

結果

評価者間信頼性

今回の ANOVA ICC の結果を Table に示した。多くの項目で、ANOVA ICC が 0.6 以上で、実用に足るとされているレベルであったが、15 番の病識欠如、16 番の精神運動抑制、17 番の焦燥感では 0.6 を下回った。総得点は SIGH-D 17 項目、21 項目とも 0.94 であった。

妥当性

SIGH-D と BDI における Kendall の τ_b は 0.57 ($p=0.035$) と有意な相関を示した。

内的整合性

Cronbach alpha 係数は 17 項目で 0.87、21 項目で 0.84 であった。

考察

今回、日本語版 SIGH-D の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。この結果は、Williams¹¹⁾が行った、評価者間信頼性の結果と比べて遜色ないものであり、さらに、BDI を用いて妥当性を検証したところ、これも高い相関が見られた。HAM-D と BDI との相関を検討している研究はいくつか見られるが、多くは相関係数 0.4 から 0.7 であり (Richter ら¹⁰⁾)、今回の妥当性の結果はこれら過去の報告と同等であった。また内的整合性も過去の報告に比して遜色ないものであった。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。

HRSD は因子分析で 3~7 つの因子に分けられることが多くの論文で示されており (Gibbons, R. D. ら³⁾、O'Brien ら⁸⁾、稲田ら⁶⁾)、むしろ内的整合性は低いと考えられる。今回の Cronbach alpha 係数は内的整合性としては高い数値を示しており、その理由については現時点では不明である。

本邦においては、初期のアンカーポイントがあいまいで、構造化されていない初期の HRSD が汎用されている。初期 HRSD の信頼性に関する検討が、大学病院精神科病棟入院中の患者 29 名を対象として、北村ら⁷⁾らによって行われている。彼らは HRSD の積率相関を求めているが、総合点は 0.78 と概して良好な相関が認められたが、下位項目の激越 (0.11)、精神不安 (0.31)、身体についての不安 (0.28)、病識 (0.26) については低い相関になっている。彼らは、重症度のアンカーポイントが不明瞭であることを低い相関であったことの一因にあげている。加えて、彼らは信頼性検討を再試験法によって行っており、今回我々が取った同席法と比して、HRSD の質問項目が構造化されてないことに起因する評定の不一致を来しやすいこともあげられよう。一方、アンカーポイントを明確化し、質問の構造化を図った SIGH-D では、評価者間信頼性が向上している。

この様に、SIGH-D 日本語版は従来の HRSD に比して評価者間信頼性が高いことが立証されたが、しかしながら評価者間信頼性に問題がある下位項目も存在したので、それらの項目を中心に SIGH-D の問題点と今後の方向性を考えることにする。

項目 7 中途覚醒：一週間のうち何日以上中途覚醒があればありとするのかの規定

が明確ではなく、当初、恣意的に評定したところ、評価者間の不一致が生じた。そこで、「一週間のうち一日でも中途覚醒があれば、中途覚醒ありとした」ところ、結果的に 0.6 以上の相関が得られた。現在 Williams らの Working Group が作成して中である GRID HAM-D においては、各項目に関して、1 週間における頻度を明確化することが決まっている。すなわち、なし（まったくなく、あるいは臨床的に問題とならない）、ときどき（1 週間のうち 3 日未満）、よくある（1 週間のうち 3-5 日）、ほとんどいつも（1 週間のうち 6-7 日）で表現するように統一されている。

項目 13 身体不安 および 19 離人感、非現実感：これらの項目は評定を軽度、中等度、重度としているが、アンカーポイントは存在しない。GRID HAM-D では、全ての項目においてアンカーポイントを明確にしている。

項目 15 病識欠如、および 17 焦燥感：病識を明確化するための構造化された質問はなく、焦燥感は観察に基づく評価であるから、これも当然ながら、構造化された質問項目が設定されていない。この 2 項目に関しては現時点では GRID HAM-D でもはっきりした解決策が取られていないが、今後 GRID HAM-D の改訂作業の中で、何らかの質問項目等を取り入れる予定との返答を Williams から得ている。

項目 3 体重減少：体重測定していない場合が最も高得点になっており、矛盾している。作者である Williams に確認したところ、これは HRSD の原板がこの様な記載になっており、それを踏襲したとのことであり、GRID HAM-D ではこの様な矛盾は訂正されている。

