

社会的な次元と身体的な次元での病態理解に基づいた包括的なケアが必要である²⁰⁾。地域介入プログラムの開発にあたっては、心理社会的な次元では「心身の不調」「身体疾患の併存」「健康喪失に対する不安」「低い身体機能」「低い活動性」「低いソーシャル・サポート」などに焦点をおいたケアを導入する必要があり、身体的次元では「身体疾患の管理」と「薬物治療の導入」を考慮したケアを導入する必要がある。

3. 自験例における地域介入の実際

自験例では、(1)精神保健相談(精神科医による精神医学的な専門相談:①問診と精神医学的診断, ②本人・家族への情報の提供, ③精査のための中核医療機関との連携, ④かかりつけ医への情報提供と治療依頼, ⑤ケアマネジメントとの連結)と、(2)ケアマネジメント(利用者のもつ複雑で多様なニーズに対して、適切な社会資源を結びつけ、ニーズの充足をはかるために、個別ケアから展開する援助機能の総称²¹⁾)の手法を用いたサービスの提供(N町高齢者保健福祉サービス:①保健婦の訪問指導, ②ミニデイサービス)が行われてきた。サービスの提供では、現存する高齢者保健福祉事業の中で、抑うつ状態にある高齢者に必要とされるソーシャル・サポートを効果的に提供できるように工夫した。例えば、保健婦による訪問指導では、「心身の不調と健康喪失に対する不安」「ソーシャル・サポートの欠如感」に焦点をおいた情緒的サポート(支持的・簡易精神療法的アプローチ)を継続的に提供できるように工夫し、ミニデイサービスでは、支持的・集団精神療法的アプローチとともに、「低い活動性」に焦点をおいたアクティビティーケアが実践できるように工夫した。自治体によっては、さらにホームヘルプサービス事業を、このようなサービスの一環として活用することも可能であろう。また、ケアスタッフによって提供される精神療法的アプローチとして、今後は対人関係療法や認知療法ならびに認知・行動療法の活用を検討することも可能かと思われる。

4. 高齢期の抑うつ状態を対象とする海外の地域介入研究

海外の研究では、抑うつ状態にある高齢者を対象とする地域介入プログラムの有効性を検証した無作為割付対照試験がいくつかある。

Katonら²²⁾は、プライマリケア頻回利用者119人を対象に、介入群に対して「精神医学的相談」(Psychiatric Consultation)を実施し、介入群では40%において介入後に診断的評価が改善し、67%において治療プランの立て直しが図られたと報告している。また、プライマリケア医によって同定された抑うつ状態の患者217人を対象に、介入群に対して「多面的介入」(Multifaceted Care:初期の4-6週間に通院の頻度・強度の増大、継続・維持期の服薬確認、ビデオと文書による心理教育)を実施し、介入群において適切量の抗うつ薬の継続服用率が高くなり、大うつ病で抑うつ症状の有意な改善が認められたと報告している。

Callahanら²³⁾は、103人の一般医を対象に、介入群に「個別的な診療情報」(うつ病の診断、患者に対する心理教育、抑うつ症状の発現に関連する薬物の中止、抗うつ薬の開始、精神科への紹介)と「抗うつ薬処方ガイドライン」を提供し、CES-DおよびHAM-Dで同定された175人の抑うつ状態の高齢者における介入効果を調査した。その結果、介入群ではうつ病の診断と抗うつ薬処方の頻度が高まったが、抑うつ症状と機能障害の程度には有意差が認められなかった。著者らは、患者の機能状態を改善するには、より統合的で強力な心理社会的因子に対する介入が必要であろうと結論している。

サンフランシスコうつ病予防研究プロジェクト^{24,25)}は、150人の公的ケアを受けている身体疾患をもつ患者を対象に、介入群に対して8週間の「認知行動療法」を実施した。その結果、介入群の小うつ病患者では抑うつ症状と小うつ病に関連する身体症状の改善が認められ、その効果が1年間持続したと報告している。

Banerjeeら²⁶⁾は、在宅ケアを受けている65歳以上の高齢者のうち、AGECATで抑うつ基準を満足した69人の高齢者を対象に、介入群に対して老年精神医学チームによる「個別的ケア・パッケージの作成とその実施」を適用し、通常的一般医によるケアと比

較した。その結果、介入群において有意な抑うつ症状の改善を認め、社会的に孤立し、機能障害を有する高齢期うつ病の回復可能性を強調した。

Llewellyn-Johnes ら²⁷⁾は、シドニーのセルフケアユニットまたはホステルに居住する65歳以上の高齢者220人を対象に、介入群に対して、(1)総合相談と生活支援、(2)うつ病の発見と管理に関する一般医とケアスタッフの教育、(3)住民に対する健康教育と活動プログラム、によって構成される「多面的分担的ケア」(Multifaceted Shared Care)を実施し、通常的一般医によるケアを受けた対照群との間で、9.5ヶ月後の介入効果を比較した。その結果、介入群では抑うつ症状の有意な軽減が認められたと報告している。

Rabins ら²⁸⁾は、バルチモア都市部の高齢者用公的居住区域に暮らす60歳以上の高齢者を対象に、精神疾患のスクリーニングを実施した後に構造化診断面接によって精神医学的診断を確定し、介入群に対して「PATCHプログラム」(Psychogeriatric Assessment and Treatment in City Housing program: 居住区のケアスタッフの教育と必要なケアの提供)を実施した。26ヶ月後の転帰では、抑うつ症状、その他の精神症状が、対照群と比較して有意に減少したと報告している。

Newbury ら²⁹⁾は、75歳以上の在宅高齢者100人を対象に、介入群に対して「HAプログラム」(Health Assessment Program: 看護者の訪問による健康状態調査と、その結果の一般医への報告)を実施し、対照群との比較で、介入群の問題発生数、問題をもつ高齢者数、死亡率には有意差を認めなかったが、GDSで評価される抑うつ症状には有意な低下が認められたと報告している。

Unutzer ら³⁰⁾は、7箇所の国立研究施設より募集した1750人の高齢期のうつ病と気分変調性障害を対象に、「共同ケアプログラム」(Collaborative Care Program: うつ病の臨床専門家が、実際にうつ病の治療を行うプライマリケア医を支援し、抗うつ薬療法と問題解決療法を実施する)を実施し、12ヶ月後の介入効果を、費用効果比、抑うつ症状、QOL、ケアに対する満足度などの転帰指標を用いて評価する研究を計画しているという。

以上の研究を概観すると、(1)対象の検出では、特定地区の在住者またはプライマリケア利用者のスクリーニングから、あるいはプライマリケア医の診断に基づいて対象を検出する方法が用いられており、(2)主要な介入プログラムとしては、包括的臨床評価、プライマリケア医への個別的な情報提供、個別的なケアプランの策定、専門医による精神医学的相談、保健・福祉・医療スタッフの教育、本人を対象とする心理教育(うつ病の症状、治療、服薬と通院継続の必要性、再発前駆症状)、モニタリング(症状モニタリング、服薬モニタリング)、心理社会療法(問題解決療法、認知行動療法、活動療法)、生活支援、住民を対象とする健康教育などが取り入れられている。また、個々の介入を単独で用いるよりも、「多面的分担的ケア」を導入する方が、効果的であり、かつ効率的であることが示唆されている。

