

20010337

平成13年度 厚生科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

うつ病による自殺の予防を目的とした
スクリーニングと介入の研究

総括研究報告書

主任研究者 神庭重信

山梨医科大学精神神経医学講座 教授

目 次

総括研究報告書

- うつ病による自殺の予防を目的とした
スクリーニングと介入の研究 1
主任研究者 神庭 重信

分担研究報告書

- 自殺高率県における一次予防を重視した
目標志向型自殺予防対策に関する研究 2
分担研究者 本橋 豊
- うつ病のスクリーニングとその転帰としての
自殺予防システム構築に関する研究 11
分担研究者 大野 裕
- 自殺予防を目標とする高齢期抑うつ状態に特化した
統合的地域介入プログラムの開発
— 症例分析による方法論理的検討 — 16
分担研究者 栗田 圭一
- うつ病による自殺の予防を目的とした
スクリーニングと介入の研究 23
分担研究者 角南 謙、井上 雄一
- 自己記入式質問紙法(Two-question case-finding instrument:
二質問法 & Beck Depression Inventory:BDI) のうつ病
スクリーニング法としての有用性検討と介入の試み 29
分担研究者 尾崎 紀夫
- 日本語版 Beck Depression Inventory II(BDI-II)の開発 31
分担研究者 古川 壽亮
- うつ病・自殺念慮のスクリーニングと早期治療導入のためのマニュアル 付 1

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書

うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究

主任研究者 神庭重信 山梨医科大学精神神経医学講座 教授

研究要旨：以下の2系統の研究を計画し、第1年度に下記の成果を得た。①各種類のスクリーニング手段と介入法をマニュアル化する研究を進めている。第1年度には、自己記入式うつ病評価尺度である Beck Depression Inventory (BDI)の正式な日本語版を作成し信頼性を検討した。さらに地域住民、検診受診者、大学病院精神科外来患者、身体疾患患者を対象として、うつ病のスクリーニング法としての評価を加えた。②全国のモデル地域において、実際に地域介入を試行し、地域介入の問題点を洗い出し、より効果的なうつ病の早期発見と自殺の包括的な予防対策を考案する研究を進めている。青森、秋田、宮城、島根の各県において、高齢者を対象として、うつ状態と自殺念慮のスクリーニングテストを実施した。例えば青森では、テストの陽性者を個別に訪問して構造化診断面接を行い、面接の結果、うつ病や自殺の危険性が高いと判断された高齢者には、医療機関への受診を勧め、訪問巡回をして経過観察を行っている。メンタルサポーター育成、地域住民の啓発事業、いのちの電話ボランティアへの支援などを行った。

A. 分担研究者の研究概要・状況・次年度の研究予定

秋田県における地域介入研究 本橋豊

概要：65歳以上の住民を対象としたメンタルヘルスの健康調査を行い、うつの症状の有症率に地域差があること、うつの症状は家族同居によるストレスがあり、手段的自立度が低いことと関連性を有することがわかった。また、地域住民のエンパワメントをはかるため、メンタルヘルスサポーター育成事業を開始し、今後の介入研究の端緒と位置づけた。

青森県における地域介入研究 大野裕

概要：高齢者に対してうつ状態と自殺念慮のスクリーニングテストを実施した。テストの陽性者には、個別に訪問して構造化診断面接を行った。面接の結果、うつ病や自殺の危険性が高いと判断された高齢者には、医療機関への受診を勧め、訪問巡回をして経過観察を行っている。神庭とともに、介入法のマニュアルの素案を作成した。

宮城県における地域介入研究 栗田圭一

概要：2地区において、高齢者のメンタル・ケア事業を開始し、保健婦による訪問調査、集団検診、健康相談を介してのスクリーニング、地域住民の啓発事業などを進めた。

島根県における地域介入研究 角南譲、井上雄一

概要：いのちの電話ボランティアに対するメンタルヘルス一般、電話での危機介入の仕方につき研修を行った。これらの活動から、ボランティアが積極的介入に対して強い抵抗感をもっていることが明らかになった。いのちの電話での具体的な介入方法として、ロールプレイ、「MINI」の有効性についてさらに検討を深めた。

うつ病スクリーニング法の開発 尾崎紀夫、古川壽亮

概要：Beck Depression Inventory (BDI)の正式な日本語版を作成し信頼性を検討した。さらに地域住民、検診受診者、大学病院精神科外来患者、身体疾患患者を対象として、うつ病のスクリーニングを進めた。

自殺高率県における一次予防を重視した 目標志向型自殺予防対策に関する研究

分担研究者 本橋豊 秋田大学医学部教授（公衆衛生学講座）

研究要旨： 本年度の研究目的は、秋田県の自殺高率地域の高齢者住民を対象に抑うつ度、家族関係のストレス、ストレス対処行動、自殺に対する意識等の質問紙票を実施し、自殺高率地域住民のメンタルヘルスの状況を明らかにし、一次予防を重視した自殺予防対策の効果的対策の立案に役立てることである。秋田県合川町に在住する65歳以上住民を対象に質問紙調査を実施した。その結果、SDS得点で50点以上の抑うつ傾向を有する者は10.4%であった。さらにSDS得点が60点以上のハイリスク者は0.8%であった。抑うつ度を従属変数、家族関係のストレスなど21項目を独立変数として多重ロジスティック解析を行ったところ、家族のことでイライラする、日常生活での寂しさ、過去1ヶ月間に死にたいと思ったことがある、身体の健康に問題がある、心の健康に問題がある、医師に医療以外のことで相談したいことがある、外出頻度が少ないであったこれらの要因は自殺リスクを高める可能性があることが示唆された。抑うつ度のスクリーニングにより抑うつ度が高いと認められ（SDS得点57点以上）、インフォームド・コンセントの得られた15名の者について、構造化面接と事後健康指導を実施した。構造化面接により専門的医療が必要と考えられた者が5名いたが、そのうち3名は医療機関を受診しており、2名が医療機関未受診であった。未受診者に対しては医療機関の受診を勧奨した。本研究では、さらに地区ごとの抑うつ度の高い者の割合についても調べ、地区間差を認めた。このような地理情報にもとづく地域診断は自殺の一次予防を進めていく上で有用であると考えられた。

A. 研究目的

地域に在住する高齢者を対象に抑うつ度および自殺のリスク要因に関する包括的な質問紙調査を実施し、一次予防を重視した自殺予防対策の立案・実施に向けた学術的資料を蓄積することを目的とした。

B. 研究方法

秋田県合川町に在住する65歳以上の高齢者を対象に抑うつ度、家族や地域の支援度、家族に関連する精神的ストレス、ストレス対処行動（ラザルスのストレス対処行動質問票に準拠）、死にたいと思った経験の有無、自殺に関する態度、自覚的健康度、医療への近接度、心の健康づくりに関する要望等からなる包括的な質問票を無記名・自記式にて実施した。配布数2800人に対して、回答のあった者は2377名であった（回収

率85.3%）。男性962名、女性1283名であった。配布・回収は住民の自治組織（健康づくり推進員）を利用して行った。対象者の平均年齢は70.8±7.17歳であった。抑うつ度はZungの抑うつ尺度日本語版に拠った。

解析はSPSS Ver 11により行い、単純集計、クロス集計、多変量解析（多重ロジスティック解析、因子分析）を行った。

研究の実施時期は平成13年12月であった。

（倫理面への配慮）

対象者に対しては書面により質問紙調査の目的を説明し、回収に応じた者はインフォームド・コンセントを得たものとした。なお、本研究では遺伝子診断や血液採取は行っておらず、この点での倫理面での問題はなかった。

C 研究結果

回答のあった対象者の年齢分布を図1に示した。対象者の平均年齢は70.7±7.2歳であった。

(図1)

