



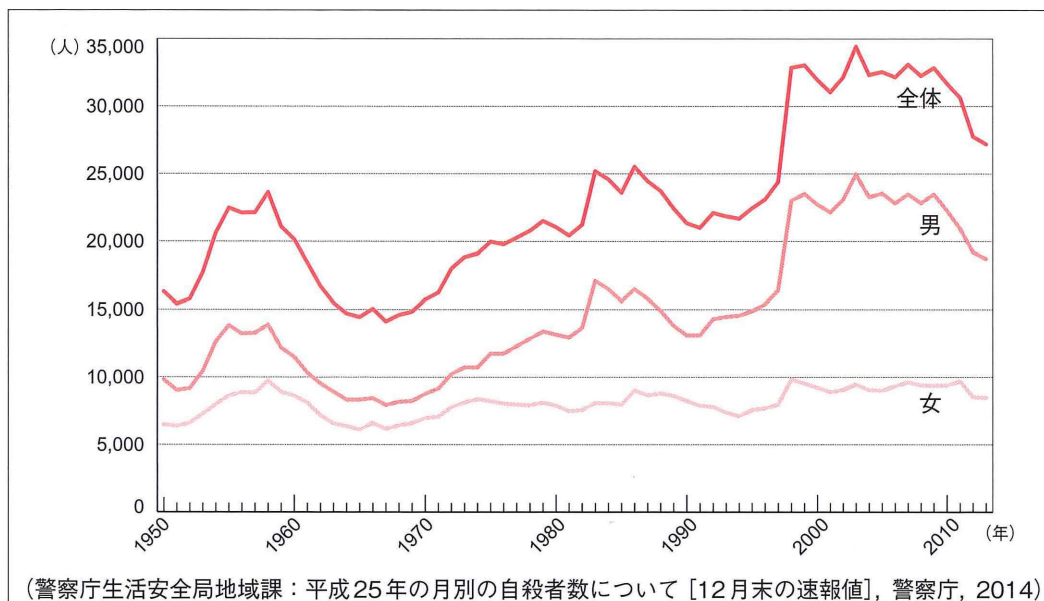
はじめに

1 自殺の現状

わが国では自殺が深刻な社会問題になっています。警察庁の統計をもとに、図1に年間自殺者数の推移を示しました¹⁾。1988年から1997年までの10年間には年間平均自殺者数は2万2,410人でしたが、1998年には年間自殺者数は3万2,863人になりました。その後も年間自殺者3万人台という深刻な事態が続きました。2012年には十数年ぶりに3万人を切ったものの、それでも自殺者数は交通事故死者数の6倍を超えていて、40～50歳代の働き盛りの世代が34%となっています（2012年時点）。

さらに、自殺未遂者は少なく見積もっても既遂者の10倍は存在すると推定されています。また、既遂自殺や未遂自殺が1件生じると、強い絆のあった人の最低5人は深刻な心理的影響を受けると考えられています。したがって、自殺は死にゆく人約3万人だけの問題ではなく、わが国だけでも毎年百数十万人を巻き込む深刻な問題になっているのです。

