

医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージ

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:本研究の目的は、我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、(1)精神保健政策の国際動向を明らかにし、(2)地域における自殺予防をめざした福岡県久留米市で取り組まれてきた事例をモデルとして記述するとともに、(3)医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを我が国において創出されたエビデンスをベースにまとめることである。方法:(1)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・自殺予防対策活動を集約し(2)地域連携会議を通じた久留米市での取り組みをヒアリングし、(3)一定のエビデンスレベルにある医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを集約した。結果:(1)WHOでは、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)」を公表していた。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「自殺率を2020年までに10%減少」させることが目標のひとつとして掲げられていた。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)」を出版しており、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。(2)福岡県久留米市では、久留米大学神経精神医学講座の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」として、2010年からかかりつけ医と精神科医療機関との「うつ病ネットワーク」を構築してきた。(3)政策パッケージの基本的な要素には、(a)地域リーダー関与、(b)地域住民への啓発プログラム、(c)ゲートキーパー訓練、(d)ハイリスク者支援があることが明らかになった。まとめ:本研究結果は、(1)自殺予防対策では、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重要であること、(2)久留米市でのかかりつけ医と精神科医療との連携モデルは、①地域の多くの医療機関の協力により、②フォローアップが丁寧になされ、③アウトカムを意識した活動として進められていたこと、(3)今後、関係者がこれらの政策パッケージを活用するとともに、政策パッケージの要素のエビデンスレベルを高めていく必要があることを示していた。

A.研究目的

(1) 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。

(2) 地域における自殺予防をめざし、かかりつけ医と精神科医療との連携のモデルが求められている。本研究の目的は、福岡県久留米市で取り組まれてきた事例を自殺予防対策モデルとして記述することである。

(3) 自殺対策に関する国際的動向は急速に変化しつつあり、これからの自殺対策の構築に資するエビデンスを集約することは重要である。本報告の目的は、医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを、我が国で創出されたエビデンスからまとめることである。

B-1.研究方法 調査対象は、世界保健機関世界保健機関(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。

B-2.研究方法

関係者への聞き取り、および地域連携会議におけるヒアリングを通じて、久留米市での取り組みを収集した。具体的には、既存資料および個別の聞き取りから概要を理解した上で、平成 27 年 12 月

に開催された地域連携会議(うつ病ネットワーク会議)を通じて詳細な内容を確認した。

B-3.研究方法

前年度までの研究成果および関係者へのヒアリングから、一定のエビデンスレベルにある医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを提示する。

(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-1.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
● 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)
● 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
● 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
 - 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
 - 地域:脆弱性の高い個人へ
 - 〃 社会的支援
 - 〃 フォローアップケア
 - 〃 スティグマとの闘い
 - 〃 自殺で遣された人々への支援
 - 社会的支援や個人のレジリエンス
 - 〃 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、自殺で遣された人々の支援)

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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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病対策(2011) WHOでは、非感染性疾病(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、「非感染性疾病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

で示されており、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*



※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/di/kenkouinppon21_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)*

- | |
|---|
| 1. 医療の質の管理と質の高い医療の提供 |
| ● 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 |
| 2. より強力なプライマリケアの開発 |
| ● 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 |
| 3. 病院医療の質改善と効率化を促進 |
| ● 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) |

4. 安全で高質な精神保健医療福祉への努力

4-1) OECD 加盟国の取り組み

- 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

4-2) 日本への推奨

- 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。

C-2. 研究結果

1. 概要

福岡県久留米市では、久留米大学神経精神医学講座の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」として、2010年からかかりつけ医と精神科医療機関との「うつ病ネットワーク」を構築してきた。2012年からは、久留米市で予算化され、行政と連携をとりながら運営されていた。

主な実施内容は、①年6回のうつ病ネットワーク会議および2回の研修会の開催、②かかりつけ医がうつ病等を疑われる患者を精神科医療機関へ紹介、③コーディネート機能を持つ精神科病院精神保健福祉士による精神科医療への受療確認である。

この紹介により、かかりつけ医は 2008 年に診療報酬化された「精神科医連携加算(診療情報提供料)」の算定ができる。

2. 地域連携会議

久留米大学では、2010 年から久留米市との協力により、かかりつけ医(地域医師会)と精神科医療者(医師、ソーシャルワーカー、看護師など)との意見交換の場として、うつ病ネットワーク会議を年6回およびかかりつけ医と精神科医の合同研修会を年2回開催している。ネットワークの構成員は広がっており、調査時点では弁護士会、司法書士会、理容師会の会員が参加し、医療者との連携を深化・継続している。

