

## 第2回自殺総合対策の在り方検討会討議資料

国立精神・神経センター武蔵病院 樋口輝彦

### 1. 健康カウンセリングセンター構想

自殺者の多くが、自殺をする1~数カ月前に医療機関(多くの場合、一般科であって精神科でない)を受診しているという事実を真摯に受けとめる必要がある。一般科での診察の場で、自殺企図自体が話題にされる可能性は低いが、この時点で健康チェックリスト(自己チェック票などを活用)の中に関連する項目を加える(例えば「死にたくなかったことがある」「生きることがつらい」など)ことでスクリーニングを行い、健康全般についてカウンセリングを行う「健康カウンセリングセンター」が受け止め、健康相談のひとつとして対応するシステムを作ることが自殺防止に有用と考える。すでにある大学病院において看護部が健康相談コーナーを設置して、一般科の医師から紹介されるケースの健康相談を開始しており、半年間で数例の自殺を予防している。

このような「健康カウンセリングセンター」(類似のシステムも含む)はすでに大企業では設置されているが、地域、中小企業、総合病院等にはまだ設置されていない。

(資料 1参照)

### 2. うつ病をはじめとする精神障害に対する偏見の除去とうつ病の医療とサポートシステムの充実

自殺者の9割に何らかの精神障害が存在し、そのうち約半数近くがうつ病関連であることが知られている。うつ病自体、その4分の3は受診していないこと、受診しているうつ病の9割はプライマリケアを受診していることは、わが国のうつ病の医療がいかに不十分であるかを物語っている。また、社会の精神障害に対する偏見の強さがうつ病の医療に乗りにくい環境を作っているとも言える。うつ病への偏見を除去し、早期に相談できて医療とサポートを受けられるようになれば、うつ病による自殺を減らすことができることは間違いない。しかし、これを実現することは容易ではないことから、1の提案が必要と考えるが、常にアンチスティグマの運動とうつ病医療の充実を追求する必要がある。

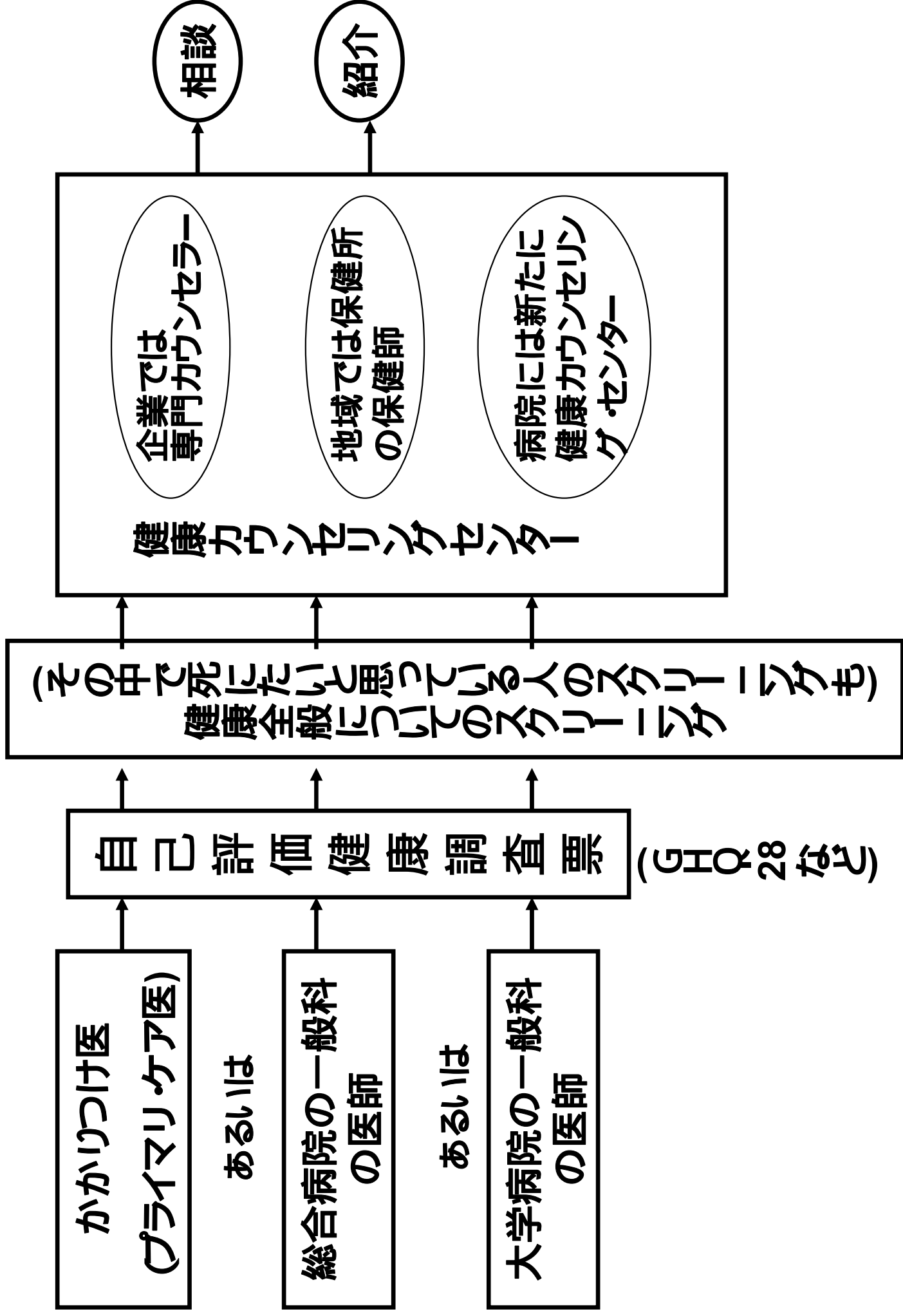
「これまでに「うつ病対策」がさんざん行われたにもかかわらず自殺の減少につながっていない。したがってうつ病対策は自殺数を減少させるのに有効な手段ではない」とする意見もあるが、医療の現場にいる者からすると、まだまだ「うつ病対策は不十

