

自殺予防対策関連 WHO 日本視察(平成 24 年 1 月)

最終報告書

1.はじめに

WHO は独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの要請を受け、専門家チームを現地へ派遣し、自殺予防に関する全国的なプログラムの進捗状況について視察を行った。専門家チームの構成員は資料 1 に記載した。現地視察の日程は資料 2 に記載した。

2.背景

日本では自殺対策基本法(平成 18 年法律第 85 号)が国会において制定され、これに基づき、平成 19 年 6 月 8 日には、政府が促進すべき自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱(以下、本大綱という。)」が閣議決定された。本大綱は、平成 20 年 10 月 31 日に一部改正され、自殺に対する問題意識を高めることに重点を置き、9 項目に分けられた 50 の施策を提示している。

自殺総合対策大綱はおおむね 5 年を目途に見直しを予定し、社会および経済状況の変化、自殺の状況、政策や諸施策の進捗状況に従って再評価される。本大綱は平成 24 年以内に改正される予定である。

3.成果

日本では自殺対策基本法(法律第 85 号)が制定されたほか、閣僚レベルで自殺予防対策が策定され、自殺予防対策事業に相当な額の予算(平成 22 年は 124 億円)が充てられてきた。これらは日本政府が自殺予防に対して重大な問題意識を持っている表れであり、真剣に取り組む姿勢を象徴している。日本と同様に自殺率が高い他国の模範となるべき姿勢である。

日本では本大綱の基本方針に従い、社会全体および学校や職場における自殺問題の認識を高める点において多くを成し遂げてきた(これは全体的予防と考えられる)。

また、本大綱の前向きな成果として、ほとんどの都道府県において地方および地域レベルで自殺予防に係る確たる基盤が固められていることが挙げられる。

更には、迅速に更新される、性別、年齢、婚姻状況、職業ごとの疫学的情報は質が高く貴重なリソースとなっている。

4.自殺総合対策大綱改正時の検討点

上述のような成果を収めているにも関わらず、日本の自殺率は依然高水準にあり、自殺者数は 14 年連続で年間 3 万人を超えている。自殺者数は 2011 年には小幅な減少を示し、肯定的な動向とも考え得る。

視察チームに対して提供された資料および第 5 回自殺対策研究協議会(平成 24 年 1 月 11 日-12 日)でのプレゼンテーション内容を分析した結果、日本の自殺死亡者数の減少に繋がり得る提案を以下のとおり提示する。

A.自殺予防対策事業に関する調整の改善

内閣府に自殺対策推進室を設置することは理想的であるが、他方、自殺及びその予防に関して、専門的側面よりも、政治的および社会的観点により関心を向けざるを得ないという危惧がある。自殺予防を専門的に推進する部門(厚生労働省、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など)の関与を強化すること、また、保健医療福祉や社会的ケア、より具体的には自殺予防対策に従事する都道府県および市町村レベルの団体と連携すること

の2点において改善の余地があると見受けられる。自殺予防総合対策センターの専門的な調整の役割を強化するべきである。

B. 選択的予防介入および個別的予防介入の重視

日本の全体的予防介入(リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発)に注がれた努力によって得られた発展は評価に値する。とりわけ、精神障害者、無職者、独居の人など、自殺行動のリスクが高い人々(選択的予防介入)、またより具体的には過去に自殺未遂をした人(個別的予防介入)を対象にした、具体的な介入を導入するための素地を作ったことは大きな成果である。通常、このような選択的予防介入および個別的予防介入は、全体的予防介入に比べて短期間で結果をもたらす。

C. 評価(効果および費用対効果)

日本の自殺予防に関する多種多様で広範囲に渡る介入を勘案してもなお、各介入の具体的な有効性や効果は不確かなままである。従って、各介入を評価する具体的モデルを確立することが望ましい。これは、効果が非常に高いまたは中程度の介入、あるいは効果のない介入を特定する上で非常に重要になってくる。また、有効であることが実証された介入方法の費用対効果を入念に分析することは、強化すべき介入、改善すべき介入、場合によっては廃止すべき介入を決定する上で意義深いであろう。

D. 指標

有効な指標は信用できる評価に欠かせない要素である。これまでのところ、自殺者数と自殺率の2つの指標のみ使用されてきたように見受けられる。しかし、自殺のプロセスの全容は希死念慮から始まり、自殺の計画、企図へと移行する。これらの全プロセス(とりわけ後者)は慎重にモニターする必要がある。少なくとも、主要な救急処置室(総合病院)に搬送された自殺未遂者については系統的に記録し、自殺者数と同様に慎重な分析を行うべきである。

