

- 睡眠時間の変動に関する検討. : 第15回日本時間生物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
34. 曾雌崇弘, 栗山健一, 鈴木博之, 有竹清夏, 榎本みのり, 阿部又一郎, 金吉晴, 三島和夫. 断眠による時間知覚と概日位相の乖離に伴う前頭前野の血流変動: 近赤外線分光法. : 第15回日本時間生物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
35. Mishima K, Mishima Y, Hozumi S, et al. High prevalence of circadian rhythm sleep disorder, irregular sleep-wake type patients with senile dementia of Alzheimer's type. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
36. Enomoto M, Endo T, Suenaga K, Mishima K. Newly developed waist actigraphy and its sleep/wake scoring algorithm. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
37. Enomoto M, Aritake-Okada S, Higuchi S, Mishima K. Sleep problems and hypnotic-sedative medication use in hospitalized patients. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
38. Aritake-Okada S, Kaneita Y, Mishima K, Ohida T. Non-pharmacological self-managements for sleep. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
39. Aritake-Okada S, Suzuki H, Kuriyama K, Abe Y, Hida A, Tamura M, Higuchi S, Mishima K. Time estimation ability and creased cerebral blood flow in the right frontal lobe area during sleep period before wake. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
40. 三島和夫. 【シンポジウム】光とメラトニンによる人の睡眠・生体リズム調節. : 第30回日本光医学・光生物学会; 松江, 2008年7月.
41. 三島和夫. 【シンポジウム】24時間社会と健康: 不眠社会への警鐘「高齢者のライフスタイルと睡眠問題」. : 北海道大学サステナビリティ・ウィークシンポジウム「環境と健康・変動する地球環境と人の暮らし」; 札幌, 2008年7月.
42. 阿部又一郎, 肥田昌子, 大賀健太郎, 三島和夫. 睡眠障害を併存した成人ADHDの一例. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会; 福島, 2008年6月.
43. 樋口重和, 有竹清夏, 榎本みのり, 鈴木博之, 高橋正也, 三島和夫. 模擬夜勤時の光曝露による概日リズム位相の後退量と睡眠構築の関係. : 日本睡眠

- 学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月。
44. 樋口重和，有竹清夏，榎本みのり，岩切一幸，高橋正也，三島和夫. 体内時計の夜型化に関連する光-概日反応の生理的特性について. : 日本生理人類学会第57回大会；大阪，2008年6月.
45. 榎本みのり，有竹(岡田)清夏，樋口重和，三島和夫. 急性期一般病棟の入院患者が抱える不眠・過眠の実態および睡眠薬の使用動向調査. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
46. 有竹(岡田)清夏，鈴木博之，榎本みのり，三島和夫. 睡眠中の時間認知と脳血流量変動. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
47. 有竹(岡田)清夏，兼板佳孝，内山真，三島和夫，大井田隆. 非薬物的睡眠調節法と日中の過剰な眠気に関連性についての疫学的検討. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
48. 岩城忍，三島和夫，佐藤浩徳，ほか. 大うつ病における残遺不眠の実態. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
49. 尾関祐二，橋倉都，堀弘明，三島和夫，功刀浩. 睡眠・睡眠衛生と高次脳機能. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
50. 古田光，阿部又一郎，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. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
51. 加藤倫紀，越前屋勝，佐藤浩徳，三島和夫. 放熱強度の高い睡眠薬は徐波睡眠を抑制する. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
52. 三島和夫. 【シンポジウム】睡眠医療における時間薬理学的視点の重要性. : 日本睡眠学会第33回定期学術集会；福島，2008年6月.
53. 三島和夫. 【講演】不眠とQOL. : 第50回日本老年医学会学術集会；千葉・幕張メッセ，2008年6月.
54. Abe Y, Uchiyama M, Kaneita Y, Nishikawa T, Ohida T, Mishima K. Stress-Coping, Sleep Hygiene Practices are correlated with Primary insomnia in a Japanese General Population. : 22nd Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies; Baltimore, USA, 2008年6月.
55. Mishima K, Hozumi S, Satoh K, Mishima K. Poor melatonin synthesis, aging sleep and melatonin replacement: 3-year follow up study. : 20th Anniversary Meeting of Society for Research on Biological Rhythms; Destin, Florida, 2008年5月.
56. Higuchi S, Aritake S, Enomoto M, Mishima K. Correlations between inter-individual differences in

