

第104回日本精神神経学会総会



わが国の医療施設における自殺事故の大規模調査Ⅱ ——一般病院における自殺事故の実態と自殺予防のための提言——

河西 千秋¹⁾，杉山 直也^{1,2)}，岩下 覚³⁾，河合 桃代⁴⁾，南 良武⁵⁾

1) 横浜市立大学医学部精神医学教室，2) 横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター，
3) 桜ヶ丘記念病院，4) 日本医療機能評価機構，5) 木島病院

健康問題は、自殺の主要動機であることが知られている。わが国の自殺問題が平成10年以降、深刻化する中で、これまでわが国で一般病院内の自殺についてはほとんど把握されておらず、標準的な自殺予防ガイドラインもなかった。そこで財団法人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）に設置された、精神科領域における医療安全管理検討会は、一般病院（総合病院）の自殺事故について調査を行った。

調査対象は、協議会会員病院で精神科病床をもたない一般病院883とした。2005年8月に質問紙を郵送し、過去3年間の院内自殺事故件数、診療科分類、精神科受療状況、自殺の予兆などを調査した。

回答は575の一般病院から得られたが（回答率57.2%）、29%の病院で計347件の自殺事故が生じていた。診療科/疾患別では、35%が悪性腫瘍に罹患する患者であり、これ以外にもあらゆる診療科で自殺事故が生じていた。事故直前の精神科受診は29%であった。自殺手段は、その7割が縊首か高所からの飛び降りであった。また自殺者の少なくとも49%にリスク因子や予兆が観察されていた。自殺事故後の振り返りは不十分で、自殺者に関わったスタッフへの専門的ケア、普段からの自殺予防対策はほとんど実施されていなかった。

本邦初のこの大規模調査により、一般病院で自殺事故が多数生じていることが明らかとなり、対策が急務と考えられた。協議会は「病院内の自殺予防」提言を作成、自殺危険評価のためのチェックリストを公表した（患者安全推進ジャーナル，17，2007）。健康問題は自殺の主要動機であり、がん罹患、慢性/進行性の身体疾患はリスク因子であることが知られている。すべての医療スタッフは、自殺行動の本質を理解し、リスクに関するアセスメントを行う必要がある。またそのためには、病院内における日頃からの施設や体制の整備が必要である。

I. はじめに

自殺の動機で最も多いのは、遺書のあるものだけを調査した範囲では「健康問題」となっている（警察庁調査³⁾）。身体疾患も精神疾患も共に自殺の危険因子であることが知られており、また、河西らのグループが実施してきた重症自殺未遂者からの聴き取り調査においても自殺企図の動機の首位はやはり「健康問題」であった^{2,6)}。

一口に「健康問題」と言っても、その中には多

くのものが含まれるであろう。気分障害、統合失調症、物質依存症などの精神疾患は、特に自殺との関連が強いが、例えばうつ病に罹患した人の多くは、自分自身は精神疾患に罹患しているとは思わず、身体症状や体の不調を訴えることが多い。また、がんなどの進行性疾患に精神疾患の合併が多く、自殺の発生も多いことが知られている。

このような事柄を踏まえると、総合病院・一般病院における自殺事故の実態が気に掛かるところ

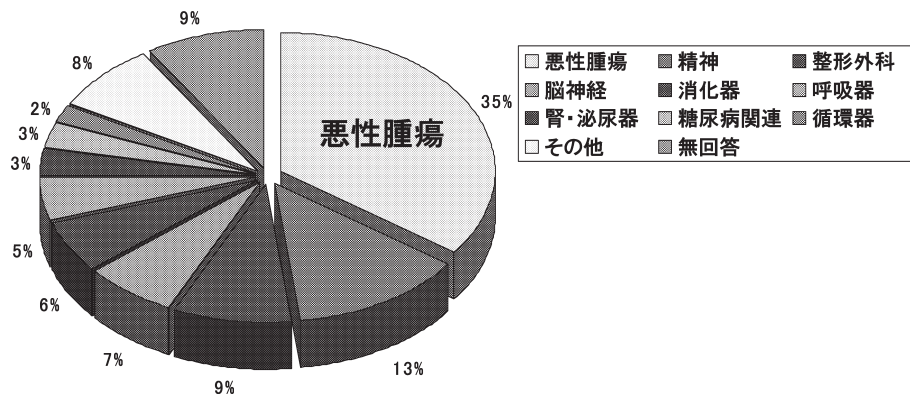


図1 診療科・疾病からみた一般病院・総合病院の自殺事故⁴⁾

【対象】一般病院・総合病院 575

【過去3年間の院内自殺】170病院(29%)、347件

悪性腫瘍は各診療科から抽出して別に提示した

であるが、米国の第三者医療施設評価認証機構 Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) は、その医療事故報告制度において、自殺事故が病院内の重大事故の中で最も多いもののひとつであることを報告している¹⁾。今回、日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進協議会に設置された「精神科領域における医療安全管理検討会」(南良武座長；以後、検討会と略す)が、病院内の自殺事故に関するわが国初めての大規模調査を行った⁴⁾。

