

況や、自殺未遂者の治療ないしケアに携る精神保健福祉専門職の配備状況などを考慮しなければならない。また本研究に与えられた限られた研究期間内での成果到達という点についても考慮しなければならない。これらのことから、まず本研究は、自殺未遂者の診療においてすでに身体救急医療施設と精神科との連携が密接に行われている施設を選定し実施することとした。また、本研究において介入効果を統計学的に検証するためには総計 1,100 名を越える対象者の登録が必要であることから、参加施設要件として、さらに自殺未遂者に対して豊富な診療実績を有することが求められた。介入方法としては、ケース・マネジメントを選択した。ケース・マネジメントの内容は、心理教育や受療支援、そして社会資源利用のコーディネーターなどを含む個別性の高いケース・ワーク、IT を用いた情報提供などで、これまでの先行研究にはない多面的かつ総合的なケアが行われる。これを試験介入群に実施し、通常介入群と比較してその自殺再企図防止についての有効性を検証する。自殺は、多面的かつ複合的な要素をもつ複雑な事象であり、また自殺に至るまでのプロセスが存在する。本研究で用いられるケース・マネジメントは自殺というこの複雑事象を予防するのに実効性の高いものであると期待される。研究デザインの大枠は、上記の WHO の SUPRE において実施されている介入研究・SUPRE-MISS に準拠した。なお、ケース・マネジメントと共に、認知行動療法をさらに介入法の一つとして採択することも考慮されたが、さらに 500 例以上の対象者を上乗せして登録することが困難と考えられたこと、また多施設で同時にこの治療法を標準化し長期に亘り遂行していくことの困難性や、研究成果を援用する際に、救急医療施設において認知行動療法を行うための基盤を整備す

ることの当面の困難性を鑑み、介入方法をケース・マネジメントに集約した。

本研究計画書は、実効性を追及しかつ自殺予防に関して高いレベルのエビデンスを提示するために考案・作成された。本研究によって新たに自殺予防法が確立されれば、それが近い将来、わが国の国家レベルの自殺予防対策に活用され、そして自殺の減少に繋がるものと期待される。

B. 研究プロトコルの概要

「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究（Action-J）」

目的

救急医療施設に搬送され入院となった自殺未遂者に対して、試験介入としてケース・マネジメントを行い、試験介入が通常介入と比較して自殺企図再発の防止に効果を有するか否かを検証する。

主要評価項目

・自殺企図（自殺既遂、及び未遂）の再発
目標対象者数

各群 560 例、合計 1120 例

「研究班の活動記録」

1. 第 1 回救急介入課題研究班会議・全体（平成 17 年 12 月 5 日）
2. 第 2 回救急介入課題研究班会議・中核（平成 17 年 12 月 16 日）
3. 第 3 回救急介入課題研究班会議・全体（平成 17 年 12 月 17 日）
4. 第 4 回救急介入課題研究班会議・全体（平成 18 年 1 月 14 日）
5. プロトコール WG（平成 18 年 1 月 23 日）
6. 第 5 回救急介入課題研究班会議・全体（平成 18 年 3 月 18 日）
7. 第 6 回救急介入課題研究班会議・全体（平成 18 年 3 月 19 日）

8. プロトコールWG (平成18年4月11日)
9. プロトコールWG (平成18年4月27日)
10. プロトコールWG (平成18年5月25日)
11. 第7回救急介入課題研究班会議・全体 (平成18年6月3日)
12. 施設訪問開始 (平成18年6月14日)
13. 研究倫理委員会によるプロトコールの承認 (平成18年6月22日)
14. データレジストリーシステム稼働開始 (平成18年6月27日)
15. 関連重点課題進捗報告会 (平成18年6月28日)
16. 臨床試験登録/UMIN-CTR (平成18年7月4日)
17. DM実務者WG (平成18年7月7日)
18. 第3回日本うつ病学会シンポジウム (平成18年7月28日)
19. 参加施設訪問：品質保証のためのヒアリング終了 (平成18年8月2日)
20. 計画書英訳WG (平成18年8月9日)
21. 第11回欧州自殺・自殺行動学会 (平成18年9月9-12日)
22. 第8回救急介入課題研究班会議・全体 (平成18年9月30日)
23. 研究班実務者WG (平成18年11月14日)
24. 情報公開のための合同意見交換会 (平成18年11月27日)
25. 介入委員会 (平成18年12月9日)
26. 関西地区研修会 (平成19年1月19日)
27. CM研修会 (平成19年1月20日)
28. 第9回救急介入課題研究班会議・全体 (平成19年2月3日)
25. 第26回日本社会精神医学会シンポジウム (平成19年3月23日)

C. 健康危険情報

特記すべきことなし

D. 研究発表

1. 総説

1) 山田光彦, 高橋清久: 自殺対策のための戦略研究について. 日本精神科病院協会雑誌 25 (12): 6-10, 2006.

2. 学会発表

a. 国際学会

1) Kawanishi C, Hirayasu Y, Aruga T, Higuchi T, Ueda S, Kanba S, Fujita T, Yamada M, Takahashi K: A Randomized, Controlled, Multicenter Trial of Post-Suicide Attempt Intervention for The Prevention of Further Attempts in Japan. 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Slovenia, 2006.9.9-12.

b. 国内学会

1) 河西千秋: シンポジウムIIいま, 自殺対策を考える. 一救急センターを起点とした自殺防止への取り組み-. 第3回日本うつ病学会総会, 東京, 2006.7.27-28.

