

表1 うつ病尺度に関連する要因の多重ロジスティック回帰分析結果 (R²=0.259、n=1295)

変数名	比較/基準 カテゴリー	有意確率	オッズ比	信頼区間	
				下限	上限
切片		.011			
性別	男 / 女	.295			
年齢	10歳ごと	.186			
同居家族に心配事を聞いてくれる人	いない/いる	.007	2.230	1.246	3.989
家族のことでイライラすること	ある/ない	.016	1.954	1.133	3.371
生活の中で寂しさを感じる事	ある/ない	<.001	4.169	2.008	8.659
ストレス対処行動					
慎重に計画をたてる	やらない/やる	.057			
援助を受けられる人を捜す	やる/やらない	.007	1.992	1.211	3.268
他人に当り散らした	やる/やらない	.001	2.262	1.427	3.584
誤りを認めて、謝った	やらない/やる	.004	2.164	1.274	3.677
1ヶ月間に自分を傷つけたいと思った	ある/ない	<.001	3.994	1.984	8.041
いままでの人生で死にたいと考えた	ある/ない	<.001	2.703	1.708	4.278
自覚的身体健康度	不健康/健康	.005	2.181	1.271	3.741
自覚的精神健康度	不健康/健康	<.001	5.285	3.023	9.242
閉じこもりの傾向	週1回以下/ 以上	.520			
かかりつけの有無	あり/なし	.417			
自殺率の認知	あり/なし	.241			

これらの要因の回答ごとのうつ病尺度得点の平均得点と標準偏差を表2に示した。

表2 要因ごとのうつ病尺度得点の平均値、標準偏差

	度数	平均値	標準偏差
1) 性別			
男	988	41.8	8.4
女	841	39.4	8.1
2) 年齢別			
～64歳	435	40.1	8.2
65～74歳	955	40.4	8.2
75～84歳	372	41.5	8.7
85歳～	68	44.9	8.4
3) 同居家族の中で心配ごとや悩み事を聞いてくれる人はいますか			
いる	1554	40.1	8.1
いない	126	45.9	9.2
わからない	44	43.1	9.5
4) 家族のことでイライラしたりいやな気持ちになること			
よくある	228	47.1	8.7
時々ある	308	44.9	7.7
たまにある	786	40.1	7.1
ほとんどない	487	35.8	7.3
5) 生活の中で寂しさを感じる事			
よくある	114	52.6	8.1
時々ある	259	46.9	6.5
たまにある	546	42.1	6.6
ほとんどない	901	36.6	6.9
6) ストレスの対処法			

慎重に計画をたてた			
よくやる	196	35.7	7.9
たまにやる	525	40.9	7.9
めったにやらない	392	42.2	7.7
やらない	607	41.5	8.9
具体的に援助を受けられる人を捜した			
よくやる	68	38.1	9.6
たまにやる	251	41.5	8.9
めったにやらない	347	42.0	7.7
やらない	1041	40.5	8.4
他人に当り散らした			
よくやる	65	46.5	10.2
たまにやる	358	43.6	7.9
めったにやらない	394	41.6	7.5
やらない	942	39.0	8.2
自分の誤りを認めて、素直に謝った			
よくやる	222	38.7	9.4
たまにやる	748	39.9	7.7
めったにやらない	384	42.0	8.0
やらない	398	42.4	9.0
7) この1ヶ月間に「自分を傷つけたい」とおもったことがあった			
特にない	1651	40.0	8.0
少しあった	74	50.2	7.8
あった	29	54.1	8.1
8) 今までの人生の中で「死にたい」と考えた			
特にない	1256	38.6	7.5
少しあった	341	44.9	7.4
あった	173	47.0	10.1
9) 現在の自覚的な身体健康度			
健康	290	35.3	7.4
まあ健康	1019	39.5	7.1
健康でない	397	46.7	8.3
10) 現在の自覚的な心健康度			
健康	406	34.6	6.8
まあ健康	1012	40.4	6.8
健康でない	239	49.6	8.2
11) かかりつけの医師(病院)の有無			
ある	237	39.4	8.8
ない	1543	40.9	8.3
12) 外出頻度			
毎日1回以上	525	38.9	8.1
2-3日に1回程度	522	41.0	8.0
1週間に1回程度	548	41.1	8.3
ほとんど外出しない	158	44.2	9.4
13) 自殺率が高いことを知っていた			
知っていた	1240	40.0	8.3
知らなかった	540	42.1	8.2

8) 自己評価うつ病尺度得点に影響を及ぼす要因の関係

多重ロジスティック回帰分析で用いた16の要因と、うつ病尺度得点について、性別と年齢を除く15変数について階層クラスター分析を行った。クラスター分析は平均ユークリッド距

離を用いたward法を用いた。うつ病尺度得点に対して、心身の自覚的健康度の類似性が高く、家族に関する精神的ストレスと家族の支援度がそれについて類似性が高いことが明らかとなった。