IV. 結論

以上の結果と考察から、自殺予防を目標とする高齢期抑うつ状態に特化した統合的地域介入プログラムとして、(1)保健教育とスクリーニング、(2)こころの健康相談とケアマネジメント、(3)高齢者保健福祉関連サービスの組み合わせによる多面的分担的介入を提案した。本介入プログラムの有効性を検証することが今後の課題である。

文 献

- 1) Angst J, Angst F, Stassen HH: Suicide risk in patients with major depressive disorder. : J Clin Psychiatry 60 Suppl 2:57-62,1999
- 2) 粟田主一: 過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究(1):保健所老人精神保健相談事業・地域総合病院連携システムの意義と課題. 老年精神医学雑誌 1999; 10:339-346
- 3) 粟田主一: 過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究(2):精神保健相談

- 事業と保健福祉医療関連資源の連携モデル. 老年精神医学雑誌 (投稿中)
- 4) 更井啓介: 老年期デプレッションの疫学. 老年精神医学雑誌, 1:1066-1073, 1990
 - 5) 森田昌弘, 須賀良一, 内藤明彦ほか: 老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査. 社会精神医学, 10:130-137, 1987
 - 6) 井原一成: 地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究. 日本公衆衛生雑誌, 40:85-93, 1993
 - 7) 長田久男, 柴田博, 芳賀博, 安村誠司: 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. 日本公衆衛生雑誌, 10:897-909, 1995
 - 8) 青木邦男: 高齢者の抑うつ状態と関連要因. 老年精神医学雑誌, 8:401-410, 1997
 - 9) 佐藤聡, 坂戸薫, 佐藤新, 飯田真: 老年期うつ病; 疫学研究をめぐる諸問題. 臨床精神医学, 22:833-847, 1993
 - 10) 長谷川和夫: 老年精神医学; 医療の今日的課題. 精神神経誌, 81:75-90, 1979
 - 11) Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 174:307-11, 1999
 - 12) 大野裕, 小泉毅, 大山博史: 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. 平成 11 年~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. うつ状態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総合研究報告書 (主任研究者 大野裕). P3-24, 2001
 - 13) 大山博史, 熊谷輝, 小井田潤一ほか: 高齢者自殺のリスクマネージメントーうつ状態の第二次精神保健予防活動および閉じこもり老人に対する高齢者福祉活動によるアプローチ. 平成 11 年~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. うつ状態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総合研究報告書 (主任研究者 大野裕). P27-41, 2001
 - 14) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏ほか: 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動ー老年期うつ病を中心にー. 精神神経誌 100:469, 1998
 - 15) 村岡義明, 生地新, 井原一成: 地域在宅高齢者のうつ状態の身体・心理・社会的背景要因について. 老年精神医学雑誌, 7:397-407, 1996
 - 16) 村岡義明, 井原一成, 生地新ほか: うつ状態を呈する地域在宅高齢者の身体状況について. 精神医学, 39:285-290, 1997
 - 17) 上野範子, 藤田峰子, 中村弥生ほか: 自己評価式抑うつ尺度を用いた高齢者の精神的健康状態の調査; 入院高齢者と在宅高齢者の比較. 日本公衆衛生雑誌, 44:865-873, 1997
 - 18) 山下一也, 小林祥泰, 恒松徳五郎ほか: 老年期独居生活の抑うつ症状と主観的幸福感について; 島根県隠岐島の調査から. 日本老年医学雑誌, 29:179-184, 1992
 - 19) Hashimoto K, Kurita H, Haratani T, et al: Direct and buffering effects of social support on depressive symptoms of the elderly with home help. Psychiatry Clin Neurosci 53:95-100, 1999
 - 20) 栗田主一: 老年期のうつ病と幻覚妄想病の治療とケア. 日本老年医学会雑誌 37: 882-884, 2000.
 - 21) 岡本玲子: 地域保健におけるケアマネジメント活動指標の開発. 日本公衆衛生雑誌 48:773-784, 2001
 - 22) Katon W, Von Korff M, Lin E, et al: Collaborative management to achieve

- treatment guidelines: Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995 Apr 5; 273(13): 1026-31
- 23) Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al: Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 1994 Aug; 42(8): 839-46
- 24) Miranda J, Munoz R: Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosom Med* 1994 Mar-Apr; 56(2): 136-41
- 25) Munoz RF, Ying YW, Bernal G, et al: Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *Am J Community Psychol* 1995 Apr; 23(2): 199-222
- 26) Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJD, et al: Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *BMJ* 1996; 313: 1058-1061
- 27) Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, et al: Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 676-682
- 28) Rabins PV, Black BS, Roca R, et al: Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *JAMA*. 2000 Jun 7; 283(21): 2802-9
- 29) Newbury JW, Marley JE, Beilby JJ.A randomised controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. *Med J Aust* 2001 Jul 16; 175(2): 104-7
- Unutzer J, Katon W, Williams JW et al: Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial.

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究

分担研究者 角南譲 医療法人仁風会八雲病院理事長
井上雄一 順天堂大学医学部精神神経科 講師

研究要旨：わが国に自殺予防を目的とした「いのちの電話」が誕生して30年になる。現在、日本いのちの電話連盟加盟センターの登録数は50カ所に及んでいる。その基本的認識のなかで重要なことの一つは、人は皆、危機的状況の中で求めていることは、人格的に受け容れられる、自分の想いを理解してくれる対象者の存在ということである。多くの自殺既遂者は、この求めが満たされなかった結果の行動ともいえる。今回の研究は、この両者をより有機的に結ぶべく、「いのちの電話」のボランティアに一定の研修を行い、自殺志向者やその予備群としての「うつ病・うつ状態」の人に疾患の理解やその対応方法を専門機関に橋渡しするという「ネットワーク作り」の試みである。

A. はじめに

わが国に自殺予防を目的とした「いのちの電話」が誕生して30年になる。現在、日本いのちの電話連盟加盟センターの登録数は50カ所に及んでいる。

いのちの電話は、素人のボランティアによる、無報酬で去就の自由を担保されている奉仕活動である。それだけにボランティアには高い倫理性と責任が求められている。

そしてその基本的認識のなかで重要なことの一つは、人は皆、危機的状況の中で求めていることは、人格的に受け容れられる、自分の想いを理解してくれる対象者の存在ということである。多くの自殺既遂者は、この求めが満たされなかった結果の行動ともいえる。

今回の研究は、この両者をより有機的に結ぶべく、「いのちの電話」のボランティアに一定の研修を行い、自殺志向者やその予備群としての「うつ病・うつ状態」の人に疾患の理解やその対応方法を専門機関に橋渡しするという「ネットワーク作り」の試みである。

B. 「いのちの電話」の現状

いのちの電話は、毎年4月にボランティアを募り、研修を積み重ねていく。研修の内容

は運営母体によって多少の差はあるものの、精神障害に関する知識、電話相談の基本などの講義を

受講する。基礎知識の講義が終わると、感受性訓練や共感・受容・傾聴などの基本的態度を会得するために多くの時間が費やされる。全くの素人であるボランティアは、この研修を通して電話カウンセリングの技法を習得していくのである。

