

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

図1. スクリーニング1回目の結果フローチャート

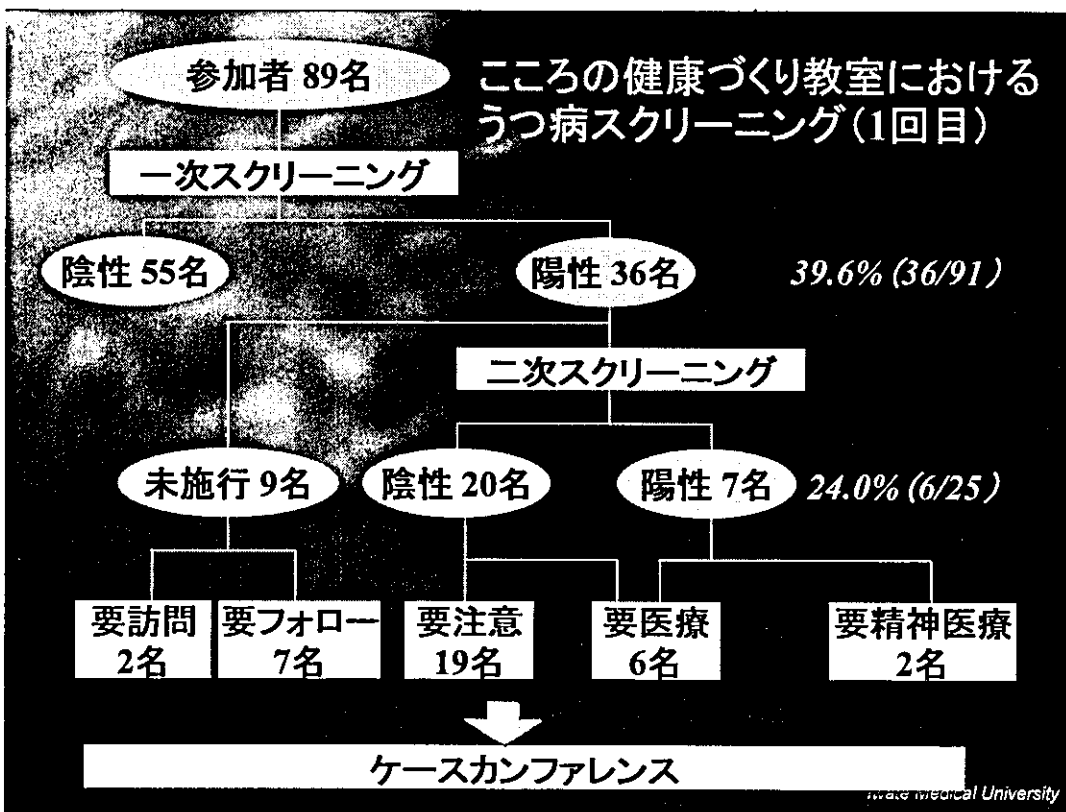


表1. 一次スクリーニング1回目 (A項目)

1. 毎日の生活が充実していますか	11.1% (10/90)
2. これまで楽しんでやれていたことが、今も楽しんでできていますか	17.6% (16/91)
3. 以前は楽にできていたことが、いまではおっくうに感じられますか	33.0% (30/91)
4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか	20.9% (19/91)
5. わけもなく疲れたような感じがしますか	29.7% (27/91)
上記2項目以上出現 (要二次スクリーニング) の割合	28.6% (26/91)

図 2.

A項目の合計得点分布(N=91)

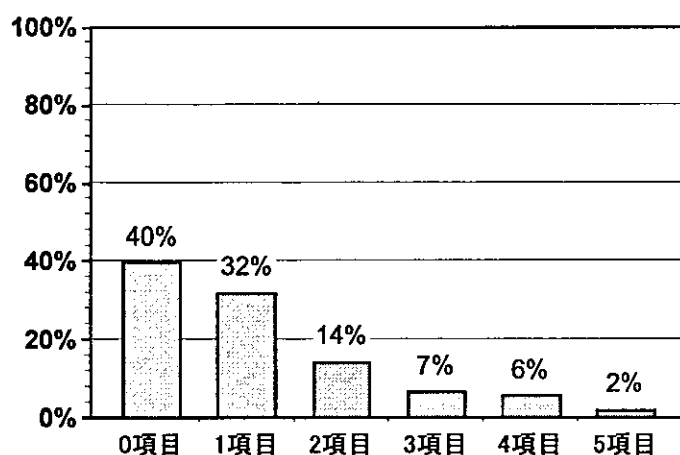


表 2. 一次スクリーニング 1 回目 (B 項目)

6. 死について何度も考えることがありますか	8.8% (8/91)
7. 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	2.2% (2/91)
上記 1 項目以上出現 (要二次スクリーニング) の割合	8.8% (8/91)

図 3.

B項目の合計得点分布(N=91)

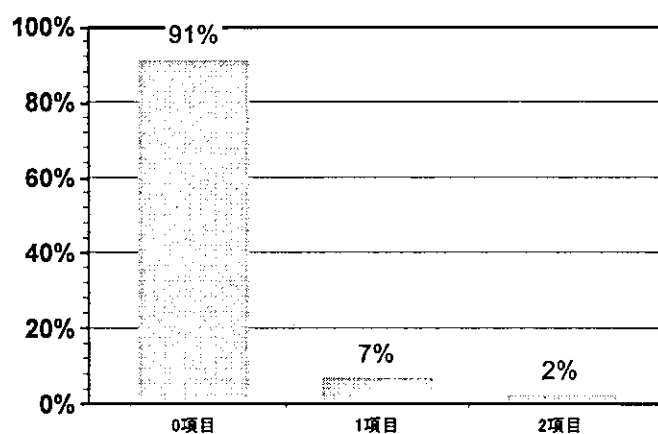


表 3. 一次スクリーニング 1 回目 (C 項目)

8. 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか	16.5% (15/91)
-------------------------------	---------------

表4. 二次スクリーニング1回目

1. 抑うつ気分	18.5% (5/27)
2. 興味や喜びの喪失	18.5% (5/27)
3. 食欲の減退または増加	11.1% (3/27)
4. 睡眠障害	22.2% (6/27)
5. 精神運動の障害	7.4% (2/27)
6. 疲れやすさ・気力の減退	22.2% (6/27)
7. 強い罪責感	15.4% (4/26)
8. 思考力や集中力の低下	18.5% (5/27)
上記1項目以上出現の割合	38.5% (10/26)

図4.

