

(Stage5-11. までの注)

- ・ 救命救急センターでの対応が必要な場合、救命救急センターの担当精神科医や身体科担当医にコンサルト
 - ii) 自殺行動の手段と重症度の確認
 - iii) 自殺企図の有無の確認
 - iv) 現在の自殺念慮の評価
 - v) 危険因子と背景の精神障害の評価
 - vi) 危険度の評価

Stage12. 最終判断

- ・ 病識の確認、入院の適否判断、保護者確認
- ・ 呼吸状態不良・JCS2桁から3桁は身体救急の適応
- ・ 重症熱傷患者については、ICUの熱傷室など身体救急の適応
- ・ 意識レベル不良でもvital signが安定し、各種検査や所見にて異常が認められない場合（透析や人工呼吸管理、手術の不要の場合、精神運動興奮が著しい場合、身体的に重症でない場合）は、直接精神科病棟入院となることもある
- ・ 緊急措置入院の要否を検討する必要もあり、警察・保健所などの連携も視野に入れる。

Stage13. 処遇決定

ケース・家族・周囲への説明と同意、再企図予防

◆ 帰宅

- ・ 心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果確認
- ・ カタルシスの評価
- ・ 投薬の必要性検討と薬剤の説明
- ・ 対処行動のアドバイス
- ・ リスク説明と観察の依頼（短期的側面）（インフォームド・コンセント（IC））
- ・ 今後の治療計画や可能性の説明（中長期的側面）

◆ 精神科病床への入院

- ・ 入院目的の設定（危機介入・緊急避難のみとするかどうか）
- ・ 入院形態の選択（措置入院が該当する場合の手順を確立しておく）とIC

- ・ 身体的側面への対策(身体科医師の応援体制や転科・転棟の可能性)
 - ・ 行動制限の必要性判断(指定医)
 - ・ 適切な薬物療法の計画立案
 - ・ 治療環境の設定(病室、生活備品の設定、面会・電話制限の設定)
 - ・ 観察と対応のチームマネジメント
- ◆ 身体科病床への入院
- ・ 救命センター/集中治療系病室/身体科一般病床への入院適切性判断
 - ・ 主診療科(主治医を務める科)の決定
 - ・ リエゾン対応体制の確立
 - ・ 身体科と精神科両面からのIC
 - ・ 精神科医師 Call の条件設定
 - ・ 観察と対応のチームマネジメント
 - ・ 精神科病床への転棟必要性検討
- ◆ ケースマネジメント
- ・ 帰宅の場合も入院の場合も考慮
 - ・ 対処手段の拡大や支援体制の強化
 - ・ 継続的地域サポートの導入
- ・ **vii) 治療環境の判断**
- Stage14. 入院継続、後方移送、退院、外来通院
- ・ 入院継続による患者有益性評価
 - ・ 入院目的の再検討
 - ・ ケース・家族・キーパーソンとの継続的IC
 - ・ 入院による精神医学的再評価
 - ・ 入院による精神科治療
 - ・ 精神科救急システム利用の場合には後方移送も考慮
 - ・ 退院後計画の策定
 - ・ 外来通院によるフォローアップ
 - ・ ケースマネジメント
- ・ **viii) 現場での適切な対応**
- ・ **ix) アフターケア**
- ・ **x) 地域ケアへの移行**

IV. 自殺対策10のステップの実践

以下では、精神科救急における自殺対策としての10項目について説明する。

i) 本人・家族・周囲からの情報収集

1) 情報収集について

自殺未遂者が精神科救急を受診した場合、直ちに身体的な面だけでなく、精神医学的な面からも情報を収集することが重要である。そして、自殺企図に関する情報、自殺企図前後の情報、家族・支援者の情報について確認を行うことが、自殺企図者の対応の起点となる。また、図4に示した情報について確認することが望ましい。情報源により得られる情報の質は異なり、情報提供者を確認しておくことも必要であり、最終的に様々な情報を総合して評価する。

図4. 自殺企図に関する情報源と情報の内容

| | 本人 | 家族 支援者 | 救急隊 | 警察 | 医療 機関 | 保健所 |
|---------|----|-----------|-----|----|----------|-----|
| バイタルサイン | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 企図手段 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 発見状況 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 遺書・動機 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 受診歴 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 経緯・現病歴 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 生活状況 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 家族や支援者 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| その他の情報 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