基本的態度を形成していくための訓練においては、ひたすらコーラー（電話のかけ手）の訴えを傾聴し、受容し、共感することが求められる。経験の少ないボランティアは、先輩方の対応を参考にして、形だけでもと、熱心に訴えを聴き、リピートをしていくのである。社会生活上の相互交流との違いを学習し、研修を繰り返すことにより、電話カウンセリングの基本となる態度を獲得していくのである。

実際の電話当番には、種々の主題を持ったコーラーからの電話がかかってくる。対応をするボランティアは、すべての電話に基本的態度に忠実に聞き取りを行わなければならない。多くの電話相談は、基本的態度で聞き取るうちにコーラー自身が自分の考えを整理できたり、語りながら答えを見つけだしていくことになる。

しかし、あるボランティアが話された言葉

を借りて紹介すれば、「十分話しを伺っても、電話ではどうしても解決できそうにない辛さが伝わってきて……。お互いに受話器をおくときに、不全感を持ったまま相談を終わらざるを得ない」場合もある。これは、電話カウンセリングの限界を超えているにも拘らず、お互いにそのことに触れることもできず、問題やその思いを解決する方法も見いだせないまま終了してしまう事例であろう。

この度の研究は、このような事例にこそ有効に働きかけを行うことを可能にする事ができると考えている。

C. いのちの電話による「うつ病・うつ状態」に対する介入手順

1. 全ての電話は、共感・受容・傾聴の基本的態度から始まる。

「うつ病・うつ状態」と判断できるコーラーからの電話はほんのひとにぎりに過ぎない。全ての訴えは今まで通り、受容・共感・傾聴の基本的な態度で対応をはじめめる。

2. 語られる主題に伴う心情に「うつ病・うつ状態」を感じられるか。

語られる主題に受容的態度を示していると、その主題に伴う「心情」が漏れ出てくる。その心情を「リポート」することによって、コーラーにとっては共感されているという信頼感が成長してくる。受け手はその心情を聴き取り「うつの可能性」を感じとることとなる。そこに「うつ」を感じとらない場合、その電話は通常とられる基本的態度に徹して終了する。

3. うつの可能性を感じとった場合。

自発的な訴えの中に「気分の落ち込み・悲哀感」や「興味の喪失」などうつ病の特徴的な症状を聴き取った場合、M.I.N.I. (精神疾患簡易構造化面接法)の項目のチェックを開始する。受容・共感・傾聴の態度を貫き、心情への「リポート」を繰り返すことは、コーラーの心情の吐露を促進する。ホットに聴き、クールに評価をしてゆく。

4. 質問をする。

受け手は、コーラーへの関心を集中させる

とき、自然に質問を口にすることがある。「リポート」しながら、「そのことが一番辛いんですね?」「そんなに長い間悩んでおられるんですね」などがそれである。これは、本来の基本的態度から反れているわけではなく、むしろ関係性において十分に集中しているときに出てくる質問といえる。この例と同じように、自発的に語られなかった心情をM.I.N.I.の項目に従ってチェックするための質問をする。「身体の方は大丈夫ですか? 良く眠れますか? 食欲は落ちていませんか?」などという質問から開始することが受け手・コーラーの両方に抵抗が少ない。

その結果、M.I.N.I.の項目が5以下でうつ病・うつ状態の可能性が低いものであれば、「又何かあれば、お電話下さい」という言葉を必ず添えて、終了する。

5. 「うつ病・うつ状態」と判断された場合。

M.I.N.I.の項目が「うつ病・うつ状態」を支持した場合、切り替えを行う。これは、対話のイニシアティブをとることとなるが、それまで徹していた基本的態度を大きく変更することではない。

「今お話しをお伺いして、〇〇(主題)については、良く解りました。そしてもうひとつ、あなたのこころの状態について気にかかるのです。」と切り替えます。「こうしてお電話で、お話しを伺って解決できる問題を超えて、あなたのお話しからこころの不調を感じられて仕方ありません。その部分については、こうしてお電話を介してお話しを伺うよりは、専門の機関でお話しされた方が早く解決できるように思うのですが」と水を向ける。

6. 専門機関を紹介する。

説明に対してある程度の同意が得られた場合、唐突なようでも「どちらからおかけですか。もしよろしければ専門の機関をご紹介しますか。もしよければ専門の機関をご紹介しますかも知れませんが」と質問してみる。予め準備してある資料の範囲であれば同意を得て紹介する。範囲外や同意が得られない場合は、「専門の機関に相談することをお勧めします。」と説明する。

7. 終了する。

このプロセスまで達成したコーラーには必ずフォローの言葉を添える。

「いのちの電話」でお役に立てる部分は、今後もいつでもお電話下さい。」

コーラーはある種の救いを求めて、電話をしてくる。それに他機関を紹介するわけであるから、コーラーにとってのよるべなさを少なからず惹起する。電話カウンセリングのメリット、デメリットをきちんと伝えることは欠くことのできない最後の情報提供である。

D. 「いのちの電話」への「うつ病」介入をめぐって

～問題点と導入時のポイント

～

1. 基本的態度の捉え方

従来「いのちの電話」は、コーラーに対して、受容・共感・傾聴を柱とする、一貫した「非指示的」な基本的態度を形成することに重点をおいている。その基本姿勢を身につけるべく、日々研修を重ねているのである。

お互いの匿名性を特徴とする電話カウンセリングにおいて、受容・共感・傾聴の姿勢は、他のどの介入技法と比べても効果的であり、言い換えればこの姿勢のみが電話カウンセリングにふさわしい技法といっても過言ではない。

今回の「うつ病」介入技法の導入に対して、ボランティアにとって、「今までと対応の仕方が変わるのか」「積極的に介入して本来の目的からそれることはないのか」という不安と「新しい」技法に切り替えることへの抵抗が生ずることはよく理解できることである。

受容・共感・傾聴の態度は、コーラー自身の健康性や成長する力を信頼し、失意や悩みの回復を図るものである。悩みや不安を打ち明けるコーラーの多くは、周囲に援助者が少なく、自分の「今の」価値観が他者や社会に受け入れられないというやりきれなさを有していると考えられる。「いのちの電話」は、この点で、彼らが訴え得る数少ない時・空間として社会的機能をはたしているといえる。また、この態度こそがそんなコーラーに自己開示を促し、カタルシスに導いていくことになる。

一方この基本的態度をとることは、コーラーとボランティアの信頼関係を形成してい

くことに役立つのである。ボランティアが親身になってコーラーの苦痛に寄り添い、共感を示すことによって、この基本的信頼関係が形成される。基本的な信頼関係が成立することは、そのあとに「介入」をしていくために欠くことのできない必須条件となる。自分のことを理解してもらえと思うからこそ、人から提供された情報に価値があると思えるし、匿名性の基に築く揺らぎやすい信頼関係のなかでの「介入」にあっては、今まで通りの受容・共感・傾聴が達成されていればこそ次の「介入」へとステップアップできると考える。

