

特集 自殺対策と精神保健

自殺予防におけるプライマリーケア医との連携

細田 眞司¹⁾, 坪内 健²⁾, 小林 孝文³⁾

2007年制定の自殺総合対策大綱において適切な医療を受けることができるようにするために、かかりつけの医師（以下、かかりつけ医）の役割を重視し精神疾患への診断・治療技術の向上と適切な精神科医療が受けられるようにすることがあげられている。

島根県における調査、取り組みにおいて以下の点が明らかになった。

- 1) かかりつけ医の38.4%が通院中の患者の自殺を体験していた。内科では55.6%、内科以外では17.0%の医師が患者の自殺を体験していた。
- 2) 松江保健所圏内（2次医療圏）精神科医療機関の2009年6～8月初診患者（948人）のうち紹介による初診は29.6%であり、紹介をされた患者の中で希死念慮・自殺念慮を認めたものは25.3%（軽度17.8%、中等度5.7%、重度1.8%）であった。自殺企図を認めたものは12.5%（軽度6.4%、中等度3.9%、重度2.1%）であった。
- 3) 出雲圏域の調査では、73%のかかりつけ医がうつ状態の患者の診療を行っているが、相談できる専門医がいないとするものが38%あった。地域における精神科コンサルテーションの充実が必要であることが明らかになった。
- 4) 自殺率が高かった益田圏域においては2004年から2年にわたって自殺予防対策モデル事業が行われた。多くの関係機関の相互連携を重視し、医療機関においても精神科以外の医療機関と精神科病院の連携とともに、健診等での質問票を利用したセルフチェックを促し、精神的な不調を認めた人には健診現場や医療機関等の各機関でのサポートとともに保健師訪問活動を積極的に行ったことが特徴であった。これらの取り組みによって、自殺率は対人口10万48.9～58.1人（2001～2003年）から対人口10万19.8～36.7人（2008～2010年）に減少した。
- 5) これらの結果から、かかりつけ医の多くが通院中の患者の自殺を体験しており、自殺念慮、自殺企図を含めた精神的不調のある患者の精神科への紹介を心がけている一方、相談のできる精神科医がいないなど対応に苦慮していることが明らかになった。かかりつけ医の取り組みと精神科医の連携を含めた自殺予防の総合的対策が有効であり、地域医療計画の中で種々の相談機関と医療の連携、精神科以外の医療機関と精神科が有機的に結びついた枠組みを構築していく必要がある。

1. はじめに

2007年制定の自殺総合対策大綱において、精神的な不調がある場合に適切な医療を受けることができるようにするために、かかりつけの医師（以下、かかりつけ医）の役割を重視し精神疾患への診断・治療技術の向上と精神科医療との連携

があげられている。自殺に至った人の40%以上が精神科以外の医療機関に自殺4週以内に受診しているという調査結果²⁾があり、かかりつけ医の役割は大きい。日本医師会では自殺予防マニュアル³⁾を作成し、各地の医師会などの取り組みが報告されている¹⁾が、精神的な困難を抱える患者へ

著者所属：1) こころの診療所細田クリニック

2) 松ヶ丘病院

3) 島根県立中央病院

の対応が日常診療の一場面として全ての臨床医が関わるまで至っていないのが実情である。

本稿は、精神科医療におけるプライマリーケア医（つまり、精神科以外の医師、「かかりつけ医」）が体験する自殺の実態、精神科との連携等について、島根県における調査、取り組みを報告し、今後の課題・方策を示すことが目的である。

2. かかりつけ医が直面する患者の自殺

松江圏域自殺予防連絡会議（保健所主催）に設置された医療連携ワーキンググループが、2010年松江市医師会、八束医師会、安来市医師会の協力を得て、かかりつけ医への自殺に対するアンケート調査を行った。有効回答92人（回答率59%）のうちの精神科医以外の86人について解析した。開業10年以上は58.1%であり、科の内訳は内科52.3%、内科以外47.7%であった。

38.4%（33/86）の医師が通院中の患者の自殺を体験していた。内科では55.6%、内科以外では17.0%の医師が患者の自殺を体験していることが明らかになった。自殺の要因（複数回答）では、うつなどの精神疾患（39.3%）が最も多く、身体疾患（16.6%）、家庭の不和（8.3%）、負債・生活苦（8.3%）、職場の問題（5.0%）、事業不振（5.0%）であった。

うつ病などの精神疾患を認めたときの対応（複数回答）では、精神科紹介（97.6%）、自院で治療ケア（15.1%）、各種相談機関紹介（9.7%）、保健師につなぐ（4.7%）、産業医と連携（3.5%）であった。

