

医療機関が取り組む 患者の自殺予防

院内多職種間の連携から院外との連携へ

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 編
2015年3月15日

第1.0版発行にあたり

本冊子は、平成26年度「医療機関と連携した自殺未遂者・ハイリスク者支援の充実」（京都市）の業務委託を受けて、京都大学医学部附属病院 医療安全管理部が作成をとりまとめ、事業報告書として、京都市内の医療機関に送付するものです。



われらは京都市ゲートキーパーズ！！ ©京都市こころの健康増進センター

CONTENTS

はじめに	3
01 患者安全と自殺予防	4
1.1. 医療安全管理者が自殺予防に取り組む理由.....	4
1.2. 病院内での自殺事故の現状	13
1.3. 海外の状況：患者安全の視点からの自殺への取り組み.....	15
02 自殺・自殺予防の現状分析	20
2.1. 自殺予防-現状と対策	20
2.2. 京都市の「暮らしとところに関する総合相談事業」について	27
03 自殺ハイリスク患者を認識するには	33
3.1. 医療機関における自殺予防につながる精神的・心理的関わり	33
3.2. 医療者が患者のサインに気づくとき	37
04 危機介入：それぞれの立場からの心理的働きかけの実際	46
4.1. 臨床心理士・精神保健福祉士の立場から	46
4.2. リエゾン精神看護専門看護師の立場から	49
4.3. 精神科医師の立場から.....	52
4.4. 自死遺族の立場として医療機関に望む危機介入のあり方	58
05 病院外組織・機関との連携	61
5.1. 病院内組織から病院外組織への橋渡しの実際：院内社会福祉士の立場から.....	61
5.2. 経済的問題の解決を支援する：司法書士の立場から.....	65
5.3. 自殺問題に生活保護はどう向き合うか：医療機関と行政の連携.....	74
06 医療機関の自殺対策を支える法律	79
おわりに	82

（表紙のイラスト）「われらは京都市ゲートキーパーズ！！」
京都市のイメージキャラクターであるゲートキーパーズです。5人のキーパーズがいますが、今回の表紙に登場したのは、気づきのブルー、傾聴のグリーン、見守りのピンクです。自殺のリスクに「気づい」たら、患者の話を「傾聴し」て、「見守って」いけるといいですね。今回の本冊子の作成、配布にあたり、京都市自殺総合対策推進計画の支援を受けました。医療機関の職員の一人ひとりがゲートキーパーズになるためにはどうしたらよいでしょうか。一緒に考えていく冊子になれば幸いです。

執筆者

石倉 紘子（いしくら ひろこ）『こころのカフェ きょうと』（自死遺族サポートチーム）代表

伊佐 将人（いさ まさと）京都市こころの健康増進センター 相談援助課 医師

木村 里美（きむら さとみ）済生会滋賀県病院 リエゾン精神看護専門看護師

隈村 綾子（くまむら あやこ）京都大学医学部附属病院 地域ネットワーク医療部 社会福祉士

種村 千早（たねむら ちはや）京都大学医学部附属病院 臨床心理室 臨床心理士

野間 俊一（のま しゅんいち）京都大学医学部附属病院 精神科神経科 医師

波床 将材（はとこ まさき）京都市こころの健康増進センター 所長 医師

平井 久世（ひらい ひさよ）京都大学医学部附属病院 臨床心理室 臨床心理士

松田 美枝（まつだ よしえ）京都文教大学 臨床心理学部 教育福祉心理学科 臨床心理士
精神保健福祉士

松村 由美（まつむら ゆみ）京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 室長 医師

本橋 豊（もとはし ゆたか）京都府健康福祉部保健医療対策監 医師

山口 基樹（やまぐち もとき）京都司法書士会 司法書士

吉永 純（よしなが あつし）花園大学 社会福祉学部 元生活保護ケースワーカー

五十音順

はじめに

病院で診療をしていると気になる患者に出会うことがある。先日、初診外来を受診した高齢の女性は「野菜を食べないからだめなんではなかねえ」と筆者に質問した。どういふことか詳しく尋ねてみた。「近くに買い物できる店がなくなった。残っているのは『かしわやさん』だけである。かしわやさんで出来合いのものを買ってきて食べている。だから野菜は食べないし、他の肉も魚も食べない。」ヘルパーには来てもらっているとのことであったので、配食サービスを利用してみてはどうだろうか、と提案してみた。「お金がかかるでしょう（だから頼みません）。」とのことであった。一人暮らしであるらしい。高齢ではあるが気力があれば自分で料理をする体力はありそうだ。しかし、毎日、毎日、出来合いの鶏料理だけを自分で買ってきて食べている、という。決して極端な過疎地の話ではない。政令指定都市である京都市の話である。歩いて買い物に行ける範囲の小規模の商店がどんどん閉鎖されているらしい。これだけ食品が溢れている現在において、食品にたどりつくことができないのは皮肉な話である。そして、環境だけの問題だけではなく、その人自身に意欲が感じられず、気がかかった。

他にも気になることがある。筆者は医療安全管理者として、医師から患者への対応について相談を受ける。最近多いのが、「手術前に手術の説明をしようと思うが身寄りの方は同席できないと言っている、本人だけへの説明でもよいか」という内容である。もちろん、自分の身体の状態や病状を理解した上で、侵襲的な治療に同意するのは、基本的には患者本人にしかできないことであるので、身寄りや家族の同席が必須というわけではない。しかし、手術後の回復の状況によっては、やはり、家族らの援助も必要になってくるので、医療機関は、原則として、本人以外にも治療方針あるいは治療に伴うリスクを説明する。だが最近、「身寄りのない」患者が増えてきた。それも詳しく尋ねてみると、決して身寄りがないわけではなく、きょうだいがいたり、子供がいたりしても、「迷惑をかけたくない」「それぞれの家庭もあるので自分のことを頼めない」「長い間、音信不通である」など様々な事情が背景にあるようだ。患者本人が、病院から血縁者らに連絡を取ってほしくないと思望するケースが増えてきている。

この2つの例は自殺とは直接関係がない。しかし、現在の社会の有り様を示し、自殺対策を考える上での重要なキーワードである「つながり」の希薄さを象徴している。目の前の「眠れない」「つらいから消えてしまいたい」と考えている患者に対して、睡眠薬や痛み止めなどを処方するような対症療法だけでは解決に結びつかない。「医療」を超えたつながりが必要に思える。その課題を解決するためには、医療機関内で、さまざまな職種や部署のスタッフが「つながる」こと、そして、必要ならば、医療機関外の組織と「つながる」ことが必要になってくる。その一歩がこの冊子を届けることである。

また、自殺対策はその医療機関の医療の質の向上にもつながると期待している。「自殺対策をするつもりで、最初はひとがつながっていったと思うけど、いつの間にか、組織全体の風通しがよくなったね。」「私たちが働きやすくなったら、患者さんの経過もいいみたい。」そのような声が将来聞かれるかもしれないと想っている。

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 室長 松村 由美

日本では、「医療安全」という言葉が一般的であるが、世界的には、patient safety つまり患者安全という言葉が用いられる。安全であるべき対象は、医療ではなく患者であるからだ。自殺とは最も不安全な行為の結果である。自殺対策に取り組むことは、医療機関のリスク対策のひとつである。

1.1. 医療安全管理者が自殺予防に取り組む理由

1.1.1. 医療安全管理者は自殺の専門家でないからこそ旗振り役になれる

筆者が自殺対策に取り組む必要を感じたのは、スタッフからニーズを聞き取ったためである。患者の自殺が発生した際、スタッフから、病院内に患者の心のケアにあたる組織や仕組みを作ってもらえないだろうか、という相談を受けた。医療安全管理者は基本的に「何でも屋」である。専門家でないこと、および、院内の幅広いことに広く浅く関与していることこそが、医療安全管理者の強みである、と筆者は考えている。

専門家から知識を学ぶことは大切なことであるが、行動を起こすためには自分の頭でその意味を考えるとこのステップが必要である。医療安全管理者は、院内の現状について職員にデータを提示したり、自殺問題に関する課題を拾い上げたりして、職員にメッセージを伝えることができる。自殺対策の専門家でないからこそ、職員と一緒に方法を検討することができ、頭だけではなく、行動から学ぶことができる。

院内の幅広いことに広く浅く関与していることは、課題解決のための力になる。ひとつの方法で行き詰っても、別に使える資源がないだろうかと探することができる。自殺にはいくつもの要因が複合的に関わっているとされる。特に、がんや慢性疾患の患者は、疾病そのものによる身体的苦痛だけでなく、今後の人生に対する不安、経済上の問題、家族との関係に関する悩みを有している。後者については、親しい家族だからこそ話すことができずに抱え込んで困っていることもある。患者から身体の症状以外の重要な悩みを打ち明けられたらどうしたらよいだろうか。そのような様々な悩みをその職員ひとりで解決することは難しい。そのような場合に、誰かにつないだり相談できる仕組みがあれば、患者だけではなく、職員に対する支援にもなると考えた。「部署間や職員間をつないでいくこと」は医療安全上の大きなテーマでもある。

どの医療機関においても、医療安全管理者は①インシデント報告システム、②医療安全の研修会、③院内職員に対する情報発信のネットワークという手段（資源）をすでにもっている。これを活用すれば、自殺予防の取り組みの旗振り役になれる。

ポイント	<p>医療安全管理者が旗振り役になるメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 治療チームを横断した活動ができる（チーム同士のまとめ役）。 ② 各部署から独立しており、中立的に動くことができる。 ③ 組織運営に関する基本的知識を有する。
------	--

MEMO 発信力を信じる！院内研修会のメッセージは伝わる！

医療安全管理者は、院内の研修会などを通じて、職員にメッセージを発する機会が多い。だれも気に留めていないのではないかと、という感覚にとらわれることもあるかもしれないが、伝え続けることは大切である。そのときには意味が分からなくても、何かの折に急に腑に落ちることはある。

自殺のこととは直接関係ないが、筆者は、研修会などで、患者への接遇の重要性について述べている。普段の医療者の態度は、医療事故が発生したときに重要な意味を持つこと、そして、事故後に後悔しても遅いことを折に触れて伝えている。実際、事故が起ってから「接遇の意味がよく分かった」と何人かの職員から伝えられたことがある。知識が、経験・体験を通じてそのひとの実感として心に響く。知識を伝えることはムダではなかった、発信力を信じたい、と感じた。

MEMO 医療安全管理者はどのくらい配置されているのだろう

医療安全対策加算を算定している施設数は、やや古い統計であるが、2009年時点で**18.3%**（全国の病院数に占める加算届出医療機関の割合）である（出典：医政局総務課医療安全推進室 平成22年度実績評価書（平成21年度の実績の評価）「総合的な医療安全確保対策の推進を図ること」について）。「加算を算定している医療機関＝医療安全管理者が配置されている」はずであるから、全病院の18%に安全管理者が配置されているといえる。

「そうか、18%の病院にしか、医療安全管理者がいないのか・・・」と意外に思うかもしれない。しかし、300床以上の規模の病院が、全国の病院数に占める割合も**18%**である。現実的に小規模の病院で専任の医療安全管理者を配置することは困難であるので、おそらく中規模～大規模の病院の多くに医療安全管理者が配置されていると見てよいだろう。

自施設に精神科がないから自殺対策はちょっと・・・と躊躇されている医療機関も、医療安全管理者を旗振り役として、自殺対策に取り組むことを考えてみてはどうか。

1.1.2. インシデント報告制度はすぐに利用可能な資源である

インシデント報告は医療機関にとっての財産である。例えば、筆者の勤務している大学病院の年間報告数は 9000 件を超えるが、全て現場で実際に発生したこと（発生しそうになったこと）である。事実から学ぶことができるのが、この報告制度の一番の強みである。職員一人ひとりが参加して作成している統計であり、信ぴょう性が高く、その医療機関の性格を反映するといっても過言ではない。ヒヤリハット事例が多く報告され、過失の有無にかかわらず有害事象が報告されているならば、報告文化が根付いているだろうと推定できる。

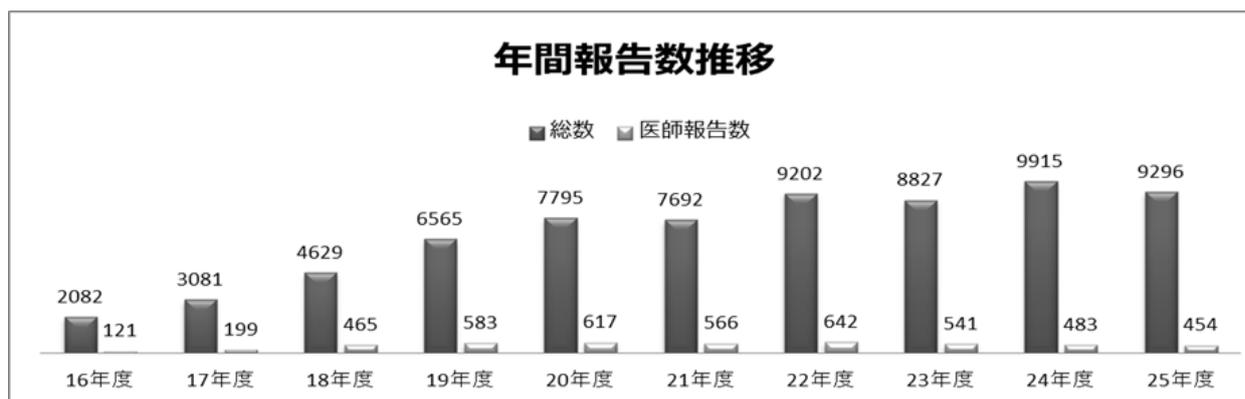


図1 京都大学医学部附属病院におけるインシデントレポート年間報告数の推移

もし、自殺がインシデント報告されていないようであれば、それを報告するような仕組みを作ることから始める。自殺は患者個別の問題であるから、と語られることや分析されないことがない場合も多い。自殺や自殺未遂が報告されなければ、大規模病院では、管理者は自殺が発生したことすら気づかない。管理者に自殺や自殺未遂の発生を知らせることには意味がある。管理者は組織運営の知識と手段を持っている。心のケアの必要性を感じ、それに対する組織構築が必要と学んだならば、新たな組織やシステムを作ることでもできる。これは現場スタッフにはできないことである。

筆者の勤務する大学病院では、患者の自殺や自殺未遂を報告すべき対象 8 つのうちのひとつと定めているため（京都大学インシデントレポート提出要項）、入院患者の自殺・自殺未遂については、職員から必ず報告される。報告すべき対象として決めておくと職員は報告しやすい。

京大病院インシデントレポート提出要項－有害事象発生時の対応－第3版

● 報告すべき事例

- 1) 医原性有害事象
- 2) 転倒・転落
- 3) **患者の自殺、自殺未遂、無断離院**
- 4) 患者（や家族）が予期していない合併症
- 5) 患者（や家族）が予期していても、医療者がヒヤリ、ハットした合併症
- 6) 患者（や家族）が予期していても、重篤な結果となった合併症
- 7) 診断、発見、対処、処置が遅れた可能性が否定できない事例
- 8) 家族や患者から苦情の出た（出る可能性のある）医療行為

年に1件あるかないかの自殺を報告することに、何の意義があるのだろうか。そのように考える方もおられるかもしれない。一つひとつの医療機関では、頻度が低い事故かもしれないが、全国的に収集することによって見えてくることがある。日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業という既存の仕組みを活用したい。院内で報告にあがる自殺事故があれば、国にも報告する。全ての医療機関が地道に報告することによって、不幸にして事故があっても、そこから学ぶことができ、次の事故の予防につないでいくことができるかもしれない。

日本医療機能評価機構に報告された医療事故は、機構の web サイトで閲覧できる。2014年12月21日の時点で、報告事例区分「事故事例報告」において、「自殺」「死亡」の文言を含む報告数は187件ある（事故事例報告の全件数は12,967件）（表1）。これは事業開始から10年間で自殺として機構に報告された事故件数である。報告された事例のうち、半数以上の101件が精神科等の領域以外からの報告であると分かる。

表1 日本医療機能評価機構に報告された患者の自殺事故

	精神科等の領域から (%)	精神科以外から (%)
自殺事故報告件数	86件 (46%)	101件 (54%)

※日本医療機能評価機構「医療事故情報等収集事業の事故事例報告」の公開データ検索（2014年12月21日現在）。

統計からは、精神科以外からの自殺事故の報告のほうが多いという事実を学ぶことができる。精神科のない病院でも自殺対策が必要だということを統計は語っている。むしろ、精神科がないからこそ、専門家不在のなかでの対策を考えていかなければならない。医療安全管理者を軸としたリスク管理の一環として位置付けるのは現実的な対策方法だろう。

各医療機関において、インシデント報告として自殺事故を報告し、それを国にも報告していき、統計という形で可視化していく。医療安全管理者だからこそできる自殺予防への取り組みである。

1.1.3. 医療安全についての院内研修を利用する

医療安全管理者は医療安全についての院内研修の企画・運営を行っている。毎年継続的に、自殺対策をテーマとして取り上げてはどうだろうか。何度も繰り返し取り上げることによって、病院が重要視しているテーマであるということを職員に伝えることができる。

■ 研修会を実践するためのスモールステップ

いきなり「自殺を減らしましょう、無くしましょう」と伝えるよりは、小さな目標を決めて、それを達成することで自信を得る。

(1) 自殺予防の院内取り組み体制を紹介する。

自殺対策において院内での横のつながりがあることを伝えるためには、講師として、精神科医師、臨床心理士、がん相談支援室職員、リエゾン精神看護専門看護師、がん看護専門看護師、社会福祉士など、様々な職種の院内職員に依頼するとよい。院内職員が講師を務めることは、彼らの名前と顔を知ってもらい、依頼や相談の心理的ハードルを下げ、相談システムが有効に機能することを支援する。

(2) 自殺予防に有効なスキルを紹介する。

対人関係スキルは、自殺のような深刻なテーマを扱う際に、医療者が身に付けておきたいものである。例えば、自殺対策にも有効性の高い傾聴のスキルを取り上げてみる。価値判断を挟まずに聴くことや、相づちやうなずきが効果的であること、相手の心を開いていくための有効な質問などコミュニケーションスキルの研修会は、全ての職員の日常業務に役立つ。これらのコミュニケーションスキルを自殺対策という切り口で解説してもよいだろう。

☑ MEMO 医療安全に係る職員研修

医療法では、安全管理のための職員研修を年2回程度行うこととなっている。全職員が参加しやすい職種横断的な内容が望ましいとされている。

☑ MEMO 数字が語る重み

2013年の死亡者は1,268,436人であったが、そのうち自殺が死因となったのは、26,063人であり、全死亡者数の2%である(人口動態統計2013)。50人のうち1人が、自殺が死因であるという事実は重い。筆者はこの数字を院内の研修会で知り、改めて自殺対策の重要性を認識するとともに、これだけの数が挙げられていることに対し、自殺がまだまだ語られていないという思いをもった。

1.1.4. 院内職員に対する情報発信のネットワーク

医療安全のための情報発信のネットワークはどの医療機関にもあるだろう。ニュースを紙媒体で配信したり、一斉メールで送信したり、リスクマネージャ（セーフティマネージャ）を経由して情報発信したりという工夫がなされている。例えば、自殺予防のためのハード面での対策を立てることを考えよう。院内の一人の医療安全管理者が、全ての部署を回って、危険個所がないか点検することは現実的ではない。そこで、リスクマネージャに依頼して、部署内での危険個所をチェックリストに基づいて確認してもらうことも考えてみる。このように既存の仕組みをうまく利用することによって省力化が図れるとともに、実は、一緒に取り組んでもらっていることによって、自殺予防の意識を職員に喚起し、医療安全管理者が振った旗に続く職員を増やすことにもつながる。

1.1.5. 報告された事例への対応：京大病院の事例をもとに考える

自殺後の組織的対応の難しさを次の4つの事例をもとに考えたい。発生したことは残念であるが、一つひとつの事例から学ぶという姿勢を持ち続けなければ事故から何も学べない。一方で、自殺（未遂）は、タブー視されている面もあり、事例への関わり方は難しい。

■ 事例1

患者は慢性の身体疾患にて入院中に自殺した。事故から約1週間後、関係者と精神科医師、医療安全管理者らと交えた振り返りを提案した。しかし、すでに医師らは診療科内で話し合いを実施しており、これ以上の時間を割くことは多忙な医療者らに負担であること、また再度の話し合いによって医療者への精神的負担が加わることが理由となり、実現しなかった。時間が経過してから振り返りをするのは現場のニーズに合わないことを学んだ。患者が、「身体疾患」に加え、「家族の不和」、「生活苦」、「失業」といった危機要因を抱えていることを医療者らは認識し、診療録に記載していた。

■ 事例2

退院後の自宅での自殺であった。入院中、患者の精神状態を不安に思った職員らが、患者に心のケアの必要性を尋ねていたが、患者は大丈夫だと繰り返していたため介入していなかった。事故後、現場スタッフから、スタッフの精神的な打撃も大きく、ぜひ、病院が組織的に自殺予防に取り組んでほしい、との要望が挙がった。精神科医師と診療科スタッフ、医療安全管理者が事例の振り返りを行い、臨床心理士を中心とした心のケアに取り組む組織を病院に要望していくことになった（これが契機になり、翌年度、臨床心理室が創設された）。

■ 事例3

院内での未遂事例であった。当日の患者の様子がいつもと違う、と複数のスタッフが感じ、患者の見守りを強化したことで、自殺企図の現場を早期に発見し、救命できた。事故直後、医療安全管理者が現場を発見したスタッフらに聞き取りを行った。事故直後、スタッフは相当の心理的ストレスにさらされていたが、聞き取りを実施することによってスタッフは不安な気持ちを吐き出す機会ができた。その後、臨床心理士が面談を行うというプロセスを経て、スタッフのフォロー終了となった。関わったスタッフのケアに目を向けていくきっかけとなった。

■ 事例 4

事例 3 から間もなく、もう 1 件の自殺未遂が発生した。その際も、患者の様子がいつもと異なることにスタッフが気づいて早期発見したことで、助けることができた。発生直後に、医療安全管理者と臨床心理士が現場スタッフらから聞き取りを実施した。

事例 3, 4 を通じて、患者に近いところにいるスタッフが、**患者の様子がいつもと違うこと**に気付いて情報を共有することが、早期介入につながるのではないかと感じている。現場のリスク感性を大切に、スタッフらがリスクを感じたときに、それに対応して次の行動を起こせる組織を作ることが必要ではないだろうか。医療安全管理者はその組織を構築する旗振り役になれる。

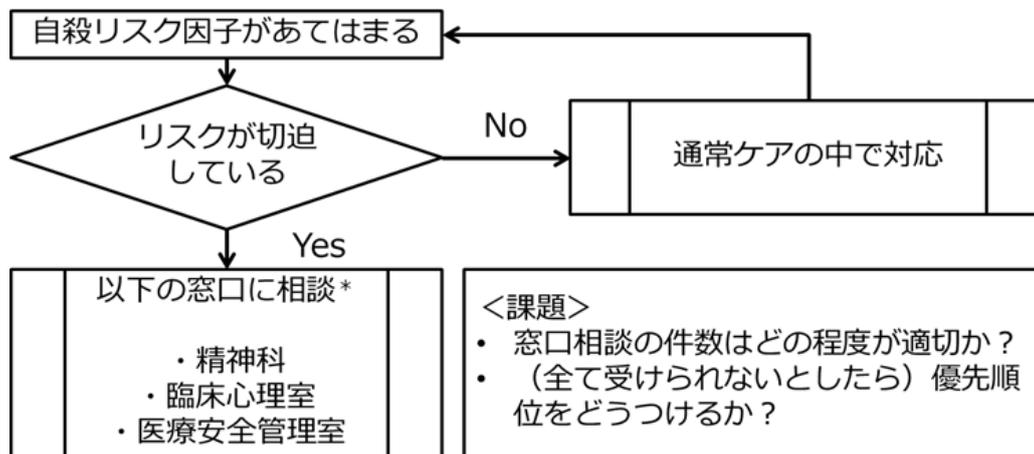
☑ MEMO ヒアリングのタイミング

筆者は、現場スタッフのヒアリングを事故直後に実施することには利点があると考えている。まず、現場スタッフから、事故直前の患者の言動や表情、態度を聞き取ることができる。事故後に振り返るとこれらは自殺（未遂）につながる警告サインであったことが分かり、再発防止に役立つ。また、直後のヒアリングでは、現場スタッフらが辛い気持ちを吐き出すことで心理的負担を軽減させることにもつながる。つまり、スタッフのケアにもつながる。これに比べ、期間が経ってからとなると、改めて聴取されることに対する警戒感や責任を問われるのではないかという不安が芽生え始め、介入が難しくなる。

1.1.6. リスクが切迫した場合の相談体制（案）

自殺予防は難しい。防ぎきれない。自死遺族の「自殺は防げるって、あまり強調してほしくないんですよね」（サイエンスカフェ、2014年11月27日、毎日新聞）という言葉を受け止めたい。その言葉は、残された家族を「どうして防げなかったのか」と自責の思いに駆り立てるといふ。病院内の体制を考える際にも、自殺予防の体制とせずに、あえて「リスクが切迫した場合の相談体制」としたのは理由がある。自殺を防ぐことを目標とせずに、相談することを目標にしておく、仮に事故が発生したとしても、プロセスが実施されていたかどうかを検証することに重点をおくことができる。結果（=自殺）を重視すると、事故が発生したときに責任の所在探しにもつながりかねない。また、相談を受ける側も緩やかなチーム体制をとり、ひとりで抱え込まない。

インシデントレポートの利用を相談体制に組み込むこともできる。リスクが切迫していると考え、相談した場合に報告するプロセスを加えると¹、事例の蓄積によって、リスク因子や効果的な対応方法を分析することができるかもしれない。



