

エビデンスなき里のコウモリ

— 精神保健福祉政策の有効性を問う —

齊尾 武郎^{1)*1} 櫻澤 博文^{2)*2}

- 1) フジ虎ノ門健康増進センター
2) さくらざわ労働衛生コンサルタント

Odds and sods among the geese when the gander is away: Reviewing Japanese psychopolitics

Takeo Saio¹⁾ Hirofumi Sakurazawa²⁾

- 1) Fuji Toranomom Health Promotion Center
2) Sakurazawa Occupational Health Consultant

Abstract

Background : Recently, the Japanese government has implemented many measures and policies dealing with a number of specific mental health issues.

Objective : To show that most of these measures and policies, particularly of suicide prevention, are not validated well from the viewpoint of an evidence-based health policy (EBHP).

Design : Narrative, non-systematic review of the literature concerning psychopolitics in Japan.

Results : Almost all measures and policies for suicide prevention in Japan are not well supported by sound evidence. Among them, “the Fuji model project for suicide prevention”, which campaigns for early detection and rapid cure of depression, has paradoxically or ironically resulted in clinical evidence of an increased number of suicides in the region after its implementation.

Conclusion : The Japanese government ought not to adopt measures and policies on mental health without a quantitative evaluation of their outcomes as they do now.

Key words

suicide prevention, outcome research, health policy, mental health

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation) 2014 ; 41 : 619-26.

*1 K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

*2 合同会社パラゴン (Paragon. LLC)

1. はじめに

“我邦十何萬ノ精神病者ハ實ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ。精神病者ノ救済・保護ハ實ニ人道問題ニシテ、我邦日下ノ急務ト謂ハザルベカラズ。” — 東京帝国大学医科大学精神病学主任教授・呉秀三は、今から100年弱前の大正7年(1918年)、調査報告書『精神病者私宅監置ノ實況』の第7章「意見」で日本の精神障害者に対する劣悪な処遇をこう歎じた。この報告書は呉が明治43年から大正5年までの6年余にわたり、教室員15名を1府14県に派遣し、全国の精神障害者の処遇を綿密に調査した結果を当初、『精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』と題して東京医事新誌に連載したもので、そのすぐ後、内務省衛生局より呉の自序を付して1冊にまとめて刊行され、その後も幾度となく復刻された名著である。この報告書は、我が国の精神障害者に関する最初の法律である「精神病者監護法」(明治33年法律第38号)が精神障害者の監禁を家族に義務付け、自宅に監禁する(「私宅監置」)ことを警察の許可制とし合法化したことに伴う反治療的・非人道的な療養環境を明らかにし、世論を喚起することにより、国の精神保健政策を改めさせるために著されたものである。そして、実際に呉が企図した通り、この報告書が契機となって、「精神病院法」(大正8年法律第25号)が制定された(しかし、法律は策定されたものの、相次ぐ戦争のため、実効性に乏しく、その後も長く、私宅監置が続いた)。

ここで重要なことは、この調査に先立ち、呉自身が多くの雑誌に私宅監置をなくすべく意見を公表したり、呉の支持者の山根正次衆議院議員が「官公立精神病院設置ニ関スル建議案」を發議し、明治44年に修正のうえ衆議院で可決されたにも関わらず、私宅監置が全国に広まったことである。ことほど左様に、誤った政策は修正が困難なのである。

翻って今日の我が国の精神保健福祉政策はどう

か。近年になってようやく、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標や精神疾患に対する国民意識の変革の達成目標などで数値目標が明示されるようになった¹⁾ものの、根拠に基づく保健医療政策(evidence-based health policy: EBHP)の立場からは、個別の具体的な施策・事業による介入効果が検証されておらず、決して満足のいくものではない。すなわち、精神保健福祉政策の中で種々の施策・事業が混然として提示されており、いったいそのうちのどの施策・事業がどうした効果をどの程度発揮したのか(定量的評価)が不明瞭なのである。これでは政策の当否を判断できようはずもない。いや、間違った政策が間違っているということすら認識されないままに、延々と続くことになりかねない。

