

特別企画 日本の精神医学・医療の現状と自殺対策——WHO 世界自殺レポート会議において——

日時：2013年12月17日18:00～

場所：秋葉原 UDX

日本の精神医学・医療の現状と自殺対策
——WHO 世界自殺レポート会議において——

出席者

司会 張 賢徳 (精神保健に関する委員会委員)

Shekhar Saxena

(Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO)

瀬戸屋 雄太郎

(Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO)

武田 雅俊 (本学会理事長)

神庭 重信 (本学会副理事長)

大塚 耕太郎 (精神保健に関する委員会委員)

河西 千秋 (精神保健に関する委員会委員)

高橋 祥友 (精神保健に関する委員会委員)

編集 大森 哲郎 (精神神経学雑誌 副編集委員長)

田中 伸一郎 (精神神経学雑誌 編集事務局長)

司会(張) 本日は、Saxena先生と意見交換するという貴重な機会を得ることができ、嬉しく思います。Saxena先生は、世界保健機関(WHO)のDepartment of Mental Health and Substance Abuse(精神衛生および薬物問題予防部門)の部長であり、精神衛生の領域で世界のトップの立場におられます。

このWHO世界自殺レポート会議は、日本精神神経学会(以下、JSPN)、日本うつ病学会、日本自殺予防学会を含む4学会が共催し、開催しているものです。

第一部では、武田雅俊先生が、日本での精神医学と精神科医療の現状、JSPNの活動について報告され、次いで神庭重信先生が、ICD-11への日本の寄与についてお話しされます。その後、第二部では、Saxena先生にWHOにおける自殺予防の

活動についてこちらから質問をさせていただきます。



Shekhar Saxena 先生



武田雅俊先生

日本での精神医学・医療の現状と JSPN の活動について

武田 JSPN は 1902 年に設立されました。当学会は、長年学会認定の専門医制度をもっておりませんでしたが、ようやく 2004 年になり専門医制度を立ち上げ、現在では、専門医は約 10,000 名おり、わが国の基本専門 18 領域の 1 つとなっています。

会員数は約 16,000 名で、精神医学会としては米国に次いで世界第二位の規模です。本学会は、いろいろな歴史的経緯などのために期待される役割を担うことができなかつた時期がありますが、現在では、学会としてのまとまりも出てきており、医療政策の方針決定に関与できるよう努めております。

日本には、精神医学関係の団体をまとめた連盟があり、そこには 7 団体が加盟し、それぞれが精神医学の重要な領域をカバーしています。また、精神医学関連の学術団体は会員数が 1,000 人を超えるものだけでも 22 学会があり、当学会は、その母体組織として活動しています。学術団体の活動として、JSPN は毎月和文誌を発行しています。また、英文誌 *Psychiatry and Clinical Neurosciences* も発行しており、アジアにおける一般精神医学領域のハブジャーナルとなることを目指しています。毎年学術総会を開催しており、6,000 人以上の精神科医が参加しています。

いくつか統計データを紹介します。日本の医師

の 5.5% が精神科医で、3/4 以上が病院に勤務しています。しかし、診療所の数が次第に増加してきていますので、診療所が主体の他の分野との違いは、今後は少なくなっていくものと思います。

精神科病院の数は、全病院の 12% を占め、病床数は、全病院の 22% を占めています。このことから、精神科医療は、日本の医療サービスの 5% から 22% を占めているといえます。精神科医の数はもう少し多いほうがよいと思いますし、病床数はもう少し減らさないといけなんでしょう。最終的には、全医療活動の中で、精神科医療が 10% を担うものでありたいと思っています。

日本は他国と比べて、精神科病床数が多いのが現状です。残念ながら日本ではまだ平均入院日数が 300~500 日となっており、10 年以上入院している患者が 26% もいます。

私たちは、2002 年 WPA 横浜総会の後、精神分裂病の名称を統合失調症に変えるように提唱しました。2004 年には日本政府の提案により、痴呆を認知症と表現を変えました。

よいニュースとしては、2011 年に、政府は、5 大疾病の 1 つに精神障害を認定しました。これまでは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 大疾病が優先度の高い疾患とされていましたが、精神障害がそれに加わることになりました。

