

研究分担報告書

自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究
～ 認知症と自殺対策に関する実証的研究～

研究代表者 本橋 豊 京都府立医科大学 特任教授
研究協力者 藤田 幸司 秋田大学大学院医学系研究科 助教
研究協力者 金子 善博 秋田大学大学院医学系研究科 准教授
研究協力者 佐々木久長 秋田大学大学院医学系研究科 准教授

研究要旨：本報告の目的は、わが国の高齢者の自殺に関連する要因としての認知症に対する不安や認知機能低下の実態について地域高齢者を対象に明らかにし、今後の高齢者の自殺対策の政策形成に資することである。**方法：**地域高齢者の認知機能低下と自殺対策の関連性に関する質問紙調査を秋田県 N 市の 3 地区において実施し、調査に回答した 65 歳以上 85 歳未満の高齢者 340 人を解析対象とした。解析に用いた質問項目は、性別、年齢 5 歳階級、精神的苦痛（K6）、物忘れの自覚、認知症に対する不安、認知機能自己評価（以降、認知機能と略す）、認知的ソーシャル・キャピタル（以降、認知的 SC と略す）である。精神的苦痛（K6）と各分析項目との関連について、カイ二乗検定を行ない、さらに認知症に対する不安や認知機能低下のメンタルヘルスへの影響を明らかにするために、多重ロジスティック回帰分析を行った。**結果：**認知症に対する不安があると回答した者は 37.9%であった。精神的苦痛（抑うつ傾向あり or なし）を従属変数、性・年齢 5 歳階級、認知症に対する不安「あり群（やや・とても不安を感じる）vs.なし群（まったく・あまり不安を感じない）」、認知機能「低下群（20 点以上）vs.維持群（20 点未満）」の調整オッズ比は、認知機能低下群 3.29（95%信頼区間 1.18-9.15）、認知症に対する不安あり群 2.50（95%信頼区間 1.16-5.40）であった。しかしながら、モデルに認知的 SC「低群（11 点以下）vs.高群（12 点以上）」を加えたモデルにおけるそれぞれの調整オッズ比は、認知的 SC 低群 2.61（95%信頼区間 1.06-6.45）、認知機能低下群 2.07（95%信頼区間 0.65-6.58）、認知症に対する不安あり群 2.20（95%信頼区間 0.96-5.01）となり、認知的 SC の影響を調整すると、認知機能および認知症に対する不安と抑うつ傾向との関連は有意ではなかった。**まとめ：**認知機能の低下や認知症に対する不安は地域高齢者のメンタルヘルスに影響しているが、今回の解析の結果では、認知的 SC を調整した場合においては、その影響は有意ではなかったことから、認知的 SC が高い人では、認知機能の低下や、認知症に対する不安のメンタルヘルスへの影響が緩和されていることが示唆された。認知機能の低下予防、認知症に対する不安を解消することができる社会的なシステム作り、地域づくりが重要であると同時に、自殺対策として行われている地域の絆づくりの活動の展開において、高齢の対象者への認知症の啓発活動を重点的に行い認知症への不安を取り除くことが、自殺対策の一環として有効ではないかと考えられた。

A．研究目的

自殺対策基本法と自殺総合対策大綱に基づく自殺対策の推進により、わが国の自殺者数は減少傾向を示している。啓発普及活動や地域における総合相談窓口の充実などにより、経済的理由による中年男性の自殺者数の減少が認められるが、高齢者の自殺率は依然として目立った減少傾向を示さず、高齢者の自殺対策の強化が求められている。

高齢者における認知症対策は自殺対策とは別に世界的に注目され、わが国においても高齢者の地域包括ケアの推進の流れの中で重視されている。しかしながら、認知症と自殺の関係についての実態を明らかにした研究は極めて少なく、研究者の関心もこれまでは低かった。認知機能の低下した高齢者の自殺関連行動が注目されてこなかった理由として、認知症になると自由な意志の発動としての自殺行動が抑制されるだろうという推測がある。

近年、社会的に問題になってきたのは、認知症の当事者よりは認知症患者を介護する家族等の精神的疲弊に伴うメンタルヘルスレベルの低下と自殺である。介護者と被介護者が将来を悲観して無理心中を図る事件が社会的注目を浴びたことは記憶に新しい。介護者の心理的・身体的負担を軽減するための施策についての研究は注目を浴びてきた経緯があるが、認知症の当事者を含めた認知症患者に関わる人たち全体の自殺問題について、その実態を明らかにすることは、地域高齢者の自殺対策を推進する上で重要な課題であると思われる。

本研究はこのような背景を踏まえて、地域住民を対象とした疫学研究により、認知機能低下と精神的苦痛の関連を明らかにし、認知症と自殺に関する新たな視点を提示することを目的と

する。

B．研究方法

秋田県N市の3地区における40歳以上85歳未満の地域住民を対象に、2014年11月に自記式質問紙調査を悉皆にて実施した。調査は健康推進員による配布、郵送による回収（留置法）にて行い、対象者1,270人に対し、1,150部を配布し、609人（53.0%）の回答を得た。本報告では、回答を得た609人のうち、65歳以上85歳未満の高齢者340人を解析対象とした。分析項目は性別、年齢5歳階級、精神的苦痛（K6）、物忘れの自覚、認知症に対する不安、認知機能自己評価、認知的ソーシャル・キャピタル（以降、認知的SCと略す）である。

精神的苦痛はK6質問票（日本語版）により測定評価し、9点以上を「抑うつ傾向あり」とした。物忘れの自覚については、「あなたは最近、物忘れが多くなったと感ずることがありますか」との質問に対して、「まったく感じない」「あまり感じない」「ときどき感じる」「よく感じる」の4件法で回答を得た。また、認知症に対する不安については、「あなたは認知症の不安を感じることがありますか」との質問に対して、「まったく感じない」「あまり感じない」「やや不安を感じる」「とても不安を感じる」の4件法で回答を得た。

また、認知的SCについては本橋・金子らによる「地域におけるSC測定5項目（認知的SCスコア）」を用いて測定した。これは「互助と信頼」、「社会の責任感」、「地域への愛着」、「対人的なつながり」、「地域の優しさ」の5項目の質問で構成され、「よく（大変）ある・する」「まあ（たまに）ある・する」「あまりない・しない」「ない・しない」の4件法で回

答を求め、それぞれに 0~3 点を割り付けて総合点を算出するものである。得点が高いほど認知的 SC が高いと評価される(得点範囲 0~15 点)。認知機能の自己評価については、東京都健康長寿医療センター研究所(自立促進と介護予防研究チーム)によって開発された「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」(自記式認知症チェック)を用いた。

まず精神的苦痛(K6)と各分析項目との関連について、カイ二乗検定を行なった。さらに認知症に対する不安や認知機能低下のメンタルヘルスへの影響を明らかにするために、精神的苦痛(K6)を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

(倫理面への配慮)

本研究で用いた質問紙は無記名式であり、個人を特定する情報は含まれない。調査対象者には、調査の目的や調査に伴う不利益についての説明を質問紙と一緒に配布し、調査に参加するかどうかは対象者の意志で選択でき、不同意の場合には調査票は提出しなくてもよいことを周知させた。研究に用いた調査票はデータ入力終了後、究担当者が鍵のかかる書棚に厳重に保管し、調査終了後に破棄する。

なお、本研究の計画書は秋田大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

65 歳以上 85 歳未満の 340 人のうち、K6 スコア(以下、K6)を算出可能であった 299 人について解析した(男性 45.2%, 女性 54.8%)。年齢は男性 72.6 ± 5.2 歳、女性 73.2 ± 5.3 歳、現在、介護を受けている者は 2.0%、介護をしている者は 7.5%であった。

K6 の得点分布は男性 3.68 ± 3.5 点、女性 3.45

± 3.8 点となっており、「正常(0~4 点)」68.6%、「軽度(5~8 点)」18.4%、「中等度(9~12 点)」11.4%、「重度(13~24 点)」1.7%、抑うつ傾向あり(9 点以上)は 39 人(13.0%)であった。

認知的 SC の分布は男性 10.9 ± 2.7 点、女性 11.3 ± 2.6 点であった。四分位数により、低(0~9 点)23.1%、やや低(10~11 点)35.0%、やや高(12~13 点)24.4%、高(14~15 点)17.4%に区分した。認知的 SC と K6 には統計学的に有意な負の相関がみとめられ、認知的 SC が低いほど、精神的苦痛が強い傾向が示された(Spearman's $r = -0.352$, $p < 0.001$)。最近、物忘れが多くなったと感じることの有無(以降、「物忘れの自覚」とする)については、「全く感じない」6.9%、「あまり感じない」20.5%、「ときどき感じる」63.4%、「良く感じる」9.1%、また認知症に対する不安を感じる事の有無(以下、「認知症に対する不安」とする)については、「全く感じない」24.0%、「あまり感じない」37.1%、「やや不安を感じる」34.0%、「とても不安を感じる」4.9%であった。物忘れの自覚、認知症に対する不安ともに、K6 と有意な関連が認められ、物忘れが多くなったと感じることが良くある人ほど、また認知症に対する不安が強いほど、精神的苦痛が強い傾向が示された(Spearman's $r = 0.283$, 0.261 ; いずれも $p < 0.001$)。また、認知的 SC とでは、物忘れの自覚については有意な関連は認められなかったものの、認知症に対する不安については有意な負の相関が認められ、認知的 SC が低い群ほど、認知症に対する不安を感じている人の割合が高い傾向が示された(Spearman's $r = 0.218$, $p < 0.001$)。

認知機能自己評価スコア(以降、「認知機能」

と略す)の分布は男性 13.6 ± 3.7 点、女性 13.3 ± 3.2 点、一応のカットオフ値である 20 点以上は 22 人であった。認知機能と K6 には正の有意な相関がみとめられ、認知機能自己評価の得点が高い(認知機能が低い)ほど、精神的苦痛が強い傾向が示された(Spearman's $\rho = 0.405$, $p < 0.001$)。

次に、カイ自乗検定を用いて、それぞれの変数と K6 による精神的苦痛(抑うつ傾向あり or なし)との関連を調べた結果、物忘れの自覚「(ときどき・良く)感じる or (全く・あまり)感じない」については統計学的に有意な関連が認められなかった($p = 0.082$)ものの、認知症に対する不安「(やや・とても)不安を感じる or (まったく・あまり)不安を感じない」($p = 0.033$)、認知機能「低下(20 点以上) or 維持(20 点未満)」($p < 0.01$)、認知的 SC「高群(12 点以上) or 低群(11 点以下)」には有意な関連が認められた($p = 0.03$)。

さらに、K6 による精神的苦痛(抑うつ傾向あり or なし)を従属変数、認知症に対する不安を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果、認知症に対する不安「あり群(やや・とても不安を感じる) vs. なし群(まったく・あまり不安を感じない)」の性・年齢 5 歳階級を調整したモデル 1 における調整オッズ比は 2.47 (95%信頼区間 1.21-5.07)であった。また、性・年齢 5 歳階級に認知機能「低下群(20 点以上) vs. 維持群(20 点未満)」を加えたモデル 2 におけるそれぞれの調整オッズ比は、認知機能低下群 3.29 (95%信頼区間 1.18-9.15)、認知症に対する不安あり群 2.50 (95%信頼区間 1.16-5.40)であった。しかしながら、モデルに認知的 SC「低群(11 点以下) vs. 高群(12 点以上)」を加えたモデル 3 では、それぞれの調整オッズ比

は認知的 SC 低群 2.61 (95%信頼区間 1.06-6.45)、認知機能低下群 2.07 (95%信頼区間 0.65-6.58)、認知症に対する不安あり群 2.20 (95%信頼区間 0.96-5.01)となり、認知的 SC の影響を調整すると、認知機能および認知症に対する不安と抑うつ傾向との関連は有意ではなくなった。

D. 考察

認知症はうつ病などの合併の頻度が高いため自殺のリスクが高まる可能性が考えられるが、認知機能が低下すれば自殺企図ができないとも考えられることから自殺のリスクは高くないとされてきた経緯がある。2002 年の伊藤らの報告によると血管性認知症患者 251 名のうち 11 例、アルツハイマー型認知症患者 409 名のうち 13 名に自殺企図が認められた。この報告から考えると認知症患者の自殺企図は必ずしも低くないことになる。また、介護者の精神的負担が大きいことは知られており、介護者にはうつ病は自殺企図のリスクが高いとの指摘がある。