調査の対象は、同財団の認定病院患者安全推進協議会会員病院(一般病院で精神科病床をもたない病院833と、精神科病床を有する病院165で、調査内容は、過去3年間の入院患者の自殺事故件数、自殺手段と場所、自殺者の入院診療科における主病名、精神科受療の有無、自殺直前の出来事や前兆・危険因子の存在、自殺後の対応、自殺予防のための研修実施の有無などであった。調査表は2005年8月に発送、同年9月までに回収がなされ、575の一般病院(総合病院を含む)と106精神科病床を有する病院から回答が得られた(回答率はそれぞれ57.2%、64.2%)。

II. 調査結果とその深刻さ

調査結果は、患者安全推進ジャーナル(13巻、64-69、2006)⁴⁾に詳しいのでそれを参照されたい。ここでは、著者が本シンポジウムで発表を分担した一般病院のデータについてその一部を紹介する。

まず自殺の件数は、回答した病院の29%(170病院)で、計347件を数えた。自殺で亡くなった患者の入院中の主病名は、悪性腫瘍が35%と最多であった。それ以外の疾患の内訳は多様で、入院診療科も多岐にわたっており(図1)、自殺事故は、あらゆる診療科に関わる問題であるということがあらためて示された。自殺の起きた場所は病院敷地内が72%を占め、自殺手段は、高所(病院建物を含む)からの飛び降り(40%)と縊首(36%)で全体の76%を占めた。過去に精神科を受診していた患者は9%、自殺の直前に精神科を受診していた患者は29%に留まっていた。

自殺直前の出来事については、身体症状、精神状態の悪化や不安定化、不眠の持続、精神症状の発現、病状説明や病名告知、親しい人との死別・離別といったものがあつた。予兆については、「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、無断離院などといった行動が認められていた。先行研究から、自殺の危険因

表1 自殺の危険因子

[訴えや態度]
自殺念慮
絶望感
[既往歴・家族歴]
自殺未遂歴・自傷行為歴
家族・親族の自殺
[生活環境, ライフ・イベント]
親しい人との離別・死別
失職や経済破綻
[症状, 疾病]
精神疾患
がん
慢性/進行性の身体疾患
身体機能の喪失

表2 院内自殺事故の予防のための提言⁵⁾

1. 自殺は主要な医療事故であり、稀な事象ではない
2. 疾病罹患ないしは健康問題は自殺の主要動機である
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
4. 身体疾患・精神疾患の罹患以外の危険因子を知ること
5. 自殺の予兆に注意を払うこと
6. 患者の立場になってこころのケアに配慮すること
7. 精神・心身医療専門家への相談を行うこと
8. 自殺を未然に防ぐための環境整備を行うこと
9. 自殺事故直後の事故の続発に注意を払うこと
10. 当事者（医療スタッフ）のこころのケアを実施すること
11. 自殺についての学習機会を設けること

子が明らかにされているが（表1）、これらの危険因子と関連する出来事や予兆、既往が認められた患者は、実に自殺者の49%に上っていた。

自殺の事後対応では、当事者間のみでなく当該部門と安全管理委員会のレベルともに事故に対する検討が行われたのは全体の34%であった。事故前後の対応にあたったスタッフに対するケアはほとんど行われておらず、実施されていたとしても上司による面接等がほとんどで、精神科医等の心理臨床専門家による面接や対応はほとんど行われていなかった。日頃の自殺予防関連の研修等については、「あり」と回答した病院はわずか5%にとどまった。

上記の実態調査で得られた結果は、先行研究やJCAHOの報告もあり著者らにとってはある程度予想されたものであったが、それにしても自殺事故の深刻さをあらためて認識させられた。その「深刻さ」とは何か？ それは、その数や自殺の状況についてはもちろんのこと、多くの自殺事故がおそらく予測・予防可能でありながら、しかし実際には防ぐことができなかつたこと、そして、それを可能にするような体制が十分に敷かれていなかったということが、非常に深刻に思われた。

III. 病院内の自殺予防のための提言と チェックリスト

検討会は、今述べた病院内の実態調査の結果と、自殺予防の先行研究、および世界保健機関の提言等を踏まえて、「病院内の自殺予防提言」を作成し公表した（表2）⁵⁾。併せて、自殺の危険性を評価するためにチェックリストを提案した（表3）⁵⁾。提言の各項目には、それぞれ調査結果からの引用や解説が付記されているので、文献をあたっていただきたい。また、チェックリストは、広範な内容を含み、かつ項目相互に重複がありまとまりに欠ける印象をもたれる読者もあるかもしれないが、これは、1) 自殺を予防するためには危険性察知の裾野を広くしておく必要があると考えられたこと、2) 自殺危険因子を羅列するだけでは実用的でないこと、3) そもそも自殺企図に至るような精神症状と精神疾患の兆候への気づきを促すための項目立てが必要であったこと、4) かといって、精神疾患の診断学の提示も実用的ではないこと、といった理由に拠る。自殺を確実に予測し得るツールは世界的にみてもいまだ確立されていない。しかし当面、この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患者や家族との対話や観察を行い、引き続き患者の心理状態や行動を注視していくことを勧め

