

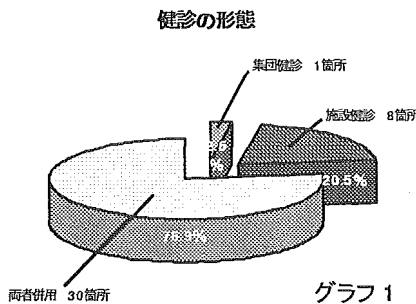
## 基本健康診査のデータベース化の現状

全国の政令市型保健所 43 か所にアンケート調査を初回、Eメールにより行い、28 か所より回答を得た。回答が得られなかった 15 か所について、同じ内容のアンケート用紙を郵送し、内 11 か所から回答があり、最終の回収率は 90.7%であった。

Eメールによるアンケートは、担当部署のメールアドレスが公開されていない自治体も多く、一部保健所組織を統括する部署に送ったことから、自治体により回答までの時間に格差が認められ、回収率も当初 65%にとどまった。

健診形態については、政令市型保健所を対象としたことから、多くが施設健診主体であり、集団健診と施設健診の併用が 80%近くを占めていた。

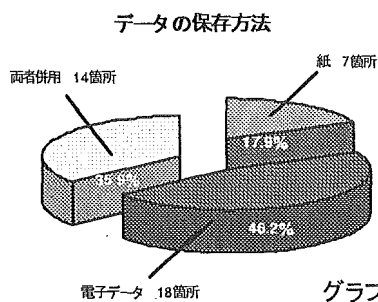
(グラフ 1)



グラフ 1

健診データの保存は、電子データ化がすすんでいたが、7箇所の自治体においては、依然として紙で管理されていた。

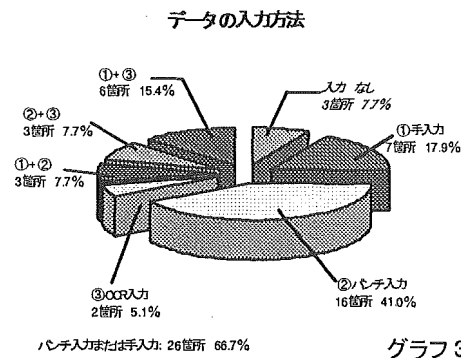
(グラフ 2)



グラフ 2

健診データの入力方法について、完全に OCR化されている自治体は 2 箇所のみであった。

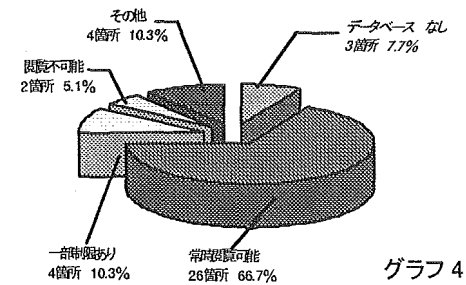
(グラフ 3)



グラフ 3

データベース化されていない 3 箇所の自治体を除くと、大部分の自治体でデータの閲覧が関連する部署において可能であった。

データベースの閲覧

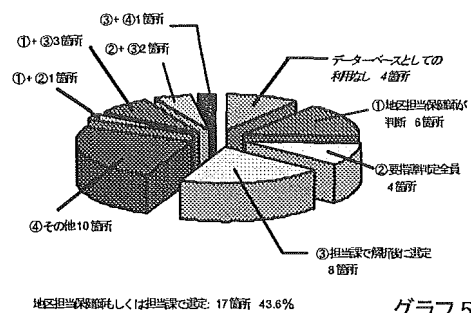


グラフ 4

健診データの活用状況は、多くの形態を認めたが、地区担当保健師もしくは担当課が事後の保健対応の案内に利用している事例が多かった。

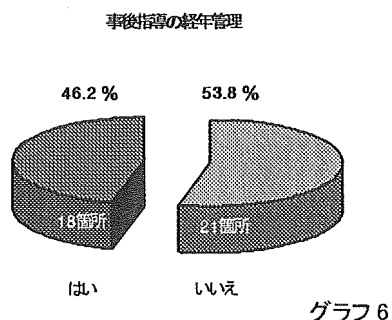
(グラフ 5)

事後指導対象者の選定

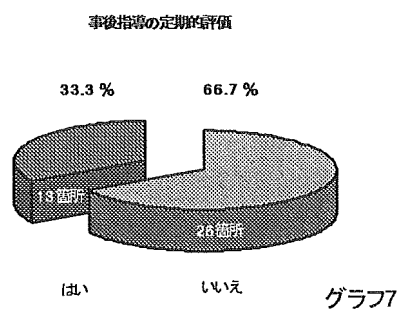


グラフ 5

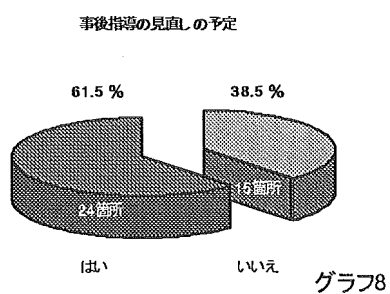
事後指導の経年管理を行っている施設は、調査対象の半数以下であった。(グラフ6)



事後指導の定期的評価はさらに少なく、3分の1の施設に止まった。(グラフ7)



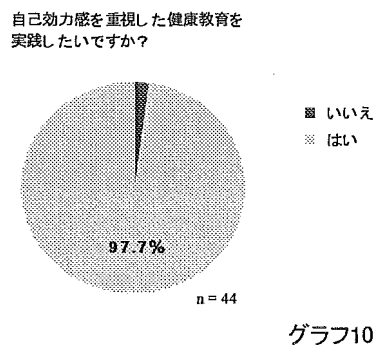
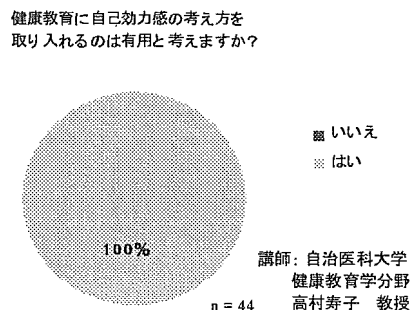
半数以上の施設で、今後見直しが検討されていることが明らかとなった。(グラフ8)



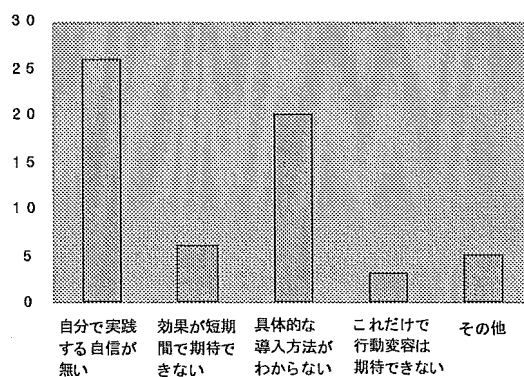
### 新健康教育導入に関する意識調査

昨年度の研究で、自己効力感の上昇が集団健康教育の効果を高める上で有用と考えられたこと

から、自己効力感に焦点を当てた新健康教育セミナーを開催して、職員研修を行った。セミナー終了後、参加者(保健師・栄養士)44名に、アンケート調査を行い、参加者の意識と今後の課題について検討した。(グラフ9～11)