二次スクリーニングの合計項目得点分布(N=26)

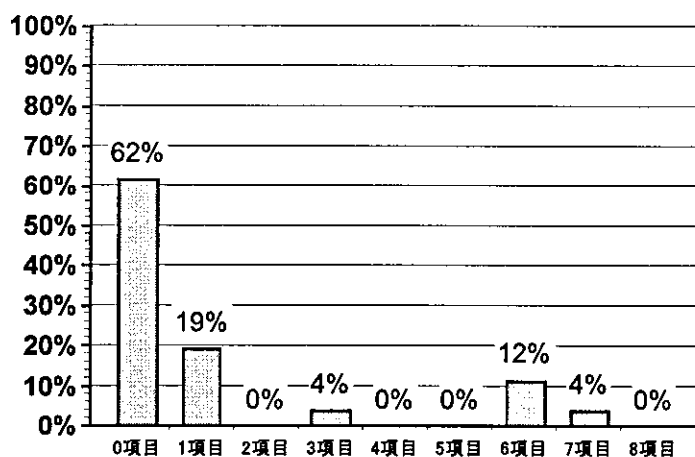


表5. 二次スクリーニング1回目

	はい	いいえ	未施行
9. 自殺への思い	16.0% (4/25)	80.0% (20/25)	4.0% (1/25)
10. 不安症状	12.5% (2/16)	75.0% (12/16)	12.5% (2/16)
11. アルコールの乱用の可能性	17.6% (3/17)	70.6% (12/17)	11.8% (2/17)
12. 生活への支障	6.3% (1/16)	81.3% (13/16)	12.5% (2/16)
13. 医療機関への受診行動	58.3% (7/12)	25.0% (3/12)	16.7% (2/12)
14. 精神科の既往	20.0% (2/10)	60.0% (6/10)	20.0% (2/10)

図5. スクリーニング2回目の結果フローチャート

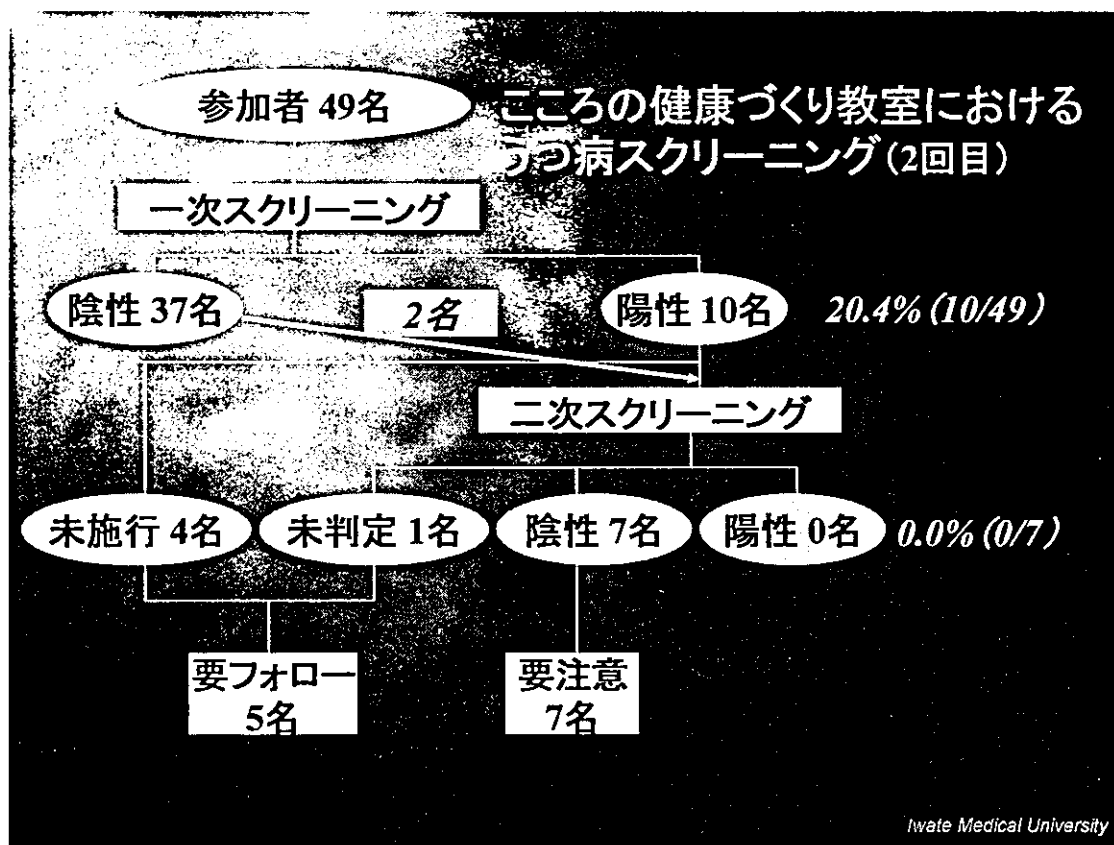


表6. 一次スクリーニング2回目 (A項目)

1. 毎日の生活が充実していますか	18.4% (9/49)
2. これまで楽しんでやれていたことが、今も楽しんでできていますか	18.4% (9/49)
3. 以前は楽にできていたことが、いまではおっくうに感じられますか	27.1% (13/49)
4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか	10.4% (5/48)
5. わけもなく疲れたような感じがしますか	22.9% (11/48)
上記2項目以上出現 (要二次スクリーニング) の割合	22.9% (11/48)

図 6.