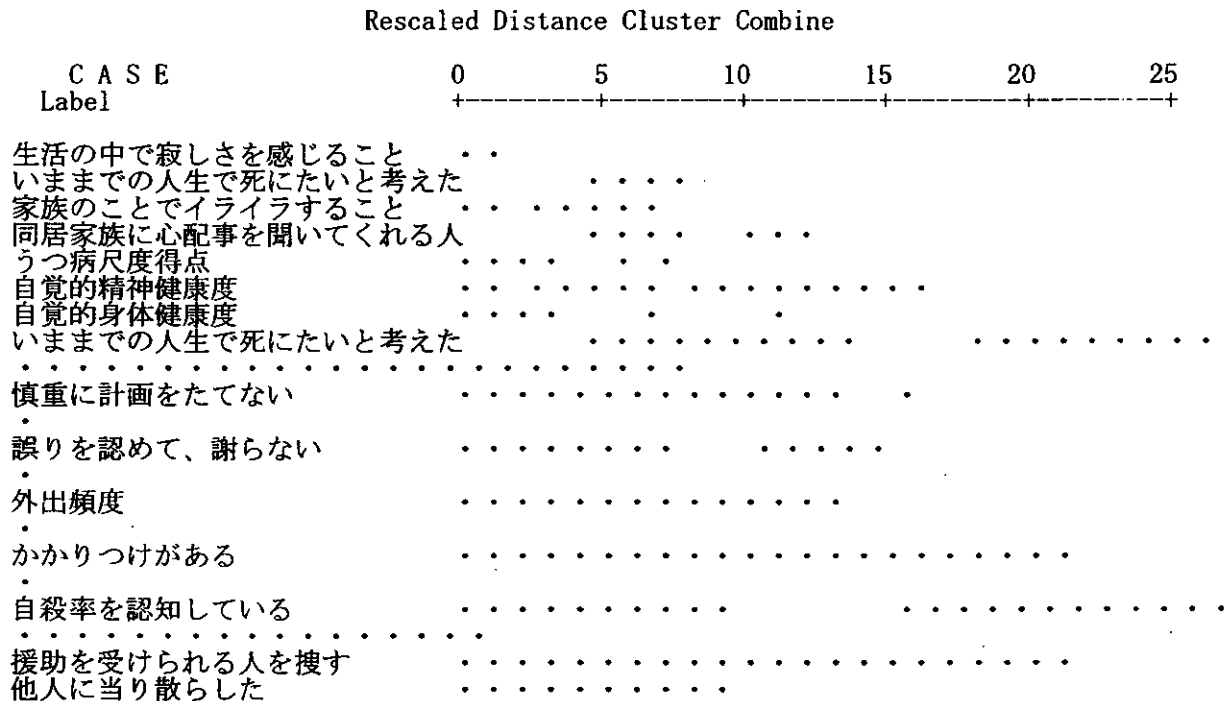


図 18 うつ病尺度得点に関連する項目の類似度

9) 地域のメンタルヘルスニーズの把握と地域診断

地域ごとのうつ病尺度の高得点者の割合と関連する要因の関係について、相関分析を行った。また、地区ごとの各要因の割合の地理的分布を地理情報システム解析により明らかにした。地区ごとの対象者数を表3に示した。

このうちうつ病尺度得点が得られた1828名について、地区ごとのうつ病尺度高得点者(50点以上)の割合を表4に示した。

うつ病尺度得点が50点以上の者の割合はばらつきがあり、高い地区と低い地区が認められ

た。うつ病尺度得点に関連する5つの要因と、医療機関に定期的に行く割合、閉じこもりの割合について、地区ごとに相関係数を求めた結果、有意水準10%で医療機関に定期的に行く割合、閉じこもりの割合が有意であった。(表5)

表3 調査対象者の地区ごとの対象者数

地区	対象数
豊岡	187
豊川	583
鶯野	264
長野	486
縫見内	399

清水	474
不明	81
合計	2,474

表 4 うつ病尺度得点 50 点以上の者の割合

地区	(%)
豊岡	11.3
豊川	10.9
鷺野	14.9
長野	16.1
鍵見内	16.9
清水	16.3

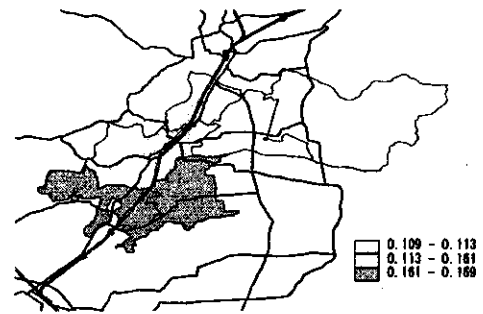
表 5 地域ごとのうつ病尺度得点と関連要因との相関

因との相関

	相関係数	P
家族のことでイライラすること	0.532	0.277
生活の中で寂しさを感じる	0.547	0.262
いままでの人生で死にたいと考えた	0.674	0.142
体の自覚的不健康	0.508	0.303
心の自覚的不健康	0.566	0.241
医療機関に定期的に行く	0.730	0.099
閉じこもりの割合	0.739	0.094

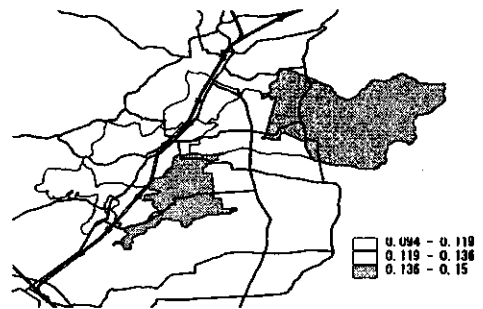
地区ごとのニーズの違い、関連する要因の分布を明らかにするために、地理情報システムを用いて、地理的分布を明らかにした。

