

精神科医療機関における自殺の経験および自殺予防に 役立っていると考えられる取り組み

大類 真嗣^{1,6)}, 廣川 聖子^{2,3)}, 赤澤 正人³⁾, 立森 久照³⁾, 川野 健治³⁾,
森 隆夫⁴⁾, 秋田 宏弥⁵⁾, 竹島 正³⁾

自殺の関連要因は複雑であるが、精神疾患は重要な危険因子であり、精神科医療の充実の観点からも精神科医療機関における自殺予防対策を検討することが望まれる。しかし、精神科医療の場での自殺の実態は、平成12年の調査以降全国規模での報告はなされていない。また、精神科医療の場には自殺予防を目的としていなくても、実態として自殺予防に役立っている取り組みは少なくないと考えられる。本研究では、自殺予防と精神保健医療の充実に資する基礎資料とすることを目的として、全国の1,728の精神科病院・診療所を対象に、精神科医療機関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について実態把握を行った。その結果、平成21年1月から12月までの1年間の推定自殺発生率は通院100.5、入院154.5(患者10万人対)であった。自殺既遂までの期間は、通院では最終通院から1ヵ月以内の割合が87%であり、通院期間は1年以上の割合が3分の2程度であった。このことから、精神科医療機関で経験する自殺には、比較的継続的な治療関係を持っている中で発生する自殺が少なくないと考えられた。自殺予防に役立っていると考えられる取り組みについては、複数スタッフによるリスクアセスメントや、24時間体制による危機対応および受診が途切れた際のフォローアップ体制などを把握した。本研究の成果については、精神科医療における自殺予防対策の普及に活用されることが期待される。

<索引用語：自殺，精神医療，医療安全対策>

はじめに

わが国の自殺対策は自殺対策基本法をもとに、平成19年に政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められ、自殺の背景にある社会的要因を踏まえた総合的な対策として進められている。自殺総合対策大綱は平成20年に一部改正となり、当面の重点施策に「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策」が追加され、統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症などの継続

的な治療・援助を行うための体制整備、思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者についての救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関などを含めた連携体制により適切な医療機関や相談機関を利用できるように支援することが挙げられている。自殺の関連要因は複雑であるが、最も介入可能性が高く、重要な危険因子は精神疾患であり、精神科医療の充実の観点からも精神科医療の場における自殺予

著者所属：1) 山形県村山保健所
2) 聖路加看護大学大学院
3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
4) あいせい紀年病院
5) 明生病院
6) 山形県立鶴岡病院

防対策を検討することが望まれる。また、精神科医療機関での自殺は、医療安全上、重要な課題としてあげられる。そのためには精神科医療の場における自殺の実態を把握する必要があるが、その実態については、平成12年の日本精神科病院協会の調査⁶⁾以降、全国規模での報告はなされていない。また、精神科医療の場には、自殺予防そのものを目的としていなくても、実態として自殺予防に役立っている取り組みは少なくないと考えられる。そこで、自殺予防と精神保健医療の充実に資する基礎資料とすることを目的として全国の精神科医療機関を対象に、精神科医療機関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について実態把握を行った。

I. 方 法

1. 精神科医療機関で経験している自殺の現状

調査対象は全国の精神科病院1,470ヵ所（日本精神科病院協会加盟病院：1,213ヵ所、自治体病院協議会加盟の精神病床を有する病院：142ヵ所、大学附属病院：115ヵ所）および日本精神神経科診療所協会に加盟する精神科デイケアを実施する診療所258ヵ所とし、平成22年11月から23年1月に郵送により調査を依頼した。調査項目は自殺事例の当該医療機関での初診日、診断名、入院日、最終受診日、既遂日、自殺念慮の有無など、および自殺発生率の推定のための、平成21年1月から12月までの月別の実患者数（通院・入院別）とした。加えて自殺予防に役立っていると考えられる取り組みについて把握した。自殺事例の定義は、該当医療機関に通院あるいは入院中の患者で平成21年1月1日から12月末日までの1年間に発生した自殺既遂事例のうち、主治医がその死亡を把握した者とした。

