

複合的地域自殺対策プログラム

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター長

大野 裕

（聞き手 大西 真）

大西 大野先生、複合的地域自殺対策プログラムというテーマでお話をうかがいたいと思います。

まず、このプログラムというのは国の自殺対策の一環として何か研究班のようなものが立ち上がったのでしょうか。

大野 そうなのです。国の大型研究が立ち上がりまして、その一つとして自殺対策が始まりました。自殺対策の中でも、2つに分かれておりまして、私が担当した地域の複合的アプローチと、もう一つは救急搬送された方たちの支援という2つの班に分かれて研究を行ったのです。

大西 年限は5年とか。

大野 年限は5年です。ただ、5年ですけれども、実際にプログラムをつくって行ってですから、実際に介入したのは3年半です。

大西 おそらく地域の特性によっていろいろ対策の効果が違うのではないかとこの予想からなののでしょうか。

大野 そうなのです。地域としては

東北3県、自殺が多いといわれています秋田、青森、岩手、そしてあと南九州で鹿児島、宮崎に協力していただきました。もう一つは大都市部ということで、千葉市と仙台市、あと北九州市に協力をさせていただいて、人口規模でいえば、積極的に介入した地域の人口が100万人、そして何もなかったといえますか、従来どおりの介入をしたところが100万人で、それを比較したということになります。

大西 もともと疫学的に自殺の多い県というのは、統計上、かなり率が違うのでしょうか。

大野 一般的に言いますと、日本の場合、10万人対比でほしい25人ぐらいの方が年間、命を落とされているのですけれども、自殺の多い地域というのは30人を超える感じになりますし、少ないところだと20人を切るのです。地域によってかなりの差が出てくるのです。

大西 それで東北3県と南九州が少し高いということで選ばれたのですね。

大野 そうですね。

大西 要因に関してはまだわかっていないのでしょうか。

大野 これはよくわかっていないのです。いろいろなことが想定されるのですけれども、いずれにしましても、今までの研究を見ますと、地域づくりというものを軸に支援をすると自殺が減るといふ、これは1万人、2万人規模の自治体での研究があるのです。そういう研究が果たして何十万人というところでも同じように実証できるのかということと、もう一つは大都市部でも同じようにできるのか、それを実証しようとしたのです。

大西 実際のプログラムはどのようなものなのでしょうか。それをご紹介いただけますか。

大野 まず一つは、地域にそういう支援をするようなネットワークをつくる。

大西 心の健康づくりネットワークのようなものですね。

大野 そうですね。いろいろな職種、いろいろな組織が参加して、地域全体でそういうネットワークをつくる。そのうえで、一次予防、二次予防、三次予防。つまり、一次予防というのは啓発を中心として、問題を未然に防ごうという予防です。

大西 啓発活動のようなものですか。

大野 そうですね。

大西 二次予防というのは、

大野 二次予防というのは、実際に自殺のリスクのある方に早く支援をしていこうということで、地域で目配りをしたりしながら、必要な場合には医学的な支援をしていく。

大西 ハイリスクの方というか、かつて自殺企図があったような方でしょうか。

大野 そういう方も含めてですね。あとは、精神疾患を持った方だとか、医療機関にかかれた方だとかですね。

大西 三次予防はどのようなことでしょうか。

大野 三次予防は、実際にご家族とか近い方が命を落とされた方の自殺です。

大西 ご遺族の方とか。

大野 ご遺族の方ですね。こういう方たちも自殺のリスクが高まっていますし、それと同時に精神的に非常に辛い状況におられるので、その支援をしていくということです。

大西 あと、アルコールとの関連とか、いろいろありますね。あるいは、統合失調症とか。そのあたりに関しては何かプログラムであるのでしょうか。

大野 自殺をする方の分析をしますと、多くの方が自殺前に精神疾患、ないしは精神的に不安定な状態にいらっしやるので、うつ的な状態というのがよく言われますけれども、それと同時に、統合失調症の方の自殺というのかなり多いのです。あと、お酒、アル

コール依存の方とか、依存と言えないまでも、アルコールを飲んで、つい衝動的に行動してしまう方とかいらっしゃるんで、そういう部分を含めて支援をしていくというか、予防活動をしていくということを行いました。