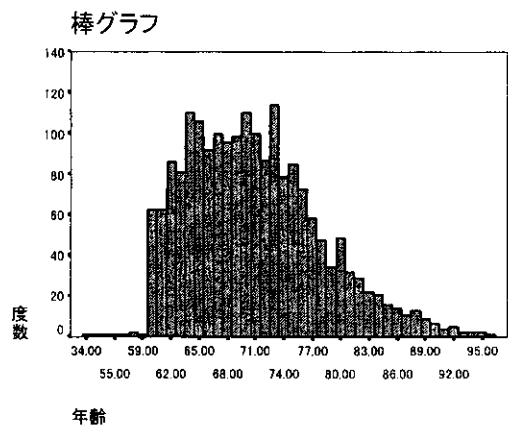
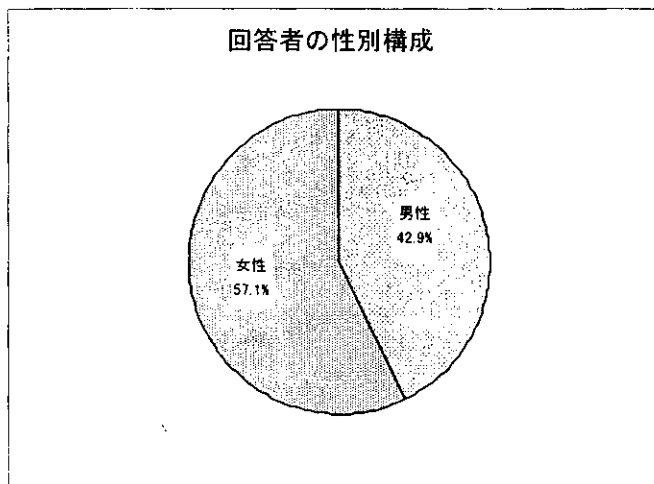


図1 対象者の年齢構成

回答者の性別構成は男性 42.9%、女性 37.1%



であった。(図2)

回答者の婚姻状態は次に示すとおりであるが、既婚・同居が63.9%で最も多かった。(図3)

回答者の婚姻状況

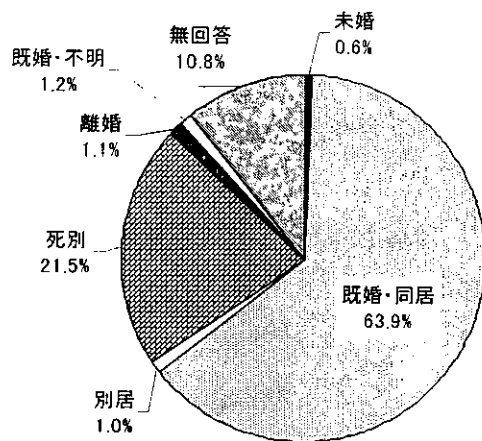
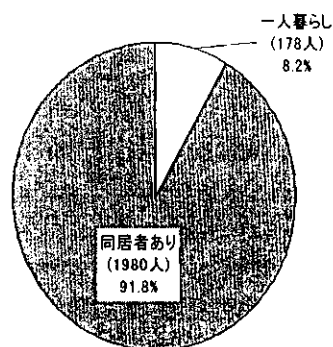


図3 回答者の婚姻状況

況

回答者の居住状態は次に示すとおりで同居者が多く、一人暮らしは8.2%であった。(図4)

回答者の同居・独居状況



← 図2 回答者の性別構成

図6 サポートしてくれる人 図8

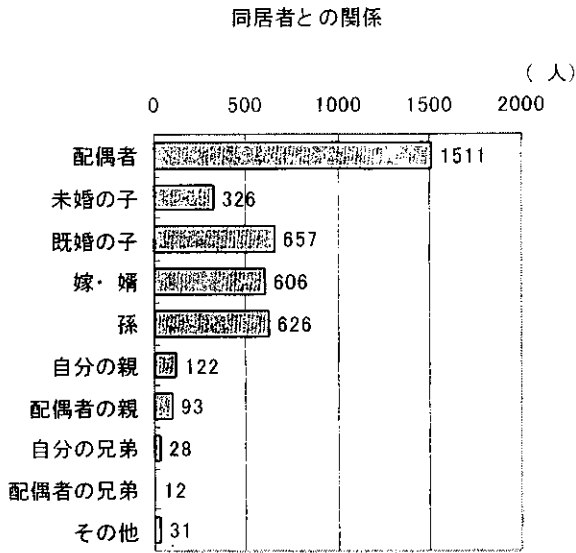
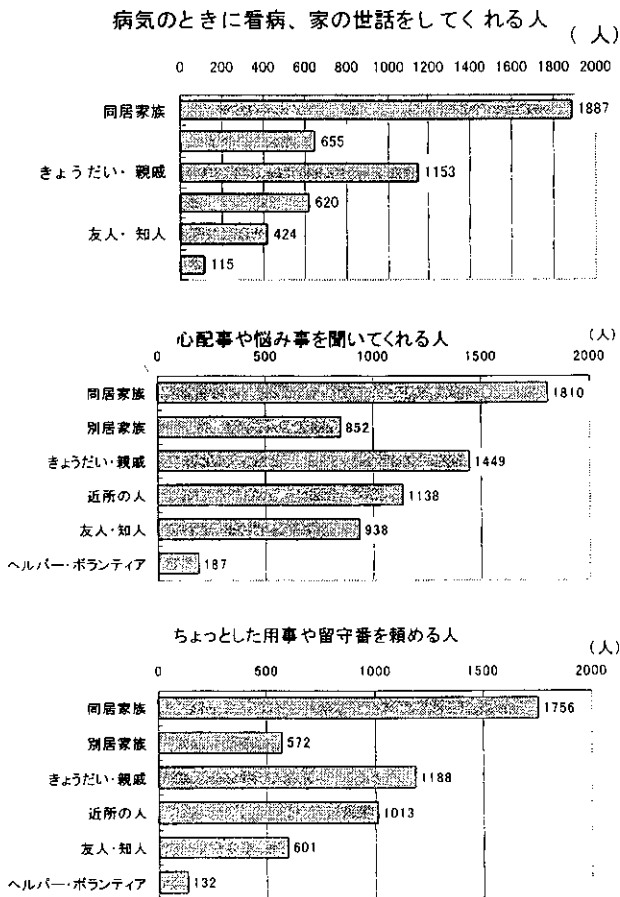


図5 同居者との関係



同居者との関係を見ると、配偶者が最も多かった。(図5)

日常生活の援助や情緒的支援に関しては、困ったときに助けてくれる人がいるかという質問(家族、親戚、友人等からの支援の有無)に対する回答は、家族からの支援が最も多かった。そのつぎに多かったのはきょうだい・親戚であった。(図6)

図7に抑うつ尺度得点の分布を示す。抑うつ度得点の平均値は 39.9 ± 7.8 であった。抑うつ度得点の分布は正規性を示した。

SDS得点が50点以上の者の割合は10.4%であった。また、SDS得点が60点以上の者の割合は0.8%であった。

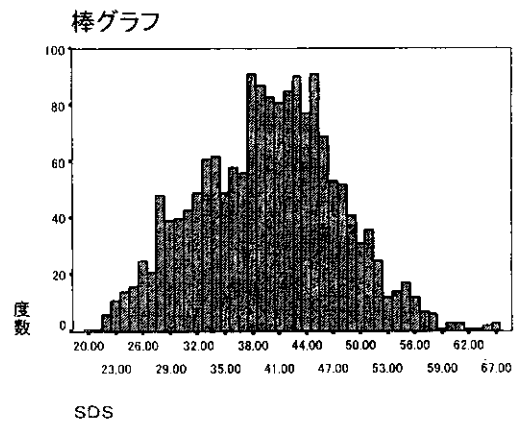
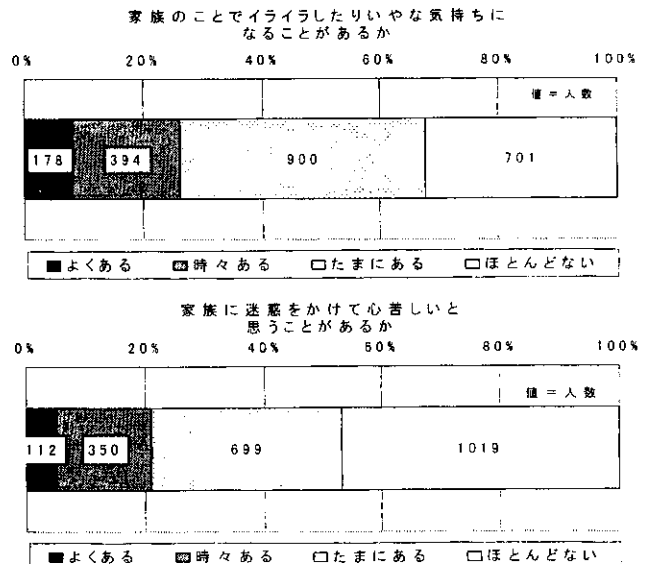


