

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、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^{8)~10)}。

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⁸⁾。

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⁸⁾。

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り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、悩みをもっているで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、生命を大切に作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¹¹⁾

既述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應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*² 野原 勝*³ 大塚耕太郎*⁴ 酒井明夫*⁵
岡山 明*⁶

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¹⁾。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²⁾。

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。

*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。

*²にし・のぶお：岩手医科大学助教授(衛生学公衆衛生学)。

*³のはら・まさる：岩手県保健福祉部保健衛生課医務主幹。

*⁴おおつか・こうたろう：岩手医科大学助手(神経精神科学)。

*⁵さかい・あきお：岩手医科大学教授(神経精神科学)。

*⁶おかやま・あきら：国立循環器病センター予防検診部部长。

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²⁾。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

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いますか 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だと思いますか 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いますか 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いますか 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 χ^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。

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

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			看護師		
	医師 (103名)	看護師 (626名)	p	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. 精神疾患のケアに関心がある	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³⁾。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十分性」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³⁾、②精神医療への偏見の存在⁴⁾、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⁵⁾、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³⁾、⑤患者さん側の要因（精神科を訪れることへの羞恥心⁶⁾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

住民を対象としたうつ病教育の実際

黒澤美枝¹⁾, 坂田清美¹⁾, 板井一好¹⁾, 小野田敏行¹⁾,
小栗重統¹⁾, 酒井明夫²⁾, 西 信雄³⁾, 岡山 明⁴⁾

¹⁾ 岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座 (盛岡市内丸19-1),

²⁾ 岩手医科大学衛生学神経精神科学講座 (盛岡市内丸19-1),

³⁾ 広島放射線影響研究所 (広島市南区比治山公園5-2),

⁴⁾ 国立循環器病センター予防検診部 (大阪府吹田市藤白台5-7-1)

岩手公衆衛生学会誌 (Iwate Journal of Public Health)

第16巻, 第2号 (資料) 34~45頁, 平成16年12月

[Vol.16, No 2, 34-45pp, 2004] 別冊

資料

住民を対象としたうつ病教育の実際

黒澤美枝¹⁾、坂田清美¹⁾、板井一好¹⁾、小野田敏行¹⁾、
小栗重統¹⁾、酒井明夫²⁾、西 信雄³⁾、岡山 明⁴⁾

要 約

岩手県は自殺の高率県であり、特に北部地域で高い。我々は県北部に位置する久慈医療圏（1985年から1999年の自殺の全国を基準とした標準化死亡比：男2.6、女2.4）において、隣接する宮古医療圏（同男1.8、女1.4）を対照地域として、自殺予防のための大規模地域介入研究を平成14年度より開始している^{1)・2)}。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、住民を対象としたうつ病教育にとりくんでいる。本稿では、実施したうつ病教育の内容について紹介する。うつ病教育の名称は「北リアス健康塾」であり、うつ病について理解を深める事を目的としたセミレクチャー及び小グループの座談会の二部形式により構成されている。所要時間は合計90分で、当日のスタッフとしては教育担当者、受付と司会者など最低3名が必要となる。

キーワード：Educational program on depression, community based approach, prevention of suicide

I. 緒言

日本における自殺者数は増加している。自殺者は死の直前精神障害を呈していることも多いと言われ、中でもうつ病が多く、効果的うつ病対策が必要とされている³⁾。これまでの市町村の取り組み事例には、新潟県松之山町のうつ病スクリーニングによるハイリスク高齢者への対応や、青森県名川町の簡便で鋭敏なうつスクリーニング介入の取り組みなど³⁾がある。岩手県は自殺の高率県であり、特に北部地域で高い。我々は県北部に位置する久慈医療圏（1985年から1999年の自殺の全国を基準とした標準化死亡比：男2.6、女2.4）において、隣接する宮古医療圏（同男1.8、女1.4）を対照地域として、自殺予防のための大規模地域介入研究を平成14年度より開始している^{1)・2)}。研究は初年度に基礎調査（住民・医療機関にうつ病や自殺に関する意識調査）を行い、介入後16年度に効果を評価する。介入の内容は、行政機関への介入（自殺、うつ病などの事例対応の為の技術援

