自殺防止マニュアル

― 精神科病院版 ―

平成 24 年 3 月 29 日

社団法人　愛知県精神科病院協会

＜自殺防止マニュアル－精神科病院版－の説明＞

Ⅰ　このマニュアルの目的、特徴

・　このマニュアルは、平成２３年度の県からの委託事業として作成したもので、平成２２年度に調査した精神科病院における自殺企図事例の調査を基に病院における自殺リスク要因を分析（P１５～２４参照）し、効果的な自殺予防策を簡潔にまとめたものである。

・　CONTENTS の「A」「B」「C」の①～⑭は、分析の結果として数字が小さいほど効果が高い又は、リスクが高くなっており、効果的な取組むべき対策又は特に注意すべき事項となっている。

Ⅱ　使用方法

・「A」については、病棟において、それぞれの項目について具体的にどのような状況か確認することにより、改善策を検討し、一層の自殺防止策を進めることができるものとした。

・「B」「C」については、それぞれの患者におけるカンファレンス（ケース検討）において、その患者がどのリスクに該当するのか明確にし、特に注意すべき患者や注意点を職員間で共有することができる。（患者のケース記録にチェックリストとして貼ることができるように様式を掲載した。）

・「D」については、職場の研修における事例検討の材料として使用することを想定しており、それぞれの事例における注意点や問題点、自殺防止における具体的な取組方策など検討するための事例として活用していただきたい。

　なお、検討資料として使用しやすいように、見開き右ページ下部には、本マニュアルにおける「B」「C」の項目を掲載した。

・「E」は、平成２２年度に実施した精神科病院における自殺企図事例等の調査結果の概要である。院内研修等の参考としていただきたい。

・　一層の注意喚起を図ることができるように、最終のページには、「A」「B」「C」項目を一表にしてあるので、コピーして、それぞれの病棟のナースセンター等に掲示するなど常に目に付く場所に貼って活用いただきたい。

CONTENTS

A　自殺のリスクを減らすと考えられる病棟

① 以前の自殺・企図現場を知っている
② 患者への接触が多い
③ 職員間のコミュニケーションが良い
④ 危険な場所を点検している
⑤ 半年以内に自殺・企図がなかった
⑥ 危険な場所を特定している
⑦ 定期的に持ち物チェックをしている

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）

① 入院 3 ヶ月以内
② 経済的問題あり
③ 退院 3 ヶ月以内
④ 家族関係の悪さ
⑤ 家庭状況の変化あり
⑥ 家族との面談直後（入院患者）
⑦ 仕事上問題あり
⑧ 身体健康問題あり
⑨ 自殺の家族歴あり
⑩ ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）

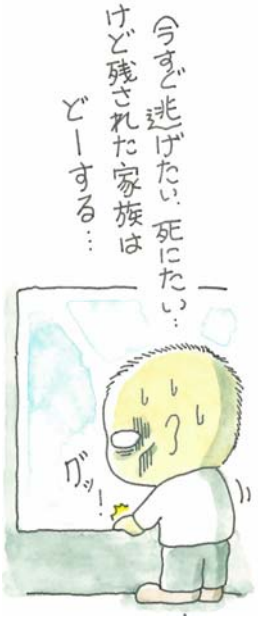
① 症状が不安定
② うつ状態
③ 自殺念慮あり
④ 自殺未遂あり
⑤ 治療に反応しない
⑥ 治療コンプライアンスが悪い
⑦ 症状の急変
⑧ 訴えが急に多くなる
⑨ 治療環境の変化
⑩ 病識なく退院要求が著しい
⑪ 診断がつきにくい
⑫ 通院が不規則
⑬ 主治医や担当看護師の変更
⑭ 治療薬変更による病像の変化

D　事例（全て創作事例です）

① 20 代後半の女性（感情障害）の外泊中の自殺
② 70 代後半の母親と 40 代の息子（頭部外傷後遺症）の無理心中
③ 40 代後半の男性（抑うつ神経症）の院内での自殺
④ 70 代前半の女性（統合失調症）の無断離院時の自殺
⑤ 50 代後半の男性（統合失調症）の院内での自殺
⑥ 40 代後半（統合失調症）のグループホームに退院後まもなくの自殺
⑦ 30 代後半の母親（感情障害）の無理心中未遂
⑧ 40 代前半（統合失調症）の住所不定者の自殺未遂
⑨ 30 代後半の女性（アルコール依存症）の自殺未遂

E　資料

「愛知県内精神科病院の実態調査に基づく自殺リスク要因の評価」
Evaluation of the suicide risk factors based on the survey on suicide and suicide attempt cases at the psychiatric hospitals in Aichi Prefecture.



A　自殺のリスクを減らすと考えられる病棟

① 以前の自殺・企図現場を知っている

危険な個所・現場は必ず申し送るようにしましょう。

② 患者への接触が多い

「今忙しいから」とか「その話何度も聞きました」といった対応をしたり、患者の不平・不満に耳を貸さないといった態度は避けましょう。

③ 職員間のコミュニケーションが良い

看護者の申し送りでの“深刻味のなさ”が自殺の危険につながったケースもあります。「いつものことだから」と油断しないようにしましょう。

④ 危険な場所を点検している

病棟構造上の欠点を頭に入れて、定期的に点検しましょう。

⑤ 半年以内に自殺・企図がなかった

経験的に自殺や事故は連続しやすいので、最近自殺があった場合には、その後の数ヶ月はとくに注意を払いましょう。

⑥ 危険な場所を特定している

ベッド間のカーテンレール、タオルを掛けるドアノブ、廊下の袋小路と危険はいたるところにあります。

コメント　広い治療空間では死角が増え、自殺予防には不都合な構造になっていることに留意しましょう。院内では“縊死”や“飛び降り”が既遂につながりやすいのでとくに注意しましょう。

⑦ 定期的に持ち物チェックをしている

閉鎖処遇においても来訪者から容易に危険物を持ち込むことができることに留意しましょう。

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）

① 入院 3 ヶ月以内

措置、医療保護といった本人の同意に基づかない入院はもちろん、任意入院でも入院に本心から同意していないことがあります。とくに病棟入室時には注意深く観察してください。

コメント　多くの新入院患者は病識が欠如しており、自殺につながる無断離院の可能性があります。患者の病状をいち早く把握し、“ 連続した注意深い観察 ” を忘れないようにしましょう。

② 経済的問題あり

とくに気分障害圏では問題になります。患者の経済的な状況を把握しておきましょう。

③ 退院 3 ヶ月以内

環境も変わり病状は不安定になりやすい時期です。訪問看護なども積極的に利用しましょう。

④ 家族関係の悪さ

家族と患者の関係はどうなっているのか、早期に把握する必要があります。

コメント　入退院を繰り返す患者の家族は、最も病状の激しかった時を経験して家族関係が悪化していることがあります。家族に対して妄想をもっているために、外出や自宅への外泊をためらうこともあります。

⑤ 家庭状況の変化あり

家族に対しては日頃より連絡を密にとりましょう。外泊や退院などの決定は、患者と家族と医療提供者とで、きちんと話し合いましょう。

⑥ 家族との面談直後（入院患者）

患者・家族面談直後の患者の病状急変による無断離院に注意しましょう。多くは早く退院したいという訴えを家族が相手にしなかった時です。

⑦ 仕事上問題あり

このような具体的なことを訴えた時は、専ら支持的に接してください。

⑧ 身体健康問題あり

重大な身体疾患から慢性で苦しんでいる疾患などを合併しているときには、いつも以上に注意を払いましょう。

⑨ 自殺の家族歴あり

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。
家族の命日等に自殺する事を決意している事もありますので、注意しましょう。

