

ストレスの内容の解決に積極的に取り組むこと、趣味やスポーツにうちこむこと、のんびりすることは、抑うつに対していい影響があることが示された ($p < .05$)。一方、じっとたえること、ねてしまうことは、健康度、抑うつの両者に悪影響を及ぼすことが示された ($p < .05$)。

また、援助対象として、非専門家による援助の数が多いことは、抑うつに対していい影響を及ぼしていた ($p < .05$)。一方、専門家による援助の数が多いことは、健康度、抑うつの両者に悪影響を及ぼしていた ($p < .05$)。専門家による援助の数が多いということは、おのずと、健康状態が悪い人が多いことを意味するため、このような結果になったのであろう。非受容感（周囲の人から理解してもらえていないと感じること）についても健康度と抑うつへの悪影響が示唆されたが、特に男性の抑うつにおいてその傾向は強かった ($B=2.05$, $p < .05$)。

最後に、本研究で考慮した独立変数の影響を除いた後の、健康度と抑うつの相関（偏相関）は、.3 前後と中程度の相関がみられた。このことから、健康度と抑うつに共通する要因を検討することで、両者の決定係数が上昇することが予想される。なお、ストレスイベントなし群においては、決定係数は、.06・.14 と大きな値を示さなかったが、ストレスがない状況下では、健康度、抑うつ共に良好であるためであろう。

結論

独立変数間の相関を考慮し、過去1ヶ月のストレスイベント、対処方略、ストレスの相談先および受容感と、健康度と抑うつのそれぞれとの関連性を構造方程式モデリングにより検討した。今回の分析では、分

析の都合上、市郡別や年齢の要因をつぶして検討したが、このことにより年齢層や市部・郡部によらず、全般的に心身の健康を損ねる要因を検討することができる。一時点でとったデータなので、因果関係については推測の域を出ないが、表 16 および表 17 の結果から心身の健康を予防するための方策を考えるが、自殺の予防に関連して検討する必要から、健康度よりも抑うつを指標とした場合（表 17）を中心に見ていく。

最初に、過去1ヶ月のストレスイベントの「自分の健康・病気・介護」と対処方略の「趣味・スポーツにうちこむ」「のんびりする」に注目したい。すなわち、自分の健康・病気・介護がストレスになる人は抑うつになりやすく、ストレスへの対処法として趣味やスポーツにうちこんだり、のんびりしたりする人は抑うつになりにくいことが示唆される。ここから考えられる施策として、スポーツや余暇活動の推進、休暇の取得などを通して身体的健康の促進することが考えられる。このことは、「スポーツ施設やレクリエーション施設を気軽に利用できるようにしてほしい」と「休暇が計画的にとれるような環境づくりをしてほしい」という健康づくり対策と関連する。

2番目に、過去1ヶ月のストレスイベントの「話し相手がない」「生きがい」と、対処方略の「趣味・スポーツにうちこむ」に注目したい。すなわち、話し相手がないことや生きがいがないことがストレスとなっている人は抑うつになりやすく、ストレスへの対処法として趣味やスポーツにうちこんでいる人は抑うつになりにくいことが示唆される。ここから考えられる施策として、生きがいづくり・趣味づくりの活動

を支援すること、中でも地域のコミュニティセンターのような場所でこの活動を行い、コミュニティづくりを支援していくという福祉的な施策が考えられる。

3番目に、ストレスイベントの「家族関係」、ストレスの相談先の「非専門家による援助」および受容感に注目したい。すなわち、家族関係がストレスになったり、家族や友人などの周囲の人にストレスを理解してもらえなかったりする人は抑うつになりやすく、家族、友人・知人、職場の上司、学校の先生など非専門家から援助を受ける人は抑うつになりにくいことが示唆される。家族関係となるとプライバシーの問題もあり、行政として介入するのは限定的にならざるを得ないが、育児支援や高齢者の介護支援などを通して、間接的に家族を支えることが可能であろう。また、2番目で指摘したことと関連するが、地域の他に、学校や職域における支援のネットワークづくりが抑うつの予防に重要であると考えられ、これらの活動を促進することが望まれる。

最後に、対処方略の「なやみやストレスの内容の解決に積極的に取り組む」「じっとたえる」「ねてしまう」に注目したい。すなわち、ストレスに積極的に対処する人は抑うつになりやすいが、ストレスに対してじっとたえたり、ねていたりするような受動的な対処をする場合は抑うつになりやすいことが示唆される。このことから、ストレス対処についての健康教育の必要性が望まれる。このことは「正しい知識や上手な対処法に関する情報を提供してほしい」という健康づくり対策と関連する。都道府県の子精神保健福祉センターや保健所のホームページの充実、市町村の広報や民間のマスメ

ディアを利用した情報提供などが考えられるが、他にも、福祉的なとり組みとの連携も考えられる。すなわち、コミュニティづくりのための福祉活動の際に、趣味やスポーツの活動だけでなく、ストレスへの対処の仕方などの健康づくり教室をあわせて実施するといったとり組みである。

上記では実際のデータに基づいて考える施策を検討してみた。これらの中にはすでに独自に取り組んでいる自治体もある。たとえば青森県名川町や秋田県由利町では、高齢者同士の交流や生きがいづくりを目的とした活動を自殺予防事業の一環として行っている(大山・根市・小泉、2003; 三浦、2003)。これは、身近な地域の集会所を会場として高齢者が集まり、軽いスポーツやレクリエーション、趣味活動などを実施するものである。このような先駆的なとり組みをモデル事業として採用し、他の地域にも広げていくことも必要であろう。

文献

Ihaka, R & Robert Gentleman. (1996). R: A language for data analysis and graphics. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 5, 299-314.

厚生労働省大臣官房統計情報部. (2002). 平成12年保健福祉動向調査(心身の健康). 厚生統計協会.

三浦令子 (2003). 高齢者自殺予防活動の事例(4)―秋田県由利町における取り組み―.

(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, p216-233.

Muthen, L., & Muthen, B. (2004). *Mplus User's Guide*. Los Angeles: Authors.

大野裕・田中江里子・坂本真士・根市恵子 (2003). 青森での地域介入研究の経験と成果 ストレス科学、14、245-251.

大山博史・根市恵子・小泉毅 (2003). 高齢者自殺予防活動の事例(3)ー青森県名川町における取り組みー. (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、p195-215.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

坂本真士 (1995). 抑うつと不安における正常と異常 精神科診断学、6、131-142.

高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉毅 (1998). 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.