【図1】わが国の年間自殺者総数の推移



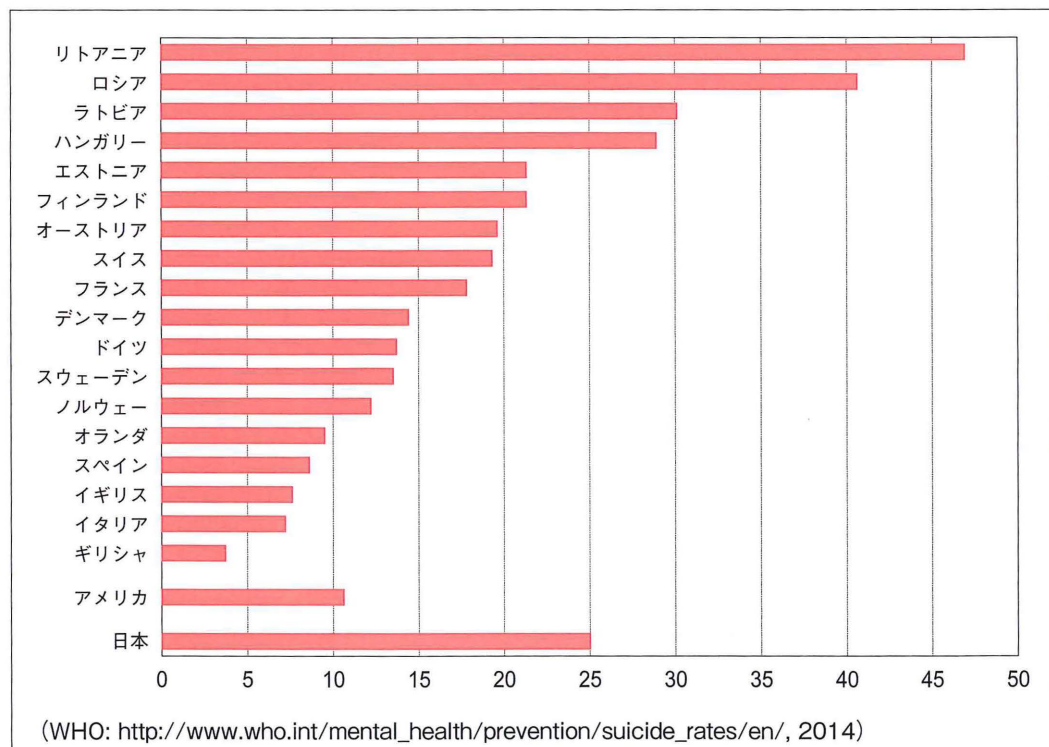
さて、わが国の現状は、世界の国々と比べてどうなのでしょう。なお、自殺はある程度、経済的に安定した国でようやく関心が払われる問題です。飢餓や単純な感染症で多くの人々が亡くなっている国では十分な関心が払われていないのが現状です。21世紀の今でもアジアやアフリカの多くの国からは自殺に関する正確な統計がWHOに提出されていません。図2は日本と世界の自殺率を比較しています(すべての国の自殺率を図示することはできないので、代表的な値を示しています。毎年自殺率をWHOに報告している国ばかりではないので、2010年前後の数値ととらえてください)²⁾。

自殺率は人口10万人あたりの年間自殺者数で示します。わが国の自殺率は2006年には人口10万人あたり約25でした。日本よりも自殺率が高い国となるとリトアニア、ロシア、ラトビア、ハンガリー、スリランカ、韓国などわずかしきありません。

わが国だけでも年間約3万人、世界の中では約100万人が自殺で命を失っていて、自殺は世界的にも深刻な問題であるのです。

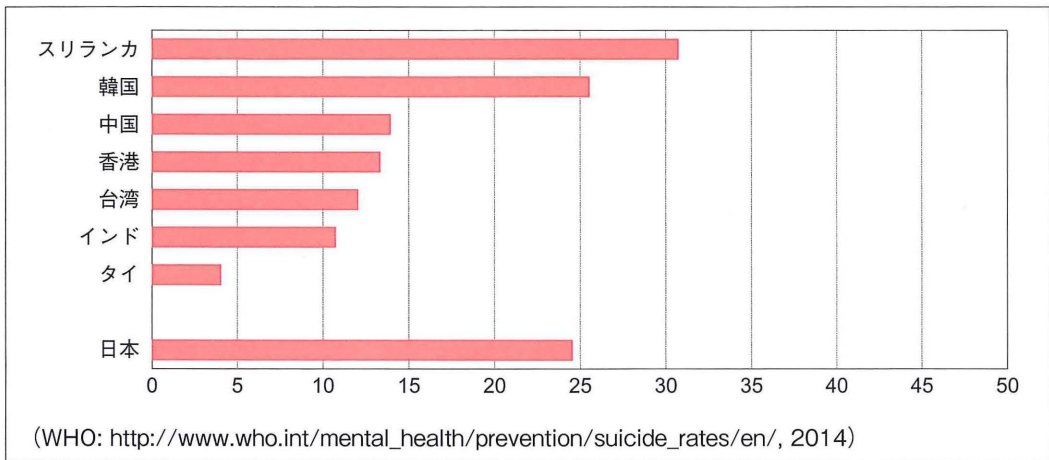
【図2】各国との自殺率の比較(日本と欧米、WHO)