インシデントレポートの提出
窓口で相談した場合には、タイトル「自殺リスクについての相談」
として報告することにする。

*相談：患者の治療ケアに関わるスタッフが相談するという意味
相談の中で、患者の受診やカウンセリングの必要性を協議

図2 リスクが切迫した場合の相談体制（案）

リスク因子やリスクの切迫の判断については「03 自殺ハイリスク患者（対象者）を認識するには」を参照のこと。

¹ オカレンスレポート(報告対象として決めておいた事柄の報告)として扱うことで、報告のハードルが下がるとともに、管理者はその事柄に関する院内での発生頻度を分析することができる。例えば、筆者の勤務する病院では、「蘇生」する事例が発生したら、全てインシデントレポートを提出することに決めている。

1.1.7. 相談を受けた窓口の対応（案）

医療機関の中に精神科があっても、患者が受診を拒否する場合には、診療の形をとることはできない。精神科しか窓口がなければ相談への対応に困ることがある。一例であるが、医療安全管理者は組織横断的に動きやすいので、必要時に関係者を招集し、患者への対応を協議することができる。一つひとつの事例から学ぶことによって、結果的に自殺リスクに対する感性も高まり、対策も改善されてくる。

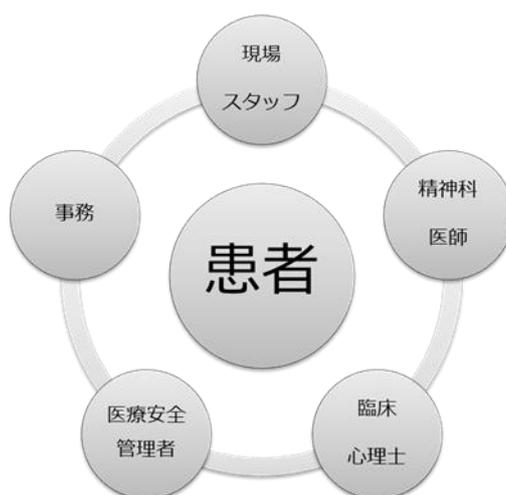


図3 相談体制（案）

多職種が様々な視点でリスクを検討し、対策を考える体制が望ましい。臨床心理士や精神科医師がいなければ、それぞれの医療機関ごとに参加職種を工夫すればよい。

MEMO 相談体制を機能させるには

医療者が他の医療者に相談しやすい環境を整える（日常のカンファレンスで気軽に懸念事項を伝えることができる、電話で相談できる、相談にのってくれる窓口がある、などなど）。相談を受ける側は相談してもらったことに対する感謝の意を表明する。また、可能な限り複数で事例を検討し、記録に残しておくとういだろう。相談体制があることで、現場スタッフ自身の精神的負担感を減らし、対応を一緒に協議する中で、現場スタッフの問題解決・対応能力が向上していく。

1.2. 病院内での自殺事故の現状

1.2.1. 病院内での自殺事故とリスクマネジメント

2011年に、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が「病院内の自殺対策のすすめ方」の冊子を発行している¹⁾。ここでは、患者の自殺問題は病院の安全管理上の重要課題であると明確に指摘されている。筆者の調べた限り、日本における病院内の自殺事故について、この冊子および日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業（「6.1.1. 日本における医療事故情報収集の仕組み」参照）以外には、網羅的な情報はない。つまり、精神科領域以外の自殺対策はまだまだ発展途上だということである。

認定病院患者安全推進協議会による自殺事故調査¹⁾から判明した事実

- 一般病院で精神科をもたない病院（N=575）の29%、170病院が過去3年間で自殺事故を計347件経験している（自殺事故を経験している病院では3年間に2件の事故が発生している）。
- 一般病院で精神科をもたない病院における自殺者のうち精神科を受診していたのは3割にも満たない。
- 一般病院で精神科をもたない病院の5%、精神科病床を有する病院の43%でしか自殺事故予防のための研修が実施されていない。

<自殺は病院内での主要事故のひとつであり、リスクマネジメントの必要性が高い>

1.2.2. 自殺防止に関する教育プログラム

認定病院患者安全推進協議会は「院内自殺の予防と事故対応に関する検討会」を定期的に実施している。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所は「精神科医療従事者自殺予防研修」「心理職自殺予防研修」などのプログラムを提供している。

1.2.3. 自殺と「うつ病」、「身体疾患」の関係

「自殺実態白書 2008」²⁾によると、自殺で亡くなるときに、一人が抱えていた危機要因は平均4.0であり、自殺に至る理由は単純ではないとされる。危機要因全体の7割が上位10要因に集中し、「うつ病」「身体疾患」が含まれる。**自殺者の72%が相談機関を訪れており、相談先の58%が精神科、25%がその他の医療機関である。**医療機関以外の相談先の割合は小さく、公的相談機関4%、職場3%、法律の専門家3%に過ぎない。この事実からは、医療機関が自殺予防に積極的に関わることが必要だと感じ取れる。「自殺実態白書 2013」³⁾では、相談を受けた医療機関が、カルテに患者のストレスを克明に記載し、患者の抱えている法的問題の存在を把握しているものの、法律専門家と連携するシステムが存在しない、または不十分であることが指摘されている。つまり、問題は認識しているもののそこにとどまっているのが実態である。

警察庁の統計⁴⁾も、健康問題が自殺に及ぼす影響を指摘している。2013年の自殺者総数27,283人のうち、原因・動機特定者は20,256人であり、その原因・動機の中では「健康問題」が最多であった。健康問題の中では、「うつ病」に次いで「身体の病気」が要因となっており、精神科以外の診療科でも自殺対策が重要であることを示している。

1.2.4. インシデントレポートから把握する自殺事故件数：一医療機関を例に

筆者の勤務する大学病院では、入院患者の自殺事故は年間0.7件前後発生している。そのほとんどが慢性の身体疾患での入院中に発生し、治療中の疾患についても死が差し迫った状態ではなかった。年間1件未満の件数から結論を出すことはできないことを承知の上であるが、3件の入院患者の自殺事例からいえることは、精神科領域以外の自殺事故については、ハード面での予防対策がほとんどなされていないということである。一般病棟は出入りも自由であり、持ち込み物の制限もない。精神科病棟は、これとは対照的にハード面での自殺リスク対策が進んでいるため院内での自殺事故は発生していない。

表2：京都大学医学部附属病院：インシデントレポート中の自殺に関する報告数

	2011年1月～2014年10月（報告件数）	全報告数に占める割合（％）
全体	31,543	—
自殺	4（入院3、外来1）	0.012%
自殺未遂	12（入院11、患者の家族1）	0.038%
自傷	9（入院9）	0.029%

MEMO 医療機関内でのハード面の自殺対策

一般病院（精神科以外という意味）での自殺事故は病院敷地内での発生が全体の7割である¹⁾。自殺の手段は縊首と飛び降りが7割以上を占めている。病院内での自殺が多発場所は、病院の屋上や高層階のベランダ、窓、あるいは、紐状のものがひっかかりやすく、人目に付きにくい場所である。前者については、容易に立ち入れないような工夫を行い、後者については、人目につきにくい場所（個室の病室を含む）にフックやむき出しの配管などがないかどうか、という点に注意を払う。休日の外来エリアのトイレなどは要注意である。

リスクを完全に排除することは難しいにしても、工夫の余地がないかという目で再確認するとよい。しかし、数少ない専門家だけでチェックするには限界がある。職員研修などを通じて職員一人ひとりのリスク感性を高め、全員で患者安全に取り組みたい。

MEMO 自殺と自死「言い換えではなく使い分けを」

2007年、自殺、自死という言葉について、NPO法人全国自死遺族総合支援センターから、行為を表現するときは「自殺」を、遺族や遺児に関する表現は「自死」を使うよう提言があった。本冊子では、この提言に従った表記に統一している。

1.3. 海外の状況：患者安全の視点からの自殺への取り組み

1.3.1. 患者の自殺と民事訴訟

米国では、患者の自殺は医療訴訟に至ることが少なくない。患者の自殺予防のみならず、医療者の訴訟リスクを減少させることも必要とされる⁵⁾。訴訟リスクを下げるためには、情報収集を行うこと、コミュニケーションをとること、これらの活動を記録しておくことが重要である。この対策自体が自殺リスクの減少にもつながる。

医療訴訟のリスクを下げるためのリスクマネジメント⁵⁾

1. 情報収集と分析
 - a. 自殺リスクのアセスメントと治療計画
 - b. 過去の治療歴・診療情報
 - c. 臨床症状と治療に関する最新情報
2. コミュニケーション
 - a. 患者
 - b. 患者以外
 - i. 医師・診療チーム
 - ii. 家族・サポートシステム
3. 記録
 - a. 自殺リスクのアセスメント
 - b. 患者ケアプランとその決定過程

MEMO プロフェッショナリズムと自殺予防：Stay professionally current.

医療者は、プロとして、常に新しい情報を入手し、知識を更新し、自殺のリスクを有する患者のアセスメントや治療の時流についていくよう努める。プロである医療者は、自己の限界を知り、必要時に他人に援助を求めなければならない。

以上のような心得は、筆者が今回参考にした米国⁵⁾やカナダ⁷⁾の患者安全や自殺対策の文献に登場した文章である。いずれにおいても、医療者間の情報共有の大切さが繰り返し強調されていた。「自殺」問題は、決して精神科領域だけのものではない。医療に関わるということは、「死」を身近に考え、語ることである。医療者が死を遠ざけてはいけぬ。精神科領域以外の医療者が死に対する「素人」であってはいけない。必要時に専門的判断や治療を仰ぐことはもちろん重要なことだが、「専門家」に丸投げをしたり、自分に関係ないと関わりを持たないのではなく、「死」について患者や他の医療スタッフと考えていくという姿勢が全てに医療者にとって大切だ、というメッセージが伝わってきた。

MEMO 患者の自殺訴訟：日本の場合

日本精神神経学会理事による精神神経学雑誌巻頭言⁶⁾から、日本における患者の自殺訴訟の現状を考えてみたい。

これは、外来通院中の患者が診察中に診察室から飛び出て病院内で自殺を企図、数十分後に発見されたが医師が戻らないまま約 3 年後に死亡した事例である。これに対して、患者家族が病院を相手取って損害賠償の訴えを起し、一審、二審ともに病院が敗訴となった。この自殺訴訟の司法判断に対して、日本精神神経学会が「外来精神科医療における自殺に関する見解」を出し、外来精神科医療において、自殺や自傷行為に対して自殺の予防策を講じたとしても、それは医学的に対応可能な範囲であり、自殺や自傷行為を完全に防ぐことはできない」と注意義務の限界について見解を公表している。

この巻頭言の中で心に残る文章を紹介したい。「不幸にして自殺があると（・・・中略）、医療者側も深い悲しみと無力感におそわれる。そして、**いつの間にか原因究明も十分にされることもなく、あたかも例外的な事例として頭の隅に追いやってしまうことが多い。**ただ、ひとたび訴訟があると今回のように司法判断が精神科医療の一般常識からかけ離れてしまっていると度々感じさせられる。しかし、これまで**我々精神科医が言うその一般常識をきちんと整理してわかり易く文章化してきたか**と言うと、**あまりにも少なく、双方で共通言語を持ち合わせていないことに気付かされる。**」「今回の訴訟を通して学ぶことは、裁判に負けたことではなく、**患者個別の治療計画を考える上で、リスクアセスメントに基づき、患者の特性に応じた個別対応をきちんと行っていれば、事態は違っていただのではないか**ということである。それは日常診療の中で、**自殺の危険因子や生活史に見られる自己破壊傾向についてのチェックをあらかじめきちんと行い、さらに不幸にして自殺した事例についての心理学的剖検を徹底的に行う**ことに尽きる。」

この巻頭言から学ぶことは、「事故から学び、対策に活かす」という医療事故対応にとっては当たり前のことを自殺事故にも適用して実施していかなければならないということである。そして、精神科医師のみならず、病院の管理者が、自殺事故は調査や検証を要するものであるという認識を持たなければならない。これは、患者安全のための行動であり、訴訟を回避するためではない。しかし、結果的に訴訟リスクを減らすことにもつながり、医療者側にとっても利益になる。先に米国の対応として紹介した「医療訴訟のリスクを下げるためのリスクマネジメント」は、そのまま日本にも当てはまる。

1.3.2. 自殺および自傷の防止：カナダ患者安全教育プログラム

カナダの自殺者数は、年間 3500 人であり、人口 10 万人あたり 10 人である（2006 年）⁷⁾（注：日本では同じ 2006 年の統計で人口 10 万人あたり 25.2 人である）。カナダ患者安全研究機関（Canadian Patient Safety Institute）は、自殺事故を患者安全上の深刻な問題であると捉え、医療者向けの「自殺リスクアセスメントガイド」を作成した⁷⁾。

■ リスクアセスメント

図 5 に示すように、まず、一人ひとりのリスクアセスメントを行う際に、その人の背景に存在するリスク因子と防御因子に目を向ける。リスク因子は自殺リスクを高める方向に、防御因子はリスクを下げる方向に働く。ただし、リスク因子の存在だけではリスクが実際に切迫しているとはいえず、ここに警告サインが加わって自殺の危険が一気に高まるとしている。リスク因子だけの段階では、カウンセリングを勧めたり、警告サインの出現の有無をモニタリングすることによい。しかし、警告サインが現れたならばメンタルヘルスの専門家の関与が必要となり、サインの数が増加するとリスクはより切迫していると考えられ、緊急対応を行う。

防御因子の例を挙げる。家族や社会との強いつながり、問題／紛争解決能力、帰属意識／自我意識／よい自尊心、文化的／精神的／宗教的なつながり、将来の目標があること、余暇の活用などである。ただし、ひとたび警告因子が出現したならば、防御因子が自殺リスクを下げてくれるだろうと解釈してはいけない。

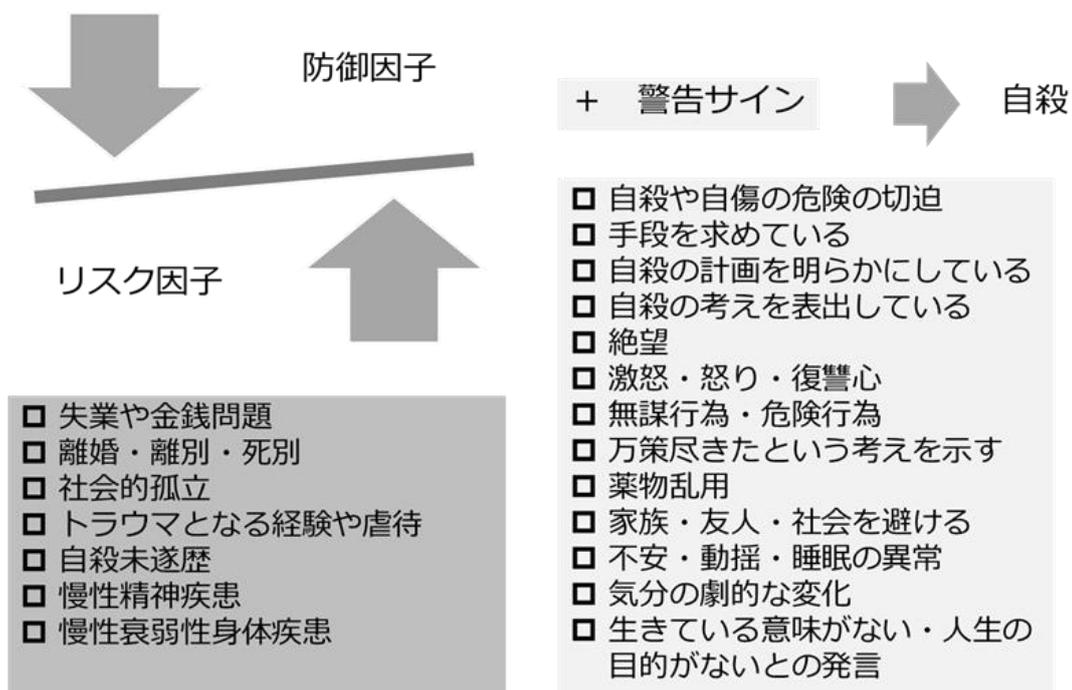


図 4 自殺に関わるリスク因子と防御因子、および自殺につながる警告サイン
(注：カナダ患者安全研究機関の自殺リスクアセスメントガイドを基に筆者が作成)

■ アセスメントを行うための4つの原則

医療者自身にも課題がある。ゆっくりと患者の話を聴く時間がなかったり、他の医療者に援助を求めることが難しかったり、シフトの交替や配置換えなど様々な理由が立ちはだかっている。このような状況の下では、自殺リスクのアセスメントが機械的になったり、患者の苦悩に向き合わず、単にトリアージやサービス提供のみに目を向けがちになったりする危険がある。

1つ目の原則は、医療者と患者との良好な関係性を保つことである。信頼関係を持つことによって、自殺リスクのアセスメントも円滑に実行できる。良好な信頼関係を持つためには、患者自身にどのようにしてほしいのか希望を尋ねてみたり、リスクアセスメントは患者の不安感を減らすために必要であることを説明したり、共感的に傾聴したり、患者の“ものがたり”に時間をとって耳を傾けたり、患者自身が備えている力を強調したり、話しやすい快適な環境を提供することが重要である。患者が興奮やパニックにある状況では、穏やかな口調で話しかけることによって、患者自身がそれに応じて自分の振る舞いを変えていくことにもつながる。

2つ目の原則は、コミュニケーションと協力である。患者は入院の場から退院へ、またある担当者から別の担当者へと引き継がれていくが、そのような場合でも自殺リスクに関する情報が引き続き共有されることが重要である。コミュニケーションの相手は患者自身、患者をサポートする家族ら周囲のもの、患者を支える医療者である。自殺リスクを有している患者にサポートし続けることは、医療者側にとっても精神的な負担が大きいいため、医療者自身にもサポートが必要である。

3つ目の原則はアセスメントの記録である。①現状の自殺リスク、②過去の自殺企図や自傷歴、③リスク因子・防御因子・警告サイン、④自殺の意図があるならばその程度、⑤自殺行動があればその後の患者自身の反応や気持ち、⑥より致命的な手段を選択した自傷行為や自殺行動があれば具体的にその手段を、⑦以前に自殺行動や自傷行為をおこなったときと同じような状況になっていればその状況を、⑧家族や友人らの自傷や自殺歴があればこれを記録する。

4つ目の原則は自殺に対する文化的背景²に目を向けることである。自殺がタブー視されている文化の中で、自殺を語りたくても語ることができない患者もいるかもしれないと理解しておく。

MEMO 患者への尋ね方⁷⁾

日本に限らず、どの国でも、自殺のことを患者に尋ねることは難しい。カナダのアセスメントガイドにも、患者へ尋ねるときの留意点が記載されている。一般的には婉曲的に尋ねるよりも直接的に尋ねたほうがよいとしている。ただし、尋ねられた側が答えやすいように質問の仕方に工夫があったほうがよい。若年者に対しては「子供のころは、誰もがよく孤独を感じたり、自分を傷つきたいと思うようなことがあるのですが、**あなたは**どう感じますか？」など、正直に話しやすい尋ね方にする。年配者は自殺の意図を直接的に訴えず、身体の不調や絶望感として訴えることが多く（眠れない、体重が減った、痛みなど）、医療者が自殺の意図を直接尋ねなければ、医療者には話さないことを理解しておくとうよい。自殺の話を持ち出す際には、自殺に対する道徳観や嫌悪感を出さず、年配者が心を開きやすいようにする。筆者はこれを読んで、そのまま日本にも当てはまることを痛感した。

² 一般的には宗教の影響が大きいとされる。

■ 文献

- 1) 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：患者安全推進ジャーナル 別冊院内の自殺対策のすすめ方、2011
- 2) 自殺実態解析プロジェクトチーム：自殺実態白書 2008【第二版】、NPO 法人自殺対策支援センター ライフリンク、2008
- 3) NPO 法人ライフリンク：自殺実態白書 2013【第一版】、2013
- 4) 内閣府自殺対策推進室 警察庁生活安全局安全企画課：平成 25 年中における自殺の状況、2014
- 5) Melonas, JM: Patient at risk for suicide: Risk management and patient safety considerations to protect the patient and the physician. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8: 45-49.
- 6) 松田ひろし：自殺訴訟について思う. *精神神経学雑誌* 2010; 112 : 839
- 7) Perman, CM, Neufeld E, Martin L, Boy M, Hirdes JP: Suicide Risk Assesment Inventory: A Resorce Guide for Canaedian Health care Organizations. Toront, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute. 2011

(松村由美)

2.1. 自殺予防-現状と対策

2.1.1. 日本の自殺対策が本格化した経緯について

日本は先進諸国（OECD 加盟国）の中で自殺率が高い国である。世界保健機関(WHO)の統計によると、先進諸国の自殺死亡率（人口 10 万対）は日本 20.0、フランス 10.1、ドイツ 11.9、カナダ 12.2、米国 11.3、英国 6.8、イタリア 4.7 となっている¹⁾。国際比較のデータでは、旧ソビエト連邦に属する国や東欧地域の諸国の自殺率が高い傾向が認められる。また、東アジアでは日本と韓国の自殺率が相対的に高い。韓国は 1990 年代前半までは自殺率は高くなかったが、1996 年の金融経済危機とその後の経済のグローバル化の急速な進展により、自殺率が増加し自殺高率国となったことが知られている。

日本で自殺予防が社会的問題として認識され始めたのは 1998 年に自殺者数が急増したことが契機となっている。1997 年の自殺者数は 2 万 4,391 名であったが、1998 年の自殺者数は 3 万 2,863 名へと増加したのである。自殺が個人的問題であるならば、このように自殺者数の急増が起きることは考えられない。急増した自殺者の特徴を分析すると、年齢別では 45 歳から 64 歳までの中高年男性の増加が顕著であり、職業別では自営者、被雇用者の増加率が高く、無職者の中では失業者の増加率が高かった。渡部良一らの報告によると、1998 年の自殺者数の急増は失業に代表される雇用・経済環境の悪化である可能性が高い²⁾。特に 1997 年から 1998 年にかけては経営状態が悪くなった金融機関による「貸し渋り・貸し剥がし」が中小零細企業の破綻の引き金となり自営者の自殺を増加させたと指摘している。

しかしながら、この自殺者数の増加という社会現象はただちに国が自殺対策を進めることには結びつかなかった。国が自殺対策基本法を成立させ施行したのは 2006 年 10 月のことであり、1998 年からすでに 8 年が経過していた。

自殺対策基本法の成立の背景には、自殺問題を社会の課題として捉えるべきとの国会議員、民間団体、学者などの関係者の強い決意と行動があった。2005 年 7 月の参議院厚生労働委員会の「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」の実現、これを受けての同年 9 月の自殺対策関係省庁連絡会議の発足は自殺対策の法制化に向けて大きな推進力となった³⁾。また、2006 年春には民間団体の「自殺対策の法制化を求める 3 万人署名」活動も行われ、2006 年 6 月 15 日に自殺対策基本法は成立した。

2.1.2. 日本の自殺の現状

平成 26 年度版の自殺対策白書で報告されている自殺統計の中をもとにわが国の自殺の現状を概観する¹⁾。人口動態統計では、平成 25 年の自殺者数は 26,443 人（男性 18,485 人、女性 7,948 人）である。平成 15 年には自殺者が 32,109 人であったので、このピーク時と比較して平成 24 年は 17.6%の減少を示したことになる。平成 25 年における原因・動機別の自殺者数を見ると、60 歳代と 70 歳代では「健康問題」がもっとも多く、次いで「経済・生活問題」である。40 歳代・50 歳代でも「健康問題」、「経済・生活問題」の順であるが、40 歳代・50 歳代では「経済・生活問題」の比率が相対的に高く、中年層では経済・生活問題への取組が

より一層重要であると考えられる。

配偶関係別の自殺死亡率の状況を見ると、すべての年齢層について男性においては、死別、離別は有配偶者と比べて自殺死亡率が高い傾向にある。ただし、60歳以上では、30～50歳代と比べて自殺死亡率が低い。男性において配偶者との死別・離別は30～50歳代において特に自殺のリスクを高める要因となることが推測される。これに対して、女性においては、有配偶者と比べて死別・離別は自殺死亡率が高いものの、男性と比較して、その影響は小さいように思われる。また、死別・離別の自殺死亡率の影響は20歳～30歳代において大きいですが、50歳代以降はその影響は相対的に小さくなる。

平成27年1月15日に、警察庁と内閣府から平成26年の自殺統計の速報値が公表された。平成26年の自殺者数は25,374人であり、前年と比べて1,909人(7%)の減少だった。年代別では60歳代が最も多く4,018人だった。原因動機別では、健康問題や経済・生活問題が減少を示した。

2.1.3. 京都府の自殺の現状について

平成27年1月15日に公表された速報値によると、平成26年における京都府の自殺者数は471人であり、対前年比で47人減少している(約9.1%減少)⁴⁾。人口10万人あたりの自殺死亡率は18.0であり、対前年比1.8ポイントの減少である。平成10年以降で京都府の自殺者数が最も高かったのは平成12年の696人であり、これと比較して平成26年の自殺者数は225人(32.3%)の減少を示している。

