

201122085A

厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業
(精神障害分野)

自殺対策のための複合的介入法 の開発に関する研究

平成23年度 総括・分担 研究報告書

平成24(2012)年3月

研究代表者 山田光彦

厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業
(精神障害分野)

自殺対策のための複合的介入法 の開発に関する研究

平成23年度 総括・分担 研究報告書

平成24(2012)年3月

研究代表者 山田光彦

目 次

I.	総括研究報告書	3
	「自殺対策のための複合的介入法の開発に関する研究：J-MISP」	
	研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 山田 光彦	
II.	分担研究報告書	10
	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：NOCOMIT-J」	
		-11
	研究リーダー 国立精神・神経医療研究センター 大野 裕	
	2. 「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試験：ACTION-J」	21
	研究リーダー 横浜市立大学大学院医学研究科 平安 良雄	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	28
IV.	参考資料	29

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

「自殺対策のための複合的介入法の開発に関する研究：J-MISP」

研究代表者 山田 光彦 国立精神・神経医療研究センター

研究要旨： わが国では自殺者が毎年3万人を超えた状況が続いており、自殺対策は極めて深刻な課題である。一方、厚生労働省の主導により「自殺対策のための戦略研究」（平成17～21年度）が実施され、エビデンスに立脚した自殺対策に関する取り組みが大きく進展した。具体的には、2つの大型多施設共同研究「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）」が、研究プロトコールに定めた通りに進捗した。本指定研究では、「自殺対策のための戦略研究」の成果に基づき、NOCOMIT-J及びACTION-Jを完遂し、自殺対策に関わる政策立案に資するエビデンスを構築するためのデータセットを完成した。本データセットは、我が国の今後の自殺対策を考える上で貴重な財産である。NOCOMIT-Jは、日本で数少ない行政サービスの事業化に直結する複数地域を対象とした比較介入研究であり、研究成果は政策立案と直結する。一方、ACTION-Jは、自殺未遂者に対する再企図防止の実効性の高い介入方法を得ることができる大型多施設共同無作為化比較試験であり、研究成果は政策立案と直結する。いずれの研究も、世界に類をみない大型の国家プロジェクトとして国際的にも高い注目を浴びている。

研究者名 所属施設名及び職名

(統括責任者)
高橋 清久 精神・神経科学振興財団 理事長
(運営管理)
山田 光彦 国立精神・神経医療研究センター 部長
稲垣 正俊 国立精神・神経医療研究センター 室長

(運営委員会委員長)
上田 茂 日本医療機能評価機構 理事
(研究倫理委員会委員長)
神庭 重信 九州大学 教授
(NOCOMIT-J 研究リーダー)
大野 裕 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター長
(ACTION-J 研究リーダー)
平安 良雄 横浜市立大学 教授

A. 背景と目的

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り組み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は 1.5%であったと報告されている。このような中で、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ている。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。

そのため、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と考えられ、「こころの健康科学研究事業戦略研究課題」の成果目標と研究内容が策定され、平成 17 年度から平成 21 年度まで実施された。

本指定研究は、「自殺対策のための戦略研究」の成果に基づき、自殺対策に関わる政策立案に資するエビデンスを構築するための

データセットを完成することを目的とした。

具体的には、2 つの大規模多施設共同研究「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）」を完遂することで、自殺対策に関わるエビデンスを構築するためのデータセットを完成することを目的とした。

さらに、両研究の進捗を通して、臨床研究を推進するための体制を整備し、研究者ネットワークを形成することで、我が国において必要な自殺対策に関わる政策立案に資する成果を得ることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、地域社会資源を複合的に用いることにより、医療モデルの枠を超えた自殺防止介入研究を行った。実施にあたっては、全国各地の先駆的な取り組みの経験を踏まえ、大規模共同研究で効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し、今後の自殺防止対策に役立てることを目論んだ。

NOCOMIT-J は、複数地域を対象とした非無作為化比較介入研究である。ACTION-J は、救命救急センターに搬送された自殺未遂者を対象とした無作為化比較介入試験である。本研究により自殺防止対策について質の高い実証的根拠を提案することにより、国民の福祉の向上に直接的に寄与できる研究成果を生み出すことが期待できる。

本研究では、疫学研究に関する倫理指針お

よび臨床研究に関する倫理指針を遵守した。また、研究計画は組織する研究倫理委員会での了承を得るとともに、各研究課題の研究参加地域・施設責任者の所属する組織においても必要に応じて了承を得ている。

