

原 著 論 文

自殺未遂患者のアセスメントと介入に関する調査

**A study of assessment and nursing intervention
for suicide attempt patients**

田 井 雅 子 (Masako Tai)*

野 嶋 佐由美 (Sayumi Nojima)*

畦 地 博 子 (Hiroko Azechi)*

槇 本 香 (Kaori Makimoto)*

要 約

本研究は、高知県内の病院の精神科以外に勤務している看護師の中で、自殺未遂患者をケアした経験のある者を対象に、自殺未遂患者に対するアセスメントや介入を明らかにして、自殺未遂患者に対する看護の課題や、自殺未遂患者に関わる看護師への支援について示唆を得ることを目的とした。自殺未遂患者に関わった経験の有無、自殺未遂患者に対するアセスメントと介入に関する自由記載を含む質問紙を研究者らで作成し、高知県内の100床以上の病院で精神科以外の病棟に勤務している看護師に配布し、回答を得た。データは単純集計と自由記載については質的に分析を行った。その結果、自殺未遂患者に関わる看護師が行っている自殺未遂患者の精神状態の把握や、自殺行動の可能性の判断、自殺未遂患者へのケアの内容などが明らかとなり、看護師への教育、精神科を含めた専門機関との連携、自殺未遂患者の家族へのケアに関する示唆が得られた。

Abstract

This study aims to clarify the present state of assessment and intervention for suicide attempt patients, in order to acquire suggestions on the problems about nursing suicidal patients and support for nurses in charge of them. The subjects are the nurses working at non-psychiatric institutions in Kochi prefecture who have experience of nursing suicidal patients. A questionnaire was constructed by the researchers which contains the items such as the presence of experience of nursing suicidal patients and remarks column about assessment and intervention for the patients. The copies were distributed to the nurses working at non-psychiatric wards of the hospitals in Kochi prefecture with more than 100 beds. The response data consists of simple aggregation and descriptive responses, which were subjected to qualitative analysis. As a result, a specific understanding is gained of the following aspects: comprehension of mental status of the patients, judgment of the possibility of suicidal actions, details of nursing of the patients and the like. Based on the recognition, suggestions are acquired related to education of nurses, cooperation with specialized agency including psychiatry and care for families of suicidal patients.

キーワード：自殺未遂患者、一般科看護師、アセスメント、看護介入

I. は じ め に

自殺対策基本法、自殺総合対策大綱と総合的な自殺対策の推進により、我が国の自殺者数は減少してきているものの、年間3万人を超える高水準が続いている。平成22年度の自殺者のうち、男性の13.7%、女性の30.1%に自殺未遂歴がある¹⁾。自殺未遂者が既遂に至る率は、自殺

者全般の自殺率に比べて高く²⁾、自殺を図り救命された人の10人に1人は、将来同様の行為を繰り返して、命を落とす³⁾といわれることから、自殺者数を減少させるためには、自殺未遂の段階で介入し、自殺企図を繰り返させないことが重要である。

自殺を図った者の場合、身体的な処置や治療のため、救命救急センターなど精神科以外の診

*高知県立大学看護学部

療科を最初に受診することも多い⁴⁾。自殺未遂者に対しては、身体的治療と並行して、自殺企図を繰り返さないよう、身体的治療が落ち着いてからの継続した支援を検討し、適切な精神科医療を受けられるようにすることが重要である。

しかし、自殺未遂や自殺念慮、患者が自殺をすると訴えることは、医療者の中に強烈で否定的な感情反応を引き起こす⁵⁾。救命救急センターに勤務する看護師が、自殺未遂患者に対して、心情を理解し、専門家としての役割を遂行しようと接近的な態度をとる場合もある一方で、受け入れ難さを感じ、積極的に関わらず、ケアの限界を感じるなど、ケア上の困難を感じていることが明らかにされている⁶⁾。また看護師が身体的ケアに精一杯で、精神的ケアをする余裕が乏しい⁷⁾ことに加え、薬物を手段とした自殺企図者が多く^{2)7)~8)}、過量服薬の場合であれば2~3日の入院が大半を占め^{9)~11)}、自殺未遂患者に関わる期間も限られている。このように、自殺未遂患者のケアに携わる看護師は、感情的な葛藤と時間的制約の中でケアに取り組まざるを得ない。

高知県の場合、自殺者数は平成10年に年間200人を超えて以降、平成16年を最多としながら平成22年まで200人以上が続き、自殺率も全国値より高水準で推移している¹²⁾。平成21年策定の「高知県自殺対策行動計画」¹²⁾には、自殺未遂者のケアと再発防止対策の構築が掲げられており、自殺未遂者の多くが治療を受ける精神科以外の部門でのケアの実態を把握し、その課題を検討することが必要である。

そこで本研究では、高知県内の病院の精神科以外に勤務している看護師の中で、自殺未遂患者をケアした経験のある者を対象に、自殺未遂患者に対するアセスメントや介入を明らかにして、自殺未遂患者に対する看護の課題や、自殺未遂患者に関わる看護師への支援について示唆を得ることを目的とした。

