

学校保健との連携による健康教育の研究

分担研究者 新田 則之 島根県出雲健康福祉センター所長

研究要旨 近年、子供たちの性行動の活発化に伴い、若年層での性感染症罹患率の上昇、10代の人工妊娠中絶の増加等さまざまな問題が発生している。また若年層での喫煙も増加傾向にある。子供たちの心身の健康に影響を与えるこれらの問題に対処するためには、地域保健と学校保健が連携をとりながら、健康教育に取り組む必要がある。当研究においては学校保健との連携のもとに、より効果的な性教育・防煙教育のあり方を研究することを目的とする。

A 研究目的

15年度はアンケート調査により、中学生の「性に関する意識と行動」の実態を把握するとともに、性行動に関係する因子を明らかにすることを目的とした。防煙教育に関しては教育に従事する人材の育成を中心に事業を実施した。これらのデータをもとに適切な教育を行うことにより、自身の行動を自己決定する能力を育て、望まない妊娠や性感染症の予防や、若年層の喫煙防止を図る。

B 研究方法

- 1) 性に関する意識と行動についてのアンケート調査
対象：管内の中学生1～3年生5759人
期間：平成15年11月～12月
有効回答数：5059人（男子2467、女子2592）
- 2) ピアカウンセラー養成講座（H16.3）
- 3) 性教育・防煙教育協力校を設定し、職員等を対象にした研修を実施
- 4) 防煙教育関係者連絡会設置

C 研究結果

- 1) アンケート結果
 - ① 性自認について
自分の性を肯定する割合は男子77.3%、女子48.9%であった。
 - ② 情報機器等の所有状況
テレビ男子40.6%、女子24.9%、携帯電話男子27.4%、女子36.0%、パソコン

男子16.7%、女子12.8%、個室男子73.3%、女子73.5%の所有率であった。

③ 性交に対する考え方

「愛情があればよい」「お互いが納得すればよい」などを条件付肯定、「結婚するまではいけない」「中学生は性交すべきではない」を否定とした場合、女子32.9%、男子31.0%が条件付で性交を肯定している。否定は男女とも約半数であった。

④ 性交経験率

中学3年生では男子17.2%、女子14.3%であった。

⑤ 性産業等の利用

「アダルトビデオを見たことがある」は男子26.2%、女子10.1%、「援助交際」男子1.2%、女子1.2%、「出会い系サイト」男子1.4%、女子3.3%であった。

⑥ 性被害について

体に触られた、後をつけられた、性器を見せられたなどの経験がある率は男子13.3%、女子20.9%であった。

⑦ 性教育を受けたことがあるか

「性教育を受けたことあり」は男子91.3%、女子93.9%であった。

⑧ 今知りたいこと

男女とも「異性の心」（男子18.1%、女子25.5%）「男女の付き合い」（男子17.4%、女子22.6%）が最も多かった。

⑨ 性行動に影響する因子

性自認・自己肯定ができている子、家庭の雰

困気がよいと回答した子は性交経験率が低い傾向にあった。パソコン・ケイタイ電話・個室など自分の自由になる情報機器や空間を持っている子は性交経験率が高い傾向が見られた

⑩ エイズに関する知識

「ウイルスが原因」「コンドームが予防に有効」「性交により感染」の正解率は男女とも半数に満たなかった。「エイズについてよくわからない」とした子が男子 37.8%、女子 29.4%いた。

2) ピアカウンセラー養成講座

平成 16 年 3 月に 4 日間の予定で開催。

3) 協力校における事業

① 性教育協力校

A 中学：職員研修及び性に関するアンケート報告（1 回）

B 高校：職員研修（1 回）、保健委員勉強会（1 回）

② 防煙教育協力校

C 小学校：職員等研修 2 回、学校公開日に保健所コーナー設置し保護・地域に P R

D 中学校：職員研修（1 回）

4) 防煙教育関係者連絡会開催（1 回）

D 結論及び考察

佐久地域の中学生の性意識及び性行動に関する調査では、約 3 割の子供が中学生の性交を条件付きではあるが肯定し、性交経験率も学年とともに上昇し、3 年生では男子 17.2%、女子 14.3%となっている。自尊感情の低い子、家庭が楽しくない子、ケイタイ電話や個室といった自分の自由になる情報機器や空間を持つ子ほど性行動が活発である傾向が見られた。

また 9 割以上の子が性教育を受けたことがありとしているが、日常的に接している性情報の多くは友人関係やマスコミ等を通じてのものである。これらのことから、性教育の出発点は自尊

感情を育てることから始まるが、性感染症や望まない妊娠等、性行為に伴うリスクから身を守る具体的な方法をきちんと伝える必要がある。また知識や行動に個人差があるため、学校教育だけでは対応しきれない場合がある。学校外に子供たちが気軽に利用でき、適切な情報の提供や相談にあたる場を確保することが必要である。防煙教育に関しては、今年度は教職員等の研修を中心に実施した。平成 13 年度に実施した子供の喫煙調査では家庭や地域の関わりが大きく影響していることが明らかになっており、保護者や地域を巻き込んだ喫煙対策が重要であると考えられる。

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

青森県市町村における自殺予防システムの構築

分担研究者 新田則之 島根県出雲健康福祉センター所長

研究要旨

青森県の自殺予防システムの構築を目指すため、保健師の行う市町村の自殺予防事業を支援しながら、県、保健所、精神保健福祉センター、市町村、医療機関の連携の推進をはかることを目的としている。平成 15 年度はまず青森県の自殺死亡を疫学的（SMR）に解析した。そして鶴田町および六戸町の地域住民を対象とした質問紙による横断研究を行うことで実態を把握し、主に一次予防のための施策に反映させた。このほか保健師を対象としたワークショップを開催し地域での自立的継続的な自殺予防のための技術支援を行った。今後は産業保健推進センター、また医師会や地域の開業医、学校や農協などへネットワークの拡大をはかり自殺予防システムの構築を展開していく。

A. 研究目的

青森県の自殺死亡率は平成 14 年では全国ワースト 2 位、537 名もの自殺者が発生しており、自殺率は人口 10 万人あたり 36.7 である。青森県は国内で最も平均余命の短い地域の一つであり、心疾患や脳血管疾患の死亡率も高い。そして今やこころの健康においても日本で最も問題のある地域の一つとなってしまった。しかし、この深刻な事態の中、県レベルならびに関係諸機関は十分な対応が取れているとはいえないのが現状である。それは自殺予防のプログラムやシステムが未確立なためである。

本研究は平成 13 年から青森県の「心のへ

ルスアップ事業」が展開する中で、県内の市町村を中心とした自殺予防システムの構築を目指すものである。自殺者数は地域差が存在する。それゆえ、保健師を初めとする関係者が、地域の実情に応じた心の健康増進および自殺予防対策事業が自立的、継続的に展開していくためのプログラムの確立および技術の向上を図られなければならず、そのための県の各機関の取り組みならびに各事業を統括するネットワークシステムの構築が求められている。