Thioulouse, J., Dufour, A., & Chessel, D. (2004, November, 23). Analysis of environmental data: Exploratory and euclidean methods in environmental sciences. Retrieved from <http://cran.r-project.org/doc/packages/ade4.pdf>

豊田秀樹 (1998). 共分散構造分析 入門編 ---構造方程式モデリング 朝倉書店

柳井晴夫 (1994). 多変量データ解析法 ---理論と応用 朝倉書店

研究発表

大野裕：軽症うつ病の診断と治療 治療うつ病の認知療法、カレントセラピー 20 (3) 287-290 2002

大野裕：社会不安障害とうつ、ストレス

と臨床 12:34-37、2002

大野裕：気分障害における薬物療法と心理社会的療法、脳と精神の医学 13(2):125-130、2002

大野裕：Needs and Resources: Postgraduate Education for Psychiatrists、精神神経学雑誌 104(5):353-354、2002

中川敦夫、西園昌久、ノマツ・カトリウス、大野裕、中根允文、佐藤光源：Needs and Resources: Postgraduate Education for Psychiatrists、精神神経学雑誌 104(5):355-357、2002

大野裕：うつ病の認知療法、作業療法ジャーナル 36 (8) 982-985 2002

大野裕：ストレスのプライマリ・ケア 内科診療のために、社会生活上治療管理を要する場合 対象喪失、総合臨床 51 (5) 937-940 2002

大野裕：うつ病の時代を生きる うつ病と日本人 日本的村社会の心性とこれからのあり方、教育と医学 50 (5) 397-402 2002

大野裕：高齢者のうつ 高齢者のメンタルヘルスと心身症、Geriatric Medicine40(10) 1431-1436 Vol 40 No.10 老年医学、2002

大野裕：軽症うつ病の精神療法、成人病と生活習慣病 32(11)1478-1481 2002

大野裕：医療現場における言葉、看護の実践の科学 27 (12) 64-67 2002

大野裕：内科の限界とコンサルテーション、メディチーナ medicina 39(13) p. 2136-2137 2002

Ono Y: Depression and suicide prevention program. China-Japan Medical Conference, 2002. Beijing, China,

2002

大野裕、田中江里子、坂本真士：青森での地域介入研究の経験と成果、シンポジウム：ストレスと自殺、第18回日本ストレス学会学術総会、東京、2002

Ono Y, Eriko Tanaka, and Shinji Sakamoto: A New Psychosocial Approach for Dealing with Major Depressive Disorder in Japan: Preventing Suicide Through Psychoeducation and Psychotherapy. In Recent Advances in the Research of Affective Disorder in Japan. Edited by Okuma, T., Kanba, S., and Inoue, Y. Elsevier,

Amsterdam, pp. 18-32, 2002.

Ono Y, Oyama H, Tanaka E, Toyokawa K, Koizumi T, Nakamura K, Yoshimura K: Suicide and depression among the elderly in Japan. *Psychiatric Networks* 5(1): 62-66, 2002

Kitamura T, Kawakami N, Sakamoto S., Tanigawa T, Ono Y, Fujihara S.: Quality of life and its correlates in a community population in a Japanese rural area. *Psychiatry Clin Neurosci.* 56(4): 431-441, 2002

Ono Y, Ando J, Onoda N, Yoshimura K, Momose T, Hirano M, Kanba S: Dimensions of temperament as vulnerability factors in depression. *Molecular Psychiatry* 2002; 7(9): 948-953

大野裕：うつ病と不安障害、更年期の不安とうつ(野澤志朗、渡邊昌祐編集)、フジメディアル出版 p. 27-36 2003

島内智子、古茶大樹、大野裕：第1章 躁

うつ病の概念・定義、躁うつ病 新しい診断と治療のABC 9躁うつ病 精神1、上島国利 編、最新医学別冊 p.9-16 2003

大野裕：高齢者自殺予防・うつー高齢者の自殺予防実践、自殺企図、その病理と予防・管理、樋口輝彦 編、大阪、永井書店 p.197-206 2003

大野裕：気分障害ーその統合的治療、新世紀の精神科治療 第9章 薬物療法と心理社会療法の統合、丹羽真一 編、東京、中山書店 p.87-115 2003

大野裕：こころの健康づくり、人と健康、スタンダード栄養・食物シリーズ1、大塚譲、ほか編、東京 東京化学同人 p. 54-62 2003

大野裕：ストレスコントロール、人と健康、スタンダード栄養・食物シリーズ1、大塚譲 ほか編、東京 東京化学同人 p. 63-67 2003

大野裕：第6章 高齢者自殺への介入ー心理的アプローチと精神療法ー、医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル、大山博史 編、診断と治療社 p. 99-112 2003

大野裕：うつ病性障害の脆弱性要因としてのパーソナリティ、ーカテゴリー的アプローチからディメンジョン的アプローチー、(樋口輝彦、久保木富房、貝谷久宣、不安・抑うつ臨床研究会編) うつ病の亜型分類 127-143 2003

藤澤大介、大野裕：精神療法ー特に認知行動療法、対人関係療法、家族や職場のサポートなど、うつ病のすべて ー早期発見から治療までー 91-106 2003

大野裕：高齢者の自殺予防の実践、自殺

の病理と実態—救急の現場から、別冊・
医学のあゆみ p. 53-54、2003
大野裕：うつ病者の自殺のサインをどう
読みとり、対応するか、自殺予防システ
ム構築の提案、生活と教育 47(2) 35-41
2003
大野裕 田中江里子 坂本真士 根市恵
子：青森県での地域介入研究の経験と成
果、特集：ストレスと自殺、ストレ
ス科学 17(4) 245-251 2003
大野裕：認知療法——歪んだ認知を修
正して健康な認知を育てる、精神療法の
世界のダイナミズムとおもしろさ、精神
看護 6(3) 38-43 2003
藤澤大介、大野裕：老年期うつ病患者を
支えるために、コミュニティケア 5
(6) 29-33 2003
大野裕：青森での地域介入研究の経験と
成果、日本社会精神医学会雑誌 12
(1) 94-95 2003
大野裕：うつ病の国際的診断基準、内科
92(4) 606-611 2003
大野裕：Comorbidity と精神疾患の分類
をめぐって、臨床精神薬理 6(11)
1387-1393 2003
大野裕：ストレスと精神症状、産業スト
レス研究 10:281-285 2003
大野裕：地域におけるうつ病と自殺予防
のためのスクリーニングの実際、いのち
と向き合う 自殺の心理、心理学ワール
ド 23:5-8、2003
上島国利、大坪天平、James Ballenger、
大野裕、高橋祥友、Hans-Ulrich Wittchen、
Yves, Leerubier：うつ病と不安障害の認
識及び診断、日本医事新報社、4148:22-27、
2003

大野裕：地域におけるうつ病と自殺のス
クリーニング・マニュアル、うつ病によ
る自殺を予防する、精神科 13(5)
449-453 2003
大野裕：うつ病の精神療法 ストレスマ
ネジメント、第26回日本医学会総会、福
岡 2003
大野裕：認知療法の立場から、シンポジ
ウム「うつ病研究の方向を求めて」、うつ
病アカデミー 東京 2003
大野裕：地域におけるうつ病のスクリー
ニングと自殺予防(特別講演)、第52回東
北公衆衛生学会 秋田 2003
大野裕：精神科における治療ガイドライ
ンについて(教育講演)、第23回日本精
神科診断学会、宇都宮、2003
大野裕、射場麻帆、中川敦夫：うつ(気
分障害)、エビデンス・ベスト・カウン
セリング、「現代のエスプリ」別冊
283-292 2004
大野裕：ストレス、健診・人間ドッグハ
ンドブック 31-34 2004
中川敦夫、大野裕：個人精神療法(森田
療法を除く)、気分障害 治療ガイドライ
ン 97-121、医学書院、2004
大野裕：認知療法の立場から、今日のう
つ病 治療と研究への最新アプローチ
161-167 2004、アルタ出版
大野裕：抑うつ、うつ病と躁病(1) 精
神症状と見方と鑑別診断 152-157
2004、コア・ローテーション 精神科、
金芳堂
坂本真士、田中江里子、丹野義彦、大野
裕：Beckの抑うつモデルの検討 —DAS
とATQを用いて—、日本大学心理学研究
25 14-23 2004

