

この提言の改訂版を発信しています。

院内自殺の予防と事後対応（2017 年 08 月 28 日（月））

<https://www.psp-jq.jcqh.or.jp/post/proposal/3192>

（2020 年 2 月 12 日）

提 言

病院内における自殺予防

我が国の自殺者数は、8年連続で年間3万人^{1),2)}を超える状況が続いており、その予防対策が急務となっていることは周知の通りである。米国の医療施設評価認証機構、Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)の医療事故報告制度の中で、最も多い重大事故は自殺となっている(2006年)³⁾。一方わが国においては、入院中の自殺に関してその実態について十分な把握がなされておらず、自殺の予防、事故後の対応などについての指針も確立されていなかった。

これらのことから、(財)日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会(以下、協議会)に設置した「精神科領域における医療安全管理検討会」は、病院内における自殺事故に関する実態を把握する目的で、2005年9月に会員病院に対して質問紙を用いた調査を行った(以下、アンケート調査)。その結果、一般病院:575(回収率:63.7%)、精神科病院及び精神科病床を有する病院:106(回収率:64.2%)から回答を得た。

同アンケート調査結果の概要については、既に「患者安全推進ジャーナル(13号, 64-69, 2006)」⁴⁾において報告した。この度上記調査結果に加え、自殺に関する先行研究や我が国の実態等も踏まえて、協議会 精神科領域における医療安全管理検討会では、ここに「病院内における自殺予防、提言」として以下11項目の提言を行う。さらに、日常臨床場面において自殺予防に資するべく、「自殺のリスク・アセスメントのためのチェック・リスト」を提示する。

なお、この提言は、ベストプラクティスを目指したものであり、現在の医療水準を担保したものではない。

1. 自殺が主要な医療事故であることを知る

協議会・会員病院に対して実施された調査(2005年)によれば、回答の得られた病院の29%に、過去3年以内に入院患者の自殺が認められている。自殺が相当数生じていることを銘記する必要がある。

2. 疾病罹患ないしは健康問題は、自殺の主要動機であることを知る

健康問題は、自殺の主要動機のひとつである。身体疾患と自殺の間には密接な関係があることが知られており、悪性新生物をはじめとしてさまざまな身体疾患において自殺の危険度が高いことも知られている。

3. ほとんどの自殺者は、その行為の時点で精神疾患に罹患していることを知る

自殺に至った事情や経過は人それぞれであるが、自殺者の 80%以上が、精神疾患に罹患した状態で自殺を企図していたことが明らかにされている。ただし多くの自殺者に自身が精神疾患に罹患しているという自覚はなく、精神科も受療していない。

4. 身体疾患・精神疾患の罹患以外の危険因子を知る

精神疾患の罹患や既往以外に、過去の自傷や自殺企図歴、喪失体験や社会的・心理的孤立、自殺の家族歴は自殺の危険因子であり、これらが認められる患者については、精神状態の評価を導入し、十分な関わりと観察を行うことが望まれる。

5. 自殺の予兆に注意をはらう

多くの自殺者は、自殺の直前に周囲に自殺の意思表示やサインを表す。自殺への願望や生に対する諦め、絶望感を口にする患者、行動に変化や異常が見られる患者には特に注意が必要である。

6. 患者の立場になってこころのケアに配慮する

疾病の治療過程や、病状説明・告知の直後に自殺が生じることがある。診療科によらず、医療者は、受け持ちの患者の病者としての苦悩を理解し、こころのケアに常に配慮することが求められる。

7. 精神・心身医療専門家への相談を行う

患者に、精神症状や行動上の変化・異常、自殺の予兆と思われる言動、明らかな危険因子など認められる場合には、受け持ちのスタッフは専門科へのコンサルテーションを検討すべきである。

8. 自殺を未然に防ぐための環境整備を行う

自殺の手段では、“縊首”、“高所からの飛び降り”の両者が大半を占める。それらによる自殺事故を防止するために、病院の設備、備品等に関する環境整備が重要であり、特に危険度が高いと思われる患者においては、その所持品等にも注意を向ける必要がある。

