

□実践報告

自殺未遂者に対する精神科作業療法介入の可能性

—急性一酸化炭素中毒の症例を通して—

山本 敦子*¹ 四本かやの*² 北元 健*³山田妃沙子*⁴ 吉村 匡史*⁴ 木下 利彦*⁴

要旨: 本報告の目的は、これまでの精神科作業療法では稀な自殺未遂者に対する介入例を報告し、その介入方法の確立の一助とすることである。症例は自殺未遂による一酸化炭素中毒患者で、入院時には焦燥感、攻撃性、治療環境への不適応が認められていた。急性期の極短期間のリエゾン対応にて、症例に適した作業活動を提供し支持的精神療法を用いた関わりを行った。その結果、症例は自己を客観視できるようになり、自己評価を高めることで自尊心を回復した。以上のことより自殺未遂者への急性期治療として、精神科作業療法が有益であることが示唆された。

作業療法 33:432~441, 2014

Key Words: 自殺企図, リエゾン, 精神科作業療法, (一酸化炭素中毒)

2013年9月20日受付, 2014年3月27日受理
Psychiatric occupational therapy for attempted suicide: A case study of an acute carbon monoxide intoxication patient

*¹ 関西医科大学附属滝井病院精神神経科

Atsuko Yamamoto, OTR: Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University, Takii Hospital

*² 神戸大学大学院保健学研究科

Kayano Yotsumoto, OTR, PhD: Department of Rehabilitation Science, Kobe University Graduate School of Health Sciences

*³ 北里大学病院救命救急センター(前所属; 関西医科大学附属滝井病院救命救急センター)

Takeshi Kitamoto, MD: Kitasato University Hospital Emergency Center (Former affiliation; Emergency Center, Kansai Medical University, Takii Hospital)

*⁴ 関西医科大学精神神経科学教室Hisako Yamada, PSW, Masafumi Yoshimura, MD, PhD, Toshihiko Kinoshita, MD, PhD: Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University
責任著者: 山本敦子 (e-mail: yamamoot@takii.kmu.ac.jp)

はじめに

我が国では、1990年代後半に自殺者数が急増し、3万人を超えた。2012年にようやく3万人を下回ったが、若い世代の自殺は深刻な状況にあり、20~39歳の死因の第1位は自殺である。このような状況は先進7カ国の中で日本のみであり、その死亡率も他国に比べて高い¹⁾。この国際的に見ても深刻な現況に対し、政府は自殺対策として2006年に自殺対策基本法を制定し、その翌年には自殺総合対策大綱を発表した。

自殺の危険因子には、自殺未遂歴、精神疾患の既往、サポートの不足、喪失体験、環境などがある²⁾。その中でも自殺未遂歴は、再企図による死亡の危険が高いことから、自殺を予防する上で最も重要である²⁾。

再企図を防ぐための自殺未遂者への対応は、精神科救急医療ガイドライン（2009）において、多職種チームで患者を支援することが必要であるとされている³⁾。しかし、自殺未遂者に対して急性期に作業療法士が関わることは業務範囲上少なく、国内では、身体合併症のある患者に対する身体的リハビリテーション介入の症例報告が数件見られる程度である。

当院救命救急センター（以下、救命センター）には、2001年から精神科医1名が、そして2010年から精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）が1名常駐し、精神科対応が迅速に行える体制をとっている。

今回、我々は自殺未遂による急性一酸化炭素（以下、CO）中毒（急性CO中毒）患者に対して、救命センター入院中から、極短期間の作業療法（以下、OT）介入を行った。本介入はリエゾンチームの一員としてではなく、通常精神科OTのリエゾン介入である。

本報告の目的は、これまでの精神科OTでは稀な自殺未遂者に対する介入例を報告し、その介入方法の確立の一助とすることである。なお、報告に際し症例から文書で同意を得ている。