人口10万人あたりの自殺率



【図2（続）】自殺率の比較（日本とアジア、WHO）

人口10万人あたりの自殺率



2 自殺予防は医療者全体の問題

自殺予防というと精神科独自の問題と考えられがちですが、実際は医療従事者全体に深く関わる問題です。残念ながらわが国では未だに精神疾患に対する偏見が根強いために、こころの問題を抱えているのではないかと薄々気づいても気楽に精神科に受診できないといった風潮があります。自殺の危険の高い人が直ちに精神科に相談に行くのではなく、しばしば身体症状を訴えて他の科を受診しています。

自殺した人の半数以上は、自殺を実行する1か月以内に何らかの身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診しているという報告があります。したがって、自

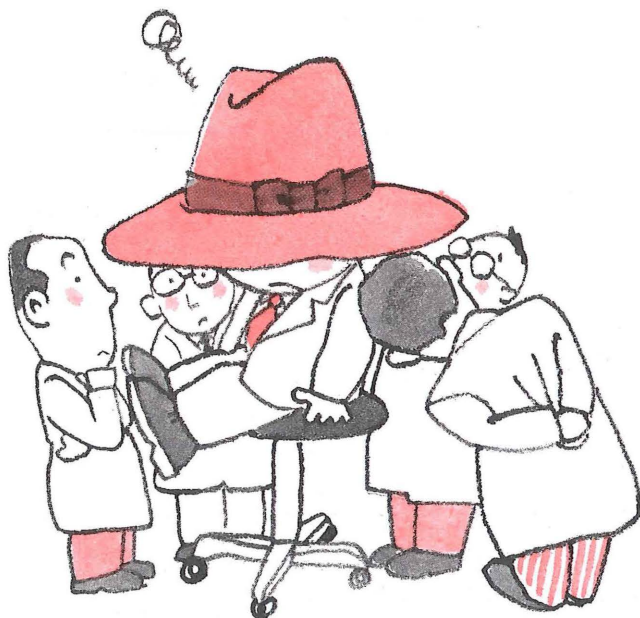
殺予防について、精神科医だけでなく、医師一般が果たす役割もきわめて大きいのです³⁾。

うつ病を発病した人が最初は何の科に受診するかという報告がわが国でもあります。うつ病の治療というと精神科と一般的には考えられますが、図3に示すように、実際にはうつ病患者が最初から精神科に受診するのは6%に過ぎないのです(心療内科を加えても1割程度です)。大多数は、さまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の科を受診しています⁴⁾。

アメリカなどでは、精神科を専門としない医師であっても、うつ病をはじめとする精神疾患を正しく診断し、適切な治療や紹介を行うことが求められています。

わが国の過労自殺に関する訴訟を検討しても、大多数の例でうつ病であったことが明らかになっています。ところが、その中で精神科に受診していた人となると1割程度に過ぎません。そして、約半数は何らかの身体的な問題を訴えて、内科をはじめとするさまざまな科を受診しています。しかし、残念なことにうつ病が的確に診断されず、治療を受ける機会も得られないままに、悲劇が生じているのが現状です。

うつ病の患者が身体症状を訴えて、精神科以外の医師のもとをしばしば受診しているとすでに指摘しました。うつ病の生涯有病率は、女性で10～25%、男性で5～12%です。時点有病率は、女性で5～9%、男性で2～3%という報告もあります。うつ病はけっして稀な病気ではありません。そのうえ、重症の身体疾患の患者



にうつ病が合併する率は20～25%とさらに高くなります⁵⁾。もともと身体的な問題で治療を受けていた患者が、その問題のために抑うつになることもしばしばあるのです。表1に示すように、さまざまな身体疾患に罹患した患者の自殺率が高いことを各種の調査が指摘しています⁶⁾。

