

Fig.9 全数およびサブグループの副次評価項目（自殺企図）

### Ⅵ. NOCOMIT-J 研究の考察

NOCOMIT-J 研究では、自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域で実施した多段階かつ複合的な地域介入は、主要評価項目である自殺企図（自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂（重症ないし中等症））の発生率に対して明確な効果を示さなかった（介入群では対照群と比較して7%の低下）。これは、介入が、異なるサブグループに対して異なる効果をもつためであった。実際に、男性における RR は有意に低かった。また、高齢者においても RR が低いことが示されたが、一方で、女性と若年参加者では高かった。興味深いことに、二次解析から、自殺死亡に対する効果よりも自損による救急搬

送の発生により効果が明白であることが示唆された。介入群の自殺企図の RR は男性と高齢者において有意に低いことが示された。そのため、本研究は、異なる集団に対して介入が異なる効果をもつことを明白に示すものである。

男性における本介入の有益な効果は、84%の参加者が男性であった米国空軍で行われた地域介入を通して自殺率が有意に減少したことを示した以前の報告と一致する<sup>16)</sup>。その研究で用いられた介入は、非常に強力な組織縦断的な指導権を用いて、多くの領域の対人サービスにわたってシームレスなサービスを確立することを目的としていた。他の視点からみると、約90%の自殺が、うつ病やその他の感情障害、統合失調症、物質/アルコール関連障害、パーソナリティ障害といった精神疾患と関連していることがよく知られている<sup>17)18)</sup>。このアメリカ空軍の研究における介入はうつ病だけでなく、自殺に関する広範な心理社会的な危険要因をカバーしたもので、そのために、多段階で複合的な介入であった。症例数は極めて多いが、アメリカ空軍の研究は準実験的な前後比較デザインで、単一の組織で実施されたものである。今回の研究では、同様のアプローチの効果を検証する目的で並行比較するための対照群をおいたうえで、多地域を組み入れた比較検討を実施した。それゆえ、我々の研究は、アメリカ空軍の研究の知見を再現し、更に拡張させたものといえる。そこで、多段階かつ複合的な地域介入は男性には推奨されると結論される。この複合的な介入プログラムのどの構成要素が特に男性において重要であるかは未だ不明である。

これまでに、新潟や青森で我々が特に高齢者に焦点を当てて実施した小規模の介入研究

により、複合的介入に地域の自殺率減少効果がある可能性が示された<sup>9)~11)</sup>。NOCOMIT-Jの介入プログラムは、これらの先行研究の知見<sup>9)~11)</sup>を拡張して開発された。そのため、我々が予期したように、高齢者に対する介入プログラムの効果は以前の観察と一致したものであった<sup>9)~11)</sup>。以前の報告では、精神科医と公衆衛生にかかわる看護師が、訪問や地域の社会的な集会を介して地域社会の人と人との関係 (relationship) と連結性 (つながり connectedness) を増強する試みを行っていた。しかし、これらの以前の研究は単一の、もしくはわずかな数の地域社会における後方視的な前後比較デザインであった。そのため、我々の研究は、高齢者に対する知見を確認し、この集団に対して介入効果が顕著であると結論づけるものである。

また、うつ病ケアに焦点を当てた多段階介入の報告がいくつもある<sup>19)20)</sup>。これらの介入は、普及啓発キャンペーン、一般診療科医の教育、精神科の専門会による一般診療科医の支援、協働ケアの推奨によって、未治療のうつ病患者を適切なケアに紹介することを目的としていた。ドイツのニュレンベルグうつ病対策同盟 (Nuremberg Alliance Against Depression) の研究では、介入地域において対照地域と比較して、自殺死亡率への影響に違いがないが、非致死的な自殺未遂が減少したことが報告されている<sup>19)</sup>。ハンガリーの報告では、介入地域の自殺死亡率は対照地域と差がなかった<sup>20)</sup>。我が国でも同様の啓発活動が全国レベルで行われたが、その成果についての検証は行われていない。

我々の介入の種類は、海外で行われた上記の2研究とは異なるが、自殺死亡率に効果がないという知見は、NOCOMIT-J研究でも観

察された。対照的に、前述したように、さまざまな危険要因をカバーしたアメリカ空軍の研究は、自殺死亡率の有意な減少を示している<sup>16)</sup>。しかし、アメリカ空軍の研究は前後比較であり、また、介入へのアドヒアランス率の高さ (80%以上) が自殺死亡率を減少させるという目的の達成に寄与したのかもしれない。

なお、本研究参加地域において、地域自治体、民間団体、自殺対策研究者らにより築き上げられたネットワークは、自殺対策に留まらず地域の社会作りに貢献している。2011年の東日本大震災の際には東北地方の研究参加地域を中心に、直後の危機介入から、その後の復興に際しての地域住民のこころの健康の維持のために大きく役立った。例えば、岩手県久慈地域では本研究を契機に住民が立ち寄って茶飲み話をしながらお互いに相談に乗る小集会所「たぐきり」(おしゃべりをするという方言) という仕組みが始まったが、これは久慈地域だけでなく宮城県女川町などのこころの健康を守る地域作りに生かされ<sup>21)</sup>、更には全国レベルのこころの健康環境作りへと発展しつつある<sup>22)</sup>。

一方、近年自殺死亡率が増加した人口規模の大きな都市部の自殺企図の発生率は対照地域と比較して同等だった。これらの地域でのプログラム実施率は対照地域と有意な差がなく、そのことが今回の結果に影響している可能性が示唆された。本研究で示唆された複合的介入プログラムを都市部で実施する際の困難さには、都市部における人的資源や地域におけるネットワークの不足など地域の特性が影響している可能性が考えられるが、こうした点については更に研究を進めて課題を解明していく必要がある。

NOCOMIT-J 研究にはいくつかの制約がある。1) 本研究は無作為化割付試験ではない。そのため、マッチドペアデザイン (matched pair design) を用い、解析において、可能性のある交絡要因を調整したモデルを用いた。しかし、測定していない交絡要因が残っているかもしれない。我々の識見を確認するために無作為化割付試験を実施する必要がある。2) 本研究の参加者、研究者およびイベントの報告者は介入を盲検化されていない。結果は、公的な記録から系統的に収集したが、いくつかの誤分類バイアスがあるかもしれない。3) 介入へのアドヒアランスが限られていた。十分な予算と資源を投資すると、アドヒアランスは改善されるかもしれない。

結論として、NOCOMIT-J 研究の結果、多段階かつ複合的な地域介入は、すべての地域で実施可能であることが明らかとなった。しかし、その介入効果は自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域の男性と高齢者にも認められた。そのため、地方郡部の男性と高齢者にこの介入は推奨されるものである。一方、都市部近郊の人口密集地域における主要評価項目である自殺企図 (自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂 (重症ないし中等症)) の発生率は介入群と対照群で同様であり、介入群の自殺予防プログラムに対するアドヒアランスは対照群と差がなかった。更に、都市部近郊の人口密集地域の介入群のアドヒアランスは相対的に低く、これら地域における複合的な介入の実施が困難であることが示唆された。

## Ⅶ. 今後の課題と展望

NOCOMIT-J 研究の開始に当たって、既に効果的な自殺対策の内容は明らかになってい

るので改めて研究を行う必要はないという意見があったと聞いている。しかし、ここまでみてきたように、本研究から、これまで有効と考えられていたアプローチが効果的である場合もあれば、効果がみられない場合や、ときには好ましくない効果をもたらす場合があることが明らかになった。その意味では、本研究を実施する意味は十分にあったと考えられる。