症例紹介

A氏、30歳代男性、妻との二人暮らしである。精神科既往歴はない。両親とは、十数年前に勘当されて以来、音信不通である。入院4ヵ月前まで設備関係の下請けの仕事を営んでいた。10歳代半ばに家を出て結婚するまでは一人暮らしであった。結婚後は、早めに帰宅するなど家族サービスを優先し家庭の維持につとめていた。しかし、その努力にも関わらず、妻から「幸せじゃない」と言われたことがショックで、仕事を無断で休み、豪遊して借金を重ねた。その間の約2ヵ月は帰宅せず、車で寝泊まりする生活を送っていた。その後、突然妻とやり直そうと試みたが、妻からは「どうせ他の女のところに行くんやろ？」などと疑われることが続き、喧嘩と仲直りを繰り返す間にやり直す気力を失い「死にたい」と考えるようになった。希死念慮をもつほど辛いことを妻に話したが、「死に

たい、死にたいって言うけど、行動に移したことないやん」と相手にされなかった。このような妻の態度に立腹し、睡眠薬とアルコールを摂取後シンナー吸引し、練炭を燃やし自殺を図った。意識のない状態で倒れているのを妻が発見し、当院に救急搬送された。CO曝露時間は3～4時間、シンナー薬物中毒、誤嚥性肺炎、尿路感染症が認められた。搬入時、血圧は114/78 mmHg、脈拍は112回/分、呼吸は22回/分、Japan Coma Scale (JCS) は1ケタ、Glasgow Coma Scale (GCS) は4-4-6、COヘモグロビン (COHb) は42.3%であった。

入院当日は不穏状態のため鎮静がかけられ気管挿管された。急性期以降に発現する可能性の高い間歇型CO中毒の発症リスク軽減のため、高気圧酸素療法 (Hyperbaric oxygen therapy; 以下、HBO) を2週間実施する予定となった。薬物療法は不眠時の睡眠薬が入院2日目に一度処方されたが、薬疹により即時中止された。

入院3日目、CO中毒後遺障害の早期発見と評価目的にOTが処方された。

作業療法評価

入院3～6日目 (OT3回目) までを評価期間とし、CO中毒で頻発する後遺障害の状態を確認した。

インテーク面接時、A氏はベッド上横臥位のまま応対し、視線はうつろで呂律困難を認めた。「歩けるし、困ったことない」、「リハビリ？面倒くさい」などの発言があり、リハビリテーションの必要性についての理解は難しい様子であった。

表1にA氏の入院当初の評価結果を示す。CO中毒に関する評価には、認知機能全般のスクリーニング検査であるCarbon Monoxide Neuropsychological Screening Battery (CONSB)⁴⁾を実施し、その結果は正常域であり問題なかった。知的機能評価である改訂長谷川式簡易知能評価スケール (以下、HDS-R) とMini-Mental State Examination (以下、MMSE) の結果は、それぞれ22/30点、27/30点で、日付、遅延再生、物品記銘、言語の流

表1 A氏の入院当初の評価結果

評価尺度	得点(点)	減点項目	減点理由	減点(点)
CONSB	正常域			
HDS-R	22/30	日付		-1
		遅延再生		-2
		物品記銘		-2
		言語の流暢性		-3
MMSE	27/30	日付		-1
		遅延再生		-1
		文章を書く		-1
RBMT	22/24	見当識	府知事名・首相名	-2
FIM	114/126	階段	未評価	-6
		社会的交流	スタッフへの易怒的対応	-2
		問題解決	独歩禁止だが、勝手に廊下を歩く	-4

CONSB: Carbon Monoxide Neuropsychological Screening Battery, HDS-R: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール, MMSE: Mini-Mental State Examination, RBMT: リバーミード行動記憶検査, FIM: 機能的自立度評価法

暢性, 文章を書く, の5項目で減点があった。その3日後に実施した記憶障害の検査であるリバーミード行動記憶検査(以下, RBMT)の結果は22/24点で大きな問題は認められなかった。ADL評価である機能的自立度評価法(FIM)の結果は114/126点で, 安全を考慮し評価しなかった項目と, 社会的交流, 問題解決において減点があった。HDS-R, MMSE実施時に「暗算が遅くなっている」と不安な様子で述べ, 「仕事で暗算してたのに」と首を傾げ, 暗算速度の低下を自覚していた。

RBMT実施時には, 「これ, 後で聞くから覚えとけて言われたし, 絶対覚えとこうと思ってずっと頭の中で繰り返してた」と発言し, 真剣に集中して取り組む様子が見られた。

