

自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言
(最終案)

平成24年4月20日, Version 3.0

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
自殺予防総合対策センター
自殺総合対策大綱改正の提言に向けてのワーキンググループ

目次

はじめに

要約

大綱のあり方

1 大綱見直しの必要性

- (ア) 大綱における地方公共団体等の役割を明記する
- (イ) 自殺対策の研究成果の活用を促す
- (ウ) 総合的・包括的視点の必要性を踏まえ、重要な取組に焦点を当てる
- (エ) メンタルヘルスの問題が国民的課題であるという認識を示す
- (オ) 対策のモニタリングを自殺既遂以外の指標で可能とする
- (カ) 国際協力について言及する

2 より効果的なものにする大綱の戦略

- (ア) 大綱の適応範囲を明確にする
- (イ) 取組の背景となる科学的根拠を示す
- (ウ) 全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入の記載を設ける
- (エ) 活動計画を立て、モニタリングを行うことを推奨する

自殺対策の各領域と望まれる取組

- (ア) 自殺防止に直接関わる（自殺行動の直前・直後に関わる）専門領域
- (イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域
- (ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域
- (エ) 広く社会の協力を得る領域
- (オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価
- (カ) 調査研究の推進
- (キ) 体制構築

別添1（作成手順）

別添2（各学会から提出いただいた提案）

はじめに

自殺対策基本法の制定後、平成 19 年 6 月に自殺総合対策大綱（以下、大綱）が閣議決定され、各地に自殺対策が普及していきました。大綱には「大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね 5 年を目途に見直しを行う」と記述されており、昨年の 3 月には、政府の自殺総合対策会議において、平成 23 年から見直しに向けた検討に着手すること、平成 24 年春を目途に、新しい大綱案の作成を行うことが決定されました。

さて、わが国は第二次世界大戦後に 3 回の自殺の急増期を経ています。自殺予防の取組は「日本いのちの電話連盟」等の自殺対策に熱意をもった民間団体に依存してきたのが実状でした。しかし、自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）に基づき、平成 19 年 6 月に大綱が閣議決定された前後からは、各地で様々な対策が行われるようになり、活動の経験を通じて、また調査・研究を通じて、自殺対策の発展に役立つ多くの知見が蓄積されてきました。これらの知見の活用は、より効果的で安全な自殺対策の普及に役立ちます。

そこで、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センターでは、自殺総合対策大綱改正の提言に向けてのワーキンググループ（以下、ワーキンググループと記述）を立ち上げ、自殺対策に関連する学会から、これまでの活動の経験、調査・研究を通じて集積してきた知見に基づく提案を収集し、自殺予防総合対策センターの研究成果とあわせて、大綱見直しに向けての提言を行うこととしました。

この提言は、要旨、大綱のあり方、自殺対策の各領域と望まれる取組から構成され、このうち自殺対策の各領域と望まれる取組は、自殺対策に関連する学会構成の提案をもとにまとめたものです。

ここに述べたことは、自殺対策全体の広がりから見ると部分的かもしれませんが。実際を取組を行ううえでは、それにかかる費用や、地域の実状も含めて、総合的に判断する必要があります。さらに地域住民の理解や合意も必要です。また、自殺対策に関する科学的根拠も、妥当性の高いものからそれほど高くないものまでの様々なレベルが混在します。残念ながら、自殺を高い信頼性で予防できる知見は、いまだに世界にもわが国にも存在しませんが、予防できる可能性が示唆されているものがあります。また、自殺の危険因子、保護因子についての知見は既に報告されており、これらの要因に働きかける活動の中には高い信頼性で根拠が示されているものがあります。このように科学的根拠にも限界はありますが、効果があり、副作用が少なく、実施可能性の高い自殺対策活動を計画・実施するためには、科学的知見は役立つと考えます。

以上の限界を踏まえつつも、この提言が、わが国の自殺対策の中長期的な発展に重要なものであることを確信しております。

この提言が自殺対策の発展のために役立てられることを祈念します。

要約

自殺総合対策大綱（以下、大綱）は、自殺の問題の深刻さを社会に訴え、社会の関心を高めることに大きく貢献してきました。そして大綱に示された当面の重点施策などを参考に、各地で様々な自殺対策が取り組まれるようになりました。このように大綱は、自殺対策に取り組むことの必要性を広く社会に知らせるという大きな役割を果たしてきました。この成果をもとに、わが国の自殺対策をさらに発展させていくため、自殺対策の関連学会と自殺予防総合対策センターでは、これまでの活動の経験と調査・研究を通じて得た知見をもとに大綱見直しの提案をまとめました。その概要は次の6項目にまとめられます。

1. 大綱に述べられていることのうち、国の取り組むこと、地方公共団体の取り組むことなど、その適応範囲を明確にすること。特に地方公共団体が自殺対策に取り組む場合は、地域の優先課題に重点を置くことを奨励することを明記する。
2. 自殺対策の効果をあげるには、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人など、自殺行動のリスクが高い個人）の3つの対策を、国、地域、個人レベル等で効果的に組み合わせ、自殺の危険因子を減少させ、自殺の保護因子を増加させ、その結果として自殺を減少させていくことが必要との考え方を述べる。特に今後は、選択的予防介入、個別的予防介入を強化する必要があることを明記する。
3. 現場の取組がよりよく進められるよう、自殺対策の関連学会、自殺予防総合対策センター等における活動の経験と調査・研究を通じて得た知見の活用を支援する考え方を示す。また、現場の取組を支援できる科学的知見の収集がさらに進むよう、また、モデル的な取組や国際交流が進むよう、研究基盤の強化を明記する。
4. 大綱の重視している「社会的要因」については、自殺の危険の高い人たちは、孤立し、かつ様々な社会サービスをうまく利用できない状態にあること、メンタルヘルスの問題を抱えている人が多いことを踏まえて、具体的かつ焦点を当てた対策を重視する考え方を示す。
5. ほとんどの自殺の背景にはメンタルヘルスの問題があり、国際的にも、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整が必要であるという認識が示されていることを踏まえて、共生社会を実現するための国家的課題であるという認識を示す。
6. 地方公共団体に活動計画と活動のモニタリング計画を立てることを推奨する。また、自殺対策のモニタリング指標として、現在の自殺既遂に加えて、自殺未遂者のサポートや、自殺の危険因子を多くかかえた人たちを見守るサービスの利用の強化を指標とすることによって、地域における自殺対策の浸透を図る。
7. 自殺対策の取組を、(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域、(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域、(ウ)

精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域、(エ) 広く社会の協力を得る領域、(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価、(カ) 調査研究の推進、(キ) 体制構築、の7つに区分して検討することは、地方公共団体等における自殺対策の推進に役立つ可能性がある。

わが国の自殺対策の発展において、メンタルヘルスの問題への取組と連携した社会的支援は必須であるとの認識のもと、この提言と、そのもとになった自殺対策に関連する学会の提案が積極的に活用されることを祈念します。

大綱のあり方

1 大綱見直しの必要性

平成19年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）には「大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね5年を目途に見直しを行う」と記述されています。これを受けて、大綱見直しの作業が始まっています。

はじめに、この提言において、大綱の見直しを提案する根拠を述べます。

(ア) 大綱における地方公共団体等の役割を明記する

大綱は「自殺対策基本法に基づき政府が推進すべき政策の指針」に位置づけられています。その一方で国民全体へのメッセージが含まれており、活用する人の立場によっては大綱の位置づけがわかりづらくなっています。例えば、基本的な考え方の中に「国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む」と謳われていますが、国民がどのような役割を担うかという具体的な記述はありません。また地方公共団体については、当面の重点施策の中に「本大綱を踏まえて、地方の実情に応じた施策を設定する必要がある」と述べられていますが、9本の柱、50の取組のうちのどれに重点を置くかは、それぞれの地方公共団体に委ねられています。大綱見直しにおいては、地方公共団体が自殺対策に取り組む場合は、各地域のニーズを十分に検討した上で、限られた予算や人的資源を有効に活用するよう、優先して実施すべき対策に重点を置くことを奨励することを明記すべきです。またメンタルヘルスの問題と様々な社会的要因の両方を抱えた者が自殺のハイリスク者であることを踏まえ、メンタルヘルスにおける取組と社会的支援の連携が進むよう、関係省庁間の調整を行うことも明記されてよいと思います。

(イ) 自殺対策の研究成果の活用を促す

現在の大綱は、「自殺総合対策のあり方検討会」（以下、「あり方検討会」）における議論をもとにまとめられた「総合的な自殺対策の促進に関する提言」をもとにしています。「あり方検討会」においては様々な議論が行われているものの、提言の根拠についての記載は提言の中に含まれておりません。さらにこの提言をもとに大綱が作成されていますが、その過程において修正された理由は示されておりません。より多くの国民の納得を得て自殺対策を進めるには、その背景となる科学的根拠を示し、現場の取組がよりよく進められるよう支援することが望まれます。このため、自殺対策の関連学会、自殺予防総合対策センター等における活動の経験と調査・研究を通じて得た知見の活用を支援することが望まれます。また、現場の取組を支援できる科学的知見の収集がさらに進むよう、また、モデル的な取組が進むよう、研究基盤の強化が望まれます。

(ウ) 総合的・包括的視点の必要性を踏まえ、重要な取組に焦点を当てる

大綱の基本的な考え方において「社会的要因も踏まえ総合的に取り組む」と述べられているように、大綱は総合的・包括的な理念を謳うことにより、自殺対策を社会全体で総合的に推進する道を切り開きました。しかし、自殺対策をより実りあるものとするためには、

効果的で安全な対策に焦点を当てるための「戦略」が必要です。特に重要な取組に焦点を当て、そこに十分な財源と人的資源を配分する考え方を示す必要があります。現在の大綱で重視されている「社会的要因」については、自殺の危険の高い人たちは、孤立し、かつ様々な社会サービスをうまく利用できない状態にあること、メンタルヘルスの問題を抱えている人が多いことを踏まえて、具体的かつ焦点を当てた対策を重視する考え方を示すことが必要です。

(エ) メンタルヘルスの問題が国民的課題であるという認識を示す

様々な要因が自殺と関連することが明らかにされていますが、その中でも自殺との関連が強く、しかも対策が可能な領域としては、精神疾患などのメンタルヘルスの問題が挙げられます。メンタルヘルスの問題を抱えた者への支援については、国際的にも国内においても、多くの実施可能な活動が開発されています。また、国際連合と世界保健機関は、メンタルヘルスの問題が国際的な課題であり、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整が必要であると述べています。自殺の背景にあるメンタルヘルスの問題については、共生社会を実現するための国家的で重要な課題であるという認識を持ち、社会全体で取り組む課題にしていくことが望まれます。

(オ) 対策のモニタリングを自殺既遂以外の指標で実施可能とする

わが国の自殺の実態を把握するための指標として、人口動態統計と警察庁の自殺の概要資料が用いられています。しかしこれらの自殺死亡の統計は、地域において自殺対策のモニタリングや評価を行うには適さない場合があります。わが国の自殺死亡率（人口10万人あたりの年間の自殺者数）は20-25程度です。人口10万人で年間の自殺者数が25人の地域を想定するならば、自殺死亡率20%の減少は、年間の自殺者において5人減少することになります。しかし、自殺死亡者数は偶然変動により毎年増減を繰り返しており、人口10万人に数人程度の変化は、この偶然変動の中に埋もれてしまうのです。このように自殺対策の効果の指標として自殺死亡率、自殺死亡者数を使用することがいつも適切というわけではありません。地方公共団体において様々な自殺対策が実施され始めたこの5年を考慮すると、今後は自殺予防活動のモニタリング指標としては、自殺未遂または自殺の危険性の高い人たちへの支援の把握も重要です。

(カ) 国際交流について言及すること

日本が抱える自殺の問題とその背景には、他の多くの国々、特に経済成長と社会構造の変化が急速に進む東アジア諸国と共有する課題が多くあります。わが国の自殺対策の経験とそこから得られた知見を、他の国々と共有して検討することは、わが国の自殺対策の発展に役立つとともに、諸外国における自殺対策の発展にも寄与することになります。

2 より効果的なものにする大綱の戦略

自殺対策の効果をあげるには、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々）、個別的予

防介入（過去に自殺未遂をした人など、自殺行動のリスクが高い個人）の3つの対策を、国、地域、個人レベル等で効果的に組み合わせ、自殺の危険因子を減少させ、自殺の保護因子を増加させ、その結果として自殺を減少させていくことが必要になります。

また、自殺対策の効果をあげるには、有効性、実施可能性、実施にかかる資源、現在の準備状況を踏まえ、優先度を決定する必要があります。すなわち、活動の対象を絞り、必要な活動に焦点を当て、そこに適切にかつ十分に財源および人的資源を配分することを促す必要があります。

その戦略を大綱見直しの必要性に述べたことと重ね合わせると、次の4点になります。

(ア) 大綱の適応範囲を明確にする

国が主導で事業を実施すべき項目と、地方公共団体が地域の実情を考慮して実施すべき項目をわかりやすくするとともに、連携の必要な領域を明確にすることによって、地方公共団体がそれぞれの地域のニーズを十分に検討した上で、重要な取組に焦点を当て、そこに資源（予算・人材）を集中することができるようになります。

(イ) 取組の背景となる科学的根拠を示した資料を活用する

国民と社会が事業実施の理由を理解しやすくなり、自殺対策への支援が高まることが期待されます。また、効果の乏しい事業や、自殺のハイリスク者に安全ではない事業を実施する危険が少なくなります。例えば、今回、学術団体の協力を得て収集した知見は、地方公共団体が事業の優先度を判断するときに役立つものです。特に、学術団体から収集された知見と照合できない事業を実施する場合には、事業の計画段階において、モニタリングと評価の仕組みを組み込むことが促されます。

(ウ) 全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入の記載を設ける

大綱の中に、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人など、自殺行動のリスクが高い個人）の分類を示すことによって、優先して実施すべき活動がわかりやすくなります。例えば、現在の大綱に示されている「社会的要因」については、社会的要因を抱えた者の中でもメンタルヘルスの問題を抱えた者の自殺のリスクが特に高いことを踏まえて対策を組み立てることが必要ですが、その対策を、具体的かつ焦点を当てた、より効果的なものにするのを促すことができます。

(エ) 活動計画を立て、モニタリングを行うことを推奨する

活動計画を立てることで、それを実施するために必要となる期間・事業費・人材を明らかにすることができます。また、事業プロセスをモニタリングするための方法について記述しておくことが望まれます。そのためにも、自殺死亡以外の指標、自殺未遂や、孤立した人たちを見守るサービスの利用実態を指標化できるよう、国レベルでも取り組むことが期待されます。

自殺対策のモニタリング指標として、現在の自殺既遂に加えて、自殺未遂者のサポートや、自殺の危険因子を多くかかえた人たちを見守るサービスの利用の強化を指標とするこ

とによって、地域における自殺対策の浸透を図ることができます。

自殺対策の各領域と望まれる取組

大綱見直しにおいて、個別の取組が、どの職種、どの活動領域の取組であるかを明確にすることは、その実施可能性を高めることに役立ちます。この提言では、自殺対策の関連学会からの提案をもとに、(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域、(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域、(ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域、(エ) 広く社会の協力を得る領域、(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価、(カ) 調査研究の推進、(キ) 体制構築、の7つの区分を設けました。

なお、「自殺予防」と「自殺防止」の定義や意味の違いは、最終的な結論の得られた定義ではないことをあらかじめご了承ください。

自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門職とは、様々な問題や精神疾患のために追い詰められて既に希死念慮を持つ人達が実際に自殺を企図せずにはすむように関わる専門職を、ここでは意味しています。

自殺の背景にある問題に関わる専門領域とは、自殺の直接的な背景にある精神保健上の問題に関わる職種や領域、および、自殺の直接的な背景にあるメンタルヘルスの問題と関連する問題（母子保健、介護の問題、身体的健康上の問題、地域保健、法律上の問題、家族の問題、住居の問題、就業上の問題、収入の問題、教育上の問題等を含む、精神保健上の問題を生じた人々が直面する問題を意味する）と関わる職種や領域を意味します。

広く社会の協力を得る領域は、地域住民や家族、個々人を意味します。

個別の提案やその背景となる科学的根拠、現在の政策との関連については、各学会からの提案をご参照ください。

以下は、各学会から提出された提案を列記し、重複するもの、類似の内容のものをワーキンググループでまとめたものです。

(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域

i) 自殺防止を目的の一つとした相談支援の充実

- 研究や検証の難しい領域ではあるが、電話やインターネットなどのメディアを利用した自殺への危機介入は世界的にも広がりを見せる自殺防止（予防）法である。電話による自殺防止（予防）を目的とした相談支援の充実に加え、インターネットを活用した自殺防止（予防）を実施するためのモデルを確立し、有効性の検証を行う。
- 電話相談員に対する研修を充実させる等、これら事業を実施している団体に対する支援を図る。

ii) 自殺未遂者に対する支援の充実

精神科救急、一般救急：

- 自殺未遂および企図者に標準的な治療を実施した場合の診療報酬の改訂や算定基準を検討し、より自殺企図者の受け入れ及び治療を促進する。三次救急医療機関だけでなく、一次、二次救急医療機関、精神保健指定医のいない医療機関であっても自殺企図の初期評価と精神科への紹介等適切な対応がとられれば、診療報酬を割り当てるか、増額する。
- 自殺の複雑な背景や合併する精神疾患、多様な身体的障害への対応には繊細かつ幅広い医療資源を要するため、十分なケアが不可能として受け入れを拒否せざるを得ない医療機関もある。これを改善するため、自殺企図患者を一定数受け入れている総合病院、救命救急センターにおいて精神科医または精神保健福祉士、心理士等の配置へ予算を講じる。
- 救急部門に勤務するスタッフへの自殺未遂者ケア研修の実施と、受講によるインセンティブを付加する。
- 精神科医療従事者に救命救急センターでの研修を義務付けるとともに、精神保健福祉士、心理士への自殺未遂者ケア研修を確立し、受講を義務付ける。
- 自殺企図のために救急搬送された患者のその後のケアを充実させるため、精神疾患に関するかかりつけの精神科開業医が実施する標準的な対応法を確立し、研修及び勉強会を実施するとともに、その対応法の評価を実施する。
- 消防法により「傷病者の搬送・受け入れ実施基準の策定、公表」が都道府県に義務付けられているが、精神疾患に関する内容を掲載したのは26都道府県のみであった。また、厚生労働省による「精神科救急医療体制整備事業」において心身複合ケースへの対応体制として「身体合併症救急医療確保事業」が設けられているが、本事業を実施しているのはわずか2都道府県（2施設）のみであった。これら制度や事業を積極的に活用し、または新たな制度を制定し、自殺未遂者の円滑な救急受け入れに対する効果を検証する。
- 自殺未遂者の円滑な救急受け入れのために、精神科救急情報センターを整備し、その機能を強化し、その評価体制を確立する。精神疾患患者や自殺未遂者がスムーズに精神医療につながるネットワークを構築するため、精神科以外の科からの患者を受け入れる地域での精神科「拠点病院」を作る。
- 精神科救急領域における身体医学的サポート体制の充実、及び一般救急領域における精神医学的及び心理・社会的介入体制の充実を図る。
- 「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」による一般救急医療領域における自殺未遂者への対応の手引き等を元にしたガイドラインの活用を図るため、研修等を実施するための体制を確立するとともにガイドライン等の更新を行うための調査研究を実施する。
- 現在進行中の大規模研究の結果に基づき、十分な人材、予算を配置し、一般救急場面における自殺未遂者に対する適切で継続的な支援の提供を可能とす

る。

- 精神科救急医療施設におけるチーム医療の充実と、同医療圏域における地域包括的ケアサービスの充実を図ることを目的として、精神科救急医療施設における自殺未遂者のケースマネジメント効果を検証するとともに、圏域における包括的ケアサービス体制や資源の整備を行う。精神科救急、一般救急医療、精神科医療、その他の支援機関との連携を積極的に評価する診療報酬体系を整備する。
- 自殺企図、未遂の実態の把握と医療の質管理を目的として、救急医療場面における縦断的な患者動向、アウトカム調査・研究を実施し、医療政策に反映させる。

iii) 自殺多発地域や頻用される自殺手段に対する規制の検討

- 自殺手段（例えば、農薬、薬物、いわゆる自殺の名所、銃器等）へのアクセスを制限するために地域と十分な協議の上で具体的な措置を講じる。
- 自殺方法へのアクセスを制限することにより、その手法による自殺死亡率を低減させることが示されている。これに基づき、インターネット上の自殺方法関連情報を削除する、アクセスを制限するための技術の開発と法的な検討をすすめる。

(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域

i) 精神科医療

- 自殺にまで追い込まれた人に対する支援は、精神医学領域だけにとどまらず、心理・社会的に様々な複合的な問題に対して集約的な支援を必要とする。かかりつけ精神科医療サービスの提供を主としている場面では対応が困難であり、適切な支援を提供することが困難なことも予想される。前述の精神科救急や一般救急とは別に、自殺関連行動を呈する患者の治療を集約的に実施する施設（集約的自殺予防医療センター）を新たに設立する。このセンターでは、精神科的な診断や自殺の危険性の評価法の開発を進めると共に、精神科医療従事者に対する自殺予防研修を実施する体制を整える。

精神科医療全般：

- 質の高い精神科医療を実施可能とするために十分な予算措置を講じる。充実した精神科医療が実施できるよう診療報酬制度を改定する。障害者基本法は精神保健福祉法を背景とした施策が進められてきたが、医療機関は地域的にも偏在しており、社会参加を促進するためのリハビリテーション施設も量的に不足しており、必要な人が必要なだけ利用できる状況にない。適切な精神

医療が受療されやすい体制づくりが必要であり、長期的視点からも地域ケアを含めた精神医療の質、量の充実を図る、診療報酬制度を充実させる。この問題を解消するためにも、DALY（Disability-adjusted Life Year 障害調整生命年）を指標として精神保健医療福祉に適切な予算・資源を決定する。

- 地域医療計画において、誰もが経済的にも心理的にも偏見を超えて精神科を受診できる切れ目のない医療供給体制を確立し、自殺予防及び自死遺族へのケアを含めた精神保健福祉を充実させるための医療ができる抜本的な予算措置を講じる。
- 内閣府及び各地方公共団体では、自殺のサインを様々な場面で発見し、適切な相談窓口につなげることを目指す、いわゆるゲートキーパー研修が数多く行われてきた。しかし、養成されたゲートキーパーが自殺ハイリスク者を把握し、適切な相談機関につなぐことができたかどうかは検証されていない。また、本来、ゲートキーパーの役割は、身近な自殺ハイリスク者の発見と専門家の支援を受けながらの継続的な見守りであるはずであるが、各地域ではこの「最終的なつなぎ先」と「専門家による後方支援」が充実しているとは言いがたい。今後の自殺対策では、地域において自殺ハイリスク者の緊急時の受け皿となり、さらには地域で自殺ハイリスク者に日常的に関わる援助者を後方支援する機能を持つ精神科医療機関を充実させる必要がある。
- 一般救急医療、精神科救急、身体疾患の診療科、かかりつけ医、心療内科および精神科等の連携を強化するために、診療報酬の改訂等を実施する。
- 各医療場面における多職種連携を促進するために、心理士等の国家資格化に関して早急に検討する。
- 自殺関連行動への対応は、その背後に心理社会的な複雑な問題を抱え、さらに精神症状が重症の場合が多く、治療機関の負担が大きい。自殺関連行動に対して適切な対応を可能とするために、上述の集約的自殺予防医療センターの設立や精神科医療全般の充実に加えて、自殺関連行動への対応に関して診療報酬を加算する。心理社会的な複雑な問題に対応するために、総合病院や精神科病院だけでなく、精神科診療所においても、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士等との積極的な協働支援を実施可能とする体制を整備する。
- 自殺者の多くを占める気分障害（うつ病、双極性障害）、統合失調症、アルコール依存・乱用、パーソナリティ障害に関する生物学的な病因・病態解明を一層推し進め、これら精神疾患ならびに自殺の危険の高い症例を早期に発見するための生物学的指標を同定し、臨床応用への実現化を図る。具体的には、精神疾患の診断法・予防法・根本的治療法開発のための臨床研究を推進する（大規模ゲノム研究に向けたゲノムサンプル収集、大規模コホート研究及び臨床研究、高度な臨床試験の知識と経験を持つ治験責任医師及び Clinical

Research Coordinator (CRC) の育成、精神疾患ブレインバンク構想)。精神疾患の病態解明、新規治療法の開発、開発された治療法の大規模研究による検証、治療法の均てん化に関する研究に対する調査研究費を大胆に増額する。精神疾患研究に携わっている研究者の数の圧倒的な不足や、競争的資金の精神医学領域への研究費配分の少なさ（たとえば文部科学省科学研究費データベースによると、がんは 124.8 億円に比してうつ＋双極性障害 3.3 億円）等の問題を是正し、日本における生物学的精神医学研究の質的・量的な層の薄さを改善する。特に、1) 臨床研究を実施している大学医学部の精神医学講座、国立精神・神経医療研究センター、国立病院機構および大学付属病院精神科における研究活動支援、2) 向精神薬の臨床治験を行っている医療機関への人的支援、3) 精神疾患の病因・病態解明に関連する諸学会において研究を推進するための基盤づくり（たとえばブレインバンクを構築するなど）に対する活動支援、4) 倫理的配慮を持ちつつ臨床研究を実施し、多様な臨床精神医学的なエビデンスを発信することのできる人材を育成するための大学院教育の充実と大学院生への経済的支援を具体的に実施する。また、自殺行動と関連する神経生物学的背景の理解を推進しより適切な自殺予防対策を可能とするため、自殺された方の脳を保管し研究することについて、国民全体で議論していく。

- 一般住民や医療従事者に対する精神疾患に関する啓発は以前と比較して進展してきており、患者が薬物療法を受ける機会が増えたと思われる。しかし、適切な薬物療法が過不足無く行われているとは言いがたく、逆に不適切な治療が有害な場合もあるため、未だに十分な自殺予防効果として現れていないかもしれない。これらの問題をさらに克服するために、精神科医療、精神保健相談窓口担当者が薬物療法を適切に説明できるモデルを開発し、知識の普及、啓発を図る。
- 精神科医療従事者に対して精神科薬物療法に関する知識を安定的に供給する。
- 精神科医療従事者に対して、自殺予防技術の研修を実施する。

アルコール・薬物乱用・依存：

- アルコール・薬物依存・乱用に関連した自殺を予防するためには、まず医療機関による適切な治療が必要であるが、対応可能な医療機関が不足した状態にある。これは、依存症者が様々な不適応行動や問題行動を示すために治療機関の負担が大きく、それに比して診療報酬が低いためであろう。アルコール・薬物乱用・依存の治療法を開発し、開発された治療法を多くの医療施設で実施可能とするために、アルコール・薬物乱用・依存に対して質の高い治療を行う医療機関を増やすとともに、診療報酬の改訂や医療技術者を対象と

した研修等を実施する。

- アルコール・薬物乱用・依存の治療と連携して、家族に対する相談支援体制の整備、強化や、司法機関と連携した継続的な治療プログラムの提供、民間回復施設と連携した継続的な治療プログラムの提供体制を構築する。また、単身であったり、社会的に孤立しているといった、依存・乱用の背景にある問題に対応するため、通所・入所施設等の社会的サポート体制を含む回復環境を整備し、利用可能とする。
- アルコール・薬物乱用・依存と他の精神障害の併存は非常に高率であるため、これら障害に対する適切な治療・支援を精神科医療機関が可能とする体制を構築する。
- アルコール・薬物乱用・依存に関する実態調査を全国規模で実施する。
- アルコール・薬物乱用・依存やこれら障害との重複精神疾患等に対する治療法を開発する。
- 精神科医療や、地域精神保健の充実等の二次予防施策だけでなく、一次予防としてアルコールや薬物等を入手しにくくするなど対策が必要である。後述のように、教育、啓発を実施するとともにアルコール関連公告の規制や、酒造企業や国・地方公共団体との協調した活動が必要である。

パーソナリティ障害：

- パーソナリティ障害の自殺関連行動を減少させるエビデンスが確認された治療法を、積極的に導入していくために、海外で検証された治療法をもとに、わが国で効果的かつ現実的に実施できるよう修正し、モデル事業を実施し評価を行う。その際、単にパーソナリティ障害治療の専門医療機関を設置し、治療法の開発・評価を行うだけでなく、豪州の例にも見られるように、その専門機関が地域の困難事例の支援においてバックアップ機能を果たせるような支援枠組みを構築し、専門治療外での地域支援を組み合わせる方法を検討する。

摂食障害：

- 摂食障害は、自殺を含めその後の致死率が高いことが知られている。摂食障害の治療は難渋するケースが多く、外来でも入院でも人と時間がかかるため、平成 22 年度の医療費改訂で、摂食障害入院医療管理加算という点数が新設され、初めて保険点数からの支援が始まったが、摂食障害に対する、予防、相談窓口、専門医療機関、アフターケア、さらに、治療の専門家養成と新しい治療技術開発のためのセンター病院などの疾患への対策は遅れている。摂食障害の原因の一つである、行き過ぎたダイエットブームに対して警鐘を鳴ら

す機関や予防体制を構築するために、摂食障害の入院治療、外来診療への医療保険制度を改善し、摂食障害センター病院を創設するとともに精神保健福祉センター等の地域支援センターの機能の明確化と財政的支援を実施する。

気分障害（うつ病、双極性障害等）

- これまでの大綱に掲げられたうつ病に対する対策を更に拡充させる。
- 一定の効果が実証された科学的根拠に基づく気分障害に対する治療法は薬物療法のみでなく、認知行動療法、問題解決療法、対人解決療法等が開発されており、これらを集約的に実施できる環境の整備が急務である。これら治療を十分に受療可能とする精神科医療サービスの量を増やし、質を向上させる努力が必要となる。
- うつ病等により、新たに受診する患者を遅滞なく診療する体制の整備が必須である。
- 気分障害としてはうつ病だけでなく、その他の障害に対する適切な対応のための体制整備が必須である。双極性障害はその自殺リスクが極めて高いことが知られており、双極性障害の予後を改善し自殺を防止するためには、その啓発、診断への援助、診断後の支援の系統的な確立を進める。

適応障害：

- 救急医療場面に搬送された自殺に関する研究から、適応障害の診断の付く自殺未遂者が多いことが知られている。自殺の直接の原因となる精神障害の背景には、金銭問題、健康の問題、孤独の問題、職場の問題等様々な問題があり、そのために適応障害をきたし、自殺にまで追い込まれる例がある。一次予防としてこれらの問題への対応（後述）および学校教育等の場面における問題解決技法等の習得も重要であると共に、精神科医療場面において適応障害の背景にある問題に対して適切に対応できるよう、診療報酬等の体制を整え、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士等を配置・活用することが必要である。

統合失調症

- 気分障害の項目と同様に、統合失調症も自殺のリスクであるため、これまでに大綱に掲げられ実施されてきた施策を更に拡充させる。
- 自殺を含む予後の改善には、統合失調症の早期発見の方策として啓発や診断法の開発が必須となる。
- 我が国の高齢化している入院統合失調症患者の脱施設化を地域の受け皿のないまま進めると、自殺危険率の極めて高い群となり得ることに十分留意し、

統合失調症等の精神障害、特に高齢者の場合に対応できる人材を育成すると共に、緊急避難的に支援を提供する施設を地域支援の中に組み込む。これらを可能とする予算を割り振り、支援技術を習得した人材を配置する。

総合病院精神科：

- うつ病の初期症状は、ほとんどが身体症状を合併していることが多く、身体科を受診する患者の割合が多い。自殺の危険性の高い人を早期に治療に導入させるために、総合病院精神科の充実強化を図る。
- 救命救急センターを有する総合病院における精神科医の確保および精神科医がいない施設では他科医師・コメディカルが確実に自殺未遂者を精神医療につなぐための技術習得に向けた取組を行うとともに、救急医療の場で精神医療へのアクセスを確保する。救命救急センター専属精神科医、看護師、社会福祉士等を配置、増員できるように診療報酬で配慮する。
- がんに加え、他の身体疾患に対するコンサルテーション・リエゾン医療に対する診療報酬を制定する。がん患者や身体疾患を抱える精神疾患患者のケアについては、総合病院精神科が担っていることが多いため、総合病院精神科の診療体制を強化する。精神疾患を抱える患者の身体疾患治療や緩和ケアにおいても総合病院精神科がその役割を担っている。また、救急医療施設に搬送された自殺未遂者のケアも総合病院精神科が担うことが多い。この観点からも総合病院精神科の診療の強化・充実が重要である。
- 総合病院において、精神科医の配置だけでなく、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、薬剤師、心理士等の自殺予防に関する支援技術を習得した人材を養成し、その配置・活用の維持・充実を図る。

向精神薬の過量服薬

- （前述の精神科救急、一般救急、精神科医療において対応すべき項目にも該当するが）精神科等により処方された向精神薬を過量に服薬することによる自殺が救急場面において問題となっている。精神科による薬物療法の適正化のための研修や薬物療法以外の、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士等による心理社会的支援の提供体制を充実させ、適切な薬物療法の実施と薬物管理を可能とする体制の構築が必要である。
- 向精神薬の処方の多くが院外の調剤薬局で受け取られていることを考慮すると、調剤薬局に勤務する薬剤師が一定の役割を担える可能性が示唆される。薬剤師による向精神薬の過量服薬による自殺予防の効果を今後、検証していく。

ii) 地域精神保健

- 精神障害を抱えた生活困窮者に対する効果的な支援方法を開発するために、わが国の無職者の自殺の背景要因をさらに明確にしつつ、実践的な支援方法を開発、モニタリング、評価していく仕組みを構築する。
- 保健、福祉、司法、医療のネットワークを整備するとともに、精神疾患の自助グループや家族会、断酒会等との連携を図る。また、このような団体が自殺予防の重要な一翼を担っているという認識をネットワーク内で共有する。
- 地域精神保健・福祉体制を充実させ、アウトリーチを可能とする人材に対する予算措置、診療報酬の改訂を実施する。また、地域の保健師、地域精神保健を担う保健所保健師を増員し、地域精神保健の充実を図る。
- 精神疾患をもちながらも精神医療などのメンタルヘルスサポートを受けていない場合、精神疾患とまで診断はできないがメンタルヘルスが損なわれている場合、あるいはメンタルヘルスサポートを受けているが危機的な状況においてはサポートが受けにくい場合を対象として、住民が気軽に相談でき、危機的な状況においてすぐにサポートが受けられ、必要に応じてアウトリーチサービスを受けられる地域精神保健ネットワークを、行政・住民・専門家が共同で構築する。
- 精神保健上の問題を抱えているが支援を受けにくい状況にある場合にはアウトリーチによる支援の提供が必要となるが、人権の問題や個人情報保護の問題から、これらの対象者に支援を提供しにくい場合や、そもそもそのような支援を必要とする人が発見されにくいという問題がある。これらの問題を改善するためにも、関係諸法の整備等についての議論や整理が必要である。
- 精神保健上の問題に対して早期の受診や介入が困難な海外在留邦人のへの支援の枠組みについて検討していく必要がある。

iii) 心理士

- 心理士の国家資格に関する議論を解決し、自殺予防に資する質の高い人材を養成する。

iv) 様々な組織内における精神保健

- 学校、職域等は他で記述します。
- 刑務所に収容されている者は自傷行為や自殺企図の経験者が多く、刑務所収容により社会的な信頼や関係性を失っていることが少なくないことから、自殺リスクの高い一群である。したがって、法に則って定められた社会的責任を果たしてもらうためにも、またその後の人生において社会に貴重な貢献のできる人材を失わないためにも、自殺予防に取り組むことが重要である。

(ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域

i) 身体的健康上の問題、かかりつけ医療機関での対応

- 医学部教育、研修医教育に対する自殺リスクや精神疾患の評価と対策についての教育を充実させる。一般身体疾患患者の自殺ハイリスク群の背景の理解（うつ病等の気分障害やアルコール問題、パーソナリティ障害、摂食障害などとの関連等）や、コンサルテーション・リエゾン活動の中での精神科との連携を経験するなどのより実践的な教育を実施する必要性を明確化する。

身体疾患診療科：

- 慢性的な身体疾患や致死的ながん等は自殺のリスクや精神疾患の合併リスクを高める。身体疾患と関連する自殺を予防するために、身体疾患の診療科における自殺と関連する危険因子を明らかとするための調査研究を実施し、身体疾患の診療場面（身体科診療科、かかりつけ医療場面等）におけるうつ病等の気分障害、アルコール・薬物依存・乱用等の効果的なスクリーニングと対応法を開発する。これらを実施可能とするための予算を措置し、診療報酬を改訂し、研修・講習を実施する。
- がんに加え、他の身体疾患に対するコンサルテーション・リエゾン医療に対する診療報酬を制定する。
- 身体科診療科、かかりつけ医療従事者が適切に精神疾患・精神科治療を説明できるモデル・資材を開発する。
- 医療従事者と患者との良好な治療関係の構築、自殺予防に向けたコミュニケーションスキルの習得のための研修会を実施する。
- がん専門医、緩和ケア医、その他の身体疾患専門医、看護師の精神症状評価能力を向上させるための研修・教育を実施する。
- 看護師等が使用可能な自殺リスク評価法を開発し、その効果的な利用を促進させる。
- がん患者と患者の遺族の抑うつ状態を早期発見し専門医による適切な医療を提供するために、地域のがん診療拠点病院にがん患者の抑うつや遺族の心のケアに精通した精神腫瘍医を配置し、予算措置を講じる。また、医師のみでなく心理士、保健師、社会福祉士等の育成と配置に予算措置を講じる。がん以外の身体疾患についても同様の体制を構築する。そのために、現在不足しているがん医療や身体疾患治療に精通した精神保健の専門医（精神腫瘍医、精神科医、心療内科医）の育成のために、大学医学部に精神腫瘍学講座や必要な講座を設置する。

- うつ病を合併したがん患者における自殺の危険因子を明らかにし、自殺の予防、適切なケアの提供に関する研究を行う。また、がん等により家族を亡くした遺族のケアの在り方に関する研究を行う。
- （※がんに焦点を当てた記述が多くを占めるが、循環器疾患や糖尿病等のその他の疾患についても同様と考える。）

かかりつけ医療：

- かかりつけ医療場面において、うつ病等の気分障害、アルコール・薬物依存・乱用等の精神疾患や自殺リスクの評価を行い、必要に応じて適切な対処を行う。そのための研修方法開発と効果検証、整備と実施に必要な予算措置を講じる。その上で、研修等を通じて技術を習得した医師の診察に対して診察料の点数割増制度などを新設する。
- かかりつけ医療場面において精神疾患に対する薬物療法を適切に説明できるモデルを開発する。
- 医療者の養成課程においてうつ病等の気分障害、アルコール・薬物依存・乱用等の精神疾患や自殺に関する教育を実施するよう、カリキュラムの改定を検討し、実施のための人的支援と予算措置を講じる。
- 地域ネットワークの1つとして、かかりつけ医療と精神科医療の連携を強化するとともに、うつ病等の気分障害、アルコール・薬物依存・乱用等の精神疾患や自殺のリスクのある患者に適切に介入できる医療者、心理士、保健師、ソーシャルワーカーを育成し、配置する。
- 地域のネットワークとして、専門医に対してかかりつけ医等から精神疾患患者や自殺のハイリスク者を紹介する制度を制定し、診療報酬制度にも大胆に導入する。
- 心療内科領域の疾患における自殺リスクに関する臨床的検討や研究を推進するために予算を講じる。
- 自殺の背景要因になりうる運動器の障害や慢性疼痛が、身体的な問題以外にどのような社会的問題、心理的影響を引き起こすかに関する調査を行い、心理療法や学際的治療に対する診療加算など保険診療上の改善策を講じるとともに、慢性疼痛診療のためのセンターを全国各地に設置し、社会的支援システムの構築・整備を目指す。
- 慢性疼痛などの医療にも使用される麻薬系鎮痛薬（オピオイド）や向精神薬の乱用を防止するためのガイドライン作成等の対策を講じる。

ii) 地域保健

- アルコール・薬物乱用・依存の病態は多様であり、前述の医療機関の対応だ

けでは不十分である。アルコール・薬物乱用・依存症の自殺者の場合、社会的、家庭的な関係が破綻し、孤立を深め、経済的にも様々な障害のため困難な状況に陥っている。そのため、アルコール・薬物乱用・依存症の観点からも保健・福祉・司法・医療に加えて断酒会、AA、NA などの自助グループを含めた地域ネットワークの強化が必要である。

- 後期高齢者の増加とともに、単身、要介護、慢性疾患、精神障害、認知症、生活困窮などの複合リスクを抱え、社会的に排除され、孤立する傾向を持つ高齢者が増加することが予測される。特に、今後急速に高齢者人口が増大する大都市及びその周辺地域において、複合リスクを抱える高齢者の暮らしを支援する住民活動や NPO 等の民間団体の活動を行政や学術団体で支援する枠組みが必要となるため、これら活動を普及させるための取組が重要となる。
- 社会的包摂の理念のもとに、社会的に排除されがちな人々を包摂していくような総合的な政策の構築が求められる。具体的には、社会的に排除されがちな人々（例えば、非正規雇用労働者や母子家庭等）が、医療保険制度、雇用保険制度、生活保護制度等の社会保障制度を十分に活用できない現状を改善するため、制度面での見直しを図る必要がある。
- ソーシャル・キャピタル、ソーシャル・サポートなどの概念で研究されてきた地域の人々のつながり（ソーシャル・コネクテッドネス）の強化と自殺のリスクや精神疾患の早期発見、早期治療との関連が指摘されている。そこで、傾聴ボランティアの養成と活動体制の整備、傾聴ボランティアなどの支援者をスーパー・ビジョンする人材の育成と体制の整備、自治体活動の強化、民生委員や保健推進員、各種民間団体、企業等のボランティアに対する教育と活用をすすめる。これまでのわが国の自殺対策は、自殺予防は社会全体の課題であるとして、国民全体の気づきを高めるための取組を重視してきたが、自殺予防の実を上げるためには、自殺の危険因子を多く抱えたハイリスクグループ（例えば、生活保護受給者、虐待事例の背景にある複雑な問題を多く抱えた家族の支援等）に向けた対策を強化していくことが望まれる。生活困窮や就労困難の背後にある問題に対して効果的な支援方法を開発すること、及び、精神障害等を抱えた生活困窮者に対する効果的な支援方法を開発することを目的として、生活保護受給者、虐待事例の背景にある複雑な問題を多く抱えた家族の実像を把握する、無職者の自殺の背景要因をさらに明確にする。
- 自殺電話相談窓口（仮称）（コールセンター）を設置する。心理士の雇用先として活用して、「いのちの電話」などの活動を支援・強化する。

iii) 就業、職域の問題

- 社会経済的に不利な立場にある者の自殺予防のために、社会的、経済的に支えるためのセーフティネットを強化する。特に失業者の自殺対策のために実施されているハローワークにおけるワンストップサービスの利用状況等の実態を把握し、自殺対策を推進する上でより効果的な政策となるよう見直す。
- 職場環境の改善を推進するために、行政がメンタルヘルス対策の中核の一つとして職場環境改善を位置づける。
- 事業者の安全配慮義務の重要性に関する理解を促進させ、事業者が積極的にメンタルヘルス対策を実施するよう、行政主導で対策をすすめる。
- これまで、職場のメンタルヘルス対策として、教育研修がその中核に位置づけられてきた。特に、管理監督者教育が職場のメンタルヘルスにもたらす有効性については知見が蓄積し、既に教育研修資材も開発されている。これらを活用した職場において管理監督者に対する教育研修の一層の推進を図る。特に従業員が50人未満の小規模事業場を含め、メンタルヘルス対策を重点的に推進させるための予算を講じ、事業を実施する。また、教育研修の方法論や活用される資材の適切さ、有用性をさらに評価し、業種、形態、規模、教育研修の時間枠などによっていくつかのモデルを考案し普及を図るとともに、eラーニングなど自主的な向上のためのインフラを整備する。
- 正規労働者だけでなく非正規労働者、失業者など精神医療へのアクセスが困難な人に対しても、産業精神衛生に精通した産業医等と連携して精神科医が自殺予防対策を講じることができるような体制を検討し、実施する。精神科専門医が事業場内の産業医等の産業保健スタッフと適切に連携協力できるように精神科医に対して産業精神保健についての研修や、産業保健スタッフと精神科医の相互理解を図る交流会等を実施すると共に労働者のメンタルヘルスをめぐる関連の学会の交流を促進する。
- 産業医等の産業保健スタッフに対して自殺予防や精神保健に関する知識や技術等を高める教育・研修の充実を図る。
- 各都道府県に設けられたメンタルヘルス対策支援センターを窓口として民間のメンタルヘルス相談機関の登録相談機関制度が実施されているが、登録機関数が頭打ちの状態にある。また、障害者職業センターによる精神疾患による休業者を対象としたリワーク事業や民間の医療機関による類似のプログラムが実施されているが、これらの利用可能な資源の有効活用を推進するために、資源を見直すとともに充実させ、事業所等に対してこれら資源を周知する。
- 職域において自らの、更には上司や同僚が互いの精神保健上の問題を早期に気づき、適切な支援を提供するための教育研修を導入する。
- うつ病等の精神障害による休職期間等の制度を自殺対策の観点から再度検討

しなおす。

- 労働者の自殺あるいは希死念慮の背景要因、メンタルヘルス不調と関連の深い職場のストレス要因及びそれらの緩衝要因に関する大規模調査研究を実施する。職域において、精神障害の発症そのものを抑制する一次予防策を実施可能とするための発症要因やハイリスクの同定法、予防法開発と効果の検証といった研究が必要である。
- 職場における自殺発生後の対策（ポストベンション）のあり方についての研究を立ち上げる。

iv) 教育および教育上の問題

- 現在の大綱では青少年（30歳未満）についての記載において「児童生徒」という文言で表現されており、主に小学校、中学校、高等学校における対策として書かれている。大学等の高等教育場面での総合対策について明確に言及することが必要である。学生の心理社会的な発達状況と大学における危機的状況の発現状況についての実証的な研究を進め、個人対応ならびに大学コミュニティとしての総合的な支援策についてのモデル開発を促すよう予算を講じる。
- 大学等の高等教育機関において自殺対策を含めた心理的発達の支援の環境を改善するために、当事者や関係者にさらなる負担をかけない配慮を十分に講じた上で、各大学における自殺関連問題やその対応についての情報公開を促す。また、各大学が危機介入・学生支援体制の充実化をはかるよう提言を行うとともに必要な予算措置を講じる。
- うつ病、自殺予防に関する教育を義務教育に取り入れる。
- アルコール・薬物依存に関する教育を学校で実施する。しかし単に乱用を戒めるだけでなく、依存に陥る過程や、依存による精神・身体変化、依存に陥った者の回復を含めた教育内容が求められる。
- 文部科学省による「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」マニュアルが作成されているが、自殺リスクの高い子供にのみ焦点をあてたもので、世界保健機関の自殺予防の手引きが「教師と学校関係者の心の健康の強化」や「生徒の自己評価の強化」にまで言及しているのとは対照的に、一次予防に関して対応法が乏しい。青少年の自尊感情およびストレス対処力を高めることを目的として、様々なこころの健康授業を軸に教科の学習と連携して、他者や自分の感情を言語的に理解し表現する力の獲得、論理的な問題分析と解決の力の獲得、地域の社会資源や制度の理解などを深める。そのために、教員研修と保護者への研修・啓発活動を推進する。また、これに必要な情報収集や、調査・研究を推進する仕組みを充実させる。

