

20030742

平成15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

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

(H13・こころ-006)

総括・分担研究報告書

主任研究者 ^{カンバ} 神庭重信

山梨大学大学院医学工学総合研究部精神神経医学分野 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・・・・・・・・ p. 1
主任研究者 神庭重信 山梨大学大学院精神神経医学 教授

分担研究報告書

- 地域保健医療従事者用のマニュアルの作成と検討・・・・・・・・ p. 6
分担研究者 大野裕 慶應義塾大学保健管理センター 教授

- 自殺予防を目標とする抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムの開発
ー都市部大規模住宅地域の実態調査と介入マニュアルの作成ー・・・・・・・・ p. 12
分担研究者 栗田圭一 東北大学大学院医学系研究科精神神経学 助教授

- 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・・ p. 35
分担研究者 本橋 豊 秋田大学医学部公衆衛生学講座 教授

- 高齢者施設における抑うつと自殺に関する調査及び介入に関する研究・・・・・・・・ p. 47
分担研究者 角南 譲 八雲病院 理事長

- 日本語版 Beck Depression Inventory II (BDI-II)によるうつ病重症度の研究
および抗うつ剤によるうつ病再発予防と自殺予防の研究・・・・・・・・ p. 62
分担研究者 古川壽亮 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学 教授

- うつ病評価方法として二質問法(TQ)およびBDI、SIGH-Dの検証・・・・・・・・ p. 64
分担研究者 尾崎紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野 教授

- 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・ p. 67

資料

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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
平成15年度 総括研究報告書

主任研究者 神庭重信 山梨大学大学院 教授（精神医学）
分担研究者 大野裕 慶應義塾大学 教授（精神医学）
栗田圭一 東北大学大学院 助教授（精神医学）
本橋豊 秋田大学医学部 教授（公衆衛生学）
角南譲 八雲病院 理事長（精神医学）
尾崎紀夫 名古屋大学大学院 教授（精神医学）
古川壽亮 名古屋市立大学大学院 教授（精神医学）

研究要旨

地域の自殺予防の成果を上げるためには、地域の保健所や市町村が協力してうつ状態のスクリーニングを実施し、地域における自殺予備軍を把握するとともに、医療機関への受診勧奨や保健指導等適切な支援を行う必要がある。また、こころの健康づくりに関する普及啓発を行い、地域住民のうつ病やこころの健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体のこころの健康づくりに対する気運を高めることも大切である。

大野と栗田は、それぞれ青森県と宮城県において実際に地域介入と取り組み、小規模自治体と中規模自治体での介入の問題と解決方法を探り、包括的介入方法の検討をさらに進めた。なおすでに、保健師向けのマニュアル（試案）を作成していたが、15年度は実地にて使用しさらに改訂を進めた。

本橋は、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を試みた。15年度はこの研究をさらに進めた。

角南は、高齢者施設職員に対し、高齢者の抑うつについてのマニュアルを作成し、高齢者へのメンタルケアの基盤を作った。次に入所高齢者における「抑うつ」に関する調査を行った。結果、入所高齢者における「抑うつ」が在宅高齢者に比べてきわめて高いことが明らかにされた。この「抑うつ」は、施設入所という環境因子的リスク因子が考えられ、その抑制のために心理職が直接高齢者施設に介入し援助を行ったところ、「抑うつ」が有意に減少した。

尾崎と古川は、二質問法とBDIは職域においてうつ病スクリーニング手段としての有用性を確認しているが、うつ病と思われる群を同定するのに二質問法とBDIを利用し、うつ病のスクリーニング手段として二質問法の有用性について検討した。その結果、二質問法はCES-D-20とほぼ同等の有用性をもっていると考えられる結果を得た。

神庭を中心に班として、プライマリーケア医師のためのうつ病の早期発見と介入に関するマニュアル（試案）を作成した。マニュアル試案は、日本医師会から発行された「自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」の基礎資料となった。

A. 研究目的

近年、わが国においては、自殺者数の増加が社会問題となっているが、これまでの研究から自殺者の多くがうつ病（大うつ病性障害）に罹患していることが明らかになっている。未治療のうつ病患者の自殺率は15%にのぼるとされており、うつ病患者の

早期発見・早期治療が、直接に自殺者数の減少につながると考えられる。厚生省の患者調査によれば、わが国でもうつ病の受療率が大幅に増加していることが示されているものの、受診していないうつ病患者も多いと推定されている。それゆえ、自殺率を低下させるためには、国民全般に対するう

うつ病の啓発（一次予防）とうつ病の早期発見と介入的援助（二次予防）を徹底させることがきわめて重要であると考えられる。

うつ病の一次予防や二次予防を国民全般に広めることを目的として、申請者らは、①精神科医療機関を受診していないうつ病患者に対する簡便かつ確実なスクリーニング法の開発、②うつ病の一次予防や二次予防を行うための行政と医療のネットワークづくりを二本の柱とし、これらを有機的に結び付ける組織的研究を行うために、研究班を組織する。

うつ病患者をスクリーニングする機会としては、プライマリーケア医による発見、保健婦による発見、患者本人による“いのちの電話”などへの相談、家族や友人などによる病院や行政機関への相談などが考えられる。しかし、うつ病患者を発見もしくは相談を受ける対象が、医師、保健婦、一般ボランティアなどと異なるため、それぞれの職種にとって最も有効なスクリーニング法の選定が必要になると考えられる。

また、うつ病の一次予防には、国民に対するメンタルヘルスに関する啓発活動が必要であるが、方法としては、新聞やTVなどのマスメディアによるもの、市民講座の開催などによるもの、インターネットを用いたものなどが考えられる。同様に、二次予防に関しても、市町村単位での介入的援助による患者の発見、集団検診などにおける患者の発見、プライマリーケア医による発見などが考えられる。

以上を有機的に結び付けることにより、もっとも効率よく未治療のうつ病を発見し・治療し、うつ病による自殺を予防するシステムを構築することが、本研究班の目標である。

期待される結果

研究申請時と変更はない。当研究で開発された一次予防を普及させること、ならびにうつ病の早期発見と自殺の予防システムを、全国規模で行政施策として実行することにより、わが国における自殺死亡者が減少することである。

B. 研究方法

研究は3カ年計画で、平成15年度は3年目にあたる。平成15年には、過去2年間の研究結果を踏まえて、以下①と②の2系統の研究を並行して進める。

①うつ病の早期発見スクリーニング手段と介入法をマニュアル化する研究

②モデル地域として、全国4箇所の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

第3年度は、第1および2年度で得られた2系統の研究で得られた成果を統合して「うつ病の早期発見と自殺予防」のためのマニュアルを作成する。またそのマニュアルを、行政事業として、全国規模で使用することを目標とし、地元精神保健福祉センター、保健所、「いのちの電話」、医師会とも協調しながら活動を推進して行く。

以上のように、精神科医療機関を受診していないうつ病患者に対する簡便かつ確実なスクリーニング法の開発と、うつ病の一次予防や二次予防を行うための行政と医療のネットワークづくりを二本の柱として研究をすすめてゆく予定であるが、お互いのテーマが可能な限り相互に関連しあい、有機的なつながりをもつようにする。以下に具体的な計画を列挙する。

自殺高率県である秋田県の4町における統合されたうつ病の有病率とそのリスク要因を明らかにすることができた。

①-a) 第1-2年度では、うつ病患者のスクリーニング手段として、Beck Depression Inventoryの日本語版を作成し、その有効性を地域住民、大学病院精神科外来患者、身体疾患患者で検討を加えてきた。さらに結果を集積し解析を加え、実用性を吟味した。

①-b) 自殺の可能性が強いうつ病患者のスクリーニング法の開発

秋田県4町の地域住民を対象にうつ病尺度得点分布とうつ状態のリスク要因に関する総合的な調査を実施した。その結果、自

C. 研究結果と考察

①青森県での取り組み

地域保健医療従事者用のマニュアル（案）を青森県、鹿児島県、岩手県、等の保健師、等に試行してもらい改善点を検討した。それと並行して、青森県名川町の40歳以上80歳未満の住民から1割を無作為に抽出し、質問紙調査を実施した（回収率93.98%）。

地域保健医療従事者用のマニュアル（案）に関しては実用段階にまであることが示された。また、地域調査では、うつ病での相談相手は家族や親戚が7割近くを占める一方、精神科などの専門医は1割にとどまった。

