

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

障害者および精神障害者に関する普及啓発に関する研究

平成20年度 総合研究報告書

研究代表者 保坂 隆

平成21(2009)3月

目 次

I. 総括研究報告

- 精神障害および精神障害者に関する普及啓発に関する研究 …………… 1
研究代表者 保坂 隆（東海大学医学部教授）

II. 分担研究報告

1. 精神障害の普及啓発に関する研究～さまざまな評価の試み～ …………… 14
研究代表者：保坂 隆（東海大学医学部教授）
2. 中学校教職員に対する精神障害の教育的介入
～精神医療機関への紹介数を主とした長期的評価～ …………… 37
研究協力者：厚坊 浩史（南和歌山医療センター臨床心理士）
3. 子供のうつ・自殺予防のための絵本を活用した
読み聞かせの道徳授業とその効果 …………… 46
研究協力者：夢ら丘実果（画家・絵本作家）
斎藤友紀雄（日本いのちの電話連盟常務理事）
吉澤 誠（児童教育評論家・絵本作家）
4. データファイリングシステムを用いた女性専用外来受診者の疾患分類と
治療介入効果の解析 …………… 68
分担研究者：天野 恵子（千葉県衛生研究所所長）
5. めまい集団リハビリテーションによる患者のQOL改善と
不安・抑うつに関する研究 …………… 81
研究協力者：新井 基洋（横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科部長）
6. 企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果に関する研 …………… 92
分担研究者： 矢倉 尚典（損保ジャパン総合研究所）
7. 企業における精神障害者の受け入れ実態調査と普及啓発 …………… 103
分担研究者：松島英介（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授）
研究協力者：河野裕子（東京医科歯科大学大学院）

8. 精神科長期入院患者の退院及び社会復帰に関する普及啓発の問題点と その改善法の検討に関する研究	109
分担研究者：天保 英明（医療法人社団ハートフル川崎病院病院長）	
9. 統合失調症の普及啓発に関する研究	115
分担研究者：福居顯二（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学教授）	
10. 精神障害者が身体疾患治療時に直面する障壁に関する研究	122
研究協力者：池山 晴人（近畿中央胸部疾患センター地域医療連携係長） 厚坊 浩史（南和歌山医療センター臨床心理士）	
11. メディアドクター	128
研究協力者：石川 隆（東京大学保健センター）	
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表	133
Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷	141

精神障害および精神障害者に関する普及啓発に関する研究

平成 20 年度総括報告書

研究代表者：保坂 隆（東海大学医学部教授）

【要旨】

本研究は、（Ⅰ）うつ病や統合失調症等の精神疾患の理解、（Ⅱ）精神障害者の地域での受け入れの 2 点に関して、具体的には、①社会や地域への啓発活動、②身体疾患患者のなかの精神障害の合併率調査、③精神障害者が適切な医療に早期にアクセスできるようなシステムの構築、④地域移行の際の障壁の除去という観点からの普及啓発、⑤メディアを活用した効果的な普及啓発方法の確立、などの研究から構成されている。

このうち、精神障害および精神障害者の普及啓発活動を試みたが、実際にはその評価が非常にむずかしいことに気づいた。

たとえば、講義後に感想を問うものはほとんど意味がないことがわかった。

次に、前後で、精神疾患についての理解度を VAS(Visual Analogue Scale)で記入してもらおうという評価法を行った。これは講義の直接的な教育効果を、ある程度、数字で示すことが可能になった。

その後、「こことからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成 19 年 9 月）から使用許可をいただいた Vignette を使い、精神疾患認識度を講習会前後で評価した。5 ケースを用いて認知度を評価した対象は、①在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師、②中学・高校の養護教諭、③一般企業従業員、④私立女子高校 3 年生であった。

まず講習会前の、統合失調症の認知度に関しては明らかな差がみられた。すなわち、養護教諭では 78%と最も高く、在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師では 56%であり、一般企業従業員と高校生では 10%程度であった。養護教諭で非常に高かったのは、在宅介護者関係者や一般人と比べて、統合失調症の患児に接することが極めて多いからだろうと推察される。一般人を対象とした大規模な先行研究「こことからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成 19 年 9 月）によれば、統合失調症に関しては 4.8%と極端に低かったが、本研究の 10%という正答率もかけ離れてはいないと思われた。

また講義の有効性について言えば、特に統合失調症の場合、受講前にほぼ 10%前後だった認知度が、受講後には従業員では 44%、高校生では 84%であった。その学習効果という点からいえば、より早期に啓発をすることのほうが効果的であろうと

思われた。一方で、うつ病に関しての普及啓発はかなり進んでいると思われた。

さて、これらの評価はあくまでも「短期的評価」である。しかし、普及啓発の効果は、より中長期的にみていかなければならないのは当然である。その意味では、アンケートを郵送し講義の6ヶ月後の評価もした。それによれば、「日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか？」という問いに対して、19人中10人が「あった」と答え、そのほとんどが保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助に至っていた。

さらに、厚坊は、講義後には、何らかの精神疾患を持つ可能性のある生徒を教職員が早期に発見し、教職員独自およびスクールカウンセラーなどを通じて精神医療機関へ紹介した件数が介入前後で9倍（前2件・後18件）に増加したことを報告している。これらは普及啓発の「中長期的な効果」ということができる。

本研究では、さまざまな職種を対象に講習会を行ったが、その多くはうつ病スクリーニングができるようなロールプレーを含んでいた。結果的には、うつ病のスクリーニングができるスキルは、わずか2時間程度のロールプレーを含む講習会によって、一般人にも啓発ができることを実証した。また、高校生や養護教諭で行ったが、統合失調症に関しても、ロールプレーによってある程度のスクリーニングが可能であった。今後はこの対象を中学生や親たちにも拡大していく必要があると思われた。

次に、身体疾患患者の精神疾患合併率を天野は女性外来で、新井はめまい外来で調査した。やはり精神疾患の合併または、精神疾患患者がこの中には含まれていることがわかり、やはり医師や看護師への普及啓発が必要なことを再確認した。同じことは、企業の従業員でも同様で、松島・河野らや矢倉の言うように、企業の従業員に潜在している精神疾患をスクリーニングでき、適切な医療機関につなげることは重要である。

さて、精神疾患患者が退院でき、社会復帰できていくのが普及啓発の「長期的な」目的である。天保によれば、長期入院者は、①患者本人の要因、②家族の要因、③社会的要因が考えられるという。まず、精神科病院の立場からは、診療報酬誘導での早期退院はうまくいかないことを述べている。

また上記①②の要因とも関係するが、福居は、退院促進には受け入れてくれる家族の意識改革も必要だと考え、統合失調症の理解の普及啓発の目的で、有床総合病院精神科と単科精神科病院において、統合失調症患者および家族に対して、テキストを用いた構造化された心理教育を実施し、疾患に対する理解度をアンケート調査により評価したところ、疾患への理解度が向上することを見出している。今後は、やはりこのような家族をも巻き込んだ心理教育の効果に期待したい。

一方、精神障害者が身体疾患を有した時には、いわゆる総合病院への転院をお願いすることが多いが、池山の調査によれば、やはり精神障害および精神障害者への偏見によって転入院できないケースも少なくないことを明らかにした。やはり、医療者への普及啓発の必要性がここでも再確認されたことになる。

医療界・企業・学校・社会全体ではまだまだ精神障害および精神障害者への偏見は少なくないことがわかった。これを打破していくのが普及啓発活動であるが、これにはメディアとのコラボが今後はさらに重要になってくるだろう。精神障害者の事件を

どのように報道するのか、精神障害についてどのような特集記事を書いてもらえるのか、など精神医療とメディアの協働が望まれている。その第1ステップとして、メディアドクターを開催し始め、さまざまな検証記事の対象としているが、その中に、精神障害および精神障害者の記事を取り入れていきたい。

最後に、改めて、普及啓発活動の評価の重要性とその困難性について強調したい。精神障害および精神障害者に関する普及啓発の効果は本研究で明らかになったように、

①より長期的に評価することと、

②結果として（受診援助，退院，就労，社会復帰，その他の）数字上の変化を評価すること、

の2点が必要である。

【分担研究者】

福居 顯二（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学教授）

天野 恵子（千葉県衛生研究所所長）

天保 英明（医療法人社団ハートフル川崎病院病院長）

松島 英介（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授）

矢倉 尚典（損保ジャパン総合研究所）

築島 健（札幌市精神保健福祉センター所長）

中嶋 義文（社会福祉法人三井記念病院神経科部長）

岸 泰宏（日本医大武蔵小杉病院精神科准教授）

丸木 一成（国際医療福祉大学大学院教授）

【研究協力者】

厚坊 浩史（南和歌山医療センター臨床心理士）

新井 基洋（横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科部長）

池山 晴人（近畿中央胸部疾患センター地域医療連携係長）

夢ら丘実果（画家・絵本作家）

斎藤友紀雄（日本いのちの電話連盟常務理事）

吉澤 誠（児童教育評論家・絵本作家）

石川 隆（東京大学保健センター）

河野 裕子（東京医科歯科大学大学院）

成本 迅（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・講師）

和田 良久（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・講師）

正木 大貴（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・助教）

岡村 愛子（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・大学院生）

北林百合之介（医療法人財団北林厚生会五条山病院・診療部長）

北林 正樹（医療法人財団北林厚生会五条山病院・院長）

石川 雅裕（国立病院機構舞鶴医療センター精神科・部長）

研究目的

本研究は、(Ⅰ)うつ病や統合失調症等の精神疾患の理解、(Ⅱ)精神障害者の地域での受け入れの2点に焦点を絞り、ソーシャルマーケティングの視点を活かしつつ、その方法を開発していく。

具体的には、①社会や地域への啓発活動、②身体疾患患者のなかの精神障害の合併率調査、③精神障害者が適切な医療に早期にアクセスできるようなシステムの構築、④地域移行の際の障壁の除去という観点からの普及啓発、⑤メディアを活用した効果的な普及啓発方法の確立、などの研究から構成されている。

研究方法と結果

研究1：社会や地域への啓発活動

精神障害および精神障害者についての普及啓発に関しては、その評価が非常に難しい。そこで研究1では、保坂がさまざまな対象に対して、精神障害に関する普及啓発活動を行い、いくつかの方法でそれを評価しようと試みたので報告する。

評価1. 講義後のアンケート

ここでの評価は、行政が主催する講座のアンケートのみであった。たとえば、「今日の講演は？①大変役になった、②役に立った、③あまり役に立たなかった、④まったく役に立たなかった」のような一般的なものであり、評価には役立たなかった。

評価2. 講義前後のアンケート比較

(対象が養護教諭の場合)ここでは講義

前後でアンケートをとった。その結果、

- ①統合失調症は治る(社会復帰できる)と思いますか? 61.5% → 72.9%
- ②統合失調症の陽性症状について知っていますか? 39.8% → 73.2%
- ③統合失調症の陰性症状について知っていますか? 35.4% → 72.8%
- ④うつ病のスクリーニングができますか? 32.3% → 65.7%

などの変化が見られた。

統合失調症の陽性・陰性症状について知っている養護教諭は30-40%くらいであったが、知識レベルでは講義後には70%以上に増えていることがわかり、講義の効果はあると思われた。

うつ病のスクリーニング・スキルはこの講義の中心的なテーマであったが、うつ病のスクリーニングができる養護教諭は、講義前は30%と決して高くないが、このようなロールプレーだけで65%に増えている点から言えば、ロールプレーは有益な啓発方法であることがわかる。

(対象が一般の場合)講義の内容は、精神障害、特にうつについての概説と、3人1組でうつ病患者のスクリーニングの仕方のロールプレーを含めた。アンケート記入者は47名で(男性25名、女性22名)、平均年齢は49.2歳であった。それによると、

- ①うつ病の症状について知っていますか? 68.8% → 82.9%
- ②うつ病になりやすい性格について知っていますか? 64.7% → 86.9%
- ③自殺の背景や予防策について知っていますか? 48.8% → 64.5%
- ④うつ病のスクリーニングができますか? 30.7% → 64.5%

などの知識やスキルを問う質問に対しては、すべて有意に(いずれも $p < 0.01$)増加し、主観的ではあるが、講義の短期的な効果が示された。うつ病のスクリーニングができる一般の方は30%から65%に増加しているが、上述の養護教諭とほぼ同じである点は興味深い。

評価3：Vignette を使った前後比較

これ以後、平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（いずれも主任研究者；竹島正）に基づいた、「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成19年9月）に示されたケースの使用許可を得て、Vignette を用いた評価（前後比較）をした。対象や講義の内容、評価の仕方を【表-1】に示す。

【表-1】Vignette を用いて評価をした講義内容と対象

対象	講義の時間と内容	普及啓発の評価
在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師	1時間半（講義、うつ病のスクリーニング・ロールプレー）	5 Vignette の病名選択を講義の前後で施行
東京都の中学・高校の養護教諭	2時間（講義、うつ病のスクリーニング・ロールプレー）	5 Vignette の病名選択を講義の前後で施行
都内の一般企業の従業員	2時間半（講義、うつ病のスクリーニング・ロールプレー）	3 Vignette の病名選択を講義の前後で施行
都内の私立女子高校3年生	2時間（講義、統合失調症のスクリーニング・ロールプレー）	3 Vignette の病名選択を講義の前後で施行

その結果を【表-2】【表-3】にまとめて示す。

まず講習会前の、統合失調症の認知度に関しては明らかな差がみられた。すなわち、養護教諭では78%と最も高く、在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師では56%であり、一般企業従業員と高校生では10%程度であった。

養護教諭で非常に高かったのは、在宅介護者関係者や一般人と比べて、統合失調症の患児に接することが極めて多いからだろうと推察される。一方、一般人を対象とした大規模な先行研究「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成19年9月）によれば、統合失調症に関しては4.8%と極端に低かったが、本研究の10%という正答率もかけ離れてはいないと思われた。

また講義の有効性について言えば、特に統合失調症の場合、受講前にほぼ10%前後だった認知度が、受講後には従業員では44%、高校生では84%であった。その学習効果という点からいえば、より早期に啓発をすることのほうが効果的であろうと思われる。【図-1】

うつ病に関しては、養護教諭で87%、在宅介護関係者と一般企業従業員では同じで81%、高校生でも69%と高率であった。うつ病に関する普及啓発はかなり進んでいると思われる。

それに対して、神経症・パニック障害は、在宅介護関係者で54%、養護教諭で69%、一般企業従業員と高校生で13%であったことから考えると、一般人への普及啓発は遅れていると考えられる。また、高校生では、15%から60%へと増加しているが、一般企業の従業員の場合には15%から30%くらいにしか認知度は増加しなかった。

アルコール依存は在宅介護関係者で93%、養護教諭でも87%であったが、このVignetteは容易なケースだったのかもしれない。

自閉症・発達障害は、在宅介護関係者で66%、養護教諭でも78%であったが、養護教諭のほうが遭遇する機会が多いためであろうと推察される。

評価4：中長期的な評価

これらの評価は「短期的評価」であるが、普及啓発の効果を見るときには、少なくともこのくらいの評価まではしなければならないと思われた。しかし、「短期的評価」であることは確かであるので、普及啓発の効果は、より中長期的にみていかなければならないのは当然である。

その意味では、評価2前半の養護教諭では、6ヶ月後の評価をしている。参加者47名中19名から回答があった。この中長期的な評価によれば、受講者らは、統合失調症やうつ病等の子供の心の問題に関して理解や関心が深まったと答えている。さらに、「日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか？」という問いに対して、19人中10人が「あった」と答え、そのほとんどが保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助に至っている。また、「子供の心の問題について、本人や保護者から相談を受けましたか？」に対しては、19人中14人が「あった」と答えている。

知識や理解度は中長期的に続き、生徒への「関心」という形で現れていることがわかった。さらに、「日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか？」という問いに対して、

19人中10人が「あった」と答え、そのほとんどが保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助に至っている。

さらに、研究協力者の厚坊は、受講前後1年間での精神医療機関への紹介数の比較を行っている。具体的には、中学校教職員対象の精神障害の普及・啓発を目的とした教育的介入（教育講演）を行うことで、中学校からの各種専門機関（精神医療機関・児童相談所・小児科など精神科以外の診療科）への受診数・紹介数がどのように変化したかを調査したものである。

方法としては、管理職・養護教諭も含めた教職員を対象とした【思春期生徒が抱える精神医学的・心理社会的問題の理解と対応】という演題の教育講演を行った。教育講演はおおよそ1時間程度であり、参加者は初年度28人・2年目は25人であった。

その結果、不登校や引きこもり、生活全般に影響を与える何らかの問題行動を持つ生徒に対する教職員の対応に変化が生じた。具体的には、何らかの精神疾患を持つ可能性のある生徒を教職員が早期に発見し、教職員独自およびスクールカウンセラーなどを通じて精神医療機関へ紹介し、薬物療法や心理療法などを受けた件数が増加した。初年度では、介入前後で9倍（前2件・後18件）、翌年度は初年度後期とほぼ同数（前10件・後11件）となった。

普及啓発の効果はこのように、①より長期的に評価することと、②結果として（受診援助、退院、就労、社会復帰、その他の）数字上の変化を評価していかなければならないと思われた。

さらに、特に統合失調症の教育効果について言えば、受講前にほぼ10%前後だった認知度が、受講後には成人従業員で

は44%、高校生では84%であった。その教育効果という点からいえば、より早期に啓発をすることのほうが効果的であろうと思われた。そのため、高校生、中

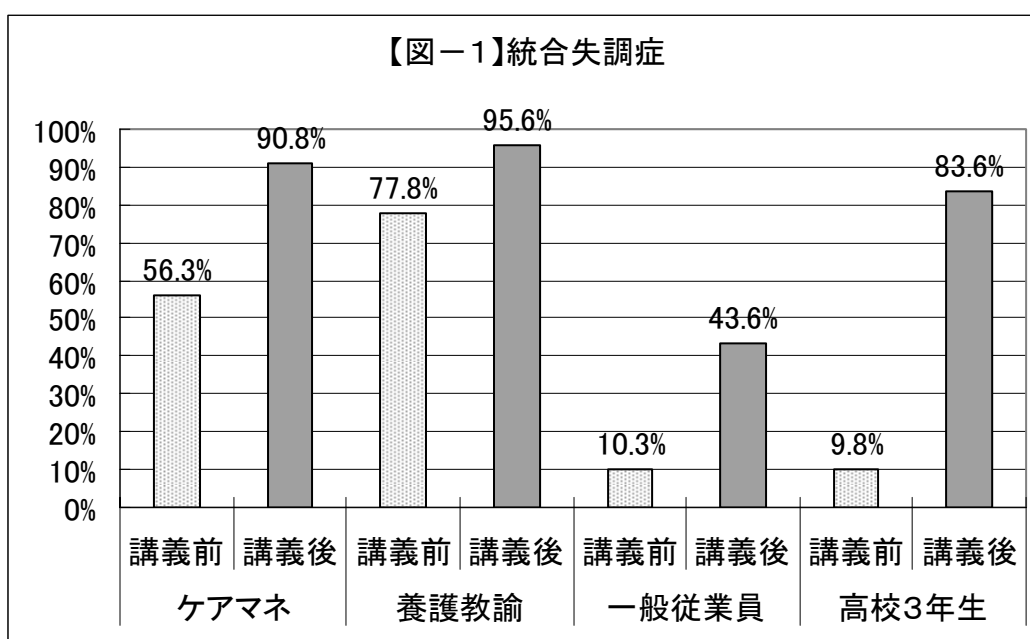
学生、さらには本研究で夢ら丘らが行ったように、絵本を使いながらの小学生への普及啓発も効果的であろうと思われた。

【表-2】三対象のVignette評価の前後比較①

Vignette	ケアマネ		養護教諭		一般従業員		高校3年生	
	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後
統合失調症	56.3%	90.8%	77.8%	95.6%	10.3%	43.6%	9.8%	83.6%
うつ病	81.3%	98.7%	86.7%	93.3%	80.8%	93.6%	68.9%	80.3%
自閉症	56.3%	55.3%	64.4%	66.7%				
アルコール依存	93.8%	96.1%	86.7%	95.6%				
神経症	48.4%	64.5%	48.9%	77.8%	12.8%	29.5%	13.1%	37.7%

【表-3】三対象のVignette評価の前後比較②

Vignette	ケアマネ		養護教諭		一般従業員		高校3年生	
	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後
統合失調症	56.3%	90.8%	77.8%	95.6%	10.3%	43.6%	9.8%	83.6%
うつ病	81.3%	98.7%	86.7%	93.3%	80.8%	93.6%	68.9%	80.3%
自閉症 (含:発達障害)	65.7%	59.2%	77.8%	91.1%				
アルコール依存	93.8%	96.1%	86.7%	95.6%				
神経症 (含:パニック障害)	54.7%	80.3%	68.9%	88.9%	15.4%	29.5%	14.8%	59.0%



研究2：身体疾患患者のなかの精神障害の合併率調査

まず、共同研究者の天野は、平成15年から18年にかけて、全国に展開される女性外来患者を対象としたデータの集約と解析を目的に、ITを活用したデータファイリングシステムを構築し、女性外来データファイリングは平成15年度から、女性外来対応自己問診票は平成18年度から運用が開始されている。平成20年度はデータファイリングシステムを利用して、女性外来受診者の疾患分類を行うとともに、自己記入式問診票(FS-36,SRQD,STAI)による女性外来受診後QOL指標改善度について解析した。その結果、

①全国の受診者実態はどの年代も精神科疾患が2~3割をしめる。女性医療では、メンタルヘルスが今後の課題となる。

②地域、女性外来担当医師の専門性により患者の疾患分布は異なるも、40歳以下は婦人科疾患、中年は更年期障害、高齢者は器質的疾患が多い。

③SF-36,SRQD,STAIで見た場合、医療介入効果はメンタルの症例で高い。

以上から、今後の課題として、自律神経失調症に対する治療ガイドライン、実践的な女性メンタルヘルスガイドラインの作成が必要と考えられた。

一方、研究協力者の新井は、4ヶ月間に入院しためまい患者のうち、平衡機能検査、聴力検査以外にSTAI, SDS, QOL検査を施行した患者161例(24~95歳、平均58.1±13.9歳、男性38例、女性123例)を対象として解析した。

うつ状態と判定するSDS \geq 50は、全体の約1割に認められ、状態不安、特性不安ともに高値であった。しかし、SDS

\geq 50とは、うつ状態の判定を意味し、うつ病ではない。うつ病の診断は、基本的に精神科医が診断を行うもので、他科の医師は、うつ状態、またはうつ病疑いという診断にとどまるが、検査上では従来言われている身体科疾患の1割にうつ病が認められることを再確認した。

研究3：精神障害者が適切な医療にアクセスできるようなシステムの構築

前述の新井の研究によれば、うつ病が世間で認知されてきた傾向ではあるが、めまいの治療で入院してきた患者(めまい患者の1割に相当する)に「あなたは、うつ病の可能性がありますので、精神科に受診する事をおすすめします。」と、検査結果だけで勧めることは難しい。それは、未だに精神科受診には、大きな壁があることを意味する。そこで、身体科を診る医師が、SSRIなどの治療薬を使いこなすためのうつ病診断を習得する必要があると結論づけている。今後は、一般医に対して、うつ病のスクリーニング・スキル方法を身につける研修を試みて、その後の精神障害発見率や向精神薬の使用状況を前後比較し、研修の評価をする。一般科医が治療する守備範囲を明確にして、その後の専門医へ紹介していくシステムを作りたい。

また、企業がメンタルヘルスを導入することにより、従業員の精神疾患罹患を早期発見し早期治療につなげることも大切である。

分担研究者である矢倉は、わが国における複数の企業をフィールドとして、その企業におけるメンタルヘルス対策の導入に際して、その導入の前後において、WLQ調査(生産性の側面を計測するツ-

ルとして、米国タフツ・メディカル・センターの Lerner らが開発した Work Limitations Questionnaire) を実施し、生産性低下の状況を示す WLQ 指標を比較することによって、企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果の把握を実証的に試みることとした。研究フィールドとしては、民間金融機関の子会社である IT 関連企業（従業員約 550 名）および国立大学医学部付属病院看護部（看護師 820 名）の 2 フィールドを予定し、平成 21 年 1 月以降、順次実施の予定である。したがって、第 2 回目の計測は平成 21 年度の後半に実施し、平成 22 年度に結果の解析・考察を行う予定である。

さらに、分担研究者である松島・共同研究者である河野らは、企業と勤労者を対象として質問用紙法を用いて、精神障害による疾病休業と復職、ならびに社員教育に関する実態調査を実施した。調査にあたっては、職域における精神保健の相談援助組織「社団法人 日本産業カウンセラー協会」の賛助会員 195 の企業・団体に対する調査を郵送とインターネットにて実施した。調査結果をもとに、普及啓発活動を合理的かつ効率的に実施するうえでの課題を分析し、検討する予定である。

研究 4：地域移行の際の障壁の除去 という観点からの普及啓発

まず、天保は精神科病院の長期入院患者の退院支援及び地域移行を支援する具体的取り組みと問題点について

①同院の長期入院患者（5 年以上）の退院及び地域移行についての実態を調査し、問題点を明らかにした。

②川崎市にあるすべての単科精神科病院に「新設 精神科地域移行実施加算 5 点

（1 日につき）」の制度についてその実施状況と問題点についてアンケート調査を実施した。

その結果、①については、長期入院者は、

- 1) 患者本人の要因
- 2) 家族の要因
- 3) 社会的要因

の 3 つの要因によって退院が阻害されている。今後、これら一つ一つを分析し、長期入院患者の退院促進の新たな方法を創出しなければならない。

また②については、現在の精神科地域移行実施加算では、長期入院患者の退院促進に対して十分なインセンティブになっていないことが推察された。特に単科精神科病院の多くは、民間によって運営されており、また、内科や外科などの他の病院に比較して人的配置は脆弱であると言わざるを得ず、経済的なメリット・デメリットと効率的に最小の労力を振り向けること（つまり少数しか配置されていないスタッフで運営可能かどうかということ）ができるかどうかという点については、病院側はきわめて敏感であると言わざるを得ない。

今後、長期入院患者の社会復帰及び精神科病床の削減、専門機能を持つ病棟への移行を目指すのであれば、それを可能にする新たな制度を作る必要がある。その制度は、経済的に現在よりも効率がよく、その上で労力面でも効率がよく、専門性に根ざした病院運営が可能となるものでなければならないと思われる。

次に、共同研究者である福居は、退院促進には受け入れてくれる家族の意識改革も必要だと考え、統合失調症の理解の普及啓発の目的で、京都府下の有床総合病院精神科と、奈良県下の単科精神科病院の 2 箇所の施設において、統合失調症

患者あるいは（および）家族に対して、テキストを用いた構造化された心理教育を実施し、疾患に対する理解度をアンケート調査により評価したところ、疾患への理解度が向上することを示した。現在、心理教育のセミナーを受けている場合と受けていない場合での病気の理解、再発、治療中断・入院期間などについての相関についても解析している。

また、患者・家族以外に対象を広げ、地域での健常者、例えば学生、学校教師、一般人へのセミナー開催時にアンケート調査などを施行し、統合失調症に対する理解が深まるよう普及啓発の計画を作成中である。

分担研究者においても次年度より、京都府立医科大学附属病院において、一般の方を対象とした「こころの病気セミナー」を院内の附属予防医学センターと共催で企画し、その中で統合失調症の普及啓発の向上を目指す予定である。

さらに、研究協力者である池山・厚坊らは、精神障害者が身体合併症の治療のため、一般病院・診療所に入院、受診する際の困難さ“敷居の高さ”を感じてきた経験を元にして調査を開始した。

彼らは、精神障害者の身体合併症に焦点をあて、3医療機関の地域医療連携担当者に対して、精神疾患・精神障害を理由に、入院受け入れを断った件数を調査した。また、訪問看護を利用して地域で生活する精神障害者が、身体合併症を治療する際の現状について、訪問看護ステーション管理者に対して調査をおこなった。

その結果、A病院では年間18件、B病院では42件の入院依頼を精神疾患・精神障害を理由に断っていた。断る理由については、精神症状が安定していないために、本人が一般病院での入院に適応

できない、精神症状が安定していないために、他の入院患者への（マイナスの）影響がある、という病棟管理上のもの、検査・手術や抗がん剤治療など、治療方針の理解が困難である、認知能力・自己決定能力の不足を挙げるもの、気管切開や中心静脈栄養など、身体合併症の治療の結果、医学的管理が複雑化すると、退院が確保できなくなるというもの、などが挙げられた。

D訪問看護ステーション開設から2008年11月30日までの利用者は42名、うち、身体疾患を合併している精神障害者は22名、52.3%で、その年齢は30歳代から80歳代であった。これらの調査から、精神障害者が身体合併症の治療を受ける際の障壁があることが改めて明らかになった。

国連原則では、すべての患者は自己の健康上の必要性に照らし、適切な保健医療及び社会的ケアを受ける権利を有し、他の疾患を持つものと同じ基準に則したケア及び治療を受ける権利を有する、としている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で厚生労働省は今後、精神科病院に入院している約7万人の精神障害者の地域生活への移行を目指しており、精神障害者の身体合併症治療におけるバリアをなくす新たな取り組みが必要とされている。

研究5：メディアを活用した効果的な普及啓発方法の確立

医療とメディアの関係性は複雑である。優れた医療をメディアが紹介することにより国民にも、医療機関あるいは医療者にとってもメリットは大きい。医療過誤のようなものを探し出して糾弾するメディアの姿勢は、国民からすれば頼もしい面もあるが、

医療不信を増長させたり、病院勤務医を減らしたりする側面もある。いずれにしても医療とメディアの関係性は不安定である。

メディアにとって医療・医療者は常に題材であったが、医療者がメディアを評価する場面もあっていいのではないかなどと考えが及ぶ。国民が最大限、現代医療の恩恵に浴することができるよう、医学とメディアは、これからもっともっと共同していかなければいけない。その議論の突破口がメディアドクターだろうと思う。

メディアドクターはオーストラリアで始まり、その後、カナダやアメリカでも試行されてきている。簡単に言えば、医療報道に関する記事の評価し、ウェブ上に公開するものである。その目的は「医療報道記事の水準を高めること」である。最も理想的には、新薬や新しい治療方法についての記事を、医師らが検証し、客観性や中立性や取材法などを評価するものである。

このような流れの中で、東京大学医療政策人材養成講座の有志が2007年1月に実証実験を行い、以後、メディアドクター・ジャパンという名称で定期的を開催している。

精神障害者の事件報道をはじめとして、精神障害および精神障害者の普及啓発の際には、メディアとの連携が欠かせない。今後、精神医療に関係する者が、メディアドクターなどを通して、社会からの偏見を除去したり、精神障害や精神障害者についての普及啓発が望まれる。

考察および結論

本研究は、(Ⅰ)うつ病や統合失調症等の精神疾患の理解、(Ⅱ)精神障害者の地域での受け入れの2点に関して、具体的には、①社会や地域への啓発活動、②身体疾患患者のなかの精神障害の合併

率調査、③精神障害者が適切な医療に早期にアクセスできるようなシステムの構築、④地域移行の際の障壁の除去という観点からの普及啓発、⑤メディアを活用した効果的な普及啓発方法の確立、などの研究から構成されている。

このうち、精神障害および精神障害者の普及啓発活動を試みたが、実際にはその評価が非常にむずかしいことに気づいた。

たとえば、講義後に感想を問うものはほとんど意味がないことがわかった。

次に、前後で、精神疾患についての理解度をVAS(Visual Analogue Scale)で記入してもらうという評価法を行った。これは講義の直接的な教育効果を、ある程度、数字で示すことが可能になった。

その後、「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」(平成19年9月)から使用許可をいただいたVignetteを使い、精神疾患認識度を講習会前後で評価した。5ケースを用いて認知度を評価した対象は、①在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師、②中学・高校の養護教諭、③一般企業従業員、④私立女子高校3年生であった。

まず講習会前の、統合失調症の認知度に関しては明らかな差がみられた。すなわち、養護教諭では78%と最も高く、在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師では56%であり、一般企業従業員と高校生では10%程度であった。養護教諭で非常に高かったのは、在宅介護者関係者や一般人と比べて、統合失調症の患児に接することが極めて多いからだろうと推察される。一般人を対象とした大規模な先行研究「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」(平成19年9月)によれば、

統合失調症に関しては 4.8%と極端に低かったが、本研究の 10%という正答率もかけ離れてはいないと思われた。

また講義の有効性について言えば、特に統合失調症の場合、受講前にほぼ 10%前後だった認知度が、受講後には従業員では 44%、高校生では 84%であった。その学習効果という点からいえば、より早期に啓発をすることのほうが効果的であろうと思われた。一方で、うつ病に関しての普及啓発はかなり進んでいると思われた。

さて、これらの評価はあくまでも「短期的評価」である。しかし、普及啓発の効果は、より中長期的にみていかなければならないのは当然である。その意味では、アンケートを郵送し講義の 6ヶ月後の評価もした。それによれば、「日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか？」という問いに対して、19人中 10人が「あった」と答え、そのほとんどが保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助に至っていた。

さらに、厚坊は、講義後には、何らかの精神疾患を持つ可能性のある生徒を教職員が早期に発見し、教職員独自およびスクールカウンセラーなどを通じて精神医療機関へ紹介した件数が介入前後で 9倍（前 2件・後 18件）に増加したことを報告している。これらは普及啓発の「中長期的な効果」ということができる。

本研究では、さまざまな職種を対象に講習会を行ったが、その多くはうつ病スクリーニングができるようなロールプレーを含んでいた。結果的には、うつ病のスクリーニングができるスキルは、わずか 2時間程度のロールプレーを含む講習会によって、一般人にも啓発ができるこ

とを実証した。また、高校生や養護教諭で行ったが、統合失調症に関しても、ロールプレーによってある程度のスクリーニングが可能であった。今後はこの対象を中学生や親たちにも拡大していく必要があると思われた。

次に、身体疾患患者の精神疾患合併率を女性外来とめまい外来で調査した。やはり精神疾患の合併または、精神疾患患者がこの中には含まれていることがわかり、やはり医師や看護師への普及啓発が必要なことを再確認した。同じことは、企業の従業員でも同様で、企業の従業員に潜在している精神疾患をスクリーニングでき、適切な医療機関につなげることは重要である。

さて、精神疾患患者が退院でき、社会復帰できていくのが普及啓発の「長期的な」目的である。

天保によれば、長期入院者は、①患者本人の要因、②家族の要因、③社会的要因が考えられるという。まず、精神科病院の立場からは、診療報酬誘導での早期退院はうまくいかないことを述べている。

また上記①②の要因とも関係するが、福居は、退院促進には受け入れてくれる家族の意識改革も必要だと考え、統合失調症の理解の普及啓発の目的で、有床総合病院精神科と単科精神科病院において、統合失調症患者および家族に対して、テキストを用いた構造化された心理教育を実施し、疾患に対する理解度をアンケート調査により評価したところ、疾患への理解度が向上することを見出している。今後は、やはりこのような家族をも巻き込んだ心理教育の効果に期待したい。

一方、精神障害者が身体疾患を有した時には、いわゆる総合病院への転院をお願いすることが多いが、池山の調査によれば、やはり精神障害および精神障害者

への偏見によって転入院できないケースも少なくないことを明らかにした。やはり、医療者への普及啓発の必要性がここでも再確認されたことになる。

医療界・企業・学校・社会全体ではまだまだ精神障害および精神障害者への偏見は少なくないことがわかった。これを打破していくのが普及啓発活動であるが、これにはメディアとのコラボが今後はさらに重要になってくるだろう。精神障害者の事件をどのように報道するのか、精神障害についてどのような特集記事を書いてもらえるのか、など精神医療とメディアの協働が望まれている。その第1ステップとして、メディアドクターを開催し始め、さまざまな検証記事の対象としているが、その中に、精神障害および精神障害者の記事を取り入れていきたい。

最後に、もう一度、普及啓発活動の評価の重要性とその困難性について述べる。

精神障害および精神障害者に関する普及啓発の効果は本研究で明らかになったように、

- ①より長期的に評価することと、
 - ②結果として（受診援助，退院，就労，社会復帰，その他の）**数字上の変化を評価すること**、
- の2点が必要である。

謝辞

本研究でのVignetteの使用許可をいただきました，国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部竹島 正部長および同システム開発研究室の立森久照室長にこの場を借りて感謝いたします。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 書籍

保坂 隆：あの人が「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008

2. 学会発表

保坂 隆：こころの安全週間—普及啓発は自殺予防に有効か？第21回日本総合病院精神医学総会，2008年11月28日

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

精神障害の普及啓発に関する研究

～さまざまな評価の試み～

研究代表者：保坂 隆（東海大学医学部教授）

【要旨】

精神障害の普及啓発のひとつの方法として、さまざまな対象に対して講習会を開催し、それぞれについてさまざまな方法でその効果の評価を試みた。

まず通常の講習会後に感想を問う方法では、たいていの場合、「よかった」「まあよかった」のような評価が多いだけで、実質的には、その講習会の普及啓発の評価には役立たないことがわかった。

次に、講習会前後で、ある精神疾患やその周辺の知識について VAS(Visual Analogue Scale)による評価法を行った。会場や人員の制限から、1枚の評価表の上下に記入してもらったが、実際に評価表をみると、講習会後に、講習会前に記入した部分を修正していた跡はなかった。そのため、回収用の人員の制限がある場合には、この方法でも評価は可能であると思われた。小中学校の養護教諭は、統合失調症の陽性症状や陰性症状について知っていたのは 30%台（講習会後は 70%を越えているが）であった点から、統合失調症の早期発見のためには養護教諭への普及啓発が必要であると思われた。

一方、一般区民は、うつ病の症状やうつ病になりやすい性格について知っている者は、講習会前に既に 65%前後であり（講習会後は 80%を越えたが）、うつ病については一般人の間にもかなり普及啓発が行き届いていると思われた。さらに、うつ病のスクリーニングができる一般人は、講習会前後で 30%から 65%に増加しているが、この割合は養護教諭とほぼ同じであった。うつ病のスクリーニングができるスキルは、わずか 2 時間程度のロールプレーを含む講習会によって、一般人にも啓発ができることを意味している。