9. 自殺の続発に注意を払う

一人の自殺の影響で、別の自殺が続発・群発することがあるので注意を要する。自殺者に近いもの、類似の境遇にあるもので自殺の危険因子を有するものには特に注意を払わなければならない。

10. 関係者のこころのケアを実施する

現在、一般病院、精神科病院、精神科病床を有する病院のいずれにおいても、自殺者に直接関わったり現場に遭遇した医療スタッフに対するメンタル・ケアは質量ともに不十分であり、一貫したケアの体制が確立されることが望ましい。

11. 自殺予防についての学習機会を設ける

自殺を予防するためには、そもそも自殺企図者の特性や自殺行動への理解が不可欠であり、そのための学習機会が必要である。学習は、病棟スタッフ間の話し合いから安全管理委員会のレベルにいたるまで、さまざまなレベルで行われる必要がある。事例検討等も有用である。

解 説

1. 自殺が主要な医療事故であることを知る

協議会 精神科領域における医療安全管理検討会が、2005 年に会員病院を対象に行った病院内自殺に関するアンケート調査(一般病院 575、回答率 57.2%;精神科病院または精神科病床を有する病院 106、回答率 64.2%)によれば、過去 3 年以内に入院患者の自殺事例を有する病院の割合は、一般病院で 29%(170 病院、347 事例)、精神科病院および精神科病床を有する病院では 66%(70 病院、154 事例)に上る。

2. 疾病罹患ないしは健康問題は自殺の主要動機であることを知る

アンケート調査によれば、一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は、悪性腫瘍が 35%と最多で、腫瘍の分類はさまざまであった。65%を占める悪性腫瘍以外の疾患の内訳は、多様で診療科も多岐にわたっていた。健康問題は自殺の主要動機であることが知られているが²⁾、慢性の経過や進行性の疾病経過、疼痛、身体機能の喪失、不意の病状告知などは患者にとって大きな負荷となる。

3. ほとんどの自殺者は、その行為の時点で精神疾患に罹患している

自殺者の死後の調査と多くの心理学的剖検研究により、自殺者の 80%以上が、最終的には精神疾患に罹患した状態で自殺していたということが明らかとなっている^{5)~7)} (ただし精神科を受療していた割合は高いとはいえない)。最も頻度の高い精神疾患は、うつ病・双極性障害などを含む気分障害であるが、その他、物質依存症、統合失調症、不安障害、適応障害など精神疾患の種類は多岐にわたる。

4. 身体疾患・精神疾患の罹患以外の危険因子を知る

精神疾患罹患や既往以外にも、自殺企図あるいは自傷行為、最近の喪失体験(親しいものとの離別・死別、失職、身体機能の喪失など)や心理的孤立あるいは絶望感、自殺の家族歴などが自殺の危険因子として知られている^{8)~10)}。アンケート調査にもこれらの事例が複数報告されている。自傷行為は、その手段や身体損傷の軽重を問わず自殺の危険因子となるので注意を払わなければならない。

5. 自殺の予兆に注意をはらう

自殺は唐突に生じるものではない。自殺に至るまでには長い過程があり、予兆がある。アンケート調査によれば、一般病院では自殺者全体の 49%、精神科病院および精神科病床を有する病院では 67%において、「死にたい」等の意志表示の他、自傷行為、抑うつ状態や不安の増強、無断離院など何らかの危険信号、あるいは予兆ととれる行動が認められている。予兆が認められた患者には厳重な注意を要するが、全スタッフ間で当該患者の情報を共有することがまず重要となる。

6. 患者の立場になってこころのケアに配慮する

アンケート調査によれば疾病の治療過程や、告知、病状説明の直後に自殺を企図した事例が少なからず認められる。医療者は、疾病そのものだけでなく、患者の生活背景や、疾病・治療への理解、疾病や入院により生じた不利益、こころの状態などに注意を向けることが必要である。

医療者は、常に患者の置かれた状況を患者の身になって考え、こころのケアに配慮することが望まれる。これは、診療科を問わず行われなくてはならないことである。

7. 精神・心身医療専門家への相談を行う

アンケート調査によれば、一般病院の自殺者全体で、直前に精神科を受診していた患者は29%に留まっていた。患者に、抑うつ症状や不安・焦燥、不眠などの精神症状、行動上の変化などが認められる場合は、精神科などの専門科へのコンサルテーションを実施を検討すべきである。専門科へのコンサルテーションを行う際は、患者や家族にその必要性を説明し理解を求めることがその後のフォロー・アップのためにも大切である。

