

特集 日本精神神経学会が自殺対策に果たすべき役割とは

精神科臨床からみた自殺総合対策大綱

張 賢徳¹⁾，稲垣 正俊²⁾

日本では1998年からの自殺率高止まりを受けて、2006年、国を挙げて自殺対策を総合的に進める目的で、自殺対策基本法が施行された。この基本法に基づき、翌年、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。そして、5年後に見直されるという当初の予定通り、5年後の2012年に大綱が改定された。基本法の理念の筆頭にあるのは、自殺の背景に様々な社会的要因があることを重視し、自殺対策を社会的な取り組みと位置付ける視点である。改定された大綱のスローガンは「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して」である。大綱には対策が総花的に列挙されている。“生きやすい社会の実現”が大綱の目的ならばこれでよいのだろうか、自殺予防に特化して考えると、各種対策の有効性や優先順位が書かれてしかるべきだが、そうはなっていない。また、自殺者の90%近くが自殺時に精神科の診断がつく状態であったことを考えると、精神医学の見地からは、精神科医療の拡充を含む精神保健対策が最優先されるべき自殺予防対策であると考えられるが、大綱ではそのような扱いになっていない。これらは改定された大綱でも同じである。精神科臨床にかかわる大綱の改定箇所としては、自殺未遂者対策が従来より詳しく記載されたことと、うつ病以外の精神疾患が対策の対象として言及されたことであるが、全体として精神科医療の取り扱われ方の比重は小さいままである。特に、慢性的な精神疾患を抱える人々への施策がほとんど書かれていないことは指摘しておかねばならない。本学会を含め、自殺予防にかかわる学術団体の役割として考えられることは、大綱の内容をエビデンスに基づいて整理していくことである。そして、いまだエビデンスがない領域については研究を進め、エビデンスが明らかな領域では活動の実践を支援するような行動を起こす必要があるだろう。

<索引用語：自殺対策基本法，自殺総合対策大綱，臨床精神医学，自殺予防>

はじめに

1998年に日本の年間自殺者が対前年比で35%増加し、一気に3万人を突破した。「年間自殺者3万人」時代が続く中、厚生労働省が2000年以降、自殺予防対策に乗り出したが、残念ながら短期で結果を出すことはできなかった。それが批判され、もっと広がりをもった自殺予防対策を実現させるために、2006年に自殺対策基本法が施行された。自殺予防のために自殺対策基本法が成立したことは喜ばしいことだが、それまでの厚生労働省

の取り組みについて、うつ病対策に偏っていたことと、2001年から開始されたにもかかわらず、効果的な対策が行われていないことが挙げられ¹⁰⁾、批判されたことは精神科医として残念である。

自殺対策基本法成立には、自殺を社会的な問題としてとらえるNPOなどによる署名活動をはじめとする政治家への働きかけが大きく影響した。そのためか、この法律の基本理念では、第一に、自殺を「その背景には様々な社会的な要因がある」ととらえ、自殺対策は「社会的な取り組みとして

著者所属：1) 帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科

2) 岡山大学病院精神科神経科

実施されなければならない」とされている。そして、精神医学的問題については、「単に精神保健的観点からのみならず」という表現にとどまり、中心的な課題とはされていない。

自殺対策基本法に基づいて翌 2007 年に自殺総合対策大綱が策定されたが、その中の「6つの基本的な考え方」の筆頭に、「社会的な要因も踏まえ総合的に取り組む」ことが掲げられている。十分な予算と人手がある中で総花的に対策を取ることに何の問題もないのだが、もしそのような状況にないとしたら、総花的な理念が対策の焦点をぼかしてしまうおそれがある。自殺予防を社会的な取り組みとして行うことに異を唱えるつもりはないが、実際問題として、様々な社会的要因に対して、同時にすべての対策を打てるであろうか？活用できる資源に限界があるのならば、効率を念頭に置いた戦略を考えねばならないであろう。