A項目の合計得点分布(N=48)

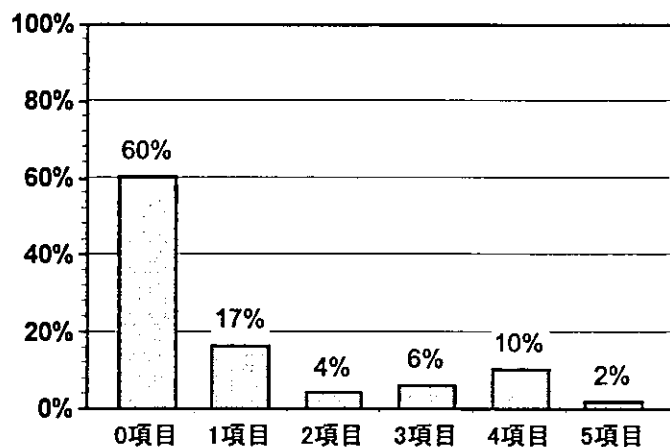


表 7. 一次スクリーニング 2 回目 (B 項目)

6. 死について何度も考えることがありますか	10.4% (5/48)
7. 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	8.3% (4/48)
上記 1 項目以上出現 (要二次スクリーニング) の割合	10.4% (5/48)

図 7.

B項目の合計得点分布(N=48)

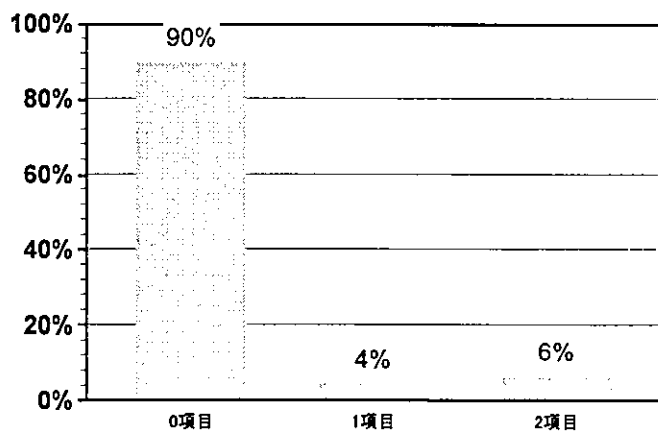


表 8. 一次スクリーニング 2 回目 (C 項目)

8. 最近ひどく困ったことやつらいと思っただことがありますか	4.2% (2/48)
--------------------------------	-------------

表 9. 二次スクリーニング 2 回目

1. 抑うつ気分	25.0% (2/8)
2. 興味や喜びの喪失	25.0% (2/8)
3. 食欲の減退または増加	0.0% (0/8)
4. 睡眠障害	37.5% (3/8)
5. 精神運動の障害	0.0% (0/8)
6. 疲れやすさ・気力の減退	37.5% (3/8)
7. 強い罪責感	0.0% (0/8)
8. 思考力や集中力の低下	0.0% (0/7)
上記 1 項目以上出現の割合	37.5% (5/8)

図 8.

二次スクリーニングの合計項目得点分布 (N=8)

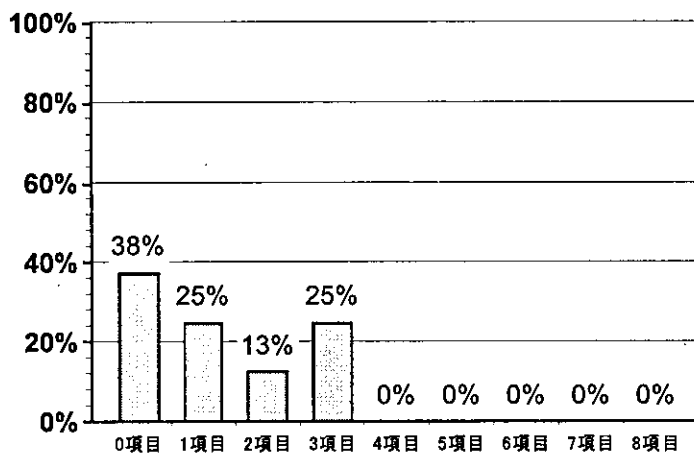


表 10. 二次スクリーニング 2 回目

	はい	いいえ	未施行
9. 自殺への思い	0.0% (0/8)	87.5% (7/8)	12.5% (1/8)
10. 不安症状	0.0% (0/8)	62.5% (5/8)	37.5% (3/8)
11. アルコールの乱用の可能性	0.0% (0/8)	62.5% (5/8)	37.5% (3/8)
12. 生活への支障	0.0% (0/8)	62.5% (5/8)	37.5% (3/8)
13. 医療機関への受診行動	12.5% (1/8)	50.0% (4/8)	37.5% (3/8)
14. 精神科の既往	0.0% (0/8)	62.5% (5/8)	37.5% (3/8)

図 9.

