

自殺予防の動向

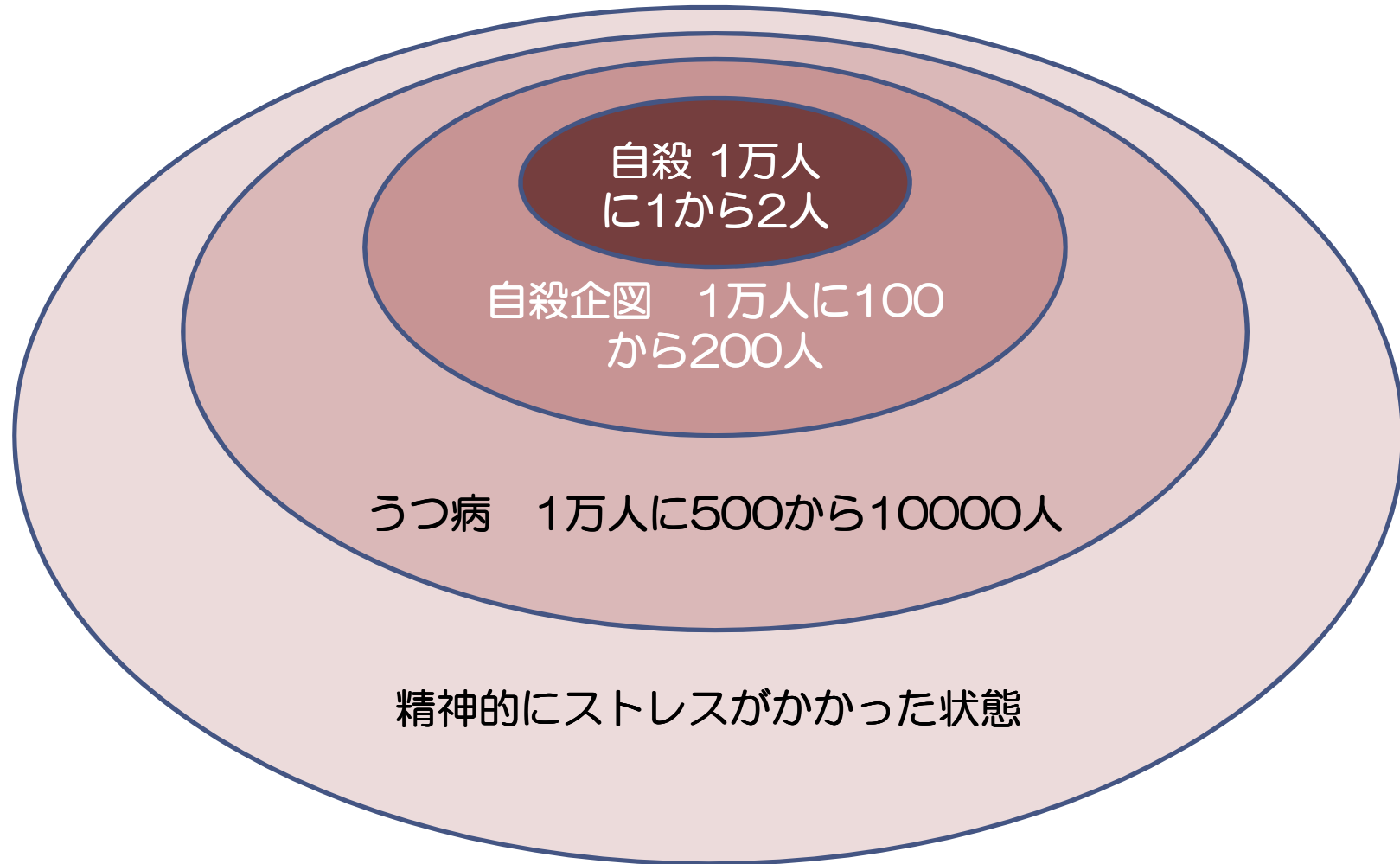
—未遂者への対策中心に—

野口 正行
岡山県精神保健福祉センター

はじめに

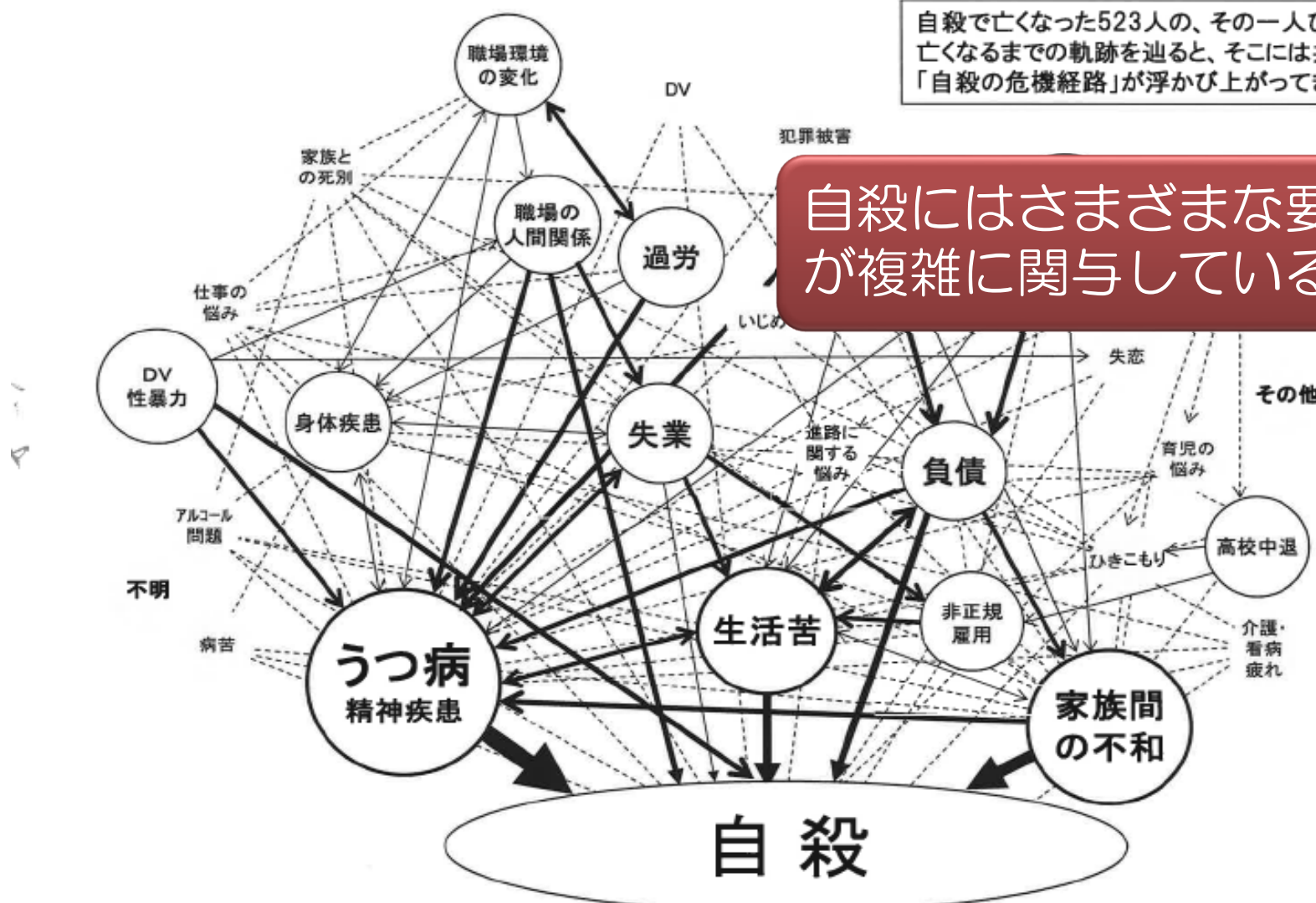
- ・ 自殺予防は日頃の関わり積み重ね
- ・ 近所への不信感、孤立感、体が思うように動かない、他の人の迷惑になっている、仕事がない、精神疾患罹患などが自殺のリスクに関係
