



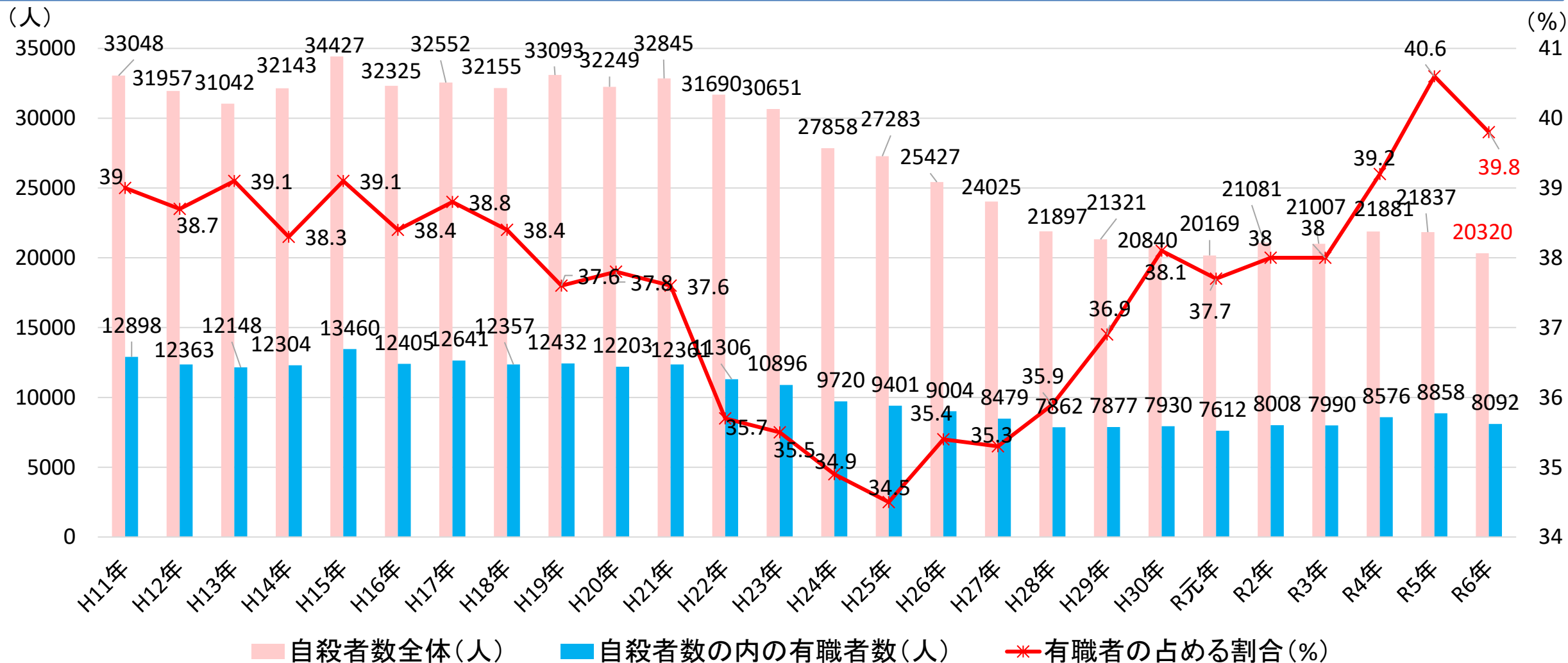
心の健康の理解

～うつ病・アルコール問題を中心に～

国立病院機構 小諸高原病院
院長 村杉 謙次

自殺者数の推移(警察庁自殺統計)

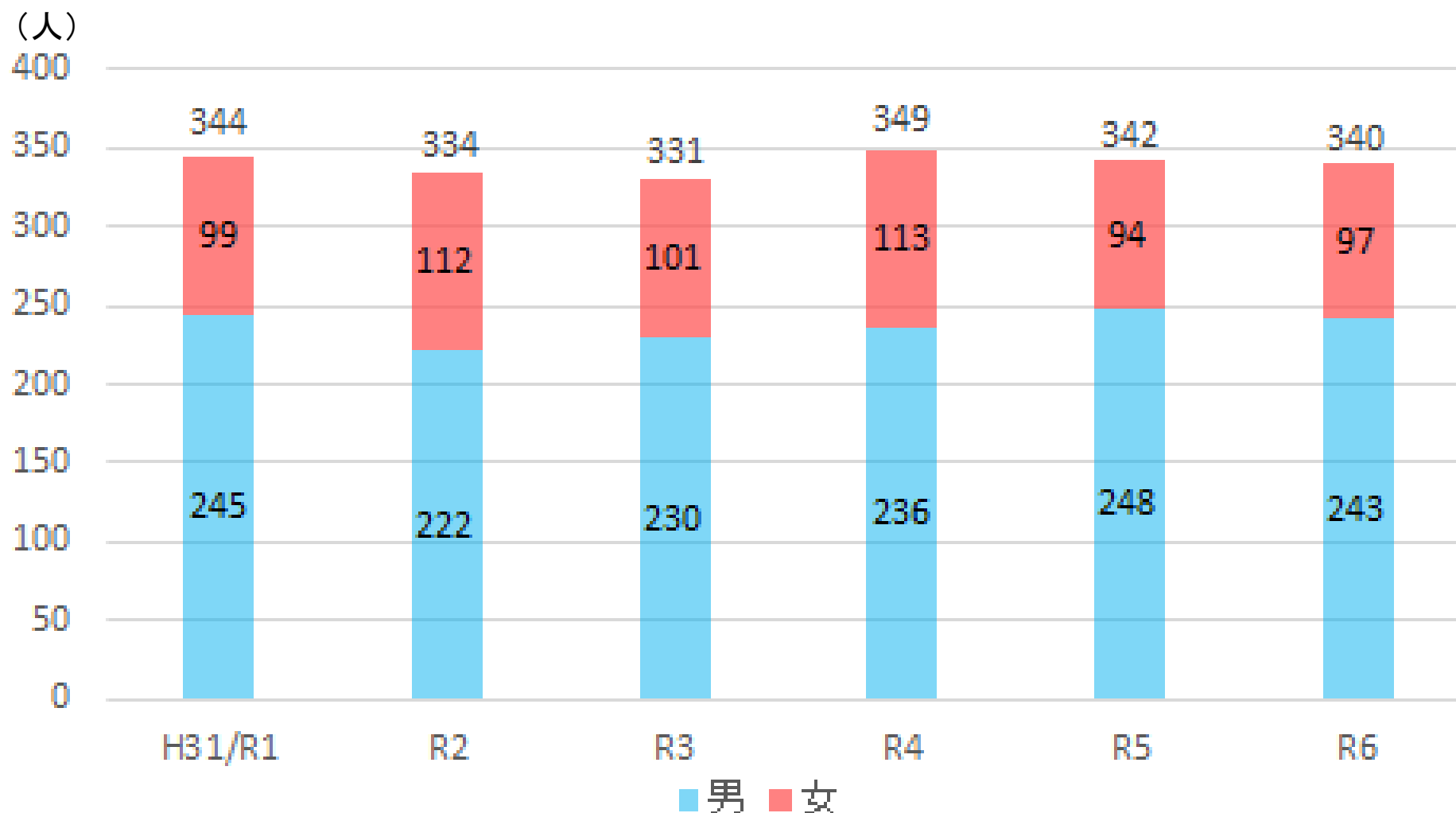
自殺者数はR2年に11年ぶりに増加に転じ、以後一進一退。R6年の自殺者数は20320人で前年より**1517人減**。年齢階級別では統計開始のS53年から40～50歳代が最多で、働き盛りの男性が多くを占める。小中高生の自殺者数は前年から16人増加の529人で過去最多



児童思春期の自殺企図の背景

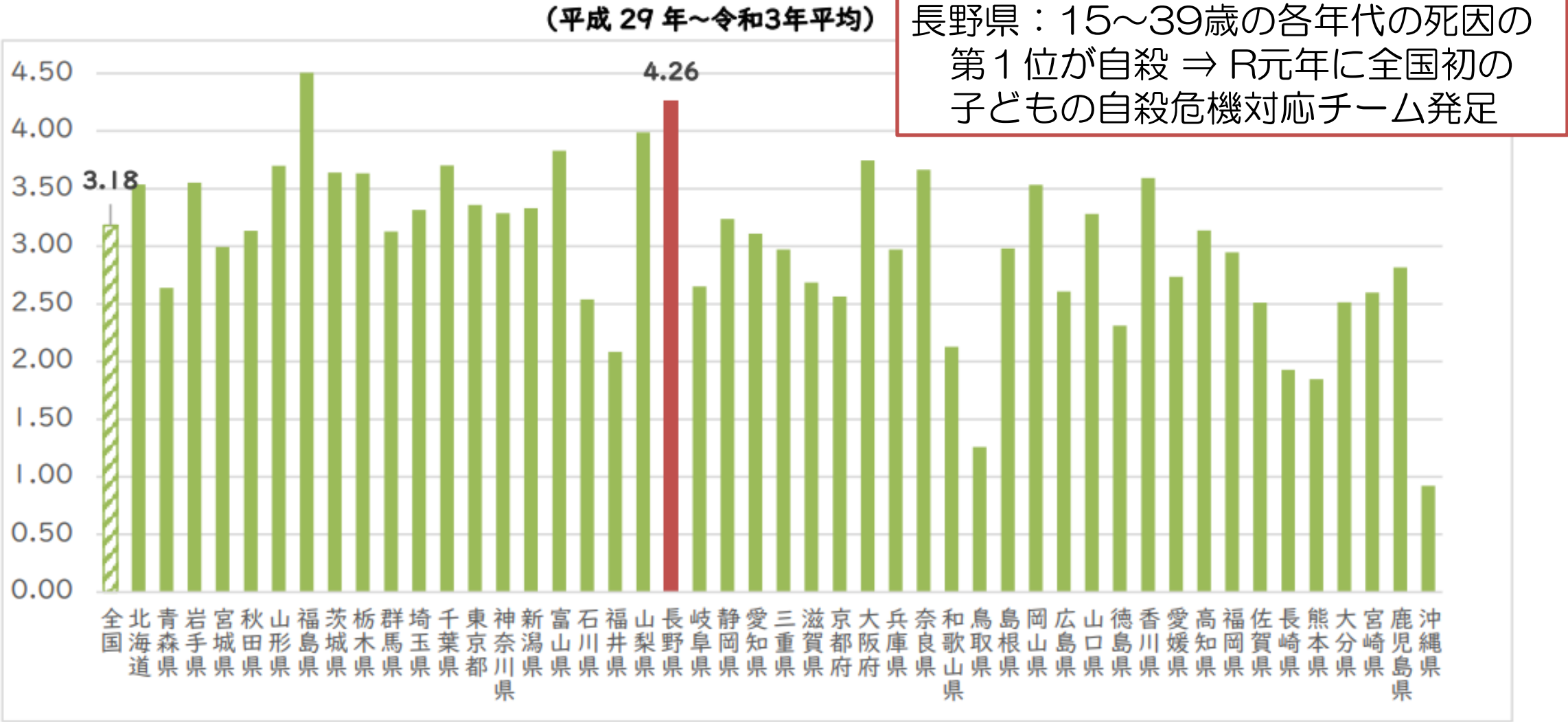
1. 家族関係および心理社会的リスク要因：両親の離婚、親との不和、家庭内でのコミュニケーション欠如、家族内の精神疾患（特にうつ病やアルコール依存）や自殺関連行動の既往、家族の問題行動
 2. 精神疾患：気分障害（特にうつ病）、物質依存、行動障害など
 3. 心理的および環境的ストレス要因：学校でのトラブル、いじめ、学業不振、停学・退学・留年などの危機、対人関係の問題、喪失
- 我が国における10代と20代の死亡原因の第一位が自殺であり、G7で唯一、10代の死亡原因の第一位が自殺という深刻な状態
 - いじめ、家庭内での虐待、または過度なプレッシャーなどが自殺企図の背景にあることが多く、学校や家庭が密室化していることで支援が届きにくい状況が、さらにリスクを高めている可能性

長野県の自殺者数の推移(平成元年～令和3年)



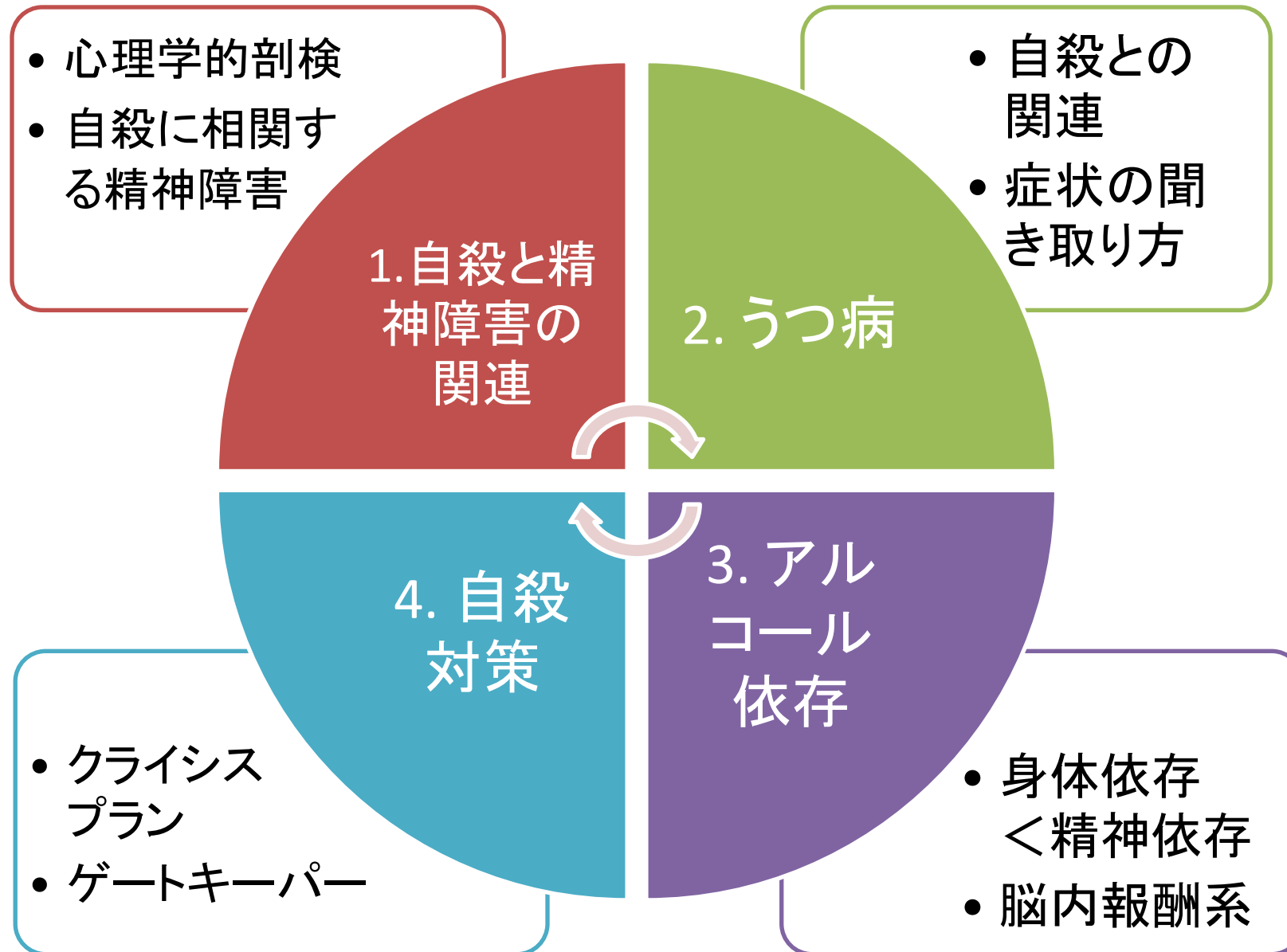
1日およそ1人が自殺で死去

都道府県別未成年者(20歳未満)の自殺死亡率の比較

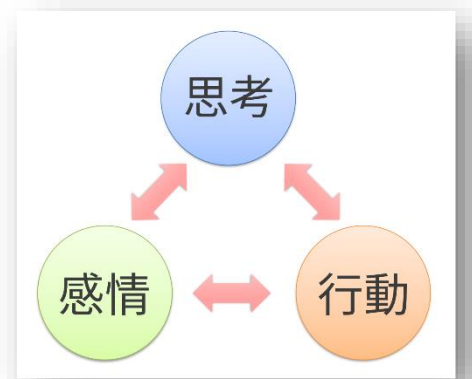


(自殺者数:厚生労働省「人口動態統計」、人口:総務省「人口推計」)