②宮城県での取り組み

自殺ハイリスク高齢者のスクリーニング法として、抑うつ症状の評価とうつ病の診断が有効であり、自殺予防という観点からは、抑うつ症状、疼痛、飲酒問題のコントロールが重要であり、抑うつ症状の回復・予防という観点からは、高齢者の心身の健康管理とソーシャルサポートの確保が重要であることを示した。また、都市部の大規模住宅地域で介入プログラムを展開するためには社会資源の整備（保健看護専門職の育成と社会的ネットワークの構築）が重要であり、こうした諸点を考慮して、都市部大規模住宅地域において事業化するための地域介入プログラムのマニュアルを作成した。

④自殺高率地域におけるメンタルヘルスの状況調査：秋田県での取り組み

平成13～15年度にかけて、秋田県4町の地域住民を対象にうつ病尺度得点分布とうつ状態のリスク要因に関する総合的な調査を実施した。その結果、自殺高率県である秋田県の4町における統合されたうつ病の有病率とそのリスク要因を明らかにすることができた。うつ状態の有病率（うつ病尺度得点50点以上の者の割合）は10.4%～22%の間に分布し、調査した町の間で高低が認められた。4町の統合されたうつ状態の有病率（うつ病尺度得点50点以上の者の割合）は15.5%（29,421人中4,547人）であった。また、うつ病尺度得点60点以上の者の割合は1.37%（29,421人中403人）であ

った。自殺死亡率の高い傾向にある町ではうつ病尺度得点は高い傾向が認められ、両者には関連性があることが示唆された。うつ病尺度得点を従属変数とし、生活上のストレス要因を独立変数としたロジスティック回帰分析により、年齢が高い、ちょっとした用事や留守番を頼める人が家族の中にいない、一緒にいて楽しい気分になれる人が家族の中にいない、家族のことでイライラする、日常生活の中での寂しさを感じる、今までの人生で死にたいと考えたことがある、身体の健康に問題がある、医療機関への受診頻度が少ない、病気のことについて医師に相談しない、閉じこもり傾向がある、がリスク要因として抽出された。

以上の調査結果を踏まえて、「市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド」を作成した。このガイドは市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定のために必要な情報を冊子としてまとめたもので、行動計画の策定だけでなく、住民の心の健康の基本調査の実施に必要な具体的ノウハウ、基本調査結果にもとづく自殺予防・心の健康づくり活動の進め方のノウハウも記述した。作成したガイドの活用方法について自殺予防対策推進の観点から検討を行った。本ガイドに対する市町村の保健担当者の関心はきわめて高く、内容を読んだ上で地域の保健活動に活かしていきたいという声が多かった。

⑤高齢者施設を利用している高齢者のうつ病調査

角南は、高齢者施設職員に対し、高齢者の抑うつについてのマニュアルを作成し、高齢者へのメンタルケアの基盤を作った。次に入所高齢者における「抑うつ」に関する調査を行った。結果、入所高齢者における「抑うつ」が在宅高齢者に比べてきわめて高いことが明らかにされた。この「抑うつ」は、施設入所という環境因的リスク因子が考えられ、その抑制のために心理職が直接高齢者施設に介入し援助を行ったところ、「抑うつ」が有意に減少した。

多種ある高齢者施設において、入所高齢者には特有な「抑うつ」が存在している。今回の調査介入研究で、施設内でのメンタ

ルケアの希薄さを補い、直接面接を行う心理職が介入することで、改善が図られることが明らかになった。自殺率の高い高齢者の中であって、入所高齢者の抑うつを減少させる方法として、今後、建設的にあるいは政策として、多くの施設が応用できるよう検討すべきであると考ええる。

⑤評価尺度の検討について

我々は二質問法と BDI は職域においてうつ病スクリーニング手段としての有用性を確認しているが、職域においてうつ病と思われる群を同定するのに二質問法と BDI を利用し、同時にストレス項目因子を確認することで、職場におけるうつ病惹起ストレス因子を検討した。その結果、複数の業務担当、期待度の変化といったストレス項目がうつ病惹起因子として検出された。癌患者におけるうつ病のスクリーニング手段として二質問法の有用性について検討した。その結果、二質問法は CES-D-20 とほぼ同等

の有用性をもっていると考えられる結果を得た。また、自己記入式質問紙法である二質問法や BDI を用いて心不全患者、リウマチ患者、慢性疼痛症患者におけるうつ状態の頻度を検討した。その結果、心不全患者やリウマチ患者において 30-40%がうつ状態に陥っていることが確認された。さらに心不全患者では必ずしも身体疾患の病状と明確な関係なくうつ状態が惹起されているが、一方、リウマチ患者は身体疾患の病状と依存してうつ状態が惹起されていることが示唆された。

D 研究成果

神庭重信；うつ病の早期発見と介入のためのマニュアル、精神科 3：441-448，2003

E. 知的財産権の出願・登録状況
無し、

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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
平成15年度 分担研究報告書

地域保健医療従事者用のマニュアルの作成と検討
分担研究者 大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）
研究協力者 坂本 真士（日本大学文理学部）
田中 江里子（労働科学研究所）
根市 恵子（青森県名川町役場）

要旨

うつ病や自殺念慮状態の心理社会的背景について、認知およびその時の援助希求行動、自殺に対する態度、精神疾患に対する偏見などを指標に明らかにし、自殺の背景に存在するうつ病を予防し治療するためのマニュアルを作成した。

地域保健医療従事者用のマニュアル（案）を青森県、鹿児島県、岩手県、等の保健師、等に試行してもらい改善点を検討した。それと並行して、青森県名川町の40歳以上80歳未満の住民から1割を無作為に抽出し、質問紙調査を実施した（回収率93.98%）。

地域保健医療従事者用のマニュアル（案）に関しては実用段階にまであることが示された。また、地域調査では、うつ病での相談相手は家族や親戚が7割近くを占める一方、精神科などの専門医は1割にとどまった。

1. はじめに

わが国の平成10年度の自殺者が3万人をこえて以来毎年3万人をこす自殺死亡者が出ている。一般にはその理由として病苦や経済苦が挙げられているが、そうしたライフイベントを契機として自殺死亡者の大半が何らかの精神疾患にかかっていたと推定される。とくに中高年ではうつ病が背景に存在していることが多いことが知られており、自殺予防のためにはうつ病などの精神疾患の適切な診断、治療が不可欠である。

しかし、精神疾患に苦しんでいても医療施設を受診する人が少ないこともわかっている。青森県の一地域で行った我々の研究では65歳以上の高齢者433名のなかで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が44名（男性=13名、女性31名）存在していたが、そのなかで医療関係者を含む他の人に相談していた人の割合は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%）でしかなかった。

また平成14年度に行われた厚生労働科学研究費による大規模疫学調査によれば、調査時点までにDSM-IVで大うつ病と診断される状態を体験した地域住民のうち精神科を受診していた人は18%、精神科以外の診療科を受診していた人は8%と、これも低い値であった。

このような状況を考えると、自殺予防を目的としたうつ病に対する早期介入は単に医療機関で患者の受診を待っているだけではなく、保健師など地域の医療従事者を中心とした地域全体での取り組みが重要であることがわかる。ちなみに、スウェーデンのゴットランドで行われた研究では、一般医をトレーニングする導入することによって自殺率が低下した。ただ、時間がたつとトレーニングの効果が失われていくこともわかっており、こうした所見からも、医療場面にかぎらず地域全体の取り組みが大きな意味を持つことがわかる。

わが国では、保健師を中心とした自治体の保健医療従事者が地域介入を行った新潟県松之山町や岩手県浄法寺町などでは

高齢者の自殺率が低下したことが報告されている。松之山町では、65歳以上の全住民に対して、SDSを改訂した新潟大学うつ病自己評価尺度(Niigata university Self-rating Depression Scale; NSDS)の得点が60点以上の高齢者、または①過去にうつ病相があった老人、②自殺をほのめかしている老人、③配偶者が死亡した直後の老人、④医療機関から退院直後の老人、⑤最近、親族や近隣に自殺が発生した高齢者を高危険群として、Research Diagnostic Criteria (RDC)を用いた診断面接を行い、それによってうつ病と診断された住民に対して医学的治療やグループケアを行った。

さらに、うつ状態の老人や閉じこもりの老人に対するグループケアや訪問活動も並行して行った。その後、介入開始前16年間と開始後10年間を比較したところ、65歳以上の人の自殺死亡率が有意に低下していた。