- 現状ではメンタルヘルスおよびストレスマネジメント等に関する心の健康授業は保健体育に位置づけられており僅かな時間しか学習指導要領に位置づけられておらず、実施が困難との意見がある。学習指導要領の改訂について議論を進めるとともに、心理士等の資格を取得した教員やスクールカウンセラーが共同して心の健康事業を実施する体制について検討を行う。
- 高等教育機関（大学、専門学校）において学生相談の拡充、学生相談につなげる学内体制の整備（協働・連携）、担任制度の導入と教職員に対する研修の実施、精神健康や自殺予防に関わる学外機関との連携、授業や講演会を通じた啓発活動（自殺予防や飲酒・薬物乱用防止等）を実施するために、カウンセラー設置のための予算措置を講じるとともに、学生の危機介入や自殺予防に関する学外機関との連携モデル事業を実施し効果を検証する。これに必要な情報収集や、調査・研究を推進する仕組みを充実させる。
- 大学等の教育機関において、自殺予防ガイドラインを作成し、自殺予防への取り組みを強化する。
- 教師、保護者向けの自殺予防教育を実施する。生徒向けの自殺予防のための教材を開発し、モデル校において効果検証等を実施するための予算を講じる。
- 複雑な問題を抱えた児童・生徒の大人に対する援助希求能力を高めることを目的として、海外で開発され、すでに効果が検証されている自殺予防教育プログラムを系統的にレビューした上で、わが国で実施可能な自殺予防教育プログラムを開発する。その後、幾つかの学校をモデルとして施行し、その効果を検証した上で全国の学校に均てん化を図る。現状の学習指導要領では、こうした教育プログラムを学校のカリキュラム内で実施することが難しいため、学校での教育プログラムを地域の社会資源と連携した形で実施することが容易となるよう、学習指導要領の一部改訂も考慮する。
- 小・中・高等学校において自殺予防教育の導入が進みつつあるが、教育を担う担当者の人材が十分に確保されたとは言いがたい。心理士等の人材の活用が望まれる。そのためにも、学校における個々の健康づくりの取組事例を調査し、比較検討・評価する必要がある。
- 小・中・高等学校において児童・生徒に心的外傷を生じかねないような事件、事故が発生した場合の危機介入チームがすべての都道府県に設置されていない。危機介入チームをすべての都道府県に設置し、学校での緊急事態を支援する体制を構築する。

v) 社会的少数者（マイノリティー）の直面する問題

- 性同一性障害や性別違和感を抱える人、性的指向を理由に社会的偏見にさらされる人（性的マイノリティー）では、うつや神経症などの精神科合併症の

率が高く、自殺念慮を抱えることも多い。自殺念慮の発生時期の第1のピークは第2次性徴による身体の変化による焦燥感、中学での制服の問題、恋愛の問題などが重なる時期の思春期のため、学校での対応として、性的マイノリティーの子どもへの支援、在校生全体の多様な性への理解を深めるための教育、それぞれの家庭での理解を促進するために、保護者への性同一性障害や性的指向に関する情報提供を実施するとともに、学校や専門医療施設が協働する体制を構築する。また、自殺念慮の発生時期の第2のピークは就業、結婚などの問題で困難を感じる社会へ出る前後のため、企業や地域社会において、正しい知識を啓発し偏見や誤解を解消するためのジェンダーやセクシュアリティの視点に立った人権研修などの取組を実施する。

- 医師や看護師などの医療従事者、学校や企業のカウンセラー教育などの教育カリキュラムの中でジェンダーやセクシュアリティに関する問題に対応できる人材を育成する。
- 既存の公的サービス利用に関する情報を提供すると共に、性同一性障害や性的指向に関する市民相談サービスを設置する等、公的な相談機関において適切に対応できる体制を整備する。同時に、公的サービスに従事する職員への研修を実施する。

vi) 自死遺族支援

- 自死遺族の支援のあり方について、検討を重ね、よりニーズにあった支援が提供できる仕組みを整える。
- 自死遺族に対するケアシステムの構築と支援者の養成に対して予算を講じる。自死遺族やそれを支える人々に対する研修会を開催する。
- 様々な専門職が自死遺族に対する対応やケアを学ぶための研修や教材を開発し、提供する。
- 自殺が生じた会社、施設、病院内で、事後対応のための研修会を開催する。
- (※関連する学会からの提案に多く含まれていなかったため本提言には、自死遺族支援に関する記述が相対的に少ない。提言に対するご意見を募った際に、自死遺族支援についての記述が不十分との意見をいただいた。また、自殺予防と自死遺族支援は互いに補完しあう活動のこともあるが、自殺予防対策と自死遺族支援をそれぞれ目的と立場を明確にする方が良いとの意見もあり、今後の議論が待たれる。これらは、科学的根拠に基づき判断すべき内容ではないが、提案に対する意見を求めた際に寄せられた意見であり、今後、科学的根拠に基づく活動・対策を実施する際に解決が望ましいと思われる内容のため記載した。)

vii) 母子保健

- 母子保健の領域においても様々な心理社会的問題を抱えやすく、精神保健上のケアの提供が自殺予防に資する。産前、妊娠中、産後とも、うつ病などの精神疾患に罹患しやすい時期であり、適切なケアの提供が必要である。
- 周産期には、気分障害や精神病性障害等が発症、再燃・再発しやすく、医療による対応が必要な場合が多い。これらに適切に対応するために総合周産期母子医療センターに精神科医を配置する。産後にうつ病の発症リスクの高い妊婦に対する対人関係療法の効果が報告されており、効果の検証を行うと共に実施の体制を整備する。

viii) 介護

- 認知症の家族を介護する人に抑うつ・うつ病が多いことが知られている。また、認知症だけでなく、がん等の身体疾患の介護を担う家族の負担も非常に大きいことが知られている。介護に伴う負担を軽減させる施策を実施するとともに、介護者の精神保健上の問題について早期に発見し適切なケアを直接提供する仕組みづくりが必要である。

ix) 法律上のトラブルなどの問題

- 多重債務等の背景に精神保健の問題のあるケースの支援では、法的支援と精神保健の支援の連携が必要であり、そのような連携を可能にする研修や交流の場を普及する。
- 一部の自治体では、多重債務問題への取組として、消費生活相談の担当者をキーパーソンとして、市役所の様々な部署の職員が借金をかかえた市民の生活再建の相談に乗る等、市民重視のワンストップサービスを行っている。そのような相談支援の普及を図るとともに効果の検証を行う。

x) 家族の問題

- 様々な自殺のリスク要因を抱えた家族への支援を充実させる必要がある。特に、思春期の自殺関連行動には、自殺行動の家族歴、親の精神障害、家庭内の葛藤状況といった様々な家庭内の要因が関連していることが明らかになっている。また、多くの先行研究において、幼少期の被虐待経験は将来の自殺リスクを高めることが報告されている。虐待の世代間連鎖といった問題を考慮すれば、こうした家族の問題に対して早期に適切な介入を行っていくことが、将来的な自殺の予防に寄与する。

xi) 住居の問題

- ホームレス状態を含む生活困窮者は、精神保健の問題をかかえている場合が多く、自殺のハイリスク者も多く含まれている可能性がある。「精神的健康状態の不良」「住まいの欠如」「相談によるサポートの不足」は、生活困窮者の自殺関連行動の重大な関連要因とされており、そのような生活困窮者を対象に、「住まいの支援」と「日常生活支援」を総合的に提供できる支援団体を育成・支援する。
- 支援付き住宅等による支援を福祉政策と住宅政策の運用により促進させる。

xii) 独居・孤立の問題

- 独居、孤立が、特に高齢者において問題となっている。衣食住等の基本的な生活を保証するとともに、身体的、心理社会的な支援が十分に得られる体制を構築する。

(エ) 広く社会の協力を得る領域

i) 精神保健上の問題に関する啓発

- 一般住民に精神疾患、精神科治療（薬物療法やその有効性等）に対する正しい知識を普及させる。学校、職場、地域での精神障害や自殺予防についての啓発を行う。うつ病に関する知識の普及に加え、アルコール・薬物乱用・依存も自殺の原因疾患としてうつ病と同様に認知される必要がある。例えば、アルコール・薬物依存の予防教育の場合、アルコール・薬物の使用を戒める内容だと、当事者の社会復帰を阻害する危険性もあるため、その過程や精神・身体的変化、回復過程等を含める等、効果的な啓発法を開発し実施する。
- 保健所、精神保健相談窓口等において適切に精神疾患、精神科治療を説明できるモデル・資材を開発し、適切なアクセスを高める。
- 国民一人あたりの飲酒量を減らす、多量飲酒者を減らす、未成年者の飲酒を防止するための活動を実施する。
- マスメディアにおける精神疾患、精神科治療の正しい報道を可能とするマスメディア関係者に対する研修等を実施する。
- インターネットを含めたメディア上の自殺に関連する有害な情報（自殺の具体的方法等）を規制する、情報へのアクセスを制限する。そのために必要な自殺方法等の自殺に関連する情報を検出するための技術の開発、フィルタリングの普及促進、およびこれらのための法的な整備を進める。
- メディア内での研修を実施する。
- アルコール・薬物依存・乱用、摂食障害、児童虐待等の問題と自殺の関連について、精神科および精神科以外の医療従事者にも教育・広報活動を行う。依存・乱用を合併した他の精神疾患では自殺リスクが相加的に高くなるため

医療従事者や依存症に関わる関係者を中心に知識を普及させる。

- 中高生向けに、アルコール・薬物依存・乱用、摂食障害等の問題と自殺の関連について、パンフレットを作成するなど、教育・広報活動を行う。
- 国民一人あたりの飲酒量を減らす、多量飲酒者を減らす、未成年の飲酒を防止する、憂うつや不眠への不適切な対応や不適切なストレス対処としての飲酒を減らすことを目的とした教育、啓発を実施するとともに、アルコール関連広告を規制する、酒造企業や国・地方公共団体と協調した適正飲酒を提案するキャンペーンを展開する。
- 自殺の手段へのアクセスを制限するための具体的な措置を講じる。

ii) 間接的に自殺の背景に関わる問題に関する啓発

- マスメディアによる自主的な自殺の報道ガイドラインに関する検討を促進させるとともに、メディア領域の中で社内研修等の自殺対策研修を実施する。
- 高齢者の自殺の一次予防活動として、複合的なリスクを抱える高齢者の暮らしを支援している住民活動や NPO 等の民間団体の活動を行政や学術団体で支援する枠組みを作る。
- 保健所、保健福祉センター、地域包括支援センター、医療機関等の間で連携体制を構築し、うつ病スクリーニング等により地域の高齢者の精神障害を早期に発見し、保健師や看護師のアウトリーチを含めた心理社会的ケアを提供し、適切な医療機関への受診勧奨を含む地域介入を自治体として実施する。同時に、保健福祉センターや地域包括支援センターなどの相談窓口を開設し、これら関連機関によるケースカンファレンスを開催する。また、これら機関における人材養成として研修・教育等を実施する。
- 様々な場面を利用して、ストレスマネジメントとして適切なストレス対処と不適切なストレス対処（例えば過量飲酒を含む）に関しての教育を実施する。
- 地方自治体では、傾聴・共感などの基本的技術の研修を実施しているところもあるが、数回の講演や講義ではボランティア養成にまで達しておらず、全国的な規模での展開にも至っていない。傾聴ボランティア団体の立ち上げを支援し、活動が継続できる環境を整備する必要がある。そのための予算措置等の環境整備に取り組むとともに、自治会長、民生委員、保健推進員等の地域のキーパーソンへの研修の実施や地域住民への啓発を介した地域づくり、心理士等による傾聴ボランティアのスーパー・ビジョン等を組み込んだモデル事業を実施し、効果を検証するための研究を実施する。地域自殺予防活動に関する大規模調査研究の結果を活用できるよう予算措置を講じ、これら結果に基づく対策の均てん化を図る。

(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価

- ワンストップサービスのような「失業によって生活に困窮し、自殺のリスクが高まる」という無職者理解を前提とした就労支援や経済的支援など、現在既に取り組みられている支援の枠組みをモニタリング・評価する仕組みを構築し、自殺予防に資するものであるかどうか科学的に実証する。
- 自殺未遂者数の把握など、自殺と関連する既存のデータを利用可能とするための法整備や基準を整える。厚生労働省、警察、保健所等の統計情報を適切に自殺予防に活用する。

(カ) 調査研究の推進

- 総合病院、精神科病院などにおける自殺未遂・既遂の実態を調査する。その中で、適切な予防的対処がなされなかった要因を明確化する研究を推進する。
- 適切な遺族ケアのあり方を明らかにするための研究を実施する。
- 電話やインターネットなどのメディアを利用した自殺への危機介入については研究方法の難しさもあり、科学的根拠に乏しいが、自殺多発地点にこうした危機介入サービスの案内を置くことによる自殺の現象を示唆する研究は多く存在する。そこで、地域社会におけるコミュニティーネットワークの強化と活用に加えて、インターネット等の新たなコミュニケーションモダリティを介した危機介入モデルを確立し、その有効の検証、実施ボランティアへの教育効果等の検証を行う。
- 現在も自殺予防に関する科学的な根拠を得るための研究が世界中で、また日本においても実施されている。新たに、より確かさの強い科学的根拠が得られた場合にはその活動をすみやかに実施に移すことを可能とするために、科学的根拠の収集、提言を行う機関の充実を図るとともに、提言を受けた機関が実施に移す過程をモニタリングする上位機関を設ける。
- 自殺予防に特化した大規模研究費を創設する。
- 失業率と自殺の関係は都道府県単位で計算すると小さいが、政令指定都市に限るとその相関係数が高く、逆に小規模集落においては失業率単独で説明できる自殺は1%未満であり、地域により大きく差がある。地域の社会経済基盤の安定を介した自殺予防を目的とした情報収集、分析のために、市区町村単位あるいは二次医療圏を単位とした自殺死亡率の時系列・横断的データ分析研究の促進支援として、分野横断的に研究機関・大学が地域情報データベースを共有・連携できる体制を確立する。
- 各地域の大学、研究機関において、社会経済基盤指標と自殺死亡率の関連・変化を観察し、地域の自殺と関連する要因の診断を行いながら、効率的な政策資源配分がなされるよう政策目標に対して提言し、それらを公開するため

の体制を構築する。

- 出生コホートごとに特徴的な自殺死亡率の変化パターンが示されていることから、出生コホート、年齢、性別、職業など、社会・人口学的属性に基づく自殺予防活動の対象者集団を設定し、重点的に対策を施行する必要がある。知見の整理を行う体制を確立し、マクロ計量分析、シミュレーションなどを利用した学際的な連携プログラムを展開するための予算措置を行い、具体的な対象集団を設定するために、自治体、研究機関が集中的に検討を行い、定められた対象集団の自殺死亡率を軽減させるためのプログラムを策定する法的根拠を持つ自治体内の協議会を設置する。実施されるプログラムの評価を外部機関が実施する仕組みを構成し、評価結果を公表することを義務付ける。
- レセプトの電子化を進め、それを自殺予防対策に活用できるようにするなど、自殺と関連のある既存情報の電子化を進め、より効率的な対策が進めやすい環境を整備する。生活保護受給が大きな社会課題となっており、自立支援を効果的に進め自殺予防に役立てるために生活保護受給者の心身の状態、就業可能性についての調査を行う必要がある。

(キ) 体制構築

- 中長期的視点に立って責任ある機関が国のレベルの自殺対策を練る体制を構築する。
- 地域において自殺のハイリスク者に関する情報が得られず、支援に活用できていない。自殺のハイリスク者に対する地域での見守り活動を充実するために、個人情報保護と支援の連携のためのガイドラインを作成する。病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーションなどが把握可能な自殺ハイリスク者、未遂者等に関連する情報を、個人情報保護に配慮して支援に役立てる方法を検討する。
- 前述の自殺死亡率の時系列・横断的データの収集、分析の結果、社会経済基盤の安定が最重要課題として識別された自治体においては、経済、生活、保健、警察等各部門による「社会経済基盤の改善による自殺の低減」に関わる横断的連携のための協議会を設立し、マクロ政策に資源配分するという決定がなされた場合には、社会経済基盤指標の改善目標値を具体的に設定する。協議会設立や事業実施の法的根拠を明確にし、必要な場合には法的整備を行う。
- 地域自殺対策センター・自殺対策情報センター等を自治体に設置する法令と予算措置を行い、人材育成機能をもたせるとともに、地域ネットワークの形成を促進させる。また、自殺対策に取り組む民間団体の認証と支援を拡充させるとともに、関係機関が協議会を作り連携を図る。また、地域において民

間団体との連携が円滑に進むためのネットワークづくりを推進する。

- 大綱の発表以降、自治体や各機関により、地域住民や職場の健康づくりや生きがいに資する施策が各地で進められてきたが、これら取組の中で先駆的な取組や成果を上げた取組をほかの自治体、機関においても普及可能とするための紹介システムを整備する。また、これらの地域や職場の健康づくりや生きがいに資する施策に自殺対策という視点を加味できる人材を養成するための研究プログラムを作成し実施する。
- インターネット、新聞、TVなどのメディアとの連携体制を構築する。
- 自殺予防対策の展開には、自殺予防または遺族支援を標榜していなくても、実質的に自殺の危険因子を多く抱えた人たちの支援をしている既存の民間団体のこれまでの取組を大切に、それを充実発展させていくことが望まれる。例えば、アルコール・薬物問題、児童虐待、ドメスティックバイオレンス、精神障害、ホームレス状態などの支援を行なっている団体などがこれであるが、これら団体がその活動を高め、結果として自殺予防に貢献していけるよう支援を強化する。
- （※本提言に対する意見を求めた際に、「自殺」という言葉ではなく「自死」という言葉を対策おにおいて用いるべきだとする提案がなされた。今後、国民全体でこの論点に対する議論が進展し、より協働した対策の実施を可能とする基盤を作っていくことが、効果的な対策を推進する上で必要である。また、「自殺は防げる」とするポリシーに対して、誤解を防ぐために「防ぐことができる自殺がある」等の正確な表現に改める必要性が提案された。これらは、科学的根拠に基づき判断すべき内容ではないが、提案に対する意見を求めた際に寄せられた意見であり、今後、科学的根拠に基づく活動・対策を実施する際に解決が望ましいと思われる内容のため記載した。）

別添1（作成手順）

参加学会

平成24年2月17日までに、依頼した88の学会のうち、30学会から提案の提出がありました（50音順。一部は共同提案）。

- 日本アディクション看護学会
- 日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会、日本アルコール関連問題学会
- 日本うつ病学会
- 日本学生相談学会
- 日本救急医学会、日本臨床救急医学会
- 日本公衆衛生学会
- 日本サイコオンコロジー学会
- 日本産業衛生学会
- 日本自殺予防学会
- 日本社会学会
- 日本社会精神医学会
- 日本心身医学会
- 日本心理学会
- 日本心理臨床学会
- 日本睡眠学会
- 日本整形外科学会
- 日本精神衛生学会
- 日本精神科救急学会
- 日本精神神経学会
- 日本生物学的精神医学会
- 日本摂食障害学会
- 日本総合病院精神医学会
- 日本プライマリ・ケア連合学会
- 日本臨床精神神経薬理学会
- 日本老年精神医学会
- GID（性同一性障害）学会

科学的知見の取りまとめ手順

自殺予防総合対策センターは、平成 23 年 3 月に自殺対策に関連する学会、団体に参加いただき、「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」を実施しました。その総合討論の中で、当センターが「大綱」改正の提言もしくは試案を共同でまとめることに、参加者の皆様から賛同をいただきました。その意見交換会に参加を依頼した学会に、以下に記述する方法で「現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動」について科学的根拠に基づく提案を提出していただくこととしました。そこで、自殺予防総合対策センターでは、自殺総合対策大綱の改訂に向けた提言をまとめるためのワーキンググループを設置しました。ワーキンググループの構成員を以下に列記します。

- 河西 千秋（横浜市立大学大学院医学群(社会医学系) 教授)
- 齋藤 利和（札幌医科大学神経精神医学講座 教授)
- 斎藤 友紀雄（いのちの電話連盟 理事)
- 高橋 祥友（筑波大学医学医療系 教授)
- 本橋 豊（秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座 教授)
- 矢永 由里子（慶應義塾大学医学部感染制御センター 講師)
- 竹島 正（自殺予防総合対策センター センター長)
- 松本 俊彦（自殺予防総合対策センター 副センター長)
- 川野 健治（自殺予防総合対策センター 室長)
- 稲垣 正俊（自殺予防総合対策センター 室長)
- 勝又 陽太郎（自殺予防総合対策センター 研究員)

各学会が、これまでに蓄積してきた自殺に関する知見に基づき、下記の「科学的知見の取りまとめ方法」に記載する要項でご提案をいただき、自殺予防総合対策センターと関連学会の協働によって取りまとめる「大綱改正への提言（仮称）」の参考とさせていただくとともに、各学会に内容確認を行った上で、資料として掲載する予定です。

科学的知見の取りまとめ方法

各学会に「平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容」を自由記載でいただきました。また、「現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動」について科学的根拠に基づき、以下の形式で提案をいただきました。

- 目標
- 論理的根拠
- 現在の政策的背景
- 鍵となる活動領域
- 今後必要な政策

- 文献リストおよび可能であれば文献

上記の形式は、科学的知見に基づき目標と活動を記述し、その活動を通して目標を達成するために、今後必要な政策を現在の政策的背景のもとに記述することとしています。また、その科学的知見の程度について検討するために、その知見が参照できるよう、科学的知見のもととなった研究報告、論文等の文献リストを明記することとしました。これにより、記述された論理的根拠がどの程度、確からしいかについての情報も提示でき、国民が今後の自殺総合対策を検討する際に必要な情報を提供することができると考えています。

本活動の論理的根拠等

自殺は関連する要因が複雑であり、自殺予防は、多くの領域が関連した複雑な活動になります。複雑な活動は、実施することも効果を上げることも困難だけでなく、予想しなかった副作用があらわれるかもしれません。自殺を高い信頼性で予防する知見は、わが国だけでなく、世界的に見ても未だにありません。しかし、自殺を予防する可能性が示唆された活動はいくつか報告されており、これらの活動を実施することは、効果をあげる可能性があります。自殺と関連する危険因子を減らし、保護因子を強化する活動は、自殺予防につながると考えられます。

- 自殺の危険因子に関しては、これまでに世界的にも我が国においても既に知見が集積されています。保護因子に関しても同様です。
- 危険因子を減らす活動については、高いレベルで信頼性のある研究成果が多く報告されています。

自殺と関連することが既にわかっており、かつ、その危険因子を減らすことが高い信頼性をもって示されている活動も、自殺を予防する活動としての科学的根拠は高いと考えられます。

科学的知見に基づく提案の活用範囲

科学的知見は「有り」もしくは「無い」に 2 分できるものではなく、有る、おそらく有る、どちらとも言えない、おそらく無い、無い、の間の連続的なものです。先に述べたように、自殺を高い信頼性で予防するとする知見は、未だに、世界にもわが国にもありませんが、予防できるかもしれないと示唆される活動があります。また、先に述べたように自殺の危険因子、保護因子についての知見は既にあり、これら要因に対する活動の中には高いレベルの信頼性を持って効果があると示されたものがあります。

上述のように、効果があり、副作用が少なく、実施可能性の高い自殺対策活動を計画・実施するためには、科学的知見を考慮する必要があります。また、科学的知見だけでなく、

それにかかる費用や、地域の実情も含めて、総合的に判断する必要があります。さらに、国民・社会の理解、合意が必要です。それを得るためには、これまでに集積された科学的知見を集積し、整理して、わかりやすく提供する必要があります。

各学会から提出いただいた提案の利用範囲

各学会から提出いただいた提案を基にワーキンググループが作成する提言第1次案、草案、最終提言については自殺予防総合対策センターのホームページ「いきる」で公表する予定としています。また、必要に応じて内閣府、厚生労働省、その他の団体に提出します。この公表にあたっては、各学会から提出いただいた提案を別添として添付する予定にしています。その際には各学会に事前に提出いただいた提案を公表する旨について承諾を得ます。各学会から提出いただいた提案は現時点では「草案」扱いのものもあることから、各学会から依頼のあった場合には新たな提案に置き換えることがあります。

別添2（各学会から提出いただいた提案）

日本アクション看護学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー

日本アディクション看護学会

日下修一

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改正において要望する内容

記述すべき内容として、アルコール依存症、薬物依存症、摂食障害などを抱える人々の自殺について記述して欲しい。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標：

アルコール依存症者、薬物依存症者、摂食障害者、児童虐待などアディクションを抱える者の自殺行動について周知させる

論理的根拠：

アルコール依存症者（文献 1, 2, 3）、薬物依存症者（文献 2）、摂食障害者（文献 4）や養育時の児童虐待（文献 5）などアディクション関連問題を抱える者の多くが自殺を図り、あるいはうつ病を生じ、自殺へと追い込まれることは少なくない。アディクション関連問題自体への理解が乏しい現状であるため、アディクションと自殺の関連性もまだ十分に周知されていない。

現在の政策的背景：

アルコールに関しては一応、うつ病との関連から扱われてはいるが、その他のアディクションに関しては扱われていない。

鍵となる活動領域：

1)アディクション問題と自殺の関連について、精神科以外の医療従事者にも教育・広報していく。

2)中高生向けに、アディクション問題と自殺の関連について、パンフレットを作成するなど、広報活動を行う。

今後必要となる政策

1)自殺との関連も含めたアディクション問題に関する若年層からの適切な教育・広報活動を行う。

文献リスト：

1) 齋藤利和, アルコール・薬物依存と自殺防止 広がるアルコール問題, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 46(4), 102, 2011.

2) 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一, 成瀬暢也, 長徹二, 武藤岳夫, 芦沢健, 小沼杏坪, 森田展彰, 猪野亜朗, 物質使用障害患者における乱用物質による自殺リスクの比較 アルコール、アンフェタミン類、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害患者の検討から, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(6), 530-542, 2011.

3) 赤澤正人, 松本俊彦, 立森久照, 竹島正, アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因, 精神神経学雑誌, 112(8), 720-733, 2010.

4) 宇田川美野子, 林和代, 江川充, 重症の精神症状を合併した神経性食欲不振症の 2 例, 日本小児科学会雑誌, 114(4), 711-715, 2010.

5) 林直樹, 五十嵐雅, 今井淳司, 大澤有香, 内海香里, 石川陽一, 徳永太郎, 石本佳代, 岡崎祐士, 若年期から自殺関連行動を呈している精神科入院患者の臨床的特性 松沢自殺関連行動研究から, 精神医学, 52(9), 863-871, 2010.

日本アルコール関連問題学会

日本アルコール精神医学会

日本アルコール・薬物医学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

アルコール・薬物乱用と自殺に対する共同宣言案骨子

日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会、日本アルコール関連問題学会 アルコール・薬物乱用と自殺に対する共同宣言
起草委員会 委員長 札幌医科大学医学部神経精神医学講座 齋藤 利和

I. はじめに

自殺の原因障害としてうつ病が注目されているが、アルコール・薬物の乱用・依存も自殺の原因疾患としてうつ病と同様に認知される必要があり、自殺対策の中でアルコール・薬物の乱用・依存対策が重要であることを宣言する。

II. アルコール・薬物使用・乱用・依存と自殺の実態

1. アルコール・薬物使用と自殺

国民一人あたりの飲酒量と自殺率の間には有意の相関があるという報告が我が国においても諸外国においても見られる。また、多量飲酒が自殺の危険を高めるという調査結果も報告されている。特に、若年者の飲酒は強い希死念慮を持ち易く自殺の危険が高いことも知られている。一方、若年者の薬物乱用者も自殺の危険が高いことが指摘されている。また過度の飲酒や向精神薬の過量摂取はそれがもたらす、酩酊状態が衝動性を高めより致死的な手段で自らを傷つける危険を高めるために結果として自殺に重大な影響を及ぼしていると考えられる。

2. アルコール・薬物の乱用・依存と自殺

アルコール依存症の方がうつ病よりも自殺の危険性が高いとする報告がみられ、自殺者全体の16～56%にアルコール乱用または依存が見られたとする報告がある。また、アルコール依存症者では自殺の危険は6倍になるという報告がある。薬物依存・乱用においてもその危険は高く、特に向精神薬乱用・依存では自殺の危険は約20倍になること、向精神薬乱用・依存と他の薬物乱用・依存との併存ではその危険性は40倍にも達すると報告されている。また、専門医療機関に入院したアルコール依存症者の約20%が過去に希死念慮を8～9%が自殺未遂の経験があるとされているが、専門医療機関に入院した薬物依存症者ではその割合はさらに高くなり、約84%が過去に希死念慮を約56%が自殺未遂の経験があると報告されている。

3. アルコール・薬物依存と精神科合併症と自殺

アルコール・薬物依存症者に他の精神障害の合併が多いことは臨床現場では広く知られ

ているが、過半数のアルコール・薬物依存症者に他の精神障害との併存が見られるという報告もある。アルコール・薬物依存症者共にうつ病、不安障害の併存が多いが、統合失調症をはじめとする他の精神障害との併存も少なくない。また、思春期の薬物乱用者では注意欠陥多動障害の既往や併存が見られることも多い。こうした他の精神障害を併存する所謂重複性障害のアルコール・薬物依存症者では治療抵抗性であり、自殺の危険も増加することが知られている。残念なことに、精神科の医療機関の中にはこうした重複性障害を敬遠する施設も見られるが、人材の育成をふくめ、こうした問題に精神科の医療機関は今一度真剣にアルコール・薬物依存症者と向き合う必要がある。

III. 自殺予防への提言

1. アルコール・薬物乱用・依存の防止

① 学校教育・地域への啓発活動

アルコール・薬物依存の予防にとって学校教育や地域への啓発活動が重要であることは言うまでもない。しかしながら、その内容は単に乱用を戒めるだけにとどまらず、依存に陥る過程や、依存による精神・身体的変化、依存に陥った者の回復を含めた教育内容、啓発活動の高度化が求められる。

2. 適切な治療体制の確立

① 治療技術の開発と人材の育成

アルコール・薬物乱用・依存に関係した自殺を予防するためには、まず医療機関における適切な治療が必要であるが、アルコール・薬物乱用・依存特に薬物乱用・依存の治療を行う医療機関が不足している。この原因としては、アルコール・薬物乱用・依存症者が様々な不適応行動や問題行動を示すために治療機関の負担が大きくそれに比して診療報酬が低いことであろう。これに対してはこれまでわずかではあるが改正がなされてきた。今後、アルコール・薬物乱用・依存症の診療報酬の引き上げが必要と思われる。また、精神療法的な治療技術も広く普及しているとは言い難い。この克服のためには医療技術者を対象にした国、地方公共団体や学会等が行う研修会などを通じて人材育成を図る必要がある。

② 保健・福祉・司法・医療の地域ネットワークの整備

アルコール・薬物乱用・依存の病態は多様であり、医療機関だけでは対処しきれない側面を持っている。たとえば多くのアルコール・薬物乱用・依存症の自殺者の場合、社会的・家庭的な関係が破綻し孤立感を深め、経済的にも様々な障害のために困難な状況に陥って

いる。さらに薬物乱用・依存症者では司法機関の関与が多くの場合必須ではあるが、司法処分だけでアルコール・薬物乱用・依存の問題は解決されない。したがって保健・福祉・司法・医療の地域ネットワークの整備し総合的な取り組みを推進する必要がある。また、こうした医療・保健機関と断酒会、AA、NAなどの自助グループとの一層の連携を図る必要がある。

3. 調査・研究の推進

アルコール・薬物乱用・依存と自殺に関する報告の多くは海外のものであり、国内では調査研究数が限られており、正確な実態すらつかめていない。全国規模の調査を行って実態を正確に把握するところから始めなければ、アルコール・薬物乱用・依存症者の自殺は防止できない。また、アルコール・薬物乱用・依存症者は様々な困難や問題を抱えておりその事態把握と対策が急務である。また、所謂重複性障害は薬物療法を含めた治療法が未開発であり、自殺防止の観点からも治療技術の開発が急がれる。

アルコールと自殺に関する共同宣言（起草案）

独立行政法人国立病院機構
久里浜アルコール症センター
松下幸生

1. はじめに

我が国の自殺者が12年連続で3万人を超えていることがマスコミで報道されるなど、自殺は重大な社会問題であり、その対策が急がれている。我が国ではうつ病と自殺の関係については以前から注目されてその対策が検討されてきたが、アルコールと自殺の関連についてはほとんど注目されることがなかった。しかし、世界保健機関（WHO）が行った疾病負荷研究によると、2000年にアルコールは世界で180万人の死亡または全死亡の3.2%の原因になったと推計しており、その48%はさまざまな疾病による死亡、46%は自殺を含む事故による死亡と推計している。この数字が示すように世界的にはアルコールによる死亡は自殺を含む事故によるものと疾病によるものがほぼ同程度であることが示されており、アルコールが自殺と強い関係のあることは既に認識されており、海外では飲酒と自殺の関係に関する調査・研究が豊富に存在する。

ここでは国内外の飲酒と自殺の相関に関する研究を紹介し、その結果に基づいて予防策について検討する。

2. 飲酒と自殺の関係

1) 国民一人当たりの飲酒量と自殺率

我が国の中年男性の自殺による死亡率とアルコール消費量は有意な相関があるとする報告があり（逢坂ら、1985）、諸外国でも国民一人当たりのアルコール消費量と自殺が相関すると報告されている（Stack、2000）。一方、国民一人当たりの消費量の減少に伴って自殺率が減少することもカナダ（Smart and Mann、1990）など複数の国から報告されている。このように国全体でみるとアルコール消費量と自殺率には有意な相関がみられる。自殺率には経済状況や社会要因等のさまざまな要因が関与するが、国全体の飲酒量もそのような要因の一つと考えられる。

2) 一般住民の縦断研究における飲酒と自殺のリスク

一般住民を対象とした縦断研究の中で飲酒量と自殺の関係について調査したものは我が国では二つの研究が公表されている。一つは約58,000名の中年男性を7年以上追跡したものであり、この調査によると非飲酒者（全く飲酒しない～月に1日未満の頻度の飲酒）および週に純アルコールで414グラム（日本酒約20合に相当）以上の飲酒で自殺による死亡の危険性が有意に高まることが観察されている（Akechi et al.,2006）。また、非飲酒者の中でも以前から飲酒する習慣のない者では自殺の危険度は高くないが、以前は飲酒していたが

止めた者では自殺の危険度は有意に高い。

もう一つの調査は宮城県の40歳から79歳までの男性約23,000人を7年間追跡した調査だが、こちらの調査結果は、飲酒量に比例して自殺の危険度が高くなることが報告されている(Nakaya et al., 2007)。このように結果に若干異なる部分はあるが、多量に飲酒した場合には自殺の危険性が高まるという点では双方の調査結果は一致している。

3) 自殺直前の飲酒

法医学の分野では自殺者が自殺の直前に飲酒していることが多いことは以前から知られている。国内の調査では自殺既遂者の32.8%からアルコールが検出されている(伊藤ら, 1988)。この割合は海外の調査結果とほぼ同じ割合である。その理由として飲酒が絶望感、孤独感、憂うつ気分を増強する、飲酒が自己に対する攻撃性を高める、飲酒が死にたい気持ちを行動に移すきっかけになる、飲酒に精神的視野を狭めるために自殺以外に有効な手段を選択できなくなるといった飲酒による心理的变化が挙げられている(Cherpitel et al., 2004)。

4) 若者の飲酒と自殺

国内の報告は皆無に等しいが、欧米を中心として若年者の飲酒と自殺について検討されている。オーストラリアなどヨーロッパ7カ国の15~16歳の学生を対象とした調査では過去1年間に4回以上酩酊したことのある学生は飲酒していない学生より自傷行為のリスクが高い(Rossow et al., 2007)、大学生を対象とした調査によると過去3ヶ月間に1日に5ドリンク以上の多量飲酒の経験のある大学生は経験のない大学生と比較して自殺企図歴をもつものが多く、希死念慮の強さがより高い(Schaffer et al., 2008)、飲酒を始めた年齢が早いほど暴力を振るったり自殺未遂を起こしやすい(Swahn et al., 2008)といった結果が報告されている。また、法的に飲酒可能になる年齢の違いによる調査では法的に飲酒可能になる年齢が早い方が若者の自殺率が高いことが指摘されている(Birckmayer and Hemenway, 1999)。このように若年者でも飲酒と自殺には相関のあることが示されており、早い飲酒開始は自殺の危険性を高めることが示唆されている。

3. アルコール使用障害と自殺

1) アルコール使用障害と自殺のリスク

海外の調査からアルコール使用障害は自殺の危険性を高めることが報告されている。そのいくつかを紹介する。まず、アルコール依存症が自殺で死亡するリスクは7%とされ、この数字は感情障害で6%、統合失調症では4%とこれらの疾患より依存症の方が自殺のリスクが高いとする報告がある(Inskip et al., 1998)。また、アルコール依存症の32件の追跡調査を集計したメタ解析からアルコール依存症の標準化死亡比は586であり、非依存症者より自殺のリスクが約6倍高いとする報告もある(Harris and Barraclough, 1998)。このようにアルコール依存症と自殺には強い相関のあることが海外の調査では明らかである。心理的剖検による調査では自殺者全体の15~56%にアルコール乱用または依存がみられたとされて

おり (Pirkola et al., 2004)、自殺者における精神疾患の診断に関する複数の調査を集計したところ、物質関連障害は気分障害に次いで高い割合であった (Bertolote et al., 2004)。

一方、国内の調査でもアルコール依存症者の自殺企図、希死念慮の頻度の高いことが報告されている。調査は全国アルコール依存症専門治療施設に平成 17 年に入院したアルコール依存症の調査だが、男性アルコール依存症の 15.3%、女性アルコール依存症の 23.7%が過去に希死念慮を認めており、さらに男性アルコール依存症の 8.0%、女性アルコール依存症の 9.3%が自殺企図の経験があると回答している (松下ら、2007)。

2) ライフイベントと自殺

心理的剖検研究によるとうつ病と比較してアルコール依存症の自殺者は離婚や別離といった対人関係上のストレスと強く相関することが知られている (Murphy et al., 1992)。その他にも対人関係の問題、大量飲酒、社会的サポートの欠如、非雇用、重篤な身体疾患、単身生活などが依存症において自殺のリスクを高めるとされている (Murphy et al., 1992)。ちなみに上述の入院治療を受けている依存症者の調査によると男性の 29.9%、女性の 37.3%が別居または離婚の状態にあり、依存症者では高い割合で配偶者との関係に問題が認められる (松下ら、2007)。

3) 精神科合併症と自殺のリスク

自殺したアルコール依存症者の 89%に依存症以外の精神科合併症を認めたとする報告があり (Foster et al., 1997)、その中で最も多い合併症はうつ病である。自殺したアルコール依存症でうつ病を合併していた割合は 45~70%という (Conner and Duberstein, 2004)。上述の入院治療を受けている依存症者の調査では男性依存症者の 17.0%、女性依存症者の 28.0%が過去に重いうつ状態を経験したと回答している (松下ら、2007)。

4. アルコールが関連した自殺の予防に関する提言

以上の調査・研究結果から我が国のアルコールが関連した自殺を予防するための提言をまとめる。

1) 国民一人当たりの飲酒量を減らす

国民一人当たりの飲酒量は自殺率と相関がある。国民一人当たりの飲酒量を減らすことは自殺の減少につながることを期待される。

2) 多量飲酒者を減らす

多量飲酒者は自殺の予備軍である。ブリーフ・インターベンションなどの方法によって比較的少ない労力の介入で飲酒量・頻度の減少などの効果があることが知られている。そのような技術や知識を有する医療従事者を増やすことが自殺の予防につながる。

3) 未成年者の飲酒防止

早い飲酒開始は将来の危険な大量飲酒、依存症の形成、自殺のリスクを高めることが疫学調査によって示されている。学校教育のみならず保護者の教育によって未成年者の飲酒をなくすことが将来の自殺予防に効果がある。

4) 憂うつな時や眠れない時には飲酒しないキャンペーン

アルコール使用障害の有無にかかわらず自殺者の多くが自殺の前に飲酒をしている。憂さ晴らしやの飲酒や寝酒は多量飲酒につながり、自殺のリスクを高める。

5) アルコール使用障害への適切な治療の提供

アルコール使用障害は高い自殺リスクを抱えた集団であり、適切な治療を提供する体制を整備することが自殺の予防に効果的である。職域、精神保健福祉センター、福祉、介護などさまざまな分野が連携して飲酒の問題に対応することができるよう飲酒問題に関する知識を普及させ、早期に介入できるよう医療体制を整備することが自殺の予防につながる。

6) 精神疾患を合併したアルコール使用障害への適切な治療

うつ病を合併した依存症は自殺のリスクが相加的に高くなることについて医療従事者や依存症に関わる関係者を中心に知識を普及させることは、適切な治療や自殺予防の観点から治療環境を検討するなど自殺予防につながる。

7) アルコール使用障害の社会的サポート体制を含む回復環境の整備

アルコール依存症は疾病として認識されているものの、断酒によってすべての問題が解決するかのような誤解が一般的にみられる。断酒しても社会復帰が困難な障害を抱えている依存症者は数多い。さらに障害を抱えた依存症者は単身であったり社会的にも孤立したりしていることが多く、自殺のハイリスクグループである。統合失調症などの精神疾患同様に障害としての認識が社会にも行政にも不足しているために重度の依存症者への社会的サポートが不足しており、通所・入所施設等のサポート体制の整備が望まれる。

8) 飲酒とうつ病、自殺に関する調査・研究の推進

下記参考文献をみてもわかるように自殺と飲酒に関するエビデンスのほとんどは海外のものである。国内では調査・研究数が限られており、我が国の飲酒と自殺の関係はほとんどわかっていないと言っても過言ではない。しかし、ここで紹介したように海外では飲酒と自殺の関係は明らかであり、日本だけが例外とはいえないことは明白である。今後我が国における飲酒と自殺の関係を調査・研究によって明らかにすることは自殺予防対策を検討する上で必要不可欠である。

5. 参考文献

Akechi, T., Iwasaki, M., Uchitomi, Y., et al.: Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry*, 188:231-236, 2006.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25; 147-155, 2004

Birckmayer J, Hemenway D: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Pub Health*, 89: 1365-1368, 1999

Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (5 Suppl): 18S-28S, 2004

- Conner KR and Duberstein PR: Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (5, Suppl): 6S-17S, 2004
- Foster T, Gillespie K, McClelland R: Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 170: 447-452, 1997
- Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry*, 170; 205-228, 1998
- Inskip, H.M., Harris, E.C., Barraclough, B.: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172; 35-37, 1998
- 伊藤敦子、伊藤順通：外因死ならびに災害死の社会病理学的検索（4）飲酒の関与度。東邦医会誌、35: 194-199, 1988
- 松下幸生、加藤元一郎、宮川朋大、樋口 進、幸地芳朗、杠 岳文、洲脇 寛、堀井茂男：日本の入院アルコール依存症患者の特徴に関する研究 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究（主任研究者 和田 清）平成 16 年度～平成 18 年度総括研究報告書 平成 19 年 3 月
- Murphy, G, Wetzel, R, Robins, E., et al.: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 49:49-463, 1992
- Nakaya, N., Kikuchi, N., Shimazu, T. et al. Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. *Alcohol*, 41: 503-510, 2007.
- 逢坂隆子、上島弘嗣、朝倉新太郎：わが国の中年期死亡に関する統計的観察（第 3 報） 中年期死亡の地域差とアルコール消費量の関連。日本公衛誌, 32; 341-348, 1985.
- Pirkola, S.P., Suominen, K., Isomestä, E.T.: Suicide in alcohol-dependent individuals. *Epidemiology and management. CNS Drugs*, 18:423-436, 2004.
- Rosow I, Ystgaard M, Hawton K, et al.: Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 37: 605-615, 2007
- Schaffer M, Jeglic EL, Stanley B: The relationship between suicidal behavior, ideation, and binge drinking among college students. *Arch Suicide Res*, 12: 124-132, 2008
- Smart RG and Mann RE: Changes in suicide rates after reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975-1983. *Br J Addict*, 85: 463-468, 1990.
- Stack, S.: Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*, 30: 145-162, 2000.
- Swahn MH, BOssarte RM, Sullivent EE: Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics* 121: 297-305, 2008.