ただ、今回の研究は、介入の直後の自殺企図の動向をみたものであるが、自殺に対する介入およびその効果はより長期にわたって検討する必要がある。今後は、戦略研究の活動がその後どのように展開されたかを追いつながら、それがどのような効果をもたらしているかを検証していくことが必要であろう。

さて、本研究により、複合的自殺対策プログラムに基づく取り組みの展開が、地域の自殺対策として有効であることが強く示唆されたことから、今後の自殺対策の企画、立案、実施におおいに参考になる可能性が高いと考えられる。その一方で、性別や世代によって効果に違いがあり、特に都市部で効果に限界があることも明らかになった。この結果は、今後は、従来以上に詳細な自殺の現状の調査分析を行い、人的資源や地域特性などの課題について科学的に検討したうえで、新たな視点から取り組んでいくことが重要であることを示している。

まず第一の課題として、現時点で自殺対策に使われている情報は、自殺者の背景についての情報が警察庁統計や限られた背景情報が大半であり、活動も啓発が中心になっていることが挙げられる。つまり、警察情報は他殺か自殺かを明らかにするために集められたものであり、それだけでは自殺対策の情報とし

て不十分である。例えば、自殺者のなかで一番多くを占める無職者はその他に含まれるのか、警察情報だけでは不明である。したがって今後は、自殺者全員を対象として、警察情報だけでなく、自治体情報など入手可能な背景情報を収集し、高齢、若年、男性、女性、障害者などのサブグループごとに介入のポイントを明らかにするなど、客観的な情報に基づくきめの細かい対策の立案が必要だと考えられる。

第二に、今回の研究結果から、女性および若年者で、有意ではないものの自殺企図が増加している可能性が示唆された。それが何を意味するかについては、更に検討を進める必要があるが、ひとつの可能性として、啓発を中心とした介入のリスクを示唆しているとも考えられる。自殺をタブー視しないということさまざまな啓発活動が各地で行われているが、Niederkrotenthalerらの研究<sup>23)</sup>によれば、単に自殺について情報を提供するだけでは自殺を増やす危険性があり、自殺を乗り越えた経験談など、対応策まで踏み込んだ広報活動が必要であることが示されている。

また、Durkeeらは、インターネットは自殺行動を誘発するリスクがある一方で、孤立している脆弱な個人の自殺を防ぐツールにもなり得ることを示している<sup>24)</sup>。このことを考えると、今回の介入では、認知行動療法に基礎を置いたかわり方の研修も行ったが、こうした研修を地域で充実させると同時に、インターネットでストレス対処などの知識を住民が身につけられるようにしていくことも有用な手段と考えられ、東日本大震災後の地域のこころの健康作り事業でもそうした試みが行われている<sup>21)</sup>。

第三に、今回の研究では、詳細な介入プロ

グラムを提示し、更に定期的な研修を行ったが、それにもかかわらずプログラムの実施率には地域によってかなりの差があることが明らかになった。特に、人口の多い地域のなかには、積極的な介入を行わなかった地域と差がない地域や、それよりも低い地域があることが明らかになったが、そのために介入地域と対照地域の効果に有意差が出なかった可能性があると考えられる。こうした所見は、複合的で全般的な介入に効果が期待できる一方で、特に人口密集地域では複合的な介入を行うことが容易ではなく、ポイントを絞った介入が必要であることを示唆している。今後、どのような介入が多く行われ、どのような介入が実施困難であったのか、更には、どのような介入に効果があったのかについて、戦略研究の結果を更に詳しく検討して対策を考える必要がある。

我が国では、2009年度より実施された自殺対策緊急強化基金（内閣府）を背景に、全国各地でさまざまな関連事業が実施されている。貴重な国費を使って自殺対策の施策を立案していく際には、啓発活動など実施可能性が高い施策や注目度の高い施策だけでなく、質の高い研究の成果に基づいて、施策の利点とリスクを慎重に検討し、丁寧に実施していく必要がある。このように、本研究は、医薬品や医療機器の開発に加えて、厚生労働省が実施しなければならない重要な健康科学研究の好例であり、政策立案に直結する研究のモデルとなったと考えられ、本研究の成果は、我が国における地域の特性に応じた自殺対策の立案と実践に役立つものと強く期待される。

—謝 辞—

最後に、地方自治体、市区町村長等の皆さまのご

協力に感謝申し上げます。また、本試験のデザインに対して多大に貢献され、研究進行の半ばで急逝された藤田利治先生に心からお悔やみ申し上げます。

#### 〔文 献〕

- 1) World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva, Switzerland, WHO Press, 2012.
- 2) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-2074.
- 3) Goldney RD. Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies. *Crisis*. 2005; 26: 128-140.
- 4) Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *BMJ*. 1994; 308: 1227-1233.
- 5) Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicides. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 171: 351-354.
- 6) Ono Y, Sakai A, Otsuka K, et al. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: A Quasi-Experimental Study. *PLOS ONE*. 2013; 8(10): e74902.
- 7) Fountoulakis KN, Gonda X, Rihmer Z. Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 130(1-2): 10-16.
- 8) van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*. 2011; 32(6): 319-333.
- 9) Ono Y. Suicide prevention program for the elderly: the experience in Japan. *The Keio Journal of Medicine*. 2004; 53(1): 1-6.
- 10) Oyama H, Watanabe N, Ono Y, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005; 59(3): 337-344.
- 11) Oyama H, Sakashita T, Ono Y, et al. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*. 2008; 44(5): 311-320.
- 12) Ono Y, Awata S, Iida H, et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*. 2008; 8: 315.
- 13) <http://www.jfnm.or.jp/J-MISP/index.html>
- 14) Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(3): 361-366.
- 15) Armstrong R, Waters E, Moore L, et al. Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. 2008; 30(1): 103-109.
- 16) Knox KL, Litts DA, Talcott GW, et al. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003; 327(7428): 1376.
- 17) Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004; 4: 37.
- 18) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2003; 33(3): 395-405.
- 19) Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, et al. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*. 2006; 36(9): 1225-1233.
- 20) Szanto K, Kalmar S, Hendin H, et al. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64(8): 914-920.
- 21) 大野 裕, 田島美幸. 地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から～. *ストレス科学*. 2013; 28(2): 1-10.