助）、地域医療機関への介入（医療従事者への自殺予防、うつ病対応に関する啓発）、地域住民への介入（住民へのうつ病啓発）からなる。地域住民への介入は、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、地域公民館などに出向くうつ病教育の実施とした。これらの取り組みによって対象地域でのうつ病や自殺の現状に関する意識と知識を向上させることにより、自殺率を減少させることを目的とした。このため研究では、地域における自殺予防を目的とした住民対象うつ病教育プログラム「北リアス健康塾」を作成した。プログラムは、①うつ病教育②準備帳票③質疑応答集から構成されている。本稿では、この中から主に①うつ病教育の内容について紹介した。

II. 方法と教育内容

うつ病教育プログラムは、受講者のうつ病や自殺の現状、地元相談機関に関する意識と知識の向上を目的としており、2002年3月～8月に、研究

¹⁾ 岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座（盛岡市内丸19-1） ²⁾ 岩手医科大学衛生学神経精神科学講座（盛岡市内丸19-1）
³⁾ 広島放射線影響研究所（広島市南区比治山公園5-2） ⁴⁾ 国立循環器病センター予防検診部（大阪府吹田市藤白台5-7-1）

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。教育実施前の準備状況として，本介入開始2年前の平成12年度より対象地区保健所と市町村と共同して，ワークショップや自殺に関する公衆衛生学的・疫学的検討を行った^{5), 6)}。また同地区では保健所を中心に自殺死亡者に関するケーススタディが行われていた。相談体制は，保健所主体で立ち上げられた自殺予防推進ネットワークにて，対象市町村，医師会，警察，精神科医，教育機関間で連携・整備を進めた。

うつ病教育内容として資料（スライド及び準備の進め方，教材例，評価アンケート例）を示した。43枚のスライドは，自殺の現状に関するクイズ，うつ病の症状や治療に関する説明と2事例呈示，相談機関の紹介から構成されている。クイズでは○×の札を用いて受講者の参加を促した（写真）。



北リアス健康塾の様子

Ⅲ. まとめ

日本における自殺者数は増加している。自殺者は死の直前うつ状態を呈していることも多く，効果的うつ病対策が重要とされている。本稿では，岩手県久慈保健医療圏単位で行われた自殺予防を目的とした住民を対象としたうつ病教育プログラムを紹介した。教育の評価結果については別稿で述べたい。地域全体の知識・意識の向上や長期変化，自殺率の変化については今後検討する予定である。

本研究は，岩手県長寿科学振興財団助成金「高齢者の心の健康と自殺予防に関する対策事業」と，平成14年度厚生労働科学研究費補助金によるこ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」補助金によった。

Ⅳ. 文献

- (1) 酒井明夫（主任研究者）：平成14年度厚生労働科学研究費補助金によるこ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」総括研究報告書．岩手，2003
- (2) 酒井明夫（主任研究者）：平成15年度 厚生労働科学研究費補助金によるこ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」総括研究報告書．岩手，2004
- (3) うつ病対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために—．厚生労働省地域におけるうつ対策検討会，2004
- (4) 岡山 明，喜多義邦 編著：禁煙の個別健康教育．保健同人社，東京．2000
- (5) 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．厚生学の指標 50, 17-23, 2003
- (6) 岡山 明，野原 勝，黒澤美枝 他：自殺予防の疫学．社会精神医学雑誌12, 34-40, 2003

資料：うつ病教育の進め方

I. うつ病教育プログラム準備

1) 保健医療圏と研究機関による準備

(1) 地域検討・打ち合わせ

介入3ヶ月前までには地域検討の他、担当スタッフや関係者対象にワークショップや講演会を施行し全体の関心や意識を高める工夫をする。

(2) 費用の検討

開催場所は公民館や公的施設を利用する。1) 人数分のお茶・菓子代・教材費の他、2) 講師出張費、3) 補助品代を予算として考慮しておく。

(3) 相談体制の確認

「うつ病教育の実施」と「地域の相談体制の整備」は平行して行う。これは啓発により住民の相談希求行動が生まれても、相談機関で全く準備体制ができていない場合、例えば途方にくれて切羽詰っている相談者が拒否的な対応を受け相談機関への不信を生み出す危険性が生じるからである。

