

離脱症状時には意識もはっきりせず、自分が今どこにいるのか、今何時なのかといったことも分からない。ほとんどの場合、数日以内で元に戻るが、戻るまでの症状は移り変わりやすい。日中は比較的落ち着いていても夕方や夜になると不穏となり、おかしな言動が認められる。室内が暗いと増悪しやすく、患者はきわめて暗示にかかりやすい。夜間せん妄の場合には、電灯をつけて明るくして様子を見ることもある。

この時期には患者自身の安全と事故防止に十分配慮し、個室での離脱症状への対応に努める。身体的観察はもちろんのこと、精神的観察も十分行っていかなければならない。また、どうして入院に至ったのかという、治療への動機づけや、入院していることの意味を考えられるようにかかわることも必要である。

#### **Q5 アルコール依存症の患者に対してどのような対応をしたらよいですか？（やってよいこと・やってはいけないこと）**

##### **A5**

援助の対象であるアルコール依存症者に対して否定的な感情をもっていると、良好な人間関係を築くことはできない。アルコール依存症者についてのとらえかたを振り返り、そこに偏った見方がないかを見直し、苦しさや闘っている目の前の患者と対等に向き合う必要がある。つまり、酒を止められないという辛い気持ちを理解するよう、同じ弱い人間として、共感的な理解、共感的な態度で接するよう努めてみることである。説教調の会話は効果がないばかりか、患者の中に反発感情しか生まれえない。しかし患者の行動が間違っている場合には、時に厳しく指摘することも必要である。またアルコール依存症の自殺未遂患者の場合に、アルコールの問題のみをクロー

ズアップしないで、自殺の危険性や背景の危険因子も適切に評価することが大切である。

## Q6 アルコール依存症の患者の家族に対してどのような対応をしたらよいですか？

### A6

アルコール依存症者を援助し、アルコール依存症であり続けさせている人をイネーブラー（enabler）という。アルコール問題が続いている家族の場合、母や妻が援助の手をかけすぎていると嗜癖を悪化させてしまい、嗜癖はどんどん進行していくことになる。この誤った関係を絶つためにも、家族への援助を欠かすことはできない。本人が入院している間に、アルコール依存症についての正しい知識を得て、病気を悪化させないような対応方法を学んでもらう。これまでの混乱した生活の立て直しを図っていくため、保健所、家族会や酒害相談所へつなぐようなかわりをする。この事例のように本人が精神科受診を望んでいない場合は、とくに治療協力者としての役割を担うことを期待する。

また暴力を振るわれた場合は家から逃げたり、警察に通報するといった断固たる態度も必要であることを説明する。

## Q7 アルコール依存症と自殺との関係について教えてください。

### A7

うつ病が自殺の危険因子であることは言うまでもない。そのうつ病であることが周囲から見分分かる症状に、対処行動として飲酒量が増えることがあげられる。とくに中高年の男性でうつ病になって、飲酒量が増えている人が多い。彼らは必ずしもアルコール依存症の診断には該当しない。飲酒をすると一時的に気分が晴れることを経験しているために、医療機関に受診して抗うつ薬を処方してもらい代わりに、ついつい酒に手を出してしまう。飲酒することで気分もよくなり、不眠も改善すると本人は確信している。しかしアルコールには依存性があり、薬理的には中枢神経系の機能を抑制する作用があるために、うつ病は確実に悪化していく。さらに危険なのは、酩酊状態で自己の行動をコントロールできない状態に陥って、自殺行動に及ぶ人が圧倒的に多いことである。一方でアルコール大量摂取者は長期的にうつ病や自殺のリスクが高いことが知られている。またアルコール摂取下では計画性のない自殺企図を導く可能性が高いため、計画性のない自殺企図の背景にアルコールの問題があり、それが改善されない場合には、再企図の可能性があると考えられる。精神科医療機関（コラム5参照）などへの受診をすすめることも解決につながる。

#### コラム4：アルコール依存症という病気の考え

アルコール依存症は、アルコールを摂取していないときに、飲まずにはいられなくなる疾患である。飲んでいるからトラブルが生じているのではなく、飲まずにはいられないからトラブルが生じると考えることが重要である。