3. 紹介システムと記録の共有

かかりつけ医から精神科医への紹介の仕組みは、紹介状がベースとなっている。かかりつけ医は、紹介を精神科医療機関へ電話をして予約をするとともに、紹介状を FAX で送信する。紹介され精神科を受診した患者の診断は、匿名化の手続きを経た上で保健所に報告している。平均連携件数は、1カ月平均 94.4 件(2014 年度)で、久留米市では人口万対月3 程度が紹介されていることになる。

4. コーディネート機能

久留米モデルでは、紹介先となる精神科病院の精神保健福祉士(PSW)が、うつ病連携システム推進役として機能している。推進員は、月1回の会合を持ち、情報交換を行っている。推進員は、地域における全 425 医療機関を担当し、医療機関を訪問しながら、ネットワーク事業の内容を周知するとともに、紹介された患者背景の確認をする。

2014年度からは、推進員が紹介事例に対する 3 か月後の紹介後調査を行っている。調査内容は、実際に紹介先の医療機関に受療したかどうか、かかりつけ医が紹介したが精神科を受診していない未受診患者の状況および精神科受診者の半年後の転帰である。

5.救命救急センター搬送者の転帰の検討

久留米大学病院では、以上のネットワーク会議と並行して、自殺未遂で久留米大学病院救命救急センターに搬送された患者の転帰の検討を進めていた。2013年度からは検討が定期的に進められている。すなわち、搬送時の精神科かかりつけ医の有無(ある場合の入院前診断)、自殺企図歴、転帰(転院・フォローアップ先)である。

5.アウトカムとインパクト

本事業で紹介された患者の転帰は調査中であった。ただし、久留米市での自殺者数が、本事業を開始した時期には年間 80 名であったのが、徐々に低下しつつあり、2014 年は 56 名になっていた。この取り組みは、久留米市近郊の地域 8 医師会(八女市や大牟田市など)においても導入されつつあり、また宮崎県および沖縄県那覇市では、久留米うつ病ネットワークの方法を取り入れた活動が始まっている。

C-3.研究結果

医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージには、次に示す 3 つの要素を盛り込むことが考えられる。

1. 地域介入における主要介入要素

地域介入における自殺予防の効果は、厚生労働省が推進している戦略研究の成果として、発表されていた(Ono Y, et al., 2013)。本研究は、7 都府県におけるモデル地域で、自治体も参画して住民に対する介入を行い、自殺低減効果を検証した研究である。

サブ解析において、介入により、男性および高齢者における自殺率の低下が確認された。本研究で行われた介入の要素は表 1 の通りである。

表 1. 地域介入での主要介入要素 *

地域のリーダーの関与
教育・啓発プログラム
ゲートキーパー訓練
ハイリスク者支援

*Ono Y, et al. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. PLoS One 8: e74902, 2013.

2. 救急医療現場における主要介入要素

戦略研究では、地域介入研究と並行して、救急医療現場におけるハイリスクアプローチとして、自殺企図者へのケースマネジメントの効果を検証する研究が実施された。本研究も、厚生労働省が推進している戦略研究の成果として発表されていた(Kawanishi C et al., 2014)。本介入では、自殺企図後、6ヶ月以内の再企図割合を有意に減少させていた。本研究で行われた介入の要素は表 2 の通りである。

表 2. ケースマネジメントの要素 * *

定期的なコンタクト
治療状況と治療アドヒアランスに悪影響を及ぼす社会的問題の確認
精神科の治療継続の勧奨
精神科医とかかりつけ医への受診調整
精神科中断者への再受診勧奨
本人の個別ニーズに対応する社会サービスへの紹介

**Kawanishi C, et al. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry* 1: 193-201, 2014.

3. 人的資源の限られた救急職員への研修

多くの1次救急や2次救急では、ケースマネジメントを担う職員の配置は困難で、日常の救急医療における支援技術が求められている。エビデンスレベルの確認が今後必要であるが、戦略研究で検証されたケースマネジメントにつなぐ初期対応として、必要であると考えられた。本研修プログラムは、Psychiatric Evaluation in Emergency Care (PEEC)と呼ばれる研修プログラムである。救急医療場面での自殺未遂者への初期診療に関する研修パッケージであり、日本臨床救急医学会が関連学会の協力で開発し、現在は総合病院精神医学会との合同プロジェクトとして進められていた。