本研究で実施する研究課題は次の通りである。

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 (NOCOMIT-J)」

地域介入研究 NOCOMIT-J は、国際的にも他に類が無い自殺対策研究 (ポピュレーション・アプローチ) である。

目的 (1) 本研究の主たる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 (自殺死亡及び自殺未遂) の発生に効果があるかどうかを検討することである。

目的 (2) 近年急激な自殺の増加のみられている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 (自殺死亡及び自殺未遂) 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。

主要評価項目

・自殺死亡者及び自損 (重症ないし中等症) による救急搬送者の頻度

参加地域 (人口規模 212 万人)

(1) 複合介入グループ: 青森地域, 秋田地

域, 岩手地域, 南九州地域

(2) 大都市対策グループ: 仙台地域, 千葉地域, 北九州地域

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 (ACTION-J)」

救命救急センターに搬送された千人規模の自殺未遂者を対象にした大型無作為化比較試験である ACTION-J は、国際的にも他に類が無い自殺対策研究 (ハイリスク・アプローチ) である。

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
対象者数

各群 457 例, 合計 914 例

ACTION-J では、救命救急センターに搬送された 914 名の自殺未遂者を対象に、平成 23 年 6 月末まで介入を実施した。さらに、データ固定に必須の住民基本台帳での生存の確認及び死亡データ収集のために人口動態統計の二次利用のための体制の構築を行った。加えて、本研究に参加した他職種による研究スタッフを対象とした学術集会及び研究会議を定期的開催し、研究者ネットワークの強化と質の向上を図った。

C. 研究結果

本研究は、厚生労働省担当課及び地域自治体との連携のもと、国立精神・神経医療研究センターによる専門的支援や、国立国際医療研究センターJCRAC/DMC によるデータマネジメント等、国主導による政策目標を達成するための研究体制を形成できた。具体的には、当初計画の通り、統括推進本部のもとに運営委員会（上田茂委員長）及び研究倫理委員会（神庭重信委員長）を設置し、本指定研究の円滑な実施体制を確立した。また、本指定研究は、複数の生物統計家等との協働が実現できており、高いレベルの検証を実現した。NOCOMIT-J 及び ACTION-J の成果として最終解析終了後に創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものと考えられる。さらに、これらの過程を通して、当該領域における臨床研究推進のための問題点を整理し、実施体制確立のためのノウハウを蓄積することができた。加えて、我が国において必要な自殺対策に関わる政策立案に資する成果を得るために必要な研究者ネットワークを形成することができた。本研究により形成された研究者ネットワークを利用することで、NOCOMIT-J 及び ACTION-J の成果として創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものと考えられた。そのため、将来の事業化を目指した政策立案プロセスを進捗させるためには、

NOCOMIT-J 及び ACTION-J の成果を一般化し、全国に普及するための実施体制の検討をさらに行う必要がある。

NOCOMIT-J 及び ACTION-J は、いずれもアウトカムとして死亡を扱う。このように、評価項目として「死亡」を扱う本研究は国民の生命と直結するものであるため、死亡関連データへのアクセスを含め、研究を確実に推進するための各種統計データの利用の促進と行政当局の理解が不可欠であった。

今後の最終解析結果の論文化と、国内外の施策に反映させるための一般化のためのステップとして、平成 23 年 9 月に北京にて開催された第 26 回国際自殺予防学会において特別セッションを組み、NOCOMIT-J 及び ACTION-J を紹介するとともに、本領域において必要な研究エビデンスについて議論した。マンチェスター大学より、Kapur 教授を指定討論者として招き、また、香港大学の Yip 教授を座長及び口演者とするすることで、現実的な議論を行うことができた。

NOCOMIT-J 研究では、当初計画の通り、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、救急搬送データの収集を完了し、人口規模 212 万人の研究参加地域の人口動態統計データを、厚生労働省より二次利用を目的に入手した。さらに、市町村合併による影響を調整しつつデータ固定を行った。厚生労働省は、NOCOMIT-J で使用した介入プログラム等を各自治体が参照できるよう、自殺予防対策 WEB を用いて公開した (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>)。

ACTION-J 研究では、当初計画の通り、ベ

ースラインデータ収集を完了した。最終的に、研究に参加登録された 914 名（目標数 842 名の 108.6%）の自殺未遂者を対象とした介入及び追跡を当初計画の通り平成 23 年 6 月末に終了した。実際のイベント発生率は当初の推定値を上回る値であり、完成されたデータセットを用いることで、最終解析結果を確実に得られる。