多くの要因の割合が高い地域、低い地域が見られた。



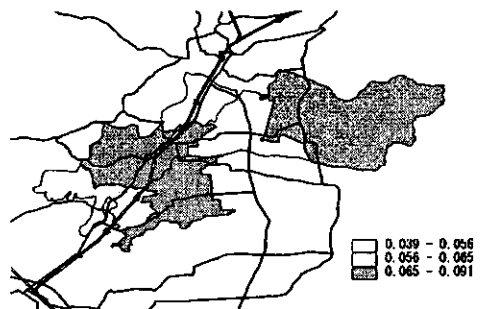
SIS

図 19 うつ病尺度高得点者の割合の地理的分布



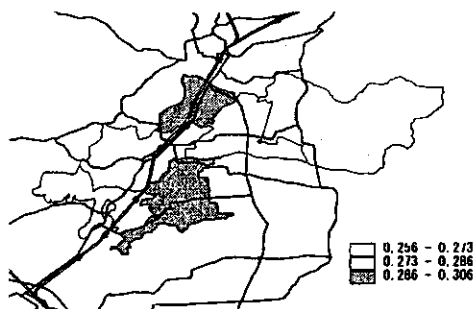
家族でイライラ

図 20 家族のことでイライラすることのある者の割合の地理的分布



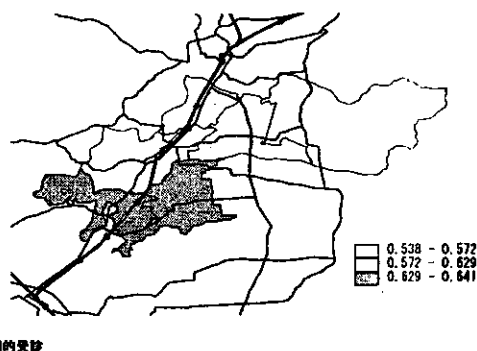
生活で寂しさ

図 21 生活の中で寂しさを感じることを感じる者の割合の地理的分布



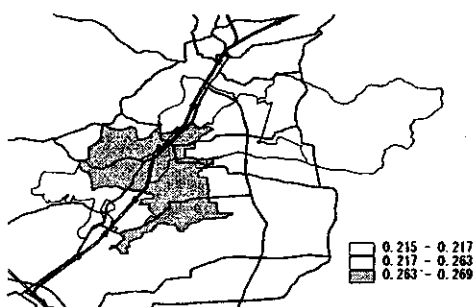
死にたいと考えた

図 22 いままで的人生で死にたいと考えたことのある者の割合の地理的分布



定期的受診

図 25 医療機関に定期的に行く者の割合の地理的分布



体不健康

図 23 体に自覚的不健康のある者の割合の地理的分布

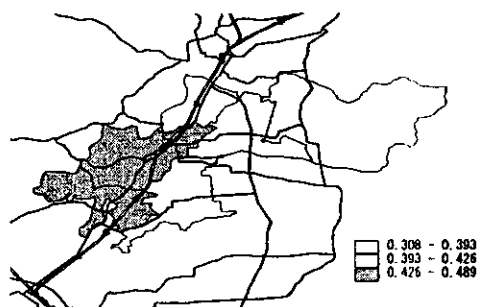
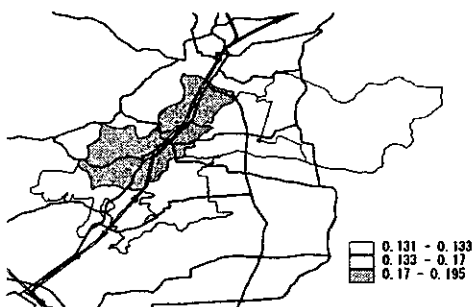


図 26 閉じこもりの割合の地理的分布



心不健康

図 24 心に自覚的不健康のある者の割合の地理的分布

D. 考察

自己評価うつ病尺度得点高値に関連する要因を明らかにする目的で行ったロジスティック回帰分析の結果から、家庭内のストレス、ストレス対処行動の違い、心身の自覚的健康度が地域高齢者の抑うつ傾向に影響していることが明らかになった。これまでの研究から、我が国では農村部における家族関係や医療資源の多寡が自殺死亡と関連しているのではないかとということが示唆されてきた。我々は、本年度の秋田県中仙町と平成13年度の秋田県合川町の調査研究によってあらためて、この点を確認することになった。オッズ比の高い順に有意な要因を改めて確認すると、「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きたいと思った」、「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たり散らした」、「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」である。

オッズ比は定量的にリスク要因の抑うつ症状発現の寄与度を表していると考えられ、これらの要因とオッズ比の大きさを考慮した上で、相談窓口等における適切な援助ができるような手法を重視するべきである。具体的に言えば、自覚的な精神健康度が悪く、生活の中で寂しさを感じ、この1ヶ月間に自分を傷つきたいと思った者は抑うつ状態になるリスクが高く保健指導上、とくに注意すべき対象者と言える。また困難に直面したときに他者への援助を求めようとせず悩みを貯め込んでしまう傾向のある人は要注意である。医療保健に従事する関係者は医療以外の悩みで医療者に相談をうち明けられたときには適切な対処が必要であることを認識すべきである。地域における身近な相談窓口を設置し、外部からの心理的支援を気軽に受けられるようなシステムづくりを進めることが地域の心の健康づくりにおいては重要であると考えられる。

<地理情報システムを利用した地域のメンタルヘルスのニーズ把握>

GISを用いた分析により、抑うつ尺度得点高値の者の割合と複数の抑うつに関連する要因の割合が高い地域、また反対に、抑うつ尺度得点高値の者、抑うつに関連する要因のある者の割合がともに低い地域が明らかとなった。GISを用いたこのような地域診断は地域保健活動を進めていく上で有用な情報を提供するものと考えられる。具体的には医師や保健婦が訪問指導を行う際に、このような地域診断データを

もとに優先順位を決定するのに役立つものと考えられる。また、地区ごとの健康状態を視覚化することで、基礎自治体における保健活動計画を立案する効果的な手法になると考えられる。地域住民を対象した心の健康づくりに関する調査を施行し、その結果から地域診断を行い、地域のメンタルヘルスニーズを把握することは、心の健康づくり計画を進めていく上で意義がある。今回の報告では地図上の要因の頻度分布を示しただけであるが、今後は様々な官庁統計を利用して要因相互間の関連性を分析していくことが望まれる。

<おわりに>

今年度実施した中仙町の心の健康づくりに関する調査では、地域におけるうつ病尺度得点の分布と関連要因の抽出を行うことができた。うつ病尺度得点高値には家族のストレス、心身の自覚的健康度、相談者としての医療者の存在などが関連していることが明らかになった。今年度の調査結果は今後一次予防を進めていく上で基礎資料となるものである。

また、地理情報システムを利用したメンタルヘルスの地域診断は本邦で初めて開発したものであるが、地域の保健活動を進めていく上で優先順位の決定などに有用であると考えられた。