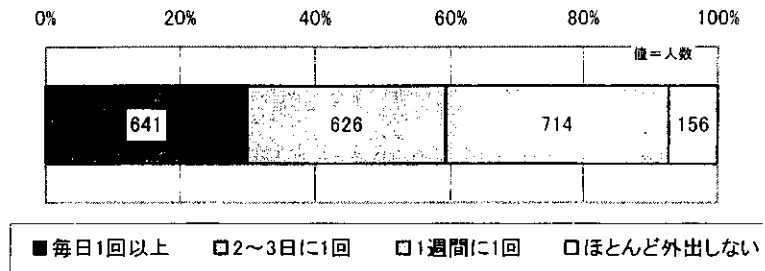
図7 抑うつ得点の度数分布
家族のことでイライラする、家族に迷惑をかけて心苦しいと思うことがある、という質問に対して、それぞれ7.5%、4.7%がよくあると回答した。(図8)



生活の中で寂しさを感じることもあるかという質問に対しては、5.1%の者がよくあると

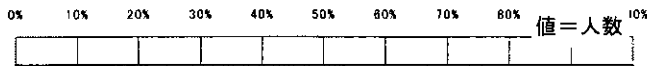
はまる者)は7.3%であった。(図11)

ふだん外出する頻度

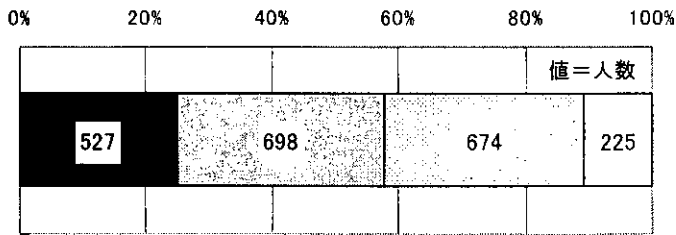


回答した。(図9)

生活の中で寂しさを感じることもあるか



家族以外の人と話すことはどのくらいあるか

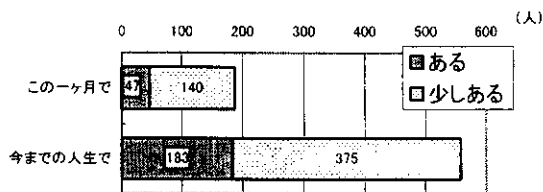


よくある □時々ある □たまにある □あまりない

図9 寂しさを感じることもある

家族以外の人と話すことはどのくらいあるかという質問に対しては、あまりないと

「死にたい」と考えたこと



答えた人は10.6%であった。(図10) ↓

ふだん外出頻度についてはほとんど外出しないと回答した者(閉じこもりの定義にあて

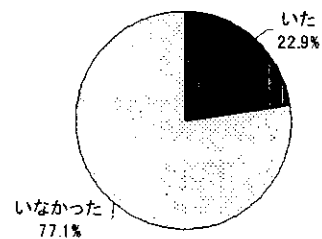
図12 死にたいと考えたこと

この1ヶ月で死にたいと考えたことがあるかという質問に対しては、187人の人と回答していた。(図12)

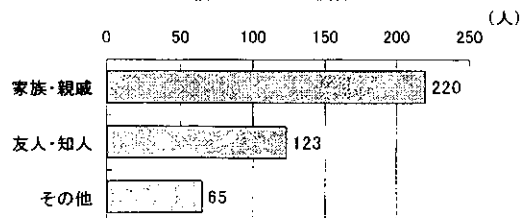
また、これまでの人生の中で死にたいと考えたことがあるという質問に対しては259人の人と回答していた。

図13 知人で自殺した人がいるか および自殺した知人との関係

知人で、自殺した人がいたか



自殺した知人との関係



知人で自殺した人がいるかという質問に対しては22.9%の人がいると回答した。また、その関係は家族・親戚が最も多かった。(図13)

← 図11 ふだん外出する頻度

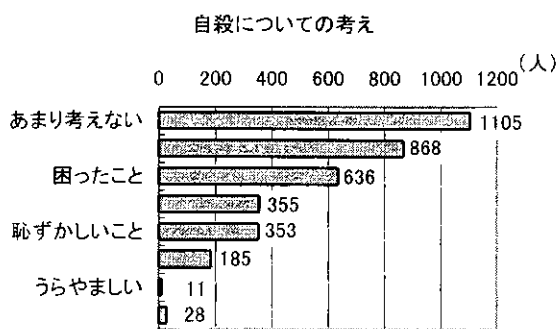


図14 自殺についての考え

自殺に対する考えを聞いたところ、あまり考えないという人が最も多く、次に困ったことと回答する人が多かった。(図14)

<多重ロジスティック解析による抑うつに関わる要因の分析>

SDS得点の高い群ではどのような要因が関連しているかを調べる目的で、SDSを2群に分けて(49点以下と50点以上)従属変数とし、以下の21変数を独立変数とする多重ロジスティック解析を行った。独立変数としては、性別、年齢カテゴリー、同居の有無、三つの場面における家族からの支援、家族によるイライラ感、寂しさ、過去1ヶ月に死にたいと思った経験、病院・医院への通院回数、身体・心の健康度、外出頻度、自殺に対する考え方、身近に自殺した人がいたか、であった。

多重ロジスティック解析の結果を尤度比検定結果で示した。

尤度比検定

効果	縮小モデルの-2対数尤度	カイ2乗	自由度	有意確率
切片	311.425 ^a	.000	0	.
性別	311.438	.013	1	.910
同居	311.488	.062	1	.803
年齢カテ	314.225	2.800	3	.424
A1-1	313.098	1.672	2	.433
A2-1	313.432	2.006	2	.367
A3-1	312.573	1.148	2	.563
A4-1	313.559	2.134	2	.344
C-A	320.972	9.547	3	.023
C-B	330.064	18.639	3	.000
C4	313.106	1.681	3	.641
C5	314.032	2.606	3	.456
D-1	318.853	7.427	2	.024
D-5	315.211	3.786	2	.151
D-6	315.222	3.796	2	.150
D-7	333.270	21.845	3	.000
D-8	322.988	11.562	3	.009
D-10	312.534	1.109	3	.775
D-11	312.684	1.258	3	.739
D-12	322.365	10.939	3	.012
D-13	321.943	10.518	3	.015
D-15	314.992	3.566	1	.059

カイ2乗統計量は最終モデルと縮小モデルとの間の-2対数尤度。縮小モデルを作成するには、最終モデルから効果を省きま仮説は、その効果のすべてのパラメータが0であるという仮説

a. 効果を省略しても、自由度は増えないため、この縮小モデルは、最終モデルと同じです。

表1 SDS得点を従属変数とする多重ロジスティック解析の結果。有意確率0.05以下を有意とする。

有意に選択された変数は、家族のことでイライラする(C-A)、日常生活での寂しさ(C-B)、過去1ヶ月間に死にたいと思ったことがある(D-1)、身体・心の健康に問題がある(D-7)、心の健康に問題がある(D-8)、医師に医療以外のことで相談したいことがある(D-12)、外出頻度が少ない(D-13)であった。身近に自殺した人がいるという変数もSDS得点に有意ではなかったが、影響しうるものと考えられた(D-15, p=0.059)。

今年度の調査研究は自殺高率地域である秋田県の中でも、比較的自殺率の高い県北部での自治体を選び、65歳以上の高齢者を対象にして調査を実施した。その結果、農村部における抑うつ

つの高リスク集団の出現頻度を明らかにすることができた。SDS得点が60点以上の者の割合は0.8%であったが、すでに我々が行っている秋田県内の他の自治体でのデータと比較して高いものではなかった。同時期に実施した藤里町、中仙町のSDS60点以上の割合は合川町と比較して高率であった。

地理情報システムを用いて地域のメンタルヘルスニーズを把握するための手法を開発した。すなわち、Zungの抑うつ尺度得点のうち50点以上の者の割合を地区ごとに算出し、地理情報システム（GIS）ソフトを用いて地図上に表示した。（図15）抑うつ度が50点以上の者の割合は地区によりばらつきがあり、高い地区と低い地区が認められた。このような一目瞭然化により地域のメンタルヘルスのニーズを的確に把握することが可能になった。