2. 「うつ病・うつ状態」の判断

本来、医師が行う「うつ病・うつ状態」に関する診断を、非専門家であるボランティアがどの程度の確信を持って判断できるのか、実際電話を受ける際にもっとも不安になるところである。自分が行う判断が、コーラーの利益になるのか、自分が行う判断は間違っていないのかという不安である。

当然、ボランティアは電話を通して診断をする事はできない。しかし、「かもしれない」という判断は、次の方法により可能となると思われる。

本来、直接面接により簡易に精神疾患をスクリーニングするために作成されたM.I.N.I.を応用的に利用する。

コーラーの訴えをM.I.N.I.に従ってチェックしていくのである。その当てはまる項目数によってM.I.N.I.の結果に判断を委ねることによって、ある程度の精度で「うつ病・うつ状態」を判断することが可能となる。

但し、応用のための工夫と基本的態度に関わる工夫が必要となる。

まず第一に、面接法として考案されたこの項目を電話での聞き取りチェックリストに利用するためにM.I.N.I.本来の項目範囲と目的を変更することなく、それぞれの項目にコーラーから語られる言葉を想定した下位項目を設定する。例えばA1.の気分の落ち込み悲哀感の項目では「落ち込んでいて」「情けなくて」「むなしくて」などの言葉が聞かれれば「はい」とするなどである。1)

次に自発的に語られる言葉ではチェックできない項目について、質問するという基本

的態度に関わる工夫が必要となってくる。十分な共感を伴えば、「それはいつ頃からですか?」「そのことでかなり疲れていらっしゃるんですね」などという自然な形での質問や確認が可能と考えられる。また、「体の調子はいかがですか」という質問から睡眠や食欲の状況もチェックすることは困難ではない。語られる主題（人間関係や仕事のことなど）から「それ以前と比べて最近はどう違うのでしょうか」などと積極的関心を持った問いかけを、基本的な態度を崩すことなく行うこともできる。

3. 情報提供への切り替え

1. で述べたように訴えの初期から十分に受容・共感・傾聴の態度で対応すれば、基本的な信頼関係は形成しやすくなる。十分に傾聴共感しその心情をリピートしていけば、コーラーは主題に伴う自分の心情についても自ら話し始めることが多い。情報提供への切り替えのポイントは、そのタイミングよりも、そこに至る経過での関係にあるといえる。

いままで自分の考えを表現せず、ひたすら聞き手となっていたボランティアにとっては、「情報提供」といっても、表面的であれその基本的態度と異なるのでは、という抵抗感を生ずる。

ここで大切なことは、電話カウンセリングや非専門性の特徴を自覚し、引き受けられる部分とそうでない部分を明確にすることにある。匿名性を保ちながら、受容・共感・傾聴をもって貢献できる部分と主題の背景にある「うつ病・うつ状態（＝こころの不調）」の部分と切り離して働きかけることもいえる。

そして最も必要なことは「コーラーの真の健康の回復への思い」をエネルギーとして、その判断をコーラーに伝えることである。電話を通して、即時的に築き上げた関係の結果としてできる最大限の働きかけは、この「情報提供」と考えられる。この精いっぱい働きかけのいくつかは、うつ病の経過にあってその「こころの不調」を自覚し、コーラーを医療機関に繋げる援助となるのである。

4. 精神障害・精神科病院に対する偏見

この介入方法のなかで、克服しなければな

らない抵抗のひとつに「精神障害・精神科病院への偏見」をあげることができる。コーラー自身がこころの不調と捉えることへの抵抗は十分予想できることである。しかし、それ以前にそれと判断し、専門医を紹介しようとするボランティアのなかにそれを見て取ることができる。多くのボランティアはコーラーから次のようなメッセージを受け取った経験を持っている。

「ちょっと「うつ」で精神科に通院しているんですが・・・先生が話を聴いてくれなくて・・・薬をやめたいけど先生がやめさせてくれなくて・・・ずっと通院しているけどなかなか良くななくて・・・」

この訴えを受容し、共感した経験があるボランティアは、少なからず精神科受診を勧めらることに抵抗を持つのである。それは電話の向こうのコーラーが「うつ病」であると信じ、精神科病院の対応がいかに不手際であることを聴き取ることになる。非専門家であるボランティアは、コーラーの診断名についてや医師一患者関係のやりとり疑問をはさむことは困難である。そしてこころの奥底に潜む、日頃はほとんど意識されない「精神障害者」に対する偏見は、精神科病院への受診を勧める「真の健康回復を思う」エネルギーを減弱させることになるのである。

この抵抗の源が、形を変えていたとしても精神科医療の現場から派生していることも忘れてはならない。

この「偏見」を克服するためには、前述のM.I.N.I.の理解が有効である。種々の精神障害の中で「うつ病・うつ状態」を判別できる知識と積み重ねた研修をもってして、少しずつできるようになるのである。コーラーからのフィードバックが期待できない電話カウンセリングにおいては、次に提案するような、リアリティーの高い研修を繰り返し行うことが必要である。

E. 研修方法への提案

いのちの電話の研修方法は、その主催者によっていくらかのばらつきがある。目的はにしながら、その方法論の差異ともいえる。しかし、その中であって多くの研修に採用さ

れている「ロールプレイ」の技法を用いた研修方法の一例を紹介する。

研修者は自らの電話当番での経験などを基に、「うつ病」者役割となるシナリオを作成する。このシナリオ作成に当たっては、

- ①今までの電話カウンセリングの経験をいかし、おおまかなキャラクターを創造する。
- ②シナリオは主題（家族の悩み、職場の問題等）を決め、自分史を考え出す。
- ③ロールプレイで語る内容を次の三つに分類する。

A. 自ら話す自分史と主題となるエピソード

B. 受容・傾聴・共感されることによって話せるようになる「心情」

C. 質問されて初めて話す「心情」・「症状群」

④このロールプレイシナリオは、M.I.N.I.を基に作られ、それぞれのチェック項目のはい、いいえが回答できるように検討の上作成する。2)

次に、各々が創造したシナリオをもって、お互いに受け手・コーラーとなりロールプレイを行う。可能であれば、そのやりとりを評価する第三者と三人一組で研修することが望ましい。

この研修方法のメリットとしては、まず受け手が自分自身でシナリオを作るプロセスで、M.I.N.I.に習熟し、結果として「うつ病・うつ状態」への理解が深まるという点があげられる。それぞれの項目が示す症状の特徴をひとつひとつ検討する訓練となる。

次に、上述A. B. C.を考え、話し、聴き取る過程は、「うつ病・うつ状態」の人が自己開示をしていく時の抵抗と、それに伴う「自己嫌悪に陥らないようにおそろおそろ」自分の心情を語るプロセスによく似ている。受けて役もコーラー役も、その微妙なこころの裏を感じとるのに有効である。