2) 山田光彦, 大野裕, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 平安良雄, 有賀徹, 河西千秋, 樋口輝彦, 上田茂, 神庭重信, 藤田利治, 高橋清久: 自殺対策のための戦略研究プロジェクト: J-MISP. 第3回日本うつ病学会総会, 東京, 2006.7.27-28.

3) 山田光彦, 大野裕, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 平安良雄, 有賀徹, 河西千秋, 上田茂, 樋口輝彦, 神庭重信, 藤田利治, 吉川和男, 高橋清久: 自殺対策のための戦略研究: J-MISP. 第26回日本社会精神医学会シンポジウム, 神奈川, 2007.3.22-23.

4) 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹, 石塚直樹,
米本直裕, 山田光彦, 高橋清久: 自殺企図の
再発防止のための多施設共同研究
(ACTION-J). 第 26 回日本社会精神医学会
シンポジウム, 神奈川, 2007. 3. 22-23.

E. 知的財産権の出願・登録状況

(1) 特許取得

なし

(2) 実用新案

なし

(3) その他

なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

1. 総説

- 1) 山田光彦, 高橋清久: 自殺対策のための戦略研究について. 日本精神科病院協会雑誌 25 (12) : 6-10, 2006.
- 2) 山田光彦: 自殺防止を目指したうつ病対策. 自治フォーラム 567 : 16-21, 2006.

自殺対策のための戦略研究について

山田 光彦*1 高橋 清久*2

*1 国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部 部長

*2 財団法人精神・神経科学振興財団 理事長

Key Words Suicide prevention, Trial, Intervention, Depression

はじめに

社会や日常生活の中には数多くの「自殺」に関する誤解がある。そして、これらの誤解は、当事者やその周囲の者の苦しみを強める大きな原因となっている。実際、わが国では年間自殺者数が3万人を超えている。さらに、自殺未遂はその10倍以上とも言われており、自殺や自殺未遂によって家族や友人など周囲の人々が受ける心理的影響を考慮すると、毎年、百数十万人の人々が自殺問題に苦しんでいることになる。表1に、よくある誤解への答えをまとめた。「本人が自殺しようとしているのだから止めることはできない」という意見を聞く機会も少なくない。しかし、これも大きな誤解である。自殺は避けることのできる死なのである。

今回、自殺対策のための実証的根拠を得ることを目的として、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業により「自殺対策のための戦略研究 (Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention ; J-MISP)」が開始された。本戦略研究では、「自殺対策」を最終目標とし、医療モデルを超えた複合的な対策の立案を目指している。一方、うつ病や統合失調症、アルコール依存症などの精神疾患は常に自殺の背景として重要であり、自殺防止のために精神科医療の果たすべき役割は大きい。本報告論文では、この研究プログラムが開始された背景とその全体像につ

いて紹介することを試みる。

戦略研究とは

戦略研究とは、わが国を支える多くの国民の健康を維持・増進することを目的に、優先順位の高い慢性疾患・健康障害を標的として、その予防・治療介入および診療の質改善介入など、国民の健康を守る政策に関連する「実証的根拠 (エビデンス)」を生み出すために実施される大型の臨床研究である。2005年度より創設された戦略研究は、「厚生労働省が、あらかじめ国民のニーズに基づいて策定された行政の方針に従って具体的な政策目標を定め、成果 (アウトカム) 指標と研究計画の骨子を定める」という点で、成果指標、研究計画を全て研究者に一任してきたこれまでの厚生労働科学研究の一般公募研究あるいは班研究とは一線を画すものである。戦略研究の成果指標および研究計画の骨子は、その研究成果を「政策」として全国に均てん化することを前提として作成されなければならない。つまり、戦略研究はその成果が「現実的な問題解決」のために利用されることを前提として実施される研究なのである。

欧米では、これまでに保健医療福祉システムや疾病予防/治療法の効果を実証的に評価することができる「無作為化比較介入研究」、あるいは、多数の患者の医療情報を長期間にわたって集積・解析し疾患の実態を明らかにする「コホート研究 (観察研究)」が数多く実施されてきた。その結果、「数多くの客観的な証拠」に基づいて各種疾患の予防・診断・治療の標準化が試みられ、「理論や経験に依存した医療」から「実証的根拠に基づく

表1 よくある誤解への答え

- ・「本人が自殺しようとしているのだから止めるのは無理」ではない!
- ・「自殺について語る人」でも自殺することがある!
- ・「うつ病の治りかけ」でなくても自殺することがある!
- ・「明確な意志」を持っていなくても、「ふと」行動に出ることがある!
- ・「過去に自殺未遂をした人」は、より確実に自殺できる手段を選ぶ傾向がある!
- ・「自殺について話し合うこと」によって、予防できることがある!
- ・「自殺願望は永遠に消えることはない」は間違い!
- ・「自殺によって、本人のみならず、その周囲の人の苦しみから解放されることがある」なんてことは絶対にない!