なお本研究では、自殺未遂とは、自殺を企て、死に至らなかった場合のこととする。

II. 研究方法

1. 対象者

高知県内の100床以上の病院で精神科以外の病棟に勤務している看護師を対象とした。

2. 研究方法

対象施設の看護部長に口頭で研究協力を依頼し、承諾の得られた施設の看護師に対して、研究者らが作成した自殺未遂患者に実施したアセスメントや介入に関して記載する質問紙を配布した。看護師には、回答をもって同意が得られたと判断することとした。

分析は単純集計と、アセスメントや介入の内容などの自由記載に関しては、記述内容の類似したものを分類し、カテゴリーにまとめ、質的に分析した。

研究期間は平成23年2月~平成23年12月であった。

3. 倫理的配慮

研究にあたっては、高知女子大学研究倫理審査委員会の承認を得た。研究への協力は、任意で、質問紙への回答をもって本研究への協力に同意してもらえたものとした。質問紙は無記名とし、回答後に各自で厳封して郵送してもらい、データ分析で施設や病棟が特定できないよう処理を行い、プライバシーの保護に努めた。また質問紙には予めナンバリングをし、アンケート回収後に撤回を希望した場合、ナンバーを申し出ることによって撤回できることを保証した。回答では自殺未遂患者に接した際の体験が想起され、心身に負担を生じる可能性があるため、回答したくない項目には無理をして回答する必要はないことを依頼文書に明記した。

III. 結果

5施設から本研究への協力が得られ、質問紙を310部配布し、97部を回収した(回収率31.3%)。そのうち精神科病棟でのケア体験の回答を除き、未回答の項目や複数事例を回答したアンケート用紙を含めた96部を分析対象とした。

1. 対象者の概要

過去5年間に自殺未遂患者のケアを実施した経験は、「有」が60名（62.5%）、「無」が36名（37.5%）であった。「有」の回答者が、自殺未遂患者のケア実施時に勤務していた部署は、救急部門が30名（42.3%）で最も多く、内科病棟とICUが各13名（18.3%）、整形外科病棟が5名（7.0%）、CCUと混合病棟が2名（2.8%）、その他が6名（8.5%）であった。

過去5年間にケアを行った自殺未遂患者数は、10名未満が38名（65.5%）、10～19名が7名（12.1%）、20～29名が2名（3.5%）、30名以上が5名（8.6%）、不明・未記入が6名（10.3%）であった。

自殺未遂患者と関わった期間は、3日以内が最も多く40名（66.7%）、次いで4日～1週間が7名（11.7%）、1週間～2週間が6名（10.0%）、1～3ヶ月が5名（8.3%）、3～6ヶ月が2名（3.3%）であった。1週間以内に約8割の患者が退院や転院をしており、自殺未遂患者との関わりは短期間が多かった。

2. ケアを行った自殺未遂患者の概要

患者の性別は、男性が15件（24.6%）、女性が46件（75.4%）で、女性が男性の約3倍であった。年齢は10代が6件（9.8%）、20代が20件（32.8%）、30代が7件（11.5%）、40代が4件（6.6%）、50代が9件（14.8%）、60代が2件

（3.3%）、70代以上が9件（14.8%）、記載なしが4件（6.6%）であった。

患者が自殺を図ったときの手段は、「薬物・毒物」が44件（57.9%）で過半数を占めていた。次が「切創」の13件（17.1%）で、「縊首」が10件（13.2%）、「飛び降り」が3件（3.9%）、「一酸化炭素中毒」2件（2.6%）であった。その他に「入水」「交通機関への飛び込み」「焼身」「転落」が各1件の計4件（5.3%）であった。また自殺企図の手段については複数回答が10件あった。

3. 自殺未遂患者のアセスメントおよびケアについて

過去5年間に自殺未遂患者のケアの体験がある看護師に、ケアを行った自殺未遂患者1名についてアセスメントやケアの内容を自由記載で尋ねた。ただし複数の患者についての回答も含めたため、自殺未遂患者の件数は61件となった。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で表す。

1) 自殺未遂患者の精神状態の評価

自殺未遂患者の精神状態の評価は、8カテゴリーに分類された（表1）。最多は〈不安定〉〈混乱〉〈緊張・興奮状態〉などの【不安定である】と評価したものが16件（33.3%）であった。次いで、【精神疾患の可能性】が10件

表1. 自殺未遂患者の精神状態の評価

(データ数48)

カテゴリー	サブカテゴリー	件 (%)	
不安定である	不安定	8	16 (33.3)
	混乱	4	
	緊張・興奮状態	2	
	普通でない	1	
	再企図の恐れ	1	
精神疾患の可能性	うつ状態	9	10 (20.8)
	精神疾患を抱えている	1	
落ち着いている	落ち着いている	5	6 (12.5)
	反省している	1	
関心を向けられたい	気にかけてほしい	2	5 (10.4)
	助けを求めている	2	
	狂言の可能性	1	
意識レベル低下により評価困難	意識レベルが低く評価できない	4	4 (8.3)
精神医療の専門家の評価	精神科医や専門看護師の評価	3	3 (6.3)
精神面の未熟さ	わがまま	1	2 (4.2)
	精神的に自立できていない	1	
対人関係の不得手さ	人との関わりが不得手	1	2 (4.2)
	人との関わりを避ける	1	