松之山町の介入活動の一連の報告をもとに、大山は同町の自殺予防活動の成果に第2次予防活動と福祉増進的方向性を持つ予防活動が強く影響することを指摘している。

ここでいう第2次予防活動は、松之山町で最初に導入されたよううつ状態スクリーニングと高危険群に対する個別ケアを軸とした地域精神保健活動である。

一方、福祉増進的方向性を持つ予防活動は、松之山町では第2次予防活動に数年遅れて導入されている。これは、うつ状態・閉じこもり老人に対する施設での集団援助と、これに参加できない老人に対する友愛訪問が活動の中心になっていた。これはまた、閉じこもりがちな高齢者に対するグループケアや訪問とった関わりの再構築を通して高齢者自殺の危険因子である心理的孤立を防ごうとする試みでもある。

こうした訪問や在宅・施設福祉サービス整備など的高齢者福祉活動の重要性は、最近行われた松之山町とその周辺で実施された高齢者自殺介入活動の比較研究からも明らかにされている。このように自殺予防活動が成果を上げた松之山町の活動は、地元的一般医と精神科医と連携が密であり、閉じこもり老人に対する福祉訪問や集団援助、特別養護老人ホームにおける入所

サービスなどの保健福祉活動が積極的に実施されていた点が特徴的であったという。つまり、高齢者自殺の予防には、うつ状態・うつ病への第2次予防活動だけでなく、在宅福祉サービスを含めた福祉増進的方向性を持つ1次予防活動が重要な役割を果たしているのである。

こうしたことから、我々は、青森県名川町で地域住民の意識の実態調査を行う一方で、地域の保健医療従事者が利用可能な介入マニュアルを作成したので報告する。なお、介入マニュアルは、青森県名川町に加えて、鹿児島県伊集院保健所や岩手県久慈市など、各地の地域保険医療関係者等から意見を得ながら修正を重ねたものである。

2. 自殺予防に関連する社会心理学的変数の検討：地域住民における意識調査

1) 研究目的

自殺に関連する社会心理学的要因として、うつ病や自殺念慮状態の認知およびその時の援助希求行動、自殺に対する態度、精神科に対する偏見などを取り上げ、人口統計学的変数を含め相互の関連性を調べる。

本研究は、精神医学的な観点からのみではなく、地域における社会心理学的な変数も考慮することによって自殺予防活動の効果を上げることが必要であると考えるを行った。その理由として第一に、二次予防的な自殺予防活動をより効果的なものにするためには、介入対象者のうつ病に対する認識(うつ病の状態の認知)やうつ病になったときや自殺念慮をもったときに誰に相談するのか(援助希求行動)をあらかじめ知っておくことも重要であることが挙げられる。介入対象者がうつ病や自殺念慮時にどのような人に相談するかの傾向を知ることで、どのような人たちに向けてうつ病に関する情報を発信していくかについてのヒントが得られると期待されるからである。

また、うつ病の早期発見・早期治療の取り組みをより効果的なものとするためには、地域における精神科に対する誤解や偏見の問題も考慮する必要がある。たとえば、本人や家族がうつ病であることを理解していても、精神科にかかると近所で噂に

なるとか家族の結婚や就職に差し支えるなどと考えていけば、受診には結びつかないだろう。したがって、精神科への偏見を薄めていくことも、自殺予防とともに展開して行く必要がある。

自殺行動の防御・促進因子のひとつとして、自殺に対する個人や地域の態度が考えられる。ある個人が精神的に苦しい状況で自ら死ぬことを選ぶという背景には、その人の自殺に対する許容的な態度があると思われる。そしてこの「自殺はやむを得ない」という態度を地域が共有すれば、その地域の自殺率は、自殺に拒否的な態度をもつ地域よりも高くなると考えられる。このことは、自殺に対する宗教的タブーが弱い国では自殺率が高くなっているという現象（布施、1990）からも示唆される。したがって、場合によっては地域における自殺に対する考え方を変えていくという方策も必要かもしれない（大山、2003）。もちろん、単純に自殺をタブー視するだけでなく、自殺者の遺族に対する配慮も同時に必要となることは言うまでもない。

自殺を防止あるいは促進すると考えられるもうひとつの社会心理学的な要因として、ソーシャル・サポートが挙げられる（例：Heikkinen et al., 1994; Thompson et al., 2002）。ソーシャル・サポートについては、サポートを受けた効果について研究することが多いが、サポートを与えることの効果についても考える必要があろう（金ら、2000; 黒田ら、1994）。一般に、対人関係における報酬とお礼は釣り合うべきだという社会規範の存在から推測されるように、人から受けたサポートと与えるサポートの量が釣り合っているときに心身の健康状態がよいと考えられる（Jou & Fukada, 2002; Luo, 1997）。このバランスが崩れ、サポートが相互交換できなかったり過剰なサポートを受けたりすることは、サポートの受け手に負担感をもたらす可能性がある（Buunk et al., 1993）。たとえば、「働かざる者、食うべからず」という価値観で暮らしてきた高齢者にとっては、家族から道具的なサポートを受けながらもそれを返すことができない状態が、抑うつを引き金になることも考えられる（増地・岸、2001）。介入対象地域によってソーシャル・サポートのあり方は異なると

思われるので、この点についても調査し、介入方略策定の基礎資料としたい。この他にも、生きがいのなさや個人の経済的な状況なども抑うつや自殺行動に関連する要因であると考えられるのであわせて検討する。

自殺予防活動においては地域における心理・社会学的な変数を考慮する必要があるという前提に立ち、以下の項目を取り上げ、介入地域全体での傾向を記述することを目的とする。すなわち社会心理学的変数として、経済的な状況、ソーシャル・サポート（受容、供与）、生きがい、うつ状態および自殺念慮状態の認知・過去の経験・将来の可能性・援助希求行動、自殺および精神科に対する態度をとりあげ検討した。この他にも、これまでの取り組みの効果とこれからの取り組みへのヒントを得るために、自殺予防活動についての町の取り組みが知られている程度やこれからの健康づくり事業に対する要望を尋ねた。

2) 対象と方法

調査協力者 青森県名川町の40歳以上80歳未満の住民から、住民台帳をもとに各地区ごとに無作為に1割を抽出した（532名）。各地区の保健推進委員が各戸を訪問して配布、協力の同意を得た人に対して約4週間後までに再び保健推進委員によって回収した。その結果500部を回収した（回収率93.98%）。性別の内訳は、男性199名、女性263名、不明38名であり、平均年齢は男性57.60±11.04歳、女性58.61±11.34歳であった。なお回答はすべて無記名で行った。

調査項目

人口統計学的変数 性別、年齢、職業、同居者を尋ねた。職業は、1. 農林水産業、2. 自営業（1以外）、3. 会社員・団体職員・公務員等、4. 専業主婦・主夫、5. パート・アルバイト、6. 学生、7. 無職、8. その他、から回答を求めた。同居者については、その人数を続柄ごとに記入させた。

経済的な状況 経済状況については、家計の収入を金額で問う方法、職業から社会経済的地位を操作的に定義する方法などがあるが、本研究では単純に「自分で自由に使えるお金はありますか」という質問によって尋ねた。その理由は、まず、この地域は主な職業が農業であり、たとえば食物を

自分の畑から自給するなど、必ずしも現金収入の総額が、その家の経済的な豊かさを表していないと考えられるからである。また、家庭の経済状況と家族の中の個人の経済状況とは必ずしも一致せず、むしろ、個人の経済的な状況を直接聞く方が説明力が高いと考えられるからである。選択肢は「(1)ある、(2)ない」とし、あると回答した場合は主な収入源を自由記載してもらった。

ソーシャル・サポートの受容 道具的サポートと情緒的サポートについて質問した。道具的サポートの受容については「ふだんから、あなたがちょっとした用事を頼む人は次のどなたですか」、情緒的サポートの受容については「ふだんから、あなたを元気づけたり、ぐちを聞いてくれたりする人は次のどなたですか」という質問をした。2つの質問とも選択肢として「(1)家族や親戚、(2)友人や近所の人、(3)仕事の関係の人、(4)その他の人、(5)そういう人はいない」の5つを設け、複数回答を許して、道具的サポート、情緒的サポートごとに回答を求めた。