医療」への転換が図られてきた。しかし、わが国ではこうした臨床研究への取り組みが大きく立ち遅れており、全国的かつ継続的な調査もきわめて少ない。こうした現状は、すでに日本学術会議の報告（平成16年5月20日）「我が国における臨床疫学研究推進のための基盤整備について」にも示されているところである。

「自殺対策のための戦略研究」の背景と目的

現在、うつ病/統合失調症などの精神科疾患やストレス関連障害は国民の「こころの健康」を脅かす大きな社会問題となっており、精神科疾患対策や自殺対策は先進国共通の課題となっている。

表2に、日本における自殺の現状をまとめた。わが国では1998年に年間自殺者が前年度比130%以上という、他国に類のない激増を見ており、しかもこれ以降自殺者数は毎年3万人を超えたまま高止まりの状況が続いている。実に、交通事故による死者数の約4～5倍もの人が毎年自殺によって命を落としているのである。自殺死亡率は世界で10位、G7の中で最高率であり、自殺者数の減少に向けた取り組みは安心・安全な社会を構築するために重要かつ緊急の課題である。2004年の性・年齢（5歳階級）別に見た死因順位では、男女共に10～64歳の世代で自殺が死因の第4位以内に位置している。全自殺に占める60歳以上の者の割合は約3割と高率であり、ますます高齢化が加速する社会の変動の中で、今後も高齢者自殺の問題が継続するものと懸念される。このよう

表2 日本の現状、客観的事実

- ・自殺死亡者数は8年連続して年間3万人を超える高水準
- ・自殺死亡率は10万人当たり約24人/年
- ・世界で第10位、G7の中で第1位
- ・交通事故死亡の約4～5倍
- ・17分に1人死亡、1日に約90人が死亡

な中で、自殺防止対策有識者懇談会は「自殺予防に向けての提言」を2002年に報告しており、社会全体として自殺に取り組むことが提言された。このように、わが国の社会において自殺問題はきわめて深刻な問題でありその対策は急務である。

近年の自殺死亡者数増加の背景には、健康問題（精神疾患・身体疾患）、経済・生活問題、家庭問題のほか、人生観・価値観や地域・職場・学校教育のあり方の変化等、さまざまな社会的要因が複雑に関係しており、予防対策の実施に当たっては多角的な検討と包括的な対策が必要になる。しかし、効果的な複合的自殺予防対策のあり方に注目した研究および施策は、はなはだ不十分な現状である。そのため、全国各地の先駆的な取り組みの経験をふまえ、大規模多施設共同研究で効果的な支援方法に関するエビデンスを構築して今後の政策立案に役立てなければならない。具体的には、「地域特性に応じた複合的自殺予防プログラムの開発」「自殺企図者の再発防止策の開発」が必要であり、自殺者数の減少に向けた取り組みが重要かつ緊急の課題となっている。そこで、このような背景のもとに2005年度より開始される2つの戦略研究課題として、「糖尿病予防のための戦略研究」とともに「自殺対策のための戦略研究」が

表3 自殺対策のための戦略研究

<p>統括責任者（厚生労働科学研究費補助金主任研究者） 財団法人精神・神経科学振興財団 理事長／高橋 清久</p> <p>運営管理（プログラム・コーディネーター） 国立精神・神経センター精神保健研究所 部長／山田 光彦</p> <p>事務ロジスティック担当 財団法人 精神・神経科学振興財団 戦略研究担当事業部</p>
<p>（1）複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究（A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan : A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J） 研究リーダー：大野 裕 慶應義塾大学教授（精神医学） サブリーダー：酒井 明夫 岩手医科大学教授（精神医学） 事務局長： 大塚耕太郎 岩手医科大学講師（精神医学）</p>
<p>（2）自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究（A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan, ACTION-J） 研究リーダー：平安 良雄 横浜市立大学教授（精神医学） 研究顧問： 有賀 徹 昭和大学教授（救急医学） 事務局長： 河西 千秋 横浜市立大学准教授（精神医学）</p>

選定された。

「自殺対策のための戦略研究」の実施体制

本戦略研究の実施主体は、主任研究者（高橋清久）が理事長を務める財団法人精神・神経科学振興財団であり、国立精神・神経センターが高度先進的な研究機関として平常的かつ専門的な研究支援を行っている。

具体的には、2つの試験研究、「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究（NOCOMIT-J）」および「自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究（ACTION-J）」を2006年度より開始すべく2005年度から準備を進めてきた（表3）。加えて、複数の関連重点課題についての特色ある研究が実施されている。以下に、2つの試験研究プロジェクトについて順に紹介する。

複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果

に関する地域介入研究（NOCOMIT-J、戦略研究リーダー：大野 裕 慶應義塾大学教授、サブリーダー：酒井明夫 岩手医科大学教授、事務局長：大塚耕太郎 岩手医科大学講師）の主たる研究目的は、自殺死亡率が長年にわたって高率な地域において、1次から3次（ポストベンション）までのさまざまな自殺予防対策を組み合わせた新しい複合的自殺予防対策プログラム（以下、自殺対策プログラムという）を介入地区で実施し、通常の自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図（自殺死亡および自殺未遂）の発生に効果があるかどうかを検討することである。さらに、近年急激に自殺者数が増加した大都市圏において有効な自殺予防対策を確立するため、人口が密集している都市部地域において新しい自殺対策プログラムを実施し、自殺企図（自殺死亡および自殺未遂）の発生に効果があるかどうかを並行して副次的に検討することである。2次予防対策においてスクリーニングされたうつ病/自殺ハイリスク者には適切な精神医学的対応が不可欠である。この

表4 自殺対策基本法の概要

○本法の目的

自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること

○内容の概要

1 自殺対策の基本理念

①自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならないこと。

②自殺が多様かつ複合的な原因および背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならないこと。

③自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応および自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならないこと。