その他に、特に気分障害、総合失調症、物質使用障害(アルコール使用障害を含む)の主要な精神障害を持つ人が治療を受ける機会の不足については強力な指標となる。日本の入院中心の精神科治療と、専門家以外が主要な精神障害を発見しケアを実施することが少ない状況では、自殺の危険性が高い精神障害者のニーズは十分に満たされない。

E. 調査

日本で現在行われている自殺の危険因子に関する調査では、「固定した要因」と呼ばれるものがほとんどである。それらは、変更が容易でない要因(失業状態、婚姻状況等)、または単純に変えることができない要因(性別や年齢等)である。

しかし、実際には自殺行動の要因の多く(精神障害、不安、孤独、無価値感等)は変更可能なものであるが、日本におけるこれらの自殺行動の要因が与える影響と重大性はいまだ知られていない。これらの情報は心理学的剖検調査により、短・中期で入手できる可能性があり、今後、その対象範囲を拡大する必要がある。特に恥と社会上の悪影響を懸念して自殺を隠そうとする文化的背景においては、よくある現象ではあるが、自殺について誤った報告がなされることがあり、まさに日本がそうである。心理学的剖検は、それらのケースも特定できる可能性がある。

その他、強化すべき研究は、治療法に関する分野である。上述の要素(指標と評価)を融合させることにより、自殺行動の危険性が高い人に対する最適なアプローチを短期間で示すことが可能になると考えられる。

注意深いモニタリングと評価の実施ならびに結果の定期的な報告は、日本における今後の自殺

予防対策事業の計画を助け、他国の模範となるだろう。

5. 連携の可能性

自殺予防総合対策センターとWHOとの間には、以下のような連携の可能性が考慮される。

A. *START – Suicide Trades in at Risk Territories*

これはWHO西太平洋地域事務局(WPRO)が後援しており、オーストラリア自殺調査・予防研究所(AISRAP)が運営するプロジェクトである。AISRAPはWHOの自殺予防研究研修協力センターであり、オーストラリアのグリフィス大学に所在する。STARTは4つの要素(死亡率と罹病率を含む自殺関連行動の記録、自殺未遂者への短期介入、深刻な自殺未遂者に対する密なフォローアップ、心理学的剖検型の調査)で構成されており、現在の日本の背景を踏まえ関連する事項だと考える。

B. *mental health Gap Action Programme (mhGAP:精神保健の格差に関する行動計画)* の導入

本プログラムでは、精神や神経、あるいは物質使用障害のある人に、精神保健以外の保健医療福祉従事者が積極的に関わることで、ケアの拡大を目的としている。プログラムは、8領域(「自傷・自殺」を含む)の特定とマネジメントについてまとめている。

mhGAPの介入ガイドは、現在日本語訳作業の最終段階であり、日本において、自殺の危険性が高い精神障害を抱えているにも関わらず治療を受けていない状況に対応するために効果的なツールとなるであろう。

C. 地域的連携

日本は西太平洋地域(WPRO)をリードする国のひとつであり、自殺予防対策、特に全体的予防に関する経験は豊富である。この経験を何らかの地域連携プログラムを通じてWPRO(およびその他のWHO地域事務所に属する他国)と共有可能とすることが望まれる。

相互の協力関係を築くことにより、日本も他国の経験から得るものがあるだろう。

6. 持続性

上述の提案は一時的措置ではなく、持続性を確保するため、慎重かつ適切な試験的实施の後、システムの中に日常的な機能として組み込まれるべきである。多くはその効果と費用対効果がすでに他国で検証されており、必要に応じてそれを適応させることで、日本においても十分有効であると信頼できる十分な根拠がある。

7. WHO 継続支援

WHO(本部およびWPRO)は組織の使命として、日本からの具体的な要請に応じて専門的な支援をさらに提供する用意がある。

資料 1

視察チーム

Dr Shekhar Saxena, 部長, 精神保健・薬物依存部, WHO (ジュネーブ)

Dr Xiangdong Wang, 精神保健地域アドバイザー, WPRO

Dr Yutaro Setoya, 技官, 精神保健・薬物依存部, WHO (ジュネーブ)

Dr José M. Bertolote, アドバイザー, 教授, グリフィス大学(オーストラリア) /ポトゥカトゥ 医科大学(ブラジル)

技術支援メンバー

Dr Alexandra Fleischmann, 研究者, 精神保健・薬物依存部, WHO, (ジュネーブ)

Dr Kanna Sugiura, 技官, 精神保健・薬物依存部, WHO, (ジュネーブ)

資料 2

日程

平成 24 年 1 月 10 日

14:30 - 15:30 - 内閣府 訪問

16:00 - 17:00 - 厚生労働省 訪問

平成 24 年 1 月 11 日

09:30 - 13:00 - プレゼンテーションおよび情報交換(内閣府、自殺予防総合対策センター、精神保健福祉センター長会)

