

該当せず。

H. 知的財産権の出願・登録状況  
該当せず。

I. 引用文献

Furukawa TA, Kessler R, Andrews G, Slade T.  
The performance of the K6 and K10  
screening scales for psychological distress  
in the Australian National Survey of  
Mental Health and Well-Being.  
*Psychological Medicine* 2003;33:357-62.

廣 尚典 2002「職場における自殺予防対策の現  
状に関する検討」『平成 13 年度厚生労働省委  
託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究  
Ⅱ」研究成果報告書』産業医科大学, pp.  
55-63.

川上憲人、堤 明純、小林由佳、原谷隆史、島津  
明人、岩田 昇 2002「職場における自殺予  
防対策の現状に関する検討」『平成 13 年度厚  
生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関す  
る調査研究Ⅱ」研究成果報告書』産業医科学  
大学, pp. 128-165.

川上憲人、堤 明純、島津明人、小林由佳 2003  
「事業場における自殺防止対策の推進方法に  
関する検討」『厚生労働科学研究費補助金労働  
安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク  
評価と対応に関する研究」平成 14 年度総括・  
分担研究報告書』pp. 11-47.

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E,  
Mroczek DK, Normand SL et al. Short  
screening scales to monitor population  
prevalences and trends in nonspecific  
psychological distress. *Psychological  
Medicine* 2002;32:959-76.

本橋 豊：秋田県における高齢者の自殺予防対策.

保健医療科学 52(4):317-321,2003

夏井サチ：市町村における対策：藤里町での自殺  
予防の取り組み. *保健師ジャーナル*  
60(12):1174-1177,2004.

大野 裕他：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. 平成 11~12 年度  
厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総  
合研究事業. 3-24, 2001

大山博史、坂下智恵：高齢者のうつ病と自殺一予  
防と地域介入の観点からー. *ストレス科学*  
19(1):61-69,2004

Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K,  
Hamajima N, Wada M, Kawamura T,  
Wakai K, Lin YS. Depressive mood and  
suicide among middle-aged workers:  
findings from a prospective cohort study in  
Nagoya, Japan. *J Epidemiol* 2000; 10:  
173-8.

鳥沢重男、川上憲人、井奈波良一、他：平成 9 年  
度産業保健調査研究報告書 中規模事業場  
におけるメンタルヘルスの支援方法に関す  
る研究. 岐阜産業保健推進センター, 1998.

渡邊直樹、他：うつ病の一次予防の取り組み. *ス  
トレス科学* 19(1):30-39,2004.

渡邊直樹、大野 裕、佐藤恭子：自殺予防の支援  
技術ー青森県における取り組みから. *保健師  
ジャーナル* 60(12):1164-1169,2004

渡邊直樹、他：うつ病の一次予防の取り組み. *ス  
トレス科学* 19(1):30-39,2004

渡邊直樹、他：うつ病の一次予防の取り組み. *ス  
トレス科学* 19(1):30-39,2004

宇田英典：地域におけるうつ対策. *ストレス科学*  
19(1):13-21,2004

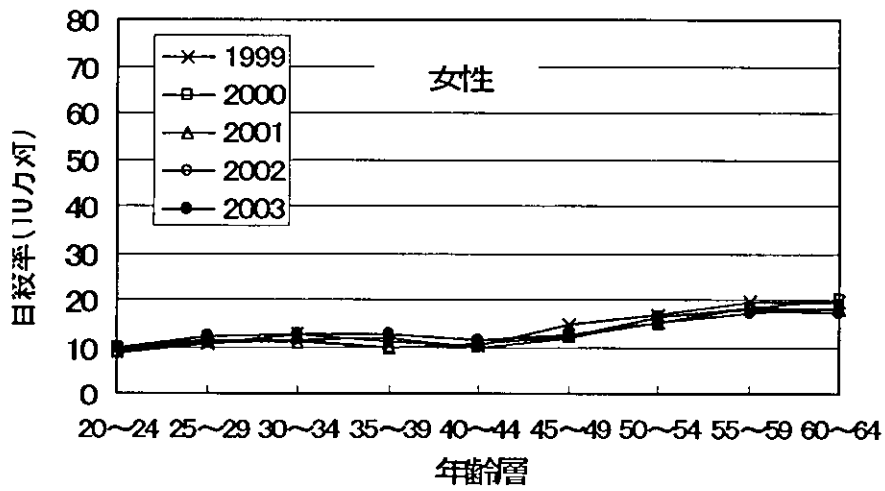
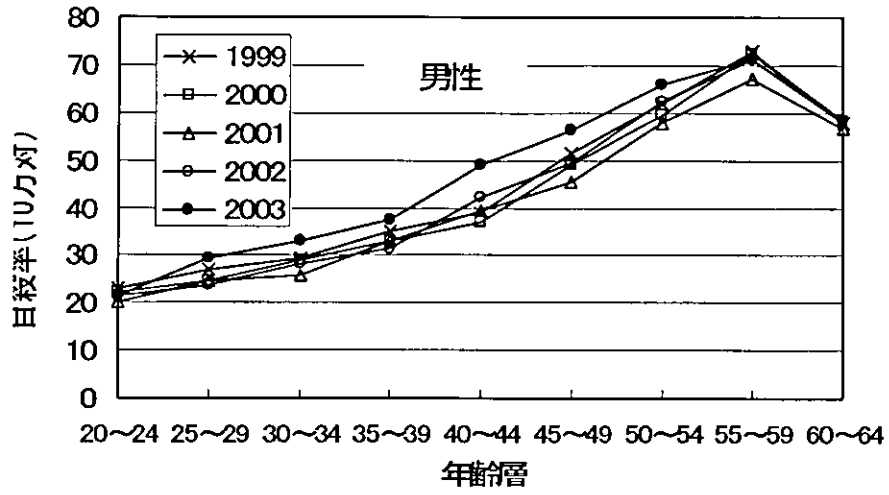


図1 1999～2003年までの成人期（20～64歳）の自殺の年齢別パターンの変化

表1—1 1998～2003年までの都道府県別粗自殺率の推移と自殺率増加直後3年間(1998-2000)を100とした場合の最近3年間の自殺率の推移：厚生労働省人口動態統計

		粗自殺率						1998-2000年を100とした時の自殺率指標値		
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2001	2002	2003
全	国	25.4	25.0	24.1	23.3	23.8	25.5	94	96	103
01	北海道	26.7	26.2	26.6	23.6	24.6	27.1	89	93	102
02	青森	33.3	32.5	27.5	28.8	36.7	39.5	93	118	127*
03	岩手	35.4	34.4	32.1	34.0	35.6	37.8	100	105	111*
04	宮城	23.0	24.9	23.0	23.3	23.3	26.3	99	99	111*
05	秋田	37.5	40.7	38.5	37.1	42.1	44.6	95	108	115*
06	山形	28.7	26.3	26.1	25.7	30.1	30.2	95	111	112*
07	福島	25.8	25.9	23.6	24.3	25.7	27.9	97	102	111*
08	茨城	21.9	23.5	24.0	23.1	24.4	25.3	100	105	109
09	栃木	25.4	25.0	25.6	25.7	23.4	26.3	101	92	104
10	群馬	25.2	24.7	24.7	24.9	24.4	28.1	100	98	113*
11	埼玉	22.7	22.8	20.6	20.8	20.6	22.5	94	93	102
12	千葉	21.0	21.0	21.6	19.6	20.4	22.3	92	96	105
13	東京都	23.5	24.3	23.5	21.5	21.4	22.7	90	90	96
14	神奈川県	23.0	22.8	20.5	19.5	19.6	20.9	88	89	95
15	新潟	34.5	33.7	32.9	34.2	31.4	34.0	101	93	101
16	富山	30.5	30.9	26.8	27.0	24.8	32.1	92	84	109
17	石川	23.8	22.3	20.3	23.5	23.1	25.8	106	104	117*
18	福井	23.8	22.8	21.1	24.1	23.2	30.1	107	103	133*
19	山梨	24.0	23.0	22.8	23.4	25.1	25.5	101	108	110*
20	長野	24.6	26.0	26.4	22.1	22.3	26.4	86	87	103
21	岐阜	24.5	23.7	23.5	22.1	23.0	26.3	92	96	110*
22	静岡	21.3	21.1	19.9	21.0	20.7	21.1	101	100	102
23	愛知	21.1	21.4	20.8	20.3	20.5	22.3	96	97	106
24	三重	24.6	23.4	20.6	21.5	20.7	24.9	94	91	109
25	滋賀	20.5	21.4	19.8	16.2	21.2	24.5	79	103	119*
26	京都	24.1	22.7	25.4	21.8	22.4	23.2	91	93	96
27	大阪	26.8	27.3	25.7	24.5	24.8	25.3	92	93	95
28	兵庫県	25.6	24.5	23.2	23.1	22.3	23.3	95	91	95
29	奈良	23.0	21.4	17.8	21.2	18.0	20.7	102	87	100
30	和歌山	27.5	26.9	25.9	29.9	26.9	25.8	112	100	96
31	鳥取	26.1	22.5	22.6	22.3	23.3	23.9	94	98	101
32	島根	30.8	29.6	30.8	29.9	32.4	31.6	98	107	104
33	岡山	21.4	22.2	19.5	21.2	20.6	20.5	101	98	97
34	広島	24.5	23.0	21.2	21.8	22.0	22.8	95	96	100
35	山口	29.6	27.4	26.2	23.3	25.4	27.5	84	92	99
36	徳島	21.1	19.3	19.6	18.6	20.1	20.3	93	101	102
37	香川	21.7	19.2	22.7	18.8	20.7	22.3	89	98	105
38	愛媛	26.4	23.8	23.4	24.1	24.4	26.7	98	99	109
39	高知	26.0	26.1	25.5	25.8	29.1	29.4	100	113	114*
40	福岡	27.6	25.4	24.3	24.6	25.5	26.9	95	99	104
41	佐賀	24.9	23.7	25.1	24.6	26.6	24.9	100	108	101
42	長崎	24.8	24.2	24.6	22.6	24.5	30.0	92	100	122*
43	熊本	25.1	27.0	22.5	22.0	25.0	26.9	88	101	108
44	大分	26.2	23.0	26.6	21.8	26.0	25.5	86	103	101
45	宮崎	33.0	29.6	32.6	28.7	30.3	31.8	90	95	100
46	鹿児島	28.1	25.5	26.9	26.8	25.5	27.2	100	95	101
47	沖縄	24.3	25.4	26.5	23.6	24.6	26.1	93	97	103