■ は確認が困難な項目

自殺未遂者に関して、精神科救急医療を導入し、方針を決定する上で、事実を正確に確認する必要があります。また、自殺企図に至った経緯や動機などを確認する必要があります。情報提供者が誰かで、情報の質は異なるが最終的に様々な情報を総合的に評価する必要があります。

1. 全身状態：

自殺未遂者が受診した場合、精神科医は第一にバイタルサインや身体的状況を確認する必要がある。自殺未遂者は時に自殺企図の情報を述べないことがあり、身体的な状態や意識障害などの徴候に関する情報を注意深く把握する必要がある。

2. 自殺企図に関する情報：

次に、だれが、何を、いつ、どこで、どのような理由で、どのような手段で自殺企図したか確認を行う（自殺企図に関する 5W1H）。

自殺企図に関する 5W1H

- だれが (Who) : 自殺未遂者の住所・氏名・年齢
- 何を (What) : 自殺企図
- いつ (When) : 企図時刻
- どこで (Where) : 自殺企図を行った場所
- なぜ (Why) : 自殺企図に至った経緯・現病歴、遺書・動機
- どのように (How) : 企図手段

しかし、意識障害や精神症状により、本人からの自発的な情報を得られず、企図手段が特定できない場合もある。例えば意識障害で倒れているところを発見された場合、大量服薬なのか、服毒なのか、または一酸化炭素中毒なのかなど詳細に確認する必要がある。特に患者の身近な存在である家族等の情報は重要である。しかし、患者や家族・周囲から得られる情報が正しいとは限らない。周囲から得られる情報だけでなく、客観的に得られる所見、情報を可能な限りすべて収集するよう心掛けることが大切である。

3. 自殺企図前後の情報：

これまでの経緯・現病歴や遺書・動機、受診歴などを確認する。発見者や発見状況、付添の有無、発見から受診までの状況を確認する。受診に至った経緯や病歴に関する情報は危険度の評価や治療環境の判断に役立つ。

4. 家族・支援者に関する情報：

家族はいるか、支援者はいるか、などの情報も重要になる。

5. 警察関係者からの情報：

警察官の対応があったのか否か、同伴しているのか否かなどの警察官からの情報も重要であり、身体的問題が軽微である場合などは、処置後に警察官による24条通報となることもあり得る。警察がなぜ関与しているかということを確認することも、患者の危険度を把握する上で重要である。

