

よって構成される老研式活動能力指標を用いた。

認知機能については、Mini-Mental State Examination (MMSE)を用いた。

二次調査：一次調査で、GDSが14点以上または自殺念慮に関する2つの質問のいずれにも肯定的な回答をした高齢者に対して、2002年9月に電話で二次訪問調査の依頼をし、同意が得られた者を対象に2002年10月～12月にかけて、精神科医と保健師または看護師が訪問し、構造化面接法であるComposite International Diagnostic Interview (CIDI)を参考にして、精神科医はDSM-IVの大うつ病エピソードの症状、不安症状、精神障害の有無について調査し、保健師または看護師は仙台市の生活実態調査票を用いて保健福祉ニーズを調査した。

データ解析：はじめに、自殺念慮、抑うつ症状、うつ病性障害の出現頻度を単純集計し、次に、クロス集計表、カイ二乗テストを用いた単変量解析と多重ロジスティックモデルを用いた多変量解析によって、自殺念慮の関連要因を解析した。P<0.05を統計学的有意水準とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した。すべての調査は、目的、方法、プライバシーの保持について文書と口頭で説明し、同意が得られた者のみを対象としている。調査によって得られた情報は、すべてID化した上で研究責任者が一括して管理・保管しているので、医療情報の守秘に関わるプライバシー侵害の問題は生じない。また二次調査において、明らかな精神障害や自殺念慮が認められた事例に対しては、必要な情報提供とともに、医療機関への紹介等の介入を実施した。

C. 研究結果

一次調査を受診した1,198人のうち、研究目

的のデータ利用に同意が得られた者は1,179人で、このうちGDSと自殺念慮関連項目の回答に欠損のない1,170人(男485人、女685人、反応率42.9%)を解析対象とした。

本研究では、回答の信頼性を担保するために、MMSで18点以上であることを条件に、死についての反復思考、自殺念慮、抑うつ症状の出現頻度を調査した。その結果、死についての反復思考は448人(38.3% [95%CI: 35.6-41.1])、自殺念慮が52人(4.4% [95%CI: 3.3-5.6])、GDS11点以上を基準とする抑うつ症状が385人(32.9% [95%CI: 30.2-35.6])、GDS14点以上を基準とする抑うつ症状が229人(19.6% [95%CI: 17.3-21.8])に認められた(Table 1)。また死についての反復思考、自殺念慮の両者を認める者は46人であり、自殺念慮を認める者の88%が死についての反復思考を同時に有していた。尚、本調査におけるGDSの α 係数は0.86であり、この集団において、本評価尺度の内的妥当性が保持されていることを示している。

次に、MMSが18点以上であった1,146人において、死についての反復思考と自殺念慮に関連する要因の検討を行なった。クロス集計を用いた単変量解析では、死についての反復思考と有意な関連を示す社会人口統計学的変数と健康リスク関連変数は、性、教育レベル、婚姻状況、高血圧症の既往、白内障の既往、痛み、主観的健康感、IADL、睡眠障害、抑うつ症状であり、女性であること(OR=1.4)、小学校以下の教育レベル(OR=3.0)、配偶者と死別または離別していること(OR=1.5)、高血圧症の既往があること(OR=1.3)、白内障の既往があること(OR=1.6)、痛みがあること(OR=1.7)、主観的健康感が不良であること(OR=1.5)、IADLが低いこと(OR=1.6)、睡眠障害があること(OR=2.0)、抑うつ症状があること(GDS=11-13, OR=2.5; GDS \geq 14, OR=4.6)が死についての反復思考のリスク増大と関連した。一方、自殺念慮と関連す

る変数は、肝疾患の既往、痛み、主観的健康感、IADL、睡眠障害、抑うつ症状で、肝疾患の既往があること (OR=2.7)、痛みがあること (OR=7.1)、主観的健康感が不良であること (OR=3.3)、IADLが低いこと (OR=3.1)、睡眠障害があること (OR=2.3)、抑うつ症状があること (GDS=11-13, OR=10.2; GDS \geq 14, OR=40.1) が自殺念慮のリスク増大と関連した (Table 2, 3-1, 3-2)。

さらに、死についての反復思考、自殺念慮の有無を従属変数、それぞれについて単変量解析で有意な関連が認められた変数を独立変数として、多重ロジスティック回帰分析を実施した。その結果、死についての反復思考について有意な関連が残像したのは、高血圧症の既往、白内障の既往、睡眠障害、抑うつ症状であり、高血圧症の既往があること (OR=1.4)、白内障の既往があること (OR=1.4)、睡眠障害があること (OR=1.6)、抑うつ症状があること (GDS=11-13, OR=2.5; GDS \geq 14, OR=4.2) が死についての反復思考のリスク増大に関連した。一方、自殺念慮と有意な関連があるものとしては抑うつ症状のみが残存し、抑うつ症状があることが (GDS=11-13, OR=10.7; GDS \geq 14, OR=34.5) が自殺念慮のリスク増大に関連した (Table 4)。

GDS が 14 点以上であった 229 人のうち、二次訪問調査の同意が得られ、調査を実施した者は 149 人 (65.1%) であった。同意が得られた者と得られなかった者との間で、年齢、性の分布に有意な差は認められなかった。149 人のうち、MMSE が 18 点以上であることを条件に大うつ病エピソードの基準を満足したものは 13 人、小うつ病エピソードの基準を満足した者は 30 人であり、非同意群における出現率が同等と仮定すると、70 歳以上の地域在住高齢者における、大うつ病の出現率は 1.8% [95%CI=1.0-2.5]、小うつ病の出現率は 4.1% [95%CI=2.9-5.3] と概算された (Table 1)。また、不安症状も 34 人に認められた。

二次訪問調査を実施した 149 人中 MMSE が 18

点以上であった 143 人において、DSM-IV の大うつ病エピソードの項目における自殺念慮関連項目に肯定的反応を示した者は 22 人であった。MMSE18 点以上の 143 人を対象に、DSM-IV の基準による自殺念慮関連項目に対する肯定的反応を従属変数、自殺念慮関連項目を除外して判定したうつ病性障害 (大うつ病, 小うつ病)、不安症状を独立変数とする多重ロジスティック回帰分析では、大うつ病と不安症状が自殺念慮関連項目のリスク増大に有意に関連した (大うつ病 OR=8.2 [2.3-28.6], P=0.001; 不安症状 OR=2.9 [1.1-8.0] P=0.04) (Table 5)。

D. 考察

(1) 地域在住高齢者における自殺念慮の出現頻度

本研究では、都市部に在住する 70 歳以上の高齢者集団において、「死についての反復思考」「自殺念慮」の出現頻度が、それぞれ 38.3% と 4.4% であることが示された。この結果は、「死についての反復思考」が高齢者においては比較的広範に見られる現象であるのに対し、「自殺念慮」が相対的に稀な現象であることを示している。また、「自殺念慮」を有する者のほとんどが「死についての反復思考」を有することが確認されたが、このことは、自殺に関連する思考体験が、死についての反復思考から、より具体的な自殺念慮や自殺の計画に至るまでの、広範なスペクトラムをもつ連続的現象であることを示唆している。