講習会前に、精神障害に入る疾患を問うたところ、統合失調症（80%）、うつ病（85%）は高かったが、神経症（45%）、アルコール依存（43%）、パニック障害（62%）などは低値にとどまった。精神障害の定義や種類などの普及啓発は今後の課題であると思われた。

最後に Vignette を使い、精神疾患認識度を講習会前後で評価した。使用した Vignette はケース 1：統合失調症、ケース 2：大うつ病性障害、ケース 3：広汎性発達障害、ケース 4：アルコール依存、ケース 5：パニック障害、であり、対象は、①在宅介護関係

のケアマネやヘルパーや保健師，②中学・高校の養護教諭，③一般企業従業員，④私立女子高校3年生，らであった。4群の受講前後の正答率を比較した。まず講習会前の，統合失調症の認知度に関しては明らかな差がみられた。すなわち，養護教諭では78%と最も高く，在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師では56%であり，一般人（一般企業従業員，高校3年生）では10%程度であった。統合失調症の認識度が養護教諭で非常に高かったのは，在宅介護関係者や一般人と比べて，統合失調症の患児に接することが極めて多いからだろうと推察される。これについて，一般人を対象とした大規模な先行研究によれば，統合失調症に関しては4.8%と極端に低かったが，本研究の10%という正答率もかけ離れてはいなかった。また，うつ病に関しては，養護教諭で87%，在宅介護関係者と一般人では同じで81%（高校生では69%）と高率であったことから，うつ病に関しての普及啓発はかなり進んでいると思われる。それに対して，神経症・パニック障害は，在宅介護関係者で54%，養護教諭で69%，一般人（一般企業従業員，高校3年生）で13%であったことから考えると，一般人への普及啓発は遅れていると考えられる。アルコール依存は在宅介護関係者・養護教諭とともに90%前後であった。自閉症・発達障害は，在宅介護関係者で66%，養護教諭でも78%であったが，養護教諭のほうが遭遇する機会が多いためであろうと推察される。

一般人への普及啓発という点から考えると，うつ病についてはかなり知られているが，統合失調症や，神経症・パニック障害については認識度が低く，今後の普及啓発が望まれている。

さて，これらの評価は「短期的評価」である，その意味では，普及啓発の効果は，より中長期的にみていかなければならないのは当然である。その意味では，研究2では6ヶ月後の評価をしている。それによれば，知識や理解度は中長期的に続き，さらに，早期発見から保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助数の増加に至っている。

結論的には，普及啓発の効果は，①より長期的に評価することと，②結果として（受診援助，退院，就労，社会復帰，その他の）数字上の変化を評価していかなければならないことがわかり，今後の研究の指標を考えていかなければいけない。

A. 研究目的

近年の精神障害についての普及啓発としては，平成16年3月の「こころのバリアフリー宣言」～精神疾患を正しく理解し，新しい一歩を踏み出すための指針～が知られている。しかし，このキャンペーンによってどの程度，精神障害について普及啓発されたのかという，いわば，普及啓発の評価に関してはどうだったのか。

これに関して，平成18年度厚生

労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

（主任研究者：竹島正）「こころのバリアフリー宣言」の内容に関わる調査結果によれば，

○「こころの健康」への関心；82.1%
（「考えている」「やや考えている」と回答した割合，以下同）

○精神疾患を自分の問題として考えている；42.2%

○ストレスを減らす生活を心がけることが必要である；94.5%

○こころの不調に早く気づくことが大事である；96.2%

○精神疾患は早期の治療や支援で多くは改善する；91.2%

○精神疾患は誰もがかかりうる病気である；82.4%

と評価されている。特に、「精神疾患は誰もがかかりうる病気であるか？」に対して「そう思う」と回答した割合：51.8%（全国精神障害者家族連合会）と比べて、82.4%が高いと評価されることがある。しかし、これにはあまり説得力がないことに誰もが気づく。つまり、精神障害および精神障害者についての普及啓発に関しては、その評価が非常に難しいのである。

そこで本研究では、さまざまな対象に対して、精神障害に関する普及啓発活動の一環として講習会を行い、いくつかの方法でそれを評価しようと試みたので報告する。

B. 研究方法

研究1，こころの安全週間(志木市)

平成20年5月の第2週

志木市は、主任研究者が以前、自殺研究班の主任研究者をしていた時の提案であった「こころの安全週間」を取り入れて平成20年度の5月の第2週の1週間に市民対象にいくつかの講演会を企画した。【添付表-1】

研究2，杉並養護教諭(杉並区)平成20年5月19日

平成20年5月19日

次に杉並区の小中学校の養護教諭、約50名を対象にして、「生徒に見られる精神症状とその対策」と

いうタイトルで講演を行った。その際には、【表-1】のような評価表を配布し、講演前と後で記入をお願いした。さらに、6ヶ月後に、講義後の、効果を問うアンケートを発送した。【表-2】

研究3，杉並プチうつ講演会(杉並区)平成20年5月26日

杉並区勤労者福祉協会の主催、杉並保健所の共催で、「ストレス・うつとその対策—「プチうつ」にさようなら—」という一般の方が関心を持ちそうなタイトルの講演を企画した。

その講演に先立ち、本研究の目的などを説明し、同意の得られた方から、講義前後のアンケート調査に協力していただいた。【表-3】

講義の内容は、精神障害、特にうつについての概説と、3人1組でうつ病患者のスクリーニングの仕方のロールプレーを含めた。

これ以後、平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（いずれも主任研究者；竹島正）に基づいた、「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成19年9月）に示されたケースの使用許可を得て、Vignetteを用いた評価（前後比較）をした。対象や講義の内容、評価の仕方を【表-4】に示す。

【表-4】 Vignette を用いて評価をした講義内容と対象

対象	講義の内容 時間内容	日時	普及啓発 の評価
4, 在宅介護の専門家やヘルパーや保健師	1時間（講義、スクリーンング）	平成20年1月10日	5 Vignetteの病名選択前後
5, 東京都の養護教諭	2時間（講義、スクリーンング）	平成20年1月2日	5 Vignetteの病名選択前後
6, 都内の一般従業員	2時間（講義、スクリーンング）	平成20年1月2日	3 Vignetteの病名選択前後
7, 都内の私立女子3年生	2時間（講義、スクリーンング）	平成21年1月10日	3 Vignetteの病名選択前後

（倫理面への配慮）

アンケートはすべて無記名として個人が特定されないように留意した。

C. 研究結果

研究1, こころの安全週間(志木市)

ここでの評価は、行政が主催する講座のアンケートのみであった。たとえば、「今日の講演は？①大変役

になった, ②役に立った, ③あまり役に立たなかった, ④まったく役に立たなかった」のような一般的なものであり, 評価には役立たなかった。

研究2, 杉並養護教諭(杉並区)

杉並区の小中学校の養護教諭からは, 有効回答47名であった。【表-5】

①統合失調症は治る(社会復帰できる)と思いますか?

61.5% → 72.9%

②統合失調症の陽性症状について知っていますか?

39.8% → 73.2%

③統合失調症の陰性症状について知っていますか?

35.4% → 72.8%

④うつ病のスクリーニングができますか?

32.3% → 65.7%

⑤下記のうち精神障害に入るものを○で囲んでください(○の者)

統合失調症

38人(80.1%) →

35人(74.5%)

うつ病

40人(85.1%) →

34人(72.3%)

神経症

21人(44.7%) →

18人(38.3%)

アルコール依存

20人(42.6%) →

17人(36.2%)

パニック障害

29人(61.7%) →

23人(48.9%)

統合失調症の陽性・陰性症状について知っている養護教諭は

30-40%くらいであったが、知識レベルでは講義後には70%以上に増えていることがわかり、講義の効果はあると思われた。統合失調症は社会復帰できると答えた養護教諭は、講義前にすでに60%を越えていた。

(①~④は $p < 0.01$ で有意差あり)

うつ病のスクリーニング・スキルはこの講義の中心的なテーマであったが、うつ病のスクリーニングができる養護教諭は、講義前は30%と決して高くないが、このようなロールプレーだけで65%に増えている点から言えば、ロールプレーは有益な啓発方法であることがわかる。

精神障害の定義とも関わるが、定義上はすべて含まれるこれらの精神障害についての知識は低いと言える。

また6ヶ月後の評価【表-2】は19名から回答があった。この中長期的な評価によれば、受講者らは、統合失調症やうつ病等の子供の心の問題に関して理解や関心が深まったと答えている。【表-6】【図1 a,b,c】さらに、「日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか？」という問いに対して、19人中10人が「あった」と答え、そのほとんどが保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助に至っている。また、「子供の心の問題について、本人や保護者から相談を受けましたか？」に対しては、19人中14人が「あった」と答えている。【表-7】

研究3、杉並プチうつ講演会（杉並区、一般対象）

アンケート記入者は47名で(男

性25名、女性22名)、平均年齢は49.2歳であった。それによると、

①うつ病の症状について知っていますか？

68.8%→82.9%

②うつ病になりやすい性格について知っていますか？

64.7%→86.9%

③自殺の背景や予防策について知っていますか？

48.8%→64.5%

④うつ病のスクリーニングができますか？

30.7%→64.5%

などの知識やスキルを問う質問に対しては、すべて有意に(いずれも $p < 0.01$)増加し、主観的ではあるが、講義の短期的な効果が示された。うつ病のスクリーニングができる一般の方は30%から65%に増加しているが、上述の養護教諭とほぼ同じである点は興味深い。【表-8】

一方、以下のような有病率や合併率に関しては正しい数字とはほど遠く、講義の効果が見られたとは言い難かった。(講義の中では、睡眠障害は国民の25%にみられ、身体疾患患者の30-40%には何らかのうつが合併し、在宅介護者の25%にうつがみられると話した)

⑤睡眠障害は国民の何%にみられますか？

40.5%→39.2%

⑥身体の病気で入院されている方の何%にうつ病が合併していますか？

47.1%→40.6%

⑦在宅介護者の何%にうつ病が合併していますか？

50.2%→41.7%

研究4、在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師

評価で使用した Vignette は、「こことからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成 19 年 9 月）から使用許可をいただいた、ケース1：統合失調症，ケース2：大うつ病性障害，ケース3：広汎性発達障害，ケース4：アルコール依存，ケース5：パニック障害であった。（報告書に掲載されていないケース5については，制作者から特別に使用許可をいただき借用した）

これらの Vignette に対して，原法と同様に，以下のような精神疾患から選択するようにした。

①問題なし，②高血圧，③がん，④糖尿病，⑤うつ病，⑥統合失調症，⑦神経症，⑧自閉症，⑨アルコール依存，⑩精神疾患，⑪知的障害，⑫発達障害，⑬ストレス，⑭心の病気，⑮からだの病気，わからない，その他（ ）

制作者が意図した Vignette の精神疾患と選択肢を考え合わせて，本研究では以下のような疾患を選択した場合に正答とした。

ケース1：統合失調症，ケース2：うつ病，ケース3：自閉症または発達障害，ケース4：アルコール依存，ケース5：神経症とし，正答率を算出した。またそれとは別に，ケース3では発達障害も正答とした場合，ケース5に対して「その他」として「パニック障害」と記載した場合も正答率を算出した。⑩精神疾患，⑬ストレス，⑭心の病気，などは間違

いではないが，曖昧なので不正解とした。

在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師からの有効回答は64名であった。詳細な結果を【表-9】に示す。

統合失調症のケースを統合失調症と認識できたのは講義前から56%と比較的高かったが，講義後は90%が正解となった。うつ病はさらに高く，81%から99%に増えている。アルコール依存も講義前から正答率は高く，93%から96%に増加していた。神経症もむしろパニック障害と自由記載で回答することが多く，54%から80%に増加していた。それに対して，自閉症に関しては発達障害を含めても正答率は講義前後でもあまり差が無く50~60%であった。

研究5、東京都の中学・高校の養護教諭

方法は上記と同じであり，有効回答は45名であった。詳細な結果を【表-10】に示す。

統合失調症のケースを統合失調症と認識できたのは講義前から78%と高かったが，講義後は96%とほとんどが正解となった。うつ病はさらに高く，87%から93%に増えている。アルコール依存も講義前から正答率は高く，87%から96%に増加していた。神経症もむしろパニック障害と自由記載で回答することが多く，69%から89%に増加していた。自閉症に関しても同様に認識度は高く，発達障害を含めると正答率は講義前後で78~91%と増えた。

研究6, 都内の一般企業の従業員

方法は上記の Vignette のうち、ケース1, 2, 5のみ3例であり、有効回答は78名であった。詳細な結果を【表-11】に示す。ケース1:統合失調症, ケース2:うつ病, ケース5:神経症とし、正答率を算出した。それとは別に、ケース5に対して「その他」として「パニック障害」と記載した場合も正答率を算出した。上記と同様に、⑩精神疾患、⑬ストレス、⑭心の病気、などの回答が他の医療職に比べて多いが、これらは間違いではないが、曖昧なので不正解とした。

統合失調症のケースを統合失調症と認識できたのは講義前では10%と低く、講義後も44%が正解であった。うつ病は認識度が高く、81%から94%に増えている。神経症に関してはパニック障害を含めても低く、15%から30%程度に増加するにとどまった。

研究7, 都内の私立女子高校3年生

方法は上記の Vignette のうちケース1, 2, 5のみ3例であり(研究6と同じ)、有効回答は61名であった。詳細な結果を【表-12】に示す。ケース1:統合失調症, ケース2:うつ病, ケース5:神経症とし、正答率を算出した。それとは別に、ケース5に対して「その他」として「パニック障害」と記載した場合も正答率を算出した。上記と同様に、⑩精神疾患、⑬ストレス、⑭心の病気、などの回答が他の医療職に比べて多いが、これらは間違いではないが、曖昧なので不正解とした。

統合失調症のケースを統合失調症

と認識できたのは講義前では9.8%と低かったが、講義後には83.6%が正解になった。うつ病は認識度が比較的高く、69%から80%に増えている。神経症に関してはパニック障害を含めても15%と講義前には低かったが、講義後には59%程度に増加した。

D. 考察

精神障害および精神障害者の普及啓発活動の評価はむずかしい。本研究は、さまざまな職種を対象に講習会(その多くはうつ病スクリーニングができるようなロールプレーを含んでいる)を行い、その前後で、いくつかの方法で評価を行ったものである。

まず、研究1のように、講習会後だけに、アンケートをとるのは評価には望ましくないことは容易にわかる。「良かった」とか「ためになった」という感想が多ければ、次年度のテーマを考えるために、主催者側にとってだけ役に立つようである。

次に、前後で、精神疾患についての理解度をVAS(Visual Analogue Scale)で記入してもらうという評価法を行った。講習会前でいったん回収して、改めて、講習会後にも配布して記入をお願いするのが正しい方法であるが、会場や人員の制限から、1枚の評価表の上下に記入してもらうという方法を、研究2と研究3で行った。【表-1】

【表-3】実際に評価表をみると、講習会後に、講習会前に記入した部分を修正していた跡はなかったので、回収用の人員の制限がある場合に

は、この方法でも評価は可能であると思われた。

研究2は小中学校の養護教諭が対象だったので、早期発見・早期治療の観点からも統合失調症についての講義を重点的に行い、同時に、生徒だけでなく教員のうつもスクリーニングできるようなロールプレーを入れた。養護教諭という職業からか、統合失調症は治る(社会復帰できる)と思う者は講習会前から60%以上であった。(講習会後は70%以上にまで上がった)その一方で、統合失調症の陽性症状や陰性症状について知っていたのは30%台であった点は(講習会後は70%を越えているが)やや期待はずれであり、統合失調症の早期発見のためには養護教諭への普及啓発が必要であることを示唆している。

一方、**研究3**では一般区民を対象にして、特にうつについての講習会(うつ病スクリーニングができるようなロールプレーを含む)を行った。それによると、うつ病の症状やうつ病になりやすい性格について知っている者は、講習会前に既に65%前後であり(講習会後は80%を越えたが)、うつ病については一般人の間にもかなり普及啓発が行き届いていると思われた。さらに、うつ病のスクリーニングができる一般人は、講習会前後で30%から65%に増加しているが、上述の養護教諭とほぼ同じである点は興味深い。うつ病のスクリーニングができるスキルは、わずか2時間程度のロールプレーを含む講習会によって、一般人にも啓発ができることを意味している。

また**研究2**の中では、講習会前に、

精神障害に入る疾患を問うたところ、統合失調症(80.1%)、うつ病(85.1%)は高かったが、神経症(44.7%)、アルコール依存(42.6%)、パニック障害(61.7%)などは低値にとどまった。精神障害の定義や種類などの普及啓発は今後の課題であると思われた。

これらの評価法に代えて、**研究4**、**研究5**、**研究6**、**研究7**では、「こことからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」(平成19年9月)から使用許可をいただいたVignetteを使い、精神疾患認識度を講習会前後で評価した。使用したVignetteはケース1：統合失調症、ケース2：大うつ病性障害、ケース3：広汎性発達障害、ケース4：アルコール依存、ケース5：パニック障害、であった。対象は、①在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師、②中学・高校の養護教諭、③一般企業従業員、④私立女子高校3年生であり4群の受講前後の正答率を【表-13】【表-14】にまとめた。【表-14】はケース3の正答を自閉症または発達障害とし、ケース5の正答を神経症またはパニック障害(自由記載)とした場合の正答率の比較である。この表を、疾患別に並べ替えたのが【表-15】【表-16】である。

まず講習会前の、統合失調症の認知度に関しては明らかな差がみられた。すなわち、養護教諭では78%と最も高く、在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師では56%であり、一般企業従業員と高校生では10%程度であった。

養護教諭で非常に高かったのは、

在宅介護者関係者や一般人と比べて、統合失調症の患児に接することが極めて多いからだろうと推察される。一方、一般人を対象とした大規模な先行研究「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査：結果まとめ」（平成19年9月）によれば、統合失調症に関しては4.8%と極端に低かったが、本研究の10%という正答率もかけ離れてはいないと思われた。

また講義の有効性について言えば、特に統合失調症の場合、受講前にほぼ10%前後だった認知度が、受講後には従業員では44%、高校生では84%であった。その学習効果という点からいえば、より早期に啓発をすることのほうが効果的であろうと思われる。【図-4】

うつ病に関しては、養護教諭で87%、在宅介護関係者と一般企業従業員では同じで81%、高校生でも69%と高率であった。うつ病に関しての普及啓発はかなり進んでいると思われる。【図-5】

それに対して、神経症・パニック障害は、在宅介護関係者で54%、養護教諭で69%、一般企業従業員と高校生で13%であったことから考えると、一般人への普及啓発は遅れていると考えられる。また、高校生では、15%から60%へと増加しているが、一般企業の従業員の場合には15%から30%くらいにしか認知度は増加しなかった。【図-6】

アルコール依存は在宅介護関係者で93%、養護教諭でも87%であったが、このVignetteは容易なケースだったのかもしれない。

自閉症・発達障害は、在宅介護関

係者で66%、養護教諭でも78%であったが、養護教諭のほうが遭遇する機会が多いためであろうと推察される。

これらの評価は「短期的評価」であるが、普及啓発の効果をみる際には、少なくともこのくらいの評価まではしなければならないと思われた。しかし、「短期的評価」であることは確かであるので、普及啓発の効果は、より中長期的にみていかなければならないのは当然である。その意味では、研究2では【表-2】のアンケートを郵送し6ヶ月後の評価をしている。参加者47名中19名から回答があった。それによれば、知識や理解度は中長期的に続き、生徒への「関心」という形で現れていることがわかった。さらに、「日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか？」という問いに対して、19人中10人が「あった」と答え、そのほとんどが保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助に至っている。

実は、普及啓発の効果はこのように、①より長期的に評価することと、②結果として（受診援助、退院、就労、社会復帰、その他の）数字上の変化を評価していかなければならないと思われた。

E. 結論

精神障害の普及啓発のひとつの方法として、さまざまな対象に対して講習会を開催し、それぞれについてさまざまな方法でその効果の評価を

試みた。

まず通常の講習会後に感想を問う方法では、その講習会の評価には役立たないことがわかった。次に、講習会前後で、ある精神疾患やその周辺の知識について VAS(Visual Analogue Scale)による評価法を行った。会場や人員の制限から、1枚の評価表の上下に記入してもらったが、実際に評価表をみると、講習会後に、講習会前に記入した部分を修正していた跡はなかった。そのため、回収用の人員の制限がある場合には、この方法でも評価は可能であると思われた。小中学校の養護教諭は、統合失調症の陽性症状や陰性症状について知っていたのは30%台（講習会後は70%を越えているが）であった点から、統合失調症の早期発見のためには養護教諭への普及啓発が必要であると思われた。

一方、一般区民は、うつ病の症状やうつ病になりやすい性格について知っている者は、講習会前に既に65%前後であり（講習会後は80%を越えたが）、うつ病については一般人の間にもかなり普及啓発が行き届いていると思われた。さらに、うつ病のスクリーニングができる一般人は、講習会前後で30%から65%に増加しているが、この割合は養護教諭とほぼ同じであった。うつ病のスクリーニングができるスキルは、わずか2時間程度のロールプレーを含む講習会によって、一般人にも啓発ができることを意味している。

講習会前に、精神障害に入る疾患を問うたところ、統合失調症（80%）、うつ病（85%）は高かったが、神経症（45%）、アルコ

ール依存（43%）、パニック障害（62%）などは低値にとどまった。精神障害の定義や種類などの普及啓発は今後の課題であると思われた。

最後に Vignette を使い、精神疾患認識度を講習会前後で評価した。使用した Vignette はケース1：統合失調症、ケース2：大うつ病性障害、ケース3：広汎性発達障害、ケース4：アルコール依存、ケース5：パニック障害、であり、対象は、①在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師、②中学・高校の養護教諭、③一般企業従業員、④私立女子高校3年生、であった。4群の受講前後の正答率を比較した。まず講習会前の、統合失調症の認知度に関しては明らかな差がみられた。すなわち、養護教諭では78%と最も高く、在宅介護関係のケアマネやヘルパーや保健師では56%であり、一般人（一般企業従業員、私立女子高校3年生）では10%程度であった。養護教諭で非常に高かったのは、在宅介護関係者や一般人と比べて、統合失調症の患児に接することが極めて多いからだろうと推察される。

一方、一般人を対象とした大規模な先行研究によれば、統合失調症に関しては4.8%と極端に低かったが、本研究の10%という正答率もかけ離れてはいなかったと言える。

次に、うつ病に関しては、講義受講前から、養護教諭で87%、在宅介護関係者と一般企業従業員では同じで81%（高校生でも69%）と高率であった。それらの数字から、うつ病に関しての普及啓発はかなり進んでいると思われる。

それに対して、神経症・パニック

障害は、在宅介護関係者で 54%，養護教諭で 69%，一般（従業員・高校生）で 13%であったことから考えると、一般への普及啓発は遅れていると考えられる。アルコール依存は在宅介護関係者・養護教諭とともに 90%前後であった。自閉症・発達障害は、在宅介護関係者で 66%，養護教諭でも 78%であったが、養護教諭のほうが遭遇する機会が多いためであろうと推察される。

一般への普及啓発という点から考えると、うつ病についてはかなり知られているが、統合失調症や、神経症・パニック障害については今後の普及啓発が望まれている。特に、統合失調症では、受講前にほぼ 10%前後だった認知度が、受講後には従業員では 44%，高校生では 84%だったことを考えると、その学習効果という点からいえば、より早期に啓発をすることが効果的であろうと思われた。

これらの評価は「短期的評価」である、その意味では、普及啓発の効果は、より中長期的にみていかなければならないのは当然である。その意味では、研究 2 では 6 ヶ月後の評価をしている。それによれば、知識や理解度は中長期的に続き、さらに、早期発見から保護者への説明の後に外部の医療機関への受診援助数の増加に至っている。

実は、普及啓発の効果はこのように、

- ①より長期的に評価することと、
 - ②結果として（受診援助，退院，就労，社会復帰，その他の）数字上の変化を評価すること、
- が必要であろう。

謝辞

本研究での *Vignette* の使用許可をいただきました，国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部竹島 正部長および同システム開発研究室の立森久照室長にこの場を借りて感謝いたします。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 書籍

保坂 隆：あの人が「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008

2. 学会発表

保坂 隆：こころの安全週間—普及啓発は自殺予防に有効か？第 21 回日本総合病院精神医学総会，2008 年 11 月 28 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

【表－1】 養護教諭への講演前後の評価表

評 価 表

下記の項目について VAS(Visual Analogue Scale) 上に×を記してください。

- 1, 統合失調症は治る（社会復帰できる）と思いますか？
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 2, 統合失調症の陽性症状について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
- 3, 統合失調症の陰性症状について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
- 4, うつ病のスクリーニングができますか？
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 5, 下記のうち精神障害に入るものを○で囲んでください
(統合失調症 うつ病 神経症 アルコール依存 パニック障害)

-----ここまでが講義前-----

講義後にもう一度記入してください

- 1, 統合失調症は治る（社会復帰できる）と思いますか？
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 2, 統合失調症の陽性症状について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
- 3, 統合失調症の陰性症状について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
- 4, うつ病のスクリーニングができますか？
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 5, 下記のうち精神障害に入るものを○で囲んでください
(統合失調症 うつ病 神経症 アルコール依存 パニック障害)

○今後、講義の成果のひとつとして受診援助できた件数などについて半年後くらいにメール・アンケートをさせていただきたいと思いますが、ご協力いただける方はメールアドレスとお名前をご記入ください。個別情報の扱いには十分に留意いたします。

ご協力ありがとうございました。保坂 隆

【表－2】 養護教諭への講演6ヶ月後の評価表

6ヶ月後のアンケート

- 1 講義後、統合失調症やうつ病等の子供の心の問題に関して理解が深まりましたか
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 2 講義後、子供の心の問題について関心が高まりましたか
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 3 子供の行動から心の問題を判断できるようになりましたか
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
- 4 日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか。
はい () 件, いいえ
- 5 (4について「はい」の場合) そのケースについて、外部の医療機関への受診援助をしましたか。
はい () 件, いいえ
- 6 子供の心の問題について、本人や保護者から相談を受けましたか。
はい () 件, いいえ
- 7 (6について「はい」の場合) そのケースについて、外部の医療機関への受診援助をしましたか。
はい () 件, いいえ

【表-3】一般への講演前後の評価表

評 価 表

男性 女性（どちらかに○を） 年齢（ ）歳

下記の項目について VAS(Visual Analogue Scale) 上に×を記してください。

1. うつ病の症状について知っていますか？
「全く知らない」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 「よく知っている」
2. うつ病になりやすい性格について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
3. 自殺の背景や予防策について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
4. うつ病のスクリーニングができますか？
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
5. 睡眠障害は国民の何%にみられますか？
0% | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%
6. 身体の病気で入院されている方の何%にうつ病が合併していますか？
0% | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%
7. 在宅介護者の何%にうつ病が合併していますか？
0% | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%

-----ここまでが講義前-----
講義後にもう一度記入してください

1. うつ病の症状について知っていますか？
「全く知らない」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 「よく知っている」
2. うつ病になりやすい性格について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
3. 自殺の背景や予防策について知っていますか？
全く知らない | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | よく知っている
4. うつ病のスクリーニングができますか？
100%「いいえ」 | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%「はい」
5. 睡眠障害は国民の何%にみられますか？
0% | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%
6. 身体の病気で入院されている方の何%にうつ病が合併していますか？
0% | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%
7. 在宅介護者の何%にうつ病が合併していますか？
0% | ——— | ——— | ——— | ——— | ——— | 100%

ご協力ありがとうございました。保坂 隆

【表－5】VASによる講義前後の比較（養護教諭）

VAS項目	受講前	受講後	差の検定
①統合失調症は治る	61.5%	72.9%	p<0.01
②統合失調症の陽性症状	39.8%	73.2%	p<0.01
③統合失調症の陰性症状	35.4%	72.8%	p<0.01
④うつ病スクリーニング	32.3%	65.7%	p<0.01

【表－7】杉並養護教諭への6ヶ月後の調査結果

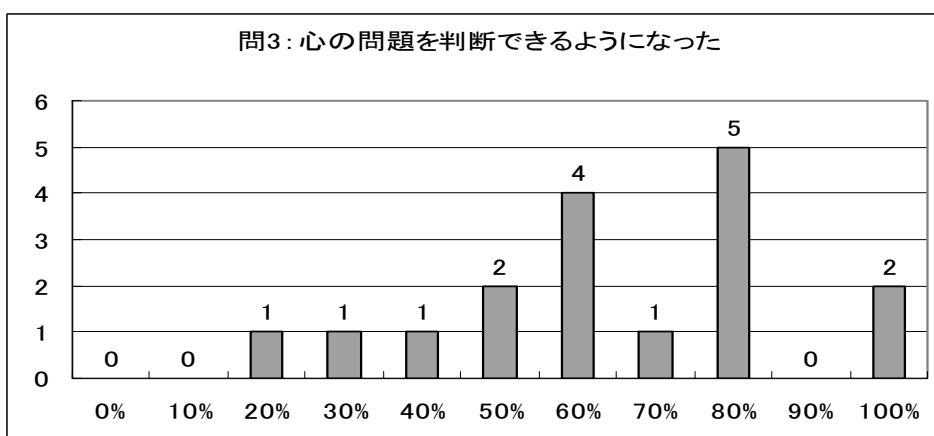
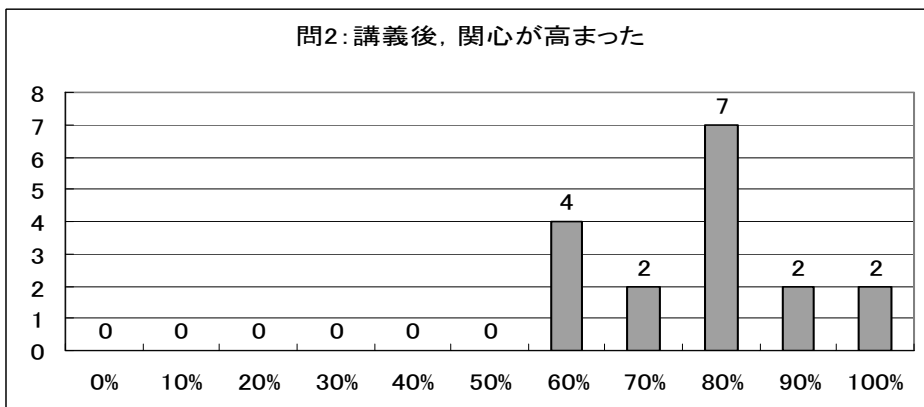
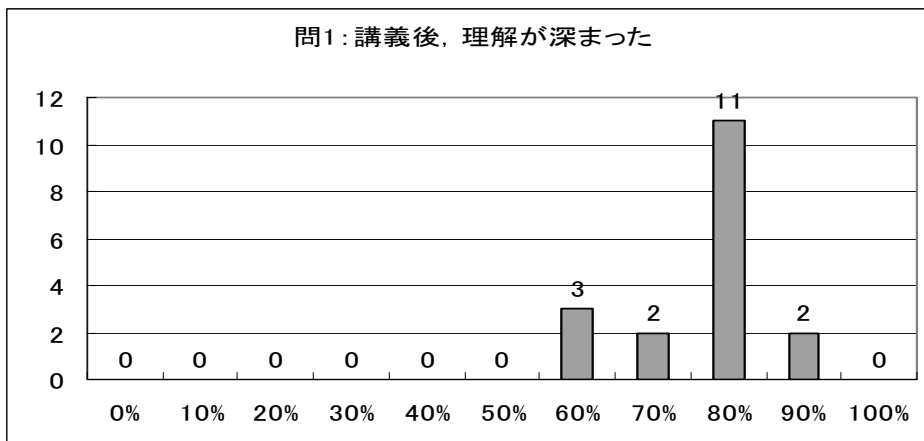
4 日常の観察から、心の問題が心配される子供について、その保護者に伝え、相談にのったケースがありましたか。	はい(10)							いいえ	合計
	1件	2件	3件	4件	5件	8件	16件		
	5	3	1				1	9	19
5 (4について「はい」の場合)そのケースについて、外部の医療機関への受診援助をしましたか。	はい(8)							いいえ	合計
	1件	2件	3件	4件	5件	8件	16件		
	5	1	1			1		1	9
6 子供の心の問題について、本人や保護者から相談を受けましたか。	はい(14)							いいえ	合計
	1件	2件	3件	4件	5件	8件	16件		
	8	2			3	1		5	19
7 (6について「はい」の場合)そのケースについて、外部の医療機関への受診援助をしましたか。	はい(5)							いいえ	合計
	1件	2件	3件	4件	5件	8件	16件		
	1	2			1	1		8	13

【表－8】VASによる講義前後の比較（一般区民）

VAS項目	受講前	受講後	差の検定
①うつ症状	68.8%	82.9%	p<0.01
③自殺予防策	48.8%	77.2%	p<0.01
④うつ病スクリーニング	30.7%	64.5%	p<0.01

【表一6】杉並養護教諭への評価表(【図一1a,b,cのデータ表】【表一2】に相当)

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
問1: 講義後, 理解が深まった	0	0	0	0	0	0	3	2	11	2	0
問2: 講義後, 関心が高まった	0	0	0	0	0	0	4	2	7	2	2
問3: 心の問題を判断できるようになった	0	0	1	1	1	2	4	1	5	0	2



【表-9】ケアマネのVignette評価

	問題な	高血圧が	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害	ストレス	こころの病	気から	だの病	気わ	から	ない	その他	計	正解率	正解率*
受講前	統合失調症				4	36	5		1	3			8	4		1		2			64	56.3%	
	うつ病	2			52		1						4	2				3			64	81.3%	
	自閉症(発達障害)	9	1				1	36				1	6	3	1			6			64	56.3%	65.7% (含.発達障害)
受講後	アルコール依存								60							1		3		4	64	93.8%	54.7% (含.パニック障害)
	神経症(パニック障害)			1	1		31			6			2	12		1		6		4	64	48.4%	(含.パニック障害)
	統合失調症	1			3	69				2				1							76	90.8%	
受講後	うつ病				75								1								76	98.7%	59.2% (含.発達障害)
	自閉症(発達障害)	17			1		2	42			3	3	4	3							76	55.3%	(含.発達障害)
	アルコール依存								73					1				1		12	76	96.1%	80.3% (含.パニック障害)
	神経症(含.パニック障害)		1			2	49		1	6			1	2		1		1		12	76	64.5%	(含.パニック障害)

【表-10】養護教諭のVignette評価

	問題ない														計	正解率	正解率*			
	高血圧	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害	ストレス	こころの病気	からだの病気				わからない	その他	
受講前	統合失調症			1	35	2									4	4	45	77.8%		
	うつ病				39										1	1	4	45	86.7%	
	自閉症(発達障害)	2		1			29									9	4	45	64.4%	(含:発達障害)
受講後	アルコール依存				1			39								5	4	45	86.7%	
	神経症(パニック障害)	1				22			2					2	4	1	4	45	48.9%	(含:パニック障害)
	統合失調症				43	1										1	1	45	95.6%	
受講後	うつ病				42	1									1		1	45	93.3%	
	自閉症(発達障害)	2				1	30			11						1	1	45	66.7%	(含:発達障害)
	アルコール依存							43								1	1	45	95.6%	
	神経症(含:パニック障害)				1		35									2	1	45	77.8%	(含:パニック障害)

【表-11】一般従業員のVignette評価

	問題ない	高血圧	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害	ストレス	こころの病気	からだの病気	わからない	その他	計	正解率	正解率*
																			29.5%	(含:パニック障害)
受講前	統合失調症				14	8	9	6		12			19	10				78	10.3%	
	うつ病				63	2	1			1			3	7	1			78	80.8%	
	神経症(パニック障害)				5	22	10	2		7			4	5	11	10	2(パニック障害)	78	12.8%	15.4% (含:パニック障害)
受講後	統合失調症				31	34	4			4			2	2		1		78	43.6%	
	うつ病				73	1				1			1	1		1		78	93.6%	
	神経症																			
	(含:パニック障害)				27	6	23	1		4			6	3	5	3		78	29.5%	29.5% (含:パニック障害)

【表-12】高校生のVignette評価

	問題なし											計	正解率	正解率*				
	高血圧	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害				ストラスニコアの病气	からだの病气	わからない	その他
受講前	統合失調症	1			7	6	4	2		19		14	7		2	61	9.8%	
	うつ病				42	3	2	3		2		3	5		1	61	69.9%	
受講前	神経症(パニック障害)																	
			8		1	14	6	1		9		4	7		4	61	13.1%	14.8% (含:パニック障害)
受講後	統合失調症				2	51				5		2			1	61	83.6%	
	うつ病				49			1		9			1		1	61	80.3%	
受講後	神経症 (含:パニック障害)																	
					1	2	23			1		3	5		1	61	37.7%	59.0% (含:パニック障害)

【表－13】受講対象別のVignette評価①

	Vignette	ケアマネ	養護教諭	一般従業員	高校3年生
受講前	統合失調症	56.3%	77.8%	10.3%	9.8%
	うつ病	81.3%	86.7%	80.8%	68.9%
	自閉症	56.3%	64.4%		
	アルコール依存	93.8%	86.7%		
	神経症	48.4%	48.9%	12.8%	13.1%
受講後	統合失調症	90.8%	95.6%	43.6%	83.6%
	うつ病	98.7%	93.3%	93.6%	80.3%
	自閉症	55.3%	66.7%		
	アルコール依存	96.1%	95.6%		
	神経症	64.5%	77.8%	29.5%	37.7%

【表－14】受講対象別のVignette評価②

	Vignette	ケアマネ	養護教諭	一般従業員	高校3年生
受講前	統合失調症	56.3%	77.8%	10.3%	9.8%
	うつ病	81.3%	86.7%	80.8%	68.6%
	自閉症 (含:発達障害)	65.7%	77.8%		
	アルコール依存	93.8%	86.7%		
	神経症 (含:パニック障害)	54.7%	68.9%	15.4%	14.8%
受講後	統合失調症	90.8%	95.6%	43.6%	83.6%
	うつ病	98.7%	93.3%	93.6%	80.3%
	自閉症 (含:発達障害)	59.2%	91.1%		
	アルコール依存	96.1%	95.6%		
	神経症 (含:パニック障害)	80.3%	88.9%	29.5%	59.0%