本研究では、地域に居住する高齢者の 37.8% に認知症に対する不安があるとの回答があり、多くの地域高齢者が認知症への不安を抱えていることが明らかになった。また、認知症に対する不安ありと回答した者の精神的苦痛は大きいことが明らかになった。認知症への不安が精神的苦痛と関連するという事は、認知症への正しい理解の促進が地域高齢者のメンタルヘルスを改善する可能性を示唆する。

認知機能の低下や認知症に対する不安は地域高齢者のメンタルヘルスに影響しているが、今回の解析の結果では、認知的 SC を調整した場合においては、その影響は有意ではなかった。つまり、認知的ソーシャル・キャピタルが高い人では、認知機能の低下や、認知症に対する不

安が緩和されていることが示唆される。

超高齢社会を迎え、誰もが認知機能低下や介護、認知症に対する不安を抱えやすいことから、認知機能の低下予防、認知症に対する不安を解消することができる社会的なシステム作り、地域づくりが重要である。同時に、自殺対策として行われている地域の絆づくりの活動の展開において、高齢の対象者への認知症の啓発活動を重点的に行い認知症への不安を取り除くことが、自殺対策の一環として有効ではないかと考えられた。

F．健康危険情報なし

G．研究発表

1．論文発表

1) 本橋豊：高齢者の孤独と自殺．長寿科学振興財団業績集（平成 26 年度）印刷中．

2．学会発表

1) 武見敬三、空趨量、清水康之：自殺対策の新たな政策的枠組みをめざして．日本自殺総合対策学会設立記念フォーラム抄録集、75・76、2014 年 9 月、東京．

2) 空疆量：地域における自殺対策 - その検証と評価．第 38 回日本自殺予防学会・特別講演、北九州市、2014 年 9 月、第 38 回日本自殺予防学会抄録集、2014 年．

H．知的財産権の出願・登録状況 なし

研究分担報告書

認知症高齢者と介護者の自殺企図についての調査

研究代表者 本橋 豊 京都府立医科大学 特任教授

研究協力者 成本 迅 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

研究要旨：本報告の目的は、総合病院で入院治療を受けた高齢患者のうち、認知症がある患者の自殺企図に関連した傷害に対する治療が行われているかを調査し、認知症高齢者の自殺行動についての実態を明らかにすることである。**方法：**西日本の2つの総合病院を対象に2012年4月1日～2013年3月31日までの間に退院した65歳以上の患者2238名の診療録を調査し、認知症の有無、及び自殺企図に関連した傷害により入院した、あるいは入院中に自殺企図があった事例があるかを調査した。認知症患者の地域生活を支援している介護支援専門員へのアンケート調査を企画した。**結果：**調査対象となった患者（平均年齢81歳、男性996名）のうち、認知症の診断がついた患者は759名であった。このうち自殺企図によると考えられる傷病を有する患者は、認知症患者で1名、認知症の無い患者で1名あった。認知症患者は介護度が要支援2と認知症の程度は軽度の患者であった。3名の十分な経験を有する介護支援専門員に認知症患者と介護者における自殺行動に関して聞き取り調査を行いアンケートの内容を決定した。

まとめ：認知症患者の自殺は地域の医療機関において治療されることは少ないことが示唆された。今後地域で活動している介護支援専門員へのアンケート調査を行い地域での実態を把握する必要がある。

A．研究目的

高齢化に伴って認知症患者が増加しているわが国における自殺対策の新たな政策展開にあたり、認知症患者とその介護者における自殺行動について実態を把握する必要がある。地域の医療機関や介護の現場において、その実態を調査することが本研究の目的である。

2014年度は西日本にある総合病院2病院を対象に入院患者の調査を行い、また地域で認知症高齢者の介護に主な役割を果たしている介護支援専門員を対象とした調査を行うために、調査内容について経験豊富な介護支援専門員の助言を受けてアンケート調査の調査書を作成した。

B．研究方法

西日本の2つの総合病院を対象に2012年4月1日～2013年3月31日までの間に退院した65歳以上の患者の診療録を調査し、認知症の有無、介護度、及び自殺企図に関連した傷害により入院した、あるいは入院中に自殺企図があった事例があるかを調査した。

（倫理面への配慮）

本研究は京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認を得て行った。

認知症患者の地域生活を支援している介護支援専門員へのアンケート調査を企画した。地域の実態をもっとも把握しやすい形式や項目に

ついて、経験豊富な介護支援専門員 3 名と協議の上アンケートを作成した。

(倫理面への配慮)

アンケート調査を実施するにあたって京都府立医科大学医学倫理審査委員会に申請しており、現在審査中である。

C. 研究結果

調査対象となった 2238 名の患者(平均年齢 81 歳、平均入院期間 29 日、男性 996 名)のうち、認知症の診断がついた患者は 759 名であった。このうち自殺企図によると考えられる傷病を有する患者は認知症患者で 1 名、認知症の無い患者で 1 名あった。認知症患者は介護度が要支援 2 と認知症の程度は軽度の患者であった。

3 名の十分な経験を有する介護支援専門員に認知症患者と介護者における自殺行動に関して聞き取り調査を行いアンケートの内容を決定した

D. 考察

今回調査対象とした病院では認知症高齢者の自殺によると考えられる傷病の治療はほとんど行われていなかった。いずれの病院も救急診療は行っているものの、地域の他の病院との当番性であり二次救急にとどまることから、自殺により重傷を負った患者については三次救急病院に搬送されている可能性がある。このため、今後地域の拠点病院での調査も行う必要がある。

従来、認知症患者においては自殺企図を行うためにある程度認知機能が保たれている必要があると考えられてきた。今回、自殺企図によると考えられる急性薬物中毒により入院治療が行われた認知症患者も介護度は要支援 2 と軽度であることが示唆された。この点については、こ

れまでの仮説を支持する結果であった。

認知症患者の自殺は医療機関の立場からみると遭遇する機会は稀であることが明らかとなった。今後、今年度作成したアンケート調査票を用いた地域での介護支援専門員を対象とした調査を行い、地域での現状を明らかにする予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 著書

1) 成木 迅、「6 章認知症」編集担当・高齢者のこころとからだ事典・大川一郎編・東京：中央法規，2014.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究分担報告書

自殺の時空間変動とその要因に関する統計的検討

研究分担者 椿 広計 統計数理研究所 副所長
研究協力者 久保田 貴文 多摩大学 准教授
研究協力者 竹林 由武 統計数理研究所 特任助教

研究要旨：効果的な地域自殺対策導出過程に必要な自殺率と人口・経済統計資料等をリンケージしたデータ構造を共同研究者の要請に従い継続的に作成・提供する。作成したデータを基に自殺発生状況を可視化し、更に空間疫学的方法論を用いて自殺の時空間的凝集性を明らかにし、ホットスポット、クールスポットを抽出した。さらに、クールスポットを特徴づける要因分析、自殺率全般に寄与する要因の分析など構造方程式モデリングも研究した。生成すべきデータ構造の在り方や、要因分析の在り方を調査・議論するために、作成したデータを用いた実証研究を行っている研究者を招いた研究会も実施した。

結果：自殺統計情報と経済統計、人口統計とのリンケージはほぼ完了し、データ可視化ツールも開発した。空間疫学的解析手法を用いて、日本の自殺データの地域特徴とその年次推移について検討を行った。また、近年の日本の自殺率の減少傾向と他の関連する要因について、ベクトル自己回帰モデルを適用し解析を行った結果、近年の自殺率の減少と労働力の低下の間に因果的な関連があることが示唆された。

まとめ：地域自殺対策を検討し、その効果評価に資するデータ基盤整備を進めた。独自の要因解析活動と共に、当該データを用いている研究班以外の研究者から、必要なデータ構造のニーズやモデリングの問題点などを研究会活動のなかで調査した。

A．研究目的

2014年現在、わが国の自殺者数は総体的には減少傾向にあるが、地域・世代・主要原因などに分類すれば、いまだに増大傾向を示すものが多い。自殺者数については、経済変動に起因すると考えられる時間変動も顕著である。この研究は、2つの目的がある。

第一は、自殺対策に資する統計解析を加速する人間・社会データ基盤の整備である。すなわち、自殺発生の時空間情報と対応する人口統計、経済統計、地域環境情報をリンクしたデータベースの構築である。

第2の目的は、構築したデータ基盤を利用した自殺の時空間構造の可視化とその変動に関する要因分析の在り方を検討することである。特に季節性的ように広範な地域に長期にわたり同様に働く原因と、一時期、一地域に特有な原因とを明らかにすることで、効果的な地域自殺対策の在り方を議論する素材を提供する。特に社会、経済指標と自殺との関連性を表現するモデリング技術を提供することを目的とする。

B．研究方法

データ基盤整備については、自殺の時空間特

性を可視化するための基礎データについては、故藤田利治教授（リスク解析戦略研究センター前副センター長）が作成した「自殺対策のための自殺死亡の地域統計 1983-2012」を国立精神・神経医療研究センター自殺予防総合対策センターの委託を受けて 2013 年度に久保田らが改訂したものをを用いる。人口統計，経済統計などの基礎データについては，統計数理研究所が所属する大学共同利用機関法人情報・システム研究機構データ中心科学リサーチコモンズ事業データ基盤整備予算で購入・整備している政府公的統計データ並びに地図会社に依頼して同事業で整備した可住地傾斜度情報など地域特性データも用いる。これらのデータを地域軸，時間軸でマッチングしたデータ構造が，自殺対策に資するデータ基盤となる。この他にもどのようなデータとの結合が有用かは，大学共同利用機関における共同研究システムを利用し，関連する共同研究会を開催し，全国の関連研究者から意見収集に当たる。

要因解析については，構築したデータ基盤に基づき自殺と地域人口統計，環境，経済統計などの関連性についての構造方程式モデリングを行うことを基本的な方法とする。ただし，関連性に関する様々な仮説の生成のために，自殺者の時空間集積性解析を進め，その中でモデルに追加すべき情報などを検討する。

（倫理面への配慮）

現時点で扱っているデータは，当研究班に提供時点で地域集計されたマクロデータとなっており，研究班は地域レベルのリンケージを行っているため，研究所倫理委員会への申請は不要である。今後，ミクロデータの集計に基づくリンケージ作業あるいはミクロデータの分析作業が

発生する場合には，研究所の規定に基づき倫理委員会への許諾を求めることとなる。

C．研究結果

2014 年度末現在，自殺予防総合対策センターの委託を受けた自殺統計整備については，久保田，竹林と山内（国立精神・神経医療研究センター），周防（兵庫県立大学名誉教授），河口（筑波総研）らの作業により，一般に提供可能なものとなっており，これらの情報と経済統計，人口統計などとのリンケージも順次完了している。また，久保田を中心にこれらのデータを可視化するツールも開発（Kubota and Tsubaki, 2014）し，自殺の時空間集積性の検討などを住居地と発見地のデータを用いて実施し，その差異を分析した（久保田，石岡，富田，椿，2014）。

久保田(2015)「多摩市の自殺統計の現状について」は，決定木分析を用いて多摩市の H21-25 年と男女で原因動機別自殺者を分析し，男性の H22 だけが特殊な動きを示し，健康原因自殺者が少なくなっていることを示した。

Takbayashi and Kubota(2014)も，空間疫学的解析手法を用いて，日本の自殺データの地域特徴とその年次推移について検討を行った。また，近年の日本の自殺率の減少傾向と他の関連する要因について，ベクトル自己回帰モデルを適用し解析を行った結果，近年の自殺率の減少と労働力の低下の間に因果的関連があることが示唆された。岡，久保田，椿，山内(2014)は，自殺希少地域を抽出し，その特徴に関わる要因分析を行った。

なお，統計数理研究所リスク解析戦略研究センターは大学共同利用機関として，これらのデータを利用した共同研究を組織している。2014 年度は，当研究班後援事業として，下記の 3 つ

