

## 「自殺対策と医療」～医療従事者に何が出来るか～

池田仁、伊藤孝助、井本博之、賀勢諒、塩見一徳、成田雄亮、堀内辰朗

### 【背景と目的】

わが国では自殺率が高い状態が続いている。これを受けて6年前に自殺対策基本法が施行され、自殺に対する精神科医療が国家的問題として位置づけられるようになった(図1参照)。

自殺は様々な社会的な要因が重なって起こると考えられている。すなわち、過労、事業不振、多重債務などの経済・生活問題、うつ病や身体疾患などの健康問題、介護・看病疲れなどの家庭問題など様々にある。

自殺対策の一環として医療の充実が求められているが、社会の中で発生するこれら複数の要因を病院内ですべて解決することは不可能である。私たちは、自殺に対して私たち医療者がいかに関わることができるのかを明らかにする事を目的とし本実習を行った。

### 【対象と方法】

#### I. 文献・資料などによる学習

日本において自殺率が高いことの背景・要因などを学習。

自殺対策としてどのような医療モデルと福祉モデルがあるのかを学習。

#### II. 自殺対策に関わる専門家へのヒアリング調査

滋賀県立精神保健福祉センター主任保健師

大津市保健所主任保健師

滋賀県自死遺族の会「凧の会」スタッフ

滋賀医科大学附属病院精神医学講座教

授

滋賀医科大学附属病院救急集中治療医学講座准教授、助教

済生会滋賀県病院リエゾン看護師

滋賀医科大学附属病院リエゾン看護師

滋賀医大医療ソーシャルワーカー

### 【結果と考察】

#### I. 文献による事前調査

##### (ア) 自殺対策として福祉と医療の両方の充実が重要だと考えられている。

わが国では、自殺対策基本法(2006)に基づいて、自殺総合対策大綱(2007)が閣議決定された。その『自殺総合対策大綱』(以下、大綱)によると、自殺に対する総合的な対策として、社会的要因とこころの健康問題に対する働きかけが大切である、としている。すなわち、自殺対策には社会的要因に働きかける福祉モデルと、こころの問題に働きかける医療モデルの両方が重要視されている。

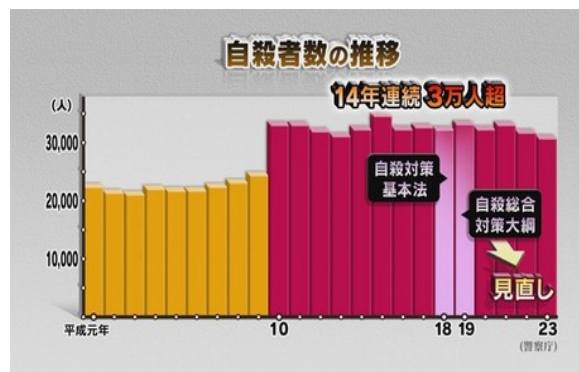


図1 自殺者数の推計 (NHK 解説委員室)

## (イ) 自殺とうつ病

では、なぜこころの問題が重要視されているのか。大綱には「自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数がうつ病等の精神疾患に罹患しており、中でもうつ病の割合が高い」とある。

厚生労働省の「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」は警察庁の統計に基づいて、「自殺既遂者に対する調査からは、うつ病等の気分障害が自殺の要因として特に重要である」※<sub>1</sub>と記載している。またCavanaghによると「自殺既遂者の9割が、自殺に至る時期に、うつ病をはじめとする精神疾患に罹患した状態にあった。」

これらの調査から私たちは、右図2のように自殺完遂者が自殺に至るまでにうつ病を経ると考えられていると考えた。この経路に基づいて、うつ病の治療を自殺対策の医療モデルとした(図3)。ただし実際に自殺完遂者が実際にうつ病に罹患しているのかどうかは後に考察する。