D. 結論

本研究はこれまでに類を見ない現実的かつ独創性が高いプロジェクトであり、学術的意義が非常に高い。NOCOMIT-J 及び ACTION-J のいずれの研究も、自殺企図という出現頻度の低いイベントをアウトカムとしながらも、十分な統計学的検出力のもとに解析するものである。そのため、ベースラインデータのみにおいても価値が極めて高い。

NOCOMIT-J は、日本でまだ数少ない行政サービスの事業化に直結する複数地域を対象とした非無作為化比較介入研究であり、ノウハウの蓄積が重要な課題である。

また、ACTION-J は、自殺未遂者に対する再企図防止の実効性の高い介入方法を得ることができる世界に類をみない大型の無作為化比較介入試験として国際的にも高い注目を浴びている。さらに、国民の福祉の向上に直接的に寄与できる研究成果を生み出すことが期待できる。一方、アウトカムとして「死亡」を扱う本指定研究は国民の生命と直結するものであるため、研究を確実に推進するための各種統計データの利用の促進と行政当局の理解が必要である。

本指定研究の推進により、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。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし

F. 研究発表

1. 論文発表

○大野裕：自殺対策のための戦略研究からわかったこと，日本社会精神医学会雑誌 2011；20：37-44

○河西千秋：動き出した自殺未遂者対策：救急医療の役割. *Emergency care*, 2011；24：12-16

○Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Sugiura K, Iwamoto Y, Sato R, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y. Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan. *Psychiatry Res*, 78-82, 2011.

2. 学会発表

○Yamada M, et al. & J-MISP Group: Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention, J-MISP. The 26th World Congress of the International Association of Suicide Prevention (IASP), Beijing, 2011. 9. 13-17.

○Ono Y, et al. & NOCOMIT-J Group: NOCOMIT-J: A Community Intervention Trial of Multi-Modal Suicide Prevention Program

in Japan. The 26th World Congress of the International Association of Suicide Prevention (IASP), Beijing, 2011.9.13-17.

○Kawanishi C, et al. & ACTION-J Group: ACTION-J: A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan., The 26th World Congress of the International Association of Suicide Prevention (IASP), Beijing , 2011.9.13-17.

○ Yamada M, Inagaki M, Yonemoto N, Takahashi K. ACTION-J: A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan. 20th European congress of psychiatry EPA 2012, Prague, Czech Republic, 2012. 3.3-6.

○ Inagaki M, Yamada M, Yonemoto N, Takahashi K. NOCOMIT-J: A community intertvention trial of multi-modal suicide prevention program in Japan. 20th European congress of psychiatry EPA 2012, Prague, Czech Republic, 2012. 3.3-6.

G. 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

II. 分担研究報告書

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 novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J

研究リーダー 国立精神・神経医療研究センター 大野 裕

研究要旨：わが国では、平成 17 年度から自殺対策のための戦略研究が開始され、「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)」が実施された。本分担研究課題では、戦略研究の終了を受けて NOCOMIT-J を完遂し、自殺対策に関わるエビデンスを構築するためのデータセットを完成した。当初計画の通り、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、救急搬送データの収集を完了し、加えて、人口規模 212 万人の研究参加地域の人口動態統計データを、厚生労働省より二次利用を目的に入手した。さらに、市町村合併による影響を調整しつつデータ固定を行った。一方、厚生労働省は NOCOMIT-J で使用した介入プログラム等を各自治体が参照できるように、自殺予防対策 WEB を用いて公開した。本研究の推進により、地域において利用可能な複合的自殺予防プログラムを確立し、わ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。

研究分担者氏名 所属施設名及び職名

鈴木友理子 国立精神・神経医療研究センター
室長

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

酒井 明夫 岩手医科大学 教授
大塚耕太郎 岩手医科大学 講師
岩佐 博人 青森精神保健センター 所長
本橋 豊 秋田大学 教授
粟田 主一 東京都健康長寿医療センター
研究所 部長
亀井 雄一 国立国際医療センター 医長
中村 純 産業医科大学 教授

宇田 英典 鹿児島県始良・伊佐地域振興
局保健福祉環境部（兼）始良保健所（兼）
大口支所（兼）大口保健所 所長
渡邊 直樹 関西国際大学 教授
大山 博史 青森県立保健大学 教授
中川 敦夫 国立精神・神経医療研究センター
室長
飯田 英晴 藍野大学 教授
石塚 直樹 国立国際医療センター客員研究員
酒井 弘憲 群馬大学 講師
米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター
室長
田島 美幸 慶應義塾大学 研究員