- ・ 日頃のマメな声かけが大切
- ・ 自殺未遂は最大の自殺リスク因子
- ・ 住民、ゲートキーパー、専門職、行政関係者の「きづき、つながり、みまもり」が大切

自殺＝最終経路



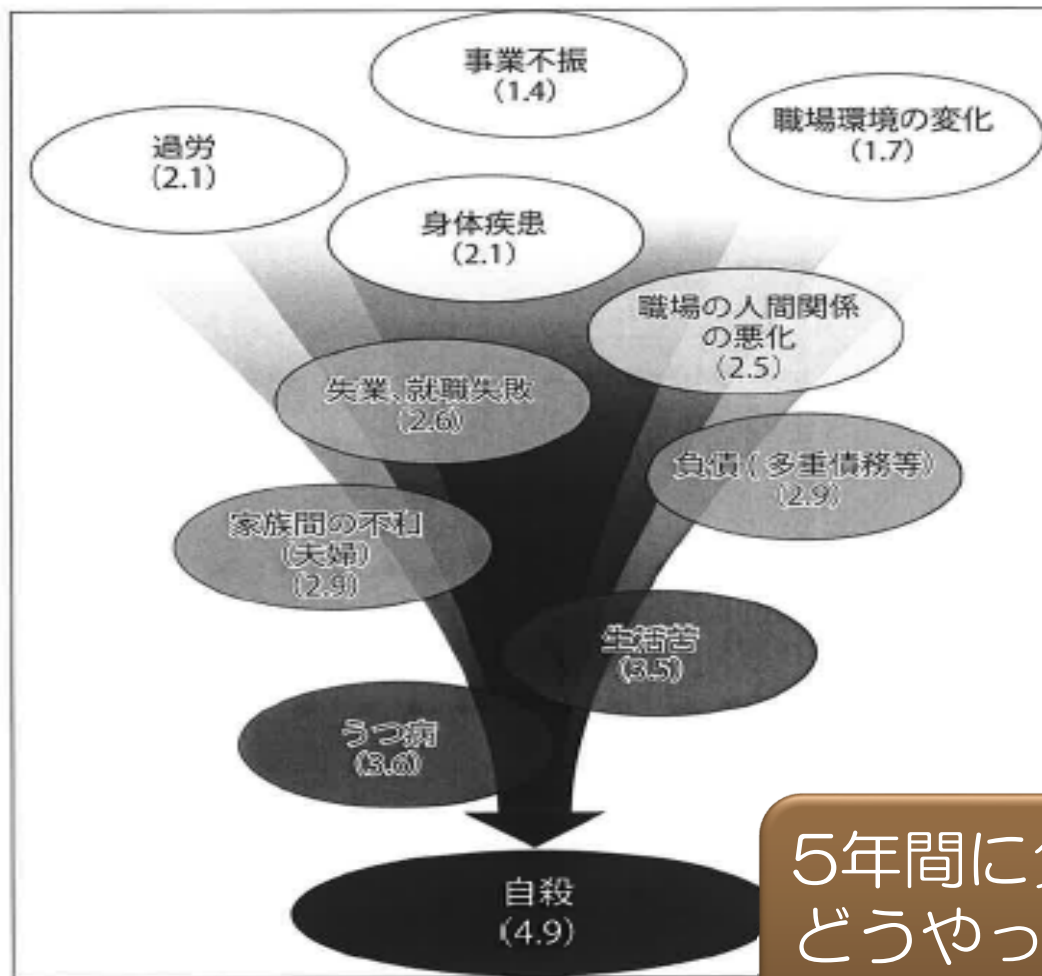
自殺で亡くなった523人の、その一人ひとりの亡くなるまでの軌跡を辿ると、そこには共通の「自殺の危機経路」が浮かび上がってきた。