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。

E. 研究発表

1. 著書執筆

- (1) 本橋 豊. ヘルスコミュニケーション (1). In: 社会医学事典, 朝倉書店, 東京, 2002:68-9.
- (2) 本橋 豊. 生体リズムとリズム同調. In:

社会医学事典，朝倉書店，東京，
2002:42-43

- (3) 本橋 豊. 24時間社会. In:社会医学事典,
朝倉書店，東京，2002:44-45
- (4) 本橋 豊. こころの病気と生体リズム.
In: 夜型人間の健康学. 本橋豊(著)，山
海堂. 東京，2002:156-165

2. 総説論文

- (1) 本橋 豊，金子善博. 目標設定型健康増
進政策の国際比較—発展経過と現状—.
日本衛生学雑誌 2002:57;498-504.
- (2) 本橋 豊. 地域における自殺予防—健康
秋田21の試みから. Medical Practice.
2002:19(6);1048
- (3) 本橋 豊. 職場におけるメンタルヘルス
—いまや行動を継続する時. さんぽあき
た. 2003:2;10-12

3. 学会発表

- (1) 本橋豊，佐々木久長，阿原美生，金子善
博，菅原育子. 地域診断にもとづく自殺
予防対策に関する研究—うつ病のリスク
要因の評価. 日本公衆衛生雑誌
2002:49(10);805.
- (2) 阿原美生，菅原育子，佐々木久長，金子
善博，本橋豊. 地域診断にもとづく自殺
予防対策に関する研究—うつ病尺度得点
と家族内ストレス要因. 日本公衆衛生雜
誌 2002:49(10);528.

(3) 佐々木久長，阿原美生，金子善博，本橋
豊. 自殺高率地域における自殺念慮に影
響を与える要因の分析. 日本公衆衛生雜
誌 2002:49(10);526.

(4) 金子善博，本橋豊，佐々木久長，阿原美
生，菅原育子. 農村部におけるうつ病のリ
スク要因の地理的な偏り. 日本公衆衛生
雑誌 2002:49(10);529.

(5) Motohashi Y. Topic: Evidence-based
Health Policy for Suicide Prevention in
Japan. International joint conference
of risk management for preventive
medicine. Tokyo. 2003 March.

(6) Kaneko Y, Motohashi Y, Sasaki H, Miyoshi
M. Clustered Risks of Suicide in Rural
Area of Japan. International joint
conference of risk management for
preventive medicine. Tokyo. 2003 March.

4. 主任研究者が主催した研究会

- (1) 秋田県地域保健研究会（世話人代表 本
橋 豊），秋田市，平成14年10月
- (2) 第61回日本公衆衛生学会自由集会 地
域・職域における自殺予防（世話人 本橋
豊，川上憲人），大宮市，平成14年10
月

分担研究報告書

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

分担研究者 角南 譲 八雲病院理事長

研究要旨：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。

A. 目的

我が国の自殺者数は、ここ数年年間3万人前後を推移し、その対策はいまや国家的課題となってきた。年齢との関係からみると、以前は二峰性を示していたが、最近年齢とともに高くなり、高齢者の自殺率は看過できない状況になってきている。

一方高齢者の現状として、核家族化が進み、高齢者福祉の視点においても施設入所処遇が定着してきている。家族の介護や支援を受けながら地域で生活している高齢者への働きかけにとどまらず、今後は施設利用者としての高齢者のQOLやこころの安定度を検討していくことは重要なテーマであ

る。

今回我々は、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。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。

B. 方法

対象者：特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、介護老人保健施設、ケアハウスについてそれぞれ2施設ずつ。（各々の入居定

員は50～75名)

倫理面を考慮し、事前に調査の趣旨説明を行い同意を得られた方のみを対象とした。

方法：利用者及び担当職員から、入所にかかわる事項、家族歴、身体合併症及び既往歴などの聞き取りを行う。

Barthel 指標を用いて ADL を把握する。

調査員により、MMSE を用いて痴呆の程度を把握する。

高齢者抑うつ尺度 (GDS) を用いて利用者本人の自覚的抑うつ度を把握する。

施設職員が日常生活に関わるなかで観察的に「抑うつ」をMINI の項目に沿って抽出する。

上記GDSあるいはMINIにおいて「抑うつ」を示す事例については、精神科医が診断を行い、施設に情報提供を行うとともに必要な事例に関しては経過をフォローする。

C. 施設職員に対する教育プログラムに関する内容

高齢者施設において、介護・看護職員は、利用者に対して身体的なケアに目を奪われ、メンタルヘルスへの視点は希薄な場合が多々見受けられる。業務自体も身体ケアや日常生活への援助が主体となり、心理的側面へのアプローチは形作られていない。

そこで我々は施設職員（介護職員・看護職員）に対して、高齢者心理及び抑うつ・希死念慮についての教育を行った。(別添参

照)

その内容は、

1. MINI の項目を基にしたうつ症状の理解
 2. 日常会話上での症状把握の方法など、基本的なことを説明した。次に、
 3. 高齢者の抑うつの特徴について
 4. 高齢者の抑うつの表現方法について
 5. 高齢者の希死念慮について
- などについて資料を用いて説明を加えた。以上5点を踏まえて、利用者の抑うつを日常の関わりの中でチェックする方法についてレクチャーした。

D. 施設職員に対する教育プログラム実施の経過・結果及び小考察

高齢者施設はその種類によって利用者のニーズが異なっている。特別養護老人ホームは終末施設としての色彩が強く、介護度も高い場合が多い。当然、職員の業務は身体介護に時間が割かれ、それに必要なマンパワーを確保する必要がある。

それとは対照的にケアハウスにおいては、利用者の生活自立度は高く職員が介入する機会は限られている場合が多い。そして少ないマンパワーで、趣味的活動を企画し参加を利用者の意志に委ねていたり、生活支援が中心的な業務となる。

前記二者に比較すると養護老人ホームと

介護老人保健施設は中間施設としての役割を担っているといえる。

各々の施設職員の日常業務の内容は、直接介護と間接介護のベクトルのどの位置にニーズがあるかという視点と、その施設に配置し得るマンパワーとの関係から構成されていたといえる。