本日の講演内容



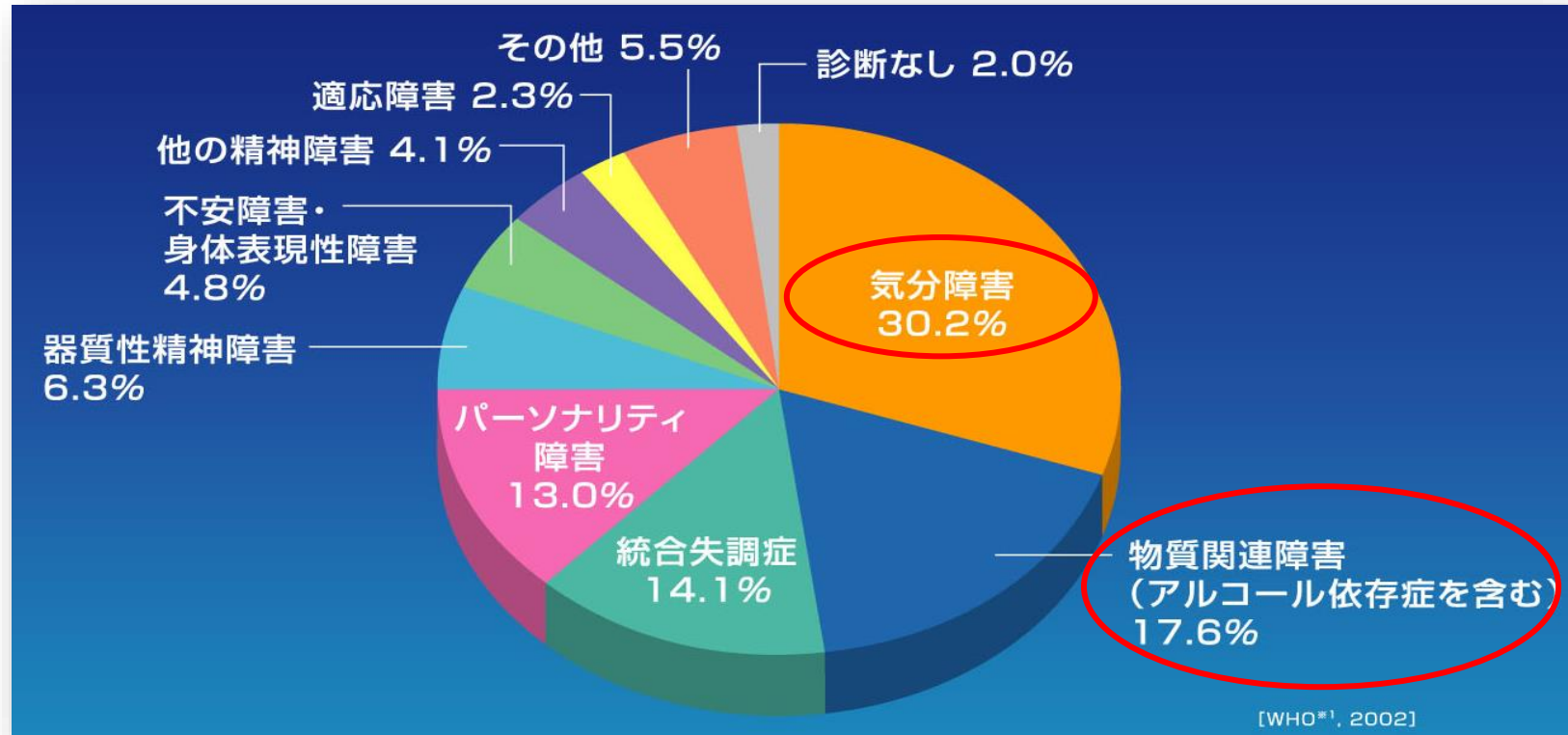
自殺と精神障害の関連について



自殺と精神障害の関連

(WHO 2002年:15629例の
心理学的剖検調査)

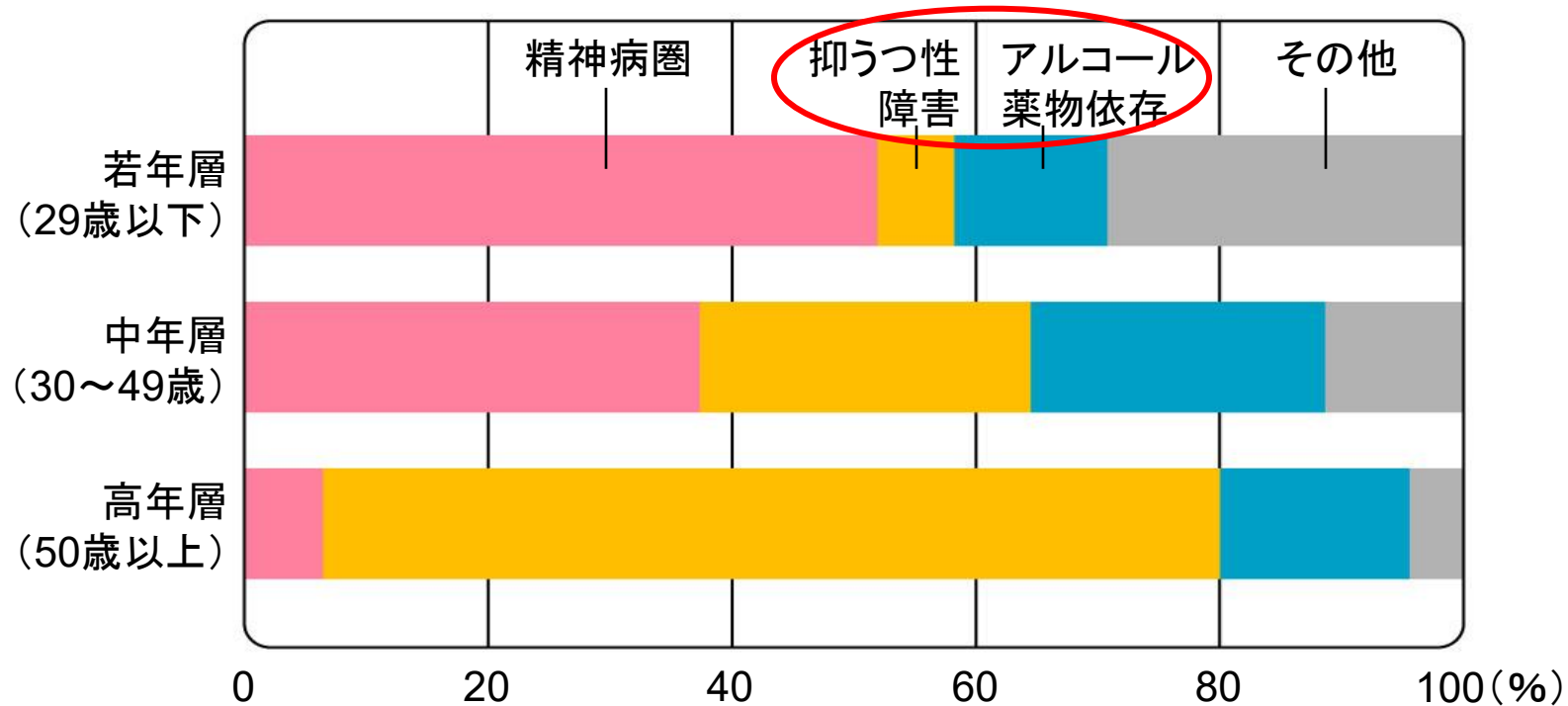
心理学的剖検：家族や
友人など周囲の人からの
情報収集によって、故人
の生前の様子を明らかに
しようとする調査手法



- 自殺に関連する精神障害の中ではうつ病・アルコール依存症の割合が多い
- 国内の心理学的剖検調査においても、自殺者の9割は自殺直前には何らかの精神障害の診断が可能な状態にあり、その中でもうつ病が多いことが確認 (Hirokawa et al.2012)
- 自殺とは精神障害を患った末の結果≡生物は「個体や種の存続」を目的として命をつないでおり、生物の多くの反応は個体や種がより長く生存するためにあり、自殺は自らの生命を絶つという例外的な生物の行動であり、極めてヒト社会に特徴的な行為

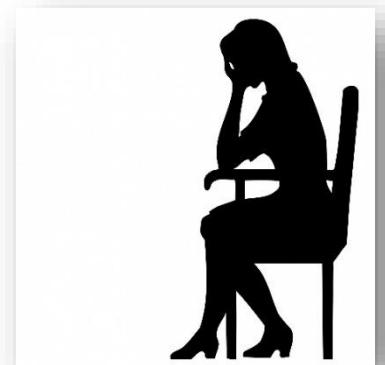
自殺と精神障害(日本 2001年:133名)

救命救急センターに収容された自殺失敗者(生命的危険性の高い手段により自殺企図したが未遂に終わった者)133名の調査



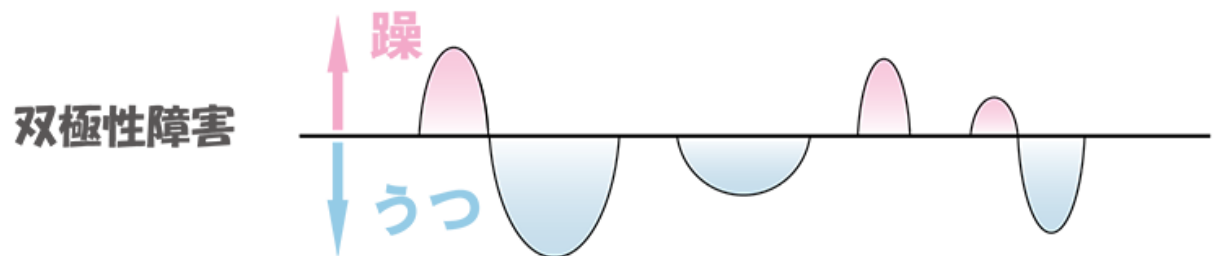
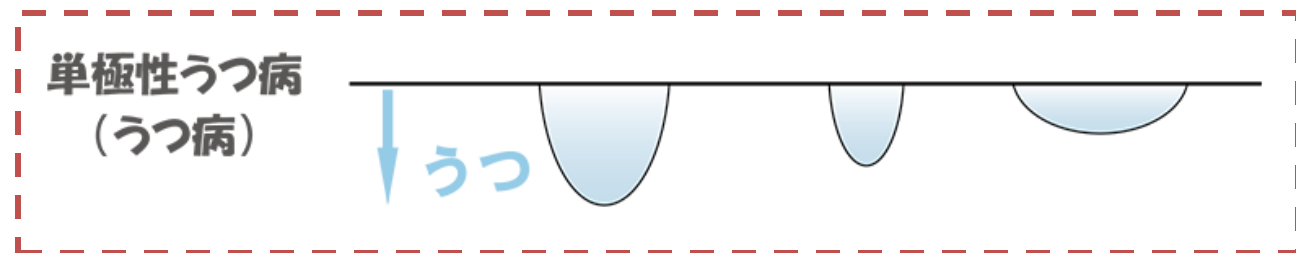
中高年層の自殺の背景に、うつ病が関与していることが多いとの報告

うつ病について



うつ病とは？

- うつ病は、気分が強く落ち込み憂うつになる、やる気が出ないなどの精神症状のほか、眠れない、疲れやすいといった身体症状が現れることのある病気で、気分障害の一種
- 気分障害は大きくうつ病と双極性障害（躁うつ病）に分けられ、うつ病ではうつ状態だけがみられるため単極性うつ病とも呼ばれるが、双極性障害はうつ状態と躁状態を繰り返す病気

