<野田村>

年	月日	講演会	会場	講師（職務場）	参加人数
H13	8月29日	第47回老リアス健康塾	野田村老人福祉センター	講	37
行政講演会					
14年	2月28日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	8
	1月30日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	8
	2月12日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	4
	2月25日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	11
15年	1月23日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	4
		心の健康について考える（2回）	地区公民館	野田村保健師	19
	6月4日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	5
16年	1月28日	家族が知って伸ばす精神保健福祉講座	野田村総合センター	野田村保健師	4
	11月30日	勉強会（精神保健）	野田村総合センター	野田村保健師	2
		心の健康について考える（2回）	地区公民館	野田村保健師	24
H17	1月25日	勉強会（精神保健）	野田村総合センター	野田村保健師	4
			小計	13回	93名
			野田村 合計	14回	130名

<普代村>

年	月日	講演会	会場	講師（職務場）	参加人数
H16	8月24日	第51回老リアス健康塾	普代村保健センター	佐々木	39
	12月8日	第60回老リアス健康塾	普代村保健センター	佐々木	18
	12月13日	第61回老リアス健康塾	普代村保健センター	佐々木	21
行政講演会			小計	3回	78名
14年	3月4日	家族が知って伸ばす精神保健講座	普代村保健センター	小木	16
15年	3月25日	家族が知って伸ばす精神保健講座	普代村保健センター	小木	11
			小計	2回	27名
			普代村 合計	5回	106名
			久慈地域 総計	182回	6,218名

<宮古保健所>

年	月日	講演会	会場	講師（職務場）	参加人数
H14	7～9月	精神保健ボランティア養成講座（5回）	山田町保健センター		35
	2月7日	精神保健ボランティア育成講座	宮古保健所		17
	9～10月	家族のための精神保健福祉講座（4回）	宮古保健所岩泉出張所		47
		地域別家族教室	宮古保健所		38
		地域別家族教室	田老町役場		
		地域別家族教室	岩泉出張所		
	10月	健康祭りにおける普及啓発（パネル展示、リーフレット配布）	新里村		
	4～3月	酒害予防教室（12回）	岩泉出張所		22
	4～3月	断酒会（12回）	岩泉出張所		17
H15	10～11月	精神保健ボランティア養成講座（4回）	川井村保健センター	保健所職員 精神科医	66
	2月	精神保健ボランティア育成講座	宮古保健所	精神科医	26
	9～12月	家族のための精神保健福祉講座（4回）	宮古保健所	精神科医 他	29
	10～12月	地域別家族懇談会（8回）	岩泉出張所	保健所・役場職員	42
	1月	地域別家族懇談会	川井村保健センター	精神科医	12
	2月	地域別家族懇談会	宮古保健所	精神科医	42
	2月	高校生へ「こころの健康」に関するパンフレット配布			
	4～3月	酒害予防教室	岩泉出張所	保健所職員 断酒会員	106
	4～3月	断酒会	岩泉出張所	断酒会員	60
	1月	寺子屋塾	宮古地区合同庁舎	保健師	30
	11月	学校関係者精神衛生研修会	宮古市社会福祉協議会	保健師	80
H16	6月30日	家族会研修会	山田町保健センター	保健師	9
	8月28日	家族研修会	キャトル5階研修会	保健福祉環境部職員	22
	10～11月	精神保健ボランティア養成講座（4回）	山田町保健センター	精神科医 他	18
	4～12月	酒害予防教室（月1回）	岩泉出張所	保健所職員 断酒会員	51
	4～12月	断酒会（5回）	岩泉出張所	断酒会員	32
	10～12月	地区別懇談会（7回）	岩泉出張所他	保健師・家族会員	23
			宮古市 合計	78回	636名

<田老町>

年	月日	講演会	会場	講師	参加人数
H15	1月8日	精神保健福祉講演会「鉄分失調症及び貧血について」	田老町総合福祉センター	高橋	29
	5月8日	精神障害者家族会設立総会「地域生活支援センターにおける難サービスについ	田老町総合福祉センター	横場	6
H17	1月7日	精神保健福祉協議会「麻薬の種類」「麻薬薬物乱用防止」	田老町公民館	智田	76
			田老町 合計	3回	111名

<新里村>

年	月日	講演会	会場	講師	参加人数
H14	7月4日	「心輝くなれ」～女性のための健康塾～	和井内ふるさと会館	中里	64
	7月9日	「心輝くなれ」～女性のための健康塾～	簡易生活改善センター	中里	16
	7月11日	「心輝くなれ」～女性のための健康塾～	高目高齢者コミュニティーセンター	中里	21
	7月16日	「心輝くなれ」～女性のための健康塾～	中央公民館	中里	24
	7月24日	「心輝くなれ」～女性のための健康塾～	高野集荷センター	中里	17
	8月11日	心輝くなれ「話せば心は軽くなる・お国言葉を発揮そう」	和井内ふるさと会館	長山浦	250
	10月6日	健康づくり講演会	茂市小学校	中里	35
H15	9月7日	心の健康づくり「心をリフレッシュしよう」「心を支える薬について学ぼう」	保健センター	諸石・浪岩	60
	9月12日	「心輝くなれ」～お困りですか？と聞いてみよう～	保健センター	三浦	15
H16	1月22日	「心輝くなれ」～癒そう 心の疲れ～	和井内ふるさと会館	保健課 職員	11
	1月23日	「心輝くなれ」～癒そう 心の疲れ～	高野集荷センター	保健課 職員	13
	1月28日	「心輝くなれ」～癒そう 心の疲れ～	簡易生活改善センター	保健課 職員	5
	2月1日	「心輝くなれ」～癒そう 心の疲れ～	茂市コミュニティー消防センター	保健課 職員	8
	2月3日	「心輝くなれ」～癒そう 心の疲れ～	高目高齢者コミュニティーセンター	保健課 職員	14
	9月1日	心の病気とその障害を学ぼう	保健センター	田代	5
	11月25日	心の健康づくり研修会「健康づくりを楽しもう」	高目高齢者コミュニティーセンター	保健課 職員	11
	11月26日	心の健康づくり研修会「健康づくりを楽しもう」	茂市コミュニティー消防センター	保健課 職員	24
	12月2日	心の健康づくり研修会「健康づくりを楽しもう」	高野集荷センター	保健課 職員	23
	12月6日	心の健康づくり研修会「健康づくりを楽しもう」	簡易生活改善センター	保健課 職員	13
	12月7日	心の健康づくり研修会「健康づくりを楽しもう」	和井内ふるさと会館	保健課 職員	12
			新里村 合計	20回	561名
			宮古地域 総計	101回	1,608名

