

スクリーニング質問紙

[タイトル、記入方法(本人・聞き取り)、被検者氏名や調査者氏名等の欄の追加など適宜変更して下さい]

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、どういうことがあったのか、ご記入ください。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

2. スクリーニング質問紙 解説

◆ スクリーニングテストによる介入対象群の抽出方法

A・B・C・D各項目群の基準を、一つでも満たしている者を介入（訪問面接）対象者とする。

A項目群：1点か2点以上 ←←← 1点以上が望ましいが、1点以上の被検者が多すぎて訪問面接が

無理そうな場合は、2点以上を介入対象群とする。

B項目群：1点以上

C項目：自由記述欄に〔配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人々の自殺、医療機関からの退院〕などの記述があった場合

（経過観察の意味も含め、今後とも継続して使用することが望まれる）

◆ 普段の観察から、C項目のような出来事が確認された・死にたいと言っている場合も介入対象とする。

次頁：採点方法

■ スクリーニングテスト項目の採点方法

*は「はい」を1点、「いいえ」を0点。それ以外の項目は、「はい」を0点、「いいえ」を1点。

無回答（○がついていない）、「わからない」反応の場合は、0点とする。

（項目内容の右側に、得点する場合の回答を記した）

A項目群：昨年度のテストから抽出した項目：1点か2点以上

sds18r	1. 毎日の生活が充実していますか	いいえ
sds20r	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	いいえ
*sds12r	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	はい
sds17r	4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか	いいえ
*sds10r	5. わけもなく疲れたような感じがしますか	はい

B項目群：CIDI-SFR 自殺項目：1点以上

*a1700r	6. 死について何度も考えることがありますか	はい
*a1800r	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	はい

C項目：ライフイベント：自由記述欄の内容による

stress 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 はい

「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういうことがあったのか、ご記入ください。

[配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人の自殺、医療機関からの退院 などの場合]

3. うつ病症状の解説

■ 「うつ」

うつ病とはどのような病気なのでしょうか。

「うつ」の患者さんに対しては、「うつ病」、「うつ状態」、「抑うつ状態」といったさまざまな言い方がされます。「うつ状態」と「抑うつ状態」というのは基本的には同じ意味で、精神的なエネルギーが低下した状態をさします。そうした「うつ状態」が症状の中心になっている場合に使われる表現が「うつ病」です。その細かい症状についてはあとで詳しく説明しますが、気持ちが沈み込んだり、いろいろなことに関心がなくなったりしているために苦しい思いをしたり、生活に支障が生じたりしている場合に「うつ病」という表現が使われるのです。このように、「うつ病」かどうかは生活に支障が出てくるほど強いかどうかで決まるという意味では病気とも言い切れないのですが、薬で症状を改善させることができるという意味では病気だと考えることができます。

■ うつ病の9つの症状

(1) 抑うつ気分

質問例 「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありますか」
「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

「うつ病」の人は、気持ちが沈み込んで憂うつになっていることがよくあります。「憂うつだ」「悲しい」「何の希望もない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともあります。いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。こうした症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります（後述：症状の日内変動参照）。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われて抑うつ気分が気づかれにくくなることがあるので注意しなくてはなりません。

(2) 興味や喜びの喪失

質問例 「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」
「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしてもおもしろくないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってきます。友達と会って話すのが好きだったのに、会ってもおもしろくないし、かえってうつとうしくなってきます。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見てもおもしろくありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやってもおもしろくないので、自分の世界に引きこもるようになってきます。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろうと不思議に思えるほどです。

(3) 食欲の減退または増加

質問例

「いつもより食欲が落ちていますか」
「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」
「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」
「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。一方、それとは逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など特定の食べ物ばかりほしくなることもあります。食欲がなくなった患者さんは「何を食べても、砂を噛んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくあります。あまりに食欲がなくなって、一カ月に4キロも5キロも体重が減少してしまうこともあります。

(4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）

質問例

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）
「ほとんど毎晩眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」
「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

とくに朝早く目が覚めるのはうつ病に特徴的で、「午前三時症候群」と呼ぶ人もいます。目が覚めるのが午前4時であることも、5時であることもありますが、いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病の患者さんは、このように早く目が覚めたからといってすぐに起きあがれるわけではなく、布団のなかで悶々と思い悩んでいることがよくあります。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状が現れることもあります。

(5) 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）

質問例

「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるということがありますか」
「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、ほかの人から見てもすぐにわかるほど身体の動きが遅くなったり、口数がなくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止と言います。

また、逆に、じっと座ってられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたりするようになります。このように焦燥感が強くなっているときにはつらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元気そうに見えてしまい、うつだと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

