

日本の精神科病院のインシデントレポートにおける 自傷・自殺企図に関する分析

谷本千恵¹・矢山壮²・周藤俊治³・的場圭⁴・梶原友美⁵・井上万寿江⁶・遠藤淑美⁷・山川みやえ⁸・牧本清子⁹

- 1 石川県立看護大学 准教授
- 2 京都学園大学 准教授
- 3 奈良県立医科大学 准教授
- 4 大阪青山大学 助手
- 5 大阪大学大学院 助教
- 6 グリフィス大学
- 7 大阪大学大学院 教授
- 8 大阪大学大学院 准教授
- 9 大阪大学 名誉教授

●要旨

1. 研究目的

精神科入院患者の自傷・自殺企図は自殺のリスクファクターである。本研究は日本の精神科病院入院患者の自傷・自殺企図の状況を分析し今後の管理とケアの改善を目的とする。

2. 研究方法

2000年11月から2012年3月までの12.4年間に報告された自傷・自殺企図のインシデントレポートを分析した。患者の年齢、性別、診断について記述統計を行い、事故レベル、病棟、状況、インシデントの原因について記述データを質的に分析した。

3. 結果

自傷・自殺企図の報告件数は90件で、58名の患者によるのもであった。自傷・自殺企図の報告率は0.05/1000患者日であった。自傷・自殺企図の内容は縊首(25件)、リストカット(19件)、異食(17件)、その他(29件)であった。自殺既遂は1件で、縊死で統合失調症であった。自傷・自殺企図患者(55名)の診断名は気分障害(41.8%)、統合失調症(36.4%)であった。気分障害は、女性が男性に比べて3.5倍多かった(14名対4名)。自傷・自殺企図を繰り返す患者は14名(気分障害8名と統合失調症6名)おり、自傷・自殺企図89件中46件に関与していた。14名のうち11名は女性であった。気分障害の女性1名は、1年間に9回自殺企図を行っていた。自傷・自殺企図に関連する管理とケア要因の上位3つは、「自殺予防の手順が守られなかった」(28%)、「治療的コミュニケーションが不十分であった」(28%)、「(自殺の)予測が困難」(20%)であった。

4. 結論

当該精神科病院における2000年後半から2013年初めの間の自傷・自殺企図の報告率は0.05/1000患者日であった。

入院患者の管理とケアの向上ならびに自殺防止のために、自殺予防の手順を遵守し、治療的コミュニケーションを十分に行う必要がある。

●緒言

世界保健機関（WHO）は、世界の自殺による死亡は年間80万人以上であると推定しており、2020年までに10%削減することを目指している¹。医療施設における自殺は自殺死亡総数の大きな部分を占めている²。精神科入院患者の自殺の発生率は、入院1000人あたり0.06から5.66であり^{3,4}、一般人口の10倍³、一般病院の140倍である²。精神科病院における治療の目的は、患者と他の人々の安全を保ち、患者が自殺するのを防ぐことである⁴。

精神科入院患者の自殺に関するシステマティックレビューによれば、患者の特徴は研究によって異なることが明らかになっている⁴。自殺既遂は自傷・自殺企図歴に関連があり⁴、自傷・自殺企図歴のある入院患者は自殺のリスクが高いことが知られている³⁻⁷。しかしながら、精神科病院における自殺企図に関するデータは不足しており¹、入院中の自傷・自殺企図に関する要因は報告されていない⁵。インシデントレポートシステムは広く普及しており、自殺インシデントがなぜ・どのように起こるのかについて分析し理解するための重要な手段である⁸。日本の国立大学病院安全管理協議会の指針によると⁹、人間の安全に影響を与える事故はレベル0～5に分類され、レベル0～2をインシデント、レベル3～5をアクシデントとする（表1）。本研究では、日本の精神科病院における12.4年間のインシデント/アクシデントレポートを分析し、自傷と自殺企図の状況を調べることを目的とした。

表1 自傷・自殺企図の事故レベル分類

レベル	内容
0-2	患者への実害なし、治療の必要性なし
3	治療を要した場合
4	永続的な後遺症が残る場合
5	死亡した場合

●方法

本研究は、大阪大学医学部保健学科倫理委員会、北陸地方の石川県立高松病院の倫理委員会の承認を得て行った。当該病院は400床で、8病棟（成人病棟5病棟、高齢者専用病棟3病棟）で構成されている。成人病棟5病棟は、救急・急性期病棟1病棟（男女混合閉鎖病棟）と療養病棟4病棟（男女混合閉鎖病棟2、男性開放病棟1、女性開放・特殊病棟1）で構成される。職員は、各部所に設置してあるLAN端末から医療行為に伴うインシデントやアクシデントを報告する必要がある。報告内容は、患者の年齢・性別・診断名（ICD-1010に基づく）・病棟、インシデント/アクシデントのレベル・日時・場所、発生時の状況（方法と患者の状態）、原因と対応、報告した職員の経験年数である。

