

〔論説〕

## うつ病スクリーニングによる地域介入と中高年者自殺予防 - 最近のエビデンスに関するレビューと本邦の介入事例 -

坂下 智恵<sup>1)</sup>

キーワード：うつ病スクリーニング、地域介入、中高年者自殺予防

### I. はじめに

中高年者における心理的危機の帰結のうち、深刻な状態に抑うつと自殺がある。メンタルヘルスの問題の中で自殺は唯一、直接的に致死的事態を招くものであり、また、うつ病はその最大のリスクファクターである。

わが国の中高年者の自殺率をみると、高齢者は欧米諸国と同様に、他の年代に比べて最も高い傾向を示している一方、日本特有の現象として壮年者の自殺率にもピークが存在する。年齢階級別自殺死亡率をみると、20歳代前半の男女と50歳後半の男性に自殺死亡率のピー

クが形成され、75歳以降に男女とも上昇するパターンを示している。近年では20歳代前半のピークが平坦化し、1998年の中高年自殺者急増後には50歳代後半男性のピークが増大している。75歳以降の男女の自殺死亡率は戦後一貫して高かったが、近年、老年人口の増加にともなって漸減する傾向にある<sup>1)</sup>。

### II. 自殺へ至る心理と自殺予防戦略

#### 1. 自殺へ至る心理

自殺の原因は複合的であるが、一般住民にみられる

表1 抑うつから自殺へ至る心理的段階と特異的に作用する自殺予防プログラム  
(Jenkinsら, 2000; Mannら, 2002; 大山ら, 2009)

| 心理的段階    | 作用が想定される危険因子   | 自殺予防プログラム  |
|----------|--|--|
| 抑うつの誘発   | ライフイベント, 慢性ストレス<br>精神障害<br>ソーシャルサポートの欠如<br>など            | 福祉・教育領域<br>雇用と職業安定, 教育, 高齢者・障害者福祉,<br>住宅, 児童ケア・育児サポート<br><br>保健領域<br>学校・職場・地域精神保健<br>アルコール・薬物乱用対策<br>慢性疾患・難病対策<br><br>マスメディア<br>啓発, 公共教育 |
| 抑うつ症候群   |  | 高危険群のスクリーニングとフォローアップ<br>迅速な診断・治療のための専門家訓練  |
| 絶望感・自殺観念 |  | 一般医による治療管理<br>モニタリング   |
| 自殺計画     | 模倣   | 自殺を抑止する価値観の強調<br>メディアコントロール<br>一般医と精神科医による臨床的管理  |
| 衝動性      | 脳内セロトニン作動系機能低下<br>アルコール・薬物乱用や<br>頭部外傷などの器質因<br>主観的状态, 体質 | 精神科薬物療法<br>精神科医による治療管理   |
| 自殺手段の獲得  |  | 致死性手段の制限   |
| 自殺の遂行    |  | 危機介入<br>自殺企図者のフォローアップ  |

1) 青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科

Department of Social Welfare, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

自殺の多くは、抑うつから自殺行為へ至る一連の心理的過程として説明できる。表1左端に示すとおり、精神障害の罹患やストレスへの曝露などにより抑うつが誘発され、一部の者は抑うつ症候群へ発展する。さらに、この一部に絶望感や自殺念慮が生じるが、まだ自殺方法を具体的に反復して想像することはない。次の自殺計画の段階に達すると、自殺を繰り返し具体的に考えるようになり、死ぬ場所を探したり、自殺の予行をするなど、自殺の準備行動がみられる。さらに、衝動性の亢進が加わると、自殺行為へ至ると考えられる。この衝動性には体質に加え、脳内セロトニン作動系機能低下などの器質因が関与すると想定されている<sup>2)</sup>。

