

精神科診療所における自殺対策について

里村 淳

自殺者は精神疾患に罹って通院している者が多いといわれているが、その実態は明らかではなかった。実態調査として一地域で継続的になされているものでは、著者が所属する埼玉精神神経科診療所協会による調査が唯一のものである。それによると、自殺者の性別、死亡時年齢などいくつかの点において、警察庁や都道府県による統計とは異なる点があり、精神障害者の自殺を考えるうえで重要と思われる。精神科診療所（以下、クリニック）は近年、急速に増加し、今日では社会にすっかり定着しているといつてよいが、地域医療における役割はまだ明確ではなく、批判も多い。とくに、多剤処方、過量服薬については顕著である。クリニックに対する評価や期待はまだ定まらないものがあるが、今後、クリニックが社会の中で一定の評価を得るためには、地域の関係諸機関との協力や連携は不可欠である。

<索引用語：自殺，自殺対策，精神科診療所，自殺企図，過量服薬>

はじめに

自殺者の多くは、何らかの精神疾患に罹患していることが世界的に知られている¹⁴⁾。わが国の自殺統計でも、自殺の原因・動機の上位に健康問題が挙げられており、その多くは精神疾患である^{3,8)}。それらの中には精神科に通院している者が少なくないことが知られている。そのため、自殺予防対策における精神科医の役割は大きい。今日、わが国では300万人以上の人精神科医療を受けているが、その9割以上は通院患者である⁴⁾。かつては、精神科に通院といえば、精神科病院や総合病院の外来が主体であったが、今日では、精神科診療所（以下、クリニック）の占める割合が大きく、そのため、クリニックの医師は自殺に正面から向き合わざるをえないと言っても過言ではない。

1998年以来の自殺者3万人高止まりの状態は2012年をピークに減少に転じ、その傾向は今も続いている⁸⁾。しかし、いわゆる「人身事故」とい

われる、鉄道への飛び込み自殺は、都市部では日常的にみられ、市民生活への影響は多大なものがあり、市民感覚からすると、自殺が減ったという実感は乏しいといえる。

自殺対策基本法が制定されてから、社会のあらゆる分野で自殺対策が講じられ、自殺の減少に一定の効果を果たしていると思われる。その中でクリニックはどのような役割を果たしてきたのか、これから期待されるものは何か。本稿では、クリニックの自殺予防対策について、①クリニックの自殺対策の現状、②クリニック通院者の自殺の実態、③クリニックの自殺対策への期待と役割、の3点について述べる。

I. クリニックの自殺対策の現状

精神科医療はかつての入院中心から外来通院への流れの中で、心療内科、メンタルクリニックなどの看板を掲げたクリニックが続々と誕生し、それはさらに、バブルの崩壊以降の不景気、自殺者

の急増にあわせて設立ラッシュが続いた。今日では、精神科の通院は「心療内科」を代名詞とするクリニックが主流となった。そのような流れの中で、精神科医が処方した向精神薬を過量服薬して救急外来を訪れる患者が増え、精神科医とくにクリニックの医師に批判の目が注がれるようになった。その中にはいわゆるリピーターが多く、同じ患者に繰り返し処方する医師の姿勢が問われたこともあった²⁰⁾。マスコミでも批判的な記事がみられ、クリニックでは過量服薬で自殺する者が続出しているかのような印象を与える記事もみられた。自殺関連のデータは、警察庁と都道府県による一般人口を対象にした自殺調査と全国の救急医療機関での自殺未遂のデータがあるが、自殺者は精神障害が多いといわれているが、精神科医療の現場での自殺の実態調査は十分に行われてきたとはいえない。それだけに、自殺に関する説は独り歩きすることが多かった。

しかし、未遂者への対策は多くの地域で独自の対応がみられ、さいたま市のGPEネットなどに代表される、一般科と精神科との連携の救急ネットワークなどがある⁵⁾。

著者は、2013年に日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）の全国の支部に自殺対策活動の現状についてアンケート調査を行ったことがある。47支部中45支部から回答を得た（回答率95.7%）。自治体などが主催する自殺対策関連の委員会に委員を出している支部は25支部（55.6%）であった。自殺対策の市民講座などの自殺予防活動を計画しているのは12支部（26.7%）であった。独自の専門委員会を設置している支部は2支部（4.4%）にすぎず、自治体などが組織する自殺対策委員会への参加を要請されて協力しているケースは決して少なくないが、全体として、クリニックが自殺対策活動に全力を挙げて取り組んでいるとはいえない状況である。

