

【3】院内での自殺及び自殺企図に関する事例

我が国における2014年の自殺者数は25,427人であり、引き続き重要な社会問題となっている。内閣府は自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として内閣府は2007年に「自殺総合対策大綱」¹⁾を定め、関係府省で連携し、国レベルでの自殺予防対策の取り組みがなされている。

医療においても、日本医師会は2014年に「自殺予防マニュアル【第3版】」²⁾を作成した。また、日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会は2007年に「病院内における自殺予防」³⁾の提言を公表、2011年には「病院内の自殺対策のすすめ方」⁴⁾を作成し、自殺予防対策に取り組んでいる。

医療機関では、精神疾患や障害に関連して自殺念慮を抱いたり自殺行動に至る患者はもとより、病状の変化や疼痛等による心理的な不調をきたしている患者に対して、早期に危険性を評価して、自殺へ至らないよう支援をする取り組みがなされている。個々の医療現場において自殺対策を推進することは医療安全において重要である。

本事業においても自殺に関連する事例の報告がなされている。本報告書分析対象期間(2015年1月～3月)に報告された医療事故事例の報告義務医療機関からの「特に報告を求める事例」(前掲60頁 図表Ⅱ-2-18)では、「患者の自殺又は自殺企図」を選択した事例は18件(1.9%)、2014年1年間については65件(2.2%)であった(第40回報告書58頁 図表Ⅱ-2-18)。

患者の様子や周囲の状況から自殺念慮や自殺行動を予測することは困難な場合もあり、医療機関や医療者の講じる対策で、全ての自殺や自殺企図の未然防止を図ることができるとは一概に言えない。しかしながら報告された事例には、自殺や自殺企図の事例を経験した医療機関が事象を振り返ったうえで、背景・要因や自殺や自殺企図の予防を図るための改善策が記載されていることから、これらの情報は他の医療機関の日頃の自殺及び自殺企図に対する医療安全対策の検討のために有用であると考え、個別分析テーマとして取り上げた。

また、本報告書では、2010年1月1日から本報告書分析対象期間(2015年1月1日～3月31日)において「特に報告を求める事例」の選択項目のうち、「患者の自殺又は自殺企図」を選択し、「病室」「トイレ」「検査室」など医療機関内を発生場所としたものの中から、医療材料などを含め、医療機関のモノに関連した事例に着目して分析を行った。

(1) 患者の自殺又は自殺企図の事例の発生状況

2010年1月1日から本報告書分析対象期間(2015年1月1日～3月31日)において、「特に報告を求める事例」の選択項目のうち、「患者の自殺又は自殺企図」を選択した事例は、363件であった。

そのうち、本報告書分析対象期間の報告は22件であった(図表Ⅲ-2-24)。なお本件数は報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関からの報告件数である。

図表Ⅲ-2-24 発生状況

報告年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年 (1～3月)	合計
件数	77	61	53	75	75	22	363

①発生場所

発生場所として選択された項目は、病室が最も多く 191 件であり、トイレが 27 件、階段が 9 件などであった。その他には、医療機関外での発生とともに、医療機関内の建物外の敷地などの報告があった (図表Ⅲ - 2 - 25)。

図表Ⅲ - 2 - 25 発生場所

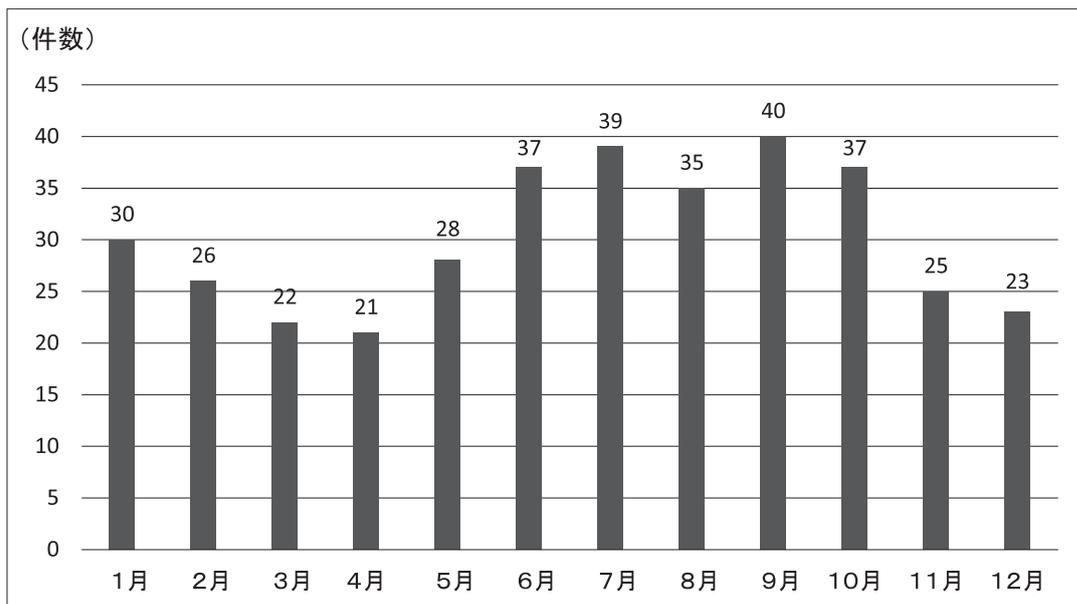
発生場所	件数
病室	191
トイレ	27
階段	9
廊下、救急救命センター	各 3
浴室	2
検査室、機能訓練室	各 1
不明	5
その他	125

