

自殺予防 プライマリ・ケア医のための手引き (日本語版初版)

この文書は、自殺予防に関連する団体や専門組織を対象とした一連の手引き書のうちの一つであり、世界保健機関 (World Health Organization; WHO) が自殺予防のために国際的に提唱している SUPRE の一部として用意されたものである。

キーワード：自殺 / 予防 / 資源 / プライマリ・ケア医 / 教育 /
プライマリ・ヘルスケア

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva
2000

監訳 河西千秋, 平安良雄
横浜市立大学医学部精神医学教室

The chief editors: Chiaki Kawanishi and Yoshio Hirayasu
Department of Psychiatry
Yokohama City University School of Medicine
Yokohama
2007

© World Health Organization

The Director-General of the World Health Organization has granted translation rights for an edition in Japanese to Yokohama City University School of Medicine, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan which is solely responsible for the Japanese edition.

“Preventing suicide : a resource for general physicians”の日本語翻訳版の著作権は横浜市立大学精神医学教室に帰属します。本著作の複写・転用については、横浜市立大学医学部精神医学教室の許諾を得てください。

横浜市立大学医学部精神医学教室

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9, 電話 045-787-2667, Fax 045-783-2540

発行 初版 First publish 2007年9月
Publish:

監訳 河西千秋 Chiaki Kawanishi
Edited by: 平安良雄 Yoshio Hirayasu

訳 河西千秋 Chiaki Kawanishi
Translated by: 佐藤玲子 Ryoko Sato
名取みぎわ Migiwa Natori
平安良雄 Yoshio Hirayasu
松澤友子 Tomoko Matsuzawa
山田素朋子 Suhoko Yamada

発行者 横浜市立大学医学部精神医学教室
Publisher: 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9
電話: 045-787-2667, Fax: 045-783-2540
Department of Psychiatry
Yokohama City University School of Medicine
3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan
Tel: +81-45-787-2667
Fax: +81-45-783-2540

目次

緒言.....	4
自殺がもたらす負荷.....	5
自殺と精神障害.....	5
自殺と身体障害.....	8
自殺と社会人口統計学的要因.....	9
自殺行動の危険性の高い患者を同定する方法	10
自殺に傾いている人への対応	12
自殺予防における段階のまとめ	15
引用文献	16

はじめに

自殺は、世紀をまたがり哲学者や神学者、医師、社会学者、および芸術家たちの関心を引きつけてきた複雑な事象です。フランスの哲学者であるアルベール・カミュは、彼の著作「シーシュポスの神話」の中で、自殺は唯一深刻な哲学的問題であると述べています。

私たちは、自殺を重要な公衆衛生学の課題として捉える必要があります。しかしながらその防止や制御は、残念ながら決して簡単な仕事ではありません。最新の研究では、自殺予防は実行可能ではあるものの、そのためにはありとあらゆる活動がなされなければならないということが示されています。それは、私たちの子どもや若者たちのために可能な限りの良い環境を提供することから始まり、精神障害の効果的な治療や、自殺の危険因子に対する環境調整を行うことも含まれます。的確な情報を普及させ、また啓発を行うことは自殺防止プログラムを成功させる上での主要な要素となります。

1999年に、WHOは自殺の防止のための国際的な事業、SUPREに着手しました。この小冊子は、特に自殺の防止に関わる地域や専門のグループのために準備された一連のSUPREの資料の1つです。これは、保健福祉専門家や教育者、行政機関、政府、立法機関、司法、報道機関、家族、地域のコミュニティーを含む広範な人々の長く多様なつながりについて提示するものとなっています。

私たちは特に、この小冊子のたたき台を準備してくださったフランス、パリのGroupe Hospitalier Cochin、Jean-Pierre Soubrier博士に感謝したいと思います。そして、その校訂にあたったWHOの国際的な自殺予防のネットワークに関わる以下のメンバー、Sergio Perez Barrero博士（キューバ、グランマ、Hospital de Bayamo）、Annette Beutrais博士（ニュージーランド、クライストチャーチ、Christchurch School of Medicine）、Diego de Leo教授（オーストラリア、ブリスベン、Griffith University）、Ahmed Okasha博士（エジプト、カイロ、Ain Shams University）、Lourens Schlebusch教授（南アフリカ、ダーバン、University of Natal）、Airi Värnik博士（エストニア、ターリン、Tartu University）、Danuta Wasserman教授（スウェーデン、ストックホルム、National Centre for Suicide Research and Control）、Shutao Zhai博士（中国、南京、南京医科大学・Brain Hospital）に感謝します。