Ono Y: Suicide Prevention program for the elderly:the experience in Japan. The Keio Journal of Medicine 53(1): 1-6, 2004

大野裕：特集にあたって、プライマリ・ケアにおける精神科疾患への対応、Pharma Medica 22(8) 5 p.9 2004

大野裕：プライマリ・ケアで診るうつ病、プライマリ・ケアにおける精神科疾患への対応、Pharma Medica 22(8) p.11-13 2004

大野裕、坂本真士、田中江里子、根市恵子：高齢者の心のケアと地域における自殺予防の在り方、特集＜社会経済の変化と自殺予防＞、季刊・社会保障研究 40(1) p.36-44 2004

中川敦夫、大野裕：リエゾン精神医療における認知療法、リエゾン精神医療における治療的対応、精神科リエゾンガイドライン、精神科治療学 19 p.146-151 増刊号 2004

佐渡充洋、大野裕：日常診療に生かす認知行動療法、特集＜日常診療に生かす精神療法＞、精神科 5(5) p.349-353 2004

大野裕：統合的治療の中の精神療法、精神科専門医に求められる精神療法、精神医学 46(12) p.1259-1261 2004

大野裕 坂本真士 田中江里子：地域における自殺防止対策、自殺防止対策を考える、臨床精神医学 33(12) p.1561-1564 2004

渡辺直樹、大野裕、佐藤恭子：自殺予防の支援技術—青森県における取り組みか

ら、保健師ジャーナル 60(12) p.1164-1169 2004

大野裕：うつ病—診断と治療の最前線、カレントセラピー 23(1) p.7 2004

渡辺直樹、山中朋子、瀧澤透、山下志穂、菅原育子、田口学、竹之下由香、大山博史、大野裕：地域のうつ病予防プログラム、カレントセラピー別冊 23(1) p. 58-63 2005

佐藤恭子、大野裕：青森県名川町での自殺予防への取り組み、地方自治職員研修 38(1) p.72-74 2005

大野裕：突然死・過労死・過労自殺の予知予防、メンタルヘルス、第32回日本総合健診医学会シンポジウム 東京 2004

大野裕、中川敦夫、藤澤大介、菊地俊暁、射場麻帆、百瀬知雄、佐渡充洋、渡辺義、宗未来：うつと不安の認知療法、第100回日本精神神経学会 札幌 2004

田中江里子、坂本真士、根市恵子、大野裕：高齢者の抑うつ・自殺の予防に関する研究—地域在宅高齢者におけるスクリーニング実施の結果—、日本心理学会第68回大会、関西大学、2004