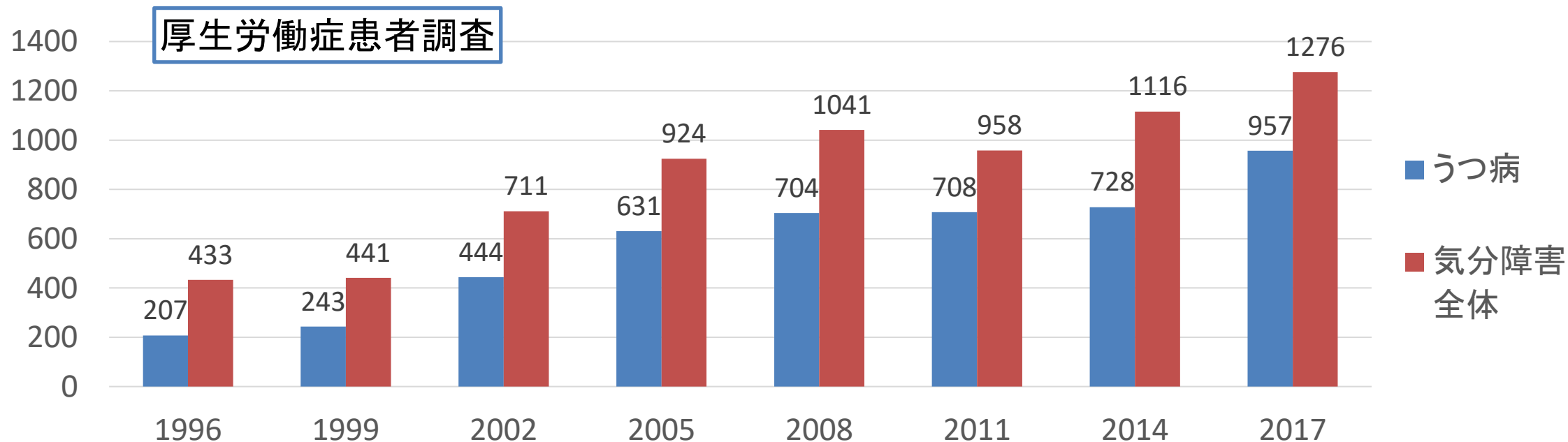


うつ病患者数の増加

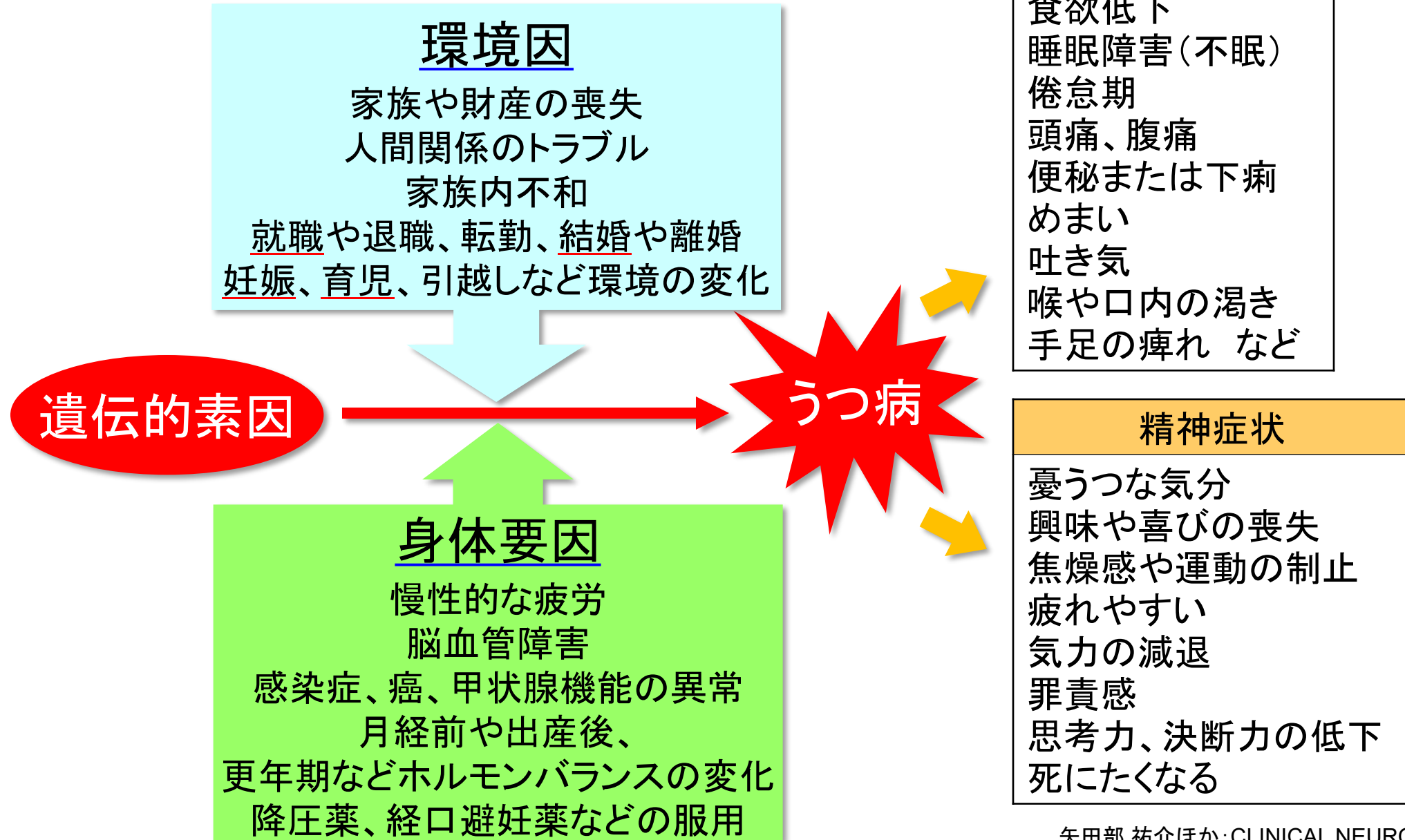
- 日本の一般人口における生涯有病率：うつ病6.7%、双極性障害0.7%
(川上憲人, 医学のあゆみ219 : 925-929, 2010)
- 一生の間に気分障害にかかるリスク14.1%、何らかの精神疾患にかかるリスク24.4% (Kessler et al, World Psychiatry 6 : 168-176, 2007)
- 2015年の世界のうつ病患者数は3億人 (世界人口の4.4%.WHO, 2017)

うつ病の生涯
有病率は世界
各国で10%前後

(千人)

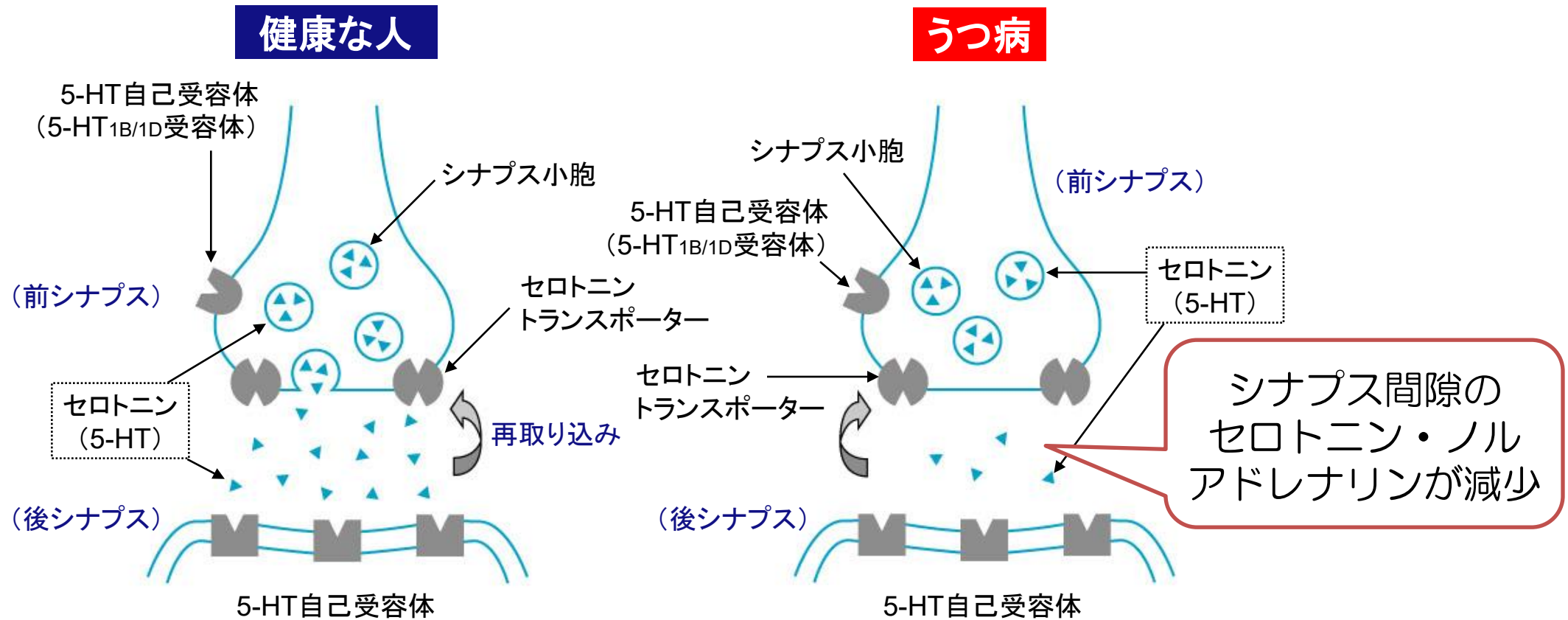


うつ病の発症



うつ病の発症

うつ病は、遺伝的素因、特徴ある病前性格を持つ人が、誘因または状況に出会うと、間脳を中心とした生理機能のホメオスタシスの障害が起き、発症すると考えられている



気分障害になりやすい病前性格

双極性障害		うつ病
循環気質 (Kretschmer, 1921)	執着性格 (下田, 1950)	メランコリー親和型性格 (Tellenbach, 1961)
● 人付き合いがよい ● 気立てがよい ● 親切 ● 朗らか ● ユーモアに富む ● 元気 ● 激しやすい ● もの静か ● 落ち着きがある ● 苦労性	● 仕事熱心 ● 凝り性 ● 徹底的 ● 正直 ● 几帳面 ● 正義感が強い ● 責任感が強い	● 秩序を重んじる ● 他人に気を遣う ● 頼まれるとイヤといえない ● 真面目 ● 正直 ● 仕事熱心 ● 過度に良心的・小心 ● 消極的・保守的 ● 頑固 ● わがまま(近親者に)

うつ病の主な症状

基本となる症状

- 憂うつな気分が2週間以上続く
- 何をやっても楽しくない

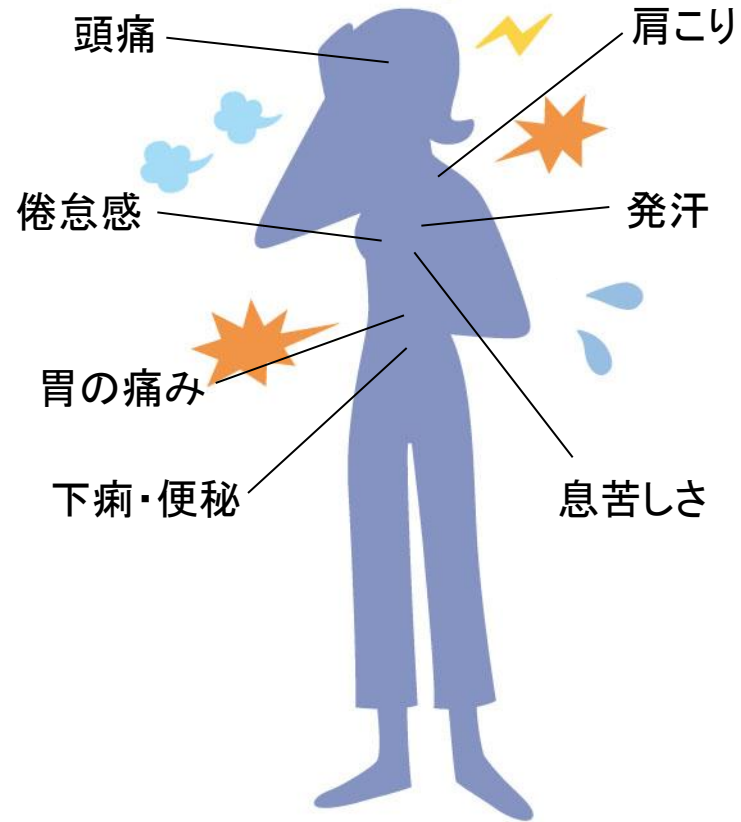


よくみられる症状

- 熟眠できない
- 食欲がない
- 集中力が続かない
- 強い焦燥感
- 自殺への思い
- 動きが遅くなる
- 疲れやすい
- 自分を責める

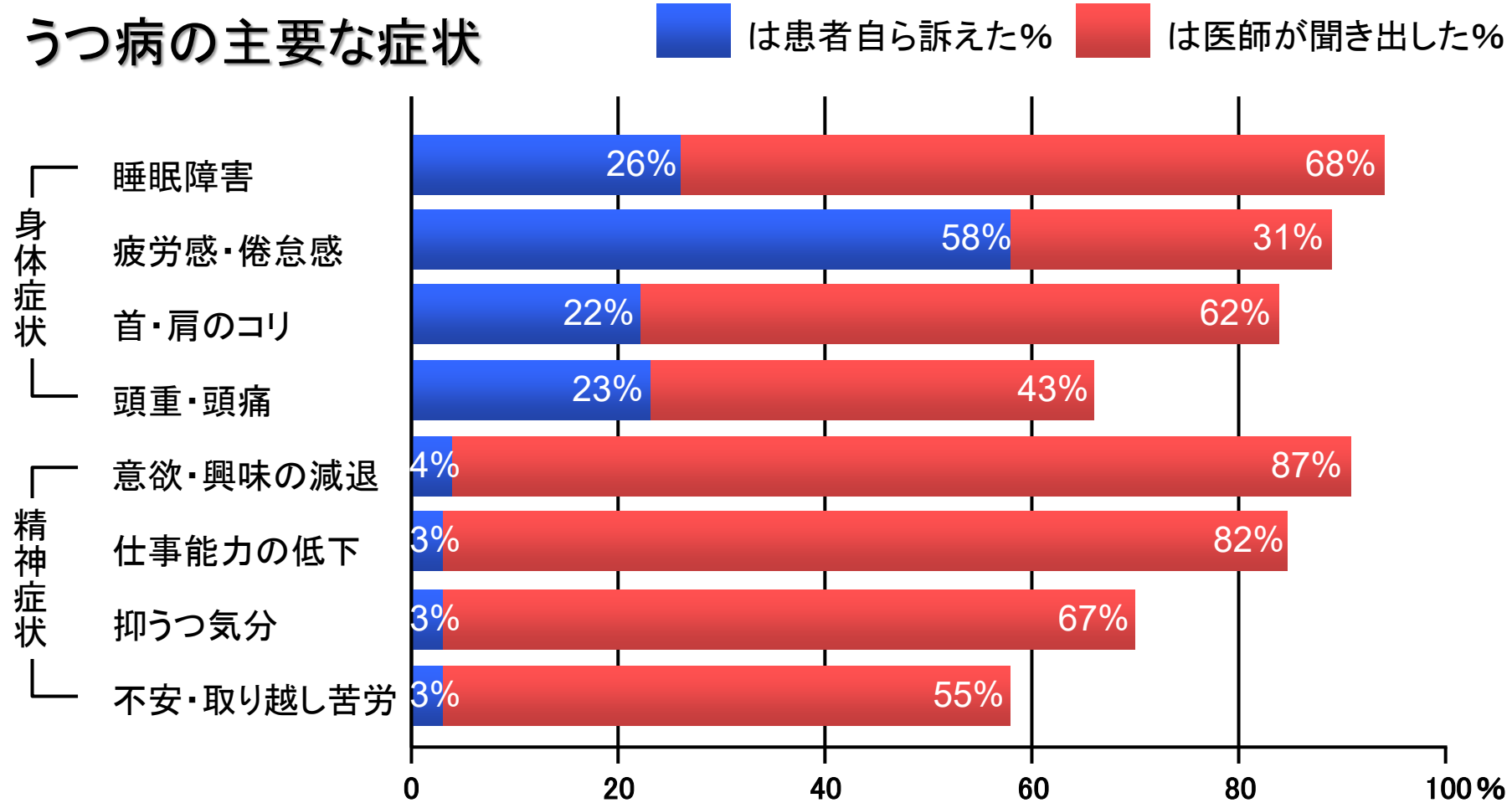


身体症状



うつ病の主要な症状の聴取率

うつ病の主要な症状



渡辺昌祐他：プライマリケアのためのうつ病診断Q&A、金原出版：87、1997

患者自身からの精神症状の訴えは少なく、問診でいかに聞きだせるかが重要！

うつ症状の聴取方法

①抑うつ気分:「このところずっと、気分が沈んでいるというか、心が重い感じ」

普通の悲しみや落ち込みと下記のポイントで区別

- 原因となる出来事からしばらくたっている
- 数週間以上持続
- 日常生活への支障がでている
- 周りの励ましが無効
- 気分転換できない

②興味または喜びの著しい減退:「何をやっても、誰といっても楽しくない。全てがつまらなく感じる」

患者が好きだったことや趣味を確認し、それを今でもやっているかを問診。また、働いている患者には、休日にどんな過ごし方をしているかを確認。ほとんど活動性が失われているようであれば、うつを疑う。

③体重減少、体重増加、食欲の減退または増加:「何も食べる気になれません。食べてもおいしくないし、味を感じられません」

食欲の減退はうつ病でも発現頻度の高い症状。ただ、食欲がなくなるというケースもあるが、食べ物のおいしさや食感を感じられず、砂を嚙んでいるようだと感じることもある。

うつ症状の聴取方法

- ④不眠または睡眠過多：「寝ようと思っても全く眠れない。朝は目覚ましをかけなくても、早くから自然に目覚めてしまう」

不眠はうつ病の典型的な症状。寝つけないという入眠困難、眠りが浅い熟眠障害、早く目覚める早朝覚醒など、不眠のあらわれ方は様々。

- ⑤精神運動性の焦燥または制止：「色々なことが心配で落ち着かない。不安で仕方がない」
焦燥は座っているときに落ち着きが無かったり、足踏みをしたり、髪や顔の一部を必要以上に触るなどの様子がみられる。逆に制止は、話し方や動作が非常に緩慢になる。これらを問診時の様子で見逃さないようにする。

