

た。カウンセラー1名と事務スタッフ2名で開業していた。NHS のカウンセラーとしての活動も行っていた。

対象としている企業は6社で6000人程度の従業員について任されているとのことであった。3%に当たる180人が受診している。経営者または管理者はほとんど受診しない。また、一般のカウンセリングサービスも行っており、その中には医師や看護婦も含まれるとのことであった。

活動時間は午前9時から5時までで、NHS から離れた場所で、匿名性と秘密が守られた状況で活動を開始していた。ただし、自傷や他人に危害がおよぶと考えられる場合は例外である。必要があれば時間外も予約できる。予約は、本人以外は受けつけない。カウンセリングは無料である。必要に応じて長期の支援を提供する組織や他の専門家を紹介する。カウンセリングは個人だけでなく、チームまたはグループとしても可能である。また、カウンセリングだけでなく、訓練も提供する。カウンセリングが有効かつ適切であるかは、熟練された指導者とプライバシーが確保された状態で議論されていた。

メンタルヘルスあるいは自殺者の問題の中で、英国の家庭医（General Practitioner：以下 GP）の問題が非常に重要であるとコメントがあった。その理由として英国の医療システムとして、医療は原則 NHS が行い、医師等は NHS 所属であるが、GP は独立経営で運営しておりスタッフの雇用の問題や経営上の問題などの他の部分にも労力を注がざるを得ず、プレッシャーや勤務自体の時間的拘束などから体調を崩す人

が多くなっているとのことであった。

最近 GP に関する制度が変わり、GP が非常に忙しくなり、ストレスが増加した。以前は、個人開業が多く、患者はまず GP を受診し、GP の判断で病院を紹介するなど GP の役割が明らかで満足できる状態であったが、最近は健康増進の活動を実施するために practice nurses を雇い、その活動状況を毎年報告しなければならないなどチームとして多岐にわたる業務をしなければならない。また、GP 間の競争が生じ、以前ほど尊敬される職業ではなくなったことも影響している。practice nurses はしばらく病院勤務の後、家庭の事情などでパートとして GP のもとで働いており、短期間で止めることは少ない。なお、practice nurses はメンタルヘルス関連の教育を受けていないため、忙しい GP はメンタルヘルスの問題を有する患者をカウンセラーに紹介することになる。

4. カウンセラー（2）

イギリス最南部のカウンセラーを訪問した。カウンセラー1名と事務スタッフ3名程度で開業していた。企業や病院のコンサルタントも行っていたが、労働者または市民のカウンセリングが中心とのことであった。

企業から相談に来る人の傾向としては、マネージャー以下のクラスの人が多いとのことであった。

英国では、労働者の雇用は状況によって流動的であり、失職あるいは辞職する数が多い反面、別の企業で雇用される機会も多いということから、日本ほどメンタルヘル

ス上問題がある人の数と経済状況とはリンクしていないのではという意見であった。また、精神疾患で休んだとしても、外部 EAP あるいはカウンセラーに依頼する場

合、本人の医療情報は会社に漏れないため、仮に精神的疾患で休業したとしても基本的には、日本と比較して大きな就業上の障壁になりにくいという意見であった。

イギリスにおける精神科医との面談

カンタベリー（ケント、イギリス）の精神科医である Anthony Hale らにお会いし、イギリスにおける自殺状況をお聞きした。イギリスでも不景気の時には自殺者が増加し、日本の状況と同様であった。また、5年前より医療従事者と共に、看護師が精神科を受診することが増加しているが、医師の受診は少ない。若い医師と共に修練中の医師は、十分な数の医師数が確保できていないことや勤務時間以外もオンコールとなっているなどの理由から勤務時間が長くなっている。燃え尽きた医師は、精神科医を受診するよりアルコールに逃避することが多い。

イギリスでは、健康上の問題がある場合、かかりつけ医を受診し、必要ある場合は精神科医に紹介してもらうが、緊急の場合はかかりつけ医の紹介なしに精神科医を受診できる。

精神科医は、一般に9時から21時までは電話で連絡可能である。精神科医による直接の面談の他、繰り返し受診の必要な患者の場合、質問紙による経過観察も実施している。なお、かかりつけ医はカウンセリングに対して積極的であるが、多くの精神科医はネガティブに考えていることが多い。

今回の訪問で、自殺予防に関する資料を提供してもらった。

1) 自殺の危険に対するアプローチ

Sad person のスケール (0 から 10 点で、10 点は自殺の危険が非常に高い)

性別	男性 1、女性 0
年齢	1 (19 歳以下または 45 歳以上)
うつ状態	1
アルコール乱用	1
理論的思考欠如	1 (統合失調症、情動障害、器質的脳障害)
社会的支援欠如	1 (特に本人にとって大切な人を失った場合)
自殺の計画	1 (自殺の計画があり、その方法が致命的)
配偶者がいない	1 (離婚、死別、別居、独身)
病気	1 (慢性、衰弱した、重篤な疾患)