項目 10 罪業感、項目 11 自殺、項目 15 病識欠如、項目 16 精神運動抑制、項目 17 焦燥感、項目 19 離人感、非現実感、項目 21 強迫症状については最高点に到達した例がなく、今回対象となった症例が比較的軽症例が多かったことが原因であると考えられる。

まとめ

1. 日本語版 SIGH-D の評価者間信頼性を検討し、総得点に関しては良好な信頼性、下位項目でも多くが良好な信頼性が得られた。また BDI を用いた妥当性も良好であった。
2. SIGH-D の下位項目には、未だアンカーポイントが不明確であったり、構造化された質問が欠けている項目が残っており、信頼性に欠ける傾向にあった。今後、これらの問題点を克服した新たなうつ病評価尺度を必要とする。

文献

- 1) Bartko, J. J., Carpenter, W. T.: On the methods and theory of reliability. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 163: 307-317, 1976.
- 2) Beck, A. T., Ward, C. H., Medelson, M. et al.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 4, 561-571, 1961.
- 3) Gibbons, R. D., Cleark, D. C., Kupfer, D. J.: Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *J. Psychiatr. Res.* 27: 259-273, 1993.
- 4) Griffithes, R. A., Good, W. R., Watson,

N.P. et al.: Depression, dementia and disability in the elderly. Br. J. Psychiatry., 150: 482-493, 1987.

5) Hamilton, M.: A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 23: 56-62, 1960.

6) 稲田俊也、八木剛平、中根允文: ハミルトンうつ病評価尺度: その歴史と用法. 季刊 精神科診断学, 6: 61-71, 1995.

7) 北村俊則、須賀良一、森田昌宏 ほか: 操作的診断基準の信頼性とその問題点-III、再試験法による研究用診断基準(RDC)、ハミルトンうつ病評価尺度、陰性症状評価尺度の信頼性検定-. 精神医学, 29: 579-585, 1987.

8) O'Brien, K. P., Glaudin, V.: Factorial structure and factor reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression. Acta. Psychiatr. Scand., 78: 113-120, 1988.

9) Potts, M.K., Daniel, M., Burnam, M.A. et al.: A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. J. Psychiatr. Res., 24: 335-350, 1990.

10) Richter, P., Werner, J., Heerlein, A. et al.: On the validity of the Beck depression inventory. Psychopathology, 31, 160-168, 1998.

11) Williams, J.B.W.: A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Arch. Gen. Psychiatry., 45: 742-747, 1988.

*日本語版 SIGH-D の著作権は中根允文が有しており、使用にあたっては中根允文に連絡されたい。

(本原稿は、臨床精神薬理 6 77-82, 2002
に既出)

尾崎資料2

「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」

藤田保健衛生大学医学部・精神医学教室

尾崎紀夫、鈴木竜世、野畑綾子

要旨:職域における精神障害の中ではうつ病の発症が多いことは周知の事実であるが、職域における自殺者の76%が精神科を受診していなかったという報告を鑑みるに、自殺の原因としてのうつ病を職域においていかに早期発見し、治療に導入するかが焦眉の課題と思われる。さらに、職域において発症したうつ病治療の目標としては、如何にして職場への復帰を果たしうるか、という点である。

そこで、うつ病の早期発見・診療導入および社会復帰を円滑に行うため、我々が職域で実践してきたものとして以下のような点が挙げられる。

1. 職域での精神障害者サポート体制の確立:職域での psycho-education、産業精神衛生スタッフによる精神科診療導入と診療の側面援助。

2. 職場復帰サポート:休務から復職に至る過程で、Warm up と称するリハビリ期間をおくことにより、復職を円滑化する。

・Warm up 期間中はあくまで休務扱いとなる。Warm-up 前後に精神科医による面談により細部は修正するが、その対象、目的、期間は以下のようなものである。

対象:精神疾患により休務した勤労者で就労可能との診断書が主治医から提出されたもの。

目的:日常リズムの安定、定時出勤可能性の確認。本人が職場の雰囲気慣れ、職場復帰の適否を最終確認。

期間:二週、場合によってはそれ以上、朝は定時、隔日から始めて連日。

3. 職域でのうつ病スクリーニングによる早期発見の試み:自己記入式質問法の導入可能性について検討。

同意の得られた勤労者に対して、質問紙(二質問法とBDI)を配布回収・解析し、Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)を追加して行い、質問紙法の有用性を勤労者において検討している。