(6) 疲れやすさ・気力の減退

質問例

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか感じることはありますか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがある

のもうつ病の症状の一つです。気力が低下して何をやる気もおきなくなりますし、洋服を着るといった日常的事にさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけのエネルギーがわいてこないのです。

(7) 強い罪責感

質問例 「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりするようになります。一つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回もほかの人に確認をしたりするようになることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思いこむようになってたりもします。

(8) 思考力や集中力の低下

質問例 「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」
「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」
「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでなくてもあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりします。また、高齢者の場合には実際に痴呆のように見えることがあります。しかし、真の痴呆と違って、抑うつ状態による痴呆様の症状は治療によって改善するために、仮性痴呆と呼ばれています。

しかし、逆に、痴呆状態がうつと間違えられることもあるので注意が必要です。痴呆の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機に発症してだんだんと痴呆が進んでくるといことがあるので注意が必要です。

(9) 自殺への思い

質問例 「死について何度も考えるようになっていませんか」
「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んで辛くてたまらないために死んだ方がましだと考えるようになってきます。欧米の研究では、入院が必要なほどのうつ病にかかった人の15パーセントが自殺で命を落としていることがわかっています。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通するときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をやる元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえでできません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちを

すぐに行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには患者さんの気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるのでまわりの人は安心してしまおうのですが、抑うつ症状が強かったときのつらい記憶は簡単に消えないために、本人は良くなったという自覚をもてないことが多いからです。こうした食い違いがあると、患者さんは誰にもわかってもらえないと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

■ その他の抑うつ症状

身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰痛などの症状は、とくによく見られるものです。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現されることがあります。このほかにも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてきます。

こうした身体症状が存在すると、私たちはつい身体のことを心配するために精神的な面を見逃してしまいがちです。身体症状のために、憂うつな気分が目立たなくなるのです。こうした状態を、抑うつ症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と呼ぶことがあります。

症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動が見られることがよくあります。人によっては夕方から夜にかけて元気になるために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつじゃなくて、気分の問題なんだ」と考えることもあります。しかし、これはうつ病の日内変動（という特徴）で、気分の問題ではないので、軽く考えすぎないように注意しなくてはなりません。

精神病症状

うつ病が重くなると、自分がまわりから意地悪をされているように感じたり目に見えない力が自分を迫害しているように感じるなどの被害妄想や、現実にはそうしたことはないのに、貯蓄が底をついてしまって自己破産をするしかない、自分は何もできない無力な人間だ、などと、自分のことや自分の能力を極端に低く見る微小妄想といった、精神病症状が認められることがあります。

また、カタレプシー（蠟屈症）などの緊張病症状が現れることもあります。カタレプシー（蠟屈症）というのは、蠟人形のように体が固まってしまって、まわりからいくら刺激を与えても動かなくなる状態です。

このほかにも、ほかの人が言ったことを奇妙な感じでおうむ返しする反響言語、他人の動作をまねて繰り返す反響動作、奇妙な行動を繰り返す常同症や衝動症などが見られます。また、これらの症状が現れているときには、ごくまれにはありますが、突然興奮して、自分を傷つけたり人を傷つけたりすることがあるので注意しなくてはなりません。

■「いつもと違う」状態に気づく

このようにうつ病は自覚しにくいし、まわりで見ているとわかりにくい病気です。しかし、治療すれば良くなる病気ですので、早めに見つけて治療することが大切になります。早くに見つけるために注意すべき点は、日常生活において、いつもと違う状態が続き、本人か周囲の人の生活に支障がでてくる、ということです。

医療機関の受診を勧めるまでではないが、経過観察が必要な場合

*1. ~8. の抑うつ症状、10. 不安 11. アルコールのいずれかの症状があるが、13. 生活への支障がない場合 →何らかのストレスフルな出来事を経験したときに、症状が悪化する可能性がある。場合に応じて再度面接を行う。

*スクリーニング質問紙の回答と面接での回答が一致していない場合 →虚偽反応をしている可能性がある。同居家族などからの情報も得ることが望ましい。

*医療機関を受診している患者の家族 →看護を負担に感じ抑うつ症状を呈する場合がある。また患者への対応の仕方などの相談に応じることによって、患者本人の経過に良い影響を与えることが出来る可能性がある。

■ 医療機関への受診の勧め方

うつ病（付録1を参照）に対する一般の人の認識はずいぶん変わってきてはいますが、いまだに抵抗感を示す人が少なくありません。とくに、精神的な問題だということに対しては、自分が精神的に弱い人間だと決めつけられたように感じる人が多いようです。ですから、「私はうつ病なんかじゃありません」、「疲れてるだけだと思います」「原因はわかっていますから」、「前にもこんな感じでなんとかやりました」と、うつ病などの精神医学的障害にかかっていることを一生懸命否定しようとしています。