Saxena JSPN の特徴と活動について知ることができました。ありがとうございます。2 つ質問があります。

1 つ目は、JSPN は、政策作成に関心をもつようになったとのことですが、どうして政策作成に寄与しなければならないとお考えになったのでしょうか？ 2 つ目は、政策への貢献に対して、どのような困難や障壁が立ちはだかっていると感じているのでしょうか？

武田 たとえば 10 年前、20 年前には、JSPN は政策作成に及ばず影響力はそれほど強くありませんでした。多くの活動は、日本精神科病院協会の会員が行っていました。というのも、精神科病床の 87% が民間病院にあったからです。日本精神科病院協会は精神科医療の政策決定に関して今でも強

い力をもっています。

しかし、日本精神神経科診療所協会、日本総合病院精神医学会、全国自治体病院協議会をはじめとした全ての団体が参加し、政策作成プロセスに関与する必要があります。そこで、各方面の意見を集約し、統一した提案が作れるよう、JSPNは努力しています。それぞれの団体が個別に行うのではなく、意見を統一して政府に提案し、要求するほうがはるかに効果的だからです。このような努力は部分的には成功していると思います。

2012年、安倍政権が誕生いたしました。彼が優先的に行っていることは景気回復です。そのため、政府は、構造改革を提唱しており、新薬に関する研究や開発、医学研究が最重要であると強調しています。私たちは、たとえば精神障害の研究に政府が投資すべき機会であるとの声明を作成しております。このような活動によって精神障害の研究予算が増えることを期待しています。

このような運動を推進するためには、精神障害のために苦しんでいる患者および家族を中心とした世論の後押しが重要だと感じています。精神科医療を提供する側と受給する側とが協力して、一定の意見をまとめ上げることが重要と考えています。

Saxena 日本の精神科医療の政策作成に寄与できるように努力を続けるべきです。日本の精神科医療改革の問題は重要であり、たとえ一部からは十分に賛成が得られなくても、学会の意見を明確に述べるようにしたほうがよいと思います。なぜなら、皆様には知識があり、自身の利害を代弁するのではなく、精神科医療を代表して主張できるという立場をもっているからです。

それに関してWHOが何かできることがあれば、喜んで支援します。貴学会は、世界精神医学会(WPA)の加盟団体でもあります。そしてWPAはWHOと正式な交流があります。JSPNの会員の中には、WPAの役員もいることを承知しております。

私と精神衛生および薬物問題予防部門の前任の部長は、何年も前から日本の精神科医療システム

に関心をもっていました。日本のように、精神科医の割合がかなり高い国であっても、専門でない一般開業医や一般看護師を使って精神科医療を医療全体の中に組み込むことが重要であると私たちは確信しております。

神庭 貴重な助言をありがとうございました。私たちの意見は中立的で学術的なものだと思いますが、その声は大きくありません。私たちがWPAやWHOに支援を求めたらよいという先生のご提案はとても有用です。どのようにして、支援を求めたらよいのでしょうか。

Saxena 第一の方法は、WHOの文書を引用し、皆様が最も適切であると考える意見を、関係部局に提出することです。提出する文書の作成についてはお手伝いさせていただきます。第二の方法は、皆様と協力して、高レベルの政策作成者に強力な影響を及ぼすことです。毎年5月に、日本を含め全ての加盟国の保健大臣が世界保健総会に出席するためジュネーブにやってきて、テクニカルな問題について議論することができます。

また、科学論文誌に論文を投稿する方法もあります。私たちが共著者として加わることはできないかもしれませんが、論文を引用した文書を提出し、影響を及ぼすことが考えられます。

最後に、WPAと協力して働きかけることもできます。以上のように、私たちが皆様を支援できる可能性はいくつかあります。

武田 先生が具体的に提案したことに関しては、



神庭重信先生

どれも妥当なものですし、嬉しく思います。JSPNは学術団体であり、その声は大きいものではありませんが、知識をもち、有用な研究を行っています。ですから、WHOからの支持が得られれば、政府に私たちの意見を確実に聴いてもらえるようになるでしょう。