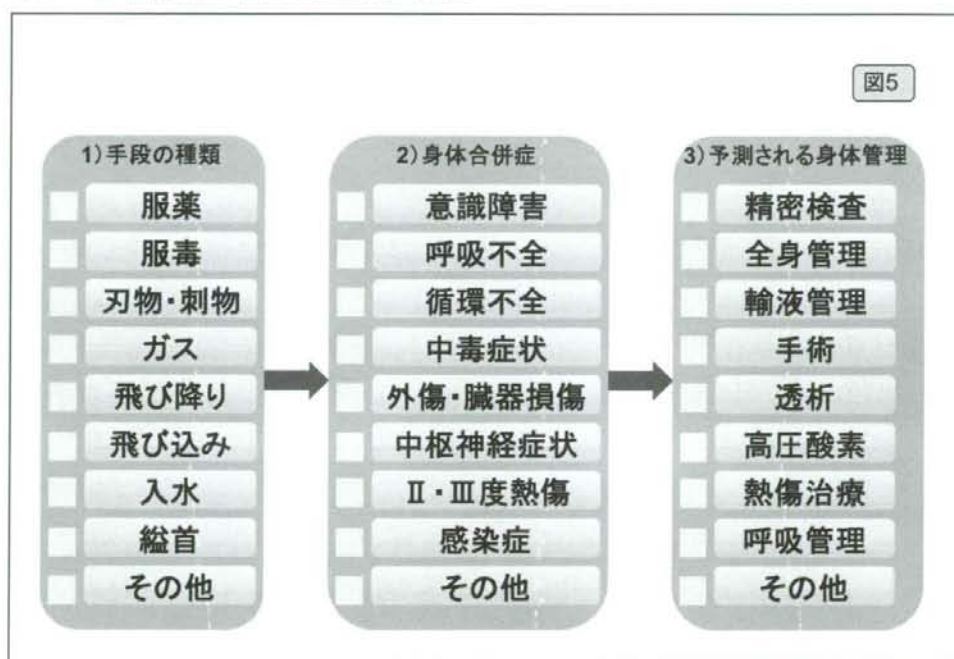
2) 本人、家族の心理状態を考慮して情報収集する

自殺未遂者は心理的に動揺を示していること場合が多いため、安心感を与える対応を初期から行うことが望ましい。情報収集や評価は治療的意味合いもあるため、初期対応を丁寧に行うことは、その後の円滑な診療につながる。家族や知人など周囲の者は、自殺企図や自殺念慮を認めた患者の対応で混乱状態にある。対応する者は落ち着いた態度で、安心を与えることも重要である。また、大変な状況にある家族の気持ちを汲み取り、進めていく必要がある。自殺企図者と家族がお互いに心理的葛藤を抱えている場合も少なくない。情報収集にあたっては、自殺企図者と家族・周囲には中立的な態度で、どちらの気持ちにも配慮した対応が必要となる。

ii) 自殺行動の手段と重症度の確認

自殺企図の診療にあたって、当初の最重要の治療目標は自殺企図に関する生命予後である。自殺未遂者が精神科救急を受診した場合、自殺企図の手段を確認し、身体合併症の重症度から必要となりうる身体管理を予測することが重要である。身体合併症の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、身体科病棟での身体的治療を検討することが優先される。身体的重症度と精神的重症度を勘案して、自殺企図に対する最適の治療環境を設定することが必要となる。

図5. 自殺行動の手段と重症度の確認



1) 手段を確認する

本人や周囲から得られる情報をもとに企図手段を確認する。例えば、焼身を図った場合には、熱傷治療を視野に入れた対応が必要となる。炭酸リチウムを大量服薬した場合は、血液透析が適応となる場合がある。そして、排気ガスを吸引した場合、一見重症度の低く見える場合でも、一酸化炭素中毒などではその後 intermittent 一酸化炭素中毒を発症する場合もあるため、高圧酸素療法を要することも少なくない。飛び降りやリストカットでは外科的治療を要するし、大量服薬による自殺企図では長時間

同一姿勢を保持していた場合、コンパートメント症候群などの発生にも注意を払ったほうがよい。企図手段の種類により身体的治療が決定されることは少なくない。

2) 身体合併症の把握と予測される身体管理

自殺企図の手段の確認作業をすすめながら、身体合併症を把握して重症度を確認して、必要となりうる身体管理を予測することが重要である。明らかに身体的に重症度が高い場合は、いうまでもなく身体的治療を最優先に検討する必要がある。自殺未遂者が受診した精神科救急医療施設の医療資源を勘案して、身体的治療と精神科治療に関してトリアージを行うことが重要である。例えば、排ガスによる一酸化中毒で受診時点では意識障害も軽度で、一見身体的に重症度が低く見える場合でも、血液ガス分析ではCOヘモグロビン低値を示しており、その後に簡潔型CO中毒を発症するということもある。高度な身体的治療を要することが想定される場合には、身体救急医療機関への搬送を再度検討する必要もある。

