

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がある。

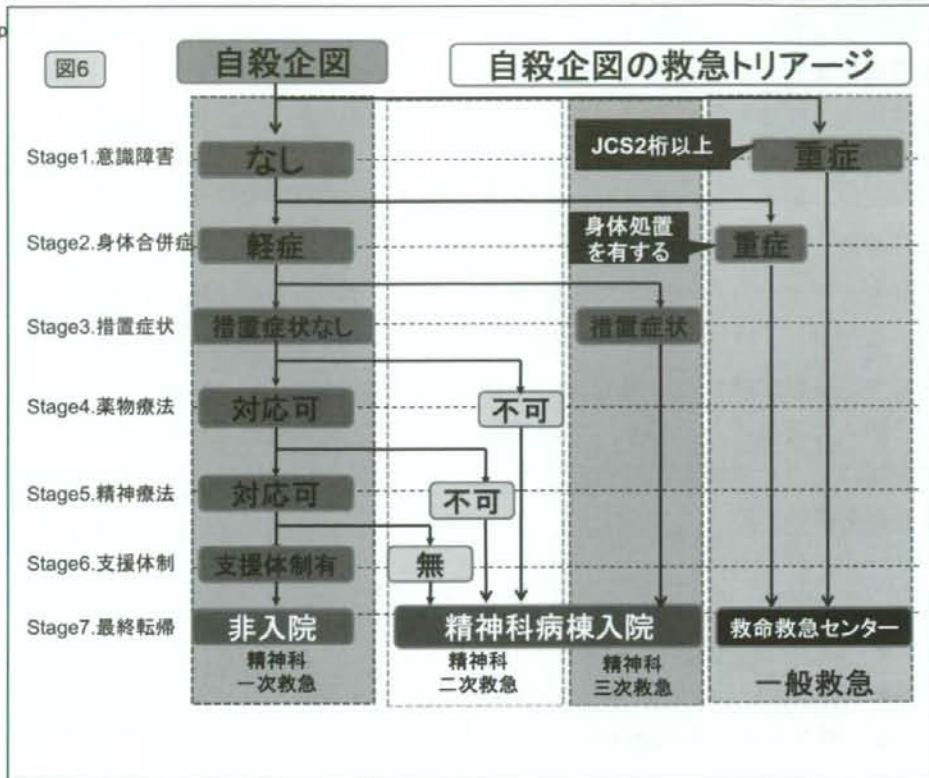
3) 一般救急医療との連携も視野に入れる

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。

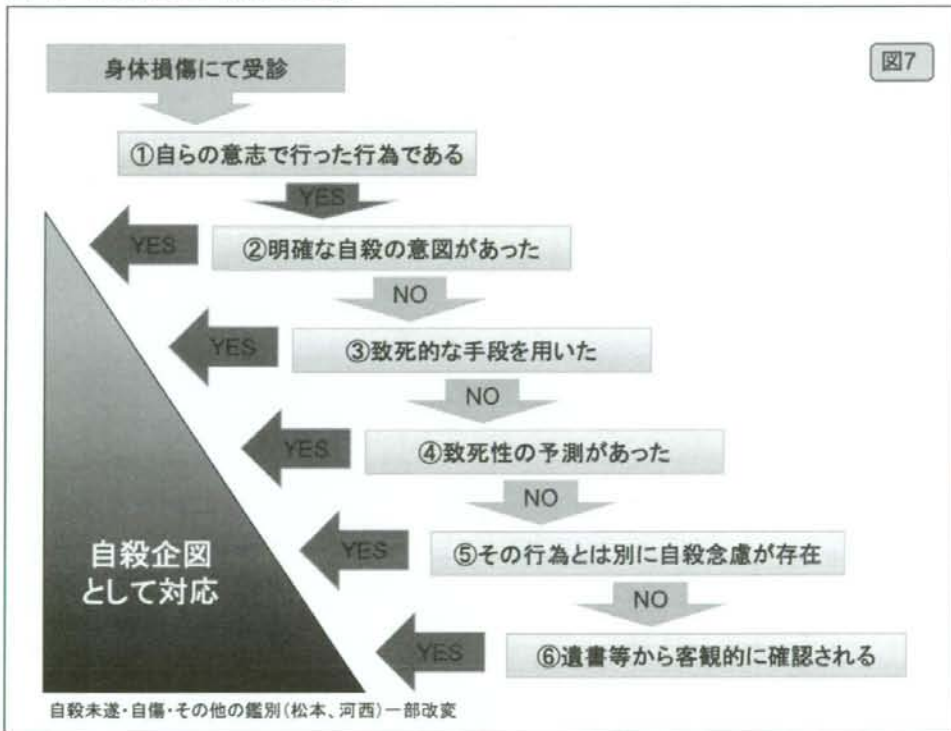
「TALKの原則」

- 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 致命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、「落と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