そこで本稿では、まず、近現代日本の精神医療と最近の精神保健福祉政策を振り返り、次に今世紀になってようやく具体化した自殺対策の流れを整理するとともに定量的なアウトカム評価が欠落しているという決定的な問題を指摘し、最後にエビデンスベースでない施策・事業の実例として、「富士モデル」という自殺対策を挙げ、その問題点を検討する。

2. 近現代日本の精神医療と最近の精神保健福祉政策

近現代の我が国の精神医療の歴史²⁾を概括すれば、第二次世界大戦終戦までの時期は、災害や戦争による社会の貧困のため、精神医療に十分な資源が配分されず、精神医学による社会の医療化が進展せず、むしろ、精神医療の供給不足による弊害が問題であった。戦後は徐々に療養環境の整備が進むが、閉鎖的・収容主義的医療となり、1980年代半ばまでに、粗製乱造の精神科病院で精神科以外の科の出身の医師が精神医学の知識や経験の乏しいままに診療することにより起こるさまざまな人権侵害や水増し請求など、いわゆる“転科医問題”が次々と起きた。その後、前世紀末までに、集団精神療法、ナイト・ケア、訪問看護・指導科

の診療報酬点数化（1986年）、精神保健法の改正（1993年）による精神障害者社会復帰促進センターの新設、障害者基本法（1993年）で精神障害者が「障害者」として法律上位置付けられたことなど、さまざまな形でようやく地域精神医療や精神障害者の社会復帰への動きが始まった。

今世紀となり、その後も地域医療の制度整備が進むと同時に、啓発活動・アンチスティグマ、自殺・うつ病対策、認知症対策など、より個別の疾患や精神科特有の問題に政策がシフトしていく。しかしながら、これらの政策がエビデンスベースであったかといえば、政策の根拠となるパイロットスタディの評価や政策導入までの議論に疑問が残る。そうしたものの一例として、本稿では「自殺対策富士モデル」を取り上げる。なお、今後、職域におけるうつ病圏の疾患多発への対策として、労働安全衛生法が改正され、「職場のストレスチェック」（いわゆるメンタルヘルス検診）が導入される方向のようだが、すでに関係諸学会より、政策の妥当性に関して多くの異論があり^{3, 4)}、先行きが危ぶまれるが、詳細については稿を改めたい。

3. 我が国の自殺対策

日本の自殺者数が1998年以來、7年間にわたって年間3万人を超えていることを受け、故・山本孝史参議院議員（民主党）らの尽力により、2006年（平成18年）、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）が議員立法により制定された。この法律を受けて2007年（平成19年）策定された自殺総合対策大綱⁵⁾（旧大綱）には、自殺死亡率低下の数値目標が盛り込まれた（ただし、自殺者数減少の数値目標自身は、すでに2000年（平成12年）の「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」⁶⁾に盛り込まれている）。また、2008年（平成20年）には「自殺対策加速化プラン⁷⁾」も策定された。

しかしその後も自殺者数は減少せず、1998年から連続12年間、年間自殺者数が3万人を超えたため、2010年（平成22年）にはさらに「いのち

を守る自殺対策緊急プラン⁸⁾」も策定された。また、自殺総合対策大綱は5年後に見直され、2012年（平成24年）、新大綱⁹⁾としてより綿密な対策が盛り込まれた。こうして短期間にさまざまな施策が打ち出された。結果的に1998年から2011年（平成23年）までの14年間、我が国の年間自殺者数は3万人を超えることとなった。