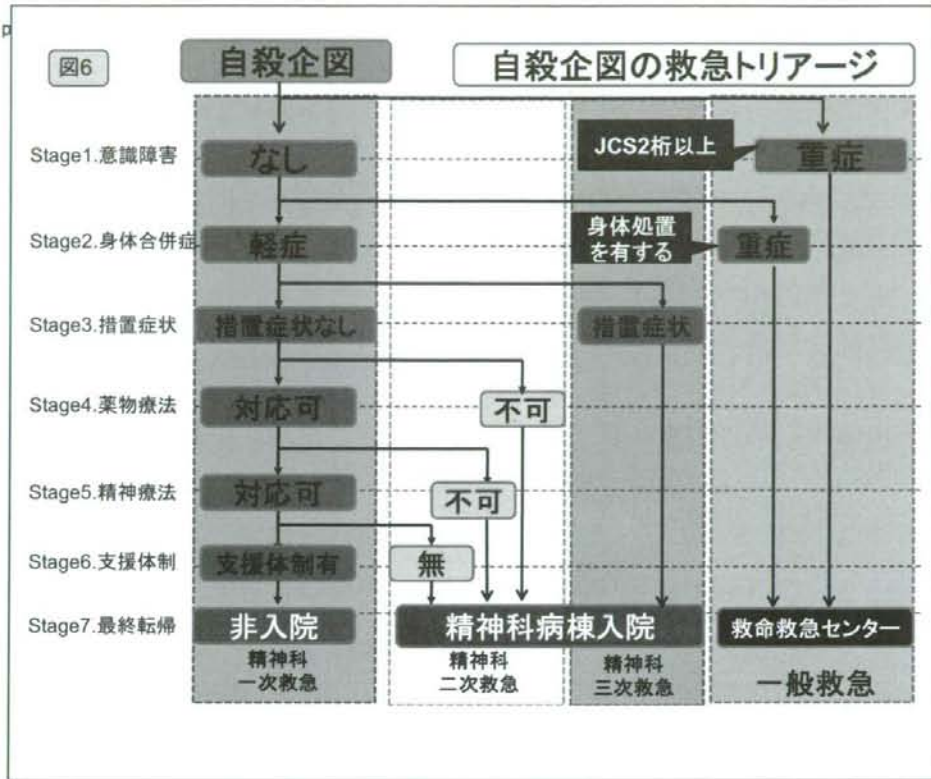
3) 一般救急医療との連携も視野に入れる

受診の相談の時点でトリアージが可能であればよいが、精神科医療施設に受診後に、自殺行動の手段や重症度により、身体治療も可能な医療機関で対応するか、精神科専門医療施設で対応するかの判断が必要とされる場合も多い。明らかに身体治療が必要な場合はいうまでもなく、判断が困難な場合も一般救急医療施設へコンサルトを行い、相談して対応を決定していくことが望ましい。

救急受診に関するトリアージの原則 (図6. 参照)

- 1) 重篤な意識障害 (例えば Japan Coma Scale で 2 桁以上) や致死性が高い企図手段であった場合、一般救急医療の対応を要すると考えられる。
- 2) 身体的重症度は高くない場合、精神科救急での対応を要すると考えられる。
- 3) 一般救急から要請がある場合、重篤な意識障害はないか、致死性の高い企図手段ではないか、検査および治療はされているかを確認する。
- 4) 身体的重症度は高いが、一般救急を要するか判断に迷う場合、一般救急へのコンサルトを行うことを検討する。

図6. 自殺企図の救急トリアージ



iii) 自殺企図の有無の確認

受診した患者が自殺未遂者であるか特定するために、本人や周囲から得られる情報により、自殺企図であるかどうかを最終的に確認する必要がある。傷害事件による犯罪被害や薬物酩酊による外傷や身体疾患など、自殺企図を否定する要因を検討する必要がある。自殺念慮が存在したのか、自殺企図ではなく自傷であったのか、という点も重要である。

1) 自殺について取り上げる

誠実な態度で自殺企図の問題について話題にすることは、患者の再企図の予防につながる。特に、自殺企図を確認する場合、「TALKの原則」を念頭におくと役立つ。自殺企図者は心理的危機に陥っており、励ましや一般論ではなく、自殺を図った背景にある悩みについて取り上げることが重要である。そして、自殺企図に至った苦悩を傾聴することで、本人は安心し、気持ちの整理につながることも多い。