## 2. 自殺の心理と予防的戦略

一般住民に実施されている様々な自殺予防プログラムは、特異的に作用する心理的段階により、表1右端のごとく分類することができる<sup>2~4)</sup>。自殺へ至る心理的過程は、まず、抑うつの誘発により始まり、これはライフイベント、慢性ストレス、ソーシャル・サポートの欠如、精神障害の罹患などから引き起こされることが多い。この段階に対しては、教育・福祉・保健領域の支援やマスメディアの活用が有用である。次の抑うつ症候群に対しては、うつ病の高危険群の選定とサポート、迅速な診断・治療のための専門家訓練が有用である。絶望感・自殺観念に対しては一般医の治療管理や自殺計画の有無をチェックするモニタリングにより対応が可能である。さらに、自殺計画を抱えている者に対しては精神科コンサルテーションの導入が望ましい。この段階には宗教観などの自殺を抑止する価値観の影響も大きい。

衝動性の段階は主観的状态に加え、脳内セロトニン作動系機能低下、アルコール乱用や薬物乱用、頭部外傷などの器質因が深く関与する。この段階は、精神科薬物療法や医療的保護を含む精神科的管理を要することが多い。薬物や銃の入手規制をはじめとする致死性手段の制限や、未遂者への危機介入・フォローアップも有効である。

## Ⅲ. 中高年者自殺予防プログラムのエビデンス

### 1. 高齢者自殺への予防的介入研究

上記のプログラムは自殺予防効果が想定されているものであるが、実際に、無作為化比較デザインや準実験的デザインによって高齢者自殺リスクの軽減効果が示されたプログラムも、最近いくつか報告されている。国外では、プライマリケアにおけるうつ病高齢者の治療管理を改善する目的で、抗うつ薬投与の推奨、うつ病ケアマネジメントの導入および対人関係療法や短期問題解決療法の併用により一般医がうつ病高齢者の自殺観念を早期に減少させた報告がある<sup>5,6)</sup>。地域介入としては、予め登録された虚弱な高齢者に対して、電話による定期的評価

と必要に応じて危機介入を施行し、高齢女性自殺死者数の減少をみた報告<sup>7)</sup>や、致死的手段(アセトアミノフェン<sup>8)</sup>、銃<sup>9)</sup>の入手制限によって、その手段による高齢者自殺の減少を確認した報告がある。

わが国では準実験的デザインのもと、うつ病スクリーニングや啓発・福祉活動を用いた地域介入によって高齢者自殺死亡率の低減を得た介入研究が複数ある。いずれも非無作為化同時比較デザインによって、自殺死亡率が近隣対照や地域トレンドを越えて有意に低減したことを確認している<sup>10)</sup>。地域ベースでうつ病エピソードのスクリーニングと精神科的フォローアップ、啓発・健康教育および高齢者福祉活動を5~10年間実施したところ高齢男女自殺死亡率が低減している。最近の介入では、14,000名を超える標的高齢者に対して初年度に大規模アンケートを実施し、翌年に1/3の高齢者にスクリーニングを実施したところ、2年間で高齢男性の自殺死亡率の低減を得た<sup>11)</sup>。一方、類似のプログラムながらスクリーニング後に一般医によるフォローアップを行った介入では、高齢女性のみならず自殺死亡率の低減をみていたことから、フォローアップにおける精神科的管理の比重が効果発現の性差に関与すると考えられる。さらに、スクリーニングを実施せずに積極的な一次予防活動を主体とした介入により高齢女性の自殺死亡率の低減を得た報告もある。

### 2. 壮年者自殺への予防的介入研究

壮年者の自殺予防においては、高齢者などとは異なるキャッチメントエリアを有していることから、戦略の展開方法を壮年者に適った形式で新たに開発する必要がある。

組織や地域で行われた介入が壮年者の自殺率を低減させたとするエビデンスは限定的にしか存在しない。組織ベースの介入研究では、軍隊におけるうつ状態スクリーニングと早期介入プログラムが主として壮年者の自殺率低減に有用であったとする知見<sup>12)</sup>があるのみで、一般の職場でメンタルヘルス活動が自殺率を低減させたとするエビデンスはない。本邦の職域メンタルヘルス・プログラムには、通常、うつ状態スクリーニングが含まれておらず、自殺者もまた有職者よりも無職者に多いことを考慮すると、壮年者の自殺予防活動は、職域よりも地域で優先的に実施すべきであるといえる。しかし、地域ベースで壮年者自殺率を低減させたエビデンスはない。