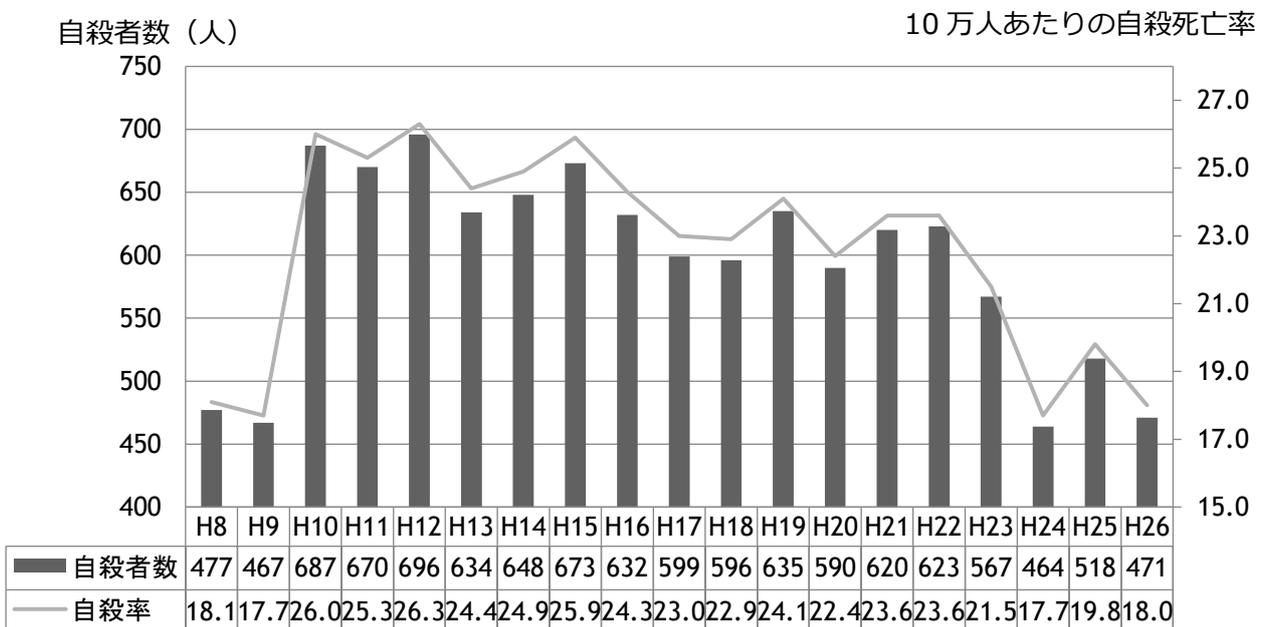


図1 京都府における自殺者数の推移

平成27年1月15日現在(平成26年は速報値)。平成25年までのデータは http://www.pref.kyoto.jp/yorisoi/_genjo_h25.html に掲載されている。

2.1.4. 地域自殺対策緊急強化基金とその評価

自殺対策の推進の主体となるのは、地域、職域、学校、病院などの具体的な生活の場の関係者である。とくに、地域は人々の生活の基本的な場として最も重要であり、地域における自殺対策の推進を強力に図ることが、結果として国全体の自殺対策の推進につながる。

このような背景のもとに、地方自治体の自殺対策を強化するために、平成 21 年度補正予算において 100 億円の地域自殺対策緊急強化基金が造成され、都道府県における総合的な自殺対策の強化がなされた⁵⁾。事業メニューとして示されたのは、次の 5 つである。① 対面型相談支援事業、② 電話相談支援事業、③ 人材養成事業、④ 普及啓発事業、⑤ 強化モデル事業。これに加えて、平成 22 年度から厚生労働省分の予算として「うつ病医療体制強化事業」が追加された。これらの事業は地域の実情を踏まえて自主的に取り組む地方公共団体の対策や民間団体の活動等の支援により、最終的な目標として「地域における自殺対策力」を強化することを目的としている。

基金が創設されて 3 年が経過したことを受けて、平成 24 年度には内閣府に「地域自殺対策緊急強化基金評価・検証チーム」が編成され、平成 23 年度までの効果検証が行われた。平成 25 年 7 月には、新たに自殺対策検証評価会議が設置され、中立・公正の立場から自殺対策の施策の実施状況、目標の達成状況等の検証を行うことになった。平成 25 年 11 月には自殺対策検証評価会議の報告書が公表された⁶⁾。

報告書によると、多くの制約はあるものの、人口規模の小さな自治体において、基金による事業が自殺率の低下に一定の効果がある可能性が示された。このことは、地域に着目した対策の強化という対策の有効性を示しているものと考えられる。

2.1.4. 自殺対策のための戦略研究の成果

平成 18 年 7 月から 3 年半にわたり行われた地域介入研究は厚生労働科学研究費補助金の「自殺対策のための戦略研究」として行われたものである。この大規模研究では、自殺死亡率が長年にわたって高率な地域を介入地区とし、通常の自殺予防対策を行った対照地区と比較して、自殺企図の発生（自殺死亡者及び自損行為（重症ないし中等症）による救急搬送者の頻度）に効果があるかどうかを検討したものである⁷⁾。

介入地域のうち、自殺企図の減少が有意に認められたのは長年にわたり自殺率が高率な地域（青森地域、秋田地域、岩手地域、南九州地域の 11 地区:人口 631,133 人）であり、その効果は男性および 65 才以上の高齢者で明確であった。これに対して、女性および若年者では、はっきりとした効果が認められなかった。一方、人口規模の大きな都市部（仙台地域、千葉地域、北九州地域の 6 地区:人口 1,319,972 人）では、自殺企図の発生率は対照地域と比較して同等で、有意差が認められなかった。

以上の結果は、我が国の農村部を中心に開発されてきた複合的地域自殺対策プログラムは人口規模の小さい自治体においては効果が認められるが、人口規模の大きい大都市部には認められないことを示している。

Q1 「介入」とは具体的にはどのようなことをされたのでしょうか。

A1 地域の自殺予防に関する過去の研究成果をもとに、一次から三次までの効果的とされる自殺予防対策を複合的に組み合わせたものです。一次予防の介入としては住民に対する普及啓発事業やゲートキーパー養成事業などです。二次予防としてはハイリスク者のスクリーニングやスクリーニング後のフォローアップ、三次予防としては自死遺族支援などです。そのほかに統合失調症や物質関連障害等の精神疾患による自殺予防や職域へのアプローチなども行われました。

Q2 男性と高齢者に有効な介入が女性や若年者には有効でないということですが、この違いについて、どのような考察がなされているのでしょうか。

A2 女性や若年者に効果が認められなかった理由についての説明は難しく、研究論文では明確な考察はなされていません。以下は筆者の個人的な考えになりますが、自殺のリスクに性差や年齢差があることは知られており、社会的役割の違いや感受性の違いといった要因が可能性としては考えられます。地域における介入が中心だった研究であることから、地域に密着度の低い若者には効果が及ばなかった可能性も考えられます。

2.1.5. 身体疾患におけるうつ病のリスク

医療機関（病院）は自殺予防においても重要な役割を果たす場である。身体疾患患者のうつ病の有病率については、悪性腫瘍（22~29%）、アルツハイマー病（30~50%）、心疾患（17~27%）、脳血管疾患（14~19%）頭痛（30~54%）と報告されている⁸⁾。また、わが国の一般地域住民を対象とした調査で、うつ病患者のうち、医療機関を受診していた人は29.0%で、精神科受診が18.9%、一般医（身体科診療科）を受診していた人が12.7%という結果が示されている。うつ病は自殺のリスク要因であり、うつ病を併発している身体疾患患者の管理において、自殺はつねに念頭に置く必要がある。精神疾患と自殺については、地域の自殺死亡者の精神障害有病率を推定した報告では、自殺者全体の90%に精神障害があったとされ、うつ病圏が最も多く46%、ついで、統合失調症圏、アルコール・薬物依存圏と報告されている⁹⁾。精神科関係者には入院患者の自殺は日常的な課題と認識されている。

2.1.6. 自殺予防における病院の役割、地域との連携

患者が病気を治療する場である病院は自殺予防の場としても重要である。患者はいかなる病気であれ罹病に伴う悩みを抱えており、自分の病気や死への不安の中で日々で過ごしている。一般病院および総合病院内の自殺事故の実態については、(財)日本医療機能評価機構による調査がなされ、「病院内における自殺予防」の提言がなされている¹⁰⁾。回答のあった一般病院・総合病院（575）のうち、117病院（29%）が過去三年間に自殺があったと回答し、総件数は347件だった。疾病別では悪性腫瘍が最も多かった。また、自殺の手段としては、一般病院では「高所からの飛び降り」（40%）が最も多く、次いで「縊首」（36%）だった。一方、精神科病院・精神科病床を有する病院では「縊首」（50%）が最も多く、次いで「高所からの飛び降り」（20%）だった。縊首については、タオルや衣類などの日用品が使用されていることから、病院内の設備や備品などの環境整備を行う必要性が指摘されている。

病院という場における自殺予防は、病院内の事故や安全対策という視点だけでなく、本来の自殺対策の理念である「健康でいきがいをもって暮らすことのできる社会の実現」、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」という視点から捉えるべきだろう。医療・保健・福祉の専門家が集まる病院（医療機関）の高い専門性を考慮すれば、自殺対策の理念・方法の啓発や自殺の現状の把握は地域や職域と比べて容易であるように思われる。

うつ病の地域連携については、医療における地域連携と精神保健における地域連携に整理して理解することが必要である。厚生労働省から示された精神科医療の地域連携の目指すべき方向性は以下の5点である¹⁾。

- (1) 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
- (2) 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援などの総合的な支援を受けられる体制
- (3) 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
- (4) 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
- (5) 医療機関などが、提供できるサービスの内容や実績などについての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

伊藤は精神科医療の連携について、垂直連携と水平連携の二つがあると指摘している¹¹⁾。垂直連携とは、治療・回復・社会復帰における連携という縦の連携であり、水平連携とは身体科医療と精神科医療という横の連携（精神科医療へのアクセス）である。垂直連携では統合失調症やうつ病の精神科救急・急性期医療と回復・社会復帰を担う地域医療との連携を切れ目のないとするのである。「入院医療から地域医療へ」の政策転換の鍵がこの垂直連携であり、医師、保健師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士などの多職種がチーム医療を実践することで、地域精神医療の充実を実現しようとするものである。

一方、水平連携とはかかりつけ医や身体科医や地域・職域・地域保健と精神科医療との連携のことであり、かかりつけ医と精神科医、身体科専門医と精神科医の連携が中心になる。各地で先駆的に精神科医療における GP ネットが構築されているが、これは水平連携を強化する試みと位置づけられる。

精神科医療における地域連携において重要となる場が地域連携会議である。そして、地域連携を具体化するツールとして地域連携クリティカルパスがある。精神科医療における地域連携を具体化していくためには、各地で地域連携会議と地域連携クリティカルパスを活用することが重要である。

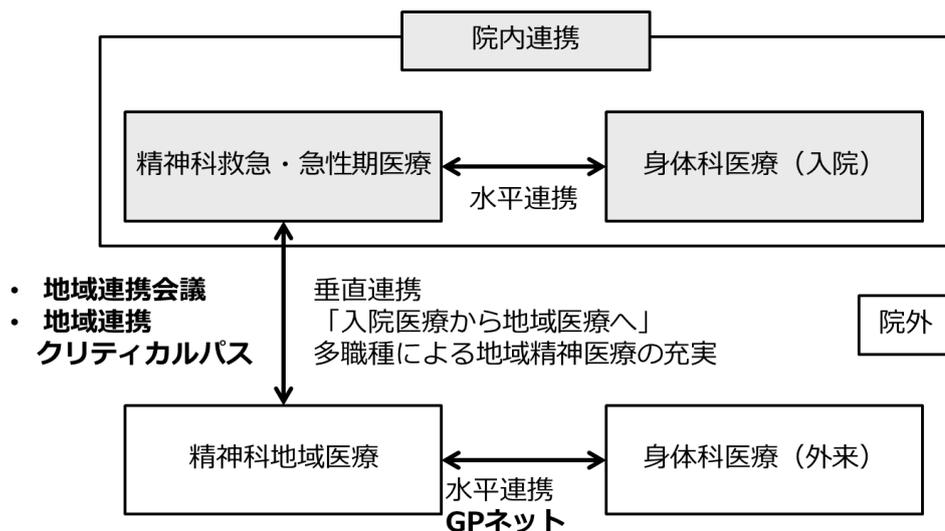


図2 精神科医療の垂直連携と水平連携

精神科医療と一般科医療をつなぐことによって、患者への対応能力が向上する。一般科と精神科の横のつながりである水平連携を外來の場で推進する活動が GP ネットである。また、必要時に地域の精神科地域医療入院から通院へと言う縦の垂直連携を支えているのが、地域連絡会議と地域連携クリティカルパスである。

MEMO GP ネット（General Physician-Psychiatrist Network）とは

一般科医と精神科医との連携。患者はうつ病に罹患した場合、精神科を受診する前に身体の不調などを訴え、一般科医を受診することも多い。また、一般かかりつけ医に受診中の患者がうつ病を罹患することもある。両者の連携が進むことによって、一般かかりつけ医のうつ病への理解が深まり、うつ病の診断技術や対応能力の向上につながると思われる。患者のうつ病に早期に気付くことができれば、精神科医に適切なタイミングで紹介することができ、これによって、自殺者数の減少につながると期待されている。

Q3 誰が中心になって、地域連携会議をコーディネートするのでしょうか。

A3 病院内で地域連携の役割を担う主体は多様であり得ます。精神科病棟・外来、看護部直属専門看護師チーム、院長直属リエゾンチーム、身体科治療チーム内の医師や看護師、地域連携室などがこの役割を担います。病院と地域との垂直連携では、病院ならびに在宅医療の連携担当者となり得ます。

Q4 地域連携クリティカルパスを利用すると医療機関にとってメリットがありますか。

A4 精神科医療において地域連携クリティカルパスを利用することにより、退院支援が円滑に行われるようになる、入院中からの地域スタッフの関与が可能になる、退院前のクライシスプランの策定が可能になる、在宅治療中の服薬中断が防止できる可能性がある、アウトリーチなどの積極的な地域ケアが可能になる、再入院経験の総括が可能になる、などのメリットがあります。

■ 文献

- 1) 内閣府：平成26年版自殺対策白書。内閣府、平成26年6月、東京
- 2) 渡部良一、他：自殺の社会経済的要因に関する調査研究報告書。平成18年京都大学、平成18年、京都
- 3) 本橋豊：自殺が減ったまち 岩波書店、東京、2006
- 4) 京都府：平成26年の自殺者数について。平成27年1月15日
- 5) 本橋豊：地方自治体の自殺対策の効果の評価と今後の展望。公衆衛生、78(4): 236-240、2014
- 6) 自殺対策検証評価会議：平成26年度自殺対策検証評価会議中間とりまとめ、平成26年7月、内閣府。
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kensyouthyouka/pdf/chukan.pdf>
- 7) 大野裕、他：「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究 NOCOMIT-J」を終了して：研究成果と今後の課題。ストレス科学 29(1): 1-17, 2014.
- 8) Evans DL, et al: Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry 58(3): 175-189, 2005.
- 9) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害：生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討。精神経誌, 96(6): 415-443, 1994.
- 10) 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。提言 病院内における自殺予防。
<https://www.psp.jcqh.or.jp/readfile.php?path=/statics/teigen/teigen200704170313913.pdf>
- 11) 伊藤弘人：精神疾患に関する医療計画。シンポジウム「医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？」第108回日本精神神経学会学術総会。
<https://www.jspn.or.jp/journal/symposium/pdf/jspn108/ss176-183.pdf>

(本橋 豊)

2.2. 京都市の「くらしとこころに関する総合相談事業」について

2.2.1. はじめに

自殺に至るまでには、平均して 4 つほどの危機要因を抱えていると言われている¹⁾。一方、自殺を考えるほど悩んでいる人たちは、複数の問題についてそれぞれ別の相談機関を訪れるような余裕はなく、またどこで相談してよいかもよく分からない状態に陥っていると考えられる。このようなことから、自殺対策として、複数の問題について一度に相談できる場を作ることが有効であると考えられている。

京都市では、京都市自殺総合対策連絡協議会（現在は「京都市自殺総合対策連絡会」）の構成団体の協力のもとで、平成 23 年度に試行した上で、平成 24 年度から「きょう・ほっと・あした～くらしとこころの総合相談会～」を定期的開催している。これは、一つの相談会場で弁護士、僧侶、心理士、保健師、労働問題の専門員、教育の専門員、自死遺族サポートチームの 7 つのブースを設け、それぞれに総合的に相談できる場である。

平成 24 年度は 6 月から実施し、13 回の開催（6 月以降の毎月 1 回：平日の午後 1 時～4 時で一人 30 分×4 枠、および 9 月、12 月、3 月の土曜日午後 1 時～4 時）で、延べ 107 名が相談に来られ、193 件の相談があった。平成 25 年度からは開催時間を延長して、毎月、平日午後の相談会を午後 2 時～7 時として一人 45 分×5 枠とし、土曜日午後の相談会も年 3 回は同様であるが、午後 1 時～5 時とした（年間で 15 回開催）。その結果、延べ 226 名、350 件の相談があった。平成 26 年度も平成 25 年度と同様の開催方法であるが、12 月までの 11 回で延べ 125 名、197 件の相談がある。枠を増やした 25 年度以降では、毎回 13.5 名が相談に訪れ、一人平均 1.6 件の相談を行っていることになる。なお、相談は予約優先であるが、当日来所でも枠に余裕があれば相談を受け付けている。複数の相談については、相談に来られた人たち（以下「相談者」）が初めから希望されている場合もあれば、相談する過程で相談員から他のブースでの相談をすすめられたり、相談者自身から追加で希望されたりする場合もあり、可能な限りそれに応えることとしている。

このようにして、これまでも多くの相談を行ってきたが、この相談会が自殺を防ぐことに貢献していくためには、実際にどのような相談のニーズがあるのか、今後何を充実させるべきか、多くの市民の相談を受けるための工夫はあるか、といったことを検討する必要がある。それには相談者の傾向を把握しておくことが重要と考えられる。そこで、平成 25 年度の実施状況について調査・分析した。

2.2.2. 方法

当日の問診票や相談記録をもとに、性別、年齢、職業等の全相談者の基本的な属性を調査した。

また、相談者には相談終了後にアンケートを配布し、可能な範囲での回答をお願いしている。ここでは、相談会を利用した感想、相談会の流れがスムーズであったか等のほか、睡眠の状況、借金の有無、生活費の余裕、自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうかについて質問している。このアンケートに回答のあった相談者についてさらに詳しい分析を行った。

なお、倫理的配慮として、データを抽出・整理する段階において番号で扱い、個人情報特定できないようにした。

2.2.3. 結果

1) 相談者の属性

性別は女性の方が多く男性の約 2 倍、年代では 40～50 代が多かった。また、職業別では「無職」「パート・アルバイト」が多かった（表 1a～c）。

表 1 相談者の属性 （注）職業別人数については、複数の職業にチェックした人がいるため合計 228 となる。

表 1a 相談者の性别人数

	延べ人数(%)
男性	74(32.7)
女性	152(67.3)
合計	226(100)

表 1b 相談者の年齢别人数

	延べ人数(%)
19 歳以下	0(0.0)
20～29 歳	10(4.4)
30～39 歳	38(16.8)
40～49 歳	58(25.7)
50～59 歳	58(25.7)
60～69 歳	50(22.1)
70 歳以上	7(3.1)
不明	5(2.2)
合計	226(100)

表 1c 相談者の職業别人数

会社員	21
自営業	22
主婦	34
派遣	3
パート・アルバイト	53
他の被雇用者	0
雇用者	0
無職	56
不明	20
その他	19

2) 相談の状況

相談員の中で最も多くの相談を受けているのは「弁護士」の 69 件で、稼働率は 95.8%（年間で 3 枠しか空きがない状況）であった。この他、年間の相談件数で見ると、「心理士」「保健師」といった専門職と、京都市の特色ある相談ブースとして設けた「僧侶」に対する相談が多いのが目立つ。教育に関する相談は少ないが、これについては、教育委員会等による教育相談が以前より行われており、市民にも定着していること、この相談会に関心を持つ層が暮らしや心理面の相談（この相談会のタイトルでもある）を必要としており、教育に関する相談のニーズが少ないことなどが理由として考えられる（表 2）。

表 2 相談ブース別の件数および稼働率*

	延べ相談件数(%)	稼働率
弁護士	69(19.7)	95.8
心理士	66(18.9)	91.7
僧侶	62(17.7)	86.1
産業保健	46(13.2)	63.9
教育	5(1.4)	6.9
保健師	63(18.0)	87.5
自死遺族	26(7.4)	36.1
特例**	13(3.7)	—
合計	350(100)	69.4

*「稼働率」は各相談枠の年間総数 72 に対する相談数の比(%)。合計の稼働率は年間全相談枠 $72 \times 7 = 504$ に対する比。

**「特例」は、当日予約外の相談者等で相談枠に収まりきらない場合、担当の市職員が対応した件数。

3) アンケートの回答から

相談会終了後のアンケートは、合計 198 名からの回答があったが、設問ごとで無回答も多いため、無回答を除いた回答の傾向についてまとめた。それによると、回答者の約 3 割に不眠があり、その 3 分の 2 程度は 2 週間以上続く不眠である。借金があるのはおよそ 8 人に 1 人、生活費に困っている人は 4 人に 1 人、今自殺したいほどしんどいと思っている人は 3 人に 1 人ということになる(表 3)。

また、このアンケートの質問について、夜眠れていない、借金がある、生活費が足りていないという回答と、さらに問診の段階で聴取した何らかの病歴があるかどうか(身体疾患・精神疾患を含む病歴)を「生活上のリスク」とした。そして、このような生活上のリスクを抱えている人が、自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうかについてクロス集計を行い、オッズ比を算出した(表 4)。また、複数のリスクをかかえている場合について、「借金がある」「生活費が足りていない」という問題を「暮らしの問題」、「夜眠れていない」「何らかの病歴がある」を「健康の問題」として、同様に自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうかについてクロス集計を行い、オッズ比を算出した(表 5)。生活上のリスクを複数抱える人が、相談会でどの専門家に相談を行っているかについても調査した(表 6)。

このような生活上のリスクのある人は、他の相談者と比べて「自殺したい」と考えている傾向が目立つが、特に健康の問題のある人について、その傾向が顕著である。また複数の問題のある人ではさらにその傾向は著しくなり、暮らしの問題と健康の問題の 4 項目すべてがある人は、全体から見れば少数ではあるが、自殺したいほどしんどいと考えている人の率は極めて高くなる。また、暮らしの問題のある人は弁護士、保健師等への相談が多く、健康の問題のある人は心理士、産業保健、弁護士等への相談が多い。

表3 相談会終了後アンケートの結果

アンケートの質問項目	回答	人数(%)
夜は眠れていますか (n=171)	はい	116(67.8)
	いいえ	55(32.2)
(夜眠れていない方へ) それは2週間以上続いていますか (n=48)	はい	33(68.8)
	いいえ	15(31.2)
借金がありますか (n=180)	ある	23(12.8)
	ない	157(87.2)
生活費は足りていますか (n=162)	はい	119(73.5)
	いいえ	43(26.5)
今自殺したいほどしんどいと思っていますか (n=151)	はい	52(34.4)
	いいえ	99(65.6)

表4 生活上のリスクを抱えている人が自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうか

	自殺したいほどしんどい (人数)	オッズ比 (95%信頼区間)
生活費が足りていない (n=38)	17	2.0 (0.9~4.2)
借金がある (n=22)	11	2.1 (0.8~5.2)
夜眠れていない (n=44)	23	3.2 (1.5~6.7)
病歴あり (n=66)	33	4.5 (1.8~11.1)

表5 複数のリスクをかかえている人が自殺したいほどのしんどさを抱えているかどうか

	自殺したいほどしんどい (人数)	オッズ比 (95%信頼区間)
暮らしの問題 (n=14)	9	4.3 (1.3~13.9)
健康の問題 (n=22)	14	17.5 (4.0~76.2)
暮らし+健康の問題 (n=5)	4	34.7 (2.9~420.1)

表6 生活上のリスクを複数抱える人がどの専門家に相談を行っているか

	弁護士	心理士	僧侶	産業 保健	教育	保健師	自死 遺族
暮らしの問題 (14人の相談状況)	7	3	1	2	1	5	0
健康の問題 (22人の相談状況)	10	13	5	10	0	9	3

複数の相談を利用しているため、合計は表5と一致しない。

2.2.4. 考察

相談者には無職やパート・アルバイトといった非正規雇用の人が多く、経済的に不安定な人が多く相談に訪れていると言えるであろう。また、相談者は様々な生活のリスクを抱えており、特にリスクの数が多くなればなるほど「自殺したいほどしんどい」と考えている人も多い傾向がある。これは、自殺に至るまでには複数の問題を抱えているという調査の結果と一致する。この相談会は、そのような過程にある人たちが利用していると考えられ、一定の役割を果たしていると考えてよいであろう。

利用状況から、弁護士や心理士、保健師については、予約の段階で枠がいっぱいということもあり、相談当日に他のブースの相談員から弁護士、心理士等の追加の相談が必要であるとされても、あるいは相談者から追加での相談希望があったりしても、対応しきれないことがある。スムーズに相談できるようにすることが、今後の課題と考えられる。

また、「暮らしの問題」がある人が、弁護士以外に保健師や心理士に相談しており、逆に「健康の問題」がある人も、心理士や保健師以外に弁護士への相談が多い。このようなことから、生活や経済的な問題と健康面での問題とは、密接な関係があると推測される。つまり、健康の問題がある場合、背景に生活面での不安があり、暮らしの相談の必要な人が存在し、借金や生活費の問題がある人の中には、心理面でのサポートを必要としている人がいる、ということである。このような場合に、早期の相談が可能であれば、問題の悪化を防ぐことができる可能性が高くなる。このようなことから、総合的な相談会を実施する際には、経済・生活問題を担当する専門家と、心理・健康問題を担当する専門家とは必須であると言えるであろう。

Q1 健康の問題を抱えている方の相談から、医療機関が取り組むべき課題が分かるようであれば教えてください。

A1 当然のことながら、医療機関は健康問題を抱える人が来る場所ですから、自殺のリスクをかかえた人たちが多くいるのではないかと考えられます。特にリスクが高いと考えられるのが、上記のように健康問題のほかに暮らしの問題も同時に抱えている人たちです。また、がんや慢性疾患では繰り返しての入院治療や長期間の治療、休職等が必要になることが多く、治療費がかさんだり、仕事が続けにくくなっていたりと、経済的な問題を抱える人たちが多くなっている可能性が考えられます。このような方々を中心に、可能であれば暮らしの問題についても相談できる（ケースワーク）体制を作ること、もし院内で相談体制ができなくても、院外も含めて相談できる場所があるということ伝えること、さらに言えば、相談してよいという雰囲気を作ることが重要ではないかと考えています。

Q2 男性の相談者が女性に比べて少ないのは、男性は困りごとや悩みを相談しない傾向にあるからでしょうか。それとも開催日時が男性（とくに会社員など）にとって、参加しにくい事情があるのでしょうか。