知的財産権の出願・登録状況 なし

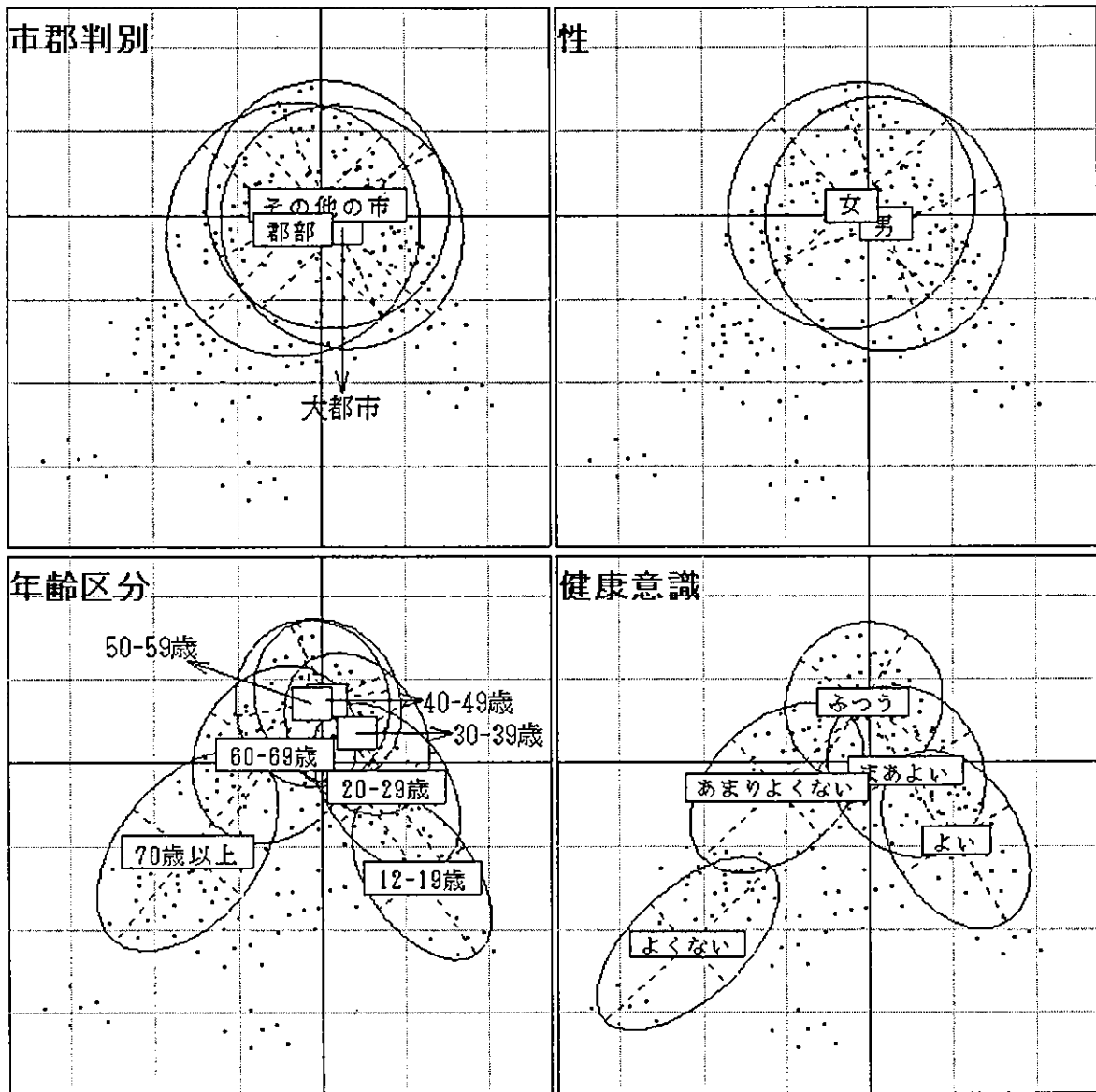


図1 「健康意識」の回答状況（表1）についての対応分析の結果

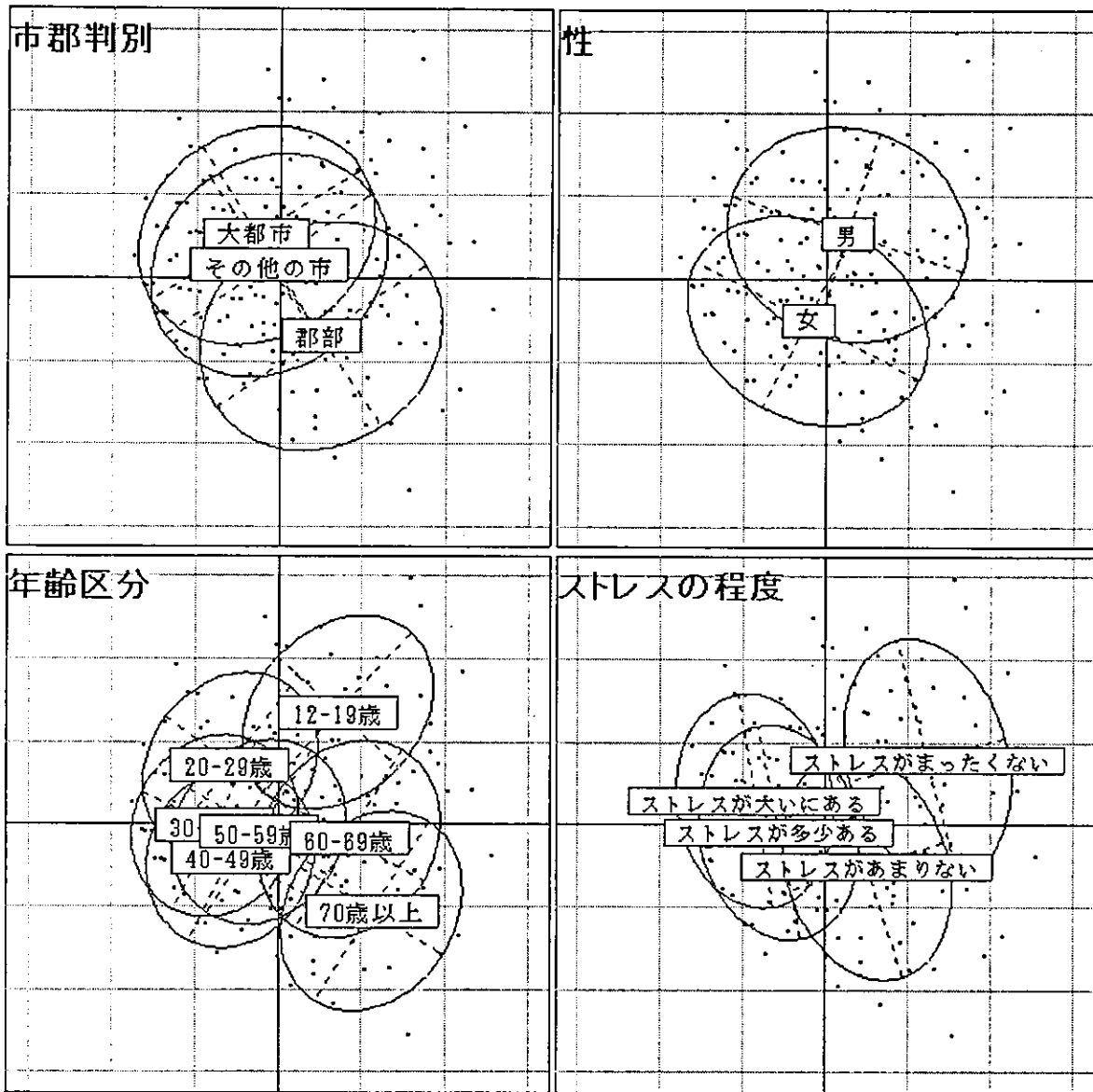


図2 「ストレスの程度」の回答状況(表4)についての対応分析の結果

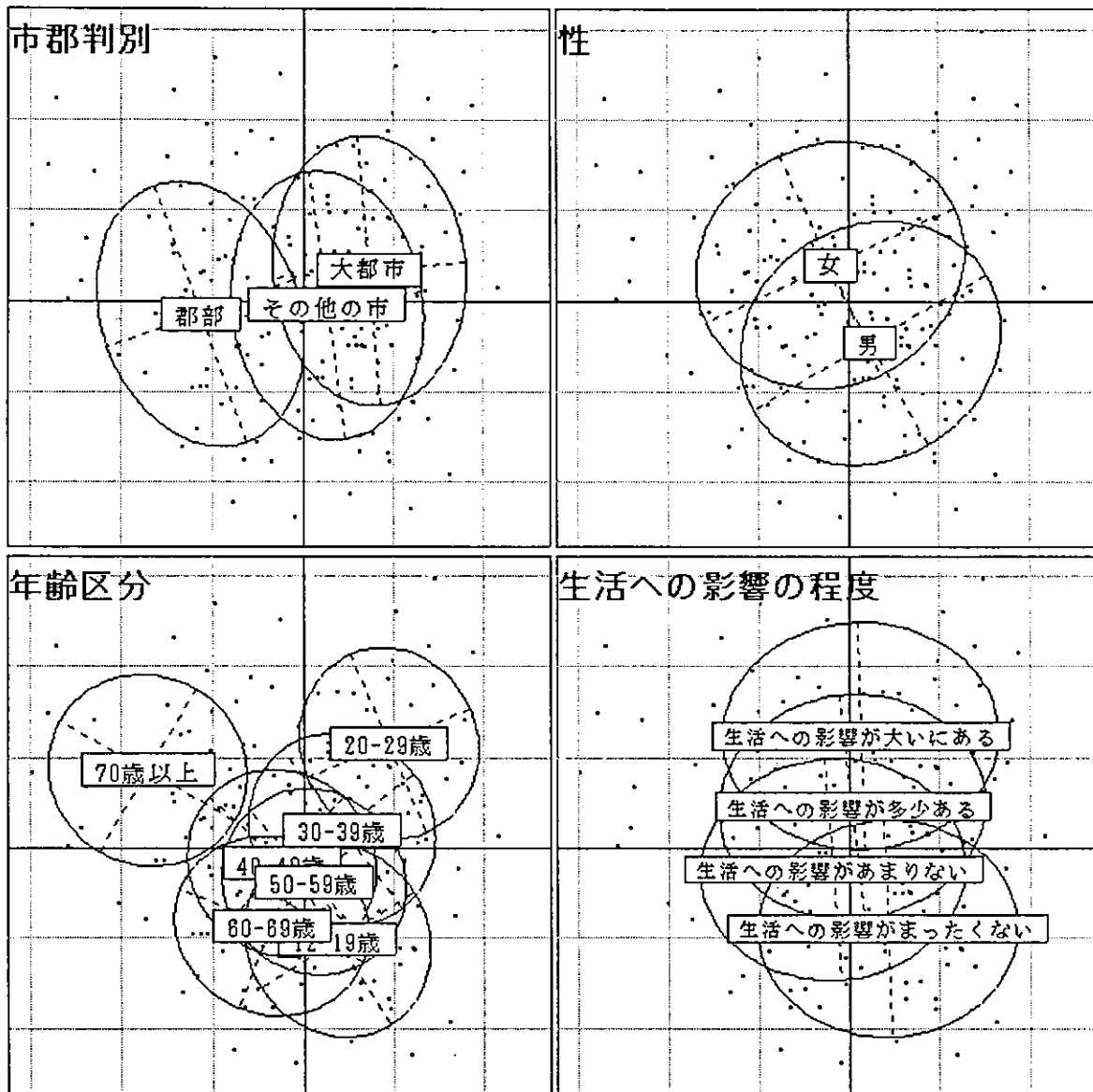


図3 「生活への影響の程度」の回答状況(表5)についての対応分析の結果

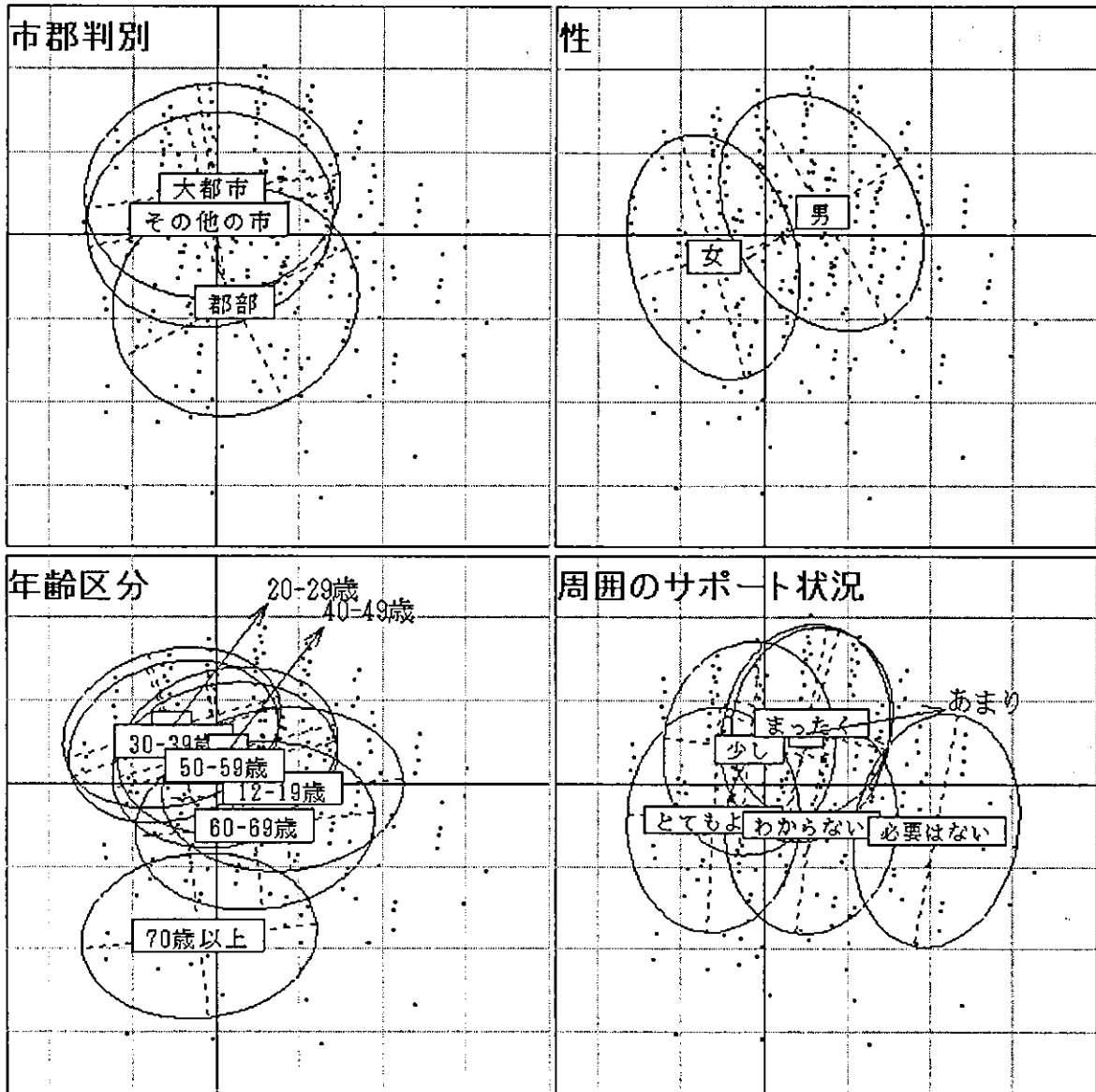


図4 「周囲のサポート状況」の回答状況（表9）についての対応分析の結果

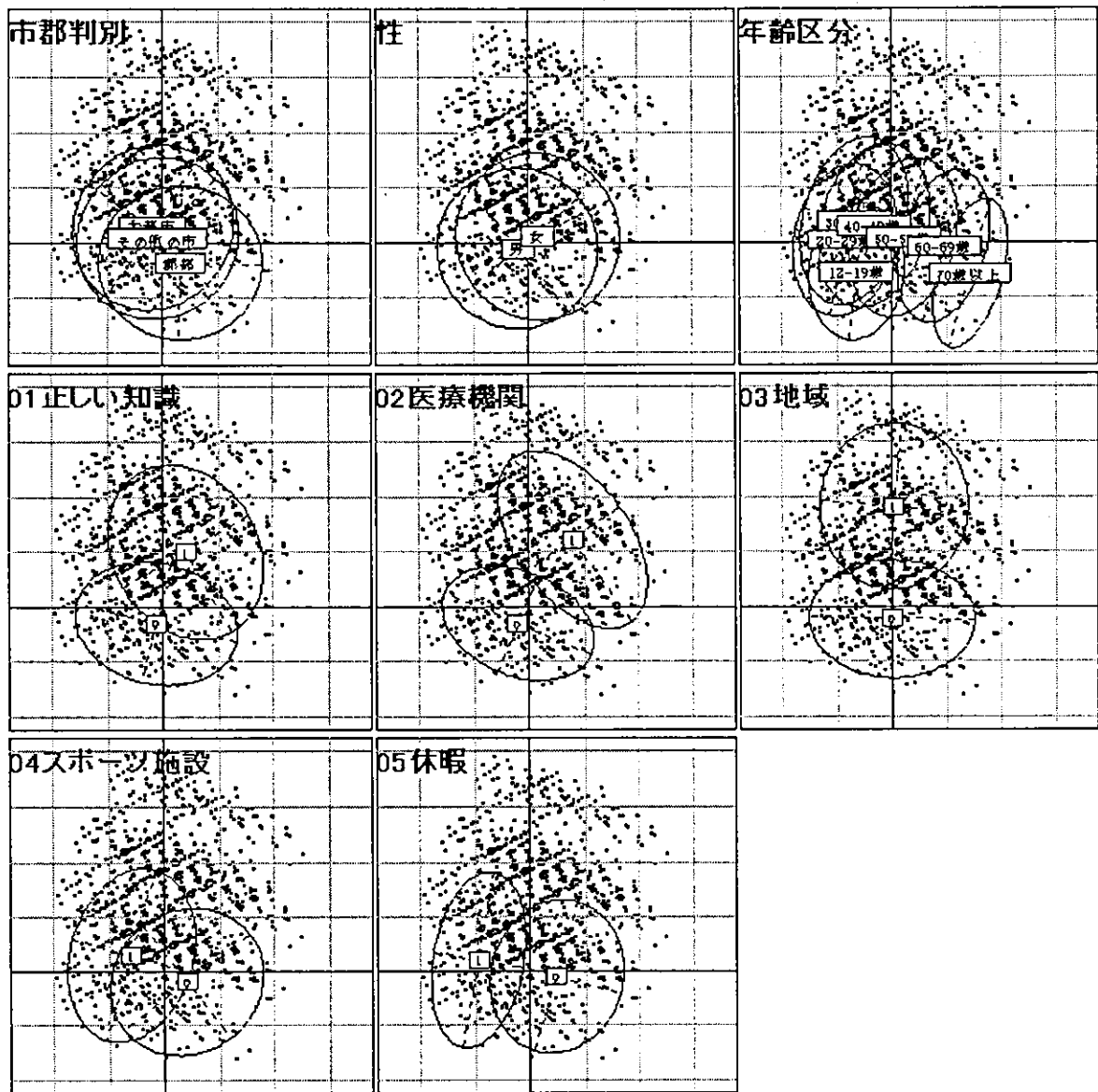


図5 「こころの健康づくり対策への要望」の回答状況（表10）についての対応分析の結果

注：「01正しい知識」から「05休暇」について、1＝「あてはまる（番号を○でかこむ）」、0＝「あてはまらない（番号が選択されていない）」。

表 11 過去1ヶ月における健康状態を問う項目

| 項目番号 | 質問文 |
|------|-----------------|
| 1 | 頭が重かったり頭痛がする |
| 2 | めまいがする |
| 3 | どろき、息切れがする |
| 4 | 胃の具合が悪い |
| 5 | 便秘や下痢をする |
| 6 | かたや首すじがこる |
| 7 | 背中や腰が痛む |
| 8 | つかれやすい |
| 9 | 前日のつかれが朝まで残っている |
| 10 | イライラする |
| 11 | 気持ちにゆとりがない |
| 12 | 健康のことが気になる |