病棟では, 行動制限に対する不満が強く病棟スタッフに対して攻撃的な発言や, ルールを無視する反抗的な行動が見られた。また, 妻との喧嘩による焦燥感が増していた。「退院しても問題山積みやし, 野たれ死んだらええねん(野たれ死にすれば良い)」と, 自己否定的な発言や, 「もう, 放っといて」となげやりになることもあった。

評価結果から, OT処方目的であるADL・認知機能低下などの後遺障害は認められなかつ

た。そのためCO中毒に対するリハビリテーションを積極的に実施する必要性はないと判断された。しかし, 焦燥感による病棟での衝動的な行動や, 攻撃的な発言, 行動制限への不適応によるストレス, 妻に対する過度の期待に基づく言動に起因する夫婦不和によるストレス, 退院後の環境の問題などが認められた。以上の評価結果を主治医に伝え, 心理社会的側面に対する介入の追加指示を得た。

作業療法計画

OTでは, 退院後安定した社会生活を送ることができるとを目標に, 短期目標として①焦燥感や攻撃性を低下させる, ②ストレスを軽減させる, ③自己評価を高める, ④妻との付き合い方を改善する, を立案した。OTは毎日, 各1時間, 1対1の個別OTの形態で実施することとした。場所は救命センターとは別棟の精神科OT室とし, 送迎も筆頭筆者(以下, 筆者)が行うこととした。介入方法は, 攻撃性の発散とストレス軽減目的に革細工を用いること, 自己評価の向上目的にA氏が心配していた四則演算を用いることとした。また, 妻との付き合い方に介入する前段階として, OT介入を通して支持的に接することにより, 筆者との関係づ

くりを行うこととした。

作業療法介入経過

表2にA氏のOT経過を示す。入院5日目(OT2回目)救命センターとOT室間を徒歩で移動する際に、A氏は「別に俺なんかどうでもいいし」と自己否定的になり、「なんで歩けるのに一人で外に出たらあかんの?」と入院環境への不満を述べ、「酸素なんかええ(いらぬ)から早く退院したいわ」とHBOの必要性に対する疑問を表し、「嫁は全然約束守らへんし」と、妻へのイライラした感情を筆者に話した。また、妻や病棟看護師の対応について、自分の言い分のみを主張し一方的な不満を述べた。

筆者は大きくうなずきながら傾聴し、A氏が想いを吐き出す間は言葉を挟まないようにした。部分的に言葉を繰り返して、内容を確認することも行った。また、価値判断をせず共感を示すよう心がけた。行動制限に対するA氏の不満の訴えに対しては、ルールの目的を説明し、安全が確認されれば解除されることを丁寧に伝えた。

入院6日目(OT3回目)からOT評価と並行して、自己評価の改善を目的に2桁の四則演算を開始した。A氏は100問を3分48秒で完了し誤答はなかった。その結果に安心した表情を浮かべ、特に感想を述べなかった。筆者との関係性に関しては、送迎時の会話中、A氏は不満を述べながらも笑顔を見せるようになった。筆者は、A氏が落ち着いた頃を見計らい、妻の立場に立った場合の考え方として「こういう可能性はないですか?」と、押し付けることをせずに異なる視点を提供した。問いかけるようにすることで、A氏が自分で考えることを促し、侵襲的にならないように努めた。A氏は筆者の関わりに対して、攻撃的になることや、反発をすることなく、軽くうなずきながら黙って話を聞いていた。

入院7日目(OT4回目)A氏は四則演算100問を4分37秒で誤答なく行うが、前日より約1分遅くなっていた。この理由としてA

氏は、OT直前に妻と喧嘩したことを挙げた。入院環境によるストレスに加え、入院してもなお上手くいかない妻との関係によってもストレスが増強していた。ストレスを軽減し、それによる焦燥感や攻撃性を改善させること、現実的に即した自己評価ができることを目的として革細工を開始した。A氏は見本を見て興味を示し、三つ折りのキーケース作りに熱心に取り組み始めた。片付けなどの指示も正確に聞いて行っていた。また、新しい工程の開始時や、初めての道具を使用する前には必ず練習し、完成度を高める努力をしていた。筆者は、間違えやすいと思われる工程は事前の説明に加えて直前にも確認し、失敗のないように介入した。同時に、失敗の可能性が低い繰り返しの作業工程では、A氏が集中しやすいように距離をとるようにした。