自殺にはさまざまな要因が複雑に関与している



ライフリンク：「自殺実際白書」（2013）

「全体（502人）」の危機要因の連鎖図

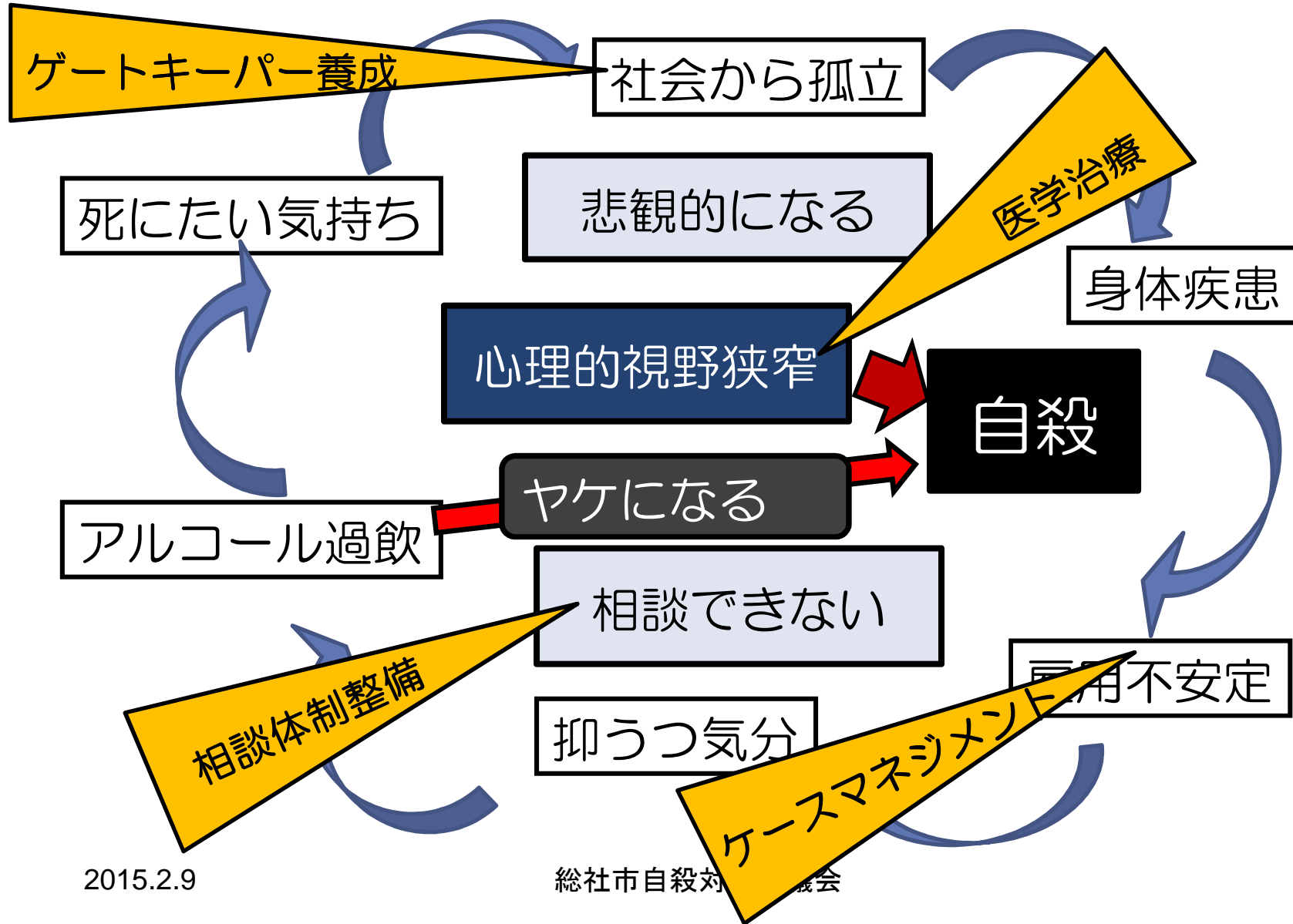


亡くなるまでの年月…5年

5年間に負のスパイラルを
どうやって断ち切れるか

ライフリンク：「自殺実際白書」（2013）