「うつ病」という言葉が誤解を生みやすいためかもしれません。「うつ」というと憂うつで沈み込んでいるという印象を持ちますが、決してそれだけではありません。「うつ depression」というのは、精神的なエネルギーが低下しているという意味で、「楽しみを感じられない」「何となく気力が出ない」といった状態もまた「うつ」状態なのです。しかも、「病」というと多くの人は身構えます。しかしこれも、感染症や悪性腫瘍のように、「正常」と対比できる「異常」という意味ではなく、医学的治療が可能だという意味での「病」だという説明をします。ちなみに、英語ではうつ病は depression ないしは depressive disorder で、「病」を意味する disease や illness という言葉は使われていません。

こうした説明をすると同時に、患者さんやご家族には、うつ病は性格の欠陥や人間的な弱さを意味するものではないということを説明するようにします。そして、うつ病は2回3回と繰り返す人が多いので、早めに専門の精神科の受診をした方がいいことも伝えるようにします。

さて、うつ病は高血圧や高コレステロールと同じようにふつうによくあるもので、薬などの医学的治療の対象となるものだという話しをすることは大切ですが、そのときに、人間の感情や思考は脳のなかの神経の働きで起こっていて、うつ病はその神経と神経を結ぶ神経伝達物質と呼ばれる化学物質のバランスが崩れて生じているといった説明をしてもいいでしょう。こうした説明は、「精神的に弱い人間がかかるものだ」といううつ病に対する偏見を和らげることにもなります。また、抗うつ薬などの精神機能に作用する薬剤に対する心配を軽くすることにもなります。

さらに、このような脳内物質の変化がおこるときには、「ストレス因子となるようなきっかけがある場合が多い」という話をします。こうしたストレス因子を理解しておくことは、環境調整などの社会的治療や、気持ちの切りかえなど心理的な治療を行う上で重要です。もちろん、ストレス因子がある場合でも薬物療法は効果的ですから、治療はバランス欲総合的に行う必要があります。また、ときには、こうしたきっかけがない場合もあり、ストレスがないからといってうつ病を否定することはできないことも説明します。

いずれにしても、うつ病は治療可能な病気ですから、そのことをきちんと話して受診をするめるようにしましょう。その際には、うつ病には「有効な治療法がある」し、「たくさんの選択肢のなかから」適切な治療法を選んで治療をすれば「治る病気」だと伝えます。ただ、治療の経過は「人によってさまざま」なので、辛抱強く治療に取り組んでほしいということも話しておきます。また、うつ病は再発しやすい病気なので、良くなったからといってすぐに薬をやめたりするなど、「自己判断で薬を調節しない」で、「何でも相談するように」伝えるようにします。

最後になりますが、一般向けの啓蒙書を読むように勧めても良いでしょう。

■ 薬の服用を躊躇している人への対応

うつ病にかかっているかなりの数の患者さんが抗うつ薬など向精神薬（精神疾患に使用する薬）を服用することに抵抗感を持っているものです。「薬を飲んで本当に役に立つんですか」と尋ねる人や、「薬を飲んでも、どうせ何も変わりませんよ」と決めつけてしまっている

人が少なからず存在しています。

そうした人には、うつ病の患者さんの脳内で起きている神経伝達物質（化学物質）の変化について説明しながら薬の効用について話をすると、比較的よく理解してもらえますし、服薬順守性も高まります。

また、「飲んでみないと、役に立つかどうかはわかりませんが、飲む前から役に立たないと決めつけてしまうのは、マイナス思考すぎるのではないのでしょうか」と話してもいいでしょう。これは、付録2のうつ病の精神療法で紹介した認知療法でも指摘されているように、気分が沈み込んでくるとすべてにマイナス思考になり、薬物療法をはじめとする様々な治療法に対しても悲観的になりやすいからです。そのために、薬物療法に対しても実際に服用する前から効果がないと決めつけるようになるのです。

また、向精神薬をのむと依存症になるのではないかと心配する人もたくさんいます。ナレがでて「どんどん薬の量が増えていってしまうのではないか」、クセになって「やめられなくなるのではないか」と心配になるようです。そうした人には、医師の指導を受けながら服用すれば依存の心配はないし、むしろ中途半端な量を飲んだり、飲んだり飲まなかったりすると症状が長引くことになるということを説明するようにしましょう。