先行研究において自殺に関連する思考体験の出現頻度が多様であるのは、このような質問項目の内容や参照期間の差異に関連するものと思われる (Table 6)。しかし、本研究において示された自殺念慮の出現頻度は、参照期間が 1 ヶ月以内で、かつ「死の願望」や「自殺」に関するより直接的な質問項目を用いて調査された先行研究の報告と近い。つまり、最近の自殺念慮を直接問う質問項目を用いた場合には、

研究間で差はあるものの、西欧諸国の報告と同様に、我が国においても、高齢者の5%前後で肯定的な回答が得られることが予測される。

ところで、本研究と同じ質問項目を用いた日本の農村部の調査では、死についての反復思考が8.8%、自殺念慮が2.3%と報告されている(Ono et al, 2002)。いずれの質問項目に関しても、本研究の対象の方が肯定的回答率は高い。特に、死についての反復思考の出現頻度が著しく高く、自殺念慮の出現頻度との差が著しい。このことは、本研究の調査対象になった多くの高齢者が、この質問項目を、自殺とは直接に関連しない一般的な「死」に関する質問として受け取っていたことが示唆される。しかし、それでも、自殺念慮を直接問う質問項目においても、農村部の結果よりも高い肯定的な回答率が得られていることは注目すべきである。わが国では、従来、都市部よりも農村部に在住する高齢者において自殺の問題が強調されてきた。これは自治体単位で報告される高齢化率や高齢者の自殺率が、都市部に比較すると農村部で著しく高いことに起因している。しかし、大都市内の特定住宅地域に視点を据えれば、高齢化率は農村部の自治体と同等であり、しかも高齢者人口の絶対数という観点からは、農村部の小規模自治体以上に高齢化の問題が深刻である。すなわち、高齢者1人あたりが利用できる保健福祉資源はしばしば農村部よりも少なく、社会的支援そのものが農村部より不足している可能性が高い。

本調査の反応率は42.9%であり、結果を一般化するには限界がある。しかし、集団検診という形式での調査に同意が得られた者において、農村部よりも高い自殺念慮の出現頻度が認められたということは重大である。本研究の結果は、大都市の中の、高齢化が進行している大規模住宅地域に住む高齢者の自殺念慮が、地域精神保健対策上の重要問題であることを示している。

(2) 地域在住高齢者における抑うつ症状、うつ病性障害の出現頻度

本研究では、GDSで11点および14点をカットオフ値とする抑うつ症状の出現頻度が、それぞれ32.9%、19.6%と算出されたのに対し、大うつ病の出現頻度が1.8%、小うつ病の出現頻度が4.1%と概算された。地域在住高齢者において、質問紙によって検出される抑うつ症状の出現頻度が相対的に高いのに対し、診断基準を用いて評価されるうつ病性障害の出現頻度が相対的に低いことは先行研究でも示されており、いわゆる閾値下うつ病の問題が指摘されている。本研究の結果もそれを支持している。

ところで質問紙法によるわが国の疫学調査において、地域に在住する抑うつ状態高齢者の出現頻度は4.3%~19.4%の範囲で報告されてきた。30項目GDSのカットオフ基準は国際的にも通常11点以上が用いられており、14点以上は相対的に強い抑うつ症状を示すものとされている。しかし、いずれの基準を使用した場合でも、本研究の結果は、過去の我が国における抑うつ状態高齢者の時点有病率に関する調査の中で、最も高い数値を示している。質問紙を用いた海外の調査では2.4~34.5%という幅広い範囲で報告されているが、これらの結果と比較しても、今回の調査は、我が国の都市部住宅地域に在住する高齢者集団に、世界の中でも極めて高い水準で抑うつ症状が出現する可能性を示している。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、大うつ病は0.9%~5.6%の範囲で報告されており、近年の海外の系統的文献レビューでも、大うつ病の時点有病率は1.8%と算出されている。本研究の結果はこれらの数値と一致している。

先述したように、ここでも、42.9%という相対的に低い反応率に起因する選択バイアスの問題が残る。しかし、それでも、検診に自ら参加し、調査に同意が得られた高齢者集団において、抑うつ症状の出現頻度が極めて高く、大う

うつ病の出現頻度も他の疫学調査に匹敵する数値が得られていることは注目すべきである。本研究の結果は、大都市の中の、高齢化が進行している大規模住宅地域に住む高齢者の抑うつが、地域精神保健対策上看過されてはならない重要問題であることを示している。

(3) 自殺念慮の関連要因

単変量の解析において、複数の社会人口統計学的変数（女性であること、小学校以下の教育レベル、配偶者との死別または離婚）と健康リスク関連変数（高血圧症・肝疾患・白内障の既往、痛みの存在、不良な主観的健康感、手段的ADLの低下、睡眠障害、抑うつ症状）が死についての反復思考または自殺念慮に関連することが示された。このような所見は先行研究の結果とも重複する部分が多い（Table 6）。

しかし、本研究において、最も注目されるべき所見は、多変量解析において、死についての反復思考と自殺念慮のいずれについても、抑うつ症状が強力な予測因子として残存したことであり、特に自殺念慮については、抑うつ症状のみが、有意な予測因子として残存したことである。また、本報告書においてはデータの提示を省略するが、本研究の対象において、単変量解析で「死についての反復思考」「自殺念慮」との有意な関連が示された社会人口統計学的変数、健康リスク関連変数の多くが、多変量解析において抑うつ症状のリスク増大に有意な関連を示している。このことは、高齢者の自殺リスクに関連する多様な要因が、抑うつ症状を仲介して自殺リスクの増大に関与することを示すものである。

さらに、GDS14点以上の高齢者サンプルでは、大うつ病の診断または不安症状の存在が、自殺念慮のリスクをさらに増大させることが示された。一方、小うつ病の診断は、自殺念慮のリスク増大に有意な関連は示していないが、しかしOR=2.1であり、重要な予測因子である可能性を残すものである。うつ病性障害を中心とす

る精神障害が、高齢者の自殺または自殺念慮のリスク増大に強く関連すること強調している研究は多い。これらの研究は、自殺ハイリスク高齢者のケース同定においては、うつ病性障害を中心とする高齢期精神障害の注意深い評価（精神医学的評価）が重要であることを示しており、本研究の結果もそれを支持している。

(4) 都市部大規模住宅地域における介入プログラムの在り方

さて、農村部で開発された事業モデルを、高齢化が進行する都市部の大規模住宅地域において現実的に始動させるためには、どのようなプログラムの修正や資源の整備が必要となるか。

