

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

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’ (厚生科学研究費補助金事業自殺対策のための戦略研究) : その背景と研究の概要

河西 千秋^{1,6)}, 平安 良雄^{1,6)}, 有賀 徹^{2,6)},
石塚 直樹^{3,6)}, 山田 光彦^{4,6)}, 高橋 清久^{5,6)}

- 1) 横浜市立大学医学部精神医学教室, 2) 昭和大学救急医学講座, 3) 国立国際医療センター,
4) 国立精神・神経センター, 5) 財団法人精神・神経科学振興財団,
6) Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention (J-MISP)

わが国の自殺者数は毎年 3 万人 (自殺率約 25/10 万人) を越え深刻な社会問題となっている。2006 年には自殺防止対策を推進する目的で自殺対策基本法が施行され, 2007 年には自殺総合対策大綱が策定されたが, しかしこれは国家レベルでの自殺予防対策がようやくスタート地点に立ったということの意味するもので, 実効的な対策の立案とその実現が, わが国の喫緊の課題となっている。

一方, 2005 年より厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業戦略研究課題のひとつとして「自殺対策のための戦略研究」が実施されている。このうち, 「自殺再企図防止に対するケース・マネジメントの効果: 多施設共同による無作為化比較試験 (ACTION-J)」は, 過去の自殺企図がその後の自殺既遂の強力な危険因子であるという根拠に基づき, 自殺再企図防止の方略を開発する目的で計画された。当該研究では, 救命センターに搬送される自殺未遂者に対して救命医・精神科医, 看護師, そして医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士, 心理士からなる多職種チームが介入を行い, 迅速な心理的危機介入, 精神医学的評価と心理教育を含む精神科治療がなされ, そして心理社会的評価に基づいたソーシャル・ワークが実施される。「マネジメント介入群」に対しては定期的にケース・マネジメントが実施され, 個別のかつ複合的ケース・マネジメントが自殺再企図防止に効果的か否かを最終的に評価する。当該研究は, 精神医学領域において本邦初の大規模 RCT であり, その成果が, 直接わが国の自殺予防対策に繋がるものと期待されている。

＜索引用語: 介入, 救急医学, 自殺企図, 自殺予防, 無作為比較化試験＞

I. はじめに

わが国では, 1998 年までの 10 数年間, 自殺率は 10 万人対で 17~20 前後で推移してきたが, 1998 年に自殺者数が前年度比 30 % 以上という異常増加を来し (同年の自殺率は 26.0)。その年から以後, 自殺者数は 9 年連続で 3 万人を超えた高止まりの状況が続いている (図 1)¹⁰⁾。2000 年前後の時点で日本の自殺率は第 10 位で, 先進国

の中では最上位にある。

英国や北欧諸国, オーストラリアなどの国々では, 国家レベルから地域に至るさまざまな自殺対策が実施され, スカンジナビア諸国では 1980 年初頭まで今の日本よりもはるかに高い自殺率を示していたが, その後, 自殺率は日本より低い水準にまで低減した。英国では, 1995 年~1997 年の平均自殺率が 9.2 であったが, さらに 2009 年に