多くのかかりつけ医は通院中の患者の自殺を体験しており、自殺の要因についてもある程度把握されていることから、自殺予防に関心が高いことが推察された。また、ほとんどのかかりつけ医が精神科への紹介を積極的に行おうとしていることが明らかになった。一方、保健師や相談機関などの連携は少なく、複数の要因を背景にしておこる自殺の予防を考慮すると、その利用の促進、啓発が必要と考えられた。

3. 精神科医療機関との連携

松江圏域自殺予防連絡会議医療連携ワーキンググループが、2010年8月松江保健所圏内（2次医療圏）精神科医療機関の2009年6～8月初診患者について、他の医療機関からの紹介患者の実態を調査した。圏域の精神科病院4つ、総合病院精神科（病棟あり）2つは全て回答をされ、精神科診療所では9つのうち6つからの回答を得た。調査対象期間の初診患者数は948人で、そのうち紹介による初診は29.6%（281人）で、紹介率は精神科病院：35.5%、総合病院精神科：39.8%、精神科診療所：17.3%であった。紹介元の科の内訳は内科30.6%が多く、そのほかの科は産婦人科4.6%、脳外科、泌尿器科各3.9%、整形外科、眼科、皮膚科各2.8%など様々な科から同じ程度の紹介を受けていた。

紹介をされた患者の中で希死念慮・自殺念慮を認めたものは25.3%（軽度17.8%、中等度5.7%、重度1.8%）であった。自殺企図を認めたものは12.5%（軽度6.4%、中等度3.9%、重度2.1%）であった。なお、この調査期間中の細田クリニックの初診107人のうち紹介により受診したものが23人（21.5%）であった。希死念慮・自殺念慮があったものは紹介群39.1%、非紹介群29.7%、自殺企図があったものは紹介群21.7%、非紹介群7.1%で紹介群で希死念慮・自殺念慮、自殺企図とも多い傾向があった。

紹介された患者の1年後の転帰は、社会的機能回復（治療終了）13.5%、社会的機能回復（治療継続）20.6%、社会的機能回復が十分でない（治療継続）18.5%、入院中4.6%、精神科転医11.7%、治療中断10.3%（症状軽快4.3%、症状未軽快3.6%、再度介入を要する可能性があるもの2.5%）、その他21.4%（施設入所など）であった。また、自殺でなくなった患者は本調査期間では認めなかった。

かかりつけ医は実際に精神科への紹介を積極的に行い、その患者群の中での自殺念慮、自殺企図のあるものが多いことからかかりつけ医と精神科との連携の重要性が明らかになった。精神科に紹

介された患者群の1年後の転帰において、治療を中断し再度介入の危険性がある患者は2.5%と少なく、自殺予防において精神科医療の役割は大きいと考えられた。

4. うつ状態への対応においてかかりつけ医が困っていること

出雲医師会の協力を得てかかりつけ医のうつ状態の人への対応の実情を調査し、93医療機関からの回答(回答率:67%)を得た。うつ状態の患者を診療していると答えたかかりつけ医は73%であった。多く認める症状(30%以上)は睡眠障害57.0%、抑うつ気分47.3%、疲労感41.9%、不安・取り越し苦労36.6%であった。治療に関しては、まず自院で治療38%、専門医を勧めるが希望すれば自院32%、専門医紹介優先15%であった。参考にしている診断基準・評価尺度があると答えたものは13%で、ないと答えたかかりつけ医が81%にのぼった。相談できる専門医があるかかりつけ医は60%であり、相談できる専門医がないとするものが38%であった。また、うつ状態の診療でとても困ることは、診断25%、薬物選択36%、自殺の評価50%、紹介先10%であった。日本医師会が作成した自殺予防マニュアルを活用している医師は12%で、読んだが活用していない51%、読んだことがない35%と十分に活用されていないことが明らかになった。精神科専門医との連携で望むものとして、ガイドライン配布45%、研修会開催49%と診断治療についての知識を希望するとともに、紹介システムの構築を望む医師が47%であった。

以上より、かかりつけ医はうつ状態の患者に対して積極的に関わろうとしているが、診断基準や自殺の評価などに心許なさを感じていることから医療技術への一層の支援が必要であると考えられた。また、4割のかかりつけ医が相談できる精神科医がないと回答していることから、地域において気軽に精神科コンサルテーションが受けられる仕組み作りが求められている。

表1 益田圏域の自殺総合対策取り組み前の自殺率(対人口10万)

	1999	2000	2001	2002	2003
全体	32.3	34.0	49.3	58.1	48.9
男性	59.7	55.1	76.1	85.6	77.8
女性	7.6	15.4	31.0	33.9	23.7

