

of Hypnotics in Inpatients of
Acute Hospital Wards. (in press).
General Hospital Psychiatry, 2010.

7. Soshi T, Kuriyama K, Aritake S, Enomoto M, Hida A, Tamura M, Kim Y, Mishima K: Sleep deprivation influences diurnal variation of human time perception with prefrontal activity change: a functional near-infrared spectroscopy study. PLoS One 5: e8395, 2010.

著書

4. Nishino S, Mishima K, Mignot E, Dement WC: Sedative-Hypnotics, Textbook of Psychopharmacology - 4th edition-. Schatzberg AF, Nemeroff CB. Washington, DC, American Psychiatric Publishing Inc., 821-41, 2009.
5. 三島和夫: 血中ホルモン測定, 睡眠検査学の基礎と臨床. 松浦雅人. 東京, (株)新興医学出版社, 184-9, 2009a.
6. 三島和夫: 睡眠に関連したところとからだのしくみ, 介護福祉士養成テキスト 17 ところとからだのしくみ. 長谷川和夫, 遠藤英俊. 東京, 建帛社, 133-49, 2009b.

総説

1. 稲垣正俊, 三島和夫, 山田光彦: II.

精神疾患対策モデルからのアプローチ. 自殺予防と危機介入 28: 10-4, 2009.

2. 榎本みのり, 三島和夫: 現代社会における睡眠問題とその社会的影響. Pharma Medica 27: 21-5, 2009.
3. 田村美由紀, 樋口重和: 【特集/産業社会と睡眠】 [コラム] 2. 睡眠負債の脳機能イメージング. 睡眠医療 3: 383-6, 2009.
4. 三島和夫: 【特集/産業社会と睡眠】 特集にあたって. 睡眠医療 3: 331-2, 2009a.
5. 三島和夫: うつ病における併存不眠の治療管理. 精神医学 51: 635-47, 2009b.
6. 三島和夫, 阿部又一郎: 不眠症の病理・病態生理. 日本臨牀 67: 1483-7, 2009.
7. 肥田昌子, 三島和夫: 特集 高齢者の睡眠障害 概日リズム睡眠障害. 睡眠医療 3: 7, 2009.
8. 有竹清夏, 三島和夫: 【睡眠障害・疲労とうつ】 慢性疲労症候群(CFS)と睡眠障害・疲労とうつ. 睡眠医療 3: 513-8, 2009.

G-2. 学会発表

1. 榎本みのり, 古田 光, 肥田昌子, 有竹清夏, 北村真吾, 渡邊真紀子, 田村美由紀, 樋口重和, 筒井孝子, 大野賀政昭, 兼板佳孝, 三島和夫: 診療報酬データに基づく睡眠薬の処方

- 実態に関する横断的および縦断的調査, in 第6回アジア睡眠学会・日本睡眠学会第34会定期学術集会・第16回日本時間生物学会学術大会合同大会, 大阪, 2009年10月.
2. 榎本みのり, 北村真吾, 古田光, 草薙宏明, 兼板佳孝, 三島和夫: 日本における向精神薬の処方実態 -3年間の縦断解析から-, in 第5回関東睡眠懇話会, 東京, 2010.2.27, 2010年2月.
 3. 古田光, 榎本みのり, 草薙宏明, 安部俊一郎, 梶達彦, 三島和夫: 不眠・抑うつ患者の受療行動と向精神薬の服用実態に関する調査, in 第105回日本精神神経学会学術大会, 神戸, 2009.8.21-23, 2009年8月.
 4. 古田光, 榎本みのり, 草薙宏明, 安部俊一郎, 梶達彦, 肥田昌子, 有竹清夏, 筒井孝子, 大野賀政昭, 兼板佳孝, 三島和夫: 診療報酬に基づく日本における睡眠薬・抗うつ薬の処方実態に関するデータ, in 第6回アジア睡眠学会・日本睡眠学会第34会定期学術集会・第16回日本時間生物学会学術大会合同大会, 大阪, 2009年10月.
 5. 三島和夫: 【セミナー】不眠とうつ病の接点, in 第4回日本睡眠学会・生涯教育セミナー, 東京, 2009年8月.
 6. 三島和夫: 【教育講演】“うつ”と不眠 -その病態と治療に関する話題-, in 富士市医師会講演会, 富士市, 2009年11月.
- H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
なし。

Table1 解析対象者の内訳

		全体	男性	女性
成人加入者	n	215,988	128,273	87,715
	Age	39.9 ± 11.7	39.4 ± 11.5	40.5 ± 11.9
抽出患者	n (%)	6,892 (3.2%)	3,700 (2.9%)	3,192 (3.6%)
	Age	45.3 ± 12.7	43.9 ± 11.6	46.8 ± 13.6
睡眠薬処方患者	n (%)	4,782 (2.2%)	2,495 (1.9%)	2,287 (2.6%)
	Age	46.9 ± 12.9	45.5 ± 11.9	48.4 ± 13.7
抗うつ薬処方患者	n (%)	3,944 (1.8%)	2,277 (1.8%)	1,667 (1.9%)
	Age	42.1 ± 11.3	41.1 ± 12.6	43.3 ± 12.6
G1群	n (%)	1,652 (0.8%)	971 (0.8%)	681 (0.8%)
	Age	41.6 ± 11.1	40.7 ± 10	43 ± 12.3
G2群	n (%)	1,646 (0.8%)	981 (0.8%)	665 (0.8%)
	Age	42.4 ± 11.1	41.7 ± 12.7	43.6 ± 12.7
G3群	n (%)	321 (0.1%)	146 (0.1%)	175 (0.2%)
	Age	45.8 ± 12.8	46.5 ± 12.1	45.2 ± 13.4
G4群	n (%)	458 (0.2%)	234 (0.2%)	224 (0.3%)
	Age	41.5 ± 12.5	40.5 ± 11.9	42.6 ± 13
G5群	n (%)	2,627 (1.2%)	1,277 (1.0%)	1,350 (1.5%)
	Age	50 ± 13.1	48.5 ± 12.5	51.4 ± 13.5
Gx群	n (%)	188 (0.1%)	91 (0.1%)	97 (0.1%)
	Age	43.7 ± 12.6	41.5 ± 11.6	45.9 ± 13.2