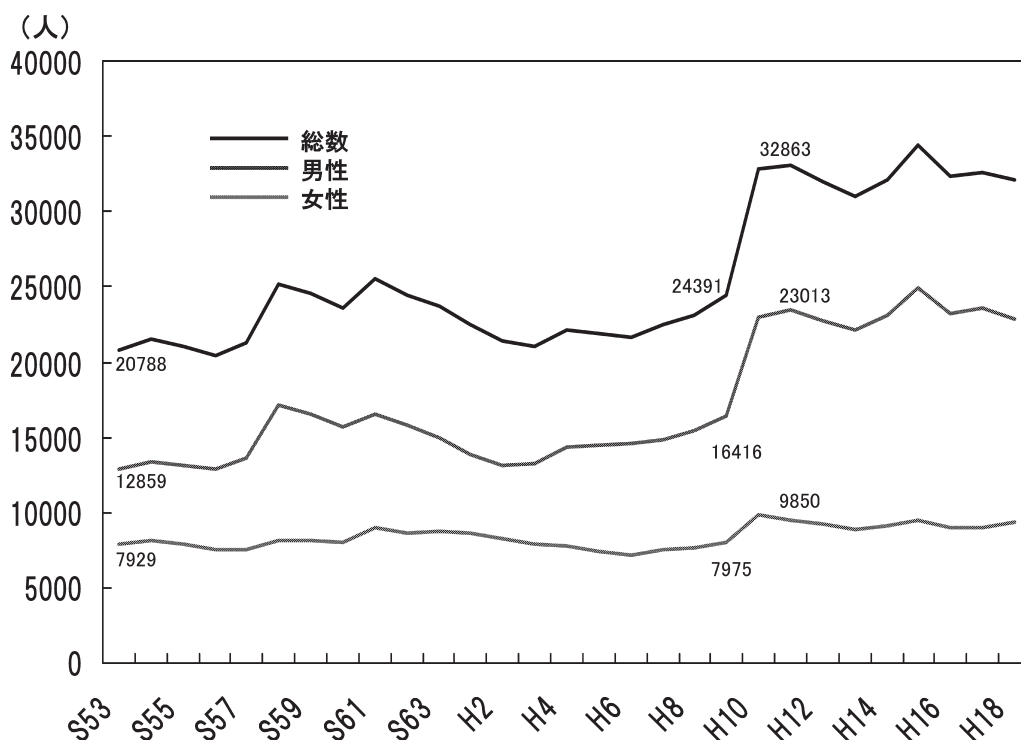


図1 日本の自殺者数の推移（昭和53年から平成18年）

7.3まで減らすことを目標としている。一方の日本では、国としての自殺対策はなおざりにされてきた感があり（例えば、交通事故死対策と比較してみればわかりやすいだろう）、1998年以降も、自殺問題がまるで膠着化したような状況にあったが、2002年の自殺防止対策有識者懇談会（厚生労働省）による提言、参議院厚生労働委員会の「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を経て、2006年には自殺対策基本法が施行された。そして2007年には自殺総合対策大綱が策定された¹¹⁾。これにより、ようやく日本全体としての自殺対策がスタートラインまで辿り着いたといえる。

本稿では、自殺対策の一環として開始された厚生労働科学研究費補助金事業「自殺対策の戦略研究」の2つのプロジェクトのうちのひとつ、「自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの

効果：多施設共同による無作為化比較研究（略称：救急介入研究「ACTION-J」⁸⁾）について、その背景や概要と意義について述べる。また本論を通じて、自殺予防が精神医学の課題であることを確認したい。

II. 自殺関連行動に関する誤解と真実： 自殺の危険予測因子について

自殺もしくは自殺企図者の実態を正確に把握し、その本質を正しく理解することが自殺予防の第一歩であるが、しかしわが国では対策の遅れもあって、そもそも自殺者・自殺未遂や自傷など自殺関連行動の実態把握は不十分である。また自殺の話題はタブー視されることが多いことから、これらの事柄にはしばしば誤解が付きまとう。表1に、よく耳にする「自殺に関する虚構・誤解」についてまとめた。

表1 自殺にまつわる虚構・誤解

- ・自殺は若い人に多い
- ・自殺の動機で最も多いのは経済的なこと（自殺問題＝経済問題）である
- ・自殺する人は死ぬことを完全に決意している
- ・自殺の多くは何の前兆もなしに起こる
- ・自傷行為を繰り返す人は自殺しない
- ・遺族の苦しみは時間が解決してくれる
- ・自殺未遂者はそっとしておいたほうが良い、声かけなどしないほうが良い
- ・「冷静に死を選んだ」
- ・自殺は個人の哲学、死生観の問題である
- ・自殺をしようとする人の気持ちは変えられない
- ・自殺を防ぐことは不可能である