- non-image forming effects of light. : 20th Anniversary Meeting of Society for Research on Biological Rhythms; Destin, Florida, 2008年5月.
57. Hida A, Aritake S, Enomoto M, Mishima K. Morningness-eveningness preference in 237 couples. : 20th Anniversary Meeting of Society for Research on Biological Rhythms; Destin, Florida, 2008年5月.
58. 榎本みのり, 遠藤拓郎, 末永和栄, 三島和夫. ライフコーダーEXを用いた睡眠/覚醒アルゴリズムの信頼性の検討 - 健常被験者による検討-. : 第3回関東睡眠懇話会; 東京, 2008年2月.
59. 三島和夫. 【シンポジウム】光による生物リズム調節 -光がもつ多様な非視覚性の生体作用-. : 第31回日本眼科手術学会総会; 横浜, 2008年2月.
60. 三島和夫. 【シンポジウム】不眠症とその対処. : 第28回メディコピア教育講演シンポジウム「睡眠と健康」; 東京, 2008年1月.
61. 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, 大冢賀政昭, 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.
62. 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.
63. 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.
64. 古田光, 榎本みのり, 草薙宏明, 阿部俊一郎, 梶達彦, 肥田昌子, 有竹清夏, 筒井孝子, 大冢賀政昭, 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.
65. 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.
66. 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

この発明は、本発明の発明者が、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

なし。

この発明は、本発明の発明者が、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

特許庁長官に、本発明の発明者、

Table 1. Demographic Characteristics of Analyzed Subjects in a Sample of the Japanese Adult General Population

Age class (years)	Study subjects				Census 2000 (n = 100,733,618)	
	Subtotal % (n)	Male % (n)	Female % (n)	Male %	Female %	
20 - 29	18.2 (4,468)	18.4 (2,145)	18.0 (2,323)	19.1	17.2	
30 - 39	18.4 (4,508)	18.4 (2,152)	18.3 (2,356)	17.5	16.1	
40 - 49	18.8 (4,606)	19.2 (2,249)	18.3 (2,357)	17.2	16.0	
50 - 59	20.5 (5,036)	21.0 (2,453)	20.0 (2,583)	19.5	18.6	
60 - 69	14.0 (3,436)	14.5 (1,691)	13.6 (1,745)	14.6	14.9	
70 ≤	10.2 (2,497)	8.5 (999)	11.6 (1,498)	12.1	17.4	
Whole	100 (24,551)	100 (11,689)	100 (12,862)	100	100	

Table 2: Prevalence of Insomnia in The Japanese Adult General Population

Age class (years)	Insomnia	
	Subtotal % (n)	Female % (n)
20 - 29	37.1 (1661)	40.7 (945)
30 - 39	41.7 (1881)	44.4 (1047)
40 - 49	41.5 (1911)	40.6 (958)
50 - 59	45.5 (2290)	45.8 (1183)
60 - 69	48.1 (1653)	50.0 (873)
70 ≤	50.3 (1257)	51.3 (769)
Total	43.4 (10653)	44.9 (5775) †

† Significant difference between men and women ($p < 0.001$, Chi-square test)

Table3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 4 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 5 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	150
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