図2 自殺に至る経路

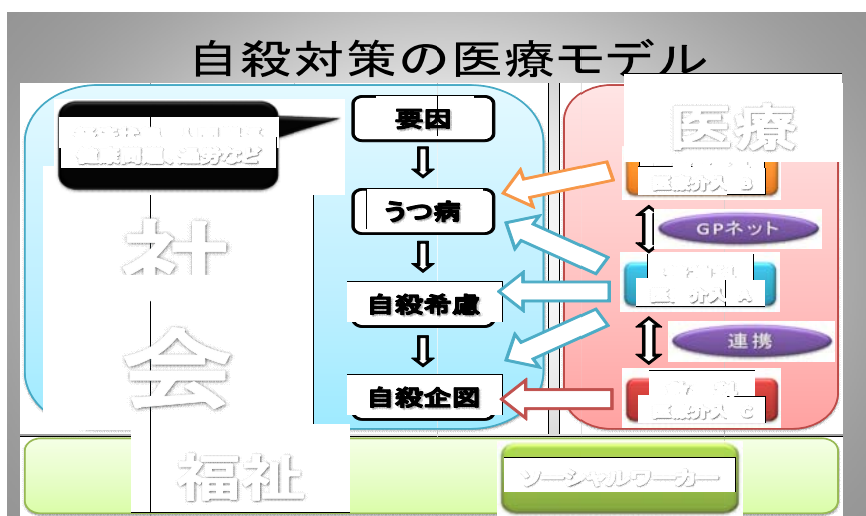


図3 自殺対策の医療モデル

私たちは自殺に関わる医療介入として精神科、一般診療科、救急科をそれぞれ医療介入A、B、Cとした。

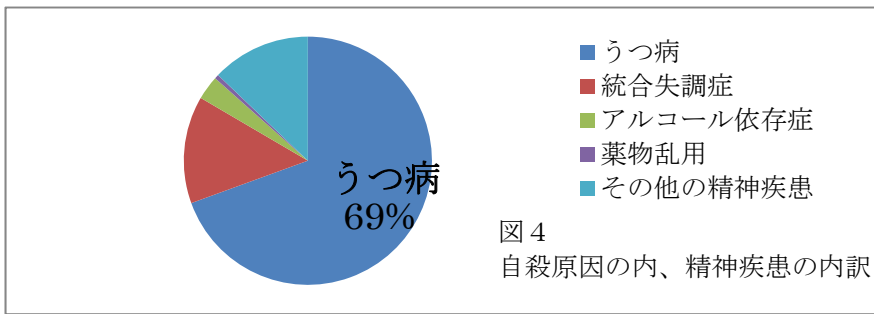
## II. ヒアリング調査

私たちは上図3の医療モデルに示した3つの医療介入（精神科、一般診療科、そして救急科）ソーシャルワーカーについて、それぞれの役割と、どのように患者を社会につなげるかについて調査した。

### (ア) 医療介入A：精神科

滋賀医科大学精神医学講座の山田教授によると、うつ病は治療する事が出来る。また、警察庁の調べによると去年一年の自殺完遂者の内、精神疾患に罹患していたと考えられる者は全体の約30%で

ある。精神疾患の内うつ病の占める割合 69%である(2011年警察庁「自殺の概要」)。

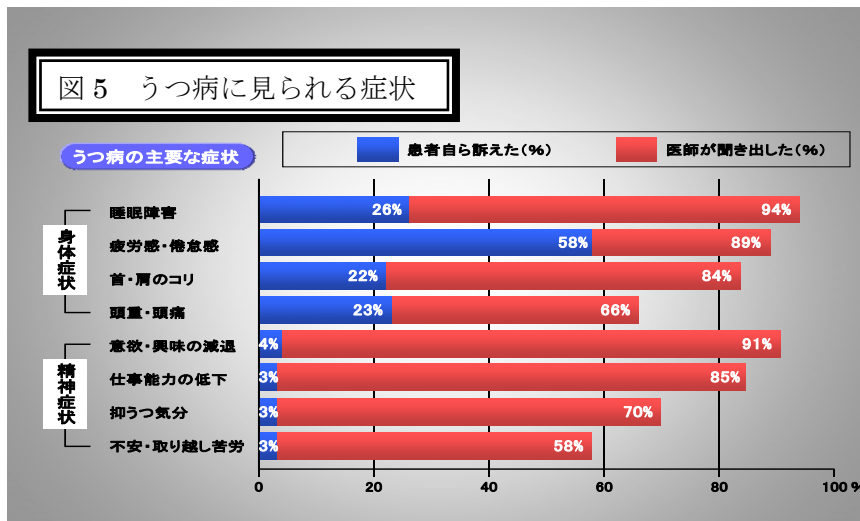


このデータから、山田教授は自殺対策としてはうつ病を早期に発見し治療することが重要であること、またうつ病には治療モデルがあり、正しい治療法によって6カ月で社会復帰できると指摘された。

以上より自殺対策として精神科の役割は、適切な治療法でうつ病を確実に治すことである。また、さまざまな医療従事者（一般診療科、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど）と連携をとることで患者を社会につなげなければならない。