しかし、埼玉精神神経科診療所協会（以下、埼精診）のように、組織を挙げ全面的に自殺対策に取り組んでいる支部もある。埼精診では、2006年の自殺対策基本法の成立に合わせ、2007年2月に

自殺対策委員会を設立し、会員診療所での自殺の実態調査と自殺症例の検討を継続的に行っている¹⁸⁾。また、2014年からは、日精診でも同様の調査が開始され、その後も継続的に行われている^{11,12)}。

II. クリニック通院者の自殺の実態

先に述べたごとく、自殺者は精神疾患に罹っている者が多く、精神科に通院している者が少なくないといわれてはいるが、その実態は明らかではなかった。埼精診では、「診療所での自殺予防は、日常の診療そのものが自殺予防である。自殺の情報を共有し、症例検討を通して実例から学び、自殺予防に役立てていく」という理念を掲げ今日まで活動を続けてきた。自殺症例の報告数は9年間で347例、症例検討は70例近くに及ぶ。埼精診の活動以前にもアンケート調査による横断的な調査報告が散見されるが¹⁶⁾、計画的、継続的に実施されたのは埼精診の調査だけである。埼精診の調査結果は、一部はすでに発表されているが^{17,18)}、改めてその要点について述べる。

1. 男女差について

世界的に自殺は男性が多く、わが国でも自殺者の約7割は男性である^{8,21)}。警察白書では、精神障害を背景に自殺したケースについてみると、男女差はやや縮まる傾向があるが、これまでの埼精診の調査では、347例中、男178例、51.3%、女169例、48.7%であり、明らかな男女差はみられない。大類らによる、アンケート調査による結果でも、男57.7%、女42.3%であり、ほぼ同様の結果が得られている¹⁶⁾。

2. 自殺時（死亡時）年齢

自殺時の年齢を男女別、年代別にみると、図1のごとく、男女とも30歳代にピークがあり、男では30歳代をピークに漸減していくのに対し、女では10歳代、70・80歳代を除くと一定の特徴はみられない。先の大類らの調査でも30歳代にピークがみられる¹⁵⁾。一般人口での自殺年齢は40歳代から50歳代の働き盛りの年代にピークがみられる

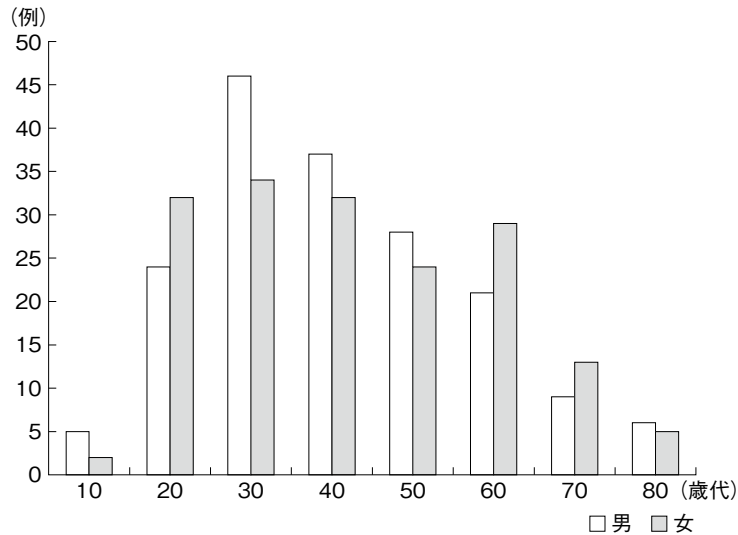


図1 男女別・年代別死亡時年齢

2007年5月から2016年4月までの347例(男178,女169)を男女別,年代別に表した。

のとは対照的である¹⁵⁾。10歳代の自殺が少なく,児童の自殺はみられないが,児童を診ているクリニックはあまり多くないことによると思われる。

3. 通院期間

自殺者が通院していたクリニックの初診から自殺した日までの通院期間についてみると,1年以内の通院が110例(31.7%)と突出して多く,その後は漸減していく。また,1回受診しただけで自殺する人が19例(5.5%)おり,治療関係を築く間もなく自殺に至る人は決してまれではない。今後,その理由について明らかにする必要がある。クリニックに通院する患者の自殺は最初の1年が最も注意を要するといえるが,自殺はいつになっても起こるのであり,埼精診の症例検討の経験からは¹⁹⁾,むしろ,長期の通院で病状が安定しているかにも見え,診察が単調に終わりがちなときこそ注意を要する。

