

## What to do if a Patient Dies by Suicide:

### Guidelines for Professionals (QPR Institute)

Posted initially 21 September 2009 by Paul Quinnett Ph.D.

<https://jmcintos.pages.iu.edu/PostventionGuidelinesforProfessionals.pdf>

患者が自死した場合、行うこととは？：専門家のためのガイドライン

初投稿：2009年9月21日 Paul Quinnett

和訳：2020.9.20. 青木世識

これらのガイドラインは、優れた公共専門教育を通して人命を救うことに貢献してきた自死予防組織のひとつである、QPR 研究所の経営者兼 CEO のポール・キネット博士の提供によるものである。QPR は、誰でも自死予防のために学んで役立てることができるように、質問、説得、そしてリファーするという3つのステップを示している。(追訳・青木,2020: Question, Persuade, and Refer) 公衆衛生における心肺蘇生法 (CPR) のように、QPR はアメリカのみならず海外でも 100 万人を超える人々に教えられている。

患者が自死で亡くなった場合の対処法とは？：専門家のためのガイドライン

以下のガイドラインは、患者が自死した場合、遺された遺族とスタッフを援助するために構築された。

患者が自死した場合、基本的には、支援を必要とする 3 つのグループが存在している。

- ・その患者の家族
- ・他の患者たち（その遺族と知り合いの場合）
- ・事務所スタッフ、同僚、そしてあなた自身

### 残された遺族

愛する人を自死で失うことほど苦痛や激痛をもたらす出来事はない。愛する人が、その悲劇を防ぐべきだった専門家のケアをうけていたと推定された場合、そして、彼らの家族の一員が治療を受けていたと信じていたのなら、その痛みはさらにいっそう激しさを増すこととなる。従って、細心の注意を払うべきは、遺された遺族のニーズに対してである。

臨床経験が示唆しているのは、自死後の最初の数時間後から数日間にかけて、強烈なショックと悲嘆が親しい友人や遺族を襲うということである。この段階では、彼らが必要としている治療あるいは照会、支援にあたって、あなたやスタッフ、あるいはオフィスからの電話や訪問は受け入れられないかもしれない。聖職者、葬儀の責任者、そして他の人々は、その葬儀の前後における直接的な役割を担う。いくつかの恵まれた地域社会では、愛する人を自死で失った人のためのアウトリーチサービスがあるかもしれない。

提言：愛する人を自死で失った人のための集いがあなたの地域社会の中にあるかどうか、少し時間を取って確認しよう。そして、それらの連絡先を記録しておこう。（ここをクリック—AASのリンクなど）これらのグループは、愛する人を自死で失った人たちのために、重要かつ時宜にかなった、極めて重要なサポー

トを提供する。

友達や遺族は、葬儀の後、そして自死が発生してから約 2 週間から 4 週間のうちに、専門的ケアと援助を受け入れることが多い。

推奨ステップ：

1. プライマリーケア提供者は、家族に電話をして哀悼の意を示すべきである。  
この電話は誠実であるべきだが手短に行う。端的に、心で感じた言葉がいつも最良である。例えば、”訃報に接しお悔やみ申し上げます。私に何かできることがあれば、教えてください。” もし、この最初のステップが問題になりそうなら、同僚に相談すること。
2. 悲嘆者のサポートを提供している組織、そして／または愛する人を自死で失った人のための集いを照会するための準備を行う。
3. ひとつの記録のように、(故人のカルテに記録されている) 自死が起きてから 3 週間から 4 週間の間は、誰でもこの最初の架電内容を補うようにすべきである。遺族の悲嘆に対して、本心から共感していることを強調することになるので、一回の電話よりも、二回の電話の方がより良い。
4. 弔辞に加えて、その死別に際し、どのように対処しているのかを尋ねることは適切であろう。例えば、“どのようになさっていますか？”、“他の方々のご様子はいかがですか？”、もし可能なのであれば、その悲劇の直後に、直接無料で会って話をするための予約を行うべきである。その予約は、プライマリーケア提供者以外のサービス提供者またはプライマリーケア提供者によっ