#### コラム5：アルコール専門外来

アルコール依存症者が退院後、治療継続のために週1回から2週間に1回通院し、アルコール専門医の診察を受ける。その後、通院者が集まり集団精神療法に参加する。そこで話された内容の秘密は守られるという信頼のもとに、お酒に対する今の自分の気持ち、生活面でのさまざまな困難な状況などをそれぞれが話す。他の依存症者の話を聞き、自分自身のことを話していくうちに、共通する経験を発見して共感が育ち、病識もつようになる。最近ではアルコール専門外来クリニックが各地に開設されており、身体合併症の治療も同時に行われている。

※AA (Alcoholics Anonymous) : 「匿名による断酒会」と称される。患者同士で運営する自助グループ

# シナリオ 4

## 症 例

23歳、男性

## 診 断

幻覚・妄想状態（統合失調症の疑い）

## 現病歴

中学でいじめにあったことがきっかけで不登校になった。高校には何とか進学したが、1学期の途中から家に引きこもるようになり、高校を中退した。20歳頃から昼夜逆転の生活となった。壁に向かってブツブツ喋ったり、急に泣いたり笑い出すようになった。X年6月「意味ないよ!」「死ねって言われている!」と言い、突然家を飛び出した。そして、走行している車の前に飛び出し車と接触し、転倒した。腰部打撲で救急搬送された。

## 来院後経過

救急病棟入室時から「痛い!痛い!」と訴える一方「お前は俺をバカにしているだろう!」と看護師を相手に怒鳴りちらす。また「『お前のようなバカは死ね』と言う声が聴こえる」と話し、毛布を頭からスッポリかぶってしまう。

## やってはいけない対応例

- ・診察まで接触を避け、患者が動き回るのを静観しそのまま放置する。
- ・スタッフ一人だけで対応する。
- ・「そんな声はあるはずがない」「それはあなたの妄想ですよ」と、患者の言っていることをすべて否定する。
- ・感情的に患者と同じ調子で声高に話したり、無理に説得をしようとしたり、叱りつけたりする。
- ・説明なしにいきなり抑制帯を使って行動制限をする。

## 好ましい対応例

- ・複数のスタッフで早めに対応する。
- ・自分の職種と名前を名乗り、ここが病院であること、これから治療にあたることを、ゆっくり、わかりやすく説明する。
- ・見当識を確認するなどして、意識レベルを確認する。
- ・患者が安心できるような言語的、身体的なコミュニケーションを図る。妄想や幻覚の内容を深く追求せず、幻覚・妄想状態で生じている患者の恐怖や不安、苦しみなどに焦点をあて、患者に「さぞ、つらかったでしょう」というような共感的な声かけをする。
- ・自分自身が身に着けているもの、患者自身が所持しているもののうち、自殺企図や他害行為につながるような危険物を除去する、あるいは遠ざける。
- ・妄想の世界から現実の世界へ戻すようなかわりを継続する（例：痛みがあることを認識させ、安静を保つように声かけをする）。

## ■症例の解説

精神科受診歴のない、幻覚・妄想状態の患者で、統合失調症が疑われる。興奮している患者に対しては、一人では対応せず、複数名のスタッフで対応すべきである。これは、患者とスタッフ双方の安全確保と円滑に治療を進めていくうえで重要である。幻覚・妄想は、一般的に説得によってこれを消失させることは困難であり、無理に説得を試みるよりも、まずコミュニケーションを図りながら、安心感や信頼感を醸成することが先決である。

## Q&A

### Q1 幻覚・妄想状態で自殺企図をする場合には、どのような精神疾患が考えられますか？

#### A1

幻覚・妄想状態で第一に疑う疾患は統合失調症である。統合失調症における自殺企図はまれではない。統合失調症では、「死ね」などの命令性の幻聴により自殺企図に至ったり、抑うつ状態で自殺を企図する場合も多い。また、統合失調症患者は、致死性の高い自殺手段をとることが多いのも特徴的である。

統合失調症以外にも、重症の気分障害（うつ病性障害や双極性障害）、器質性・症状性精神障害、薬物依存（アルコール、覚せい剤等）などでも幻覚・妄想状態が出現する場合がある。