④国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならないこと。

2 国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務

3 政府による自殺対策大綱の策定と、国会への年次報告

4 国・地方公共団体の基本的施策

①自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析および提供の実施並びにそれらに必要な体制の整備

②教育活動、広報活動等を通じた自殺の防止等に関する国民の理解の増進

③自殺の防止等に関する人材の確保、養成および資質の向上

④職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備

⑤自殺の防止に関する医療提供体制の整備

⑥自殺する危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制の整備

⑦自殺未遂者に対する支援

⑧自殺者の親族等に対する支援

⑨民間団体が行う自殺の防止等に関する活動に対する支援

5 内閣府に、関係閣僚をメンバーとする自殺総合対策会議を設置

役割は、精神科専門病院、総合病院精神科、精神科診療所等が果たしていくことになる。また、自殺予防対策で言う3次予防とは、自死遺族が近親者の自殺を自らの責任であるかのようにとらえたり、隣人や地域との交流を閉ざしてしまわないように配慮し、グリーフワーク（喪の作業）を支えるケアを提供することを指す。このプロジェクトは、さまざまな行政機関・医療機関・教育機関やNPO等の組織、そして、地域住民の理解と協力なしには研究を進めることができない大規模な地域介入研究である。

自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究（ACTION-J、戦略研究リーダー：平安良雄 横浜市立大学教授、研究顧問：有賀 徹 昭和大学教授、事務局長：河西千秋 横浜市立大学准教授）の主たる研究目的は、救急医療施設に搬送された

自殺未遂者に対して、精神科的評価および心理教育を行い、その後に試験介入としてケースマネジメントやITを利用した情報提供を行い、試験介入が通常介入と比較して自殺企図再発の防止に効果があるかどうかを検証することである。ケースマネジメントの経過の中で、研究参加者の病状悪化や自殺リスクが高まった場合には迅速な精神医学的対応が不可欠である。この役割は、精神科専門病院、総合病院精神科、精神科診療所等が果たしていくことになる。主要評価項目は自殺企図（自殺既遂および未遂）の再発としている。このプロジェクトは、救急医療施設に搬送された自殺未遂者に対する現実的で効果的な支援法の開発を目指した、目標対象者数が1,000名を超える大規模多施設共同研究である。

自殺対策基本法の成立を受けて

平成18年6月15日に「自殺対策基本法」が成立した。この法律の目的は、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、併せて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することとされている(表4)。われわれは、自殺予防に携わる全ての個人や組織がそれぞれの立場で考え、実際に行動し、つながり合い、そして学ぶことが全ての自殺対策の出発点だと考えている。「自殺対策基本法」により「自殺対策のための戦略研究」実施のための基盤がより明確なものとなった。

ここで、国の事業としての自殺対策について少し考えてみたい。たとえば、集中豪雨の後に河川が氾濫しいまにも堤防が決壊しようとしているとき、皆で協力して土嚢を積むことによって被害を未然に防ぐことができるかもしれない。しかし、本当の原因である「上流の森林開発」についての理解や、その川の「生態系の変化」などを十分に考慮しない限り、「100年もつ頑丈な堤防」を適切に設計することはできない。自殺対策についても同様である。何においてもいますぐやれる施策を迅速に実施することはとても大事だ。しかし、医療や保健福祉をより良くしていくためには、「その介入方法に効果があるのか」「その対策が社会にどんな予想外の影響を与えるのか」などをコツコツと検証し、科学的な証拠を積み上げていくしかない。

一方、疾病対策を考える場合に「数値目標」が設定されることが多い。数値目標は、具体的計画の策定のためにも、事後評価のためにも、なくてはならないものではある。しかし、それ自体が一人歩きしては本末転倒となる。自殺対策を考える場合には、ここに大きな落とし穴があるので十分な注意が必要である。

数値目標とは、それが達成されさえすればそれでいいというものではなく、本来は最終ゴール(国民が健康で生きがいを持って暮らすことのでき

る社会の実現)を目指すための、あくまでも中間的な目標でなければならないはずである。「自殺を1997年のレベルまで減らそう」というスローガンや「自殺は好ましくない」「自殺するのは弱いから」などというメッセージは、「死にたいほどつらい思いをしているその人」に共感する立場とはほど遠く、時に暴力的ですらある。単純な数値目標を声高に振りかざすことが有効な自殺対策であるとはとても思えない。

確かに、全ての自殺を防止することは不可能な試みであるかもしれない。しかし、世の中に「あってもよい自殺」などないのである。われわれが「自殺対策のための戦略研究」を通じて真に伝えるべきは、「自殺は避けることができる」というメッセージである。この理念があればこそ、自殺対策が「持続性を持ったあたり前の行政施策」として根を下ろしていくものであると考えている。

おわりに

自殺の背景は複雑であり、生物・心理・社会的要因を十分に検討した複合的自殺対策プログラムの重要性が指摘されている。しかし、うつ病や統合失調症、アルコール依存症などの精神疾患は常に自殺の背景として重要であり、自殺防止のための最前線、言わば「最後の砦」として精神科医療の果たすべき役割は大きい。われわれは、「自殺対策基本法」を強固な足場として「自殺対策のための戦略研究」を実施していくことにより、わが国で自殺対策を進めていくうえでの実証的根拠を提供していくことができればと期待している。

参考資料

- 1) 自殺対策のための戦略研究ホームページ。
<http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>
- 2) 自殺対策基本法, 自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」他の資料は自殺予防対策支援ページ「いきる」より入手可能。
<http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/>
- 3) 日本学術会議報告「我が国における臨床疫学研究推進のための基盤整備について」。
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1013.pdf>