本研究の結果は、第一段階で抑うつ症状を有する高齢者を同定し、第二段階で注意深い精神医学的評価を行う方法が、都市部においても有効である可能性を示している。この方法自体は大野らが提案したスクリーニングモデルや筆者らがN町で始動させたプログラム・パッケージの有効性を支持するものである。しかし、本研究の対象地域では、GDS14点以上に相当する抑うつ症状陽性者が19.6%、大うつ病および小うつ病を有する高齢者が1.8%、4.1%であるので、同地域に在住する70歳以上の高齢者のうち、抑うつ症状高齢者が535人、大うつ病が49人、小うつ病が112人存在することになる。つまり、同地域で70歳以上の高齢者を対象にプログラムを始動させるためには、約500の高齢者に対して精神医学的なアセスメントを行い、約160人のうつ病性高齢者に対して訪問指導等の介入プログラムを提供できる体制を考慮しておかねばならないことになる。

ところで、N町では人口約7,000人に対して精神保健福祉業務に携わる保健師数が4人であるが、研究対象地域を管轄するS市M区では人口約20万人に対して精神保健福祉業務に携わる保健師数はわずか9人である。つまり、農村部の小規模自治体では、現存する公的な保健

福祉資源（保健師等）の中で始動させることができたプログラムも、都市部では、特に人的資源の不足という観点から、始動は著しく困難な状況にある。そこで、都市部の大規模住宅地域においてプログラムの始動を可能にさせるために、訪問指導等を目的とする自治体保健看護専門職員の増員（パートタイマー等）、ボランティアの育成、地域生活支援センターの開発、訪問看護ステーション等の民間サービスの利用などを考慮したプログラムの修正と資源整備を行う必要がある。同地区では、2002年に地域生活支援センターが開所され、ボランティアの育成事業をはじめるとともに、訪問看護ステーションの協力を得たスクリーニング調査を実施している。また、現在は、自治体に対して、パートタイマーの看護職員の増員を働きかけている。そして、平成15年7月に再度スクリーニング調査を実施し、その後介入プログラムを始動させる予定である。

E. 結論

(1) 都市部の大規模住宅地域に在住する70歳以上高齢者において、死についての反復思考が38.2%、自殺念慮が4.4%、GDS11点以上および14点以上をカットオフ値とする抑うつ症状が32.9%、19.6%、大うつ病が1.8%、小うつ病が4.1%に認められた。

(2) 地域在住一般高齢者において、抑うつ症状
栗田主一，小泉弥生，関徹，佐藤宗一郎：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—
第56回東北精神神経学会(2002.9.29 山形)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

は自殺念慮の強力な予測因子であり、抑うつ症状を有する高齢者において、うつ病性障害と不安症状は自殺念慮の重要な予測因子である。

(3) 高齢者のうつ病による自殺予防を目的とする地域介入プログラムにおいて、抑うつ症状をスクリーニングした上で、自殺念慮とともに、大うつ病性障害を含む精神障害を注意深く評価するスクリーニング・プログラムは、都市部においても妥当である。

(4) しかし、高齢者人口に対して保健福祉資源が相対的に不足している都市部では、介入プログラムの始動にあたって、訪問指導等を目的とする自治体保健看護専門職員の増員、ボランティアの育成、地域生活支援センターの開発、訪問看護ステーションの利用等を考慮する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

大野資料1 うつ状態高齢者のための統合的なメンタルヘルス事業

<p>啓発事業</p>	<p>1. 一般住民に対する啓発事業</p> <p>(1) 高齢期の精神障害, 特にうつ病と自殺の問題についての意識を高め, 偏見や誤解を解消し, 早期発見, 適切な対応, 予防についての知識と技能を普及する。</p> <p>(2) うつ状態高齢者のための統合的なメンタルヘルス事業の概要を説明し, スクリーニング事業の協力を依頼する。</p> <p>2. 保健福祉スタッフに対する啓発事業</p> <p>(1) うつ病の症状, 診断, 病態, 治療についての基礎的知識を普及する。</p> <p>(2) 保健福祉スタッフによる早期発見, 評価, 初期対応, 緊急対応, ケアカンファレンスとケースマネジメント, 訪問指導, 医療機関との連携について知識と技能を高める。</p>
<p>スクリーニング事業</p>	<p>(1) 地区老人会に協力を依頼し, 地区毎に保健師が高齢者宅を訪問し, 抑うつ症状と自殺念慮に関する一次スクリーニング調査を実施する。</p> <p>(2) 一次スクリーニング陽性例については, その場で簡便な診断的評価のための二次調査を実施し, 必要な事例に対しては, 専門相談の利用を勧める。</p> <p>(3) パンフレットを用いて, うつ病についての保健教育と保健福祉サービスの説明を行う。</p>
<p>こころの健康相談事業</p>	<p>1. 相談窓口の開設</p> <p>(1) こころの問題をもつ高齢者のための相談窓口を保健センターに常時開設し, 保健福祉スタッフが対応する。</p> <p>(2) 必要に応じて, 一次スクリーニング調査, 二次調査を実施する。</p> <p>(3) 必要に応じて, 専門相談の利用を勧め, 日程調整などを行う。</p> <p>2. 専門相談</p> <p>(1) 精神科医による専門相談を定期的で開催する(月1回または2ヶ月に1回)。</p> <p>(2) 精神医学的評価を行い, 利用者に対して情報提供, アドバイスなどを行う。</p> <p>(3) 必要に応じて, 医療機関と連携する。</p> <p>3. ケアカンファレンス</p> <p>(1) 保健福祉スタッフ, 精神科医, 必要に応じて他診療科の医師, その他の関係者など多職種からなる精神保健チームを構成して, ケースの問題点を総括するとともに, 問題解決を志向したケアプラン</p>

	<p>を検討する。</p> <p>(2) 継続的に介入している事例については、モニタリングとプランの調整を行う。</p> <p>(3) 必要に応じて、他の保健福祉関連事業と連携する。</p>
訪問指導	<p>(1) 必要な事例に対して、担当保健師は定期的に訪問し、支持的なケア（相談相手）、モニタリング、問題点の把握、問題解決を志向した心理社会的ケアを実施する。</p> <p>(2) ケースに応じて、①孤立状況・孤独感、②健康への憂慮、③痛み、④運動機能の低下、⑤感覚機能の低下、⑥閉じこもり、⑦生き甲斐、⑧気分転換等に焦点をおいたケアを実践する。</p>

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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
—小規模自治体における事業モデルの提案—

分担研究者 栗田主一 東北大学大学院医学系研究科精神神経学

研究要旨：2002年4月～2003年3月までに、宮城県N町で実施された高齢期抑うつ状態の早期発見・早期介入と自殺予防を目的とする地域介入プログラムの実績をまとめた。問題点と対策に関する考察を踏まえ、小規模自治体において、現存する保健福祉医療資源の中で始動可能な、①啓発事業、②スクリーニング事業、③こころの健康相談事業によって構成されるプログラム・パッケージの事業化を提案した。

