

- 6) Awata S, Seki T, Koizumi Y, Sato S, Matsuoka H, Arai H, Hozawa A, Omori K, Kuriyama S, Tsuji I: Suicidal ideation, depressive symptoms, depressive disorder in an elderly Japanese population. 11th Congress of the International Psychogeriatric Association. 17-23 August, 2003, Chicago.
- 7) Koizumi Y, Awata S, Seki T, Nakaya N, Kuriyama S, Fujita K, Ohmori K, Hozawa A, Ebihara S, Arai H, Nagatomi R, Matsuoka H, Tsuji I: Association between depression and social support in the Japanese elderly population. 11th Congress of the International Psychogeriatric Association. 17-23 August, 2003, Chicago.
- 8) 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. 特別講演. 2004.2.28 仙台

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

文 献

1. 厚生統計協会. 衛生の主要指標. 国民衛生の動向 2002; 49: 34.
2. 警察庁生活安全局地域課. 平成 14 年中における自殺の概要資料.
3. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, et al: Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001.
4. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 108.
5. Barnow S, Linden M: Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 2000; 21: 171.
6. 大野裕, 小泉毅, 大山博史. 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. 平成 11 年～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. うつ状態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総合研究報告書 (主任研究者 大野裕). 2001. p.3.
7. 村岡義明, 生地新, 井原一成: 地域在宅高齢者のうつ状態の身体・心理・社会的背景要因について. *老年精神医学雑誌* 1996; 7: 397-407
8. Ewing JA. Detecting alcoholism-The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905.
9. McHorney CA, Ware Jr. JE, Rachel Lu JF, et al. The MOS 36-item Short-Form Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care* 1994; 32: 40.
10. Koyano W, Shibata H, Nakazto K, et al. Mortality in relation to instrumental activities of daily living: one-year follow-up in a Japanese urban community. *J Gerontol* 1989; 44: S107.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State"; a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189.
12. Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clin Gerontologist* 1991; 10: 85.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* American Psychiatric Press. Washington DC: 1994.
14. Ono Y, Tanaka E, Oyama H, et al. Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatr Clin Neurosci* 2001; 55: 605.
15. Jorm AF, Henderson AS, Scott R, et al. Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age Aging* 1995; 24: 389.
16. Skoog I, Aevansson O, Beskow J, et al. Suicidal feeling in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1015.
17. Linden M, Barnow S: The wish to die in very old person near the end of life: a psychiatric problem? Result from the Berlin Aging Study. *Int Psychogeriatr* 1997; 9: 291.
18. Scocco P, Meneghel G, Caon F, et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 210.
19. Rao R, Dening T, Brayne C, et al: Suicidal thinking in community residents over eighty. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 337.
20. 栗田主一. 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. 平成 14 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」(主任研究者神庭重信) 総括研究報告書. 2003. p.16.
21. 長田久雄, 柴田博, 芳賀博, 安村誠司: 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. *日本公衛誌* 1995; 42: 897-909.

図1. うつ状態高齢者のための地域ケアプログラム

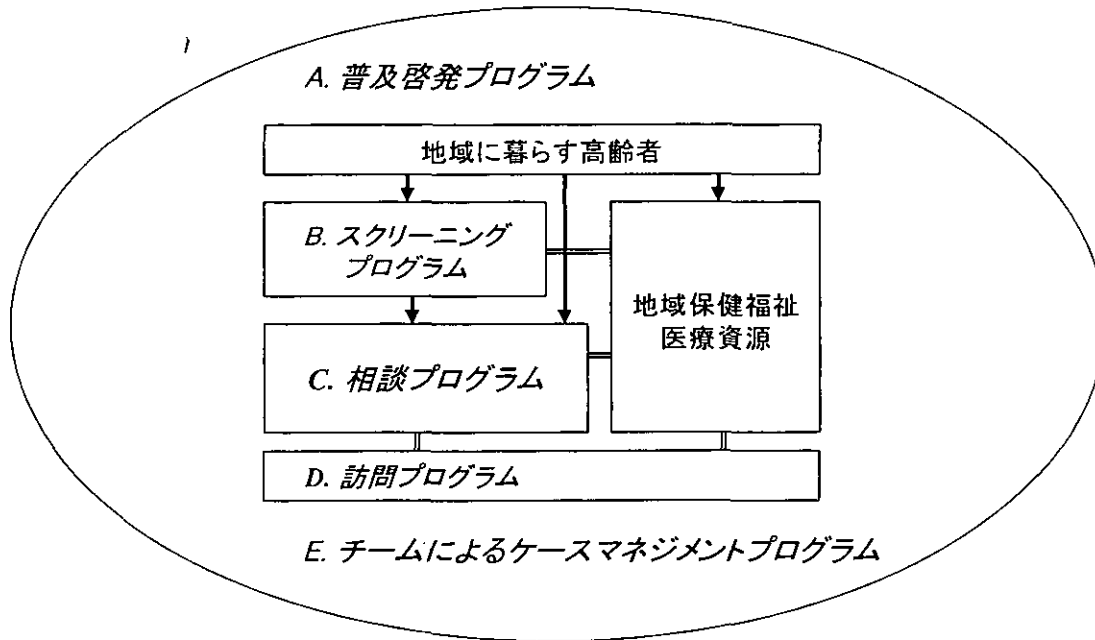


表 1. 自殺念慮の出現頻度

	性別	N	出現頻度	95%CI (%)
死についての反復思考	男	166/480	34.6	30.3-38.8
	女	282/666	42.3	38.6-46.1
	総計	448/1146	39.1	36.3-41.9
自殺についての反復思考	男	18/480	3.8	2.1-5.4
	女	34/666	5.1	3.4-6.8
	総計	52/1146	4.5	3.3-5.7
最近 2 週間に亘る自殺念慮*	男	4/44	1.4	0.4-2.5
	女	18/99	4.3	2.8-5.9
	総計	22/143	3.1	2.1-4.1

*「最近 2 週間に亘る自殺念慮」の有無は精神科医によって DSM-IV の大うつ病エピソードの基準を用いて評価した。出現数は、第 2 段階調査同意者のサンプルの中で計算し、出現頻度は、第 2 段階調査の非同意者にも同数の出現が見られると仮定して、第 1 段階調査同意者のサンプル内の頻度を概算した。CI;信頼区間。

表 2. 自殺念慮と社会人口統計学的変数との関連：補正なしのロジスティック回帰分析

変数	カテゴリー	死についての反復思考			自殺についての反復思考		
		N	OR	95%CI	N	OR	95%CI
年齢	70y-74y	216/566	1		29/566	1	
	75y-79y	133/346	1.0	0.8-1.3	13/346	0.7	0.4-1.