自殺の心理の悪循環



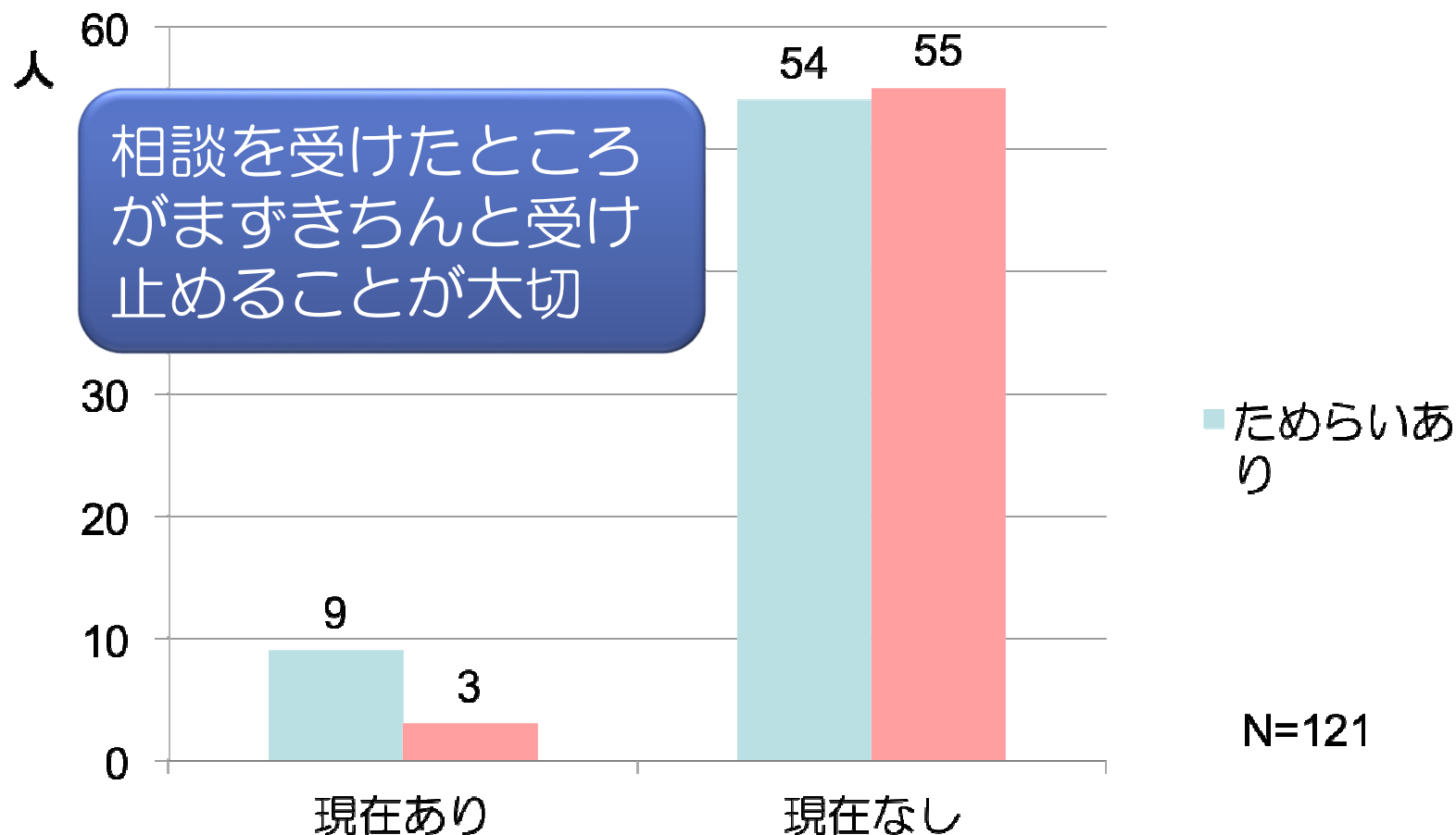
うつ病

- 頻度：6.7%の人が一生のうちに1回はうつ罹患
- うつ病患者のうち、精神科受診する人は14%。9%の人が一般診療科受診。
- 一般医受診患者の5-10%はうつ病。
- 心疾患や糖尿病などの身体疾患の10-20%にうつ病を合併。