A. 研究目的

宮城県N町において、高齢期抑うつ状態の早期発見・早期介入と自殺予防を目的とする地域介入プログラムを構築してきた。本研究の目的は、本プログラムの2002年4月～2003年3月までの実施経過を報告した上で、問題点を考察し、小規模自治体において、現存する保健福祉医療資源の中で始動可能な事業モデルを提案することにある。

B. 研究方法

対象地域は宮城県内の平野内陸部に位置する農村地域で、2002年10月1日現在の人口は7,088人、65歳以上の高齢者人口の割合は27.3%であり、県内では平均的な小規模自治体である。同町では、2001年1月から、在宅痴呆性高齢者の早期発見と早期ケアを目的とする宮城県のモデル事業を実施している。この事業は、2002年4月に実施主体が県から町に移管したが、本プログラムは、ここに高齢者のうつ病の早期発見・早期ケアを目的とする事業を加え、「こころの健康推進事業」として町で新たに事業化したものである（資料1）。本事業

は、主として、①スクリーニング事業、②相談事業、③啓発事業によって構成されている。ここでは、2002年4月～2003年3月までに実施されたスクリーニング事業と相談事業の実績を結果にまとめ、チーム会議の中で検討された問題点と対策を考察で報告する。

C. 結果

(1) スクリーニング事業

平成14年6月4日に、N町内特定地区の老人会において、うつ病の早期発見・早期ケアを目的とするスクリーニング調査の説明会を実施し、6月12日～6月21日に、同地区の65歳以上全高齢者（52人）を対象に保健師が戸別訪問し、面接によるアンケート調査を実施した。調査に先立って予め個別に電話連絡し、同意を得た上で訪問を行い、訪問当日には改めて文書による説明と同意を得た。調査に用いた質問紙は、人口統計学的指標、大野らが作成したスクリーニング質問紙（A項目は抑うつ症状に関する5項目の質問、B項目は自殺念慮に関する2項目の質問）、Geriatric Depression Scale（日本語短縮版）、筆者らが原著者の許可を得

て日本語訳を作成し、原著者の承認を得ている日本語版 WHO-5 健康状態表で構成されている。

調査の同意が得られたのは 37 人（男 15 人，女 22 人，平均年齢±標準偏差=77.5±7.0，反応率 71%）であり，各指標の分布は表 1 に示すとおりである。スクリーニング A 項目，B 項目，GDS，WHO-5 の得点間の相関は表 5 に示す通りであり，スクリーニング A 項目と GDS，WHO-5 は有意な相関を示し ($P<0.01$)，B 項目と WHO-5 は相関傾向を示した ($P=0.062$)。またスクリーニング A 項目が 2 点以上または B 項目が 1 点以上であることをカットオフ値とするスクリーニング陽性者は 16 人（43%）であり，GDS6 点以上をカットオフ値とする陽性者は 8 人（22%）であった。さらに，GDS6 点以上であることが真の介入対象者であると仮定した場合のスクリーニングの感度は 75%，特異度は 66%であった。

GDS6 点以上またはスクリーニング B 項目が 2 点以上の 9 人に電話で二次調査の依頼をし，同意が得られた 5 人に対して精神科医と保健師が訪問して精神医学的評価を行ったところ，3 人が小うつ病の診断に該当し，こころの健康相談事業の利用につながった。一次スクリーニング実施例における介入対象例の検出率は 8.1%であったが，二次訪問調査非同意者にも同率で介入対象例が出現すると仮定すると，同地域の一般在住高齢者において介入のニーズがある高齢者の出現率は 14.5%と見積もられることになる。

(2) 相談事業

平成 14 年 4 月～平成 15 年 3 月にかけて，①保健師による相談，②精神科医による専門相談，③地域精神保健チームによるケアカンファレンス，④保健師の訪問ケアを実施してきた。

期間中に専門相談を利用したのは 21 人であり，診断別では痴呆性疾患が 5 人，うつ病性障害が 6 人，アルコール関連障害が 2 人，不安障害 2 人，睡眠障害 1 人，せん妄 1 人，精神遅滞

1 人，精神遅滞とてんかんの併存例 1 人であり，うつ病性障害 6 人中 3 人はスクリーニング事業の中で検出された事例である。うつ病障害の 6 例に対しては，診断的評価，本人・家族への情報提供（説明，アドバイス），医療機関への紹介，ケアカンファレンスの中での問題点の評価と介入プランの検討，保健師による定期的な訪問ケアが実施された。

D. 考察

(1) スクリーニング事業

①青森県の介入研究で実施された方法のように，一次スクリーニングに対する調査員の負担を軽減するためには，地区の健康講話と連動した方法などを考えるべきであり，健康講話非参加者に対して，保健師が個別訪問して調査するという形がよいようである。②現在のカットオフ値を用いた場合，スクリーニング陽性例が地域在住高齢者の 40%以上を占めることになるので，カットオフ値の取り方を再検討する必要がある。③訪問による一次スクリーニングを実施した場合，陽性例に二次調査を依頼すると，同意が得られない場合が多かった。これは，主として，近隣の住民に知られたくないという理由によるものであった。健康講話非参加者に対する訪問によるスクリーニング調査では，陽性例に対してその場で二次調査を行い，説明やアドバイスをその場で実施する方式をとる必要があると思われた。④本スクリーニング事業は，老人会と連携を取りながら，地区毎に実施していくことによって，小規模自治体の現存する保健福祉資源の中で十分運用可能な事業と考えられた。また，事業を経年的に運用していくこと自体が，地区ごと展開されるきめ細かな健康教育につながるものと考えられた。

(2) 相談事業

①地域の保健福祉医療職や住民に対する事業の周知を図り，また必要時に住民が容易にアクセスできるようにするために，原則として相談窓口を常時開設しておく必要がある。②さらに

必要時に必要な対応がとれる体制を確保するために、保健師がその場で相談利用者の問題点が評価し、必要な場合には地域医療機関と連携したり、電話等で相談医の支援を求めたりしながら、問題解決に向けた精神保健的対応を実践していくシステムが必要である。③精神科的な対応が必要であるが、精神科受診に抵抗がある事例に対しては、保健師による相談を訪問活動を継続する中で、専門相談の利用を動機付けていく必要がある。④精神科医による専門相談では、診断的評価とともに、本人・家族への情報提供（説明・アドバイス）、地域医療機関への紹介、一般医による治療のバックアップ、医療サービスの調整などが必要となる。⑤医師、保健師、福祉関係職員、その他必要時には必要な関係者によって構成される地域精神保健チームによってケアカンファレンスを開催し、把握された問題点を共有しながら個別的な介入計画が立てる必要がある。⑥このような介入計画の一環として、保健師による継続的な訪問ケアを実施し、在宅での支持的な心理的ケアと、個

