

導プログラムの開発. 介護予防に特化した在宅
訪問指導プログラムの有効性評価に関する介入
研究 平成14年度 研究報告書, pp27-32, 2003

19) Williams JMG, Pollock LR : The psychology of sui-

cidal behaviour. In Hawton K, van Heeringen K
(Eds): The International Handbook of Suicide and
Attempted Suicide. John Wiley & Sons, Chichester,
pp79-93, 2000

*

*

*

自殺予防とプライマリケア

Suicide prevention and primary-care

特集

大塚耕太郎*
OTSUKA Kotaro

酒井 明夫**
SAKAI Akio

智田 文徳
CHIDA Fuminori

中山 秀紀
NAKAYAMA Hideki

精神医療の新しい潮流—内科診療のために

Key words 自殺 自殺予防 プライマリケア うつ病

心理的問題を抱えた自殺者の多くが医療機関を受診しており、自殺予防ではプライマリケアの現場が果たす役割はきわめて大きい。自殺のリスクファクターとなる精神障害を早期発見、早期治療につなげるために、WHOではプライマリケアの従事者に対してうつ病者の診断と治療に関する教育プログラムを行うことを提言している¹⁾。本論では、自殺者や自殺未遂者の実態や、うつ病者と医師の認識などを検討しながら、プライマリケアにおける自殺予防のあり方を考えたい。

I. 自殺既遂者には身体科通院中のものが多い

自殺者の心理状態を周囲からの聞き取りによって明らかにする心理学的剖検法から、自殺の背景に精神障害が存在することは既知の事実となっている。張は救命センター搬送の自殺者93例の心理学的剖検に基づき、少なくとも26%が自殺前1ヵ月以内に精神科以外の診療科を受診し、その64%がうつ病性障害に罹患していること、したがってうつ病の発見が自殺予防にとって重要であることを指摘している²⁾。

岩手県は自殺率において全国3位に位置するが、なかでも久慈地域は自殺多発地域として知られている。平成14~16年の岩手県警察の自殺死亡

統計調査によれば、久慈地域とその他の地域の自殺者の通院状況は次のとおりである。①精神科以外に通院している割合(久慈地域48.9%：それ以外の地域41.7%)、②通院なしの割合(久慈地域28.1%：それ以外の地域24.1%)、③精神科通院の割合(久慈地域22.9%：それ以外の地域31.2%)³⁾。また、自殺企図歴のあるものは久慈地域で12.5%、それ以外の地域で11.5%であり、自殺の前兆があったものは、久慈地域で71.9%、それ以外の地域で68.1%であった³⁾。自殺者では精神科以外の科を受診しているものが多いという事実は、自殺予防の方略として身体科通院中の患者について自殺の兆候を評価し、自殺企図を防ぐことの重要性を指し示している。

岩手医科大学神経精神科学講座 *講師 **教授

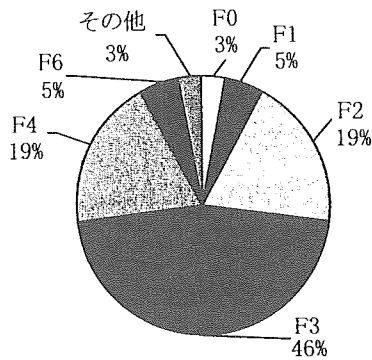


図1 AD (Absolutely dangerous) 群 (N=79) の ICD 診断内訳

II. 自殺企図の背景にうつ病がある

高度救命救急センターでの自殺企図者の調査は、重症度の高い企図手段をとるものが多く、自殺者との近接性があるため、心理学的剖検法と並んで自殺の実態把握と予防に関して多くのことを教えてくれる。とくに、自殺企図者のうち致死性の高い手段を選択した絶対危険群 (AD 群: Absolutely dangerous group) は自殺者との高い近似性を示すとされている⁴⁾。岩手県高度救命救急センターの受診例では、平成14年4月1日～平成17年3月31日の期間に、自殺企図は485件 (既遂63件) で、自殺未遂422件の中で、AD 群は79件 (18.7%) を占めていた。ICD 診断の内訳を見ると F3 (気分障害) が46.8%、次いで F2 (統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) と F4 (神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害) が19.0%であった (図1)。こうした重症自殺企図者の実態は、自殺予防としてうつ病やうつ状態を呈する精神障害が第一の標的となることを示している。また、AD 群の通院状況では、精神科通院歴を有する者51.9%、身体科通院歴19.0%、通院歴なし32.9%であった。これらの調査結果から、①身体科受診中の患者にうつ病事例が少なからず含まれていること、②うつ病であっても治療をうけていない患者がいること、③急性のストレスに対して十分なケアが行われていないこと、などが示唆された。

