

高齢者の心のケアと地域における自殺予防の在り方

大野 裕・坂本真士・田中江里子・根市恵子

I はじめに

わが国の平成10年度の自殺者が3万人を超えて以来、毎年3万人を超す自殺死亡者が出ている。警察庁の調べでは自殺の理由として経済苦や病苦が挙げられており、こうした要因が深く関与していることは疑問の余地がない。特に、先行研究から自殺率と失業率が連動することが指摘されており、わが国の最近の自殺率を押し上げているのが50歳代の男性であり、なかでも無職者や離職者の自殺が急増していることを考えると、経済的な要因を検討することはきわめて重要である。

しかしそれに加えて、うつ病などの精神疾患が自殺に深く影響していることも明らかである。欧米の研究からは自殺死亡者の8割から9割がその直前に何らかの精神疾患にかかっていたと推定されており、特に高齢者ではうつ病が重要視されている。つまり、経済苦や病苦などのライフイベントを契機としてうつ病を発症し、その結果として自殺に至る例が多く存在している知見が得られているのである。そうしたことから、自殺予防のためにはうつ病などの精神疾患の適切な診断、治療が不可欠と考えられている。

しかし、精神疾患に苦しんでいても医療施設を受診する人が少ないこともわかっている。青森県の一地域で行った我々の研究では、65歳以上の高齢者433名のなかで①死を繰り返し考えている人、または自殺について考えている人が44名(男性=13名、女性31名)存在していたが、そのなかで医療関係者を含む他の人に相談していた人の割合は15名(34.10%)、さらにそのなかで相

談の対象が医師であった高齢者は10名(22.73%)でしかなかった。

また平成14年度に行われた厚生労働科学研究費による大規模疫学調査によれば、調査時点までにDSM-IVで大うつ病と診断される状態を体験した地域住民は6.5%認められたが、そのうち精神科を受診していた人は18%、精神科以外の診療科を受診していた人は8%と、これも低い値であった。

このような状況を考えると、自殺予防を目的としたうつ病に対する早期介入は単に医療機関で患者の受診を待っているだけではなく、保健師など地域の医療従事者を中心とした地域全体での取り組みが重要であることがわかる。ちなみに、スウェーデンのゴットランドで行われた研究では、一般医をトレーニングすることによって自殺率が低下した。ただ、時間がたつとトレーニングの効果が失われていくこともわかっており、こうした所見からも、医療場面にきざらず地域全体の取り組みが大きな意味を持つことがわかる。

わが国では、保健師を中心とした自治体の保健医療従事者が地域介入を行った新潟県松之山町や岩手県浄法寺町などでは高齢者の自殺率が低下したことが報告されている。松之山町では、65歳以上の全住民に対して、SDSを改訂した新潟大学式うつ病自己評価尺度(Niigata university Self-rating Depression Scale; NSDS)の得点が60点以上の高齢者、または①過去にうつ病相があった高齢者、②自殺をほのめかしている高齢者、③配偶者が死亡した直後の高齢者、④医療機関から退院直後の高齢者、⑤最近、親族や近隣に自殺が発生した高齢者を高危険群として、Research

Diagnostic Criteria (RDC) を用いた診断面接を実施し、それによってうつ病と診断された住民に対して医学的治療やグループケアを行った。さらに、うつ状態の老人や閉じこもりの老人に対するグループケアや訪問活動も並行して行った。その後、介入開始前 16 年間で開始後 10 年間で比較したところ、65 歳以上の人の自殺死亡率が有意に低下していた。

松之山町の介入活動に関する高橋ら (1998) による一連の報告をもとに、大山 (2003) は同町の自殺予防活動の成果に第 2 次予防活動と福祉増進の方向性を持つ予防活動が強く影響することを指摘している。ここでいう第 2 次予防活動は、松之山町で最初に導入されたよううつ状態スクリーニングと高危険群に対する個別ケアを軸とした地域精神保健活動である。

一方、福祉増進の方向性を持つ予防活動は、松之山町では第 2 次予防活動に数年遅れて導入されている。これは、うつ状態・閉じこもり老人に対する施設での集団援助と、これに参加できない老人に対する友愛訪問が活動の中心になっていた。これはまた、閉じこもりがちな高齢者に対するグループケアや訪問を通した人間関係の再構築を通して高齢者自殺の危険因子である心理的孤立を防ごうとする試みでもある。

