

問題発生時の援助要請を促進する要因に関する検討 ～地域の自殺予防対策の観点から～

研究協力者 須賀 万智 東京慈恵会医科大学

研究目的： 疾患の受診遅延・非受診が問題視されている。自殺既遂者は死亡直前に精神的不調を経験しており、適時適切に相談（援助要請）していれば自殺行為を回避できたと考えられる。地域の自殺予防対策として各種相談体制の整備が進められているが、これが有効に機能するには、援助要請を促進する取り組みが求められる。本研究では、一般成人男女にアンケート調査を行い、心の問題と各種症状に対する援助要請意図を調べ、援助要請に関わる要因を分析した。

研究方法： アンケート調査は平成 26 年 6 月にインターネット上で行い、登録モニター 20-59 歳男女（千葉・新潟・長野・福岡各県性年代別 100 名募集）から回答 3365 名を得た。データの欠損・矛盾を除いた 3308 名を対象とした。

研究結果： 85%に援助要請意図を認め、大多数が専門家に受診すると回答した。重ロジステックモデルにおいて援助要請意図と有意に関係したのは、被援助志向性、ヘルスリテラシー、患者との接点、治療効果の期待度、地域のつながり（お互いにあいさつしている）であった。援助要請意図の割合は心の問題（85%）に比べ、めまいは同等であったが、イライラ、不眠、うつは低かった。不眠とうつに関して、専門家を第一選択に挙げたのは全体の 4 分の 1 以下であった。

考察： 地域の自殺予防対策を考えるうえで、問題発生時の援助要請促進は今後取り組むべき課題のひとつである。従来のように、自殺予防を明示的に謳う取り組みだけでなく、ヘルスリテラシーを高める教育やあいさつ運動のような気軽に声を掛け合う地域づくりなども試みることを提案

A. 研究目的

精神疾患の受診遅延・非受診が問題視されている。自殺既遂者は死亡直前に精神的不調を経験しており、適時適切に相談（援助要請）していれば自殺行為を回避できたと考えられる。地域の自殺予防対策として各種相談体制の整備が進められているが、これが有効に機能するには、援助要請を促進する取り組みが求められる。本研究では、一般成人男女にアンケート調査を行い、心の問題と各種症状に対する援助要請意図を調べ、援助要請に関わる要因を分析した。

B. 研究方法

アンケート調査は平成 26 年 6 月にインターネット上で行い、登録モニター 20-59 歳男女（千葉・新潟・長野・福岡各県性年代別 100 名募集）から回答 3365 名を得た。データの欠損・矛盾を除いた 3308 名を対象とした(表 1)。

1. 心の問題に対する援助要請意図 [1]

あなたが深刻な心の健康問題を抱えていたとしたら…という仮定の下で、どのように相談しようと思うかを尋ねた。回答を身近な人に相談する (informal help) と専門家に受診する (formal help) に分けた。

2. 各種症状に対する援助要請意図 [2]

表1 対象者の基本属性と要因の分布

	n		n
性	男性	1621	49.0%
	女性	1687	51.0%
年齢	20-29歳	797	24.1%
	30-39	842	25.5%
	40-49	837	25.3%
	50-59	832	25.2%
教育歴	中学・高校	1066	32.2%
	短大・高専	905	27.4%
	大学・大学院	1337	40.4%
婚姻	既婚	1960	59.3%
	未婚	1184	35.8%
職業	無職	770	23.3%
	パート・アルバイト	560	16.9%
収入	-199万円	363	11.0%
	200-399	777	23.5%
	400-599	937	28.3%
	600-799	618	18.7%
800-999	347	10.5%	
1000-	266	8.0%	

	n		n
治療疾患	859	26.0%	
WHO-5 (平均±SD)	11.9	±5.5	
HLS-14 (平均±SD)	49.3	±7.0	
精神科受診歴	619	18.7%	
患者との接点	1302	39.4%	
[精神疾患に係る態度 4項目]			
1他人を危険にさらす	1613	48.8%	
2何をしてもかすか予測できない	2171	65.6%	
3本人のせいだ	696	21.0%	
4回復することはない	575	17.4%	
LSNS-6 (平均±SD)	10.4	±6.0	
[近隣のつながり 4項目]			
1お互いにあいさつをしている	2087	63.1%	
2お互いを信頼している	758	22.9%	
3お互いに助け合っている	997	30.1%	
4力を合わせて解決しようとする	1263	38.2%	