一般には、薬なんかに頼らないでお酒（アルコール）で気分を晴らすという人も少なくありません。しかし、アルコールは一時的に気持ちが晴れたとしても、物質としてはうつを引き起こしますし、眠りも浅くします。それに、向精神薬よりもずっと依存になりやすいですし、薬との相互作用で心身両面にいろいろな弊害をもたらします。ですから、けっしてお酒に頼らないように話しましょう。とくにこれは重要なことですが、うつ病とアルコール依存の併存は自殺の危険性を高めます。ですから、そうした依存性物質を用いた自己治療は避けるように指導することは絶対に重要です。

精神に作用する薬物ということで、自分の精神機能が変わられて別の人間になってしまうかのような不安を感じて、「薬に頼らないといけないほど弱い人間じゃありません」と言う人もいます。

こうした人に対しては、骨折などにたとえて話をしてみましょう。つまり、脚の骨を折ったときに、筋肉を強くしなくてはいけないからといってその脚を使って歩こうとするとかえって障害が進むのと同じように、服薬をしないで自分の力だけでがんばろうとすると精神的なつらさがましてくるという話をするのです。そして、薬物療法は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で指導を行うようにします。

もちろん、薬に頼ってしまうと、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくありません。薬に対する期待感が強すぎて、薬を飲むとすぐに効果が現れて楽になるのではないかと考え、すぐに効かないとがっかりしてのむのをやめてしまう人もいます。ですから、抗うつ薬は飲んですぐに効果が現れるわけではなく、効果発現までに時間がかかることを伝えることも重要になります。

■ うつ病の患者さんのいるご家族と話すときのポイント

1. うつ病は様々な症状が出ますが、まわりの人には分かりにくいことが多いものです。例えば、体の症状が前面に出てうつ病のように見えないタイプ、性格的なものとされてしまうケース、児童などによく見られるイライラが強くなるタイプ等があります。また、患者さん自身が気を使ってつらい気持ちをまわりの人に気づかれないようにしている場合もすくなくありません。ですから、なかなかうつ病だと気づきにくいものですが、口数が少なくなる、朝方や休日明けに調子が悪そうである、遅刻・欠勤が増える、だるさを訴えることなどから、まわりの人が気づける場合もあります。

2. 患者さんに対してまわりの方が気をつけたほうがいいことを次に挙げてみます。

- ① 心配しすぎない
うつ病の人を前にすると、気を使いすぎてかえって言動がぎこちなくなることがあります。基本的には、今までどおり普通に接するように話します。
- ② 励ましすぎない
ご家族はつい心配のあまり、患者さんを励ましてしまいがちです。そのように励ましたくなるご家族の気持ちに共感しながら、しかし患者さんのペースを大切にしながら話をするようにします。
- ③ 原因を追求しすぎない
つらいことが続くと、患者さんはもちろんご家族もその原因を探しがちになります。それが問題解決につながればいいのですが、往々にして悪者探しになってしまいます。「私の性格が悪いんだ」「親の育て方が悪かったんだ」と、誰か悪者を見つけて責めるようになるのです。こうなるとますますつらくなりますし、人間関係や家族関係がギクシャクして協力して問題を解決していくことが難しくなります。うつ病などの精神医学的障害は原因がないことも、わからないこともありますので、あまり原因について考え込みすぎないようにすることが大切です。
- ④ 重大な決定は先延ばしにする
患者さんも、ときによってはご家族も、あせりすぎてつい仕事をやめることを考えたり離婚を考えたりすることがあります。しかし、落ち込んでいるときにはどうしてもマイナス思考が強くなっているので客観的な判断が出来ません。ですから、重要な決定は症状がよくなるまで先延ばしにするように患者さんに話してもらいます。
- ⑤ ゆっくり休ませる
疲れているときにはゆっくり休むことも大切です。まず、心身ともに休んでリフレッシュするように患者さんに話してもらいます。患者さんの話をゆっくり聞いて、家族が手伝って挙げられることは手伝い、できるだけ患者を心身ともに休ませるようにしてもらいます。
- ⑥ 薬をうまく利用する
うつ病の治療には休養と周囲の人の暖かい理解に加えて、薬による治療が役に立ちます。薬としては抗うつ薬が用いられますが、周囲の人はその重要性を理解し、患者さんが医師の指示を守って薬を服用し続けられるようサポートするように話します。