E．結論

平成14年度から3年間にわたって介入地域において実施した地域住民の精神疾患や医療に対しての意識や知識を改善するという目標は十分に達成された．しかし，うつ病と自殺に関する知識・意識は医療者レベルには達しておらず，啓発活動の継続性が重要であると考えられた．特に，コミュニティー中心の介入では対象に含まれにくい男性に対しての介入方法を更に検討する必要があることが示唆された．また，精神科への受療意識が十分でないことは，啓発活動に加えてハイリスク者対策としてスクリーニングなどの二次予防的方法論の必要性を示唆していたものと考えられた．

F．健康危険情報

特になし．

G．研究発表

特になし．

H．知的財産権の出願・登録状況

特になし．

医療従事者を対象とした意識調査

事務局　黒澤美枝　岩手県精神保健福祉センター所長

研究要旨

本研究では、平成14年度に行ったベースライン調査として医療従事者の意識調査の解析を行った．医療従事者は住民調査と比較して精神障害や医療に関する知識は高かったが，精神科受診の意識は低い傾向を示した．医療従事者のうつ病対策には，産業精神保健的うつ病啓発はもちろんのこと，患者教育・臨床の為の基本的うつ病知識の獲得も有効と考えられた．そして，地域・職域の精神保健システムの構築には，医療従事者への啓発が重要であることが推察された．

A．研究目的

本研究では，自殺の多発の要因として「精神科と他診療科との連携不足」「地域住民の精神医療に関する知識不足，偏見」「地域全体としての取り組みの欠如」に着目した．そして，自殺多発地域における有効な自殺予防事業の構築を目的として，「精神科医療施設を含めた地域医療機関のネットワーク作り」「地域住民への働きかけ」「行政機関が中心となった個別介入」という自殺予防事業を複合的に行っている．本研究では、平成14年度に行ったベースライン調査として医療従事者の意識調査の解析を行った．

B．研究方法

本研究の本研究のベースライン調査（平成14年5～6月）として，岩手県久慈医療圏・宮古医療圏の基幹病院，診療所，一般開業医院の医療従事者（医師及び看護師）を対象に心の健康とうつ病に関する意識調査を実施した．配布数は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%）であった．平均年齢（標準偏差）は37.9歳（11.5）であった．精神科，身体科の従事者の内訳は，前者が170（18.9%）後者が729（81.1%）であった．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」11項目の結果を解析した．特に，「気分が落ち込んだら精神科を受診しようと思う」と回答した者を「精神科受診群」，思わないと回答した者を「精神科受診拒否群」として，「受診群」と「拒否群」と精神医療，精神障害に関する意識と臨床的知識についての回答を比較した．

（倫理面への配慮）

住民対象の意識調査において個人の不利益及び危険性は発生しない．研究対象のデータは岩手医科大学神経精神科学講座内のデータ管理室で解析を行うなど，情報が漏洩しないよう体制を整備した．また，研究結果は集計したデータを公表し，個人を特定できるような形式でデータを公表することはない．

C．研究結果

回答者の属性に関して，対象者の職種の内訳は，医師103名（14.1%），看護師626名（85.9%），平均年齢（標準偏差）は37.5歳（11.1）であった．

「気分が落ち込んだら精神科を受診しようと思う」と回答した者の割合は医師4.9%と看護師12.1%といずれも低い値を示した．職種・年齢群別で見ると医師と看護師ともに年齢に

よる差（p<0.05）は認められなかった．住民調査との比較でも「精神科を受診する」と回答した者の割合は低い傾向にあった．精神医療や精神障害に対する意識や知識との関連について，「気分が落ち込んだら精神科を受診しようと思う」と回答した者(N=80)を「精神科受診群」，思わないと回答した者(N=640)を「精神科受診拒否群」として，「受診群」と「拒否群」と精神医療，精神障害に関する意識と臨床的知識についての回答を比較した．「うつ状態の患者は一般科でもケアすべきと思う」と回答した割合は受診群 73.8%，拒否群 56.6%であり，両群に差が認められた（p<0.001）．「精神障害のケアへ関心がある」と回答した割合は受診群 88.6%，拒否群 75.6%であり，両群に差が認められた（p<0.05）．「うつ病は薬でなおすことができる」と回答した割合は受診群 45.6%，拒否群 33.3%であり，両群に差が認められ（P<0.05），意識と知識の高い者では精神科受診群の割合が高かった．医療従事者は住民調査と比較して精神障害や医療に関する知識は高かったが，精神科受診の意識は低い傾向を示した．

D．考察

地域介入研究の医療従事者のベースライン調査は，医療従事者からの回収率は高く，その結果は十分な妥当性を有すると考えられる．医療従事者のうつ病対策には，産業精神保健的うつ病啓発はもちろんのこと，患者教育・臨床の為の基本的うつ病知識の獲得も有効と考えられた．そして，地域・職域の精神保健システムの構築には，医療従事者への啓発が重要であることが推察された．しかしながら，ケアの担い手である医療従事者が一般住民より気分が落ち込んだ場合精神科受診を望まないものが多いことから，医療従事者のうつ病対策については，スタッフ間でのより早期の気付きの徹底や，適切な治療の場の確保と配慮のシステムをそれぞれの部署で見直しておく必要があると考えられた．

E．結論

今後，地域介入により，自殺やうつ病に関する知識の向上が精神科受診に関する意識の向上に結びつくかさらに検討していく必要があると考えられた．

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

黒澤美枝，西信雄，野原勝，大塚耕太郎，酒井明夫，岡山明：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-．日医雑誌 131：1791-1797，2004

