資料6

医療安全管理部門による自殺事故対策の取り組みについての全国アンケート調査

A National Survey on the Handling of Suicide Incidents by the Medical Safety Management Department

加藤 果林[1] KATO, Karin
内富 庸介[2] UCHITOMI, Yosuke
藤森 麻衣子[3] FUJIMORI, Maiko
杉田 尚子[4] SUGITA, Naoko
山本 崇[1] YAMAMOTO, Takashi
松村 由美[1] MATSUMURA, Yumi

1）京都大学医学部附属病院 医療安全管理部
Department of Patient Safety, Kyoto University Hospital
2）東京慈恵会医科大学 がんサバイバーシップ・デジタル医療学講座
Department of Cancer Survivorship and Digital Medicine, The Jikei University School of Medicine
3）国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部
Division of Survivorship Research/ Division of Behavioral Sciences, National Cancer Center Institute for Cancer Control
4）国立病院機構京都医療センター 精神科
Department of Psychiatry, National Hospital Organization Kyoto Medical center

要約

2022 年のがん診療連携拠点病院の要件改正で，自殺リスクへの対応が明確化された．医療安全管理部門による自殺事故対策についての全国アンケート調査を報告する．回答者 196 人のうち，看護師 53%，医師 30%，薬剤師 10%で，がん診療連携拠点病院の割合は 60%だった．自殺リスクへの対策は拠点病院でより整備されており，特に「施設整備」「手順書の整備」「リスク評価方法の確立」において有意差が確認された．事後対応では，メンタルケアや委員会での審議が行われるが，病院間で対応のばらつきが見られた．遺族支援や職員向け研修の実施状況も調査し，拠点病院とその他の病院の対策の違いを明らかにした．研修会の開催状況や医療安全管理部門の関与については，拠点病院か否かによる差は認められなかった．自殺対策の充実には病院の特性に応じた対応が求められる．

キーワード：自殺，医療安全管理者，がん診療連携拠点病院

Abstract

In 2022, there were revisions to the requirements for designated cancer center, clarifying their response to the suicide risk. We conducted nationwide survey on suicide management efforts by the Safety Management departments. Among the 196 respondents, 53% were nurses, 30% were physicians, and 10% were pharmacists, with 60% working at designated cancer care hospitals. Suicide prevention measures

受付日：2025 年 1 月 16 日　採択日：2025 年 8 月 4 日
別刷請求先　〒 606-8507　京都市左京区聖護院川原町 54
京都大学医学部附属病院医療安全管理部
加藤 果林
Email: karin@kuhp.kyoto-u.ac.jp

were more systematically implemented in these hospitals, particularly in facility modifications, procedural guidelines, and risk assessment methods. Regarding post-suicide response, mental health support for affected staff and committee reviews were commonly practiced, though hospital-specific variations were observed. The survey also examined bereavement support for families, hospital-led training programs, and participation in external suicide prevention workshops. No significant differences were found between cancer care hospitals and other facilities in terms of training opportunities and involvement of medical safety departments in suicide prevention strategies. The findings highlight discrepancies in suicide prevention efforts between hospital types, emphasizing the need for tailored interventions based on institutional characteristics. Strengthening hospital-wide awareness and standardized protocols could further enhance preventive measures and post-event management.

Key words: suicide, safety manager, Designated Cancer Care Hospitalp

Ⅰ．緒言

病院内での自殺対策は非常に重要である．病院は一般的に人々が身体的または精神的な苦痛や困難に直面している場所であり，自殺のリスクが高まる可能性がある．そのため，院内での患者死亡の一因である自殺に対しては，組織的な対策が求められる．国際連合と世界保健機関（WHO）は，自殺予防の国家戦略として，データ収集システムの構築，リスク要因の特定，予防プログラムの実施と評価を含む一連の方針を提示している[1]．一方で，日本では国家レベルでの統一的な院内自殺報告制度は十分に確立されておらず，日本医療機能評価機構など一部の機関が対応を進めているものの，医療現場全体への浸透には課題が残る．実態の把握や対策が十分とは言えない現状がある．