平成22年国勢調査データに比べ、婚姻と職業は同等であったが、高学歴者が多かった

表2 心の問題に対する援助要請意図の割合

専門家	身近な人	n	
○	○	1938	58.6%
○	×	562	17.0%
×	○	303	9.2%
×	×	505	15.3%

うつ病患者に一般的にみられる身体症状(不眠、めまい)、精神症状(うつ、イライラ)を取り上げ、それぞれについて、あなたが[症状に関する説明文(下記4種類)]状態が2週間以上、毎日のように続いたとしたら…という仮定の下で、どのように相談しようと思うかを尋ねた。

- 1) 近所トラブルでイライラしていた [イライラ]
- 2) 吐き気を伴うひどいめまいを繰り返した [めまい]
- 3) 疲れているのに眠れない状態が続いた [不眠]
- 4) 1日中ずっと憂鬱で仕事や家事が手につかない [うつ]

3. 関連要因

援助要請に関わる可能性がある要因を文献から抽出して、次のような項目を尋ねた。健康状態(治療、WHO-5)、ヘルスリテラシー(HLS-14)、精神疾患に係る経験(精神科受診歴、患者との接点)、精神疾患に係る態度(Eurobarometer64.4調査4項目)、ソーシャルネットワーク(LSNS-6)、社会経済的背景、近隣のつながり(東日本大震災被災者健康診査4項目)

C. 研究結果

1. 心の問題に対する援助要請意図 [1]

85%に援助要請意図を認め、大多数が専門家に受診すると回答した(表2)。

多重ロジスティックモデルにおいて援助要請意図と有意に関係したのは、被援助志向性、ヘルスリテラシー、患者との接点、治療効果の期待度、地域のつながり(お互いにあいさつしている)であった(表3)。

表3 心の問題に対する援助要請意図に関わる要因

		専門家		身近な人	
		OR	95%CI	OR	95%CI
性	女性	0.99	0.81-1.21	1.17	0.97-1.41
年齢	10歳	1.07	0.97-1.18	0.93	0.85-1.02
教育歴	中学・高校	0.85	0.70-1.03	0.93	0.77-1.12
婚姻	未婚	0.90	0.72-1.14	0.77	0.61-0.96
	離別・死別	0.90	0.57-1.42	0.60	0.39-0.90
世帯	独居	0.80	0.60-1.06	1.05	0.80-1.38
職業	無職	0.85	0.67-1.07	1.14	0.90-1.44
収入	-199万円	1.05	0.98-1.13	1.02	0.96-1.10
被援助志向性	有り	1.65	1.36-2.00	5.24	4.33-6.33
治療疾患	有り	1.52	1.21-1.93	0.94	0.77-1.16
HLS-14	1点	1.07	1.06-1.09	1.05	1.04-1.07
精神科受診歴	有り	1.66	1.27-2.16	0.99	0.79-1.26
患者との接点	有り	1.30	1.07-1.58	1.36	1.13-1.64
専門家との接点	有り	0.78	0.50-1.20	1.05	0.68-1.63
治療効果の期待度	プラス評価	2.16	1.90-2.45	1.43	1.26-1.62
LSNS-6	1点	1.01	0.99-1.03	1.04	1.03-1.06
地域のつながり	1	1.77	1.44-2.17	1.30	1.06-1.58
	2	0.93	0.68-1.26	0.90	0.68-1.20
	3	1.18	0.87-1.60	1.18	0.88-1.57
	4	1.21	0.95-1.55	1.50	1.19-1.90