4. 最終受診から自殺までの期間

これまでの,最終受診から自殺までの期間についての報告では,どれもみな比較的短い期間で自

殺している。埼精診の調査でも同様に,37.5%の者が1週間以内に自殺している。また,1ヵ月以内に85.3%が自殺している。著者らは,受診して間もない患者で希死念慮が強いなど,自殺のリスクの高い患者については,1週間後の受診ではなく週2回の通院を勧めている。また,慢性的な自殺願望をもつ患者の長期投薬は避け,毎週通院してもらうことを勧めている。

5. 診断

図2に示すごとく,F3気分障害が最も多く,それに次いでF2精神障害, F6パーソナリティ障害が多い。F1アルコール依存・薬物依存は少ない。わが国ではもともとアルコール・薬物関連の自殺が諸外国に比べると少ない。埼精診では,アルコール外来を専門にしているのは,現在79施設中1施設のみであり,一般のクリニックでアルコール・薬物依存の治療を目的に受診する患者は少ないことが関係していると思われる。睡眠導入薬,抗不安薬の常用量依存を合併しているケースは少なくないと思われるが,症例検討を通して見て,アルコール・薬物依存が自殺に深くかかわっ

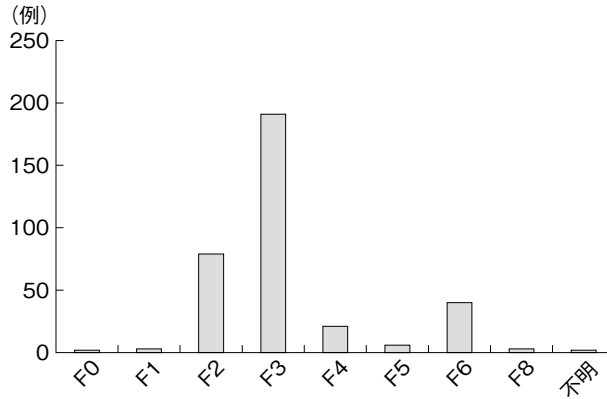


図2 診断 (N=347)

F0 : 2, F1 : 3, F2 : 79 (22.8%), F3 : 191 (55.0%), F4 : 21 (4.6%),
F5 : 6, F6 : 40 (11.5%), F8 : 3, 不明 : 2

ているケースが多いとは決していえない。

ちなみに、精神科病院の外来との違いはどうか。埼玉県精神科病院協会の通院患者の自殺の調査では²²⁾、統合失調症と気分障害で全体の63～81%を占め、両疾患の比率はほぼ同等である。統合失調症の自殺の割合がクリニックより多い。精神科病院の外来もクリニック同様、うつ病患者が多くなっているが、統合失調症の自殺は精神科病院にとって大きな問題といえる。

6. 自殺の手段

縊首が48.7%で約半数を占め、飛び降り(11.0%)、過量服薬(8.9%)、飛び込み(鉄道)(6.6%)と続く。過量服薬による自殺は1割に満たない。自殺の手段は時代によって変動がみられるが、今日のわが国の自殺の手段は縊首が最も多いのが特徴である。

救急医療を訪れる未遂者は過量服薬による者が多いが、埼精診の調査では、過量服薬の既往のある者は23.6%にすぎない。過量服薬が自殺の手段になるとの指摘もあるが、たしかに過量服薬の既往のある者の自殺の手段はない者よりその割合は若干多くなるが、過量服薬の既往のある者が同じ手段で自殺を遂げるわけではない。

7. 医師が自殺を知る契機

自分が診ていた患者が自殺したことをどのようにして知るか。主治医の報告によると、警察からの照会(約66%)あるいは家族からの連絡(約33%)によるものがほとんどである。警察は自殺者がクリニックに通院していたとわかるとクリニックに問い合わせることが多いが、自殺と判定されても連絡してこないことがある。家族からの連絡が意外と多いが、謝意をこめたものがほとんどで、家族との信頼関係に基づいていると思われる。その他に、保険会社から数ヶ月以上たってから病状照会があつて初めて知ることもある。このようなことから、自分の患者が自殺しても気がつかないで終わってしまうことがあることを知るべきである。

8. 自殺のリスクについて

自殺企図は自殺の危険因子として最も重視されており²⁾、とくに慢性的な自殺願望から自殺企図を繰り返す人は「自殺のハイリスク者」といってよい。埼精診の調査では、自殺企図の既往のある者は32.6%で、ない者のほうが多いのである。自殺企図で救急外来を訪れる患者の多くは女性であるが、埼精診の調査では、自殺企図があつた自殺者113例のうち、男54例、女59例で、明らかな