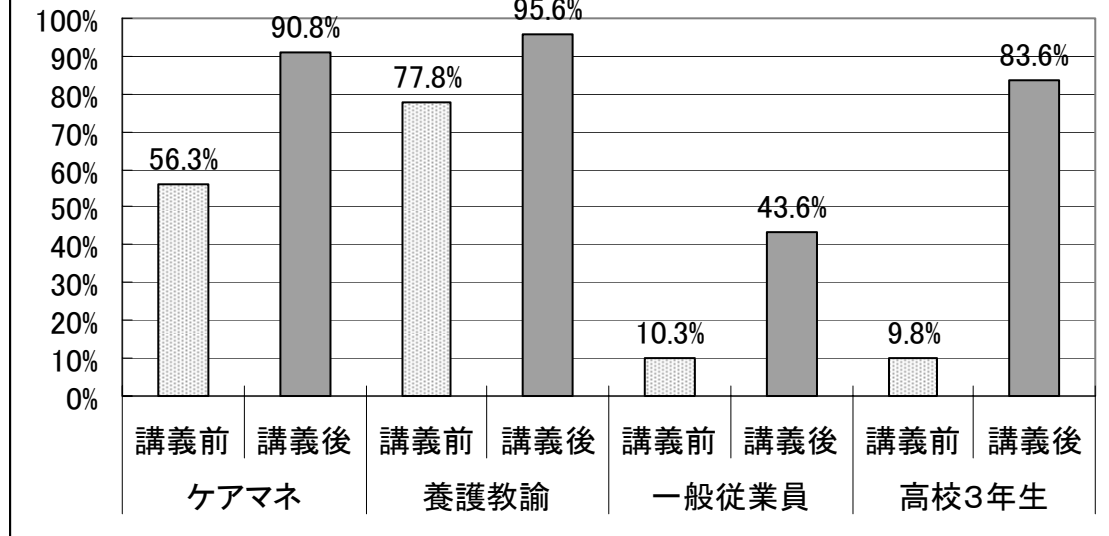
【表－15】疾患別のVignette評価の前後比較①

Vignette	ケアマネ		養護教諭		一般従業員		高校3年生	
	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後
統合失調症	56.3%	90.8%	77.8%	95.6%	10.3%	43.6%	9.8%	83.6%
うつ病	81.3%	98.7%	86.7%	93.3%	80.8%	93.6%	68.9%	80.3%
自閉症	56.3%	55.3%	64.4%	66.7%				
アルコール依存	93.8%	96.1%	86.7%	95.6%				
神経症	48.4%	64.5%	48.9%	77.8%	12.8%	29.5%	13.1%	37.7%

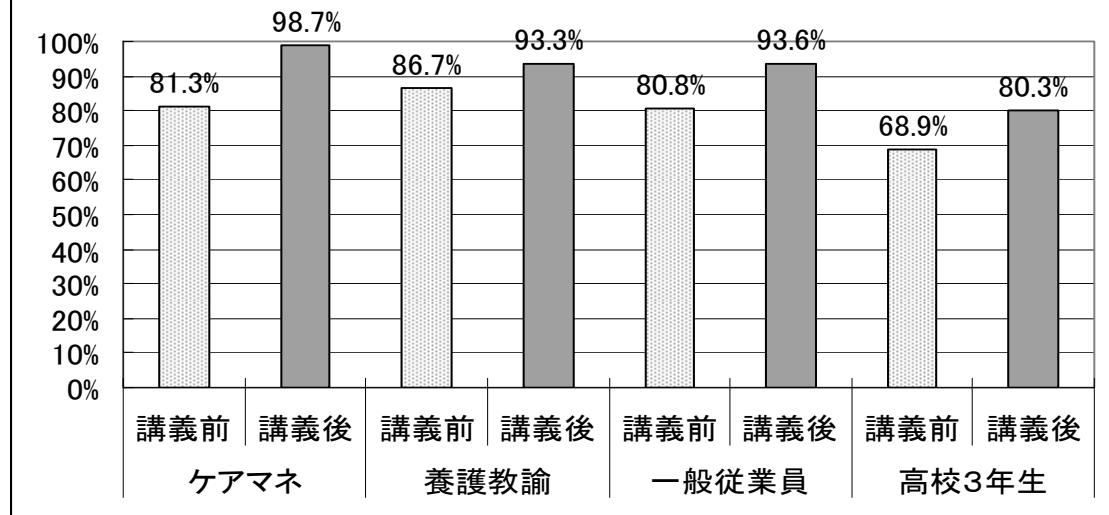
【表－16】疾患別のVignette評価の前後比較②

Vignette	ケアマネ		養護教諭		一般従業員		高校3年生	
	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後
統合失調症	56.3%	90.8%	77.8%	95.6%	10.3%	43.6%	9.8%	83.6%
うつ病	81.3%	98.7%	86.7%	93.3%	80.8%	93.6%	68.9%	80.3%
自閉症 (含:発達障害)	65.7%	59.2%	77.8%	91.1%				
アルコール依存	93.8%	96.1%	86.7%	95.6%				
神経症 (含:パニック障害)	54.7%	80.3%	68.9%	88.9%	15.4%	29.5%	14.8%	59.0%

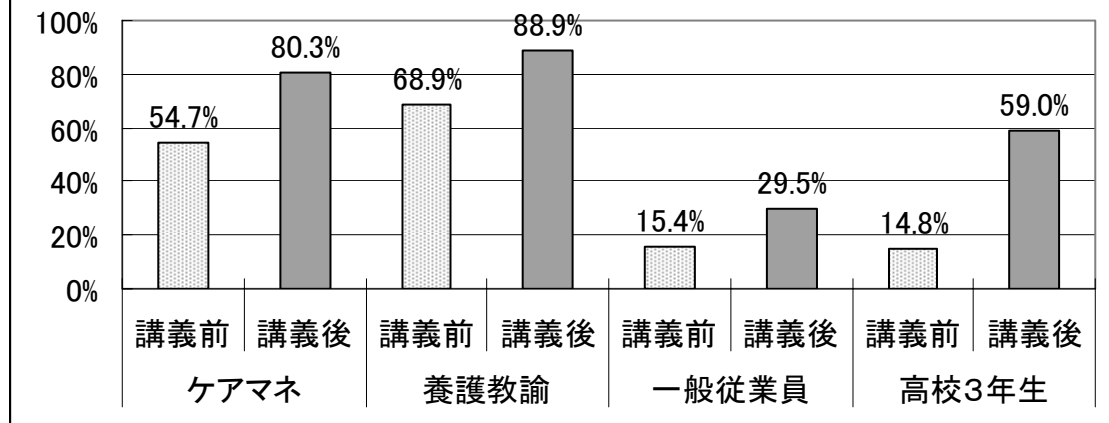
【図-4】統合失調症



【図-5】うつ病



【図-6】神経症
(含:パニック障害)



中学校教職員に対する精神障害の教育的介入

～精神医療機関への紹介数を主とした長期的評価～

研究協力者：厚坊 浩史（南和歌山医療センター臨床心理士）

【要旨】

本研究は、中学校教職員対象の精神障害の普及・啓発を目的とした教育的介入（教育講演）を行うことで、中学校からの各種専門機関（精神医療機関・児童相談所・小児科など精神科以外の診療科）への受診数・紹介数がどのように変化したかを調査したものである。

方法としては、平成18年・19年と2年続けて10月上旬に、管理職・養護教諭も含めた教職員を対象とした【思春期生徒が抱える精神医学的・心理社会的問題の理解と対応】という演題の教育講演を行った。講演内容は、大きく分けて ①思春期生徒の理解 ②精神疾患 ③仮想事例を用いた具体的な理解と対応方法 の3本を柱とした。本研究においては、前述した通り各種専門機関への紹介実数の推移をデータとして取り扱ったため、講演前後でVASやアンケートを用いた意識調査などは行っていない。教育講演はおおよそ1時間程度であり、参加者は初年度28人・2年目は25人であった。

その結果、不登校や引きこもり、生活全般に影響を与える何らかの問題行動を持つ生徒に対する教職員の対応に変化が生じた。具体的には、何らかの精神疾患を持つ可能性のある生徒を教職員が早期に発見し、教職員独自およびスクールカウンセラーなどを通じて精神医療機関へ紹介し、薬物療法や心理療法などを受けた件数が増加した。初年度では、介入前後で9倍（前2件・後18件）、翌年度は初年度後期とほぼ同数（前10件・後11件）となった【表1参照】。

このことより、ゲートキーパーとしての教職員を対象とした精神障害の普及・啓発を目的とした教育的介入は、精神障害の理解と対応の変化に効果があるものと考えられ、また2年目以降も数値が減少していないことから、比較的長い期間にわたって教育講演の効果が持続すると考えられる。

今後は教職員の新たな生徒理解として精神障害の知識を持ち、生徒に対して幅広い対応の選択肢を身につけることで教員の生徒指導における負担が減少する可能性があること、また精神疾患の早期発見は、生徒自身の生活全般への適応、問題行動の改善に大きな影響を与えることが示唆された。今後は同様の研究に不登校の実数の増減と合わせた研究を行うことが望まれると考えられる。

A. 研究目的

厚生労働省のデータによると、成人が抱える精神疾患の約50%は10代中頃までに、約75%は10代後半までに発症しているとされている。つまり成人期において一気に発症するわけではなく、思春期・青年期において既に何らかの前兆が現れている可能性がある。このことは、現在中学校や高等学校に在籍している生徒の何%かが既に何らかの精神疾患を発症していることを意味するものである。それらの早期発見については家庭と同程度の時間を過ごすことになる学校現場での対応が必要不可欠であると考えられる。

本研究では、学校教育現場において生徒と関わる教職員を対象に精神障害の啓発を目的とした教育研修を実施することで、学校現場における精神障害の理解と対応がどのように変化したかについて考察を行うことを目的とする。

B. 研究方法

関西地方の公立中学校教職員を対象とし、2年連続で“思春期生徒が抱える精神医学的・心理社会的問題の理解と対応”という題目の教育研修を行った。具体的には思春期、青年期に発症しやすい精神障害の理解と対応及び精神医療機関の特徴と紹介の仕方などを伝えることを目的とした。研修時間はおよそ1時間程度であり、内容に関しては、まず思春期生徒の理解として①現代社会の特徴 ②中学生の心理的特徴 ③不登校のタイプ(6分類)の総論を述べた。次に精神疾患についての講義を行い、①精神疾患の基礎知識 ②各種精神疾患の説明 ③広範性発達障害の特徴について述べた。最後に、このような特徴を持った生徒への具体的な対応方法を教示するために仮想事例を用いて参加者各自がどのような対応を心がけたのかをディスカッションした。

仮想事例の紹介

生徒：Aくん 14歳（中2） 男子

状態：塾・学校・部活で多忙な日々。元々、成績は学年で上位だったが、最近では以前に比べて思ったほど成績も伸びず、ストレスが溜まっている様子。

性格：非常に頑張り屋で、まっすぐな性格。ちょっとふざけている仲間を見たら、注意することも多く、責任感が強い。

症状：夜が寝付けず、寝てもすぐに目覚める。意欲や気分が落ち込む。ここ数ヶ月、このような状態が継続しており、食事あまり摂らなくなっている。

行動：授業も集中できず、落ち着かない。学校も休みがちに・・・

本人：表情はうつろで、何も言わない

（解説：思考が混乱し、自分の状態を説明出来ない）ある意味、自然反応。多くの子どもは、自分の状態を言葉に出して言えない。

担任：「叱っても、励ましても反応が芳しくない。何が問題なんだろう・・・」

母：「この子が怠けているだけ？家で強く言っても変わらないんです・・・」

このような場合・・・どうしますか？

単なる怠惰・ふざけ、自信喪失では この対応で既に改善しているはず！

対応方法

- ① 更に叱る・励ます ⇒ストレスが増加し、問題が悪化する可能性
- ② 自然に任せる ⇒自然治癒力が低下しているため、時間がかかる。またその間、不登校になる可能性が。

このような場合・・・どうしますか？

(手元にある) うつ病の診断基準を見てみましょう。
いかがですか？

解説：このような場合、学校や家庭で出来る対応は限られてくる。それは、教師や親のスキルや設備の問題ではなく、精神疾患が背景にあるからである。このようなケースに教育的指導を考えると、教師・本人・親ともに疲労感でいっぱいになり、バーンアウトへと繋がる可能性が・・・

この研修は毎年10月初旬に実施し、研修前後（前期：4－9月 後期：10－3月）の各半年間で教職員の精神障害の理解、特に生徒や保護者を精神医療機関へ紹介する件数の変化を計測した。

（倫理面への配慮）

精神障害を抱えているとされる生徒自身及び学校名が特定されないよう匿名とし、データは全て実数化し処理した。また、データは本研究以外に使用することのないようにした。

C. 研究結果

研修初年度については、精神科紹介数が前期2件、研修後の後期は18件と増加した。2年目は前期10件、後期11件であった。同じく、同校に勤務するスクールカウンセラーへのカウンセリング依頼が初年度前期29件、研修後後期が73件となった。2年目は前期79件、後期95件（いずれも延べ実数）であった。→【表2 参照】

同様に児童相談所や小児科などへの各種専門機関への紹介件数は、児童相談所への紹介件数が初年度の介入前後で5倍に増加したものの、翌年度は前年度の介入前の件数の2倍

に増加したにとどまった。また小児科など、いわゆる精神科以外の診療科への紹介件数は初年度、翌年度共に大きな変化は見られなかった。【表3・4 参照】

D. 考察

中学校に在籍する生徒は、思春期の真っ只中ということもあり、人間関係や生活環境、勉強や試験などへのプレッシャーから多くのストレスを抱えている。勉強面に関しては、過度な受験戦争などが挙げられ、生活環境においては核家族化や地域共同体の崩壊、携帯やパソコンなどのコミュニケーション・ツールの普及などから、生徒自身が抱える人間関係能力はますます低下の一途を辿っている可能性がある。また、近年はアスペルガー障害や自閉症、学習障害などといった発達障害の理解が進んでおり、様々な障害を持つ生徒が増えている背景がある。

このような中、学校教職員は生徒の抱える発達的問題、心理的問題などを生徒指導、教育という観点から関わることを求められる。しかし、精神障害や発達障害を背負った生徒へは、これらの対応が適切な効果をなさないことも多々みられる。このような場合、必要に応じて投薬治療や専門的な各種精神療法などを通じたの援助が求められるように思われる。そして、的確な診断技術までには至らなくとも、精神疾患の概念および総論に関する知識を習得することは、生徒理解と対応の幅を広げる意味では非常に有効ではないかと考えられる。

このような背景の中、思春期の生徒と関わる教職員に対して精神障害を主とした教育的介入を行った結果、精神医療機関への紹介数が初年度において介入前後で9倍に及ぶ数値の上昇が見られた。また、同時にスクールカウンセラーへの紹介（生徒や保護者の個別カウンセリング・コンサルテーション依頼）も3倍に増加した。また、精神医療機関への紹介数は、翌年度も同数を維持している結果となった。

また、児童相談所や小児科などの専門機関への紹介件数は、精神科紹介件数に比べ大きな増加は認められなかった。このことは、児童相談所や小児科などに比べ、精神科に対する敷居が学校現場で未だ高いことを示唆するものであると考えられる。しかし、精神障害に関する理解と対応については、学校現場で求められているものであり、実際に教育的介入を行うことで精神医療機関の敷居は幾分低下させることが出来ると考えられる。また、教育的介入を行うことによる効果は、翌年度の精神紹介件数が初年度後期と同数を維持していることから、比較的長い間効果が見られることを示している。この介入によって、教職員が生徒指導や教育活動を行う中で、精神障害という新たな知見を得たことによる意識の変化があったことと関連があると思われる。言い換えれば、精神障害の偏見や誤解が低減し、適切な生徒理解が行われるようになったことが示唆された。

E. 結論

学校教職員に対する精神障害に関する教育的介入は有効であり，精神疾患などの理解と対応が促進された。そのことにより，教職員はゲートキーパーとして生徒自身が抱える精神障害への早期介入，対応が可能となり，スクールカウンセラーなどと連携して精神医療機関への紹介などを行う重要な役割を担うことが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

資料

(表1 精神科・神経科紹介件数の推移)

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
精神科・神経科紹介件数	2		18	10		11

(表2 スクールカウンセラーへの相談件数の推移)

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
SC個別相談件数 (コンサルテーション含)	29		73	79		95

(表3 児童相談所への紹介件数の推移)

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
児童相談所への紹介	2		10	4		4

(表4 小児科・他診療科への紹介件数の推移)

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
小児科・他診療科への紹介	4		7	5		9

資料①

内科治療モデルと精神科治療モデル（発表資料より）

治療の流れ

例) 風邪を引き、内科を受診

- ① 問診・各種検査など
- ② 投薬治療・生活上のアドバイス
- ③ 服薬・療養（自己摂生・家族の協力）
- ④ 服薬終了・再発しないよう予防的行動

では、精神科では？

例) 眠れないので、精神科を受診

- ① 問診・各種検査など
- ② 投薬治療・生活上のアドバイス
- ③ 服薬・療養（自己摂生・家族の協力）
- ④ 服薬終了・再発しないよう予防的行動

内科治療モデルと何ら変わらない

資料②

精神科の偏見についてのスライド

精神科、精神疾患の偏見

- ・ 治らないのでは？
⇒原理的には治療可能
- ・ 薬は依存するでしょ？
⇒服薬管理をしっかりと、問題なし
- ・ 一人で受診は怖い
⇒家族や信頼できる人と一緒に受診可能

資料③

コミュニケーションのコツ

とは言っても・・・よくあるケース①

コミュニケーションのコツ

- ①精神科への抵抗
 - × 調子悪いから、精神科へ
 - 調子を崩さないよう予防のために、専門機関へ
- ②病気じゃない！
 - × 病気だから早く治そう！
 - 病気になる前に、改善しておこう！

とは言っても・・・よくあるケース②

コミュニケーションのコツ

③頭はおかしくない！

⇒頭はおかしくない。気分が不良なだけ。

④自然に治るのを待つ！

⇒自然回復には、多大なエネルギーと時間、環境が必要

専門機関で改善するほうが早い(子どもの大切な時間を奪わないで！)

⑤精神疾患なんかじゃない！

⇒サラリーマンの胃潰瘍と一緒に、ストレスでも調子は崩れる。

子供のうつ・自殺予防のための

絵本を活用した読み聞かせの道徳授業とその効果

研究協力者：夢ら丘実果（画家・絵本作家）
斎藤友紀雄（日本いのちの電話連盟常務理事）
吉澤 誠（児童教育評論家・絵本作家）

（研究要旨）

平成20年の日本の自殺者は3万人を越し、11年連続で3万人を超えており、日本の自殺率は、先進国の中でも非常に高くなっている。欧米などでは、子供の頃から学校において自殺予防の教育を行っている。しかし、我が国では、大人向けの自殺予防の対策を進めているところだが、子供に対する自殺予防の教育は、学校毎に個別の取り組みはあるとはいえ、全国的には殆ど取り組みが行われていないのが現状である。

そこで、日本でも、児童期など早い段階から自殺予防の教育が必要であると考え、自殺の多くの原因であるうつ病について学ぶことができ、うつ予防効果のある絵本を活用した道徳の授業を通じて、うつ予防の教育を進めていった。子供達は、生命尊重、自己評価などについて考えると同時に、「うつ状態」、「うつ病」など精神障害の知見を得た。さらに、教師が、子供達の感想を通して児童・生徒の心の健康状態をチェックし、その結果、うつ状態の把握につながり、早期に適切な対応ができた例もあった。

「うつ予防の心の健康のための教育」は小学生の頃から大切であると思われた。

A. 研究目的

（背景）

日本では、自殺者が11年連続で3万人を超えるという異常な事態が続いている。自殺未遂者の数は、既遂者の少なくとも10倍はいるとされ、40倍という説もある。また、10代の自殺未遂者は、既遂者の100倍から200倍もいると推計されている。「生と死の教育」、「心の健康のための教育」（うつ・自殺予防の教育）は、英国をはじめ欧米、オーストラリアやニュージーランドなどでは1970年代から必要性が叫ばれ、今では各国で、小

学生時代から、この問題を扱う絵本やビデオが学校教育現場で積極的に活用されている。子供達に対する自殺予防の教育については、日本も大いに参考にすべきであると考えられる。

国は、国際自殺予防学会が世界保健機関（WHO）と連携して提唱した「世界自殺予防デー」（9月10日）を取り入れ、さらにこの日から始まる一週間を「自殺予防週間」と制定し、これを啓発活動に力を入れる期間としている。そして、各自治体にも積極的に自殺対策に取り組むように自殺総合対策大綱に定められ、

これを受けて、東京都では平成19年度から9月と3月を「自殺対策強化月間」として取り組み始めている。また、東京都杉並区は、平成20年度から5月と9月を「自殺予防月間」（教育面では「いのちの教育月間」）としている。さらに、埼玉県志木市では、平成20年度から、「5月病」という言葉に象徴されるように、心身に不調を訴える人が多くなると言われている5月に「心の安全週間」を設けて啓発活動に乗り出している。

平成19年6月27日朝日新聞、平成19年5月10日毎日新聞の記事では、小学生の高学年（4～6年生）では10人に1人がうつ状態、中学生では、実に、4人に1人がうつ状態であるという調査結果が出ている。

児童期・青年期の精神障害や不登校などの精神保健問題を放置しておく、大人になってさらに深刻となり、自殺の危険が高まる可能性も少なくない。早期の自殺予防教育と適切な対応が望まれる。

（目的）

上記背景を踏まえ、大人の自殺者の数を一人でも減らすためには、子供の頃からの自殺予防の教育、特にうつ予防対策が肝要である。絵本を活用した読み聞かせの道徳授業も、その目的のために小中学校で行ってきた。

子供の頃から、「うつ状態」から「うつ病」に進行していくという知識や、うつ病などの精神障害が自殺の多くの原因であることを学ぶことは、大変重要で意義深いことであると思われる。また、うつ病や統合失調症などの精神障害に関する知識を得ることは患者達への偏見を失くすことにつながる事が期待できる。そして、自分がうつ状態、うつ病になった時にどの様に対処すれば良いのかという知識を持っていれば非常に役立つだろ

うと思われる。

さらに、教師が、この授業を通して子供達の心の健康状態をチェックし、子供の異変に気づき、早期に子供のうつ状態、うつ病のスクリーニングをすることができれば、「うつ予防の心の健康のための教育」としての効果が得られると考えられる。実際に、絵本を活用した読み聞かせの道徳授業により、これらの効果が得られるかを調査した。

B. 研究方法

【教材】

平成19年9月から平成20年12月にかけて、小中学校の校長達、指導主事達が作成した小中学校用「絵本読み聞かせ道徳学習指導案作成の為の資料」に基づき、絵本『カーくんと森のなかまたち』（ワイズ・アウル社刊 絵：夢ら丘実果 / 文：吉沢誠 / 監修：斎藤 友紀雄 日本いのちの電話連盟常務理事 / 解説：保坂隆 東海大学医学部教授（精神医学）推薦：日野原 重明 聖路加国際病院名誉院長）を活用して、都内を中心に首都圏の小中学校において、読み聞かせの道徳授業を行ってきた。

この教材は、平成19年9月10日の世界自殺予防デーに出版された本である。その内容は、劣等感や疎外感に悩んでうつ状態になってしまっているホシガラスの「カーくん」が、仲間達に悩みを打ち明けて話を聴いてもらい、友達に助けられて、元気、自信を取り戻してゆくという物語である。絵本の主人公は、自分には価値が無いと思い込み、自己評価を低め、自分が必要とされていないと感じ、絶望的になってしまう。主人公は「うつ状態」になっており、先生や友達は、主人公が元気が無いことに気づき、声を掛ける。

そして、周囲の皆に支えられて、自分の良さや周囲の愛に気づき、次第に元気になってゆく。この授業を通じて、児童・生徒達は、「うつ状態」、「うつ病」に関する知識を得ることができる他、社会的に重要な問題である「自殺」について学ぶ機会にもなる。

【ねらい】

小中学校における絵本を活用した読み聞かせの道徳授業の進め方については、先に述べた小中学校用「絵本読み聞かせ道徳学習指導案作成の為の資料」を参考にしている。

この資料では、ねらいとして、絵本の読み聞かせを通して、「ひとりひとりの命が尊いものであり、生きている意義について考える」としている。中学校向けの資料では、小学校向けと同じねらいの他、「人には、その人にしかできないこと、良いところが必ずあることを学び、人の欠点を探したり、個性や特徴をマイナスととらえ非難したりいじめたりするのではなく、長所ととらえ、美点・長所を見つけて伝えることの大切さを考える」こと、「人はひとりでは生きていくことができないことを考え、支え合い、助け合い生きていく意識を高める」ことが、ねらいとなっている。

重要な点は、「死を考える程気分が沈んでいる辛い気持ちの人の心情を考え、そのような人に対し、優しく声掛けし、気持ちに寄り添って話を聴くことが大切であることを考える」こと、「自分自身が、気分が沈んで元気が出ない時には、先生や両親、信頼する友達などに悩みを話してみることにより、気持ちが軽くなる場合があることを考える。『チャイルド・ライン』、『いのちの電話』などの相談機関があることについても知識を得る」ことである。

【授業の展開】

この授業は原則として1時間扱いとする。

1. 導入

教師（指導者）が授業の意味、目的を伝える。現在、心の病気（うつ病）が原因で、自ら命を絶つ人達が大勢いることなどを伝える。

2. 展開

絵本朗読を終えた後に、以下の内容について話し合う。

Q.1 カーくんの元気がないのは、なぜか？

A.1 カーくんは、友達（他者）と比較して、自分には何も良いところがないと思込み、容姿についての劣等感もあった。

カーくんは、うつ状態（心の具合が悪くなり、元気がなくなる状態）だった。その状態が長く続くと、うつ病（心が風邪をひいたような病気の状態）になる。体と同じように心も病気（うつ病）になることがあり、病気が重くなると、心も体も疲れきって死んだ方が良いと考える人もいる。この病気は、頑張れば良くなるものではなく、専門の先生に相談して治療を受けることが大事である。

Q.2 カーくんは、本当に価値のない、ダメな鳥だったのか？

A.2 カーくんは、友達に、体の斑点が夜空の星のようだと言ってもらい、嬉しくなった。森を再生する上で、大きな役割を担っていることも知らされて、自信が湧いてきた。

どんな人にも、その人にしかできないこと、良いところが必ずある。友達の良いところを見つけ、伝えよう。

Q.3 カーくんが元気になったのは、なぜか？

A.3 周囲の皆が、カーくんに優しく声を

掛け、カーくんの辛い気持ちに寄り添い、時間を掛けて十分に話を聴いたから。自分の良いところを伝えてもらい、自分自身が周りから認められている、必要とされていると感じることができたから。

Q.4 カーくんのような友達が近くにいたらどうするか？

A.4 周囲に、少しでも元気がない人がいることに気付いたら、優しく声を掛けて、悩んでいる人の気持ちになって話を聴く。

友達が死を考える程悩んでいることに気付いたら、相手の意思を尊重しつつ先生の援助を求めよう。

Q.5 あなたがカーくんのように、元気がなくなった時、どうすると良いか？

A.5 自分が深く悩んだり、落ち込んだりした時には、ひとりで悩まずに、カーくんのように、先生や両親、信頼する友達などに悩みを話す。

「チャイルド・ライン」、「いのちの電話」などの相談機関もある。（絵本付録に相談機関の連絡先リストが掲載されている。）話すことで、気持ちが軽くなる場合があることを覚えておこう。

ひとりで生きていける人はいない。命は皆、お互いに助け合い、支え合って生きている。友達の個性や特徴をマイナスととらえ非難したりいじめたりすると、心の病気の人には自ら命を絶つ危険もある。命は、全て掛け替えのない大切なもの。カーくんの森の仲間達のように、お互いの個性を大切にし、良いところを伝え合い、認め合い、皆で仲良く生きてゆこう。

児童・生徒達には、カーくんを思う先生や友達の気持ちにも触れ、自分達ひとりひとりが、この上なく周囲から愛された大切な存在であることに気付かせるように心掛ける。

3. まとめ

教師のまとめの話の後、児童・生徒は、自由に書ける書式、または、絵本の印象や作者が伝えようとしている内容を問う質問と、自分達は何をすれば良いかを問う質問などが書かれたワークシートに感想を記入する。授業最後に、何人か発表させる。

授業は、学習指導要領の道徳の内容に添って組み立てられており、教師は、ねらいとする心情に沿った児童・生徒の意見が比較的早く出てきた場合、先に進んで掛けるべき時間を必要なところに掛け、「価値の追求」を図る。また、教師自身の体験談を話すのも、児童・生徒の関心を引き付ける上で有効である。

授業内容は、クラスの実態に合わせ、順序を入れ替えるなど微調整しながら授業をオーダーメイドすることができ、意見の交換と発表、感想の制作と発表にあてる時間を十分に確保するように進行することが望ましい。また、全校で授業を実施することにより、より一層の効果が出てくることが期待される。

さらに、児童・生徒達に絵本の内容をより深く理解させるためには、学校図書館所蔵の絵本をパワーポイントデータなどにして、絵本をプロジェクターで投影しながら朗読することで、より効果が期待できる。東京都杉並区立中瀬中学校の1学年担当教師の評価によると、「画像があると記憶に残りやすく、有効な手法だと思う」とある。（1-⑨）

脳科学者は、読み聞かせが読み手と聞き手双方に脳内活性など良い効果をもたらすと研究報告している。読み聞かせを活用した授業は、指導者と児童・生徒の信頼関係の中で、伝えたい内容を印象に残りやすい方法で伝えると共に、物語の主人公を自分に置き換えて感じ考えた思

いを子供から引き出すことが期待できる。

C. 研究結果

平成19年世界自殺予防デー9月10日に始めた読み聞かせは、平成20年12月までで、小学校8校29クラス897人、中学校5校16クラス611人、計1508人から児童・生徒の感想、及び教師の感想・評価を得た。（添付資料1、2）

まず教師からの感想は以下のものであった。

東京都多摩市立北諏訪小学校3学年の担当教師は、「困ったことがあったら、友達や先生や両親に相談すれば良いということが確認できたことが、子供達にとって良かった」と評価し、この絵本の目的である、ひとりで悩みを溜め込まず、責任ある大人に相談することが大事だということが、しっかりと子供達に伝わっていることが分かる。（1-①）

また、「道徳の項目の中には『自殺』について扱う項目がなく、児童が考える機会を作ってもらえたのが良かった」との感想・評価から、学習指導要領の道徳の内容項目の中に自殺予防教育に関する項目を加えるべきではないかと思われる。

「『自殺はいけない』というメッセージを伝えてもらったことは貴重な体験だった」とある通り、子供達に取って、まさに初めての自殺問題を考える機会になっていたということが分かる。（1-②）

さらに、5月の「心の安全週間」に1学年3クラスに読み聞かせを行った後、現在、1学年の不登校がゼロとなっている埼玉県志木市立志木第二中学校の1学年担当教師は、「今回の授業を通して、『うつ』という『心の病気』は決して中学生にとって、遠い別の世界で起きていることではないこと、中学生にとって毎日顔を合

わせている隣の友達が、そのように苦しんでいるのかもしれないこと、それが『死』につながる可能性があることなど、生徒や教師にとって考えなくてはならない課題であることを気付かせてくれた」と記し、指導者と生徒が共に、「うつ状態」と「うつ病」について学び、知識を得ることができたことを評価している。そして、「教師だけの認識に留まらず、生徒にも義務教育の段階から、うつ病などの心の病気についての知識を学ぶことは、子供達が精神障害に対する偏見をなくす上で、大変有効」と述べ、この学習が、「生徒が互いを尊重し、相手の心情を理解し、思いやる気持ちを持つことにつながり、そのために具体的にどう行動したらよいかを考えることに大きく役立つ」と意見を述べている。（1-⑧）

保健室登校していた児童がこの授業に出席し、その後も通常の授業への出席を続けているという事例もある。全学年で授業を実施した東京都多摩市立南豊ヶ丘小学校校長は、授業後、「心の相談員」のいる「心の相談室」を「気軽に訪れる子供が増えてきているように思う」と感想を述べ、これを「授業の一つの効果」としている。（1-⑦）

このように、「心の健康のための教育」は、効果的なことが分かる。

多くの教師から、この絵本の読み聞かせを取り入れた心の健康のための道徳授業を全国で展開してゆけば良いとの評価を得た。（1-⑧）

この道徳の授業などを活用した「心の健康のための教育」は、日本全国の小中学校の教育現場において行われるように義務化すると良いと考える。保健や保健体育の授業で行う方法もある。

次に、子供達の感想を特徴別に分けると以下のようなになる。

(1) 「自殺問題」について考えたこと、「うつ状態」、「うつ病」について知識を得たことなどが書かれている感想(2-(1))

「自殺はしてはならない」、「心の病気について考えた」、「うつ状態、うつ病について考えた」、「うつ病、心の病気について知らなかったが知識を得た」、「どうして悩むのか分からなかったが、悩む人の気持ちを理解できた(うつや悩みについての認識の変化)」、「悩んでいたら相談したい。悩んでいる人には声を掛けたい」、「電話相談機関の存在について知った」

(2) 自己評価、自他の生命の尊重、思いやりなど、「道徳」の学習指導要領の各内容項目に関連する道徳的価値について書かれた感想(2-(2))

「人にはその人にしか出来ないこと、良いところがある」、「自分の良いところを見つけない。自信が湧いてきた」、「自分のことを無価値な存在だと思っはいけない」、「生きている意味について考えた」、「命はとても大切。友達はとても大切」、「友達の良いところを見つけない」、「いじめ、汚い言葉の使用などで人を傷付けてはいけない」、「人はひとりでは生きていけない。支え合い助け合い生きている」、「ホッとした。勇気、元気が出てきた」、「いじめや自殺などには、今までは気にも留めなかったが、改めて命の大切さを知った」、「何かあったら思い出したい。自分の教訓としたい」、「大切なことを学んだ。自らの行いを改めたい」

(3) 悩みの告白、及び解決策を見つけたなど子供の精神状態が分かる感想(2-(3))

「いじめられていた。いじめなどで悩んでいた」、「いじめをやめられない自

分が嫌だ」、「カーくんのように悩むことがある。悩んでいたが、解決方法が分かった」、「うつになりかけたこと、なったことがあるが、対処方法が分かった」、「悩んでいるのは自分だけではないと知って安心した」、「自殺を考えたことがある。自殺を考えているが、思い直した」、「悩んでいる友達、自殺を考えた友達がいる」

「いつもと様子が違ったり、元気がない友達を見つけたら、放置せず声をかける」、「自分もいじめをしたことがあったけれど、今後は絶対しない」という誓いを立てるなど、自分の経験を基にして、具体的な決意をワークシートに記入する姿勢が窺われた。(2-(1)-⑥-2)、2-(2)-⑦-5)

D. 考察

小中学校用「絵本読み聞かせ道徳学習指導案作成の為の資料」を活用することにより、教師は負担なく授業を進めることができた。

カーくんと自分を照らし合わせて自分の体験などを書き出してくる子供達の感想を通して、教師が子供達の悩みの状態を知るなど、うつ状態、うつ病のスクリーニングの一助となってきた。実際に、教師や養護教諭が子供達を見守り、カウンセリングや専門医の診察などで改善につながるなど、早期に適切な対応が可能となった例もあった。

今後、中学校での読み聞かせの道徳授業の際には、うつ質問表などを用いて、うつ状態、うつ病のスクリーニングのアンケートをすると良いと思われる。また、友達の自殺の危機に気付いた場合には、話を聴くだけで終わらせずに、相手の意思を尊重しつつ、信頼できる大人に適切

な援助を求める対処方法についての教育も必要である。事前に、校長はじめ教師達が協力し、養護教諭やスクールカウンセラー、地域の精神保健福祉センターやいのちの電話などの関連機関と連携が取れるように環境整備しておくことが望ましい。また、保護者への教育と協力も求められる。

日本の子供は、最近の学力テストや国際調査で自己肯定感が低いという結果が出ている。日本青少年研究所が平成14年にまとめた中学生の国際調査によれば、「私は自分に大体満足している」と答えたのは、米国が53.5%で、中国も24.3%以上に上っているのに対して、日本は9.4%に留まっていた。また、平成19年度の国の学力テストにおいて、「自分には、良いところがあると思いますか」という質問に対して、都内の小学6年生の29.4%、中学3年生の39.6%が否定的な回答をしていた。

このような状況を受けて、東京都教育委員会は、平成21年度から、自分に自信が持てない子供の自尊感情を高める指導方法についての研究を始める方針を決めた。いじめや不登校などの教育問題の根底には、子供の自尊心が低い点があると思われるため、向上策の開発に着手することとなった。

うつ状態、うつ病になる子供は自己評価が低くなっているため、自尊感情を高める教育を行う意義は大きい。

E. 結論

子供の自殺対策は、生涯に渡っての自殺予防となるので、非常に重要である。初めて年間自殺者が3万人を超えた平成10年は、前年に金融機関が相次いで破綻したことにより、経済・生活苦による自

殺が激増した。今回、平成20年に起きた100年に一度と言われる世界的な金融危機と急激な景気の悪化が、再び自殺者が激増する事態を招くことになれば、子供への影響も大きくなると予測されるので、自殺対策を強化してゆかなければならない。

いじめによる自殺や硫化水素、練炭による集団自殺など、子供の自殺増加は、我々大人の責任である。家庭、学校、地域社会が、積極的にうつ・自殺予防対策に取り組むことが大事である。

絵本の読み聞かせの道徳授業を行った小中学校の教師からは、高い評価が得られ、子供達の心の健康のために、この絵本の読み聞かせを取り入れた道徳授業を全国展開してゆけば良いという感想を得た。平成20年秋の東京都教育委員会による道徳教育担当指導主事連絡協議会（都内区市教育委員会代表者対象）においては、杉並区における絵本を活用した「いのちの教育」の道徳授業についての実践報告と共に、この絵本を小中学校などで活用することが推薦された。

うつ、自殺予防対策のために、日本においても、小中学校の教育現場で、「うつ」、「自殺」の問題を扱う「うつ予防の心の健康のための教育」に取り組む必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 絵本『カーくんと森のなかまたち』読み聞かせの道徳授業についての教師の感想・評価