薬物乱用・依存と自殺に関する共同宣言起草案

松本俊彦

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター

I. 薬物乱用・依存と自殺の現状

1. 海外では薬物乱用・依存は自殺の危険因子として認識されています

海外では、薬物乱用・依存への罹患は自殺の重要な危険因子として認識されています。精神障害者を対象とした 249 の追跡調査のメタ分析 (Harris & Barraclough, 1997) によれば、薬物乱用・依存に罹患した者の自殺による標準化死亡比 (一般人口の自殺死亡率との比) は高く、オピオイド乱用・依存で 14 倍、大麻乱用・依存で 3.9 倍、向精神薬乱用・依存で 20.3 倍であることが明らかになっています。複数の薬物を乱用している場合には、自殺死亡のリスクは 19.2 倍まで高くなり、向精神薬と他物質という組み合わせで乱用・依存を呈する者では 44.2 倍となります。うつ病に罹患する者の標準化死亡比が 20.4 倍であることを考えると、その深刻さが理解できるはずです。

2. わが国にも薬物乱用・依存者の高い自殺リスクを示唆する報告があります

残念ながら、わが国には、自殺既遂者における薬物乱用・依存への罹患の実態について信頼できるデータは存在しません。しかし現実には、民間回復施設で薬物依存者の援助をしている者の多くが、仲間の自殺に遭遇しています。

薬物乱用・依存者の自殺リスクの高さを指摘する研究であれば、わが国にもいくつか存在します。たとえば、民間回復施設に入所する男性薬物依存者 101 名を対象とした調査 (岡坂ら, 2006) では、対象者の 55.4% がこれまでに自殺を考えたことがあり、49.5% が自殺企図におよんだ経験があることが分かっています。また、薬物依存専門医療機関に入院した患者 92 名を対象とした調査 (松本ら, 2009) では、こうした傾向はさらに顕著となり、対象の 83.3% がこれまでに自殺を考えたことがあり、55.7% が自殺企図におよんだ経験があることが分かっています。

3. 「依存」に至っていない場合でも自殺を促進する可能性があります

近年、救命救急医療関係者から指摘されているのは、精神科で治療薬として処方される向精神薬の過量摂取による自殺企図の増加です。向精神薬の過量摂取は、それだけでは致命的な結果に至る可能性は高くはありませんが、それがもたらす酩酊状態は衝動性を高め、より致命的な手段・方法で自らを傷つける危険を高めます。

わが国で実施された心理学的剖検調査 (廣川ら, 2010) では、依存にまで至らない向精神薬の乱用が自殺リスクを高めている可能性が指摘されています。その調査では、対象となった自殺既遂者の約半数が精神科治療中でしたが、そのように精神科治療中の自殺既遂者

の多くが、最期の致死的行動におよぶ直前に、治療薬として処方されていた向精神薬を過量に摂取していたことが明らかにされています。この結果は、たとえいわゆる依存の水準に達していなくとも、1回の過量服薬による意識水準の低下が衝動性を高め、冷静な判断力を失わせて、致死的行動へと背中を押す可能性があることを示唆しています。

II. 啓発活動の必要性

1. 薬物乱用ハイリスク集団は自殺のリスクも高いのです

リストカットなどの自殺関連行動を示す青少年には、自尊心が低いだけでなく、早期から飲酒・喫煙を経験している者や周囲に薬物経験者がいる者が多く、「自分の健康を損なうだけで、他人に迷惑をかけるわけじゃないから、薬物を使いたい人は勝手に使えばいい」という考えを持つ傾向があることが明らかにされています (Matsumoto & Imamura, 2008)。このことは、自殺傾向のある青少年は、同時に薬物乱用のリスクも高い可能性を示唆しています。

逆もまた真なりです。実際、薬物依存者のなかには、リストカットの経験者、あるいは、現在もリストカットをしているという者は珍しくありません (松本, 2005)。家庭や地域、あるいは学校において単なる非行少年として扱われがちな若い薬物乱用者は、実は、メンタルヘルス問題への援助を要する、自殺リスクの高い一群でもあるのです。

2. 「ダメ、ゼッタイ」だけではダメです

上述のことを踏まえれば、現在行われている薬物乱用防止教育についても検討の余地があるでしょう。わが国で実践されてきた、「ダメ、ゼッタイ」に象徴される予防啓発は、薬物乱用の拡大に対して一定の寄与をしてきましたが、他方で、すでに薬物に手を出してしまった青少年にとっては、「ダメ、ゼッタイ」という言葉は、学校や地域に居場所を失い、孤立を深める表現ともいえます。ことに、「自分の健康を損なうだけで、他人に迷惑をかけるわけじゃないから、薬物を使いたい人は勝手に使えばいい」と考えている、薬物乱用のリスクも自殺のリスクも高い青少年の胸にどこまで響くかは疑問です。

それから、予防啓発は、薬物依存者の社会復帰を阻害しない内容であるべきです。実際、こうした啓発スローガンが、たとえば民間回復施設設立をめぐる住民の反対運動などに影響を与えていないかどうかについても、きちんとした検証がなされる必要があります。

III. 質の高い保健医療的支援の推進のために

1. 援助者は陰性感情を克服する必要があります

わが国のメンタルヘルス領域の援助者のあいだでは、薬物乱用・依存をあくまでも犯罪としてのみ捉え、メンタルヘルス問題として捉えようとしない風潮が強いように思います。精神科医療機関のなかには、「薬物」と聞いただけで治療を引き受けてくれないところも少なくありません。先述した民間回復施設における調査によれば、自殺企図におよんだ入所者の約半数が、その行動の前に精神科を受診していたといえます。そうした受診の際に適

切に対応されていれば、自殺企図を予防できた可能性があります。

2. 重複障害への対応は医療機関の責務です

メンタルヘルスの援助者が、薬物依存者の援助を民間回復施設に丸投げしないことが大切です。厚生労働科学研究の報告書（松本ら, 2010）では、民間回復施設での自殺既遂事例のなかには、何らかの精神障害にも罹患している、いわゆる重複障害の薬物依存者が少なくないことが指摘されています。

薬物依存者の場合、他の精神障害の併存が非常に高率です。事実、若い薬物乱用者の47.2%に他の精神障害の併存が認められ、うつ病性障害が最も多く、次いで不安障害である（Essau et al, 1998）という報告があります。また、思春期の薬物乱用者では、幼少期における注意欠陥・多動性障害の挿話を持つ者が少なくなく（Lynskey & Fergusson, 1995）、20～30%に現在もなお注意欠陥・多動性障害の症状が残っているという報告（Brown, 1993）もあります。さらに、覚せい剤乱用者の多いわが国の場合には、統合失調症と鑑別が困難な慢性持続性の精神病性障害が残遺して、深刻な生活障害を呈している者も少なくないのは、わが国の精神科医療関係者であれば、誰もが知っていることだと思います。

重複する精神障害の症状により、施設内で様々な不適応行動や問題行動を呈した薬物依存者の治療を引き受け、施設運営をサポートするのは、精神科医療機関としての責務です。

3. 援助機関のネットワークで「つながり」を維持することが大切です

自殺した薬物依存者の多くが、死の直前に家族や援助者、仲間との関係が破綻し、「見捨てられた」という体験をしていることが指摘されています（森田と岡坂, 2010）。同じ施設のなかで失敗を繰り返すなかで、将来の希望が見えなくなっている薬物依存者の場合にも、「いつか見捨てられる」という不安があることでしょう。

依存症の援助では、「イネイブリングをやめて底つき体験をさせる」ことが重要であるといわれてきました。しかし、この言葉は薬物依存者家族のためのものです。メンタルヘルスの援助者が、家族と同じように孤立している薬物依存者を突き放すのは危険です。メンタルヘルスの援助者には、民間回復施設で対応しきれなくなった薬物依存者を引き受け、援助機関のネットワークを生かして、薬物依存者が「誰かとつながっている」という感覚を絶やさないようにする必要があることが指摘されています（森田と岡坂, 2010）。

4. 断薬している薬物依存者にもアフターケアが必要です

薬物依存者に対する援助のゴールは、薬物をやめることではありません。薬物を使わずに、自殺することなく、できれば「生きていてよかった」と思える地域生活を送れることが援助のゴールです。一般に薬物依存者の自殺は薬物を使っているときに起こる傾向がありますが、先述した民間回復施設の調査（岡坂ら, 2006）によれば、自殺企図者の4割は断薬中にその行為におよんでいたといえます。

薬物依存者のなかには、幼少期に様々な虐待被害の体験を持つ者が少なくありませんが、そのような者が外傷記憶の苦痛への対処として薬物を乱用していたり、あるいは、併存する精神障害に対する不適切な自己治療として薬物を使っていたという者がいます

(Khantzian, 1990)。実際、思春期の薬物乱用者の場合、薬物乱用に先行して、不安障害やうつ病性障害に相当する状態を呈しているという指摘があります (Galaif et al, 1998)。

このような場合には、断薬をすることでむしろ苦痛が強まり、自殺リスクが高まることがあります。断薬している薬物依存者のアフターケアが重要です。

IV. 治療法の開発と支援体制の強化

1. 自殺予防のためにまず必要なのは薬物依存の治療です

周知のように、覚せい剤取締法事犯者の再犯率はきわめて高い水準にあります。そして、逮捕されるたびに仕事を失い、友人を失い、家族を失います。いずれも経済的もしくは心理社会的に人間を支えてくれる大切な要素です。これらをすべて失えば、人は生きる望みを失い、気持ちは否応なしに自殺に傾いていくことでしょう。

何度も逮捕される原因は、決してその人の「意志が弱い」からでも「反省が足りない」からではなく、覚せい剤依存に対する適切な治療が行われていないことにあります。薬物依存者の自殺予防のために必要なのは、まずは薬物依存の治療です。

すでにこの点は、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正（「自殺対策加速化プラン」）においても明記されていますが、いまだ具体的かつ実効性のある施策が十分に進められているとはいえない状況にあります。

2. 薬物依存のための治療プログラムの開発が急務です

残念ながら、これまでわが国では薬物依存に特化した治療法はないに等しい状況でした。ごく少数の専門医療機関では、アルコール依存に対する治療プログラムをむりやり薬物依存に適用していましたが、アルコールとは薬理作用の異なる物質を使い、アルコール依存に比べて年齢も若く、併存する精神障害も多い薬物依存者には必ずしもマッチしているとはいえません。

もちろん、国内にはすでに多数の民間回復施設がありますが、裏を返せば、「それしかない」「他に選択肢のない状況」ともいえます。その意味でも、薬物依存に特化した効果的な治療プログラムの開発が必要です。その際、現在、アルコール依存に対して認められている入院治療の診療報酬加算を、薬物依存に対しても適用し、精神科医療機関が積極的に薬物依存者を対応できるようにすることが望まれます。

3. 司法・医療・地域と切れ目なく続く支援体制の整備が必要です

近年、刑事収容施設や保護観察所等の司法機関において覚せい剤依存に対する治療プログラムが行われるようになりました。そのこと自体はとても重要な前進といえますが、いくらそのような治療プログラムを行っても、刑事収容施設出所後に地域でプログラムが継続されなければ意味はありません。依存症治療の特徴は、「貯金できない」という点にあります。どこかである時期、すばらしい治療を受けたとしても、それが継続されなければ、効果はほとんどないに等しいのです。

2008年8月に閣議決定された第三次薬物乱用防止新五カ年計画では、戦略の目標の第2

番目として、「薬物依存・中毒者の治療」が掲げられていますが、いまだ地域における薬物依存者の治療体制は一向に整備されていません。そのようななかで、一部の精神科医療機関や精神保健福祉センターにおいて、ワークブックを用いた薬物依存再発予防スキルトレーニング（松本と小林, 2008）が試行されています。このような試みが国内全域に普及し、民間回復施設とともに、司法機関での介入を継続できる体制の整備が求められます。

4. 家族に対する相談支援体制の強化も必要です

薬物依存者本人に対する治療体制の整備とともに重要なのは、家族に対する相談支援体制の強化です。通常、薬物乱用・依存に対する援助は家族相談からスタートしますが、薬物依存者の家族は、本人の薬物問題を隣人にも親戚にも相談できないまま、何年もの年月を苦しみのなかで過ごしています。家族は、地域からも親族からも孤立して、「この子を殺して私たちが死のう」というところまで追い詰められています。

その意味では、薬物依存者家族に対する相談支援体制の強化は、家族の自殺予防としての意義もあります。現在わが国では、各都道府県・政令指定都市に設置された精神保健福祉センターが、薬物依存者家族の相談に対応することとなっていますが、その相談支援体制には地域によって差があるのが実情です。どの地域に住む家族でも、同じような援助サービスが提供できる相談支援体制を整備する必要があります。

文献

- Brown, S.A.: Recovery patterns in adolescent substance abuse. In J.S., Bear, G.A., Marlatt, & R.J., McMahon (eds), Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues. pp.161-183, Newbury Park, CA: Sage, 1993.
- Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F., et al: Häufigkeit und Komobidität von Störungen durch Sustanzkonsum. Zeitschrift Kindheit und Entwicklung 7: 199-207, 1998.
- Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry, 170: 205-228, 1997.
- Khantzian, E.K.: Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: Similarities and differences. In M., Galanter (Ed) Recent Developments in Alcoholism, pp251-277, Plenum, New York, 1990.
- 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか: 死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による調査. 日本社会精神医学会雑誌 18: 341-351, 2010.
- Lynskey, M.T., Fergusson, D.M.: Childhood conduct problems, attention deficit behaviors and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. Journal of Abnormal Child Psychology 23: 281-302, 1995.
- 松本俊彦: 薬物依存の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」症候群—. 金剛出版, 東京, 2005.

Matsumoto, T., Imamura, F.: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 123-125, 2008.

松本俊彦, 小林桜児: 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? *日本アルコール薬物医学会雑誌* 43: 172-187, 2008.

松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, ほか: 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学*, 51: 109-117, 2009.

松本俊彦, 森田展彰, 猪野亜朗, ほか: 薬物依存者・アルコール依存者の自殺の実態解明と自殺予防に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究 (主任 伊藤弘人)」平成 21 年度総括・分担研究報告書, 41-55, 2010

森田展彰, 岡坂昌子: 薬物使用障害者の自殺. *精神科治療学* 25: 213-221, 2010.

岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二: 薬物依存者の自殺企図に関する研究—自殺企図の実態とリスクファクターの検討—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 41: 39-58, 2006.

日本うつ病学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

I. 目標

1. 効果的な予算の分配と都道府県による、厳正な市町村の自殺対策評価
2. 医療と地域保健福祉の連携構築
3. 地域自殺対策への精神科医のさらなる関与
4. ハローワーク等の雇用相談窓口担当者のゲートキーパー化
5. 企業・団体・行政等の長や幹部の自殺対策への関与
6. 科学的根拠に基づく自殺対策への支援や予算の重点化
7. 精神科医の診療技術の均霑化
8. 精神疾患罹患者の受診の勧奨
9. 中小企業における自殺対策の推進
10. 労基署や産業保健推進センターのさらなる自殺対策への関与
11. メンタルヘルス不調者が安心して治療に専念できる社会保障の充実
12. プライマリ・ケア医療におけるうつ病診療・自殺のハイリスク者対応のさらなる充実と普及
13. 自殺のハイリスク者に対するアウトリーチの仕組みをつくる
14. 各市町村単位での自殺の実態の把握の徹底
15. 国民一人ひとりの自殺対策への関心・関与を促す
16. 自殺対策において中心的役割を果たす人材の養成
17. 精神科救急体制の均霑化と効率化
18. わが国の精神保健福祉の充実
19. アルコールの害に対する啓発、アルコール関連広告の規制
20. 義務教育における自殺予防教育の実施
21. メディア関係者による自殺対策の推進とメディア・リテラシーの改善
22. IT を活用した自殺予防対策の推進

II. 論理的根拠

1. 多くの予算がばらまき型で、講演、研修会、配布物、ポスターなどにかかなりの額が消費されている。啓発・教育は必要ではあるが、効果の検証は不十分。都道府県は、予算を配分するだけで効果検証を行っていない。自殺対策協議会は、単なる行政による自殺対策報告会になっている。市町村の現場では、必ずしも円滑に対策が進んでおらず、多くの地域で効果が認められていないか、限定的。多くの自治体で、都道府県の保健福祉部門と保健福祉センターとの間で効果的な連携が見られない。
2. 医療は、地域と必ずしも効果的に連動しておらず、病診連携など医療施設相互の連携にとどまる傾向がある。また、生活経済や各種相談窓口において、メンタルヘルス不調者への精神科受診勧奨が効果的になされていない。
3. 地域自殺対策事業や、各種相談会における精神科医の参加が乏しい。
4. 失業者のための自殺対策が十分に均霑化したかたちで全国展開されていない。
5. 企業・団体・行政等では、自殺対策やメンタルヘルス対策を担当部署に任せっぱなしで、長や幹部の理解やリーダーシップに欠ける。長が熱心なところ、そうでないところで、自殺対策の取り組みには大きな違いがあり、庁内の連携においても円滑なところ、縦割り・他人事でまったく連携がうまくいかないところとに分かたれている。

6. 駅頭の青色 LED 使用など、科学的根拠のないところに多くの予算が消化されている。例えば、戦略研究のような骨太で科学的論考に基づいた研究、およびそこから得られるエビデンスにこそ予算を投じる価値がある。また、自殺対策研究において、自殺の実態データが利用しやすいような仕組みづくりも必要である。「社会的取り組み」のスローガンから、さらに一歩踏み込んだ自殺対策の展開が必要である。
7. 精神科を標ぼうする医師の中には、自殺予防に関する知識、スキルが不足しているものもみられる。
8. 精神疾患への偏見問題。罹患者は罹患していることを否認し受診を忌避する傾向がある。
9. 中小企業では、メンタルヘルス対策が実施される環境すらない。
10. 労基署の自殺対策におけるプレゼンスをほとんど認めることができない。協議会等でも報告に終始し主体的な動きが見えない。
11. メンタルヘルス不調者は、不安定な雇用状況にあつて、生活経済の維持のために心身不調があつても受療をしたり、休養をとることができない。
12. プライマリ・ケア医療におけるうつ病診療・自殺のハイリスク者対応は、一部の熱心な医師にのみ偏重している。
13. 自殺のハイリスク者の把握や、受診等の管理の仕組みが地域にない。民生児童委員には過剰な役割が与えられ、かつ委員の高齢化による負担もある。個人情報保護法に阻まれて地域の家族構成すら把握できないという実状もある。
14. 自殺の実態把握の方法、警察、保健所と行政・学術経験者等の連携のありかたなど、自殺者データの把握・活用の状況には地域によりばらつきがある。
15. 国民一人ひとりが自殺対策への関心・関与を持つというところにまでは至っていない。
16. 地域や社会の各領域において、自殺対策の中心的役割を果たす人材が不足しており、その養成の工夫も見られない。厚労省の自殺対策研究プロジェクト（戦略研究等）で育成された人材ですら、研究終了後に雇用機会がなかなか得られず、数少ない有為な人材すら活用されていない。
17. 精神科救急体制やその利便性が地域によって大きく異なっている。また、「自傷の恐れ」が他害に比して軽視されがちな面もある。
18. 精神保健・福祉に対する制度の充実、十分な予算措置がなされていない。医療では現状の診療報酬制度の中で充実した医療を実践することができず、地域保健・福祉においては専門職が圧倒的に不足している。十分な時間、マンパワーをかけて自殺のハイリスク者を支援していくことが困難である。
19. タバコの規制に比して、アルコールの害に関する社会啓発が著しく不足している。
20. 多くの学校教育の現場で、自殺予防教育に熱心な取り組みというものは認められず、忌避されているような印象すらある。
21. メディアにおける報道ガイドライン未整備、有害情報の垂れ流しが続いている。メディアでは社内研修で自殺対策が取り上げられることがないとも聞く。
22. IT を活用した自殺対策は、IT ツールや環境の進歩に比して公民ともにまだまだ事例として少ない。

Ⅲ. 現在の政策的背景

（上記の課題と現状参照）

Ⅳ. 鍵となる活動領域・組織・体制（上記のナンバリングには対応していません）

1. 地域自殺対策協議会等、地域自殺対策のオブザーバー組織
2. 医師会、精神科医による学術団体、七者懇

3. 雇用・労務関連の公的組織・団体
4. 行政の首長によるネットワーク
5. 経済団体（経団連、同友会等）
6. 厚労省・文科省等による研究助成
7. 社会保障、保健・医療・福祉行政にかかわる政府・政党担当部門・委員会
8. 精神保健福祉センター／保健福祉センター
9. 厚労省・総務省、各業界を管轄する各省庁（職域メンタルヘルス対策）
10. 文科省（自殺予防教育対策）
11. マス・メディア各社

V. 今後必要な政策（上記のナンバリングには対応していません）

大規模かつ柔軟な予算措置とその使用に関する厳正な評価

自殺予防対策に特化した、大規模研究費の創設

都道府県における地域自殺対策センターの設置（選任のメンタルヘルス担当者を数名配置、医師会、総合病院、精神科病院、救急医療、法律相談、就労相談のネットワークを促進し、さらに地域一体型の対策を作り上げる）
法令と予算措置により上記センターに人材育成機能をもたせる。

義務教育における自殺予防教育、うつ病教育の導入

わが国の精神科医療体制の充実

地域精神保健・福祉体制の充実（アウトリーチを可能にする予算・マンパワーの充実）

フィンランドの自殺対策のような、現実的かつ施策により裏打ちされた国家レベルの長期の自殺対策計画の策定
職域のメンタルヘルス対策のさらなる推進

厚労省・警察・保健所の自殺に関する統計活用に関する許可制の運用

個人情報保護法の改正（地域の見守り活動の促進）

市町村単位でのメンタルヘルス対応推進のための保健師の増員

精神科で自殺関連行動患者への対応がなされた場合の診療報酬加算

全ての医師の自殺予防研修の義務化

自殺関連有害情報の規制

VI. 参考文献

有賀徹, 三宅康史, 大塚耕太郎, 岸康宏, 坂本由美子, 守村洋, 柳澤八重子, 山田朋樹, 伊藤弘人, 河西千秋: 自殺未遂者への対応: 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. (編集: 日本臨床救急医学会), 日本臨床救急医学会, 2009, 全 27 頁.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 1990, 147: 190-195.

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 2004, 25: 147-155.

Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 2003, 33: 395-405.

Doihara C, Kawanishi C, Yamada T, Sato R, Hasegawa H, Furuno T, Nakagawa M, Hirayasu Y: Trait aggression in suicide attempters: a pilot study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008, 62: 352-354.

古野拓, 河西千秋: 自殺とマスメディア: 自殺報道における問題. *精神科*, 2007, 10: 485-491.

古野拓, 山田朋樹, 河西千秋: 地域における高齢者自殺予防活動: 横浜市における現状と課題を中心に. *老年精神医学*, 2008, 19: 218-223.

Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN, U.S. Preventive Services Task Force: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 2004, 140: 822-835.

Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Träskman-Bendz L: Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*, 1998, 317: 441-447.

Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K: Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000: CD001764.

Higuchi T: Research protocol proposal: Prevention of recurrence of suicide attempt in individuals with depression. *The final report for Health Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan*, Japan 2005.

Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, Kishimoto T, Miyaoka H, Otsuka K, Kamiyo Y, Matsuoka Y, Aruga T: A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health*, 2009, 9: 364.

一戸真子, 岩下覚, 釜英介, 河西千秋, 木ノ元直樹, 黒須真弓, 杉山直也, 堤谷政秀, 中間浩一, 西元晃, 南良武: 病院内における自殺予防提言. *患者安全推進ジャーナル*, 2007, 17: 6-10.

李菊姫, 河西千秋, 外国人留学生にみられるメンタルヘルス問題: 希死念慮, 自殺関連行動, 抑うつ, そしてアルコール依存傾向について. *自殺予防と危機介入*, 2011, 31: 65-73.

Ito H, Kawano K, Kawashima D, Kawanishi C: Responses to patients with suicidal ideation among different specialities in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*, 2008, 30: 578-580.

岩本洋子, 山田朋樹, 河西千秋, 中川牧子, 鈴木範行, 小田原俊成, 平安良雄: 救命救急センターに入院した自殺未遂患者の在院期間の調査: 精神科医のセンター常勤配置前後での比較. *精神医学*, 2010, 52: 87-90.

岩下覚, 南良武, 河西千秋: 精神科領域における医療安全管理の検討その1: 病院内における自殺に関するアンケート. *患者安全推進ジャーナル*, 2006, 13: 64-69.

Japan Cabinet Office: Annual report on suicide prevention measure in 2008.
[<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2008/pdf/index.html>].

Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health: Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention. [<http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>].

河西千秋, 佐藤玲子: スウェーデン国立自殺予防・精神保健研究センター (NASP) と自殺予防研究マスター・コース. *自殺予防と危機介入*, 2006, 27: 120-122.

Kawanishi C, Sato R, Yamada T, Ikeda H, Suda A, Hirayasu Y: Knowledge and attitudes of nurses, nursing students and psychiatric social workers concerning current suicide-related issues in Japan. *Primary Care Mental Health*, 2006, 4: 285-292.

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳): WHO 自殺予防の手引き: プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全12頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳): WHO 自殺予防の手引き: 教師と学校関係者のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全14頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳): WHO 自殺予防の手引き: メディア関係者のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全6頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳): WHO 自殺予防の手引き: プライマリ・ケア医のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全15頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳): WHO 自殺予防の手引き: 職場のための自殺予防の手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全19頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳): WHO 自殺予防の手引き: カウンセラーのための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全16頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳) : WHO 自殺予防の手引き: 刑務官のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全15頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 平安良雄 (訳, 監訳) : WHO 自殺予防の手引き: 遺された人たちのための自助グループの始めかた. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2007, 全23頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, Kawai M, Minami Y, Ohmichi H: Proposals for suicide prevention in general hospitals. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2007, 61: 704.

河西千秋, 平安良雄, 有賀徹, 石塚直樹, 山田光彦, 高橋清久: 自殺企図の再発防止方略開発のための多施設共同研究‘ACTION-J’: その背景と研究の概要. *精神神経誌*, 2008, 110: 230-237.

Kawanishi C, Kawano K, Ito H: Guideline preparation guide for suicide attempters in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008, 62: 754.

河西千秋 (訳, 監訳) : WHO 自殺予防の手引き: メディア関係者のための手引き, 2008年改訂版. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2009, 全14頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

河西千秋, 須田顕: 自殺行動の精神生物学的研究 (監修: 高橋祥友, 竹島正), 自殺予防の実際. 永井書店, 2009, 284-292.

河西千秋: 自殺対策にかかわる各種ガイドラインの策定状況 (監修: 天野宗和, 猪俣好正他), 精神保健福祉白書 2011 年版. 中央法規出版, 2010, 30-31.

河西千秋, 伊藤弘人: 自殺未遂者ケアに関するガイドライン作成のための指針. *精神保健研究*, 2010, 22: 9-41.

河西千秋: 病院内の自殺事故 (監修: 河西千秋, 橋本廸生他), 病院内の自殺対策のすすめ方 (患者安全推進ジャーナル別冊), 認定病院患者安全推進協議会, 2011, 6-7.

河西千秋 (訳, 監訳) : 警察官, 消防隊員, および第 1 介入者として自殺・自殺関連行動に対応する人のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行, 2011, 全28頁. (WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版)

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 2005, 294: 2064-2074.

- Moscicki EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*, 1997, 20: 499-517.
- Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Iwamoto Y, Sato R, Hasegawa H, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y: Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*, 2009, 9: 32.
- Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, Natori M, Hirayasu Y, Kawanishi C: A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2009, 63: 122-123.
- 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*, 2011, 188: 78-82.
- Nakao M, Takeuchi T: The suicide epidemic in Japan and strategies of depression screening for its prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84: 492-493.
- Nakao M, Nishikitani M, Shima S, Yano E: A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2007, 81: 151-157.
- 大塚耕太郎, 河西千秋, 杉山直也: 精神科救急ガイドライン 2009 自殺未遂者への対応」. (監修: 澤温, 平田豊明, 酒井明夫) . 精神科救急学会, 2009, 全 40 頁.
- Ono Y, Awata S, Iida H, Ishida Y, Ishizuka N, Iwasa H, Kamei Y, Motohashi Y, Nakagawa A, Nakamura J, Nishi N, Otsuka K, Oyama H, Sakai A, Sakai H, Suzuki Y, Tajima M, Tanaka E, Uda H, Yonemoto N, Yotsumoto T, Watanabe N: A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*, 2008, 8: 315.
- Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*, 2002, 181: 193-199.
- Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC: An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1990, 35: 193-199.
- Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH Jr, Murphy GE: The communication of suicide intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry*, 1959, 115: 724-733.

Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G, Gay GA, Moore-Lewis B, Mills DH, Murray D: Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci*, 1988, 33: 1445-1456.

Sakai A, Otsuka K: Four-year follow-up study of suicide attempters treated by psychiatric emergency unit. *The annual report for Health Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan*, Japan 2007.

Sande R van der, Buskens E, Allart E, Graaf Y van der, van Engeland H: Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand*, 1997, 96: 43-50.

Sato R, Kawanishi C, Yamada T, Hasegawa H, Nishikawa H, Kato D, Furuno T, Kishida I, Hirayasu Y: Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2006, 60: 558-562.

Spicer RS, Miller TR: Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*, 2000, 90: 1885-1891.

Suda A, Kawanishi C, Kishida I, Sato R, Yamada T, Nakagawa M, Hasegawa H, Kato D, Furuno T, Hirayasu Y: Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population. *Neuropsychobiol*, 2009, 59: 130-134.

杉山直也, 河西千秋他 (監修) : プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理. 南山堂, 2009, 全 226 頁.

van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J: The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med*, 1995, 25: 963-970.

Wasserman D, Wasserman C (ed): *Text Book of Suicidology*. Oxford University Press, London, 2009.

World Health Organization: SUPRE.

[http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/].

Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 2007, 7: 64.

日本学生相談学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

平成 23 年 8 月 18 日

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

日本学生相談学会

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

これまでの自殺総合対策大綱では、青少年（30 歳未満）についての記載において「児童生徒」という文言で表現されている。また、対応策などその他の箇所においても「児童生徒」という表現が用いられ、主に小学校、中学校、高等学校における対策として大綱が書かれている。そのため、大学等の高等教育場面での総合対応としてこれまでの大綱が読み取れない、あるいは高等教育機関の関係者に対して大綱の意図が十分には伝わっていない可能性がある。

現在、大学等の高等教育機関には多様な学生が進学してきており、自殺対策を含めた多様な学生支援策が各大学に求められている。それゆえ、今回の自殺総合対策大綱の改正では、初等・中等教育機関だけではなく、高等教育における対応策について明確に言及することが必要と思われる。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1 :

大学等の高等教育機関において、青年期の学生等に対する自殺対策を含めた心理発達の支援環境を改善する

論理的根拠 :

現在、大学生の死因の第一位は自殺となっている（文献 1）。しかしながら、各大学での自殺者数などの情報は公開されていない場合が多く、各大学の取り組みも不明なままである。大学生の自殺の危険因子としては、個々の学生の心理的な特徴だけではなく、学業や研究、対人関係、就職問題などといった大学固有の問題も指摘されてきている（文献 2、3）。それゆえ、大学等においても自殺対策を積極的に進めていくことが必要である。

現在の政策的背景 :

近年、初等・中等教育においては、文部科学省の補助事業としてスクールカウンセラー制度が導入され自殺対策や自殺予防等についても積極的に運用されてきている。一方、高等教育においては、新制大学の発足とともに始まった学生相談は、厚生補導から学生支援という考え方の変遷を経て、近年では、多様な学生に対する人間的成長を図る教育活動の一環として積極的に位置づけられてきた（文献 4）。さらに、大学における様々な問題に対する支援のあり方や危機介入などについても具体的な指針が示されてきている（文献 5）。しかしながら、各大学での取り組み状況は必ずしも十分とは言えない状況である（文献 6）。

鍵となる活動領域：

- 1) 各大学における自殺問題の現状把握とその対策についての実態調査。
- 2) 各大学の実情に合わせた危機介入・学生支援体制の構築と評価。
- 3) 自殺対策や予防に関する大学教職員に対する啓発活動と危機的状況にある学生にかかわる教職員へのコンサルテーション、心理的支援の実施。
- 4) 学生に対する予防教育活動の実施および危機的状況の回避や問題解決のために他者に援助を求める被援助行動の促進。

今後必要な政策：

- 1) 各大学における自殺関連問題やその対応についての情報公開を促す。その際には当事者や関係者に新たな心理的負荷をかけないような方策の工夫等、最大限の配慮を行う。
- 2) 各大学が危機介入・学生支援体制の充実化を図るよう提言を行うとともに必要な予算措置を講じる。
- 3) 現在の学生の心理社会的な発達状況と大学における危機的状況の発現様相について実証的な研究を進めるとともに、個別対応ならびに大学コミュニティとしての総合的な支援策についてのモデル開発を促すような予算措置を講じる。

文献リスト：

- 1) 内田千代子 (2010) 21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への手がかりを探る。精神神経学雑誌, 112(6), 543-560.
- 2) 多田治夫 (2008) 大学生の自殺について。KIT progress : 工学教育研究, 15, 93-99.
- 3) 内野悌司 (2006) 大学生の自殺予防。精神療法, 32, 560-567.
- 4) 文部科学省高等教育局 (2000) 大学における学生生活の充実方策について—学生の立場に立った大学づくりを目指して— (報告)。
- 5) 日本学生支援機構 (2007) 大学における学生相談体制の充実方策について—「総合的な学生支援」と「専門的な学生相談」の「連携・協働」—。
- 6) 吉武清實・大島啓利・池田忠義・高野明・山中淑江・杉江征・岩田淳子・福盛英明・岡昌之 (2010) 2009年度学生相談機関に関する調査報告。学生相談研究, 30(3), 226-271.

日本臨床救急医学会

日本救急医学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

一般社団法人日本救急医学会

担当理事 山口芳裕（杏林大学医学部救急医学）／ 担当 三宅康史（昭和大学医学部救急医学）

一般社団法人日本臨床救急医学会 自殺企図者のケアに関する検討委員会

委員長 三宅康史（昭和大学医学部救急医学） <両学会兼任>

1)平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

自殺企図者の複雑な社会的背景、合併する精神疾患と多様な身体的ダメージへの対処には、繊細かつ幅広い医療資源を要する。このため、大多数の一次、二次救急医療機関では、十分なケアが不可能であるとして受け入れ拒否をせざるを得ない状況が続いている。この結果、日本救急医学会、日本臨床救急医学会は協力しつつ、救命救急センターを主な受け皿として、救急外来に搬送される自殺企図によって身体的ダメージを被った方々の初療に 24 時間体制で当たっている。その数は増え続け、救急部門の医師不足、二次救急医療機関の減少による身体科救急患者受け入れの増加も相まって、スタッフへの負担は増加するばかりである。

両学会が次回改定において要望する点は以下のとおりです。

- ① 自殺企図患者に標準的な初療を施した場合の保険点数の増額:保健指定医のいない医療機関であっても自殺企図の初期評価と精神科への紹介状があれば可とすることによって、算定しやすくするなどの配慮をお願いしたい。
- ② 一次、二次救急医療機関でも、同等の初療ができれば保険点数を割り増し
- ③ 自殺企図患者を一定数受け入れている総合病院、救命救急センターにおける精神科医または精神保健福祉士、臨床心理士の配置への予算補助
- ④ 救急部門で勤務する医療スタッフへの自殺未遂者ケア研修会の充実と、出席によるインセンティブの付与
- ⑤ 掛かり付けの精神科開業医にフォローアップをお願いすることが、再企図の防止につながっているのか、また精神科医は皆、標準的な自殺企図患者への対応ができるのか疑問です。精神科開業医に対する自殺企図患者への標準的な対応法と、再企図防止のための専門的な勉強会の実施とその継続、評価をおこなっていただきたい。
- ⑥ 精神科専門医となる条件に、救命救急センターでの一定期間の研修を義務付け、自殺企図者の初療の実際を身をもって体験させる。
- ⑦ 精神保健福祉士、臨床心理士への自殺未遂者ケア研修の確立とその受講の必修化、受講内容の充実
- ⑧ その他:数十年間にわたり、自殺企図患者への対策が国レベルで巨費を投じて行われているのも関わらず、大きな改善を見せていないのは、その指導、手法に根本的な誤りがあるとしたか考えられません。この際、今まで自殺対策にかかわってきたすべてのものを見直し、一から考え直す時期ではないでしょうか。すなわち、引用される多くの科学的根拠は海外のものであり、それを追従している本邦の自殺対策は本当に効果を上げているのか、なぜ有効な自殺対策ができていないのか、などそこから始めるべきではないでしょうか。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺対策

- 目標：現在進行中、あるいは既に行われた厚労科研費を用いた自殺対策の大規模研究の費用対効果の検証
- 論理的根拠：現状で自殺対策が奏功していない現実
- 現在の政策的背景：非常にたくさんある自殺関連団体に対する目の前のばらまきばかりで、本物のエキスパートによる大胆な自殺対策が行えていない。
- 鍵となる活動領域：関連するすべての領域
- 今後必要な政策：今までの自殺対策の方針、指導してきた専門家などの刷新と、十分検討された大規模研究の発掘、そこへの集中的な資金の投入、現状で実際に自殺対策にかかわっている人、団体への資金提供その基準作り。
- 文献リスト：なし

日本公衆衛生学会

平成 23 年 10 月 10 日, Version 1.1

自殺総合対策大綱改正に向けたレビュー

日本公衆衛生学会

(1) 自殺総合対策大綱の改正にあたっての要望事項

日本公衆衛生学会は、公衆衛生学の立場から自殺対策を推進するために、自殺対策専門委員会を設置して、活動を行って参りました。平成22年2月8日には、「経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言」を實成文彦理事長名で内閣府自殺対策特命担当福島みずほ大臣に提出いたしました。日本公衆衛生学会は、自殺総合対策大綱改正に向けて、この提言の具現化を要望いたします。具体的には次の3点について要望いたします。

- ① 自殺対策を進める理念として、「様々な困難を抱えた多様な人々が受け入れられる社会を形成する社会的包摂の実現」を入れていただきたいと考えます。社会格差と自殺の問題が重要となる中で、社会経済的に不利な条件にある人々の住居の確保、これらの人々が社会的役割を果たす機会の増加とこれを認める社会の意識づくり、信頼や連帯などソーシャル・キャピタルを高める地域づくりを推進することが、長期的な自殺対策として重要であるとの認識を大綱の中で明記することを要望いたします。
- ② 自殺対策の効果評価指標の全国的モニタリングの実施
自殺対策の効果を共通に評価する指標を国が行う全国的な調査に含め、これを自治体別に表象することで、各自治体が自殺対策の推進に利用できるようにする。具体的には、自殺率に加えて、国民生活基礎調査等において精神保健リテラシー、うつ・不安、自殺念慮、社会支援やソーシャル・キャピタルなどを測定し、都道府県および政令指定都市単位で利用可能としていただくことを要望いたします。
- ③ 失業者の自殺対策の強化
社会経済的に不利な立場にある者の自殺予防のために、社会的、経済的に支えるためのセーフティネットを一層強化する。特に失業者の自殺対策のために、現在実施中のハローワークにおけるワン・ストップ・サービスの利用状況等を実態把握し、自殺対策を遂行する上でより効果的な施策となるよう見直し、さらに地域の自殺対策と連携させる施策を立案することを要望いたします。

(2) 今後、わが国で必要な科学的根拠にもとづく自殺対策

目標： 社会的包摂を自殺対策の理念として組み込む

論理的根拠： 本学会の提言書を参照のこと（参考文献）

現在の政策的背景：

自殺総合対策大綱策定時には、社会格差と自殺の問題は必ずしも注目を浴びていませんでした。その後、社会的包摂の考え方が自殺対策において重要であるとの認識が日本公衆衛生学会などで議論されるようになりました。今後、包摂的社会政策を自殺対策として明確に位置づけていくことが必要であります。

自殺対策には精神医学や精神保健の観点から、うつ病などの疾病を個別に予防するという医学的アプローチと、地域集団を対象に健康増進の観点から地域全体の保健福祉活動などにより一次予防の立場から自殺予防活動を展開するというポピュレーションアプローチの二つがあります。日本公衆衛生学会としては、地域全体の保健福祉活動を活発化して自殺予防を図るというポピュレーションアプローチの強化が重要であると考えています。その科学的根拠としては、我が国における地域における先進的な地域保健活動による自殺予防活動の成果や、フィンランドの国家的自殺予防対策の成功事例が挙げられます。従って、ポピュレーションアプローチの強化による総合的な自殺予防対策の一層の強化が必要であると考えます。

鍵となる活動領域： 今後、鍵となる活動領域としては、社会的包摂の理念のもとに、社会的に排除されがちな人々を包摂していくような総合的対策の構築であると考えられます。社会的包摂を進めていく上で、社会的支援や社会的ネットワークの充実に加えて、非正規雇用労働者等が医療保険や雇用保険などの社会保障制度を十分に活用できないこと、生活保護制度の見直しなどの社会保障制度全体の見直しも必要になると考えられます。

今後必要な政策：

- ① すでに述べたように、自殺対策の効果評価指標の全国的モニタリングにもとづく自殺対策の実施が必要です。当面、地域自殺対策緊急強化基金による都道府県の自殺対策の効果評価が求められています。科学的根拠にもとづく評価により、効果的な自殺対策を抽出し、継続的な予算の確保に基づく地域の自殺対策の継続が求められます。
- ② また、自殺総合対策大綱で提示された各施策の評価を早急に行い、大綱改正にあたってはより優先すべき施策を明確にすることが必要です。
- ③ 社会的包摂の理念のもとに、社会的に排除されがちな人々を包摂していくような総合的な政策の構築が求められます。具体的には、社会的に排除されがちな人々（例えば、非正規雇用労働者や母子家庭等）が、医療保険制度、雇用保険制度、生活保護制度等の社会保障制度を十分に活用できない現状を改善するため、制度面での見直しを図る必要があると考えられます。
- ④ 精神保健領域における自殺未遂者対策の強化、多様な職種の協働による

うつ・不安・自殺念慮に対する医療保健システムの整備、そして地域保健福祉活動の強化による地域自殺対策の一層の推進などが挙げられます。

(3) 参考文献

日本公衆衛生学会. 経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言

<http://www.jsph.jp/news/37.pdf>

日本サイコオンコロジー学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
代表理事 大西 秀樹

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

2)

・目標

がん患者と患者の遺族の抑うつ状態を早期発見し、専門医による適切な医療を提供する

・論理的根拠

がん患者は一般人口に比べて約 2 倍自殺率が高く（文献 1）、その最大の要因は痛みなどの身体症状ではなく、抑うつ状態であることが示されている（文献 2-4）。また、進行がん患者および診断後数カ月以内の早期の時期に自殺が多いことが繰り返し示されているため（文献 5-9）、自殺予防として標的とされるべき対象群および強力な介入を要する時期が明確である。さらに最近では、がん診療連携拠点病院の整備がすすんでいるため、介入対象とする医療機関の同定も容易である。

また、自殺率が一般人口に比べ 4 倍程度であることが示されている身体疾患（全身性エリテマトーデス、腎疾患、脊髄損傷）に比べて（文献 1）、がん患者の絶対数は圧倒的に多いのみならず（現在我が国の死因の第一位はがんであり、総死亡の 30%以上を占め、毎年 60 万人以上の人々ががんに罹患している）、高齢化に従い今後も罹患者数の増加が確実視されているため、自殺率が 2 倍程度であっても、この患者群に強力な介入を提供することの意義は大きいと考えられる。実際、わが国の一般病院における自殺の背景に存在した身体疾患はがんが最多であり全体の 35%を占めていたことが報告されている（文献 10）。

加えて、毎年 34 万人のがん死亡があり、死別が自殺の危険因子の一つであることを鑑みると（文献 11、12）、同時に適切な遺族ケア（対象集団は配偶者をがんで亡くした男性 5 万人、女性 15 万人）（文献 13）を提供することも有望な自殺予防介入である。しかし、がん患者の遺族への適切な介入方法に関しては研究自体が少なく、標準的な介入方法も明確ではないため、本介入の実施にあたっては効果そのもののモニタリングも必要であると考えられる。

一方で、患者のがんに罹患していることを知ることによる精神的な負担を過度に心配しすぎるあまり、十分な検討をせずにごん患者本人にごんの告知をし

ないということは避けなければならない。患者が自身の病気のことを知ることは、インフォームド・コンセントの観点から明らかなように患者の権利である。医師が、患者に過度の精神的な負担を与えずに適切に情報を伝えていくことができるよう、コミュニケーション・スキルを高めていくための取り組みについても併せて実施していく必要がある。

・現在の政策的背景

現在がん対策基本法に基づく早期からの緩和ケアの推進により、徐々にがん患者に対する緩和医療の提供体制が整いつつあるが、前述の進行がん患者の抑うつ状態の早期発見、治療の提供という観点からは、がん医療にも精通した精神保健の専門医である精神腫瘍医（精神科医、心療内科医）が不十分であるため実効性を発揮できていない。進行がん患者の抑うつ状態を適切に診断し治療するうえでは、がん疾患と精神医療に精通した精神腫瘍医の育成と地域の拠点となる医療機関への配置が極めて重要である。

・鍵となる活動領域

- 1) がん患者、中でも進行がん患者の抑うつ状態の早期発見、早期治療の提供体制の構築
- 2) 遺族のうつ状態の早期発見、早期治療の提供体制の構築
- 3) 精神腫瘍医の育成
- 4) がん専門医、看護師（認定看護師等も含む）、緩和ケア医の精神症状評価能力の改善
- 5) がん患者、遺族への心のケアの重要性に関する啓発
- 6) がん治療医に対するコミュニケーション・スキルに関する研修

・今後必要な政策

- 1) 地域のがん診療連携拠点病院にがん患者の心のケアに精通した精神腫瘍医を配置する。
- 2) 地域のがん診療連携拠点病院の精神腫瘍医ががん患者および遺族の抑うつ状態に対して治療を提供する際には予算措置を講じる。
- 3) うつ病を合併したがん患者における自殺の危険因子を明らかにする研究を行う。
- 4) 適切な遺族ケアの在り方を明らかにするための研究を行う。
- 5) 大学医学部に精神腫瘍医養成のための精神腫瘍学講座を設置する。

・文献リスト

- 1) Harris EC, et al: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 73:281-96, 1994
- 2) Chochinov HM, et al: Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152:1185-91, 1995
- 3) Henriksson MM, et al: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36:11-20, 1995
- 4) Rodin G, et al: Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 68:562-9, 2009
- 5) Tanaka H, et al: Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 90:812-7, 1999
- 6) Kendal WS: Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol* 18:381-7, 2007
- 7) Misono S, et al: Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 26:4731-8, 2008
- 8) Fang F, et al: Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst* 102:307-14, 2010
- 9) Robson A, et al: The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 19:1250-8, 2010
- 1 0) Kawanishi C, et al: Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:704, 2007
- 1 1) Hirschfeld RM, et al: Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 337:910-5, 1997
- 1 2) Mann JJ: A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 136:302-11, 2002
- 1 3) 人口動態統計 厚生労働省, 2007

日本産業衛生学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

平成 23 年 8 月 23 日

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

社団法人 日本産業衛生学会
理事長 大前 和幸

(報告書作成担当)
産業精神衛生研究会
代表世話人 廣 尚典

はじめに

当学会の専門領域を踏まえ、職域で実施されることが望まれる労働者の自殺対策に限定して、意見・要望を申し述べる。

本文

1) 平成 24 年度に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

①職場における自殺予防対策の基本的な考え方について

現大綱では、自殺の原因となる様々なストレスへの適切な対応を行い、心の健康の保持・増進を図るための具体的な施策のひとつとして、職場におけるメンタルヘルス対策の推進があげられ、以下の記載がなされている。

「職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、『労働者の心の健康の保持増進のための指針』の普及啓発を図る。また、管理・監督者を始め労働者に対し心の健康問題の誤解や偏見をなくすための正しい知識の普及、産業保健スタッフの資質の向上等による相談体制の充実等事業場に対する支援を実施し、労働者が職場内で相談しやすい環境整備を図る。特にメンタルヘルス対策の取組が進んでいない小規模事業場に対しては、産業保健と地域保健との連携などにより支援を充実する。(改行) また、過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化する。」

すなわち、職場においては「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(以下、メンタルヘルス指針)に沿った労働者のメンタルヘルスの保持増進を推進することがまず重要であり、結果的に自殺予防につながるとしているのである。この考え方は、職場が疾病の確定診断や治療の場ではないこと、大企業等における産業保健活動の実績および WHO が推奨している取組みからみても極めて妥当であり、多くの事業者、労働組合等に受け入れられやすいと考えられる。したがって、この基本部分を十分に強調した上で、具体的に取り組むことが望ましい事項について詳述することを要望したい。

②自殺に関連する職場の因子について

現大綱では、特に長時間労働の問題を自殺の背景・原因となる因子として取り上げている。確かに、何か月間も続く深夜帯に及ぶような長時間の時間外労働は、労働者のストレスや疲労を高め、うつ病をはじめとする精神障害の発症に関連することが、いくつかの論文で報告されている。しかしながら、長時間労働が直接自殺と結びつくわけではなく、職場には他にも、作業負荷および裁量権の偏り、能力や健康状態に見合わない仕事の分担など、様々なストレス因子が存在する。最近注目を集めているハラスメントもそのひとつであろう。仕事上のストレス因子が他の生活面のストレス因子と相俟って、労働者の負担が過度となることも少なくない。新大綱では、そうした多様なストレス因子にも目を向けることの重要性を強調していただきたい。

③職場の自殺予防に寄与しうる側面について

労働者にとって、毎日長時間にわたって顔を合わせ、コミュニケーションをとり合っている職場の上司や同僚は、ストレス軽減のための重要な社会的支援の資源ともなりえる。また、労働者が仕事にやりがいを見出し、職務満足感を高めることは、経済的な側面を除いても、自殺の予防につながるとも考えられる。

また、周知のように自殺の背景要因は職場に関連したものに限らず、家庭問題も含めて複合的である。職場以外のストレス要因が強く関連した不調を職場で発見し、自殺予防へつなげることも可能と考えられる。職場や仕事を精神疾患の発症や増悪に関連した好ましくないストレスを招くものとして扱うだけでなく、それらの持つ自殺予防にとってのプラスとなりうる面を具体的に整理し、高めていく方向の提案も盛り込んでいただきたい。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1：教育研修の充実化を推進する

①論理的根拠：

従来教育研修は、職場のメンタルヘルス対策について先進的な取組を続けてきた企業の多くが、その活動の中核に位置づけてきた（文献 1）。特に、管理監督者教育が職場のメンタルヘルスにもたらす有用性については、わが国においても研究報告が蓄積されつつある（文献 2）。

一方、労働者の自殺に関する遡及的調査において、生前に管理監督者が就業面の配慮など何らかの対応をしていたか、本人の異変に気づいていた事例は全体の 28.6%であったという報告がある。産業保健スタッフおよび職場関係者が何らかの予防対応を講じ得た余地があった事例が、それぞれ 43.6%、33.3%であったとも報告されている（文献 3）。

したがって、職場において管理監督者に対する教育研修の一層の推進を図り、産業保健スタッフも自殺予防に関する知識や技術を高めることは、労働者の自殺予防に資する面が

大きいと考えられる。現状としては、小規模事業場で、メンタルヘルス対策全体の実施率が低く、教育研修についても同様の傾向がある（文献 4）。これは、厚生労働省による 2007 年の労働者健康状況調査および 2010 年の緊急調査の結果からも窺い知れる。

管理監督者への教育研修の中にどのように自殺予防の視点を入れていくべきかについては、過去に研究報告がある（文献 5）。産業保健スタッフの修得すべき知識・技法に関しては、マニュアルが試作されている（文献 6）ほか、WHO がプライマリケア従事者に向けてまとめた小冊子（文献 7）などが参考になる。教育研修の方法としては、文書類を配布するよりも、ワークショップやセミナーなどの参加型の形式をとるほうがよい効果を期待できる（文献 8）。一般論に終始するのではなく、事業場の実情を踏まえた内容にすることも重要である。

また、メンタルヘルス不調の中で、うつ病に関する基本的な知識の普及、啓発は近年比較的進んできたが、アルコール関連問題や統合失調症など、自殺のリスクを高める他の問題については、それが立ち遅れている傾向がある。

②現在の政策的背景：

メンタルヘルス指針においても、労働者および管理監督者に対する教育研修（情報提供）は、メンタルヘルス対策の重要な要素とされており、それに盛り込まれるべき事項も列挙されている。事業場内で教育研修担当者を育成することも推奨されている。

教育ツール類は厚生労働科学研究などによって開発されており（文献 9、10）、その中には中小規模事業場を主な対象としたものもある（文献 11）。

また、厚生労働省は、自殺予防に関する啓発を狙いとした小冊子「職場における自殺の予防と対応」を制作し、改訂を重ねている。

現大綱では、管理監督者、労働者に対して、心の健康問題の誤解や偏見をなくすための正しい知識の普及を進めることがあげられているが、上述したことから、内容の充実化が望まれる。

産業保健スタッフの知識、技術の向上については、産業保健推進センターや関連学会等により講習会が開催されているが、そうした機会に参加しづらい者も少なくないのが実情である。

③鍵となる活動領域：

- ・特に、中小規模事業場を中心としたメンタルヘルスに関する教育研修を推進する。
- ・事業場の実情に合った教育研修カリキュラムを構築する。
- ・メンタルヘルスに関する産業保健スタッフの知識、技術のさらなる底上げを図る。

④今後必要な政策：

- ・過去の研究等により開発、作成された教育研修の方法論およびそれに活用できるツール類の適切さ、有用性をあらためて評価し、必要に応じさらに練り上げたうえで、普及を図っていく。
- ・メンタルヘルス教育の中にどのように自殺予防の視点を入れていくかについても、事業

場の業種、形態、規模、教育研修の時間枠などによって、いくつかのモデルを考案する。

・e-ラーニングなどを含めた、産業保健スタッフが自主的に知識、技術を高められるようなインフラを整備する。

⑤文献リスト：

- 1) 廣尚典：管理職教育・研修．日本産業衛生学会・産業精神衛生研究会編．職場のメンタルヘルス—実践的アプローチ—，pp83-88，中央労働災害防止協会，2005.
- 2) 堤明純：科学的根拠にもとづく産業精神保健—職場のメンタルヘルス対策への管理監督者教育の効果—．産業精神保健 15，136-139，2007.
- 3) 廣尚典：自殺事例からみた自殺予防対策のあり方の検討．平成 13 年度厚生労働省委託事業 労働者の自殺予防に関する調査研究Ⅱ，64-74，2002.
- 4) 井上彰臣，川上憲人，廣尚典，他：新指針に基づいた事業場におけるメンタルヘルス対策の状況，および改正労働安全衛生法に基づいた長時間労働者への医師面接の実施状況—事業場規模別にみる比較検討—．産業ストレス研究 15，151-161，2008.
- 5) 廣尚典：職域における自殺予防対策．九州神精医 54，21-26，2008.
- 6) 廣尚典：産業保健スタッフ向け自殺予防マニュアル．労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究（主任研究者：川上憲人），183-219，2005.
- 7) WHO；Preventing suicide: A resource for primary health care workers. WHO, 2000.
- 8) Michel K, Valach L: Suicide prevention: spreading the gospel to general practitioners. Br J Psychiatry 160, 757-760, 1992.
- 9) 職場における心の健康対策班：こころのリスクマネジメント〈管理監督者向け〉．中央労働災害防止協会，2004.
- 10) 廣尚典，森晃爾，田中克俊：自殺予防対策における管理監督者研修の教材の改訂に関する検討．労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 20 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟），242-258，2009.
- 11) 永田頌史（代表研究者）：非専門家が活用できる教育研修用資料．産業医学振興財団委託研究 中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する研究 平成 21 年度研究報告書．231-334，2010.