(20.8%)で、〈うつ状態〉〈精神疾患を抱えている〉と評価していた。【落ち着いている】が6件(12.5%)、〈気にかけてほしい〉などの【関心を向けられたい】が5件(10.4%)、受診・入院時の状態が【意識レベル低下により評価困難】が4件(8.3%)、【精神医療の専門家の評価】を取り入れているのが3件(6.3%)、【精神面の未熟さ】と【対人関係の不得手さ】が各2件(4.2%)であった。

2) 患者が自殺を図ろうとした背景や原因

自殺を図った背景や原因は、7カテゴリーに分類された(表2)。家族の不仲や、複雑な家庭環境、介護問題など【家庭の問題】が19件(26.4%)で最も多かった。家族間以外の〈対人関係のトラブル〉〈孤独・他者に相談できない〉など【対人関係の問題】が18件(25.0%)、〈不安定な精神状態〉〈うつ状態〉など【精神疾患や不安定な精神状態】が16件(22.2%)であった。【経済的な問題】と【身体疾患に伴う苦痛】は各5件(6.9%)、【仕事上の問題】は4件(5.6%)、【不明・考えず】は5件(6.9%)であった。

また、1ケースの中に【家庭の問題】【対人関係の問題】【仕事上の問題】など複数の原因が挙げられているものも多かった。

3) 患者が自殺行動を繰り返す可能性を判断した情報

自殺行動を繰り返す可能性を判断した情報は、

7カテゴリーに分類された(表3)。〈自殺未遂の既往歴〉〈精神科の情報〉などの【既往歴】が20件(32.8%)で最も多かった。次いで、〈患者の発言・表情〉〈行動化の程度・方法〉などの【患者の状態】が17件(27.9%)であった。【家族や周囲の人からの情報】は9件(14.8%)、〈変わらない生活環境〉〈家庭環境〉など【家庭・生活環境】が7件(11.5%)、【サポートの不足】が4件(6.6%)、【判断せず】と【不明】が各2件(3.3%)であった。

4) 自殺行動の再企図予防のために実施したケア

自殺行動の再企図を予防するために行ったケアは、6カテゴリーに分類された(表4)。〈家族の協力を求める〉〈精神科につなげる〉〈家族関係の調整を図る〉など【退院後の支援体制を整える】が25件(30.9%)で最も多かった。次に、〈話しを傾聴する〉〈患者と関わりをもつ機会を増やす〉といった【関わる機会をもつ】が19件(23.5%)、〈危険物の除去〉〈頻回な訪室・見守り〉など【安全の確保】が14件(17.3%)、〈家族への情報提供〉など【家族への説明・情報提供】が7件(8.6%)、〈服薬管理への取り組み〉〈治療継続のための指導・教育〉などの【治療継続のための指導・教育】が4件(4.9%)、【行わなかった】が12件(14.8%)であった。

5) 患者の退院あるいは転院時に実施したケア

患者が退院や転院をするときに実施したケアは、5カテゴリーに分類された(表5)。

表2. 患者の自殺企図の背景や原因

カテゴリー	サブカテゴリー	(データ数72)	
		件	(%)
家庭の問題	家族・家庭の問題	19	19 (26.4)
対人関係の問題	対人関係のトラブル	6	18 (25.0)
	孤独・他者に相談できない	5	
	他者の注意を引きたい	4	
	重要他者の喪失体験	3	
精神疾患や不安定な精神状態	不安定な精神状態	5	16 (22.2)
	うつ状態	4	
	精神疾患	4	
	衝動性	2	
	将来への悲観	1	
経済的な問題	経済的な問題	5	5 (6.9)
身体疾患に伴う苦痛	身体疾患に伴う苦痛	5	5 (6.9)
仕事上の問題	仕事に関連する悩み	4	4 (5.6)
不明・考えず	原因不明・わからない	4	5 (6.9)
	特に考えていない	1	

企図の危険性に注意する】が10件（22.7%）で、〈理解しようとする態度で傾聴する〉〈深くかかわり過ぎず、状況に対応する〉などが含まれる。〈情報をつなぐ〉〈専門機関につなげる〉など【退院後の治療の場につなぐ】が9件（20.5%）、〈家族への支援〉〈家族や周囲の人の協力を得る〉など【家族や周囲の人に関わ

る】が8件（18.2%）、【通常の対応を行う】が3件（6.8%）、【関わっていない】が14件（31.8%）であった。

6) 自殺未遂患者に関わるときの気持ち
自殺未遂患者に関わるときに生じた気持ちは、7カテゴリーに分類された（表6）。〈患者の

表3. 自殺行動を繰り返す可能性を判断した情報

(データ数61)