A2 内閣府男女共同参画局では「悩みごとの解決行動」について調査しています²⁾。この調査によると、「この1年間に悩みごとや困りごとがあった」という人で、その解決のために、相談機関の利用や家族・友人等への相談、解決に向けた様々な情報収集等の行動

を「何もしていない」という人は、男性では 32.0%、女性では 21.1%でした。一般的に男性の方が、援助希求行動が不得手という傾向はあるようです。

また、相談会を開催するにあたって、開催日時と相談者の層の関係はあると考えています。平成 25 年度から平日の相談の時間帯を午後 7 時まで延長しましたが、平成 24 年度と 25 年度を比較したところ、男女比は変わりませんでした（平成 24 年度：男性 35 人【32.7%】、女性 72 人【67.3%】）。しかし、有職者（主婦・無職・不明・その他を除いた人）の相談が、36 人【33.6%】から 99 人【43.4%】へと増加しました。また、平成 25 年度の平日相談と土曜相談で比較すると、男性の相談は、平日の相談者延べ 190 人中 58 人【30.5%】、土曜の相談者延べ 36 人中 16 人【44.4%】、有職者の相談は平日 79 人【41.1%】、土曜 20 人【55.5%】となっています。土曜や夜間に相談を行うことで、男性や有職者が相談しやすい環境を作ることができると考えられます。

■ 文献

- 1) NPO 法人ライフリンク：自殺実態白書 2013、平成 25 年 3 月 Web 版
- 2) 内閣府男女共同参画局：地域における相談ニーズに関する調査、平成 22 年 8 月

（波床将材 伊佐将人）

3.1. 医療機関における自殺予防につながる精神的・心理的関わり

平成 25 年度の警察庁の自殺統計¹⁾によると、自殺の原因・動機として「健康問題」が上位に挙がっている。その他の、経済・生活問題や家庭問題など、いくつかが重なることで自殺のリスクが高まると言われている。また、NPO 法人ライフリンクの自殺実態解析プロジェクトチームは、自殺の「危機要因」となり得るものを 69 個挙げ、「自殺でなくなった人は『平均 3.9 個の危機要因』を抱えていた」と述べている²⁾。そして、調査の対象の全体に共通してみられる 10 大要因を挙げており、その中には**身体疾患**も含まれている。

10 大危機要因 ²⁾	
うつ病	職場の人間関係の悪化
生活苦	身体疾患
家族間の不和	過労
負債	職場環境の変化
失業・就職失敗	事業不振

自殺の「危険因子」として、高橋は、自殺未遂歴、うつ病やアルコール依存症など、精神疾患の有無、サポートの不足、年齢、性別、事故傾性、喪失体験などを挙げている³⁾。「**事故傾性**」は、自身の安全や健康が保てない行動などをとることが含まれる。医療機関においては、例えば、必要な治療を受けなければいけないが、薬の服用や受診を突然やめてしまったりすることなどが考えられる。そのようなとき、その患者さんにかかわる人は、治療の必要性を説明するだけでなく、なぜそのような行動をとろうとするのかということに注意を払い、その人が抱えていることをより深く考える必要がある。「喪失体験」は、身近な人物をなくしたりすることだけでなく、仕事を辞めざるを得なくなるなどの体験も含まれる。慢性疾患やがんなどの治療のため、医療機関にかかる人は、入院や通院を長く続けることが必要となり、生活や仕事の環境が大きく変わることによる「喪失体験」を経験しているとも言える。慢性疾患を抱えるという体験がその人にとってどのような意味を持つのか、医療にかかわるスタッフは考える必要がある。

医療機関においては、患者さんの健康についての問題に触れることとなるが、身体面の治療は、生活や心理面にも影響を与えられられる。慢性疾患を抱えて生きていくこと、治療を続けながらの生活に対する思い、治療に対する不安など、患者は大きな課題に直面することもあるだろう。医療機関においては、自殺のリスクが高い場合だけでなく、**どの疾患においても、精神的・心理的支援を行うことが、自殺予防につながると考えられる。**

自殺予防の段階は 3 段階あり、プリベンション・インターベンション・ポストベンションに分けられている。プリベンションは、すぐの危機が迫っているわけではないが、自殺が起こることを予防する「事前予防の段階」である。インターベンションは、危機介入であり、まさに

自殺の危険が高まっている際の、自殺の危険度の評価や、その際のサポートである。ポストベンションとは、自殺が起こった場合の遺された人への対応である。

自殺予防の3段階

1. プリベンション（一次予防）
2. インターベンション（二次予防）
3. ポストベンション（三次予防）

Q1 実際に自殺が起こった場合の事後の対応を「三次予防」と呼ぶのはなぜですか。

A1 自殺者一人当たりの遺族数は、1993年～2006年までの統計の解析から、平均4.78人とされています^{4,5,6}。身近なひとを自殺で失うことは、自死遺族や周囲の人々にとっての「喪失体験」となり、心理面、生活面、経済面など多くの危機要因を抱えることとなります。三次予防では、遺族や周囲の人への支援を通して自殺を予防することにつながると考えられます。

インターベンション（危機介入）においては、「対象の認識：気づき」、「初期対応：適切な心理的働きかけ」、「危険度の評価」、「具体的支援」の4つの原則というものが挙げられている⁷⁾。患者さんが発する、直接的、間接的なサインに気づき、言葉に耳を傾ける。また、自殺の危険が迫っている場合には、自殺念慮や具体的な計画、手段などについて、話をする。それと同時に、今まで危機的な状況の際に、患者さんがどのように対応してきたかや周囲のサポートの有無といった「保護因子」についても確認し、社会的な資源を導入し、具体的な支援へとつなげていくことが必要であるとされている。

インターベンション（危機介入：二次予防）の4つの原則⁷⁾

- 1) 対象の認識：気づき
- 2) 初期対応：適切な心理的働きかけ
- 3) 危険度の評価
- 4) 具体的支援

自殺の危険が高まっている人に独特の心理が考えられている。孤独感、自殺以外に他の解決策がないと思いつめてしまうといった心理的視野狭窄の状態、怒り、無価値感、あきらめなどが挙げられているが、それが次のように表現されることがある。例えば、自殺について話す、絶望感や孤独感を口にする、実際に自傷行為をする、気持ちが不安定になり、突然涙が出てきたり、怒りやいら立ちを表す、自責の念を感じる、支援は必要ないという態度をとる、よく眠れない、極端に食欲が減ってしまう、いろいろな身体的不調を訴えるなどである。

認定病院患者安全推進協議会は、自殺のリスクアセスメントのためのチェック・リストを紹

介している⁸⁾。大きく4つにわけられ、それぞれに注目する項目が挙げられている。具体的には、「患者の訴え」として、希死念慮や絶望感、痛みや身体イメージの変化についての悩みなど、「既往歴」として、精神疾患の既往歴や、自傷・自殺企図の既往など、「生活環境、ライフ・イベント」として、最近の喪失体験や経済的な問題について、また身近なサポートの有無についてなど、「症状」として、精神症状、抑うつ状態、不安や焦燥、不眠、食思不振、明らかに行動上に変化がある、などのチェック項目である。このチェックリストでは、該当する項目があれば、それ以外の項目についても、「引き続き患者のこころの状態や行動をみていく」ことを勧めている。

高橋は、身体疾患と自殺の関係について、「身体疾患自体が引き起こす中枢神経系の障害、治療に用いている薬物の影響」だけでなく、心理・社会的な視点も含めて、自殺の危険を正しく評価する必要があるとしている。また、自殺の危険の評価に関して、自殺の危険性は「動的な問題であり、静的なものではない」とし、病状などの変化に応じて危険性を評価することの大切さを述べている⁹⁾。危険因子を念頭に置きながら、患者さんのこれまでの生活史、現時点での精神状態の評価、また、周囲のサポートの有無なども含め、自殺の危険性を評価する必要がある。

医療機関において、臨床心理士は患者さんと心理面接という形で関わることもある。その際、治療の過程における不安や揺れる思いを聴き、身体疾患をきっかけに、これまでの生活が大きく変わることが、その人にとって、どのような意味を持つのかということに考えを巡らせる。感じている思いを言葉にして表現することが難しいときには、待つということが必要な時もあるかもしれない。それは、その人にとって大切な時間であり、言葉にならない時間をともにすることも心理士の働きの一つであると考えている。

また、医療機関においては、医師、看護師を始め、いろいろなスタッフが患者さんと関わる。患者さんがそれぞれのスタッフとかかわる際に、治療のつらさや疾患を抱えて生きることへの思いを語ることがあると考えられる。悩みや不安が言語的に表現されるときもあるだろうが、そうでないときもある。表情やいつもと違う様子が手がかりになることもあるかもしれない。普段のかかわりの中で、患者さんが表現することに丁寧にに関わり、対応していくことが精神的・心理的サポートにつながると考えられる。

■ 文献

- 1) 内閣府 自殺の統計平成25年度の状況
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h25.html>
- 2) 自殺実態解析プロジェクトチーム 2013 自殺実態白書 2013【第一版】 NPO 法人ライフリンク
- 3) 高橋祥友・高橋晶・山下吏良 2013 自殺予防へのプロの対応—医療従事者のための早期発見と治療— 医学と看護社
- 4) 自殺実態解析プロジェクトチーム 2008 自殺実態白書 2008【第二版】、NPO 法人自殺対策支援センター ライフリンク
- 5) 森浩太、他：日本における自死遺族数の推計。CIRJE ディスカッションペーパー、2008
<http://www.cirje.e.u-tokyo.ac.jp/research/dp/2008/2008cj207ab.html> (著者の許諾を得て引用)

- 6) Chen J, et al: Those who are left behind: An estimate of the number off family members of suicide victims in Japan. Soc Idic Res 94:535-544、2009
 - 7) 大塚耕太郎 2011 2次予防各論：危機介入：患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方 河西千秋・大塚耕太郎・加藤大慈・橋本迪生監修 認定病院患者安全推進協議会 p37-39
 - 8) 認定病院患者安全推進協議会 2007 提言 病院内における自殺予防 患者安全推進ジャーナル第 17 号 認定病院患者安全推進協議会 p6-10
 - 9) 高橋祥友 2014 自殺の危険(第 3 版) 臨床的評価と危機介入 金剛出版
- (平井 久世)

3.2. 医療者が患者のサインに気づくとき

3.2.1. 身体疾患入院中における、ハイリスク者支援の現状を知るためのインタビュー

【目的】

身体疾患と自殺率との関連は強く指摘されているところである¹⁾。入院治療中の患者の自殺の危険に最初に気付くのはしばしば看護師であることから²⁾、ゲートキーパーになる可能性が高いと思われる。

そこで今回、日々患者のケアにあたっている看護師にインタビューを行った。そこで語られた内容から、患者の精神的・心理的支援が必要だと思われる時、自殺の可能性を感じる時の状況、その時の患者の様子や対応について、また対応に苦慮することなどについて尋ねた。

加えて、身体疾患の患者の自殺予防の点から、必要時には精神科受診が重要である。そこで、精神科をはじめとした他診療科、院内の他部署・他職種との連携の現状や感じていることについて尋ね、院内体制構築の手がかりとすることとした。インタビューでは、主に身体疾患で入院治療中の患者について回答してもらった。

【対象】

対象は、インタビューの目的に同意を得られた A 病院に勤務している（平成 26 年 11 月時点）看護師 10 名（以下、協力者とする）。協力者の医療機関（他病院勤務も含む）での勤務年数は 12～26 年、平均 18.2 年で、全員が女性であった。経験した診療科は、小児科・呼吸器内科・糖尿病内科・移植外科などの他、精神科の経験者もあり、多岐にわたっていた。

【方法】

インタビューに先立って、アンケート用紙を協力者に配布し、それを元に半構造化面接の形でインタビューを行った。アンケートの内容は

- ① どのような時に患者の精神的・心理的支援の必要性を感じるか、またその時の気になる様子や対応について
 - ② 患者に自殺の可能性を感じる（感じた）時の、患者の様子について
 - ③ 患者の精神的・心理的支援において、その対応に苦慮する場合について
 - ④ ③のような時に、精神科や他職種と連携する際の内容や、連携に関して思うこと
- であった。この質問について自由に記述してもらい、インタビュー中は、アンケートを元にしながらも、その時思い出したことや気付いたことなどを自由に語ってもらった。

インタビュー時間は、約 30 分から 1 時間であった。それを協力者の承諾の下、IC レコーダーに録音した。録音した内容を逐語に起こし、データとした。この逐語データから、今回の調査の目的として重要だと思われる語りをテーマごとに拾い上げ、カテゴリとしてまとめた。具体例として取り上げた協力者の語りには、部分的に省略・修正を加えている。なお、まとめ方については助言を受けつつも、基本的に筆者がまとめた。そのため、カテゴリそのものやその内容について異なる見方や見解があることをご理解いただきたい。

【結果】

1. 精神的・心理的支援を要すると思う状況

インタビューから、患者の精神的・心理的支援を必要だと思う状況を下のカテゴリに分類した。これらを見ると身体疾患で入院治療中の多くの患者に起こり得ることであると言える。このように、支援が必要な状況は、入院・外来問わず、病院内では日常的に経験されているのではないと思われる。このような状況で協力者が目にする患者の様子や協力者の体験を挙げた。

表1 精神的・心理的支援を要すると思う状況

カテゴリ	看護師の語り
バッドニュースの告知時	<p>○何も治療が効きません、これ以上何もできませんっていう時の見放され感がすごいんですね。</p> <p>○受け入れができなくて混乱状態が続いてるような患者さん家族にきちんとした知識と技術を持った関わりで、寄り添ってるところに知識と技術がどこまで必要なかわからないんですけど、なかなかそこが出来なくて。</p>
合併症などにより、患者の想定を超えた治療経過をたどり、そのストレスや苦痛を訴える時	<p>○これ、いつ治るんやろって不安はずっとある、いつまで自分は入院してるんやろ、先が全く見えない。それで、「そういうの（カウンセリングルーム）はないんですか」って言われたことがあります。</p> <p>○しなくても良いリハビリをせざるを得なかったり。それで、もうヤダとか死にたいとか…実際はそうされなくても。医療者からしたら予測されることと予測されないことがあるんですけど、患者さんにとったら、やっぱり良いことを信じたいと思うし、自分には起こらないと思ってるし。</p>
治療方針の決定・変更などで、意思決定が求められる時	<p>○どっちにしますか、みたいに選択を迫られた時、患者さんがどうしたいか、ちゃんとこっちの説明が伝わって判断できてるか、説明受けただけちゃんと理解できてない場合もあると思う。なので、そんな時は看護師がもう少し先生に説明してもらおうように依頼する事が、必要になると思うんですけど。</p>
身寄りがない、キーパーソンの協力が得にくい時	<p>○例えば、患者さんが高齢で、配偶者の方や面倒見てる側の方が入院中でおられない場合とかだと、ICがお一人だったり。すごくおうちが遠くて、ICだからわざわざ来た、みたいなご家族だったりとか…。そういうのを見てると、なんかその人がこう思いを話す場とかってあるのかなって思う。</p>
医療者との関係が変容する時	<p>○（例えば、難治性の疾患で患者と医療者との間で、治療）目標にズレが生じだすと、関係性が悪くなる訳じゃないんだけど、ジレンマが生じだすと思うんですよ。そういう時に、患者さん側の味方の人が必要なんじゃないかなって。</p>
効率的な医療が求められる入院期間で、患者の気持ちは置いておかれがちになる	<p>○短期間で（治療方針等を）決めないといけないっていう患者さん側のプレッシャー、とこっちも決めさせないといけない…（中略）結局気持ちって時間が必要じゃないですか。それを入院期間がこれくらいですよ、っていうのは、もちろん気持ちの部分は抜きですよ</p>
精神症状や精神科既往が認められる時	<p>○寝れないとか言ってたかなあ、そんな時に、ちょっと一度そういうところ（精神科）にかかってみない？って</p>

2. 精神的・心理的支援を要すると思う時に、気になる患者の表情や言動などの様子

杉山（2011）は、2005年に行われた病院内の自殺事故の調査結果から、「精神症状の悪化、身体症状の悪化、自殺願望等の言動、不眠傾向、精神症状の新たな出現」などの自殺の「サインを念頭に置き、変化が見られた場合には意識を高く持ち、予防的介入を検討することが必要」と述べている。そこで協力者らが、患者に精神的・心理的支援を要すると思う時、患者のどのようなところを気にし、その変化を観ているのかをまとめた（表2）。なお、文中の〈〉内は、表2に示した、患者の気になる様子である。

協力者らのインタビューでは、〈表情〉や〈会話時の様子〉から、患者の体調や気分、精神状態の把握だけではなく、入院中の不満や医療スタッフへの不信感も察することがあるようであった。また〈不眠〉や〈食事量の変化〉、感情の変動といった点からは抑うつ傾向を推測しており、〈無断での離棟〉や〈拒薬〉といった治療に対する投げやりな態度、〈ナースコールの増加〉などといったいわゆる問題行動については、患者のストレスや怒り、将来への不安や寂しさといった感情を読み取っていることが語られていた。

さらに、協力者らは、患者の様々な苦痛の訴えから、それを言葉通りに受け取るだけではなく、本当に訴えたいことが訴えられずに身体化している可能性を推測していた。また患者の訴えから辛さを間接的に表現している可能性などもある、と語っていた。加えて、〈面会者の少なさ〉からは、患者の孤独感やストレスの発散機会の少なさなどを推察するなど、患者の言動の変化の他、周囲からのサポートの状況からも支援の必要性を感じとっていた。

ところで、感情や思いの〈表出の少なさ〉や〈大丈夫〉といった反応は、患者の気になる様子であるのと同時に、対応に苦慮することが多い患者、と語る協力者が目立った。〈表出が少ない〉とアセスメントに困り支援が難しいようであった。クレームであっても訴えのある患者についてはアセスメントや支援が考えられるが、そうでない患者については、患者との距離感や、それ以上支援に踏み込めない感覚、そのために支援の入りにくい感じを持つようであった。また、何らかの精神的・心理的支援が必要と思われる状況でも、看護師の声掛けや問いかけに対して〈大丈夫〉と言ってそれを受け流したり拒否するような態度、IC後などの〈平常心〉や〈すんなりと納得している様子〉も、非常に気になりながらも支援に踏み込めない患者の様子として挙げられた。協力者の中には、深刻なICの後の平静な様子は「（患者の反応が分からないので）怖さを感じる」と語る者もいた。一見、支援を必要としていなそうな患者には、多忙な業務の中で足が遠のきやすく、患者のことがよく分からないまま退院となってしまうということが多いため、退院後にケアが十分であったのかどうか、心残りや後悔を感じる人が多いようであった。高橋（2011）は、このような「周囲から救いの手が差し伸べられているのに、それを拒絶するような態度」や、「（病気との戦いに疲れて）あきらめに圧倒されてしまうと、周囲からはこれまでの不安・焦燥感が薄れて、かえって穏やかになったととらえられかねない」といった態度を、自殺に追い込まれた人の心理や外見の一特徴として挙げている。

例えばこのように、表2にまとめた患者の様子は、高橋（2011）が「自殺の直前のサイン」として挙げている患者の変化と重なる点が多く、協力者らが日々の実践の中で、その変化に注意して見ていることがわかった。このことから、これらのような視点を持ち関わるといふ「心理的ケアの最たるものが、自殺の危険を早期に発見して、予防する」（高橋,2011）と言える。

表2 精神的・心理的支援を要すると思う時に、患者の気になる様子

表情	視線が合わない
	目元や額など、顔の緊張がみられる
	顔のうつむき加減
	無表情、表情が乏しい
会話時の様子	内容が乏しい、もしくは風変わり
	声のトーンが暗い
	ジェスチャーや筆談のみなど、会話することに消極的になる
	返事がなくなるなど、口数が減る
不眠の観察	不眠の訴えがある
	夜間巡回時・体交時の覚醒状況
食事量の変化	少なくなる
感情の浮き沈み	軽躁的で、冗談を言うなど妙な明るさがある
	気分が沈んでいる
身体的な訴え	痛みなどの身体症状の訴えが増える
心理的苦痛の訴え	寂しさや孤独感の訴えがある
	見捨てられ感の訴えがある
	辛さを直接は訴えず、紙に殴り書きするなど、他の物にぶつけている
絶望的な訴え	希死念慮や、将来への希望のなさをお口にす
完治をお口にす	治癒困難なことのお説明を受けているが、完治への確信をお口にす
治療意欲の低下や抵抗	無断で離棟、離院する
	拒薬がある
	治療効果の感じられなさをこぼす
依存傾向	ナースコールの増加
	依存的な言動がある
看護師が気にかけ、声をかけても、「大丈夫」と返事がある	「大丈夫です」と支援を突っぱねるような態度
	「大丈夫です」とあつけらかんとしている
	「大丈夫です」としっかりした印象
平静さ	平常心でいるなど悲しんでいないような様子
	I C内容の物分りの良さ、すんなりと納得している様子
表出の少なさ	感情などの表出が少ない
既往歴	リストカットなどの自傷痕がある
	精神科既往歴、自殺未遂歴がある
精神病症状	幻聴や幻覚などの精神病症状を認める
一人になる	一人になれる空間を求める
	面会者が少なく、一人でいる時間が長い

3 患者の自殺の可能性に関する体験

次に、自殺の可能性を感じる（感じた）時、またこれに関連する語りについてまとめた（表3）。それらをさらにカテゴリ ①患者の自殺行動を予測する体験 ②危機介入時の体験 ③患者の自殺後の体験 ④日々の病棟業務における入院患者の自殺に対する態度 としてまとめた。

はじめに、① 患者の自殺行動を予測する時の体験としては、入院患者の〈精神状態の急な変化〉や、ストレスの強い治療環境といった入院状況に加え、生きていくことへの希望のなさを感じさせる発言、いわゆる希死念慮が聞かれた時であった。また、上述の精神的・心理的支援を要すると思う時に気になる患者の様子とも重なるが、〈厳しい状況であるにも関わらず平静そうな様子や明るい様子が見られる時は、その後、自殺につながりかねない精神状態のより深刻な悪化を感じる〉と語っていた。

次に、②危機介入時の体験であるが、〈変えがたい現実を目の当たりにし、衝動的に自殺を図ろうとしている患者への関わりとして“傾聴”を行っていた。

③患者の自殺後の体験としては〈IC 後の患者の「わかりました」の発言を言葉通りに受け取り、その本心に気付けなかった〉ことが挙げられた。

④ 日々の業務における患者の自殺に対する態度としては、〈自殺の可能性についてはあまり想像がつかない〉〈身体科入院中はそれが入院目的であるため、患者の気持ちまでは配慮しきれていない〉〈希死念慮を直接尋ねるのは難しい〉ことが語られた。〈希死念慮を患者に尋ねるのは難しい〉といった体験は、看護師だけではなく多くの医療者に言える素朴な感覚なのではないかと思われた。行俊・岩崎ら（2004）は、精神科病棟において希死念慮を訴える患者に対する看護師の関わりの方の向上を目的に自殺のアセスメントツールを作成し、その評価を行った際、「ツールを用いる中でも、希死念慮のある患者と向き合えない現状があることが明らか」となった。

身体科治療で入院中の患者の自殺は数少なく、看護師にとって日常的な体験ではない。それゆえ、特に看護師が患者の希死念慮に向き合う際の課題は、身体科病棟における患者の自殺問題を考える上で非常に重要な点であると考えられた。

表3 患者の自殺の可能性に関する体験

カテゴリ	サブカテゴリ	看護師の語り
患者の自殺行動を予測する体験	精神状態の変化、患者の発言などから、危険を予測する	<p>○術後不安定で、ずっと精神的に動けないという感じで寝ていたのに「気分が良くなったからシャワー入ってくる」と急に動き出して。付き添いの家族のところへ情報収集に行くと「自分がいなくなれば家族は皆幸せになれる」と言っていたのを知って、『ピッと来て』走って行って、蘇生しました。今、振り返ると（術前から）精神疾患の雰囲気キャッチしていたのかも知れないです。</p> <p>○ずっと個室にいなければならず、治療のせいで出られなかった。身寄りがなく、知人が面会に来るという状況だった。「生きててもしょうがないし、何をしに生まれてきたのかわからへん人生やった」とおっしゃった時があった。その時に『ん？』って、やって（自殺）しまわはらへんかなって（思った）。</p>

	<p>厳しい状況にも関わらず、平静な様子や明るい様子が見られる時は、その後の精神状態や行動により深刻な悪化を感じさせる</p>	<p>○何か飄々として「大丈夫やよ」みたいな印象があった。『大丈夫じゃないんやろな』と思いつつも、そう言われると、そこから深く介入しづらいというのがある。しかし振り返ると、あんまり語られずに、大丈夫なんやろかなという感じのまま退院した人は、後でそういう話を聞いたり。</p> <p>○（深刻な IC の後など）受け入れているように一見、見せていたり、妙に明るかったり、平常を装おうとかしてる時の方がかえって心配になる。（経験的に）泣き叫んだり、物投げ倒したり、黙りこんで自分の殻に閉じこもってる時の方が、状態としては安心できる。反対に妙に明るかったり、冗談言っていたりする時の方が、後でくる反動が凄まじかったり。</p>
危機介入時の体験	<p>受け入れがたい現実を目の当たりにした患者は衝動的に自殺行動をとることがあが、関わりを絶やさず続けることで、次の支援に繋ぐ時間を作ることができる</p>	<p>○やっぱり現実は違ってしまう風になったときに、衝動的に自殺というような行動に出るんだろうな、という感じだった。</p> <p>（中略）まだ、看護師と話すことができれば時間的余裕があると思うんですよ。どっかにコンサルトしようかとか、カウンセリングに依頼しようかとかいう話もしてたかと思うんです。</p>
	<p>患者に辛さを尋ね、死について話し合うことで、死への衝動が弱まり態度が柔軟になっていくことがある</p>	<p>○（掃除のスタッフが自殺企図の現場を発見し、それを聞いた看護師が個室の病室へ駆けつけた）「辛すぎた？」って聞いたら「切る勇気はないし、怖いから留置針から血を絞り出したら死ぬるかなって思ったけど、無理やった」と話していたので「そっか」と聞いていた。「あーやったら死ぬるかなーこうやったら死ぬるかなー、これだったらどうなん？とかさんざんそういう話をし」ながら「何しても人ってそう簡単に死ぬへんのやな」と患者本人が言い出した。「そうやなー生きるのも大変やけど死ぬのも大変やで」って言ったら「わかったわー諦めるわー」って。</p>
自殺後の体験	<p>患者の発言を言葉通り受け取り、患者の内情に気付かなかったことがある</p>	<p>○（ギア・チェンジの IC 時）当たり前のように、当科ではできないから次の科でっていうことを、先生も IC して看護師も同席して、患者さんは「わかりました」と言っていた。患者さんの様子はいつもと全く変わったところもなく。「わかりました」って言ったことをこちらは鵜呑みにしていた。というか裏の、患者さんの内情のところまでを、あの時どういう風に聞いてあげることができたのかな、と思う。</p>
日々の業務における入院患者の自殺に関する態度	<p>自殺のケースが非常に稀なため日常的には想像が付きにくい</p>	<p>○思い詰めて自殺をしてしまうっていうようなケースが、ほんとに全くなかったり、ほとんどない状況なので。たぶんあまり（自殺が）想像つかないというか、（日々のケアの中では）あんまり可能性として考えてない、かなっていうところはあります。</p>

