

**Table 3.** A sex-based comparison of mean age and age-adjusted Self-Rating Depression Scale (SDS) score, and age-adjusted prevalence (%) of psychosocial factors and lifestyles by three groups of municipalities according to the standardized mortality ratio (SMR) from suicide.

	Men			Women			p'		
	Total	Low SMR	Middle SMR	High SMR	Total	Low SMR		Middle SMR	High SMR
Age (mean $\pm$ standard deviation, year)	51.9 $\pm$ 16.0	50.9 $\pm$ 15.7	52.7 $\pm$ 16.0	51.7 $\pm$ 16.0	52.8 $\pm$ 16.1	54.2 $\pm$ 16.1	50.5 $\pm$ 15.8	52.7 $\pm$ 16.1	<0.001
Self-Rating Depression Scale score (mean $\pm$ standard error)	38.2 $\pm$ 7.6	37.9 $\pm$ 0.3	38.6 $\pm$ 0.2	38.1 $\pm$ 0.3	40.3 $\pm$ 7.9	39.8 $\pm$ 0.2	40.6 $\pm$ 0.3	41.2 $\pm$ 0.3	0.001
	Psychosocial factors								
Not married (n=5,399)	26.6	25.2	28.4	25.1	29.1	29.7	27.6	30.6	0.359
Education of 9 years or less (n=5,493)	46.4	48.2	43.3	48.9	51.9	51.1	49.9	57.7	<0.001
Very dissatisfied with financial situation (n=5,505)	20.2	23.8	19.3	18.3	15.9	15.1	16.4	16.4	0.548
Living alone (n=5,514)	8.9	8.8	9.8	7.9	9.6	10.1	7.3	11.8	0.004
Lacking the chance to visit friends or relatives (n=5,518)	22.3	20.0	24.0	21.9	15.8	15.5	16.1	16.9	0.668
Having no confidant among friends or relatives when depressed (n=5,518)	14.6	14.1	14.9	14.7	8.5	8.5	8.1	9.2	0.756
Lacking participation in community activities (n=5,525)	16.1	20.6	16.3	13.0	16.3	15.5	17.0	16.8	0.497
	Lifestyles								
Currently smoke (n=5,523)	48.8	47.9	49.2	48.2	8.7	8.2	10.9	6.3	0.004
Drink alcohol once a week or more (n=5,504)	58.8	59.5	55.0	62.8	13.5	13.1	13.2	14.0	0.913
Sedentary (n=5,483)	57.7	58.0	56.9	58.1	60.5	59.9	60.9	61.1	0.757

\* : P-values for continuous data are by analysis of (co-)variance and those for categorical data are by likelihood ratio test using logistic regression analysis.

**Table 4.** A sex-based comparison of age-adjusted prevalence (%) of knowledge of and attitudes toward suicide and depression by three groups of municipalities according to the standardized mortality ratio (SMR) from suicide.

	Men			Women			p'		
	Total	Low SMR	Middle SMR	High SMR	Total	Low SMR		Middle SMR	High SMR
	Knowledge								
No awareness that the suicide mortality rate is higher in the region (n=5,434)	88.1	92.3	87.2	84.5	84.5	86.2	85.3	79.2	<0.001
No knowledge of depressive states being treatable by medication (n=5,479)	79.5	81.5	79.0	79.0	76.3	77.3	74.1	77.4	0.195
No knowledge of the location of a psychiatric hospital (n=5,513)	18.2	21.8	17.9	16.2	17.3	21.1	6.3	24.3	<0.001
No awareness of mental health activities by local governments (n=5,470)	70.4	69.3	73.6	66.8	66.8	67.1	65.9	66.6	0.913
	Attitudes								
A view of suicide as being permissible (n=5,520)	16.2	15.2	16.1	17.0	13.0	13.6	9.8	15.8	0.004
Unwillingness to see a psychiatrist when depressed (n=5,515)	59.8	63.8	59.4	57.1	49.4	50.8	48.6	46.5	0.203
A view of suicide as being unpreventable by community efforts (n=5,547)	63.8	67.3	64.8	60.3	64.3	63.8	65.7	63.5	0.684

\* : P-values are by likelihood ratio test using logistic regression analysis.

## DISCUSSION

The characteristics of our study involve the subjects; they make up a large random sample of residents in municipalities with high suicide rates in Japan. We examined psychosocial factors, lifestyles, and knowledge of and attitudes toward suicide and depression. Although a significant difference in SDS score was observed in women, most of the psychosocial factors or knowledge of and attitudes toward suicide and depression were not adversely associated with SMR group. The results shown by Nohara et al.<sup>5</sup> could explain why SDS scores were significantly different among the three SMR groups only in women. Because women are more affected by factors related to medical services than those related to socioeconomic disadvantage, it seems that depression and suicide are more directly associated in women than in men. Qin et al.<sup>20</sup> showed similar findings in a time-matched nested case-control study in Denmark, namely that a history of psychiatric hospitalization made the increased suicide risk higher in females than in males, and that socioeconomic variables such as unemployment, retirement, and single marital status were significant risk factors for men after controlling for psychiatric admission. Our survey was cross-sectional, however, and it is therefore possible that higher suicide mortality in a certain area affected the emotions of women more than did lower suicide mortality.

There are three possible reasons for the lack of adverse associations. Firstly, as Nohara et al.<sup>5</sup> reported, higher rates of suicide in these districts are closely associated with socioeconomic disadvantage in men and with factors related to medical services in women. Compared to such socioeconomic or health-care related factors, knowledge of and attitudes toward suicide and depression might only contribute minimally to differences of suicide mortality in the region. Secondly, although the study was conducted using a large community sample drawn from municipalities with SMRs from suicide ranging from 1.62 to 3.72 in men and from 1.43 to 3.49 in women, the study area might have not been large enough to uncover differences in knowledge of and attitudes toward suicide and depression due to similar social and cultural backgrounds. Thirdly, age range of the subjects might have been too broad. Age-specific analyses revealed that in some items knowledge of and attitudes toward suicide were more alike among the three SMR groups in the same age group than among different age groups in the same SMR group (data not shown). Thus, it might have been difficult to find a common difference across age groups among the three SMR groups in knowledge of and attitudes toward suicide and depression.

As for psychosocial factors and lifestyles, significant differences among the SMR groups were observed in education, financial situation, community participation, and alcohol drinking in men, and in education, living alone, and cigarette smoking in women. When subgroup analyses by three age groups (20-39, 40-59, and 60-79 years) were conducted (data not shown), significant differences were found only in the age group 20-39 years, except

for financial situation in men where a significant difference was no longer observed. Lack of consistent differences among age groups made interpretation difficult. Education and unemployment were reported to be associated with suicide.<sup>21</sup> Our study showed similar results in that the percentage of those with an education of 9 years or less was the highest in the high SMR group, both in men and women. Associations between suicide and such lifestyle factors as cigarette smoking,<sup>22,23</sup> alcohol drinking,<sup>24</sup> and physical activity<sup>25</sup> were also reported. No clear explanation exists for the lack of difference in smoking prevalence among the three SMR groups in men, but the reason for the highest smoking prevalence observed in the middle SMR group in women might have been because urban areas in Japan, which have higher smoking rates than those of rural areas,<sup>26</sup> were included in that group. The percentage of those not participating in community activities was the lowest and the percentage of those who drink alcohol once a week or more was the highest in the high SMR group in men. This might have been because community participation and alcohol drinking are closely associated in the rural districts of Japan.