### Q2 幻覚・妄想状態で興奮している患者にスタッフが対応するうえで、危険性を取り除くためにどのようなことに気をつければよいですか？

#### A2

幻覚・妄想状態で興奮している場合、医療スタッフは、患者が幻覚・妄想に左右されて再度の自殺企図に及ぶことを防止し、患者および自身の安全確保を考える。具体的な行動目標として、①患者と二人だけで個室で対応しない、②複数のスタッフで対応する、③危険物を除去する、④警備員等や他のスタッフを呼ぶ、という項目があげられる。

自殺の再企図防止としては、自殺手段へのアクセスの防止が重要である。興奮して自殺企図や他害行為に及ぶときに手段となりうる刃物や紐、毒物などの危険物を、持ち物チェックなどを行って本人の周囲に絶対置かないことである。

場合によっては、静脈ルートからの向精神薬投与による鎮静、抑制帯による行動制限などについても検討する必要がある。

### **Q3 幻覚・妄想状態にある患者に対して、どのような接し方をしたらよいですか？**

#### **A3**

幻覚・妄想状態の患者への説得は困難であることが少なくない。そして、強い口調で患者にアプローチすることは、いたずらに相手を刺激することにもなりがちである。

患者に対しては、安心を与えるような対応が必要となる（コラム6参照）。

患者の幻覚や妄想の内容の話聞いたときに、「そんなことはありえない」とすべて否定したり、「なぜそう考えるのか」と分析的になったり、深く追求しようとしないうほうがよい。そういう状態にある患者の苦しみや不安、恐怖に焦点をあてて、「だいぶつらいでしょう」などと共感的な声掛けをする。

治療の説明や「そろそろご飯の時間ですが、食べられますか？」というような食事摂取の確認、「今〇時ですよ」という日時の確認、「痛くないですか？」などの痛みの確認等は、幻覚・妄想にある患者が現実的なかわりをもてるようになることであり、重要なアプローチである。

### **Q4 幻覚・妄想状態にある患者に対して、どのような評価を行えばよいですか？**

#### **A4**

臨床的徴候を注意深く観察することが重要である<sup>1)</sup>。

- (1) 精神的徴候：発症（急性・慢性）、経過、特徴（症状の種類）
- (2) 身体的徴候：特徴（症状の種類・性状）、バイタルサイン、血液検査・血液ガス、画像診断（X線・CT）、心電図、その他
- (3) 外見・振る舞い

第一に、意識レベルを確認する。一見会話が成立していても意識障害であることもあるため、「今日は何日ですか？」や「今どこにいるかわかりますか？」などの質問で見当識の有無や、健忘がないかを確認する。

軽度の意識障害は、身体疾患を背景とした精神症状と、内因性・心因性精神障害との鑑別に重要性が高いが、臨床的にデリケートな症状であるため、とらえにくい。このため、最終的には臨床症状、臨床検査値、脳波所見などの所見と照らし合わせながら判断する。ベッドサイドでの鑑別方法についてはコラム7を参照されたい。

とくに、以前に同様の精神障害をみた既往がない場合、精神症状の原因が容易に特定できない



場合、患者の年齢が55歳以上である場合、慢性疾患が存在する場合、そして薬を服用している場合などでは、身体疾患を基盤とする精神症状の可能性を想定する必要がある。

また、幻覚・妄想状態にある患者だけから事実確認を行うことは困難である場合も少なくないため、本人だけでなく、家族、かかりつけ医など周囲から情報を収集することが大事である。

## Q5 身体的に改善傾向にあるが、精神症状が著しく悪い場合に、どのように対処すべきでしょうか？

### A5

身体的治療中に著しく幻覚・妄想による興奮や不穏行動を認め、身体的治療を行うことが困難である場合には、向精神薬による薬物療法も検討する必要がある。

その際には、身体的重症度と照らし合わせながら薬物選択や投与量の決定を行う必要がある。投与薬としては、向精神薬としてリスペリドン、オランザピン、ペロスピロン、クエチアピン、アリピプラゾール、プロナンセリン等の非定型抗精神病薬やハロペリドール（点滴静注・静注）等の定型抗精神病薬がある（p.26表）。