これまでの自殺予防は地方の市町村が大学医学部等と連携をし、しかも 65 歳以上の高齢者、あるいは数集落のみでの面接法そ

してランダムサンプリングといったものであり質的、量的にも決して十分な研究がなされてこなかった。今日、地方の健康 21 計画の推進と歩調をあわせるように、先駆的な自殺予防の取り組みを行っている自治体の予防プログラムを多くの市町村で取り入れようとした動きがあるが、持続的実利的な技術支援を担当する部署が不明確なため自殺予防が市町村単位で十分に展開されてこなかったといえよう。そこで今後本県の障害福祉課、精神保健福祉センターそして保健所が共同して、市町村が自立的に取り組める自殺予防システムを構築する研究は急務という認識に立って、以下の具体的な自殺予防活動を実施していく。

各市町村で自殺予防のための活動の動きが認められるが、実際にどのような取り組みをしたら良いのか困惑している場合が多い。当面根付いた活動としては青森県立精神保健福祉センターの技術支援により、すでに本年度より①鶴田町、六戸町における「こころの健康の調査」そして②鶴田町における自殺者家族へのこころのケア（心理学的剖検）事業が進行している。また名川町では3年間にわたる、うつ病の早期発見のためのシステム作りが進行している。そして、③これらのパイロットスタディーが次年度に他市町村に波及し、展開していく中、最終年度までに④全県的な予防システムの構築を図るという計画である。

平成 14 年 12 月、厚生労働省障害保健福祉部において「自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺防止に向けての提言』」がまとめられたが、そのなかで「地域における体制づくり」の項（第 3 章第 3 節（6））では「保健所、精神保健福祉センター、市町村、医

療機関、学校、事業場等関係機関の日頃からの連携推進が重要」と明記されている。しかし、各都道府県はこういった自殺予防のネットワークの構築に頭を悩ましているのが現状である。青森県においても、市町村は自殺予防のプログラムがなく、地方の精神医療は未整備で、県の自殺予防の各委員会も年 2 回開催のみで実質的に機能することは困難であり、県庁と精神保健福祉センターならびに健康福祉こどもセンター（保健所）の連携も十分とはいえない。また、こういった状況は他府県の実情も大差ないと思われることから都道府県レベルの自殺予防システムの構築は急務といえよう。自殺予防は自治体内でも多発・希少地域や性・年齢の相違がみられ市町村の実情に応じた予防策が必要であり、また、二次保健医療圏あるいは隣接地域といった広域での対策事業も行わなければならない。現在行われている県の「こころのヘルスアップ事業」では自殺予防に関する市町村への支援として、1) 自殺予防に関する各種資料および情報の提供ならびに支援実施にあたっての財政措置、2) 精神保健福祉センターによる研修会の開催および技術指導、3) 保健所による市町村への技術指導および管内の自殺の実態の情報提供という役割分担が要綱として明記されている。しかし三者の具体的、継続的な協力関係はいまだ不十分である。本研究は「こころのヘルスアップ事業」を根付かせるために、これら三者が引き続き共同して実際の市町村への支援を継続する中、県内複数地域へ市町村単位の自殺予防のシステムを確立していくことを目的としており、市町村が今後、主体的、継続的に、地域での自殺予防対策が取り組めるよ

うなシステムの構築をねらいとしている。そして、精神保健福祉センターの自殺予防の機能を高め、また、市町村や保健所との連携を自殺予防という観点で強めていく中、青森県の自殺死亡の減少を目指していく。現在すでに着手しているパイロット事業は、該当するモデル地区においては今後も保健師が保健所ならびに精神保健福祉センターと連携をとる中、主体的な自殺予防事業を進めることが可能であり、また次年度以降、県内の他の市町村に自殺予防のプログラムを提供することが期待されている。

ここで本研究の自殺予防ネットワークのモデルであるが、図1のようにモデルを描くことができる(図1)。活動の主体はあくまでもその地域に居住する住民である。そして住民の意識を変え、住民自身が自分から自分たちの町を良くして行くという自覚を持つように働きかけるのが私たちの仕事である。そのために各保健所の保健師は重要な役割を演じている。そして保健所と市町村、そして精神保健福祉センター及び県とが互いに情報交換を密にして市町村の自殺予防活動を支えるシステムを構築していくとするのが、本調査研究のねらいなのである。上記のような連携は他県においてはまだスムーズにできているとはいえない。

B. 研究方法

1) 市町村における自殺予防の研究

自殺の予防を行う場合、自殺の現状を十分に把握する必要がある。市町村における自殺予防の研究は青森県においては、①統計データを用い疫学的に自殺死亡の市町村別地域差について標準化死亡比を算出し、②青森県の事業である「こころのヘルスア

ップ事業」において重点的な対策をはかるとされている9市町村のうち2市町村(鶴田町と六戸町)において地域の自殺死亡の実情に応じた横断研究の調査を行うことで実態の把握につとめる、といった研究デザインを初年度は計画した。そしてこれらが有機的に連携しあう中、③自殺予防のシステムの構築を推進すること、が研究課題の主目的となっている。

なお①においては県庁障害福祉課と精神保健福祉センターが連携をし、また②においては当該地域の保健所の協力のもと、精神保健福祉センターの技術支援を受けながら市町村役場の保健師が中心となり実行された。そして地域の住民調査においては民生委員や保健協力員の協力を得て進められている。さらに③においては、たとえば全県の保健師を対象としたワークショップ(平成15年12月:精神保健福祉センター主催)の中で②の調査結果および名川町の取り組みがパイロットスタディーとして鶴田町、六戸町、名川町の保健師から報告され自殺予防の活動が県内に広く紹介されていたが、刺激を受けて新たな市町村の保健師が実態調査を計画するなど予防活動の輪が広がっていった。

本報告においては、研究1として青森県67市町村の標準化死亡比について、研究2として青森県鶴田町における心の健康調査について、研究3として青森県六戸町における心の健康調査についての調査結果の報告を行うことにする。

(倫理面への配慮)

研究1は公表されている保健統計年報および国勢調査の統計数値を用いるため問題はない。また研究2および3における住民

調査については自記式無記名の質問紙調査を使用し、冒頭に調査の趣旨を説明し同意を求めたのち回答してもらう方法をとった。また住所氏名生年月日等の記載は求めず、従って個人を特定される設問はまったくなく倫理的問題はない。なお、この住民調査は拒否が可能であり、回収率も70%程度であった。

2) 青森県の市町村別自殺死亡の地域差 (研究1)

資料は、国勢調査(平成12年)の県5歳階級別人口の統計数値を基準人口とし、また、自殺死亡数は青森県保健統計年報の市町村別自殺死亡数を用いた(なお一部は県障害福祉課に協力を受けた)。方法は平成10年から平成13年の4年間について県内67市町村の標準化死亡比(SMR)を全体および男女別について算出した。なお、市町村人口は平成12年の国勢調査のものを用い、また、SMRは単年で求めたものを4年分加えたのち、その平均を求め平滑化した。そして分析期間の県全体を1.0としての比を地図化した。次に多発・希少地域については、 χ^2 検定と、期待値が5未満の場合はポアソン検定によって統計的に地域差を求めた。

3) 鶴田町心の健康に関する調査(研究2)