こうした訪問や在宅・施設福祉サービス整備など的高齢者福祉活動の重要性は、最近行われた松之山町とその周辺で実施された高齢者自殺介入活動の比較研究からも明らかにされている。このように自殺予防活動が成果を上げた松之山町の活動は、地元の一般医と精神科医との連携が密であり、閉じこもり老人に対する福祉訪問や集団援助、特別養護老人ホームにおける入所サービスなどの保健福祉活動が積極的に実施されていた点が特徴的であったという。つまり、高齢者自殺の予防には、うつ状態・うつ病への第 2 次予防活動だけでなく、在宅福祉サービスを含めた福祉増進の方向性を持つ 1 次予防活動が重要な役割を果たしているのである。

こうしたことから、我々は、青森県名川町で地域住民の意識の実態調査を行う一方で、地域の保

健医療従事者が利用可能な介入マニュアルを作成した。この介入マニュアルは、青森県名川町に加えて、鹿児島県伊集院保健所や岩手県久慈市など、各地の地域保険医療関係者等から意見を得ながら修正を重ねたものである。

以下本論では、スクリーニングの実際と自治体および地域住民の連携を中心に論じたい。

II 地域におけるうつ病による自殺予防のためのスクリーニングの実際

スクリーニングに際しては、①質問紙によるスクリーニングと、②面接によるスクリーニングを行う。図 1 はスクリーニングの概要についてフローチャートとして示したものである。それぞれのスクリーニング方法について次に概説する。

1 質問紙によるスクリーニング

スクリーニングの第 1 段階では、自己記入式の簡易質問紙を用いる。これはうつ病の評価に加えて、新潟県松之山町の先行研究などから自殺を誘発する可能性が高いとされているライフイベントの有無を評価するものである。そのライフイベントとしては、①死にたいといっている、②配偶者や家族が死亡した、③親族や近隣の人が自殺した、④医療機関から退院した、が含まれる。

うつ病の評価に関しては、高齢者に見られるうつ病の初期症状に加えて、うつ病と併存すると自殺に結びつく可能性が高いとされる不安障害（特に、パニック障害）やアルコール依存症の存在などを考慮に入れて、総合的な視点から地域住民の精神的健康を評価することが必要である。

表 1 に示したように自殺予防のためのスクリーニングに用いる簡易質問紙は 8 問で構成されており、うつ病の有無を判断する目的なら問 1 から問 5 まで、自殺念慮までスクリーニングする目的の場合には問 6 以降の質問まで含めて利用する。

この簡易質問紙は、以下のような場面で使うことを想定している；(a) 保健師や民生委員、保健推進委員の訪問時のスクリーニング用、(b) 町全体の住民を対象とした定期のスクリーニング



図1 地域におけるうつ病による自殺予防のためのスクリーニングの概要

表1 自殺予防のためのスクリーニングに用いる簡易質問紙

スクリーニング質問票		年	月	日
最近のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち、あてはまるほうに○印をつけてください。				
1. 毎日の生活が充実していますか	1. はい	2. いいえ		
2. これまで楽しんでやれていたことが、 いまでも楽しんでできていますか	1. はい	2. いいえ		
3. 以前は楽にできていたことが、 今ではおっくうに感じられますか	1. はい	2. いいえ		
4. 自分は役に立つ人間だと 考えることができますか	1. はい	2. いいえ		
5. わけもなく疲れたような感じがしますか	1. はい	2. いいえ		
6. 死について何度も考えることがありますか	1. はい	2. いいえ		
7. 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	1. はい	2. いいえ		
8. 最近ひどく困ったことや つらいと思ったことがありますか	1. はい	2. いいえ		
↓ 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういことがあったのか、 ご記入ください。				

として（定期検診での活用）、（c）地域の病院の受診時（医療スタッフによるスクリーニング、または自己チェックとして）。

もちろん、地域住民がアンケート実施時期に集中してうつ状態になるわけではないので、調査時点だけでなく過去にも同様の症状がなかったかどうかを確認しておくことが役に立つ。また、次のようなライフイベントに直面すると自殺する危険性が高まることがわかっており、問8もしくは家族や近隣の人たちから以下のような状況が存在していることがわかれば早めに介入することが望ましい；①死にたいと言っている、②配偶者や家族が死亡した、③親族や近隣の人が自殺した、④医療機関から退院した。