※発生場所は複数回答が可能である。

②発生月

発生月として選択された項目は、9 月が 40 件 (11%)、7 月が 39 件 (10.7%)、6 月と 10 月が 37 件 (10.2%) と多かった。一方で 4 月は 21 件 (5.8%)、3 月は 22 件 (6.1%) と少なかった (図表Ⅲ - 2 - 26)。なお、医療機関における発生に限らない統計として、内閣府自殺対策推進室や警察庁による「平成 26 年中における自殺の状況」⁵⁾ では、3 月が最も多く 2,317 人 (9.1%)、12 月が最も少なく 1,796 人 (7.1%) である。

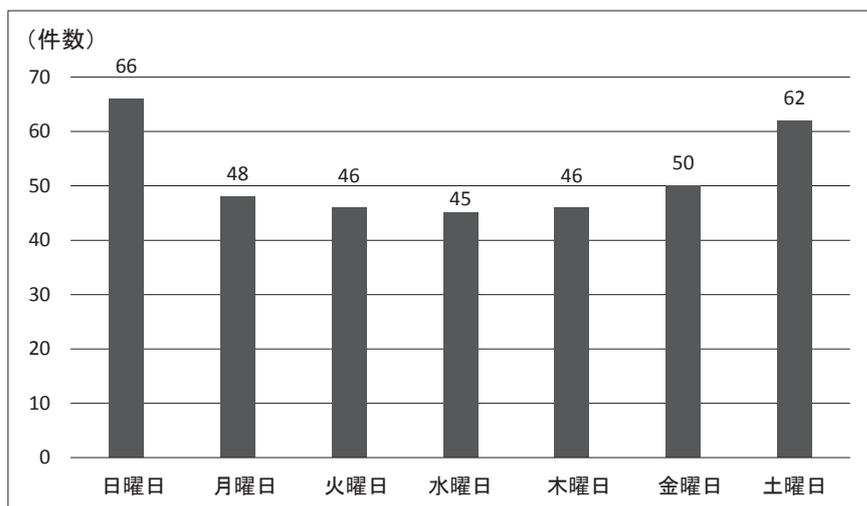
図表Ⅲ - 2 - 26 発生月



③発生曜日

発生曜日として選択された項目は、日曜日が66件、土曜日が62件と多かった(図表Ⅲ-2-27)。なお、本事業においては、事例を認識した時点をもって事例の発生日としている。