がん患者の自殺リスクは高く，がんと診断されてから1か月以内が最も自殺のリスクが高く，2年経過しても一般人口と比べて自殺のリスクが高いことが全国がん登録のデータで明らかになっている[2]．日本医療機能評価機構医療事故情報収集事業事例データベースに登録されている入院患者の自殺の約半数はがん患者である[3]．がんと診断される人口はますます増加傾向であることを踏まえると，医療機関における自殺対策は今後優先的に取り組まれることが望ましいと考えられる．自殺企図歴がある人々を含め，脆弱性の高い集団への予防的介入が自殺予防に役立つことが明らかになっている[4]．このような背景を受け，2022年にはがん診療連携拠点病院要件が改正され，院内での自殺リスク対応や関係機関との連携体制の構築が義務付けられた．しかし，精神科以外の医療機関，特にがん専門施設における医療安全管理部門の具体的な取り組みは十分に報告されていない[5,6]．

自殺対策には，データに基づいた現状把握と計画立案，戦略の実施が不可欠であり，地域や施設ごとの状況に即した指針作成が必要である．本調査では，医療安全管理の視点から，病院内での自殺対策や自殺未遂後の支援について全国アンケートを実施した．本稿では，調査結果のうち，医療安全管理部門職員を対象とした分析結果を報告する．本調査結果は，様々な医療機関内での自殺に関する報告とあわせて，これからの自殺対策を行う上で有効な情報となると考える．

Ⅱ．方法

調査対象は，医療の質・安全学会会員（3,321人；2022年12月1日現在）のうち病院に勤務する医療者とした．調査当時，医学・医療系の会員（病院勤務以外も含まれる）は2,885人であった．調査期間は2023年2月10日～2月28日とした．調査方法は会員一斉メールを配信し，Google Formsにより回答を得た．回答率を上げるために，期間中3回配信した．

本アンケートは以下の12問で構成された．

①勤務先の病院は以下のどちらでしょうか．
- ・がん診療連携拠点病院等（全国408箇所）
- ・上記以外のがん診療に関わる病院
- ・その他

②勤務先の病院は以下の第三者認証を受けていますか（複数回答可）
- ・病院機能評価
- ・ISO 9001

・JCI（Joint Commission International）
・受けていない

③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか
・2022 年 7 月 31 日以前からある
・2022 年 8 月 1 日*以降に策定された（＊ 2022 年 8 月がん診療連携拠点病院要件が改正された）
・策定日は不明だがある
・ない

④勤務先の病院の自殺対策を教えてください（複数回答可）
・施設整備（飛び降り防止等）を行っている
・自殺に関する医療安全研修を行っている
・自殺対策の担当部署がある
・自殺リスク評価方法がある
・自殺リスクが高い場合の介入方法がある
・病院外の関係機関・組織と連携している
・自殺事例が生じたときの手順書がある
・ない，またはわからない

⑤勤務先の病院内での自殺の事後対応を教えてください（複数回答可）
・安全管理を審議する委員会で審議される
・病棟や部署で公式な振り返りが実施される
・対応したスタッフへのメンタルケアがある
・ない，またはわからない

⑥勤務先の病院内での自殺の事後対応として遺族に提供可能なものを教えてください（複数回答可）
・希望があれば精神科医師が診察する
・希望があれば心理士が面談する
・患者の担当チームが面談する
・外部の支援組織を紹介する
・ない，またはわからない

⑦勤務先の病院内での自殺対策についての研修会の開催について教えてください
・実施したが，5 年以上前である
・過去 5 年間以内に実施した
・実施していない，またはわからない

⑧勤務先の病院職員が，医療機能評価機構が開催する院内自殺予防研修会に参加したことがありますか
・ある
・ない
・わからない

⑨入院患者の自殺件数は把握していますか
・はい
・いいえ

⑩外来患者の自殺件数は把握していますか
・はい
・いいえ

⑪患者の自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組みがありますか
・はい
・いいえ

⑫院内に，自殺・ハイリスク事例を検討する何らかの会議がありますか
・はい
・いいえ

統計解析として，各項目の回答数およびその割合（100 %）を算出した．また，データ間の関連を検討するために，カイ二乗検定および Fisher's exact test を統計解析ソフト JMP®（JMP PRO 16.2）を用いて行った．