本稿では精神医学的見地から自殺予防について考える。そして、その視点から、自殺対策基本法と自殺総合対策大綱をみとめることとする。

I. 自殺予防の理念と根拠

2006 年施行の自殺対策基本法に書かれている基本理念は以下の 4 つである。

- ①自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されなければならない。
- ②自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因および背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。
- ③自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応および自殺が発生した後または自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。
- ④自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携のもとに実施されなければならない。

そもそも、なぜ自殺を防がねばならないのだろうか？ その理念や根拠は自殺対策基本法に明示されていないが、自殺の背景として社会的な要因が第一に明記されている点や、同法律成立の背景に、個人の精神医学的問題への取り組みを対症療法的なものとして否定的にとらえ、自殺を「防ぐことのできる社会的な問題」ととらえる思想が優勢であった点¹⁰⁾を考えると、「自殺は社会的に追い詰められた結果起こる、痛ましいものである。だから、自殺を防がねばならない」という考えが、自殺予防の理念と根拠になっていると読み取れる。そして、社会的な問題として、過労、倒産、リストラ、社会的孤立、いじめなどが挙げられている¹⁰⁾。

しかし、これだけでは自殺予防の根拠として十分とはいえない。なぜなら、「社会的に追い詰められた結果」という点を認めるとしても、「最後は自分で決めたことだから」という自殺容認論が起りえるからだ。自殺がもし正常心理のもとで起こる個人の決断であるならば、たとえ社会的に追い詰められた苦境の結末であったとしても、自殺に対する自己責任論が出されうる。この自己責任論を論じない限り、自殺予防対策の深化は望めないのではないだろうか。

自己責任論に対する答えは精神医学に求めることができる。精神医学界ではすでによく知られていることだが、自殺者の約 90% が自殺時に何らかの精神障害の診断がつく状態であった。最多はうつ病を中心とする気分障害である。これまでに行われてきた心理学的剖検研究の系統的レビュー⁵⁾が 2003 年に発表されたが、それによると、自殺者中の精神障害の比率の中央値は 91% (95%CI: 81~98%)、気分障害の中央値は 59% (95%CI: 45~70%) となっている。そして、自殺に関連する要因の中で精神障害が最も強い関連性をもつことが示され、精神障害の治療が自殺予防対策上最も有効だろうと結論付けられている。WHO も同様な結果を提示し、自殺時に精神科診断に該当しなかった人は 3~4% にすぎないとしている⁴⁾。

これが自殺の実態なのである。「精神障害＝理

性をなくしている」と単純にはいえないが、うつ病・うつ状態では病的な抑うつ気分と認知の狭窄が自殺心理に影響すると考えられている。このような状態では、完全に理性的であるとはいえない。主診断が気分障害以外であっても、自殺時には多くでうつ状態が併存していると考えられている。すなわち、正常心理のもとでなされた理性的な決断と考えられる自殺は圧倒的に少ないのである。ちなみに、日本の自殺も例外ではなく、90%近くに精神障害が見出されている³⁷⁾。

以上から、自殺予防の理念と根拠をまとめておこう。「自殺は社会的に追い詰められた末の痛ましい死であり、遺された人たちも大きな悲しみと苦しみを背負う」から、自殺は防がねばならないという理念に異を唱えるつもりは全くない。しかし、それだけでは自殺予防の根拠としては弱い。なぜなら、自己責任論と自殺容認論に答えていないからだ。精神医学的にみると、自殺者の90%近くに精神障害があったと考えられ、正常心理下での理性的な自殺は圧倒的に少ない。精神的な変調をきたしている状態での自殺に対して、完全な責任能力は問えないであろう。そして、このような自殺では、自己責任論とそれに基づく自殺容認論は適用できない。これこそが、自殺予防の最大の根拠であると筆者らは考えている。統合失調症の場合には、その病気になってしまったことへの悲観や、その病気ゆえの生きづらさから、彼らなりに「理性的」といえるような理由で自殺するケースがある⁶⁾が、その自殺を容認したり、自己責任に帰することは断じてできない。