A. 背景と根拠

(1) 近年の我が国の自殺急増の現状

①総数の変化

我が国における自殺死亡者数は、厚生労働省の人口動態統計によると、平成9年(1997)には23,494人であったが、平成10年(1998)には前年と比べて35%増の31,755人を記録し、死亡統計始まって以来の高値を示した。その後の年次においても高値が続き、平成14年(2002)に29,949人であった自殺死亡者数は、翌年(2003)には32,109人へと一段と増加し史上最悪を記録した。この数は、同年の交通事故死亡者数7,702人(警察庁交通事故統計による)の約4倍に当たり、毎日80人以上が自殺で死亡していることになる。

また、自殺死亡者数の戦後の推移を見ると、これまでに3つのピークが見られるが、平成10年から6年以上続く今回の増加は史上最悪であり、緊急の自殺予防対策が求められる。世界保健機関(WHO)の2002年の資料を見ても、我が国の自殺死亡率(人口10万対25.3)は他の先進諸国と比べても高い値にあり(例:フランス17.5, ドイツ13.5, カナダ11.7, アメリカ10.4, イギリス7.5, イタリア7.1), このことから国家レベルでの自殺予防対策が必要であることがわかる。

②地域的傾向

我が国の地域別の自殺の現状を見ると、従来から北東北3県(秋田県, 岩手県, 青森県), 新潟県や島根県, 九州地方(宮崎県, 鹿児島県, 沖縄県)などは自殺死亡率が高率であることが指摘されてきた(石原, 2003)。また、平成16年(2004)の厚生労働省の人口動態

統計においても、秋田県, 青森県, 岩手県, 島根県, 高知県, 宮崎県, 新潟県, 山形県, 鹿児島県といった地方の県が自殺死亡率の上位に並んでいた。

しかし、平成9年から始まる自殺者数の増加については、必ずしも地方の県が増加に寄与しているとはいえない。藤田(2003)は1989~95年の自殺者数が少なかった時期を基準にして、それ以前(1983~1987年)および以降(1998~2000年)の増加期との自殺率の比を都道府県別に調べた。その結果、現在まで続く自殺者数の増加は、地方における自殺者数の増加というよりも、東京・大阪やその周辺の府県といった都市部で顕著であることが示された。実際、1989~1995年の15歳以上の自殺死亡者数の平均と1998~2000年のそれとを比べると、大阪府は894人から1,658人に、神奈川県は713人から1,309人に、東京都は1,129人から1,938人へと大幅に増えていた。

③年齢, 性別的傾向

次に性別, 年齢階級別に現状を把握する。まず性別に自殺死亡者数を見ると、平成9年には、男性が15,901人(67.7%), 女性が7,593人(33.3%)であったが、自殺者が急増した平成10年には、男性が22,349人(70.4%; 前年比40.6%増), 女性が9,406人(29.6%; 前年比19.3%増)となり、男性の割合が増加した。この傾向はその後も続き、平成16年には男性が21,955人(72.6%), 女性が8,292人(27.4%)となっている。平成9年, 10年, 16年の変化を自殺率で示すと、男性は26.0→36.5→35.6, 女性は11.9→14.7→12.8と

なっている。

年齢階級別では、中高年の自殺者が多く、平成16年は45歳から64歳までの自殺者が全体の42.1%を占めていた。平成16年の自殺死亡率で見ると、母集団の数が少なくなることから率としては高い値が出やすくなる85歳以上を除けば、もっとも高率なのが55～59歳の64.6であり、50～54歳の59.6、45～49歳の53.1、60～64歳の52.1と続く。55～59歳をピークとするこの傾向は男性に顕著であり、この年齢層（45～64歳）の男性の自殺者数は10,039人と全体の33.2%を占めた。一方、女性にはこのような傾向は見られず、概ね年齢の増加とともに自殺率が増加する傾向が見られた。

次に、警察庁統計から自殺の原因・動機別に見ると、健康問題、経済・生活問題が以前より上位1,2位であった。平成10年以降の自殺者数の増加においてもこの傾向は変わっていないが、健康問題に比べて、経済・生活問題が原因・動機となっている件数の増加が著しい。すなわち、遺書の有無にかかわらず、平成9年に健康問題、経済・生活問題を原因・動機とした自殺はそれぞれ13,659人（56.0%）、3,556人（14.6%）であったものが、平成10年には16,769人（51.0%、前年比123%増）、6,058人（18.4%、前年比170%増）となった。その後、健康問題を原因・動機としたものは減少傾向にあり平成16年には14,786人（45.7%）となったが、経済・生活問題は増加傾向を示し平成16年には7,947（24.6%）人となり、自殺者総数に占める割合は増えている。