%は対成人加入者に占める割合

Table 2 解析対象薬剤(睡眠薬)

一般名	ATC code	等価換算値	作用時間分類
etizolam	N05BA19	1.5	
pentobarbital	N05CA01	50	
amobarbital	N05CA02	50	
barbital	N05CA04	75	
secobarbital	N05CA06	50	
chloral hydrate	N05CC01	250	
flurazepam	N05CD01	15	L
nitrazepam	N05CD02	5	IM
flunitrazepam	N05CD03	1	IM
estazolam	N05CD04	2	IM
triazolam	N05CD05	0.25	US
lormetazepam	N05CD06	1	S
brotizolam	N05CD09	0.25	S
quazepam	N05CD10	15	L
zopiclone	N05CF01	7.5	US
zolpidem	N05CF02	10	US
bromovalerylurea	-	500	
butoctamide	-	500	
haloxazolam	-	5	L
nimetazepam	-	5	IM
passiflora extract	-	100	
rilmazafone	-	2	S

US; ultra-short acting, S; short acting, IM; intermediate acting, L; long acting

Table 3 解析対象薬剤(抗うつ薬)

一般名	ATC code	等価換算値
sulpiride	N05AL01	300
desipramine	N06AA01	150
imipramine	N06AA02	<u>150</u>
clomipramine	N06AA04	120
trimipramine	N06AA06	150
lofepramine	N06AA07	150
amitriptyline	N06AA09	150
nortriptyline	N06AA10	75
amoxapine	N06AA17	150
maprotiline	N06AA21	150
paroxetine	N06AB05	40
sertraline	N06AB06	—
fluvoxamine	N06AB08	150
mianserin	N06AX03	60
trazodone	N06AX05	300
milnacipran	N06AX17	100
dosulepine	-	150
safrazine	-	30
setiptiline	-	6