最後に付言しておくべきは、圧倒的に少ないとはいえ、精神障害が介在しない理性的な自殺あるいは自死をどのように扱えばよいのかという問題である。予防の対象にすべきであろうか？ 例えば、安楽死がここに該当する。これはまさに哲学の問題であり、一精神科医の了見をはるかに超えており、国全体で広く議論されなければならない。

II. 精神科臨床からみた自殺総合対策大綱 (2007年)の問題点

2006年の自殺対策基本法施行を受け、この基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として、2007年に自殺総合対策大綱が策定された。これは、3つの基本認識、6つの基本的考え方、9つの当面の重点課題からなる。

3つの基本的認識とは、①自殺は追い込まれた末の死、②自殺は防ぐことができる、③自殺を考えている人はサインを発している、であり、これらの中で精神科に関連する言及がなされているのは、①の中で、自殺者の大多数がうつ病やアルコール依存症などの精神疾患を発症していることと、②の中で、自殺に至る前のうつ病などの精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができると書かれている点である。

6つの基本的考え方とは、①社会的要因も踏まえ総合的に取り組む、②国民一人一人が自殺予防の主役となるよう取り組む、③自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族への事後対応に取り組む、④自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える、⑤自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する、⑥中長期的視点に立って、継続的に進める、である。このうち③は精神科臨床に直結する。ほかに精神科に関連する記載は、①の中で「うつ状態にある人の早期発見、早期治療を図るための取り組みが重要である」と書かれていることと、⑥の中で「精神科医療全体の改善を図っていくことが必要である」と書かれている点である。

9つの当面の重点課題とは、①自殺の実態を明らかにする、②国民一人一人の気づきと見守りを促す、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、④心の健康づくりを進める、⑤適切な精神科医療を受けられるようにする、⑥社会的な取り組みで自殺を防ぐ、⑦自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ、⑧遺された人の苦痛を和らげる、⑨民間団体との連携を強化する、である。⑤と⑦は精神科臨床に直結する。広義の

精神科臨床でいえば、④と⑧も関係するだろう。

以上、概観すると、自殺者の大多数に精神疾患がみられ、それに対する適切な治療で多くの自殺は防ぐことができる、という精神医学的見地のポイントは記載されている。しかし、全体を通してまず感じることは、精神保健の問題が中心に置かれず、社会的な要因と対策が強調されている点である。大綱に書かれた文字数だけで判断することは単純にすぎるが、大綱の第4章〈自殺を予防するための当面の重点施策〉の中の「5. 適切な精神科医療を受けられるようにする」には1ページ、「7. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」には半ページが当てられているのに対し、「6. 社会的な取り組みで自殺を防ぐ」には2ページが当てられている。

もう1つの問題点は、大綱にある自殺予防活動に、優先順位が書かれていないことである。また、記載された自殺予防活動の根拠に関する記述がない。どの活動でどの程度の効果が見込めるかという判断のための記述もない。これらを2007年の大綱第1版に求めるのは過大かもしれないが、今後の課題として指摘しておきたい。

Ⅲ. 自殺総合対策大綱改定版(2012年)の問題点

2007年の大綱第1版には、「社会経済情勢の変化、自殺をめぐる諸情勢の変化、本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」と書かれてあり、予定通り2012年に改定が行われた。その改定版の前文「第1 はじめに」の「1. 自殺総合対策の現状と課題」には、「これまで、特に自殺総合対策の草創期において、自殺予防に資すると考えられる対策は全て実施してみようということで、大綱に沿った対策を講じようとするあまり、ともすると全国で画一的な自殺対策が実施されることがあったのではないかと指摘、対策の有効性や効率性、優先順位などの視点が十分に認識されてこなかったのではないかと指摘や、効果的な自殺対策のためには対策の対象(全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入)を明確にしてバラ

ンスよく組み合わせることが重要であるとの指摘もある」との記述があり、この改定版においては対策の優先順位が明確にされているのかと期待させられる。

しかし、残念ながら、改定された大綱においても、自殺予防活動に優先順位が書かれていない。記載された自殺予防活動の根拠に関する記述もない。さらに、どの活動でどの程度の効果が見込めるかという判断のための記述もない。これらは問題点として認識されながらも、改定に反映されなかったのは残念である。