別的な問題点に焦点をおいたケアが実践する必要がある。また、継続的な介入事例に対しては、ケアカンファレンスの中で問題点を改めて評価し、介入計画の調整を検討する必要がある。このようなチームアプローチによって、保健師個人の心理的負担も軽減されるようである。

D. 結論

以上のような問題点と対策に関する考察を踏まえて、小規模自治体において、現存する保健福祉医療資源の中で始動可能な精神保健福祉事業として、資料2のようなプログラム・パッケージの事業化を提案した。

表1. スクリーニング調査A項目の得点分布

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 .00	11	29.7	29.7	29.7
1.00	15	40.5	40.5	70.3
2.00	9	24.3	24.3	94.6
4.00	2	5.4	5.4	100.0
合計	37	100.0	100.0	

表2. スクリーニング調査B項目の得点分布

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 .00	28	75.7	75.7	75.7
1.00	8	21.6	21.6	97.3
2.00	1	2.7	2.7	100.0
合計	37	100.0	100.0	

表3. GDS日本語短縮版の得点分布

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 .00	5	13.2	13.2	13.2
1.00	9	23.7	23.7	36.8
2.00	7	18.4	18.4	55.3
3.00	3	7.9	7.9	63.2
4.00	4	10.5	10.5	73.7
5.00	2	5.3	5.3	78.9
6.00	4	10.5	10.5	89.5
7.00	1	2.6	2.6	92.1
8.00	1	2.6	2.6	94.7
9.00	1	2.6	2.6	97.4
11.00	1	2.6	2.6	100.0
合計	38	100.0	100.0	

表4. WHO-5健康状態表の得点分布

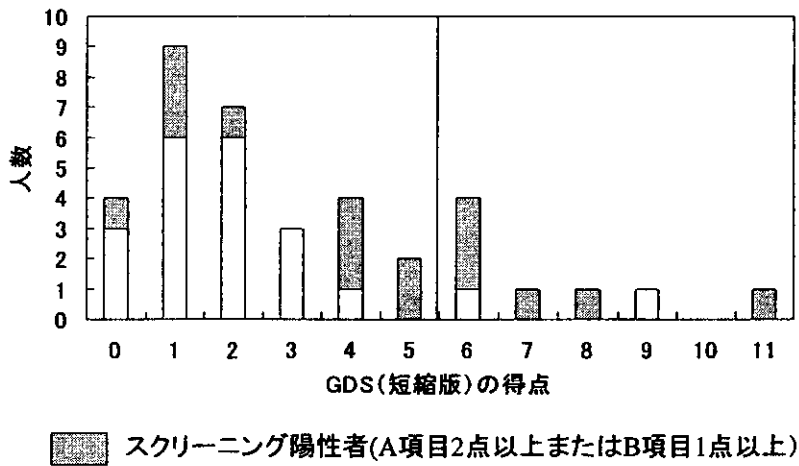
	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 .00	1	2.6	2.6	2.6
13.00	2	5.3	5.3	7.9
14.00	2	5.3	5.3	13.2
17.00	2	5.3	5.3	18.4
19.00	4	10.5	10.5	28.9
20.00	3	7.9	7.9	36.8
21.00	2	5.3	5.3	42.1
22.00	4	10.5	10.5	52.6
23.00	3	7.9	7.9	60.5
24.00	4	10.5	10.5	71.1
25.00	11	28.9	28.9	100.0
合計	38	100.0	100.0	

表5. スクリーニングA項目, B項目, GDS短縮版, WHO-5健康状態表の得点間の相関

			A5	B2	GDS15	WHO5
Spearmanの ρ	A5	相関係数	1.000	.200	.434(**)	-.475(**)
		有意確率 (両側)	.	.236	.007	.003
		N	37	37	37	37
	B2	相関係数	.200	1.000	.258	-.309
		有意確率 (両側)	.236	.	.124	.062
		N	37	37	37	37
	GDS15	相関係数	.434(**)	.258	1.000	-.600(**)
		有意確率 (両側)	.007	.124	.	.000
		N	37	37	37	37
	WHO5	相関係数	-.475(**)	-.309	-.600(**)	1.000
		有意確率 (両側)	.003	.062	.000	.
		N	37	37	37	37

** 相関は、1 % 水準で有意となります (両側)。

図1. GDSの得点分布とスクリーニング陽性者との関係 (感度75%, 特異度66%)



資料 1. 平成 14 年度宮城県南郷町におけるこころの健康推進事業の日程表

平成 14 年度高齢者のこころ健康推進事業日程表

実施日	時間	内容	会場
H.14.4/5 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター
5月		スクリーニング調査対象者の選定 訪問調査の連絡及び調整	高齢者センター
6/4 (火)	10:00~11:00	調査対象者への説明会	未定
6/11 (火)	10:30~17:00	こころの健康相談・スタッフ研修	高齢者センター
6/12(水)~21(金)		スクリーニング調査の実施	各家庭
6/24(月)~7/4(木)		スクリーニング調査の結果まとめ	高齢者センター
7/5 (金)	11:00~17:00	調査結果をもとに事後指導対象者 について相談と選定	高齢者センター
7/8(月)~22(月)		事後指導対象者への連絡及び調整	高齢者センター
7/23(土)~30(土)	11:00~17:00	事後指導会	高齢者センター
9/5 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター
10/4 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター
11/1 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター
12月上旬		健康教育事後アンケートの実施	
12/6 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター
H.15.2/7 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター
3/7 (金)	11:00~17:00	こころの健康相談	高齢者センター

※平成 15 年 8 月頃 事後指導対象者に対して事業評価のための調査を実施

資料2 うつ状態高齢者のためのメンタルヘルス事業（南郷町版）

啓発事業	<p>3. 一般住民に対する啓発事業</p> <p>(3) 高齢期の精神障害，特にうつ病と自殺の問題についての意識を高め，偏見や誤解を解消し，早期発見，適切な対応，予防についての知識と技能を普及する。</p> <p>(4) うつ状態高齢者のための統合的なメンタルヘルス事業の概要を説明し，スクリーニング事業の協力を依頼する。</p> <p>4. 保健福祉スタッフに対する啓発事業</p> <p>(3) うつ病の症状，診断，病態，治療についての基礎的知識を普及する。</p> <p>(4) 保健福祉スタッフによる早期発見，評価，初期対応，緊急対応，ケアカンファレンスとケースマネジメント，訪問指導，医療機関との連携について知識と技能を高める。</p>
スクリーニング事業	<p>(4) 地区老人会に協力を依頼し，地区毎に啓発事業を実施して，参加者に対する一次スクリーニング調査を実施する。スクリーニング陽性者に対しては後日二次調査を実施する旨を説明しておく。スクリーニング陽性者に対しては，後日保健師が訪問して二次調査を実施し，必要な事例に対しては，専門相談の利用を勧める。また，パンフレットを用いて，うつ病についての保健教育とメンタルヘルス事業やその他の保健福祉サービスの説明を行う。</p> <p>(5) 啓発事業非参加者については，保健師が訪問し，一次スクリーニング調査を実施する。一次スクリーニング陽性者については，その場で簡便な二次調査を実施し，必要な事例に対しては，専門相談の利用を勧める。また，パンフレットを用いて，うつ病についての保健教育とメンタルヘルス事業やその他の保健福祉サービスの説明を行う。</p>