### こころの健康づくり教室と連携したスクリーニング事業の立ち上げ

**従事者**

- 久慈地域うつ対策推進研修会
- モデル地域におけるうつ対策推進研修会
- 保健師など地域医療従事者対象
- 厚生労働省の「うつ対応マニュアル」
- 講演とロールプレイによる実習



**久慈保健所・行政**

**地域住民**

**研究班の支援**



第1回健康づくり推進協議会(山形村)

山形村荷軽部地域におけるこころの健康づくり事業打ち合わせ会(山形村)  
Iwate Medical University

## こころの健康度をチェックしてみましょう I

実施日：平成 年 月 日

なまえ \_\_\_\_\_

ここ2週間ぐらいの、あなた様の様子について教えてください。

「はい」「いいえ」のうち、あてはまる方に○印をつけてください。

(A項目)

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

(B項目)

- 6 死について何度も考えることがありますか。 はい いいえ
- 7 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。 はい いいえ

(C項目)

- 8 最近ひどく困ったことや  
つらいと思ったことがありますか。 はい いいえ

「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういうことがあったのか、  
ご記入ください。(例：身内が亡くなった、引越し、病気、仕事、借金、人間関係等)



資料 2

こころの健康度チェック II

実施日：平成 年 月 日  
なまえ

ちょっとこころの健康度が気になりますので、もう少し詳しくチェックしてみましょう。

1	うつ気分(ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続)が2週間以上持続 「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありますか。」	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
17)	「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか。」			
2	興味や喜びの喪失(ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続)が2週間以上持続 「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっ	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
20)	ていますか。」 「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」			
3	食欲の減退または増加：下記のうちいずれか 「いつもより食欲が落ちていますか。」	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
3)	[食欲低下]が2週間以上持続			
4)	「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか。」	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
6)	[体重減少]が1ヶ月に3kg以上			
	「いつもよりずっと食欲が増えていませんか。」	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
	[食欲増加]が2週間以上持続			
	「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか。」	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
	[体重増加]が1ヶ月に3kg以上			
4	睡眠障害(不眠または睡眠過多)：下記のうちいずれか 「睡眠の状態はいかがですか」(導入質問)			<input type="checkbox"/>
9)	「ほとんど毎晩眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
10)	夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか。」			
	[不眠]が2週間以上持続			
	「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか。」	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
	[過眠]が2週間以上持続			
5	精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止)：下記のうちいずれか 「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるとい	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
13)	うことがありますか。」			
14)	[動きが遅くなった]が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された			
	「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかった	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
	りすることが多くなっていますか。」			
	[じっとしてられない]が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された			
6	疲れやすさ・気力の減退が2週間以上持続 「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じるこ	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
12)	とがありますか。」			
7	強い罪責感(自分に価値がない、罪悪感)が2週間以上持続 「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりし	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
A-4	ていますか。」			

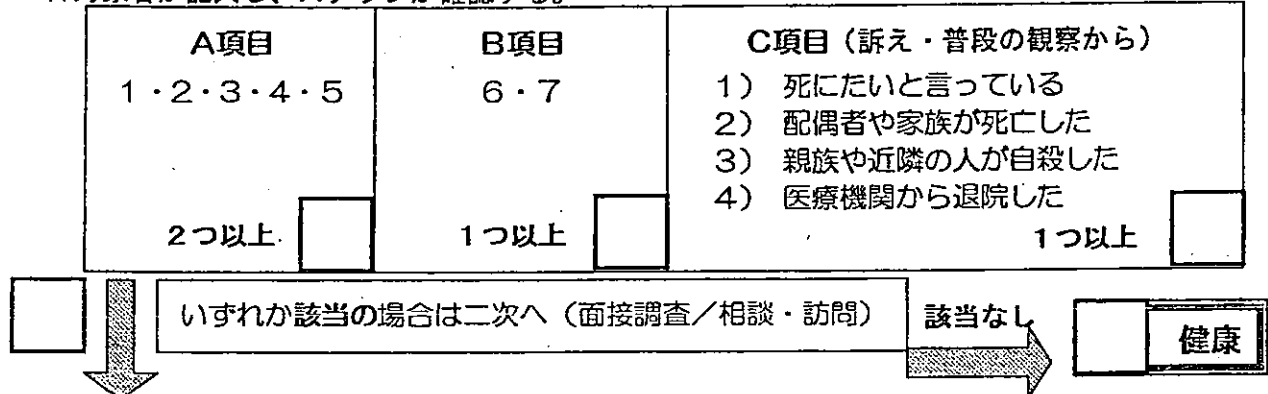
**資料 3**

**「こころの健康度チェック」フローチャート**

地区名 \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ (生年月日: 年 月 日)