- 22) 大野 裕. こころの健康基本法(仮)の取り組みについて. *心と社会*. 2013; 44(1): 72-79.
- 23) Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 197(3): 234-243.
- 24) Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, et al. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011; 8(10): 3938-3952.
-

## [Special Contribution]

## Effectiveness of a Multimodal Community Intervention Program to Prevent Suicide and Suicide Attempts: a Quasi-experimental Study

Yutaka ONO<sup>1)</sup>, Akio SAKAI<sup>2)</sup>, Kotaro OTSUKA<sup>2)</sup>, Shuichi AWATA<sup>3)</sup>, Hiroto IWASA<sup>4)</sup>, Yasushi ISIDA<sup>5)</sup>, Hidenori UDA<sup>6)</sup>, Yuichi KAMEI<sup>7)</sup>, Jun NAKAMURA<sup>8)</sup>, Yutaka MOTOHASHI<sup>9)</sup>, Miyuki TAJIMA<sup>1)</sup>, Naohiro YONEMOTO<sup>10)</sup>, Masatoshi INAGAKI<sup>11)</sup>, Mitsuhiro YAMADA<sup>10)</sup>, Kiyohisa TAKAHASHI<sup>12)</sup>

### Abstract

This is an article to introduce a community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan, of which was published in PLOS ONE in 2013. This study is an open, non-randomized with matched pair design. We examined the effectiveness of the intervention in rural areas with high suicide rates, compared with a parallel prevention-as-usual control group. The effectiveness was also examined in highly populated areas. The intervention started in July 2006, and continued for 3.5 years. The intervention program was developed by extending the findings from previous studies focused on depressive elderly living in rural areas of Japan. The 4-level intervention intended to reinforce human relationships and connectedness in the community by focusing on building social support networks within the general public and the health-related resources. The primary outcome was the incidence of composite outcome, consisting of completed suicides and suicide attempts requiring admission to an emergency ward for critical care. Data were collected from death certificates and reports from ambulance services. We compared the rate ratios of the outcomes adjusted by sex, age group, region, period and interaction terms. Analyses were performed on an intention-to-treat basis. Although the overall median adherence of the intervention was significantly high when compared to that of control regions in the rural areas, the intervention had no clear effect on the primary outcome in the highly populated areas. The adherence of the interventions in the highly populated areas was not different from that of control regions, and was relatively low, suggesting the difficulties of implementing the intervention in these areas. These findings suggest that this community-based multimodal intervention for suicide prevention could be effective for males and the elderly in rural area, but not in highly populated areas. Furthermore we discussed how to improve the programs to make the intervention feasible in the highly populated areas.

**Key words:** Suicide, Prevention, Strategic research, Regional, Public policy

(Jap J Stress Sci 2014; 29(1): 1-17)

---

National Center for Cognitive Behavior Therapy and Research, the National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan<sup>1)</sup>

Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, Morioka, Japan<sup>2)</sup>

Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Tokyo, Japan<sup>3)</sup>

School of Health Sciences, Hirosaki University of Health and Welfare, Hirosaki, Japan<sup>4)</sup>

Section of Psychiatry, Department of Clinical Neuroscience, Faculty of Medicine, University of Miyazaki, Miyazaki, Japan<sup>5)</sup>

Ijuin Public Health Center, Kagoshima-Prefecture, Hioki, Japan<sup>6)</sup>

National Center Hospital, NCNP, Kodaira, Japan<sup>7)</sup>

Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japan<sup>8)</sup>

Department of Public Health, Akita University Graduate School of Medicine, Akita, Japan<sup>9)</sup>

National Institute of Mental Health, NCNP, Kodaira, Japan<sup>10)</sup>

Okayama University Hospital, Okayama, Japan<sup>11)</sup>

Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health, Kodaira, Japan<sup>12)</sup>

■第33回日本社会精神医学会(東京) : パネル企画

## 自殺対策の地域介入プログラムに関するエビデンスの構築 : 複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する 地域介入研究(NOCOMIT-J)の取り組み

大野 裕<sup>1)</sup>, 酒井明夫<sup>2)</sup>, 大塚耕太郎<sup>2)</sup>, 粟田圭一<sup>3)</sup>, 岩佐博人<sup>4)</sup>,  
石田 康<sup>5)</sup>, 宇田英典<sup>6)</sup>, 亀井雄一<sup>7)</sup>, 中村 純<sup>8)</sup>, 本橋 豊<sup>9)</sup>,  
田島美幸<sup>1)</sup>, 米本直裕<sup>10)</sup>, 稲垣正俊<sup>11)</sup>, 山田光彦<sup>10)</sup>, 高橋清久<sup>12)</sup>

抄録:

「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究 : NOCOMIT-J」は, 平成17年度より厚生労働科学研究費補助金「自殺対策のための戦略研究」の一環として実施された。自殺死亡率が長年にわたって高率な地域と近年自殺が増加している都市部地域において, 一次から三次までのさまざまな自殺予防対策を組み合わせた複合的自殺予防対策プログラムを介入地区で3.5年間にわたり実施し, 通常の自殺予防対策を行う対照地区と比較して, 自殺企図(自殺死亡および自殺未遂)の発生への予防効果を検証した結果が学術誌PLOS ONE(Ono Y, 2013)にて報告された。要約すると, 複合的自殺予防対策プログラムを実施した結果, 自殺死亡率が長年にわたって高率な地域において, 当初期待されていた自殺企図の減少効果が, 男性および65歳以上の高齢者で確認され, 強い予防効果が得られることが明らかにされた。これらの地域でのプログラム実施率は, 対照地区よりも明らかに高かった。一方, 近年自殺が増加している人口規模の大きな都市部の自殺企図の発生率は対象全体およびいずれのサブグループでも対照地域と比較して差を認めなかった。この結果にプログラム実施率は対照地区と有意な差がなかったことが影響している可能性が示唆された。本研究で得られたエビデンスは, 各地の自殺対策の企画, 立案, 実施におおいに参考になると期待される。

日社精医誌 23 : 387-392, 2014

### 1. 自殺対策のための戦略研究 : その経緯と背景

「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究 : NOCOMIT-J」は, 平成17年度より厚生労働科学研究費補助金による「自殺対策のための戦略研究」の一環として実施された大型の地域介入比較対照研究である。このたび, その研究成果がPLOS ONE 誌に掲載された<sup>7)</sup>。そこで, 本論では研究成果を紹介し, 我が国における今後の自殺対策の課題について検討した。

### 2. NOCOMIT-J の研究デザイン

#### 1) 複合的自殺予防対策プログラムによる介入

複合的な自殺予防対策の基本コンセプトは, 「こころの健康を守る地域の環境作り」「地域の絆の再構築」「地域での弱者支援」である。本介入<sup>6)</sup>は, 一般社会と健康に関連する資源の社会支援ネットワークを構築することに焦点を当て, 地域社会の人と人の関係(relationship)と連結性(つながり connectedness)を増強することを意図したものである。本研究では, 地域介入の対象とし



て、自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域(以下、地方郡部地域)と、都市部近郊の人口密集地域(以下、人口密集地域)の2つの地域を設定した。介入は複数の段階からなり、複数の様式の介入を組み合わせを行い、参加地域の全住民を標的とした。

介入プログラムは、地域支援ネットワークを作り確立すること、教育や啓発を行い、自殺行動の原因やリスク要因に対する理解を向上させて援助希求行動を促進すること、自殺予防的な機能を向上させるためにゲートキーパーやケア提供者を対象に訓練プログラムを実施すること、地域社会の中のリスクのある個人を同定し、治療へ促すことを目的としたスクリーニングを実施すること、必要に応じて自死遺族に対して喪の作業を支援する適切なケアを提供すること等で構成した。地方自治体および地方の健康部局は、介入プログラムに従って、協働して自殺対策を実施した<sup>2)</sup>。また、地域間で均一な介入が行われるように、半年ごとに中央での研修会を開催し、介入の現状を報告し合いスキルアップを図った。

## 2) 評価項目

主要評価項目は、自殺企図(自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂;重症ないし中等症)の発生とした。副次評価項目は、1)自殺死亡の発生、2)救命救急医療施設への入院を要する自損による救急搬送の発生、3)介入マニュアルに必須と記述された介入構成要素へのアドヒアランス割合とした。