実際にはありふれた病気であるが精神科受診は少ない

うつ病治療は必要だが、多重債務、生活保護、家族問題、ほかさまざまな支援が必要

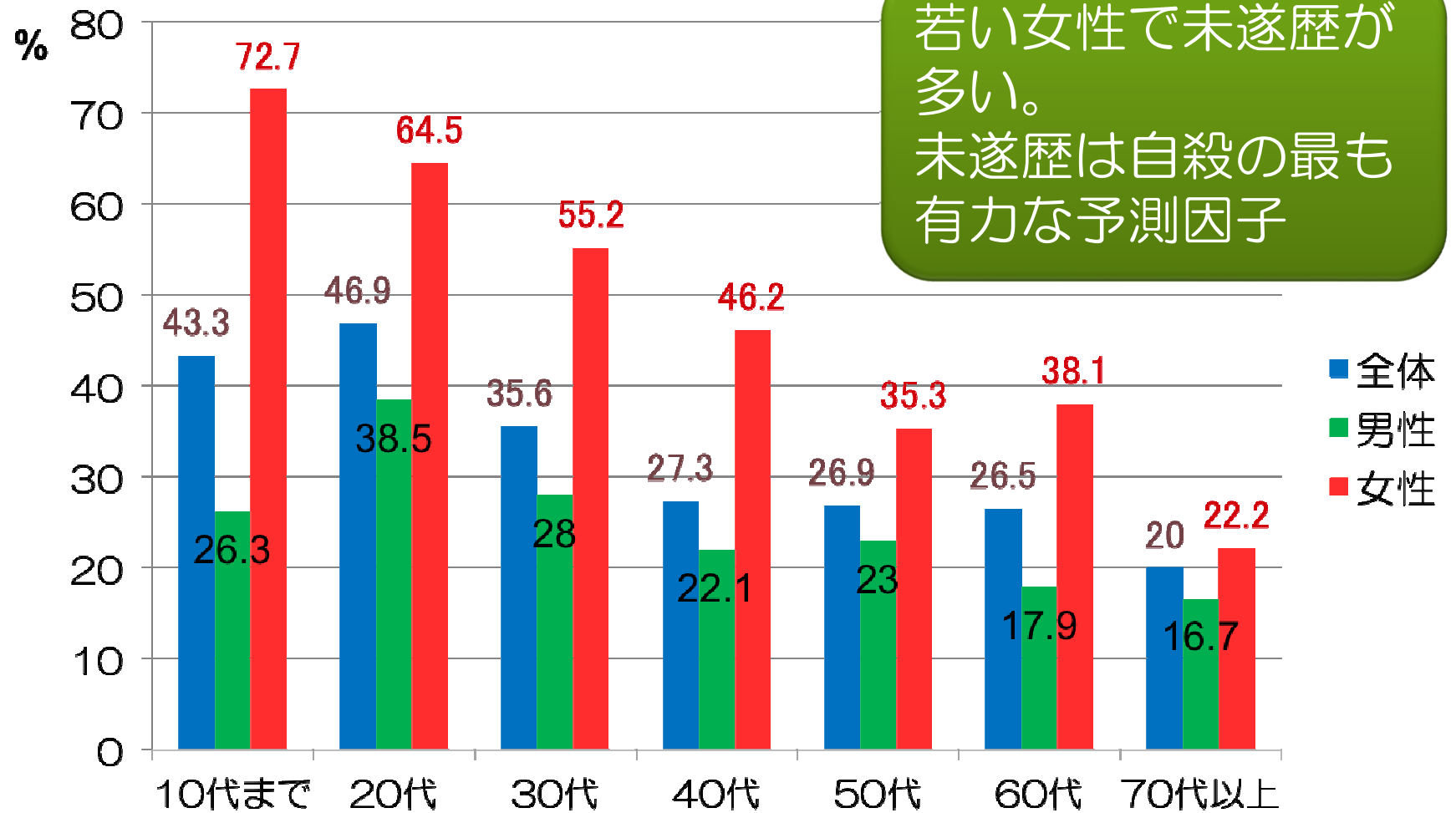
相談へのためらいと死にたい気持ち



ライフリンク：「就職活動に関わる意識調査」(H25)より

総社市自殺対策協議会

自殺者における未遂歴の有無



若い女性で未遂歴が多い。
未遂歴は自殺の最も有力な予測因子

ライフリンク：「自殺実際白書」(2013)