また、フルニトラゼパム、ミダゾラムなどのベンゾジアゼピン系薬剤を静脈注射などで投与する場合もある。興奮が強い場合、本人の協力のもとに投与することが困難なことも少なくないため、口腔内崩壊錠、液剤、静注で使用できる薬剤が利便性も高い。本人に説明しても理解が得られない場合には、家族に対して薬剤の効果と副作用、適応について十分説明したうえで、投与を行う。投与後も作用や副作用を観察していくことが大切である。薬物療法について判断が難しい場合には、かかりつけ医や精神科医へのコンサルテーションや助言を仰いでもよいと考えられる。

また、救急医療機関での身体的治療が終結に向かっているにもかかわらず、依然として自殺企図とかわった幻覚・妄想が強く、「『死ね』と聞こえてくる」という幻声、「死なないと迷惑をかける」という被害妄想などが著しく、自殺の危険性が高い場合や、「〇〇を殺さないといけない」などと他害に及ぶ可能性が高い場合には、精神医療につなぐ絶対的適応である。そして、担当医は病院のケースワーカーに相談して、紹介先の確保を進めてもよいであろう。精神科専門施設は、専門性の高い身体的治療は十分に行えない実情もあり、紹介先には、身体的治療の必要性の有無や今後の見通しを丁寧に説明する。

また受診にあたっては、必ずしも自らが入院を希望して入院する任意入院になるとは限らないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、同法）に基づく医療保護入院の保護者となりうる配偶者や扶養義務者を確認して、一緒に受診させることが必要となる。

幻覚・妄想状態による自傷他害のおそれが強く認められる場合には、シナリオ1を参照いただきたい。

**興奮、攻撃性が顕著で服薬不可能である場合**

## ●呼吸管理ができる環境での投与

## 1. ミダゾラム（ドルミカム®）

1 ~ 20mg/時で持続投与

## 2. フルニトラゼパム（サイレース®、ロヒプノール®）

2 ~ 4mg 生理食塩水で 10 倍希釈。入眠まで緩徐に投与

(注：上記 2 剤とも、拮抗薬のフルマゼニルを準備したうえで投与、バイタルサインを頻回にチェックすること)

## ●呼吸管理が難しい環境での投与

## 1. ハロペリドール（セレネース®）

5mg + 生理食塩水 50 ~ 100ml 30 分かけて やむを得ない場合 1 日 15mg 程度まで投与可能

**不穏だが経口摂取あるいは経管投与が可能である場合（1 日量）**

## 1. リスペリドン（リスパダール®；錠剤、口腔内崩壊錠、内用液など）

初期投与量 1 ~ 2mg 維持量 4 ~ 6mg 分 1 ~ 2

## 2. クエチアピン（セロクエル®；錠剤、細粒など）

初期投与量 25 ~ 50mg 維持量 100 ~ 600mg 分 2 ~ 4

## 3. アリピプラゾール（エビリファイ®；錠剤、内用液など）

初期投与量 6 ~ 12mg 維持量 6 ~ 24mg 分 1 ~ 2

## 4. プロペリシアジン（ニューレプチル®；錠剤、細粒など）

初期投与量 5 ~ 10mg 維持量 10 ~ 60mg 分 2 ~ 4

**上記に加えると攻撃性の抑制に有用な補助薬の例（1 日量）**

## 1. バルプロ酸（デパケン®；錠剤、内用液、細粒など）

初期投与量 200 ~ 400mg 維持量 600 ~ 1200mg 分 2 ~ 4

## 2. ロラゼパム（ワイパックス®；錠剤）

初期投与量 1 ~ 1.5mg 維持量 1.5 ~ 3mg

## 3. ミアンセリン（テトラミド®；錠剤）

初期投与量 10mg 維持量 10 ~ 60mg

## 4. トラゾドン（レスリン®、デジレル®；錠剤）

初期投与量 25mg 維持量 75 ~ 150mg

**Q6 暴力行為が出現した場合にはどのように対応しますか？****A6**

幻覚・妄想状態による自殺未遂患者では、治療中も自傷他害のおそれを認め、暴力行為が出現することがしばしばあるため、当初より家族やその周囲に対してもその旨と必要な措置を講じる可能性を説明しておく必要がある。また、医療スタッフ自身も危険性を認識しておくことが大切である。院内で幻覚・妄想状態による暴力行為が発生した場合には、各医療機関に暴力対応マニュアルがある場合には、それに沿って対応するとよい。暴力行為のレベルに応じて対応することもよく行われている。