今回のワークショップでは、これら職域でのうつ病の早期発見と社会復帰を目指した

サポートの試みを紹介する。

【精神障害が職域にもたらす問題：自殺と長期休務】

1999年9月14日に「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が発表され、精神障害の労災認定申請件数も、実際の認定件数も大幅に増加している。とりわけ業務上の心理的負荷による精神障害から自殺が引き起こされたと判断され、労災と認定される件数が多くなっている。加えて、2000年8月9日に労働基準局が「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を発表し、各事業所の努力目標を明確にした。これらの指針が発表された背景には、職域における自殺多発や精神障害に起因する休職等労働力低下の問題など、職域において精神障害のもたらす弊害が看過できない大問題となっているという事実が上げられる。

自殺問題に関して言えば、1998年以来、一年あたりの自殺者数が3万人を突破しつつ、中でも中高年男性の勤労者層における自殺者数が大幅に増加している。職域における自殺は、家族のみならず職場全体に及ぼす衝撃は非常に大きい。自殺が単なる社会問題ではなく健康問題であることは、自殺症例の検討結果により

自殺者の30-60%がうつ病に罹患していた事実からも示されている1)。一方、うつ病がどの程度自殺の危険率を増大させるかということに関する近年の研究結果を図1に示した2)。入院を要する状態にあるのか、自殺企図の有無はあるのか、といった要件により、その後の自殺危険率に差異はあるが、一般人口に比して自殺危険率を上昇させることは明らかである。したがって職域における自殺をくい止めるには、うつ病を中心とした精神障害を対象としたメンタルヘルス対策が重要と考えられる。

さらに、精神障害が職域にもたらす問題として、長期休務が上げられる。平成8年に人事院が報告したところによると、「国家公務員においては一ヶ月以上の長期休務の15%が精神障害による」としている。我々が独自に複数の事業所で確認したところ、近年その割合が増加しており、一ヶ月以上の長期休務の約30%が精神障害によると考えられる。この点に関するアメリカの大企業を対象にした調査3)によると、うつ病は職域において頻度の高い糖尿病、高血圧、腰痛と比較して頻度もそれらと同等に高く、うつ病に起因する休務は長期化し、医療費と休業に

よる損失を加算すると、企業に大きな損失をもたらすことが明らかにされている(表1)。

【精神障害の頻度と対応の実態】

精神障害が職域にもたらす問題を概観してきたが、ここで職域に限らず、精神障害への対応がどの様になされているかを振り返り、職域での対応策への検討に繋げたい。

うつ病の生涯発症率は15%以上という高い値を示すことが諸外国の調査において一致しているが、うつ病に対してしかるべき診療がなされているかという点を明らかにすべく、欧州6カ国(イギリス、ドイツ、フランス、ベルギー、オランダ、スペイン)で計78463名の成人を対象に行われた、大規模調査の結果が発表されている⁵⁾。その結果によると、医療機関を受診したのはうつ病患者の53%であり、受診したうつ病患者の80%は精神科以外の一般診療科を受診していると報告されている。さらに、処方を受けているものはうつ病患者全体の31%にすぎず、抗うつ薬の投与を受けている割合に至ってはわずか8%にすぎないとされている。

この調査結果からすると、うつ病患者は医療機関を受診しないことが多く、さらに医療機関を受診してもうつ病患者の受診先は精神科専門医ではなく一般医で

あり、しかも抗うつ薬の使用状況からすると、うつ病の適切な診療がなされていない状況がうかがわれる。

【職域で発生する精神障害への対策はいかにあるべきか】

以上の事実を念頭に踏まえると、職域におけるメンタルヘルス推進の第一歩は、うつ病をはじめとする精神障害がよく起こる疾患であることを認識した上で、早期に発見し、早期にしかるべき対応へと導入することではなかろうか。そのためにも、治療を受け損ねることが、本人はもとより家族にとっても大きな損失になること、希ならぬ疾患であるが故にしかるべき治療法があることを職域の構成員全員に周知徹底した上で、早期発見、早期介入への体制作りを進める必要がある。そこで、現在我々が職域で行っているpsychoeducation、職場復帰支援体制、および早期発見の試みを次に述べることにする。