2) Sad person のスケールに対する対応ガイドライン

0~2	経過観察として家に帰す
3~4	綿密な観察、場合によっては入院を考える
5~6	経過観察の確約を取り、積極的に入院を勧める。

患者に対して、このようなガイドラインがあれば、精神科医だけでなく開業医や

内科医にとっても有用であると考え、プライマリケアを実施するうえで、うつ

状態またはうつ病の診断の重要性が言われているが、その診断を困難にしている理由として、

①患者側の原因

知識の欠如（うつ状態の症状、プライマリケア等で治療を受けられる）

信念（頑固な意思、理解されやすさ、不名誉、依存性など）

就職前（身体症状、身体疾患、脅威等）

より軽度のうつ状態

②医師側の原因

知識（診断基準、治療ガイドライン）

態度（家庭医の役割、理解されやすさなど）

技術（コンサルティング、傾聴、気づき、会話、評価など）

時間、動機付け、支援

医師自身がうつ状態

が挙げられている。

わが国でも、患者側および医師側双方がうつ状態およびうつ病が特殊な病気ではないこと認識し、精神科医だけがこのような患者を治療するのではなく、プライマリケア医も対応できるようになることが望まれる。最近、メンタルヘルス外来を標榜する病院が増加しており、患者にとっても受診しやすい環境が整いつつある。そのような病院では、精神科医および心療内科などの医師が診療を実施しているが、今後はプライマリケアを実施している医師に対してうつ状態やうつ病に対する対応を教育することが重要になっている。この点で、Gotland における研究(後述)が参考になる。また、プライマリケア医への教育は、2年毎に繰り返す必要のあることが強調されている。

自殺予防対策の具体的事例：Gotland における研究

Gotland は、人口 60 万人のスウェーデンに属する島であり、田舎の自殺率より高いこと、女性にも暴力的な自殺が見られること、抗うつ薬の処方量が少なく、抗不安薬の処方量が多いといった特徴がある。一般医（教育を拒否した医師は除く）を対象にした教育プログラムを 2 日に亘って 2 回、2 年間実行した。内容はうつ病の発生、発見、経過、治療、回復、モニタリングである。

南ロンドンにおけるうつ病の女性患者 114 名を綿密な問診により調査した結果、61%の患者は診断された 1 年前に人生で大きなストレスとなる出来事があった（コントロール群では 20%）。ほとんどの出来事は、人または家からの立ち退きなど所有物の喪失に関係するものであった。

最初のストレスが最もインパクトが大きく、その後のストレスがうつ病の引き

金となることは徐々に少なくなっていた。例えば、最初のストレスの70%が引き金になっているが、2度目のストレスでは20数%であり、その後は10%以下であった。小さなストレスは日常の正常と思われる出来事と区別できないようなものもあった。また、ストレスに対する感受性は年齢とともに増加していた。

Gotland Studyで得られた結果として、一般医のうつ病の認識、診断、治療、モニタリングが優位に改善した。入院が30%減少、自殺は60%以上減少、うつ病による病休が50%減少、抗うつ病薬の処方が60%以上増加、リチウムの投与が30%以上増加、抗不安薬は30%減少した。しかし、10年後にはもどに戻ることから、2年毎の再教育が必要であると考えられる。

女性における脆弱性要因

女性におけるストレス後のうつ病になるリスクを高める要因は、11歳前に母親を亡くすこと、家庭外に仕事がないこと、14歳以前に子供を3人以上出産すること、問題が生じた時に相談する親友がいないこと挙げられる。さらに、労働者階級の女性がとくにストレスによるうつ病になりやすいとの報告がある。

男性のうつ病の特徴

自殺前にほとんど精神科医などの治療を受けていない、ストレスに対する耐性、行動化、積極性が低下している、衝動のコントロールが低下、過敏となり、決断力が低下する、反社会的となり、薬物乱用、気分が落ち込み、家族歴で男性の自殺が見られる。

イギリスにおける自殺予防対策に関する調査

平成 15 年 9 月、イギリスにおける自殺予防対策に関する調査において、East Kent の自殺予防対策についての小冊子（EAST KENT、Suicide Prevention Strategy、Draft 3、May 2003）および安全第一（Safety First）を入手することができたので、その概要を紹介することにより、わが国における今後の自殺予防対策の参考になることを期待している。

本冊子では、精神疾患患者の自殺予防に関して詳しく書かれているが、職種との関係では、East Kent において自殺の多い建設業での記載が見られるのみである。わが国でも地域独自の統計に基づいた自殺予防対策の作成が必要と思われる。我々は、今回の調査研究において、医療従事者とくに医師の自殺に注目し文献的考察および主な研修病院における自殺予防を含むメンタルヘルス対策などについてアンケート調査したが、川上ら（平成 13 年度厚生労働省委託事業、労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ、平成 14 年 3 月）のように事業場に対する大規模な調査を基に、各職種毎に具体的かつ実地的な自殺予防を含むメンタルヘルス対策が作成され、かつ実行されることが望まれる。

重要な論点の要約

East Kent では毎年約 65 名の自殺および原因不明による死亡が記録されている。男性しかも若い人に多い。その傾向は最近増加しており、2010 年までに 20% の減少を目標にしている。自殺を完全に予防する

ことはできないが、国民保健サービス（National Health Service、NHS）と地域のパートナーとなる組織が協力することにより自殺率を減少させることに意義ある活動がある。本自殺予防対策の主な目標は、

1. 主なハイリスク集団におけるリスクを減少させる
2. より広範囲の地域の人々において、精神状態の健全さを促進する
3. 自殺手段となるものおよび致命率を減少させる
4. 自殺行動に関するメディアの報道のあり方を改善する
5. 現在行われている自殺予防対策を地域ごとに見直し、監査することを促進する
6. 生命を救う過程をモニタリングすることを促進する：自殺者数を減少するためのより健全な国の目標