私たちはさらに、これらの手引き書の叩き台の編集作業を支援して下さったインド、チェンナイ・スニハのLakshmi Vijayakumar博士に感謝します。

これらの資料は、今後広く配布されていきますが、これらの資料が効果的であるためには、それぞれの地域にあったかたちで翻訳され受け容れられていくとよいと思います。これらの資料に対するご意見や、翻訳・翻案の申し込みを歓迎します。

J.M.Bertolote博士
WHO精神保健部
精神・行動障害部門コーディネーター

自殺予防 プライマリ・ケア医のための手引き

医師が直面させられる最悪の事態は患者の自殺である。そのような出来事を経験した医師に起こる一般的な反応は、不信、自信喪失、怒りや恥の意識である。患者の自殺は、自身の専門性に関する不適切さや力量への疑念、そして世間のうわさを恐れるといったさまざまな感情を引き起こす可能性がある。更に、医師は自殺者の遺族や友人への対応という、非常に大きな困難に遭遇する。

この手引書は主としてプライマリ・ケア医に向けられたものである。その目的は自殺と関連する主な精神障害や他の要因概要を述べ、自殺患者の同定や管理上の情報を提供することである。

自殺がもたらす負荷

WHO の見積もりでは、2000 年にはおよそ 100 万人が自殺をしたものと考えられる。自殺はどの国においても死因の上位 10 位内にあり、15 歳から 35 歳の世代においては 3 つの主要死亡原因の 1 つとなっている。

家族や集団が自殺により被る心理的、社会的衝撃は計り知れない。平均して、1 つの自殺が少なくとも 6 人の人に深い影響を与える。もし自殺が学校や職場で起こったら、何百人もの人に衝撃を与える。

自殺がもたらす負荷は、DALYs (Disability-Adjusted Life Years : 障害調整余命年数) によって推し量ることができる。この指標によると、1998 年には、自殺は全世界の病気・障害により生じる負荷の 1.8 パーセントを占めており、高所得国では 2.3 パーセント、低所得国では 1.7 パーセントという幅がある。これは戦争や殺人と同等で、糖尿病のおよそ 2 倍、出生時仮死や外傷と同等である。

自殺と精神障害

自殺は今や、生物学的、遺伝学的、心理学的、社会学的、そして環境的要因の複雑な相互作用の結果として生じる多次元的な障害であると理解されている。研究によれば、自殺をした人の 40 - 60% が、自殺の前の月に医師のもとを受診していたということが示されている。そして彼らの多くは、精神科医よりもプライマリ・ケア医を受診していた。精神保健サービスが十分に発達していない国々では、自殺の危機にある人がプライマリ・ケア医を訪れる割合がより高い傾向にある。

自殺傾向のある患者を同定し、評価し、そして対処することは、医師の大切な仕事であり、医師は自殺予防において極めて重要な役割をもつ。

自殺はそれ自体病気ではないし、必ずしも病気の症状ではないが、精神疾患は、自殺と関連する主要な要因のひとつである。

発展途上国と先進国のいずれの研究からも、自殺者の 80 - 100% にあらゆる精神障害が認められている。気分障害をもつ人の生涯自殺リスクは 6 - 15%、アルコール症では 7 - 15%、統合失調症では 4 - 10% と推定される。

しかしながら、自殺をした人の多くは精神保健の専門家のもとを訪れることなく死亡している。このことから、プライマリ・ケアにおける精神障害の診断率の向上、紹介、対応が自殺予防のための重要なステップだといえる。

自殺者に共通に認められたのは、少なくとも一つの精神障害をもつことである。並存する場合に一般的なのは、アルコール症と気分障害（うつ病など）の並存、人格障害と他の精神障害の並存である。