2．学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

自殺多発地域住民のSDSスコアに関する因子分析

事務局　　智田　文徳　　岩手医科大学医学部神経精神科学講座助手

研究要旨

自殺多発地域である岩手県に在住する20～79歳の地域住民5,547人(男性2,602人，女性2945人）に対して，Zungの自記式うつ病尺度（Self-Rating Depression Scale 以下 SDS）を実施し，性年齢階級毎の得点分布の検討と因子分析（主因子法，固有値 1 以上の値についてプロマックス回転）を行った．SDSスコアの平均値は39.3で，男性に比べて女性の平均値が有意に高かった（男性38.2，女性40.3，$p<0.001$）．因子分析により抑うつ気分や意欲低下などうつ病の心理学的な症状を含む2因子(第1因子は9項目：固有値3.9，第2因子は3項目：同2.6，寄与率50%）が抽出され，精神症状を中心に訴えるうつ病者を地域住民からスクリーニングする際には，SDSが有効である可能性が示された．

A．研究目的

我が国では1998年以来自殺死亡者が急増し，年間3万人以上が犠牲となっている．したがって自殺予防は精神保健福祉に限らず，国全体が取り組まなければならない大きな問題である．これまで自殺予防活動の多くは，自殺の危険因子とされるうつ病に着目して行われてきたという経緯がある．本研究は，過去の自殺予防活動でうつ病のスクリーニングテストとして繁用されてきたZungの自記式うつ病尺度（Self-Rating Depression Scale 以下SDS）について，ベースライン調査（平成14年2～6月実施，久慈・宮古地域在住の20～79歳の無作為抽出標本5,547人(有効回答率77.7%)）で実施したSDSスコアを基に，一般住民におけるスコア分布と，スコアを上昇させている心理学的因子を因子分析により明らかにすることを目的とした．

B．研究方法

岩手県内で自殺率が高い久慈地域の4市町村（久慈市，山形村，大野村，種市町：人口約69,000人）と，岩手県では平均的な自殺率を示す宮古地域の3町村（岩泉町，田老町，新里村：人口約21,000人）の20～79歳までの地域住民から無作為抽出した7,136人に対して郵送（記名式）によりSDSを実施した．調査は2002年2月～6月に行い，5,547人(有効回答率 77.7%)から回答を得た．SDSスコアについて，性年齢階級毎の得点分布の検討と，因子分析（主因子法，固有値1以上の値についてプロマックス回転）を行った．因子分析は，因子負荷が1つの因子について0.40以上のものを選出した．因子数の決定は，1）固有値1.0以上（カイザー基準），2）固有値の変化量を参照のスクリー基準，3）因子の結果の解釈可能性により行った．最適な因子解を得るため，因子分析を3回行った．

（倫理面への配慮）

住民対象の意識調査において個人の不利益及び危険性は発生しない．研究対象のデータは岩手医科大学神経精神科学講座内のデータ管理室で解析を行うなど，情報が漏洩しないよう体制を整備した．また，研究結果は集計したデータを公表し，個人を特定できるような形式でデータを公表することはない．

C．研究結果

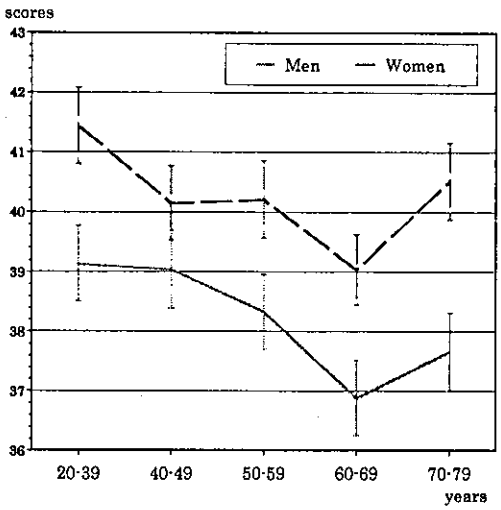
地域介入研究の住民のベースライン調査における自己記入式抑うつ尺度（SDS）のスコアを性年齢階級別に分析し，全対象者のSDSスコアの平均値は39.3であった(表1)．平均値は女性(40.3)の方が男性(38.2)に比べて有意に高かった($p<0.001$)．すべての年齢階級において女性の平均値が男性に比べて有意に高かった($p<0.01$)．SDSスコアの平均値は，男女とも若年者で最も高く年齢の上昇に従って低くなっていた．60代で平均値が最も低く，逆に70代では平均値が再び上昇するという傾向を示した（図1）．

表1．性別対象者数，SDSスコア(SD)

		All	Men	Women
Number of Participants		5547	2602	2945
Response rate	%	77.7	75.4	79.9
Age	Mean (SD)	52.4 (16.0)†*	51.9 (15.9)	52.8 (16.1)
SDS score	Mean (SD)	39.3 (7.8)†**	38.2 (7.6)	40.3 (7.9)

†* $p<0.05$，†** $p<0.01$ by t-test for sex

図1



因子分析により2因子を抽出した．第1因子（固有値3.9）は9項目（抑うつ，日内変動，啼泣，心悸亢進，睡眠障害，疲労，混乱，精神運動性興奮，焦燥），第2因子（同2.6）は3項目（希望のなさ，空虚，不満足）から構成され，これら2因子のスコア全体への寄与率は50%であった（表2）．

表2　Factor analysis with Promax rotation of the Zung Self-Rating Depression Scale. Loaded value for factor I and II from the factor analysis among all subjects and male/female subjects.