先ほど申しましたように、本学会に精神科医療に関する政策作成過程に影響を及ぼせるほどの力はありませんでした。しかし現在では、学会も成長し、科学や学術的なものを根拠として意見を述べられる立場にあります。

高橋 私が正しく理解しているか確認しておきたい点があります。WHOが何らかの提言を行った場合、それに従うかどうかは、加盟各国の判断と理解しているのですが、それでよろしいでしょうか？しかし、日本の医師の多くは、WHO提言は、一種の義務だと感じていると思います。私の理解は正しいでしょうか？

Saxena とてもよい質問ですね。これまでさまざまなことを提言しました。しかし、日本を含む加盟各国は、それに従う義務はありません。ですから、各国政府は、自らの責任で自国の政策を作成しなければならず、私たちの意見には束縛されないのです。

しかし、状況は少し変化しました。2013年5月に採択されたMental Health Action Plan(世界精神保健行動計画2013~2020)²⁾を、日本を含む多くの加盟国が批准しました。この行動計画の目標では、病院によるケアから地域ケアに移行する必要があるとし、精神科医療施設での患者の人権を、非常に高いレベルに維持する必要があると求めています。ですから、行動計画に従う義務は、1年前と比較すると、はるかに強くなったと感じています。このことをJSPNが活用し、世界精神保健行動計画を引用していただきたいと思います。

ICD-11 について

神庭 日本の患者数で、急激に増加しているのは、精神障害と糖尿病の患者数です。2011年の精

神障害の患者数は260万人でした。

その内訳ですが、2011年では、気分障害は74万人と推定され、それに統合失調症と神経症が続きます。日本では、気分障害が大きな問題となっています。JSPNの精神保健に関する委員会や日本うつ病学会の自殺予防委員会は、調査研究や予防活動を積極的に行っています。

JSPNでは、ICD-11に強い関心をもち、学会内にICD-11委員会を作っています。WHOとも密接な協力関係で活動しています。

本委員会は、ICD-11の臨床研究の原案を翻訳する作業を進めており、国内にフィールドテスト施設を設置しました。大学、病院、クリニック、研究所で構成されています。また、学会員には、臨床実践グローバルネットワーク(Global Clinical Practice Network:GCPN)に登録するよう、強く奨励しています。

日本の精神医学は、ヨーロッパの精神医学や米国の精神医学などを受け入れるという歴史をもっていました。しかし、その際に、外国語の用語に対応する日本語表記を独自に作成してきました。

これは重要な仕事です。たとえば、かつてschizophreniaを精神分裂病と直訳しました。精神が分裂した病いという意味となり、この言葉によって、この疾病に対するスティグマが生じました。そのため、schizophreniaの日本語表記を「統合失調症」に変えました。

学会内に精神科用語検討委員会を作り、DSM-5やICD-11の疾病名や用語の日本語表記を検討しています。DSM-5に関してはその作業がほぼ修了しましたが、ICD-11については、今後も作業を続けていきます。

Saxena ICD-11の精神障害と行動障害の項目の改訂について、WHOの活動を助けてくださっていることに感謝いたします。ICD-11改訂に際して、フィールドトライアルやその他の活動に日本は積極的で、多くのリソースを割いてくださり、嬉しく思います。疾病分類の国際的な改訂作業は、多くの国が関心をもてば、分類が良好なものになるからです。

従来は、英語圏の国々が大きな役割を演じてきました。今回は、そのような状況を変えようとしています。日本の皆様や、中国を含む他の国の助けもあって、そうした変化が成功しつつあると思います。

また、私たちが優先的に取り組んでいるものに、ICD-11のプライマリ・ケア版があり、これについても皆様のご協力をいただき、よいものを作成したいと考えています。

武田 このプロジェクトにWHOは十分な予算をつけているとお考えでしょうか？皆さんご存知のように、米国精神医学会(American Psychiatric Association: APA)はDSM-5に多額の予算を投入しています。

Saxena APAはDSM-5を開発するのに、2,000万ドルを使ったと聞いております。しかし、すでに、書籍やコンピュータアプリケーション、ケースブックの販売で多くを回収しています。私たちは公衆衛生に関する公益活動を行っていますので、WHOの予算は、APAが最近使った予算の5%にも満たないものです。