14:00 - 18:30 - 第 5 回自殺対策研究協議会

平成 24 年 1 月 12 日

09:30 - 15:30 第 5 回自殺対策研究協議会

平成 24 年 1 月 13 日

10:00 - 12:00 総括

WORLD HEALTH ORGANIZATION VISIT
TO JAPAN (JANUARY 2012) ON SUICIDE PREVENTION
FINAL REPORT

1. INTRODUCTION

Further to a request from the Japanese Authorities, the World Health Organization (WHO) organized a team for a field visit, with the aim of reviewing the progress of the national programme for suicide prevention. The members of the team are indicated in Annex 1. The agenda of the visit is shown in Annex 2.

2. BACKGROUND

Further to the issuance of the Basic Act for Suicide Prevention (Act No. 85 of 2006) by the Japanese Diet, on 08 June 2007, the General Principles of Suicide Prevention Policy (GPSP) was issued by a Cabinet Meeting as a policy to be encouraged by the Government. This Initiative partially revised on 31 October 2008, is centred on raising awareness about suicide, and indicated 50 activities organized around nine points.

GPSP will be reviewed in five years and re-evaluated in accordance with changes in social and economic situations, suicide situations as well as policy and target progress. It will be revised during 2012.

3. ACCOMPLISHMENTS BY JAPAN

The adoption of Basic Act No. 85, the placement of the Suicide Prevention at the Cabinet level and the substantial budget allocated for suicide prevention activities (12.4 billion yen for the year 2010) indicate the importance given by the Japanese Authorities to suicide prevention and the seriousness with which it has tackled it. This could be followed as an example by other countries with high suicide rates, comparable to those seen in Japan.

Following the general principles spelled out by GPSP, substantial progress has been achieved in terms of awareness raising at the societal, school and workplace levels (these can be considered as modalities of universal prevention).

Another positive outcome observed as a result of GPSP is the establishment of a powerful infrastructure for suicide prevention at regional and local, in most Prefectures.

An additional asset is the excellent quality of the epidemiological information available, promptly updated and disaggregated by gender, age, marital status and occupation.

4. SUGGESTIONS FOR THE REVISION OF THE GPSP

In spite of the accomplishments mentioned above, the frequency of suicide in Japan continues to be high, remaining above 30,000 deaths per year for the last 14 years. There was a slight decline in 2011, and this could be a positive trend.

After an analysis of the documents presented to the members of the visiting team and review of the presentations made during the 5th Study Meeting on Suicide Countermeasures (11-12 January 2012) some suggestions are made in this report that could lead to a reduction in suicide

mortality in Japan.

A. Improved coordination of activities

Although the placement of the Suicide Prevention Division at the Cabinet Office is ideal, it risks becoming an agency concerned more with the political and social aspects of suicide than with other, more technical facets of suicide and suicide prevention. There seems to be room for improvement both in terms of strengthening the involvement of other technical units (e.g. Ministry of Health, Labour and Welfare, Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry etc) and the partnership with Prefectural and local agencies dealing with health and social care and, more specifically, with suicide prevention. The technical coordination role of the Center for Suicide Prevention should be strengthened.

B. Focus on selective and indicated interventions

The advancements obtained with the effort dedicated to universal prevention (i.e. general promotion of suicide prevention addressed to all, irrespective of the degree of risk) in Japan are impressive. One of its main accomplishments is to have created the ground for putting in place more specific interventions, particularly those directed at people with high risk of suicidal behaviours (selective prevention), targeting population such as people with mental illness, people without a job, people who live alone, and even more specifically those who have attempted suicide (indicated prevention). These selective and indicated interventions usually bring results in a shorter time, as compared to universal prevention.

C. Evaluation (effectiveness and cost-effectiveness)

In view of the variety and breadth of interventions so far implemented for suicide prevention in Japan, it remains uncertain as to what has been the specific efficacy and effectiveness of each one of those interventions. It is, therefore, advisable to establish specific models of evaluation. It is very important to identify the specific interventions that have been highly effective, moderately effective or ineffective. Also, a careful analysis of cost effectiveness of those interventions that proved to be effective would be useful to decide on which interventions should be reinforced, which should be modified and which should perhaps be discontinued.

D. Indicators

In order to do good evaluation, it is fundamental to have good indicators. So far, it seems that only frequency and rate of suicide mortality have been used. However, the full spectrum of the suicidal process goes from suicidal ideation, suicidal planning and suicidal attempts. All these (particularly the latter) should be carefully monitored. Ideally, at least suicide attempts seen at the major emergency rooms (general hospitals) should be systematically recorded and the information analysed as carefully as suicide mortality is now.