⑩ ソーシャルサポートなし

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。
コメント 相談機関利用の拒否や関係者との繋がりがないとか希薄だったりします。精神保健福祉士などを利用して、身近に相談できる人を見つけましょう。

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）

① 症状が不安定

当然注意を払うでしょうが，それでもリスクは高いものと心得ましょう。

② うつ状態

うつ状態やマイナス思考に傾いている場合は、きわめて高い注意を払う必要があります。

コメント　うつ状態はどんな病態にも合併します。「いつもと違う」と感じたらうつ状態かもしれません。

③ 自殺念慮あり

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。

コメント　「死にたい」発言はいつもの事と聞き流さない様にしましょう。

④ 自殺未遂あり

過去に自殺企図の既往のある患者は再び自殺を指向する傾向にあります。

⑤ 治療に反応しない

治療抵抗性といわれる患者や保護室から出られない患者など、治療に反応しない患者も、自殺企図の可能性は高くなります。

⑥ 治療コンプライアンスが悪い

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。

コメント　コンプライアンスやアドヒアランスは、一晩で悪化することがあります。そのため日々大きく変動する事があるので注意深い観察が必要です。

⑦ 症状の急変

症状に少しでも変化があれば、主治医に相談しましょう。

コメント　閉鎖病棟への移棟や入院形態の変更などは、早めに検討してください。

⑧ 訴えが急に多くなる

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。

コメント 患者の病状は急変しやすく、ささいな状況の変化が自殺企図のきっかけになります。医療者側の見落としには、精神疾患（症状）についての知識不足が関係しているので、「疾病あるいは病態への学習の継続」が大切です。

⑨ 治療環境の変化

ささいな環境の変化も病状に影響していないか注意しましょう。

コメント 多くの精神科病院では、病棟ごとに機能分化して効率的な医療を展開しています。その結果、患者の都合によらず移棟が行われています。

⑩ 病識なく退院要求が著しい

しばしば懸命な治療にもかかわらず、病識なく退院要求が続くような患者がいます。このような患者も自殺企図の可能性の高い患者です。

⑪ 診断がつきにくい

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。

⑫ 通院が不規則

きわめて高いリスクファクターと考えておきましょう。

⑬ 主治医や担当看護師の変更

医師や看護師の移動による担当の交代などといった治療者側の変化は、自殺念慮につながる一因になることがあります。

⑭ 治療薬変更による病像の変化

治療薬の変更が行なわれた場合は、医師はすべての治療スタッフへその利点と当初注意するべきことを伝えましょう。

コメント 新しい抗精神病薬への変更は、一時的に患者の様相を一変させることがあります。主治医は十分な観察を指示し、医療スタッフはささいな変化も見逃さないようにしましょう。

D　事例

---

①　20 代後半の女性（感情障害）の外泊中の自殺

公務員の父親の家庭で何不自由なく、優秀な子どもとして育ち、地元の教育大学を卒業する。卒業後は、地元中学の国語教師として勤務する。3 年後に転勤した頃から授業がうまくいかないなどと言い、考え込むことも増えてきた。心配した母親が、心療内科クリニックに連れて行き受診させた。うつ病と診断され、抗うつ薬が投与された。2 週間休職し、職場復帰した。半年程度通院。服薬しながら順調に回復し、治療も終了した。翌年の 4 月に担任変更があり、再び沈み込み、不眠や食欲不振も見られ、心療内科クリニックからの紹介で入院となった。

入院 1 ヶ月が経過し、不眠を始め、体重も回復し、表情も元来の本人に近くなり、復職方法や時期の検討に入り、早期退院を希望しており調整のためも含め試験外泊を行なった。しかし、夕食時に父親と些細なことで口論となり、自室で深夜に首吊り自殺を図り死亡した。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・入院３ヶ月以内（B－①）
・父親など家族関係の悪さ（B－④）
・復職方法など仕事上の問題（B－⑦）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・うつ状態（C－②）
・退院希望が強い（C－⑩）

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）
①入院 3 ヶ月以内　②経済的問題あり　③退院 3 ヶ月以内　④家族関係の悪さ　⑤家庭状況の変化あり　⑥家族との面談直後（入院患者）　⑦仕事上問題あり　⑧身体健康問題あり　⑨自殺の家族歴あり　⑩ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）
①症状が不安定　②うつ状態　③自殺念慮あり　④自殺未遂あり　⑤治療に反応しない　⑥治療コンプライアンスが悪い　⑦症状の急変　⑧訴えが急に多くなる　⑨治療環境の変化　⑩病識なく退院要求が著しい　⑪診断がつきにくい　⑫通院が不規則　⑬主治医や担当看護師の変更　⑭治療薬変更による病像の変化

---

② 70 代後半の母親と 40 代の息子（頭部外傷後遺症）の無理心中

就学直前に交通事故で頭部を打撲し、一命はとりとめ、軽度の発達障害が認められたが、何とか中学を卒業する。裕福な家庭で育ち、就職をすることもなく、ブラブラしていた。その内、自分の思うようにならないと母親への暴力など、粗暴行為が目立ち、その度に短期入院を繰り返していた。20 代前半に父親が死亡し、その後、長期の入院となった。

入院期間が 20 年になろうとしたころ、本人からもう一度家に帰りたいと申し出があり、怖がる母親との話し合いが始まった。短時間の外出や病院近くのホテルへの外泊から始め、自宅への外泊を繰り返すなど 3 年間の調整をへて、20 数年ぶりに退院した。退院後は、保健所の社会復帰教室や訪問看護を利用しながら、穏やかに生活していたが、2 ヶ月を経過した頃に粗暴な言動があり再入院となった。1 ヶ月程度で落ち着き退院したが、退院 1 週間目に将来を悲観した母親が、衝動的に腰紐で寝ている本人を絞殺。自身も腰紐で首吊り自殺を図るが紐が切れ、自ら警察に連絡した。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・退院 3 ヶ月以内（B－③）
・母親の高齢と兄弟との疎遠など家族関係の悪さ（B－④）
・母親が社会資源の利用を拒む（B－⑩）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・病気の理解が不十分（C－⑥）
・退院希望が強い（C－⑩）

---

③ 40 代後半の男性（抑うつ神経症）の院内での自殺

九州の町工場で働く父母の第二子の次男として生まれ、大きな問題も無く高校を卒業後、鉄工所に就職するが、10 年が経過した頃に会社は倒産。その後は、派遣会社の関係で各地を転々としながら、兄とは全く疎遠となり単身生活をしていた。病院近郊の地方都市で 2 年目の時に欠勤が目立ち、解雇される。暫らくは、貯金で生活しながら、求職活動をしていたが見つからず、市役所近くの公園で倒れているところを保護された。その際「三日間飲食していない」、「このまま死にたい」などと話すため応急入院となり生活保護を受給した。