Factor †	All I	All II	Men I	Men II	Women I	Women II
1. Depressed affect	**0.70**	-0.02	**0.69**	-0.02	**0.68**	0.01
2. Diurnal variation	**0.46**	0.11	**0.48**	0.10	**0.48**	0.07
3. Crying spells	**0.64**	-0.02	**0.59**	-0.01	**0.63**	0.02
4. Sleep disturbance	**0.49**	0.02	**0.50**	0.04	**0.47**	0.00
9. Tachycardia	**0.49**	-0.07	**0.47**	-0.03	**0.49**	-0.09
10. Fatigue	**0.59**	-0.06	**0.58**	-0.05	**0.60**	-0.09
11. Confusion	**0.68**	0.09	**0.70**	0.06	**0.70**	0.06
12. Psychomotor retardation			**0.51**	0.07		
13. Agitation	**0.60**	0.05	**0.63**	0.00	**0.60**	0.07
14. Hopelessness	0.08	**0.45**	0.05	**0.48**		
15. Irritability	**0.66**	0.03	**0.67**	-0.02	**0.65**	0.05
17. Personal devaluation			0.03	**0.50**	0.01	**0.49**
18. Emptiness	-0.09	**0.91**	-0.09	**0.94**	-0.11	**0.97**
19. Suicidal ideation	0.31	0.13			0.31	0.16
20. Dissatisfaction	0.04	**0.65**	0.07	**0.58**	0.13	**0.57**
eigenvalues	**3.9**	**2.6**	**4.0**	**2.7**	**3.9**	**2.7**
Contribution(%)	30.0	20.0	28.6	19.3	30.0	20.8

The primary criterion for item inclusion was a loading of no less than 0.4 (absolute value) and is shown in bold.
Excluded items were items 5, 6, 7, 8, 12, 16 and 17 for all subjects and 5, 6, 7, 8, 16 and 19 for male subjects and 5, 6, 7, 8, 12, 14 and 16 for female subjects.
Final model values shown in italics were not less than 0.4.
† Factors that produced eigenvalues greater than 1.0 were selected for further analy:

因子分析の結果を解釈するため，2因子を構成するSDS12項目と，臨床的診断基準であるDSM-IV（アメリカ精神医学会　精神障害の診断と統計マニュアル）の大うつ病エピソード診断基準の9項目とを比較した．その結果，一般住民におけるSDSの主要な構成要素である12項目のうち10項目がDSM-IVの心理学的なうつ病の症状を示す6項目を網羅していた．逆に身体的な症状を示す項目は除外される傾向にあった．

D．考察

地域介入研究の住民のベースライン調査では，地域介入研究を行う久慈地域（介入地域）と宮古地域（対照地域）において住民・医療従事者を対象に実施した意識調査の中で，自己記入式抑うつ尺度（SDS）のスコアの結果を検討した．本調査は，地域住民からは無作為抽出で対象者を選択しており，地域住民の回答率は高く，その結果は十分な妥当性を有すると考えられる．SDSスコアの平均値は性年齢階級毎に有意に異なっていることが示された．この

ことより，一般住民を対象にSDSを実施する場合，抑うつ状態の有無を従前の基準を画一的に当てはめて解釈するのではなく，性年齢階級毎に異なったカットオフ・ポイントを適応する必要があることが示唆された．一方，因子分析によってSDS20項目のうち12項目からなる2因子が，一般住民のスコアを上昇させることに寄与していることが示された．これら12項目とDSM-IVの大うつ病診断基準の9項目と比較することで，身体的な症状を示す項目が除外され，心理学的な症状が網羅されていた．このことより，抑うつ気分や意欲低下などうつ病の心理学的な症状を中心に訴えるうつ病者を地域住民からスクリーニングする際には，SDSスコアのような心理テストが有効である可能性が示された．一方，心気的な訴えを中心としたうつ病者は，心理テストではうまくスクリーニングできない可能性があることが示された．

E．結論

これら心気的な症状を訴える患者は，地域の医療機関を受診する可能性が高く，医療従事者のうつ病に関しての啓発活動により，受診患者の中からうつ病者を有効にスクリーニングできるような介入が有効である可能性が示唆された．

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

Chida F, Okayama A, Nishi N, and Sakai A. Factor analysis of Zung Scale Scores in a Japanese general population: Psychiatry and Clinical Neurosciences 58 420-42?, 2004.

2．学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

住民および医療従事者に対する意識調査による介入ポイントの検討

事務局　大塚　耕太郎　岩手医科大学医学部神経精神科学講座講師
主任研究者　酒井　明夫　岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授
事務局　智田　文徳　岩手医科大学医学部神経精神科学講座助手

研究要旨

本研究では、久慈地域の自殺のハイリスク者の意識調査を基に、介入のポイントを明らかにすることを目的として、平成16年度に行われた地域住民と医療従事者に対する意識調査の結果を解析した。久慈地域住民2159名（久慈地域で80.0%（男性同80.6%，女性同79.5%））の中で、SDSスコアが50点以上のうつ状態は203名（9.4%）であった。久慈医療従事者に対する意識調査の回答者は医師65名（回収率84.8%）、看護師413名（回収率91.7%）であった。SDS50点以上の群は、自殺すべきでない、と考えているものが49.7%いたがうつ受療者は1割程度であり、精神科を受診してみようと思うものや、かかりつけ医に相談できるものが2割程度しかいないことが明らかとなった。医療従事者ではうつ病や自殺に対する意識は非常に高く、医師も抗うつ薬を処方しているものは7割近くもおり、うつ病対策の取り組みが実施されていることがわかった。しかし、医療従事者の大部分が精神障害者のケアの面で困難を感じており、また自殺予防マニュアルの既読率が低かった。

A．研究目的

本研究班では岩手県久慈地域では、行政と医療機関との連携により自殺予防活動を行っている。平成１６年度に住民と医療従事者を対象としてアンケート調査を行った。アンケートの項目には自殺に対する意識やうつ病に関する知識、SDS が含まれている。今回、我々は久慈地域の自殺のハイリスク者の意識調査と医療従事者に対する意識調査を基に、介入のポイントを明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

久慈地域の６市町村（久慈市，種市町，山形村，大野村，普代村および野田村）の住民（人口71,000人）を調査対象とした。一方，比較対照地域として宮古地域の３町村（岩泉町，新里村および田老町）の住民（人口24,000人）を調査対象とした。各市町村の20歳以上79歳以下（平成14年1月時点）の住民から各市町村の人口規模に応じて，約100名から約1,800名まで（合計7,400名）を無作為に抽出し，記名式による心の健康と自殺に関する意識調査を行った。調査は，自殺予防介入前の平成14年1月から3月と，介入後の平成16年5月から7月にかけて実施した（資料1．健康づくり基礎調査報告書）。

