

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試験

A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan, ACTION-J

戦略研究リーダー 平安良雄 横浜市立大学医学部精神医学教室 教授

研究要旨：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いる。さらに、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おり、我が国において自殺者数の減少に向けた対策が急務とされている。そのため、「自殺企図者の再発防止策の開発」が必要であり、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ことが必要である。平成 18 年度は、前年度に組織された救急介入研究班により研究計画書を策定し、研究を開始した。具体的には、中核的研究施設 14 施設及び重点関連研究を行う 1 施設の合計 15 施設が本研究に参加している。本戦略研究の推進により、地域において利用可能な複合的自殺予防プログラム、自殺企図の再発防止法を確立し、我が国の自殺率の減少を目指した施策に大いに役立つものと期待している。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名
有賀 徹	昭和大学 教授
河西 千秋	横浜市立大学 準教授
杉山 貢	横浜市立大学 教授
酒井 明夫	岩手医科大学 教授
廣常 秀人	大阪大学 助手
宮岡 等	北里大学 教授
朝田 隆	筑波大学 教授
岸本 年史	奈良県立医科大 教授
大久保善朗	日本医科大学 教授

協力研究者氏名	所属施設名及び職名
穂吉條太郎	大分大学 助教授
杉本 達哉	関西医科大学 助手
人見 佳枝	近畿大学 助手
岩波 明	埼玉医科大学 助教授
堀川 直史	埼玉医科大学 教授

長田 賢一	聖マリアンナ医大	講師
林 直樹	都立松沢病院	部長
三宅 康史	昭和大学	助教授
保坂 隆	東海大学	教授
大塚耕太郎	岩手医科大学	講師
井上 眞	奈良県立医科大学	講師
小川 朝生	国立大阪医療センター	医師
加藤 大慈	横浜市立大学	助手
川野 健治	国立精神・神経センター	室長
坂本 博子	日本医科大学	講師
佐藤 玲子	横浜市立大学	医師
太刀川弘和	筑波大学	講師
山本 賢司	北里大学	講師
上條 吉人	北里大学	講師
池下 克実	奈良県立医科大学	助手
伊藤 敬雄	日本医科大学	講師
岩熊 昭洋	国立水戸医療センター	医長

協力研究者氏名 (続き)

智田 文徳	岩手医科大学	助手
松岡 豊	国立精神・神経センター	室長
山田 朋樹	横浜市立大学	助手
横田 裕行	日本医科大学	助教授
石塚 直樹	国立国際医療センター	室長
酒井 弘憲	群馬大学	講師
米本 直裕	京都大学	独立統計家

A. 背景と根拠

わが国では、昭和 62 年より減少に転じていた自殺者数が平成 7 年以降、明らかな上昇に転じ、1998 年には、前年度比 130%以上という他に類のない激増をみた。2004 年のデータをみると、自殺者の男女比は 72%対 28%と男性に多く、また自殺者全体に占める高齢者の比率が高い。この傾向は欧米諸国のデータと類似しているが、一方で 40 歳台と 50 歳台の自殺者を合わせた自殺者数は全体の 39.8%にも上り中高年者の自殺の割合も高く、翻って、わが国の自殺激増は、中高年世代の自殺激増に因るところが大きいということも自殺統計の推移から明らかとなっている。最近のわが国の高い自殺率は、完全失業率の推移と並行しており、このことにより、経済不況と自殺増加の関連性がマス・メディアなどによりしばしば強調されるようになってきている。しかし広く世界を見渡せば、スウェーデンのように、失業率の増減と関連無く自殺率が漸減を続けている国もあり、自殺問題を経済問題に直結させる考え方はあまりに単純に過ぎる。むしろ経済問題にばかり注目することで、自殺問題の多面性や複雑性への理解やさまざまな自殺予測因子などへの対処がなおざりになる危険性がある。スウェーデンでは国家的な自殺防止の取り組

みが続いており、自殺率は、失業率に影響を受けていないという推測ができる。この他、フィンランド、ノルウェー、イギリス、ニュージーランドなど、世界のさまざまな国や地域などで総合的な自殺防止対策が実施されている。