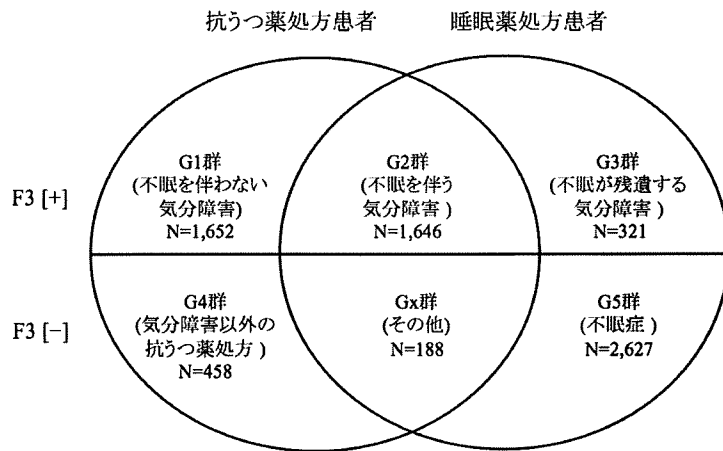


図1 患者分類

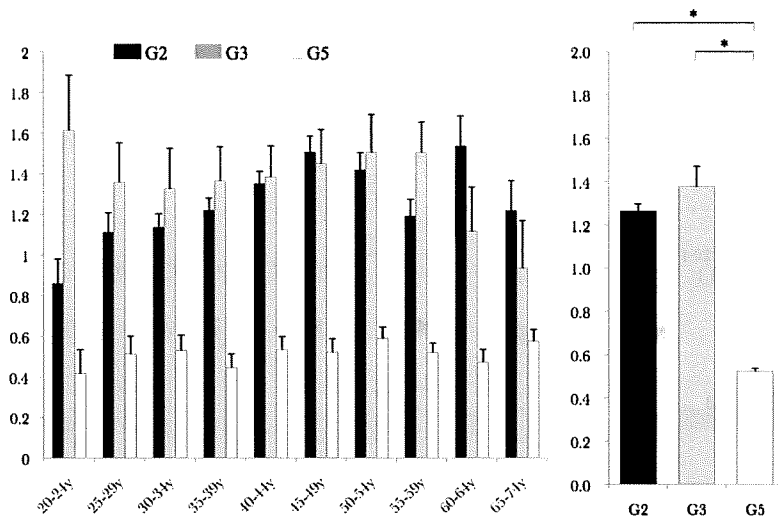


図2 睡眠薬を服用している3群(G2群、G3群、G5群)における年齢階層別の処方力価
* P<0.01

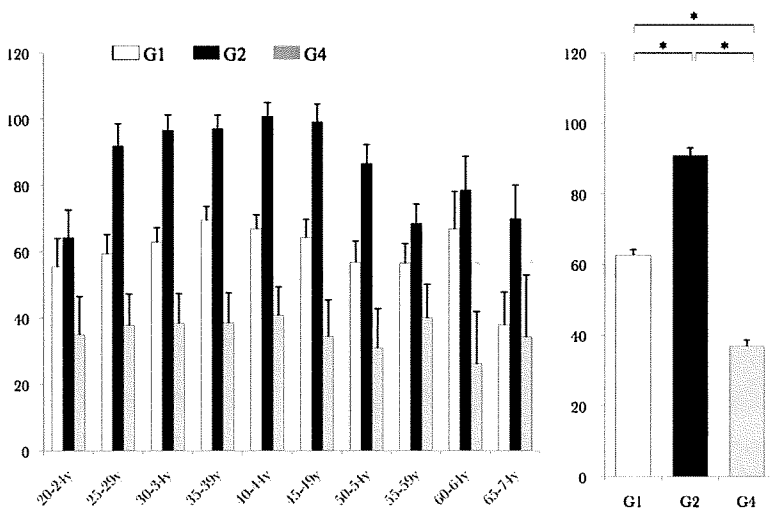


図3 抗うつ薬を服用している3群(G1群、G2群、G4群)における年齢階層別の処方力価
* P<0.01

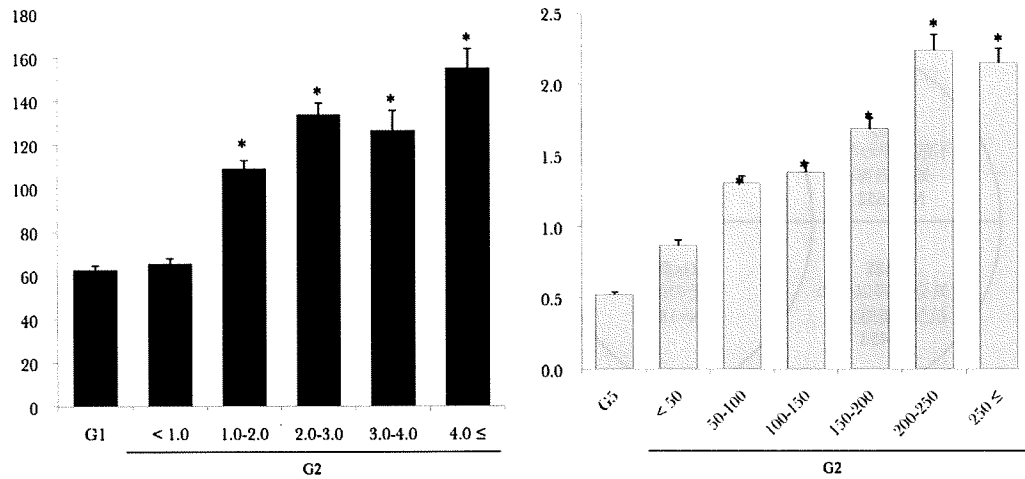


図4 G2群における睡眠薬処方力価別の抗うつ薬処方力価 (左、図4-a)、抗うつ薬処方力価別の睡眠薬処方力価 (右、図4-b)
* P<0.01

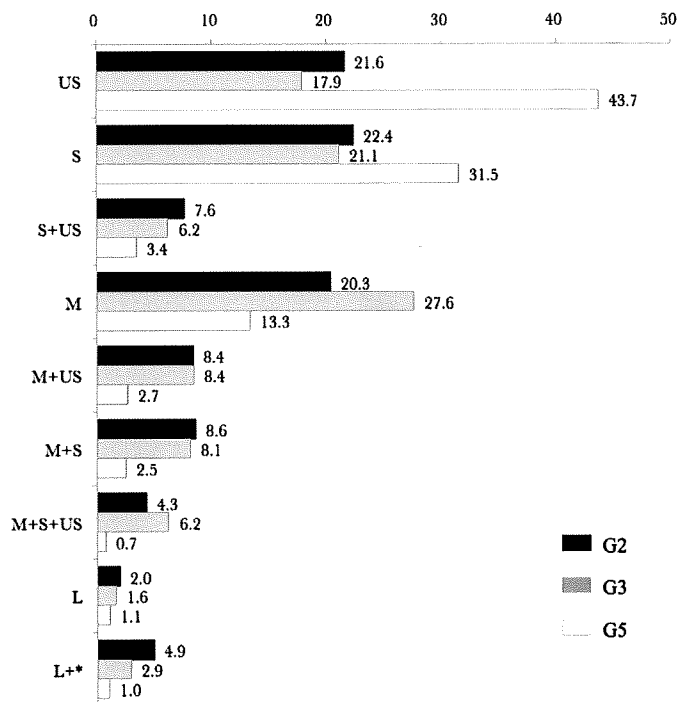


図5 G2群、G3群及びG5群における睡眠薬作用時間別処方パターン
US; ultra-short acting, S; short acting, IM; intermediate acting, L; long acting