精神科医と協調し、適切で妥当な治療が行われるよう保障するのはプライマリ・ケア医の重要な役割である。

1. 気分障害

あらゆるタイプ的气分障害は自殺と関連する。これらの中には、国際疾病分類 ICD-10 の F31-F34 を成す双極性障害、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害や持続性気分障害（たとえば、気分循環性障害や気分変調性障害）が含まれる（1）。したがって、認識されていない、そして治療されていないうつ病において自殺は有意な危険性がある。うつ病の有病率は、一般人口において高いが、しかし多くの人々に病気として認識されていない。一般医の診察を受けている患者の 30% はうつ病に罹患していると推定される。このうち、治療を求める患者の 60% は最初に一般医のもとを訪れる。一般医にとって、身体疾患と精神疾患の両方を同時に診るということは特別なことである。多くの場合、うつ病は後ろに隠れていて、患者は身体症状を訴えて診察を受ける。

典型的なうつ病エピソードに罹患している人は、通常以下の症状を示す：

- 抑うつ気分（悲しみ）
- 興味や楽しみの喪失
- 活力の低下（易疲労感や活動性の低下）

うつ病に一般的にみられる症状は：

- 疲労感
- 悲しみ
- 集中力の欠如
- 不安
- いらいら
- 睡眠障害
- 身体の異なる複数の部位の痛み

これらの症状は、一般医に対してうつ病の存在についての注意を喚起するものとなるはずで、自殺の危険性の評価につなげるべきである。

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は(2):

- 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

下記の要因は、うつ病の人の自殺の危険を増大させる(3):

- 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

うつ病は、若者と高齢者の両方で自殺の重要な要因となるが、晩発性のうつ病ではより危険が高い。

うつ病治療の最近の進歩は、プライマリ・ケアにおける自殺予防と非常によく関連する。スウェーデンにおいて、うつ病の診断と治療について一般医に教育を行うことが自殺を減少させることが分かった(4)。疫学的データにより、抗うつ薬はうつ病の自殺の危険性を減少させることが示唆される。充分量の薬物治療が数カ月間続けられなければならない。高齢者では、回復後2年間は治療を続ける必要があるだろう。定期的によりチウム維持療法を受けている患者では、自殺の危険性が低いことが分かっている(5)。

2. アルコール症

アルコール症(アルコール乱用とアルコール依存の両者)は、自殺者、とりわけ若年者の自殺者によく見られる。自殺とアルコール症との間の関連については、生物学的、心理学的、そして社会的な解釈がなされている。アルコール症患者における自殺のリスク上昇と関連する特異的な要因は次の通りである:

- 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

3．統合失調症

自殺は、統合失調症患者の早期死の最大の原因である。自殺に特異的な危険因子としては以下のものがある(6)：

- 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

自殺のリスクは次のようなときに最も高い：

- 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。

4．人格障害

自殺既遂の若年者に関する最近の研究では、人格障害の有病率が高い(20-50%)ことが示されている。自殺により高い関連性をもつのは、境界性人格障害と反社会性人格障害である(7)。

演技性人格障害および自己愛性人格障害、そして衝動性や攻撃性といった特定の心理学的特性も自殺と関連している。

5．不安障害

不安障害の中では、パニック障害が最も自殺に関連があり、強迫性障害がそれに続く。身体表現性障害と摂食障害(神経性無食欲症と神経性大食症)も自殺行動に関連している。

自殺と身体障害

自殺のリスクは慢性の身体疾患で上昇する(8)。加えて身体疾患をもつ人では、通常、精神疾患の、特にうつ病の有病率が上がる。慢性化、身体障害、悪い予後は自殺と関連する。

1．神経疾患

てんかんは自殺のリスクの上昇と関連がある。自殺の多いことは、てんかんにみられる衝動性、攻撃性の増加や、慢性の障害に起因すると考えられる。

脊髄損傷、脳損傷もまた自殺のリスクを高める。最近の知見では、脳卒中後(特に高度の障害や身体障害を引き起こす後頭部の領域に卒中が生じたもの)に、19%の患者が抑うつ的となり自殺の危険性を示すことが報告されている。

2．悪性腫瘍

自殺の危険性は診断を受けたときが最も高く、進行性の悪性腫瘍で終末期の場合は、診断後2年間にリスクが高い。疼痛は自殺に有意に影響する。

3．HIV感染/AIDS

HIV感染とAIDSは、若年者で自殺のリスクを高め、高い自殺率を示す。自殺の危険性は、診断が確定したときと病期の初期に高い。薬物乱用者で静脈内投与を行うものではやはり危険性が高い。