As for knowledge of suicide and depression, significant differences among the SMR groups were observed in three items among men and two items among women. When subgroup analyses by three age groups (20-39, 40-59, and 60-79 years) were conducted (data not shown), significant differences were found only in the age groups 40-59 and 60-79 years for "no awareness that the suicide mortality rate is higher in the region" and in the age group 60-79 years for "no knowledge of the location of a psychiatric hospital" and "no awareness of mental health activities by local governments" in men, and in the age group 40-59 years for "no awareness that the suicide mortality rate is higher in the region" and in all age groups for "no knowledge of the location of a psychiatric hospital" in women. These data indicate that middle-aged or elderly people in the high SMR group, especially men, have sufficient knowledge of suicide and depression, which is contrary to our expectations. When subgroup analyses by age group were conducted for attitudes toward suicide and depression (data not shown), significant differences among the SMR groups were found only in the age groups 20-39 and 40-59 years for "unwillingness to see a psychiatrist when depressed" and in the age group 40-59 years for "a view of suicide being unpreventable by community efforts" in men and in the age group 60-79 years for "a view of suicide as being permissible" in women. The data for men indicated that the percentages were the lowest in the high SMR group, again contrary to our expectations. The lowest percentages observed in the middle SMR group for "a view of suicide as being permissible" and for "no knowledge of the location of a psychiatric hospital" might have been because a psychiatric hospital was located in the municipality for the middle SMR group and women in that municipality tended to regard suicide as not permissible.

As mentioned earlier, in the baseline study of the Defeat Depression Campaign in Great Britain, conducted from 1991

through 1997, the proportion of participants who considered antidepressants to be ineffective for depression was 54%, a number that was reduced to 40% after the six-year intervention.<sup>13</sup> In a 1991 Irish report, 27% of the nationally representative sample regarded antidepressants as ineffective.<sup>12</sup> In our study, more than 70% of the subjects did not know that depressive states are treatable by medication. In addition, half of our sample answered that they were not willing to see a psychiatrist when depressed (59.8% of men and 49.4% of women). Patients in Japan with depressive symptoms tend to visit primary care physicians who are less likely to diagnose depression or prescribe antidepressants.<sup>27,28</sup> Efforts should therefore be made to encourage residents to visit psychiatrists. Providing residents with sufficient information on depression might result in an increase in consultations with psychiatrists for depression, since in our study the subjects who knew that depressive states are treatable by medication were significantly more likely to visit a psychiatrist when depressed than those who did not know (25.1% vs. 13.9%).

Psychiatric care is restricted in the region. The municipality with the largest population in each of the two districts, the Kuji District and the Miyako District, has psychiatric hospitals or clinics, but the other municipalities lack even the smaller psychiatric clinics. Knowledge of the location of a psychiatric hospital seems to have been largely affected by the location of subject residence. Provision of psychiatric care cannot be expected to increase immediately, but mental health literacy of the residents could be improved in the short term. We will conduct the first community intervention trial for suicide prevention with a control group in Japan. Our sample was randomly drawn from the intervention and control areas, and the sample size was large enough to detect changes in knowledge about whether depressive states are treatable by medication. The evaluation questionnaire survey is scheduled for 2004, only two years after the baseline survey, due to budget constraints. However, we plan to monitor changes in suicide rates for at least five years both in the intervention area and in the control area.

There may be three limitations in our study. The first limitation is the lower response rate in the younger age groups. We sent reminder letters twice to non-respondents. We sent respondents a gift certificate or gift worth 500 yen. We also asked respondents for missing information. We thus expended considerable effort to improve response rates. The second limitation is that subjects were drawn from discrete age strata in one of the municipalities. This might have affected the age distribution of the subjects. However, we only compared the prevalence of the variables by three age groups, and it is unlikely that the discrete sampling in the one municipality distorted the results. The third limitation is that the municipality with the largest population in the Miyako District was not included in the study. The municipality was characterized by rather low SMRs from suicide: 1.27 in men and 1.12 in women. If knowledge of and attitudes toward suicide and depression in this municipality had been surveyed, a clear contrast between urban and rural areas might have become apparent.

In conclusion, although a significant difference of SDS score was observed in women, most of the psychosocial factors or knowledge of and attitudes toward suicide and depression were not adversely associated with SMR group. It was evident that levels of knowledge about suicide and depression were rather low both in men and in women. Based on the results, we will intervene in these municipalities for suicide prevention.

## REFERENCES

1. World Health Organization. World Health Statistics Annual 1997-99. WHO. Geneva, 2000.
2. Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare. Vital Statistics of Japan. Health and Welfare Statistics Association. Tokyo (in Japanese).
3. Lamar J. Suicides in Japan reach a record high. *BMJ* 2000; 321: 528.
4. Fujita T, Tanihata T, Miura Y. Geographic characteristics of the steep increase of suicide deaths since 1998. *Kosei No Shihyo* 2003; 50(9): 27-34. (in Japanese)
5. Nohara M, Onoda T, Okayama A. Regional accumulation of suicide and its related factors. *Kosei No Shihyo* 2003; 50 (6): 17-23. (in Japanese)
6. Aihara H, Iki M. An ecological study of the relations between the recent high suicide rates and economic and demographic factors in Japan. *J Epidemiol* 2003; 13: 56-61.
7. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
8. Fujita T, Kurisu E. Suicide deaths among psychiatric patients--a study based on vital statistics. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1992; 39: 858-64. (in Japanese)
9. Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K, Hamajima N, Wada M, et al. Depressive mood and suicide among middle-aged workers: findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan. *J Epidemiol* 2000; 10: 173-8.
10. Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K, Asakawa O, Kido M, Onose H, et al. Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 239-51.
11. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
12. McKeon P, Carrick S. Public attitudes to depression: a national survey. *Ir J Psychol Med* 1991; 8: 116-21.
13. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 519-22.
14. Chida F, Okayama A, Nishi N, Sakai A. Factor analysis of Zung Scale scores in Japanese general population. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 420-426.
15. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen*

- Psychiat 1965; 12: 63-70.
16. Kahn HA, Sempos CT, Statistical methods in epidemiology, Oxford University Press, New York, 98-102.1989.
  17. Statistics Bureau. Population Census of Japan. Ministry of Public Management, Home Affairs, Posts and Telecommunications (formerly Management and Coordination Agency). 1980, 1985, 1990, 1995, and 2000. (in Japanese)
  18. Department of Health and Welfare of Iwate Prefecture. Annual Health Statistics, Iwate. 1982-2000. (in Japanese)
  19. Dupont WD, Statistical modeling for biomedical researchers: a simple introduction to the analysis of complex data, Cambridge University Press, Cambridge, 115-8.2002.
  20. Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-50.
  21. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 594-600.
  22. Hemenway D, Solnick SJ, Colditz GA. Smoking and suicide among nurses. *Am J Public Health* 1993; 83: 249-51.
  23. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50000 men. *Am J Public Health* 2000; 90: 768-73.
  24. Caces F, Harford T. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934-1987. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 455-61.
  25. Brown DR, Blanton CJ. Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34:1087-96.
  26. Sobue T, Yamamoto S, Watanabe S. Smoking and drinking habits among the JPHC Study participants at baseline survey. *Japan Public Health Center-based Prospective Study on Cancer and Cardiovascular Diseases. J Epidemiol* 2001; 11 (Suppl): S44-S56.
  27. Mino Y, Aoyama H, Froom J. Depressive disorders in Japanese primary care patients. *Fam Pract* 1994; 11: 363-7.
  28. Kageyama T, Kabuto M, Nitta H, Kurokawa Y, Taira K, Suzuki S, et al. Prevalence of use of medically prescribed hypnotics among adult Japanese women in urban residential areas. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52: 69-74.