カテゴリー	サブカテゴリー	件 (%)	
既往歴	自殺未遂の既往歴	16	20 (32.8)
	精神科の情報	2	
	精神疾患	2	
患者の状態	患者の発言・表情	8	17 (27.9)
	患者からの訴えのなさ	4	
	不安定な精神状態	2	
	行動化の程度・方法	2	
	処置に対する抵抗	1	
家族や周囲の人からの情報	家族からの情報	7	9 (14.8)
	周囲の人からの情報	2	
家庭・生活環境	変わらない生活環境	5	7 (11.5)
	家庭環境	2	
サポートの不足	サポートの低下	3	4 (6.6)
	治療の中断	1	
判断せず	判断しなかった	2	2 (3.3)
不明	不明	2	2 (3.3)

表4. 自殺行動の再企図予防のために実施したケア

(データ数81)

カテゴリー	サブカテゴリー	件 (%)	
退院後の支援体制を整える	家族の協力を求める	10	25 (30.9)
	精神科につなげる	8	
	退院後の支援体制を整える・確認する	2	
	家族関係の調整を図る	2	
	他職種を巻き込んで退院支援を行う	1	
	生活の基盤を確保する	1	
	患者が頼れる窓口を示す	1	
関わる機会をもつ	話しを傾聴する	12	19 (23.5)
	患者と関わりをもつ機会を増やす	4	
	患者の感情表出を促す	1	
	理解を示す	1	
	命をテーマに話をする	1	
安全の確保	危険物の除去	4	14 (17.3)
	頻回な訪室・見守り	4	
	個室対応にする	2	
	チームでかかわる	2	
	身体拘束	1	
	刺激の遮断	1	
家族への説明・情報提供	家族への情報提供	5	7 (8.6)
	家族と情報の共有	1	
	患者との接し方を家族に説明する	1	
治療継続のための指導・教育	服薬管理への取り組み	2	4 (4.9)
	治療継続のための指導・教育	1	
	身体的な外傷に対する留意点を伝える	1	
行わなかった	予防へのケアは行っていない・至らなかった	12	12 (14.8)

辛さを思い、切ない気持ち〉〈自殺企図に対するやるせない気持ち〉〈自殺企図に至る患者の心境への関心〉〈自分に置き換えて患者の心情を考える〉といった【自殺企図の苦しみへの共感】が22件 (36.1%) であった。〈関わり方が患者に与える影響の心配〉〈看護師自身の経験不足・知識不足〉といった【関わりが患者の心理面に及ぼす影響への懸念】が13件 (21.3%) であった。〈自殺企図に対する自分の抵抗感への苛立ち〉〈病気だから仕方がないと諦めの気持ち〉などの【自殺企図患者にかかわるジレンマ】が8件 (13.1%)、【再企図を繰り返すことへの危惧】が6件 (9.8%)、【支援体制の必要性】が5件 (8.2%)、【自殺企図による家族の心情への共感】が4件 (6.6%)、【変わらない

い】が3件 (4.9%) であった。

4. 自殺未遂患者に対するケアとして部署や病院で取り組んでいること

自殺未遂患者に対するケアとして、部署あるいは病院で取り組んでいることについては、自殺未遂患者にかかわった体験の有無にかかわらず、全員に回答してもらい、5カテゴリーに分類された (表7)。

〈観察を密にする〉〈危険物を周囲から取り除く〉〈目の届きやすい病室を選ぶ〉など【安全面の対策を講じる】が23件 (37.7%) であった。次いで〈精神科へのコンサルテーションや精神科との連携を行う〉など【チームや精神科との連携】が22件 (36.1%) であった。【安全面の対策を講じる】と【チームや精神科との連

表5. 退院や転院時に実施したケア

(データ数44)

カテゴリー	サブカテゴリー	件 (%)	
再企図の危険性に注意する	理解しようとする態度で傾聴する	3	10 (22.7)
	深くかかわり過ぎず、状況に対応する	3	
	一人で抱え込ませない	2	
	危険物の除去	1	
	話し合いの場をもつ	1	
退院後の治療の場につなぐ	情報をつなぐ	4	9 (20.5)
	専門機関につなげる	2	
	転院先への付き添い	2	
	本人・家族の理解度を確認する	1	
家族や周囲の人に関わる	家族への支援	3	8 (18.2)
	家族や周囲の人の協力を得る	3	
	家族に説明する	2	
通常の対応を行う	清潔への援助	2	3 (6.8)
	普段通りの対応をする	1	
関わっていない	退院・転院時のケアは行えなかった	14	14 (31.8)

表6. 自殺未遂患者に関わるときの気持ち

(データ数61)

