

2025年10月23日

熊本医療センターからの提言

熊本医療センター 精神科 橋本聡

テイクホームメッセージ

自殺の危機は「致死的な手段へのアクセス」と「一時的な衝動の波」が重なった瞬間に発生します。救命救急の現場からは、この「瞬間」を回避させるための**物理的なアクセス制限**こそが、最も即効性があり確実な介入であることを強く提言します。また、自殺のサインは「死にたい」という言葉だけでなく、「身体の不調」や「不安の悪化」として現れることが多く、この「隠れたSOS」を察知する地域連携が、防ぎうる死を減らす鍵となります。

熊本医療センター 救命救急センターからの提言

— 救急外来における死亡確認症例の分析から見えてきた課題 —

国立病院機構熊本医療センターは、熊本市の救急医療の最後の砦の一つとして、日々多くの重症患者を受け入れています。しかし、その中には、救命の甲斐なくERで死亡確認に至る「防ぎ得たかもしれない死」が少なからず存在します。

2024年度に当センターERで死亡確認となった14例を分析したところ、実に13例（93%）において、精神科通院歴、過量服薬歴、あるいは認知機能低下や強いストレスといった何らかの精神科的背景が確認されました。これは、救急医療の現場で直面する死亡事例の背景に、精神科的課題がいかにか色濃く存在しているかを示す衝撃的なデータです。

この分析と日々の臨床実感に基づき、熊本市自殺対策連絡協議会に対し、以下の3点を強く提言します。

1. 致死性の高い自殺手段への物理的アクセス制限の強化

当センターの死亡例には、3例の墜落外傷が含まれていました。自殺企図は、強烈な希死念慮の「波」の中で衝動的に行われることが多く、その瞬間に致死性の高い手段（高所、ロープ、薬物など）にアクセスできるか否かが、生死を分けます。

「アクセス制限をしても他の手段を取るだけ」という意見は、自殺の衝動性と致死性の違いを見誤った通説に過ぎません。致死性の高い手段を物理的に断つことは、本人が冷静さを取り戻すための決定的な「時間」を稼ぎ、仮に他の手段に移ったとしても、より致死性の低い手段へ「格下げ」させ、救命の可能性を生み出します。

関係機関（特に警察、道路・建物管理者）におかれては、自殺リスクの高い場所の特定と、防護柵の設置や立ち入り制限といった物理的対策の優先度を最高レベルに引き上げることを強く要請します。これは最も費用対効果の高い自殺予防策です。

2. 「身体の不調」や「不安の悪化」に潜むSOSの察知

今回の分析では、精神科通院中であった40代の男女が、直近の「身体不調」や「不安・抑うつ」の悪化を周囲に訴え、入院が検討されている矢先に死亡するという、痛ましいケースが含まれていました。

精神的な苦痛が限界に達した時、人はそれを「身体の痛み」や「眠れない」といった身体愁訴として表現（身体化）することが多々あります。特に高齢者において「生き甲斐がない」「体の調子が悪い」といった心気的な訴えは、重篤な抑うつや希死念慮のサインである可能性を疑わねばなりません。

かかりつけ医、一般科、そしてご家族や職場が、こうした「変化のサイン」を単なる体調不良やいつもの愚痴として見過ごさず、精神的危機のSOSとして受信し、ためらわずに精神科医療や相談窓口に繋ぐ体制の強化が必要です。

3. ハイリスク群（企図者・遺族）への集中的ケア

女性の過量服薬や、若年男性の致死性の高い手段での死亡は、依然として大きな課題です。救命センターに搬送される自殺企図者は、その後の既遂リスクが極めて高いハイリスク群です。退院後の地域における継続的なフォローアップ体制の構築と、複雑な背景（摂食障害、社会的孤立など）を持つケースへの多職種による介入が急務です。

救命救急センターは「最後の砦」ですが、私たちの仕事は「川に落ちた人を助ける」作業です。自殺対策は、そもそも「川に落ちない」ようにする、上流での取り組み（アクセス制限、ゲートキーパー教育、早期介入）こそが本丸です。本協議会がその連携のハブとなることを強く期待します。