(2) 自殺予防対策について

これまで見てきたように、我が国における自殺者の増加は国家として看過できない問題であり、緊急な対策が望まれる。特に、中高年男性の自殺が増えていること、地方だけでなく大都市においても自殺者数が増えていることなどが注目される。したがって、自殺予防対策を考える際には、各地域特性も考慮する必要がある。自殺予防対策を考える際に、先行する取り組みが参考になるが、既に国内外で自殺予防活動が行われており、自殺者の減少に効果のあった取り組みも報告されている。

①海外における自殺予防対策

まず、海外では既に多数の自殺予防対策がとられている。Taylor et al. (1997) は、自殺予防についての国家の取り組みについてまとめている。その結果、包括的な戦略をもって国家的な取り組みを行う国としてフィンランド、ノルウェー、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランドの5カ国を挙げている。また、国家的なレベルの予防プログラムがある国としてイギリス、フランス、米国など5カ国を挙げており、日本は、カナダ、ドイツとともに、国家的な活動のない国に分類されている。

Taylor et al. (1997) をもとに自殺予防の取り組みを要素別に分けると、以下のように分類される。

1. 一般市民への教育：自殺へのスティグマをなくすために、テレビやラジオを使って教育的番組を流したり（ノルウェー）、ヘルスプロモーションを行う（フィンランド）。

2. メディア対策：メディアの情報が自殺を誘発する恐れが指摘されるため（メタ分析として Stack, 2000）、メディアの自殺に関する情報に配慮する（坂本・影山, 2005）。

3. 学校でのプログラム：自殺に対して深い認識をもってもらい、周囲の生徒や学生の様子にも気がつくように教育プログラムを行う。

4. うつ病や他の精神障害の発見：医療現場において、うつ病や他の精神障害を発見し適切に治療するよう教育プログラムを施す（効果については、Rutz et al., 1989; Rutz, Carlsson et al., 1992; Rutz, von Knorring & Wålinder, 1992 を参照）。事実、うつに対して、薬物療法が主にプライマリ医によって行われているアメリカ、ヨーロッパ諸国やオーストラリアでは、抗うつ薬の総処方数の増加と自殺数の減少の関連が報告されている（Hickie et al., 2001, Grunebaum et al., 2004, Isacsson, 2000; Carlsten et al., 2001, Kelly et al., 2003, Rihmer, 2004, Hall et al., 2004）。

しかし、その一方で、抗うつ薬は自殺念慮や自殺未遂を引き起こす場合があるという報告もあり、自殺予防における抗うつ薬の役割はまだ確立しているとはいえ、心理社会的アプローチも活用しながら慎重に対応することが望ましい（Bardessarini RJ, et al., 2006）。

なお、うつ病患者の自殺の危険性に関して、症状によって短期的な危険性と長期的な危険性が異なるという報告がある（Fawcett J, 1990）。それによれば、大うつ病患者に、パニック発作、重篤な精神不安、集中力の低下、強い不眠、中程度のアルコール乱用、重篤な

興味・喜びの消失（快感消失）が認められる場合は一年以内に自殺する危険性が、重篤な絶望感、自殺念慮、自殺企図の既往は一年以上後に自殺する危険性が高いという。

5. アルコールと薬物対策：アルコールは、精神疾患の既往の有無に関わらず自殺のリスクを高める。気分障害が伴うとリスクはさらに高まる（Sher, 2006）。このことから、アルコール・薬物問題の早期発見、精神保健サービスの増強、物質乱用者の家族へのサポート、全体的なアルコール消費量の削減を目指した政策などが行われてきた（フィンランド）。

6. 身体疾患の影響：身体疾患の心理的反応にも注意して適切なサポートを提供したり、精神的危機を発見できるようにスタッフを訓練したり、自助グループを奨励したりする（フィンランド）。