\* 1998-2000年の平均にくらべて2003年に10%以上自殺率が増加した地域。

表1-2 1998~2003年までの大都市圏の粗自殺率の推移と自殺率増加直後3年間(1998-2000)を100とした場合の最近3年間の自殺率の推移：厚生労働省人口動態統計

	粗自殺率						1998-2000年を100とした時の自殺率指標値		
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2001	2002	2003
50 東京都区部	24.7	24.5	25.3	21.8	21.3	23.4	88	86	94
51 札幌	22.9	24.4	26.1	19.1	21.3	25.1	78	87	103
52 仙台	19.0	20.3	19.3	22.3	19.4	24.4	114	99	125*
54 千葉	20.5	20.7	18.6	18.3	19.4	17.0	92	97	85
55 横浜	23.3	23.3	20.1	18.3	19.2	21.0	82	86	94
56 川崎	23.2	23.3	21.2	18.5	19.0	20.8	82	84	92
57 名古屋	23.9	22.4	22.1	20.8	20.8	22.5	91	91	99
58 京都	23.7	21.6	25.8	20.6	20.7	23.1	87	87	97
59 大阪	33.8	32.1	31.0	28.7	27.6	29.4	89	85	91
60 神戸	26.3	26.9	24.7	20.6	21.7	22.8	79	84	88
61 広島	19.0	20.2	20.1	19.1	18.8	19.5	97	95	99
62 北九州	25.7	24.5	25.0	25.0	26.9	29.3	100	107	117*
63 福岡	26.1	24.6	23.0	22.4	23.1	23.6	91	94	96

\* 1998-2000年の平均にくらべて2003年に10%以上自殺率が増加した地域。

表1-3 1998-2000年とくらべて2003年の自殺率に変動のあった都道府県(括弧内は大都市圏)

2003年の粗自殺率	1998-2000年とくらべた時の2003年の自殺率の増減		
	5%以上低下	5~9%増加	10%以上増加
高(28.0以上)		富山	青森、山形、岩手、秋田、福井、高知、長崎、(北九州市)
中(25.0~27.9)		茨城、愛媛、熊本	宮城、福島、群馬、山梨、石川、岐阜
低(25.0未満)	神奈川、大阪、兵庫、(東京都区部、千葉市、川崎市、横浜市、大阪市、神戸市)	千葉、愛知、三重、香川	滋賀、(仙台市)

注：変動がプラスマイナス5%未満以内であった都道府県は記載していない。自殺率が10%以上低下した都道府県はなかった。

表2 人口統計学的要因と過去12ヶ月間の自殺念慮(自殺を真剣に考えた経験):岡山市および玉野市調査

	男女合計				男性				女性			
	対象者数	自殺念慮	(%)	P*	対象者数	自殺念慮	(%)	P*	対象者数	自殺念慮	(%)	P*
性別												
男性	588	9	1.5%	0.775								
女性	672	9	1.3%									
学歴												
16年以上(大卒)	281	4	1.4%	0.500	183	2	1.1%	0.385	98	2	2.0%	0.809
13-15年	247	6	2.4%	(0.401)	81	3	3.7%	(0.808)	166	3	1.8%	(0.333)
12年(高卒)	448	6	1.3%		195	3	1.5%		253	3	1.2%	
0-11年	247	2	0.8%		116	1	0.9%		131	1	0.8%	
世帯収入#												
710万円以上	337	5	1.5%	0.975	183	3	1.6%	0.939	154	2	1.3%	0.957
420~710万円未満	275	5	1.8%	(0.669)	134	2	1.5%	(0.579)	141	3	2.1%	(0.918)
180~420万円未満	217	4	1.8%		97	2	2.1%		120	2	1.7%	
180万円未満	203	4	2.0%		76	2	2.6%		127	2	1.6%	
家族1人あたり収入#												
233万円以上	328	6	1.8%	0.966	174	2	1.1%	0.701	154	4	2.6%	0.690
143~233万円未満	251	5	2.0%	(0.680)	123	3	2.4%	(0.744)	128	2	1.6%	(0.387)
62.5~143万円未満	238	4	1.7%		109	3	2.8%		129	1	0.8%	
62.5万円未満	216	3	1.4%		85	1	1.2%		131	2	1.5%	
年齢(歳)												
20-34	245	4	1.6%	0.026	111	1	0.9%	0.260	134	3	2.2%	0.123
35-44	203	1	0.5%	(0.160)	87	1	1.1%	(0.506)	116	0	0.0%	(0.187)
45-54	266	8	3.0%		127	4	3.1%		139	4	2.9%	
55-64	244	5	2.0%		127	3	2.4%		117	2	1.7%	
65+	302	0	0.0%		136	0	0.0%		166	0	0.0%	
婚姻状態												
配偶者なし	311	6	1.9%	0.392	113	3	2.7%	0.279	198	3	1.5%	0.800
配偶者あり	948	12	1.3%		475	6	1.3%		473	6	1.3%	
就労状況												
被雇用者	642	10	1.6%	0.161	354	6	1.7%	0.581	288	4	1.4%	0.304
自営業	143	5	3.5%		84	3	3.6%		59	2	3.4%	
失業中	22	1	4.5%		9	0	0.0%		13	1	7.7%	
無職(主婦・退職)	362	2	0.6%		99	0	0.0%		263	2	0.8%	
学生	17	0	0.0%		12	0	0.0%		5	0	0.0%	
健康上の理由で無職	15	0	0.0%		6	0	0.0%		9	0	0.0%	
不明	59	0	0.0%		24	0	0.0%		35	0	0.0%	
主観的身体的健康												
良好	689	7	1.0%	0.175	297	4	1.3%	0.714	355	6	1.7%	0.697
不良	571	11	1.9%		291	5	1.7%		233	3	1.3%	
主観的精神的健康												
良好	766	8	1.0%	0.152	280	6	2.1%	0.126	411	2	0.5%	0.016
不良	494	10	2.0%		392	3	0.8%		261	7	2.7%	

\* 括弧内はトレンドの検定.