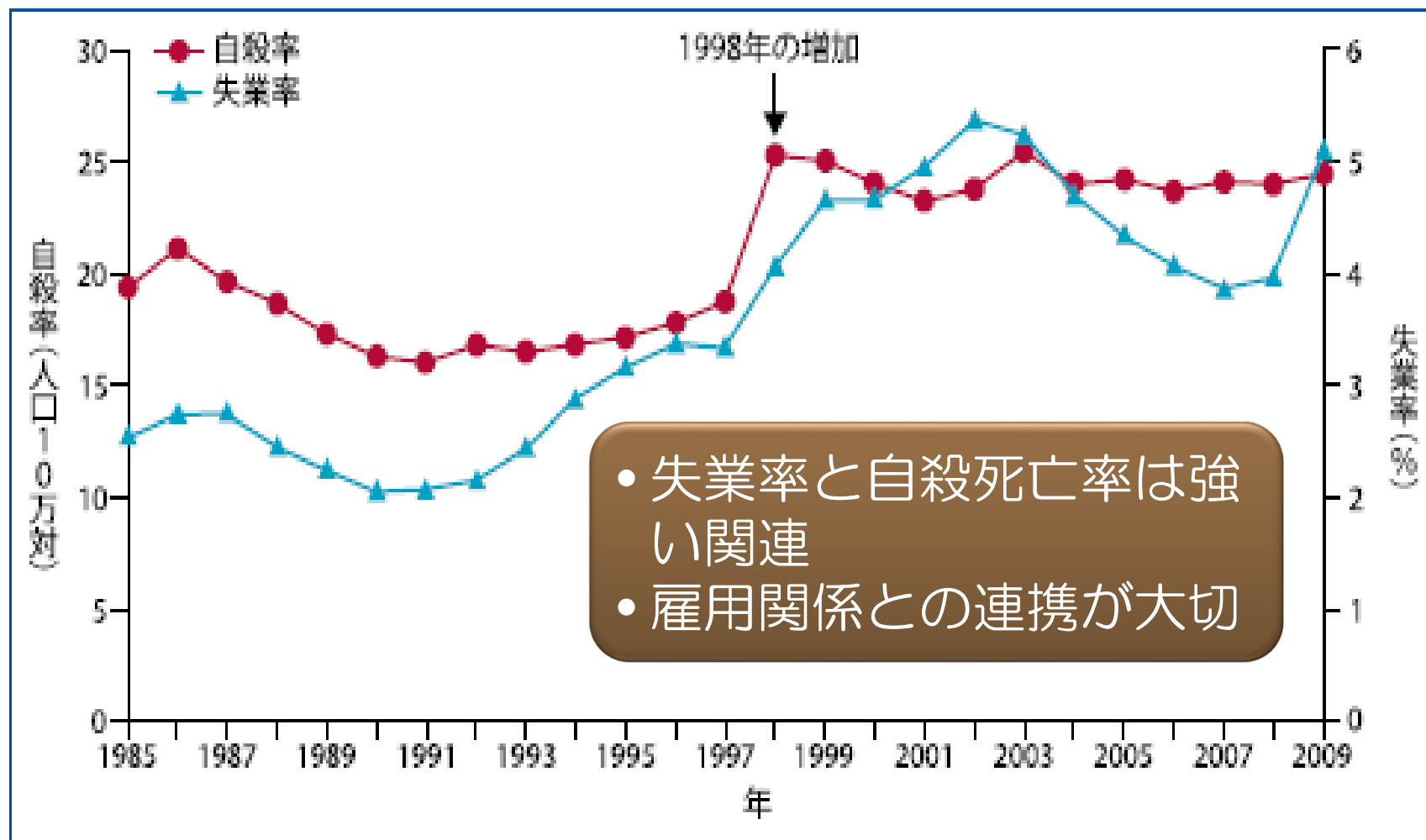
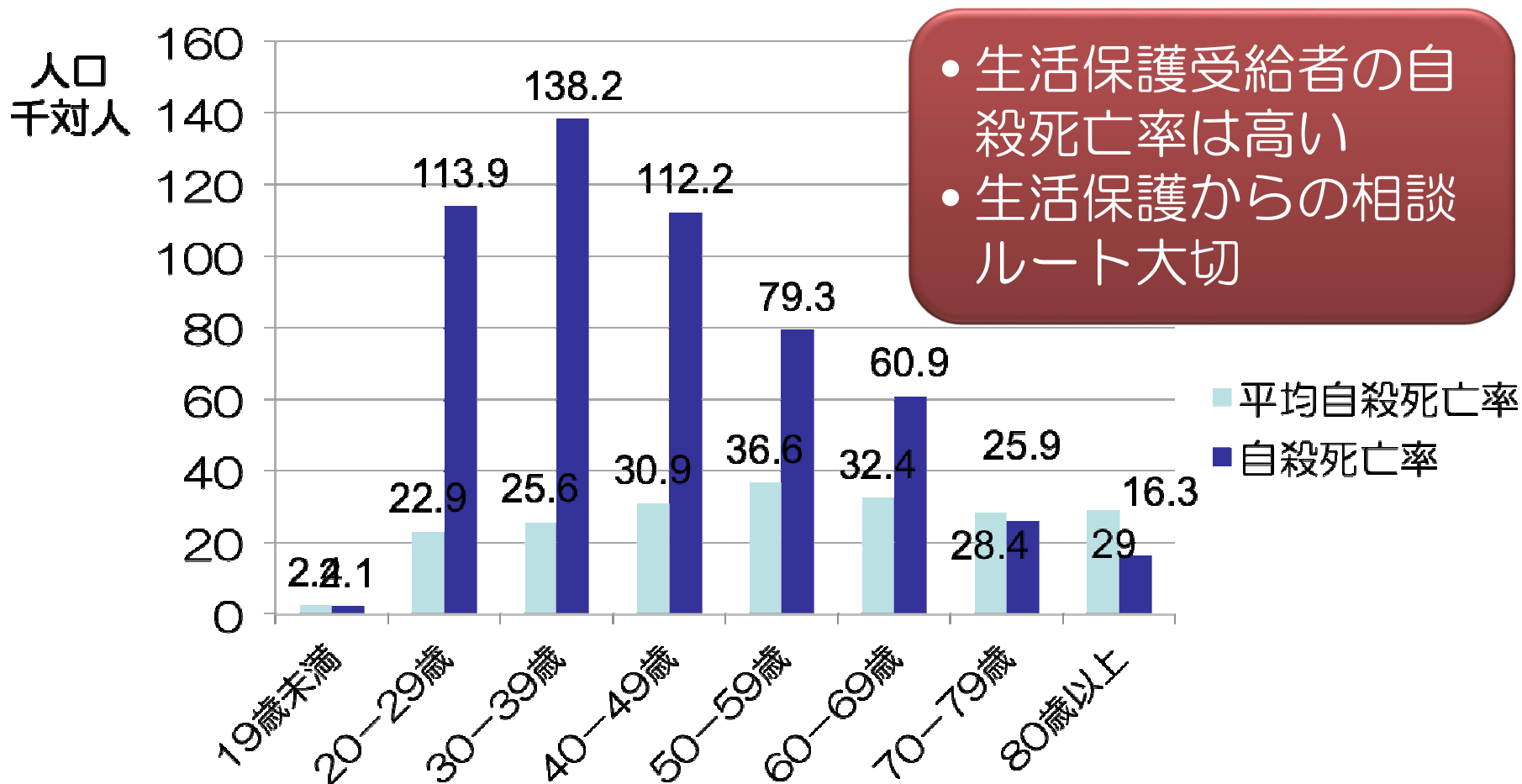