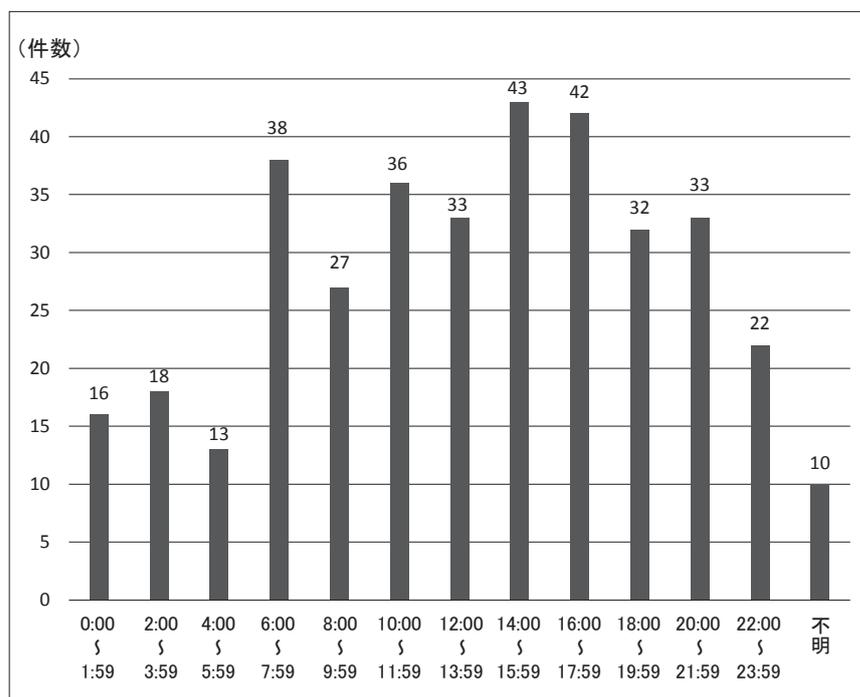
図表Ⅲ-2-27 発生曜日



④発生時間帯

発生時間として選択された項目は、14時~15時59分が43件、16時~17時59分の間が42件と多かった。一方4時~5時59分が13件、0時~1時59分の間が16件と少なかった(図表Ⅲ-2-28)。医療者の日勤の勤務の終了前後の時間帯に事象の発生が多く、夜間の事象の発生は少なかった。なお、発生時間が明確でない場合は、推定時間帯が報告されているため、事象が発生したと推測される時間だけでなく、医療者が事象を発見した時間が含まれている場合もあると推測できる。

図表Ⅲ-2-28 発生時間帯



⑤関連診療科

報告された事例で選択された関連診療科（複数回答可）としては、精神科が最も多く188件（46.2%）であり、次に呼吸器内科が33件（8.1%）、内科が28件（6.9%）、外科が23件（5.7%）、整形外科が19件（4.7%）などであった。うつ病や統合失調症など自殺行動や自殺念慮を抱く可能性のある疾患の患者を診療する精神科の報告が特に多いが、さまざまな診療科も関連診療科として報告されている（図表Ⅲ-2-29）。

図表Ⅲ-2-29 関連診療科

関連診療科	件数
精神科	188
呼吸器内科	33
内科	28
外科	23
整形外科	19
神経科	11
消化器科	10
循環器内科、歯科口腔外科	各7
血液内科、泌尿器科	各6
脳神経外科、婦人科	各5
リウマチ科、耳鼻咽喉科	各4
呼吸器外科	3
形成外科、心療内科、リハビリテーション科、放射線科	各2
心臓血管外科、ペインクリニック、皮膚科、肛門科、産婦人科、不明	各1
その他	34

※関連診療科は複数回答が可能である。

⑥患者の状況

1) 患者の性別

患者の性別は、男性が208件（57.3%）、女性が155件（46.7%）であった。なお、医療機関における発生に限らない統計である内閣府自殺対策推進室や警察庁による「平成26年中における自殺の状況」⁵⁾では男性が17,386人（68.4%）、女性が8,041人（31.6%）であり男性が多い。これらの結果を比較すると、本事業で報告された事例は男女差が小さい（図表Ⅲ-2-30）。

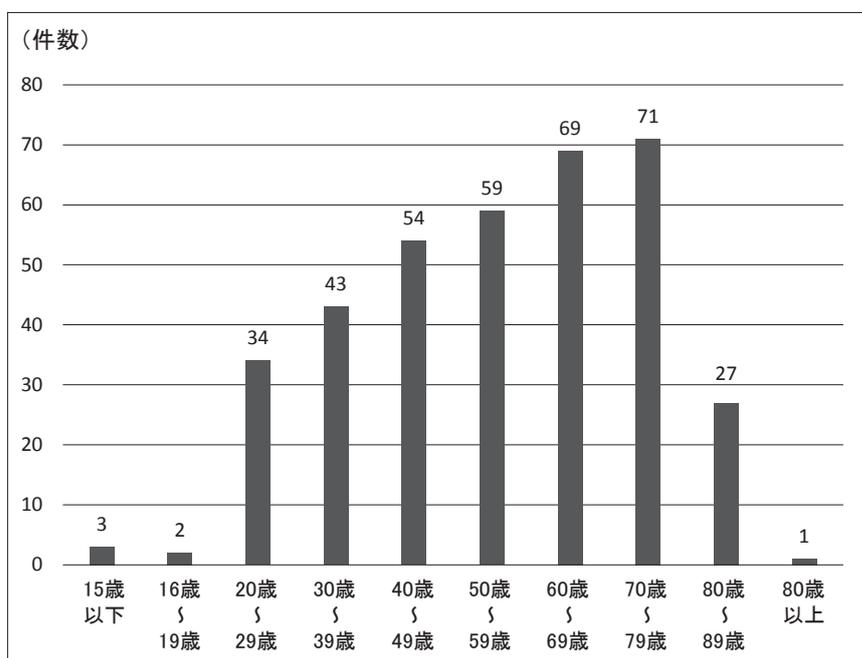
図表Ⅲ-2-30 患者の性別

患者の性別	件数
男	208
女	155
合計	363

2) 患者の年齢

患者の年齢は、70～79歳が最も多く71件(19.6%)、次いで60～69歳が69件(19.0%)、50～59歳が59件(16.3%)、40～49歳が54件(14.9%)、30～39歳が43件(11.8%)であった。なお、医療機関における発生に限らない統計である内閣府自殺対策推進室による「平成26年中における自殺の状況」⁵⁾では60～69歳が最も多く4,325人(17.0%)、次いで40～49歳が4,234人(16.7%)、50～59歳が4,181人(16.4%)、70～79歳が3,508人(13.8%)であった。比較すると本事業で報告された事例は60歳以上の割合が多かった(図表Ⅲ-2-31)。