8. 自殺を未然に防ぐための環境整備を行う

アンケート調査によれば、自殺の手段は、一般病院においては“高所からの飛び降り”が40%、“縊首”が36%、精神科病院および精神科病床を有する病院においては“縊首”が50%、“高所からの飛び降り”が20%という結果であり、いずれもこの両方で大半を占めていた。“縊首”に使用される道具を詳しく調べた結果、タオルや衣類、寝具、紐、電気コード類などの日用品が多く使用されている一方で、ナース・コールや輸液ポンプのコード、カーテン、抑制帯など病院の施設、備品類が利用された事例も報告されている。これらのことから考えると、ベランダ・屋上の柵の見直しや病室の窓の開閉幅の制限、備品や調度の取手の付け替え(紐のかかりにくい形状物に変更)、荷重がかかると脱落するようにカーテンレールやフックの強度を調整することなどは検討に値する。またナース・コール、輸液ポンプ等のコード類の位置・長さなどにも注意をする必要があるし、特に危険度の高い患者については、所持品に注意を向ける必要もあるだろう。

9. 自殺の続発に注意を払う

自殺事故の後に引き続いて次の自殺が生じることがある。続発する事故を予防するためには、自殺者に近い関係者や他の入院患者のこころの状態に注意を払い、危険因子を評価し、もしハイリスク者が同定されたなら個別の関わりを行っていく必要がある。自殺事故の直後から再発予防は始まる。以下の10項、11項にあるようにミーティングの開催、情報の収集と共有化が重要となる。

10. 関係者のこころのケアを実施する

アンケート調査では、事故発生後、事故に直接関わった医療スタッフに対して何らかのメンタル・ケアが行われた施設は一般病院では僅か17%であり、精神科および精神科病床を有する病院においても34%に留まっていた。ケアが行われている場合も、「上司、医師による面接等」という回答が多く、現状では事故に関わったスタッフへのメンタル・ケアはその内容も含めて不十分な状況である。当事者に対するサポート・システムを含む施設の対応手順(専門家の助言、当事者間でのミーティングや集団カウンセリング、当事者個人の面接やカウンセリング、休養の指示、経験者の助言など)が策定され機能することが望ましい。

なお、自殺者の遺族のケアと支援体制のことも忘れてはならない。遺族の心痛はあまりに大きい。遺族において、複雑性悲嘆の発生や精神疾患の発症、自殺のリスクが懸念される。遺族へのこころ遣いはもとよりソーシャル・ワークを含む支援、自助グループの紹介、メンタル・ケアの紹介などが為されることが望ましい。

11. 自殺予防についての学習機会を設ける

アンケート調査によれば、精神科病院および精神科病床を有する病院においては43%の施設で

自殺予防に関する研修会が開催されており、自殺発生直後に安全管理委員会のレベルで事例検討が行われた施設も 40%に上っていたが、一般病院では、自殺予防に関する研修はほとんどなされておらず、安全管理委員会レベルで自殺事故直後に事例検討が行われた施設は 13%に留まっていた。不幸にも生じた自殺事故を教訓として、私たちはその事例から学び、将来の自殺事故の再発防止に取り組まなくてはならない。自殺事故直後には、当事者間から安全管理委員会までさまざまなレベルでの事例の検討や事故の再発予防のための話し合いが必要である。また自殺事故予防のためには、自殺者や自殺行動について特化した学習の機会、安全管理部門での自殺事故防止の取り組みに関する話し合い等を定期的に行うことが必要である。