なお、自殺の心理的背景は個人的でデリケート

な問題で、そうした個別性に十分配慮しながら、地域住民の心身ともに健康な生活を地域全体でバックアップしていくことが重要である。

2 面接によるスクリーニング

スクリーニング質問票の結果を基に、うつ症状が認められる住民に面接を行う。面接に当たっては、まずうつ病の症状を評価する。

うつ症状については、アメリカ精神医学会の公的な診断分類であるDSM-IVの大うつ病性障害の基準である①抑うつ気分、②興味や喜びの喪失、③食欲の減退または増加、④睡眠障害（不眠または睡眠過多）、⑤精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）、⑥疲れやすさ・気力の減退、⑦強い罪責感（自分に価値がない、罪悪感）、⑧思考

力や集中力の低下(決断困難/思考力減退/集中力減退のいずれか)、⑨自殺への思い(死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図)について評価する。

その後、不安症状とアルコール乱用の可能性、生活への支障を評価して、医療機関への受診を勧めるかどうかを判断する。これは、前述したように、うつ症状と不安症状やアルコール依存が同時に存在している場合には自殺の危険が高まるためである。受診を勧める目安を以下に挙げる。

- (1) 「⑨自殺への思い(死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図)」が存在している場合。
- (2) 「①～⑧抑うつ症状のうち2項目以上」かつ「⑩不安、⑪飲酒、⑬生活の支障のいずれか」かつ「⑫受診していない」場合。
- (3) 「①～⑧抑うつ症状のうち2項目以上」かつ「⑩不安、⑪飲酒、⑬生活の支障のいずれか」かつ「⑫受診していない」場合。

なお、すぐに介入する必要がないと判断された場合にも定期的に訪問して本人や家族と話をすることが望ましい。その際に可能であれば、民生委員や保健推進員など地域の中心的な人たちにも様子を聞くようにする。訪問の頻度は人によってさまざまであり、訪問時には世間話をしながら雑談のなかで困っていることがないかを聞くようにする。

基本的な対応として、受診を進める場合には次のような点に注意して話を進めるようにする。

- ①時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く。
- ②プライバシーには十分配慮する。
- ③つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける。
- ④励まさないで、相手のペースで話を進める。
- ⑤相手がいろいろな話ができるような形で質問をする。
- ⑥不明な点を質問しながら、具体的な問題点をはっきりさせて解決方法を一緒に考える。

その上で、精神的な疲れで、誰でもかかる可能性があり最近増えている病気であり、治療を受け

れば楽になる可能性が高いということなど、うつ病についてきちんと説明するようにする。そのときに、一般向けの啓発書を読むように勧めるのもひとつである。

なお、家族に対しても同様の説明をすることが望ましいが、それに加えて、①腫れ物に触るようにしないで今までどおり接するようにする、②励まさないで、患者のペースを大切にする、③問題を解決することは大切だが、原因について考え込みすぎないようにする、④重大な決定は先延ばしにする、⑤ゆっくり休ませる、⑥薬をうまく利用できるようにする、といったことを伝えと良い。

また、うつ病の治療では薬による治療が役に立つが、患者も家族も向精神薬を服薬することに抵抗感を示すことが多い。そうした場合には、①うつ病では脳の働きに変調が起きていて、薬は効果があることを説明し、②薬の副作用についても説明しながら薬に対する不安を取り除くようにする、③薬にたよるのではなく、薬を上手に利用して生活をしやすくするように勧める、といった対応が望ましい。

Ⅲ スクリーニングを効果的にするための地域活動

1 地域住民の協力

スクリーニングを効果的なものとするためには住民の側の主体的な動きをサポートして、うつ状態を防ぐような環境を作ることが重要である。そのために、講演会やパンフレットの作成・配布などを通した啓発活動、季節に関わらず高齢者が集まって楽しめる機会の創造、地域相談システムの確立、等を積極的に推進するようにする。このほか、自治体の広報誌やマスコミ、講習会など、さまざまな機会をとらえて地域住民に対する啓発活動を行うことも役に立つ。