表3 自殺事故予防のためのチェックリスト⁹⁾

-
- ✓ 精神疾患の既往歴がある
 - ✓ 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
 - ✓ 身体・精神疾患を問わず, 慢性ないしは進行性の経過にある
 - ✓ 身体機能の喪失・疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている
 - ✓ 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・異状を認めている
 - ✓ 死や自殺の願望・意志を口にしている
 - ✓ 絶望感やあきらめを口にしている
 - ✓ 自身の身体や健康に無頓着である
 - ✓ 最近, 親しい者と離別・死別があった
 - ✓ 最近, 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
 - ✓ 自傷・自殺企図の既往がある
 - ✓ 自殺の家族歴がある
-

る。複数の項目に該当する患者については特に注意が必要であるが, 自殺の意志を口にしている患者についてはそれ単独で嚴重な注意が必要である。また, 患者の心理状態や自殺の危険性に関しては, スタッフ間で情報を共有しておくことが大切である。

チェックリストは決して万能ではなく, これに該当するものがなければ, あるいはなくなれば患者に事故は生じないということにはならない。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。

IV. 院内自殺事故の事後対応について

自殺予防には, prevention (事前予防), intervention (水際の介入, 治療), postvention (事後対応) の3つの要素があるが, 先の検討会の調査結果をみると, postventionが実施されている病院は極めて少ないことがわかる。postventionにおいては, 自殺予防を念頭においた自殺の要因の調査, 自殺で遺された人のケアを目的とした心理学的剖検の重要性が指摘されている。病院における自殺事故の事後対応としては, これに加えて,

表4 自殺事故の後に主に病院職員に対して行われたこと (時系列)

-
1. 死亡現場の確認
 2. 事故の発生した現場の確認
危険箇所の確認・現場封鎖・改修の提言
 3. 当事者のケアの準備
 4. グループ・カウンセリングと個別対応の同時進行
 5. 病棟での緊急ミーティング
 - 1) 看護師に対して
 - 2) 医師に対して
 6. 病棟全体カンファレンス
 7. 事例検討
 8. 当事者のケアとフォロー・アップの継続
 9. 自殺予防のための学習会の開催
-

自殺事故や自殺者に関わった当事者のケア, 自殺の再発, 群発を防ぐための対応 (施設の改修や整備を含む), そして事例検討や自殺予防研修なども重要な要素であろう。表4に, ある施設での自殺事故の後の職員への対応事例を示した。この中にある当事者に対するグループ・カウンセリングは, 自殺予防学と集団療法に通暁した治療者によって行われるべきものであるが, これは, 1) 自殺事故の群発, 再発を予防する, 2) 職員の動揺・不安を軽減し, スタッフの力を再発防止へと導く, 3) 当事者のストレス反応を軽減し, 遷延化や精神疾患の発症を防止するなどの観点から有効である。これらのことから, 事後対応は, すなわち事前予防に繋がるものであることが理解されるだろう。

V. まとめに代えて

一般病院における自殺事故の実態について報告し, 自殺予防の課題について概説した。病院経営のトップ・マネジメントを行っている幹部や安全管理担当者には, 自殺対策がリスク管理の要件であることを理解してもらう必要がある。また, 精神科医は, 他科の医師や看護師, コメディカル, そして他の職員と連動し, 協調しながら病院内の自殺事故予防に取り組むことが期待される。医療者の中には, 自殺事故に接して, 特に困難事例に接して無力感や悲観に傾くものもあるかもしれな

いが、自殺予防のためのヒントや方略はいろいろある。まずは、日頃から自殺予防に関する学習をし、ボトムアップをしておくことが必要であり、それによって防ぐことのできる自殺も少なくないはずである。そして、上記の自殺予防の3要素に照らして、自殺対策を進めていけばよい。検討会で作成された自殺予防の提言やチェックリストをたたき台にして、さらに実践的な自殺対策が営まれることに期待したい。

文 献

1) The Joint Commission: Sentinel event statistics—March 31, 2008. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>, sited on May 25, 2008

2) 河西千秋, 平安良雄, 有賀 徹ほか: 自殺企図の

再発防止方略開発のための多施設共同研究 ‘ACTION-J’ (厚労科学研究費補助金事業 自殺対策のための戦略研究): その背景と研究の概要. 精神経誌, 110; 230-237, 2008

3) 警察庁生活安全局地域課: 平成19年度中における自殺の概要資料, 2008

4) 南 良武, 岩下 寛, 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) 認定病院患者安全推進協議会・精神科領域における医療安全管理検討会: 病院内における自殺予防提言. 患者安全推進ジャーナル, 17; 6-10, 2007

6) Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H., et al.: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry, 7; 64, 2007