### 自己効力感を健康教育に取り入れる際の問題点



参加者において自己効力感の概念は良く理解され、健康教育に取り入れることに肯定的な意見が多数を占めたが、実際に自分で実践する自信が無い、現場における導入方法の具体化等の課題が明らかにされた。

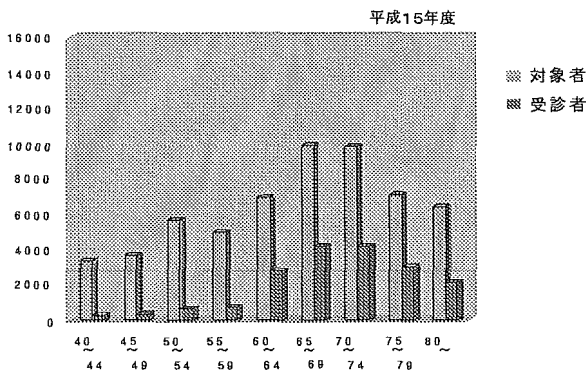
## 介入すべきハイリスク集団の検討

新潟市における基本健康診査の対象者数と受診者数を年代別にグラフ 12, 13 に示す。

新潟市では、60 歳以上は自己負担額が無料になることから、男女ともこの年代から急激に受診者が増え、60 代後半にピークとなるパターンを示し、介護予防が必要となる世代が受診者の過半数以上を占めるのが特徴である。

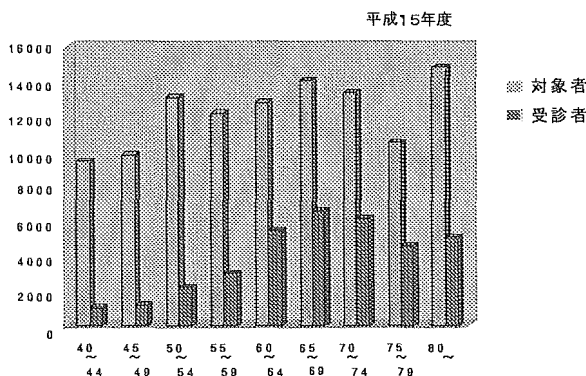
このような背景から、これまでは集団健康教育（生活習慣病予防教室）参加者の平均年齢が高い現状があった。

基本健康診査における年齢別分布(男性)



グラフ12

基本健康診査における年齢別分布(女性)



グラフ13

今年度は、中高年者のメタボリックシンドローム対策として、WHO によるメタボリックシンドローム（代謝症候群）の定義を参考にして、65 歳

未満を対象として保健所情報システム上で、今後積極的に介入すべきハイリスク集団の基準を研究組織内で検討した。

ハイリスク集団の定義を ” FBS>110 または BS>140 かつ BMI>23, TG>150, HDL<35 の内 1 項目以上を含む者” として情報システム上で抽出を行った。

平成 16 年度の健診結果において対象者の総数は 987 名であり、次年度、集団健康教育への参加勧奨を、これまでの健康相談からの案内に加え、これらのハイリスク集団に対して直接案内を送付する等の方法で積極的に介入する予定である。

## D. 考察

情報システム導入前と比較して、現在のところ新潟市を含め、健康教育・健康相談等に関して、健診後の保健対応に大きな変化は認められない。健診の有効性や費用対効果を高めるために、人口規模の大きい政令市型保健所を中心に、情報システムを積極的に活用することが有用と考えられる。具体例の 1 つとして、行動変容による疾病の予防が期待できる世代を対象として、複数のリスクを抱えた住民に対する重点的なアプローチが求められていると考えられる。

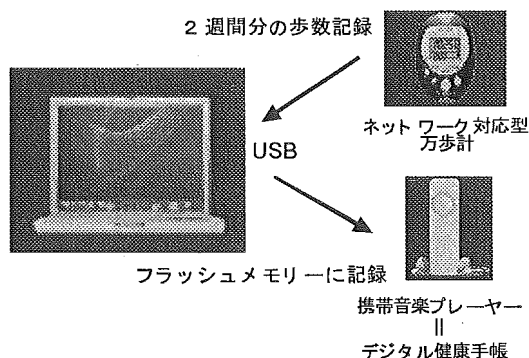
## E. 結論

多くの地方自治体で基本健康診査のデータベース化が行われていたが、健診後の保健対応に積極的に活用している事例は少なかった。これまでの判定区分に基づいた保健指導に加えて、今後、保健所と保健福祉センターが協同して、同じ基準で情報システムを活用したハイリスク集団の絞り込みを行い、事後の保健対応とその継続性確保について取り組みを継続する必要があると思われる。

## 今後の計画

最終年度、積極的に介入が必要と判断されたハイリスク集団を中心に、生活習慣病予防を目的とした既存の事業である、集団健康教育に参加を勧奨する。

新たな取り組みとして、参加者の中から希望者に対して、携帯型音楽プレーヤーを兼ねた USB フラッシュメモリーとネットワーク対応型万歩計を貸与し、家庭においても継続的に運動療法に取り組んでもらう。これと併行する形で3ヶ月間で5回の集団健康教育を提供し、参加者の自己効力感を高める取り組みを行い、最終的に行動変容が可能となるよう支援を行う。



携帯音楽プレーヤーのメモリーのうち、半分を万歩計の歩数や基本健康診査の経年グラフ等のデータ空間として使用し、携帯音楽プレーヤーに簡易デジタル健康手帳としての機能を持たせる。

プログラム終了後も、居住地の保健福祉センターで参加者に対して継続的な保健対応を行い、情報技術（IT）を活用した本プロトコルの利点と問題点について評価を行う。さらに、保健所情報システム上で基本健康診査の経年的データから、介入群について事業評価を行い、地域保健モデル事業として本プロトコルに改良を加え、他の自治体でも応用可能なシステムを完成させた上で、インターネットの新潟市保健所健康づくりホームページ上で公開する。

## G. 研究発表

第63回日本公衆衛生学会（松江）において、研究事業初年度の取り組みについて報告した。今年度の研究結果については、第64回日本公衆衛生学会（札幌）で報告する予定である。

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

子ども事故予防の推進の評価に関するモデル事業

分担研究者 岡田 尚 久 島根県松江保健所所長  
研究協力者 佐藤 日出夫 石川県能登中部保健所所長

研究要旨：当所の子どもセーフティセンター事故情報システムでは、軽症事故事例の把握はできても重症事例の把握は難しい状況である。しかし、重症事例の把握・検討により死亡につながる事故の予防策を明らかにすることにより、効果的な事故予防啓発が可能となる。よって、石川県内で三次救急医療を担う病院等からの入院事故事例を分析し、重症事故の予防を検討する。また、保育園及び園児の家庭に事故予防器具を設置し事故発生をモニタリングすることにより、事故予防器具の有効性について検証する。