Ⅲ．結果

本アンケート全体の調査結果概要については別に報告を行っており，本稿では医療安全管理部門の職員のみを対象とした結果について報告することとする．

全回答者 280 人（回答率 8.4%）のうち，医療安全管理部門の職員からの回答は 196 人（全回答者の 70%）であった．回答者の属性を表 1 に示す．年齢の中央値は 55 歳で女性が 60%であった．また勤続年数の中央値は 30 年で，職種は看護師が 53%，医師が 30%，薬剤師 10 %と続いた．

「①勤務先の病院は以下のどちらでしょうか．」については，回答があった 196 人のうち，がん診療連携拠点病院が 118（60%），上記以外のがん診療に関わる病院が

表 1　アンケートに回答した医療従事者の属性

年　齢（歳，中央値，最小－最大）		55（36－70）
性　別（女性回答者数，%）		117（60%）
勤続年数（年，中央値，最小－最大）		30（6－50）
職　種（回答者数，%）	看護師	104（53%）
	医師	60（30%）
	薬剤師	20（10%）
	事務職	4（2.0%）
	診療放射線技師	3（1.5%）
	臨床検査技師	3（1.5%）
	理学療法士	1（0.5%）
	臨床工学技士	1（0.5%）

67（34%），その他が 11（5.6%）であった.

「②勤務先の病院が第三者認証を受けていますか（複数回答可)」という問いに対する 188 の回答のうち，がん診療連携拠点病院は病院機能評価をうけているものが 95（48%），ISO9001 と JCI（Joint Commission International）がそれぞれ 16（8.1%）ずつで，受けていないものが 3（1.6%）で，複数の第 3 者認証をうけているとの回答もあった（表 2).

「③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか.」には 181 の回答があり，「2022 年 7 月 31 日以前からある」と答えたのが 93（47%），「2022 年 8 月 1 日*以降に策定された（＊ 2022 年 8 月がん診療連携拠点病院要件が改正された)」と答えたのが 15（7.7%），「ない」と答えたのが 65（33%）であった．がん診療連携拠点病院はそうでない病院に比べて有意に（p＝0.0028　Fisher's exact test）自殺に関する対策や手順を整備していた（表 3).

「④勤務先の病院の自殺対策を教えてください（複数回答可)」との問いに対しては，178 の回答があり，「施設整備（飛び降り防止等）を行っている」が 127（65%）と最も多く，ついで「自殺事例が生じた時の手順書がある」が 77（39%），「自殺リスクが高い場合の介入方法がある」が 59（30%），「自殺リスク評価方法がある」が 52 であった.「ない, わからない」の回答が 21（11%）であった（表 4).「自殺対策の部署がある」「自殺リスクが高い場合の介入方法がある」「自殺事例が生じたときの手順書がある」については，がん拠点病院の対策率が有意（p＝0.011 値）に高かった.

「⑤勤務先の病院内での自殺の事後対応を教えてください（複数回答可)」との問いに対しては，178 の回答があり，「安全管理を審議する委員会で審議される」が 91（46%),「対応したスタッフへのメンタルケアがある」が 99（51%），「病棟や部署で公式な振り返りが実施される」が 82（42%）だった（表 5）．がん診療連携拠点

表 2　質問②勤務先の病院が第三者認証を受けていますか（複数回答可）

病院種別	病院機能評価	ISO 9001	JCI	受審なし
がん診療連携拠点病院	95(48%)	16(8.1%)	16(8.1%)	3(1.5%)
上記以外のがん診療病院	49(25%)	2(1.0%)	3(1.5%)	13(6.6%)
がん診療を提供しない病院	2(1.0%)	1(0.5%)	2(1.0%)	0

ISO：国際標準化機構
（International Organization for Standardization）
JCI：国際的医療施設評価機関
（Joint Commission International）

表 3　質問③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか

	あり			なし	p
	2022年7月31日以前	2022年8月1日以降	策定日は不明		
がん診療連携拠点病院	64（33%）	13（6.6%）	4（2.0%）	27（14%）	0.0028
がん診療連携拠点病院以外の病院	29（14.6%）	2（1.0%）	5（2.5%）	38（19.0%）	
がん診療連携拠点病院以外のがん診療病院	24（12%）	1（0.5%）	4（2.0%）	34（17%）	
がん診療連携拠点病院以外のがん診療をしない病院	5（2.6%）	1（0.5%）	1（0.5%）	4（2.0%）	