■ 自殺未遂者の家族への対応

自殺未遂をする直前はうつ状態だったことが考えられるし、落ち込んだり、死にたいと話したのはそのためだと思われるということを話します。その上で、いまうつ病は、高血圧や高コレステロールと同じようにふつうによくある病気で、薬を飲むことで治療することができると説明して受診を勧めるようにします。また、うつ病は脳の病気—脳の神経のバランスが崩れる病気—で、薬はそのバランスを直す働きをすると説明しても良いでしょう。自殺未遂をした人は2回3回と繰り返す人が多く、このようなことがまた起こらないようにするためにも、専門の精神科の受診をした方が良いと言って受診を勧めるようにします。精神科への偏見がある場合には、内科など他の診療科を受診して心身両面からのチェックを受けることを勧めてもいいでしょう。

■ 自殺未遂者への対応マニュアル（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) 何か困ったり、悩んだ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) 何か困ったり、悩んだ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。

（注意）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。

一般開業医のための マニュアル

内容

1. 精神・身体疾患への罹患と自殺
 - 自殺と精神疾患
 - 自殺と身体疾患
2. 臨床医のできる実際的な介入法
 - 自殺行動ハイリスク者の同定の仕方
——誰にどのように質問するのか?——
 - 自殺をする可能性のある患者のマネジメント
——どう対応するのか?——
 - 精神科医への紹介の仕方
 - 自殺予防のステップのまとめ

医師が直面しなければならない最悪の事態の一つは患者の自殺である。そのような出来事を経験した医師に共通する反応は不信感、自信喪失、怒り、恥辱である。患者の自殺は自分が職業的に不適切だという感情や、自分の能力に対する疑い、自分の世評への恐れを引き金となり得る。加えて、医師は故人の家族や友人への対応に関しても、莫大な困難に直面する。

ここに挙げる方策は、主として一般開業医のために意図して作られている。これらの方策の目的は、自殺と関連する主な障害やその他の要因を概観し、自殺の可能性のある患者の見分け方やマネジメントについての情報を提供することである。

1. 精神・身体疾患への罹患と自殺

■ 自殺と精神疾患

自殺は今や生物学的、遺伝的、心理的、社会的、環境的要因の複雑な相互作用の結果として起こる多面的な障害として理解されている。研究によると、自殺既遂者の40%から60%が自殺の1ヶ月以内に医師のもとを訪れていた；これらのうち、半数以上の者が精神科医ではなく一般開業医を訪れていた。メンタルヘルスサービスがあまり発展していない国では、一般開業医に診察されている自殺の危機に瀕した人の割合は高くなるようである。

自殺の可能性のある患者を見分け、評価し、対処することは医師の重要な課題であり、医師は自殺予防において決定的な役割を担っている。

自殺はそれ自身が病気なのではなく、
必ずしも病気の現れであるわけでもない、
しかし精神疾患は自殺と関連する主要な要因である。

発展途上国と先進国の研究によると、自殺既遂のケースでの精神疾患全体の有病率は80～100%である。推定では気分障害を持つ人の一生のうちの自殺のリスクは6～15%、アルコール依存症者で7～15%、精神分裂病患者で4～10%である。

しかしながら、相当な割合の自殺既遂者は、メンタルヘルスの専門家を訪れることなく亡くなっている。したがってプライマリケアにおいて精神医学的障害の発見、委託、マネジメントの改善をすることは自殺予防の重要なステップである。

自殺既遂者に共通して見られるのは、一つ以上の障害があることである。通常合併するのはアルコール依存症と気分障害（たとえばうつ病）、人格障害と精神医学的障害である。

精神科医と協力し、充分で適切な治療が与えられることを
保証するのは医師に必須の職務である。

◇ 気分障害（うつ病や躁うつ病）

気分障害の全てのタイプが自殺と関係している。したがって自殺は、発見されていない未治療のうつ病において重大なリスクとなる。実際、自殺した患者のことをよく知る家族や知人に面接し、生前の精神科的な診断を調査した結果、70～80%が何らかの精神疾患に罹患し

ており、その60～70%がうつ病の診断に当てはまるという調査がある。自殺の動機としてあげられている健康問題や経済生活問題は、素因のあるものにとってはうつ病の発症を促しやすい問題でもある。うつ病は一般人口の中で高い有病率を示し、多くの場合障害として認識されていない。推定では医師に診察された患者の30%がうつ病にかかっている。治療を求めるとおよそ60%の者は最初に一般開業医を訪れる。身体的疾患と心理的疾患の両方に同時にあたるのは医師にとって特に難題である。多くの例ではうつ病は隠され、患者は身体的な訴えのみを表現する。