(イ) 医療介入B：一般診療科

i. うつ病は見逃されやすい

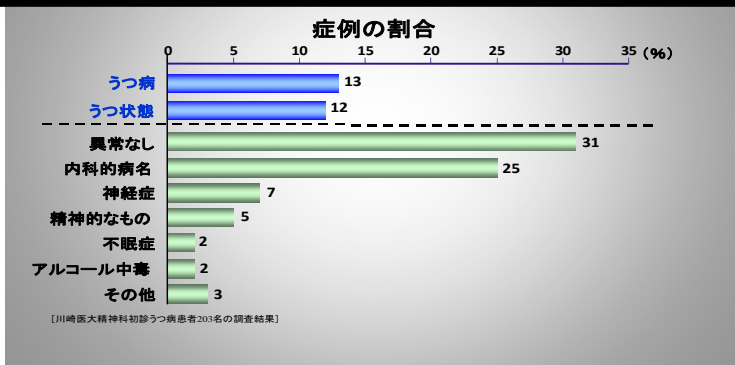


(出典：『プライマリケアのためのうつ病診断 Q&A』第2版 渡辺昌祐ほか金原出版 1997)

患者がうつ病である事を念頭において、医師がうつ症状を聞き出さなければうつ病を見逃してしまうことになる。

図 6

うつ病患者が精神科以外の科を受診した際の診断名（初診）



(出典『プライマリケアのためのうつ病診療 Q&A』)

図 6 によると、最初の受診科（精神科以外）でうつ病と診断されたのは 25%と、一般診療科においてうつ病が正しく診断される割合は低い。

## ii. GP ネット

そこで重要な役割を果たすのが GP ネット（一般医-精神科医ネットワーク）である。GP ネットの目的は一般医を中心に日常診療における精神的疾患について勉強し、患者紹介などに関し精神科医との連携をスムーズにすることである。つまり、医師自身が患者のゲートキーパーとなることである。ゲートキーパーとは悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞き、必要な支援につなげて見守る人のことである。

## iii. まとめ

自殺対策として一般診療科の役割は、うつ病を見逃さないことである。患者のゲートキーパーとなって家族や会社の上司、産業医と連携をとる事が大切である。またうつ病と診断した場合、手におえないときは精神科、ソーシャルワーカーなどと連携をとる。その際に GP ネットを活用する事もできる。

## (ウ) 医療介入 C：救急科

### i. 自殺企図者への対応

滋賀医科大学救急集中治療医学講座の松村准教授によると、救急搬送されてきた自殺企図者に対しては以下のような対応をとる。まずは全身状態の改善を図り、意識が回復すればまだ自殺希慮があるかどうかを確かめる。自殺希慮があるのに精神科に受診する意思が無い場合は、保護入院か、措置入院の処置をとる。希死念慮が無い場合は家族に伝える、精神科受診を勧めるなどする。

### ii. 救命センターのあり方

木村里美氏、安藤光子氏はそれぞれ済生会滋賀県病院、滋賀医科大学附属病院の救命センターに勤務するリエゾン看護師であるが、救命センターの在り方として、自殺希慮のある患者を精神科やソーシャルワーカーにつなげる事が大切であると指摘頂いた。救急現場は一人の患者に割く事のできる時間は約 10 分と極めて短時間であるという。その中で救急科医が自殺希慮に対応する事は難しいが、精神科やソーシャルワーカーへとつなげるシステムがあればよいのである。

### iii. 自殺対策と救急科

滋賀医科大学救急集中治療医学講座の大槻助教によると、救急搬送されてくる自殺未遂者のほとんどが本気で自殺を考えていないという実感があるという。本気で自殺をする者は社会や医療の目の届かないところで自殺をしており救急センターには来ない。従って、自殺対策を考えるのであれば、救急医療の充実よりも社会構造の改善がより重要であるとおっしゃっていた。

実際に社会の目の届かない者の自殺率は高い。たとえば、厚生労働省の調査によると、無職男性の自殺死亡率は極めて高く、35歳から54歳までの年齢階級では有職者の約5倍となっている（『誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して』厚生労働省）。

#### iv. まとめ

自殺対策として救急科の役割は、まずは企図者の全身状態を改善し意識の回復を試みること。意識が回復されたなら、患者に自殺希慮の有無を確認し、必要ならば精神科やソーシャルワーカーと連携をとることが重要である。

#### (エ) ソーシャルワーカー

滋賀医大附属病院の医療ソーシャルワーカーである岡村理氏によると、ソーシャルワーカーの役割は「社会も患者も変えずに、両者の接点を提供すること」である。具体的な方法には、①カウンセリング ②家族との連携③社会資源の利用促進である。認知行動療法に準拠したカウンセリングを通して抱えている問題の整理を図り、電話連絡により家族の管理も行う。社会復帰を目指して訪問看護、復職に際しての産業医との連携、上司への理解促進など社会的資源の利用を促進する。