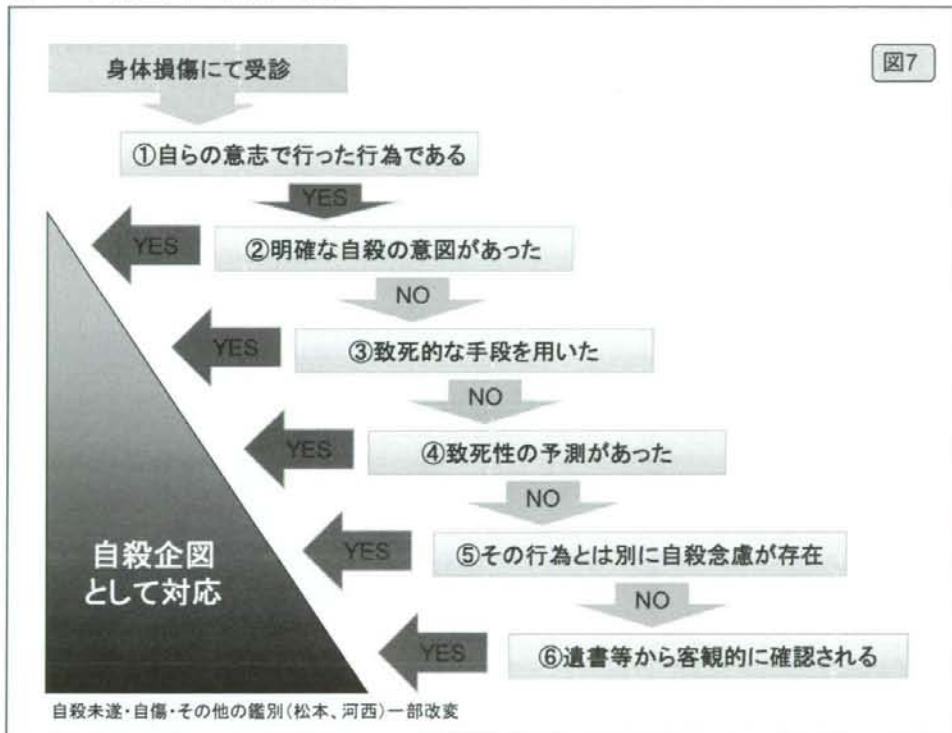
「TALKの原則」

- 誠実な態度で話しかける (Tell)
- 自殺についてはっきりと尋ねる (Ask)
- 相手の訴えを傾聴する (Listen)
- 安全を確保する (Keep safe)

2) 自殺企図であるか確認する

今回の受診が自殺企図であることをできる限り正確に確認することはリスク評価にもつながる。また、犯罪被害、薬物酩酊、身体疾患等を否定する上からも、自殺企図であったか否かの確認が必要である。そのためには以下の方法がある。

図7. 自殺企図の有無の確認¹⁾



① 自らの意志で行った行為であることを確認

他人から無理にその行為を強制されたことや犯罪被害・転倒による外傷、身体疾患などを否定する。

② 明確な自殺の意図があったかを確認

「症状が改善せず、薬を多く飲んで治そうと思った」など自殺を意図しない行為であることを否定する。

③ 致死的な手段を用いたかを確認

客観的に死ぬ危険性のある手段であったという場合は致死性の予測は強くなかったと判断。

④ 致死性の予測があったかを確認

「気持ちが楽になる程度の量の薬を飲んだ」などという場合。

⑤ その行為とは別に自殺念慮が存在するかを確認

例えば、「落し物を拾おうとして道路に飛び出したので、死のうとした行為でない」というような場合は否定する。

⑥ 遺書などから客観的に確認

遺書やメールでの伝言、周囲へ伝えた言葉などから客観的に自殺企図と確認できる場合。

iv) 現在の自殺念慮の評価

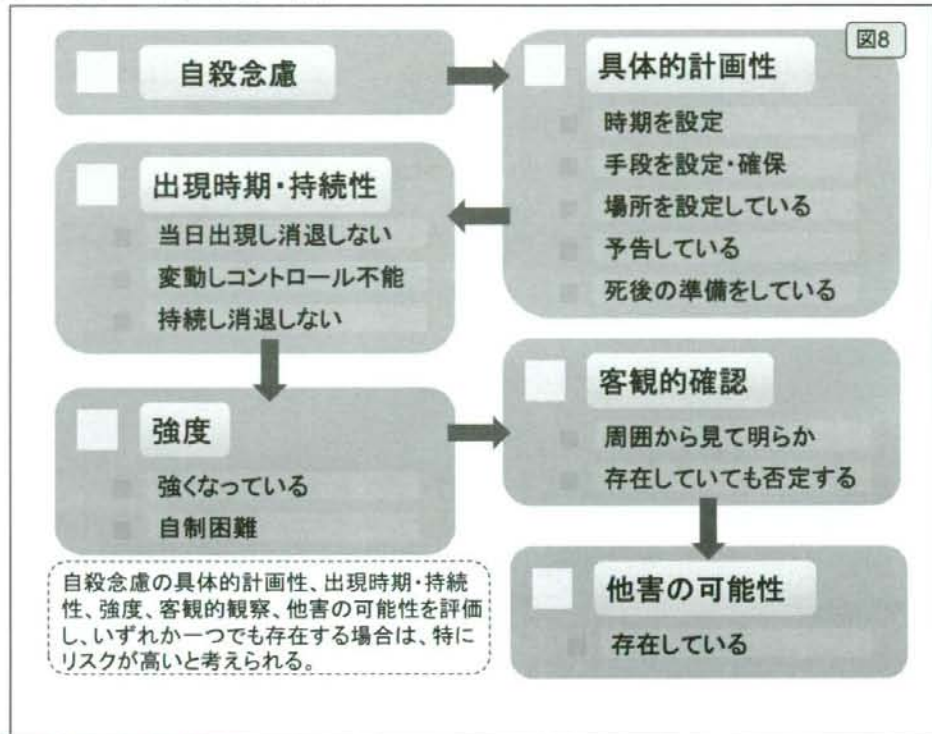
明らかに身体的に重症度が高い場合には、入院を前提に話が進むが、身体的に重症でない場合には、帰宅させ外来治療につなげるか、それとも精神科病棟に入院するかを判断しなければならない。この判断をするに当たって、最も重要なポイントとなるのは、現在の自殺念慮の評価である。

