

シンポジウム：青森県内の包括ケアシステムの充実に向けた課題(4)

地域介入による自殺予防 —本邦の高齢者自殺予防活動のレビューより—

大山 博史¹⁾

1) 青森県立保健大学

Key Words：①地域介入 ②自殺予防 ③うつ病
④高齢者

I. はじめに

自殺者の大半は、①直前にうつ状態を呈している、②直前に一般医を受診する傾向にある、③最近、心理的孤立に陥っていた、④自殺の伝播効果がしばしばみられる、という心理行動上の特徴が認められる。この傾向は特に高齢者で著しい。本邦の高齢者自殺予防活動では、これらに相応する戦略として、(1) 保健領域におけるうつ病スクリーニングと保健・医療的フォローアップ、(2) 福祉領域における訪問や集団援助、(3) うつ病予防をテーマとする啓発・健康教育、を主要なプログラムとするうつ病対策の形式で展開がなされている。

わが国の高齢者自殺多発地域のうち、新潟県、岩手県、秋田県および青森県の6町村では、1985年以降、高齢者を主たる対象として自殺予防のための地域介入に着手している。いずれも、5年以上の施行により高齢者自殺率に有意な低減を認めており、明白な予防的成果を上げている。

II. 本邦の高齢者自殺予防活動の実績

1. 過程評価

6件のいずれも活動主体は市町村であったが、各自治体間でプログラム内容に差が認められた。

このうち5件は、うつ状態スクリーニングを主要なプログラムとしていた。そのうち、新潟県(旧)松之山町、(旧)松代町および(旧)安塚町の活動ではスクリーニングを毎年悉皆で実施しており、岩手県(旧)浄法寺町、青森県名川町では毎年30-50%程度の高齢住民を対象に実施していた。また、これらの5件は、陽性者のフォローアップにおいて精神科的管理の比重に違いがあった。すなわち、浄法寺町では精神科医がフォローアップを直接担っていた。松之山町では精神科コンサルテーション・リエゾン・サービスのもと、一カ所の一般医が集中的に管理していたが、松代町と安塚町では精神科コンサルテーション・サービスのもと、複数一般医が分散して管理していた。啓発・健康教育の内容はうつ病の早期発見と援助機関の利用方法に関する内容が中心であったが、これに加えて、浄法寺町と松之山町では自殺の禁止が強調されていた。さらに、いずれの地域でも高齢者集団援助や訪問などが併用されていた。

他方、秋田県(旧)由利町ではポピュレーション・ストラテジーが採られており、スクリーニングは実施されなかった。活動では、うつ病予防・自殺防止キャンペーンの一環として啓発と福祉的行事が集中的に企画されており、また、高齢者集団援助が地元公民館で積極的に実施された。

2. 効果評価

介入の結果、浄法寺町(介入前後10年間男性自殺発生率比(以下、いずれも年齢調整済み):0.27, 95%CI:0.08-0.94;同女性率比:0.24, 95%CI:0.10-0.59)と松之山町(未算出)では、活動と並行して男女とも65歳以上自殺率が有意に低減した。また、松代町(介入前後10年間女性自殺発生率比:0.30, 95%CI:0.14-0.67)、安塚町(同女性率比:0.36, 95%CI:0.14-0.93)および名川町(介入前後6年間女性自殺発生率比:0.26, 90%CI:0.07-0.98)では、同女性の自殺率が低減していた。他方、由利町では、8年間の活動の結果、65歳以上女性の自殺率が有意に低減した(介入前後8年間女性自殺発生率比:0.35, 95%CI:0.14-0.84)。

6件の各地域介入はサンプルサイズが小さいものの、上述した自殺率の低減は、いずれも準実験的デザインにより実証されており、加えて、地域トレンドを上回って減少していたことが示されている。

Ⅲ. 活動実施の適応と効果

1. 地域診断による適応条件

最近の本邦の実績を鑑みると、上記の高齢者自殺予防活動が適応となる地域は、人口が3500～7000名、高齢化率が15～30%、男性または女性における65歳以上自殺率が160（対10万比）以上を示す地域と考えられ、同地区の65歳以上の一般住民が活動の対象者となる。人口規模が大きい市町村では、地域を分割し、これらの条件に合う地区を設定して予防活動を実施することが可能である。

2. 実施体制の条件

活動を担う機関については、これまでの実績では、実施主体が市町村以外にないため、現時点では活動の実施条件として、当初は市町村が高齢者自殺予防活動事業の実施主体となることが求められる。将来的には自治体以外に社会福祉協議会、NPO等の福祉組織による展開も可能であろう。次に、うつ病者のフォローアップのために、うつ病診療の可能な地元の一般医療機関を少なくとも一カ所、拠点に指定し、さらに同所と精神科医との連携体制を確立すること、あるいは、地元の精神科医療機関を拠点とすることが必要となる。また、地元の福祉関係者との連携も不可欠である。これらに先立ち、住民に対する啓発・普及が十分に行なわれ、本活動に対する住民の理解が得られていることが必要である。実施に際しては、保健・医療・福祉の連携が必須となる。

3. 期待される効果－真のエンドポイント－

上述したように、本邦の活動ではプログラムの大枠が固定されつつあるが、その展開方法によって介入効果の発現に性差が生ずる可能性が高い。このうち、スクリーニングと濃厚な精神科コンサルテーション付きのフォローアップを5年間実施すると、160以上を示す65歳以上男・女自殺率がおよそ1/4に減少することが期待できる。また、スクリーニングと一般医によるフォローアップ、または、高齢者福祉活動と啓発・健康教育を5年ないし10年間実施すると、160以上を示す65歳以上女性自殺率が1/3ないし1/4に減少することが期待できるが、男性への効果は期待できない。

Ⅳ. おわりに－中高年男性の自殺予防に向けて

今回、6件の活動実績の分析から得られた効果発現の性差は、高齢者のみならず壮年者の自殺予防活動戦略に重要な示唆を与えている。自殺へ至る心理的段階のうち、男性は自殺計画と衝動性の段階において脆弱性を有することが報告されているが、この男性脆弱性は、高齢期のみならず壮年期にも存在するからである。

そこで、中高年男性の自殺予防戦略では、自殺計画や自殺衝動性の心理的段階に十分作用する予防戦略が重要と考えられる。具体的には、脳内セロトニン作動系機能異常へ対処するために抗うつ剤を投与すること、アルコール問題をはじめとする器質因子に対して精神科的管理により衝動性コントロールを図ること、ならびに、自殺計画の早期発見と自殺を禁ずる価値観の強調による抑止を図ること等が、その戦略として挙げられる。

Ⅴ. 文献

大山博史編：高齢者自殺予防マニュアル。診断と治療社。2003