「③勤務先の病院の医療安全マニュアルに自殺に関する何らかの対策や手順はありますか」には 181 の回答があり，「2022 年 7 月 31 日以前からある」と答えたのが 93（47%），「2022 年 8 月 1 日*以降に策定された（＊ 2022 年 8 月がん診療連携拠点病院要件が改正された)」と答えたのが 15（7.7%），「ない」と答えたのが 65（33%）であった．がん診療連携拠点病院はがん診療連携拠点病院以外の病院に比べて有意に（p＝0.0028　Fisher's exact test）自殺に関する対策や手順を整備していた.

表 4　質問④勤務先の病院の自殺対策を教えてください（複数回答可）

対策	全体	がん拠点病院（118）	左記以外（78）	P 値
施設整備（飛び降り防止等）を行っている	127（65%）	74（38%）	53（27%）	0.54
自殺に関する医療安全研修を行っている	22（11%）	17（8.7%）	5（2.6%）	0.11
自殺対策の担当部署がある	18（9.2%）	15（7.7%）	3（1.5%）	0.04
自殺リスク評価方法がある	52（27%）	35（18%）	17（8.7%）	0.25
自殺リスクが高い場合の介入方法がある	59（30%）	43（22%）	16（8.2%）	0.018
病院外の関係機関・組織と連携している	15（7.7%）	11（5.6%）	4（2.0%）	0.41
自殺事例が生じたときの手順書がある	77（39%）	55（28%）	22（11%）	0.011
ない・わからない	21（11%）	10（5.1%）	11（5.6%）	0.24

表5　質問⑤勤務先の病院内での自殺の事後対応を教えてください（複数回答可）

事後対策	全体	がん拠点病院	左記以外	p 値
安全管理を審議する委員会で審議される	91（46%）	59（30%）	32（16%）	0.24
病棟や部署で公式な振り返りが実施される	82（42%）	50（26%）	32（16%）	0.88
対応したスタッフへのメンタルケアがある	99（51%）	61（31%）	38（19%）	0.77
ない，わからない	35（18%）	18（9.2%）	17（8.7%）	0.25

病院か否かで事後対応に有意差はなかった.

「⑥勤務先の病院内での自殺の事後対応として遺族に提供可能なものを教えてください（複数回答可）」という回答に関しては 179 の回答があり，「ない，わからない」が 80（41%），「希望があれば精神科医師が診察する」が 67（34%），「外部の支援組織を紹介する」が 37（19%）であった.「希望があれば心理士が面談する」が 46 で，がん拠点病院が 36（18%），がん拠点病院以外の病院が 10（5.1%）であり，がん拠点病院が有意（p＝0.0056）に心理士との面談できる環境を整えていた（表 6）.

「⑦勤務先の病院内での自殺対策についての研修会の開催について」は回答のあった 179 のうち，実施していない・不明」が 136（69%），「過去 5 年間以内に実施した」が 27（14%），「実施したが，5 年以上前である」が 16（8.9%）であった（表 7）. がん診療連携拠点病院かがん診療に関わっているか否かで研修会の開催状況に有意差はなかった.

「⑧勤務先の病院職員が，医療機能評価機構が開催する院内自殺予防研修会に参加したことがありますか」という問いに対する 179 の回答のうち，「不明」が 89（45%），「ない」が 56（29%），「ある」が 34（17%）だった（表 7）. がん診療連携拠点病院か否かで研修会の参加状況に有意差はなかった.

「⑨入院患者の自殺件数は把握していますか」に回答があった 178 のうち「はい」が 142（72%），「いいえ」が 36（18%）だった（表 7）. がん診療連携拠点病院か否かで入院患者の自殺件数の把握状況に有意差はなかった.

「⑩外来患者の自殺件数は把握していますか」に回答があった 179 のうち「はい」が 156（80%），「いいえ」が 23（12%）だった（表 7）. がん診療連携拠点病院か否かで外来患者の自殺件数の把握状況に有意差はなかった.