自殺防止を目指した うつ病対策

国立精神・神経センター

精神保健研究所

老人精神保健部部長

山田 光彦



1 はじめに

ストレス社会といわれて久しい現代においてうつ病のもたらす社会的影響は大きく、低経済成長社会、高齢化社会の到来とともに大きな問題となっている。実際、うつ病の罹患率は想像以上に高いものであり、調査により大きなばらつきがあるものの、生涯罹患率は二〇%にものぼることが報告されている。さらに、自殺の精神医学的背景としてうつ病は重要である。自殺の背景には、経済苦、病苦、社会的孤立など様々な要因があるが、その大半は過度のストレスに伴う抑うつ状態や絶望、衝動性の亢進が直接のきっかけと考えられる。不思議なことに、本来よるこばしいはずの昇進や結婚なども、時に大きなストレス（うつ病発症の契機や自殺リスク）となることが知られている。二〇〇二年には、自殺防止対策有識者懇談会による「自殺予防に向けての提言」が発表されており、社会全体として

自殺に取り組むことが提言された（参考資料参照）。このように、わが国の社会において自殺問題はきわめて深刻な問題でありその対策は急務である。本稿では、自殺の現状と自殺防止を目指したうつ病対策に必要な行政支援について論ずる。

2 うつ病や自殺についての誤解と偏見

表1に、日本における自殺の現状をまとめた。わが国では一九九八年に年間自殺者が前年度比一三〇%以上という、他国に類のない激増をみており、しかもこ

表1 日本の現状、客観的事実

- ・自殺死亡者数は8年連続して年間3万人を超える高水準
- ・自殺死亡率は10万人あたり約24人/年
- ・世界で第10位、G7の中で第1位
- ・交通事故死亡の約4～5倍
- ・17分に1人死亡、1日に約90人が死亡

れ以降自殺者数は毎年三万人を超えたまま高止まりの状況が続いている。実に、交通事故による死者数の約四～五倍の人が毎年自殺によって命を落としているのである。自殺死亡率は世界で一〇位、G7の中で最高率であり、自殺者数の減少に向けた取組みは安心・安全な社会を構築するために重要かつ緊急の課題である。二〇〇四年の性・年齢（五歳階級）別にみた死因順位では、男女共に一〇～六四歳の世代で自殺が死因の第四位以内に位置している。全自殺者に占める六〇歳以上の者の割合は約三割と高率であり、ますます高齢化が加速する社会の変動の中で、今後も高齢者自殺の問題が継続するものと懸念される。さらに、自殺未遂はその一〇倍以上ともいわれており、自殺や自殺未遂によって家族や友人など周囲の人々が

受ける心理的影響を考慮すると、毎年、百数十万人の人々が自殺問題に苦しんでいることになる。

一方、わが国においても地域社会や日常生活の中には数多くの「うつ病」や「自殺」に関する誤解がある。そして、これらの誤解は、当事者やその周囲の者の苦しみを強める大きな原因となっている。表2に、よくある誤解への正答をまとめた。「うつ病は弱い人や怠け者がかかる病気」ではない。誰でもかかる可能性のある脳の病気である。「抗うつ薬を飲んで人が変わってしまう」ようなこと

表2 よくある誤解への答え

- ・「うつ病は弱い人や怠け者がかかる病気」ではない。誰でもかかる可能性のある脳の病気である。
- ・「抗うつ薬を飲んで人が変わってしまう」ことはない。抗うつ薬は骨折したときのギプスのようなもの。
- ・「抗うつ薬はすぐ効く」ことはない。抗うつ薬は効果発現までに数週間かかることもある。
- ・「うつ病の治りかけにしか自殺しない」ことはない。治療経過のどの時期でも自殺することがある。
- ・「本人が自殺しようとしているのだから止めるのは無理」とは限らない。自殺願望は永続的なものではなく、「自殺について話し合うこと」によって予防できることもある。
- ・「自殺について語る人」でも自殺することがある。
- ・「明確な意志」を持っていなくても、「ふと」行動に出ることがある。
- ・「過去に自殺未遂をした人」はより確実な手段を選ぶ傾向がある。
- ・「自殺によって、本人のみならず、その周囲の人々が苦しみから解放されることがある」などということとは絶対にない。

はない。抗うつ薬は骨折したときのギプスのようなものである。残念ながら、「抗うつ薬はすぐ効く」ことはない。抗うつ薬は効果発現までに数週間かかることもある。「うつ病の治りかけにしか自殺しない」ことはない。治療経過のどの時期でも自殺することがある。「本人が自殺しようとしているのだから止めるのは無理」とは限らない。自殺願望は永続的なものではなく、「自殺について話し合うこと」によって予防できることもある。「自殺について語る人」でも自殺することがある。「明確な意志」を持っていなくても、「ふと」行動に出ることがある。「過去に自殺未遂をした人」はより確実な手段を選ぶ傾向がある。「自殺によって、本人のみならず、その周囲の人々が苦しみから解放されることがある」などということとは絶対にない。

私のまわりでも、「本人が自殺しようとしているのだから止めることはできない」という意見を聞く機会も少なくない。しかし、これは大きな誤解である。自殺は避けることのできる死なのである。

3 うつ病対策における地域保健活動の役割

近年の自殺死亡者数増加の背景には、健康問題（精神疾患・身体疾患）、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場・学校教育のあり方の変化等、様々な社会的要因が複雑に関係しており、予防対策の実施に当たっては多角的な検討と包括的な対策が必要になる。一方、うつ病に代表される精神疾患は常に自殺の背景として重要であり、地方自治体において保健医療従事者が自殺防止のために果たすべき役割は大きい。