(4) 教材や補助品の準備

うつ病教育開催2ヶ月前には、指導のスケジュールを予め作成し、作業の進捗状況を管理するための作業管理表、帳票一覧表①や事前に具体的な内容を決める為の「打ち合わせ表」②により指導者全員が実務についてのイメージ⁴⁾を作り上げておく。

2) 市町村と研究機関単位による準備

(1) 「打ち合わせ」による会の企画

参加者の設定人数や開催回数などの状況にもよるが、一つの教育開催まで2ヶ月程度の余裕をもって予定を組む。帳票や打ち合わせ表により会場など具体的な面を整理する。

(2) 対象者の募集

募集方法は地域によって、以下A) B) の方法のいずれかもしくは両方を用いて行う。

A) a) 地域・職域での広報やマスメディア等を用いた呼びかけ、b) 検診・公民館事業な

どでの呼びかけ

B) 地縁組織のリーダーによる各戸への呼びかけ。(参加者名簿を作成し、対象者個人に宛てちらしや回覧などを利用する)

(3) 実施時期(日時)と場所の決定

初回は民生委員などの地縁組織のリーダー対象の教育を行う。その後一般住民対象の教育を行う。対象者の年齢や生活環境などのバックグラウンドを把握し決定する⁴⁾。

(4) 教育担当者(講師)やスタッフの確保

医学的専門知識の基盤がある看護師・保健師・医師の他、心理士などが教育担当者(講師)となるのが望ましい。講師が精神科以外の場合は、うつ病に関する知識(病態生理、関連疾患)や教育技術を補充し、スキル向上につとめておき、予行練習の場を設ける。また、スタッフは50人程度の参加者を対象とする場合、進行役以外に一名の教育担当者と一名の調整員、受付などを行ってもらう住民ボランティア(地縁組織リーダー)二名程度を確保しておく。

(5) 最終連絡

開催日一週間前には、当日の受付、参加者予定数、教材と補助品の準備と手配について再度確認しておく。マスメディアを利用して募集した地域では、参加者は予定を大幅に上回る事が多いので、配布資料は多めに準備しておく。

(6) 健康教育当日準備

当日担当者は一時間半前には会場に到着し、座談会用の机と椅子、看板や受付、マイクやスライド試写などの基本的準備を行う。

(7) 地域住民に親しみ楽しみをもってもらおう工夫をする。

うつ病教育の……

1) 名前を付ける(地域に関連した言葉を用いてe. g. 「北リアス健康塾」)

2) キャッチフレーズをつくるe. g. 「見つめよういのちとこころ」

3) マスコットをつくる：「いのち君ころちゃん」

この他、人形劇や痴呆や健康日本21などの講義をプラスしたいという地域の希望があれば同時に行う。

II. 会の構成

1. 会は二部形式とする。

1) 一部は、うつ病に関するセミレクチャーと質疑応答

教材：スライド、パンフレット③、クイズで使用する○×の札

2) 二部は、ころやうつ病について話し合う小グループの座談会

2. 教育の評価

うつ病教育の評価として教育前後（一部開始前、二部終了後）に参加住民にアンケートを施行し知識と意識の変化を評価する④。会終了後にはスタッフミーティングをもうけて、会の構成、参加者からの難解な質問や意見、精神保健相談者へのフォローアップの必要性を検討する。

3. 参加者からの質問への対応

講師が解らない質問がでた場合は、正直に解らない旨を話し、参考資料の提供や調べた後教える等の工夫をする。指導者と対象者の信頼関係がさらに強く結ばれる行動の積み重ねは、うつ病への理解者を増やし、その結果精神保健活動全体の成功につながることになる為、誠実な対応を原則とする。「ころ」「癒し」「宗教」への関心や質問に関しては座談会や討論会の場で話し合ってもらおうよう工夫する。

