

〔論説〕

## わが国の自殺予防対策と最近のエビデンス －地域介入による高齢者自殺予防活動のレビュー

大山 博史<sup>1)</sup> 渡邊 洋一<sup>1)</sup> 坂下 智恵<sup>1)</sup>  
駒田 亜衣<sup>1)</sup> 千葉 敦子<sup>1)</sup> 森本しげみ<sup>2)</sup>

### Recent evidence on community-based prevention for elderly suicide in Japan

キーワード：①「自殺予防に向けての提言」 ②地域介入 ③うつ病 ④高齢者

Key Words: National proposal for suicide prevention, community-based intervention, depression, elderly

#### I. はじめに

##### 1. 自殺予防とは

自殺予防とは、何らかの介入によって、個人の自殺を未然に防ぐこと、または、特定の集団における自殺者の割合を減少させることである<sup>1)</sup>。自殺は本人にとってこの上ない悲劇である。そして、家族や周囲の者に大きな悲しみや困難をもたらすとともに、社会全体にとっても大きな損失となる。自殺の発生は心理的要因のみならず、社会的要因の影響も受けることから、自殺予防の実践のためには、精神医学・心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの多角的な検討と包括的な対策が必要となる。

わが国における自殺による死亡数（厚生労働省人口動態統計）は、1997年までは2万人台に留まっていたが、主に中年男性の自殺死亡数の増加によって、1998年には3万人を超えている。一方、依然として高齢者の自殺数が多いこと、さらに、児童・思春期の自殺に対して自殺情報の影響が増大していることが、少子高齢化社会の中で課題となっている。

##### 2. 自殺の背景

近年の自殺増加の背景には、「生きる不安」や孤独感が存在している。これは、他の先進諸国と同様、堅固な価値観や将来への明るい展望を見失いがちな転換期の特徴といえる<sup>2)</sup>。

自殺の原因については、統計上、健康問題、経済・生活問題、家庭問題が上位を占めるが、現実には人生観・価値観や地域・職場のあり方等、種々の社会的要因も影

響している。

個人の自殺について、真の理由を特定することは難しい。しかし、実際には、自殺直前に多くの者に共通する心理が認められる<sup>3)</sup>。これには、心理的苦痛、生と死の間の動揺、「生きるか、死ぬか」という二分思考、自殺衝動の高まり等が知られている。つまり、自殺者の多くは二分思考に陥っており、また、自殺によって苦痛から解放されたいと願う反面、援助を求めるという生と死の動揺を経験している。

また、自殺者の半数以上には精神障害の罹患や既往歴が認められ、なかでもうつ病の割合が高い。その他、自殺の危険因子として、自殺企図歴、社会的孤立・サポート不足、男性、高齢、喪失体験、自殺の家族歴、事故傾性（事故を繰り返す起こす行動特性）が知られている<sup>4)</sup>。さらに、自殺は遺族や友人に深刻な心理的影響を長期間与える。

#### II. わが国の自殺予防対策

##### 1. 自殺予防の基本的方策

2002年、厚生労働省は自殺防止対策有識者懇談会を設置し、同会は「自殺予防に向けての提言」を報告としてまとめた<sup>2)</sup>。そこでは、我が国における自殺予防対策の基本的視点と対応が示されている。

自殺予防活動を効果的に展開していくためには、一般住民に対し、生命の尊さや生きることの意味について啓発すること、ストレス問題やうつ病を主なテーマとした心の健康教育を実施すること、および、自身の心の健康問題に自ら気づき、対応するというセルフケアの概念の

1) 青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科

Department of Social Welfare, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

2) 松山市社会福祉協議会

Matsuyama Council of Social Welfare

普及をはかることが重要である。次いで、相談機関の利便性を高めること、および、精神障害の予防と治療管理の水準を高めることが必要となる。自殺の危険の高い者に対しては、かかりつけ医や各種相談員をはじめとする地域の保健・医療・福祉関係者における早期発見と早期介入が奏功するため、その体制づくりが重要となる。国外では銃や農薬などの致死的手段の制限や自殺報道の規制の試みもある。

## 2. 自殺予防対策の視点と戦略

「自殺予防に向けての提言」では、自殺を考えている人の状況の理解、生きる勇気と力を取り戻させるような支援体制や環境づくり、生きる誇りと自信を育てる教育・啓発・健康増進を重視している。その理念の下、自殺予防対策の視点を次のごとく示した<sup>2)</sup>。