厚生労働省地域におけるうつ病対策検討会は、二〇〇四年一月に「うつ病対応マニュアル―保健医療従事者のために」を発表した（参考資料参照）。本マニュアルは、うつ病を予防し、早期発見・早期治療を可能にし、そしてうつ病にかかっている人を長く支えることができる地域の環境をつくり、住民のこころの健康の向上を図ることを目的として、保健医療従事者がどのように対応したらよいかを示したものである。すでにいくつかの自治体において、うつ病のスクリーニング、自殺ハイリスク者に対する個別ケアとうつ病患者に対する個別的集団的支援活動が実施され、その成果が報告されている。また、全国各地の先駆的な取り組みの経験を踏まえ、大規模多施設共同研究で効果的な支援方法に関するエビデンスを構築して今後の政策立案に役立てるための「自殺対策のための戦略研究」もすでに開始されている（参考資料参照）。

うつ病を予防し、早期発見・早期治療を可能にし、そしてうつ病にかかっている人を長く支えることができる地域の環境をつくることは、住民のこころの健康の向上のためにきわめて重要である。また、うつ病に苦しんでいる人が治療や地域の支援を受けられるようにするためには、個人対応だけでなく、そのための保健医療対策のネットワークなどの仕組みを地域につくっていくことが必要である。また、うつ病にかかっている人がこのような仕組みを抵抗なく利用し、受診や治療ができるようにするためには、住民全体のストレスやうつ病に対する正しい知識の普及が必要であり、またそのような個人の行動を支援する地域社会という環境づくりも必要となる。うつ病対策には、このような地域ぐるみの取り組みが不可欠で、それ自体が地域保健活動そのものだといえよう。

4 地域特性に根ざしたうつ病対策の実際

うつ病対策に取り組むためには、担当する地域の実態を知ることが大切である。対策の第一歩として、①地域の専門医療機関やメンタルヘルスケア関連団体などの実態、②保健所及び当該市町村で行っているこころの健康に関する保健事業活動、③地域住民の精神疾患に対する意識、などについて把握しておくことが望ましい。特に、自殺予防対策を意識した場合には、自殺死亡者数や死亡率、死因、精神疾患の罹患状況等を把握することも役立つ。さらに、地域医療体制や救急医療体制、うつ病や自殺との関連が指摘されているアルコール消費量、家族構造、人口構成比、産業構造等の地域特性に根ざした取り組みも重要であろう。

次に、自殺防止を目指したうつ病対策の実際について、一次予防、二次予防、三次予防の公衆衛生的観点から説明する（表3）。詳細について

表3 地域特性に根ざしたうつ病対策の実際

- 一次予防：健康増進と疾病の予防。あらゆる機会を通して、うつ病についての正しい知識の普及・啓発活動や、精神疾患について抵抗なく相談し受診できる地域づくりを行うことが必要。
- 二次予防：早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する施策。抑うつ状態をスクリーニングし、抑うつ状態の可能性や自殺リスクを早期に発見して該当者に情報提供する。
- 三次予防：病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるよう支援。患者のみならず、その家族や自殺未遂者／自殺既遂者の家族への支援も大切な課題である。

は、「うつ対応マニュアル―保健医療従事者のために」を熟読の上参照されたい。

一次予防は健康増進と疾病の予防である。地域では、数多くの方々がうつ病だということに気づかないまま苦しんでいる。また、仮に気づいたとしても「誤解」や「偏見」により他の人に相談することをためらう人も少なくない。そのため、あらゆる機会を通して、うつ病についての正しい知識の普及・啓発活動や、精神疾患について抵抗なく相談し受診できる地域づくりを行うことが必要である。地域全体でこころの健康を高める地域づくりのための連絡協議会を設置するなど、地域住民と保健所、市町村、医療機関など関係機関との連携を強め、こころの健康づくりに関するネットワークをつくることも効果的な施策であると考えられる。さらに、ストレスを軽減してうつ病を「予防」できるように、こころの健康づくりのための積極的な健康教育・教室活動を行うことも重要であろう。

二次予防は早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する施策とされる。二次予防活動の中心は抑うつ状態をスクリーニングし、抑うつ状態の可能性や自殺リスクを早期に発見して該当者に情報提供することである。自殺予防効果を上げるためには、行政機関、医師、保健師、住民組織等が協力してうつ病を早期に見つけ、治療介入を行うことがきわめて重要であり、地域でうつ病や自殺などの精神保健に関する問題を積極的に話し合えるような雰囲気を作り上げていくことが重要である。ただし、「うつ病」のためのスクリーニングのみで全ての「自殺ハイリスク者」を発見することは困難であり、十分な注意が必要である。顔と顔のつながった地域づくりを通じて、マニュアルでは発見できない生活者の

「苦難」を拾い上げることができればと考える。

三次予防は、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援することを指す。三次予防では相談、訪問活動を通じた個別ケアが大切である。また、うつ病患者のみならず、その家族や自殺未遂者／自殺既遂者の家族への支援も大切な課題となっている。

5 医療機関その他関係機関との連携

うつ病患者や自殺ハイリスク者に対する初期介入を地域において効率的に行うためには保健師等を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立する必要がある。一般診療科の受診者の中にうつ病患者が多いことはよく知られている。実際、プライマリケアの初診患者の一六%がうつ病に罹患していたという報告がある。そのため、地域の医療機関との協力関係を築いておくことはとても大切である。加えて、自傷行為のリスクが高くなった場合や自殺企図がみられた場合には、消防や警察、救急施設とも連携する必要がある。