## Ⅳ. うつ病スクリーニングを用いた地域介入による中高年者自殺予防

### 1. 地域介入による中高年者自殺予防の構成要素

上述したように、自殺予防効果を示す数少ない介入

のうち、うつ病スクリーニングを用いた地域介入について、本邦郡部を中心に高齢者自殺予防のエビデンスが蓄積されている。この介入方法は、我が国で急増している壮年期自殺の予防に対しても有力なアプローチとして期待される。

我々が連携する市町村における自殺予防活動について、最近の実績をみると、うつ病スクリーニングを用い

た地域介入には以下のプログラム要素が含まれていた。

(1) 精神保健に関する社会調査

自殺に関連する精神保健指標（抑うつ、ストレス、ソーシャルサポートなど）の地域調査を実施する。

(2) 啓発・教育

一般住民やボランティアに対するうつ病・自殺予防のための啓発・健康教育を実施する。

(3) スクリーニングとフォローアップ（図1）

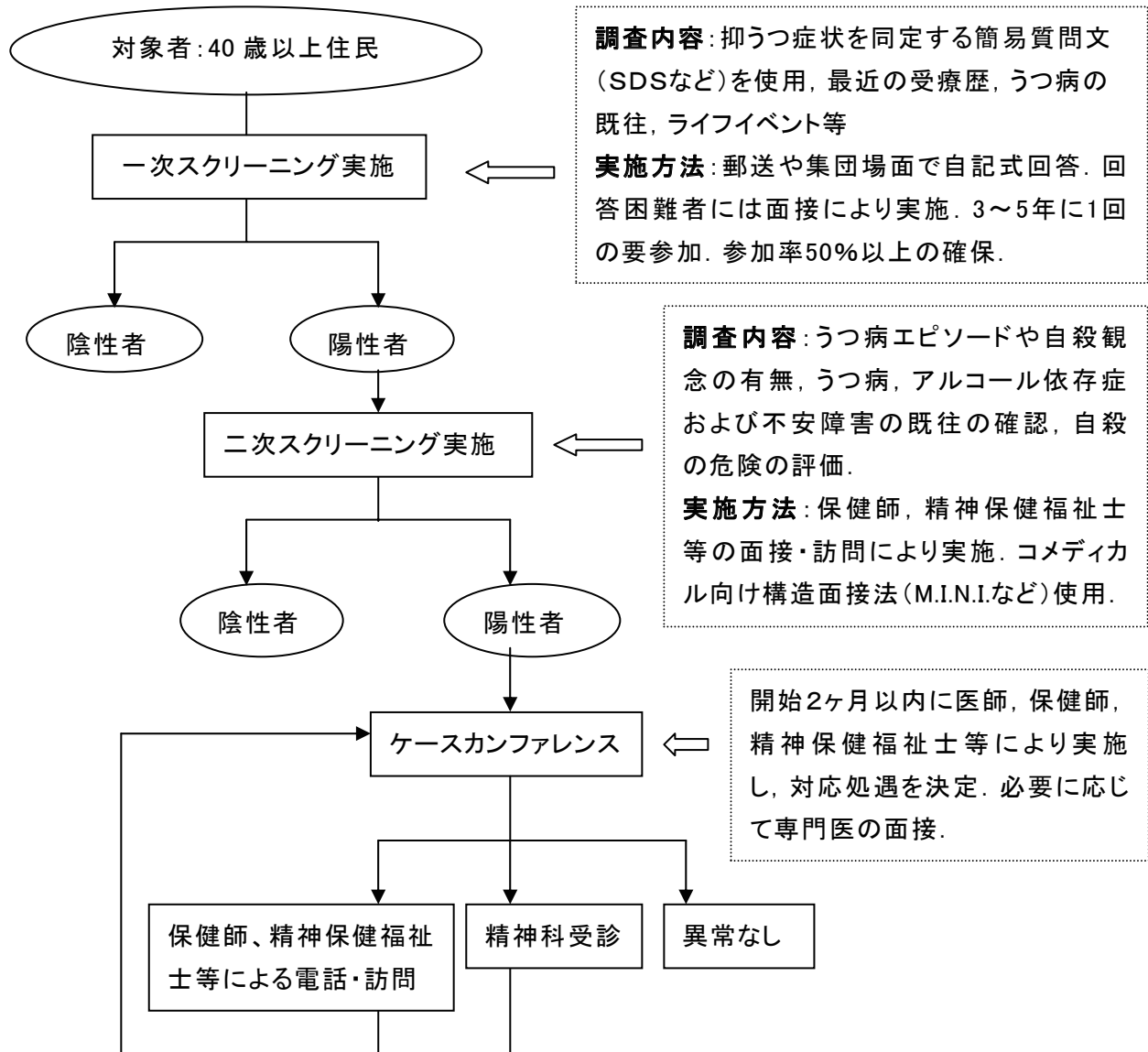


図1 うつ病スクリーニングと専門的フォローアップの流れ  
 SDS : Zung's Self-rating Depression Scale 日本語版 (福田ら, 1973)  
 M.I.N.I. : Mini International Neuropsychiatric Interview 日本語版 (大坪ら, 2003)

①介入地区の設定: 高い自殺率を有し、スクリーニングへの参加の合意が得られた地区を選定する。

②2段階うつ病スクリーニング: 参加者に、抑うつ症状を同定する自記式質問紙を配布し、回答を求める（一次スクリーニング）。同陽性者に対して、保健師や精神保健福祉士らが、構造面接法を用いた電話・訪問面接に

より、抑うつ症候群や自殺念慮の有無を評価する（二次スクリーニング）。