の研究会を開催し、関連研究者と議論を深め、必要なデータ整備の方向性や要因解析の在り方を調査した：

- 1) 多摩大学、多摩市と共催による「地域におけるメンタルヘルス対策シンポジウム」を2014年10月5日に多摩大学で開催し、下記4件の報告と討議を行った。シンポジウムの中では大学や地方自治体さらには国の取り組みについて様々な視点・論点から見つめて今後の対策につなげるような議論を展開した。関係者やメンタルヘルスに関心を持つ方はもちろんのこと、これまであまり興味を持っていなかった方々にもこの問題に対して関心を持っていただくことができ、18名の参加者との活発な討論がなされた。

1-1 竹林由武（統計数理研究所）「メンタルヘルス予防におけるウェルビーイングの役割」

1-2 久保田貴文（多摩大学）「多摩市の自殺統計の現状」

1-3 石森美佐子・井口貢（多摩市健康福祉部）「多摩市における自殺対策」

1-4 中西三春（東京都医学総合研究所）
「全国の地域自殺対策の効果検証」

- 2) 第5回自殺リスクに関する研究会「エビデンスに基づく自殺問題の総合的対策の確立に向けて」を2015年2月15日統計数理研究所で開催し、7件の報告と討

議を行った。自殺対策政策評価、疫学、予防的支援、自死遺族支援といったマクロな視点からミクロな視点まで、各領域の研究を専門とされている方に話題提供いただき、各領域のレベルのエビデンスをどのように統合し、総合的な支援策の提言に繋げてられるかを議論した。統計数理研究所自殺リスクの研究会に継続して参加している共同研究者の他、一般の方も含め、計28名の参加者があり、総合的な支援策の提言に向けた多様な角度から総合的な議論が行われた。

【セッション1】

自殺対策、支援法の有効性の評価・検証
2-1 中島 聡美・伊藤正哉（国立精神・神経医療研究センター）「自死遺族の複雑性悲嘆とエビデンスに基づく支援・治療」

2-2 古川 和洋（鳴門教育大学）「児童・青年に対する認知行動療法の有効性と現状における課題」

2-3 中西 三春（東京都医学総合研究所）
「地域における自殺対策の評価の課題 - 内閣府自殺対策検証評価会議から」

【セッション2】

自殺の疫学、時空間解析、要因分析

2-4 岡 檀（和歌山県立医科大学）

「青森県における自殺率の地域差に関する分析」

2-5 池田 真介（政策研究大学院大学）「自殺率データと全国消費実態調査データの

接合」

2-6 山内 貴史 (国立精神・神経医療研究センター)「身体疾患と自殺および他の外因死:前向き地域住民コホートをを用いて」

2-7 富田 誠 (東京医科歯科大学)

「日本人自殺者における二次医療圏での時空間解析および period 間の空間解析」

3) 第7回国際ワークショップ「社会イノベーションを誘発する情報・システム」第3セッション「政策科学とデータ」を2015年2月16日一橋講堂中会議室で開催し、関連する3件の報告と議論を行った。

3-1 竹林 由武(統計数理研究所),久保田貴文(多摩大学)「自殺予防の政策決定に向けたデータ基盤の構築-自殺リスク研究におけるビックデータの利活用-」

3-2 岡 壇(和歌山県立医大)「居住環境が心身の健康にあたる影響」
「可住地傾斜度」を用いた分析2題;(1)自殺率,(2)高血圧発症率」

3-3 本橋 豊(京都府立医大)「自殺対策の政策展開に求められるデータ」

これらの研究会の中で,中西(1-4,2-3)から指摘のあった介入的実験が困難な中で,クロスセクショナルデータに基づく政策効果検証の困難,池田(2-5)で指摘された,クロスセクショナルな重回帰分析

から導かれる政策効果のバイアスの問題については,今後の研究班活動でも常に意識しなければならない,実証方法的課題である。

また,岡(2-4)の発表後の討論で生じた青森県津軽地区と南部地区の文化の差と自殺率との関係など,どのように地域気質を計測し,データ化するかの課題を提起したものである。

D. 考察

データ基盤整備については,岡(2-4)が測定しているような地域のメンタリティ,すなわち,支援されることに対する抵抗感がないことなどを測定することが重要であろう。関連する統計資料としては,農林水産省が農林水産業経営体存在地域について調査している地域コミュニティの質に関する調査統計が有り,農業集落のコミュニティの質が計測されている。

また,厚生労働省が国民生活基礎調査で収集している地域 K6 の統計,地域のメンタリティに関する情報が含まれている。ただし,農水統計は都市域をカバーしていない。また,国民生活基礎調査は層化抽出ではなく,クラスター抽出(エリア抽出)なので,特定地域に対しては全数調査となっているメリットはあるが,全地域,全年度を網羅していない統計である。これらの統計は詳細地域集計結果も公表されていないので,データ基盤作成のためには,統計法33条に基づく目的外申請が必要である。

一方,厚生労働省が保有するレセプトナショナルデータは全地域をカバーする情報である。分担者は,2013年度に所属法人のデータ基盤整備事業の中で,公的統計マイクロデータ利用を加速し,マイクロデータをセキュアな環境で探索

的に分析することが可能なオンサイト分析室を統計数理研究所に設置し、(独)統計センターならびに厚生労働省の監査を受けて、公的統計マイクロデータならびにレセプトサンプリングデータの分析は可能な状況を整備した。なお、竹林、久保田(2015)ではサイバースペースから収集される言語データ特に自殺を話題にするツイートのデータなどの利用可能性についてもその利用可能性について検討を開始している。

椿(2014)では、社会設計科学の基本的考え方についてシステム科学的構想を示し、その例示として人口統計学的変数、経済統計的変数、地域設備整備状況と自殺率との構造方程式モデリングを示した。ただし、今後、自殺、犯罪、人口・事業所の流出入など多様な自治体のパフォーマンスメジャーを導入し、自殺対策と他の対策とのトレードオフを検討することなども必要であろう。

一方、クロスセクショナルな構造方程式モデリングについては、前節で紹介した池田の批判に対処する必要もある。全年度類似情報を操作変数にするなどのモデリングの技術的改善は必要となっている。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

1) 久保田 貴文 (2015) 地域におけるメンタルヘルス対策シンポジウムについて、多摩大学研究紀要、(掲載決定)、多摩大学、ISSN：1342-9507 / 1342-9507 (査読有り)

2) 椿広計 (2014) 情報循環の加速とデータ中心社会設計科学、システム/制御/情報：システ

ム制御情報学会誌, 58(7), 282-287 . (招待論文)

3) Oka, M., Kubota, T., Tsubaki, H. and Yamauchi, K. (2014) Analysis of impact of geographic characteristics on suicide rate and visualization of result with Geographic Information System, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(2), doi:10.1111/pcn/12254. (査読有り)

4) 岡檀, 久保田貴文, 椿広計, 山内慶太 (2014) 日本の自殺率上昇期における地域格差に関する考察—1973~2002年全国市区町村自殺統計を用いて—, 厚生の指標, 61(8), 8-13. (査読有り)

2．学会発表

1) Takafumi Kubota, Hiroe Tsubaki (2014), Visualization for reason-specified suicide data in Japan, The 21st International Conference on Computational Statistics (COMPSTAT2014)

2) 久保田 貴文, 椿 広計 (2014), 地域ごとの原因・動機別自殺統計に基づく自殺予防総合対策の為に自殺リスクに関する研究, 2014年度統計関連学会連合大会(企画セッション: データ中心政策科学の実践と展開, 招待講演)

3) 久保田 貴文, 石岡 文生, 富田 誠, 椿 広計 (2014) 大規模自殺統計の時間的・空間的解析, 2014年度統計関連学会連合大会(企画セッション: 日本計算機統計学会企画セッション: 計算機統計学による大規模医療・生態系データ解析, 招待講演)

4) Suka M, Nakanishi M, Iwai A, Kubota T, Najima K (2014) the Council for Evaluation on Suicide Prevention Programs (an extraordinary panel of the Cabinet Office of the Japanese Government), Enhancement of local suicide prevention measures in Japan: a national fund project, WPA Section on Epidemiology and Public Health · 2014 Meeting (ポスター発表)

5) 竹林由武・久保田貴文 (2015) 自殺予防の政策決定に向けたデータ基盤の構築—自殺リスク研究におけるビッグデータの利活用— 第7回国際ワークショップ「社会イノベーションを誘発する情報・システム」—橋講堂, 東京(口頭発表)

6) Takebayashi, Y., & Kubota, T. (2014). Spatial epidemiology of suicide in Japan and

well-being for suicide prevention. Kyoto international Conference on Modern Statistics in the 21st Century, Kyoto, Japan. (口頭発表)

7) 竹林由武 (2014). 「メンタルヘルス予防におけるウェルビーイングの役割」, 『地域におけるメンタルヘルス対策シンポジウム』, 多摩大学, 東京. (口頭発表)

8) 竹林由武 (2014). 「心理的ウェルビーイングの向上が全般性不安症状を緩和するプロセス」, 日本心理学会第 78 回大会, L-008 (小講演), 同志社大学, 京都. (口頭発表)

H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

研究分担報告書

**経済問題から見た学際的自殺対策研究の推進
～社会科学の視点から～**

研究分担者 澤田康幸 東京大学大学院経済学研究科 教授
研究協力者 松林哲也 大阪大学大学院国際公共政策研究科 准教授
研究協力者 上田路子 シラキュース大学リサーチアシスタントプロフェッサー

研究要旨：本報告の目的は、緻密なエビデンスの蓄積を通じて、主に経済問題から見た学際的自殺対策研究を推進することである。**方法**：第一に、OECD 26 カ国の 1980 年-2002 年における保険金支払免責期間の独自調査を行い、国別の国際比較可能なデータ（クロスカントリーデータ）を用いて自殺率と生命保険平均保険料との関係を分析。第二・第三に、鉄道自殺の抑止に関する緻密な政策評価として、首都圏の某鉄道会社から提供を受けた駅における自殺件数に関する 10 年分のデータ、首都圏のある鉄道会社のデータを用いた青色灯設置の厳密な政策効果検証を実施した。**結果**：保険契約は市場の失敗を通じて自殺を誘発する可能性があること、ホームドア設置・青色灯の設置が鉄道自殺を有意に低下させ、大きな社会的便益を持ちうることを示した。**まとめ**：生命保険契約の分析結果は、市場の機能を補完してきた、現在の連帯保証人制度や保険契約のあり方を、今一度自殺対策という観点から再考する必要性を示している。また、鉄道自殺対策の検証結果は、過去に実施された自殺予防政策の「効果検証」として重要な事例であり、来年度も韓国のケースについての緻密な計量分析を継続することで、国際的な視野での自殺対策研究を推進する予定である。

A．研究目的

「個人が問題を抱え、自ら命を絶つ」- 従来、日本では、「自殺は個人の問題」とされてきた。その背景には、自殺はうつ病に代表される精神疾患に直接的な原因があるという認識が強かったことがある。しかし多くの自殺には、個人の問題にとどまらず、不況や連帯保証人の問題など個人を取り巻く経済状態や制度、あるいは人間関係の問題が潜んでいる。したがって、包括的な自殺対策を立てていく上で自殺の背後にある社会経済要因についての慎重な実態把握も不可欠であろう。

こうした考え方から、本研究では、自殺対策の新たな政策展開にあたり、自殺の社会的経済

的背景・実態の実証的解明に関する研究フォーラムを立ち上げ、主に経済問題から見た学際的自殺対策研究を推進することを目的とした。

B．研究方法

1970 年代の伝統的な経済学の理論では、自殺を人間の合理的な意思決定の一つと捉え、ある個人の自殺を、自殺することによって得られる便益が生き続けることによって得られる便益よりも大きいときに起こる合理的な行動と考えた。こうした考え方もまた自殺を個人の自由の問題とみなすものであり、社会の問題まで踏み込んでいるとはいえない。ここでは、こうした単純化された古典的経済学の考え方を離れ、現実