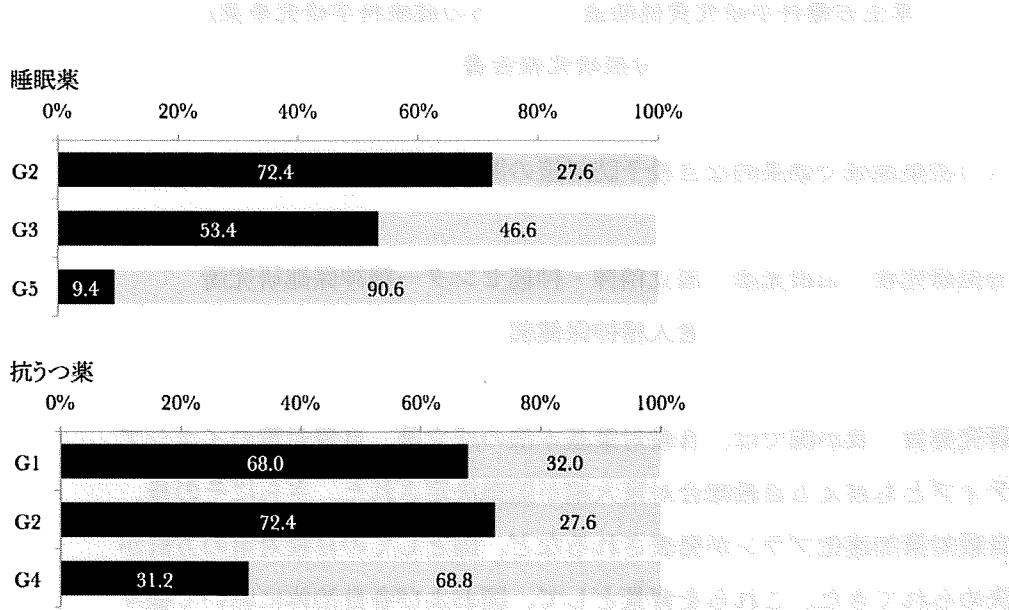


図6 G1～G5群における睡眠薬及び抗うつ薬の処方診療科
 ■精神科神経科・心療内科、■一般身体科

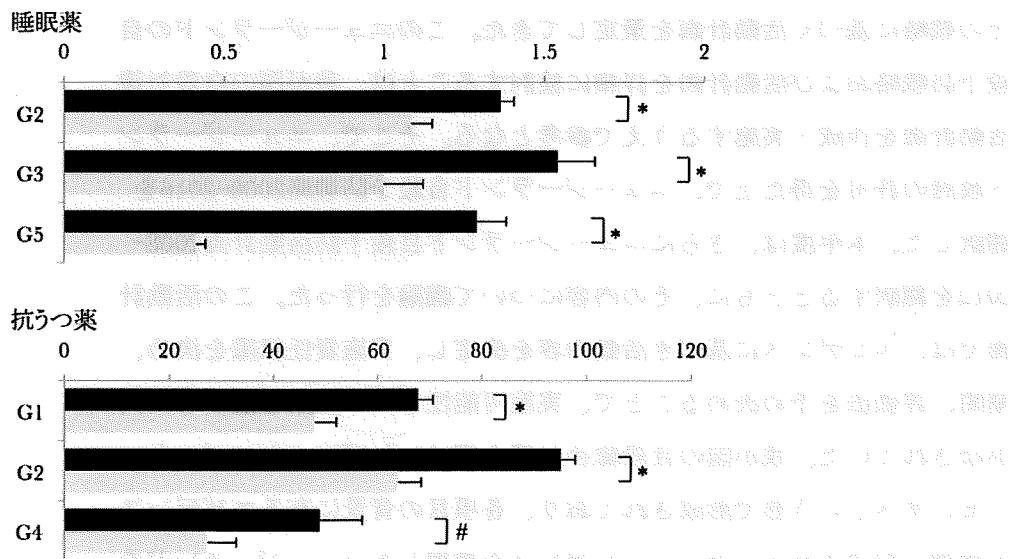


図7 G1～G5群における睡眠薬及び抗うつ薬の診療科別処方力価
 ■精神科神経科・心療内科、■一般身体科
 * P < 0.01, # P < 0.05

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

人口密集地域で効果的な自殺予防対策の開発・海外事例の詳細な検討

分担研究者 山田光彦 国立精神・神経センター精神保健研究所
老人精神保健部

研究要旨 我が国では、自殺対策基本法の成立後、自殺対策のイニシアティブとも言える自殺総合対策大綱が閣議決定された。さらにその後、自殺対策加速化プランが発表されるなど、国としての自殺対策の方針が決められてきた。これらを背景として、国および各自治体において様々な自殺対策活動が開始されはじめた。今後は、実際の自殺対策の「活動」を実施可能な形で詳細に記述する活動計画「アクションプラン」の策定と実施が重要となる。ニュージーランドは、近年、自殺予防戦略とその戦略に基づく活動計画を策定してきた。このニュージーランドの自殺予防戦略および活動計画を詳細に検討することは、我が国の自殺対策活動計画を作成・実施するうえで参考となる。そこで、ニュージーランド政府の許可を得た上で、ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016を翻訳した。本年度は、さらにニュージーランド自殺予防活動計画2008-2012を翻訳するとともに、その内容について議論を行った。この活動計画では、エビデンスに基づき活動内容を決定し、実施責任組織を決め、期間、評価法を予め決めることで、実施可能性を高め効果を上げる工夫がなされていた。我が国の自殺総合対策大綱はいわば、エキスパートコンセンサスという形で形成されており、各項目の背景に有るエビデンスが詳細に記述されていない。エビデンスを重視したニュージーランドの自殺予防戦略・活動は、我が国の自殺対策活動を定める上でも重要な参考となる。

A. 研究目的

我が国では、自殺対策基本法が成立し、その後、自殺総合対策大綱が閣議決定され、自殺対策のイニシアチブが掲げられた。さ

らに、自殺対策加速化プランも発表され、国、各自治体他で様々な自殺対策が実施されはじめている。今後は、自殺対策の具体的な活動内容を決定し、その活動を実施可

能な形で記述する活動計画「アクションプラン」の策定と実施が重要となる。

我が国の自殺総合対策大綱は、内閣府に設置された、座長を含め各領域のエキスパートである 13 名の委員から構成された自殺総合対策のあり方検討会の報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」を元に作成されている。自殺総合対策のあり方検討会は平成 18 年 11 月から平成 19 年 4 月までの間に計 8 回開催された。各検討会での議事録は、その後全ての委員により再度検討され、そのうえで、次回の検討会が開催されるという手順が踏まれた。いわば、エキスパートコンセンサスの集約に近い形でとりまとめられている。このことから、様々な各領域の専門家の意見を集約した内容とも言える。

この報告書を踏まえ、平成 19 年に自殺総合対策大綱が閣議決定された。自殺総合対策大綱は、自殺対策の基本的な考え方、世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向性、当面の重点施策、自殺対策の数値目標、推進体制等で構成されている。大綱には、「現在の日本人の働き方を見直したり、失敗しても何度でも再チャレンジすることができる社会を作り上げていくなど社会的要因の背景にある制度・慣行そのものを見直しを進めることが重要」と謳われており、社会的要因も含めた総合的な自殺対策の必要性が強調されている。