典型的なうつエピソードでは、個人は普通以下の症状を示す：

- ・ 抑うつ気分（悲しみ）
- ・ 興味と関心の減退
- ・ エネルギーの低減（易疲労性と活動性の減少）

うつの症状に共通して見られるのは：

- ・ 疲労感
- ・ 悲しみ
- ・ 集中力の欠如
- ・ 不安
- ・ 焦燥感
- ・ 睡眠の乱れ
- ・ 身体的愁訴

スクリーニング法として、総合的にうつ病の症状を得点化し診断な助けになる簡単な質問紙法（二質問紙法（付表参照）、ベック抑うつ質問票（付表参照）、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)がある。二質問紙法とベック抑うつ質問票によるうつ病のスクリーニングについての検討がなされているので、参考にされたい（付説明参照）。うつ病診断のカット・オフ値は、二質問紙法では2、ベック抑うつ質問票では10、HADSでは8点以上（11点以上では精神科医へ紹介すべき重症度）とされる。

医師は、これらの症状からうつ病の存在に敏感に気づき、自殺のリスクを評価しなければならない。うつ病による自殺のリスクの増大と関係する特殊な臨床的特徴は以下の通りである。

- ・ 不眠の持続
- ・ 自分への無関心
- ・ 重篤な病気（特にうつ病）
- ・ 記憶力の低下
- ・ 動揺
- ・ パニック障害

次の要因は、うつ病を持つ者の自殺のリスクを増大させる（3）：

- ・ 25歳以下の男性
- ・ 病気の初期段階
- ・ アルコールの乱飲
- ・ 双極性障害のうつ状態の時期
- ・ （躁 - うつ）混合状態
- ・ 躁病

うつ病は思春期と初老期の両方で自殺の重要な要因となるが、うつ病の発症が遅い者はより高いリスクを負う。

近年のうつ病治療の発展は、プライマリケアにおける自殺の予防に非常に価値がある。うつ病の見分け方と治療に関する一般開業医の教育が自殺を減少させたことがスウェーデンで確認されている。疫学データによると、抗うつ剤はうつ病者の自殺のリスクを減じる。十分な治療効果のある薬の服用は数ヶ月は継続されなければならない。初老期には、回復してから2年間は治療を続ける必要があるだろう。リチウム保持療法を通常受けている患者は自殺のリスクは低いということが分かっている。

◇ アルコール中毒

アルコール中毒（アルコール乱用とアルコール依存の両方）は特に若い自殺既遂者で頻繁に診断されている。自殺とアルコール中毒の間の相関には、生物学的、心理的、社会的説明がなされている。アルコール中毒患者の自殺のリスクの増加と関係するのは特に以下の要因である：

- ・ 早い時期からのアルコール中毒
- ・ 長い飲酒歴
- ・ 高レベルの依存性
- ・ 抑うつ気分
- ・ 身体的健康の乏しさ
- ・ 職務能力の乏しさ
- ・ 家族のアルコール中毒歴
- ・ 最近の主な対人関係の崩壊もしくは喪失

上記のように、うつ病とアルコール中毒が合併すると、自殺のリスクはかなり高くなる。

他にも次のような精神疾患が自殺と関連している

◇ 精神分裂病

発病早期あるいは再発の早期は特に自殺の危険性が高い。精神分裂病患者の早期の死因としては自殺が最も大きい。慢性化するにつれリスクは低下してゆく。

◇ 人格障害

自殺既遂をした若年者を対象とした最近の研究では、人格障害の有病率が高い（20～50%）ことが示されている。自殺とより頻繁に関係する人格障害は境界性人格障害と反社会性人格障害である。衝動性や攻撃性といった特定の心理的特徴もまた自殺と関連している。

◇ 不安障害

不安障害の中では、パニック障害が最も頻繁に自殺と関連し、続いて強迫性障害が関連する。身体表現性障害と摂食障害（神経性無食欲症と神経性大食症）もまた自殺行動と関連している。

■ 自殺と身体疾患

自殺のリスクは慢性的な身体疾患において増大する。加えて、身体疾患を持つ者では徐々に心理的障害、特にうつ病の率が增加する。慢性的で、身体障害があり予後が否定的である

場合に自殺と関連する。

◇ 神経学的疾患

てんかんは自殺の増加と関連する。その増加は、てんかんと関連する衝動性や攻撃性や慢性的な身体障害の増加による。

脊髄や脳の損傷もまた自殺のリスクを増加させる。最近の研究では、大きな身体障害や身体的損傷を引き起こす外傷を残すような発作後は特に、患者の19%が抑うつになるか自殺をしている。

◇ 新生物

自殺のリスクは、診断を受けたときと末期の病気の最初の2年間において最も高まり、進行性の悪性疾患であるケースにおいてリスクは増大する。痛みは重大な自殺の要因の一つとなる。

