

特集 自殺対策と精神保健

自殺対策と精神保健

大塚 耕太郎^{1,2)}, 酒井 明夫²⁾, 岩戸 清香²⁾

1. 地域リスク区分と介入について (図1)

地域ではメンタルヘルスの危機にあり、不調をきたしている疾患群レベルのハイリスク者に対しては、専門的ケアが重要である。また、境界群は必要なものを専門的ケアに結びつける必要がある一方で、医療化させないアプローチも重要で、予防介入が必要である。また、健康レベルにあるものに対しても広く健康増進の観点でメンタルヘルスを向上させていくアプローチが必要である。

2. 受診経路の調査から

我が国では、発症してから精神科専門機関にたどり着くまでの受診経路調査では、専門機関の受診の遅れを認め、その背景として①一般住民の知識が十分でない、②精神科受診に対するスティグマがある、ということが存在している可能性が示

唆された。一方、受診経路は直接受診、かかりつけ医を介する受診、総合病院身体科を介する受診の3つの経路に限定されており、地域の社会資源が広く活用される受診経路の拡大が必要でもあると考えられた。社会資源が活用されるうえで、第一に支援の介入レベルを検討していく必要がある。

3. 支援の階層モデル (図2)

一般にメンタルヘルスに関する支援は一般住民レベルの気軽な相談、ボランティアや社会福祉協議会などの生活困りごと相談のような生活支援レベルの相談と各機関の連携、行政や関係機関における問題解決の支援や専門家との連携、専門家における専門的解決(医療福祉的・法的など)の次元があり、各支援が階層化されフィルターを形成している。地域においては専門家しか支援に関わ

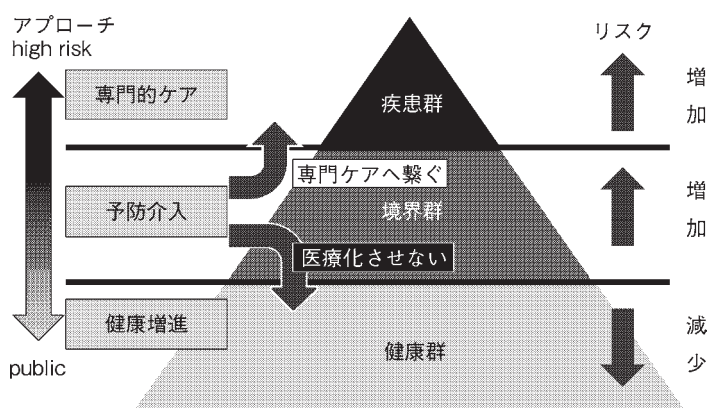


図1 地域リスクと住民のメンタルヘルス変化と介入

著者所属：1) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座

2) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

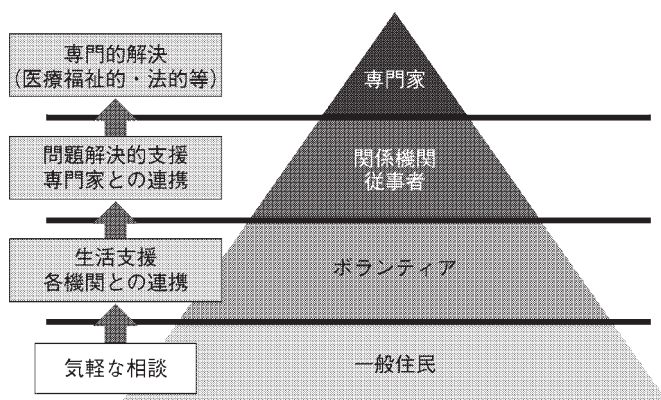


図2 支援の階層モデル

らないということは、支援の敷居が高く、偏見も強まってしまうと考えられる。また、問題を抱えた人に本来必要ではない支援が提供されるか、もしくは支援が得られないということが起きてしまう。したがって、地域ではフィルターが多く設定されるほうが、適切な支援をうけることができ、豊かな地域ケアが展開されると考えられる。