本研究ではこのアンケート調査の中で、久慈地域住民2159名中、SDSスコアが50点以上の中等度以上のうつ状態203名（9.4%）を対象として、結果を解析した。

また、久慈地域と宮古地域の医療従事者（医師・看護師）を対象に、地域住民と同様の意識調査を行った。調査は，介入前の平成14年度と、介入後の平成16年度にかけて実施した。今回は、介入後の平成16年度の久慈地域の調査結果について、解析した（資料1．健康づく

り基礎調査報告書)。

(倫理面への配慮)

住民対象の意識調査において個人の不利益及び危険性は発生しない。研究対象のデータは岩手医科大学神経精神科学講座内のデータ管理室で解析を行うなど,情報が漏洩しないよう体制を整備した。また,研究結果は集計したデータを公表し,個人を特定できるような形式でデータを公表することはない。

C．研究結果

図1に示したように、アンケートに回答した久慈地域住民2159名(久慈地域で80.0%(男性同80.6%,女性同79.5%))の中で、SDSスコアが50点以上のうつ状態は203名(9.4%)であった。

図2のように、「自殺をどのように思いますか(Q052)」との質問に「そのような手段をとるべきではない」と答えた割合は49.7%(N=199)であった。「気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思いますか(Q046)」との質問に「思う」と答えた割合は24.5%(N=200)であった。「うつ状態が薬で治ると思う(Q047)」と答えた割合は20.2%(N=203)であった。「地域の取り組みで自殺を予防できると思う(Q050)」と答えた割合は32.5%(N=203)であった。「県や市町村が自殺予防に取り組むことについてどう思いますか(Q051)」,との質問に「良いことだ」と答えた割合は65.7%(N=201)であった。「この2年間でうつの治療を受けたことがありますか」との質問に「受けた」と答えた割合は11.4%(N=202)であった。

一方、久慈医療従事者に対する意識調査は、医師65名(回収率84.8%)、看護師413名(回収率91.7%)であった。

図3に示したように、「自殺した患者がいる」と回答した割合は「いる」24.0%、「いない」47.7%、「わからない」28.3%であった(N=475)。「厚生労働省・日本医師会の自殺予防マニュアルを既読したことがある」と答えた割合は24.5%(N=474)であった。「精神障害のケアに関心がある」と答えた割合は50.7%(N=475)、「地域の取り組みで自殺を予防できると思う」と答えた割合は72.5%(N=480)、「医療機関が自殺予防の取り組むことは良いことだ」と答えた割合は72.0%(N=475)、「うつ患者に対して精神科以外の科でもケアする必要がある」と答えた割合は64.0%(n=475)であった。「精神障害者をケアする際に困ることがある」と答えた割合は92.4%(N=470)であった。「抗うつ薬を処方したことがありますか(医師対象)」との問いに「よくある・たまにある」と回答したものは65.4%(N=66)であった。

D．考察

久慈地域においてSDS得点で50点以上の中等度以上のうつとなったものは、9.4%であった。うつ病が自殺の危険因子となることから、SDS50点以上の群は、自殺のハイリスク群となりうることが想定される。対象群の意識調査の結果からは、自殺すべきでない、と考えているものが49.7%いた。しかし、結果的にうつ受療者も1割程度であり、精神科を受診してみようと思うものや、かかりつけ医に相談できるものが2割程度しかいないことが明らかとなった。うつ状態にあるもので、「うつ病は薬で治る」と思っているものが2割にも満たない結果は、うつ病の啓発活動が今後も必要であることを示している。

一方、医療従事者ではうつ病や自殺に対する意識は非常に高く、医師も抗うつ薬を処方しているものは7割近くもおり、うつ病対策の取り組みが実施されていることがわかった。しかし、医療従事者の大部分が精神障害者のケアの面で困難を感じており、また自殺予防マニュアルの既読率が低かった。この結果は、医療従事者

のうつ病ケアに関する啓発活動とスキル向上のためのプログラムが効果的介入であることを示唆していると考えられる。

現実的に、うつ罹患者の受療意欲やうつ病に関する不十分な知識を考えた場合、ケアに結びつけるためには、スクリーニングによる早期発見・早期治療が効果的であると考えられる。さらに、総合病院と諸機関・諸外来との連携という面では、リエゾンナースの活動も重要となる。特に、かかりつけ医である精神科以外の科でのうつ病診療や行政によるスクリーニング事業は、住民の期待度も高いと考えられるため、今後も継続して行われることが望まれる。その上では、うつ病ケアに関するスキル向上を目的とした研修会などのプログラムが必要と考えられる。

E．結論

平成14年度から久慈地域で行われた本研究班の事業では、行政と医療機関と連携し、地域における自殺の一次予防から三次予防までの包括的事業を構築した。平成16年度の意識調査から、地域介入の有効性とともに、啓発活動やスクリーニング事業など今後取り組むべき地域の課題が明らかとなった。本研究から自殺に関する地域介入として、介入ポイントを明らかにし、有効性の高い方法論を検討することが自殺率の低下を導くために極めて重要と考えられた。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

1. 大塚耕太郎，酒井明夫：うつ対策と自殺予防．ストレス科学 19（1）：70-77，2004
2. 大塚耕太郎，酒井明夫，大野裕，黒澤美枝，智田文徳，中山秀紀，星克仁，関合征子，松川久美子，稲田昌博，橋本功，長岡重之，深瀬享三：中高年の自殺とその防止対策．臨床精神医学 33：1565-1575，2004
3. 大塚耕太郎，酒井明夫：8．うつ病患者の自殺とその予防．（上島国利監修）精神科ニューアプローチ 2　気分障害．メジカルビュー，東京，pp84-93，2005