調査対象は鶴田町に住む男性で、町が実施する『総合健診』の会場で同意を得て協力していただいた460名である。調査期間は8月4~6日及び27~29日、9月1~5日、9日の12日間で、方法は健診中に自記式無記名のアンケート用紙(B4、1枚)を配布し、その場で記入していただいた。なお、質問の構成は属性(年齢、婚姻、職業の有無)、ストレス(厚生労働省『平成12年保

健福祉動向調査』と同じ質問項目)、抑うつ尺度(CES-D)、ソーシャルサポート(MOSS-E)であり、このほか、趣味、経済、信仰、希死念慮、自殺について、の各問いをおこなった。

統計処理には欠損値を除いたものを有効回答%で示した。また、CES-D及びMOSS-Eのスケール得点は欠損値のないもので算出し、この上、CES-Dについては先行研究(矢富1993)にならい、欠損値が1~2の場合に最頻値をあてはめ有効回答率を高めた。

分析には記述統計を行い、次に抑うつ得点と諸項目との間で一元配置分散分析及びt検定をおこなった。

4) 六戸町心の研究に関する調査(研究3)

調査対象者は住民基本台帳に基づき平成15年9月1日現在、六戸町に住む40歳以上69歳以下の成人で、男性2333名、女性2225名の合計4558名である。

調査方法は留置法であり、町内45集落・地区別に、自記式無記名の調査票を、保健師が作成した名簿をもとに保健協力員(40~64歳)および民生・児童委員(65~69歳)が担当集落に戸別配布を行った。調査期間は9月7日から15日であり、回収も保健協力員および民生・児童委員が行った。回収数は3182票で回収率は69.81%であった。なお、本調査では年齢の記載のあった3137票を有効回答とした。

調査項目は属性(年齢、性別、婚姻、家族人数、町内会、職業の有無)、家族形態、健康度自己評価、生活習慣(飲酒、喫煙、食欲、睡眠)、通院の有無、持病(15疾患より選択)、ストレス(厚生労働省『保健福祉動向調査』より、対処方法、ストレスサー、相談相手)、抑うつ尺度(CES-D)、ソ

一ソーシャルサポート (MOSS-E)、別居子の有無、交流頻度 (別居子、友人、隣近所)、であり、このほか、趣味、文化活動、経済、希死念慮、自殺について、の各問いをおこなった。なお、本調査は『自殺の多くはうつ病・うつ状態であった』というこれまでの研究を踏まえ抑うつ尺度を用い関連要因を解析することで、町民のこころの健康や自殺の一次予防対策を考えることを目的としている。

統計処理には欠損値を除いたものを有効回答%で示した。また、抑うつ尺度 (CES-D) およびソーシャルサポート (MOSS-E) のスケール得点は欠損値のないもので算出した。分析には記述統計を行い、抑うつ尺度得点と諸項目との間で一元配置分散分析および t 検定をおこなった。

C. 研究結果

1) 青森県の市町村別自殺死亡の地域差 (研究 1)

過去 4 年間の青森県の市町村別自殺死亡比は図 2~4 のようになった。県東南部の太平洋側が自殺死亡比が高い状況が伺える。また性差も顕著な違いがみられた。

自殺の多発・希少地域についてはこの SMR 値に対し χ^2 検定およびポアソン検定を施したが、その結果は表 1~3 のようになった。分析期間で自殺の多い地域は黒石市、新郷村、六戸町、田子町、天間林村、むつ市、平賀町であった。また自殺の少ない地域では平舘村が期間中 0 人であった。

男女別の検定結果は、男性は黒石市、天間林村、六戸町、平賀町、市浦村の 5 市町村、女性は田子町、階上町の 2 町村が自殺の有意に高い地域であった。なお、分析期間で男性は平舘村、風間村の 2 町村、女性

は大畑町、東通村、稲垣村、蟹田町、碓ヶ関村、蓬田村、市浦村、平舘村、西目屋村の 9 町村で自殺が無かった。

2) 鶴田町心の健康に関する調査 (研究 2)

①属性

対象者は健診会場で調査に同意をいただいた男性 460 名であるが、平均年齢は 58.1 歳 \pm 11.5 歳 (レンジ 27-88) であった。婚姻状況は既婚が 302 人 (91.0%)、未婚が 13 人 (3.9%)、離婚が 15 人 (4.5%) であった。職業については「職業あり」と答えたものは 310 人 (84.7%) で、このうち「農業」は 195 人 (62.9%) であった

②ストレス

「この 1 ヶ月間に日常生活で不満、なやみ、苦勞、ストレスがありましたか」と 4 件法で質問した。その結果、「大いにある」が 37 人、「多少ある」が 194 人、「あまりない」が 154 人、「ほとんどない」が 49 人 (有効回答 $n=434$) であり、多くの方がストレスフルな状況にあった。また、「この 1 年間、不満、なやみ、苦勞、ストレスなどがあつたとき、どのようにしていただきましたか？」と 19 の選択肢から選ぶ質問の結果は以下のようになった。最も選択されていたのは、「テレビを見たりラジオをきいたりする」(30.1%)、ついで「アルコール飲料 (酒) を飲む」(29.6%) 「趣味・スポーツに打ち込む」(22.6%) となっていた。また、10 歳階級別では若年ほど「アルコール」「ペットと遊ぶ」「じっとたえる」などが選ばれていた。そしてストレスの相談相手について「不満やなやみ、ストレスなどをだれに相談しますか」とたずね、12 項目から複数を選択してもらった ($n=412$)。最も多かったのは「家族」で全体の 51.2% が選択していた。

以下、「友人・知人」「相談する必要ない」「相談したいが相談先がわからない、相手がいない」「相談したいがためらっている」となっている

③希死念慮

「気分がひどく落ち込んで自殺について考えることがありますか」の質問では30人(7.7%)が「はい」と答えていた(有効回答 $n=388$)。

④抑うつ尺度 CES-D と関連要因

抑うつ尺度は CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) を用いた。データ処理に際し「欠損値が3ヶ所以上」、及び「全部1に○と選択(設問を読んでいないと思われるもの)」を取り除き、また先行研究にならい欠損値1~2までのものに最頻値を入れて計算をしたがその結果、有効回答 $n=321$ で平均得点は 14.90 ± 6.42 、最大値44点、最小値2点 ($M \pm SD$) となった。

そして鶴田町の男性の抑うつ感に関連する要因について、抑うつ得点 CES-D を従属変数とした一元配置分散分析(3要因以上)及び t 検定(2要因)を行った(表4)。なお分散分析後は多重比較(Scheffe および Games-Howell の検定)を行った。

その結果、婚姻や職業の有無では抑うつ得点に差がなかった。また、農業という職業自体は抑うつ感と高い結果となる職業ではなかった。一方、1ヶ月以内になやみや苦勞やストレスがあったか、の設問では、あった者ほど抑うつ得点が有意に高い結果となった($P < .001$)「趣味」はある者ほど抑うつ得点が有意に低かった。また、「経済問題」もない者ほど抑うつ得点が有意に低かった。多重比較では「大いにある」と「あ

まりない」の間で0.5%以下の有意差がみられた。なお信仰の有無は抑うつ得点に関連はなかった。

そして「自殺について考えることがある」の質問でも「ある」と答えたものの抑うつ得点が高く「ない」と答えた者の抑うつ得点との間に有意差がみられた(t 検定: $P < .001$)。

