

じた自殺対策が必要だと言われながら、地域の実情を分析するためのデータの入手を妨げるような法的な制限があり、そのために適切な手が打てないでいる。しかも、具体的にどのような対策をたてれば良いかについてのノウハウが全国的に共有されないまま、啓発中心の単発的な施策が打ち出されているのが現状である。厚生労働科学研究「自殺対策のための戦略研究」で得られた具体的な知見さえも十分には広報、共有されていない。

ライフステージ別の自殺対策という視点も重要である。自殺事例群の分析をもとにライフステージ別の自殺予防のための介入のポイントを検討した結果、青少年では、精神疾患に罹患したときの早期介入と支援、精神科治療薬の適正使用のための対策、家族支援が重要と考えられた。中高年では、アルコール関連問題についての社会の認知を高めること、断酒会等の自助グループの支援、一般医・精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上が重要と考えられた。高齢者では、かかりつけ医のうつに対する診断・治療能力の向上、精神科受診の促進が重要と考えられた。

心理的剖検の症例対照研究の結果からは、問題のある借金、配置転換や異動に関する悩み、子供時代の虐待や暴力、家族・家族外の社会的交流の少なさ、日常生活の支障をとまなう身体的問題、睡眠障害、眠るためのアルコール使用、うつ病を含む精神疾患全般が、自殺対策を進めるうえで重要な視点として示されている。

4. 専門医療の重要性

精神疾患が3大疾患であることはいくら強調してもしすぎることはないが、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事（以下、厚労科研）「こころの健康の疫学調査に関する研究」のデータに基づいた試算によれば、2005年のわが国の経済損失は、大うつ病性障害だけで2兆1千億円に達する。当事者の心理的苦痛や家族の苦悩を含めると、その影響は計り知れない。

平成21年の「うつ病・うつ状態」による受診者数が増加して100万人を超えたことが話題になったが、この数字の解釈にあたっては、初診者数ではないこと、大うつ病性障害に限らないことを注意すべきである。つまり、慢性化して治療中の患者が増えていることや、双極性障害や軽症のうつ病が含まれていること、さらには、抗うつ薬を使用するためにうつ病という病名を使用する「保険病名」が含まれていること、などを勘案して検討しなくてはならない。このことも、早急に精神保健医療福祉改革を進めなくてはならない大きな理由になっている。

その一方で、精神疾患にかかっているが医療機関を受診していない人も多い。厚労科研「こころの健康の疫学調査に関する研究」によれば、気分障害、不安障害、物質使用障害の生涯有病率（これらの疾患のために生涯一度は受診が必要になる人の割合）は17%、つまり6人に1人と高く、とくに20～34歳では22%（4人強に1人）となっている。しかし、過去12カ月にこれらの疾患を経験した人が相談・受診行動をとった割合は17.5%と極めて低く、精神保健改革に裏づけられた精神疾患の啓発活動を行うことは必要である。

現状では、一般住民に対する啓発が不十分なこともあって、社会の理解が十分ではなく、社会的にも医療関係者の間にも、精神疾患に対する偏見が根強く残っている。診断および

治療に関しても、一定の指針が共有されないまま各医師の裁量に任されている部分が多い。しかも、外来で時間をかけて話を聴いて対策を考える時間的、人的余裕がない構造的問題が解決されないまま続いている。

精神科医師は不足しており、一人の精神科医が1日60人～100人を診療することが少なくなく、俗に3分診療と呼ばれる状態が恒常化している。また、都市部では、初診患者が予約を取るために2～3ヶ月待たないといけないことがある。

精神科医師の育成過程で、薬物療法の使用法に関する指針や認知行動療法など科学的根拠に裏づけられた精神療法に関する研修が体系だてて行われていないという問題もある。欧米では、治療の技能を向上させるために、精神療法などの面接内容を細かく吟味して指導するスーパービジョンが一般的に行われているが、わが国での研修過程ではほとんど行われていない。また、専門医の認定に当たっても現状では知識の確認に終わっており、ロールプレイなどで実際の診療能力を評価することは行われていない。

