

は大きな家とも考えられ、水平的で平等なヨコ社会が集落内に形成されている。秋田県よりもひとり暮らしの高齢者が多かったが、家の構造は外に向かつて開かれており、通りすがりに声をかけあうこともでき、集落の一員という意識が強いため孤独感あまり感じ取れない。シマの中には父系の血縁集団「門中」がある。本家（ムトウヤ）や位牌を中心とした共同の祖先を祀る集団が門中である。家の中で主婦が毎月旧暦の一日、一五日にヒヌカン（火の神）やトトメ（位牌）に向かって家内安全をウガン（願う）する風習がウチャトー（御茶湯）である。沖縄の高齢女性は、祖先を祀り、祖先と子孫をつなぎながら家族の平安を護るという重要な役を担っている。そしてグソー（あの世）と現世とをつなぐ専門職がシャーマン・ユタである。高齢者の多くがユタに相談しており、相談内容は運勢判断、ミークソー（新しい死者の想いをユタを通してきく）、病気、けがの相談が多く、この他土地や財産、祖先のこと、結婚や受験、心身の不調や夢、抜霊や鎮魂などの儀礼などであるとい

う。ユタは半ばカウンセラーの役割を果たしている。このようにあの世は日常的に身近に現世と連続しているのである。このような世界観が共有されていれば自殺は考えにくいであろう。祭事には歌や踊りが披露され、共同体の中でこのような重要な役割を演じている女性は生き生きとした生活ぶりなのである。

五 尊厳死と安楽死について

個人の人権を尊重する立場からは尊厳死ということばが、苦痛を取りのぞくという視点からは安楽死ということになるであろう。当初はアメリカのケボークリアンという医師が末期がんの痛みに苦しむ人に自動的にカリウム溶液が体内に注入される機械をつくり死に至らしめたことから一旦殺人罪で逮捕されたが、これを契機に尊厳死や安楽死という議論がアメリカで盛んになった。また「ヘムロック協会」という団体が、末期がんなどで苦しむ人の自ら死ぬ権利を認めるべきという主張をし、その主宰者である

アレク・ハンフリーという人が「Final Exit」という本を出版し、様々な自殺の方法を著して問題になった。最近では植物状態で意識はないが、長期にわたって気管内挿管されている娘の装置を「はずしてほしい」という夫側と両親は「いやまだかすかに反応しているのではずさないで」ということで連邦最高裁まで持ち込まれ、またブッシュ大統領までが介入した議論があった。わが国でも東海大学や川崎の医師が意識障害になった患者に自らの判断でカリウム剤を注入し殺人罪に問われている。このような尊厳死あるいは安楽死の問題をどのようにとらえたらよいのであろうか。オランダのように国としてあるていどの条件が満たされれば、医師による安楽死をみとめているところもある。

不幸にして植物状態となってしまった人について生命維持装置をつけておくのかという問題がある。今の医療は救命だけに焦点が当てられ、家族にみとられて生を終わりたい」という願いよりも、病院で様々な医療器具を身につけながら、面会謝絶で生

をおわるという皮肉な結果が医療の進歩によってもたらされている。当事者が事前に救命処置を拒否し、自然死を求めていたのであれば医師はこれを尊重した上で対処すべきであろう。とはいえそうはいつでも以前からうつ病があり、このような宣言をしていた場合にはうつ病を事前に治療することも視野にいれなければならないだろう。

それではがんが苦しむ患者さんにはどのように対応したらよいのであろうか。まずは末期がんなどで苦しむ人はどのような心理状態にあるのだろうか。がんであるというからだの状態、また確実に死がせまっているという事実に向き合っていて多くの人は「うつ状態」に陥っていると思われる。自責感や希死念慮はうつの症状ととらえることができる。そしてうつ状態であれば治療可能である。副作用の少ないSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）やSNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤）という薬物を服用することでうつ状態は徐々に改善していく。また死へのプロセスを共に歩むこと

六 結語

のできるカウンセラーが必要であろう。もう一つはこれまでの事件をみるとやはり医師、医師間、家族などが早い時期から、できれば本人も含めて互いの気持ちを伝え合う場が欠けていたように思う。

もうひとつこれは仏教の立場といえるが、人は誰かに気持ちを伝えることができる限りにおいて生き続けるように思うのである。がんを宣告されたという事でショックをうけ、人との関わりを避けてしまうような反応をする場合がある。もちろんうつ状態の場合には、まずその治療的な対応が必要であるが、もし不幸にもがんの進行により足が動けなくなったら手を用いて、手紙を書いたりできる。さらに手足を奪われてしまった場合には、口頭で気持ちを伝えることができ、さらに口も利けなくなってしまうと、眼を用いて他人に気持ちを伝えることができるのである。自然から受けたのであるから、あらゆる努力を惜しまず、生を尽くすというのが人間の本来の姿であろう。

宗教は自殺抑止効果をもつと思われるが、生物学的・心理社会的・文化的な様々な抑止要因のひとつと考えるべきであろう。しかし世界保健機構(WHO)が唱えるように「自殺は大きな、しかしその大半が予防可能な公衆衛生上の問題」である(二〇〇四年九月)。抑止効果のある様々な要因をひとつひとつ積み重ねていくことが自殺予防活動といえる。抑止効果のある大きな要因のひとつが共同性や凝集性であり、別のことばでいえば「互いに気持ちを伝え合うこと」なのである。高齢自殺者の多かった秋田県A町は昔からの地域の雰囲気が大きく人々の生活や考え方を支配していた。これは自殺に関しては負の方向への共同性や凝集性であったろう。「悩みを伝えずに自己責任を負う」とか「自殺は仕方のない、むしろ勇気ある行動」というとらえ方がそれである。このような負の方向への共同性や凝集性を正の方向への共同性と凝集性に変えていくために「自殺やう

つを考えないですむ要因を満たすことで得られるところの健康づくり」活動を展開してきた。そして実際にA町において高齢者の自殺を減らすことができた。その大きな要因の一つが「ソーシャル・サポート」である。高齢女性が一人暮らしをしても別居の娘さんから毎日のように電話で「お母さん元気？」と声掛けがあるような「こころの支え」をいう。もちろん「互いに気持ちを伝え合うこと」が前提となる。キリスト教のみならず仏教や民間信仰においてもこの点でプラスの面が認められる。気持ちを伝え合う相手は何も人間である必要はなく、他の生物や事物でもよいのである。

現代社会に欠けているものはこの「互いに気持ちを伝え合うこと」ではないかと考える。若者たちの夭折願望の背景にもこのことがあてはまるように思われる。気持ちを伝え合うことで、こころに安心感が生まれてくるが、これが実現できないとこころは不安定からバラバラになっていくのである。

尊厳死や安楽死の問題もこのことが大切なのであ

る。現代医療では実際に病んでいる人や死に直面している人の気持ちを汲むことがおろそかになり、ただ救命だけがひとり歩きしているように思われる。「気持ちを伝え合うことによる死」が尊厳死なのであろう。

(参考文献)

- 1) 本橋豊、渡邊直樹編：「自殺は予防できる」すびか書房、和光市、2005・9
- 2) 瀧澤 透、崎原盛徳、名嘉幸一、和氣則江、有泉 誠、渡邊直樹、田口 学：「秋田県一農村におけるソーシャルサポートと健康、居住形態、および主観的幸福感との関連について」民族衛生、70(1)、18-30、2004・1
- 3) 渡邊直樹、瀧澤 透、田口 学、竹之下田香、山下志穂、菅原亨子、熊谷けい子、大山博史、坂下智恵：「うつ病の一次予防の取り組み」ストレス科学、Vol.13、P.33-38、2004
- 4) 渡邊直樹、瀧澤 透、山下志穂：「自殺の地域差」こころの科学、118、34-39、2004、11
- 5) 渡邊直樹、田中尚恵、大山博史、瀧澤 透、山中朋子、大野 裕、田口 学、辻浦智香子：「うつ予防のまちづくり」月刊総合ケア、15(6)、35-42、2005・6

青森県三戸町における中年期の抑うつ感と関連要因
—自殺一次予防としての心の健康に関する調査—

瀧澤 透 田中 尚恵 渡邊 直樹 三戸 波子
大山 博史 山中 朋子 山下 志穂 菅原 育子

Relative factor about depressive symptoms among middle-age in
Sannohe town in Aomori prefecture

—Investigation concerning mental health as suicide prevention—

Tohru TAKIZAWA, Naoe TANAKA, Naoki WATANABE, Namiko SANNOHE,
Hirohumi OYAMA, Tomoko YAMANAKA, Shiho YAMASHITA
and Ikuiko SUGAWARA