	80y-84y	71/166	1.2	0.9-1.7	9/166	1.1	0.5-2.1
	85y-	28/68	1.1	0.7-1.9	1/68	0.3	0.04-2.1
性	男	166/480	1		18/48	1	
	女	282/666	1.4**	1.1-1.8	34/666	1.4	0.8-2.1
教育レベル	高校卒業以上	133/342	1		11/342	1	
	中学校卒業以上	190/507	0.9	0.7-1.2	27/507	1.7	0.8-3.1
	小学校卒業以上	98/256	0.9	0.7-1.4	11/256	1.4	0.6-3.1
	小学校卒業以下	23/35	3.0**	0.5-6.3	2/33	1.8	0.4-8.1
婚姻状況	健康な配偶者と婚姻	202/583	1		19/583	1	
	病気の配偶者と婚姻	46/112	1.3	0.9-2.0	8/112	2.3	0.9-5.1
	死別または離別	177/402	1.5**	1.1-1.9	22/402	1.7	0.9-3.1
	未婚	20/45	1.5	0.8-2.8	3/45	2.1	0.6-7.1
子供の有無	有	381/991	1		40/991	1	
	無	23/59	1.0	0.6-1.8	6/59	2.5*	1.1-5.1
独居	同居	313/858	1		37/858	1	
	独居	132/284	1.5**	1.2-2.0	15/284	1.2	0.7-2.1
情緒的ソーシャルサポート	有	319/863	1		34/863	1	
	無	129/283	1.4*	1.1-1.9	18/283	1.7	0.9-3.1
手段的ソーシャルサポート	有	293/824	1		22/824	1	
	無	155/322	1.7***	1.3-2.2	30/322	3.7***	2.1-6.1

関連変数ごとに、補正のないロジスティック回帰分析を行なった。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05。OR: オッズ比, CI;信頼区間。

表 3. 自殺念慮と健康リスク関連変数：補正なしのロジスティック回帰分析

変数		死についての反復思考			自殺についての反復思考		
		N	OR	95%CI	N	OR	95%CI
身体疾患	0-3	265/762	1		27/762	1	
	4-	183/384	1.7***	1.3-2.2	25/384	1.9*	1.1-3.3
疼痛	無	74/251	1		2/251	1	
	有	346/833	1.7**	1.3-2.3	45/833	7.1**	1.7-29.5
主観的健康感	健康	339/905	1		28/905	1	
	不健康	102/219	1.5**	1.1-2.0	21/219	3.3***	1.8-6.0
身体的機能障害	無	242/728	1		24/728	1	
	有	206/413	2.0***	1.6-2.6	28/413	2.1**	1.2-3.7
手段的 ADL 障害	無	354/950	1		33/950	1	
	有	92/190	1.6**	1.2-2.2	19/190	3.1***	1.7-5.6
飲酒問題(CAGE)	無	330/842	1		34/842	1	
	有	95/251	0.9	0.7-1.3	16/251	1.6	0.9-3.0

睡眠障害	無	260/775	1		26/775	1	
	有	176/350	2.0***	1.5-2.6	26/350	2.3**	1.3-4.0
認知機能障害 (MMSE)	28-30	261/653	1		23/653	1	
	24-27	149/404	0.9	0.7-1.1	22/404	1.6	0.9-2.9
	18-23	38/89	1.1	0.7-1.8	7/89	2.3	1.0-5.3
抗うつ薬の使用	無	442/1126	1		51/1126	1	
	有	6/20	0.66	0.3-1.7	1/20	1.1	0.1-8.4
抗不安薬の使用	無	377/985	1		47/985	1	
	有	71/161	1.3	0.9-1.8	5/161	0.6	0.3-1.6
睡眠薬の使用	無	389/1023	1		43/1023	1	
	有	59/123	1.5*	1.0-2.2	9/123	1.8	0.9-3.9
抑うつ症状	0-10	220/761	1		4/761	1	
	11-13	79/156	2.5***	1.8-3.6	8/156	10.2***	3.0-34.4
	14-30	149/229	4.6***	3.3-6.3	40/229	40.1***	14.2-113.3

関連変数ごとに、補正のないロジスティック回帰分析を行なった。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05. OR: オッズ比, CI;信頼区間.

表 4. 自殺念慮と予測変数：多重ロジスティック回帰分析

変数	死についての反復思考		自殺についての反復思考		
	調整 OR	95%CI	調整 OR	95%CI	
手段的ソーシャルサポート	有		1		
	無		2.0*	1.1-3.6	
身体的機能障害	無	1			
	有	1.5**	1.1-1.9		
睡眠障害	無	1			
	有	1.6**	1.2-2.1		
抑うつ症状	無	1	1		
	GDS11+	2.5***	1.7-3.5	9.2***	2.7-31.1
	GDS14+	3.9***	2.8-5.5	33.5***	11.7-96.0

統計学的解析には、抑うつ症状で補正した後にも有意な関連を認める社会人口統計学的変数と健康リスク関連変数を予測変数に投入したステップワイズ・ロジスティック回帰分析を用いた。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05. OR: オッズ比, CI;信頼区間.

表 5. 抑うつ症状を認める高齢者における「最近 2 週間に亘る自殺念慮」とうつ病性障害の関連

	調整 OR	95%CI	
うつ病性障害なし	3/60	1	
小うつ病	13/71	4.2*	1.1-15.7
大うつ病	6/12	20.0***	3.8-105.5

小うつ病と大うつ病は、DSM-IV の大うつ病エピソードの基準 A の 9 症状から自殺念慮の項目を除いて再定義した。統計学的解析は、年齢と性を補正したロジスティック回帰分析を用いた。***P<0.001, *P<0.05. OR: オッズ比, CI;信頼区間

表 6. 追跡実施群と追跡脱落群の比較：1 年間のコホート研究

	追跡実施群(N=638)	追跡脱落群(N=455)	統計値	P
性(女性)	54.7%	62.0%	5.76	.018
年齢	74.79±4.39	76.04±5.20	-4.31	.000
教育年	18.23±3.52	17.30±3.47	4.38	.000