2．学会発表

特になし

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

図 1. 久慈地域住民の意識調査（2004）

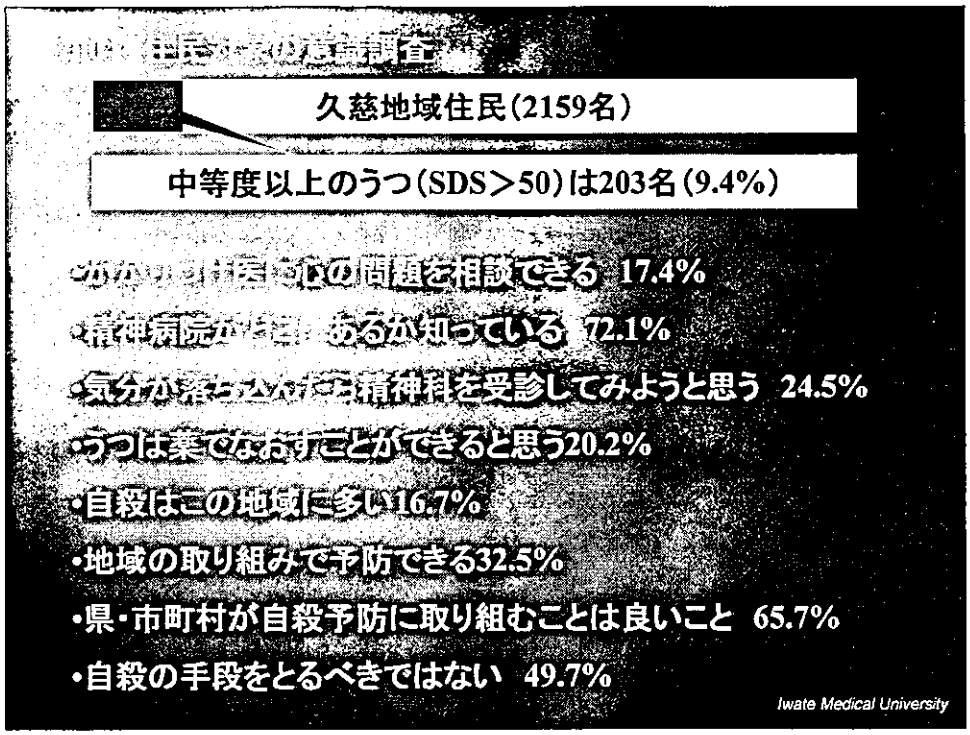


図 2. 久慈地域住民の意識調査（2004）

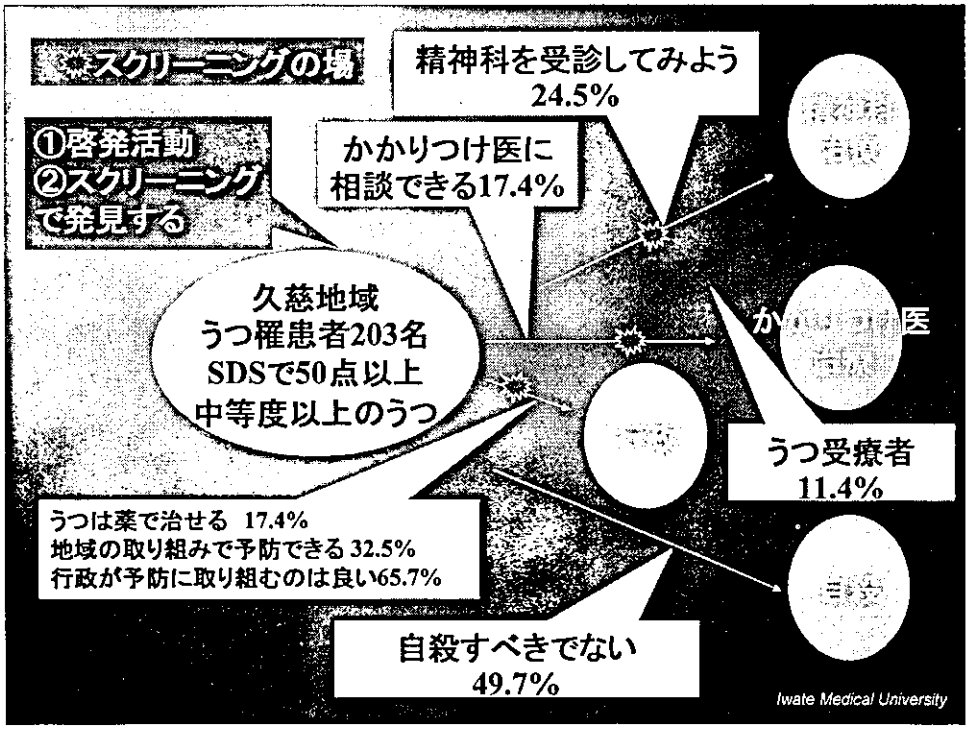
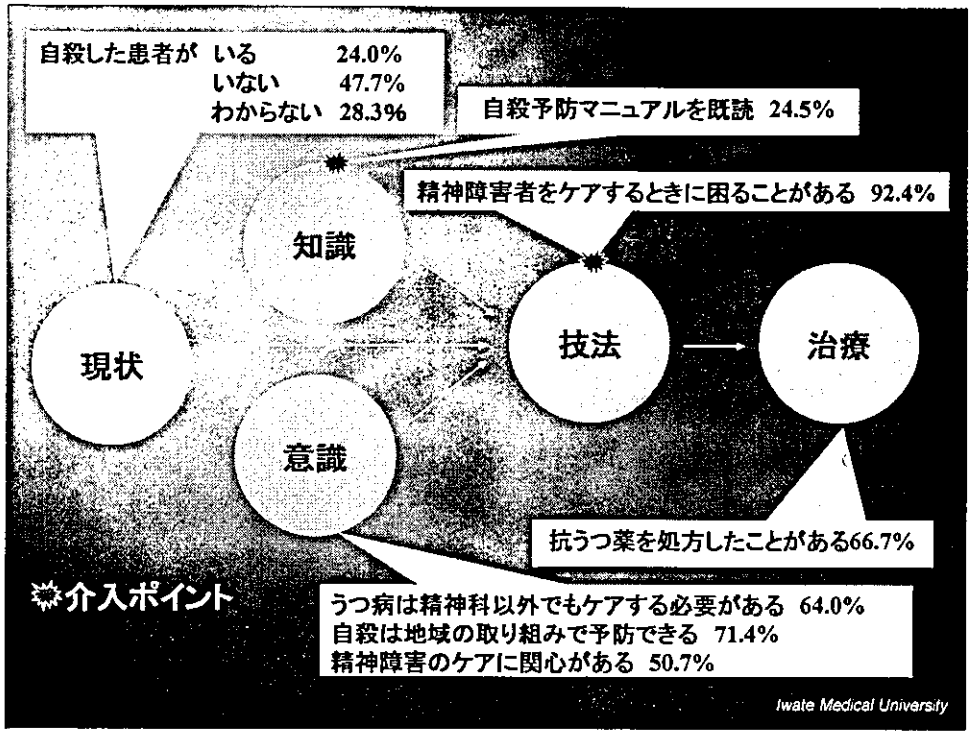