I. 職域でのpsychoeducation活動

1. 職域で問題になる精神疾患とそれに対する理解の促進

職域では、うつ病、不安障害(パニック障害、強迫性障害など)の頻度が高い。また統合失調症は、勤労者の間では、頻度的には少ないものの、発症した場合に職域としての対応の困難さは大きい。そ

こで、これらの精神疾患に関する知識を職域の多くの構成員に周知徹底することが重要であると考え、我々は職域での psychoeducation 活動を行ってきた。具体的には、産業保健婦や安全衛生担当者といったある程度専門性を持ったもの、さらに新たに役付きになった職員や新人職員の研修受講者を対象に、精神疾患に関する理解を深める講習と、模擬症例に関する対応法を小グループで検討する会を繰り返し、講習で語った知識をもとに、職域で生じるうつ病等の精神障害者への対応行動を徹底している。

2. 職域でのメンタルヘルス自己管理と同僚・部下との対応に関する留意点

精神障害を早期に発見し、早期に対応する、といういわゆる二次予防的な対応策に加えて、再発予防と未然に予防することを目指し、「職域における相談の重要性」として以下の二点を強調している。

- ・相談することによる効用
 - a. 主観的になりがちな考えが、客観化できる
 - b. いくつかの課題の優先順位が確認できる
- ・相談される側の留意点
 - ① 自分自身に余裕のある時に。
 - ② 自分一人では抱え込まない。
 - ③ まず聞いてあげるだけで良いことも多い。

- (ア) 原因追及にこだわらない。
- (イ) すぐ結論を出そうとしない。

これらは、psychoeducation において強調しているが、加えて認知行動療法の基本を講習で伝えた後、認知行動療法的な方法を応用して部下に対応する技能を習得するべく、ロールプレイを指導している。認知行動療法的アプローチが実践できるか否かはさせておき、少なくとも悩みを相談しやすい雰囲気を作ることによって、精神障害を早期に見つけだし治療導入すること、加えて円滑な職場復帰も可能になると考えている。

3. 職場における、psychoeducation の意義

職場における、psychoeducation において重要なことは、①知識・情報を伝えると同時に、②職域で発生するメンタルヘルス事象に対する対処技能を増進させ、③メンタルヘルス事象に対する職域での心理・社会的サポート体勢を確立すること、である。今後とも、これらの目標に向かって、職域における psychoeducation 活動を継続していく予定である。

II. 職場復帰支援の体制作り

職域で発生し休務となったうつ病患者に薬物療法 6) や認知行動療法を行い、症

状レベルでの軽減を図った後に重要になるのは、いかに職場復帰を果たすかである。何よりも十全な職場復帰こそが、本人、家族、同僚にとって最も重要な治療上の outcome である。ところが、うつ病に起因する数ヶ月以上の休務から一足飛びに復帰を図っても、円滑な職場復帰は困難であり、家庭で症状が顕在化しなくなった時点で、職場に復帰しうる状態にあるかどうかを判断しながら治療を進める、何らかのリハビリテーションが必要である。

職場におけるリハビリテーションなしでは、主治医にとっても通常勤務に堪える状態であるかどうか判断しづらい場合が多い。さらに、回復途上において焦りを感じた本人ないし家族から主治医に対して出勤したい旨の要望が強く、それに押し切られた形で出勤可という診断書が提出される場合も見受けられる。加えて、職場にとっても、休務中は本人の状態がわからず、入社後の対応に戸惑うことが多く、職場におけるリハビリテーション中に本人の状態を確認し、正式出勤後の対応をあらかじめ準備することが必要である。