表2 自殺の危険予測因子

- [訴えや態度]
- 死の願望・自殺念慮
- 絶望感
- [既往歴・家族歴]
- 自殺企図の既往
- 自殺の家族歴
- [生活環境、ライフ・イベント]
- 離別・死別
- 失業や経済破綻
- [症状、疾病]
- 精神疾患
- 悪性腫瘍、進行性疾患
- 身体機能の喪失

自殺に関連して曲解されていることのひとつに、「自殺問題＝経済問題」論というものがある。経済問題を含めた社会の急速な変革、そして失職は確かに自殺の危険因子である。しかしこれが強調されすぎると、経済対策こそが自殺対策であるかのような妙な方向付けがなされてしまう。しかし、もちろん人は、「失職→自殺」のような簡単な図式で死に至るわけではない。「自殺問題＝経済問題」のような皮相的な理解の仕方は、人々の目を最も大切なこと——すなわち自殺問題の多面性や複雑性への理解と真の自殺予測因子への介入可能性——からそらすことになる。ちなみに、スウェーデンを例に挙げれば、この国では1980年代以降、失業率の大きな増減に関わらず自殺率は直線的に漸減を続けている。人が自殺に至るまでには、そこにさまざまな因子が多元的に存在し、プロセスがある。私達は、明日の日本の経済をひとりの力では変えられない。しかし、自殺の危険予測因子を正しく理解し適切に対応することができれば、目の前のハイリスク者の自殺を防ぐことができる。これまでの先行研究により、すでに自殺の危険予測因子が明らかにされている（表2）。

III. 2つの強力な危険因子、「自殺未遂・自傷の既往」と「精神疾患罹患」について

1. 自殺未遂ないしは自傷の既往

自殺未遂の既往は、最も強力な予測因子のひとつ

であり、その手段や程度にかかわらず重要である¹⁵⁾。フィンランドで行われた自殺既遂者調査によれば、40%以上に過去の自殺未遂がある¹⁹⁾。自傷・自殺未遂者を9年以上追跡し得た研究では、その3～12%が自殺の転帰を迎っている¹⁷⁾。

自殺未遂の既往だけでなく、自傷行為も重要な危険因子である。自傷後1年以内の自殺の相対危険度は66倍であること⁴⁾、非致死的な自傷行為を行って精神科を受診した患者のうち、19%が1年以内に大量服薬による自殺企図に至ったということが報告されている¹²⁾。自傷行為への対応は、今や精神科臨床において日常的なことであるが、実際に青少年の間では自傷行為は増えており^{7,23,24)}、あるいは、世界的な自殺者年齢分布の低下傾向²¹⁾はこれと無縁ではないかもしれない。あらためて、自傷・自殺未遂・自殺は連続したスペクトラムであることを強調したい。

2. 精神疾患

精神疾患の罹患が危険因子であることも、多くのエビデンスが示している。これまでの心理学的剖検研究を総合すれば、自殺既遂者の80%以上が自殺遂行時に精神疾患に罹患していたことが示されている（表3）^{2,3)}。日本の警察庁の調査¹⁰⁾によれば、自殺の動機で最も多いのは「健康問題」とされるが、この中にはうつ病者、もしくは精神疾患罹患者が抱く身体不調感、身体化症状・心気

表3 自殺者のほとんどは精神疾患を抱えていた
(文献¹⁴⁾から改編引用)

疾患分類	頻度
うつ病、躁うつ病など	30.2 %
依存症など	17.6 %
統合失調症	14.1 %
器質性精神障害	6.3 %
その他の精神病的障害	4.1 %
不安障害・身体表現性障害	4.8 %
適応障害	2.3 %
その他の精神疾患	5.5 %
人格障害	13.0 %
精神科疾患なし	2 %

診断はICDとDSMに拠る。1959年から2001年に世界各国から発表された論文を基に、15,629人の自殺者について分類されたものである。

症状なども包含されているものと推測される。

自殺者の生前の罹患精神疾患をみるとうつ病の占める割合が最も多い。しかし、見方を変えればうつ病に関連する自殺は全体の30%前後であり、うつ病対策をすれば自殺対策は十分ということでもない。なお、これら精神疾患に罹患した自殺者の過半数が精神科を受療していないといわれる。最近、日本で実施された精神疾患の有病率と受療に関する疫学調査からみて、日本においてもこれは同様であろう²⁰⁾。