- ⑥疲労感または気力の減退：「とにかく疲れて、身体が鉛のように重く感じられる。何をするのも億劫で、エネルギーが全く出てこない」

気力の減退は特別なことでなくても、更衣や洗濯、掃除、入浴といった生活の中でこれまで当たり前できていたことが非常に億劫に感じられる。

うつ症状の聴取方法

- ⑦無価値感または過剰(不適切)な罪責感:「**家族に迷惑ばかりかけて、自分は本当にダメな人間**」

自分には何の価値もない、妻や夫失格である、親としての責任を果たしていないなど過剰に自分を責める発言をする。

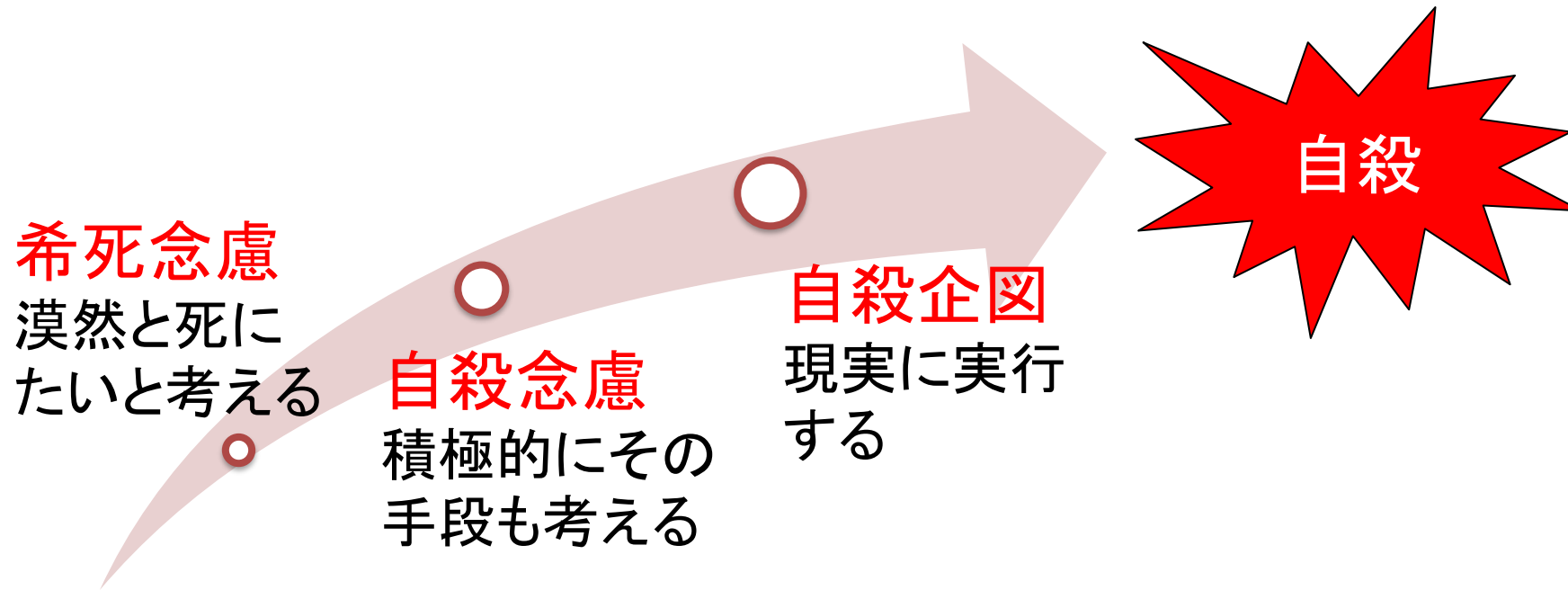
- ⑧思考力や集中力の減退、決断困難:「**何も決められない。夕飯のメニューを決めることもできない**」

患者が苦しんでいるのは重大な決断ができないということではなく、仕事で確認のための判子を押す、スーパーで夕飯の買い物をするなど、ごく日常的なことに対する決断力の低下。集中力の低下で残業が続いたり、夕方近くまで家事をやっていたりする生活が続くことも。

- ⑨死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図:「**いっそ、消えてしまいたい**」

自殺念慮はうつ病の症状の中でも慎重に対応しなければならない。自殺念慮がある場合は、入院治療も検討しながら、治療方針を立てる。患者から自殺念慮に対する訴えがなくても、「消えてしまいたくなったりするくらい辛くなっていませんか？」と確認しておく必要がある。

希死念慮から自殺への過程



- 一時的な希死念慮は多くの人が体験するもの。失恋や近親者の死など、ある種の対象喪失の状態。また、学業や仕事、対人関係の失敗によって自己評価が著しく低下する場合も同様。
- 時間がたてば自然に立ち直ることがほとんどであるが、本人の性格や置かれた状況、周囲のサポート体制によっては、明らかなうつ病を発症し、希死念慮は自殺念慮へと、最終的には自殺企図へと進行していく。

うつ病の治療法

薬物療法



- 抗うつ薬を用いる(シナプス間隙のセロトニン・ノルアドレナリンを増加)
- 心理的に追い込まれた状態のまま、安易に抗うつ薬を投与するとむしろ焦燥感を助長

休息



- 心理的な負荷を最大限減らすことが最優先
- 本人の抱えている問題を当面棚上げし、安心して休める環境を準備

精神療法



- 治療者が心理学的な理論に基づき言葉などで働きかける(支持的
精神療法、認知行動療法:CBTなど)
- 自殺企図に至るケースでは孤立感を抱いていることが多いため、家族や職場が本人を大事に思っているというメッセージを繰り返し伝える

小諸高原病院 うつ回復・予防 セミナー(CBT)

人間の気分や行動が認知
(物事の考え方・受け取り方)
によって影響を受けるという
理解に基づいて、①その認知
のあり方を修正し、②問題に
対処することによって、③気分
の状態を改善させる、ことを
目的とした短期の構造化され
た精神療法(心理療法)

目次	
日付	セッション内容
	S1 オリエンテーション
	S2 うつの心理教育
	S3 認知行動療法
	S4 認知について
	S5 感情について
	S6 認知行動療法できること、できないこと
	S7 自動思考記録法
	S8 自動思考記録法
	S9 アクションプラン
	S10 アクションプラン
	S11 リラクゼーション法
	S12 ポストセッション

Aさん(40代会社員、職場うつ)のストレス状況アセスメントシート

ストレス状況アセスメントシート		年 月 日 ()
ストレス状況	認知(考え・イメージ)	気分・感情
	身体反応	行動
職場の上司から「何でまだ終わらないんだ！」と怒鳴られた。	「私が効率の悪い人間だからダメなんだ」	絶望感 悲しい・落ち込む
	眠れない 食欲がでない	誰よりも遅くまで残業をする 会社を休む お酒を飲む

悪循環!

悪循環を断ち切る方法

- 有給の取得
- マインドフルネス呼吸法
- 受診、薬物療法

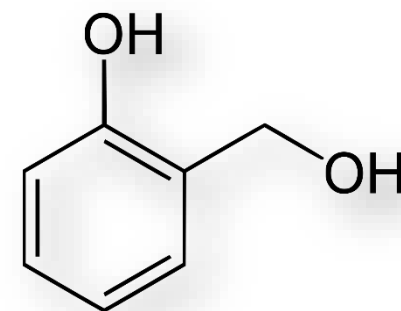
うつ病における支持的療法



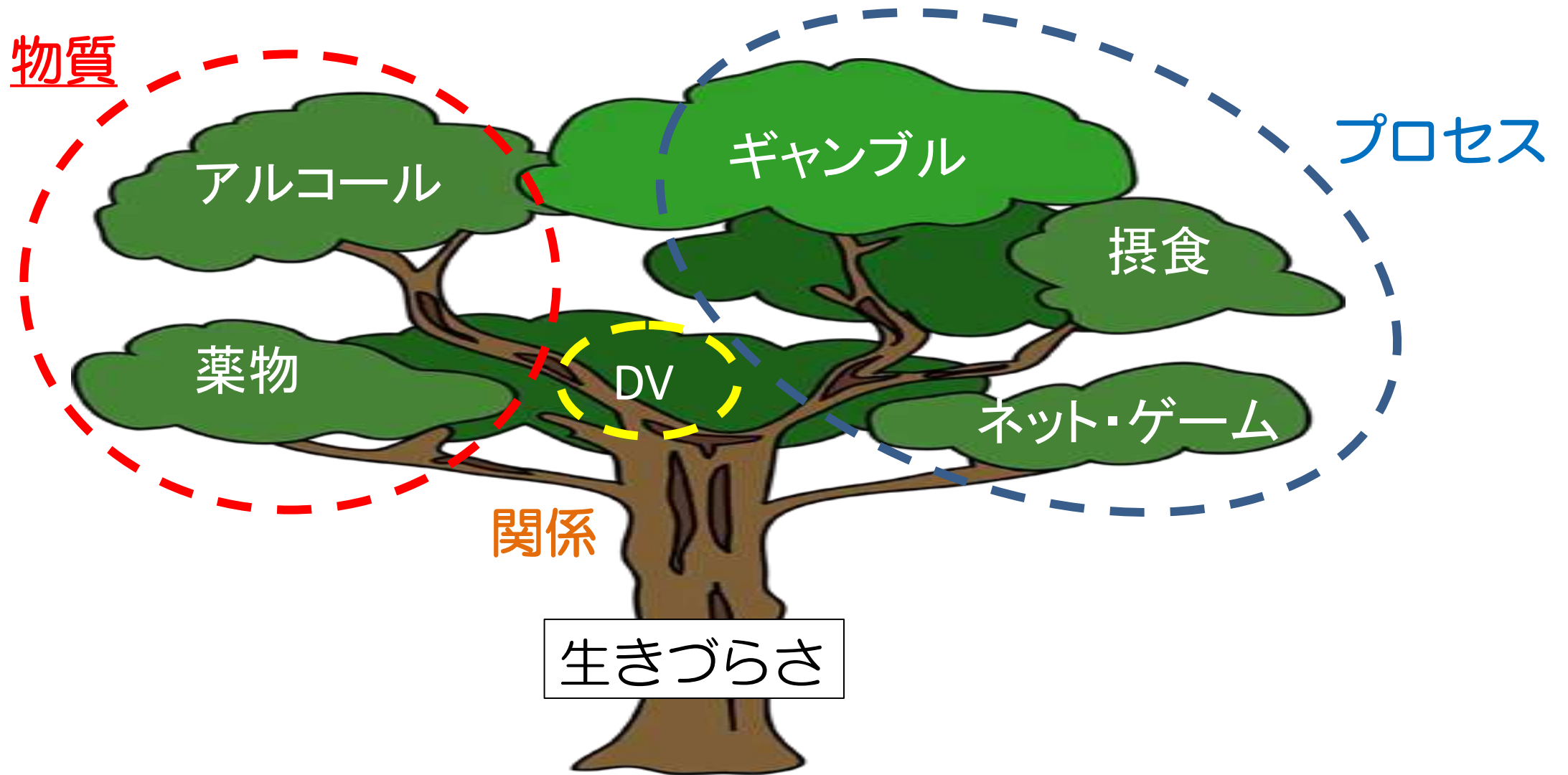
笠原嘉の7カ条

1. うつ病は病気であり、単に怠けではないことを認識してもらう
2. できる限り休養をとることが必要
3. 抗うつ薬を十分量、十分な期間投与し、欠かさず服用するよう指導する
4. 治療にはおよそ3ヶ月かかることを告げる
5. 一進一退があることを納得してもらう
6. 自殺しないように誓約してもらう
7. 治療が終了するまで重大な決定は延期する

アルコール依存について



依存症の構造



- 依存症とは・・・広辞苑では「あるものに頼ることをやめられない状態」とされている。
- 依存症の中心には、「苦痛」(生きづらさ)がある (Khantzian & Albanese, 2008)。
- 複数のものに依存したり、依存対象が次々移行していく「クロスアディクション」の状態もしばしばみられる。

アルコール依存症とは？



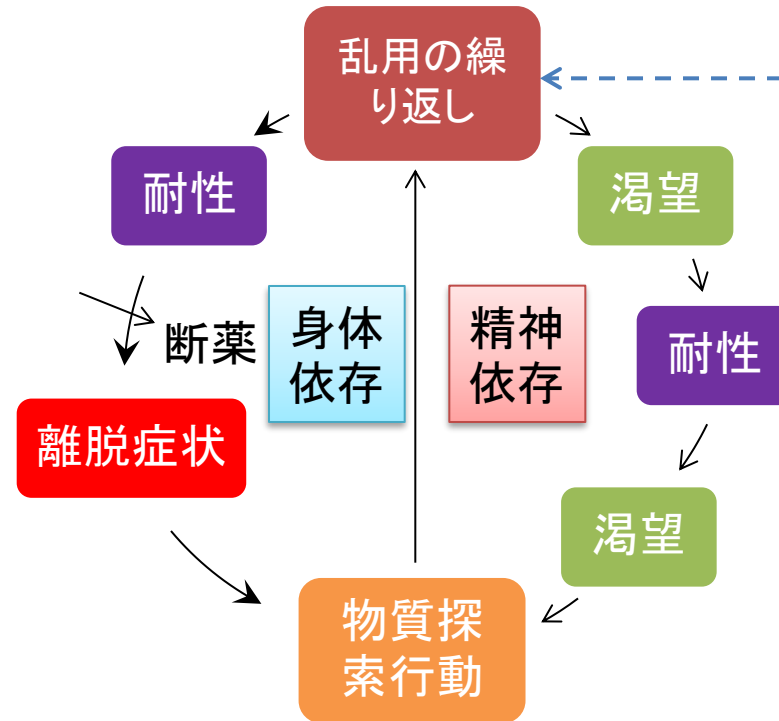
- アルコール依存症はアルコールを摂取することへの強い渴望、アルコール摂取を制限することの困難さ、アルコール摂取を続けることによって引き起こされるさまざまな不適応状態をまとめて指す病気の概念であり、その核心は使用への渴望の増大と強迫的な探索行動である。
- 国際的な診断基準（ICD-10・DSM-5）によるアルコール依存症の診断の要点は、アルコール使用への渴望、アルコール使用の制御困難、離脱症状、耐性の増大、アルコール使用中心の生活、精神的・身体的問題にもかかわらずアルコール使用をする、の6点。