自殺しようとする人への支援で最も効果的な手段は、治療中にメンタルヘルスサービスが受けられることである。入院施設の安全を確保し、地域社会での適切な経過観察および管理が重要である。そのためには、すべての機関および治療現場において総合的かつ持続的アプローチが必要である。例えば、自傷を試みる患者が自殺の危険が高い。

若い男性および囚人、少数民族、性的虐待の犠牲者など自殺の危険の高いグループの自殺を減少させるために、彼らのニーズに特化した支援および多くの人々の精神状態の健全を促進する一般的アプローチの両

方が必要である。健康に関する不平等、社会からの疎外、地域の当局などとの協力関係が疎遠にならないような対策を実行することは、今回の自殺予防対策を支える補完的な役割を担うことである。行動計画において重要なことは、必要な行動に着手し、責任と連携の役割を果たすことである。

1. 疫学と統計

自殺は、メンタルヘルス、健康および国の対策“命を救おう Saving Lives”全体の指標として用いられている。我々が担当している“より健康な国民 Healthier Nation”対策は発生率の減少を目標とする4つの主な分野の1つである。自殺および原因不明の傷害を1996年より2010年までに20%減少させることである。ここ4年間、East Kentでは自殺と原因不明の傷害でほぼ8,000人が寿命をまっとうしないで死亡していた。

男性の自殺は、女性に比較し非常に高く、特に25歳～54歳のグループで高い。全体として、自殺の70%は男性であり、16歳～44歳の男性は、同年代の女性よりほぼ8倍の自殺が見られる。職業別にみると、自殺の多い職種があり、失業者、退職者、建設業者では、その他の職種と比較し自殺が非常に多かった。

文献的に自殺に関する多くの危険因子が報告されている。男性、一人暮らし、失業者、アルコールや薬物の誤用、精神疾患が挙げられる。自殺手段としては、縊死、抗精神薬や鎮痛剤の服用が主な手段であった。

East Kentにおける256例の自殺のうち、74例はメンタルヘルスサービスを受けていた。74例は全体の自殺の29%であるが、

決してこれだけが問題を抱える集団とは限らない。すなわち、大部分の自殺者は本来なら専門医による治療を必要とする重症の精神疾患があるにも関わらず、精神疾患の既往がなかった。

1998年から2001年に発生した自殺および原因不明の死亡のうち、半数以上(52%)が自宅で、19%は病院または療養所で自殺していた。

1996年から2010年までに自殺者を20%減少することを目標とする。East Kentの住民の自殺者数は6年間上昇し1999年には年間70件となった。この結果は、1年間の総計で2,300年分以上の早期死亡を意味すると予測される。

East Kentの自殺率は1996年から25%の増加がみられ、社会的に関心がもたれることとなった。しかし、統計学的には、その数は比較的小さく、自殺者数や自殺率は毎年変動するものである。

2010年の目標を達成するには、自殺による死亡を1999年の52%に減少させる必要がある。自殺率が上昇しているにもかかわらず、国全体の自殺率より少し低いままである。

地域による自殺率の変動については、年齢で補正した自殺または原因不明による死亡率は、Ashford PCT(Primary Care Trust)は常に低く、East Kentで最も低い、一方East Kent Coastal地区ではその死亡率は高くかつ上昇している。Shepway地区ではこの間減少していた。CanterburyとCostal地区は増加している。これらの数字は統計学的に小さく、年による変動もある。

Ashford 付近および South East は、新

たに宅地開発が計画されており、このことは一般に危険因子となり、地域計画やインパクト・アセスメントの際に忘れてならない。

2. 基本原則

総括的事項：自殺予防は社会のいかなる組織であっても、ヘルスサービスのみには責任があるというものではない。このことは、メンタルヘルスサービスにおいて特に重要である。精神的に病んだ人々は自殺の危険が高く、メンタルヘルスサービスが自殺防止の役割を果たす。しかし、自殺者の4分の3はメンタルヘルスサービスを受診していない。

根拠に基づいた対策：可能であるなら、自殺予防対策は根拠に基づくべきである。

特異的：自殺予防対策において、計画している活動は対象となる集団に対して具体的かつ実地的で、また自由にモニターできるべきである。

評価の対象：自殺予防対策を評価の対象とし、さらに経験を重ねて発展させなければならぬ。

3. 主要な到達点

地域の対策は国の自殺予防対策に盛り込まれている6つの主要な到達点に準じている。

1. 主なハイリスク集団におけるリスクを減少させる
2. より広範囲の地域の人々において、精神状態の健全さを促進する
3. 自殺手段となるものおよび致命率を減少させる
4. 自殺行動に関するメディアの報道のあ

り方を改善する

5. 現在行われている自殺予防対策を地域ごとに見直し、監査することを促進する
6. 生命を救う過程をモニタリングすることを促進する：自殺者数を減少するためのより健全な国の目標

目標1：主なハイリスク集団におけるリスクを減少させる

以下のグループが自殺のより高いリスクであるとされており、効果的な予防対策の存在が証明されている。

- 1.1 現在または最近メンタルヘルスサービスを受診しているもの(全国的にこの1年間に受診したものと定義されている)
- 1.2 意図的な自傷行為の後
- 1.3 若者
- 1.4 囚人
- 1.5 職種

以下、1.1 および 1.5 について、その内容を紹介し、1.2、1.3、1.4 は省略した。

1.1 現在または1年以内にメンタルヘルスサービスを受診しているもの

ハイリスクグループの中で最も人数が多く、地域の統計では全ての自殺の29%を占める。精神疾患を有する人々の自殺および殺人に関する信頼できる国の調査である“安全第一 Safety First”および“より安全なサービス Safer Service”の報告書では、地域におけるサービスに対して最も重要な臨床的提言のチェックリストが作成されている。