当面の重点施策として、自殺対策基本法に示された基本的施策に基づく 9 領域が記述されている。その領域は非常に幅広く、

各領域の中に記載された活動内容も多岐にわたる。何らかのクリティカルな問題に集約した形ではなく、社会的な広い領域に渡る現在の問題点とそれに対する活動を「総合的に」記述した内容となっている。

我が国の自殺総合対策大綱の特徴は、専門家の経験と意見に基づくエキスパートコンセンサスとしてまとめられ、多くの社会要因が自殺と関連することから多くの部門の協調を必要とする包括的な介入を重要とした点に有る。

ニュージーランド政府は、近年、自殺予防戦略およびそれに基づく活動計画を発表した。1990 年代には、青少年自殺予防戦略が国の自殺予防政策として掲げられていたが、その後、全ての年代に対応可能な自殺予防戦略と活動計画の策定が行われ始めた。その前提として、これまでの自殺対策に関わるエビデンスのレビューが行われた。そのエビデンスレビューは 3 つの作業に分類され、1) 自殺予防：危険・保護因子についてのエビデンスレビューと効果的介入のポイント、2) ニュージーランドの自殺予防：現在の視点、自殺に対する社会的な説明、3) 既存データの解析：国勢・死亡統計のレビューが行われた。これらのエビデンスレビューから得られた情報をもとにニュージーランド自殺予防戦略の草案：A Life Worth Living が発表され、その草案に対する意見を募集した。20 の地域ミーティングが行われ、106 の意見が寄せられた。その意見をもとに修正が加えられ、2006 年にニュージーランド自殺予防戦略

2006-2016 が発表された。2008 年には、この自殺予防戦略に基づくニュージーランド自殺予防活動 2008-2012 が発表された。

これまでに我々は、ニュージーランド政府の許可のもと、ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016

(<http://www.moh.govt.nz/suicideprevention> に原版の英語版が掲載) を日本語に翻訳し発表した(自殺予防総合対策センターのホームページ「いきる」に PDF 版を公開 <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/kankoubutsu.html>)。ニュージーランド政府は、このニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 の発表後、ニュージーランド自殺予防活動 2008-2012 を発表した。このニュージーランド自殺予防活動 2008-2012 は、先のニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 に基づき作成された。

今回我々は本研究班において、ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 に引き続きニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 を日本語に翻訳するとともに、その成り立ち及び内容を吟味し、我が国の自殺総合対策大綱との比較を行った。

B. 方法

ニュージーランド政府の許可のもと、<http://www.moh.govt.nz/suicideprevention> に掲載されている The New Zealand Suicide Prevention Action Plan 2008-2012: The Evidence for Action を取り寄せ日本語版の作成に着手した。
(<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pages>

[mh/7524/\\$File/nz-suicide-prevention-evidence-mar08.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pages/mh/7524/$File/nz-suicide-prevention-evidence-mar08.pdf))。

翻訳作業は、当研究分担者と当研究班の研究代表者の 2 名で行った。

今回日本語に翻訳した「ニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス」の翻訳の過程とその内容を元に、我が国の自殺総合対策大綱とその成り立ちを比較検討した。

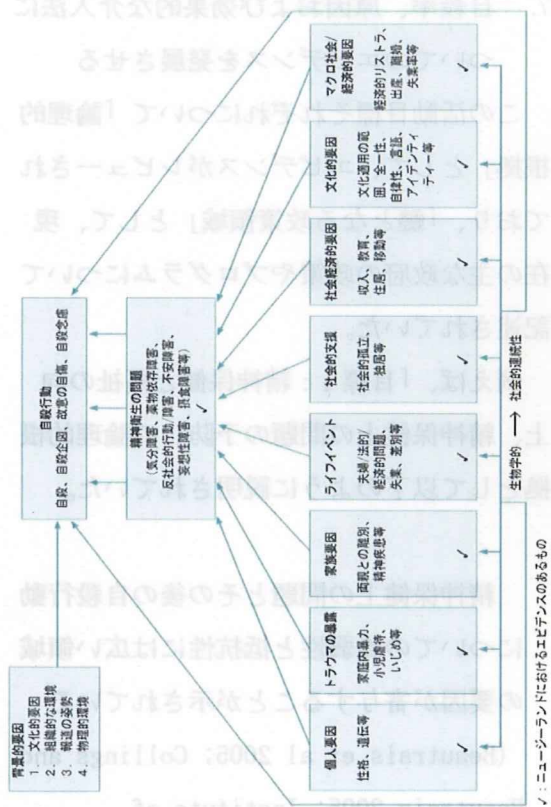
C. 結果

本研究班で翻訳をおこなった「ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016」および「ニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス」は自殺予防総合対策センターのホームページ「いきる」<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/kankoubutsu.htm> からのダウンロードを可能。

ニュージーランドではその自殺予防戦略の作成に先立って 3 つのエビデンスレビューが行われた。その 1 つ目である「自殺予防：危険・保護因子についてのエビデンスレビューと効果的介入のポイント」の結論として「個人、社会、家族など広範な要因が自殺行動と関連するが、現時点では、精神保健、特に気分障害、自殺行動の既往、精神疾患の既往と治療歴が最も大きな寄与となっている。この結果から、精神障害の率を最小にし、これら疾患の危険因子や経路を特定することに自殺予防対策の主な焦点を向けるべきと結論される。」とまとめられた。