# 収入に欠損値のある242名を除いた.

表3 地域における自殺予防・うつ病対策の活動領域\*

	高齢者自殺予防				うつ病・自殺対策	うつ病対策	うつ病・自殺対策	自殺対策			うつ病対策
	岩手県	新潟県	青森県	鹿児島県	青森県	秋田県	青森県	秋田県	秋田県	青森県	
	浄法寺町	松之山町	松代町	旧安塚町	名川町	伊集院地区	六戸町	由利町	合川町	藤里町	鶴田町
	(大山, 坂下, 2004)				(大野ら, 2001)	(宇田, 2004)	(渡邊ら, 2004; 渡邊、大野ら, 2004)	(渡邊ら, 2004)	(本橋, 2003)	(夏井, 2004)	(渡邊ら, 2004)
					人口 9250			人口 6500	人口 8000	人口 5000	
実態調査								○心の健康調査		○心の健康調査	○心の健康調査
啓発・教育	○	○	○	○	◎講演会、健康教室、広報、パンフレット全戸配布	◎市民講座、パンフレット配布、マスメディアの活用		◎講演会、情報誌発行	◎講演会	◎講演会、全戸パンフレット配布	○全戸へのパンフレット配布
地域づくり活動		○			◎高齢者生きがいづくり事業	◎地域のキーパーソンへの普及啓発、リラックス教室		○いきいきふれあい活動	◎ふれあい相談員育成講座、高齢者生きがいづくり事業	◎住民参加NPO、中高年健康教室、地域住民交流サロンの開設	◎住民劇団による啓発活動
個別の課題との連携											○学区単位でのモデル地区
学校・職場								○			
アルコール・薬物対策 慢性疾患・難病対策											
ハイリスク群の選定とサポート	○	◎	◎	◎	◎うつ病スクリーニング、家庭訪問	◎うつ病スクリーニング、保健センターの相談窓口	○うつ病スクリーニング(計画中)		◎うつ病スクリーニング	○希望者への個別相談	
迅速な診断・治療のための専門家の訓練									○担当医師研修		
一般医における管理			○	○					○保健センターと診療所との連携		
一般医と精神科医による臨床的管理		○	○	△	◎保健センターと精神科医との連携						
精神科医による面接・コンサルテーション	◎	○	△		ストレス教室、精神科医相談日					○専門家によるケース相談	
危機介入	○	○	○	○				○			
自殺企図者のフォローアップ	○	○	○	○				○			

\* 大山、坂下(2004)の分類をもとに改変した。空白部分は情報が得られていないことを示す。

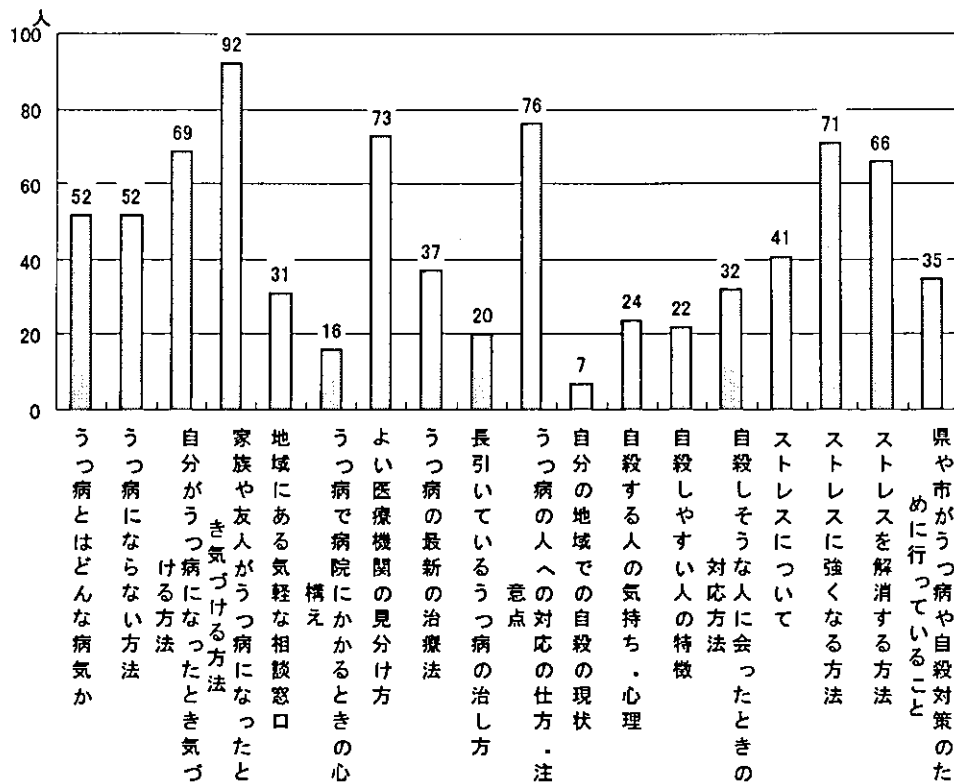


図2 心の健康・自殺予防についてこれから望む講演や教育・研修の内容（一般住民180名の回答）

表4 心の健康・自殺予防についてこれから望む講演や教育・研修の内容：性別、年齢別

	男性 (61名)	女性 (108名)	20-34歳 (25名)	35-49歳 (30名)	50-64歳 (52名)	65歳以上 (64名)
うつ病とはどんな病気か	33%	28%	28%	20%	35%	30%
うつ病にならない方法	30%	26%	40%	30%	23%	27%
自分がうつ病になったとき気づける方法	36%	40%	52%	37%	42%	33%
家族や友人がうつ病になったとき気づける方法	44%	56%	60%	53%	60%	42%
地域にある気軽な相談窓口	16%	19%	20%	10%	15%	23%
うつ病で病院にかかるときの心構え	8%	9%	0%	7%	10%	14%*
よい医療機関の見分け方	36%	43%	36%	37%	37%	45%
うつ病の最新の治療法	11%	25%*	16%	20%	23%	23%
長引いているうつ病の治し方	10%	12%	12%	7%	17%	8%
うつ病の人への対応の仕方・注意点	38%	43%	44%	50%	51%	33%
自分の地域での自殺の現状	5%	3%	8%	7%	4%	0%
自殺する人の気持ち・心理	10%	16%	24%	13%	13%	9%
自殺しやすい人の特徴	11%	13%	12%	10%	17%	9%
自殺しそうな人に会ったときの対応方法	16%	17%	12%	33%	17%	13%
ストレスについて	26%	20%	24%	23%	27%	17%
ストレスに強くなる方法	33%	43%	56%	47%	35%	36%
ストレスを解消する方法	36%	38%	36%	30%	44%	36%
県や市がうつ病や自殺対策のためにやっていること	15%	21%	12%	13%	23%	20%

\* 男女差あるいは年齢差 ( $\chi^2$ 二乗検定)