---

## 岩手県における自殺とうつ病への取組み

北 畠 顕 浩    青木慎一郎    酒井明夫  
大塚耕太郎    智田文徳    岡山 明  
西 信雄    黒澤美枝

---

「精神科」第3巻第5号 別刷  
2003年11月 発行

## 特集 うつ病による自殺を予防する

## 岩手県における自殺とうつ病への取組み\*

● 北畠顕浩<sup>1)</sup> / 青木慎一郎<sup>2)</sup> / 酒井明夫<sup>3)</sup> / 大塚耕太郎<sup>3)</sup> /  
 智田文徳<sup>3)</sup> / 岡山 明<sup>4)</sup> / 西 信雄<sup>4)</sup> / 黒澤美枝<sup>4)</sup>

Key Words : depression, suicide, intervention study,  
 Self-rating Depression Scale

## はじめに

1998年以降、自殺による死亡が全国的に増加しており、大きな社会問題になっている。岩手県は秋田県、新潟県などと並び、自殺高率県の一つであるが、県内の自殺率には地域差があり、二戸地域、久慈地域でとくに高齢者を中心としてその率は高い<sup>1)</sup>(表1)。高齢者に限らず、自殺危険因子にうつ状態が含まれていることは従来から指摘されており、うつ病の早期治療介入を行うことが自殺予防として効果があることは新潟県東頸城郡松之山町の活動ですでに報告されている<sup>2)</sup>。本稿では、二戸地域の中では早くから自殺予防としてうつ病への精神医療の介入を行ってきた浄法寺町の活動を報告するとともに、久慈地域を対象にして、久慈保健所および岩手医科大学が地域住民および医療従事者を対象にした介入研究について概略を報告する。

浄法寺町と県立一戸病院  
 精神科での取組み

## 1. 地域の状況と背景

浄法寺町は岩手県と青森県の県境に位置する周囲を山に囲まれた農山村であり、主な産業は稲作と葉たばこである。1984年には6,800人余りだった人口も、過疎化が進行して現在では(2002年)5,700人余である。町内唯一の医療機関である町立診療所がプライマリケアを担っており、一方、精神医療はもっとも近い精神科医療機関である隣接する一戸町内の県立一戸病院(一般病床145床、精神病床225床、感染症4床)精神科(旧北陽病院・以後一戸病院)で診療を受けることが多い。かつてこの地域は精神科疾患への理解が乏しく、住民には精神科受診への抵抗が大きいため、抑うつ状態にあっても精神科を受診しようとする住民はあまりいなかった。

1980年以降、同町の自殺死亡率が人口10万人対50.0と高いことから、町立診療所は、1984年1月から1988年12月までの自殺既遂者のうち65歳以上の高齢者13例について既遂者家族から聞き取りを行った。その結果、6例に睡眠障害を主とした抑うつ状態と思われる症状が確認されたが、一方その多くは三世代以上の大勢の家族に囲まれて、外見上は孤独を感じさせない人が多かつ

\* Prevention of suicide and intervention of depression in Iwate prefecture.

<sup>1)</sup> Akihiro KITABATAKE, M.D.: 岩手県精神保健福祉センター(☎020-0015 盛岡市本町通 3-19-1); Iwate Mental Health Center, Morioka, Iwate, JAPAN.

<sup>2)</sup> Sinichiro AOKI, M.D.: 岩手県立大学社会福祉学部; Faculty of Social Welfare Iwate Prefectural University, Iwate, JAPAN.

<sup>3)</sup> Akio SAKAI, M.D., Koutaro OTSUKA, M.D. & Huminori CHIBA, M.D.: 岩手医科大学神経精神科学講座; Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, Morioka, Iwate, JAPAN.

<sup>4)</sup> Mie KUROSAWA, M.D.: 岩手医科大学衛生学・公衆衛生学講座; Department of Hygiene and Preventive Medicine, Iwate Medical University, Morioka, Iwate, JAPAN.

表1 岩手県における人口10万人あたりの自殺死亡率(平成13年度)

岩手県全体		33.9							
盛岡地域	30.7	岩手中部地域	34.8	胆江地域	33.5	両磐地域	32.8	気仙地域	40.0
盛岡市	24.6	花巻市	38.3	水沢市	34.3	一関市	23.6	大船渡市	27.6
雫石町	45.8	大迫町	14.6	江刺市	32.8	花泉町	31.2	陸前高田市	35.2
葛巻町	58.4	石鳥谷町	48.6	金ヶ崎町	30.7	平泉町		住田町	83.1
岩手町	45.5	東和町	47.2	前沢町	19.5	大東町	62.7	三陸町	70.9
西根町	68.6	北上市	31.4	胆沢町	45.5	藤沢町	38.6		
滝沢村	19.2	湯田町	25.3	衣川村	38.3	千厩町	44.8		
松尾村	128.2	沢内村				東山町	23.7		
玉山村	64.5					室根村	31.9		
紫波町	30.0					川崎町	86.9		
矢巾町	19.4								
安代町	32.0								
釜石地域	27.0	宮古地域	35.3	久慈地域	44.8	二戸地域	46.7		
遠野市	29.0	宮古市	31.2	久慈市	48.8	二戸市	43.6		
釜石市	21.8	田老町		普代村	84.1	軽米町	68.1		
大槌町	23.0	山田町	43.0	種市町	28.6	九戸村	27.5		
宮守村	74.3	岩泉町	47.2	野田村	38.6	浄法寺町	74.7		
		田野畑村	22.2	山形村	90.3	一戸町	36.0		
		新里村	79.9	大野村	16.1				
		川井村	27.2						

たことも判明した<sup>3)</sup>。1987~1988年度に行った3集落に関する調査では、現在通院している中の92.6%の人が町立診療所を利用していた。抑うつ状態と診断された高齢者は一人あたりの治療件数が1.81件で、抑うつ状態ではない高齢者は1.08件であった。また、抑うつ状態の高齢者の多くが医療機関にかかっていた<sup>3)~6)</sup>。

## 2. 浄法寺町と一戸病院の取組み<sup>7)</sup>

一戸病院の協力で、1984年から①精神病およびその他の心の不健康状態の予防、②心の不健康の改善と治療、③心の健康増進を目的として、毎月一回「心の健康相談」を実施した。構成スタッフは浄法寺町スタッフを連絡の中心とし、一戸病院精神科の医師、ケースワーカー、浄法寺町立診療所の医師、浄法寺町保健師、および二戸保健所保健師らであった。町では窓口を開設して常時相談を受け入れるようにした。ここで浮かび上がった事例について訪問活動や相談を行い、問題点を明確にすべく事例の個人票を作成した。これを元に月一回の「心の健康相談」活動日に、可能であれば精神科医による本人に対する直接の診察を行った。さらに、診察が行えなかった場合でも構成スタッフで合議をして事例

の扱いについて精神科受診を勧める、あるいは継続訪問を行うなどの介入方針を判断、決定した。必要によっては活動日以外にも医師、保健師の訪問や合議が行われた。

この事業は、構成メンバーに変化があったものの現在まで続いている。1985年からはZungのSDS(Self-rating Depression Scale)を実施し、50点以上の者に対してはさらに保健師が訪問活動などを行い、うつ状態や自殺念慮、抑うつ状態の既往や抑うつに関連するライフイベントの存在を確認し、必要に応じて、本人、家族に説明を加えた上で前述の「心の相談」を利用するように勧めており、これも現在まで続いている(図1)。

さらに1987年、全町民を対象に健康指導講習会を開催し、参加者全員にSDSを行うほか、うつ病に関する一般知識の啓発・普及を行った。内容は、うつ病は早期発見・早期治療を行うことで改善する病気であることを講義形式で伝え、その他に高齢者の健康を促進すべく健康講話や健康のための料理教室、高齢者には関心の高い痴呆予防の話題といった精神医療全般についての紹介を行うなど精神医療への敷居を下げることを心がけた。1988年以降、現在までの3年間で全町を網羅するよう集落を巡回して健康指導