ソーシャル・サポートの供与 ソーシャル・サポートの供与についても、道具的サポート、情緒的サポートの2つの側面に分けて質問した。道具的サポートの供与については「ふだんから、あなたにちょっとした用事を頼む人は次のどなたですか」、情緒的サポートの供与については「ふだんから、あなたが元気づけたり、ぐちを聞いてあげたりする人は次のどなたですか」という質問をした。「ソーシャル・サポートの受容」同様、2つの質問とも選択肢として「(1)家族や親戚、(2)友人や近所の人、(3)仕事の関係の人、(4)その他の人、(5)そういう人はいない」の5つを設け、複数回答を許して、道具的サポート、情緒的サポートごとに回答を求めた。

生きがい 生活における「はり」、生きがいや充実感を感じるときについて尋ねた。以下のような選択肢を用意し、複数回答を許して回答を求めた。(1)仕事、(2)家事、(3)勉強や習い事、(4)趣味やスポーツ、(5)家族との団らん、(6)友人や知人との交流、(7)子どもや孫などの世話、(8)のんびりすること、(9)テレビやラジオ、(10)食事や飲酒、(11)社会奉仕や地域活動、(12)そ

の他。

うつ状態の認知、罹患経験、将来の可能性および援助希求行動 うつ状態の記載を提示し(付録参照)、それに対して以下の質問をした。まず、うつ状態の認知として「あなたは、このような状態は普通のことだと思いますか」、罹患経験として「今までに、このような状態になったことがありますか」、将来の可能性として「あなたは将来、このような状態になることがあると思いますか」という質問をした。選択肢は、前二者については「(1)はい、(2)いいえ」で、最後については二者択一は回答が難しいと思われたので、「(1)絶対ある、(2)たぶんある、(3)たぶんない、(4)絶対ない」の4段階で回答させた。援助希求については、仮にそのような状態になったとして、だれに相談するかを問うた。選択肢として「(1)誰にも相談しない、(2)家族や親戚に相談する、(3)友人や知人に相談する、(4)保健師・訪問看護師などに相談する、(5)病医院の医師に相談する、(6)精神科などの専門医に相談する、(7)宗教関係者に相談する(僧侶、神父、祈とう師など)、(8)その他」を用意し、複数回答を許して回答を求めた。

自殺念慮状態の認知、罹患経験、将来の可能性および援助希求行動 自殺念慮の記載を提示し(付録参照)、うつ状態における認知、罹患経験、将来の可能性および援助希求行動と同様の質問をした(選択肢も同一である)。

自殺に対する態度 自殺に対する態度を以下の5項目で測定した。(ア)働けなければ生きる意味はないと思う、(イ)自殺はしてはならないことだと思う、(ウ)自殺は事情があればやむを得ないことだと思う、(エ)自殺をする人の気持ちがわからない、(オ)家族に負担をかけるくらいなら、死んだ方がましだと思う。この5項目の意見のそれぞれに賛成か反対かを問うた。

精神科に対する偏見 精神科治療に対する偏見を調べるために以下の2項目を用いた。(カ)精神科受診をすすめられても行きたくはない、(キ)精神科に行っていることは隠すべきではない。この2項目の意見のそれぞれに賛成か反対かを質問した。

町の施策の周知および要望について 自

殺予防活動についての町の取り組みがどの程度住民に知られているかについて、以下の3項目で調べた。(ア)町から配布される広報をよく見えていますか、(イ)町が、自殺の予防に取り組んでいることを知っていましたか、(ウ)保健師が、うつ病についての相談にのっていることを知っていましたか。それぞれの項目について「はい、いいえ」のどちらかの回答を求めた。

また、町の健康づくり事業についての要望を以下の8項目で調べた。(1)正しい知識や上手な対処法に関する情報を提供してほしい(広報など)、(2)医療機関などに専門的な相談ができる窓口を増やしてほしい、(3)地域、職場、学校などに気軽に相談できる窓口を増やしてほしい、(4)地域の人たちと一緒に活動して、ストレスを解消するような場を設けてほしい、(5)スポーツ施設やレクリエーション施設を気軽に利用できるようにしてほしい、(6)休暇が

計画的にとれるような環境づくりをしてほしい、(7)その他、(8)特に思いつかない。複数回答を許して回答を求めた。

3) 結果

3.1 人口統計学的変数 調査対象者の性別は男性199名、女性263名、不明38名、年齢層別では、40歳代117名、50歳代130名、60歳代115名、70歳代94名、不明44名、同居者については、同居者あり433名、同居者なし67名であった。職業については、全体の集計を表1に、若年者(40~59歳)と高齢者(60歳以上)に分けた集計を表2に掲載した。若年者と高齢者で大きく異なり、若年者では会社員・団体職員・公務員などが35.6%を占め、パート・アルバイト(15.0%)と合わせて給与所得者が半数を超えた。これに対して高齢者では、給与所得者が激減し、反対に無職が半数近くなった。

(参考文献)

Buunk, B. P., Doosje, B. J., Jans, L. G. J. M., & Hopstaken, L. E. M. (1993). Perceived reciprocity, social support, and stress at work: The role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65, 801-811.

Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Caine, E. D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 23-29.

布施豊正 1990 自殺学入門 クロス・カルチュラル的考察 誠信書房

Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Loennqvist, J. K. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Suppl), 65-72.

Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaeki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, 590-594.

Jou, Y. H. & Fukada, H. (2002). Stress, health, and reciprocity and sufficiency of

social support: The case of university students in Japan. *Journal of Social Psychology*, 142, 353-370.

石井健一 (1988) 自殺報道が自殺行動に及ぼす効果の実証的分析 東京大学新聞研究所紀要、37、225-243.

金恵京・甲斐一郎・久田満・李誠國 (2000). 農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感、老年社会科学、22、395-404.

小泉毅、高橋邦明、内藤明彦、森田昌宏、須賀良一、小熊隆夫：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—、精神神経学雑誌100:469-485、1998

黒田研二・青木信雄・井上学・久泉広子・山田尋志・秋山正子 (1994). 老人の死生観とその関連要因 老年社会科学、15、166-174.

Luo, L. (1997). Social support, reciprocity, and well-being. *Journal of Social Psychology*, 137, 618-628

増地あゆみ・岸玲子 (2001). 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察 日本公衆衛生雑誌 48、435-447.

大野裕・田中江里子・坂本真士・根市恵子

- (2003). 青森での地域介入研究の経験と成果 *ストレス科学*, 14, 245-251.
- 大野裕：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」主任研究者：大野裕）、2000
- Ono, Y., Tanaka, E., Oyama, H., Toyokawa, K., Koizumi, T., Shinohe, K., Satoh, K., Nishizuka, E., Kominato, H., Nakamura, K., & Yoshimura, K. (2001). Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 55, 605-610.
- 大野裕：高齢者の自殺予防の実践、自殺の病理と実態—救急の現場から、別冊・医学のあゆみ 53-54、2003
- 大野裕：うつ病者の自殺のサインをどう読みとり、対応するか、自殺予防システム構築の提案、生活と教育 47 (2) :35-41、2003
- 大山博史：高齢者自殺予防マニュアル。診断と治療社。2003)
- 坂本真士 (2004). 社会心理学的観点から見た自殺問題—こころの臨床ア・ラ・カルト、23、61-65.
- 坂本真士・田中江里子・豊川恵子・大野裕 (2002). 地域における高齢者のうつ病及び自殺の早期発見・早期治療に関する研究—地域住民はうつ病をどう認知し、だれに援助希求するのか— (財) 安田生命社会事業団 研究助成論文集 37、161-168.
- 高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉毅 (1998). 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動：老年期うつ病を中心に。精神神経学雑誌、100、469-485.
- 田中江里子 (2001). 高齢者の抑うつ・自殺危険群を抽出するためのスクリーニング尺度の信頼性・妥当性の検討—うつ状態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総合研究報告書（平成11年～平成12年度 厚生科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業報告書 主任研究者 大野裕） pp.140-147.
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Short, L. M., & Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy--suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 942-949.
- 山内隆久 (1996). 偏見解消の心理—対人接触による障害者の理解— ナカニシヤ出版

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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
平成15年度 分担研究報告書

自殺予防を目標とする抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムの開発
—都市部大規模住宅地域の実態調査と介入マニュアルの作成—