このような事実を考えると、精神科を専門としない医師であっても精神疾患（とくにうつ病）に対する正しい知識を持つ必要があるのです。

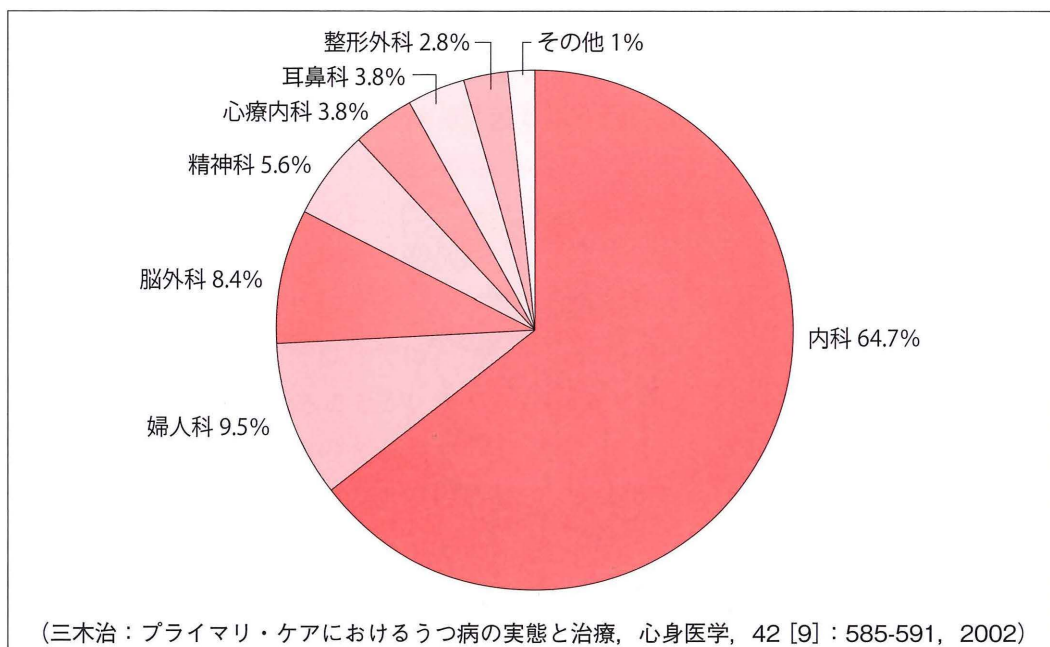
なお、「日常の診療で忙しすぎて、とても精神疾患まで診る余裕がないし、その関心もない」という声も時々耳にします。たしかにこれは現実の問題でしょう。専門分野の治療に専念するというのは立派な見識であると言えるでしょう。そこで、

【表1】身体疾患と自殺の危機

診 断	一般人口との比較(倍)
慢性腎不全	
人工透析	14.5
腎移植	3.8
癌	
頭頸部	11.4
その他の部位	1.8
HIV 陽性、AIDS	6.6
SLE	4.3
脊髄損傷	3.8
ハンチントン病	2.9
多発性硬化症	2.4
消化性潰瘍	2.1

(高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入 第3版，金剛出版，2014)

【図3】うつ病患者の初診診療科



精神疾患の治療を自分では実施しないとしても、診断を下して、早期の段階で適切な紹介をするということをぜひ行ってください。そのためにも紹介先のネットワーク作りをしておく必要があります。

また、ある程度までは自分でうつ病などの精神疾患を治療してもよいと考える医師は、どこまで自分の手で診療に当たるのか、どの程度まで悪化あるいは慢性化したら、精神科に紹介するのかという限界を見極める点についても検討しておいてください。

最近では、静岡県富士市の「連携システム」や大阪府の「GP ネット」などをはじめとして、地域のかかりつけ医と精神科医の連携を図ろうとする動きが各地に出てきています⁷⁾。これは自殺予防にとって重要な動きであると考えます。とくに両者の間で「顔の見える関係作り」が必要であると指摘されています。

3 自殺の危険因子

表2に自殺の危険因子を挙げておきます⁸⁾。その中でもとくに重要な因子を解説しますので、自殺の危険がどの程度迫っているのかスクリーニングするひとつの方法と考えてください。

(1) 自殺未遂歴

自殺を図ったものの幸い救命された人であっても、適切なケアを受けられないままであると、その後も、同様の行動を繰り返し、結局、自殺で死亡する危険は一般



【表2】自殺の危機因子

①自殺未遂歴	自殺未遂はもっとも重要な危険因子 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討
②精神疾患の既往	気分障害（うつ病）、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
③サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
④性別	自殺既遂者：男＞女　　自殺未遂者：女＞男
⑤年齢	とくに中高年（男性）で自殺率は最高
⑥喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
⑦他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
⑧事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患に対する予防や医学的な助言を無視する

（高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入 第3版，金剛出版，2014）

人口よりもはるかに高いのです。自殺未遂に及んだ人が、その後、自殺してしまう確率は、自殺未遂を認めない人に比べて、数十倍から数百倍高いとされています。したがって、これは最も重要な危険因子と言えます。たとえ、薬を余分にのむ、手首を切るといった、それ自体では死に直結しない自傷行為であっても、深刻にとらえなければなりません。