4. 支援へのアクセス

支援の介入レベルが階層化されている一方で、悩みを抱えた人が支援にたどり着くまでのアクセス性の検討も重要である。たとえば、精神医療の受療についても、たとえば英国では一般医と専門医が役割分担をされていたり、米国では保険により制約をうける。その他、受療までの抑止策を講じられているなど、精神医療へのアクセスのフローが存在する。一方、日本では精神医療へのアクセスは原則として制限はない。利点としては自己決定権が生かされるという面があり、どの階層や領域の支援も自由に選択が可能である。階層化レベルでのさまざまな次元の支援が入り口となるが、適切な支援にたどり着くには連携した支援システムが必要となり、連携していないと適切な支援をうけることができない可能性がある。我が国の自殺対策においてネットワークが重要な役割を担うのは、このような支援へのアクセス性の問題が存

在することもその理由としてあげられる。

ネットワークは、大きく関連機関のネットワークと実務者のネットワークに分けられる。都道府県単位、市町村単位のネットワークは、関連機関や団体がそれぞれの領域における自殺対策を検討し、相互に連携して地域全体の取り組みを促進する働きがある。これに加えて、関連機関・団体の実務者ネットワークが構築されれば、実務者同士の交流が促進され、実務者同士が顔の見える関係となり、人と人とを繋ぐ地域の連携が実現される。地域連携の促進が活発に行われれば、結果的に自殺のハイリスク者の危機を救うことにつながる。ネットワークを構築することは、従来の関連領域の対策を強化することに加えて、これまで可視化されていなかった問題点や関連性に注目し、新たなシステムを構築するような変化をもたらすという効果もある。たとえば、経済問題を動機とした自殺への対策として保健医療の領域で行われてきた自殺対策と、多重債務対策などの社会問題への対策、遺族への対策が連動して行われることになれば、それは新たな可能性を生むと考えられる。

5. うつと介入ポイント (図3)

われわれは平成14年から16年にかけて、先に述べた岩手県久慈地域を対象として「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と

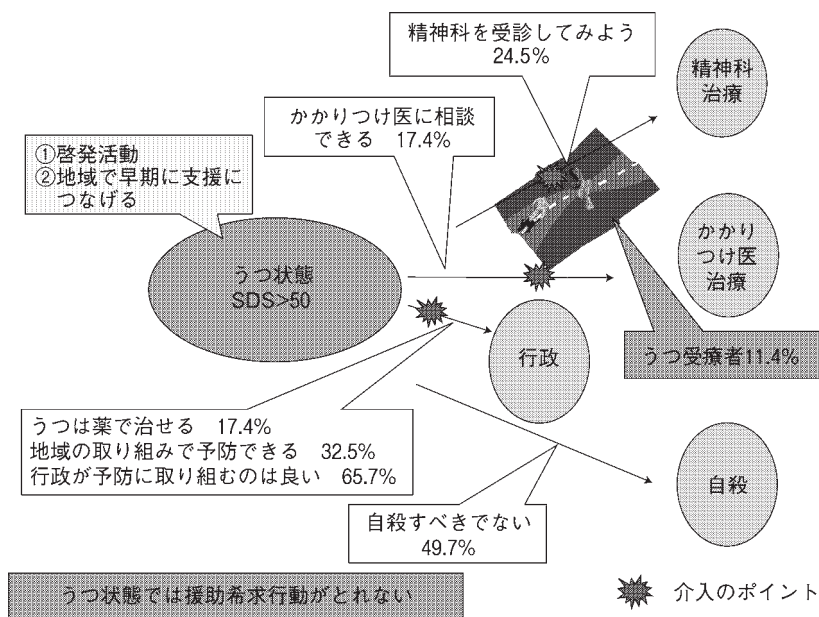


図3 (大塚耕太郎, 2004)

医療機関の連携による大規模介入研究」(厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業)を実施した。久慈地域は自殺のSMRが2.0以上の自殺多発地域であるが、そこで包括的な自殺予防活動を実施し、対照地域の宮古地域との意識調査における比較から介入効果を明らかにした²⁾。平成16年度の意識調査では、久慈地域と宮古地域における20歳以上79歳以下の住民のうち、自殺のハイリスク群と推察されるSDSスコア50点以上の「中等度以上のうつ」群は、両地域合わせて4334名中373名(8.6%)であった。「中等度以上のうつ」群は、意識調査の結果(図3)からは、自殺すべきでない、と考えているものが49.7%いた。しかし、結果的にうつ受療者も1割程度であり、精神科を受診してみようと思うものや、かかりつけ医に相談できるものが3割にも満たないことが明らかとなった。うつ状態にある人で、「うつ病は薬で治る」と思っている人も3割に満たないという結果は、一般住民に対するうつ病の啓発活動が必要であることと同時に、ハイリスクのうつを早期に発見しケアすることが重要である

