

ひとりで悩まないで誰かに話してみませんか

～自殺対策の一環として導入したストレス専門診療相談の波及効果～

○高妻真子¹⁾、松尾祐子、落合充圭²⁾、森千栄³⁾、黒水宣行⁴⁾、吉田寿生⁵⁾、杉本隆史⁶⁾（精神保健福祉センター）

1) 南部福祉子どもセンター、2) 退職、3) 都城新生病院、4) みやざき学園、5) 健康づくり協会、6) 高鍋保健所

I はじめに

本県の自殺死亡率は、長年高い状態が続いている。当センターの「こころの健康アンケート調査」（平成17～18年度実施）の結果から、自殺願望に影響を与える要因の一つとして就労男性の「助けを求めることへの恥ずかしさ」や、「うつ病初期に誰にも相談しない」傾向が明らかになった。

そこで、当センターへの「宮崎県自殺対策センター」設置に伴い、従来の「一般診療相談」（以後「一般相談」と称す）に加え、平成20年5月からこころの不調を感じている人がより身近に、安心して専門医に相談できる場として「ストレス専門診療相談」（以後「ストレス相談」と称す）がスタートした。

今回、ストレス相談導入により、当センターの「診療相談」機能が自殺対策にどのように関与したのかを明らかにするため、自殺対策の本格化前後で比較検討したので報告する。

II 検討方法

1. 検討データ

「自殺対策が本格化する前」（平成16～17年度）の一般相談のデータ及び「自殺対策本格化後」（平成20～21年度）の一般相談とストレス相談のデータを活用。

表1. 診療相談体制

相談事業名	相談日時	担当医師	相談内容区分	備考
ストレス専門診療相談	第1～4木曜午後	委託医療機関医師	メンタルヘルス全般（ストレス・うつ病等）	平成19年度まで、一般診療相談にて対応
一般診療相談	第2・4月曜午後 毎週木曜午前	センター所長	精神科の病気、心の健康問題、精神保健一般	
薬物関連診療相談	第1・3月曜午後	嘱託医師	薬物、アルコール、ギャンブル等問題	従来より変更なし

2. 検討する上での留意点

- （1）ストレス相談と一般相談は、基本的に受診者への当日対応は同一。
- （2）予約受付は、相談主訴により上記いずれかを案内するが、ストレス相談と一般相談の対象者については来所者の都合や緊急度等に応じて、明確に区別せず柔軟に対応。
- （3）事業の周知は、職域への文書案内やイベント・研修会等でのチラシ配布、相談窓口等情報検索サイト「みやざきこころ青Tねっと」（<http://www.m-aot.net>）等により実施。

III 検討結果

表2. 診療相談実績

	相談延件数内訳		再掲（相談事業名）		再掲（自殺願望）				
			ストレス相談		一般診療相談	ストレス相談			
	総数	新規（%）	総数	新規（%）		総数	男	女	男
H16	138	99 (71.7)	-	-	5	1	4		
H17	103	75 (72.8)	-	-	10	7	3		
H20	76	69 (90.8)	42	39 (92.9)	9	3	2	1	3
H21	70	63 (90.0)	42	38 (90.5)	7	2	1	3	1

表 3. 相談対象者（新規）の年代別内訳

	10代以下	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	計(%)
H16	26	26	21	12	9	2	3	99
男性	16	12	11	6	4	1	1	51 (51.5)
H17	13	10	28	11	8	3	2	75
男性	9	8	16	10	3	2	2	50 (66.7)
H20	4	23	16	12	5	5	5	69
男性	2	10	9	9	1	1	1	33 (47.8)
再) ストレス相談	2	4	4	5	1	1	0	17 (51.5)
H21	11	12	14	13	4	4	3	63
男性	7	7	8	6	2	5	1	36 (57.1)
再) ストレス相談	5	2	6	4	2	3	1	23 (63.9)

表 4. 診療相談後の対応状況

	相談件数	受診勧奨(%)	男性	女性	医学的助言・指導等のみ	セルフヘルプグループ紹介	関係機関等紹介
H16	138	20 (14.5)	11	9	112	7	1
新規	99	16 (16.1)	9	7	75	7	2
H17	103	7 (6.8)	5	2	86	7	3
新規	75	7 (9.3)	5	2	59	7	2
H20	76	30 (39.5)	15	15	43	3	7
新規	69	29 (42.0)	14	15	36	2	2
再) ストレス相談	39	14 (35.9)	7	7	24	0	1
H21	70	33 (47.1)	21	12	37	5	21
新規	63	30 (47.6)	20	10	32	0	21
再) ストレス相談	38	17 (44.7)	12	5	20	0	1

なお、自殺願望有りの人の紹介元が、従来の医療機関、福祉相談機関等に加え、警察、ハローワーク、障害者サポートセンター、自殺防止センター等、多岐にわたることや、相談対象者の新規の男性の中でストレス相談にかかる割合の増加もみとめられた。

IV 考察

自殺と精神障害の間には密接に関係があり、自殺者が生前に何らかの精神障害に該当していた割合は9割を超えている。しかし適切な治療は2割程度と言われている。1) 先の調査で得られた、“相談しない”ことによる“早期受診の遅れ”への対応として、ストレス相談導入以降、診察後の受診勧奨の割合が増加していることから、こころの不調を感じている人が適切な医療につながる機会が増加していると考えられる。

さらに、自殺プロセス全体を考えると、うつ状態に陥る前に「周囲のサポート不足や欠如」があり、医学的な治療と共にソーシャルワークなどの社会的支援がともに必要で、かつそれらが有機的につながることが不可欠である。2) 今回の検討においても、相談の前後で様々な関係者とのつながりを確認することができた。

V まとめ

自殺対策の視点で診療相談を見直し、利用者主体の柔軟な対応の必要性を認識した。

近年本県でも精神科クリニックの開院が続き、通院の利便性は向上しているが、当センターの診療相談に求められるニーズ（グリーゾーンへの道筋、ゆとりある相談時間、家族としての相談、複雑困難な事例相談等）の変化を掴むことは重要である。今回の診療相談の試みはその一つであり、今後も関係機関との協働体制の上で改善を図っていきたい。

<参考文献> 1) 高橋祥友：うつ病（下）自殺の危険の評価、MMJ No. 6 520-521, 2008

2) 張 賢徳：自殺予防について考える、日本自殺予防学会、第30巻第1号、1-2, 2010