カテゴリー	サブカテゴリー	件 (%)	
自殺企図の苦しみへの共感	患者の辛さを思い、切ない気持ち	7	22 (36.1)
	自殺企図に対するやるせない気持ち	6	
	自殺企図に至る患者の心境への関心	4	
	自分に置き換えて患者の心情を考える	3	
	自殺企図後の患者の心境への関心	2	
関わりが患者の心理面に及ぼす影響への懸念	関わり方が患者に与える影響の心配	8	13 (21.3)
	看護師自身の経験不足・知識不足	5	
自殺企図患者に関わるジレンマ	自殺企図に対する自分の抵抗感への苛立ち	3	8 (13.1)
	病気だから仕方がないと諦めの気持ち	3	
	その場限りの対応に終わるもどかしさ	1	
	生きたくても救えなかった命と対比する気持ち	1	
再企図を繰り返すことへの危惧	再企図をされることへの恐れ	6	6 (9.8)
支援体制の必要性	患者を支える環境の必要性	4	5 (8.2)
	専門機関を受診してほしい	1	
自殺企図による家族の心情への共感	家族の辛さ・悲しみへの共感	4	4 (6.6)
変わらない	気持ちに変化はない	3	3 (4.9)

携】とで7割を占めていた。その他は【家族への関わり】1件(1.6%)と、【特になし】が11件(18.0%)、【わからない】が4件(6.6%)であった。

5. 自殺未遂患者に対するケアとして必要と考えること

自殺未遂患者に対するケアとして必要と考えることについては、自殺未遂患者にかかわった体験の有無にかかわらず、全員に回答してもら

い、6カテゴリーに分類された(表8)。

【継続した支援体制を整える】が最多の32件(27.4%)で、〈退院後の継続した支援体制をつくる〉〈患者を支える人への支援を行う〉〈家族と協力して再企図を防ぐ〉などが含まれている。次に多いのは、〈心のケアの専門家と協働して再企図を防ぐ〉〈チームで協働して再企図を防ぐ〉など【チームや他機関と協働する】と、〈つかず離れずの距離で関わる〉〈自殺に至った背景を理解する〉〈患者の変化を早

表7. 自殺未遂患者へのケアとして部署や病院で取り組んでいること

(データ数61)

カテゴリー	サブカテゴリー	件(%)	
安全面の対策を講じる	観察を密にする	7	23 (37.7)
	危険物を周囲から取り除く	5	
	目の届きやすい病室を選ぶ	3	
	患者の思いや訴えを傾聴する	3	
	家族の協力を得て付き添ってもら	1	
	入院時に自殺企図の査定を行う	1	
	安全を守るために必要であれば身体拘束を行う	1	
	構造面の安全対策をとる	1	
	個人情報保護する	1	
チームや精神科との連携	精神科へのコンサルテーションや精神科との連携を行う	15	22 (36.1)
	スタッフ間で情報や計画を共有する	6	
	入院・加療の必要性を検討する	1	
家族への関わり	家族と話し合いの場をもつ	1	1 (1.6)
特になし	特に取り組んではない	11	11 (18.0)
わからない	わからない	4	4 (6.6)

表8. 自殺未遂患者へのケアとして必要と考えること

(データ数117)

カテゴリー	サブカテゴリー	件(%)	
継続した支援体制を整える	退院後の継続した支援体制をつくる	11	32 (27.4)
	患者を支える人への支援を行う	7	
	家族と協力して再企図を防ぐ	5	
	相談しやすい窓口をつくる	3	
	患者との信頼関係を築く	2	
	生活環境を改善する	2	
	早期治療が受けられる環境を整える	1	
	入院中から家族に積極的に関わりをもってもら	1	
チームや他機関と協働する	心のケアの専門家と協働して再企図を防ぐ	21	27 (23.1)
	チームで協働して再企図を防ぐ	4	
	支援機関との連携方法を周知させる	2	
再企図の予防・安全確保	つかず離れずの距離で関わる	7	27 (23.1)
	自殺に至った背景を理解する	6	
	再企図予防のために心のケアを行う	6	
	患者の変化を早期に掴む	5	
	危険物となる物を周囲から取り除く	1	
	感情コントロール方法を教育する	1	
	自殺の意図を見極める	1	
精神面へのケア	患者が思いを表出できるよう傾聴する	19	23 (19.7)
	否定せず気持ちを受けとめる	3	
	プライバシーが守られる入院環境をつくる	1	
自殺未遂に関する知識を得る	看護師の専門的知識を向上させる	4	4 (3.4)
わからない	わからない	4	4 (3.4)

期に掴む〉などの【再企図の予防・安全確保】が27件(23.1%)で同数であった。〈患者が思いを表出できるよう傾聴する〉〈否定せず気持ちを受けとめる〉などの【精神面へのケア】が23件(19.7%)、【自殺未遂に関する知識を得る】と【わからない】が各4件(3.4%)であった。

IV. 考 察

1. 自殺企図の可能性の判断の仕方

自殺企図の可能性を判断する情報には、既往歴の中でも自殺未遂の既往歴が多くあげられた。未遂歴のある者は再企図の危険性も高いことを看護師が認識し、未遂歴を聴取、確認し、危険性への注意を向けていることが考えられる。