5. 益田圏域の取り組み

島根県の中でも自殺率が対人口10万48.9~58.1人(2001~2003年)と非常に高かった益田圏域(表1)においては2004年から2年にわたって自殺予防対策モデル事業が行われた。医師会・病院では、①住民への啓発として医師会まつりでの講演会、②医師を対象としたうつ病を中心とした研修会、③市町村から委託した基本健診でのメンタルヘルスチェック票の活用、④病院職員を対象とした自殺予防の研修会を実施した。産業保健関係(労働基準監督署、地域産業保健センター、商工会議所・商工会、環境保健公社)においては、①各種説明会で「自殺予防対策」の概要の周知、②職場研修への講師派遣、③自殺予防講演会、④職場健診時のメンタルヘルスチェック票の活用、⑤職場健診会場でのメンタルヘルスを含めた保健指導を行った。保健関係(精神障害者地域生活支援センター、市町村・健康福祉センター)では、①自殺予防に関する関係者の勉強会、②機関誌に啓発記事掲載、③民生児童委員対象の研修会、④うつ病などに関する住民の意識調査、⑤市町村広報を活用しメンタルヘルスチェック票の配布・周知、⑥一般住民を対象とした講演会、⑦各種研修会への講師派遣、⑧市町村において保健師の精神的不調を認めた人への訪問活動を実施した。これらは秋田県や新潟県などの先進的取り組みを参考にした。そして、多くの関係機関の相互連携を重視し、医療機関においても精神科以外の医療機関と精神科(圏域精神科病院1カ所のみ)の連携が重視された。そして、健診などでのメンタルチェックを利用したセルフチェックを促し、精神的な不調を認めた人には健診現場や医療

表2 益田圏域の自殺総合対策取り組み後の自殺率
(対人口10万)

	2006	2007	2008	2009	2010
全体	29.3	32.7	19.6	36.7	20.8
男性	50.3	47.9	25.9	45.8	28.2
女性	11.0	19.5	14.2	28.6	11.0

機関などの各機関でのサポートとともに保健師訪問活動を積極的に行ったことが特徴といえる。

モデル事業後も、精神科医と医師会員の勉強会として「益田地区メンタルヘルス懇話会」が定期的に開催されるようになっていく。また、益田市自殺対策会議のコーディネートにより、2ヶ月に1回のケース検討会（益田市「ネット輪ーク」）が開始され、益田市子ども若者支援センター、養護教諭、警察署生活安全課、職業安定所、弁護士、市役所、保健所、子育て支援課、生活支援センターなどの関係者がケースのテーマごとに集まり検討を行っている。その助言者を精神科医（松ヶ丘病院坪内健）が担っている。さらに、学校、児童相談所、子育て支援センター、医師会病院、益田赤十字病院、特別老人ホームなど様々な場所での講演会が開かれるようになっていく。

これらの取り組みによって、自殺率は対人口10万19.8～36.7人（2008～2010年）に減少した（表2）。ことに、男性の減少が大きかった。かかりつけ医の取り組みと精神科との連携を総合的対策の中で展開することが自殺予防において有効であると考えられた。

6. かかりつけ医へのコンサルテーション活動

かかりつけ医の多くは、講演会やテキストで一般的な知識を得ても、実際に自分が診察中の患者への対応や困ったことがあることを直裁に質問し学ぶことはほとんどないのが実情である。そこで、細田クリニックでは地域のかかりつけ医に対して、数人の小グループでの学習会を開く活動を2004年から行ってきた。小グループでのレクチャー、症例検討（紹介を受けた患者など）、日頃から対

応で困ることなどを気軽に話をする場をもつと、それまで精神的な不調を抱える患者に及び腰であった医師もそれぞれの持ち味で対応をされるようになった。そして、良いタイミングでの精神科紹介ができるようになるとともに、対応に困ったときに電話で相談を受ける機会が多くなった。電話でのコンサルテーションでは、必要な検査、薬物の選択、注意すべきリスク、的確な精神科医療機関の選択、家族や会社上司への対応などを行っており、かかりつけ医の診療の一助になっていると考えられる。当院のような活動がより組織的に行われる体制を確立することが今後の課題といえる。

7. 島根県における自殺予防 対策関連組織について

島根県においても、自殺予防対策の県の自殺総合対策事業計画に基づき各保健所単位の自殺総合対策連絡会がある。この連絡会の1つである松江保健所圏域では、断酒会、高齢者の組織（松江圏域健康長寿しまね推進会議）、ボランティア組織（松江ほほえみの会）、公民館館長会、民生児童委員の代表、いのちの電話、医師会、精神科医、保健師、警察、消防、各行政担当保健師などが年2回集まり、活動の現状を報告し活動計画を作成している。松江保健所圏域では計画を実行的に行うためにワーキンググループをつくり、その1つとして医療連携ワーキンググループを結成し、医師会と協力し、アンケートなどの調査、医師会員を対象とした研修会（年1回）、医師会員への情報提供の「かわら版」（年4回）配布（医師会から郵送）などを行っている。松江市医師会では2011年4月より「精神保健に関する委員会」を立ち上げ、連携を深めることができるようになっていく。自殺予防対策に直接取り組むための組織のほかに、精神科医の横断的な組織として「島根県精神科医懇話会」がある。この会はすでに40年以上の歴史があり、2ヶ月に1回、大学、公的病院、精神科病院、精神科診療所などの島根県全精神科医療機関の医師が集まって、学術的課題