◇ HIV/AIDS

HIV感染とAIDSは若者における自殺のリスクを増大させ、高い自殺率を伴う。リスクは診断が確認された時と病気の初期段階で高まる。静脈注射による薬物試用者のリスクはさらに高まる。

◇ その他の病気

慢性の腎臓病、肝臓病、骨格や関節の障害、心臓病、胃腸の障害といった、その他の慢性の医学的病気も自殺を示唆する。運動機能の身体障害、失明、聴覚消失もまた自殺を引き起こす可能性がある。

近年では安楽死と尊厳死が医師に突きつけられる問題となっている。現在安楽死はほとんど全ての裁判で非合法であり、尊厳死は道徳、倫理、哲学的論争に巻き込まれている。

2. 臨床医のできる実際的な介入法

■ 自殺行動のハイリスク者の同定の仕方

——— 誰にどのように質問するか？ ———

これまで述べてきたように臨床的に有効な数多くの個人的、社会人口統計的因子が自殺と関連する。

- ・ 精神医学的障害（通常はうつ病、アルコール中毒、人格障害）
- ・ 身体的な病気（末期の、痛みを伴うもしくは消耗性の病気、AIDS）
- ・ 自殺企図歴
- ・ 自殺、アルコール中毒、その他の精神医学的障害の家族の既往歴
- ・ 離婚、死別、未婚
- ・ 独居（社会的に孤立した状態）
- ・ 失業もしくは退職
- ・ 児童期の両親との死別

もし患者が精神医学的治療を受けているのであれば、次の場合においてリスクが高まる：

- ・ 退院して間のない者
- ・ 自殺企図歴のある者

加えて、以下に挙げた生活上のストレスがここ最近あった場合、リスクが高まる：

- ・ 夫婦の別居
- ・ 肉親との死別
- ・ 家庭状況の混乱
- ・ 職業もしくは経済状況の変化
- ・ 重要な人からの拒絶
- ・ 罪を見咎められることへの恥と脅威

調査によって自殺のリスクを推測する様々な尺度はあるが、今にも自殺を犯すリスクのある者を見分けるには、良い臨床面接のほうが有効である。

医師は自殺行動と関連した様々な条件・状況に直面するだろう。最近死別したばかりで、うつ病の治療を受けており、独居し、自殺企図歴のある初老の男性や、前腕に数個の引っかき傷のある、ボーイフレンドと別れたばかりの若い女性などは、目立った例である。実際、ほとんどの患者はこれら2極の間にあり、あるカテゴリーから別のものへと変動する。

医師が、この患者は自殺する可能性があるとするもっともな証拠を得たとき、どのように処遇するかというジレンマに立たされる。自殺をする可能性のある患者は気詰まりだという医師もいる。そのような患者に直面したときは、自分のその気持ちに気づき、同僚や、できればメンタルヘルスの専門家に援助を求めることが重要である。リスクを無視したり、否定しないことが極めて重要である。

医師が処置する決断をした場合、たとえ診察室の外に他の患者が待っていたとしても、最初のステップとして必要なことはその患者に適切な時間を精神的に割くことである。早く理解しようとする態度を示しながら、医師は患者と肯定的なラポールを築くことから始める。面接の最初に「はい」や「いいえ」で答えられるような直接的な質問をするのはあまり有益ではない。「あなたはとても混乱しているようですね；そのことについてもっと詳しく教えてください」といった意見が有効である。共感を持って聞くことは、それ自体が自殺を導くような絶望のレベルを下げる主要なステップである。

誤った考え	事実
自殺についてしゃべる患者はめったに自殺をしない。	患者は通常、自殺を行なう前にいくつかの手がかりや信号を発している。脅迫もまた深刻に受け止められなければならない。
患者に自殺について聞くことは自殺行動を引き起こす。	自殺について聞くことは、しばしば感情を取り囲んでいる不安を減じることになる：患者は安心し、より理解されたと感じるだろう。

■ どのようにして聞くか？

患者に希死念慮について尋ねるのは容易ではない。話題の中で徐々に誘導することが有益である。有効な質問は以下の通りである：

1. 悲しみや無力感を感じますか？
2. 絶望感を感じますか？
3. 毎日が耐え難く感じますか？
4. 人生を重荷に感じますか？
5. 人生は生きる価値のないものだと感じますか？
6. 自殺したいというふうに感じますか？

■ いつ聞くか？

上に挙げた質問は、次のタイミングで聞くことが重要である：

- ・ 信頼できる医師—患者関係を築いた後で
- ・ 患者が自分自身の感情を表現することを心地よく感じているとき
- ・ 患者が自分のネガティブな感情を表現している過程の中で