各医療機関の診療内容や治療成績も公開されておらず、治療を中断した患者の把握やそうした人のニーズの解析と支援が行われていない。家族支援もまったく不十分である。

精神科医以外の診療科の医師に関しても、精神疾患の診断と治療に関する教育が不十分であり、精神科医師と他科の医師との連携体制も整備されていない。精神疾患の診断に関しては、厚労科研「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」によれば、精神科以外の医師が診断で用いているのは、「伝統的・経験的診断」60%、「とくに使っていない」22%、「ICD-10」9%、「DSM-IV」6%と、国際共通の診断方法がほとんど使われていない実態が明らかになっている。

薬物療法に関しても、治療効果および使用方法に関する研究が不十分であり、それが向精神薬の不適切な使用につながっている面がある。1997年から2008年にかけて抗うつ薬の使用量は173億円から889億円へ、抗精神病薬は398億円から1069億円へと急増しており、抗不安薬も692億円から986億円へと増加している。こうした向精神薬に関して、効果を示すデータは治験によるものに限られており、それ以外の対照群を設定した大規模臨床研究はわが国では行われていない。また、多剤併用も一般的に行われているが、多剤併用の効果および弊害に関する系統的な研究は存在していない。

薬物療法では、アドヒアランスが治療効率でもおよび医療経済的にも重要な課題となっているが、気分障害や不安障害に関する欧米の研究ではアドヒアランス率は5～7割とされている。わが国では、367人の大うつ病性障害患者を対象とした研究で、6ヶ月後には56%の患者が服薬を中断しており、そのうちの63%が主治医と相談なく服薬を中断していることが示されている。

精神療法と薬物療法の併用に関しては、海外で有用性が報告されている。わが国における精神療法の実施状況であるが、厚労科研「精神療法の実施と有効性に関する研究」によれば、わが国の医療場面での精神療法について、「十分に行われている」と答えた医療機関は約5%で、「若干できている」と回答した医療機関を含めると25%弱でしかないことが明らかになっている。その理由としては、経済的理由とマンパワー不足が挙げられており、今後の精神科医療の質の向上には、診療報酬と研修体制の整備が不可欠である。

今後、科学的根拠のある精神療法を普及させるためにスーパービジョンを中心とした研



修を行うためには、適切な予算の裏付けが不可欠である。とくに、人材の育成には時間が必要であることから、単年度の予算ではなく、3年間ないしは5年間の複数年度に渡る予算措置を行い、年度ごとに達成度を評価する仕組みを導入する必要がある。

ちなみに、治療効果の科学的根拠が内外で最も多く報告されている認知療法・認知行動療法の研修を例に挙げれば、22年度の事業費は単年度予算で年間1千万円であるが、それに対して英国は、人口が日本の半分であるにもかかわらず、3年間363億円と、わが国の1千倍以上の予算を複数年度の計画を立てて投入している。

わが国では、精神疾患に関する先端的研究が遅れていることも大きな問題である。研究費を見ても、国民の健康損失に対する影響はがん全体よりも精神疾患全体の方が大きい（WHO 推計）にもかかわらず、がん対策のための研究費（文科省科研費と厚生省科研費）が年間150億円近いのに対し、同じ3大疾病に含まれる気分障害に対しては年間3.3億円と、40分の1に過ぎない。

研究体制に関しても、精神神経医療研究センター内の研究室は神経疾患関連のものが多く、精神疾患の病因を解明する研究室は極めて少ない。先端的研究を担うはずの大学院の医師は多忙のため研究に時間を割くことができない。わが国では、疫学研究や社会精神医学的研究が遅れており、生物学的研究では、DNA および死後脳の研究の遅れがとくに目立つ。

<改革目標の設定>

1. 地域ネットワークの構築と精神保健医療福祉対策の充実

- ① こころの健康推進会議等、こころの健康を高めることを目的とした地域ネットワークの構築
- ② 地域特性に応じた対策が立てられるように、自殺対策に活用可能な地域で把握できるデータを活用できる体制の整備
- ③ 保健所機能の強化など、地域の精神保健福祉機能の回復
- ④ 現存するノウハウを各地域で共有できるような情報発信
- ⑤ 精神保健医療と自殺予防のための社会的取り組みの連携
- ⑥ ハイリスク者支援の充実（アウトリーチも含めて）
- ⑦ 地域保健と医療機関との連携の確立