多重ロジスティックモデルによるオッズ比(OR)と95%信頼区間(CI)を示す

表4 各種症状に対する援助要請意図の割合

	イライラ		めまい		不眠		うつ	
専門家	78	2.4%	2244	67.8%	1522	46.0%	1269	38.4%
第一選択	31	0.9%	1414	42.7%	827	25.0%	620	18.7%
身近な人	2387	72.2%	1808	54.7%	1877	56.7%	2041	61.7%
第一選択	2379	71.9%	1429	43.2%	1668	50.4%	1857	56.1%
援助要請しない	898	27.1%	465	14.1%	813	24.6%	831	25.1%

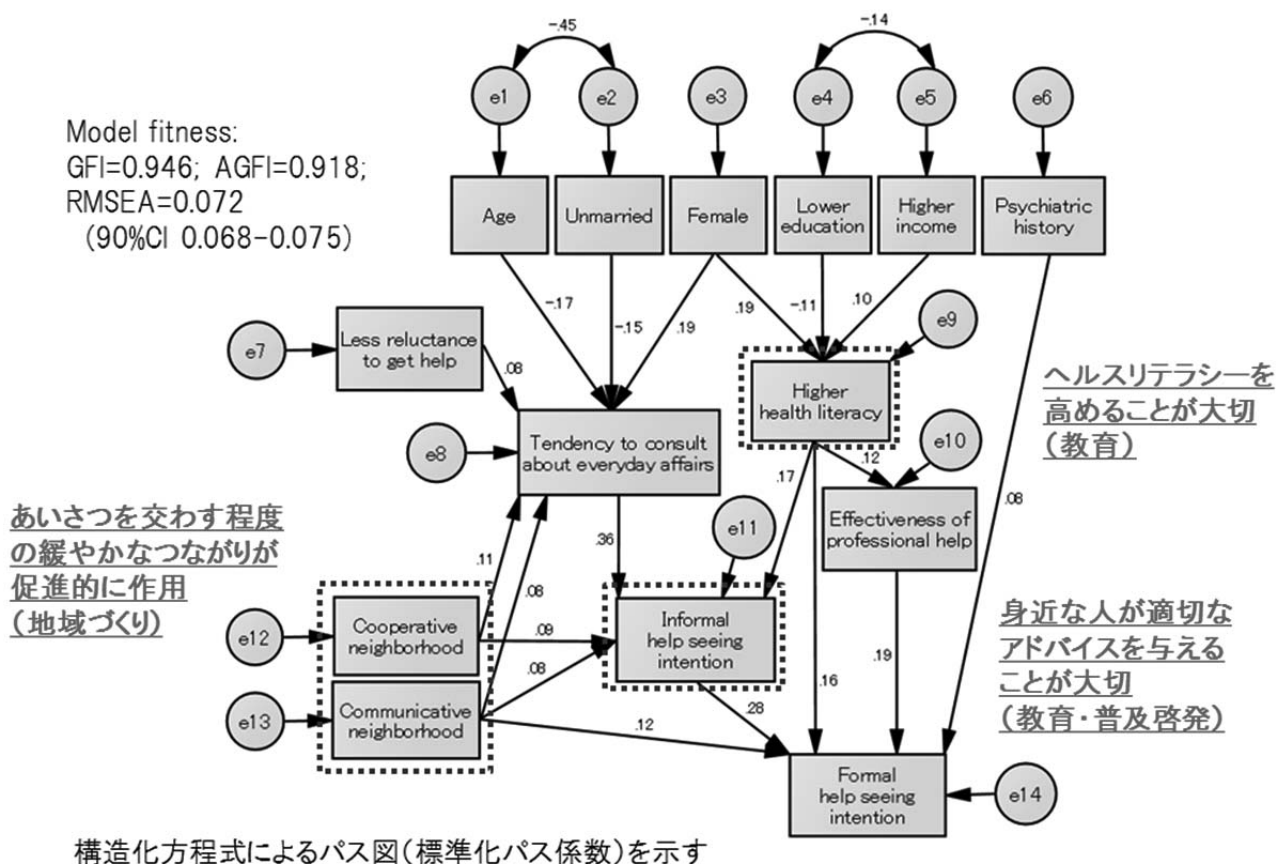


図1 心の問題に対する援助要請意図に関わる要因

さらに構造化方程式モデルにより要因間の関係性を分析した。身近な人への援助要請が専門家への援助要請に関係することから、家族・友人の影響が示唆された(図1)。

2. 各種症状に対する援助要請意図 [2]