さて、2006年10月の自殺対策基本法施行後、結果的に2009年をピークに自殺者数は減少したものの、さまざまな施策・事業の中で何がどの程度の効果を上げたのかは不明である。上述したさまざまな自殺対策の中で提唱されている種々の施策・事業は、いずれも一見、有効なものに思われる。だが、こうした対策がどの程度行われたのか、そして実際の自殺予防効果を上げたのかが明確ではない。例えば、旧大綱では、「第2 自殺対策の基本的考え方」の「1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む」の項で、失業、倒産、多重債務、長時間労働などの社会的要因の背景にある制度・慣行そのものの見直しを進めることが謳われている。しかし、その後の「第4 自殺を予防するための当面の重点施策」でこれと関連する対策を探すと、「4. 心の健康づくりを進める」の項の下位項目「(1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進」の中に、「過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化する。」と書かれている他、「6. 社会的な取組で自殺を防ぐ」の項の下位項目の「(2) 多重債務の相談窓口の整備とセーフティネット融資の充実」、「(3) 失業者等に対する相談窓口の充実等」、「(4) 経営者に対する相談事業の実施等」が提示されているのみである。これは新大綱でも若干の記載が追加されたのみであり、旧大綱下でのこれら施策が実際にどのように行われ、どの程度の成果を上げたのか、まったく施策の有効性の評価尺度となる数値が記載されていないのである。こうした事情は自殺総合対策大綱のみならず、「自殺対策加速化プラン」や「いのちを守る自殺対策緊急プラン」でも同様である。

自殺対策の実施状況は、平成19年から平成25

年までの自殺対策白書¹⁰⁾に詳述されているが、いずれもどのような対策を行ったかについての概要が示されているだけで、対策の有効性を証明するものではない。すなわち、自殺対策にかかる諸施策・事業の“供給体制に関する情報のみ”が提示されており、個別の各施策・事業を実施した結果、どの程度自殺者が減少したのかが報告されていないのである。これは自殺総合対策会議（自殺対策の機動的推進のためのワーキングチーム、自殺対策タスクフォース含む¹¹⁾、自殺対策推進会議¹²⁾の議事録・配布資料を見ても、同様である。確かに個別の施策・事業の成果の評価は容易なことではない。しかし、自殺対策白書に掲載されている各施策・事業について、historical controlを置くなどして施策・事業の導入前後の自殺者数の推移を調べるなど、アウトカムリサーチ¹³⁾を行い、その成果を定量的に評価できるものも少なくない。自殺対策は闇雲に行えば良いのではない。効果がある施策・事業を効果があることを確認しながら行うべきなのである。こうしたアウトカムリサーチに対する問題意識は、ようやく平成25年になって自殺対策検証評価会議¹⁴⁾で見られるようになった。また、後述する「自殺対策富士モデル」のアウトカムについては、平成22年6月22日開催の第10回自殺対策推進会議の議事録¹⁵⁾でも、「睡眠のキャンペーンはいわゆる富士モデルが基になっていると思うが、昨年(2011年)の11月の時点では富士市の成果がまだ見えていないという話を学会で聞いたことがある。睡眠のキャンペーンそのものは良いとは思いますが、実際にその富士モデルの評価は出ているのか。」と指摘されており、本稿で指摘したような自殺対策という政策介入の成果に関する定量的評価（介入の有効性や費用効果性の検証）は、残念ながら端緒に着いたばかりである。

4. 「自殺対策富士モデル」

そうした自殺対策施策・事業の中で、自殺者数を減少させるという意図とは逆に、自殺者数を増

やしてしまったと思われるのが、「自殺対策富士モデル」である。これは2010年（平成22年）3月から内閣府主導により全国レベルで展開されている自殺対策「睡眠キャンペーン」（うつ病の早期発見・早期治療のために、“お父さん、眠れてる？”をキャッチフレーズに働き盛りの中高年齢層を主たるターゲットとして、不眠に着目した疾病啓発キャンペーンを行うもの）の先駆けとなった事業である。

この“自殺対策が逆説的にも自殺者数を増やしてしまうのではないか”という懸念は、本稿の筆者のひとり、櫻澤がはじめて2010年5月の第106回日本精神神経学会総会（広島市）で指摘した¹⁶⁾。櫻澤はかねてより富士市で産業医として社員たちに関わる中で、精神科で処方される向精神薬の多剤大量投与を知り、精神医療の質に大きな疑問を抱いており、「富士モデル」の早期発見・早期治療という方針に疑問を持っていた。そして、「富士モデル」の実施前後の自殺者数の推移に着目したのである。富士市の自殺者数は、すでに「富士モデル」事業が開始（2007年（平成19年）1月）される前の2005年（平成17年）から減少に転じており、「富士モデル」事業施行の1年ほど後の2008年（平成20年）の富士市の自殺者数は微増しているのである（2008年の富士川町の合併を調整してもなお、増加している）。その後も富士市の自殺者数は、事業施行前よりも多いままであった。