より安全なサービスに関する12の要点

- ・ スタッフは3年ごとに自殺のリスクに対するマネジメントの訓練を受ける。
- ・ 重篤な精神疾患を有する患者および自傷や暴力の既往のあるものは、ケアプログラムアプローチのもとに最も集中的なケアを受ける。
- ・ もし患者が治療に従わないあるいは受診しない場合、その患者に特別な対応計画をたてる。
- ・ 危険が迫っているものやその家族が早急にサービスを受けられる。
- ・ 傷つきやすく自殺の危険が高い患者に接触しやすくなるように、積極的に手を差し伸べるチームを結成する。
- ・ 副作用のため通常の薬の内服を拒否する重篤な精神疾患の患者すべてに対して、特別の抗精神薬が使用できる。
- ・ 薬物などの誤使用のマネジメントの訓練を兼ねた二重の診断、薬物の誤使用者に対するサービス機関と地域のサービス機関を管轄するスタッフとの連携に対して地域で対策をたてる。
- ・ 入院患者が縊死を可能にする箇所をなくすかその箇所にカバーをかける。
- ・ すべての重篤な精神疾患患者や退院前3ヶ月以内に自傷のある患者が退院した後、7日間は経過観察する。
- ・ 入院中の最後の3ヶ月間に自傷の既往のある患者は2週間を超えないように薬剤を処方する。
- ・ 犯罪を裁判する諸機関と情報を共有できるように地域で調整する。
- ・ 事故発生後の総合的事例総括や情報を家族や当事者に提供することを方針とする。

入院患者

入院患者の自殺は病棟内および病棟外で発生する2つの場合がある。病棟から許可なしに抜け出して自殺する患者は、許可をもらって病棟から外出して自殺する患者より病棟内で自殺する患者に状況が似ている。病棟内で発生するほとんどの自殺は縊死である。自殺予防に関して最も重要なことは縊死の手段となるようなものを取り除くことである。ひもおよびひもを引っ掛ける場所について検討することが必要である。

East Kent の地域社会信託(Community Trust)からの最新の情報では、リスクマネジメントに対する地域社会信託のシステムを改善するためには、ひもを引っ掛ける場所について早急に検討する必要があるとしている。カーテンレールやその他コートの留め金、水道管、窓枠など可能性のある場所を移動するかカバーをかける。

しかしながら、自分でひもによる絞殺を実行した多くの例では、固定されたまた頑丈な構造物だけでなく、ひもを排除することが必要であることを示している。使用されるひもの多くは個人所有のベルトや靴紐である。個人の所有物を排除することは慎重に対処しなければならない。通常、患者にその必要性を説明し、十分な理解を得ることが大切である。入院患者を受け入れる施設では、利用者の代表者による地域のサービス機関と相談し、賛成を得たプロトコルを作成する。

入院施設では、自殺の危険のある患者を繰り返し観察し、首吊り以外の自殺手段の有

無や継続的な1対1の観察が必要であるかを考えておかねばならない。

病棟外で自殺する患者の多くは、スタッフに了解を得て病棟を出ている。このような自殺を防止するには臨床上3つの方法がある。第1に、より良いリスクアセスメントを実行する、第2に入院間もない外出許可に対するより厳密な注意をする。第3に、外出中の地域でのより良いモニタリングを実施することである。

退院後の患者

各国の自殺事例の1/4は退院3ヶ月以内である。計画された退院後の自殺は入院中の患者がスタッフの了解を得て外出して自殺するのと同様であることから、その予防対策も同様に実施する。自殺のリスクを評価するスタッフは、精神状態が最近改善した患者は退院後に早い時期に悪化した場合、自殺のリスクに直面することを考慮しておくべきである。退院があまりにも早い場合、退院後の自殺は入院期間が短いことに関係していることに注意が必要である。

退院後の自殺の多くは、退院後の最初の受診日前に発生している。このような自殺を予防するには、退院後は早い時期に再受診を薦めることが重要である。病院と地域のサービス機関との密接な連携が必要であり、個別に対応することは危険である。重篤な精神疾患（統合失調症、大感情障害）あるいは自傷の既往のある患者は退院後1週間以内（例えば病気の発作中や約3ヶ月間）に経過観察が必要である。また、最近留置された者に対しては、1週間経たないうちに経過観察するべきである。

ケアプログラムの手段 (Care Programme Approach)

患者には2つのグループがある。1つは、CPAのもとにあるが保障されるべきケアを受けずに自殺するグループであり、他はCPAに属していないが自殺の可能性の高いグループである。最初のグループはCPAに属しながらサービスを受けていないかまたはスタッフからの再度の接触や治療に対する決められた応答がない者である。2番目グループは重篤な精神疾患を有し、自分自身か他人を傷つけたものである。

CPAの条件設定を確実にする方法は、地域のサービスに対してCPA自身の活動をモニターすることである。このことは臨床的管理が優先されるべきである。最近、CPAの中心を明らかにする動きになっており、CPAの活用を監査し、また継続させるべきである。しかし、CPAに目立って欠けているものは、CPAのサービスを最も必要とする人々に何をすべきかを明らかにした独自のガイドラインである。安全を第一としたサービスは重篤な精神疾患を有する患者が最近自傷した場合や暴力を振るった場合に実施すべきである。病気の初期のものを含んだ統合失調症のほとんどの患者も対象となる。緊急の社会的ニーズのある重症の精神疾患の患者、例えば、子供を一人で世話している人や入院中のホームレスの人々などである。