そこで、より確実な職場復帰をはかるため、我々が関与している職域では職場におけるリハビリテーション治療の一環として Warm-up と称する制度を導入し、

短時間職場で過ごし結果が良好であれば正式出勤を許可するという形をとっている。具体的な手順は以下のとおりである。

主治医から服務診断書（出勤可）が提出されたら、精神科医である管理医および産業医との面接を行う。この面接で、Warm-up の可否を決定する。

・期間：原則 2 週間（場合によっては延長可。）

・回数：週 2 ～ 5 回（ただし、Warm-up を開始した週は隔日を原則）

・時間：1 日あたり 2 時間（8:30 ～ 10:30）程度

この Warm-up 制度は治療の一環であり、サービスの取り扱いは休務扱いとなる。そのため、交通費も自己負担、入社扱いではないため労災も適用されない。この点が問題になりどの職域でも適応できるものとは考えていないが、うつ病等の精神障害の社会復帰を支援する為、この様な職域でのリハビリテーション出社を厚生労働省等が制度的に何らかの指針を出し、この問題をクリアしてもらいたい。

III. 職域におけるうつ病の早期発見の試み

職域において頻発しながら、看過されることが多かったうつ病を早期に発見し、しかるべき医療的対応に導入することが、うつ病に起因する自殺等の問題を防止する上で重要である。そこで、定期的スク

リーニングによって職域のうつ病を早期発見し、早期介入することを目標とした試みを始めるため、うつ病のスクリーニング法として自己記入式の質問紙法である Two-question case-finding instrument (TQ) 6) と Beck Depression Inventory (BDI) 7) の有用性を Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) 8) を至適基準として検討している。

TQ は、今まで日本で紹介されてないので、若干の説明を加えておく。1997年に Whooley, M. A. らが本 TQ を考案し、プライマリーケアにおいてうつ病をスクリーニングする方法として TQ が有用であることを発表している。質問内容は DSM-IV の診断基準に準じた I) 「この一ヶ月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか？」 II) 「この一ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？」 というものである。さらに、質問中の「この一ヶ月間」という点を「この2週間」と変更した問診を行うことが、一般に成人におけるうつ病のスクリーニング手法としても有用であると、米国厚生省が 2001 年に発表している。我々は、Whooley, M. A. らに TQ を使用することの承諾を得て back-translation を経て日本語化し

た。

勤労者 45 名に対し MINI 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 のカットオフ値 2 点で 100%、BDI のカットオフ値 10 点で 50% となった。MINI 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、勤労者のうつ病を検出するには、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も有用と考えられる。

【今後の方向性】

うつ病等治療の基本である薬物療法を進展させることを目標として薬理遺伝学的研究に着手している。これは、ゲノムレベルから抗うつ薬治療反応性を予測し、個別化医療あるいはテーラーメイド医療の実践、ひいてはゲノム創薬を目指したものである 10)。加えて本論で述べたように、職場での psychoeducation のより良い方法を模索しながら継続するとともに、職場復帰体制の確立を図って行くことを予定している。また、質問紙法の有用性検証のために、例数を増やし検討を継続する予定である。さらに、質問紙法

で高得点になったケースに対して、面接により診断が確定した場合には実際に介入を行い、その介入結果の検証を行う予定である。加えて、職員がより簡便に気軽に self check ができることを目的とした intra-net 等の活用を検討する予定としている。

【謝辞】

本研究の一部は、厚生科学研究費補助金、中央労働災害防止協会委託調査研究費、名古屋公衆医学研究所・診断開発助成金、財団法人ヘルス・サイエンス・センター助成金のサポートによって行われたものであり、ここに感謝の意を表します。

文献

1. 飛鳥井望：【自殺の病理と実態】精神疾患による自殺の病理。医学のあゆみ 194：514-519, 2000.
2. Bostwick J.M., Pankratz V.S. : Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 157: 1925-1932, 2000.
3. Druss B., Rosenheck R., Sledge W. : Health and Disability Costs of Depressive Illness in a Major U.S. Corporation. Am J Psychiatry 157:8: 1274-1278, 2000.
4. Sadock H.K.B. : Comprehensive Psychiatry 8th ed. WILLIAMS & WILKINS, 1999
5. Lepine J.P., Gastpar M., Mendlewicz J., Tylee A. : Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International Clinical Psychopharmacology 12: 19-29, 1997.
6. 楠 和憲, 尾崎紀夫: Fluvoxamineの使い方-臨床経験を中心に. 臨床精神薬理 5 (4) :473-478, 2002
7. Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., Browner W.S. : Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 12: 439-445, 1997.
8. Beck A.T., Beck R.W. : Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. Postgrad Med 52: 81-85, 1972.
9. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T.,

Baker R., Dunbar G.C.: The
Mini-International
Neuropsychiatric Interview
(M.I.N.I.): the development and
validation of a structured
diagnostic psychiatric
interview for DSM-IV and ICD-10.
J Clin Psychiatry 59 Suppl 20:
22-33, 1998.