配偶者なし	36.44%	42.20%	3.70	.059
配偶者が病気	14.89%	16.73%	.41	.585
独居者	23.66%	26.15%	.89	.355
身体疾患数	2.97±2.00	2.72±1.82	1.82	.031
疼痛あり	78.90%	65.78%	23.31	.000
運動機能低下あり	28.8%	44.2%	27.24	.000
IADL 低下あり	8.89%	17.5%	16.26	.000
主観的健康感不良	14.94%	23.15%	11.70	.001
飲酒問題あり	39.29%	43.98%	1.20	.288
睡眠障害あり	31.84%	27.96%	1.86	.178
認知機能(MMSE)	27.86±1.95	26.81±2.73	7.42	.000
抑うつ症状(GDS)	8.10±5.04	9.73±5.39	5.12	.000
情緒的ソーシャルサポートの欠如	21.79%	27.47%	4.68	.032
手段的ソーシャルサポートの欠如	25.08%	28.79%	1.87	.187

パラメトリック変数は student t-test, ノンパラメトリック変数は χ^2 乗検定を用いた。

表 7. 自殺念慮と社会人口統計学的変数との関連：1 年間のコホート研究

変数	カテゴリー	OR	95%CI	P
年齢	70y-74y	1		
	75y-79y	1.504	.453-4.995	.505
	80y-84y	2.680	.653-10.991	.171
	85y-	2.598	.300-22.542	.386
性	男	1		
	女	1.255	0.441-3.5269	.670
教育レベル	高校卒業以上	1		
	中学校卒業以上	.774	.221-2.707	.688
	小学校卒業以上	1.437	.379-5.456	.594
	小学校卒業以下	3.855	.414-35.880	.236
婚姻状況	配偶者あり(配偶者は健)	1		
	配偶者あり(配偶者は病)	1.925	.379-9.772	.429
	配偶者と死別または離	1.974	.654-5.967	.228
	結婚していない	-	-	-
独居	同居	1		
	独居	1.650	.555-4.907	.368
情緒的ソーシャルサポート	有	1		
	無	1.810	.608-5.385	.286
手段的ソーシャルサポート	有	1		
	無	2.665	.951-7.470	.062

関連変数ごとに、補正のないロジスティック回帰分析を行なった。OR: オッズ比, CI;信頼区間。

表 8. 自殺念慮と健康リスク関連変数：1 年間のコホート研究

変数	カテゴリー	OR	95%CI	P
身体疾患	0-3	1		
	4-	3.785	1.277-11.215	.016

強い疼痛	無	1		
	有	4.944	1.030-23.723	.046
主観的健康感	健康	1		
	不健康	2.927	.977-8.765	.055
身体的機能障害	無	1		
	有	2.880	1.029-8.062	.044
手段的 ADL 障害	無	1		
	有	3.612	.947-13.782	.060
飲酒問題(CAGE)	0	1		
	1	1.158	.118-11.346	.900
	2	-	-	-
	3	4.125	.405-41.966	.231
	4	19.800	3.539-110.770	.001
睡眠障害	無	1		
	有	2.502	.894-7.001	.081
認知機能障害 (MMSE)	28-30	1		
	24-27	1.003	.338-2.973	.996
	18-23	-	-	-
抑うつ症状	0-10	1		
	11-13	9.159	2.007-41.799	.004
	14-30	16.632	4.317-64.079	.000

関連変数ごとに、補正のないロジスティック回帰分析を行なった。OR: オッズ比, CI;信頼区間。

表 9. 抑うつ症状と自殺念慮との関連：1年,間のコホート研究

カテゴリー		OR	95%CI	P
強い疼痛	無	1		
	有	17.712	1.218-257.613	.035
顕著な飲酒問題	無	1		
	有	28.039	3.054-257.453	.002
抑うつ症状	無	1		
	有	19.142	2.844-128.815	.003

複数の身体疾患の有無, 強い疼痛の有無, 運動機能低下の有無, 飲酒問題の有無, 抑うつ症状を予測変数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。複数の身体疾患の有無, 運動機能低下の有無は $P < 0.05$ で除外された。ロジスティック回帰分析。OR: オッズ比, CI;信頼区間。

表 10. 高齢者における抑うつ症状とうつ病の出現頻度

	性別	出現数 ^a	頻度 (%)	95%CI (%)
比較的軽い抑うつ症状 (GDS 11+)	男性	130/480	27.1	23.1-31.1
	女性	255/666	38.3	34.6-42.0
	計	385/1146	33.6	30.9-36.3
比較的強い抑うつ症状 (GDS 14+)	男性	70/480	14.6	11.4-17.7

	女性	159/666	23.9	20.6-27.1
	計	229/1146	20.0	17.7-22.3
広義の小うつ病 (1) ^{b,c}	男性	22/44	7.9	5.5-10.3
	女性	51/99	12.3	9.8-14.8
	計	73/143	10.2	8.4-12.0
狭義の小うつ病 (2) ^{b,d}	男性	9/44	2.9	1.4-4.4
	女性	21/99	5.1	3.5-6.8
	計	30/143	4.2	3.0-5.4
大うつ病 ^a	男性	4/44	1.3	0.3-2.3
	女性	9/99	2.2	1.1-3.3
	計	13/143	1.8	1.0-2.6

^a出現数: 抑うつ症状またはうつ病のある対象者の数/性別の対象者数。 ^b大うつ病と小うつ病は、精神科医が DSM-IV のうつ病エピソードの基準を用いて評価した。出現数は第 2 相の調査同意者において算出しているが、頻度(%)は、第 2 相調査非同意者中にも同じ頻度で出現する仮定して、第 1 相参加者における出現頻度として算出している。 ^c広義の小うつ病で、DSM-IV の第 2 相うつ病エピソードの A 症状が 2 つ以上 4 つ以下認められ、かつ B,C 基準を満足するものと定義した。 ^d狭義の小うつ病で、上記の条件に、A 症状の少なくとも一つが抑うつ気分または興味・喜びの喪失であることを加えて定義した。 CI:信頼区間。

表 11. 高齢者の抑うつ症状の社会人口統計学的要因(1)

	カテゴリー	出現数	OR	95%CI	P
性	男	130/480	1		
	女	255/666	1.7***	1.3-2.2	0.000
年齢	70-74	175/566	1		
	75-79	118/346	1.2	0.9-1.5	0.318
	80-84	59/166	1.2	0.9-1.8	0.262
	85-	33/68	2.1**	1.3-3.5	0.004