2. 自殺予防に役立っていると考えられる取り組み

質問紙調査において、自殺予防に役立っていると考えられる取り組みの回答があった119ヵ所のうち、聞き取り調査に協力可能との回答が得られた81ヵ所について、その取り組みが、認定病院患者安全推進協議会が発行している「患者安全推進ジャーナル 病院内の自殺対策のすすめ方」⁵⁾などで取り上げられている内容からみて、特徴的な取り組みを行っていると考えられた精神科医療機関に対し協力を依頼した。その結果、同意が得られた9ヵ所（大学病院：1、公立精神科病院：2、民間精神科病院：5、精神科診療所：1）を対象とし、平成23年8月から12月に、各精神科医療機関において中心的に取り組みを行っている医師、看護師、精神保健福祉士などに聞き取りを行った。調査の内容は共通事項として、①職員への自殺についての研修会、②入院中・通院中の患者で自殺あるいは自殺未遂が発生した際の事例検討など、③自殺に遭遇した職員に対するメンタルケア、④自殺未遂者あるいは自死遺族に対する社会資源へのつなぎとその内容とした。また、各精神科医療機関における特徴的と考えられる取り組みについて、具体的内容、取り組みの契機、実施までのプロセスなどについて聞き取りを行った。

これらの調査内容は、国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施された。

II. 結 果

1. 精神科医療機関で経験している自殺の現状

回答のあった精神科医療機関は370ヵ所（病院326、診療所44）、有効回答率は21.4%であった。平成21年の1年間の医療機関での自殺経験数は通院324例（病院278例、診療所46例）、入院109例であった。年間推定自殺発生率*の分母と

*：年間推定自殺発生率（患者10万人対）

= [年間自殺者数/対象集団の観察年（患者個人ごとの観察期間（年）の総和）]×100,000

≒ [年間自殺者数/月平均患者数]×100,000

※分子：各医療機関から報告された自殺数の総和

※分母：対象集団の観察年（患者個人ごとの観察期間（年）の総和）を把握できないため月平均患者数を代用

表 1 精神科医療機関における自殺事例の基本属性

		通 院		入 院	
性別	男性	187	57.7 %	69	63.3 %
	女性	137	42.3 %	40	36.7 %
	合計	324	100.0 %	109	100.0 %
年齢	20 歳未満	10	3.1 %	0	0.0 %
	20 歳代	55	17.1 %	12	11.0 %
	30 歳代	79	24.6 %	23	21.1 %
	40 歳代	56	17.4 %	19	17.4 %
	50 歳代	54	16.8 %	25	22.9 %
	60 歳代	41	12.8 %	16	14.7 %
	70 歳代	19	5.9 %	10	9.2 %
	80 歳以上	7	2.2 %	4	3.7 %
	合計	321	100.0 %	109	100.0 %
診断	F 0	1	0.3 %	2	1.9 %
	F 1	24	7.6 %	9	8.5 %
	F 2	124	39.4 %	50	47.2 %
	F 3	118	37.5 %	39	36.8 %
	F 4	28	8.9 %	4	3.8 %
	F 5	2	0.6 %	1	0.9 %
	F 6	17	5.4 %	1	0.9 %
	F 7	1	0.3 %	0	0.0 %
	合計	315	100.0 %	106	100.0 %

F 0 器質性, F 1 精神作用物質, F 2 統合失調症圏, F 3 気分障害, F 4 神経症圏, F 5 生理的・身体的要因に関連した行動症候群, F 6 パーソナリティ障害, F 7 知的障害

なる対象集団の観察人年〔患者個人ごとの観察期間(年)の総和〕は、年間通じて診療を受けている患者や年の途中から新規に受診、あるいは途中で終了・中断した患者が存在し、各々の患者の観察期間すべてを把握する必要があるものの、今回の調査方法では直接把握することができなかった。平成 20 年患者調査⁴⁾において精神疾患の平均受診間隔が 13.2 日、平均在院日数が 305.3 日であり、毎月 1 回以上は通院、また 1 年ほぼ継続して入院していることが考えられるため、年途中の新規受診や治療終了・中断した患者も 1 年間継続して通院あるいは入院している患者と仮定した上で、対象集団の観察人年の代用として月平均患者数を用いた。なお、月平均患者数に数値の誤りや未記入があった場合は、欠損値分析を行った上で、多重代入法を用い欠損値を補完した上で算出した。以上より算出した推定自殺発生率は、通院 100.5、