<p>こころの健康相談事業</p>	<p>4. 相談窓口の開設</p> <p>(4) こころの問題をもつ高齢者のための相談窓口を保健センターに常時開設し、保健福祉スタッフが対応する。</p> <p>(5) 必要に応じて、専門相談の利用を勧め、日程調整などを行う。緊急を要する場合には、町立病院医師や専門相談医と連絡を取り合う。</p> <p>5. 専門相談</p> <p>(4) 精神科医による専門相談を定期的で開催する（月1回または2ヶ月に1回）。</p> <p>(5) 精神医学的評価を行い、利用者に対して情報提供、アドバイスなどを行う。</p> <p>(6) 必要に応じて、医療機関と連携する。</p> <p>6. ケアカンファレンス</p> <p>(4) 保健福祉スタッフ、精神科医、必要に応じて他診療科の医師、その他の関係者など多職種からなる精神保健チームを構成して、ケースの問題点を総括するとともに、問題解決を志向したケアプランを検討する。</p> <p>(5) 継続的に介入している事例については、モニタリングとプランの調整を行う。</p> <p>(6) 必要に応じて、その他の保健福祉関連事業と連携する。</p> <p>7. 訪問ケア</p> <p>(3) 必要な事例に対して、担当保健師は定期的に訪問し、支持的なケア（相談相手）、モニタリング、問題点の把握、問題解決を志向した心理社会的ケアを実施する。</p> <p>(4) ケースに応じて、①孤立状況・孤独感、②健康への憂慮、③痛み、④運動機能の低下、⑤感覚機能の低下、⑥閉じこもり、⑦生き甲斐、⑧気分転換等に焦点をおいたケアを実践する。</p>
-------------------	--

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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

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：本研究の目的は、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、自殺に対する意識など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現状を明らかにし、一次予防を重視した自殺予防対策の効果的政策の立案に役立てることである。秋田県中仙町の65歳以上の住民を対象に実施した。うつ病尺度得点（SDS得点）で50点以上のうつ病傾向を有する者は14.4%であった。さらにSDS得点が60点以上のハイリスク者は1.9%であった。SDS得点を従属変数とし、家族関係のストレス、ストレス対処行動、医療機関への近接性、医師患者関係、自殺に対する意識等を独立変数としてロジスティック回帰分析を行い、「自覚的な精神健康度の悪さ」、「生活の中で寂しさを感じる」、「1ヶ月間に自分を傷つきたいと思った」、「いままでの人生で死にたいと考えた」、「困難に直面したときに他人に当り散らした」、「同居家族に心配事を聞いてくれる人がいない」、「自覚的な身体健康度の悪さ」、「困難に直面したときに誤りを認めて、謝らない」、「困難に直面したときに援助を受けられる人を捜さない」、「家族のことでイライラすることがある」の10項目が自殺リスクを高める可能性がある要因として選択された。これらは平成13年度に秋田県合川町で行った調査とほぼ同様の結果であった。また、地理情報システム（GIS）を用いて地区ごとにうつ病尺度得点高値の者の出現頻度と関連する要因の地理的分布を地図上で分析し、地区によって集団としての抑うつ度が高い地区と低い地区があることが明らかになった。本研究により明らかにされたうつ病に関連する要因とそれらの地区毎の特徴は目標志向型の地域自殺予防対策に有用であると考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、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、自殺に対する意識など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現状を明らかにし、一次予防を重視した自殺予防対策の効果的政策の立案に役立てることである。

B. 研究方法

秋田県中仙町に在住する65歳以上の高齢者を対象に基本的属性（性別、年齢、住所の地区

名、婚姻状態、同居の有無など）、抑うつ度（ツングの自己評価うつ病尺度・日本語版）、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）、心身の自覚的健康度、医療への近接度、閉じこもり傾向、死にたいと思った経験の有無、自殺に関する態度、周囲の自殺者の有無、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。質問票の内容は巻末に掲載した。配布数3,956名に対して、回答のあった者は

3,415名であった(回収率86.0%)。配布・回収は住民組織を利用して行った。回答のあったもののうち、年齢が60歳未満の者を除外した2,474名(男性1,057名、女性1,417名)を解析の対象者とした。対象者の平均年齢は70.6歳であった。

なお、調査票の実施に際しては、調査の趣旨を記載し、調査への協力を求めた。単純集計、クロス集計、回帰分析、クラスター分析はSPSS Ver.11を、地理情報システム解析はPasco Market Analyst(パスコ社、東京)を用いた。(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無かった。集計データは調査責任者が個人情報データを管理し、原データファイルの管理はネットワーク化されていないパソコンで行い、匿名化した上で分析を行った。

C. 研究結果

1) 対象者の基本属性(年齢、性別、婚姻状況、同居の有無)

対象者の年齢分布を図1に示した。対象者の平均年齢は70.6±7.0歳であった。(図1)

対象者の性別構成は男性42.7%、女性57.3%であった。(図2)

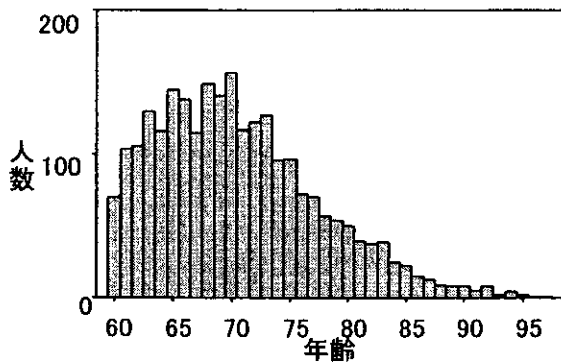


図1 対象者の年齢構成

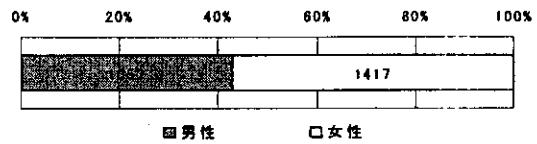


図2 対象者の性別構成

対象者の婚姻状態は次に示すとおりであるが、既婚・同居が最も多く、つぎに死別であった。(図3)