図 3. 久慈地域医療従事者の意識調査（2004）



Ⅲ. 介入活動に関する調査

住民を対象としたうつ病教育の短期効果に関する研究

分担研究者　岡山　明　国立循環器病センター

研究要旨

本研究は、介入の一環として実施されたうつ病教育のプロセス評価を目的とした。うつ病教育は二部形式からなり、一部は、うつ病に関するセミレクチャー、二部は小グループの座談会とした。教育は全77回行われ、参加者は3916名であった。プロセス評価の方法としては、1）教育前後に参加住民にうつ病や精神保健に関する知識・意識のアンケート調査を実施、2)住民の発言内容・意見内容をKJ法で分析した。その結果、教育前後で全ての設問項目で意識・知識の変容があった。会の満足感も高く、参加者の発言や質問内容は肯定的反応が多く認められた。本うつ病教育の短期効果が示された。

A．研究目的

わが国の自殺による死亡者は平成10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は急務とされている。これまでに報告されている自殺者の特徴や実態のひとつに、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とされ、うつ病対策の検討が重要である。

本事業では介入の一環として同地区保健所と各市町村センターと連携し保健医療圏単位で、住民対象にうつ病教育を施行した。本研究は、うつ病教育プログラムのプロセス評価を目的とした。

B．研究方法

1）うつ病や精神保健に関する知識・意識の調査

① 対象：岩手県K医療圏のうつ病教育（全51回）に参加した住民2576名（男性474，女性1673，不明429）を対象とした。

② 調査方法

調査は2003年7月～2004年9月に実施した。うつ病教育プログラムは、2002年3月～2003年3月に、研究班メンバー（公衆衛生医3名、精神科医2名、心理士2名、看護師1名、保健師1名）が作成した。二部形式からなり、一部は、うつ病に関するセミレクチャー、二部は小グループの座談会とした。調査参加の依頼については、うつ病教育実施前後に説明し同意を得た。無記名自記式とした。調査表は、「回答者の属性」「精神保健に関する意識や知識」「教育の満足」について合計8設問とした。全設問内容は（表3）の通りである。結果の分析は、設問6,7,8は事後のみの回答項目とした。設問1-5は、選択肢「1」とそれ以外を選んだ者2群に分けて解析した。回答者の属性や設問毎の前後の回答結果の差についてはχ^2検定を行い、データー解析にはDR SPSSIIを用いた。

2）住民の発言内容・意見内容の検討

住民のニーズを定性的に検討するために、教育後に施行したアンケートの「意見要望」欄（自由回答）の記入内容と、一名の観察者（看護師）が記録した、質疑応答時の住民の発言内容をKJ法に基づいて分析した（2003年3月～2003年11月全13回）に参加した600名を解析対象とした）。

（倫理面への配慮）

本研究は、個人情報は扱わない。倫理面の問題は生じないと考えられる。

C．研究結果

1）うつ病や精神保健に関する知識・意識の調査結果

① 回答者属性

解析対象の住民の内訳は（表1，2）に示す通りである。

②住民の精神保健に関する知識と意識の変容・教育の満足

設問内容と教育前後の設問に対する回答結果を（表3）に示した。

2）住民の発言内容・意見内容の検討

住民の発言総数は133（質問73、意見感想60）であった。意見・要望記載総数は45（質問5、意見感想40）であった。全ての会で発言とアンケートの記載があった。発言・意見内容は12項目に分類、グループ編成し概念図を作成した。「うつ病教育・社会への要望」「うつ病（治療内容含む）・自殺予防への意識化」「感情表出」「個の再構築」の4つのキーワードが抽出された。自殺者遺族としてのコメントもあったが会開催に対する否定的意見は無かった。哲学・宗教的記載はなかった。

D．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住民の、うつ病教育参加前後の精神保健に関連した知識・意識について調査した。調査表は説明同意後すぐに配布・回収した為、回収率は90.9%と高い数値を示した。教育の開催が日中行われる事が多かった為、全体としては女性・高齢者群の参加が多い結果となっている。

2．住民の精神保健に関する知識と意識の変容について

教育前の参加住民の精神保健に関する意識と知識は健康基礎作り調査（一回目）同様低い傾向を示した。教育後では、全ての設問項目について参加者の知識や意識の向上が見られた。

3．うつ病教育への満足について

教育に対する満足は高い数値を示した。

また、KJの結果では、会は参加者の発言や反応を促し、満足感や陰性感情を表出し、個の再構築を促す場として機能していることが明らかとなり、高齢者の地域交流の場や関連領域への応用も期待された。

表1.回収数（回収率）

	人	%
教育前	2333	94
教育後	2262	91.3

表2.