青森県三戸町における中年期の抑うつ感と関連要因 —自殺一次予防としての心の健康に関する調査—

瀧澤 透¹ 田中 尚恵² 渡邊 直樹³ 三戸 波子⁴
大山 博史⁵ 山中 朋子⁶ 山下 志穂⁷ 菅原 育子⁸

Relative factor about depressive symptoms among middle-age in

Sannohe town in Aomori prefecture

—Investigation concerning mental health as suicide prevention—

Tohru TAKIZAWA¹, Naoe TANAKA², Naoki WATANABE³, Namiko SANNOHE⁴,
Hirohumi OYAMA⁵, Tomoko YAMANAKA⁶, Shiho YAMASHITA⁷
and Ikuko SUGAWARA⁸

The purpose of this study was to clarify the actual situation of mental health in community dwelling, and the related factors with depressive symptoms among middlelife. Then, these results are use for the mental health promotion and the activities for suicide primary prevention. On the basis of a cross-sectional survey of middle-aged individuals (40-69 years of age), analyses were conducted using full answers of 510 residents (239 male, 271 female) in a farming village in Aomori prefecture. In this investigation, CES-D scale was used for measurement of depressive symptoms in the self-administered questionnaire. The results showed that the stress degree and the stress coping were worse than the whole country. The CES-D score was significantly higher in those who had no hobby or cultural activities, and those who had more stress or economic

¹八戸短期大学

²三戸町役場

³青森県立精神保健福祉センター

⁴三戸地方健康福祉こどもセンター保健部

⁵青森県立保健大学

⁶東地方健康福祉こどもセンター保健部

⁷前国立社会保険人口問題研究所

⁸東京大学大学院人文社会学系研究科

¹Hachinohe Junior College

²Sannohe town office

³Mental Health and Welfare Aomori Prefecture

⁴Public Health Center of Hachinohe

⁵Aomori University of Health and Welfare Department of Social Welfare

⁶Public Health Center of Aomori

⁷National Institute of Population and Social Security Research (former)

⁸The University Tokyo Department of Social Psychology

problem in both sexes. Furthermore, the score was significantly higher in those who did not sleep well. On the other hand, the score did not differ by drinking customs. There results suggest that not only sleep or stress coping but also hobby and culture activities are important in mental health promotion.

Key words : depressive symptoms, middle-age, suicide prevention, CES-D

抑うつ感, 中年期, 自殺予防, CES-D

1 緒言

青森県では平成16年に554人の自殺があり、また人口10万人あたりでは38.3人と多く秋田県に続き3年連続全国ワースト2位であった。特に男性は10万人あたり65.6人と多く、全国の35.6人と比べの2倍近い。そして、近年の傾向として5年平均(98—2002)で平滑化した5歳階級別自殺死亡率(人口10万対)では、男性で55—59歳が107.9人/10万対、60—64歳が108.3人/10万対など中年層が高い状況にある。一方、女性には65歳以上の高齢者の自殺が多く、毎年、女性の全自殺死亡数の約半数は高齢者となっている。

さらに自殺死亡は県内に地域差があり(瀧澤はが、2004)、5年平均(98—2002)の標準化死亡

比(SMR)では、男性でむつ市や黒石市が有意に高く、女性で新郷村、田子町、階上町、名川町、六戸町など南部地方に有意に高い状況であった(図1)。

こういった中、青森県は自殺予防対策として平成13年度から「このころのヘルスアップ事業」を進めており、現在、県内15市町村でなんらかの一次予防を中心とした自殺予防事業が展開している。

この自殺一次予防についてであるが、平成14年12月の厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会の「自殺予防に向けての提言」では、自殺の一次予防を「自殺の原因等を評価し、自殺の蓋然性の低い段階”での予防活動を図ること(普及、啓発や教育)」とし、また「この、普及、啓発や教

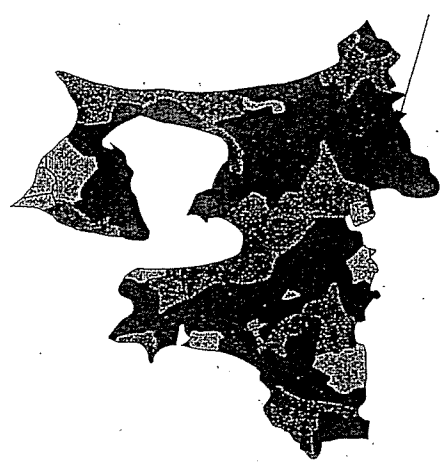


図1 市町村別自殺死亡の標準化死亡率(1998—2002)

育とは、うつ病の正しい知識、ストレスに対するセルフケア、心の健康問題についての知識の普及、啓蒙や教育」としている。

近年わが国でも、この自殺一次予防の重要性が指摘されており(渡邊ほか, 2004; 本橋, 2003b; 平野ほか, 2003; 佐名手ほか, 2003), 例えは秋田県由利町(渡邊ほか, 2002; 渡邊ほか, 2005), 合川町や藤里町(本橋ほか, 2003a), また岩手県久慈地域(大塚・酒井, 2004)などでその活動成果が報告されている。しかし、自殺死亡者が高止まりを見ている中、自殺予防・このころの健康づくりを目的とした調査研究は充分だとは言えない。

また、一次予防を見据えてのこれまでで中年層の抑うつ感とその関連を明らかにした研究は、抑うつ尺度CES-Dを用いたものとしては戦域では見られるもの(Iwata et al., 1989; Niedhammer et al., 1998; Tanaka et al., 2002; 北條ほか, 2004)、地域住民を対象とした研究は高齢者に多く(井原, 1993; 杉澤・柴田, 2000; Hashimoto et al., 1999)、中年層はわずかしかな(宮地ほか, 1994)。中年の自殺死亡が増加し、全国的な問題になっている中、この世代の抑うつ感とその関連の研究が少ないのは大きな問題と言える。

青森県三戸町は県内では自殺の多い地域であり、過去10年間(平成6~15年)に49名の自殺死亡があった。この三戸町では県「このころのヘルスアップ事業」に合わせ、また、平成14年に策定された「健康さんのへ21」に基づき、自殺予防やこのころの健康づくりを目的とした「三戸町の健康づくり事業」が平成16年度から7カ年計画で展開している。その初年度に町民の心の健康の実態を明らかにし、また啓蒙普及など自殺一次予防を目的とした「三戸町このころの健康調査」が関係機関と協力のもと町役場によって実施された(山中, 2004)。

本研究では、40~60代の地域住民の自殺一次予防に向けての「このころの健康」の実態を明らかにする目的で抑うつ尺度CES-Dによる抑うつ感

とその関連要因について分析を行った。

II 研究方法

1. 調査地域

三戸町は青森県南に位置し、西に秋田県、南に岩手県と接している総面積151.55km²、人口13289人(平成16年9月)の町である。主な産業は農業で、葉タバコ、りんご、ぶどうなどが盛んであり、また農業人口率(総人口に占める農家人口割合)は35.2%である。

2. 対象および方法

調査対象者は住民基本台帳に基づき平成16年3月31日現在、三戸町に住む40歳以上69歳(合計5649人)を母集団とし、無作為抽出(25%抽出率)により1402名を対象者とした。なお、抽出は母集団に通し番号をつけての系統抽出法である。また、調査デザインは横断的研究である。

調査方法は留置法であり、集落・地区別に自己無記名の調査票を、保健師が作成した名簿をもとに保健協力員が担当集落に戸別配布を行った。調査期間は2004年4月20日から5月12日であり、回収も保健協力員が行った。この際、調査対象者に対し簡単な趣旨説明を保健師が行い、また、調査の拒否・答えたくない説明の回避ができることを伝えてもらった。調査票の配布は住民健診の申込書と一緒に配布しており、また回収にはプライバシーの保護を考慮し封筒を用いた。なお、配布に際しては調査対象者1402人に対し、まず長期不在や病氣、調査実施不能者の合計100人を除く1302人に調査票を配布した。

回収数は1203人(回収率85.8%)、また調査拒否は51人、未回収は48人であった。さらに回収した1203人のうち白票(未記入)25人、該当年齢以外の11人を除いた1167件を有効とした。なお、本稿ではこれよりさらに、今回の解析に用いた抑うつ尺度および関連要因の質問項目のいずれかに欠損のあった657人を除き、510人(調査対象者の36.4%)を解析対象とした。