3) 六戸町心の研究に関する調査(研究3)

①属性

対象者の平均年齢は 54.92 ± 8.35 歳で、最頻値は52歳(155名)であった。男女別平均年齢は男性 54.90 ± 8.42 歳、女性 54.90 ± 8.28 歳、最頻値は男性52歳(78人)、女性50歳(92人)であった。性別の記載があったのは3132票であり、男性は1452人、女性は1680人であった。また、性比は男性46.4%、女性53.6%であった。

婚姻状況については既婚者は男性81.3%女性81.6%と同程度であったが死別は男性1.8%に対し女性は7.8%と高かった。60代後半では婚姻をしていると答えた者は平均62.1%と低く、そして配偶者と死別している者は平均10.1%であった。一方、離別は若い世代に多く40代で平均4.5%、50代で3.3%であった。

家族人数(回答 $n=2893$)は、平均 4.11 ± 1.81 人で、最頻値は2人(561人)、ついで3人(553人)であった。家族形態(回答 $n=2942$)は、独居、夫婦、2世帯、3世帯、4世帯から選択するものであった。最も多い家族形態は2世代で全体の47.1%であった。多世帯(3世代以上)同居は、3世代同居が687人(23.4%)、4世代同居が89人(3.0%)、5世帯同居は2人いた。

次に職業について、あり・なしをたずね

た。「あり」の場合は「農業」、「会社員」、「自営業」、「その他」の4肢から、「なし」の場合は「失業」、「無職」、「退職」、「主婦」の4肢から選択していただいた。回答者は「あり」2209人「なし」629人の計2837人、有効回答の90.5%であった。六戸町は「農業」が有職者の38.9%を占めていた。なお、「農業」の860人は兼業農家も含まれていると思われる。また六戸町の農業従事は男性より女性の方が多く、女性の45.0%は職業を「農業」と答えていた。性差は大きく男女間は統計的有意差がみられた(χ^2 検定: $P < .001$)。職業は、「農業」の次に「会社員」が多く32.8%、そして「自営業」は12.8%であった。また、「その他」では、「パート・アルバイト、非常勤」が113人、「(地方)公務員」が46人、「大工」が27人と続いた。一方で、職業なしと答えた者の詳細は、「主婦」の323人(51.3%)が最も多く、次に「退職」が112名(21.5%)、「無職」が112名(17.8%)、「失業」が59名(9.4%)と続いた。

②生活習慣

飲酒について5肢選択で質問をした。「毎晩」飲酒をしていると答えた者は男性50.6%、女性8.3%であった。また、「週3回以上」を飲酒習慣があるものとする、年齢階級別では男性の40代が73.6%と高く、世代が上がるに連れて減少していた。なお喫煙習慣のある者は男性50.7%、女性8.6%であった。そして睡眠について3肢選択で質問をした。「ぐっすり眠れる」は男性59.6%に対し女性46.1%で統計的に有意差(χ^2 検定: $P < .001$)があった。また「時々眠れないときがある」は女性の49.5%が選択しており有意差があった。

「病院や診療所に現在通院していますか」という質問について「通院中」、「通院していない」の2択の質問をおこなった(回答者2782人(88.8%))。「通院している」は1141人で有効回答の41.0%であった。また、男女別では男性479人(37.5%)、女性660人(44.0%)で女性の方が多かった。10歳階級別では40代、50代では性差はないが60代では男性221人(53.1%)に対し女性は301人(64.9%)と高く統計的に有意差が見られた(χ^2 検定: $P < .001$)。

③ストレス

「この1ヶ月間に日常生活で不満、なやみ、苦勞、ストレスがありましたか」と4件法で質問した。その結果、「大いにある」が428人(13.6%)、「多少ある」が1423人(45.4%)、「あまりない」が731人(23.3%)、「ほとんどない」が311人(9.9%)、「不明」が244人(7.8%)であり、調査対象の59.0%に何らかのストレスがあることがわかった。

次に「この1年間、不満、なやみ、苦勞、ストレスなどがあつたとき、どのようにしていましたか?」と19の選択肢から複数選ぶ質問の結果は以下ようになった。最も選択されていたのは、「テレビを見たりラジオをきいたりする」(30.1%)、ついで「アルコール飲料(酒)を飲む」(29.6%)「趣味・スポーツに打ち込む」(22.6%)となっていた。なお男性は40代、50代を通じ「アルコール」が最も多く、「趣味・スポーツ」「のんびり」などが選択されていた。また、「テレビ・ラジオ」「寝てしまう」も多く選択されていた。一方、女性は「人に話して発散」「テレビ・ラジオ」「買い物」「のんびり」などといった対処行動が選択されていた。

さらに「いちばんストレスと感ずること

は何ですか」と8肢から選択してもらった。最もストレスと感じていることは「経済的なこと」で31.2%であった。ついで「仕事」21.1%「健康・病気」18.1%「対人関係」17.6%と続いた。このほか「不満やなやみ、ストレスなどをだれに相談しますか」とたずね、10項目から複数を選択してもらった(n=2770)。最も多かったのは「家族」で全体の54.7%が選択していた。以下、「友人・知人」38.7%、「相談する必要ない」13.6%「相談したいがためらっている」6.3%となっていた。

④経済問題

「経済的に問題がありますか」の質問で、4件法で回答していただいた(回答数は2926人(93.3%))。経済問題は「大いにある」が24.5%、「多少ある」が40.1%で、全体の6割以上は経済的に問題があると答えていた。また、性差はあまり無いが、世代別では若年層ほど経済的に苦しい者が多く、加齢と共に経済的な問題がない者が増加する傾向が見られた。次に「経済的に問題がありますか」という質問で、「大いにある」「多少ある」と答えた方々に、経済問題の内容を5肢選択で回答していただいた。回答者は1610人で男性780人、女性828人であった。その結果、「その他」が最も高く、ついで「借金」の28.8%、「経営難」の20.2%となっていた。「借金」は加齢とともに減少しており、逆に「失業」「経営難」は加齢とともに増加傾向を示していた。失業は60代、リストラは50代が高かった。

⑤希死念慮

「気分がひどく落ち込んで自殺について考えることがありますか」と自殺に対する質問を行った。有効回答は94.1%であった。「はい(考える)」の回答者は370人(12.5%)、

性別では男性148人(全体の10.2%)、女性220人(13.1%)で女性が高かった。性・年齢階級別(10歳)では50代女性が16.1%と最も高かった。職業別では自営業37人(13.4%)、農業102人(13.0%)が高かった。公務員は46人中5人(10.9%)と最も低かった。「この1ヶ月間に不満・なやみ・ストレスはありましたか」の回答別に“自殺について考える”割合を算出すると、「大いにある」と答えた者が403人中145人(36.0%)と高かった。経済問題との関連では「落ち込んだとき自殺について考える」と答えた370人の内、「経済的に問題が」「大いにある」が52.1%の187人、「多少ある」が32.6%の117人いた。