オッズ比を、補正のないロジスティック回帰分析を用いて算出した。 ***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05。 出現数: 抑うつ症状のある対象者の数/カテゴリーに含まれる対象者の数。 OR:オッズ比; CI:信頼区間

表 12. 高齢者の抑うつ症状の社会人口統計学的要因(2)

	カテゴリー	出現数	OR	95%CI	P
教育レベル	高校卒以上	83/342	1		
	高校程度まで	178/507	1.5*	1.1-2.1	0.010
	中学校程度まで	100/256	1.8**	1.3-2.6	0.001
	小学校程度まで	22/35	4.5***	2.1-9.4	0.000
婚姻状況	配偶者あり (配偶者は健康)	143/583	1		
	配偶者あり (配偶者は病気)	51/112	2.5***	1.6-3.8	0.000
	配偶者と死別または離別	174/402	2.0***	1.4-2.7	0.000
	結婚していない	16/45	1.5	0.8-2.8	0.254
子供の有無	いる	318/991	1		
	いない	30/59	2.0**	1.2-3.5	0.009
同居状況	同居者あり	264/858	1		
	一人暮らし	120/284	1.4*	1.0-1.8	0.037

オッズ比を、年齢、性で補正したロジスティック回帰分析を用いて算出した。 ***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05。 出現数: 抑うつ症状のある対象者の数/カテゴリーに含まれる対象者の数。 OR:オッズ比; CI:信頼区間

表 13. 高齢者の抑うつ症状と健康関連要因

		N	OR	95%CI	P
身体疾患の数	0-3	218/762	1		
	≥4	167/384	2.1***	1.6-2.7	0.000
痛み	なし	44/251	1		
	あり	316/833	3.1***	2.1-4.5	0.000
主観的健康感	良好	252/905	1		
	不良	128/219	3.5***	2.5-4.8	0.000
運動機能の障害	なし	177/728	1		

手段的 ADL の障害	あり	207/413	2.8***	2.1-3.7	0.000
	なし	274/950	1		
アルコール関連障害の危険	あり	110/190	3.0***	2.1-4.3	0.000
	なし	279/842	1		
睡眠障害	あり	83/251	1.3	0.9-1.9	0.119
	なし	216/775	1		
認知障害 (MMSE)	あり	162/350	2.3	1.7-3.1	0.000
	28-30	183/653	1		
	24-27	160/404	1.5*	1.1-2.0	0.018
	18-23	42/89	1.8**	1.1-3.1	0.007
抗うつ薬服用中	なし	373/1126	1		
	あり	12/20	3.2*	1.2-8.7	0.023
抗不安薬服用中	なし	319/985	1		
	あり	66/161	1.5*	1.0-2.1	0.044
睡眠薬服用中	なし	327/1023	1		
	あり	58/123	1.8**	1.2-2.6	0.005

オッズ比は性、年齢、教育、婚姻状況、子供有無、同居者の有無を補正したロジスティック回帰分析を用いて算出した。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05. 出現数: 抑うつ症状のある対象者の数/カテゴリーに含まれる対象者の数. OR: オッズ比; CI: 信頼区間; ADL: 日常生活動作能力; MMSE: mini-mental state examination.

表 14. 高齢者の抑うつ症状とソーシャルサポートとの関連

	カテゴリー	出現数	OR	95%CI	P
困った時の相談相手	あり	258/863	1		
	なし	127/283	1.8**	1.2-2.5	0.001
病気の時の相談相手	あり	274/893	1		
	なし	111/253	1.4	1.0-2.0	0.079
日常生活を援助してくれる人	あり	193/698	1		
	なし	192/448	1.8***	1.3-2.5	0.000
具合が悪い時に病院に連れて行ってくれる人	あり	253/859	1		
	なし	132/287	1.9***	1.3-2.7	0.000
病気で寝込んだ時に世話してくれる人	あり	221/824	1		
	なし	164/322	2.4***	1.7-3.4	0.000

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。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05. 出現数: 抑うつ症状のある対象者の数/カテゴリーに含まれる対象者の数. OR: オッズ比; CI: 信頼区間

表 15. 抑うつ症状の出現に関するコホート調査参加群と非参加群の比較

	コホート参加群	コホート非参加群
性 (女性) **	49.8%	61.2%
年齢**	74.6+4.3	75.7+5.0
教育年***	18.5+3.7	17.5+3.0
疼痛あり	17.9%	23.8%
運動機能低下あり*	24.5%	31.8%
不良な主観的健康感	11.5%	13.6%
MMSE***	28.0+1.8	27.1+2.7
GDS	5.8+2.8	6.2+2.8
(1) 困った時の相談相手なし	19.0%	23.1%
(2) 具合が悪い時の相談相手なし	17.1%	21.4%
(3) 日常生活の援助をしてくれる人なし	32.5%	35.6%
(4) 具合が悪い時病院に連れていってくれる人なし	20.8%	19.6%

(5) 寝込んだとき身の回りの世話をする人なし	20.2%	21.7%
-------------------------	-------	-------

表 16. 高齢者の抑うつ症状の出現とソーシャルサポートとの関連

	カテゴリー	OR	95%CI
困った時の相談相手	あり	1	
	なし	3.3*	1.7-6.5
病気の時の相談相手	あり	1	
	なし	2.3*	1.1-4.6
日常生活を援助してくれる人	あり	1	
	なし	1.4	0.7-2.7
具合が悪い時に病院に連れて行ってくれる人	あり	1	
	なし	1.9*	1.0-3.8
病気で寝込んだ時に世話をしてくれる人	あり	1	
	なし	3.2*	1.6-6.2

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. *P<0.05. 出現数 OR:オッズ比; CI;信頼区間

うつ状態高齢者のための地域ケアプログラム
事業化のためのマニュアル
—仙台市版—

はじめに

高齢者の自殺予防は、先進諸国に共通する地域精神保健の重要な課題です。しかし、その先進諸国の中でも、わが国の高齢者の自殺率はかなり高い方に位置づけられています。これまで、高齢者の自殺予防を目的とする保健福祉事業は、わが国においてはどちらかというところ過疎化、高齢化の進行した東北・北陸地方の農村部などで実施されてきました。しかし、最近では、昭和30年代40年代に造成された都市近郊の大規模住宅地域においても、高齢化は急速に進行しており、しかもその人口規模の大きさから、高齢者を支える地域社会資源が著しく不足するという深刻な状況が顕在化してきています。