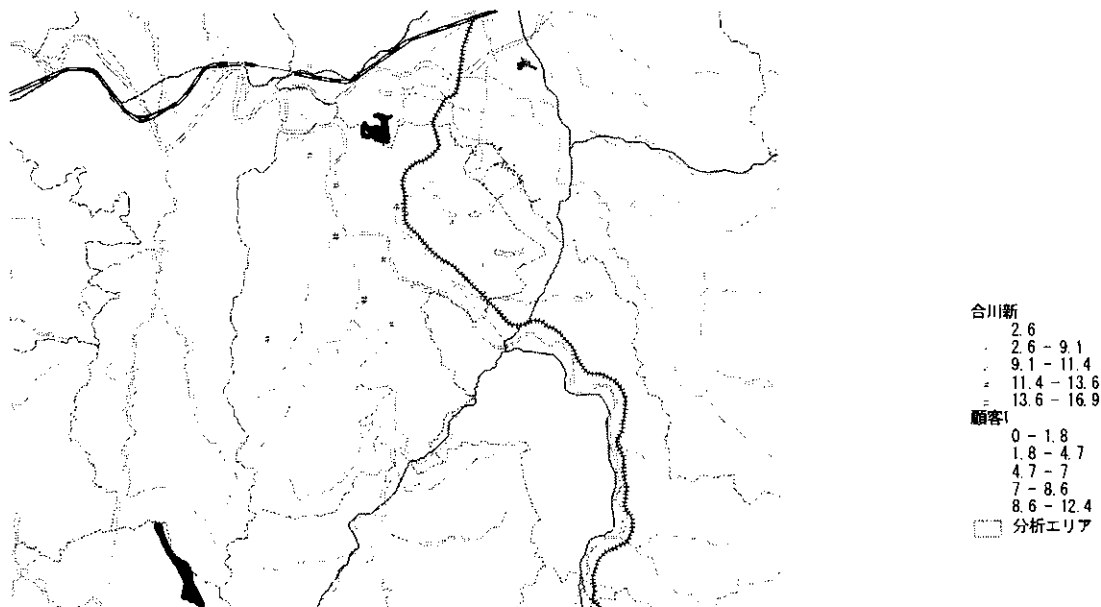


図15 合川町における抑うつ得点高値の者の地区別分布。●はSDS得点50点以上の者の割合、■は家族のことでイライラする者の割合。地理情報システム(Arcview 3.10)を用いて地区別分布を表示させた地域診断の一例。

表2 多重ロジスティック解析の結果。オッズ比を示す

		パラメータ推定値					Exp(B)の95%信頼区間		
うつ50		B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	下限	上限
0	切片	-1.642	3.207	.262	1	.609			
	[性別=1.00]	.039	.347	.013	1	.910	1.040	.527	2.053
	[性別=2.00]	0 ^a			0				
	[同居=1.00]	.649	2.707	.058	1	.810	1.914	9.500E-03	385.775
	[同居=2.00]	0 ^a			0				
	[年齢カテ=1.00]	.517	.649	.634	1	.426	1.677	.470	5.980
	[年齢カテ=2.00]	.671	.629	1.135	1	.287	1.955	.570	6.713
	[年齢カテ=3.00]	-.009	.647	.000	1	.989	.991	.279	3.520
	[年齢カテ=4.00]	0 ^a			0				
	[A1-1=1.00]	-1.714	1.560	1.207	1	.272	.180	8.466E-03	3.832
	[A1-1=2.00]	-1.224	1.606	.581	1	.446	.294	1.262E-02	6.850
	[A1-1=3.00]	0 ^a			0				
	[A2-1=1.00]	2.903	3.161	.843	1	.359	18.224	3.713E-02	8945.715
	[A2-1=2.00]	3.599	3.145	1.309	1	.253	36.547	7.687E-02	17376.908
	[A2-1=3.00]	0 ^a			0				
	[A3-1=1.00]	-.547	6.413	.007	1	.932	.579	2.011E-06	166477.225
	[A3-1=2.00]	-1.342	6.381	.044	1	.833	.261	9.668E-07	70595.474
	[A3-1=3.00]	0 ^a			0				
	[A4-1=1.00]	-.596	6.411	.009	1	.926	.551	1.923E-06	157886.169
	[A4-1=2.00]	-1.331	6.388	.043	1	.835	.264	9.640E-07	72361.778
	[A4-1=3.00]	0 ^a			0				
	[C-A=1.00]	-1.677	.687	5.957	1	.015	.187	4.865E-02	.719
	[C-A=2.00]	-1.374	.635	4.685	1	.030	.253	7.298E-02	.878
	[C-A=3.00]	-.428	.581	.544	1	.461	.652	.209	2.034
	[C-A=4.00]	0 ^a			0				
	[C-B=1.00]	-2.150	.609	12.464	1	.000	.116	3.530E-02	.384
	[C-B=2.00]	-1.536	.501	9.404	1	.002	.215	8.059E-02	.574
	[C-B=3.00]	-.261	.461	.321	1	.571	.770	.312	1.901
	[C-B=4.00]	0 ^a			0				
	[C4=1.00]	-.544	.712	.583	1	.445	.581	.144	2.343
	[C4=2.00]	.426	.543	.615	1	.433	1.531	.528	4.435
	[C4=3.00]	.121	.390	.096	1	.756	1.129	.526	2.422
	[C4=4.00]	0 ^a			0				
	[C5=1.00]	.864	.609	2.013	1	.156	2.372	.719	7.824
	[C5=2.00]	.290	.534	.295	1	.587	1.337	.469	3.809
	[C5=3.00]	.178	.513	.121	1	.728	1.195	.437	3.267
	[C5=4.00]	0 ^a			0				
	[D-1=1.00]	1.960	.770	6.485	1	.011	7.097	1.571	32.074
	[D-1=2.00]	1.355	.834	2.639	1	.104	3.876	.756	19.873
	[D-1=3.00]	0 ^a			0				
	[D-5=1.00]	.172	.703	.060	1	.807	1.188	.300	4.710
	[D-5=2.00]	-.694	.752	.853	1	.356	.499	.114	2.179
	[D-5=3.00]	0 ^a			0				
	[D-6=1.00]	.286	.520	.303	1	.582	1.331	.481	3.687
	[D-6=2.00]	1.040	.625	2.768	1	.096	2.830	.831	9.639
	[D-6=3.00]	0 ^a			0				
	[D-7=1.00]	2.811	1.314	4.576	1	.032	16.622	1.265	218.343
	[D-7=2.00]	1.430	.766	3.489	1	.062	4.178	.932	18.734
	[D-7=3.00]	-.186	.776	.057	1	.811	.830	.181	3.801
	[D-7=4.00]	0 ^a			0				
	[D-8=1.00]	2.584	.905	8.159	1	.004	13.252	2.250	78.052
	[D-8=2.00]	1.660	.619	7.185	1	.007	5.259	1.562	17.699
	[D-8=3.00]	.845	.645	1.716	1	.190	2.328	.658	8.239
	[D-8=4.00]	0 ^a			0				
	[D-10=1.00]	-.645	1.149	.315	1	.575	.525	5.514E-02	4.991
	[D-10=2.00]	-.944	.968	.951	1	.329	.389	5.833E-02	2.594
	[D-10=3.00]	-.691	.898	.592	1	.442	.501	8.613E-02	2.914
	[D-10=4.00]	0 ^a			0				
	[D-11=1.00]	-.089	.794	.013	1	.911	.915	.193	4.341
	[D-11=2.00]	.160	.754	.045	1	.832	1.174	.268	5.141
	[D-11=3.00]	.524	.783	.448	1	.503	1.690	.364	7.846
	[D-11=4.00]	0 ^a			0				
	[D-12=1.00]	1.620	.943	2.950	1	.086	5.054	.796	32.100
	[D-12=2.00]	-1.056	.483	4.773	1	.029	.348	.135	.897
	[D-12=3.00]	.412	.405	1.037	1	.309	1.510	.683	3.338
	[D-12=4.00]	0 ^a			0				
	[D-13=1.00]	1.499	.591	6.441	1	.011	4.479	1.407	14.258
	[D-13=2.00]	1.528	.574	7.093	1	.008	4.609	1.497	14.189
	[D-13=3.00]	1.826	.573	10.164	1	.001	6.207	2.020	19.068
	[D-13=4.00]	0 ^a			0				
	[D-15=1.00]	-.774	.425	3.326	1	.068	.461	.201	1.060
	[D-15=2.00]	0 ^a			0				

a. このパラメータは、冗長なので0に設定されています。

D. 考察

SDS高得点に関連する要因を明らかにする目的で行った多重ロジスティック解析結果から、家族によるストレス、自覚的健康度、医師とのコミュニケーション度、閉じこもり傾向、身近に自殺した人がいることなどが地域高齢者の抑うつ傾向に影響していることが明らかになった。これまでの研究から、我が国では農村部における家族関係や医療資源の多寡が自殺死亡と関連しているのではないかということが示唆されてきたが、今回の研究はフィールド調査によってあらためて、この点を確認することになった。