入院２ヶ月が経過し、体重も抑うつ状態も回復し、表情も元来の本人に近くなり、退院希望が強く、社会復帰施設を利用しての退院を目指し開放病棟に転棟させた。体験入所など外泊を繰り返し、入院 4 ヶ月を経過する頃に入所退院が決まった。ところが退院の前日に兄・主治医・担当 PSW に遺書を残し、グランドの桜の木で首吊り自殺を図り死亡。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・退院後の生活不安（B－②・B－⑦）
・兄弟との疎遠など家族関係の悪さ（B－④）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・開放病棟への転棟（C－⑨）
・退院希望が強い（C－⑩）
・確定診断が困難（C－⑪）

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）
①入院 3 ヶ月以内　②経済的問題あり　③退院 3 ヶ月以内　④家族関係の悪さ　⑤家庭状況の変化あり　⑥家族との面談直後（入院患者）　⑦仕事上問題あり　⑧身体健康問題あり　⑨自殺の家族歴あり　⑩ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）
①症状が不安定　②うつ状態　③自殺念慮あり　④自殺未遂あり　⑤治療に反応しない　⑥治療コンプライアンスが悪い　⑦症状の急変　⑧訴えが急に多くなる　⑨治療環境の変化　⑩病識なく退院要求が著しい　⑪診断がつきにくい　⑫通院が不規則　⑬主治医や担当看護師の変更　⑭治療薬変更による病像の変化

---

④ 70 代前半の女性（統合失調症）の無断離院時の自殺

農業を営む 3 姉妹の次女として出生。中学校を卒業後は織物工場で働いていた。20 代中頃より独言が目立ち、仕事も休むことが多くなり、精神科入院となる。その後、数回の入退院を繰り返すが、両親が亡くなった 30 代後半からは退院についても消極的で、姉の定期的な面会もあり、開放病棟での安定した療養生活が続いていた。70 代になり、加齢に伴う膝疾患や眼科疾患が見られ、院外受診を余儀なくされ、高齢者の開放病棟に転棟した。

転棟して数ヵ月後に姉が病死した。この頃から膝痛などの訴えが増えてきたために閉鎖処遇を検討している矢先に無断離院し、病院近くの農業用溜池に入水自殺を図り死亡した。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・姉の病死（B－⑤）
・膝痛など身体健康問題（B－⑧）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・症状が不安定（C－①）
・訴えが急に多くなる（C－⑧）
・合併症のため病棟を移動（C－⑨、⑬）

---

⑤ 50 代後半の男性（統合失調症）の院内での自殺

高校を卒業するまで、離婚して居酒屋を営んでいる母親と姉の 3 人で生活していた。その後は全国を転々としていたが、詳細は不明。40 代後半に東海地方で単身生活をしていたが、「警察官に追いかけられている」、「ヤクザが殺しに来る」と警察署に保護を求め、精神科に入院となった。入院中の 50 代前半に膝の病気で手術を行い、身体障害手帳の 4 級に認定された。退院については消極的であった。

入院 10 年と入院も長期となり、本人も退院を目標にし始め、開放病棟に転棟した。移棟後 2 ヶ月が経過した頃から、アパート探しや生活保護受給・地域生活支援センターの利用など社会復帰の準備が順調に進められた。この頃、当初賛成していた姉から電話で退院を反対され、その夜、自室のドアノブで首吊り自殺を図り死亡した。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・退院後の生活不安（B－②）
・姉に反対されるなど家族関係の悪さ（B－④、⑥）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・病状の急変（C－⑦）
・開放病棟への転棟（C－⑨、⑬）

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）
①入院 3 ヶ月以内　②経済的問題あり　③退院 3 ヶ月以内　④家族関係の悪さ　⑤家庭状況の変化あり　⑥家族との面談直後（入院患者）　⑦仕事上問題あり　⑧身体健康問題あり　⑨自殺の家族歴あり　⑩ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）
①症状が不安定　②うつ状態　③自殺念慮あり　④自殺未遂あり　⑤治療に反応しない　⑥治療コンプライアンスが悪い　⑦症状の急変　⑧訴えが急に多くなる　⑨治療環境の変化　⑩病識なく退院要求が著しい　⑪診断がつきにくい　⑫通院が不規則　⑬主治医や担当看護師の変更　⑭治療薬変更による病像の変化

---

⑥ 40 代後半（統合失調症）のグループホームに退院後まもなくの自殺

発病は 20 歳すぎ。精神科病院に 10 年程前に入院。退院後、母の住む区内で単身アパート生活し、小規模作業所に通所、社会適応訓練事業や障害者就労センターへの通所など就労訓練も積極的だったが、本人が望む一般就労には至らなかった。やがて飲酒による生活破綻、金銭をめぐるトラブルを繰り返すようになり、作業所の指導員の勧めで福祉ホームに入所する。約 2 年の期間を経てグループホームに移る寸前に大量服薬により再入院となった。

入院 1 ヵ月後に関係者（福祉ホーム職員，グループホーム職員、作業所職員、生活保護担当者、保健所相談員,病院精神保健福祉士）と本人を含めてケア会議を開催。そして、グループホームへの入所が決定した。入所して数日後、グループホームの向いの住宅から飛び降り死亡。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・退院 3 ヶ月以内（B－③）
・高齢の母のみ（B－④）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・自殺未遂あり（C－④）
・生活環境の変化（C－⑨）

---

⑦ 30 代後半の母親（感情障害）の無理心中未遂

数年前に相次いで両親が亡くなり、長男（情緒障害・学習障害）と二人暮しになった。両親の介護や葬儀などで妹や親類と話が合わず、自ら関係を断っていた。長男が唯一の相談相手となり、そのために長男の希望で学校を休ませたりしていた。そして、働く意欲も無く収入も無いため、将来を悲観して無理心中（大量服薬）を図り、母親は精神科に入院し、長男は児童相談所の一時保護施設に入所となった。

入院 2 ヶ月後も退院希望が強く、友人のアパートを１室借りることで退院となり、長男の希望もあり、児童相談所の意見を取り入れず、連れ戻し再び同居することとなった。半年ほどで、友人とも折り合いが悪くなり（働かない・家賃の未払い）退去を言い渡され、再び悲観的になり、お互いの手首を切って無理心中を図り再入院となった。その後、児童相談所はじめ関係機関と協議し、援護寮で生活訓練を受け、長男と暮らすことを目標に入所退院となった。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・入院 3 ヶ月以内（B－①）
・遺族年金のみの収入（B－②）
・両親の死亡等家族状況の変化（B－④、⑤）
・児童相談所などの関わりを拒む（B－⑩）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・病状が不安定（C－①）
・無理心中未遂あり（C－④）
・退院希望が強い（C－⑥、⑩）

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）
①入院 3 ヶ月以内　②経済的問題あり　③退院 3 ヶ月以内　④家族関係の悪さ　⑤家庭状況の変化あり　⑥家族との面談直後（入院患者）　⑦仕事上問題あり　⑧身体健康問題あり　⑨自殺の家族歴あり　⑩ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）
①症状が不安定　②うつ状態　③自殺念慮あり　④自殺未遂あり　⑤治療に反応しない　⑥治療コンプライアンスが悪い　⑦症状の急変　⑧訴えが急に多くなる　⑨治療環境の変化　⑩病識なく退院要求が著しい　⑪診断がつきにくい　⑫通院が不規則　⑬主治医や担当看護師の変更　⑭治療薬変更による病像の変化