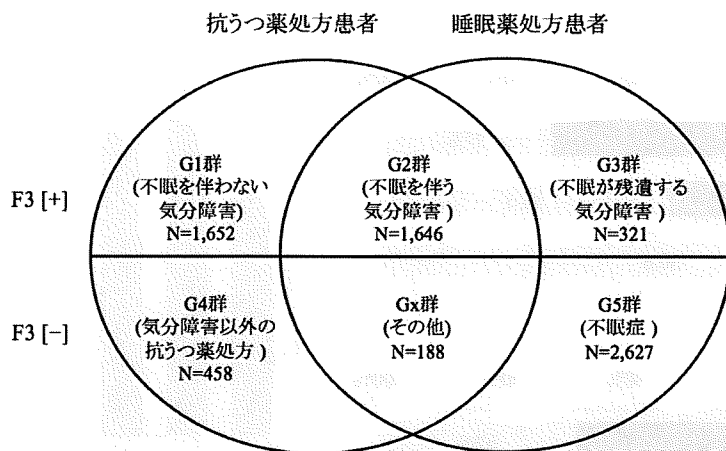


図1 患者分類

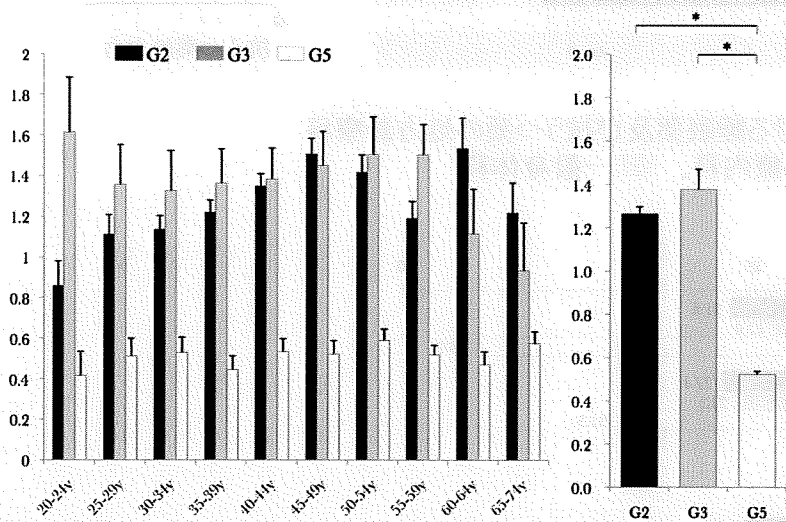


図2 睡眠薬を服用している3群(G2群、G3群、G5群)における年齢階層別の処方力価
* P<0.01

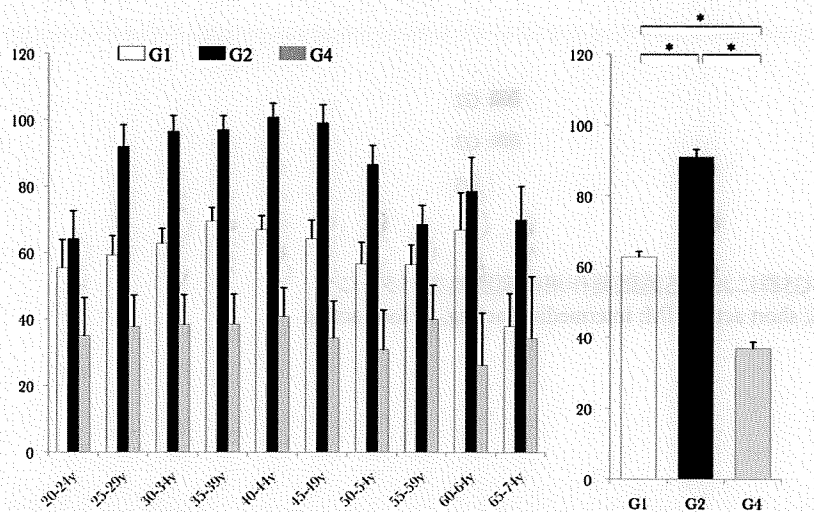


図3 抗うつ薬を服用している3群(G1群、G2群、G4群)における年齢階層別の処方力価
* P<0.01

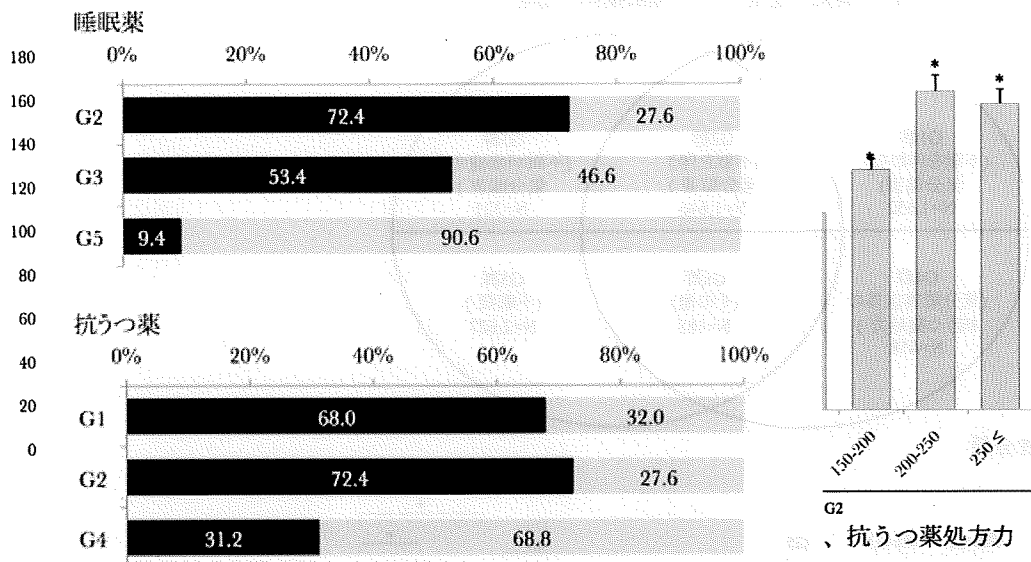


図6 G1～G5群における睡眠薬及び抗うつ薬の処方診療科
 ■ 精神科神経科・心療内科、 □ 一般身体科

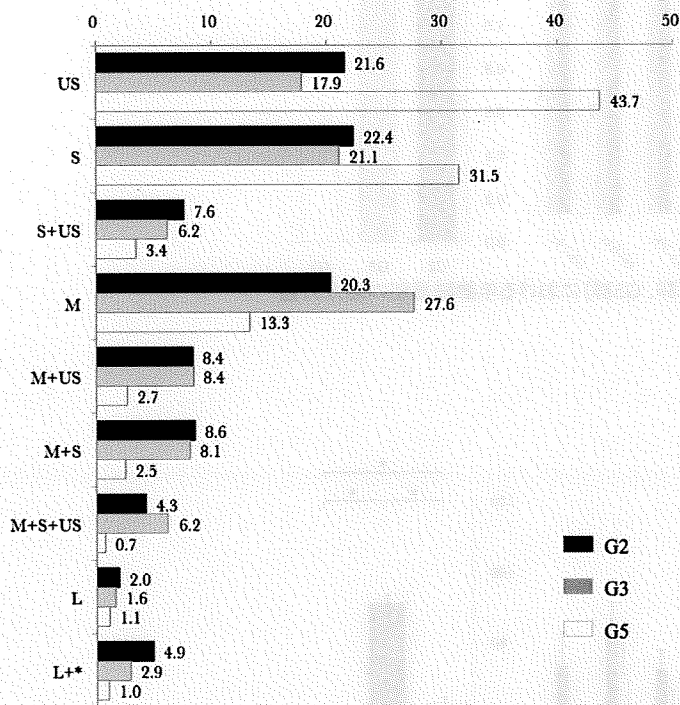


図5 G2群、G3群及びG5群における睡眠薬作用時間別処方パターン
 US; ultra-short acting, S; short acting, IM; intermediate acting, L; long acting

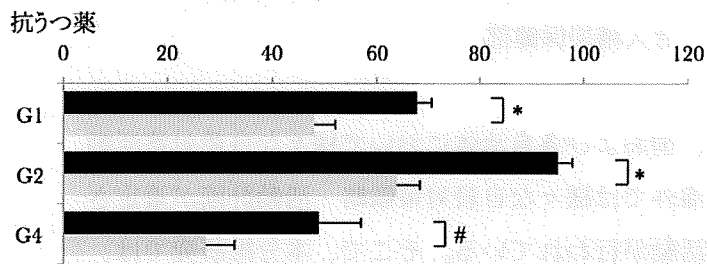
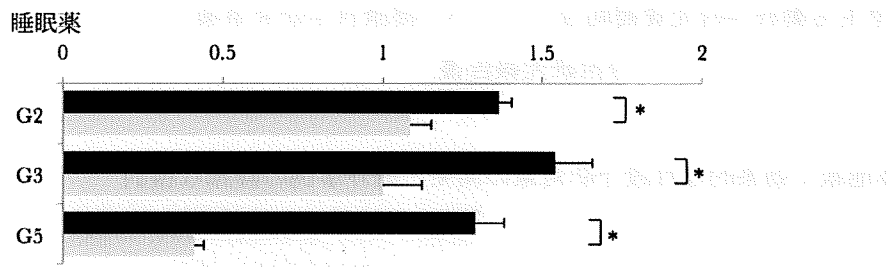


図7 G1～G5群における睡眠薬及び抗うつ薬の診療科別処方力価

■ 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 わが国では、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。海外では様々な自殺対策戦略・活動計画が策定され、先進的な自殺対策活動が行われている。そこで、本分担研究では、1) 海外の先進的な自殺対策戦略・活動計画の検討、2) 海外の自殺対策研究・事業のレビューを行った。そのうえで、わが国の今後の自殺対策活動の在り方について議論した。1) 海外の先進的な自殺対策戦略・活動計画の検討として、近年策定されたニュージーランドの自殺予防戦略および自殺予防活動計画を日本語に翻訳し、わが国の自殺総合対策大綱と比較した。2) 海外の自殺対策研究・事業として、プライマリケア場面でのうつ病治療枠組みとその効果に関するレビューを行った。1) の結果、「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」をニュージーランド政府の許可のもと日本語に翻訳した。この戦略は、エビデンスレビューに基づき実証性の高い仮説を提唱し、パブリックヘルスの概念を利用して作成されていた。また、活動計画も、エビデンスに基づき内容を決定し、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。わ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点がニュージーランドの戦略や活動計画と異なっていた。2) の検討の結果、European Alliance Against Depression (EAAD) の活動は医療制度の異なる我が国においても注目に値すると判断された。本邦での取り組みにおいても参考となる点が非常に多い。