本研究は、わが国の実効的な自殺予防法を開発することを目的に行われる。この目的のために、今回我々は、救急医療施設を拠点に、自殺未遂者を対象とした無作為化比較介入試験を行なうこととした。研究実施施設として救急医療施設が選ばれた最も重要な理由は、そこに自殺企図者が集中するということである。自殺企図、言い換えると自殺未遂の既往は、その後の自殺既遂の最大の危険予測因子であることが知られている (Robins ら, 1959; Rosenberg ら, 1988; Mościcki, 1997)。自傷を行ったものの 15%前後が 1 年以内に自傷を繰り返し、自殺既遂が 0.5-2%に認められる。9 年後には 5%が自殺既遂に至るとい (Owens ら, 2002)。一人の自殺者の背景にはその 10 ないし 18 倍の自殺未遂者が存在すると考えられている (Petronis ら, 1990; Mościcki, 1997; Spicer ら, 2000)。

このようなことから、自殺未遂者への介入が必要であり、救急医療施設における直接介入は自殺予防に効果的であることが予想される。

一方、自殺と精神疾患との間には関連性があり、精神疾患の発見と適切な治療的対応が、自殺の予防に重要であることが示されている。これまでの心理学的剖検研究によれば、自殺既遂者の 90%以上が、自殺遂行時に精神疾患に罹患していたことが示されている (Bertolote ら, 2004; Mościcki, 1997)。わが国

において、Bertolote ら、(2004) と同様に DSM による多軸診断を、しかも高度救命救急センターに搬送された自殺未遂者について行った研究 (河西ら、2005) でも、やはり自殺未遂者の 83% 以上に精神疾患が認められている。動機や心的負荷の強弱とその時間経過の長短に拠らず、個人が自殺企図を行うまでにはプロセスがある。そのプロセスの中で、多くのものが精神疾患に罹患し、あるいは精神疾患の影響を受ける。Rutz ら(1992)は、スウェーデン・ゴットランド島のすべての General practitioner を対象にうつ病の診断と治療に関する講習を行った結果、同島における自殺率の低下を観察している。自殺未遂者に適切な精神医学的評価を行い治療を提供することが、自殺予防のひとつの重要な鍵となるものと考えられ、WHO が策定した自殺予防行動計画 (SUPRE) の中でもそのことが明示されている。従って、本研究では救急医学と精神医学との密接な連携の下に、精神疾患を有する自殺未遂者を対象に介入研究を実施することとした。

上述したように自殺未遂者の 80% 以上は精神疾患を有することから、実際には救急医療施設に搬送される自殺未遂者の多くが本研究の対象になるものと考えられる。SUPRE においては、うつ病に特に焦点が当てられているが、本研究では、対象を広く捉えることにより、うつ病関連の自殺のみならずさらに大きな枠組みを持って自殺予防介入研究に取り組むこととした。そして、次に述べるように、本研究の成果をエビデンスとして示すために、多施設共同による大規模研究を行うこととした。

自殺未遂者への介入研究については、これ

までに海外からさまざまな報告があり、系統的レビューも行われている (van der Sande ら、1997; Hawton ら、1998, 2000; Gaynes ら、2004; Man JJ ら、2005)。無作為化比較介入試験による自殺予防可能性の検討も行われており、自殺未遂者に対するケース・マネジメントや認知行動療法、対人関係療法などが行われている。しかし一方で、救急医療施設 (身体救急) 単独で行なわれた介入研究は研究報告自体が極めて少なく、Rotheram-Borus ら (2000) による外来精神療法 (構造化面接) による介入研究以外には有効性が示された介入方法はほとんどない。しかし、この Rotheram-Borus らの研究も、対象者は 140 名とサンプル数が非常に少なくエビデンスとして弱い。研究実施拠点を考慮せず介入方法に着目すると、従来の無作為化比較試験では有意な自殺再企図率の減少を認めたものはほとんどない。1995 年に報告された介入研究では、受療促進の効果について検討がなされたが、介入群での自殺企図率は 21/196 (10.7%)、通常治療が行われた対照群では 34/195 (17.4%) であり、オッズ比は 0.57 (95%信頼区間 0.32-1.02) であった (van Heeringen ら、1995)。認知行動療法を検討した 5 つの研究での自殺防止効果を示す要約オッズ比は 0.70 (95%信頼区間 0.45-1.11)、積極的なアウトリーチと、介入目的の短期入院治療と看護ケアをそれぞれ含む 6 研究の要約オッズ比は 0.83 (95%信頼区間 0.61-1.14) であった。いずれの要約オッズ比の信頼区間もレンジが広いが、これは系統的レビューの元となっている一次研究において対象症例数がそれぞれ少ないことに因る。認知行動療法を検討した 5 つの研究の対象者数は、介入群と対