て行われるかもしれない。その判断は、遺族のマネジメントをしている者か、関わりのあるスタッフによる総合的な臨床判断による。この予約は、遺族たちの支援サービスを評価するために使われるか、愛する人を自死で失った人が頻繁に抱く希死念慮を体験している人が、家族の中に誰がいるのか否かを判断するための時間である。

5. 以下の点を考慮することを強く推奨する。

- ・遺族を非難したり、暗にでも、目に見えない手があったかもしれないと、ほのめかしたりしないこと。

- ・もっとできたかもしれないとほのめかしたり、明言したりしないこと。過失がある場合、プライマリーケア提供者やその被任命者は治療ミスや予防可能なエラーが起きたかもしれないと示唆するべきではない。もし目に余る過失がある場合、数日後に判断されることになるが、それは法的問題へと発展する。(注：覚えておくべきは、ほとんどの医療過誤は、医療過誤のクレームにつながるものではないし、ほとんどの医療過誤のクレームは、医療過誤によって起こるのではない。むしろ、医療過誤が発生したという“認識”によって起こるのだ。

- ・身構えることなく、あなたに向けられるであろう怒りに準備すること。

- ・自死に続いてやってくる怒りは、いたってありふれているし、治療的に理解し反応するべきである。

- ・仮にプライマリーケア提供者が、その遺族に関わりがあって、さらなる正式な介入が必要だと感じているなら、悲嘆の専門家と連絡を取り、必要とさ

れるかもしれないカウンセリングサービスを提供することが推奨される。

・プライマリーケア提供者は、家族からの招待がある場合に限り家族葬に参加すべきである。守秘義務は故人のものである。司法権の管轄によっては、遺言執行人はこの守秘義務を解除することしかできない。

・たとえどんなに治療者が患者の死について悪く感じていても、遺族が治療者の痛みや悲嘆にさらされないことが重要である。その結果、遺族は、治療者にとって助けとなる感謝の念を感じるかもしれない。

・故人が自死でなくなったからといって、治療者は、遺族を傷つけるようなことや、個人の治療の詳細を漏らすことの許可を得るわけではない。一言でいえば、患者たちは秘密を抱えたまま亡くなることの方がよい場合もある。

・家族の一員が自死で亡くなることは遺族の自死のリスクを増幅させるのだから、遺された家族への積極的に連絡し、自死へと続く道を断ち切り、タブーを除去するためのありとあらゆる合理的行動を行うことは重要である。

もしできるのであれば、遺族たちは、複雑性悲嘆反応、抑うつ障害、そして希死念慮の評価を受けるべきである。

### *愛する人を自死で失った仲間*

治療プログラムによっては、あるひとつの自死が、他の患者との間に”愛する人を自死で失った人たち”を生み出す場合がある。明らかにこの死は、すでに自死願望を持っているかもしれない他の患者のリスク要因を作り出す。従って、スタッフは、この事実を認識し、すべての合理的行動を実行し、次

のような患者における、いかなる希死念慮や自殺企図の”伝播”をも未然に防ぎ、予防すべきである：

1. スタッフは、自死が発生したことによる風評被害や噂の発生を避けるようにすべきである。これは、その自死に関する情報元に、権威ある一人のプライマリーケア提供者か、オフィスの責任者を含めることによって、行うことができる。
2. より大きな組織においては、できるだけ、医長や CEO (最高経営責任者) が自死の詳細を把握すべきである。もし、その自死にまつわる特別な事情があるのならば、リーダーシップを発揮し、これらに対処して、他の患者やスタッフのために、遺された人の問題を最小化するよう積極的に働きかけることができる。
3. 自死が起こったら、プライマリーケア提供者と関係スタッフは、できるだけ早く、打ち合わせのスケジュールを組むべきである。そこでは、遺族と他の人々に対してどんな情報を共有するのかについて話し合い、その出来事についての報告を行う。
4. 自死したと知っている患者を受け持つ治療者は、予定されているセッションの中で、この精神的危機に対処すべきである。あるいは、このショック／悲嘆が治療的に表出され、対処できるように追加のセッションを予定する。現在の自死リスク評価が示されることがほとんどである。
5. 自死が起こった後、亡くなっているところを見かけたり、遺体を発見したりしたのが患者である場合、この人は警察から直接質問されることに