乱用：物質を社会規範から逸脱した目的や方法で自己使用すること

急性中毒：乱用による身体症状。

急性アルコール中毒（酩酊、麻酔）など。

依存：自己コントロールできずにやめたくてもやめられない状態

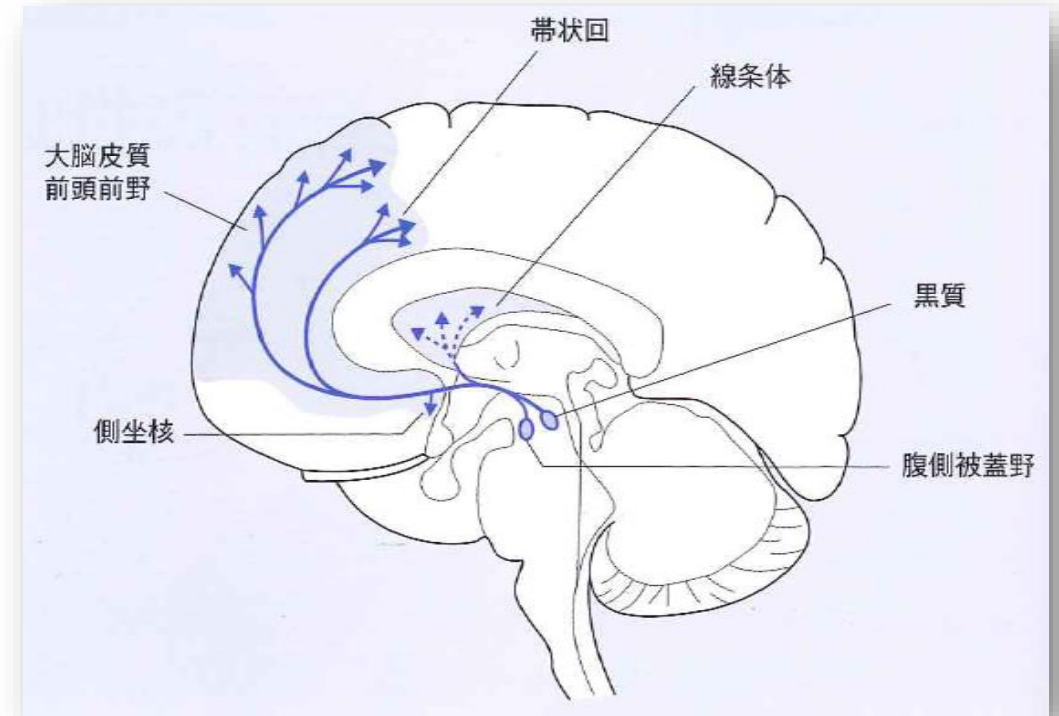


慢性中毒：依存に基づく乱用の繰り返しの結果。覚せい剤・アルコール精神病など

脳内報酬系

中脳辺縁ドーパミン神経系

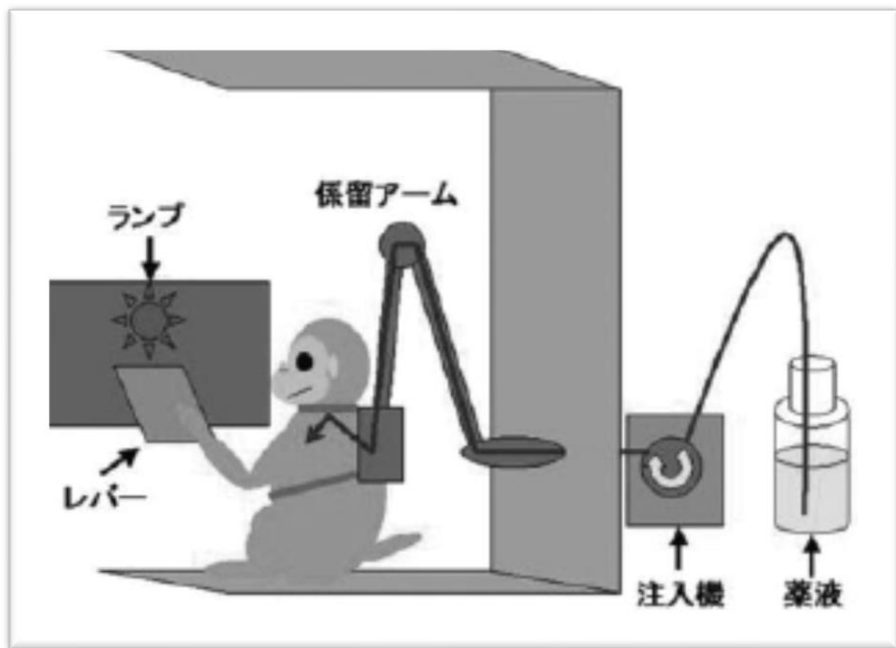
(中脳腹側被蓋野のA10細胞に起始し
側坐核、前頭皮質などに投射)



- 報酬系とは、意欲および快・不快反応に関与しており、欲求が満たされた時や満たされることが分かった時に活性化し、その個体に快の感覚を与える神経系。報酬系の働きは、学習や環境への適応において重要な役割を果たしている。
- 依存性物質の投与は報酬系の活性化により、側坐核、前頭前皮質でのドーパミン量増加をもたらし、高揚感、陶酔感および多幸感を生じさせ、**精神依存性**を形成。

各物質の精神依存性の強度

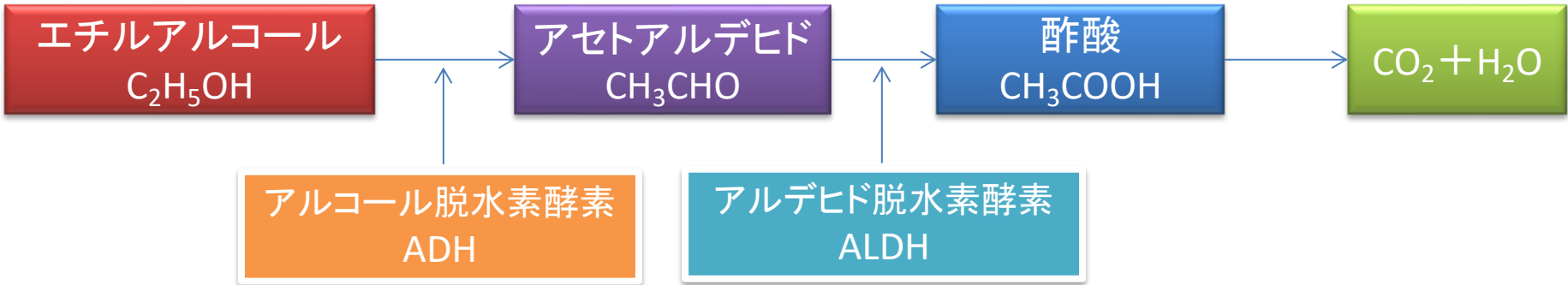
サルにおける静脈内薬物自己投与実験



コカイン>モルヒネ>アルコール>
アンフェタミン>ジアゼパム>ニコチン

Drug	Unit Dose (mg/kg/inj)	Pretreat- ment ^{b)} (2-4 w)	Final Ratios (high range)
Morphine	0.25	-	1,350 ~ 1,600
	ditto	+	1,260 ~ 6,400
Morphine ^{a)}	0.5	-	1,600 ~ 6,400
	ditto	+	6,400 ~ 12,800
Dihydrocodeine	1.0	-	950 ~ 1,900
	ditto	+	4,530 ~ 10,760
Pentazocine	1.0	-	1,350 ~ 3,810
	ditto	+	2,260 ~ 3,810
Alcohol ^{a)}	800	-	1,600 ~ 6,400
	ditto	+	3,200 ~ 6,400
Diazepam	1.0	-	950 ~ 3,200
	ditto	+	670 ~ 1,900
Cocaine	0.25	-	2,600 ~ 9,050
	1.0	-	3,810 ~ 12,800
Cocaine ^{a)}	0.11	-	1,600 ~ 6,400
	ditto	+	800 ~ 3,200
d-Amphetamine	0.06	-	1,350 ~ 2,690
	0.25	-	1,100 ~ 3,200
l-Cathinone	0.25	-	1,600 ~ 5,380
	1.0	-	1,350 ~ 7,610
Nicotine	0.25	-	1,350 ~ 2,600
	ditto	+	670 ~ 1,900

アルコールについて

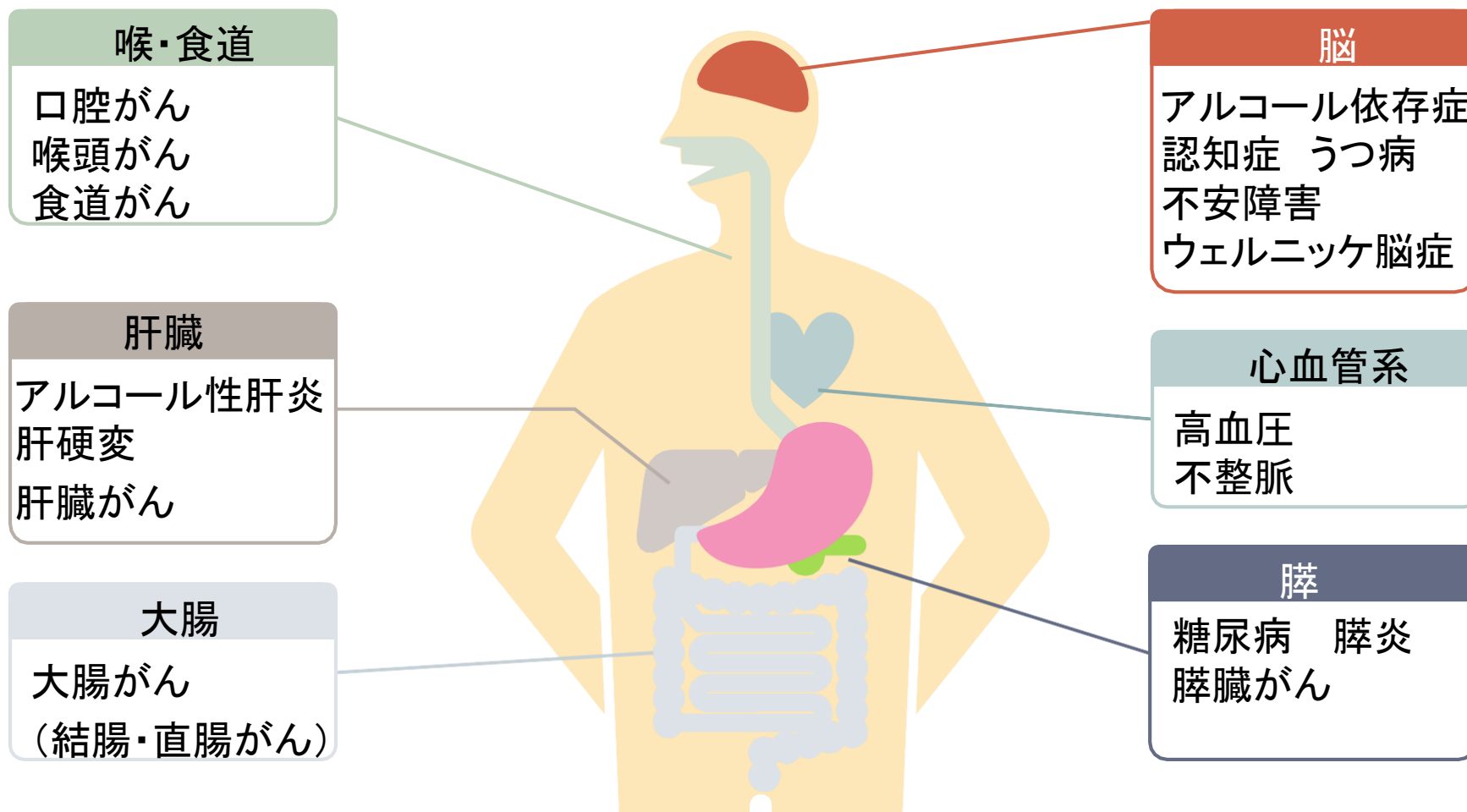


- アルコールは小腸・胃から吸収され、大脳に達して中枢神経系の麻酔作用を発揮。90%は肝臓で代謝され、残りは呼気や尿からそのまま排泄。酔いの程度はアルコール血中濃度と相関。
- 日本人の約半数が非活性型ALDHを有している。アセトアルデヒドが代謝されないと、血液中に蓄積し、頭痛、嘔気、動悸、紅顔などの不快な症状が惹起され飲酒することができない。

	血中濃度 (%)	平均的酒量	脳への影響	酔いの症状
ほろ酔い期	0.05~0.1	ビール大瓶1~2本、 ウイスキーシングル3杯 日本酒1~2合	大脳辺縁系の活性化	脱抑制 顔面紅潮
酩酊期	0.11~0.3	ビール大瓶3~6本 ダブル3~5杯 日本酒3~6合	小脳の麻痺	運動失調 千鳥足
泥酔期	0.31~0.4	ビール大瓶7~10本 ウイスキーボトル1本 日本酒7合~1升	海馬の萎縮	記憶障害 意識混濁
昏睡期	0.41~0.5	ビール大瓶10本以上 ウイスキーボトル1本以上、 日本酒1升以上	延髄の麻痺	呼吸抑制 死

アルコールがもたらす代表的な疾患

様々な健康問題の背景にアルコールの問題が隠れている可能性がある



その他

痛風／末梢神経障害／乳がん(女性)／
胎児性アルコール症候群(妊婦の飲酒による)／脂質異常

アルコール依存症者・多量飲酒者の現状

項目	男性	女性	推計数(男女計)
依存症者	1.9%	0.3%	107万人
多量飲酒者 (飲酒時に60g以上)	12.0%	2.2%	728万人
リスクの高い飲酒 (男性40g以上、女性 <u>20g以上</u>)	14.4%	5.7%	1036万人

「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」
平成25年度総括研究報告書より(一部修正)

純アルコール20gの目安

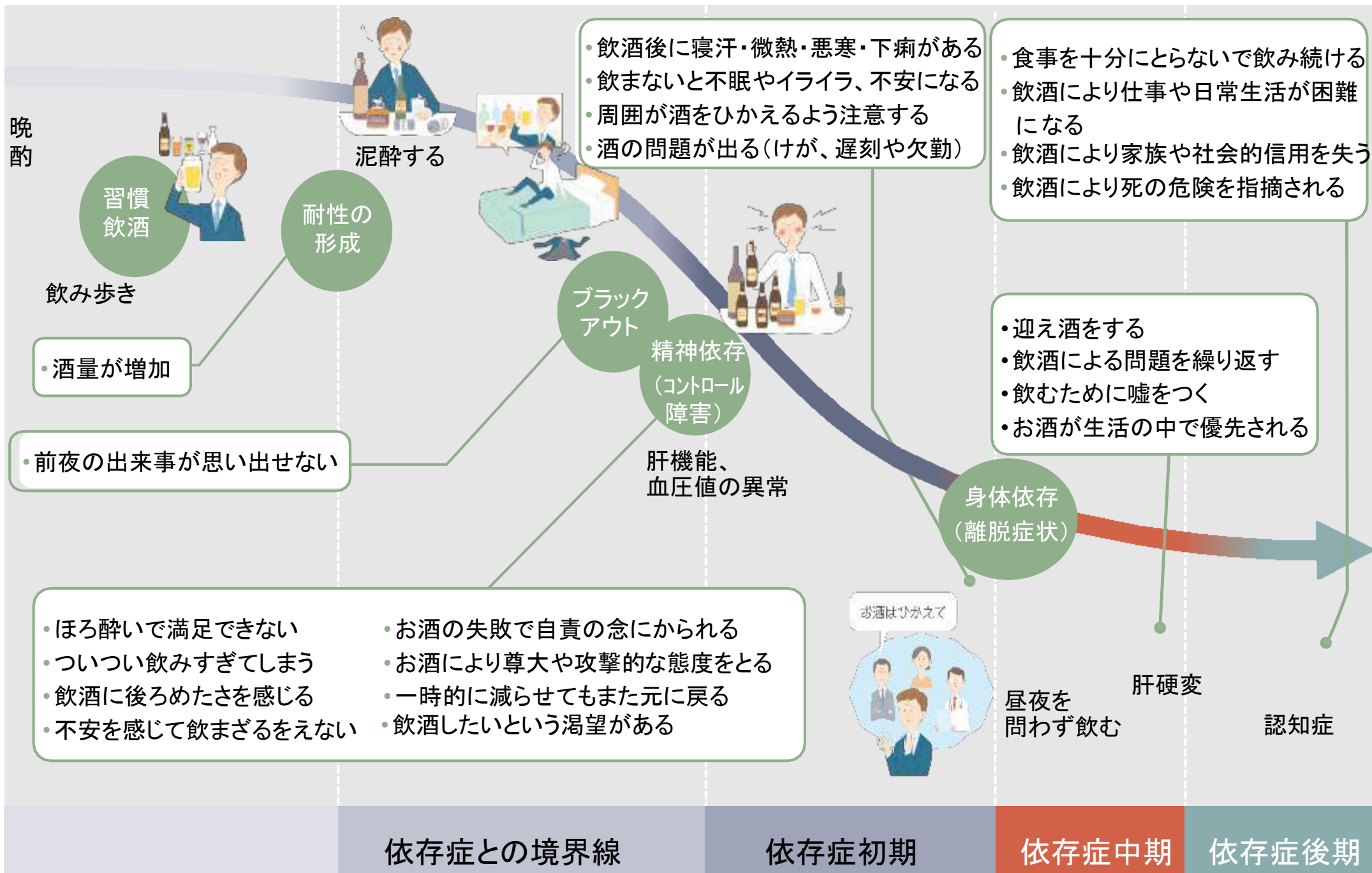
種類	アルコール度数	飲酒量
ビール	5%	中瓶1本
焼酎	20%	6:4で割って約1合
清酒	15%	約1合
ウイスキー	43%	ダブル1杯
ワイン	12%	200ccコップ1杯