上記研修を何度も繰り返し行うことによって、たくさんのコーラーの中から「うつ病・うつ状態」を抽出し適切な介入を行う技術を修得することができるようになろう。

F. おわりに

毎年減ることのない自殺者数を考えると

き、その多くの人には自分の思いを伝える協力・理解者が近くに存在しにくい社会になってきているのかもしれない。いのちの電話の設立主旨からしても、その点において今後も社会的ニーズは継続し、それに応えることによって社会に貢献でき得ることは十分期待できる。しかし、いままでの方法での働きかけだけでは、自ずと限界があるのが実情である。

うつ病の自然経過の中であって、いのちの電話に電話をかけてこられるコーラーは、まだ初期の段階の方が多いたことが予測される。今までの対応では、「電話で話しは聴いてもらったけど・・・」と思いつつ病の極期に移行してゆくということになる。しかし、電話をかけてこられる時期に、そこに疾患の可能性があり、治療を受けるという選択肢が情報提供される意義は深い。即時的効果はもちろんのこと、もしうつ病であれば、時間の経過の中でその効果がでてくることも考えられる。

この時代であって、従来から自殺予防を目的として活動してきたいのちの電話が、より有効な技術を獲得して社会に貢献できる方法を確立していく必要があると考える。

自己記入式質問紙法（Two-question case-finding instrument：二質問法 & Beck Depression Inventory：BDI）のうつ病スクリーニング法としての有用性検討と介入の試み

分担研究者 尾崎紀夫 藤田保健衛生大学・医学部・教授

研究要旨

うつ病のスクリーニング手段として自己記入式質問紙法（二質問法と BDI）との有用性について職域と腎移植患者を対象として検討し、介入を試みた。その結果、質問紙法は簡易構造化面接法である MINI と比較して、スクリーニング手段としては十分な感度を持っていることが確認された。また、これらの質問紙法を使用して、実際の介入を職域および腎移植患者で行い、精神医学的治療に繋げた。

A. 研究目的

うつ病患者の多くも、さらには自殺者の多くも、専門医療機関に受診していないという事実を鑑みると、自殺者の減少には、うつ病患者を早期発見し、治療に導入するのが焦眉の課題と考えられる。そこでうつ病のスクリーニング手段として自己記入式質問法の有用性について職域と腎移植患者を対象として検討し、介入を試みた。

B. 方法と対象

1. 自己記入式質問法のうつ病診断の有用性検討

・当科外来を受診した大うつ病性障害患者（99 名）、および A 県下三企業の勤労者（805 名）を対象とし、本研究の目的を説明し、同意を得、質問紙（二質問法と BDI）を配布回収し解析した。更に、同意の得られた勤労者 46 名に対しては、Mini-International Neuropsychiatric Interview:M.I.N.I.(精神疾患簡易構造化面接法)を追加して行い、質問紙法の感度を勤労者において検討した。

2. 自己記入式質問法を用いたスクリーニングから介入の試み

・B 企業の勤労者 298 名から質問紙を回収し、高得点群には MINI を用いた二次面接

を行い、大うつ病と診断されたものには、介入を試みた。

腎移植患者 9 名にも質問紙を配布し、全例に二次面接を行い、大うつ病と診断された患者には、介入を試みた。

C. 結果と考察

・外来大うつ病患者における感度の検討結果では、BDI のカットオフ値（CO 値）を 10 点とすると 93%、二質問法の CO 値を 2 点とすると 88%となり、スクリーニング法として有用と思われた。同じ CO 値を勤労者に適用すると、BDI での陽性率は 9%、TQ での陽性率は 10% となった。

・勤労者 46 名に対し M.I.N.I を至適基準として検討したところ、2 名が大うつ病性障害であり、感度は TQ では CF 値 2 点で 100%、BDI では CF 値 10 点で 50%となった。M.I.N.I を施行し得た例数が少ないため、今後の更なる検討が必要であるが、勤労者の大うつ病性障害を検出するには、TQ と BDI の得点を組み合わせることが有用であろうと考えられる。また、BDI 高得点者、TQ

高得点者ともに大うつ病とは診断されないものの、不安障害やアルコール乱用のものが含まれており、大うつ病の合併率が高い精神疾患を早期に発見する上で有用とも考えられる。

- ・ 職域のBDI10点以上、またはTQ2点以上の高得点群、41名に二次スクリーニングを行ったところ、5名が大うつ病と診断され、介入を試み、そのうちの2例は精神科受診となった。一方、問題点としては、高得点群でも、質問紙記入から二次スクリーニングまでの期間が今回1ヶ月近くあいてしまったため、質問紙とMINIの評価での乖離が起きてしまう問題が生じていた。
- ・ 腎移植患者9名のうち、1例がBDI25点、TQ2点であり、二次面接による大うつ病との診断のもと、精神的介入がなされた。質問紙の有用性に関しては、未だ例数が少ないので、今後の課題と考える。

D. 今後の方向性

- ・ 職域では質問紙法の有用性検証のためには、より例数を増やすべく、継続する予定である。
- ・ 身体疾患患者では、腎移植患者に加えて、腎透析患者、麻酔科を訪れる疼痛性障害患者などに範囲を拡大する予定である。
- ・ 地域での検討と介入を目指し、A共済団体加盟者での質問紙法の有用性検証を行う予定である。

F. 研究発表 学会発表

- ・ 小島志穂、小塚千絵、加藤淳也、中村 眞、小口秀紀、内藤宏、尾崎紀夫：抑うつ症状を呈した産褥婦に対し、他科との連携を通して

育児支援を行った症例。第14回日本総合病院精神医学会総会、新潟、2001

- ・ 小塚千絵、小島志穂、加藤淳也、中村 眞、尾崎紀夫、内藤宏：精神科コンサルテーションにおいて心理士が果たす役割：転換性障害の症例を通して。第14回日本総合病院精神医学会総会、新潟、2001
- ・ 鈴木竜世、羽根由紀奈、岩田伸生、水野正延、小野雄一郎、尾崎紀夫：自己記入式質問紙法（Two-question case-finding instrument：二質問法 & Beck Depression Inventory：BDI）の職場におけるうつ病スクリーニング法としての導入可能性についての検討。日本精神神経学会、大阪、2001
- ・ 成田智拓、平野茂樹、大竹なほ代、金直淑、羽根由紀奈、尾崎紀夫：Hamiltonうつ病尺度の評価者間信頼性：訳語の検討および使用上の留意点を徹底した上での再検討。日本臨床精神薬理学会、広島、2001
講演会活動など（いずれも尾崎紀夫）
- ・ 「一般医のためのうつ病の診断と治療」名古屋市医師会後援・第61回医協メディカルフォーラム、1/20/2001
- ・ 「企業のメンタルヘルスケア」豊田衛生管理者研究会設立総会、9/19/01
- ・ 「気分障害の早期発見から社会復帰に向けた治療」愛知県精神神経科診療所協会・学術講演会、9/22/01
- ・ 「こころの病に薬は効くか：うつ病を中心に」WHO協会講演会、7/7/01、大阪
- ・ 「職域のメンタルヘルス」愛知県医師会講演会、10/10/01
- ・ 「うつ病の早期発見から社会復帰に向けた治療」宮城県精神科医会・学術講演会、10/26/01
- ・ 「職域のメンタルヘルス」中部経済産業省メンタルヘルス研修講演会、1/23/02