ことを示している。

6. メンタルヘルスリテラシーを向上させる

WHOでは³⁾、自殺予防をある一定の地域集団への全体的な介入、ハイリスク者支援やゲートキーパー養成などの選択的介入、自殺の危険性があるものへの個別介入の3つのレベルで説明している。全体的介入としては、自殺のアクセスを制限させる介入とメンタルヘルスリテラシーを向上させる介入が重要である。メンタルヘルスリテラシーとは、メンタルヘルスに対する知識、理解、支援の活用能力で構成される。たとえば普及啓発はメンタルヘルスリテラシーを強化させる取組であり、メンタルヘルスに対する偏見や否定的イメージを和らげることにつながり、一般住民の援助希求行動を促進させる。

Nutbeam, D.によるヘルスプロモーションのアウトカムモデルとしては⁴⁾、教育、アドボカシー、社会的動員というヘルスプロモーション活動のアウトカムとして、ヘルスリテラシー、社会の行動と影響、公衆衛生の政策や機関での実践が

設定される。そして、健康なライフスタイル、効果的な健康サービス、健康的な環境が健康のアウトカムとなり、最終的な健康や社会のアウトカムがもたらされる。メンタルヘルスにおいても、ヘルスプロモーションとして、メンタルヘルスの教育効果や権利擁護、広がりという点が非常に重要である。社会的動員という観点でも、メンタルヘルスに関わる様々な領域が加わるネットワークによる活動が必要な視点や、わかりやすく、共有しやすいメッセージを伝えていくことが求められる。

7. 既存の事業

ヘルスプロモーションとしてメンタルヘルスリテラシーを向上させるという点では、自殺対策という単独の事業だけではなく、検診や保健指導などの保健事業との連携を行う必要がある。なぜなら、メンタルヘルスの危機にあるものは、必ずしも自殺対策の単独事業の対象とならない場合もあり、キャッチメントエリアは広く健康問題に広げていく必要がある。その上では、たとえば検診の場でのリーフレットやパネル設置、相談体制、スクリーニングなども効果的であると考えられる。また、保健指導でもメンタルヘルスについても少しの時間でもいいからあててみるというような工夫も必要である。

8. フィルターを増やす

メンタルヘルスの危機にある場合に、精神医療や精神保健サービスを活用する敷居は高い。一方で、受診経路として社会資源が十分に活用されていない現状もある。受診経路を変える取り組みとしては、敷居の低い相談体制を導入していくことが効果的である。たとえば、岩手県久慈病院は外来精神科も含めた18臨床科を持つ地域の基幹病院である。それまで、精神科への受療の敷居が高く、精神科治療が必要であっても治療に結びつかないことがあった。われわれは「H 14～16：厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研

究」（主任研究者酒井明夫）において、精神科受診の手前で受診相談や連携に役立つネットワークを導入した。ネットワークの実際の活動としては、院内では、①精神科受診を迷っている患者と家族への受診援助、②精神科通院に伴う不安・心配ごとへの支援、③精神科治療継続困難事例への対応、④療養環境の調整、⑤がん患者と家族への支援、⑥職員のメンタルヘルス支援、⑦緩和ケアチームカンファレンスへの参加、⑧病棟カンファレンスへの参加、を行っている。また、地域活動としては、①「久慈地域メンタルヘルスサポートネットワーク連絡会」への参加、②久慈地域のこころのケアナース育成事業への協力、③こころの健康づくり講演会への協力、④地域の関係機関との連携などを行っている。その結果（図4）、精神科受療へ結び付けにくかったケース（ $n=272$ ）の相談に医師紹介や本人の直接受診だけでなく、保健師や家族からの相談など受診経路が拡大され、地域のさまざまな相談のニーズにこたえることができた。また、相談にのることで問題解決につながったり、精神科の受療につながった。