A. 研究目的

わが国における1～4歳の子どもの死因の第一位は「不慮の事故」であり、事故予防対策の充実が急務である。石川県では、平成10年1月より当所に「子どもセーフティセンター」を設置し、県内5医療機関（保健所圏域毎に1カ所）から乳幼児の事故情報を把握し、その結果をもとに、事故予防啓発を行っている。このシステムから把握できる事故情報は入院不要（治療不要、即日治療完了、要通院）が9割以上であり、入院治療を要するような事例が把握しにくい状況である。

そこで、本研究により①入院を要する事例を集積し、重症事故の予防策を検討する。②重症事故を予防する方策として保育園・園児家庭に事故予防器具を設置し効果を検証する。

B. 研究方法

1. 入院を必要とする事故事例の集積

入院を必要とする事故事例の情報収集を行い、事故原因等を分析した。（資料1参照）

<平成15年度>

当所の“子どもセーフティセンター事故発生動向調査”より把握した入院事例に加え、三次救急を担う病院を含む県内4病院にも協力を得て、事故により1日以上入院した患者について、保護者の同意が得られた場合、事故発生報告をいただき、当所職員が病院等に出向き保護者から事故の状況・要因等について情報収集し、事例を集積した。

<平成16年度>

上記の入院事例の集積の継続に加えて、協力いただいている県内4病院から事故で入院し

た就学前の乳幼児の入院患者統計（H14年、15年分）を提供いただき事故状況を分析した。

2. 事故予防器具の評価

当所管内の2保育園をモデル保育園として選定し、保育園及び園児の家庭へ事故予防器具を貸与し、事故発生調査を実施した。（資料2参照）

<平成15・16年度>

事故予防器具を貸与したグループと貸与しないグループとに分けた介入調査を平成16年1月から開始した。

①対象園児は、当所の“子どもセーフティ事故情報”より、家庭内では0,1,2歳児の事故が全体の71%と多いことから事故予防器具の設置により家庭内における事故予防の効果が期待しやすいと考え0,1,2歳児を対象とした。②貸与した事故予防器具は、子どもセーフティセンター事故情報から転倒転落による打撲や切傷、誤飲が多いという結果が得られていることから、転倒転落を予防するために安全ゲート、打撲・切傷を予防するためにコーナークッション、エッジクッション、誤飲を予防するために誤飲チェッカーを貸与した。③事故発生の報告様式はカレンダー式にし、毎月保育園を通じて提出してもらいデータを蓄積している。

保育園における事故予防器具については、保育士が日頃の保育の中で危険と感じている箇所に可能な限り事故予防器具を設置した。

（倫理面への配慮）

この研究により入手した個人情報、本人（保護者）の同意を得るのはもちろん、疫学研究に関する倫理指針に基づき適正に管理する。

また、協力病院より情報提供いただく入院患者統計については、個人が特定されない形で提供いただき適正に管理する。なお、研究により得られた情報は目的外には使用しない。

## C. 研究結果

### 1. 入院を必要とする事故事例の集積

協力病院からの入院報告と子どもセーフティセンターの事故発生動向調査では入院事例数が少ないのが現状である。そこで、今年度は県内で三次救急を担う医療機関等からの入院患者統計（H14・15年）と子どもセーフティセンターの事故発生動向調査（H14・15年、以下セーフティ情報）とを比較分析することとした。（資料3参照）

子どもセーフティ事故情報は、県内5カ所（保健所圏域毎に1カ所）の定点医療機関から寄せられる就学前の乳幼児の事故情報である。平成14,15年で2,267件の事故情報があり、そのうち9割以上が治療不要・即日治療完了・要通院といった軽症の事例である。

一方、入院統計による事故情報は県内の三次救急を担う医療機関を含む4カ所の医療機関に入院した0～6歳の患者の情報である。国際疾病分類（ICD-10）で事故による疾病と考えられるS,T,V,W,Xコードの者の入院患者統計データを提供いただいた。平成17年2月末現在、平成14年15年分で252件の情報提供があった。すべて1日以上入院した患者のデータなので傷病の程度は中等症以上と考えられる。

#### (1) 子どもセーフティ事故情報と入院統計の比較

①性別では、ともに男に多い傾向がみられた。  
②年齢別では、セーフティ情報は0,1,2歳に多いが入院統計では年齢に偏りは見られなかった。  
③診断名をみると、セーフティでは打撲48.8%、刺傷・切傷14.6%であるが、入院統計の国際疾病分類（ICD-10）では、骨折、転倒・転落、交通事故が多かった。年齢別でみると、骨折が0歳12.9%、1歳18.6%、2歳19.4%、3歳15.4%であるのに比し、4歳45.2%、5歳33.3%、6歳48.6%であった。交通事故は0歳で3.2%だが1歳14.0%、2歳12.9%、3歳15.4%、4歳9.7%、5歳19.0%、6歳17.1%であった。1歳より歩行中の事故がみられるようになり、2歳より自転車乗車中の事故がみられ、また5,6歳では全て歩行中又は自転車乗車中の事故であ

った。転倒・転落は0歳で3.2%だが1歳16.3%、2歳19.4%、3歳18.0%、4歳22.6%、5歳14.3%、6歳17.1%であった。

### 2. 事故予防器具の評価

保育園内の事故については、事例数が少なく、更に事例を集積し検討したい。

園児家庭への介入調査について、16年1月～10月の調査分について報告する。（資料4参照）調査対象者実数については、介入グループが15年度25人、16年度23人、非介入グループは15年度26人、16年度26人であった。

#### (1) 園児家庭への介入調査結果

- ①事故データの延件数は介入グループ261件、非介入グループ367件であった。
- ②男女別でみると、介入グループでは男222件(85.1%)、女39件(14.9%)で、非介入グループでは男262件(71.4%)、女105件(28.6%)で、どちらも男が多い傾向であった。
- ③介入グループはヒヤリ（ヒヤリとは：けがをしなかったが、けがをしそうになった場合）が195件で、事故が66件であった。非介入グループはヒヤリが245件で、事故が122件であった。
- ④ヒヤリの内容は、介入グループでは、ぶつかる65件、転落50件、転倒44件が多かった。非介入グループでは転倒111件、ぶつかる68件が多かった。
- ⑤事故の内容は、介入グループでは、ぶつかる29件、転倒15件が多く、非介入グループでは、ぶつかる51件、転倒46件が多かった。
- ⑥事故のあった児の数は、介入グループでは対象者25人中16人(64.0%)、非介入グループでは、対象者39人中24人(61.5%)であった。事故のあった児の一人当たりの事故件数をみると、介入グループでは1～15件、非介入グループでは1～26件であった。
- ⑦事故が起きた場所は、居間での事故が介入グループ31件(47.0%)、非介入グループ51件(41.8%)と多かった。