## 3) 統計解析

主要解析において、主要評価項目である交絡要因(共変量)を調整した自殺死亡と自殺企図を合わせた複合アウトカム(率比)の発生率比(rate ratios: RRs)を介入効果の指標として比較した。副次評価項目は、自殺死亡と自殺企図の発生率それぞれが対照群と比較して介入群で有意に低下しているか否かを検討した。また、介入へのアドヒアランスも検討した。主要評価項目と副次評価項目の性別および年齢グループごとのサブグループ解析も実施した。

英文タイトル: Construction of the Evidence Concerning the Community Intervention Program of the Suicide Prevention: the Trial of a Novel Multimodal Community Intervention Program to Prevent Suicide and Suicide Attempt in Japan (NOCOMIT-J)  
著者連絡先: 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)  
〒020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1  
TEL: 019-651-5111 FAX: 019-654-0113  
E-mail: kotaro29@df6.so-net.ne.jp  
Corresponding author: Kotaro Otsuka  
Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University  
19-1 Uchimarui, Morioka-shi, Iwate 020-0023, Japan

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

Yutaka Ono, Miyuki Tajima: National Center for Cognitive Behavior Therapy and Research, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 岩手医科大学神経精神科学講座

Akio Sakai, Kotaro Otsuka: Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University

3) 独立行政法人東京都健康長寿医療センター/東京都健康長寿医療センター研究所

Shuichi Awata: Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology / Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

4) 弘前医療福祉大学保健学部

Hiroto Iwasa: School of Health Sciences, Hirosaki Uni-

versity of Health and Welfare

5) 宮崎大学医学部臨床神経科学講座

Yasushi Ishida: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

6) 鹿児島県伊集院保健所

Hidenori Uda: Ijuin Public Health Center, Kagoshima-Prefecture

7) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院

Yuichi Kamei: National Central Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry

8) 産業医科大学医学部精神医学教室

Jun Nakamura: Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health

9) 京都府立医科大学

Yutaka Motohashi: Kyoto Prefectural University of Medicine

10) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

Naohiro Yonemoto, Mitsuhiro Yamada: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

11) 岡山大学病院

Masatoshi Inagaki: Okayama University Hospital

12) 公益財団法人精神・神経科学振興財団

Kiyohisa Takahashi: Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health

4) 倫理的配慮等

NOCOMIT-Jの研究プロトコルは、公益財団法人精神・神経科学振興財団の中央研究倫理委員会および参加地区各地の大学または研究機関の倫理委員会で承認された。また、参加地区では、地方自治体の長から研究実施の認可を書面で得て、参加地区の公共出版物に口頭同意としての告知を行った。

3. NOCOMIT-Jの研究結果

1) 参加地域の人口統計学的情報

本研究において、2006年の地方郡部地域の研究対象者数は631,133名、人口密集地域の全対象者数は1,319,927名であった(図1)。

2) 自殺予防プログラムへのアドヒアランス

地方郡部地域では、介入群の自殺予防プログラムへのアドヒアランスの中央値は0.65で、対照群のアドヒアランスよりも有意に高かった(図2)。

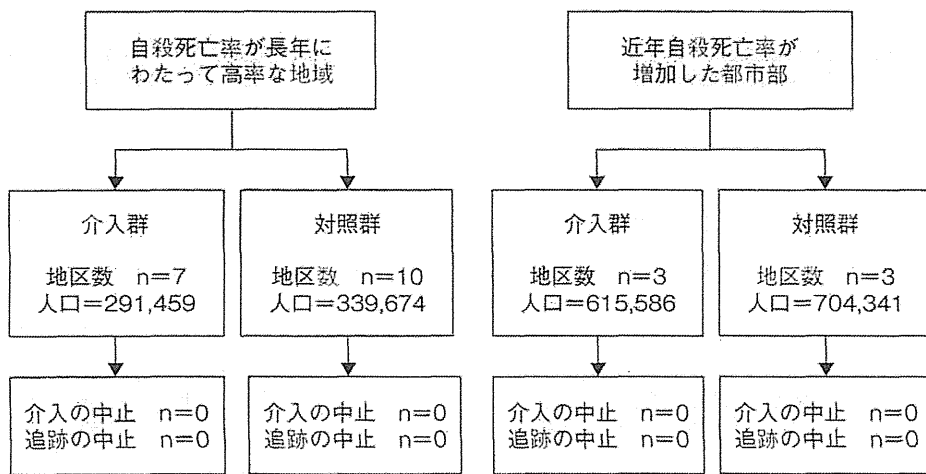


図1 サンプリングフロー (PLoS ONE 2013 : 8(10) 71の改編)

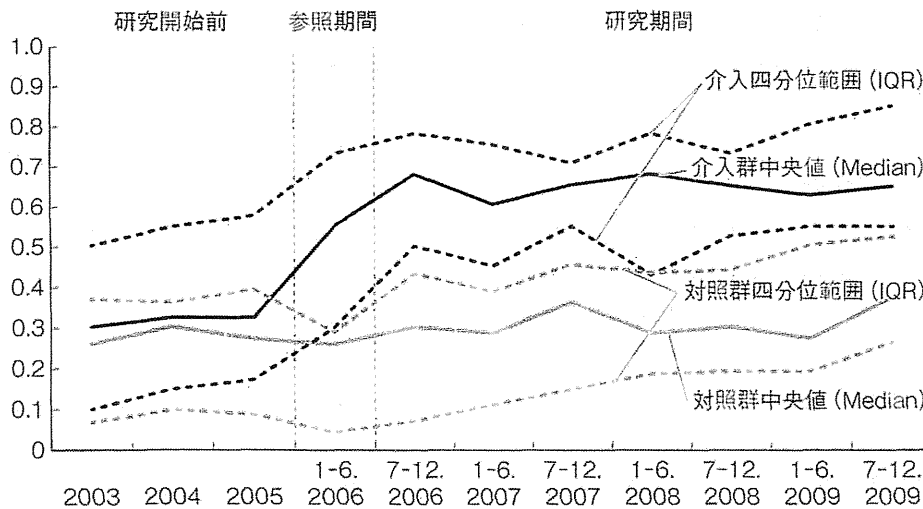


図2 地方郡部地域における自殺予防プログラムのアドヒアランス (PLoS ONE 2013 : 8(10) 71の改編)

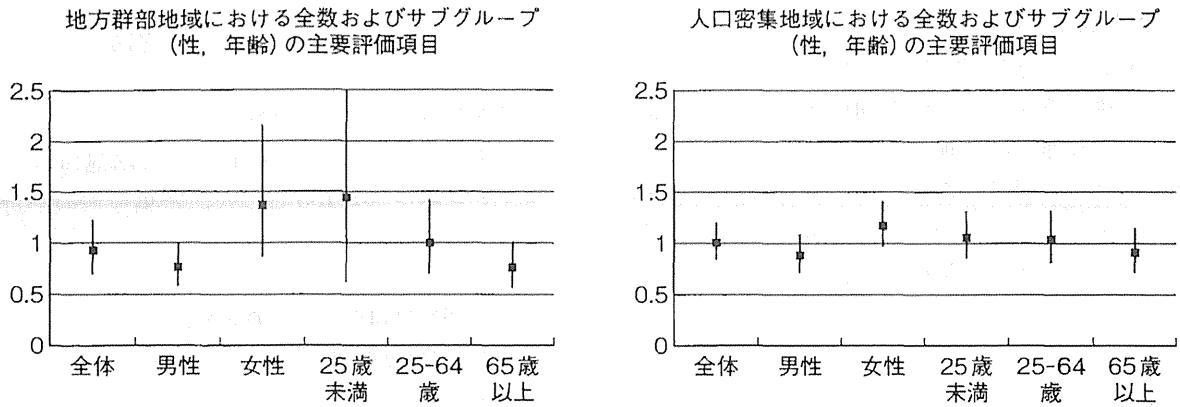


図3 全数およびサブグループ(性, 年齢)の主要評価項目

■ Rate Ratio, —95% CI  
(PLoS ONE 2013; 8(10)<sup>7)</sup>の改編)