高齢者の自殺に最も深く関連する心の病気は「うつ病」であると言われていています。平成14年度に70歳以上高齢者を対象とする「寝たきり予防健診」を実施した仙台市鶴ヶ谷地区（昭和40年代の初期に宅地造成された大規模住宅地域、平成15年10月1日現在の高齢化率は26.2%）では、抑うつ症状をもつ高齢者が34%、自殺について繰り返し考える高齢者が4.5%に認められています。これは国内の地域調査の中でも最も高い水準の数値です。また、同地区の調査から、社会的支援の不足が抑うつ症状の出現に関連し、抑うつ症状と社会的支援の不足が自殺念慮の出現に関連するということが明らかにされています。

慢性の身体疾患や身体機能の低下、疼痛の持続や視力・聴力の低下、家族・友人との離別や死別、病気を抱える配偶者の介護負担や経済的不安など、都市の住宅地域に在住する高齢者の周辺には「うつ病」の危険因子が数多く存在します。このようなハイリスク高齢者を社会で支援できるシステムを築き、高齢者のうつ病の予防や回復を促進し、自殺の危険を減らしていくことがこの事業の目的です。

本事業は、A.普及啓発プログラム(Education Program)、B.スクリーニングプログラム、(Screening Program)、C.相談プログラム(Consultation Program)、D.訪問プログラム(Outreach Program)、E.チームによるケースマネジメントプログラム(Team Case Management Program)という5つのプログラムによって構成されています。これらの頭文字をとるとESCORT＝「付き添う人、護る人」という単語になります。以下、順を追って、この5つのプログラムの概要について説明します。

A. 普及啓発プログラム(Education Program)

普及啓発プログラムは、地域に暮らす人々の「うつ病」に対する意識を高めるとともに、メンタルヘルスの知識と技能を有する人材を育成することによって、地域ケアプログラムそのものの運用を円滑にしていくことを目的としています。

1. 地域住民を対象とする普及啓発

- (1) 高齢者のうつ病と自殺の問題について、地域住民の意識を高め、偏見や誤解を解消し、早期発見と適切な対応、予防とセルフケアについての知識を高めます。
- (2) 地域における社会的支援の存在が、うつ病からの回復や予防に重要であること、そのような考え方に立脚して地域ケアプログラムが作られていることについて理解を求め、協力をお願いします。

2. 保健・医療・福祉の専門職やメンタルヘルス・サポーターのための研修会

- (1) うつ病の症状、診断、病態、治療についての基礎知識を修得します。
- (2) うつ状態高齢者のための地域ケアプログラムの概要について学びます。
- (3) うつ病と自殺念慮のスクリーニング、専門相談や医療との連携について学びます。
- (4) 訪問プログラムの中での心理社会的な介入の知識と技能を修得します。

B. スクリーニングプログラム(Screening Program)

スクリーニングプログラムは、さまざまな保健医療福祉活動の中で、うつ病性障害等の精神障害や自殺リスクのある高齢者を簡便なスクリーニングツールを用いて発見し、必要な介入に繋げるためのものです。スクリーニングツールとしては、厚生労働省の研究班で作成されたものなど

を利用することができます。1. 一次スクリーニング

- (1) 医療機関における基本健診、在宅介護支援センターにおける地域在住高齢者の実態調査、自治体における日常の地域精神保健活動の中で、スクリーニング用紙を利用して、抑うつ症状や自殺念慮の一次スクリーニングを実施します。
- (2) 一次スクリーニングのツールとしては、厚生労働省の研究班で作成された「心の健康度自己評価票」や「日本語版 WHO-5」などを使用することができます。

2. 二次スクリーニング

- (1) 一次スクリーニング陽性者に対しては、保健師または看護師が個別訪問し、本人から同意を得た上で、「うつ病性障害」や「自殺リスク」に関する二次スクリーニングを実施します。
- (2) 二次スクリーニング陽性者に対しては、保健師や看護師がスクリーニングの結果をわかりやすく丁寧に説明し、必要な情報や心理的なサポートを提供しながら、訪問プログラムや相談プログラムの利用を勧めていきます。
- (3) 緊急を要する場合には、事業を実施している課の担当主任、相談プログラム担当の専門医、保健福祉センター、医療機関などと連携して、緊急のケースカンファレンスや介入を実施します。
- (4) 二次スクリーニングのツールとしては、厚生労働省の研究班で作成された「抑うつ症状のアセスメント」を使用することができます。
- (5) 二次スクリーニング陽性者で、介入が必要と思われるにも関わらず介入が拒否された場合、あるいはスクリーニングは陰性でも明らかに精神保健福祉上の問題があって介入が必要と思われる場合には、ケースカンファレンスなどを利用して、今後の対応の方針を検討します（チームによるケースマネジメントプログラムを参照）。

C. 相談プログラム(Consultation Program)

相談プログラムは、自治体の保健福祉センターや地域生活支援センターなどに相談窓口を開設し、メンタルヘルスの専門的な相談に対応するものです。通常は、「総合相談窓口」や「電話相談窓口」の中で、担当スタッフ（精神保健福祉相談員・保健師・看護師など）が相談に応じ、必要に応じて、精神科医などによる専門相談（「こころの健康相談」など）の利用に繋がります。専門相談では、連携を円滑にし、効果的な対応を実施していくために、以下のような手順を踏みます。

- (1) 事業担当スタッフは、専門相談の利用予約や日程調整、相談室の設営などを行いません。
- (2) ケースに直接関わる担当スタッフは、あらかじめ本人・家族らと面接して情報を収集し、こころの健康相談票（資料参照）に氏名、生年月日、年齢、性別、生活史、現病歴、相談したいことの欄に必要事項を記載しておきます。
- (3) 相談医は、担当スタッフより相談票などによって事前に情報を得て状況を把握し、その上で本人または家族と面接し、①暫定的な精神医学的診断、②本人・家族への情報提供や心理的サポート、③医療機関との連携、④その他の保健福祉資源との連携をはかり、⑤訪問ケア等の今後の介入の方針について検討し、相談票の「診断」「所見・問題点のまとめ」「対応」の欄に必要事項を記載します。
- (4) 相談終了後、担当スタッフやその他の関係スタッフでケースカンファレンスを開き、チームで問題点を共有した上で解決策を検討し、介入プランの検討・立案・調整等を行ない、訪問プログラム等の介入をスタートさせるための準備をします（チームによるケースマネジメントプログラム参照）。