アルコールと自殺

- アルコール依存症者の自殺率は極めて高く、一般人口の自殺率の60～120倍。家族関係の崩壊や失職による経済的破綻などの問題だけでなく、アルコールの薬理作用に基づく攻撃性や衝動性の増大、うつ病の併発によっても自殺のリスク↑。
- 焼酎などのアルコール濃度が高い蒸留酒と自殺率が相関。自殺例・自殺未遂例の約4割からアルコールが検出。
- 自殺を企図するアルコール依存症者の特徴

性別・年齢	男性・50歳以上
社会生活状況	単身者・無職・乏しい社会サポート・孤立
アルコール関連因子	断酒不能・大量飲酒・直近の連続飲酒発作・アルコール依存症家族歴・薬物乱用歴
併発障害	うつ病・重篤な身体疾患
自殺関連因子	自殺のほのめかし・自殺企図歴・自殺の家族歴

アルコール依存症の進行



アルコール依存症の治療

アルコール依存症の治療目標は、原則的に断酒の達成とその継続であるが、明確な身体的・精神的合併症を有しないケースでは、飲酒量低減も目標になる。

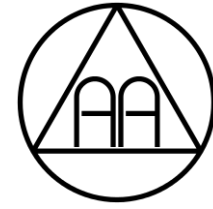
薬物療法

- 急性症状に対する治療：飲酒の中止、補液、栄養・電解質・高単位のVitB群などの補給、ベンゾジアゼピン系薬剤への置換療法、抗精神病薬
- 抗酒薬療法：アルデヒド脱水素酵素を阻害し、少量の飲酒でもアルデヒドが蓄積し、顔面紅潮、発汗、呼吸困難、血圧下降、頻脈、嘔吐などの不快な症状が出現する
- 飲酒への渴望（脳内報酬系）を標的とする薬剤の開発：アカンプロサート（レグテクト®）、ナルメフェン（セリンクロ®）

精神療法

- 認知行動療法、集団精神療法、AA・断酒会

AA・断酒会

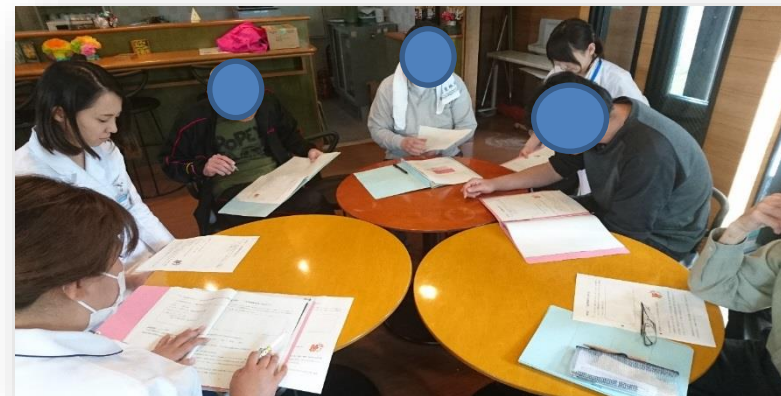


- ◆ AA (alcoholics anonymous: 匿名のアルコール依存症の会): 1930年代に北米で誕生。当初は自助グループと呼ばれていたが、1995年頃からは相互援助グループと呼ばれるようになった。日本では1953年にAAをモデルに断酒会が創設された。その後アメリカからAAが紹介され、現在ではそれぞれ別に活動している。NA(薬物依存)、GA(ギャンブル依存)なども。
- ◆ AA・断酒会の参加者は飲酒していた頃どのような問題があったか、断酒している現在どのように新しい生活を送っているか、断酒したくても飲んでしまう苦痛などについて正直に話す。他の参加者は批判せずに黙ってその発言を聞く。

OSAKE倶楽部

NHO小諸高原病院

回	月 日	テーマ	参加 スタ ンプ
1	/	アルコールについて	
2	/	アルコール依存症について	
3	/	お酒と暴力について	
4	/	アルコールと精神障害につ いて	
5	/	お酒を飲まないために①	
6	/	お酒を飲まないために②	
7	/	お酒を飲まないために③	
8	/	再発防止のために①	
9	/	再発防止について②	
10	/	再発防止について③	



依存症当事者・家族によるオンライン活動 ＜マニュアルと事例集＞

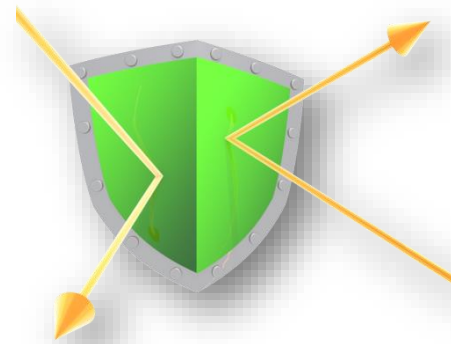
（特定非営利活動法人ASK）



- オンラインのメリット・デメリットや活用
のアイデア等、アンケート調査からの考察
- 依存症関連のオンライン活動事例集
- オンラインミーティングのマニュアルと
ガイドライン

<https://www.ask.or.jp/wpcontent/uploads/2021/03/manual-and-case-studies.pdf>

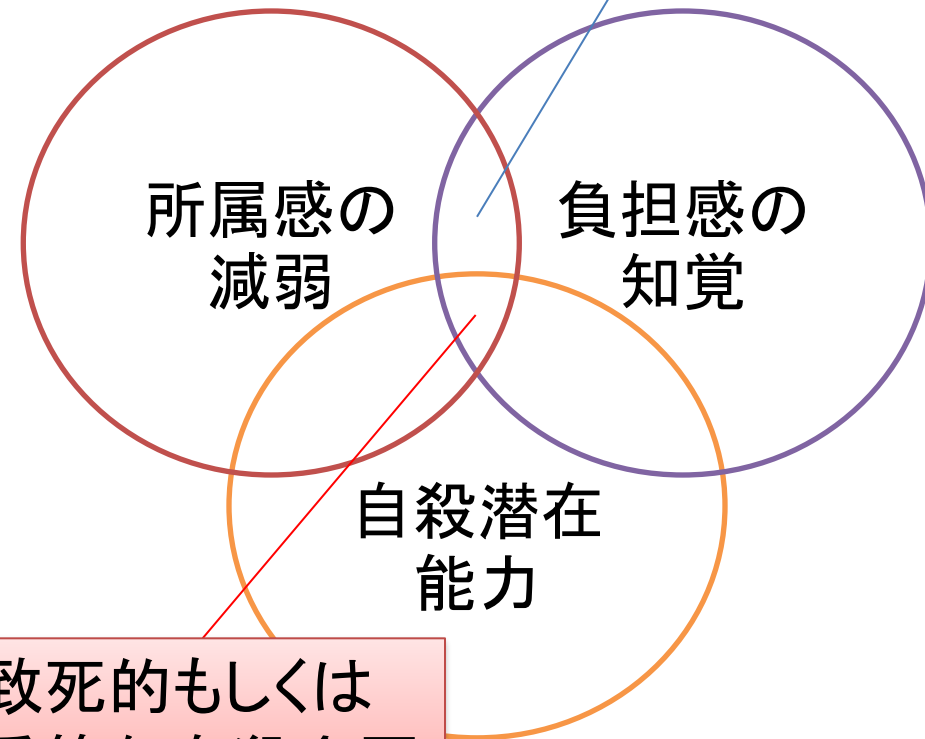
自殺対策について



自殺の対人関係理論 (Joiner TE. 2009)

所属感↓＝「自分の居場所がない」「誰も自分を必要としている人などいない」という主観的な感覚

職場・学校でのいじめ被害、パワハラ、家族との葛藤、虐待被害、单身生活、社会的引きこもり、自分にとって価値あるものの喪失、恥辱感、抑うつ気分による否定的認知、職業的能力低下、罹病生活、心理学的援助への偏見、支援資源へのアクセス不良、などで↓



致死性的もしくは重篤な自殺企図

負担感↑＝「自分が生きていることが周囲の迷惑になっている」「自分がいない方が周囲は幸せ」との認識

- これが自身の存在に対する羞恥の感情や罪悪感、激しい攻撃性を生じさせる。
- 自殺の方法として暴力的かつ致死率の高い手段を用いた者ほど、遺書に「負担感の知覚」を示唆する表現あり。
- 介護を受けている高齢者、事業の失敗や多重債務、精神障害(うつ病など)に関連する妄想(罪業妄想)などで↑

自殺潜在能力↑＝身体的疼痛への抵抗感の低さや慣れ＝怖がらずに死を凝視する能力

- 2回以上の自殺企図経験者では疼痛閾値が急激に↑ (Orback et al. 1996)
- リストカット、摂食障害、慢性疼痛、格闘技やラグビーなどの激しい身体接触を伴うスポーツ、戦闘やケンカ、頻回の外科手術、他者の身体損傷・疼痛体験・死への遭遇、アルコール・薬物乱用などで↑

自殺に共通する10の特徴 (Shneidman ES. 1985)

- ① 自殺に共通する目的は、問題を解決することである
- ② 自殺に共通するゴールは、いっさいの意識活動を止めることである。
- ③ 自殺に共通する動機は、耐えがたい精神的苦痛である。
- ④ 自殺に共通するストレスは、満たされない欲求である。
- ⑤ 自殺に共通する感情は、絶望感と無力感である。
- ⑥ 自殺に共通する認知の状態は、両価性である。
- ⑦ 自殺に共通する認識の状態は、心理的な視野狭窄である。
- ⑧ 自殺に共通する行動は、脱出である。
- ⑨ 自殺に共通する対他的行動は、意図の伝達である。
- ⑩ 自殺に共通する対処のパターンは、それまでの人生において繰り返されてきたものである。

自殺対策の手法

- 自殺のホットスポット対策

⇒①物理的な障壁の設置による自殺手段への接近の制限、②看板や専用電話の設置による援助希求の奨励、③自殺予防パトロール、④ホットスポットの職員・関係者の訓練による介入機会の増強、⑤記者向けガイドラインを通じた責任あるメディア報道の奨励、⑥その他（青色LED灯など、心理的障壁による自殺手段への接近の制限）。