より安全なサービス (Safer Services) からの提案

Safer Servicesは1999年の調査結果をもとに提案され、続いて2001年にSafety

Firstとして新しく書き換えられた。

広範囲な自殺予防対策は、他の健康や社会的ケアサービスと同様にメンタルヘルスサービスとして活動されるべきであることが求められた。

臨床的サービスは自殺の予防およびモニタリングに対して優先されるべきである。

- ・ 定期外の観察のもとにおかれた入院患者
- ・ 自殺のリスクが高いと判断された入院患者または拘置者で入院1週間以内
- ・ 自殺のリスクの高い入院患者であり、外泊が可能なまでに回復しているが家庭に支援を受ける環境にないもの(特に一人住まい)
- ・ 自殺の危険が高い患者または最近拘留された患者が退院して間もない時期
- ・ 病院への受診または強化されたCPAとの接触が途切れた患者

民族的少数派に対してケアを提供する方策には、スタッフの教育、スタッフの強化およびボランティア部門との連携が含まれていなければならない。

安全第一 (Safety First) は、CPA活動を大幅に見直し、強化されたCPAに対して全国的な標準を作成することを提案している。これらの基準は自殺の危険の重要性について強調している。

- ・ 強化されたCPAは、病院への受診または強化されたCPAとの接触が途切れた患者に対する明確な計画を含んでいなければならない。

- ・ 強化された CPA は、統合失調症の患者にはすべて対応すべきであり、必要ない場合はカルテに記載しておく。重篤な精神疾患と自傷または暴力が同じ患者で見られる場合、さらに、入院歴のあるホームレス患者、重症の精神疾患を有する患者が片親の場合にも対応すべきである。

CPA のこれらの点を観察するために、地域の臨床機関と健康増進委員会(Commission for Health Improvement)が主体的に活動すべきである。

訓練

1. 自殺の危険を有する患者に接触するすべてのスタッフは、自殺と暴力の危険の両方に対する危険性を認知し、評価し、マネジメントできるように訓練を3年以内毎に受けなければならない。
2. NHS およびソーシャル・ケア訓練組織は、訓練コースを承認するシステムがなければならない。スタッフは承認された訓練コースのみを受講しなければならない。訓練することにより利益があることを証明されたものだけを承認すべきである。リスクマネジメントコースは、自殺および暴力の危険性、それら危険性が高い期間、病院の受診や接触・音信が途絶えた者に対する管理、またメンタルヘルス関連法令を含んでいなければならない。

文書／報告

3. 以下の3つの目的のために、新たに、患者パスポートとして統一された簡潔な

文書(手帳)を作成しなければならない。

- ・ 臨床的リスクアセスメント、その際リスクの重要な指標を記録すること。
 - ・ リスクの証拠に従ってCPAのもとでのケアおよびそれに続くモニタリングの担当を決定する
 - ・ 組織相互の情報交換
4. 各専門分野に対して、統一された患者カルテが作成されるべきである。
 5. リスクに関係した情報、例えば、併発疾患やスタッフの訓練の頻度が集計され、かつそれらが資源やモニタリング能力の決定に活用されなければならない。

メンタルヘルスに関する法令の改定の白書には、健康サービス機関とソーシャルサービス機関、さらにその他住宅斡旋業者や裁判所などの間に、精神障害を有する患者に関する情報公開の新たな義務を含んでいる。患者の電子カルテや電子化された健康情報の発達は、これらメンタルヘルスおよびソーシャルケアの各専門領域間の情報共有を可能にするであろう。

治療および治療中断

6. 最近の薬物治療、例えば重篤な精神疾患が副作用のため治療を中断した場合、非典型的抗精神薬や新抗うつ薬はすべての患者に投与すべきである (NICE ガイドランスに従って)。
7. 家族や精神的介入は、重篤な精神疾患を有し、自殺の危険の高い患者全員に必要である。
8. 受診中断者に対して、本報告の提案に従って文書化された対策に基づいて委託され、スタッフ、患者およびその家族に

も周知されなければならない。

サービスからはずれた患者

9. サービスからはずれた経験のある重篤な精神疾患を有する患者すべてに対して、強化された CPA の一部として満足な住居や職業が提供されることを含む社会的および臨床的総合ケアが計画されている。
10. サービスには、重篤な精神疾患を有する患者に接触できなくなった場合、ホームレスを含んで、積極的に手をさしのべる能力があるべきである。
11. これらの提案は、サービスからはずれた患者に対する対策を文書化したものであり、スタッフ、患者およびその家族に周知されなければならない。

合併疾患

12. 重篤な精神疾患と酒や薬物乱用を有する患者に対しては、メンタルヘルスサービスの主流として対策が立てられていなければならない。
13. 地域のサービスでは、二重に疾患を有する患者に対しては、メンタルヘルスと薬物乱用サービスの間の連携、また法定とボランティアによる機関との連携、訓練されたスタッフと臨床医に紹介できるような主要なスタッフとの連携など総合的ケアが提供されなければならない。
14. 一般の精神科的サービスにおけるスタッフの訓練には、アルコールや薬物乱用のマネジメントを含んでいなければならない。

二重に疾患を有する患者はメンタルヘル스에配置された看護師コンサルタントが主に

対応すべきである。積極的に手をさしのべるチームのケア下にある患者の多くは、重篤な精神疾患と薬物乱用の両方を有するようになる。最近、チームを実際にケアをするまたは訓練をする2つのグループに分けている。