に即した、より新しい経済学の枠組みの中で自殺の問題を論じる。より具体的には、第一に、自殺の社会的経済的背景、第二に、自殺対策の経済理論的根拠、第三に、エビデンス（科学的根拠）に基づいた自殺対策、の主に三つの事項について、理論的枠組みを示した。また、これらの枠組みに基づいた実証研究として、生命保険契約と自殺の関係についての研究、日本と韓国の鉄道自殺対策の効果検証を実施した。

C．研究結果

本年度は、以下三つの研究結果が得られている。第一に、OECD 26カ国の1980年-2002年における保険金支払免責期間の独自調査を行い、国別の国際比較可能なデータ（クロスカントリーデータ）を用いて自殺率と生命保険平均保険料との関係を分析し、取りまとめた論文をChoi, Chen, and Sawada (2015)として出版した。この研究結果によると、両変数の間には正の相関関係があることが分かる。また、当研究では生命保険の免責期間が短いほど一人当たりの生命保険契約額が増えることも示している。これらの分析結果は、保険契約が自殺リスクの高い被保険者を増加させ（逆選択の問題）、保険契約後の自殺リスクを高める（モラルハザード）という仮説と整合的である。こうした結果は、1999年以降、多くの生命保険会社が自殺による保険金支払いの免責期間を延長してきたという点とも軌を一にする結果となっている。

第二・第三の研究は鉄道自殺の抑止に関する緻密な政策評価である。ホーム柵の設置後は駅における自殺の防止に役立つと考えられる。ホーム柵の自殺防止効果を検証するために、Ueda, Sawada, and Matsubayashi (2014) は首都圏の某

鉄道会社から提供を受けた駅における自殺件数（既遂、未遂の両方を含む）に関する10年分のデータを用いた統計分析を行った。分析期間中にこの鉄道会社の駅で起きた自殺の総件数は144件であったが、可動式ホーム柵の稼働している駅で起きた自殺件数は7件のみとなっており、ホーム柵の設置は飛び込み自殺の防止に大きな効果があると考えられる。事実、回帰分析の結果によると、可動式ホーム柵の設置後に自殺件数は77パーセント減少している。

本年度研究結果を公表したもう一つの鉄道自殺対策は駅や踏切への青色照明灯の設置である。青色灯の設置によって自殺者数が減ったことを示す科学的証拠は最近まで示されていなかったが、首都圏のある鉄道会社のデータを用いた著者の一連の研究では、青色灯設置には自殺防止効果があることを示している。Matsubayashi, Sawada, and Ueda (2014)が行った研究では、駅における青色灯設置と自殺者数についての2000年4月から2014年3月までのデータを解析し、青色灯の設置後には自殺者数が平均して約74パーセント下落することが明らかになった。他方、自殺者数の減少は青色灯未設置の駅においては観察されていない。ある特定の場所で物理的な自殺予防策が講じられた場合には、自殺を考えている人が他の場所に移動するという代替効果（substitution effect）が発生することが知られているが、Matsubayashi, Sawada, and Ueda (2014)の分析では、厳密な統計解析から、そうした代替効果が見られないことを発見している。

D．考察

そもそも、政府が自殺を防止することの根拠はどこにあるのだろうか？経済学の基本理論においては、市場が十分に機能していれば、市場

の価格調整機能が社会にとって望ましい方向に働くことが知られている（厚生経済学の基本命題）。しかし、市場が不完全にしか機能しない場合には、様々な問題が起こり得る。これを経済学では「市場の失敗」と呼んでいる。経済学では、そうした「市場の失敗」に対して政府が介入し、より望ましい状況に社会を誘導することが正当化される。つまり、経済学の立場からは、自殺が生み出す深刻な「負の外部性」や「社会的費用」の存在など「市場の失敗」の存在が自殺対策の根拠となる。

労働市場・信用市場・保険市場の失敗も自殺対策の根拠となり得る。本年度の研究ではまず、生命保険市場の失敗を取り上げた。生命保険市場における供給者と需要者との間に非対称情報が存在すると、逆選択、モラルハザードといった市場の失敗が生みだされ、自殺が誘発されるという理論的な可能性がある。日本では、民間の生命保険金は自殺免責期間経過後に支払われる。日本の大手生命保険会社の自殺免責期間は1999年までは1年間、2000年から2年間、2005年以降は3年間と延長されてきた。ある大手生命保険会社の自殺関連保険金支払いは1995年から2004年までに50%増加し、保険金の全支払いのうちの10%が自殺関連死に対して支払われているとする報告がある。また、免責期間の延長に伴い、免責期間中の低自殺率期間が同様に变化しており、このことは、自殺と生命保険の間に密接な関係があることを示している。また、本年度出版されたChoi, Chen, and Sawada (2015)の分析結果もそれを支持している。

自殺が元来信用市場に由来する市場の失敗にあり、そうした問題を補完するための生命保険契約から生じているとすれば、自殺対策の観点からこうした「特異な」契約を用いるのではな

く、そもそもの資金市場の不完全性を是正するための他の政策を講ずることが求められる。

従って、自殺免責期間延長の経済学的な問題は、生命保険の存在そのものが自殺を誘発しているという観点ではなく、自殺免責期間を延長することによって「自殺による保険金目的の加入」を未然に防ぐ効果、をもって評価すべきかもしれない。

いずれにしてもこれらの分析結果は、市場の機能を補完してきた、現在の連帯保証人制度や保険契約のあり方を、今一度自殺対策という観点から再考する必要性を示していると言えよう。

また、鉄道自殺対策の検証結果は、過去に実施された自殺予防政策の「効果検証」として重要な事例である。一般的に効果的だと思われる取組でも実際には効果がない可能性があり、自殺対策に割り当てることのできる資源には限りがある以上、効果的な施策を識別し優先的に実施していく必要がある。他国における対策の検証結果は日本の自殺対策を立案する際に参考にすべきではあるが、日本において同様の効果があるかどうかは必ずしも明らかでない。従来の施策の経験を将来のよりよい対策につなげるという見地から、日本国内で対策の効果の測定を継続して行っていくことは重要な課題である。また、エビデンスを蓄積するために必要となるのは、「自殺の実態の解明」、つまりハイリスク・グループの特定、年齢・性別による傾向の違い、社会的経済的要因を含む諸要因の自殺リスクへの影響などについての研究活動である。

特に、ホーム柵の設置後に自殺件数がゼロにはなっていないことから、可動式ホーム柵は完全に自殺を防止するわけではないことにも留意が必要である。「可動式ホーム柵」に対して、天井から床まで覆うフルスクリーンタイプ

「ホームドア」がどのような自殺抑止効果を持つのかを厳密に検証するため、本年度より、韓国・高麗大学のKang, Sung Jin教授らの研究グループとともに、韓国地下鉄における「ホームドア」のデータ収集・分析を開始している。来年度は、その政策効果の検証と費用対効果の測定を継続して実施する。

F . 健康危険情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

- 1) Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M.: Does the installation of blue Lights on train platforms shift suicide to another station?: Evidence from Japan. J Affect Disord. 2014 Dec 1;169:57-60.

doi: 10.1016/j.jad.2014.07.036. Epub 2014 Aug 7. 査読付き

- 2) Matsubayashi T, Ueda M, Sawada Y. : .The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan.J Affect Disord. 2014 Jan;152-154:526-9. 査読付き
- 3) Yun Jeong Choi & Joe Chen & Yasuyuki Sawada, "Life Insurance and Suicide: Asymmetric Information Revisited," B. E. Journal of Economic Analysis and Policy (Contributions), 2015 (採択済み、近刊). 査読付き

2 . 学会発表 なし

H . 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究分担報告書

**「公衆の健康と安全」(public health and safety) を目的とする
死因究明制度に関する文献的研究～更なる自殺予防対策の推進のために～**

研究分担者 清水康之 NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク代表
研究協力者 反町吉秀 大妻女子大学 教授
研究協力者 岩瀬博太郎 東京大学大学院並びに千葉大学大学院 教授
研究協力者 石原憲治 京都府立医科大学 特任教授 千葉大学大学院 特任研究員

研究要旨：本報告の目的は、我が国の死因究明制度が「公衆衛生」の向上を目的として機能するために必要なことを、WHO 本部の暴力・傷害予防政策及びオーストラリアビクトリア州における死因究明制度の文献的調査に基づき検討することにある。**方法：**まず、わが国の死因究明関係法、計画、法案に書き込まれた「公衆衛生」に関わる記述について検討した。次に WHO 本部の暴力・傷害予防政策についての文献的検討を行う。次いで、「公衆の健康と安全」(public health and safety) を制度の主目的とするオーストラリアビクトリア州における死因究明制度について文献的検討を行った。最後に、今後の我が国における「公衆衛生」の向上に寄与する死因究明制度の実現可能な政策的展開について考察した。

結果：WHO 本部は、2000 年、「（暴力や事故による）傷害は、主要な公衆衛生課題の一つであり、傷害は予防可能である。」と宣言し、暴力・傷害予防部門(Department of Violence and Injury Prevention) を設立した。WHO は、現在まで、暴力、交通事故、子どもの事故、自殺それぞれについてのグローバルレポートを作成し、暴力・傷害予防についても、公衆衛生政策として取り組むよう、世界各国を促している。ビクトリア州の死因究明制度は、突然死による早死や、事故、暴力、自殺等外因による死亡を避けられる死と捉え、予防することを目的としていることが判明した。対象事例のデータベース化が行われ、死因究明施設に設立された予防ユニットにより詳細な分析が行われ、再発予防のための勧告に活かされている。これらの調査検討に基づき、コロナ制度を採用していない我が国においても、実現可能な死因究明制度の政策的展開を 5 つ提案した。

まとめ：死因究明制度が「公衆衛生」の向上を目的として機能するために必要なことを、WHO 本部の暴力・傷害予防政策及びビクトリア州における死因究明制度を調査することにより検討し、我が国における「公衆衛生」の向上に寄与する死因究明制度の実現可能な政策的展開について検討した。

A . 研究目的

2007 年、若手力士が相撲部屋内で暴行を受け死亡した。当初、病死と判断されたが、遺族の

意向で行政解剖が行われ、病死ではなく、暴行による死亡であることが判明した。この力士暴行死亡事件が明るみに出ること、我が国の死

因究明制度の構造的欠陥が明らかとなった。その後、超党派議員や関係者の努力により、抜本的な制度改革が検討され、死因究明制度に関する法律や、計画が制定された。

注目すべきは、それらの中に、死因究明制度の目的の一つとして、「公衆衛生の向上」やその他「公衆衛生」に関する事項が盛り込まれていることである。これらに盛り込まれた「公衆衛生」の向上は、疾病の予防や治療だけでなく、傷害や暴力(自殺)を含めたものと想定される。すなわち、再発予防の視点から公衆の健康と安全(public health and safety)の増進が、死因究明制度の目的の一つと想定されている。しかし、わが国では、従来、自殺対策、高齢者の転倒予防、子どもの虐待予防等を除く、事故や暴力(自殺も含む)による傷害予防については、公衆衛生施策として十分に位置づけられてこなかった。したがって、死因究明制度の目的の一つとされる「公衆衛生」の向上には、これまでとは違った新しい政策的展開が求められる。そこで、本研究は、今後の死因究明制度が「公衆衛生の向上」を目的の一つとして機能するために必要なことを、「公衆の健康と安全」(public health and safety)に関わるWHO本部のポリシーを検討すること、「公衆の健康と安全」(public health and safety)の増進を死因究明制度の目的として掲げるオーストラリアビクトリア州の取り組みを検討することにより明らかにすることを目的とする。

B．研究方法

(1) わが国の死因究明関係法、計画、法案に書き込まれた「公衆衛生」に関わる記述を、拾い挙げて検討した。

(2) 次に、「公衆の健康と安全」(public health and safety)に関わるWHO本部のポリシ

ーを文献的に考察した。

(3) 死因究明制度を、公衆衛生の視点から活用している最先進地と国際的評価の高いオーストラリアビクトリア州における取り組みについて、文献的検討を行った。

(4) 最後に、これらの検討を踏まえて、今後の我が国において、実現可能な政策的展開について、考察した。

(倫理面への配慮)