また、2 つ目のレビューである「ニュージーランドの自殺予防：現在の視点、自殺に対する社会的な説明」の結論として、「近年の自殺研究により、自殺は多くの原因から構成される複雑な現象であることが一貫して明確に示されているが、精神障害が共通した介在経路であるようだ。これに対する対策として以下のプログラム等が含まれる。1) うつ病とアルコール関連障害に対する地域介入、2) 地域および学生に対する精神保健や問題解決技能の促進、3) 一般診療科などの専門職に対するうつ病や自殺者の同定とマネージメント能力の向上のための教育プログラム等」と記述された。

これらの結果をもとに、ニュージーランドの自殺対策の拠り所として「広範な要因が自殺行動と関連するが、精神保健、特に気分障害、自殺行動の既往、精神疾患の既往と治療歴が大きな寄与となっており、精神疾患有病率を減らし、これら疾患の危険因子や経路を特定することに焦点を向けるべきだ」との結論が導き出されていた(図)。



ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016、ニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 の内容を見てみると、以下の 7 つの目標が掲げられていた。

1. 精神保健と福祉の向上、精神保健上の問題の予防
2. 自殺行動と関連する精神障害を患う人々に対するケアの改善
3. 致命的ではない自殺企図を試みた人々のケアを向上させる
4. 自殺手段へのアクセスを減らす
5. メディアによる自殺行動についての安全な報道や描写を促進する
6. 自殺や自殺企図に影響を受けた家族、whanau (訳者注：マオリ族の拡大家族)、友人、その他の人々の支援

7. 自殺率、原因および効果的な介入法についてのエビデンスを発展させる

この活動目標それぞれについて「論理的根拠」として、エビデンスがレビューされており、「鍵となる政策領域」として、現在の主な政府の政策やプログラムについて記述されていた。

例えば、「目標1：精神保健と福祉の向上、精神保健上の問題の予防」の論理的根拠として以下のように説明されていた。

精神保健上の問題とその後の自殺行動についての脆弱性と抵抗性には広い領域の要因が寄与することが示されている (Beautrais et al 2005; Collings and Beautrais 2005; Institute of Medicine 2002)。個人や社会、家族、文化、経済がこれらの要因に含まれる。危険要因は、自殺につながる精神保健上の問題に寄与するかもしれないし、直接、自殺行動の脆弱性を増すかもしれない。保護要因は逆の効果を及ぼす。これらの知見から、非政府組織により実施されている関連プログラムと同様に、様々な政府組織にまたがる地域社会をベースとした (population-based) 社会、教育、経済、福祉政策がいかに自殺予防に貢献するか、という方法について考えさせられる。

目標1に関して、二つの方法で政策が自殺予防に寄与するかもしれない。第一に、自殺行動を直接または間接に増加させることが知られている危険要因へ、一

般集団がさらされる機会を、政策により減らせるかもしれない。例えば、ニュージーランドの研究では家族による暴力への暴露は精神保健上の問題と自殺行動の両方の率を増加させる危険要因であることが示されている (Fergusson, Horwood and Ridder 2005)。それ故、家族による暴力の率を減らす政策は一般人口の精神保健を改善し、自殺行動の率を減らす可能性がある。

第二に、政策として、危険要因に暴露された影響を減らす社会的支援を提供し、抵抗性を高めコーピングスキルを向上させることが可能かもしれない。例えば、家族による暴力の有害事象は社会的支援やサービスにより和らげることができるかもしれない。

精神保健上の問題に対する危険要因を減らし、保護要因を強化することは精神保健を向上させ精神疾患を予防するだろう (Jane-Llopis et al 2005; WHO 2004, 2004)。自殺と精神疾患や様々な危険要因、保護要因は互いに関連する。このことは、一般集団が危険要因にさらされる機会を減らし、保護要因を増やすことによって、理論的には精神障害と自殺の両方の危険を減らすことが可能であることを示唆している。

また、その「鍵となる政策領域」として、

- 小児および家族に対する政策
- アルコールや薬物に関する政策
- 生活上のストレスとトラウマ (外傷体

験)

- 社会経済的不平等
- 社会的結合 (Social Cohesion) と支援
- 文化的同一性 (アイデンティティ)
- 差別

に分けて記述されていた。

また、例えば、「目標 2：自殺行動と関連する精神障害を患う人々に対するケアの改善」の論理的根拠として以下のように説明されていた。

ニュージーランドの調査や国際的な調査から、精神障害が自殺行動の最も強い危険要因であることが見いだされている。重篤な自殺を企図した人々や自殺により死亡した人の 70-90%に精神障害が認められる (Cavanagh et al 2003)。この傾向は一連のニュージーランドの研究でも報告されている (Fergusson et al 2000, Nada-Raja et al 2004, MaGPIe Research Group 2003, Beautrais 2001, 2003, 2004, Oakley-Browne et al 2006, Coupe 2005, Tiatia 2003)。

殆どの精神障害が自殺の危険と関連する。精神障害のうち、気分障害 (Lonnqvist 2000) や物質使用障害 (Murphy 2000; Sher 2006)、不安障害 (Allgulander 2000)、人格障害 (Linehan et al 2000) が最も共通して自殺行動と関連する。統合失調症や摂食障害は一般人口中ではそれほど一般的で

はないが、自殺や自殺企図の危険性はこれらの集団でとりわけ高い (Appleby et al 1999; Herzog et al 2000)。自殺行動のある人々では複数の精神疾患が合併することがよく知られている

(Beautrais, Joyce, Mulder et al 1996)。

理論的には、ニュージーランドの一般人口から精神障害をなくすことが可能ならば、自殺や自殺企図の率は 75%以上減少する (Beautrais 2000, 2002; Beautrais, Joyce, Mulder et al 1996)。大うつ病だけでもなくすことができれば (理論的には) 自殺率を 50%以上減少させることが可能である。