	身体科入院中は、あくまでその治療が入院目的であって、患者の気持ちまでは配慮しきれないと思う	○（精神疾患や、自殺未遂歴などがある患者の入院中は）自殺させないことが目的で、そこ（今まさに自殺しようとしているかどうか）を気付こうってところになると難しいです。その人の気持ちに、といかっというところにはなかなか至ってないかな、っていう。今回の（入院の）目的はそれではないと。
	希死念慮を患者に、直接尋ねることは難しいと感じる	○「死にたい」って口に出されたらね、聞きますけど（心理的苦痛の訴えは聞かれていても）。そう言わない方に聞けないですよ。死にたい？まではちょっと…。

4. 患者の自殺予防、精神的・心理的支援における病院内の多職種連携

入院中の患者の精神的・心理的な支援において、精神科をはじめとした多職種との連携を考える時や、その内容について尋ねた（これについて、協力者らの語りの表は割愛し、カテゴリを〈〉内に示した）。

精神科との連携については、〈精神症状を認める際の受診〉を基本として、〈看護師が患者との関わりについて精神科医師にコンサルテーションを求め〉たり、それを機に〈自殺の危険性について知識を得ることがある〉ことが語られた。また、〈ケアにあたる際の看護師としての考え方や視点が変わり、安心して関わられるようになった〉という体験を持つ者もいた。さらには患者の精神的・心理的苦痛は〈薬物治療だけでは取り除けない場合も多〉く、〈患者の精神科受診への抵抗感が強い〉という内容も聞かれた。これらから、身体科の看護師や医療スタッフが精神的知識や自殺に関する知識を得ることで、患者の自殺の危険性について感度が高まり、さらに精神的・心理的支援の必要性に気づきやすくなるのではないかと期待される。そこで、患者の苦痛を薬物で対症療法的に対応するだけでなく、多面的に捉えアプローチできるよう、多職種連携が重要になってくると思われる。

しかし実際には、病院内の仕組みに規定された制約の多い勤務状況の中で〈患者の精神的・心理的支援が効率的に繋がらないと感じる〉ことや、〈看護師が感覚的に掴んだ患者の印象を言葉にしてカルテに記載する難しさ、その情報共有の難しさ〉という課題が聞かれた。その一方で、〈他職種の関わりやその内容を知ることにより、自分が患者へ関わる時のより良い手がかりを得ることがある〉と語られ、多職種連携の難しさと共に、多職種による様々な視点から関わっているところに、患者の支援における新しい発見があるといった両面が見られた。

例えば、クレームが多い患者は対応に困る患者と捉えられやすい。しかし「本当に（医療者側の）改善が必要なクレームなのか、クレームをきっかけに（患者が）話を始めるしかないのか、何か（クレーム）を見つけないと話がきいてくれない（と思っている可能性がある）」と語る協力者がいた。その上で〈患者の精神症状やクレームの根底にある患者のニーズを捉え、患者のニーズに適切な専門職を活用する〉ことは、医療における多職種連携の真価であろうと思われる。

ところで、患者は自分の個人的な悩みを、職種を選んで話すのだろうか。もちろん〈専門家を利用したいと思う時に、専門家が支援を提供できること〉が最適である。しかし現実には、患者が死にたい気持ちや死にたいほどの苦痛を、いつ誰に打ち明けたいかは分からない。または打ち明けないままでもいるかも知れない。患者に精神的・心理的支援を要すると思われる状況は、協力者を含めた看護師らが日常的に体験する場面、入院治療中の患者にとってはそれ

が生活場面と言える。つまり入院治療中の患者は、常に精神的・心理的に危機的な状況にさらされていると考えられないだろうか。

白川・宇佐美（2011）は、身体疾患を有する入院患者への看護師の精神的ケアの実態について、「精神状態の変化をキャッチしていたが、時間がとれずに十分な精神的ケアを提供することが困難となっている」ことを明らかにした。非常に多忙な現場では〈身体的治療やケアが主となるため、患者の気持ちが置いていかれてしまいがち〉になる。今回のインタビューで多くの協力者らも、その葛藤を抱えていた。そのような現状の中で、〈患者の精神的・心理的支援をマネジメントする人において欲しい〉と感じるのは当然であろう。ただし、患者の精神的・心理的支援において〈他職種が関与することが必ずしも最善とは限らない〉ことも事実であり、多職種が関わるからこそ、ひるがえって〈患者と専門職者としての自分との信頼関係を見直す〉ことが重要である、とも語られていた。一般病院に勤務する臨床心理士は、「黒子である」と言われることがある。心理面接など個別に関わることは臨床心理士の専門業務である。それと同時に、患者に個別に関わるだけではなく、他職種スタッフと患者とがより良い関係を結び、専門性がより発揮できるよう支援することも仕事のひとつと筆者は考えている。そのような仕事をする上で、そのスタッフ（ら）が、患者との信頼関係をどのように考えているかは重要な点であると感じている。

ジョン・A・チャイルズ&カーク・D・ストローサル（2008）は「自殺行動とは、命を絶つことが目的というよりは、ある人物が人生の問題を解決しようとしてしばしば計画されている」と述べている。身体疾患の罹患を契機に、その治療の場に患者の人生の問題が持ち込まれ、自殺行動となることもあり得る。しかし、患者の〈（身体疾患以外の）問題にどこまで介入すべきか分からない〉といった戸惑いや限界もインタビューでは聞かれた。したがって、患者との信頼関係を元に関わっていく中で、退院後、医療の枠外での支援は何があり、どのように繋いで行けるのかを知る必要があるだろうと思われる。

最後に、自殺の危機介入時のエピソードを語っていた協力者らは、危機的な状況で患者の話聴き、死ぬことについて語り合うなどしていた。ジョン&カーク（2008）は「患者と自殺行動の関係を尊重することは重要である」と述べており、死ぬことでしか現状をコントロールできないと感じている患者や、死ぬことを最後の頼みの綱に現状の苦痛を耐え続けている患者もおり、その死にたいほどの辛さが尊重されることが患者に変化をもたらす、としている。繰り返しになるが、高橋（2011）は「心理的ケアの最たるものが、自殺の危険を早期に発見して、予防する」と述べている。患者のサインに気付く時、患者に関わる誰もが、患者は自殺を考えるほどの辛さを感じていることを念頭に置き、関わるのが自殺予防になるのではないかと考える。

■ 文献

- 1) 大西秀樹：身体疾患と自殺．患者安全推進ジャーナル 別冊「病院内の自殺対策のすすめ方」第I部 事前予防 第3章 自殺予防の知識、p17-19、2011
- 2) ジョン・A・チャイルズ、カーク・D・ストローサル 高橋祥友（訳）：「自殺予防マニュアル」、星和書店、東京、2008
- 3) 白川裕一・宇佐美しおり・高橋教朗・右田香魚子 K県内の身体疾患を有する入院患者の不安・抑うつ状態と関連要因、精神的ケア・ニーズとケア満足度、看護師の精神的ケアの実態、熊本大学医学部保健学科紀要 7: 33-49、2011
- 4) 杉山直也：第I部 事前予防 第2章 「自殺事故の実態」、患者安全推進ジャーナル 別冊

「病院内の自殺対策のすすめ方」 p8-9、2011

- 5) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクアセスメント 第2版。医学書院、東京、2011
- 6) 行俊可愛、岩崎壮登、土井静香、新甫知恵、柴田真紀：自殺のアセスメントツールの作成と評価 希死念慮のある患者と関わる看護師へのサポート。日本精神科看護学会誌、47(2)：273-277、2004

(種村 千早)

4.1. 臨床心理士・精神保健福祉士の立場から

一般病棟の患者さんは、病気になったことに対する落胆の気持ちや、治療に対する不安、経済的心配、家族に迷惑をかける申し訳なさ、家事や仕事ができない情けなさ、人生の意味の揺らぎなど、様々な種類の痛み（苦しみ）を抱えていると考えられます（図1）。

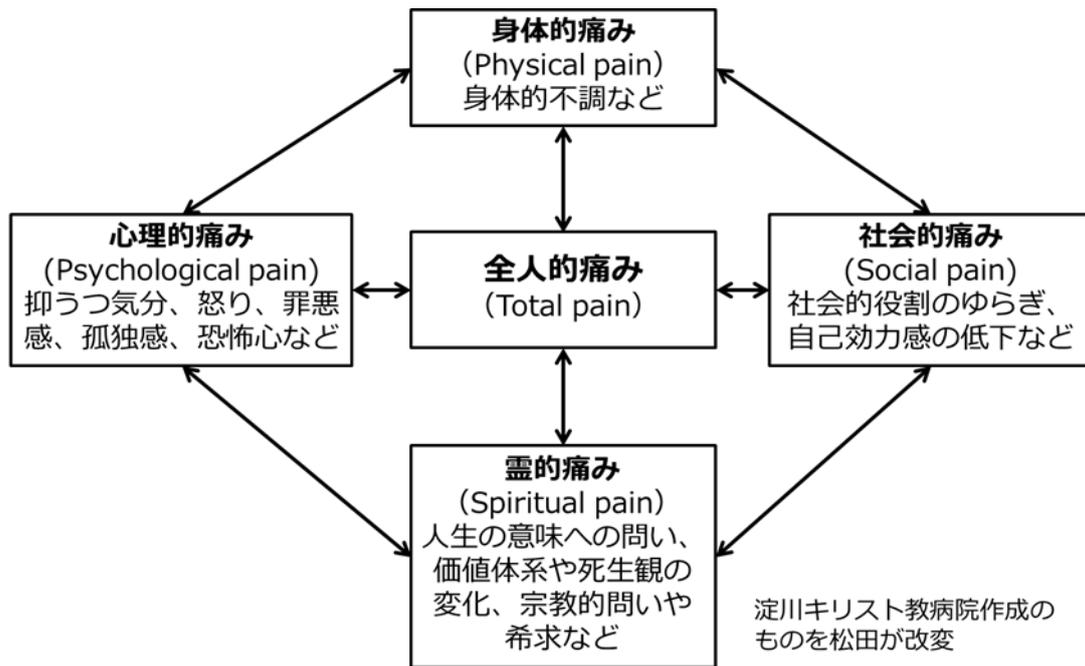


図1 全人的な痛み（苦しみ）

それは体験している本人にしか分からない、もしかすると本人も受け入れたくない、健康状態の喪失に伴う存在の揺らぎであると考えられます。また、仮に自覚していても、忙しい医療者にまとまらない話をするのは申し訳ない、病気を治すために聞えない自分は悪い患者なのではないか、などと考えて言わない可能性もあります。そのため、まずは「調子はいかがですか？」「お困りのことはありませんか？」と軽く声を掛けてみましょう。大丈夫という返答であっても、雑談や世間話をしながら、本音や弱音を話してもらえ関係作りを心がけましょう。そしてさりげなく、急に生活が変化すれば誰しも落ち込んだり不安になったりして当然なので、病院にはいつでもサポートする体制があることを伝えておきましょう。

内閣府は『ゲートキーパー養成研修用テキスト/DVD』において、自殺に傾いている人への初期介入プログラムを作成し普及啓発をしています。それは「り・は・あ・さ・る」の5つの頭文字から始まる対応にまとめられています。

「り・は・あ・さ・る」

- 1) 自傷・他害のリスクをチェックしましょう（り：リスク評価）
- 2) 判断・批判せずに話を聞きましょう（は：判断・批評せずに話を聴く）
- 3) 安心と情報を与えましょう（あ：安心・情報を与える）
- 4) 適切な専門家に相談するように伝えましょう（さ：サポートを得るように勧める）
- 5) 自分で対応できる対処法（セルフ・ヘルプ）を勧めましょう（る：セルフヘルプ）

①リスク評価、判断・批評せずに話を聴く

張（2006）¹⁾の「自殺に至る心理過程の階層的発達」理論によれば、低い段階を飛び越えて、いきなり高い段階が生じることは少ないとされています。この中で「希死念慮レベル」は死にたいと漠然と願っている段階、「自殺念慮レベル」は明確に自殺したいと望んでいる段階です。「自殺行動レベル」は具体的にどこでどのように自殺を図るかを計画し、手段を準備している段階で、最終的に「自殺未遂・既遂」に至ります。周囲からすると突然起きるように見える自殺も、本人の心の中ではこれらの段階を踏んでいると考えられます（図2）。

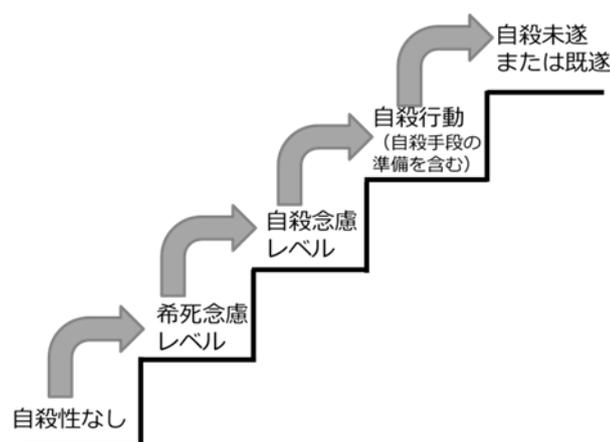


図2 自殺に至る心理過程の階層的発達（張,2006）

そのため、患者さんと話をしながら質問をして、今どの段階にいるかをアセスメントすることにより、介入の具体的方法を考えることが可能になります。

■ 質問例：

- * 相手が「生きていても意味がない」という発言をした場合
⇒「それは、ひょっとして『死にたい』ということですか？」（希死念慮の確認）
- * 相手が「こんなに苦しいなら、いっそ死んでしまいたい」という発言をした場合
⇒「具体的にどうやって死のうかということも、考えておられるのですか？」
（自殺念慮・自殺行動の確認）

希死念慮や自殺念慮に対しては、「死にたいくらい苦しいのですね」とその気持ちを聴き、まずはそう考えざるを得ない背景状況を理解する必要があります。本人には、自殺は最善の解

決策に見えている可能性があるため、焦らずにじっくり話を受け止めましょう。そして自殺以外の選択肢も含めて、何が可能かを一緒に考えましょう。ただし、自殺行動や未遂が認められるときには、自殺手段を取り除く、安全を確保する、など危機介入をする必要があります。

②安心・情報を与える、サポートを得るように勧める

患者さんの様子を見たり、話を聴いたりする中で、どのような困難を抱えているのか、端々から窺えるのではないかと思います。病気や治療のことで悩んでいるようであれば、知識を伝えるとともに、対処方法を一緒に考えながら心理的にもサポートすることで、不安はあっても持ち堪えられるかもしれません。経済的なことや家族のことであれば、福祉相談室と連携し、サービスや制度の情報を提供していきましょう。不安や抑うつ気分が強そうであれば、精神科医や臨床心理士につなぐ必要があるでしょう。院内外の社会資源を活用し、他機関や他職種とも連携しながらサポートできることを伝えてみましょう。本人が望まなければ、家族や医療者自身が適切な専門家に相談しましょう。

③セルフヘルプ

患者さん自身が自分の不安を認められない時は、その行動から様子を観察する必要があります。家族や近親者などのキーパーソンと連絡が取れるようであれば、それらの人も含めてサポート体制を組むのが良いでしょう。

患者さん自身が不安に感じていることについて相談できる場合は、気持ちを受け止めた上で対処法を一緒に考えましょう。たとえば、「あなたの今の苦しみは、10段階でいくつですか？」と尋ねてみることで、少しでも自分を客観視することができます。「9です」ということであれば、「9を8にするためにできることは何かありそうですか？」と質問して、本人の中から自分の苦しみを軽減するためのアイデアを引き出しましょう。人は自分で見つけ出した方法を進んで実行するものです。また、助けを求める相手・方法があるかどうか、もしなければ何が可能かを一緒に検討しましょう。

Q1 患者さんの話に傾聴するのが大切だとは分かっているのですが、次から次へと仕事があって……。話の途中で、他の仕事を思い出して、どうしても中断しないといけなこともあります。深刻な話の途中で、今どうしても次の仕事をしないといけない、と伝えてもいいのでしょうか？

A1 患者さんは医療者が忙しいことを理解しているため、「大切なお話の途中にごめんなさい。どうしても～をしないとイケなくて」と伝えて構いません。その代わりに、じっくりお話を聴ける日時を約束できるといいですね。それも難しいようなら、臨床心理士等に顔つなぎをしてもいいかもしれません。相手のことを大切に思っていることを伝えつつ、医療者自身も万能ではないので、無理しすぎないようにしましょう。

■ 文献

1) 張賢徳：人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの。勉誠出版，東京，2006

(松田 美枝)

4.2. リエゾン精神看護専門看護師の立場から

自殺をほのめかす患者や危険であると認識した際に、看護師は患者のケアに関わるチームの一員として、どのようにゲートキーパーとして動いたらよいでしょうか。また、患者に積極的に尋ねてもよいものでしょうか。患者から打ち明けられた気持ちに対し、組織の中で、どのように情報共有していったらよいでしょうか。

「死にたい」と訴えられたとき、または「ひょっとして」と感じる時は、たとえ専門家であってもそこに触れることは怖く不安になります。しかし、患者さんの大切な SOS です。はぐらかしたり安易に励ましたりせず「TALK の原則」に沿って向き合ってみましょう。

TALK の原則

Tell : 言葉に出して心配していることを伝える

Ask : 「死にたい気持ち」を率直に尋ねる

Listen : 「死にたい気持ち」を傾聴する

Keep safe : 安全を確保する

Tell : 言葉に出して心配していることを伝える

少し深呼吸をして落ち着きます。また「死ぬ気になったら何でもできる」などの My 哲学もひとまず横に置き、勇気を出して、例えばこのような言葉で心配していることを伝えます。

「死にたいと思うくらい辛いことがあるんですか？ よろしかったらもう少し話してもらえませんか？」 「私に何ができるか分からないけれど、よかったらもう少し聴かせて下さい。力になりたいんです。」

Ask : 「死にたい気持ち」を率直に尋ねる

尋ねづらいが、尋ねないとわからない。また誠実に対応するならば、話題にする危険性のエビデンスはなく、むしろ孤立している患者に手が届く一歩となります。さらにリスク査定をするために、可能なら計画性や切迫感をも確かめます。

「死にたい気持ちがあるのですか？」 「死ぬ方法を考えたりしますか？」 「死にたい気持ちが起ってきたとき、自分で抑えられそつですか？」

Listen : 「死にたい気持ち」を傾聴する

「死にたい気持ち」を確認し、リスク査定をしながらも、患者の辛さに共感します。また追い込まれている背景も聴き、共感的な言葉やねぎらいを伝えます。

「つらい中よく頑張って来られたんですね」「何とかここまでやってこられて…大変でしたね」

Keep safe : 安全を確保する

「話して下さってありがとうございました。どうしたらいいか一緒に考えましょう」「○○に相談してみようと思いますがいかがですか」など、一旦患者とのやり取りは終了させてチームでリスクや体制の検討をします。精神科専門スタッフがいる場合は入ってもらいましょう。希死念慮、計画性や切迫感が強くすぐに精神科受診が必要なのか？ 社会的支援が先なのか？ 家族の見守りが必要なのか？ 巡視回数を増やすなどのスタッフの手厚い見守り体制でいけそうなのか？ 今できる最善を他職種で考え、患者にも協力を得ながら対応を考えます。慣れないスタッフにとっては「本当にそんなことを聴いても良いのか」「聴くだけで結局困りそう」と躊躇しやすいと思います。しかし、つらい状況に追い込まれ孤立感をもっている患者にとって「一緒に困る相手になる」こと自体がケアになっていることが多くあります。「どうしたら良いのか一緒に考えましょう」と関与し続ける姿勢こそが孤軍奮闘する患者の支援につながります。

Q1 私は専門家でもありませんし、介入することでかえって患者さんの状態を悪化させないかと心配です。安易な介入を避けたほうがよい場合があるでしょうか。

A1 筆者の頭に浮かぶ安易な介入とは「大丈夫ですよ。きっと何とかありますよ」「死ぬ気になったら何でもできますよ」というように、追い込まれた背景やこころの状態にしっかり向き合うことなくその場を取り繕うような安易な慰めや励ましです。確かにこのような言葉で終わってしまうのであれば、孤立感を強めてしまう可能性もあり、介入を避けた方がいいのかもしれませんが、すぐには解決できなくても、自分なりに何か役に立てないかと関心を持っていただけるのなら、ぜひ勇気を出して声をかけていただきたいと思います。確かに精神症状を査定したり企死念慮の強さやリスクの査定は精神領域の専門家には及ばないかもしれませんが、しかしそれは介入の一部であって、辛さに共感するような温かい声かけや、困りごとが整理できるように話を聴いたり少しでの生きやすくなるため相談窓口を紹介するなど、できることは他にもあり、それを誠実に対応するなら患者の状態を悪化させることはないと考えます。自殺の理由は「健康問題」が1位を占めています。私たち医療者の身近に死に傾いている方に出会いやすい職種かもしれません。十分でなくても私たちにできることから始めていきたいと思うのです。

Q2 私の病院には精神看護専門看護師はいません。ケアをしているなかで、患者さんの精神状態について自殺リスクがあると思うことがありますが、誰に相談したらよいか分かりません。私だけが勝手に不安に思っているだけかもしれないのですが、私の感じているリスクをどうやって他の医療者に伝えていったらよいでしょうか。アドバイスがあればお願いします。

A2 現場の各々のスタッフが介入を始めると、「リスクがありそうな患者はどうしたら良いのか」という問いが生じてきます。個人の問題にせずどのようにチームで支えるための検討は大変重要です。まず「個人が感じるリスクをどのように他の医療者に伝えたら良いのか」という疑問は、様々な資料や文献でスクリーニングツールが出ているかと思えますので、そういったものを活用してはいかがでしょうか？あまり最初から精度の高さを求めず、そういった視点で患者さんを見てみることや他の医療者に伝えるためのツ-

ルとして取り入れることをお勧めします。

次に「精神看護専門看護師もいないので誰に相談をしたら良いのか分からない」という点については、一般的に個別の患者さんへの対応に限るなら、主治医に先述したツールなどを使って報告し、主治医の判断で院内外の精神科医や心理士などに連絡が入るのが現状ではないでしょうか。しかし、もう少し他職種でシステムティックに体制をとりたい場合、院内にどのような資源があるのかによって変わってくるのだと思います。またこの問題をその病棟だけのテーマにするのか、組織全体のテーマにするのかによっても違うのではないのでしょうか。「死にたい人」に向き合うのはとても怖い気持ちになります。他職種も含め同じ問題意識を持つ方々で少しずつシステムを構築していくことが、患者にも貢献し、私たちのメンタルヘルスにとっても意義があると考えます。

(木村 里美)

4.3. 精神科医師の立場から

4.3.1. 自殺と精神疾患の関係

自殺とは自分で自分の命を奪う行為です。これは、私たちの通常の健康な生活の中では想像もできないことです。いくら自殺に追い込まれるような特別な事情があったとしても、自殺を実行しようとする瞬間には、精神が尋常ではない状態に陥っているのではないかと、ということが容易に推測されます。

2002年の世界保健機構（WHO）の調査では、自殺する人の96%に何らかの精神科的診断名がつく状態だったと報告されています（厚生労働省のホームページより）。その内訳は、気分障害（うつ病、双極性障害（躁うつ病））、物質関連障害（アルコール依存、薬物依存、など）、統合失調症の順に多く、その3つの疾患を合わせると、全体の60%を超えています。そのため、自殺をほのめかしたり、自殺に関連する行動のそぶりがみられたりした場合には、背景になんらかの精神疾患が存在している可能性を考えて、早い段階で精神科にコンサルトすることが望まれます。