自殺問題は、精神医学の中にあつては精神科治療学、薬物療法の問題であつたり、個々の精神疾患における病態、遷延化・難治性の問題であつたり、精神保健のありかたそのものの問題であつたりもするわけで、自殺問題は、精神医学のまさに中心的課題といえる。

IV. 自殺予防のためのハイリスク者への介入： 自殺未遂者への介入

1. 自殺未遂者への介入に関する先行研究の不足

自殺予防は、疾病予防と同様に1次、2次、3次予防に分かたれる。3次予防は、事後の対応・対策としての遺されたひとのケア/支援、心理学

的剖検がこれにあたる。また、自殺予防の方略は、1) 標的地域全体を対象としたアプローチ、およびヘルス・プロモーション活動、2) ハイリスク者へのアプローチに分けることができる。この項では、本論のテーマに関連するハイリスク者へのアプローチ、中でも自殺未遂者への介入について述べる。

欧米では、未遂者に対する無作為化比較介入試験による研究も行われており、自殺未遂者に対するアウトリーチや認知行動療法の有効性が検討されている¹⁸⁾。他にもハイリスク者に対する介入研究としては、ヘルプ組織への連絡手段を記した情報カードの有効性をみたものがある。しかし、これらの研究のほとんどが、対象者や介入ポイントが不明確であつたり、対象数が少なかつたりと研究デザインに問題があり、また結果の再現性に乏しく、従つて現時点では、明らかに自殺予防効果の高い方法というものは確立されていないというのが実状である。

2. 救命救急センターを拠点とした自殺未遂者への介入

著者の河西、平安らは、横浜市立大学附属市民総合医療センターにおいて2002年より高度救命救急センターを拠点とした自殺予防活動に取り組んでいる。救命救急センターを拠点に選んだ理由は明瞭で、1) そこに自殺企図者が集中し、2) 自殺企図が強力な自殺予測危険因子であり、3) そこでの取り組みの体系化は、すなわち効果的な自殺対策の開発につながる可能性が高いからであつた。高度救命救急センターに搬送されるようないわゆる重症自殺未遂者は、自殺既遂者とその特性の多くを共有していることが明らかで^{1,13)}、重症自殺未遂者への介入は自殺予防に直結する。

同センターに搬送される患者の実に15%~18%が自殺企図者であり、多職種からなる本学自殺予防研究チームは、自殺未遂者全例に対して危機介入と、精神医学的評価・心理社会的評価、それに基づく精神科治療（心理教育、精神療法、薬物療法など）の導入とソーシャル・ワークを行っ