① 3学年担当教師（東京都多摩市立北諏訪小学校）

平成19年12月 4クラス 1組36人/2組36人/3組31人/4組38人：計141人

平成20年11月 4クラス 1組32人/2組32人/3組31人/4組32人：計127人

- ・「自分が自分で良かった」とか「友達に囲まれていることが幸せだと思った」、「これからは相談してみたり、相談に乗ってもらいたいと思った」というコメントが寄せられたことが良かったと思った。
- ・深刻に話を聞いていたように思える。「いじめ」について、自分も一度だけしたことがあったけど、しないという誓いを立てるを立てるなど、自分の経験を基にして、具体的な話をワークシートに記入する様子が窺われた。
- ・子供達の側でも、作者の方の思いを十分に説明してもらうことができ良かったと思いました。早速、学級内での指導に活用させていただきました。
- ・子供達の心の中には夢ら丘先生の言葉が強く残っていると思った。困ったことがあったら、友達や先生や両親に相談すれば良いということが確認できたことが、子供達にとって良かったと思う。

② 4学年担当教師（東京都多摩市立北諏訪小学校）

平成19年12月 3クラス 1組40人/2組39人/3組40人：計119人

- ・読み聞かせをしていただいて以降、子供の中でつながりが深まったように思えます。
- ・「自殺はいけない」というメッセージを伝えてもらったことは貴重な経験だったと思う。
- ・道徳の項目の中には「自殺」について扱うような項目はないので、社会問題になっているトピックについて考える機会を作ってもらえたのが良かったと思う。

③ 5、6学年担当教師（東京都杉並区立杉並第六小学校）

平成20年5月 2クラス6年1組31人/6年2組32人：計63人

9月 2クラス 5年1組21人/5年2組22人：計43人

どんな子にも必ずいいところがあるんだというメッセージが伝えられた。自分自身について振り返り、考えることが出来た。それは感想の中から良く分かった。お話が各心の中に響いたのだろう。カー君を自分自身に捉えていた子もいたり、カー君の友達に自分を置き換えたりと、個人個人で受け止め方は違ったが、自分自身をじっくり見つめる時間だった。やはり、この時期の子供達は気持ちが微妙に揺れ動く時期で些細なことでも重大に受け止めてしまう。カー君の話聴いて、気持ちを前向きに持って見方を考えるということも出来たようだ。

④ 6学年担当教師（埼玉県志木市立宗岡第三小学校 平成20年5月 1クラス 39人）

39人の子供達は、相変わらず元気で、楽しい学校生活を送っています。先日、志木市内の小学校8校の6年生が一同に参加する陸上競技大会がありました。他校の6年生にひけをとらず、どの子もみんな頑張ってくれました。

この間の練習してきた二週間は、お互い励まし合い、声を掛け合った日々でした。記録が伸びなかった時には、「ドンマイドンマイ」、けがをしてしまった時には、「大丈夫？」などと支え合ってきました。また、大会当日では、宗三小の友達が出場した際に、自分のことのように「がんばれがんばれ」とみんなで心ひとつにして応援する姿がありました。これは、まさに先生の授業のお陰だと思っています。友達を大事にする気持ち、一人ぼっちにさせない心は、より一層、先生の授業後に確かに育ってきています。

その後、道徳の授業を重ねて来ていますが、先日、子供達に、「夢ら丘実果先生の授業で学んでから、どのように考え方や気持ちが変わりましたか。」というアンケートをとりました。ここに、2人の文をご紹介します。

生徒Aさん：私の気持ちが変わりました。「相手を思いやる」ということは、とても大事なことだと思いました。その日から、「相手を思いやる」を意識し、生活しています。人に親切にすることは、生きていく中で本当に大切なことなので、これからも人に親切にし、人に好かれる人

になっていきたいです。また私は、いろいろなところでいろいろな人に支えられているので、みんなに感謝したいです。そして、私もいろいろな人たちを支えていきたいです。

生徒Bさん：私は、本当のことを言うと、今まであまり気にしていませんでした。でもよく考えてみると、私なりに「変わったかな」と思うことがありました。それは“友達”です。私が悩んでいる時、「どうしたの?」「大丈夫?」など、声を掛けてくれることがあります。とても有難いなあと思うようになりました。だから、逆にそんな人がいた時に、私は声を掛けるようになりました。今だけじゃなく、これからも続けていきたいと思います。

⑤ 6学年担当教師（東京都杉並区立八成小学校 平成20年11月 1クラス 31人）

悩んだ時、一人で落ち込まないこと、人に相談することの大切さについて感想を持つ子が多かったように思います。思春期を迎える子供達にとって、このように考えることができるようになったことは、とても大事な点です。

親からの感想の中にも、今回の講座で「命の大切さ」を扱ってくれたと、好意的なものがありました。

⑥ 6学年担当教師（東京都多摩市立北諏訪小学校

平成20年11月 3クラス 1組31人/2組30人/3組31人：計92人）

- ・とても重要な問題が提起されていて良かったです。
- ・子供達の反応として、「悩んでいるのは自分だけじゃなかったんだ」という光を見つける機会にもなったようです。

⑦ 校長（東京都多摩市立南豊ヶ丘小学校

平成19年9月 1年17人/2年19人/3年22人/4年20人/5年27人/6年17人：計122人）

本校では、悩みを持つ子供や、友達となかなか仲良く遊べなくて、寂しい思いをしている子供などのひとときの居場所として、「心の相談室」という部屋を用意している。ここには、ある一定の日、一定の時間に、「心の相談員」がいて、子供達の話の聞いたり、相談に乗ってあげたりしている。カーくんの授業の後には、気軽に訪れる子供が増えてきているように思う。「悩みがあることは、決して恥ずかしいことではないんだ」「心が病気になることだってあるんだ」ということが自然と受け入れられてきていることを感じる。部屋を訪れた友達同士、打ち解け合ったり、相談員の先生と話をして、すっきりした気持ちで部屋から帰っていく子供が多い。授業の一つの効果と思っている。

各学年週1時間「道徳の授業」がある。カーくんのテーマと最も深く関連する道徳的な価値項目は、「生命尊重」や「思いやり・親切」ではないかと思う。こういった価値内容を扱う道徳の時間において、カーくんの授業で学んだことが、時々子供達の話し合いの中で引き合いに出されることがあると聞く。子供達の記憶の中に、しっかり、カーくんの授業が根付いていることがうかがわれる。また、道徳の時間で学ぶ中で、カーくんの話しを聞いた体験は、命の大切さ、貴さに気付く貴重なものとなっている。

⑧ 1学年担当教師（埼玉県志木市立志木第二中学校

平成20年5月 3クラス 1組38人/2組38人/3組38人：計114人）

読み聞かせの授業は私たち学校現場にとって、新しい視点を与えていただいたと感じています。「うつ」や「自殺」については、そのような現実が身近にない場合には、自分には関係のない世界のこととして通り過ぎてしまうことだったかもしれません。しかし、今回の授業を通して、「うつ」という「心の病気」は決して中学生にとって、遠い別の世界で起きていることではないこと、中学生にとって毎日顔を合わせている隣の友達が、そのように苦しんでいるのかもしれないこと、それが「死」につながる可能性があることなど、生徒や教師にとって考えなくてはならない課題であることを気付かせてくれたと思います。

生徒達は、自分も同じような経験をしていたことに気付いたり、また、自分が悩んでいる友達に寄り添ってあげること、声を掛けてあげることの重要性を改めて学ぶ良い機会になったと思います。

教師にとっても、「うつ」という心の病は大人の病という程度の認識であったところに「うつ状態」や「うつ病」の深刻さや、それが中学生にも現実起こりうることを認識する必要があると思いましたが、教師だけの認識に留まらず、生徒にも義務教育の段階から、うつ病などの心の病気についての知識を学ぶことは、

子供達が精神障害に対する偏見をなくす上で、大変有効だと思います。この学習がまた、生徒が互いを尊重し、相手の心情を理解し、思いやる気持ちを持つことにつながり、そのために具体的にどう行動したらよいかを考えることに大きく役立つと思います。

読み聞かせの道徳授業をした1学年では、子供達の感想をきっかけに教師が子供達の悩みを知ることとなり、その後のフォローにつながっています。生徒の間でも、自他の命の尊重の他、いたわり、思いやりの精神が育ち、授業を行った学年では不登校がゼロとなっています。

生徒にも学習する機会を学級活動や、道徳など学校教育の中で与える必要があると思いました。この絵本の読み聞かせを活用した心の健康のための道徳授業が全国で展開されると良いと思います。

⑨ 1学年担当教師（東京都杉並区立中瀬中学校 平成20年10月 2クラス 1組37人/2組37人：計74人）

- ・「命の尊さ、大切さ」について、考えさせられるとても良い授業でした。夢ら丘さんのお話も、ご自身の体験をふまえての内容で、とても心に響きました。
- ・画像があると記憶に残りやすく、有効な手法だと思います。主題も把握しやすく、内容がとても良かったです。
- ・朝や帰りの学活などで、「カーくん」の話をする場合があります。生徒達の記憶にも鮮明に残っているようで、自分らしさや友達と支え合うことについて、考えさせています。今後も、学級、学年での指導で話題に取り上げたいです。
- ・学級に夢ら丘さんの絵本を置いています。休み時間に生徒が見ては、あの日の授業を振り返っています。夢ら丘さんの読み聞かせは、生徒の心に響き、命の授業としてはとても良い内容でした。学年では、自尊感情を高めるために、いろいろな本を読ませています。今回の題材は最適でした。

⑩ 校長（東京都多摩市立落合中学校 平成20年3月 1年102人/2年94人/3年105人：計301人）

道徳には力のある教材（資料）が何より大事です。子供は心で感じます。「カーくんと森のなかまたち」は、道徳で活用するのに十分過ぎる力を持った素晴らしい絵本です。それを落合中学校<5組>の子供達が劇と音楽の会で証明しました。劇を演じた本人たちは言うまでもなく、それを見ていた保護者の方々、観客の皆さんの心を揺さぶる劇になったことは紛れもない事実です。

2. 絵本『カーくんと森のなかまたち』読み聞かせの道徳授業についての児童・生徒の感想

（1）「自殺問題」について考えたこと、「うつ状態」、「うつ病」について知識を得たことなどが書かれている感想

① 「自殺はしてはならない」

- 1) 「人は他のいろいろな命に支えられて生きているんだということを改めて感じた。一人一人違うところがあっても、それを偏見するのではなくて、その違いが自分らしさなのだから、それを輝かせられるようにしたいと思った。必ず人にはいいところがあるということも良く分かった。命は、喜びや悲しみを感じられる素晴らしいものであるから、その命を簡単に捨ててしまうのは絶対にいけないと思う。もしも周りに悩んでいる人がいたら、話を聞いて、少しでもその人の力になってあげられるようにしたい。心に残る、とても素晴らしい作品だった。」（中学1年女子）
- 2) 「改めて命の大切さを感じた。悲しんでいる人がいたらなぐさめてあげる。自分がやられたら相談する。どんなに心が悩んで、傷ついて、死にたくなっても、絶対に命を捨ててはいけない。死にたくないのに死んでしまう人がいるんだから、どんなことがあっても命を大切に、心が傷ついて死にたくなったら、あらためて命の大切さを感じてほしい。心が傷ついていたら相談してほしい。」（中学1年男子）
- 3) 「私は、『カーくんと森のなかまたち』を聞いて、友達をこれからも、もっと大切にしようと思いました。この絵本は、すごくいい本だと思うし、すごく温かい物語でいいなあと思いました。このごろは、

自殺が増えたりしていると思うので、自殺は絶対やめてほしいなあと思います。それに、自殺じゃなくても、人をせめたり、いじめたいなことは絶対にやってはいけないし、やっぱり一番は、みんな平和にいじめもないのがいいなあと思います。命は大切にしないといけないものだと思います。」(小学6年女子)

② 「心の病気について考えた」

- 1) 「どんな命でも、なくなることは悲しいことだと思います。まだ生きていける命をなくすのは自分でも人でもやってはいけないことだと思い、命はとても大切だと思います。心が風邪を引きそうになったら、誰かに相談したり、自分で抱え込まないようにして、命は絶対に大切にしなければならぬ。人は一人では絶対に生きていくことができないのだから、悩み事があっても話すようにしたり、ストレスを発散して自分流に心の病が起きないようにする。友達が何か変だったら、すぐにそれに気付いて聞いてあげられるようになりたい。命は一つしかないからとても大事。つねに相手の立場になって考えることに注意して人と接していきたい。」(中学1年女子)
- 2) 「この絵本は、すごくいい話だなと思いました。話を聞いただけなのに、すごく大切なことを沢山学んだ気がします。心の病を抱えた人にとって、話し掛けてくれることは嬉しいことなんだとも分かりました。今日、分かったことをこれから活かしたいです。」(小学6年女子)
- 3) 「カーくんは始めは心の病気になりかけていて、自分では何も出来ないといい込んでいた。自分の悩みを他の人に打ち明けたら、カーくんは気持ちが良くなって寝てしまいそうになった。私は、自分にもし悩みがあったとしたら、自殺をする前に、他の人(友達)に相談していると思います。そうしたら、きっと自分は死んではいけないんだ!と思う人もいるかもしれません。」(小学4年女子)
- 4) 「心の病気がどれ程つらいことかが分かりました。感動しました。これからも友だちを大事にしたいです。」(小学3年男子)

③ 「うつ状態、うつ病について考えた」

- 1) 「自分の態度を改めようと思った。自分がされて嫌なことを自分以外の人には絶対にしてはいけないと思う。もし、友人を『うつ病』などにし、最後には命を奪うことになったら、自分に責任は持てるのか。何だかんだ言って“殺人”と一緒にしてしまうと思う。なので、一人一人を大切に、その人の良さを知り、みんなが温かい心を持って欲しいと思いました。」(中学1年男子)
- 2) 「友達を差別したり、いじめたりする事は、その子の命を奪ってしまうかもしれないし、うつ状態という、すごく傷つく状態になってしまうので、絶対にやってはいけないと思う。自分がそういう状態にあっても、絶対、自殺は考えてはいけない。自分を思ってくれる家族がいる。皆、一人一人に価値があるので、それを尊重すべきである。今日は、“命”について学ばせてくれて有難うございました。」(中学1年女子)
- 3) 「必ず100%絶対、人には良いところがあると思った。命は、尊き宝。心も同じ。心が暗くなったりするのは、うつ状態で苦しい。そんな人が身近にいたら、その人に声を掛けて、話を一緒に聞いてあげようと思った。また、僕は、いじめている人も、心の病気だと思った。でも、それは、寂しいとかでやっている人もいて、その人も悲しんでいる。そういう人にも声を掛けてあげようと思いました。」(中学1年男子)
- 4) 「私は、カーくんと同じ気持ちになったことがありません。『カーくんと森のなかまたち』のカーくんも、うつ状態になっていたけれど、仲間たちの薬代わりの言葉が、とてもすごいと思いました。でも、カーくんのような人も、誰かに打ち明けられないといけないと思います。一人ぼっちでいるより、仲間たちの意見を聴いてみることも大切だと思います。お互いに助け合うのは大事だなと思いました。」(小学4年女子)

④ 「うつ病、心の病気について知らなかったが知識を得た」

- 1) 「うつ病というのは、こんなに深刻な病気だとは知らなかったの、知って良かったなと思いました。今日の授業で、『人は1人では生きてはいけない。』という事と『命の大切さ』を知りました。今日は、すごくいい事を知って良かったです。」(中学1年男子)

2) 「ぼくは、『カーくん』と森のなかまたち』を読んで、『うつ』という病気を初めて知りました。『うつ』という名前は知っていたけれど、どういう病気かは初めて知りました。」(小学4年男子)

⑤ 「どうして悩むのか分からなかったが、悩む人の気持ちが理解できた(うつや悩みについての認識の変化)」

- 1) 「悩んでいる人がいる時、人に相談すれば、その人の気が楽になるし、その人の命までも救うことが出来るのなら、私は人の悩みを聞いてあげたいと思いました。命は、喜びや悲しみを感じられるもので、悲しみがつのると、うつ状態になったりする。人を死に追い詰めてしまったりして、言葉とか気持ちって『怖いものだな』と思いました。」(中学1年女子)
- 2) 「どうして自分が嫌になる人はそうなるのだろうと前から疑問に思っていたけれど、この本を聞いて、自分はダメだと思込んでしまってそうになってしまうんだなと思いました。」(小学6年男子)
- 3) 「私は、悩みは無いけれど、世の中には、ああいう悩みを持った人がいるんだなあと分かりました。ああいう悩みを持った人をいじめる側ではなく、助ける側の人になりたいです。とても楽しかったです。」(小学4年女子)

⑥ 「悩んでいたら相談したい。悩んでいる人には声を掛けたい」

- 1) 「私は多くの悩みを持っていて、それを自分の中に置いたままにする事が多いです。全て独りで抱え込み、ほんの少し人に相談して、大体が自分の中に残ってしまいます。苦しくて、今でも悩みが多く残っています。友人や家族に話す事が大切だという事が分かりました。人に悩みを話す事は、あまり上手では無いと思いますが、少しでも悩みを晴らす事が出来れば良いかなと思います。」(中学1年女子)
- 2) 「私は、いつもと様子が違う人がいても、あんまり話さない人と、ほっといてしまっていました。けれど、読み聞かせをしてもらった後、これからは、普段、あまり話さない人でも、様子が違ったら自分から話し掛けて、自分にできることをしよう!!と思いました。自分も、悩んでいる時は、人に相談しにくいから、様子が違ったら自分から話し掛けるのが大切だなと思いました。」(中学1年女子)
- 3) 「この絵本を読み聞かせしてもらって、色々な事を学びました。今、いじめなどで自殺する人がいるけど、もし、信頼できる人に相談していたら、自殺せずにすんだのかな…と思いました。悩んでいる人がいたら、声を掛けて、一緒に考えてあげたいです。」(中学1年女子)
- 4) 「仲間が泣いていたら、共に泣きながら話を聴いてあげるような人になりたいです。そして、自分が苦しくなったら、親や身内の人などに、自分の気持ちを伝えたいです。友達や先生、家族と歩いていきたいです。」(中学1年男子)
- 5) 「自分が悩んでいる時は、お父さんやお母さんに相談したり、友達が悩んでいたら相談にのってあげたいです。人に悩みを話すと心が軽くなったり、生活が楽しくなることが分かりました。」(小学5年男子)
- 6) 「相談する相手は、家族、友人だけじゃなくて、先生とかカウンセラーさんにも相談できることが分かりました。」(小学5年女子)
- 7) 「心の問題は、話をするだけで、ずいぶん楽になるというのが分かりました。思ったことを出すと自分の心がすっきりするのが分かりました。悩み事はためないで、すぐに相談して悩みをためないようにします。」(小学3年女子)

⑦ 「電話相談機関の存在について知った」

- 1) 「もし、まわりに暗いや悩みのありそうな人がいたら、声を掛けるとか、優しくしたいと思いました。私の周りにも、話を聞いてくれる人や、いい所を見つけてくれる人が沢山いるので、安心して暮らせるなと思いました。でも、そんな人が周りにいない人のために、子供の相談にのってくれる電話があるという所が『いい考え』と思いました。そんな電話番号を付録につけている所に感動しました。」(中学1年女子)

② 自己評価、自他の生命の尊重、思いやりなど、「道徳」の学習指導要領の各内容項目に関連する道徳的価値について書かれた感想

① 「人にはその人にしか出来ないこと、良いところがある」

- 1) 「カーくんは、生きている価値がないみたいなのを言っていたけど、人には一人一人みんな生きる価値があると思う。自分のいいところが一つもないと思っても、短所ばかり気にしないで、いいところを探してみた方がいいと思います。」(中学1年女子)
- 2) 「とても良いお話で、今は悩みがない人でも、高学年、中学生になって悩んでしまうような事がおきても、『カーくんと森のなかまたち』を読んでもらって、悩んでいても、このお話を思い出して、一人一人悪い所があれば良い所もあるという事を思いながら、前へ前へと進んでいきたいです。とても良いお話を読んで下さって有難うございました。」(小学4年女子)

② 「自分の良いところを見つけたい、自信が湧いてきた」

- 1) 「私は、自分のいい所なんてないんじゃないかと思っていました。今日の話に出てきたカーくんと同じで、でも、夢ら丘さんの授業の中で、誰にでもいい所、その人にしかない所があるということを知りました。自分のいい所を見つけていこうと思いました。『死にたい』などと考えている人が死んでしまうのか、元気になるのかは、まわりの人にかかっていると思いました。だから、私は、悩み苦しんでいる人がいたら、元気になるように声を掛けてあげたいと思いました。この1時間で、沢山の大切なことを学びました。」(中学1年女子)
- 2) 「わたしは、時々、自信がなくなります。でも、この本を読んでもらって自信ができました。人に言えない悩みがあるけど、今日の読み聞かせですっきりしました。」(小学3年女子)

③ 「自分のことを無価値な存在だと思ってはいけない」

- 1) 「自分は無価値だと思っている人は、自分の長所をあげてみたら、自分にしか出来ない事があると思います。この本を聴いたあとは、命の尊さがあると感じられると思います。」(中学1年男子)
- 2) 「カーくんが最初は誰と比べても、全然いい所がないからすごく落ち込んでいて暗かったけど、仲間がカーくんのいい所を沢山言ったから、カーくんが最初より明るくなったと思いました。だから、ほくも自分はいなくてもいいんだなんて思いません。」(小学3年男子)

④ 「生きている意味について考えた」

- 1) 「生きていることの重さ、大切さ、生きている人(動物も)がみんな生まれてきたことが無駄じゃなくて、その人にしかないものもあるから、みんなが生きていることはすごく意味のあること。やっぱり自分も悩んでいることとかもあるし、友達にあたってちゃったりするけど、その友達は受け入れてくれたりしたから(いろんな友達にそうやって気にしてもらったりしたから)今の自分があるんだと思うし、今の仲の良い友達を作ってきたのも自分達だし、みんな周りの人に支えられていると思うから、いつも友達とかにもちゃんと感謝しないとイケないし、それに周りの人も自分も自分にしかできないこととかあると思うから、『生きている命』を大事にしたいと思った。」(中学1年女子)
- 2) 「『カーくんと森のなかまたち』を見て、友達や仲間ってすごいなと思いました。心の病気はお金や薬では100%は治せないと思います。治す方法は、お金や薬ではなく、友達の愛だと思います。カーくんがホー先生に悩みや考えを話したら気持ち楽になったように、私も困った時には、友達に話し、相談相手となってもらいたいです。カーくんは生きていて立派な意味を持っていました。だからきっと、誰でも生きていて立派な意味を持っているのだと思います。私も、自分の持っている立派な意味を忘れずに生きたいです!」(小学6年女子)

⑤ 「命はとても大切。友達はとても大切」

- 1) 「命の大切さと友達の大切さを改めて感じました。自分の悩みとかも友達に少し聞いてもらうだけで楽になるし、友達が悩んでいたら声を掛けてあげたいと思いました。命も、一つしかない掛け替えのないものだから大切にしようと思いました。その掛け替えのない命を大切にするためにも、お互い支え合って生きていくことが大切なんだなと思いました。あと、たまに私は自分が嫌になる時があります。でも、

『カーくんと森のなかまたち』のお話を聞いて、一人一人みんな違っていいんだと分かり、気持ちが楽になりました。」(中学1年女子)

- 2) 「『命は大切』と言うことは、誰でも知っていることだと思う。だけど、今日の『読み聞かせ』で、誰もが知っている命の大切さとは違う命の大切さを改めて感じた。今までの『命』というのは、『大切な一つの命』ということだけだと思っていた。だが、今日学んだ『命』は、みんなそれぞれ、いいところがあるし、仲間もいる。自分がいじめを受けて、自分の周りには、仲間は誰もいないと感ずることがある。でも、そんなことは絶対にない。いじめを受けても、自分のことを育ててくれた人や、信用されている人や、している人、必ず人は自分の周りにだっている。いじめをするのはいけないこと、『悩みがあるなら相談して』とよく言うけれど、そのことを改めて考えると、実行することはすごく難しいことだと思う。でも、相談せず、一人で抱え込むとさらに悲しくなってしまう。相談するのは悩みの解決につながる大きな一歩でもある。勇気を出して、相談してみるのは絶対にいいこと。だから、自分が悩んだり、人が悩んだりしていたら、相談し、相談にのってあげる。そういうやりとりなどが、『友達』というもの。これからも、友達を大切に、今日の『読み聞かせ』を決して無駄にしないようにしたい。」(中学1年女子)
- 3) 「『命はこんなに簡単に捨ててはいけない』、『友達は大切な存在』、『悩みは聞いてあげる』等、沢山のことが改めて分かりました。友達が悩んでいたら、聞いてあげられるような頼られる人間になりたいです。」(小学6年女子)
- 4) 「命はすごく大切なものだなあと思いました。いじめられている友達がいたら、絶対守ろうと思いました。悪いところばかりではなくて、いいところを見つけようと思いました。」(小学5年女子)
- 5) 「カーくんはみんなをうらやましいと思っていたけど、カーくんも自分でも気付かない間に、逆にみんながカーくんをうらやましいと思っていた。この本を聞いて、みんなの思いやりや温かい気持ちが伝わって来て、すごく自分の命を大事にしたいと思った。」(小学4年女子)
- 6) 「友達がどんなに大切かが分かった。ほくもそういう気持ちになった時はあったので、カーくんの気持ちは分かりました。」(小学4年男子)
- 7) 「命は『もう本当にとても大事なんだよ』という事が分かりました。命の大切さをよく分かることが出来なかった時に、私の心は、やっちゃんいけないんだけど、『やらない』と言ってしまえば、私もいじめられてしまうかもしれないという気持ちがあって、いじめられたくなかったので、『だめ』という事を言わず、いじめてしまった時がありました。でも、もういじめをしないと決心しました。」(小学3年女子)

⑥ 「友達の良いところを見つけたい」

- 1) 「人は助け合って生きていくものだから、いじめたり心を傷つけてはいけない。カーくんは自分かだめだと言っているけど、本当はいいところがあり、森の仲間たちが励ましているところがいいなと思いました。ほくも、友達の良いところを見つけたいです。」(小学5年男子)
- 2) 「私は、自分がいる必要はないなどと考えたことがないので良く分かりませんが、どんな人間にも、必ずいいところが一つはあると話を聞きながら思いました。そして、これからは、他の人のいいところを見つけたら、その場で、その人に伝えてあげようと思いました。カーくんは、悩みを相談する相手が見つかって良かった。」(小学4年女子)
- 3) 「友だちはすごく元気を出す力があると思いました。人のいい所をいっぱい見つけて、言ってあげたいと思います。」(小学3年女子)

⑦ 「いじめ、汚い言葉の使用などで人を傷付けてはいけない」

- 1) 「いじている人は軽い気持ちでやっているのかもしれないけど、いじめられている人はそれを重く受け止めてすごく悩んだり、死のうとしてる人までいるから、いじめなんて止めるべきだと思うし、やっちゃん思いをする人はいないと思います。」(中学1年女子)
- 2) 「今まで僕は、人に対してうざいとか暴言ばかり言って、相手が傷付いているか考えてもいませんでした。けど、今日、本を読んでもらったり、本を読み終わった後の話を聞いて、僕が今まで何気なく使っていた言葉で人を傷付け自殺にまでなることを知り、これからはもう言わないようにしたいと思った。」

(小学6年男子)

- 3) 「言葉によって心が傷付いたり、明るくなったりして、言葉の影響は大きいと思う。なので、自分でも人に使う言葉には良く気を付けようと思う。自分が傷付いたり嫌な目にあったら、隠さずに、家族や先生に相談しようと思う。」(小学5年男子)
- 4) 人の命を奪ってしまう言葉は使わないようにしたいです。その人の命を奪って悲しむ人がいると思うからです。」(小学5年女子)
- 5) 「私は『命が大切』と言う事は知っていました。でも、こんなに大切だとは思っていませんでした。私は、いじめちゃった経験もあるし、いじめられた経験もあります。いじめている時でも、やっぱりいい気持ちにはなりません。いじめられている時は、学童のくつ箱に『死ぬ』とか書かれたり…。その時は、いじめている時の自分がバカみたいでした。やっぱり、いじめている時は、やっても(いじめを)気持ち良くもならないし、いじめられている時は、すごく嫌な気持ちです。これからは、いじめを絶対しないようにします。これからも、命をずっと大切にします。」(小学3年女子)

⑧ 「人はひとりでは生きていけない。支え合い助け合い生きている」

- 1) 「今日の授業で、友達と接する時には、普通というか、悪口を言わず、助け合っていこうと感じました。たまに僕も悩んだりする時があって、その時、お母さんとか友達とかいないと、やっぱり寂しい気持ちになってしまいます。さらに、友達が寂しい気持ちになっている時も見ることがあって、その時、声を掛けられなかったというのが、とてもかわいそうだと思います。今日の授業で、自分の命と友達を大切とする『心』がとても必要だということが、改めてすごく心に響きました。今日は、とても楽しい授業でした。有難うございました。」(中学1年男子)
- 2) 「みんなが助け合って生きていけば、みんなが幸せになれるということが分かりました。」(小学5年女子)
- 3) 「私もカー君のように、同じ気持ちになったことがあるから、カー君の気持ちが良く分ります。いろいろな人に助けられて元気になったカー君。いい仲間たちがいて良かったですね。助け合って生きていけば、死にたいなんて思わず生きていけます。友達の一言で傷ついたり、元気になったり。そうやって人は生きていくんだなあと思いました。だから、私も友達の悪口や仲間ははずれはしません。」(小学4年女子)
- 4) 「ぼくは、この本を読んでもらって、元気をなくしたりしても、まわりのみんなが支えてくれる。ということが一番印象に残りました。ぼくは、悩みができれば、まずは、先生や家族の人に相談して、カーくんみたいにすぐ悩みを消したいと思いました。」(小学4年男子)
- 5) 「ぼくは命の大切さを改めて教えてもらいました。人生には、何度かつらいことや悲しいことがあると思います。人は人の力を借りて生きているんだなあと思いました。」(小学3年男子)

⑨ 「ホッとした。勇気・元気が出てきた」

- 1) 「一番思ったことは、すごく勇気をくれる物語だなと思いました。自分が嫌になっても、助けてくれる友達がいる、自分に良いところは必ずあるなどと、どれも良い言葉ばかりで、聞いているだけでホッとしました。」(小学6年女子)
- 2) 「僕が心に残ったのは、絵本のストーリーです。生まれつき持ったものについて悩み、友達や先生に支えられて元気を取り戻したからです。僕も、そんな感じの状況にあるため、その話を聞いた時に、他にもそんな人がいるのかと思い、早速、同じような子と中休みに話をしました。すると、絵本にあるように、少し元気が出ました。これも、夢ら丘さんのおかげです。これからも、いろいろな子供に元気をさせてあげてください。」(小学6年男子)
- 3) 「私は、この本を読んでもらって、心が温かい気持ちになりました。多分、他の子もそういう気持ちになったと思います。この本を読んでもらってから、私は元気が少し出たと思います。カーくんは、自分はいいいところがないと思っていたところが私に少し似てるな—と思いました。私も、自分のいいところを見つけない—と思いました。」(小学4年女子)

⑩ 「いじめや自殺などには、今までは気にも留めなかったが、改めて命の大切さを知った」

- 1) 「ぼくは、結構TVでいじめや自殺などいっぱい見てきたけれど、別に気にも留めませんでした。でも、この『カーくん和森のなかまたち』を読んで、改めて命の大切さを知りました。」(小学6年男子)

⑪ 「何かあったら思い出したい。自分の教訓としたい」

- 1) 「絵本を見て『いじめがあったらこの本の事を思い出そう』と思いました。そして、誰かが悩んでいた困っていたら、自らその人を助けてあげたいと思います。これから生きていく中で自分の教えにしようと思いました。」(小学6年男子)

⑫ 「大切なことを学んだ、自らの行いを改めたい」

- 1) 「自分も、うざいとかキモイとか言葉を使っている、そんなに傷付くのか…と思いました。実際、思ってもみなかったことだったのでびっくりしました。言っている側からすれば、からかいとかわざとじゃなくても、言われた側は、言われたことが、死ぬとかだったら、現実になってしまうこともあり得る事が分かりました。今日の絵本では、とても大切なことが沢山見つけられ、改めようと思いました。みんな支え合って生きていることをみんなに分かってもらいたいと思います！」(小学6年女子)

(3) 悩みの告白、及び解決策を見つけたなど子供の精神状態が分かる感想

① 「いじめられていた、いじめなどで悩んでいた」

- 1) 「ぼくも、カーくんみたいに、ちょっと悩んだことがありました。ぼくは、前にほんのちょっといやなことをされていました。それで、ちょっとだけ、『ぼくって、いなくてもいいのかな』と思いました。でも、これを見て元気が出てきました。」(小学4年男子)
- 2) 「わたしは、友達に『ハカ』とか『ちび』とか『うざい』と言われていてすごく落ち込んでいて、友達になかなか話ができませんでした。けど、今日、読み聞かせをしてもらって、少しすっきりしました。これから、友達に少し話そうと思います。」(小学3年女子)

② 「いじめをやめられない自分が嫌だ」

- 1) 「僕は、正直に言うと、人をいじめたりしました。そんな自分が嫌でした。やめようとしてもやめられない、どうしたらやめられるのか悩んでいます。他にも、人付き合いが苦手で、いつもいじめられてしまう…そんな悩みを打ち明けると難しいような気がします。勇気を持って打ち明けようと思っても、悩みを溜め込んでしまうから、どんな方法で悩みを消せるか考えてみたいです。」(小学6年男子)

③ 「カーくんのように悩むことがある。悩んでいたが、解決方法が分かった」

- 1) 「今日、この絵本を読んでもらってすごく感動できました。なかなか絵本で感動することは少ないので、『すごいな!』と思いました。私も、自分が嫌と思うところが沢山あります。友達は何であんないい所があるのに、自分にはないんだろうとよく思っています。だけど、『カーくん和森のなかまたち』を読んでもらって、自分では短所と思うことも、他の人から見たら、もしかしたら長所かもしれない。そんな風に思えるようになりました。もし、今日、この絵本を読んでもらっていなかったら、私の考えはそのままであったと思います。これから悩んだりしたら、友達に相談したいし、友達が悩んでいたら相談に乗ってあげたいなと思います。」(中学1年男子)
- 2) 「カーくん和森のなかまたちを聞いて、たくさん感じたことがあります。僕は今まで、あまり良い所がないと思っていたのですが、そうではないことに気がきました。周りの人からすごいと言われてたり、とても自信につながりました。カーくんのように、今、つらい人がいたら、少しでもいいから、相手の力になってあげたいです。母親に怒られた時、つい『一人になりたい』とか『いなくなりたい』と思ったりしました。でも、人は、1人では生きていけない。助け合って生きています。尊い命を大切にしていきたいです。」(中学1年男子)
- 3) 「『自分かいてもいなくても同じなんじゃない?』私は、最近よくこう思います。『何のために生きているんだろう?』 『私のことを必要としてくれる人はいるのかな?』 どれも、答えは良く分かり

ませんが、でも、私の生きがいを、今日の読み聞かせが終わった後に見付けました。人は、やっぱり一人では生きていけない。それが今日、良く分かりました。それにあんまり好きじゃなかった自分。いなくてもいいと思っていた自分。でも、今日、命の尊さを知り、『生きていて本当に良かった!』と思いました。今日は、命の大切さを教えてくれて、有難うございました。何かあった時は、今日のことを思い出して頑張っていきたいです。」(中学1年女子)

- 4) 「最近、意味もないのに友達に蹴られるので、この本のおかげで、今日の夜、お父さん、お母さんに伝える気になりました。有難うございました。他の人の悩んでいる気持ちも分かりました。悩んでいる人を見つけたら相談にのるつもりです。」(小学4年男子)
- 5) 「カーくんが(ぼくなんていなくてもいいけども同じだ)という思いはわたしも一緒です。2年生の妹が母に怒られると、わたしも怒られます。そうすると、(何でわたしも?)と思って母をにらみたくなり、(こんなところいたくない!)って思います。また、母と妹が楽しそうに何かをしている時もくやしい気持ちでいっぱいです。でも、一人一人いいところがあるんだよ。ということと命の大切さを教えてもらって少し安心しました。」(小学3年女子)

④ 「うつになりかけたこと、なったことがあるが、対処方法が分かった」

- 1) 「うつになっている所が一番印象に残りました。この絵本を通じて、命の事について良く学びました。私も昔、イジメにあっており、うつになってひどい状態になっていました。でも、そんな時でも、友達がいつも心の支えとなって今まで生きてきました。あの時、友達がいなかったら、私もカーくんのようにつまらなくなっていたと思います。自分が何のために生きているのか、そして命を大切にする気持ちをこの絵本に学びました。」(中学1年女子)
- 2) 「私もうつ病もどきになった事があって、『自分はどうして生きているんだろう』とか『別に私1人いなくても世界が壊れるワケじゃないし』とか考えた事がありました。人と比べて、『私って、何やってもダメだな』と思う事も沢山ありました。なので、自然とカーくんと自分を重ねていました。『こんな私でも、何か1つくらい、いいところがあるんじゃないかな』と思いました。これからは、もう少しポジティブに頑張ろうと思います。」(中学1年女子)

⑤ 「悩んでいるのは自分だけではないと知って安心した」

- 1) 「前に死にたい…と思った事があったんだけど、今日のお話を見て、悩んでいるのは自分だけじゃないんだと思った。自分の場合、家の人には、なんか『ウソじゃないの?』と思われそうで、相談できるのは二人の友達と先生だけでした。いつもは一人じゃないから、あんまりそう思わないけど、一人になるとそう思ってくるから、もうちょっといろんな人に相談してみようと思った。カー君みたいに相談できる人を増やして、もうちょっと心を軽くしたい。」(小学4年女子)
- 2) 「私は少し足が遅いので、少し嫌で、カーくんみたいだったけど、『カーくんと森のなかまたち』を読んで、誰にでもいいところは絶対あるんだということが分かったので、とても良かったです。始めて聞いた本なのに、とても落ち着きました。私も、困ったことがあったら、先生やお父さんたちに話すようにします。悩んでいる人は私だけで、いいところなんか一つもないと思っていましたが、読んでみて、いいところは誰にも一つはあるということが分かりました。良かったです。」(小学4年女子)