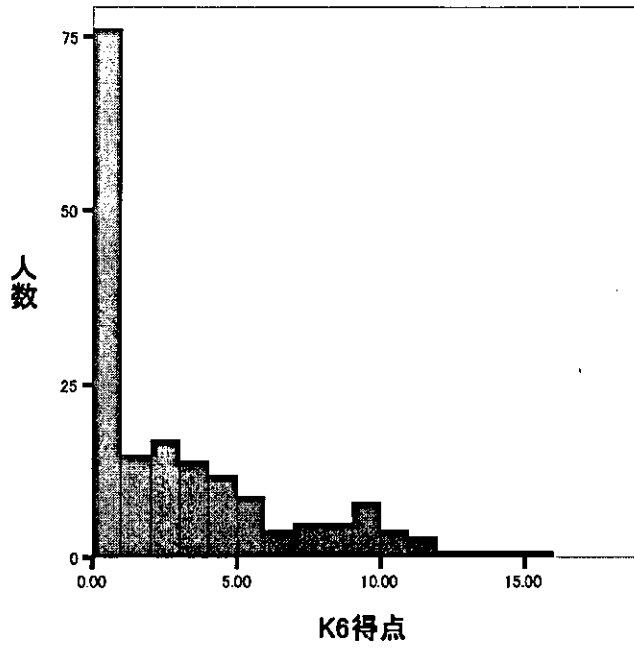


図 3-1 地域住民における K6 得点の分布

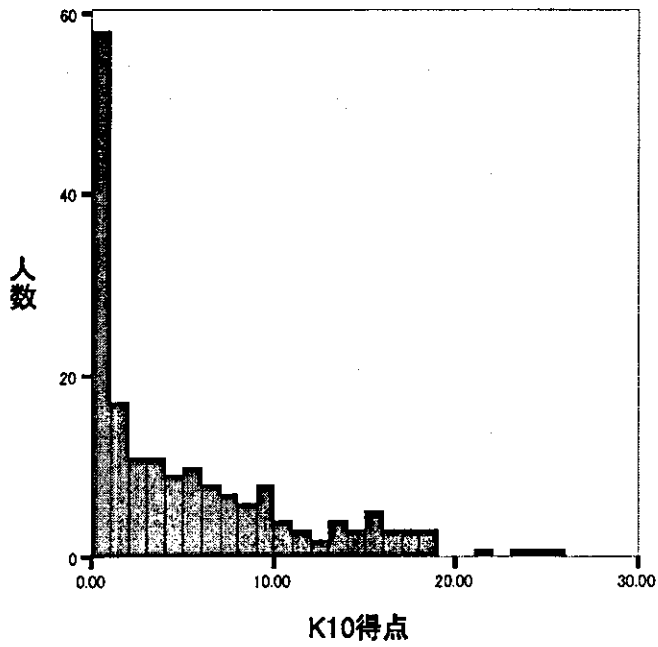


図 3-2 地域住民における K10 得点の分布



図4-1 K6/K10、うつ対応マニュアル調査票、CES-Dによる気分・不安障害のスクリーニング (ROC曲線)。気分・不安障害 17名、一般住民 147名のデータによる。曲線下の面積 (AUC) はK6が0.936、K10が0.944、うつ対応マニュアル調査票が0.870、CES-Dが0.958。

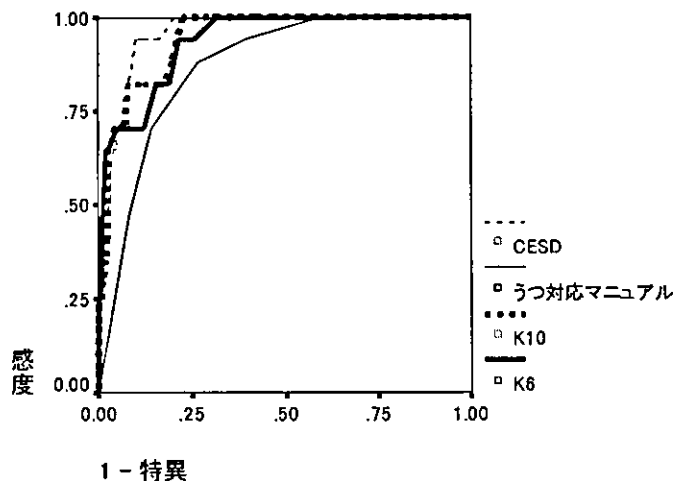


図4-2 K6/K10、うつ対応マニュアル調査票、CES-Dによる気分障害 (大うつ病、気分変調性障害)のスクリーニング (ROC曲線)。気分・不安障害 13名、一般住民 147名のデータによる。曲線下の面積 (AUC) はK6が0.953、K10が0.951、うつ対応マニュアル調査票が0.912、CES-Dが0.970。

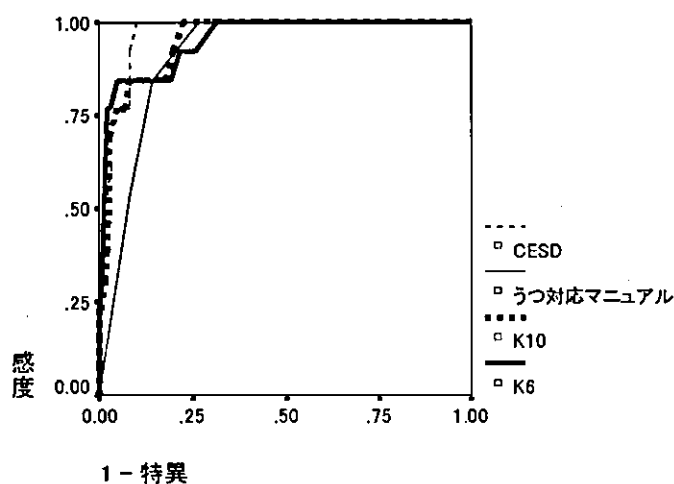


図4-3 K6/K10、うつ対応マニュアル調査票、CES-Dによる不安障害のスクリーニング (ROC曲線)。気分・不安障害 5名、一般住民 147名のデータによる。曲線下の面積 (AUC) はK6が0.900、K10が0.932、うつ対応マニュアル調査票が0.778、CES-Dが0.927。

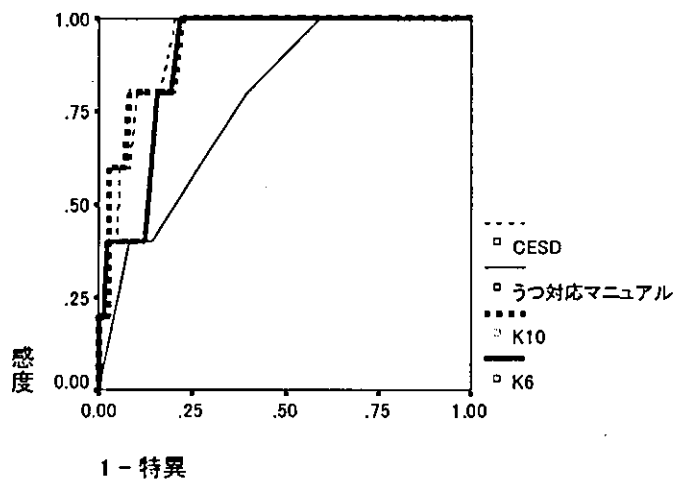


表5 一般住民と精神科外来患者(気分・不安障害)の各尺度得点の比較

	一般住民			精神科外来患者 (気分・不安障害)			有意差 P 値
	人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差	
K6	176	3.5	3.8	18	12.8	4.3	P<0.001
K10	173	5.8	6.1	17	20.9	5.9	P<0.001
うつ対策推進方策マ ニュアル調査票	175	1.4	1.6	18	3.9	1.2	P<0.001
CES-D	154	13.2	8.1	18	32.8	8.9	P<0.001

表6 各調査票による DSM-IV 気分・不安障害のスクリーニングにおける感度と特異度 (一般住民と精神科外来患者調査)

	カットオフ 点	対象者数 (患者数 /一般住 民数)	感度 (%)	特異度 (%)	陽性反応的 中度 (事後確 率、%)
気分・不安障害#					
K6*	5	18/176	100	69.3	25.0
K6	9	18/176	77.8	86.4	36.8
K10*	10	17/173	100	75.7	28.8
K10	15	17/173	82.4	87.9	40.0
うつ対策推進方策マ ニュアル調査票	2	18/175	94.4	60.6	19.8
CES-D	16	18/154	94.4	69.5	26.6
気分障害のみ#					
K6*	5*	13/176	100	69.3	19.4
K6	9	18/176	84.6	86.4	31.4
K10*	10*	13/173	100	75.7	23.6
K10	15	13/173	84.6	87.9	34.4
うつ対策推進方策マ ニュアル調査票	2	13/175	100	60.6	15.9
CES-D	16	13/154	100	69.5	21.7