我々と共同で予防活動を行っている名川町では、「よりあいつこ」と呼ばれる高齢者向けの集会を開催している。これは、高齢者が集まって一緒に趣味的な活動をしたり、さまざまな専門家の講話を聞いたりするものであり、自分の世界に閉じこ

もって生き甲斐を喪失していくのを防止することを目的としている。また、「よりあっこ」では、地域の子どもたちが参加して高齢者と交流する機会も作っている。これは、子どもにもその豊富な体験を伝えるという重要な役割を担ってもらうことによって、社会のなかで役割を見失いがちになっている高齢者をサポートするためのものである。

しかし、このような活動をしてうつ病などの精神疾患はある一定の割合で発症する。世界保健機関による World Mental Health 研究の一貫としてわが国で行われた大規模疫学調査によれば、調査時点までに DSM-IV の大うつ病性障害にかかったことのある一般住民は約 6.5% であった。

したがって、本人はもちろん、家族など周囲にいる人たちがはやくに変調に気づくことも重要である。そのためには、うつ病についての啓発活動を行う必要があり、その目的で我々はパンフレット

ト(図2)を作成して全戸に配布した。これは、前述したうつ病・うつ状態と自殺のスクリーニングのための5項目を図柄化したものである。また、自治体の広報誌やマスメディアを活用して情報の提供も行っている。

2 保健活動の質の向上と関連機関との連携

これまで述べてきたようなスクリーニングをはじめとする地域介入や住民に対する普及啓発活動はもちろんのこと、うつ状態にあると判断された地域住民への援助にあたってより質の高いサービスを行うためには、保健師等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠である。

そのためには、保健師が相談の際の基本的な態度や面接技法を修得し、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になる。また、こうした活動には地域の民生委員や保健推進委員の協力も欠かすことができないことから、これらの人たちにに対する啓発活動も同時に行う必要がある。

さらに、地域における初期介入を効率的に行うためには保健師を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立することも重要である。特に、自殺者の3分の2が死の1ヵ月以内に医師を受診しているが、抑うつ患者が自分から自殺念慮について医師に話すことはなく、医師が注意することが重要であると指摘されている。このように、自殺患者の6割以上が自殺1ヵ月前から自殺までの間に医師のもとを受診していることを考慮すると、早期に介入して治療を行うことが重要であることがわかる。

しかし、自ら自殺念慮があることを訴える患者が少ないことを考えると、地域およびプライマリケアを実践する医療機関での積極的な介入が必要になるのである。しかも、うつ病患者はさまざまな身体不定愁訴を訴えるためにその背後に隠れているうつ病に気づきにくいことが少なくないのに注意を要する。身体的な不定愁訴のために受診していた患者や、気分や意欲の低下を訴えていた患者が受診しなくなった場合も要注意であり、そう

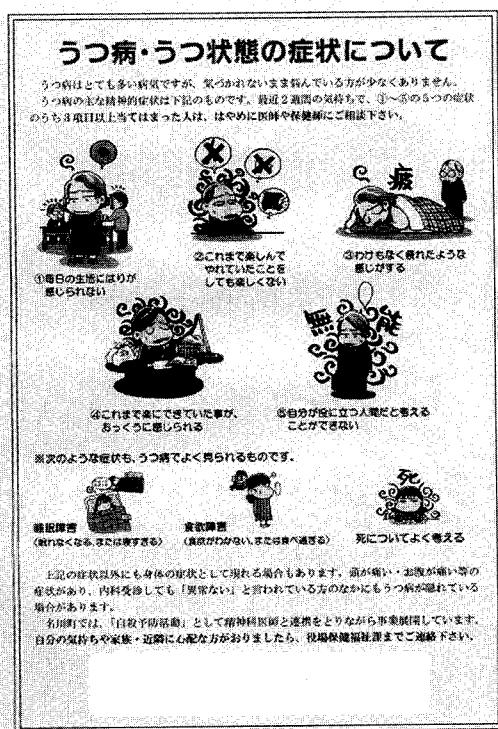


図2 うつ病についての啓発活動に用いたパンフレット

表2 自殺未遂者への対応マニュアル(青森県名川町の場合)