入院 154.5 (患者 10 万人対) であった。

精神科医療機関で経験された自殺の基本属性は通院、入院ともに男性が多く、20~60 歳代の年代に広く分布しており、統合失調症圏 (ICD-10 分類: F 2)、気分障害 (F 3) の合計で 8 割近くを占めていた (表 1)。自殺念慮の経験割合は、通院、入院ともに 5 割程度であった。既遂までの期間は、最終受診から既遂までの期間が、通院では 9 割近くが、入院においては 3 割以上が 1 ヶ月以内で既遂に至っている割合が高かった。診断別では通院については F 2 および F 3 で大きな差はなかったが、入院に関しては F 3 において 1 ヶ月以内で既遂に至っている割合が高く、F 2 については 1 年以上の割合が高い状況であった。診療期間は通院、入院いずれも 1 年以上の割合が 6 割以上であり、通院、入院ともに F 2 の方が、診療期間が長い傾向にあった (表 2, 3)。

表2 精神科医療機関における自殺事例の自殺念慮の有無、既遂までの期間および診療期間

		通 院		入 院	
自殺念慮	あった	139	45.1 %	56	52.3 %
	なかった	131	42.5 %	42	39.3 %
	不明	38	12.3 %	9	8.4 %
	合計	308	100.0 %	107	100.0 %
既遂までの期間	1週間以内	146	49.0 %	16	14.8 %
	1ヵ月以内	113	37.9 %	18	16.7 %
	3ヵ月以内	20	6.7 %	26	24.1 %
	6ヵ月以内	8	2.7 %	8	7.4 %
	1年以内	4	1.3 %	13	12.0 %
	1年以上	7	2.3 %	27	25.0 %
	合計	298	100.0 %	108	100.0 %
診療期間	1週間以内	28	9.0 %	7	6.7 %
	1ヵ月以内	13	4.2 %	7	6.7 %
	3ヵ月以内	22	7.1 %	14	13.5 %
	6ヵ月以内	21	6.8 %	3	2.9 %
	1年以内	24	7.7 %	5	4.8 %
	1年以上	203	65.3 %	68	65.4 %
	合計	311	100.0 %	104	100.0 %

既遂までの期間：[通院] 最終受診日から既遂日までの期間，[入院] 入院日から既遂日までの期間

診療期間：[通院] 初診日から最終受診日までの期間，[入院] 初診日から既遂日までの期間

2. 自殺予防に役立っていると考えられる取り組み

聞き取り調査の共通事項である、職員への研修会の実施、患者への情報提供、自殺事例発生時の事例検討などについては、方法や内容、頻度に違いはあるものの、ほとんどの医療機関で実施されていた。自殺に遭遇した職員へのメンタルヘルスケアについては、いずれの施設も実施の必要性は認識していたが、組織立ててシステムを整備している例はみられず、管理者や同僚による個別なフォローや事例の振り返りを行うことで事後対応とし、それらの実施は各部署の管理者の判断に任されていた。

個別内容については、今回聞き取りを行った9施設の取り組みについて、特徴的・先駆的と考えられる取り組みを整理した(表4)。自殺予防に役立っていると考えられる事前予防策として、①多職種のスタッフが関与する密な治療関係の構築

や、複数の医療スタッフによる評価尺度を用いたリスクアセスメント、②未受診者への電話確認や積極的なアウトリーチ支援など、通院患者へのフォローアップ体制の強化、③精神科医療機関や地域の総合病院、行政機関などが一体となった地域づくり、といった内容を把握した。自殺予防に役立っていると考えらえる危機介入策として、①救命救急センターなどでの自殺未遂者へ積極的な介入と、精神科治療ならびに個人が抱える社会的問題への介入、②司法書士会・弁護士会といった他専門家と連携体制の構築、③過量服薬をできるだけ回避するための主治医、病院窓口、薬局との連携、といった取り組みが把握できた。自殺発生後の事後対応として、精神科医療機関で発生した自殺事例のデータ収集と、医療従事者間の情報共有を行うことが挙げられた。