III. うつ病は Common disease である

うつ病は有病率の高い疾患であり、プライマリケアでは common disease である。川上らの報告によれば、本邦における大うつ病性障害 (DSM-IV) の生涯有病率は6.5% (男性4.2%、女性8.3%) であり、過去12ヵ月間で、70人に1人が自殺を真剣に考え、250～500人に1人が自殺を計画し、試みっていた⁵⁾。そして、自殺未遂者は自殺者の10倍程度存在し、自殺を真剣に考える者はさらにその5～6倍いると推定される⁵⁾。また、佐藤はプライマリケアにおける疫学調査から、大うつ病のプライマリケアの有病率は日本では1.3～6.5%、諸外国で2.6～29.5%と要約している⁶⁾。これらの結果は、プライマリケアの場では潜在的に自殺のリスクが高い人々が存在することを示している。

うつ病は有病率が高いうえ、自殺に代表されるように罹患による死亡率が高いことから、医療経済的にも大きな負担となることが指摘されている⁷⁾。YLDs (Years of living with disability: 障害生存年数) は、疾患による日常生活への負担を定量化した係数により重み付けされ、存命中の疾病負担を表すものだが、うつ病は全107疾患の YLDs 総計の11.9%を占め最大である。また、DALYs (Disability-adjusted life-years: 障害調整生命年) は各種疾患による生命損失、障害総体を有病率に加えて苦痛・障害も含めて定量化したものであるが、総 DALYs (2000年) の内訳は感染17.0%、精神障害12.3%、呼吸器11.3% (感染症6.6%、呼吸器疾患4.7%)、心血管系10.3%、悪性腫瘍5.3%、HIV6.1%、その他37.7%である¹⁾。疾患毎の総 DALYs (2000年) の内訳は1位から順に下部呼吸器感染症6.4%、周産期関連障害6.2%、HIV6.1%、単極性うつ病4.4%、下痢性疾患4.2%、虚血性心疾患3.8%、となっており、うつ病が4位に位置している¹⁾。

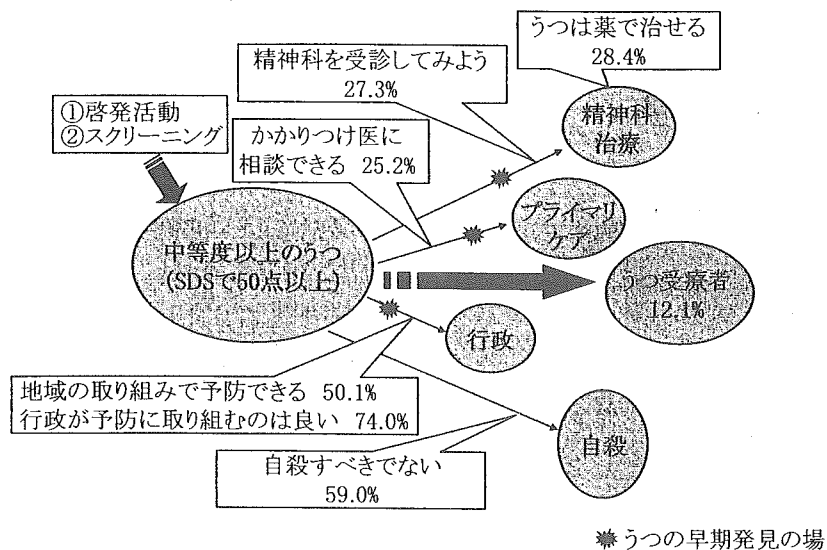


図2 うつ状態にある者(N=373)の意識

IV. ハイリスク者とプライマリケア医の意識

われわれは平成14～16年にかけて、先に述べた岩手県久慈地域を対象として「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」(厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業)を実施した。久慈地域は自殺のSMRが2.0以上の自殺多発地域であるが、そこで包括的な自殺予防活動を実施し、対照地域の宮古地域との意識調査における比較から介入効果を明らかにした⁸⁾。平成16年度の意識調査では、久慈地域と宮古地域における20歳以上79歳以下の住民のうち、自殺のハイリスク群と推察されるSDSスコア50点以上の「中等度以上のうつ」群は、両地域合わせて4,334名中373名(8.6%)であった。「中等度以上のうつ」群は、意識調査の結果(図2)からは、自殺すべきでない、と考えているものが59.0%いた。しかし、結果的にうつ受療者も1割程度であり、精神科を受診してみようと思うものや、かかりつけ医に相談できるものが3割にも満たないことが明らかとなった。うつ状態にあるもので、「うつ病は薬で治る」と思っているものも3割に満たないという結果は、一般住民に対するうつ病の啓発活動が必要であることと同時に、ハイリスクのうつを早期に