SDS高得点者に対しては、個別指導を含めた2次予防的アプローチが考えられる。今回のフィールド研究では、個別に結果を知りたい者については同意を得て結果返しをするようにした。その結果、SDS得点55点以上の者32名に対して、個別の健康指導を行う場を設定した。32名中15名に個別健康指導の同意が得られたことから、これらの対象者に対してはうつ病の構造化面接を実施し、同時に心の健康づくりに関する健康指導を行った。SDS得点が60点以上の対象者で医療機関にかかっていない者に対しては、受診勧奨を行うとともに、保健婦による巡回健康指導を実施するようにした。また、これとは別に、住民を対象とした調査結果の報告会と心の健康づくりに関する報告会を企画している。

＜地理情報システムを利用した地域のメンタルヘルスのニーズの把握＞

すでに今年度学会報告したように(平成13年度日本衛生学会)、地区ごとの抑うつ度得点は家族のことでイライラする、生活の中で寂しさを感じることもあると回答した者の地区ごとの割合と高い有意な相関を示して

おり、今回の結果も度同様の傾向が認められた。GISを用いたこのような地域診断は地域保健活動を進めていく上で有用な情報を提供するものと考えられる。具体的には医師や保健婦が訪問指導を行う際に、このような地域診断データをもとに優先順位を決定するのに役立つものと考えられる。また、地区ごとの健康状態を視覚化することで、基礎自治体における保健活動計画を立案する効果的な手法になると考えられる。

＜抑うつ得点高値のスクリーニングと構造化面接および事後健康指導＞

今回の調査研究では抑うつ得点55点以上の者を選び出し、構造化面接および事後健康指導を行った。調査票の記入は原則として無記名であったが、個別に結果返しを希望する者は調査票の同意票に氏名を記入してもらい、調査データの解析を行った。55点上の得点者名中32名に構造化面接・事後健康指導の通知を行った。最終的に構造化面接・事後健康指導に同意したのは15名であった。

同意が得られた15名に対して、大野らの報告書で示されたうつ病に関する構造化面接質問票をもとに構造化面接を行った。15名のうち、うつ病の可能性が高い者が5名であった。これらの該当者は専門医への受診が必要であると考えられたが、2名についてはすでに専門医の外来を受診し、1名が一般医の外来を受診していた。残りの2名については、医療機関を受診していなかったため、専門医への受診が必要である旨を十分に理解させ、早期の受診を図るよう指導を行った。今後は町の保健スタッフによる個別訪問指導および関係機関の連携をはかり、個別のケースをケアするネットワークづくりを急ぐことにした。

面接により個別のケースでの問題点も浮かびあがってきた。嫁と姑との葛藤が抑うつの原因と関わっていると思われるケース、精神病の家族を抱えて悩みを抱えているケース、子供が障害を持っているために悩んでいるケースなどであった。秋田県(あるいは)に特徴的な背景は明確ではなかったが、心の悩みを相談できる機会が少ないようであった。

単純集計においても、悩んだ人が最も相談しやすい窓口として、民生委員や医師・カウンセラーが挙げられていたが、民生委員の活動に地区ごとのばらつきがあり、十分に相談のネットワークが機能していないという訴えもあったことから、今後は身近な地区における相談窓口の活性化とネットワーク化が一層求められるのではないかと考えられた。

合川町において、次年度以降、今年度の調査結果にもとづく地域保健活動の強化とそのための体制づくりを行うことにした。

＜地域におけるヘルスコミュニケーションの活性化ーメンタルヘルスサポーター育成事業＞

平成14年度においては、一次予防の取組みとしてヘルスコミュニケーション活動の強化も実施した。合川町は平成13年度に秋田県の心の健康づくりのモデル事業自治体に選定されたため、調査研究事業とともに住民を対象とした地域保健指導者育成事業にも関わった。事業名は「メンタルヘルスサポーター育成事業」であった。合計6回の研修会を企画し、大学側でカリキュラムの企画を行った。メンタルヘルスサポーター育成事業は身近な住民を対象に精神保健に関する知識を理解させ、住民相互のコミュニケーションの促進をはかるとともに、地域において心の病に悩む人に適切な援助ができるような人を増やすことを目的に行われた。大学側から全5回におよぶ育成講座の内容とGIO,SBOsを設定し、これにもとづき講師の選定と講座の実施を行った。講座の内容を表に示した。

＜おわりに＞

今年度実施した合川町の調査研究では、地域における抑うつ得点の分布と関連要因の抽出を行うことができた。高抑うつ得点には家族のストレス、心身の主観的健康度、閉じ

こもり傾向、相談者としての医療者の存在、身近な自殺者の存在などが関連していることが明らかになった。今年度の調査結果は今後一次予防を進めていく上で基礎資料となるものである。また、地理情報システムを利用したメンタルヘルスの地域診断は本邦で初めて開発したものであるが、地域の保健活動を進めていく上で優先順位の決定などに有用であると考えられた。合川町では秋田県の補助をうけて心の健康づくりに関する事業を平成14年度においても実施する予定になっている。うつ病のスクリーニングにより事後指導が必要と考えられた者に対する地域精神保健の立場からの支援システムの構築をひきつづき行い、介入研究の成果を上げたいと考えている。

E. 研究発表

1. 論文発表
 - (1) Yuasa T, Motohashi Y, et al. Quantitative EEG data and comprehensive ADL evaluation of stroke survivors residing in the community. Journal of Physiological Anthropology., 19, 37-41,2001.
2. 著書執筆
 - (1) Motohashi Y. The Encyclopedia of Social Medicine. Asakura Shoten, 2002, in press..
3. 学会発表
 - (1) 本橋 豊、前田明. 閉じこもり高齢者の行動量リズムの定量的評価に関する研究、第61回日本公衆衛生学会、2001、高松市.
 - (2) 佐々木久長、本橋 豊 自殺高率地域住民の抑うつ度とストレス対処行動の特徴について、第61回日本公衆衛生学会、2001、高松市. 本橋 豊、佐々木久長. 地理情報システムを利用した地域診断に基づく地域自殺予防対策に関する研究、第72回日本衛生学会、津、2002.

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

うつ病のスクリーニングとその転帰としての
自殺の予防システム構築に関する研究

分担研究者 大野裕 慶應義塾大学医学部精神神経科 講師

研究要旨：近年急増した自殺の予防のためには、うつ病性障害の早期の診断と治療が有用であることが指摘されているが、とくに自殺の要因としてうつ病の関与が強く認められる高齢者ではそうした介入が重要である。そこで、本研究では、青森県名川町の協力を得て、全国規模で行政施策として展開可能なうつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システムを構築することを最終目的とする研究を行った。その結果、5項目からなる簡易スクリーニング質問紙を作成し、簡易質問紙と面接を利用したうつ状態・うつ病のスクリーニングに加えて、ライフイベント（死にたいといっている、配偶者や家族が死亡した、親族や近隣の人が自殺した、医療機関から退院した）、不安障害やアルコール依存症の存在、などを考慮に入れた効果的かつ効率的なうつ病のスクリーニングと自殺の予防を目的とした地域介入プログラムを作成した。

A. 研究目的

我が国では、昨年初めて自殺者が3万人を越えて社会的な問題として認識されたが、自殺者の9割以上がその前に精神医学的障害に罹患していたということが各種の研究から明らかにされている。なかでも、うつ病はその最大の原因であり、とくに高齢者においてはその傾向が強まる（Conwell Y, et al.）。

こうした状況を考えると、うつ病を早期に発見し、的確に治療することが極めて重要であることがわかる。例えば、スウェーデンのゴットランドで行われた研究によれば、一般医をトレーニングする導入することによって、自殺を減少させたと報告されている。