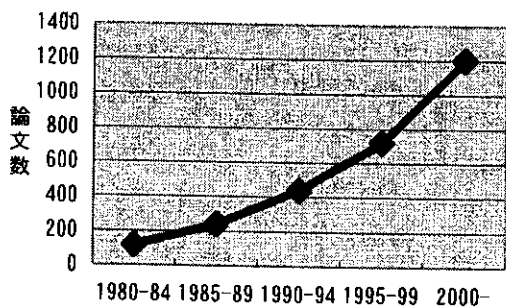
日本語版 Beck Depression Inventory II (BDI-II)の開発

分担研究者 古川壽亮(名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学教授)
古川壽亮¹⁾、廣江隆弘¹⁾、小嶋雅代²⁾、徳留²⁾
¹⁾名古屋市立大学大学院医学研究科精神知・行動医学、²⁾健康増進予防医学

研究要旨：抑うつ症状の自記式調査票として世界的に最も頻用されている Beck Depression Inventory が、DSM-IV の診断基準項目に対応した Beck Depression Inventory-II(BDI-II) に改訂された。そこで、逆翻訳などの妥当な手続きを経た BDI-II 日本語版を開発した。BDI-II 日本語版の信頼性と因子妥当性が確認された。そこで本研究では BDI-II と、日本語版 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)との併存妥当性を検討した。BDI-II と CES-D の得点の Pearson 相関係数は $r = 0.71$ と良好であった。日本語版は得点分布の上からも原版とほぼ等価と見なして問題ないと考える。

A. 研究目的

抑うつ症状の自己記入式調査票として、臨床および研究上世界的に最も頻用されている尺度が、ベック抑うつ質問票 Beck Depression Inventory (BDI) である。MEDLINE によって検索すると、1980 年以降 BDI を使用している文献の数は以下のとおり、増大の一途をたどっている(2000 年以降は、2000-2001 年のデータに基づく予想)。



そもそも BDI は 1961 年にうつ病の認知療法で有名な Aaron T. Beck 博士らによって開発された。1979 年に質問文のあいまいな箇所を修正したバージョンが出版された(BDI-IA)。上記のとおり、これらもよく使用されていたが、1996 年に至って、アメリカ精神

医学会によるうつ病の診断基準の改変に対応し、質問文を大幅に検討改定した第 2 版が出版された(BDI-II)¹⁾。以後の使用頻度が指数関数的に増加しているのは上記のとおりである。BDI は本来うつ病患者の重症度判定のために開発されたものであるが、一般集団でのスクリーニングにも有用であることが実証されており、さらに術後の回復や心筋梗塞の予後²⁾に影響する心理症状を鋭敏に反映する指標として、様々な臨床研究・疫学調査において実績を上げてきた。今や BDI は、うつ病の自記式調査票として世界的な de facto スタンドアードであると言って良い。

ところが、日本においては BDI の正式の日本語訳が確定されない状況が続いていた。欧米でスタンダードとされる尺度の日本語版を作成するには、①日本語訳を再翻訳 backtranslation して原版と照合することによって意味的等価性を保証すること、②出来上がった日本語版について日本人サンプルにおいて実施可能性を検討し、標準データを得ることが必要である。ところが BDI については、このような過程を経た日本語版が存在しなかったため、臨床上也研究上も不便があった。そこで我々は、原著者の Aaron T.

Beck 博士および出版社の The Psychological Corporation から許可を得て、BDI-II の日本語版の開発に取り組むことになった。

B. 研究方法

B1. 日本語版の開発

翻訳

翻訳の過程は Guillemin らが提唱する方法³に従って行なった。概略は以下のようである。まず原版の翻訳は、十分な英語力を持ち、質問紙の意図を十分に理解した日本人が複数で担当する。翻訳者には精神医学・心理社会学の専門家を含む必要がある。次に翻訳されたものを英語に逆翻訳する作業を行なう。この作業は原版を見ずに行ない、専門的知識は必ずしも必要ないが、英語を母国語とする者が複数で担当することが望ましい。逆翻訳されたものを、第三者が評価し、原版との等価性を確認する。問題を指摘された項目は、翻訳・再翻訳の過程を繰り返し、最終的に等価性が認められるまで繰り返す。

実際には次のような手順を取った。第1著者と第2著者とが共同で原版を翻訳し、日本語としての適切さを十分吟味したのち、日本に14年間居住し日本語日常会話に不自由しない英国人病理学者と、その配偶者で海外生活が長く英語に堪能な精神科医とが、原版にブラインドで英語に逆翻訳した。逆翻訳された英語版は、原版の出版元である The Psychological Corporation の米国人心理学者が原版と比較検討し、問題ある項目がコメントと共に列記して送り返されてきた。指摘を受けた項目について、再度翻訳・逆翻訳の過程を繰り返し、最終的な承認を得た。

日本語版の作成にあたり我々が重要と考えたのは、質問紙が原版と等しい意味を持つと同時に、日本人にとって無理なく受け入れられる質問でなくてはならない、ということである。もし、原版に忠実に訳した場合に理解しにくい項目があれば、修正を考慮する必要がある。これらのことを念頭に、第1著者と第2著者とが共同で原版を翻訳した。最も問題となったのは「性欲」に関する項目である。特に高齢者や女性にとって、「性欲」について語ることは一般的ではなく、この項目があるために回答を拒否する対象者が増えるこ

とが懸念された。この項目を削除する、あるいは「性欲」を「異性への関心」などに置き改めるなどの案が出された。しかし「libidoの喪失」はきわめて重要なうつ症状の1つであるため、敢えて「性欲」のまま採用することになった。

全ての項目について日本語としての適切さを著者らが吟味し合意の得られたものを第1案とし、別の日本人と英国人が逆翻訳した。逆翻訳された英語版を The Psychological Corporation に送ったところ、5項目について修正が求められた。

等価性の承認された日本語版 BDI-II の実施可能性を検証するために、まず、プレテストとして、100人程度の集団に BDI-II を施行し、21項目で特に問題のある項目がないかどうか調べた。この段階で問題があれば再度翻訳を見直すこととした。プレテストでは2000年10月に某公共健診施設を定期健康診断のために訪れた日本人成人男女を対象に、施設保健婦より調査についての説明を行ない、調査への協力を求めた。書面による同意が得られた者に対し、日本語版 BDI-II を施行した。質問紙記入のために健診施設内に特設会場を設け、記入を終えられた質問紙はすぐその場で回収した。初めの2日間をプレテストとし、回収された133名の質問紙を直ちに集計して問題項目がないかどうかを確認したが、特に修正の必要な項目は見られなかった。

対象

①第1調査:2000年10月に某公共健診施設を定期健康診断のために訪れた日本人成人男女を対象に、施設保健婦より調査についての説明を行ない、調査への協力を求めた。書面による同意が得られた者に対し、日本語版 BDI-II と The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)⁴を施行した。CES-Dは、20項目からなる自記式の抑うつ評価質問紙で、米国において疫学調査のためのうつ病スクリーニングテストとして開発されたものであるが、BDIに次いで国際的に良く使われている⁵。わが国でも逆翻訳法を用いて開発され、信頼性・妥当性が十分検証された日本語版^{5,6}が存在し、疫学調査等に利用されている。

