

高齢者のうつ病および自殺予防プログラムの開発に関する実践的研究

大野 裕

(慶應義塾大学)

田中 江里子

坂本 真士

(大妻女子大学)

豊川 恵子

(労働科学研究所, 日本学術振興会) (青森県名川町役場保健福祉課)

<要 旨>

今回我々は、高齢者のうつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システムを構築するための実践的な研究を行った。

こうした研究を行った背景には、平成10年以来全国的に自殺が急増していることがある。こうした自殺の予防のためには、うつ病性障害の早期の診断と治療が有用であることが指摘されているが、とくに自殺の要因としてうつ病の関与が強く認められる高齢者ではそうした介入が重要である。

そこで、申請者らは、青森県名川町の協力を得て、その一地区を対象に高齢者のうつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システムを構築することを最終目的とする活動を行った。具体的には、5項目からなる簡易スクリーニング質問紙と面接を利用したうつ状態・うつ病のスクリーニングに加えて、ライフイベント、不安障害やアルコール依存症の存在、などを考慮に入れた効果的かつ効率的なうつ病のスクリーニングと自殺の予防を目的とした地域介入プログラムを開発し、実際に運用して実践可能なものに推敲した。

<キーワード>

うつ病、自殺、予防、地域

【はじめに】

高齢者のうつ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る。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る。性・年齢階級別自殺死亡率の年次推移を見ると、自殺死亡率は、20歳代の若年層と50歳代の壮年層にピークが形成され、その後は加齢に伴って自殺死亡率が上昇して75歳以上で高率となっている。最近、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る。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る。(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る。とくに、慢性的な身体疾患はうつ状態を生じやすいとされている。ちなみに、厚生労働省の統計によると、わが国の65歳以上の者の7割以上に何らかの健康上の問題があり、65歳以上の60%の者が健康の問題を悩みやストレスの原因にあげ、年齢の上昇とともにこの割合も高くなっている。

この他の自殺原因・動機としては、配偶者など親しい人の死亡、自殺、命日、離別などを契機に行われる、いわゆる「記念日自殺」がある。

このため、配偶者と離別のあった高齢者（自殺者がでた家族は特に）に関しては最低半年から1年は、周囲が気を配る必要がある。

また、こうした直接的な出来事を契機として、自殺死亡者の大半が何らかの精神疾患にかかっていたことが分かっている。精神疾患の中でも、とくに中高年ではうつ病の存在が知られている。ちなみに、須賀（3）らは、老年期のうつ病（大うつ病）の危険因子として、①3世代以上の同居（配偶者なし）、②家庭内の役割なし、③地域の社会活動なし、④楽しみなし、⑤歩行障害、⑥手指運動障害、⑦慢性疼痛、⑧脳卒中の既往歴の8項目をあげている。

自殺の予防について：文献的考察

このように、うつ状態、うつ病が自殺の背景に存在していることを考えると、早期に抑うつ者を発見して介入することが重要だということがわかる。しかし、多くの人が自分がうつ病だということに気づいていないし、気づいたとしても他の人に相談することはためらわれるものである。名川町で65歳以上の高齢者のうつ状態を調査した我々の研究からは、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る。このことは、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だということを示している。

このことはすでにいくつかの事業の成果から明らかになっている。小泉ら（5）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できることを実証している。

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た。ついで、スクリーニング質問紙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た。

こうした介入の結果、自殺死亡率が激減したが、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る。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ある。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。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ある。

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るが、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抑止に効果的だということがわかる。

近接する類似規模の町では活動の効果があまり上がっていなかったが、そうした自治体に比べると松之山町では地元の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た。

その報告によれば、松之山町では保健師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る。また、啓発普及の活動性も高く、健康教育参加者数が2.5倍に増加した。こうした結果は、高齢者自殺を抑止する要因として、うつ状態への積極的な治療介入が有用であることに加えて、既存の福祉増進・予防活動や在宅福祉サービスが”関わり”を介して有用である可能性を示唆するものと言える。