分担研究者 栗田圭一 東北大学大学院医学系研究科精神神経学

研究要旨：都市部の大規模住宅地域においても効率的に運用できる、自殺予防を目標とした抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムを開発するために、(1)都市部大規模住宅地域に在住する70歳以上高齢者を対象に自殺念慮と抑うつ状態の出現頻度、関連要因に関する横断調査とコホート調査を実施し、(2)上記の結果と小規模自治体で実施したパイロット研究の結果を総合して、都市部大規模住宅地域に在住する抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムのマニュアルを作成した。横断調査では、MMSE18点以上の高齢者1146人において、「自殺についての反復思考」が4.5%、「過去2週間に亘る自殺念慮」が3.1%、GDS11点および14点をカットオフとする抑うつ症状がそれぞれ33.6%、20.0%、大うつ病が1.8%、小うつ病が10.2%に認められた。また、抑うつ症状は「自殺についての反復思考」のリスクを33.5倍高め、抑うつ症状のある高齢者において大うつ病および小うつ病の診断は「過去2週間に亘る自殺念慮」のリスクをそれぞれ20倍、4.2倍高めた。種々の社会人口統計学的指標、健康リスク関連指標を補正した後にもソーシャルサポートの欠如は抑うつ症状と有意に関連した。コホート調査では、抑うつ症状、強い疼痛、顕著な飲酒問題が「自殺についての反復思考」に独立に関連し、種々の社会人口統計学的指標、健康リスク関連指標を補正した後にもソーシャルサポートの欠如は抑うつ症状と有意に関連した。本研究の結果から、第一段階で抑うつ症状を評価し、第二段階でうつ病性障害を診断的に評価するスクリーニングプログラムは、自殺ハイリスク高齢者の同定に有用であること、自殺予防という観点からは、抑うつ症状とともに、疼痛と飲酒問題のコントロールが重要であり、また抑うつ症状の回復・予防という観点からは、高齢者の心身の健康管理とソーシャルサポートの確保が重要であることが示された。一方、都市部の大規模住宅地域で介入プログラムを展開するためには社会資源の整備が必要であり、特に保健看護専門職の育成と社会的ネットワークの構築が最も重要な課題になると考えられた。こうした諸点を考慮して、都市部大規模住宅地域において、自治体レベルで事業化するための、自殺予防を目標とする抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムのマニュアルを作成した。

A. 研究目的

わが国の自殺死亡率は先進諸国の中でも際立って高く、米国の約2倍、英国やイタリアの約3倍の数値を示している¹⁾。警察庁生活安全局地域課の統計資料²⁾によれば、わが国の年間自殺者数は1998年以降連続5年間30000人以上の大台を突破しており、平成14年中の自殺者数は32143人で、前年より1101人(3.5%)増加している。また、平成14年の年齢階級別自殺者数では、60歳以上の高齢者が最も多く、全体の34.6%を占めている。欧米圏で実施されている心理学的剖検研究³⁾や自殺念慮の関連要因研究^{4,5)}は、高齢者の自殺とうつ病との密接な関連を強調しており、うつ病の発見、治療、再発予防を含む地域介入プログラムが、高齢者の自殺予防に寄与する可能性は高い。

近年、わが国でも、高齢者の自殺予防やうつ病の早期発見・早期介入を目的とする自治体レ

ベルでの取り組みが、過疎高齢化の進む東北地方や北陸地方の農村地域を中心に実施されてきている。しかし、高齢者人口が急速に増大しているわが国では、人口が密集している都市部住宅地域においても、高齢化の問題は深刻化しつつある。特に、昭和40年代に新たに宅地造成された都市近郊の大規模ニュータウンでは、比較的近い世代が、開発直後の同じ時期に、大規模な人口集団として一挙に転入しているために、30年～40年を経た今日になって、高齢化が急激に加速しはじめるというニュータウン特有の現象が現われてきている。しかも、人口規模が大きい分、高齢者人口の絶対数も大きく、高齢者を支援するための保健福祉資源、特に人的資源が著しく不足している状況が顕在化している。

そこで筆者らは、都市部の大規模住宅地域においても効率的に運用できる、自殺予防を目標

とした抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムを開発するために、以下の研究を実施することとした。

研究1：都市部大規模住宅地域に在住する高齢者の自殺念慮と抑うつ状態の出現頻度および関連要因を、横断的研究とコホート研究によって調査する。

研究2：上記の研究結果を踏まえて、都市部大規模住宅地域において運用可能な、抑うつ状態高齢者のための地域介入プログラムのマニュアルを作成し、同プログラムの有用性を歴史的比較対照試験によって評価する。

B. 研究方法

対象地域は、仙台市内の特定住宅地区である。本地域は、1966年に宅地造成された、わが国では比較的古い新興住宅地域である。2002年4月1日現在の人口は16994人、高齢化率は24.4%で、同時期の仙台市の高齢化率14.3%、わが国の高齢化率18.4%と比較しても、高齢化が顕著な地域であることがわかる。2002年および2003年に同地域において以下の2段階調査を実施し、2003年～2004年にかけて介入研究を実施した。

(1) 2002年一次調査

同地区在住の70歳以上の全高齢者2730人に対し、健康診断の実施に関する案内を配布し、2002年7月～8月に地区内の公共施設において高齢者の総合機能評価を実施した。参加者は男性493人、女性705人、合計1198人であり、年齢の増加とともに参加率は減少したが、各年齢階級別に比較した性別参加率には有意差を認めなかった。このうち、本研究の協力に同意の得られた1179人に対して、以下の項目を含むアンケート調査を実施した。

自殺念慮は、大野ら⁶⁾の方法に従い、「死についての反復思考」と「自殺についての反復思考」を2件法で調査した。社会人口統計学的指標として、性、年齢、教育レベル、婚姻状況、子供の数、同居者数、情緒的・手段的ソーシャルサポート⁷⁾、健康リスク関連指標として、既往身体疾患(脳卒中、高血圧症、虚血性心疾患、糖尿病など19疾患)、疼痛、主観的健康感、睡眠障害、問題飲酒(CAGE)⁸⁾、運動機能(MOS SF-36, Physical Functioning)⁹⁾、手段的ADL(老研式)¹⁰⁾、認知機能(Mini-Mental State Examination, MMSE)¹¹⁾、抑うつ症状(Geriatric Depression Rating Scale, GDS)¹²⁾を評価した。

(2) 2002年二次調査

2002年一次調査で、GDSが14点以上の高

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、精神科医と保健師が訪問し、DSM-IVの大うつ病エピソードの基準¹³⁾を用いて、「過去2週間に亘る自殺念慮」とうつ病性障害について評価した。但し、ここでは、診断基準のA、B、C項目のみを用い、A項目では5つ以上の症状が認められる場合を大うつ病、2つ以上4つ以下の症状が認められる場合を小うつ病と定義した。

(3) 2003年一次調査

2002年と同様に、同地区在住の70歳以上の全高齢者に対し、健康診断の実施に関する案内を配布し、2003年7月～8月に地区内の公共施設において高齢者の総合機能評価を実施した。健康診断に参加し、かつ本研究の協力に同意が得られた男性438人(平均年齢±標準偏差=74.5±4.4歳)、女性524人(75.4±5.0歳)、合計962人(75.0±4.8歳)に対して、2002年と同様の項目を含むアンケート調査を実施した。

(4) 2003年二次調査

2003年一次調査で、GDSが14点以上の高齢者に対して、2003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2003年10月～12月にかけて、精神科医と保健師が訪問し、2002年と同様の調査を実施した。また2003年の二次調査において、小うつ病または大うつ病と評価された高齢者に対しては、本人および家族に介入プログラムの内容を説明し、文書による同意が得られた者に対しては相談プログラム、訪問看護師による訪問プログラムを開始した。

(5) 統計学的解析

自殺念慮、抑うつ症状、うつ病の出現頻度を算出するとともに、自殺念慮と抑うつ症状の関連要因を、ロジスティック回帰分析を用いて解析した。危険率についてはオッズ比と95%信頼区間を算出し、 $P<0.05$ 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。すべての調査および介入は、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実施している。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・保管しているため、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。また二次調査の段階で、重症の精神障害や自殺念慮が認められた場合には、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

研究1：自殺念慮の出現頻度と関連要因研究 (1)横断的研究

2002年一次調査実施者のうち、自殺念慮とGDS項目に欠損値がなく、かつMMSE18点以上の1,146人(男480人、女666人)(反応率42.9%)を解析対象とした。