まず、実施主体を、①個人、②保健医療福祉関係機関、教育関係機関、マスメディア、事業者団体、労働組合、事業場、ボランティア団体などの地域の組織、③国及び地方公共団体に分類し、それぞれの役割分担と連携を重視した。

次に、対象者を、①自殺を考えている人や、自殺未遂者、その家族・友人等の周囲の者、②自殺死亡者の家族・友人等の周囲の者、③国民全体の水準に分類した。また、活動の場を、①個人、②家族、地域、職場、③社会全体の水準に分類した。

そして、予防の段階を、①自殺の蓋然性が低い段階でその予防を図ること（普及・啓発や教育）、②現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと（危機介入）、③不幸にして自殺が生じてしまった場合に他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと（事後対策）に区別した。

上記の基本的視点に沿って、自殺予防対策の基本的戦略を以下のごとく提示した。

まず、実態把握を行うことである。次いで、普及・啓発や教育のための戦略として、セルフケアの必要性を指摘し、その支援機関を明示した。加えて、児童・思春期における心の形成を重視した教育の必要性が指摘した。

また、危機介入では、うつ病患者をはじめとする自殺の危険の高い人を早期に発見し、相談機関や医療機関につなげる形式で危機介入を行うことを明示した。危機介入しうる専門家として医療・保健・福祉関係者、職場や学校における相談者が挙げられており、地域・職場・学校における危機介入の体制づくりが必要性である。また、「いのちの電話」等、電話による危機介入の充実、自殺手段の制限として建築物に関する整備の重要性が指摘された。

事後対策では、自殺未遂者に対する医療機関の支援体

制の充実や自殺遺族や友人等に対する相談体制の整備の必要性が述べられた。

その他、自殺情報により自殺が誘発される場合があり、自殺報道のあり方や、インターネット上の自殺関連情報に留意すべきこと、さらに、経済施策の影響を勘案して総合的な自殺予防対策を行うことにより、より大きな効果を期待できることが指摘された。

## Ⅲ. 最近のエビデンス—地域介入による高齢者自殺予防のレビュー

### 1. 地域介入による高齢者自殺予防の根拠

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内の6町村では、1985年以降に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取り組んでいる。いずれも、実施主体は市町村であり、対象を高齡一般住民とし、活動の場を地域に設定している。

本邦の高齢自殺者の大半は、直前にうつ状態を呈していることが知られている<sup>5)</sup>。このため、いずれの活動もうつ病予防をテーマとした啓発・健康教育と、うつ病者の早期発見・危機介入を主たる戦略に位置づけている。具体的には、①うつ状態スクリーニングと陽性者のフォローアップ、②訪問や集団援助による高齢者福祉活動、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活動がなされている（表1）。いずれの活動も、5年以上の施行により高齢者自殺率に有意な低減が認めており、明白な予防的成果を上げている。次に、これらの実績についてレビューする。

### 2. 本邦の高齢者自殺予防活動の実績

#### 1) 過程評価

上述したように、6町村の高齢者自殺予防活動は、いずれも町村を実施主体とする65歳以上の一般住民を対象とした活動であったが、表1に示すように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<sup>6)</sup>、（旧）松代町<sup>7)</sup> 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<sup>8)</sup>、青森県（旧）名川町<sup>9)</sup> 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。一方、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、複数の一般医が分散して管理して