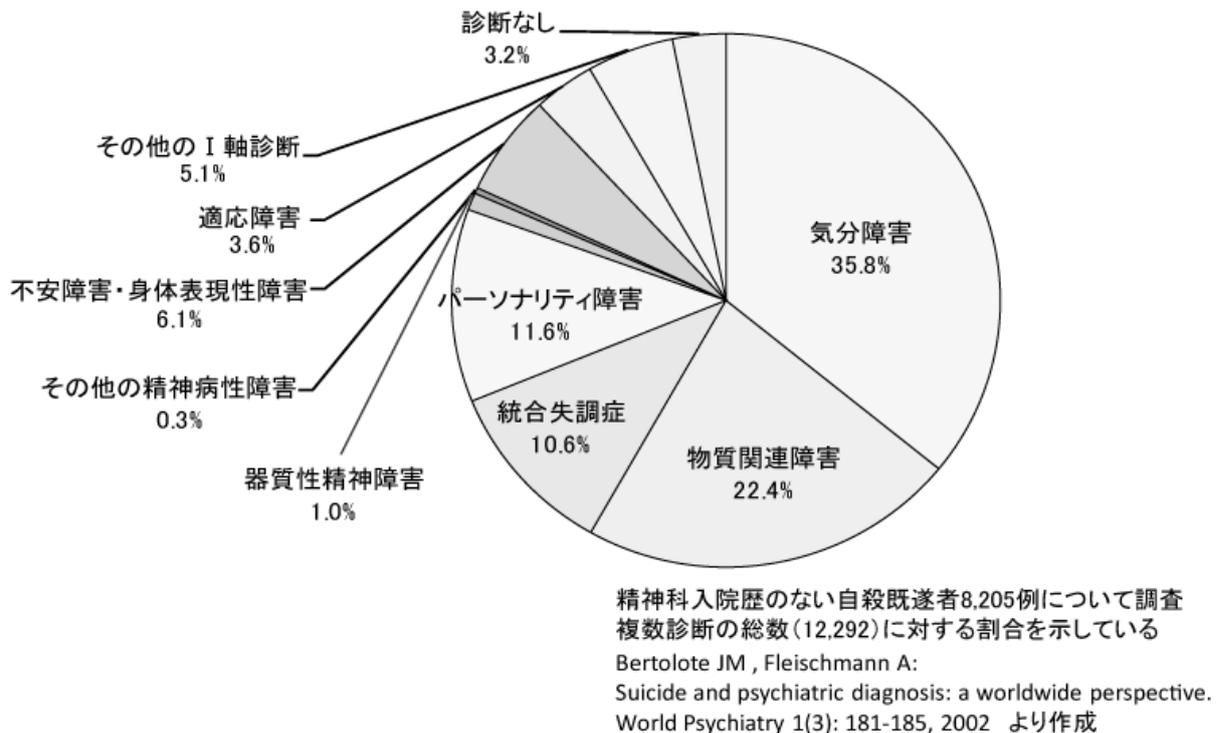


図1 自殺既遂者における精神疾患の存在

4.3.2. 自殺に関連する用語について

ここで、自殺に関連する用語について説明しておきましょう（日本精神科救急学会「精神科救急医療ガイドライン」による）。

- 自殺念慮（希死念慮）・・・「自殺をしたい」と考えること
- 自殺企図・・・自殺念慮により自殺するための具体的な行動を行うこと
- 自殺既遂・・・自殺企図により死に至ること
- 自殺未遂・・・自殺企図ののち死に至ることなく生存していること

4.3.3. それぞれの精神疾患と自殺

1) 気分障害（うつ病・双極性障害）

気分の高揚や落ち込みなど、気分の変動が持続する精神疾患を「**気分障害**」といいます。気分障害のうち、気分の落ち込みだけが生じるものを「**うつ病**」、気分の高揚と落ち込み、つまり躁状態とうつ状態を繰り返すものを「**双極性障害**」（従来の「躁うつ病」）と呼びます。

一時的な気分の高揚や落ち込みは健康な人にも見られますが、うつ病や双極性障害と診断されるためには、睡眠障害（睡眠時間の極端な短縮）と食欲異常（うつ状態では食欲減退、双極性障害の躁状態では食欲亢進）といった、生理的な変化を伴っていなければなりません。逆にいえば、気分の変動に加えて睡眠や食欲に異常がみられれば気分障害という精神疾患に陥っている可能性を考える必要があります。

うつ病患者の3人に2人が自殺念慮をもち、10～15%が自殺で死亡するといわれています。また、双極性障害患者の25～50%は少なくとも1回の自殺企図の経験があり、15%が自殺で死亡するとの報告があります。

自殺という行為を行うためにはそれなりのエネルギーが必要です。そのため、重度のうつ状態のときには自殺には至らず、**回復途上にありエネルギーが少し蓄えられた時期に自殺の危険性が高まります**。双極性障害の場合は、うつ状態から躁状態に移行する途中の「躁うつ混合状態」（主観的には抑うつ的だが活動性が高まっている状態）において自殺の危険性が高まることが知られています。

気分障害の治療で重要なのは、①休養、②薬物療法、です。不眠や食欲不振が持続すれば身体的にも憔悴し、さらにうつ状態や躁状態が悪化する可能性がありますので、早めに専門治療を受けることが重要です。うつ状態を生じさせるような生活面での背景や直接のきっかけとなる出来事がある場合が多いですが、**抑うつ気分が重度で自殺念慮が生じている状態のときに「背景」や「きっかけ」についてつきつめると余計にうつ状態が強くなる危険があるため、まずは休養と薬物療法で心身の回復を待ってから少しずつ背景やきっかけについて振り返ることが重要です**。

2) 物質関連障害

なんらかの物質を長期間乱用することで、その物質への依存が生じた状態や中毒症状や離脱症状に苦しむ状態を「**物質関連障害**」と呼びます。この障害に関連した物質としては、アルコール、カフェイン、大麻、幻覚薬、吸入剤、オピオイド、鎮静薬・睡眠薬・抗不安薬、精神刺激薬（アンフェタミン型物質、コカイン）、タバコ、その他の物質が挙げられます（アメリカ精神医学会の診断基準「DSM-5」による）。ある物質を使用することで不安の軽減やなんらかの快感を得ることができるためその強く渴望すること、物質使用を中止あるいは減量した場合になんらかの離脱症状が生じること、その物質に耐性が生じて使用量が増加することといった特徴がみられれば、その物質に対する依存が生じていると考えることができます。物質関連障害患者において自殺リスクが高いことが知られています。

とくに、**アルコールと自殺は関係が深い**ことが知られています。飲酒直後に自殺に至るケースが多く、自殺既遂者の 32.8%に高濃度のアルコールが検出されたというデータもあります。飲酒によって絶望感・孤独感・抑うつ気分といった心理的苦痛が増強され、攻撃性や衝動性が高まり、さらに視野が狭まって有効な対処手段を講じることができなくなるためといわれています。

習慣的に飲酒する者は機会飲酒者に比べて自殺による死亡の危険度が高くなることが知られており、習慣性飲酒のあった者が断酒した場合の自殺リスクは機会飲酒者の 6.7 倍と特に高くなるというデータがあります。また、アルコール依存症の人は依存症ではない人と比較して自殺の危険性が約 6 倍になるといわれ、自殺者全体の 15-56%にアルコール乱用または依存がみられたという報告があります。

また、**薬物依存症の人は依存症ではない人と比較して、自殺の危険性が約 20 倍**といわれています。とくに鎮静催眠薬による自殺が多くみられます。

物質関連障害に対して劇的に有効な治療法はありません。まず依存物質の摂取を中止し、さらに再使用のないよう日々断酒会や当事者会に参加し続けることで、断酒・断薬を継続します。アルコール依存症については、断酒薬・節酒薬を使うこともできます。孤立することは再飲酒・再使用のリスクを高めるため、周囲の人たちが患者と関わりを保つことも重要です。

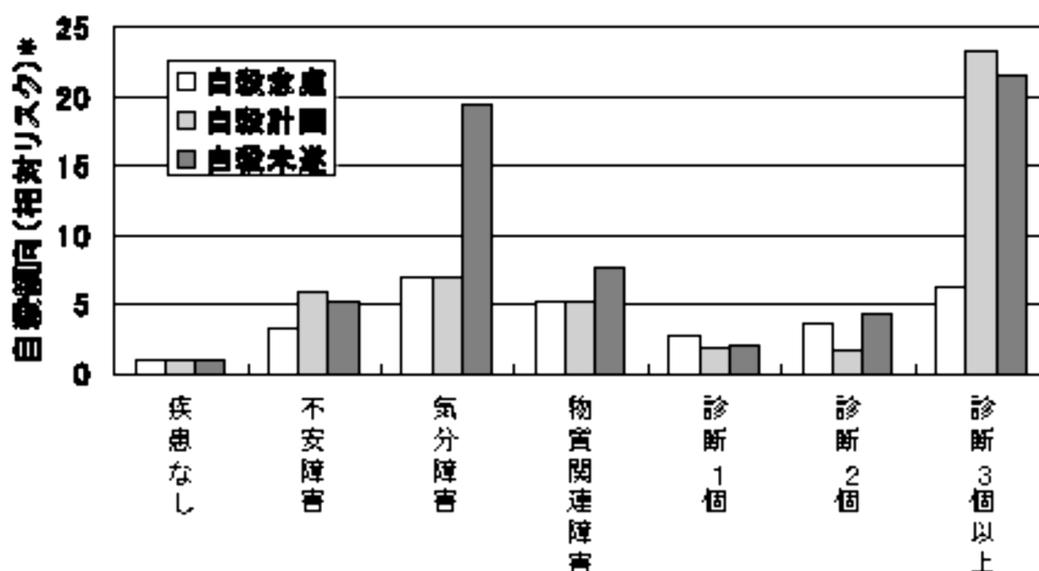


図2 精神疾患の経験がその後の自殺傾向に与える影響

3) 統合失調症

統合失調症は被害的な幻聴と関係妄想を主訴とする慢性精神病で、全人口の約 1%にみられます。「死ぬ」などという命令性幻聴に従ってしまったり、被害妄想に四六時中さいなまれたり、あるいは慢性的に経過する病気に対して悲観的になったりすることによって、自殺に至るケースが多いことが特徴です。統合失調症患者の約 10%が自殺するといわれ、自殺率は人口 10 万人当たり 350~650 人、一般人口の自殺率よりも 30~40 倍高いとされています。このことは、患者の平均寿命が一般人口の平均寿命より約 10 年短いことの大きな要因となっています。

統合失調症患者の自殺で留意すべきなのは、それまでいつもどおりにすごしていたにもかかわらずあるとき突然自殺を遂行してしまうということです。うつ病やその他の人の自殺では、遂行直前に必ずなんらかの SOS のサインを示しており、多くの場合いつもとようすが違うことを周囲の人が気づいていることと対照的です。ただし、統合失調症患者が自殺行為を行うのはかならず、幻覚妄想などの陽性症状が活発で精神状態が安定していない時期においてです。適切な治療によって症状が鎮静されれば、自殺はまず未然に防ぐことができます。

統合失調症の治療の中心は抗精神病薬による薬物療法です。幻覚妄想といった病的体験の存在が疑われ、しかも自殺をほのめかすような言動があった場合は、早急に専門の精神科の受診を促すべきです。

4) その他の精神障害

自殺既遂者の並存精神障害の第 4 位は「パーソナリティ障害」ですが、中でも「**境界性パーソナリティ障害 (情緒不安定性パーソナリティ障害)**」の自殺が多いことが推測されます。境界性パーソナリティ障害患者は慢性的に強い空虚感を抱いており、それを満たすべく他者と親密な関係をもとうとしたり、それがうまくいかないとき他者を激しく攻撃したりして、対人関係が不安定になります。

日々の苦痛を周囲の人に訴えたいという気持ちから、自殺企図が生じることが特徴です。「死にたいほどつらい」ということをなんとか周囲の人にわかってもらいたいという願望から生じる自殺企図なので、ほとんどが手首自傷や大量服薬といった不確実な手段を用いますし、既遂に至ることはごく稀です。それでも、稀とはいえ自殺を実際に遂行してしまう人がいることは事実なので、「**アピールの**」という理由で**軽視するべきではありません**。また、日々の苦痛をまぎらわすべく、日常的に過食、大量飲酒といった衝動的な自己破壊行動を行うことが多いのですが、車の暴走、薬物乱用などから死に至ることもあり、その場合は「消極的自殺」と見なすことができます。

心理的な苦痛を回避するために、自殺とは直接関係なく習慣的に上下肢や体幹部を傷つける病態を「**非自殺的自傷行為**」といいます。自傷行為は全人口の約 4%に見られるといわれていますが、若年者になると高率になり、中高生の 7~12%に自傷行為が認められます。自傷行為それ自体は自殺とは無関係ながら、自傷行為を繰り返すことでますます悲観的厭世的になってしまい、最終的に自殺に至るケースが多いことが知られています。

拒食症（「神経性やせ症」）、過食症（「神経性過食症」）といった食行動異常を「**摂食障害**」といいます。病的な肥満恐怖から食事を極端に制限して栄養障害に陥ったり、食事制限の反動で過食が習慣化し、さらに肥満恐怖から過食後の自己誘発嘔吐を繰り返したりします。拒食症は十代後半から二十代の若い女性の千人に 2,3 人、過食症は百人に 2,3 人の有病率ですが、診断基準を一部しか満たさない摂食障害の不全型も含めると、若い女性の 5,6 人に一人に摂食

障害が認められます。自殺との関連でいえば、摂食障害患者は同年代の一般人口と比較して、死亡率は約 60 倍、自殺率は約 200 倍というデータがあり、ごく一般的な病気にもかかわらず自殺のリスクが高い疾患であり、注意が必要です。

これらの疾患について、有効性が認められた薬物療法は現時点では存在しませんが、治療を継続することによって病状は回復し社会適応もよくなることが知られています。

4.3.4. 自殺リスクの高い者への対応

それでは、自殺のリスクがあると思われる人に対してどのような対応が望まれるでしょうか。

「死にたい」と自殺念慮を口にする人はもちろん、手首自傷や首にひもを巻きつける（**入院中ならナースコールのコードがしばしば用いられる**）、屋上に上がろうとしたり窓から身を乗り出したりするなど、自殺企図が疑われる行動をした人については、自殺リスクが高いとみなすべきです。これまで自殺企図の既往のある人も同様です。もちろん、個別の理由があってもならずしも自殺を考えていたわけではないかもしれませんが、人の命に関わることで、やはり十分な対応をすべきです。アピール的で本気で死のうとはしていないと思われる行動がみられた場合でも、「演技的だ」と軽く考えて放置することなく、そのような行動に出ざるを得なかった事情を探りつつ適切な対応を検討する必要があります。

これまで述べてきたように、自殺行為の背景になんらかの精神障害が隠れている可能性があるため、まずは精神科医に診察を依頼すべきです。精神科診察では、精神疾患の鑑別を行い、治療に必要な精神疾患が認められればその治療を検討します。また、精神疾患の有無にかかわらず、精神科医は自殺の切迫性がどの程度あるか、自殺を防止するためにはどのような対応が必要かを判断します。

精神科医によって精神状態が評価されれば、身体治療に当たっている主治医や関与している医療者（看護師、ケースワーカーなど）、場合によっては保健センターなどの行政機関といっしょに、支援体制を整備することになります。精神疾患が認められた場合は、精神科通院を促します。自殺念慮の根底に心理的葛藤の存在が疑われる場合には、**心理カウンセリング**の導入を検討します。これらの心理的支援と同時に、自殺行為を未然に防ぐために、家族や医療関係者による見守り体制を構築する必要があります。関係者が情報を共有し、気になる言動があれば互いに連絡をとって対応していきます。このように周囲の多数の人が見守り応援していることを本人に伝えることで、本人の生きる意欲が高まることも期待されます。

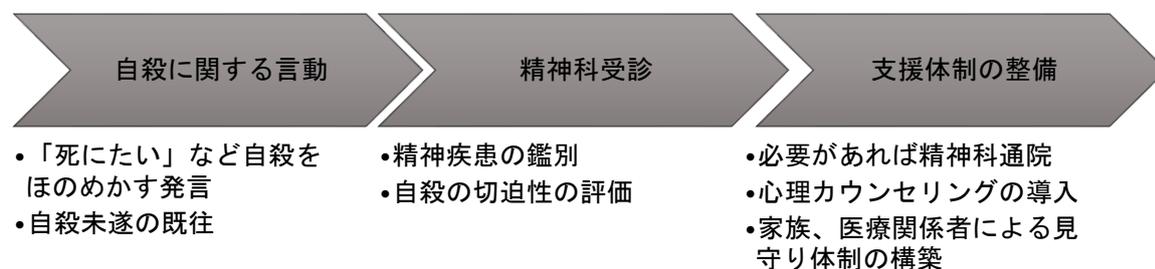


図3 自殺リスクの高い者への対応

4.3.5. 自殺現場に遭遇した医療者への心理的支援

不幸にも、医療機関内で自殺が遂行されてしまった場合、それに遭遇した医療者の心理的負担はかなり大きなものとなります。よくあるのが、入院中の患者の自殺行為です。自殺が遂行された場合はもちろん、一命をとりとめた場合であっても、その直前に対応したり事故を発見したりした医療者（おもに看護師）が、「自分の対応に問題があり、そのために自殺に至ったのではないか」「自分の観察が不十分だったために自殺のサインを見落としていたのではないか」「自分がもう少し早く発見すべきだったのではないか」と自責的になることはしばしばみられます。

複数のスタッフによって事故の経過を検証するカンファレンスは重要です。状況を整理するための情報収集の時間も考慮し、事故発生から数日から1週間後くらいに行うのがよいようです。すべてのチームメンバーが参加することが理想です。**これは、誰に責任があるかを調べる会議ではありません。**システムとして動いているチーム医療だからこそ、誰か一人に責任を負わせるのではなく、システムとして十分機能していたかを見直す機会になります。漠然と自責的になっていた医療者が、客観的に事態を把握することができる機会でもあります。

事故の直前あるいは直後に対応した医療者、あるいは自殺行為に至った患者の担当の医療者が、事故に対して大きな心理的ショックを受けた場合、トラウマ・ケアに準じた対応をすべきです。**侵入症状（事故場面の想起、夢での反復）、陰性気分（楽しい気分になれない）、解離症状（事故にまつわることが思い出せない、現実感の喪失）、回避症状（事故にまつわることを避けようとする）、覚醒症状（睡眠障害、いらいら感、物音への過敏さ）**といった症状があれば「急性ストレス障害」に該当します。抗うつ薬（とくに、選択的セロトニン再取り込み阻害薬：SSRI）が症状の緩和には有効です。

事故に対する心理的ショックが持続する人に対しては、時間をかけて本人の話を傾聴することも大事です。心理カウンセラーが適任とは思われますが、精神科医の診察や、同じ職場の上司の面談でもいいでしょう。**複数回にわたって特定の誰かに話を聞いてもらう経験は、本人の気持ちの整理には欠かせません。**事故の直後に事故について詳細に話す「デブリーディング」という対応が推奨されたこともありましたが、自責の念を強めるなど逆効果になることもあり注意が必要です。傾聴のスタンスとしては、本人から自然に出てくる話題に耳を傾けるだけでいいと思われます。本人が事故のことを話したければ話してもらい、その話題を避けているようならあえて話題にしなくてもいいでしょう。話す時間を前もって決めておくこと、面談の最後には日常の現実的な話題（体調、食欲、睡眠など）に戻すことを心がけ、面談のあとはスムーズに現実の作業に戻ってもらえるよう配慮します。

厳しい医療現場だからこそ、ふだんからチーム内でお互いに支えあえるような雰囲気を作っておくことも重要でしょう。

■ 参考文献

- 1) 厚生労働省：第3回自殺対策研究協議会 厚生労働省における自殺対策の取組。
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/090618kenkyukyougikai/2.pdf>
- 2) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン（3）（自殺未遂者対応）2009年12月9日版。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/11.pdf>
- 3) DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引。医学書院、2014。

（野間 俊一）

4.4. 自死遺族の立場として医療機関に望む危機介入のあり方

自死遺族支援－『こころのカフェ きょうと』の活動を通じて見えてきたこと－

4.4.1. はじめに

『こころのカフェ きょうと』（自死遺族サポートチーム）は、大学のサークル活動『いのちこころ 死について考える会』から始まり発展した自殺予防・自死遺族支援・自殺未遂者支援の活動団体である。

自殺対策基本法成立までの『こころのカフェ きょうと』の活動は、行政（京都府、京都市、教育委員会など）や社会福祉協議会、商工会議所、市民ボランティア活動団体などに話を聞いてもらうことすらも厳しい状況であった。その中で 2006 年 5 月ほぼ 1 か月間に自殺予防、遺族支援のための法律策定の署名活動を行い、10 万人を超える署名を集めた（呼びかけ人：ライフリンク代表 清水康之氏）ことが自殺対策基本法成立の大きな力となった。京都では『いのちこころ 死について考える会』のメンバーが中心になり都心部の京都河原町周辺で一週間の署名活動を行った。

自殺対策基本法は 2006 年 6 月議員立法として成立し、同年 10 月から施行された。翌年 2007 年 7 月には内閣府より自殺対策大綱が自殺対策の指針として策定された。自殺対策は国の義務としての責任体制が明文化された。さらには 5 年後、2013 年 8 月自殺対策大綱の見直しが行われ「自殺は追い込まれた末の死である」「防ぐことができる」と一層の国・地方自治体の負うべき責任として明確化された。

自殺対策基本法成立の中心的活動を担った NPO 法人ライフリンクの内閣府への提案で行われた自死遺族支援全国キャラバンが 2007 年秋田県を皮切りに行われ、ようやく全国 47 都道府県に最低一つの遺族支援の会が開設されることとなった。

京都では 2007 年 8 月秋田に続いて開催された。2006 年 2 月の「こころのカフェ きょうと」の成立時は 10 団体程度であったわかちあいの会は現在、全国で 90 をこえる団体になりそれぞれの状況に応じて活動している。

4.4.2. 自死遺族支援の活動 －『こころのカフェ きょうと』の場合－

現在、『こころのカフェ きょうと』では、ひと月に 3 回程度会場を変えて、わかちあいの会を開催している。他団体でも月に 1 回または 2 か月に 1 回程度の開催をしているようであり開催については地域の状況の中でさまざまである。また、行政および他団体と連携し全国キャラバン終了後継続して毎年自死遺族支援および自殺予防のためのシンポジウムを年 1 回開催している。さらに年に数回、市民対象または自死遺族対象の勉強会を開催している。

最近では、比較的亡くした直後の参加者が増えている傾向がみられる。また継続して参加される参加者も多い一方、初めての参加者も毎回数名来られる。ここ数年は子どもさんを亡くした方の参加が多い。

わかちあいの会を開催し始めた頃は、経年数が多い遺族が多かった（40 年前に父を亡くした、初めて語る事ができた、など）、また配偶者を亡くした遺族の参加が多かった。参加者も一回の参加者が 40 名を超えるとときもあり、会場に十分なスペースをとれなかったが、現在は 10 名から 20 数名の参加に落ち着いている。これは、わかちあいの会が全国的に増えたことが大きく起因しているかと思われる。

また、参加者は数回参加して来なくなる遺族もある一方、長期間に亘り続けて参加する遺族もある。それぞれに会に参加することで気持ちの整理がつき来なくてもよい状態に変化したことも考えられる。しかし初めての参加者が開催毎に数名参加されることを考えると、わかちあいの会の必要性を強く痛感させられる。

また、全国にわかちあいの会が増えたとはいえ遠方（近畿以外）からの参加者が多いことを見るとやはり、近隣で開催されている会には行きにくい、理由としては近くで開催される会では知り合いに見られてしまう、身内の人の自死がばれてしまうなどで、近隣住人の誤解、偏見、無理解、差別が根底にあるのではないかと考えられる。

4.4.3. 他の機関との連携

遺族から相談や悩みを打ち明けられた時、電話相談や支援を求められた時には、以下に示す関係団体との連携を行うとともに伴走支援が必要な場合は実施している。

特に交通機関での賠償問題、弁護士、福祉事務所等の付き合いが多い。

- 行政の精神保健センター
- 福祉事務所（生活保護 保育園入所申請他）
- 民間団体
- 弁護士
- 司法書士
- 精神科医／精神保健福祉士／臨床心理士
- 依存症に関連する自助グループ
- 近畿わかちあいネット加盟団体（7団体） など

4.4.4. おわりに

『こころのカフェ きょうと』の活動を通じて以下のようなことが見えてきた。

- 遺族の心情は言うに及ばず抱えている問題も遺族の求めている支援もさまざまであること
- 一人一人の遺族には亡くした人との大切なかけがえのない時間があり何人もそれをおかしてはならないこと
- 遺族は決して元の時間には戻れないこと、亡くなった方は決して戻ってこないことをわかちあいの中で繰り返し語ることで自分に言い聞かせ受け入れざるを得ないこと
- 会に来ることを通して遺族自身が自分の尊厳を取り戻し、亡くなった方の“人としての尊厳”を取り戻していくことができること。
- また、遺族自身の中にも自死自殺について偏見があること。

などである。

遺族が置かれた以下のような現状について共に考えていただきたいことがある。

- まるで悪いことをしたかのように俯いて生きている遺族の姿は何に起因するのか。
- 社会の自死 自殺に対する見方が大きく影響しているのではないか。
- 自殺した人は身勝手だ、自分のことしか考えられない気の弱い人間だ、単なるお人よしだったに過ぎないなど、苦しみ嘆き悲しんでいる遺族に対して追い打ちをかけるかのような冷た

い言葉や仕打ちの数々についてなど。

そのような言動の下で遺族の心情や抱えている問題はほとんど理解されず、世間に知られることを恐れて、ひたすら沈黙してきた遺族の姿である。

人はいつか必ず死を迎える。どのような死であれつらい別れがあり悲しみがあり涙があり、苦痛があり自責があり孤独にさいなまれる。

その悲しみに寄り添い共に生きてくれる人がいてようやく人は孤立することなく生きていくことができる。

自死遺族が大切な人の死についてごく普通に自然に話すことができる日が来ることを心から願うものである。

(石倉 紘子)

5.1. 病院内組織から病院外組織への橋渡しの実際：院内社会福祉士の立場から

5.1.1. 医療ソーシャルワーカー（社会福祉士とは）

人が病気になったり入院したりすることは、ただ病気の治療のみでなくその人の社会生活に大きく影響を及ぼします。医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）は保健医療機関の中で唯一の社会福祉の専門家として、その様々な生活上の問題の相談支援を行っています。医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）の多くは、国家資格である**社会福祉士**を取得しています。

保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行っている。

具体的には

- ① 経済的問題の解決、調整援助
- ② 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- ③ 受診・受療援助・退院（社会復帰）援助
- ④ 地域活動