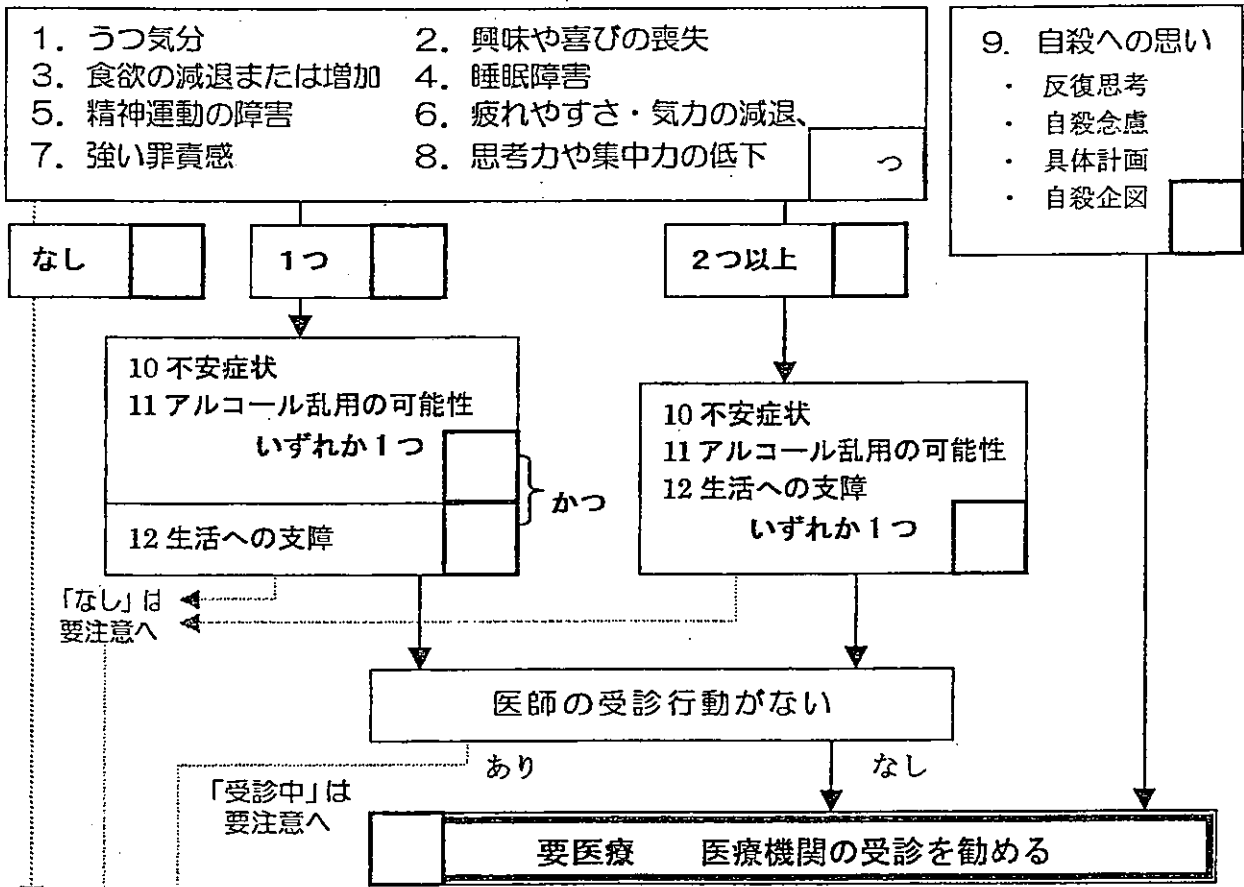
**1 一次スクリーニング 「こころの健康度をチェックしてみましょう I」**

★対象者が記入し、スタッフが確認する。



**2 二次スクリーニング 「こころの健康度チェック票 II」**

★スタッフが面接により問診し、確認された症状の内容と数を確認する。



**要注意**

★二次スクリーニングの対象者は、全て経過観察の対象とする。

- 1~8 抑うつ症状・10 不安の症状がある。
- 質問票と面接の回答が一致しない。同居家族からの情報を得ること。
- 医療機関を受診している人の家族である。

平成 年 月 日

様

## こころと体の健康相談の結果について

「こころの健康づくり教室」にご出席いただきありがとうございました。  
 参加されてみて、どのような感想や学びを得られましたでしょうか。  
 さて、健康の自己管理の参考にしていただくために、本日の健康相談の結果をお知らせします。

## ● からだの健康について

- 健康  
 要注意 いつでもご相談ください。  
 要医療 早めに医療機関を受診しましょう。

【コメント】

今日の血圧値      最高血圧                      ~      最低血圧                      mmHg

## ● こころの健康について

- 健康  
 要注意 いつでもご相談してください。  
 要医療 早めに医療機関を受診しましょう。

【コメント】

次回の予定は 月 日です。またお会いしましょう。

地域のひとりひとりが、ますます元気で生きいきとした生活が出来るよう、  
 これからも健康づくりをお手伝いしていきますのでよろしくお願いします。

岩手県久慈保健所・久慈市・山形村

(担当 電話番号 )

## 医療従事者を対象とした意識調査

事務局 黒澤美枝 岩手県精神保健福祉センター所長

### 研究要旨

本研究では、平成 14 年度に行ったベースライン調査として医療従事者の意識調査の解析を行った。医療従事者は住民調査と比較して精神障害や医療に関する知識は高かったが、精神科受診の意識は低い傾向を示した。医療従事者のうつ病対策には、産業精神保健的うつ病啓発はもちろんのこと、患者教育・臨床の為の基本的うつ病知識の獲得も有効と考えられた。そして、地域・職域の精神保健システムの構築には、医療従事者への啓発が重要であることが推察された。

### A. 研究目的

本研究では、自殺の多発の要因として「精神科と他診療科との連携不足」「地域住民の精神医療に関する知識不足、偏見」「地域全体としての取り組みの欠如」に着目した。そして、自殺多発地域における有効な自殺予防事業の構築を目的として、「精神科医療施設を含めた地域医療機関のネットワーク作り」「地域住民への働きかけ」「行政機関が中心となった個別介入」という自殺予防事業を複合的に行っている。本研究では、平成 14 年度に行ったベースライン調査として医療従事者の意識調査の解析を行った。

### B. 研究方法

本研究の本研究のベースライン調査（平成 14 年 5～6 月）として、岩手県久慈医療圏・宮古医療圏の基幹病院、診療所、一般開業医院の医療従事者（医師及び看護師）を対象に心の健康とうつ病に関する意識調査を実施した。配布数は 989、回収数 899、回収率 90.9%であった。医療従事者の内訳は 医師 116 名（12.9%）、看護師 783 名（87.1%）であった。平均年齢（標準偏差）は 37.9 歳（11.5）であった。精神科、身体科の従事者の内訳は、前者が 170（18.9%）後者が 729（81.1%）であった。精神科以外の

医療従事者 729 名の「回答者属性」と「こころの健康とうつ病に関する設問」11 項目の結果を解析した。特に、「気分が落ち込んだら精神科を受診しようと思う」と回答した者を「精神科受診群」、思わないと回答した者を「精神科受診拒否群」として、「受診群」と「拒否群」と精神医療、精神障害に関する意識と臨床的知識についての回答を比較した。

（倫理面への配慮）

住民対象の意識調査において個人の不利益及び危険性は発生しない。研究対象のデータは岩手医科大学神経精神科学講座内のデータ管理室で解析を行うなど、情報が漏洩しないよう体制を整備した。また、研究結果は集計したデータを公表し、個人を特定できるような形式でデータを公表することはない。

### C. 研究結果

回答者の属性に関して、対象者の職種の内訳は、医師 103 名（14.1%）、看護師 626 名（85.9%）、平均年齢（標準偏差）は 37.5 歳（11.1）であった。