評価の基本は患者の訴えを真摯に聞くことであるが、「大丈夫です」と言いながら心の中で自殺再企図の強い意志を固めているケースも希ではない。また、患者は心理的に追い詰められていても相手に対するコミュニケーションとして、辛さを表明せずに「大丈夫です」という返答をする場合もある。加えて、うつ病などの症状が重篤なため、否認により自殺念慮を否定する場合もある。自殺念慮を否定する患者の言葉を鵜呑みにすることは危険である。しかし、「死にたい」と表明していても、辛い気持ちをそのような言葉で表現しているだけで、自殺再企図の切迫度は言葉ほど高くないケースも存在する。そこで、患者の訴え（表現）に加えて、自殺の計画性（自殺計画の有無と、その計画がどれほど具体的であるかということ）が、切迫度評価の重要なポイントとなる。

自殺念慮

- 自殺念慮：自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方
「自殺したい」、「首を吊りたい」など
- 計画性：自殺手段・自殺場所・決行時間のうち、どれかひとつでも具体的になっていれば計画性があると判断され、自殺再企図の危険性が高いと判断される根拠となる。

図8. 現在の自殺念慮の評価



1. 具体的計画性

自殺を具体的に計画している状況は自殺の危険性が高い状況である。

● 時期を設定

例) 「〇月〇日に」、「〇の記念日に…」等

● 手段を設定・確保

例) 「練炭を買った」、「ロープを用意している」等

● 場所を設定している

例) 「自殺の名所を調べている」、「思い出のある場所に行こうとしている」等

● 予告している

例) 「周囲に『これから死ぬ』とメールする」、「『自殺するしかない』と口にする」等

● 死後の準備をしている

例) 「保険会社に電話する」、「遺書を書く」等

2. 出現時期・持続性

当日出現し消退しない、変動しコントロール不能、持続し消退しない等は危険性が高い。

3. 強度

自殺したいと望む気持ちの強さ。具体的な計画や自殺傾性を伴った行動、動機や経緯などから判断される。自殺念慮が強くなっている、あるいは自制困難であることは危険性が高い。

4. 客観的確認

遺書を書いていた、周囲に「死にたい」と話しており、自殺念慮が周囲から見ても明らかに存在するにも関わらず、言明しないが存在する、存在するが否定する、という場合は危険性が高い。