「⑪患者の自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組

表6　質問⑥勤務先の病院内での自殺の事後対応として遺族に提供可能なものを教えてください（複数回答可）

事後対策	全体	がん拠点病院	左記以外	p 値
希望があれば精神科医師が診察する	67（34%）	45（23%）	22（11%）	0.16
希望があれば心理士が面談する	46（23%）	36（18%）	10（5.1%）	0.0056
外部の支援組織を紹介する	37（19%）	18（9.2%）	19（9.7%）	0.13
患者の担当チームが面談する	27（14%）	16（8.2%）	11（5.6%）	1
ない・わからない	80（41%）	49（25%）	31（16%）	0.88

表7　質問⑦～質問⑫の結果

⑦勤務先の病院内での自殺対策についての研修会の開催について教えてください
⑧勤務先の病院職員が，医療機能評価機構が開催する院内自殺予防研修会に参加したことがありますか
⑨入院患者の自殺件数は把握していますか
⑩外来患者の自殺件数は把握していますか
⑪患者の自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組みがありますか
⑫院内に，自殺・ハイリスク事例を検討する何らかの会議がありますか

	質問⑦（p＝0.43）			質問⑧（p＝0.22）			質問⑨（p＝0.62）		質問⑩（p＝0.28）		質問⑪（p＝0.89）		質問⑫（p＝0.73）	
選択肢/病院	5年以内	5年以上前	していない	ある	ない	不明	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
A	20(10%)	9(4.6%)	78(40%)	21(11%)	29(15%)	57(29%)	85(43%)	22(11%)	14(7.1%)	93(47%)	61(31%)	45(23%)	39(20%)	66(34%)
B	6(3.0%)	5(2.6%)	50(26%)	13(6.6%)	21(11%)	27(14%)	47(24%)	13(6.6%)	6(3.0%)	55(28%)	37(19%)	24(12%)	20(10%)	41(21%)
C	1(0.5%)	2(1.0%)	8(41%)	0	6(3.0%)	5(2.6%)	10(5.1%)	1(0.5%)	3(1.5%)	8(4.0%)	6(3.0%)	5(2.6%)	3(1.5%)	8(4.0%)
計	27(14%)	16(8.9%)	136(69%)	34(17%)	56(29%)	89(45%)	142(72%)	36(18%)	23(12%)	156(80%)	104(53%)	74(38%)	62(32%)	115(59%)

A：がん診療連携拠点病院等，B：上記以外のがん診療に関わる病院，C：その他

みがありますか」に対する 178 の回答のうち，「はい」が 104（53%），「いいえ」が 74（38%）だった（表 7）．がん診療連携拠点病院か否かで自殺対策に医療安全管理部門が関わる仕組みの有無に有意差はなかった．

「⑫院内に，自殺・ハイリスク事例を検討する何らかの会議がありますか」に対する 177 の回答のうち，「はい」が 62（32%），「いいえ」が 115（59%）だった（表 7）．がん診療連携拠点病院か否かで自殺事例の検討会議の有無に有意差はなかった

Ⅳ．考按

今回の医療安全管理者を対象とした全国アンケート調査結果は，病院における自殺対策の現状を明らかにした．調査結果から，自殺対策や手順を整備している病院は半数以上に上るものの，約 3 割の病院では依然として整備が不十分であることが示された．この結果は，自殺対策が全ての医療機関に一律に行き届いていない現状を反映している．一方で，2022 年 8 月以降に新たな対策を策定した病院もあり，対策が徐々に進展している兆しも見られた．

１．施設間の差異と課題

がん診療連携拠点病院は，他の病院に比べて自殺対策に関する整備が進んでいることが明らかになった．しかし，事後対応や研修会の実施状況は，拠点病院と非拠点病院で大きな差は見られず，どの施設でも対応が不十分な状況が浮き彫りになった．また，調査対象の病院の多くは第三者認証を取得し，質改善に取り組んでいる施設であったが，それでも 3 割以上の病院で自殺対策が整備されていない現状は重要な課題である．