「気分が落ち込んだら精神科を受診しようと思う」と回答した者の割合は医師 4.9%と看護師 12.1%といずれも低い値を示した。職種・年齢群別で見ると医師と看護師ともに年齢に

よる差 ( $p < 0.05$ ) は認められなかった。住民調査との比較でも「精神科を受診する」と回答した者の割合は低い傾向にあった。精神医療や精神障害に対する意識や知識との関連について、「気分が落ち込んだら精神科を受診しようと思う」と回答した者 ( $N=80$ ) を「精神科受診群」、思わないと回答した者 ( $N=640$ ) を「精神科受診拒否群」として、「受診群」と「拒否群」と精神医療、精神障害に関する意識と臨床的知識についての回答を比較した。「うつ状態の患者は一般科でもケアすべきと思う」と回答した割合は受診群 73.8%、拒否群 56.6%であり、両群に差が認められた ( $p < 0.001$ )。「精神障害のケアに関心がある」と回答した割合は受診群 88.6%、拒否群 75.6%であり、両群に差が認められた ( $p < 0.05$ )。「うつ病は薬でなおすことができる」と回答した割合は受診群 45.6%、拒否群 33.3%であり、両群に差が認められ ( $P < 0.05$ )、意識と知識の高い者では精神科受診群の割合が高かった。医療従事者は住民調査と比較して精神障害や医療に関する知識は高かったが、精神科受診の意識は低い傾向を示した。

#### D. 考察

地域介入研究の医療従事者のベースライン調査は、医療従事者からの回収率は高く、その結果は十分な妥当性を有すると考えられる。医療従事者のうつ病対策には、産業精神保健的うつ病啓発はもちろんのこと、患者教育・臨床の為の基本的うつ病知識の獲得も有効と考えられた。そして、地域・職域の精神保健システムの構築には、医療従事者への啓発が重要であることが推察された。しかし

ながら、ケアの担い手である医療従事者が一般住民より気分が落ち込んだ場合精神科受診を望まないものが多いことから、医療従事者のうつ病対策については、スタッフ間でのより早期の気付きの徹底や、適切な治療の場の確保と配慮のシステムをそれぞれの部署で見直しておく必要があると考えられた。

#### E. 結論

今後、地域介入により、自殺やうつ病に関する知識の向上が精神科受診に関する意識の向上に結びつくかさらに検討していく必要があると考えられた。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

黒澤美枝, 西信雄, 野原勝, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岡山明: 医療従事者のうつ病患者への対応に関連した知識・意識について・自殺多発地域における地域介入研究より-. 日医雑誌 131: 1791-1797, 2004

##### 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

## 自殺多発地域住民の SDS スコアに関する因子分析

事務局 智田 文徳 岩手医科大学医学部神経精神科学講座助手

### 研究要旨

自殺多発地域である岩手県に在住する 20~79 歳の地域住民 5,547 人(男性 2,602 人, 女性 2945 人) に対して, Zung の自記式うつ病尺度 (Self-Rating Depression Scale 以下 SDS) を実施し, 性年齢階級毎の得点分布の検討と因子分析 (主因子法, 固有値 1 以上の値についてプロマックス回転) を行った. SDS スコアの平均値は 39.3 で, 男性に比べて女性の平均値が有意に高かった (男性 38.2, 女性 40.3,  $p < 0.001$ ). 因子分析により抑うつ気分や意欲低下などうつ病の心理学的な症状を含む 2 因子 (第 1 因子は 9 項目: 固有値 3.9, 第 2 因子は 3 項目: 同 2.6, 寄与率 50%) が抽出され, 精神症状を中心に訴えるうつ病者を地域住民からスクリーニングする際には, SDS が有効である可能性が示された.

### A. 研究目的

我が国では 1998 年以来自殺死亡者が急増し, 年間 3 万人以上が犠牲となっている. したがって自殺予防は精神保健福祉に限らず, 国全体が取り組まなければならない大きな問題である. これまで自殺予防活動の多くは, 自殺の危険因子とされるうつ病に着目して行われてきたという経緯がある. 本研究は, 過去の自殺予防活動でうつ病のスクリーニングテストとして繁用されてきた Zung の自記式うつ病尺度 (Self-Rating Depression Scale 以下 SDS) について, ベースライン調査 (平成 14 年 2~6 月実施, 久慈・宮古地域在住の 20~79 歳の無作為抽出標本 5,547 人 (有効回答率 77.7%)) で実施した SDS スコアを基に, 一般住民におけるスコア分布と, スコアを上昇させている心理学的因子を因子分析により明らかにすることを目的とした.

### B. 研究方法

岩手県内で自殺率が高い久慈地域の 4 市町村 (久慈市, 山形村, 大野村, 種市町: 人口約 69,000 人) と, 岩手県では平均的な自

殺率を示す宮古地域の 3 町村 (岩泉町, 田老町, 新里村: 人口約 21,000 人) の 20~79 歳までの地域住民から無作為抽出した 7,136 人に対して郵送 (記名式) により SDS を実施した. 調査は 2002 年 2 月~6 月に行い, 5,547 人 (有効回答率 77.7%) から回答を得た. SDS スコアについて, 性年齢階級毎の得点分布の検討と, 因子分析 (主因子法, 固有値 1 以上の値についてプロマックス回転) を行った. 因子分析は, 因子負荷が 1 つの因子について 0.40 以上のものを選出した. 因子数の決定は, 1) 固有値 1.0 以上 (カイザー基準), 2) 固有値の変化量を参照のスクリー基準, 3) 因子の結果の解釈可能性により行った. 最適な因子解を得るため, 因子分析を 3 回行った. (倫理面への配慮)

住民対象の意識調査において個人の不利益及び危険性は発生しない. 研究対象のデータは岩手医科大学神経精神科学講座内のデータ管理室で解析を行うなど, 情報が漏洩しないよう体制を整備した. また, 研究結果は集計したデータを公表し, 個人を特定できるような形式でデータを公表することはない.