本研究は、文献的検討を中心とする政策的検討であるため、特に倫理面で問題となる内容は含まれていない。

C．研究結果

(1) 我が国の死因究明関係法、計画、法案に書き込まれた「公衆衛生」に関わる記述は、次の通りである。

ア、「警察等が取り扱う死体の死因または身元の調査等に関する法律」第1条(目的)(2013年4月1日施行):「警察等が取り扱う死体について、(中略)死因が災害、事故、犯罪その他市民生活に危害を及ぼすものであることが明らかになった場合にその**被害の再発の防止**その他適切な措置の実施に寄与するとともに、遺族等の不安の緩和又は解消及び**公衆衛生の向上**に資し、もって市民生活の安全と平穩を確保することを目的とする。」

イ、「死因究明等の推進に関する法律」第2条(死因究明等の推進に関する基本理念)第2項(2012年9月21日施行、2年間の時限立法):「死因究明の推進は、高齢化の進展等の社会情勢の変化を踏まえつつ、人の死亡が犯罪行為に起因するものであるか否かの判別の適正の確保、**公衆衛生の向上**その他死因究明に関連する制度の目的の適切な実現に資するように、行わるものとする。」

ウ、「死因究明等推進計画」死因究明等を行なうための当面の8つの重点施策の1つ(2014年6月13日閣議決定):死因究明により得られた情報の活用及び遺族等に対する説明の促進

エ、死因究明等推進基本法案(衆議院)第3条(基本理念)第2項、第3項(国会上程予定、2015年2月末時点):「2 死因究明の推進は、高齢化の進展等の社会情勢の変化を踏まえつつ、死因究明により得られた知見が疾病の予防及び治療をはじめとする**公衆衛生の向上及び増進**に資する情報として広く活用されることとなるよう、行われるものとする。3 死因究明の推進は、災害、事故、犯罪その他の市民生活に危害を及ぼす事象が発生した場合における死因究明がその**被害の拡大及び再発の防止**その他適切な措置の実施に寄与することとなるように、行われるものとする。」

これらの法律や計画は、いずれも死因究明制度の目的が、犯罪対策だけではなく、災害や事故等による傷害の再発防止にも寄与し、公衆衛生の向上にもあることを述べている。

(2)「公衆の健康と安全」(public health and safety)に関わるWHO本部のポリシー
世界では年間約600万人が、暴力、事故、自殺などの傷害による死亡のため、命を落としている。また、世界における死亡の約9%は、傷害による外因死であり、DALY(Disability Adjusted Life Year 障害調整生命年)でも約9%を占めている。しかも、将来の死因予測では、交通事故、自殺、対人間暴力による死亡が、これまで以上に死因順位の上位に位置すると予想されている。

このような状況認識の下、WHO本部は、2000年、「(暴力や事故による)傷害は、主要な公衆衛生課題の一つであり、傷害は予防可能

(preventable)である。」と宣言し、暴力・傷害予防部門(Department of Violence and Injury Prevention)を設立した。WHOは、現在まで、暴力、交通事故、子どもの事故、自殺それぞれについてのグローバルレポートを作成し、暴力・傷害予防についても、公衆衛生政策として取り組むよう、世界各国を促している。

(3)公衆の健康と安全」(public health and safety)の増進を死因究明制度の目的として掲げるオーストラリアビクトリア州の取り組み

オーストラリアの死因究明制度

日本と異なり、オーストラリアでは、捜査機関とは独立したコロナー(司法官職)が死因究明に責任を持つコロナー制度を採用している。コロナーは、犯罪に関係あるか否かにかかわらず、死因の明らかでない事例や外因死事例について、警察や法医学関係者等に指示をしながら、死因究明にあたる。

オーストラリアの中で、最も先進的なコロナー制度を持つのが、ビクトリア州である。その起源は、1865年まで遡ることができるという。そして、1950年代後半には、コロナーに避けられる死の再発予防の役割を与えることが議論されていたという。

コロナー法改正(1985年)とビクトリア州法医学研究所の設立

1985年に実施されたビクトリア州コロナー法の改正により、死因究明制度の焦点は、伝統的な司法機能から、より広範な公共教育や予防機能にシフトした。また、この改正法に基づき、ビクトリア法医学研究所(当初はビクトリア法病理研究所)がコロナー事務所に併設されるとともに、コロナーは、同研究所の専門家等を指揮下に置き、その全面的なサポートを得て、死因究明に責任を持つことができることとなった。

解剖実施の是非についての判断は、法医学者の意見に基づき coroner が行っている。なお、解剖実施に当たっては、法医学研究所所属看護師が遺族とコンタクトを取り、必要があれば何度も説明を行った上で実施していることにも留意すべきである。

また、この法改正に伴い、coroner には、公衆の健康と安全 (public health and safety) にかかる問題について、類似事例の再発予防のための勧告またはコメントを作成する権限が付与された。

なぜ、ビクトリア州の coroner 制度が、早い時期から避けられる死を予防する制度として想定されたのか。ビクトリア州は、世界で初めて 1990 年に自転車ヘルメットの着用を法的義務とすることで、自転車乗車時の頭部外傷を約 4 割減らすなど、傷害予防への社会実験的な取り組みで知られている。先進的な coroner 制度の背景には、「事故による傷害は予防可能である」という認識が、ビクトリア州では早い時期から支持を得ていたこともあるのでは、と推察される。

coroner による勧告

coroner が取扱う事例の約 6% には、coroner による勧告が出されている。勧告により、同種事故の再発予防につながるとされる代表的成功例として、家庭用プールにおける安全柵設置を法制化による乳幼児の溺死予防や、余暇のためのボート利用時のライフジャケットの着用義務化による溺死予防等がある。

coroner 法改正 (2008 年)

2008 年に coroner 法の大改正 (2009 年施行) がなされ、coroner には、避けられる死に予防対策を取る義務を持つことになった。同時に、coroner による再発予防のための勧告に対して、被勧告機関には応答する法的義務が課され、か

つその応答はインターネットを通じて公表されることとなった。

また、この法改正と同時に、ビクトリア州 coroner 事務所内に、医学、看護学、法律、公衆衛生、社会科学の専門家により構成される coroner 予防ユニット (Coroner Preventive Unit、CPU) が設置された。CPU は、過去の類似死亡例の頻度、リスクファクター、将来の類似死亡例を減少させることを目的とする効果的な介入の根拠を提供する、リスクを軽減するための実践の規則、標準、コードまたはガイドラインに関すること、過去に coroner によってなされた勧告や将来の根拠に基づく勧告に関すること等について、coroner の指示により短いコンサルテーションから、詳細なレビューまでを行う。

勧告の法的権限の強化と CPU の設置により、public health and safety における coroner の役割が更に明確化され、更なる実効性を持つこととなった。

CPU が関与した新しい取り組み

(1) 大動脈解離症取扱い指針の転換のための CPU と医療従事者の協働

大動脈解離症によるある死亡例に関する勧告がきっかけとなり、CPU に所属する救急医が座長となり、ビクトリア州救急医組織とのラウンドテーブルが持たれた (2013 年)。その目的は、誰かを悪者にするのではなく、類似例の死亡を減らすための大動脈解離診断治療の道筋を検討することであった。このラウンドテーブルによるカギとなる見解は次の通りである。救急医は若手スタッフに、共通患者の評価にかかる道筋を変化させるために「大動脈解離症は「胸痛のクモ膜下出血」と教えることであった。」ヘルスケアシステム構築の上で、CPU と救急医組織のこの協働は、よりよい将来的な相互作用のモ

デルとなりうる。

(2)家庭内の暴力死に対する系統的レビュー
ビクトリア州の殺人の約4割は、家族もしくは親しい間柄の人間で起きている。これらの死亡の多くは、死亡前に暴力の歴史が記録されている等、家庭内暴力の文脈で起こっており、予防可能とされる。2009年にビクトリア州家庭暴力死系統的レビューが設立され、予防のための詳細分析を実施している。

(3)ビクトリア自殺登録

CPUは、精神保健実務家、疫学者、自殺研究者等の協力の下、2009年にビクトリア自殺登録(Victorian Suicide Registry, VSR)を設立した。VSRのさし当りの焦点は、自殺者が経験し得る様々なストレスの詳細と死亡間近のサービス受療タイプの詳細を理解することである。

D. 考察

このように、ビクトリア州での取り組みをみると、public health and safetyの改善とは、具体的には、突然死による早死にや、事故、暴力、自殺等外因による死亡を避けられる死と捉え、予防することであることがわかる。

コロナ制度はメリットの大きい制度だが、日本の司法制度とは大きく異なるので、そのまま日本に導入ことは困難との批判が聞こえて来そうだ。それでは、ビクトリア州の取り組みから学び、日本の死因究明制度を公衆衛生の向上のために、活かせることは何か？ 近く予定されている「死因究明等推進基本法」の策定とそれに基づく、政策的展開により実現可能性のある取り組みとして、次の5点を挙げる。

1つ目は、検死対象となった事例について、避けられる死を減らすことを目的とした検死事例データベースを新たに作成することである。1つの取り組みの可能性としては、「死因究明等

推進計画」で都道府県に義務付けられた「死因究明等推進協議会」において、当該地域における取扱例についてデータベースを作成し、予防に活用する取り組みが考えられる。その際、データベースの構築と分析を行う組織には、法医学、公衆衛生、臨床医学、社会科学等、異なる分野の専門家が関与することが必要と思われる。2つ目は、既存のデータベースを避けられる死の予防に活用できる仕様に改変することである。具体的には、東京都監察医務院に蓄積されている検死・解剖情報の活用も考慮されてしかるべきであると思われる。

3つ目は、既存の事故調査システムやデータベースを前述の検死事例データベースとリンクすることで、その機能を拡大することである。具体的には、消費者安全調査委員会による事故調査情報システムと検死事例データベースのリンクを検討すべきと考える。消費安全調査委員会は、パロマガス湯沸かし器事件等深刻な消費生活事故への反省に基づき、「消費者の生命・身体の安全を脅かす事故の原因を究明し、再発防止と被害軽減策を講ずる」ことを目的に2012年に設置されたものである。その事故調査機能には限界があるため、検死データベースシステムとのリンクは、消費安全調査委員会が法の趣旨に相応しい使命を果たす上で、大きな役割を果たすことが期待される。

4つ目は、死因究明データベースに基づき、類似の避けられる死を繰り返さないための勧告制度の導入である。勧告の主体としては、都道府県レベルでは、死因等究明推進協議会にその機能を持たすことが可能であろう。国レベルでは、消費者安全調査委員会の守備範囲を拡大し、様々な避けられる死の再発予防に関する勧告権限を持たせることも検討の余地がある。また

は、消費者事故調の例に倣い、別途、独立した専門家委員会を設立し、その機能を持たせることも可能であろう。

5つ目は、勧告を行う機関と受ける機関・関係者との対話である。一方的な勧告に終わらないためには、ビクトリア州で、大動脈解離事例をめぐる勧告に伴い設定されたような、勧告機関と勧告された関係機関や関係者との対話の場が設定されることが望まれる。犯人探しではなく、公衆の健康と安全（public health and safety）の増進の視点から、両者の対話がなされ、建設的な再発予防策が作成されることを期待したい。