③診断とフォローアップ: 判定結果に基づき要精密検査者を絞り込み、必要に応じて専門医の面接を実施した後に、カンファレンスで処遇（専門医受診勧奨/保健師・精神保健福祉士による訪問・電話によるフォロー/異常

なし)を定める。本人の合意後に、処遇を実施し2ヶ月程度フォローする。

上記の地域介入は、地方自治体による事業、とりわけ心の健康づくり事業として実施されており、ヘルスプロモーションの理念に適うアプローチといえる。また、事前の社会調査や一次スクリーニングの質問紙配布・回収には保健福祉ボランティアが活用されていた。これらは、本邦のうつ病スクリーニングによる地域介入が、1980年代に自治体によるうつ病の社会調査法の実施を契機に開発された経緯を鑑みると自然なことである。

## 2. うつ病スクリーニングを用いた最近の地域介入

著者らの中高者自殺予防活動事例をもとに、うつ病エピソードのスクリーニングと専門家によるフォローアップの方法について、図1に沿って簡単に紹介する<sup>13)</sup>。まず、標的となる40ないし65歳以上人口が1,500～5,000名程度の規模にあり、かつ、標的年代人口の自殺死亡率が高率な区域を介入地域に設定し、その住民に対してうつ病スクリーニングへの参加を募る。スクリーニングは2段階で行なわれ、一次スクリーニングでは対象者に抑うつ症状を同定する自記式質問紙(例えばZung法<sup>14)</sup>など)を用いたスクリーニング検査への回答を求める。これまでの本邦郡部の高齢者自殺予防活動の実績を鑑みると、自殺死亡率低減のためにはスクリーニングを一区域で3～5年おきに(もしくは介入期間中に1回)実施することで十分であるが、その際、参加率は一次・二次スクリーニングとも50%以上を要すると考えられる。地域のうつ病エピソード有病率は3～5%と小さいため、一次スクリーニング陽性率はスクリーニングに用いた検査の偽陽性率(1-特異度)に近い値を取る。