照群を合わせても総計 600 例以下であり、またアウトリーチなどを検討した 6 研究では総症例数は 1,200 例以下であった (Gaynes ら, 2004)。また、それぞれの登録後観察期間は 6-12 ヶ月と短い。このように、先行研究においては、対象者数の少なさや研究期間の短さから介入効果を検証するのに限界があり、エビデンスを提示するためには多施設共同による大規模研究の必要性があるということが Howton ら (1999) や Gaynes ら (2004) により指摘されている。

一方で、現実的な問題として、多数の自殺未遂者に対して、標準化された介入方法を長期に亘って実施するという事は容易なことではない。まず、当然、精神医学と救急医学との連携も含めた救急医療施設の整備状況や、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・マネージメントを選択した。ケース・マネージメントの内容は、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・マネー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・マネージメントと共に、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・マネー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・マネージメントの効果：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・マネージメントを行い、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）
29. 第26回日本社会精神医学会シンポジウム（平成19年3月22日-23日）
30. プロトコール英訳WG（平成19年4月5日）
31. プロトコール英訳WG（平成19年4月10日）
32. 世界精神医学会ソウル大会（平成19年4月18-21日）

33. 日本自殺予防学会（平成 19 年 4 月 23-24 日）
34. 日本精神神経学会（平成 19 年 5 月 17-19）
35. 第 10 回救急介入課題研究会議（平成 19 年 5 月 26 日）
36. ケースマネージャー研修会（平成 19 年 5 月 26 日）
37. プロトコール英訳 WG（平成 19 年 6 月 12 日）
38. ケースマネージャー研修会（平成 19 年 6 月 16 日）
39. 研究班実務者による WG（平成 19 年 6 月 19 日）
40. 研究班実務者による WG（平成 19 年 7 月 13 日）
41. 研究班実務者による WG（平成 19 年 7 月 24 日）
42. 日本中毒学会（平成 19 年 7 月 27 日ー28 日）
43. 参加施設追加のための施設訪問：藤田保健衛生大学（平成 19 年 8 月 13 日）
44. 国際自殺予防学会 IASP2007（平成 19 年 8 月 28 日-9 月 1 日）
45. 研究班実務者による WG（平成 19 年 9 月 7 日）
46. イベント判定についての WG（平成 19 年 9 月 7 日）
47. プロトコール英訳 WG（平成 19 年 9 月 13 日）
48. 参加施設追加公募開始（平成 19 年 9 月 18 日）
49. イベント判定委員会（平成 19 年 10 月 6 日）
50. ケースマネージャー研修会（平成 19 年 10 月 13 日）
51. 研究班実務者による WG（平成 19 年 10 月 19 日）
52. ケースマネージャー追加公募開始（平成 19 年 11 月 1 日）
53. 第 1 回一斉調査実施（平成 19 年 11 月 5 日-12 月 21 日）
54. 参加施設追加のための施設訪問：福岡大学（平成 19 年 12 月 7 日）
55. ケースマネージャー研修会（平成 19 年 12 月 15 日）
56. 参加施設追加のための施設訪問：藤田保健衛生大学（平成 19 年 12 月 18 日）
57. 参加施設追加のための施設訪問：筑波 MC（平成 19 年 12 月 26 日）
58. 統括推進本部-研究班 WG（平成 20 年 1 月 25 日）
59. イベント判定委員会（平成 20 年 1 月 25 日）
60. 研究班実務者による WG（平成 20 年 2 月 2 日）
61. 第 11 回救急介入課題研究会議（平成 20 年 2 月 2 日）
62. ケースマネージャー研修会（平成 20 年 2 月 9 日）
63. 戦略研究企画・調査専門検討会/モニタリング調査（平成 20 年 2 月 13 日）
64. 日本社会精神医学会（平成 20 年 2 月 28 日-29 日）
65. 研究班実務者による WG（平成 20 年 3 月 7 日）
66. イベント判定委員会（平成 20 年 3 月 22 日）
67. ケースマネージャー研修会（平成 20 年 3 月 22 日）

C. 健康危険情報

特記すべきことなし

D. 研究発表

1. 学会発表

a. 国際学会

1) Yamada M, Inagaki M, Yonemoto N, Nakai A, Ouchi Y, Watanabe Y, Takahashi K:
Japanese Multimodal Intervention Trials for
Suicide Prevention, J-MISP.