---

⑧ 40 代前半（統合失調症）の住所不定者の自殺未遂

定時制高校卒業後、アルバイトなど職を転々としていたが、30 代で胃潰瘍になり入院する。入院費が払えずサラ金に手を出し、後に借金が膨れ上がってしまい兄弟とも疎遠となる。数年前からは人材派遣会社に登録し、寮生活をしていたが、部屋で盗撮されていると感じるようになり、営業所を転々としていた。3 ヶ月程前からは、携帯ゲームで麻雀をやっていると「すごいすごい」と言う声が聴こえ始め、次第に不眠となり、仕事も集中できずミスも多くなる。その後、寮のリビング・風呂場・洗面所まで職場の上司に監視されていると思い、寮を飛び出し公園で生活をしていた。盗撮は続きヤクザが経営する会社であると確信を持ち、警察に「殺される」と相談するも取り合ってもらえず、「アイツはいくところがないから死ね死ね」と聴こえ、市民とヤクザが結託し自分を殺しに来ると感じ、人に殺されるくらいなら自分で死のうと公園で手首を切る。通行人に通報され救急車で病院に搬送、処置後、応急入院する。

入院時より、生保受給および退院後の生活場所の調整を行なった。また、疎遠になっている兄姉に協力の調整をするが全て拒否された。1 ヶ月程で状態は落ち着き、早く仕事をしたいとういう本人の希望もあり退院した。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・ホームレス・経済的問題（B－②、⑩）
・兄弟と疎遠（B－④）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・病状が不安定（C－①）
・うつ状態（C－②）

---

⑨ 30 代後半の女性（アルコール依存症）の自殺未遂

高校卒業後、就職し 20 歳で結婚。まもなく離婚となり、数年後には再婚し、出産を強く希望するも流産する。不妊治療を受けて 5 年目に長男を出産。その頃に舅が事業に失敗し、その借財を本人夫婦に背負わせたまま、舅姑は出奔する。その後、借金取りからの逃避行が始まり、夫が他に愛人を作ったため離婚し、長男と実家がある町のアパートに居住した。離婚後は実母の援助に頼っていたが、実母・実兄夫婦との関係悪化し、この頃から飲酒量も増えた。その後、泥酔して近隣住民からの苦情が増え、長男の通う小学校から「虐待ではないか?」と指摘された。また、実家とは断絶になり、地域でも孤立するようになった。自殺企図１回目は多量の服薬と酒で、２回目は泥酔したまま自室失火(放火)し、自殺を図った。１回目は実母が発見し救急搬送。２回目は、長男の担任教師が発見し大事に至らず、緊急受診し入院した。

入院当初から個別面接を繰り返し、集団療法や自助グループへの導入、家族にも面談を重ね、家族グループへの参加等相談援助を行なった。また、児童相談所、保健所と連絡調整をして、緊急連絡網を構築して随時対応することを確認した。さらに、町保健師、福祉担当者、県福祉事務所担当者、民生委員らも含め、本人も同席したケア会議を数回開催し退院した。

患者の状況・状態に関するリスク要因

・経済的問題あり（B－②）
・離婚や実家との断絶など家族関係の悪さ（B－④）

患者の症状・治療状況に関するリスク要因

・病状が不安定（C－①
・うつ状態（C－②）
・自殺未遂あり（C－④）
・転居（C－⑨）

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）
①入院 3 ヶ月以内　②経済的問題あり　③退院 3 ヶ月以内　④家族関係の悪さ　⑤家庭状況の変化あり　⑥家族との面談直後（入院患者）　⑦仕事上問題あり　⑧身体健康問題あり　⑨自殺の家族歴あり　⑩ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）
①症状が不安定　②うつ状態　③自殺念慮あり　④自殺未遂あり　⑤治療に反応しない　⑥治療コンプライアンスが悪い　⑦症状の急変　⑧訴えが急に多くなる　⑨治療環境の変化　⑩病識なく退院要求が著しい　⑪診断がつきにくい　⑫通院が不規則　⑬主治医や担当看護師の変更　⑭治療薬変更による病像の変化

E　資料

愛知県内精神科病院の実態調査に基づく自殺リスク要因の評価
Evaluation of the suicide risk factors based on the survey on suicide and suicide attempt cases at the psychiatric hospitals in Aichi Prefecture.

森　隆夫[1]、舟橋利彦[2]、藤城　聡[3]、増井恒夫[3]　（[1]医療法人愛精会　あいせい紀年病院、[2]医療法人明心会　仁大病院、[3]愛知県精神保健福祉センター　）

はじめに

警察庁によると平成 22 年の全国における自殺死亡者総数[1)]は 31,690 人で、平成 10 年以降 3 万人を超える状況が続いている。平成 18 年の自殺対策基本法施行、平成 19 年の自殺総合対策大綱策定を受け、愛知県は平成 20 年 3 月に愛知自殺対策総合計画を策定し、総合的な自殺対策を推進してきた。

平成 22 年度は地域自殺対策緊急強化基金を活用した自殺ハイリスク者対策の一環として愛知県精神科病院協会が「精神医療の場で経験している自殺ならびに自殺予防に役立っていると考えられる取り組みの調査」を実施した。この調査は平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金による「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」の分担研究として全国の精神科医療機関等を対象に行われた調査[2)]を兼ねているが、愛知県の調査は対象期間を 3 年間とし、県独自の質問項目を追加したものである。

本稿では、この調査結果を基に、精神科病院における自殺のリスク要因の評価を行い、効果的な自殺予防策について考察した。

調査の概要

本調査は愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室が愛知県精神科病院協会に委託した事業であり、愛知県精神科病院協会に属する 41 病院に対し、調査票を郵送し、回答を求めた。調査対象は、平成 19 年 1 月から平成 21 年 12 月までの 3 年間に、①入院または通院患者のうち、自殺既遂者、②入院患者のうち、自殺企図者（自殺企図の結果、既遂に至らなかったもので、自傷行為は除く）とした。

調査票は病院の事務職員や精神保健福祉士等の職員が診療録から情報を把握できるものを記入し、診断名や自殺前の事例の状況等は主治医に確認の上、回答するものとした。資料１の調査項目のうち、平成 21 年のものは平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金による分担研究の調査項目に該当し、資料 2 の患者の状態と病棟の状態に関する質問は愛知県独自の調査項目であり、「院内での自殺防止のための 20 項目[3)]（表１）」に関連した質問となっている。また、施設ごとに施設の概要として、平成 21 年１月から 12 月までの 12 ヶ月について月毎のレセプト枚数を基にした入院および外来患者の実人数ならびに、同年６月時点における診断カテゴリー別（F0、F1、F2、F3、F4、F6、その他）入院患者数の記載を求めた。調査票の発送、回収、不明項目の問い合わせ等は愛知県精神科病院協会が行っ

た。

調査結果の解析は愛知県精神科病院協会ならびに愛知県精神保健福祉センターが行った。統計解析には、統計ソフト R を用い、各調査項目に対し Fisher の直接確率計算ならびに Haberman の残渣分析により既遂群と企図群を比較した。