3. 調査内容

調査項目は属性(年齢、性別、婚姻)、家族形態、生活習慣(飲酒、睡眠)、通院の有無、ストレスの程度、ストレス対処、抑うつ尺度(CES-D)であった。なお、ストレスの設問および抑うつ尺度は厚生省(当時)が実施した平成12年保健福祉動向調査と同じであるため全国値(総数32072人)と比較検討が可能であった。

このほか、趣味、文化活動(調査票に「地域や公民館での活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など」と併記)、経済問題、希死念慮について質問を行った。なお、ソーシャルサポートなどについては別稿にて解析を行っている(山中, 2004)。

指標は抑うつ感とし、また尺度はCES-Dを用いたが、それは本調査研究が地域住民を対象とし、自殺一次予防を目的とした調査であるからである。地域住民の当面のメンタルヘルスの問題は抑うつ感であったりストレス対処であること、そして自殺が一般には稀なことであること、また自殺の原因自体を解明するには例えば健康者の生医学的研究がより良いからである。自殺死亡とうつ病の関連はこれまで多く報告されているが(高橋・佐藤, 1999; 飛島井, 2003)、本研究では自殺一次予防・このころの健康づくりに向けて地域の実態を明らかにする目的で抑うつ尺度CES-D時点の関連要因について検討を行った。

抑うつ尺度CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale) は1977年アメリカ国立精神保健研究所(NIMH)のラドルフがうつ病の疫学研究用に開発した尺度で(Radloff, 1977)で、20項目を1週間のうちの症状出現日数によって4段階に評価する。各項目は0~3点に得点化し最高点は60点で、16点以上をカットオフポイントとして抑うつ傾向としている。また日本語版は高橋が(1985)により訳され、信頼性・妥当性の検証が行われている。なお、本研究の集計では欠損がなくても「全部1に○印をつけた80件の回答(設問を読んでいないと思われるもの)」は回答不備とみなし取り除いたため、有効回答数が

その分少なくなっている。

4. 分析方法

ストレスの項目は全国値と比較を行った。各設問項目では性差について χ^2 検定を行った。またCES-D得点はクロンバッチの α 係数を求めて信頼性を、そしてKolmogorov-Smirnov-testで正規性を確認した。CES-D得点との関連要因についてはMann-Whitney検定(2群)、およびKruskal Wallis検定(3群以上)を施した。なお、ノンパラメトリック検定後は多重比較を行ったが、このとき3群以上の多重比較はBonferroniの修正を行い有意水準を抑えた。

解析には統計パッケージソフトSPSS10.0Jを用い、統計的有意水準を5%とした。また、0.1%以下の値は全て0.1%とみなし0.001と表示した。

III 結果

1. 対象者の特徴

解析対象者は男性239人(46.3%)、女性271人(53.2%)であり、平均年齢は男性54.0歳、女性53.7歳であった。職業別では男性は農業48人(20.1%)、会社員75人(31.4%)、自営業37人(15.5%)であり、女性は農業58人(21.4%)、会社員41人(15.1%)、自営業28人(10.3%)であった。婚姻の形態では男性の202人(84.5%)、女性の225人(83%)が既婚、また男性の24人(10%)、女性の9人(3.3%)が未婚であった。なお配偶者と死別は男性3人(1.3%)、女性23人(8.5%)であり男女間で性差が見られた($\chi^2=12.3$, $df=1$, $P<0.01$)。

2. ストレスと希死念慮

「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件法で質問したところ「大いにある」が69人(13.5%)、「多少ある」が270人(52.9%)、「あまりない」が143人(28.0%)、「まったくない」が28人(5.5%)であった。一方で三戸町の男女間の比較では「まったくない」が男性19人(7.9%)、女性9人

(3.3%)で性差がみられた ($\chi^2 = 4.4, df = 1, P < .05$)。そして、この「大いにある」と「多少ある」を合わせて、「ストレスあり」とした場合、ストレス感には加齢と共に低下していた。

この設問は平成12年保健福祉動向調査と同じであったが全国値(40-69歳14747人)と比較すると、三戸町の方が「大いにある」が1.7ポイント、「多少ある」が8.1ポイント高かった。

次にストレス対処については、「あなたは、不満、なやみ、苦勞、ストレスなどがあったとき、どのようにしてしましたか」といくつかの選択肢から複数回答の質問をした。この設問を全国値と比較したのが図2である。三戸町男性のストレス対処は「アルコールを飲む」「テレビをみたりラジオをきいたりする」「ねてしまう」の順に高く、特に「ねてしまう」は全国値と比べ11.2ポイントも高かった。

一方で三戸町女性では「人に話して発散する」「テレビをみたりラジオをきいたりする」「買い物をする」「のんびりする」の順に高く、また「じっとたえる」「ねてしまう」「なにか食べる」といった消極的な対処が多く、特に「なにか食べる」は全国値と比べ9.5ポイントも高かった。

希死念慮は「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」と質問し「はい、いいえ」で答えてもらった。「はい」と答えたのは59人(11.6%)で男性25人(10.5%)女性34人(12.5%)で性差は無かった。また10歳階級別に回答状況を比較したのが図3であるが、男女間で統計的な差はなく、また男性は加齢と共に割合は低下していた。

3. 生活習慣および社会生活

飲酒を「毎晩」している者は男性で110人(46.0%)、女性で13人(4.8%)であった。また、睡眠状況では男性141人(59.0%)、女性138人(50.9%)が「ぐっすり眠れる」と答えていたが、「時々眠れない」の回答では性差が見られ、男性93人(38.9%)、女性129人(47.6%)と女性が有意に高かった ($\chi^2 = 3.6, df = 1, P < .05$)。

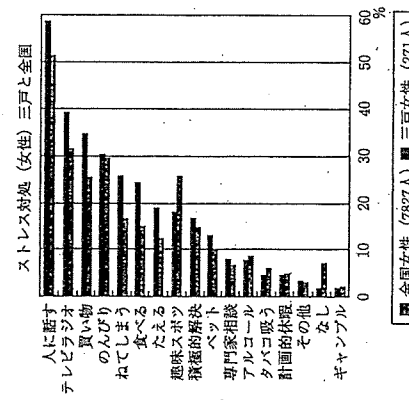
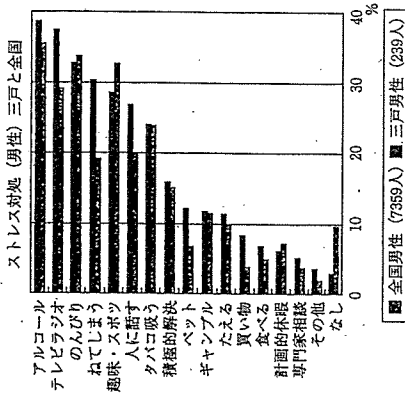


図2 ストレス対処 全国値との比較

趣味が「ある」と答えた者は男性202人(84.5%)、女性204人(75.3%)と男性の方が多く、性差が見られたが ($\chi^2 = 6.1, df = 1, P < .05$)、文化活動(地域活動、公民館活動、ボランティア活動)を「している」では男性53人(22.2%)、女性54人(19.9%)で性差は無かった。

4. 抑うつ尺度 (CES-D) とその関連要因

図4にCES-D得点の度数分布を示した。CES-D

得点の平均±標準偏差は13.78 ± 7.98点であり、最大値56点最小値0点、またクロンバッチの α 係数は $\alpha = 0.88$ であり、正規性の検定 Kolmogorov-Smirnov-test では $Z = 2.85, P < .001$ で正規性を示さなかった。性別では、男性の平均得点±標準偏差は13.76 ± 7.90点、女性は13.80 ± 8.06点で性差は無かった。なお、平成12年保健福祉動向調査の全国値(40-69歳)は男性12.95点(5980人)、女性13.51点(6400人)で、三戸地方は男女ともわずかに全国値より高かった。

表1にはCES-D得点と各要因との関連を示した。年齢(10歳階級別)、婚姻形態、家族形態、健康・生活習慣、また趣味や経済問題といった項目とCES-D得点との関連を分析するために

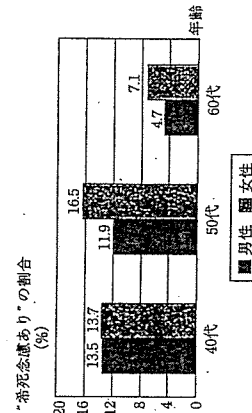


図3 性別・年齢別(10歳階級) 希死念慮ありの割合

Mann-Whitney, およびKruskal Wallis検定を行った(なお、数値は中央値でなく平均±標準偏差を示した)。「年齢(10歳階級別)」では女性のみ有意で50歳代が高かった。一方で、「婚姻形態」では男性のみ有意で、配偶者がいたほうがCES-D得点が低かった。「家族形態」では男女とも「同居」は「多世代同居」と比べ有意にCES-D得点は高かった。「睡眠」[「ストレスの程度」]「趣味」[「文化活動」]ではそれぞれ良好なほどCES-D得点には有意に低いが、「飲酒習慣」と抑うつ感との関連は見られなかった。「経済問題」では問題の有無と抑うつ感との関連は女性の方が顕著にみられた。「通院」では女性で項目との間で関連がみられたが、多重比較では有意差が無かった。