また、多くの保健所では精神科嘱託医や精神保健福祉相談員（精神保健福祉士や保健師）が配置され、精神保健相談が実施されている。家族の協力を得るために、精神保健相談を利用するのほひとつの方法である。

精神保健福祉センターは精神保健福祉法第六条に規定されており、都道府県、指定都市に一ヶ所（東京都は三ヶ所）設置され、総合的技術センターとして地域精神保健福祉活動の中核機能を担うと

されている。支援に行き詰まりを感じている複雑困難ケースの場合などに特に連携が有効であろう。また、精神保健福祉センターでは、保健師等に対してうつ病についての教育研修を実施したり、事例検討会などを開催したりしている。日頃からこれらの機会を積極的に利用し、知識の習得や支援技術の向上を図ることも重要である。さらに、他の保健師等が経験した事例を通して、情報交換や情報の共有を図ることにより、より適切な支援のあり方を学ぶ機会ともなる。

このように、自殺防止を目指したうつ病対策を効果的に実施するためには地域の医療機関、精神科嘱託医、精神保健福祉相談員、精神保健福祉センターなどの連携が必要である。そのためには、日頃の活動を通じて、必要なときに必要な支援体制を組めるようなネットワークが大切であろう。こうした取組みは、保健医療従事者のスキルアップと自身の「こころのケア」のためにも重要である。

6 自殺対策基本法の成立を受けて

二〇〇六年六月一日に「自殺対策基本法」が成立した（参考資料参照）。この法律の目的は、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実

表4 自殺対策基本法案の概要

<p>○本法の目的</p> <p>自殺対策を総合的に推進して、<u>自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること</u></p> <p>○内容の概要</p> <p>1 自殺対策の基本理念</p> <p>① <u>自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならないこと。</u></p> <p>② <u>自殺が多様かつ複合的な原因および背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならないこと。</u></p> <p>③ <u>自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応および自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならないこと。</u></p> <p>④ 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の<u>相互の密接な連携</u>のもとに実施されなければならないこと。</p> <p>2 国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務</p> <p>3 政府による自殺対策大綱の策定と、国会への年次報告</p> <p>4 国・地方公共団体の基本的施策</p> <p>① 自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析および提供の実施並びにそれらに必要な体制の整備</p> <p>② 教育活動、広報活動等を通じた自殺の防止等に関する国民の理解の増進</p> <p>③ 自殺の防止等に関する人材の確保、養成および資質の向上</p> <p>④ 職域、学校、地域等における国民のこころの健康の保持に係る体制の整備</p> <p>⑤ 自殺の防止に関する医療提供体制の整備</p> <p>⑥ 自殺する危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制の整備</p> <p>⑦ 自殺未遂者に対する支援</p> <p>⑧ 自殺者の親族等に対する支援</p> <p>⑨ 民間団体が行う自殺の防止等に関する活動に対する支援</p> <p>5 内閣府に、関係閣僚をメンバーとする自殺総合対策会議を設置</p>

を
図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することとされている（表4）。我々は、自殺予

防に携わる全ての個人や組織がそれぞれの立場で考え、実際に行動し、つながりあい、そして学ぶことが全ての自殺対策の出発点だと考えている。「自殺対策基本法」により国や地方自治体による自殺対策実施のための基盤がより明確なものとなった。

ここで、国や地方自治体の事業としての自殺対策について少し考えてみたい。一般に、疾病対策を考える場合に「数値目標」が設定されることが多い。数値目標は、具体的計画の策定のためにも、事後評価のためにもなくてはならないものはある。しかし、それ自体が一人歩きしては本末転倒となる。自殺対策を考える場合には、ここに大きな落とし穴があるので十分な注意が必要である。数値目標とは、それが達成されさえすればそれでいいというものではなく、本来は最終ゴール（国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現）を目指すための、あくまでも中間的な目標でなければならないはずである。「自殺を一九九七年のレベルまで減らそう」というスローガンや「自殺は好ましくない」「自殺するのは弱いから」などというメッセージは、「死にたいほどつらい思いをしているその人」に共感する立場とはほど遠く、時に暴力的ですらある。単純な数値目標を声高に振りかざすことが有効な自殺対策であるとは思えない。

確かに、全ての自殺を防止することは不可能な試みであるかもしれない。しかし、世の中に「あっても良い自殺」などないのである。我々が真に伝えるべきは、「自殺は避けることができる」というメッセージである。この理念があればこそ、自殺対策が「持続性を持った当たり前の行政施策」として根をおろしていくものであると考えている。

7 おわりに

自殺の背景は複雑であり、生物・心理・社会的要因を十分に検討した複合的自殺対策プログラムの重要性が指摘されている。しかし、うつ病に代表される精神疾患は常に自殺の背景として重要であり、自殺防止のための最前線として国民の生活と密接に関わり合っている地域の保健医療従事者が果たすべき役割は大きい。「自殺対策基本法」を強固な足場として、各地域の住民、自治体や事業場等の担当者等の皆さまのご協力を得ながら「うつ病対策」を効果的に実施することにより、わが国でも有効な自殺対策を進めていくことができるものと期待している。

参考資料

・「うつ対応マニュアル」保健医療従事者のために、「自殺対策基本法」、自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」他の参考資料は、国立精神・神経センター自殺予防総合対策センターによる自殺予防対策支援ページ「いきる」より入手可能