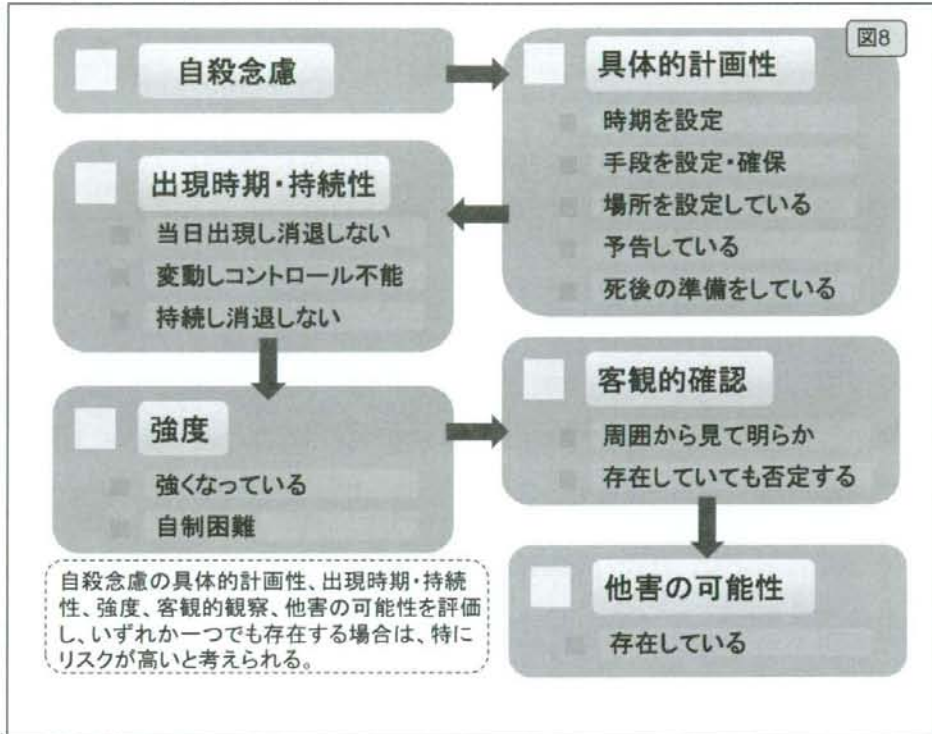
明らかに身体的に重症度が高い場合には、入院を前提に話が進むが、身体的に重症でない場合には、帰宅させ外来治療につなげるか、それとも精神科病棟に入院するかを判断しなければならない。この判断をするに当たって、最も重要なポイントとなるのは、現在の自殺念慮の評価である。

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

「○○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

<input type="checkbox"/>	過去の自殺企図・自傷行為歴
<input type="checkbox"/>	喪失体験 身近な者との死別体験など
<input type="checkbox"/>	苦痛な体験 いじめ、家庭問題など
<input type="checkbox"/>	職業問題・経済問題・生活問題 失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活
<input type="checkbox"/>	精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み うつ病、身体疾患での病苦など
<input type="checkbox"/>	ソーシャルサポートの欠如 支援者の不在、喪失など
<input type="checkbox"/>	企図手段への容易なアクセス 「農薬、硫化水素などを保持している」、「薬を溜め込んでいる」など
<input type="checkbox"/>	自殺につながりやすい心理状態 不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性、精神病症状、孤立感、悲嘆など
<input type="checkbox"/>	家族歴
<input type="checkbox"/>	その他 診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

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³⁴。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。