International Association for Suicide Prevention.
Killarney, 8.27-31, 2007.

2) Kawanishi C, Hirayasu Y, Aruga T, Sakai A,
Okubo Y, Miyaoka H, Kishimoto T, Hitomi Y,
Horikawa N, Asada T, Iwanami A, Hirotsune H,
Mimura M, Akiyoshi J, Ikeshita K, Yamada M,
Takahashi K:

A randomized, controlled, multicenter trial of
post-suicide attempt intervention for the
prevention of further attempts (ACTION-J) in
Japan.

International Association for Suicide Prevention.
Killarney, 8.27-31, 2007.

b. 国内学会

1) 山田光彦, 平安良雄: 自殺総合対策大綱
にみる精神医学の重要性とその役割. 第 27
回日本社会精神医学会 シンポジウム, 福岡,
2.28-29, 2008.

2) 山田光彦: 自殺の現状とその対策「未来
に向けて」. 第 29 回日本中毒学会総会・学術
集会 シンポジウム, 東京, 7.27-28, 2007.

3) 山田光彦: シンポジウム「自殺問題と予
防対策の重要性: 厚生労働省戦略研究」(自

殺予防研究の必要性と J-MISP の紹介) 第
103 回日本精神神経学会, 高知, 5.17-19, 2007.

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：自殺の現状とその対策における精神科医療の役割. 日本社会精神医学会雑誌
16 : 73-78, 2007
- 2) 山田光彦, 高橋清久：自殺対策のための戦略研究－J-M I S P. 医学のあゆみ 221 :
233-236

自殺の現状とその対策における精神科医療の役割

山田光彦

1. はじめに

自殺の背景としてうつ病に代表される精神障害の存在は重要である。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20%にもものぼることが報告されている¹⁾。自殺の背景には、経済苦、病苦、社会的孤立など様々な要因(直前のライフイベント)があるが、実際に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、本来よろ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。

一方、自殺既遂者の多くは、様々な愁訴により自殺前に一般診療科を受診している。本稿では、自殺の現状とその対策における精神科医療の役割について論ずる。

2. うつ病や自殺についての誤解と偏見

我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1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。「抗うつ薬を飲んだら人が変わってしまう」ようなことはない。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、その周囲の人びとが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。

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. 客観的事実

表2に、日本における自殺の現状をまとめた²⁾。わが国では平成10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。実に、交通事故による死者数の約5倍もの人が毎年自殺

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
(〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1)
TEL 042-341-2712 (代表) 内6248
FAX 042-346-1994 (直通)
E-mail: mitsu@ncnp.go.jp

表1 自殺に対する誤解や迷信

- ・「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。
- ・「抗うつ薬を飲んだら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ブスのようなもの。
- ・「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、その周囲の人びとが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。

表2 日本の現状、客観的事実

- ・自殺死亡者数は年間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5倍
- ・約15分に1人死亡、1日に約90人が死亡

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。さらに、自殺未遂はその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になる。このように、わが国の社会において自殺問題は極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、諸外国では、自殺した人の80～100%が生前に精神障

害に罹患していたことがWHO資料に報告されている¹⁾。そのうち、約3割が気分障害、次いでアルコール/物質関連障害、統合失調症の順で、自殺行動直前のプロセスにおいて精神障害の関与が報告されているのである。逆に、自殺の生涯危険率は、うつ病に代表される気分障害で6～12%、アルコール依存症で7～15%、統合失調症で4～10%である。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。

警察庁の発表においても、我が国の自殺の原因・動機の第1位は健康問題（精神科疾患を含む）である²⁾。また、罹病疾患数に比例して不眠頻度が増大すること、不眠（特に悪夢を伴う）を合併するうつ病では自殺率が高いことなどがコホート研究等で示されている。これらの事実は、不眠や他の身体愁訴がうつ病や自殺ハイリスク者の早期発見、早期介入のための有用な臨床指標となる可能性を示唆している。実際、自殺した人の40～60%は自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診していたことが報告されているが、その多くは精神科医ではなく、一般診療科を受診していたことが明らかになっている³⁾。したがって、プライマリケアの場において一般診療科の医師がうつ病患者等の自殺ハイリスク者を早期に発見し、専門医等に紹介し、適切な治療とサポートを早期に提供することは、自殺予防の重要な第一歩となると考えられる。