目標 2：職場と（地域の精神医療を含む）事業場外資源との連携の強化

①論理的根拠：

メンタルヘルス指針でも強調されているように、事業場にとって、職場のメンタルヘルス対策を推進する上で、様々な事業場外資源の有効活用は非常に重要である。

希死念慮を有する労働者の保護における産業保健スタッフと医療機関との連携場面に留まらず、日頃から産業保健スタッフと医療機関をはじめとする地域の精神医療・保健関係者が、互いの役割、活動の範囲・限界を理解し、協働する意識を高めることが望まれる。

しかし、現状においては、産業保健スタッフと精神科医（主治医）等との連携が、その

立場や職務内容の相違などから、不十分となっている面もある（文献 1、2、3）。

②現在の政策的背景：

厚生労働省は、平成 20 年より Web ページ「こころの耳」を立ち上げて、労働者のメンタルヘルスに関する情報を提供しており、随時更新もしている。ここからは、自殺予防を含む労働者のメンタルヘルス対策に関する数多くの情報が得られ、様々な事業場外資源の検索もできる。

平成 20 年より、各都道府県にメンタルヘルス対策支援センターが設けられ、職場や労働者からの相談に対応している。（それ以前は、中央労働災害防止協会が国からの委託を受け、職場への支援を行っていた。）

民間のメンタルヘルス相談機関の質的向上を促すことを主な目的として、平成 20 年 6 月 19 日厚生労働省基準局安全衛生部労働衛生課長通達「メンタルヘルス対策における事業場外資源との関係の促進について」（基安労発第 0619001 号）に基づき、メンタルヘルス対策支援センターを窓口とした登録相談機関の制度が開始されているが、登録機関数が頭打ちの状況である。

障害者職業センターは、精神疾患による休業者を対象に、職場復帰に向けた支援活動（リワーク事業）を行っており、民間の医療機関でも、都市部を中心に、それに類似した趣旨のプログラムを開始するところが増加している。これらのプログラムの中には、スタッフが検討を重ねて、その質を高めてきているものも多い。こうした動きは、間接的にはあるが、労働者の自殺予防に寄与できる可能性があると考えられる。

過去に、国の施策として、精神科医に対する産業保健の研修、産業医に対する精神医学の研修が実施され、これは各々の領域の知識の修得に加え、活動の相互理解を趣旨のひとつとしたものであったが、特に前者については一部の地方で参加者が少なく、まだ十分に浸透しているとは言い難い。一方、地域によっては、産業保健スタッフと精神科医の交流会が定期的に開催されているところもある。

労働者のメンタルヘルスに関連のある複数の学会が共同でシンポジウムの類を定期的にも実施する動きもみられたが、現在一時的に停滞している。

③鍵となる活動領域：

- ・産業保健スタッフと地域の精神保健従事者との相互理解と連携を強化する。
- ・メンタルヘルス対策支援センターの活用を推進する。
- ・リワークプログラムの推進を含めたメンタルヘルスサービス機関のさらなる活性化と質の向上を図る。

④今後必要な政策：

- ・全国の事業場に対し、従来の資源に加え、新たな資源の存在を周知し、有効活用を促す。
- ・相談機関の登録制度を、その趣旨を踏まえた上で見直し、有効活用に向けた検討を図る。
- ・産業保健スタッフと精神科医の相互理解を図る交流会等のモデル活動を水平展開していく。

・労働者のメンタルヘルスをめぐる関連の学会の交流を進める。

⑤文献リスト：

- 1) 廣尚典：産業精神保健における精神科医と産業医の連携．精神経誌 110, 1103-1108, 2008.
- 2) 島悟：復職に関する精神科医調査．労働安全衛生総合研究事業 うつ病を中心としたこのころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究（主任研究者：島悟）平成 16 年度総括・分担研究報告書 16-34, 2005.
- 3) 廣尚典, 渡辺洋一郎, 鍵本伸明：メンタルヘルス不調を抱える労働者への支援をめぐっての精神科医と産業保健スタッフの連携に関する研究．労働安全衛生総合研究事業 職場における新たな精神疾患罹患労働者に対するメンタルヘルスのあり方に関する研究（研究代表者：廣尚典）平成 22 年度総括・分担研究報告書, 33-50, 2011.

目標 3：職場環境改善の推進

①論理的根拠：

産業保健（労働衛生）は、本来職場や仕事に起因した、あるいは関連が強い健康障害（職業性疾患、作業関連疾患）の防止を第一義の使命としている。自殺予防やメンタルヘルス対策においても、このことは共通しているものと考えられる。また、職場のメンタルヘルス対策は、その効果をあげるために、多面的な取り組みが必要である。自殺予防の面においてもそれが言える（文献 1）。

したがって、現行の大綱に記されている相談体制の充実も重要ではあるが、労働者を取り巻く各々の職場環境について詳細な評価を行い、優先順位をつけて軽減を図る取り組みを普及啓発していく意義も大きいと考えられる。職場のストレスを増大させ、労働者のメンタルヘルスを悪化させている可能性のある職場因子には様々なものがある（文献 2、3）。

職場環境改善のための手法は、複数の補助ツールの制作とともに、最近開発が進んでいる（文献 4、5）。

②現在の政策的背景：

メンタルヘルス指針には、職場環境の評価と改善の重要性がうたわれている。

2006 年の労働安全衛生法の改正により、事業者は一定の要件を満たす長時間労働者に対して医師による面接指導等を実施しなければならないことが規定された。この面接指導では、心血管系疾患のリスクとともに、当該労働者のメンタルヘルスを評価することになっており、その結果必要に応じて個別の就業上の措置を行うことも求められている。その流れの中で、職場環境全体の見直しが検討される場合もある。

長時間労働をはじめとする過重労働による労働者の健康障害の発生を防止するため、2002 年「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が策定され（2006 年改正）、時間外・休日労働時間の削減、年次有給休暇の取得促進、労働時間等の設定の改善、および労働者の健康管理に係る措置の徹底を求める「過重労働による健康障害を防止するため事

業者が講ずべき措置」が示されている。

現在、定期健康診断と併せて労働者のストレスチェックを実施することが検討されているが、その結果を職場環境の改善に生かす方向の議論にはなっていない。

2010年には、中央労働災害防止協会が、国の委託を受けて、小売業、IT業におけるストレス対策に関する小冊子を作成している。

③鍵となる活動領域：

- ・業種、事業場規模を限定せず、労働者のストレス要因となる職場環境を多面的に評価し、改善を図る取組みの重要性を周知する。
- ・職場環境改善の手法を周知する。

④今後必要な政策：

- ・行政として、職場環境改善を、改めてメンタルヘルス対策の中核のひとつに位置づける。
- ・代表的な産業については、多くの職場で活用できる職場環境改善（ストレス対策）のヒント集の類を作成し、周知する。

⑤文献リスト：

- 1) 川上憲人：事業場向け自殺予防マニュアル．労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究（主任研究者：川上憲人），175-182，2005.
- 2) 廣尚典：働く人の自殺—その現状と対策．産業医学レビュー 117-138，2005.
- 3) WHO: Preventive suicide: A resource at work. WHO, 2006.
- 4) 吉川徹，川上憲人，小木和孝，他：職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発．産衛誌 49，127-142，2007.
- 5) 真船浩介，廣尚典，永田頌史：調査に基づく職場環境改善：MIRROR と WIN の活用．心身医学 50，643-649，2010.

目標 4：自殺の職場関連要因に関する詳細な検討

①論理的根拠：

例えば、派遣労働者やハローワーク利用者において、希死念慮、自殺企図の割合が高いという研究報告があるが（文献 1、2、3、4）、派遣労働そのものに自殺のリスクを高める因子が内在しているのか、派遣労働という労働形態や不安定な就労を選択する、あるいは選択せざるを得ない者の側（本人自身、本人を取り巻く職場以外の生活環境）にも影響因子があるのかといったところまで検討が進んでいるとは言えない（文献 5）。そうした面が明らかにされなければ、実効ある対策は立案しにくく、逆に不適切な対応を招く恐れもある。長時間労働においても同様である。確かに長時間労働は、それだけで睡眠時間の短縮や疲労の蓄積をもたらす。また、睡眠時間の短縮や不眠が精神障害の発症に影響を及ぼすことはいくつかの研究で示唆されている。（文献 6、7、8、9）しかし、業務そのものの困難性や組織形態、指示命令系の問題などがストレス因子としてあり、それらが他方で長時間労働の発生にも関連し、互いに関連しあって労働者のストレスを高めている例、あるいは何ら

かのメンタルヘルス不調が先行して存在し、それによる業務効率の低下が長時間労働の一因となっている例も少なくないと推測される。

また、厚生労働省が 5 年おきに実施している労働者健康状況調査の結果報告では、労働者の強いストレスや不安の要因が回答頻度順で示されているが、それらがメンタルヘルス不調とどのように関連しているかについては、明らかになっていないところが多い。企業業績や人員の変動と自殺発生の関連をみた調査も行われているが（文献 10）、小規模の記述的な研究にとどまっている。

②現在の政策的背景：

現在、約 1 万人の労働者を含めた大規模な疫学研究が進行しており、その成果として精神健康度および一部の精神障害と職場のストレス要因との関係について、報告されることが期待される。

③鍵となる活動領域：

上記に加えて、労働者の自殺あるいは希死念慮の背景要因についての詳細な大規模調査研究が望まれる。

④今後必要な政策：

国のプロジェクトとして、労働者の自殺あるいは希死念慮の背景要因、メンタルヘルス不調と関連の深い職場のストレス要因およびそれらの緩衝要因に関する大規模調査研究を立ち上げる。

⑤文献リスト：

- 1) 廣尚典, 田中克俊, 飯島美世子：派遣労働者のメンタルヘルスと希死念慮に関する調査研究. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟），108-123，2008.
- 2) 北條稔：派遣労働者のメンタルヘルスに関する調査研究. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟），180-191，2008.
- 3) 島悟：派遣労働者のメンタルヘルスに関する調査研究. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟），221-241，2008.
- 4) 島悟：ハローワークを利用する転職希望者に関する調査. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究 平成 19 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：島悟），138-144，2008.
- 5) 井上まり子, 錦谷まりこ, 鶴ヶ谷しのぶ, 他：非正規雇用者の健康に関する文献調査. 産衛誌 53, 117-139, 2011.
- 6) 廣尚典：長時間労働と精神疾患の発症との因果関係に関する検討—医療機関（主治医）調査の結果から—. 産業精神保健 12, 267-270, 2004.
- 7) 黒木宣夫：自殺企図の要因の解析に関する研究. 厚生労働科学特別研究事業 職場にお

ける過労死・自殺の予防に関する研究 平成 15 年度総括・分担報告書, 173-223, 2004.

8) Gillin JC : Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? Acta Psychiatr Scand 393, Suppl 39-43, 1998.

9) Riemann D, Voderholzer U: Primary insomnia: a risk factor to develop depression? J Affect Disord 76, 255-259, 2003.

10) 清水隆司, 永田頌史: 企業の業績変化と自殺発生に関する調査研究. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 川上憲人), 88-89, 2003.

目標 5 : 職場におけるポストベンションの検討と普及啓発

①論理的根拠 :

遺された人々に対する支援として、ポストベンションに重要性が指摘され、その方法論についても紹介がなされているが (文献 1)、わが国の職場においてどのような活動が望ましく、有効であるかの実証的な研究は、ほとんどみられない (文献 2)。職場関係者は、家族・親族とは異なった立場にあり、必ずしも同様の介入が適しているとも限らない。

②現在の政策的背景 :

厚生労働省の小冊子「職場における自殺の予防と対応」でも、ポストベンションの紹介があるが、具体的なガイドラインは提示されていない。

③鍵となる活動領域 :

- ・常勤の産業医や保健師等がいる中～大規模事業場における標準的な取組みを確立する。
- ・小規模事業場で衛生管理者等が行える取組みについて啓発を行う。

④今後必要な政策 :

・対照群を設けるような介入研究は難しいと思われるが、好事例の収集およびその要素に関する詳細な分析を重ねることによって、望ましいポストベンションについて一定の知見を得ることが可能であろう。そのための研究を立ち上げる。

⑤文献リスト :

- 1) 高橋祥友, 福岡詳 : 自殺のポストベンション. 医学書院, 2004.
- 2) 川上憲人, 廣尚典, 高橋祥友, 他 : 職場における心のケアと自殺予防. 季刊社会保障研究 40, 26-35, 2004.

〒160-0022
東京都新宿区新宿 1-29-8 公衛ビル
社団法人 日本産業衛生学会
TEL:03-3356-1536 FAX:03-5362-3746

日本自殺予防学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

日本自殺予防学会からの自殺総合対策大綱改正に向けての要望書

はじめに

このたびの要望書作成に際し、本学会の役員（理事・評議員）を中心に意見を求めたが、その中には日本うつ病学会の会員が何名かあり、その学会が作成する要望書（報告書）のほうに意見を提出した人もいる。したがって、うつ病を中心とする自殺対策に関しては、日本うつ病学会からの要望書（報告書）に任せ、本要望書ではそれ以外のことを中心に取り上げることとする。

I. 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

（1）精神医療の拡充を具体化させること

自殺と精神疾患の深い関係は周知のとおりである（自殺者の約 90%が自殺時に何らかの精神疾患の診断がつく状態にあったこと、また、多くの精神疾患の自殺率が高いこと）。自殺予防に関して公衆衛生モデルが重要であることは当然だが、精神医療の拡充も忘れてはならない。精神医学モデルのほうがよりハイリスクな自殺危険群を対象としていることから、自殺予防の困難さを伴うが、精神医療の拡充が十分になされれば、自殺予防効果は高いと考えられる。精神医療に対する適正な診療報酬を始めとしたシステムの整備がなされるべきである。

（2）精神科以外の医療従事者に対する啓発・教育をさらに推進させること

精神疾患に罹患した人が直接、精神科を受診するとは限らず、他科を受診することが多い。また、自殺の危険因子の 1 つとして身体疾患が知られている。したがって、精神科以外の医療従事者に、精神疾患ならびに自殺に関する知識を持ってもらう必要がある。

（3）医療ネットワークの構築をさらに推進させること

精神疾患患者や自殺未遂者がスムーズに精神医療につながるネットワークが必要である。精神科以外の科からこのような患者を受け入れる、地域での精神科の「拠点病院」を作るべきである。

（4）現行の自殺総合対策大綱にある「社会的要因」の具体的な内容を記載すること

単に「社会的要因」という表記だけでは、自殺に関する知識を持たない人には漠然としすぎている。実証研究によって判明している自殺の危険因子を挙げるのがよいのではないか。

(5) 行政による地域住民サービスをさらに拡充させること

「ワンストップサービス」という発想は高く評価されるべきで、地域住民サービスが今後ともその方向で拡充されるべきである。地域住民サービスの地域格差が大きいのは好ましくなく、特に、平成の大合併といわれる市町村合併による地域住民サービスの変化は注意深くモニターされねばならない。

また、この3月の大震災の被災地においては、地域住民サービスの拡充が特に重点的に行われるべきである。

(6) 都道府県ごとに地域自殺対策センターを設置すること

単なる情報提供だけではなく、少なくとも各種ネットワークの構築や自殺未遂者の精神科受診支援などの実務を担う地域自殺対策センターが必要である。そして、担当者が異動などで交代しても、業務の継続性が担保されねばならない。

(7) 自殺対策に取り組む民間団体の認証と支援をさらに拡充させること

精神医療や各種行政サービスとともに、民間団体の活動は不可欠である。上記の地域自殺対策センターなどがコーディネーターとなり、民間団体を含む関係機関が協議会を作り、連携を図るのも1つの方法である。

(8) 自殺のことを話し合える地域づくりをさらに推進させること

このような地域づくりは、自殺予防にとっても、また自死遺族のメンタルヘルスにとっても必要である。

(9) 自殺予防教育を義務教育の中に取り入れること

命の大切さや自殺に関するファクトを教えるような教育が、人生の早い段階で行われるべきである。

(10) 自殺予防について一般の人々に対する啓発をさらに拡充させること

TV、ラジオ、ITなどを活用した自殺予防の啓発が引き続き必要である。

II. 現在または今後、我が国に必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

本要望書では、作成のための時間的な制約のために、以下に挙げるいくつかの内容にとどまるが、これがすべてではないことを予め申し上げておきたい。要望内容の骨子は上記 I に記したとおりであり、今後ここから具体的な目標設定がさらになされるべきだと考えている。

- (1) 目標：現行の大綱の実施以降の自殺予防活動ならびに自死遺族支援活動のアウトカム評価を行うこと
論理的根拠：より適切な活動を企画するためには、これまでの活動の評価が必要である。
- (2) 目標：うつ病対策を拡充させること。例えば、精神科以外から精神科にうつ病患者を紹介しても、精神科通院患者数が多いために、すぐに受け入れてもらえない現状を打開する 1 つの案として、地域の拠点病院づくりが考えられる。
- (3) 目標：うつ病以外の精神疾患に対する対策を行うこと
論理的根拠：躁うつ病、統合失調症、アルコール・薬物依存症、境界性パーソナリティ障害、不安障害なども自殺の危険因子である。
- (4) 目標：自殺未遂者の精神科受診を支援する（例：病診連携・病病連携のネットワーク化、拠点病院づくり、地域自殺対策センターの設置など）
論理的根拠：自殺未遂者は自殺のハイリスク群である。
- (5) 目標：生徒を対象とした自殺予防教育の具体化を図る
■論理的根拠：中高校生の自殺者数は少子化にもかかわらず、ここ 30 年間、毎年年間 300 人前後で推移し(文献 1)、ここ 10 年間は自殺者数、自殺率も増加傾向にある。大人に比べて自殺者数は少ないが、将来ある子どもたちが自らの手で命を閉ざすことほど痛ましいことはなく、周りに与える影響も計り知れない。また、未遂者は、その 200 倍(文献 2)ともいわれている。生徒を対象とした自殺予防教育を実施することは、生涯にわたってのメンタルヘルスにもつながり、生徒の自殺者数を減らすとともに、大人になってからの自殺を防ぐことを可能性にする取り組みであると思われる。
■現在の政策的背景：文部科学省から平成 20 年度末には「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」、平成 21 年度には「子どもの自殺が起きた

ときの緊急対応の手引き」が、全国の学校に配布され、文科省のホームページからもダウンロードできるようになった。以前に比較して、子どもの自殺予防に対する正しい理解と知識を得る機会は増えたと思われるが、全国の教員に充分にいきわたっているとは言い難い。昨年度は文科省主催の自殺予防の研修が4回実施され、少しずつ都道府県教育委員会主催の研修も増えてきている。しかし、生徒を対象とした自殺予防プログラム実施の振り返りでは64%が「よかった」と応え、「まあまあよかった」を合わせると90%になり、「死にたいと思うほどの落ち込みは治療できない」という誤解は30%減った(文献3)にもかかわらず、生徒を対象とした自殺予防教育は、ほとんど行われていないのが現状である。

■鍵となる活動境域：

- 1) 教師を対象とした自殺予防研修の充実、実施
(教師の自殺の危険の高い生徒への対応力の向上、生徒向け自殺予防教育実施の土台作り、教師自身のメンタルヘルスなど)
- 2) 保護者を対象とした自殺予防教育実施
(保護者自身のメンタルヘルス、危機を乗り越える力を育む子育て支援など)
- 3) スクールカウンセラーへの自殺予防研修実施
- 4) 医療と教育のネットワーク事業の拡大
- 5) 自殺予防教育における利用可能な資源の開発

■今後必要な政策：

- 1) 教師・保護者の研修実施のための予算措置を講じる。
- 2) 生徒向け自殺予防教育のための教材開発を行う。
- 3) 生徒向け自殺予防教育実施のモデル校・地域を設置し、予算措置を講じ、実施後評価、効果検証する。

■文献リスト 1 警察庁生活安全局生活安全企画課 ～年度中における自殺の概要資料 2 高橋祥友 改訂新版青少年のための自殺予防マニュアル 金剛出版 2008 3 阪中順子 中学生の自殺予防 現代のエスプリ 至文堂 2008

以上
文責：張 賢徳

日本社会学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

2011年12月5日

日本社会学会

報告書作成者

関西大学・社会学部教授

関西大学・社会的信頼システム創生センター長

与謝野有紀

報告書作成協力者

関西大学・社会的信頼システム創生センター・RA

紺田広明

1) 平成24年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

- ・自殺リスクを高めるマクロ的地域要因に対するより一層の顧慮
- ・地域、年齢、居住形態など、社会・人口学的変数で識別される層へのより細やかな言及
- ・社会経済基盤が脆弱になったあとのケアに加え、そのような脆弱状況に追い込まれないような社会構造を作ることの重要性の指摘
- ・経済政策、失業対策、就業の安定化策など、社会政策と自殺率の関係についての情報整理の促進
- ・地域の自殺率を規定する要因を体系的に識別するための学際的連携研究の促進
- ・社会人口学的属性にもとづくターゲットグループの設定と、ターゲットグループごとの自殺率低減目標の具体的設置

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1

「自殺率」および「自殺行動へとつながる精神障害率」を高めるマクロな社会経済的地域問題（高失業率、格差など）の軽減、解消。

論理的根拠

1997年から1998年にかけての急激な自殺率の上昇と現在までの同一傾向の継続は、

個々人を取りまく社会環境要因の影響が大きいことを推察させる。これを裏付けるように、都道府県や市区町村を単位とする自殺率の計量的研究は、失業率に代表される社会経済的変数が自殺率を高める影響があることを一貫して示している（文献 1~10）。特に、男性の自殺率に対しては、失業率の影響が強いことが指摘されており（文献 3,5,9）、自殺数の7割近くをしめる男性の自殺を予防する上で、就業の安定は極めて重要な要素となっていることが分かる。一方、女性に関する計量的研究は、おおむね失業率の影響が小さいことを示している（文献 5,11）。ただし、第3次産業就業率が高い地域では、女性の自殺率が抑制される傾向があることが明らかにされており（文献 7）、女性の就業機会が大きい地域では、女性の自殺が抑制される可能性が示唆されている。その他、一人当たり所得、生活保護世帯率、不平等度などが自殺率と関連があることが指摘されており（文献 1,11,12）、さらに他の OECD 諸国に比較して、日本においては経済的要因の自殺率への影響が大きいことも指摘されている（文献 13）。また、アメリカの古典的研究では、職業的地位の下降が自殺を引き起こす最大の原因として指摘されており（文献 14）、社会経済的基盤の安定性が、自殺の抑止にとって重要であることの傍証を与えている。これらの地域を単位とした自殺率の分析では、離婚率、同居率など様々な変数が共変量として投入されており、種々の社会要因をコントロールしても、全体として社会経済的要因が自殺率に一貫した影響を与えることが分かる。

さらに、失業率と自殺率の関係は、都市規模によって大きく異なることにも注意が必要である。2005年の自殺の SMR と完全失業率の間の相関を都道府県単位で計算すると、その値は約 0.3 であり、大きな値をとらない。しかしながら、全国の市区町村を人口別に整理し、同様の相関関係を検討すると、郡部、人口 10 万人未満の市、人口 10 万人以上の市、人口 25 万人以上の市、政令指定都市の順に関係が強くなっており、都市規模による差が大きいことが分かる（文献 15、図 1）。

失業率と自殺率 (全国の区市町村、都市規模別)

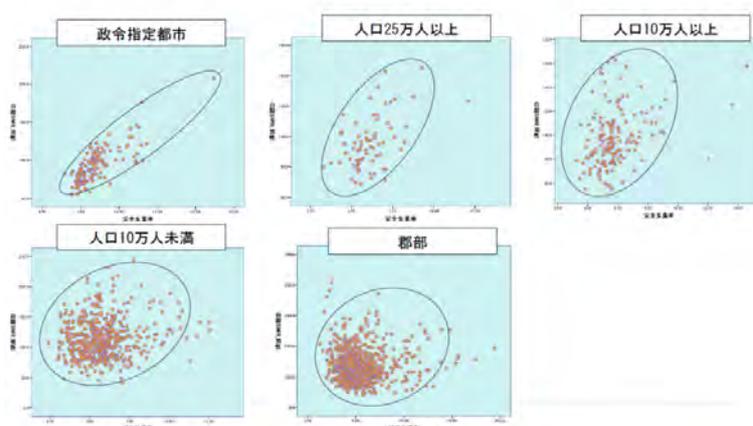


図 1 都市規模別にみた自殺 SMR と失業率の関連性

失業率の影響の都市規模による差はかなり大きく、最も関係が強い政令指定都市では相関係数は 0.78 であり、もっとも関係の弱い郡部では 0.02 と極めて大きな差が存在している。大都市部では、自殺率の分散の約 6 割が失業率単独で説明され、生活基盤・経済基盤の安定化が自殺率の低減に対して極めて重要かつ有効であると推測できる。小規模集落においても生活基盤の安定化は自殺抑止の必要条件であろうが、失業率単独で説明される分散は 1%未満であり、規模の小さい地域ではより包括的なケアが必要と考えられる。

また、経済基盤の脆弱性を補うものとして、社会関係資本（特に、信頼感や人々の共同意識）が機能することが指摘されている（文献 16）。これらの研究では、一般的な他者（見知らぬ他人）への信頼が崩壊している地域では、地域全体の共同が破壊され、健康状態の悪化や高犯罪率へとつながることが指摘されている。また、日本における検討では、種々の変数をコントロールしても、一般的信頼感が自殺率を低下させる効果をもつことが確認されている（文献 17）。経済基盤に加え、地域の社会関係といった社会基盤の維持、整備、発展も緊要な課題となっている。

現在の政策的背景

現「自殺総合対策大綱」においても、生活基盤の安定が課題として意識されているが、自殺対策の重要課題として「高失業率都市部における失業率の低下」、「小規模集落における一般的信頼の発展と他地域との共同」といった形で、明確に地域ターゲットを指定したマクロ政策が指定されていない。また、気分障害から自殺へと問題が進展するプロセスに対する対応が広く検討されている一方で、高自殺率の背景となるマクロな地域状況への顧慮が相対的に少ない印象が強い。社会学においては、19 世紀後半のヨーロッパの自殺率の検討以来、自殺率をマクロな社会現象としてとらえる伝統的な見方があるが、昨今の政策においては地域全体に対するマクロ政策的検討の比重が低すぎるように思われる。問題を抱える個人が自殺に至るプロセスに介入し、綿密なケアによって自殺を抑止することが重要であることはいままでもないが、同時に、自殺へとつながるような問題を抱える人々が生み出される蓋然性、原因を低下させることが必要である。

特に、大都市部においては、失業、就業の安定性、格差の是正などの社会経済基盤指標に目標値を設定し、それらを通じた自殺抑止計画を作成することが望ましいと考えられるが、現在のところそのような形では自殺抑止策が策定されていない。

鍵となる活動領域

- 1) 地域の社会経済基盤と自殺率の関連性の分析が最速になされるよう、分野横断的に研究機関・大学が地域情報データベースを共有、連携できる体制の確立。
- 2) 各自治体の経済、生活、保健、警察等各部門による「社会経済基盤の改善による自殺の低減」にかかわる横断的連携のための協議会の形成。

3) 各地域に根差し、地域情報を蓄積している大学、研究機関による、効率的な政策資源配分のための提言。

今後必要な政策

1) 市区町村単位あるいは二次医療圏を単位とした、自殺率の時系列・横断的データ分析研究の緊急な促進支援。これらについては、「鍵となる活動領域 1)」で述べたような、分野横断的に大学、研究機関がデータベースを共有し、分析において連携できる体制の速やかな整備の必要がある。また、全国レベルでの学際的連携が可能となるよう予算措置が必要となる。

2) 重点とする自殺対策のありかた（マクロ政策に資源配分するかどうかの決定）は、1)から得られる知見を考慮して決定する。

3) 社会経済基盤の安定が最重要課題として識別された自治体においては、「鍵となる活動領域 2)」で述べた各自治体内に構成される連携協議会が、社会経済基盤指標の改善目標値を具体的に設定する。連携協議会の設置を自治体内で促進するために、連携協議会設置に関する法的整備、法的根拠があることが望ましい。

4) 各地域の大学、研究機関は、社会経済基盤指標と自殺率の変化を常にモニターし、その状況のマクロな知見からの診断を行いながら、効率的な政策資源配分がなされるよう政策目標に対して提言する。これらの診断と提言は、規定の項目について公開することを義務付けることが望ましい。

文献リスト

1. Aihara, H., & Iki, M. (2002). Effects of socioeconomic factors on suicide from 1980 through 1999 in Osaka prefecture, Japan. *Journal of Epidemiology*, **12**(6), 439-449.
2. Aihara, H., & Iki, M. (2003). An ecological study of the relations between the recent high suicide rates and economic and demographic factors in Japan. *Journal of Epidemiology*, **13**(1), 56-61.
3. Inoue, K., Tanii, H., Kaiya, H., Abe, S., Nishimura, Y., Masaki, M., Okazaki, Y., Nata, M., & Fukunaga, T. (2007). The correlation between unemployment and suicide rates in Japan between 1978 and 2004. *Legal Medicine*, **9**(3), 139-142.
4. Koo, J., & Cox, W. M. (2006). An economic interpretation of suicide cycles in Japan. *Research Department Working Paper 0603*, Federal Reserve Bank of Dallas.
5. Kuroki, M. (2010). Suicide and unemployment in Japan: Evidence from municipal level suicide rates and age-specific suicide rates. *The Journal of Socio-Economics*, **39**, 683-691.
6. 澤田康幸・崔允禎・菅野早紀 (2010). 不況・失業と自殺の関係についての一考察 日本労働研究雑誌, **598**, 58-66.
7. 野原 勝・小野田敏行・岡山 明 (2003). 自殺の地域集積とその要因に関する研究 厚生学の指標, **50**(6), 17-23.
8. 松本良夫 (2006). 日本における自殺の状況—社会学的分析 現代の社会病理, **21**, 59-72.
9. 谷畑健生・藤田利治・尾崎米厚・黒沢洋一・蓑輪眞澄・畑 栄一 (2003). 自殺と社会背景としての失業 厚生学の指標, **50**(8), 23-29.

- 1 0. 舞田敏彦 (2009). 性別・年齢層別にみた自殺率と生活不安指標の時系列的関連 武蔵野大学政治経済学部紀要, **1**, 145-157.
 - 1 1. Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T.-H., & Cheng, A. T. A. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, **68**(7), 1322-1331.
 - 1 2. Chen, J., Choi, Y. J., & Sawada, Y. (2007). How is suicide different in Japan. *Research Center for the Relationship between Market Economy and Non-market Institutions COE Discussion Papers*, F-209, 1-32.
 - 1 3. Chen, J., Choi, Y. J., & Sawada, Y. (2009). How is suicide different in Japan? *Japan and the World Economy*, **21**, 140-150.
 - 1 4. Breed, W. (1963). Occupational mobility and suicide among White males. *American Sociological Review*, **28**(2), 179-188.
 - 1 5. 与謝野有紀 (2011). 社会的信頼、格差、自殺率の連関構造の分析－兵庫県下 9 区市町における調査データの計量分析－, 第 84 回日本社会学会大会報告, http://www.kansai-u.ac.jp/step/img/research/111202/20111202_2.pdf.
 - 1 6. Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, **87**, 1494-1498.
 - 1 7. 与謝野有紀 (2011). 格差・信頼とライフチャンス－日本の自殺率をめぐって(20 章), 斎藤友里子・三隅一人 (編), *現代の階層社会 [3] 流動化のなかの社会意識*, 東京大学出版会, 293-307.
-

目標 2

出生コホート、年齢、性別、職業など、社会・人口学的属性にもとづくターゲットグループへの重点対策の施行

論理的根拠

あらゆる人々の自殺についてその抑止をはかることが自殺対策の大前提であるが、平成 28 年までに平成 17 年の自殺死亡率を 20% 以上減少させ、また、近年に急速に自殺率が上昇している層を 1997 年以前の状況に戻していくためには、全体への対策と同時に、ターゲットグループを識別し、この層への有効な取り組みを展開する必要がある。

たとえば、日本のデータを含む国際比較・時系列分析において、出生コホートごとに特徴的な自殺率の変化のパターンがあることが示されている（文献 1）。特に、出生コホートの大きさが自殺率に与える影響については、以下のような代表的な 2 つの見解がある。一つは「人口サイズが大きいコホート（ベビーブーマー）では、競争圧力などにさらされるために、自殺、犯罪など社会病理現象が増える」とする見解（文献 2）であり、もう一方は、「人口サイズが小さいコホートでは、投票力＝政治力が相対的に弱く、不利な社会的状況に置かれるため自殺率が高い」とするもの（文献 3）である。この一見対立して見える二つの見解について、「若年層では年齢コホートの大きさは自殺率を高める効果をもち、高齢

層では自殺率を低下させる効果がある」という統一的知見が国際データの精緻な計量分析によって得られている（文献1）。そのほかにも、性別、地域、居住形態、職業的地位の変化などによって自殺率の高さおよびその規定因が異なるという研究結果があり（文献4,5,6）、日本のすべての社会・人口学的属性を持つグループに対して同一内容、同一密度の対策を普遍的に行うことは、自殺対策としては必ずしも効率的とは言えない。

また、日本のデータについて、文献1と類比的なモデルを試験的に適用すると、男性について、コホートサイズと年齢の交互作用項を入れたモデルの適合が高く（全国自殺率の分散の95%以上を説明）、また、1998年以降、【54～59歳】および【50～54歳】の年齢層の自殺率が急速に上昇しており、自殺リスクの高い年齢層となっていることが分かる（図2：本分析は、本レビューに合わせて分析した結果であり、未刊行）。また、75歳以上の自殺率が低下する一方で、44歳以下の年齢層の自殺率も上方にシフトしつつあり、【55～59歳】へ向けて、自殺リスクが一貫して高まっていくことも見て取れる。

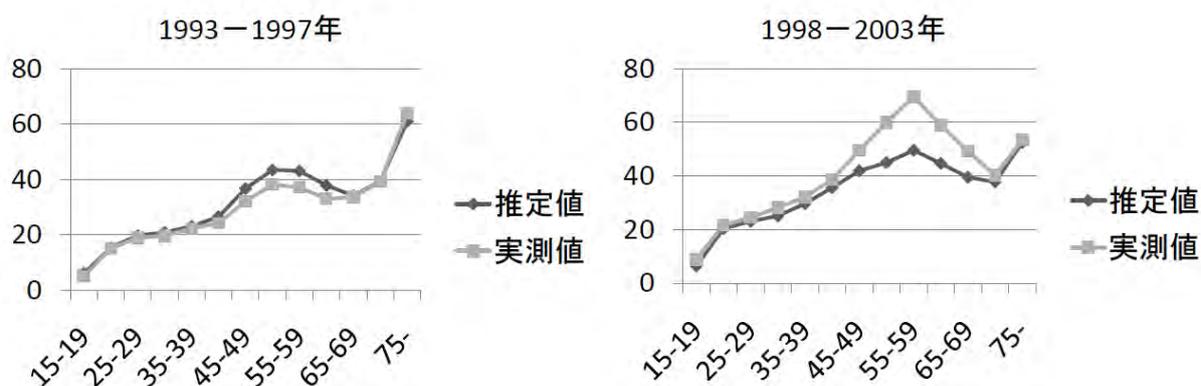


図2 自殺率の年齢別変化と推定値

日本の自殺率について、地域、年齢、出生コホート、性別、時代の効果すべてを同時に考慮した分析結果は、残念ながら現段階ではいずれの研究からも得られていないが、年齢、時代に関する自殺率の分布を一見するだけでも、社会・人口学的な層によって、自殺リスクが大きくことなることが想像できる。

個々人の「自殺の蓋然性が高まるプロセスの分析」が進んでいる一方で、「社会・人口学的層別に見た自殺率の分析」は十分ではない。これらの分析を展開しながら、ターゲットグループへの重点対策を施行していくことは、全体の自殺率を総じて下げていくための有効な戦略と考えられる。

現在の政策的背景

現「自殺総合対策大綱」においても、社会・人口学的な特徴に配慮して対策が企図されている。しかしながら、たとえば、第3章「世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向」における年齢層区分は、青少年、中高年、高齢者の3層に大まかに集約されており、より詳細

な区分にもとづき、自殺率の突出した層へターゲティングするという視点は十分とはいえない。また、出生コホート（団塊の世代など）の持つ効果をはじめ、性別、地域、職業などの変数を組み合わせた高リスク層の識別と対策の方針が、体系的な分析に基づいて策定されているとはいえない。

鍵となる活動領域

- 1) 社会・人口学的変数によるターゲティングを可能とするような体系的知見の早急な整理体制の確立。マクロ計量分析、シミュレーションなどを利用した学際的連携による時限的連携プログラムの緊急の構成。
- 2) 具体的なターゲットグループを策定するための自治体、研究機関の集中的検討。
- 3) ターゲットグループの「自殺率低減プログラム」を策定するための、法的根拠をもつ自治体内での横断的協議会の設置
- 4) ターゲットグループの自殺低減目標の具体的設置と研究機関による半年ごとのプログラムの機能診断

今後必要な政策

- 1) 「高リスク集団識別のための全国的な学際的連携」を速やかに展開するために、時限的研究プログラム構成の予算措置を行い、既存研究機関を中心として緊急にプロジェクトを推進する。ここで「時限的」としているのは、特定期間内に、当初目標の出力を行うために、時限的な集中が必要と考えるためである。
- 2) 自治体内部において、部局横断的に「自殺率低減プログラム」のための協議会の設置が行われるように、法的整備、法的根拠があることが望ましい。
- 3) 2)の協議会は、ターゲットグループに関する自殺率低減目標を具体的に明記し、その結果を外部機関から評価されるような仕組みを構成する。
- 4) 外部機関（研究機関等）の評価については、規定の項目について評価結果を公表することを義務化することが望ましい。

文献リスト

1. Pampel, F. C. (1996). Cohort size and age-specific suicide rates: A contingent relationship. *Demography*, **33**(3), 341-355.
2. Easterlin, R. A. (1987). *Birth and fortune: The impact of numbers on personal welfare*. Chicago: University of Chicago Press.
3. Preston, S. H. (1984). Children and the elderly: Divergent paths for America's dependents. *Demography*, **21**, 435-457.
4. Kuroki, M. (2010). Suicide and unemployment in Japan: Evidence from municipal level suicide rates and age-specific suicide rates. *The Journal of Socio-Economics*, **39**, 683-691.
5. Yamamura, E. (2010). The different impacts of socio-economic factors on suicide

- between males and females. *Applied Economics Letters*, **17**, 1009-1012.
- 6 . Breed, W. (1963). Occupational mobility and suicide among White males. *American Sociological Review*, **28**(2), 179-188.

以上

日本社会精神医学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

日本社会精神医学会からの提案

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

➤ 自殺対策における役割や優先順位の高い対策の明確化

わが国の自殺対策は、内閣府を中心とした政府、地方公共団体、民間団体等が連携して取り組む体制が取られているが、自殺対策に携わる者の役割分担や、大綱に示された施策群の優先順位が明確になっていない。大綱改正においては、国と地方公共団体の役割や、地方公共団体において優先順位の高い対策の明確化が望まれる。

➤ 大綱改正、そして新大綱に基づく施策の実施およびモニタリングに学術団体の意見を反映していけるプロセスを設けること

自殺総合対策大綱の策定以後、精神保健医療福祉を中心に、多くの学会およびその学会員が自殺対策に関与してきた。その結果、各学会の提案にも示されているように、学術成果を背景にした、より効果的な自殺予防対策の実施の可能性が高まってきた。わが国における自殺対策の中長期的な発展のためにも、大綱改正、そして新大綱に基づく施策の実施およびモニタリングに学術団体の意見を反映していけるプロセスを設け、自殺対策への各領域の専門家の参加を継続的に高めていくことが望まれる。

➤ 自殺予防のための学際的なネットワークの創設支援

自殺は複雑な事象であり、自殺予防には、医学に限らず、社会学、教育学、心理学、経済学、宗教学等の多様な学術分野の関与が必要とされる。自殺予防のための学際的なネットワークが進むよう、その支援を行い、学際的な領域における自殺予防の理解を深め、それを共有していくことが望まれる。

➤ 東アジア諸国との連携と共同研究の促進

WHO によると、世界の自殺者数は年間 84 万 4 千人と推定されるが、その 3 分の 1 にあたる 28 万 6 千人は西太平洋地区である。アジアの各国は目覚ましい経済成長を遂げており、社会構造の変化も急速に進むことから、それに対応した精神保健対策、そして自殺予防対策の発展が必要とされている。実際、韓国は、日本と同時期に自殺率が急増し、自殺予防は、日本と同様に国家的課題になっている。社会精神医学そして自殺問題に関心をもつ研究者は、これまで諸外国の自殺予防研究者と交流を重ねてきており、台湾、韓国、日本の間では、効果的な自殺予防戦略の策定および専門的能力の向上のため協調して取り組むことも始まっている。これらの取組をさらに発展させるものとして、自殺予防に関して、韓国、台湾等の東アジア諸国との連携と共同研究の促進を図ることが望まれる。

➤ 自殺の危険因子を多くかかえた人たちを支援している既存の民間団体を重視し、その活動を支援すること

自殺予防対策の展開には、自殺予防または遺族支援を標ぼうしなくても、実質的に、自殺の危険因子を多くかかえた人たちを支援している既存の民間団体のこれまでの取

組を大切に、それを充実発展させていくことが望まれる。例えば、アルコール・薬物問題、児童虐待、ドメスティックバイオレンス、精神障害者、ホームレス状態などの支援を行っている民間団体などがこれであるが、これらの民間団体がその活動を高め、結果として自殺予防に貢献していけるよう、その支援を強化することが望まれる。

➤ **医療、生活保護等の社会保障情報の分析と活用**

レセプトの電子化を踏まえた上で、それを自殺予防対策に活用できるようにするなど、自殺と関連のある既存情報の電子化を進め、より効果的な対策が進めやすい環境を整備することが望まれる。また、生活保護受給者が 200 万人を超え、大きな社会課題となっているが、その自立支援を効果的に進めるとともに、自殺予防にも役立てていくためには、生活保護受給者の心身の状態、就労可能性等についての調査を行う必要がある。

➤ **地域における自殺ハイリスク者の受け皿として機能する精神科医療の充実**

自殺総合対策大綱が閣議決定されて以降、内閣府および各地方公共団体では、自殺のサインを様々な場面で発見し、適切な相談窓口につなげることを目指す、いわゆるゲートキーパー研修が数多く行われてきた。しかしながら、このようにして養成されたゲートキーパーが自殺ハイリスク者を把握し、適切な相談機関につなぐことができたかどうかは検証されていない。また、本来、ゲートキーパーの役割は、身近な自殺ハイリスク者の発見と専門家の支援を受けながらの継続的な見守りであるはずであるが、各地域ではこの「最終的なつなぎ先」と「専門家による後方支援」が充実しているとは言い難い。今後の自殺対策では、地域において自殺ハイリスク者の緊急時の受け皿となり、さらには地域で自殺ハイリスク者に日常的に関わる援助者を後方支援する機能を持つ精神科医療を充実させる必要がある。

➤ **地域でこころの健康問題を抱える人に対する、ライフステージ全体を通しての切れ目のない支援体制の確立**

現行の自殺総合対策大綱では、ライフステージ別の自殺対策の必要性が明記されている。こうしたライフステージ別の対策の考え方は重要であり、具体的な対策は対象限定的に実施されるべきであるが、各対策が連動せず、個別に実施されるだけでは、単に現場の仕事量が増え、各事業や制度の谷間に落ちてしまう自殺ハイリスク者も多い。また、自殺ハイリスク者の多くは過去から長期的に続く自殺の危険因子と、直近の自殺の危険因子の両方を抱えている。したがって、大綱の改正においては、各段階で横断的に自殺のハイリスク者への対策を考えることと同時に、ライフステージ全体を見通した対策や制度の組み合わせや整合性を検討する必要がある。また、癌等の重大疾病告知に伴ううつ病への対応（予防、及び治療）も充実される必要がある。警察庁統計によると、自殺の原因・動機は健康問題が最多で、「健康問題」の内訳では「病気の悩み・影響（うつ病）」が最多である。臨床経験では、死因の最多である癌の悩み

が大きく、癌と告知されて精神科に飛び込んでくる患者もいる。一方で、精神科に來ないで一人悩んでいる重大疾病を伴う患者も多いと推測される。最大死因である癌等の重大疾病の告知に伴ううつ病への対応には、現行の緩和ケアをさらに充実させるような施策の実施が望まれる。

➤ **精神障害と社会的要因が関連して生じる自殺への対策の具体化**

現行の自殺総合対策大綱において、社会的要因はこころの悩みを引き起こすストレスという位置づけとして記載されている。すなわち、ここではすでにこころの悩みを抱えている人や精神障害に罹患している人の中には、背景に様々な社会的要因を多数抱え、解決が困難な状況に追い込まれている人も多いという認識が示されている。実際の支援現場において、精神障害を抱えている人の社会的要因の解決は容易ではなく、精神保健の専門家と各種社会的要因に対応できる専門家との双方が連携して対応する必要がある。確かに現行の大綱においても、包括的な対応が必要であるとの認識は示されているが、その具体的な取り組み方法についてはほとんど言及されていない。また、すでに実施されているワンストップサービスなどの取り組みを見ても、単に相談窓口の横断的連携を促すのみで、すでに何らかの障害を抱え、サービスへのアクセシビリティが必ずしも高くない人への支援として十分に機能しているとは言い難い。今後の対策では、精神障害と各種社会的要因を抱えた人に対する、より具体的かつ効果的な社会的要因へのアプローチ方法を開発・評価していく必要がある。

➤ **精神疾患および精神保健問題の予防の視点を自殺対策に結び付けていくこと**

精神疾患は自殺の最大の危険因子であり、精神疾患および精神保健問題は、感染性疾患および非感染性疾患の罹病を高める等、公衆衛生上の重要な問題であるという認識が高まっている。わが国においては、主要な精神疾患による障害有病率は国民4人に1人以上と推定される、精神疾患および精神保健問題の予防の視点を自殺対策に組み入れるなど、大綱改正に、将来に発展する視点を組み入れることが望まれる。

➤ **活動のモニタリング・評価を実施できる体制づくりおよび予算の確保**

従来の自殺予防対策では、対策のモニタリング・評価（プロセス評価・アウトカム評価）が十分に行われていない。個々の自殺対策のアウトカム評価は、単に自殺死亡率のみならず、各対策の目的・方法・内容に応じた指標を用いるべきであり、自殺の背景にある危険因子とともに保護因子についてもアウトカムの指標とするべきである。しかしながら、こうした評価を適切に実施するためには、対策や事業の実施前に十分な準備体制を構築し、緻密な計画を立てることが必要である。現在の地方公共団体等の事業実施体制の中で、こうしたモニタリング・評価の体制を整えることには限界があり、今後の自殺対策の中では、こうした体制づくりを後押しするような仕組みを作る必要がある。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標1：精神障害を抱えた生活困窮者に対する効果的な支援方法を開発する

背景と考え方

警察庁の自殺の概要資料によれば、わが国の自殺者の約半数は無職者で構成されており⁴⁾、無職者に対する対策の充実は自殺予防対策として重要な課題である。これまでわが国の無職者対策では、ワンストップサービスに代表されるように、「失業によって生活に困窮し、自殺のリスクが高まる」といった単純な無職者理解を前提とした就労支援や経済的支援が行われてきた。しかしながら、こうした無職者の背景は本来多様であり、それぞれの背景に応じたきめ細やかな対策を講じる必要がある。

藤田による人口動態統計の分析では⁵⁾、男性においては有職者よりも無職者の方が自殺死亡率は高く、しかも婚姻状態にある人に比べ、離別や死別を経験している人の方が自殺死亡率も高いという結果が得られている。すなわち、これらの結果からは、確かに無職であることは自殺のリスクを高めるが、そこからさらに身近な保護因子が減少することによって自殺のリスクが高まることを示唆している。また、無職者とは限らないが、森川らが東京都内の路上生活者を対象に実施した調査によれば⁶⁾、路上生活者の62.5%に何らかの精神疾患が認められ、自殺危険度の高い者も55.7%に認められた。さらに海外の研究では⁷⁾、ホームレスの12%に知的障害が認められたとの報告もある。また、栗田らは、路上生活者および簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者423人を対象とする調査において、最近2週間の反復する自殺念慮は、精神的または身体的健康状態が不良であること、住まいがないこと、社会的支援が欠如していること、に有意に関連したと報告している⁸⁾。これらのデータからは、無職者の中でも自殺リスクの高い者は、単に職を失った状態や生活への困窮という問題を抱えているというよりも、背後になんらかの困難を抱え、そもそも自ら支援を求められる状態にないことが、生活困窮や就労困難の根底にある可能性が示唆される。

このような自殺のリスクの高い無職者への支援においては、より手厚く保護因子を構築していくことが必要であり、上記の研究結果を踏まえれば、精神保健分野と他の生活支援の窓口との緊密な連携が必要であることは言うまでもない。しかし、これらの相談窓口がただ単に横断的に連携すればよいというものではなく、相談が必要な無職者の中には相談窓口へのアクセシビリティが低い者が多く含まれていると思われることから、アウトリーチを行うといった視点も必要になると思われる。

現在の政策的背景

現在、自殺対策の領域では、様々な困難を同時に抱えた人に対する精神保健と法律家との連携による取り組みが盛んに行われるようになってきた⁹⁾。また、生活困窮者に対する精神保健的観点からの支援についても取り組みが広がりつつある。

鍵となる活動領域

- ・ 保健

- ・ 医療
- ・ 福祉
- ・ 司法

今後必要な政策

現在すでに取り組みられている支援の枠組みが自殺予防に資するものであるかどうかはいまだ科学的に実証されていないため、まずはわが国の無職者の自殺の背景要因をさらに明確にしつつ、先述のような実践的な支援方法をモニタリング・評価していく仕組みを構築していくことが必要である。

文献リスト

- 1) 藤田利治: 人口動態調査による自殺死亡の分析. 日本精神科病院協会雑誌, 29: 216-222, 2010
- 2) 自殺予防総合対策センター: いきるを支える—精神保健と社会的取り組み相談窓口連携の手引き. 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2011.
- 3) 森川すいめい, 上原里程, 奥田浩二 ほか: 東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率. 日本公衆衛生学雑誌, 58: 331-339, 2011
- 4) 内閣府: 平成 23 年版自殺対策白書. 内閣府, 2011
- 5) Oakes PM, Davies RC: Intellectual disability in homeless adults: a prevalence study. *Journal of Intellectual disabilities*, 12: 325-334, 2008
- 6) 栗田主一ほか: 平成 23 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自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究報告書 (主任研究者加我牧子). 困窮者の自殺の実態と自殺予防に関する研究.