援助要請意図の割合は心の問題(85%)に比べ、めまいは同等であったが、イライラ、不眠、うつは低かった(表4)。不眠とうつに関して、専門家を第一選択に挙げたのは全体の4分の1以下であった。

多重ロジステックモデルにおいて全症状に

共通して援助要請意図に有意に関係したのは、身近な人の考え、ヘルスリテラシー、精神科受診歴、患者との接点、ソーシャルネットワーク、地域のつながり(お互いにあいさつしている)であった(表5)。

援助要請しない理由として多くあげられたのは「効果があると思えない」「自力で問題に対処したい」「ひとりで良くなると思う」であった(表6)。特に専門家に限ると、多くあげられたのは「どこに相談すればよいかわからない」であった。

表5 各種症状に対する援助要請意図に関わる要因

		イライラ		めまい		不眠		うつ	
		OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
性	女性	2.40	1.99-2.89	2.17	1.68-2.81	1.26	1.04-1.53	1.58	1.31-1.91
年齢	1歳	0.98	0.97-0.99	0.99	0.99-1.01	0.99	0.98-1.00	0.99	0.98-1.00
婚姻	未婚	0.58	0.47-0.72	0.71	0.54-0.93	0.75	0.60-0.93	0.63	0.51-0.79
治療疾患	有り	0.99	0.80-1.24	1.22	0.90-1.67	1.49	1.18-1.89	1.38	1.09-1.73
WHO-5	1点	1.02	1.01-1.04	1.02	0.99-1.04	1.03	1.01-1.05	1.04	1.03-1.06
HLS-14	1点	1.04	1.02-1.05	1.04	1.02-1.07	1.03	1.01-1.04	1.02	1.00-1.03
精神科受診歴	有り	1.43	1.11-1.84	2.87	1.94-4.25	1.84	1.40-2.41	1.87	1.43-2.45
患者との接点	有り	1.72	1.41-2.10	2.02	1.51-2.70	1.36	1.10-1.67	1.38	1.13-1.69
精神疾患に係る態度	1	1.24	0.99-1.55	1.14	0.84-1.54	0.87	0.69-0.90	1.14	0.90-1.42
	2	0.72	0.57-0.90	0.60	0.45-0.82	0.95	0.75-1.20	0.77	0.61-0.98
	3	1.23	0.97-1.54	1.28	0.95-1.71	1.39	1.10-1.76	1.33	1.05-1.67
	4	1.17	0.92-1.50	1.50	1.10-2.05	1.28	0.99-1.65	1.21	0.94-1.55
LSNS-6	1点	1.06	1.04-1.08	1.04	1.01-1.06	1.06	1.04-1.08	1.06	1.04-1.08
地域のつながり	1	1.24	1.01-1.52	2.22	1.68-2.92	1.38	1.11-1.71	1.26	1.02-1.55
	2	1.32	0.97-1.79	1.06	0.69-1.63	1.11	0.82-1.52	1.21	0.88-1.65
	3	0.88	0.65-1.19	0.82	0.54-1.27	0.89	0.65-1.22	0.95	0.69-1.28
	4	1.28	0.99-1.64	1.27	0.89-1.81	1.12	0.87-1.45	1.23	0.95-1.58
身近な人の考え		3.37	2.80-4.06	5.07	3.95-6.51	5.04	4.16-6.10	3.97	3.29-4.80