分」であり、このように結論づける前に十分な対応を図るべきであると考え、  
今、精神科診療の現場では、本来時間をかけて患者様のこころの問題を傾聴し、カ  
ウンセリングを含めた治療が必要である。自殺の問題もこのような診療のプロセスの  
中で取り扱われなければならない。しかし、精神科の診療は患者数に比して医師数  
が少ないこともあり、一人の患者様にかける面接時間は 10 分あればよい方である。  
このような医療環境では自殺の問題を十分対応できていない現実が存在する。  
資料 2 は平成 15 年度の厚生労働科学研究「自殺と防止対策の実態に関する研究」  
の報告書の一部である。生前の健康状況で「健康」は 22%のみであること(資料 3)、  
加療中(53%)の大半が精神疾患であること(資料 4)などから、治療の質も含めてわ  
が国の精神医療を欧米先進国並みに近づけることが、自殺防止の観点からも不可  
欠であると考え、

### 3 自殺の生物学的研究の現状

(資料 5)

# 資料1.健康カウンセリングセンター構想



## 資料 2

[5] 生前の健康状況・加療状況と自殺の遠因・背景：

\* 自殺者の生前の健康状況をみると、「資料-25」に示した如くである。これで見ると、健康者はわずかに2割強である。一方、半数以上が加療中であり、病的状態で未加療な者を加えると6割弱に達する不詳の中にも同程度の病的状態者がいると考えると、自殺者の約2/3は何らかの病気にかかっていることになる。一般社会人で見ると、この疾病率は極めて高率である。

\* しかし、「資料-26」で既往疾患の内容を見ると、その半数近くが精神疾患であり、残り半分も高血圧・糖尿病・消化器疾患・癌・脳血管障害などの、いわゆる成人病が中心である。ここでも、自殺防止が社会政策を含む精神疾患対策でなく若者を含む成人病対策であることを示している。

\* つまり、自殺防止のためには、生活・労働環境や医療・福祉環境の向上による疾病の予防や低減、さらに健康増進、特に、社会環境に関するソフトの充実により精神疾患や成人病の発症を減らすことが根本であると考える。