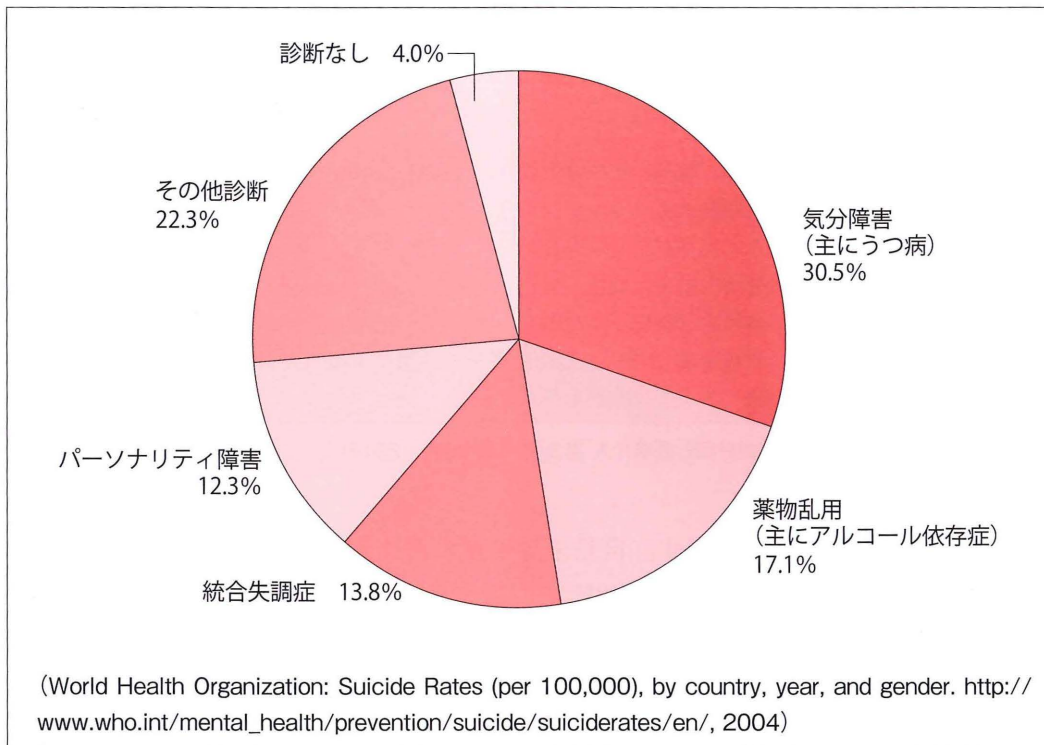
（2）精神疾患の既往

自殺した人の大多数は最後の行動に及ぶ前に、気分障害（主としてうつ病）、物質関連障害（主としてアルコール依存症）、統合失調症、パーソナリティ障害などの診断に該当していたという報告が数多くあります（図4）⁹⁾。しかし、そのほとんどは適切な治療を受けることなく、自殺に至っています。精神疾患を早期に発見し、適切な治療に導入することが自殺予防につながる余地は十分にあると WHO は指摘しているのです。

とくにうつ病に対しては今では有効な治療法があります。うつ病を早期に診断し、適切な治療に結び付けることが、自殺予防の鍵であると WHO も強調しています。自殺予防のために、最初のターゲットとして、うつ病を早期発見し、適切な治療を実施することが有効であると世界的にも広く認められています。

なお、中高年の自殺やうつ病に関連して、飲酒量が増加する傾向についても注意する必要があります。これまでとくに飲酒上の問題がなかったのに、徐々に酒量が増えていく人がいます。明らかなアルコール依存症の診断に当てはまらなかったと

【図4】自殺と精神疾患



しても、注意が必要です。飲酒すると気分が多少改善することを経験的に知っているために、つい酒量が増えてしまう人がいます。睡眠薬よりもアルコールのほうが安全だと信じている人もいます。飲酒によって、気分も多少は晴れるし、熟睡できると多くの人が信じています。

しかし、これは非常に危険な誤解です。アルコールは中枢神経系を抑制する作用がありますし、睡眠の質を落とすばかりか、うつ病をさらに悪化させてしまいます。また、酩酊して自己の行動をコントロールする力を失った状態で自殺行動に及ぶ人も少なくありません。このような理由から、飲酒の問題を抱えた人は、潜在的な自殺の危険が高いと考えてください。