性差は認められなかった。通院期間についてみると、自殺企図のある者のほうがない者より短いように思われがちであるが、両者を単純に比較してみると、自殺企図のある者のほうがむしろ長いという結果を得ている。自殺企図の回数や時期についての詳細はわからないので、この結果の評価は慎重を要するが、日常臨床の中でリスクの高い人により注意が向けられるからではないか。そうすると、クリニックの自殺対策では、自殺のリスクの高い人にまずもって自殺予防の注意が向けられるのは当然であるが、自殺企図、希死念慮がみられない患者に対していかにその兆候を見出し適切な対応をするかが大切である。その場合、何が大切なのであろうか。日常臨床での自殺対策は、自殺予防に必要な医学的な知識を持ち合わせていることが必要であることは当然であるが⁹⁾、症例検討などを通して、患者が実際どのようにして自殺に至っているのか知り、その「感性」を養うことが重要であると著者は考えている。それは、「希死念慮・自殺企図→自殺の危険」という固定観念を一度取り払い、精神科のすべての患者に自殺のリスクがあると思ひ、希死念慮などの危険因子が薄れてきたとき、長く単調に経過しているとき、それに惑わされず、じつは自殺の危険が隠されているのではと思ひながら診察を続ける必要がある。あるいは、希死念慮を口にしなくても、心理的に追い詰められていると思ったとき、「危ない」と感じることも必要である。それには症例検討などを通して、自殺の経験を共有し実例から学んでいくことが大切である。

以上、クリニックにおける自殺の実態について、埼精診の自殺調査の結果をもとに述べた。埼精診の調査が9年間続けられたものであるにしても、母集団となる全国のクリニックの自殺の実態をどれだけ反映しているかは今後の検討を待つしかない。

日精診では、2014年7月から同様の調査を開始している^{11,12)}。自殺の実態といっても都市部と地方では違いがあると思われるが、過量服薬については興味ある結果がみられた。東京都精神神経科

診療所協会(東精診)では、日精診の第1回と第2回の調査で101例の自殺例があったが報告が遅れたため、日精診の第1回目の調査報告書には取り上げられてない。その101例の中で、過量服薬による自殺が12.9%(13/101)であり、埼精診の8.9%と比べるとやや多い。これは地域差の現れとみられるべきか、今後のさらなる調査に期待したい。

Ⅲ. クリニックの自殺対策への期待と役割

「心療内科」が町中に出現した当初は、何を診る科なのかよく理解されていない面があったが、今日では社会の中ですっかり定着しているといえる。クリニックへの期待が大きい反面、社会のクリニックへの批判も決して少ないとはいえない。向精神薬の多剤大量処方では過量服薬の原因として挙げられている。また、対応困難な患者の受け入れに難色を示すクリニックが少なくないことが指摘されている¹³⁾。クリニックは一人の医師が診療し、職員といえば受付の女性がいるだけでの小規模なスタイルのものが多く¹⁰⁾、地域医療を請け負うといってもそのマンパワーは決して十分なものではない。クリニックといえば通常、無床であり、自殺のハイリスク者で急性期対応が必要なケースは受け入れ困難なことが多く、対応可能なケースがおのずと限られてくるのは仕方がない。

自殺対策を含めた、クリニックの地域貢献については以前から取り上げられているが、本橋豊氏は日精診の自殺予防対策講演会(2012年2月)で次のように述べている⁷⁾。

1. 自殺対策における2つのモデル

自殺対策には、世界的にみて、精神科医療を中心とした医療の専門家が地域と連携して一次予防から三次予防まで包括的に展開する「医療モデル」と公衆衛生的なアプローチにより、一次予防を中心にして、うつ病や自殺に対するヘルスプロモーションアプローチを展開する「地域モデル」があるが、日本の自殺対策もこの2つのモデルを両輪として推進することが基本になっている。

2. 自殺対策としての精神科医療

うつ病の予防と治療が自殺対策の要として自殺予防先進国においてなされてきた。わが国においても先駆的になされてきたが、プライマリ・ケアにおいていかに精神科医療を根付かせるかが大切である。また、自殺未遂者の対策に精神科救急の役割の重要性があり、病院と地域保健との連携により自殺未遂者をいかにケアするかというシステムの開発が大切である。