\* 自殺者の生前の健康状況と自殺の直接動機との関係を見ると、「資料-27」の如くである。

生前に健康であった者の自殺動機は、大半が社会問題であり、これに家庭問題が続いている。当然ながら病苦や精神疾患罹患は殆んど無い。

このことは、今後、保健予防が進んだ暁には、自殺問題の中心を社会問題と家庭問題が占める可能性を暗示していると思う。

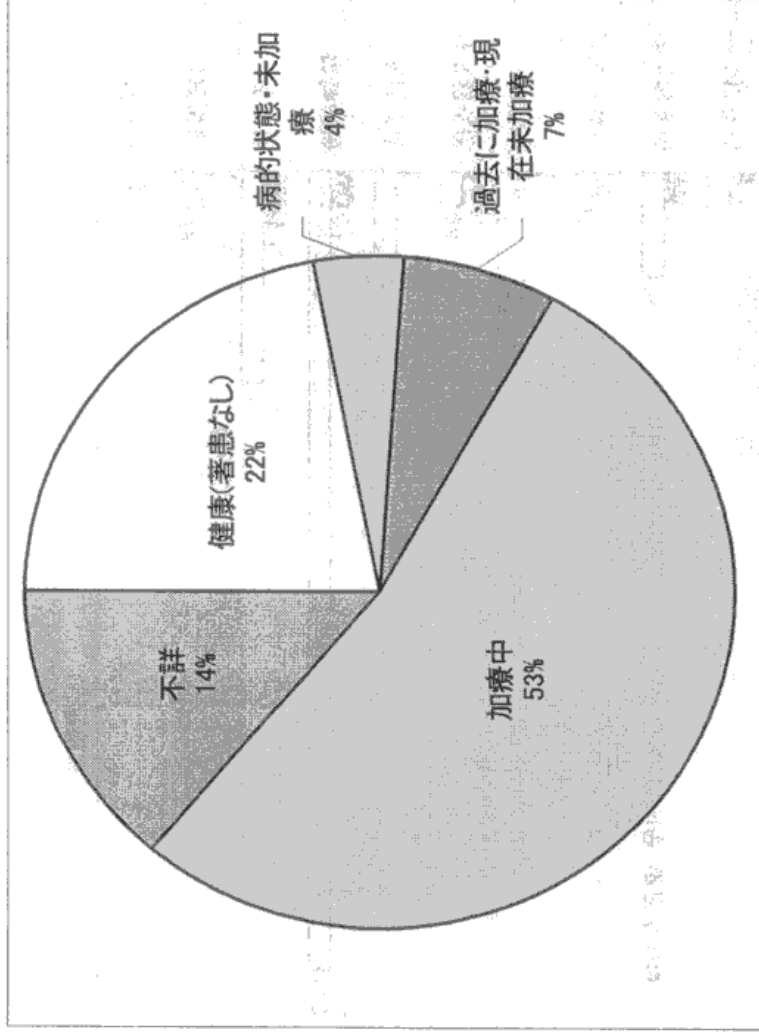
\* 上述のことは、病的状態だが未加療だった者や、過去に加療したが自殺直前は未加療だった者を見ても、社会問題と家庭問題が自殺動機の過半数を占めていることでも分かる。

なお、生前に加療中であった者の自殺動機は、当然であるが病苦と精神疾患罹患が殆んどである。予防に重点を置いた、さらなる保健医療対策の必要なことが良く分かる。

厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺と防止  
対策の実態に関する研究」主任研究者今田寛陸平成15年度報告書