D. 訪問プログラム(Outreach Program)

訪問プログラムは、メンタルヘルスの専門的な技能を備えた専門職（保健師、看護師、精神保健福祉相談員など）が、ケアニーズのある高齢者宅に定期的に訪問し、心理社会的なケアを実践するものです。第1段階では支持的なアプローチを中心に実践し、第2段階では問題解決療法的なアプローチを含むケースマネジメントを実践します。

第1段階：支持的なアプローチ

1. 計画：介入対象となる高齢者について、特に現在の症状、診断、背景にある問題点、これが

らの訪問ケアの方針（目的、方法、訪問の頻度など）について、ケースカンファレンスの中で十分に打ち合わせをします。

2. 訪問日のアポイント：訪問の日時については、電話などで高齢者宅に連絡し、訪問日程と時間を調整します。訪問日には次回の訪問日程を決めていただいても構いませんが、近づいたら改めて連絡して、都合を確かめてください。
3. 社会的支援の確保：訪問ケアの第一の目標は、訪問スタッフ自身が、「困ったときに相談できる人」「具合が悪い時に相談できる人」になることによって、地域で暮らす高齢者に対して、情緒的な社会的支援を提供していくことにあります。
4. 関係づくりとその継続：このような役割を果たすためには、訪問看護師と高齢者の間で、よい人間関係（信頼できる関係、リラックスできる関係、親しみのある関係）を作ることが大切です。このような関係をつくり、それを維持していくこと自体が、抑うつ状態にある高齢者のケアに最も効果があるとされています。
5. 傾聴・受容・共感：訪問スタッフがその高齢者のことをよく知っている、よく理解しているということが、このような関係づくりの基本になります。そのためには、高齢者の過去の長い生活の歴史や現在抱えている心配事などに積極的に関心をもって耳を傾け（積極的傾聴）、まずはそれをあるがままに受け入れ（受容）、その高齢者の立場にたって一緒に感じ、考えていく（共感）というアプローチを心がけてください。その際、高齢者自身に、自分自身のことを語れる十分な時間を確保してあげることも大切です。

第2段階：問題解決療法的なアプローチを含むケースマネジメント

1. 基本的考え方：高齢者のうつ状態に対する心理社会的治療法の一つに「問題解決療法」というものがあります。これは、高齢者自身と一緒に、問題を考え、解決の方策を見出していく治療法であり、高齢者の主体性を尊重しながら、「一緒に解決していく」という作業を通して、高齢者の絶望感(hopelessness)や寄る辺なさ(helplessness)の改善、自尊心(Self-esteem)や生きる意欲(energy)の回復を助けていく方法です。
2. 問題点の整理：問題解決療法の出発点は問題点の整理であり、高齢者の話を聞きながら一緒に問題点を整理していきます。聞いて理解したことを、自分なりに記録用紙に記述し、問題点を整理しながら、焦点化する作業を進めてみてください。
3. 解決目標の設定：焦点化された問題に対して、可能な範囲での解決目標を設定して、それに向けて解決策を考案します。例えば、①強い不安症状が持続している→（目標）専門医の診断を受け、治療を導入する→（対策）相談プログラムの利用を勧め、医療機関との連携をはかる、②妻の介護負担が大きい→（目標）介護保険サービスをもう少し有効に利用できるようにする→（対策）ケアマネージャーに連絡し、ケースカンファレンスに参加してもらい、介護プランの調整をはかる、③慢性身体疾患の治療についての不安が大きい→（目標）かかりつけ医から判りやすい情報をもらえるようにする→（対策）相談プログラムを利用して、相談医からかかりつけ医に精神症状に関する情報を提供し、連携をはかる、④独居のために、病気になったらどうしようという不安が続いている→（目標）困ったときにいつでも相談できる人を確保する→（対策）ケースカンファレンスの中で、地域生活支援センター、高齢者保健福祉サービス、ボランティアによる訪問事業、定期的な訪問看護などによる独居高齢者に対するネットワークの強化を検討する、⑤食事の献立を考えるのが億劫で、栄養のバランスが悪い→（目標）栄養確保→（対策）配食サービスの利用や、それに必要とされる経済的問題（介護保険申請など）を検討する、など、具体的な対策を講じる場合にも、高齢者自身の意見を聞きながら、高齢者の主体性を尊重していくという姿勢が大切です。
4. 記録：訪問時には、その都度、高齢者自身の様子（受け入れ状況、表情）、高齢者本人との会話の内容や心配事、日常生活の状況、問題点と対応などを「訪問記録紙」に記載します。
5. フィードバック：定期的な「ケースカンファレンス」や「こころの健康相談」を利用して、問題点、解決策、今後の対応などについて話し合い、今後の方向性を確認していく作業を進めてください（チームによるケースマネジメントプログラムを参照）。
6. 訪問スタッフ自身へのサポート：このような介入活動の中では、訪問スタッフ自身にもさまざまなストレスが伴う場合があります。このようなストレスを解消していくために、「ケースカンファレンス」や「こころの健康相談」の利用は有効です。介入はチームで実施していく

ということを意識しながらケアを実践してください（チームケースマネジメントプログラムを参照）。

ID	診 断
----	-----

E. チームによるケースマネジメントプログラム(Team Case Management Program)

このプログラムは、「こころの健康相談」実施日などを利用して、ケースに関係する多職種のスタッフが参集してケースカンファレンスを開催し、チームによるケースマネジメントを実施していくことを目的としています。これは、ケアマネージャーなどがしばしば単独で実施しているケースマネジメントの能力範囲をさらに拡大・強化し、ケアマネージャー自身をサポートする機能を果たします。事業担当スタッフは、関係スタッフへの事前の連絡や、ケースカンファレンスの設営・進行などを行いません。ケースカンファレンスでは、主として以下のようなことが扱われます。

- (1) スクリーニング陽性例で介入に同意が得られなかった事例や、スクリーニングは陰性でも精神保健福祉上の問題が顕在化している事例について、今後の対応方法について関係スタッフで検討し、方針を決定します。
- (2) 「こころの健康相談」終了後には、相談ケースに関係するスタッフが、チームで問題点を共有し、解決策を検討し、介入プランの検討・調整・立案等を行いません。
- (3) すでに訪問プログラムの中で介入が実施されているケースについても、必要に応じて、関係スタッフが参集し、問題点を共有した上で新たな介入プランの検討・調整・立案等を行ない、訪問スタッフによる介入をサポートします。
- (4) 訪問スタッフの心理的負担を軽減することを目的に、ケースに関するさまざまな悩みについても適宜相談に応じ、チームで対策を検討し、訪問スタッフ自身をサポートします。
- (5) その他にも、本事業全体の方法論を検討したり、うつ病の予防や回復に役立つさまざまな社会資源と連携したり、そのような社会資源の新たな開発についてケースカンファレンスの中で話合ったりして、このプログラム自体が新たな地域社会資源の開発の契機になることが期待されます。