新しい死因究明制度について、上述した5つの政策的展開のいくつかが実現すれば、公衆の健康と安全の増進、すなわち、公衆衛生の向上

に寄与すると考えられた。そのことは、自殺対策の更なる進展にもつながると考えられた。

F．健康危険情報 なし

G．研究発表

1．論文発表

反町吉秀、瀧澤透．Public health and Safety と死因究明制度 公衆衛生の立場から．公衆衛生 2015年5月号 印刷中．

2．学会発表 なし

H．知的財産権の出願・登録状況 なし

精神保健政策の国際動向からみた自殺対策の展開

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部 部長

研究要旨：本報告の目的は、わが国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するために、精神保健政策の国際動向を明らかにすることである。**方法：**調査対象は、世界保健機関（World Health Organization: WHO）および経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD）における精神保健政策・自殺予防対策活動である。公表資料の収集・分析、および最新情報及び内容のポイントを把握するための関係者へのヒアリングを行った。**結果：**WHOでは、昨年9月に自殺予防対策のガイドライン「Preventing suicide: A global imperative（自殺を予防する：世界の優先課題）」を公表した。主要メッセージとして、多大な犠牲を強いる自殺は予防可能であること、自殺手段へのアクセス制限は効果的であること、ヘルスケアサービスに自殺予防を組み込む必要があること、地域が自殺予防において重要な役割を果たすことが示されていた。WHOは本ガイドラインに先立ち、2020年までの精神保健政策に関するアクションプランを2013年に報告している。アクションプランの目標の指標のひとつに「自殺率を2020年までに10%減少」させることが掲げられている。一方OECDでは、平成26年6月に精神保健政策における指標に関する報告書「Making Mental Health Count（メンタルヘルスを考慮する）」を出版した。具体的指標を明確には勧告していないが、死亡率の低減が重要とされ、ハイリスクと考えられる精神疾患（統合失調症または双極性障害）の自殺率の指標が例示されている（自殺率および退院後1年以内の自殺率）。OECDではプライマリケアおよび外来患者のフォローアップの強化を提案していた。**まとめ：**自殺予防対策は、自由主義をベースとした住民全体へのポピュレーションアプローチとともに、それぞれの地域での蓄積や資源を総動員してハイリスク者へいかに丁寧な支援を構築するかが問われていることを、本研究結果は示している。

A．研究目的

自殺対策に関する国際的動向は急速に変化しつつあり、国際機関における保健医療政策・精神保健政策の動向を把握することは、これからの自殺対策の構築に資すると考えられる。本報告の目的は、わが国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するために、精神保健政策の国際動向を明らかにすることである。

B．研究方法

調査対象は、世界保健機関（World Health Organization: WHO）および経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD）における精神保健政策・自殺予防対策活動である。公表資料の収集・分析、および最新情報及び内容のポイントを把握するための関係者へのヒアリングを行った。

(倫理面への配慮)

本研究では、直接利用者に調査をする手法をとっていない。ただし、研究を遂行する上で、倫理的側面を十分に配慮しながら実施した。

C. 研究結果 (資料参照)

1. 世界保健機関 (WHO)

1-1) WHO における自殺対策の動向 (2014)

WHO では、平成 26 年 9 月に、自殺予防ガイドライン「Preventing suicide: A global imperative(自殺を予防する:世界の優先課題)」を公表した(表 1)。¹⁾また、巻末に参考として、「自殺に関する間違った俗説と事実」を示す。

表 1. WHO の自殺対策主要メッセージ

1) 自殺は多大な犠牲を強いる
<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺者は年間 80 万人以上 ● 15~29 歳の死因の第 2 位 ● 成人 1 人の自殺死亡に 20 人以上の自殺企図 ● 家族、友人、地域と国々に影響
2) 予防可能 (国の包括的で多部門による戦略)
<ul style="list-style-type: none"> ● 保健医療とそれ以外の部門連携 (政府民間) ● 地域の関与 ● メディアの責任ある自殺報道の促進
3) 自殺手段へのアクセス制限は効果的
<ul style="list-style-type: none"> ● 農薬、銃、特定医薬品など ● 地域介入を伴う効果的な政策が寄与
4) 保健医療サービスに自殺予防を組み込む
<ul style="list-style-type: none"> ● 保健医療の質的向上は早期介入に効果的 ● 精神保健政策 (精神障害やアルコール使用障害) ● 保健医療サービスへの統合促進・資金支援
5) 地域は自殺予防に重要な役割を果たす
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域:脆弱性の高い個人へ <ul style="list-style-type: none"> ➢ 社会的支援 ➢ フォローアップケア ➢ スティグマとの闘い ➢ 自殺で遺された人々への支援 ● 社会的支援や個人のレジリエンス <ul style="list-style-type: none"> ➢ 社会的つながりや困難への対処スキルを構築・改善 ➢ 脆弱性の高い人々を自殺から守る (特に、危機的状況における支援、自殺企図者との定期的連絡、自殺で遺された人々の支援)

主要メッセージとして、多大な犠牲を強いる自殺は予防可能であること、自殺手段へのアクセス制限は効果的であること、ヘルスケアサービスに自殺予防を組み込む必要があること、地域が自殺予防において重要な役割を果たすことを示していた。

1-2) WHO における精神保健政策 (2013)

WHO は自殺予防ガイドラインに先立ち、2013 年に、2020 年までの精神保健政策に関するアクションプランを報告している。²⁾4 領域で 6 つの目標が設定されており、その目標のひとつに「自殺率を 2020 年までに 10%減少」させることが掲げられている (表 2 参照)。

表 2. WHO のアクションプランと目標

1) 効果的なリーダーシップ・ガバナンス強化
<ul style="list-style-type: none"> 目標 1.1: 2020 年までに加盟国の 80%が人権擁護に則した精神保健政策・計画を策定・改定 目標 1.2: 2020 年までに加盟国の 50%が人権擁護に則した精神保健福祉法を制定・改正
2) 包括的で統合された地域精神保健福祉サービスの提供
<ul style="list-style-type: none"> 目標 2: 2020 年までに重度精神障害者へのサービスのカバー率を 20%増加
3) 精神保健の増進と予防の実施
<ul style="list-style-type: none"> 目標 3.1: 2020 年までに加盟国の 80% が最低 2 つの全国レベルで複数領域の関わる精神保健増進・予防プログラムを実施 目標 3.2: 2020 年までに自殺率を 10%減少
4) 精神保健に関する情報システム、エビデンスや研究の強化
<ul style="list-style-type: none"> 目標 4: 2020 年までに加盟国の 80%が、全国情報システムを用いて精神保健関連指標の収集と報告を各年で実施

なお、この目標を達成するための効果的な行動には、保健医療 / 精神保健医療福祉以外のセクターとの共同が必要であることが指摘されていた。

1-3) WHO における非感染性疾患対策 (2011)

WHO では、非感染性疾患 (Non Communicable Disease : NCD) 対策を進めている。³⁾ NCD とは、がん、循環器疾患、糖尿病及び慢性閉塞性肺疾患 (COPD) を意味する。WHO では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」(2008 年～2013 年) を策定し、2011 年には国連におけるハイレベル会合で NCD が取り上げられ、第 130 回 WHO 執行委員会 (2012 年) では「非感染症予防とコントロール：非感染症予防とコントロールを進める世界的戦略の実行及び活動計画」を可決した。日本の健康日本 21 (第 2 次) の策定プロセスにおいても WHO の NCD 対策は参照されている。すなわち「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」の領域で、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策の推進とともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進すべきとする根拠と NCD 対策はなっていた。⁴⁾

海外では、循環器疾患や糖尿病を中心に、うつ病やうつ状態との関係がエビデンスレベルの高い研究で示されおり、WHO ではメンタルヘルスアクションプランと他のアクションプランとの歩調を合わせる調整を進めていた。

図 1. 非感染性疾患と生活習慣との関連*

	禁煙	健康な食事	身体活動の増加	リスクを高める飲酒の減少
がん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖尿病	○	○	○	○
COPD (慢性閉塞性肺疾患)	○			

※非感染性疾患の多くは予防可能

*出典：健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

2. 経済協力開発機構 (OECD)

2-1) OECD からの精神保健政策への示唆 (2014)

OECD では、平成 26 年 6 月に、精神保健政策における指標に関する報告書「Making Mental Health Count (メンタルヘルスを考慮する)」を出版した。⁵⁾ 推奨する指標を明確には示していないが、死亡率の低減が重要とされ、ハイリスクと考えられる精神疾患 (統合失調症または双極性障害) の自殺率の指標 (自殺率および退院後 1 年以内自殺率) が示されていた。

表 3. OECD の推奨するメンタルヘルス指標

- 精神障害者の再入院
- 薬物関連障害患者の治療期間
- 重度精神障害者の死亡率
- 高齢者への抗コリン薬・抗うつ薬使用
- 精神障害と薬物関連障害の重複疾患患者の退院後の継続受診
- メンタルヘルス関連問題での入院後の継続受診
- 身体疾患での入院後の適時の外来フォローアップ
- 重度精神障害者のケースマネジメント
- 急性期での抗うつ薬の継続治療
- 維持期での抗うつ薬の継続治療
- うつ病の急性期治療での受診
- メンタルヘルスに関するフォローアップ率における民族差

2-2) OECD の日本の医療制度への示唆 (2015)

OECD では、平成 26 年に並行して各国の「医療の質」(Quality of care) に関する制度に対する勧告を行った。報告書は作成中であるが、先行して平成 26 年 11 月に東京でシンポジウムが開催された。⁶⁾ 発表内容を表 4 にまとめた。

勧告の柱は、医療の質の管理と質の高い医療の提供、より強力なプライマリケアの開発、病院医療の質改善と効率化を促進、および安全で高質な精神保健医療福祉への努力となっていた。

表 4. 日本の医療の質に関する勧告（OECD）*

<p>1. 医療の質の管理と質の高い医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 管理データや登録の活用 ● 個人情報後に配慮したデータの突合 ● 副作用報告の強化 ● 医療の質に関する報告の促進 ● 説明責任と簡易な入力
<p>2. より強力なプライマリケアの開発</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 多くの複雑な問題を持つニーズへの対応強化（継続的・予防的・総合的ケア） ● メンタルヘルスケアのプライマリケアへの統合（重要機能としての位置づけ） ● 上記機能を担える専門職の教育・研修 ● プライマリケアを担う看護職の教育・研修
<p>3. 病院医療の質改善と効率化を促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 包括的で安定したデータインフラ整備 ● DPC 制度の改善（アウトカム指標の強化・質の高い病院への効果的な支払） ● 診療報酬制度改革（ガイドラインに準拠した場合の報酬・急性期医療のアウトカムに応じた報酬）
<p>4. 安全で高質な精神保健医療福祉への努力</p> <p>4-1) OECD 加盟国の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 多職種チーム医療 ● 入院は救急・急性期に限定 ● 安全な医療のためのコーディネーション <p>4-2) 日本への推奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ● プライマリケア機能にメンタルヘルス要素を盛り込む ● 中等症の精神障害者へのエビデンスに基づくケア ● 入院医療ニーズを減らす地域ケアシステムの構築 ● 入院と長期入院を減らす診療報酬 ● 入院医療機能を変化させる継続的努力 ● 患者中心のメンタルヘルスケアシステム ● ケアの質と説明責任を果たす指標の開発

*発表スライドをベースに作成（出版される報告書を確認されたい）

なお、OECD 事務局（雇用労働社会局）では、職場のメンタルヘルス・障害と雇用に関する OECD 諸国の政策展開の報告書を 2011 年に公表していた（www.oecd.org/els/disability）。自殺に関する明確な記述はなかったが、メンタルヘルスの問題・障害が、経済に大きなコストを生じさせていることを報告していた。

D. 考察

1. 国際的動向

本研究では、WHO と OECD での自殺対策・精神保健政策の動向が明らかになった。WHO の自殺予防対策のガイドラインでは、多大な犠牲を強いる自殺は予防可能、自殺手段へのアクセス制限は効果的、ヘルスケアサービスへの自殺予防の組み込み、地域での取り組みが重要であることが示されていた。自殺対策は、2020 年までの精神保健政策に関する WHO のアクションプランの主要 6 指標の 1 つであり、精神保健政策の柱であった。また、精神保健は、WHO の非感染性疾患政策と連動しつつあることが明らかになった。

一方、OECD がまとめた精神保健政策における指標に関する報告書では、死亡率の低減が重要視され、ハイリスクと考えられる精神疾患（統合失調症または双極性障害）の自殺率の指標が例示されていた。また、OECD では、日本の保健医療制度への勧告がまとめられており、強力なプライマリケアの開発と精神保健医療福祉の改善が柱になっていた。

2. 今後の我が国への示唆

1) 国際的動向から示唆されるポイント

自殺対策が優先順位の高い政策課題であることは間違いない。さらに、本研究で明らかになったことは、国際機関における自殺対策・精神保健政策の動向で一定の方向があることである（表 5）。WHO の方針や OECD の日本の制度への勧告の柱で、複数指摘されている共通領域として、ゲートキーパ機能の強化を挙げている。また WHO も OECD も退院後のフォローアップを重要視している。さらに WHO は自殺リスクの高い住民の

身体疾患へのケアを、OECD は身体疾患患者のメンタルヘルスケアに注目している。

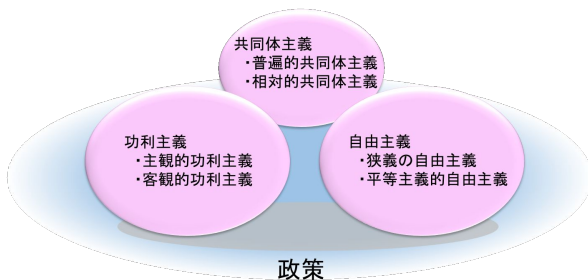
表 5 . 国際機関から指摘・推奨されている領域

- | |
|--|
| 1. 医療におけるゲートキーパー機能の強化
2. 退院後等のフォローアップ
3. 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア |
|--|

2) 医療改革実現を考える上での基本的視点

国際的動向が示唆する共通領域の日本への導入を考える上で、医療改革実現に関する基本的視点を整理しておくことは有用である。なぜなら、基本的な視点は、政策の優先順位や位置づけを理解する上で意識する必要があるためである。基本的視点に関する多様な分類が存在することは理解しているが、ここでは近年海外でまとめられた成書を参考に⁷⁾ 医療政策の決定に関連する倫理思想は大きく3つに分類できるといふ。すなわち、自由主義、功利主義および共同体主義である(図2)。

図2. 政策決定に関連する倫理思想*



*Roberts M, et al. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. ロバーツ他(中村安秀、丸井英二監訳). 実践ガイド「医療改革をどう実現すべきか」. 日本経済新聞出版社, 2014.