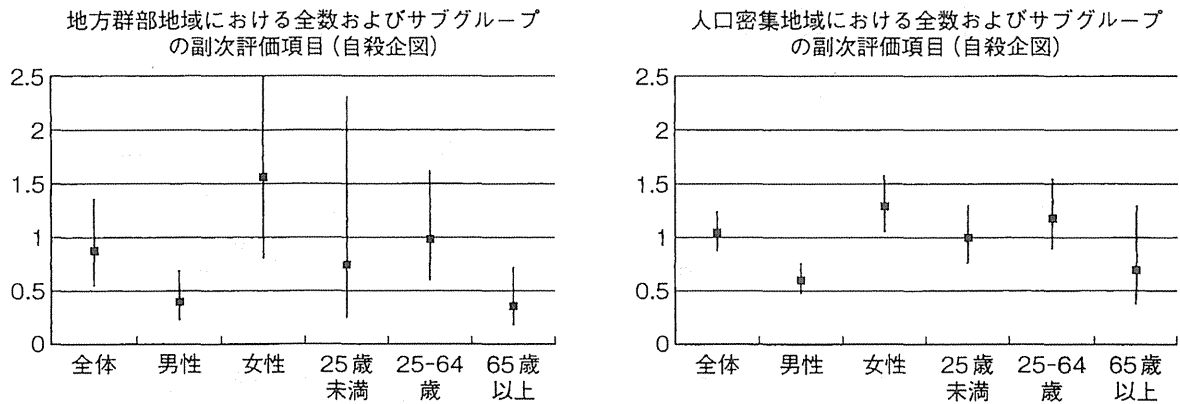


図4 全数およびサブグループの副次評価項目(自殺企図)

■ Rate Ratio, —95% CI  
(PLoS ONE 2013; 8(10)<sup>7)</sup>の改編)

一方、人口密集地域では、介入群のアドヒアランスの中央値は0.55で、対照群のアドヒアランスと差がなかった。

### 3) 主要評価項目への効果

地方郡部地域では、介入群の主要評価項目は自殺企図の発生率は対照群よりもわずかに低い値であった。サブグループ解析から、男性では介入群の発生率は有意に低く、65歳以上の高齢者においても発生率は有意に低かった。一方、女性、とくに25歳未満の女性においては発生率が高かった(図3)。人口密集地域では、主要評価項目は自殺企図の発生率は介入群と対照群とで同様であった(図3)。

### 4) 副次評価項目への効果

地方郡部地域の自殺死亡の発生率に関しては、介入群と対照群で同様であり、サブグループ解析では、女性に関しては介入群で発生率が高かった。

また、救急事故等報告に基づく自殺未遂(重症ないし中等症)の発生率に関しては、地方郡部地域は対照群と比較して介入群はわずかに低く、サブグループ解析では、男性および65歳以上の高齢者で発生率が有意に低かった(図4)。また、サブグループ解析から、25歳未満の参加者では発生率が介入群において低かったが、一方で、女性では高い発生率であった(図4)。人口密集地域では、自殺企図の発生率に対してはサブグループご

とに異なる効果が示された(図4)。

#### 4. NOCOMIT-J 研究の考察

地方郡部地域で実施した複合的介入は、主要評価項目である自殺企図の発生率に関して明確な効果を示さなかった。これは介入が異なるサブグループに対して異なる効果を持つためであると考察された。実際に男性におけるRRは有意に低く、高齢者においてもRRが低いことが示された。一方で、女性と若年参加者では高かった。また、興味深いことに、二次解析からは自殺死亡よりも自損による救急搬送に関する効果が明白であることが示唆された。

本介入が男性に対して有益な効果を示したことは、米国防空軍による介入報告と一致した<sup>3)</sup>。同研究は単一組織による准実験的な前後比較デザインという点で限界があったが、本研究では並行比較のために対照群を設定し、多地区を組み入れた比較検討を実施しており、米国防空軍による知見を再現し、さらに拡張させたものといえる。

我が国では、精神科医と保健師が、訪問や地域の社会的な集会を介して地域社会の人と人との関係(relationship)と連結性(つながり connectedness)を増強する試みを行う介入に関して、高齢者の自殺率減少に効果がある可能性が示されてきた<sup>5, 10, 11)</sup>。本介入プログラムは、これらの知見を拡張して開発されたが、我々が予期したように、高齢者に対する介入効果は先行研究と一致していた。そのため、我々の研究は高齢者に対する自殺対策の知見を確認し、この集団に対して顕著な介入効果が認められることが結論づけられた。

一方、人口密集地域の自殺企図の発生率は対照地域と比較して同等だったが、これはプログラム実施率が対照地区と有意差がなかったことが影響している可能性がある。複合的介入プログラムを都市部で実施する困難さには、都市部における人的資源や地域ネットワークの不足などの地域の特性が影響している可能性が考えられるが、こうした点についてはさらに研究を進めて課題を解明していく必要がある。

NOCOMIT-J 研究には幾つかの制約がある。第一に本研究は無作為割付試験ではない。そのため、マッチドペアデザインを用い、解析において可能性のある交絡要因を調整したモデルを用いた。しかし、測定していない、残りの交絡要因が残っている可能性もあり、我々の識見を確認するために無作為化割付試験を実施する必要がある。第二に本研究の参加者、研究者およびイベントの報告者は介入を盲検化されていない。結果は公的な記録から系統的に収集したが、幾つかの誤分類バイアスがあるかもしれない。第三として介入へのアドヒアランスが限られていた。十分な予算と資源を投資することにより、アドヒアランスは改善されるかもしれない。

#### 5. 今後の課題と展望

自殺に対する介入およびその効果は、より長期にわたって検討する必要がある。たとえば、岩手県久慈地域では、研究終了後に発生した平成23年の東日本大震災の際に、自殺対策のネットワークは直後の危機介入から復興に際しての地域住民のこころの健康の維持や地域づくりのために大きく役立った。同地域では住民が立ち寄り、語りや相談の場となる小集会所「たぐきり」(おしゃべりをするという方言)という仕組みが始まったが、この活動は宮城県女川町のこころの健康を守る地域作りに生かされたり<sup>8)</sup>、さらには全国レベルのこころの健康環境作りへと発展しつつある<sup>9)</sup>。

本研究成果は、今後の自殺対策の企画、立案、実施におおいに参考になる可能性が高い。その上で、性別や世代による効果の違いや、3.5年の介入期間での都市部の効果の限界をどのように克服するかという点が重要である。課題としては、詳細な自殺の現状の調査分析やサブグループごとの介入のポイントを明らかにすることは必須であろう。また、地域ごとの人的資源や地域特性などについて科学的に検討した上での対策の立案も重要である。