## D. 考察

### 1. 入院を必要とする事故事例の集積

セーフティ情報では、0,1,2歳に軽症の事故が多いが、中等症以上の情報と考えられる入院統計では年齢に偏りはみられなかった。診断についてはセーフティ情報は診断名、入院統計

は国際疾病分類という統計上の分類名なので単純に比較することはできないが、入院統計による情報を集積し検討を深めていかななくてはならない。

## 2. 事故予防器具の評価

介入グループの事故が非介入グループの事故よりやや少ない傾向にあるが、さらにデータを集積し、検討する必要がある。

10ヶ月の調査期間の間に、事故を起こさない児と26回起こす児がみられた。このことから事故予防器具設置の影響だけではなく、児自身の身体的要因・家庭環境等他の要因が影響していると考えられる。一律な事故予防対策のみならず事故を起こしやすい児を対象とした個別の対策についても今後検討していきたい。

## E. 結論

上記二つの調査から得られる結果をもとに、重症事故の要因、その予防策、事故が起こりにくい環境を作るための家庭・保育園における留意点（設備面・観察点等）の検討が必要である。

## 今後の計画

研究の成果をもとに、より身近な地域で子ども事故予防啓発が可能となるよう、モデル保育園で事故予防センター的役割が果たせるよう支援していきたい。また、パンフレット作成等により全国に広く周知し、子供事故予防の環境づくりの推進を図っていきたい。

## G. 研究発表

第63回日本公衆衛生学会発表

日本公衆衛生雑誌 第51巻・第10号 特別付録 2004年10月 621頁

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
特になし							

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
山中 朋子	地域のうつ病予防プログラム	カレントセラピー	Vol23 No.1	P.58-63	2005
渡辺 直樹	うつ病の一次予防の取り組み	ストレス科学	第19巻第1号	P.30-39	2005
反町 吉秀	「セーフティプロモーション」とは何か	公衆衛生	第68巻第8号	P.36-44	2004
渡辺 直樹	自殺予防の技術	保健師ジャーナル	第60号第12号	P.1164-1169	2004
反町 吉秀	セーフティプロモーションおよびセーフコミュニケーションとは何か?	ストレス科学	第19巻第3号	P.119-123	2004
渡辺 直樹	こころの健康づくりと安全性	ストレス科学	第19巻第3号	P.140-147	2004
寺尾 敦史	地域における介護予防システム構築への取り組み	クリニカルプラクティス	Vol.23 No.10	P.7-10	2004



# カレントセラピー

別刷

月刊カレントセラピー [別刷] 2005 VOL.23 NO.1 **1** 月号

記録表の書き方」「問題解決能力を高めよう」「アクションプラン（行動計画表）を考えよう」「ロールプレイ」などである。

ワークやグループディスカッションを通して自分の考え方のクセ（認知）に気づき、同じ状況でもさまざまな感じ方や考え方があることを理解し、考え方のレパートリーを広げるためのトレーニングを行う。

参加者は全員職場復帰を目指しているため、共通テーマの設定が可能である。セッションで扱うテーマは、休務の長期化に対する焦燥、家族への気兼ね、復職に対する不安などであるが、これらの問題に直面することに対し苦痛を感じる参加者もいる。この場合、「悩んでいるのはあなただけではない」などほかの参加者が共感を示すことにより、苦痛が軽減され、徐々に問題に直面するプロセスをたどることができる。また、「私ならこう考える」と自分の認知パターンを語り合い、いくつもの違った考え方を参加者同士が示し合うことは、スタッフによる指摘よりも認知の再構成がより一層進むように思われる。

セッションでは認知面へのアプローチだけでなく、問題解決に向けたアクションが起こせるように行動面への働き掛けも行う。解決したい問題点をアクションプランに書き出し、予想される障害を考慮しながら対策プランを立て、達成状況を観察し改善点を見つけていく。

参加者からは、「この一連の過程は、仕事を行う際に当たり前のように用いていた手段だった。その有用性をわかっていたはずなのに、なぜ自分自身の問題に応用しなかったのだろう」などの声が聞かれる。フォーマットに沿って事例を整理することに慣れているサラリーマンにとって、プラン作成は問題の客観的な把握や解決策の模索を容易にするようである。

今後、参加者間の相互作用を生かして自己洞察や対人関係の学習を進め、復職準備性を効果的に高めるようなプログラム内容の検討や効果測定を導入などを行う予定である。

## V 職場復帰に際しての注意事項

現在、労働者を対象とした復職支援のためのプロ

グラムを行っている機関は、NTT東日本関東病院、障害者職業総合センターなどに限られている。このようなプログラムが利用できない場合は、主治医、産業医、産業保健師などが本人と相談し、1日の日課表をつけるなどの工夫が必要である。

精神疾患をもった社員が復職する際に大きな障害になるのは、「生活のリズムを規則正しく維持できるか」である。通勤を想定した時間に起床し、規則正しく食事をし、ある程度の活動性をもって日中を過ごし、起床時間に合わせて就寝するように助言する。さらに状態が改善すれば、ジムなどを利用した体力づくり、業務関係のパソコン作業や読書などの軽作業を1日2～8時間くらい段階的に行うことが望ましい。

さらに、職場復帰のプロセスを円滑に進めるためには、産業医、保健師や上司との連携が必要なので、職場復帰を希望する労働者には、復帰1～3カ月くらい前から、産業医や上司に面談に行くことを勧める。上司の協力が得られれば、業務関係の資料を提供してもらおう。資料をまとめるなどの結果を上司に確認してもらおうことによって、本人の作業能力をより客観的に評価できる。

## VI おわりに

以上、職場復帰援助プログラム、プログラムが利用できない場合の注意事項について述べた。職場復帰援助プログラムを含めた、多方面からの復職支援システムが整備されることが、産業精神保健分野において今後の重要な課題である。

### 参考文献

- 1) 秋山剛ほか：総合病院における職場復帰援助プログラム。現代のエスプリ別冊 心の病からの職場復帰, p.208～217, 2004
- 2) 音羽健司, 秋山剛：うつ病による勤労者の障害と職場復帰援助。精神科臨床サービス 4(3)：320～326, 2004
- 3) 秋山剛：気質が職場ストレスに及ぼす影響、職場復帰評価表の有用性、職場復帰援助プログラムの国際的有用性。厚生労働科学研究研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書, 2004

# 地域のうつ病予防プログラム

渡邊直樹<sup>\*1</sup>・山中朋子<sup>\*2</sup>・瀧澤 透<sup>\*3</sup>・山下志穂<sup>\*4</sup>・菅原育子<sup>\*5</sup>  
田口 学<sup>\*6</sup>・竹之下由香<sup>\*6</sup>・大山博史<sup>\*7</sup>・大野 裕<sup>\*8</sup>