私たちは、自殺が様々な社会的要因が複合的に関与して起こることから、自殺対策として社会へとつなげる医療の在り方の重要性を提起してきた。「社会へとつなげる医療」において、ソーシャルワーカーの役割は大変有意義なものである。現在の日本では医療ソーシャルワーカーが不足している。理想的には50床に一人と言われているが、実際には200床に一人しかいない。全国平均をさらに下回っている滋賀医科大学では、一人のソーシャルワーカーにつき一日に20～30件対応しているというが、患者の社会復帰を目指してカウンセリングから社会資源の利用促進までをこなす職務内容を考えると医療ソーシャルワーカーの厳しい職務環境がうかがい知れる。

### 【補足】

#### 1. 自殺とうつ病

発表会において「うつ病があまりにフォーカスされすぎではないか」という指摘を頂いたので以下に回答する。そもそも私たちは自殺対策と医療と題して、うつ病を中心とした医療モデルを設定したのでフォーカスは意図的であった。そのフォーカスが正しいかどうかは今も分からないが、概ね妥当であると考えている。それは、死亡原因の調査報告は様々にあり、自殺完遂者に占めるうつ病者の割合はどれも一定しないので信頼性は低いが、自殺希慮を持つ追い詰められた人間が抑うつ状態である事は常識的に妥当であると言えるからである。統計調査の信頼性が低すぎて常識で考える以外に方法がないのである。

警察庁の「自殺の概要」によると2011年の自殺完遂者の中でうつ病の者は全体で約20%である。一方Cavanaghの調査(2003)によると、90%に達する。両者の差はあまりに大きく唾然とする。どちらが正しいのだろうか、という考えを私たちは放棄した。なぜならこの両者とも調査の仕方に信頼

が置けないからである。まず第一に自殺者本人への調査では無い事。第二に調査でのサンプル数が少ないということである。たとえばNPO法人ライフリンクが「自殺実態白書 2008」と銘打って行った調査のサンプル数はわずか 282 人とお粗末なものである。しかし、そのような調査によるデータが「実態」として流布しているのも確かである。さらに根本的な問題として「うつ病とは何か」というものがある。うつ病は DSM-IVあるいは ICD-10 に基づいて診断されるが、医師による恣意性が高いとよく言われている。つまり、「うつ病」そのものの概念がまず怪しいし、調査方法も信頼できない。そこで私たちは、最後に残された常識的判断をとったのである。つまり、「調査の信頼性はいまいちであるが、追い詰められて死を考えている者が抑うつ的であるのは当然である」と考えて、私たちの医療モデルを妥当としたのである。

## 2. 自殺対策と救急科について

救急搬送されてくる自殺未遂者のほとんどが本気で自殺を考えていないという松村助教の実感には矛盾した意見もあるので紹介しておく。高橋祥友氏は『自殺の危険因子』の中で自殺未遂歴を自殺の最も危険因子としている。

### 【結論】

自殺の大きな要因とされているうつ病には治療モデルある。精神科医と一般診療科医が連携する事で隠れたうつ病を早期に発見し、治療につなげることが重要である。しかし、自殺はうつ病以外の様々な社会的な要因が重なって起こると言われており、医師に出来ることにも自ずと限界が生じる。医師はリエゾン看護師や医療ソーシャルワーカーなど患者に社会との接点を提供する医療従事者と連携を図り、社会復帰に際しては患者の勤める会社の産業医と連携を図って、自殺希慮を有する患者を社会につなげることが重要である。

### 【謝辞】

私たちの学習をそれぞれの立場から懇切にご指導いただいた、野坂明子氏（滋賀県立精神保健福祉センター主任保健師）、平田浩二氏（大津市保健所主任保健師）、滋賀県自死遺族の会「風の会」スタッフの皆さま、滋賀医科大学附属病院救急集中治療医学講座の松村一弘准教授と大槻秀樹助教、リエゾン看護師の木村里美氏と安藤光子氏、医療ソーシャルワーカーの岡村理氏、精神医学講座の山田教授に感謝いたします。また、実習を丁寧に指導下さった埴田先生に深謝いたします。

### 【参考文献】

- 『自殺総合対策大綱』内閣府 2006
- 『誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して』厚生労働省「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」2010
- 『プライマリケアのためのうつ病診療 Q&A』第2版 渡辺昌祐ほか 金原出版 1997:
- 『自殺予防の実際』2009, 永井書店
- 『自殺の危険因子』2006 高橋祥友 金剛出版