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：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なノウハウ、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。

A. 研究目的

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。その成果は単に秋田県の自殺のリスク要因を明らかにしたというにとどまらず、日本の農村部とくに北東北における地域のうつ状態のリスクを明確にしたというべきである。本報告ではこの成果をもとに、日本における地域の自殺予防のために必要な対策を公衆衛生学の立場から理論的に考察するとともに、平成15年10月に我々が作成した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の内容と作成経過およびその効果について報告する。

B. 研究方法

(1) 秋田県4町におけるうつ病の統合された

有病率とリスク要因に関する研究

平成13～15年度にかけて秋田県内の4町で実施した自殺予防のための心の健康づくり調査の結果をもとに、秋田県における統合されたうつ病の有病率を求めた。うつ病の有病率の測定はツングの抑うつ尺度得点にもとづいて行った。社会文化的要因としては、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。うつ状態の有無（ツングの抑うつ尺度得点50点以上をうつ状態と判定）を従属変数として、社会文化的要因を独立変数としたロジスティック解析を各町ごとに行った結果を比較検討し、共通するリスク要因を抽出した。調査の詳

ご紹介・ご連絡

先生御侍史

患者氏名

殿

診 断

平成 年 月 日

仙台市こころの健康相談医

細な内容については、平成13～14年度の本件研究班の報告書をご参照いただきたい。簡単に調査内容を要約すると、解析対象となった対象者数はA町2337人（60歳以上男女）、B町人、C町人、D町人であった。単純集計、クロス集計、回帰分析、クラスター分析はSPSS Ver. 11を用いた。

(2)「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」の作成とその効果

平成16年10月に、4町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。さらに、秋田県の自殺予防モデル事業を実施した市町村の自殺予防対策の具体的な事例についても参考となるように要約した。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。

(3) 倫理面における配慮

4町における調査の実施にあたっては、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。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) 秋田県4町のうつ状態の統合された有病率とリスク要因に関する研究

平成13年から開始された秋田県の市町村を対象とした一連の調査研究によって、秋田県農村部（4町）の高齢者のうつ状態の有病率とうつ病のリスク要因が明らかにされた。表1には、4町の地域診断結果を示した。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、うつ病尺度得点高値と有意に関連する要因が明らかになった。それらの要因とは以下のようなものである。すなわち、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。

(2)「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」の作成とその効果

本ガイドの目的を達成するために、作成にあたってはガイドの本文構成に特に注意を払った。自殺予防という観点だけでなく、広く市町村の心の健康づくり推進の中に自殺予防対策を位置づけるという視点を明確にし、自殺予防対策を「健康のまちづくり（ヘルシーコミュニティ）」の中で進めるという考えを基本にして本文を執筆した。本ガイドの構成は次のとおりである。（表2の目次参照）

第1章は「健康のまちづくり」の中でどのようにして自殺予防対策の行動計画を進めていったら良いかという視点でまとめた。WHOのヘルスプロモーションの理念や健康まちづくりの基本コンセプトなどをコラムで紹介し、読者にヘルスプロモーションの理念をわかりやすく伝えるように努力した。第2章は住民の心の健康の基本調査をどのようにして実施したら良いのかについて、具体的な方法を示した。科学的根拠に基づく健康政策を進めていく上で、このような基本調査は不可欠のものであり、官庁統計資料だけでは明らかにできない住民の心の健康の状態を担当者は把握することできるようにすることを強調した。また、この章では「心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票」を掲載したが、この調査票は秋田県の自殺予防のための地域診断事業のモデル市町村の地域診断結果をもとに秋田大学医学部で開発したものである。（この調査票の内容は本報告の末尾に示した）第3章は、基本調査結果にもとづき、どのような自殺予防活動を進めていったら良いかについて具体的に示した。第4章は秋田県自殺予防モデル事業の具

体例を示した。また、巻末には、市町村の自殺予防対策のための基礎調査・保健活動で利用できるツールを掲載した。表1には本ガイドの目次、表3には「心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票」を示した。

「市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易質問票」は平成13～15年度に実施された研究成果をもとに、うつ病尺度の高得点に有意に関連する質問項目を選び出し、どこの市町村でも簡単に活用できる質問票を作成したものである。選択された質問項目はうつ状態と関連することが科学的に明らかにされており、うつ状態のリスクを客観的に評価することが可能である。

この質問票は基本事項に関する質問（性、年齢、婚姻状況、同居の有無、住まいの地理情報）、心の健康にかかわる生活環境要因に関する質問項目（17項目）、うつ状態の評価に関する質問項目（8項目）から構成されており。記入に要する時間は10分以内である。

本質問票は記名式でも無記名式でも実施することができる。記名式にした場合にはうつ病のハイリスク者のきめ細かい事後指導が可能になり、2次予防の観点から有効な自殺予防対策が進められる可能性がある。ただし、個人のプライバシーに十分に配慮する必要がある。

（調査票の配布回収方法、データの入力管理、データの管理と公表等）無記名式にした場合には2次予防的アプローチは難しくなるが、効果的な一次予防対策を立案・実施する上では十分に有用である。また、住まいの地理情報と連結させることで、地域のメンタルヘルスに関するニーズ把握が的確に行われるため、保健師などの地域保健活動に効果的な情報を得ることができる。

「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」を実際の地域保健活動に活用してもらうために、平成16年10月以降、学会や研修会を通じて、本ガイドを配布して解説を行った。その実績は次のとおりである。

- 1) 第62日本公衆衛生学会一般演題発表
平成15年10月
- 2) 第62回日本公衆衛生学会自由集会「地域・職域における自殺予防」平成15年10月
- 3) 地域における自殺予防対策研修プログラム（国立保健医療科学院）平成16年1月
- 4) 秋田県保健担当職に対する自殺予防研修会 平成16年2月25日