## abstract

秋田県は1995年より自殺率が毎年ワースト1位（519名，44.6/10万人〔2003年〕）であり，2002年からは青森県が第二位（576名，39.5/10万人〔2003年〕），岩手県が第三位（528名，37.8/10万人〔2003年〕）となっており，北東北三県は深刻な状況にある。自殺予防を考える場合に，自殺との関連が強いうつ病の予防を考えていくことが最も効果的と思われる。その際に2004年1月に発表された厚生労働省の「うつ対策推進方策マニュアル」に従って，地域の実情に即したプログラムを考えていくことが望ましい。そしてうつ病予防には一次予防から三次予防までが考えられ，一次予防は「うつ病を防ぐ環境づくり」が，二次予防は「早期発見，早期治療」が，そして三次予防は「うつ病者の社会復帰援助」「自殺未遂者へのケア」「自殺者遺族のケア」などが含まれる。本稿では，筆者らが関わった秋田県由利町ならびに青森県での取り組みについて報告する。

## I 秋田県での 自殺予防の取り組み

筆者らは1997年より現在に至るまで毎年秋田県由利町の自殺予防活動にかかわり，同町での自殺者の減少を通して一次予防による効果を確認できた。まずはじめに秋田での一次予防的な取り組みがどのようなものであり，またどのような効果があったのかを述べる。

由利町は人口6千人ほど，高齢化率およそ24%の農業が中心の町である。1992～94年の間に20名の自殺者が出て，その6～7割が高齢者であった。このあまりに多い自殺者に危機感を抱いた保健師は精神保健福祉センター所長や有識者による対策会議を設け，95年に自殺者家族への訪問調査を行った。いわゆる心理学的な剖検であった。

1995年に本荘地区管轄の保健師が筆者あてにその報告書を送ってくれたことが契機となって，96年に初めて由利町を訪問し97年から一次予防の活動を行うことになった。

### 1 一次予防のプロセス

一次予防の内容としては自殺に焦点をあてずに，自殺の対極にあるところの健康づくりに焦点をあて，そのために必要な要因を調査し，その結果を住民に還元していくことにあった。

1997年には，六つの集落の公民館に集まった65歳以上の高齢者を対象に，ところの健康についての講話をしたあとで，筆者らが作成した質問紙に記入を依頼した。文章がわかりにくいと思われる高齢者には保健師や筆者らスタッフが協力して，その場で文章を読み上げて回答してもらった。老人会の会長の呼び掛けで集まった高齢者であったが，問題のある

\*1 青森県立精神保健福祉センター所長，聖マリアンナ医科大学神経精神科

\*2 青森県東地方健康福祉こどもセンター，青森保健所

\*3 光星学院八戸短期大学幼児保育科

\*4 国立社会保障・人口問題研究所

\*5 東京大学大学院人文社会系研究科

\*6 聖マリアンナ医科大学神経精神科

\*7 立命館大学産業社会学部

\*8 慶應義塾大学保健管理センター教授

高齢者は参加していない可能性もあり、バイアスがあると思われた。

そこで、1999年に行われた二次調査では65歳以上の高齢者全体を母集団としてランダムサンプリングを行い、抽出された99名の高齢者宅を訪問し、同様の調査を行った。そして毎年同町を訪問し住民への調査結果の還元を図り、紙芝居も導入し住民にわかりやすく伝えるように努力した。

このような一次予防の活動を行ってきたが、いくつか留意する点があった<sup>1), 2)</sup>。

## 2 住民の意識を考慮する

当初行った公民館での講話では、正直なところ住民の反応は冷淡であった。つまり、当時川崎市の聖マリアンナ医科大学からの訪問であったため、「わざわざ川崎からなににきたのか」「私らは実験道具にされているのではないか」「1回きただけでさようならしてしまうのではないか」とでもいいかげんな反応であった。しかしそれにもめげずに筆者らは毎年訪問し、住民に接していくうちに彼らの意識が少しずつ変化していくのに気づいた。

つまり、4年目ころからは住民の反応が明らかに変わってきて、例えば講話後には、参加者が積極的に手を挙げて質問をするようになった。「近所にうつではないかと思う人がいるが、どのようにしてあげたらよいのか」などといった質問であった。また自分の問題を皆の前で披露する60歳代の男性も現れた。「自分は20年前からの飲酒癖で、仕事で片手、

片足を失い、胃癌になって胃を全部取り、そしてまた肝臓を悪くして入院した。そのときにはもう死んでしまおうと思ったが、家族と親戚がきて自分のことを心配してくれて、自分の前で泣いてくれた。そのときに初めて自分が生きていることが皆を支えているんだ、これからも生き続けようと思えるようになった」というのである。

集落という独特な雰囲気なかで、周囲を気にしながら生きてきた人が、皆の前で自己開示できたことは大きな意識の変化であると思われた。

## 3 こころの健康づくりの輪を強固にする

筆者らの調査結果を踏まえて、こころの健康づくりの輪という図(図1)をつくり住民に説明してきた。つまり、趣味などの六つの要因が満たされるとこころの健康づくりの輪が大きくなり、ストレスは軽減されうつ状態にならずに済むと説明した。

そして趣味をたくさんもち、ソーシャルサポートも多くもつようにし、身体状況についても医療の手を借りて自分で安定させるようにした。さらに、経済状況の安定を図り、睡眠・休養を十分にとるようにし、考え方も柔軟にして外向的であるように努めるようアドバイスした。

## 4 新しい生きがいづくり

こころの健康づくりというのは同時に新しい生きがいをもつことにもつながる。家のために自己を犠牲にするというようなこれまでの因習的な考え方から脱して、「ストレスをためこまない」「のんびりす

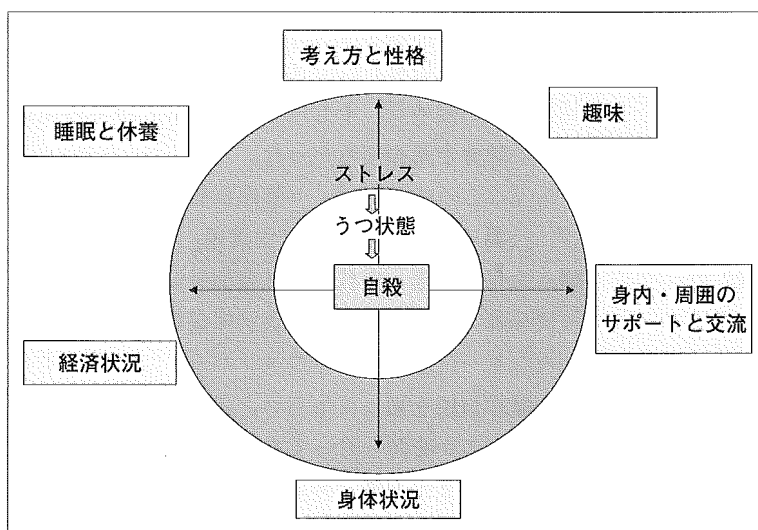


図1  
こころの健康づくりの輪

る」などの考え方に転換することは特に高齢者には新しい生き方を提供することになる。またそれでよいのだという受けとめ方が浸透していくことで、因習的なとらわれから解放されていくことになる。