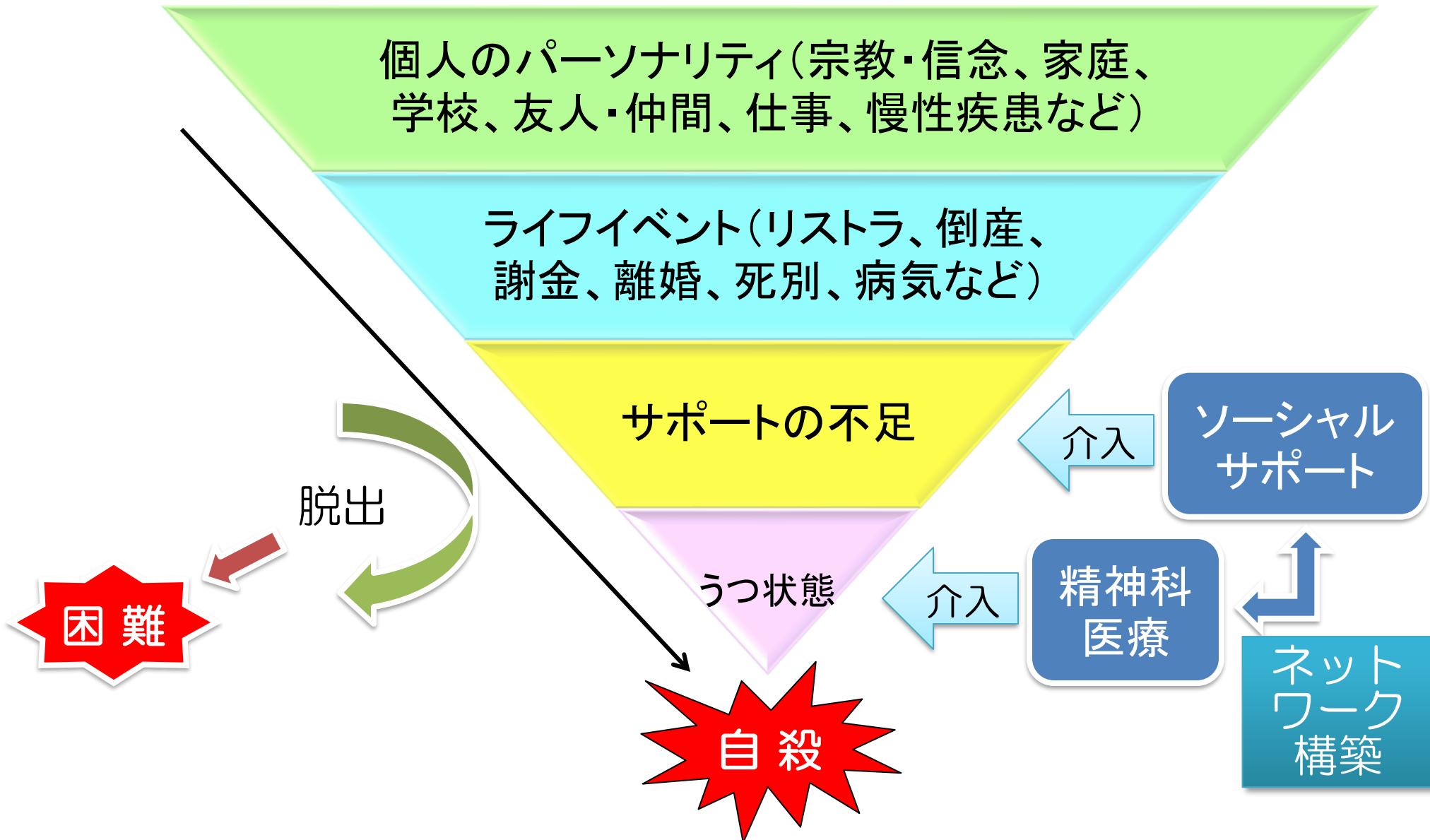
- 救命センターでの取組

⇒救急医療施設における自殺未遂者の自殺再企図防止。メッセージカード、電話による呼びかけ、構造的な精神療法、アウトリーチ、複合的ケアマネジメントなど。

- 社会的な取組としての自殺予防対策

⇒地域でのモデル事業、自殺対策研修など。

自殺プロセス



自殺予防を困難としているKey Word

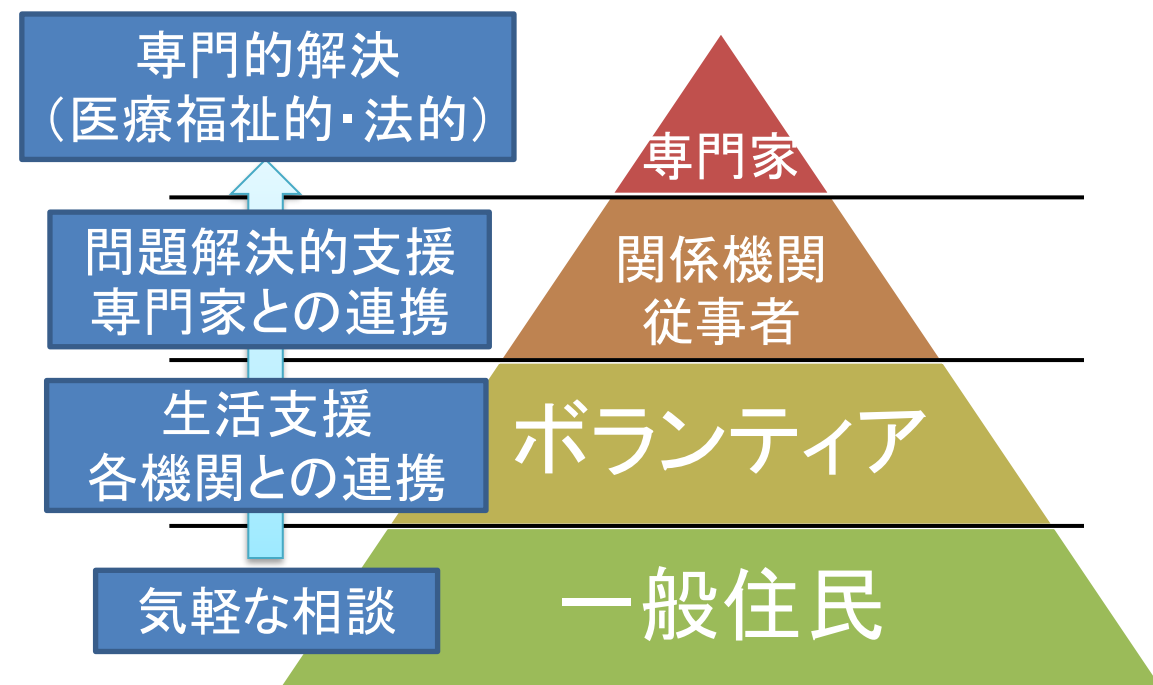


- メンタルヘルスリテラシーの不足
(≡パブリック・スティグマの存在)
- ネットワークの不足

地域では、フィルターが多く設定される方が適切な支援を受けることができるが、現状では不足

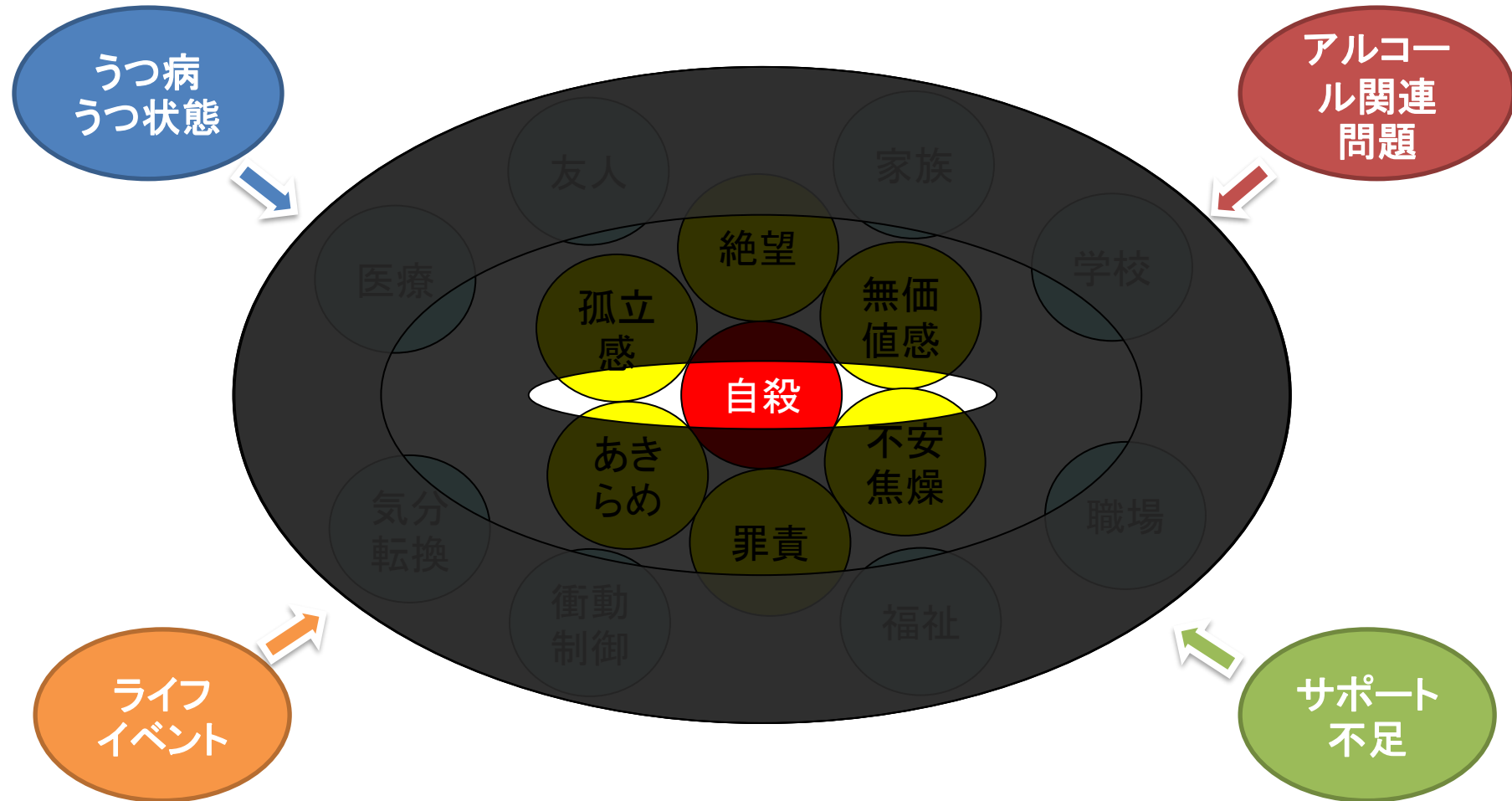
- **心理的視野狭窄**

メンタルヘルスに対する知識、理解、支援活用能力の不足や精神科受診に対する偏見



精神障害の症状や、症状によって二次的に引き起こされる環境の変化が、自殺潜在能力、所属感の減弱、負担感の知覚といった3要因に影響を与え、**自殺リスク↑**

心理的視野狭窄

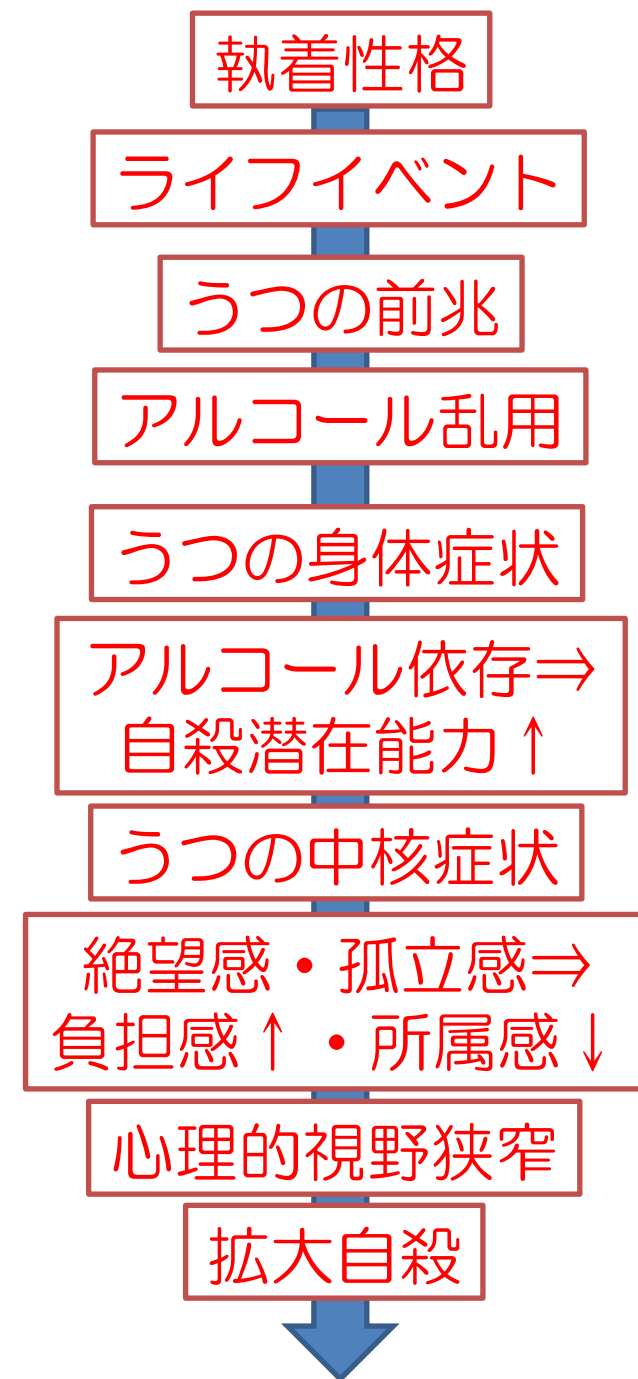


自殺の背景には、「耐えがたい精神的苦痛」「絶望感と無力感」等の否定的感情が存在し、その苦痛が耐えがたい強度で持続し、脱出できない状況に至った時、人は心理的視野狭窄に陥り、脱出する唯一の方法として**自殺**を考える。

事例(40代女性)

事例紹介に関しては、本人の同意を得ており、個人の特定に繋がるような情報に関しては、内容を一部改変

- 3人同胞第3子次女。外国の大学院に進学し、海外で勤務。30代で結婚し、娘をもうけ退職。元来、几帳面、完璧主義。
- X-3年、夫がリストラにあい、本人の貯金を切り崩しての生活となり不眠が出現。寝酒が習慣化。
- X-2年、近医を受診し抗不安薬が処方されるが症状改善せず。娘が幼稚園への登園を渋るようになり、不安が増強。
- X-1年、眼球乾燥、口渇、手足のしびれなどの身体症状が目立つようになり、症状を紛らわすため飲酒量↑。
- X年、住宅ローンの返済が困難となり自宅を売却。抑うつ気分や興味関心の低下が顕著となるが家族は気付かず。
- 「我慢も限界。私一人じゃもう無理」「家族も私の心配を分かってくれない」との思いに至り、頭の中を「もう死ぬしかない」との思いが占めるようになり、「娘とは一心同体だから一緒に死のう」との衝動に駆られ、娘を絞殺し、包丁で自分の頸部と手首を切るといった自殺未遂に至り、当院入院。



自殺予防を**困難**としているKey Word



- メンタルヘルスリテラシーの不足
- ネットワークの不足
- 心理的視野狭窄

これらの要因に対応・補足し自殺予防を**促進**するKey Word

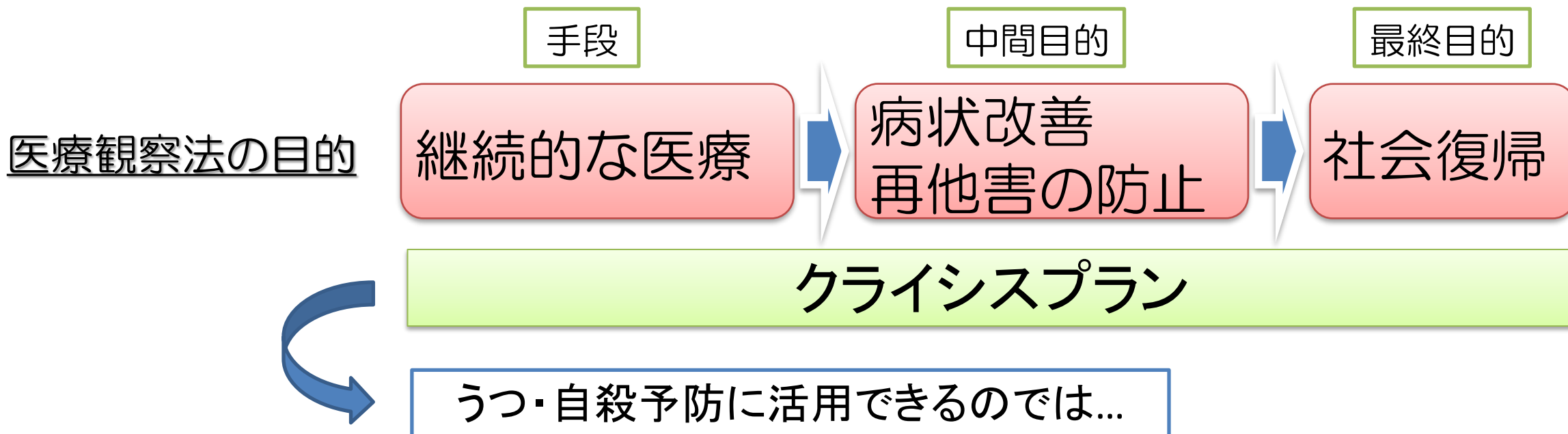


- **ポピュレーションアプローチ**⇒住民の自殺や自殺対策に関するリテラシーを向上させ、傾聴のスキルをトレーニングし、自殺した人について話し合う場を設ける（cf.秋田モデル）
- **クライシスプラン**⇒自分のメンタルヘルスを守る≡メンタルヘルス不調や自殺を予防するための共通言語
- **ゲートキーパー**⇒他者のメンタルヘルスを守る≡自殺念慮を抱いている人の抽出と急性の自殺衝動への対応

クライシスプランとは？



- 病状悪化の予防や病状悪化時に自分と支援者の対応についてまとめた計画書。
- 海外では、1980年代から権利擁護を目的に作成されるようになり、1990年前後からイギリスやアメリカで臨床実践と介入研究が行われ、近年の研究では治療関係が有意に改善との結果。
- 日本では、主に医療観察法処遇（精神障害により重大な他害行為を行った者が対象）において再他害行為防止と社会復帰のために作成・活用されている。



うつ予防クライシスプラン(皆さまの場合)