表１　院内での自殺防止のための２０項目　（森　隆夫[3]）

１　注意すべき病棟（構造）

①　病棟職員間のコミュニケーションが悪い（特に勤務交代直後に注意）

②　患者への接触が少ない

③　危険な場所（箇所）の特定をしていない

④　危険な場所（箇所）の点検を怠っている（老朽化、不具合を含む）

⑤　以前の自殺（自殺企図）の現場を知らない（伝えていない）

⑥　持ち物チェックが定期的に行われていない

⑦　最近、自殺（自殺企図）があった（事故は続けて起こりやすい）

２　注意すべき患者

⑧　入院直後の患者

⑨　診断がつきにくい患者

⑩　自殺企図の既往がある患者

⑪　病識なく退院欲求が著しい患者

⑫　うつ状態にある患者

⑬　病状が急に変化した患者

⑭　訴えが急に多くなった患者

⑮　治療に反応しない患者

⑯　治療薬変更によって病像が変化した患者

⑰　家族関係がよくない患者

⑱　家族との面談直後の患者

⑲　治療環境に変化があった患者（移棟、外泊後等）

⑳　主治医や担当看護師が変更した患者

結果

本調査に対し 38 病院より回答があり（調査票回収率 93%）、そのうち 34 病院(89%)において調査期間の 3 年間に 1 件以上の自殺既遂（以降、既遂と表す）もしくは自殺企図（以降、企図と表す）が報告された。既遂者の合計は 162 人、企図者は 60 人であった。既遂者のうち入院は 45 人(28%)、通院は 117 人(72%)であり、企図は入院中の患者を調査対象としたため、97%が入院であった（以後の解析は、通院も含めた全例を対象としている）。

年間自殺率（対 10 万人）は、杉田の方法 [4]に準じ、年平均自殺者数÷月平均患者数×10 万人として計算し、入院および通院ごとに診断カテゴリー別（F2、F3、総計）の自殺

率を算出した（表２）。その結果、入院患者の自殺率（対 10 万人）は 129、通院患者は 103 となり、ともに愛知県全体の自殺率（平成 21 年、警察データ[5]）の 22 を大きく上回っていた。診断カテゴリー別では、入院患者の自殺率は、F2 が 119、F3 が 330、通院患者は F2 が 113、F3 が 133 であり、入院、通院ともに F3 は F2 より高い数値を示し、特に入院患者でその差は顕著であった。

表２　入院および通院患者の自殺率（10 万人あたり）

	入院			通院		
	F2	F3	入院計	F2	F3	通院計
年平均自殺者数	9.0	3.3	15.0	17.0	13.0	39.0
月平均患者数	7535	1010	11661	15082	9778	37868
自殺率（対10万人）	119	330	129	113	133	103

１　既遂者と企図者の特性

性差：既遂者の性別は、男性 86 人(53%)、女性 76 人(47%)であり、男性が 71%を占めている愛知県全体の自殺者（平成 21 年、警察データ）に比べて男性の割合が少なく、性差は殆どなかった。企図者は、男性 20 人(33%)、女性 40 人(67%)と女性が多かった。

診断カテゴリーの割合（図 1）：既遂例では F2 が最も多く、次に多い F3 とあわせて男性では 81%、女性では 77%を占めた。企図例も既遂例と同様な傾向が認められるが、F2 と F3 の合計は男性で 60%、女性で 65%であり、企図例の方が診断カテゴリーは多彩であった。

年齢の割合（図 2）：既遂例のうち 70 歳以上の占める割合は男性が 3%、女性が 14%であり、愛知県全体でそれぞれ 14%と 28%であることに比べると 70 歳以上の既遂例の割合は少なかった。企図例は数が少ないものの、男性は 40 歳代と 70 歳以上の占める割合がともに 25%とやや多く、女性では 40 歳代が 42%と最も多かった。

図１　診断カテゴリーの割合　（平成19～21年計）

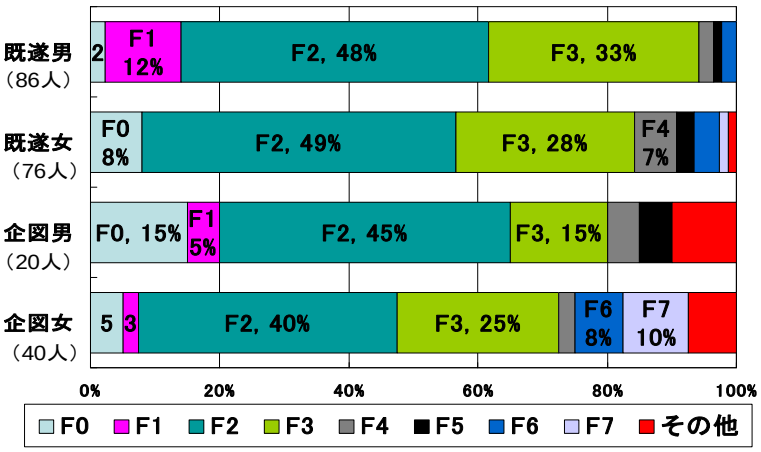
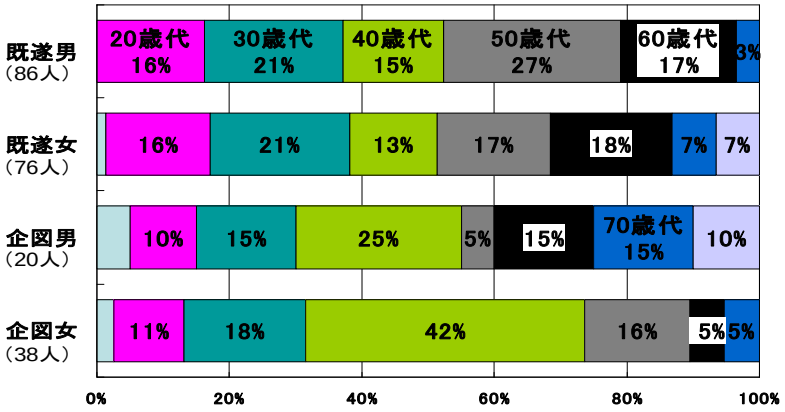


図2　年齢の割合 （平成19～21年計）



２　入院既遂事例の検討

入院から既遂日までの入院期間は図 3 に示すように、入院後 3 ヶ月以内が 55%と既遂例の半数以上を占めており、企図例も入院後 3 ヶ月以内に 60%が発生していることからも、入院直後は自殺のリスクが非常に高いことを示した。ただし、図 4 に示すように、入院事例における初診から既遂までの期間を見ると、初診から既遂までが 3 ヶ月以内であったのは 16%であり、全体としては、10 年以上のものが 32%と割合としては最も多かった。図 5 は入院 3 ヶ月（90 日）以内と 91 日以降の既遂例の年齢分布を比較したもので、入院 90 日以内の既遂例は 20 歳代が最も多く、91 日以降の既遂例は 50 歳代が最も多かった。図 6 は入院既遂事例の既遂場所を示したもので、入院事例においても、40%が病院外における既遂であった。図 7 は入院 90 日以内と 91 日以降の既遂場所を比べたもので、入院 90 日以内の既遂では、病院外（自宅の 21%を含む）が 46%であった。

なお、入院 90 日以内と 91 日以降の既遂例における男性の割合はそれぞれ 58%と 60%であり、性差はなく、任意入院の割合も 63%と 65%で、入院形態の差もなかった。診断カテゴリーでは、入院 90 日以内の既遂例で F2 が 54%、F3 が 25%、91 日以降の既遂例では F2 が 65%、F3 が 20%であり、入院 90 日以内の既遂例では僅かに F2 が多く F3 が少なかった。