図 1985年から2009年までの日本の自殺率と失業率の年次推移

本橋豊：日本の自殺。ランセット，2011

生活保護受給者の自殺死亡率



- 生活保護受給者の自殺死亡率は高い
- 生活保護からの相談ルート大切

厚生労働省：「第4回社会保障審議会生活保護基準部会」(H23.7.12)

NOCOMIT-J

- 【1次予防（住民全体へのアプローチ）】

1. 一般住民向け普及啓発
2. 地域のキーパーソン向け普及啓発・研修等
3. 医療従事者向け研修会
4. こころのケアナース養成事業

- 【2次予防（ハイリスク者へのアプローチ）】

1. ハイリスク者のスクリーニング
2. スクリーニング後の対応強化
3. 電話相談・専門相談や専門職による訪問等の支援

- 【3次予防（ポストベンション：自死遺族の把握と支援）】

1. 地域のキーパーソンによる情報提供
2. 普及啓発媒体の配備、相談窓口の設置

（厚生労働省：地域における自殺対策プログラム

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/08.pdf>）

予防プログラムの内容

1. **地方自治体**：リーダーシップ（特に首長）・協議会の開催：住民の意識づけ・組織の横断的な連携協力関係・支援が必要な人への気づきとつなぎ
2. **普及啓発**：住民の意識づけ・支援が必要な人への気づきとつなぎ
3. **ゲートキーパー養成**：警察、医療職、教師、行政職員、介護職員、福祉施設職員、そのほか：支援が必要な人への気づきとつなぎ
4. **ハイリスク者サポート**：声かけや活動への参加：社会のつながりの育成・支援が必要な人への気づきとつなぎ

NOCOMIT-Jの結果

- 地方（介入群：N=291,459；対照群：N=339,674）
- 大都市（介入群：N=3,615,586；対照群：N=3,704,341）
- 結果：地方で男性（39%）、高齢者（35%）と自殺企図者が減少
- 大都市では有意差が得られず
- 地方では予防策がきちんと実施できていたが、大都市では実施が不十分

地方自治体のリーダーシップ・社会のつながり・住民の意識・支援が必要な人への気づき・必要な医療や支援へのつながりの体制の大切さ

(Ono et al. *Plos One*, 2013)

抑うつや希死念慮

• 抑うつ		18.8%
-	女性	20.2%
-	男性	16.7%
オッズ比 (95%信頼区間)		0.79 (0.72-0.87)
• 希死念慮		10.1%
-	女性	11.5%
-	男性	7.8%
オッズ比 (95%信頼区間)		0.65 (0.57-0.73)

両方とも有意
に女性に多い

(岡山県・岡山大学：高齢者こころの健康調査。2010)

2015.2.9

総社市自殺対策協議会

15

訪問と希死念慮との関連

オッズ比と95%信頼区間



モデル1 : 調整なし

モデル2 : ソーシャルサポート、年齢、性別、教育歴、配偶者の有無で調整

モデル3 : ソーシャルサポート、年齢、性別、教育歴、配偶者の有無、日常生活自立度で調整

(Noguchi et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014)

希死念慮を低下させる因子

- 近所への信頼感・活動への参加・手助けしてくれる人の存在・愛育委員・民生委員等の訪問は死にたい気持ちを少なくする効果がある
 - 教育歴が低い、体が不自由、配偶者がいない高齢者は注意
 - 住民の活動への参加を呼び掛けること
 - 行政機関が愛育委員、民生委員への必要な情報提供と声かけのサポートをすること