⑥ 「自殺を考えたことがある。自殺を考えているが、思い直した」

- 1) 「カーくんと私は少しかぶるところがあると思う。自分つまらないと思うし、というか全てどうでもいいと思う。興味がわからない。消えてしまいたいとはいつも思っているし。でも、絵本を読んで、自分と同じようなカーくんが、仲間に励まされて、立ち直るのを見ていたから、私も、友達に相談するのもいいかなあと思いました。『消えたい』という表現はとても共感できた。死んだら、きっとほんの少しくらいは悲しむ人もいてくれるだろうし…。それに、葬儀代かかるし。消えていなかったことになればどんなに楽か…。」(中学1年女子)
- 2) 「存在する必要性のない生き物なんてないんだと知りました。僕も死を何度か考えたことがあるので、自殺しなくて良かったです。僕は、何の意味で生まれてきたのか知りたいです。僕には、どんな個性があるのかなと思いました。いいお話だと思いました。」(小学6年男子)

- 3) 「この本は、カーくんが自分がイヤな時にホー先生に話したりしていたのは、やっぱり自分の命をなくすのを防いだので、すごくいいと思いました。私も、自分がイヤになって、命をなくそうとしました。私は、この本で、とても励まされました。この授業がなかったら、今でも続いていたかもしれない。私は、この本はすごくいい本だと思います。本当に有難うございました。」(小学6年女子)
- 4) 「私は、この勉強をして、とても命は大切なんだなあと思いました。私もいじめをされて最初はすごくいやと感じたり、すぐ、死にたいと思ったことがありました。いじめに負けず家族に話したりしていじめを自分の力で無くしたいです。」(小学5年女子)
- 5) 「私は、カーくんと一緒に悩んでいて、自分なんていらないうたと思ってたけど、『カーくんと森のなかまたち』を読んで、自分のいいところをいいな〜と思っている人もいるのかなと思いました。すごくいいお話でした。一人一人が違う自分のいいところを持って、自分と人の命を大切に生きてみたいです。自分のことを自分で嫌いだなんて思わないで、今の自分を好きなままにしたいです。」(小学4年女子)
- 6) 「『カーくんと森のなかまたち』で一番心に残ったことは、カーくんが自分と仲間たちのおかげで、ぼくはぼくでいいと思ったのが感動しました。ぼくも、よく『死にたいな』と思いました。けど、友達や家族のおかげで今は死にたいとは思いません。また、機会があったら、もう一回読んでみたいです。」(小学3年男子)
- 7) 「最初のカーくんは悲しそうだったけど、最後のカーくんはうれしそうで良かったなと思いました。わたしも、カーくんみたいな時があって、生きていない方が良かったと思った時がありました。でも、今は、友達がいるから、その時の気持ちはもうありません。」(小学3年女子)

⑦ 「悩んでいる友達、自殺を考えた友達がいる」

- 1) 「私は、今日のお話を聞いて、カーくんはすごいなあと思いました。なぜかという、自分で悩んでいることを、ホー先生に相談できたからです。普通なら、一人で悩んでしまうことが多いと思うし、実際、私の周りにも、そんな友達がいっぱいいました。なので、私も、カーくんのように悩んでいる時は、一人で悩んでいないで、取り敢えず、誰かに相談したいと思います。そして、悩んでいる友達がいたら、ホー先生のように、相談に乗ってあげたいと思いました。」(中学1年女子)
- 2) 「森の仲間たちは、とても友達思いで、優しくしてくれるいい仲間だなと思いました。わたしの友達には、前に死にたいなと思っていた友達がいました。その子は様子がおかしく、とても暗くなっていました。つらそうだなと思って、少し元気付けてあげました。」(小学6年女子)

*以上の各文章は児童・生徒の感想文の一部を抜粋したものである。読みやすくするために一部漢字に直した。

劣等感「ほくなんか…」 カーくんだって生きています

10日からの自殺予防週間を前に、命の大切さを描いた絵本「カーくん」と森のなかまたち」が出版された。身近な人を自殺で失った経験を持つ東京都多摩市の画家、夢ら丘実果さん(39)が原作と作画を手がけ、精神科医らが監修した。夢ら丘さんは同週間に合わせ、小学校などで絵本の読み聞かせに取り組み。



多摩市の小中学校の司書らに絵本を読み聞かせる夢ら丘さん

ただ 一つの命

絵本は鳥たちが住む森が舞台。主人公のホシガラス「カーくん」は、轟く飛んだり、羽が美しかったりする友たちを見て劣等感を抱く。「ほくなんか、いてもいなくてもいいみたい」でも、カーくんの羽には星みたいな模様があるし、木の種をあちこちに運んで森を育てている。心配した友たちからこんな言葉をかけられ、カーくんは生きる自信を取り戻す。あえて自

知人失った画家 ■ 絵本に願ひ

自殺を直接取り上げず、追い込まれてしまう心理や、再生への道筋を描いた。夢ら丘さんは「カーくんのような気持ち」になったことがある。ぜんそくで体が弱く、いじめられたこともこのころ。5年前に交通事故で遭い、手足がしびれる後遺症で家事や仕事を満足にこなせなくなった時、立ち直るきっかけをくれたのは、自分の存在を認めてくれる家族や友人だった。十数年前には身近な人が自殺し、自分を責めた。夫を亡くし、一人で暮らしていたその人の孤独に、なぜ気がなかつたのか。年間3万人を超す自殺者がいるというニュースに触れ、何かしなくてはという思いから絵筆を執った。

作成にあたり、自殺予防に詳しい精神科医の保坂隆・東海大教授や斎藤紀雄・日本のちの電話連盟常務理事らにアドバイスをもらった。保坂教授は「いじめなどについて考える教材にもなる。自分自身自殺の問題に関係ないと考えている人にも読んでほしい。周りに悩んでいる人がいないか、気を配るようになってほしい」と話している。

夢ら丘さんは10日から、多摩地区の小中学校などでこの絵本の読み聞かせを行う。「つらい思いを抱える人に気付くことができようかな、優しい世の中に」との願いを込め、依頼されればできるだけ出向きたいという。

あなたがいてよかった

友だちを失った、ぼくは、涙を流した。10年かかると聞かされた。自殺予防週間を前に、命の大切さを描いた絵本「カーくん」と森のなかまたち」が出版された。身近な人を自殺で失った経験を持つ東京都多摩市の画家、夢ら丘実果さん(39)が原作と作画を手がけ、精神科医らが監修した。夢ら丘さんは同週間に合わせ、小学校などで絵本の読み聞かせに取り組み。

「あなたがいてよかった」という言葉が、心に残っている。心に残っている言葉が、心に残っている。心に残っている言葉が、心に残っている。



画家・絵本作家 夢ら丘実果 (39)

「あなたがいてよかった」という言葉が、心に残っている。心に残っている言葉が、心に残っている。

「あなたがいてよかった」という言葉が、心に残っている。心に残っている言葉が、心に残っている。

くらしナビ 子ども Kids

kurashi@mbx.mainichi.co.jp



東海大医学部 保坂隆教授

保坂教授写真1に対処のポイントを聞いた。

身近な大人が変化に気付いて

保坂教授写真2に対処のポイントを聞いた。

元気な子供、食欲不振、遊ばなくなるなど、うつ状態を示す子どもの中にはうつ病やその予備軍、統合失調症などいろいろなケースが含まれる。それらは服薬や環境を整

えらすることでコントロールできるし、適切な手助けで改善するケースが圧倒的。それが正しく認識されていない。

理解されるのがいじめとの関係。いじめ即自殺ではない。むしろ、うつ状態があり、そのおとなしさがターゲットになりやすい面がある。

大切なのは、親教師、養育教諭など身近な大人が正しい知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。理由を聞かず頑張らせたり、しかつたり、見つけ出し、その声に耳を傾けてほしい。理由を聞かず頑張らせたり、しかつたり、見つけ出し、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。理由を聞かず頑張らせたり、しかつたり、見つけ出し、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。

知識で、子どもの心の状態に気付くこと。元気がない、憂鬱が強いなど、その状態が明らかになり、安心して心を手助けされる環境を作り、その声に耳を傾けてほしい。

心も疲れることがある



志木市立第二中学校で読み聞かせの授業をする夢ら丘さん

自殺者が年3万人を超す日本。うつ病を患っている人が多くとみられ、子どもも例外ではない。心の状態に早く気付くにはどうしたらいいのか。

東京都の画家、夢ら丘美果さん(40)は昨年、友人の自殺や、交通事故の後遺症で自分うつ状態になった経験から、自殺予防の絵本「カーくんとなかのなかまたち」を出版

市内の小中学校で実施した。

「心も疲れることがある。自分がそうになったら、だれかに話してみよう。元気がない友達がいたら声をかけて話を聞いて。ならない、いじめられたら、1年生の授業で夢ら丘さんへ呼びかけた。

授業後、子どもたちからは「うれしいときは人に頼っていいし、自分もつらい人を救えるんだ」と思

市内の小中学校で実施した。

「心も疲れることがある。自分がそうになったら、だれかに話してみよう。元気がない友達がいたら声をかけて話を聞いて。ならない、いじめられたら、1年生の授業で夢ら丘さんへ呼びかけた。

授業後、子どもたちからは「うれしいときは人に頼っていいし、自分もつらい人を救えるんだ」と思

市内の小中学校で実施した。

「心も疲れることがある。自分がそうになったら、だれかに話してみよう。元気がない友達がいたら声をかけて話を聞いて。ならない、いじめられたら、1年生の授業で夢ら丘さんへ呼びかけた。

授業後、子どもたちからは「うれしいときは人に頼っていいし、自分もつらい人を救えるんだ」と思

2007年12月3日(月)毎日小学生新聞一面記事

「寄る添う仲間 大切に」

東京の画家が絵本出版

あすから「自殺予防週間」

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

2007年9月9日(日)朝日新聞生活面記事

「寄り添う仲間 大切に」

東京の画家が絵本出版

あすから「自殺予防週間」

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

2007年12月3日(月)毎日小学生新聞一面記事

「寄る添う仲間 大切に」

東京の画家が絵本出版

あすから「自殺予防週間」

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

2007年9月9日(日)朝日新聞生活面記事

「寄り添う仲間 大切に」

東京の画家が絵本出版

あすから「自殺予防週間」

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。自殺予防週間は、毎年11月11日から17日まで。今年は11月11日から17日まで。

毎日小学生新聞

夢ら丘美果さん(画家)

「カーくんとなかのなかまたち」

読み聞かせ

「心も疲れることがある。自分がそうになったら、だれかに話してみよう。元気がない友達がいたら声をかけて話を聞いて。ならない、いじめられたら、1年生の授業で夢ら丘さんへ呼びかけた。

授業後、子どもたちからは「うれしいときは人に頼っていいし、自分もつらい人を救えるんだ」と思

毎日小学生新聞

夢ら丘美果さん(画家)

「カーくんとなかのなかまたち」

読み聞かせ

「心も疲れることがある。自分がそうになったら、だれかに話してみよう。元気がない友達がいたら声をかけて話を聞いて。ならない、いじめられたら、1年生の授業で夢ら丘さんへ呼びかけた。

授業後、子どもたちからは「うれしいときは人に頼っていいし、自分もつらい人を救えるんだ」と思



ここらの安全週間

ひとりの心はみんなのやさしきで支える

志木第一中 埼玉県志木市

画報家 夢ら丘実果さんら命の大切さテーマに授業

夢ら丘実果さんら命の大切さテーマに授業
志木第一中 埼玉県志木市
画報家 夢ら丘実果さんら命の大切さテーマに授業
授業の様子
夢ら丘実果さんら命の大切さテーマに授業
夢ら丘実果さんら命の大切さテーマに授業
夢ら丘実果さんら命の大切さテーマに授業

晋小学生新聞

毎日小学生新聞

わかる・できごと



朝礼では「いのちの大切さ」の斉読会と先生の講話がありました

いのちの大切さを学ぶ

朝礼では「いのちの大切さ」の斉読会と先生の講話がありました
朝礼では「いのちの大切さ」の斉読会と先生の講話がありました
朝礼では「いのちの大切さ」の斉読会と先生の講話がありました



自らが深刻な社会問題に
なる中、子どもたちに命の
大切さ、孤立やいじめの怖
さを伝えていくこと、小中
学校で「いのちの授業」が
広がっている。東京都杉並
区での取り組みを紹介す
る。(安藤 明夫)

健康

生活

「いのちの授業」広がる

東京都杉並区 自殺予防への試み

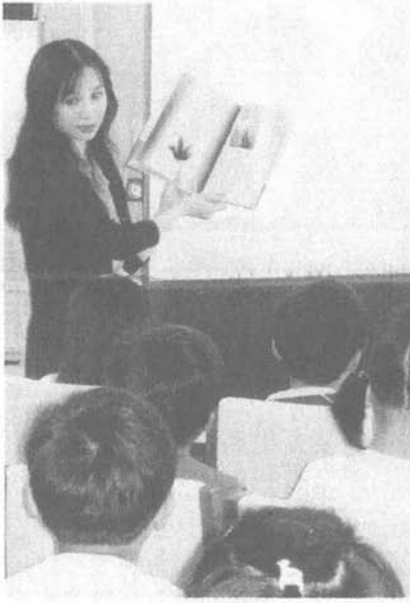


読み聞かせの授業をした。
教材は、夢ら丘さんが手
掛けた絵本「カーくんが森
のなかまたち」(文・吉沢
誠、ワイス・アール刊)。
主人公のホンジカラスのカ
ー君は、何も持たない
自分をつまらなく思えて、
劣等感を抱いている。友達
のアマツバメはかっこよく
飛び回るし、ヤイロチヨウ
は色とりどりの羽が美し
い。クワツクミのさえずる
声がきれいだ。
そんな悩みをシマフクロ
ウのホー先生に打ち明ける
うちに、いつの間にか眠っ
てしまったカー君は、夢の中
で孤独な世界を体験し、友
達の大切さを痛感。目覚め
た後、友達に励まされ、自
分の魅力に気付いていく
という話。
読み聞かせの後、夢ら丘
さんは、カー君を「心の病
命が成長していく。つらい
ときはだれかに話して受け
止めてもらうこと、心が
軽くなっていく。悲しみが
打ち明け、涙を流すこと
で、すがすがしいやされ
た気持ちになる。分かります
という言葉で、心の動きを説
明している。斎藤さん自
身、小学生のときにお父さ
んを失くし、学校に行くの
が怖かったが、中学校の
先生が自分の気持ちを受け
止めてくれて、だんだん学
校が楽しくなった、とい
う。

つらい時は話して 悩みを支え合うこと伝える

気にならけていた。そこ
にいじめが加わったりする
と、本当に危険な状態にな
る」と説明。そして「人は
支えあって、助け合って生
きている。自分が悩んでい
る時は誰かに話をしましょ
う。悩んでいる人がいたら
声をかけて話を聞いてあげ
よう」と呼び掛けた。
また、夢ら丘さんは交通
事故で右半身がしびれ、絵
が描けない状態になって悩
んだが、小学生の娘から励
まされ、元気になったとい
う体験も話した。
児童からは「人の体形と
か名前をからかっているけ
いな」と分かった。「自分の
いいところを見つけてくれ
ると感じた」「自分がホー先
生のようによさしく声をか
けられるかどうかが、など真
摯な感想が寄せられた。
同区では、今年から五月
と九月を「自殺予防月間」
として、さまざまなキャン
ペーンを実施。いのちの授
業もその一環。
斎藤さんは「落ち込んで
いる子への対応は授業で簡
単に説明できない。つらい
気持ちを受け止め、みんな
で支え合う環境をつくるこ
とが基本と思う」と強調。「いのち
の授業はまだまだ
試行錯誤の段階。
教材の事例集を作
るなど、よりよしく
して、つらいく
い」と話す。

自殺予防デー 絵本読み聞かせ命の授業



世界保健機関(WHO)が定めた「世界自殺予防デー」(9月10日)に、東京都杉並区の杉並第六小学校で絵本画家の夢ら丘実果さん(40)が、自ら手掛けた絵本を読み聞かせ、命の大切さを訴える授業をした。写真。

夢ら丘さんは昨年、絵本「カーくんと森のなかまたち」を出版。取りえがなくなり生きる価値がないと悩むホシガラスの「カーくん」が、周囲の支えで意味のない命はないことを知り、立ち直るストーリーで、東京都多摩市などで同様の授業をしてきた。

2クラス計約40人の5年生を前に、夢ら丘さんは、ぜんそくを患った子供のごろに、いじめに遭ったことや、交通事故の後遺症に苦しみ、死にたいと思った状態から立ち直ったことなどの体験を話した。

絵本を手にとって夢ら丘さんは、人にはそれぞれ良いところがあると強調し、「元気がなくなると心の病気になるって命が奪われることがある。元気がない人は隣にいるかもしれない。言葉は人を元気にさせることもできます」と訴えた。

2008年11月18日(火)毎日新聞社会面記事

こもれび

そばにいるよ

「僕なんていなくてもいいみたい」。11日、東京都多摩市の北諏訪小。6年生92人を前に、同市の画家兼絵本作家、夢ら丘実果さん(40)は自作の絵本「カーくん」の森のなかまたちを読み始めた。2年目を迎えた小中学校での読み聞かせ。きっかけは長女美奈子さん(14)の一言だった。

夢ら丘さんは02年1



読み聞かせする夢ら丘さん

月、自宅近くで車にはねられた。頸椎を痛め手足にしびれが残った。10年間握り続けた絵筆すら重

く感じ、一枚の絵を描くのに1カ月以上かかった。家事もままならず、家族への申し訳なさは募るばかり。数カ月後、当時小3だった美奈子さんに思わず漏らした。「死んじゃいたい」「私はママがいるだけでうれしいよ」。娘の言葉に胸が熱くなった。

約2年のリハビリを経て体調は回復。絵本の製作にかかった。取りえがないと思ひ込んでいたホシガラスのカーくんが友達を励まして自信を取り戻すストーリー。自らの体験を基に描いた。

昨年9月に読み聞かせを始め、以来、児童生徒数千人から感想文が寄せられた。いじめや不登校など小中学生が抱える悩みを肌で感じてきた。そんな子供たちに伝えたいメッセージがある。

「みんな独りぼっちじゃないんだよ」

【堀智行】

データファイリングシステムを用いた女性専用外来受診者の疾患分類と 治療介入効果の解析

分担研究者：天野 恵子（千葉県衛生研究所 所長）

研究要旨：

我々は、平成 15 年から 18 年にかけて、全国に展開される女性外来患者を対象としたデータの集約と解析を目的に、ITを活用したデータファイリングシステムを構築し、女性外来データファイリングは平成 15 年度から、女性外来対応自己問診票は平成 18 年度から運用が開始されている。平成 20 年度はデータファイリングシステムを利用して、女性外来受診者の疾患分類を行うとともに、自己記入式問診票(FS-36,SRQD,STAI)による女性外来受診後 QOL 指標改善度について解析した。

- ①全国の受診者実態はどの年代も精神科疾患が2～3割をしめる。女性医療では、メンタルヘルスが今後の課題となる。
- ②地域、女性外来担当医師の専門性により患者の疾患分布は異なるも、40歳以下は婦人科疾患、中年は更年期障害、高齢者は器質的疾患が多い。
- ③SF-36,SRQD,STAIで見た場合、医療介入効果はメンタルの症例で高い。

今後の課題は、自律神経失調症に対する治療ガイドライン、実践的な女性メンタルヘルスガイドラインの作成が必要と考えられた。

A. 研究目的

女性外来の受診者に対して、女性特有の症状・疾患・背景因子などの診療情報を整理して、多くの医師が共有し合えるインフラ環境の構築と同時に、女性外来の評価において重要な項目として、女性外来医師の治療的介入がどのような効果をもたらし、患者がどのような経過をたどって軽快していくのかを客観的に評価することができる仕組みを構築し、エビデンスに基づく女性外来の治療介入を確

立する。エビデンスを積み重ね、女性外来分野における診療ガイドラインの策定と、クリニカルパスの浸透を図り、女性外来診療の質の平準化を目指すことを目的とする。

B. 研究方法

1. 女性外来データファイリングシステムの構築：女性外来患者の実体を明らかにするため、全国に展開される女性外来

ITを活用したデータファイリングシステムを平成15年から平成18年にかけて構築した。データファイリングシステムは、医師が診療情報を登録する女性外来データファイリングと、患者自身が問診を登録する女性外来対応自己問診票から構成されるWebシステムである(図1)。女性外来データファイリングは平成15年度から、女性外来対応自己問診票は平成18年度から運用が開始されている。最初にこのシステムの概要と特徴ならびに詳細を記す。

A.データファイリングシステムの概要と特徴

(1)女性外来データファイリング

これまでの女性外来における臨床経験に基づき、女性特有の症状・疾患・背景因子などの診療情報を細分化したテンプレートを生成した。大分類から細項目をポップアップリストで一度に表示させることにより、入力が簡便に行うことができる(図2)。診療情報や施設情報のコード化と施設毎に重複しない固有の患者IDにて管理されるデータベースの構造にて、データを出力する機能を有し、統計解析を視野に入れ、二次利用できるように設計されている。出力されたデータには患者を特定する情報を排除し、個人情報の保護にも考慮した。また、症状、診断、治療などの細目に関しては、実際の診療現場においても参考にできるものになっている。データファイリングで可能となる解析を【表-1】に記す。

(2)女性外来対応自己問診票

問診票は、医師の治療的介入の判断を支援することが目的であり、患者自身の自己問診により、女性外来受診患者の治療経過の評価尺度を客観的なスコアとして解析することができる。評価指標としては健康管理面の指標 SF-36 (HRQOL)、精

神面の指標SRQ-D (東邦大式抑うつ尺度) およびSTAI (特性不安検査) の3種を適用した。とくにSF-36は、患者の健康状態を細かく把握することができ、具体的な介入効果を受診者に示すことが出来るため、受診者の満足度にもつながる。問診票にはタッチパネル液晶端末を用い、質問を1問ごとに見やすく表示し、回答する選択肢を触れると次画面に進める簡便な操作方法であり、高齢者でも負担を軽減させるよう考慮した。問診票に履歴管理を設け、登録するタイミングを初診時、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後の評価尺度のスコアを追跡することで、治療経過に基づく治療介入の分析が可能となる。出力形式は図4に示すように、検査ごとに点数が示されている。また、問診票は、女性外来データファイリングの患者サマリと連動しており、女性外来の対象患者を施設内で使用している患者IDと生年月日の入力条件で制限させることができる。

問診票の画面は、患者認証後に注意事項が表れ、操作説明を経て問診票登録に進み、最後に同意説明で終了となる(図3)。患者認証は、患者番号(施設で管理している患者ID)と患者の生年月日をタッチキーで入力すると、女性外来データファイリングに登録されている患者サマリと照合し、女性外来対象患者であるかを認証する。

OSF-36 (健康管理) 問診登録; 質問は、1問1答で回答欄に当てはまるタッチキーにより回答し、次の質問に順次進め、36問で終了。

OSRQ-D (うつ病) 問診登録; 質問は、1問1答で回答欄に当てはまるタッチキーにより回答し、次の質問に順次進め、18問で終了。

OStAI (現時点の不安) 問診登録; STAIは、現時点と日常における状況と問診が2分する。初めに現時点による質問を、1問

1 答で回答欄に当てはまるタッチキーにより回答し、次の質問に順次進め、20問で終了。

OSTAI（日常の不安）問診登録

続いて日常による質問を、1問1答で回答欄に当てはまるタッチキーにより回答し、次の質問に順次進め、20問で終了。

○同意説明 全ての問診が終了すると問診データを EBM 解析に利用する同意説明が表示される。同意により、同意フラグが立ちスコアデータの出力が可能となる。患者自身が決定。

評価尺度（スコア）画面（問診の結果）は（図 4）、自己問診登録の結果および評価尺度の解析アルゴリズムにて処理されたスコアが、問診票の種類毎に表示される。SF-36 のスコアについては8種類の指標に分類され、0-100 得点と国民標準値換算したスコアリング表示される。各問診結果のスコアを換算表にて評価点が把握できる。この自己問診票は、上記に記載したように、医師入力 of データファイリングシステムと結合されている。治療経過において、初診時から定期的に自己問診票の入力を行うことによって（例、初診時、1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月）、病名による患者自覚症状の推移を客観的に評価することが出来、同じ主病名に対する治療法による効果をも比較することが出来る。また問診結果を印刷し、患者に提示することにより、患者への経過説明がより説得性を持つ。

(3) データファイリングウェブ版の作成

また、本データファイリングシステムは、一つの施設で同時に複数の医師が異なるコンピューターの端末を用いて、入力を可能とするため、各施設の LAN 上に Web サーバを構築して、女性外来診察室に女性外来データファイリングの端末、問診部屋に女性外来対応自己問診票の端末を設置した。ネットワーク環境で利用することに

より、複数の医師によってデータファイリングを活用することができる。問診票においてもネットワーク回線経由で診察前に実施する自己問診のスコア結果が、診察中に参照することができ、その時の患者の健康・心理状況を把握することができる。

2. 平成 15 年度から 19 年度に女性外来を受診した患者の診断・治療経過の解析

データファイリングシステム導入医療機関の女性外来を平成 15 年度から 19 年度にかけて受診した患者のデータを集積した後、女性専用外来受診者の疾患分類ならびに治療効果について解析し、女性外来の需要について検討した。現在のデータファイリング稼働状況としては、大学病院 9 箇所、公立病院 6 箇所、個人医院 3 箇所であるが、今回の調査で受診患者の最終診断名が選択されており、解析に適すと考えられるデータが提供された施設は太字で示した 12 施設である（表 2）。自己記入式問診票を用いての治療介入効果は、千葉県立東金病院女性外来受診者で問診票への記載が 3 ヶ月後まで入手可能であった 138 例のみについて、受診前、1 ヶ月後、3 ヶ月後に施行した SF-36, SRQ-D, STAI の推移を、精神疾患、更年期障害、産婦人科疾患で解析した。また、更年期症候群に主に用いられる、加味逍遥散と、うつ病や不安障害などに用いられる SSRI の効果についても同様に検討した。

C. 研究結果

1. 診断分類の解析(全国, n=1283)

平成 15 年度から 19 年度に受診し、最終診断病名(主病名)が記入されている受診者 948 名から診断分類を選択した。診

断名は、主病名も含め一人の患者に対して最多 3 項目まで選択することができるため、例えば、同一の患者が精神疾患、泌尿器疾患の双方に換算されることがある。精神的疾患が 21.2%と最も多く、続いて更年期症候群が 17.4%、婦人科疾患が 15.6%であり、この 3 大疾患が女性外来受診者の半数以上を占めた。以下、不定愁訴・自律神経失調症 7.7%、内科・生活習慣病 6.6%、神経内科 4.8%、泌尿器科 4.5%、内科・循環器 3.4%、内科・消化器 2.7%の順であった(図 5)。

このように、女性専用外来受診者において、精神科疾患が多数を占め、精神科疾患への治療法を含めた対応が今後の女性外来の最大の課題であることが明らかとなった。

2. 年齢別診断分類の解析(全国, n=1283)

最終診断分類(1 患者に対し最大 3 項目の選択あり)について年齢別に解析した(図 6)。最も多い精神的疾患が全年齢層にわたって 2 割前後を占めていた。次に多い更年期症候群は 40 歳から 65 歳までの年齢層に分布し、45 歳-64 歳の年齢層には、内科・生活習慣病や内科・循環器疾患も多く見られた。35 歳未満の若年層では、婦人科疾患が約 36.8%と最も多かった。このように、年齢別に分類した結果、全年齢層において精神科疾患が 2 割前後と多くを占めていることが明らかになった。

3. 地域別診断分類の解析(全国, n=1283)

全国の女性外来を地域ごとに分類し、それぞれの地域における受診者の疾患分類について解析した。A 地区(東北)、B 地区(関東)、C 地区(中国)、D 地区(九州)に区別して集計したが、B 地区の集計母数が全体の半分以上を占めた。A 地区は、婦人科疾患が 53.8%で最も多く、続いて、

更年期症候群 14.1%、精神的疾患 10.3%であった。B 地区は、精神的疾患が 26%で最も多く、続いて、更年期症候群 16.8%、婦人科疾患 11.6%であった。C 地区は、泌尿器科が 29.3%で最も多く、続いて、婦人科疾患 24.8%、更年期症候群 8.3%であった。D 地区は、更年期症候群が 39.4%で最も多く、続いて、精神的疾患 14.4%、婦人科疾患 7.7%であった。このように、地区別に分類した結果においても、地域によって差異はあるものの、精神科疾患がそれぞれの地区において優位を占めており、女性外来において精神科疾患は避けて通れないことが明らかになった。

4. 年度毎の疾患分類の推移(全国)

全国の女性外来受診者の年度ごとの疾患分類の推移について検討した。精神科疾患は、平成 15 年度が 16.3%、平成 16 年度が 24.3%、平成 17 年度が 25.7%、平成 18 年度が 30.0%と増加していた(図 7)。一方更年期症候群は平成 15 年度から 22.8%、19.6%、14.6%、10%と減少傾向にあった。これは精神科疾患の需要の高さを示すとともに、担当医師の、精神科疾患への理解の深まりを示したものである可能性がある。

5. 自己記入式問診票を用いた女性外来治療介入効果評価(千葉県立東金病院, n=138)

(1)精神科疾患への治療介入効果(n=33)

精神的疾患では、初診時の SF-36(健康)において、RP(日常の役割)が 31.7 と最も悪く、続いて SF(社会生活)の 32.1、MH(心の健康)の 33.6、RE(精神)の 35.7 であった(図 8A)。それに対して、PF(身体)は、41.3 と比較的良好であり、身体的には問題がなくても精神的に著しい低下が認められ、日常や社会生活の質の低下を及ぼしていることが分かっ

た。治療介入効果については、図 8A のように MH と RE が向上しており、その結果、RP と SF が最も堅調に改善していることが判明された。また、SRQ-D（うつ）および STAI（不安）については、初診時の SRQ-D が 17.6、STAI が 54 とかなり高く、治療後が 14.1、46.9 となり、うつや不安面の改善効果が高いことが認められた(図 8B)。

(2) 更年期疾患の治療介入効果(n=24)

更年期疾患では、初診時の SF-36（健康）において、SF（社会生活）が 37.1 と最も悪く、続いて RP（日常の役割）の 38.1 であり、PF（身体）が 44.7、BP（身体の痛み）が 42.1 と比較的良好であり、その他の指標は 40 前後で、比較的健康的に見えるが、社会生活や日常役割において質の低下があることがわかった。治療介入効果については、2 回目の問診表結果に示すように MH（心の健康）、BP（身体の痛み）、RE（精神）、そして PF（身体）が大きく改善されている結果、SF や RP も改善されたことがわかった(図 8C)。また、SRQ-D（うつ）および STAI（不安）については、初診時の SRQ-D が 13、STAI が 48.6 に対して、治療後が 12.3、44.9 となり、うつや不安面の効果も多少改善された(図 8D)。従って、継続的な治療を進めることで、SF や RP が向上することが伺える。

(3) 婦人科疾患の治療介入効果(n=12)

婦人科疾患の SF-36（健康）の指標分布は、PF（身体）は、48.4 であり、GH（健康感）が 44.9、MH（心の健康）が 43.2 と比較的良好であった。治療介入効果については、図 8E のように殆ど変わらない結果となった。また、SRQ-D（うつ）および STAI（不安）については、初診時の SRQ-D が 11.4、STAI が 47.2 に対して、治療後が 11.5、41.8 となり、う

つはさほど変化が無く、不安に多少の改善が見られた(図 8F)。このことから、婦人科疾患においては、生活の質の低下やうつ、不安症状については比較的軽度であり、これらの因子に対する介入効果も著明ではなかった。

(4) 薬剤介入による効果評価

A；加味逍遥散療法の治療介入効果(n=14)

加味逍遥散を投与した受診者において、初診時の SF-36（健康）では、BP（身体の痛み）が 38.8、SF（社会生活）が 39.3 と低下していたが、PF（身体）は 51 と良好であった。治療介入効果については、図 9A のように BP（身体の痛み）の 48.1 と MH（心の健康）の 48.6 の改善度が高く、全項目にわたって改善が見られた。また、SRQ-D（うつ）および STAI（不安）については、初診時の SRQ-D が 14.1、STAI が 50 に対して、治療後が 10.5、41.4 となり、うつや不安面も改善された(図 9B)。このように、自己記入式問診票を用いて、漢方薬の効果が客観的に明らかになった。

B；SSRI 療法の治療介入効果(n=19)

SSRI 療法を行った受診者において、初診時の SF-36（健康）では、RP（日常の役割）の 31.7 が最も悪く、続いて SF（社会生活）の 32.1、MH（心の健康）の 33.6、RE（精神）の 35.7 が低く、PF（身体）でも 41.1 であり、精神面の障害により生活の質の程度が、加味逍遥散を用いた受診者と比較して、より低下しており重症度が高かった(図 9C)。治療介入効果については、図 9C のように RP が 38.1、SF が 40.4、MH が 42.6、RE が 40.4 と改善度が高く、ほぼ全項目に渡り改善されていた。治療前は 30 点台であったところが、治療後は 40 点から 45 点に改善しバランスよく配置するようにな

っている。治療前に特に低かった RP,SF,MH の改善が特に著しい。SRQ-D (うつ)および STAI(不安)については、初診時の SRQ-D が 17.6, STAI が 54 であり、うつ病で場面不安状態の高い結果に対し、治療後が 14, 46.6 となり、うつ、不安の境界まで改善された(図9D)。

D. 考察

作成したデータファイリングシステムを用いて全国の女性専用外来受診者の実態を調査した。作成したデータファイリングを用いて全国の女性外来の受診者の疾患分類や薬剤治療効果を客観的に検討することが出来た。受診者の疾患は、地域や年齢ごとに分類した結果、いずれの地域や年齢分類においても精神科疾患が多く見られた。また、疾患分類の年度毎の推移を見ると、精神科疾患は増加傾向にあった。自己記入式問診票を用いて調査した結果、診断病名が精神科疾患或いは更年期症候群の受診者において、女性外来受診の経過において、有意に自覚的な QOL,抑うつ評価尺度である SRQ-D,STAI の得点が改善しており、中でも精神科疾患を持つもので著明であった。このように、女性外来の診療において精神科疾患への対応が重要であることが明らかになった。平成 14 年度以降、分担研究者天野は、性差医療・医学研究会(平成 20 年 2 月に日本性差医学・医療学会に改組)ならびに NPO 性差医療情報ネットワークを立ち上げ、医療者ならびに一般にむけて、男女での病気の発症・進展の違いに関する研究と教育および医療現場における対応のあり方について啓発を行ってきた。中でも、自律神経失調症または不定愁訴とされて、確たる治療が行われることもなく、たらいまわしになった

あげく心療内科・精神科に安易にゆだねられている患者の救済に力をいれ、女性外来担当医向けの漢方セミナー、メンタルヘルスセミナーを定期的に行ってきた。今回の調査の結果、更年期障害から精神疾患へ女性外来受診者の比率が変化している背景には、女性外来担当医の精神疾患への理解度が進み、治療効果を確実に挙げていることがあると考えられる。

今後とも、このシステムを用いて、更に多くの受診者において、女性に特有な疾患についてのエビデンスを重ねて行きたい。

性差医療情報ネットワーク (NAHW) に登録されている全国の女性外来開設施設は 350 を超えており、今後これらの女性外来を担当する医師に向け、データファイリングシステムの活用と趣旨の啓発を図り、参加施設を広げることにより、多くのデータを集積するとともに、情報の一元化を図り、女性外来分野の医療の質の向上を目指したい。

- ①受診者の客観的なデータや、初診時の症状、既往歴、及び担当医師による診断名、有効治療、転帰などを共通のデータベースを用いて入力可能とした。
 - ②タッチパネル式の SF 36 等の調査表を用い、受診者の自覚症状の推移を客観的に評価することで女性外来の介入治療効果の解析を可能にした。
 - ③女性外来そのものの実態調査ならびに外部評価を行い、女性外来における質の平準化に必要な因子を探ることを可能にした。
- ①, ②, ③をもとに、女性外来がよりよい方向へ昇華することを目的とし、ロールモデルの提示、担当医師の教育、エビデンスに基づいた女性外来マニュアルの作成を行うことを目指している。

【表一】 データファイリングで可能となる解析

1. 単一施設における女性外来受診者の解析

- 受診者の概要の解析；初診時年齢，地域
- 初診時患者情報；飲酒歴，喫煙歴，子宮全摘術，閉経の有無，身長，体重，血圧，居住する地区，職業
- 初診時自覚症状；
- 診療検査内容
- 初診時診断病名；大項目，細項目 3種類まで選択可能，内容はICD10準拠し，女性外来独自病名を含んでいる
- 最終診断病名；大項目，細項目 3種類まで選択可能
この中で，受診した最大の理由となる主病名が医師により選択される。
- 合併症名（主訴と直接関連していない疾患）
- 既往歴；婦人科・乳腺関連疾患とそれ以外に分類
- 背景；受診の原因となった体調不良につながる社会的・家庭的なストレス
- 有効治療；治療に有効であった治療法と薬剤量，その改善した症状；有効度を5段階評価
- 主病名に対する有効治療と薬剤量，その改善した症状；有効度を5段階評価
- 副作用 ①副作用の内容と副作用の原因である治療方法 ②有効治療薬，薬剤量
- 治療中の他科・多院紹介
- 転帰 ①転帰の理由 ②紹介転院，転院日，治療終了日

(2) 複数施設における女性外来受診者の解析

○上記の単一施設における女性外来受診者の解析を，多施設間で比較検討することが出来る。例えば，受診者の年齢，最終診断病名の施設間分布を比較し，どのような疾患の治療が求められているのか，分布の異なりがあるかどうかを検討することが出来る。

【表一2】 女性外来データファイリングシステム稼働医療施設

大学病院（10箇所）8?

福島県立医科大学付属病院

順天堂大学医学部付属順天堂浦安病院

北里大学病院

金沢医科大学付属病院

岐阜大学医学部付属病院

岡山大学医学部歯学部付属病院

山口大学医学部付属病院

大分大学医学部付属病院

鹿児島大学医学部付属病院

国公立病院（5箇所）

千葉県立東金病院

山梨県立中央病院

宇都宮社会保険病院

兵庫県立塚口病院

独立行政法人関門医療センター

個人医院（3箇所）10?