表1に、「死についての反復思考」「自殺についての反復思考」の頻度を示す。「死についての反復思考」は女性に多いが($\chi^2=7.053$, $P=0.008$), 「自殺についての反復思考」には有意差はなかった($\chi^2=1.183$, $P=0.315$)。「自殺についての反復思考」がある52人うち、46人(88%)は「死についての反復思考」も認められた。

補正なしの解析では、数多くの社会人口統計学的指標と健康リスク関連指標が「死についての反復思考」「自殺についての反復思考」に関連した(表2,3)。すなわち、女性、小学校卒業以下の教育レベル、配偶者との離別または死別、独居、ソーシャルサポートの欠如、複数の身体疾患の既往、痛み、不良な主観的健康感、身体的機能障害、手段的ADL障害、睡眠障害、睡眠薬の使用、抑うつ症状が「死についての反復思考」と有意に関連し、子供がいない、手段的ソーシャルサポートの欠如、複数の身体疾患の既往、痛み、不良な主観的健康感、身体的機能障害、手段的ADL障害、睡眠障害、抑うつ症状が「自殺についての反復思考」と有意に関連した。さらに、病気の配偶者がいる、配偶者との離別または死別、情緒的ソーシャルサポートの欠如、軽度痴呆レベルの認知障害が「自殺についての反復思考」と関連する傾向を認めた($P<0.10$)。

しかし、抑うつ症状で補正した解析では、複数の身体疾患、身体的機能障害、睡眠障害のみが「死についての反復思考」と関連し、手段的ソーシャルサポートの欠如のみが「自殺についての反復思考」と関連した。これらの変数と抑うつ症状を予測変数に投入したロジスティック回帰モデルを表4に示す。複数の身体疾患は $P>0.05$ となりモデルから除去した。

一次調査においてGDS14点以上かつMMSE18点以上であった者は229人で、このうち143人が二次訪問調査に同意した(反応率62%)。これらのうち、「2週間に亘る自殺念慮」を認めたのは22人(表1)で、性差は認めなかった($\chi^2=1.934$, $P=0.213$)。自殺念慮

が、二次訪問調査非同意者においても同率に認められると仮定すると、一次調査のサンプルにおける「2週間に亘る自殺念慮」の出現頻度は3.1%と概算された。

診断的評価では、小うつ病、大うつ病がそれぞれ73人、13人に認められた。うつ病と自殺念慮の関連を調べるために、大うつ病エピソードの9症状から自殺念慮の項目を除いて改めて定義すると、小うつ病は71人、大うつ病は12人となった。年齢と性を共変量に投入したロジスティック回帰分析で、小うつ病と大うつ病は、いずれも、「2週間に亘る自殺念慮」と有意な関連を示した(表5)。

(2)コホート研究

2002年のCGAに参加した者で、研究協力に同意が得られ、MMSE18点以上でかつ「自殺についての反復思考」を認めなかったのは1093人(男462人、女631人)であった。このうち、2003年のCGAに参加し、研究協力に同意が得られ、かつ自殺念慮に関する質問に回答した者は634人(男287人、女347人)

(コホート研究参加者)であり、459人(男175人、女284人)が追跡から脱落した(コホート研究非参加者)。参加群と非参加群の基本特性を表6に示した。非参加群に比較して、参加群は有意に年齢が若く、教育レベルが高く、身体疾患数が多く、疼痛・運動機能低下・IADL低下・主観的健康感が不良であるとする者が少なく、認知機能は高く、抑うつ症状が低く、情緒的ソーシャルサポートが欠如している者が少なかった。

追跡実施者634人の中で、2003年のCGAで自殺についての反復思考を認めたのは15人(2.37%, 男2.08%, 女2.60%)であった。1年間のコホート研究で「自殺についての反復思考」の出現に関連する要因を表7,8に示した。複数の身体疾患があること、強い疼痛があること、運動機能が低下していること、顕著な飲酒問題があること、抑うつ症状があることが「自殺についての反復思考」の出現に有意に関連した。これらの要因を予測因子に投入したステップワイズ多重ロジスティック回帰分析では、強い疼痛、顕著な飲酒問題、抑うつ症状が「自殺についての反復思考」の出現に独立に関連した(表9)。

研究2：抑うつ症状の出現頻度と関連要因研究 (1)横断的研究

2002年一次調査実施者のうち、自殺念慮とGDS項目に欠損値がなく、かつMMSE18点以上の1,146人(男480人、女666人)(反応率42.9%)を解析対象とした。

表 10 に、抑うつ症状とうつ病の出現頻度を示す。GDS11 点以上をカットオフとする比較的軽い抑うつ症状が 33.6%、14 点以上をカットオフとする比較的強い抑うつ症状が 20.0%、広義の小うつ病が 10.2%、狭義の小うつ病が 4.2%、大うつ病が 1.8%に認められた。

社会人口統計学的要因との関連では、補正のないロジスティック回帰分析で、性および年齢が抑うつ症状の出現に関連し、女性であること (OR=1.7)、85 歳以上の高齢者であること (OR=2.1)が抑うつ症状出現のリスクを有意に増大させた (表 11)。また、性と年齢で補正したロジスティック回帰分析で、教育レベル、婚姻状況、子供の有無、同居状況が抑うつ症状出現に関連し、高校卒以上の教育レベルを基準とすると、高校程度まで (OR=1.5)、中学校程度まで (OR=1.8)、小学校程度まで (OR=4.5)の教育レベルが抑うつ症状出現のリスクを有意に増大させ、配偶者が健康であることを基準とすると、配偶者が病気であること (OR=2.5)、配偶者と死別または離別していること (OR=2.0)が抑うつ症状出現のリスクを有意に増大させた。さらに、子供がいないこと (OR=2.0)、一人暮らし (OR=1.4)であることも抑うつ症状のリスク増大に有意な関連を示した (表 12)。

健康関連要因では、性、年齢、教育レベル、婚姻状況、子供の有無、同居者の有無で補正したロジスティック回帰分析で、身体疾患の数、痛み、主観的健康感、運動機能、手段的 ADL、睡眠障害、認知機能障害が抑うつ症状の出現に関連し、複数の身体疾患があること (OR=2.1)、痛みがあること (OR=3.1)、主観的健康感が不良であること (OR=3.5)、運動機能が障害されていること (OR=2.8)、手段的 ADL が障害されていること (OR=3.0)、睡眠障害があること (OR=2.3)、認知機能障害があること (MMSE が 24~27 点で OR=1.5、MMSE が 18 点~26 点で OR=1.8)が抑うつ症状出現のリスクを有意に増大させた (表 13)。

最後に、性、年齢、教育、婚姻状況、子供の有無、同居者の有無、身体疾患、痛み、主観的健康感、運動機能障害、手段的 ADL 障害、睡眠障害、認知障害、抗うつ薬服用の有無、抗不安薬服用の有無、睡眠薬服用の有無で補正したロジスティック回帰分析で、ソーシャルサポートの有無が抑うつ症状の出現に関連することが確認された。すなわち、困ったときの相談相手がいなかったこと (OR=1.8)、日常生活を援助してくれる人がいないこと (OR=1.8)、具合が悪い時に病院に連れて行ってくれる人がいないこと (OR=1.9)、病気で寝込んだときに世話し

てくれる人がいないこと (OR=2.4)が、抑うつ症状出現のリスクを有意に増大させた (表 14)。(2)コホート研究

2002 年の健診で GDS11 点未満かつ MMSE18 点以上であった 761 人 (男性 350 人、女性 411 人)のうち、2003 年の健診に参加し、研究についての同意が得られ、かつ GDS について完全回答が得られたコホート研究参加群は 480 人 (男性 241 人、女性 239 人)であった。一方、平成 14 年の健診で GDS14 点未満かつ MMSE18 点以上であった者のうち、平成 15 年の健診に不参加あるいは GDS で十分な回答が得られなかった非参加群は 281 人 (男性 109 人、女性 172 人)であった。

参加群、非参加群間で、2002 年のベースライン調査で得られた基本特性のデータを比較すると、追跡群は非追跡群に比して男性の割合が高く、教育レベルが高く、認知機能障害を有する者の割合が低く、中等度以上の運動機能の低下を認める者の割合が低かった。一方、ベースライン時の GDS 得点、各ソーシャル・サポートの欠如の割合には有意差を認めなかった (表 15)。