## 5 ほかの世代との協力関係をつくる

高齢者の自殺予防に取り組むときには、高齢者のみではなく、ほかの世代の協力が必要である。子どもたちや孫たちとのこころの交流がなによりも大事である。

高齢自殺者の大半が三世代同居であることが知られているが、息子夫婦や孫たちと暮らしていても孤立した状況に置かれていると思われる。そのような状況をつくらないように日ごろから互いの交流を図ることが大切である。

## 6 ボランティア組織づくり

この一次予防活動の最終目標は地域の住民たちが「自分たちの問題は自分たちで解決していく」というボランティア組織が形成されることと考える。由利町でも2003年10月にボランティア組織が形成された。2カ月に1回の会合をもち、地域の自殺をなくすために一人ひとりにながでできるかを討議している。当初は「こころの健康カード」を作成し、住民に配布した。

## II 一次予防に効果があるのか

はたして由利町の住民と筆者らの活動が本当にうつ病や自殺の予防に効果があるのかどうかという問題がある。それに関しては大山が自殺率の分析をした<sup>2)</sup>、<sup>3)</sup>。すなわち表1、2に示すように、筆者らが介入した由利町での5年間と介入前の5年間ずつのベースライン1期と2期の10年間における高齢者の自殺者数と筆者らは介入していないが、同じような人口規模で同じく自殺者の多い秋田県鳥海町を比較した。

それぞれの年齢群とその人口も考慮して自殺率の変化を検討したところ、由利町では男性では有意差はみられなかったが、女性では介入期には1名のみであり、明らかに有意差が認められた。このことから筆者らの一次予防としての自殺予防活動がそれなりに効果を上げていると思われた。

由利町のその後の経過をみると(図2)、2003年に高齢者の自殺は認められず、まだ5年間の検討はできていないが、一次予防だけでも男女双方の自殺者を減少させる可能性を示唆している。

図2の折れ線グラフのうち変動の大きなものが由利町の自殺率の推移を示している。変動の小さな2本が秋田県および全国平均の自殺率を示している。そして棒グラフは左側の濃いほうが由利町高齢者の同町全自殺者中の割合を示している。

## III 青森県での自殺予防の取り組み

青森県での自殺予防の取り組みも図3に示すような一次予防の活動を全県的に広げていくことを狙いとしている。県として2001年から「こころのヘルスアップ事業」が開始されたが、軌道に乗り始めたのは03年に入ってからである。現在、すでに一次予防(一部で二次予防)活動が行われている市町村は15あり、その内訳は鶴田町、六戸町、三戸町、天間林村、名川町、十和田市、大畑町、黒石市、浪岡町、木造町、深浦町、三厩村、平内町、むつ市、川内村である。

いずれの市町村にも、まずは図3のようなフローチャートに従って一次予防の活動を開始するように伝えている。

### 1 一次予防の取り組み

具体的には県の自殺率を1としてそれを上回る地域を自殺予防活動の適応地域と考えて、保健所はそれら該当する市町村に一次予防のための調査活動を行うように勧めた。そしてこれに応じた市町村に以下の手続きを進めてもらった。

①「こころの健康づくり推進検討会議」の立ち上げ：役場の保健課長および保健師、民生委員代表、婦人会代表、老人会代表、社会福祉協議会代表、学校関係者、警察関係者、保健所保健師、精神保健福祉センター代表などを構成メンバーとして、まずその地域の実態を知ってもらい、自殺予防のためにながでできるかを話し合ってもらった。

②一次調査の実施：特定の年齢群を定めて(40～69歳あるいは65歳以上など)一次調査を行った(住

表1 観察期間（5年単位）における対象地域の性別・年齢別（65歳以上）自殺死亡者数と観察人年

地域	年齢（歳）	1985～89年 （ベースライン1期）		1990～94年 （ベースライン2期）		1995～99年 （介入期）		
		自殺死亡数	観察人年*	自殺死亡数	観察人年*	自殺死亡数	観察人年*	
<b>男性</b>								
介入地域	由利町	65～74	5	1,455	2	1,701	3	1,998
		75～84	1	646	2	781	4	914
		85～	0	90	1	110	0	230
対照地域	鳥海町	65～74	1	1,702	4	2,119	3	2,631
		75～84	3	749	2	920	9	1,047
		85～	0	107	1	161	0	232
<b>女性</b>								
介入地域	由利町	65～74	3	2,022	4	2,273	0	2,559
		75～84	1	1,046	8	1,189	1	1,518
		85～	2	220	2	321	0	455
対照地域	鳥海町	65～74	4	2,200	3	2,812	2	3,328
		75～84	7	1,028	4	1,229	7	1,647
		85～	2	185	1	287	1	424

\*：観察人年とは、「観察対象集団内における各個体の観察期間の総計」のこと。一人を1年間観察すれば1人年に相当。二人を5年間観察すれば10人年、5人を2年間観察しても10人年に相当する。罹患率の分母になる（罹患率の分子は、ある集団から一定期間に発生した患者の数である）。  
〔参考文献2〕より引用改変

表2 対象地域における介入前後5年間平均の65歳以上自殺死亡率比（修正Mantel-Haenszel検定により年齢層で調整済み）の統計学的分析結果

地域	比較する観察期間（年）**	Breslow-Day検定			修正Mantel-Haenszel検定			自殺死亡率比 （共通オッズ比）*		
		$\chi^2$	自由度	p値	$\chi^2$	自由度	p値	推定値	95%信頼区間	
<b>男性</b>										
介入地域	由利町	1985～89 vs 1995～99	2.15	1	0.14	0.001	1	0.97	—	—
		1990～94 vs 1995～99	2.60	2	0.27	0.004	1	0.95	—	—
対照地域	鳥海町	1985～89 vs 1995～99	0.006	1	0.94	1.10	1	0.29	—	—
		1990～94 vs 1995～99	5.24	2	0.073	0.29	1	0.59	—	—
<b>女性</b>										
介入地域	由利町	1985～89 vs 1995～99	3.03	2	0.22	4.39	1	0.036	0.11	0.014～0.87
		1990～94 vs 1995～99	0.69	2	0.71	12.60	1	<0.0001	0.056	0.012～0.28
対照地域	鳥海町	1985～89 vs 1995～99	0.86	2	0.65	2.70	1	0.11	—	—
		1990～94 vs 1995～99	0.65	2	0.72	0.02	1	0.89	—	—