更に、自殺で死亡した人の相当数がアルコールや薬物の使用があると判定されていることも問題である (CDC 2006)。アルコールや薬物は、おそらく衝動性や攻撃性を高めることにより、自殺行動を促進するだろう。

この目標 1 と目標 2 とともに、先に述べたエビデンスレビューの結果示された仮説「広範な要因が自殺行動と関連するが、精神保健、特に気分障害、自殺行動の既往、精神疾患の既往と治療歴が大きな寄与となっており、精神疾患有病率を減らし、これら疾患の危険因子や経路を特定することに焦点を向けるべきだ」に基づき、精神保健とその背景にある要因に焦点を当てた、活動計画と言える。

目標7までそれぞれで、同様の項目が記述されており、エビデンスに基づくものであることを前面に掲げ、各活動計画の合理性を説明している（添付のニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス日本語版と同時に、同様に添付したニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016 日本語版を参照）。

また、上記の検討をもとに、ニュージーランド自殺予防戦略・活動と我が国の自殺総合対策大綱との違いの要点を以下の表にまとめた。

	NZ	日本
戦略	自殺予防戦略 2006-2016	自殺総合対策大綱 (自殺対策基本法)
策定プロセス	可能な限り科学的根拠に基づく	専門家の経験と意見に基づく
策定手順	エビデンスレビュー	エキスパート コンセンサス
仮説1	精神保健に焦点を当てた介入が有効	包括的な介入が必要
仮説2	多くの社会要因が精神保健を介して関与	多くの社会要因が関与
仮説3	多くの部門の協調が必要	多くの部門の協調が必要
活動計画	自殺対策活動計画を自殺予防戦略とエビデンスレビューにより作成	自治体などの団体が作成

D. 考察

多くの要因が複雑に関与する自殺に対して、限りある資源を無駄にせず、効率的な対策を実施するためにはエビデンスに基づく活動計画の作成と実施が重要である。また、多職種、多部門が共同して対策を実施するためには、優先して対策を実施すべき領域とそれに対する活動計画を皆が共有することが重要となる。活動計画の決定根拠を十分に説明できるようにするためのエビデンスの吟味が必要なことはわが国の自殺対策でも同様のはずで、十分参考とすべき点であろう。わが国の自殺総合対策大綱は、エキスパートコンセンサスという形でエビデンスの集約が行われているが、その背景となる研究調査結果について具体的には言及していない。今後、各自治体が大綱に基づき自殺対策の具体的な活動計画を策定・実施する場合には、その背景のエビデンスについて再度検討することが重要であろう。

わが国の自殺対策は「社会全体で取り組むべき」との視点に推移してきたが、これは社会的な様々な活動を広範にわたって実施することを意味するものではない。限られた資源でより効果が得られるようにするためには、「戦略」が重要となる。例えば、ニュージーランドでは、エビデンスに基づき、精神保健を中心として社会的要因を含めたその背景にある要因に対して取り組むとしており、精神保健に焦点を定めた対策を取るという戦略を掲げており、この戦略に従った活動計画が組み入れられていた。

我が国では、自殺総合対策大綱および加

速化プランで既に国としてのイニシアティブが掲げられており、自殺対策の方針が定められている。今後は、この方針に従い、実施主体、実施期間、評価法等を詳細に定めた自殺対策活動計画を策定する必要がある。その活動計画は、その背景となるエビデンスを記述しながら、実施可能性を高めた活動計画である必要がある。特に、現在既に各自治体において個別の自殺対策活動が計画・実施されているが、エビデンスの有無・強弱、地域の特性に合わせて焦点を当てるべき活動を念頭におき、実施主体、実施期間、評価方法等を定めた活動を計画することが重要である。また、既に実施中の活動においてもこれらを再吟味する必要がある。

E. 結論

自殺対策基本法、自殺総合対策大綱、その後の加速化プランの発表と、国としての自殺対策の方針は発表された。しかし、その背景となるエビデンスについての詳細は記述されていない。そのため、国、各自治体が今後具体的な自殺対策活動計画を策定するにあたり、再度のエビデンスレビューが必要であろう。また、活動計画には、その実施主体、実施期間、評価方法をあらかじめ定め、実施可能性が高く、かつ効果的な活動となるような仕組みを組み込む必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Ohtsuki T, Inagaki M, Oikawa Y, Saitoh A, Kurosawa M, Muramatsu K, Yamada M. Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2010;10(1):30
2. 稲垣正俊, 山田光彦: 自殺防止に向けての国の取り組み. *精神科治療学* 24 (10): 1289-1293, 2009.
3. 稲垣正俊, 三島和夫, 山田光彦: 精神疾患対策モデルからのアプローチ. *自殺予防と危機介入* 28 (1): 10-14, 2009.
4. 山田光彦: 自殺予防 いま薬剤師だからできること. *精神科薬剤師ジャーナル P-CUBE* 5: 1-2, 2009.
5. Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M: A Systematic Review of Scales that Measure Attitudes toward Suicide. *Int J Social Psychiatry*, 2009 (in press).