このことは、実は富士市も認めるどころであり、平成25年の“富士市 FUJI CITY Official Site”の“3月は自殺対策強化月間です”というページからのリンク、“富士市自殺の現状 (.pdf, 114.9 KB)”に折れ線グラフ (Fig. 1) があり、その説明文には「平成11年から50人台を推移しています。平成17年67人と過去最高となり、それ以降は減少していますが、平成20年以降増加しています。」と書いてある（その後、このファイルは削除された）。このファイルには、さらに富士市の中高年齢層の男性（「富士モデル」事業の主たるターゲット）の自殺者が多いことを示す年代別自殺者数の

図 (Fig. 2) や静岡県富士市の自殺死亡率が静岡県全体や全国平均よりも高い状況が続いていることを示す図 (Fig. 3) も載っており、「富士モデル」事業という先進的な自殺対策を取っているにも関

わらず、そのおひぎ元の富士市の自殺者数が増えているという深刻な事態が判明したのである。

これを自殺対策をとってもなお自殺者が増加するほど、富士市が自殺傾性の強い地域であると考

Fig. 1 Annual trend of the number of suicides in Fuji City

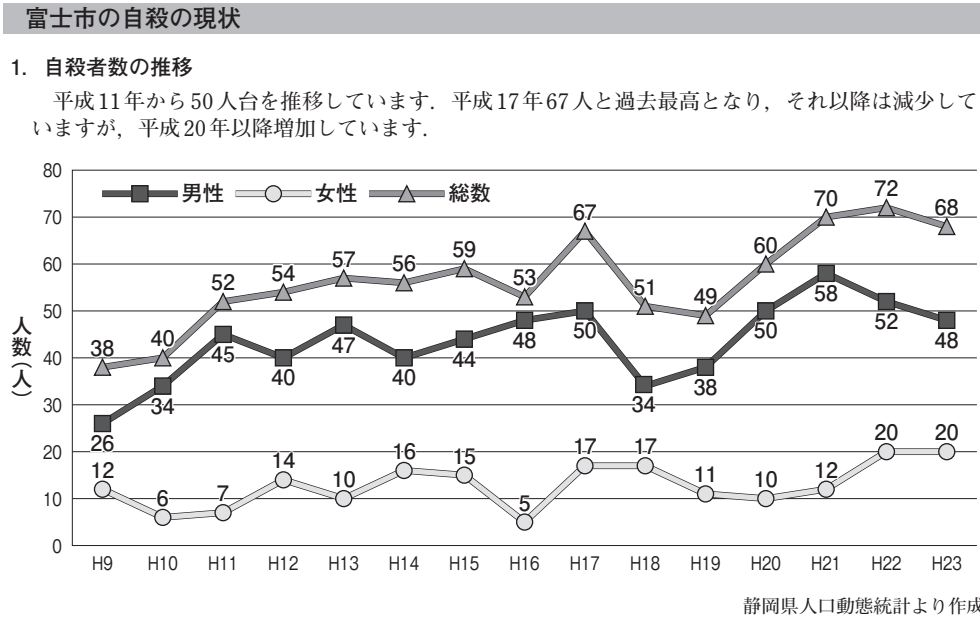


Fig. 2 The number of suicides by age in Fuji City

2. 年代別自殺者数

自殺者の、8割は男性で、50代の男性に最も多い状況ですが、若者から高齢者まで様々な年代でおきています。

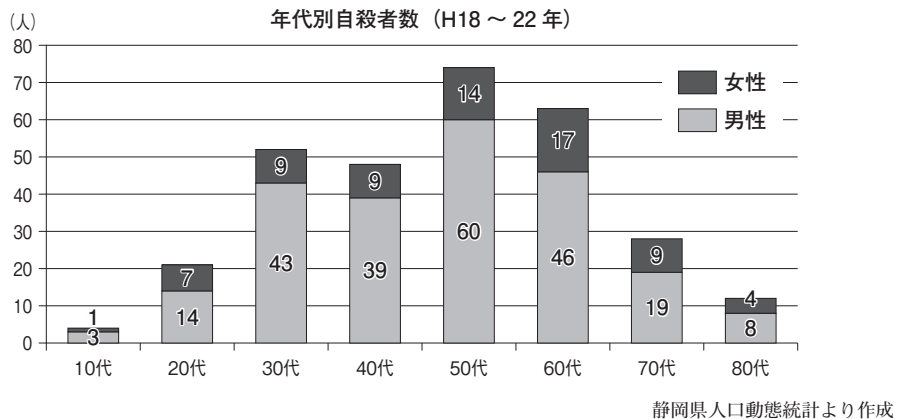
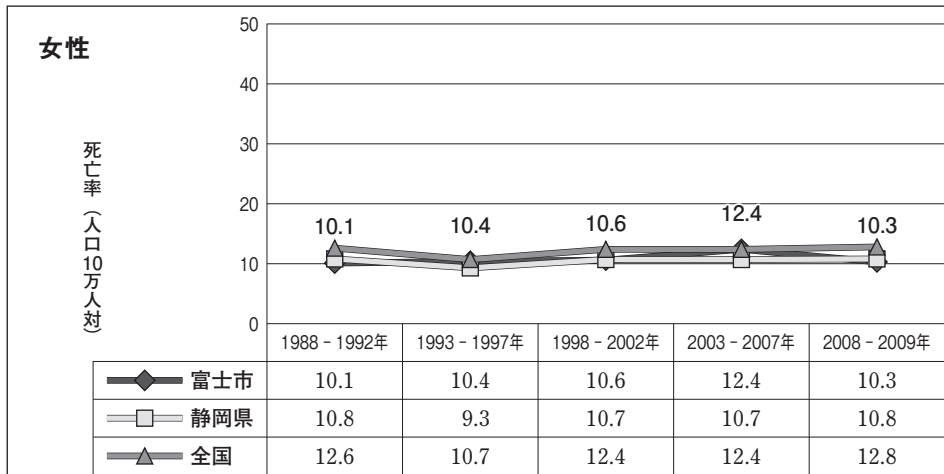
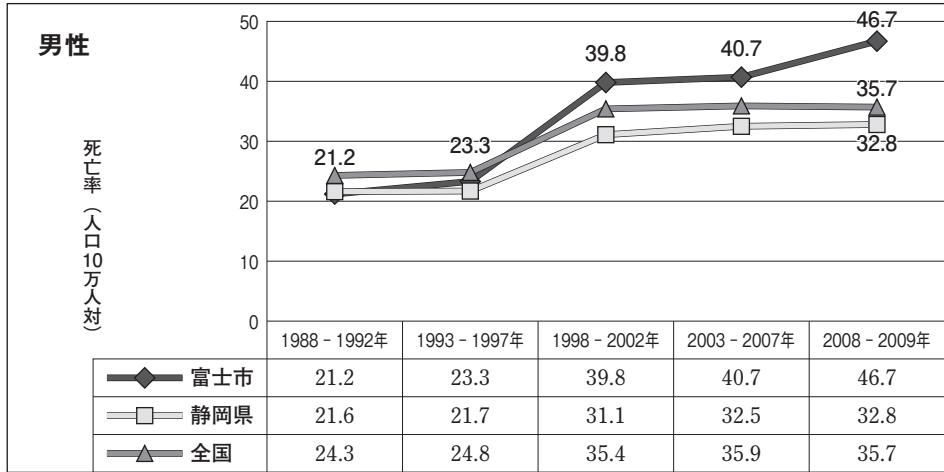


Fig. 3 Comparison of the trend of the suicide rate between Fuji City, Shizuoka prefecture and the overall trend in Japan