\*：修正Mantel-Haenszel検定の結果、p値が10%未満を示した場合のみ記載した。

\*\*：1985～89年はベースライン1期に、1990～94年はベースライン2期に、そして、1995～99年は介入期に相当する。〔参考文献2〕より引用改変

民のストレス状態、対処能力、ソーシャルサポート、抑うつ感、希死念慮などの把握）。

③住民への情報提供：一次調査を踏まえて、その結果を次のような順序で住民に還元していった。まず保健協力員（地域の保健福祉活動への協力を市町村が依頼した地域住民）などを対象に調査結果の説明のための講演を行い、次に広報紙やリーフレットを用いて、結果の重要な点を住民に周知させた。さらに住民を対象として、結果説明のための講演を行った。

④推進検討委員会の開催：推進検討委員会を開き、一次調査の結果を踏まえて、今後の取り組みに

ついて協議した。そして二次調査を行う必要を認められた場合にはその内容を決めた。

⑤自助組織の形成：最終的には学校を中心とした組織や住民自身のボランティア組織など、「自分たちの地域のこころの問題は自分たちで解決する」自助組織の活動に結びつけていくことを目指している。

なお、この一次予防の調査活動は無記名で行われ、また保健協力員が回収する際には封筒に封印された形となるので、回答者のプライバシーを保つことができる。また、結果の公表は全体の集計として行われ、個人の事情が漏れることのないように配慮されている。

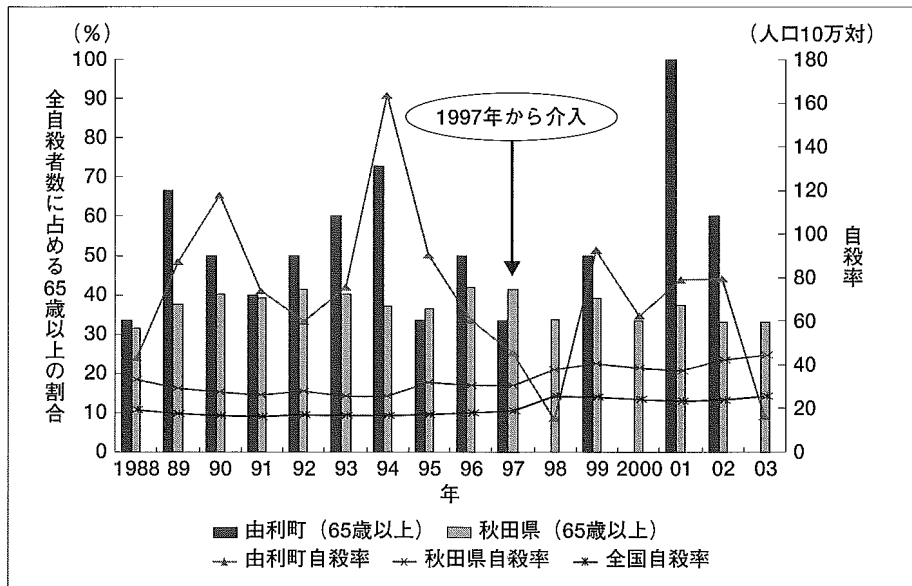


図2 自殺率と高齢者の自殺死亡割合

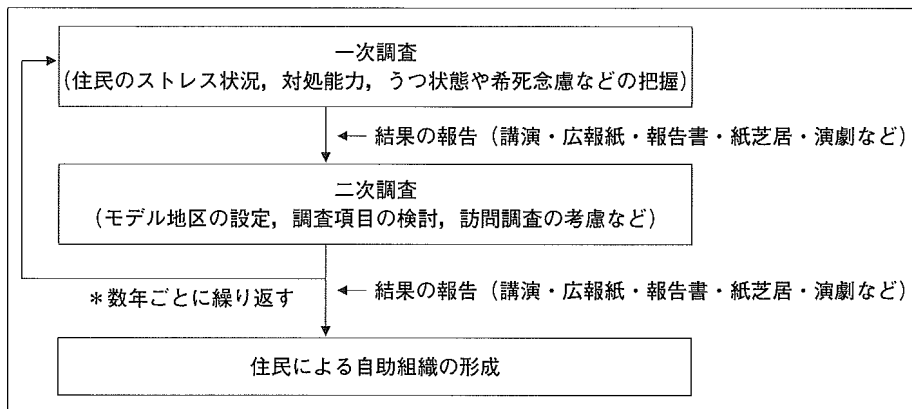


図3 青森県における一次予防の取り組み  
\*：自殺率が県の平均よりも高い地域を選定

## 2 こころのケアナース養成事業

現在取り組んでいるのは医療圏での活動であり、六戸町をモデル地区としてこの事業がスタートする予定である。

この根拠になったのが同町の一次予防の調査（住民約1万人、40～69歳を対象）で「気分が落ち込んで自殺を考える」人が12.5%おり、さらにそのなかで「相談したいが相談先がわからない」と答えた人が10.0%いたことである。

図4に示すように「こころの相談窓口」を一般医療機関に設置することには意味があり、今後は「こころのケアナース養成事業」を全県に拡大していく予定である。

同事業は、以下の項目を満たす場合に適応となる。

- ① 「こころのケアナース養成事業推進検討委員会」

を設置する。保健所ならびに精神保健福祉センターは地域の一般医や歯科医に協力を求める。医師会や歯科医師会の理事などにも協力を要請する。②養成研修を行う。臨床心理士にも協力を要請する。③修了書を交付する。④保健師は一般医あるいは歯科医の診療機関に「こころの相談窓口」があることを住民に周知させる。⑤保健師は住民に「こころの健康カード」を配布し、住民はそれを診療機関の窓口を持参することでこころの相談を受けることができる。⑥住民のなかでうつ病の疑いを認めた場合、協力してくれる精神科医に紹介する。

六戸町ではすでに三つの一般医療機関と三つの歯科医療機関（他市からも一歯科医が参加）が態勢を整えており、周辺の四つの精神科医療機関も相談や患者の受け入れに同意してくれている。