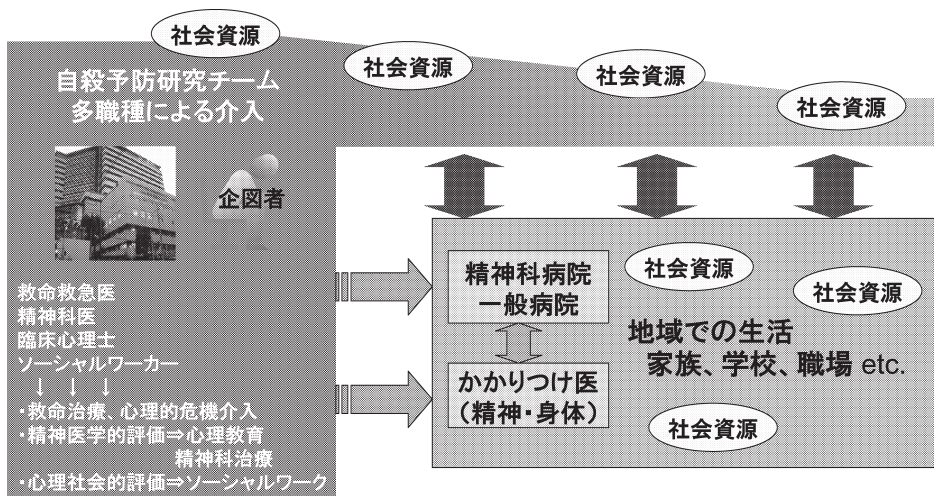


図2 自殺企図者に対する複合的な介入

心理的危機介入→医学的診立て・心理社会的評価→治療導入（心理教育を含む）・ソーシャルワーク→フォローアップというケース・マネジメントの流れを示す。自殺企図者のケアには、単に精神科を紹介するとか薬物療法・精神療法による狭義の精神科治療の導入だけでは不十分である。

ている（その活動を模式化し、図2に示した）。2005年からは精神科医が救命救急センターの常勤医として勤務している（現在2名）。これまでに約400人の自殺未遂者の背景データの解析を行ったが、DSM-IVのI軸に該当する精神疾患を有する患者が80%以上を超え（図3；Yamadaら）、精神医学の関与の必要性があらためて明らかとなった²⁵⁾。入院中の介入だけでなく、退院後の受療調整と生活支援のためのコーディネートも極めて重要であり、同センター退院後の予後調査（退院後の平均日数299日）では、自殺再企図の防止は完全ではないものの、再企図率は4.3%と、これまでに報告されている観察値^{6,9)}に比して低い値が示されている¹⁶⁾。

横浜市立大学病院と同様に、岩手医科大学病院、北里大学病院、関西医科大学病院などいくつかの大学病院で同様の活動が行われてきた。

V. 自殺対策のための戦略研究 救急介入研究の内容

戦略研究課題のうち「救急介入研究」は、上述

した横浜市立大学、岩手医科大学などの先進的取り組みを参考にプロトコルが作成された。すなわちこの研究では、1) 自殺未遂者に対する迅速な心理的危機介入、2) 精神医学的評価と診断、3) 心理社会的背景の評価、4) 自殺企図行動に関する心理教育と精神科治療の導入、5) ソーシャル・ワークを含めた個別性の高いケース・マネジメントの5つの柱が基本となる。当該研究の対象者は、救命救急センター（身体3次救急施設）に搬送された重症自殺未遂者である。救命センターで幸い命を取り留めた自殺未遂者すべてに対して、先進施設で行われている心理的危機介入、精神医学的評価と診断、心理社会的背景の評価、心理教育と精神科治療の導入、ソーシャル・ワークがなされる。このうち、当該研究について十分に説明を行い同意の得られた方については無作為割付けがなされ、いわゆる「マネジメント介入群」に対して複合的ケース・マネジメント（入院中・退院後）が定期的実施される。なお当該研究は、WHOの推奨する自殺未遂者に対する自殺予防研究計画書²¹⁾を参考に作成され、倫理的側面につ

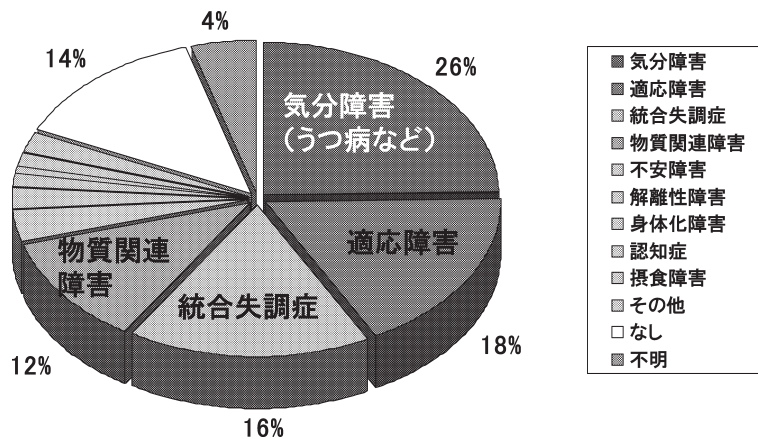


図3 重症自殺企図者399人の精神科診断 (DSM-IV, I 軸)