自由主義とは、「干渉されない権利」こそ最大限に尊重されるべきと考える観点である。また、功利主義では、個人は自分自身が幸福になるた

めに最良の判断を行うという前提の下に、市場がうまく機能している場合は、資源配分の面からみて効率的(パレート最適)であると考え。自由主義と功利主義の考え方では、政府の役割は足りないところを補う補完的な観点となる。

一方、共同体主義では、自由主義と功利主義とは異なり、政府の明確な役割を示しており、国や自治体は、各個人が良い人格を育み、それによって良い社会を生み出すことを保障すべきとしている。

それぞれの観点は異なるが、実際の政策はこれらの観点が併存する。たとえば、災害時の現場で治療の優先順位をつける「トリアージ」の考え方は、現場での限られた医療資源を効率的に配分するという功利主義的観点に基づいている(患者の違いを考慮しない治療を日常的に提供している医療者は、災害現場でのトリアージの実施に倫理的なジレンマを経験するため、実施後のメンタルヘルスケアが必要である)。

自殺対策に関して言えば、「自らの命」の尊厳は、時に本人の意思を超えて考えるべきであるという点から、自由主義的な考え方の修正が求められている。また、WHO が示している「自殺手段へのアクセス制限」は、人々の自由を認めつつ、本人が後悔しない選択肢を選べるように「選択肢の与え方」(枠組み)を工夫すべき(最後まで迷っている自殺念慮者が自殺行動を進めにくい環境を作る)とする、自由主義的パターンリズムの考え方がベースにある。パターンリズム(父権主義・温情主義)は、国や自治体の役割が前提であり、共同体主義的な考え方が盛り込まれていると考えられる。

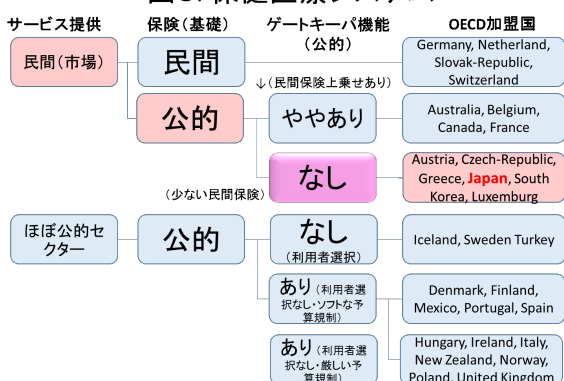
3) 日本の医療制度の特徴からの考察

3-1) 医療におけるゲートキーパー機能の強化

以上の観点から、国際機関から推奨・勧告されている要素をどのように考えることができるのか。ここでは表5に示す3つのポイントを中心に考察する。

「ゲートキーパ機能の強化」は、疾患を有する住民の「かかりつけ医」(家庭医・プライマリケア医)を設定することを意味する。これは、一定の医療圏での医療体制の構造化を示しており、「だれでもどこの医療機関において医療保険で診療を受けることができる」というフリーアクセスとは独立した観点である。OECDが2010年に示したOECD加盟国の保健医療システムの分類⁸⁾を用いて説明すると、日本の医療制度は、(1)国民皆保険制度の下で、(2)民間主導で医療が提供される(すなわちフリーアクセスが担保された)制度である一方、(3)公的ゲートキーパ機能がないという特徴がある(図3)。OECDが日本に勧告している「プライマリケア強化」は、この公的ゲートキーパ機能の強化を意味している。これは住民・患者および医療機関の診療体制に任せるといった狭義の自由主義的考え方の修正を求めていることを意味する。

図3. 保健医療システム*



*Modified from OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money". OECD Economics Department Policy Notes, No. 2

3-2) 退院後等のフォローアップ

第2として国際機関が推奨しているのは、

「退院後等のフォローアップ」である。ここで重要なのは、フォローアップをする対象者は、退院患者「全員」ではないという点である。フォローアップをしなければ、中断し自殺リスクが高まるグループを対象にすることになる。この考え方も、狭義の自由主義とは相いれない考え方で、功利主義的観点あるいは共同体主義的観点が盛り込まれている。

この観点がすでに制度化されているのは、「地域包括ケア」の仕組み作りが進められている高齢者ケアの考え方のベースにある「介護保険制度」である。要介護度という明確な基準が2000年から稼働している。フォローアップを進めるためには、対象者の層別化ともいべき、フォローアップを行う優先順位の高いグループの定義が今後必要となる。

3-3) 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア

メンタルヘルスケアを保健医療サービス(WHO)やプライマリケア(OECD)へ統合するという考え方は、対象者が身体疾患とメンタルヘルスの問題を合併・併存するケースが多いことを意味する。

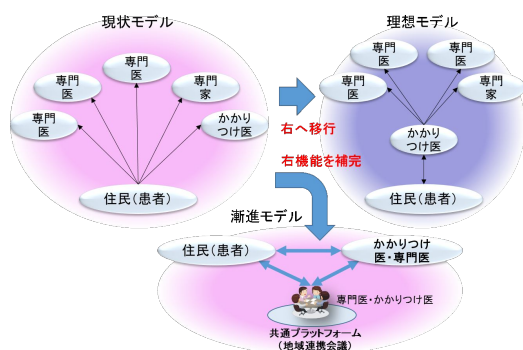
4) 残された課題

WHOが推奨し、OECDが勧告する方向性は、短期間で実現することは難しい課題でもある。たとえば、初回受診窓口を医療圏で一本化したり、かかりつけ医を通じてしか専門医での診療が受けることのできない保健医療制度への転換は、現実的ではない。推奨・勧告の趣旨を盛り込んだ、漸進モデルを模索する以外にはないであろう。

これまでの考察を総合し、地域において行政も関与する共通のプラットフォームで事例検討

をするのが現実的ではないかとの仮説を設定するに至った(図4参照)。ただし、その事例の蓄積や検証は今後の課題である。

図4. かかりつけ医機能の強化方策案



E . 結論

OECD 加盟国の中で公的なゲートキーピング制度が未成熟な国と分類されている日本 (OECD, 2010) は、未遂者やハイリスク者への支援を工夫する必要がある。日本の保健医療制度全体に対する OECD の勧告 (2014 年 11 月) の柱のひとつである「より強力なプライマリケアの開発」も同様の趣旨を含んでいる(2015 年に公表予定)。自殺予防対策は、自由主義をベースとした住民全体へのポピュレーションアプローチとともに、それぞれの地域での蓄積や資源を総動員してハイリスク者へいかに丁寧な支援を構築するかが問われていることを、本研究結果は示している。

F . 健康危険情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表 なし

2 . 学会発表

伊藤弘人 . 精神医療政策と今後の自殺対策 . 第 73 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム、日本 . 公衆衛生雑誌、第 61 巻、10 号、150、2014 .

H . 知的財産権の出願・登録状況 なし

引用文献

- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. WHO, 2014 (自殺予防ガイドライン「自殺を予防する：世界の優先課題」).
- World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. WHO, 2013 (メンタルヘルスアクションプラン).
- World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. WHO, 2013.
- 厚生労働省 . 健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料, 2012.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Making mental health count, 2014.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Reviews of Health Care Quality: JAPAN, 2014.
- Roberts M, Hsiao W, Berman P, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press, 2008. (中村安秀、丸井英二監訳：実践ガイド：医療改革をどう実現すべきか、日本経済新聞社、2010)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2., 2010.

参考資料：自殺に関する間違った俗説と事実

自殺と自殺企図に関する世界の疫学

【俗説】自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。

【事実】

- 自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。
- 自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。

危険因子・保護因子・関連する介入

【俗説】ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。

【事実】

- 多くの自殺には言葉か行動による事前の警告サインが先行する。
- もちろんそのようなサインがないままに起こる自殺もある。
- しかし警告サインが何であるかを理解し、用心することは重要である。

【俗説】自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている

【事実】

- この俗説とは反対に、自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。
- 人によっては、生き延びたかたとしても、例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。
- 適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。

自殺予防の現状

【俗説】自殺の危機にある人は、いつまでも危機にあり続ける。

【事実】

- 自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。
- 自殺念慮を再び抱くことはあるかもしれないが永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。

自殺予防に向けた包括的な国としての対応に向けて

【俗説】精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る

【事実】

- 自殺関連行動は深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。
- 精神障害とともに生きる多くの人々が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。

自殺予防のための今後の展望

【俗説】自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。

【事実】

- 自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいかわからない。
- 包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。

参考資料

- 自殺は多大な犠牲を強いる
 - 毎年、80万人以上の人々が自殺により死亡
 - 15歳から29歳の死因の第2位
 - 成人1人の自殺死亡の背景に20人以上の自殺企図
 - 自殺は世界的な現象
 - 先入観：自殺は高所得の国々によく見られる
 - 自殺の75%は低中所得の国々で起きている
 - 自殺は生涯をとおしての重要な死因
 - 自殺企図・死亡：個人へのインパクトのみではない強力な波及効果 家族 友人 地域 国々

- 自殺は予防可能である。
 - 包括的な多部門による自殺予防戦略が必要
 - 国の戦略には次の連携を含むべき（政府や民間レベルでの保健医療および保健医療以外の部門）
 - 地域の関与
 - メディアによる責任ある自殺報道を促す
 - メンタルヘルスとアルコールに関する政策の改善
 - サーベイランスの改善
 - 早期予防は戦略の中心要素

- 自殺手段へのアクセス制限は効果的
 - 農薬、銃器、特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスの制限
 - 特に衝動的な自殺の予防に重要な役割を果たす
 - 地域介入を伴う効果的な政策の実施は、手段への制限による自殺の減少に役に立ってきた。

- ヘルスケアサービスは自殺予防を核となる構成要素
 - 精神障害やアルコール使用障害は多くの自殺の一因
 - 早期発見と効果的なマネジメントは、人々が必要なケアを受けることを確実にするための鍵
 - ◇ 援助を希求者へのケアの質を向上：早期介入が効果的になる
 - ◇ ケアの質の向上は、自殺を減少させる鍵
 - ◇ メンタルヘルスやアルコールの政策はケアを優先事項とし、ヘルスケアサービス全体への良好な統合を促し、これらのサービス向上への十分な資金を支援すべきである。

- 地域は自殺予防において重要な役割を果たす
 - 脆弱性の高い個人への社会的支援を提供
 - フォローアップケアに取り組み
 - スティグマと闘い
 - 自殺で遺された人々を支援する
 - 特に資源が限られた国では、地域での自殺予防のための支援プログラムが重要
 - 地域における効果的な社会的支援や個人のレジリエンスは、社会的つながりや困難への対処スキルを構築し改善することで、脆弱性の高い人々を自殺から守ることができる。特に、地域は危機的状況において支援を提供し、自殺企図をした人と定期的に連絡を取り、自殺で遺された人々を支援することができる。

