

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) 研究遂行に必要な、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