精神科臨床に関係する記載が少し増えたことはよかった点である。以下にそれらをまとめておく。統合失調症をはじめとする慢性精神疾患の患者の生きづらさを減ずるような対策の記載が極めて少ない点は大きな問題であり、今後の改定への課題として指摘しておきたい。

- ・第2章〈自殺総合対策の基本的考え方〉の「7. 政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する」に自殺未遂者が加えられた。
- ・第3章〈自殺を予防するための当面の重点施策〉の「1. 自殺の実態を明らかにする」の「(1) 実態解明のための調査の実施」に自殺未遂者に関する調査が加えられた。
- ・第3章〈自殺を予防するための当面の重点施策〉の「7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」に「自殺対策のための戦略研究等の成果を踏まえて、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための対策を強化する」と「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ケアに関するガイドラインについて、救急医療関係者等への研修等を通じて普及を図る」が追記された。
- ・第3章〈自殺を予防するための当面の重点施策〉の「5. 適切な精神科医療を受けられるようにする」の「(1) 精神科医療を担う人材の養成など精神科医療体制の充実」に、うつ病に対する認知行動療法の普及と、適切な薬物療法の普及・過量服薬対策の徹底、環境調整についての知識の普及を図ることが追記された。

- ・第3章〈自殺を予防するための当面の重点施策〉の「5. 適切な精神科医療を受けられるようにする」に、うつ病以外の精神疾患などによるハイリスク者対策の推進が加えられた。
- ・第3章〈自殺を予防するための当面の重点施策〉の「4. 心の健康づくりを進める」の「(1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進」に、メンタルヘルス不調で休業した労働者に対する職場復帰支援などに関する事業場への支援を充実させることと、ストレスチェックの導入などによりメンタルヘルス対策に取り組む事業場を拡大することが追記された。

IV. エビデンスに基づいた整理の必要性

総花的に対策を実施するには膨大な予算と人材が必要になる。予算と人材に限りがあるなら、対策の有効性を考えねばならず、そのためにはエビデンスが必要になる。この視点を自殺予防対策に導入し、大綱に書かれている対策を整理していく必要がある。十分なエビデンスが得られていない活動も多く、すぐにこの整理を実施することは不可能であるが、今後の課題として提言しておきたい。本稿では、エビデンスに基づく整理の仕方を提示しておく。

エビデンスの有無によって、大綱に記載された活動を便宜的に3つに分類する——(1) エビデンスがいまだないため、根拠の創出がこれから必要な活動、(2) エビデンスが曖昧なため、実施に際して評価法を確立し、モニタリングすることが必要な活動、(3) 一定のエビデンスが示されており、広く実施していくことが必要な活動、である。

例えば、「かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断技術の向上を図る」という項目が大綱にある。海外の知見ではあるが、プライマリケア施設での高齢患者に対する効果がクラスター化無作為比較試験によって見出されている^{1,2)}。これは上記の(3)に該当し、いかに実行に移すかという活動計画の作成に取り掛かるべき活動といえる。このような活動に対して、本学会は、プライマリケア施設でのマニュアルの教育と技術研修に

貢献できるであろうし、実施可能な医療体制の構築に関する政策提言にも寄与できるだろう。

一方、「普及啓発」活動については、自殺予防効果に関するエビデンスが見出されているとはいえない。うつ病や自殺に関する公衆衛生キャンペーンや、精神保健の教育的介入についてのレビュー論文^{8,9)}によると、精神保健に関する知識は短期間にはわずかに向上するが、行動変容への効果は見出されていない。つまり、この領域は上記の(2)に該当し、介入の内容を吟味するとともに、効果測定のための評価法を研究する必要がある。