目標 2: 複雑な問題を抱えた児童・生徒の大人に対する援助希求能力を高める

背景と考え方

自殺予防活動においては、自殺の危険因子を低減させることと同時に、保護因子を強化することが求められる⁷⁾。保護因子には、周囲の人からの支援や適切な精神科医療サービスの充実といった自殺ハイリスク者を取り巻く環境要因に加え、援助希求能力やストレス対処スキルなどの個人要因が含まれる。後者の個人の対処スキルの獲得については、確かに各ライフステージにおける対策が必要ではあるが、一方で、若年世代の教育にそれを組み込むことで、その後のライフステージ全体を通じて自殺予防効果を発揮することが期待される。また、近年わが国では、比較的若年世代の自殺率が増加傾向にあり⁸⁾、この年齢層の自殺を防ぐためにも、10代の頃から保護因子を強化する対策が必要である。

欧米では、すでに若年世代を対象に自殺関連行動の防止を目的とした教育プログラムが開発されている。これらのプログラムは、生徒の自殺関連行動の減少はもちろんのこと、

自傷や自殺といった困難な問題に直面したときに、子どもたち同士の安全なピアサポートを促進し、大人への援助希求能力を高めることを目的として実施され、その効果も科学的に実証されつつある¹⁾²⁾⁴⁾。また、豪州では、レジリエンスの概念を導入した子どもの対処スキルの獲得を目指した教育プログラムが開発されており³⁾、これらの自殺予防教育プログラムをわが国でも実施していくことによって、複雑な問題を抱えた（自殺のハイリスク要因を抱えた）児童・生徒の援助希求能力やストレス対処能力を高め、将来の自殺既遂の抑止効果が期待される。

なお、これらの教育プログラムには、子どもの話を聴く側にある周囲の大人への自殺予防研修も組み込まれていることが特徴的であり、こうした包括的な自殺予防教育プログラムを地域の教育機関と精神保健の専門家が連携して実施していくことによって、地域の自殺予防対策も活性化していくといった副次的効果も期待できる。

現在の政策的背景

近年、学校において児童・生徒のストレス対処スキルを高め、抑うつを低減させるなどの教育プログラムが開発され、その効果も実証されてきてはいるものの⁶⁾、学校の中で系統立てて精神保健的問題に取り組むといった体制は構築されていない。学校内での精神保健的対応は非常勤のスクールカウンセラーを配置するなど、限定的な施策が中心であり、教育機関と地域の精神保健的資源との連携も不十分である。また、自殺予防教育に関しては、従来から道徳の授業時間等に「いのちの大切さ」を伝えるといった試みがなされてきたが、海外での取り組みに見られるような「困った時に現実的にどう対処するのか」についての教育はなされていない。

鍵となる活動領域

- ・ 学校教育
- ・ 地域精神保健

今後必要な政策

まずは、海外で開発され、すでに様々な効果が検証されている自殺予防教育プログラムを系統的にレビューし、わが国で実施可能な自殺予防教育プログラムを開発することが必要である。その後、開発したプログラムを実際にいくつかの学校をモデルに試行し、その効果を検証した上で、全国の学校で使用してもらえるように均てん化を図るべきである。一方で、現状の学習指導要領では、必ずしもこうした教育プログラムを学校のカリキュラム内で実施することが難しいため、学校での教育プログラムを地域の社会資源と連携した形で実施することが容易となるよう、学習指導要領を一部改訂することが必要かもしれない。

文献リスト

- 1) Aseltine RH Jr, DeMartino R: An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94: 446-451, 2004
- 2) Aseltine RH Jr, James A, Schilling EA et al: Evaluating the SOS suicide prevention

program: a replication and extension. BMC Public Health,18:161, 2007

- 3) Australian Government Department of Health and Ageing and implemented by Principals Australia: Educating for Life: A Guide for School-based Responses to Preventing Self-harm and Suicide. (http://www.mindmatters.edu.au/resources/mindmatters/booklets/educating_for_life.html)
- 4) Cusimano MD, Sameem M: The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. International Society for Child and Adolescent Injury Prevention, 17: 43-49, 2011
- 5) 内閣府：平成 23 年版自殺対策白書. 内閣府, 2011
- 6) 佐藤 寛, 今城知子, 戸ヶ崎泰子 ほか：児童の抑うつ症状に対する学級規模の認知行動療法プログラムの有効性. 教育心理学研究, 57: 111-123, 2009
- 7) World Health Organization: Towards Evidence –based Suicide Prevention Programmes. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2010

目標 3：パーソナリティ障害を抱えた人への支援体制を充実させる

背景と考え方

パーソナリティ障害と自殺既遂との関係を明らかにした研究はさほど多くないが、これまでの研究では自殺既遂者の約 10～40%にパーソナリティ障害の診断が当てはまるとの報告があり⁴⁾⁵⁾⁶⁾、若年者ではさらにその比率が高まるとされている¹⁰⁾。Harris と Barraclough によるメタアナリシス⁷⁾では、パーソナリティ障害患者の自殺リスクは一般人口の 7 倍とされ、パーソナリティ障害患者の 3～9%が自殺で死亡するとされている²⁾。

さて、パーソナリティ障害の中でも自殺既遂のリスクが高いのは境界性パーソナリティ障害と反社会性パーソナリティ障害であり⁵⁾⁸⁾、境界性パーソナリティ障害患者に関しては自殺既遂に至る者が 4～10%程度存在するとの追跡データが報告されている¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。また、この境界性パーソナリティ障害は、将来の自殺既遂の重要なリスク因子である自殺関連行動が DSM 診断基準の中に含まれる唯一の精神疾患でもあり¹⁾、自殺対策の観点から重要な精神疾患であると言える。

1990 年代以降、欧米を中心に境界性パーソナリティ障害を対象とした心理療法が複数開発され、弁証法的行動療法やメンタライゼーションに基づく治療といったいくつかの治療法については自殺関連行動を減少させる効果が科学的に実証されつつある³⁾⁹⁾。したがって、わが国においてもこうした境界性パーソナリティ障害に対する治療法を積極的に導入していくことによって、将来的な自殺者数の減少に寄与することが期待される。

現在の政策的背景

現在の自殺総合対策大綱では、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」については触れられているものの、パーソナリティ障害に対する支援については明記されていない。境界性パーソナリティ障害への対応については、厚生労働科学研究におい

てガイドラインが作成されているが、境界性パーソナリティ障害への支援は依然として少数の医療機関が熱心に取り組んでいる状況にさほど変わりはない。また、先のガイドラインでは、わが国の実情に応じた境界性パーソナリティ障害に対する対応が記されているものの、基本的には精神科医療機関がマネジメントの中心的役割を担うこととなっており、地域ベースでの支援体制の充実には踏み込んでいない。

鍵となる活動領域

- ・ 精神科医療
- ・ 地域保健
- ・ 地域社会資源
- ・ 民間自助グループ

今後必要な政策

効果的な自殺予防対策のためには、境界性パーソナリティ障害の自殺関連行動を減少させるエビデンスが確認された治療法を、今後わが国にも積極的に導入していくことが望ましいが、一方で、海外で検証された治療法をそのままわが国に導入したところで同様の効果が得られるかどうかは不明である。また、海外とは医療制度の違いもあることから、まずは、モデル事業等を通じて、これらの治療法をわが国で効果的かつ現実的に実施できるよう修正し、評価を行う必要がある。その際、単にパーソナリティ障害治療の専門医療機関を設置し、治療法の開発・評価を行うだけでなく、豪州の例にも見られるように、その専門機関が地域の困難事例の支援においてバックアップ機能を果たせるような支援枠組みを構築し、専門治療外での地域支援を組み合わせた方法論を模索する必要がある。

文献リスト

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
- 2) American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association, Washington D.C., 2003
- 3) Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1563-1569, 1999
- 4) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D et al: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25: 147-155, 2004
- 5) Duberstein PR, Conwell Y: Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4: 359-376, 1997
- 6) Foster T, Gillespie K, McClelland R: Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 170: 447-452, 1997

- 7) Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170: 205-228, 1997
- 8) Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al: Borderline personality disorder. *Lancet*, 364: 453-461, 2004
- 9) Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48: 1060-1064, 1991
- 10) Linehan MM, Shireen LR, Welch SS: Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders. In Hawton K, van Heeringen K (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons, pp.147-178, 2005
- 11) Paris J: Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10: 315-323, 2002
- 12) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al: The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:274-283, 2003
- 13) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al: Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167:663-667, 2010

目標 4: ハイリスクグループ対策の実施と評価 (例えば、生活保護受給者、虐待事例の背景にある複雑な問題を多くかかえた家族の支援等)

背景と考え方

わが国の自殺対策は、自殺予防は社会全体の課題であるとして、国民全体の気付きを高めるための取組を重視してきたが、自殺予防の実をあげるには、自殺の危険因子を多くかかえたハイリスクグループに向けた対策を強化していくことが望まれる。

現在の政策的背景

自殺の危険因子を多くかかえたハイリスクグループは社会福祉や困窮者支援の現場での支援が行われているが、その生活歴や、心身の健康状態を踏まえた総合的な支援策は構築されてきていない。そのため、例えば、生活保護の受給等のとりあえずの対策の止まっている現実がある。自殺の危険因子を多くかかえたハイリスクグループの実態把握とかかえている問題の分析を行い、よりよい支援につなげ、その結果としての自殺予防を実現していく必要がある。

鍵となる活動領域

- ・ 精神科医療
- ・ 地域保健

- ・ 地域社会資源
- ・ 民間自助グループ

今後必要な政策

生活保護受給者、虐待事例の背景にある複雑な問題を多くかかえた家族の実像を把握して、今後の支援や関わり方等の整理を目的とした調査の実施

日本心身医学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

社団法人 日本心身医学会

報告書作成者

日本心身医学会 理事

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 内科部門診療部長

石川 俊男

報告書作成協力者

独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院 心療内科

吉田 康子

本間 洋州

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

- ・ 平成 19 年に閣議決定された自殺総合対策大綱の達成度と問題点の整理
- ・ 新大綱の効果による将来的な自殺予防、自殺数減少の目標値の再設定
- ・ 年代別だけではなく、各都道府県などの県・地域ごとの自殺の背景、傾向、特徴
- ・ 各年代、社会状況における自殺のリスク整理と各リスクに対する具体的対策
- ・ より広範囲に具体的な医療機関連携の構築
- ・ プライマリケア、学校、職場、などへのより具体的な啓蒙活動の実践
- ・ インターネット、新聞、TV などのメディアとの連携
- ・ 大綱に基づく活動への具体的なアクセス方法
- ・ 具体的な自殺要因（健康問題、経済問題、家庭問題などそれぞれ）に関する調査、研究の必要性、とそれらへの具体的対策
- ・ 一般科医（心療内科医含む）、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、地域支援サービスなど関連職への啓蒙の促進
- ・ 専門医（精神科医）の自殺に関する専門的な知識や治療技術の充実へむけた研修体制の必要性

2) 現在または今後、わが国に必要な科学的根拠に基づく予防対策

目標 1:

プライマリケアにおける自殺対策の普及、確立

論理的根拠

自殺既遂者は、自殺前1年以内に医療機関を受診することが多く 1)、そのうち約 20～30% が精神科以外の診療科を受診し、その 64%がうつ病性障害に罹患しているとする報告もある 2)。うつ病においては不眠、食欲不振、倦怠感など身体症状を伴う場合も多く一般内科、プライマリケア医を受診しやすいが、プライマリケアにおいてうつ病が多く見逃されていることも指摘されており 3)、少ない受診率の中でも一般診療科におけるうつ病の適切なスクリーニングが重要である。プライマリケアにおける疫学調査ではプライマリケアの場では潜在的に自殺のリスクが高い人々が存在することが示されている 4)。WHO では一般医が患者の自殺念慮に気付いた場合の共感と精神科医への適切な対応策を示している 5)。プライマリケアにおけるうつ病診療の重要性はこれまでも繰り返し指摘されているが、プライマリケアではうつ病が見逃されていることが多く、十分な治療が行われず治療効果が低いとも指摘されている 6)。自殺既遂者の多数が自殺前にプライマリケア医を受診していることから、プライマリケア医によるうつ病のスクリーニングと適切な治療介入により、自殺の予防は可能であると言われており 7)、プライマリケアにおける精神疾患や自殺のリスク評価と対応策の指針の作成は重要であると思われる。

現在の政策的背景:

うつ病の受診率を上げるために、現在国（厚生労働省）は「うつ対策推進方策マニュアル」を作成し、これに従い各都道府県・市町村が対策を実施する動きが広がっているが、うつや自殺リスクの早期発見に結びついているかはまだ不明である。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業による各自治体での調査研究もおこなわれているが、その結果や今後の対策案についても十分な周知とは言えず、政策に関する情報の普及も必要であると思われる。

鍵となる活動領域:

- 1) 各自治体のポスター、冊子などによる一般住民のうつ症状や希死念慮に対する認識の向上、早期受診の啓蒙
- 2) 日常生活レベル（学校、職場、地域）での精神障害や自殺予防についての啓蒙、早期発見、早期受診の啓蒙
- 3) 一般診療医による精神障害や自殺リスクの評価、早期介入
- 4) 一般診療医から精神科医への紹介・協力体制の整備

今後必要な対策：

- 1) プライマリケアにおける抑うつ、自殺リスクの評価についての研修方法の整備と予算措置
- 2) 各コミュニティでうつ病や希死念慮などの自殺リスクについて相談できる窓口の設置と人員の設置、その予算措置
- 3) 自殺リスクに関わる諸問題に適切に介入できる医療者、臨床心理士、保健師、ソーシャルワーカーの育成、配置とその予算措置
- 4) プライマリケア医と精神科医の連携・協力体制や地域での各専門職とのネットワーク構築
- 5) 医学部教育、研修医教育における自殺リスクに特化した評価とその対策についての啓蒙、研修体制の充実

文献リスト：

- 1) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*, 159(6): 909-916, 2002.
- 2) 張 賢徳：自殺既遂者の精神障害と受診行動. *日本医事新報* 3786: 37-40, 1995
- 3) Pignone, M.P., Gaynes, B.N., Rushton, J.L. et al.: Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med.*, 136: 765-776, 2002
- 4) 佐藤 武：プライマリ・ケアを受診するうつ病. *臨床精神薬理* 6: 175-180, 2003
- 5) WHO 「自殺予防：一般開業医のための手引き」 (Preventing Suicide: a resource for general physicians) http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf
- 6) Bower, P., Gilbody, S., Richards, D. et al.: Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br. J. Psychiatry*, 189: 484-493, 2006
- 7) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, Vol.294, No.16; 2064-2074, 2005

目標 2 :

身体疾患患者の自殺対策の確立

論理的根拠

平成 22 年度の自殺既遂者についての発表では既遂者の自殺の原因・動機の順位はここ数年不変で、最も多いのは健康問題であり、その中で身体疾患はうつ病に次ぐ大きな要因となっている 1)。身体疾患に罹患することで自殺の危険性が高まることは多くの研究で指摘されており 2) 3) 4)、各種の身体疾患の自殺危険率についての研究も多数行われている 5)。特に重篤な慢性身体疾患、終末状態、身体的欠損、強い疼痛や呼吸困難などを伴う場合に危険性が高い 6)。身体疾患に伴ううつ病性障害ならびにアルコール性関連障害のある症例が自殺念慮・自殺企図に非常に強く影響していること 3) や、身体疾患に罹患すると、自殺と関連が深い精神疾患罹患率が高まることが述べられている 7)。重症身体疾患症例を対象にした調査では約 8 割の症例がうつ病性障害に罹患しており、社会サポートの欠如も独立した自殺念慮の危険因子であったことが報告されている 8)9)。自殺念慮をもつうつ病症例では、うつ病が改善すると自殺念慮が消失していたこと 8)9)や、終末期医療においてもうつ病に伴った自殺念慮は治療により改善すること 10)11)が報告されている。また、入院患者の自殺率には入院回数、自殺企図の既往、周囲のサポートの欠如、家族内葛藤の存在、医療拒否または医療忌避的態度、医療者との不和やコミュニケーション不足も関与しているとされている 12)。身体疾患治療現場でのうつ病の評価・治療は自殺予防に最も重要な要因の一つであり、身体・心理・社会的な面に焦点をあてたスクリーニングを行い、精神科医、心理士、ソーシャルワーカー、看護師がチームを組み、もっとも適した職種が介入を行うことが必要である 13)。さらに、救命救急センターに入院した自殺企図患者の検討で、自殺企図の理由として健康問題を挙げた患者の大多数が精神科以外の診療科を受診しており、精神科以外の診療科の役割、精神科と他科の連携、プライマリケアにおけるうつ病診療の重要性が述べられている 14)。

現在の政策的背景 :

悪性腫瘍については「がん対策基本法」による緩和ケアチームの取り組みによりコンサルテーション・リエゾン医療の実践が行われつつあるが、その他の分野でのコンサルテーション・リエゾン医療の整備、育成についての政策は明示されたものはない。

鍵となる活動領域 :

- 1) 院内でのコンサルテーション・リエゾン医療の実践環境の整備
- 2) 身体疾患の診療医と精神科・心療内科医、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、保健師など多職種の協力体制の構築

- 3) 地域と病院間での患者サポートネットワークの構築
- 4) プライマリケアを含む身体疾患の診療科におけるうつ病や自殺リスクの早期発見と治療導入、精神科への紹介体制の構築

今後必要な対策：

- 1) 身体疾患の診療科における効果的なうつ病、自殺リスクのスクリーニング方法の開発
- 2) コンサルテーション・リエゾン医療についての一般市民、医療従事者に対する啓蒙と実施体制の構築、予算措置
- 3) 悪性腫瘍以外の身体疾患に対するコンサルテーション・リエゾン医療に対する診療報酬の制定
- 4) 医療従事者と患者との良好な治療関係の構築や自殺予防へむけたコミュニケーションスキルに関する研修会などの設置、およびその予算措置
- 5) 精神障害、精神科への偏見や抵抗感の軽減に向けた教育、身体疾患診療科との良好な紹介・協力体制の構築
- 6) 多職種を交えた医療従事者間のチーム連携・協力体制の構築、支援と地域を含めた患者サポートネットワーク構築と予算措置
- 7) 自殺手段へのアクセスの制限に関する具体的措置

文献リスト：

- 1) 警察庁生活安全局保安課：平成 22 年度中における自殺の概要資料
<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22jisatsunogaiyou.pdf>
- 2) Mackenzie TB, Popkin MK: Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry* 17: 3-22, 1987
- 3) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49: 888-899, 1959
- 4) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br.J.Psychiatry*, 170; 205-228, 1997
- 5) Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL: Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 65: 501-505, 2003
- 6) 堀川直史、山崎友子、星真由美ほか：ある総合病院における他科入院患者の自殺について。精神科治療学, 6; 695-703, 1991
- 7)
- 8) Kathol R, Saravay SM, Lobo A, et al: Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am* 90: 549-572, 2006
- 9) Kishi Y, Robinson RG, Koiser JY: Suicidal ideation among patients with acute

- life-threatening physical illness: Patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics* 42: 382-390, 2001
- 10) Kishi Y, Robinson RG, Koiser JY: Suicidal ideation among patients during rehabilitation period after life-threatening physical illness. *J Nerv Ment Dis* 189: 623-628, 2001
 - 11) Brown JH, Henteleff P, Barakat S, et al: Is it normal for terminally ill patients to desire death? *Am J Psychiatry* 143:208-211, 1986
 - 12) Leibenluft E, Goldberg RL: The suicidal, terminally ill patient with depression. *Psychosomatics* 29: 379-386, 1988
 - 13) Bowers L, Banda T, Nijman H: Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis* 198(5):315-28,2010
 - 14) 岸 泰宏 : 精神医学 51(11): 1055-1060, 2009
 - 15) 松木 麻妃、松木 秀幸、堀川 直史 : 精神科治療学 24(3) ; 343-351, 2009

目標 3:

心療内科における自殺予防対策の重要性の確立

論理的根拠

これまでの自殺既遂者に対する心理学的剖検調査で、精神障害は自殺との関連性が強いことが示されている 1)-3)。自殺企図・精神障害の既往のある人の自殺リスクとして気分障害（大うつ病、双極性障害、気分変調性障害）、統合失調症に始まり、物質関連障害、不安障害、摂食障害、パーソナリティ障害、身体表現性障害などが挙げられ 4)5)、それらの精神障害が標準化死亡比（SMR）で示される自殺リスクを高めることが示されている 6)。

一方で、心療内科は心身症、摂食障害だけではなく慢性疼痛や疼痛性障害を中心に、身体愁訴を合併した不安障害や軽症の気分障害を治療することも少なくない 7)。また、日常生活での心理社会的ストレスによって、精神症状のみならず身体症状が最初にくることもまれではなく、その後に適応障害からうつ病へと発展していくものもある。上述したごとく身体疾患を持つものの自殺のリスクも高いことが知られていることもあり心身症を診る心療内科でも自殺予防に関して早期発見という意味でも重要な診療科であることは間違いない。心療内科の診療姿勢のありかたでは、訴えてくる身体症状の背景に心理・社会的ストレスの関与を考慮して常に診療しており、受容・傾聴・共感的な診療態度は患者の抱える精神的な苦悩を聴き易く、自殺に結びつくような背景要因に気づきやすい特徴がある。早期に自殺念慮などがわかったり、それが予期されるような場合、精神科への連携が不可欠となるが、それが早期に実現しやすい。また、不安障害の中でも身体愁訴を合併するパニック障害の自殺死亡リスクは約 10 倍と報告されており 6)、強迫性障害においては併存症の有無に関わらず自殺関連事象が出現するリスクは高いと言われている 8)。他にも社交不安障害、単一の恐怖症、全般性不安障害などの身体愁訴の合併しやすい疾患のいずれも自殺関連事象が出現するリスクは高く、気分障害に不安障害が併存した場合は、気分障害単独群と比べて自殺リスクが高くなるという結果も示されている 9)。摂食障害、特に神経性無食欲症は、全般的に高い死亡リスクとは別に自殺のリスク要因でもあり、自殺企図はむちゃ食い行動や排出行動、気分障害、攻撃性、衝動性が併存する個人で特に多いとされている 6)。また、救急救命センターに入院した自殺企図患者の検討において、自殺企図の具体的理由を健康問題と述べた症例が、実際に身体疾患を持つ患者と持たない患者に 2 分され、身体疾患を持つ患者の少数と身体疾患をもたない患者の大多数が身体表現性障害と診断されているという報告がある 10)。身体表現性障害患者の身体症状は強く苦痛で長期間持続し、特に慢性疼痛、疼痛性障害においては既遂の危険率が一般の 2 倍以上であるとされている 11)。うつ病は時点有病率が 3~5%とされ、患者数が膨大であるため精神科医だけで対応するのは現状では難しいと言われており 12)、特にプライマリケア医によるうつ病のスクリーニングと適切な治療介入の重要性は大きいと言われている 13)。心療内科の治療対象疾患は

自殺との関連性が高いことや、プライマリケア医から身体の不特定愁訴で紹介を受ける機会が多いことから心療内科の自殺予防における初期対応としての役割の確立は重要であると思われる。

現在の政策的背景：

うつ病については厚生労働省の「うつ病対策推進方策マニュアル」や厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業を始め、自殺予防対策や市民、医療者に対する啓蒙が行われているが、その他の自殺リスクのある精神疾患や身体疾患についての情報提供、啓蒙は多くはないと思われる。

鍵となる活動領域：

- 1) 一般住民、医療従事者に対する身体症状に伴う精神症状についての認知、早期受診、早期治療の啓蒙
- 2) 日常生活レベル（学校、職場、地域）での心理社会的要因に基づく心身の不調に関連する心身症や精神障害、自殺リスクのスクリーニングについての啓蒙、早期発見、早期受診の啓蒙
- 3) 身体疾患の診療科、心療内科、精神科の円滑な紹介・協力体制の整備

今後必要な対策：

- 1) プライマリケア、身体疾患の診療における抑うつ、自殺リスクの評価、スクリーニングについての研修方法の整備と予算措置
- 2) 身体疾患診療医、心療内科医、精神科医の連携・協力体制の確立と、それにつながる医療従事者に対する各科の専門性についての教育
- 3) 心療内科における治療対象疾患に関するうつ病や自殺リスクに関する臨床的検討・研究の促進、およびその予算措置
- 4) 身体症状を合併しやすい気分障害以外の自殺リスクと関連する精神障害、心理社会的因子に対する対策の制定、およびその予算措置
- 5) 各ゲートキーパーへの身体症状や身体疾患に合併しやすい精神障害の発見の仕方に関する啓蒙教育

文献リスト：

- 1) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
- 2) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害 - 生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断的検討. *精神神経学会誌* 96: 415-443, 1994
- 3) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al: Some clinical considerations in the

- prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49: 888-899, 1959
- 4) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D: Psychiatric diagnosis and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25,147-155,2004
 - 5) Yamada T, Kawanishi C, Kanai A, Hasegawa H, Kato D, Furuno T, Sato R, Kishida I, Odawara T, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan. 10th European suicide and Suicidal Behaviour. abstract,141,2004
 - 6) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium, Washington DC and London,2004 (佐藤光源、樋口輝彦、井上新平監訳：米国精神医学会治療ガイドラインコンペンディウム。医学書院、2006)
 - 7) 太田大介：うつ病診療最前線 - プライマリ・ケアにおけるゲートキーパーとしての役割とは？ - 総合病院心療内科医の立場から。治療 Vol.91,No.8; 2032-2035,2009
 - 8) Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al: Obsessive-compulsive disorder: Prevalence,comorbidity,impact,and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 163: 1978-1985, 2006
 - 9) Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al: Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 62:1249-1257, 2005
 - 10) 松木麻妃、松木秀幸、堀川直史：「健康問題」による自殺企図患者の臨床的検討。精神科治療学 24(3): 343-351, 2009
 - 11) Tang,N.K. and Crane, C.: Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol.Med.*, 36; 575-586,2006
 - 12) 西岡和郎、尾崎紀夫：うつ病治療におけるプライマリ・ケア医と精神科医との連携。総合臨床 Vol.54,No.12; 3119-3122,2005
 - 13) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al; Suicide preventionstrategies: a systematic review. *JAMA*, Vol.294,No.16; 2064-2074, 2005

日本心理学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

平成 23 年 8 月 25 日

日本心理学会

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

代表者

日本大学文理学部 教授 坂本真士

協力者

東京大学大学院教育学研究科 末木 新

目標1 インターネット上の自殺方法関連情報を削減する／情報へのアクセスを制限する

論理的根拠

自殺方法へのアクセスを物理的／認知的に制限することは、数ある自殺対策の中でも、自殺率の低減効果に関する最も明確なエビデンスをもつ対策の一つである（文献 1）。また、メディアが自殺方法を詳細に伝達することが自殺率を高めるということが数多くの研究により示されている（文献 2）。

平成 22 年における自殺の手段を見ると、男性では首吊りに次いで練炭等を利用した自殺が多くなっており、特にこの傾向は 20～50 代において顕著となっている（文献 3）。こうした自殺方法の流布にインターネット上の自殺方法関連情報が果たす役割は大きく（文献 4）、自殺方法関連情報への認知的アクセスを困難にすることは、自殺の予防につながると考えられる。

現在の政策的背景

我が国におけるインターネットに関する自殺予防対策は、ネット心中の防止や自殺方法（例：硫化水素自殺、練炭自殺）の流布に伴う群発自殺の抑止といった側面から行われてきた。2007 年に閣議決定された自殺総合対策大綱においては、前者への対策としてインターネット上の自殺予告事案への対応等が重点施策の一つとして明記された。翌年（2008 年）の大綱の改定においては、これに加え後者への対策としてインターネット上の自殺関連情報対策の推進も盛り込まれることとなり、同年に策定された自殺対策加速化プランの中では、インターネット上の違法・有害情報の検出を行うための技術開発及びフィルタリングの普及の促進が謳われた。

現在、インターネット・ホットラインセンターでは、ネット心中の防止のため「人を自殺に誘引・勧誘する情報」の削除依頼等を行っている。2010 年の運営実績では、国内サーバー上の情報 25 件に対し、依頼等を通じ 12 件の情報が削除された（文献 5）。しかし、自殺方法そのものに関する情報へのアクセス制限には不十分な点が残る。フィルタリングの普及の促進は謳われているものの、練炭等の方法で自殺をする者は子どものみではないため、こうした対策で対応できる問題であるとは言い切れない。

鍵となる活動領域

- 1) 自殺方法関連情報を検出するための技術の開発
- 2) 自殺方法関連情報に対するフィルタリング
- 3) 自殺方法関連情報の削除のための法的な整備をする

今後必要な政策

- 1) 引き続き、インターネット上の自殺方法関連情報の検出を行うための技術開発及びフィルタリングの普及を促進する。
- 2) インターネット・ホットラインセンターの「人を自殺に誘引・勧誘する情報」はネット心中を念頭に作成したものだと考えられる。同センターの運用ガイドラインでは、「人を

自殺に誘引・勧誘する情報」として通報された情報が公序良俗に反するかの基準として、①自殺の場所、動機、方法等を示す表現が記載されていること、②「一緒に死にませんか、本気で自殺したい人を募集しています」等の人を自殺に誘因する表現が記載されていること、の双方を満たすものとしている（文献 6）。この基準を変更することにより（例：いずれの基準も満たすではなく、いずれかの基準を満たすと変更する）、自殺方法そのものに関する情報への削除依頼が可能となると考えられる。

文献リスト

- 1) Mann, J. J., et al. (2005) Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- 2) Florentine, J. B., et al. (2010) Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626-1632.
- 3) 内閣府. (2011) 平成 23 年版自殺対策白書
(http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2011/html/gaiyou/s1_09.html) 最終アクセス 2011/08/17.
- 4) Shah, A. (2010) The relationship between general population suicide rates and the Internet: A cross-national study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 146-150.
- 5) インターネット・ホットラインセンター. (2011) 平成 22 年中のインターネット・ホットラインセンターの運用状況について
(<http://www.internethotline.jp/statistics/2010.pdf>) 最終アクセス 2011/08/17.
- 6) インターネット・ホットラインセンター. (2008) ホットライン運用ガイドライン
(<http://www.iajapan.org/hotline/center/20080331guide.pdf>) 最終アクセス 2011/08/17.

目標2 インターネットを活用した自殺への危機介入体制を構築する

論理的根拠

電話やインターネットなどのメディアを利用した自殺への危機介入は世界的な広がりを見せる自殺予防サービスである。これは、自殺を考える者の心理状態がアンビバレントな状態にあることに由来する。研究方法の難しさもあり、こうした危機介入サービスの有効性に関してはエビデンスに乏しい（文献 1）。しかし、自殺多発地点にこうした危機介入サービスの案内を置くことが自殺者数の減少につながるとする研究は多数存在する（文献 2）。つまり、メディアを利用した危機介入は他の政策と組み合わせることで有効な自殺対策となる可能性がある。

現在の政策的背景

メディアを利用した自殺への危機介入の例として国内では「いのちの電話」を挙げることができるが、こうした活用方法はイギリスのサマリタンズにはじまり世界各国でなされている。国内では 1971 年に東京でいのちの電話が設立された。社会状況の変化に伴い 2006 年からはインターネット相談（メールによる相談）も開始されている。

2009 年の電話による危機介入の受信率は 5%程度であるが（文献 3）、低い受信率となっていること背景には相談件数が爆発的に増加していること（文献 3）、ボランティアの確保が難しくなってきたことという社会的な問題がある。2010 年における日本のインターネット利用率が約 8 割であることを考慮すると（文献 4）、インターネットを活用した新たな危機介入サービスの構築によりこうした問題を解消できる可能性があると考えられる（鍵となる活動領域 2 を参照）。

鍵となる活動領域

1) インターネットを活用した自殺に関する危機介入としては、世界的に見ると電子メールによるものが多い。わが国でもこうした活動ははじまっているが、その活動は 24 時間いつでも使えるものとなっておらず、メディアによる相談活動の利点を損ねている。

2) インターネットの特性を生かした新たな危機介入サービスとして、非同期的なグループ・コミュニケーションによる自助グループの展開（NPO による運営）も行われている（文献 5, 6）。メールによる相談と異なり、援助者役割を経験することがメンタルヘルスの向上に役立つ、コミュニティ全体の共感的雰囲気を利用者の孤独感を癒す、などの利点が指摘されている（文献 5, 6, 7）。また、1対1の相談サービスではないため、少数のボランティアで運営できるという経済的メリットもある。

3) 上述の二つのサービスではいずれもボランティアによる相談活動が行われているが、ボランティアによる相談活動のクオリティーには問題が残るという指摘もある（文献 1）。そのため、ボランティアに対する危機介入の教育の質を向上させる必要があると考えられる。

今後必要な政策

- 1) メールによる危機介入活動を拡充するための予算措置を講じる。
- 2) インターネットを介したグループ・コミュニケーションを活用し、低コストで効果的な危機介入を実施することが可能な活動モデルを確立する。また、こうした活動の有効性を検証するための継続的な効果の検証を実施する。
- 3) 危機介入活動に参加するボランティアへの教育の効果の検証しながら、効果的な教育方法を確立する。

文献リスト

- 1) Beautrais, A., et al. (2007) Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence. *The New Zealand medical journal*, 120, U2459.
- 2) 自殺予防総合対策センター. (2007) ブックレット NO.2 (自殺多発地点でとられるべき活動の手引き) . (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/book/book2.pdf>) 最終アクセス 2011/08/17.
- 3) 日本いのちの電話連盟. (2010) 「自殺予防いのちの電話」実施報告書 (2009 年度厚生労働省補助事業) .
- 4) 総務省. (2011) 平成 22 年度通信利用動向調査. (<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/statistics05a.html>) 最終アクセス 2011/08/17.
- 5) Barak, A. (2007) Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project study. *Computers in Human Behavior*, 23, 971-984.
- 6) Gilat, I., & Shahar, G. (2009) Suicide prevention by online support groups: An action theory-based model of emotional first aid. *Archives of Suicide Research*, 13, 52-63.
- 7) 末木新. (2009) 自殺系掲示板の持つ自殺予防効果の構造—グラウンデッド・セオリー・アプローチによる仮説モデルの生成—. *臨床心理学*, 9, 369-381.

目標3 高等教育機関（大学、専門学校等）において、コミュニティ・アプローチにより学生の精神的健康の増進を図り自殺を予防する

論理的根拠

平成23年度に高校を卒業した人の大学等への進学率は54.4%であり、専修学校（専門課程）進学率16.0%と合わせると、高校を卒業した人の7割が高等教育機関に進学した（文献1）。このことから、高等教育機関は、将来社会を支える人材に対し、精神的健康に関する心理教育を実践できる重要な場と位置づけることができる。

大学生や専門学校生は、勉学の他に、親からの自立、新しい環境における人間関係づくりや就職活動など、様々なストレスやライフイベントに遭遇するが、それらのストレスに対処するためのスキルやリソースを十分持ち合わせていない。そのため、青年後期はうつ病や不安障害、その他の精神疾患が好発する（文献2）。近年、大学生の自殺は増加傾向にあり、自殺した「生徒・学生」に占める大学生の割合も高くなってきている（文献3）。学生の自殺（特にキャンパスにおける自殺）がもたらしうる周囲の学生への否定的な影響も考えると、大学において自殺対策を推進することが望まれる。

児童生徒における自殺対策については前回の自殺総合対策大綱で、「児童生徒の自殺予防に資する教育の実施」として触れられていたが、大学生や専門学校生における自殺対策については述べられていない。親元から離れたり、親から自立したりして、それまで関連のあった「地域」や「学校」というネットワークから漏れてしまう学生も多いだろう。大学生や専門学校生の時期は、将来社会に出るための準備期間と言える。この時期にこそ、自立した大人として生活するための心身の健康や自殺予防に資する教育実践が必要である。

現在の政策的背景

大学における不適応の予防は、おもに学生相談という形で各高等教育機関が独自に行ってきた。日本の学生相談は傾聴・共感を主としたものが多く、学生相談室を訪れた学生に対し個別に対応する傾向が強い。しかし、個別対応には学生相談室のマンパワーの点からも限度があり、今後はコミュニティ・アプローチが求められる（文献4）。

また、各大学で独自の形で学生相談が展開しているが、大学の規模や方針によって取り組み方が異なっている。全般的には、国立大学は保健管理センターを有し、学生相談の人員にも恵まれているが、公立大学や私立大学においては、一部で積極的な取り組みをする大学が見られるものの、国立大学ほど手厚い学生支援は行われているとは言えない（文献4, 5, 6）。

鍵となる活動領域

- 1) 高等教育機関における学生相談の拡充
- 2) 学生相談につなげる学内体制の整備（協働・連携）
- 3) 担任制度の導入の推進と教職員に対する研修の導入
- 4) 学生の精神的健康や自殺予防に関わる学外機関との連携
- 5) 大学の授業や講演会を通じた啓発活動（自殺予防や飲酒・薬物の乱用防止も含む）

今後必要な政策

- 1) 学生相談件数は増えているが、常勤のカウンセラーの配置は進んでおらず（文献 6）、カウンセラー設置のための予算措置を講じる。学生が学生の相談に応じるというピア・カウンセラー事業を推進し、大学にピア・カウンセラー制度のノウハウを伝えるなど情報面で支援する。
- 2) 独立行政法人日本学生支援機構では学生支援に関わる研究を多数行い、大学の学生支援体制についてのデータを有している。このデータを研究者が利用しやすいようにし（目的外使用の許可）、学生の精神的健康度と学内体制および学生相談との関連についての研究を推進する。
- 3) 大学生の精神的健康の増進や自殺予防に関して、大学教職員を対象にした研修を行う。
- 4) モデル校を選び、学生の危機介入や自殺予防に関して学外機関と連携し、効果を検証する。
- 5) 学生の精神的健康を高めるための研究（特に現在不足している予防的な実践研究）や、精神的健康を高めるための学生向けの講習会を推進する。

文献リスト

- 1) 文部科学省. (2011) 学校基本調査－平成 23 年度（速報）結果の概要－.
(http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/kekka/k_detail/1309148.htm) 最終アクセス 2011/08/19.
- 2) 西河正行・坂本真士. (2005) 大学における予防の実践・研究. 坂本真士・丹野義彦・大野裕（編）「抑うつ臨床心理学」, pp. 213-233, 東京大学出版会.
- 3) 警察庁生活安全局生活安全企画課. (2011) 平成 22 年中における自殺の概要資料.
(<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22jisatsunogaiyou.pdf>) 最終アクセス 2011/08/19.
- 4) 坂本真士 他. (2010) 大学生における精神的不応予防に関する研究. 風間書房.
- 5) 独立行政法人 日本学生支援機構. (2006) 大学等における学生生活支援の実態調査.
(http://www.jasso.go.jp/gakusei_shien/seikatsushien_jittaichosa.html) 最終アクセス 2011/08/19.
- 6) 独立行政法人 日本学生支援機構. (2011) 大学、短期大学、高等専門学校における学生支援の取組状況に関する調査(平成 22 年度).
(http://www.jasso.go.jp/gakusei_plan/2010torikumi_chousa.html) 最終アクセス 2011/08/19.

目標4 地域のつながりによって住民の心身の健康を増進し、自殺の減少を図る

論理的根拠

うつ病の二次予防（早期発見・早期治療）が自殺対策のひとつの柱とされているが、うつ病の一次予防も自殺対策として重要である（文献 1）。うつ病の一次予防に有効と考えられるものとして地域の人々のつながりが挙げられる。人々のつながりは、ソーシャル・キャピタルやソーシャル・サポートなどの概念で多方面から研究され、自殺予防や心身の健康との関連が指摘されている（文献 2, 3）。

たとえば、秋田県旧合川町（現：北秋田市）は、自殺予防の取り組みが奏功し自殺者が減った町として著名だが、この町は「傾聴ボランティア」発祥の地として知られている。また、青森県旧名川町（現：南部町）も自殺予防の取り組みが奏功した町のひとつだが（文献 4）、ここでは「よりあっこ」と呼ばれる、地域の高齢者が集まって交流できる場を設けたことが、高齢者における自殺減少につながったひとつの要因と考えられる。高齢者を中心に、グループ活動をすることと自殺予防との関連が指摘されている（文献 5）。

このように、人と人とのつながり、信頼感、サポート関係を作ることは、自殺予防や心身の健康に寄与すると期待される。

現在の政策的背景

市町村や保健所が臨床心理士などに講師を依頼して、傾聴・共感など基本的な技術を講演している地域がある。しかし、数回の講演や講義ではボランティア養成まで達しない。

また、人々のつながりによる自殺予防や心身の健康増進については、各地域での取り組みはあるものの、全国的な規模で展開されるには至っていない。

鍵となる活動領域

- 1) 傾聴ボランティア団体の立ち上げを支援し、活動が継続できる環境の整備
- 2) 臨床心理士ら心理職が傾聴ボランティアなどをスーパーバイズできる仕組みの構築
- 3) 町内会などの自治会を核とする地域作りの支援と研究活動の推進
- 4) 地域のキーパーソン（例：民生委員、保健推進員）への研修会

今後必要な政策

1) 傾聴ボランティアを要請する仕組みを作る。また、傾聴ボランティアが活動できるように環境を整備するなど、予算措置を伴う支援をする。地域に丸投げするのではなく、先進的な地域の取り組みを紹介するなど支援する。

2) 臨床心理士などの心理職が、傾聴ボランティアなどをスーパーバイズできる仕組みを作る。

3) 自治会などの地域の活動および地域住民のつながりと、住民の健康や犯罪に関する研究を推進する。

4) 市町村や社会福祉協議会などによる研修会を定期的実施する。民生委員や保健推進員の活動を積極的に国民にアピールし、民生委員や保健推進員の活動を認知させる。

文献リスト

- 1) 本橋豊 他 (2006) STOP!自殺 海鳴社
- 2) 本橋豊 他 (2005) ソーシャル・キャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌, 3, 21-31.
- 3) 岡檀・山内慶太 (2010) 高齢者自殺希少地域における自殺予防因子の探索: 徳島県旧海部町の地域特性から. 日本社会精神医学会雑誌, 19, 199-209.
- 4) Fountoulakisa, K. N, et al. (2011) Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*, 130, 10-16.
- 5) Oyama, H., et al. (2005) Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 337-344.