岩手県J町も、在宅福祉サービス担当者と精神科医の密な連携がなされて成果を上げている。

名川町における活動の実際

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あるし、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も必要である。

そうした認識に立って、我々は、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、調査を行ってきた。本調査研究はその延長線上にあり、以下のような活動を行った。

① 利用しやすい簡便なスクリーニング介入プログラム（資料1）を開発して、うつ病のスクリーニングを行い、危険群への介入を行った。

スクリーニング質問紙は資料2として添付し

た。こうしたスクリーニングの活用の際には、地域差や社会文化的要因を考慮に入れる必要がある。

（スクリーニングの実際）

スクリーニングを有効に行うための方法として、次のようなものを考えた。

- (a) 町全体の住民を対象とした定期のスクリーニング（定期検診での活用）
- (b) 地域の病院での簡易質問紙による自己チェック
- (c) 民生委員や保健推進委員の訪問時の質問紙の使用
- (d) 簡易質問紙や啓蒙目的のパンフレットの家庭への配布

②危険性の高い人への介入

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ないことを考えると、現在のエピソードだけでなく過去のエピソードについても配慮すると同時に、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。その出来事としては、以下のようなものがある。

- i) 死にたいと言っている
- ii) 配偶者や家族の死亡
- iii) 親族や近隣の人の自殺
- iv) 医療機関から退院

③地域住民の意識を変える

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ある。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つ。

④地元医療機関協力を得る

うつ病の早期発見と治療のためには、地域における初期介入が重要であることがわかっているが、そのためには一般臨床医、保健師、精神科医の協力体制の確立が不可欠である。

また、自殺未遂が起きたときにもこうした専門家のネットワークを生かしてかんじゃおよび家族をサポートすることが大切である。その実際は、資料3として掲載した。

⑤保健活動の質の向上をはかる

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は、地域の保健師の役割がとても重要になります。したがって、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も必要です。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。