女性および若年者で統計的に有意ではないものの自殺企図が増加している可能性が示唆されたこ

とについては、さらにデータの解析を進めて検討する必要がある。ひとつの可能性として、啓発中心による介入リスクを検討する必要がある。たとえば、Niederkrotenthalerら<sup>4)</sup>は、単に自殺に関する情報提供だけでは自殺を増やす危険性があり、自殺を乗り越えた経験談など、対応策まで踏み込んだ広報活動が必要であると説明している。また、Durkeeらは、インターネットは自殺行動を誘発するリスクがある一方で、孤立している脆弱な個人の自殺を防ぐツールにもなり得ることを示している<sup>1)</sup>。このことを考えると、今回の介入で実施された認知行動療法に基礎を置いた関わり方の研修などを地域で充実させると同時に、インターネットでストレス対処などの知識を住民が習得できるアプローチも有用な手段と考えられ、東日本大震災後の地域のこころの健康作り事業でもそうした試みが行われている<sup>8)</sup>。

今回の研究では、詳細な介入プログラムを提示し、さらに定期的な研修を行ったが、それにもかかわらずプログラムの実施率には地域によってかなりの差があった。とくに、人口密集地域の中には、積極的な介入を行わなかった地域と差がない地域や、それよりも低い地域があることが明らかになった。こうした所見は、複合的で全般的な介入に効果が期待できる一方で、とくに人口密集地域では複合的な介入を行うことが容易ではなく、介入に優先順位をつけていく必要があることを示唆している。今後、戦略研究について、介入の実施と障壁、効果などを詳細に検討して、対策を考える必要がある。

我が国では、平成21年度より実施された自殺対策緊急強化基金(内閣府)を背景に、全国各地でさまざまな関連事業が実施されており、エビデンスを踏まえて施策の利点とリスクを慎重に検討し、丁寧に実施していくことが重要である。以上の観点で、本研究は厚生労働省が実施しなければならない重要な健康科学研究の好例でもあり、研究成果は政策立案や実践に直結する研究のモデルとして、各地の対策に役立つものと強く期待される。

付記：本論は第33回日本社会精神医学会総会におけるパネル企画「自殺対策の地域介入プログラムに関するエビデンスの構築：複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究(NOCOMIT-J)の取り組み」における発表内容を取りまとめた。飛鳥井望大会長はじめ総会関係各位に感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) Durkee, T., Hadlaczy, G., Westerlund, M., et al. : Internet pathways in suicidality : a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health* 8(10) : 3938-3952, 2011
- 2) <http://www.jfnm.or.jp/J-MISP/index.html>
- 3) Knox, K.L., Litts, D.A., Talcott, G.W., et al. : Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force : cohort study. *BMJ* 327(7428) : 1376, 2003
- 4) Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., et al. : Role of media reports in completed and prevented suicide : Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry* 197(3) : 234-243, 2010
- 5) Ono, Y. : Suicide prevention program for the elderly : the experience in Japan. *Keio J Med* 53(1) : 1-6, 2004
- 6) Ono, Y., Awata, S., Iida, H., et al. : A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan : a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health* 8 : 315, 2008
- 7) Ono, Y., Sakai, A., Otsuka, K., et al. : Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts : a quasi-experimental study. *PLoS ONE* 8(10) : e74902, 2013
- 8) 大野 裕, 田島美幸 : 地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から～. *ストレス科学* 28(2) : 1-10, 2013
- 9) 大野 裕 : こころの健康基本法(仮)の取り組みについて. *心と社会* 44(1) : 72-79, 2013
- 10) Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., et al. : Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci* 59(3) : 337-344, 2005
- 11) Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y., et al. : Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk : a meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Ment Health J* 44(5) : 311-320, 2008

## 震災後の自殺対策とゲートキーパーの養成について

大塚 耕太郎<sup>1,2)</sup>, 酒井 明夫<sup>2)</sup>, 中村 光<sup>1)</sup>, 赤平 美津子<sup>1)</sup>

被災地におけるメンタルヘルス対策として、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルス・リテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。中長期的視点では、自殺対策が重要な課題である。岩手県の被災地においても包括的な自殺対策が推進されている。自殺対策においては地域の人材を育成していく人づくりの視点が最重要課題である。地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者などに対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成などで共役性がある。メンタルヘルス・ファーストエイドはこころの健康の不調を来した場合の非専門家の早期対応の方法としてオーストラリアで開発されたプログラムである。筆者の研究班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は、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。2012年には同プログラムに被災地対応編も加え、避難所や仮設住宅での相談対応における危機対応法について習得できるよう内容を開発した。また、このゲートキーパー養成研修プログラムをもとにした内閣府主催のファシリテーター養成研修会が平成2011年より開催されている。本プログラムはテキストも内閣府HPよりダウンロードが可能となっており、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。

<索引用語：災害医学，災害精神医学，自殺対策，ゲートキーパー>

## はじめに

岩手県においても、平成23年7月25日現在で東日本大震災・津波による人的被害は、死者は5,075人（直接死4,672人，関連死434人），行方不明者1,138人（うち，死亡届の受理件数1,121人），負傷者135人にのぼり，家屋倒壊数（全壊および半壊）が2万5,023棟に及び<sup>1)</sup>，農業被害は6,633億円<sup>2)</sup>，公共土木施設被害は2,573億円と，甚大な被害を受けた。

WHOでは健康を「完全に，身体，精神，及び社会的によい（安寧な）状態であることを意味し，単に病気でないとか，虚弱でないということではない」と定義し，心身の精神，そして社会的な健

康が重要であることを提唱している。1986年にWHOにより作成された健康づくりのためのオタワ憲章（Ottawa charter for health promotion）では健康の前提条件として，平和，住居，教育，食糧，収入，安定した環境，持続可能な資源，社会的公正と公平を挙げている。1998年以後，WHOは健康の社会的決定要因として，ソリッドファクトとして社会格差，ストレス，幼少期，社会的排除，労働，失業，社会的支援，薬物依存，食品，交通を公表している<sup>14)</sup>。災害はこれらの社会的決定要因となる指標を悪化の方向へ作用させる。被災者の健康には地域の災害状況が影響していることはいうまでもない。

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

これまで岩手県では第三次産業就業率と自殺率の負の相関が認められてきた<sup>7)</sup>。また、失業率、人口密度、医療資源、精神科医療資源、病床数、分配所得、などが自殺の集積性と連動する指標として挙げられてきた<sup>13)</sup>。岩手県沿岸では一次産業の比率が大きいいため、漁業、農業被害が与える地域への影響は大きいものであった。被災により人口の減少、医療機関のダメージ、失業者の増大、産業のダメージによる所得の減少などがもたらされているのは想像に難くない。以上のことから、災害による地域の自殺のリスクが増大したことが想定される。

被災者へのこころのケアにおいてはこのような災害状況と関連した疾病の発生頻度や医療へのアクセス、医療の質などにおいて、健康格差を可能な限り減らしていくという観点が必要である。当然、私たちは個人の健康を向上できるか考える場合にも、被災地全体の社会的な健康に対する取り組み、つまり健康づくり (health promotion) として考える側面も必要である。被災地のメンタルヘルスとしては、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルス・リテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。単一の領域の取り組みとして進めるのではなく、地域のさまざまな領域がネットワークや重層化した支援体制の中で協働して活動していくことが求められる。