| 13 | 左記のようなことはない |

表 12 過去1ヶ月におけるストレスイベントを問う項目

| 項目番号 | 質問文 |
|------|--------------------|
| 1 | 職場や学校での人づきあい |
| 2 | 近所づきあい |
| 3 | 家族関係 |
| 4 | 親せきづきあい |
| 5 | その他の人との関係 |
| 6 | 話し相手がいない |
| 7 | いじめ |
| 8 | 生きがい |
| 9 | 自由にできる時間がない |
| 10 | することがない |
| 11 | 仕事上のこと |
| 12 | 就職 |
| 13 | 転職・失業・倒産 |
| 14 | 退職・老後 |
| 15 | 自分の健康・病気・介護 |
| 16 | 家族の健康・病気・介護 |
| 17 | 自分の学業、受験、進学 |
| 18 | 身近な人の死 |
| 19 | 結婚 |
| 20 | 別居・離婚 |
| 21 | 家事 |
| 22 | 育児 |
| 23 | 妊娠・出産 |
| 24 | 子どもの教育 |
| 25 | 収入・家計 |
| 26 | 借金 |
| 27 | 住まい |
| 28 | 生活環境(公害・騒音など) |
| 29 | 通勤・通学(混雑・時間がかかるなど) |
| 30 | その他 |
| 31 | わからない |

表 13 ストレスがあった場合の日常的にとる対処方略

| 項目番号 | 質問文 |
|------|-------------------------|
| 1 | なやみやストレスの内容の解決に積極的に取り組む |
| 2 | 計画的に休暇をとる |
| 3 | 人に話して発散する |
| 4 | 周囲の人や専門家などに相談する |