2. 専門医療の充実

- ① 啓発等を通じた精神疾患に対する偏見の是正
- ② チーム医療による3分診療から30分医療への改革
- ③ 単剤処方の普及（原則として同系統の薬剤は1種類とする）と向精神薬の乱用防止の積極的推進
- ④ 診断・治療指針の作成の根拠となる系統的レビューを継続的に行える基盤の形成（併存症治療指針を含む）
- ⑤ 第三者機関による薬物療法の効果に関する臨床研究と、それに基づくアルゴリズムの作成

- ⑥ わが国での科学的根拠によって効果が裏づけられた精神療法の普及
- ⑦ 総合病院の精神科の充実、自殺未遂者ケアモデルの全国の特定機能病院、高度救命救急センター等への普及など、自殺企図者の再企図を防ぐシステムの構築
- ⑧ 総合病院、大学病院、特定機能病院精神科への、臨床心理職およびソーシャルワーカーの専任配置
- ⑨ 広域での先端的研究活動を目的とした精神疾患の研究拠点の設置（全国に10ヵ所程度）と、複数の大学院からなる連携組織の構築
- ⑩ 家族支援の充実
- ⑪ 診療内容・治療成績のチェック機構の創設

3. 人材育成

- ① 実地研修主体の医学生、医師教育の整備
- ② 精神科以外の診療科の医師の実践的教育の充実と精神科医との連携の強化
- ③ わが国における科学的根拠に裏づけられた精神療法の均てん化のため、複数年度にわたる計画の実施

4. 精神科医療を充実させるための高度な医療と研究の推進

- ① 診断・治療指針の作成の根拠となる系統的レビューの対象となる臨床研究を継続的に行える支援体制の確立
- ② 精神障害者及び生活困窮者の自殺危険性や自殺企図行動等の疫学調査研究の推進
- ③ 自殺企図者の再企図を防ぐシステムなどの自殺危険性を減じるための国家的介入の効果に関する研究の推進
- ④ 精神疾患の病因の解明と診断・治療の向上に資する先端的研究の推進とそのための研究リソース（DNA、死後脳）の整備

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 複合的地域介入の成果

平成17年度から行われた厚労科研「自殺対策のための戦略研究」地域介入班の活動から、こころの健康づくりネットワークの構築、一次予防、二次予防、三次予防、精神疾患へのアプローチ、職域へのアプローチの6つの柱からなる「自殺対策のための地域介入プログラム」を施行した結果、包括的、多面的な地域での自殺対策が不可欠であり、かつ可能であることが明らかになり、その方法論をまとめた資料が作成され、利用可能になった。

2. 自殺未遂者に対する救急介入の成果

「自殺対策のための戦略研究」救急介入班では、過去の自殺企図（未遂）がその後の自殺既遂の強力な危険因子であるという科学的根拠に基づき、自殺再企図防止の方略を開発する目的で研究が計画された。救急介入班の活動を通して、救急搬送された自殺企図者のその後のケアのモデルが示され、研究に参加した医療機関内での再企図予防の取り組みが活性化した。

3. 海外で実証された精神保健医療福祉対策による自殺予防効果とわが国の課題

英国では、精神保健医療福祉対策を充実させることによって、自殺者が減少してきていることなどから、自殺対策において精神保健医療福祉対策が重要な位置を占めることが明らかになった。

向精神薬の乱用防止について、精神科に受診することが、皮肉にも自殺に際しての手段・方法へのアクセスを高めてしまう側面があることは否めない。とりわけ危惧されるのは、近年、向精神薬の長期処方許可される状況になったことが、向精神薬の乱用や過量摂取を促進している可能性である。

かつて英国では、市販薬パラセタモール（アセトアミノフェン）を過量摂取する若年者が増加したが、このような事態に対し製薬会社が1箱に含まれる錠剤の数を減少させたところ、若年者の自殺は減少した。このように、自殺につながる手段・方法へのアクセスの制限は、すでに科学的根拠の確立した対策であることを強調しておく。

アルコール使用障害に関して言及すると、アルコール摂取そのものが自殺のリスク要因となる可能性を示す科学的根拠が既にある。

ロシアでは、ベレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少のあいだの有意な正の相関が確認されており、一方、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少したことが証明されている。