入院8日目(OT5回目)A氏は四則演算を3分28秒で誤答なく行えた。「今まで自分のことを人に話したりしなかったけど、病棟の患者さんたちと話すようになった」と述べ、他者に話を聞いてもらう経験ができていた。革細工のデザインや配色を考える時間が増えるに伴い、攻撃的な言動は見られなくなり、自己肯定的で前向きな発言が増えた。さらに、「革細工、家でもできるかな」、「こんなんどこで買えるの?高い?」と自宅でも作業をしたいという希望を述べ始めた。

A氏は当初、妻との関係について一方的な不満を述べるのみであった。しかしこの頃から「俺も言い過ぎることがあるから」、「相手に言い訳する隙を与えないようにしてしまう」など、自身の言動を振り返るようになった。

入院13日目(OT6回目)継続していた四則演算は3分10秒で誤答なく、速度が改善した。また仕事復帰のために自主的に知人への連絡を始め「上手くいかないこともあるけど、助けてくれる人もいる」と前向きに述べた。

入院14日目(OT7回目)四則演算は計測ミスでデータなし。A氏はキーケースを退院までに完成させたいと意欲的に取り組み、口数少なく集中して取り組んでいた。同日、主治医とPSWが妻と面談し、後遺障害が起きた場合

表2 作業

入院 (日数)	入院初日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
病棟 出来事	鎮静下で人工呼吸	抜管 HBO				
行動制限/ 栄養管理	転倒リスク 重度 ベッド柵 4本で保護 絶飲食	車いす可 ベッド柵3本 飲水可 (夕食から全粥)		病棟内歩行可	院内歩行可	
個別作業療法 評価			OT 1回目 インタビュー面接 (病室) HDS-R 22/30点 MMSE 27/30点 FIM 114/126点		OT 2回目 CONSB	OT 3回目 RBMT 22/24点
作業活動 (関わり)			面接 (侵襲的にならないよう短時間で実施する)		送迎 (横並びで歩きながら, しっかり	四則演算 (毎日の 3分48秒/100問
					(支持的に接する)	(異なる視点を提供
作業療法中の A氏の言動			「歩けるし困ったことない」, 「リハビリ? 面倒くさい」		「別に俺なんかどうでもいいしさ」, 「なんで歩けるのに一人で外に出たらあかんの?」, 「酸素なんかええから早く退院したいわ」, 「嫁は全然約束守らへんし」, 「暗算が遅くなってる」	「これ, 後で聞くと覚えとけて言われたし, 絶対覚えとこうと思ってずっと頭の中で繰り返してた」
病棟での A氏の言動		「家は火事になってない?」, 「頑張ってきたのに認められなくて死ぬとした」	「顔がむくんでる」 隠れて喫煙する	「すごくイライラする」, 「車いすじゃなくても歩ける!」, 「(HBO後) 今日辛かった。なんで元気やのにこんなことしなあかんの?」, 「退院しても問題山積みやし, 野たれ死んだらええねん」, 「もう, 放つといて」	「死のうとは思わない」 自殺の経緯と方法を, 病棟看護師に話す	

HBO: 高気圧酸素療法, HDS-R: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール, MMSE: Mini-Mental State Examination, RBMT: リバーミード行動記憶検査