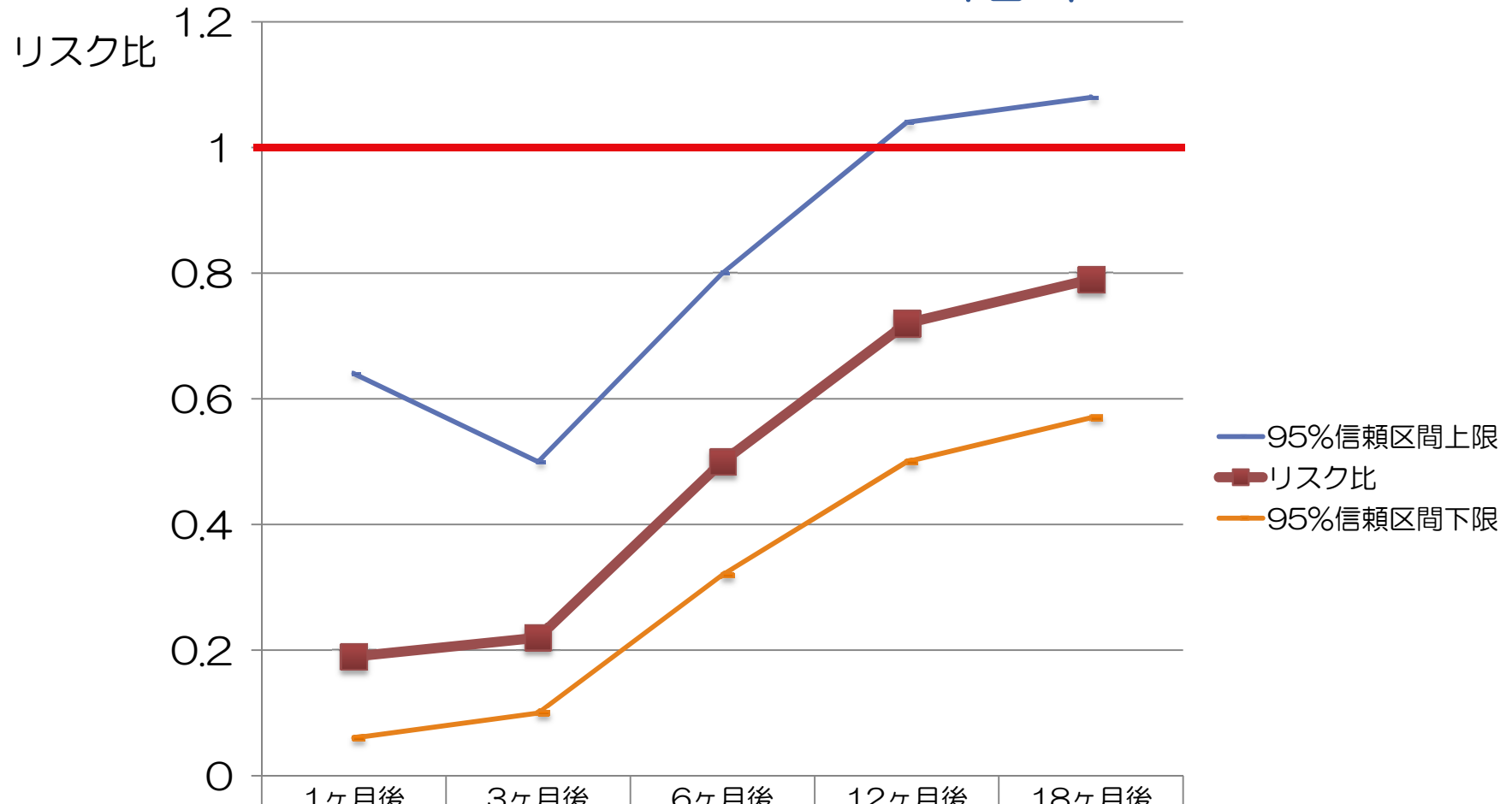
地域住民と行政機関の協力関係が重要

ACTION-J

- 自殺未遂で救急病院に入院した患者を、ケースマネージメントを行った群（介入群 :N=460）と行わなかった群（対照群:n=454）に分けて、介入効果を検証
- 介入群では、ケースマネージャー（精神保健福祉士など）が、退院後の医療資源に加えてさまざまな地域支援につなぐ役割をした。
- 入院治療だけではなく、その後のフォロー体制の重要性を確認

(Kawanishi et al. *Lancet Psychiatry*, 2014)

ACTION-Jの結果



	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	12ヶ月後	18ヶ月後
95%信頼区間上限	0.64	0.5	0.8	1.04	1.08
リスク比	0.19	0.22	0.5	0.72	0.79
95%信頼区間下限	0.06	0.1	0.32	0.5	0.57

未遂者支援の重要性

- 退院後は自殺リスクが高い時期
- 退院後早期のフォローアップと治療・支援の連続性が自殺減少させる
- 生活面でのさまざまな困難を抱えている人は医学的治療のみでは限界がある
- 医学的治療プラス生活支援を組み立てるケースマネジメントが重要
- 長期的には生活面での困難さ、生きづらさの解決が必要か

以上をまとめると

- 自殺対策は医療機関につなげればよいものではない
- 自殺リスクのある人は助けを求めにくい
- 相談を受けたところが本人の訴えを受け止める
- 支援が途切れないように、支援者同士で連絡を作る
- 多重債務など経済面の安定、雇用確保、医療確保、孤立防止など、本人のニーズを理解した生活面でのサポート体制を作る（ケースマネジメント）
- 孤立を防ぐ組織育成
- 自治体としての体制づくり

自治体としてできること

- 市町村は基礎自治体として、リーダーシップは貴重
- 相談でハイリスク者を適切に評価して支援につなげるコーディネート
- 市町村内部での横の連絡が円滑に行われること
- 医療機関、保健所、介護福祉機関、雇用機関、消防、警察などとの連携体制を引くこと
- 住民組織の育成支援は大切
- きづき、つなぎ、みまもり