わが国では、大規模コホート研究から、日本人における1日当たりのアルコール消費量と自殺死亡率との関連を明らかにしており、アルコールを「飲まない」者と、1日「3合以上飲む」という者では、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いことを報告している。この結果からは、アルコールが直ちに自殺に直結するとはいえないものの、1日3合以上の多量飲酒についてはやはり自殺の危険因子であると考えらるべきである。

4. 専門医療と人材育成における科学的根拠

精神疾患の治療に関して、欧米では科学的根拠に基づきながら、当事者・家族や経済の専門家の意見を尊重しながら、薬物療法の標準治療を示すアルゴリズムや、各種の精神疾患に対する治療ガイドラインが作成されている。

精神療法に関しても認知療法・認知行動療法や対人関係療法など精神疾患に対する効果の科学的根拠が示されているアプローチが存在しており、とくに認知療法・認知行動療法はわが国でも効果の科学的根拠が積み重ねられつつあり、平成22年に診療報酬に収載された。

厚労科研究の研究班は、この他に、うつ病に対しては、薬物療法と精神療法の併用療法が費用対効果のある治療法であることや、マニュアルをもとに、ロールプレイを含むワークショップに加えて、個別治療に対するスーパービジョンを用いた研修を行うことによって、一定の能力を持った精神療法家を育成することが可能であると報告している。

D. 具体的な改革案

1. データの有効活用のための環境整備

- ① 自殺対策のための死亡小票の2次利用の制限の緩和
- ② 自殺対策のための自殺者の死亡情報と関連情報等とのレコードリンケージの許可
- ③ 死亡検案書、死亡診断書のフォーマットの改善：精神疾患や自殺企図の既往の記載等
- ④ 全精神科病院における、未遂事例・既遂事例数の共通フォーマット記録
- ⑤ 各精神疾患自助グループと医療者のアカデミックな連携
- ⑥ 各地域における精神医療機関から福祉・心理・教育機関への定期的情報提供

2. 複合的な地域介入の推進

- ① 地域づくりと相談体制の充実：「自殺対策のための戦略研究」のノウハウの情報発信
- ② 精神保健分野以外の専門家との連携（例：経済的問題（負債）と精神疾患を抱える患者について、司法関係者との情報共有および支援のあり方についての検討）
- ③ 処方薬の適切な使用にむけた啓発
- ④ 地域や職場におけるアルコールの問題に関する啓発と酒害相談の実施
- ⑤ アルコール・薬物問題に対する精神科医の診断能力向上、ならびに、精神保健・精神科医療援助者の忌避的感情の低減、アルコール・薬物使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実
- ⑥ 自助グループと連携した自殺予防活動の推進
- ⑦ 困窮者支援（精神疾患有病率の高さ、自殺関連行動が多いこと、異状死が多ことと自殺予防）

3. 地域における精神保健医療福祉対策の充実

- ① 偏見是正、早期発見早期介入、当事者・家族の支援のための啓発
- ② アウトリーチを中心とした地域ネットワークの構築と地域精神保健機能の強化
- ③ 地域における精神保健担当保健師の充実
- ④ 心のケアナースや薬剤師を含む相談の場の拡充
- ⑤ 医療機関と家族、地域の連携の支援
- ⑥ 当事者の了解のもと医療機関とメンタルサポートチームが連携、支援する

4. 専門医療の充実

- ① 診断・治療ガイドラインの作成と公表
 - a. ガイドラインの作成はわが国における科学的根拠に基づいて行う
 - b. 上記作業を可能にするため、科学的根拠を系統的にレビューし、これを常に最新に保つ体制を整備する
 - c. わが国において継続的に科学的根拠を産出するために、臨床研究を支援するナショナルレベルでの臨床試験支援センターを整備する
 - d. ガイドライン作成に当たっては、医療者だけでなく、当事者・家族や経済学者などを加えパブリックコメントを求める



- e. ガイドラインには病状に応じた対応を明記する
- f. 当事者・家族が治療の質を判断できるようにガイドラインを広く公表し、問題がある場合には相談できる機関を明らかにする
- g. ガイドラインに準拠した治療が行われていることを診療報酬の算定基準とする
- h. セカンドオピニオンの仕組みを整備する
- i. 各医療機関の治療成績を開示する