を患者さんの主体性やプライバシーの尊重を重視しつつ行っている。

〔厚生労働省『医療ソーシャルワーカー業務指針』より〕

5.1.2. 自殺予防とソーシャルワーク

自殺の原因としては、i 健康問題 ii 経済・生活問題 iii 仕事の問題 iv 家庭問題が上がり、多くの場合、この様々な問題は、単に一つでなく多様な問題が複雑に絡み合っています。また、現代社会は、地域生活、家族、就労の場についても人とのかかわりが希薄化し、また少子化によって身寄りがない場合も増加しています。このような中で、MSW はクライアントが、問題を整理し、問題解決をおこなう事が出来るようクライアントを支援します。特に大切なことは、**問題を安易に解決することを代行せず、クライアントが整理し解決できるよう支援をおこなうこと**です。**解決に対しクライアントが達成感を持ち、自己肯定感を強め、その後の生きる力を回復する糧にすること**を目指します（もちろん、代行、同行などの手段を使用し、しっかり社会資源につなげることが必要な場面もあります）。クライアントの意向を確認しながら、地域機関とつないで、地域機関とチームを構築した後も継続した支援することが重要です。

5.1.3. 病院外組織への橋渡し

病院内組織間の連携がしっかりとできなければ、病院外組織への橋渡しも難しいですので、MSW は院内の連携に力を注いでいます。多職種からなる院内のチームにてシステムを構築する際には、話しやすい環境作り（他職種間での通常のコミュニケーション関係構築）も迅速な連携の鍵になるでしょう。MSW は、院内外の利用可能な社会資源を常に把握し、日頃から有機的に連携を行っておく必要があります。その上でクライアントのニーズをしっかりと把握し、それぞれのやり方に添った社会資源の導入を配慮しなければなりません。

しかし、同じ問題を持っていても、取り巻く環境、生育歴などが異なることも影響し、クライアントごとに、問題解決の方法は違ってきます。そのため、連携をする時には、個人情報を大切にしながらも、アセスメントした情報、支援でその窓口は何を依頼したいかを連携先にしっかりと伝え、連携先がクライアントのサポーターに成りうるよう丁寧に細やかな連携に留意します。また、連携後も確実に機能しているか、状況を把握し、また必要時に一緒に連携できる体制を構築することが大切です。

どのように院外組織に橋渡しするか、事例を通してポイントを説明します（事例は架空のものです）。

■ 事例 1

50 代男性。肝機能障害で緊急入院。住所不定無職。退院支援で病棟から依頼で介入。日雇の仕事で飯場を転々としてきた。MSW が行政や各連携先と交渉し、生活保護申請支援が決まり、住居を確保し、訪問看護を導入した。

外来診察時に MSW を訪れ、「お金を預かってほしい。飲んでしまう」と依頼してきたことでアルコール依存症疑いが判明するが、MSW が精神科への受診を勧めても、クライアントは拒否した。そこで、MSW は、クライアントの現在の状況について、訪問看護師、当院外来医師、当院看護師、役所、保健所と情報共有し、継続的に多機関が関わることにした。

「さみしい」と訪問看護師、MSW に訴えあり、訪問看護の訪問を強化し、夜間に訪問看護から電話を行いながら受診を勧奨していたが、クライアントは拒否した。はさみで手首を自傷したことをきっかけに、訪問看護師、MSW が一緒に自宅を訪問し、クライアントの納得を得て、訪問看護師と MSW が同行し、アルコール専門の診療所を受診した。多機関で連携し、受診が軌道に乗るまでの期間を関係機関が交替で、スタッフの同行を続けた。その後、地域機関が、クライアントの支援を継続している。

■ ポイント ■

医療面、心理面、社会面でアセスメントし、必要と判断した場合、代行、同行などの手段も使用し、社会資源にまずしっかりと繋がるよう支援を行いました。地域機関に連携後もそこで終了ではありません。情報共有し、継続的な関わりを行い、つかんだタイミングを逃さないようにします。クライアントを取り巻く地域機関がチームで動くことができるように、MSW が支援を行うことが重要と言えます。

■ 事例 2

当院に通院中の 50 代女性。夫と 2 人暮らし。視覚障害でデイケア利用。腹部痛あり癌疑いで検査が必要だが拒否。デイケア相談員から「受診支援を」と相談があり、介入を開始した。MSW がご夫婦と面談したところ、クライアントから「検査が怖い」、「死にたいと思う」、「どうしていいかわからない」、「夜眠れない」、「夫の実家の人間関係悩んでいる」と発言があった。医科医師とも状況共有し精神科受診を提案した。受診につなげるため、精神科受診に MSW が同席し、受診を継続した。デイケア相談員、医科/精神科医師、看護師とも情報共有し、多機関で支援継続できるよう支援を行った。

精神的に安定した後に、医科での検査を施行することができた。その後、精神科診察を継続し、デイケア相談員とも連携し、支援を継続している。

■ポイント■

クライアントからの相談を待つだけでなく、地域機関から検査拒否に対する介入依頼があったことをきっかけに、リスクの発見を行い、多機関で情報共有しチームで関わりました。精神科にはまだまだ敷居が高い方も多くいます。適切な説明を行い、受診動機を持てるよう支援し、精神科受診ができるようこの事例では同行の手段を使用しサポートを行いました。

■ 事例 3

20 代男性。HIV 脳症で退院支援にて介入開始。訪問看護、訪問診療、ヘルパー導入し退院となった。

退院後、リストカットを頻回に繰り返していたとの情報があった。クライアントは「両親との確執がある。」「一人暮らしをしたい」と話したため、訪問看護、訪問診療、医師、看護師、保健所、役所と情報共有しながら支援を継続した。精神科受診。途中で生活支援センター導入。リストカットする部位が手首から腹部に移動した。精神科にも 2 回入院した。入院中に、生活面、精神面が安定したため、MSW が面談し課題を整理した。男性パートナーと同居することになり、現在精神面も安定し、多機関で支援を継続している。

■ポイント■

セクシュアルマイノリティであることで、成長過程で、すでに生きにくさを抱えていることを理解する必要がある。また HIV は、社会的偏見がまだ残存しており、協力者が得にくい現状もあります。クライアントとしっかり相談し、個人情報をごくまで話すのか誰に話していくのかを綿密に話し合い、地域機関と連携していくことが重要です。また、MSW は偏見があることについて社会にも働きかけ、マクロレベルでの働きかけを行うことも責務と言えます。

5.1.4. まとめ

自殺予防のソーシャルワークは基本的にはその他のソーシャルワークと同様と言えます。同じ問題があっても、クライアントによって支援の方法は様々でありマニュアル化できるものではありませんので、MSWの力量の研鑽は常に必要です。また、生活面のサポートを行うことができるよう日頃から多様な社会資源（例えば、地域医療機関、訪問看護、地域包括支援センター、弁護士、司法書士、ハローワーク、難病支援センター、NPO法人等）と有機的連携をしていくことが大切です。院内外の機関のスタッフと連携し、クライアント自身が相談窓口にご相談してくるのを待つのではなく、早期にクライアントに積極的に介入していくこと、また、一旦安定した状況になっても地域機関と連携し支援を継続していく必要があるでしょう。

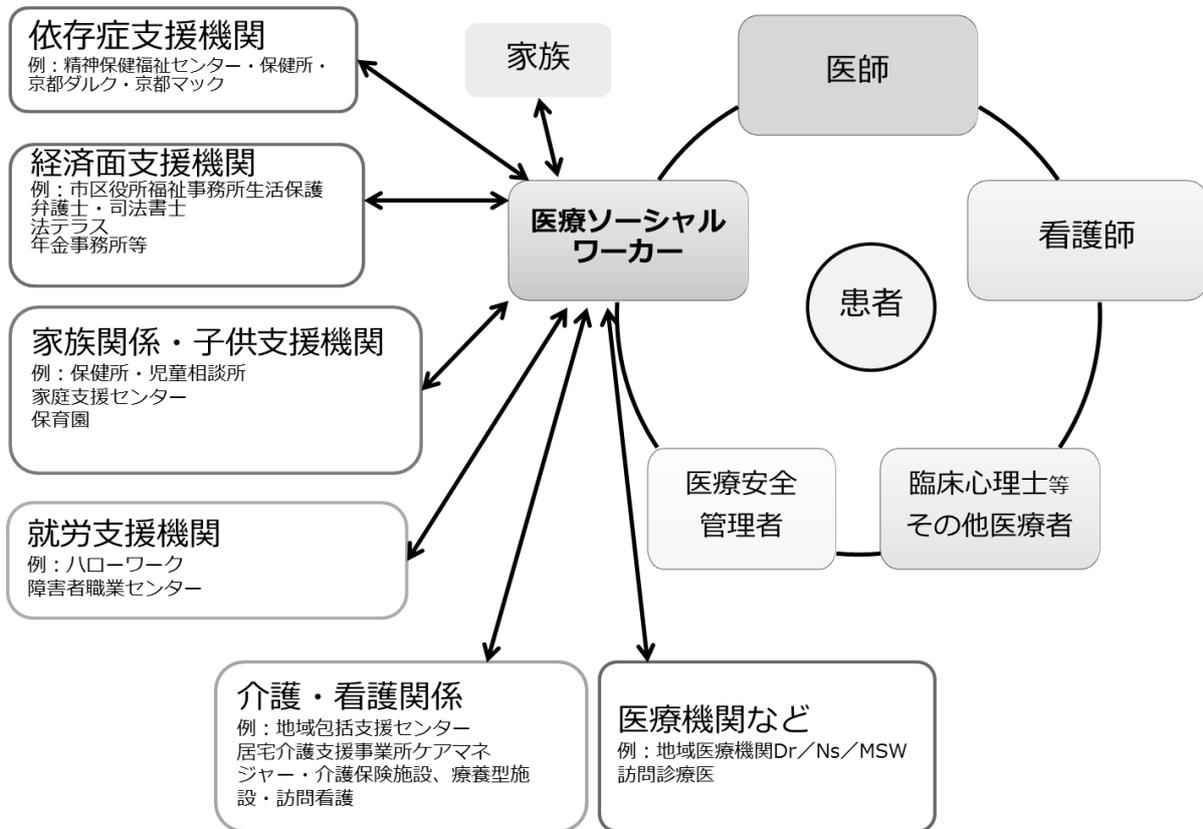


図 医療ソーシャルワーカー（MSW）と院内他職種、院外組織との連携：抱えている問題や課題、クライアントの希望に応じて、連携先も異なってくる

■ 参考文献

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：患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方、2011

（隈村 綾子）

5.2. 経済的問題の解決を支援する：司法書士の立場から

5.2.1. 司法書士について

1) はじめに

司法書士・・・？どんな仕事をしているの・・・？司法書士と自殺予防・自死遺族支援？
そもそも一体どんな職業・・・？、自殺対策とどんな関係があるの・・・？
司法書士の自殺問題への取組み・・・？、よく分からないな・・・？
と思われていませんか。そこで、最初に司法書士の業務についての説明と、司法書士業務と自殺予防・自死遺族支援の接点・取組について説明します。

2) 司法書士の業務

① 不動産の登記手続について代理すること

大切な財産である土地や建物の相続や売買、住宅ローンのときに行う抵当権の設定といったさまざまな権利変動について、登記の専門家として、手続を行います。

② 会社・法人の登記手続について代理すること

会社や各種法人を設立したり、合併するなどの登記手続や役員の変更、増資や目的の変更等各種変更登記手続を行います。

③ 供託手続について代理すること

明渡や賃料の増額を要求する家主が、家賃を受け取ってくれないときに家賃を支払ったのと同じ効果を生じさせる供託という手続を代わって行います。

④ 簡易訴訟代理等関係業務

簡易裁判所における紛争の請求額が 140 万円以下の事件について、民事訴訟や民事調停の代理人となったり、裁判外での和解交渉に当たります。また、法律相談を受けて紛争解決への助言を行います。ただし、これらの業務については法務大臣から認定を受けた司法書士（一般には認定司法書士といわれています。）が行うことができる業務です。認定司法書士は、土地の境界に関する紛争について、筆界特定手続の代理や相談も行います。

⑤ 成年後見業務

判断能力が不十分な状態にある人を支援する制度が成年後見制度です。高齢者を抱えた家族や高齢者自身が納得できる生活を送るために、専門家である司法書士がアドバイスをしたり、申立書の作成をします。また、成年後見人となり、本人のために財産管理を行います。そのため司法書士は、早くから公益社団法人成年後見センター・リーガルサポートを設立して、成年後見業務に取り組んでいます。

現在、法律専門家の中で最も多く家庭裁判所から成年後見人に選任されているのが司法書士です。

⑥ 裁判所へ提出する書類の作成

裁判所に提出する訴状や答弁書、調停や破産・民事再生の申立書などの書類の作成を行います。破産申立書の作成・成年後見人選任の申立書作成・相続放棄の書面作成などがあります。

⑦ その他

検察庁に提出する書類（告訴・告発状など）や帰化申請書のような国籍に関する書類など各種書類の作成を行います。遺言書作成の支援をすることもあります。

5.2.2. 司法書士と自死対策・自死遺族支援とのかかわり

司法書士は、自死対策の各段階において、以下のような場面で関わっています。

1) プリベンション（一次予防）

自殺の原因としては、i 健康問題 ii 経済・生活問題 iii 仕事の問題 iv 家庭問題があります。この中で、司法書士業務に関するものとして考えられるのがiiの**経済・生活問題**の部分、iiiの**仕事の問題**、iv**家庭問題の部分への関与**です。

① 経済・生活問題について

司法書士は、多重債務や保証債務への対応が可能です。具体的には、任意整理、自己破産、特定調停手続き、個人再生手続きにより支援を行います。

ただ、自殺対策においては、相談会にたどり着けない高齢者や障がい者の方もいますので、京都司法書士会では、行政と連携し、アウトリーチ³の手法を用いた取組を進めています。そのため、行政と連携して、取組を行っています。

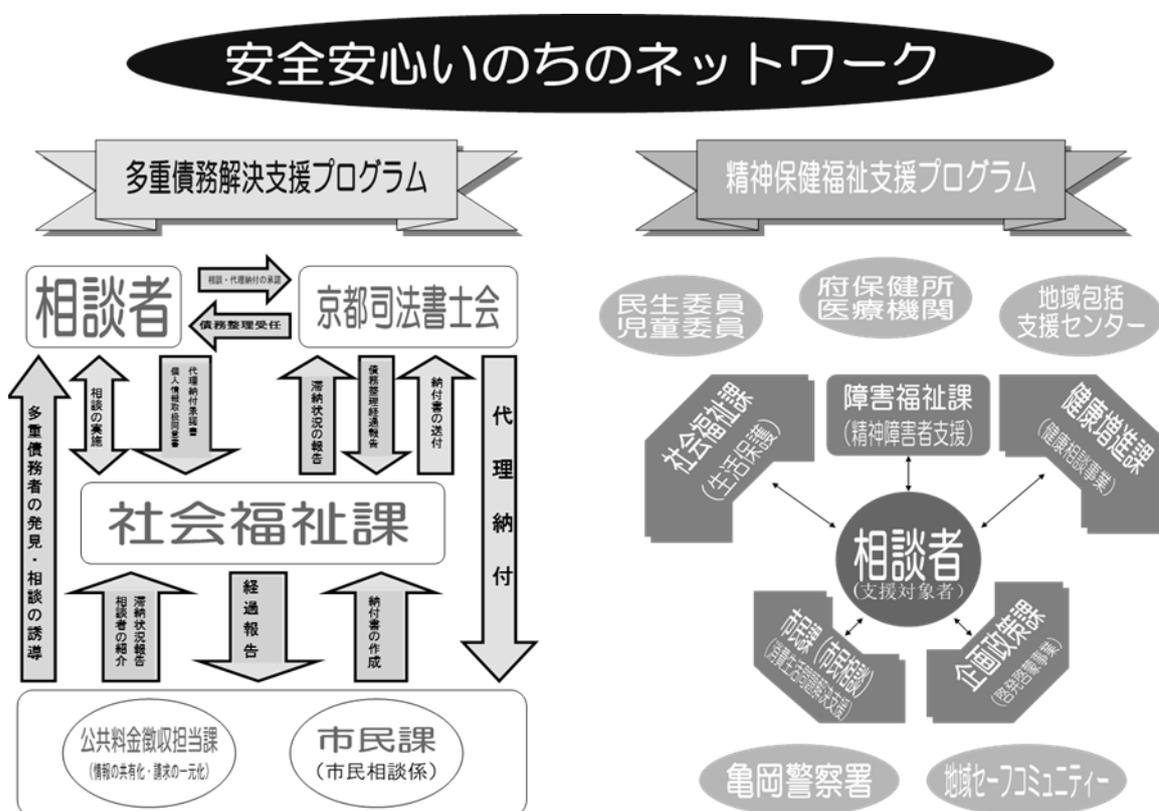


図1 亀岡市多重債務解決支援プログラム概略：亀岡市で実施されているプログラムでは、問題を認識した行政や医療機関などが、司法書士会などと連携して、問題解決にあたる仕組みがある。

³要請を受けてから活動するのではなく、直接出向いて支援やケア、情報収集などを実施する手法のこと。ここでは、患者が経済的な問題を抱えているとの情報を入手した医療者が、行政や関係機関・団体に支援を求め、そこから患者に対して必要な支援を行うことを意味する。

② 仕事の問題について

司法書士は、解雇予告手当の請求、未払残業代等への対処や過労自殺に繋がるようなケースでは、使用者、労働者が労働基準法等の法律をお互いに理解して守っていくように情報提供することがあります。なお、自殺対策基本法では、事業主の責務が次のように定められています。

自殺対策基本法 平成十八年法律第八十五号

第一章総則第五条 （事業主の責務）

事業主は、国および地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

③ 家庭問題について

看護や介護疲れによる自殺については、成年後見制度を上手に利用することで予防できる場合も考えられます。相続についても適切なアドバイスをすることで、精神的な負担から解放され、トラブルの防止に役立つこともあります。

Q1 「成年後見制度を上手に利用することで看護や介護疲れによる自殺を予防できる場合もある」とは、具体的にどのようにイメージしたらよいのでしょうか。患者の退院支援に関わっていますが、家族らの疲労が心配です。

A1 子どものいない夫婦や子どもと離れて暮らす夫婦では、配偶者が認知症になったりすると、老老介護の状況になります。そのため、他方の配偶者にかかる介護の負担はとて大きくなります。また、自身も高齢であるため、自分のことだけで手いっぱいということもあります。そうした状態がつづくとも将来が不安になり、気持ちに余裕もなくなります。成年後見制度を利用することで、預貯金や年金などの収支管理や介護サービス契約を結んでヘルパーの手配をしてもらうことで、外出もできるようになり、平穏な生活を続けることができます。退院後の家族の疲労が予想される場合には、成年後見制度の利用について情報提供することで、患者家族の安心に繋げていくことも必要でしょう。

2) インターベンション（二次予防）

自殺未遂者支援は、司法書士単独での取組は困難ですが、病院等との連携により、支援に近づけていくことは可能です。なお、福岡司法書士会では、大学病院と連携してベッドサイド相談を実施しています。

Q2 福岡司法書士会でのベッドサイド相談では、依頼をしたら司法書士のほうから病院に来てくれるということでしょうか。その場合、病院と司法書士会等との何らかの契約が必要になるのでしょうか。

A2 司法書士会は、医療機関や入院患者から要請を受けて、司法書士を入院先に派遣します。契約の締結については、どのような形で、司法書士を派遣するかによって、必要性が判断されることとなります。しかし、少なくとも病院から依頼される場合には、個人情報

の慎重な取扱が求められますので、契約の締結と入院患者からの同意が必要になるものと思われます。自殺対策基本法においても名誉及び生活の平穩への配慮が規定されています。

自殺対策基本法 平成十八年法律第八十五号

第一章総則第七条 (名誉及び生活の平穩への配慮)

自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穩に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない。

3) ポストベンション (三次予防)

① 遺族支援を司法書士が担う意味

自死遺族は、大変な心理的影響を受けているにもかかわらず、自殺のことを話せずに苦しむ場合があるといわれています。その中で、死後の手続、生活費の問題や子供の教育などに対処することは、困難が予想されます。

司法書士の業務は、人の死をきっかけとするものが多くあり、不動産の相続登記手続、会社の役員変更登記、故人の借金問題、相続放棄申述書作成などがあります。司法書士は、人の死との接点が最も多い法律家といえるのです。そして、この中には自殺が原因となっている事案が含まれています。司法書士は、これらの業務を通じて、直接遺族を支援でき、また、専門知識や関連知識に基づき、有益な情報提供、助言を行うことができます。司法書士には、困難な状態にある自死遺族に対し、支援者としての役割が求められています。

② 死後の手続・生活支援

自死遺族の多くは、i 死後の手続、ii 今後の生活不安、iii こころの健康 についての問題を抱えている場合があります。i・iiは生活そのものに影響し、手続には期限が設けられているものもあり、緊急性があるものもあります。司法書士は、以上の問題を抱えた自死遺族に適切な情報を提供し、遺族の負担を少しでも軽減できるよう関係機関と協力しつつ、取組を行います。

Q3 もし自殺が遂行されてしまった場合、医療機関は遺族のケアまで気が回らないことがあったり、医療者も精神的な打撃を受け、支援を言い出せないこともあったりします。医療者側から死後の手続きを切り出すのは難しいですが、遺族に支援窓口の存在を伝えるよい方法があったら教えてください。

A3 京都市や京都府では、相談機関一覧のリーフレットを作成していますので、病院内にいつでも遺族に渡せるように備え置くとういでしょう。また、民間団体でもリーフレットを作成していますので、事案に応じた、その時考えられる支援機関としてふさわしいリーフレットを渡すように心がけましょう。このとき必要なことは、「あなたのことが心配だ」というメッセージをはっきりと声に出して伝える勇気です。遺族は、そのような医療者の言葉を求めていると言えます。遺族から医療者に対して医療以外のことを相談することは、畑違いとして遠慮する心理が働きます。遺族が医療者に相談することは、

もっと勇気がいることのように思います。医療者から病院外専門機関に繋げることで、遺族の不安は和らぐのではないのでしょうか。

5.3.3. 多重債務問題の現状

1) 多重債務問題とは

ギャンブルや浪費というイメージを持つ人がいるかもしれませんが、実際には、収入減により生活費を借りたり、子どもの教育費や入院費用の支払いで借りたなど、ちょっとしたきっかけで、誰にでも起こり得るものです。決して、一部の人に限られたものではありません。

2) 多重債務者が抱える問題

- 家庭の崩壊（離婚・一家離散・児童虐待・DV・非行・貧困の連鎖）
- 失業・健康問題（過労・精神疾患）
- 家出・犯罪（お金目当ての窃盗・横領等）
- 近親者の被害（保証人）
- 自殺

以上の問題がケースによっては、起こる場合があります。

3) 社会や病院への影響

- 病院の収入の悪化（医療費の滞納）
- 自治体の支出の増加（生活保護費・母子手当の支出増）
- 社会の荒廃・ホームレスの増加（家賃などの滞納）

以上の問題が起こる場合があります。

4) 多重債務者の心理状態

多重債務者は、「借りたお金は返さないといけない」という責任を感じて、借金のための借金を繰り返し、その結果多重債務に陥るといふ律儀で真面目な人も多くいます。こうした人たちは、人に知られたら恥ずかしい、誰に相談したらいいかわからないなどの理由から、家族にも相談できず、一人で苦しんでいる人も多くいます。そして、精神的に疲弊しているというのが実情です。

5.3.4. 多重債務者救済への道すじ

1) 掘り起こし

医師・看護師等・事務部門（料金徴収担当課）等による多重債務者の心情に配慮した聴き取りが大切です。

2) 相談対応

司法書士・弁護士等との面談

3) 法的整理等

債務の整理をする場合には、消費者金融等で以前から借入がある場合には、利息制限法で定められた利率（元本額が10万円未満は年20パーセント、10万円以上100万円未満は18パー

セント、100万円以上は年15パーセント)の上限を超える金利で借入をしている場合があり、この場合には引直し計算を行い、法律上の支払い義務がどれだけ残っているか確認する必要があります。計算の結果、ケースによっては、法律上は借金の返済を終えていたり、払い過ぎている場合もあります。

ア 任意整理（示談交渉）

裁判所を利用しないで、当事者同士で話し合い、債務の整理をする手続きです。債権者に対しては、取引履歴の開示を求めたうえで、法律上の支払い義務のある金額を概ね3年～5年の期間で、分割弁済します。任意での交渉ですので、債権者が同意しなければ、任意整理はできません。

イ 特定調停

簡易裁判所で行われる調停手続きです。債務の弁済ができなくなるおそれのある債務者の経済的再生を図るための手続きです。債権者と債務者が返済方法について合意が成立した場合、裁判所で調停調書を作成します。債権者は、調停調書に基づき強制執行することができることとなります。

ウ 自己破産

債務の支払いできなくなった債務者が、裁判所へ破産及び免責の申立を行い、破産宣告の決定を受け、一定の資産がある場合には、債権者に配当をしたうえで、債務の支払いの免除を受ける制度です。

エ 個人再生手続

債務額を民事再生法の規定に従い、減額したうえで、3年程度(5年まで延長できる場合もあります。)で、分割して支払います。手続きには、小規模個人再生と給与所得者再生の2種類があります。一定程度の定期的な収入がある方が利用できます。なお、住宅ローンの返済を別枠として扱うことにより、住宅を残すことができる制度が設けられています。ただし、利用には一定の要件を満たすことが必要であり、専門家のアドバイスを受けることをお勧めします。

オ その他

i 貸金業者の取立てについて

貸金業者は、正当な理由もなく、早朝や深夜の訪問、職場等への訪問や電話による個人の生活を乱すような取立てを行うことが禁止されています。違反したときは、刑事罰や行政処分の対象となります。

ii 過払い金について

利息制限法で定められた利率の上限を超えて利息を支払ってきた場合、その超える部分については、元本の返済にあてられたものと考えられています。取引の最初から支払った金額を利息制限法に基づき、利息と元本に振り分けて再度計算し直すことを引直し計算といいます。計算の結果、すでに元本の全額の返済が終わっていて、払いすぎ状態になっている場合があります。この払い過ぎた金利のことを過払金)といい、返還請求ができる場合があります。この請求のことを不当利得返還請求(過払金返還請求)といいます。

iii ヤミ金について

「ヤミ金」業者と呼ばれるのは、貸金業法で義務づけられた登録をしていない金融業者や登録を受けた金融業者でも出資法(出資の受入れ、預り金及び金利等の取締りに関する法律)で定められた範囲を超えた高い金利を定めて、違法な取立て行為により返済を要求する業者です。無登録で営業を行うことや出資法の定める上限を超えた金利で営業することは