発見しケアすることが重要であることを示している。

もうひとつ重要なのは、プライマリケアを担う医師の意識である。久慈地域と宮古地域の医師122名の意識調査の結果(図3)は、プライマリケア医の実態を明らかにしている。図で示されているように、医療従事者ではうつ病や自殺に対する意識は非常に高く、医師も抗うつ薬を処方しているものは7割近くもあり、うつ病に対するケアを実践していることが明らかにされた。しかし、医療従事者の大部分は精神障害者のケアについて大きな困難を感じており、また自殺予防マニュアルの既読率が低かった。この結果は、医療従事者のうつ病ケアに関する啓発活動とスキル向上のためのプログラムの作製・実践の必要性を示唆していると考えられる。

V. プライマリケアにおけるうつ病の診断と治療

Rutz W は、スウェーデンの自殺多発地域である人口5万8千人の都市ゴットランドで行われたプライマリケア医(General Practitioners: GPs)に対するうつ病教育活動を取り上げ、うつ病関連の罹患率と自殺死亡率を抑止するための最も重要な戦略は、GPsがうつ病を診断し、治

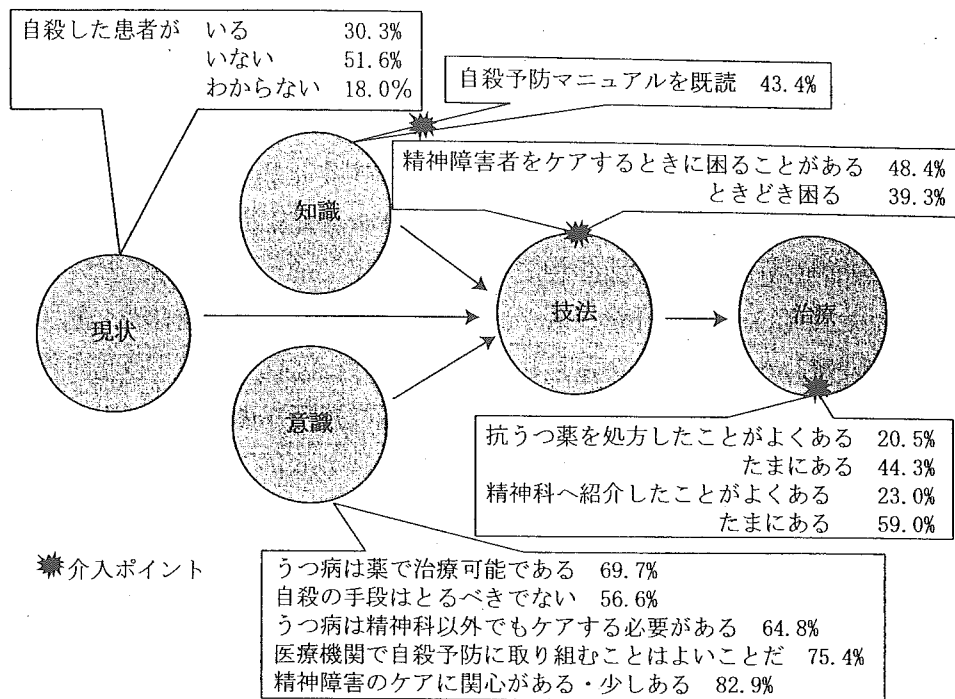


図3 医師(N=122)の意識

療できるようになることであると主張している⁹⁾。当初ゴットランドでは抗うつ薬の処方率は低く、それ以外の安定剤や睡眠薬の処方率が高かった。GPs に対する教育は、情報提供、グループワーク、ケースレポート、個人的な経験の共有、など複合的なプログラムで構成されていた。その結果、うつ状態の患者に対する知識や理解の向上、自殺のリスクの評価の向上、診断、治療、フォローアップの能力の向上など多くの成果が得られ、活動の2年後にはうつ病でゴットランドを離れるものや精神医療施設に入院するものは減少した。そして、ゴットランドとスウェーデンではそれまでに観察されたなかで最も低い自殺率を記録した。