⑥抑うつ尺度 CES-D と関連要因

CES-D 有効回答は1639人で平均点±標準偏差は14.84±7.80点、またクロンバックの α 係数は0.82であった。なお、集計では「全部1に○印をつけた回答(設問を読んでいると思われもの)」を取り除き、また欠損値が1つでもあるものは集計していないため有効回答率が52.2%と低くなった。男女別では男性(777人)の平均±標準偏差が14.46±7.85点、女性(862人)の平均±標準偏差が15.18±7.74点であった。男女間の平均得点で性差は見られなかった(t検定:P=0.065)。

CES-D(抑うつ)得点と各質問項目との間の関連を知るため、項目ごとに平均得点を算出しそれぞれt検定(2要因)、および一元配置分散分析(3要因以上)を男女別に行った。また、分散分析後は多重比較を行った。

その結果、婚姻では男性の有配偶、職業では女性のその他で抑うつ得点が低く、男

性の失業者は得点が高かった。また男女とも健康感がよいほど、睡眠状況がよいほど、食欲がよいほど、ストレスがないほど抑うつ得点が有意に低かった。また交流頻度は別居子は関連なく友人や隣人と交流があるほど抑うつ得点が有意に低かった。そして趣味はあるほうが、経済問題はないほど抑うつ得点が有意に低かった(表5-1~3)。

D. 考察

1) 自殺予防システム構築の諸問題

まずなによりも地域住民が「自殺」ということばをどのようにうけとめるかという問題がある。秋田県由利町の前例からも住民が当初は拒否感をもってうけとめてしまうという可能性はある。従って自殺ということばを前面に出さずに、むしろ「こころの健康づくり」を前面に出して活動を開始した方が住民が受け入れやすい。またこの事業を行う行政の側からの拒否感も強い。

「自殺は個人の問題であり、行政が扱う問題ではないのではないか、我々がやらねばならないことはたくさんある」という主張である。しかし世界保健機構(WHO)でもこの問題を扱っているのに、「個人の問題」とする根拠は乏しい。しかも由利町のように、行政が積極的にこの問題を取り上げてきたことで、実際に自殺者が減少しているということからも、むしろ行政が取り組むべき重点課題と考えるべきであろう。

さらに保健師がこの活動に関心を示し、活動を開始するには保健課長などの上司の協力が不可欠である。上司が上にのべたような考え方に固執していると結局保健師の熱意がつぶされてしまう。保健師にとってもこの問題がストレスとなってしまう、住民と同様に「できれば触れたくない」、ある

いは「なかったことにしたい」問題になってしまうのである。むしろ「こころの健康づくり事業」であれば、さほど構えずに取り組むことができるし、住民にとっても受け入れやすい。実際活動が始まって、2-3年すると住民は「自殺」ということばに抵抗感を当初示していたのにそれが徐々に緩和されてくるのである。

2) 保健師への支援

まず市町村の保健師はその市町村の管轄区の保健師とともに精神保健福祉センターを訪問し、具体的な取り組みについて話し合う。多くの場合市町村が活動予算を市町村に計上して認可されてからとなる。ただし各市町村は赤字の貧窮財政が多く予算獲得は困難な場合が多く、予算がおりたとしても少額である。そこで市町村には調査用紙の作成代や封筒代そして精神保健福祉センターからの講師派遣のための交通費を負担してもらい、データの入力や統計処理、そして報告書の作成やリーフレットの作成代は当厚生労働研究補助金をあてさせてもらったのである。

3) 一次予防

我々が今回青森県で展開しているのは一次予防的な取り組みである。すなわちこころの健康づくりのためにどのような要因が必要であるのかを各市町村の住民を対象に実態調査を行い、明らかになった要因を住民に伝えていくそしてこれを毎年のように繰り返すという活動をいう。鶴田町では男性のみの調査であったが(研究2)、中高年のストレスが全国に比して多く、対処法も飲酒などの問題があり、相談先がわからないと答えるものが多くまた自殺について考える者の抑うつ得点が高いことがわかった

が、このような実態を住民に還元するための講演を行い、さらにわかりやすく伝えるために地元の保健協力員らによる劇団「鶴亀座」が一役買っている（図5）。仕事を失い、毎日飲酒しうつとしていた頑固な亀太郎を家族や近隣の人たちが説得して何とか医療につなげることができたという内容で、講演で話すよりもわかりやすく、また方言による演劇は笑いも交えて住民が理解することができたと考える。さらに鶴田町では抑うつ得点が高かった地域にさらに焦点をあてて、二次調査を検討中である。その際その地区は学校区として位置づけているので、あらたに養護教諭や生徒の父母などがこの活動に参加することが期待される。

六戸町（研究3）では同じくストレス状況が悪く、経済問題を抱えているものが多く、また気分がひどく落ち込んで自殺を考える者の割合が高かった。この実態を住民に伝えるために講演を行ったり、老人会で紙芝居を披露したりしてきた。さらに今後は文化活動の低い学校区で抑うつ得点が高かったので、その地区をモデル地区として鶴田町と同じような取り組みを検討中である。また農協への働きかけも検討中である。

平成16年度はこの2町のほかに、平内町と三戸町が同様の取り組みをすることになっており、県内で保健所と精神保健福祉センターを中心として確実に一次予防の輪が広がりつつある。

4) 二次予防

これは平成13年よりすでに名川町で進行している活動である。そして当初は1986年から新潟県の松之山町で新潟大学の精神科のサポートにより、住民に対するうつ病の啓発教育とスクリーニングの活動が開始

され、実際に自殺率も低下したという。その後岩手県では浄法寺町、秋田県では合川町などで、青森県では名川町でそして九州では鹿児島県の伊集院地区で同様の活動が行われた。まず住民の中にうつ病のサインがないか、SDSという抑うつ尺度の短縮版を用いて、うつ病の疑いのある住民に対して保健師が家庭訪問し、さらにCIDIというより精度の高い尺度でいわゆる構造化面接を行い、そこでもうつ病が疑われる住民に対して精神科医が家庭訪問して面接の上最終診断を行い、うつ病であれば精神科治療を開始するというものである。そのためには十分なマンパワーと資金が必要となる。また周辺地区の精神科医の協力が要請される。以下に名川町で行われているスクリーニングの流れを示す（図6）。

さらに救命センターにおける自殺未遂者への対処や再発防止のための精神科医の関わりなどもここに含まれるであろう。

5) 三次予防

不幸にも自殺という事態が生じてしまい、残された家族に対するケアが行われるのがこれである。「あの時もう少し話をきいてあげればよかった」とか「死にたいということをきいて心配はしていたがまさかこうなるなんて」など遺された家族はいろいろと悩む。最悪の場合にはその中からまた自殺者がでてしまったりする。このような悪循環を阻止するために必要な活動である。近年は「あしなが育英会」の活動として、自殺された親をもつ子どもが自分の思いを積極的に公表するようになってきている。しかし大半の家族はなかなかそこまで踏み切れず、ひとりで悩んだりこころを閉ざしてしまう。保健師が機会をとらえて、遺され

た家族の気持ちをきいてあげることが必要であるが、そのための保健師のトレーニングが事前に行われることが望ましい。つまり「しっかりしなさい」などの侵襲的なことばを発しないなどの注意が必要なのである。その他いわゆる心理学的剖検もこの時に行われるが構造化面接であるため、やはり侵襲的にならないように注意が必要である。なお、平成15年度では鶴田町にて保健師による遺族の訪問が行われている。