3. 精神科医療への期待

一般医の精神科医療の理解を深め、自殺未遂者により有効な精神科救急医療体制を整備することが望まれる。GP ネットの全国への拡大や職場の産業医と一般医の連携を積極的に進めていくことが必要である。

以上がその要旨であるが、うつ病の早期発見早期治療が自殺対策の要であるという指摘については、わが国では「富士モデル」がその代表といえる⁶⁾。

クリニックの自殺予防は、特別な秘策があるというわけではなく、毎日の診療そのものが自殺予防であると著者は考えている。希死念慮を訴える患者は日常的にみられるし、自殺企図に至るケースも決して少なくない。このような自殺のリスクを抱えている患者を毎日診ているわけであるが、実際に自殺を予防できなかったケースは決して多いものではなく、その意味では、われわれは自殺予防には一定の役割は果たしているといつてよいだろう。しかし、一人の医師が経験する自殺は決して多くはないが、一般科で行われているような病理解剖にあたる自殺の症例検討を行い、それを通して自殺予防のスキルをあげていくという熱意はあまり強くない。埼精診では、症例検討を重視し、その重要性について述べてきた。

一方、自殺の背景には医療を超えた問題を抱えたケースが多く、一人の医師では背負いきれないことが多く、また、救急医療現場や地域での未遂者のケアは、地域での連携、とりわけクリニック

の協力が絶対不可欠といつてよい。現在、自殺のハイリスク者対策として全国でさまざまな試みがなされているが、さいたま市自殺対策医療連携事業(GPE ネット事業)はそのモデルといつてよい。

さいたま市のGPE ネット事業は、自殺のリスクのある人のうち、精神科の医療機関への受診が必要と判断され、受診希望のある人を、市内の精神科病院、精神科診療所に紹介するシステムである⁵⁾。次の2通りの事業を実施している。①市内の救急医療機関から市内の精神科病院を紹介。対象は精神科主治医がいない場合。②市内の一般医療機関、行政相談機関から市内の精神科診療所を紹介。対象は、精神科の主治医がいない場合。これらの事業は平日の9時から17時までの時間帯が対象で、夜間・休日は別に定める県の救急医療システムが対応。両者の事業には市内あるいは県内の精神科診療所が登録し協力している。しかし、自治体の事業は医師会を通して協力を求めてくる場合が多く、事業に参加するためには医師会に入会していることが必要となることがある。クリニックの場合、日精診および傘下の診療所協会に入会していないばかりか、していても、医師会には入会しないクリニックが増えつつあり、これから地域でさまざまな事業が展開されるとき、このような問題がネックとなる可能性がある。そればかりか、保険医療における精神科の評価（具体的には、通院・在宅精神療法の点数など）は悪化の傾向にあり、このような問題に対処するためにも、精神科医が公的な事業に参画するだけでなく、日精診、医師会の組織率を高めることが社会的な評価の基礎になることを理解する必要がある。営利優先という意味ではなく、このようなことがわが身を守り医療サービスの向上に不可欠であることを入会に消極的な精神科医に力説していく必要がある。それはともかく、クリニックの自殺対策で求められるものは、医師が自殺と正面から向かい合う姿勢と地域の自殺対策事業への参加と連携であろう。

おわりに

地域の自殺対策におけるクリニックの役割は大きい。クリニックの自殺対策は実態に即したものでなくてはならず、そのためには自殺の実態を知ることが重要である。また、患者が実際にどのようにして自殺に至ったのか、症例検討を通して知ることも大切である。いずれにしても、精神科医は自殺の問題を避けて通ることはできず、自殺と正面から向かい合うことが大切である。さらに、クリニックが地域医療で一定の評価を得るためには、地域の関係機関との連携は不可欠である。以上について述べた。