こうした状況を考えると、近年急増した自殺の予防のためにはうつ病性障害の早期の診断と治療が有用であることが明らかであるが、とくに自殺の要因としてうつ病の関与が強く認められる高齢者ではとくにそうした介入が重要であると言える。しかし、これまで行政施策として様々な疾患予防事業が

展開されてきたが、うつに対する予防や自殺死亡率を減少させる有効な保健事業が広範囲に組織的に行われた例はきわめて限られている。

そこで、本研究では、ある一地域において、一般住民を対象とした信頼性と妥当性のあるうつ病のスクリーニング方法を確立し、科学的な根拠のある自殺予防システムを開発し、その有効性と有用性を評価し、全国規模で行政施策として展開可能な、効果的かつ効率的なうつ病に対する地域介入システムを構築することを最終目的とする研究を行った。

B. 研究方法

我々は平成11年度からすでに類似の研究事業を行ってきた。それを簡単に紹介する。本研究事業の第一年度は、これらの研究の継続であるからである。

初年度(平成11年度)は関連の文献をレビューして調査方法および手段について検討するとともに、青森県名川町の協力を得て、町の事業の健康事業の一環として青森県名川町の一地区に在住している65歳以上の高齢者433名（男性166名、平均年齢73.95±6.17歳；女性267名、平均年齢

74.20±6.64 歳)に調査への参加を呼びかけた。このうち、調査に協力した者は358名(男性129名、平均年齢73.54±5.64歳;女性229名、平均年齢73.65±6.40歳)であったが、5名(男性1名、女性4名)については痴呆が疑われたので、分析から除外した。最終的に分析の対象となったのは353名(男性128名、平均年齢73.49±5.64歳;女性225名、平均年齢73.59±6.31歳)である。

調査に参加しなかった75名(平均年齢76.47±7.45歳)は、参加した358名(痴呆を含む、平均年齢73.61±6.13歳)よりも有意に年齢が高かった($t(431)=3.53, p<.001$)。男女間で年齢差は見られなかった。今回用いた尺度は、自記式のうつ病評価尺度であるSDS(Zung Self-rating Depression Scale)、身体疾患を持つ人の不安とであるHADS(Hospital Anxiety Depression Scale)、構造化面接であるCIDI(Composite International Diagnostic Interview)のうつ病性障害のセクション中の現在診断のみを対象に面接できるように改変した修正版、および痴呆スクリーニングである。SDSおよびHADSは本来は自己記入式の質問紙として開発されたものであるが、調査協力が高齢であることを考慮して、自分で質問紙に記入できない者に関しては、調査者が質問文を読み上げる形式をとった。SDS、HADS以外の調査項目は、すべて面接形式で聴取した。

さらに、平成12年度は同一地区に在住している65歳以上の高齢者382名(男性146名、平均年齢72.87±6.03歳;女性236名、平均年齢73.61±6.33)が調査に協力した。性別による年齢差はみられなかった($t(380)=1.131, ns$)。これら的高齢者に、11年度のデータをもとに新たに作成した高齢者用抑うつ状態・自殺念慮のスクリーニング尺度と、高齢者の抑うつ状態の妥当性指標としてGeriatric Depression Scaleの短縮日本語版(GDS-S;村岡・生地・井原,1996)、希死念慮の有無を問う2項目を実施した。

また、本調査では、うつ病性障害の症状の

有無だけではなく、専門家や家族、友人に助けを求めているかどうかについても質問した。さらに、うつ状態に対する地域住民の意識を調べるために、うつ状態になったときおよび自殺念慮を抱いたときにどのような援助希求をするか、援助希求にはどのような要因が関係しているかを場面想定法によって調査した。

C. 結果と考察

まず、文献的考察の結果、老年期うつ病あるいはうつ状態は高齢者自殺の非常に大きなリスクファクターであるが、新潟県松之山町と岩手県J町における介入活動からわかるように、地域介入が自殺予防において重要な役割を果たしていることが明らかになった。また、うつ状態・うつ病に加えて、ライフイベント(死にたいといっている、配偶者や家族が死亡した、親族や近隣の人が自殺した、医療機関から退院した)、不安障害やアルコール依存症の存在、などが、自殺のリスクファクターとして考えられることから、スクリーニングの精度を十分に備えた簡易質問紙を開発するとともに、種々のリスクファクターを考慮に入れた介入プログラムを作成する必要性が認識された。

こうしたうつ状態・うつ病のスクリーニングに関して行研究では、General Health Questionnaire、Geriatric Depression Scale、Hamilton Rating Scale、Hopkins Symptom、IDS(Inventory for Depressive Symptomatology)、Zung Depression Scale(SDS)、Hospital Anxiety Depression Scale(HADS)、CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)、Beck Depression Inventoryなど様々なスクリーニングが用いられてきている。さらに、最近では、より少ない質問項目でスクリーニングするとともに、ライフイベントやうつ病と他の精神医学的障害の併存など、他の要因を加味したスクリーニングが行われて成果を上げている。

うつ病以外の精神医学的障害に関して、

Maier & Falkai (1999) は、うつ病、全般性不安障害、身体表現性障害はプライマリーアでも一般人口でも多い障害であり、併存していることが多いことを指摘している。しかも、こうした障害が併存している場合には、①心理社会的な機能が障害される、②自殺企図・既遂の危険性が高まる、③治療反応性が低下し、予後が悪くなる、ことを明らかにした。なお、表3に、うつと不安障害とが併存している場合の自殺の危険性を示した。これらの結果からも、併存を早期に同定し治療することが重要であることがわかる。

また、自殺者の3分の2が死の一ヶ月以内に医師を受診しているが、抑うつ患者が自分から自殺念慮について医師に話すことはなく、医師が注意することが重要であると指摘されている。このように、自殺患者の多くが自殺前に医師のもとを受診していることを考慮すると、早期に介入して治療を行うことが重要であることがわかる。しかし、自ら自殺念慮があることを訴える患者が少ないことを考えると、地域およびプライマリケアを実践する医療機関での積極的な介入が必要になるのである。しかも、うつ病患者は様々な身体不定愁訴を訴えるためにその背後に隠れているうつ病に気づきにくいことが少なくない。この傾向はとくに高齢者に強く認められるが、うつ病が一般身体疾患の予後や経過に影響する可能性も考えられることから、うつ病のスクリーニングプログラムを開発すると同時に、うつ病と身体疾患の関連についてさらに研究を進める必要性が明らかになった。

初年度（平成11年度）の調査では、地域の特性を明らかにした上で、参加者の年齢の分布、HADSの抑うつ尺度得点、HADSの不安尺度得点、HADSの総得点、SDSの総得点、生活満足度、CIDIで陽性とな

った症状数の性別ごとの総数、平均値、標準偏差、平均値の標準誤差を明らかにした。その際に性別による各項目の違いを検定したところ、男女間で有意な差は認められなかった。

また、HADSで軽度～中等度の問題があると考えられる10点から19点の人は91人、20点以上が7人であった。SDSでは、50-59点が4人、60点以上が2人であった。また、HADSの総得点とSDSの総得点の相関係数が0.619で有意に高いことが明らかになった。さらに、死および自殺に関してはSDSの方が予測率が高いことが推察された。

これらの調査の結果、初年度には、いくつかの問題点が明らかになった。それは、質問紙自体に関しては、質問が多く時間がかかりすぎる、質問の内容がわかりにくいこと、質問が生活習慣と相容れないことであり、調査時期に関しても農作業の時期との関係を考慮する必要があることが明らかになった。

また、以下の点を今後さらに検討していく必要が明らかになった。

①アンケートの修正：より簡便にうつの人をスクリーニングできる質問紙を開発する。質問する時期を自由に設定できるようにして、現在のエピソードと過去のエピソードを聞けるようにする。質問項目は極力少なくし、社会文化的背景の影響を受けないように言葉を選択する。

②多面的なスクリーニングの実施：以下の4つの方法を検討する。

(a) 対象を町全体に広げ、集団検診などでスクリーニング

(b) 病院に簡易質問紙を置き、うつ状態の人をスクリーニング

(c) 民生委員や保健推進委員の訪問時の使用

(d) スクリーニング質問紙や啓蒙目的のパンフレットの家庭への配布

③危険群への保健婦の介入：危険群へ保健婦が介入ができる体制を整える。また、精神的なものを表に出したくない、誰に相談して良いかわからないという声を考慮して、相談場所の設置を考える。