自殺者と同様に、80%以上の重症自殺企図者にDSM-IVのI軸に該当する精神疾患が見出された。高度救命救急センターに搬送されるような重症自殺未遂者は、自殺既遂者と多くの特性を共有するということが知られている。なお、死亡、極端に短い入院期間、意識障害の遷延などにより面接不可能な事例は不明に分類されている。

いてはさらなる配慮がなされている。同意説明は一定期間において2度繰り返し行われ、研究参加にはその都度の同意を要する。戦略研究統括推進本部のもとには有識者と厚生労働省職員から構成される倫理委員会が置かれ、他にも運営委員会、評価委員会、進捗管理委員会、データ・マネジメントセンターが設置され研究の運用が管理・監督されている（なお、倫理的側面については、各研究参加施設に付帯する倫理委員会の承認も要件となっている）。救急介入研究は、2006年6月22日に研究計画書が上記委員会で承認され、翌7月より研究が開始された。研究実施は17病院群からなり、200人を越える救命医、精神科医、看護師、心理士、精神保健福祉士、医療福祉士が実務に参加している（表4）。それぞれの病院群は、地域の医療・保健福祉ネットワークと連携している。

なお、当該研究では、これらの介入に加えて自殺未遂者のさまざまな背景調査も行われ、研究のアウトカムとの関連について検討することも可能である。この研究で得られるデータは、受療に至った自殺未遂者に関する詳細かつ包括的なものである。

表4 ACTION-J 研究班構成：介入対象者登録施設と参加組織・団体（50音順）

研究リーダー・研究班事務局
横浜市立大学精神医学教室
患者登録施設
岩手医科大学附属病院
大分県厚生連鶴見病院
大分大学医学部附属病院
大阪大学医学部附属病院
関西医科大学附属滝井病院
北里大学病院
近畿大学医学部附属病院
国立病院機構大阪医療センター
国立病院機構水戸医療センター
埼玉医科大学総合医療センター
埼玉医科大学病院
昭和大学附属病院
土浦協同病院
奈良県立医科大学附属病院
日本医科大学付属病院
横浜市立大学附属市民総合医療センター
学会
日本救急学会
日本総合病院精神医学会

VI. まとめにかえて：救急介入研究の意義とは

「自殺対策のための戦略研究」は、無論研究のための研究ではなく、「研究＝自殺予防活動」であり、すべての自殺未遂者に対して、現在のわが国における最高の水準の介入が行われている。しかし、わが国の医療一般における自殺未遂者、ハイリスク者への対応は、実際のところどのようになっているのだろうか。最近、明らかにされたわが国初の総合病院・一般病院における自殺事故に関する大規模調査によれば、多くの病院で自殺事故が生じている^{5,14)}。また、ほとんどの身体救急施設では、自殺未遂者は身体治療により生命の危機を脱すると、特に心理的ないしは精神医学的介入をなされることもなく退院しているというのが実状であろう。「自殺まで試みた、心理的に傷ついた人々」に対して、自殺予防のためのマネジメントは、何らなされていないのである。しかし、これは救命医の責任ではない。救命医は、地域の需要に応じて毎日 24 時間、重症者の救命医療に全力を傾けている。自殺未遂者に適切な介入を行うためには、救急医療施設における心理臨床専門職の配置と自殺予防医療への何らかの経済的措置、そしてそれを可能にする医療制度面の見直しが必要である。

精神科医が救命センターに常駐する意味は大きい。著者らの活動する横浜市立大学の場合を例にあげると、精神科医の常勤配置以降、自殺未遂者や家族に対する精神科医の積極的な介入、救命センター受療患者に頻繁にみられる精神症状への対応、救命センター受療前から精神疾患に罹患している重症患者への対応、ご遺族への対応などを目の当たりにして、救命センターのスタッフの精神医療への理解は格段に深まった。精神科医はセンター内で自殺予防に関するレクチャーを定期的に行っているが、このことにより、俄然、現場のスタッフの意識がよい方向に変容している。教育は、スタッフだけでなく研修医や医学生にも行われるので、将来的な自殺予防の拡がり期待できる²²⁾。