しかし、患者の発言や表情など、今、観察できる精神状態よりも、患者の既往歴が情報としてより活用されているのは、看護師が観察から得た情報でアセスメントするだけでは十分でないと感じているからだともいえる。救命救急センターでは、多くの看護師が、患者の再企図のリスクを認識しているが、再企図のサインに気づくのは難しいと考えている⁴⁾と報告されており、患者の状態から自殺企図に関連しそうな情報、なかでも精神状態をキャッチすることに困難を感じているといえる。これには、看護師自身の経験不足や知識不足に伴う不安、関わりの時間的制約が影響していると考えられる。

また、「死にたい」「殺してくれ」などの患者の言動や、うつ状態を思わせるような言動を企図の可能性を判断するときの情報として用いている場合でも、自殺念慮や希死念慮といった、現在の死にたい気持ちを確認するといったケアの記載はなかった。「不安定で、再度自殺の恐れがある」など、精神状態の不安定さや落ち着きのなさで精神状態の評価を行い、自殺企図の可能性について迅速にアセスメントをしているが、死にたい気持ちがどの程度あるのかを直接的に言葉で問い、確認することは看護師からはあまり行われていない可能性がある。「自殺未遂患者への対応」¹³⁾には、自殺未遂患者が事実や本心を隠している場合や、意識障害により返答が正確でないことがあるため、希死念慮の有無を複数回確認することが対応として挙げられている。患者の話を傾聴したと回答した看護師

は多く、患者の訴えに対しては、可能な限り時間を取り、受容的に関わろうとしている姿勢が伺える。しかし、看護師は、自分の対応が患者を傷つけるのではないかという不安を抱えながら患者とかかわっており、自殺念慮の有無について話し合うことに困難を感じている⁴⁾とされる。本研究においても、死について問うこと自体が、自殺について自ら語ろうとしない患者に自殺念慮を再び引き起こすのではないかと、看護師は自らの言動が与える影響を恐れ、自殺念慮を問うことを躊躇しているのではないかと推測される。死にたい気持ちを言葉ではっきりと確認することによって、患者の自殺行動が強まる危険性は低いことを知識として看護師がもつことで、患者に対応する際の不安を和らげる必要がある。

退院時に際しても、自殺の危険性の再評価を実施することが「自殺未遂患者への対応」¹³⁾には示されている。本調査において、退院や転院時に実施したケアからは〈危険物の除去〉や〈理解しようとする態度で傾聴する〉など【再企図の危険性に注意する】関わりは抽出されたが、自殺の危険性の再評価をすることは抽出されなかった。〈専門機関につなげる〉などの判断時に、危険性の再評価を実施している可能性はあるが、退院時に再評価を行うことの認識を高める必要がある。

2. 自殺未遂患者に対する看護師の心情

自殺未遂患者のケアにおいて、患者が安心して辛い気持ちを表出できる人的な環境が大事である¹⁴⁾。本研究でも、患者の話を傾聴することや、側に付き添い見守りを行ったり、関わる機会を増やしたりと、患者に受容的に接し、安心感をもたらすような関わりが行われていた。このような受容的なケアの背景には、自殺企図患者の苦しみへの共感や、自分の身に置き換えて患者の心境を考えるとといった、相手の心情を汲み取ろうとする看護師のケアの姿勢が影響していると考えられる。

一方で、自ら生命を断とうとする者と、生きたくても生命を救うことができない患者を対比させて考え、自殺企図に対する抵抗感からの苛立ちを覚え、未遂患者へのケアに葛藤を感じている。未遂患者に支持的・共感的に接している看護師でも、患者にネガティブな感情を抱く

自分に罪悪感をもったり、イライラしたり、自己嫌悪に陥ったり⁴⁾、生命を保護するという使命と自殺企図行動とは相容れないために、看護師の抵抗感が増す¹⁵⁾といわれる。命の限り生きようとする者をケアしながら、自ら死を選ぼうとする者をケアすることが、精神的な負担や苦手意識を強め、回避的な態度につながる可能性がある。回避的な態度は自殺に関する学習不足から生じる不安によるといわれ¹⁶⁾、看護師の回避的な態度によって患者の心理的苦痛をさらに高める可能性があり⁶⁾、ケアの悪循環を引き起こしかねない。しかし命を救おうとする現場で、自殺未遂患者をケアすることに葛藤を感じたり、回避したい気持ちが生じたりするのは自然なことだともいえる。自殺の危険性のある患者にかかわる際に、無意識に患者の自殺念慮を否定することのないようにするために、まず必要なことは自分自身の感情に気づくことだとされる¹⁴⁾。気づいた不快な感情を受けとめてもらえるチームによって、看護師が支えられながら患者と関わることが必要と考える。

3. 安全を確保すること

再企図予防のためのケアにおいても、病棟や部署として取り組んでいることにおいても安全の確保が挙げられ、自殺未遂患者のケアとして重視され、実施されていることがわかる。