6. ソーシャルサポートの欠如

多重債務や医療費滞納などの経済的問題や、生活苦などの生活の問題、人間関係上の問題など様々な問題を自殺未遂者は抱えているが、相談できる人はいなかったと話すことが少なくない。また、本来ソーシャルサポートが存在しても、本人は否定している場合もある。直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如や否定は自殺のリスクを高めるため、確認が重要である。

7. 企図手段への容易なアクセス

自殺企図の手段を本人自身が準備しているような状況や、周囲の者が本人が自殺の手段にアクセスできないような介入が困難となっている状況は自殺のリスクを高めると考えられる。また、自殺念慮を持つ者が自殺に関する情報への暴露（報道機関による過剰な自殺報道、インターネット上の自殺を幫助するような情報）を繰り返している場合もリスクが高いと考えられる。

8. 自殺につながりやすい心理状態

自殺のリスクを高める精神症状としては、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性があげられる。不安・焦燥を認める患者において自殺企図が発生することがある。追い詰められた心理はしばしば絶望感を生じさせ、自殺念慮を発生させる。衝動性や攻撃性が高い患者において自殺企図が発生する場合がある。また、例えば「死ね」などという命令を加えるような幻聴や妄想などの精神病症状の存在が自殺のリスクを高める場合もある。いずれの精神症状も自殺のリスクを高める可能性があり、精神医学的評価として重要な指標となり得る。

自殺のリスクを高める精神症状

- 不安・焦燥
- 衝動性
- 絶望感
- 攻撃性
- 精神病症状
- 孤立感
- 悲嘆

9. 家族歴

家族に自殺歴のある場合、自殺のリスクが増加するといわれており、把握することが重要である。また、家族の自殺による本人への心理社会的な影響を確認しておく必要がある。

vi) 危険度の評価

最終的に自殺企図者の診療では、帰宅させるか入院させるかの判断が求められる。この判断は、身体的危険性と自殺再企図の危険性の両面から行わなければならない。

危険度の評価

- 身体的危険性
- 自殺再企図の危険性

1. 身体的な危険性：

基本的に身体的疾患の治療が優先されることは言うまでもない。意識障害や呼吸機能の低下、さまざまな身体合併症が重症であれば、入院という判断になる。また、判断に迷う場合も帰宅させるべきではない。

2. 自殺再企図の危険性：

自殺の発生には複合的な要因が発生するため、自殺の予測には困難を伴う。下記の項目を包括的に検討したうえで、自殺の再企図の危険性を臨床評価することが望ましい。自殺の危険度の判断を下す場合、松本と河西は自殺念慮を評価し、自殺企図の計画性を把握し、危険度を下記の5段階に区分した¹⁾。

危険度と関連する代表的な危険因子（松本・河西）

- 自傷・自殺未遂の既往、反復性の有無、および手段の致死性の変遷を確認
- その他の危険因子を確認
- 最近の事故傾性や健康管理上の問題の有無を確認
- 周囲のサポートの量と質を評価
- 家族、重要他者の受け止め状況・理解を評価
- 本人および家族のニーズを評価

自殺の危険度（松本，河西）

1. 危険性がない

自殺念慮がなく、危険因子を認めず、本質的に危険性が存在しない。

2. 軽度の危険性

時折、自殺念慮が消長するが、自殺の計画性はない。そして危険因子も存在しない。

3. 中等度の危険性

恒常的に自殺念慮を有し、自殺の具体的な計画があり、準備をしている場合もある。既知の危険因子が存在する。あるいは、自殺の具体的な計画は無くても、自殺念慮以外に複数の危険因子を有して本人が自殺企図の可能性を否定しない場合。しかし、本人は、支援を受け入れ、置かれている状況を改善したいと自ら望んでいる。

4. 高度の危険性

上記の中等度の計画性や危険因子を有しており、かつ、支援の受け入れについて拒絶的であり、絶望感にとらわれ、極端に思考が狭小化し判断力が失われている場合

5. 極度の危険性

今の時点で自殺が差し迫っている場合、あるいは自殺を企図しようとしている場合

3. 自傷他害のおそれ

極度の危険性があるが、身体的に軽症で救命救急センター入院とならない場合、自傷他害のおそれがあると判断されて、緊急措置入院、措置入院による精神科病棟入院も検討する必要があると考えられる。

vii) 治療環境の判断

1) 自殺未遂者のリスク評価と対応

治療環境を最終的に判断することは自殺企図者のトリアージで重要である。自殺未遂者の治療環境は外来治療から入院治療まで連続性がある。明確な治療環境の基準はないが、治療環境の選択は前述した自殺のリスク評価に加えて、心理社会的な評価などを包括的に勘案して検討されることが重要である。