このような包括的なモデルは地域づくりでもあり、地域復興における生活基盤と豊かな心をはぐくむことにもつながると考えられる。いまだ地域は復興の真っ只中であるが、被災地支援と自殺対策を連動させながら、今後もこころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が必要である。そして、健康を大切にする地域づくりを通して、地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取り組みを提供していくために、長期

的な視点で支援が提供されることが大切である<sup>12)</sup>。

### 1. 被災地住民のメンタルヘルス

わが国は四方を海に囲まれ、地震も多く、これまで大規模な災害が繰り返されてきた。災害のストレスは災害そのものの生命の危機を感じさせる大きな衝撃としての外傷体験 (トラウマ)、家族を失ったり、住んでいた家や財産などを失うなどさまざまな喪失体験、そしてその後の被災生活によるストレス過重が連鎖的に持続していく。

災害が発生した地域住民は外傷体験、喪失体験、二次的生活変化などによる複合的なストレスを経験するため、正常なストレス反応としても精神健康度が低下することはいうまでもない。被災地域の住民の精神健康度は、健康なレベルに保たれている健康群、健康に留意すべき境界群、重篤度の高い疾患群に大きく区分される。

時に急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、うつ病など精神障害に至る場合もあり、災害により健康群は減少し、境界群、疾患群が増大している。こころのケアではハイリスク者ケアへのアプローチだけでなく、健康群へのポピュレーションアプローチも必要である。また、境界群に対して専門的ケアにつなぐだけでなく、医療化させない予防的介入も必要であり、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

地域でのこころのケアの事業を構築する上では、地域のリスク区分を設定し、ハイリスク者選定を行う必要がある。また、ハイリスク者アプローチとしては、こころのケアチームや保健師巡回、社会福祉協議会の生活相談員などによる訪問、つまりアウトリーチ活動が必要となる。そればかりでなく、訪問非該当者や相談希望者など地域住民の援助希求行動を受け止める体制としての相談所の開設も必要である。さらに、ハイリスク者は複合的問題を抱えているため、こころのケアだけでなく、生活相談や手続き窓口などハイリスク者が利用するであろう機関とのネットワークを構築して、支援していく体制も求められる。仮設

住宅で暮らす住民たちにとっては話す場がない、聴き役がないなどの問題を抱えており、語りの場としてのサロン活動も重要な支援である。一方、被災地全体に広く働きかけるポピュレーションアプローチの目標は地域住民のメンタルヘルス・リテラシーの向上である。知識や意識を高めるためには普及啓発活動が重要である。一方、広く対象に働きかける場として健診や地域の保健事業でこころの健康だけでなく、身体的な健康面も対象にしてこころのケアを働きかけることも必要である。このような地域全体としての事業構築を行う上では、地域の従事者の数を増やすことや、従事者の教育が重要となる。地域でのこころのケアが充実していくためには、かかわる従事者を確保することが必須となり、支援者の確保、地域の人材の養成、従事者の教育が急務となっている。

## II. 中長期的なこころのケアのモデル

こころのケアの中長期的目標としては、地域が主体となること、そして地域の医療や保健活動を通じた被災住民の支援が行き届くこと、被災住民が援助を求めたとき、支援を享受できる体制を構築することである<sup>9)</sup>。そして、被災地が健康な暮らしを享受しながら生活再建や地域の復興を目指すことの基盤を支援していくことが求められる。

第一に、仮設住居入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化するため、巡回、訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。第二として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、地域精神保健福祉的介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健福祉的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第三として、地域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健的問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことが目標となる<sup>10)</sup>。

加えて、中長期には自殺対策事業の構築が重要であり、平成24年8月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策として「4. 心の健康づくりを進める」の項目で、あらたに「(4) 大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成などで共役性がある。

岩手県においては久慈地域における包括的な自殺対策「久慈モデル」を全県的に取り入れている<sup>5)</sup>。久慈モデルによる自殺対策は、①6つの骨子(ネットワーク、一次・二次・三次予防、精神疾患・職域への支援)に基づく対策、②既存の事業と新規の事業(ネットワークと人材養成)による事業構成、③さまざまな人、組織、場を活用した地域づくりの視点に基づく対策、④地域診断を反映し、時間軸にそった活動計画と計画修正により構成されている。平成18年度には5市町村が導入し、平成24年度には32市町村が実施に至り、県内のほとんどの市町村に導入された<sup>6)</sup>。2013年、わが国の自殺対策の介入研究である(自殺対策のための戦略研究)「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究」では、自殺死亡率が長年にわたり高率な地域において、一次予防、二次予防、三次予防を複合的に組み合わせた包括的な自殺対策プログラムについて、男性および65歳以上の高齢者で自殺企図の減少効果が確認された<sup>8)</sup>。このような効果的な自殺対策プログラムが岩手県被災地においても実施されている。

## III. 地域のこころのケアの3領域

被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」「保健」「福祉」の3領域に区分される。医療では、主に医療機関などによる専門的ケアが実施されている。具体的に挙げると、うつ病、PTSDをはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療などを行っている。また、すでに精神障害にあったものが被災によるストレスに影響さ



れ、調子を崩し、その対処を行っている。

保健領域では、主に保健師連による予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健康相談、健診、スクリーニングなどで震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修などを通じた人材養成が行われている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会などによる生活支援や見守り活動を実施したり、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行っている。たとえば、こころのケアとして、生活支援相談員（社協）や民生委員などによる訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

#### IV. 地域のゲートキーパー養成の取り組み

精神医療・保健・福祉領域について、地域における支援は、一般的解決から専門性の高い解決まで、専門性の強弱によって段階づけられる階層モデルとして捉えることができる<sup>11)</sup>。たとえば、地域の精神保健では、住民相互の相談は気軽な相談として位置づけられ、ボランティアや民生委員、保健推進委員など住民組織による地域の見守り活動は、生活に根差した相談であり、必要により関係機関との連携が必要となる。また、行政機関や各窓口の対応は、ある程度の問題を整理して、必要であればより専門性の高い機関と連携したり、制度を紹介することが求められる。そして、医療福祉関係者や弁護士、司法書士などの専門性の高い機関では専門的支援が求められる。地域においては、それぞれの支援の次元が地域に存在することが重要であり、それぞれの段階を設定しているフィルターが多いほど、地域のケアは充実しているといえ、住民の多様なニーズにこたえられる。階層が重層構造になることはスティグマ対策にもつながる。

自殺対策におけるゲートキーパーとは、精神科医療機関や法律的機関など専門性のある機関より

も専門性の強度の低いレベルの階層の支援で、自殺の危険性があるものへの対応を行う役割を担っている。WHOでも、自殺対策としてゲートキーパー対象の研修プログラムを提供することは、自殺の危険性がある者や未遂者、殺人の被害者などにかかわるような最前線の医師や他の専門家（保健医療従事者、一般医、軍隊、メディア、教師など）の知識やスキルのレベルアップに必要不可欠である。

