

介護予防生活機能評価を活用したうつ病スクリーニングによる 高齢者自殺予防活動の効果評価

大山博史¹⁾ *、坂下智恵¹⁾、石田賢哉¹⁾、工藤英明¹⁾、千葉敦子¹⁾、清水健史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⁾、
相内奈緒子⁵⁾、福田純子⁶⁾、相馬美矢子⁷⁾、酒井千鶴子⁸⁾、佐藤要⁹⁾、昆由美子¹⁰⁾、
川崎真由子¹⁰⁾、腰巡公美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高齢者

I. はじめに

高齢者自殺のリスクファクターとして、精神障害、身体疾患、および、心理社会的要因が明らかにされている。精神障害のうち、うつ病が自殺の最も重大な因子といえる。国内外の心理的剖検による知見では、高齢者自殺事例の半数以上に、気分障害が存在し、このうち大うつ病が最も多かったことが確認されている。また、抑うつ的な高齢者は自殺直前に一般医を受診する傾向が強く、適切な精神科医療を受けていない者も少なくない。

日本では2000年以降、介護予防健診（現、特定健診）の生活機能評価において、うつ・自殺リスクのスクリーニングが全国で導入されており、これを自殺予防対策として活用できる。介護予防健診におけるスクリーニングの精度を高め、かつ、ハイリスク者に対して見守りや治療を緊密に提供することにより、高齢者の自殺予防に奏功する可能性がある。

II. 目的

本研究では、高齢者自殺予防を目的とし、介護予防健診における生活機能評価においてうつ病スクリーニングを広域的に実施することを目指して、自治体全域に在住する高齢者一般住民を標的としたスクリーニングの評価を行う。うつ病スクリーニングは自治体を実施し、近隣対照となる自治体では通常の介護予防事業が行われる。スクリーニングはSDS（Zung's Self-rating Depression Scale）または生活機能評価を用いた介護予防基本チェックリストうつ5項目のいずれかを自治体を選択し、同自治体に在住する高齢者一般住民を観察する。スクリーニング実施地域と近隣対照を比較して、前者の介入方法が自殺死亡率に及ぼす影響を対照付き前後比較デザインにより検討する。これらの過程は、自治体による当該事業評価の一環として実施される。

III. 研究方法

本研究では、対象地域を青森県内の市町村とする。今回の中間報告では、高齢者自殺死

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

亡率の高い市町村のうち、現時点でデータを入手し得た 5 つの自治体（V 町、W 町、X 町、Y 市、Z 町）において実施された高齢者自殺予防プログラムの過程評価を行う。

5 自治体におけるうつ病予防戦略による高齢者自殺予防プログラムは、うつ病スクリーニング（一次スクリーニングおよび精査スクリーニング）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ている。

各介入自治体における一次スクリーニングの参加率（対象住民のうち、スクリーニング参加者の割合）、同陽性率（スクリーニング参加者のうち、同陽性者の割合）、精査スクリーニングにより把握されたうつ病エピソード有病割合（スクリーニング参加者のうち、うつ病エピソード有病者の割合）および陽性反応的中度（精査受診者のうち、うつ病エピソード有病者の割合； positive predictive value : PPV）を求めた。

IV. 結果と考察

うつ病スクリーニングを用いた高齢者自殺予防プログラムは予定通り 5 つの自治体で施行された。V 町、W 町、X 町および Y 市では、SDS を用いたスクリーニングが実施されており、督促を伴う郵送法によって参加率がいずれも 50%以上を得ていた。各自治体における SDS の陽性率は高齢者全体で 10.9~15.3%に分布していた。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 0.7~2.3%に分布しており、SDS の PPV は 6.8~15%に分布していた。Z 町では介護予防基本チェックリスト 5 項目を用いたスクリーニングが実施されており、督促を伴う郵送法によって参加率は 83.5%を得た。基本チェックリストの陽性率は 16.1%を得た。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 2.2%を得ており、PPV は 13.3%であった。

SDS を用いたスクリーニングと介護予防基本チェックリストを用いたスクリーニングについて、両者のスクリーニング遂行状況について比較する。まず、一次スクリーニングの参加率についてみると、SDS を用いた V~Y 地区の参加率はいずれも 75%を下回っていたが、介護予防基本チェックリストを用いた Z 地区の参加率は 83.5%とより高い値を得た。これは、介護予防基本チェックリストは従来から介護予防事業で使用されており、SDS に比較して住民の受入れが良好であったことが一因しているかもしれない。また、一次陽性率についてみると、SDS を用いた V~Y 地区の陽性率よりも介護予防基本チェックリストを用いた Z 地区の陽性率が高かった。また、把握された有病率についてみると、データを手に入れた 4 地区のうち、SDS を実施した W~Y 地区では 0.7~2.3%とばらつきが見られており、一方、介護予防基本チェックリストを実施した Z 地区は 2.2%と SDS を実施した地区の値と同程度であった。日本における高齢者の有病率が 2~4%であることから、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 PPV は、SDS を用いた地区と介護予防チェックリストを用いた地区では同程度の値を示した。

従来の介護予防二次予防の生活機能評価は、うつ状態有病率の把握効率が低いことが指摘されていた。生活機能評価介護予防基本チェックリストに睡眠障害（早朝覚醒）を加えてスクリーニングすることにより、SDS と同等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。