\* このデータにおける K6 および K10 のベストカットオフ得点。

# 気分障害は大うつ病および気分変調性障害を含む。不安障害は全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖を含む。

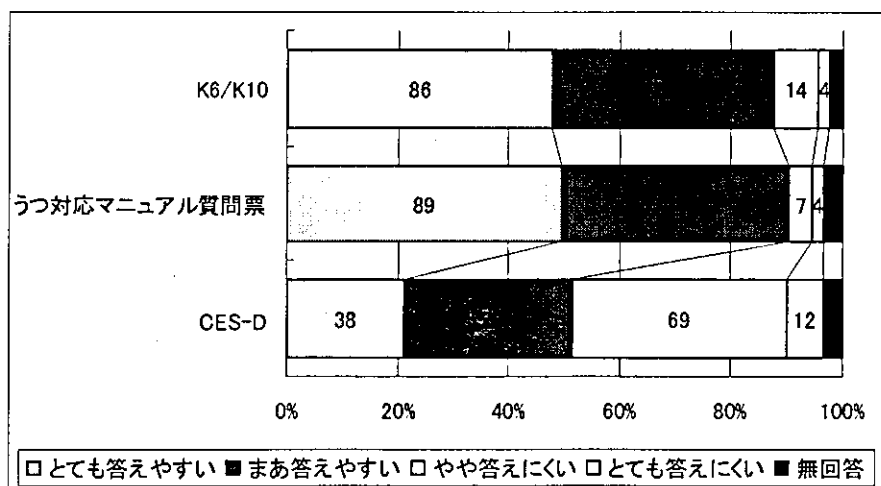
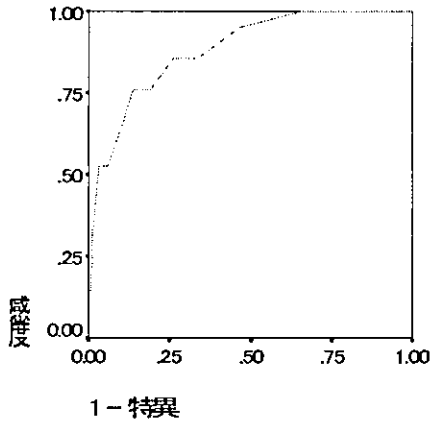
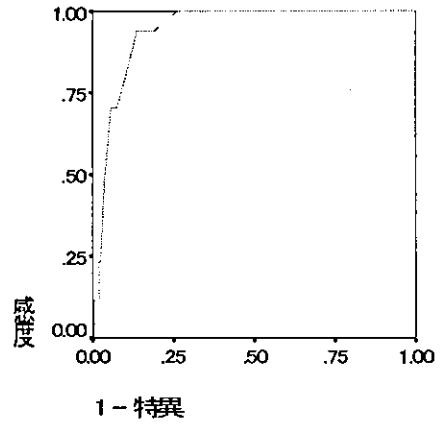


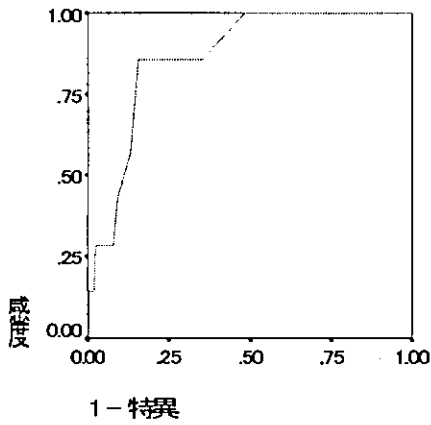
図5 K6/K10 質問票、うつ対策推進方策マニュアル質問票、CES-D の回答のしやすさに関する調査結果 (グラフ中の数字は人数、一般住民 180 名)



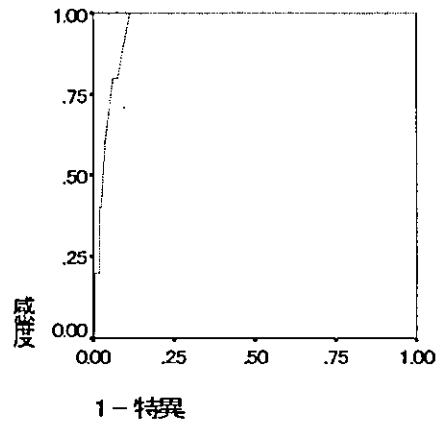
気分障害・不安障害の現在診断ありの者 (21名) に対するスクリーニング(AUC=0.884)



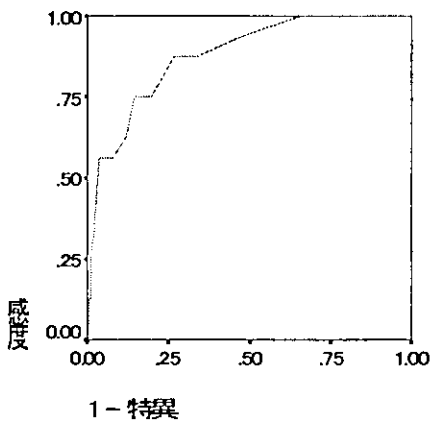
過去 12 ヶ月間に自殺を真剣に考えた者 (17名) のスクリーニング(AUC=0.941)



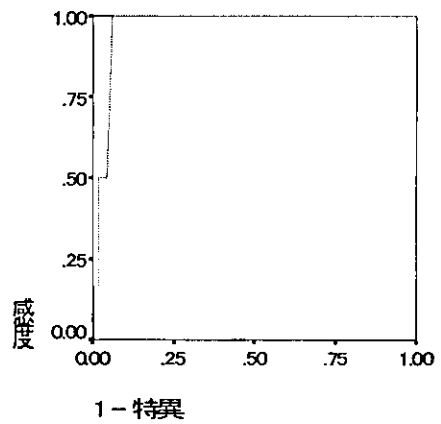
気分障害の現在診断ありの者 (7名) に対するスクリーニング(AUC=0.869)



過去 12 ヶ月間に自殺を計画した者 (5名) のスクリーニング(AUC=0.962)

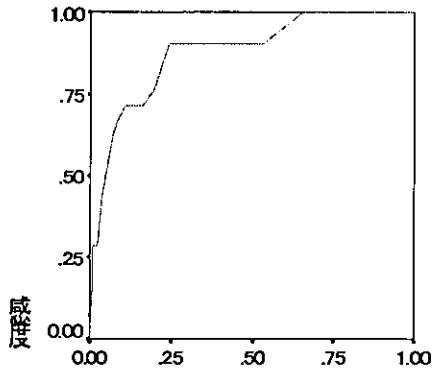


不安障害の現在診断ありの者 (16名) に対するスクリーニング(AUC=0.879)



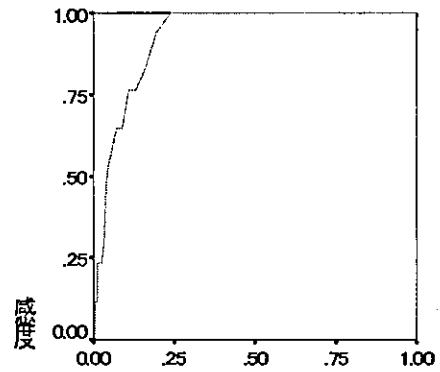
過去 12 ヶ月間に自殺を計画した者 (6名) のスクリーニング(AUC=0.968)

図6 気分・不安障害および自殺行動に対する K6 のスクリーニング効率 (ROC 曲線)



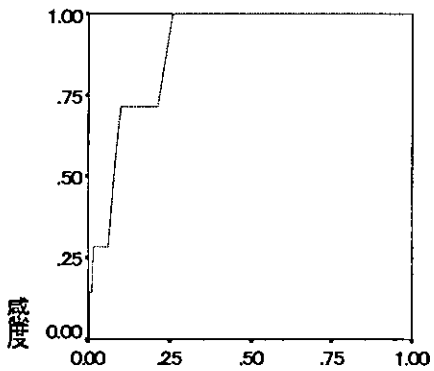
1-特異

気分障害・不安障害の現在診断ありの者 (21名) に対するスクリーニング(AUC=0.881)



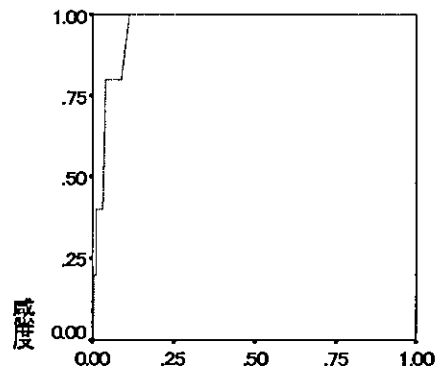
1-特異

過去12ヶ月間に自殺を真剣に考えた者 (17名) のスクリーニング(AUC=0.928)



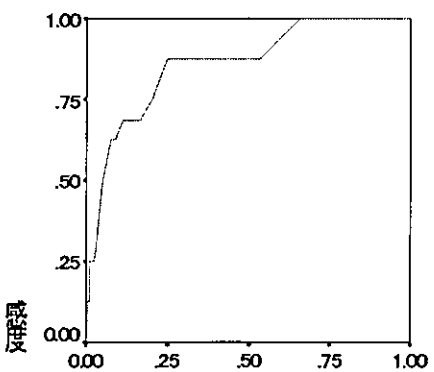
1-特異

気分障害の現在診断ありの者 (7名) に対するスクリーニング(AUC=0.861)



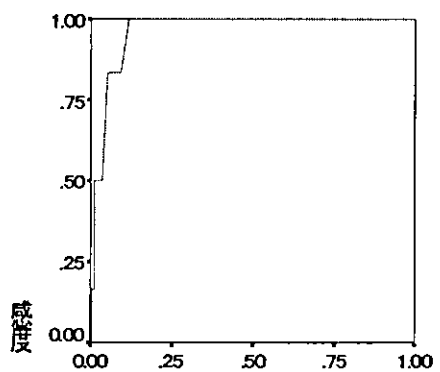
1-特異

過去12ヶ月間に自殺を計画した者 (5名) のスクリーニング(AUC=0.963)



1-特異

不安障害の現在診断ありの者 (16名) に対するスクリーニング(AUC=0.861)



1-特異

過去12ヶ月間に自殺を計画した者 (6名) のスクリーニング(AUC=0.964)

図7 気分・不安障害および自殺行動に対するK10のスクリーニング効率 (ROC 曲線)

表7 WMH 日本調査 2002-2003 の Part II 面接対象者の男女別平均年齢、平均 K6 および K10 得点

	男性(178名)		女性(276名)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢	50.8	16.5	50.7	16.5
K6	3.0	3.8	2.6	3.6
K10	5.3	6.2	4.6	5.5

\* いずれも有意な男女差なし(T検定および Mann-Whitney 検定, p>0.05).