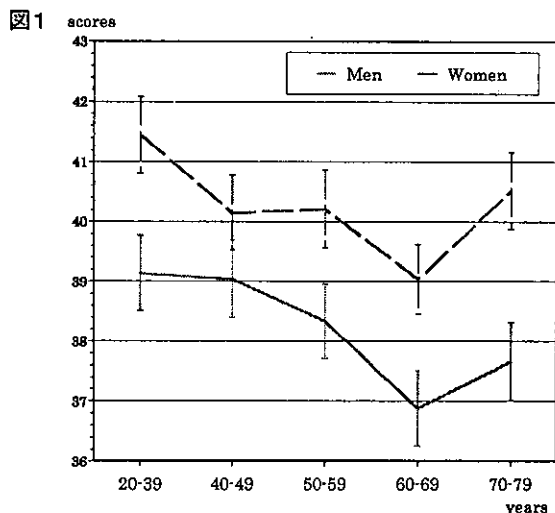
### C. 研究結果

地域介入研究の住民のベースライン調査における自己記入式抑うつ尺度 (SDS) のスコアを性年齢階級別に分析し, 全対象者の SDS スコアの平均値は 39.3 であった(表 1). 平均値は女性 (40.3) の方が男性 (38.2) に比べて有意に高かった ( $p < 0.001$ ). すべての年齢階級において女性の平均値が男性に比べて有意に高かった ( $p < 0.01$ ). SDS スコアの平均値は, 男女とも若年者で最も高く年齢の上昇に従って低くなっていた. 60 代で平均値が最も低く, 逆に 70 代では平均値が再び上昇するという傾向を示した (図 1).

表 1. 性別対象者数, SDSスコア (SD)

	All	Men	Women
Number of Participants	5547	2602	2945
Response rate %	77.7	75.4	79.9
Age Mean (SD)	52.4 (18.0) <sup>†*</sup>	51.9 (15.9)	52.8 (18.1)
SDS score Mean (SD)	39.3 (7.8) <sup>†**</sup>	38.2 (7.6)	40.3 (7.9)

<sup>†\*</sup>  $p < 0.05$ , <sup>†\*\*</sup>  $p < 0.01$  by t-test for sex



因子分析により 2 因子を抽出した. 第 1 因子 (固有値 3.9) は 9 項目 (抑うつ, 日内変動, 啼泣, 心悸亢進, 睡眠障害, 疲労, 混乱, 精神運動性興奮, 焦燥), 第 2 因子 (同 2.6) は 3 項目 (希望のなさ, 空虚, 不満足) から構成され, これら 2 因子のスコア全体への寄与率は 50% であった (表 2).

表 2 Factor analysis with Promax rotation of the Zung Self-Rating Depression Scale. Loaded value for factor I and II from the factor analysis among all subjects and male/female subjects.

Factor †	All		Men		Women	
	I	II	I	II	I	II
1. Depressed affect	<b>0.70</b>	-0.02	<b>0.69</b>	-0.02	<b>0.68</b>	0.01
2. Diurnal variation	<b>0.46</b>	0.11	<b>0.48</b>	0.10	<b>0.48</b>	0.07
3. Crying spells	<b>0.64</b>	-0.02	<b>0.59</b>	-0.01	<b>0.63</b>	0.02
4. Sleep disturbance	<b>0.49</b>	0.02	<b>0.50</b>	0.04	<b>0.47</b>	0.00
9. Tachycardia	<b>0.49</b>	-0.07	<b>0.47</b>	-0.03	<b>0.49</b>	-0.09
10. Fatigue	<b>0.59</b>	-0.06	<b>0.58</b>	-0.05	<b>0.60</b>	-0.09
11. Confusion	<b>0.68</b>	0.09	<b>0.70</b>	0.06	<b>0.70</b>	0.06
12. Psychomotor retardation			<b>0.51</b>	0.07		
13. Agitation	<b>0.60</b>	0.05	<b>0.63</b>	0.00	<b>0.60</b>	0.07
14. Hopelessness	0.08	<b>0.45</b>	0.05	<b>0.48</b>		
15. Irritability	<b>0.66</b>	0.03	<b>0.67</b>	-0.02	<b>0.65</b>	0.05
17. Personal devaluation			0.03	<b>0.50</b>	0.01	<b>0.49</b>
18. Emptiness	-0.09	<b>0.91</b>	-0.09	<b>0.94</b>	-0.11	<b>0.97</b>
19. Suicidal ideation	0.31	0.13			0.31	0.18
20. Dissatisfaction	0.04	<b>0.65</b>	0.07	<b>0.58</b>	0.13	<b>0.57</b>
eigenvalues	<b>3.9</b>	<b>2.6</b>	<b>4.0</b>	<b>2.7</b>	<b>3.9</b>	<b>2.7</b>
Contribution(%)	<b>30.0</b>	<b>20.0</b>	<b>28.6</b>	<b>19.3</b>	<b>30.0</b>	<b>20.8</b>

The primary criterion for item inclusion was a loading of no less than 0.4 (absolute value) and is shown in bold. Excluded items were items 5, 6, 7, 8, 12, 16 and 17 for all subjects and 5, 6, 7, 8, 16 and 19 for male subjects and 5, 6, 7, 8, 12, 14 and 16 for female subjects. Final model values shown in italics were not less than 0.4. † Factors that produced eigenvalues greater than 1.0 were selected for further analysis.

因子分析の結果を解釈するため, 2 因子を構成する SDS12 項目と, 臨床的診断基準である DSM-IV (アメリカ精神医学会 精神障害の診断と統計マニュアル) の大うつ病エピソード診断基準の 9 項目とを比較した. その結果, 一般住民における SDS の主要な構成要素である 12 項目のうち 10 項目が DSM-IV の心理学的なうつ病の症状を示す 6 項目を網羅していた. 逆に身体的な症状を示す項目は除外される傾向にあった.