岩手県久慈地域においても、精神疾患の対応に困難を感じているものが多いことから(図3)、医師を含めた医療従事者への研修会を中心とした啓発活動を実施した。例えば、看護師役と患者役を演じてもらうロールプレイの実施は、患者への理解を深めるとともに共感能力を向上させ、対応の幅を広げるなどの効果が期待される。われわれの研修会後の参加者へのアンケート結果では、「興味をもって学ぶことができた」と答えたものが

98.8%と非常に高く、加えて参加者のうつ病や自殺に関する知識・意識の向上が認められた¹⁰⁾。「抗うつ薬を処方することはありますか」という医師に対する質問に、よくあると回答したものは22.6%(基礎調査時9.2%)と増加していた。加えて、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective Serotonin reuptake inhibitor: SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(serotonin noradrenalin reuptake inhibitor: SNRI)の久慈地域における月平均の総売上高も介入活動中に増加した¹¹⁾。

一般的にGPsはうつ病の診断・治療に自信が持てないという状況が存在するため、研修はこうした状況の改善に効果をあげると考えられる¹⁰⁾。日本医師会の自殺予防マニュアル(以下、医師会マニュアル)では、2質問紙法(Two-question case-finding instrument)による簡便な診断が提唱されている¹²⁾。2質問紙法は、DSM-IV-TRの大うつ病の基本症状(抑うつ気分、興味または喜びの喪失)を確認するもので、大うつ病患者で両者に該当する感度は87.9%と報告されている¹³⁾。医師会マニュアルではさらに確定診断として、大

うつ病の症状項目の食欲の減退または増加, 睡眠障害, 精神運動機能の障害, 疲れやすさ・気力の減退, 強い罪責感, 思考力や集中力の低下, 自殺への思い, を質問することを推奨している。

うつ病は再発しやすく(大うつ病性障害の初発患者の60%が再発), その3分の1は長期的治療を必要とする¹⁴⁾。GPsによるうつ病の治療では, 急性期, 継続期(一度寛解した後, 再燃を予防するため), そして維持期(その後におきる再燃を予防するため)という経過に基づく治療計画が重要である¹⁵⁾。とくに, 慢性の一般身体疾患は持続エピソードの危険因子となり¹⁴⁾, うつ病治療開始後数ヵ月間は自殺のリスクが非常に高く¹⁵⁾, 退院後最初の1年間は自殺リスクが高いため集中的に治療し, サポートするシステムが必要となる¹⁵⁾。うつ病の再燃を予防し自殺のリスクを軽減するためには, 急性期の6週間以後, 抗うつ薬の治療を継続することが効果的である¹⁶⁾。プライマリケアでは有効性に加えて, 安全性と認容性の高い薬物の選択が求められる。大うつ病性障害の治療アルゴリズムでは, 軽症~重症の第一選択薬として, SSRI, SNRIが推奨されている¹⁷⁾。さらに医師会マニュアルではSSRI, SNRIに加え, スルピリドも奨励されている¹²⁾。

薬物療法に加えて精神療法もうつ病の治療では有用性が高く, 例えば薬物療法単独, あるいは認知行動療法単独に比較して, 両者の併用の方が経過はよいと報告されている¹⁸⁾。医師会マニュアルでも, うつ病の薬物療法に加え, 精神療法の原則や認知療法などが取り上げられている¹²⁾。

笠原嘉はうつ病の小精神療法として, うつ病は治療すべきで治る病気であるという理解をうながす, 休息の必要を伝える, 服薬の必要性と薬の副作用を説明する, 自殺・自殺企図・自己破壊的行為を禁止する, 重大な決断はしないように伝える, 良くなったり悪くなったりしながら回復する, ということを臨床で取り上げることがをすすめている¹⁹⁾。うつ病患者には, Beckが指摘するような自己, 世界観, 将来に対する考え方の偏り(否定

的認知の3徴)を代表とする認知の歪みがあるため, 認知を是正する認知行動療法も効果的である。大野は, 認知療法ではものの受け取り方や考え方を意味する認知(Cognition), 感情や行動のコントロール感覚(Control), 他の人とのコミュニケーション(Communication), という“三つのC”が大切であると説明している²⁰⁾。また, 具体的問題を取り上げた危機介入は, 心理社会的ストレスを直ちに減少させることも知られている¹⁵⁾。