IV 考 察

1. ストレスと抑うつ感

青森県は全国でも自殺が多く、また、調査地の三戸町も県内では多い地域であった。こういって三戸町の地域の特徴を明確にするため、大規模な全国調査(保健福祉動向調査)と同一の質問を用いた比較検討を行った。その結果、ストレスの程度や抑うつ得点は全国値に比べ若干高い程度であったが、ストレス対処は男女とも「ねてしまう」など消極的な対処が高く「趣味・スポーツ」のうちこ

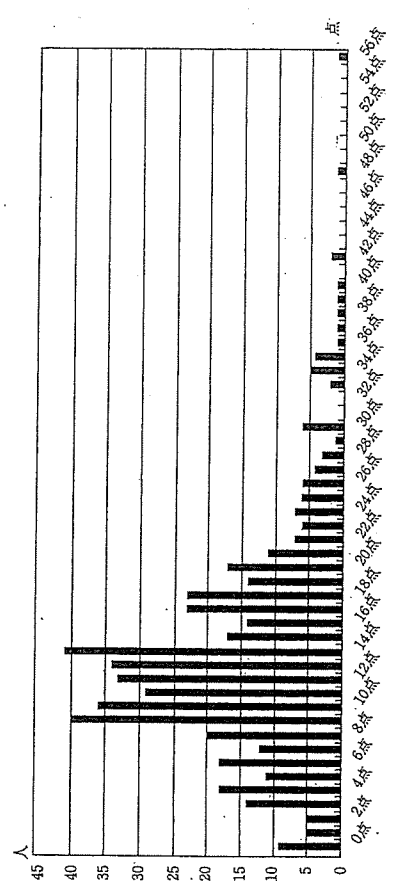


図4 CES-D得点分布

表1 CES-D 得点と関連要因

年代	男 性			女 性		
	N	Mean ± SD ±	χ ² /Z t P 値	N	Mean ± SD ±	χ ² /Z t P 値
40歳代	74	12.97 ± 7.22	2.16 0.339	102	12.22 ± 8.42	10.78 0.005 **
50歳代	101	14.62 ± 8.46		85	15.87 ± 8.52	
60歳代	64	13.30 ± 7.73		84	13.64 ± 6.64	
婚姻形態						
有配偶	202	12.59 ± 6.51	22.40 0.001 **	225	13.50 ± 8.16	4.95 0.175
未婚	24	17.46 ± 8.84		9	12.33 ± 6.42	
離婚	10	25.4 ± 15.33		14	17.29 ± 6.53	
死別	3	23.67 ± 9.87		23	15.26 ± 8.19	
家族形態						
ひとり暮らし	13	23.31 ± 15.28	11.73 0.020 **	11	20.73 ± 8.04	10.81 0.029 **
夫婦2人	44	12.09 ± 6.21		49	14.86 ± 8.24	
2世代同居	101	13.75 ± 7.29		112	12.93 ± 7.31	
3・4世代同居	66	13.06 ± 7.33		86	13.51 ± 8.70	
その他	15	13.47 ± 4.22		13	13.46 ± 7.07	
睡眠						
ぐっすり眠れる	141	11.37 ± 6.10	39.39 0.001 ****	138	10.45 ± 6.47	53.47 0.001 ****
時々眠れない	93	16.30 ± 6.98		129	17.23 ± 8.18	
いつも眠れない	5	33.8 ± 20.96		4	19.00 ± 4.97	
通院						
通院中	90	14.03 ± 8.93	1.02 0.797	115	14.05 ± 7.46	10.10 0.018
通院していない	137	13.46 ± 7.21		139	12.81 ± 7.79	
治療	8	13.13 ± 4.85		9	18.89 ± 11.05	
放置	4	19.00 ± 11.58		8	20.63 ± 11.94	
飲酒						
毎晩	110	13.97 ± 9.06	0.36 0.948	13	13.38 ± 8.79	0.37 0.947
週3~4回	44	13.50 ± 4.74		25	12.69 ± 10.14	
週1回	29	13.41 ± 4.94		29	12.69 ± 8.30	
年何回か	23	13.57 ± 7.14		50	13.44 ± 7.54	
飲まない	33	13.82 ± 9.91		154	14.33 ± 7.81	
ストレス						
大いにある	26	22.85 ± 13.24	42.63 0.001 ****	49	21.67 ± 7.93	51.69 0.001 ****
多少ある	126	14.42 ± 6.35		177	13.48 ± 7.43	
あまりない	68	10.56 ± 4.84		82	10.11 ± 5.90	
まったくない	19	8.37 ± 4.86		11	12.22 ± 9.48	
趣味↓						
ある	202	12.72 ± 6.66	-3.36 0.001	204	13.14 ± 8.04	-2.68 0.007
ない	37	19.43 ± 11.23		67	15.82 ± 7.85	
文化活動↓						
している	67	11.08 ± 5.76	-2.61 0.009	62	11.09 ± 6.47	-2.46 0.014
していない	212	14.52 ± 8.27		252	14.48 ± 8.29	
経済問題						
大いにある	62	16.65 ± 10.46	8.17 0.043 **	64	16.88 ± 9.43	20.46 0.001 ****
多少ある	111	13.32 ± 6.55		106	14.52 ± 7.69	
あまりない	58	11.33 ± 5.54		86	11.53 ± 6.78	
まったくない	8	15.13 ± 10.93		15	8.67 ± 4.84	
自殺について↓						
考える	25	21.84 ± 12.39	-4.07 0.001	34	22.62 ± 8.72	-6.00 0.001 ****
考えない	214	12.81 ± 6.63		287	12.54 ± 7.14	

†: Mann-Whitney U-test ‡: 中央値でなく平均値±標準偏差を示した。‡: post-hoc test
 * P < .05 ** P < .01 *** P < .001 **** P < .0001 ††: χ²/Z: Kruskal Wallis 検定はχ²値, Mann-Whitney 検定はZ値を示した。

む」といった積極的な対処がすくなくあった。もちろん、調査時期や方法が異なるため厳密な比較はできないが、農村地域のストレス対処の特徴が示された結果となった。これまでも農休日の設定など生活改善がなされてきているものの、健康づくりの価値観の転換は必要であり、一層の啓発や環境整備が望まれると思われる。

抑うつ尺度CES-Dとその関連要因については、これまで中年層(40-69歳)の報告が少ない中、貴重な知見が得られている。男女別の検討では、男女とも趣味や文化活動と関連がみられ飲酒習慣とは関連がなかった。この健康づくりに必要な睡眠やストレス対処といった要因のほか、体養としての趣味・文化活動の重要性が示唆された。

2. 男女別にみた心の健康

男性では、ストレス感、希死念慮の割合は加齢とともに低下しており、また抑うつ得点も60代になると低下していた。これは男性の県5歳階級別自殺死亡率(人口10万対)の傾向と一致していた。一方で、女性は50歳代でCES-D得点と希死念慮が最も高かった。

このほか性差が見られたのは趣味、睡眠状況やストレスの程度などのほか、婚姻形態別CES-D得点であり、男性は配偶者の有無が抑うつ感に有意に関連していた。藤野ほか(2003)は福岡県のコホート研究で男性の独居の自殺死亡の相対危険度は同居者のいる男性に比べて8.6倍高かったとし、これまでの自殺リスクと社会心理学的要因の研究を裏付けているが、本研究から得られた知見もこれらをサポートする結果となった。

3. 生活習慣、社会活動と抑うつ感

男性の46.0%が毎晩飲酒をしていたが、飲酒習慣と抑うつ感との間では男女とも関連が見られなかった。しかし今回の分析では飲酒量を加味して見たいため、ストレス状況下での多量飲酒をしている者などの把握はされない。飲酒習慣だけではこころの健康との関連は十分な議論となりえ