表8 K6 による DSM-IV 気分・不安障害および自殺行動のスクリーニング効率 (WMH 日本調査 2002-2003 の Part II 面接対象者 454 名) \*1

	対象者中の 頻度 (事前 確率、%)	該当者数	感度 (%)	特異度 (%)	陽性反応的 中度 (事後確 率、%)	
DSM-IV 現在診断						
気分・不安障害のいずれか		4.6	21	76.2	80.8	16.2
気分障害のみ*2		1.5	7	85.7	79.2	6.1
不安障害のみ*3		3.5	16	75.0	80.1	12.1
過去 12 ヶ月間の自殺行動						
自殺念慮		3.7	17	94.1	81.0	16.2
自殺の計画		1.1	5	100.0	80.7	5.6
自殺未遂		1.3	6	100.0	80.3	6.5

\*1 K6 の合計得点 (0~24 点) が 5 点以上を陽性とした場合。

\*2 大うつ病あるいは気分変調性障害。

\*3 全般性不安障害、パニック障害、外傷後ストレス障害あるいは社会恐怖。

表9 K10 による DSM-IV 気分・不安障害および自殺行動のスクリーニング効率 (WMH 日本調査 2002-2003 の Part II 面接対象者 454 名) \*1

	対象者中の 頻度 (事前 確率、%)	該当者数	感度 (%)	特異度 (%)	陽性反応的 中度 (事後確 率、%)	
K10 合計得点 (0~40 点) が 7 点以上を陽性とした場合 (本データのベストカットオフ)						
DSM-IV 現在診断*						
気分・不安障害のいずれか		4.6	21	90.5	76.2	15.6
気分障害のみ		1.5	7	100.0	74.3	5.7
不安障害のみ		3.5	16	87.5	75.3	11.5
過去 12 ヶ月間の自殺行動						
自殺念慮		3.7	17	100.0	76.0	13.9
自殺の計画		1.1	5	100.0	75.5	4.4
自殺未遂		1.3	6	100.0	75.3	5.2
K10 合計得点 (0~40 点) が 10 点以上を陽性とした場合 (精神科患者でのベストカットオフ)						
DSM-IV 現在診断*						
気分・不安障害のいずれか		4.6	21	71.4	87.3	21.1
気分障害のみ		1.5	7	71.4	85.5	7.1
不安障害のみ		3.5	16	68.8	86.5	15.7
過去 12 ヶ月間の自殺行動						
自殺念慮		3.7	17	76.5	87.0	18.6
自殺の計画		1.1	5	100.0	86.6	7.9
自殺未遂		1.3	6	100.0	86.4	9.1

\* 過去 30 日間の気分障害 (大うつ病あるいは気分変調性障害)、不安障害 (全般性不安障害、パニック障害、外傷後ストレス障害あるいは社会恐怖) の診断。

平成16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）  
自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究  
分担研究報告書

老年期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究

分担研究者 石上和男 新潟県福祉保健部健康対策課長  
研究協力者 野口 晃 新潟県福祉保健部健康対策課精神保健福祉係長  
研究協力者 本間寛子 新潟県新発田健康福祉環境部地域保健課課長代理  
研究協力者 細野純子 新潟県精神保健福祉センター主任

**研究要旨：**新潟県における自殺予防対策は、昭和60年度から2年間、松之山町ほかの市町村で実施した「精神衛生事故防止対策事業」を始まりとし、続いて昭和63年度から同地域で実施した「老年期の心の健康づくり事業」を通じて、「うつスクリーニング」と保健指導等を実施するいわゆる「松之山方式」の高齢者自殺予防対策手法の確立に進展した。

また、平成12年度から実施している「心の健康づくり推進事業」では、高齢者に加え、壮年期の自殺予防対策にも取り組み、さらに、平成15年度には、効果的な自殺予防対策を行うために自殺の危険因子である「ストレス」や「うつ」等への対策が必要であること、更には「うつ」状態に陥ることなく「生きる喜びや生きがい」をもって生活することができるよう「生きがい」対策を行うことが必要であるとの考え方から「生きがい・社会参加」対策事業も加えて実施した。

本研究では、松之山方式の自殺予防対策を行う市町村において「高齢者生活・健康意識調査」を実施し、住民の生活・健康意識及び生きがい・社会参加意識の把握を行うとともに、自殺低率地域における高齢者の社会活動状況及び自殺予防に効果があると推測される地域状況等についての情報収集を行うことにより、老年期の自殺予防対策における「生きがい・社会参加」対策の有用性を検証する。

## A. 研究目的

本研究の背景には、昭和48年に行われた東洋大学社会学部の田村健二他が行った社会調査及び松之山町における高齢者自殺予防対策の実践成果があり、前者では自殺者と社会活動（社会参加や近隣との交流等）に注目して自殺者には社会活動が希薄な傾向がある等ことが指摘されており、後者では「うつスクリーニング」と並行して「生きがい・社会参加」対策が実施されているという特徴がある。

これらのことから、自殺予防を図る上では、「うつ」の早期発見・早期対応といった二次予防的な対策に加え、「うつ」そのものを予防するための対策の実施が不可欠であると考えられた。

そこで、「うつスクリーニング」を用いた自殺予防対策を行う市町村において、住民の「生きがい・社会参加」意識等を把握することにより「うつ」と「生きがい・社会参加」の関連性を分析し、老年期の自殺予防対策における「生きがい・社会参加」対策の有用性を検証することとした。

## B. 研究方法

### ① 高齢者生活・健康意識調査の実施

「うつスクリーニング」を用いた自殺予防対策を実施しているA村及び自殺率が低率なB町において高齢者生活・健康意識調査（以下、「意識調査」という。）を実施することとした。

意識調査における調査項目は、家族構成

等の基本属性、経済状況、医療・福祉サービスの利用状況、悩みや困り事の有無、健康意識、生きがい・社会参加意識等に関する24の設問で構成し、65歳以上の高齢者に調査票を配布した。

調査方法は、回収率を高めるために郵送法と留め置き法を併用した。留め置き法を用いるに当たっては、健康づくり推進員などの地域保健関係者の協力を得て実施した。

## ② うつスクリーニング結果との比較

「意識調査」と「うつスクリーニング」結果を比較検討した。分析に当たっては、主として健康度、元気度、生きがい・社会参加意識の観点から「うつ」と関連のある項目を明らかにする目的で、項目ごとにカイ二乗検定を用い、有意水準を $P < 0.05$ とした。

なお、「うつスクリーニング」は、A村が主体的に実施し、スクリーニングには「新潟大学式自己記入式うつ病評価尺度(NSDS)」が用いられ、原則として60点以上を陽性者とし精神医学的診断の対象者として把握することとしているものである。

## ③ 自殺低率地域における情報の収集

自殺率が低率なB町における「意識調査」の実施と高齢者の社会活動状況及び自殺予防に効果があると推測される地域の状況等について情報を収集することとしたが、次回報告書で分析結果を示すこととする。

### (倫理面への配慮)

本研究の調査項目には、健康情報等の個人のプライバシーに関する部分があるため、調査に協力していただいた市町村職員及び健康づくり推進員等のスタッフに対して調査趣旨の説明を行い、調査対象者の理解と同意を得ることに努めた。入手した個人情報については関係者以外の第三者が情報入手、利用することがないように実施機関においてのみ情報を管理することとし、研究結果の公表に際しては対象市町村名や個人の特長につながる情報の公表は行わないこととした。