3. 自殺死亡率の推移 ※自殺死亡率：人口10万人あたりの自殺者数

富士市の自殺死亡率は、男性では全国、静岡県よりも高い状況が続いています。



地域のための自殺の基礎資料より作成

えるか、それとも自殺対策が有害に作用して自殺を増加させたと受け止めるかは、多少の異論はあるであろうが、“自殺対策が逆説的にも自殺者数を増やしてしまうのではないか”と考えても不自然ではなく、全国レベルの政策として、この事業をモデルとしたキャンペーンを張ることは、明らかに早計であった。

「富士モデル」はうつ病と不眠の關係に着目した自殺予防介入だが、その背景にある考え方を要約すれば、“自殺者にはうつ病が多いのだから、うつ病を早期発見・早期治療すれば、自殺者数が減らせる”、“そのためにはうつ病の症状としての不眠を見つけ、精神科に紹介して治療を受けさせれば良い”ということである。しかし、櫻澤が疑

念を抱いたように、現状の精神医療の質は決して高いものではなく、治療が逆効果になってしまう（向精神薬や精神療法の副作用で病状が悪化する）ことも少なくはない。また、残念ながら精神疾患には社会的なスティグマが付きまとうため、病気の早期発見が結果的に患者を失業させるなど、患者の社会的不利を招く要因になる可能性がある。こうした実際の精神医療を知るものであれば当然抱くべき懸念が「富士モデル」事業の着想・実施において欠落してしまったことは、誠に遺憾である。

さて、2012年になると、富士市の自殺者数は前年の68名から51名へ急減した。そして全国の自殺者数も同様に前年から2,793人減少（9.1%）し、27,858人となった（警察庁統計）¹⁷⁾。富士市の自殺者数の減少は「富士モデル」が急激に効果を発揮したためなのだろうか。ここにきて、ようやく自殺対策が実を結んだのだろうか。実は、我が国の自殺者数の減少は、すでに富高辰一郎医師（パナソニック健康保険組合健康管理センター）によって予想されており、この3年ほどの自殺者数の減少は日本が人口減少社会に突入し、自殺好発年齢の人口が減少したからではないかと考えられるのである¹⁸⁾。氏によると、そもそも日本の自殺者は、自殺年齢調整死亡率でみると、長期的には横ばい（この100年間、20人±5人/年/10万人）である。すなわち、いかに年間自殺者数が3万人を超える状況が続いているとしても、自殺に関する年齢調整死亡率（人口構造の異なる集団の間での死亡率や特定の年齢層に偏在する死因別死亡率を比較できるように調整した死亡率）で評価しなければ、人口構造の変化による影響を排除できないし、長期的には日本の自殺率の高さは自然な変動の範囲の可能性もあり、増加傾向にあるとは断言できないのである。また、このような我が国で自殺者の絶対数の多さのみが問題視され、自殺年齢調整死亡率という人口統計学的な指標による検討が欠落しているという問題は、すでに20年以上前に国の研究機関の機関誌で、当時我が国の国立精神・神経センター精神保健研究所に在籍

していた外国人研究者から指摘されていた¹⁹⁾。

5. まとめ

我が国の精神保健福祉政策は、まさに牛歩の歩みであったが、最近ようやく、具体性のある政策が立案されるようになった。しかし、科学的エビデンスが十分に考慮されておらず、精神疾患の特性や社会の実態もほとんど反映されていない。このため、施策・事業の有効性や費用効果が担保されず、施策・事業によっては、有害作用も危惧される。そうした問題ある施策・事業の一例として、本稿では自殺対策「富士モデル」を取り上げた。この他にもアンチスティグマ政策や認知症予防（介護予防）、今後導入されるという「職場のストレスチェック」などにも、同様の問題があると考えられるが、詳細については稿を改めたい。