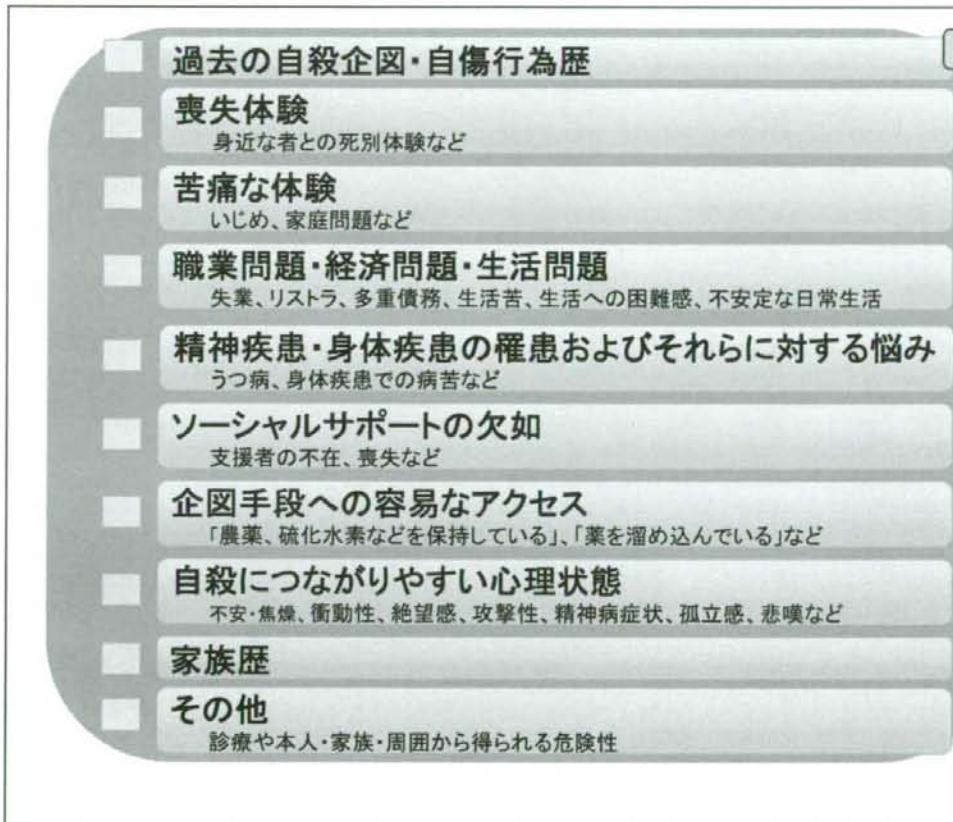
5. 他害の可能性

「〇〇を道連れに心中するしかない」とか、「一緒に死にたい」、「殺してしまいたい」と口にする等という場合は危険性が高い。

v) 危険因子と背景の精神障害の評価

自殺の再企図予防として、自殺の危険因子と防御因子を確認して、自殺のリスクを減らし、防御因子を高める必要がある。自殺の危険因子は一つ存在しても自殺のリスクを高めるが、複数存在することで相乗的にリスクが高まる場合がある。精神科医は包括的に自殺未遂者の危険因子や防御因子（図2参照）を把握することが大切である。

図9. 現在の自殺念慮の評価



1. 過去の自殺企図・自傷行為歴

過去の自殺企図歴は自殺の最も強い危険因子である。自殺企図患者 150 名の中で自殺が 12%、自然死が 10%、再企図が 25%という報告もある²。

自傷行為歴も危険因子として重要である。自傷行為を行うものは致命的な手段と結果を意図していないため、概念上は自傷と自殺企図と区別する必要がある

る。しかし、自傷行為を行うものはしばしば自殺念慮を認め、自傷行為で受診した後に、重篤な自殺企図を行う場合がある。自傷行為歴は自殺の危険因子として注意深く評価されるべきである。

2. 喪失体験

身近な者との死別、人間関係の断絶、病気、失業などの喪失体験は自殺の危険因子となりうる。

3. 苦痛な体験

小児期の身体的・心理的・性的な被虐待歴やいじめ、家庭内暴力は自殺の危険因子である。

4. 職業問題・経済問題・生活問題

喪失体験とも重複するが、失業や昇進、降格、リストラなどの職業問題や、多重債務や生活苦などの経済問題や、生活の困窮や転居や不安定な日常生活など生活問題は自殺の危険因子である。

5. 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み

自殺企図は心理社会的、環境的、生物学的な要因が複合的に関与しているといわれており、その背景に精神障害が存在することは少なくない。精神疾患は自殺企図や自殺既遂の最も強い危険因子であり、自殺既遂者や自殺未遂者の90%以上に精神障害が存在するとされている⁴⁾。うつ病をはじめとして、統合失調症、適応障害、人格障害、器質性精神障害など、自殺企図の背景となる精神障害は多岐にわたる。精神障害と自殺企図の関連を十分に検討することは、入院か帰宅かの判断の重要なポイントとなる。

①精神医学的診断について

欧米各国の自殺者に関するWHOの心理学的剖検調査では、気分障害が30.2%、物質関連障害17.6%、統合失調症14.1%、パーソナリティ障害13.0%、器質性精神障害6.3%、不安障害・身体表現性障害4.8%、適応障害2.3%、他の精神障害4.1%、他の第1軸診断5.5%、診断なし2.0%という結果であった⁵⁾。日本では張(1996)が、救命センター搬送の自殺者93例の心理学的剖検から、うつ病性障害48%、分裂病性障害(統合失調症)26%、精神作用物質使用による障害6%、精神障害なし2%、診断不明20%と報告している⁶⁾。また、岩手医科大学に搬送された自殺企図者に関して、致死性の高い手段を選択し、自殺者と高い近似性を示すとされている絶対危険群(Absolutely dangerous group、飛鳥井による⁷⁾)147件のICD診断を調べてみると、気分障害49%、ストレス関連障害18%、統合失調

症 18%、パーソナリティ障害 6%、症状性・器質性精神障害 3%、精神作用物質による精神障害 3%、その他 3%であった。

以上から、精神医学的診断としては気分障害、統合失調症、アルコール症、ストレス関連障害、人格障害が代表的疾患である。WHO のガイドラインでは各疾患での自殺の危険因子として次のものをあげている。