4. 日本の自殺対策

上述のように、わが国の社会において自殺問題は極めて深刻な問題でありその対策は急務であり、これまでに様々な自殺対策の試みがなされてきた(表3)。平成14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¹⁾。平成18年6月には「自殺対策基本法」が成立し、同年10月には施行された²⁾。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。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。「自殺を平成9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。

5. うつ病対策における地域精神保健活動の役割

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。

表3 日本の自殺対策

平成10年	自殺の急増(24,391人→32,863人)
平成12年	健康日本21「自殺者の減少」を数値目標(旧厚生省)
平成13年	自殺防止対策事業を予算化(厚生労働省)
平成14年	自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」(厚生労働省)
平成16年	うつ対策マニュアル策定(厚生労働省)
平成17年7月	自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議(参議院厚生労働委員会)
平成17年5-8月	自殺予防対策に関する有識者意識調査(総務省)
平成17年9月	自殺対策関係省庁連絡会議発足
平成17年12月	自殺予防に関する調査結果報告書(総務省)
平成17年12月	自殺予防に向けての政府の総合的な対策について(関係省庁連絡会議)
平成18年6月	自殺対策基本法成立
平成18年10月	自殺予防総合対策センター開設
平成18年10月	自殺対策基本法施行
平成18年11月	自殺総合対策の在り方検討会(内閣府)
平成19年4月	自殺総合対策大綱(案)に対する意見募集(内閣府)

厚生労働省地域におけるうつ対策検討会は、平成16年に「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のために」を公表した¹⁾。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はか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²⁾。

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作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、それ自体が地域精神保健活動そのものだと言える。

6. 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まず大切である。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4)。詳細については、「うつ対応マニュアルー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

表4 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。

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作りを通じて、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。

多くの保健所に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のひとつの方法である。

このように、自殺防止を目指した精神保健対策を効果的に実施するためには地域の医療機関、保健所、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。こうした取り組みは、精神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。

7. 精神科医療と一般診療科との連携

我が国で行われたほとんどの地域介入研究は対象が地方郡部の自殺多発地帯に限定されていたため、都市部においても、地方郡部で試みられてき

た地域介入方法が有効に機能するかは不明である。一方、高齢自殺既遂者や自殺死亡急増が観察された中高年自殺既遂者の多くは、様々な愁訴により自殺前に一般診療科を受診している。一般診療科医師が地域において自殺の危険の高い人を発見し、働きかけ、専門家へ紹介することができれば、自殺予防にとって重要な一步となる。つまり、うつ病患者/ハイリスク者が潜在的に高率に受診している「一般診療科医」は有効なセーフティネットとなるのである。そのため、日本医師会はずでに「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」を作成している³⁾。

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、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なかにうつ病患者が多いことはよく知られている。実際、自殺既遂者は、自殺前一年以内にヘルスケアを利用することが多く、精神科医療サービスを利用するよりも一般診療科（プライマリケア）を受診していることが多いとの報告がある⁴⁾。高齢者の場合も同様に、自殺を試みる前に医療従事者と接しているがそのほとんどは適切な治療を受けていない⁵⁾。先にも述べたが、WHO調査においても、自殺した人の40～60%は、自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診しており、その多くは一般診療科のもとを受診している¹⁾。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。

一方、抗うつ薬を用いた薬物療法と自殺リスク

との関連が注目を集めている。小児のうつ病に対する薬物療法を含む積極的な治療介入は、自殺予防の観点からも必要なものと言える。しかし、小児のうつ病患者に SSRI が投与された場合、心理力動としての衝動性や攻撃性が顕在化する可能性があることは常に留意しなければならない。加えて、抗うつ薬投与開始初期にみられる「自殺関連事象につながる可能性のある一連の中枢神経刺激様症状」が賦活症候群 (activation syndrome) として知られている。また、SSRI を急に中止した場合には離脱症状/退薬症状 (withdrawal syndrome) が出現することも知られている。自殺行動に関連する精神症状として、希死念慮、攻撃性、興奮、衝動性、解離などがよく知られているが、賦活症候群や離脱症状/退薬症状と自殺行動との関連も大きく注目されている。また、我が国では一般診療科や精神科クリニックにおける SSRI の処方量が急速に増大しており、かなり広い診断範囲の処方がなされている可能性が高い。抗うつ薬は諸刃の剣になる可能性があることを常に留意して適切な精神科医療の提供/抗うつ薬の処方がなされることが強く望まれる。