療法経過

7日目	8日目	13日目	14日目	15日目	16日目
	主治医との面談		主治医, PSW, 妻と面談		
		行動制限解除			
OT 4回目	OT 5回目	OT 6回目	OT 7回目	OT 8回目	OT 9回目
					FIM 126/126点
と話を聴く)		送迎中止			
変化をフィードバックする)		(フィードバックで改善を伝える)			
4分37秒/100問	3分28秒/100問	3分10秒/100問	データなし	3分3秒/100問	
革細工 (間違えないように適宜関わる)	(集中を妨げないよう離れて見守る)				
する)				(退院後, 無理をしないよう伝える)	
「OT前に嫁と喧嘩してイライラした」 革細工には意欲的に取り組む	「革細工, 家でもできるかな」, 「こんなところで買えるの? 高い?」	計算速度が改善 「革製品を自分で作れるとは思わなかった」	時間通りに単独でOT室に来室する 「これ(革細工)生きる力になってる」 妻との喧嘩は継続している	「計算はもう大丈夫かな」, 「もうちょっと革細工する時間とってもらえたらええねんけど」	「絶対, 完成させたいい!」, 「こうやってちゃんと手が動いて物が作れるから, 生かされてるって思える」, 「不安はありません。でも, 何とかやっつけていかなね」
		「仕事が決まったから涙もろくなってきた」, 「上手くないこともあるけど, 助けてくれる人もいる」			完成したキーケースを看護師に見せ, 「家に帰っても続きやろうかな」と笑顔をみせる

FIM: 機能的自立度評価法, CONSB: Carbon Monoxide Neuropsychological Screening Battery,

にはすぐに精神科受診の必要があることを説明した。さらに妻のA氏への接し方にも改善を要することや、夫婦が相談できる人を作ること、トラブル発生時は第三者を交えて話し合うことなど生活環境面への助言が行われた。合わせて借金について、経済面の相談窓口も紹介された。

入院15日目(OT8回目)四則演算は3分3秒で完了し、「計算はもう大丈夫かな」と、A氏は満足した様子であった。革細工の完成に向けて意欲的に取り組み続けていた。妻への不満の訴えは全く見られなくなった。

入院16日目(OT9回目)A氏は作品完成を目指して、退院間近のため少し焦りながらも丁寧に革細工を続けていた。また作業中には「こうやってちゃんと手が動いて物が作れるから、生かされてるって思える」と、作業を通して感じたことを明るい表情で話した。入院前の生活環境に戻ることにについて、「不安はあります。でも、何とかやっていかなね(いかないとね)」と前向きな発言をした。妻との付き合い方については、「俺は時間や約束をしっかりと守る。それを相手にも強く求めてぶつかってしまう」と述べた。筆者から、相手が妻であっても相手に期待しすぎないことも大切であると伝えられると、「わかってるんやけどね」とほほ笑んだ。作品が完成すると、満足した表情で挨拶し、同日(入院16日目)退院となった。

A氏が入院当初抱えていた問題点は、OT介入により、退院時には以下のような状態となった。焦燥感や攻撃性に関しては、当初見られていた攻撃的な言動は見られなくなった。行動制限によるストレスは、身体機能の改善とともに消失した。妻との付き合い方に関しては、不和によるストレスから生じる不満を訴えなくなり、妻に対する言動を振り返ることができるようになった。自己評価は、四則演算を問題なく実施できたこと、未経験の革細工をうまく行えたことで高まった。

考 察

今回、自殺未遂者への急性期リエゾン対応として精神科OT介入を行った。介入方法のポ

イントについて、1. 作業活動の治療効果、2. 自殺未遂者への関わり方、3. 場の利用、の観点から考察する。

1. 作業活動の治療効果

今回用いた作業活動は、革細工と四則演算の2種類である。それぞれの作業活動の治療効果について検討する。革細工は、実用性・芸術性が高く主体的に取り組みやすい活動である。さらに練習の効果が期待できる。A氏にとって革細工は初めて行う活動であり、熱心に取り組むほど作品の見栄えがよくなったことで、熱中できたと考える。そして、作業活動に熱中することで、妻との諍いや行動制限について考える時間が減少し、ストレス軽減に繋がったと考える。

作業活動による身体的エネルギーの消費は衝動の発散をもたらし、革細工でのスタンピングのリズムや繰り返しは安心感をもたらすとされている⁵⁾。このような作業活動の特徴がA氏の攻撃性の発散と焦燥感の軽減に役立った可能性がある。また、材料や道具について熱心に質問する程、革細工に夢中になっており、趣味や楽しみも拡大したと考える。