国際的動向を踏まえた学術的基盤を強化する研究

～米国の保健医療政策の動向から見た自殺対策の方向性～

研究代表者 本橋豊 京都府立医科大学 特任教授
研究分担者 清水康之 NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク理事長
研究協力者 藤田幸司 秋田大学大学院医学系研究科 助教

研究要旨：本報告の目的は、アメリカの保健医療政策の動向を調査し、わが国の自殺対策の今後の政策形成の方向性について考察することである。**方法：**アメリカ合衆国・ボストン市のハーバード大学公衆衛生大学院（Harvard University School of Public Health）のマイケル・ライシュ教授を訪問し、グローバルヘルスと医療保健政策の専門家の立場から、米国ならびにわが国の自殺対策の政策展開に必要な理論的枠組みについての討議を行うことにより、日本の自殺対策の推進に必要な観点について質的な分析を行った。**結果：**訪問調査による討議の結果、米国では銃規制の重要性や injury control の枠組みの中での自殺対策という日本にはない視点の自殺対策が重要視されていた。アメリカの医療保健政策の形成においては特定の利益団体の政治的意見が強く反映されることがあるが、自殺対策の法律の成立においてもそのような傾向が認められた。政策形成においてすべての利害関係者をリストアップし、利害関係と政治力のバランスを評価して政策の実現可能性を予見する手法が有用であるとの知見を得た。

まとめ：自殺対策の今後の政策形成においては、社会固有の文化的背景を考慮しつつ政策形成に関わる利害関係と政治力のバランスを明確にした上で、政策形成の実現可能性を探究する客観的手法の導入が有用である。

A．研究目的

わが国の自殺対策の新たな政策展開にあたり、国際的動向を踏まえた学術的基盤を強化し、具体的な政策提言を可能にする手法を明確にする必要がある。自殺対策の現場や現場の実践活動から地方公共団体や国レベルの政策形成に繋げる提言や施策実現の努力を可能にするために求められるものは何かについて、海外の訪問調査により新たな視点を心得て考察することが本研究の目的である。

2014年度はアメリカ合衆国マサチューセッツ州ボストン市のハーバード大学公衆衛生大学

院を訪問し、グローバルヘルスの専門家で日本の医療保健政策に精通しているマイケル・ライシュ教授を訪問し、米国の医療保健政策の最新の動向をもとに、日本の自殺対策の今後の政策形成に資する討議を行うこととした。

B．研究方法

2014年11月30日から12月3日の間にアメリカ合衆国マサチューセッツ州ボストン市に滞在し、ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健学分野の主任教授であるマイケル・ライシュ教授の研究室を訪問し討議を行った。訪問日時は

2014年12月2日(火)午後1時30分から午後4時までの2時間30分だった。訪問者は、本橋豊、清水康之、藤田幸司の3人であり、本橋と清水が主として質問を行った。

ライシュ教授に対する質問項目と討議内容は以下のとおりだった。

- (1) 訪問目的の説明。日本の自殺対策の概要についての説明。
- (2) アメリカの自殺対策とくにハーバード大学が関与する自殺対策と自殺対策の研究動向について。
- (3) アメリカの医療保健政策の中で日本の自殺対策にも応用可能なものはあるか。
- (4) アメリカの医療保健政策を進める上での議会のロビー活動の重要性について。
- (5) アメリカの自殺対策に関する連邦レベルの法制度の現状について
- (6) 政策形成に関与するアクター及びステークホルダーの役割について
- (7) 日本の自殺対策の今後の展開に関する助言について

以上のような内容について、質問と討議を行った。質問と討議はオープンエンドな形式とし、自由な討議の中でテーマが進展していくことについては制止しなかった。なお、討議内容についてはライシュ教授に了解の上で、すべての内容を録音した。

(倫理面への配慮)

本研究で実施したインタビューは自殺対策の政策に関する内容であり、個人情報に関するものはなく、倫理面で問題となる内容は含まれていなかった。

C. 研究結果

方法で示したライシュ教授に対する質問と討議内容の結果を、番号別に整理して要約する。

- (1) 訪問目的と日本の自殺対策の概要については、本橋・清水が説明し十分な理解が得られた。
- (2) アメリカの自殺対策は、法制度面で見ると、日本のように国(連邦)全体としての総合的な法律はない。ただし、個別的法律としては、退役軍人会が中心になって作ったイラク・アフガニスタン戦争の帰還兵のメンタルヘルスと自殺対策を念頭においた法律が成立している(The Clay Hunt Suicide Prevention for American Veterans Act, 2014年)。また、若者の自殺予防のための補助金を支出するという法律も存在する(The Garrett Lee Smith Memorial Act, 2004)。退役軍人会は有力な政治団体であり、議会のロビー活動を通じて政策形成に隠然たる力を持っているとのことであった。

ライシュ教授の所属するハーバード大学では若者の自殺予防のための大学としての対策が充実してきている。学生の自殺は大学の管理運営上重要な課題となっている。なぜならば、学生の自殺は自殺した学生の親から大学の管理責任を問われる訴訟リスクとなる可能性があるからであり、大学として対策に力を入れているとのことであった。ハーバード大学では24時間体制で学生の相談を受け付ける体制を整備した。また教員には学生からの相談があったときに対応ができるようにするマニュアルが整備され教員に配布されており、教員を対象とした相談の研修制度もある。日本では大学の保健センターにて精神科的対応を行う大学が増えてきているが、保健センターの職員

以外へのマニュアルの配備や研修を充実させている大学は少ないと思われる。ハーバード大学の学生に対する自殺予防対策を取り入れる余地は日本の大学にあるように思われた。

- (3) アメリカでは銃の規制が統制されていないため、銃による自殺が手段として多いことが知られている。それゆえに銃規制を行うことが自殺予防につながると思われるが、全米ライフル協会という強い利害関係団体があり、銃規制の進展は難しい状態が続いている。

自殺対策は injury control という枠組みの中で考えられる傾向があり、ハーバード大学の自殺予防研究者は injury control center の研究者が中心である。この点が日本の自殺対策の取組みと異なっているようである。

アメリカにおいて自殺対策を進める上で、ターゲットとなる集団を明確にすることは日本と同じである。性別、年代別、人種別に自殺のリスクを評価し、対象集団を明確にして介入と政策を立案していくことが大切である。

- (4) 政策形成、政策展開を図っていく上で、議会でのロビー活動はアメリカではとくに重要である。日本と違い、議員が中心になって議員立法を行うことが多いため、議会や議員の果たす役割は日本より大きい。多くの利害関係団体がそれぞれの特定の議題についてロビー活動を行い、それぞれの目的を達成しようとする。自殺対策は、政治的・経済的な利害関係が絡むことが少ないため、これまで大きな政策上の論点とならなかったと思われる。例外的な事例とし

て、退役軍人会が推進したイラク・アフガニスタン帰還兵のメンタルヘルスケアと自殺予防の法律は、退役軍人の福利厚生のためにロビー活動が行われるインセンティブが働いたものと推測される。

- (5) 自殺対策に関する法制度は(2)に述べたように存在するが、連邦全体に及ぶような包括的な自殺対策の法制度は存在しない。連邦制のため各州が独自に法制度を構築することが前提のために、日本のような自殺対策基本法が成立することは難しいのかもしれない。また、オレゴン州などの安楽死を認める州が存在し、physician-assisted suicide を認めていることから、自殺対策の理念をどのように設定するかも合意の得にくい問題ではないかと考えられる。

- (6) 医療保健政策の政策形成における利害関係者の役割については、利害関係者のリストアップとその政治力のバランスを分析した上で政策実現の可能性を計算するソフトウェアの紹介を受けた。1990年代のクリントン大統領時代の医療制度改革が失敗に終わった背景の分析については、このソフトウェアを活用することで理解が可能になる。このソフトウェアは無料でダウンロードが可能であることから、日本の自殺対策の新たな政策形成(とくに多重債務問題と自殺、連帯保証制度と自殺というような利害関係者の調整が求められる議題)において、活用を考慮することができるものと思われた。

- (7) 今後の日本の自殺対策の政策展開に関するライシュ教授の助言としては以下のようないふに言及があった。自殺対策の政策形

成に関わる人材の育成のために統一的な研修プログラムを作成することが重要である。自殺対策の現場の実践者に対する研修も重要であるが、さらには政策形成の高いレベルで関与できる人材の研修プログラムも用意すべきではないか。ハーバード大学ではライシュ教授が中心になって国際保健や医療政策のハイレベル人材の研修プログラムを世界銀行と共同で開発し毎年実施しているとのことである。集中的な研修プログラムで政策形成に関わる人材の能力開発を行うことで、世界各国で共通認識を有する医療保健政策が可能になることを目指しているとのことであった。自殺対策においても、賢人会議あるいは世界銀行を巻き込むようなハイレベルな研修プログラムを開発し、日本のみならず欧米あるいはアジアを巻き込むようなグローバルな政策展開を図ることが考えられる。

D. 考察

アメリカ合衆国の自殺対策は日本と異なり、連邦レベルでの包括的な法制度の構築は難しいことが明らかになった。一方で、アメリカの自殺総合対策の具体的取組はアメリカ合衆国保健医監報告(A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention)としてまとめられた「国家自殺予防戦略」(2012 National Strategy for Suicide Prevention: GOALS AND OBJECTIVES FOR ACTION) に示されている。この報告はアメリカの国家としての自殺予防対策の理念と方向性と具体的施策が詳細に示されており、わが国の自殺対策にとっても役立つ文書である。日本の自殺対策との違いは、この報告があくまでも保

健医監の報告であり医学的・公衆衛生学的見地からまとめられていることである。総合的であっても分野横断的な包括度においては、日本の自殺総合対策に優位性がある。

さて、ライシュ教授との討議によりいくつかの有益な示唆が得られた。第一に、自殺対策の政策形成において関係者の利害や調整を念頭にいった客観的評価を行い、政策の実現可能性を評価することの重要性である。ライシュ教授から示されたソフトウェアを活用しての検証と分析を自殺対策の個別の課題ごとに活用することが望まれる。

第二に、政策形成に関与する人材のハイレベルな研修プログラムを開発し、そのプログラムを活用した実効ある魅力的な研修を企画することである。日本の自殺対策で言えば、地方自治体の担当課長レベルの研修ではなく、副知事や知事レベルの魅力ある研修プログラムを開発し、実現可能性を追求することである。

第三に、アメリカにおける銃規制の困難さはアメリカの歴史・文化的背景に関わる問題であり、その国固有の歴史的・文化的背景に十分に配慮した上で政策形成の可能性を検討することが重要であることが示唆された。日本の場合には、多重債務問題や連帯保証問題のような日本独自の社会的文化的背景に関わる自殺対策の推進が自殺対策として有用だった。

今後、自殺問題が深刻となりつつあるアジア地域では、その国固有の歴史的・文化的背景を考慮した自殺対策の推進が重要な課題になるものと思われる。わが国の優れた自殺対策をアジア諸国に技術的に移転していく際には、このような歴史的・文化的背景への考慮が求められる。

以上、今回の訪問調査により、日米の自殺対策の国際比較という視点のみならず、よりグロ

ーバルな観点からの自殺対策の政策形成の課題が明確になったことが重要な成果であると考えられた。

F．健康危険情報 なし

G．研究発表

1．論文発表

1) 本橋豊：高齢者の孤独と自殺．長寿科学振興財団業績集（平成 26 年度）印刷中．

2．学会発表

1) 武見敬三、本橋豊、清水康之：自殺対策の新たな政策的枠組みをめざして．日本自殺総合対策学会設立記念フォーラム抄録集、75-76、2014年9月、東京．

2) 本橋豊：地域における自殺対策 その検証と評価．第38回日本自殺予防学会・特別講演、北九州市、2014年9月、第38回日本自殺予防学会抄録集、2014年．

H．知的財産権の出願・登録状況 なし