自殺未遂患者に対しては、人的に安全な環境と物理的に安全な環境が必要とされる¹⁴⁾。本研究においても、観察を密に行い、患者の訴えや思いを傾聴し、家族の協力を得て付き添ってもらい、人的な環境によって安全を守ろうと取り組んでいる。それと並行して、危険物を患者の周囲から取り除き、医療者の目の届きやすい病室を選び、安全のために必要であれば身体拘束を行い、物理面からの安全な環境も整えている。人的・物理的に安全な環境を整えることで、患者の孤独感を増強させず、安心感をもたらすように取り組んでいるといえる。

自殺未遂者の問題は、自殺企図をきっかけに解消されるのではなく、むしろ増悪した状況に置かれるため、自殺対策には自殺の原因だけではなく、プロセスに目を向けて包括的に捉える必要がある¹⁷⁾。施設内にいる間の安全確保にとどまらず、自殺企図に至ったプロセスを把握し、退院や自宅に帰ってからの危険性を予測するこ

とも安全の確保として必要である。

4. 精神科や社会的資源との連携

自殺予防のためには、すべての自殺未遂患者に対して適切な精神医学的評価と治療が行われることが有用である¹⁸⁾。そのためには再自殺の危険や予兆を察知したときに、精神科看護師や精神科医と連携できるよう、常日頃から関係を形成することが必要とされている¹³⁾。

本研究においては、病棟や部署での取り組みとして【チームや精神科との連携】が重視されていた。協力してくださった施設の中には、精神科医や精神看護専門看護師へのコンサルテーションが迅速に行えたり、精神科にすぐに転棟する施設もあって、日頃からの連携がスムーズにできている施設があった。このような施設では看護師の精神的負担は軽減され、ケアに十分に力を注げることにつながりやすい。また精神医療の専門家が常勤していない施設の場合でも、精神科の病院やクリニックなどの受診を患者に勧めたり、紹介したりという形で社会的資源とのつながりをつくろうとしていた。

軽症の自殺未遂を繰り返す患者の場合、入院中に問題を解決するというよりは、退院後の社会的資源への引き継ぎが再企図の対策となる¹⁹⁾。しかし、多くの医療施設で精神科や相談窓口などの社会的資源につなげることができていない²⁰⁾といわれる。患者がどのような社会的資源をもっていて、どの程度のつながりがあり、どう活用できるのか、新たな資源とのつながりをつくる必要があるのか、新たな資源にどのようにつなげるのかについて検討し、社会的資源とのつながりをもたせることが重要である。

5. 家族へのケア

自殺未遂患者の家族は、後悔や自責の念、あるいは無力感や怒りの気持ちをもち、自殺未遂がその後の家族の不和をもたらす可能性もある¹⁴⁾。そのため自殺未遂患者の家族に対するケアも大切である。

本研究では、家族へのケアは、再企図予防のために〈家族への情報提供〉や〈家族と情報の共有〉〈患者との接し方を家族に説明する〉ことが実施され、退院や転院時に〈家族への支援〉〈家族や周囲の人の協力を得る〉〈家族に説明する〉ことが行われていた。このように、

混乱する家族に患者との接し方を説明したり、患者の状態を説明したり、家族に見守りや付き添いの協力を得るために話をしたり、今後の相談窓口や外来受診などの情報を伝えたりしている。

看護師は家族の辛さや悲しみなど、家族の心情に共感したり関心を寄せていた。しかし、家族の心理的動揺へのケアに関することは抽出されなかった。一方、自殺未遂患者に必要と考えるケアの質問項目では、家族を含めた〈患者を支える人への支援を行う〉が抽出され、看護師は家族にも目を向けて家族の話に傾聴し、家族へのケアを行う必要性を感じていた。このことから看護師は、家族への心理的サポートの必要性を感じてはいるが、実際には情報提供や今後の方針や方向性を示していくことが家族に対する主な対応となっていると考える。家族が落ち着きを取り戻し、家族の力を維持しながら患者を支えることにつながるよう、家族への精神面へのケアを実践していく必要がある。

6. 看護実践への示唆

1) 看護師への教育として

本研究において、自殺未遂患者に接する機会は、年間に1件あるかないかの状況から、5年間で何10件という状況まで、施設や部署により開きがある。自殺未遂患者に遭遇する機会が多い部署としては、精神の専門家が介入している場合もあり、患者や家族への対応についてカンファレンスで検討したり、学習する機会には比較的恵まれやすい。一方、年間に自殺未遂患者に接する機会がほとんどないような部署の場合、自殺未遂患者と接する機会が稀にあると、そのときには対応に困るものの、自殺未遂は特殊なケースと受け止められ、日頃から学習する必要性まで感じることは少ないと考えられる。

少ない事例ではあっても、事例検討の場を設けることで、自殺に関する知識をチームで共有することができれば、自殺予防への意識付けとなる。さらに自殺未遂患者の心理状態を理解することは、患者の心理的危機状態に対する看護師の感受性を高め、心理面へのケアの向上につながられると考える。