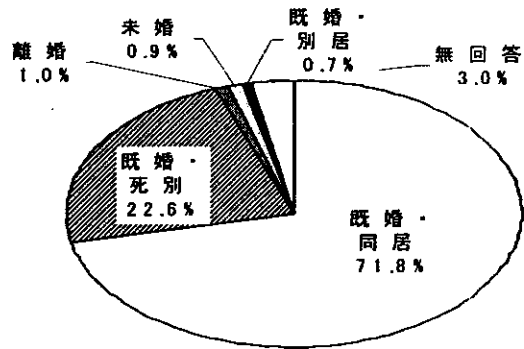


図3 対象者の婚姻状況

対象者の同居・独居状況は次に示すとおりで、同居者が多く、独居は4%であった。(図4)

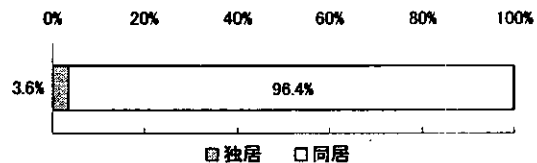


図4 対象者の同居・独居状況

同居者との関係を見ると、配偶者が最も多く、次に既婚の子、嫁・婿、孫であった。(図5) 自分、子、孫という三世同居が全体の約四分の一を占めるものと考えられた。

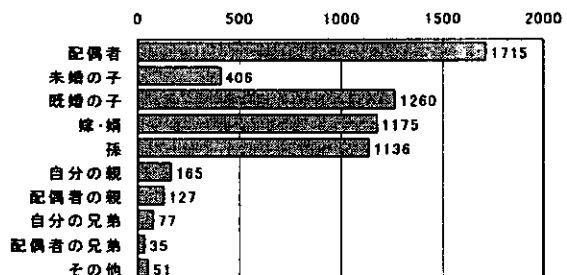
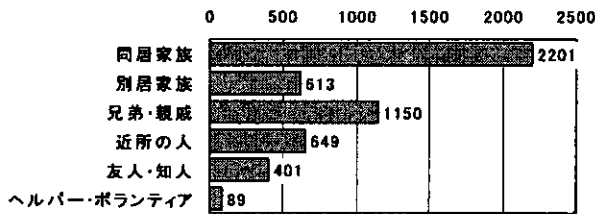


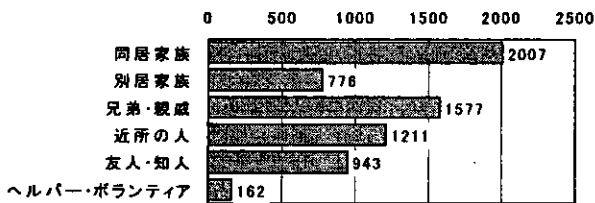
図5 同居者との関係(人)

2) 日常生活の三つの場面における家族、友人等からの援助

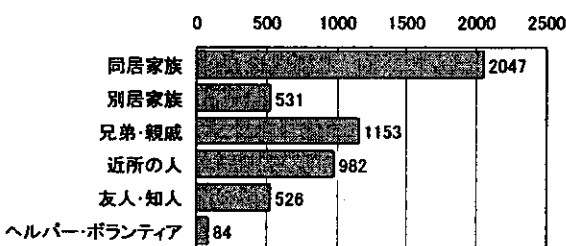
病気のときに看病・家の世話をしてくれる人がいるか、心配事や悩み事を聞いてくれる人がいるか、ちょっとした用事や留守番を頼める人がいるかという質問に対する回答は、家族からの支援が最も多かった。そのつぎに多かったのは兄弟・親戚であった。(図6)。



看病したり家のことを手伝ってくれる人



心配事や悩み事を聞いてくれる人



ちょっとした用事や留守番を頼める人

図6 日常生活で援助を受けられる人 (人)

3) 自己評価うつ病尺度得点

図7にツングの自己評価うつ病尺度得点の分布を示す。有効回答数は1830であった。うつ病尺度得点は20点~72点の間に分布していた。得点の平均値は40.7±8.4であった。歪度は0.304、尖度は0.029であった。うつ病尺度得点の分布は正規性を示した。うつ病尺度得点が50点以上の者の割合は264人(14.4%)であった。また、

60点以上の者の割合は35人(1.9%)であった。

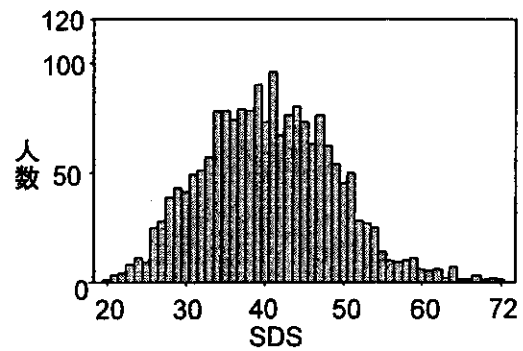
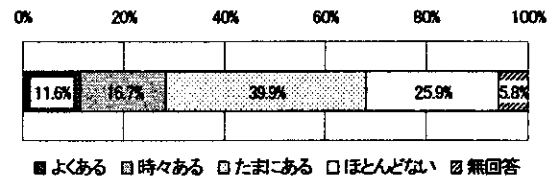


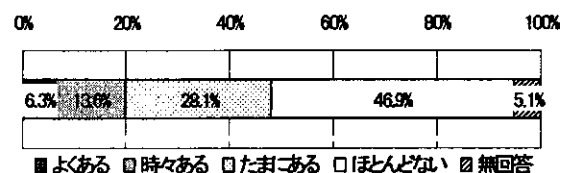
図7 自己評価うつ病尺度得点の分布

4) 日常生活での精神的ストレス

家族のことでイライラすることがある、という質問に対して、12.9%がよくあると回答した。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、6.3%の者がよくあると回答した。



家族のことでイライラしたり嫌な気持ちになること



普段の生活の中で寂しさを感じること

図8 日常生活における精神的ストレスの頻度

精神的ストレスにどのように対処しているかに対する回答は以下のとおりであった。よくやる・たまにやるという回答で多かったのは、考えすぎないようにする、自分を追い詰めない、であった。他者に援助を求めるといった対処法は下位であった。同様に、電話相談をする、保健

婦などに相談するという回答は低く、保健福祉の人的資源を利用するという対処法は下位であった。(図9)