WHOとしては、ボランティアベースで参加して欲しいのです。ですから、ボランティアでの協力が積極的に行われていることは、とても嬉しく思います。しかし、JSPNが、何らかの金銭的領域で私たちを支援してくださるならば、もちろん歓迎いたします。

自殺予防へのWHOの取り組みについて

司会 それでは、自殺予防のトピックに移ります。まず、WHOの自殺予防に関する活動の優先順位についてお聞かせくださいますか。

Saxena 自殺予防は、WHO、特に精神衛生および薬物問題予防部門にとって、優先課題となっています。この分野への取り組みは約20年前に開始されました。この1年間の自殺予防に関する会議やガイドラインおよび文書の作成を通して、自殺予防の優先度は、一層高まりました。このことは世界精神保健行動計画2013~2020²⁾に目標が設定

されていることから明白です。世界精神保健行動計画に設定されている6つの目標のうちの1つが自殺率の減少です。

具体的には、今後8年間に自殺率を10%減らすというものです。これに関しては、日本は困難なく達成できると期待しています。というのも、日本の自殺率は横ばいで推移し、徐々に、減少し始めているからです。自殺というのは、特定の国や地域に限定されたものでなく、グローバルな問題です。WHOとしては、発展途上国にも先進国にも自殺予防活動を行って欲しいと考えています。

日本のような先進国に対しては、WHOはテクニカルな支援を行わないのが通常ですが、自殺予防に関しては例外です。必要な国に対しては支援を行う努力をしております。

そして、初めての『世界自殺レポート(World Suicide Report)』を2014年に刊行する予定です^{*1}。このことは、自殺予防が高い優先度をもつことを示しています。

司会 WHOの、自殺予防の予算規模は、他の活動と比較してどの程度でしょうか？

Saxena WHOでは領域別には予算を配分していません。精神衛生および薬物問題予防部門の予算の中で、優先順位のバランスをとりながら業務を行っています。自殺予防の領域に関しては、今後の2年間の活動を行うのに十分なリソースが得られる見込みです。

先ほどの『世界自殺レポート』の刊行がそのうちの1つです。この点に関して、日本政府に資金援助していただいたことを感謝していますし、自殺予防総合対策センター^{*2}がこの会議^{*3}を組織運営するのにご支援いただいたことにも感謝しております。多くの支援が今後の自殺予防活動につながると確信しています。

^{*1}本意見交換会の後、2014年9月に刊行³⁾

^{*2}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

^{*3}2013年12月16~18日開催の「世界自殺レポート会議」を指す。

高橋 日本では自殺対策基本法が制定され、この法律には自殺予防に関するさまざまな分野からありとあらゆるものが盛り込まれています。豊かで平和な社会になれば、たしかに自殺件数は減るでしょうが、私たちは、自殺予防の中心はメンタルヘルスでなければならないと考えております。

日本の自殺予防活動に欠けていることは何だと思われませんか。

Saxena 自殺予防は、多方面、多次元からの努力が必要だと思います。しかし、何が効果的な要素であるかは、各国の事情によって異なるでしょう。

ですから、第一に、きちんと機能する戦略を各国でもつべきです。社会のどの区分が自殺しやすいかを見極めた上で、日本独自の戦略を構築する必要があります。自殺の要因、危険因子、保護因子は何か、財源、さらには人的資源の点でも、どのようなリソースをもっているかを検討する必要があります。また、医療システム、社会システムが自殺率に対して異なる影響を及ぼしますので、自殺の既遂率だけでなく、未遂率も考慮する必要があります。

第二に、ほとんどの国で現時点では自殺予防の優先度が極めて低いことが問題です。したがって、日本が、自殺予防の優先度を高くし続けていることは、とても嬉しいことです。

自殺予防対策は、厚労省の管轄ではなく、内閣府の管轄になっていますが、これもよいことだと思います。在宅医療などの他の多くのセクターに

影響することができるからです。複数のセクターが関与し、しかも医療以外のセクターが関与することは、一般に有益なものです。

また、医療セクターは、自殺のあらゆる側面に対して大きな影響をもち、実際、多くの場合に、自殺予防活動の主導者にもコーディネーターにもなれます。たとえば、医療セクターからの応答により、自殺のハイリスク者を特定し、その人に対して心理社会面およびメンタルヘルスにおける支援を行い、長期的に観察できます。これは、現在でも良好なエビデンスに基づく介入法であり、mhGAP Intervention Guideの一部として発表しています。