性、年齢、教育、婚姻状況、子供の有無、同居者の有無、身体疾患、痛み、主観的健康感、運動機能障害、手段的 ADL 障害、睡眠障害、認知障害、抗うつ薬服用の有無、抗不安薬服用の有無、睡眠薬服用の有無で補正したロジスティック回帰分析で、ソーシャルサポートの欠如が抑うつ症状の出現に関連することが確認された。すなわち、困ったときの相談相手がいなかったこと (OR=3.3)、病気のときの相談相手がいなかったこと (OR=2.3)、具合が悪いときに病院に連れて行ってくれる人がいないこと (OR=1.9)、病気で寝込んだときに世話してくれる人がいないこと (OR=3.2)が抑うつ症状出現のリスクを有意に増大させた (表 16)。

研究 3：事業化のためのマニュアル作成

2001 年 1 月より、介入プログラムを開発するためのパイロット研究を宮城県南郷町で実施し²⁰⁾、図 1 のようなプログラムの枠組みを作成した。仙台市宮城野区鶴ヶ谷団地の実態調査より得られた介入対象者の数と関連要因に関するデータを基礎資料として、宮城野区保健福祉事務所障害高齢化と協働して、仙台市宮城野区版のプログラム・マニュアルを作成した (資料 1)。

研究 4：介入研究

2002 年または 2003 年の二次調査でうつ病と判定された者のうち、2003 年 12 月までに介入研究への参加について同意が得られたの

は 47 人であった。この 47 人に対して、現在マニュアルに沿った介入を実施している。転帰の評価は 2004 年 7 月～8 月に実施する予定である。

D. 考察

(1) 自殺念慮の出現頻度

横断的研究から、「死についての反復思考」「自殺についての反復思考」「過去 2 週間に亘る自殺念慮」がそれぞれ、都市在住 70 歳以上の高齢者の 39.1%, 4.5%, 3.1% に認められることが示された。この結果から、「死についての反復思考」が比較的広く見られる現象であるのに対し、「自殺についての反復思考」や「過去 2 週間に亘る自殺念慮」が相対的に稀な現象であることがわかる。また、「自殺についての反復思考」を有する者のほとんどが「死についての反復思考」を有することから、自殺に関連する思考が、広範なスペクトラムをもつ連続的現象であることが示唆される。

「死についての反復思考」は、必ずしも自殺念慮のみを反映するものではない。ここには、「死の不安」「死への憧れ」「死に関する一般的思念」なども含まれる。同じ質問を用いた農村部の調査では、65 歳以上の高齢者における「死についての反復思考」の出現頻度が 11.4% と報告されている¹⁴⁾。同調査では、一般住民を対象とする自殺予防の心理教育の後に、保健専門職によって調査が実施されているが、本研究では、高齢者の総合機能評価の中で、非専門職によって調査が実施されている。こうした違いが、「死についての反復思考」に関する質問の意味の受け取られ方に影響しているかもしれない。しかし、それでも、「死についての反復思考」が抑うつ症状と強く関連していることは注目すべきであり、この項目は少なくとも受動的自殺念慮をある程度反映しているものと思われる。

これに対して、「自殺についての反復思考」や精神科医の面接評価による「過去 2 週間に亘る自殺念慮」は能動的自殺念慮をより反映しやすい。地域在住高齢者を対象とする研究では、オーストラリアの 70 歳以上高齢者において「過去 2 週間以内の自殺についての反復思考」が 2.3%¹⁵⁾、スウェーデンの 75 歳以上高齢者において「2 週間に亘る頻回の自殺念慮」が 2.5%⁴⁾、ドイツの 70 歳以上高齢者において「調査時点における自殺の意図」が 2% に認められている⁵⁾。我が国の農村部における調査では、65 歳以上高齢者において、「自殺についての反復思考」が 2.3%、「過去 2 週間以上持続する自

殺についての反復思考」が 0.6% と報告されている¹⁴⁾。方法論的差異のために単純な比較はできないが、本研究で、能動的自殺念慮または最近の能動的自殺念慮の出現頻度が、西欧圏や日本の農村部と比較しても高い数値を示したことは注目すべきである。高齢者の自殺は、西欧圏や日本の農村部のみならず、高齢化が急速に進行している日本の都市部住宅地域においても問題化しつつある現象である。

(2) 横断研究から見た自殺念慮の関連要因

本研究の横断調査から、複数の社会人口統計学的指標と健康リスク関連指標が「死についての反復思考」「自殺についての反復思考」に関連することが示された。

先行する横断研究においても、高齢者の自殺念慮の関連要因として以下の項目が指摘されている：女性であること^{5,16)}、高齢であること^{4,5)}、配偶者との死別・離別^{15,18)}、未婚⁴⁾、配偶者がいること¹⁸⁾、身体疾患¹⁸⁾、痛み^{15,18)}、身体機能障害または ADL 障害^{4,15,18)}、視覚障害^{4,15)}、聴覚障害¹⁵⁾、不良は主観的健康感^{5,15,18)}、認知障害^{4,15)}、精神症状または精神障害^{4,16,17,18)}、特にうつ^{4,15,16,19)}、不安^{4,16,18)}、身体化¹⁸⁾、強迫¹⁸⁾、対人過敏¹⁸⁾、敵意¹⁸⁾、精神病¹⁸⁾、妄想¹⁸⁾、精神病的傾向¹⁸⁾、痴呆^{4,19)}、向精神薬の使用⁴⁾、特に抗不安薬^{16,18)}、睡眠薬¹⁸⁾、非精神科的薬物の使用¹⁸⁾、複数の薬物使用¹⁸⁾、施設入所^{4,5,15)}。本研究の結果は、これらの多くを再確認しているが、さらに新たな所見として、低い教育レベル、ソーシャルサポートの欠如、睡眠障害が自殺念慮と関連することを示している。

しかし、先述したように、抑うつ症状で補正すると、多くの変数はその予測指標としての価値を失う。このことは、社会人口統計学的因子と健康リスク関連因子のほとんどが、抑うつ症状を仲介して、自殺念慮に影響していることを示唆している。そして、最終的なロジスティック回帰モデルでは、身体的機能障害、睡眠障害、抑うつ症状のみが「死についての反復思考」に有意に関連し、手段的ソーシャルサポートの欠如と抑うつ症状のみが「自殺についての反復思考」と関連した。

身体的苦悩や精神的苦悩が、抑うつ症状とは無関係に自殺念慮と関連することを示す先行研究はいくつかある。Jorm は痛み、不良な主観的健康感、身体的機能障害、視覚障害、聴覚障害¹⁵⁾、Forsell は身体的機能障害と視覚障害⁴⁾、Scocco は主観的健康感の低下¹⁸⁾が、抑うつとは独立に自殺念慮と関連することを示している。また、向精神薬^{4,16)}、特に睡眠薬¹⁸⁾の使

用, 不安¹⁸⁾, 敵意¹⁸⁾, 精神病性障害¹⁶⁾が, 抑うつとは無関係に自殺念慮に関連することも報告されている。身体的機能障害と睡眠障害は, 多様な身体的・精神的苦悩を代表して, 抑うつとは独立に, 受動的自殺念慮と関連しているのかもしれない。

一方, 地域在住高齢者において, ソーシャルサポートの欠如が, 抑うつとは無関係に高齢者の自殺念慮に関連することを示したのは本研究がはじめてである。また, 後述するように, 本研究では, ソーシャルサポートの欠如が, 他の社会人口統計学的変数や健康リスク関連変数とは独立に, 抑うつ症状と関連することを示している。急速に高齢者人口が増大している都市部住宅地域では, 農村部に比較して, ソーシャルサポートを提供するための社会資源が相対的に不足している可能性が高い。このことは, 農村部以上に, 都市部住宅地域においては, 社会資源の整備とネットワークの構築が, 高齢者の抑うつ症状や自殺の予防に重大な意味をもつことを示している。

しかし, こうした要因を考慮に入れても, 抑うつ症状が自殺念慮の最も強力な予測因子であることに変わりはない。すなわち, GDS14 点以上の抑うつ症状は, 抑うつ症状のない高齢者と比較すると, 「自殺についての反復思考」の危険を 33.5 倍高める。さらに, 抑うつ症状をもつ高齢者群において, 大うつ病は, うつ病性障害を有していない高齢者に比較して, 「過去 2 週間に亘る自殺念慮」の危険を 20 倍高める。抑うつ症状と大うつ病が高齢者の自殺念慮に対する最も強力な予測指標であることは, 多くの先行研究の結果とも一致する。Forsell は⁴⁾, 大うつ病の診断が最近の自殺念慮の 53.8% を説明するとしており, Barnow と Linden は⁵⁾, 大うつ病は, そうでない高齢者と比較して, 自殺念慮の危険を 40 倍高めるとしている。