7. 精神保健サービスへのアクセス促進：精神保健サービスを利用しやすくする。

8. 自殺企図のアセスメント：自殺企図のリスクを評価して自殺予防につなげる。

9. ポストベンション：自殺者の親族や友人に対するカウンセリングとサポートを行う。

10. 危機介入：失業や家族への暴力などの危機に対して、家族や本人をサポートする（フィンランド）。

11. 労働・雇用対策：若年者の就職先の増加を目指す（ニュージーランド、フィンランド）。長期の非就業者へのセミナーの実施など。

12. 訓練：自殺の危険がある人を早期に発見することを目指して、自殺予防に関連する各所のスタッフを訓練する。例えば、保健福祉

関係のスタッフ、教育関係者、職業紹介所のスタッフ、公安関係者なども含まれる（ニュージーランド）。

13. 自殺の手段（lethal methods）への対策：自殺の手段（例：銃，薬物）へのアクセスを低減する。どこまでを規制するかは国により異なるが，ガス，火器，薬，橋へのアクセスを制限は，自殺予防に効果的であると報告されている（Daigle, 2005）

このように，さまざまな対策が考案され実行されているが，Mann et al.（2005）やGoldney（2005）などのレビューによると，自殺予防活動の効果を厳密な科学的方法で検証することは多くのコストを伴うため，困難だとされている（Gunnell & Frankel, 1994; Lewis et al., 1997）。つまり，統計学的には自殺というのは非常に稀な現象であり，さらに自殺に特有な危険因子がはっきりわかっていないために，十分な効果を見いだすために確保しなければならないサンプル数は非常に大きくなる。このように自殺予防活動の効果を見るために，無作為化比較試験を行うことには実際的な困難が伴う。

そこで，Mann et al.（2005）やGoldney（2005）は文献のレビューを行い，これまで行われてきた自殺予防対策について総括している。より包括的なレビューを行っているMann et al.（2005）の結果によると，自殺やその危険因子であるうつに関する啓発活動（一般市民，プライマリケア医，gatekeeper（後述）のそれぞれに対するもの），スクリーニング，治療的介入（薬物療法，心理療法），自殺未遂者へのフォローアップ，自殺手段へ

のアクセスの制限（小火器・農薬・睡眠薬の制限や，家庭用ガス・自動車排気ガスの無毒化など），メディア対策などが挙げられている。このなかでもっとも有効な介入は，プライマリケア医への啓発教育（うつ病の早期発見，適正治療のトレーニング），gatekeeperへの啓発教育，および，自殺手段へのアクセスの制限（小火器・睡眠薬の制限，家庭用ガスの無毒化）としている。なお，gatekeeperとは「門番，守衛，監視者」などと訳されるが，ここでは聖職者，薬剤師，高齢者の介護人，企業の人事担当スタッフ，学校・軍隊・拘置所などの組織の労働者を指す。危険要因をもつ個人を同定するスクリーニングは，特に高校や大学などで成功例が報告されている一方で，一般人口において実施し高リスク群を見い出して自殺率の減少を目指すことについては，費用対効果を検討する必要があると述べている。

②日本における自殺予防対策

海外の自殺予防対策がそのままわが国に導入できるわけではない。たとえば，Mann et al.（2005）によるレビューでは，自殺手段へのアクセスの制限が効果的であるとされているが，本邦の自殺手段は縊首が多くを占めている。後述するように，近年のわが国における自殺予防対策の一端は，保健事業として地域介入によって実践されてきた経緯もある（Yamashita et al., 2005; 総務省, 2005）。自殺は文化的背景に強く支配される現象であり，一方，地域介入は地域組織化と社会資源の開発を主たる援助技法とするため，地域介入による自殺予防対策は地域特性によって

制約を受ける(坂本, 2004)。以上のことから、わが国における地域介入による自殺対策プログラムのエビデンスは、本邦で実施された知見に基礎づけられることが求められるといえる。

近年、わが国では地域介入による自殺対策プログラムに関する知見が集積されつつある。本邦において、1985年以降に5年間以上施行された地域介入研究は7件に上る。いずれの地域介入研究も、研究デザインとして準実験的デザイン、すなわち、一般住民から成るコホートを用いた前後比較を採用し近隣対照を有していた。また、エンドポイントには自殺死亡率を採用していた。7件中6件ではサンプルサイズの検討がなされており、また、自殺死亡率の変化はトレンドから区別されて検出されていた。

各研究の介入プログラムの内容と介入効果は、次のとおりであった。7件中6件では、65歳以上の住民を介入対象に設定し、プログラムは自治体が主導して実施されていた。このうち、先駆けとなった新潟県(旧)松之山町(現:十日町市)の介入では、1次予防として市民への普及・啓発活動、および、高齢者への集団援助を実施し、2次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと精神科医・一般医によるフォローアップを主要なプログラムとして10年間実施したところ、150(人口10万対)を越える65歳以上自殺死亡率が、男女ともおよそ1/4へ減少した(高橋ら, 1998; 2003)。