10. 北島剛司, 尾崎紀夫: 抗うつ薬の
薬力学と薬理遺伝学. 分子精神医
学 1 (5) :84-89, 2001

本論文は、産業精神保健 10(4) :324-328,
2002 に既出

別添資料1

うつ病の早期発見と早期介入のためのマニュアル

— 保健師用 —

(案)

平成15年3月

厚生労働省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法と介入の研究

<うつ病と自殺の現状について>

近年、わが国では自殺者が急増し、社会的にも問題になっています。平成10年度の自殺者は、前年度から約7千人増加して3万人をこし、その後も毎年3万人を超す自殺死亡者が出ています。性・年齢階級別自殺死亡率の年次推移を見ると、最近の自殺死亡率は、壮年層のピークが増大し、若年層のピークが平坦化し続けていることが特徴として挙げられています。また、高齢者の自殺率は減少傾向にあるものの、依然として他の年齢層に比べて高い傾向にあります。(厚生省大臣官房統計情報部:平成10年人口動態統計(確定数)の概況、1999)。

自殺の契機としては病苦や経済苦が挙げられていて、最近では経済苦が関係する自殺が増加しており、最近の中老年の自殺の増加に影響している可能性が考えられます。また、慢性的な身体疾患はうつ状態を生じやすいとされていますが、厚生労働省の統計によると、わが国の65歳以上の7割以上に何らかの健康上の問題があり、高齢者の自殺に影響していると考えられます。この他に、配偶者や家族、友人など親しい人の死亡、自殺、命日、離別なども、高齢者の自殺の動機としては重要であるとされています。

自殺予防で特に重要なことは、自殺死亡者の大半が何らかの精神疾患にかかっていると推定されている点です。とくに中年ではうつ病が背景に存在していることが多いことが知られていて、自殺予防のためにはうつ病などの精神疾患の適切な診断、治療が不可欠です。

<うつと自殺の予防の実際>

1. 啓発活動の重要性

自殺予防では早期にうつ病を発見して治療することが重要になりますが、多くの人が自分がうつ病だということに気づいていません。気づいたとしても他の人に相談することはためられるものです。ある地域で65歳以上の高齢者のうつ状態を調査した大野ら(2)の研究からは、死にたいと考えるほど思いつめている人でも、約3分の1しか他の人に相談していなかったということがわかっています。このことは、高齢者に限らず自殺予防のためには、うつ状態、地域におけるうつ病のスクリーニングはもちろん、啓発、教育活動などの地域の保健活動が重要になることを示しています。

地域の保健活動の重要性は、すでにいくつかの事業の成果から明らかになっています。小泉ら(1)は、新潟県において長年にわたる老人自殺予防活動を行い、地域住民のうつに対する適切な介入がその地域の自殺率を有意に減少させることを示し、適切な介入により自殺死亡を予防することができることを実証しています。これは、新潟県東頸城郡松之山町において1986年11月から1996年12月まで行われた活動で、まず同地域の老人のうつ病と自殺の実態調査が行われました。ついで、スクリーニング質問票や診療所医師や保健師によって自殺の危険性が高いと判断された老人に対して、面接による診断が行われ、状態に応じた治療方針が立てられ、診療所医師によって治療が、保健師によって保健福祉的ケアが行われました。なお、①過去にうつ病相があった老人、②自殺をほのめかしている老人、③配偶者が死亡した直後の老人、④医療機関から退院直後の老人、⑤最近、親族や近隣に自殺が発生した老人、も危険群として介入の対象とされました。

こうした介入の結果、自殺死亡率が激減したのですが、松之山町の介入活動の一連の報告から次の2つ要素を取り上げることができます。一つは、上述したうつ状態スクリーニングと高危険群に対する個別ケアという地域精神保健における第二次予防活動です。また、第二次予防活動を地域へ導入するにあたって、関係職員・地域のキーパーソンに対する啓発普及という、第一次予防活動も小規模ながら並行して行われていた点も重要です。