## C. 研究結果

### (1) 調査対象者等

#### ① 調査対象者等

A村に在住する65歳以上の全高齢者1,673人を対象に調査を実施した。

#### ② 調査期間

平成16年11月26日から12月13日

#### ③ 回答者数(回収率)等

回答者は1,483人(88.6%)で、回答者のうち「うつスクリーニング」にも回答した者の数は1,446人で、回答者に占める「うつスクリーニング」陽性者の数(陽性率)は177人(12.2%)であった。

### (2) 調査結果の概要

#### (基本属性に関する設問)

男女別では、女性の陽性者の割合が15.6%で男性の12.0%よりもやや高い結果となったが有意差は認められなかった。

年齢階層別では、男女ともに加齢とともに陽性者の割合が増加する傾向があり、男性では80歳から84歳の年代が21.4%、女性では85歳から89歳の年代が21.7%となり、それぞれ前の年代よりも10%弱の大きな増加が見られた。

世帯構成別では、陽性者の割合が最も低かったのは「夫婦のみの世帯」の6.6%で、二世帯、三世帯世帯はそれぞれ13.2%、12.5%となっていた。

#### (経済状況に関する設問・問4)

陽性者のうち、経済的暮らし向きに「ゆとりがある又はややゆとりがある」と感じている回答した者の合計割合は7.0%で、陽性者と陰性者(9.6%)の間には有意差は認められなかった。

一方、陽性者のうち、「苦しい又はやや苦しい」と感じていると回答した者の合計割合は39.0%で、陰性者(18.5%)よりも陽性者に高い結果となり有意な差( $P < 0.001$ )が認められた。

#### (家庭での役割に関する設問・問5)

全体では、「畑仕事」の回答が最も多く19.9%で、次いで「親戚や近所との付き合い」の17.8%、「庭木や花などの手入れ」の16.3%の順となっており、陽性者はあらゆる項目で陰性者に比べて回答率が低い結果となった。

陽性者と陰性者では、「畑仕事」の項目で陽性者の39.3%、陰性者の61.5%が、「親戚や近所との付き合い」の項目で陽性者の37.5%、陰性者の61.5%が、「特にない」の項目で陽性者の26.2%、陰性者の7.3%がそれぞれ回答する結果となり有意差(P<0.001)が認められた。

#### (行政サービスの利用に関する設問・・問10)

全体では、「その他」の回答を除くと「生きがい活動支援サービス」と回答した者が9.3%で最も多く、次いで「配食サービス」の4.9%、「紙おむつ支給サービス」の4.5%の順となった。

陽性者と陰性者では、「生きがい活動支援サービス」の項目で陽性者の27.8%、陰性者の9.8%が、「配食サービス」の項目で陽性者の16.4%、陰性者の4.4%がそれぞれ回答する結果となり有意差(P<0.01)が認められた。また、「紙おむつ支給サービス」の項目では陽性者の19.4%、陰性者の3.9%の回答があり有意差(P<0.001)が認められた。

この他では、A村では選択肢にあるサービス以外に65歳以上の高齢者を対象とした「寝たきり防止事業(茶のみともだち)」を実施しており、この事業の参加者の91.9%が陰性者で、陽性者は8.1%に過ぎなかった。

※ 寝たきり防止事業は、65歳以上の高齢者を対象とし、地区毎に公民館等を利用して週1回程度住民が集まり、お茶を飲みながら会話や転倒予防のための運動等を行う寝たきり及び閉じこもり予防を行う事業である。A村では、18か所に設置され住民が自主的な活動を行っており、村が活動費を補助している。

#### (健康に関する設問・・問11、12)

陽性者と陰性者では、心と体の健康につい

て、陽性者の6.6%、陰性者の58.6%が「健康又はどちらか」というと健康であると回答しており、また、「不調又はどちらか」というと不調であると回答した陽性者は70.1%、陰性者は16.2%という結果となり有意差(P<0.001)が認められた。

「不調」であると感じている理由については、陽性者では「足腰の衰えなどの運動機能の低下」の割合が最も高く72.3%で、次いで「物忘れや記憶力の低下」の57.9%、「慢性的な疾患(持病)があること」の50.3%、「疲れやすい、体調を崩しやすくなったなどの体力の衰え」の43.3%の順で、体の健康に関する理由の割合が高いのが特徴であった。

一方、陰性者でも、「運動機能の低下」の63.3%、「慢性的な疾患(持病)があること」の42.7%、「物忘れや記憶力の低下」の41.0%の順で回答が多く、陽性者と同様に体の健康に関する回答が多い結果となった。

また、陽性者と陰性者では、「困り事や悩み事などがあり気持ちが晴れない」の項目で陽性者の30.8%、陰性者の7.3%が、「何もする気が起きないなどの気力の低下」の項目で陽性者の33.3%、陰性者の8.6%が回答しており、前述の「物忘れや記憶力の低下」を含めた心の健康に関する回答において有意差(P<0.001)が認められた。

#### (今の状態(元気度)に関する設問・・問13)

陽性者のうち、最も回答が多かったのは「食事をおいしく食べられる」の78.4%で、次いで「自分の役割がある」の48.2%、「おしゃれに気を付けている」の18.7%の順で、最も少ない「わくわくすることがある」と回答した割合は2.2%であった。

一方、陰性者でも「食事をおいしく食べられる」の回答が最も多く90.3%で、次いで「自分の役割がある」の61.2%、「心の底から笑える」の37.4%、「おしゃれに気を付けている」の30.6%の順となった。

陽性者と陰性者では、「自分の役割があ



る」と「おしゃれに気を付けている」の項目で有意差( $P < 0.01$ )が、「食事をおいしく食べられる」と「心の底から笑える」の項目で有意差( $P < 0.001$ )が認められた。

また、この設問で複数回答している割合は31.6%、一つのみ回答している割合は46.9%で、回答のない割合は21.5%であった。これを陰性者で見ると、複数回答している割合は63.9%、一つのみ回答している割合は28.6%、回答のない割合は7.3%で、陰性者に複数回答している割合が高い結果となった。

#### (日常生活での困り事や悩み事に関する設問 ・ ・ 問15、16)

陽性者では、「自分の健康や病気に関すること」が77.7%で最も多く、次いで「家族のこと」の36.9%、「経済的なこと」の22.9%となっており、「困り事や悩み事はない」の回答は11.5%であった。

一方、陰性者では、「困り事や悩み事はない」の回答が最も多く42.3%で、次いで「自分の健康や病気に関すること」の35.7%、「家族のこと」の24.6%の順となっていた。

陽性者と陰性者では、「自分の健康や病気に関すること」と「地域との関係」、「生きがいをもてないこと」、「困り事や悩み事はない」の各項目で有意差( $P < 0.001$ )が認められた。

また、陽性者、陰性者ともに、「困り事や悩み事」の原因として「自分の健康や病気に関すること」の回答が多く、「生きがいをもてないこと」の項目では、陽性者に回答が多く(14.0%)、陰性者に回答が少ない(1.4%)という結果となった。

次に、相談相手については、陽性者では、「子」の回答が57.8%と最も多く、次いで「配偶者」の34.8%、「かかりつけの医師」32.2%となっており、陰性者でも、「子」の回答が56.0%と最も多く、次いで「配偶者」の50.7%、「親戚」の28.4%の順となっている。

陽性者と陰性者では、「配偶者」と「精神科、心療内科等の医師」の項目で有意差( $P < 0.001$ )

が認められた。

また、陽性者、陰性者ともに、相談相手としての「子」や「配偶者」等の血縁者に対する期待が大きく、「友人」や「近所の人」の回答が高くないことから、地域よりも家庭で支えられているという結果となった。

特徴としては、陽性者で「かかりつけの医師」への期待が大きく、本設問及び問12の「不調の理由」に「健康や病気のこと」の回答が多いことと関連する結果が出ている。

#### (地域での活動に関する設問・ ・ 問18)

陽性者では、「特にない」の回答が最も多く80.7%で、次いで「老人クラブ活動」の14.5%となっており、陰性者でも「特にない」の回答が最も多く57.5%で、次いで「老人クラブ活動」の26.5%となっている。