多重ロジスティックモデルによるオッズ比(OR)と95%信頼区間(CI)を示す

表6 援助要請しない理由

	イライラ	めまい	不眠	うつ
構造面の障害				
相談したいが、時間が取れない	22 2.4%	5 1.1%	16 2.0%	11 1.3%
この問題を相談できる場所がない	72 8.0%	24 5.2%	34 4.2%	64 7.7%
どこに相談すればよいかわからない	67 7.5%	14 3.0%	36 4.4%	47 5.7%
相談に必要な手続や予約の仕方がわからない	2 0.2%	0 0.0%	3 0.4%	2 0.2%
交通が不便だ	3 0.3%	2 0.4%	2 0.2%	2 0.2%
費用が心配だ	4 0.4%	12 2.6%	9 1.1%	8 1.0%
態度面の障害				
このような問題を、心を開いて話せると思えない	40 4.5%	12 2.6%	23 2.8%	43 5.2%
相談しても、相手に理解してもらえないと思えない	31 3.5%	9 1.9%	37 4.6%	55 6.6%
相談しても、満足な対応が受けられないと思えない	41 4.6%	8 1.7%	52 6.4%	30 3.6%
相談しても、効果がある(助けになる)と思えない	87 9.7%	19 4.1%	77 9.5%	86 10.3%
相談したことを知られたら、他人がどう思うか心配だ	16 1.8%	6 1.3%	3 0.4%	10 1.2%
相談の秘密を漏らされてしまわないか不安だ	19 2.1%	4 0.9%	6 0.7%	7 0.8%
意志に反して、治療させられないか不安だ	-	1 0.2%	5 0.6%	1 0.1%
他人を頼らず、自力で問題に対処したい	96 10.7%	40 8.6%	97 11.9%	90 10.8%
この問題はひとりでの良くなると思う	72 8.0%	45 9.7%	106 13.0%	77 9.3%
上記以外の理由で相談しない	326 36.3%	264 56.8%	307 37.8%	298 35.9%

専門家に受診しない理由は「どこに相談すればよいかわからない」が最も多かった

D. 考察

一般成人男女における心の問題と各種症状に対する援助要請意図を調査した。心の問題に対して、85%に援助要請意図を認め、大多数が専門家に受診すると回答したが、症状を具体的に挙げて尋ねると、援助要請意図の割合は低下した。特に、精神的な問題を想像させる不眠と

うつに関して、専門家を第一選択に挙げたのは全体の4分の1以下であった。原因として、①症状から病気(治療が必要な状態)であると気づけなかった、②受診することが有効であると考えなかった、③受診することに抵抗感を抱いた、④何事も自力で解決しようとする性格であるなどが考えられる。本研究に追加して調査した結果、これら原因には、ヘルスリテラシー、

規範意識、精神疾患への偏見的態度が関係することが示唆された。

多変量解析から、援助要請意図には、ヘルスリテラシー、精神疾患の知識（精神科受診歴、患者との接点、治療効果の期待度）、身近な人の考え、地域のつながり（お互いにあいさつしている）が関係することが示された。断面調査で因果関係を判断できないが、これら要因が援助要請に促進的に作用する可能性がある。援助要請促進のため、ヘルスリテラシーを高める「教育」、身近な人が精神疾患の知識を以て適切なアドバイスを与える「普及・啓発」、あいさつを交わす程度の緩やかなつながりを作る「地域づくり」が有効な取り組みになると考えられる。

地域の自殺予防対策を考えるうえで、問題発生時の援助要請促進は今後取り組むべき課題のひとつである。従来のように、自殺予防を明示的に謳う取り組みだけでなく、ヘルスリテラシーを高める教育やあいさつ運動のような気軽に声を掛け合う地域づくりなども試みることを提案したい。

E. 参考文献

1. Suka M, Yamauchi T, Sugimori H. Relationship between individual characteristics, neighborhood contexts, and help-seeking intentions for mental illness. *BMJ Open* 2015;5:e008261
2. Suka M, Yamauchi T, Sugimori H. Help-seeking intentions for early signs of mental illness and their associated factors: comparison across four kinds of health problems. *BMC Public Health* 2016;16:301

謝辞： 本稿は第6回自殺リスクに関する研究会（2016年2月21日、統計数理研究所）で発表したものを報告書としてまとめたものである。本研究はJSPS 科研費 25460815により実施された。