図表Ⅲ-2-31 患者の年齢



3) 患者の直前の状況

患者の直前の状況は、精神障害が最も多く188件、次いで上肢障害が73件、下肢障害が66件であった。精神障害だけでなく身体的な機能の障害がある状況下の自殺や自殺企図が生じたことが推測できる(図表Ⅲ-2-32)。

図表Ⅲ - 2 - 3 2 患者の直前の状況

患者の直前の状況	件数
精神障害	188
上肢障害	73
下肢障害	66
薬剤の影響下	33
歩行障害	24
床上安静	20
睡眠中	14
構音障害	9
認知症・健忘	9
聴覚障害	5
意識障害	3
視覚障害	2
麻酔中・麻酔前後	0
その他	80

※患者の直前の状況は複数回答が可能である。

(2) 医療機関にあるモノに関連した患者の自殺又は自殺企図

自殺や自殺企図の際は、コード類など医療を提供するために整備されている様々な物品が使用されることがある。そのため、自殺又は自殺企図の手段となるモノに対する管理は重要である。2010年1月1日から本報告書分析対象期間(2015年1月1日～3月31日)までの自殺又は自殺企図の事例363件のうち、医療材料等を含め、医療機関のモノに関連した事例は39件であった。本報告書では、この39件について分析した。

①事例の内容

自殺又は自殺企図の内容と、関連したモノについて整理をした(図表Ⅲ - 2 - 3 3、図表Ⅲ - 2 - 3 4)。

事例の内容では、縊首が最も多く、35件であった。関連するものも、酸素チューブ、医療機器の電源コード、ナースコールなど「ひも」としての使用に代替できるものが多く報告されていた。

図表Ⅲ - 2 - 3 3 事例の内容

事例の内容	件数
縊首	35
異食	1
切創	1
その他	2
合計	39

図表Ⅲ - 2-34 関連したモノ

関連したモノ	件数
医療材料・医療機器	14
酸素チューブ	5
医療機器の電源コード (輸液ポンプ、ネブライザー)	3
弾性ストッキング	3
心電図モニタのコード	1
点滴の針	1
ハイガーゼ	1
医療材料・医療機器以外	26
ナースコール	14
ベッドの電源コード・手元スイッチのコード	4
ベッド柵	2
ポットの電源コード	1
赤外線センサーのコード	1
安全帯のマグネット	1
延長コード	1
離床センサーの紐	1
体幹拘束帯	1
合計	40

※1つの事例に複数のモノの報告もある。

②事例の概要

自殺又は自殺企図の事例のうち医療材料などを含め、医療機関のモノに関連した主な事例の概要を図表Ⅲ - 2-35に示す。

図表Ⅲ - 2-35 主な事例の概要

No.	関連したモノ	事故の内容	背景・要因	改善策
1	心電図 モニタ コード ・ 酸素 チューブ	看護師が定期巡視したところ、患者が布団を頭まで被っていた。布団を外してみたら、心電図モニタコードと酸素投与のチューブを頸部に巻きつけ、ボタン状の気管切開保持チューブは抜けていた。意識は清明であり、患者自身でチューブを巻きつけたことを自覚しており、自殺を図ったとのことだった。	舌癌の病状が進行していると説明を受け精神的に不安定な状態であったが、患者の様子から自殺企図に至ることは予測できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ストレスや不安を溜め込みやすい患者は、精神科への受診、精神看護専門看護師の介入の体制を整える。 ・病室内に鋭利なものやひも状のものなど自殺企図を誘発させるようなものは置かない。 ・酸素投与の必要性を検討する。 ・患者本人の精神状態の安定と安全の確保のために家族にできるだけ付き添ってもらえるよう協力を依頼する。