A. 研究目的

わが国では、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。海外では様々な自殺対策戦略・活動計画が策定され、先進的な自殺対策活動が行われている。そこで、本分担研究では、1) 海外の先進的な自殺対策戦略・活動計画の検討、2) 海外の自殺対策研究・事業のレビューを行った。そのうえで、わが国の今後の自殺対策活動の在り方について議論した。

わ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・慣行そのものの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。

わ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。

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 および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、わが国の自殺総合対策大綱との比較を行った。

また、以下の結果および考察で述べるように、このニュージーランドの自殺予防戦略・活動計画の検討において、精神保健に焦点を当てた介入の重要性、特に精神科医療へのアクセスをより良くする活動に焦点が当てられていたことから、海外の自殺対策研究・活動のレビューとして、プライマ

リケア場面でのうつ病治療枠組みとその効果に関するレビューを行った。また、プライマリアケア医に対するうつ病教育介入と地域のうつ病啓発を組み合わせたヨーロッパの多国協同の研究事業である European Alliance Against Depression (EAAD) 活動とその背景になったこれまでの研究結果のレビューを行うこととした。

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。一方、警視庁の発表によると、わが国の自殺の原因・動機の第1位は健康問題である。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、不眠や他の愁訴がうつ病や自殺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。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、わが国でもかかりつけ医等の機能を有する身体科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。

わが国では、「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」を日本医師会が作成し、普及啓発活動が進められている。欧州では、European Alliance Against Depression (EAAD; <http://www.eaad.net/>) が 18 の地域に於いて、一般診療科医師との連携によるうつ病/自殺予防を目的とした評価研究を 2003 年に開始した。

そこで、本分担研究では、かかりつけ医機能を有する内科等の身体科診療科の医師に対する教育介入を中心として医療システムの改変によるうつ病の発見と治療への導入のモデルを検討するため、これまでに報告された研究論文の内容を検討し、日本での取り組みのあり方について考察した。

B. 方法

検討 1) 海外の先進的な自殺対策戦略・活動計画の検討

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 Strategy 2006-2016 および 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/pagesmh/4904/\\$File/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4904/$File/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf) および

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/7524/\\$File/nz-suicide-prevention-evidence-mar08.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/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戦略 2006-2016」と「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、わ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。

検討 2) 海外の自殺対策研究・活動のレビューおよびわが国の今後の自殺対策活動の在り方についての検討

自殺対策領域を専門とする研究者 2 名により、過去の研究文献を参照し、これまでの一般診療科医師 (General practitioner, Primary care physician) に対するうつ病/自殺ハイリスク者の同定と治療に関する教育介入を含む地域介入の結果について検討を行った。また、これに関連した、一般診療科医師に対する教育介入・地域介入に関連するモデルやその実施に際しての障害について記述された論文についても参照する。

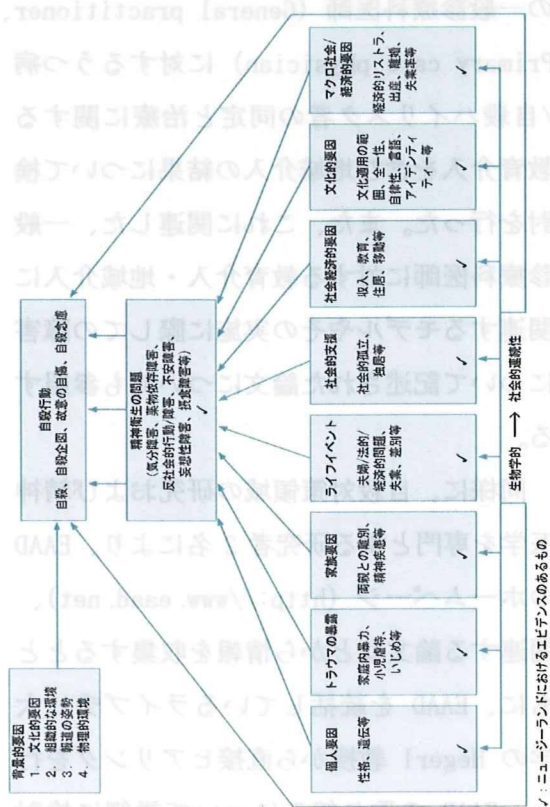
同様に、自殺対策領域の研究および精神医学を専門とする研究者 2 名により、EAAD のホームページ (<http://www.eaad.net>)、関連する論文などから情報を収集するとともに、EAAD を統括しているライプチヒ大学の Hegerl 教授から直接ヒアリングを行い、EAAD の取り組みについて詳細に検討