2000年11月から2013年3月までに報告されたインシデントレポート5340件のうち、自傷・自殺企図について分析した。本研究において、自傷・自殺企図とは、「自らの意思または病的体験により自分の身体を傷つけたり自殺を図ること」とする。インシデントの報告率は1000患者日（1000 patient-days）で算出した。インシデントレポートには、過去の自傷・自殺企図に関する情報は含まれていなかったため、診療録で調べた。記述データを質的に分析し整理した；類似の記述内容をまとめた。自傷・自殺企図に関連する管理とケアの要因についても分類した。要因については病院の医療安全マニュアルに記載されている予防処置が守られているかどうかという点で分析した。統計解析には、SPSS（Windows version 21.0; IBM Corp, Armonk [NY]、米国）を用いた。

●結果

期間中の自傷・自殺企図の報告件数は90件であり、58名の患者によるものであった。自傷・自殺企図の報告率は、0.05/1000患者日であった。内容は縊首(25件)、リストカット(19件)、異食(17件)、その他(29件)であった。その他の内容は、頭を壁に打ちついたり、多量服薬、外泊中の飛び降りなどであった。これらのうちの46件(51.1%)はレベル3に分類され、治療または処置が必要であった。レベル4に分類されたケースはなかった。レベル5のケース(自殺既遂)は1件のみであった:統合失調症患者による縊死(性別および年齢データは欠損)。患者の平均年齢±標準偏差は36.2±14.2歳であった(年齢データが欠損している16名を除く)。女性は57%を占め(年齢データが欠損している12名を除く)、入院患者に占める女性患者の割合(43%)より高かった。

90件のインシデント/アクシデントのうち80件が成人病棟のうちの3病棟で発生していた。このうち、0-2とレベル3のインシデント/アクシデントは各38件と41件であり、レベル5は1件であった。レベル3のほとんど(n=23)は救急・急性期病棟で発生した。自傷・自殺企図の報告件数は、2003年、2005年、および2007年が多かった(図)。

自傷・自殺企図患者の診断名は、気分障害(41.8%)、統合失調症(36.4%)、精神遅滞(7.3%)、発達障害(5.5%)、その他(5.5%)、人格障害(3.6%)であった(表2)。自傷・自殺企図患者では気分障害の割合が高く、在院患者の約2.4倍であった(41.8%対17.2%、 $\chi^2=18.92$; $p<0.01$)(表2)。また気分障害の割合は女性が高く、男性の3.5倍(14名

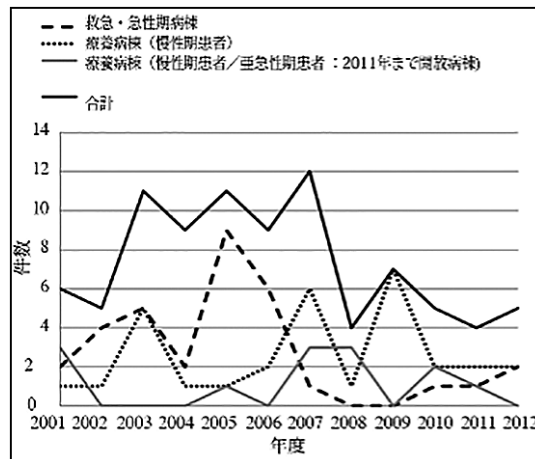


図 自傷・自殺企図報告件数 (男女混合閉鎖病棟: 2001~2012年)

表2 自傷・自殺企図患者の診断名

診断名	在院患者数 (% / n=239)	自傷・自殺企図患者数 (% / n=55)
統合失調症	154 (64.7)	20 (36.4)
気分障害	41 (17.2)	23 (41.8)
人格障害	1 (0.4)	2 (3.6)
精神遅滞	13 (5.5)	4 (7.3)
発達障害	19 (8.0)	3 (5.5)
その他	10 (4.2)	3 (5.5)