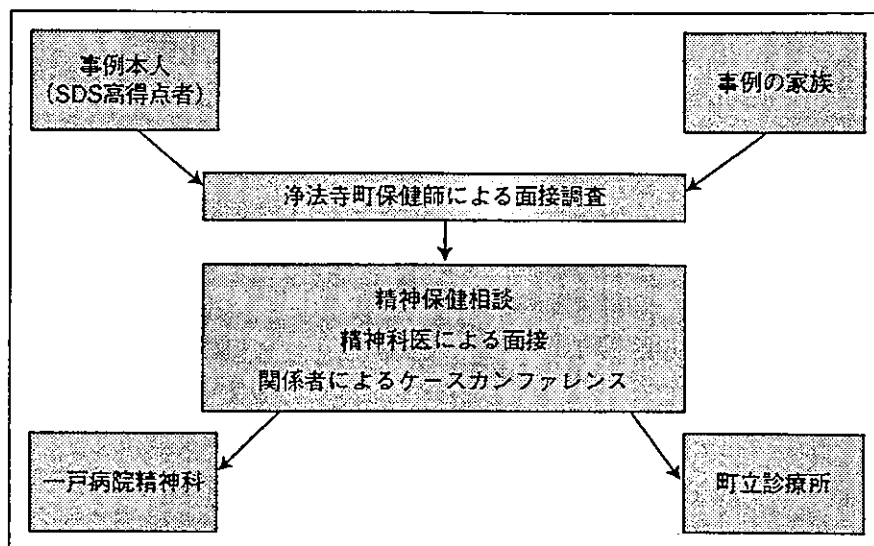


図1 浄法寺町の事例発生から治療までの流れ

講習会を開催している。

### 3. 活動の成果と課題

これら「心の相談」、健康指導講習会、SDS調査によって、それまでは精神科治療に結びつきにくかった患者に、治療のきっかけを与えることができた。精神疾患についての知識が十分でない地域においては、精神科の治療を特殊なものとする人が多く、精神医療を受診すること自体への抵抗が大きかったが、この活動を通して、知識の啓蒙に加え、精神科医との柔らかい出会いの場を形成し、受診の機会を増やしたことで、そして精神科医が地域に出向くことで、地域に対して患者、家族との間に信頼関係を築くことができたことが、平成3年以降高齢者の自殺数の減少に現れたものと考えられる(表2)。しかしながら、全国的な自殺者の増加に先行して1996年以降中年層の自殺者の発生が続いており、65歳以上の高齢者を対象に行っている抑うつ者へのスクリーニングと平日の日中に行ううつ病に関する啓発・普及活動という方法での限界が明らかになってきているとも考えられる。このため、健康指導講習会に参加が難しい年齢層への関与方法について再検討が迫られている。

#### 久慈地域における 久慈保健所・同管内市町村と 岩手医科大学の活動

表2 浄法寺町の人口動態と自殺数

年	全人口	65歳以上人口	全自殺数	10万人あたりの自殺率	65歳以上自殺数
1976	7,473		3	40.1	3
1977	7,361		9	95.1	4
1978	7,290		1	13.7	1
1979	7,234		1	13.8	
1980	7,204		1	13.9	
1981	7,055		4	56.7	2
1982	6,990		10	143.1	5
1983	6,921		6	86.7	4
1984	6,833	992	3	59.8	2
1985	6,772	994	6	88.6	4
1986	6,687	1,011	5	74.8	4
1987	6,545	1,031	3	45.8	2
1988	6,446	1,050	6	93.1	2
1989	6,355	1,091	3	47.2	3
1990	6,159	1,121	2	32.5	2
1991	6,091	1,157	0		0
1992	5,991	1,186	2	33.4	1
1993	5,880	1,230	2	34	1
1994	5,774	1,273	1	17.3	0
1995	5,737	1,333	0		0
1996	5,644	1,371	4	70.9	1
1997	5,580	1,394	5	89.6	3
1998	5,491	1,448	3	54.6	1
1999	5,419	1,505	5	92.3	1

### 1. 地域の状況と背景

久慈地域は岩手県の三陸沿岸北端に位置し、東は太平洋に面し、西は二戸広域圏、南は盛岡、宮古各広域圏に、北は青森県八戸広域圏に接する山間地で、平地はきわめて少なく、漁業や牧



畜、それに林業が主な産業である。人口は約7万弱、1市1町4村で構成されている。この地域の精神医療は主として久慈市内にある単科の私立精神科病院(精神科病床215床)が担ってきたが、他に八戸市内の精神医療機関が利用されることもある。近年、この地域の中核総合病院である県立久慈病院(救命救急センター病床含む一般病床295床、療養病床43床、感染病床4床)に外来のみの精神科が開設された。

この久慈地域は、岩手県内では二戸地域と並んで自殺死亡率が高い。このため、久慈保健所では岩手医科大学(以下岩手医大)や管内市町村と共同で自殺予防対策活動を平成11年度から実施した。

## 2. 基礎調査

背景調査として、一次予防の観点から地域における自殺予防対策を講ずる基礎資料を作成するため、「住民のこころと体の健康意識に関するアンケート」を20~79歳までの住民約5,800人を対象に無作為抽出し、管内全市町村において実施した。結果は、県内他の地域と比較して自殺が多いことを知っていた住民の割合は15.4%、薬で治すことができる疾患として「うつ状態」を選んだ住民は21.2%と低く、自殺やうつ状態に関する意識や知識が低い傾向にあることが明らかになった。医療従事者のうち看護スタッフでもほぼ同様の結果であった。久慈地域では地域住民のみならず、医療従事者をも対象とした自殺やうつ状態に関する啓発活動の必要性が確認された<sup>8)~10)</sup>。

また、特定した期間内に管内市町村において自殺により死亡した住民の家族の中で、同意を得られた例を対象とし、遺された家族の心のケアも含め、市町村保健師による面接聞き取り調査(全体の約3割)を実施した。その中で、約7割が、身体の病気などで生前病院受診をしていたか、あるいは悩みや心配事が認められていたことが判明し、家族が後に振り返ってみると、自殺予告と思われるサインや兆候らしきものがあったケースも確認された<sup>8)</sup>。

## 3. 久慈保健所の示す自殺予防に対する今後の取組み

この調査結果を踏まえ、保健・医療等関係者および民間団体が一体となった対応策の検討を行い、また、あわせて保健医療関係者に対して自殺予防の啓発を行うこととした。市町村保健師等関係者を対象とした自殺予防とうつ病に関するワークショップ、シンポジウムおよびセミナーを開催し、自殺予防対策の視点から、抑うつ状態やうつ病に関する啓蒙活動、さらにそのような状態に陥った人に対する支援活動の進め方などが討議された。この結果は、以下に示すとおり11項目からなる今後の取組みとしてまとめられた<sup>8)</sup>。

### ①自殺問題の現状の理解と自殺予防に関する啓発活動(こころの健康づくりの推進)

本検討会が中心となり実施した各調査の結果について、その実態を周知する必要がある。自殺は悲劇ではなく、大きな社会問題であるという状況を伝え、理解と認識を深めていくことが重要である。なお、この場合、自殺既遂者の家族や該当者のプライバシーに配慮しながら実施する必要がある。また、老人が生きがいをもって暮らせるような取組みなど、自殺の背景にある要因などを考慮し、地域の関係機関・団体および住民が協働で、自殺予防を取り入れたこころの健康づくりに取組むことが必要である。

### ②うつ病、うつ状態、ストレスなどに関する理解の促進

自殺の危険因子と大きく関連があるうつ病、うつ状態や、ストレスなどのこころの健康に関する具体的な内容について理解を進める必要がある。また、精神医療への理解と偏見の解消など正しい知識の普及に努める。

### ③自殺予告のサインやその対応に関する知識の普及

自殺志向、念慮をもつ人達が出しているサインや反応を身近な家族・友人・同僚などが気づき察知することができ、相談などに結びつけるなどの予防的なアプローチができるようにその知識の普及に努める。

### ④相談窓口やカウンセリングの体制整備

身近に相談できる窓口を設置するとともにその周知に努め、専門機関とのネットワークを確立する体制づくりが必要である。また、保健所

などにカウンセラーなどの専門職員である専任スタッフを配置するなどのスタッフの確保が必要である。

#### ⑤当事者などに対する相談による対応

自殺を考えている人の多くは、悩みをもっているもそれを話すことができないなどの精神的に追い詰められた状態にあることが多いと推測されることから、気軽に相談できる場づくりが必要である。同時に、自殺者には病気をかかえている場合が多いことから、精神面のサポート(相談)やカウンセリングなどの対応も重要である。