図3　入院日から既遂日までの入院期間

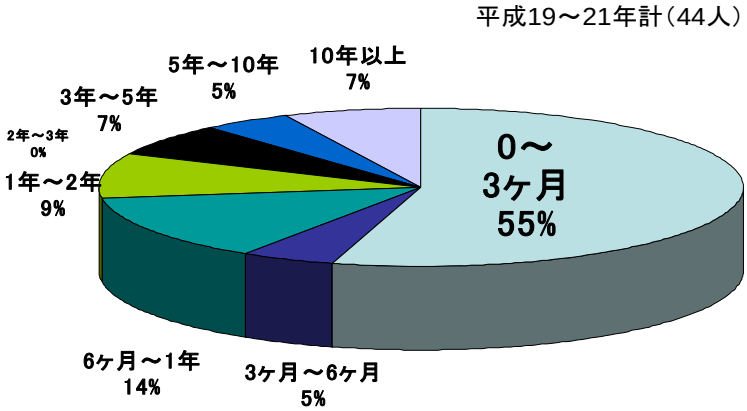


図4　初診から既遂日までの期間（入院事例）

平成19～21年計（44人）

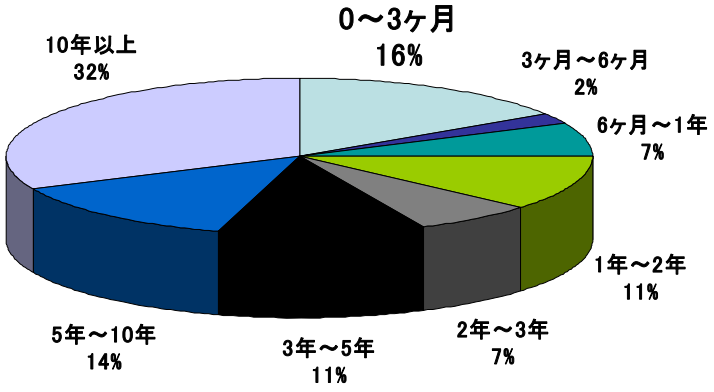


図5　入院後90日以内と91日以降の既遂例の比較（年齢）

平成19～21年計

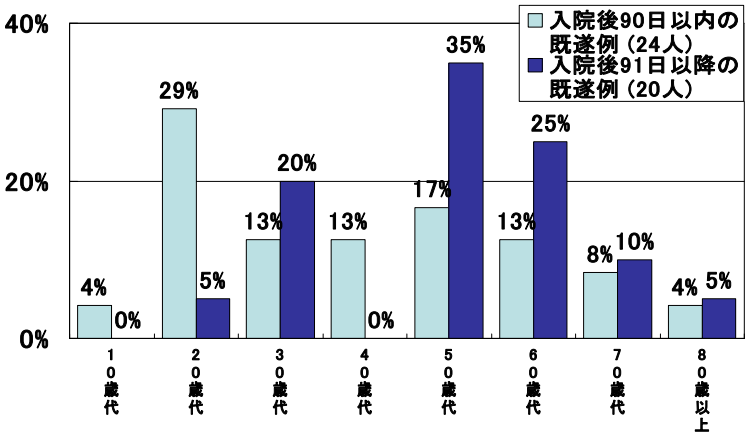


図6　入院既遂事例の既遂場所

平成19～21年計（45人）

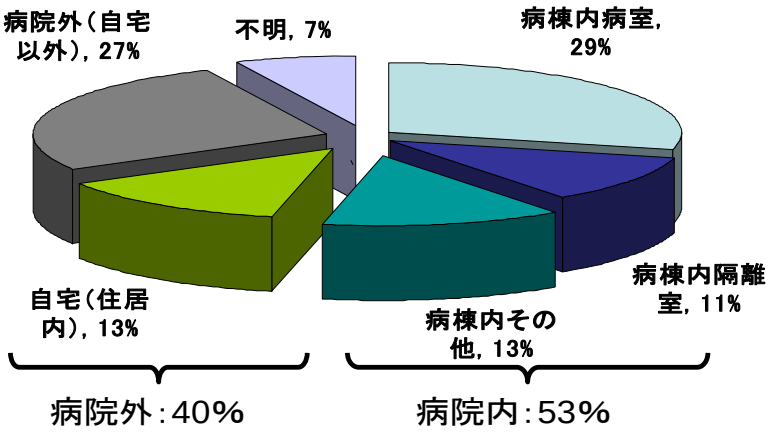
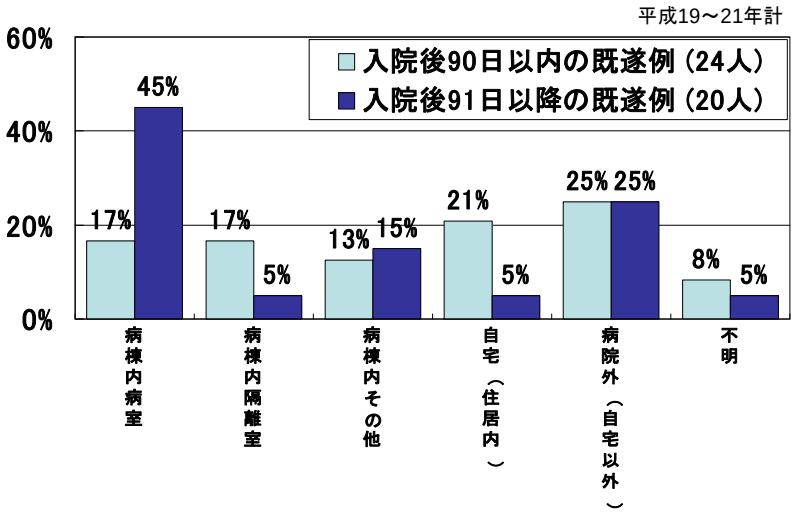


図7　入院後90日以内と91日以降の既遂例の比較（既遂場所）



３　既遂および企図に影響を与えたと思われるリスク要因

今回の調査では、自殺に関与すると考えられる、いくつかのリスク要因について既遂ならびに企図との関連性を調べた。リスク要因を含む調査項目は、①自殺念慮、未遂歴の有無、②自殺前の状況（病状の安定性、治療コンプライアンスの良否、家庭状況の変化、身体健康問題の有無、経済的問題の有無、仕事上の問題の有無、自殺の家族歴）、③患者の状況（退院３ヶ月以内の事例かどうか、通院の規則性、診断のつきにくさ、病識なく退院要求が著しいかどうか、うつ状態の有無、病状急変の有無、訴えが急に多くなったかどうか、治療に反応しなかったかどうか、治療役変更による病像変化の有無、治療環境変化の有無、家族関係の良否、家族面談の直後かどうか、主治医や担当看護師の変更の有無）、および④病棟の状況（患者への接触が多いかどうか、危険な場所の特定をしているか、危険な場所の点検をしているか、以前の自殺・自殺企図の現場を知っているか、定期的な持ち物チェックをしているか、最近半年で自殺・自殺企図があったか）、である。調査結果は、リスク要因を「病棟の状況」、「患者の状況・状態に関するもの」と「患者の症状、治療状況に関するもの」に分類し検討した。