■ 将来に関する質問

希死念慮の存在の確認ではプロセスはまだ終わっていない。希死念慮の頻度と深さ、そして自殺の可能性を推測するために将来に関する質問を続ける。ここで重要なのは、患者が自殺をする計画を何か立てているのかどうか、自殺をするための手段はあるのかどうか、について知ることである。もし患者が銃殺を計画しているが、銃の入手経路がないと述べた場合はリスクは低い。しかしながら、もし患者が方法を計画しており、手段も手に入れている場合（薬など）、もしくは用いようとする手段が簡単に入手可能な場合、自殺のリスクは高まる。多くのことを要求したり強制するのではなく、医師が患者と共感を示しながら暖かく質問することが必須である。次のような質問が含まれる：

- ・ 人生を終える計画を何かお持ちですか？
- ・ どのように計画されていますか？
- ・ （薬／銃／その他の手段）をお持ちですか？
- ・ いつするか決めていますか？

注意

- ・ 興奮した患者がいきなり静かになったとき、彼（彼女）は自殺をする決意をしており、したがって決断した後は冷静でいるのかもしれない。

自殺することに非常に深刻な緊張を持つ患者は、そのような考えを故意に否定するかもしれない。

* 必要に応じて、MINI「自殺の危険」を用いて、自殺危険性の程度を評価してください（資料7）。

■ 自殺をする可能性のある患者のマネジメント

———どう対応するか？———

もし患者が漠然とした自殺の考えで情動的に混乱していたら、医師は関心を示して患者がその考えや感情を口にする機会を与えることで十分である。やはり、患者の受けている社会的援助が不十分である場合は特に、その後も定期的に機会を与えるべきである。問題がなんであろうと、自殺の可能性のある患者の感情は通常、無力感、絶望感、抑うつ の 3 つ組である。よくみられる状態は以下の 3 つである：

1. 両価性

自殺の可能性のある患者のほとんどは最後の最後まで両価的である。生きたいという願いと死にたいという願いの間のシーソー的な対立がある。もしも、医師がその両価性を使って生きる願いを増大させれば、自殺のリスクは減じられるだろう。

2. 衝動性

自殺は衝動的な現象であり、衝動は本来一時的なものである。もし、衝動が起った時に援助が与えられたら、危機は和らげられるだろう。

3. 硬直性

自殺の可能性のある者は、自分の考え、気分、行動によって縛られており、彼らの論法は「どちらか／もしくは」によって両分化されている。医師は、自殺の可能性のある患者と死の代わりとすることの出来る可能性をいくつか探ることによって、理想的ではないとしても、他の選択肢もあるのだということを患者に優しく悟らせる。

■ 援助を求める

医師は利用できる援助体制を評価し、患者に協力的でありそうな親族、友人、知人、もしくはその他の人間を確認し、その人物に協力を求める。

■ 契約する

「自殺をしない」契約を結ぶことは自殺予防に有効なテクニックである。この契約を取り決めるときに患者に近いほかの人物を含むことも出来る。契約交渉をすることによって様々な関連のある問題の議論を進めることが出来る。ほとんどの例では患者は医師と交わした約束を尊重する。契約をすることは、患者が自分自身の行動をコントロールできるときにのみ適切である。

重篤な精神医学的障害や自殺の意志のない場合、医師は抗うつ剤を徐々に用いて薬物療法をしたり、心理（認知行動）療法を始め、調節することができる。ほとんどの人は契約を継続することによって利益を得る：これらは個人の必要性に合わせて構造化されなければならない。

障害のもととなるものへの治療とは別に、2~3ヶ月以上の援助を必要とする者もいる。援助の焦点は、希望を与え、自立を励まし、生活の中のストレスのもととなるものへ対処するための別の方法を学ぶように助けることにあてるべきである。

■ 精神科医への紹介の仕方

◇ 精神科医へ紹介するとき

患者が以下のような条件を満たす場合には精神科医に紹介するべきである。

- ・ 精神医学的障害
- ・ 自殺企図歴
- ・ 自殺歴やアルコール症や精神医学的疾患の既往歴を持つ家族
- ・ 身体的な不健康状態
- ・ 社会的援助の欠如

◇ 紹介の仕方

患者を紹介すると決めた後に医師がすべきこと

- ・ 委託する理由を患者に説明する時間をとる
- ・ 恥辱や薬物治療に関する精神的な不安を払拭する
- ・ 薬物療法、心理療法が効果的であることを明確にする
- ・ 委託が「放棄」を意味するものではないことを強調する
- ・ 精神科医との面会を調停する
- ・ 患者が精神科医の予約を取った後にも患者のための時間を取っておく