目標 5 学校における自殺対策と臨床心理士の役割の関係を促進する

論理的根拠

臨床心理士は健康教育として事前予防にかかわるだけでなく、SC（スクールカウンセラー）として危機介入、CRT（Crisis Response Team）の一員として事後対応にかかわることがある。現在、CRT スタッフの3割は臨床心理士とされている（文献 1）。

しかし、すべての小・中・高等学校で、外部の専門職と連携がとれるような状況が構築されているとは言い難い。

現在の政策的背景

最近、小・中・高等学校で自殺予防教育が導入されることが決まった（文献 2）。しかし、自殺予防教育を担うマンパワーについては十分確保されているとは言い難い。

自殺予防の一翼を担う SC の学校への配置についても遅れている。たとえば中学校についてみると、平成 22 年度学校保健統計（文献 3）によると、SC の配置のない学校は全国 15.6% であった。都道府県別では東京、千葉、神奈川、京都、兵庫などでは 100% 近い配置であったが、愛媛では中学校全体の 75.8%、熊本では 64.0%、北海道では 62.1% で、SC が配置されていなかった。

また、児童・生徒の多くにトラウマ（心的外傷）を生じかねないような事故・事件等が発生した場合に学校に駆けつける CRT については、設置しているのは全国で 6 県に過ぎない。自殺に限らず、学校での緊急事態を支援する体制の構築が求められている。

鍵となる活動領域

1) 15～39 歳の死因順位の 1 位が自殺であることから（文献 4）、青年期の自殺死亡を減らす上でも学校において各発達段階での健康教育は必要である。担い手としては、臨床心理士などの一定の専門性を有する者が有力である。

2) スクールカウンセラーの配置状況はなぜ都道府県間で差があるのか？ 平成 22 年には、中学生 76 人、高校生 204 人が 1 年間に自殺している（文献 5）。各都道府県、市町村で事故対応の体制づくりが求められる。

今後必要な政策

- 1) 学校における心の健康づくりの取り組み事例を調査し、比較検討・評価する。
- 2) 学校保健と地域保健の連携による「地域のつながりによる自殺対策」の推進
- 3) CRT を各都道府県に 1 つ設置する。

文献リスト

- 1) 全国 CRT 標準化委員会（2010）全国 CRT 公表データ
(<http://www.h7.dion.ne.jp/~crt/year/2010/CRTdata.pdf>) 最終アクセス 2011/08/25.
- 2) 東京新聞（2011）小中高で自殺予防 文科省方針 米を参考に授業導入 13 年度にも
東京新聞 2011 年 8 月 8 日朝刊

日本心理臨床学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

平成 23 年 8 月 18 日

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター長 竹島 正先生

作成代表者

日本心理臨床学会業務執行理事／京都文教大学臨床心理学部教授
森谷寛之

前略、大綱改正に向けてのレビュー報告書作成依頼の件、
日本心理臨床学会の代表として以下のようなレビューを作成しましたので、ご報告いたします。自殺予防に少しでも益することがあれば、幸いです。

今後ともどうかよろしく申し上げます。

(1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容 (自由記載)

①自殺対策のむずかしさとその重要性について述べる

これまでの疾病対策—たとえば結核、コレラ、HIV などの伝染病対策、あるいは癌、糖尿病などの対策—と対比して、自殺予防対策のむずかしさを論じる必要があるのではないか。

また、自殺予防は人類がこれまで経験したことのないような新しい課題である。この課題は、人類にとってもっともチャレンジなテーマであることの趣旨を述べる。

②自殺予防に携わる人たちをできるだけ幅広く挙げ、その役割分担を考える。先の大綱では、自殺予防が国民すべてが役割を担うとしてきた。たしかにその通りであるが、これではあいまい過ぎるのではないだろうか。これまで自殺予防を経験し、その模索の中である程度役割分担のようなものが明確化されてきたのではないだろうか。

自殺対策は、医師だけではなく、これに関係する職種は思いの外に多い。多領域に渡る。思いがけない職種の人が活躍する可能性がある。しかし、お互いに他職種の存在を知らないままになっている。その人たちの職種の特有の特徴、守備範囲をある程度明確にすると有効であろう。ボランティアの役割も大きいだろう。

筆者は臨床心理士であるので、臨床心理士という職種の役割を参考までに提案しておきたい。臨床心理士は、対象者の内面—意識と無意識の双方—にまで共感と理解を示し、そのことをもとに相談をする役割を持つ。自殺へと駆り立てられている人の内面(たとえば、夢の世界まで)に生じていることについてまで理解し、その防止をしようと務める職種である。意識と無意識の双方を視野に入れながら、教育と訓練をしている職種は臨床心理士以外にはないと思う。このような存在に対する適切な役割を位置づけを考えてほしい。

③職種の連携の重要性

自殺対策とは、つまるところ、現実的世界からあの世(死後の世界)へと行こうとしている人に対してこの世(現実的世界)へと引き留める活動である。この世に引き戻す力はどうのような力なのか。どこから来るのか。その力の具体的説明が必要ではないだろうか。

それは結局、この世の人たちの一人一人の力を結集することによって、あの世へと引つ

張っていく力に対抗することであると言えよう。

具体的には多職種がどのようにして堅い絆を実際に構築するべきか、その意義と手順を説明する必要があるのではないだろうか。

たとえば、筆者は臨床心理士であるので、心理士を中心に見がちであるが、医師と心理士がどのように具体的に連携するのか。あるいは保健師、精神保健福祉士などの人たちとの連携、教師と心理士との連携などをできるだけ明確にする。その守備範囲の記述。

それぞれの職種のメリットとデメリットを明確にした上で、お互いにないものを組み合わせ、より強力な連携にしていくこと。

(2) 自殺予防活動の提案

●目標1 自殺対策の目標の明確化による効率的な自殺予防対策

●論理的根拠：

自殺予防というのはとても範囲が広く、目標を定めにくいのが特徴である。たとえば、結核予防であれば、結核患者を特定し、検査、投薬などで対策することができる。対象となるのは、主に患者と病原菌ということになるであろう。その手段は衛生、細菌、薬品の研究という形でかなり明確に対象を絞ることができる。また、その対策チームは医師と看護師が中心という形で明確である。

しかし、自殺予防の場合、誰を対象にするのかが明確にすることが非常にむずかしい。そのために、自殺予防は目標が拡散しやすい。そこで自殺予防対策において誰を目標にするのかを絞ることが重要である。

目標にする人として

1. まだ、自殺に至らないがその可能性を持つ人→不特定多数
2. 現在、希死念慮があり、相談している人→多数であり、特定可能、すでに把握済み
3. 自殺未遂した人→少数で、特定可能
4. 自死遺族、友人、関係者→多数、特定可能

以上の4つに分類できるであろう。

1. を対象にする啓発は必要である。とりわけ、学校教育においてストレスに対処する能力を育成する授業やメンタルヘルスについて学ぶ心の健康教育の充実を図る必要がある。ここでは教師やスクールカウンセラーの力が期待できるだろう。

2. はすでに相談機関とつながっている人で、援助者の努力によってが予防が期待できる。

3. 自殺未遂者は、もっとも自殺をする危険性が高い人たちである。

4. 自死遺族の人たちのサポートが重要であることは言うまでもないだろう。

この4つの中で3. 未遂者を目標に絞ると、自殺対策が明確にできるし、効率的な対策が期待できるであろう。

「WHO 自殺予防介入研究」(文献 p.11)によると、未遂者に短期介入した場合の自殺予防の確率は、一般的な治療をした場合よりも1/2と低くなることが確かめられている。

この介入は「どんな状態ですか How are you ?」と「何か必要なものがありますか Do you need anything ?」という二つの質問と5～10分程度の接触だけでも効果があると

いう。

自殺予防は、重点を未遂者に置くことのメリットを考えるべきである。未遂者へのインタビューをある程度の専門家がすることによって、自殺状況に対する知識が蓄積できる。それが将来の予防にもつながる。

●現在の政策的背景

現在は、誰を対象にするのか明確ではない。誰もが死の可能性を持っていることは事実であるが、これでは自殺予防の力を結集できにくい。

●鍵となる活動領域

自殺未遂者を重点的に対策をする。すなわち、できるだけすべての未遂者に対して、諸情報を参考にしながら、心理士や保健スタッフが複数のチームを組んで訪問し、面接をする。この場合、深く掘り下げるといっても、ともかく人間的つながりを作ることに重点を置く。これによって未遂者の既遂率をかなり下げることができるであろう。

●今後必要な政策

まず、重点目標を未遂者に絞る。諸関係者からの連絡を受けて、訪問チームが面接する。このような人材の確保と連携システムの構築が必要であろう。

●文献

ジョゼM. ベルトローテ 2007 各国の実情にあった自殺予防対策を 自殺予防総合対策センターブックレット No.1 p.11

目標2 「自殺対策の援助チームの構築—援助者への援助体制」

●論理的根拠

自殺とは、この世の人間的関係をすべて切断していく行為である。自殺対策とは、この人間関係を断ち切らせないで、この世に対する未練や人間関係でつなぎ止める活動である。そのために希死念慮者に対して人間的接近をし、心通わせる必要がある。しかし、この行為自身、援助者側から見ると、逆にあの世に引きずり込まれる不安と危険を伴う行為である。自殺対策を考える時、このことをつねに認識しなければならない。熱心な援助者ほど、巻き込まれやすい。

また、熱心に援助をしてきたにもかかわらず、対象者が既遂した場合、援助者にとってその衝撃は大きい。また、周囲から非難の声も聞こえるであろう。自己無力感にも襲われる。自殺対策で生じる援助者の不安とストレス対策が必要である。

そのためには援助者をその背後で援助する仕組みがなければならない。このような援助者を援助する仕組みを何段階も作り上げる必要がある。最終的には政府が、最後の拠り所となろう。このような人間同士、組織同士のしっかりとしたつながりを持つことによってあの世から死へと誘惑する力に対抗し得るものとなる。

●現在の政策的背景

現在は、そのような援助の鎖の必要性があってもその仕組みを作ろうという発想がないのではなかろうか。そのために人材が有効活用されていない。

●鍵となる活動領域

このような「援助者への援助」という仕組みを真剣に考えて、それを組織の中核にして

活動しているのは、臨床心理士の教育、訓練である。それはスーパーヴィジョン体制と呼ばれている。臨床心理士は、クライアントの心と直接かかわりあうという仕事をしている。そのために臨床心理士自身がクライアントの強烈な感情に巻き込まれる危険性がある。そういう仕事に従事するためには、臨床心理士自身が十分に保護され、支えられている必要がある。このアドバイスをしながら、援助の質を担保し、なお、不測の事態からクライアントと援助者を保護する任務をもつ指導者をスーパーヴァイザーと呼んでいる。

この仕組みが現実的に機能しているのは、スクールカウンセラー制度である。スクールカウンセラーは、学校で行われるさまざまな問題にかかわるのであるが、そこで生じた問題を自分一人だけで処理をしないで、スーパーヴァイザーと相談しながら進める。このスーパーヴァイザーは、臨床心理士としてキャリアを持った人で、細々とした内容にまでアドバイスができる。そのためにスクールカウンセラーは安心して自分の仕事に専念できる。

このスーパーヴァイザーは、また、学会や、臨床心理士会によってサポートされている。このようなサポート体制が、自殺対策の場合にはとくに必要である。人命にかかわる重大な判断を即座に下さなければならない時には、いつも困った時に相談できる背後のシステムが不可欠である。

●今後必要な政策

まず、それぞれの職種において、それぞれが背後で支え合うシステムを作ることが重要という認識を持つようにする。

また、これらのアドバイスのできる人材の養成が必要であろう。多職種間の連携におけるスーパーヴァイザーの養成である。筆者の立場でいうことが許されるのであれば、この時に、臨床心理士をこの他職種のコーディネーター役、スーパーヴァイザーとして有効活用するのがよいと考える。このスーパーヴァイザーの役割などは、臨床心理士はスクールカウンセラーとして教師などとの連携を日ごろから経験している。臨床心理士は数的にはまだ2万人ほどである。しかし、この臨床心理士をスーパーヴァイザーとして活用するのであれば、ボランティアや教師などへのサポート役となり、これらの人たちがより安心して働けるようになるまでであろう。

●文献リスト、可能であれば文献

スーパーヴィジョン制度についてはいろいろな論文で触れているが、ここでは以下のものを挙げおきたい。

河合隼雄 1994 心理療法序説 河合隼雄著作集3 第11章心理臨床家の訓練 pp.202-222 (とりわけ「スーパーヴァイザー」 pp.207-212)

目標3 希死念慮者の早期発見、早期援助体制の構築—医療分野での連携の重要性

●論理的根拠

自殺対策の困難な点は、その対象者にアクセスするのが困難であるという点にある。多くの希死念慮をもつ人は、そのこと（「死にたい」）の悩みで相談に来にくい。また、本人自身も自分の心の中でいったい何が生じているのか、気づいていない。すなわち、希死念慮自身が本人には無意識のままであることが多い。多くの希死念慮が自覚できないとい

うことが、自殺対策を困難にしていると考え。自覚がないので、援助を求めることがない。すなわち、意識していること、無意識のままであることを明確に区別して対策を立てる必要がある。

多くの場合、身体的不調とか、なんとなく元気がない、いう形で病院を受診することが多い。そこで内科領域と精神科が密に連携する必要がある。希死念慮を持つ人（意識している人と、無意識のままの人がいる）を確実に援助体制の中へとすくい上げることができるのは、この機会をおいて他はない。この機会を逃すと、彼らにアクセスすることが非常に困難となる。もちろん、ボランティア団体での幅広い援助体制を充実させることも重要であるにはいうまでもないが、この医療領域での対応が設備的にも、人材においても整っていると考える。早期発見し、援助体制の中に組み込むことができる千載一遇の機会である。ここがもっとも確実に自殺者を減らせるラインであると考え。国の自殺予防の一番根幹に位置づけることができるのではないだろうか。

その時に、日本心理臨床学会としての立場から発言を許していただきたい。内科医、精神科医と心理士が連携することが望ましいと考える。なぜなら、日本心理臨床学会は、人間の意識と無意識の双方について研究し、教育している学会であるからである。患者の無意識的希死念慮まで想定して、また長期にわたる支援に対応できる人材は他にあまりないと考える故である。

●現在の政策的背景

現在、以前に比べ病院での他職種の連携が図られてきていると考える。しかし、心理士は国資格がないために病院勤務者も少なく、現実には既存のスタッフがこれに当てられているのであろう。しかし、病院には、対応に時間のかかる自殺未遂者への、心理面（意識と無意識の両面）に関わる対応にまで取り組める専門性を持った人的配置はなされていない。心理士の国資格が早期に解決され、心理士が自殺予防の観点から活用されることが望まれる。

●鍵となる活動領域

身体的不調などのあいまいな訴えの中で、いち早く意識的、無意識的な希死念慮を理解し、それを援助体制の中に組み込む作業。また、希死念慮の背後にある意識的、無意識的葛藤、死にたい気持ち、死にたくない気持ちの葛藤、アンビバレントな感情を理解し、それに対応できる援助活動が求められる。とくに医療領域での活動。もちろん、未遂者への援助活動も含まれる。

●今後必要な政策

心理士の国資格問題の早急な解決が望まれる。また、それがすぐには解決できない場合でも、民間の相談機関などとの連携を通じて、未然防止が必要であろう。保健スタッフの充実も望まれる。また、意識的、無意識的心的内容に対する援助できる質の高い人材養成が必要。これはたんに自殺予防だけではなく、長期的にも国民のメンタルヘルスの質的向上に資するであろう。

●文献リスト、可能であれば文献

日本睡眠学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

日本睡眠学会 自殺の現状分析と自殺予防の課題レビュー 粥川裕平

20110817

はじめに

「自殺総合対策大綱の見直しにより、平成28年までに平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させるために」、国立精神・神経研究センター自殺予防総合対策センター長竹島正先生より日本睡眠学会（清水徹男理事長）に対して「自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書」作成が依頼された。その担当代表者として、理事長から粥川が指名され、理事会の承認を受けた。

日本睡眠学会は、医師、歯科医師、臨床検査技師、基礎科学者などから構成される3000名の会員を要している学術団体で、職種を問わずわが国の自殺問題に関しては強い関心を持ち、積極的な医師会員は、地域や職域で自殺予防の実践に微力ながら寄与してきた。当学会内部でのコンセンサスを形成し、日本睡眠学会としてレビュー報告書を提出する上では、今日までの自殺の現状とその分析、取られてきた自殺対策、睡眠学会として特に重要と思われる自殺予防の課題を明記することが必要と判断した。

レビュー報告書の書式は、

- ・目標
- ・論理的根拠
- ・現在の政策的背景
- ・カギとなる活動領域
- ・今後必要となる政策
- ・文献リストおよび可能であれば文献

という手順を要請されている。

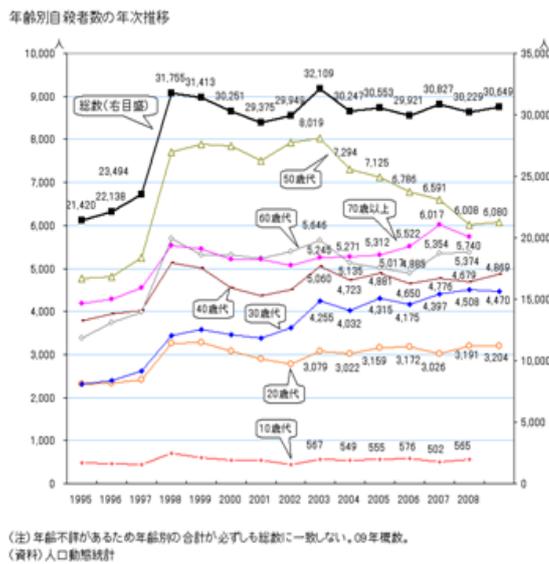
敢えて苦言を呈するようだが、科学的根拠に基づくと敢えて謳われているが、科学的根拠に基づく自殺予防活動実績があれば、大綱の見直しなども必要がない訳で、自殺予防の論理的根拠や実績が見出せないからこそ、職域でも地域でもキャンパスでも、拱手傍観に近い状況にあるのではないか。秋田、青森、静岡などで先駆的試みが効を奏した時期もあったが、評価のスパンと自殺予防に投ずる人員と予算措置が著しく貧困であっては、普遍化する前に、成果は消えてしまうであろう。

以下の前提事項は、自殺予防を日常臨床の課題としない精神科医以外の医師会員、基礎科学者、検査技師の方々にも基礎知識として知っておいて頂きたい点です。

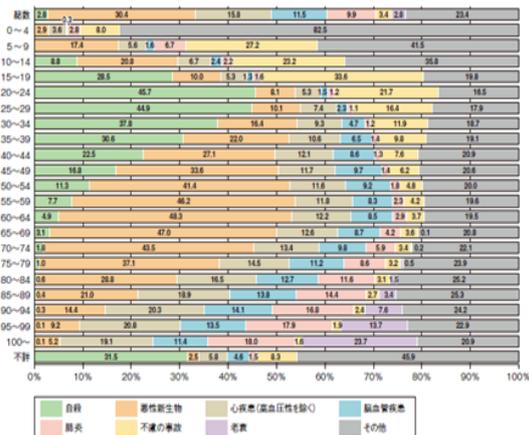
< 前提事項 >

I わが国における自殺の現状

13年連続3万人超の自殺で40万人を超える人が亡くなった。人口10万人対自殺率25人は先進国では群を抜いた多さである。30代、40代未来ある青年・成人の自殺の増加が顕著である。



20歳から39歳までの青年期の死因の第一位を自殺が占めている。



職業別では、無職者が60%、超高齢者福祉、青年の雇用保障などの生存基盤の支援が不可欠である。仕事を持っていることは自殺予防の大きな支えであるにもかかわらず勤労者が30%を占めており、職場における過重労働→不眠→うつ病の連鎖を断ち切るような介入が不可欠である。

職業別自殺者数(平成20年)

自営業・ 家族従事者	被雇用者・ 勤め人	学生・ 生徒等	無職	不詳	合計
3,206	8,997	972	18,279	795	32,249
9.9%	27.9%	3.0%	56.7%	2.5%	100.0%

専門・ 技術職	管理的 職業	事務職	販売 従事者	サービス 従事者	技能工	保安 従事者	通信・輸送 従事者	労働 作業者	その他	合計
871	640	902	748	954	1,481	272	563	1,316	1,250	8,997

【専門・技術職】

教員	医療・保 健従事者	芸能人・ブ ライタース 手	弁護士	その他の 専門・技 術職	合計
128	319	4	8	412	871

【管理的職業】

議員・知 事・課長以 上公務員	会社・団 体等の役 員	会社・団 体等の 部・課長	合計
35	420	185	640

【技能工】

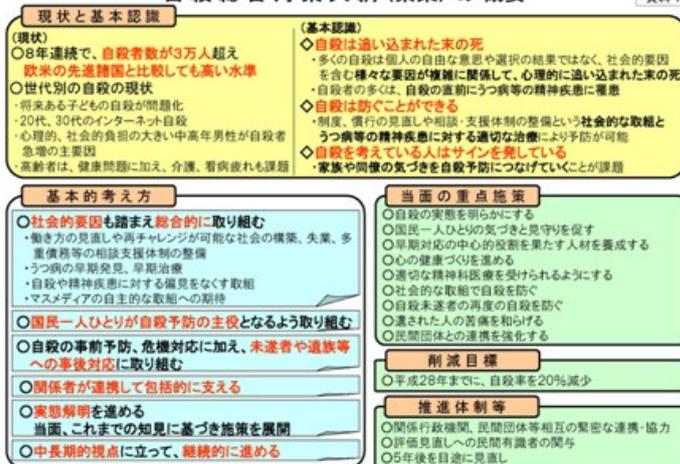
建設職 人・配管 工	輸送・精 密機械工	機械工	金属加工	食品・医 療品製造 工	その他の 技能工	合計
345	85	190	177	101	583	1,481

資料出所：警察庁「平成
20年中における自殺の概
要資料」

自殺予防対策大綱では、職場におけるメンタルヘルスの体制について以下のような方針を示したが、それを実現する人的・物的資源の裏打ちが不十分なために、絵に描いた餅に留まっている。

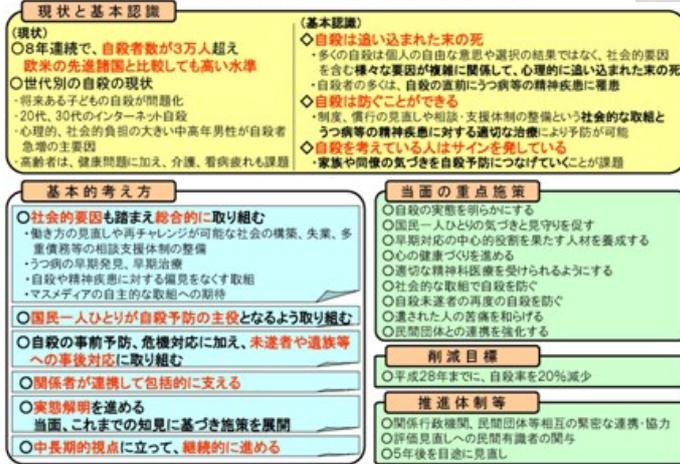
自殺総合対策大綱(素案)の概要

資料1



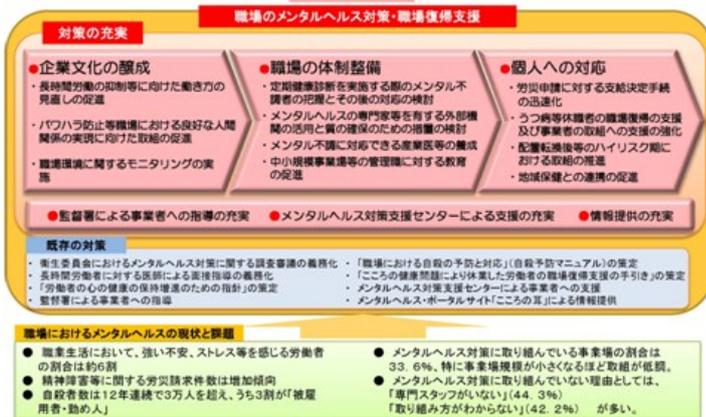
自殺総合対策大綱(素案)の概要

資料1



職場におけるメンタルヘルスの体制

良好な職場環境の実現 不調者への適切な対応 労働者の自殺の減少



失業者対策は、自殺予防の上で決定的である。近年の経済状況の悪化により、大学を卒業しても10万人が職に就けないという事態も発生しており、雇用保障や休業補償を拡充させない限り、不況→失業者の増加→自殺という負の連鎖は断ち切れない。

失業者への総合的な支援体制

求職活動の円滑化

求職者の心の健康状態の改善

失業者の自殺の減少

ハローワークにおける求職者の専門的支援機関への誘導機能の強化

●求職者のストレスチェック及びメール相談事業の周知の強化
 ・ハローワークに求職する求職者自らがストレスチェックを行い、高いストレスがある場合に、メールで専門のカウンセラーに相談を行うことができる事業の周知の強化

●都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力
 ・地域自殺対策緊急強化事業等による地方公共団体の取組みへの協力として、ハローワークにおいて、求職者への取組みの周知を行い、保健師等による心の健康相談（巡回相談）を実施

●失業者の孤立防止のための情報提供方法の充実
 ・ハローワークにおける地域の各種相談機関の連絡先等をとりまとめたリーフレットの配付等

●ハローワーク職員の相談支援力の向上
 ・メンタルヘルスに関する職員研修の充実等による職員の相談支援力の向上

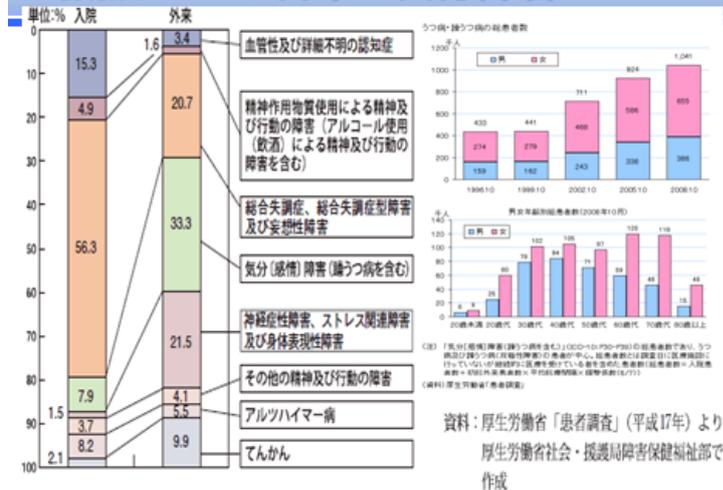
●生活福祉・就労支援協議会の活用
 ・住居・生活支援アドバイザーが地域の相談機関等と円滑な連携を図り、総合相談窓口として機能するように、生活福祉・就労支援協議会を活用

失業者の心の健康確保に係る課題等

- 無職者の自殺死亡率は全体の自殺死亡率よりも高い。(35～54歳の年齢層の男性では、有職者の約5倍)
- 自殺に至る失業者は、「失業→生活苦→多重債務→うつ→自殺」といった経路をたどるケースが多い。
- 求職者の中には、求職活動に不利になると考え、心の悩みを打ち明けることに強い抵抗感を持つ者が少なくない。

うつ病を含めた気分障害の受診者数が100万人を超えているが、それでも毎年発生しているうつ病患者の7人に1人程度の受診率で、まだまだうつ病の早期発見・早期治療に成功しているとは言い難い。

増加している日本の気分障害



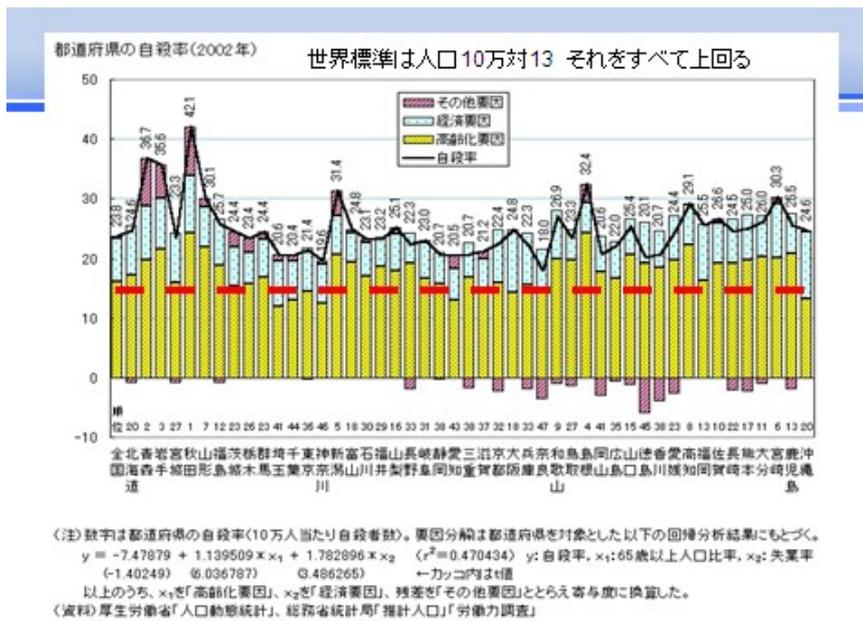


<提言 現在または今後、わが国に必要な自殺予防活動>

II 自殺予防を推進するための具体的施策

1. すべての都道府県の自殺率を20%低下させることなくして、目標は達成できない

従来、青森、秋田、岩手の東北3県の自殺率が全国平均を大きく上回っており、自殺者削減の対象として位置付けられていた。一方、自殺率の全国平均（人口10万人：25人）を下回る自治体（奈良県18人）などは、「自殺者が少なく住み良い県」などという誤った認識が自治体のホームページにも掲載されていた。すべての都道府県が、世界の自殺率の平均（人口10万人：13人）を大きく上回っており、自殺予防の取り組みの強弱、軽重の地域差はないことを前提としなくてはならない。いうまでもないことだが、関東、中部、近畿など太平洋ベルト地帯は全国平均を若干下回る自殺率ではあるが、絶対数では人口の過半数を占めており、東京、大阪、名古屋での自殺率の減少が実現しない限り、20%以上削減目標は不可能である。



2. すべての職場、地域、キャンパスで自殺予防 10 か年計画の作成と、自殺予防のゲートキーパーの養成

すべての職場、地域で自殺予防対策 10 か年計画を作成し、そのための人的・物的資源を投入する。(eg. 国立大学における学生の自殺予防ガイドライン 2010、名古屋工業大学における自殺予防ガイドライン 2010 www.nitech.ac.jp/campus/counsel/files/mentalrescue_guideline.pdf など)

3. 労安法改正に伴う健康診断時のうつ病チェックについて

労働安全衛生法改正に伴って、うつ病健診が定期健診で実施することが可能となったが、厚労省はそれを指示するだけでは自殺予防は前進しない。定期健診でうつ病のチェックは行われても、産業保健師、臨床心理士、精神科医など精神保健の専門家の面接が直ちに実行できる体制が保障される必要がある。なぜならうつ病は病相性疾患で、数か月の間に増悪する場合があります、うつ病のチェック時点から、専門家の面接による介入まで時間差が長ければ長いほど、自殺は増えることが懸念される。となると、職場はうつ病を発見していたにも関わらず、適切なタイミングで介入しなかったために、自殺を防げなかったという論理で、安全配慮義務違反で訴えられるリスクを背負うことになる。大企業の常勤産業医が、メンタルヘルスチェック（主にうつ病チェック）の逡巡するのはこの点である。仮に1万人の社員がいて、3%のうつ病が発見されたとしよう。300人のうつ病患者の診察を1週間で行うには、20人の精神保健の専門家が、毎日3人面談しても5日間を要することになる。それだけの人材を要している職場は、我が国の企業ではあまり多くはないと推察される。

この際、留意すべきは、糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症などの生活習慣病には不眠症やうつ病の合併が有意に多く、しかもうつ病を合併している生活習慣病は、生命予後が悪いというデータが出ている。生活習慣病は内科医、うつ病は精神科医と分離して対応するので、うつ病の早期発見と早期治療は前進しない。この10年あまり、日本睡眠学会の認定医を中心に、日本医師会、製薬企業、医療メディアと協力してプライマリケア医師への、生活習慣病と不眠症やうつ病の関連について、全国で啓発を推進してきた。

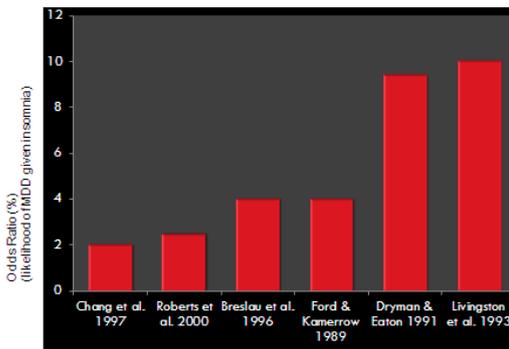
4. うつ病の早期警告症状として不眠に注目

不眠がうつ病の早期警告症状であり、自殺の危険兆候であることを、睡眠学会はいち早く提案し、調査研究はもとより、富士モデル（静岡県富士市の自殺予防活動 清水徹男日本睡眠学会理事長がアドバイス <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/suimin/interview/02.html>）などで、その有効性を実証してきた。しかし、5年から10年の計画の下での、十分な予算措置がないために、関連する領域の機関・団体などの善意と自主努力に委ねられたままであったために、その取り組みは中小零細企業、高齢者福祉、失業者対策など包括的な自殺予防対策として展開されなかったために、3年もしないうちに自殺者数が再び増加に転じてしまった。これは富士モデルの誤りではない。不眠をキーワードにして自殺予防の介入をする

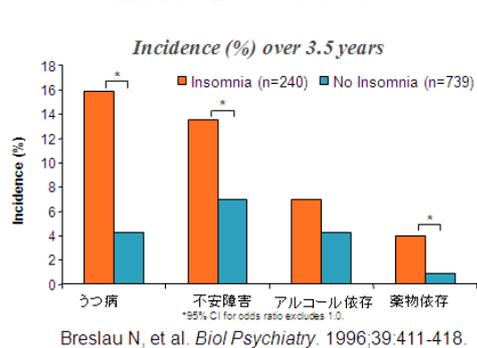
取り組みは理論的にも実践的にも有効であるが、それを地域、職場、キャンパスのすべての領域で持続的な活動として少なくとも5年、十分な人的・物的資源を伴って行われたい限り、期待通りにはいかないという教訓である。

また、不眠がうつ病発症の危険因子であるとのコホート研究は沢山あり、オッズ比も2~10という高さである。

不眠症はうつ病発症の危険因子

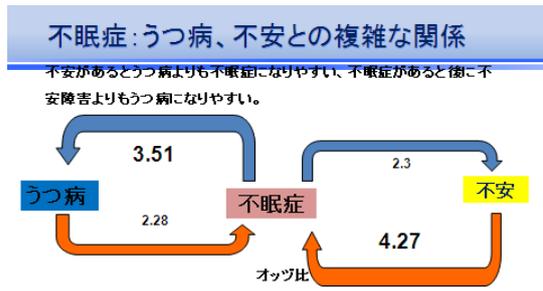


不眠は精神疾患の危険因子



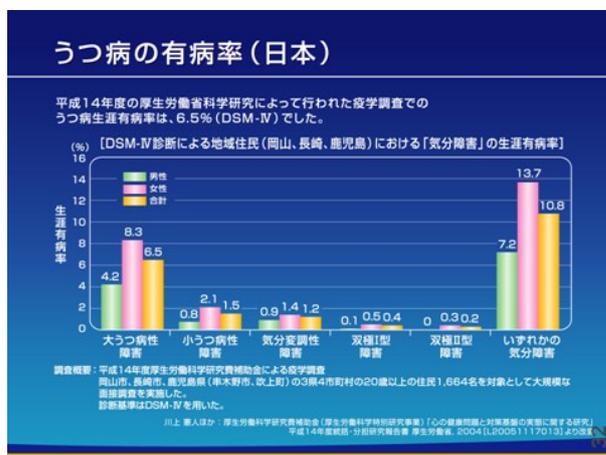
精神科専門医の側からは、うつ病だけではなく、統合失調症、アルコール依存症、パーソナリティ障害など自殺率の高い精神疾患のケアの質をより向上させる必要があることは論を待たないが、うつ病をはじめとする気分障害の絶対数の多さとその自殺危険性の高さに注目するこれま

での考えは的を得ている。

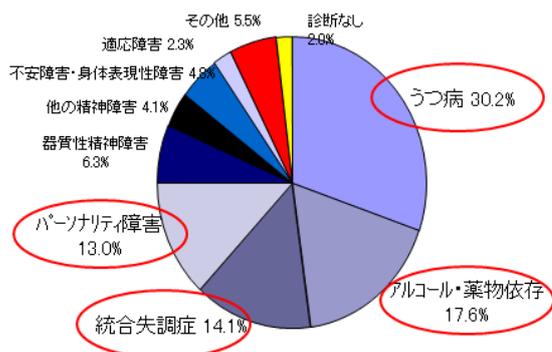


Bivariate relationships for study participants at baseline and at 1-year follow-up

Jansson-Frojmark M, Lindblom K. *J Psychosom Res.* 2008;443-449.



精神疾患と自殺 (WHO多国間共同調査, 2002)

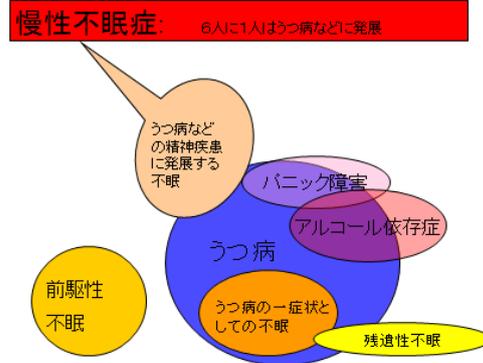
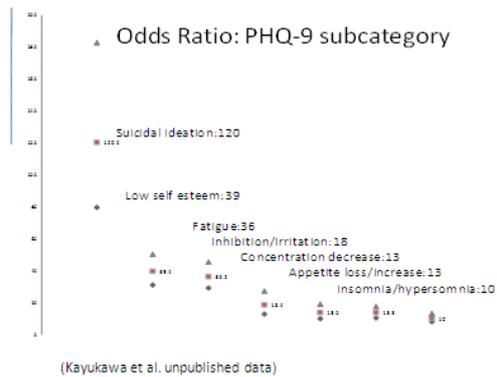


有病率の高さからうつ病に焦点を当てて、自殺予防対策を取るの現実的である。うつ病も含めた気分障害の有病率は6.5%との試算もあり¹⁾、国民の700万人を超えている。通院患者数が100万人を超えたといっても、潜在患者の1/7程度と認識すべきではないか。では、なぜ、うつ病は自殺の危険が高いのか。PHQ-9を用いて大学生5000名を対象にしたうつ病の疫学調査の結果、うつ病群は非うつ病群に比して120倍自殺の危険性が高いことが判明した(未発表データ 粥川

裕平)。

1) 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 川上憲人

うつ病群は非うつ病群に比して自殺の危険率が120倍も高い

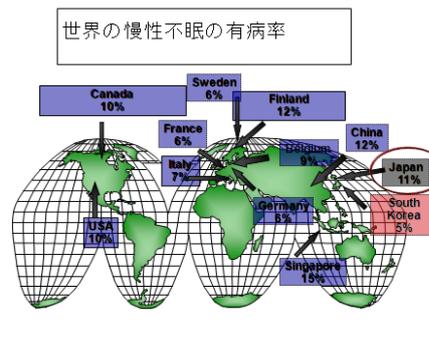
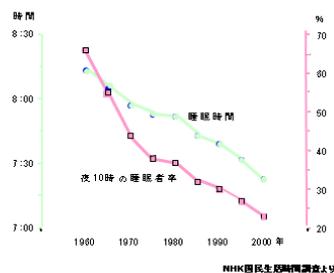


5. 睡眠健康週間（3月18日、9月3日）の推進と自殺予防週間（9月10日）との連携

睡眠が心身の健康の源であることを、初等教育から高等教育の保健体育の教科書に取り入れるとともに、産業衛生学会、日本医師会産業医部会などを通じて、勤労者の健康管理にも積極的に取り入れ、精神保健関係の専門家集団が、行政やメディアとともに、国を挙げて取り組む。

睡眠時間減少国家日本は、不眠の多さでも先進国でトップクラスでもある。

日本人の睡眠時間の短縮化と夜型化の時代変遷

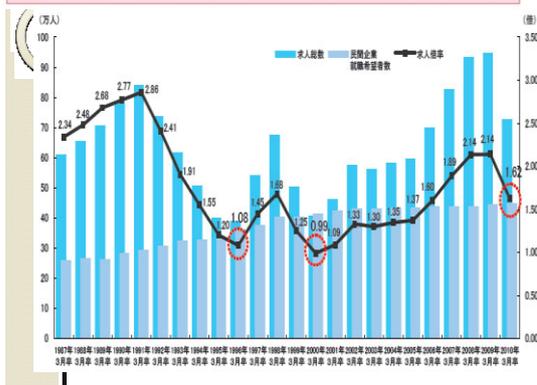


「十分な睡眠時間を確保し、良く眠りうつ病や生活習慣病を予防しよう」→「うつ病の初期徴候である不眠の段階で、早期に治療を勧め、自殺を予防しよう」といったスローガンを、職域、地域（保健所、産業保健推進センター、医師会、プライマリケア医）、キャンパスで啓発を行うことが重要である。

6. 自殺予防は医療・保健の枠内の課題に位置付けては前進しない

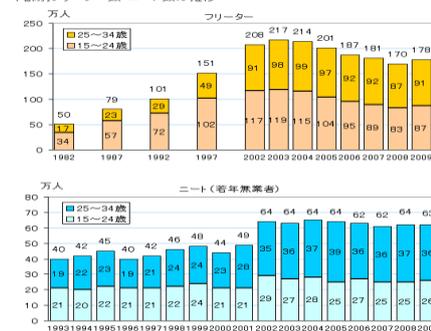
失業率が欧米と比較して1/3のわが国が、自殺率においては欧米の2〜3倍も高いのは、失業補償、休業補償などのセーフティネットの貧困が大きな要因である。大企業の労働者も失業不安やリストラ不安を抱えている。大学生も雇用情勢の悪化で、就職難で苦悩し、「就活うつ」も増加している。大学生の自殺率が、世界平均の人口10万人：18人に達している現実には看過できない。

2010年3月卒業予定者の大卒求人倍率は、1.62倍、前年から0.52ポイント低下



大学は出たけれど

年齢別フリーター・ニート数の推移



(注)フリーター、ニートの定義および複数定義による推測については図録3450参照
四捨五入の関係から合計が内訳に計1に必ずしも一致していない。
(資料)厚生労働省「労働経済の分析(労働経済白書)」

以上を踏まえて、日本睡眠学会のレビュー報告書の素案としたい。睡眠学会だからといって睡眠と自殺の関連（不眠症がうつ病の危険因子であり、精神疾患患者も不眠の訴えが、自殺の前兆といった常識的事柄）に限定せず、自殺予防を、社会経済的諸要因も含めて、睡眠医療専門医としてまた精神科医として、この十余年考え、実践してきたことを元に、目標を明示し、レビュー報告書を提出する。なお、政策、活動領域、文献などについては、空白も多い。特筆すべきは、秋田大学精神科教授清水徹男先生（現日本睡眠学会理事長）の指導により、静岡県富士市で、静岡県精神保健福祉センター所長の尽力もあり、自殺予防活動が一定に前進していることである。また、秋田県の農村部で秋田大学衛生学教授本橋豊先生（現日本睡眠学会評議員）が、自殺予防の実践的取り組みを展開してこられたことである。もちろん、当学会の精神科医だけではなく、睡眠呼吸障害の臨床に携わる内科医、耳鼻科医も、うつ病と自殺を念頭に置いて、睡眠障害の臨床に関与していることを明記しておきたい。

- ・目標1 自殺者の60%を占める無職者（内12%が失業者）の自殺予防対策のために、就業保障、失業補償を推進する
- ・論理的根拠

3年以上の失業は就業の5倍以上の自殺のリスクがある。失業率がわが国の5倍以上もある欧米の自殺率が、わが国の自殺率の1/3~1/2と低いのは、宗教観なども関連しているが、失業に対する経済補償、セーフティネットの存在が大きい。大学設置基準の改正により、大学生の就業力を付けることを義務づけたが、10万人を超える大学生が、卒後、就業も進学も出来ないでNEETになっている現状を鑑みるに、雇用保障を行わずに就業力だけを強調するのは、自殺予防の根本的解決にはならない。

- ・ 現在の政策的背景

就業力を付けるという大学設置基準の改正以外、皆無に近い。

- ・ カギとなる活動領域

- ・ 今後必要となる政策

- ・ 目標2 自殺者の30%を占める勤労者（就業者）の自殺予防の推進

向後十年間、自殺者ゼロを安全衛生活動の目標として掲げる。社員数500人に1人の産業保健師を配置し、自殺予防のゲートキーパーとして、産業医および産業保健推進センターの指導の下に、週報制、月報制で「うつ病の早期発見・早期治療」および「うつ病の再発予防のためのリワーク（復職支援プログラム）の推進」を実施する。同時に、うつ病等精神疾患の罹患による休職期間の制度改悪が行われてきたが、企業規模を問わず休職期間を3年まで補償し、復職後3ヶ月を経過すれば、休職期間はリセットされるように厚生労働省および労働基準監督署からの指導を徹底する。

- ・ 論理的根拠

- ・ 現在の政策的背景

大企業でのみ実施されているが、休職期間の継続規定に関しては、リーマンショック以後、意図的な改悪がなされ、精神疾患に罹患した社員を合法的に解雇する就業規則が意図的に推進されている。

- ・ カギとなる活動領域

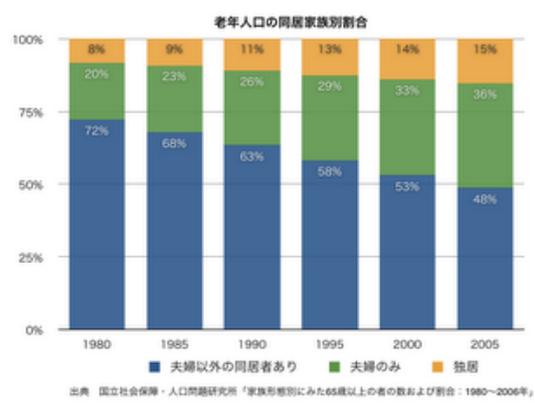
静岡県富士市のモデルを全国展開する。それを5年毎で計10年のスパンで評価する。



・ 今後必要となる政策

・ 目標3 独居高齢者の自殺予防の推進

独居高齢者の衣食住の保障と、各種身体疾患の医療保障、そして孤立・孤独な環境での心理社会的支援は、自殺予防の大前提となっている。従来の介護保険制度では十二分に独居老人の心理社会的支援にまでは及んでいない。独居高齢者支援自殺予防ゲートキーパーを人口300人に1名配置（高齢化率20%とすれば60名、毎日5名の家庭訪問で、月に2回は支援可能）する。また、孤独死防止のために、ゲートキーパーセンター（いのちの電話とも連携）へ、24時間オンコールで相談できる体制を整備する。



・ 論理的根拠

都市部、農村部を問わず高齢者の自殺率は高い。大都市への労働力人口の移動、核家族化の進行により、独居老人世帯は増加の一途を辿っている。85歳を超える高齢者の自殺率は人口10万人対60人を超える高さである。独居老人の生活支援、心理社会的支援は、介護保険の枠内ではとても叶うものではない。

・ 現在の政策的背景

- ・ さまざまな努力がなされ、モデル地域やモデル職場も出始めているものものも、全国集計での数値上の自殺者を減らすには至っていない。
- ・ カギとなる活動領域
介護保険制度
- ・ 今後必要となる政策
- ・ 文献リストおよび可能であれば文献

Prospective Cohort Study of Stress, Life Satisfaction, Self - Rated

Health, Insomnia, and Suicide Death in Japan

Y Fujino, T Mizoue, N Tokui… -

Suicide and Life-Threatening Behavior

Volume 35, Issue 2, pages 227-237

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.35.2.227.62876/full>

・ **目標4** 日本精神科病院協会（1600病院）、日本精神神経科診療所協会、日本精神保健福祉士協会、日本精神科看護技術協会などの精神科医療提供団体が、全国の保健行政区で自殺予防センターの中核となり、日常業務とは別に自殺予防5カ年計画を実施推進する。

- ・ 論理的根拠
- ・ 現在の政策的背景
- ・ カギとなる活動領域
- ・ 今後必要となる政策
- ・ 文献リストおよび可能であれば文献

・ **目標5** 自殺の pre-inter-post vention を、すべての地域、職域、キャンパスで実践する。Intervention に関しては、福祉事務所、保健所、警察（生活安全課）、臨床心理士会などで、合同研修会を開催する。その際に、保健行政管内に勤務する精神科医が、スーパービジョンを行う。

- ・ 論理的根拠
- ・ 現在の政策的背景
- ・ カギとなる活動領域
- ・ 今後必要となる政策
- ・ 文献リストおよび可能であれば文献

・目標6 自殺予防ガイドラインをすべての大学で作成し、年1回以上自殺予防ゲートキーパー養成講座を開催する。

・論理的根拠

わが国の大学生の自殺率は、人口10万人対13人以上で、既に世界の平均を上回っている。

・現在の政策的背景

・カギとなる活動領域

・今後必要となる政策

・文献リストおよび可能であれば文献

・目標7 10年間で20%自殺率を削減するために現実的な予算措置

・論理的根拠

1年間3万人の自殺者による経済的損失が1兆円との試算がある。それが10年続けば、10兆円もの巨大な損失になる。20%といえど2兆円にも上るが、10年間に分散すれば、単年度で2000億円となる。しかるに2011年の自殺対策予算額は、僅かに134億円であり、しかも、自殺予防の一般的啓発、うつ病などの精神疾患の受療促進といったことに重点があり、勤労者500人に1人の産業保健師の配置とか、自殺予防のゲートキーパー養成といった大胆な方策、高齢者の自殺予防対策、失業者の雇用保障や失業補償などの対策は皆無である。現在の予算措置で10年間で1,300億円使って効果が期待されるとは、到底考えられない。加えて東日本大震災と東電福島原発の炉心溶解による放射能汚染で、農漁業をはじめ、製造業でも操業が困難となり、雇用の悪化が一段と進行している。こうした危機の時こそ、大胆に自殺対策予算を投入すべきである。

単年度で400億円、10年間で4000億円の自殺対策関係予算を組み、CM、ポスターなど掛け声だけの自殺予防に終わらせない費用対効果の点で、実効性のあるものにすべきである。関係省庁は、総務省、厚生労働省、経済産業省、自治省、文部科学省などわが国の国民の生活・経済、健康、労働などに関与する部門から構成する。今回の提案は、5年間で20%削減を実現しようというものであるから、以下の予算措置は、単年度で2倍を想定すべきである。

自殺率削減に成功した諸外国の例をみても、10年という時間と膨大な予算、人員を投入していることに学ぶべきである。掛け声だけであれば、2000年3月31日の健康日本21で、3万人を超える自殺者を2010年までに、20%以上減らすという目標が明示されている。

2012年～2021年の10年間の総予算を単年度で分割 総額 4000億円（単年度 400億円）

事項	具体的取組	予算	
No.0	自殺予防センターの設立	都道府県、政令指定都市に設置	50億円
No.1	失業者対策	雇用促進・失業補償	150億円
No.2	高齢者対策	地域ケアの拡充（訪問保健師など）	50億円
No.3	勤労者対策	勤労者500人に1人の産業保健師の配置	100億円
No.4	地域・職域・キャンパスにおける自殺予防ゲートキーパーの要請と配置	人口2000人に1人の自殺予防ゲートキーパーの育成と配置	50億円

・現在の政策的背景

平成23年度自殺対策関係予算額（案）について（総括表：大項目）

（単位：千円）

事項	22年度 予算額	23年度 予算額（案）	対前年度 増減額
No.1. 自殺の実態を明らかにする	39,084	28,409	▲ 10,675
No.2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す	322,848	363,450	40,602
No.3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する	346,307	447,362	101,055
No.4. 心の健康づくりを進める	885,322	2,841,579	1,956,257
No.5. 適切な精神科医療を受けられるようにする	2,773,256	2,929,703	156,447
No.6. 社会的な取組で自殺を防ぐ	7,897,756	6,609,503	▲ 1,288,253
No.7. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ	2,315,159	1,819,581	▲ 495,578
No.8. 遺された人の苦痛を和らげる	45,299	19,368	▲ 25,931
No.9. 民間団体との連携を強化する	259,204	259,979	775
No.10. 上記に該当しないもの	17,044	17,527	483
合計	12,446,000	13,421,344	975,344

（注）

- ・各事項の予算額には、内数及び事項内の再掲額を計上していない。
- ・再掲額は、合計に計上していない。

- ・カギとなる活動領域
- ・今後必要となる政策
- ・文献リストおよび可能であれば文献

日本整形外科学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

公益社団法人日本整形外科学会

理事長 岩本 幸英

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

- ・ 精神疾患以外の自殺の医学的背景因子 (運動器疾患、慢性疼痛等) の明確化
- ・ 自殺予防に関わる医療的・社会的ケアシステム (施設) 整備への方策明示
- ・ 自殺防止における学際的アプローチの重要性への言及

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 :

自殺に結び付く運動器の慢性疼痛および障害に対するケアの充実を図る

論理的根拠 :

自殺により死亡する慢性疼痛患者の割合は一般人の約 2 倍であり、患者の 5-14% が自殺を企図し、約 20% が自殺念慮を抱いている (文献 1,2)。中でも慢性腰痛患者の自殺頻度が高く、10 年間の追跡で疼痛のない対照群に比べ 10 倍の自殺頻度を示す (文献 3)。最近の大規模調査では、日本人成人の 22.9% が慢性疼痛を有しており、その大部分が腰痛、頸部痛などの運動器の痛みである (文献 4)。運動器慢性疼痛患者に対する自殺予防対策は喫緊の課題だと言える。慢性疼痛に関連する自殺の危険因子としては、1)疼痛の強度・持続時間のほか、2)疼痛による睡眠障害、3)疼痛に関連する孤立感と絶望感、4)疼痛から逃避したいという願望などが指摘されており (文献 1,2)、心理的・社会的ケアの必要性が強調される。

また、慢性疼痛のほかにも、運動器の著しい機能障害をきたす脊髄損傷患者の自殺死亡率は一般人の約 10 倍であり (文献 5,6)、関節リウマチ、脊椎疾患患者においても自殺率が高い (文献 7,8)。運動器の機能障害も自殺の原因として注視すべき問題であり、その背景には慢性疼痛と同様の心理社会的因子が関与しているものと思われる。

現在の政策的背景 :

近年、国民の健康増進・生活の質向上の観点から、慢性疼痛対策の重要性が強調されており、2010 年には厚生労働省健康局の「慢性の痛みに関する検討会」が慢性の痛み対策についての提言を公表している。しかし、わが国における慢性疼痛の実態は十分に明らかになっておらず、慢性疼痛の診断・治療体系もまだ確立されるに至っていない。

一方、慢性疼痛症例に対する心理療法・カウンセリングに対する保険診療加算が認められていない、治療薬の多くが保険適応外であるなど、慢性疼痛に関する診療環境は十分に整備されていない。また、慢性疼痛患者、身体障害者に対する社会的サポートシステムも十分に機能しているとは言い難い。

鍵となる活動領域：

- 1) 一般住民、医療関係者に対する慢性疼痛とその心理社会的要因に関する啓発活動
- 2) 診療科間、医療者間、医療 - 行政間等における連携体制の構築
学際的ペインセンターの全国的設置・整備
- 3) 慢性疼痛の心理社会的ケアに関する専門医・専門スタッフの養成
- 4) 運動器慢性疼痛・障害に関する診療体制・環境の整備
- 5) 運動器の慢性疼痛・障害を有する患者に対する社会的支援・ケアシステムの充実

今後必要な政策：

- 1) 自殺の背景になりうる運動器の慢性疼痛や障害が、身体的な問題以外にどのような社会的な問題、心理的影響を引き起こすのかに関する調査を行う。
- 2) 運動器慢性疼痛に対する心理療法や学際的治療に対する診療加算など保険診療上の改善策を講じる。
- 3) 慢性疼痛診療のための学際的ペインセンターを全国各地に設置するための予算措置を講じる。
- 4) 慢性疼痛治療に使用する麻薬系鎮痛薬（オピオイド）や向精神薬の乱用を防止するためのガイドライン作成等の対策を講じる。
- 5) 運動器慢性疼痛患者や機能障害患者に対する社会的支援システムを構築・整備する。

文献リスト：

- 1) Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006; 36:575-586.
- 2) 堀川直史, 倉持泉, 樋渡豊彦, 大村裕紀子, 國保圭介, 内田貴光, 安田貴昭. 身体表現性障害における自殺. *精神科治療学.* 2010; 25 : 179-185 .
- 3) Penttinen J. Back pain and risk of suicide among Finnish farmers. *Am J Public Health.* 1995; 85:1452-1453.
- 4) 松平 浩, 竹下克志, 久野木順一, 山崎隆志, 原 慶宏, 山田浩司, 高木安雄. 日本における慢性疼痛の実態. - Pain Associated Cross-sectional Epidemiological (PACE) survey 2009.JP - ペインクリニック. 2011; 32:1345-1356.
- 5) 内田竜生, 住田幹男, 徳弘昭博. 脊髄損傷者の自殺とその背景要因. *日本脊髄障害医学会雑誌.* 2003; 16:204-205.
- 6) Ahoniemi E, Pohjolainen T, Kautiainen H. Survival after spinal cord injury in Finland. *J Rehabil Med.* 2011; 43:481-485.
- 7) Timonen M, Viilo K, Hakko H, Särkioja T, Ylikulju M, Meyer-Rochow VB, Väisänen E, Räsänen P. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2003; 42:287-291.
- 8) Miller M, Mogun H, Azrael D, Hempstead K, Solomon DH. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol.* 2008; 26:4720-4724.