世に「鳥なき里のコウモリ」という。現在の我が国の精神保健福祉政策は、残念ながら、個別の施策・事業の有効性や費用効果性、有害性（副作用）に関する科学的エビデンスが乏しい状況で、素朴心理学（folk psychology）の域を出ない施策・事業がさまざまな形で主唱され実行されている。この状況を喩えて、本稿のタイトルを「エビデンスなき里のコウモリ」とした。鳥の居ないところでは、空を飛べるからといってコウモリが幅を利かす。エビデンスのない国の政策もまた、これに同じ。今必要なのは、政策に活かせるエビデンス作りである。

付記

本稿の概要は、第72回日本公衆衛生学会総会（平成25年10月24日・津市）シンポジウム14「科学的根拠に基づいた公衆衛生政策の推進—精神保健版—」（座長：藤田享宣、櫻澤博文）にて、齊尾が「エビデンスなき里のコウモリ：精神保健福祉政策の有効性を問う」と題して発表した。

文 献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 平成16年9月. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- 2) 竹村堅次. 日本のサイコポリティクス：私の個人的体験から. 東京：自由企画・出版；2006.
- 3) 日本産業衛生学会. 今求められるメンタルヘルス対策, 法律改正への要望. 平成24年3月（平成24年4月14日改訂）. Available from : [https://www.sanei.or.jp/images/contents/213/Mesures_for_metnal_health\(revised\).pdf](https://www.sanei.or.jp/images/contents/213/Mesures_for_metnal_health(revised).pdf)
- 4) 日本精神神経学会精神保健に関する委員会委員長中村 純. 改正労働安全衛生法における「職場のメンタルヘルス対策の充実・強化」に対する見解. 平成24年9月15日. Available from : https://www.jspn.or.jp/activity/opinion/2012/files/mental_health_of_workspace.pdf
- 5) 自殺総合対策大綱. 平成19年6月8日閣議決定. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/pdf/t.pdf>
- 6) 厚生事務次官. 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について. 平成12年3月31日厚生省発健医第115号. Available from : http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/pdf/t0.pdf
- 7) 自殺対策加速化プラン. 平成20年10月31日自殺総合対策会議決定. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>
- 8) いのちを守る自殺対策緊急プラン. 平成22年2月5日自殺総合対策会議決定.
- 9) 自殺総合対策大綱～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～. 平成24年8月28日閣議決定. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20120828/honbun.pdf>
- 10) 内閣府 [Internet]. 東京：内閣府；c2011. 自殺対策白書. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/index-w.html>
- 11) 内閣府 [Internet]. 東京：内閣府；c2011. 自殺総合対策会議. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/index.html>
- 12) 内閣府 [Internet]. 東京：内閣府；c2011. 自殺対策推進会議. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/suisin/index.html>
- 13) 齊尾武郎. 自殺予防におけるアウトカムリサーチ. In : 高久史麿, 宮岡 等. 齊尾武郎, 栗原千絵子, 司会. こころの病は, 誰が診る? 東京：日本評論社；2011. p. 196-201.
- 14) 内閣府 [Internet]. 東京：内閣府；c2011. 自殺対策検証評価会議. Available from : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kensyouhyouka/index.html>
- 15) 内閣府 [Internet]. 東京：内閣府；c2011. 第10回自殺対策推進会議議事概要. Available from : http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/suisin/k_10/gijigaiyou.html
- 16) 櫻澤博文. 産業医からみた精神科医療の疫学的検討と処方箋. 精神経誌. 2011；SS131-8. Available from : https://www.jspn.or.jp/journal/symposium/pdf/jspn106/ss131-138_bgsdng33.pdf
- 17) 内閣府自殺対策推進室, 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成24年中における自殺の状況. 平成25年3月14日. Available from : http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H24_jisatunojoukyou_01.pdf
- 18) 富高辰一郎. うつ病の常識はほんとうか. 東京：日本評論社；2011.
- 19) ウェザロール ウィリアム. 自殺統計の誤報と誤用 — 官庁, マスコミ, および学会における「数字盲症」の診断と治療 —. 精神保健研究. 1991；(37)：47-70. Available from : <http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/kenkyu37.pdf>

(投稿日：2013年10月30日)

(受理日：2013年11月5日)