#### ⑥遺された家族への支援

地域の中での偏見の解消に努め、自殺により家族を亡くした状況や悲しみについて話をすることや体験が共有できる場づくりを通じ、遺された家族への支援を行う必要がある。

#### ⑦ハイリスク者への支援

潜在的(受診や加療にいたらない)うつ病の人を早期に発見するためのスクリーニングなどの実施により、介入できる仕組みが必要である。

#### ⑧相談などの従事者および関係者の連携と研修

自殺予防に関わる相談などに対応する専門職種や関係者のスキルアップを図る研修が必要である。また、従事者をバックアップする体制整備もあわせて必要である。

#### ⑨精神科以外の医療機関におけるうつ病などの対応の推進

自殺者は生前に医療機関にかかっている割合が多いことから、精神科以外の一般の医療機関においても、うつ病などのこころの病気への対応が必要である。

#### ⑩雇用や地域環境に関する対策

雇用問題や職場での悩みが自殺の原因となっている例も増大していることから、労働衛生サイドとの連携による取組みが必要である。

#### ⑪生命を大切に作る社会づくり

子どもに命の大切さや家族の絆の大切さを、日常的に家庭や学校などで話題とできるように、社会教育活動の一環としての取組みが必要である。

#### 4. 北リアス自殺予防対策推進ネットワーク

近年、これらの項目に盛り込まれた課題をできるだけ実行しようとする意図で「北リアス自殺予防対策推進ネットワーク」が立ち上げられた。さしあたっての活動目標は、行政機関である市町村や保健所では住民向けに、自殺は悲劇ではなく、大きな社会問題であるという状況を伝え、自殺予告のサインやその対応に関する知識の普及、生命を大切にする社会づくりを目指した啓発活動を行うことである。岩手医大では、この活動に従事するスタッフ向け研修や支援者に対する支援体制作りを担い、市町村・保健所と連携してうつ病対策、とくに医療従事者を対象とした研修を受けもつこととなった。

##### a. 介入活動・地域住民を対象にした啓発活動

地域の住民に対して、地域に密着した草の根的介入活動を目指し、一般住民を対象にした健康教室「北リアス健康塾」が企画された。これは、「うつ病」という病気自体について、さらにそれと自殺との関連に関する啓蒙を目的とし、各地区を巡回する小講演会を開催するものである。伝える内容は、①自殺死亡率が高いことがこの地域の課題になっていること、②抑うつ状態が自殺と関連していることが多く、これは治療可能な状態であることから、早めに医療にかかることで自殺を防ぐ可能性が高いこと、そしてうつ病についての簡単な説明などである。合計約1時間の講義の後、1時間程度の座談会を設けてさらに理解を深めるように心がけた。これとあわせて地域においてのうつ病や自殺対策として指導的な役割を担う住民を対象としたリーダー講演会も開催しはじめたところである。また、地域の精神保健活動において保健師が治療や回復などの点で、あるいは不幸にも自殺既遂例が生じた場合、その後の対応を検討するために、専門医からスーパーヴァイズを受けるシステム構築も模索している。

##### b. 介入活動・医療機関に対する啓発活動<sup>11)</sup>

既遂者遺族に対する聞き取り調査結果では、自殺者は生前に医療機関にかかっている割合が多かった。精神科以外の一般の医療機関においても、うつ病などのこころの病気への対応を行うことが望まれる。住民への意識調査では、か

かりつけの医師に心の問題を相談できると回答した人は男性で20.6%, 女性で22.3%であった。もし、プライマリケアを担当する一般身体科医が心の問題にもある程度対処できると地域住民が認識できるようになれば、うつ病への早期介入が円滑に行われることが期待される。それを可能にするためのステップとして、一般身体科医を対象にうつ病の問診の仕方や所見の取り方、対応法、典型的なうつ病の症例を紹介するなどの情報提供を行った。とりわけ中核病院である県立久慈病院においては、うつ病の早期介入を可能にするため身体科医に対する院内研修会を行っている。

今後予定している取組みとしては、身体疾患のために入院している患者の中で、抑うつ状態を伴っている人に対する治療を円滑に導入するためのシステムづくりがあるが、そのために、現在、身体疾患各科の臨床現場で発生している精神科領域の問題事例に対処するコンサルテーションリエゾン活動を行える看護師を養成中である。

### おわりに

岩手県内で自殺死亡率の高い二地域でのうつ病介入について述べた。

二戸地域にある浄法寺では町の事業としてすでに19年にわたって活動が続けられ、介入開始後7年目の1991年には自殺者を出さないまでに至り、その後も高齢者の自殺数は介入以前に比べて抑制されている。これは全町的にきめ細かい活動を行う環境が整っている小規模自治体のメリットが生かされた結果であろう。その一方で65歳未満の自殺が1996年以降続いており、主として女性や高齢者が参加しやすい従来までの事業方式では若年層の自殺を抑制しきれていないことも明らかになった。このため新たな方法論を模索しているところであるが、新たな活動を起こすことは小規模自治体の独自活動としては負担が大きい。

一方、久慈地域の介入研究は今始まったところであり、実際の自殺死亡率にその成果が現れる日が一年でも早いことが望まれる。浄法寺町の活動と異なり、こちらは人口7万人弱の広域

に対する介入活動であり、市町村、県、地域の医療機関ならびに岩手医大が共同で行う活動である。ただちに行える活動としては、地域住民に対する啓蒙活動と中核総合病院である久慈病院を受診した患者に対するスクリーニングであり、これは浄法寺の活動同様、高齢者には有効であることが期待される。しかしながら、1998年以降自殺者数を押し上げている比較的若年者を十分にはカバーしきれていない。多忙をきわめる地域の中核総合病院を、身体不定愁訴で「何気なく」外来受診した抑うつ状態の患者を救い上げる体制を作るためには、病院側が隠れた抑うつ者を探す能力を高めるだけでは十分でなく、全年代の地域住民本人が「うつ病かもしれない」と気づくような風土が地域に根づかなければならない。とくに働き盛りの世代に浸透させるためには、彼らの生活スタイルに受け入れられるような啓蒙活動が必要になるだろう。

先に述べた久慈保健所が報告した今後の取組みについての項目は、多岐にわたり、現在実際に解決を目指して取り組んでいる項目の他に、心理職、精神保健福祉士のような専門職を要する項目や、死生観や教育の問題、産業構造や雇用環境の問題など、社会全体の構造に関わる項目までが含まれている。しかし、これらが実現されなければ自殺率の大幅な減少は達成できないことも確かである。地方自治体の財政状況が厳しい中、自殺問題をはじめとする心の健康の問題を医療の問題、あるいは保健福祉の問題と矮小化することなく、自治体が地域に対してもつ責任を自覚し、この問題の重要性に対し相応の関心を払うことを願うばかりである。

### 文 献

- 1) 野原 勝, 小野田敏行, 岡山 明. 自殺の地域集積とその要因に関する研究. 厚生指標 2003; 50(6): 17-23.
- 2) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, ほか. 新潟県東頸城群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 1998; 100(7): 469-85.
- 3) 青木慎一郎. 地域保健福祉の展開. 第一版. 東京: 川島書店; 1997. p.75-137.

- 4) 浄法寺町保健課. 昭和62年度厚生省補助事業・保健施設事業 浄法寺高齢者心身健康対策, 高齢者意識調査報告書. 1988 p.1-34.
- 5) 浄法寺町保健課. 昭和63年度厚生省補助事業・保健施設事業 浄法寺高齢者心身健康対策, 高齢者意識調査報告書. 1989. p.1-31.
- 6) 大山博史, 小井田潤一, 工藤啓子. 岩手県浄法寺町における高齢者自殺に対する予防的介入—うつ状態スクリーニングと住民啓発によるアプローチ. 精神医学 2003 ; 1 : 37-47.
- 7) 小井田潤一. 浄法寺町における精神保健活動について. 浄法寺町:ヘルスパイオニアタウン事業; 1993. p.1-7.
- 8) 岩手県久慈保健所. 地域課題調査研究事業実績報告書「久慈地域の自殺予防に関する研究」—一次予防の重要性について—. 2003年3月.
- 9) 酒井明夫. 自殺多発地域における自殺の要因の解析と予防に関する研究—基礎調査アンケート結果報告—. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業. 平成14年度報告書, 自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 2003. p.7-9.
- 10) 野原 勝. 住民を対象としたこころの健康に関する意識調査結果の地域比較. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業. 平成14年度報告書, 自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 2003. p.28-29.
- 11) 岡山 明, 野原 勝, 黒澤美枝, ほか. 自殺予防の疫学. 日本社会精神医学雑誌 2003 ; 12 : 34-40.