6) 産業保健

我々の課題は主に市町村での自殺予防の取り組みをシステム化することであるが、産業保健分野での自殺予防の取り組みも求められている。市町村における自殺予防の輪を広げるのみならず、事業所に対する取り組みは同じような図を描くことができる(図7)。

事業所に対する取り組みは被雇用者50人の事業所については青森産業保健推進センターが調査を担当し、50人以下の場合には県が青森労働局と連携して行う。その基本的な考え方は以下ようになる。つまり県の統計でも青森県の自殺者のうち、40-59歳の男性の自殺者は40%と高く、前年比で見ると自営業が+33名、管理職が+4名、被雇用者が+12名そして無職が+49名であり、事業所における自殺予防対策が重要であることは明らかである。

7) 自殺予防システム構築連絡会議

主に弘前大学医学部の精神科、公衆衛生学、衛生学、法医学の教室員、青森保健大学、慶応大学保健管理センター、立命館大学産業社会学部そして琉球大学医学部の代表ならびに保健所そして精神保健福祉センターの代表からなるが、青森県全体の自殺

予防システムを構築するためのブレーンの役割を演じる。実際に自殺予防活動を実施するのは市町村及び保健所の保健師であり、データの集計や結果を住民に還元する仕事を精神保健福祉センターが引き受けている。そして地域でのワークショップの開催にあたってはこれらの専門家に講演や意見交換を依頼している。この自殺予防システム構築という課題が青森県全域であることから、このような体制が望ましいと考えた。しかもこれらの専門家は県内の「心のヘルスアップ専門家会議」や「メンタルヘルス推進会議」のメンバーであったり、「青森産業保健推進センター」の相談員であったりするので、我々の活動にあたってスムーズにことが運んでいる。

8) 今後の展開

また自殺予防活動を行う上で、医師会の協力も不可欠である。その大きな理由として、自殺者が自殺を行う数週ないし1ヶ月前に身体科の医師を受診するという事実からである。頭痛や不快感などの身体愁訴で受診しているが、その時に身体科の医師が本人のうつ状態あるいは希死念慮を把握し、精神科医につなげる事ができればそれは大きな自殺予防的な取り組みとなる。その場合のシステム構築は図7のようになる(図8)。

このように精神科医師連合や精神保健福祉センターが中心となって、地域の医師会の催しの場で、うつ病についての啓発普及を行い、いずれはテレビ電話やメールにて個々の医師からの相談にも応じることのできるシステム作りが求められよう。

なお特殊な取り組みとして、自殺予防に関心のある医師が提携して、一次予防や二

次予防的取り組みを展開していくことである。つまりこころの健康カードを提示する住民に対して、医師あるいは看護師がこころの問題に配慮した対応(気持ちを聴くなど)を行い、簡易スケールを用いて患者の中にうつ病の疑いのある場合には精神科医につなげていくという取り組みである。その場合に精神科医もこのプロセスを熟知した上で対応することが求められる(図9)。

浪岡町で大竹整形外科がまずこの試みを行うこととなった。

以上のごとく県民の様々な創意工夫が結集して一次から三次までの自殺予防活動が展開しつつある

E. 結論

自殺者1名の背景には長期に悲嘆にくれる身近な人が6人、自殺数の10倍の自殺未遂が存在するといわれている。663人(青森県内の自殺数:2003年警察統計)の自殺者はあまりに多く、絶対に減少させなければならぬだろう。人の心は多様であるように、自殺の動機・原因もあまりに多様である。それゆえ医師、保健師、心理士、のほか民生委員や保健協力員、農協や学校、自治体職員や企業人らあらゆる人達の英知と努力をもってして自殺予防を強力に推進していかなければならない。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

引用文献

- 1) Antonucci, T., et al. : Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5) : 519-527, 1987.
- 2) Blazer, D. et al. : The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*, 46(6), 210-215, 1991.
- 3) Kimiko Hashimoto, et al. : Direct and buffering effects of social support on depressive symptoms of the elderly with home help. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53:95-100, 1999.
- 4) Radloff, L. S. : The CED-D Scale, A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* 1(3) : 385-401, 1977.
- 5) Schifano, F. et al. : Pharmacological treatment of suicidal behavior. *Suicide prevention* (D. De Leo, et al. ed.), 199-209, Kluwer academic publisher, Netherland., 1997.
- 6) 青森県健康福祉部 : 青森県保健統計年報 第15表 死亡数 性 年齢 死因別 1990-2002.
- 7) 青森県健康福祉部障害福祉課 : 「青森県自殺予防実態調査」報告書, 2003

- 8) 青森県健康福祉政策課：青森県保健統計年報、第19表、青森、2000-2003.
- 9) 井原一成：地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究. 日本公衆衛生誌, 40 (2) : 85-93, 1993.
- 10) 大野裕, ほか：「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. 3-24, 慶応義塾大学医学部精神神経科学教室, 東京, 2001.
- 11) 大野裕：「うつ」を治す. PHP 新書 111, PHP 研究所, 2000 年.
- 12) 岡本博之、後藤洋平、坂井俊郎、他：北海道における自殺の疫学 (1979 年～1994 年)、北海道公衆衛生雑誌、13、49-53. 1999.
- 13) 岡山明、野原勝、黒澤美枝、他：自殺予防の疫学、日本社会精神医学会雑誌、12 (1)、34-40, 2003.
- 14) 岡林秀樹, ほか：配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果. 心理学研究, 68 (3) : 147-154, 1997.
- 15) 健康ろくのへ21 策定委員会：健康ろくのへ21, 同町, 2003 年
- 16) 厚生労働省：平成12年保健福祉動向調査. 2002.
- 17) 崎原盛造, ほか：高齢者用ソーシャルサポート測定尺度 (MOSS-E) の改訂とその予測妥当性, 沖縄における社会環境と長寿に関する縦断的研究 (平成11年度厚生科学研究費補助金). 8-20, 2000.
- 18) 島悟, ほか：新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学, 27 (6) : 717-721, 1985.
- 19) 高橋祥友：自殺の心理学. (講談社現代新書 1348), 講談社, 1997.
- 20) 日本統計協会 (2003)：青森県の人口 平成12年国勢調査編集解説シリーズ NO.2、東京、日本統計協会.
- 21) 本橋豊、劉揚、佐々木久長 (1999)：秋田県の自殺死亡の地域格差と社会生活要因に関する研究、厚生指標、46 (15)、10-15.
- 22) 六戸町保健福祉課：平成14年度保健衛生事業概要, 同課, 2003 年.
- 23) 渡邊直樹, ほか：「保健師のための自殺予防マニュアル」, (資料), 2003.
- 24) 渡邊直樹, 竹之下由香, 田口学, ほか：高齢者のいきがいと自殺抑制因子の研究, 精神神経学雑誌, 103 (12).
- 25) 渡邊直樹, 田口学, 竹之下由香：高齢者自殺予防の考え方と実践. 一秋田県由利町における調査結果