見つめよう いのちところ

～うつ病をご存じですか～

クイズ ①

日本の1年間の自殺者数は、
1万人より多い？

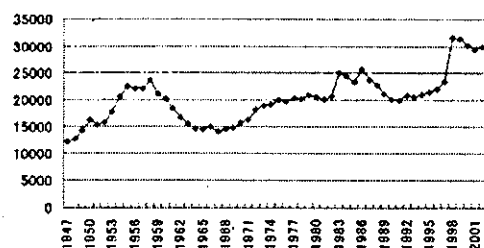
1万人より多いと思う方は○を、
1万人より少ないと思う方は×を
あげてください。

クイズ ①

こたえ ○ (1万人より多い)

日本の1年間の自殺者数は、
32,143人～平成14年 国民衛生の動向～
(～34,427人、15年警察庁統計～)

わが国の自殺数の推移



クイズ ②

日本の自殺者数を男女で比較すると、男性が女性より多い？

男性が女性より多いと思う方は○を、女性が男性より多いと思う方は×をあげてください。

自殺する時、人はどういう心境にありますか？

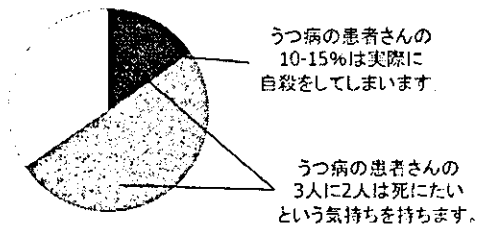
- 多くの人は落ち込みなどの混乱した精神状態にあります。
- 欧米の報告によると、約9割の人が精神的な問題を抱えていたとされています。

クイズ ②

こたえ ○ (男性が女性より多い)

平成14年の自殺者数は、
 男 23,080人
 女 9,063人

自殺につながりやすい病気には「うつ病」などがあります



わが国の性別死因別死亡率

	男	女
1. 悪性新生物	298.8	187.1
2. 心疾患	121.7	120.4
3. 脳血管疾患	101.0	105.6
4. 肺炎	76.4	62.7
5. 不慮の事故	39.4	22.3
6. 自殺	35.2	12.8

(平成14年、人口10万対)

地域で自殺を予防するために我々ができることは何でしょうか？

うつ病を理解し、
早めに対応する

ご存じですか？

- 岩手県は自殺が多い地域です。
- 岩手県内でも久慈地域は自殺が多い地域です。

うつ病を ご存じですか？

ご存じの方は○を、
そうでない方は×を
あげてください

うつ病はどんな病気？

Aさん(35歳女性)の場合を
見てみましょう。

Aさん(35歳女性)の場合

- 夫と小学4年生の息子との3人暮らし。生命保険会社で外交員として働いている。まじめでやさしい性格。
- 4ヶ月ほど前、近所の人とのささいな行き違いをきっかけに、夜眠れなくなり、不安感が出現。同時期より、職場で責任のある仕事を任せられ精神的に負担になってきた。

- 夫に対して、「近所の人仲間はずれにする」「頭がすっきりしない」「貧乏になってしまう」などの言動を示すようになった。
- 息子との会話が少なくなっていった。頭痛や肩こりがひどくなった。食欲が落ちてきて、好物の肉料理もあまり食べなくなった。

- 1ヶ月前に仲の良かった友人が交通事故で入院した。お見舞いに行った後、Aさんは気分がどんどん落ち込み、生きていてもしょうがないと考えるようになった。

うつ病とはどのような病気ですか？(定義)

日常的なストレスからくる悲しみや、不安・ゆううつな気分などのこころの状態がいつまでも回復せず、日常生活に支障をきたしてしまう病気です。

うつ病は珍しい病気ではありません

- アメリカでの調査によると、一生のうちに約12人に1人(8.3%)はうつ病になるとされています。
- 男:女=1:2と言われております。
- ごくありふれた病気です

うつ病の症状にはどのようなものがありますか？

- 気分が落ち込む
- やる気が出ない
- 頭痛・肩こりがする
- 便秘になる
- 食欲が出ない
- 興味がなくなる
- 眠れない
- 朝早く目が覚める
- 性欲が落ちる
- ものごとが決められない
- 体がだるい、疲れやすい