No.	関連したモノ	事故の内容	背景・要因	改善策
2	弾性ストッキング	患者は、入院3日前から、通常実施しているインスリン注射を打たず、糖尿病性ケトアシドーシスで緊急入院となった。患者は事故当日の朝から、食事拒否や拒薬を認め、終日処置室にベッドを移動してすごしていた。午後になり、頭までタオルケットで覆っており、声をかけても反応がないため、看護師がタオルケットを取ると、頸部に下肢に装着していた弾性ストッキングを結びつけていた。呼名反応はないが、バイタルサインは問題なく、すぐに担当医、精神科医師を呼んだ。診察の途中から徐々に会話できるようになり、患者は亡くなった父から「もういいよ。」という声が聞こえたと話をした。頭部MRI検査で異常はなかった。精神科治療を優先したほうがよいということとなり、同日精神科専門病院へ転院となった。	弾性ストッキングによる自殺企図が発生するということを誰も予測していなかった。患者が過去にも自殺企図があったという情報を、家族から得ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 同様の患者には、希死念慮の有無について確認をする。 発作的に自殺企図が発生する患者の傾向など、勉強会を開催する。 精神科医師を含め、チームで患者情報交換を密に行う。
3	輸液ポンプの電源コード	ベッドがギャッジアップされ、患者の首に輸液ポンプの電源コードがテンションのかかった状態で巻き付いており、コードのコンセント側がコンセント挿入口につながれ、ポンプ側が頭側ベッド柵に縛り付けられていた状態で発見された。	患者は急性骨髄性白血病であり、造血幹細胞移植後GVHD(肺炎)で入院していた。患者は、感情や思っていることを表出するタイプではなかった。今回の入院では、呼吸困難や筋力低下が出現しており、現在の病状、治療の可能性、今後の入院期間等を心配するような発言があった。患者の心の状態を心配した家族より、当院での精神ケアを頼まれた。患者に当院精神科の受診を勧めたが、拒否され、注意深く経過を観察している状況であった。治療の長期化に伴い、診療費用を心配するような発言があった。これまで院内において、患者の自殺企図や自殺念慮はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 改めて医療安全マニュアル「入院患者自殺防止対策」の周知徹底を図る。 特に、「患者に自殺の兆候を少しでも感じた場合は、関係スタッフ間で共有するとともに、専門部署やそのスタッフに相談や対応(診療を含む)を依頼すること」について、関係会議等のあらゆる機会を通じて、医療スタッフに対して周知を図る。
4	赤外線センサーのコード	EMR、ESD 施行。2:20、赤外線センサーが反応したためトイレ付き添い歩行し、その後入眠される。3:40、同室者のオムツ交換時に、ベッド上で入眠しているのを確認する。4:00、担当看護師が巡視のため訪室すると、赤外線センサーのコードを抜き、ベッド柵に巻きつけ、それに首をかけて床に座りこんでいるところを発見する。すぐに首に巻き付いているコードを外し、本人の名前を呼ぶと注視あり。「動けますか」と声をかけると、自分で立ち上がろうとしたので介助して、ベッドに臥床してもらった。BP 149/80 mmHg SpO ₂ 94% 対光反射あり。瞳孔R/L 2.0 mm左右差なし。「わかりますか」と呼びかけると、「わかる」と返答あり。	食道がんはESD後の経過に問題なく、確認のため内視鏡するも異常なし。入院時に抗不安薬や眠剤が持参薬にあり、脳梗塞の既往はあるが、麻痺等はない。本人からも妻からも精神疾患の既往等について確認したが、特にないと話された。当院精神科の診察後、前医に診療情報提供書を求めたところ、精神疾患があることが判明する。	<ul style="list-style-type: none"> 家族・本人からの情報で対応せずに前医から複数の内服薬が処方されている時は前医へ照会をする。