(報告書作成担当：運動器疼痛対策委員会)

日本精神衛生学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター長
竹島 正 殿

日本精神衛生学会理事長
高塚 雄介

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書について（回答）

表記のレビュー報告書について平成 23 年 6 月 30 日付けで作成依頼をいただきましたが、本件について日本精神衛生学会では別紙のような報告書を取りまとめましたので、提出します。

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

1) 自殺総合対策大綱（以下、大綱）改定において要望する事項

大綱では、その性格を「自殺対策基本法に基づき政府が推進すべき政策の指針」と位置づけている。しかし、本文を読み進むと国民全体に対して述べているような部分もみられ、地方公共団体や NPO など政府以外の諸機関にとっての位置づけが曖昧である。現実には、都道府県等の自殺対策を検討する際に、大いに参照されているようである。

ここで、自殺対策は地域等の実情に応じて種々の方法により実施されるべきであり、地方公共団体等による自殺対策が大綱によって縛られることは好ましくない。このことを考えると、「政府以外の諸機関が自殺対策を推進する際に、この大綱を参考にすることは差し支えないが、大綱に縛られる必要はない」というような表現を追加することを要望する。

また、地方公共団体では「地域自殺対策緊急強化基金」を活用して当面の対策に取り組んでいるところであるが、「基金」以降の予算面での保証がないことから実施に踏み切れない施策もある。財政面の具体的なことを大綱に盛り込む必要はないが、地方公共団体による自殺対策に関して国が継続的に支援をする、という趣旨の表現を追加することを要望する。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1 :

統合失調症およびアルコール関連障害を有する人のための精神保健福祉施策を充実させる

論理的根拠

従来は「自殺者の 9 割以上が死亡時には精神障害を有している」「その約 3 分の 1 が気分障害である」と言われ、「うつ病」対策が重視されてきた（文献 1,2）。しかしこれらの報告を精査すれば、それは自殺企図直前における状態像について述べているのであり、「うつ状態」または「抑うつ症状を示す」事例が多いという意味に解するべきである。そこで、抑うつ症状に注目するにしても、「いつからどの程度の重症度であったか」が明らかにならなければ、効果的な「早期発見と早期対応」の策を考えることは難しい。また同時に、統合失調症やアルコール関連障害を有していた人の自殺も無視できないほど多いことも上記文献から明らかであり、「うつ病」のみを重視するのは均衡を欠く。アルコール関連障害と「うつ病」の合併事例も少なくない（文献 3）。慢性的飲酒者に自殺が多いことや（文献 4,5）、飲酒直後の自殺が多いことも知られている（文献 6）。

現在の政策的背景

統合失調症を有する人のためには、障害者基本法や精神保健福祉法を背景とした施策が進

められてきたが、医療機関は地域的に偏在しており、社会参加を促進するためのリハビリテーション資源も量的に不足していて、必要な人が必要なだけ利用できる状況にはない。またアルコール関連障害については、特に依存症に焦点を当てた施策が必要と言われてきたが、国としての施策は依存症の早期発見・早期治療が中心であり、一次予防や適正飲酒のための系統的な施策は十分でない。

鍵となる活動領域

- 1) 精神科医療計画の整備と精神障害者の社会参加のための資源整備
- 2) 適正飲酒のための啓発活動

今後必要な政策

- 1) 従来の方策の方向性が誤っているわけではないが、社会資源の量的充実が必要である。そのために DALY を指標として精神保健医療福祉に適切な予算・資源を決定する。
- 2) 産業保健・学校保健・地域保健の各領域において、ストレスマネジメントについての教育の一環として、適切なストレス対処と不適切なストレス対処（過量飲酒を含む）に関する啓発教育を実施する。酒造企業と国・地方公共団体が強調して、適正飲酒（健康的な飲み方）を提案するキャンペーンを実施する。

文献リスト

- 1) Robins ER, Murphy GE, Wilkinson RH, et al: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health, 1959, 49: 888-899.
- 2) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害: 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経学雑誌, 1994, 96: 415-443.
- 3) Pirkola SP, Suominen K, Isometsa ET: Suicide in alcohol-dependent individuals. CNS Drugs 18: 423-436, 2004.
- 4) Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. Br. J. Psychiatry 188:231-236, 2006.
- 5) Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T et al. Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. Alcohol 41: 503-510, 2007.
- 6) 伊藤敦子, 伊藤順通. 外因死ならびに災害死の社会病理学的検索 (4) 飲酒の関与度. 東邦医会誌 35: 194-199, 1988.

<注>

うつ病に焦点を当てた自殺対策は引き続き必要である。ただし、大綱の一部には根拠を再確認すべき点も見受けられる。

例えば、「社会的要因に対する働きかけ」の箇所で、長時間労働と自殺の関係について言及しているが、長時間労働そのものがうつ病や自殺の危険を高めるという根拠はあるのだろうか。長時間労働せざるを得ない背景に、会社経営の危機や失業の危機などの要因が伴っている可能性もあり、その場合には長時間労働そのものの影響とは言えないことになる。

また、うつ病の治療について多々述べているが、大綱で言うところの「うつ病」は、内因性精神疾患と呼ばれるような狭義の概念ではないように読める。現実には、心理社会的ストレスに由来する適応障害までが「うつ病」との診断を受けている例があり、その場合には原因となったストレス環境を解消することも有益であると考えられる。すなわち、狭義の医学的治療だけを考えていけばよいというものではなく、環境調整やケースワークも重要である。

目標 2 :

青少年の自尊感情を高めストレス対処力を高めるような教育を充実させる

論理的根拠

中高年に比べ青少年の自殺者数は多くないが、青少年がやがて中高年に至った時に自殺しないための教育は重要である。それは、「いのちの貴さ」を伝える教育というよりも、メンタルヘルスリテラシーを高める教育、ストレスマネジメント力を高める教育である（文献 1～4）。

現在の政策的背景

文科省は「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」のマニュアルを作成しているが (http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/046/gaiyou/1259186.htm)、その内容は「自殺のサインと対応」「SOS に気づく」「教育相談体制」など自殺リスクが高い子どもにのみ焦点を当てたもので、一次予防に関しては策が乏しい。これは、WHO の自殺予防の手引きが「教師と学校関係者の心の健康の強化」「生徒の自己評価の強化」まで呼びかけているのとは対照的である。ただし、児童生徒のメンタルヘルスリテラシーを育てる活動の軸として、中学高校では保健体育科、小学校では体育科保健領域の授業が、学習指導要領によって定められており、一定の保健教育が実施されている。

鍵となる活動領域

- 1) 保健体育科（小学校では体育科保健領域）の「こころの健康」教育の活性化

今後必要な政策

- 1) 「こころの健康」の授業を軸に、身体健康についての学習、体育の学習、生活指導、学校行事、進路指導、ホームルーム、道徳科、人権学習など、さまざまな学校活動との連携を図る。他教科の学習と連携して、他者や自分の感情を言語的に理解し表現する力の獲得、論理的な問題分析と解決の力の獲得、地域の社会資源や制度の理解などを深めることも、同じ目的に資する。
- 2) 上記を推進するために、教員研修と保護者への研修・啓発活動を推進する。

文献リスト

- 1) Jorm AF. Mental health literacy. *Br. J. Psychiatry*. 2000, **177**: 396-401.
- 2) 大津一義 (2009) 生き生きスクールの推進, 学校保健研究, 397-400.
- 3) ストレスマネジメント教育実践研究会(PGS)編 (2002). ストレスマネジメント・テキスト. 東山書房.

4) 石川信一 (2010). 心の健康予防教育 学校で子どもの抑うつ対策に挑む. 週間医学界新聞, 2893.

<注>

「学校における心の健康づくり推進体制の整備」の項で保健相談やスクールカウンセリングについて言及しているが、これは公衆衛生的には一次予防ではなく、二次予防に近いので、この項に位置づけるのは適切でない。

目標 3 :

コミュニティにおける心の健康づくり推進体制を整備する

論理的根拠

地域住民におけるストレス感、不適切なストレス対処、睡眠不足、社会的孤立感、自殺容認や自殺予防の諦めといった不適切な自殺観は、女性より男性に多く広まっており、有配偶者より無配偶者で多く見られる（文献 1,2）。これら「こころのバリア」は、自殺の原因に発展したり、精神的に追いつめられたときの苦痛や絶望感を増強したりする可能性がある。したがって、地域や職場・学校などのコミュニティにおいては、「こころのバリアフリー」を実現する総合的な施策により、「心の健康づくり」を推進することが重要である（文献 1-3）。

現在の政策的背景

地域住民の健康づくりや生きがいに資する施策は、従来から各地域で進められてきた。職場においても、トータルヘルスプロモーション(THP)などの名称で、心の健康づくりが実施されてきた。これらは各地方公共団体・各職場において実施すべきことであり、国が施策として直接実施する必要はないが、これらを推進しやすくするための環境整備については国も責任の一端を担うべきである。しかし大綱を見ると、心の健康相談などの二次予防施策に比べ、心の健康づくりに関する一次予防施策に関する言及が乏しく、しかも公園整備のようなハード面での対策しか提案できていない。つまり、地域住民の健康づくりや生きがいに資するについては、ソフト面でさまざまな提案や試みがあることが、大綱には反映されていない。同様に職場においても、心の健康づくりに資するために「職場改善のヒント集 30」などの活用が提案されているが、これが大綱には反映されていない。

鍵となる活動領域

- 1) 地域住民における健康教育（からだの健康づくりや睡眠教育と抱き合わせた）
- 2) 地域住民の生きがいに資するあらゆる施策
- 3) 職場での心の健康づくり

今後必要な政策

- 1) 上記の取り組みで成果を挙げた事例の紹介普及システムの整備
- 2) 地方行政や職場の担当者の中から、上記の取り組みに自殺対策という視点を加味できるような人材を養成するための、研修プログラムの実施

文献リスト

- 1) 大分県福祉保健部障害福祉課精神保健福祉班: 平成20年度大分県自殺実態調査報告書, 2009.
- 2) Kageyama T: Views of suicide among the middle-aged and elderly population of Japan: their association with demographic factors and feeling ashamed of help-seeking. Psychiatry Clinical Neurosciences (in print).
- 3) 三重県立看護大学: 東紀州自殺対策にかかる実態調査報告書, 2011.

※その他のコメント

- ・中高年の自殺の特徴として、女性では出産や更年期と心の健康をそこねることの関連が指摘されているが、男性の特徴について言及が乏しい。ストレス対処特性の男女差などの根拠に基づき、男性に焦点を当てた自殺対策を考えることができるよう、知見の集積が必要である。
- ・ゲートキーパー養成の一環として産業保健スタッフの資質の向上が必要としているが、「産業医や産業保健師だけでなく人事労務担当者も事業場内産業保健スタッフである」ということは、大綱を読む一般の人々にとって必ずしも自明ではないので、表現に工夫が必要である。
- ・「慢性疾患患者等に対する支援」の項で「重篤な慢性疾患に苦しむ患者等からの相談」について言及しているが、患者や家族の辛さは疾患の重篤性のみによって決まるものではなく、経済的困窮や家族看護・介護の負担などさまざまな要因に影響されるので、「重篤な慢性疾患」に限定するのは適切でない。また、患者が自ら思いを打ち明け相談するとは限らない。看護師等が患者と良好な関係を築き、辛さを察することも、心理的ケアなので、表現に工夫が必要である。
- ・「経営者に対する相談事業」の項で、商工会・商工会議所と連携した相談事業に言及しているが、実際にはこれらに加入していない零細経営者も少なくない。他方、JAやJFも農林漁業経営者に対する支援を行える可能性がある。実態に即した記述にする必要がある。
- ・「地域における連携・協力の確保」の中で、都道府県等の自殺対策連絡協議会について言及しているが、関係諸機関・団体が幅広くこれに参画することだけでなく、都道府県等の全部署がこれに参画し、自殺対策を多角的に考える必要がある旨を、追加記述すべきである。

日本精神科救急学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

- 1) 24年度に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容
 - 精神医療全体の水準引き上げによる質的向上
 - 精神科救急や一般救急における具体的な課題とタスクを明記すること
 - 精神科救急と地域保健福祉の機能的な連動

- 2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標1-①:

自殺未遂者への適切な即時介入を行う①

プレホスピタル段階における自殺未遂者への適切な対応体制を構築する。

論理的根拠

自殺未遂者においては、自殺企図に至る精神状態の背景となる精神疾患と、自殺企図行為により発生した身体的損傷の両方を併せ持つ、いわゆる「心身複合ケース」の臨床的特徴を示すことが想定される。総務省消防庁の調査（文献1）によれば、救急隊の傷病者対応において、背景要因がある場合は、そうでない場合に比べ医療機関照会回数の増加、現場滞在時間の延長がみられ、適時搬送に支障をきたしていることが明らかとなっている。その背景要因の内訳として多くを占めるものに、精神疾患、薬物中毒などがあり、心身複合ケースにおいて救急搬送の実態に課題が発生している。自殺未遂者についての直接的なデータはないが、同様の課題が懸念される。

現在の政策的背景

「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」（平成21年5月1日公布、同年10月30日施行）では、都道府県に対して「傷病者の搬送・受入実施基準の策定、公表」の義務付け、傷病者の救急搬送の円滑化を推進した。平成23年6月1日までに41/47の都道府県が策定し、そのうち精神疾患に関する内容を掲載したのは26であった（文献2）。

一方、一般救急と特殊領域（小児科、産科・周産期、精神科）との連携体制については、厚生労働省の「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の中間取りまとめを受け、「小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究」が行われ、その具体案が提示されている（文献3, 4）。

なお、厚生労働省による精神科救急医療体制整備事業（文献5）においては、心身複合ケースへの対応体制として「身体合併症救急医療確保事業」を設けているが、本事業を実施しているのは国内わずか2都道府県（2施設）のみであることが判明している（文献4, 6）。

鍵となる活動領域

1. 傷病者の搬送・受入実施基準の活用と浸透による対応力の向上
2. 精神科救急情報センター等、トリアージ機関におけるコーディネーション機能の充実
3. 一般救急領域における精神科医学的および心理・社会的介入スキルの充実
4. 精神科救急領域における身体医学的サポート体制の充実
5. 連携体制を円滑化し、促進するためのインセンティブの充実

精神科救急領域

今後必要な政策

1. 自殺未遂者（傷病者）の円滑な救急受入のための基準等の効果の検証
2. 精神科救急情報センターの整備と機能強化、そのための評価体制の確立
3. 一般救急医療におけるコメディカルの活用（特に精神保健福祉士の常駐や派遣体制など）
4. 連携を積極的に評価する診療報酬体系の整備

文献リスト

1. 総務省消防庁：救急業務高度化推進検討会。平成 20 年度報告書，2009
2. 厚生労働省：第 2 回 精神科救急医療体制に関する検討会 資料
3. 杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制構築における現状の課題と今後の方向性。平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金。地域医療基盤開発推進研究事業。小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究（研究代表者：宮坂勝之），平成 21 年度総括・分担研究報告書，2010
4. 杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究。平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金。地域医療基盤開発推進研究事業。小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究（研究代表者：宮坂勝之），平成 22 年度総括・分担研究報告書，2011
5. 厚生労働省：精神科救急医療体制整備事業実施要綱。2010
6. 厚生労働省：第 1 回 精神科救急医療体制に関する検討会 資料

目標 1-②：

自殺未遂者への適切な即時介入を行う②

精神科救急場面での適切な医学的評価と介入を継続的に浸透させ、再企図の予防効果を高める。

論理的根拠

精神科的危機状況を専門的に扱う精神科救急医療においては、危機状況の一つとして自殺企図者に対応する機会が多い。精神科救急医療の対象者のうち、自傷・自殺の行動やリスクがどれほどの割合で認められるかについて信用に足る文献は無いが、近年特定の施設での導入が始まっている精神科急性期治療病棟群患者レジストリ（eCODO）によれば、ある施設における入院患者のうち、自殺念慮は 13.9%に、致死性の高い手段による自殺企図は 5.6%に入院時点で認められている（他害行為は 18.1%）。このように、精神科救急の場面で必ず遭遇する自殺未遂者あるいは高リスクケースに対しては、適切な医学的対応スキルを浸透させることによって再企図防止を図ることが総合的な自殺予防対策の一環として必須である。なお、危機状況への介入手法は急性期のみならず、地域生活への移行を見据えて一貫性を有す必要があり、学会としての総合的推奨をもとに、地域として、組織として、個人としての各段階を包含する必要がある。

現在の政策的背景

日本精神科救急学会では、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺未遂者および

自殺者遺族等へのケアに関する研究」(文献1)において、一般救急医療領域における自殺未遂者への対応の手引き(文献2、3)との整合性・共通性をもたせた形でガイドラインの策定を行った。その成果をもとに翌2009年に学会としての指針(文献4)を発行、全会員に配布するとともに、学会ホームページで公表している。さらに指針の有効活用と対応スキルの浸透を目的に、本テーマに特化した研修会を厚生労働省が主催、日本精神科救急学会が共催する形で毎年行っているが、今後も自殺未遂者の疫学的傾向や最新の動向をふまえた情報更新を適宜行って、適切性を保つ必要がある。

鍵となる活動領域

1. 精神科救急学会による指針の内容妥当性に関する継続的検証と更新
2. 精神科救急医療施設における個々の専門職としての対応能力の向上
3. 精神科救急医療施設における組織としての対応能力の向上
4. 精神科救急医療圏域における地域としての対応能力の向上

今後必要な政策

1. 学会指針の妥当性担保のための継続的検証を目的とした研究の実施
2. 研修会の継続的実施および、対象領域を考慮したより効果的かつ包括的な研修企画を検討・実践するための体制確立

文献リスト

1. 河西千秋：自殺未遂者のケアに関する研究：専門職・専門領域における自殺未遂者ケアのためのガイドラインの作成。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究(研究代表者伊藤弘人)平成20年度総括・分担研究報告書。95-112, 2009
2. 有賀徹, 三宅康史：自殺企図者に対する救急外来(ER)・救急科・救命救急センターにおける手引き作成の意義。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究(研究代表者伊藤弘人)平成20年度総括・分担研究報告書。151-189, 2009
3. 自殺未遂者への対応：救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き。日本臨床救急医学会, 2009
4. 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応)2009年12月9日版

目標1-③：

自殺未遂者への適切な即時介入を行う③

精神科救急の基本である地域の視点、および多職種チームのノウハウを生かし、ケースマネジメントを活用して多面的なサポートを実践する。

論理的根拠

精神科救急医療における介入では、危機状況のみならず将来の地域移行までを見据えた一貫した

ケアの継続を行い、今後の再発予防体制を構築していくことが基本的な考え方であり(文献1)、これは自殺未遂者や自殺の高リスク群への対応においても当てはまる(文献2)。精神科的危機状況では、単に精神医学的な側面だけでなく、身体医学的側面、心理的側面、社会的側面についてもアセスメントを行い、個々の状況に見合った医学的対応(治療やリハビリテーション)とケースマネジメントを多職種チームとして実践していくことが必要である。

現在の政策的背景

精神科における包括的なケアについては、その必要性が広く認識されつつあるにもかかわらず、地域におけるいわゆる ACT チーム (Assertive Community Treatment) や司法精神医学の領域等で、各論的に試行あるいは実践されているに過ぎないのが現状である。精神科救急の領域では、診療報酬において精神科救急入院料の精神保健福祉士の必置などを取り入れた包括制度を導入し、一部の側面を反映してはいるものの、直接的な医療政策的対応は乏しい。他方、自殺予防対策の研究領域では、危機介入時の心理教育およびケースマネジメントの重要性を検証する大規模な多施設共同無作為研究が実施されており、効果が期待されている。

鍵となる活動領域

1. 精神科救急医療施設におけるチーム医療の充実
2. 精神科救急医療圏域における地域としての包括的ケアサービスやその資源の充実

今後必要な政策

1. 精神科救急医療施設における自殺未遂者のケースマネジメントに対する効果検証やインセンティブの確保
2. 精神科救急医療圏域における包括的ケアサービスおよび自殺高リスク群に対する種々の地域サポート体制や資源の整備

文献リスト

1. 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン (1) (総論及び興奮・攻撃性への対応) 2009年12月9日版
2. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, Kishimoto T, Miyaoka H, Otsuka K, Kamijo Y, Matsuoka Y, Aruga T: A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health, 2009; 9: 364.

目標2：

自殺企図の実態を把握するため、救急ケースにおけるデータベースを構築し、その疫学的実態を解明するとともに、治療アウトカムを測定して介入効果を検証する仕組みを整備する。

論理的根拠

近年の医療管理学における主要な方法論として、臨床指標を用いた医療の質管理があるが、精神科医療において、同手法を用いた取り組みは現時点でほとんどなく、いずれも研究段階にある。精神科救急学会では他の領域に先駆け、障害者保健福祉推進事業の一環として精神科救急医療に

おける患者レジストリ（eCODD）を構築し、臨床指標を各医療機関で簡便に測定する電子ツールを開発して既に実用段階に入ったものの、医療政策的な反映には至っていない（文献1-3）。精神科的危機状況を専門的に扱う精神科救急医療においては、危機状況の一つとして自殺企図者に対応する機会が多いが、対象者のうちどれほどの割合で自傷・自殺の行動やリスクが認められるかについては確たるデータが存在しない。ある施設における上記レジストリ（eCODD）の導入記録によれば、入院患者のうち自殺念慮は13.9%に、致死性の高い手段による自殺企図は5.6%に認められており、今後こうした仕組みが浸透することによって、これまで不明であった疫学的実態がより明確になって認識が向上するとともに何らかの予防的介入を用いた場合の効果の検証等がルーチン業務の中で可能となる利点がある。

現在の政策的背景

患者レジストリの開発については既に他の事業において行われた。そのアップデートおよび多施設参加によるセンターシステム化についても既存の研究費を活用して行われている。しかし、各施設への導入費用、全体システムのランニングコストの捻出などは、課題を残している状況がある。今のところ自殺予防対策領域との政策的な接点はないが、レジストリには自殺念慮および自殺企図に関する2項目が含まれ、他の臨床指標との関連検討が可能なため、今後応用が期待される。

鍵となる活動領域

1. 精神科救急医療施設における医療の質管理

今後必要な政策

1. 自殺予防対策の観点からも、継続的な患者動向の把握やアウトカム測定を推奨する

文献リスト

1. 日本精神科救急学会（杉山直也，平田豊明，川畑俊貴，鴻巣泰治，佐藤雅美，白石弘己，八田耕太郎，澤温）；精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究。平成21年度障害者程度区分認定等事業補助金。障害者保健福祉推進事業。平成21年度事業報告書，2010
2. 伊藤弘人，安齋達彦，泉田信行，奥村泰之，柿島有子，笥淳夫，木葉三奈，坂田睦，佐藤さやか，末安民雄，杉山直也，樽谷精一郎，辻脇邦彦，中野栄，西田淳志，野田寿恵，野田幸裕，長谷川利夫，平田豊明，藤田純一，松本佳子，三澤史斉，三宅美智，森裕，横田美根，吉浜文洋；精神科急性期医療の最適化に関する研究。平成20～22年度精神・神経疾患研究開発費（20委-8）「地域中心の精神保健医療福祉」を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究（主任研究者：伊藤順一郎），分担班 総括研究報告書，2011
3. 平田豊明，川畑俊貴，鴻巣泰治，佐藤雅美，澤温，白石弘己，塚本哲司，杉山直也，中島豊爾，八田耕太郎，渡路子；精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成22年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業），新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究，分担研究報告書，2011

日本精神神経学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

平成 23 年 12 月 9 日

自殺総合対策大綱改正に向けての提言

日本精神神経学会理事会

精神保健に関する委員会

全国の年間自殺者数が 3 万人を超える深刻な事態を抜本的に改善することを目的として、2006 年自殺対策基本法制定が制定され、自殺対策は国、地方公共団体の責務と規定し、国民ひとりひとりが自らの問題として自殺対策に取り組むこととなった。そして、基本施策の中で調査研究の推進、医療供給体制の整備（精神科医療の整備と連携強化）が主要項目とされた。また、精神科医は同法 15 条で「精神保健に関する専門的知識を有するもの（自殺対策基本法 15 条）」として規定され、自殺対策に関連して精神科医の果たす役割は一層重要となった。

2007 年自殺総合対策大綱により具体的な方策が決定されたが、いまだ自殺者数、自殺率の大きな減少は達成できていない。

自殺の原因には、多くの要因が複雑に関与するが、自殺をした人の多くが、死の直前には何らかの精神疾患に罹患していたとされている（WHO, 2000）。しかし、わが国においては自殺既遂者の心理学的剖検を含めた精神医学的調査研究の体制が十分に確立されておらず、自殺予防の総合対策の実効を挙げにくくしている。

一方、厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾患として指定してきた「がん」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」、「糖尿病」の四疾患に新たに「精神疾患」を加え五疾患とする方針を決定した（2011 年 7 月 6 日）。これは、国もうつ病等が国民に広く関わる疾患であり、自殺予防のためにも重点的な対策が必要と判断したためと考えられる。

このような事実を踏まえ、各精神科関連学会の提言とともに、以下のような自殺総合対策大綱改正への基本的視点・重要項目を列挙する。

- 1) 自殺対策を支える精神医学的調査・研究に特化した枠組みの拡充と、そのための予算措置を講じ、調査研究の推進が必要である。
- 2) 「地域医療供給体制の整備」の実効的な実施；地域医療計画において、誰でもが経済的にも心理的にも偏見を超えて精神科を受診できる切れ目のない医療供給体制を確立し、自殺予防および自死遺族へのケアを含めた精神保健福祉を充実させるための医療ができる抜本的な予算措置を講じる。
- 3) 適切な精神医療が受療されやすい体制づくりが必要であり、長期的観点からも地域ケアを含めた精神医療の質、量の充実を図る施策が必要である（診療報酬制度の充実）。
- 4) 精神科医がさまざまな活動へ参画を行い、助言等ができる体制の確立、例えば、職域、教育機関・専門職育成、介護保険サービス、医療機関・各種相談機関等の社会サービスでの支援における教育や研修等が必要である。
- 5) プライマリケア医への精神疾患に対する理解を深める活動をなお充実させ、精神医療との連携を一層強化するための施策が必要である。
- 6) 救急医学分野での精神科以外の医師と精神科医及び関連コメディカルの充実によるチーム医療の導入、すなわちリエゾン・コンサルテーション精神医療の充実は、直接的に自殺防止対策につながると考えられ、その充実のための施策が必要である。
- 7) 産業医学分野では、正規労働者はもちろんのこと、非正規労働者、失業者など精神医療へのアクセスが困難な人に対しても、産業医等と連携して精神科医が自殺防止対策を講じることのできるような体制づくりが必要である。
- 8) 住民健診、職場健康管理等における精神的不調の把握と、そこから迅速に適切な相談・医療を受けることが可能になるような体制の確立が必要である。
- 9) うつ病だけでなくアルコール依存症など様々な精神疾患に対して、精神科関連学会の提言を尊重した緻密な対策を策定する必要がある。

日本生物学的精神医学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

2011年11月20日

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

日本生物学的精神医学会

1) 平成24年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

- 自殺者の多くを占める、気分障害（うつ病、双極性障害）、統合失調症、アルコール依存、パーソナリティ障害に関する生物学的な病因・病態解明をいっそう推し進める。その結果、これら精神疾患並びにその中で自殺危険率の高い症例を早期発見するための生物学的指標を同定し、臨床応用実現化を図る。同定された指標にもとづいて早期介入をはかるとともに、危機的な状態であっても適切な介入をするための薬物・心理社会的治療戦略に関するエビデンスを蓄積する。
- 医学教育、医師初期研修において、従来のように自殺に関する知識を伝授するだけでなく、精神医学教育の見直しのなかで、一般身体疾患患者の自殺ハイリスク群の背景の理解（アルコール問題やパーソナリティ障害などとの関連等）や、コンサルテーション・リエゾン活動のなかでの精神科との連携を経験するなど、より実践的教育の必要性を明確化する。
- 精神医療において、自殺ハイリスク症例の対応は、各症例の個別性が高く、それ相当の時間や処置が必要である。しかし、それに対し、1)いわゆる精神科特例などを背景に精神科医の不足に起因して対応が不十分な場合も多く、2)自殺ハイリスク対応という高度な医療行為が診療報酬に十分に反映されておらず、3)また医療現場で関わる臨床心理士やPSW（精神保健福祉士）なども十分に配置されていない医療機関も多い。以上を鑑みて、精神医療体制の医療経済的な見直しにより、より精神医療関係者が個々のハイリスク群への対応に専念できる体制作りが必要である。

- 一般医療従事者における、精神医療に対する適切な認識を促すことにより、さらにスムーズな一般医療と精神医療との連携構築を促す。平成 23 年 3 月におきた東日本大震災において、普段における地域精神医療の基盤の重要性や、一般医療におけるメンタルケアが不可欠であることが改めて認識された。したがって、日常生活の健康管理におけるメンタルサポートやセイフティーネットの構築が急務である。

- 一般住民において、精神疾患をもちながらも精神医療などのメンタルヘルスサポートを受けていない場合、精神疾患とまで診断はできないがメンタルヘルスが損なわれている場合、あるいはメンタルヘルスサポートを受けているが危機的な状況においてはサポートが受けにくい場合が多く、それらが自殺の背景となっていることを踏まえて、地域社会において住民が気軽に相談できたり危機的な状況においてすぐにサポートが受けられるような地域精神保健ネットワークを行政・住民・専門家が共同して構築することが急務である。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1

自殺ハイリスク群である、気分障害（うつ病、双極性障害）、統合失調症、アルコール依存、パーソナリティ障害に関する生物学的な病因・病態を明確化する。

理論的根拠

気分障害（うつ病、双極性障害）、統合失調症、アルコール依存は、遺伝因子と環境因子が相互作用して発症すると考えられ、その病因・病態に関する生物学的研究が進められているが（文献1, 2, 3）、未だ病因・病態は明確化されておらず、今後、多面的な研究が必要である。また、自殺危険率が極めて高い境界性パーソナリティ障害なども近年、生物学的因子に関する知見が集積されつつある（文献4）。精神疾患の病因・病態を解明し、病因・病態に基づいた診断法を開発することは、早期介入においても、また妥当な予防・治療法創出においても重要である。最近、自殺行動そのものに関しても、生物学的知見が集積されつつあり（文献5）、末梢血液中BDNFなど（文献6）を用いたマーカーが着目

されている。また精神疾患の診断に関して、遺伝子発現解析、プロテオミクス解析などの網羅的解析法による新たな診断マーカーを探索する研究や（文献7）、NIRS等脳画像を用いた検討により、各種精神疾患の鑑別や状態を数値化・視覚化し、臨床応用へ向けた研究（文献8）が活発化している。これら診断法開発の推進は、早期発見による自殺予防という観点から最重要課題のひとつである。

現在の政策的背景

わが国においては、精神疾患研究に携わっている研究者の数が圧倒的に不足していること、癌対策と比較すると競争的資金の精神医学領域への研究費の少なさ（たとえば文部科学省科学研究費データベースによると、がんは124.8億円に比してうつ＋双極性障害3.3億円）であり、日本における生物学的精神医学研究の質的・量的な層の薄さに繋がっている。大学精神医学教室に、医師以外の研究者（PhD）を含め、研究専任のポストが乏しく、日本人によるハイインパクトな研究の多くは、海外でなされているのが現状である。結果的に、日本発の研究は、海外の研究の後塵を拝する結果となっている。一方で、精神疾患は人権侵害や差別など歴史的にもさまざまな社会的問題を抱えてきた疾患であり、死後脳研究（ブレインバンク構築など）やゲノム研究を行うことに関しては、十分な倫理的配慮が必要である。医療分野の法・倫理学者の育成と、彼らとの連携、および国民との対話を通じた研究倫理の確立と徹底も不可欠である。

鍵となる活動領域

- 1) 臨床研究を実施している大学医学部の精神医学講座、国立精神・神経医療研究センター、国立病院機構および大学付属病院精神科における研究活動支援
- 2) 向精神薬の臨床治験を行っている医療機関への人的支援
- 3) 精神疾患の病因・病態解明に関連する諸学会において研究を推進するための基盤づくり（たとえばブレインバンクを構築するなど）に対する活動支援
- 4) 倫理的配慮を持ちつつ臨床研究を実施し、多様な臨床精神医学的なエビデンスを発信することのできる人材を育成するための大学院教育の充実と大学院生への経済的支援

今後必要な政策

- 1) 精神疾患の診断法・予防法・根本的治療法開発のための臨床研究推進（たとえば大規模ゲノム研究に向けたゲノムサンプル収集、大規模コホート研究および臨床研究、高度な臨床試験の知識と経験を持つ治験責任医師及びCRCの育成、精神疾患ブレインバンク構築）の総合的戦略の開始（たとえば癌対策の半分でも数十億円規模となる）
- 2) 上記遂行のための、大学医学部精神医学科講座、理化学研究所、国立精神・神経医療研究センター、国立病院機構などにおける研究拠点づくり
- 3) 研究遂行に従事する大学院生や研究専属スタッフの経済的支援制度
- 4) 研究遂行に必要となる、法的・倫理的整備（たとえば死体解剖保存法などの運用の指針の検討など）

文献リスト

- 1) Krishnan V et al. The molecular neurobiology of depression. Nature 455 (7215):894-902, 2008
- 2) Insel TR. Rethinking schizophrenia. Nature 468 (7321):187-93, 2010
- 3) Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry 162 (8):1403-13, 2005
- 4) Leichsenring F et al. Borderline personality disorder. Lancet 377 (9759):74-84, 2011
- 5) Zai CC et al. The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol. 30:1-6, 2011
- 6) Mann JJ: Neurobiology of suicidal behaviour. Nat Rev Neurosci 4 (10):819-28, 2003
- 7) Yang J et al. Potential metabolite markers of schizophrenia. Mol Psychiatry. [Epub ahead of print], 2011
- 8) 福田 正人. 『NIRS波形の臨床判読—先進医療「うつ症状の光トポグラフィー検査」ガイドブック』, 中山書店, 2011

目標 2

一般医療機関および地域社会における自殺予防対策能力を高める

論理的根拠

総合病院を含む一般病院および精神科病院内における自殺は、未遂・既遂を問わず多数に及んでいることが明らかにされているが（文献 1,2）、しかしその実態は十分に検証されていない。一方、癌などの身体疾患は、うつ病等精神疾患の併存率が高く（文献 3）、自殺のリスクを高める（文献 4）ことが分かっている。癌以外でも、糖尿病や心循環系疾患等の身体疾患に関しても、1) うつ病等精神疾患の併存率が高く、2) 精神疾患は身体疾患発症のリスクを高め、3) さらに精神疾患の合併が身体疾患の予後を悪化させることが確認されており（文献 5）、一般身体医療においても、精神医学的な評価や、自殺リスクにたいするチェックを行えるようにすべきである。さらに地域社会においては、メンタルヘルスサービスを充実させることにより自殺率を低下できることが示されている（文献 6）。

現在の政策的背景

一般身体疾患の医療現場では、うつ病などの精神疾患は見逃されている場合が多い。また、総合病院における精神科病床・外来は全国的に撤退・縮小傾向にあり、身体疾患を合併した精神疾患に対して十分に対応できなくなっている背景もある。また、看護職などのコメディカルも自殺ハイリスク症例対応の教育や研修はほとんどなされていないのが実情である。さらに、自殺の多くは地域社会のなかで生じているが、一般住民において、精神疾患をもちながらも精神医療などのメンタルヘルスサポートを受けていない場合、精神疾患とまで診断はできないがメンタルヘルスが損なわれている場合、あるいはメンタルヘルスサポートを受けているが危機的な状況においてはサポートが受けにくい場合が多い。自殺の多くが「自ら助けを求めることができない」という状況を背景に生じていることを考えると、こうした地域社会の状況が自殺の予防を困難にしている。

鍵となる活動領域

- 1) 多くの臨床医を養成する大学附属病院・臨床研修病院における自殺予防対策の研修啓発活動
- 2) 自殺企図患者に初期対応する救急部門のスタッフへの自殺ハイリスク症例対応技能の向上
- 3) 一般身体疾患診療科の看護職や薬剤師に対する自殺ハイリスク認知能力の

向上

- 4) 大学附属病院における、医学生、初期研修医に対する精神医学教育のなかでの自殺予防対策教育
- 5) 地域社会において住民が気軽に相談できたり危機的な状況においてすぐにサポートが受けられるような地域精神保健ネットワーク

今後必要な政策

- 1) 総合病院、精神科病院などにおける、自殺既遂・未遂の実態を調査する。そのなかで、適切な予防的対処がなされなかった要因を明確化する研究を推進する。
- 2) 精神科以外の一般医療場面で使用できる、自殺ハイリスク症例を評価するマニュアルを開発作成し、本マニュアルに基づいた研修・講習を行い、医療者の自殺ハイリスク症例対応技能を高める。
- 3) 精神科以外の診療科の病棟・外来および保健所など行政窓口における看護師、ソーシャルワーカー、保健師等と精神科医療との連携ネットワーク構築。
- 4) 精神疾患をもちながらも精神医療などのメンタルヘルスサポートを受けていない場合、精神疾患とまで診断はできないがメンタルヘルスが損なわれている場合、あるいはメンタルヘルスサポートを受けているが危機的な状況においてはサポートが受けにくい場合を対象として、住民が気軽に相談できたり危機的な状況においてすぐにサポートが受けられ、必要に応じてアウトリーチサービスを受けられるような地域精神保健ネットワークを、行政・住民・専門家が共同で構築する。

文献リスト

- 1) 南良武 他：精神科領域における医療安全管理の検討 その1：病院内における自殺に関するアンケート。患者安全推進ジャーナル 13, PP64-69, 2006
- 2) Martelli C et al. In-patients suicide: epidemiology and prevention Encephale. 36:D83-91, 2010
- 3) Mitchell AJ et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 12 (2):160-74, 2011
- 4) Misono S et al. Incidence of suicide in persons with cancer. J Clin Oncol. 26:4731-8, 2008

- 5) Prince M et al. No health without mental health. *Lancet* 370 (9590):859-77, 2007
- 6) Pirkola S, et al. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 373:147-53, 2009

日本摂食障害学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

日本摂食障害学会からの提言

1) 自殺総合対策大綱への要望

自殺は様々な因子が複雑に絡み合っ生じてくるので、対策も全般的領域にわたり、相加的になりやすいと思われる。そこで、自殺対策が、我が国のメンタルヘルスの中心と考えたと、そこから重点項目が取り出せるのではないかと考えました。

2) 我が国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標：摂食障害の自殺予防対策として、摂食障害を治療できる精神科医・心療内科医と医療機関を質量ともに充実し、我が国における摂食障害の予防、治療体制を確立する。

根拠：若い女性における摂食障害（拒食症、過食症）の有病率は高く、若年女性の2～3％に存在していると推定され（文献1）、若年女性における最も重大な精神疾患・心身症である。摂食障害の死亡率は高く、若い女性の一般死亡率の12倍であり、自殺率は一般女性の200倍で、精神疾患を持つ女性の2倍と報告されている（文献2-5）。

しかし、摂食障害の治療は、特効薬もなく、専門的な知識に基づいても治療は難渋するために、現在の保険医療体制ではペイしない疾患であり、精神科医も敬遠する疾患である。このため、摂食障害を積極的に治療している医師は少なく、専門家養成も不十分で、入院できる病院も少ないので、摂食障害による自殺を治療によって防げない現状がある。

現在の政策的背景：摂食障害の治療は、治療が難渋するケースが多く、外来でも入院でも人と時間がかかるので、敬遠されているという実態は広く知られている。そこで、平成22年度の医療費改訂で、摂食障害入院医療管理加算という点数が新設され、初めて保険点数からの支援が始まっている。

しかし、摂食障害に対する、予防、相談窓口、専門医療機関、アフターケア、さらに、治療の専門家養成と新しい治療技術開発のためのセンター病院、などの疾患への対策は遅れている。摂食障害の原因の一つである、行き過ぎたダイエットブームに対して警鐘を鳴らす機関が存在しておらず、予防体制が存在していない。

鍵となる活動領域

①予防、治療技術の開発、専門家養成、などの目的で、摂食障害治療センターを作る。

- ②現在、公的な相談窓口が存在していないので、相談窓口を作る。
- ③入院治療ができる病院を増やし、外来でも、摂食障害がペイできる体制を作る。
- ④地域で、患者と家族をサポートする地域支援体制を作る必要がある。

今後必要な政策

- ①摂食障害センター病院を作る。
- ②摂食障害の入院治療、外来診療への点数加算。
- ③相談窓口として、精神保健福祉センターの機能に位置付ける。
- ④地域支援センターへの財政的処置。

文献リスト

- 1) 中井義勝：疫学と予後。（石川 編 摂食障害の診断と治療、ガイドライン 2005）
pp1-4, マイライフ社, 東京, 2005.
- 2) Keel, et al.: Predictors of mortality in eating disorders. Arch Gen Psychiatry 60:
179-183, 2003.
- 3) Sullivan: Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 152: 1073-1074, 1995.
- 4) 中井義勝 ほか：摂食障害の転帰調査. 精神医学 46: 481-486, 2004.
- 5) 鈴木健二：摂食障害と自殺. 精神科治療学 25: 187-192, 2010.