施設職員への教育プログラムは各施設毎に実施し、その日の勤務者のみを対象とした。

場所は、各施設内の適当な広さのある部屋を利用した。時間は1時間から1時間半程度であった。

対象者の職種は介護職員と看護職員が主であるが、その比率は施設の人員基準とほぼ一致していた。施設によっては、施設長や事務担当者の参加も認められた。

教育プログラムの実施によって次にあげる結果をもたらした。

1. 高齢者施設職員に対する「うつ病・うつ状態」の教育プログラムを実施することによって、施設職員がある程度の精度で「うつ病・うつ状態」を見極めることが可能となった。日常的に会話を交わすなかで、利用者のわずかな「苦痛」や「不安」などの訴えの背景に「うつ病・うつ状態」があるのではないかという視点を持って、自然な

会話形式のなかで症状群を聞き取ることができるようになった。

これは、日常的にケアを提供している介護・看護職員（顔見知りの関係）であることが、効果をあげる重要な因子であったと推察される。

2. 次に、施設職員の利用者に向ける視点に変化したことがあげられる。先に述べたようにそれまでの施設職員の利用者との関わりは、身体介護や生活支援への直接的な関心が強い場合が多々見られていた。教育プログラムを受けた後は、同じ身体的な訴えを聞く際においても、いくらかの心理的背景を考える習慣が身に付いてきた。生活支援をする

場合においても、利用者の生活のしづらさの視点から支援することができるようになってきている。

介護・支援行為の対象はそれ自体独立したものではなく、利用者全体像のなかの一部であるという認識が深まり、その行為をしながら、話しかけを行ったり、観察をすることによって、身体レベルの背景に存在する心理的背景への気づきが行われるようになったといえる。

とりわけ高齢者への抑うつに対する理解が深まり、それに併せて利用者の不安や苦痛に対する視点が形成されたといえる。

3. 教育前においては、利用者から発信される訴えは「取扱いにくいもの」「解決しづらいもの」であった。身体愁訴や痛みの訴え、あるいは職員や他の利用者に対する理不尽な攻撃などは、施設適応不良として利用者の入所処遇の是非にまで発展することもあった。

高齢者心理について、あるいはその表現方法の多様性についての知識が深まるにつれて、「真に訴えたいこと」を考察する機会が増加してきている。訴えの背景にある不安や不満に働きかけをすることによって、適応状態の改善を図り、ひいてはその背景にある「孤独」や「絶望」あるいは「抑うつ」を未然に防止する効果があると考えられる。

施設利用中の高齢者における抑うつ・希死念慮は、家族との別居や要介護状態という共通項を切り口として少なからず専門的援助を必要とする事例が存在するといえる。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が示唆されている。また時系的調査は行わなかったが、「うつ状態」がかなりの期間、遷延していると思われる事例もあった。

そのような環境にあつて、一番身近にいる施設職員が果たす役割は極めて大きいといえる。今回の教育プログラムの実施は、利用者に対する視点の変化や、高齢者特有

の抑うつ感の表現方法などを理解することによって、単に身体症状に関心が傾斜していた施設職員にとって有効な方法であったと思われる。施設職員がメンタルな面へのアプローチができることは、利用者自身でさえなかなか気付きにくい「うつ病」や「抑うつ」について、早期に発見でき適切な医療に結びつくことが可能となると思われる。

検討課題

高齢者施設において専門的治療を受けること、特に入院治療が必要な場合などは、利用者自身の経済的負担や、介護保険制度を受け続けることをも脅かされることが予想される。

そのことで受診が抑制されることがないように配慮が必要である。

また、高齢者福祉にあつては、今後、メンタル面へのアプローチが重要になってきているといえる。高齢者施設職員への継続的な研修制度などを導入するなど、そのシステムを検討することが重要である。

(角南別添資料1)

(高齢者) 施設利用者の「抑うつ」チェックマニュアル

1. うつ病 (抑うつ状態) には、次に掲げる症状が存在することが多くあります。

(MINI 項目)

1) 落ち込み・悲しい気分

気が沈む・憂鬱だ・(気持ち) 暗い・さみしい・悲しくなる・もう治らない
孤独だ・情けない・拠り所がない・むなしい・なんとなく調子が良くない・辛い
胸のあたりが圧迫される・胸のあたりがすーすーする

2) 興味や楽しみの喪失

気力がない・何もする気がしない・つまらない・好きなこと (クラブ活動・外出
レクリエーション・友達とおしゃべりなど) が楽しめない・テレビが面白くない
新聞を読む気がしない・本が読めない・(何かをしても) 感情が伴わない

上記のような言葉が利用者との会話のなかから聞き取られたら、次に掲げる項目について、自然なかたちで尋ねてみましょう。

a) 食欲・体重の変化

「お身体の調子はいかがですか？食欲はありますか？」

→食欲がない・以前ほど食べられない・味がしない・食事が砂を噛むようだ
体重が減った

b) 睡眠の障害

「夜はゆっくり休めますか？」「朝までよく眠られますか？」

→寝付きが悪い・くよくよ考えて眠れない・夢が多い・夢も見ない・夜中によく
目を覚ます・トレで何度も目が覚める・一旦目が覚めると寝付けない・朝が辛い
いつも起きていた時間より2時間以上前に目が覚める・眠った感じがしない

c) 思考や動作の緩慢・焦燥感

「考えがまとまらなかつたり、いらいらすることはありますか？」

「頭や身体が重く感じたりすることはないですか？」

→頭が働かない・思考力が鈍っている・頭がロックしたみたい・考えが繋がらない
ボーっとする・ばか (痴呆) になってしまった・頭に膜が張ったようだ・不安だ
頭に帽子がのったみたい・物事がスムーズにできない・いらいらする・焦る
身の置き所がない・ドキドキする・緊張する・足が地に着かない・息苦しい