VI. 医療機関における連携

プライマリケアにおけるうつ病診療では, 精神科や地域との連携が重要である。例えば医師会マニュアルでは, ①診断に苦慮する場合, ②SSRI, SNRI, スルピリドを投与しても改善しない場合, ③うつ病が重症の場合, ④産後うつ病, ⑤躁状態, ⑥自殺念慮が強いうつ病, などを認める場合, 専門医への紹介を考慮すべきとしている¹²⁾。しかし, 精神科への紹介にあたっては, 精神科に対する偏見やコンサルテーションの敷居の高さが障壁となる場合が少なくない。こうした問題に対しては, 総合病院に配置されたりエゾンナースの, 精神医療と身体医療, 地域との連携機能が非常に効果的である。岩手県立久慈病院精神科では, リエゾンナースが, ①病棟回診, 事例検討会への参加, ②患者に関する精神医学的情報の収集, ③病棟患者と家族への心理的援助・精神科的危機介入, ④他科医師・看護師の依頼への対応, ⑤社会資源運用の情報提供, ⑥患者の関係機関への紹介・コーディネート, ⑦精神医療に関する電話相談, など幅広い連携機能を発揮している¹⁰⁾。さらに, 同科精神科医を中心として, リエゾンナース, 臨床心理士, 看護師, 久慈保健所, 地域の保健師, 介護職員, 行政職員, 消防士などが地域の自殺予防の実務者レベルでのネットワークを作り, 毎月1回のミーティングを核として連携をはかっている。このようなプライマリケアを担う実務者のネットワークは自殺予防にとってきわめて有効であると

考えられる。

加えて、身近なものが自殺のハイリスク者を早期に発見し、医療機関に結びつけることが大切である。例えば、久慈地域では自殺のハイリスク者は医療機関への受診に対して距離があるため(図2)、二次予防活動としてスクリーニングのスキル向上とスキルを持つものを増やすという目標のもとに、スクリーニング研修会を実施している。アンケート調査では187名(医師3.7%, 保健士9.6%, 看護師37.4%, 介護関係者26.2%, 行政職員7.0%, その他16.1%)中、「スクリーニングは自殺予防に効果があると思う」86.9%、「うつ病スクリーニングを行うべきである」94.0%、「スクリーニングを行いたいと思う」68.7%という回答結果が得られた。うつを早期に発見し、医療機関に結びつけるためには、ハイリスク者に身近なものの意識とスキルの向上も重要である。

ま と め

自殺の危険因子であるうつ病の早期発見、早期治療は、自殺予防と自殺率の低下にとってきわめて重要である。うつ病は common disease であ

り、GPsにとって頻度の高い疾患である。最前線のGPsがうつ病のプライマリケアを実践するためには、うつ病診断、治療の教育的プログラムを経験するのが望ましい。本邦でも、GPsやプライマリケア従事者を対象とした日本医師会や厚生労働省のマニュアルが作成され、うつ病の診断やスクリーニング、治療や対応についての対策が全国的に展開されている。GPsがうつ病に対する適切な医療を提供し、精神科や地域との連携も積極的に行いながら、うつ病患者の病状にあった適切な医療資源の利用につなげることは、自殺を予防することに大きく貢献すると考えられる。

謝辞 本論の一部は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」(平成14~16年)、財団法人岩手県長寿社会振興財団高齢者保健福祉基金助成金「高齢者の心の健康と自殺予防に関する広域にわたる包括的事業」、久慈地方振興局地域活性化事業調整費「久慈地域こころの健康づくり推進事業」によった。

文 献

- 1) The World health report : 2001 : Mental health : new understanding new hope. WHO, France, 2001.
- 2) 張 賢徳 : 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. 日本医事新報 3786 : 37-40, 1995.
- 3) 青木康博 : 警察資料を基にした久慈地域の自殺者の特徴と介入ポイントに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 H14~ H16年度総合研究報告書, 2005.
- 4) 飛鳥井望 : 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—. 精神神経学雑誌 96 : 415-443, 1994.
- 5) 川上憲人, 大野 裕, 宇田英典ほか : 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 : 3地区の総合解析結果. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究分担研究報告書, 2004.
- 6) 佐藤 武 : プライマリ・ケアを受診するうつ病. 臨床精神薬理 6 : 175-180, 2003.
- 7) 大野 裕, 小泉 毅, 大山博史 : 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「うつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究. 総合研究報告書」, pp3-24, 2001.
- 8) 酒井明夫 : 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 H14~ H16年度総合研究報告書, 2005.
- 9) Rutz W : The role of primary physicians in preventing suicide : possibilities, short-coming, and the challenging in reaching male suicide. (ed. D Lester) Suicide preventions : resources for the