No.	関連したモノ	事故の内容	背景・要因	改善策
5	ナースコール	患者は、全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、菌血症から慢性腎不全のため透析導入となり、入院期間が長期化していた。発熱があり、ブラッドアクセスカテーテルによるカテーテル感染が疑われ入れ替えとなった。その後も検査がいくつか行われた。翌日には気管支鏡と胸腔穿刺の予定となっていた。19時頃、担当看護師が訪室した際、患者はテレビ台ののっている鏡をとって欲しいと言われた。鏡を渡すと、顔や首を見ていたが、担当看護師はカテーテルの入れ替えで汚れているのが気になっているのかと思った。その後、2時間おきに病室を訪室したが、特に変わった様子はなかった。1時20分頃、担当看護師が訪室すると覚醒されており、看護師が眠れないか質問すると「眠れない」と返答された。睡眠剤の使用を提案したが、不要ということであった。その時の表情は普段と大きくは変わらなかった。2時頃訪室した際も覚醒されている様子であったが、声はかけずに退室した。2時40分頃ナースコールが鳴ったため訪室すると、患者はナースコールのコードを頸に巻き付けて、ベッドをギャジアップした状態で頸をつっていた。ナースコールは何かにあたり鳴った様子であった。ベッドをフラットに戻し、ナースコールのコードを解こうとしたが、コードは2回ほど巻き付けてありほどきにくい状態であった。患者は、顔面鬱血状態で白目をむいており、呼吸停止、頸動脈の触知はできなかった。院内緊急コールを行い、CPRを開始。バグバルブマスクで換気した時点で、自発呼吸を認め、意識も回復した。	患者は、長期入院の状態、病状の改善が思わしくなく、慢性腎不全による透析導入となった。医師からは、病状の改善傾向について説明されていたが、本人は自宅から離れ長期入院になり、家族も含め親しい人たちと会うことができないことや、携帯電話での連絡ができないことなどで落ち込んでいた。また、不眠も持続しており、心身ともに疲労した状態であった。また、患者は入院時より口数が少なく、医療者は抑うつ状態などに気づくことができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院患者への精神的ケアの必要性を検討し、リエゾンナースなどの介入を積極的に行う。 ・不眠などの症状が継続する場合は、精神科の受診などを積極的に行う。 ・不眠や抑うつ状態を認めた場合は、自殺リスクのアクセスメントを行う。 ・患者にとって、少しでも良いニュースを伝えるようにする。 ・患者の気分転換活動を病状に応じて行う。今回は、個室から4床病室への転室を検討している時であったので、3日後に4床病室の窓際へ転室を行った。
6	ナースコール	18:00担当看護師が訪室すると、患者がナースコールのコードを首に1周巻きつけ、右手で引っ張っているのを発見した。すぐにコードを外すが落ち着かず感情失禁あり。一度退室し5分後に患者のもとへ行くと、再び首にコードを巻きつけていた。患者は、「死ぬの怖い」「どうせ死ぬ、死にたい。」などを訴え、落ち着かないので母親に連絡し、来院を依頼した。	患者は1年半前からベッド上の生活をしている。精神的に不安定で、主治医へ相談しソラナックスを内服していた。看護師は記録やカンファレンスで患者の精神状態の変化を把握していたが、自殺企図をおこす程の思いを抱えていることに気付いていなかった。もともと聴覚障害や構音障害があり手話や文字盤を併用してのコミュニケーションが必要であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースコールは患者に必要な伝達手段のため柵に固定し、患者が押せるようにした。 ・ナースコールのコードはマットレスの下を通し、音楽プレーヤー等のコード類も、床頭台の下に置くなどの対応をした。 ・コード類などベッド周辺の整理整頓を行い、危険物になるような物を側に置かないようにした。 ・コミュニケーションについては、手話の活用と文字盤の使用、その他活用出来るものを検討し、思いをくみ取るよう対応し、患者や家族の思いを捉え対応していきたいと考えている。

III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]
3-[4]

院内での自殺及び自殺企図に関する事例

No.	関連したモノ	事故の内容	背景・要因	改善策
7	延長コード	肝切除・横行結腸切除術予定であったが、根治術ができず総胆管胃吻合術となった。手術翌日に、患者は医師から手術の所見と手術術式について説明をうけ、非常に落ち込んだ様子であった。術後の経過は特に問題なく、患者の発言などにも特に変わった様子はなかった。術後7日目、17時頃、患者は付き添っていた家族に買い物頼み、家族が買い物から帰宅した時にはトイレに入っていた（患者の病室は個室でトイレも個室にであった）。家族はしばらく待っていたが、トイレから物音がせず、呼びかけても返答がないため不審に思い、トイレの磨りガラスの窓をみるとコードが透けて見えたためトイレのドアをあけたところ、患者がドアと共に倒れた。家族は大声で助けを呼び、看護師が駆けつけたところ心肺停止の状態であった。患者は、トイレ内の上部棚にテーブルタップ（輸液ポンプに使用していた）をひっかけ、便座に座った状態でテーブルタップコードを頸に巻き、体重を後ろにかけた様であった。	患者は根治手術が行えなかった説明を聞いた時、医師に「いっそのこと安楽死させてほしい」と発言しており、その情報は看護師も共有していた。術後家族の付添いもあり、離床がすすみ、食事が開始になる経過では、精神的に安定しているように見受けられ、医師も精神科へのコンサルトなどは検討していなかった。事故発生後振り返ってみると、今回の自殺企図は突発的でなく、家族を意図的に買い物に行かせるなど計画的であったことが考えられる。説明直後の患者の発言に対する気がかりを継続できていなかったこと、回復期にエネルギーがでること、医療者のよくなったという認識と患者の思いの齟齬などが要因と考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクアセスメントを行う。（患者安全推進ジャーナルに掲載されている「チェックリスト」を使用している。）どのような場合に、どのような時期にアセスメントを行うべきかを検討する必要がある。 ・院内のホットスポットを再確認し、職員に周知する。 ・患者の精神面の情報共有を行うとともに、患者へ気がかりを伝える。

③背景・要因

医療機関にあるモノに関連した事例39件のうち、背景・要因にモノの管理について、記述があったのは7件であった。主な背景・要因について図表Ⅲ-2-36に示す。安全対策としてコード類の除去を行っていても、ナースコールを患者の手元から離すことは困難である現状が伺われた。無線の呼び出しボタン機能のあるナースコールを導入することなど、医療機関全体で患者の自殺予防対策を検討することは重要である。