同じく、岩手県(旧)浄法寺町(現:二戸市)では、1次予防として市民への普及・啓

発活動を実施し、2次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと精神科医によるフォローアップを10年間実施したところ、65歳以上自殺死亡率比が男性で0.27(95%信頼区間:0.08-0.94)、および、女性で0.24(95%信頼区間:0.10-0.59)と推計され、同死亡率が有意に減少していた(Oyama et al., 2004)。

また、青森県(旧)名川町(現:南部町)では、1次予防として市民への普及・啓発活動、および、高齢者への集団援助を実施し、2次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと一般医によるフォローアップを6年間実施したところ、同率比が男性で0.48(95%信頼区間:0.10-2.31)、および、女性で0.26(95%信頼区間:0.07-0.98)と推計された(Oyama et al., 2006)。加えて、普及・啓発活動が住民の援助希求行動を促進することが示唆された(Sakamoto et al., 2004)。すなわち、2次予防プログラムとして専門的スクリーニングを実施した地域介入研究では、高齢男女とも自殺死亡率の減少を認めている。

次に、介入プログラムとして、1次予防のうち市民への普及・啓発活動を実施し、2次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングが地元の一般医により担われた地域介入研究が2件に上った。新潟県(旧)松代町(現:十日町市)および(旧)安塚町(現:十日町市)では10年間の介入によって、65歳以上自殺死亡率比が、それぞれ、男性で1.02(95%信頼区間:0.49-2.13)と0.51(95%信頼区間:0.22-1.19)、ならびに、女

性で 0.30 (95%信頼区間 : 0.14-0.67) と 0.36 (95%信頼区間 : 0.14-0.93) を得ていた (Oyama et al., 2010)。すなわち、2次予防としてのスクリーニングが一般医に担われた場合、その自殺予防効果が女性に波及するものの、男性については及び難い可能性がある。

一方、1次予防を主たる介入プログラムとした地域介入研究がある。秋田県(旧)由利町(現:由利本荘市)では、1次予防として市民への普及・啓発活動、および、高齢者への集団援助を実施したものの、2次予防としてのスクリーニングは一切行わなかった。8年間の活動の結果、同率比が男性で 0.79 (95%信頼区間 : 0.18-3.52)、および、女性で 0.24 (95%信頼区間 : 0.10-0.58) と推計され、高齢女性で自殺死亡率の有意な減少を認めた (Oyama et al., 2005)。

最近、秋田県の4町村では、すべての年代層に対して比較的大規模な複合的介入が実施されており、4年間のうち同地域の自殺死亡率が 68.0 (人口 10 万対) から 27%減少している (Motohashi et al., 2005)。このような介入は鹿児島県でも開始された。

上述したわが国の7件の地域介入研究は、自殺死亡率の減少を再現しており、地域介入により自殺予防効果が存在することを明白に示している。介入効果の発現が期待される人口は、高齢女性層のみならず、男性層や全年代層に及ぶことを示す知見も含まれている。しかしながら、ほとんどの研究は介入地域の人口規模が小さいため、効果の大きさの推計が粗いことは否めない。また、設定地域が郡部の自殺多発地域に限定されているた

め、近年の自殺死亡急増がむしろ激しかった都市部においても、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。現状においては、郡部や都市部の違いといった地域特性に応じた介入プログラム開発が必要と考えられる。さらに、エンドポイントの設定において、自殺現象として自殺死亡のみが勘案されており、自殺未遂が考慮されていないという問題を含んでいる。

すなわち、わが国の現状としては、地域介入による自殺予防効果が十分に検証されているとは言い難い段階にあるといえる。このため、比較対照地域を設定した準実験的デザインによる大規模な地域介入研究を実施することが必要である。主要なアウトカムには自殺死亡に加えて自殺未遂を含むこと、また、介入方法は地域の組織化と社会資源の開発をとおして、1次予防、2次予防および3次予防による自殺対策を地域の実情に相応して複合的に構成することが求められる。

本研究では、自殺予防介入の実施が可能であり、地域特性が異なる複数の地域の関係者により「研究組織」を構成し、地域の自殺予防の経験を共有しながら各地域の特性に応じた自殺予防地域介入プログラムを開発し、対照地区と比較して介入地区の自殺(死亡および未遂)予防効果を検証することを目的としている。本研究の実施に伴う波及効果として、①各地域での自殺予防の具体的な経験が蓄積され、本研究に参加しない地域での実施に際して参考にすることができる自殺予防対策知識ベースが構築されること、②自殺死亡および自殺未遂の発生にかかわる情報収