また、敷居の低い相談窓口という点では、ボランティアがこころの健康の相談にのっていくというメンタルヘルスセンター事業の事例を紹介する（図5）。岩手県久慈市の委託事業であり、メンタルヘルスサポーター養成講座という傾聴やコーチング、ソーシャルワークなどで構成される6回コースの研修会を受講したボランティアにより結成された「ここからの会」により運営される久慈市こころとからだの相談センターは、電話相談、対面相談、被災者のサロン活動、地域の健康教育などを行い、こころの健康づくりの活動を行政や関係機関と連携して実践している。地域では気軽な相談レベルの相談も、行政や医療機関では敷居が高く、相談にいけないことで問題を抱え込むことも少なくない。住民生活に根差した相談場所の設置も重要な取り組みとなる。

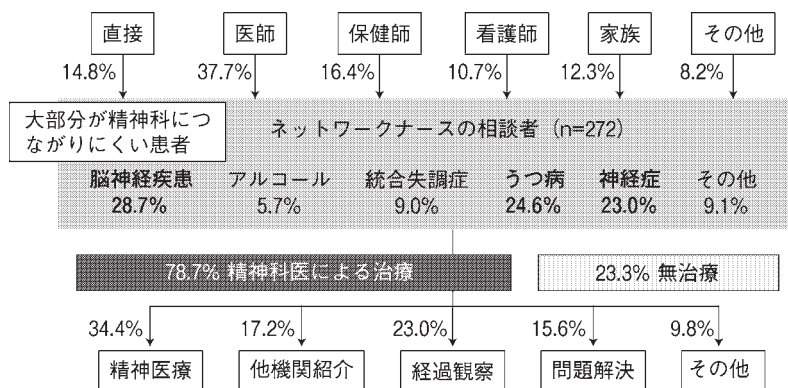


図4 ネットワークナースへの相談者の受診経路, ICD-10 診断

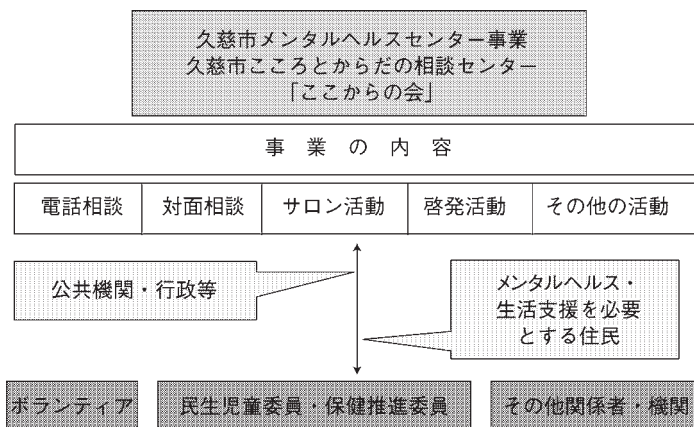


図5 久慈市メンタルヘルスセンター事業

9. ゲートキーパー養成

ハイリスク者支援やゲートキーパー養成などの選択的介入は³⁾、自殺のリスクのあるものの精神保健サービスの活用を促進させる。ゲートキーパー養成プログラムを実施することが知識やスキルを向上させるために重要である。ゲートキーパー養成プログラムでは自殺のリスクや抑うつ症状への対応の知識や意識、スキルが向上することが期待される。

筆者の研究班（平成22年度科学研究費補助金基盤C「医療、精神保健、および家族に対する精神科的危機対応の習得を目的とした介入研究」）も作成に加わったメンタルヘルス・ファーストエ

イドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラム（内閣府HP：http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html）は、自殺対策のゲートキーパーに求められる知識やスキルを習得できる。ゲートキーパー向けプログラムは、視覚教材であるDVDビデオ（普及啓発用、ゲートキーパー養成研修用）、テキスト（ゲートキーパー養成研修用テキスト；解説、ロールプレイシナリオ）、簡易型リーフレット、ゲートキーパーQ & A、という一連のキットとして作成されている。ビデオ視聴は一般住民、ゲートキーパーへの普及啓発、知識/意識/スキル向上が目的とされ、ビデオ視聴とロールプレイによ

りゲートキーパー養成研修等での知識/意識/スキル向上に役立てるものである。また、Q & A は双方向性教育と達成度確認になり、ゲートキーパー手帳は学習の継続効果を期待され、また、テキストによる学習も視野に入れている。また、内閣府 HP でもビデオ視聴が可能であり、e-learning の要素も取り入れている。