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。また、秋田県では69市町村すべてに本ガイドを配布し、市町村における心の健康づくり計画策定に役立てるように県が指導した。本ガイドは次のホームページで見ることができる。
<http://www.med.akita-u.ac.jp/~pbeisei/>

D. 考察

秋田県4町のうつ病有病率には地域差が認められ、自殺死亡率お高い町ほどうつ病有病率が高い傾向が認められた。これは、地域のうつ病有病率は自殺死亡を的確に反映する指標と考えられることを示唆している。地域のメンタルヘルスニーズを正確に把握することは自殺予防対策の立案において重要なプロセスであり、今回の研究で明らかにされた各地域のメンタルヘルスの地域診断結果は、各地域で心の健康づくり計画の策定に役立てられている。本研究で明らかにされた統合されたうつ状態の有病率（うつ病尺度得点50点以上）は15.5%であったが、この有病率はこれまでの我が国の同様の報告と比べてとくに高いとは言えなかった。例えば、新潟県松之山町では、SDS得点（100点満点）60点以上の者の割合は1986年には11.8%であり、1996年には12.9%であった。また、岩手県浄法寺町では、SDS得点（80点満点）50点をスクリーニングのカットオフ値とした場合、SDS得点50点以上の者の割合（陽性率）は10～25%の範囲であった。我が国の自殺高率地域のうつ状態の有病率に大きな差はないと考えて良いのではないかとと思われる。

うつ状態のリスク要因については、4町の結果は平成13年度・14年度の結果と同様であり、家庭内での心理的孤独、家族ストレス要因、身体的健康度の低下、医療機関へのアクセス頻度などが有意な要因であった。これらのリスク要因は地域の自殺予防のための保健活動において考慮されるべきであるが、具体的な介入の方策については今後さらに検討していかなければならない。家庭内での心理的孤独や家族ストレス要因に対する介入は保健活動では困難な点もあり、臨床心理的アプローチや福祉的アプローチを併用して、うつ病対策を進めていくことが必要になるとと思われる。

「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」は、自殺予防対策に関係する市町村の保健担当職員が具体的な心の健康づくり計画を策定していく上で役立てるように配慮したガイドである。このガイ

ドでは、自殺予防対策といえはうつ病対策であると短絡しないように、健康のまちづくり（ヘルシーコミュニティの形成）という視点から心の健康づくりを包括的に進めていこうという視点で書かれている。新しい公衆衛生学であるヘルスプロモーションの理念とその現実的応用を可能にするように、わかりやすい文体で記述しており、さらには地域の保健活動でただちに役立つことができるツール（心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票、パワーポイントの健康教育用ファイル）を付録として付けている。

「心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票」は、これまでの一連の研究で定量的に明らかにされたうつ状態の有意なリスク要因を質問票にまとめたもので、社会文化的背景要因からうつ状態のリスクの評価できるものである。その信頼性、妥当性の科学的評価も行っており、実用的に利用可能なものである。この質問表の作成は、今回の分担研究の大きな成果の一つである。

さて、最後に筆者が関わってきた秋田県の自殺予防対策について、研究者の立場から解説を加え、今後の他地域の自殺予防対策への資することにしたい（以下の部分は、「保健医療科学」に掲載予定の筆者の総説論文を一部引用している）。

秋田県の自殺予防施策体系は表3に示すとおりである。秋田県では平成12年度から本格的に自殺予防対策を開始し、「命の尊さを考えるシンポジウム」を開催し自殺予防について県民への啓発普及を図ることから始めた。平成13年度からは表3に示した自殺予防施策体系に基づいて本格的に事業を開始した。自殺予防対策全体の調整を行う舵取り委員会（steering committee）として「秋田県心の健康づくり推進協議会」があり、年2回開催されている。この委員会では自殺予防対策の現状を踏まえて、今後の施策の方向性などが議論され、その後の施策に反映させるようになっている。平成15年度における心の健康づくり・自殺予防対策事業の予算額は999万円であり、事業の具体的な内容としては、心の健康づくり推進協議会の開催、心の健康づくりネットワークの運営、市町村取り組み促進事業、診療所医師を対象とした自殺予防対策研修事業（医師会委託）、心の健康づくり・自殺予防対策モデル事業、地域診断事業（大学委託）、ボランティア団体活動支援、ボランティア活動実態調査であった。

心の健康づくりネットワークは、心の健康に関する相談窓口の増加と機能強化のために、既

存のメンタルヘルスに関する相談窓口をネットワーク化したものである。心の悩みを抱えた人が身近な地域のどのような相談窓口に行ったらよいのかをリストアップしている。ここには健康に関する相談だけでなく、金融に関する困りごと相談、介護・老後の不安等の高齢者の相談、消費生活の相談など、さまざまな領域の悩みに関する相談窓口が掲げられている。今後の課題としては、リストアップされた相談窓口がもっと有効に役立つように機能強化を図ることである。

平成15年10月に秋田県の市町村の自殺予防対策を支援するための「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」が完成し、秋田県内の69市町村すべてに配布された。このガイドは大学に委託された地域診断事業の成果をもとに秋田大学医学部が中心になってまとめたものである。このガイドの特色は自殺予防対策を「健康のまちづくり（ヘルシーコミュニティ）」の中で進めるという考えを基本にして、市町村が行動計画を策定するために必要な情報をコンパクトにまとめた点である。心の健康に関する基礎調査や保健活動を進める上で利用可能なツール（うつ病のリスク要因を評価する簡易質問票、健康教育用資料など）も添付している。秋田県ではこのガイドを活用しながら、市町村での自殺予防対策を効果的に進めていこうとしている。

秋田県の自殺予防対策の取り組みを振り返ると、1999年～2000年は萌芽期、2001年～2003年は充実期と捉えることができるだろう。2001年に本格的な取り組みが始まってから3年しか経過していないので、現時点では評価する時期には至っていない。健康秋田21計画の中間評価が行われる2005年以降に自殺予防対策の評価が行われることになるとと思われる。今後の県の施策の方向性として、心の相談ネットワークシステムの機能強化、市町村での心の健康づくり・自殺予防対策の支援、ボランティア団体活動支援などを通じた草の根的な自殺予防活動への支援に力点が移っていくものと思われる。自殺予防対策の全県的な広がりがどのような結果をもたらすのかについて、注意深く見守る必要がある。

<おわりに>

本研究により、自殺高率地域である秋田県の4町の調査結果から統合されたうつ状態の有病率とリスク要因を明らかにすることができた。また、これらの研究結果を踏まえて、心の