家族

15. メンタルヘルsteamは家族が患者の自殺を心配している場合に接触すべきである。メンタルヘルスに関する全国的サービスの枠組みには、介護人がどの時点で介入するかという主要な取り決めを含んでいる。2001年までに、すべてのサービスは、強化された CPA のもとで患者をケアする中で、緊急の場合、どのようにサービス機関と連絡をとることができるかの情報を提供しなければならない。NHS 計画では、患者やその家族にメンタルヘルスの専門家を常に教えることができるスタッフを新たに準備している。

入院患者の自殺

16. すべてのサービスは、病室を見て回り、以下のことに気づかなければならない。
- ・ 自殺の危険の高い患者を観察するのに障害となるもの。
 - ・ 縊死に利用できる設備。もし、取り除くことができない場合、急性疾患の患者の入院は許可してはならない。
17. 自殺の危険の高い患者に対しては、中等度のレベルの観察に代わるものを計画する。
18. 患者の観察は（巡視またはモニタによる）、夕方と夜にとくに増やす。

19. 入院患者のサービスにおいて、1対1の観察では、短くてもよいが、間隔が空きすぎていけない。
20. 病気から回復している患者に外出を許可する前に、常にリスクアセスメントを実行すべきである。ルーチン以外の観察をしている患者を病棟を離れたり外出を安易に許可すべきではない。
21. 入院患者のチームは、地域のサービスを受ける側の代表者に相談し、縊死に使用される可能性のあるひもなどを自殺の危険の高い患者から取り上げる手順を作成しておくべきである。

The Chief Medical Officers report *An Organisation with a Memory*(2002)が発表されたことにより、すべてのサービスは、2002年3月までに頑丈なカーテンレールやそれに相当する縊死に利用できる設備を取り除くことが求められた。

退院後の自殺

22. 自殺の危険の高い患者すべておよび入院施設から退院した（自己退院した患者を含む）患者すべてに対して、48時間以内に経過を見なければならない。
（NSFの提案）
23. 健康当局とトラストはその地域において急性患者を収容する施設および最終的に他の地域の入院施設に紹介できる準備をしておかねばならない。
24. 入院施設から退院する前に、入院患者のチームと地域のチームで合同のケースカンファを開き、自殺の危険の評価な

どを検討する。入院患者が退院したあと地域での綿密な観察が受けられるようにすべきである。

25. CPAの文書の中に、入院施設から退院した最初の3ヶ月間、とくに最初の1週間は特別徹底した観察を含んでいなければならない。

メンタルヘルスに関する法令

26. メンタルヘルスに関する法令により、重篤な精神疾患があるにもかかわらず、治療を中断した場合、または自殺の危険が高い兆候がある場合、明らかな再発の兆候がなくても治療を強制できる。

注意：The White Paper *Reforming the Mental Health Act*には、新法では地域における強制のもとに治療を認めるようなケアや治療命令もありえることを示している。

自殺手段の入手

27. 最近自傷の経歴のある、および向精神薬を内服している自殺の危険の高い患者すべては、最新の、副作用の少ない薬剤を2週間以内の処方で投与されるべきである。

自殺の影響

28. 自殺または殺人の後、メンタルヘルsteamは、その事例について、種々の専門家の評価をすべきである。
29. 自殺または殺人の後、何が起こったかの情報を家族に包み隠さず、速やかに報告すべきである。

1.5 自殺の危険が高い職域のグループにおける自殺者数の減少

East Kent の統計では、建設業の男性が最も自殺の危険が高い。健康増進に関連する専門家は、この問題について地域の建設業者の代表者やカンタベリーの HNC 学生に啓発している。その他、カンタベリーおよび Thanet 単科大学の学生や職員にも啓発を予定している。地域の建設業の企業には、自殺の気づきに関する訓練を提供してきた。

加えて、健康増進に関する専門家は、建設業者組合（UCATT）と連絡をとり、その雑誌やウェブサイトにも自殺に関する統計や予防対策の情報を掲載している。彼らは、全国的に建築業者の自殺が多いことを認識し、健康政策当局とも接触している。彼らは、自殺の結果家族に支払われる死亡に対する見舞金を調査するためにある工場にも連絡している。見舞金は、統計を参考に支払額が決められており、支払い請求件数の10%は自殺によるものである。

また、税金や国民保険で問題を抱える個人業者を支援するために企業代理店とワーク

ショップの開催を提供している。健康と安全行政官も将来の活動に支援している。棟梁組合、国内国税局、地域の建設業会社とも連絡をとっている。

以下のことが提案される。

- ・ 自殺のリスクアセスメントや介入対象に関して、統計からもっと詳細な情報を収集する。
- ・ 全国建設業週間を利用し、工場におけるストレスやメンタルヘルス問題の気づきを高める。
- ・ 地方のストレス情報ネットワークに対する特別の支援を実施する。
- ・ 大規模な建設現場、さらにはスーパーマーケットやパブのような公共の場所で、相談に乗ることを含んだ ‘MOT’ クリニックを開く。
- ・ 気軽に受診できるうつ病クリニックを解説する。
- ・ ストレス、うつ病、アルコールや薬物、自殺に関する情報を与えその対策を建設業の労働者に提供する。
- ・ 職場でのメンタルヘルスに関する活動を高める。

安全第一 (Safety First)

精神疾患のある人々の自殺および殺人に関する全国秘密調査 (5年間の報告)