ず、今後の課題となった。

趣味や文化活動(地域活動、公民館活動、ボランティア活動)の有無は男女とも抑うつ感と有意に関連していた。健康日本21では積極的な休養(趣味、スポーツ、ボランティアなど)は心の健康を保つ生活であるとしているが、勤労を美德とされる農村社会においては未だ余暇活動の環境整備が遅れている。中期の趣味・文化活動は高年齢の生きがいにもつながっていくものと考えられ、そういった意味においてもこころの健康づくりとしての趣味・文化活動などによる生活の充実と体養が今後必要であるだろう。

経済問題の程度と抑うつ感では、女性の方がより多く関連を示していた。この経済問題とは収入のほか借金や農業等の経営、失業やリストラなども考えられる。なお、中高年(55歳以上)を対象としたこれまでの研究では収入とCES-D得点の関連では、性差はなく収入の多いほど有意に所見あり(≧16)の割合が低かった(Catherine GW et al, 1998)。三戸町の心の健康づくりや自殺一次予防を考える際に、経済問題などの相談窓口の充実といった環境の整備も必要であると考えられる。

4. 心の健康に関する調査と自殺予防

こころの健康づくりや自殺一次予防を目的とし、地域住民、特に中年層(40-60代)を対象とした調査は、自殺が多発している秋田県や青森県で実施されている。自殺予防の取り組みで成果のみられる秋田県では東由利町で30歳以上の若者調査が行われている。また、青森県では自殺予防を目的とした「こころのヘルスアップ事業」が平成13年からはじまっているが、40-60代を対象とした横断調査は、この「三戸町心の健康調査」のほかに、六戸町、平内町、天間林村、田子町などで実施されている。

平成15年3月に策定された「健康さんのへ21」では自殺者の半減を目標にしているが、その計画に基づき、平成16年度から「心の健康づくり事業(自殺予防活動)」を7ヵ年計画で展開をし、

- 住民における抑うつと一般健康状況および生活習慣, 日本公衆衛生雑誌, 41 (5), 452-460
- 本澤 昌, 佐々木久彦, 金子晋博 (2003a): 市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド, 秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野 (秋田)
- 本橋 豊 (2003b): 公衆衛生と自殺一予防のアップデート, 公衆衛生, 67 (9), 659-663
- Niedhammer J, Goldberg M, Leclerc A (1998): Psychosocial factor at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort, *Scand J work Environ Health*, 24 (3), 197-205
- 大塚耕太郎, 酒井明夫 (2004): うつ病と自殺予防, *ストレス科学*, 19 (1), 70-77
- Radioff LS (1977): The CED-D Scale, A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population, *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401
- 坂元 薫, 福永貴子 (1999): 6気分障害, 精神科臨床評価マニュアル (臨床精神医学増刊号), 10-17, アークメディア (東京)
- 佐名手三恵, 野口博文, 河野梨香 (2003): 地域における自殺予防対策, *精神保健研究*, 49, 81-88
- 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則ほか (1985): 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
- 杉澤秀博, 柴田 博 (2000): 前期および後期高齢者における身体的・心理的・社会資源と精神健康との関連, 日本公衆衛生雑誌, 47 (7), 589-601
- 高橋邦彦, 佐藤 新 (1999): 老年期の自殺の疫学, *老年精神医学雑誌*, 10 (8), 932-939
- 瀬澤 透, 坂本真士, 田口 学ほか (2004): 青森県における市町村別自殺死亡の地域差について, 自殺予防と危機介入, 25 (1), 65-69
- Tanaka K, Ihara K, Iwasaki A, et al. (2002): Prevalence of and Factors Associated with Depressive States in Middle-aged Workers, *The Showa University Journal of Medical Sciences*, 14 (1), 27-33
- 渡邊直樹, 田口 学, 竹之下由香 (2002): 高齢者自殺予防の考え方と実践—秋田県由利町における調査結果から—, *Geriatric Medicine*, 40 (10), 1453-1459
- 渡邊直樹, 大野 裕, 佐藤恭子 (2004): 自殺予防の支援技術—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
- 渡邊直樹, 山中朋子, 瀬澤 透ほか (2005): 地域のうつ予防プログラムのカレントセラピー, 23 (1), 58-63
- 渡邊直樹, 田中尚恵, 大山博史ほか (2005): うつ予防のまちづくり, *月刊総合ケア*, 15 (6), 35-43
- 山中朋子 (2004): 「三戸町の健康に関する調査」報告書, 青森県立精神保健福祉センター (青森) (受稿 2005.5.12; 受理 2005.9.30)

こころの健康

第20巻 第2号 別刷
2005年12月 通巻40号

■特集 自殺予防をめぐって

青森県における自殺予防活動

滝澤 透, 渡邊 直樹, 山中 朋子, 大西 基喜, 鳥谷部牧子
中路 重之, 大山 博史, 鳴海 寧子, 辻浦智賀子, 田中 尚恵

日本精神衛生学会

特集 自殺予防をめぐる

青森県における自殺予防活動

瀧澤 透¹⁾、渡邊 直樹²⁾、山中 朋子³⁾、大西 基喜⁴⁾、鳥谷部牧子⁵⁾、
中路 重之⁶⁾、大山 博史⁷⁾、鳴海 肇子⁸⁾、辻浦賀子⁹⁾、田中 尚恵¹⁰⁾

I はじめに

青森県は日本で最も自殺の多い地域のうちのひとつである。2004年における人口動態統計の自殺死亡数は554人、また自殺死亡率は人口10万人あたり38.3人であり、死亡率はこの年の全国ワースト2位であった。この自殺死亡率は3年連続全国ワースト2位と高く、事態は深刻な状態となっている。

本稿では、こういった状況の中で展開している、近年の青森県における自殺予防活動について、その広がりや実践内容について概観してみたい。

II これまでの青森県での自殺予防活動

1. 名川町での取り組み
青森県における近年の自殺予防活動は、慶応大学の大野ら青森県立精神保健福祉センター小泉毅氏を中心とする青森県の支援による県南の名川町における予防活動から始まったと言われている。1999年より名川町「心の健康増進対策事業」として、自殺が多発している町内南地区の65歳以上を対象にうつ状態のスクリーニングを実施し、合わせて啓発やネットワーク形成、生きがいサロン事業の拡大などが進められた¹⁾。この自殺予防活動の中で大野や田中らによって開発された簡易版うつスクリーニング質問紙およびスクリーニングシステムは、日本看護協

会「平成14年度先駆的保健活動交流推進事業」の伊集院保健所軽症うつ病対策事業や²⁾、平成16年1月の厚生労働省「地域におけるうつ対策検討委員会」の「うつ対応マニュアル——保健医療従事者のために」にある「心の健康度自己評価票」などに詳しい³⁾。

2. こころのヘルスアップ事業

青森県は平成13年度から“こころのヘルスアップ事業”を始めた。この県単独予算での自殺予防対策事業は、主に自殺予防実態調査、いのちの電話活動助成、専門家会議の設置、そして医師を対象とした研修会や一般住民を対象としたフォローアップの開催などがその事業内容として実施されてきている⁴⁾。このほか平成15年からは、県内の各保健所管内それぞれから自殺の多い町村を合計9市町村選定し、自殺予防活動を重点的にすすめる地域として積極的に技術支援がなされるように、保健所や市町村との連携を強化するよう環境の整備も行っている⁵⁾。

3. 青森県自殺予防実態調査

青森県は大山らと共に、平成10年から13年の合計4年間の自殺による死亡票1,775件を分析した。その調査結果として平成15年3月に青森県自殺予防実態調査をまとめている⁶⁾。性別・世代別・地域別の詳細な分析は、その後の青森県の自殺予防活動に大きな影響を与えた。

1) 八戸短期大学 平031-0844 青森県八戸市美保野13-384 2) 青森県立精神保健福祉センター 3) 東地方健康福祉こどもセンター(青森保健所) 4) 上北地方健康福祉こどもセンター(十三保健康所) 5) 青森県健康福祉課 6) 弘前大学医学部 7) 青森県立保健大学 8) 鶴田町役場 9) 六戸町役場 10) 三戸町役場

4. 市町村と自殺予防

これまで「自殺は個人的な問題であり役場がかかわることではない」などといった考えも働いてか、自殺予防活動の実施は自治体も消極的だった。しかし、「健康日本21」の“休養・こころの健康”において自殺予防が打ち出され、また、これを受けて各都道府県や市町村が健康21を相次いで策定し、自殺者減少を保健行政の中心的な目標のひとつに掲げるなど、市町村の自殺予防を取り巻く環境が大きく進展した。

そのような中、大山らの死亡票からの自殺の実態分析に続き、瀧澤らは青森県の協力を得、青森県市町村別自殺死亡標準化死亡比(SMR)を算出した(図1)。これは国勢調査年の前後2年の計5年分(1998-2002)の男女別市町村別自殺死亡数を用いて、市町村合併前の市町村別自殺死亡比(県全体=1.0)を地図化したものである⁷⁻⁹⁾。