既遂・企図例において、自殺リスクを減らすと考えられる病棟の状況の割合　（表 3）

病棟の状況については、対策がとられている割合が高いことから、自殺のリスクを減らすと考えられる病棟の状況に関する項目を、既遂例における出現割合の低い順に並べた。ここにあげた 7 項目のうち、「以前の自殺・企図現場を知っている(45%)」、「患者への接触の多さ(48%)」、および「職員間のコミュニケーションの良さ(60%)」、「危険な場所を点検している(70%)」、ならびに「危険な場所を特定している(75%)」は企図例が既遂例より有意に高かった。

表 3　自殺既遂・企図例において、リスクを減らすと考えられる病棟の状況の割合

	項目	既遂(入院)	企図(入院)
1.	以前の自殺・企図現場を知っている	20/44(45%) **	41/57(72%)
2.	患者への接触の多さ	21/44(48%) **	45/58(78%)
3.	職員間コミュニケーションの良さ	26/43(60%) **	49/58(84%)
4.	危険な場所を点検している	31/44(70%) **	53/58(91%)
5.	半年以内に自殺・企図がなかった	32/44(73%)	37/58(64%)
6.	危険な場所を特定している	33/44(75%) *	53/58(91%)
7.	定期的に持ち物チェックをしている	36/44(82%)	38/58(66%)

既遂と企図の比較における有意差（＊:p<0.05、＊＊:p<0.01）

既遂・企図例において、患者の状況・状態に関するリスク要因を有する割合　（表 4）

患者の状況等に関する項目は、既遂（通院と入院をあわせた全例）、既遂（入院例）および企図（入院例）における出現比率を示してある。ここに挙げた 10 項目のうち、既遂（全例）の 20%以上に認められたのは、「経済的問題あり(28%)」、「退院 3 ヶ月以内（通院既遂例のみ）(23%)」と「家族関係の悪さ(22%)」であり、それ以外の項目で既遂（入院例）の 20%以上に認められたのは、「入院 3 ヶ月以内（入院例のみ）(55%)」と「身体健康問題あり(20%)」であり、「身体健康問題あり(20%)」は企図例が既遂例より有意に高かった。

表 4　自殺既遂・企図例において、患者の状況・状態に関するリスクを有する割合

	項目	既遂(全例)	既遂(入院)	企図(入院)
1.	入院3ヶ月以内(入院例のみ)		24/44(55%)	35/58(60%)
2.	経済的問題あり	46/162(28%)	13/45(29%)	12/58(21%)
3.	退院3ヶ月以内(通院既遂例のみ)	25/107(23%)		
4.	家族関係の悪さ	35/160(22%) *	9/44(20%)	22/58(38%)
5.	家庭状況の変化あり	29/162(18%)	8/45(18%)	13/56(24%)
6.	家族との面談直後(入院例のみ)		8/44(18%)	11/56(20%)
7.	仕事上問題あり	24/160(15%)	5/45(11%)	10/56(18%)
8.	身体健康問題あり	22/162(14%) *	9/45(20%) *	17/58(29%)
9.	自殺の家族歴あり	11/138(8%)	1/41(3%)	4/44(9%)
10.	ソーシャルサポートなし	13/160(8%)	5/45(11%)	6/57(11%)

既遂と企図の比較における有意差（＊:p<0.05）

既遂・企図例において、患者の症状、治療状況に関するリスク要因を有する割合　（表 5）

表には示されていないが、患者の症状等に関する項目では、通院患者の方が入院患者に比べて調査項目に対する「不明」の割合が高く、その結果、「あり」、「なし」といった「不明」以外の回答の出現割合は、入院患者よりも通院患者の方が低い傾向を示している。

ここに挙げた 14 項目のうち、既遂（入院例）の 20%以上に認められたのは、「症状が不安定(71%)」、「うつ状態(52%)」、「自殺念慮あり(49%)」、「自殺未遂あり(31%)」、「治療に反応しない(35%)」、「治療コンプライアンスの悪さ(29%)」、「病状の急変(28%)」、および「訴

えが急に多くなる(28%)」であり、「治療に反応しない」は既遂例が企図例より有意に高かったが、それ以外の項目はいずれも既遂例より企図例の方が高かった。また、「自殺未遂あり(31%)」は企図例が既遂例より有意に高かった。他に企図例で 20%以上に認められたのは、「治療環境の変化(26%)」、および「病識なく退院要求が著しい(25%)」があった。前述の患者の状況・状態に関するリスク要因と同様に、患者の症状、治療状況に関するリスク要因についても、その多くが既遂例よりも企図例でより多く認めた。

表 5　自殺既遂・企図例において、患者の症状、治療状況に関するリスクを有する割合

	項目	既遂（全例）	既遂(入院)	企図（入院）
1.	症状が不安定	98/162(60%) **	32/45(71%)	48/58(83%)
2.	うつ状態	86/158(54%)	23/44(52%)	36/57(63%)
3.	自殺念慮あり	72/162(44%) *	22/45(49%)	36/58(62%)
4.	自殺未遂あり	39/162(24%) ***	14/45(31%) ***	39/58(67%)
5.	治療に反応しない	32/157(20%)	15/43(35%) *	7/56(13%)
6.	治療コンプライアンスの悪さ	31/162(19%) *	13/45(29%)	21/58(36%)
7.	病状の急変	28/155(18%) *	12/43(28%)	21/57(37%)
8.	訴えが急に多くなる	27/157(17%) **	12/43(28%)	26/57(46%)
9.	治療環境の変化	22/157(14%) *	8/43(19%)	15/57(26%)
10.	病識なく退院要求が著しい（入院事例のみ）		6/42(14%)	14/57(25%)
11.	診断がつきにくい	16/156(10%)	5/42(12%)	5/52(10%)
12.	通院が不規則（通院既遂例のみ）	11/112(10%)		
13.	主治医や担当看護師の変更	14/153(9%)	7/44(16%)	3/58(5%)
14.	治療薬変更による病像の変化	12/157(8%)	4/43(9%)	8/57(14%)

既遂と企図の比較における有意差（＊:p<0.05、＊＊:p<0.01、＊＊＊:p<0.001）

考察

愛知県内に精神病床を有する 53 病院の精神病床数は合わせて 13272 床（平成 20 年 10 月 1 日）であり、今回調査した 38 病院の病床合計が 11358 床であることから、今回の調査は、精神病床数ベースで県全体の 85.6%をカバーしている。　警察庁のデータによると愛知県の自殺者数は、平成 19 年から 21 年までの 3 年間で 4724 名であり、今回の調査による 162 名の既遂者はその 3.4%となり、調査のカバー率を考慮すると、県内自殺者の 4.0%が愛知県内の精神病床をもつ病院の入院もしくは通院患者であったと想定される。もっとも、通院患者の自殺事例についてはそのすべてが把握されているわけではないので、この割合はもう少し大きい可能性があると思われるが、2000 年に実施された「日本精神病院協会会員の実態調査」[4)]においても日精協全会員病院に換算した自殺者数は日本全体の自殺者数の約 4.0%と算出しており、病院が把握している患者の自殺事例は、自殺者全体の約４%にあたると考えられる。

精神科病院入院患者の年間自殺率については、「日本精神病院協会会員の実態調査」では、入院患者 10 万人に対し 152、「分裂病」（原著表記のまま）は 143、「躁うつ病」が 461 と報告されており、今回の調査結果は入院総計が 129、F2 が 119、F3 が 330 と同様の傾向を認めた。愛知県の自殺率の方が全体に低いのは、愛知県全体の自殺率（21.9：平成 21 年自殺の概要）が日本の平均（25.8）より低いことと関連している可能性が考えられる。同様に通院患者の年間自殺率でも、「日本精神病院協会会員の実態調査」では、全体で 140、