四則演算は、唯一A氏が「できなくなって」と感じていた部分であった。しかし、作業速度の改善に伴い、自己の能力の確認ができ、自己評価を高めたと考える。

長谷川⁶⁾は自己評価の向上が自尊心回復につながるとしており、作業ができたという実感がA氏の自己評価を高め、自尊心の回復に貢献したと言える。

2. 自殺未遂者への関わり方について

自殺の危険因子の中で最も重要とされるのは自殺未遂歴である。自殺未遂後に適切なケアを受けることができないければ、将来、自殺する危険性が高い²⁾。自殺の危険性を高める精神症状として、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性がある³⁾。入院3日目のA氏には、衝動的行動や攻撃的発言が見られていた。またA氏の言葉から絶望感、自尊心の低下がうかがえた。こ

のような時期に開始したOTでは、支持的
精神療法を基本として対応した。すなわち介入
初期には、A氏の想いを否定せずに傾聴し、共
感を示した。信頼関係構築後は、A氏とは別
の見方を提示し、A氏自身がそのことを考え
ることができるように促した。

高橋⁷⁾は、希死念慮をもつ患者への初期の支
持的精神療法について、患者に内省や洞察を強
いるのではなく、精神的な混乱や希死念慮をも
つに至った認知過程を治療者が理解しようとす
る共感的姿勢を勧めている。これらの基本的な
注意点に則り支持的精神療法を用いることは、
入院当初、自暴自棄な発言が見られ、希死念慮
の残存の可能性があったA氏への関わり方と
して、大変重要であったと考えられる。また、
妻との不和で仕事を辞めるという衝動的な行動
は、努力が報われなければ、自己の存在の意味
をすべて失うという完全主義的な性格特徴を表
している。これは自殺の危険が高まりやすい性
格の一つと言われている²⁾。そのため、認知の
修正やストレス対処法と一緒に考える関わりも、
急性期以降には必要と考えられる。

3. 場の利用

A氏は、身体的治療を必要とする自殺未遂
者らとは異なり、活動性が保たれていた。その
ため、病棟と別棟の精神科OT室でのOT実
施が可能であった。焦燥感や攻撃性の低下には、
物理的な環境を変えることが役に立った。同伴
外出で救命センターから離れることで、行動制
限の一時的な解除ができ、気分の転換が容易で
あったと考える。また、送迎中のゆっくり歩き
ながらの会話は、自然と横並びになり、ややく
だけた感じの話になりやすい⁸⁾。そのため、A
氏の訴えを多く聴くことができ、短期間で
筆者との信頼関係形成にも役立った。作業を共有
しながらリラックスできる環境を提供したこと
で、A氏に自身を振り返る余裕が生まれたの
ではないかと考える。

自殺の危険の高い患者の治療の原則は①心理
療法、②薬物療法、③周囲の人々との絆の回復、
の3本柱である⁹⁾。A氏と妻との絆については、

入院期間中も不和状態が続いていたが、退院後
に絆を回復できるように主治医、PSWが介入
した。生活再建のために仕事仲間にA氏自ら
連絡を取り、孤立していた状態を打破し妻以外
との絆の回復にも努めた。またこのような既存
の絆を回復することに加えて、自殺の危険のあ
る人には、複数の人々がチームで関わる必要が
ある⁹⁾。通常救命センター入院中は、医師、看
護師、PSWが関わるが、今回は作業療法士も
関わることができ、新たに複数の医療職者と
A氏との絆の構築ができた。

A氏自身が様々な事情を抱えた患者らとお
互いの経験を話し合い、励まし合えたことも
A氏の変化にとって重要な要素であった。作
業療法士以外にも他の患者との関わりにより、
情報を得る機会が増え、異なる考え方や新しい
知識を得たことは、A氏の認知に影響があっ
た可能性がある。言い換えると、異なる考え方
や解釈が存在することに気づき、自身の考え方
が絶対ではないことを理解できた。

他の患者との交流によるこのようなA氏
の変化を考慮すると、OT実施の場は行動制限が
解除された時点でパラレルな場¹⁰⁾に変更すべ
きであった。交流の機会が増える環境設定を検
討しなかったことは、今回のOTにおける反省
点である。

ま と め

通常、自殺未遂後は、身体的な治療のみで退
院となることが多い¹¹⁾。今回は、救命センター
出向中の精神科医との連携により、極短期間の
入院中に、精神科OT介入を行い、治療環境
へのスムーズな適応を促せた。