期間中、最終的に448名に調査協力を依頼

し、436名から同意を得た。このなかで質問紙を完答したものは413名で、平均年齢50.5±8.4(最小28・最高82)歳、女性が39.2%を占めた。

②第2調査:2000年11月に某公共健診施設を受診した成人男女を対象に、第1調査と同じ手順で行なった。402名の対象者中363名から同意を得たが、質問紙を完答したものは353名で、平均年齢49.4±8.8(24-75)歳、女性が39.9%であった。第2調査ではCES-Dは施行しなかった。

③第3調査:2001年1月に某企業健診施設を定期健康診断のために訪れた120名の男女を対象に、BDI-IIおよびCES-Dを施行した。本集団では全員が完答し、平均年齢31.1±5.5(20-39)歳、女性が27.5%を占めた。

これらのデータはまず独立して解析され、データ間の差が無いことが確認された上で結合された。

信頼性の検証

最終的に回収された全調査票919名分の中、解析段階でBDI-IIに関して欠損項目のあるデータ33名分が除外された。除外者は高齢者に多く、性差はなかった。「性欲」に関する項目を答えなかった者が最も多く15名で、高齢の女性に多い傾向があった。最終的な解析対象者は、男性550名、女性336名、全体の平均年齢47.4±10.5(20-82)歳であった。

886名の日本人成人データによるBDI-II日本語版21項目のCronbachの α 係数は0.87、mean inter-item correlationは0.24であり、いずれも優れた内的整合性を裏付ける数値が得られた。

因子妥当性

①探索的因子分析

第1調査の参加者413名のBDI-IIの回答をもとに探索的因子分析を行なった。手法はBDI-II原版マニュアルに準じ、Promax回転を伴う主成分因子分析法を用いた。Scree test^{7,8}により、抽出因子数は原版と同じく、2因子が適当であると判断された。2因子により総得点の分散の37.5%が説明された。Promax回転後、原版マニュアルに紹介された身体的・感情的側面および認知面とからな

る2因子モデル(精神科外来患者サンプルモデル)とほぼ同一の構造パターンが再現された。しかしながら、「激越」と「無価値観」の2項目は、他方にも比較的高い負荷量を示したが、原版と異なる因子の負荷量の方が高かった。

②確認的因子分析

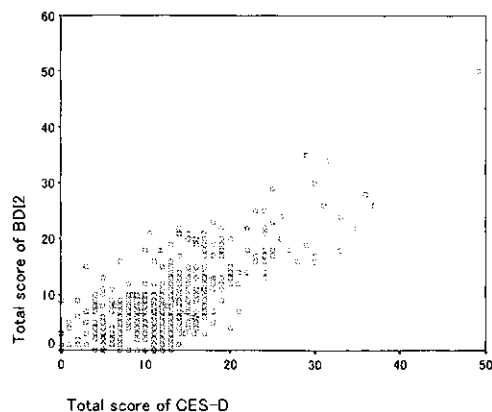
①において得られた構造モデルと原版マニュアルにおいて示された身体・感情面と認知面とからなるモデル(精神科外来患者サンプルモデル)、および認知・感情面と身体面からなるモデル(学生サンプルモデル)の3つのうち、日本語版BDI-IIの因子構造を説明するのに最も適するのはどれかを確認するために、第2調査の参加者353名の回答データを用いて、共分散構造分析法を用いた確認的因子分析を行なった。いずれもColeら⁹が提唱する確認的因子分析におけるモデル適合度の基準(GFI: Goodness of Fit Index >0.85, AGFI: Adjusted GFI >0.80, RMR: Root Mean Square Residual <0.10)を満たしていた。Akaike Information Criterion (AIC)を最適モデル選択基準として用いると、原版マニュアルの身体・感情面と認知面からなるモデルが、AICが最も小さく優れているという結果になった。

日本人成人886名における、日本語版21項目の身体・感情面および認知面から成る2因子モデルの確認的因子分析結果を図1に示す。モデル適合度の指標はGFI=0.93、AGFI=0.91、RMR=0.048といずれも基準値を超えており、身体・感情面および認知面から成る2因子モデルが日本人成人データにも適合することが確認された。

B2. 日本語版の併存妥当性の検証

今回の研究では、日本語版BDI-IIの併存妥当性を検討し、日本語版BDI-IIのうつ病スクリーナーとして妥当なカットポイントを推定した。

第1調査と第3調査において日本語版BDI-IIとCES-Dを共に完答した532名について、BDI-IIとCES-Dの得点の相関を調べると、Pearson相関係数は $r=0.71$ (95%信頼区間:0.67-0.75, $p<0.001$)であった。両者の散布図を以下に示す。過去の文献で報告されている相関係数(0.58から0.89)^{10,11}に相当する相関係数であった。



BD

I-II の原版マニュアルで提唱されたカットオフポイントに従うと、極軽症 minimal (0-13 点)、軽症 mild (14-19 点)、中等症 moderate (20-28 点)、重症 severe (29-63 点) に対する分布は、81.7%、12.0%、5.0%、1.4%であった。

CES-D の通常のカットポイントは 16 点以上であるので、図 2 から見ると BDI-II の 14 点以上がほぼこのカットポイントに相当すると推定される。しかし、日本人の一般人口における妥当なカットポイントの設定には別途の研究が必要である。

C. 考察

本研究では、信頼性と因子妥当性の確認された BDI-II 日本語版について、CES-D との併存妥当性を検討した。過去の文献で報告されている相関係数(0.58 から 0.89)^{10,11}に相当する相関係数であった。かつ、CES-D のカットポイントに相当する BDI-II のカットポイントは、原版での軽症以上すなわち 14 点以上と推定された。

今回の調査での 20 歳から 82 歳の日本人成人 866 名(女性 38%、平均年齢 47.4±10.5 歳)の BDI-II の平均得点は 8.7±6.4 で、丁度、Whisman ら¹²による 576 名の大学生サンプルの 8.4±7.2 (女性 58%、平均年齢 18.6±1.1 歳)とほぼ一致する。また、原版マニュアルのカットオフポイントに従って分類すると、重症度の分布もほぼ Whisman ら¹⁷の報告と類似することから、日本語版は得点分布の上からも原版とほぼ等価と見なして問題ないと考える。

ただし、DSM-IV に準じた大うつ病重症度判定基準としての精度の確認を日本人臨床集

団において改めて行なうべきであり、現在日本人のための新たな基準値設定の必要性を含めた検討を進めている。

F. 参考文献

1. Beck, A.T. & Steer, R.A. Manual for the Beck Depression Inventory-2. Psychological Corporation, San Antonio, TX (1996).
2. Frasure-Smith, N., Lesperance, F. & Talajic, M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival [see comments] [published erratum appears in JAMA 1994 Apr 13;271(14):1082]. *JAMA* 270, 1819-1825 (1993).
3. Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin. Epidemiol.* 46, 1417-1432 (1993).
4. Radloff, L.S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401 (1977).
5. Furukawa, T., Hirai, T., Kitamura, T. & Takahashi, K. Application of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale among first-visit psychiatric patients: a new approach to improve its performance. *J. Affect. Disord.* 46, 1-13 (1997).
6. Shima, S., Shikano, T., Kitamura, T. & Asai, M. New self-rating scales for depression (in Japanese). *Seishin-Igaku* 27, 717-723 (1985).
7. Cattell, R.B. The scree test for number of factors. *Multivariate Behavioral Research* 1, 245-276 (1966).
8. Zwick, W.R. Factors influencing four rules for determining the number of components to retain. *Multivariate Behavioral Research* 17, 253-269 (1982).
9. Cole, D.A. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J. Consult. Clin. Psychol.* 55, 584-594 (1987).
10. Shaver, P.R. & Brennan, K.A. Measures of personality and social psychological attitudes. Robinson, J.P., Shaver, P.R. & Wrightsman, L.S. (eds.), pp. 195-290 (Academic Press, San Diego, 1991).