#### V. 災害時におけるこころの健康づくりの推進

自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成などで共役性がある。

たとえば、メンタルヘルス・ファーストエイドはこころの健康の不調を来した場合の地域における早期対応の方法としてオーストラリアで開発された早期対応の教育を目的としたプログラムである<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>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。被災地や今後の自然災害などを想定した地域保健計画におけるゲートキーパーの役割の重要性から、平成23年度にはゲートキーパー養成研修プログラムとして、被災地対応編を開発し、避難所や仮設住宅での相談対応における危機対応法について習得できるような内容を含めている。テキストも内閣府HPよりダウンロードが可能となっており、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、内閣府での自殺対策緊急強化基金などは災害支援の中での自殺対策としての活用が推進されている。東日本大震災発生後も内閣府主催による研修会が被災地においても開催され、加えて岩手県、宮城県、福島県においてもゲートキーパー養成のためのファシリテーター養成研修会が開催されている。平成24年度の岩手県における自殺対策緊急

強化基金の活用によるゲートキーパー研修の実施状況だけみても、26市町村で総開催日数147.5日(半日開催は0.5日)、述べ3,671人が研修を受講している。このほかにもさまざまな地域の人材養成のプログラムが提供されている。岩手県こころのケアセンターでは、地域支援学講座としてゲートキーパー養成研修プログラムに加えて、対面相談、コーチングスキルトレーニング、スクリーニング、勤労者のメンタルヘルス対策、アルコール問題を抱えたものへの支援法など、さまざまな人材養成プログラムを提供している。平成24年度の岩手県こころのケアセンターにおける教育活動(市町村や各団体からの講師派遣や他県派遣を含む)では、普及啓発・健康教育など170回(参加者5,320名)、人材養成研修会302回(参加者9,819名)の活動が行われている。今後も被災地域の精神保健福祉活動の充実が期待される。

#### おわりに

地域の復興を考えたとき、地域力が向上していくことや、地域の主体的な取り組みが広がっていくことが目標となる。今後の地域精神医療や保健福祉にとって、精神疾患は5大疾患の1つとして位置づけられ、地域ケアの推進が重要となっていくであろう。被災地域のさまざまな領域が危機に陥った人々へ支援的なかかわりを作っていくために、地域の充実した精神保健対策や自殺対策を継続していくことが求められる。特に、支援のための仕組みづくりと人づくりが必須の課題である。災害後のメンタルヘルス対策として、メンタルヘルス不調者の増加に対して、ゲートキーパーの養成をはじめとする地域への教育により、住民の身近なかかわりやさまざまな接点でつながる人々からの心理社会的支援の提供が可能となり、健康格差を生む支援へのアクセスの問題や支援の質を向上させる方法論の1つである。人が人を支えるのがメンタルヘルス対策では避けては通れない原則であり、人こそ宝であるといえる。地域には宝は存在し、教育を通して地域が育つことが災害復興において何よりも重要であると考えられる。

なお、本論文の一部は「平成25年度基盤研究(C)精神保健従事者への遠隔教育モデルを含めた教育システムの構築」,「岩手県こころのケアセンター事業」による。

#### 文 献

- 1) 岩手防災情報ポータル. 平成25年12月31日現在の人的被害・建物被害状況一覧. 2013 (<http://www.pref.iwate.jp/~bousai/>)
- 2) 岩手県東日本大震災津波の記録 第2章被害の概要. p.24, 2013 (<http://www.pref.iwate.jp/~bousai/>)
- 3) キッチナー, B., ジョーム, A.(メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン訳): 専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイドーこころの応急処置マニュアル. 創元社, 東京, 2012
- 4) 内閣府:ゲートキーパー養成研修用テキスト. 2011 ([http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper\\_text.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html))
- 5) 内閣府:久慈地域における自殺対策の取組(久慈モデル)(岩手県). 地域における自殺対策取組事例集, 2012 (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/jirei/area/pdf/26.pdf>)
- 6) 内閣府:自殺対策包括プログラム均てん化事業(岩手県). 地域における自殺対策取組事例集, 2013 (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/jirei/area/pdf/h25/1-41.pdf>)
- 7) 野原 勝, 小野田敏行, 岡山 明:自殺の地域. 集積とその要因に関する研究. 厚生指針, 50(6):17-23, 2003
- 8) Ono, Y., Sakai, A., Otsuka, K., et al.: Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. PLOS ONE, 2013 (<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0074902>)
- 9) 大塚耕太郎, 酒井明夫:東日本大震災に対するこころのケア活動・岩手の最前線から(1):岩手医科大学における初動期から初期の支援. こころの科学, 159:2-9, 2011
- 10) 大塚耕太郎, 酒井明夫:東日本大震災に対するこころのケア活動・岩手の最前線から(2):中長期的なこころのケアの対策. こころの科学, 160:2-15, 2011
- 11) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 工藤 薫:危機介入—社会資源活用のための連携. 自殺予防の基本戦略(張賢徳責任編集, 専門医のための精神科臨床リュミエール29). 中山書店, 東京, p.48-157, 2011

12) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 中村 光ほか：災害メンタルヘルスの中長期的課題と支援のあり方. *Pharma Medica*, 30 (12) : 25-28, 2012

13) 高谷友希, 智田文徳, 大塚耕太郎ほか：岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する検討. 岩

手医学雑誌, 58 (3) : 205-216, 2006

14) WHO : *Social Determinants of Health : Solid Facts*, 2nd ed.(ed. by Wilkinson, R., Marmot, M.). 2003 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf))

---

### After the Great East Japan Earthquake : Suicide prevention and a gatekeeper program

Kotaro OTSUKA<sup>1,2)</sup>, Akio SAKAI<sup>2)</sup>, Hikaru NAKAMURA<sup>1)</sup>, Mitsuko AKAHIRA<sup>1)</sup>

1) *Department of Disaster and Community Psychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University*

2) *Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University*

When considering approaches to mental health in areas affected by the 2011 Great East Japan Earthquake, as well as the resulting tsunami and Fukushima nuclear power plant accident, it is not sufficient to focus interventions solely on individuals experiencing mental health issues. The situation demands a comprehensive approach that includes programs that target improvements to mental health literacy among residents in areas affected by the disaster, the rebuilding of relationships between residents themselves, collaboration with recovery and support activities, and mental health support for people participating in recovery and support efforts. From a medium- to long-term perspective, suicide prevention is an important issue. Comprehensive suicide prevention efforts are being promoted in areas of Iwate Prefecture affected by the disaster.

In suicide prevention programs, it is crucial to foster the development of human resources in the local community. In order to expand community supports, it is necessary to provide education on ways of supporting those affected by a disaster to local medical personnel, people staffing inquiry and consultation offices, and people in fields related to mental health. Suicide prevention and disaster relief efforts are both approaches that target people in difficulty, and they share commonalities in principles, systems, and approaches to human resource development.

“Mental health first aid” is a program developed in Australia that defines methods of early intervention by non-professionals who encounter someone experiencing a mental health problem. The mental health first aid-based gatekeeper training program of the Japanese government’s Cabinet Office, which the author’s research team helped to develop, allows participants to obtain the knowledge and skills required of gatekeepers. In 2012, a module for disaster-

affected areas was developed and added to the program, with additional content that provides program participants with the skills to respond in crisis situations encountered during advice/counseling work in evacuation centers and temporary housing facilities. In addition, since 2011 the Cabinet Office has offered a facilitator training program that was developed based on the gatekeeper training program. Program text materials may be downloaded from the Web site of the Cabinet Office, and it is hoped that they will be used in the education of those involved in caring for people affected by a disaster.

< Authors' abstract >

< **Keywords** : disaster medicine, disaster psychiatry, suicide prevention, gatekeeper >

---