(3) 事故傾性 (accident proness)

自殺はある日突然何の前触れもなく起きるというよりは、それに先行して自らの安全や健康を保てなくなるという無意識的な自己破壊傾向がしばしば現れてきます。医学的な助言を守れなかったり、自己の安全を保てないといった行動の変化を認め

るようになります。たとえば、糖尿病であっても、それまでよくコントロールされていた人が、食事療法・運動療法・薬物療法を守れなくなってしまう、あるいは、多量のインスリンを注射するといったことで、事故傾性に気づかれることがあります。腎不全の患者が人工透析を受けなくなったり、移植後の患者が免疫抑制剤を服用しなくなるといった例もあります。

一般の職場では、真面目な会社員が突然失踪したり、多額の借金をして無謀な株式投資に打って出たり、事故を繰り返すといったことで、事故傾性に気づかれることもあります。このように日頃の行動と明らかに異なる言動を認めるようになったら、その意味を検討しておく必要があります。

(4) 周囲からサポートが得られない状況

自殺は孤独の病であると述べた精神科医もいるほどです。未婚者、離婚者、最近配偶者と死別した人は、結婚し家族のいる人に比べて、自殺率は3倍も高いのです。患者は周囲からどの程度のサポートが得られるかという点について十分に情報を得ておかなければなりません。

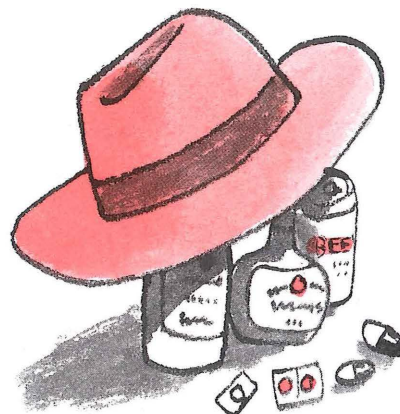
以上のような点に注意を払いながら、自殺の危険をスクリーニングしていきます。

4 「自殺したい」と打ち明けられたら

患者から「もう死んでしまいたい」「自殺したい」などと打ち明けられた場面を想像してみてください。

その時の対応として、まず忘れてはならないのは、誰でもよいから、たまたまある医療者に「自殺したい」と打ち明けたのではけっしてないという点です。これまでの関係から「この人ならば、私の絶望的な気持ちをもっと真剣に聞いてくれるはずだ」との思いから、意識的・無意識的に特定の人物を選び出しています。

したがって、絶望的なまでの救いを求める叫びを真正面から受けとめてください。



それがうまくいかないと、自殺が起きてしまうかもしれません。

真剣に訴えに傾聴する姿勢があるならば、自殺を話題にすることは決して危険ではありません。問題を言葉に出して表現し、それを真剣に聞いてもらえると、問題を冷静にとらえるきっかけにもなります。

もちろん、「自殺」を訴える人に冷静に対応することは簡単なことではありません。話をそらしたり、叱ったり、社会的な価値を押しつけようとしたり、性急に助言しようとしがちです。「死ぬ気があるならば何でもできる」「家族のことも考えなさい」「命を粗末にしては駄目だ」などと色々な言葉が浮かんでくるでしょう。しかし、このような言葉は禁物です。

重要なのは徹底的に聞き役に回ることなのです。十分に時間をかけて、相手の訴えに耳を傾け、そのうえで助言をしても遅くはないし、そうしなければ相手も聞く耳を持ちません。

なお、自殺の危険が高いと思われる人へどのように対応したらよいかということ



をカナダの自殺予防のグループが「TALKの原則」とまとめています。TALKというのは、Tell、Ask、Listen、Keep safeの頭文字をとっています。

T：相手のことを心配しているということをはっきりと言葉に出して伝えます。

A：自殺のことをうすうす感じているならば、はっきりとその点について尋ねてください。真剣に対応するなら、それを話題にしても危険ではなく、むしろ自殺の危険を評価し、予防のための第一歩になります。

L：傾聴です。まずは、相手の絶望的な気持ちを真剣に聞いてください。

K：危ないと思ったら、その人をけっしてひとりにしないで、安全を確保したうえで、必要な対処をします。危険だと考えられる人については、確実に精神科受診につなげてください。