自殺は複雑事象であり、これを抑止するためには多元的・複合的な取り組みが必要であり、医学

モデルだけで自殺問題を解決することはできない。しかし、これまで述べてきたように自殺対策は、目下のわが国の公衆衛生学上もしくは医学上の最重要課題であり、そこで精神医学の果たすべき役割は大きい。「戦略研究・救急介入研究」により、「身体救急と精神医療の連携および、多職種チームによる複合的・継続的介入」が自殺予防に効果的であることが実証されれば、すなわちそれがわが国の自殺対策に援用されることになる。この研究および活動は、精神医学のプレゼンスを高めるものであり、また地域精神保健のひとつのモデルともなる。このように、本研究は非常に多くのものを包含し、その意味は重い。

文 献

- 1) Beautrais, A.: Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*, 160; 1093-1099, 2003
- 2) Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25; 147-155, 2004
- 3) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33; 395-405, 2003
- 4) Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R.: Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Brit J Psychiatry*, 182; 537-542, 2003
- 5) 一戸真子, 岩下 寛, 釜 英介ほか: 病院内における自殺予防提言。患者安全推進ジャーナル, 17, 6-10, 2007
- 6) 伊藤敬雄, 葉田道雄, 原田章子ほか: 自殺未遂者における救命救急センター退院 1 年後の受療行動と再自殺。精神医学, 48; 153-158, 2006
- 7) Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., et al.: Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *European Child Adolesc Psychiatry*; 14, 1-5, 2006
- 8) J-MISP: 自殺対策のための戦略研究。http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/index.html, 2006
- 9) Johansson Fridell, E., Ojehagen, A., Traskman-

Bendz, L.: A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*, 93; 151-157, 1996

10) 警察庁生活安全局地域課：平成 18 年度中における自殺の概要資料, 2007

11) 共生社会政策統括官：自殺対策. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/sakutei.html>, 2007

12) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭ほか：自傷患者の治療経過中における「故意に自分の健康を害する行為」：1 年間の追跡調査によるリスク要因の分析. *精神医学*, 48; 1207-1216, 2006

13) Michel, K.: Suicide risk factors: a comparison of suicide attempters with suicide completers. *Br J Psychiatry*, 150; 78-82, 1987

14) 南 良武, 岩下 寛, 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*, 13; 64-69, 2006

15) Mościcki, E.K.: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*, 20; 499-517, 1997

16) 中川牧子, 山田朋樹, 山田素朋子ほか：高度救命救急センターにおける自殺予防活動：危機介入を実施した自殺企図者の予後調査. *S-100*, 第 19 回日本総合病院精神医学会総会抄録集, 2006

17) Owens, D., Horrocks, J., House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systemic review. *Br*

J Psychiatry, 181; 193-199, 2002

18) 佐藤玲子, 河西千秋, 山田朋樹：救命救急センターに搬送された自殺企図者のフォローアップ. *総合病院精神医学*, 19; 35-45, 2007

19) Suominen, K., Isometsa, E., Heila, H., et al.: General hospital suicides: a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry* 24; 412-416, 2002

20) 竹島 正：厚生労働科学研究費補助金，こころの健康科学研究事業，こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成 17 年度総括・分担研究報告書. 2006

21) World Health Organization: SUPRE. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/

22) 山田朋樹, 河西千秋, 長谷川 花ほか：救命救急医療における精神医学：自殺者の増加を背景とした精神科医の役割. *精神医学*, 47; 869-876,

23) 山口亜希子, 松本俊彦, 近藤智津恵ほか：大学生における自傷行為の経験率：自記式質問票による調査. *精神医学*, 46; 473-479, 2004

24) 山口亜希子, 松本俊彦：女子高校生における自傷行為：喫煙・飲酒，ピアス，過食傾向との関係. *精神医学*, 47; 515-522, 2005

25) Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H., et al.: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7: 64, 2007