④地元医療機関との連携：うつ病に対しては地域における初期介入が重要であることがわかっており、一般臨床医、保健婦、精神科医の協力体制を確立する。ちなみに、世界精神医学会（WPA）はプライマリーケア場面での介入が重要と考え、発展途上国を中心にプライマリーケア医に対する教育的支援を行い、うつ病の診断と治療の技能向上を図るプログラムを実施している。こうした試みはこのほかにも、英国をはじめとする様々な国で行われている。

⑤うつ病や自殺に関する地域啓蒙活動プログラムの開発：自殺の問題をオープンに話し合える地域環境を整備する。そのために、講演会、パンフレットの作成・配布、レクリエーションのすすめ（冬でも集まって楽しめる機会の創造）、地域相談システムの確立、等を検討する。

⑥保健婦の技能向上プログラムを企画し実施：診断（見立て）と介入技法（含：カウンセリング技法）の獲得を目的として

⑦倫理的な問題についての検討：情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護、等についてさらに検討する必要がある。

⑧うつ病と身体疾患の関連について明らかにする。

⑨必要に応じて受療行為を勧め、服薬遵守性を高めるための介入マニュアルを作成する。その際に、臨床試験で認められた治療の効果を意味する efficacy と、現実の臨床場面で認められる効果を意味する effectiveness を区別して考えていくことが重要である。

平成 12 年度には、簡易スクリーニングの

開発に当たって用いた SDS, HADS, CIDI 改変版を用いて、65 歳以上の高齢者のうち 1) 死を繰り返し考えている人、または自殺について考えている人の割合、2) そのなかで医療関係者を含む他の人に相談している人の割合、について解析し検討を加えたところ、「繰り返し死について考える」「自殺について考える」のいずれかがあると答えた人は 44 名(男性=13 名、女性 31 名)、それらの考えが 2 週間以上持続していた人は 12 名(男性 2 名、女性 10 名)と高い値を示した。

しかし、自殺念慮の認められた 44 名の高齢者のうち他の人に相談したことがあると答えたのは 15 名 (34.10%) で、そのなかで相談の対象が医師であった高齢者は 10 名 (22.73%)、自殺念慮が 2 週間以上続いた高齢者 12 名のうち相談したことがある人は 6 名 (13.64%) で、相談の対象が医師であった高齢者は 4 名 (9.10%) と、その値は低かった。これらの結果から、死もしくは自殺について考えている高齢者は多いものの、医師を含めて他の人に相談する人は少なく、自殺念慮が長期間持続していてもその傾向は変わらないことが明らかになった。

なお、訪問面接の印象の聞き取り調査からは、対象地区の高齢者が容易に自殺に関する話題を出す傾向があることが明らかにされている。また、高齢者が「非生産者は不要」という考えを表出したり、次世代との価値観の違いを嘆く場面を観察したという報告もある。こうした傾向は地域との交流の比較的乏しい高齢者に目立っていた。

次に、うつ状態のスクリーニングのための簡易質問紙の開発を目的として Receiver Operating Characteristics analysis (ROC 分析) を用いて解析を行ったところ、抑うつ症状の有無、自殺念慮の有無を良く弁別する以下の 5 項目の質問が選択された。

- ① 毎日の生活が充実していますか
- ② これまで楽しんでやれていたことが、今も楽しんでできていますか
- ③ 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられますか
- ④ 自分は役に立つ人間だと考えることができますか
- ⑤ わけもなく疲れたように感じますか

か)

次に、GDS (Geriatric Depression Scale) を外的基準として簡易スクリーニング尺度の妥当性を検証した結果、簡易スクリーニング尺度が2点以上の場合の感度.705、特異度.729の値が得られた。

さらに、うつ状態に対する地域住民の意識を調べるために、うつ状態になったときおよび自殺念慮を抱いたときにどのような援助希求をするか、援助希求にはどのような要因が関係しうるかを場面想定法によって調査した。その結果、7割近くが専門家・非専門家を問わず誰かに相談すると答えたが、2割は何もしないと回答した。こうした状態が普通ではないと思うが特に何もしないと答えた人の特性を調べたところ、親戚や身近な友人との交流があまりなく、娯楽の外出も少ないということが明らかになった。

D. 結論

地域に介入することによってうつ病を早期に発見し、その転帰としての自殺を予防するためのマニュアル作成の基礎的調査を様々な視点から行った。その結果、地域住民の協力を得て5項目からなる簡易スクリーニング質問紙(参考資料 1)を作成した。本スクリーニング手段を全国数カ所で展開されている地域介入研究に導入し、その利便性を高めていきたいと考えている。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

自殺予防を目標とする高齢期抑うつ状態に特化した
統合的地域介入プログラムの開発
—症例分析による方法論的検討—

分担研究者 栗田主一¹⁾、小泉弥生¹⁾、関徹¹⁾、佐藤宗一郎²⁾、鈴木千寿³⁾

1) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学、2) 医療法人有恒会こだまホスピタル、3) 東北福祉大学大学院

要約

自殺予防を目標とする高齢期抑うつ状態に特化した地域介入プログラム開発の方向性を検討することを目的に、宮城県 N 町における老人精神保健相談の利用者の中で、抑うつ状態を示す非痴呆性中高齢者の、(1)相談に至るまでの経路、(2)抑うつ状態の関連要因、(3)相談時の現在症、(4)介入内容を症例ごとに分析した。その結果、利用者の 24%(21 例中 5 例)が抑うつ状態を示す非痴呆性中高齢者であり、家族や保健福祉医療スタッフに抑うつ状態が認識されて相談の利用に至り、5 例中 2 例において自殺念慮が陳述され、「心身の健康喪失に対する不安」「ソーシャルサポートの欠如感」が抑うつ状態の発症と持続に関連する頻度が高いことが推測された。介入では、(1)精神保健相談において、①精神医学的鑑別診断、②本人・家族への情報提供、③精査のための中核医療機関との連携、④かかりつけ医への情報提供と治療依頼、⑤ケアマネジメントとの連結が図られ、(2)ケアマネジメントの手法を用いて、⑥保健婦による訪問指導、⑦ミニデイケアなどのサービスが計画され提供された。先行研究の文献的な考察を踏まえた上で、市町村単位で実施可能な、高齢期抑うつ状態に特化した統合的地域介入プログラムを提案した。本介入プログラムの有効性を検証することが今後の課題である。

I. はじめに

1998 年より連続 3 年間、わが国は、年間に 30,000 人台という未曾有の自殺死亡者数を記録した。年齢階級別に見ると、50 歳以上の中高齢者がその 60%を占め、50 歳台の初老期と 75 歳以上の後期高齢期に自殺死亡率のピークが認められる。中高齢期の自殺の危険と最も密接に関連する精神障害はうつ病ならびに抑うつ状態とされており¹⁾、自殺予防を目標とする地域保健福祉活動には、抑うつ状態を対象とする効果的な地域介入プログラムの開発が必要である。

本研究の目的は、市町村における精神保健相談と、地域医療資源、ケアマネジメントとの連結を核とする地域保健活動の中で、筆者らが実践してきた介入活動を症例記載によって紹介するとともに、これらの症例群の特性と介入内容を分析することによって、自殺

予防を目標とする地域介入プログラム開発の方向性を検討することにある。また、これらの結果と文献的考察を踏まえ、市町

村単位で実施可能な、自殺予防を目標とする高齢期抑うつ状態に特化した統合的地域介入プログラムを提案した。

II. 対象

対象は、平成 13 年 1 月～平成 14 年 3 月に、宮城県 N 町における老人精神保健相談を利用した抑うつ状態にある非痴呆性中高齢者である。N 町は宮城県の平野内陸部に位置する農村地域で、平成 13 年 3 月末現在の人口は 7,232 人、高齢化率 26.2%ある。同町では、2001 年 1 月から、宮城県のモデル事業として、在宅痴呆性高齢者早期発見・早期ケアシステム事業が実施されている。本事業は、1991 年から宮城県栗原保健所で展開さ

れてきた老人精神保健相談事業を核とする在宅痴呆性高齢者のための地域保健活動²⁾をモデルとしたものであり、1997年4月より宮城県内の2モデル町村において開始され、2002年3月時点では13市町村において継続的に運用されるという実績がある³⁾。本研究の対象が利用した精神保健相談は、この事業の中で展開されてきたものである。