| 5 | 趣味・スポーツにうちこむ |
| 6 | 動物(ペット)と遊ぶ |
| 7 | なにか食べる |
| 8 | 買い物をする |
| 9 | テレビを見たりラジオをきいたりする |
| 10 | のんびりする |
| 11 | ギャンブル・勝負ごとをする |
| 12 | タバコをすう |
| 13 | アルコール飲料(酒)をのむ |
| 14 | じっとたえる |
| 15 | ねてしまう |
| 16 | その他 |
| 17 | 特になし |

表 14 ストレスの相談先

| 項目番号 | 質問文 |
|------|-----------------------------------|
| 1 | 家族 |
| 2 | 友人・知人 |
| 3 | 職場の上司 |
| 4 | 学校の先生 |
| 5 | 公的な機関(保健所、福祉事務所、精神保健福祉センターなど)の相談員 |
| 6 | 民間の相談機関の相談員 |
| 7 | 病院・診療所の医師など |
| 8 | テレビ・ラジオ、新聞等の相談コーナー |
| 9 | 左記以外で相談している |
| 10 | 相談したいがためらっている |
| 11 | 相談したいが、相談先がわからない・相手がいない |
| 12 | 相談する必要がない |

表 15 受容感を問う項目

| 選択肢 | 内容 |
|-----|--------------------|
| 1 | とてもよく理解してくれている |
| 2 | 少し理解してくれている |
| 3 | あまり理解していない |
| 4 | まったく理解していない |
| 5 | 理解してくれているかどうかわからない |
| 6 | 理解してもらわない必要はない |