研究要旨 精神病院の長期入院者の退院促進を図るため、川崎北部及び南部医療圏を対象として精神障害者手帳所持者の居宅支援事業のうちホームヘルプを受けた者 102名にアンケート調査を行い、その属性とアンケートの回答の分析を行った。また、精神障害者手帳所持者にニード調査を参考にして、今後の社会生活に必要なソフト又ハード面の生活支援センターの有り方について検討をこころみだ。この結果を検討し、今後の地域精神科リハビリテーション事業につなげたい。

A. 研究目的

川崎北部及び南部医療圏において精神障害者の長期入院患者の退院促進をうながし、在宅支援と同時に地域精神科リハビリテーションシステムの構築を公衆衛生学の立場に立って取り組む。

B. 研究方法

川崎市精神保健福祉ニーズ調査委員会が平成 15 年 3 月にまとめた報告書を参考にして、平成 14 年度に精神障害者ホームヘルプ事業を利用した 102 名の属性の項目を検討し、またこれらの人を対象にアンケート調査を実施した。回答の得られた 72 名の満足度さらに GAF 値を調査した。（アンケートの内容は精神障害者社会復帰促進センターの行ったものを参考にして同じような質問を行った。）さらに、平成 15 年度のホームヘルプ申請者について判定会を毎月 1 回開催し、申請者のヘルパー派遣の適否判定と問題ケースの調整も行った。これらの内容から今後の精神障害者のホームヘルプ事業や、川崎市精神科リハビリテーションのシステムの有り方について検討と課題の考察を試みた。

C. 研究結果

今回の研究では、川崎市内の精神障害者手帳所持者でホームヘルプを受けた 102 名の属性とアンケートに回答した 72 名についてその満足度などを解析用ソフト SPSS で分析を行った。基本属性では全体対象者のうち統合失調症の診断を受けた者 67 名 (65. 7%) 気分障害 19 名 (18. 6%)、単身者 59 名 (57. 8%) 単身以外 46 名 (45. 0%)、平均年齢 50.9 歳、日中の生活場所として外に出ない 63 名 (61. 8%)、身体合併症あり 56 名 (54. 9%) となっており、合併症のうち糖尿病 17 名 (16. 6%)、高血圧症 10 名 (9. 8%)、高脂血症 7 名 (6. 9%) 等となっており生活習慣病の罹患が目立つ。その他の内臓疾患は 19 人 (18. 6%)（例えば癌術後など）、歩行障害 4 名 (3. 9%)、結核 2 名 (1. 9%) であった。ホームヘルプのアンケートの回答では欠損値を含んではいないが、その内容として必要な援助が受けられて、大いに良かった 52 名 (51. 0%)、少し良かった 18 名 (17. 6%)、心配が大いに減った 41 名 (40. 2%)、少し減った 25 名 (24. 2%)、気持ちが大きいに明るくなった 38 名 (37. 3%)、少し明るくなった 19 名 (18. 6%) となっている。さらに相談相手が出来た。家の中がかたづいて綺麗になった。生活に意欲が出てきた等の回答が多かった。またやらないで欲

しいとの項目では「勝手な判断をヘルパーがする」と答えた人 4 名 (3. 9%)、「おしゃべりや愚痴をいう」と答えた人 5 名 (4. 9%) となっていた。

全体に川崎市精神障害者ホームヘルプヘルプ事業は精神障害者社会復帰促進センターがまとめた結果と大体同様で、有効だったことを追認した。一方問題点として平成 15 年度に入ってから判定会に提出されるホームヘルプ利用申請者は人格障害によるうつ状態等の者が増える傾向にある。これは全国的な傾向でもあり、このことは考察で更に詳しく述べる。また川崎市内の精神障害者ホームヘルプ利用者の事例紹介も行う。

D. 考察

ニード調査での結果精神障害者居宅支援事業にあるホームヘルプ、グループホーム、地域生活支援センター、ショートステイなど各種の事業の認知度は精神障害者手帳持参者でも 10~40%程度であり、この事業の認知度を更に上げることを目指すことが必要であると痛感される。今回のホームヘルプ事業の結果から今後、精神障害者の社会参加のために強化、検討が必要な機能として次の事があげられる。具体的な精神障害者の地域生活支援施設や事業としては 2 つに分けることが出来るのではないかとと思われる。①ソフト面の社会参加生活援助機能例えば炊事介助、掃除・洗濯介助、生活上の相談、外出援助がある。②ハード面の機能、例えば入浴・24 時間電話相談サービス、ショートステイ、金銭管理、各種保証人等である。つぎに必要なこととして①についてはいわゆる精神科の専門教育を受けた人でなくとも、例えばホームヘルパーで十分対応が出来ると判断される。これからも精神科関係の知識はそれなりに身に付ける必要ではあるが積極的に民間人の力を生かす方向が望まれる。今後の川崎市内で方策として①をより広汎なものとするためにはホームヘルパーや事業所とホームヘルプ利用者の間を調整するのに大きな役割を果たした川崎市リハビリテーションセンターの地域訪問ケア部門（専任の NR2 名、OT1 名、SW1 名、CPI 名さらに担当 DR2 名などのチーム）のより積極的な活動がある。又②については市内に数ヶ所にハード面を充実させた生活支援センターの設置である。さらに精神障害者のホームヘルプ事業はヘルパーの精神障害者への係り方が高齢者とまた違う点が理解され、精神障害者の偏見除去にも役立つものであると思われる。そのためには利用者を出るだけ精神病院入院者を優先するこ

とも必要であり、別の課題として判定会のメンバー構成の問題も出てくる、特に精神病院関係者の参加が望まれ、この場合精神障害者ケアマネージメントの立場から判定会へあがってくる意見を尊重することが大切になるであろう。

E. 結論

今後の精神障害者ホームヘルプ事業のあり方について2つの問題点が上げられる、ひとつには判定会における申請者の障害の検討である。その内容としては 診断名、合併症症状の安定度などであろう。今後ホームヘルプ利用申請者の中には、人格障害がらみの気分障害実際にはうつ状態などの診断が6名認められる。こうした利用者の場合はヘルパーとの人間関係でトラブルを起こしやすいといえる。この制度の公平性を如何に保つか、そうした申請を判定会で承認するかまたは却下するかの判断を行うことの難しさが予想される。財政的な枠組みも当然受けることがあり、おのずから利用者数には限りが出てくるであろう

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

地域における介護予防システム構築に向けての調査研究事業

分担研究者 角野 文彦 滋賀県湖北地域振興局地域健康福祉部部長

研究要旨

介護予防活動の先進的支援事例を有する保健所の訪問調査により、昨年度全国保健所対象のアンケート調査で明らかとなった介護予防活動支援における保健所側の課題を解決する方策として、所内の連携、地域のニーズ把握、支援計画の作成、協働事業の実施、進行管理と評価、他地域への波及など地域保健活動の基本を押さえた一連の取組みを行うことの重要性を確認した。

A. 研究目的

介護保険制度のスタートを契機に導入された介護予防事業については、全国の市町村において事業展開が図られており、地域の特色を生かした取り組みも認められる。しかし、その多くは単発的な事業としての実施に留まっており、総合的な地域ケアシステムにまでは至っていない現状にある。