平成28年度(開催月日)は、第19回日本臨床救急医学会総会・学術集会PEEC公開コース(5/13)、平成28年度第1回昭和大学PEECコース(6/11)と第3回大分PEECコース(7/9)、第1回札幌PEECコース(9/17)、第2回関西PEECコース(10/29)、第12回熊本PEECコース(11/6)、日本総合病院精神医学会(11/26)、第1回長崎PEECコース(12/3)、第8回横浜市大PEECコース(12/4)、第2回静岡県中部PEECコース(12/11)、第5回沖縄PEECコース12/18)と、12月までに11回開催されていた。

URL: <http://jsem.umin.ac.jp/training/peec.html>

3. かかりつけ医との精神科医療との連携強化

かかりつけ医と精神科医療との連携強化のモデルとして、久留米市が久留米大学神経精神医学講座の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」を2010年からかかりつけ医と精神科医療機関との「うつ病ネットワーク」を構築してきた。主な実施内容は表3の通りである。

表3. うつ病治療医療連携による自殺対策要素

年6回のうつ病ネットワーク会議および2回の研修会の開催
かかりつけ医がうつ病等を疑われる患者を精神科医療機関へ紹介
コーディネーター機能を持つ精神科病院精神保健福祉士による精神科医療への受療確認

参考資料:平成27年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)報告書(主任研究者:本橋豊)

D-1. 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、①多大な犠牲を強いる自殺は予防可能、②自殺手段へのアクセス制限は効果的、③ヘルスケアサービスへの自殺予防の組み込み、④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、ゲートキーパー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

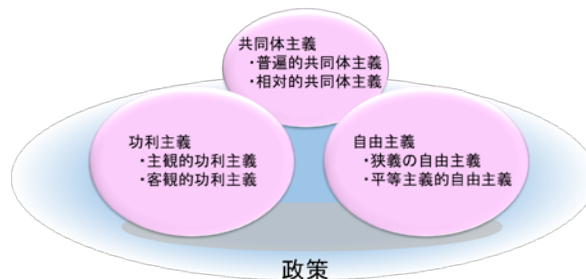
1. 医療におけるゲートキーパー機能の強化
2. 退院後等のフォローアップ
3. 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア

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する。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う。

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)であるとする。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。

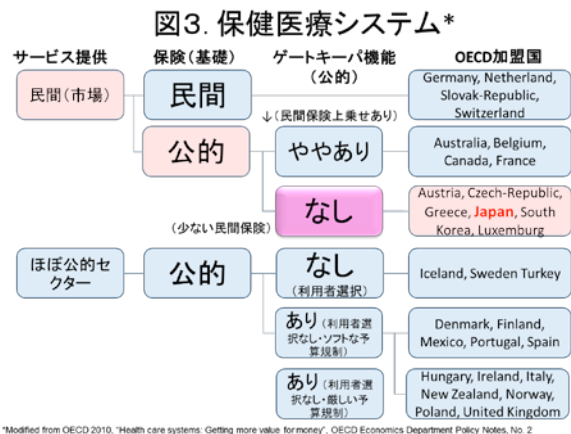
3) 日本の医療制度の特徴からの考察

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。

「ゲートキーパー機能の強化」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も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)公的ゲートキーパー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

ゲートキーパー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ふ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。



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

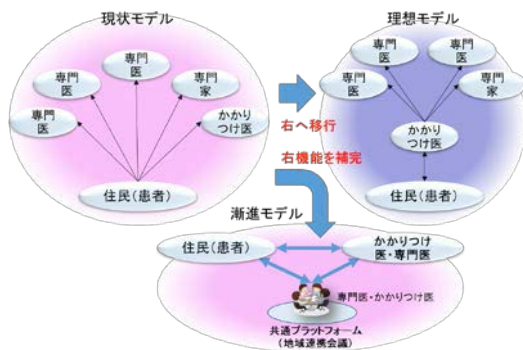
イマリケア(OECD)へ統合するという考え方は、対象者が身体疾患とメンタルヘルスの問題を合併・併存する場合が多いことを意味する。

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を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