d) 活力の低下・疲労感

「元気が出ない感じや、疲れがたまった感じはありませんか？」

「疲れやすかつたり、なんとなく気力が出ないようなことはありませんか？」

→おっくうだ・疲れやすい・すぐ疲れる・しっかりしない・自分の身体ではない
みたい・朝疲れがとれない・外出したくない・物事をした後ひどく疲れる
人に会いたくない

e) 自信喪失

「なんとなく自信がない感じや、つい自分を責めてしまうようなことはありませんか？」

か？」

→自信がなくなった・自分はだめだ・後悔する・自分が悪いことをした
皆に迷惑をかけてしまった（かけている）・**に申し訳ない・人間失格だ
寝て食べているだけで申し訳ない・皆が責めている（罪責感から発展した
被害感）

f) 判断力の低下・集中困難

「物事をさっさと決められなかったり、優柔不断になったような感じはしませんか？」

→決断ができない・迷って決められない・優柔不断になった・つまらないことが
気になる・判断がすぐにできない・堂々巡りする・ばか（痴呆）になった

g) 自殺志向

「自分が居ないほうがいいのか、死んでしまいたいと思うようなことはありませんか？」

→生きていても仕方がない・辛くてこのまま死んでしまいたい・生きている自信が
なくなった・死んだ方がいい・死ぬのがこわい・自殺の手段を考えた・自殺しようとした・遺書を書いた

→「もう少し（具体的に）お話しいただけませんか？」

2. 高齢者のうつ病（抑うつ状態）には次のような特徴があります。

1) 身体との関係

加齢は少なからず身体的喪失を促進していきます。身体的変化はこころの問題と密接に絡み合っています。高齢者の身体とこころは表裏の関係にあり、それぞれがもう一方に影響を及ぼしながら進行していきます。

身体→こころ（身体の不調がこころに影響する）

慢性疾患（糖尿病・リウマチ・白内障・癌等）のコントロール

慢性疼痛（偏頭痛・関節痛・腰痛・肩こり等）のコントロール

知覚障害（視覚障害・聴覚障害）の受容

こころ→身体（こころの不調を身体表現する）

睡眠障害・食欲の障害

原因のない痛みの訴え

身体違和感や身体の症状にとらわれた訴え（不定愁訴）

2) 「老いの受容」との関係

高齢者は「老いを受容する」という作業を上手に行っていくことが必要です。しかし、何らかの理由でそれができない場合、いろいろな形で表現されることがあります。

これらの根底には不安や不満が潜在する場合が多く、それを乗り越えられない場合に「絶望」や「孤独」を感じたり、「抑うつ状態」に陥ってしまったりします。

- ・身体症状に固執し、健康であることに一生懸命になる。
- ・依存欲求が強く介護者を独り占めしようとする。
- ・介護者を攻撃することによって、自尊心を保とうとする。
- ・自分の気持ちを押し殺して環境へ過剰に適応しようとする。

3) いわゆる「痴呆症状」との関係

日頃活発に行動していた方が、活気がなくなりぼーっとして過ごされるようになったり、話しの了解が悪くなったりされると、一見「痴呆症状」と間違われることがあります。

本人も、「最近呆けてしまって」「物忘れがひどくなって」などと訴えられることがあります。

→このような場合こそ、MINIに沿って尋ねてみましょう。早期に適切なアプローチが必要な場合といえます。

実際に「痴呆症状」が存在する場合、病相はよりわかりにくくなってきます。「(家に)帰りたい」という帰宅欲求も、「物を盗まれた」という妄想も、うつ状態に密接に関連している不安や孤独という視点で考えてみる必要があります。

4) 施設利用との関係

入所施設の共通点として、「馴染みからの別離」という側面があります。家族や友人に気軽に会えなくなったり、長年住んだ家や見慣れた環境から離れてしまいます。

この「喪失体験」は、「うつ病・抑うつ状態」と深く関係している場合があります。特に入所について十分な納得ができていない場合、入所してまもなくに症状が感じられた場合などは注意が必要です。

それ以外にも、他人との関係が良くも悪くも長い時間続くということがあげられます。人間関係を作ったり維持したりすることは、高齢者にとってはかなりのストレスになることを心得ておきましょう。

3. 抑うつ状態が感じ取られた場合、次のことに留意しアプローチしましょう。

- 1) 自殺に結びつく行為は、未然に対処しなければなりません。自殺の問題は、言葉に出して確認しましょう。
- 2) 抑うつ状態が疑われる場合、専門家の意見を聞きましょう。専門医を受診するか、相談をすることによって、早期発見・早期治療につなげましょう。
- 3) 利用者が受診に拒否的な場合、「こころの風邪のようなもの」などと、偏見を取り除くことに努めましょう。
- 4) 抑うつ状態の方に励ましは禁物。時間や空間を保障してあげ、「いまは辛くても、必ずよくなる病気です」というメッセージを伝えましょう。
- 5) 利用者の抑うつに関する情報は一人で抱え込まず、必ず施設職員全体の情報として共有しましょう。

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

日本語版 Beck Depression Inventory II (BDI-II)の標準化

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)

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 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。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点が対応した。

古川壽亮¹⁾、廣江隆弘¹⁾、山本育代¹⁾、野島逸¹⁾、木下善弘¹⁾、橋本伸彦¹⁾、渡辺範雄¹⁾、前田貴生¹⁾、小嶋雅代²⁾、徳留信寛²⁾

¹⁾名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学、²⁾健康増進・予防医学

A. 研究目的

抑うつ症状の自己記入式調査票として、臨床上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。

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。

この度、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⁾そこでわれわれは、

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し、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することにより、日本語版を作成した²⁾。さらに、本年度は、標準データを得ること