III 自殺予防のシステム構築

1. システム構築とは

近年の青森県の自殺予防活動が大きく展開しはじめたきっかけのひとつに、厚生労働科学研究補助金による「青森県市町村における自殺予防システムの構築」という研究(3年間)があげられる(代表、田鎖良樹青森保健所前所長(平成15年度)、山中朋子青森保健所前所長(平成16-17年度)⁹⁾。この研究は、青森県の障害福祉課と県精神保健福祉センターおよび各保健所が自殺予防を目的とした連携を強化し、市町村の保健師が自立的継続的に地域における自殺予防活動を実践できるよう、保健所を中心に三者が支援し市町村毎にヘルスプロモーションとセルフティープロモーションに基づいた自殺予防システムの構築することを目的とした研究である^{5,8)}。

自殺予防を都道府県レベルで実施する場合、中核的な担い手が定まっていなければならないのが現在の日本の状況である。例えば大学医学部や行政が中心となる場合、あるいは県精神保健福祉センターが中心となる場合もある。また、大学の中でも公衆衛生学教室なのか精神神経学教室なのか、

行政でも健康増進課部門なのか障害福祉課部門なのか等々、責任をもって強力に推進する部署はなかなか決まらぬのが現状である⁹⁾。

青森県では、保健所の機能強化を通じて、障害福祉課と県精神保健福祉センターの三者の連携を高め、特に全県的な自殺予防を県精神保健福祉センターが担うことで、自殺予防のためのシステム構築がなされるようになった。

そして、市町村レベルでの自殺予防は主に保健師が推進し進めるのであるが、全県的な自殺予防活動を展開するには、この保健師の支援も県精神保健福祉センターや保健所が積極的に取り組むことが重要となってくる。

「自殺予防といわれても、どうしてよいか分からない」「自殺予防は可能なのか」「自殺予防など、行っても意味がないのでは?」といった疑問や不安を抱く保健師に対し、住民調査の技術支援、調査にもとづく地区診断、リーフレットや講演会や紙芝居を用いての普及啓発、公民館活動など既存の事業を生かした心の健康教室、小学校での小学生を対象としたこころの健康教室、相談先の拡充整備を目指したこころのケアナーズ養成、そして二次予防としてのうつスクリーニングなど、地域の実情に合わせた自殺予防活動の技術支援や関係機関との調整等を県精神保健福祉センターや保健所が行うのである。そしてこうといった技術支援が「こころのヘルスアップ事業」や「自殺予防システム構築」なのである。

2. 青森県立精神保健福祉センターの保健師支援

青森県立精神保健福祉センターの果たしている自殺予防の役割はとて大きい。近年における自殺予防の取り組みで、特に保健師の支援では、まず、平成15年には「保健師における自殺予防マニュアル」が渡邊直樹青森県立精神保健福祉センター所長らによって作成されている。そして、保健師を対象とした研修も充実しており、平成15年度は2回開催されている。平成15年5月には自殺予防の先進的な取り組みをしている秋田県由利町の保健師を招いての講演があっ

表1 青森県における「こころの健康調査」

市町村名	調査対象	回答数(人)	調査期間	備考
鶴田町	検診会場の男性	460	2003年 8月	
六戸町	40~69歳(全数調査)	3182	2003年 9月	†
鶴田町	六脚地区の20歳以上全員	814	2004年 1月	
三戸町	40~69歳(25%無作為抽出)	1208	2004年 5月	†
平内町	40~69歳(全数調査)	4215	2004年 6月	†
天間林村	70~80歳の高齢者(25%無作為抽出)	156	2004年 8月	
天間林村	40~69歳(全数調査)	3021	2004年 10月	†
木造町	稲岡・柴田地区の30歳以上	301	2004年 7~11月	
三戸町	公民館会場の高齢者	167	2005年 11~3月	
田子町	40~69歳(25%無作為抽出)	673	2005年 4~5月	
石黒市	40~69歳(20%無作為抽出)	3240	2005年 5~6月	

†: 厚生労働科学研究費補助金による

『自殺予防できる』一部変更

3. 青森県による自殺予防

青森県による自殺予防としては先述のこころのヘルスアップ事業の推進があげられる。このほか、たとえば平成16年度では「こころの健康だじょうぶ?」として、うつ病の知識普及や自殺の現状、こころの健康づくりの指針を簡単に紹介したリーフレット(A4サイズ4ページ)を作成し全県で毎戸に配布を行っている。

また、平成16年8~10月に青森産業保健推進センターとともに大規模な職域のメンタルヘルスの調査を実施している(『IV 青森県における自殺予防・こころの健康づくり 1 職員メンタルヘルス調査』を参照)。

4. 保健所(健康福祉こどもセンター保健部)による自殺予防

青森県には6カ所の保健所があるが、これらは平成14年に児童相談所や福祉事務所が組織統合されて健康福祉こどもセンターとなった。この健康福祉こどもセンター保健部による自殺予防活動は、管内市町村の保健師支援や、管内の自殺死亡の実態把握、関係機関の調整、管内市町村保健師らによる自殺予防事業検討会開催など広範囲におよぶ^{5,8)}。

このほか特記すべきは、上北地方健康福祉こどもセンター保健部(上十三保健所)の、前述の厚生労働科の事業のひとつである「こころのケアナース養成事業」の支援があげられる。この保健所では管内の六戸町で実施されている

「こころのケアナース養成事業」の事務局を設置し、ケアナース登録や事例検討会の開催、相談件数の集計などの実務を担当している。

5. 調査と一次予防

青森県の「こころのヘルスアップ事業」では各保健所の管内で自殺が多発している市町村を選定し、自殺予防の技術支援を積極的に展開している。

技術支援のひとつに実態把握と啓発普及を目的とした、「こころの健康調査」がある。これは県精神保健福祉センターが中心となり、地域住民を対象とした無記名の質問紙調査を市町村単位で実施し、調査結果を住民に返していく活動とともにもう一つ病の啓発普及や地域の自殺予防ネットワーク構築を目指すものである。そして、この「こころの健康調査」の多くは、青森県の自殺予防システムの構築を目指した厚生労働科が、菅原や山下ら県内外の研究協力員により調査結果の集計分析が行われている。分析は多岐にわたるが、全国調査と市町村データとの比較、また、市町村内の地区間(小学校区などの単位)比較といった地域診断など、保健師の実務を支援する分析が中心となっている^{8,10)}。

表1は、近年に実施された「こころの健康調査」の状況である。これら青森県の地域調査の特徴のひとつは、調査票の配布回収を主に保健協力員(または保健推進員)が担っていること

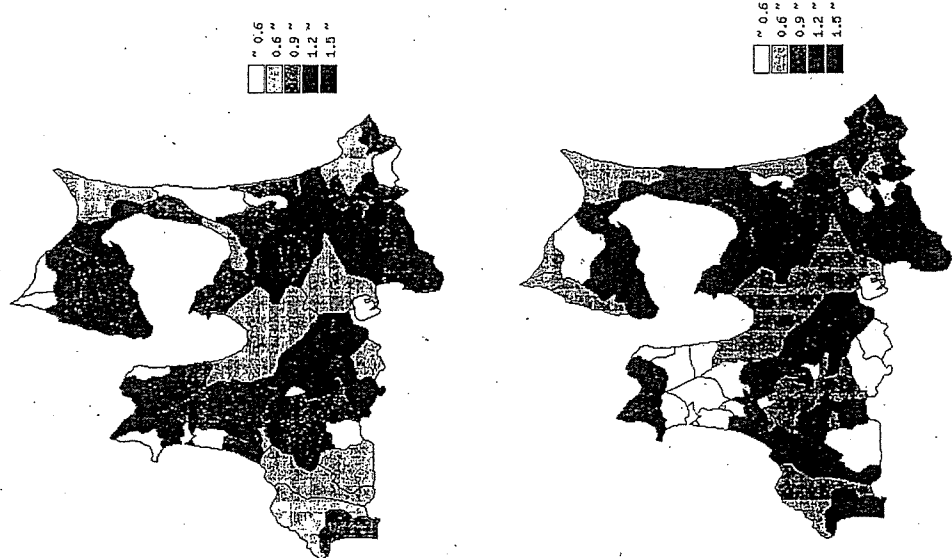


図1 自殺死亡の標準化死亡比(SMR)1998-2002
男性(上) 女性(下) (県全体=1.0)