した。
 また、得られた情報を元に、日本における取り組みについての考察を行った。

C. 結果

検討1) 海外の先進的な自殺対策戦略・活動計画の検討

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/index.html>)からのダウンロードを可能とし、広く参照可能とした(<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/kankoubutsu.html>)。



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。

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 (アイデンティティー)
- 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 2001b, 2003a, 2004a, 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とも、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日本語版を参照下さい)。

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・活動とわ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)
策定ポリシー	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

検討2) 海外の自殺対策研究・活動のレビューおよびわが国の今後の自殺対策活動の在り方についての検討

1983年から1984年にスウェーデンのGotlandで、一般診療科医のうつ病に対する知識の向上を目指した教育プログラムが行われた。教育プログラム前の自殺死亡率と比較してその後の自殺死亡率が減少したと報告された(Rutz et al 1992)。減少したのはうつ病関連の自殺が減少したという結果であった。教育プログラムがうつ病に重点を置いていたことなどが要因として

考察された (Rihmer et al 1995)。この効果は、教育を受けた一般診療科医が転勤し、教育介入を受けていない新たな医師に交代した後は認められなくなった。新たに再度教育プログラムを実施すると再び効果が認められた (Rutz et al 1997)。この研究では、効果が女性において認められ、男性では効果が乏しい結果であった。いくつかの考察がなされているが、男性では援助を求める行動が乏しい可能性や医療福祉サービスを女性ほど利用しない可能性について議論された。Luoma らにより報告された、自殺の1年以内に女性では100%がプライマリケアを受診するのに対し、男性は78%のみの受診であるという結果は (Luoma et al 2002)、この結果を説明するかもしれない。

他のスウェーデンで行われた Jamtland 研究でも一般診療科医に対する教育プログラムの後に自殺率の低下が報告されており、国全体の変化と比較しても低下していた (Henrikson and Isacsson 2006)。しかし、プログラムの効果は Gotland ほど顕著なものではなかった。Jamtland 研究ではスウェーデン全体の自殺率が低下している期間に教育プログラムが行われており、その時においても効果が認められた。Gotland や Jamtland のスウェーデンでの研究では単純な教育介入により自殺死亡へ効果があると報告されているが、地方郡部もしくは国全体の自殺率の変化や治療傾向の変化を適切にコントロールできていないことが制約とされる。

一般診療科医師を対象とした教育介入が、すべての研究で有効であったわけではなく、イギリスで行われた Hampshire Depression Project 研究ではうつ病治療ガイドラインについて一般診療科医師を教育した介入の結果、うつ病の正確な診断の率や治療反応性についての改善が認められなかった (Thompson et al 2000)。この研究は、医師を教育介入群と対照群とに無作為に割り付け、患者のうつ病同定率と、うつ病患者の症状改善率の差を検討している。教育介入はそれまでのガイドラインに関する知見を集約し専門家により作成されたうつ病マネージメントに関するガイドラインについて、セミナーとビデオによる面接とカウンセリング手技の提示、スモールグループディスカッション、ロールプレイにより教育し、さらに、その後約9ヶ月間は教育介入の講師に助言を求めることが可能とした内容であった。結果、うつ病の同定の感度、特異度とも教育介入群と対照群で有意な差を認めないという結果であった。探索的解析から、教育介入を受けた医師にうつ病として同定され、継続的に治療を受けていた患者は、うつ病として同定されなかったうつ病患者と比較して転帰が良く、フォローアップされればガイドライン自体の治療効果はあることが示唆された。しかし、患者の同定の精度に教育介入の効果を認めないため、全体として結果が認められなかった可能性が考察されている。

Nutting らによる一般診療科医に対する教育研究では、希死念慮の同定率が改善し