だけでなく、制度的な問題まで含めて議論を行っている。総合病院の病床廃止問題（島根県立中央病院，松江市立病院，松江赤十字病院）では「懇話会」が中心となって存続を実現した。また，近年の医師不足から隠岐病院の精神科医が不在になる危機に対して，懇話会で人的に支援をすることを通じて病棟，外来を維持する人的配置が維持できている。このような活動から島根県精神科医療検討会を島根県が2009年から開催し，精神科医療を取り巻く諸問題に関して精神科医との協議を行っている。自殺予防対策では個々の地道な活動とともに，それを支える組織的整備，連携のあり方を見据えていくことが重要と考える。

8. おわりに

島根県では，本稿で取り上げた取り組みなどにより自殺率の減少傾向を示している。自殺予防において，かかりつけ医への精神科コンサルテーションの充実を含めた支援と精神科医療との連携を一層強化する必要がある。

精神疾患が地域医療計画の中で重要疾患として

取り上げられるようになった。自殺予防対策の重要項目である精神的な不調への早期対応と適切な医療提供を実現するためには，「5疾患5事業」の地域計画において，種々の相談機関と医療の連携，精神科以外の医療機関と精神科が有機的に結びついた枠組みを構築していく必要がある。自殺対策基本法15条において「精神保健に関する専門的知識を有するもの」と定義された精神科医が種々の活動へ積極的に関与することが求められている。

文 献

- 1) 自殺予防センター：地方自治体の自殺対策 (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/torikumi/index.html#pshimane>)
- 2) Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L.: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*, 159; 909-916, 2002
- 3) 日本医師会：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。2004

Cooperation with Primary Care Physicians on the Issue of Suicide Prevention

Shinji HOSODA¹⁾, Ken TSUBOUCHI²⁾, Takafumi KOBAYASHI³⁾

1) *Hosoda Mental Clinic*

2) *Matsugaoka Hospital*

3) *Shimane Prefectural Central Hospital*

The “General Outline of Comprehensive Suicide Prevention Measures,” formulated in 2007, places heavy emphasis on the role of primary care physicians (hereinafter “PC physicians”) in preventing suicide, calling for improvements to their diagnostic and treatment capabilities, as well as for increased availability of appropriate psychiatric care.

The following are study findings from Shimane Prefecture, Japan.

1. Among PC physicians, 38.4% had experienced the suicide of outpatients. For internists, the figure was 55.6%, while for physicians in other specialties it was 17%.
2. In the greater Matsue area, of the 948 new patients seen at psychiatric hospitals and clinics between June and August, 2009, 29.6% had been referred from PC physicians. Of the referred patients, 25.3% exhibited suicidal ideation (17.8% classified as mild, 5.7% as moderate, and 1.8% severe), while 12.5% had attempted suicide (6.4% classified as minor attempts, 3.9% as moderate, and 2.1% as serious).
3. In the greater Izumo area, although 73% of family doctors are treating patients with symptoms of depression, 38% of physicians noted the absence of specialists with whom they can consult. This highlights the need for greater availability of local psychiatric consultation services.
4. In the greater Masuda area, which had a very high suicide rate, a model suicide prevention project was implemented over two years, beginning in 2004. The project put great emphasis on cooperation between numerous concerned entities and organizations. Notable aspects of this project included cooperation between medical institutions and psychiatric hospitals, as well as efforts to promote the use of self-check mental health assessments at the time of regular health checkups, after which persons with mental health issues were provided with support at the checkup site, as well as at medical and other facilities. Another element of the program consisted of the proactive implementation of home visits by public health nurses. These approaches are believed to have contributed to the decline seen in the suicide rate, from 48.9-58.1 per 100,000 population in 2001-2003, to 19.8-36.7 per 100,000 population in 2008-2010.
5. The findings of this study illustrate the fact that many PC physicians have experienced the suicide of outpatients, and endeavor to refer patients with mental health issues—including suicidal ideation and attempted suicide—to psychiatrists. Findings also show, however, that PC physicians are struggling due to a lack of psychiatric specialists available for consultation. Comprehensive measures to prevent suicide, including efforts by PC physicians and cooperation with psychiatrists, are effective. It is therefore necessary that plans for local medical services include cooperation between a wide variety of consulting organizations and medical services, as well as construction of a framework that organically links non-psychiatric medical institutions with departments of psychiatry.

<Authors' abstract>