表3 精神科医療機関における自殺事例の自殺念慮の有無, 既遂までの期間
および診療期間 (診断別)

		F2 統合失調症圏		F3 気分障害圏		p 値*		
自殺念慮	通院	あった	47	44.3 %	53	55.2 %	p = .159	
		なかった	59	55.7 %	43	44.8 %		
		合計	106	100.0 %	96	100.0 %		
	入院	あった	19	40.4 %	26	74.3 %		p = .003
		なかった	28	59.6 %	9	25.7 %		
		合計	47	100.0 %	35	100.0 %		
既遂までの期間	通院	1週間以内	54	47.8 %	53	49.1 %	p = .329	
		1ヵ月以内	46	40.7 %	42	38.9 %		
		3ヵ月以内	9	8.0 %	5	4.6 %		
		6ヵ月以内	1	0.9 %	4	3.7 %		
		1年以内	3	2.7 %	0	0.0 %		
		1年以上	0	0.0 %	4	3.7 %		
		合計	113	100.0 %	108	100.0 %		
		入院	1週間以内	3	6.0 %	12		31.6 %
	1ヵ月以内		9	18.0 %	6	15.8 %		
	3ヵ月以内		10	20.0 %	10	26.3 %		
	6ヵ月以内		3	6.0 %	1	2.6 %		
	1年以内		7	14.0 %	5	13.2 %		
	1年以上		18	36.0 %	4	10.5 %		
	合計	50	100.0 %	38	100.0 %			
診療期間	通院	1週間以内	8	7.7 %	8	8.4 %	p = .033	
		1ヵ月以内	7	6.7 %	2	2.1 %		
		3ヵ月以内	2	1.9 %	12	12.6 %		
		6ヵ月以内	6	5.8 %	7	7.4 %		
		1年以内	7	6.7 %	3	3.2 %		
		1年以上	74	71.2 %	63	66.3 %		
		合計	104	100.0 %	95	100.0 %		
		入院	1週間以内	1	2.2 %	5		14.7 %
	1ヵ月以内		1	2.2 %	3	8.8 %		
	3ヵ月以内		2	4.3 %	8	23.5 %		
	6ヵ月以内		1	2.2 %	0	0.0 %		
	1年以内		2	4.3 %	3	8.8 %		
	1年以上		39	84.8 %	15	44.1 %		
	合計	46	100.0 %	34	100.0 %			

* : χ^2 検定

既遂までの期間 : [通院] 最終受診日から既遂日までの期間, [入院] 入院日から既遂日までの期間

診療期間 : [通院] : 初診日から最終受診日までの期間, [入院] 初診日から既遂日までの期間

III. 考 察

平成12年度に日本精神科病院協会で実施した報告では, 通院 140.1, 入院 152.3 (患者 10 万人対)⁹⁾ であり, 今回の調査結果と同様に一般住民と比較しても高い水準であった。今回は, 月平均患者数を対象集団の観察人年として代用し, 年間

を通じて毎月同程度の患者が通院あるいは入院していると仮定して算出したため, 得られた推定自殺発生率の値に誤差が生じている可能性があるものの, 精神科医療機関において, 自殺のハイリスク群を対象に診療を行っている状況がうかがえた。通院, 入院いずれも診療期間が1年以上の割合