なお、本論文に関連して、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 林 竜介, 日下忠文, 西尾正人ほか: 千葉県精神神経科診療所協会所属機関に通院中の患者群における自殺既遂の実態調査. 第11回日本精神神経科診療所協会学術集会, 2005
- 2) 池田正俊: 自殺プロセスの各段階での自殺予防, パーソナリティ障害. 自殺予防の基本戦略 (張 賢徳編, 専門医のための精神科臨床リユミエール 29). 中山書店, 東京, p.96-104, 2011
- 3) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴—心理学的剖検による76事例の検討. 精神経誌, 115; 923-932, 2013
- 4) 厚生労働省: 知ることから始めよう, みんなのメンタルヘルス (<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>) (参照 2017-03-15)
- 5) 黒田安計: 自殺未遂者ケアのための, かかりつけ医, 総合病院救急科, 精神科病院, 精神科診療所を含む地域保健医療連携システム—さいたま市におけるGPEネットの取り組み—. 精神科治療学, 30; 441-447, 2015
- 6) 窪田幸久, 宮下正雄, 石田多喜子ほか: うつ自殺予防対策「富士モデル事業」5年間の報告. 精神科治療学, 29; 685-691, 2014
- 7) 本橋 豊: 自殺予防における精神医療への期待—公衆衛生の立場から—. 日精診 journal, 38; 29-42, 2012
- 8) 内閣府編: 平成27年版自殺対策白書. p1-27, 2016
- 9) 日本精神神経学会精神保健に関する委員会: 日常臨床における自殺予防の手引き平成25年3月版. 日本精神神経学会, 2013
- 10) 日本精神神経科診療所協会: 会員基礎調査報告書, 平成27年度, 2016
- 11) 日本精神神経科診療所協会自殺対策プロジェクトチーム: 第1回自殺調査報告 (平成26年7月~平成27年6月). 日精診 journal, 42 (2); 3-8, 2016
- 12) 日本精神神経科診療所協会自殺対策プロジェクトチーム: 第2回自殺調査報告 (平成27年7月~平成28年6月). 日精診 journal, 42 (6); 10-18, 2016
- 13) 西村由紀: 自殺相談と自殺未遂者支援の現場から, 自殺防止において精神科医療に求めたいこと. 日精診 journal, 42; 39-48, 2016
- 14) ノック, M. K., ボルヘス, G. ほか編, 坂本律訳: 世界自殺統計, 研究・臨床・施策の国際比較. 明石書店, 東京, p.190-206 2015
- 15) 野口正行, 竹島 正: 日本の自殺, 世界の自殺. 自殺予防の基本戦略 (張 賢徳編, 専門医のための精神科臨床リユミエール 29). 中山書店, 東京, p.2-11, 2011
- 16) 大類正嗣, 廣川聖子, 赤澤正人ほか: 精神科医療機関における自殺の経験および自殺予防に役立っていると考えられる取り組み. 精神経誌, 114; 1420-1427, 2012
- 17) 埼玉精神神経科診療所協会: 精神科診療所における自殺の実態調査—5年間235例の報告. 埼玉精神神経科診療所協会, 埼玉, 2013
- 18) 里村 淳, 恵 智彦, 田代 巖ほか: 埼玉県内の精神科診療所の自殺—埼玉県精神神経科神慮所協会の実態調査より. 現代のエスプリ, 531 (10); 99-113, 2011
- 19) 里村 淳, 恵 智彦, 田代 巖ほか: 精神科診療所における自殺対策について, 埼玉精神神経科診療所協会の自殺症例検討の経験から. 日精診 journal, 42; 3-8, 2016
- 20) 清水康之: 自殺総合対策における精神科医療の役割—その課題と展望—. 日精診 journal, 38; 16-29, 2012
- 21) 高橋祥友: 新訂増補自殺の危険. 金剛出版, 東京, 2007
- 22) 渡邊宏治: 埼玉県精神科病院協会にかかわる自殺症例の検討. 埼玉精神神経科診療所協会誌, さいせいしん, 19; 95-114, 2013

Suicide Prevention Measures at Psychiatric Clinics

Atsushi SATOMURA

Fujimi Mental Clinic

Despite the rapid increase in the number of psychiatric clinics and acceptance of their presence in the society in the recent years, their roles in local healthcare are not clear, and they are often subjected to criticism, especially over the issue of overdose. The primary factor of the issue has been said to be polypharmacy of psychotropics by psychiatrists.

It is said that those who committed suicide suffered some form of mental disorders, and many of them visited psychiatrists. However, the reality of the situation has not been revealed because it psychiatrists consider it a taboo to bring forward suicide committed by their own clients. However, client's suicide is unavoidable for psychiatrists. Thus, despite the taboo, Saitama Association of Neuro-Psychiatric Clinics has investigated the reality of suicide and actual suicide cases since 2007. Recently, the Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics also commenced the same investigation. Needless to say, the suicide prevention measures to be committed by the psychiatric clinics must be in line with actual situations. Suicide often involves issues beyond the field of healthcare, which could be too significant to be borne just by individual psychiatrists. Thus, the focus of future suicide prevention measures at the psychiatric clinics in local communities should be in collaboration with relevant local bodies.

<Author's abstract>

<**Keywords** : suicide, suicide prevention, psychiatric clinic, suicide attempt, overdose>