② 多職種チームによる機能的、統合的な診療活動

通院在宅精神療法の要件を以下のように明確に位置づける

- a. 初診時の時間は予診等を含めて60分とする
- b. 患者－医師間の信頼関係を構築し維持する
- c. 患者の特徴、病状に応じて診断し、治療法を選択する
- d. 診断に当たっては国際的な診断基準に基づいて多軸診断と治療方針の決定を行う
- e. 診断に当たっては、併存疾患についてもきちんと評価して治療方針を立てる
- f. 医師は、各種治療法に習熟し、適宜治療の見直しを行う
- g. 患者にあった治療法を総合的に判断し選択し実践する

③ 診断および治療方針の書面化に基づく当事者・家族との治療契約

- a. 主治医は初診時に十分に時間をとって診療し、指定の書面に記入する
- b. 書面には、症状、発症歴や過去の適応状態、ストレス状況などを含めた病状の理解に基づく治療計画を明記する
- c. 診察後は患者に書面を提示し、診断および治療目標や治療手段について十分に説明する（患者に応じた心理教育の提供と治療契約）
- d. 各受診時に治療の進展を評価し、一定の書面に記入する

④ わが国における科学的根拠に基づけられた薬物療法の提供

- a. 処方調査による現状の把握
- b. 臨床研究の推進：治験以外の科学的根拠研究、併存症への薬物療法指針の研究、等
- c. 薬物療法アルゴリズムの作成（薬剤の変更の方法、併存症の有無による投薬方法、等を含む）
- d. アルゴリズム（科学的根拠）に基づく処方指導：初診時の重症度評価と投薬の可否の判断を義務づける
- e. 同一系統の薬剤（例：抗うつ薬）は、原則として1種類とする
- f. 多剤投与の場合は、その理由を患者に説明して同意を取り、その旨を診療録に記載する（医師と薬剤が連携できるシステム作りも重要である）
- g. 抗不安薬等の使用の妥当性を評価する
- h. 服薬のアドヒアランスの確認を義務づける

⑤ わが国における科学的根拠に基づけられた精神療法の提供

- a. ランダム化比較対照試験（RCT 研究）を推進し、それによってわが国で科学的根拠が得られた精神療法を診療報酬の対象とする
- b. マニュアルに沿った治療によってわが国で効果が実証されている認知療法・認知行動療法に関しては研修センターを設置し研修を実施する（例：研修内容と数値目標）
 - 認知療法・認知行動療法の素養を持った専門家育成のための1～2日のワークショップ
 - 3年目までに3,000人弱
 - 5年で1万人以上
 - 国際基準に匹敵する認定認知行動療法士の育成：3年間で100人の指導者を育成、3年間で4,000人の認定認知療法・認知行動療法士の育成
 - （認定基準：
 - ① 3年以上の週4日以上精神科医療現場での経験
 - ② 15時間以上のロールプレイを含むワークショップ
 - ③ 2例の面接の録音記録をもとにしたスーパービジョン
 - ④ 15例以上の認知行動療法記録
 をもとにAcademy of Cognitive Therapy等の国際基準の客観的評価を満たしたものを認知療法・認知行動療法士として認定する）
- c. 治療、予防、復帰、学校保健・道徳教育等の共通マニュアルを作成し検証する
- d. 地域および企業の専門家に認知療法・認知行動療法の研修の実施（対象：医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、薬剤師、教師等）
- e. 早い時期に臨床心理職の医療場面への導入を図る

⑥ 精神科医等専門家の教育内容の改革・充実

- a. 欧米の教育を参考にし、研修過程では精神療法や家族療法、集団療法について個別スーパービジョンなどきめ細かい指導を行う
- b. 専門医の認定もしっかりとした知識の評価とロールプレイなどをもとにした臨床能力評価を行う

⑦ 自殺対策及び効果的な治療に結びつく研究の推進

- a. 自殺対策の方法論の効果を検証する全国規模の疫学研究の推進
- b. 効果的な治療法を開発するための薬物療法及び精神療法のランダム化比較対照試験の推進
- c. 生物学的な根拠のある診断分類の開発と、そのための原因解明の研究（NIMHのResearch Domain Categories (RDoC) などと連携した国際レベルの研究の推進）と研究推進のための、研究リソースの整備（DNAリソース、ブレインバンク）