2年前に、WHOは日本の自殺予防総合対策センターに対し、医療セクターの応答をもう少し高め、自殺企図者に対する関心をもう少し高める必要があると勧告しました。現在では、自殺既遂に関心を絞っていますが、自殺企図者を特定し、適切なケアを行うことが、自殺予防活動の影響を高めるのに有効であると考えています。

高橋 多くの予防活動が、全般的予防対策に基づいておりますが、私たちは、自殺のハイリスク者に対するアプローチに焦点を絞るべきだと考えています。

司会 このWHO『世界自殺レポート』草案^{*4}にも、新たな精神障害や自殺の可能性を前もって特定することが、自殺を減少させる最も効果的な方法であると書かれています。私たちも、ハイリスク者に対する精神科医療のアプローチが、自殺を少なくする最も有効な方策だと考えていますが、その考えは正しいでしょうか？

Saxena 医療セクターでハイリスク者を特定し、その人に直接的な支援を行うことが、自殺予防の最も有効な介入法の1つであるという点には同意します。

司会 日本の大きな問題は、精神科医療に投入される予算が、他の医療領域と比較すると極めて低



張 賢徳先生

^{*4}2013年12月16日～18日開催の「世界自殺レポート会議」で配布された草案。

いことです。この5~10年間、日本政府は自殺予防活動に多額の予算を投入しましたが、精神科医療への割り当てはごく限られたものでした。

Saxena 昨年勧告を行ったことは、日本で自殺予防のために実施されているあらゆる活動について適切な評価をする必要があるという点でした。もし、この勧告に従った場合には、どの介入法が費用対効果が高く、どの介入法が費用対効果が低いか明らかになり、自殺予防関連予算の枠内で、リソースの割り当てがより適切に行えるようになるでしょう。

自殺対策のための戦略研究について

司会 日本の精神科医は、精神科医療に対する政府の関心を高めてきました。その活動の1つが、自殺対策のための戦略研究です。河西先生からご発表いただきます。

河西 戦略研究のお話の前にコメントをいたします。多くの国が、精神保健対策を軸に自殺予防対策に取り組んでいます。日本では、必ずしもそうではなく、“社会的取り組み”の名のもとに、精神保健対策が必ずしも強化されていないことが1つの問題だと思っています。

さて、私の発表は、日本の精神科医や研究者が、国際的な自殺予防対策活動にどのように貢献できるかという内容で、日本で実施された大規模な研究プロジェクト、自殺対策のための戦略研究につ

いてお話しします。

自殺対策のための戦略研究は、日本国民の健康問題として、特に重要な課題である自殺問題について、科学的エビデンスに基づいた効果的な対策法を開発する目的で実施された研究プロジェクトです。プロジェクトは、NOCOMIT-JとACTION-Jの2つの研究から構成されました。

まず、NOCOMIT-Jは、自殺予防のための地域介入について、効果的な介入方略を開発することを目的に行われました。研究班で多層的、かつ複合的な地域介入プログラムを開発し、郡部と都市部の介入地域でこれを実施し、対照地域との間で効果の比較を行いました（地域の総人口：約200万人）。主要評価項目は、自殺既遂と自殺未遂の複合とし、3年半の介入を実施しました。

介入の内容は、リーダーシップの確立から、地域における啓発、ゲートキーパー・トレーニング、そしてハイリスク者の支援、そして職域のメンタルヘルス支援まで多岐にわたるものでした。

結果は、すでに国際的オンライン科学誌「PLOS ONE」に掲載されましたが、郡部において、特に男性と高齢者で介入の効果が認められました。都市部では、効果が明確ではありませんでした。介入へのアドヒアランスが郡部と都市部とで異なり、これが効果の違いに関連している可能性が考えられました。