２．自殺対策の具体的な状況

多くの病院で施設整備が進んでいる一方，自殺リスクの高い患者への個別ケアや専門スタッフによる支援は一般化しておらず，リスク評価と介入の実践[5]について，まだ改善の余地があることを示唆している．自殺リスクの評価については，医療スタッフに対して，自殺予防に関するトレーニングを提供し，適切なリスク評価に基づいた介入が望ましいと考える．スタッフが患者の不安や焦燥感に気づいた場合には，包括的支援に結び付くようなシステムの構築が必要だと考えられる[7]．さらに，自殺の事後対応として，スタッフのメンタルケアや遺族への支援が十分ではないことが示された．特に遺族支援については，専門職や外部支援組織への紹介体制が整備されていない病院が多い状況である[8]．

３．研修や教育の不足

自殺対策に関する研修の実施率は低く，参加者が内容を正確に把握していない場合もあることから，医療従事者全体への教育や啓発活動の強化が求められる．自殺事例が発生してから研修を受けるのでは遅く，自殺対策への理解や研修の必要性を発信し，医療関係者全体により広く浸透させるための取り組みが求められるといえる．一般病院で働く看護師を対象とした自殺予防の教育プログラムは自殺リスクの管理において有用であり[9]，研修の必要性を理解するための継続的な教育が必要だと考える．外部支援を活用し，専門的な知識とスキルを医療従事者に提供する仕組みの整備が急務である．

４．情報共有とリスク評価

約 8 割の病院で患者の自殺件数を把握している一方，データを効果的に活用する仕組みは十分に整っていない．オランダの自殺予防アクションネットワークのような統一的なデータ収集とプロトコル整備を参考に，日本でも透明性とアクセス可能性の向上が必要である[10]．

５．限界と展望

本調査はサンプルサイズやデータ収集期間に制約があり，すべての医療機関を網羅した結果ではない．また，2022 年 8 月以降の対策導入の長期的な影響を十分に評価できていない点も課題である．さらに，本研究では，同一病院から複数の医療管理部門の職員が回答している可能性がある．しかし，多くの病院では医療安全部門の職員は 1 職種につき 1 名程度であるため，同一病院からの複数回答による影響は限定的であり，結果の偏りが生じる可能性は低いと考えられる．

Ⅴ．結論

本調査は，病院における自殺対策の実態と課題を明らかにした．物理的な施設整備が進む一方で，個別ケア，遺族支援，教育研修といった実践面での不足が確認された．がん診療連携拠点病院は対策が進んでいるものの，すべての医療機関で標準的な自殺対策を実施するには，体制整備と教育研修の拡充が不可欠である．特に，医療安全管理部門が中心となり，リスク評価や対応の標準化を進めることが求められる．

謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業 JPMH23EA1028 の交付を受けて実施した.

利益相反

利益相反なし.

文献表

1）高橋／祥友.［自殺予防と精神保健医療の役割］世界の自殺と日本の自殺予防対策. 精神神経学雑誌. 2011；113(1)：74-80.

2）Kurisu K. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2â ‰ years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). Cancer medicine (Malden, MA). 2023;12(3):3442-51.

3）Inoue KA-O, Kawanishi CA-O, Narita K, Cho Y, Otsuka K. Suicide prevention and postvention in hospitals in Japan: Current status and perspectives. (1440-1819 (Electronic)).

4）Kawanishi C. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2014;1(3):193-201.

5）岩田／和彦.［精神科医療における自殺予防］精神科医療機関における自殺予防　多職種協働・関係機関連携の視点から. 精神神経学雑誌. 2012;114(12):1432-7.

6）松村／由美. 医療安全の視点からの患者の自殺予防. 自殺総合政策研究. 2021；3(2)：1-10.

7）Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. (1873-7714 (Electronic)).

8）Petersen SH, Kalseth J, Kaspersen SL. What is known about the health service use and follow-up of immediate family members bereaved by suicide? Scoping review protocol. BMJ open. 2020;10(12):e041978-e.

9）Chan SW-c, Chien W-t, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. Nurse education today. 2009;29(7):763-9.

10）Setkowski K, Mokkenstorm J, van Balkom AJLM, Franx G, Verbeek- van Noord I, Dongelmans DA, et al. Feasibility and impact of data-driven learning within the suicide prevention action network of thirteen specialist mental healthcare institutions (SUPRANET Care) in the Netherlands: a study protocol. BMJ open. 2018;8(8):e024398-e.