さらに、二次スクリーニングにより参加者の絞り込みを行う。保健師や精神保健福祉士らが、Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 日本語版<sup>15)</sup>などのコメディカル向け構造面接法を用いて電話や対面により本人・家族に面接し、うつ病エピソードの有無を中心に評価する。2段階スクリーニングを経て要精密検査者を絞り込み、必要に応じて専門医の面接を実施した後にカンファランスで処遇を決定する。専門医(精神科医や心療内科医など)への受診勧奨、保健師・精神保健福祉士等による訪問・電話によるフォロー、異常なしの処遇を定め、本人の合意を得た後に実施し、2ヶ月程度追跡している。

## 3. うつ病スクリーニングによる自殺予防と地域福祉

上述した一連の過程は、地域福祉の構成要件<sup>16)</sup>である以下の三つの要素としてまとめることができる。すなわち、①要支援者に対する予防的な保健・医療・福祉プ

ログラム体系(例えば、自殺予防に有効なうつ病スクリーニング法の確保、精査とフォローの方法の確保)とサービス提供資源(例えば、連携する医療機関、プログラムを担う専門家の確保)、②サービスを総合化する施策(例えば、地方自治体におけるうつ病スクリーニングの事業化、相談・情報提供、医療機関等との連携)、③住民参加を促進する地域組織化(例えば、うつ病スクリーニング実施に関する住民との合意形成、スクリーニング参加を促進する住民福祉活動、スクリーニング運営を支援するボランティアの育成)である。

うつ病スクリーニングを用いた地域介入は、心の健康づくりとしてのヘルスプロモーションの特性を有すると共に、上述したごとく自殺予防を射程に入れた地域福祉の側面を有する戦略として理解できる。

## 文献

- 1) 内閣府：自殺対策白書平成20年度版。2008。
- 2) Mann JJ：A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 136：302-311, 2002。
- 3) 大山博史編：医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル。診断と治療社，東京，2003。
- 4) Jenkins R, Singh B：General population strategies of suicide prevention. (Hawton K et al eds) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. pp597-615, John Wiley & Sons, New York, 2000。
- 5) Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd et al：Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 291：1081-1091, 2004。
- 6) Unützer J, Katon W, Callahan CM et al：Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 54：1550-1556, 2006。
- 7) DeLeo D, Dello Buono M, Dwyer J：Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry* 181：226-229, 2002。
- 8) Hawton K, Townsend E, Deeks J et al：Effects of legislation of restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ* 322：1203-1207, 2001。
- 9) Ludwig J, Cook PJ：Homicide and suicide rates

- associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *JAMA* 284 : 585-591, 2000.
- 10) Oyama H, Sakashita T, Ono Y et al : Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Ment Health J* 44 : 311-320, 2008.
  - 11) Oyama H, Sakashita T, Hojo K et al : A community-based survey and screening for depression in the elderly: the short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis* 31 : 100-108, 2010.
  - 12) Knox KL, Litts DA, Talcott GW et al : Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force : cohort study. *BMJ* 327 : 1376-1381, 2003.
  - 13) 大山博史, 坂下智恵, 工藤薫他 : 高齢者のうつ病と自殺予防. *老年医学* 47 : 1477-1482, 2009.
  - 14) 福田一彦, 小林重雄 : 自己評価式抑うつ性尺度の研究. *精神経誌* 75 : 673-679, 1973.
  - 15) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利 : M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法改定版 (2003). 星和書店, 2003.
  - 16) 鈴木五郎 : 地域福祉とは何か. 新・社会福祉学習双書 第10巻 地域福祉論 (鈴木五郎, 山田秀昭編). 全社協, 2000.