日本総合病院精神医学会

平成 24 年 2 月 17 日, Version 2.0

自殺総合対策大綱見直し(改正)に関する見解と要望(案)

日本総合病院精神医学会

日本総合病院精神医学会（以下、当学会）は1988年に設立され、総合病院精神医学の進歩、総合病院を中心とした一般医療の中での精神医療の充実、さらには精神医療全体の発展をめざして活動を続けてきた。当学会員は、総合病院内で一般病院連携精神医学専門医(厚発159—1号)として活動し、一般医療の中で他科医師を含む他職種と連携・協働しながら機能できる精神科医であると位置づけられる。2003年には、総合病院精神科の現状とめざすべき将来—総合病院精神科のネクストステップ2009—を作成し、現在総合病院精神科が果たしている機能を整理し、将来への提言を行ってきた。そうした経緯を踏まえ、自殺総合対策大綱見直しに関して、当学会としての要望は下記の3点である。

自殺総合対策大綱の第4 自殺を予防するための当面の重点施策に関しての総合病院精神医学会からの要望

1. 「3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する」について

総合病院精神科が設置される医療機関において、身体科と精神科の連携にかかわる医師・看護師、また地域の保健医療従事者が自殺の危険性があるような身体疾患患者、精神疾患患者への支援・連携の技法の向上を図る地域での体制づくりを明記してほしい。

2. 「5. 適切な精神科医療を受けられるようにする」の「(6) 慢性疾患患者等に対する支援について」

がん患者や身体疾患を抱える患者の心理的ケアについては、総合病院精神科が担っているため、総合病院精神科の診療体制を強化する体制づくりを明記してほしい。

3. 「7. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」の「(1) 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」について

自殺未遂者の再度企図防止として搬送時点で救急医療体制だけでなく、救急対応後の対応施設となる総合病院精神科医療体制の充実を明記してほしい。

大綱見直し（改正）に関する当学会の3点の要望に関して、以下に見解を提示する。

1. 現在総合病院精神科が果たしている機能

一般医療における精神医療をコンサルテーション・リエゾン精神医療（あるいはリエゾン精神医療）と呼んでいます。しかし、「総合病院」は急性期医療を中心とした一般医療の最前線であり、受診する患者の多くに精神疾患や事例性を有する心理学的問題が発生、併存することが知られている。これらの患者に対して適切に「脳」と「こころ」の専門家という視点から各診療科における治療がスムーズに行われるよう援助してゆくことが総合病院における精神科の大きな役割である。内科・外科などの入院患者では、せん妄やうつ病の合併率が高いことも知られており、これらの精神疾患に早期から対応することで平均在院日数を短縮し、病院経営にも寄与できるとされている。また、虚血性心疾患の予後にうつ病の合併が大きく影響するなど、生活習慣病を含む身体疾患の治療において合併する精神疾患の治療を平行して適切に行うことが重要になってきている。

WHOで行われた各国の受診の調査と同様に、我が国で行われた精神科への受診経路の調査では¹⁾、直接受診やかかりつけ医を介しての経路よりも、総合病院精神科医を介する経路が精神科への受診への時間が短いことが明らかとなっている。特に身体疾患や精神疾患を介する受診経路は、自殺の危険性があるものへの対応でも重要と考えられる。総合病院精神科が設置される医療機関において、身体科と精神科の連携にかかわる医師・看護師、また地域の保健医療従事者が自殺の危険性があるような身体疾患患者、精神疾患患者への支援・連携の技法の向上を図る地域での体制づくりが重要であると考えられる

2. 身体疾患における精神疾患の合併

内科や外科などの疾患に対しても精神科治療の意義は大きいことが近年諸外国でも注目を集めており、人口の高齢化に伴って患者の高齢化も進んでおり、せん妄や認知症、うつ病を合併する患者の比率が上昇していることから、精神科医による介入を要する患者数も増加している。また認知症の鑑別診断、早期診断のためにも、検査機器を備えた総合病院精神科の意義は大きい。したがって 1)せん妄に対する診療の重要性、2)循環器疾患、生活習慣病における精神医学的問題の臨床的意義、3)慢性疼痛や医学的に説明できない身体愁訴、4)妊娠・出産と精神科疾患等に早期に介入することで、自殺を含めた精神疾患の悪化を防ぐことができる。

3. 精神疾患における身体疾患の合併

統合失調症のような精神疾患においても身体疾患の合併は少なくない¹⁾。実際に、精神病床の入院患者では65歳以上の高齢患者の割合が増加し続けており、平成17年の患者調

査²⁾によると 13.9 万人で 43%を占めている。これらの高齢の患者では生活習慣病を中心とした身体疾患を有する例が多い。また薬物療法の副作用の問題もある。すでに新規抗精神病薬による体重増加と糖尿病、高脂血症、高尿酸血症などの代謝異常の問題はよく知られている。その他にも、抗精神病薬による悪性症候群や SSRI によるセロトニン症候群なども、ある程度以上の重症度の場合には総合病院精神科での治療が必要となる。

抗精神病薬による不整脈に起因する突然死もまれではあるが、大きな問題である。もちろん過量服薬患者への対処は、基本的に身体科救急を行なっている総合病院でなければ十分な医療を提供できないことは言うまでもない。

重度の精神症状を有する身体合併症患者の治療では、身体疾患だけあるいは精神疾患だけの場合に比べて医療、看護ともより多くの労力と時間を要するため、重度の精神症状を有する身体合併症患者の治療には、精神・身体両面における濃厚なケアが必要である。

自殺総合対策大綱(平成 20 年 1031 日)には「5. 適切な精神科医療を受けられるようにする。うつ病等の自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、これらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制を充実する。」と記載されている。うつ病の初期症状は、ほとんどが身体症状を合併していることが多く、身体科を受診する患者が多くの割合を占めていることが報告されている。自殺の危険性の高い人を早期に治療に導入されるためにも総合病院精神科の充実強化が図られるべきである。

4.一般医療と精神医療との連携のニーズが拡大しているなかでの自殺対策

1)自殺対策と総合病院精神科

自殺総合対策大綱(平成 20 年 1031 日)には「7. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐため、入院中及び退院後の心理的ケア、自殺の原因となった社会的要因に対する取組を支援する。(1)救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実精神科救急体制の充実を図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるよう救急医療体制の整備を図る。また、自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成する。」と記載されている。

臨床場面においては一般医療と精神医療とのより密接な連携へのニーズが拡大しつつある。特に救急医療の問題は国家的課題である自殺予防対策とも密接に関係する。自殺既遂者の予備軍とされる自殺未遂者の多くは、一般救急のルートに乗って救命救急センターを持つ総合病院へ搬送される。そこに精神科医がいなければ、適切なメンタルケアが提供されず、再企図や自殺既遂のリスクが高いまま患者を退院させることになりかねない。

2) 自殺予防対策における、自殺企図者に対する精神医学的対応の重要性

我が国の自殺者数は平成 10 年以降ほぼ毎年 3 万人を超え、自殺対策は国家的課題と位置づけられ、平成 18 年 6 月に自殺対策基本法も制定された。わが国では、自殺企図者の多く

が総合病院の救急部に搬送されており、全国の救命救急センターはその数が年々増えている。救命救急センターにおける自殺企図者に対する精神医学的対応は、自殺予防対策のひとつの柱と考えられている。また自殺既遂者の中には高い割合でうつ病などの精神疾患を有する例が含まれていると指摘されており⁴⁾、希死念慮を示す重症度の高い患者に対して入院治療を含む適切な精神医学的治療を提供することが自殺者の減少に寄与する。特に自殺企図者については、自殺完遂の危険因子でもあり、適切な精神医学的対応が必須である^{3,4)}。また向精神薬の過量服薬では、服薬した薬物の種類と量によって適切な身体管理が必要となり⁵⁾、救急部での集中的な入院管理が行なわれることが多い。身体治療が一段落した後では、少なくとも再企図の危険性を含む精神医学的な評価がなされ、精神科への入院治療を要するか否かが判断されなければならない。自殺未遂者の約 80%に精神疾患の合併が報告されており、そのうち最多が気分障害であるといわれている⁶⁾。再企図の危険性が低く、身体的にも入院加療を要しなくなった後には、精神科クリニックなどの外来医療機関や社会的支援のための福祉機関などと連携をとるトリアージ機能も重要である。自殺未遂者は総合病院の救命センターに搬送される傾向が近年より顕著になっているにも関わらず、対応可能な精神科医がそこにはいないという現状がある。したがって、救命救急センターを有する総合病院における精神科医の確保および精神科医がいない施設では他科医師・コメディカルが確実に自殺未遂者を精神医療につなぐための技術習得に向けた取り組みを行う必要がある。

平成 20 年度の診療報酬改定では、救命救急センターへ入院した自殺企図患者に対して、精神保健指定医が診断、治療を行った場合の加算が新設された。自殺対策基本法が施行され、国家的課題と位置づけられている自殺対策を進めるためにも、救急医療の場で精神医療へのアクセスが確保されていることが重要である。

3) 緩和ケアにおける自殺対策

がん患者に対しては早期から必要かつ十分な緩和ケアが提供されるべきとされているが、メンタルケアはその大きな比重を占める。がんを告知され、心理的反応からうつ状態へと移行し、自殺念慮が生じ自殺企図の可能性もあり、早期に緩和ケアスタッフが介入する必要がある。がん診療を担う総合病院であるがん診療連携拠点病院に精神科医が常勤していることで、充実した緩和ケアチームが構成され、必要かつ十分な緩和ケアを提供することが可能となる。

多くの総合病院はいわゆる「がん診療連携拠点病院」に指定されており（精神科を有する総合病院全体の 43.4%）、地域におけるがん医療の中核となっている。平成 19 年 4 月より施行されたがん対策基本法では、緩和ケアの充実がうたわれ、がん医療におけるメンタルケアのニーズがますます高まっている。現状としては、精神科を有する総合病院全体の 67.4%が緩和ケアチームを有している。がん診療における精神科的治療に関しては、従来では終末期のせん妄への対応が主であったが、化学療法その他など治療の進歩もあってがんを抱えて生きる患者数は増加しており、全病期を通じて、うつ病や適応障害などへの対応

が求められている 1)。総合病院精神科医は、緩和ケアチームの一員としての活動も求められ、緩和ケア医を含む他職種との協働が重要となってきている。

がん拠点病院に指定されるために必要な緩和ケアチームの構成員に常勤の精神科医は必須とされていないが、緩和ケア加算を算定するためには、専従または専任で精神科医の参画が必須となっている。また緩和ケア病棟を有する総合病院では、総合病院精神科医は、病棟担当医として終末期がん患者の心身のケアにあたる場合もある。このような緩和医療の現場での実践を通じて、サイコオンコロジーの普及、発展に貢献することもまた重要な役割である 7)。

一般に、がん患者の自殺率は概ね 0.2%と言われ、一般人口に比べて約 2 倍有意に高いと言われている。また、自殺企図の明確なデータはないが、数%と予測されている。さらに、希死念慮は進行・終末期がん患者の 10~20%にみられると言われている。8) 実際、Chochinov らは、緩和ケアを受けているがん患者の 18%に強い希死念慮がみられ、その半数以上が大うつ病に罹患していることを報告している。9)

：がん患者の自殺対策には、緩和ケア・終末期医療の場でうつ病を適切に診断できるスキルが必要で、うつ病や希死念慮に精通している総合病院精神科医には、さらなる診断技術や治療技術の研修が望まれていることになる。

0) Fujisawa D, Hashimoto N, Masamune Y, et al : Pathway to psychiatric care in Japan: A multicenter observational study. International Journal of Mental Health Systems 2008, 2:14

1) 黒木宣夫:総合病院におけるメンタルヘルスの確立に関して. 総合病院精神医学, 18: 122-130, 2006

2)厚生労働省:第17回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 資料1 身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について. 平成21年5月21日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0521-3.html>

3)佐藤茂樹:在院日数短縮指針(厚労省)の吟味(長所と短所)精神科治療学, 24: 285-290, 2009

4)内出容子:産婦人科領域におけるリエゾン精神医学. 特集「リエゾン精神医学の現状と課題」. 精神医学, 47: 851-856, 2005

5)中田潤子, 笠原敏彦:身体表現性障害. 黒澤尚, 山脇成人編:臨床精神医学講座 第17巻 リエゾン精神医学・精神科救急医療. Pp. 59-65, 東京, 中山書店, 1998

- 6) 河西千秋, 山田朋樹, 長谷川花ほか: うつ病と自殺: 医療からみた自殺者の実態. 治療, 87: 587-594, 2005

- 7) 岡野禎治: 出産に関連して生じる精神疾患の最近の知見. 総合病院精神医学, 19: 137-144, 2007

- 8) 内富庸介, 小川朝生 (編集): 精神腫瘍学クイックリファレンス, 創造出版, 75-87, 2009

- 9) Chochinov HM Wilson KG Enns M et al.: Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry.1995 Aug;152(8):1185-91.

日本プライマリ・ケア連合学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書
(日本プライマリ・ケア連合学会)

1. 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

自殺総合対策大綱（平成 19 年版）における重点 9 項目に添って、本学会からの要望を以下に述べる。

1) 自殺の実態を明らかにする

がん登録と同じように全国的な自殺関連の登録制度をつくる。自殺既遂は警察などで管理されていると思われるが、大量服薬などの自殺未遂の実態が不明なこともある。地域ごとの自殺既遂・未遂登録制度を設置する。将来的に医療情報共有システムができれば組込む。

上記達成のために学会として協力できること

- ① 日本各地における自殺の実態解明のために、プライマリケアの最前線で働く、多職種（医師、看護師、保健師、薬剤師、その他の保健・医療・福祉専門職）の会員が所属する本学会の人的なネットワークを活用する。
- ② 会員の所属する施設（病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーションなど）が把握しているハイ・リスク者、未遂者、完遂者、自死遺族の存在など自殺に関連する種々の情報を、個人情報保護に配慮して共有する方法を検討する。

2) 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

人的資源を有効に活用するためのプログラムの立案と、地域の人々とプライマリケア専門職の双方にとって、納得して使える啓蒙コンテンツ（教材スライド、小冊子、動画など）を開発すると共に、地域でそれを活用する。

上記達成のために学会として協力できること

本学会に所属する多彩な医療・保健・介護福祉の専門職は、それぞれの持ち場で、あらゆる年齢層の地域住民に対して、自殺対策に関する啓蒙活動の中心として活動できる能力を有しているので、この人材を活用してプログラム開発をすると共に、各地域で自殺予防の啓蒙活動を行う。

3) 早期対応の中心的役割を果たす人材（ゲートキーパー）を養成する

地域におけるゲートキーパーの養成を考えると、①医師、②医師以外の専門職、③専門職以外の人材、という 3 つの対象がある。そしてそれぞれに対する養成システムを構築すると共に、その人材を地域で活用できるようなシステムが必要とされている。

- ① 医師：プライマリケアの臨床に関わるすべての医師は、自分の持ち場のなかで、自殺対策も含めて適切な精神科的対応能力を身につけなければならない。従来まで、都道府県などの自治体や医師会が主催する自殺対策やうつ病対応力向上のための研修会は、プライマリケアの臨床の実情に疎い精神科専門医が、座学（講演会）の形式でプライマリケア医に講義をするスタイルがほと

んどであり、それではスキルの向上に結びつきにくい。今後は、プライマリケア医と精神科専門医が共同してロールプレーなどの実技も組み込んだ「明日の診療からすぐに役立つ」、参加型・ワークショップ形式の教育研修プログラムの開発し、ワークショップを行う。

- ② 医師以外の専門職：研修を受講したプライマリケア医が中心となり、地域で活動する医師以外の専門職（保健師、看護師、薬剤師、介護・福祉職など）に対して、同様な参加型・ワークショップ形式の自殺対策のための研修会を開催する。
- ③ 医療専門職以外の人材：さらに、同じスタイルの研修を受講したプライマリケア医とプライマリケア関連専門職らの手によって、専門職以外でゲートキーパーとなる人材（教員、自治体職員、保護司、民生委員、老人クラブ役職者など）に対して、上記と同様な参加型・ワークショップ形式の自殺対策のための研修会を開催する。
- ④ 医療専門職の養成課程、生涯教育の更新制度に、自殺対策に関するプログラムを組み込む。
- ⑤ 自殺予防対策に関する研修会に用いる標準的コースを作成し、講師派遣もしくはファシリテーターを養成する。
- ⑥ 精神科医が少ない地域もあるので、リエゾンナースなど自殺対策専任看護師を育成する。
- ⑦ 自殺対策に携わる医療専門職種を配置できるようなシステム構築および財政的もしくは診療報酬の面（例：栄養支援チーム（NST）管理加算など）からの支援を行う。
- ⑧ 「屋根瓦方式」（教えられて人が、次ぎに教える側に回って、これを順繰りし、スキルを伝える）によるゲートキーパーの養成システムを構築する。
- ⑨ 地域で自殺対策をリードしていく自殺対策センターを都道府県及び二次医療圏ごとに設置し、専門担当者を配置して、各地域の実情に合った対策をとれるようにする。
- ⑩ ゲートキーパー研修後には、少なくともうつ状態のスクリーニングと希死念慮を評価できるようになる。

上記達成のために学会として協力できること

- ① 本学会に所属する医療・保健・介護福祉の専門職に対する専門及び指導者研修会を開催する
- ② 研修を受けた会員が、各地で医療職以外の人材育成を行う。

4) 心の健康づくりを進める

地域での心の健康づくりを進めていく上で、医師以外の多職種と連携できるネットワークの活用が重要である。また、プライマリケア医の活動現場である学校や職場での心の健康づくりや健診の機会を利用した早期発見、早期介入も重要である。そのために、

- ① 学校医及び産業医の自殺対応能力を、認定及び更新研修、地域医師会での講習会などを通して高める。
- ② 校医に対して、学童期のメンタルヘルス、自殺対策などを学ぶ場（資料の提供や e-learning、研修会など）を提供する。
- ③ 職場健診、民間の人間ドックにおいて、うつ病などのメンタルヘルス系のスクリーニングを組み込む。
- ④ 健診を実施する医療機関がスクリーニング検査を組み込む場合には、スタッフ教育や受診者向

けの資料提供などを行う。

上記達成のために学会として協力できること

本学会に所属する医療・保健・介護福祉の専門職が持つネットワークを活用し、地域における心の健康づくりを行う

5) 適切な精神科医療を受けられるようにする

プライマリケア医と精神科医の連携や、医師以外の医療関連職種や行政と精神科医の連携を進める。

① プライマリケア医と精神科医の間で、「顔の見える」連携が円滑に進むようなシステムやネットワークづくりについて、プライマリケア医と精神科医が同じ目線の高さで話し合えるような場の設定を要望する。

② 混雑する精神科外来から、訓練を受けたプライマリケア医の外来へ逆紹介するシステムを地域で構築する。

③救命救急センターのある総合病院などの精神科医療の充実・重点化

・総合病院の精神科専門医が減少し、診断群分類包括評価（DPC）と連携しない精神科病床も減少して、総合病院の精神疾患への対応力が低下している。総合病院の精神科病棟の支援と救命救急センター専属の精神科医を配属し、強化する必要がある。救命救急センター専属精神科医、看護師、ソーシャルワーカーなどを配置、増員できるように診療報酬で配慮する。

④都道府県もしくは二次医療圏ごとに自殺未遂者などを専門的に扱う自殺対策センター（相談所）などを設置し、行政側からハイ・リスク患者にアプローチできるようにする。

上記達成のために学会として協力できること

① 本学会に所属する医療・保健・介護福祉の専門職が持つネットワークを活用し、地域における精神科連携システムを構築する。

② 当学会の認定制度であるプライマリ・ケア認定薬剤師を活用して、地域における医師薬剤師連携システムを構築する

6) 社会的な取り組みで自殺を防ぐ

地域社会の生活や文化を考慮した社会的な取り組み（各ゲートキーパー間の連絡・調整、精神医療に対する偏見の緩和、介護家族に対するケアなど）を強化する。

上記達成のために学会として協力できること

本学会が持つ人的資源を活用して、地域における自殺対策システムづくりや健康教育、連携システムなどを構築する

7) 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

プライマリケア医と精神科医の連携や、医師以外の医療関連職種や行政と精神科医の連携を進め

て、自殺未遂者の再自殺を予防する。

- ① 救急医療の現場で遭遇した自殺未遂患者に対して、プライマリケア医が適切に精神的な対応ができるような教育研修プログラムを開発する。
- ② プライマリケア専門職が各々の持ち場で、自殺未遂の既往がはっきりしているケースに遭遇した場合に、適切な精神科医療へと繋ぐことができるようにする。

上記達成のために学会として協力できること
研修会を全国で開催する。

8) 遺された人の苦痛を和らげ

自死遺族に対するケアシステムの構築と支援者の養成をおこなう

- ① プライマリケア専門職として最低限知っておくべき、自死遺族に対する対応やケアの基本を学ぶための研修や教材（冊子など）を提供する。
- ② 自殺がおこった会社、施設、病院内で、事後対応のための研修会を開催する。
- ③ 自死遺族やそれを支える人々に対する研修会を開催する。
- ④ 自死遺族を支える人的、財政的なサポートシステムを構築する。

上記達成のために学会として協力できること

本学会が持つ人的資源を活用して、地域におけるサポートシステムを構築する

9) 民間団体との連携を強化する

- ① 地域において民間団体と「顔の見える」連携が円滑に進むようなネットワークづくりの推進を要望する。
- ② 仮称自殺電話相談窓口（コールセンター）を設置する。就職難の臨床心理士の雇用先として活用して、人手不足である「命の電話」などの活動を支援する。

2. 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺対策活動

目標 1 :

すべてのプライマリケア医が、不眠、うつ状態、希死念慮などの自殺対策関連の基本的スクリーニングスキルを修得する。

論理的根拠 :

自殺した人の半数以上は、自殺を実行する1ヶ月以内に何らかの身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診している。したがって、精神科を専門としないプライマリケア医でもメンタルヘルスに関する基礎知識と、うつ状態、希死念慮についてスクリーニングする技術を必要とする（文献1, 2）。プライマリケア医は、精神科的な医療面接、治療などの技能の習得を学ぶ機会が少なく、うつ病などのメンタル疾患の診療については自信がなく、米国家庭医でさえ全員が希死念慮についての確

認できているわけではなかった（文献3，4）。

現在の日本は、自由開業、自由標榜制度をとっており、開業する医師の申請で診療科を標榜できる。一方、患者は国民皆保険制度により自由に医療機関を選択できる。何科を標榜する医師でも診療していれば、自殺のリスクのある患者が受診することがあるので、少なくともプライマリケア医はうつ状態と希死念慮/自殺企図についてスクリーニングをする基本的な技術を習得することが望ましい。

現在の政策的背景：

現在は、各都道府県に自治体や医師会が主体となって、希望者である医師を対象とした自殺対策研修会やうつ病対応力向上研修会が開催されているが、全医師数に比べれば一部の参加しか得られておらず、自治体/医師会によってその内容も異なる。メンタルヘルス・自殺対策に関しても卒前教育から系統立てて、学べる標準的研修コースを策定すれば、より多くの医師がメンタルヘルスのスクリーニングに長け、希死念慮の確認や評価ができると考えられる。

医療者にとっての基本的スキル修得の啓蒙活動が広がっているものとして、救命処置としての一次救命措置(Basic Life Support:BLS)、Immediate Cardiac life support (ICLS)、二次救命措置(Advanced Cardiovascular Life Support:ACLS)があげられる。BLSは学童なども含めた住民全般に、ACLSは医師に最低限必要なスキルとして認識され、医学生、研修医、指導医にも徐々に普及してきている。日本内科学会認定医の新規取得には、ICLSコースの受講が義務付けられている。メンタルヘルスのスクリーニングや希死念慮の確認などの自殺対策スキルは、医師として必須かつ基本的な技術であり、各学会として縦割りに対応するのではなく、多くの関連する学会の叡智を結集して、自殺対策の教育プログラムを立案し実践することが望まれる。

鍵となる活動領域：

- ・横断的にメンタルヘルス活動に関与するすべての学会が、自殺対策に取り組むことに協力体制を得る。
- ・自殺に関連の深い学会が協同で、プライマリケア医に必要なスキルを学ぶ標準的研修コースを作成するとともに、そのファシリテーターも同時に養成する。
- ・日本医師会と協同で、生涯学習教育の必修研修と更新制度のなかに、自殺対策に関する研修を組込む。もしくは、認定医制度の新規取得、更新に必須な単位として推奨し、学会側の認証を受ける。
- ・医学生などのコア・カリキュラムの中に、自殺対策の項目を追加する。

今後必要な政策：

- ・すべての学会の協力体制を得ることを話合うための予算措置を講じる。
- ・自殺対策標準的コースを作成して、その効果を検証するための予算措置を講じる。
- ・自殺対策の研修会を多くの医師が修得できるように、研修会もしくはE-learningシステムなどで修得する場を提供するための予算措置を講じる。
- ・診療報酬制度において、このスキルを修得した医師の診察に対して、診察料の点数割増制度などを新設する。

文献リスト：

- 1) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al., Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 ; 294 : 2064-2074.
- 2) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL., Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002 ; 159 : 909-916.
- 3) 酒井 明夫, 自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究, 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
- 4) Vannoy SD, Fancher T, Meltvedt C, Unützer J, Duberstein P, Kravitz RL., Suicide inquiry in primary care: creating context, inquiring, and following up. Ann Fam Med. 2010 ; 8 : 33-9.

目標 2：

プライマリケア医はアルコール問題をスクリーニングして、アルコール問題があれば短期介入を行えるようにする。

論理的根拠：

アルコール依存症は、身体疾患、精神疾患、自殺などと関連が深いですが、その大部分は臓器障害を理由にプライマリケア医や消化器内科、糖尿病内科などの専門医を受診しており、アルコール専門医による根本的な治療を受けている患者は少ない(文献1～3)。病棟担当医やプライマリケア医が、アルコール依存者に対して、飲酒問題をスクリーニングすることは、アドヒアランス不良などの問題点を確認し、診療の質の向上にも繋がるのが期待される(文献4、5)。そして、医師がアルコール問題に短期介入することは死亡率を改善することなどが示されている(文献6、7)。

現在の政策的背景：

アルコール依存症に対しては、薬物依存・乱用対策として、および常習飲酒運転者対策として予防活動が実施されている。また、平成20年からは自殺総合対策大綱においても、うつ病以外の危険因子である薬物依存症やアルコール依存症が取り上げられ、調査研究や体制の整備など重点施策としておこなわれている。平成21年度から、薬物・アルコール依存症対策の充実を図るため、都道府県等からモデル地域を選定し、各モデル地域において依存症対策推進計画を策定のうえ、地域の実情に応じ、自助団体及び家族会の支援、治療共同体の開設などの事業を実施されている。しかし、アルコール依存症とプライマリケア医および臓器別専門医などが学会を挙げて協力し、アルコール問題に対応するまでには至っていない。

鍵となる活動領域：

- ・飲酒運転を含むアルコール問題についての強化月間と設定し、一般住民への啓蒙活動を行う。
- ・各学会、医師会と連携して、アルコール依存症のスクリーニングと介入方法を修得する研修会を設ける。
- ・各地の行政が主体となり医師会ごとで、プライマリケア医と専門医と、アルコール専門医のネット

ワークを築く。

- ・医師、薬剤師、看護師の養成課程にて、アルコール問題・依存症について教育を行う。また、講義スライドなどを作成し、均一な内容で講義が行えるようにする。

今後の必要となる施策：

- ・各学会が横断的に自殺対策、アルコール依存症問題に取り組めるように人的・財政的な支援を行う。
- ・アルコール問題と自殺などのハイ・リスク地区をモデル地区として、アルコール依存症に取り組めるように予算的措置を講じる。
- ・医療者の養成課程でアルコール問題を教育するように、カリキュラムの改訂を検討する。そして、講義スライド・資料の作成および担当講師の研修の場を提供できるように人的な支援と予算的措置を講じる。

文献リスト：

- 1) Akazawa M, Matsumoto T, Tachimori H, Takeshima T, Suicide-related phenomena and mental health status in alcoholics: a survey of Danshu-kai, Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2010 ; 112 : 720-33.
- 2) Maurizio Pompili, Gianluca Serafini , Marco Innamorati , et al. , Suicidal Behavior and Alcohol Abuse, Int. J. Environ. Res. Public Health. 2010 ; 7 : 1392-1431.
- 3) Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians, Am Fam Physician. 2009 ; 80 : 44-50.
- 4) Bryson CL, Au DH, Sun H, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA., Alcohol screening scores and medication nonadherence, Ann Intern Med. 2008 ; 149 : 795-804.
- 5) Saitz R, Horton NJ, Cheng DM, Samet JH., Alcohol counseling reflects higher quality of primary care, J Gen Intern Med. 2008 ; 23 : 1482-6.
- 6) McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V., Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011, Issue 8. Art. No. : CD005191. DOI: 10.1002/14651858.CD005191.pub3.
- 7) Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED., Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 2. Art. No. : CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

日本臨床精神神経薬理学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容
(自由記載)

- 精神科薬物療法の有効性と限界を正しく伝えるようにお願いしたい。
- 薬物療法に関しては否定的な情報が過大に喧伝され、治療導入及び継続を困難にしている点は自殺総合対策を遂行していく上で障害になりかねない。

(次ページに続く)

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1 :

精神科薬物療法についての正しい知識の普及を図る

論理的根拠 :

精神科薬物療法の誤解を解き、正しい知識の普及を図ることは、受診率、治療の継続率をあげて自殺率を下げることにつながる。その根拠としては、以下のようなことが挙げられる。

米国では抗うつ薬の使用量の増加に反比例して自殺が減少しており¹⁾、北欧でも同様である²⁾。抗うつ薬と自殺関連事象の相関をみたメタ解析によると、成人においては抗うつ薬は自殺リスクを減少させる³⁾。自殺企図の生じやすい時期は抗うつ薬の投与開始から2週間以内の治療開始早期であるが、それでも投与開始の前週よりは低下する⁴⁾。ただし、未成年者においては、抗うつ薬の使用が他の年代に比し相対的に自殺率を高めることも指摘されている³⁾。

これらから、適切な抗うつ薬の使用は自殺の減少に貢献できると考えられるが、未成年者などには投与に慎重である必要があること、とくに治療開始時期には慎重な経過観察が必要である。

うつ病の治療において、治療の継続率が高いほど寛解率も高まることが知られているので⁵⁾、障害や治療、抗うつ薬の知識をよく伝え、1回の受診に終わらせず、加療が継続することが重要である。

一方、双極性障害のうつ状態（双極性うつ病）は単極性のうつ病よりも自殺率が高い。双極性うつ病の薬物療法は、気分安定薬が推奨され、抗うつ薬は推奨されない⁶⁾。うつ状態への薬物療法を行う際には、双極性障害を見逃さないことも重要である。

これらを総合すると、適切に選択された患者に対して、適切な知識提供とともに薬物療法を行うことは、気分障害治療の継続率・寛解率を高め、自殺防止に貢献できると考えられる。すなわち、診断評価、薬物の選択・用量の設定、治療戦略全体における薬物療法の位置づけが適切に実行されることまで含めた教育・啓発の成果が達成されなければならない。

現在の政策的背景 :

一般住民や医師、精神科医に対するうつ病の啓発は以前と比較して充実してきたため、うつ病患者が薬物療法を受ける機会は増大してきていると思われる。しかし、真に適切な薬物療法が過不足なく行われているとは言いがたく、不適切な治療は有害なこともあるため、十分な自殺抑止効果としては現れていないと思われる。

鍵となる活動領域：

- 1) 一般住民に対する精神科薬物療法の知識の普及、啓発
- 2) かかりつけ医及び精神保健に関わる職種に対する精神科薬物療法の知識の普及、啓発
- 3) 専門医に対する精神科薬物療法に関する知識の安定的供給

今後必要な政策：

- 1) 一般住民に対してさまざまなチャンネルを通じて薬物療法の有効性を伝える。
- 2) かかりつけ医、精神保健相談窓口担当者が薬物療法を適切に説明できるモデルの開発。
- 3) 専門医に対する紹介のネットワーク作りを地域内にシステム化し、診療報酬制度にも大胆に導入する。

文献リスト：

- 1) Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *J Clin Psychiatry*. 65(11):1456-62. 2004.
- 2) Isacsson G. Suicide prevention--a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand*. 102(2):113-7. 2000.
- 3) Friedman RA, Leon AC. Expanding the black box - depression, antidepressants, and the risk of suicide. *N Engl J Med*. 356(23):2343-6. 2007.
- 4) Simon GE, Savarino J. Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 164(7):1029-34. 2007
- 5) Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US et al. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *J Clin Psychiatry* 66(2): 220-227, 2005
- 6) 日本うつ病学会治療ガイドライン I. 双極性障害. 2011

日本老年精神医学会

平成 23 年 9 月 13 日, Version 1.0

自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書

日本老年精神医学会

担当 栗田 圭一

1) 平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容

- 世代別の自殺の実態，特徴，危険因子，自殺対策の基本的な方向性について，より具体的な記述が行われた方がよい。
- 日本は世界一の長寿国であるが，高齢者の自殺死亡率も高い。世界保健機関に登録されているデータを見ると，主要国 G8（日本，ドイツ，英国，米国，フランス，イタリア，カナダ，ロシア）の中でわが国の男性の前期高齢者の自殺死亡率は第 2 位，後期高齢者の自殺死亡率は第 4 位であるが，女性の前期高齢者と後期高齢者の自殺死亡率は共に第 1 位である。こうした観点からもわが国の高齢者の自殺対策の重要性に注意が向けられるような記述が望まれる。
- わが国の 75 歳以上の後期高齢者人口は今後急速に増加し，それに伴って単身または夫婦のみ世帯，要介護，慢性疾患，うつ病等の精神障害，認知症，生活困窮を伴う後期高齢者が増大することが予測されている。高齢者の自殺対策という観点からは，このような高齢者が社会から排除されることなく，いつまでも安心して暮らすことができる“地域社会をつくる”という方向性を示すことが重要かと思われる。

2) 現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動

目標 1:

健康教育、孤立予防、地域づくりという観点からの高齢者の自殺予防活動（1次予防活動）を推進する。

論理的根拠:

うつ病および抑うつ状態は高齢者の自殺関連行動の重大な危険因子であるが（文献 1）、うつ病をはじめとするメンタルヘルスの知識は高齢者であるほど低い（文献 2）。また、社会的孤立やソーシャル・サポートの欠如は高齢者の抑うつ状態と自殺関連行動の重大な予測因子であるが（文献 3, 4, 5）、今後急速に増加することが予測されている単身・夫婦のみ世帯、要介護、慢性疾患、精神障害、認知症、生活困窮などの複合リスクを抱える高齢者は、社会的に孤立する傾向をもち、地域社会から排除される危険性を孕んでいる（文献 6）。さらに、地域におけるソーシャル・キャピタルは、地域に住む人々のメンタルヘルスのレベルと相関することが明らかにされているが（文献 7）、都市化の進展、住民同士の交流の希薄化、少子高齢化、地域の崩壊によって、ソーシャル・キャピタルは今後ますます低下することが懸念される。こうしたことから、高齢者の自殺予防対策においては、健康教育、孤立予防、地域づくりに焦点を定めた 1次予防活動を展開することが重要である。実際に、青森や秋田の小規模自治体では、健康教育や地域づくり型の自殺予防活動によって自殺死亡率を低下させることができたというエビデンスがある（文献 8, 9, 10）。

現在の政策的背景:

うつ病を含む高齢者のメンタルヘルスに関する健康教育や高齢者の孤立予防をめざした地域活動は、自治体レベルでは健康増進事業、介護予防事業、精神保健事業などさまざまな枠組みの中で実施されている。また、「新しい公共」という理念の下で、NPO 法人やさまざまな民間団体が社会的包摂をめざした地域づくり活動を展開している。しかし、その効果は局地的であり、一過性である。こうした活動をいかに普及していくか、特に大都市およびその周辺地域においては、民間団体と連携した地域づくり活動を如何に支援していくかが課題となる。

鍵となる活動領域:

- 1) 多様な手法や媒体を用いたうつ病等のメンタルヘルスの健康教育
- 2) 地域住民や民間団体によって展開されるさまざまな地域づくり活動

今後必要な政策:

後期高齢者の増加とともに、単身、要介護、慢性疾患、精神障害、認知症、生活困窮などの複合リスクを抱え、社会的に排除され、孤立する傾向をもつ高齢者が増加することが予測されている。複合リスクを抱える高齢者の暮らしを支援する住民活動や NPO 等の民間団体の活動を行政や学術団体で支援する枠組みを作る必要がある。特に、今後急速に高齢者人口が増大する大都市およびその周辺地域において、こうした活動を普及させる取り組み

みが必要である。

文献リストおよび可能であれば文献：

- 1) 栗田主一：高齢者の自殺とその予防。精神経誌， **107**：1099-1109 (2005).
- 2) Kaneko Y, Motohashi Y：Male gender and low education with poor mental health literacy；Population-based study. *J Epidemiol*, **17**(4)：114-119 (2007).
- 3) Awata S, Seki T, Koizumi Y, Sato S, et al.：Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population；A community-based, cross-sectional study. *Psychiatry Clin Neurosci*, **59**(3)：327-336 (2005).
- 4) 小泉弥生，栗田主一，関 徹，中谷直樹ほか：都市在住の高齢者におけるソーシャル・サポートと抑うつ症状との関連。日老医誌， **41**：426-433 (2004) .
- 5) Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S, Ohmori K, et al.：Association between social support and depression status in the elderly; Results of a 1 year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, **59**: 563-569 (2005).
- 6) 本橋 豊，金子善博，藤田幸司：高齢者の社会的孤立と自殺，自殺予防対策。老年精神医学雑誌， **6**：672-677 (2011).
- 7) 本橋 豊，金子善博，山路真佐子：ソーシャル・キャピタルと自殺予防。秋田県公衆衛生学雑誌， **5**：21-31 (2005).
- 8) 渡邊直樹：地域における高齢者自殺予防活動；青森県の実践から。老年精神医学雑誌， **19**：198-204 (2008).
- 9) Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, et al.: Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci*, **59**: 337-344 (2005).
- 10) 大山博史，渡邊直樹，大野 裕，坂下智恵：健康教育と集団援助を用いた地域介入による高齢者自殺予防活動の効果評価。精神経誌， **110**：731-738 (2008).

目標 2 :

うつ病を含む高齢者の精神障害の早期発見，保健師等によるアウトリーチ，医療機関への受診勧奨を含む地域介入（2次予防活動）を自治体の事業として実施する。

論理的根拠 :

うつ病および抑うつ状態は高齢者の自殺関連行動の重大な危険因子である（文献1）。うつ状態スクリーニングを用いて抑うつ状態にある高齢者を早期に発見し，保健師等のアウトリーチによって心理・社会的サポートを提供し，状態に応じて医療機関への受診につなげる地域介入は，小規模自治体において自殺死亡率を有意に低下させることが報告されている（文献2, 3, 4, 5, 6）。また，大規模自治体においても，介護予防事業や精神保健事業の枠組みの中で本事業の実施が試みられており，一定の成果をあげている地域もある（文献7）。

現在の政策的背景 :

介護保険制度は平成18年度より「予防重視型システム」へと大きく転換し，要介護認定非該当者を対象に地域支援事業介護予防が行われるようになった。この事業には「うつ予防・支援」事業が含まれており，その枠組みの中で自治体は高齢者のうつ病・抑うつ状態の予防をめざした地域介入（2次予防活動）を事業化することができる。しかし，「うつ予防・支援」事業が効果的に運用されている地域は極めて少ない。それには，事業に取り組む人材の絶対的な不足とともに，行政の内部において高齢者担当部門と精神保健担当部門が連携することの難しさが関連している。

鍵となる活動領域 :

- 1) うつ状態スクリーニング
- 2) 保健師や看護師のアウトリーチによる心理社会的ケア
- 3) 保健福祉センターや地域包括支援センターなどの相談窓口の開設
- 4) ケースカンファランスの開催
- 5) 医療機関との連携体制の構築

今後必要な政策 :

関係する担当部門間での連携体制の構築，保健所・保健福祉センター・地域包括支援センター・医療機関の間での連携体制の構築，一般医療機関（かかりつけ医）と専門医療機関（精神科）の間での連携体制の構築を推進する施策が必要である。

文献リストおよび可能であれば文献 :

- 1) 粟田主一：高齢者の自殺とその予防。精神経誌，**107**：1099-1109 (2005)。
- 2) 高橋邦明，内藤明彦，森田昌宏，須賀良一ほか：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動；老年期うつ病を中心に。精神経誌，**100**：469-485 (1998)。
- 3) Oyama H, Goto M, Fujita M, Shibuya H, et al.: Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis*, **27**: 58-65 (2006)。

- 4) Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, et al.: Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist*, **46**: 821-826 (2006).
- 5) Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Tanaka E, et al.: Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, **60**: 110-114 (2006).
- 6) 大山博史, 渡邊洋一, 坂下智恵, 森本しげみほか: 地域介入による高齢者自殺予防; 本邦における介入研究の分析と統合. *ストレス科学*, **21**: 1-10 (2006).
- 7) 栗田主一, 佐藤泰啓, 藤原砂織, 高橋ふみ: 地域における高齢者自殺予防活動; 仙台市を中心に. *老年精神医学雑誌*, **19**: 211-217 (2008).

GID（性同一性障害）学会

平成 23 年 10 月 31 日, Version 1.2

自殺総合対策大綱改正に向けての要望書

平成23年9月30日

GID（性同一性障害）学会

理事長 中塚幹也

岡山大学大学院保健学研究科 教授

岡山大学病院ジェンダークリニック医師

はじめに

平成24年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において、ぜひ、ジェンダー、セクシュアリティの視点で、自殺を考え、対応していく内容を盛り込んで頂きたいと思い、要望書を提出させていただきます。

現在、医師として性同一性障害の診療に当たるとともに、GID（性同一性障害）学会の理事長として学会の運営をさせて頂いております。このような立場で、意見を述べさせていただきます。

（1）性同一性障害当事者における自殺

性同一性障害（Gender Identity Disorder: GID）とは、「性自認（心の性）」と「身体の生物学的性（身体の性）」とが異なる状態であり、性別違和感のため、自分の身体の性を強く嫌い、その反対の性に強く惹かれた心理状態が続きます。

岡山大学病院は、性同一性障害の総合的診療を行なう拠点となる病院となっており、「岡山大学病院ジェンダークリニック」を1999年の開設以後、多くの方々の診療を行なっております。2009年までの岡山大学病院ジェンダークリニック受診者の自殺に関連するデータでは、以下のようになっています(表1)。

表 1. 性同一性障害における種々の問題

	全症例	MTF	FTM
自殺念慮	58.6% (676/1154)	63.2% (268/424)	55.9% (408/730)
自傷・自殺未遂	28.4% (327/1153)	31.4% (133/423)	26.6% (194/730)
不登校	29.4% (341/1158)	30.8% (131/425)	28.6% (210/733)
精神科合併症	16.5% (189/1148)	25.1% (106/422)	11.4% (83/726)

MTF: Male to Female (心は女性, 身体は男性), FTM: Female-to-male (心は男性, 身体は女性)

受診者の過半数が自殺念慮を持っていた時期があり、実際に自傷や自殺未遂に到ったものも28%を超えています。また、特にMTF当事者（心は女性、身体は男性）においては、身体の男性化が取り戻しにくいことや社会との摩擦を持ちやすいため、うつや神経症などの精神科合併症を高率に持ちます。

自殺念慮の発生時期の第1のピークは思春期であり、第2次性徴による身体の変化による焦燥感、中学での制服の問題、恋愛の問題などが重なる時期です(表2)。このため、学校での対応は重要であり、また、それぞれの家庭でそれを理解するためには一般社会、市民への啓発は重要です。自殺念慮の発生時期の第2のピークは社会へ出る前後です。就職、結婚などの問題で困難を感じ、自殺念慮が発生していると考えられます。やはり、企業や地域社会での理解を得るための啓発が重要であると考えます。

表2. 自殺念慮の発生時期

	全症例 (n=454)	MTF (n=178)	FTM (n=276)	p 値
小学校	49 (12.6%)	17 (11.2%)	32 (13.6%)	n. s
小学・中学校	5 (1.3%)	2 (1.3%)	3 (1.3%)	n. s
中学校	143 (37.0%)	53 (34.9%)	90 (38.3%)	n. s
中学・高校	26 (6.7%)	10 (6.5%)	16 (6.8%)	n. s
高校	35 (9.0%)	14 (9.2%)	21 (8.9%)	n. s
大学・社会等	129 (33.3%)	56 (36.8%)	73 (31.1%)	n. s

MTF:Male to Female(心は女性,身体は男性),FTM:Female-to-male(心は男性,身体は女性)

(2) 学校での性同一性障害への対応のお願い

2010年2月、埼玉県の公立小学校の2年生の男の子が女の子としての登校を認められたと報道され(毎日新聞2月12日)、4月に文部科学省は都道府県教委へ「性同一性障害の児童・生徒に対する教育相談の徹底と本人の心情に配慮した対応を」と通知しました。このため、学校においても性別違和感を持つ子どもの支援を考える機会が増えています。

私達の行なった、小・中学校の人権担当研修会に参加した教員への調査では、

約 24% (4 人に 1 人) が学校で性別違和感をもつ子どもに接しており、約 11% (9 人に 1 人) が自身で担任していたと回答しています。しかし、「GID についてよく知っている」教員は 14.2% であり、実際に性別違和感をもつ子どもに接した教員も「対応できなかった」42.9%、「問題なさそうなので対応しなかった」19.0% と、過半数が対応していませんでした。

学校保健の役割としては、①性同一性障害の子ども自身への支援、②在校生全体が多様な性への理解を深めるための教育、③保護者への性同一性障害に関する情報提供の 3 つが挙げられます。言いだせない子どもがいる以上、あるいは、当事者がいることがわかっている以上、当然ながら在校生全体に性同一性障害を含む多様な性への理解を深めるための教育が必要になります。

これらは、性同一性障害や同性愛など、いわゆるセクシャルマイノリティの子どもが相談しやすい環境を整え、いじめを受けにくくすることにつながります。さらに将来、依然として性同一性障害に対する偏見や差別が社会に存在しているとすれば、それを変えていくことに役立つと考えます。

もちろん、性別違和感が軽い場合や揺れのある場合は、子どもの時期に性同一性障害と診断するのは難しいことがあります。また、最終的にすべてが性同一性障害と診断されるとは限らず、診断されても治療を必要としないこともあります。しかし、悩みを持っている子どもがいるのであれば、教育的視点とともに医療的視点でも経過を観察し、場合によっては支援をする必要があります。

学校医には、教員や保護者へ医学的説明を行い、医療施設受診の同意を得る支援、あるいは、引きこもりや自殺企図などに対して緊急避難的に医学的判断を行い、学校や専門医療施設と協働して対応することが望まれます。

学校でのこのような取り組み、あるいは、教育と医療の連携が広がるように求めて頂くことを要望いたします。

(3) 就労の場での性同一性障害への対応のお願い

2009年には山口県でFTM当事者が職場を解雇されたのちに自殺し、遺族が会社側に訴訟を起こしたことが報道されています(2009年12月共同通信)。性同一性障害当事者の解雇事例などは診療の場面でも頻繁に遭遇し、性同一性障害を理由に内定解消をされたとしてGID当事者が訴訟を起こした事例なども報道されています。

2010年に、私達の行なった就労状況の調査でも、性同一性障害に関連した辞職や解雇は高率に見られています(表3)。また、職場で性同一性障害に関連した困難を感じることも多いという結果でした(表4)。

表 3. 性同一性障害当事者の辞職と解雇の経験

	全体 n=55	MTF n=30	FTM n=25	p 値
辞職の経験				
経験あり	71.2% (37/52)	62.1% (18/29)	82.6% (19/23)	n. s.
辞職と GID の関連				
関連あり	55.6% (20/36)	55.6% (9/18)	61.1% (11/18)	n. s.
解雇された経験				
経験あり	23.5% (12/51)	25.0% (7/28)	21.7% (5/23)	n. s.
解雇と GID の関連				
関連あり	54.5% (6/11)	57.1% (4/7)	50.0% (2/4)	n. s.
経験した職場数 (転職)	n=50	n=26	n=24	
	4.5±3.5	4.5±4.0	4.4±3.0	n. s.

n. s. : 有意差なし

MTF:Male to Female(心は女性, 身体は男性), FTM:Female-to-male(心は男性, 身体は女性)

表 4. 就労環境についての困難

	全体 n=55	MTF n=30	FTM n=25	p 値
困難あり	82.0% (41/50)	79.3% (23/29)	85.7% (18/21)	n. s.
就労環境の困難と GID との関連				
関連あり	90.2% (37/41)	87.0% (20/23)	94.4% (17/18)	n. s.
困難についての相談				
相談した	35.0% (14/40)	26.1% (6/23)	47.1% (8/17)	n. s.

n. s. : 有意差なし

MTF:Male to Female(心は女性, 身体は男性), FTM:Female-to-male(心は男性, 身体は女性)

就労の場において、性同一性障害への正しい知識を啓発し偏見や誤解を解消することは性同一性障害当事者への快適な職場の提供につながります。ジェンダーやセクシュアリティの視点に立った人権研修などの取り組みや職場環境の整備は重要です。

企業などでのこのような取り組み、あるいは、教育と医療の連携が広がるように求めて頂くことを要望いたします。

(4) 性同一性障害などに対応する専門家の養成促進のお願い

現在の日本では、依然として、ジェンダーやセクシュアリティに関する問題に対応することのできる支援者は非常に不足しています。医師や看護師などの医療関係者、学校や企業のカウンセラー、教員などの教育カリキュラムの中で、このような問題に触れ、考える機会を増やすような取り組みを求めて頂くことを要望いたします。

おわりに

GID(性同一性障害)学会においても、専門家の養成や各種の学術的な研究などを通して、ジェンダーやセクシュアリティに関連した自殺の防止に取り組む必要性を感じております。また、学校や企業での取り組みへも協力したいと考えております。

性同一性障害以外にも、同性愛（ホモセクシュアル）や性分化疾患(インターセックス)などにおいても、ジェンダーやセクシュアリティに関連した自殺が高率な状況があります。平成24年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において、ぜひ、ジェンダー、セクシュアリティの視点で、自殺を考え、対応していく内容を盛り込んで頂くことを再度、お願いいたします。

文献

- 1) 中塚幹也：学校保健における性同一性障害：学校と医療との連携。日本医事新報 No. 4521：60-64, 2010.
- 2) 針間克己, 石丸徑一郎。「性同一性障害と自殺」精神科治療学 25：247-251, 2010.
- 3) 中塚幹也：「新連載：性同一性障害の生徒の問題に向き合う」。中学保健ニュース第1445号付録, 第1446号付録, 第1447号付録, 少年写真新聞社, 2009.
- 4) 中塚幹也, 安達美和, 松尾環, 他：性同一性障害の説明と治療を希望する年齢に関する調査。母性衛生 46：543-549, 2006.
- 5) 松嶋淑恵, 関井友子：性別違和をもつ人々の雇用と収入に関する実態分析。GID（性同一性障害）学会雑誌 3:13-19, 2010.