III. 方法

先に述べたモデル事業では、精神科医による精神医学的相談を核にして、地域の中核病院、かかりつけ医、ケアマネジメントと各種サービスが有機的に連結したシステムを形成している(図1)³⁾。このシステムの中で実施されるケアマネジメントは、介護保険サービスのみならず、要介護認定非該当者であっても、その精神障害のために在宅サービスが必要とされるケースには自治体で実施されている保健福祉サービスが利用できるように、総合的なケアプランを策定している。本研究では、精神保健相談とケアマネジメントの場で作成されたすべての記録を資料として用い、各症例の年齢、性、精神症状、精神医学的診断(DSM-IV)を調査するとともに、抑うつ状態にある非痴呆性中高齢者については症例の概略を記載し、(1)精神保健相談に至るまでの経路、(2)抑うつ状態の発症と持続に関連する要因、(3)相談時の現在症、(4)介入内容について分析した。

IV. 結果

平成13年1月～平成14年3月までにN町の精神保健相談を利用した中高齢者は21人で、そのうち抑うつ状態にある非痴呆性中高齢者は5人(全体の24%、男性1人、女性4人、年齢範囲49歳～82歳)であった。DSM-IVによる精神医学的診断では、大うつ病性障害3人、気分変調性障害1人、特定不能のうつ病性障害1人であり、65歳以上の4症例中3症例で、特定不能の認知障害が併存していた。各症例の概要は資料1に掲載する。

以下に、(1)各症例の相談に至るまでの経路、(2)抑うつ状態の発症と持続に関連する要因、(3)相談時の現在症、(4)介入内容、についての分析結果を要約する。

(1)各症例が精神保健相談につながるまで

の経路を分析すると、本人の精神症状を家族が心配して保健婦に相談したことが契機となったものが4例(症例1,2,3,5)、かかりつけ医の看護スタッフが保健婦に相談したことが契機となったものが1例(症例4)であった。

(2)抑うつ状態の関連要因について分析すると、健忘の自覚と痴呆への憂慮(症例1,2)、身体症状の自覚と健康喪失への憂慮(症例3,4,5)、孤立状況と孤独感(症例3,4,5)、介護負担、経済的負担、家族の無理解(症例3)、息子との離別と仕事・精神的な資産の喪失(症例1)が抑うつ状態の発症と持続に関連していることが推測された。また、女性3例(症例2,4,5)は既に夫と死別しており、1例(症例5)は夫との死別が抑うつ状態の発症と直接関連していた。さらに、65歳以上の高齢者全例に複数の身体疾患の合併が見られ、2例(症例2,4)は脳血管障害危険因子に関連する身体疾患、1例は脳梗塞後遺症(症例4)、1例(症例5)は脳腫瘍術後後遺症などの脳疾患を有していた。

(3)相談時の現在症では、全例に抑うつ気分、不安、気力の低下が認められ、顕著な身体症状、不安・心気症状が3例(症例3,4,5)、自覚的な認知障害と他覚的な軽度認知障害が3例(症例1,2,5)に認められた。また、本人によって自殺念慮が陳述されたのは2例であった。身体的ADLは全例自立していたが、手段的ADLは3例(例1,2,5)において低下が認められた。

(4)精神保健相談では、①専門医による問診と診断(全例)、②精査のための中核医療機関との連携(症例1,2)、③本人ならびに家族への説明(全例)、④かかりつけ医への情報提供と治療依頼(全例)、⑤ケアマネジメントとの連結が図られ、ケアマネジメントの手法を介して、⑥保健婦の訪問指導(症例2,3,4,5)、⑦ミニデイケア(症例1,2,4,5)などのサービスが計画され、実践されていた。

V. 考察

1. 介入対象の検出方法について

N町の老人精神保健相談は、先述したように、そもそもは在宅痴呆性高齢者の早期診断と早期対応を目標とするケアシステムの一環として実施されてきたものである。しかし、現実には、抑うつ状態にある非痴呆性高齢者

の利用率も24%と高い。こうしたことから、痴呆性高齢者に対する地域ケアシステムとは別に、抑うつ状態にある非痴呆性高齢者を対象とする地域介入プログラムの開発が迫られてきているという実情がある。

抑うつ状態にある高齢者が精神保健相談につながるまでの経路を分析すると、多くの場合、家族や地域の保健福祉医療スタッフによって対象の抑うつ状態が認識されることが、相談利用の第1歩となっていることがわかる。しかし、中等症のうつ病であっても同居している家族にそれと認識されない場合もあり(症例3)、また一般には、軽症の抑うつ状態や人との出会いそのものが少ない独居高齢者、閉じこもりがちな高齢者においては、抑うつ状態の認識それ自体が極めて困難な状況にあるものと予想される。地域介入プログラムの開発にあたっては、地域に在住する抑うつ状態にある高齢者の有病率に関する情報に基づいて、これらの症例を地域の中で効率的に検出し、介入プログラムを提供できるようにしていくためのシステムづくりが必要となる。

地域における高齢期抑うつ状態の有病率に関しては、研究間の方法論的な差異もあって、今日までのところ一定の結論は得られていない。質問紙法によるわが国の調査では4.3%~19.4%の範囲での時点有病率が報告されており^{4,8)}、海外の調査では2.4~34.5%という幅広い数値が報告がされている⁹⁾。一方、特定の診断基準と面接法を用いたわが国の調査では0.9%~5.6%の範囲で報告されており^{5,10)}、近年の海外の系統的文献レビューによれば、weighted averageで、大うつ病は1.8%、小うつ病は9.8%、抑うつ症候群全体では13.5%と試算されている¹¹⁾。これらのデータは、地域に在住する抑うつ状態の高齢者の数が、痴呆性高齢者のそれと同等乃至それ以上であるということを示している。すなわち、抑うつ状態にある高齢者を対象とする現実的な地域介入プログラムを開発するにあたっては、有病率が概ね10%前後と試算される抑うつ状態の高齢者を、地域の保健福祉医療スタッフ、家族、一般住民、そして本人が認識できるようにするためのシステムとプログラムの導入が必要であり、また、これらの高齢者に対して必要なケアを提供

できるだけ的人的・財政的基盤の整備が必要である。

具体的な検出方法としては、集団検診や訪問調査によるスクリーニング、一般住民ならびに保健・福祉・医療スタッフを対象とする教育プログラムの開発などが考えられる。すでにわが国においても、このような手法を用いた高齢者の自殺予防活動が、新潟県、岩手県、青森県などで実践されてきている^{12,14)}。

2. 抑うつ状態の関連要因と介入プログラム開発の方向性

抑うつ状態にある高齢者に対する効果的な地域介入プログラムの開発にあたっては、その理論的基盤として、高齢期抑うつ状態の関連要因についての知識と理解が必要である。本研究の症例分析からは、「孤立・孤独感」「心身の不調」「複合的な身体疾患の罹患」が、高齢期抑うつ状態の発症と持続に高頻度に関連することが推測された。ところで「孤立・孤独感」には、「病気になったときに頼れる人がいない」「自分の不調や心配を理解し、援助してくれる人がいない」というような、「自分に対する他者からのケアや関心や興味が欠けているという自覚」あるいは「自覚的なソーシャル・サポートの欠如感」として捉えられる側面がある。「配偶者との死別」「心身の不調」「複合的な身体疾患の罹患」などの現実的ストレス状況が、「自覚的なソーシャル・サポートの欠如感」と相俟って、病的な抑うつ状態を発症させ、かつ持続させるものと考えられる。また、本人自身が介護者である場合には、「介護負担や経済的問題の解決を支援してくれ人がいない」といった介護に関連する手段的、金銭的ソーシャル・サポートの欠如感が抑うつ状態発症の基盤をなす場合もある。そして、このような状況の中で発症・持続している抑うつ症状が、プライマリケア医による薬物療法の導入によって緩和している事実も注目すべき点である(症例4,5)。

わが国の高齢者の抑うつ状態を対象とする疫学的な関連要因研究においても、身体疾患の既往と低い身体機能^{6-8,15-17)}、低いADLと低い活動性^{6-8,15-17)}、孤立¹⁸⁾または低いソーシャル・サポート^{8,15,19)}が、高齢者の抑うつ状態の関連因子として強調されている。

抑うつ状態にある高齢者に対しては、心理