Another powerful indicator is the gap in the access to treatment of major mental disorders, with emphasis on mood disorders, schizophrenia and substance use disorders (including alcohol use disorder). Hospital-based model of mental care in Japan, and the scarce use of non-specialists for the identification and care of people with those major mental disorders, does not provide a good coverage of the needs of people with mental disorders at high risk of suicide.

E. Research

Most of the current research on risk factors for suicide in Japan are related to the so called "fixed factors", that is factors that either are not easy to modify (e.g. unemployment, marital

status) or simply cannot be reverted (e.g. gender and age).

And yet, many precipitants of suicidal behaviours are indeed modifiable (e.g. mental disorders, anxiety, loneliness, feelings of worthlessness, etc), and it remains to be known what is the impact and magnitude of these modifiable factors on suicidal behaviour in Japan. Psychosocial autopsy studies could, in the short and medium terms, provide this information, and need to be increased in their coverage. These could also identify any possible misreporting of suicide, a quite common phenomenon, particularly in cultural settings where suicide is shrouded in shame and adverse social consequences, which is the case in Japan.

Another area of research in need of strengthening in Japan is related to treatment modalities. The combination of some of the elements indicated above (indicators and evaluation) could in the short run indicate the best approaches to people at a high risk of suicidal behaviours.

Careful monitoring and evaluation and periodic reporting of the results are likely to assist planning for future suicide prevention activities in Japan and also in other countries which can learn from the Japanese experience.

5. POSSIBLE COLLABORATION

The following possible collaborative projects may be considered between the Center for Suicide Prevention and the World Health Organization:

A. START - Suicide in at Risk Territories

This is a project sponsored by the WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO), and run by the Australian Institute for Suicide Research and Prevention (AISRAP), at Griffith University, Australia, a WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention. It has four components (suicide behaviour recording (both mortality and morbidity), brief intervention for suicide attempters, in-depth follow-up of serious suicide attempters, and psychosocial autopsy-type studies), all of which are relevant to the present Japanese context.

B. Implementation of mental health Gap Action Programme (mhGAP)

This WHO programme has the objective of scaling up care for mental, neurological and substance use disorders with the active involvement of non-specialized health care providers. The programme includes identification and management of 8 priority conditions (one of which is "Self-harm / Suicide").

The mhGAP Intervention Guide is in the final stages of its translation into Japanese and could be a powerful tool for addressing the possible gap of access to treatment related to people with mental disorders at a high risk of suicide in Japan.

C. Regional Collaboration

Japan is one of the leading countries in WPRO and one with a wealth of experience related to suicide prevention, particularly on universal prevention. This should be made available to other countries in WPRO (and to other WHO Regions, as well) through some form of a regional collaboration programme.

This collaboration should be two-way, and Japan would also benefit from the experiences reported by other countries.

6. SUSTAINABILITY

Rather than interim measures, most of the suggestions in this report should be integrated, after a careful and appropriate pilot testing, into the routine functioning of the system, in order to ensure sustainability. Most of them have already been tested and have demonstrated their effectiveness and cost effectiveness elsewhere, and there are enough reasons to believe that these should be effective in Japan, after necessary adaptations.

7. CONTINUED TECHNICAL SUPPORT FROM WHO

As part of its constitutional mandate, WHO (both Headquarters and WPRO) is ready to provide further technical support in response to specific requests from Japan.

ANNEX 1

Visiting Team

Dr Shekhar Saxena, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva.

Dr Xiangdong Wang, Regional Adviser for Mental Health, WPRO.

Dr Yutaro Setoya, Technical Officer, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva.

Dr José M. Bertolote, Temporary Adviser, Professor, Griffith University, Australia / Botucatu Medical School, Brazil.

Technical support

Dr Alexandra Fleischmann, Scientist, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva.

Dr Kanna Sugiura, Technical Officer, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva.

ANNEX 2

Agenda

10 January 2012

14:30 - 15:30 - Visit to Minister of State for Suicide Prevention and Officials in the Cabinet Office Suicide Prevention Division

16:00 - 17:00 - Visit to Ministry of Health, Labour and Welfare

11 January 2012

08:30 - 09:30 - Visit to Special Advisor to Prime Minister

09:30 - 13:00 - Presentations and information exchange with Officials from the Cabinet Office, Members of the Center for Suicide Prevention, Chiefs of Regional Mental Health and Welfare Centres, and Officials from the Ministry of Health, Labour and Welfare

14:00 - 18:30 - 5th Study Meeting on Suicide Countermeasures

12 January 2012

09:30 - 15:30 - 5th Study Meeting on Suicide Countermeasures

13 January 2012

10:00 - 12:00 - Overview meeting