自殺のリスク・アセスメントのためのチェック・リスト

項目		チェック欄
【患者の訴え】	死や自殺の願望・意思を口に出している	
	絶望感やあきらめを口に出している	
	身体機能の喪失、疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている	
【既往歴・家族歴】	精神疾患の既往歴がある	
	自傷・自殺企図の既往がある	
	自殺の家族歴がある	
【生活環境、ライフ・イベント】	最近、親しいものと離別・死別があった	
	失業や経済的破綻を経験した	
	家族や介護者、相談者がおらず孤立している	
【症状、疾病】	精神症状を呈している、あるいは精神疾患を合併している	
	抑うつ状態にある	
	強い不安状態ないしは焦燥状態にある	
	不眠や食思不振がつづいている	
	明らかな行動上の変化・異常を認めている	
	慢性ないしは進行性の身体疾患に罹患している	
	自身の身体や健康に無頓着である	

自殺を確実に予期しうるアセスメント・ツールはいまだ確立されていないが¹¹⁾、先行研究により、精神疾患(精神症状)の存在、自殺未遂や自傷の既往、希死念慮、がんなどの身体疾患の存在、離別・死別、喪失体験などの予測危険因子が明らかにされている^{8)~10)}。上記のチェック・リストには、これらの危険因子とそれに関連する事項が挙げられているが、自殺の危険性を過小評価することがないように、また自殺の起きる危険性への気づきを促進するために、その内容が相互に重複している項目もある。

チェック・リストにひとつでも該当するものがあれば、その他の項目について注意深く対話や観察を行い、引き続き患者のこころの状態や行動をみていくことを勧める。複数該当する患者については特に注意が必要であるが、自殺の意思を口にするものはそれ単独で厳重な注意が必要である。そして患者のこころの状態や自殺の危険性の評価に関しては、スタッフ間で情報を共有することが大切である。

銘記すべきこととして、チェック・リストは決して万能ではなくこれさえクリアできれば患者に事故は生じないということにはならない。また、チェック・リストは個々の患者に合わせて柔軟に適用され評価に用いられるべきである。重要なことは、医療者として常に患者の立場に立って考えること、そして患者の支えとなることである。

< 文献 >

- 1) 厚生労働省：平成 17 年人口動態統計（確定）の概況：死因簡単分類別にみた性別死亡数・死亡率，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei05/hyo7.html>, 2007
- 2) 警察庁生活安全局地域課：平成 17 年中における自殺の概要資，<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki6/20060605.pdf>, 2007
- 3) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Sentinal event, <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>, 2007
- 4) 南良武，岩下覚，河西千秋：精神科領域における医療安全管理の検討 その 1：病院内における自殺に関するアンケート．患者安全推進ジャーナル 13：64-69, 2006
- 5) World Heath Organization: Suicide prevention, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- 6) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 33: 395-405, 2003
- 7) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Crisis 25: 147-155, 2004
- 8) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント，医学書院，東京，2002
- 9) 樋口輝彦（編）：自殺企図：その病理と予防・管理，永井書店，大阪，2003
- 10) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all . suicides in Denmark, 1981－1997. Am J Psychiatry, 160: 765-772, 2003
- 11) 山本泰輔，高橋祥友：自殺のリスク評価．臨床精神医学（増刊号）：104-110, 2004

精神科領域における医療安全管理検討会 委員

	委嘱者氏名	所属	部門	役職
	一戸 真子	上武大学	看護学部 医療管理 学講座	教授
	岩下 覚	社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院		診療部長, 副院長
	釜 英介	東京都立府中病院	整形外科病棟	看護長
	河西 千秋	公立大学法人 横浜市立大学医学 部	精神医学	準教授
	木ノ元 直樹	木ノ元総合法律事務所		弁護士
	黒須 真弓	医療法人有恒会 こだまホスピタル	薬剤部	部長
	杉山 直也	公立大学法人 横浜市立大学附属 病院	神経科	準教授
	堤谷 政秀	医療法人桐葉会 木島病院	TQM センター	ミドルマネージャー
	中間 浩一	医療法人社団慶成会 青梅慶友病院	リハビリテーション室	室長
	西元 晃	医療法人慈生会		法人管理部長
◎	南 良武	医療法人桐葉会 木島病院		理事長・院長

【◎：座長】(2007年3月1日現在)

問い合わせ

財団法人日本医療機構評価機構
認定病院患者安全部
電話 03-5217-2326
担当：河合・遠矢

以上