さらに、数年後からは、福祉増進・予防活動が導入され、うつ状態・閉じこもり老人に対して施設における集団援助が実施され、また、これに参加できない者に対して友愛訪問が開始されました。これは、「関わるシステムの減少状態」と解釈されるような心理的孤立が高齢者自殺の危険因子であることから、関わりの再構築が自殺予防において意義があると考えられたためです。

最近、新潟県松之山町とその周辺で実施された高齢者自殺介入活動の比較研究の結果が報告されていますが、そこから、うつ状態に対する危機介入と並んで、高齢者福祉活動、つまり、訪問や在宅・施設福祉サービス整備状況が自殺予防に効果的だということがわかります。活動の効果があまり上がっていない自

治体に比べると松之山町では地元的一般医と精神科医との連携が密接であることに加えて、閉じこもり老人に対する福祉訪問や集団援助、特別養護老人ホームにおける入所サービスなどのサービスが充実していました。

その報告によれば、松之山町では保健婦一人当たりの担当者数が半分程度に少なく、訪問指導は6倍強、デイサービスやショートステイ利用延べ人数が約4倍と福祉サービスの利用率が高かったことがわかっています。また、啓発普及の活動性も高く、健康教育参加者数が2.5倍に増加しています。

こうした結果は、自殺の予防には、うつ状態への積極的な治療介入に加えて、既存の福祉増進・予防活動や在宅福祉サービスを通した”関わり”を介するケアが有用である可能性を示唆しています。

2. スクリーニングを活用する

このように、地域の自殺予防の成果を上げるためには、地域の行政機関、保健師、地域の医師が協力してうつ病を早期に同定し治療的介入を行うことがきわめて重要ですし、地域でうつ病や自殺などの精神保健に関する問題を積極的に話し合えるような雰囲気を作り上げていくことが重要なのです。

そうした認識に立って、大野らは、厚生科学研究の一環として、高齢者のうつ病を早期に発見し、その転帰としての自殺を予防するためのマニュアルを作成するための研究、調査を行いました。その結果作成されたのが、**ページのスクリーニング質問票（資料1）です。この質問票は、高齢者以外でも使用してその有用性を検証中です。

この質問票は8問で構成されていますが、うつ病の有無を判断する目的なら問1から問5まで、自殺念慮までスクリーニングする目的ならさらに問6以降の質問まで含めて利用してください。

このスクリーニングは以下のような場面で使うことができます。

- (a) 保健師や民生委員、保健推進委員の訪問時のスクリーニング用に
- (b) 町全体の住民を対象とした定期のスクリーニングとして（定期検診での活用）
- (c) 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）

このスクリーニング質問票は、全国一律に使用できるとは限りません。地域差や社会文化的要因を考慮に入れながら、柔軟に活用することが大切です。

また、地域住民がアンケート実施時期に集中してうつ状態になるわけではありませんから、調査時点だけでなく過去にも同様の症状がなかったかどうかを確認しておくといいでしょう。

次にあげるうつ状態を引き起こしやすい出来事に注意しておいて、必要に応じて介入できるようにしておくことが望ましいといえます。

- ①死にたいと言っている
- ②配偶者や家族の死亡、
- ③親族や近隣の人の自殺
- ④医療機関から退院

しかし、自殺の心理的背景は個人的でデリケートな問題で、そうした個別性に十分配慮しながら、地域住民の心身ともに健康な生活を地域全体でバックアップしていくことが重要です。

<スクリーニングの実際>

以下に、スクリーニングの手順を図示します（資料2）。

一次スクリーニングでは、スクリーニング質問票（A項目、B項目）に加えて、自殺の危険性が高くなる出来事（C項目）を検討します。

次に、一次スクリーニングで危険性が高いと判断された人たちに面接による二次スクリーニングを行います。

面接に当たっては、まずうつ病の症状を評価します。うつ病の特徴的症状と質問の仕方は**ページを参考にしてください（資料3）。

その後、不安症状とアルコール乱用の可能性、生活への支障を評価して、医療機関への受診を勧めるようにします。うつ病と不安症状やアルコール依存が同時に存在している場合には自殺の危険が高まると