2) 精神科入院治療の目的

患者の危険度を検討したうえで、入院治療による代償／利益比を検討する。精神科救急では受診後の短期的な治療に関する判断を行うことが第一に重要である。そして、精神科救急的な対応の後に再度、中長期的視点にたった判断を行うことが必要になる。特に自殺未遂者に関しては、安全を確保するために入院治療の要否を検討する必要がある。精神科救急における精神科病床での入院治療の目的は以下のとおりである。

精神科救急における精神科病床入院治療の目的

- 自殺企図による身体合併症の治療
- 繰り返す自殺企図の防止
- 自殺企図に至った要因の解明
- 保護的環境の設定
- 精神科治療の導入
- ケースワークの導入

しかし、身体的にも精神的にも危険性が低いと判断された場合には、外来通院による治療の選択肢を検討することも必要となる。精神科入院が功を奏さない場合も存在するからである。例えば、入院が失業や現実的な困窮を及ぼす場合や、精神医療を自発的に受療する障壁となってしまう場合、周囲の社会的偏見に苦しむ場合、繰り返し自殺企図を問題解決の手段として選択している場合などは、入院で達成される治療目標を本人および周囲も含めて、十分に勘案して判断することが望ましい。しかし、自殺の危険性が見えなくても、精神症状が重篤であったり、患者が社会生活を送る上で、ソーシャルサポートが脆弱であったり、現時点で治療の継続が見込めないなどの問題が生じている場

合などは、入院を検討する必要もある。帰宅の検討にあたっては、患者の安全が確保できる状態でケアを継続できるかどうかを見極めていくことが重要である。

3) 治療環境の選択

主要な選択肢としては、身体的重症度が高い場合には身体的治療も行えるような医療施設が必要である。また、精神科救急において自殺未遂者が受診した場合、自殺のリスクの高い患者の場合、原則として精神科病床への入院を検討する必要がある。特に精神科救急を受診する自殺未遂者は心理的にも切迫し、危機介入を要する症例が多いと考えられる。一方、精神科救急受診後に帰宅となる症例は、精神科救急における危機介入後に外来通院が望ましいと判断される症例と考えられる。

治療環境の選択としては下記のとおりである。

①緊急措置・措置入院

危険度が高く、自傷他害のおそれが切迫している場合は、1名の精神保健指定医の診察による緊急措置入院が検討される。警察官が同行している場合は、精神保健福祉法第24条に基づいて警察官が、保健所などの申請・通報窓口で電話連絡することから、調査、精神保健診察という流れで、緊急措置入院の手続きが始まる。

一方、警察官が同行していない場合は、実際には診察医もしくはケースワーカー等が、警察官の臨場を依頼し当該警察官が、保健所などの申請・通報窓口で電話連絡することから、同様に調査、精神保健診察という流れで、緊急措置入院の手続きが始まる。なお、警察官が同行していない場合は、診察医もしくはケースワーカー等が同法第27条第2項に基づいて保健所などの申請・通報窓口で電話連絡することが想定されているが、実際にはほとんど運用されていない。

緊急措置入院後72時間以内に2名の精神保健指定医による措置診察が実施され、自傷他害のおそれが残存していれば、措置入院が選択される。

②医療保護入院

精神症状が強いが自発的入院が困難な場合や、例えば大量服薬による意識障害などにより自発的な意思決定が困難な場合は、保護者の同意のもとでの医療保護入院が検討される。

③応急入院

医療保護入院が必要であるが、保護者との連絡がつかない場合、応急入院が検討される。

④任意入院

自殺未遂者の自発的な意思により、入院を検討する。

治療環境の選択

- 精神科病床への入院
 - ◆ 任意入院
 - ◆ 医療保護入院
 - ◆ 緊急措置・措置入院
 - ◆ 応急入院
- 身体科病床への入院
- 精神科外来・かかりつけ医への通院