\* \* \*

医療従事者のうつ病患者への対応に関連した  
知識・意識について

—自殺多発地域における地域介入研究より—

黒澤 美枝    西    信雄    野原    勝  
大塚耕太郎    酒井 明夫    岡山    明

別 刷

日 本 医 師 会 雑 誌

第 131 卷 ・ 第 11 号

平 成 16 (2004) 年 6 月 1 日

# 医療従事者のうつ病患者への対応に関連した知識・意識について

—自殺多発地域における地域介入研究より—

黒澤美枝\* 西 信雄\*<sup>2</sup> 野原 勝\*<sup>3</sup> 大塚耕太郎\*<sup>4</sup> 酒井明夫\*<sup>5</sup>  
岡山 明\*<sup>6</sup>

## はじめに

わが国の自殺による死亡者は1998年から急増しており、自殺に関する実態把握と効果的な予防対策の構築は急務とされている<sup>1,2)</sup>。これまでに報告されている自殺者の特徴や実態の1つに、自殺者と精神障害の関係があげられる。

自殺者の多くは死の直前、うつ状態などの心理状態にあるが、食欲不振、不眠、体調不良を合併することが多いとされる。このため、自殺者の多くは自殺する前段階で、内科などの医療機関を受診する。しかしながら、患者が来院時にうつ状態と診断されて治療に至る割合はきわめて低い。多くの自殺者は、身体的な原因の検索や治療に集中し、精神医学的側面に十分な関心が払われないうちに予期せぬ形で命を絶っているという<sup>3)</sup>。

すなわち、プライマリ・ケアに関わる多くの医療従事者は、自殺者と自殺する直前に接点をもっているにもかかわらず、うつ状態をはじめとしたサインに気づくことができず、自殺予防のチャンスを逃していると考えられる。

岩手県は自殺の標準化死亡比(SMR)が男性1.45、女性1.39と全国と比較して高い<sup>2)</sup>。筆者らは自殺多発地域におけるうつ病対策の評価を目的として、平成14年度から地域介入研究を行っている。本研究はその開始にあたり、医療従事者を対象にこころの健康とうつ病に関する意識調査を実施した。

本稿では、質問項目の結果と、うつ病治療の知識と意識、自殺に関する認識との関連を提示し、自殺予防における役割の重要性を検討した。それを基に医療従事者におけるうつ病対策のポイントを探ることを目的とした。

## I. 方法

### 1. 対象

岩手県K医療圏・M医療圏の基幹病院、診療所、一般開業医院の医療従事者(医師および看護師)を対象とした。配付数は989、回収数899、回収率90.9%であった。医療従事者の内訳は、医師116名(12.9%)、看護師783名(87.1%)、平均年齢(標準偏差)は、37.9歳(±11.5)、精神科、精神科以外の従事者の内訳は、前者が170(18.9%)、後者が729(81.1%)であった。

### 2. 方法

#### 1) 調査方法

①調査期間：平成14年5～6月に実施した。

②調査参加の依頼：医師会登録医院と病院の医療従事者に依頼し、回収した。無記名自記式とした。

③意識調査質問項目：医療従事者調査表は、「回答者の属性」、「喫煙に関する意識」、「精神

\*くろさわ・みえ：岩手医科大学助手(衛生学公衆衛生学)。平成11年岩手医科大学医学部医学研究科卒業。同年岩手医科大学助手(神経精神科学)。平成14年現職。主研究領域/精神保健。

\*<sup>2</sup>にし・のぶお：岩手医科大学助教授(衛生学公衆衛生学)。

\*<sup>3</sup>のはら・まさる：岩手県保健福祉部保健衛生課医務主幹。

\*<sup>4</sup>おおつか・こうたろう：岩手医科大学助手(神経精神科学)。

\*<sup>5</sup>さかい・あきお：岩手医科大学教授(神経精神科学)。

\*<sup>6</sup>おかやま・あきら：国立循環器病センター予防検診部部长。

表1 アンケート質問内容

<p>〈精神医療や自殺に関する知識〉</p> <p>1) あなたの住んでいる地域で精神病院がどこにあるか知っていますか          1. 知っている 2. 知らない</p> <p>2) あなたの住んでいる地方が、他の地方より死亡が多いと思うものをすべて選んでください          1. 心臓病 2. 自殺 3. 脳卒中 4. 交通事故 5. いずれでもない</p> <p>〈精神医療や精神障害に対する意識〉</p> <p>3) あなたは気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思えますか          1. 思う 2. 思わない 3. 分からない</p> <p>4) うつ状態の患者は精神科以外の科でもケアすべきと思えますか          1. 思う 2. 思わない 3. 分からない</p> <p>5) 精神疾患をもつ患者さんをケアするとき、困ることはありますか          1. 困る 2. ときどき困る 3. あまり困らない 4. 困らない</p> <p>6) あなたは精神疾患のケアについて関心がありますか          1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない</p> <p>7) 地域医療として、あなたの勤めている地区は精神医療が充実していると思えますか          1. 充実している 2. 少し充実している 3. あまり充実していない 4. 充実していない</p> <p>〈うつ・自殺の臨床的知識〉</p> <p>8) 薬で治すことができると思うものをすべて選んでください          1. がん 2. 糖尿病 3. 高血圧 4. うつ状態 5. いずれでもない</p> <p>9) 自殺につながる兆候を知っていますか          1. 知っている 2. 少し知っている 3. あまり知らない 4. 知らない</p> <p>〈自殺に対する意識〉</p> <p>10) 自殺をどのように考えますか          1. 仕方がない 2. ときには仕方がない 3. そのような手段をとるべきではない 4. 分からない</p> <p>11) 自殺はうつ状態を治療することで予防できると思えますか          1. 思う 2. 少し思う 3. あまり思わない 4. 思わない</p> <p>12) 地域の取り組みで予防できると思うものをすべて選んでください          1. 心臓病 2. 自殺 3. 脳卒中 4. 交通事故</p> <p>13) 医療機関が自殺予防に取り組むことをどう思いますか          1. 良いことだ 2. 取り組むべきではない 3. どちらともいえない</p> <p>〈自殺予防対策の効果〉</p> <p>14) うつのケアについての講演会があるのを知っていますか          1. 知っている 2. 知らない</p> <p>* 15) 患者さんを精神科に紹介することはよくありますか          1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. 全くない</p> <p>* 16) 抗うつ薬を処方することはありますか          1. よくする 2. たまにある 3. あまりない 4. 全くない 5. したいが病院・医院にない</p>
---

\*医師のみの回答項目

障害や精神医療に関する意識や知識」合計29設問とした。

## 2) 結果の分析

本稿では、精神科以外の医療従事者729名の「回答者属性」と「こころの健康とうつ病」に関する設問の16項目について結果を解析した。全設問内容は、表1のとおりである。設問15, 16は、医師のみの回答項目とした。設問2, 12は、

選択肢「2」とそれ以外を選んだ者の2群に分けて解析した。設問3, 4, 13は選択肢「1」とそれ以外を選んだ者の2群に分けて解析した。設問5, 6, 7, 9, 11, 15, 16は、選択肢「1」もしくは「2」を選択した者とそれ以外を選んだ者の2群に分けて解析した。設問8は、選択肢「4」とそれ以外を選んだ者の2群に分けて解析した。設問10は、選択肢「3」とそれ以外を選んだ者の2