表3 前回のエピソードから1年未満に発生した自傷・自殺企図のケース

11 患者 no.	診断名	繰り返しの件数	前回のエピソードからの期間 (カ月)、件数			
			<1	1 to <3	3 to <6	6 to <12
1	気分障害	2	1			
2	気分障害	2			1	
3	気分障害	3		1	1	
4	気分障害	3		1		1
5	気分障害	9	3	2	1	2
6	統合失調症	2	1			
7	統合失調症	2		1		
8	統合失調症	2	1			
9	統合失調症	3		1		11
10	統合失調症	2				

表4 自傷・自殺企図の管理・ケア上の要因 (n=90)

カテゴリ	%	例
① 自傷・自殺予防の手順が守られなかった	28	ボディチェックが不十分、誤って危険物を貸し出す、隔離中の観察が不十分
② 不十分な治療的コミュニケーション	28	患者の不満やストレスへのケアが不十分
③ 自殺を予測するのが難しい	20	突然の病状悪化
④ 自傷・自殺リスクのアセスメント不足	12	リスクの見落とし
⑤ 不適切な対応	6	満床による患者の意に反した転棟
⑥ その他	6	—

対4名)であった。自傷・自殺企図インシデント89件に関与した57名(気分障害8名、統合失調症6名)のうち14名(24.6%)は、自傷・自殺企図を繰り返し行っており、89件のうち46件に関与していた。11名は女性であった(性別データ損1名を除く)。前回のエピソードから1年未満に発生した自傷・自殺企図は、30件で10名の患者が関与していた(表3)。気分障害の女性のうち1名は1年未満に9回自殺企図を行った。

90件のインシデント/アクシデントに関する管理・ケア上の要因を6つのカテゴリーに分類した(表4)。

1. 自傷・自殺予防の手順が守られなかった(28%)

たとえば、入院時や外泊からの帰院時のボディチェックが不十分で危険物が持ち込まれたり;看護師が誤って危険物を貸し出したり;ナースステーションに置かれているハサミやテープカッターを患者が入手したり;隔離中の観察が不十分で布団や衣服などを用いて縊首が行われたり、一般病室でタオル・コード類やベルトを用いて縊首が行われるなど。

2. 不十分な治療的コミュニケーション(28%)

たとえば、患者の不満やストレスについて十分な関わりができていなかった。インシデント発生前の患者の状態については、89件中64件で報告されており71の記述に整理された:これらは精神症状(病状)にする31の記述と病状以外の40の記述に分けられた。後者(病状以外)は行動制限や退院できないことなどによる不満であった。その他には、「対人ストレス」(他患者、医療従事者、または家族に関する)や退院や将来についての「不安」が含まれていた。

3. 自殺を予測するのが難しい(20%)

たとえば、自傷・自殺企図歴がない場合や患者の状態が突然悪化するケースなど。インシデント発生前の患者の状態に

ついて、病状に関する記述31のうち1/3は統合失調症の症状(幻聴や妄想)で、残りは不安、うつ状態、拒薬、焦燥感であった。また「病状は安定していた」との記述が3例あった。

4. 自傷・自殺リスクのアセスメント不足(12%)

たとえば、病棟チームがリスクを見落とし、外出や外泊を許可したり、一般病室や開放処遇で対応するなど。

5. 不適切な対応(6%)

たとえば、病棟が満床のため本人の意に反して他の病棟に転棟させるなど。

6. その他(6%)

上記カテゴリーに適合しない管理およびケア要因であった。発生後の対応については80件で報告されており、92の内容に整理された。最も一般的な対応は、隔離(n=33)で、次いで不穏時薬投与(n=23)、危険物回収(n=13)、患者の話を聞く(n=10)、経過観察(n=7)、拘束(n=3)、総合病院搬送(n=3件)などであった。

●考察

石川県立高松病院では、自傷・自殺企図の報告率は転倒(1.47/1000患者日)や誤薬(0.70/1000患者日)に比べて低かった(0.05/1000患者日)。自傷・自殺企図患者のうち、気分障害または統合失調症と診断された患者は76.8%であった。この数字は、気分障害(うつ病)、統合失調症、または人格障害を有する患者で自傷・自殺企図のリスクが高いことを報告している先行研究の結果と一致している^{3,4,6}。

