

- ・ 患者との関係が今後も続くことを保証する

◇ 入院させる必要のある患者

以下の徴候があればすぐに入院させる必要がある

- ・ 自殺の考えが頻発する
- ・ 差し迫った未来（数時間後もしくは数日後）に死のうとする強い意志がある
- ・ 興奮やパニックがある
- ・ 暴力的で即時的な方法を用いる計画がある

◇ 患者の入院のさせ方

- ・ 患者を一人にしない
- ・ 入院の調停
- ・ 救急車か警察による病院への輸送の調停
- ・ 関連当局や家族への報告

■ 自殺予防のステップのまとめ

医師が自殺のリスクを疑ったり確認した時に、患者の評価やマネジメントをするための主なステップを以下の表にまとめた。

自殺のリスク：確認、評価、行動の計画

自殺のリスク	徴候	評価	行動
0	悩んでいない	—	—
1	情動的に混乱している	自殺の考えに関して尋ねる	共感を持って聞く
2	漠然とした自殺の観念	自殺の考えに関して尋ねる	共感を持って聞く
3	漠然とした自殺の考え	意志を評価する (計画と方法)	可能性を探る 援助の確認
4	希死念慮、 しかし精神医学的障害はなし	意志を評価する (計画と方法)	可能性を探る 援助の確認
5	希死念慮と、 精神的障害、 もしくは深刻な生活上のストレス	意志を評価する (計画と方法) 契約を交わす	精神科医へ委託
6	希死念慮と、 精神医学的障害、 もしくは深刻な生活上のストレス、 もしくは興奮、 と自殺企図歴	患者と一緒にいる (自殺手段となるものへの接近の阻止)	入院させる

いのちの電話による「うつ病・うつ状態」 に対する介入手順

内容

1. うつ病・うつ状態の発見
2. 「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～
3. 研修方法への提案
4. おわりに

1. うつ病・うつ状態の発見

■ 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ます。

■ 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「リピート」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。

■ 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、自殺の危険度を評価する。

受容・共感・傾聴の態度を貫き、心情への「リピート」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。

■ 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。「リピート」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次のような質問でチェックする。そして「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。

(自殺の危険性を知るための質問の例)

- ・ 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?

■ 「うつ病・うつ状態」「自殺の危険あり」と判断された場合

「今お話しをお伺いしていて、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とのことです。」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がありません。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。

■ 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。

■ 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。

2. 「いのちの電話」への「うつ病」介入をめぐる ～問題点と導入時のポイント～

■ 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合い、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。

■ 情報提供への切り替え

上述し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ポートしていけば、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」といえども、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）」の部分切り離して働きかけることともいえる。

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。

■ 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も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－患者関係のやりとりに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、付表の 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。

3. 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。目的は一にしながら、その方法論の差異ともいえる。しかし、その中にある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、例えば精神疾患簡易構造化面接法（MINI）を基に作り、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のもよい。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、MINIに習熟し、結果として「うつ病・うつ状態」や「自殺の危険性」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るおそる」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襲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るだろう。

4. 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、それに答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・・・」と思いながらう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る、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。

付資料 二質問紙法

以下の質問にお答え下さい（当てはまる方に○をつけてください）。

1 この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。

A はい B いいえ

2 この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

A はい B いいえ

付資料 ベック抑うつ質問票(BDI)

下にはAからUまでの枠で囲まれた設問があります。
それぞれの設問で、あなたのここ1週間の状態にもっともあてはまる番号に○を1つ付けてください。

A	0 わたしは気分が沈んでいない。 1 気分が沈んでいる。 2 いつも気分が沈んで、悲しみから抜け出せない。 3 ひどくつらくて不幸なので大変苦痛である。 4 ひどくつらくて不幸なので、もう耐えられない。
B	0 将来について特別悲観も失望もしていない。 1 将来に対して失望的である。 2 将来に対する希望が何もない。 3 悲しみから開放される時はこないと思う。 4 将来に対する希望は全くなく、よくなることはないように思う。
C	0 自分のしてきた事に対して失敗だという感じはしない。 1 普通の人より失敗が多かったと思う。 2 今までに、価値ある事や意味ある事はほとんどしてこなかったように思う。 3 人生を振り返ってみると、失敗ばかりしてきたように思う。 4 私は人間として(親として、夫として、妻として)完全な落伍者だと思う。
D	0 今の生活にだいたい満足している。 1 ほとんどいつも退屈している感じだ。 2 以前のように物事に楽しみがもてない。 3 何事にも、もう満足感が得られない。 4 すべての事が不満である。

E	0 特に罪悪感を感じない。
---	---------------

	<ul style="list-style-type: none"> 1 私は自分が悪いとか値打ちのない人間だと思いがちだ。 2 ひどく罪悪感を感じる。 3 この頃いつも自分が悪いとか値打ちのない人間だと思う。 4 大変な悪人で値打ちのない人間のように思う。
F	<ul style="list-style-type: none"> 0 バチがあたりそうだと思うわない。 1 何か自分に悪いことが起こるような気がする。 2 私は何かバチがあたっているとか、あたりそうだと思う。 3 私は罰せられるに値する人間だと思う。 4 私を罰して欲しい。
G	<ul style="list-style-type: none"> 0 自分自身には失望していない。 1 自分自身に失望している。 2 自分が好きではない。 3 自分が嫌いだ。 4 自分を憎んでいる。
H	<ul style="list-style-type: none"> 0 自分の弱点やあやまちはある程度許せる。 1 自分の弱点やあやまちを許せない。 2 うまくいかない時はいつも自分を責める。 3 私はあやまちだらけの人間だと思う。

I	<ul style="list-style-type: none"> 0 自分を傷つけようとする気持ちはない。 1 自分を傷つきたい気持ちはあるが、実行しないだろう。
---	---

	<p>2 むしろ死んだ方がましだと思う。</p> <p>3 自殺しようとする計画を持っている。</p> <p>4 私が死んだ方が家族にとってはむしろよいだろうと思う。</p> <p>5 できさえすれば私は自殺してしまいたい。</p>
J	<p>0 ふだん以上に涙ぐむことはない。</p> <p>1 いつも涙ぐむ。</p> <p>2 この頃は泣いてばかりいて、泣きやめる事ができない。</p> <p>3 以前なら泣けていたことでも、この頃では泣けないほどつらい。</p>
K	<p>0 以前よりもいらいらしない。</p> <p>1 以前よりもいらいらしたり、悩みがちである。</p> <p>2 いつもいらいらしている。</p> <p>3 以前はいらだったことにさえ、この頃はいらだつこともできない。 (ほど悪い)</p>
L	<p>0 他人に対しての興味関心を失ってはいない。</p> <p>1 この頃は以前よりも他人に対する関心がうすれた。</p> <p>2 他人に対する関心をほとんど失ってしまって、他人に対する感情もわからない。</p> <p>3 他人に対して全く無関心になってしまい、人のことなどどうでもよい。</p>
M	<p>0 いつもと同じように決断できる。</p> <p>1 今までは自信がなくなって、決断を下すのを避けようとしている。</p> <p>2 自分一人では決断できない。</p> <p>3 自分で決断することは全くできない。</p>

N	<p>0 いつもの自分より見かけが変わったとは思わない。</p> <p>1 自分が老けたようにみえたり、魅力的でないことが心配になる。</p> <p>2 見かけが変わってしまって、魅力的な所がなくなってしまったと思う。</p>
---	---

	3 自分がみにくく人に不快な感情を与えていると思う
O	0 いつも同じように働ける。 1 何かしはじめるのに余分な努力がいる。 2 以前のように働けない。 3 何かしようとするためには大変な努力がいる。 4 全く働くことができない。
P	0 いつもの通りに眠れる。 1 以前よりも朝起きたときに疲れた感じがする。 2 いつもより1～2時間はやく眼がさめて、あと寝つけない。 3 毎朝早くから眼がさめて、5時間以上眠れない。
Q	0 いつもより疲れ過ぎることはない。 1 いつもより疲れやすい。 2 何かをするとすぐ疲れる。 3 何をするにも疲れやすく何もできない。
R	0 食欲はいつもと変わらない。 1 食欲がいつもよりおちた。 2 食欲がぐっとおちた。 3 食欲が全くない。
S	0 体重はほとんど変わらない。 1 2kg 以上やせた。 2 5kg 以上やせた。 3 7kg 以上やせた。

T	0 自分の健康について、いつも以上に心配することはない。 1 痛みとか、胃の不快感とか、便秘とか、その他の身体のことについていつも心配している。 2 身体の不快感が気がかりで、他の事が考えられないほどだ。 3 体のことばかり考えている。
---	---

- | | |
|---|-------------------|
| U | 0 性欲がいつもと変わらない。 |
| | 1 性欲が以前より減退した。 |
| | 2 性欲が以前よりずっと減退した。 |
| | 3 完全に性欲がなくなった。 |

付資料 二質問法とベック抑うつ評価票によるうつ病のスクリーニングについて
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。

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。

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。

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、精神科的介入がなされた。質問紙の有用性に関しては、未だ例数が少ないので、今後の課題と考えられる。

資料6 精神疾患簡易構造化面接法 (MINI)、自殺の危険

この1ヶ月に、あなたは：

はいの点数

- C1 死んだほうがよい、死んでいればよかったのに、と考えましたか？ いいえ はい
1
- C2 自分を傷つけたいと思いましたか？ いいえ はい
2
- C3 自殺について考えましたか？ いいえ はい
6
- C4 自殺の計画をしたことがありますか？ いいえ はい
10
- C5 自殺を試みたことがありましたか？ いいえ はい
10

今までの人生、あなたは：

- C6 自殺を試みたことがありますか？ いいえ はい
4

上記の質問のうち少なくとも1つが「はい」である場合、C1-C6の「はい」に○のついている点数を合計し、下記に従い、自殺の危険性を確定する。

いいえ	はい
自殺の危険 現在	
1-5点 低度	<input type="checkbox"/>
6-9点 中等度	<input type="checkbox"/>
≥10点 高度	<input type="checkbox"/>

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

主任研究者

神庭重信

分担研究者

粟田主一

井上雄一

尾崎紀夫

大野裕

角南譲

古川壽亮

本橋豊

協力

井口博登

大橋昌資

金子奈穂子

近藤直司

塩江邦彦

山田和男

謝辞

WHO 自殺予防マニュアル「一般開業医のためのマニュアル」を翻訳された岡山大学の川上憲人教授には、内容の一部引用を快くご許可くださり、感謝申し上げます。

また、Sheehan DV and Lecrubier Y 作成の精神疾患簡易構造化面接法 (MINI) は、大坪天平、宮岡等、上島国利らの日本語版によった。

研究班事務局

409-3898

山梨県中巨摩郡玉穂町下河東1110

山梨医科大学精神神経医学講座

担当：塩江邦彦

TEL: 055-273-9847

FAX: 055-273-6765

e-mail: kshioe@res.yamanashi-med.ac.jp