4．その他の状態

その他、慢性の腎疾患、肝疾患、運動器疾患、心血管疾患、消化器疾患のような慢性疾患も、自殺に関わる。歩行の障害や失明、難聴も自殺を促進する要因となる。

近年、安楽死や自殺幫助が、問題となりつつあり、医師がこれに直面する可能性がある。積極的な安楽死はほとんどすべての司法の場で違法とされており、自殺幫助は、道徳的、倫理的、哲学的議論に取り込まれている。

自殺と社会人口統計学的要因

自殺は個人的な行為であるが、しかしながら、それは取り巻く社会状況の中で起こるものであり、いくつかの社会人口統計学的要因が関連している。

1．性別

大多数の国々では女性より男性の方がより自殺が多いが、男女比は国ごとに多様である。中国は、農村部において女性の自殺が男性より上回り、そして都市部で女性と男性の自殺数がほぼ同じであるという唯一の国である。

2．年齢

高齢者（65歳以上）と若い世代（15 - 30歳）では、自殺のリスクがより高い。最近のデータでは、中年男性の自殺率の増加が示されている。

3．婚姻状態

離婚した人、配偶者を亡くした人、そして独身者は、自殺のリスクがより高い。婚姻は自殺の危険性という観点からみると、男性にとって保護的因子であるが、女性にとっては有意ではない。別居と独居は自殺のリスクを上げる。

4．職業

獣医師、薬剤師、歯科医師、農業従事者、そして医師のような特定の職業をもつものは、

自殺のリスクがより高い。致命的な手段を利用することの容易さや仕事の重圧、社会的分離、そして経済的困難などがその理由であるかもしれないが、明らかとはなっていない。

5．失業

失業率と自殺率との間にはかなり強い関連性があるが、この関連性の本質は複雑である。失業の影響は、貧困や社会的窮乏、国内問題、そして絶望感といった要因におそら修飾される。一方で、精神疾患のある人々は、良好な精神状態にある人よりも失業者となりがちである。いずれにしても、最近職を失ったことと、長期間の失業状態との違いについて考えなければならないが、より大きなリスクは前者と関係がある。

6．地方 / 都会での居住

いくつかの国々において、自殺は都市部でより頻度が高いが、他の国々においては、農村部でより自殺が多い。

7．移住

移住には、貧困、粗末な住居、社会的支援の欠如、そして満たされない希望という問題が付随し、自殺のリスクを増大させる。

8．その他

自殺手段がすでに利用できる状態にあること、そしてストレスの多い生活上の出来事といった社会的要因が、自殺の危険を高めるのに大きな役割を果たしている。

自殺行動の危険性の高い患者を同定する方法

自殺と関連する臨床的に有用な個人的および社会人口統計学的要因がある(9)。それは以下のものを含む：

- 精神疾患（一般的にうつ病、アルコール症、人格障害）
- 身体疾患（終末期の病気、痛みを伴う病気、あるいは進行性の病気、AIDS）
- 過去の自殺企図
- 自殺、アルコール症、他の精神疾患の家族歴
- 離婚したもの、配偶者との死別、または独身
- 一人暮らし（社会的孤立）
- 失業または退職
- 児童期における死別

もし精神科治療を受けている場合、次の場合に危険性はより高い：

- 病院から最近退院した患者
- 以前に自殺未遂の既往がある

さらに、自殺の危険性を高めることに関連する直前の生活上のストレスとして次のものがある

挙げられる：

- 夫婦の別居
- 死別
- 家族機能の障害
- 職業的な、あるいは経済状況の変化
- 重要な人物からの拒絶
- 罪が明らかになる恥辱と脅威

概観すると、自殺の危険を評価するさまざまな尺度があるが、自殺の差し迫った危険のある個人を同定するのに、良質な臨床面接に勝るものはない。

医師は、自殺行動に関連したさまざまな状態や状況に直面するかもしれない。“年配の男性で、最近配偶者が亡くなり、うつ病の治療を受けていて、一人暮らしで、自殺企図歴がある”、“そして、“恋人が去り、前腕を数箇所傷つけた若い女性”、は2つの対照的な例である。実際に、ほとんどの患者はこれら2つの両極端な状態の間にあり、そして彼らはひとつの類型から他の類型へと変動する可能性がある。