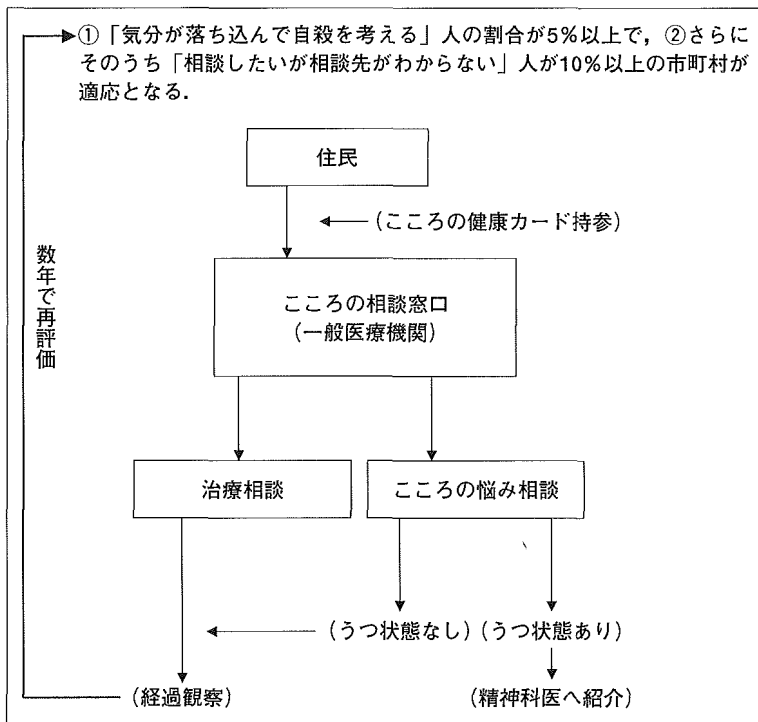


図4 青森県における「心のケアナース養成事業」

## IV おわりに

青森県において自殺予防の取り組みを行うにあたっては、すでに私たちが秋田県由利町で行っていた一次予防活動とその成果が前提となっている。つまり、秋田県での活動成果というエビデンスを示すことが、青森県での自殺予防活動に指針を与えている。

市町村の保健師たちは、それまで自殺予防活動の必要性を認識しながらも、実際には「どのように手をつけていったらよいかわからない」という戸惑いがあったようだ。あるいは行政のなかでも「自殺の問題は個人の問題」とする意見とか、「自殺を取り上げることがかえって自殺者を増やしてしまうのでは」という意見があって、自殺予防活動の実施になかなか踏み切れないという実情があった。このような考え方は由利町においても当初認められていたが、実際活動を始めてみて、そのような心配が無用であることがわかった。

まずは市町村や地域、そして県の保健師を含めた行政の関係者が自らの考えを見直すことから自殺予防活動が始まるのである。そして2003年度はこの問題を乗り越えた鶴田町と六戸町が一次予防活動を開始した。この両町で共通してみられることは、上司である保健課長の理解と支援があること、そして住民のなかの保健協力員や児童・民生委員らの理解と協力があることである。

こうして多くの市町村への自殺予防活動の広がりがみられており、また県が主導していく全国的な取り組みと、状況に応じた独自性が生かされた各市町村の取り組みの双方がうまく機能してきているのである。

### 参考文献

- 1) 渡邊直樹：保健師のための自殺予防マニュアル。未刊，2003
- 2) 渡邊直樹，瀧澤透，田口学ほか：うつ病の一次予防の取り組み。ストレス科学 19(1)：30～39，2004
- 3) 大山博史編：保健・医療・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル。診断と治療社，東京，2003



# ストレス脆弱性モデルとうつ病

## — 遺伝因と環境因の視点から —

石原良子<sup>\*1</sup>・尾崎紀夫<sup>\*2</sup>

### abstract

ストレス応答・適応機構として中心的役割を果たす視床下部-下垂体-副腎皮質 (HPA) 系の異常がうつ病の病態生理に関与していることが指摘されてきた。近年、ストレス応答がHPA系を介して、神経や神経細胞新生の問題を引き起こす点が注目されるようになっており、より広範な意味でストレス脆弱性がうつ病の病態生理に関与していると考えられる。一方、遺伝因と環境因によって形成されたストレス脆弱性と直近に生じた環境因がかかわることによってうつ病は発症すると考えられている。遺伝因としては、今のところセロトニントランスポーター遺伝子多型が最も注目されている。また、環境因としては養育体験に関心が集まっており、母子分離などの虐待によって培われたストレス脆弱性が、DNAのメチル化を介した遺伝子発現に影響する可能性も指摘されている。

## I はじめに

うつ病の発症に「ストレスに満ちた出来事 (ストレスフルライフイベント: stressful life event)」がかかわっていることは、これまで臨床的データによって明らかにされ、一般常識になりつつある。

一方、「ストレス」という概念は曖昧で、ともすればネガティブなイメージを抱かせる言葉だが、結婚や出産、進学、転居などといった、本来なら喜ばしいと思える出来事であっても、人によって、あるいは状況によってはストレスフルライフイベントと感じられる。すなわち、あらゆる出来事が、個人のとらえ方や、その人が置かれている状況によっては、ストレスとなりえる。

また、「ある出来事がストレスになる」というにとどまらず、うつ病を引き起こすにはもうワンステ

ップ必要である。うつ病が発症するには、ストレスを受けた個体がストレス応答機構の問題、すなわち「ストレス脆弱性」をもっていると考えられる。

このストレス脆弱性の形成には遺伝因と養育体験 (環境因) が関与しており、獲得されたストレス脆弱性とうつ病発症の直近に生じた環境因、すなわちストレスフルライフイベントが組み合わさってうつ病が発症すると考えるのが、ストレス脆弱性モデルに基づくうつ病発症の概念であり、本稿の課題とするところである。

## II うつ病発症に関係する ストレス脆弱性の基盤

ストレス脆弱性から見たうつ病研究で、古くから着目されていたのは、視床下部-下垂体-副腎皮質 (hypothalamic-pituitary-adrenal: HPA) 系の過活動とうつ病の関係である。HPA系は生体内でス

\*1 名古屋大学大学院医学系研究科細胞情報医学専攻脳神経病態制御学講座精神医学分野

\*2 名古屋大学大学院医学系研究科細胞情報医学専攻脳神経病態制御学講座精神医学分野教授

# Current Therapy

[特別企画：地域のうつ病対策]

うつ病の一次予防の取り組み

渡 邊 直 樹	瀧 澤 透	田 口 学
竹之下 由 香	山 下 志 穂	菅 原 育 子
熊 谷 けい子	大 山 博 史	坂 下 智 恵

ストレス科学

第19巻第1号：平成16年7月31日

## Community Residents' Attitudes toward Depression and Suicide

*Shinji SAKAMOTO<sup>1)</sup>*

### Abstract

The present article focuses on suicidal problems in the framework of social psychology. It is common approach that suicide prevention in community is administered by way of secondary prevention of depression (i.e., early detection and prevention of depression) because depression is a risk factor for suicide. However in this occasion, we need to pay attention to community residents' attitudes in order to achieve the effect of suicide prevention activities. Specifically, public attitudes toward depression, suicide, and psychiatric illness and treatment may play an important role in early detection and prevention of depression and suicidal behavior. Thus, the present article took up community residents' attitudes toward depression, suicide, and psychiatric illness and treatment, and discussed its relationship with suicide prevention in community. Then the results of research in Nagawa Town, Aomori Prefecture conducted by the author and his colleagues were presented. The results suggested that positive attitudes toward suicide and negative attitudes toward psychiatric illness and treatment counteract consultation with psychiatrists in depression and suicidal ideation.

**Key words:** Community, Attitude, Suicide, Social psychology

(Jap J Stress Sci 2004 ; 19 (1) : 22-29)

---

---

Department of Psychology, College of Humanity and Sciences, Nihon University, Tokyo<sup>1)</sup>