性別		人	%
男性：	教育前/後	528/485	22.6/21.4
女性：	教育前/後	1579/1435	67.7/63.4
不明：	教育前/後	226/342	9.7/15.1

年齢			
60歳未満：	教育前/後	1088/1042	46.6/46.1
60歳以上：	教育前/後	1213/1123	52/49.6
不明 ：	教育前/後	32/97	1.4/4.3

表3. 教育前・後アンケート結果

		人数 (%)	前後 p
1.うつ病は薬で治すことができる	教育前	1004(43.4)	<0.001
	後	2115(95.1)	
2.うつ病は自殺につながりやすい病気だ	教育前	1635(70.7)	<0.001
	後	2015(91.1)	
3.久慈地域は他の地域より自殺率が高い	教育前	1229(53.5)	<0.001
	後	2057(93.6)	
4.気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思う	教育前	1281(55.3)	<0.001
	後	1951(88.3)	
5.心の問題は保健所や市町村の窓口でも相談できる	教育前	1528(66.1)	<0.001
	後	2073(93.7)	
6.興味を持って学ぶことができた ※	教育後	2103(93.0)	
7.内容がわかりやすかった ※	教育後	2099(92.8)	
8.理解するのに十分な時間があった ※	教育後	1832(81.0)	

注） 各設問毎に回答を得られなかったものは除外して解析した

E．結論

本調査では参加者の教育前後における知識・意識の変容があり、短期的効果が認められた。本うつ病教育介入が、地域全体の精神保健に関する知識・意識の向上へ結びつくかどうかは、二度目の住民全体健康基礎づくり調査結果の報告稿を参照されたい。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

・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， 日本医師会雑誌 131（11） 2004，6月

・住民を対象としたうつ病教育の実際
黒澤美枝，板井一好，小野田敏行，小栗重統，酒井明夫， 西信雄， 岡山明，岩手公衆衛生学誌，2004（16）1

・ 中高年の自殺とその防止対策
大塚耕太郎， 酒井明夫， 大野裕， 黒澤美枝，智田文徳， 中山秀紀，星克仁，関合征子，松川久美子，稲田昌博，橋本功，長岡重之，深瀬享三．臨床精神医学 33（12）

・Knowledge of and Attitudes toward Suicide and Depression among Japanese in Municipalities with High Suicide Rates. Nobuo Nishi, Mie Kurosawa, Masaru Nohara, Shigenori Oguri, Fuminori Chida, Kotaro Otsuka, Akio Sakai, Akira Okayama. Journal of Epidemiology Volume 15, Number2 March 2005

2．学会発表

・2004，10月23日，神戸， 世界社会精神医学会： Evaluation of methods for

educational programs on depression in communities (1), Michiko Takahashi, Akio Sakai , Mie Kurosawa , Nobuo Nishi, Akira Okayama ・2004, 10月23日, 神戸, 世界社会精神医学会： Evaluation of methods for educational programs on depression in communities (2), Mie Kurosawa, Kazuyoshi Itai, Michiko Takahashi, Akio Sakai, Nobuo Nishi, and Akira Okayama
・2004, 10月26日, 島根, 日本公衆衛生学会： 住民対象うつ病教育の効果的手法の検討～自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より～ 黒澤美枝, 板井一好 酒井明夫, 西 信雄, 岡山 明
・2004, 10月7日, 新潟, 地域保健師学術研究会：自殺予防を目指したメンタルヘルスサポートネットワーク研修事業について, 松川久美子, 小本和恵, 中島あや子, 稲田昌博, 橋本功, 黒澤美枝

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

「北リアス健康塾」のお知らせ

ーこころが元気になるためにー

複雑な世の中になり、人間関係、仕事、お金、子育て、健康問題・・・ストレスの原因に思い当たらない人は、まずいないのではないでしょうか。こんなストレスをうまく乗り越えるヒントが見つかる講演会を下記により実施します。お誘い合わせのうえお気軽においでください！

記

★日　時　　平成15年9月3日(水)

午前10時～12時

★場　所　　山根公民館

★内　容　　講演会と座談会

①　久慈地域における健康課題

②　見つめよういのちとこころ

講師　　岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座　精神科医　　黒沢美枝

③　座談会

◆ **お弁当をご用意しております**

参加を希望する方は8月25日までに山根公民館(57－2111)又は山根デイサービスセンター(57－2797)へお申し込みください。

主催　久慈市、久慈保健所、岩手医科大学(衛生学公衆衛生学・神経精神科学講座)

問合せ・申し込み・　久慈市山根デイサービスセンター（電話 57－2797 藤原）

北リアス健康塾プログラム

日時：Ｈ15年９月３日（水）午前10：00～12：00

会場：山根公民館

１・開会の挨拶

２・「久慈地域における健康課題」　（約２０分）

講師　岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

精神科医　　黒澤　美枝　氏

３・「見つめよう　いのちとこころ」（約４０分）

講師　岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

精神科医　　黒澤　美枝　氏

４・座談会　（約４０分）　お弁当をご用意しております。

５・閉会の挨拶

「北リアス健康塾」参加者アンケート

性別　男　女

年齢　２０代　３０代　４０代　５０代

　　６０代　７０代　８０代

★講演をお聞きになる前のあなたのお考えをお答えください。

（あてはまるものに○をつけてください）

１．うつ病は薬で治すことが出来る。	はい	いいえ	わからない
２．うつ病は自殺につながりやすい病気だ。	はい	いいえ	わからない
３．久慈地域は他の地域より自殺率が高い。	はい	いいえ	わからない
４．気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思う。	はい	いいえ	わからない
５．心の問題は保健所や市町村の窓口でも相談出来る。	はい	いいえ	わからない

「北リアス健康塾」参加者アンケート

性別　男　女

年齢　２０代　３０代　４０代　５０代

　　６０代　７０代　８０代

★講演をお聞きになった後にお答えください。（あてはまるものに○をつけてください）

１．うつ病は薬で治すことが出来る。	はい	いいえ	わからない
２．うつ病は自殺につながりやすい病気だ。	はい	いいえ	わからない
３．久慈地域は他の地域より自殺率が高い。	はい	いいえ	わからない
４．気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思う。	はい	いいえ	わからない
５．心の問題は保健所や市町村の窓口でも相談出来る。	はい	いいえ	わからない
６．興味を持って学ぶことができた。	はい	いいえ	どちらでもない
７．内容がわかりやすかった。	はい	いいえ	どちらでもない
８．理解するのに十分な時間があった。	はい	いいえ	どちらでもない

★ご意見、ご要望があれば、以下にご記入ください。（裏でも可）