11. Wilcox,H., Field,T., Prodromidis,M. & Scafidi,F. Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. *Adolescence* 33, 565-574 (1998).
12. Whisman,M.A., Perez,J.E. & Ramel,W.

Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI- II) in a student sample. *J. Clin. Psychol.* 56, 545-551 (2000).

参考資料1 うつ病と自殺の簡易スクリーニング質問紙素案（13年度版）

うつ病・自殺念慮のスクリーニングと早期治療導入 のためのマニュアル

厚生労働省厚生科学研究

「うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究」班作成

1. このマニュアルについて

これまでの研究から自殺者の多くがうつ病に罹患していることが明らかになっているが、自殺の原因としてのうつ病の理解は決して十分とは言えない。うつ病は20人に1人が生涯に一度はかかると言われるほど有病率の高い疾患である。したがって、自殺者数を減少させるために、うつ病の早期発見、早期治療が重要になる。

地域においてうつ病の患者さんを早期に発見するには次の3つの設定が考えられる。①保健婦、精神保健福祉士らの地域訪問あるいは健康診断の際に発見・介入する、②プライマリ・ケアを受診する患者さんの約2～3割を占めるうつ病患者さんを発見・介入する、③「いのちの電話」に相談をよせるコーラーの一部を占めるうつ病患者さんを発見・介入する。

しかしながら、以上の3場面において、うつ病患者さんと接する職種の違い、状況の違い、アプローチの違いを考えると、それぞれの場面に適した「うつ病・自殺念慮のスクリーニングと早期治療導入のためのマニュアル」が必要となる。研究班では、13年度にそのために以下の3種類のマニュアルを作成した。

- ①保健婦・精神保健福祉士のためのマニュアル・・・・・・・・・・P. 3
 - ②一般開業医のためのマニュアル・・・・・・・・・・P. 25
 - ③いのちの電話による「うつ病・うつ状態」に対する介入手順・・・・・・・・P. 36
- 資料1、資料2、資料3、資料4、資料5、資料6

3種類のマニュアルは関連する内容も多く、使用者が直接関連するマニュアル以外のものも通覧することで、うつ病や自殺についての理解をより深めていただけたらと思う。

本マニュアルがそれぞれの領域で活用され、うつ病の早期発見と自殺の予防に役立つことを願っている。ただし本マニュアルは最終版ではなく、今後実際に実地において使用された経験をもとにさらに改訂していく予定であるので、使用にあたっての不都合や不足していることなど気がついたことがありましたら、研究班事務局（巻末に掲載）まで、忌憚無くご指摘頂きたいと思う。

2. なぜ今うつ病の早期発見と自殺予防が必要なのか

我が国の自殺者はバブル経済崩壊後の1992年から増加傾向を示している。1998年一年間の全国の自殺者数は前年比35.1%増加と大幅な増加を示し、3万1743人と初めて3万人を超えた。死因順位としては第6位であり変化はなかったが、男性の40～54歳までの中年層にかけての増加が目立った。その年齢層では自殺が死因順位の第2位を占めるようになり、死に急ぐ中年男性の増加が浮き彫りとなった。1999年の自殺者数も3万人を超えており、3万3048人であった。動機別では、病苦などの健康問題が約50%、借金苦や事業不振、失業などによる経済生活問題は約20%で増加傾向を示している。2000年の自殺者数は、3万1957人で、6年ぶりに前年より減少しているものの、高水準を維持しつづけている。経済生活問題を動機としたものは前年比で5.7%増加を続けており、自営者の自殺が増加するという特徴があった。これまで自殺者が最も多かった1986年（2万5667人）も不況期にあたっており、景気の悪化がここ数年の自殺者の増加に大きな影を落としている。

保健婦、精神保健福祉士のためのマニュアル

内容

1. 簡易同意書案・スクリーニングテスト
2. スクリーニングテスト解説
3. うつ病症状の解説
4. 訪問面接用マニュアル
 - 医療機関への受診の勧め方
 - 薬の服用を躊躇している人への対応
 - うつ病の患者さんのいるご家族と話すときのポイント
 - 自殺未遂者の家族への対応
 - 自殺未遂者への対応マニュアル（名川町の場合）

この介入マニュアル（案）の使い方

このマニュアルは暫定的なものです。質問文もだいぶん固い表現になっているものがありますから、書いてあるとおりに質問すると、被検者の方によくわかってもらえないことがあります。この質問文は、あくまでも「例」として考え、ご自分の聞き易いように言葉遣いを改めてください。

なお、実際に違う言葉遣いを用いた、使いにくい箇所がある、など気づいたことがあればご指摘いただければ幸いです。

1. 簡易同意書（案）・スクリーニングテスト

調査を始める前に、調査の目的と、データの使い方、調査に協力することによる不利益のないこと、質問をとばしたり途中で止めても良いこと、後で連絡をくれればデータを処分すること、について話す必要があります。了承が得られたら、同意書に日付と署名をもらう。調査者氏名は予め記入しておく。アンケート用紙と一緒にして保管する。

〈同意書文面の詳しい説明〉

この「こころの健康調査」では、地域〔**町〕に暮らしている方のこころや身体の健康状態についてお聞きし、地域〔**町〕の方々の健康づくりに役立てていくことを目的としています。

お聞かせいただいた話の内容は、すべてお名前を伏せて分析しますので、個人のプライバシーが外部に漏れる心配はございません。また、この調査に協力しないことによって何らかの不利益が生じることもございませんので、答えたくない質問をとばすことや、調査自体を途中で止めることもできます。

〔状況に応じて〕また、ご本人の希望があれば、調査にご協力いただいた日を含めて7日以内の場合、調査データの返却処分に応じます。

心の健康づくり事業

責任者

現在、**町では、町民の皆様の心の健康を増進し自殺を防止する目的で、「心の健康づくり事業」を行っています。今回、その一環として「心の健康調査」をお願いし、十分にプライバシーに配慮しながらその結果を分析して心身の健康づくりに役立てていきたいと考えております。つきましては、皆様のご協力をお願い申し上げます。

同 意 書

「心の健康調査」の目的と内容を理解し、調査に協力することを了承します。

平成 年 月 日

お名前
(調査員

)