群に分けて解析した。年齢階級による検討は、40歳以上と40歳未満の2群に分けて解析した。回答者の属性や設問ごとの回答結果の差については $\chi^2$ 検定を行い、各設問ごとに回答を得られなかったものは除外して解析した。データ解析には医学統計専用パッケージ Dr. SPSS II® (エス・ピー・エス・エス(株))を用いた。

## II. 結果

### 1. 回答者属性

解析対象の精神科以外の医療従事者729名の内訳は表2に示すとおりである。

### 2. 医療従事者の精神医療や精神障害に関する知識と意識

設問に対する回答結果を表3に示した。

#### 1) 精神医療や自殺に関する知識

精神医療や自殺に関する知識に関する設問のうち、職種間で差が見られたものは、「他地域と比較して自殺が多い」と答えた者の割合で、医師が看護師より有意に高かった。

医師内の年齢群間で差が見られたものは、「他地域と比較して自殺が多い」と答えた者の割合で、40歳以上の群で有意に高かった。看護師内では、「精神病院の場所を知っている」、他地域と比較して高い死因に「自殺」と答えた者の割合で、いずれも40歳以上の群で有意に高かった。

#### 2) 精神医療や精神障害に対する意識

精神医療や精神障害に対する意識に関する設問の回答は、職種間で有意差は認められなかつた。

表2 解析対象者(身体科医療従事者729名)の特性

		人	%
年齢(歳)	平均±標準偏差 37.5 ± 11.1		
性	男	105	14.4
	女	624	85.6
職種	医師	103	14.1
	看護師	626	85.9
職域	病院	605	83.0
	医院・診療所	124	17.0

た。

医師内では、「精神障害者をケアするとき困らない」と回答した者の割合で、40歳未満の群で0名であった。また、「地域の精神医療は充実している」と回答した者の割合は、40歳以上の群で有意に高かった。

看護師内の年齢群間で有意な差が見られた設問は2つあった。「精神疾患のケアへ関心がある」と回答した者の割合は、40歳未満で有意に高かった。「うつ患者への一般科のケアは必要だ」と回答した者の割合は、40歳以上の群で有意に高かった。

#### 3) うつ・自殺の臨床的知識

うつ・自殺の臨床的知識に関する設問のうち、「うつ状態は薬で治すことができる」と回答した者の割合は、医師が看護師より有意に高かった。

医師内の年齢群間で差が見られたものはなかった。看護師内の年齢群間では、「うつ状態は薬で治すことができる」と回答した者の割合で、40歳以上の群で有意に高かった。

#### 4) 自殺に対する意識

自殺に対する意識に関する設問のうち、職種間で差が見られたものは、「うつ状態の治療で自殺は予防できる」、「地域の取り組みで自殺は予防できる」、「医療機関が自殺予防に取り組むことは良い」と回答した者の割合で、医師が看護師より有意に高かった。

医師内の年齢群間では差はなかった。看護師内の年齢群間では、「自殺という手段はとるべきではない」、「うつ状態の治療で自殺は予防できる」、「地域の取り組みで自殺は予防できる」と回答した者の割合で、40歳以上の群が有意に高かった。

#### 5) 自殺予防対策の効果

「うつケアの講演会があるのを知っている」者の割合は、職種別、職種・年齢群別間で差はなかった。



表3 医療従事者の精神医療・精神障害に関する知識と意識

(%)

	職種別			職種・年齢群別					
	医師 (103名)	看護師 (626名)	p	医師			看護師		
				40歳未満 (52名)	40歳以上 (51名)	p	40歳未満 (368名)	40歳以上 (258名)	p
〈精神医療や自殺に関する知識〉									
1. 精神病院の場所を知っている	93(90.3)	593(95.2)	0.075	45(86.5)	48(94.1)	0.334	340(92.6)	253(98.8)	0.001
2. 他地域と比較して自殺が多い	58(56.9)	137(22.6)	< 0.001	23(45.1)	35(68.6)	0.028	64(17.8)	73(29.4)	0.001
〈精神医療や精神障害に対する意識〉									
3. 気分が落ち込んだら精神科を受診する	5( 4.9)	75(12.1)	0.062	3( 5.8)	2( 3.9)	1.000	39(10.6)	36(14.2)	0.222
4. うつ患者への一般科でのケアは必要だ	67(65.0)	354(57.3)	0.170	31(59.6)	36(70.6)	0.337	191(52.5)	163(64.2)	0.005
5. 精神障害者をケアするとき困らない	7( 6.8)	26( 4.3)	0.378	0( 0)	7(13.7)	0.018	14( 3.8)	12( 4.9)	0.660
6. 精神疾患のケアへ関心がある	76(73.8)	481(77.6)	0.471	38(73.1)	38(74.5)	1.000	297(80.7)	184(73.0)	0.031
7. 地域の精神医療は充実している	23(22.3)	102(16.7)	0.210	5( 9.6)	18(35.3)	0.004	60(16.7)	42(16.7)	1.000
〈うつ・自殺の臨床的知識〉									
8. うつ状態は薬で治すことができる	50(49.0)	197(32.3)	0.002	22(43.1)	28(54.9)	0.322	99(27.6)	98(39.2)	0.003
9. 自殺につながる兆候を知っている	53(51.5)	327(53.0)	0.854	24(46.2)	29(56.9)	0.373	194(53.2)	133(52.8)	0.993
〈自殺に対する意識〉									
10. 自殺という手段はとるべきではない	44(42.7)	298(48.7)	0.309	18(34.6)	26(51.0)	0.139	157(43.5)	141(56.2)	0.003
11. うつ状態の治療で自殺は予防できる	85(82.5)	422(69.0)	0.007	41(78.8)	44(86.3)	0.464	233(64.5)	189(75.3)	0.006
12. 地域の取り組みで自殺は予防できる	66(65.3)	227(38.2)	< 0.001	30(60.0)	36(70.6)	0.363	121(34.5)	106(43.6)	0.030
13. 医療機関が自殺予防に取り組むことは良い	58(56.3)	235(38.1)	0.001	29(55.8)	29(56.9)	1.000	131(36.1)	104(41.1)	0.239
〈自殺予防対策の効果〉									
14. うつケアの講演会があるのを知っている	22(21.4)	95(16.0)	0.226	11(21.2)	11(21.6)	1.000	51(14.4)	44(18.3)	0.252
* 15. 患者さんを精神科へ紹介することがある	82(79.6)			42(80.8)	40(78.4)	0.960			
* 16. 抗うつ薬を処方することがある	66(64.1)			32(61.5)	34(66.7)	0.736			

\*医師のみの回答項目

注：各設問ごとに回答を得られなかったものは除外して解析した。

### 3. 医療従事者のうつ病治療の知識と意識の関連について

設問8で「うつ状態は薬で治すことができる」と回答した者をうつ治療の「知識あり群」、回答しなかった者を「知識なし群」として、「知識あり群」と「知識なし群」それぞれの自殺、精神医療、精神障害に関する知識・意識についての回答を比較した(表4)。

全体的に、「知識あり群」が「知識なし群」より知識と意識が高い傾向を示した。「知識あり群」で有意に高い設問は、「他地域と比較して自殺が多い」、「気分が落ち込んだら精神科を受診する」、「うつ患者への一般科でのケアは必要だ」、「自殺という手段はとるべきではない」、「うつ状態の治療で自殺は予防できる」、「地域の取り組みで自殺は予防できる」、「医療機関の自殺

予防の取り組みは良い」、「うつケアの講演会があるのを知っている」の8つであった。

### III. 考 察

#### 1. 回答者属性について

本研究では、自殺多発地域における医療従事者のうつ病対応に関連した知識・意識について調査した。本調査は、地域医師会の協力を得て配付・回収したため、回収率は90.9%と高い数値を示した。結果の解釈にあたっては、選択バイアスは少ないと考えられる。男女の割合に関しては、看護師の女性の割合が多いため、全体としては女性の割合が多い結果となっている。

#### 2. 医療従事者の精神医療や精神障害に関する知識と自殺予防への意識

「精神病院の場所を知っている」者の割合は

表4 医療従事者のうつ病治療の知識と意識について

(%)