た。また同年12月には「保健師のための自殺予防ワークショップ」として、慶応大学の菅野先生を招いての特別講演が同センターで開催されている。

一方で、平成16年には防衛医科大学の高橋先生を招いての特別講演や、自殺の多い北東北三県の関係者が集った平成16年9月の北東北三県合同自殺予防シンポジウムなどが開催されてい

る^{5,8)}。
このほか精神保健福祉センターの支援のもと、保健所において管内市町村保健師の自殺予防ミーティングやワークショップなども数多く開催されている。そして直接、市町村保健師が精神保健福祉センターに來所しての打ち合わせ会議や技術支援なども随時開かれている。

にある(保健協力員とは市町村の保健予防活動を推進するため、地域住民の保健衛生について相互の連絡、相談などを行うボランティア。町内会単位で推薦された方を市町村長が委嘱し任期は2年)。この保健協力員は地域におけるこころの健康づくりに重要な役割を担っている¹¹⁾。また、調査結果は速やかに住民に報告(広報掲載、リーフレット戸別配布、保健師による報告会、保健協力員や関係機関へ報告書の配布)され、啓発普及を中心に市町村における心の健康づくりの環境整備がなされるのである¹¹⁻¹³⁾。

6. こころのケアナース

厚生科研ではこれら地域調査のほか、「こころのケアナース養成事業」も行っている。こころのケアナースとは、相談したいが相談先がわからない・相談相手がいない、といった地域住民のニーズに対応できるよりに、病院や歯科診療所の看護師や歯科衛生士にセミナーを実施し、カウンセリングの知識と技術を持ってもらい相談支援してもらいようという人材を養成する事業である。

自殺予防はもはや、精神科以外の医療機関でも推進しなくてはならない状況にある。「自殺した人の半数以上は、自殺を実行する1カ月以内何らかの身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診している」といわれており、またこういって身体症状の背後にある“うつ病”を早期発見し、速やかに対応することは自殺予防にとつて非常に重要であることは明らかである¹⁴⁾。「こころのケアナース養成事業」は、保健所や県精神保健福祉センター、そして周辺精神科病院のバックアップ体制のもと、一般医療機関の看護師等が住民の悩みを聞いた時、不安やうつ状態を把握し適切な心理的ケアにつなげることを目的としている⁹⁾。

平成16年度より事務局を上十三保健所に設置し、六戸町役場の協力を得て本事業は展開している。平成16年11月に実施された養成セミナーには、六戸町内の医療機関(六戸町国民健康保険病院、沼田医院)や周辺市町村の歯科(石要歯科)ほか、眼科や在宅介護支援センターなど

から合計32名の看護師、歯科衛生士が参加した。

IV 青森県における自殺予防・こころの健康づくり

「自殺予防システム構築」は主に厚生労働科学研究によるものであった。青森県ではこのほか、調査や市町村での独自な取り組み、そしてボランティア活動の推進など様々な活動が実施されている。

1. 職域メンタルヘルス実態調査

青森県の事業所で働く壮年期の労働者のメンタルヘルスの実態を把握し今後の対策に役立てることを目的として、青森県と青森産業保健推進センターが事業所と労働者のそれぞれを対象とした調査を平成16年8～10月に実施している。県障害福祉課は労働者10～49人以下の事業所およびその40～59歳の労働者を(県下全事業所の10%を無作為抽出)、また、青森産業保健推進センターは労働者50人以上の事業所(50%抽出)およびその40～59歳の労働者(40%抽出)を担当し、回答数は事業所合計768社、労働者合計9,205人になる規模の大きい調査を実施した。また、集計は弘前大学の中路らが担当し、詳細な解析がなされ報告書が平成17年3月に発行されている¹⁵⁾。

2. 二次予防としてのスクリーニング

平成16年11月に六戸町のS地区にて抑うつ尺度を用いたスクリーニングが実施された。これは前年に実施された無記名の全数調査(こころの健康調査)の地区診断から、町内で特に重点的に取り組むべき地域にS地区が選定されたという経緯を踏まえてのものであった。実施前の地域での説明会でも調査の結果が示されたこと、住民に十分納得してもらって記名式のスクリーニングが問題なく実施となった。ただ、地域の特産物である長いもの収穫時期と重なり、せつかく一次スクリーニングの参加率はよかつたものの、面接による二次スクリーニングは順調とはいえなかった¹⁶⁾。

また、平成17年7月には三戸町I地区にて、



図2 鶴亀座(2005年9月4日青森市浪岡 自殺予防・地域からの発表と交流会より)

町保健師や県立保健大学の大山らによって「心の健診」として住民定期健診の会場にてスクリーニングが実施された。このI地区は厚生科研の無記名のランダムサンプリングによる調査(こころの健康調査)の地区診断から、ストレス傾向の高かった地域であった¹⁷⁾。そして、方法は名川町と同様のもので、希望者に対し8項目の一次スクリーニングがなされ、その結果を踏まえ数名に30分程度の面談を行っている。

3. 鶴田町の取り組み

鶴田町では地域の保健協力員らによる健康劇団「鶴亀座」の活躍が目される。役場の鳴海保健師がうつ病の啓発などを主題とした台本を作成するが、台詞はすべて津堅弁となっている。地域住民は地元の言葉による劇に抱負を絶倒しながら、心の健康づくりの大切さについて考えるのである。また、同町胡桃館小学校地区では、小学校と連携して家庭からの心の健康づくりを目指した活動も実施されている。県精神保健福祉センターの渡邊が音楽療法家とともに小学生に対して講演をし、また音楽を通じて心の健康づくりを実践している。

4. 紙芝居コンテスト

平成17年9月4日に青森市浪岡地区にて、浪岡SSC(浪岡社会保健協議会)が主催で「地域の中から心での健康づくり」と題された、北東北三県のそれぞれで自殺予防・こころの健康づくりを実施している地域の団体が一同に会してコンテストが行われた。秋田県からは由利本荘市にある「ホットハート由利」というボランティア団体が紙芝居を、また青森県からは鶴田町にある「鶴亀座」が健康劇(図2)、十和田市にあるボランティア団体「こころの会」が紙芝居、つがる市にあるボランティア団体「エールの会」が紙芝居を、そして岩手県からは久慈市にある「久慈地域メンタルヘルスサポートネットワーク」が紙芝居を発表し、多くの観客の前で上演された。これら健康劇や紙芝居の内容はうつ病の知識の普及などこころの健康づくりや自殺予防となっており、すべて地域住民の手作りの作品であった。

紙芝居による啓発普及は、地域の方々からうつ病の知識(励ましてはいけない等々)をわかりやすく伝えることができるもので一次予防として非常に有効な方法である。これは、もともと聖マリアンナ医科大学の田口らが秋田県由利町

で自殺予防活動を行っている際にも実践されたものであったが、北東北各地で自殺一次予防の具体的な方法として渡邊直樹青森県立精神保健福祉センター所長により紹介され、また惜しみなく原本の提供や製作援助がなされ、広く定着し多くの場所で様々な作品が上演されるようになってきた^{11,16)}。

V むすびにかえて

青森県全域にわたる自殺予防・こころの健康づくりの活動の一端を紹介した。こういった全県的な取り組みが可能となっている背景には、もちろん自殺死亡率が全国ワースト2位という緊急事態であることがあげられる。しかし、平成13年1月に策定された健康おおもり21で「自殺者の減少」を大きく掲げていることや、このほか、「命を大切にすることを育む県民運動」が推進されているなど、青森県の関連諸施策が既に大きく展開していることも見逃せない。

さらに、たとえば地域調査などは、住民の理解や地域ボランティアの支援などには実施できないし、県・町村・保健所の調整役や申請書類作成や経理事務などを担当した事務局の存在などにも実施できない。また地域調査以外でも、研修やシンポジウムやワークショップを準備を担当する者や、パンフレットやリーフレットや広報原稿の製作者など、自殺予防にかかわる関係者はとても多い。このほかにも、自殺予防の連載をシリーズ化し高普及に一役買った地元新聞社の存在や、秋田県や岩手県で自殺予防活動を実践しているそれぞれの研究者や行政担当者など、自殺予防は多くの方々と結びついて実施されている。

青森県における全県的な自殺予防の輪の広がりは、既存の事業、県精神保健福祉センターを中心とした保健所や町村との連携、調査研究、保健師支援、ボランティア団体の取り組み、さまざまなネットワークなど、関係者の協力によって大きく展開をしている。