表1 1985年～2005年に5年間以上施工された地域介入による本邦の高齢者自殺予防の実績

	うつ状態スクリーニング実施を伴う介入					スクリーニングを伴わない介入
	精神科的フォローアップ		一般医によるフォローアップ			
	新潟県(旧)松之山町	岩手県(旧)浄法寺町	新潟県(旧)松代町	新潟県(旧)安塚町	青森県(旧)名川町南地区	秋田県(旧)由利町
人口(概数) <sup>a</sup>	3500-4000	5500-6000	4500-5000	4000-4500	1400-1600	6500-7000
老年人口比(%) <sup>a</sup>	27.5-30.0	20.0-22.5	25.0-27.5	22.5-25.0	25.0-27.5	17.5-20.0
介入施行期間(年)	1985-2005	1985-2005	1988-1997	1991-2000	1999-2005	1995-2005
2段階式スクリーニング実施期間	1986-2005	1988-2002	1988-1997	1991-1997	1999-2005	未実施
1次スクリーニング評価項目	SDS, うつ状態の既往, 自殺観念, ライフイベント	SDS	SDS	SDS	SDSより抜粋, ライフイベント	
施行頻度	年1回, 悉皆で実施	年1回, 30%の高齢者に実施, 5年毎に悉皆で実施	年1回, 悉皆で実施	年1回, 悉皆で実施	年1回, 悉皆で実施	
2次スクリーニング確定診断の方法	精神科医がRDCによりうつ状態を診断	精神科医が臨床的にうつ状態を診断	精神科医がRDCによりうつ状態を診断	一般医がRDCによりうつ状態を診断	保健師による半構造化面接, 精神科医がRDCにより診断	
フォローアップ 高危険群への介入法	一般・精神科診療, 保健師訪問	精神科診療, 保健師訪問	一般医診療, 精神科コンサルテーション, 保健師訪問	一般医診療, 精神科コンサルテーション, 保健師訪問	保健師訪問, 精神科医による相談	
高齢者福祉活動 プログラム内容	引きこもり老人へのグループ・ケア, 友愛訪問	精神科医による相談	グループ・ケア友愛訪問	グループ・ケア	グループ・ケア(頻回実施)在宅福祉サービス(介護保険)	保健師による相談グループ・ケア(頻回実施)友愛訪問
	リハビリ教室	在宅福祉サービス	リハビリ教室	リハビリ教室		
啓発・健康教育 テーマ	うつ病予防, 自殺の危険, 自殺禁止の強調	うつ病予防, 自殺の危険, 自殺禁止の強調	うつ病予防, 自殺の危険	うつ病予防, 自殺の危険	うつ病, 自殺の危険	うつ病予防, 自殺の危険
その他		精神科医との定期連絡会				高齢住民アンケートの頻回実施

<sup>a</sup>1990-1999のレンジ(人口は500名区切り, 割合は2.5%区切りで表示)

SDS: Self-rating Depression Scale; RDC: Research Diagnostic Criteria

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と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域各所で積極的に実施されていた<sup>10)</sup>。

## 2) 効果評価

介入の結果、浄法寺町(介入前後10年間における年齢調整済み男性自殺発生率比: 0.27, 95% confidence interval (C I): 0.08-0.94; 同女性率比: 0.24, 95% C I: 0.10-0.59)<sup>8)</sup>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年間における年齢調整済み女性自殺発生率比: 0.30, 95% C I: 0.14-0.67)<sup>7)</sup>、安塚町(同女性率比: 0.36, 95% C I: 0.14-0.93)および名川町(介入前後6年間における年齢調整済み女性自殺発生率比: 0.26, 90% C I: 0.07-0.98)<sup>9)</sup>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年間における年齢調整済み女性自殺発生率比: 0.35, 95% C I: 0.14-0.84)<sup>10)</sup>。

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。

## 3. 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)以上を示す地区と考えられ、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<sup>11)</sup>。

### 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可能である。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た上で、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。

### 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定まりつつあるが、その展開方法には幅がある。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。

濃厚な精神科的管理や自殺禁止の強調は、自殺計画や自殺衝動性を直接抑制する強力なプログラムであることが指摘されているが<sup>5)</sup>、これらの実施の有無によって介入効果の発現に性差が生ずることが特徴である。

## 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<sup>5)</sup>。

## 引用文献

- 1) 大山博史：自殺予防。日本在宅ケア学会監修，在宅ケア事典，中央法規出版，2006（印刷中）。
- 2) 自殺防止対策有識者懇談会：自殺予防に向けての提言。厚生労働省，2002。
- 3) Shneidman, E. S: Definition of Suicide. John Wiley

Sons, 1985. (白井徳満、白井幸子訳：自殺とは何か。185-218. 誠心書房，1993.)

- 4) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント。15-47. 医学書院，2002。
- 5) 大山博史，坂下智恵：高齢者のうつ病と自殺－予防と地域介入の観点から－。ストレス科学，19. 61-69, 2004。
- 6) 高橋邦明，内藤明彦，森田昌宏ほか：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動－老年期うつ病を中心に。精神経誌，100. 469-485, 1998。
- 7) Oyama, H., Goto, M., Fujita, M., et al. : Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. Crisis, 27:58-65, 2006
- 8) Oyama, H., Koida, J., Sakashita, T., et al. : Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. Community Ment. Health J. 40. 249-263, 2004.
- 9) Oyama, H., Ono, Y., Watanabe, N., et al. : Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. Psychiatry Clin. Neurosciences, 60. 110-114, 2006.
- 10) Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., et al. : Community-based prevention through group activity for elderly successfully reduced the high suicide rate for females. Psychiatry Clin. Neurosciences, 59. 337-344, 2005
- 11) 大山博史：高齢者自殺予防の基礎。大山博史編，医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル，25-49，診断と治療社，2003。