により、BDI-II 得点の解釈を標準化することを目的として研究を行った。

B. 研究方法

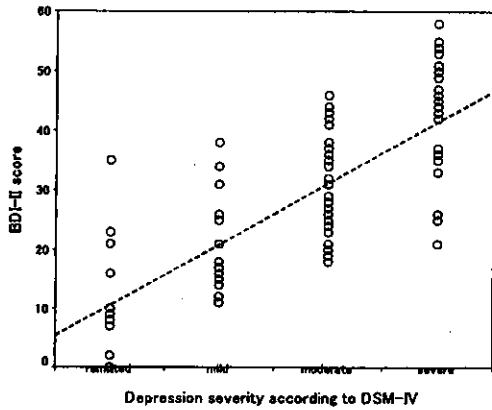
名古屋市立大学および豊川市民病院精神科において、DSM-IVにて大うつ病(単一エピソードまたは反復性)と診断された患者に、研究の趣旨と方法を説明し同意が得られたならば、BDI-IIを施行した。一方、精神科医は患者のBDI-II得点にブラインドに、DSM-IVの重症度の特定用語による重症度評価を行った。

これらの患者が14日以上後に再来した際、再びBDI-IIの記入を求めた。また、精神科医は再びBDI-II得点にブラインドで、Clinical Global Impression-Change尺度で評価した。

C. 研究結果

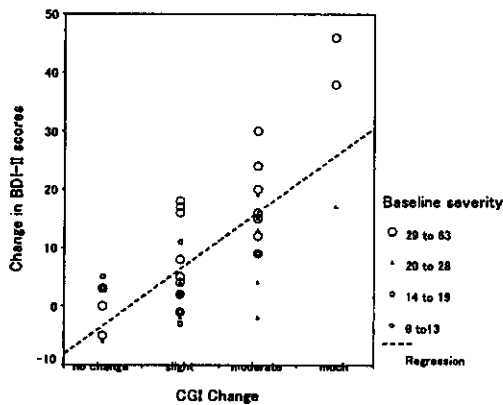
ベースラインでの重症度評価とBDI-II得点の得られた患者は85人、初診から14日以上を経過して再来した時点でのCGI-ChangeとBDI-II得点の得られた患者は40人であった。

ベースラインでの重症度と、BDI-II 得点との散布図は以下の通りである。



BDI-II 得点は、寛解時で 11.2 (95%信頼区間: 5.6 から 16.8)、軽症で 20.8 (16.5 から 25.0)、中等症で 30.5 (27.6 から 33.4)、重症で 42.2 (37.8 から 46.7)であった。また、重症度と BDI-II 得点の相関は 0.77 (0.67 から 0.84)であった。

2 週間以上を経過して再来した時点での BDI-II 得点と、CGI-Change による評価との散布図は以下の通りである。



BDI-II 得点の変化は、CGI-Change で不変とされた者では -0.01 (-6.2 から 6.2)、やや改善とされた者では 5.8 (1.8 から 9.9)、中等度改善以上とされた者では 17.0 (12.9 から 21.2)であった。また、CGI-Change スコアと BDI-II 得点の変化との相関は 0.72 (0.53 から 0.84)であった。

D. 考察

以上より、日本語版 BDI-II はうつ病の重症度に対しても、重症度の変化に対しても、鋭敏であることが示された。

さらに、日本語版 BDI-II の得点は、重症度について、原板と同じように解釈できることが示された。BDI-II の原著マニュアルでは、ペンシルバニア大学患者について、うつ病でない患者の得点の平均は 7.7、軽症うつ病では 19.1、中等症うつ病では 27.4、重症うつ病では 33.0 と報告されている¹。その後原著者らはさらに症例を集め、軽症うつ病では 18、中等症うつ病では 27、重症うつ病では 34 点と報告している³。これらの値は、今回我々が得た数値とほとんど重なっている。

BDI-II の変化については原著については未だ研究が報告されていない。そこで、我々は今回の結果に基づき、

- 0-9 点 変化なし、もしくは些少の変化(5 点が臨床的に有意義な最小変化であろう)
 - 10-19 点 中等度の変化
 - 20 点以上 著名な変化
- と考えられた。

E. 研究発表

Kojima, M, Furukawa, TA, Takahashi, H, Kawai, M, Nagaya, T, Tokudome, S.
Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan.
Psychiatry Research 2002;110:291-9.

F. 参考文献

1. Beck, AT, Steer, RA, Brown, GK.
BDI-II Manual. San Antonio: The
Psychological Corporation, 1996.
2. Kojima, M, Furukawa, TA,
Takahashi, H, Kawai, M, Nagaya, T,
Tokudome, S. Cross-cultural
validation of the Beck Depression
Inventory-II in Japan. Psychiatry
Research 2002;110:291-9.
3. Steer RA, Brown GK, Beck AT,
Sanderson WC. Mean Beck Depression
Inventory-II scores by severity of
major depressive episode.
Psychological Reports 2001; 88(3 Pt
2):1075-6.

厚生労働省科学研究費補助金・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」

うつ病評価方法として二質問法(TQ)およびBDI、SIGH-Dの検証

分担研究者 尾崎紀夫 藤田保健衛生大学・医学部・精神医学

研究成果の概要：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。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。

本年度は、うつ病の評価を明確化するtoolとしては世界的に汎用されながら、我が国への導入が遅れていた、構造化うつ病評価尺度(SIGH-D)の日本語版の信頼性の検証作業を行い、信頼性が高いものの一定の限界があること、さらに質問紙であるBeck Depression Inventory (BDI)との相関がみられることを明らかにした(次ページの資料参照)。また、簡易なうつ病評価方法として二質問法(TQ)およびBDIの有用性検証を、職域では前年以上に例数を増やし、また身体疾患患者においても開始した。その結果、職域ではTQおよびBDIを組み合わせて利用することにより、うつ病早期発見が可能であり、実際の介入に活用した。