自尊心の低い自殺未遂者が、支持的な関わり
と、作業遂行の経験を通して「できること」を
実感し、自己を客観視できるようになった。そ
の結果、自己評価を高め自尊心の回復につな
がった。また、A氏のように初めての活動に
取り組み、新しい楽しみを見つけることも、自
殺未遂者の生活再建の一助になると考えられた。

現状では、精神科既往歴のない自殺未遂者に
関して、精神科OTにコンサルトされること

は稀であろう。しかし、今回のA氏のように、自殺企図に至る程の精神的な辛さや葛藤、社会的な要因によるストレス状態にある自殺未遂者に対して、精神科OTが有益であることが示唆された。今後もより多くの症例を対象にし、OTの治療構造を検討していく必要があると考える。

文 献

- 1) 内閣府：平成25年版自殺対策白書。(オンライン), 入手先 <<http://www8.cao.go.jp/ji-satsutaisaku/whitepaper/w-2013/pdf/gaiyou/>>, (参照 2013-07-30), p.5.
- 2) 高橋祥友：自殺の危険因子。自殺の危険—臨床的評価と危機介入—。金剛出版, 東京, 1992, pp.29-47.
- 3) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン (3) (自殺未遂者対応)。日本精神科救急学会, 千葉, 2009.
- 4) 八木博司, Myers RAM, 村上勝美：一酸化炭素中毒例に対する carbon monoxide neuro-psychological screening battery (CONSB) について。日本高気圧環境・潜水医学会雑誌 22 : 183-190, 1987.
- 5) 山根 寛：道具としての作業・作業活動。鎌倉矩子, 山根 寛, 二木淑子・編, ひとと作業・作業活動, 第2版, 三輪書店, 東京, 2005, pp.62-85.
- 6) 長谷川孝治：個別的自己評価が自尊心に及ぼす影響—重要性と他者からの評価の調整効果—。人文科学論集人間情報学科編 41 : 91-103, 2007.
- 7) 高橋祥友：自殺の危険の高い患者に対する治療の原則。高橋祥友・編, セラピストのための自殺予防ガイド, 金剛出版, 東京, 2009, pp.124-137.
- 8) 山根 寛：作業療法の実践。精神障害と作業療法, 第2版, 三輪書店, 東京, 2003, pp.110-153.
- 9) 高橋祥友：自殺の危険の評価, 対応, 治療。OTジャーナル 46 : 1501-1505, 2012.
- 10) 山根 寛：パラレルな場とその利用。鎌倉矩子, 山根 寛, 二木淑子・編, ひとと集団・場, 第2版, 三輪書店, 東京, 2007, pp.74-88.
- 11) 高橋祥友：なぜ人は自殺するか。自殺の心理学 (講談社現代新書), 講談社, 東京, 1997, pp.14-60.

Psychiatric occupational therapy for attempted suicide:
A case study of an acute carbon monoxide intoxication patient

By

Atsuko Yamamoto*¹ Kayano Yotsumoto*² Takeshi Kitamoto*³
Hisako Yamada*⁴ Masafumi Yoshimura*⁴ Toshihiko Kinoshita*⁴

From

*¹ Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University, Takii Hospital

*² Department of Rehabilitation Science, Kobe University Graduate School of Health Sciences

*³ Kitasato University Hospital Emergency Center

(Former affiliation; Emergency Center, Kansai Medical University, Takii Hospital)

*⁴ Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University

This study attempts to establish an intervention method for attempted suicide cases. Intervention by psychiatric occupational therapy for suicidal cases is rare. The patient was admitted to the hospital for attempted suicide by carbon monoxide poisoning. He was irritated aggressive, and did not adjust well to the treatment environment. Although acute phase occupational therapy intervention was short, the performance of suitable activities and supportive psychotherapy helped the patient to understand his situation, and improved his self-assessment, thus enhancing his self-esteem. The study suggests that psychiatric occupational therapy can play an instrumental role in the treatment of attempted suicide cases.

Key words: Attempted suicide, Liaison, Psychiatric occupational therapy,
Carbon monoxide intoxication