自殺の予防には、(自殺の)手段を排除することが重要である¹。いくつかのケースでは、スタッフが自殺予防の手順を遵守しなかったため、患者は閉鎖病棟に危険物を持ち込むことができた。スタッフが自殺予防の手順を遵守した場合でも、隔離室の患者の中には、寝具や衣類を縊首に使用する者もいた。縊首は精神科病院の入院患者によく用いられる自殺手段のようである⁴。スタッフはあらゆるものが自殺企図に用いられることを念頭におく必要がある。病院のガイドラインには、「患者と接触を多く持ち、訴えを傾聴し、精神的苦痛を理解しながら受容的にかかわる」とあるが、インシデント/アクシデント後の対応で多かったのは隔離と不穏時薬の投与であった。そのような行為は、患者に不満とストレスをもたらす可能性がある。自傷・自殺企図を繰り返すケースがインシデント/アクシデントの半分以上を占めていた。病棟スタッフは、不満やストレスの訴えが多く軽微な自傷を繰り返す患者に対して陰性感情を抱くかもしれない。今後は、自傷・自殺企図を繰り返す患者に対するスタッフの態度に関して、さらなる研究が必要である。

自殺企図歴は自殺の危険因子であり、自殺企図を繰り返す人の10%~15%が自殺で死亡し、自殺のリスクは自殺企図の回数に比例して増加する¹¹。今後は、インシデントレポートに自傷・自殺企図歴の情報を含めるべきである。いくつかのケースでは、患者の病状が急速に悪化したり、自殺企図歴がなくリスクがないと考えられたため、自殺や自傷の予防が困難であった。離院や拒薬は自殺企図の前兆であることが示唆されている⁵。今後は、これらの行動を自傷・自殺企図に関連づけて注意すべきである。入院の初期段階も自殺のリスク要因と考えられている^{4,5}。今後、インシデントレポートに入院年月日も記載する必要がある。自傷、自殺念慮、自殺計画、自殺企図などの自殺に関連した行動の定義にはコンセンサスがないため^{4,12}、研究間の比較は難しい⁷。本研究において、「自傷」は「自殺企図」と区別されていたが、定義は明確ではなかった。インシデント/アクシデントの分類は、個々のスタッフの判断にゆだねられていた。DSM-Vでは、「non-suicidal self-injury(非自殺的自傷)」と「suicidal behavior disorder(自殺行動障害)」を異なる状態として提案している¹³。今後の研究ではこの用語を取り入れることができる。

本研究の限界として主に2点があげられる。第1に、実際に起こった自傷や自殺企図の数は、病院のインシデントレ

ポートシステムで報告されたものよりも高い可能性がある¹⁴。第二にいくつかのデータでは性別や年齢などの欠損値があり、リスクファクターについて十分な分析を行うことができなかった。

●結論

当該精神科病院における自傷・自殺企図の報告率は、2000年後半から2013年初めの間に0.05/1000患者日であった。本研究では、自殺の予防手順が守られない理由や治療的コミュニケーションが不十分である理由について述べるとともに、精神科入院患者の管理ならびにケアの向上と自殺予防のための提言を行った。

〈謝辞〉

本研究の実施にあたり、倉田孝一前院長様、北村立院長様、杉角俊信主任師長様、Noel J Chrisman 博士に心より感謝いたします。本研究は科学研究費（挑戦的萌芽No.2567910,2013-15）「ネットワーク分析によるインシデントレポートの記述データの可視化と妥当性の検討」（研究代表者：牧本清子）の助成を受けている。

引用・参考文献

- 1) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 2) Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention. *Encephale* 2010;36 (Suppl 2) :D83-91.
- 3) Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spiessl H. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data? *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:324-30.
- 4) Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:315-28.
- 5) Stewart D, Ross J, Watson C, James K, Bowers L. Patient characteristic and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards. *J Clin Nurs* 2012;21:1004-13.
- 6) Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2013;21:281-95.
- 7) Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS One* 2014;9:e84282.
- 8) Wang Y, Coiera E, Runciman W, Magrabi F. Using multiclass classification to automate the identification of patient safety incident reports by type and severity. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017;17:84.
- 9) National University Hospital Medical Safety Council. Guidelines for the Publication of Medical Accidents at National University Hospital. 2005 [in Japanese].
- 10) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- 11) Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J Affect Disord* 2012;136:35-43.
- 12) Nock MK. Future directions for the study of suicide and self-injury. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012;41:255-9.
- 13) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- 14) Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesth* 2010;105:65-75.

この例題論文は、クリティークのトレーニング用として、下記オリジナル論文の著者が構成・記述を全面的に書き直し和訳したものです。正式な研究内容はオリジナル論文にてご確認ください。

〈オリジナル論文〉 Tanimoto C, Yayama S, Suto S, Matoba K, Kajiwara T, Inoue M, Endo Y, Yamakawa M, Makimoto K. Self-harm and Suicide Attempts in a Japanese Psychiatric Hospital. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2018; 28: 23-27.