### D. 考察

地域介入研究の住民のベースライン調査では, 地域介入研究を行う久慈地域 (介入地域) と宮古地域 (対照地域) において住民・医療従事者を対象に実施した意識調査の中で, 自己記入式抑うつ尺度 (SDS) のスコアの結果を検討した. 本調査は, 地域住民からは無作為抽出で対象者を選択しており, 地域住民の回答率は高く, その結果は十分な妥当性を有すると考えられる. SDS スコアの平均値は性年齢階級毎に有意に異なっていることが示された. この

ことより、一般住民を対象に SDS を実施する場合、抑うつ状態の有無を従前の基準を画一的に当てはめて解釈するのではなく、性年齢階級毎に異なったカットオフ・ポイントを適応する必要があることが示唆された。一方、因子分析によって SDS20 項目のうち 12 項目からなる 2 因子が、一般住民のスコアを上昇させることに寄与していることが示された。これら 12 項目と DSM-IV の大うつ病診断基準の 9 項目と比較することで、身体的な症状を示す項目が除外され、心理学的な症状が網羅されていた。このことより、抑うつ気分や意欲低下などうつ病の心理学的な症状を中心に訴えるうつ病者を地域住民からスクリーニングするには、SDS スコアのような心理テストが有効である可能性が示された。一方、心気的な訴えを中心としたうつ病者は、心理テストではうまくスクリーニングできない可能性があることが示された。

#### E. 結論

これら心気的な症状を訴える患者は、地域の医療機関を受診する可能性が高く、医療従事者のうつ病に関しての啓発活動により、受診患者の中からうつ病者を有効にスクリーニングできるような介入が有効である可能性が示唆された。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

Chida F, Okayama A, Nishi N, and Sakai A.  
Factor analysis of Zung Scale Scores in a  
Japanese general population: Psychiatry and  
Clinical Neurosciences 58 420-427, 2004.

##### 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



## IV. 研究成果の刊行物に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
酒井明夫	自己破壊の史的考察	日社精医誌	12巻	41-30	2003
岡山明, 野原勝, 黒澤美枝, 西信雄, 酒井明夫	自殺予防の疫学	日社精医誌	12巻	34-40	2003
遠藤重厚	精神科救急の現状について	日社精医誌	12巻	199-201	2003
大塚耕太郎ほか	久慈地域における自殺予防の取り組みについて: 「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研究」(こころの健康科学研究事業)	久慈病院年報「北リアスの汐 (A Tide of the North Rias Coast)」	平成14年度(第8号)	95-101	2003
野原勝, 小野田敏行, 岡山明	自殺の地域集積とその要因に関する研究	厚生の指標	50巻・6号	17-23	2003
北畠顕浩, 青木慎一郎, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 岡山明, 西信雄, 黒澤美枝	岩手県における自殺とうつ病への取り組み	精神科	3巻・5号	415-421	2003
Chida F, Okayama A, Nishi N, Sakai A	Factor analysis of Zung Scale Scores in a Japanese population	Psychiatry and Clinical Neuroscience	58巻4号	420-426	2004
黒澤美枝, 西信雄, 野原勝, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岡山明	医療従事者のうつ病患者への対応に関連した知識・意識について-自殺多発地域における地域介入研究より-	日本医師会雑誌	131巻・11号	1791-1797	2004
黒澤美枝, 坂田清美, 板井一好, 小野田敏行, 小栗重統, 酒井明夫, 西信雄, 岡山明	住民を対象としたうつ病教育の実際	岩手公衆衛生学会誌	16巻・2号	34-45	2004
大塚耕太郎, 酒井明夫	自殺予防における介入の意義	臨床精神薬理	7巻・7号	1111-1117	2004

大塚耕太郎, 酒井明夫, 大野裕, 黒澤美枝, 智田文徳, 中山秀紀, 星克仁, 関合征子, 松川久美子, 稲田昌博, 橋本功, 長岡重之, 深瀬亨三	中青年の自殺とその防止対策	臨床精神医学	33巻・12号	1565-1575	2004
大塚耕太郎, 酒井明夫	うつ病と自殺予防	ストレス科学	19巻1号	70-77	2004
智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 青木康博	地域と医療機関の連携による自殺予防活動	最新精神医学	9巻4号	301-310	2004
智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 青木康博	自殺予防活動におけるプライマリ・ケアの役割	Pharma Medica	22巻8号	15-18	2004
Nishi N, Kurosawa M, Okuyama A, et.al	Knowledge of and Attitudes toward Suicide and Depression among Japanese in Municipalities with High Suicide Rates	Journal of Epidemiology	Vol. 15, 2	48-55	2005
黒澤美枝, 坂井一好, 酒井明夫, 西信雄, 岡山明	住民対象うつ病教育の効果的手法の検討～自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より～	?			
松川久美子, 小本和恵, 中島あや子, 稲田昌博, 橋本功, 黒澤美枝	自殺予防をめざしたメンタルヘルスサポートネットワーク研修事業について	?			
千葉俊美, 折居正之, 久多良徳彦, 佐藤正樹, 照井虎彦, 我孫子幸人, 塚原光典, 斉藤慎二, 柴田将, 千島雷太, 猪俣正秋, 鈴木一幸	潰瘍性大腸炎経過中におけるうつ症状を呈した一例	消化器心身医学	9巻1号	81-86	2002
千葉俊美, 久多良徳彦, 佐藤正樹, 安藤達也, 猪俣正秋, 折居正之, 鈴木一幸	過敏性腸症候群のQOLおよびHigh Sensitive CRPの意義	消化器科	36巻・5号	452-458	2003
千葉俊美, 久多良徳彦, 安藤達也, 春日井聡, 金沢康之, 篠崎博志, 高木亮, 徳永ゆみ, 猪俣正秋, 折居正之, 鈴木一幸	過敏性腸症候群患者の大腸経過時間	日本大腸検査学会雑誌	21巻・1号	30-34	2004

## V. 資 料