これらはほんの一例であるが、このような視点で大綱の内容を検討し、整理していく必要性を指摘しておきたい。

おわりに

自殺対策基本法の理念と、それに基づく自殺総合対策大綱の存在自体を批判するつもりは毛頭ない。しかし、精神科臨床の見地からは、精神的対策の比重が小さいことと、総花的に列挙された対策に優先順位がつけられていないことは、問題点として指摘しておかねばならない。総花的に網羅された対策を「世界に類を見ない日本の特徴」と肯定的に評価する見方もあるだろうが、実施にあたっては実行可能性と効率性を考える必要がある。本学会をはじめとする学術団体においては、自殺予防活動の背景となるエビデンスを整理し、いまだエビデンスがない領域については研究を進め、エビデンスが明らかな領域では活動の実践を支援するような行動を、学会の役割としていく必要があるだろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Alexopoulos, G. S., Reynolds III, C. F., Bruce, M. L., et al.: Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of PROSPECT study. *Am J Psychiatry*, 166: 882-890, 2009
- 2) Almeida, O. P., Pirkis, J., Kerse N., et al.: A randomized trial to reduce the prevalence of depression and

self-harm behavior in older primary care patients. *Ann Fam Med*, 10 ; 347-356, 2012

3) 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. *精神経誌*, 96 ; 415-443, 1994

4) Bertolote, J. M., Fleischmann, A. : Suicide and psychiatric diagnosis : a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1 ; 181-185, 2002

5) Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., et al. : Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. *Psychol Med*, 33 ; 395-405, 2003

6) 張 賢徳, 竹内龍雄, 林 竜介ほか : 自殺行為の最終段階についての研究 : 「解離」仮説の提唱と検証. *脳と*

精神の医学, 10 ; 279-288, 1999

7) 張 賢徳 : 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの. 勉誠出版, 東京, 2006

8) Dumesnil, H., Verger, P. : Public awareness campaigns about depression and suicide : a review. *Psychiatr Serv*, 60 ; 1203-1213, 2009

9) Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., et al. : A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12 ; 81, 2012

10) 本橋 豊 : 日本の自殺予防対策. STOP ! 自殺—世界と日本の取り組み—. 海鳴社, 東京, p.70-92, 2006

The General Principles of Suicide Prevention Policy from the Perspective of Clinical Psychiatry

Yoshinori CHO¹⁾, Masatoshi INAGAKI²⁾

1) *Department of Psychiatry, Teikyo University Mizonokuchi Hospital*

2) *Department of Neuropsychiatry, Okayama University Hospital*

In view of the fact that the suicide rate in Japan has remained high since 1998, the Basic Act on Suicide Prevention was implemented in 2006 with the objective of comprehensively promoting suicide prevention measures on a national scale. Based on this Basic Act, in 2007, the Japanese government formulated the General Principles of Suicide Prevention Policy as a guideline for recommended suicide prevention measures. These General Principles were revised in 2012 in accordance with the initial plan of holding a review after five years. The Basic Act places an emphasis on the various social factors that underlie suicides and takes the perspective that suicide prevention measures are also social measures. The slogan of the revised General Principles is “Toward Realization of a Society in which Nobody is Driven to Commit Suicide”. The General Principles list various measures that are able to be used universally. These contents would be sufficient if the objective of the General Principles were “realization of a society that is easy to live in” ; however, the absence of information on the effectiveness and order of priority for each measure may limit the specific effectiveness of the measures in relation to the actual prevention of suicide. In addition, considering that nearly 90% of suicide victims are in a state at the time of committing suicide in which a psychiatric disorder

would be diagnosed, it would appear from a psychiatric standpoint that measures related to mental health, including expansion of psychiatric services, should be the top priority in suicide prevention measures. However, this is not the case in the General Principles, in either its original or revised form. Revisions to the General Principles related to clinical psychiatry provide more detailed descriptions of measures for individuals who unsuccessfully attempt suicide and identify newly targeted mental disorders other than depression ; however, the overall proportion of contents relating to psychiatric care remains small. In particular, it must be noted that almost no measures are provided for individuals with chronic psychiatric disorders. We believe that the role of academic societies involved in suicide prevention, including our own, is to organize the contents of the General Principles based on evidence, to advance research in areas lacking in evidence, and to promote support for implementation of activities in areas with clear evidence.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : Basic Act on Suicide Prevention, General Principles of Suicide Prevention Policy, clinical psychiatry, suicide prevention>