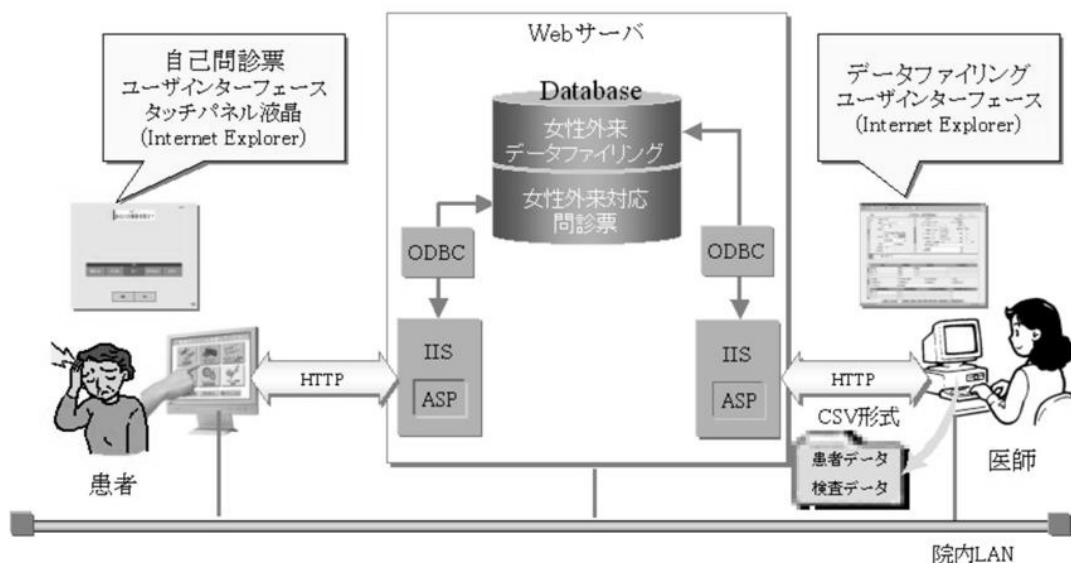
みうらクリニック

上條医院

春日クリニック

図の説明

【図-1】 データファイリングシステムの構成図



【図-2】 データファイリングシステムの入力画面 A:入力項目 B:入力項目は大項目から小項目がポップアップリスト形式で選択できるようになっている

A

B



【図-3】 タッチパネル式自己問診票の入力画面 SF-36 より



【図-4】 自己問診票出力画面

GGM 医師用表示用 - Microsoft Internet Explorer

<問診票結果>

登録ID: 221-1 生年月日: 1926/01/01 性別: 男 データ解析への同意: [同意] 登録日選択: 2006/03/16 [1] 100回

患者ID: 1234567

SF-36v2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	4	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	4	2	4	3	4	3	4
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36				
4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4				

項目	0-100得点	国民標準値に基づいたスコアリングによる得点 (Norm-based Score) (NBS)
PF	75	41
RP	56.3	32.4
BP	31	31
GH	42	38.1
VT	50	44.1
SF	50	30.7
RE	59.3	35.4
MH	50	30.6

【100歳女性の場合】

項目	平均値	25%	中央値	75%	国民標準値に基づいたスコアリングによる得点 (Norm-based Score) (NBS)	平均値	25%	中央値	75%
PF	64.4	50	70	85	33.8	23.4	37.5	48.1	
RP	70.3	50	75	100	40	29	42.6	66.2	
BP	64.1	42	62	84	45.6	39.8	44.6	54.3	
GH	56.2	45	55	72	45.9	39.7	48.1	54.3	
VT	58.2	43.8	56.3	78	48.1	41	47.2	56.4	
SF	62.2	75	87.5	100	47.7	43.9	50.5	57.1	
RE	73.6	50	83.3	100	43.1	31.1	48	66.6	
MH	71.8	60	75	90	50.1	43.9	57.7	59.6	

SRQ-D

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
11	12	13	14	15	16	17	18		
3	3	3	3	3	3	3	3		

スコア: 22点

【判定法】
10点以下: ほとんど問題なし
10-15点: 通常
16点以上: 軽度うつ病

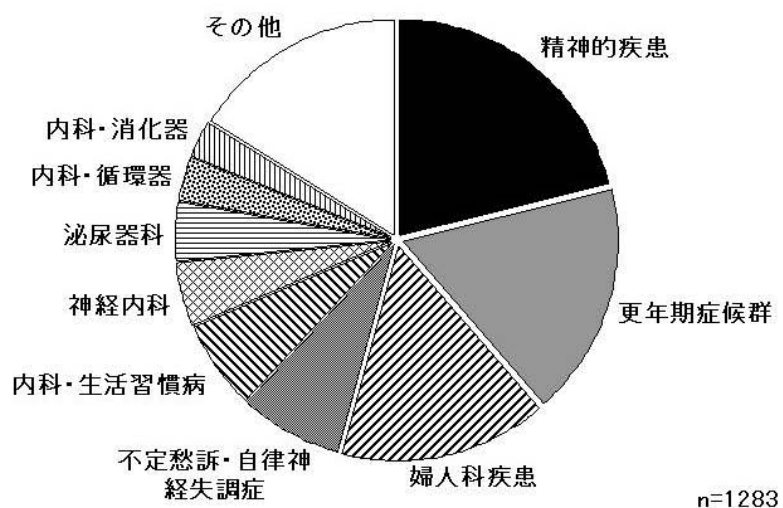
STAI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	2	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3

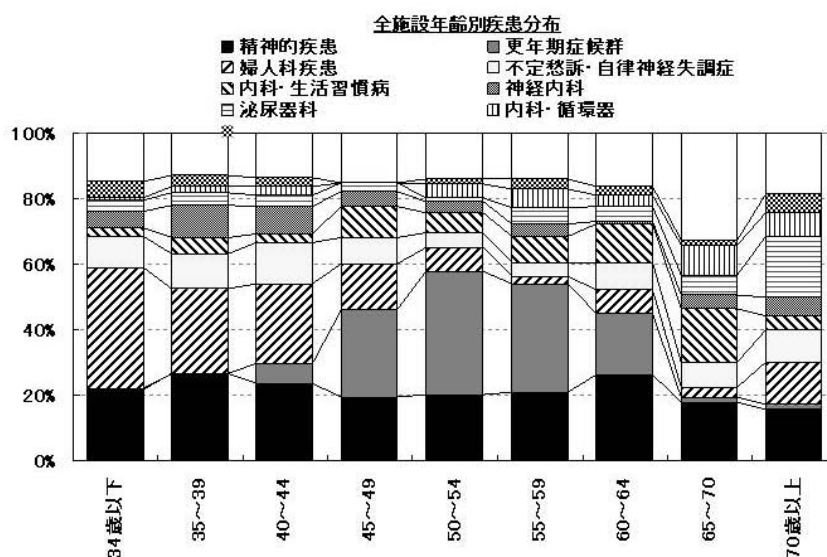
スコア: 構築不安: 51点 特性不安: 51点

【判定法】
構築不安: 45.79(±8.87)点以上
特性不安: 48.29(±8.30)点以上

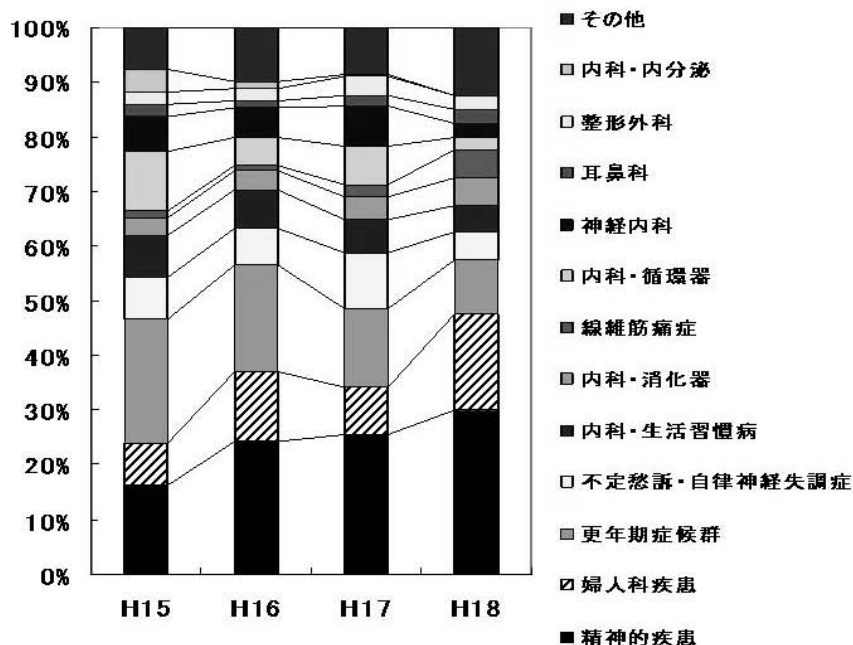
【図-5】 全国の女性外来受診者の疾患分類



【図-6】 女性外来受診者の年齢別疾患分類

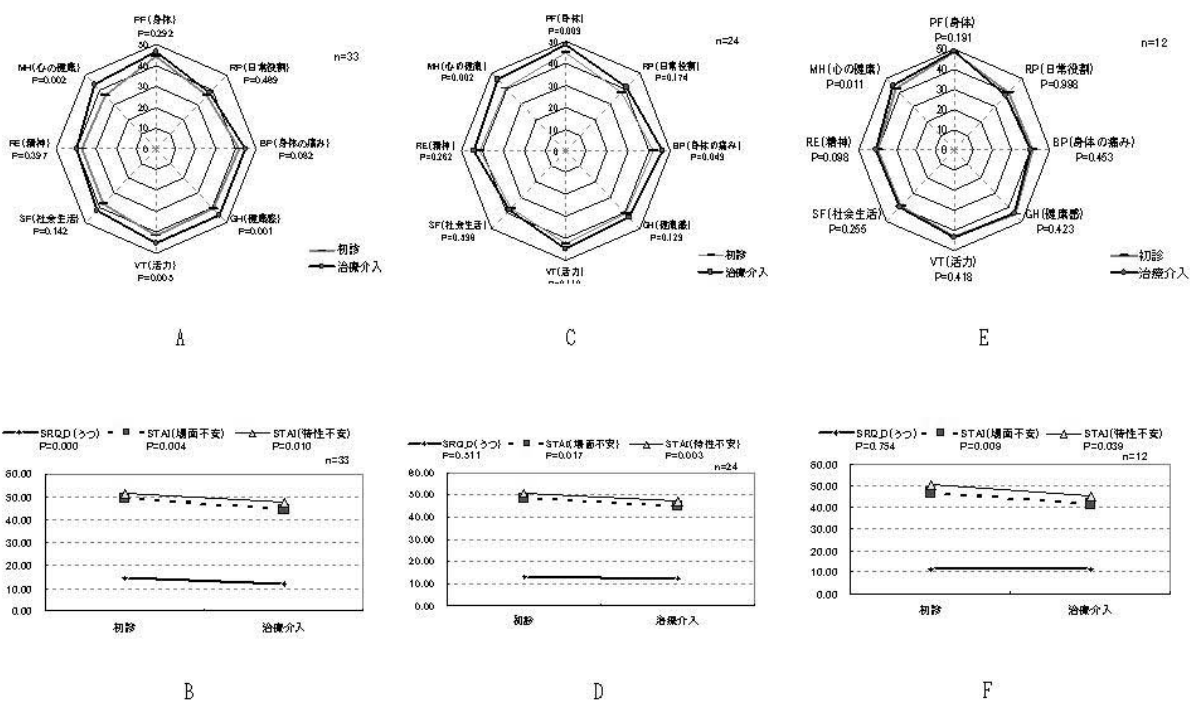


【図-7】 年度ごとの女性外来受診者の疾患分類の推移



【図-8】 自己記入式問診票を用いて解析した疾患分類ごとの治療効果

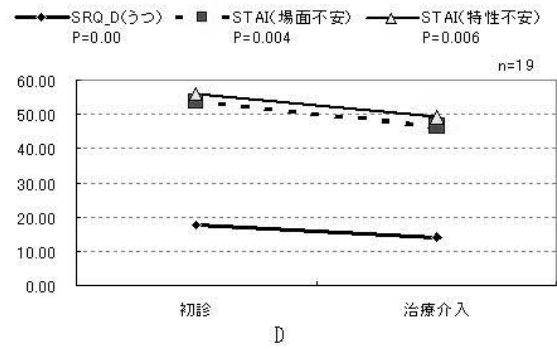
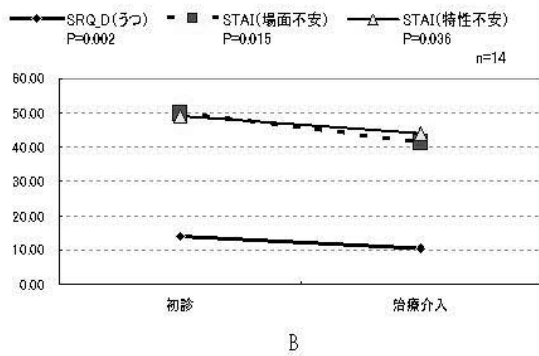
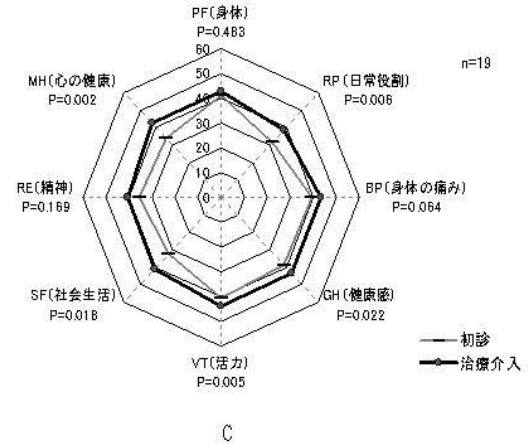
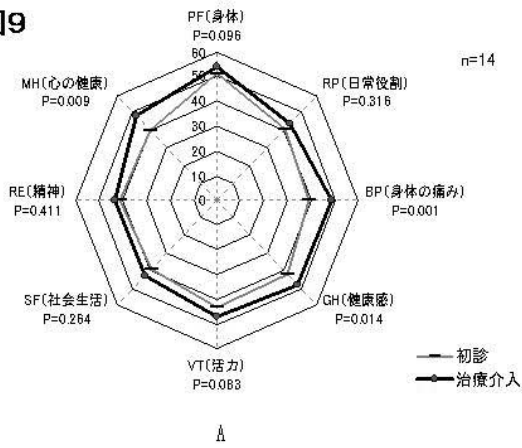
- A 精神科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SF-36
- B 精神科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SRQ-D, STAI
- C 更年期症候群の受診者における女性外来の介入効果 SF-36
- D 更年期症候群の受診者における女性外来の介入効果 SRQ-D, STAI
- E 婦人科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SF-36
- F 婦人科疾患の受診者における女性外来の介入効果 SRQ-D, STAI



【図-9】 自己記入式問診票を用いた薬剤介入による効果

- A 加味逍遙散による治療効果 SF-36
- B 加味逍遙散による治療効果 SRQ-D, STAI
- C SSRIによる治療効果 SF-36
- D SSRIによる治療効果 SRQ-D, STAI

図9



めまい集団リハビリテーションによる患者のQOL改善と

不安・抑うつに関する研究

研究協力者：新井 基洋（横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科部長）

【研究要旨】

はじめに：サイコオンコロジーの領域でも、グループ療法があり、このテーマは関心を集めてきた。めまいの治療分野にもめまいのリハビリテーション（以下リハ）があり、これを集団（グループ）で施行しているのが、横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科である。めまいが軽快していく上で欠かすことができない機序が小脳の中枢代償である。このめまいを軽快させる小脳の中枢代償は“平衡訓練”によってもたらされる。平衡訓練は前庭系、眼運動系、深部知覚系の三つを有効に刺激することで小脳の中枢代償が促進されることを目的とする。しかし、実際の臨床の場で、めまい、ふらつきがある患者に平衡訓練を勧めても、“ふらついて怖いからできない”、“一人ではできない”という言葉が返ってくる。めまい患者は、めまいに伴う精神的不安を伴い、ときに難治化して、めまいが遷延するうつ病にまで至る。そこで、当院では入院して、めまいの平衡訓練を集団で教育している。すると、一人では怖がっていた患者も集団の中に身を置き、同じめまいに悩んでいる患者達がリハを積極的に施行している姿を目の当たりにすると、自然に自分もその集団に入っていく。しかも、リハを施行していくうちに自分および仲間の平衡機能が改善する様子を確認できる。当初、受身の姿勢だった患者が集団の中で積極的にリハを取り組む姿勢に自然に変化していく。

さらに当院での一週間の入院加療はめまいに伴う不安も改善されていくのである。しかし、リハ施行後、全症例の不安が完全に消失することない。中には不安が十分軽快しない症例も認める。そこで、当院のめまい集団リハによる治療前後の患者の精神的、肉体的QOL改善と不安、抑うつとの関係を調べる目的で本研究を施行した。一方、当科ではうつ病の軽～中等度症例の治療をできるだけ精神科や心療内科に頼らず、我々身体科を診る医師で行う努力を施行している。しかし、自殺企図など精神科に受診を勧めた方がよい症例を認めるのも事実である。本研究は精神的QOLの改善及びうつ病の診断加療目的に精神科受診を勧める指標を検討した。

対象と方法：2008年9月より同年12月までの4ヶ月間に当院に入院しためまい患者のうち、平衡機能検査、聴力検査以外にSTAI、SDS、QOL検査を施行した患者

161例(24~95歳, 平均 58.1 ± 13.9 歳, 男性38例, 女性123例)を対象とした。QOL検査はSF8を用いて施行し, 肉体的QOL検査であるPCSと精神的QOL検査のMCSを求めた。検討項目は①男女間における症例数, 平均年齢, STAI, SDS, QOL検査結果と日本人国民平均QOL値PCS:49.84, MCS:50.09との比較を施行した。②SDS値を(イ)SDS ≥ 50 , (ロ)50 $>$ SDS ≥ 40 , (ハ)40 $>$ SDS, (ニ)SDS未実施群, (ホ)40 $>$ SDS+SDS未実施群の5群に分けて, 症例数, 年齢, STAI検査結果, QOL検査結果を比較検討し, 従来から言われているうつ病は身体科疾患の1割に認められることを併せて確認した。③また, 治療後1ヶ月後のQOL検査を施行し, 治療前後のPCS, MCSを比較検討した。

結果:①めまい患者QOL値はPCS:43.1 \pm 9.3, MCS:43.1 \pm 8.9で, 日本人国民平均QOL値(PCS:49.84, MCS:50.09)よりとともに低値を認めた。めまい患者の男女間における状態不安, 特性不安のSTAI検査結果, SDS値及びQOL結果に差を認めなかった。②(イ)SDS ≥ 50 は16例, (ロ)50 $>$ SDS ≥ 40 は37例, (ハ)40 $>$ SDSは45例, (ニ)SDS未実施群は63例, (ホ)108例であった。うつ状態と判定する(イ)SDS ≥ 50 は, 全体の約1割に認められ, 状態不安, 特性不安とともに高値であった。PCS, MCSはともに4群で最も低値であった。この群は, 特性不安が高値で, MCSが最低値であった。(イ)群~(ハ)群のすべての群で状態不安は高値で差を認めなかった。それに対して, 特性不安は(イ)群から(ホ)群に移るにつれ, 低値となりSDSと比例した結果を認めた。PCSは(イ)群~(ハ)群まですべての群で高値で, 群間に差を認めなかった。それに対して, MCSは(イ)群から(ホ)群に移るにつれ, 高値となりSDS結果と反比例した。③(イ)群のPCS結果は改善を認めた(Student's-t-test)が, 前後の比較で統計学的に有意な回復を認めなかった。その他の群間は治療後のPCS, MCS結果は回復を認めた。(治療後の症例数は115症例)

考察:従来, うつ病は精神科以外の身体科疾患の1割に認められるといわれている。そこで, 今回, 入院めまい患者を対象にSDS値でうつ状態の割合結果をみると約1割であった。しかし, SDS ≥ 50 とは, うつ状態の判定を意味し, うつ病ではない。うつ病の診断は, 基本的に精神科医が診断を行うもので, 他科の我々は, うつ状態, またはうつ病疑いという診断にとどまるが, 検査上では従来言われている身体科疾患の1割にうつ病が認められることの可能性を示唆した。うつ病が世間で認知されてきた傾向ではあるが, めまいの治療で入院してきた患者に「あなたは, うつ病の可能性があるので, 精神科に受診する事をおすすめします。」と, 検査結果だけで勧めることは難しい。それは, 未だに精神科受診には, 大きな壁があることを意味する。そこで, 我々身体科を診る医師が, SSRIなどの治療薬を使いこなすためのうつ病診断を習得する必要がある。うつ病を臨床的に疑うのであれば, STAIとQOLは不十分であり, SDS検査が最も重要であるのは言うまでもない。しかし, 前述したように, 耳鼻科医の診療現場では, 患者にたやすくうつ病という言葉を使いにくい。ましてや精神科受診は勧めにくい。そこで, 我々耳鼻科医が普段使うことが比較的多いSTAI検査及びQOL検査とSDS検査結果との相関について検討した。結果は特性不安が最もSDS検査結果と相関することを認め, さらに特性不安とMCS結果が低下している場合はSDS値の低下, うつ状態診断の指標となることが認められた。

めまい患者のQOLはPCS, MCSともに日本人国民平均値より低値を認めた。この結果は当科の高橋が報告しているSF36を用いためまい患者QOL結果と同様であ

った。PCS 低下が SF8, SF36 とともに目立ち、その低下分は前者で 1.5SD, 後者で 1SD に相当する値であった。当科に入院するめまい患者の中には慢性的な浮動性めまい、ふらつきを合併し、日々の生活に不自由を来している。これが PCS を低値とし、その結果は SDS の値で分けた 5 群すべてで低下を認めた。つまり、すべてのめまい患者は肉体的 QOL が低下している。さらにめまいがなかなか改善しないことが状態不安高値を認め、SDS の値で分けた 5 群すべてで高値を認めた。つまり、めまい患者はめまいに伴う不安が高いことを意味する。一方、特性不安高値は性格特性と普段からつづくめまいや、いつめまいが再発するかを常に恐れていることから認めていると考えた。さらにめまい患者の状態不安高値と特性不安高値は MCS 低値を生んでいると考えられる。我々めまいを診療する医師は肉体的 QOL (PCS) 低下と精神的 QOL (MCS) 改善の両方を治療で行わないと、本当のめまいの改善には至らないことが改めて認められた。

入院治療前後の肉体的 QOL が改善を認めたことは、めまいのリハによると考えられる。さらに集団療法という精神療法を取り入れてた加療形態が MCS や状態不安の改善につながっていることも確認できた。しかし、一方、退院後、めまいが完治しなく、不安が改善しない症例が存在する。それらの症例は、とくに SDS 値が高い (イ) 群や (ロ) 群であることも本研究で確認することができた。中でも (イ) 群の MCS 低値は、集団療法という精神療法を取り入れているにもかかわらず、十分な改善を認めない症例である。よって、心理療法のみならず薬物療法が必要であると考ええる。さらに精神科受診や心理療法士の介入を勧める必要があると考えた。

まとめ：1) 入院めまい患者 161 例に STAI, SDS, QOL 検査を施行し、精神的不安を検討した。2) STAI 検査結果, SDS 値及び QOL 結果は、めまい患者の男女差は認めなかった。3) SDS \geq 50 は全症例の約 1 割に認められ、SDS 結果と最も相関するのは特性不安で、次いで MCS 結果であった。4) めまい加療を目的にした入院患者に SDS \geq 50 群は加療後も不安の改善が十分に認められないので、薬物治療及び精神科受診を勧めることが必要であることが推測された。(ただし、未だに精神科受診には大きな壁があり、受診を勧めることは容易ではない。) 5) めまい患者の治療は肉体的 QOL 改善に医師は目が行きがちだが、精神的 QOL 改善をともに施行しないとめまい改善には至らないことを認めた。6) 当科の加療は入院してのめまいの集団リハビリテーションを施行し、結果は大多数のめまい患者の肉体的、精神的 QOL の改善結果を得た。

A. 研究目的

はじめに：サイコオンコロジーの領域でも、グループ療法があり、このテーマは関心を集めてきた。めまいの治療分野にもめまいのリハビリテーション (以下リハ) があり、これを集団 (グループ) で施行しているのが、横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科である。めまいが軽快していく上で欠かすことができない機序が小脳の中樞代償である。こ

のめまいを軽快させる小脳の中樞代償は“平衡訓練 (1)”によってもたらされる。平衡訓練は前庭系、眼運動系、深部知覚系の三つを有効に刺激することで小脳の中樞代償が促進されることを目的とする。しかし、実際の臨床の場で、めまい、ふらつきがある患者に平衡訓練を勧めても、“ふらついて怖いからできない”、“一人ではできない”という言葉が帰ってくる。めまい患者は、めまいに伴う精神的不安を伴い、とき

に難治化して、めまいが遷延するうつ病にまで至る。そこで、当院では入院して、めまいの平衡訓練を集団で教育している(2)。すると、一人では怖がっていた患者も集団の中に身を置き、同じめまいに悩んでいる患者達のリハを積極的に施行している姿を目の当たりにすると、自然に自分もその集団に入っていく。しかも、リハを施行していくうちに自分および仲間の平衡機能が改善する様子を確認できる。当初、受身の姿勢だった患者が集団の中で積極的にリハを取り組む姿勢に自然に変化していく。

さらに当院での一週間の入院加療はめまいに伴う不安も改善されていくのである(2)。しかし、リハ施行後、全症例の不安が完全に消失することない。中には不安が十分軽快しない症例も認める。そこで、当院のめまい集団リハによる治療前後の患者の精神的、肉体的QOL改善と不安、抑うつとの関係を調べる目的で本研究を施行した。一方、当科ではうつ病の軽～中等度症例の治療をできるだけ精神科や心療内科に頼らず、我々身体科を診る医師で行う努力を施行している。しかし、自殺企図など精神科に受診を勧めた方がよい症例を認めるのも事実である。本研究は精神的QOLの改善及びうつ病の診断加療目的に精神科受診を勧める指標を検討した。

B. 研究方法

対象と方法：2008年9月より同年12月までの4ヶ月間に当院に入院しためまい患者のうち、平衡機能検査、聴力検査以外にSTAI, SDS, QOL検査を施行した患者161例(24~95歳, 平均58.1±13.9歳, 男性38例, 女性123例)を対象とした。

めまい疾患の内訳はBPPV(疑い例を含

む)93例, メニエール病(疑い例を含む)19例, 前庭神経炎11例, 内耳炎7例, 突発性難聴に伴うめまい5例, 反復性平衡障害17例, 持続性平衡障害3例, 外傷性めまい3例, Ramsay-Hunt症候群に伴うめまい2例, 中枢性めまい疑い1例であった。QOL検査はSF8を用いて施行し, 肉体的QOL検査であるPCSと精神的QOL検査のMCSを求めた。検討項目は①男女間における症例数, 平均年齢, STAI, SDS, QOL検査結果と日本人国民平均QOL値PCS:49.84, MCS:50.09との比較を施行した。②SDS値を(イ)SDS≥50, (ロ)50>SDS≥40, (ハ)40>SDS, (ニ)SDS未実施群, (ホ)40>SDS+SDS未実施群の5群に分けて, 症例数, 年齢, STAI検査結果, QOL検査結果を比較検討し, 従来から言われているうつ病は身体科疾患の1割に認められる(3, 4)ことを併せて確認した。③また, 治療後1ヶ月後のQOL検査を施行し, 治療前後のPCS, MCSを比較検討した。

C. 結果

結果：①めまい患者QOL値はPCS:43.1±9.3, MCS:43.1±8.9で, 日本人国民平均QOL値(PCS:49.84, MCS:50.09)よりとともに低値を認めた。めまい患者の男女間における状態不安, 特性不安のSTAI検査結果, SDS値及びQOL結果に差を認めなかった【表-1】。治療前後のQOL結果ではめまい患者全体, 男女すべてにおいて有意に(P<0.05)改善を認めた(Student's t-test)【表-2】。②(イ)SDS≥50は16例, (ロ)50>SDS≥40は37例, (ハ)40>SDSは45例, (ニ)SDS未実施群は63例, (ホ)108例であった【表-3】。うつ状態と判定する(イ)SDS≥50は, 全

体の約1割に認められ、状態不安、特性不安ともに高値であった。特性不安は他群と比べて有意($P < 0.01$)に高値であった

(Student's *t*-test)【図-1】。PCS、MCSはともに4群で最も低値で、この群は、MCSは最低値であった【図-2】。(イ)群~(ハ)群のすべての群で状態不安は高値で差を認めなかった。それに対して、特性不安は(イ)群から(ホ)群に移るにつれ、低値となりSDSと比例した結果を認めた【図-1, 3】。PCSは(イ)群~(ハ)群までのすべての群で高値で、群間に差を認めなかった【図-2】。それに対して、MCSは(イ)群から(ホ)群に移るにつれ、高値となりSDS結果と反比例した【図-2】。③(イ)群のPCS結果は改善を認めた(Student's *t*-test)が、前後の比較で統計学的に有意な回復を認めなかった。その他の群間は治療後のPCS、MCS結果は回復を認めた【表-4】【図-4,5】(治療後の症例数は115症例)。

D. 考察

従来、うつ病は精神科以外の身体科疾患の1割に認められるといわれている(3, 4)。そこで、今回、入院めまい患者を対象にSDS値でうつ状態の割合結果をみると約1割であった。しかし、 $SDS \geq 50$ とは、うつ状態の判定を意味し、うつ病ではない。うつ病の診断は、基本的に精神科医が診断を行うもので、他科の我々は、うつ状態、またはうつ病疑いという診断にとどまるが、検査上では従来言われている身体科疾患の1割にうつ病が認められることの可能性を示唆した。うつ病が世間で認知されてきた傾向ではあるが、めまいの治療で入院してきた患者に「あなたは、うつ病の可能性があるので、精神科に受診する事をおすすめします。」と、検査結果だけで勧めることは難しい。それは、未

だに精神科受診には、大きな壁があることを意味する。そこで、我々身体科を診る医師が、SSRIなどの治療薬を使いこなすためのうつ病診断を習得する必要がある。うつ病を臨床的に疑うのであれば、STAIとQOLは不十分であり、SDS検査が最も重要であるの言うまでもない(5)。しかし、前述したように、耳鼻科医の診療現場では、患者にたやすくうつ病という言葉を使いにくい。ましてや精神科受診は勧めにくい。そこで、我々耳鼻科医が普段使うことが比較的多いSTAI検査及びQOL検査とSDS検査結果との相関について検討した。結果は特性不安が最もSDS検査結果と相関することを認め、さらに特性不安とMCS結果が低下している場合はSDS値の低下、うつ状態診断の指標となることが認められた。

めまい患者のQOLはPCS、MCSともに日本人国民平均値より低値を認めた。この結果は当科の高橋(6)が報告しているSF36を用いためまい患者QOL結果と同様であった。PCS低下がSF8、SF36ともに目立ち、その低下分は前者で1.5SD、後者で1SDに相当する値であった。当科に入院するめまい患者の中には慢性的な浮動性めまい、ふらつきを合併し、日々の生活に不自由を来している。これがPCSを低値とし、その結果はSDSの値で分けた5群すべてで低下を認めた。つまり、すべてのめまい患者は肉体的QOLが低下している。さらにめまいがなかなか改善しないことが状態不安高値を認め、SDSの値で分けた5群すべてで高値を認めた。つまり、めまい患者はめまいに伴う不安が高いことを意味する。一方、特性不安高値は性格特性と普段からつづくめまいや、いつめまいが再発するかを常に恐れていることから認めていると考えた(6)。さらにめまい患者の状態不安高値と特性不安高値はMCS低値を生んでいると考えられる。我々めまいを診療する医師は肉体的QOL

(PCS) 低下と精神的QOL (MCS) 改善の両方を治療で行わないと、本当のめまいの改善には至らないことが改めて認められた。

入院治療前後の肉体的QOLが改善を認めたことは、めまいのリハによると考えられる。さらに集団療法という精神療法(8)を取り入れてた加療形態がMCSや状態不安の改善につながっていることも確認できた。しかし、一方、退院後、めまいが完治しなく、不安が改善しない症例が存在する。それらの症例は、とくにSDS値が高い(イ)群や(ロ)群であることも本研究で確認することができた。中でも(イ)群のMCS低値は、集団療法という精神療法を取り入れているにもかかわらず、十分な改善を認めない症例である。よって、心理療法のみならず薬物療法が必要であると考え。さらに精神科受診や心理療法士の介入を勧める必要があると考えた。

E. 結論

まとめ: 1)入院めまい患者161例にSTAI, SDS, QOL 検査を施行し、精神的不安を検討した。2) STAI 検査結果, SDS 値及び QOL 結果は、めまい患者の男女差は認めなかった。

3)SDS \geq 50は全症例の約1割に認められ、SDS 結果と最も相関するのは特性不安で、次いでMCS結果であった。4)めまい加療を目的にした入院患者にSDS \geq 50群は加療後も不安の改善が十分に認められないので、薬物治療及び精神科受診を勧めることが必要であることが推測された。(ただし、未だに精神科受診には大きな壁があり、受診を勧めることは容易ではない。)5)めまい患者の治療は肉体的QOL改善に医師は目が行きがちだが、精神的QOL改善をともに施行しないとめまい改善には至らないことを認めた。6)当科の加療は入院してのめまいの集団リ

ハビリテーションを施行し、結果は大多数のめまい患者の肉体的、精神的QOLの改善結果を得た。

【謝辞】

研究に貴重なご意見を賜りました日野市立病院耳鼻咽喉科部長五島史行先生にこの場をお借りして深謝いたします

【論文発表】

なし

【学会発表】

(一般演題)

- ① 新井基洋, 保坂 隆:めまい集団リハビリテーションによる患者のQOL改善と不安, 抑うつとの関係。第195回神奈川県耳鼻咽喉科地方部会。横浜, 2009年3月14日
- ② 新井基洋, 保坂 隆:めまい入院患者における不安とうつの検討—STAI, SDS, SF8を用いて—。第1回日本心身医学学術総会, 2009年6月6—7日

【文献】

- 1) 新井基洋:めまいのリハビリテーションの実施と継続のこつ, めまい診療のコツと落とし穴, 初版, p184-185 中山書店, 2005
- 2) 新井基洋:めまいの集団リハビリテーションとストレスマネージメント, 日常診療に役立つストレスケア入門, 初版, p65-73 永井書店, 2001
- 3) 保坂 隆:悪性腫瘍と軽症うつ病。成人病と生活習慣病32:1469-1472, 2002
- 4) 保坂 隆(監修):在院日数短縮化を目指して-QOL向上のために。星和書店, 東京, 2002
- 5) 河野友信 他:心理測定, 医学的心理診断27-39, 心身医学のための心理テスト, 朝倉書店, 1990
- 6) 高橋直一, 新井基洋:めまいリハビリテーション入院前後のQOLの変化についての検討 Equilibrium Research Vol66 No5:301,

2007

7) 高橋直一, 新井基洋: めまい患者における不安についての検討—STAI 検査を用いて 933-936, 耳喉頭頸 78(12), 2006

8) 中山明峰: 心因性要素の強いめまい疾患への対応, めまい診療のコツと落とし穴, 初版, P174-175 中山書店, 2005

【図・表】の説明

【表一1】: 本研究の治療前の症例数および症例背景 (年齢, STAI 検査結果, SDS検査結果, QOL 検査結果の平均および標準偏差)

【表1】全体、男女の結果

	症例数	年齢(歳)	状態	特性	SDS(症例数)	PCS	MCS
全体	161	58.1±13.9	45.2±10.5	45.9±10.2	40.6±7.9	43.1±9.3	43.1±8.9
					(98症例)		
男性	39	56.1±14.4	45.9±10.5	44.8±10.6	39.0±5.9	43.7±9.8	43.8±9.1
					(22例)		
女性	122	58.8±13.7	45.3±10.4	46.4±9.9	41.0±8.5	42.8±9.4	42.9±8.8
					(76例)		

【表一2】: 本研究の治療前後の症例数および症例背景 (QOL 検査の平均および標準偏差) すべての症例において治療前後でQOLは改善を認めた。

【表2】治療前後の全体、男女

	症例数	PCS	MCS
全体(1回目)	161	43.1±9.3	43.1±8.9
全体(2回目)	115	48.1±6.8	48.9±7.5
男性(1回目)	39	43.7±9.8	43.8±9.1
男性(2回目)	30	50.4±4.5	49.3±7.0
女性(1回目)	122	42.8±9.4	42.9±8.8
女性(2回目)	85	47.2±7.3	48.7±7.6

※P<0.05 ※※ P<0.01

【表-3】：SDS値で分けた5群の治療前検査結果（年齢，STAI検査結果，SDS検査結果，QOL検査結果の平均および標準偏差）

【表3】SDS5群治療前の結果

SDS値 (平均±SD)	症例数	年齢(歳)	状態	特性	PCS	MCS
SDS≥50 (53.6±3.7)	16 (男女比4:12)	61.2±13.0	51.3±10.9	58.9±9.1	40.9±12.6	35.7±9.2
50>SDS≥40 (43.2±2.6)	37 (男女比13:24)	54.2±14.6	50.2±10.1	51.0±8.2	41.2±9.1	39.8±7.0
40>SDS (33.6±3.7)	45 (男女比9:36)	58.7±19.3	47.3±10.1	45.5±8.1	42.3±9.1	42.5±7.0
SDS未実施	63 (男女比13:50)	59.2±13.8	39.3±8.5	39.6±7.0	45.3±8.2	47.7±8.1
40>SDS+未実施	108 (男女比29:79)	59.0±13.6	42.9±9.4	42.3±8.4	44.0±8.7	45.5±8.5