学会発表

1. 山田光彦: 自殺の予防 いま、薬剤師だからできること. 第3回精神科専門薬剤師セミナー (2009. 4. 29, 東京)
2. 山田光彦: 自殺未遂者支援を効果的に

実施するためには. 第3回自殺総合対
策企画研修 (2009. 8. 25, 東京)

なし。

2. 実用新案登録
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を
含む。)

3. その他
なし。

1. 特許取得

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

内科外来における身体疾患治療とうつ病患者/自殺ハイリスク者の
実態把握

分担研究者 石蔵文信 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

研究要旨 一般医と精神科医が共にうつ病などの精神疾患に対応し、スムーズな連携を図る必要がある。一般医-精神科医ネットワーク(通称 G-P ネット)と協力して、今後の連携に何が必要かを探るために、一般医と精神科医の意識についてのアンケート調査を実施した。気分・不安障害に対する一般医と精神科医それぞれの役割についての認識に差が認められたため、一般医と精神科医の間で積極的にケースカンファレンスを行うなど、双方それぞれ治療に対する役割について共通の認識を持つ必要性が伺えた。この結果を G-P ネットにフィードバックした結果、研究会や勉強会が開催され、一般医が精神科へ紹介するための紹介状のフォーマット制作などが行なされた。本年度は 3 年間の活動を通じて、G-P ネットの会員(一般医 236 名、精神科医 65 名)の意識がどう変化したのかのアンケート調査を行なった。結果、44 名(回答率 14.6%)から回答を得た。33 名が一般医、11 名が精神科医であった。アンケートの結果から、一般医と精神科医の交流はある程度進んで、一般医の精神疾患へ対応はやや積極的になったようではあるが、保険診療上、紹介状に関して優遇処置がとられたものの、ほとんど利用されていないという結果であった。精神科へ紹介したときの一般医の治療方針もやや改善しているが、全般的にまだ十分とは言えない。少なくとも G-P ネットの活動はマイナスの要因はほとんどなく、徐々にではあるが一般医と精神科医の交流は進んでいるものの、更なる啓発活動が必要ではないかと考えられる。

A. 研究目的

我が国の自殺者数は年間 3 万人を超える
高率で横ばい状態が続いている。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と言われている。一般診療科医師が診療場面で、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歩となる。

本研究班では、うつ病患者等の自殺ハイリスク者に適切なサポートを早期に提供することを可能とするために、一般診療科医師の意見を反映した、現場で広く活用され得るセイフティーネット機能としての「実践的な地域医療連携モデル」の提案に必要な情報、資材の提供を自殺予防総合対策センターと密接に連携して行うことを目的とした。このモデルは、地方郡部ではもちろんであるが、精神症状の治療可能性について自覚することの少ない中高年男性や高齢者、都市部などの人口密集地域で効果的な自殺予防対策となるであろう。

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報告されている（WHO 資料，2000）。逆に、自殺の生涯危険率は、うつ病、アルコール依存症、統合失調症などで高いことが知られている。一方、警視庁の発表によると、我が国の自殺の原因・動機の第1位は健康問題である。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（WHO 資料，2000）。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、適切な治療や支援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。

このような状況を踏まえ、各地で一般医と精神科医の地域における連携を目的とした活動が行われており、大阪を中心とした一般医-精神科医ネットワーク（通称 G-P ネット）がその活動の中心となっている。この活動は、内科などの一般医の精神・神経疾患に関する理解を深めること、一般医から精神・神経科への紹介をスムーズにすること、精神・神経科から一般医への紹介をスムーズにすること、さらにはお互いの連携と相互理解を深めることなどを目的として、「一般医-精神科医ネットワーク」を育てていくことを目的としている。大阪以外にも各地で同様の取り組みが行われている。これらの活動をより効果的とするために、一般医と精神科医のうつ病治療やそれぞれの役割に対する認識の違いについて調査した。その結果、気分・不安障害に対する一般医と精神科医それぞれの役割についての認識に差が認められたため、一般医と精神科医の間で積極的にケースカンファレンスを行うなど、双方それぞれ治療に対する役割について共通の認識を持つ必要性を認めた。その結果を、G-P ネットにフィードバックした結果、研究会や勉強会が開催され、さらに一般医が精神科へ紹介するための紹

紹介のフォーマット製作などが行なわれた。そこで、本年度の本分担研究では、3年間の活動を通じて、会員の意識がどう変化したのかアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

本研究班で、研究者、臨床家の協議により G-P ネット活動を通じて変化したことに関してアンケートを作成し（別添 1 参照）、大阪 G-P ネットの会員に送付した。

C. 研究結果

大阪 GP ネット会員 301 名（内科など一般診療科医師 236 名、精神科医 65 名）に、12 月に、定期的に郵送する会報に同封して配布した。結果、44 名から回答を得た（回答率 14.6%）。33 名が一般医、11 名が精神科医であった。

アンケートの結果を概略すると以下のようであった（別添 2 参照）。アンケートの結果から、一般医と精神科医の交流はある程度進んで、一般医の精神疾患へ対応はやや積極的になったが、保険診療上、紹介状に関して優遇処置がとられたものの、ほとんど利用されていないという結果であった。精神科へ紹介したときの一般医の治療方針もやや改善しているように思えるが、全般的にまだ十分とは言えない。

D. 考察

一般医と精神科医の間での啓発活動は徐々に浸透して、特に一般医では知り合いの精神科が増えることにより、以前と比べ

て気分・不安障害患者の治療は少し積極的になって来ている。しかし、精神科医の認識では一般医からの紹介や治療方針に関してはまだ十分とは言えない状態である。このことは気分・不安障害患者が急激に増加し、精神科診療を圧迫し、簡単に新患を受け入れることができない社会的背景も関連しているのかもしれない。

E. 結論

少なくとも G-P ネットの活動はマイナスの要因はほとんどなく、徐々にではあるが一般医と精神科医の交流は進んでいるものの、更なる啓発活動が必要ではないかと考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. 石蔵文信. 自殺予防の地域自薦活動について 大阪での GP ネットの取り組みとその背景. 自殺予防と危機介入 29. 2-5. 2008
2. 石蔵文信. ライフスタイルは心血管不全にどう関与するのか? ストレスと心血管不全 Life Style Medicine 12. 2008.
3. 石蔵文信. 心不全とうつ・不安障害. 睡眠医療 2(4), 413-416. 2008.
4. 石蔵文信. 男性更年期障害 医療における心理行動科学的アプローチ. 糖尿