犯罪です。違法な取立てを受けている場合は、警察、弁護士、司法書士などに相談してください。

なお、ヤミ金業者に対して支払ったお金は、利息・元本を問わず全額を損害として返還請求できます。

iv いわゆる債務の一本化について

低利で債務の一本化をしますという広告やダイレクトメールを見て、問い合わせしてきた債務者から融資保証金などの名目でお金をだまし取る悪質業者がいます。レターパック(定型小包郵便)には、「レターパックで現金を送ればすべて詐欺です。」と記載されています。

債務の一本化を希望する方は、本当に負担が軽くなるか、慎重に検討し(取引履歴の引き直し計算)、専門家のアドバイスを受けることをお勧めします。

4) 他の機関との連携

多重債務者の救済のためには、法的支援にとどまらず、場合により以下の機関等との連携も必要となります。

ア 病院との連携

ギャンブル依存症等を抱えた多重債務者には、法的支援と並んで治療が必要となります。

イ 福祉部門との連携

場合によっては、生活保護の受給により生活再建を図ることも必要となります。

5.4.5. 院外連携のメリット

院外連携のメリットは、以下のように考えられます。そのための取組が今後求められます。

① 利用者のメリット

法律家の事務所まで出かける必要がなく、周囲の人に知られることなく行いやすい。

② 司法書士会・弁護士会のメリット

多重債務者の掘り起こしができ、相談会に来所困難な人にも相談対応ができる。

③ 病院のメリット

入院患者の安心が確保でき、治療に専念できる環境が整う。

5.4.6. おわりに

医療機関には、患者が治療に専念できる環境への取組が求められます。このことは、多重債務問題にとどまるものではありません。様々な、院外連携に向けた取組が今後も検討され、実施されることが求められます。

5.4.7. 関係機関一覧（京都市）

i 京都司法書士会

☎ 075-255-2566(予約専用ダイヤル)
予約受付時間 平日 9時～17時
土曜日 9時～12時(8月は休みです)
〒 604-0973
京都市中京区柳馬場通夷川上ル西側

(費用について)

司法書士の費用については、報酬規程が廃止されているため、依頼者ごとに個別に契約して決めていただく必要があります。なお、日本司法書士会連合会では、報酬についてのアンケート結果を公表していますので参考にしてください。

ii 京都弁護士会

☎ 075-231-2378(予約専用ダイヤル)
予約受付時間 平日 9時～12時 13時～17時
〒 604-0971
京都市中京区富小路通丸太町下ル

(費用について)

弁護士の費用については、報酬規程が廃止されているため、依頼者ごとに個別に契約して決めていただく必要があります。なお、日本弁護士連合会では、報酬についてのアンケート結果を公表していますので参考にしてください。

iii 日本司法支援センター（法テラス）

☎ 0570-078374（サポートダイヤル）
月～金 9時～21時 土 9時～17時
0503383-5433（法テラス京都）
平日 9時～17時
〒 604-8005
京都市中京区河原町通三条上る恵比須町427
京都朝日会館9F

<http://www.houterasu.or.jp/kyoto/>

（概要）

法による紛争解決に必要な情報やサービスの提供が受けられる社会を実現することをめざして国が設立した公的な法人。取扱業務としては ア 情報提供業務 イ 民事法律扶助業務 ウ 国選弁護等関連業務 エ 司法過疎対策業務 オ 犯罪被害者支援業務があります。

この中で、民事法律扶助業務は、経済的に余裕のない方が法的トラブルにあったときに、日本司法支援センター（法テラス）が無料で法律相談を行い、必要な場合には、司法書士・弁護士の費用の立替を行う制度です。（刑事事件は対象になりません。）

資力基準、費用について

詳しくは、法テラス京都にお問い合わせください。法テラスの立替金は、原則として月額5,000円～10,000円ずつ法テラスに償還していただくことになります。

iv 平安の会（京都クレジットサラ金被害者の会）

☎ 075-212-2300

面談 毎週月～金 15時～19時

〒 604-8135

京都市中京区東洞院三条下る三文字町200ミックナカムラ204

（概要）

京都の多重債務者の自助グループとして活動している。クレジット・サラ金の「被害者」と「被害者を支援する人々」の会です。

v 消費生活センターの各自治体窓口等

京都市消費生活総合センター 多重債務相談

☎ 075-256-3160

平日 9時～17時

〒 604-8186

京都市中京区烏丸御池東南角 アーバネックス御池ビル西館4階

京都府消費生活安全センター 多重債務・ヤミ金相談

☎ 075-671-0044

平日 9時～17時

〒 601-8047

京都市南区新町通九条下ル 京都テルサ内

（山口 基樹）

5.3. 自殺問題に生活保護はどう向き合うか：医療機関と行政の連携

5.3.1. 生活保護制度とは

- 1) 生活保護とは「人間の『生』を無条件で保障し、肯定するということ」（稲葉剛『生活保護から考える』岩波新書）¹⁾
- 2) 216万人²⁾のいのちを支えている最後のセーフティネット
- 3) 貧困率³⁾（平成25年国民生活基礎調査では16.1%。単身換算で可処分所得10万2千円（月額）未満の水準。人口換算では2000万人を超える。6人に1人。OECD（経済協力開発機構）でワースト5位前後。日本は「貧困大国」）と社会保障制度の不備を考慮すると、生活保護が有効な制度・決め手となる場合が多い（「すべり台社会」⁴⁾）

Q1 貧困率の定義を教えてください。

A1 「貧困線」に満たない世帯の割合を貧困率と定義します（OECDの作成基準に基づく）。貧困線は「等価可処分所得の中央値の半分」と定義されています。等価可処分所得とは、世帯の可処分所得（収入から税金や社会保険料等を引いた残り；いわゆる手取り収入）を世帯人員の平方根で割って調整した所得です。簡単にいうと、日本に住む人を所得の低い人から高い人まで並べ、ちょうど真ん中の人の所得（中央値）の半分（10万2千円）未満の人の割合といいます。単身で10万2千円の月収では、アパート代を払うと生活保護基準を確実に割り込む厳しい水準です。

Q2 「すべり台社会」とはどのような社会のことを指すのでしょうか。

A2 「すべり台社会」とは、一度転んだらどん底まですべり落ちていってしまう社会のことです（湯浅誠『反貧困』岩波新書）。日本では、失業、病気、高齢、離別等の社会的はアクシデントが起きた場合、通常は社会保険等によって支えられ、そのうち、雇用市場等に復帰することが想定されていましたが、社会保険等が弱くなり、一度そのようはアクシデントに遭遇した場合、途中で社会保険などで止まらず、すべり台のように、最後のセーフティネットである生活保護まで行きついてしまうことを指します。生活保護が最初で最後のセーフティネットになっているのです。

5.3.2. 貧困と自殺

貧困→自殺というストレートな因果関係は実証されていないとしても、貧困を規定にして複合的要因が自殺につながることは明らかであろう。また、人が生活上の様々な困難（失業、就活苦、離別、病気、障害、多重債務、災害等）に遭遇した場合、貧困であることが、それらの苦しみを加速、加重し、結果として自殺率を高めることも確かである。

5.3.3. 生活保護と自殺

- 1) 自殺を防ぐ手段としての生活保護制度
- 2) 生活保護利用中の自殺。支援者のメンタルヘルス

5.3.4.自殺を防ぐ手段としての生活保護制度

1) 生活保護制度とは

下記「生活保護早わかり」参照

生活保護早わかり ～生活保護を利用するには

2015.3.15 「医療安全管理の視点からの患者の自殺予防」シンポジウムより

● 生活保護とは

今日の日本では、生活上の諸困難（失業、病気、離婚など）が発生した場合、まずは、社会保険（雇用保険、健康保険など）などによって生活維持をはかるシステムになっています。社会保険等によってもなお困窮状態が解消されず、収入が、国が決める最低生活水準を割り込んだ場合に、困窮原因を問うことなく、資産調査等を条件として登場するのが生活保護です。つまり、生活保護制度は、最後のセーフティーネット(安全網)として、すべての市民に健康で文化的な生活を権利として保障する制度です。以下、生活保護と出会う代表例を示します。

● 生活保護に出会うとき

<失業と生活保護> リストラされ失業手当で生活していたが、仕事が見つからない。そのうち給付期間が終了してしまい貯金も底をついた。

<病気と生活保護> 病気のため仕事を休み、健康保険の傷病手当金で生活していたが、病気が治らないまま、1年6ヶ月経過したため、手当が打ち切れ、途方に暮れている。

<離婚と生活保護> 離婚して子どもを引き取り、パートをしながら前夫からの仕送りと児童扶養手当で生活してきたが、仕送りが途絶え、パート収入と手当では生活できない。

<高齢と生活保護> 年をとって働けなくなったが、年金だけでは生活できない。

<多重債務と生活保護> サラ金などの借金が膨れ上がり、肝心の年金も担保に入っていて、収入が無く、生活できない。

● 保障される生活水準

最低生活水準は、年齢や家族構成などによって異なりますが、現在（2012年度）、標準3人世帯（33歳男・29歳女・4歳子）の生活扶助基準は、月額167,170円（大都市部）です。通常これに家賃（住んでいる市町村によって異なり、東京では家族二人以上月69,800円、単身53,700円が限度。京都市では、55,000円と42,500円）が加算されます。就労収入や年金、手当などを合算した収入がこの基準額より低ければ、差額が支給され医療費も保障されます。保護の種類としては、生活費、住宅費（家賃、敷金など）、義務教育にかかる費用、介護費用、医療費、生業費（就職するための資格や技能を修得する費用）、葬儀費用などがあります。

● 資産調査は？

現代社会が自己責任を基調とする社会であることから、生活保護は個人が可能な努力をしてもなお最低生活を維持できない場合に登場します。どのような場合に資産などの処分が求められるかがポイントになります。具体的には、①居住している家屋や宅地については保有可（ただし高齢者だけの世帯の場合、宅地等を担保にした貸付制度が優先します）。②自動車については身体障害者用など一部を除き保有不可。③冷蔵庫などの耐久消費財についてはその地域で 70%以上の普及率であるものは保有可。④貯金は最低生活費の二分の一は可。学資保険は、解約金 50 万円程度までなら可。生命保険は保険料が最低生活費の割以内、解約返戻金が最低生活費の 3 倍以内であれば保有可、というレベルです。その他、身体条件や雇用事情に合った就労の努力や、余力のある扶養義務者からの援助が求められます。

● いま、生活保護は？

非正規・不安定雇用の拡大や高齢化社会を反映して、生活保護を利用する人は近年増え続けています。現在、利用者は約 216 万人で人口の 1.7%ですが、先進諸国の中では低い利用率です。

2) 生活保護利用条件の厳しさ

ア) 開始条件

- ① 預貯金は基本的に不可。自動車も制限。財産について「丸裸」にならないと利用できない。かなりのプレッシャー・不安が伴う。
- ② 稼働能力の活用。精神疾患の場合、外見上わからないことから、福祉事務所に理解が得られにくい（単に「ぶらぶらしている」ように見られる）。

★福祉事務所の「水際作戦」：「身内と相談して下さい」、「若いから仕事はあるだろうから探してください」（違法）。

イ) 開始後の優先事項

扶養（親族に対する扶養依頼）→ 親族間の関係がよくない場合には、保護申請者にはかなりの苦痛（恥辱）が伴う。国の指針には「扶養が期待できない扶養義務者」には照会不要とされているが…。「扶養が期待できない扶養義務者」とは、20 年以上音信不通、所得のない配偶者となっている子、70 歳以上の高齢者等とされている。また、DV（ドメスティック・バイオレンス）等の加害者へも不要（してはならない）。

ウ) 利用後の「指導」

稼働年齢層（18 歳～64 歳）に対しては、就労指導の対象。最近では、保護開始後 6 カ月以内の就労開始が強調されている。

3) 生活保護のメリット 所得保障と生活支援を同時に行える = 自殺対策として有効

ア) 水準はともかく、生存は保障される。とくに医療費、介護費の無償は大きい。

適切な相談・支援が受けられれば、生活問題の解決につながり、生活上の展望が見いだせ

る。その際、ケースワーカーの「ともに生きる」姿勢や支援が決定的。

- 4) 生活保護が使える場合は原則として生活保護に結びつけることが、自殺防止には有効と考えられる。

→法律家やソーシャルワーカー等による申請支援、その後の伴走が重要

5.3.5. 生活保護利用中の自殺と支援者のメンタルヘルス^{5,6)}

生活保護受給者の自殺率は、全国民を対象とした自殺率の2倍以上に及ぶ(表1)。

表1：生活保護受給者の自殺者数

2009年	生活保護受給者		(参考) 全国	
	自殺者数(人)	自殺率(生活保護受給者10万対)	自殺者数(人)	自殺率(人口10万対)
2010年	1,045	62.4	32,845	25.8
2011年	1,047	55.7	31,690	24.9
2012年	1,227	58.5	27,858	21.8

※自殺率は、人口(または生活保護受給者)10万人あたりの自殺者数を示す。

資料：平成24年中における自殺の概要資料(警察庁)、被保護者全国一斉調査(基礎)(平成24年は暫定集計)

1) 理由と特徴(2010年)

ア) 年齢別自殺率(人口10万対)は20代~40代が高い。

30歳代138.2(全国25.6)、20歳代113.9(同22.9)、40歳代112.2(同30.2)

イ) 単身世帯自殺率81.1%

生活保護世帯はもともと単身世帯が75.7%(2011年)。孤立、孤独が影響。

ウ) 傷病者・精神疾患率の高さ

・医療扶助率(世帯86.3%、人員80.4%)(2012年)

表2 医療扶助人員の割合(実数・%・月)⁷⁾

2012年	総数	入院			入院外		
		総数	精神病	その他	総数	精神病	その他
	1,716,158	126,595	54,391	72,204	1,589,563	59,152	1,533,410
		100.0%	43.0%	57.0%	100.0%	3.5%※	96.5%

※2006年13.2%

・生活保護利用者の精神疾患・障害者の割合15% cf.一般2.5%

・2008年~2010年までの保護利用者の自殺者の66%が精神疾患を有する者

2) 評価

ア) すでに福祉事務所の支援のもとにあるにもかかわらず、1000人を超える自殺者が出るこ

とは憂慮すべき事態（「記録され忘れ去られる『いのち』」）

イ) ケースワーカーは単なる傍観者なのか（「観察された死」）。ケースワーカーが助けられた自殺もあったのでは？ ケースワーカーが追い込んだ自殺はなかったか。

ウ) 毎年 1000 人の自殺と遭遇する 1000 人のケースワーカー…。

3) どう向き合うか（対応策）

ア) 専門職によるチーム支援

法律家、医師、PSW（福祉事務所内外）による、「ベッドサイド」、保護開始時からのケースワーカーも含めた、ケースワーカーが軸となったチーム、連携による支援

イ) 自死を視野に入れたケースワーク

- ・自殺予防や自死遺族支援を視野に入れたケースワークの研究と実践
- ・自殺に遭遇したケースワーカーへの適切なケア。「早く忘れた方がいい」ではなく。

ウ) 適切な医療に結びつけると同時に、利用者同士の「居場所」作りが重要（一人にしない支援）。医療機関、ソーシャルワーカーが患者、利用者呼びかけて「居場所」を作っている例などもある。居場所では、同じ悩みで苦しむ者同士の共感と交流、生活保護など社会保障制度などの情報交換、不用品など物的支援等が期待される。

エ) 実態把握

「貧困という迷路に迷い込み、不幸にして自殺という出口に行きついてしまった人の軌跡」をたどること。

■ 文献

- 1) 稲葉剛：生活保護から考える。岩波書店、東京、2013
- 2) 第 17 回社会保障審議会生活保護基準部会（平成 26 年 5 月 16 日参考資料）
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/051604.pdf
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/03.pdf>
- 4) 湯浅誠：反貧困—すべり台社会からの脱出。岩波書店、東京、2008
- 5) 木藤孝祐：自殺問題に生活保護はどう向き合うか。季刊 公的扶助研究 234: 46-50、2014
- 6) 矢ヶ部陽一、上田麻美、中村知英、長崎明子：ケースワーカーとして自死問題に関わるとき ～支援の際に考慮すべきこと。季刊 公的扶助研究 234: 50-54、2014
- 7) 厚生労働省「被保護者調査」（平成 24 年度）。

（吉永 純）

医療機関内での自殺件数を把握することは、医療機関内での自殺対策を考える上での大きな力となる。自殺事故のみを対象として医療機関に報告させる仕組みはない。既存の医療事故報告制度を利用しながら、患者の自殺事故件数や院内での発生件数を把握するのが現実的である。報告制度を支える法律や国の仕組みを紹介する。通常の治療行為やケアの妥当性が統計に支えられていることと同様に、医療事故の対策においても統計は強みになる。

法律をうまく活用して、自殺という医療事故の実態を明らかにするのは、医療安全管理者の責務である。全ての医療機関が自殺事故の防止という観点で結びつくことは大きな力となる。

6.1.1. 日本における医療事故情報収集の仕組み

医療安全が国の施策の中で明確に位置付けられたのは、2001年4月、厚生労働省 医政局総務課に「医療安全推進室」が設置されたことに始まる。2002年8月には医療法施行規則が改正され、全ての病院及び有床診療所における医療に係る安全管理の体制の確保が求められた。さらに、2003年4月、特定機能病院について、これに上乗せして整備すべき安全管理体制が施行された（特定機能病院における安全管理のための体制の確保）。2004年10月、医療法施行規則の一部を改正する省令が施行され、国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の付属施設である病院（病院分院を除く）、特定機能病院は、日本医療機能評価機構に医療事故を報告することが義務付けられた（図1）。患者の自殺は、医療事故情報収集等事業の報告対象に含まれている。

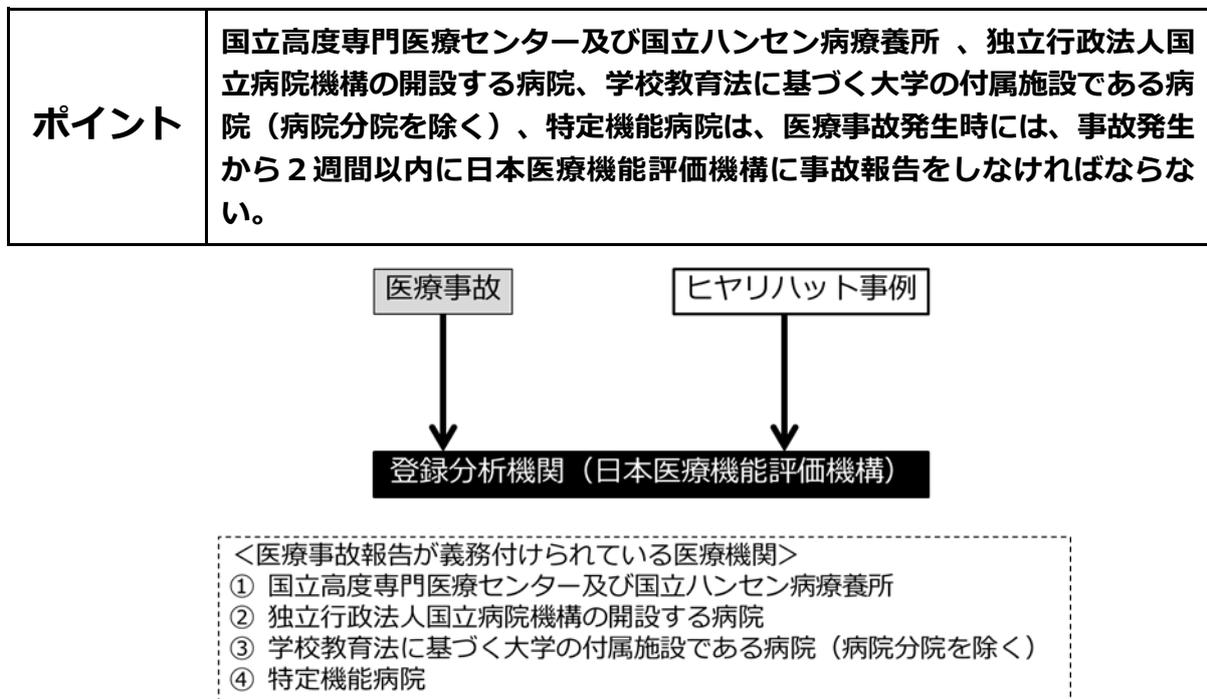


図1 医療事故報告体制 一部医療機関は医療事故報告義務を有する。

医療法施行規則 第九条の二十三第一項第二号

法第十六条の三第一項第七号⁴に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

次に掲げる医療機関内における事故その他の報告を求める事案（以下「事故等事案」という。）が発生した場合には、当該事案が発生した日から二週間以内に、次に掲げる事項を記載した当該事案に関する報告書（以下「事故等報告書」という。）を作成すること。

イ 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案

ロ 誤った医療又は管理を行ったことは明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る）

ハ イ及びロに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案

医療法施行規則 第十二条

特定機能病院及び事故等報告病院の管理者は、事故等事案が発生した場合には、当該事故等事案に係わる事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として二週間以内に、事故等分析事業（事故等事案に関する情報又は資料を収集し、及び分析し、その他事故等事案に関する科学的な調査研究を行うとともに、当該分析の結果又は当該調査研究の成果を提供する事業をいう。）を行う者であって、厚生労働大臣の登録を受けたもの（「登録分析機関」⁵という。）に提出しなければならない。

Q1 患者の自殺は、医療機関側に明らかなミスがあるとはいえないと思うのですが、それでも医療事故に分類されるのでしょうか。

A1 日本医療機能評価機構は、特に報告を求める事例として8つの項目を挙げています。そのうちのひとつが、患者の自殺または自殺企図です。なお、2009年12月までは、「入院中の自殺または自殺企図」が報告対象でしたが、2010年1月から、報告対象が「患者の自殺または自殺企図」に拡大されています。患者の自殺は、医療法施行規則第9条の23第1項第2号のハ「イ及びロに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案」（警鐘的意義が大きいと考えられる事例）に該当し、【管理上の問題に係る事例】に分類されています。

⁴ 「特定機能病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない」と規定されている。その事項のうちのひとつが、医療法施行規則第9条の23第1項第2号となる事故報告書作成である。

⁵ 登録分析機関は現在のところ公益財団法人医療機能評価機構である。

日本医療機能評価機構：特に報告を求める事例

- 1) 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故
- 2) 院内感染による死亡や障害
- 3) **患者の自殺又は自殺企図**
- 4) 入院患者の失踪
- 5) 患者の熱傷
- 6) 患者の感電
- 7) 医療施設内の火災による患者の死亡や障害
- 8) 間違った保護者の許への新生児の引渡し

おわりに

本書を作る過程そのものが、「つながり」を感じさせるものであった。筆者が、院内での自殺事故を経験した担当医師や担当看護師らから、病院の自殺対策の取り組み強化を要望され、最初に考えたのが、院内教育であった。専門家である京都市こころの健康増進センターに相談し、院内医療安全講習会に波床さんに講師として来てもらったのが活動の始まりである。病院内では「臨床心理室」を新たに創設し、患者のこころのケアに関わる体制を作り始めた。しかし、形（人や組織の枠組み）はできたが、どうやって運用したらよいか分からない。そこで、さまざまな専門家を尋ね歩いて、教えを乞うことにした。

自殺に対する基本的な知識については、その道の専門家に正しい知識を教えてもらった。本書での該当部分を執筆した波床さんは京都市こころの健康増進センター所長であり、京大病院の精神科神経科の医局に所属する医師でもある。波床さんから、京都府健康福祉部の本橋保健医療対策監を紹介してもらった。本橋さんは自殺率が日本で最も高い秋田県で自殺対策に長年奔走されてきた方で、お名前だけは存じ上げていたが、この活動の中でお会いできたのも不思議な縁だと思う。

自殺のハイリスク者をどうやって抽出するのか、という部分は院内に新設された臨床心理室の臨床心理士、平井さんと種村さんが執筆してくれた。二人とも赴任早々このような大きな仕事に取り組むことになり、筆者の様々な要求に戸惑ったかと思う。しかし、このプロセスそのものが2人にも、そして、私にも大きな力になったと信じている。

危機介入の部分は、実際にそれを実践されている立場の方に執筆をお願いすることにした。職種や立場が多様であるほうが、より多くの場合に対応できるのではないかと考え、臨床心理士・精神保健福祉士である松田さん、リエゾン精神看護専門看護師である木村さん、精神科医師である野間さんに執筆を依頼した。松田さんからは、自死遺族の会で活動されている石倉さんを紹介してもらった。本書作成がなければ決してお会いすることがなかった方々である。

病院内だけでは、自殺のような複合的な要因がある事故を防ぐことができないだろうとも考え、院外の組織につなぐことの重要性を司法書士や社会福祉士の立場からも伝えてもらうことにした。司法書士の山口さんは、筆者のこどもが通学している学校のPTA活動で知り合った司法書士の方から紹介してもらい、院内の社会福祉士である隈村さんは、筆者のこどもが保育園時代に親同士として出会った長年の知り合いである。吉永さんは隈村さんからの紹介である。

このように考えてみると、つながりを大切にして、次の方へとつなぐという「自殺対策」の活動と本書執筆のプロセスが重なり合っているように感じる。

本書の作成にあたり、京都市こころの健康増進センターの大西さん、平河さん、伊佐さんには、進行状況を気にかけてください、ともすれば、くじけそうになる筆者を励まし、応援してください。誰かに気にかけてもらっている」という事実そのものが、困難に向かうときの大きな力になることを実感した。この感覚こそが、自殺対策の重要なヒントになると思う。

本冊子は忙しい医療者らが、パラパラと手にとって眺めることもできるように、図、メモ、Q&Aも多用して作成した。「短時間で重要なメッセージを相手に伝える」とは、医療安全管理者である筆者のテーマでもある。少しでも多くの医療機関の職員に本冊子を読んでいただけたらと願っている。

松村 由美

【編集・発行】

京都大学医学部附属病院

医療安全管理部

発行者 松村由美

2015年3月 第1.0版

本書の著作権は各著者に帰属します