文献

- 1) 大野裕他：うつ状態のスクリーニングとその転帰と

- 1) 自殺の予防システム構築に関する研究（平成11～12年度厚生科学研究補助金）、慶応義塾大学医学部精神神経科学教室発行、2001。
- 2) 大山博史編：医療・保健・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。
- 3) 伊集院保健所：伊集院保健所軽症うつ病対策事業（平成14年度先駆的保健活動交流推進事業）、日本看護協会、2002。
- 4) 厚生労働省：うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために、地域におけるうつ対策検討委員会編、2004。
- 5) 田嶋良尚他：「青森県市町村における自殺予防システムの構築」活動成果報告書、青森県東地方健康福祉センター（青森保健所）、2004。
- 6) 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、青森県健康福祉部障害福祉課発行、2003。
- 7) 瀧澤透、坂本真士、田口孝他：青森県における市町村別自殺死亡の地域差について、自殺予防と危機介入 25(1)：65-69、2004。
- 8) 新田則之、山中朋子：「青森県市町村における自殺予防システムの構築」活動成果報告書、青森県立精神保健福祉センター、2005。
- 9) 日本公衆衛生協会：平成15年度地域保健総合推進事業発表会資料集、(財)日本公衆衛生協会、2004。
- 10) 渡邊直樹、瀧澤透：青森県立精神保健福祉センターにおける自殺予防の取り組み、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」（主任研究者：上田茂）平成16年度報告書、2004。
- 11) 本橋豊、渡邊直樹編著：自殺は予防できる—ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動、すびか書房、2005。
- 12) 渡邊直樹、山中朋子、瀧澤透他：地域のうち病予防プログラム、カレントラビオ、23(1)：58-63、2005。
- 13) 渡邊直樹、瀧澤透、田口孝他：地域における住民の態度とうつ、自殺—うつ病の一次予防の取り組み、ストレス科学 19(1)：30-39、2004。
- 14) 日本医師会編：自殺予防マニュアル—般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応、明石書店、2004。
- 15) 青森県健康福祉部・青森県保健推進センター：「青森県健康メンタルヘルス実態調査」報告書、青森県健康福祉部障害福祉課、2005。
- 16) 渡邊直樹、田中尚恵、大山博史他：うつ予防のまちづくり、月刊総合ケア 15(6)：35-43、2005。
- 17) 山中朋子、渡邊直樹、瀧澤透ほか：「三戸町心の健康に関する調査」報告書（平成16年度厚生労働科学研究補助金）、青森県立精神保健福祉センター発行、2004。

平成15年度厚生労働科学研究報告書

精神障害者ホームヘルプ事業を中心 とした在宅支援事業とその評価

平成16年3月

はじめに

川崎市では平成12年度から精神障害者ホームヘルプサービス試行事業が始まり、当初の20人から精神障害者ホームヘルパーの派遣が始まった。平成14年度には本格事業となり119人のホームヘルプ利用申請者が有り、結果的に102名にヘルパーが派遣された。更に平成15年度のホームヘルプ事業に続いている。日本では精神科病院での長期入院者が問題になっているが、世界的には色々の取組みがなされ、在院期間の短縮がみられている。例えば北米ではウィスコンシン州のACT (Assertive Community Treatment) やバンクーバーのCCT (Community Care Team) などのコミュニティケアシステムが稼働している。日本では精神障害を抱える地域生活者からのニーズとして、医療と生活を包括する支援の必要性は大きなものである。その支援策の一つとして東京都S区では早くから精神障害者ホームヘルプ事業がはじまっている。川崎市でも始められた居宅支援事業 (ホームヘルプサービス) などによる新しい地域生活支援システムにより、今後の精神障害者に必要な居宅支援方法を模索してゆきたい。ホームヘルプサービスと継続的訪問による在宅支援の必要性は従来の考え方では医療面は医療側の対応、生活面は福祉側の対応という概念であるが、医療と生活を包括する形での継続的訪問支援が検討され始めている。これは今後いわゆる7万2千人の社会的入院者を退院させ、地域の中で支えていく方策のひとつとして、継続的訪問やホームヘルプ事業などによる在宅支援によって再入院を予防し、地域生活を支えていく方向である。

この研究では102名のホームヘルプ利用者の属性とアンケートを分析し、今後精神障害者の居宅支援事業の展開を促進し、長期精神病院入院の退院促進にとりくみたい。川崎市では医療と生活を包括する訪問支援などの必要性は大きな課題であった。昭和46年に開設された川崎市リハビリテーション医療センターの社会復帰病棟 (開放病棟) などを平成14年3月に閉鎖し、4月より精神保健福祉センター、社会参加支援センター、生活訓練支援センター (地域訪問ケア部門を含む) が設置された。新たな地域ケアの機能を開設するために、地域ケア型に変換された。今後の精神障害を抱える在宅者への生活支援の方向性は精神障害特有の疾病上の問題に対する医療面も含む相談・訪問などの支援が必要である。

川崎市リハビリテーション医療センターでは、このニーズに対応すべく「地域ケア（在宅支援）中心」の役割を担うこととし、試行的・時限的であるが地域生活支援センター内に訪問ケアを中心とした多職種構成による地域訪問ケア（チーム）を設置し、①居宅生活支援事業のホームヘルプサービスの調査・調整・統括機能によりホームヘルパーを派遣しての支援、②生活・医療も含めた継続的な相談・訪問支援による地域個別ケア機能、を柱に在宅者への地域生活支援をはじめている。川崎市の居宅支援事業の当事者への認知度は残念ながらニーズ調査でも低い結果が出ている。この研究は、今後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目指して保健福祉センター、精神病院・診療所、地域作業所、グループホーム、生活支援センターなどその他の社会資源の有機的連携を図って公衆衛生学の立場に立って取り組みたい。

平成16年3月 分担研究者 菅野 到

目 次

第1章 川崎市における精神保健福祉の概況	(大山 勉)	1
第2章 研究の目的	(菅野 到)	3
第3章 対象と方法	(大山 勉)	4
第4章 結果	(中川 正俊・鶴見 隆彦)	6
第5章 考察	(中川 正俊)	26
第6章 今後の課題と展望	(菅野 到)	35
資 料		
(1) ホームヘルプサービスを利用して (アンケート)		38
(2) 機能の全体的評定 (G A F) 尺度		39

研究者等一覧

菅野 到 分担研究者 (川崎市幸区役所保健福祉センター副所長)

中川 正俊 研究協力者 (田園調布大学人間福祉学部助教授)

大山 勉 研究協力者
(川崎市健康福祉局障害福祉部精神保健課主査)

鶴見 隆彦 研究協力者
(川崎市健康福祉局リハビリテーション医療センター主査)

事務局

菅野 望 (川崎市幸区役所保健福祉センター地域保健福祉課課長)

第1章 川崎市における精神保健福祉の概況

1. これまでの取り組み

川崎市は東京と横浜の間に位置し、人口約128万人（平成15年3月末）の政令指定都市である。南北に細長い地形で、おおまかには南部は工業地域，中部は商工業地域，北部は住宅地域となっている。行政区は7区あり，2つの医療圏域と7福祉圏域にわかれている。

川崎市における地域精神保健活動は，昭和26年保健所にケースワーカーを配置したことに始まり，全国初の専門医師による精神衛生相談，また昭和44年には市内全7保健所に精神衛生相談員を配置し，その後も全国に先駆けた地域精神保健活動を展開することとなる。（表1）

表1

昭和26年(1951)	中央（現川崎保健所）にケースワーカーを配置
27年(1952)	専門医による精神衛生相談を開設（全国初）
41年(1966)	中央保健所，中原保健所に精神衛生相談員を配置
43年(1968)	保健所を中心にした患者会発足
44年(1969)	川崎市精神障害者家族会連合会（あやめ会）設立 市内全保健所に精神衛生相談員配置（全国初）
46年(1971)	全国初の社会復帰施設：川崎市社会復帰医療センター（現リハビリテーション医療センター）開設
47年(1972)	川崎市が政令指定都市に
53年(1978)	あやめ作業所開設（市内初の精神障害者地域作業所）
61年(1986)	全保健所でデイケア事務開始
平成 2年(1990)	ホームAYAME開設（市内初の精神障害者グループホーム）
5年(1993)	川崎市社会復帰ニード調査実施
8年(1996)	衛生局と民生局の統合
9年(1997)	かわさきノーマライゼーションプランの策定
10年(1998)	ピアサポートセンターかわさきの開設
14年(2002)	精神保健福祉センター開設 精神障害者地域生活支援センター開設 「地域訪問ケア」部門設置 （上記3部門は全てリハビリテーション医療センター内に設置） 精神障害者ホームヘルプサービス開始