8. おわりに

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。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、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ができるのではないだろうか。こころの健康なくして「健康」はあり得ない。精神科医療は、自殺対策の最前線にあって、その果たすべき役割は重大である。

文 献

- 1) 基本的自殺統計資料, 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」, 警察庁発表資料, WHO 資料, 「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のために」等は, 自殺予防対策支援ページ「いきる」で入手可能
<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/>
- 2) 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>
- 3) 日本医師会・編「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」, 5-13, 53-58, 明石書店, 東京, 2004
- 4) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 160: 1012-1013, 2003
- 5) Suominen K, Isometsa E, Lonnqvist J: Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *Int J Geriatr Psychiatry* 19: 35-40, 2004

自殺対策のための戦略研究

—J-MISP

Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention (J-MISP)



山田光彦(写真) 高橋清久

Mitsuhiro YAMADA¹ and Kiyohisa TAKAHASHI²

国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部¹, (財)精神・神経科学振興財団²

◎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”が2005年度より開始された。本戦略研究では医療モデルを超えた複合的自殺対策の立案をめざしている。実施主体は(財)精神・神経科学振興財団であり, 国立精神・神経センターが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つの比較研究, “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複合的ケースマネージメントの効果: 多施設共同による無作為化比較研究(ACTION-J)”を準備し, 2006年度よりすでに開始している。



Key word : 自殺, 戦略研究, 無作為化比較試験, 地域介入, ケースマネージメント

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た。現在でも実に交通事故による死者数の約4~5倍の人が毎年自殺によって命を落としている。このようななかで, 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¹⁾, 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。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びとが受ける心理的影響を考慮すると, 毎年, 百数十万人の人びとが自殺問題に苦しんでいることになる。

2005年度より, 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(表1)²⁾。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めざしている。本稿では, 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

欧米では, 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“無作為化比較試験”, 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“観察研究”が, これまでに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医療”への転換がはかられてきた。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

表 1 自殺対策のための戦略研究

統括責任者(厚生労働科学研究費補助金主任研究者):(財)精神・神経科学振興財団理事長 高橋清久
 運営管理:国立精神・神経センター精神保健研究所部長 山田光彦
 事務ロジスティック担当:(財)精神・神経科学振興財団戦略研究担当事業部

(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)

(2) 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(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)

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(2004年5月20日)“わ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³⁾。

戦略研究とは、わが国を支える多くの国民の健康を維持・増進させるために、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ようとして、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・研究計画をすべ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。

一方、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など、さまざまな社会的要

因が複雑に関係しており、予防対策の実施にあ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ことが必要である。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して必要と考えられた。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)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2005年度から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複合的ケースマネジメント

トの効果：多施設共同による無作為化比較研究(ACTION-J)”の準備を進めて、2006年度よりすでに開始している(表1)。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)”のおもな研究目的は、自殺死亡率が長年にわたって高率な地域において、一次から三次(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略)を介入地区で実施し、通常期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。二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。また、自殺予防対策でいう三次予防とは、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などの組織、そして地域住民のみなさん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)”のおもな研究目的は、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。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

法の開発をめざ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

2006年6月15日に“自殺対策基本法”が成立した¹⁾。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はかり、あわせて自殺者の親族などに対する支援の充実をはかり、もって国民が健康で生きがいをも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。著者らは、自殺予防に携わるすべ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、そして学ぶことがすべ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すこし考えてみたい。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かぎり、“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よ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のような予想外の影響を与えるのか”などコツコツと検証し、科学的な証拠を積み上げていくしかない。

たしかに、すべ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“あつてもよい自殺”などないのである。著者らが“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“持続性をも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。

おわりに

“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。多くの場合、自殺は避けることのできる死なのである。また、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。著者らは、“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。

URL

- 1) 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. <http://www.ncnp.go.jp/iki-ru-hp/>(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)
- 2) 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>
- 3) 日本学会会議: わ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>

* * *

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 20 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。**