【表-4】：SDS値で分けた5群の治療後検査結果（年齢，STAI検査結果，SDS検査結果，QOL検査結果の平均および標準偏差）

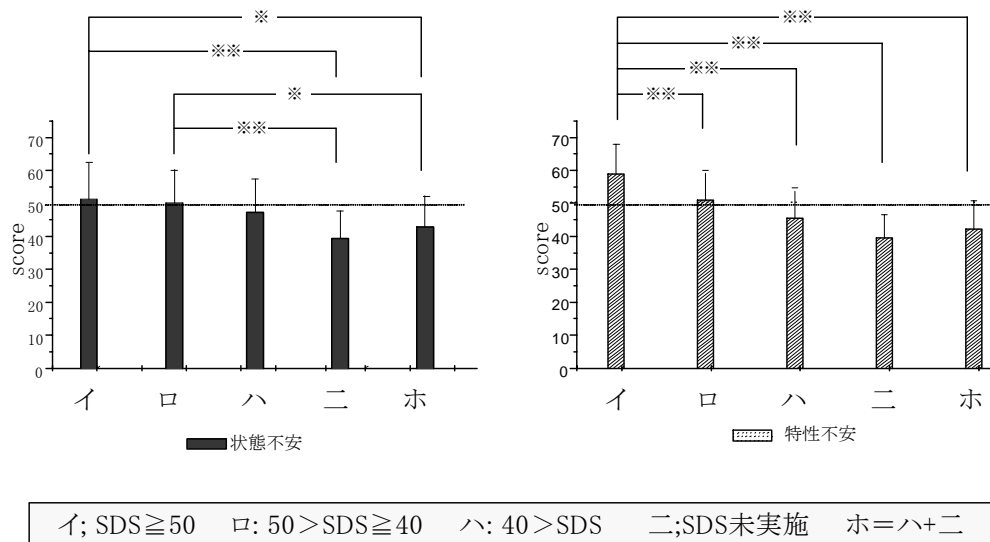
【表4】SDS5群の治療後の結果

SDS値 (平均±SD)	症例数	年齢(歳)	状態	特性	PCS	MCS
SDS≥50 (53.6±3.7)	10 (男女比4:6)	61.2±13.0	51.3±10.9	58.9±9.1	47.9±12.7	43.5±7.4
50>SDS≥40 (43.2±2.6)	26 (男女比13:13)	54.2±14.6	50.2±10.1	51.0±8.2	46.4±7.5	47.3±9.5
40>SDS (33.6±3.7)	23 (男女比9:14)	58.7±19.3	47.3±10.1	45.5±8.1	48.3±7.5	48.9±9.5
SDS未実施	55 (男女比13:42)	59.2±13.8	39.3±8.5	39.6±7.0	48.8±5.8	50.7±6.3
40>SDS+未実施	78 (男女比22:56)	59.0±13.6	42.9±9.4	42.3±8.4	48.7±5.5	50.0±6.4

【図-1】：SDS値で分けた5群のSTAIの状態・特性不安検査結果の比較
 状態不安はすべての群で高値を認めた。特性不安はSDSと比例した。

【図1】STAIの状態・特性不安の比較

※ P<0.05 ※※ P<0.01



【図-2】：SDS値で分けた5群のQOL（PCS，MCS）検査結果の比較
 PCSはすべての群で低値を認めた。MCSはSDSの値に反比例した。

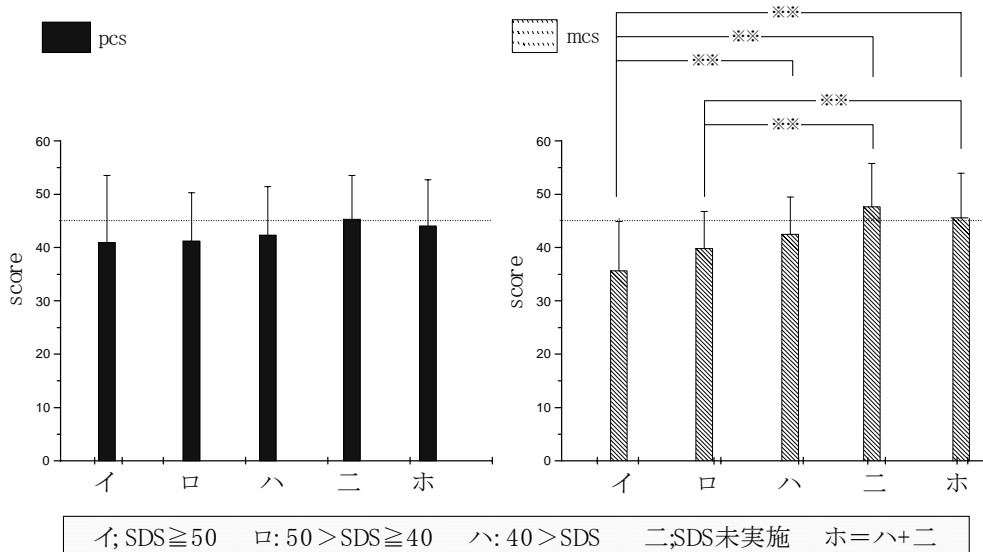
【図2】QOL尺度

MCS, PCSでPCSがイ群で高値

PCS(Physical Component Summary: PCS-8)

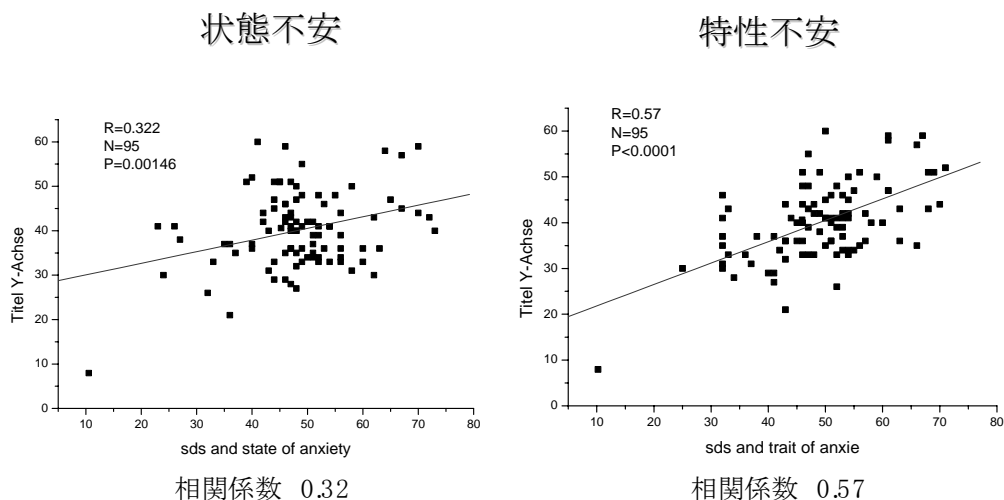
MCS(Mental Component Summary: MCS-8)

※ P<0.05 ※※ P<0.01



【図-3】：SDSとSTAIの相関係数について
 SDSと状態不安の相関係数は0.32で、特性不安との相関係数は0.57であった。

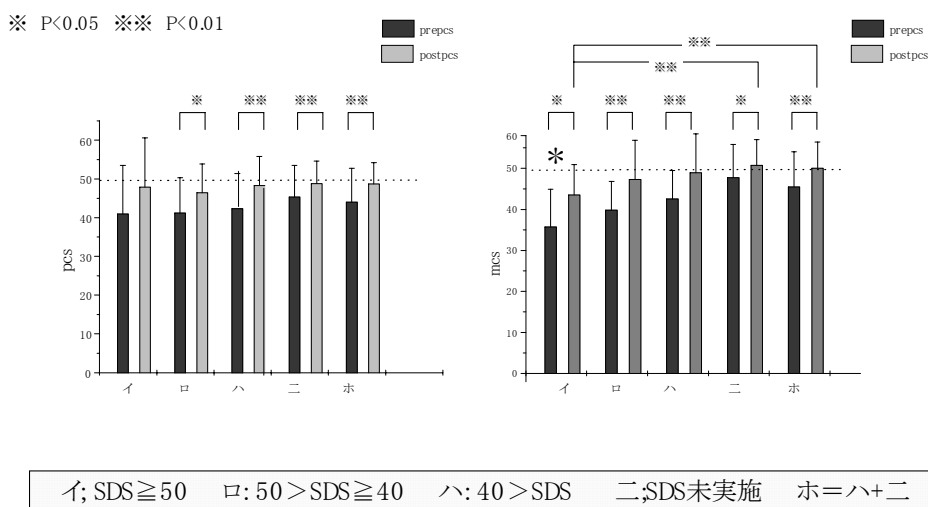
【図3】SDSとSTAI(状態・特性)



【図-4】：SDS値で分けた5群の治療前後におけるQOL（PCS, MCS）検査結果の比較
 PCS,MCSともに、いずれのグループも改善を認めた。
 MCSは（イ）群では十分な改善は認めなかった。

【図4】治療前後のMCS,PCS

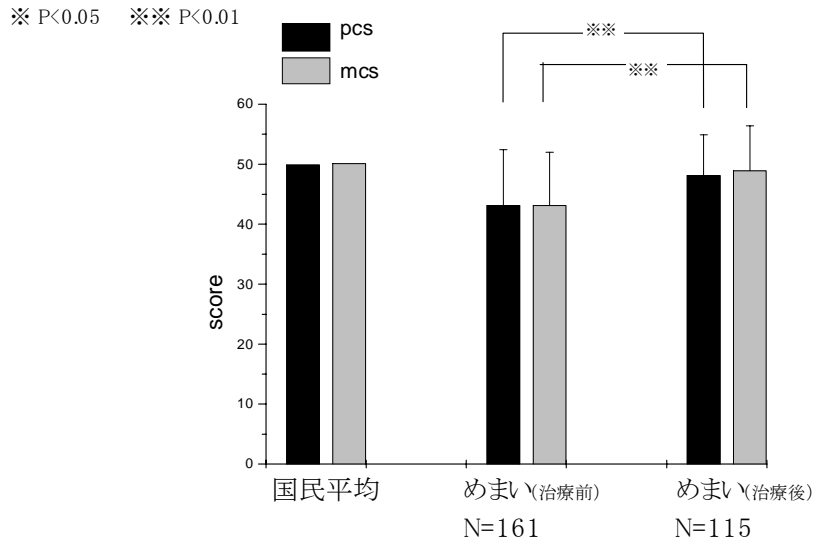
PCSはいずれのグループも改善した。
 * MCSはSDS高値群では十分な改善を認めなかった



【図-5】：QOL尺度

めまい患者全体のPCS,MCS検査結果はともに低値を認めた。
治療後はPCS,MCS検査結果はともに改善を認めた。

めまい患者全体でPCS、MCS低値
治療後はQOLともに改善した



企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果に関する研究

分担研究者：矢倉 尚典（損保ジャパン総合研究所）

【研究要旨】

社会情勢、労働環境などの急激な変化に伴い、労働者のストレス、心の健康問題が深刻化しており、企業においてメンタルヘルス対策に取り組む必要性、重要性が高まっている。こうした心の健康問題に関する社会的ニーズの拡大と精力的な研究の成果に基づいて、厚生労働者からは各種の対策、指針が公表されてきた。

企業におけるメンタルヘルス対策の具体的実施方法等の指針は示されているところであるが、企業におけるメンタルヘルス導入の普及・啓発をさらに進めるためには、労働災害防止、安全配慮義務の的確な履行という側面のみならず、メンタルヘル対策の導入が経済的効果を持つことを示すことが重要であると考えられる。そのためには、メンタルヘルス対策導入の経済的効果を示しうる方法論を確立し、各種のメンタルヘルス対策の経済的効果の実証結果を広く明らかにする必要がある。

企業におけるメンタルヘルス不調の影響について、欠勤・休職・離職といった側面と出勤できていても作業能率の低下やミスが増加といった生産性の側面があることが広く指摘されており、前者をアブセンティーズム、後者をプレゼンティーズムと呼んで、分析の概念としている研究が多い。このうち、生産性の側面に関しては概念的には提示されているものの、具体的な測定方法を取り上げた研究は少ない。

海外では生産性の側面を計測するツールとして、WHOの Health and Productivity Questionnaire、米国スタンフォード大学の開発した Stanford Presenteeism Scale、米国タフツ・メディカル・センターの Dr. Lerner らが開発した Work Limitations Questionnaire (WLQ) 等が開発されている。このうち、WLQは、過去2週間において仕事上どのような支障が生じていたかを、メンタル・対人関係、時間管理、仕事の成果、身体活動能力の4分野計25問で問い、その回答結果を用いて、生産性が低下している割合を推計する換算式が開発されている。

本研究では、わが国における複数の企業をフィールドとして、その企業におけるメンタルヘルス対策の導入に際して、その導入の前後において、WLQ 調査を実施し、生産性低下の状況を示す WLQ 指標を比較することによって、企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果の把握を実証的に試みることにした。具体的導入対象のメンタルヘルス対策としては、平成 14 年以降の厚生労働科学研究において明らかにされた、職業性ストレス簡易調査票による仕事のストレス判定図に基づく職場環境等改善の取り組みとし、導入前後の2時点におい

て WLQ 調査を実施し、WLQ 調査より推計される生産性指標の両時点間の変化を把握する。

研究フィールドとしては、民間金融機関の子会社である IT 関連企業（従業員約 550 名）および国立大学医学部附属病院看護部（看護師 820 名）の 2 フィールドを予定し、平成 21 年 1 月以降、順次実施の予定である。したがって、第 2 回目の計測は平成 21 年度の後半に実施し、平成 22 年度に結果の解析・考察を行う予定である。

A. 研究目的

社会情勢、労働環境などの急激な変化に伴い、労働者のストレス、心の健康問題が深刻化しており、企業においてメンタルヘルス対策に取り組む必要性、重要性が高まっている。職場のメンタルヘルスは、CSR（企業の社会的責任）の推進、安全配慮義務的確な履行、人事労務管理の視点から、人的資源の活性化、労働生産性の向上のためにも重要である。1984年2月に、長時間労働を伴い困難な内容の仕事に従事した設計技師が反応性うつ病に罹って自殺未遂を起こした事例が労災認定され、過労自殺が初めて労災認定された。その後、過労自殺の業務との因果関係を認める数々の判決が注目を集めるとともに、1999年9月には労災認定基準に当たる「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の半断指針について」（9月14日付基発第544号）が示された。

こうした心の健康問題に関する社会的ニーズの拡大と精力的な研究の成果に基づいて、厚生労働者からは各種の対策、指針が公表されてきた。1995年度から1999年度までの5年間、旧労働省は、作業関連疾患の予防に関する研究—労働の場におけるストレス及び健康影響に関する研究—（研究班長：加藤正明東京医科大学精神医学名誉教授）を実施し、こうした研究成果を踏まえ、2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（8月9日付基発第5

22号：旧指針）が示され、2002年2月に「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（旧総合対策）が公表された。これらに基づいて労働者の過重労働・メンタルヘルス対策の普及・定着が進められてきたが、業務による心理的負荷を原因として精神障害を発症し、あるいは自殺したとして労災認定される件数が増加するなど、労働者の心身の負担はなお一層拡大している。その後、厚生労働省において、学識研究者の参集を求め、2004年4月より「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」が重ねられ、その結果を踏まえて労働政策審議会により2004年12月に建議「今後の労働安全衛生対策について」が取りまとめられた。建議では、労働者の健康確保、とりわけ過重労働による健康障害防止対策やメンタルヘルス対策をさらに進めていくことの必要性が指摘された。この建議に沿って、2005年11月には「労働安全衛生法等の一部を改正する法律」が公布された。これにより、過重労働による健康障害防止対策の一環として、長時間労働者等に対しメンタルヘルス面のチェックと必要な指導を行わなければならないこととなった。2006年1月には「労働安全衛生規則等の一部を改正する省令」が公布され、面接指導を要する対象者の基準が明示されている。さらに、2006年3月には改正労働安全衛生法における過重労働・メンタルヘルス対策の具体的実施の指針となる「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（新

総合対策), 「労働者の心の健康の増進のための指針」(新指針)が公示された。

このように、企業におけるメンタルヘルス対策の具体的実施方法等の指針は示されているところであるが、企業におけるメンタルヘルス導入の普及・啓発をさらに進めるためには、労働災害防止、安全配慮義務的的確な履行という側面のみならず、メンタルヘル対策の導入が経済的効果を持つことを示すことが重要であると考えられる。そのためには、メンタルヘルス対策導入の経済的効果を示しうる方法論を確立し、各種のメンタルヘルス対策の経済的効果の実証結果を広く明らかにする必要がある。

企業におけるメンタルヘルス不調の影響について、例えばうつ病を例にすれば、「うつ病は職業的・社会的機能への影響が大きく、職場では、欠勤や休職、離職となって現れる。また、出勤できている場合でも、集中力や意欲が十分でなく、作業能率の低下や見落としなどのミスの増加を呈する」(1)ことが広く指摘されている。この二つの側面について、前者の欠勤・休職・離職といった側面をアブセンティーズム、後者の出勤できていても作業能率の低下やミスの増加といった生産性の側面をプレゼンティーズムと呼んで、分析の概念としている研究が多い。このうち、生産性の側面に関しては概念的には提示されているものの、具体的な測定方法を取り上げた研究は少ない。

例えば、米国におけるうつ病に罹患した労働者に対する電話によるケア・マネジメントの労働生産性への影響を取り上げた研究(2)では、成果の指標として、Effective weekly hours worked(休業者は0時間換算とした週間有効労働時間)、Job retention(雇用継続率=1-離職率)、Actual weekly hours worked among the employed(勤務継続者の週間実労働時間)、On-the-job performance among

the employed(就業中のパフォーマンス[仕事ぶり])、Critical workplace incidents(職場における重大事故)が取り上げられている。この研究では、WHOのHealth and Productivity Questionnaire(HPQ)を用いて、過去4週間の仕事のパフォーマンスに対する自己評価を0~10の尺度で申告させ、その自己評価の10に対する割合(自己評価が8なら80%)を実労働時間に乗じて有効労働時間を算出する方式を採っている。

HPQの特徴は、仕事のパフォーマンスを割合で直接的に自己申告させることにあるが、プレゼンティーズムを計測する調査票は、上記のHPQ以外にも開発されている。例えば、米国スタンフォード大学の開発したStanford Presenteeism Scaleでは、「この1か月間の仕事上のストレスは、対処することが大変なほど大きかった」といった過去1か月間における仕事の遂行に関する状況に関する6つの記述に対して、「全くその通り、ややその通り、どちらでもない、ややそうではない、全くそうではない」の5つの選択肢で自己申告させる。合計点数によりプレゼンティーズムの大きさ(程度)を把握することができる。

また、米国タフツ・メディカル・センターのDr. Lernerらが開発したWork Limitations Questionnaire(WLQ)と呼ばれる調査票もある。この調査票では、過去2週間において仕事上どのような支障が生じていたかを、メンタル・対人関係、時間管理、仕事の成果、身体活動能力の4分野計25問で問うものである。例えば、「この2週間の間、身体的な健康状態や心の問題によって、(就業規則等で)決められた時間、仕事をすることが困難であったかどうかを問い、「全ての時間困難だった、ほとんどの時間困難だった、ある程度の時間困難だった、わずかな時間困難だった、困難な時間はなかった」の5つの選択肢で自己申告させる。さらに、こ

の25問の質問に対する回答結果を用いて、生産性が低下している割合を推計する換算式が開発されている。

そこで、本研究では、わが国における複数の企業をフィールドとして、その企業におけるメンタルヘルス対策の導入に際して、その導入の前後において、WLQ 調査を実施し、生産性低下の状況を示すWLQ 指標を比較することによって、企業におけるメンタルヘルス導入の経済的効果の把握を実証的に試みることにした。

B. 研究方法

企業におけるメンタルヘルス導入前後の2時点においてWLQ 調査を実施し、WLQ 調査より推計される生産性指標の両時点間の変化を把握する。

導入対象のメンタルヘルス対策としては、平成14年以降の厚生労働科学研究において明らかにされた、職業性ストレス簡易調査票による仕事のストレス判定図に基づく職場環境等改善の取り組みとした。この取り組みでは、まず、対象となる企業の全従業員に対して職業性ストレス簡易調査票（参考1）を用いてストレス調査を実施する。回答者各人に対して「あなたのストレスプロフィール」をフィードバックするとともに、回答結果を職場ごとに集計し、仕事のストレス判定図（参考2）を作成し、職場へフィードバックする。仕事のストレス判定図は、職業性ストレスの主要な要素（仕事の量的負担、仕事の自由度、職場の支援）について、職場の平均点を計算して、全国平均と比較して示されるとともに、職業性ストレスによる健康リスクの高さについても示される。仕事のストレス判定図を用いて、職場の管理監督者に対して、職場環境改善を含めた部下管理の一環として、ラインによるケアを目的として、職場のストレスの

特徴を報告する。高ストレスの職場に関しては、「職場環境等の改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリスト」（職場環境改善のためのヒント集）を用いて職場全員で職場環境改善について討議を行うグループセッションを実施し、職場討議で集約された改善提案を実行する。

本研究では、上記の職業性ストレス簡易調査実施時に併せてWLQ 調査も実施する。また、改善提案実行後およそ6か月の時点で、再度職業性ストレス簡易調査およびWLQ 調査を実施し、2時点間の調査結果を比較し、上記のメンタルヘルス対策の導入の効果の把握を試みる。

WLQ は前記の通り、米国タフツ・メディカル・センターのDr. Lerner らが開発した調査票で、その一部を掲載した参考3の通り、原文は英文である。分担研究者らは、英文調査票の和文化を試み、英文へのバック・トランスレーション等開発者の指定する所定の手順を踏んで、和文調査票の使用許可を開発者から取得して、本研究に使用した。なお、本研究での使用については、研究で収集したWLQ 調査結果の非匿名データを開発者に提出することを条件として、無料の使用許諾となっている。

また、WLQ 調査結果から生産性の低下割合を推計する換算式は、開発者が米国におけるデータを基に開発した換算式をそのまま使用することとした。わが国におけるデータに基づいて検証された換算式ではないので、換算式を用いた計算結果の絶対値水準そのものが、わが国においても妥当な水準となっているかについては、将来的な課題と考えられる。しかし、同一の計測方法を2時点で使用し、比較することにより、改善が見られたのかどうかの方向性について、職業性ストレス簡易調査の総合健康リスク値と併せて、生産性の低下を評価した指標値によって確認することの意義は大きいと考えられる。特に、企業の

経営陣に対するメンタルヘルス対策導入効果の説明に力を発揮することが期待される。

研究フィールドとしては、民間金融機関の子会社であるIT関連企業（従業員約550名）および国立大学医学部附属病院看護部（看護師820名）の2フィールドを予定し、平成21年1月以降、順次実施の予定である。したがって、第2回目の計測は平成21年度の後半に実施し、平成22年度に結果の解析・考察を行う予定である。

なお、本研究におけるWLQ調査は、分担研究者の所属組織における所定の手続きにより、倫理審査委員会の承認を得た上で、実施される。

C. 研究結果

省略

D. 考察

省略

E. 結論

省略

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

特記すべきことなし

【文献】

- 1) 上島国利編 集最新医学別冊「新しい診断と治療のABC 9/精神1/躁うつ病」(株式会社最新医学社, 2003年)
- 2) P. S. Wang, et al., “Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes · A Randomized Controlled Trial”, JAMA. 2007;298(12):1401-1411

【参考1】職業性ストレス簡易調査票

職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ ま あ う だ	ち や や う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な か た ら な い	ほ と ん ど	と き あ つ た	し ば あ つ た	ほ と ん ど い つ も あ つ た
1. 活気がわいてくる	1	2	3	4	
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4	
3. 生き生きする	1	2	3	4	
4. 怒りを感じる	1	2	3	4	
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4	
6. イライラしている	1	2	3	4	
7. ひどく疲れた	1	2	3	4	
8. へとへとだ	1	2	3	4	
9. だるい	1	2	3	4	
10. 気がはりつめている	1	2	3	4	
11. 不安だ	1	2	3	4	
12. 落ち着かない	1	2	3	4	
13. ゆううつだ	1	2	3	4	
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4	
15. 物事に集中できない	1	2	3	4	
16. 気分が晴れない	1	2	3	4	
17. 仕事が手につかない	1	2	3	4	
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4	

	な か つ た	ほ と ん ど	と き ど き あ つ た	し ば し ば あ つ た	ほ と ん ど い つ も あ つ た
19. めまいがする -----	1		2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む -----	1		2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする -----	1		2	3	4
22. 首筋や肩がこる -----	1		2	3	4
23. 腰が痛い -----	1		2	3	4
24. 目が疲れる -----	1		2	3	4
25. 動悸や息切れがする -----	1		2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い -----	1		2	3	4
27. 食欲がない -----	1		2	3	4
28. 便秘や下痢をする -----	1		2	3	4
29. よく眠れない -----	1		2	3	4

C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
--	-------------	-------------	--------	------------------

次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？

1. 上司 -----	1	2	3	4
2. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司 -----	1	2	3	4
5. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司 -----	1	2	3	4
8. 職場の同僚 -----	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等 -----	1	2	3	4

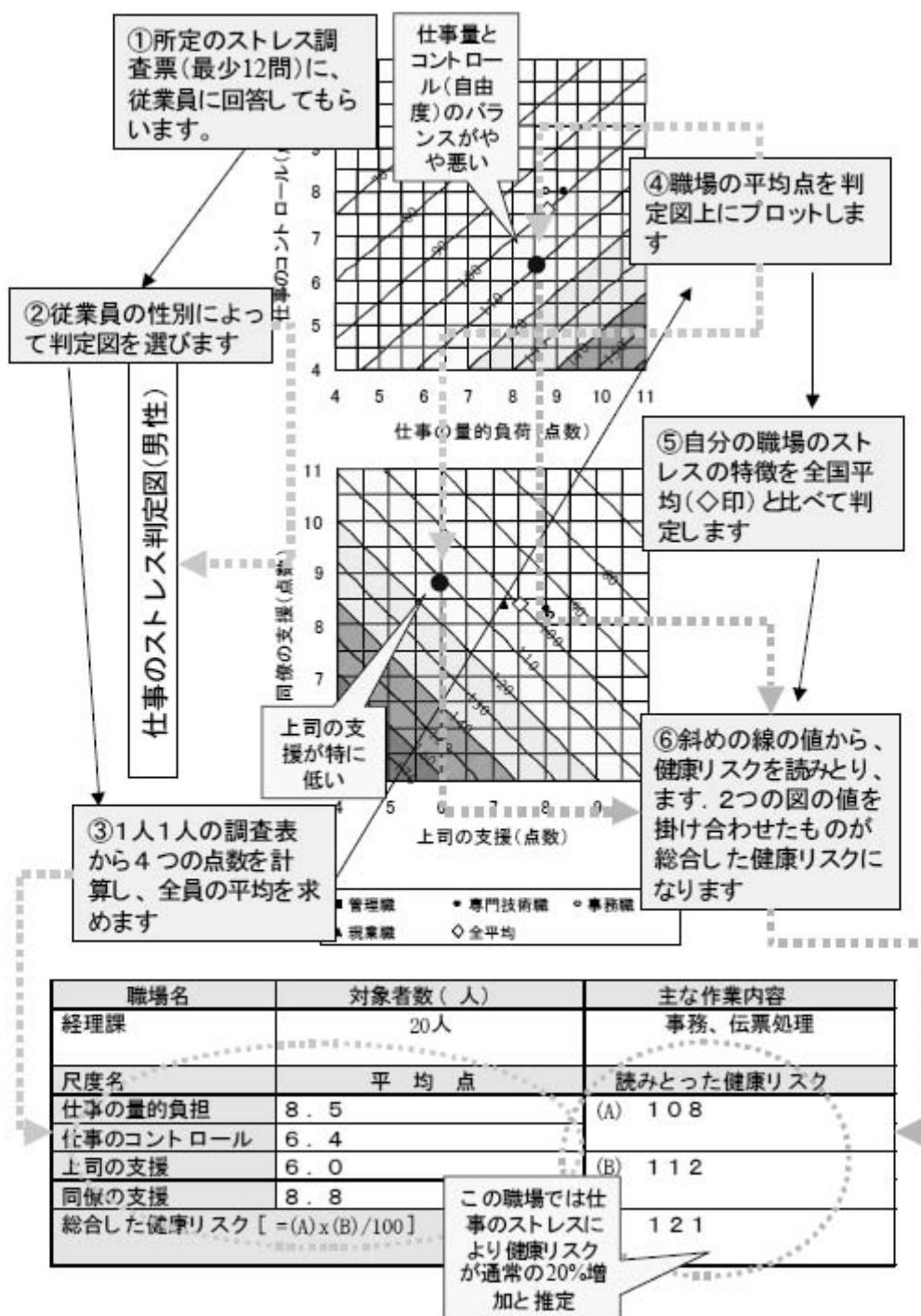
D 満足度について

	満 足	満 ま あ 足	不 や 満 や 足	不 満 足
1. 仕事に満足だ -----	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ -----	1	2	3	4

(出典) 東京医科大学公衆衛生学講座

<http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/questionnairePDF.pdf>

【参考2】仕事のストレス判定図



(出典) 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル
 一より効果的な職場環境等の改善対策のために一
 平成14年～16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究
 【職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究】
 主任研究者：東京医科大学衛生学公衆衛生学 下光輝一
<http://www.tokyo-med.ac.jp/ph/ts/manual2.pdf>

【参考3】 Work Limitations Questionnaire (WLQ)

In the past 2 weeks, how much of the time did your physical health or emotional problems make it difficult for you to do the following?

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. do your work without stopping to take breaks or rests.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
b. stick to a routine or schedule.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
c. keep your mind on your work.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
d. speak with people in person, in meetings or on the phone.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
e. handle the workload.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

Note: Items a. and b. are from the Time Management scale. Items c. and d. are from the Mental-Interpersonal Demands scale. Item e. is from the Output Demands scale.

In the past 2 weeks, how much of the time were you **ABLE TO DO** the following without difficulty caused by physical health or emotional problems?

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. walk or move around different work locations (for example, go to meetings).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
b. use hand-held tools or equipment (for example, a phone, pen, keyboard, computer mouse, drill, hairdryer, or sander).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

Note: Items a. and b. are from the Physical Demands scale.

Work Limitations Questionnaire, © 1998, The Health Institute; Debra Lerner, Ph.D.; Benjamin Amick III, Ph.D.; and GlaxoWellcome, Inc. All Rights Reserved.

(出典) Lerner D. Rogers WH. Chang H. The Work Limitations Questionnaire. Quality of Life Newsletter. 2002;28:9-10

上掲の質問項目の和訳

この2週間の間、あなたの身体的な健康状態やこころの問題によって以下のことを行うことが、困難だった時間はどれくらいの長さでしたか？

	すべての時間, 困難だった (100%)	ほとんどの時間, 困難だった	ある程度の時間, 困難だった (約50%)	わずかな時間, 困難だった	困難な時間はな かった (0%)	私の仕事 には、 あてはま らない
a. ひと休みや休憩をとらず仕事をする事	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
b. 所定の手順やスケジュールを守る事	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
c. 仕事のことを考え続ける事	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
d. 個別に対面で、会議に参加して、あるいは電話で人と話をする事	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
e. 仕事をこなす事	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

(注)質問 a. b. は時間管理の分野から、c. d. はメンタル・対人関係の分野から、e. は仕事の成果の分野からの質問である。

この2週間の間、あなたの身体的な健康状態やこころの問題に起因する困難がなく、以下のことができた時間はどれくらいの長さでしたか？

	すべての時間, 可能だった (100%)	ほとんどの時間, 可能だった	ある程度の時間, 可能だった (約50%)	わずかな時間, 可能だった	可能だった 時間はな かった (0%)	私の仕事 には、 あてはま らない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. 職場内を歩くまたは移動すること（例えば、会議に出席することなど）	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
b. 手持ちの小さな道具や機器（例：電話、ペン、キーボード、パソコンのマウス、ドリル、ヘアドライヤー、研磨機）を使用すること	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

（注）質問 a. b. は身体活動能力の分野からの質問である。

Work Limitations Questionnaire, ©1988, The Health Institute; Debra Lerner, Ph.D.; Benjamin Amick III, Ph.D.; and GlaxoWellcome, Inc. 著作権所有

企業における精神障害者の受け入れ実態調査と普及啓発

分担研究者：松島英介（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野准教授）
研究協力者：河野裕子（東京医科歯科大学大学院）

【研究要旨】

本研究は、企業と勤労者を対象として質問用紙法を用いて、精神障害による疾病休業と復職、ならびに社員教育に関する実態調査を実施した。調査にあたっては、職域における精神保健の相談援助組織「社団法人 日本産業カウンセラー協会」の賛助会員195の企業・団体に対する調査を郵送とインターネットにて実施。調査結果をもとに、普及啓発活動を合理的かつ効率的に実施するうえでの課題を分析し検討する。調査結果は2009年3月に集計・分析予定、その経緯を報告する。

A. 研究目的

はじめに：世界同時不況の影響が深刻化するなか、我が国の経済活動も大幅に落ち込んでいる。これまで日本を代表する優良企業とされていたところが、大規模な雇用調整を進行されており、就労者の精神的負担も急激に増加していることが予想されている。平成19年度の『精神障害等の労働補償状況』によると、うつ病などの精神障害等による労災補償の請求件数は952件、支給決定件数（認定件数）は268件で、前年度にくらべ63件（30.7%）増加している。業種別では製造業が最も多く、職種別では専門的・技術的職業従業者が最も多い。

これらの実態をふまえても、現在の大規模な雇用調整が企業における精神障害と精神障害者の受け入れならびに復職、教育にどのような影響を及ぼしているのか、労働科学の観点からの実態調査が必要である。

そこで、本研究では、職域における精神保健に対する相談援助組織として長年の実績を

有する「社団法人日本産業カウンセラー協会」の賛助会員195の企業・団体に、（1）精神保健（メンタルヘルス）についての普及啓発の教育の実態（2）早期発見としてのストレス調査の実態（3）精神保健に対する相談援助者の有無（4）精神障害の診断と復職のための専門医の有無（5）精神障害者の受け入れと復職の実態（6）普及啓発の教育と受け入れを合理的にかつ効率的に実施する上での課題の抽出という、六点を目的として質問紙法の調査を実施。先行研究である、平成15年度 労働安全衛生総合研究「うつ病を中心としたところの健康障害をもつ、労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」（島ら）平成18年度 労働安全衛生総合研究『地方中小都市における中小零細事業場を対象とした、自殺予防対策に関する調査研究- 講習会、啓発教育ならびに相談による介入研究-』（敷川ら）、『大都市圏における中小零細事業場を対象とした自殺予防対策に関する調査研究』（高田ら）と比較検討。教育と休職および復職の実態と明らかにして、

どのような普及啓発が有効か、また、平成18年と比較してどの程度普及しているか、考察を加える。

B. 研究方法

対象と方法：平成20年1月から平成21年3月までの期間に「社団法人日本産業カウンセラー協会」の賛助会員であった195の企業・団体を対象として、平成21年2月18日質問紙票（資料1参照）を郵送。FAXとインターネットにて3月19日に回収。平成21年3月末、集計分析。195の企業・団体は、各都道府に事業所がある民間企業と団体ならびに労働組合で構成されている。調査票の検討項目は以下の通りである。

- 1) 回答企業の業種と従業員数
- 2) 普及啓発としての教育
- 3) 復職率と復職の実態
- 4) 復職と復職支援体制

質問紙は、「はい」と「いいえ」で答える定性的質問と、「何人いるか」といった定量的質問を行う。これまでの先行研究にはない、「休職者が何人いるか」「復職者が何人いるか」という休職率と復職率を数量化された実態把握ができる質問項目が含まれている。また、それによって、企業は休職率や復職率といった具体的な把握がなされているか、否かを企業ごとの体制づくり実態も把握できるように工夫されている。

C. 結果

D. 考察

E. 結論

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

【参考文献】

- 1) 敷川ら、『地方中小都市における中小零細事業場を対象とした、自殺予防対策に関する調査研究- 講習会、啓発教育ならびに相談による介入研究- 』労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）労働者の自殺予防に関する介入研究 平成18年度総括分担報告
- 2) 高田ら、『大都市圏における中小零細事業場を対象とした自殺予防対策に関する調査研究』労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）労働者の自殺予防に関する介入研究 平成18年度総括分担報告
- 3) 島ら、『うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究』労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）労働者の自殺予防に関する介入研究 平成16年度総括
- 4) 社会経済生産性本部 メンタルヘルス研究所 『産業人メンタルヘルス白書』2004

【資料1】 調査対象へのアンケート及び依頼文

賛助会員の皆様

厚生労働省労働科学研究
メンタルヘルスの普及啓発に関する調査研究

ご協力をお願い

社団法人 日本産業カウンセラー協会
専務理事 事務局長 原 康長

拝啓

向春の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

昨年からの経済状況の悪化のもと、勤労者をめぐる雇用情勢は過去に例のないほどの厳しさとなっております。こうした情勢のもと、当協会が長年取り組んでおります勤労者のメンタルヘルスへの対応は、今後、ますます重要かつ深刻な状態となってくることが予想されます。こうした状況を踏まえ、勤労者のメンタルヘルスの普及啓発ならびに取り組みの実態を探るため、厚生労働省労働科学研究班による「メンタルヘルスの普及啓発に関する調査研究」に当協会として協力する運びとなりました。

要務ご多忙中とは存じますが、趣旨をご賢察くださり、本調査研究にご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

調査期間 2009年2月20日～3月31日

調査対象 社団法人 日本産業カウンセラー協会 賛助会員の皆様

調査方法 別紙のアンケート用に、貴企業のご担当者様にてご記入いただき、同封いたしました返信用封筒にて、ご郵送、または、FAXにてご返答ください。

期日 平成21年3月31日までに

郵送先 〒113-8519

東京都 文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学大学院 心療緩和医療学分野
厚生労働省 労働科学研究班 松島、河野 宛

FAX番号 (03) 5803-0217

東京医科歯科大学大学院 心療緩和医療学分野 研究室

お問合せ先 東京医科歯科大学大学院 心療緩和医療学分野 (担当：松島、河野) ・
〒113-8519 東京都 文京区湯島1-5-45 ・

電話(03) 5803-5859 e-mail: y.kono.lppm@tmd.ac.jp結果報告

調査結果は、まとめ次第、「COUNSELORS」にて、ご報告いたします。

メンタルヘルスの普及啓発に関するアンケート調査票

貴社におけるメンタルヘルスに関する取り組みについてお伺いいたします。
該当するものに○をつけてください。

メンタルヘルスの普及啓発についてご質問します。

Q1. 昨年1年間にメンタルヘルスについての研修を実施しましたか。(2008年1～12月末)