名川町では、大学とテレビ電話をつないで保健師の活動の指導を受け、活動の質を保てるようにしている。

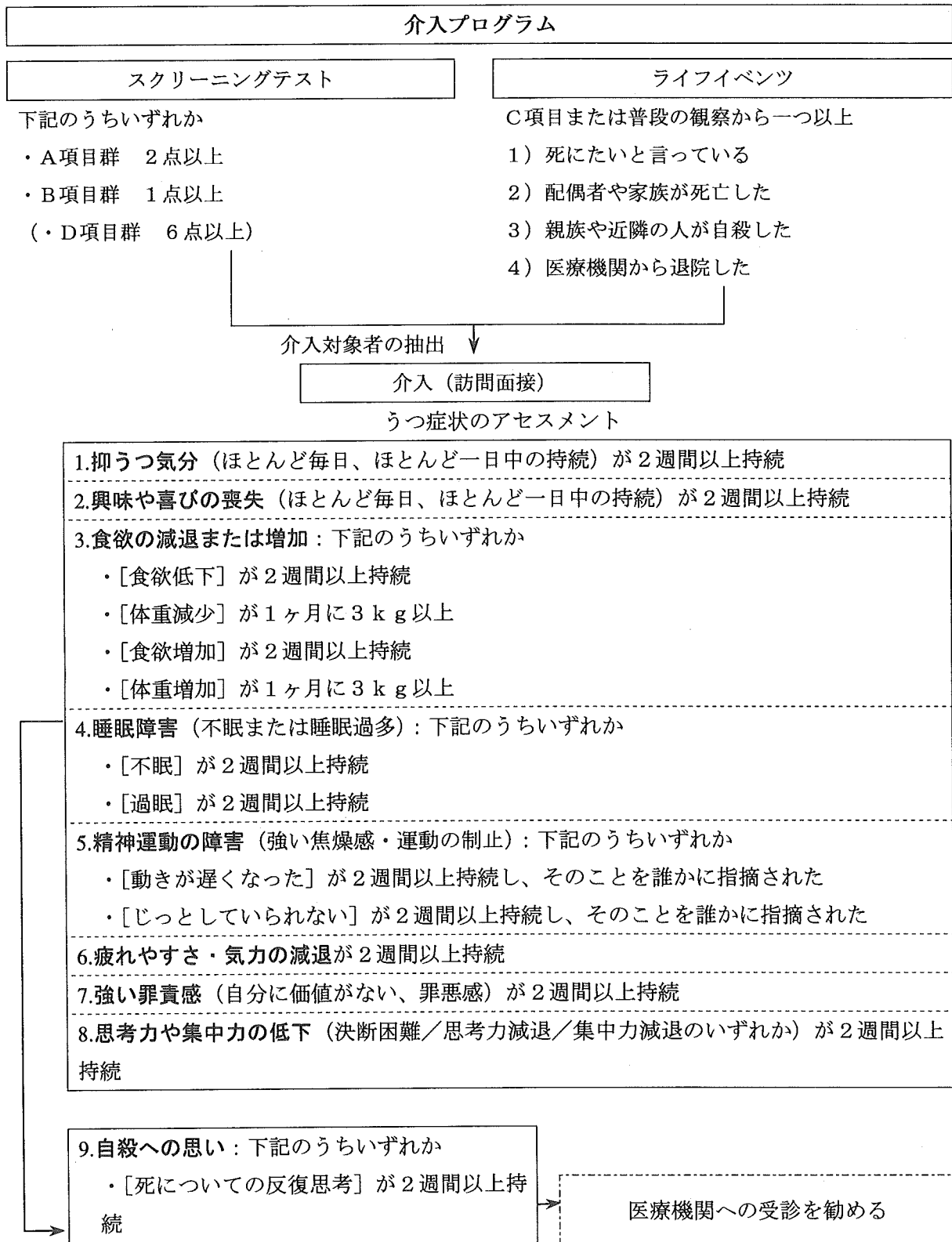
⑥マスコミを活用する

自治体の広報や地方紙、テレビなどを積極的に活用して、町の予防対策を町民に浸透させていく。

⑦倫理的な問題を考慮する

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する。

(資料1)



- ・[自殺念慮] が2週間以上持続
- ・[自殺念慮] に具体的な計画が伴っている
- ・[自殺念慮] を実際に行動に移した(自殺企図)

10.不安症状：下記のうちいずれか

- ・[不安感]
- ・[パニック発作]

11.アルコール依存症状：下記のうち2つ以上

- ・[節酒の必要性]
- ・[飲酒への非難]
- ・[飲酒への罪悪感]
- ・[迎え酒]

12.相談：医師への受診行動がない

(受診している場合、科名と薬：
(相談の相手を特定する：医師・配偶者・

13.生活への支障（機能障害）：生活に重大な支障がある

1-8 抑うつ症状のうち2項目以上

かつ

10 不安,11 飲酒,13 生活の支障のいずれか

かつ

12 受診していない場合

1-8 抑うつ症状のうち1項目以上

かつ

10 不安,11 飲酒のいずれか

かつ

12 受診していない,13 生活への支障がある場合



以上の基準を満たさない場合は、経過観察を行う

医療機関への受診を勧める

(資料2)

スクリーニング質問紙

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。

(資料3)

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する。

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する。その際、秘密の保持には十分配慮するようにする。

2. 精神科医師に報告、相談する。

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る。

3. 役職者を含めて看護職でカンファレンスを開く。

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る。

4. 家族に介入する。

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る。

※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る。

b) 家族の精神的苦痛を受容する。

※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はどう思われるかという不安が存在している。

c) 自殺未遂をした本人の最近の状況を聞く。

d) 精神科の受診を勧める。

e) 何か困ったり、悩んだことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝える。

5. 民生委員から家族の補助的情報も得ておくようにする。

6. 本人に介入する（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する）。

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る

b) 本人の苦痛を受容する。

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る。

※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する。

d) 何か困ったり、悩んだことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝える。

7. 町内環境を整える。

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気を配るように民生委員に依頼する。

b) 頻回に町内を巡回する。

（注意）これは、一例である。プライバシーなどの倫理的側面に充分にい配慮しながら、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する必要がある。