医師は、患者が自殺に傾いていることを疑う合理的な理由を見つけたとき、その後どのように進めたらよいのかという困難に直面する。医師は、自殺傾向のある患者を不快に思うことがある。そのような患者に直面したときは、その不快な感情に気付くことが大事で、そして同僚、できればメンタル・ヘルスの専門家に助けを求めることが重要である。自殺の危険性を無視したり否定したりしないことが本質的に重要である。

もし医師が先に進むとすれば、最も迅速にしなければならない最初のステップは、多くの患者が外で待っていたとしても、目の前に患者のために、精神的な余裕を保ち、患者のために適切な時間を割くことである。理解しようとする意思を示すことによって、医師は患者との良好なコミュニケーションの確立から始める。面接の開始の最初から、限定された、直接的な質問を行うことは患者の助けにならない。「あなたはとても混乱しているように見えますが、その理由についてもう少し私に話してみてください」というふうに語りかけるのは効果的である。共感をもって聴くこと自体が、自殺に傾く絶望感の度合いを減らす重要なステップである。

迷信	真実
自殺について語る患者はめったに自殺をしたりしない	自殺をする患者は、たいていいくつかの手がかりや警告を発している。自殺の予告は真剣に受け止めなければならない
患者に自殺について尋ねることは自殺行動を引き起こす可能性を有する	自殺について尋ねることは、しばしば患者の感情を支配している不安を減少させるし、患者は安心し、より理解されたと感じるだろう

どう尋ねたらよいか？

患者に希死念慮について尋ねることは簡単なことではない。その話題に徐々に導いていくのがよい。役に立つ質問の順序は次のようなものである：

- 1．自分が幸せでない、無力であると感じますか？
- 2．絶望的だと感じますか？
- 3．その日その日に向き合っていくことができないと感じますか？
- 4．生きていくことが重荷と感じますか？
- 5．生きていくことに価値がないと感じますか？
- 6．あなたは自殺したいと感じますか？

いつ尋ねたらよいか？

次の点が重要である：

- 患者との信頼関係が確立された後
- 患者が自身の感情を表すことに安らぎを感じているとき
- 患者が否定的な感情を表しているとき

希死念慮の存在の確認だけで仕事が終わるわけではない。さらに希死念慮の頻度や危険度、自殺の可能性の評価を目的とした問いかけが続く。患者が自殺をするための計画を立てているか、そして自殺の手段をもっているのかどうかについて知ることが重要である。たとえ患者の計画した手段が銃によるものでも、銃を入手する方法がなければ危険は減少する。しかしながら、もし患者が方法を計画して、手段（たとえば、薬物）をもっているか入手が容易に可能であれば、自殺危険はより高いといえる。質問は、多くを要求したり、強制的なものとならないように、患者への共感を示しながら穏やかな態度で尋ねることが大事である。そのような質問に、以下の内容が含まれようにしたらよい：

- あなたには、人生を終わりにするための計画があるのですか？
- その計画はどのようなものですか？
- あなたはそれ（薬物／銃／その他の手段）をもっているのですか？
- あなたはいつそれを実行するか考えたのですか？

注意

- 誤解、あるいは偽りの改善について：
焦燥に駆られていた患者が突然静穏になるとき、患者は自殺することを決心したのかもしれない。決心のあとで、気持ちが静まったように感じられるのかもしれない。
- 否認について
自殺の意志が極めて強い患者は、故意にそのような考えをもっていることを否定するかもしれない。

自殺に傾いている人への対応

もし患者が漠然とした希死念慮で情緒不安定になっていたら、それは関心を示している医師に自分の考えや気持ちを自由に話し合う状態にあるといえるだろう。特に患者に対する社会的

支援が不適切である場合は、さらに患者の経過観察を確保しなければならない。問題が何であれ、自殺に傾いている人の感情はふつう、無力感と希望のなさや絶望感の3つの組み合わせである。最もよくみられる状態を3つ、以下に挙げる：