2001年報告

自殺に関する重要事項

1. メンタルヘルスサービス受診中の自殺

- ① England and Wales, Scotland, Northern Ireland における自殺の約4分の1 (1年間に約1,500名) は自殺前1年間にメンタルヘルスサービスを受診していた。
- ② 最も多い自殺手段は縊死または過剰な服毒自殺であった。
- ③ 若者の自殺は、既往歴として統合失調症、人格障害、薬物やアルコール誤用および暴力があった。(England and Wales のみの調査結果)
- ④ 統合失調症の多くは、仕事がなくまた未婚であった。(England and Wales のみの調査結果)
- ⑤ 自殺の4%は、一人で子供を養育していた。(England and Wales のみの調査結果)
- ⑥ England and Wales のメンタルヘルスチームは、自殺の22%は予防可能と考えている。Scotland, Northern Ireland においては22%より低いと考えられる。同定された自殺の原因の約4分の3は、とくに患者のコンプライアンスを良くすることともしっかりとした経過観察により自殺のリスクを減少させることができたと考える。

2. 入院患者

- ① 自殺調査事例において、England and

Wales の16%、Scotland の12%およびNorthern Ireland の10%は精神疾患の入院患者であった。

- ② 入院患者が病棟で自殺を実行する場合、縊死が多く、カーテンレールとベルトが最も頻用される。
- ③ 入院患者の自殺の約4分の1は入院1週間以内に発生する。
- ④ 入院患者の自殺の約5分の1は、一般の観察以外の常時観察または間歇的な観察の場合に発生する。
- ⑤ England and Wales, Scotland の入院患者の自殺の約3分の1、およびNorthern Ireland の入院患者自殺の2分の1は許可を得た外出中に発生していた。
- ⑥ メンタルヘルsteamは、入院患者の自殺はもっと予防可能と考えている。

3. 退院後3ヶ月以内の自殺

- ① England and Wales における自殺調査事例の23%、Scotland の26%、Northern Ireland の30%は、退院後3ヶ月以内に自殺していた。
- ② 退院後の自殺で、最も頻度が高いのは退院の1~2週間後である。
- ③ England and Wales の40%、Scotland の35%、Northern Ireland の66%は、退院後最初の診察日以前に自殺している。
- ④ すべての地域における事例と比較し、

退院後の自殺事例は、入院期間が7日以内の退院後、または前回の入院から3ヶ月以内に再入院になった場合に発生していることが多い。(England and Wales のみの調査結果)

4. ケアプログラムアプローチ

(Care Programme Approach)

- ① England and Wales における自殺調査事例の47%は、総合的なレビューを必要とするケアプログラムアプローチの対象となっている(強化されたケアプログラムアプローチ)。
- ② 自殺事例の約4分の1は、自殺前1ヶ月は治療を中断している。また、約4分の1は、地域のサービスの最後の予約をキャンセルした。
- ③ 統合失調症の自殺事例の4分の1は、強化されたケアプログラムアプローチの対象ではなかった。

5. 治療を中断した事例

- ① 自殺事例の約5分の1は、死亡前1ヶ月は内服を中断していた(England and Wales の22%、Scotland の21%およびNorthern Ireland の17%)。
- ② 治療を中断した事例について、England and Wales の20%、Scotland の27%およびNorthern Ireland の13%は統合失調症であった。
- ③ メンタルヘルsteamは、治療を中断しているEngland and Wales の62%、Northern Ireland の57%およびScotland の44%の事例について、本人と直接面談し、治療を続けるように働きかけた。

6. 連絡がつかなかった事例

- ① 地域で3分の1以下では、最後の面談予約の連絡ができなかった(Northern Ireland の30%、Scotland の29%およびEngland and Wales の28%)。
- ② 地域で最後の面談予約の連絡がつかなかった事例で、England and Wales の17%、Scotland の11%、Northern Ireland の8%は統合失調症であった。
- ③ メンタルヘルsteamは、England and Wales の55%、Scotland の56%およびNorthern Ireland の52%において、家庭を訪問するなど積極的に連絡を取るようにした。

7. 少数民族の事例

- ① England and Wales の自殺事例の6%、Scotland の2%およびNorthern Ireland の1%は少数民族であった。
- ② 少数民族の自殺者は精神疾患を有していることが多かった。カリブ人(黒人)の自殺事例の4分の3は統合失調症であった。(England and Wales のみの調査結果)
- ③ 少数民族の自殺は最近の治療中断の率が高かった。(England and Wales のみの調査結果)

8. ホームレスの事例

- ① England and Wales の自殺事例の3%、Scotland の2%およびNorthern Ireland の1%はホームレスまたは定住場所がない者であった。
- ② ホームレスの自殺の71%は、入院中

- または退院後3ヶ月以内に自殺した。
- ③ ホームレスの半数は強化されたケアプログラムアプローチの対象者であったが、3分の2近くは自殺の時点で、サービスを受けることができていなかった。

新たな提案

1. 各地域で、広範な自殺予防対策が必要である。このことは、メンタルヘルスサービスおよびその他の健康および社会の介護サービスによって活動が実施されるべきである。
2. 自殺予防は臨床実施機関が主体的に実施し、以下の患者は注意深く観察すべきである。
 - ① ルーチン以外の方法で観察されている入院患者。
 - ② 拘留されたまたは入院後7日までの入院患者および自殺の危険が高いと判断された入院患者。
 - ③ 自殺のリスクが高く、病状が家に外泊できるまで改善しているが、家庭環境の支援が不十分（特に一人住まい）な入院患者。
 - ④ 自殺の危険が高い患者が最近退院した場合や最近拘留された患者が退院した場合（Scotlandでは、休暇のため外出を許可した入院患者を含む）。
 - ⑤ 治療を中断したり、強化されたケアプログラムアプローチ（Scotland, WalesおよびNorthern Irelandにおける同等のプログラム）中に連絡がなくなるような患者