陽性者と陰性者では、「特にない」の項目で有意差( $P < 0.001$ )が、また、「老人クラブ活動」の項目で有意差( $P < 0.01$ )が認められた。

特徴としては、陰性者よりも陽性者に「特にない」との回答した割合が高く、活動の中心は「老人クラブ活動」との結果が得られた。

#### (喜びや生活の張りを感じることに 関する設問・ ・ 問20)

陽性者では、「子どもや孫の成長」の回答が最も多く48.2%で、次いで「気の合う仲間と集まったり、おしゃべりしたりすること」の41.5%、「特にない」の25.0%となっており、陰性者でも「子どもや孫の成長」の回答が57.1%と最も多く、次いで「気の合う仲間と集まったり、おしゃべりしたりすること」の52.6%、「旅行・買い物」の35.5%の順となっている。

陽性者と陰性者では、「仕事」と「旅行・買い物」、「特にない」の各項目で有意差( $P < 0.001$ )が、「趣味活動」と「健康のための活動・スポーツ」、「老人クラブやサーク

ル活動」、「気の合う仲間と集まったり、おしゃべりしたりすること」の各項目で有意差( $P < 0.01$ )が認められた。

(今後やってみたいことに関する設問・・問21)

陽性者では、「特に何もしたいと思わない」の回答が最も多く56.7%で、次いで「生活のための仕事」、「生きがいのための仕事」の17.0%となっており、陰性者では、「生きがいのための仕事」の回答が最も多く33.1%で、次いで「生活のための仕事」の32.7%、「趣味活動」の32.2%の順となっている。

陽性者と陰性者では、「生活のための仕事」と「生きがいのための仕事」、「趣味活動」、「老人クラブの活動」、「健康維持のための活動・スポーツ」、「ボランティア活動」、「特に何もしたいと思わない」の各項目で有意差( $P < 0.001$ )が認められた。

(地域活動への参加に必要なことに関する設問・・問22)

陽性者では、「特にない」の回答が最も多く61.1%で、次いで「情報をもっと提供する」の19.9%、「参加を呼びかけてくれる世話役の確保や養成」、「一緒に活動する仲間をつくる機会を提供する」の17.6%となっており、一方、陰性者では、「特にない」の回答が最も多く34.5%で、次いで「一緒に活動する仲間をつくる機会を提供する」の34.1%、「参加を呼びかけてくれる世話役の確保や養成」の29.3%の順となっている。

陽性者と陰性者では、「一緒に活動する仲間をつくる機会を提供する」と「経験、知識、技術を活かして活動する場、働く場を確保する」、「活動のための施設を整備したり、利用しやすくする」、「特にない」の各項目で有意差 $P < 0.001$ が認められた。

特徴としては、陽性者と陰性者ともに「特にない」と回答した割合が高く(陽性者61.1%、陰性者34.5%)、陽性者よりも陰性者に情報や機会の提供、世話役の確保などの社会参加に関する行政機関への具体的要望の割合が高い

結果となった。

(自殺予防に関する設問・・問23)

陽性者では、「高齢者の孤立を防ぐための対策」の回答が最も多く38.0%で、次いで「うつ病などの(こころの健康)についての正しい知識の普及」の34.9%、「特にない」の27.9%となっており、陰性者では、「うつ病などの(こころの健康)についての正しい知識の普及」の回答が最も多く45.7%で、次いで「高齢者の孤立を防ぐための対策」の45.1%、「高齢者者の生きがいや社会参加を支援するための対策」の33.0%の順となっている。

陽性者と陰性者では、「うつ病などの(こころの健康)についての正しい知識の普及」と「高齢者の孤立を防ぐための対策」、「特にない」の各項目で有意差( $P < 0.001$ )が認められた。

特徴としては、陽性者と陰性者ともに、「高齢者の孤立を防ぐための対策」(陽性者38.0%、陰性者45.1%)の回答が多く、陽性者には「特にない」の回答が多く(陽性者27.9%、陰性者17.3%)、陰性者には「高齢者の生きがいや社会参加を支援するための対策」(33.0%)や「こころの健康に関する相談窓口の設置や充実」(26.4%)の回答が多い。また、陰性者に多い「高齢者の生きがいや社会参加を支援するための対策」の回答は、陽性者には少ない(17.8%)という結果となった。

## D. 考察

### ① 基本属性について

年齢階層別で陽性者の構成割合をみると、男性では80歳代前半に、女性では80歳代後半に大きな増加が見られ、問11、12、15の回答結果からも加齢とともに運動機能の低下との関連性が認められた。

### ② 健康について

問11の健康状態に関する設問では、陽性者の66.1%が「不調」を感じていると回答しており、その理由としては「足腰の衰えなどの運動機能の低下」等の「体の健康」に

関する回答が多く、高齢者の場合、「体の健康」と「うつ」の関連性が高いことがわかった。

したがって、陽性者に対する支援・介入の方法として、また、「うつ」予防の柱の一つとして運動機能の回復や低下防止のための対策は有効であり、今後、これらの地域における「うつ」予防対策の積極的介入により、対策の評価を行う必要があると考える。

### ③ 地域活動(社会参加)について

仕事と地域活動に関する設問では、どちらも「特にない」という回答が多い結果となったが、仕事や地域活動に参加している人ほど、また、問20の設問を仕事や地域活動に関する「満足度」として捉えると、仕事や地域活動に満足している人ほど陰性者の割合が高い傾向がある。

また、問21の「今後やってみたいこと、続けたいこと」の設問でも、仕事や老人クラブ活動の回答の割合が陰性者に高かったことを考えると、高齢者に活動の場や機会を提供することは「うつ」予防に効果が期待できると考えられた。

### ④ 生きがいについて

本研究は、生きがい対策の自殺予防に関する有用性の検証を目的としているが、調査では「生きがい」を「喜びや生活の張り」という観点から把握することとした。

問15と問20の結果から、「生きがい」の有無は、「悩み事や困り事」の原因にもなり、「喜びや生活の張り」にもつながるものであり、問20の「特にない」の回答に陽性者の割合が高く、陰性者が低いことから、「生きがい」対策は「うつ」予防にも効果が期待できる考えられた。

「生きがい」対策の実施にあたっては、陽性者、陰性者ともに問20で「子どもや孫の成長」に50%程度が回答しており、問21でも陰性者に「子どものボランティア」に関する回答が多かったことから、世代間交流特に子ども世代との交流を図る機会を提供することが有効と考えられた。同様に、問21においても、

両者ともに「仕事」に関する回答が多く、就労機会の提供や就業・起業支援を行うことも有効と考えられた。

陽性者と陰性者では、陽性者について、問12で「体力の衰え」や「運動機能の低下」の回答が多く、問20で「地域行事や町内会等の活動」の回答が多いこと及び問24の自由意見で交通機関の利用に関する要望が上げられていたことから、身近な場所での活動機会の提供が必要と考えられた。また、陰性者については、問20、問21で「趣味活動」や「老人クラブやサークル活動」の回答が多く、問21「気の合う仲間と集まったり、おしゃべりすること」の回答が多かったことから、公民館活動等の生涯教育の分野での多様な活動機会の提供も有効と考えられた。

### E. 結論

老年期の自殺予防対策のあり方を考える場合、第一に、高齢者の関心が疾病や運動機能等の「体の健康」に関するものに高く、健康状態とくに「体の健康」と「うつ」との間に関連が認められたことから、「うつ」予防の観点から「体の健康」づくり対策、特に運動機能の回復・低下防止の取組を介して「心の健康」づくり、「うつ」予防を図っていくことが自殺予防に効果があるものと考えられた。

第二に、住民が自殺予防対策に必要と考えている項目での「高齢者の孤立防止対策」の回答割合が高く、家族以外の人との交流があることは「うつ」のリスクが低いという結果が出ていることから、「生きがい・社会参加」対策を実施することは自殺予防にも効果が期待できると考えられた。

### F その他

本年度研究では、「うつスクリーニング」を用いた自殺予防対策を実施しているA村及び自殺率が低率なB町において高齢者生活・健康意識調査を計画し、本報告ではA

村における調査結果を報告した。現在、自殺率が低率なB町における調査を実施中であり、次回報告書でA村との比較分析を行い、自殺予防に効果がある地域状況や今後の対策の方向性を明らかにしたいと考えている。

#### G. 謝辞

本年度研究では、新潟青陵大学の齋藤敏靖助教授から高齢者生活・健康意識調査の実施及び地域精神保健福祉活動のあり方に関して貴重な御助言いただき、また、高齢者生活・健康意識調査の実施にあたっては実施市町村の職

員並びに健康づくり推進員等の地域保健関係者の多大な御協力をいただき本報告書をまとめることができたことに深謝する。

#### H. 健康危険情報

なし

#### I. 研究発表

なし

#### J. 知的財産権の出願・登録状況

なし