図表Ⅲ-2-36 医療機関にあるモノに関連した事例の主な背景・要因

主な背景・要因
<p>○安全対策を取っていたが、十分ではなかった</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ナースコールは短いものにし、ベッドコントローラーやコード類は除去していた。 ・想定できる危険物は排除していたが、患者が唯一コミュニケーションを取る手段としてナースコールは使用していた。 ・給湯用に電気ポットを看護師詰所前に設置していた。ポットのコードは取り外しができるため、コンセントは看護師詰所内のタップに差し込み、詰所のドア（常時施錠）で挟み、抜けないようにしていたが、コードを抜き取った。
<p>○自殺や自殺企図を予測していなかった</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者は活動性に乏しく、行動化もみられなかったため、ナースコールを短くするなど、患者が自殺企図に至らないような環境の整備を行っていなかった。 ・弾性ストッキングによる自殺企図が発生するということを誰も予測していなかった。 ・労作時呼吸困難があり酸素を要した。それでもトイレでの排泄を希望され、酸素チューブに延長チューブを接続し移動していた。 ・体幹拘束帯を使用していた患者の拘束を外したまま離れた際に、拘束のマグネットを飲み込むと予測していなかった。

また39件の事例のうち、「患者の様子から予測できなかった」「予兆するような状況はなかった」と記載されているものは25件と多かった。患者の様子や周囲の状況から自殺行動や自殺念慮を予測することは必ずしも容易ではないと考えられる。しかし医療者が予測できなかった事例の背景・要因を振り返り、自殺及び自殺企図を防止する対策を検討することは有用である。そこで、医療機関が患者の自殺念慮等を予測していなかった事例の主な背景・要因の概要を図表Ⅲ-2-37に示す。

1) 患者側

ア 直前の状況

直前の患者の状況では、毎日睡眠剤を内服しているのに、その日は内服しなかったことなどが挙げられた。患者や周囲の状況の変化が自殺行動や自殺念慮のきっかけになる可能性があることを認識しておくことが重要である。

イ 病状の進行

病状の進行では、病状が改善しないことや痛みといった身体的苦痛とともに期待する転帰が望めないといった精神的苦痛が挙げられた。患者の痛みを軽減したり、良い睡眠を得られるように薬剤等を使用したり、入浴や清拭などを通して安心が得られる時間を過ごせるよう支援することも重要である。

ウ 患者の不安や心情

患者の不安や心情では、親しい人に会えないことや経済的な心配等、具体的な不安が挙げられた。具体的な不安については、問題が解決できるようあるいは軽減できるよう、社会資源を使って支援することが重要である。

2) 医療者側

医療者側では、患者や家族から適切な情報が得られなかったことが挙げられた。また、自殺念慮について判断が難しかったことが挙げられており、アセスメントシートを使用したり、複数の医療者で協力して患者の状況を評価することの重要性が示唆された。

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]
3-[4]

図表Ⅲ - 2 - 3 7 患者の様子から予測されなかった主な背景・要因

主な背景・要因
<p>【患者側】</p> <p>○直前の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同日の夜間より麻薬による副作用と思われる一過性のせん妄が出現したため、ラウンドの強化や部屋の移動などを行っていた。 ・毎日リスミーを内服して入眠しているのに、当日は服用していない理由をアセスメント出来ず、危険予知が出来なかった。 <p>○病状の進行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状が進行していると説明を受け精神的に不安定な状態であった。 ・今回の入院では、呼吸困難や筋力低下が出現しており、現在の病状、治癒の可能性、今後の入院期間等を心配するような発言があった。 ・ステロイドの長期投与が必要であったが、入院の経過に伴いせん妄が悪化傾向であった。 ・患者は、長期入院の状態、病状の改善が思わしくなく、慢性腎不全による透析導入となった。 ・患者は根治手術が行えなかった説明を聞いた時、医師に「安楽死させてほしい」と発言したが、その後、精神的に安定しているように見受け、医師は精神科へのコンサルトなどは検討していなかった。 ・診察では人工呼吸器を装着するか否かの判断を求められていたが患者は拒否的であった。 ・激しい腹痛を訴えていたが、痛みの原因となるものは見られず、以前にも「自分は辛いのにみんなが大丈夫という」との言葉があったため、腹痛が引き金になった可能性がある。 <p>○患者の不安や心情</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者は入院をすることに、「元気なのになぜ入院するのか。」と拒否感があった。主治医からの治療説明は、患者と家族に度々行われており、患者は説明を理解しても気持ちは納得出来ない状態であった。 ・患者に当院精神科の受診を勧めたが、患者本人に拒否され、注意深く経過を観察している状況であった。 ・患者は自宅から離れ長期入院になり、家族も含め親しい人たちと会うことができないことや携帯電話での連絡ができないことなどで落ち込んでいた。 ・患者は不眠が持続しており、心身ともに疲労した状態であった。 ・治療の長期化に伴い、診療費用を心配するような発言があった。
<p>【医療者側】</p> <p>○情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人からも妻からも精神疾患の既往等の確認をしたが、特にないと話された。当院精神科の診察後、前医に診療情報提供書を求めたところ、精神疾患があることが判明した。 ・患者が過去にも自殺企図があったという情報を、家族から得ていなかった。 ・経済的なことや今後の仕事などについて情報収集と関わりが出来ていなかった。 ・家族から精神科受診を勧めていたが、患者が強く拒否していたことが後に判明した。 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・摂食障害の治療で入院のため、希死念慮があると判断していなかった。 ・説明直後の患者の発言に対する気がかりを継続できていなかった。 ・回復期にエネルギーがでてよくなったという医療者の認識と、患者の思いに齟齬があった。