一般的には暴力行為が発生した場合には、二人以上で対応し、患者確保や安全確保のため警備

員、担当の事務職員などを呼ぶ。また、部屋の出入口など逃げ道も確保し、暴力行為が収まらない場合や傷害などレベルの高い暴力行為があった場合、警察への通報を検討する。必ず、医療スタッフはカルテやチャートに事実記載を行い、家族には事実を説明する。

文献：

- 1) 大塚耕太郎、酒井明夫：精神症状. 救急医学30(6)：748-750、2006.

### コラム6：対応法について

統合失調症では幻覚・妄想状態を認める場合も多い。十分な意思疎通をとることに苦慮する場合もあると思われる。そのような場合でも、救急対応時ではあるが搬送直後の対応のポイントとしては最低限下記のような対応を心がける。初期対応の温かみのある対応はその後の対応の成功につながる。

1. 丁寧に温かみのある態度：温かみのある表情での声かけ。威圧的であったり、拒否的な態度はとらない。
2. 名乗る：〇〇病院の〇〇科の医師です。
3. 支援の表明：〇〇（病名・病態）という状態であり、〇〇さん（患者）の助けになりたいのです。
4. 治療の説明：〇〇（病名・病態）に対して、〇〇（治療法）の治療が必要になります。

### コラム7：軽度の意識障害を鑑別する方法

意識混濁の軽い状態では、はっきりした見当識の障害はないが、注意の集中と持続が困難で、思考のまとまりの悪さ、細かい配慮の欠如、意欲や自発性の減退を認める場合がある。このような軽い意識混濁の存在を疑わせる所見としては、①不眠（入眠困難、中途覚醒、再眠困難、早期覚醒）、昼間の傾眠、②悲観的、容易に涙ぐむ、おびえるような・怖がるような様子、③ややくどい受け答え、反抗的、不機嫌、④話が脱線しやすい、まとまりの悪さ（観念奔逸・観念連合の粗末さ）、⑤注意集中の困難、病室を間違え他の部屋に入る、数時間前の食事の内容が思い出せない、検温したことを忘れている、⑥易変的な気分、軽い躁状態、軽いうつ状態、⑦「100-7」の計算の間違え方に特徴がある（例：100-7=83、93-7=76のように下一桁は正解し、二桁目は誤る、⑧間欠的ないし周期的であるということ、変動しやすい、などがあげられる<sup>(文献)</sup>。

文献：春木茂一：腎不全・透析に伴う症状性精神障害：器質・症状性精神障害、中山書店、東京、1997、pp437-461.

# シナリオ5

## 症 例

26歳、男性

## 診 断

適応障害の疑い

## 現病歴

X年4月に職場異動と同時に、実家を離れ単身生活となった。業務内容が今までとはまったく異なり、戸惑う毎日であったが、もともと内気な性格で、誰にも相談することができず、仕事は滞りがちであった。ある日、上司から仕事の遅れを叱責され、頻繁に注意を受けるようになった。繁忙期も重なり追い詰められたような状況のなか、X年6月には風邪をひき会社を休んだ。数日で軽快し、朝出勤しようとしたが、強い倦怠感と仕事への恐怖心から途中で自宅に引き返してしまった。その後、何とか仕事には出るようになったが、口実を設けて仕事を休み、外で時間を潰すようなことが多くなった。

X年7月のある朝から失踪し、数日後、自宅から遠く離れたA県の森林内に駐車した車の中で排気ガス自殺を図っているところを、たまたま通りかかった地元の人に発見され、救急搬送された。

## 来院後経過

意識が回復した後、しばらくの間は静穏だったが、徐々に落ち着きがなくなってきた。本人によれば、失踪後、しばらく車であちこちを転々としていたが、八方塞がりだと思い、衝動的に自殺を企図してしまったという。「今回のことが会社にバレていないか?」「解雇されるのではないか?」と心配している。そして、「実家の両親にも単身生活になってからのことは一切話していないので、今後どうすればよいのかわからない」と、頭を抱えている。