

自殺予防プロジェクト

郵送法うつ病スクリーニングによる高齢者自殺予防のための地域介入 —生活機能評価（特定健診）の活用—

大山博史^{1)*}、坂下智恵¹⁾、千葉敦子¹⁾、石田賢哉¹⁾、清水健史¹⁾、工藤英明¹⁾、
戸沼由紀¹⁾、山田伸¹⁾、宮川隆美²⁾、蓬畑恵久美³⁾、鈴木良子⁴⁾、石藤フキ野⁴⁾、
野田牧子⁴⁾、西館由起子⁵⁾、相内奈緒子⁵⁾、福田純子⁶⁾、相馬真奈美⁷⁾、酒井千鶴子⁸⁾、
佐藤要⁹⁾、金谷由岐子¹⁰⁾、昆由美子¹⁰⁾、乗嶋直子¹⁰⁾、川崎真由子¹⁰⁾、三浦洋子¹¹⁾、
保土沢京子¹²⁾、坂根光代¹²⁾、對馬弘子¹²⁾、長根清子¹³⁾

1) 青森県立保健大学、2) 三八地域県民局地域健康福祉部、3) 青森県健康福祉部障害福祉課、4) 八戸市健康福祉部健康増進課、5) 南部町健康増進課、6) 三戸町住民福祉課、7) 七戸町健康福祉課、8) 田子町福祉課、9) 平川市健康増進課、10) おいらせ町環境保健課、11) 五戸町福祉保健課、12) 新郷村住民生活課、13) 階上町保健福祉課

Key Words ①多層的予防介入 ②うつ病スクリーニング ③郵送法

I. はじめに

平成 27 年自殺対策白書によれば、日本の高齢者の自殺死亡率は、欧米諸国と同様に他の年代に比べて最も高い。自殺死亡者数をみると、最近では 60 歳以上の自殺者数が総数の約 4 割を占めており（2013～2014 年）、老年人口比の増大を背景として、高齢者の自殺死亡率は緩徐に減少しているものの、自殺者数自体は増加している。また、その地域較差は大きく、都市部に比べて農村部で高い傾向にあり、市町村別にみると高齢者自殺の発生が集積している地区も存在する。身体問題や心理社会的問題を有する高齢者がうつ病に罹患したとき、心理的危機感がより増大し自殺のリスクが一段と高まることも知られており、高齢者の自殺予防対策において、うつ病の早期発見・早期介入が有用であると考えられる。

II. 目的

現在、本学の自殺予防プロジェクトでは、青森県内 10 市町村および県外 1 市と連携し、壮年者および高齢者を対象とした自殺予防活動を実施している。本研究では、うつ病対策を中心とした高齢者自殺予防プログラムを実施している自治体の効果評価を行った。高齢者自殺予防プログラムはうつ病スクリーニングを用い、陽性者のフォローアップを行うことにより地域の自殺死亡率を低減させることを目的としている。今回、精度の高いスクリーニングを、高い参加率でより広域的に実施することを目指して、(i)介護予防二次予防事業生活機能評価（基本チェックリスト）を増補したスクリーニング検査の精度を検討し（研究 1）、(ii)自治体全域の高齢者を標的としスクリーニング検査法として旧来の Zung's Self-rating Depression Scale (SDS)および基本チェックリスト増補版を用いて、両者のスクリーニング検査の実績を比較した（研究 2）。本研究は、青森県内の複数の市町村と連携して実施され、地域の自殺予防活動に貢献することが期待されている。

*連絡先：〒030-8505 青森市浜館間瀬 58-1 E-mail: h_oyama@auhw.ac.jp

Ⅲ. 研究内容

【研究 1】地域在住の高齢者に対する介護予防事業の基本チェックリストを活用した簡易うつ病スクリーニング検査法を構築するため、予備的検討を行った。基本チェックリストに含まれる「うつ予防・支援」の 5 項目（原版）は、既存のうつ病スクリーニング検査法（Depression and Suicide Screen）¹⁾に軽微な変更が加えられた上で普及しているが、その精度に課題を残している。本研究では、同リスト内の体重減少を尋ねる項目と早朝覚醒を尋ねる新規の項目を追加して 7 項目から成る自記式検査法（増補版）を作成し、判別分析を用いて評点を定めた。両検査法の精度を比較する目的で、ケースコントロールデザインと地域で実施した構造化面接法によるうつ病の判定に基づく参照基準を用いて、抑うつ症状を有する高齢住民（うつ病患者 18 名と年齢をマッチさせた非うつ病患者 72 名）を対象とする ROC 分析を行った。Area Under Curve (AUC) は 5 項目原版で 0.62、7 項目増補版で 0.75 と後者で高かった。有症者のみの対象ゆえ特異度が低水準に留まったものの、至適な感度／特異度は原版（カットオフ値 1/2 点）で 67%/39%、増補版（3/4 点）で 83%/51% が得られた。無症者を追加した対象による感度分析では、増補版の特異度が 62%、AUC が 0.81 へ増加し、原版の検出効率を上回っていたことから（ $p = 0.097$ ）、高齢住民向けうつ病スクリーニングとして、今回の増補版の有用性を検証する余地があるといえる。

【研究 2】高齢者自殺死亡率の高い市町村のうち、同意の得られた複数の自治体において、平成 27～28 年度の高齢者自殺予防プログラムの効果評価を行った。これらの自治体では、うつ病スクリーニングと陽性者のケアマネジメント、および、一般住民に対する啓発・健康教育から構成されるうつ病予防戦略による高齢者自殺予防プログラムが実施されており、スクリーニングでは、SDS（20 項目）、または、研究 1 で開発した基本チェックリスト増補版が、いずれも郵送法（2 度の督促を伴う）により配布された。陽性者に対しては、いずれの自治体も保健師・看護師または精神保健福祉士が訪問や電話により半構造面接を行い精査し、それに基づき精神科医がうつ病エピソード有症者を判断した。SDS を用いた自治体では、参加率が 50% 強、陽性率は 17～22% に上り、精査スクリーニングの結果、把握されたうつ病エピソード有病率は 2.8% を得た。陽性反応的中度（精査受診者のうち、うつ病エピソード有症者の割合）は 2 年間とも 14.3 であった。一方、基本チェックリスト増補版を用いた自治体では参加率が 68～82%、陽性率は 10% 前後であり、把握されたうつ病エピソード有病率は 3.1%、陽性反応的中度は 28～35 であった。日本における高齢者のうつ病有病率は 2～4% であることから、いずれの自治体とも国内の平均的な水準に達していた。スクリーニング把握効率を示す陽性反応的中度は、基本チェックリスト増補版を用いた自治体において高い値を得ており、SDS と同等かそれ以上のうつ病エピソード把握効率を有することが示唆された。高齢者に頻度の高いメランコリー型うつ病エピソードを有する者は、自覚症状として体重減少を伴う食欲不振と早朝覚醒が特徴的であるが、基本チェックリスト増補版では両者を明示した項目が含まれていたことによって把握効率が向上した可能性がある。今後、厳格な統計学的分析を予定している。

1) Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S et al: The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(6), 634-638, 2005.