NOCOMIT-Jは、科学的な方法論で地域介入の効果을明らかにしたいへん重要な研究でした。



高橋祥友先生



河西千秋先生

わが国における標準的な地域介入プログラムが確立されたという点でも大きな意義がありました。また、郡部と都市部とでの効果の違いについても、今後の地域自殺予防対策を検討する上でのいくつかの知見を提供しました。

次に、ACTION-Jは、救命救急センターに搬送された自殺企図者（未遂者）の自殺再企図予防方略を開発するために実施された無作為化比較試験です。実施施設は17の病院で、最終的に、900名を超える患者のご参加をいただきました。すでに、岩手医科大学や横浜市立大学では、ケース・マネジメント手法を用いた未遂者への介入を実施しており、介入の内容はこれらを参考に組み立てられました。

ACTION-Jは現実の臨床現場で実施されたもので、対象者のフォローアップが、少なくとも1.5年以上実施されましたが、その高い実効性がすでに確認されています。主要アウトカムについて、近々論文でその成果を公表できるものと思われま^{*5}。

最終的に、これらの、高い科学的根拠性を有する研究プロジェクトの成果は、自殺予防対策に新しい地平を拓くものと期待されます。また、日本でのこのような研究の成果は、他の国や地域でも十分援用していただけるものだと考えています。Saxena 先生方の成果を賞賛し、今後とも大いに研究を続けていただきたいと思えます。これらの臨床試験は大規模で、長期にわたるものです。ですから、これらの方法が、全国的に実施する必要があるという確実なエビデンスが得られるでしょう。これらの臨床試験の結果は重要な知見であり、今後の日本の自殺予防政策を形作るものになるでしょう。

司会 私たちもそう期待し、日本政府が精神科医療にもっと予算を投入することを期待しております。

河西 自殺予防レポートの中で、NOCOMIT-Jを参考文献として採用していただくことを強く希望

します。WHOのリソースを通じて研究の成果を知っていただくことが重要です。

高橋 2006年に自殺対策基本法が制定されてから7年間経過し、思い起こすことがあります。当初は、自殺を前面に出して、話題に取り上げるのがよいことなのかそうでないのかについて議論がありました。中には、自殺について話題にすることは、人々のストレスを高めるという意見がありました。

ただし現在では、自殺をはっきりと話題にして、議論することによって、うつ病、アルコール依存症、経済問題などの自殺に関連するさまざまな問題に対するスティグマが徐々に弱まってきたと感じます。これが、過去6〜7年間の一般の人々に生じた変化でした。これが第一点です。

第二点は、2008年に、地方自治体は、多くの対応に圧倒されていました。そこで、私は、関係者に、そこで優先順位の高いものは何なのかを話し合うようにと提案しました。それぞれの地域においてより重大な問題が何であるかを議論し、その問題から取り組み始めることが、自殺予防の最も効果的で最も効率的な方法だと思います。

第三点は、日本人のうつ病に関する関心は高まっていますが、飲酒問題に対してはどちらかといえば寛容です。しかし、WHOは常に、アルコールは世界で最も広く乱用されている薬物だと述べてきました。日本社会のアルコール問題への関心を高めるために、WHOの支援が必要だと考えています。

Saxena 私も同じ意見です。実際、WHOはmhGAP勧告で、自殺について人々と語ることは、自殺を高めることにはならないと明確に述べています。自殺については語るべきなのです。

もう一つ、アルコールが自殺の重大なリスク因子だということも同意見です。自動販売機でビールを販売してよいかどうかという質問がありました。すぐさまWHOは、それを支持しないという公式の勧告を行いました。

その理由は、飲酒量が増えること、自動販売機では誰が買うかをコントロールできないことで

^{*5}本意見交換会の後に公表¹⁾

す。未成年者が購入可能なのです。これは、日本の法令に反しますが、ですから、飲酒、とりわけ過度な飲酒をチェックし続ける必要があります。

最後に、自殺予防について精神科医療あるいは精神科医がリーダーシップをとりコーディネーションを行うべきかについて触れたいと思います。精神科医には、メンタルヘルス専門家は効果的な介入を行うという点で明確な役割がありますが、政府、その他の関係セクターに対して、何ができるかを助言する役割も担っています。ですから、メンタルヘルス専門家や医療セクター全般が果たすべき役割は大きいということを、私たちは十分に認識しておかねばなりません。