なる。検視官の面接スキルと感受性によっては、二次被害が起こりうる。

治療担当者は、自死が起こってから最初の数時間か数日間は、手厚い連絡とサポートを提供する必要がある。延長時間のための許可、ミーティングのための特段の配慮、特別な治療のためのセッション、その他もろもろは承認されうる。たとえ短くても、スタッフの記念日行事は、自死を完結させることの手助けとなる。しかし、いかなる質問、怒り、悲嘆、反応、そして話をするためのニーズをも封印してはならない。

6. 他の患者やスタッフから、遺族に対する寄付の要望があった場合は、遺族に相談するべきである。
7. 自死願望のある方、あるいは自死行為のある患者のために、次のステップは記載されている。a) セッション数を増やすことが望ましい、そして b) 希死念慮とリスクの再燃について調査する。一般的に、そのような特段の努力と注意は患者の死後、少なくとも 60 日間は必要である。そして、6 か月後に再検討されるべきである。
8. 最後に、できるだけ早く日常の業務スケジュールに戻って、スタッフと患者双方に平時の安心を取り戻すことが重要である。スタッフたちは、自分たち独自の感情をバロメーターとして用いても良いかもしれない。それは、通常の業務スケジュールに戻るための間隔を確保するためのガイドラインのようなものである。明らかに、一人の人が自死した場合で、その人が他の患者によく知られていた場合は、“通常の業務”とはいいがたいし、私たちは通常の業務通りに扱うべきではない。

## 遺された者としてのスタッフ

治療者とスタッフとして、自死によって遺された者になることに関しては、他者と何ら変わらない。私たちは多くの同じ感情を経験するし、それらのうちいくつかは、より強烈ですらある。私たち自身の精神的な健康のために、これらの期間は、お互いが必要としていることに対して寛容である必要があり、理解し、親切であり、サポートする必要がある。次のガイドラインが推奨される。:

1. あなたの同僚とあなた自身を助けること。もしあなたが医師であるなら、他の人たちは、あなたが率直に話し合いをすることを待っているかもしれない。患者が自死でなくなったことを話し合うのは決してたやすいことではない。しかし、明確な臨床結果を避けることが、助けになることはめったにない。自死が起こってしまったら、関係したスタッフは罪の意識を感じるとともに、彼らの評判が傷ついたという恐れを感じるだろう。このような気持ちについて、話し合う必要がある。このような話し合いのゴールは、教育的であるべきである。例：“私たちはこの不幸な死から何を学べるのか？” 信頼できる同僚と、この出来事を話し合うこともまた重要である。
2. スタッフの中には、専門のカウンセラーを必要とする人がいるかもしれない。過去に親戚か、親しい友人を自死で亡くしているかもしれないので、患者の自死が、辛い記憶の引き金になるかもしれないのだ。



3. あなた自身は個人的に、非難や無関心による中断と解釈されるかもしれないスタッフの治療の欠如や回避のために、その患者のケースと関わりがあった他の治療者と時間を過ごす必要があるかもしれない。
4. 死亡者の正式な再考察研究は（もし実施されるのならば）、査読委員会にその査読手続きとともに委ねるべきである。遺された治療スタッフから自死の公式報告書のために責任性を除去したこの再考察は、その出来事にまつわる急性ストレスを一部軽減することに役立つはずである。直接影響を受ける人たちは、事実が判明し、彼らの情報が最終的な仕事の成果物のために必要となったとき、再考察のプロセスにおいて含まれることになる。
5. あなたや他のスタッフが、死についての持続する念慮、自死についての侵入性記憶、罪悪感、怒り、麻痺、回避や、患者の自死による喪失のために起こる他のネガティブな感情の反応といったことを経験し始めることがあれば、外部の専門家から助言を求めることが推奨される。さもなければ、これらの心的外傷後の情動状態は、自傷行為のリスクがある他の患者に対処する際の、臨床上の反応と治療的判断を害するかもしれない。自死による患者の死が起こった場合、私たちはこれらの強力で未解決な感情と、それらの健康的解決を行う個人的かつ専門的な責任を負う。