「分裂病」は 152、「躁うつ病」が 272 であるのに対し、今回の調査結果は通院総計が 103、F2 が 113、F3 が 133 とより低い自殺率を示している。しかし、愛知県全体の自殺率 22 に比べれば入院患者は約 6 倍、通院患者は約 5 倍高いことから、現に精神科の医療を受けている患者であっても高い自殺の危険性を有していることに、留意する必要があると思われる。

精神科病院において患者の入退院直後の自殺リスクが高いことはしばしば指摘されている[3,4,6]が、本調査においても、既遂事例の 55%、企図事例の 60%は入院 3 ヶ月以内に発生し、通院患者の既遂事例の 23%は退院 3 ヶ月以内に発生していたことから、入退院直後に自殺リスクが高いことが改めて示された。また、今回の調査では、初診から既遂までの期間が 3 ヶ月以内であった事例は入院既遂事例の 16%であり、初診から間もない入院患者だけでなく、治療関係の長い患者であっても入院早期は自殺のリスクが高いことに留意する必要があると思われる。さらに入院患者の既遂場所をみると、その 40%は病院外で発生しており、特に入院後早期の自殺ではその割合が高いことから、病院においては、退院時のみならず、自殺につながる離院を防ぐ対策をとるなど、離院時においても適切な自殺予防対策を実施することが重要と考えられる[7]。

さて、自殺リスクにかかわる要因については、同一の項目でも入院例と外来例ではさまざまな環境因子などが異なって作用している可能性がある。従って以下入院例を中心に考察する。

自殺リスクを減らすと考えられる病棟の状況では、企図例が既遂例に比して有意に高い値を示した「以前の自殺・企図現場を知っている」、「患者への接触の多さ」、「職員間のコミュニケーションの良さ」、「危険な場所を点検している」、「危険な場所を特定している」の 5 項目は、自殺のリスクを減らすための病棟の取り組みとして効果があるものと考えてよいだろう。

また、患者の状況・状態に関するリスク要因と考えられるものの多くは、既遂例よりも企図例でより頻繁に認められており、とくに「身体健康問題あり」については、より注意が必要である。これらのことは、今回の患者の状況・状態に関するリスク要因を十分注意することで、自殺企図を減らすことに役立つであろうことを示しているが、既遂については、より多角的なリスク要因を考えておく必要性を示唆している。

患者の症状、治療状況に関するリスク要因を有する割合では、「治療に反応しない」は既遂例が企図例より有意に高かった。このことは、「治療に反応しない」というケースでは、既遂につながることが多いことを十分考慮し、対策を考える必要があることを示唆している。これ以外の項目については、いずれも既遂例より企図例の方でより頻繁に認められており、患者の状況・状態に関するリスク要因と同様に、患者の症状、治療状況に関するリスク要因についても、これらを十分注意することで自殺企図を減らすことに役立つであろうが、既遂については、より多角的なリスク要因を考えておく必要がある。なお、「自殺未遂あり」は企図例が既遂例より有意に高い値を示したが、このことは、「自殺未遂あり」の患者に対して院内での注意が十分に払われた結果、既遂につながるケースが減少しているのかもしれない。

おわりに

本稿は、精神科病院における自殺の状況とリスク要因の評価について報告したものであるが、実態調査の回答率が高く、現状をかなり正確に反映しているものと思われる。調査の結果は病院で実施されている自殺予防対策の有効性を示すものであったが、退院直後の自殺や自殺につながる離院を防ぐ対策の必要性も明らかとなった。自殺リスク要因の多くは､自殺既遂例よりも企図例においてより高い頻度で観察されていたことが明らかとなり、患者のリスク要因をふまえた対策は自殺企図の防止において有用であることが示唆された。自殺既遂により多く観察されたリスク要因として、治療の反応性の悪さが示されたが、自殺既遂を防止するためには、より多角的にリスク要因を検討していくことが必要と思われる。

参考文献

１）警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 22 年中における自殺の概要資料.　2011.

２）竹島　正：自殺の心理学的剖検の実施に関する研究　－精神医療の場で経験している自殺ならびに自殺予防に役立っていると考えられる取り組みの調査－、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」分担研究報告書：13-20、 2011.

３）森　隆夫：精神科病院における自殺のリスクとその予防、日精協誌 29：223-227、 2010.

４）杉田多喜男：精神科医療における自殺とその予防対策　日本精神病院協会会員病院の自殺実態調査から、日精協誌 20：452-482、2001.

５）警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 21 年中における自殺の概要資料. 2010.

６）末永貴美、島崎悠子、津久江一郎：当院における自殺者の検証―リスクファクターの検討―.　広島医学 61：497-502、 2008.

７）森　隆夫：無断離院・自殺。保坂　隆偏：精神科リスクマネジメント、中外医学社、東京：73-80、2007.

＜ケース記録用＞

自 殺 予 防 チ ェ ッ ク リ ス ト

＜番号　　＞

氏 名			日付						備　　考
患者の状況・状態	①	入院３ヶ月以内							
	②	経済的な問題あり							
	③	退院３ヶ月以内							
	④	家族関係の悪さ							
	⑤	家庭状況の変化あり							
	⑥	家族との面談直後							
	⑦	仕事上問題あり							
	⑧	身体健康問題あり							
	⑨	自殺の家族歴あり							
	⑩	ソーシャルサポートなし							
患者の症状・治療状況	①	症状が不安定							
	②	うつ状態							
	③	自殺念慮あり							
	④	自殺未遂あり							
	⑤	治療に反応しない							
	⑥	治療コンプライアンスが悪い							
	⑦	症状の急変							
	⑧	訴えが急に多くなる							
	⑨	治療環境の変化							
	⑩	病識なく退院要求が著しい							
	⑪	診断がつきにくい							
	⑫	通院が不規則							
	⑬	主治医や担当看護師の変更							
	⑭	治療薬変更による病像の変化							
対 策									

自殺防止マニュアル（病棟掲載用）

A　自殺のリスクを減らすと考えられる病棟

①　以前の自殺・企図現場を知っている
②　患者への接触が多い
③　職員間のコミュニケーションが良い
④　危険な場所を点検している
⑤　半年以内に自殺・企図がなかった
⑥　危険な場所を特定している
⑦　定期的に持ち物チェックをしている

B　患者の状況・状態に関するリスク（リスクの高い順）

①　入院３ヶ月以内
②　経済的問題あり
③　退院３ヶ月以内
④　家族関係の悪さ
⑤　家庭状況の変化あり
⑥　家族との面談直後（入院患者）
⑦　仕事上問題あり
⑧　身体健康問題あり
⑨　自殺の家族歴あり
⑩　ソーシャルサポートなし

C　患者の症状・治療状況に関するリスク（リスクの高い順）

①　症状が不安定
②　うつ状態
③　自殺念慮あり
④　自殺未遂あり
⑤　治療に反応しない
⑥　治療コンプライアンスが悪い
⑦　症状の急変
⑧　訴えが急に多くなる
⑨　治療環境の変化
⑩　病識なく退院要求が著しい
⑪　診断がつきにくい
⑫　通院が不規則
⑬　主治医や担当看護師の変更
⑭　治療薬変更による病像の変化