<http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/>

・自殺対策のための戦略研究ホームページ

<http://www.jfnn.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>

IV. 參考資料

厚生労働科学研究費補助金
こころの健康科学研究事業

「自殺対策のための戦略研究」

Japanese Multimodal Intervention Trials
for Suicide Prevention, J-MISP

進捗経過報告書

平成 19 年 3 月

財団法人 精神・神経科学振興財団

*許可無く当報告書を複製・転載・配布することを禁止します。

目次

はじめに	2
1 研究の概要	3
(1) 説明図	3
(2) 背景と目的	3
(3) 進捗計画	4
2 研究の実施体制	5
(1) シェーマ	5
(2) 戦略研究統括推進本部	5
(3) 地域介入研究班 (Nocomit-J)	6
(4) 救急介入研究班 (Action-J)	6
(5) 精神・神経科学振興財団により設置・運営される委員会とその役割	6
(6) 各委員会の責任者、委員、所属	7
3 研究の進捗経過	8
(1) 戦略研究実施に至る経緯	8
(2) 研究実施工程表	8
(3) 戦略研究統括推進本部による活動	9
4 研究プロトコールの概要	10
(1) 地域介入課題	10
(2) 救急介入課題	11

はじめに

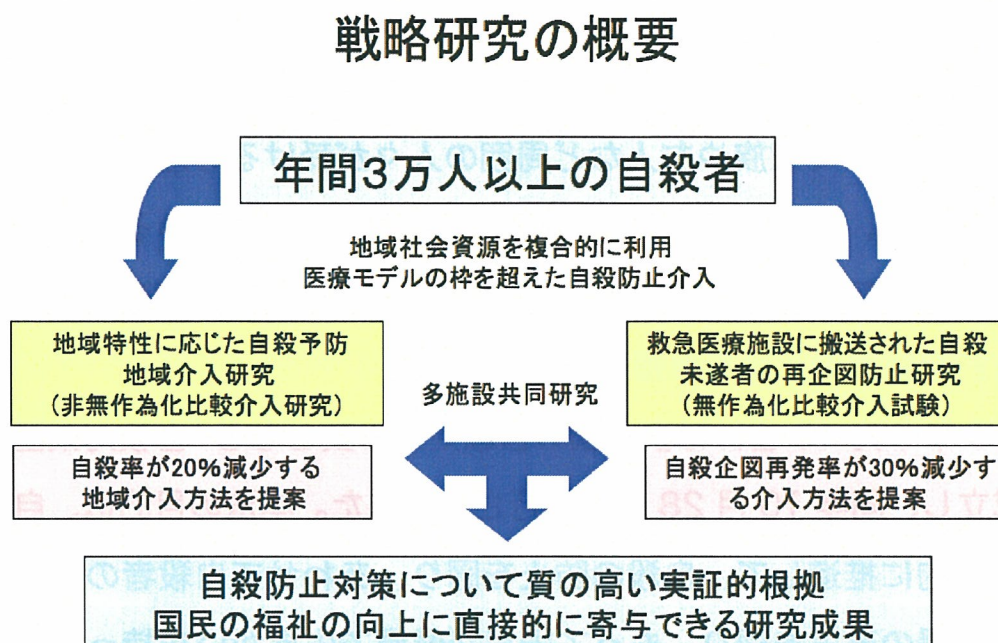
わが国では、平成 10 年以降、自殺者数は 3 万人前後で推移しており、毎年、交通事故による死者数の約 4 倍もの人が自殺によって命を落としています。さらに、自殺未遂は既遂の 10 倍以上ともいわれており、自殺や自殺未遂によって家族や友人など周囲の人々が受ける心理的影響を考慮すると、毎年、百数十万人の人々が自殺問題に苦しんでいることとなります。本戦略研究では、「自殺対策」を最終目標とし、医療モデルを超えた複合的な対策の立案を目指しております。

平成 18 年 6 月 15 日には我が国の自殺対策の要となる「自殺対策基本法」が成立し、同年 10 月 28 日に施行されました。本法の目的は、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること、とされております。戦略研究では 2 つの試験研究「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究 (Nocomit-J)」「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究 (Action-J)」を実施しております。「自殺対策基本法」を強固な足場として戦略研究を実施していくことにより、わが国で自殺対策を進めていく上での実証的根拠を提供していくことができると期待しております。

財団法人 精神・神経科学振興財団
理事長 高橋清久

1 研究の概要

(1) 説明図



(2) 背景と目的

国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題について、成果目標を設定した大規模な「戦略研究」の必要性が指摘されてきた。そこで、厚生労働科学研究費補助金において、従来の一般公募による研究課題に加えて厚生科学審議会科学技術部会の意見を踏まえながら、研究の成果目標及び研究の方法を定め、選定された機関が実際に研究を行う者や研究に協力する施設等を一般公募する新たな「戦略研究」が平成17年度から創設された。

一方、わが国では1998年に年間自殺者が前年度比130%以上という、他国に類のない激増をみており、しかもこれ以降自殺者数は毎年3万人を超えたまま高止まりの状況が続いている。自殺死亡率は世界で10位、G7の中で最高率であり、自殺者数の減少に向けた取組が重要かつ緊急の課題である。2004年の性・年齢(5歳階級)別にみた死因順位では、男女共に10～64歳の世代で自殺が死因の第4位以内に位置している。全自殺に占める60歳以上の割合は1/3以上と高率であり、加速する高齢化社会の問題との兼ね合いでさらに老人の自殺問題が懸念される。また岡山、長崎、鹿児島県の一般住民を対象とした疫学調査では、過去12ヶ月間に自殺を真剣に考慮したの