2) 連携するシステムと関係作り

精神科医を救急に常駐させている施設も出て

きているが、施設内に精神科の専門家は配置しておらず、外部の施設との連携が必要などところも多い。そのような場では、短期の入院期間中に精神科の専門家が関わることなく、退院してからの受診が本人や家族の行動に任されてしまう場合もある。専門家との連携をシステムとして確立し、患者が早期につながるようにすることが必要である。また、一般科の看護師の場合も、自殺の危険性の高い患者の状況を査定し、引き受けられるかを見極め、精神科の専門家につなぐことが必要であり、そのための交渉や調整する能力が求められている¹⁴⁾。

組織として連携のシステム作りを行うことと、看護師が患者の状態について査定したことを基に、情報を伝え、必要な人や場に患者がつながるように、関連する専門家と日頃からの関係作りを心がけていく必要性への示唆が得られた。

3) 家族や周囲の人へのケア

家族や周囲の人は自殺未遂により心理的な影響を様々に受けている。看護師は患者への対応で時間がないことも多いと思われるが、家族や周囲の人が示している反応を受けとめ、患者に対するときと同様に家族らの訴えや話を傾聴することが大切である。

患者と家族と同時に対応することが難しい場合は、主として家族に対応する役割をとれる看護師を決め、チームで役割分担しながら関わったり、専門看護師などに依頼する必要性が示唆された。

V. 本研究の限界と課題

本研究は看護師が経験した事例の中から選択して回答してもらったことや、回答された患者の入院も短期間が多く、比較的軽症であったことから、自殺未遂対策でも若い年齢層で、軽症の場合に対する課題や対策の検討にとどまっている。そのため重症例や未遂後に身体の合併症や後遺症を残した場合には、ケアの内容が異なってくると考えられ、それに応じた対策も必要になる。さらに自殺者の現状と、本調査の自殺未遂患者の結果とは性別、年代、要因などが異なる。そのため、既遂者の特徴を踏まえた対策も併行して行わないと、自殺者の減少には十分つなげられない可能性がある。

質問紙調査の自由記載では、記述内容の厚みが様々で、データを読み取り分析する上での限界があった。今後はインタビューなどで詳細を聴くことで、より具体的な内容を基に課題を検討する必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、質問紙調査にご協力いただきました施設管理者の皆さま、質問紙に回答いただきました看護師の皆さまに、深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 内閣府：平成22年度 我が国における自殺の概要及び自殺対策の実施状況[概要]，p.17，2011.
- 2) 伊藤敬雄：自殺をめぐるリスクマネジメント 自殺未遂者のケア，臨床精神医学 2005年臨時増刊号，287-293，2005.
- 3) 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1版)，p.17，医学書院，東京，2002.
- 4) 福田紀子：救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度，日本看護学会誌，15 (2)，15-24，2006.
- 5) Chiles J, Strosahl K: Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients, 2005.; 高橋祥友訳：自殺予防臨床マニュアル(初版)，p.25，星和書店，東京，2008.
- 6) 瓜崎貴雄，桑名行雄：救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度—構成要素と傾向についての質的研究—，大阪府立大学看護学部紀要15 (1)，1-10，2009.
- 7) 鈴木英子，大瀧純一：高度救命救急センターにおける薬物を用いた自殺企図者の特徴，日本精神保健看護学会誌，11 (1)，65-70，2002.
- 8) 松原敏郎，河合宏治，本田真広他：山口県立総合医療センター救命救急センターにおける自殺企図患者の現状，精神医学，50 (4)，329-335，2008.
- 9) 緋田雅美：救命領域における薬物による自殺企図の増加，精神科看護，30 (4)，16-19，2003.
- 10) 伊藤敬雄，葉田道雄，原田章子他：自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺，精神医学，48 (2)，153-158，2006.
- 11) 三宅康史：救命救急センターに搬送される自殺企図患者，精神科，10 (6)，441-448，2007.
- 12) 高知県地域福祉部障害保健福祉課：高知県自殺対策行動計画，2009.
- 13) 日本臨床救急医学会：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，へるす出版，2009.
- 14) 小山達也，瓜崎貴雄，桑名行雄他：第3章 自殺看護の臨床，田中美恵子編 自殺の看護，すぴか書房，埼玉，2010.
- 15) 瓜崎貴雄，桑名行雄：救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度—構成要素と傾向についての量的研究—，日本精神保健看護学会誌，19 (1)，23-33，2010.
- 16) 岩切幸子，白石裕子：一般病院看護師の自殺未遂患者及び家族への看護ケアにおける阻害要因の検討，南九州看護研究誌，8 (1)，1-11，2010.
- 17) 岩本洋子，山田素朋子，山田朋樹他：救命救急センターにおける自殺未遂者への対応，臨床精神医学，39 (11)，1451-1458，2010.
- 18) 中山秀紀，大塚耕太郎，酒井明夫他：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査，精神医学，48 (2)，119-126，2006.
- 19) 山崎早苗：自殺企図患者への対応とケア，Nursing Today，24 (4)，7-9，2009.
- 20) 清水康之：自殺対策，Nursing Today，25 (5)，4-5，2010.