1. ケースの状態を把握します。
情報提供機関(救急隊員, 等)および病院と連携できる地域システムを構築します。その際, 秘密の保持には十分配慮するようにします。
2. 精神科医師に報告, 相談します。
ケースの状態を報告して, 今後の対応の仕方のアドバイスを得ます。
3. 役職者を含めて看護職でカンファレンスを開きます。
ケースについての情報を持ち寄り, 精神科医師のアドバイスを参考に今後の対応策を考えます。
4. 家族に介入します。
 - a) 直接訪問して事業について説明して援助する。その際に, 情報が漏れないことを伝えます。
※間接的に介入すると本題に入るタイミングを逃したり, 対象者の不信感を招いたりする恐れがあります。
 - b) 家族の精神的苦痛を受容します。
※家族の中で自殺者が出たということで, 本人の苦しみに気づいてあげられなかったという思いと, 退院して町内に帰ってから近所の方にどう思われるかという不安が存在しているものです。
 - c) 自殺未遂をした本人の最近の状況を聞きます。
 - d) 精神科の受診を勧めます。
 - e) 困ったり悩んだりしたことがあったらいつでも連絡してほしいことを伝えます。
5. 民生委員から家族の補助的情報も得ておくようにします。
6. 本人に介入します(主治医と連絡をとり, 精神状態・身体状況が安定してから面接します)。
 - a) 事業の説明をし, 情報が入ってきたことを話し, 情報が漏れないことを伝えます。
 - b) 本人の苦痛を受容します。
 - c) 主治医とも相談のうえ, 必要に応じて精神科の受診を勧めます。
※家族の時と同様の対応をとるが, 本人が拒否する場合は, 家族の協力も得て説得します。
 - d) 困ったり, 悩んだりすることがあったらいつでも連絡してほしいことを伝えます。
7. 町内環境を整えます。
 - a) 本人が退院後周囲の偏見をあまり受けないように, また, 町民が影響を受けて同じ行為に走らないように民生委員へ協力を依頼します。
 - b) 頻回に町内巡回をします。

注) これは, 一例です。プライバシーなどの倫理的側面に十分に配慮しながら, 地域の状況や住民の方々の考えに応じて適切なプログラムを作成してください。

した場合には本人や家族に連絡を取ることが望ましい。

なお, うつ病のために自分を傷つける可能性が高くなった場合や自殺企図がみられた場合には消防や警察とも連携しながら, 本人や家族に対して適切な援助を行う可能性について慎重に検討する必要がある。その概要を表2に示した。

IV おわりに

本稿では, 高齢者の自殺予防実践について, 過去の実践事例をもとに筆者らが行っている活動について, スクリーニングと自治体および地域住民の連携を中心に論じた。我々は, うつ病や自殺念慮状態の心理社会的背景について, 認知およびその時の援助希求行動, 自殺に対する態度, 精神疾

患に対する偏見などを指標に明らかにし, 自殺の背景に存在するうつ病を予防し治療するための, 地域保健医療従事者用マニュアルを作成した。そしてこのマニュアルを青森県, 鹿児島県, 岩手県, 等の保健師, 等に試行してもらい, 改善点を検討した。それと並行して, 青森県名川町の40歳以上80歳未満の住民から1割を無作為に抽出し, 質問紙調査を実施した(回収率93.98%)。その結果, 地域保健医療従事者用のマニュアルに関しては実用段階にまでであることが示された。また, 地域調査では, うつ病での相談相手は家族や親戚が7割近くを占める一方, 精神科などの専門医は1割にとどまった。

こうした高齢者の自殺予防のための調査研究と, 地域における活動を行う場合には迅速な対応が不可欠ではあるが, 同時に個人のプライバシーや地

域住民の反応にもじゅうぶんに注意を払う必要がある。うつ病や自殺など精神医学的なことがらはきわめて個人的な情報であり、その情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等については地域で十分に検討しなくてはならない。