入院患者および退院後の経過観察

3. 入院病棟において縊死に利用されるものを取り除くか、または利用できないような工夫をする。
4. 入院患者担当チームは地域のサービスを受ける者の代表者の意見を聞きながら、自殺の危険のある患者が縊死に利用できるひもを携帯させないようにするプロトコルを作成する。
5. 入院患者が外出する場合、地域において綿密な観察するべきである。
6. ルーチン以外の観察をされている患者（Scotlandでは特別な観察がされている）は普通に病棟を出たり、外出を許すべきでない。
7. 入院患者のサービスにおいて、1対1の観察は途切れてはならないが、短時間のサービスであることを確認すべきである。
8. 重篤な精神疾患で治療を受けていた患者および意図的な自傷行為を3ヶ月以内に行った患者が退院した場合（Scotlandでは許可を得て病棟を離れる場合を含む）、すべて1週間以内にフォローアップすべきである。

ケアプログラムアプローチ

(Care Programme Approach)

（これらの提案は、England and Walesに対するものであるが、多くはScotlandおよびNorthern Irelandにおけるケアの計画立案にも応用できるものである）

9. ケアプログラムアプローチの実行に当たって大きな見直しが必要であり、強化されたケアプログラムアプローチに対して自殺の危険を重要視した国の基準を作成する。

10. 強化されたケアプログラムアプローチにおけるすべてのケアは、治療を中断するまたは連絡が途絶える患者に対しても対応できる明確な対策を含んでいなければならない。

11. 強化されたケアプログラムアプローチは統合失調症、精神疾患と自傷（または暴力）を有する患者、入院歴のあるホームレスおよび重篤な精神疾患を有する患者に適応すべきである（できない場合はカルテにその旨を記載する）。

12. ケアプログラムアプローチにおけるこれらのモニタリングは local clinical governance および健康促進委員会 (the Commission for Health Improvement) (Scotland では、the Mental Welfare Commission and the Clinical Standards Board) で主体的に実施されるべきである。

訓練

13. NHS およびソーシャルケアの訓練組織は訓練コースを認可するシステムを有するべきであり、スタッフは認可された訓練のみに参加すべきである。訓練が有益であったことが証明されてから認可すべきである。

14. リスクマネジメントのコースは、報告書前文にある危険因子を網羅していなければならない。

薬物などの乱用

15. 地域のサービスは、精神疾患と薬物などの乱用との連携、法定機関とボランティア [無償奉仕] 機関との連携、スタッフの訓練と臨床上発展を担う重要スタ

ッフとの連携を促すように、二重の診断を有する患者を総合的にケアする対策を持つべきである。

少数民族

16. 地域のサービスは少数民族にもスタッフの訓練、スタッフの採用およびボランティア [無償奉仕] 部門とも連携できるケアが提供できる対策を有するべきである。

刑事裁判システム

17. 健康上および社会的ケアに関して複雑なニーズを有する統合失調症の人は、例外的かつ明白な環境でない限り、犯罪で有罪となった場合投獄するよりむしろ入院させるべきである。

汚名

保健省 (Department of Health) と精神科医ロイヤルカレッジ (Royal College of Psychiatrists) が共同で運営したものを含む汚名を晴らすキャンペーンでは、精神疾患を有する患者が自分は精神疾患患者ではないという態度を示す場合は自殺の危険が低いことを強調すべきである。

より安全なサービスのための 12 ケ条

本レポートおよびより安全なサービスの冊子の中で、メンタルヘルスの方針およびその実際を言及する一連の提案をしてきた。ここに、これらの中から最も重要と考える臨床的提案を列記する。地域のサービスにおいてチェックリストとして活用してほしい。

- ① リスクマネジメントに関するスタッフ教育—自殺および暴力に関して3年毎
- ② 重篤な精神疾患を有するまたは自傷または暴力の経験のあるすべての患者は最も手厚いケアを受ける。
- ③ 患者が受診を中断したり、指示に従わない場合、その患者独自のケア計画を立てる。
- ④ 危険が迫っている患者や家族に対しては早急な対応をする。
- ⑤ 強力な救済チームは、傷つき易いおよび自殺の危険の高い患者との接触が無くなることを防止する。
- ⑥ 重篤な精神疾患を有する患者が副作用のため典型的処方が出来ない場合、それに代わる処方がある。
- ⑦ 薬物誤用と精神疾患の診断と二重に診断名がある場合の方策は、薬物誤用のサービス機関と地域のサービスについて特別の責任を有するスタッフと連携して活動する。
- ⑧ 入院患者病棟では、頑丈なカーテンレールを含み縊死に利用できるものは取り除く。
- ⑨ 重篤な精神疾患を有する過去3ヶ月以内に自傷の経験のあるすべての患者が退院した場合、7日間以内に再受診させる。
- ⑩ 最近の3ヶ月以内に自傷のある患者は、2週間以上は投薬しない。
- ⑪ 犯罪を裁判する機関と情報を共有することを地域で調節する。
- ⑫ 事故発生後に、多方面の学問的レビューを確実に実施する方策と患者の家族に情報を提供する。