	いつもの状態	悪くなり始める時の状態	悪い時の状態
サイン			
自分で できる 対処法			
周囲の人 にお願いし たいこと			

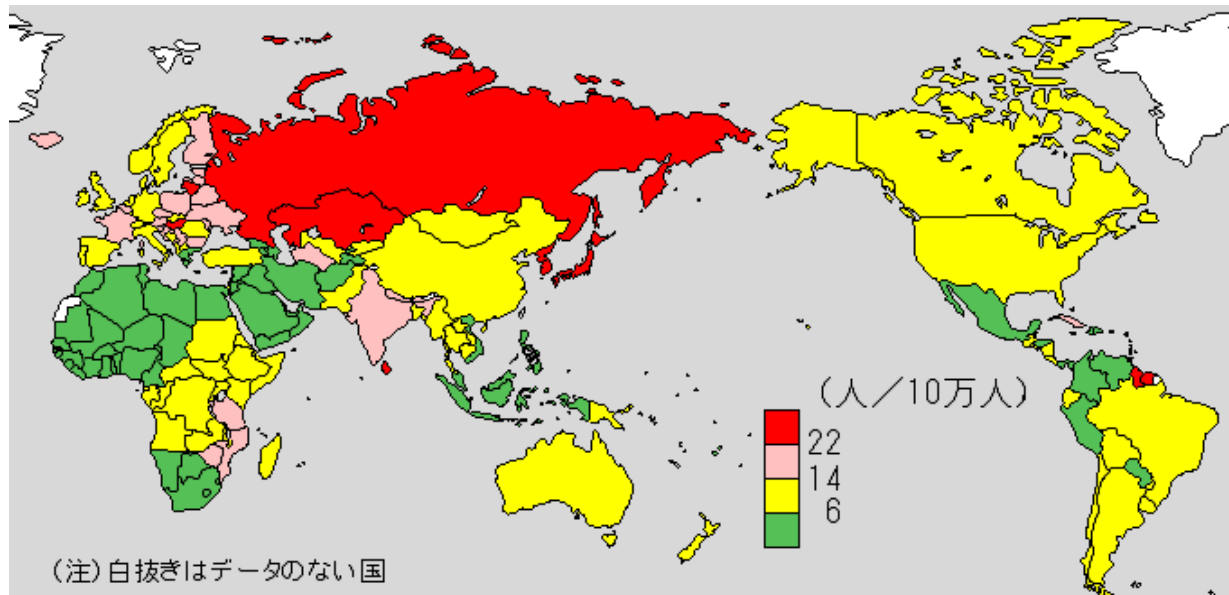
ゲートキーパーとは？



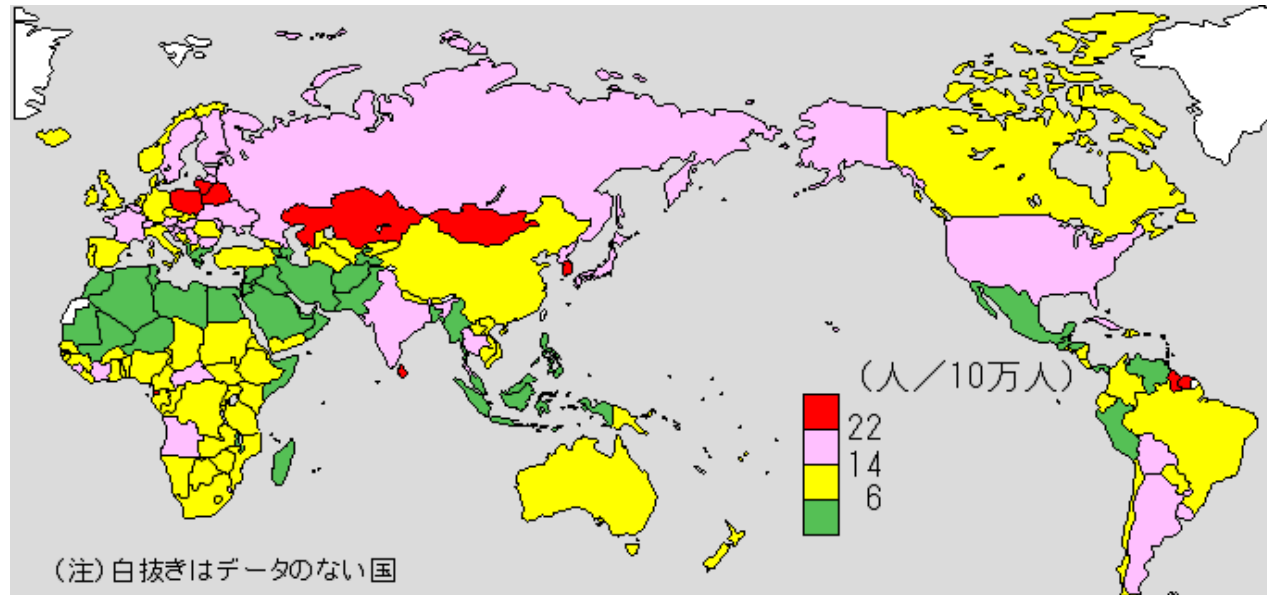
- 地域や職場で発せられる自殺のサインにいち早く気づき、適切な対処を行い、専門相談機関へつなぐ役割を担う人のこと。自殺対策に関する知識を持つ人のこと。「命の門番」と言われる。(Gate keeper(英語)・・・門番の意)
- 自殺志望者に対する知識やメンタルケア、応急処置などの専門知識が必要とされ、関連機関や自治体が研修やワークショップを実施し、積極的に人材育成を行っている。
- ゲートキーパーがメンタルヘルスリテラシー・ネットワークの不足部分を補い必要な情報を本当に必要としている人達に届ける。そして、自殺志望者の心理的視野拡大の一助となる。

年齢標準化自殺死亡率(人口10万人対:WHO)

2012年



2016年



自殺者数は推定80万4千人
(自殺死亡率:年間10万人当たり11.4)



自殺者数は推定81万7千人
(自殺死亡率:年間10万人当たり11.2)

WHOによる自殺予防のための介入概念(2013)

概念	介入内容
全体的な介入	メンタルヘルス施策 アルコールの有害な使用を減らすための政策 ヘルス・ケアへのアクセス 手段へのアクセスの制限 責任あるメディア報道 <u>メンタルヘルス、物質使用障害</u> <u>自殺についての意識の向上</u>
選択的な介入	脆弱性の高い集団への介入 <u>ゲートキーパー・トレーニング</u> クライシス・ヘルプ・ライン
個別的な介入	フォローアップと地域支援 自殺関連行動のアセスメントとマネジメント 精神障害と物質使用障害のアセスメントとマネジメント

「自殺念慮を聞くことで、かえって患者の背中を押すことになるのでは？」との危惧

自殺を考えている人は「恥の意識（セルフ・スティグマ）」を抱いている

自殺について話題にする必要あり

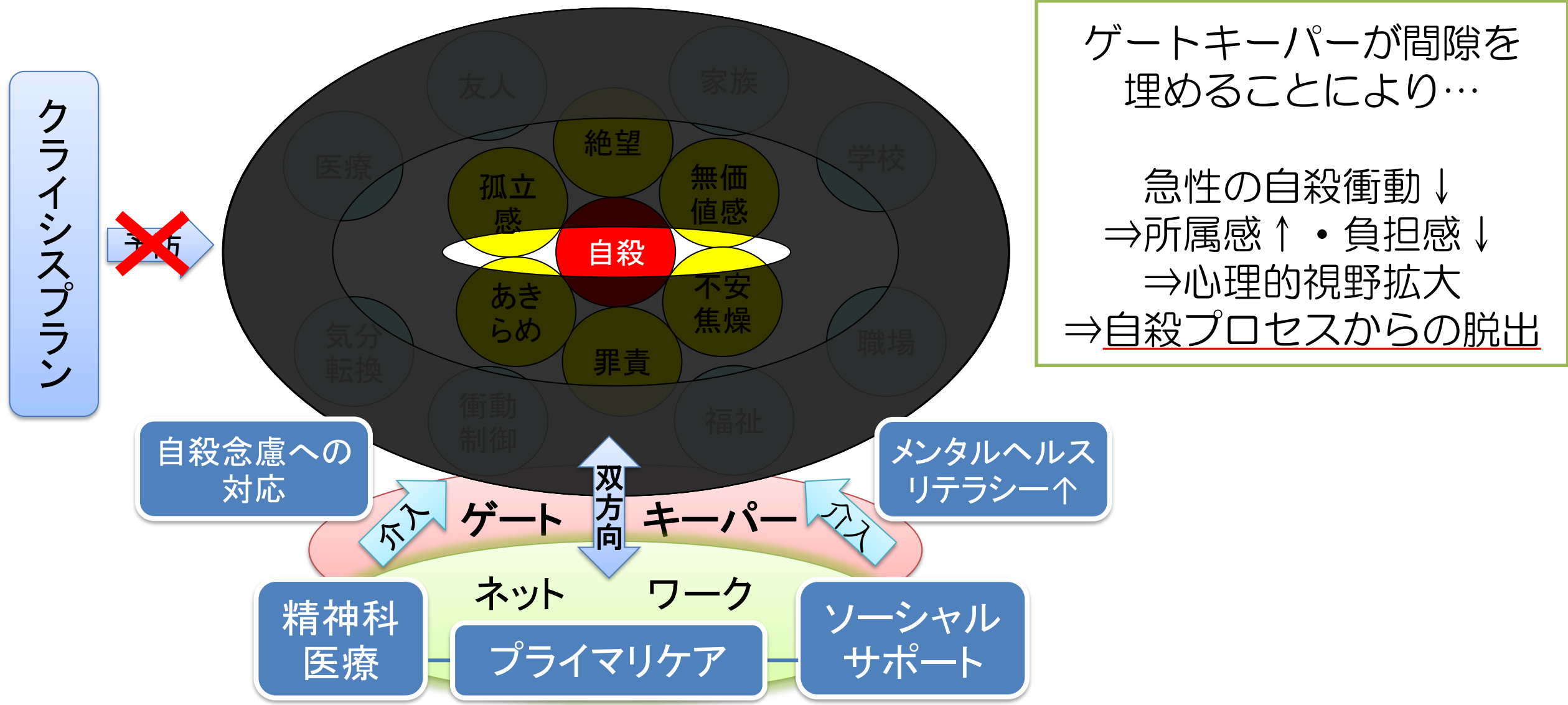
TALKの原則

- ・ 誠実な態度で話しかける（**T**alk）
- ・ 自殺についてはっきりと尋ねる（**A**sk）
- ・ 相手の訴えを傾聴する（**L**isten）
- ・ 安全を確保する（**K**eeP safe）

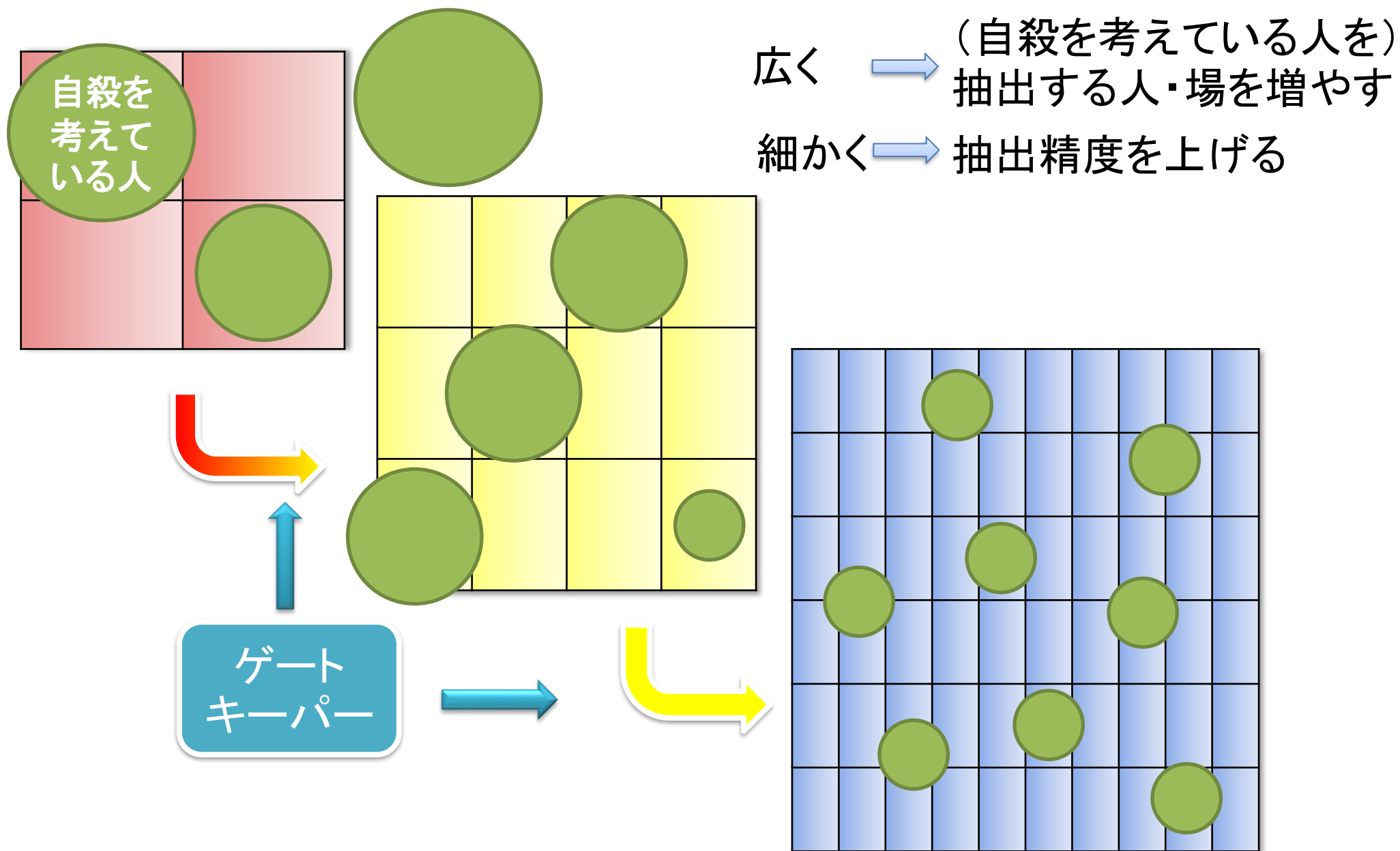
ゲートキーパーとしての自殺念慮への対応

- 「自殺について質問されることで、むしろ患者は安心する。これまで必死に秘密にしてきたことや個人的な恥や屈辱の体験に終止符が打たれる（Chiles, Strosahl (2005)）」。
- 自殺を考える者は両価的であり、その考えは絶えず「助かりたい」と「助かりたくない」との間を揺れている。
- 自殺既遂者の半数以上が自殺直前にプライマリケア医を受診（Lonnqvist et al. 1995）。また、過量服薬患者のうち、過量服薬の予告をした患者は、自殺以外の目的よりも、自殺目的の場合がはるかに多い（松本ら）。
- 「死にたい」と誰かに告げることは「死にたいくらいつらい」ということであり、「もしもこのつらさを少しでも和らげることができるならば本当は生きたい」という意味。
- その意味でも我々援助者がすべきことは、自殺の考えを受け止めた上で、その背景にある困難な問題をどう解決するのかを考えること。

心理的視野拡大



網をより広く 網目をより細かく





おわりに



なぜ自殺を防がなければならないのか？

- 人がメンタルヘルス不調に陥り、心理的視野狭窄の結果、自殺に至っているとするならば、その行為に責任能力は存在せず、つまりは自殺はその人が本当に願って行ったものではないため周囲の人々が勇気をもって自殺を阻むための介入をすることが必要。『命の門番』との別名をもつゲートキーパーの存在価値は大きい。
- そして人は皆、うつ病やアルコール依存に陥る可能性があることを認識し、自分を守るためにも各々が日頃からメンタルヘルス不調を予防する意識を持つことも重要。ぜひクライシスプランの作成を！

参考文献

- もしも「死にたい」と言われたら：松本俊彦．中外医学社，2015
- 自殺対策における精神保健医療の役割 ～自殺総合対策大綱見直しを踏まえて～：竹島正ら．精神神経誌，2014
- 自殺対策と精神保健：大塚耕太郎ら．精神神経誌，2012
- 世界の自殺対策からみた日本の自殺対策：高橋祥友．精神神経誌，2012
- 精神医療と自殺対策：張賢徳．精神神経誌，2012
- 自殺予防の戦略と精神医学の役割：川西千秋，臨床精神医学，2021
- 自殺予防への社会学的試み ―地域づくりで自殺を減らす―：佐々木久長，臨床精神医学，2021
- 自殺を予防する ～世界の優先課題～：WHO（翻訳：精神保健研究所）
・・・etc.