論文発表

- 1) 尾崎紀夫, 鈴木竜世, 野畑綾子: 職域におけるうつ病の早期発見と社会復帰を目指したサポート. 産業精神保健 10 (4) :324-328, 2002
- 2) 成田智拓, 金直淑, 中根允文, 尾崎紀夫: 構造化ハミルトンうつ病評価尺度(Structured Interview Guide of the Hamilton Depression Rating Scale: SIGH-D)の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神薬理 6 77-82, 2002
- 3) 野畑綾子, 尾崎紀夫: うつ病・うつ状態を有する透析患者について. 透析ケア 8 (11) :27-31

尾崎資料 1

構造化ハミルトンうつ病評価尺度 (Structured Interview Guide of the Hamilton Depression Rating Scale: SIGH-D) の信頼性と妥当性の検討

成田智拓、金直淑、中根允文*、尾崎紀夫

藤田保健衛生大学精神医学教室

*長崎大学医学部精神神経科学教室

研究要旨：日本語版、構造化ハミルトンうつ病評価尺度 (Structured Interview Guide of the Hamilton Depression Rating Scale: SIGH-D) の信頼性と妥当性を検討した。評価者間信頼性を同席面接法によって確認したところ、総点では 0.94 と非常に高い相関と、ほとんどの下位項目で 0.6 以上と十分な相関がみられた。また、BDI を用いて妥当性を検証したところ、高い相関が見られた。これらの結果より、日本語版 SIGH-D は十分な信頼性と妥当性を持っていることが立証された。

はじめに

ハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton Rating Scale for Depression :HRSD) は Hamilton⁵⁾ がうつ病の重症度を評価するために作成した面接法による評価尺度である。初期の HRSD はアンカーポイントが明確でなく、また評価のためにどのような質問をするかの規定もなかった。その結果、評価者によるばらつきが大きくなり、評価者間の信頼性に問題があるとされたため、アンカーポイントや評価に際して行う質問の規定が作成され、いくつかの改訂版が作成されて今日に至っている (Griffiths ら⁴⁾、Williams¹¹⁾、Potts ら⁹⁾)。HRSD 改訂版のひとつとして、Williams¹¹⁾ は構造化ハミルトンうつ病評価尺度 (Structured Interview Guide of the Hamilton Depression Rating Scale: SIGH-D) を作成し、初期版に比べて評価者間の信頼性が向上することを示し、欧米のうつ病研究で汎

用されている。しかしながら、SIGH-D を含めた改訂版 HRSD においても評価者間の一致率に問題のある項目があり、さらに HRSD が入院うつ病患者向けに作成されているため外来うつ病患者には向かない、といった批判がある。そこで、新たな HRSD が Williams を含めたワーキンググループ、Depression Rating Scale Standardization Team によって GRID HAM-D として開発中であるが、これが完成するには今しばらく時間を要するのが現状である。

一方、本邦において HRSD として使用されているのは、抗うつ薬の臨床試験においても、あるいはうつ病の臨床研究においても、明確なアンカーポイントがなく、質問も構造化されていない HRSD が使われていることが多い。その理由のひとつとして、日本語版の HRSD で信頼性を検討している報告は、初期の HRSD に関する北村ら⁷⁾ の報告だけで、SIGH-D 日本語版を含めた改訂版 HRSD

の評価者間信頼性の検討が行われないうまに
に至っていることがあげられる。そこで、
われわれは SIGH-D 日本語版を本邦の臨床
研究に導入すること、加えて上に述べた
SIGH-D の限界も明らかにすることを目的と
して、評価者間信頼性の検討を行った。

SIGH-D 日本語版作成

SIGH-D 日本語版作成にあたっては、著者
である Williams の使用許可を中根が得、日
本語化したものを back translation し、
Williams に確認をとり訳文の訂正を行った。

対象

信頼性について

対象は藤田保健衛生大学精神科病棟入院
中の患者 32 名（男性 11 名、女性 21 名）で
ある。DSM-IV 診断は、大うつ病性障害 31
名、双極 I 型障害（最も新しいエピソードが
うつ病）1 名。Axis I の併存疾患として、
疼痛性障害 2 名、強迫性障害 1 名であった。
年齢(mean, range)は 53, 27-77 歳。教育年
数(mean, range)は 11, 6-17 年であった。

妥当性について

対象は DSM-IV 診断において大うつ病性
障害を満たした藤田保健衛生大学精神科外
来通院患者 9 名（男性 4 名、女性 5 名）、年
齢(median, range)は 41.0, 26-70 歳である。
全例に SIGH-D と Beck Depression
Inventory (BDI) (Beck ら²⁾)を施行した。

全例に、あらかじめ本研究の主旨を説明
し、同意を得た上で検査を行った。

検査方法

評価者は SIGH-D の使用方法について上
級医師より説明を受け、その後、評価者同
士を被験者として十分な予行練習を行なっ
た上で、患者の面接を行った。

評価者間信頼性の評価者は藤田保健衛生
大学精神医学教室所属の精神科経験年数
(median, range) 3, 1-10 年の医師 14 名、
臨床心理士 4 名の計 18 名で行った。評価者
全員が同一の面接場面に出席する同席面接
法を用い、同席する人数は最低 3 名と定め
た。

妥当性の評価者は藤田保健衛生大学精神
医学教室所属の精神科経験年数(median,
range) 6, 5-10 年の医師 5 名で行った。妥
当性については HRSD 施行日と同日に自己
記入式質問紙である BDI を行なった。

統計処理方法

評価者間信頼性：SIGH-D はアンカーポイ
ントが 0~4 点までの間隔尺度であり、かつ
また今回とった方法は評価者が 3 名以上で
あるが同一の評価者とは限らなかった。こ
のことより統計手法として分散分析を用い
た評価者間相関係数 (Analysis of
Variance Intraclass Correlation
Coefficient: ANOVA ICC)を使用した。ANOVA
ICCの算出はBartkoら¹⁾の計算式を用いて
処理した。

妥当性：HRSD17 項目の合計得点と BDI
総得点の Kendall の順位相関係数により τ
b を求め、併存的妥当性を検討した。

内的整合性：Cronbach alpha 係数による
信頼度を計算した。