表 16 健康度を指標とした場合の、独立変数の影響

| 健康度 | ストレスイベント群 ^a | | | | ストレスイベント無群 ^b | | | |
|---------------------------------|------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|-------|--------|-------|
| | Male | | Female | | Male | | Female | |
| | B | SE B | B | SE B | B | SE B | B | SE B |
| ストレスイベント | | | | | | | | |
| 家族関係 | 0.69* | 0.21 | 0.77* | 0.17 | | | | |
| 話し相手がいない | 0.15 | 0.30 | 0.29 | 0.24 | | | | |
| 生きがいのなさ | 0.68* | 0.24 | 0.95* | 0.26 | | | | |
| 自分の健康・病気・介護 | 0.93* | 0.15 | 1.11* | 0.14 | | | | |
| 対処方略 | | | | | | | | |
| なやみやストレスの内 容の解決に積極的に取 り組む | -0.14 | 0.19 | 0.04 | 0.22 | 0.09 | 0.26 | 0.44 | 0.29 |
| 人に話して発散する | 0.21 | 0.17 | 0.37* | 0.14 | 0.09 | 0.25 | 0.55* | 0.22 |
| 趣味・スポーツにうちこ む | -0.16 | 0.15 | -0.01 | 0.16 | -0.12 | 0.22 | 0.27 | 0.24 |
| 買い物をする | 0.33 | 0.34 | 0.53* | 0.17 | 0.48 | 0.45 | 0.30 | 0.28 |
| テレビを見たりラジオ をきいたりする | 0.10 | 0.14 | 0.35* | 0.14 | 0.60* | 0.22 | 0.23 | 0.22 |
| のんびりする | -0.18 | 0.14 | 0.07 | 0.15 | 0.10 | 0.22 | 0.32 | 0.23 |
| じっとたえる | 0.96* | 0.22 | 0.80* | 0.19 | 0.73 | 0.51 | 0.88 | 0.46 |
| ねてしまう | 0.45* | 0.18 | 0.60* | 0.17 | -0.32 | 0.31 | 0.57 | 0.30 |
| 非専門家による援助 | 0.03 | 0.12 | -0.24* | 0.12 | 0.04 | 0.17 | -0.24 | 0.18 |
| 専門家による援助 | 0.55* | 0.15 | 0.41* | 0.15 | 0.34 | 0.33 | 0.48 | 0.32 |
| 受容感 | 0.29* | 0.10 | 0.04 | 0.10 | 0.04 | 0.18 | 0.20 | 0.17 |
| R ² | | 0.17 | | 0.17 | | 0.06 | | 0.11 |
| 偏相関 | | 0.335 | | 0.249 | | 0.275 | | 0.291 |

Note. B = 偏回帰係数、SE B = 標準誤差

^a n = 2,178 名(男性 949 名、女性 1,229 名)

^b n = 624 名(男性 272 名、女性 352 名)

* p < .05

表 17 健康度を指標とした場合の、独立変数の影響

| 抑うつ | ストレスイベント群 ^a | | | | ストレスイベント無群 ^b | | | |
|-------------------------|------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|-------|--------|-------|
| | Male | | Female | | Male | | Female | |
| | B | SE B | B | SE B | B | SE B | B | SE B |
| ストレスイベント | | | | | | | | |
| 家族関係 | 2.35* | 0.75 | 2.46* | 0.58 | | | | |
| 話し相手がいない | 4.21* | 1.07 | 7.16* | 0.81 | | | | |
| 生きがい | 3.21* | 0.87 | 4.41* | 0.86 | | | | |
| 自分の健康・病気・介護 | 2.01* | 0.52 | 3.05* | 0.47 | | | | |
| 対処方略 | | | | | | | | |
| なやみやストレスの内容の解決に積極的に取り組む | -2.52* | 0.66 | -2.24* | 0.73 | -1.12 | 0.92 | -2.03* | 0.90 |
| 人に話して発散する | 0.40 | 0.62 | 0.507 | 0.46 | 0.36 | 0.87 | -0.08 | 0.68 |
| 趣味・スポーツにうちこむ | -2.15* | 0.54 | -1.46* | 0.53 | -1.60* | 0.78 | -1.09 | 0.75 |
| 買い物をする | 2.39* | 1.21 | -0.381 | 0.56 | 0.40 | 1.59 | 0.10 | 0.88 |
| テレビを見たりラジオをきいたりする | 0.65 | 0.52 | 0.147 | 0.46 | -0.168 | 0.76 | 0.58 | 0.68 |
| のんびりする | -1.26* | 0.52 | -1.53* | 0.49 | -0.755 | 0.77 | 0.50 | 0.70 |
| じっとたえる | 4.67* | 0.78 | 2.21* | 0.65 | 6.06* | 1.79 | 0.60 | 1.44 |
| ねてしまう | 2.66* | 0.64 | 2.19* | 0.58 | 0.81 | 1.07 | 0.78 | 0.94 |
| 非専門家による援助 | -1.34* | 0.43 | -1.06* | 0.39 | -0.982 | 0.58 | -0.94 | 0.56 |
| 専門家による援助 | 1.27* | 0.52 | 2.38* | 0.49 | 1.75 | 1.15 | 2.03* | 1.00 |
| 受容感 | 2.05* | 0.36 | 1.06* | 0.33 | 2.18* | 0.64 | 2.29* | 0.54 |
| R ² | | 0.27 | | 0.27 | | 0.14 | | 0.10 |
| 偏相関 | | 0.335 | | 0.249 | | 0.275 | | 0.291 |

Note. B = 偏回帰係数、SE B = 標準誤差

^a n = 2,178 名(男性 949 名、女性 1,229 名)

^b n = 624 名(男性 272 名、女性 352 名)