	うつ状態は薬で治すことができる		
	知識あり群 (247名)	知識なし群 (464名)	p
〈精神医療や自殺に関する知識〉			
1. 精神病院の場所を知っている	236(95.5)	435(93.8)	0.413
2. 他地域と比較して自殺が多い	84(34.6)	108(23.7)	0.003
〈精神医療や精神障害に対する意識〉			
3. 気分が落ち込んだら精神科を受診する	35(14.2)	42( 9.1)	0.031
4. うつ患者への一般科でのケアは必要だ	168(68.3)	243(52.7)	< 0.001
5. 精神障害者をケアするとき困らない	16( 6.6)	16( 3.5)	0.094
6. 精神疾患のケアへ関心がある	196(79.4)	351(76.0)	0.354
7. 地域の精神医療は充実している	50(20.3)	73(16.0)	0.179
〈うつ・自殺の臨床的知識〉			
9. 自殺につながる兆候を知っている	140(56.9)	235(50.9)	0.146
〈自殺に対する意識〉			
10. 自殺という手段はとるべきではない	131(53.7)	205(44.6)	0.026
11. うつ状態の治療で自殺は予防できる	204(83.6)	293(63.6)	< 0.001
12. 地域の取り組みで自殺は予防できる	130(53.4)	158(35.8)	< 0.001
13. 医療機関が自殺予防に取り組むことは良い	131(53.0)	156(33.8)	< 0.001
〈自殺予防対策の効果〉			
14. うつケアの講演会があるのを知っている	55(23.0)	60(13.4)	0.002
* 15. 患者さんを精神科へ紹介することがある	40/50(80.0)	42/52(80.8)	1.000
* 16. 抗うつ薬を処方することがある	31/50(62.0)	34/52(65.4)	0.881

\*医師のみの回答項目

注：各設問ごとに回答を得られなかったものは除外して解析した。

90%を超えたが、それ以外の設問では、全体的に医療従事者の精神医療や精神障害に関する知識と意識は低い傾向を示した。また、職種間で、こころの健康に関連した知識や意識の程度に差がみられた。

医師は看護師よりも知識や意識の程度が高い傾向を示した。しかしながら、自殺に関する医師の否定的認識「自殺という手段はとるべきではない」は42.7%、「うつ状態は薬で治すことができる」と回答した者は49.0%と半数を超えなかった。看護師が医師より有意に知識や意識が高い設問はなかった。

40歳未満と40歳以上という年齢群間の比較に関しては、医師と看護師両群内で年齢差が認められたものは、「他地域と比較して自殺が多い」だった。看護師のほうが年齢群間で有意差が見られる設問が多かった。

うつ状態がすべて薬物で治る（軽快する）わけではなく、また薬物で治ることを知っている人が直ちに「知識がある人」と判断することはできない。しかし、「薬物により疾患が治る（軽快する）」という知識は疾患への治療行為や対応の前提と考え、今回われわれは、薬物で治すことができる疾患にうつ状態をあげた者を「知識あり群」、それ以外を「知識なし群」と定義し、分類した。「知識あり群」と「知識なし群」では、自殺予防への意識やうつ患者のケアへの関心の高さに関連が見られた。「知識あり群」では、自殺に対する意識を問う設問すべてにおいて、肯定的な回答をした者の割合が有意に多かった。すなわち、うつ治療の知識があるほど、うつ患者のケアや自殺予防への関心が高く、自殺に否定的（自殺という手段はとるべきではない）回答者の割合が多かった。看護師では40歳以上の群で「知識あり群」の割合が高く、医師内では年齢群間の差がなかった。

自殺を未然に防ぐためには、当事者のみならず、周囲の気づきが重要な役割を示すことが多く、自殺予防に関する知識と意識が多くの人々

に備わっていることが必要である。特に医療従事者の役割に関して高橋は、「自殺予防は精神科医療に関係しているものばかりではなく、その他の分野でも医療者一般にとっても重要な問題である」と指摘している<sup>3)</sup>。その第1の理由として、うつ病に罹患した患者が直ちに精神科を受診しているわけではなく、多くの患者がまずプライマリ・ケア医を受診しており、身体症状を訴える患者でも背後のうつ病が見逃されて、それを放置した場合、最悪の事態では自殺が起きてしまうためである。第2に、精神科を専門としていないプライマリ・ケア医であるからといって、患者の精神症状を見落とししていたり、適切な紹介をしていないことが、その後裁判になる事態がすでにアメリカで起きているという訴訟的観点からである。

本調査結果で明らかにされた、医療従事者全般にみられるうつや精神医療への知識と意識の低さ、自殺に対する意識の低さは、日本における自殺予防を考えるうえで、今後、解決すべき大きな課題と考えられる。

### 3. 医療従事者におけるうつ病対策のポイント

本調査結果でも明らかにされた医療従事者の知識や意識が低い傾向には、先述した「自殺問題に対する医療従事者自身の役割の自覚の不足性」に加えて、以下の側面に影響されていることも考えられる。すなわち、一般医、医療従事者において、①精神医学的ケアの卒後研修の場や機会がほとんどないこと<sup>3)</sup>、②精神医療への偏見の存在<sup>4)</sup>、③人の命を救うことが基本的な仕事である医療従事者にとって、自ら死にたいと訴える患者へ陰性感情が生じ、詳しい診察を避けてしまうこと<sup>5)</sup>、④多忙さゆえ、精神医学的ケアまで関心がまわらないこと<sup>3)</sup>、⑤患者さん側の要因（精神科を訪れることへの羞恥心<sup>6)</sup>から主治医へ紹介希望ができない、主治医へこころの悩みを話すことへ抵抗感がある）、などである。

以上の文献的指摘と本調査の結果を踏まえ

て、本研究のうつ病対策のポイントは以下の3点と考えられる。

①啓発機会を増やす必要性、ことに精神科医や心療内科医による勉強会の開催

②職種別(医師・看護職・その他のスタッフ)の啓発プログラムの開発(知識、対応方法)

③うつ病治療における連携システムづくり(精神科への紹介のための工夫や、簡便なうつ病対応シートの作成など)

### まとめ

本調査では、うつ状態治療の「知識あり群」は精神医療や自殺予防に関する意識の高さと関連があった。すなわち、うつ治療の知識があるほど、うつ患者のケアに関心が高く、自殺に否定的(自殺という手段はとるべきではない)回答者の割合が多かった。今後、うつ病対策介入によって、自殺やうつ病に関する知識の向上が自殺に関する意識の向上に結び付くかどうか、再度調査・検討する予定である。

(本研究の一部は、平成14年度厚生労働科学研究このころの健康科学研究事業「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」、(財)岩手県長寿社会振興財団平成14年度「高齢者の心の健康と自殺予防に関する対策事業」の助成により実施した)

### 文 献

- 1) 岡山 明, 野原 勝, 黒澤美枝他: 自殺予防の疫学. 日本社会精神医学会雑誌 2003; 12(1): 34-40.
- 2) 野原 勝, 小野田敏行, 岡山 明: 自殺の地域集積とその要因に関する研究. 厚生指標 2003; 50(6): 17-23.
- 3) 高橋祥友: 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 医学書院, 東京, 2002; 67-100.
- 4) 川村 諭, 酒井明夫: 精神分裂病の服薬ノンコンプライアンスと準契約的インフォームド・コンセント. 医学哲学医学倫理 1997; 15: 13-25.
- 5) 堀川直史: 急増する自殺—その実態と対応. 黒澤 尚編, 別冊 医学のあゆみ 自殺の病理と実態—救急の現場から, 医歯薬出版, 東京, 2003; 3-9.
- 6) GW Smetana, 津田 司, 佐藤 武: うつ病 PCでのスクリーニングと治療の重要性. メディカル朝日, 東京, 2004; 1月号: 44-46.

投 稿 平成16年1月20日受付

連絡先 〒020-8505 盛岡市内丸 19-1

岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座 黒澤美枝