されています。

なお、すぐに介入する必要がないと判断された場合にも、ある程度定期的に訪問して本人や家族と話をするようにします。その時に、民生委員などにも様子を聞くようにするといいかもしれません。訪問の頻度は人によって違いますが、心配なときには月に1、2回声をかけるようにするといいでしょう。話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を聞くようにします。

このうつスクリーニングは以下の場面で使うことができます。

- 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

資料4に、基本健康診査の場で使う具体例を挙げてみましたので参考にしてください。

3. 地域住民に働きかける

うつ病の早期発見と自殺予防を効率的に行うためには、多くの住民の協力が必要です。そのためには、講演会やパンフレットの作成・配布などを通じた啓発活動、季節に関わらず高齢者が集まって楽しめる機会の創造、地域相談システムの確立、等を積極的に推進することが役に立ちます。

**ページに、スクリーニング質問票をもとにして作ったパンフレットを載せてあります。こうしたパンフレットを各家庭に配布することも、うつ病に対する一般の理解と気づきを高める上で有用です。

このほか、自治体の広報誌やマスコミ、講習会など、様々な機会をとらえて地域の住民に対する啓発活動を行うことが大切です。

4. 保健活動の質の向上と関連機関との連携

これまで述べてきたようなスクリーニングをはじめとする地域介入や住民に対する普及啓発活動はもちろんのこと、うつ状態にあると判断された地域住民への援助にあたってより質の高いサービスを行うためには、保健師等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠です。

そのためには、保健師が相談の際の基本的な態度や面接技法を修得し、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になります。

なお、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と良いでしょう。さらに、地域における初期介入を効率的に行うためには保健師を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立する必要があります。**ページのプライマリケア医用のマニュアルは、そうした活動を支援する目的で作成したものです。

なお、うつ病のために自分を傷つける可能性が高くなった場合や自殺企図がみられた場合には消防や警察とも連携する必要があります。その場合には、個人のプライバシーや地域住民の反応にじゅうぶん注意しながら迅速に対応するようにしましょう。

5. 倫理的な問題を考慮する

うつ病や自殺など精神医学的な問題は個人情報に関する重要な課題で、情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等について地域で十分に検討し、個人に不必要な負担がかからないように配慮しなくてはなりません。

基本的な対応

ここでは、うつ病の可能性がある方と話をするときのポイントをいくつかあげてみます。まず基本的な対応としては次のような点が挙げられます。

- ① 時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く。
- ② プライバシーには十分配慮する。
- ③ つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける。
- ④ 励まさないで、相手のペースで話を進める。
- ⑤ 相手がいろいろな話ができるような形で質問をする。
- ⑥ 不明な点を質問しながら、具体的な問題点をはっきりさせて解決方法をいっしょに考える。

医療機関への受診の勧め方のポイント

- ① うつ病について説明する：精神的な疲れで、誰でもかかる可能性があり最近増えている病気だということの説明をする。
- ② 治療を受ければ楽になることを説明する。

(解説) 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」、「疲れてい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がちです。

「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く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」「何となく気力がでない」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す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いって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。

一般向けの啓発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のポイント

①うつ病では脳の働きに変調が起きていて、薬が効果があることを説明する

②薬の副作用に対する不安を取り除く

③薬にたよるのではなく、薬を上手に利用して生活をしやすくするように勧める

(解説) 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、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、定期的に飲んでもらえる可能性も高まります。

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、悲観的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と」、クセになって「やめられなくなるのではないかと」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。

いずれにしても、身体に大きな問題が起こるような副作用はきわめてまれだということを理解してもらうことが大切です。

一般には、薬なんかには頼らないでお酒(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、物質としてはうつ病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的に重要です。

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です。

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出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人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ため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のポイント

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、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ので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。ご家族には、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（その場合、今まで良くかかっていた主治医に相談してもいいでしょう）。

自殺未遂者への対応マニュアル（青森県名川町の場合）

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) 困ったり悩んだりした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) 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充分に配慮しながら、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。

<参考文献>

1) 小泉毅、高橋邦明、内藤明彦、森田昌宏、須賀良一、小熊隆夫：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—、精神神経学雑誌 100:469-485、1998

2) 平成11、12年度厚生科学研究費補助金障害福祉総合事業「うつ状態のスクリーニングとその転機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）

(資料1)

スクリーニング質問票

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。