④改善策

医療機関にあるモノに関連した事例の 39 件の事例の中から主な改善策を整理して以下に示す。

患者の様子の変化の有無に関わらず、日常から病室内に危険物を置かない、使用していないコードやチューブ類は速やかに片付ける、医療機関のホットスポット（事例が多発する地点）について検討する、など日常からできることを実践することも重要である。

1) 環境整備

- 病室内に鋭利なものやひも状のものなど自殺企図を誘発させるようなものは置かない。
- 使用目的が終了した時点でチューブ類は速やかに外す。
- コード類などベッド周辺の整理整頓を行い、危険物になるような物を側に置かない。
- 環境整備を行い、不必要なものは患者の側に置かないようにする。
- ホットスポット(事例が多発する地点)の対策として、窓が開放制限できるような整備や、トイレなどの荷物掛けのフックの除去を検討する。
- 無線ナースコールを導入する。
- 自殺企図のある患者に対し、ナースコールのコードを自殺に用いないように、巡視時に位置の確認をする。
- 事例発生後に、全ベッド対象にメーカーを確認しアース線がついているベッドについてはアース線の撤去や収納部分の補強を行った。

2) 医療者の介入

- ストレスや不安を溜め込みやすい患者は、精神科への受診や精神看護専門看護師の介入の体制を整える。
- 長期入院患者への精神的ケアの必要性を検討し、リエゾンナースなどの介入を積極的に行う。
- 自殺予防マニュアル、アセスメントチェックリストの活用を行う。
- アセスメント時期について検討する。
- 対応困難が予想される患者に対しては、医師と看護スタッフの情報交換を頻回に実施し、今まで不定期だったカンファレンスを医師毎に曜日指定して、定期的に行う事で治療をすすめる。
- 多職種カンファレンスによるサポートを検討する。

3) 家族の協力

- 家族にできるだけ付き添ってもらえるよう協力を依頼する。
- 家族に情報交換と協力を依頼する。

4) 教育

- 発作的に自殺企図が発生する患者傾向などについて勉強会を開催する。
- 医療安全マニュアル「入院患者自殺防止対策」の周知徹底を図る。

(3) まとめ

自殺予防は社会における重要な課題であるとともに、精神疾患や難治性疾患等の治療を行う機会がある医療機関においても、継続的に取り組まれている課題である。

患者の様子や周囲の状況から自殺念慮や自殺行動を予測することは困難な場合もある。しかしながら報告された事例には、起きた事象を振り返ったうえで、背景・要因や改善策の記載がされており、本報告書では、これらの情報は医療機関の自殺及び自殺企図に対する医療安全対策の検討のために有用であると考え、個別分析テーマとして取り上げた。

その中で、患者の自殺又は自殺企図の事例の発生状況や患者の性別を分析した。また医療機関における発生に限らない統計である内閣府自殺対策推進室による「平成26年中における自殺の状況」を参考として紹介した。

また、本報告書では、自殺又は自殺企図の事例のうち医療材料などを含め、医療機関のモノに関連した事例の内容や関連したモノ、主な背景・要因について分析、整理した。医療者側の背景・要因では、自殺念慮について判断が難しかったことが挙げられており、アセスメントシートを使用したり、複数の医療者で協力して患者の状況を評価することの重要性が示唆された。

(4) 参考文献

1. 内閣府. 自殺総合対策大綱. 2007年. (Online). available from < <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/sakutei.html> > (last accessed 2015-5-15) .
2. 公益社団法人日本医師会編集. 自殺予防マニュアル【第3版】. 明石書店. 2014年.
3. 公益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. 2007年. (Online). available from < <https://www.psp.jcqh.or.jp/readfile.php?path=/statics/teigen/teigen200704170313913.pdf> > (last accessed 2015-5-14) .
4. 公益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. 病院内の自殺対策のすすめ方. 患者安全推進ジャーナル別冊. 2011年.
5. 内閣府. 平成26年中における自殺の状況. (Online). available from < <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h26.html> > (last accessed 2015-4-14) .