表4 精神科医療機関における自殺予防に役立っていると考えられる取り組み

-
1. 自殺予防に役立っていると考えられる事前予防策
 - 1) 多職種スタッフが関与する密な治療関係の構築や、複数の医療スタッフによる評価尺度を用いたりスクアセスメントの実施
 - ・ 医師、看護師、PSW などの病院職員間の情報共有システムを構築（短時間で毎日や週1日など定期的に行うもの、ケースカンファレンスなど）
 - ・ 24時間体制による電話相談体制を整備し、通院患者の場合には必ず翌日のカンファレンスなどで相談内容およびその後の対応方法について情報を共有
 - ・ 既存のうつスケールや独自作成した自殺アセスメントスケールを活用し、医師のみならず看護師やPSWなど複数のスタッフが評価
 - 2) 予約日に受診しなかった方への電話確認や積極的なアウトリーチ支援など、通院患者へのフォローアップ体制の強化
 - ・ 通院患者が予約日に受診しない際、電話で状況を確認するという体制をとり、電話に出ない場合には複数名での訪問も実施
 - ・ 入院中の十分なケアマネジメントにより退院後の支援体制が手厚い状態で地域に移行できるようにするため退院前訪問を実施
 - 3) 精神科医療機関や地域の総合病院、行政機関などが一体となった地域づくりの構築
 - ・ 保健所が中心となり自殺対策チームを設立し、関係機関同士の顔が見える密な関係を保つため定期的にワーキング・グループを開催
 - ・ 総合病院に搬送された自殺未遂者のもとを保健所保健師が訪れ、精神科病院への受診に同行するといった自殺対策チームの連携を構築
 2. 自殺予防に役立っていると考えられる危機介入策
 - 1) 救命救急センターなどでの自殺未遂者へ介入し、精神科治療ならびに個人が抱える社会的問題への介入につなげる
 - ・ 未遂者搬送の有無に関わらず、1日1回救命救急センターを訪問し、精神科治療ならびに個人が抱える社会的問題などへ積極的に介入
 - 2) 多重債務や法的問題が関わる問題を抱えている場合に対応するための、司法書士会・弁護士会といった他専門家との連携体制を構築
 - ・ 多重債務などが原因となり救命救急センターに搬送された未遂者を入院により一旦保護し、必要時、司法書士会からアウトリーチを実施
 - 3) 過量服薬をできるだけ回避するよう主治医、病院窓口、薬局が連携を図って対応
 - ・ 過量服薬の可能性が高い通院患者について保険薬局に電話連絡をして、家族に処方薬を渡すような取組みを実施
 - ・ 主治医が処方する際リスクの少ない薬や、処方量を少なくし細かに受診してもらうよう工夫
 3. 自殺発生後の事後対応
 - 1) 精神科医療機関で発生した自殺事例のデータ収集と、医療従事者間の情報共有を図る
 - ・ 院内で発生した自殺について情報を一元化、データベース化し、適宜分析を行い実態を把握
 - ・ 医療安全部門が中心となり自殺関連行動の発生状況をレポートにまとめ、イントラネットを活用し職員が情報を共有
-

が6割以上であり、既遂までの期間は、通院では1ヵ月以内に9割近くが既遂に至っていた。わが国で報告された心理学的剖検の結果でも、最終受診日から1ヵ月以内に89%が既遂に至っており³⁾、今回の結果と同様であった。このことから精神科で経験する自殺は、比較的継続的な治療関係を持った中で発生している自殺が少なくない

と考えられたが、良好な治療関係が構築されていたかについては、今回の調査では把握できなかった。自殺のリスクアセスメントは容易ではないとしても、聞き取り調査で把握した取り組みのように、医師、看護師など複数のスタッフが行うなどの工夫を行うことで、自殺予防に寄与する可能性が示唆された。

これまで、自殺予防に効果的な推奨されるメンタルヘルスサービスの提供について検討した研究では、「24時間体制での危機対応が自殺率減少に有意に関連した」と報告された⁷⁾。通院患者のフォローアップシステムとして、外来や地域連携室、当直看護師、医師などが対応しながら、施設ごとに対応可能な範囲で24時間の電話対応をアナウンスし患者の不安軽減に努め、翌日の外来カンファレンスなどで相談内容およびその後の対応方法について情報を共有し、密な治療関係の構築に努めている施設が、聞き取り調査対象の施設の中で多く見受けられた。このようなサービス提供や情報共有といった取り組みが多く、施設で展開、継続されることが、精神科医療の場での自殺予防を図る上でも重要であると考えられた。

また、精神科病院からの退院後に自殺に至った事例の症例対照研究では、自殺既遂直前にコミュニティサービスが中止、中断されることがリスク要因として挙げられた^{1,2)}。聞き取り調査で把握した、外来未受診者への電話、訪問によるフォローアップは、どの時点で介入するかは主治医や看護師などの判断に委ねられていることから、この体制が今後明確なシステムとして整備される必要があると考えられた。しかし、予約受診といった予定されていた事項が中止、中断されること自体、自殺既遂のリスク要因であることを認識して、きめ細やかな通院患者へのフォロー体制が多額の施設で構築されることは、自殺予防につながるものと考えられた。