さらに, 本研究で注目すべきは, 抑うつ症状をもつ高齢者において, 小うつ病は, うつ病性障害をもたない高齢者と比較して, 「過去 2 週間に亘る自殺念慮」の危険を 4 倍高めることが示されている点である。Conwell は³⁾, 心理学的剖検研究で, 自殺既遂高齢者の 11% が小うつ病であったと報告している。本研究の小うつ病の基準は非常に広く, ここには, 気分変調性障害, 不安障害, 適応障害, 死別反応, 一般身体疾患を示すことによる気分障害など, 多くの精神障害が包含されている。本研究の結果は, 高齢者の自殺予防を目的とする地域介入プログラムにおいて, 小うつ病は看過できない重要な精神保健上の問題であることを示している。

(3) コホート研究から見た自殺念慮の関連要因

本研究のコホート調査においても, 多様な健康リスク関連指標 (複数の身体疾患, 強い疼痛, 運動機能低下, 顕著な飲酒問題, 抑うつ症状) が「自殺についての反復思考」に関連したが, 独立の予測変数としては, 強い疼痛, 顕著な飲酒問題, 抑うつ症状が取り出された。この結果は, 自殺予防という観点からは, 抑うつ症状とともに, 疼痛と飲酒問題のコントロールが重要な意味をもつものであることを示唆している。

(3) 抑うつ症状, うつ病の出現頻度と関連要因

横断研究において, GDS11 点および 14 点をカットオフ値とする抑うつ症状が, それぞれ 33.6%, 20.0% に認められた。GDS30 項目を用いた秋田県の調査²¹⁾では, GDS14 点をカットオフとする抑うつ症状が 75 歳以上高齢者の 9.7% に認められたと報じられているので, ここで得られた数値がかなり高いものであることがわかる。一方, 大うつ病, 小うつ病の出現頻度はそれぞれ 1.8%, 10.2% と概算された。うつ病高齢者の有病率調査に関するメタアナリシスでは, 大うつ病が 1.8%, 小うつ病が 9.8% と概算されているので, このデータは世界の標準的なデータとほぼ一致している。しかし, 本研究の反応率が約 43% であり, しかも集団検診に自ら参加した高齢者のみが対象となっているので, 選択バイアスの問題が残る。心身の健康上の問題がある高齢者は相対的に家に閉じこもりがちであることを考慮すると, 今回の抑うつ症状とうつ病の有症率は, 実際よりも過少評価されている可能性が高い。このことは, 日本の都市部の大規模住宅地域に在住する高齢者において, うつ病が重大なメンタルヘルス上の問題になっている可能性を示唆している。

(4) うつ病の関連要因研究: 特にソーシャルサポートとの関連について

本研究の横断調査において, 種々の社会人口統計学的指標 (女性, 高い年齢, 低い教育レベル, 配偶者が病気であること, 配偶者と離別または死別していること, 子供がいないこと, 独居であること) や健康リスク関連指標 (複数の身体疾患の既往, 疼痛, 不良な主観的健康感, 運動機能低下, 手段的 ADL 障害, 睡眠障害, 認知障害) が抑うつ症状に関連し, これらの要因を考慮に入れても, ソーシャルサポートの欠如は独立に抑うつ症状の出現に関連することが示された。また, コホート調査においても, ソーシャルサポートの欠如は独立に抑うつ症状の新たな出現に関連することが示された。こ

これらの結果は、抑うつ症状の回復・予防という観点から、高齢者の心身の健康管理とソーシャルサポートの供給が重要な意義をもつことを示している。

(5) 都市部住宅地域における介入プログラムの策定

本研究の横断調査の結果は、第一段階で抑うつ症状を同定し、第二段階で大うつ病、小うつ病を同定するプログラムが、都市部住宅地域において現実的かつ効率的なスクリーニング法である可能性を示している。コホート調査の結果は、抑うつ症状とともに、疼痛と飲酒問題のコントロールが、自殺予防という観点からは特に重要であることを示している。さらに、南郷町におけるパイロット研究や鶴ヶ谷団地における抑うつ症状の関連要因研究から、高齢者の多様な心身の健康管理とともに、ソーシャルサポートの供給とそのための社会資源の整備が、介入プログラムの主要な機能の一つになることが確認された。

ところで、本調査で概算される大うつ病、小うつ病の出現頻度は 1.8%、10.2%である。すなわち、70 歳以上高齢者人口が 2,730 人の鶴ヶ谷団地には、大うつ病高齢者が 49 人、小うつ病高齢者が 278 人 在 住 して いる も の と 見 積 も ら れ る。この数の高齢者に、必要とされているソーシャルサポートを、現状の自治体保健師のみが基点となって提供していくのは不可能である。

そこで、小規模自治体で稼働している、普及啓発、スクリーニング、相談、訪問、ケースマネジメントを核とするプログラムを始動させるためには、自治体の保健看護専門職の増員とともに、地域生活支援センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、一般医療機関、地域ボランティア活動の連携によって、人的な資源の確保と社会的ネットワークの構築を推進していく必要がある。専門職のための体系的な教育プログラムを策定し、その有用性を検証していくことが今後の課題となるであろう。

E. 結論

- (1) 第一段階で抑うつ症状を評価し、第二段階でうつ病性障害を診断的に評価するスクリーニングプログラムは、自殺ハイリスク高齢者の同定に有用である。
- (2) 自殺予防という観点からは、抑うつ症状とともに、疼痛と飲酒問題のコントロールが重要であり、また抑うつ症状の回復・予防という観点からは、高齢者の心身の健康管理とソーシャルサポートの確保が重要で

ある。

- (3) 都市部の大規模住宅地域で介入プログラムを展開するためには社会資源の整備が必要であり、特に保健看護専門職の育成と社会的ネットワークの構築が最も重要な課題になる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田主一：都市部住宅地域に在住する高齢者の自殺予防プログラムの開発：高齢者の自殺念慮の出現頻度と関連要因の調査から。精神科。3: 422-429, 2003.
- 2) 小泉弥生, 栗田主一, 関徹, 中谷直樹, 栗山進一, 大森芳, 寶澤篤, 海老原覚, 荒井啓行, 辻一郎：都市在住の高齢者におけるソーシャルサポートと抑うつ症状。日本老年医学雑誌 (印刷中)
- 3) Awata S, Seki T, Koizumi Y, Sato S, Hozawa A, Omori K, Nakaya N, Kuriyama S, Ebihara S, Arai H, Nagatomi R, Tsuji I, Matsuoka H: Suicidal ideation and associated factors in an elderly Japanese population. (in preparation)

2. 学会発表

- 1) 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。2002. 9. 29. 第 56 回東北精神神経学会。2002. 9. 29 山形
- 2) 栗田主一, 関徹, 小泉弥生, 松岡洋夫, 佐藤宗一郎, 寶澤篤, 大森芳, 栗山進一, 辻一郎, 荒井啓行, 永富良一。都市部に在住する 70 歳以上高齢者の抑うつ症状, うつ病性障害, 自殺念慮。第 18 回日本老年精神医学会。2003. 6. 20 名古屋
- 3) 栗田主一：うつ状態高齢者のための地域ケアプログラムの開発。第 58 回日本心身医学会東北地方会。2004. 2. 28 仙台
- 4) 小泉弥生, 栗田主一, 関徹, 松岡洋夫, 中谷直樹, 栗山進一, 大森芳, 寶澤篤, 辻一郎, 藤田和樹, 永富良一, 海老原覚, 荒井啓行。都市に在住する 70 歳以上の高齢者のソーシャルサポートと抑うつ症状との関連性。第 18 回日本老年精神医学会。2003. 6. 20 名古屋
- 5) 関徹, 栗田主一, 小泉弥生, 松岡洋夫, 佐藤宗一郎, 寶澤篤, 大森芳, 栗山進一, 辻一郎, 荒井啓行。都市部に在住する 70 歳以上の高齢者の抑うつ症状と脳血管性危険因子との関連。第 18 回日本老年精神医学会。2003. 6. 20 名古屋