「自殺予防」という用語、「安楽死」「尊厳死」の問題について

司会 ところで、私から2つ質問があります。自殺予防 (suicide prevention) の用語のことです。

日本では自殺予防という言葉は、生存者、とりわけ家族に心理的苦痛を与えます。「自殺は防ぐことができる」と私たちが主張することが、遺族に心理的苦痛となりえます。そこで、日本政府は prevention (予防；防止) という言葉を外して、自殺対策 (suicide countermeasures) という用語を公式に採用したのです。自殺予防という用語についてどう思われますか？

Saxena WHOは以前から“suicide prevention”という言葉を用いて、引き続き使います。実際、『世界自殺レポート』では、自殺が予防可能なものであると説明し、自殺予防介入や自殺予防プログラム、戦略などという表現を用いています。

このことが、生存者を困難な状況に陥れる場合があることは認識しています。個人的に自殺を予防できなかったという罪悪感をもたせるからです。ですが、生存者の自助グループがあれば、罪悪感を克服するのに有効でしょうし、悲嘆を克服するのにも有効だと思います。自殺既遂では、残された人々に悲嘆が生じます。これは身近な人を失ったことに対する正常な反応ですが、時に、異

常な反応から、うつ病に至る場合があります。

そのような悲嘆を受けている人々は、精神的窮迫に陥りやすく、精神障害に至る可能性があります。ですから、自助グループによる支援に加えて、必要な場合には、医療機関に紹介することがよい方策だと思います。

公衆衛生の観点からは、自殺が予防可能なものということに関心を払うのは有益なことです。自殺に対しては何もできないという社会の認識を修正できるからです。なので、今後も suicide prevention という表現を使い続けますが、悪い影響を最小限にとどめることにも留意しなければなりません。

司会 ありがとうございます。最後の質問ですが、精神障害を伴わない自殺、例えば、安楽死、幫助自殺 (assisted suicide)、尊厳死についてはどうお考えですか？ 理性や論理的思考が明瞭な精神状態にあつて、自分の死期を選ぶ場合も防止すべきとお考えですか？

Saxena とてもセンシティブな問題ですね。これまで WHO は、そうした点に対する姿勢を明確には示していません。WHO は自殺と自殺予防についての公衆衛生ならびにメンタルヘルスマデルを採用しています。つまり、自殺既遂者あるいは自殺企図者には明確な精神障害があるため、それを早期に認識し、自殺行動を低減させることが明らかなエビデンスに基づくケアを行うというのが基本姿勢なのです。ところが、自殺企図者や自殺既遂者で、精神障害があると診断されていない人々も多くいることも認識しております。

研究によってばらつきがありますが、先進国では、精神障害を伴う自殺企図者や自殺既遂者の割合は50~80%で、残りは精神障害を伴いません。こうした人は精神的窮迫状態にあるが精神障害には至っておらず、しかしそれでも、メンタルヘルスや心理的ケアが有効だと確信しています。

さらに、医療システムは、精神障害のない人々に対しても支援の手を差し伸べる責任があります。残念ながら、いわゆる rational suicide や安楽死、尊厳死について何らかの意見を述べることが

できません。私の部門の掌握範囲を超えたものだからです。

意見交換会を開いてくださり、感謝します。興味深いものでした。今後、議論できる機会がもっと増えることを期待しています。私たちは密接に連絡を取り合い、協力関係を深めるべきだと考えています。

武田 今回、WHO 精神衛生部長 Saxena 先生が「世界自殺レポート会議」にお出でいただいた折に、WHO と JSPN との協力体制を構築することを目的として、このような有意義な会合をもてましたことを、JSPN を代表して御礼申し上げます。JSPN では、今回御示唆いただきました貴重な意見を反映して、その活動に生かしていきたいと考えています。本日はご出席ありがとうございました。

文 献

- 1) Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., et al. : Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J) : a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1 : 193-201, 2014
- 2) World Health Organization : Mental health action plan 2013-2020 (http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)
- 3) World Health Organization : Preventing suicide : A global imperative (自殺を予防する 世界の優先課題), 2014 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/) (参照日 2014 年 9 月 12 日)