本調査研究事業では、地域における介護予防活動のシステム化を支援できる機関としての視点にたち検討を行うことにより、介護予防活動の対象となる要援護高齢者等の実態把握から、地域住民への啓発、有効な事業の計画、実施、評価までを、地域で総合的に行えるシステムの提示を最終の目的としている。

本年度は、介護予防活動に関して先進的支援事例を有する保健所を選定し、研究協力者による訪問聞き取り調査を実施することにより、保健所および市町村の有する課題の整理を行い、その解決策を探ることを主な目的とした。

B. 研究方法

本調査研究事業では毎年度、1) 研究グループ全員による共同研究事業を実施するとともに、2) 各地域において介護予防活動の支援に関わる取り組みを実地に行い、これら両者を組み合わせて総合的に研究事業を推進する計画である。

本年度は共同研究事業として、介護予防活動に関して先進的支援事例を有する保健所の訪問聞き取り調査を実施した。

対象となる保健所の選定方法は、昨年度全国の保健所 582 箇所を対象に実施した「市町村介護予防事業に対する保健所の支援状況に関する調査」結果を参考として、広域支援に結びついている事例、保健所内で連携をとって支援を行っている事例等を有する 31 保健所（いずれも都道府県型保健所）を事務局で抽出した。その後、第 1 回研究打合せ会議において検討を行い、地理的な条件も考慮して最終的に 13 保健所を調査対象として選定し、各研究協力者に割り当てて調査を行った。

調査にあたっては共通の調査依頼票と聞き取り様式を定め、調査項目は、1) 事業名、2) 取り組み保健所の概況、3) 支援のきっかけ、4) 支援事業の内容、5) 事業成果、6) 課題及び今後の予定とし、最後に調査者のコメント（先進事例と思われる事がら等）を加えることとした。調査期間は平成 15 年 11 月～平成 16 年 1 月、調査方法は原則として研究協力者による訪問聞き取り調査とした。

（倫理面への配慮）

介護予防事業そのものは個人を対象に実施するものであり、対象者への十分な説明と理解をもって実施する必要がある。ただし、本研究は地域におけるシステム化を目標に介護予防活動のあり方について検討するものであり、個人の成績を直接に扱うものではなく、従って倫理面の問題はないと考える。

C. 研究結果

1. 共同研究事業：介護予防活動に関して

先進的支援事例を有する保健所の訪問聞き取り調査

調査対象として選定した 13 保健所の中で、実際に調査が実施できた保健所と主な事業名は以下のとおりである。

- 1) 山形県村山保健所：閉じこもり高齢者の寝たきり予防に関する地域支援事業
- 2) 福島県南会津保健所：介護予防対策としての高齢者の健康づくり事業
- 3) 神奈川県平塚保健所：介護予防研修会、介護予防推進連絡会、他
- 4) 神奈川県大和保健所：高齢者保健福祉委員会、介護予防講演会、他
- 5) 富山県新川保健所：N町生涯現役づくり事業、市町村ヘルスプラン策定
- 6) 石川県南加賀保健所：介護予防事業関係者連絡会
- 7) 石川県石川中央保健所：介護予防事業担当者連絡会
- 8) 石川県能登中央保健所：地域リハビリテーション検討会
- 9) 福井県丹南保健所：地域保健・福祉・環境関係職員等研修事業、実践研修
- 10) 島根県雲南保健所：介護予防技術職員研修、地域高齢化問題調査研究協議会

各保健所ともに介護予防活動の支援にあたっての課題を抱えてはいるが、地域保健活動の基本を押さえた一連の取り組み（所内の企画部門と現業部門の連携、市町村の健康福祉課題・ニーズの把握、優先度を考慮した支援計画の作成、保健所事業を活用した協働事業の実施、計画・実行・評価の実施、他市町村への波及・共有化など）により課題を解決し、一定の成果をあげていることが確認できた。なお、詳細は「保健所による介護予防活動支援事例集」にまとめた。

2. 個別研究事業：各地域における介護予防活動の支援に関わる取り組み

各研究協力者の本年度の個別研究課題は、

- 1) 栃木県内市町村での介護予防事業対象者と参加者の現状（小林）、2) 介護予防を軸とした公衆衛生活動の評価指標の開発（永見）、3) 戦略的な保健福祉事業体系作成のあり方についての検討（村井）、4) ヘルスプロモーションの視点での介護予防活

動評価システム開発研究（佐甲）、5) 川本健康福祉センターにおける介護予防に関する取り組み（竹内）、6) 目的と対象者を明確にした介護予防への取り組み（片岡）、7) 介護予防対象者の追跡調査から事業化に向けての検討（寺尾）である。

小林は、県内市町村で行われている各介護予防事業の対象年齢と、実際の参加者の性年齢分布を比較検討し、後期高齢者に的をしばった事業と男性の参加を促す事業の必要性を指摘した。永見は、介護予防活動の評価指標として区市町別の標準化要支援要介護者比の有用性を検討し、女性の平均寿命との間に負の相関関係を認めた。村井は、介護予防事業等の社会資源を明確化し、保健福祉事業の体系モデルを作成する取り組みを行った。佐甲は、ヘルスプロモーションの5つの活動領域と3つのカテゴリーを組み合わせた介護予防活動評価表を考案し、専門職間で有用性を検討した。竹内は、介護予防ネットワーク推進事業での取り組みを受けて、基幹型在宅介護支援センターの役割と運営の課題の整理、地域ケア会議の機能充実に向けて取り組みを行った。片岡は、管内G村との協働の取り組みの中で、保健所の支援として、活動の方向性の検討、情報の検証、実態の共通認識、介護予防体系の検討などをあげている。寺尾は、管内K町との協働により、介護予防ハイリスク者の把握方法と支援方法について、事業化に向けての検討を行った。

D. 考察

昨年度実施した全国保健所対象のアンケート調査では、介護予防事業の支援にあたって保健所側の課題をあげたものが6割以上あり、その内容は、組織としての方針が不明確、保健所の仕事でない、市町村からの要望がないと動きにくい、組織内の連携不足、実態把握が不十分などであった。

今回、先進的支援事例を有するとして調査した保健所では、こうした課題のいくつかを、うまく解決していた。例えば、保健所内の企画調整（地域支援）部門と現業部門が連携をとり、管内市町村の健康課題や地域ニーズの把握を行い、優先度を考慮し

て支援計画を作成し、職員の研修事業等を実践的に活用して協働事業を実施し、進行管理と評価を行い、他市町村への波及を図るなどであり、地域保健活動の基本を押さえた一連の取り組みが重要かつ必要であることを確認した。

今後の予定として、平成16年度は当研究グループの共同研究事業として、昨年度実施した全国保健所アンケートの調査結果と本年度実施した先進的支援事例を有する保健所の訪問聞き取り調査結果をもとに、地域において介護予防システム全般のアセスメントを実施する方法について検討する。また全国への普及・啓発を目指して、介護予防活動の支援を内容とする公開シンポジウムを開催する。

最終年度である17年度には、各地域での取り組みも含めて3年間の研究事業を総括し、地域において介護予防活動を総合的に行えるシステムの提示を目指す計画である。

E. 結論

介護予防活動の支援にあたり、保健所における課題を解決する方策として、地域保健活動の基本を押さえた一連の取り組みが重要であることが確認された。

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし