

平成14年度 厚生労働科学研究費補助金  
こころの健康科学研究事業

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

総括・分担研究報告書

主任研究者 神庭 重信

山梨大学医学部精神神経医学講座 教授

# 目次

## 総括研究報告書

- 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…………… 1  
主任研究者 神庭重信 山梨大学大学院 教授 (精神医学)

## 分担研究報告書

- 保健師のための自殺予防マニュアル作成…………… 8  
分担研究者 大野裕 慶應義塾大学保健管理センター 教授 (精神医学)

- 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の開発  
—都市部在住高齢者の自殺念慮, 抑うつ症状, うつ病性障害の出現頻度と関連要因—  
分担研究者 栗田圭一 東北大学大学院 助教授 (精神医学) …………… 17

- 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の開発  
—小規模自治体における事業モデルの提案— …………… 26  
分担研究者 栗田圭一 東北大学大学院 助教授 (精神医学)

- 自殺高率県における一次予防を重視した目標志向型自殺予防対策に関する研究…… 34  
分担研究者 本橋 豊 秋田大学医学部 教授 (公衆衛生学)

- 高齢者施設における抑うつと自殺に関する調査及び介入に関する研究…………… 46  
分担研究者 角南 譲 八雲病院理事長

- 日本語版 Beck Depression Inventory II (BDI-II)の標準化…………… 53  
分担研究者 古川壽亮 名古屋市立大学大学院 教授 (精神医学)

- うつ病評価方法として二質問法(TQ)およびBDI、SIGH-Dの検証…………… 56  
分担研究者 尾崎紀夫 藤田保健衛生大学・医学部・精神医学

## 別添資料

- 保健師用マニュアル  
プライマリーケア医師用マニュアル  
いのちの電話用マニュアル

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

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

主任研究者 神庭重信 山梨大学大学院 教授（精神医学）  
分担研究者 大野裕 慶應義塾大学 教授（精神医学）  
粟田主一 東北大学大学院 助教授（精神医学）  
本橋豊 秋田大学医学部 教授（公衆衛生学）  
角南譲 八雲病院 理事長（精神医学）  
尾崎紀夫 藤田保健衛生大学 教授（精神医学）  
古川壽亮 名古屋市立大学大学院 教授（精神医学）

研究要旨

地域の自殺予防の成果を上げるためには、地域の保健所や市町村が協力してうつ状態のスクリーニングを実施し、地域における自殺予備軍を把握するとともに、医療機関への受診勧奨や保健指導等適切な支援を行う必要がある。また、こころの健康づくりに関する普及啓発を行い、地域住民のうつ病やこころの健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体のこころの健康づくりに対する気運を高めることも大切である。

大野と粟田は、それぞれ青森県と宮城県において実際に地域介入と取り組み、小規模自治体と中規模自治体での介入の問題と解決方法を探り、包括的介入方法を検討した。なおすでに、保健師向けのマニュアル（試案）を作成し、実地にて使用しさらに改訂を進める予定にしている。

本橋は、本研究の目的は、秋田県の自殺高率地域の高齢者住民を対象に抑うつ度、家族関係のストレス、ストレス対処行動、自殺に対する意識などの質問紙票を実施し、自殺高率地域住民のメンタルヘルスの現状を明らかにし、一次予防を重視した自殺予防対策の効果的政策の立案に役立てることを試みた。

角南は、「いのちの電話」のためのうつ病スクリーニングと介入のマニュアルを作成した。さらに施設利用中の高齢者における抑うつ・希死念慮を調査し、専門的援助を必要とする事例が存在すること、なかでも身体化した事例やそれに伴う訴え、心氣的傾向が強く全面に表現されることを明らかにし、利用者のみならず、一番身近にいる施設職員への心理教育プログラムが有効であることを示した。

尾崎と古川は、うつ病の簡易スクリーニング法とうつ病の症状評価尺度（二質問票、Beckうつ病評価尺度、Sigh-Dハミルトンうつ病評価尺度）についての信頼性・妥当性の検討を行った。これらのツールは、地域介入において今後活用されるものである。

神庭を中心に班として、プライマリーケア医師のためのうつ病の早期発見と介入に関するマニュアル（試案）を作成した。これは実地にて使用し、さらに改訂すべきものである。

## A. 研究目的

近年、わが国においては、自殺者数の増加が社会問題となっているが、これまでの研究から自殺者の多くがうつ病（大うつ病性障害）に罹患していることが明らかになっている。未治療のうつ病患者の自殺率は15%にのぼるとされており、うつ病患者の早期発見・早期治療が、直接に自殺者数の減少につながると考えられる。厚生省の患者調査によれば、わが国でもうつ病の受療率が大幅に増加していることが示されているものの、受診していないうつ病患者も多いと推定されている。それゆえ、自殺率を低下させるためには、国民全般に対するうつ病の啓発（一次予防）とうつ病の早期発見と介入的援助（二次予防）を徹底させることがきわめて重要であると考えられる。

うつ病の一次予防や二次予防を国民全般に広めることを目的として、申請者らは、①精神科医療機関を受診していないうつ病患者に対する簡便かつ確実なスクリーニング法の開発、②うつ病の一次予防や二次予防を行うための行政と医療のネットワークづくりを二本の柱とし、これらを有機的に結び付ける組織的研究を行うために、研究班を組織する。

うつ病患者をスクリーニングする機会としては、プライマリーケア医による発見、保健婦による発見、患者本人による“いの

ちの電話”などへの相談、家族や友人などによる病院や行政機関への相談などが考えられる。しかし、うつ病患者を発見もしくは相談を受ける対象が、医師、保健婦、一般ボランティアなどと異なるため、それぞれの職種にとって最も有効なスクリーニング法の選定が必要になると考えられる。

また、うつ病の一次予防には、国民に対するメンタルヘルスに関する啓発活動が必要であるが、方法としては、新聞やTVなどのマスメディアによるもの、市民講座の開催などによるもの、インターネットを用いたものなどが考えられる。同様に、二次予防に関しても、市町村単位での介入的援助による患者の発見、集団検診などにおける患者の発見、プライマリーケア医による発見などが考えられる。

以上を有機的に結び付けることにより、もっとも効率よく未治療のうつ病を発見し・治療し、うつ病による自殺を予防するシステムを構築することが、本研究班の目標である。

### 期待される結果

研究申請時と変更はない。当研究で開発された一次予防を普及させること、ならびにうつ病の早期発見と自殺の予防システムを、全国規模で行政施策として実行することにより、わが国における自殺死亡者が減少することである。

## B. 研究方法

研究は3カ年計画で、平成14年度は2年目にあたる。平成14年には、上記項目9に記載した第1年度の結果を踏まえて、以下①と②の2系統の研究を並行して進め

る。

①うつ病の早期発見スクリーニング手段と介入法をマニュアル化する研究

②モデル地域として、全国4箇所の地域において実際に地域介入を試行し、地域介

入の問題点を洗い出し、より効果的なうつ病の早期発見と自殺の包括的な予防対策を考案する研究

第3年度は、第1および2年度で得られた2系統の研究で得られた成果を統合して「うつ病の早期発見と自殺予防」のためのマニュアルを作成する。またそのマニュアルを、行政事業として、全国規模で使用することを目標とし、地元精神保健福祉センター、保健所、「いのちの電話」、医師会とも協調しながら活動を推進して行く。また、全年度を通じて、保健婦、「いのちの電話」の関係者、プライマリーケア医師を対象として、“うつ病と自殺”をテーマとしたシンポジウムを開催する。また、マスメディアやインターネットを利用した、一般市民に対するうつ病と自殺に関する啓発普及法の開発をめざす。

以上のように、精神科医療機関を受診していないうつ病患者に対する簡便かつ確実なスクリーニング法の開発と、うつ病の一次予防や二次予防を行うための行政と医療のネットワークづくりを二本の柱として研究をすすめてゆく予定であるが、お互いのテーマが可能な限り相互に関連しあい、有機的なつながりをもつようにする。以下に具体的な計画を列挙する。

①-a) 第1年度では、うつ病患者のスクリーニング手段として、Beck Depression Inventoryの日本語版を作成し、その有効性を地域住民、大学病院精神科外来患者、身体疾患患者で検討を加えてきた。さらに結果を集積し解析を加え、実用性を吟味していく。とりわけ、市町村単位での介入的援助のような、多人数に対して用いることが可能な簡便なスクリーニング法としての検

討を重視する。また在宅高齢者におけるうつ病のスクリーニング法としての適否を検討する。

①-b) 自殺の可能性が強いうつ病患者のスクリーニング法の開発

本計画は第1年度に十分遂行できなかった計画である。自殺の可能性が強いうつ病患者の特性を見い出すことを目標とする。本年度は、自殺未遂歴のあるうつ病患者の特性を後ろ向きに調査・検討する。

②-a) 一般国民に対するメンタルヘルスの向上に関する教育（一次予防）

第1年度には山梨県において公開講座を実施した。その経験を踏まえて、第2年度は、現在知られている啓発活動の中から、最も効率がよいものを比較・検討する。

②-b) インターネットを用いたうつ病に関する情報の提供（一次予防）と双方向システムによるうつ病患者の発見（二次予防）

本計画は一年目に十分遂行できなかった計画である。本年度には、IT時代の到来をふまえて、インターネットを用いたうつ病の予防システムを構築する。本年度は、うつ病に関する情報を提供するためのホームページの立ち上げを行う。

②-c) スクリーニング法を用いた市町村単位での介入的援助（二次予防）

うつ病のスクリーニング法を用いた市町村単位での介入的援助による患者の発見の可能性を検討する。第2年度は、青森県、秋田県、宮城県、島根県、山梨県内の自治体をフィールドとして、異なったスクリーニング法を用いた介入的援助を行い、有用性を比較・検討する。

全年度) うつ病と自殺に関する市民講座の開催（一次予防）

一般国民に対するメンタルヘルスの向上に関する啓発活動の一環として、また以上の研究結果を広く国民に知らせる目的で、1年に1回の割合で公開講座、教育セミナーを開催する。講座の内容は、保健婦、「いのちの電話」などの関係者にも有益なものとする。

## C. 研究結果

### ①青森県での取り組み

青森県名川町保健福祉課および鹿児島県伊集院保健所が、うつスクリーニングに取り組んだ結果として、次のような成果が報告された。

1) うつ傾向の強い住民を、基本健康診査の中で気づくことができ、受診の必要な者に対しては医療機関受診を勧奨することができる。当初は健診受診者にはうつ傾向のある住民は少ないのではと思われていたが、先行地域の高齢者を対象とした悉皆調査の結果よりわずかに低い陽性率であり、導入の意義はあると考えられた。

2) 1次スクリーニング陽性者の中には、家族を介護しているものが多く含まれており、介護負担はこころの健康への影響が大きく、要介護者を含めた介護家族のこころの健康に関するサポートの必要性を再確認できる。

3) 基本健康診査において、「こころの健康度自己評価票」による問診や問診の前段で「うつ病」や「こころの健康づくり」について健康教育を実施することにより、一般住民がうつ病やこころの健康づくりについて関心を持つ機会となる。また、こころの健康について市町村や保健所に相談できるという認識が深まる。

名川町では、以前はうつ病についての相談はほとんどありませんでしたが今では、少しずつ相談件数も増えてきた。また、健康教室で講話を聞いていた町民から「自分はうつ病ではないか」と思い、保健師に相談、病院受診につながったケースもみられた。

4) 市町村と保健所が協働して取り組むことにより、住民へのフォローの面で連携しやすくなる。また、住民にとっては、相談カ所の選択肢が広がるというメリットがある（身近すぎる市町に言えないことは保健所に相談、こころの健康に関する相談は親しみやすい市町村に相談など）。

5) 保健所保健師及び市町村保健師、健診に従事する看護師、事務職等健診に従事するスタッフの他、所管する市町の住民課、保健衛生課など事務系係長・課長等のスタッフに対しても、うつ病やこころの健康に対する意識の向上を図ることができる。

ちなみに徳之島保健所が中心となって実施しました「自殺予防に取り組む体制整備」に関する調査の結果、先駆的にうつスクリーニングに取り組んだ保健所、市町村職員は、スクリーニングの取り組み後、うつ病やこころの健康に対する意識が向上しているという結果が得られている。

6) 受診者の中には、うつ傾向があり、不眠を訴えている住民もいるが、内科等で抗不安薬だけによる治療がなされ、抗うつ薬の投与事例が少ないということにも気づかされた。このことは、一般診療科におけるうつ病の診療の重要性と専門医との連携の必要性について検討し、医師会とも協同でとりくんでいくことを説明できる材料にもなる。

## ②宮城県での取り組み

2002年4月～2003年3月までに、宮城県N町で実施された高齢期抑うつ状態の早期発見・早期介入と自殺予防を目的とする地域介入プログラムの実績をまとめた。問題点と対策に関する考察を踏まえ、小規模自治体において、現存する保健福祉医療資源の中で始動可能な、①啓発事業、②スクリーニング事業、③こころの健康相談事業によって構成されるプログラム・パッケージの事業化を提案した。

大都市内の特定住宅地区に在住する70歳以上高齢者を対象に、a)自殺念慮、抑うつ症状、うつ病性障害の出現頻度を調査し、b)社会人口統計学的要因や種々の健康リスク関連要因を考慮した上で、抑うつ症状、うつ病性障害が自殺念慮のリスク増大に及ぼす影響を明らかにし、c)農村部の小規模自治体で開発された事業モデルを都市部で運用することの妥当性と、プログラムを始動するにあたっての条件を考案した。その結果、(1)都市部の大規模住宅地域に在住する70歳以上高齢者において、死についての反復思考が38.3%、自殺念慮が4.4%、GDS11点以上および14点以上をカットオフ値とする抑うつ症状が32.9%、19.6%、大うつ病が1.8%、小うつ病が4.1%に認められ、(2)地域在住一般高齢者において抑うつ症状は自殺念慮の強力な予測因子であり、抑うつ症状を有する高齢者においてうつ病性障害と不安症状は自殺念慮の重要な予測因子であることが明らかになった。抑うつ症状をスクリーニングした上で、自殺念慮とともに、大うつ病を含む精神障害を注意深く評価するスクリーニング・プログラムは都市部においても妥当である。しかし、高齢者

人口の絶対数に対して保健福祉資源が相対的に不足している都市部では、介入プログラムの始動にあたって、訪問指導を目的とする自治体保健看護専門職員の増員、ボランティアの育成、地域生活支援センターの開発、訪問看護ステーションの利用等の対策を考慮する必要がある。

## ④自殺高率地域におけるメンタルヘルスの状況調査

本研究の目的は、秋田県の自殺高率地域の高齢者住民を対象に抑うつ度、家族関係のストレス、ストレス対処行動、自殺に対する意識などの質問紙票を実施し、自殺高率地域住民のメンタルヘルスの現状を明らかにし、一次予防を重視した自殺予防対策の効果的政策の立案に役立てることである(本橋による分担研究者報告を参照)。秋田県中仙町の65歳以上の住民を対象に実施した。うつ病尺度得点(SDS得点)で50点以上のうつ病傾向を有する者は14.4%であった。さらにSDS得点が60点以上のハイリスク者は1.9%であった。SDS得点を従属変数とし、家族関係のストレス、ストレス対処行動、医療機関への近接性、医師患者関係、自殺に対する意識等を独立変数としてロジスティック回帰分析を行い、「自覚的な精神健康度の悪さ」、「生活の中で寂しさを感じる」、「1ヶ月間に自分を傷つけたいと思った」、「いままでの人生で死にたいと考えた」、「困難に直面したときに他人に当り散らした」、「同居家族に心配事を聞いてくれる人がいない」、「自覚的な身体健康度の悪さ」、「困難に直面したときに誤りを認めて、謝らない」、「困難に直面したときに援助を受けられる人を捜さない」、「家族のこ

とでイライラすることがある」の10項目が自殺リスクを高める可能性がある要因として選択された。これらは平成13年度に秋田県合川町で行った調査とほぼ同様の結果であった。また、地理情報システム(GIS)を用いて地区ごとにうつ病尺度得点高値の者の出現頻度と関連する要因の地理的分布を地図上で分析し、地区によって集団としての抑うつ度が高い地区と低い地区があることが明らかになった。本研究により明らかにされたうつ病に関連する要因とそれらの地区毎の特徴は目標志向型の地域自殺予防対策に有用であると考えられた。

#### ④高齢者施設を利用している高齢者のうつ病調査

角南は、高齢者施設を利用している高齢者に対し、「抑うつ」や「希死念慮」についての実態調査を実施し、併せて施設職員に「うつ病・うつ状態」のポイントをレクチャーすることとした(角南による分担報告を参照)。実態を把握するとともに、その実情に併せて施設利用者の「うつ病・うつ状態」の早期発見、治療介入を達成することを目的とした。その結果、施設利用中の高齢者における抑うつ・希死念慮を調査し、専門的援助を必要とする事例が存在すること、なかでも身体化した事例やそれに伴う訴え、心氣的傾向が強く全面に表現されることを明らかにし、利用者のみならず、一番身近にいる施設職員への心理教育プログラムが有効であることが示唆された。

#### ⑤評価尺度の検討について

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の第2版(BDI-II)の、重症度および重症度変化への鋭敏さを検討し、尺度解釈の標準化を行った(古川による分担報告書を参照)。BDI-IIは、重症度にも重症度の変化にも鋭敏で、DSM-IVの大うつ病の重症度の特定用語(重症/中等症/軽症/寛解)ごとに約10点ずつの差があった。また、BDI-IIは変化にも鋭敏で、臨床的に重要な最小の変化には、5点に対応した。

自殺の危険因子であるうつ病を早期に発見し、早期介入するための簡易診断ツールとして、質問紙法である二質問法(TQ)および Beck Depression Inventory (BDI)の有用性に関する検討を行った。職域での例数を増やし検討し、その有用性とTQ, BDIによる介入について報告した(尾崎による分担報告書を参照)。またうつ病評価の gold standard である構造化うつ病評価尺度(SIGH-D)の日本語版の信頼性を検証し、さらにBDIとの相関が高いとの結果も得た。さらに、身体疾患患者として腎不全患者、心不全、ペインクリニック患者を対象とした検討を行っている。

#### ⑥うつ病の早期発見と介入マニュアル(試案)の作成(添付資料)

- 1) プライマリーケア医師向け
- 2) 保健師向け
- 3) いのちの電話向け

#### D. 考察と今後の方針

今後は、第1および2年度で得られた2系統の研究で得られた成果を統合して「うつ病の早期発見と自殺予防」のためのマニユ



アルを作成する。またそのマニュアルを、行政事業として、全国規模で使用することを目標とし、地元精神保健福祉センター、保健所、「いのちの電話」、医師会とも協調しながら活動を推進して行く。また、全年度を通じて、保健婦、「いのちの電話」の関係者、プライマリーケア医師を対象として、“うつ病と自殺”をテーマとしたシンポジ

ウムを開催する。また、マスメディアやインターネットを利用した、一般市民に対するうつ病と自殺に関する啓発普及法の開発をめざす。

#### E. 知的財産権の出願・登録状況

無し、

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

保健師のための自殺予防マニュアル作成

分担研究者 慶應義塾大学保健管理センター 大野裕

研究協力者

(財)労働科学研究所 田中江里子  
大妻女子大学人間関係学部 坂本真士  
名川町保健福祉課 豊川恵子  
鹿児島県保健福祉部 中村健二  
鹿児島県伊集院保健所 宇田英典

研究要旨：自殺率が全国平均より高い青森県名川町で平成11年度から、うつ病による自殺を予防するための実践的介入プログラムを作成する活動を行ってきたが、本年度はその成果を元に、保健師が地域介入活動をする際に利用可能なマニュアルの作成を行い、それを青森県名川町と鹿児島県伊集院保健所で試用し、とくにスクリーニングの実際に焦点を当てながら、一般に使用可能な保健師用のマニュアルを作成した。

A. はじめに

わが国では、平成9から10年にかけて、年間の自殺者が2万3千人から3万1千人へと急増し、その後も3万人台の自殺者が続いている。これはとくに、50歳代の男性の自殺が急増したためであるが、高齢者の自殺率も高いままに推移している。従来から、わが国では高齢者の自殺率が高いことが指摘されてきており、加齢とともに上昇して75歳以上で高率となることが知られている。

わが国の高齢者の自殺率は諸外国と比較しても高く、都市部に比べて農村部で高くなっている。男女比に関しては、他国と同様に女性よりも男性に高い傾向が認められるが、わが国では女性の自殺率が高いため

に男女差が比較的小さくなっている。また、高齢者の自殺では予告徴候があまり認められず、自殺行動が既遂となる割合が非常に高いことが知られている。全年齢を通じた自殺未遂者と既遂者の割合が約10対1、未成年者で100～200対1であるのに対して、高齢者では4対1と高くなっている。

高齢者の自殺の動機としては病苦が一貫して多く、警察庁の統計では6割以上を占め、家庭問題やアルコール症・精神障害がそれに続いている。しかし、その背景には家族問題が存在していることが少なくない。高齢者は自殺直前に一般医を受診する傾向が強いことなどが挙げられている。欧米における調査でも、高齢自殺者の70%以上

が自殺の1ヶ月以内に一般医を受診していることが明らかにされているが、適切な精神医学的治療が施されていないことも報告されている。

こうした状況の中で、我々は、自殺率が全国平均より高い青森県名川町で平成11年度から、うつ病による自殺を予防するための実践的介入プログラムを作成する活動を行ってきているが、本年度はその成果を元に、保健師が地域介入活動をする際に利用可能なマニュアル(案1)の作成を行い、それを青森県名川町と鹿児島県伊集院保健所で試用し、とくにスクリーニングの実際に焦点を当てながら、一般に使用可能な保健師用のマニュアル(案2、資料1)を作成した。

## B. スクリーニングの実際

### a) スクリーニングの意義

地域の自殺予防の成果を上げるためには、地域の保健所や市町村が協力してうつ状態のスクリーニングを実施し、地域における自殺予備軍を把握するとともに、医療機関への受診勧奨や保健指導等適切な支援を行う必要がある。また、こころの健康づくりに関する普及啓発を行い、地域住民のうつ病やこころの健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体のこころの健康づくりに対する気運を高めることも大切である。

我々が作成したスクリーニング質問紙は、①町の住民を対象とした定期健康診断などに組み込む、②保健師や民生委員、保健推進委員の訪問時に利用する、③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)、などさまざまな場面で活用することを想定してい

るが、それ以外の場面でも活用は可能である。

ちなみに、伊集院保健所と管内2市町は基本健康診査にスクリーニング質問紙を組み込んで使用している。当初は、健診受診者は比較的元気な人たちが多くうつ傾向のある住民は少ないのではないかという疑問も出されたが、1次スクリーニングの陽性率約8%が得られ、基本健診にスクリーニング質問紙を取り入れることは意義があると考えられる。

### b) 地域におけるスクリーニングの実際

#### 1) 事前の準備

まず、スクリーニングの実施にあたっては、保健所は、基本健康診査に従事する保健師、看護師・事務職等を対象にうつスクリーニング説明会を実施する。このことは、健診に従事するスタッフに、うつスクリーニングやこころの健康づくり対策の必要性・重要性についての理解を深めてもらい、スタッフ側のこころの健康づくりに対する気運を高めることにもなる。

伊集院保健所においては、実際場面では、こころの問診を保健所保健師と看護師(雇い上げ)が担当しましたが、市町村が担当するからだの問診時、市町村保健師と看護師(雇い上げ)が、こころの健康の視点をもって受診者を観察するといった問診につながる。

そのようなことから、健診従事者を対象とした事前の説明会・研修会は非常に重要である。

#### 2) 1次スクリーニング質問票「こころの健康度自己評価票」の配布

1次スクリーニング質問票の配布につい

ては、基本健康診査の健診票と同封して事前に受診者に配布しておく。受診者がこころの健診について、特別なものではなくからだの健診と同様に受診するものだという意識が生まれやすいと思われる。

#### 【一次スクリーニング質問票】

一次スクリーニング質問票は8項目で構成されている。

問1～5：うつ病の有無

問6～7：自殺念慮の有無連

問8：ライフイベントに関連

伊集院保健所では、基本健康診査で活用することから、8項目にその他の項目（氏名・住所・受診希望の有無・保健サービス希望の有無等）を追加してさらに情報の精度を高めることも可能である。

#### 3) 受診者への説明

基本健診当日、たいていは市町村の保健師が基本健康診査の流れについて対象者に説明するが、同時に精神面への問診について十分な説明を行うことが大切である。精神面への問診について、受診者の中には抵抗感を持ったり、精神科の診察や脳波の検査をしたり、かなり時間がかかり健診終了時間が遅くなるといったような勘違いする住民もいるので慎重に行う必要がある。問診の際にプライバシーについてじゅうぶんに配慮することが大切である。

ちなみに伊集院保健所では、1次スクリーニングを「受診しない」者も約2割程度おり、その理由として「健康、元気だから」と答えた住民がほとんどであった。こうした場合、実際に元気な場合もあるが、関心が低いことやなじみがうすいことから、警

戒心を持っている場合も想定され、精神面の健診も身体面の健診と同様に、重要であるということを住民に普及することが大切である。

#### 【説明のポイント】

以下に、説明のポイントを挙げる。

\*今回の基本健診は、からだの健診と一緒にこころの問診を行う。

\*からだとこころの健康は非常に密接に結びついており、こころの問診を受けることは重要である。

\*こころの問診は非常に簡単で、事前に配布されている8項目も質問に“はい”“いいえ”で答えるだけである。多くの時間はかからず健診終了時間が遅くなるということはない。

\*専門（精神科・心療内科）の医師の診察や脳波などの検査をするということではなく、保健師・看護師による聞き取りの問診である。

\*個別に相談のある場合は、こころの健康相談コーナーで相談に対応する。

#### 4) 1次スクリーニング

図\*は、前述したスクリーニング質問紙をもとに作成したうつ病および自殺念慮のスクリーニングの手順を示したものである。最初に施行する1次スクリーニングは、8問で構成されている。このうち、問1から問5までは前項で説明した抑うつ症状の有無を自殺念慮の有無を判断する目的の質問であり、2項目が2週間以上続いている場合には危険性があると判断する。

通常はこの5項目だけでもじゅうぶんであるが、自殺念慮のスクリーニングに力を

入れたい場合には問6および問7を含める。この2項目に関しては、1項目だけでも認めた場合には危険性が高いと判断して、すぐに医療機関の受診を勧めるようにする。

また、自殺にはライフイベントが影響していることが多いことから、何らかのライフイベントが存在しているかどうかを問8で質問するようになっている。ちなみに、これまで内外で行われた研究からは、①死にたいと言っているとき、②配偶者や家族が死亡した後、③親族や近隣の人が自殺した後、そして④医療機関から退院した後には自殺の危険性が高まるとされており、こうした回答が得られた場合には危険性があると考えて早めに介入するようにする。

なお、このスクリーニングは、①町の住民を対象とした定期健康診断などに組み込む、②保健師や民生委員、保健推進委員の訪問時に利用する、③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）、などさまざまな場面で活用することを想定しているが、それ以外の場面でも活用は可能である。また、このままの形で使うのではなく、地域差や社会文化的要因を考慮に入れながら、文章や構成を柔軟に改変することも必要である。

可能であれば身体面の問診項目の中に、精神面の問診8項目を組み入れた問診票を使用し、「からだところの問診コーナー」を設定する方法が望ましい。

伊集院保健所では、健診会場にからだの問診コーナーとは別に、「ところの問診コーナー」を設けた。健診の流れとしては、からだの問診（市町村保健師・看護師担当）後、受診者はところの問診を受ける受けな

いにかかわらず、「ところの問診コーナー」を必ず通るようにする。

このとき「受診しない」者に対して、保健所保健師（看護師）が再度ところの問診について説明を加え、精神面の問診を受けることを促す。この方法で、当初「受診しない」と記入していた者もかなりの数「受診する」となる。伊集院保健所では、この方法でところの問診受診率が77.8%となった。

#### 【一次スクリーニング問診のポイント】

以下に、一次スクリーニング問診のポイントを挙げる。

\*受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」は重要である。抑うつ症状がないかよく観察する。

\*表情が暗い、受け答えが鈍い、うつりが悪い等保健師（看護師）の勘を大切にする。受診者のそのような様子を感じたら丁寧に問診を取るようにした方がよい。

\*「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味する。受診者の中には、「ここ数年」の様子について回答している住民もいますので注意する。

\*高齢者の場合、「設問5 わけもなく疲れた感じがしますか。」の設問に「はい」と答えがちである。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認する。

\*事前に問診票は配布されており、基本的には受診者が既に記入しているので、その場合陽性項目がないかどうかを確認する。

\*未記入の場合は、受診者に1問ずつ質問し、「はい」「いいえ」を確認する。比較的若い年齢の方の場合は、その場で記入してもらっても良い。60歳後半以降の年齢の

受診者に対しては保健師が聞き取る方が早いことが多い。

\*はじめは、保健師・看護師の間診技術が未熟であるため、陽性者が多くなりがちである。問診の経験を重ねることが大切である。

\*受診者が、家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等あれば陽性になる確率は高いため、事前にそのような情報を把握しているときも丁寧な問診が必要である。

\*結果については、陰性者の場合、「問診の結果、〇〇さんのこころの状態は良好でした、これからもこころの健康づくりに努めて下さい」等声かけする。

\*1次スクリーニングの結果が陽性の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少しこころが疲れているようです。後ほど、もう少し詳しくお話ききたいのですが、お時間を取っていただけませんか？」等説明し、2次スクリーニングを健診の最後に会場で面接により実施するか、あるいは後日家庭訪問させてもらうか約束する。

家庭訪問の場合、その場で日程調整する方が良い。健診終了後、電話等で家庭訪問の約束のための連絡をしても断られる場合が多いようである。また、結果報告会の時も2次スクリーニング実施できる機会になるので、できるだけ2次スクリーニングが実施できるように陽性者に働きかける。

## 5) 2次スクリーニング

1次スクリーニングで危険性があると判断された高齢者には、保健師が直接面接して抑うつ症状の有無を判断する。我々はDSM-IVの大うつ病性障害の診断基準に

そって質問する形にして、保健師が参考にできるように表\*に示した質問文と症状を解説したマニュアルを作成した。

面接を用いる2次スクリーニングでは、抑うつ症状に加えて、不安症状とアルコール乱用の可能性、および生活への支障を評価して、最終的に全体を判断して医療機関への受診を勧めることになる。ここで、不安やアルコール依存を評価するのは、うつ病に不安症状やアルコール依存が併存している場合に自殺の危険が高まることが報告されているからである。

その判断基準であるが、大うつ病性障害の診断基準を満たさない小うつ病性障害でも自殺の危険性が高まるとされていることから、閾値を低く設定して医療機関の受診を勧めるようにしている。

なお、抑うつ症状が存在していても軽度ですぐに介入する必要がないと判断された場合でも、保健師が定期的に訪問して本人や家族と話をするようにする。そのとき同時に、地域の民生委員や保険協力員にも様子を聞くようにすると良い。訪問の頻度は人によって異なるが、心配なときには月に1、2回声をかけるようにする。その場合に何を話すかであるが、その内容はとくに決めずに、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尋ねるようにする。

また、地域住民が精神的な問題を相談することに対して躊躇する可能性を考慮して、相談室の設置場所の選定を慎重に行うとともに、そうした相談窓口の存在を地域に伝えるようにすることが望ましい。

2次スクリーニングに要する時間は、人によってかなり異なり、15分で終わる場合も、2時間以上かかる場合もある。

健診の最後に会場で、2次スクリーニングを実施する場合、2次スクリーニング実施場所は、プライバシーが確保されるような個室あるいは仕切られた場所が望ましい。2次スクリーニング対象者が、他の受診者の目を気にせずゆっくり落ち着いて話ができるからである。

2次スクリーニングは、単なるスクリーニングと考えず、保健師と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえるようにする。

実際に、2次スクリーニングの面接の結果、保健師との信頼関係ができ、精神科受診に結びつくケースや面接だけでうつ症状が軽減したケースもある。

2次スクリーニングを実施する場合、必ず丁寧に資料に目を通しておくことが必要である。また、1次スクリーニング技術と同様に、2次スクリーニングも経験を重ねることが大切である。

## 6) 健康教育

基本健康診査にうつスクリーニングを実施する場合、健診会場や結果報告会において、うつ病やこころの健康づくりについての健康教育を実施するとよい。

うつスクリーニングを実施する目的は、地域における自殺予備軍を把握するとともに、医療機関への受診勧奨や保健指導等適切な支援を行うこと、そして、同時にこころの健康づくりに関する普及啓発を行い、地域住民のうつ病やこころの健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体のこころの健康づくりに対する気運を高めることが大きな目的である。

パンフレットやポスター等を使って、健

診の待ち時間や合間、結果報告会において保健師による健康教育を行う。

伊集院保健所では、保健所保健師が健診会場と結果報告会において健康教育を行ったが、基本健診は市町村が実施主体であるため、市町村保健師が健康教育のスキルを身につけるよう保健所がバックアップし、将来的には市町村保健師が健康教育を行うことが望ましい。

## 7) 結果報告

精神面の問診も結果は、後日、からだの健診結果と同時に、結果報告会においてあるいは郵送にて紙面で「こころの健康度自己評価票の結果のお知らせ」を受診者に報告する。健診後の事務量を考慮すると1次スクリーニング陰性者には、こころの問診を取ったその場で、口頭で報告し、陽性者のみ紙面で報告するといった方法でもよいであろう。

結果報告会において2次スクリーニング陽性者（医療機関への受診を勧めるケース）に対して医療機関受診を勧める場合は、慎重に勧める。よほどの緊急（自殺や死を考えている）を要しない場合は、保健師と受診者の十分な信頼関係ができてからでも専門科への医療機関受診を勧めるのは遅くない。

また、専門科（精神科・心療内科）の受診を勧めることがベストであるが、どうしても陽性者が精神科・心療内科に抵抗感がある場合は、身近な一般内科等の受診勧奨でもよい。他の疾患で治療中の場合は、主治医に相談するようすすめてもよい。主治医に「こころの健康度自己評価票の結果のお知らせ」を提示するよう説明します。陽

性者に受診するよう保健師がフォローについて焦り、陽性者との信頼関係が気まづくなったり、関係が途切れてしまわないよう働きかけることが大切である。とにかく陽性者との関係性を重視した支援に努める。

結果報告会のときに、健診当日には相談がなかった受診者が、改めて相談する場合もある。自分のことはもちろん、家族や身内の相談の場合もあるのでその相談に対応するのが望ましい。

#### 8) カンファレンス

健診終了後当日、健診従事者でカンファレンスを行います。その際、プライバシー確保、守秘義務を守ることは言うまでもない。カンファレンスは、うつスクリーニング陽性者について家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する場になる。住民の様々な情報は、保健所保健師（看護師）より、身近な市町村保健師（看護師）の方が把握していることが多い。住民によっては、市町村保健師と既に信頼関係が築かれている場合も少なくない。そのような場合、市町村保健師が、2次スクリーニングを含め今後のフォローを担当する方がよいケースもある。逆に市町村保健師が身近すぎて、その住民にかかわりにくいというケースもあるので、その場合、保健所保健師のフォローが必要である。

いずれにしてもカンファレンスの結果、フォローについて保健所が担当するか、市町村が担当するかはケースバイケースである。

うつスクリーニングに取り組んだ結果、関係者を対象に事例検討会等を持つことも

重要である。保健師によっては、自分が行ったケースに対する支援（家庭訪問・面接）について「これでよかったのか?」「間違っていたのではないか?」と思いつつも悩む場合もある。保健師がスクリーニング陽性者に対して行った支援をふりかえったり、自分の気持ちを整理したり、今後の支援の方向性をディスカッションするいい機会となり、保健師のスキルアップにつながるので、保健所保健師と市町村保健師と一緒に事例検討会を実施すると有用である。

また、事例検討会をきっかけに、うつスクリーニングに取り組んでいない市町村やうつスクリーニングに取り組むことをためらっている市町村に、前向きにうつスクリーニングに取り組もうという機運が高まる傾向が認められた。

#### 8) 事後フォロー

事後フォローとして、健診受診者に対して、健康教室・研修会・市民講座を案内したり、スクリーニング陽性者に対して、電話相談や家庭訪問等の支援が必要になることから、随時フォローする必要がある。状況に応じて保健所のこころの健康相談日を紹介することや、保健師が家庭訪問により陽性者の話を傾聴することが重要である。じっくり時間をとって保健師が陽性者の話をきくだけで、こころが軽くなる場合も多い。

また、医療機関への受診を勧めるケースの場合、家庭訪問を継続することにより保健師との信頼関係を築き受診に至るケースも存在するが、なかなか受診には至らず、必要な住民を受診につなげることの難しいケースもあるので根気強くケースにかかわ



ることが大切である。

1次スクリーニング陽性でありながら、2次スクリーニングを拒否している者の中にも受診が必要と思われる者も認められる。市町村と連携して、ある程度アプローチが可能であり、結果報告会の場や基本健康診査の事後フォローのための家庭訪問を活用して面接する方法も考える。その場合、特に、慎重に介入する必要があり、基本健康診査の結果報告だけでなく、こころの健康について必要なときには相談に応じるということケースに伝えておくことが大切である。

保健所と精神科医師との連携がうまくいっている場合、訪問診療という方法も考えられる。

福祉ネットワークを活用した見守り活動の対象者になることもある。民生委員や福祉との連携も必要になる。

### C. 効果

青森県名川町保健福祉課および鹿児島県伊集院保健所が、うつスクリーニングに取り組んだ結果として、次のような成果が報告された。

1) うつ傾向の強い住民を、基本健康診査の中で気づくことができ、受診の必要な者に対しては医療機関受診を勧奨することができる。当初は健診受診者にはうつ傾向のある住民は少ないのではと思われていたが、先行地域の高齢者を対象とした悉皆調査の結果よりわずかに低い陽性率であり、導入の意義はあると考えられた。

2) 1次スクリーニング陽性者の中には、家族を介護しているものが多く含まれており、介護負担はこころの健康への影響が大

きく、要介護者を含めた介護家族のこころの健康に関するサポートの必要性を再確認できる。

3) 基本健康診査において、「こころの健康度自己評価票」による問診や問診の前段で「うつ病」や「こころの健康づくり」について健康教育を実施することにより、一般住民がうつ病やこころの健康づくりについて関心を持つ機会となる。また、こころの健康について市町村や保健所に相談できるという認識が深まる。

名川町では、以前はうつ病についての相談はほとんどありませんでしたが今では、少しずつ相談件数も増えてきた。また、健康教室で講話を聞いていた町民から「自分はうつ病ではないか」と思い、保健師に相談、病院受診につながったケースもみられた。

4) 市町村と保健所が協働して取り組むことにより、住民へのフォローの面で連携しやすくなる。また、住民にとっては、相談カ所の選択肢が広がるというメリットがある（身近すぎる市町に言えないことは保健所に相談、こころの健康に関する相談は親しみやすい市町村に相談など）。

5) 保健所保健師及び市町村保健師、健診に従事する看護師、事務職等健診に従事するスタッフの他、所管する市町の住民課、保健衛生課など事務系係長・課長等のスタッフに対しても、うつ病やこころの健康に対する意識の向上を図ることができる。

ちなみに徳之島保健所が中心となって実施しました「自殺予防に取り組む体制整備」に関する調査の結果、先駆的にうつスクリーニングに取り組んだ保健所、市町村職員は、スクリーニングの取り組み後、うつ病やこころの健康に対する意識が向上してい

るという結果が得られている。

6) 受診者の中には、うつ傾向があり、不眠を訴えている住民もいるが、内科等で抗不安薬だけによる治療がなされ、抗うつ薬の投与事例が少ないということにも気づかされた。このことは、一般診療科におけるうつ病の診療の重要性と専門医との連携の必要性について検討し、医師会とも協同でとりくんでいくことを説明できる材料にもなる。

#### (4) スクリーニングの活用

このうつスクリーニングは、基本健康診査の場はもちろん以下の場面で使うことができる。

①市町村の住民を対象とした定期のスクリーニングとして（基本健康診査等）

②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用に）

③保健師や民生委員、保健推進員の訪問時のスクリーニング用に

④普及啓発のためのパンフレットの家庭配布用に（自己チェックとして）

⑤保健所や市町村における住民からのうつ病に関する相談時の問診として

うつに起因する自殺予防を効率的に行うためには、保健所や市町村が、スクリーニングの活用を含めて、さまざまな機会に普及啓発していくことが重要になる。

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

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の開発

—都市部在住高齢者の自殺念慮、抑うつ症状、うつ病性障害の出現頻度と関連要因—

分担研究者 栗田主一 東北大学大学院医学系研究科精神神経学

研究要旨：大都市内の特定住宅地区に在住する70歳以上高齢者を対象に、a)自殺念慮、抑うつ症状、うつ病性障害の出現頻度を調査し、b)社会人口統計学的要因や種々の健康リスク関連要因を考慮した上で、抑うつ症状、うつ病性障害が自殺念慮のリスク増大に及ぼす影響を明らかにし、c)農村部の小規模自治体で開発された事業モデルを都市部で運用することの妥当性と、プログラムを始動するにあたっての条件を考案した。その結果、(1)都市部の大規模住宅地域に在住する70歳以上高齢者において、死についての反復思考が38.3%、自殺念慮が4.4%、GDS11点以上および14点以上をカットオフ値とする抑うつ症状が32.9%、19.6%、大うつ病が1.8%、小うつ病が4.1%に認められ、(2)地域在住一般高齢者において抑うつ症状は自殺念慮の強力な予測因子であり、抑うつ症状を有する高齢者においてうつ病性障害と不安症状は自殺念慮の重要な予測因子であることが明らかになった。抑うつ症状をスクリーニングした上で、自殺念慮とともに、大うつ病を含む精神障害を注意深く評価するスクリーニング・プログラムは都市部においても妥当である。しかし、高齢者人口の絶対数に対して保健福祉資源が相対的に不足している都市部では、介入プログラムの始動にあたって、訪問指導を目的とする自治体保健看護専門職員の増員、ボランティアの育成、地域生活支援センターの開発、訪問看護ステーションの利用等の対策を考慮する必要がある。

A. 研究背景：筆者らは、2001年より、宮城県の平野農村部に位置するN町において、高齢期抑うつ状態の早期発見・早期介入と自殺予防を目的とする地域介入システムを構築してきた。このシステムは、精神保健相談事業、地域精神保健チームによるケアカンファレンスとケースマネジメント、保健師の訪問指導を核とするものであるが、2002年からは、地域住民および保健福祉スタッフを対象とする啓発事業と大野らが提案したスクリーニング事業を追加し、小規模自治体において、現存する保健福祉医療資源の中で十分に始動可能なプログラム・パッ

ケージとして事業化することを提言した(資料1)。

ところで、高齢者人口が急速に増大しているわが国では、人口が密集している都市部住宅地域においても、高齢化の問題が深刻化している。しかし、農村部と比較すると、人口規模の大きい都市部では、高齢者人口の絶対数が多く、スクリーニング事業やスクリーニング陽性例に対する介入事業に必要とされる保健福祉資源、特に人的資源が相対的に不足している。そのため、農村部で開発された事業モデルを都市部に導入するためには、都市部の実態を把握した上

で、プログラムの修正や資源の整備が必要となる。

そこで本研究では、都市部に在住する高齢者の自殺予防を目標とする地域介入プログラムのあり方を考案するために、都市部住宅地域において、高齢者の自殺念慮、抑うつ症状、うつ病性障害の実態を調査した。本研究の目的は、a)都市部住宅地域に在住する高齢者の自殺念慮、抑うつ症状、うつ病性障害の出現頻度を調査し、b)社会人口統計学的要因や種々の健康リスク関連要因を考慮した上で、抑うつ症状、うつ病性障害が自殺念慮のリスク増大に及ぼす影響を明らかにし、c)都市部に在住する高齢者において、うつ病による自殺の予防を目的とするスクリーニングと介入のあり方を考案することにある。

## B. 研究方法：

対象地域の特性：本調査は、老化に伴う諸問題の評価、健康寿命の延長、都市の高齢化問題に対する政策立案を目標とする総合的な調査研究と連携し、2002年7月～2002年12月の間に実施した。対象地域は、人口100万人以上を擁する仙台市内の特定住宅地区である。本地域は、1966年に宅地造成された、わが国では比較的古い新興住宅地域であり、2002年4月1日現在の人口は16,994人、65歳以上の高齢者人口の割合は24.4%、市全体の高齢化率(14.3%)やわが国の高齢化率(18.4%)と比較しても、著しく高齢化が進行した地域である。以下の2段階の調査を実施した。

一次調査：同地区に居住する70歳以上の全高齢者2,730人に対し、健康診断の実施に関する案内を配布し、2002年7月～8月に地区内の公共施設において高齢者の総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment)を実施した。参加者は男性493人(43.6%)、女性705人(44.1%)、合計1198人(43.8%)であり、年齢階級別参加率では年齢の増加とともに参加率は減少したが(70～75歳の48.8%～90歳以上の

10.3%)、各年齢階級別に比較した性別参加率には有意差を認めなかった。調査は、事前に訓練を受けた心理系、福祉系の大学生によって、アンケートを用いたインタビュー形式で実施された。調査項目には以下の指標が含まれる。

自殺念慮の指標：死についての反復思考(「死について何度も考えることがありますか」と自殺念慮(「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」)を「はい」「いいえ」で回答する2件法で調査した。

抑うつ症状の指標：Yesavageらによって開発された30項目のGeriatric Depression Rating Scale(GDS)の日本語版を用いた。

人口統計学的指標：性、年齢、教育レベル(最終学校を終了したときの年齢)、婚姻状況(現在の配偶者の有無、配偶者の健康状態、死別または離別、未婚)、子供の有無・数について調査した。

身体疾患の既往歴：脳卒中、高血圧症、虚血性心疾患、糖尿病、高尿酸血症、高脂血症、腎疾患、肝疾患、胆石・胆嚢炎、胃・十二指腸潰瘍、結核、肺炎、気管支喘息、難聴、白内障、緑内障、関節炎、骨そしょう症を含む身体疾患の既往の有無を「はい」「いいえ」の2件法で調査した。

痛みの有無：過去4週間において、1)全く痛まなかった、2)ごく弱い痛みを感じた、3)弱い痛みを感じた、4)中位の痛みを感じた、5)強い痛みを感じた、の5件法で調査した。

主観的健康感：1)非常に健康である、2)まあ健康な方である、3)どちらとも言えない、4)あまり健康でない、5)健康ではない、の5件法で調査した。

睡眠障害：過去1ヶ月間において、睡眠に関連して困った経験があるかについてを「はい」「いいえ」の2件法で調査した。

アルコール関連リスク：4項目の2件法の質問によって構成されるCAGE用いた。

手段的ADL(IADL)：14項目の2件法の質問に