- 1．両価性：自殺に傾いている患者の大部分は最後の最後まで両価的である。生きたいという願望と死にたいという願望の間でシーソーのような葛藤が起きている。もしこの両価的な思いが、医師によって生きたいという願望が増加するほうに動けば、自殺の危険は減少するだろう。
- 2．衝動性：自殺は衝動的な現象でもあるが、衝動はまさにその性質上、一時的なものである。もしも衝動的となる瞬間に支援が提供されれば、危機は除かれるだろう。
- 3．頑なさ：自殺に傾いている人は、彼らの思考、気分、そして行動に縛られていて、そしていずれかに二分思考が生じている。自殺に傾く人に対して死に代わるいくつかの代替案を探すことにより、医師は患者に、たとえそれが理想的でないとしても、他の選択肢があるということを少しずつ気づかせる。

支援の要請

医師は利用可能な支援のためのシステムを見定め、親戚や友達や知り合い、もしくは患者に対して支援的であるその他の人を同定し、その人たちの支援を要請すべきである。

契約

「自殺をしない」という約束を結ぶことは自殺予防において有用な技法である。患者に近い他の人も、この「契約」のやりとりに参加することができる。このやりとりが、様々な関連問題の議論の促進を可能にする。大部分の事例において患者は医師とした約束を尊重する。ただ、契約は患者が自らの行動を管理できるときにのみ適している。

重篤な精神障害や強い希死念慮がない場合は、医師は薬物療法（通常は抗うつ剤による）や心理療法（認知行動療法的）などに着手し、調整することができる。大部分の人は継続的な治療から恩恵を受けるので、このような機会は個人の必要とするところに合わせて整備されるべきである。

背景にある疾病の治療を除いて、2、3ヶ月以上支援を必要とする人はそうはいない。支援の焦点は希望を与えたり、自立を促したり、患者が日常生活のストレスに対処するための別の方法を学ぶのを助けることである。

専門家による治療への紹介

いつ患者を紹介したらよいか

患者が以下のようなものを有するときに精神科医に紹介されるべきである：

- 精神疾患を有している場合
- 自殺企図歴のある場合
- 自殺、アルコール症、精神疾患の家族歴
- 身体の不調

- 社会的支援がない場合

どのように紹介したらよいか

患者を紹介することを決めたら、医師は次のことをすべきである：

- 時間をとって患者に紹介理由を説明する。
- 偏見や向精神科薬についての不安を和らげる。
- 薬物治療、心理療法が効果的であることを明確に伝える。
- 紹介は、患者を放棄することを意味するのではないと強調する。
- 精神科医の診療予約をする。
- 精神科医の予約診療の後に、患者のために時間をとる。
- 患者との関係を継続するということを保証する。

患者を入院させるのはどのようなときか

以下は緊急入院の適応のいくつかである：

- 繰り返し生じる希死念慮
- 近い将来（数時間後や数日後）に自殺を実行したいという強い意志
- 焦燥やパニック
- 暴力的で即時的な手段を使う計画がある

どのように患者を入院させたらよいか

- 患者を一人にしないこと
- 入院の調整をすること
- 救急車か警察による病院への移送を調整すること
- 関連機関と家族への連絡

自殺予防における段階のまとめ

以下の表は医師が患者の自殺の危険を疑ったり同定したときの患者評価や対応の主な段階をまとめたものである。

自殺の危険度	兆候	評価	行動
0	悲嘆がない		
1	情緒不安定	希死念慮を尋ねる	共感をもって聴く
2	死に関する漠然とした思考	希死念慮を尋ねる	共感を持って聴く
3	漠然とした希死念慮	自殺の意志（計画・方法）の評価	代替方法などの可能性を追求する 支援体制の同定
4	希死念慮があるが精神疾患はない	自殺の意志（計画・方法）の評価	代替方法などの可能性を追求する 支援体制の同定
5	希死念慮があり、精神疾患か強い生活上のストレスがある	自殺の意志（計画・方法）の評価 自殺をしない約束	精神科医に紹介
6	希死念慮があり、精神疾患か強い生活上のストレスか焦燥感があり、そして過去に自殺企図歴がある	患者に付き合う（自殺手段への接近を防ぐため）	入院

引用文献

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes García J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 1997, 69-77.

9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British Medical Journal*, 1999, 308: 1227-1233.