おわりに

自殺予防に効果的なサービス提供の効果については、徐々に報告されているものの、まだ十分ではない。したがって今回聞き取り調査で把握した取り組み内容の全てが、必ずしも科学的根拠に基づいたものではないものの、多職種の医療スタッフが日頃から情報共有を図りつつ診療に関わり、患者へのフォローアップ体制を整備するといった、通常診療をより丁寧に行い精神科医療の質を向上

させること自体が、自殺予防対策につながるものと考えられた。今後は、今回把握した精神科医療機関で経験する自殺の実態や、自殺予防に役立っていると考えられる様々な取り組みについて、他の研究成果とあわせて、広く周知を図っていく方向である。

謝 辞

本研究は、平成22・23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「自殺の心理学的剖検の実施に関する研究(分担研究者:国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正)」にて実施した。本研究にご協力いただいた全国の精神科病院、診療所の関係者の皆様、ならびに聞き取り調査にご協力いただいた精神科病院、診療所の皆様に心から感謝申し上げます。

文 献

- 1) Appleby, L., Dennehy, J.A., Thomas, C.S., et al.: Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet*, 353; 1397-1400, 1999
- 2) Hunt, I.M., Kapur, N., Webb, R., et al.: Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol Med*, 39(3); 443-449, 2009
- 3) 加我牧子: 心理学的剖検における精神医学的診断の妥当性と数量的分析に関する研究。平成21年度厚生労働科学研究補助金(こころの健康科学研究事業)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」分担研究報告書。2010
- 4) 厚生労働省: 平成20年患者調査。厚生労働省大臣官房統計情報部, 2010
- 5) 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
- 6) 杉田多喜男: 精神科医療における自殺とその予防対策: 日本精神科病院協会会員病院の自殺実態調査から。日本精神科病院協会雑誌, 20(5); 452-482, 2001
- 7) While, D., Bickley, H., Roscoe, A., et al.: Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379; 1005-1012, 2012

State of Suicide and Effective Efforts in Suicide Prevention in Psychiatric Hospitals and Clinics

Masatsugu ORUI^{1,6)}, Seiko HIROKAWA^{2,3)}, Masato AKAZAWA³⁾, Hisateru TACHIMORI³⁾,
Kenji KAWANO³⁾, Takao MORI⁴⁾, Hiroya AKITA⁵⁾, Tadashi TAKESHIMA³⁾

- 1) *Yamagata Prefectural Murayama Health Center*
- 2) *Graduate School of Nursing, St. Luke's College of Nursing*
- 3) *National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*
- 4) *Aisei Century Hospital*
- 5) *Meisei Hospital*
- 6) *Yamagata Prefectural Tsuruoka Hospital*

Although factors related to suicide are complicated, mental health disorders are an important risk factor. It is anticipated that suicide prevention measures will be implemented from the perspective of improved psychiatric medicine. No national-scale study has been carried out in Japan on the state of psychiatric medicine and its influence on suicide since 2000. Moreover, many efforts not intended for suicide prevention have been shown to be effective for this purpose. Here, we conducted surveys to obtain basic data on suicide prevention and improvements in mental health care among 1,728 psychiatric hospitals and clinics in Japan in 2010. The incidence of suicide in psychiatric hospitals and clinics from January to December 2009 was estimated to be 100.5 for outpatients and 154.5 for inpatients per 100,000 patients. Regarding the duration from consultation to suicide, 87% of outpatients committed suicide less than one month following their last consultation. Moreover, approximately two-thirds of patients had undergone consultations for more than one year. A number of suicides in psychiatric hospitals and clinics occurred while patients were continuously undergoing treatment. Efforts shown to be effective in suicide prevention included risk assessment with multiple medical staff (i.e., doctors and nurses), a 24-hour crisis line, and a follow-up system for discontinued outpatients. We expect that the results of this survey will aid in the implementation of effective suicide prevention in psychiatric medicine.

<Authors' abstract>

<Key words : suicide, psychiatric medicine, medical safety measure>