●気分障害

気分障害による自殺はうつ病エピソードで起こるが、双極性障害では混合エピソードにも注意を払う必要がある。

うつ病における自殺の危険性の増大と関連する特異的な臨床的特徴

- 持続的な不眠
- 自己への無関心
- 症状が重度（特に精神病症状を伴ううつ病）
- 記憶の障害
- 焦燥
- パニック発作

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）⁸より

うつ病の人の自殺の危険を増大させる要因

- 25 歳以下の男性
- 発症の早期
- アルコールの乱用
- 双極性障害のうつ病相
- 混合（躁状態・抑うつ状態）状態
- 精神病症状をともなう躁病

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）⁸より

●統合失調症

統合失調症では精神病症状の存在、自己の行動に注釈を加える幻聴の存在、抑うつ気分の出現、ライフイベントなどのストレスの存在が自殺を引き起こすことがある。例えば、回復過程・再燃や精神病後抑うつで抑うつ気分が出現する場合も注意を要する。また、自殺企図歴を有する患者は注意を要する。

統合失調症患者の自殺に特異的な危険因子

- 雇用されていない若年男性
- 反復する再燃
- 悪化への恐れ（特に知的能力の高い者）
- 猜疑や妄想などの陽性症状
- 抑うつ症状

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）⁸より

統合失調症患者の自殺が出現しやすい時期

- 病気の初期の段階
- 早期の再燃
- 早期の回復。自殺のリスクは、罹病期間が長くなるにつれて減少する。

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）⁸より

●不安障害

パニック障害、強迫性障害、身体表現性障害、摂食障害と自殺の関連がたびたび報告されている。

●アルコール症

アルコール症は自殺のリスクを上昇させる。

アルコール症の自殺と関連する特異的な要因

- 早期発症のアルコール症
- 長い飲酒歴
- 高度の依存
- 抑うつ気分
- 身体的な健康状態が悪いこと
- 仕事の遂行能力が低いこと
- アルコール症の家族歴
- 最近の重要な人間関係の途絶または喪失

自殺予防 プライマリケア医のための手引き (WHO)⁸より

●パーソナリティ障害

パーソナリティ障害は一般人口母集団に比べて自殺のリスクが約 7 倍といわれている⁹。境界型パーソナリティ障害では、衝動性が自殺のリスクを高める¹⁰。

パーソナリティ障害での自殺リスクを高める因子

- 失業
- 経済的困窮
- 家族不和
- 葛藤
- 喪失体験

②重症度について

精神疾患による重症度が高いことは自殺のリスクを上昇させる場合が少なくない。特に重要な視点は精神症状の悪化に伴って、生活活動能力の低下まで来たしている場合である。山家の報告では¹¹、精神科救急を受療する自殺企図者において、重篤な自殺企図と関連する要因では生活活動能力と精神的状態像の重篤度を勘案して評価される GAS の得点が関連していた。重症度の把握の場合に、本人の生活状況がどの程度安定しているかを評価することが大切である。

●身体疾患について

身体疾患患者は自殺のリスクが高まっている場合も少なくない。

身体疾患患者の危険を高める要因（高橋¹²）

- 慢性化する傾向がある
- 徐々に悪化する傾向がある
- 生命を脅かす合併症を伴う
- 行動や日常生活の制限が強られる
- 一般的な方法で疼痛を除去できない
- 社会的な孤立を強いられる
- 社会的な偏見を伴う
- 認知障害を伴う（記憶や判断の障害、失見当識、せん妄）
- 慢性化する傾向がある
- 徐々に悪化する傾向がある
- 生命を脅かす合併症を伴う
- 行動や日常生活の制限が強られる
- 一般的な方法で疼痛を除去できない
- 社会的な孤立を強いられる
- 社会的な偏見を伴う
- 認知障害を伴う（記憶や判断の障害、失見当識、せん妄）
- 自殺念慮を訴える
- これまでにも自殺未遂歴がある
- 周囲からのサポートを得られない
- 他の患者の死に強い不安を抱く

身体の病気に関する悩みで自殺を考えるケースの背景に、うつ病や症状精神病が隠れている場合がある。また、身体疾患治療薬により精神的な不調を来す場合もある。①背景に隠れる精神疾患 ②身体疾患治療薬の影響 に注意を払うことが重要である。