メンタルヘルス・ファーストエイド (Mental Health First Aid: MHFA) は、メンタルヘルスの問題を有する人に対して、適切な初期支援を行うための5つのステップからなる行動計画で、オーストラリアの Betty A. Kitchener と Anthony F. Jorm により開発されたものである。このプログラムは、心理的危機に陥った方に対して、専門家の支援が提供される前にどのような支援を提供すべきか、どのように行動すべきか、という対応法を身につけるプログラムで下記のりはあさるといふ5つの基本ステップで構成されている。

- 1) 自傷・他害のリスクをチェックしましょう (り; リスク評価)
- 2) 判断・批判せずに話を聞きましょう (は; はんだん, 批評せずに話を聞く)
- 3) 安心と情報を与えましょう (あ; あんしん, 情報を与える)
- 4) 適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう (さ; サポートを得るように勧める)
- 5) 自分で対応できる対処法 (セルフ・ヘルプ) を勧めましょう (る; セルフヘルプ)

同プログラムを基にした内閣府主催の研修会も平成23年度に2回開催され、テキストも内閣府 HP よりダウンロード可になっており、被災者のケアに携わる従事者の教育として活用が期待される。

また、yahoo Japan PR 企画として内閣府自殺対策推進室によるゲートキーパー養成プログラムサイト (平成22年度3月および平成23年度3月限定) では、e-learning の手法を取り入れて、MHFA に基づくゲートキーパー活動の対応例と講義に関するビデオ視聴と達成度確認が可能な Q & A で構成される教育プログラムが提供されて

いる。研修会に参加することは学習意欲が高まり、質疑応答ができ、ファシリテーターとの交流ができるという利点があるが、誰でも研修会に参加が可能ではない。e-learning では受講者の時間や場所の制約を受けず、自分のペースで学習できるという利点がある。今後も、魅力あるゲートキーパー向けの教育プログラムとして e-learning を取り入れていくことが期待される。

10. ま と め

自殺対策を地域で進めるためには、地域への幅広いアプローチが必要である。そのためには、自殺の一次予防から三次予防までを包括的に実践することが必要である。さらに自殺の手段へのアクセスを防止する取り組みを展開する必要がある。特に、一般住民のメンタルヘルスリテラシーを強化し、ゲートキーパー養成プログラムを地域の関係者に広く提供することが求められる。これらを円滑に進めるための基盤整備として、法的枠組みとしての自殺対策基本法と自殺総合対策大綱が重要な役割を果たしており、また財政的枠組みとして内閣府自殺対策緊急強化基金も活用されている。

日本独自の問題としては、地域ではハイリスク者の相談機関や医療機関へのアクセスは原則として自由であるため、利用しやすさがあるが、ニーズに沿った支援につながるためにはネットワークの重要度が高い。また、自殺のハイリスク者の抱える問題は多次元的であり、医療モデルに加えて社会モデルとしてのソーシャルサポートや、行政的な方策など複合的な対応が必要となる。そして、これらの領域がネットワークを構築し、地域の問題点を共有し、対策を検討し合い、そして現場レベルでの情報を共有することや連携をとることにつなげていくことが重要と考えられる。

自殺対策を地域で実践する上では、地域の実情に合わせて対策の在り方を構築していく「地域づくり」という観点が必要と考えられる。「地域づくり」としては、対策に関わる従事者を育成する「人づくり」と関連する領域の「システム(ネットワーク)づくり」が重要であり、先に述べたよ

うに自殺対策では「人づくり」、すなわち従事者の育成や支援という点も重要である。ゲートキーパー養成プログラムなどを通して地域で自殺対策に関わる人材の絶対量を増やすことで、地域のさまざまなフィルターを構成する支援者がゲートキーパーとなり、身近な支援やネットワークでの支援を可能にしていくことが求められる。

文 献

1) Nutbeam, D., Kickbusch, I.: Advancing health literacy, a global challenge for the 21th century. *Health Promot Int* 15; 259-267, 2000

2) 酒井明夫, 鈴木一幸, 大野 裕ほか: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究, 平成 14~平成 16 年度総合研究報告書, 2005

3) WHO: Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes. 2010