* p < .05

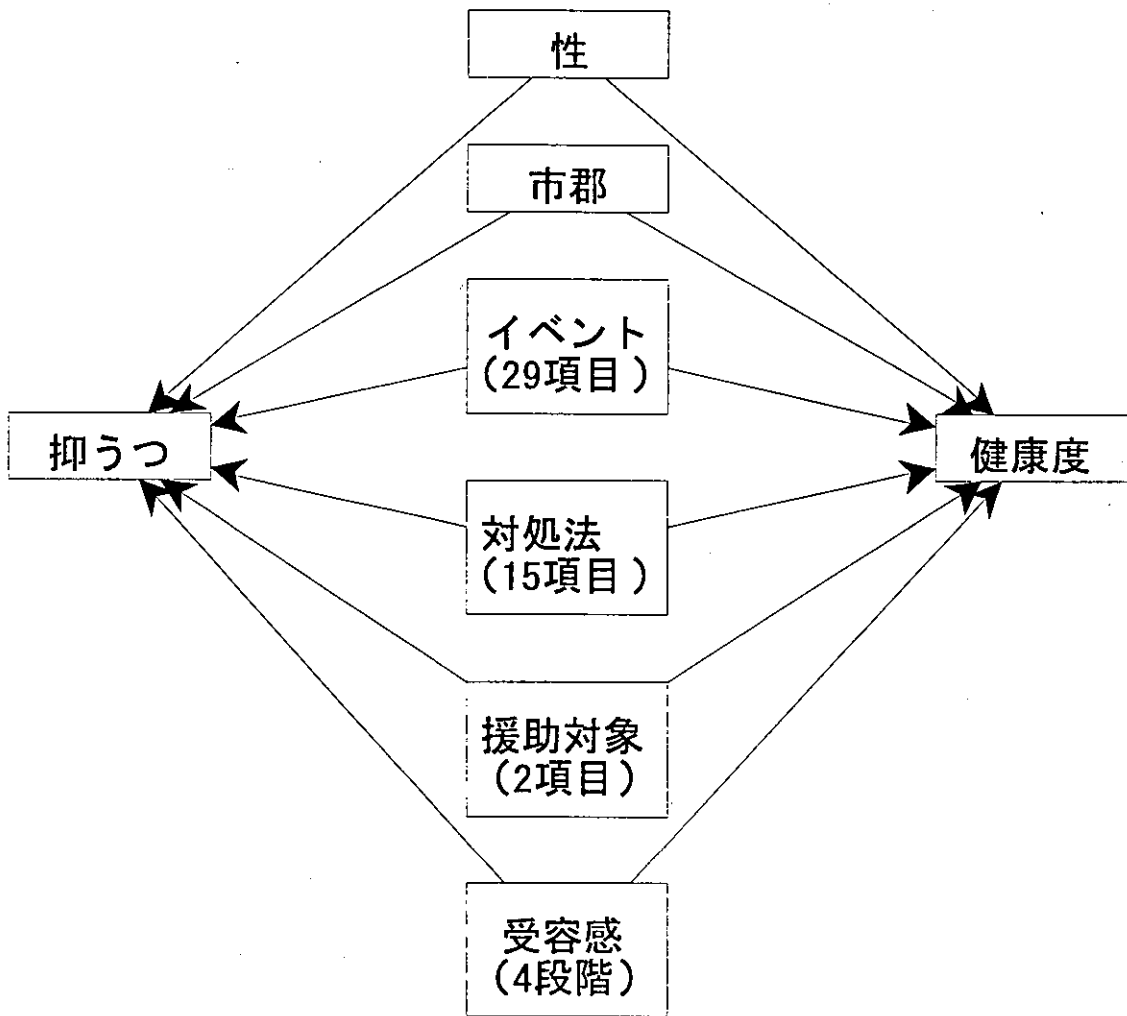


図6 抑うつと健康度を従属変数にしたときのモデル

医療従事者に対するうつ病の啓発活動の効果調査

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
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
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

研究要旨

平成 14 年度における医療従事者に対するこころの健康に関する基礎調査アンケートでは、医療従事者のうつ病や自殺に対する意識は十分ではなかった。これらの結果もは、医療従事者に対してうつ病に関する啓発活動が重要であることを示唆している。本研究班では、地域基幹病院の医療従事者に対するうつ病の啓発活動を行い、ロールプレイ形式のうつ対応の研修を行った。本研究では、研修の医療従事者の意識に対する効果を明らかにすることを目的とした。「うつ病は薬で治すことが出来る」と回答した割合は研修前後で 59.2%から 97.2%に上昇していた。「興味を持って学ぶことが出来た」と回答した割合は 97.2%であり、うつ病および自殺に対する意識が研修会への参加によって向上したことが示唆された。

A. 研究目的

平成 14 年度における医療従事者に対するこころの健康に関する基礎調査アンケートでは、医療従事者のうつ病や自殺に対する意識は十分ではなかった。これらの結果もは、医療従事者に対してうつ病に関する啓発活動が重要であることを示唆している。本研究班では、地域基幹病院の医療従事者に対するうつ病の啓発活動を行い、ロールプレイ形式のうつ対応の研修を行った。本研究では、研修の医療従事者の意識に対する効果を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

久慈地区の基幹病院である岩手県立久慈病院は、精神科外来を設置している総合病院である。住民対象の啓発活動の結果、うつ症状を主訴に受診する患者の増加が予想され、前もって医療機関の対応が整備されている必要がある。平成 14 年度は、医療従事者に対して自殺やうつ病に関する知識を向上させることを目的と

して、医局会、病院職場研修会を利用して啓発活動を行なった。医局会では「自殺率が高いとは思わなかった」、「自殺の要因が知りたい」、「精神科常勤医が必要」という意見が多かった。研修会では「精神科に紹介しにくい」、「向精神薬の使用法がまだ十分に理解できていない」、「患者に診療時間を十分に取れない」という意見も示された。

平成 15 年度から、啓発活動により医療従事者の自殺予防に対する意識は向上していることを想定し、医療従事者への介入では、うつ病患者への接し方や、診断、コンサルテーション、そしてプライマリケアなど具体的な問題点を取り上げることを目的とした。岩手県立久慈病院と町立種市病院の院内研修会の場で、うつ病に関する講演会とロールプレイング形式によるうつ病患者への対応の研修会を開催し、自殺やうつ病に関する意識啓発を図った。

うつ病の薬物療法としては、大うつ病性障害の治療アルゴリズムでも、選択的セロトニ

ン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI), セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor: SNRI) が軽症～重症の第一選択薬とされており、それらは一般身体疾患患者の抑うつにも選択され、プライマリケアにおけるうつ病でも重要視される。しかし、一般身体科でのうつ病のプライマリケアでは、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を投与され、漫然と継続されることが多い。医療従事者に対する啓発活動においては、SSRI/SNRI を第一選択とする薬物療法を研修会などで強調した。うつ病患者への対応に関する教育では、ロールプレイング形式が、非常に効果的であった。ロールプレイングの具体的効果としては、患者の理解が深められる、共感能力が高まる、対応の幅が広がる、根拠が考えられる、学習者の集団凝集性が高まる、などがある。

岩手県立久慈病院および町立種市病院研修会開始前後の医療従事者に対するうつ病や精神医療についての意識と知識に関するアンケート調査を実施した。148名 (久慈病院 87名 (58.8%)、種市病院 61名 (41.2%)) から回答を得た、アンケートのデータを解析した。

(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

対象は 20代:30名 (20.4%)、30代:34名 (23.1%)、40代:43名 (29.3%)、50代:35名 (23.8%)、60代:4名 (2.7%)、70代:1名 (0.7%) であった。「うつ病は薬で治すことが出来る」と回

答した割合は研修前後で 59.2%から 97.2%に上昇していた。「久慈は他地域よりも自殺率が高い」と回答した割合もまた、研修前の 88.4%から研修後は 95.8%と上昇した。「気分が落ち込んだら精神科を受診する」と回答した割合も 36.5%から 72.2%に上昇した。「心の問題は保健所・市町村窓口で相談できる」と回答した割合は 58.1%から 79.2%に上昇した。研修会の雰囲気もかなり活発であったことを反映して、「興味を持って学ぶことが出来た」と回答した割合は 97.2%であり、うつ病および自殺に対する意識が研修会への参加によって向上したことが示唆された。また、「内容がわかりやすかった」と回答した割合は 94.4%であり、「理解するのに十分な時間があつた」と回答した割合は 71.5%であった。

D. 考察

平成 14 年度の報告では、久慈地域の地域住民・医療従事者のベースラインの意識調査解析から、住民・医療従事者ともに自殺とこの問題に関する啓発が必要であることを明らかにしている。そして、医療従事者の対策とし、看護師には、自殺予防における看護師の役割の重要性を確認し、知識や意識をより高めるプログラムに基づいて啓発することを提言し、そして、医師には抗うつ薬の使用方法とうつ病に関する知識を向上させるプログラムに基づいて啓発することが必要と考えられた。今回、県立久慈病院の院内研修会の参加者は医師、看護師、その他の職種であった。平成 14 年度の報告も踏まえ、うつ病に関する講演では、うつ病の診断・治療を中心とした内容にした。さらに、講演後の研修ではロールプレイング形式で、看護師と患者の役割を通して、うつ病患者に対する対応を習得するようにした。研修前後のアンケート調査から、参加者のうつ病や自殺に関する知識・意識の向上が認められ、また研修