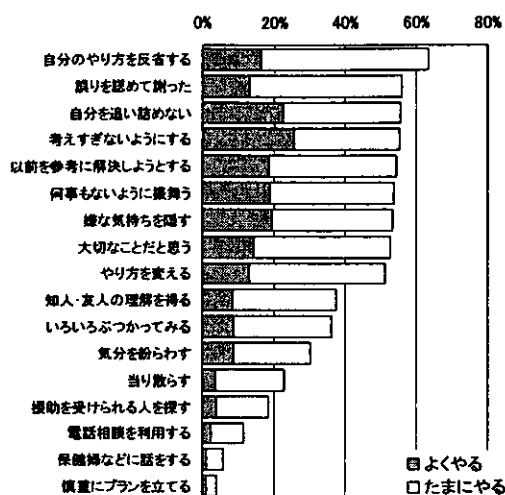


図9 精神的ストレスへの対処方法

5) 日常生活、医療受療行動

地域のボランティア活動への参加については、参加していると回答した者が8.7%、参加したことはないという回答した者が64.8%であった。

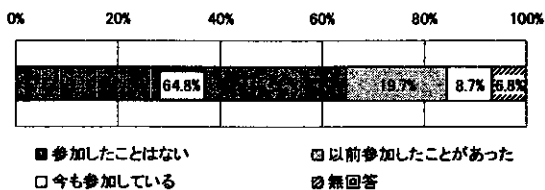


図10 ボランティア活動への参加したことがあるか

普段の外出頻度については、1週間に1回程度、およびほとんど外出しないと回答した者の合計38.1%であり、これらの者は閉じこもりの定義にあてはまる者と考えられた。

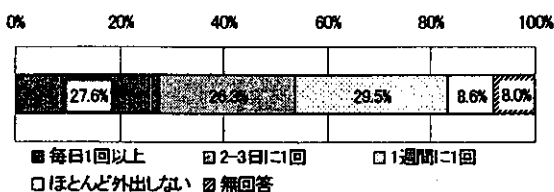


図11 ふだん外出する頻度

6) 自殺に関連した質問

死にたいと考えたことがあるかという質問に対して、この1ヶ月間では283人が、これまでの人生では635人と回答していた。自分を傷つけたいと考えたことがあるかという質問に対しては、この1ヶ月間では122人が、これまでの人生では189人と回答した。

これまでの自殺について考えたことがあるという質問に対しては回答者のうち8.5%の者がいると回答していた。

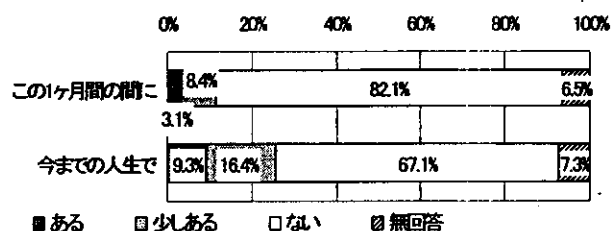


図12 死にたいと考えたことがあるか

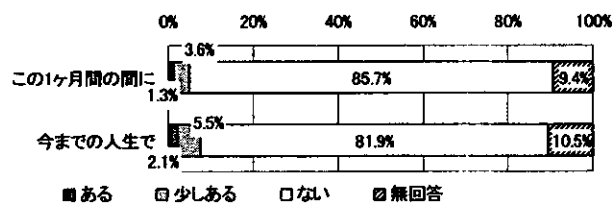


図13 自分を傷つけたいと考えたことがあるか

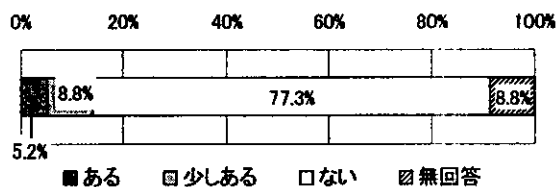
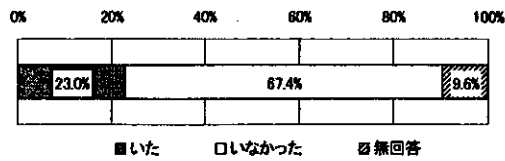


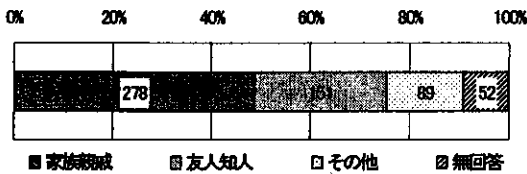
図14 これまでの人生の中で自殺について考えたことがあるか

知人で自殺した人がいるかという質問に対しては23.0%の人がいたと回答した。また、祖

の関係は家族・親戚が最も多かった。



自殺者の有無



自殺者との関係(人)

図15 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

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、次に悲しいこと・困ったことと回答する人が多かった。

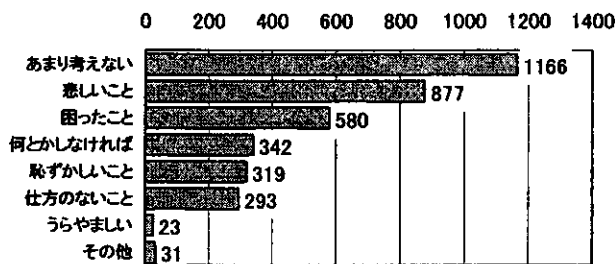


図16 自殺についての考え(人)

秋田県の自殺率が高いことを知っていたかという質問に対しては、66.5%の人が知っていたと回答し、周知度は高かった。

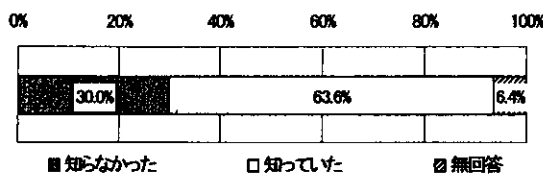


図17 本県の自殺率が高いことを知っていたか

7) 抑うつに関わる要因の分析

自己評価うつ病尺度得点に関連する要因を明らかにするために、ロジスティック回帰分析を行った。

モデルを作成するために変数減少法による二項ロジスティック回帰分析を行った。目的変数は、うつ病尺度得点を目的変数(高い群(50点以上)と低い群(49点以下))とした。独立変数は、性別、年齢(75歳以上/未満)、家庭や家族の支援度3項目、家族に関連する精神的ストレス2項目、ストレス対処行動17項目、心身の自覚的健康度2項目、医療への近接度4項目、閉じこもり傾向、死にたいと思った経験の有無5項目、周囲の自殺者の有無2項目、ボランティアへの参加、アルコールの摂取頻度の計40項目とした。二項ロジスティック回帰分析により13項目が選択された。うつ病尺度得点を説明するモデルとして、この13項目に閉じこもり傾向を加えた14項目を説明変数とし、性別、年齢(10歳ごとの4カテゴリー)を共変量とした多重ロジスティック回帰分析を行った結果、つぎの10項目が選択された。「自覚的な精神健康度の悪さ」、「生活の中で寂しさを感じる」、「1ヶ月間に自分を傷つきたいと思った」、「いままでの人生で死にたいと考えた」、「困難に直面したときに他人に当り散らした」、「同居家族に心配事を聞いてくれる人がいない」、「自覚的な身体健康度の悪さ」、「困難に直面したときに誤りを認めて、謝らない」、「困難に直面したときに援助を受けられる人を捜さない」、「家族のことでイライラすることがある」である。(表1)

オッズ比の高かったものは、自覚的な精神の不健康度(オッズ比5.285)、生活の中で寂しさを感じること(4.169)、1ヶ月間に自分を傷つきたいと思った(3.994)であった。