# 資料3

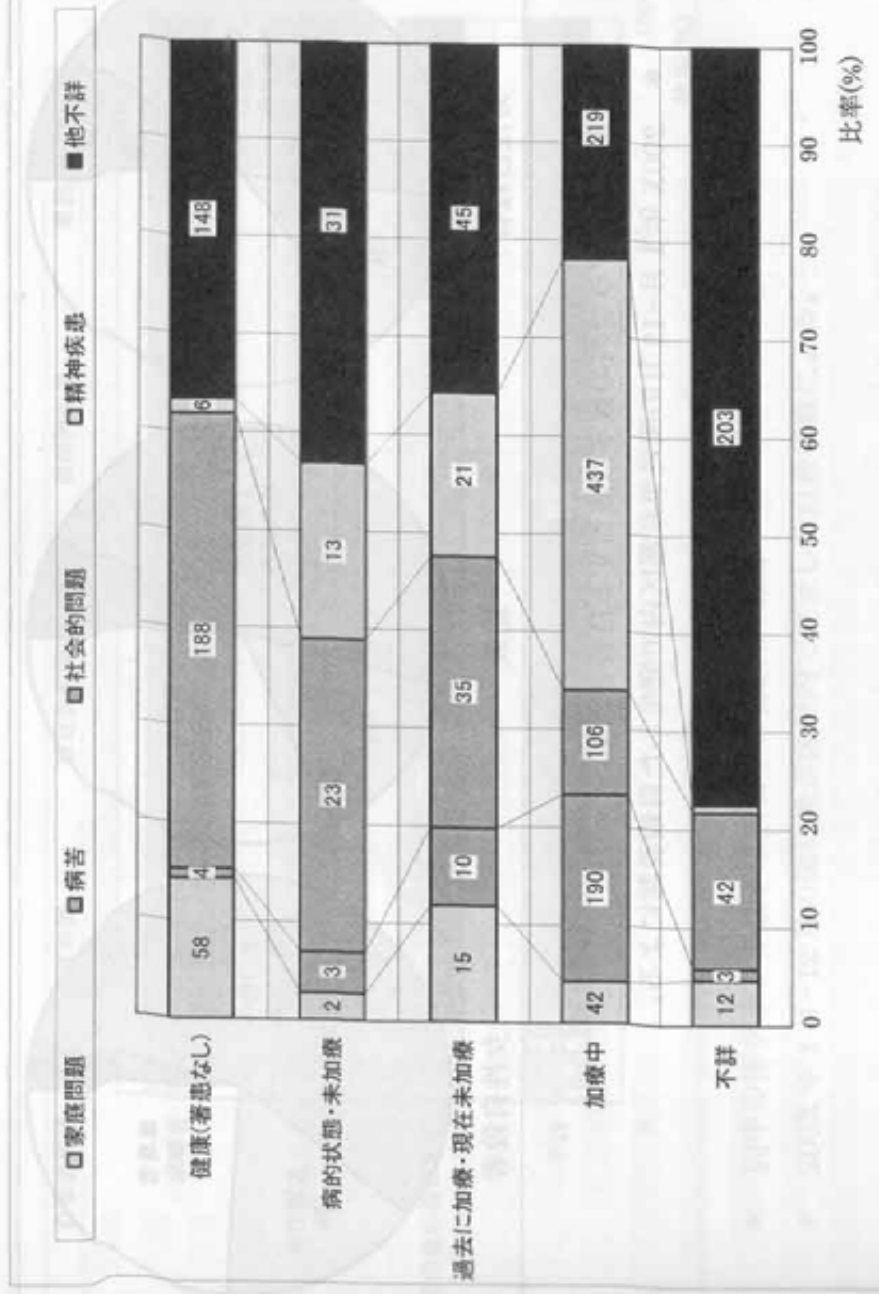
資料-25 自殺者の生前の健康状況と加療状況



- \* 図中の円グラフ内の数字は該当する人数比率。
- \* 200X年1月~12月の間に東京都区内で発生した自殺者数による。

# 資料4

資料-27 自殺者の生前の健康状況と自殺動機 85-14頁



\* 図中の棒グラフ内の数字は該当する自殺者人数比率。

\* 200X年1月~12月の間に東京都区内で発生した自殺者数による。

資料 5

近年、自殺の生物学的要因として、衝動性や攻撃性などの制御の障害やストレス脆弱性が存在すると考えられるようになってきている。その基盤に脳内の器質的および機能的な異常が存在するものと予想されている。

これまでの自殺の生物学的な研究には神経化学的研究、遺伝子の多型解析による相關研究、神経画像学的アプローチその他がある。

その神経化学的基盤にはセロトニン神経系、ノルアドレナリン神経系や視床下部-下垂体-副腎皮質系 (HPA axis) の異常が考えられている。これら神経伝達物質およびホルモン (およびその関連物質) の体液中濃度を測定する、セロトニン神経系、ノルアドレナリン神経系や HPA 系における遺伝子多型を用いた解析、および自殺に関連した気質・性格傾向、認知行動特性を神経画像学的に明らかにしようとする試みがある。

(神戸大学大学院医学系研究科精神神経科学分野 前田潔 in press より)