前項で取り上げた自殺の危険因子をいくつも満たすような危険度の高い患者に対しては、自殺願望を打ち明けてくるのを待たずに、医療者の側からはっきりと言葉に出して質問しても構いません。傾聴するという態度を忘れずに、真剣に相手を思いやる態度で自殺願望の有無について尋ねてください。

まとめ

年間自殺者約3万人という緊急事態が続いています。自殺者の大多数は最後の行動に及ぶ前に精神疾患にかかっていたことを数々の調査が明らかにしています。しかし、自殺の背後に潜む精神疾患が正しく診断され、適切な治療を受けていた例はきわめて少ないのが現状です。患者が早期の段階から精神科に受診してくるということは稀で、むしろ、最初はさまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の科をしばしば受診しています。したがって、自殺予防は単に精神科だけの問題ではなく、医療従事者一般にとって重要な問題なのです。危険因子を的確にとらえるとともに、患者の訴える希死念慮に対応し、適切な精神科治療に結びつけることが自殺予防につながります。

○引用文献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：平成25年の月別の自殺者数について（12月末の速報値），警察庁，2014.
- 2) World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_

rates/en/, 2014

- 3) Murphy, G. E.: The physician's role in suicide prevention. In Roy, A. (Ed) *Suicide*. pp.171-195, Williams & Wilkins, New York, 1986.
- 4) 三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療, 心身医学, 42 (9) : 585-591, 2002.
- 5) American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2000. (高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版, 医学書院, 2003.)
- 6) Harris, E. C.: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73(6), 281-296, 1994.
- 7) 松本晃明：うつ自殺を止める：〈睡眠〉からのアプローチ, ちくま新書, 2011
- 8) 高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入 第3版, 金剛出版, 2014.
- 9) World Health Organization : *Preventing Suicide: A Resource for General Physicians*. WHO/MNH/MBD/OO.1, World Health Organization, Geneva, 2000.

コラム① 海外における自殺予防対策（アメリカ）

●米国のうつ病の教育・啓発事業（Depression/Awareness, Recognition and Treatment : D/ART 事業）

1988年から米国国立精神保健研究所（NIMH）によって実施されているうつ病の教育・啓発事業。
①うつ病の症状とこれに対する治療があることを一般住民に知ってもらう、②一般住民のうつ病に対する態度や偏見を変えて、うつ病を「人間としての弱さ」ではなく病気としてとらえることを促す、③一般住民と専門家のうつ病に関する行動（受診行動や診断・治療）を変えることを目標とした¹⁾。全米の18か所で保健医療スタッフに対する2日間の講習会が実施された。アイオワ州の事例では、医師を含む1,221名の保健医療スタッフへ講習会が実施され、保健医療スタッフのうつ病に対する知識が改善した²⁾。うつ病の一般医での診断や診療が推進される等の成果があがった。

●米国のうつ病のスクリーニング事業（National Depression Screening Day）

1991年に米国精神医学会とマクリーン病院とによって開始され、毎年実施されている、「自発的な参加者に対する」うつ病のスクリーニング事業。1994年には全米50州の2,000か所（多くは病院）でうつ病のスクリーニングを実施。数多くの参加者が専門的診断を受けるように勧められ、うち6割が医療機関を受診し、受診した者の8～9割がうつ病の診断を受けている³⁾。1996年には2,800か所で実施され、8万5,000人が参加し同様の効果があった⁴⁾。

1) Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, Burke JD Jr, Lazar JB, Judd LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*, 1988; 145(11): 1351-7.

2) O'Hara MW, Gorman LL, Wright EJ. Description and evaluation of the Iowa Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program. *Am J Psychiatry*, 1996; 153(5): 645-9.

3) Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, Muenz LR, Kopans B, Jacobs DG. Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry*, 1997; 154(10): 1391-7.

4) Greenfield SF, Reizes JM, Muenz LR, Kopas B, Kozloff RC, Jacobs DG. Treatment for depression following the 1996 National Depression Screening Day. *Am J Psychiatry*, 2000; 157(11): 1867-9.

（出典：厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』平成14年12月：「参考資料海外等における自殺予防対策（第4回自殺防止対策有識者懇談会〔川上委員〕資料、第5回自殺防止対策有識者懇談会〔金子氏〕資料より一部抜粋）」