D-2. 考察

1. 久留米市での取り組みの特徴

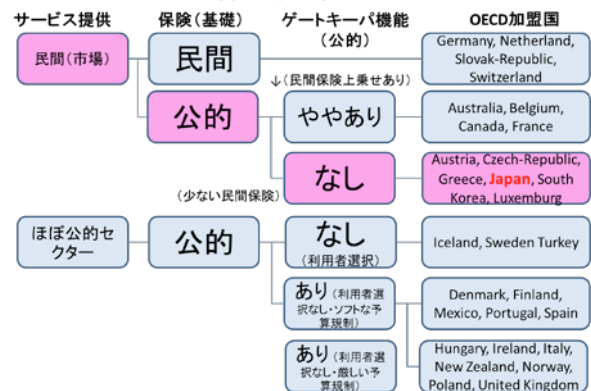
久留米市では、久留米大学病院の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」が構造化され、地域のかかりつけ医および精神科医療機関と合同で継続的に進められていた。久留米市での活動

の特徴は、(1)地域の多くの医療機関の協力によって進められていること、(2)フォローアップが丁寧にされていること、(3)アウトカムを意識した活動がされていること、に集約できると考えられる。

3. 地域の多くの医療機関の協力

日本の医療制度は、自由開業制度により、地域住民はどの医療機関への受療も可能となっている。これは医療機関の選択の自由を担保されているというプラスと同時に、外来患者の治療継続を促す仕組み(医療におけるゲートキーパー機能)が脆弱なことを意味する。OECDでは2010年に保健医療システムの特徴を分類図1)し、保健医療領域において公的なゲートキーパー機能が希薄なグループとして日本を分類している。さらに2014年には日本の医療制度へ「より強力なプライマリケアの開発」の必要性の勧告を行っている。

図1. 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

しかし、フリーアクセス制度下で、地域の医療機関でゆるやかにゲートキーパー機能を強化するためには、地域における医療機関の協力が不可欠であるという課題がある。一般に、民間医療機関は、他の医療機関での活動には関心は希薄であるため、複数の医療機関が協力した活動は困難であることが多

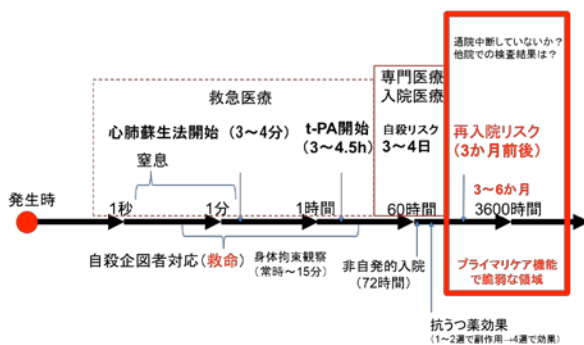
い。久留米市では、3次救急を担う久留米大学病院が中心となることにより、複数の医療機関で定期的な地域連携会議を実現させている。ゆるやかではあるが、かかりつけ医療機関(一次医療)、精神科医療機関(二次医療)、久留米大学病院(三次医療)という階層化を構築していることになる。

4. フォローアップ

地域連携会議において、対象者を、6か月以上フォローアップしていることも、ゲートキーパー機能をさらに強化していると考えられる。ゲートキーパー機能で求められるのは、日本の医療制度で数日から数か月における医療継続の有無を確認するフォローアップである(図2参照)。紹介患者が実際に紹介先の医療機関に受診しているか、救命救急センターに搬送された自殺企図者がその後医療機関への受療を継続しているか、などを地域で確認することは稀である。

久留米市では、この機能を定期的な地域連携会議でゆるやかに確認をしていることは、第2の特徴である。

図2. 「時間」からみて強化が必要な機能



5. アウトカム

久留米市の取り組みに第3の特徴は、久米市での自殺者数の確認をしていることである。かかりつけ医と精神科医療との連携が、地域の自殺者数の

減少に寄与しているかどうかを確認するという努力は、自治体でのプログラム評価には必要なモデル的な姿勢であると考えられる。

D-3. 考察

本報告では、医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを、我が国で創出されたエビデンスから集約した。

その結果、政策パッケージの基本的な要素は、地域介入での主要介入をベースに、表4の通りまとめることができる。

表 4. 政策パッケージの基本要素

	対象者	根拠・事例
地域リーダー関与	地方自治体	戦略研究(地域)
啓発プログラム	住民	戦略研究(地域)
ゲートキーパー訓練	ゲートキーパー	戦略研究(地域)・PEEC・久留米モデル
ハイリスク者支援	自殺企図者等	戦略研究(地域・再企図予防)

PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Care

なお、今回参照した事例は、あくまで例示であり、その也の事例も今後集約していき、エビデンスレベルを高めていくことが望まれる。

E-1. 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。

E-2. 結論

福岡県久留米市において、久留米大学病院との連携が進められてきたかかりつけ医と精神科医療との連携は、地域の複数の医療機関の協力により、フォローアップを強化し、地域での自殺者数減少を確認しつつ進められていることが明らかになった。

以上を簡略化したものを図3 に示す。この取り組みは、他県においても参考にされており、地域における自殺予防プログラムのモデルとなりつつある。本プログラムは、アウトカムとの連動をめざす取り組みとして、これからの社会保障制度のひとつのモデルを示している。

E-3. 結論

医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを、我が国で創出されたエビデンスから集約した。その結果、政策パッケージの基本的な要素には、(1)地域リーダー関与、(2)地域住民への啓発プログラム、(3)ゲートキーパー訓練、(4)ハイリスク者支援があることが明らかになった。

F.健康危険情報 報告すべき健康危険情報は無い。

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

1. 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〕).
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
2. 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).
http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
3. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. WHO, 2013.
http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
4. 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.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Making mental health count, 2014.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Reviews of Health Care Quality: JAPAN, 2014.
<http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/presentation-day1.html>.
7. 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)
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2., 2010.
<http://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>.
9. OECD 2010, "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、生き延びたかったとしても、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
 - ステイグマと闘い
 - 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。

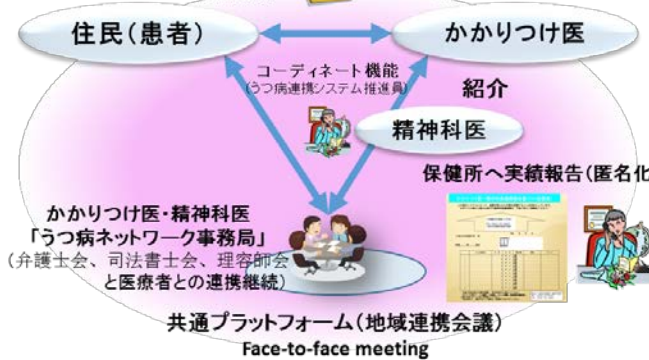
図3. 地域包括医療モデル:福岡県久留米市(人口約30万人)*

開始:2010年:うつ病ネットワーク

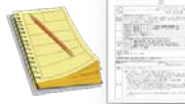
経緯:内村直尚教授(久留米大学)

3枚つづり紹介状(予約・FAX)
未受療者把握(精神→保健所)

計画・記録共有(患者手帳)
Shared plan and documentation



紹介状



【計画・記録共有(患者手帳等)】

- ・紹介状(3枚)とその共有システム(2010年～)
- ・電話予約をして紹介状をFAXで送る
- ・未受療者を把握

【コーディネート機能(3か月モデル運用)】

- ・うつ病連携システム推進員(精神科病院PSW)
- ・全425医療機関を担当・訪問・周知・患者背景収集
- ・2012年:連携システム推進員調査(3か月調査)
- ・半年後に前年の治療転帰調査・報告共有
(匿名番号による精神科医療機関への照会)

【2013.12～2014.11の1,116事例転帰】

- ・軽快・治癒479(42.9%)
- ・普通363(32.5%)
- ・悪化23(2.1%) 不明171(15.3%)
- ・死亡12(1.1%)、うち4名自殺(未受診は1名)
- ・未記入56(5.0%) 追跡不能12(1.1%)



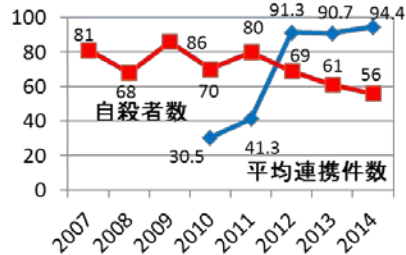
【地域連携会議】

- ・2010年:うつ病ネットワーク会議(年6回)
- ・2011年:かかりつけ医・精神科医合同研修会(年2回)
- ・久留米大学救命救急センター搬送未遂者の経過共有

※【対象規模概数】

- ・人口万対年3名(かかりつけ医→精神科医紹介)

アウトカム:地域における自殺者数減少 (精神科未受診紹介患者・受診者の半年後転帰を調査中)



【3か月間調査】
追跡可能連携事例149例
未受療者5名(3.4%)
うち4名はかかりつけ医で
うつ病治療

インパクト(他地域)

- ・宮崎県
- ・沖縄県那覇市

資料提供:内村直尚教授(久留米大学)