集体制の確立は自ら地区の諸組織のネットワーク構築を促すことになり、対照地区を含めてそれが自殺予防などに対して良好な作用を発揮する可能性があること、などが考えられる。

B. 研究方法

本研究では、地域社会資源を複合的に用いることにより、医療モデルの枠を超えた自殺防止介入研究を行った。実施にあたっては、全国各地の先駆的な取り組みの経験を踏まえ、大規模共同研究で効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し、今後の自殺防止対策に役立てることを目論んだ。

NOCOMIT-Jは、複数地域を対象とした非無作為化比較介入研究である。本研究により自殺防止対策について質の高い実証的根拠を提案することにより、国民の福祉の向上に直接的に寄与できる研究成果を生み出すことが期待できる。

本研究では、疫学研究に関する倫理指針および臨床研究に関する倫理指針を遵守した。また、研究計画は組織する研究倫理委員会での了承を得るとともに、各研究課題の研究参加地域・施設責任者の所属する組織においても必要に応じて了承を得ている。

本研究で実施する研究課題は次の通りである。

「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)」研究プロトコルの概要
目的

(1) 本研究の主たる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、通常のスル自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の発生に効果があるかどうかを検討することである。

(2) 近年急激な自殺の増加のみられている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(自殺死亡及び自殺未遂)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。

主要評価項目

・自殺死亡者及び自損(重症ないし中等症)による救急搬送者の頻度

参加地域

(1) 複合介入グループ: 青森地域、秋田地域、岩手地域、南九州地域

(2) 大都市対策グループ: 仙台地域、千葉地域、北九州地域

C. 研究結果

本研究は、厚生労働省担当課及び地域自治体との連携のもと、国立精神・神経医療研究センターによる専門的支援や、国立国際医療研究センターJCRAC/DMCによるデータマネジメント等、国主導による政策目標を達成するための研究体制を形成できた。具体的には、当初計画の通り、統括推進本部のもと

に運営委員会（上田茂委員長）及び研究倫理委員会（神庭重信委員長）を設置し、本指定研究の円滑な実施体制を確立した。また、本指定研究は、複数の生物統計家等との協働が実現できており、高いレベルの検証を実現した。NOCOMIT-J の成果として最終解析終了後に創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものとする。

さらに、これらの過程を通して、当該領域における臨床研究推進のための問題点を整理し、実施体制確立のためのノウハウを蓄積することができた。加えて、我が国において必要な自殺対策に関わる政策立案に資する成果を得るために必要な研究者ネットワークを形成することができた。本研究により形成された研究者ネットワークを利用することで、NOCOMIT-J の成果として創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものと考えられた。そのため、将来の事業化を目指した政策立案プロセスを進捗させるためには、NOCOMIT-J の成果を一般化し、全国に普及するための実施体制の検討をさらに行う必要がある。

NOCOMIT-J は、アウトカムとして死亡を扱う。このように、評価項目として「死亡」を扱う本研究は国民の生命と直結するものであるため、死亡関連データへのアクセスを

含め、研究を確実に推進するための各種統計データの利用の促進と行政当局の理解が不可欠であった。

NOCOMIT-J 研究では、当初計画の通り、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、救急搬送データの収集を完了し、当初計画の通り、人口規模 212 万人の研究参加地域の人口動態統計データを、厚生労働省より二次利用を目的に入手した。さらに、市町村合併による影響を調整しつつデータ固定を行った。厚生労働省は、NOCOMIT-J で使用した介入プログラム等を各自治体が参照できるよう、自殺予防対策 WEB を用いて公開した。複合的介入プログラム及び実践例をもとに作成された、「地域における自殺対策プログラム」「先行的取り組み地域の事例」「視覚教材テキスト」等の資料は厚生労働省の自殺予防対策のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>）よりダウンロード可能となっており、全国の自殺対策に役立てられている。

C. 健康危険情報

特記すべきことなし

D. 研究発表

1. 論文・著書等

○大野裕：自殺対策のための戦略研究からわかったこと，日本社会精神医学会雑誌 2011；20： 37-44

2. 学会発表

○ Ono Y, et al. & NOCOMIT-J Group: NOCOMIT-J: A Community Intervention Trial