なお、自殺予防活動を行っても完全には自殺を防ぐことができない。自殺への態度や精神疾患への偏見は自殺行動に影響する心理学的な変数であるが、看過されがちであり、また地域や年代によって異なってくるという複雑な側面があるからである。さらに、近親者の自殺に直面した家族の精神的苦痛は非常に強く、後々まで精神的な影響が残る可能性がある。従って、こうした人たちにに対する精神的なケアを行うことも、予防活動と同様に重要である。また、経済的側面も看過できない。今後はこのような視点も含めた総合的な施策が必要であろう。

参考文献

- 石井健一 (1988) 「自殺報道が自殺行動に及ぼす効果の実証的分析」, 東京大学新聞研究所紀要, 37, pp. 225-243.
- 大野 裕・田中江里子・坂本真士・根市恵子 (2003) 「青森での地域介入研究の経験と成果」, ストレス科学, 14, pp. 245-251.
- 大野 裕 (2000) 「厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 総括研究報告書『うつ病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』(主任研究者: 大野裕)」。
- (2003) 「高齢者の自殺予防の実践, 自殺の病理と実態—救急の現場から」, 別冊・医学のあゆみ, pp. 53-54.
- (2003) 「うつ病者の自殺のサインをどう読みとり, 対応するか, 自殺予防システム構築の提案」, 生活と教育, 47 (2), pp. 35-41.
- 大山博史 (2003) 『高齢者自殺予防マニュアル』, 診断と治療社。
- 金 恵京・甲斐一郎・久田 満・李 誠國 (2000) 「農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感」, 老年社会科学, 22, pp. 395-404.
- 黒田研二・青木信雄・井上 学・久泉広子・山田 尋志・秋山正子 (1994) 「老人の死生観とその関連要因」, 老年社会科学, 15, pp. 166-174.
- 坂本真士 (2004) 「社会心理学的観点から見た自殺問題」, こころの臨床ア・ラ・カルト, 23, pp. 61-65.
- 坂本真士・田中江里子・豊川恵子・大野 裕 (2002) 「地域における高齢者のうつ病及び自殺の早期発見・早期治療に関する研究—地域住民はうつ病をどう認知し, だれに援助希求するのか—」, (財) 安田生命社会事業団 研究助成論文集, 37, pp. 161-168.
- 高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉 毅 (1998) 「新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動: 老年期うつ病を中心に」, 精神神経学雑誌, 100, pp. 469-485.
- 田中江里子 (2001) 「高齢者の抑うつ・自殺危険群を抽出するためのスクリーニング尺度の信頼性・妥当性の検討」, うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究総合研究報告書 (平成 11 年~平成 12 年度 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業報告書 主任研究者: 大野 裕), pp. 140-147.
- 布施豊正 (1990) 「自殺学入門 クロス・カルチュラル的考察」, 誠信書房。
- 増地あゆみ・岸 玲子 (2001) 「高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察」, 日本公衆衛生雑誌, 48, pp. 435-447.
- 山内隆久 (1996) 『偏見解消の心理 対人接触による障害者の理解』, ナカニシヤ出版。
- Buunk, B. P., Doosje, B. J., Jans, L. G. J. M., & Hopstaken, L. E. M. (1993) Perceived reciprocity, social support, and stress at work: The role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65, pp. 801-811.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Caine, E. D. (2000) Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, pp. 23-29.
- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Loennqvist, J. K. (1994) Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Suppl.), pp. 65-72.
- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaeki, H. (2001) Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, pp. 590-594.
- Jou, Y. H. & Fukada, H. (2002) Stress, health, and reciprocity and sufficiency of social support: The case of university students in Japan. *Journal of Social Psychology*, 142, pp. 353-370.
- Luo, L. (1997) Social support, reciprocity, and well-being. *Journal of Social Psychology*, 137,

- pp. 618-628.
- Ono, Y., Tanaka, E., Oyama, H., Toyokawa, K., Koizumi, T., Shinohe, K., Satoh, K., Nishizuka, E., Kominato, H., Nakamura, K., & Yoshimura, K. (2001) Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 55, pp. 605-610.
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Short, L. M., & Wyckoff, S. (2002) The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy—suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, pp. 942-949.

(おおの・ゆたか 慶應義塾大学教授)

(さかもと・しんじ 日本大学助教授)

(たなか・えりこ 財団法人労働科学研究所)

(ねいち・けいこ 青森県名川町役場保健師)