大西 そういう方への予防活動はなかなか難しい面もあるかと思えますけれども、どのように行われたのでしょうか。

大野 一つは、きちんと治療を受けていただくこともそうですし、治療を受けている方に、例えば地域ごととか、そういう支援をしていく。病院だけではなくて、地域でいろいろな支援をしていくことを考えたのです。ただ、おっしゃるように、今、地域での支援がまだ十分ではないので、治療的には難しいところがありました。

大西 あとは、仕事といたしますか、職域へのアプローチなどもされたのでしょうか。

大野 職域での啓発活動だとか、あとは地域産業保健センターの支援だとか、そういうことを含めて職域での支援を行っていくことにしたのです。

大西 そうしますと、実際は3年半ぐらいのプロジェクトで、有意な結果のようなものは幾つか得られたのでしょうか。

大野 まず一番大きかったのは、男性だけを見てみると、自殺の多い地域でこの活動をすると自殺率が有意に下

がる。有意に下がるというのは、経年の前後ではなくて、対照地区とされた地域と比べて有意に下がっているということです。あと、高齢者、65歳以上の方たちをサブサンプルとして取り出すと、やはり有意に下がっています。ですから、そういう人たちにはこういう地域の複合的な介入が役に立つだろうと考えられるのです。

ただ、一方で女性だとか若い方に関してははっきりした効果が出なかったことと、もう一つは都市部でこの介入をしても、あまり効果が出ないことがわかったのです。

大西 そのあたりの男性の高齢層で改善が見られたのは、何か原因が想定されているのでしょうか。

大野 原因というより、結果でこうなったということなので、理由はわからないのですけれども、おそらくそういう地域的な介入をすると、孤立するような男性、高齢の方に対する支援ができるというのが一つあると思います。それに伴って必要な医療的な支援もできる。そういうことがあるのだと思うのです。

大西 単純に考えると、地方は地域のネットワークが作りやすいような気がします。一方、都市部は孤立しているように思うのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

大野 全くそのとおりです。ただ、実際に現実に高齢の方の孤立は地方で

も同じようにあるのです。ただ、今おっしゃったような場合、地域のネットワークで支援をしていくという仕組みづくりは地方のほうがやりやすいのです。

大西 そうかもしれませんね。都会だとちょっとやりにくい面もありますね。

大野 そうなのです。隣に誰が住んでいるかわからない感じが地方に比べてずっと強いので、おそらくそういう地域づくりだけでは不十分なのだろうと思われま。

大西 先生は主に地域のほうにかかわられたとおっしゃいましたけれども、救急のほうの研究班では何らかの結果が出たのでしょうか。

大野 今そのデータをまとめているところで、間もなく結果は出るはずですよ。

大西 自殺企図の救急搬送でもいろいろな方がいらっしゃいますよね。

大野 そういう方の再企図といえますか、二度、三度と企図される方が多いので、そういう方への支援というのも重要だと思います。

大西 今後さらなる研究というのはどのように展開していくのでしょうか。

大野 今先生に質問いただいたように、どういうところが効果があったのかをもう少し細かく見ていくことが必要だろうと思います。もう一つは、今

回のデータを踏まえたうえで、今、自殺対策として不足している部分をむしろ政策の中で生かしていくにはどうするかが必要だろうと思います。

例えば、今、私たちはデータが非常に少ないのです。警察データしかないので、非常に雑なデータしか持っていない。そのため、もっと細かく見ていく必要があるとか、あと若い方とか女性に対して、特に都市部でどういう介入が必要かというのをもう少し丁寧に見ていく必要があるだろうと思うのです。

大西 都市部の自殺対策も非常に重要ですね。毎日のように電車での人身事故がありますよね。こういう地域のネットワークで介入していく発想は今回が初めての試みなののでしょうか。

大野 部分的には行われていたのですけれども、それを大規模に行ったのは初めての試みです。それを研究として対象となる地区を設定して比較したのは、世界で初めての研究だといえます。

大西 地域での予防というのは欧米の状況等はどうなのでしょう。欧米ではあまりその辺は行われていないのでしょうか。

大野 はい。研究としてもほとんどされていません。

大西 どうもありがとうございました。