

自殺総合対策のあり方

自己紹介に代えて
-精神科医の立場から-

国立精神・神経センター武蔵病院

樋口輝彦

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

視 点

- 自殺対策は総合的観点から行われる必要あり
- Generationにより背景が異なる(児童・青年期/働き盛り/老年期)
- フォーカスを絞って議論
- 自殺対策の目標は、平成10年以前の水準に戻ることで終わるものではない

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

医療の立場から

- 自殺の原因・背景は大変複雑で多様
(医療の観点はその一部)
- 自殺者の90%に精神障害
- 多くがかかりつけ医に身体症状を
愁訴にして受診
- かかりつけ医の役割
- 精神科医とかかりつけ医の連携が課題



Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

自殺の原因・背景は大変複雑で多様

- 日本の警察庁の原因分析と精神医学的診断分析はどちらも真実
- つまり精神医学的問題と社会心理環境要因が同時並行で共存している！
- 自殺に関連する要因には、以下のような個人的かつ社会人口動態的要因がある

- 精神障害（うつ病、アルコール依存症、人格障害）
 - 身体疾患（末期で、激痛を伴い、進行性の疾患：たとえば、AIDS）
 - 自殺未遂歴
 - 自殺、アルコール依存症、他の精神障害の家族歴
 - 離婚、死別、単身生活者
 - 社会的な孤立
 - 失業、定年退職
 - 幼児期の死別体験
- (WHOによる自殺予防の手引き, 2000)

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

自殺の引き金となるライフ・ストレス

—自殺を決行する以前の3ヶ月間に人生におけるストレスに満ちた出来事を経験していることが多い

- ・対人関係上の問題。例：配偶者、家族、友人、恋人との不仲。
- ・拒絶（例：家族や友人との離別）
- ・喪失体験（例：経済的喪失、死別）
- ・職業上の問題（例：失業、定年退職）
- ・経済的な問題
- ・社会変動（例：急激な政治・経済上の変化）
- ・辱めを受ける
- ・他者の自殺を経験する（身の周り、報道など）



（WHOによる自殺予防の手引き，2000）

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

自殺者の90%に精神障害

—世界の自殺者の90%に何らかの精神障害が見受けられた

- ・うつ病/躁うつ病 30.2%
- ・依存症など 17.6%
- ・統合失調症 14.1%
- ・人格障害 13.0%
- ・気質性精神障害 6.3%、ほか

（WHOによる5629例の分析）

—日本の自殺企図者の75%に精神障害

- ・精神障害のうち約半数がうつ病等
- （飛鳥井ら，1994）

—海外の心理学的剖検の系統的レビュー
によると気分障害は59%

（Cavanagh et al, 2003）



Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

逆に死因を調べてみると？

—逆に死因を調べてみると

- ・気分障害（うつ病等）患者の6～15%が自殺で死亡
- ・アルコール依存症患者の7～15%が自殺で死亡
- ・統合失調症患者の4～10%が自殺で死亡

（WHO調査）

—抑うつ状態と診断された労働者の自殺死亡リスクは一般人口の9.95倍

（Tamakoshi et al, 1999）

—日本の高齢者のうつ病の自殺リスクは非うつ病者の10倍

（高橋ら, 1998）

—精神科入院/通院患者の自殺率は男性で4.5-4.6倍、女性で5.3-5.9倍

（藤田ら, 1992）

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

自殺者の多くはかかりつけ医を受診している！

—自殺既遂者は、自殺前一年以内にヘルスケアを利用することが多い

- ・メンタルヘルスを利用するよりも一般医（プライマリーケア）を受診していることが多い（日本のデータは戦略研究のなかで収集中）

（Luoma et al, 2002）

—高齢者の場合も自殺を試みる前に医療従事者と接しているがそのほとんどは適切な治療を受けていない

（Suominen et al, 2004）

—自殺した人の40～60%は、自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診しており、その多くは一般医のもとを受診している

（WHOによる自殺予防の手引き, 2000）



Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

かかりつけ医の役割（精神科との連携）

- 日本医師会はすでに「自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」を作成
 - 都市部では戸別訪問のような2次スクリーニングは不可能だが、自殺/うつハイリスク者が受診している「かかりつけ医」は有効なセーフティーネットとなる
 - うつ病を簡便かつ確実にスクリーニングする啓発活動とキット（道具）が必要
 - 患者がセルフチェックする質問紙に加える自殺関連項目など検討が必要（侵襲的とならないためのさらなる検討が必要）
 - スクリーニング陽性者が適切な医学的介入を受けられるような仕組みが必要
 - かかりつけ医がせっかく精神科を紹介しても3分診療では逆効果（GPネット）
- （H19厚生科研申請予定：自殺予防総合対策センター）

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

NCNP

「自殺対策のための戦略研究」

（背景） 自殺死亡率（人口10万対25.3）は世界第10位（G7中1位）であり、年間自殺者数は3万人を超える。毎日約90人が自殺で死亡している。

（目的） 全国各地の先駆的な取組みの経験を踏まえ、大規模共同研究で効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し、今後の自殺防止対策に役立てる。

財団法人 精神・神経科学振興財団による戦略研究の実施：J-MISP

研究成果

人口動態や産業構造、社会基盤などの地域特性は自殺率に大きな影響を与える。最も自殺率の高い都道府県は最も低い都道府県の約2倍である。

自殺未遂の既往は自殺既遂の最大の危険予測因子として大きな影響を与える。1人の自殺者の背景には10人を超える自殺未遂者が存在する。

複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究：NOCOMIT-J

- ・ 地域特性に応じた複合的自殺予防プログラムを実施し、通常の自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図の発生予防に効果があるかどうかを検討する。

自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果多施設共同による無作為化比較研究：ACTION-J

- ・ 救急医療施設に搬送された自殺未遂者に対して、精神科的な診断及び教育と共にケースマネジメントを行い、通常の対応と比較して自殺企図再発の防止に効果があるかどうかを検証する。

地域の自殺率を20%減少させる介入方法

自殺未遂者の再企図率を30%減少させる介入方法

自殺率の減少

Teruhiko Higuchi, M.D., Ph.D.

こころの健康科学研究事業（www.jfnn.or.jp/itaku/J-MISP/index.html）

NCNP