1. はい 2. いいえ

Q2. Q1で「はい」を選択された方へお伺いします。

SQ1. どのような年齢層の方へ実施しましたか。(複数回答可)

1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代以上

SQ2. どのような階層の方へ実施しましたか。(複数回答可)

1. 新入社員 2. 中堅若手社員 3. 女性社員 3. 管理職 4. 労働組合員
5. 経営幹部

Q3. 昨年1年間にストレスチェックテストを実施しましたか。(2008年1～12月末)

1. はい 2. いいえ

メンタルヘルスによる休職についてご質問します。

Q4. 昨年1年間にメンタルヘルスの問題で休職する方はいましたか。(2008年1～12月末)

1. はい 2. いいえ

Q5. Q4で「はい」を選択された方へお伺いします。

SQ1. 休職者は何人いましたか。

(正確な人数がわからない場合はおよそでお答え下さい。)

1. _____人 2. およそ1～5人 3. およそ6～10人
4. およそ11～20人 5. およそ20人以上 6. はっきりしない
7. 無回答

SQ2. 休職後に復職する方は何人いましたか。

(正確な人数がわからない場合はおよそでお答え下さい。)

1. _____人 2. およそ1～5人 3. およそ6～10人
4. およそ11～20人 5. およそ20人以上 6. はっきりしない
7. 無回答

Q11. 貴社についてお伺いします。

貴社名 _____
社員様数 _____人
ご担当者様のお名前 _____
ご担当部門名 _____

お忙しいなか、調査にご協力ありがとうございました。

精神科長期入院患者の退院及び社会復帰に関する普及啓発の 問題点とその改善法の検討に関する研究

分担研究者：天保 英明（医療法人社団ハートフル川崎病院 病院長）

研究要旨：

精神科病院の長期入院患者の退院支援及び地域移行を支援する具体的取り組みと問題点について

- 1) 当院の長期入院患者（5 年以上）の退院及び地域移行についての実態を調査し、問題点を明らかにした。
- 2) 川崎市にあるすべての単科精神科病院に「新設 精神科地域移行実施加算 5 点（1 日につき）」の制度についてその実施状況と問題点についてアンケート調査を実施した。

A. 研究目的

精神科病院へ長期入院している患者の退院促進及び地域移行を支援するにあたって、現在どのような問題が存在しているのかについて実態を調査し、精神科長期入院患者の地域移行支援をより着実に実行するためにはどのような方策が必要であり、また、患者の社会復帰に関連して、地域社会においてどのような普及啓発活動が必要かさぐる。

B. 研究方法

研究 1) 当院において、「新設 精神科地域移行実施加算 5 点（1 日につき）」の制度の実施状況とあわせて、当院の 5 年以上の長期入

院患者の退院実績と退院患者のプロフィールについて調査し、退院に際しての問題点を調査した。

研究 2) 川崎市に単科精神科病院 5 病院のすべてに対して以下の 6 項目について尋ね、精神科地域移行実施加算 5 点の制度の実施実態、問題点とこの制度が長期入院患者を地域移行させることに、どの程度インセンティブがあったかを調査した。

なお、調査は 5 病院の各病院長が回答した。

(1)「新設 精神科地域移行実施加算 5

点(1日につき)」の制度について、
認知されているのか？

(2) この制度に基づき、平成20年度
にこの加算が可能であったか？

(3) 来年、つまり平成21年度にもこ
の制度による加算は可能か(つま
り5年以上の長期入院患者の退院
促進が進んでいるか)？

(4) 来年加算を取ることが可能であ
ればその理由。不可能であればその
理由について。

(5) この制度が、長期入院患者の退院
のインセンティブになるのか？

(6) インセンティブになる理由。なら
ない理由。

(倫理面への配慮)

患者の特定や病院名の特定につながら
ないよう情報の収集・整理。発表のあり
方には十分な配慮を行った。

C. 研究結果

研究1について)

(1) 当院における5年以上の長期入院
患者の特徴

当院は、320床の単科精神科病院であ
る。

平成19年の当院における5年以上の
長期入院患者は155人(男性83人、
女性72人)であった。

当院における、5年以上の長期入院患
者155人の平均入院期間は、18年2
ヶ月であった。

入院期間では、5年から9年の患者数
が45人と最も多く、15年から19年

の29人、10年から14年の24人と
続いていた。

年齢別では、65歳から69歳が32
人で最も多く、60歳から64歳で31
人であった。

60歳代の患者が63人で、75以上の
高齢者も24人であった。

65歳以上の患者が、155症例中73
例で47.1%とおよそ半数を占めていた。

(2) 入院が長期にわたった要因の分析
入院が長期になった要因としては、以
下の3つが考えられた。

1) 患者本人の要因

*精神症状の不良

(例えば、高度の幻覚妄想や薬物
抵抗性)

*服薬の不良

ADLの低下

(日常生活能力の低下→単身生活
やグループホームでの生活を不能
にする)

*服薬・グループホームへの拒否感

(服薬の習慣が確立しない)

(グループホームに抵抗感があ
る)

2) 家族の要因

*介護・看病で疲弊

(家族がほかの患者を抱えてい
る)

*家族の不在

(患者が高齢で家族がいなくなっ
たり、代が変わったりした)

*家族が退院に対して拒否

(借金や近所への迷惑行動など患
者の入院前の行動があまりにひど
く、退院後にも起こるのではとい
う不安・恐怖)

3) 社会的要因

* 経済的要因

* 住居確保困難

* 入院による安心感

(家族の中にある「入院していたら安心」という気持ち→退院促進の停滞)

(3) 長期入院の退院患者のプロフィール

当院で、新制度による加算を受けるためには、5年以上の長期入院患者 155人のうち5%、つまり8人以上の退院が必要であった。

* 当院での退院成功例 8人、失敗例(再入院) 2人

* 自宅への退院は 4人

(うち単身 3人、家族と同居 1人)

* グループホームへの退院は 2人

* 老健・特養への退院は 2人

・ 女性 7人、男性 2人

・ 女性平均年齢 69歳

・ 男性平均年齢 70歳

・ 女性平均入院年数 11年

・ 男性平均入院年数 13年

研究2) について

川崎市の5つの単科精神病院

・ 300床規模 3病院

・ 210床規模 1病院

・ 140床規模 1病院

※アンケートの回答は、各病院長が行った。

(1) 新設 精神科地域移行実施加算については、5病院すべての院長が理解していた。

(2) この制度で、加算が可能であったのは3病院。加算できなかったのは2病院。

(3) 平成21年に加算ができる見込みのある病院(つまり5年以上の長期入院患者の5%を退院させることができる)は、2病院で困難なのは3病院であった。

(4) 理由について

1) 加算可能な病院(2病院)

* PSWを含めて退院促進に対して積極的に動いているから。

* もともと5年以上入院の患者数が少なく、1人の退院でも加算可能になるから。

2) 加算不可能な病院(3病院)

* 退院させる適当な受け皿が無い。

* 退院後、数ヶ月の支援体制が取れず、患者の不安が取り除けない。

* グループホームなど退院先は確保できても、患者本人が退院になかなか納得してくれない。

(5) この制度が、長期入院患者の退院のインセンティブになると答えたのは1病院。あまりならないと答えたのは3病院。全くならないと答えたのは1病院。

(6) その理由

1) 十分になる: 回答なし

2) あまりインセンティブにならない

* 人件費を考えると、とんとんあるいはマイナスになり、経済的メリットにならない。

* 退院後の地域生活支援を支えるために、せめて半年ほどの手厚い、特に人的配置を可能にできる加

算なり点数をつけてほしい。

*2～3年もすれば退院可能な患者は、ほとんどいなくなるのではないか。

*長期入院の手のかからない患者が退院した後、その病床を含めて入退院を回転させて収支を得るようにすることは、人的にも組織的にも能力的にもかなり困難。

3) 全くインセンティブにならない

*点数があまりに低く、さらに当院の通常の診察の中で退院して行かれるので。

D. 考察

研究1) について

5年以上の長期入院患者の3つの退院阻害要因については、以下のような対応が考えられる。

1) 患者本人の要因

*精神症状の要因

→病状の詳細な評価
病棟・退院カンファレンスの実行

*特に認知症症状の進行によるADLの低下

→認知症症状の評価
老人施設に適應できるかの評価の実施

*服薬・グループホームへの拒否感

→できるだけ頻回の見学と十分な説明
グループホームでの食事会の実施

*服薬の習慣が確立しない

→入院中からの服薬訓練
服薬について SST で取り上げる
一日一回にするなどの見方を工夫
ホームヘルパーなどによる服薬確認

2) 家族の要因

*介護・看病で疲弊

→家族の休養
患者の外泊のタイミングの調整

*家族の不在

→家族が完全にいない場合は、グループホームの職員、生活保護職員、外来スタッフ、デイケアスタッフ、ヘルパー、介護支援員など患者にかかわりを持つ人を確保し、十分な連絡が取れる環境を作る。

*家族が退院に対して拒否

→家族へ十分な病状の説明と話し合いを持つ。

3) 社会的要因

*経済的要因

→家族関係の調査、家族との話し合い、関係の調整。生活保護の検討・申請

*住居確保困難

→生活保護担当者との話し合い。
ケースワーカーによる住居に関する話し合いを積極的に持つ
グループホームや老人施設の活用の検討

- *入院による安心感
 - 患者・家族に十分な病状を説明
 - 患者本人の退院の意志の確認
 - 話し合い
 - 退院後の病状悪化時の対策の話し合い

研究2) について

「新設 精神科地域移行実施加算 5 点 (1 日につき)」の制度は、よく認識されていたが、加算が可能になる病院は少なかった。特に人件費の問題、加算が低いために経済的ペイしない。

川崎市の単科精神科病院は、すべて民間によって運営されており、長期入院患者を退院させてもそのベッドをそのまま空けておくことは不可能で、次の患者を入院させなければ経済的に運営できない。

しかも、入院してくる患者にかかる労力は、長期入院していて病状と人となりの方が十分わかっている患者よりも、はるかに大きいと考えられる。

また、もうひとつの懸念材料が 2~3 年もすれば退院可能な患者は、ほとんどいなくなるという考えで、この考え方は広く意見として出された。

常に 5 年以上入院している患者の 5% を退院させ続けることは事実上不可能で、もっとも問題があって手のかかる重症患者の一群が病院に残り、空いたベッドには急性期ないし、認知症などの別の疾患でやはり多大な労力を投入しなければならない患者が入ってくるという危惧が大きい。

このことから、現在実施中の精神科地域移行実施加算は、病院の管理者にとって魅力あるものでないと推察される。

E. 結論

(1) 研究1)からは、長期入院者には、

- 1) 患者本人の要因
 - 2) 家族の要因
 - 3) 社会的要因
- の主として 3 つの要因によって退院が阻害されている。

今後、これら一つ一つを分析し、長期入院患者の退院促進の新たな方法を創出しなければならない。

(2) 研究2)からは、現在の精神科地域移行実施加算では、長期入院患者の退院促進に対して十分なインセンティブになっていないことが推察された。

特に単科精神科病院の多くは、民間によって運営されており、また、内科や外科などの他の病院に比較して人的配置は脆弱であると言わざるを得ず、経済的なメリット・デメリットと効率的に最小の労力を振り向けること（つまり少数しか配置されていないスタッフで運営可能かどうかということ）ができるかどうかという点については、病院側はきわめて敏感であると言わざるを得ない。

今後、長期入院患者の社会復帰及び精神科病床の削減、専門機能を持つ病棟への移行を目指すのであれば、それを可能にする新たな制度を作る必要がある。その制度は、経済的に現在よりも効率がよく、その上で労力面でも効率がよく、専門性に根ざした病院運営が可能となるものでなければならないと思われる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

- 1) 板井 貴宏, 松井 健夫, 諸井 振吾, 天保 英明: 精神科長期入院患者の退院及び社会復帰に関する問題点の検討. 第 21 回日本総合病院精神医学会総会, 千葉市, 2008.11.28 - 29
- 2) 天保 英明: 精神障害及び精神障害者に関する普及啓発活動に関する研究「新設 精神科地域移行実施加算 5 点(1日につき)」の制度についてのアンケート調査. 第 1 回川崎市病院精神科連絡会, 川崎市, 2008.11.14

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
特になし

統合失調症の普及啓発に関する研究

分担研究者：福居 顯二
（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学教授）

【研究要旨】

平成16年3月に「こころのバリアフリー宣言」がだされ、精神障害・精神障害者の普及啓発の必要性が、他の精神障害に比べ、特に統合失調症についての一般の理解・認知度が低いことが明らかとなった。そこで本研究では、統合失調症への理解の普及啓発の目的で、京都府下の有床総合病院精神科と、奈良県下の単科精神科病院の2箇所の施設において、統合失調症患者あるいは家族に対して、テキストを用いた構造化された心理教育を実施し、疾患に対する理解度をアンケート調査により評価した。その結果、患者・家族いずれにおいても疾患への理解度が向上することを示した。現在、心理教育セミナーを受けている場合とそうでない場合での病気の理解、再発、治療中断・入院期間などについての相関についても解析予定である。

また、患者・家族以外に対象を広げ、地域での健常者を対象に、保健所、学校、公開講座等において統合失調症を含む精神疾患に関するセミナーを開催し、セミナー前後において疾患理解度のアンケート調査を施行し、統合失調症に対する認知度が深まるよう普及啓発の計画を作成中である。

分担研究者の所属機関（京都府立医科大学附属病院精神神経科）においても平成21年度より、一般の方を対象とした「こころの健康セミナー」を大学附属予防医学センターと共催で企画し、その中で同様のアンケートを実施し、統合失調症の普及啓発の向上を目指す。

【研究協力者】

成本 迅（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・講師）
和田 良久（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・講師）
正木 大貴（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・助教）
岡村 愛子（京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・大学院生）
北林百合之介（医療法人財団北林厚生会五条山病院・診療部長）
北林 正樹（医療法人財団北林厚生会五条山病院・院長）
石川 雅裕（国立病院機構舞鶴医療センター精神科・部長）

A. 研究目的

平成16年3月に「こころのバリアフリー宣言」がだされ、同年9月には、「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンのもと精神保健福祉施策の改革ヴィジョンが出され、精神障害・精神障害者の普及啓発には、早期発見・早期治療はもとより、退院促進・受け入れの2つのアプローチが平行して進めることの重要性が指摘された。しかしながら、精神疾患の中でも、統合失調症については、竹島による精神疾患に対する調査では国民の理解は、うつ病、アルコール依存症などに比べその認知度はかなり低いことが明らかとなった1)。

本研究では、統合失調症の啓発を目的に、①患者および家族に対しての心理教育を行うことにより患者とその家族がまず疾患の理解を深め、治療の継続・再発防止に繋がること、②地域一般住民の統合失調症への理解深めるための普及啓発活動をおこなうことの、2つの観点からのアプローチを行うこととした。

本年は、初年度でもあり、従来からおこなっている、①の統合失調症患者およびその家族に対して構造化されたアンケートによる心理教育を施行し、その理解度を評価することにより、再発・再燃の減少を目指した。

B. 研究方法

本研究は京都府立医科大学精神神経科の関係病院の中で、統合失調症の心理教育・社会復帰に取り組んでいる2つの病院で行った。

1) 奈良県下の単科精神科病院（五条山病院）での取り組み

急性増悪により同病院急性期治療病棟に入院した統合失調症患者の家族を対象に、1回3時間の構造化された教育プログラムを3回に分けて、合計9時間を1クールとした家族教室を開催した。1回目：病気について、2回目：治療について、3回目：再発予防・社会復帰について、とし教材として、五条山病院精神科医

が作成したオリジナルの「統合失調症の理解のために」2)と「ぜんかれん」の教育ビデオを用いた。各回の後に、プログラムの理解度をアンケートにて評価した。平成20年度には、1年間で合計4クールをおこなった。講義は、医師、PSW、薬剤師、看護師、作業療法士がそれぞれの専門分野を担当した。1クールの最後の3回目には、デイケアセンター、生活訓練施設、地域活動支援センターの施設見学も実施した。データ処理は、患者・家族を同定できない形で実施した。

2) 京都府下の有床総合病院での取り組み

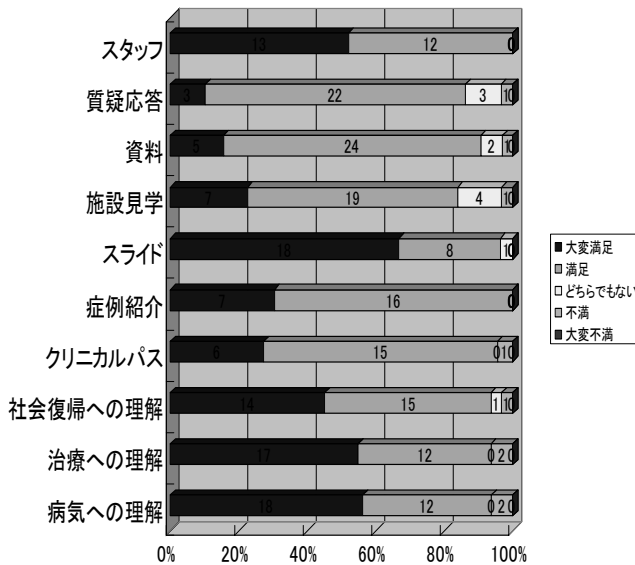
国立病院機構・舞鶴医療センター精神科に通院中の患者および家族に心理教育プログラムを施行した。患者へは、第1回(2009.1.21)「病気の特徴と回復までの経過」、第2回(2.4)「薬の作用と上手な使い方」、第3回(2.18)「くすりの副作用と相談の仕方」、第4回(3.4)「再発の予防」、第5回(3.18)「よりよい生活のために」を行った。家族に対しては、第1回(2009.2.7)「病気のしくみ、急性期におこること」、第2回(2.21)「病気の経過と対処の工夫」、第3回(3.7)「治療の作用と副作用」、第4回(3.21)「障害への対処、家族の受けられる支援」をおこなった。テキストは患者には、「あせらず・のんびり・ゆっくと -病気・くすり・くらし -全家連版」3)を、家族には、「じょうずな対処・今日から明日へ -病気・くすり・くらし -全家連版」4)を使用した。

C. 結果

1) 五条山病院での結果

延べ参加者は、4クール合わせて、第1回48名、第2回46名、第3回34名であった。第1～3回すべてに参加した家族は延べ32名であった。毎回、終了ごとに、満足度のアンケートを実施し、3回すべてに参加したものを対象に、全体の理解度、満足度についてのアンケ

ート調査（表1）を実施した。結果は図1に示す。90%を上回る対象者から、病気、治療、再発予防・社会復帰について理解できたとの回答が得られた。質疑応答や資料、施設見学については、その他の項目に比べてやや満足度が低い傾向が認められた。



(2) 舞鶴医療センターでの結果

参加者は患者26名、家族14名であった。アンケートでは、ニーズアセスメント（患者・家族）と受講後の認識変化（患者・家族）を調べた。ニーズアセスメントや認識変化では、「病気や治療法についての基本的知識が知りたい」「お薬についての基本的知識が知りたい」「家族への上手なつきあい方が知りたい」「自分の病気の悪化や再発をどう予防すればよいかを知りたい」「同じ悩みを持つ人達と触れ合うためにはどうすればいいかを知りたい」「周りの人との人間関係がうまくいく方法を学びたい」「悩み事や不安を相談できる機会をみたい」「病院スタッフと身近に接する機会を得たい」「在宅で生活するときに役立つ制度や社会資源などの情報が知りたい」について、の各質問に、満足であった、理解が深まったとの回答が得られた（全結果については現在解析中）。併せて職員の心理教育に関する認識状況も調査し、各部署での連携など協力体制のさらなる

構築が必要であるとの回答があった。

D. 考察

わが国における統合失調症の呼称変更は疾患や当事者へのスティグマの軽減に貢献し、新障害者プランにける約7万～7万2千人の精神障害者の地域への移行が策定されたが、未だ退院促進事業についても十分な成果は得られていないのが現状である。この背景には、予算等の経済的な側面もあるが、一方では患者および家族の疾患への理解が十分でないことや、それに基づく患者・家族間の良好な関係が構築できないケースも多々みられる。さらに地域での一般住民の統合失調症に対するスティグマもさることながら、それ以前に統合失調症という疾患に対する理解・認知度が低いことが挙げられる1)。

本研究は、上記の観点からスタートしたが、本年度は、患者および家族に対する心理教育にとどまった。両施設において（一部解析中）急性期を中心とした統合失調症の患者・家族に重点的な心理教育を実施することで、疾患への理解が深まること改めて示された。

心理教育は疾患の理解・再発の減少・社会復帰などにおいて有効な結果が得られており、各施設で実施されている。保健所では比較的その実施率は高いものの、他の医療機関では、それほど高くなく、これには保険診療点数化の問題があるかもしれない。家族の感情表出(E.E)を組み合わせ、高EE家族と生活する統合失調症患者への心理教育の施行により再入院率が下がり医療経済的にも有効であることも示されている5)。

今後の課題として、

1. 次年度以降は、これらの心理教育において、急性期治療病棟に入院中の患者・家族の中で、プログラムを受講したグループと、諸事情から受けられなかったグループでの覚解率や退院後の自立度の比較をしてみたい。併せて疾

患への理解度と、PANNS の陰性症状・陽性症状・統合精神病理各尺度、および再発率、服薬量との相関も調べてみたい。また、家族の感情表出(EE)の程度とプログラムへの理解度にもふれたい。

2. 患者・家族の啓発以外に、地域の啓発の向上が急務である。地域の保健所、学校(学生、教師)、一般の方対象の公開セミナーにおいて、竹島らの使用したケースカード(Vignette)を用いて1)、講習会終了前後で統合失調症への理解がどの程度深まるかを調べたい。また、理解の深まらない点があるとするとういう背景があるのかを探りたい。普及啓発がどの程度進むのかの客観的な評価指標の作成が進むと、それを用いての地域での普及啓発率がどう向上するのも検証したい。

3. 分担研究者の所属機関(京都府立医科大学附属病院)においても平成21年度より、一般の方を対象とした「こころの健康セミナー」を大学附属予防医学センターと共催で企画し、その中で同様のアンケートを実施し、統合失調症の普及啓発の向上を目指す予定であり、次年度は3つの施設において、竹島らの調査を参考に、共通のアンケートを作成する。

E. 結論

統合失調症への理解の普及啓発の目的で、2箇所(2)の病院において、統合失調症患者あるいは家族に対して、テキストを用いた構造化された心理教育を実施し、疾患に対する理解度をアンケート調査により評価した結果、患者・家族いずれにおいても疾患への理解度が向上する

ことが明らかとなった。現在、地域での健常者対象の精神科セミナーを開催し、統合失調症への理解が深まるように普及啓発の計画を作成中である。

【謝辞】

五条山病院、舞鶴医療センターにおいて心理教育に携わっていただいた皆様にこの場をお借りして深謝いたします。

【文献】

- 1) 竹島 正：平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ヴィジョンの成果に関する研究」報告書, 2007
- 2) 統合失調症の理解のために 医療法人 財団 北林厚生会五条山病院発行, 2006
- 3) 「あせらず・のんびり・ゆっくりと -病気・くすり・くらし- 統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版 -全家連版」, 2003
- 4) 「じょうずな対処・今日から明日へ -病気・くすり・くらし- 統合失調症を知る心理教育テキスト家族版 -全家連版」, 2004
- 5) 三野善央 他：「心理教育の医療経済学的研究」平成14年度厚生労働科学研究費補助金, 医療技術評価総合事業報告書, 2003

表 1

家族教室第 3 クール総括 アンケート集計

お忙しいところ、家族教室にご参加下さりまして有難うございました。
今後の運営の参考にさせていただきますので、これまでの3回の家族教室を通しての
アンケート調査へのご協力をお願い致します。

(1) 統合失調症がどのような病気かご理解いただけましたか？

- ①よく理解できた
- ②少し理解できた
- ③どちらでもない
- ④あまり理解できなかった
- ⑤全く理解できなかった

(2) 統合失調症の治療についてご理解いただけましたか？

- ①よく理解できた
- ②少し理解できた
- ③どちらでもない
- ④あまり理解できなかった
- ⑤全く理解できなかった

(3) 統合失調症の再発予防や社会復帰活動についてご理解いただけましたか？

- ①よく理解できた
- ②少し理解できた
- ③どちらでもない
- ④あまり理解できなかった
- ⑤全く理解できなかった

(4) クリニカルパスの説明(第2回家族教室スライド)についてご理解いただけましたか？

- ①よく理解できた
- ②少し理解できた
- ③どちらでもない
- ④あまり理解できなかった
- ⑤全く理解できなかった

(5) 社会復帰をされた患者様の紹介(第3回家族教室スライド)についてご理解いただけましたか?

- ①よく理解できた
- ②少し理解できた
- ③どちらでもない
- ④あまり理解できなかった
- ⑤全く理解できなかった

(6) スライドを使った説明はいかがでしたか?

- ①あったほうがよい
- ②どちらかといえばあったほうがよい
- ③どちらでもよい
- ④どちらかといえばないほうがよい
- ⑤ないほうがよい

(7) 施設見学にはご満足いただけましたか?

- ①非常に満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満だった
- ⑤非常に不満だった

(8) 資料(「統合失調症の理解のために」)はいかがでしたか?

- ①非常に満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満だった
- ⑤非常に不満だった

(9) 質疑応答での回答にはご満足いただけましたか?

- ①非常に満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満だった
- ⑤非常に不満だった

(10) スタッフの対応はいかがでしたか？

- ①非常に親切だった
- ②親切だった
- ③どちらでもない
- ④不親切だった
- ⑤非常に不親切であった

(11) ご家族同士の意見交換はできましたか？

- ①充分できた
- ②できた
- ③どちらでもない
- ④できなかった
- ⑤全くできなかった

(12) 家族教室を通して、特によく理解できたことや満足されたこと、逆に、あまり理解できなかったことや不満だったことについて具体的にご記入ください。また、こんなところはこう変えたほうがよい、こんなことをしてほしいというご要望がございましたらご記入ください。

(特によく理解できたこと、満足したこと)
(あまりよく理解できなかったこと、不満だったこと)
(ご要望)

(13) その他、ご感想、ご意見、ご要望などありましたら、ご自由にご記入ください。

精神障害者が身体疾患治療時に直面する障壁に関する研究

研究協力者：池山 晴人(1)，厚坊 浩史(2)

- (1) 近畿中央胸部疾患センター 医療社会事業専門職，地域医療連携係長
(2) 南和歌山医療センター 臨床心理士・自律訓練法認定士，緩和ケアチーム・
栄養サポートチーム・禁煙指導チーム構成員

【研究要旨】

精神障害者も健常者と同じく，身体疾患に罹患する。しかしこれまで経験的に，精神障害者が身体合併症の治療のため，一般病院・診療所入院，受診する際の困難さ“敷居の高さ”を感じてきた。

精神障害者は精神疾患と障害が分離せず，混然一体となって『生活のしづらさ』をもたらしている特徴があり，加えて治安的色彩の強い日本の精神科医療の影響も受け，偏見・誤解・差別という「第2の病」をもちながら生活することとなる。

このような精神障害者の『生活のしづらさ』のなかで身体合併症に焦点をあて，

- ① 3医療機関の地域医療連携担当者に対して，精神疾患・精神障害を理由に，入院受け入れを断った件数を調査した。
- ② 訪問看護を利用して地域で生活する精神障害者が，身体合併症を治療する際の現状について，訪問看護ステーション管理者に対して調査をおこなった。

その結果，A病院では年間18件，B病院では42件の入院依頼を精神疾患・精神障害を理由に断っていた。断る理由については，精神症状が安定していないために，本人が一般病院での入院に適應できない，精神症状が安定していないために，他の入院患者への（マイナスの）影響がある，という病棟管理上のもの，検査・手術や抗がん剤治療など，治療方針の理解が困難である，認知能力・自己決定能力の不足を挙げるもの，気管切開や中心静脈栄養など，身体合併症の治療の結果，医学的管理が複雑化すると，退院が確保できなくなるというもの，などが挙げられた。

D訪問看護ステーション開設から2008年11月30日までの利用者は42名，うち，身体疾患を合併している精神障害者は22名，52.3%で，その年齢は30歳代から80歳代であった。①②の調査から，精神障害者が身体合併症の治療を受ける際の障壁があることがわかった。

国連原則では，すべての患者は自己の健康上の必要性に照らし，適切な保健医療及び社会的ケアを受ける権利を有し，他の疾患を持つものと同じ基準に則したケア及び治療を受ける

権利を有する、としている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で厚生労働省は今後、精神科病院に入院している約7万人の精神障害者の地域生活への移行を目指しており、精神障害者の身体合併症治療におけるバリアをなくす取り組みが必要とされている。

A. 研究目的

1993年、障害者基本法が成立し、精神障害者が身体障害および知的障害と同様に障害者と位置づけられ、精神障害者保健・福祉がはじめて国の法施策の対象となり15年が経過する。また2005年に成立した障害者自立支援法では、身体、知的、精神という障害種別に関係なく、障害を持つ国民は、共通の仕組みによって共通のサービスを利用できるとされた。

精神保健および精神障害者福祉に関する法律、第5条によると「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」と定義されている。

山根¹⁾は、精神障害の特性として第一に「疾患と障害の共存」をあげ、「統合失調症という疾患の結果、幻聴が聞こえたり、被害妄想がおき（機能障害 impairment）、幻聴や妄想のために電車通勤が困難になり（能力障害 disability）、会社から統合失調症を理由に退職を申し渡されることがある（社会的不利 handicap）。それぞれの障害は、疾患→機能障害→能力障害→社会的不利と、単純に時間的継起による因果関係で示すことはできない」としている。

また、精神障害者は日本の精神科医療の歴史に見られた、隔離・収容を軸とした治安的施策により偏見や差別の対象となったことも事実である。日本学術会議・精神医学研究連絡委員会報告書²⁾は、この偏見を「精神疾

患に重層する第2の病（second illness）」と表現し、精神医療・保健福祉における大きな課題と位置づけた。このように精神障害者は、疾患と障害、誤解と偏見という社会のバリアによって「生活のしづらさ」を背負い、生活しているといえよう。

精神障害者の「生活のしづらさ」については多数の報告があるが、島根県社会福祉協議会・しまね総合相談・生活支援センターは精神障害者からの相談内容を調査し、①偏見、②病気とのつきあい、③意思表示・意志決定、④食生活、⑤嗜好品、⑥居住環境、⑦お金と仕事、の7項目に分類している³⁾。

この②病気とのつきあい、では「精神疾患とのつきあい」に並んで、合併する身体疾患を診てもらえる病院・医院がない、診察を断られた、という「生活のしづらさ」が当事者側からあげられている。

精神障害者に生じた身体合併症の治療に関連した偏見については、医療者側でも認識されている。1993年度の厚生科学研究で、黒木らが精神科単科病院に対して行った調査では、精神科病院に入院する精神障害者が、身体疾患を併発した場合に「転院先に困る」と回答した施設は64%と多く、転院に苦慮した例のうち「精神症状のために一般病床への入院が困難、拒否される」が62%をしめ、精神障害者の身体合併症医療の特殊性から一般病床で合併症の治療に対応するのは困難である、と結論づけている。

地域で生活する精神障害者の身体合併症の状況についてはほとんど明らかにされていない。2007年度の厚生労働科学研究に

において大島ら⁴⁾は、ACT (Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム)を利用して地域で生活する精神障害者の身体疾患を調査した。全対象者102名のうち、何らかの身体疾患を有する者は34名(33.3%)で、疾患の内訳は内分泌・代謝障害, 循環器疾患, 消化器疾患, 筋・骨格系疾患, 悪性新生物であった。

また, Sokalらは, 重度の精神障害者を有する群は, 精神障害を持たない群と比較して身体疾患, 特に慢性疾患の有病率が高い⁵⁾, と報告している。

このように精神障害者は, 精神科病院での入院生活, あるいは居宅生活を問わず身体疾患を合併していることが多く, 身体疾患の治療に際して困難を感じていることがわかる。

わが国では, 東京都「精神科身体合併症事業」のようにシステムを構築している自治体もあるが, 精神障害者の身体合併症治療システムは均てん化されていない。

そこで本研究では, ①身体合併症の治療依頼を受ける一般病院において, 精神障害者の受け入れについての現状, ②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状, を把握し, その問題点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

対象と方法

①一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状

対 象: 精神神経科の標榜がなく, 精神神経科医が勤務しない一般病院 A, B, C の地域医療連携部門担当者

調査期間: 2009年1月1日から2009年1月31日の1ヶ月間

調査方法: 各病院において, 2008年1月1日から2008年12月31日

までの1年間に, 他の医療機関から受けた入院依頼のうち, 精神疾患・精神障害を理由として入院受け入れを断った件数を, 各病院の地域医療連携担当者に電子メールにて調査依頼した。また回答は電子メールで回収した。

②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状

対 象: D訪問看護ステーション・管理者

調査期間: 2008年11月1日から2008

年11月30日までの1ヶ月間

調査方法: 主に精神障害者の訪問看護を行う

ことを目的に設立されたA訪問看護ステーション管理者に, 身体疾患を合併している訪問看護利用者

と一般病院における診療受け入れの現状について電子メールにて調査依頼した。また, 回答

は電子メールで回収した。

倫理的配慮: ①のアンケート調査にあたって, 協力可能な病院で, 病院や患者個人が特定できないように配慮した。②について, 事業所名や管理者, 利用者個人が特定できないように配慮した。

C. 結果

① 一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状

(A病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に, A病院に入院依頼があった患者のうち, 精神疾患の病名, 病歴があったことが理由で, 入院受け入れができなかった事例は18件であった。(1年間の総依頼件数は不詳)

(B病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、B病院に入院依頼があった患者(総依頼件数:544件)のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は42件であった。

紹介を受ける時に把握していた精神疾患として、統合失調症、アルコール依存症・薬物依存症、気分障害が大半を占めており、統合失調症:26件、アルコール依存症・薬物依存症:14件、気分障害:10件(以上、重複回答あり)であった。

また、B病院の調査対象者が、受け入れないことを決定・判断した理由について、4名の入院判定医師に確認したところ以下の回答が得られた。

- ・ 精神症状が安定しておらず、本人が一般病院での入院に適応できない、と考えられる
- ・ 精神症状が安定しておらず、他の入院患者への(マイナスの)影響がある、と考えられる
- ・ 検査、手術や抗がん剤治療など、治療方針の理解が困難である、と考えられる
- ・ 身体疾患の治療、投薬などが原因で精神症状が悪化したとき、精神科医がおらず対応できない、と考えられる
- ・ 気管切開や中心静脈栄養など、身体合併症の治療の結果、医学的管理が複雑化すると、紹介元の精神科病院で再入院できなくなる、と考えられる
- ・ 自傷他害のおそれがある、と考えられる
- ・ 病棟看護師が、精神障害をもつ患者にかかりつきりになってしまう、と考えられる
- ・ 病棟看護師から入院させたことに苦情が出る、と考えられる
- ・ 他の医師から入院させたことに苦情が出る、と考えられる

・ 統合失調症はよくわからないから

(C病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、C病院に入院依頼があった患者のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は、理由の分類ができず「不明」との回答。

自由記載として、「C病院に入院したものの、精神症状が強まったため精神科病院に転院した症例が10件あったこと、その10例の状態として、アルコール依存症、パニック障害、自殺企図、統合失調症、不穏があげられていた。

②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状

1) 概要

D訪問看護ステーションは、精神障害やアルコール問題のある人が安心して暮らせる街づくりを目的として開設された独立型訪問看護ステーションである。スタッフは6名(看護師4名、精神保健福祉士2名)、2008年11月30日時点の利用者数は31名である。

利用者の家族形態は、独居22名、家族と同居は9名であり、そのうち子育て中である利用者は6名で、うち5名がひとり親世帯の世帯主となっている。訪問看護導入の依頼元は、精神科診療所や精神科病院、保健センター、居宅介護支援事業所など多岐にわたっている。

2) 利用者状況

D訪問看護ステーション開設から2008年11月30日までの利用者は42名、うち、身体疾患を合併している精神障害者は22名で、その年齢は30歳代から80歳代であった。

3) 身体疾患を合併する精神障害者が一般病院に受診した際の事例

以下、事例Iから事例VIが自由記載で回答

された。

【事例Ⅰ】アルコール依存症、糖尿病、慢性腎炎、認知障害。

血糖値高値で入院。高アンモニア血症も確認されたが、奇行があったとのことで、在宅ケア体制が整わないうちに退院指示となる。他に受け入れ可能な一般病院が見つからず、グループホームを手配するが、経過から入所を拒否された。

【事例Ⅱ】アルコール依存症、肺気腫。

階段から落ちて救急車要請する。転落・外傷とともにアルコール依存症も併せて伝え、救急隊が搬送先を探したが、受け入れ先確保できず。

救急隊から、自治体が運営する「こころの救急相談窓口」に家族が電話をするように言われ、電話したところ精神科病院を紹介され入院した。入院先で死亡。

【事例Ⅲ】統合失調症、膝関節症。脳梗塞の既往。

起きあがれない状態と連絡あり、脳梗塞疑いにて一般病院へ入院。翌日、担当医より「叫んだりしませんでしたね」といわれた。在宅ケア体制が整わないうちに退院するように言われた。

【事例Ⅳ】統合失調症、腓炎。

急性腓炎を起こし、救急車要請する。本人が医療観察指定を受けていることを伝えた。受け入れ先見つからず。

【事例Ⅴ】認知症、アルコール依存症。

転倒し救急にて一般病院へ搬送。レントゲンをとったあと、医師はカルテを見て過去にアルコール依存症治療歴があると知り、救急隊を呼び戻し「申し送りが悪い」と本人を連れて帰るように要求、救急隊は本人を自宅へ帰した。

【事例Ⅵ】アルコール依存症、ウェルニッケ脳症後後遺症。

体重 30Kg を切る、るい瘦状態で一般病院へ救急搬送され、処置中に医師から

「ここにはこんな患者は入院できない」と告げられた。

D. 考察

一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状では、B 病院において、1 年間の紹介総数の 7.7% の患者が、精神疾患・精神障害を理由に入院受け入れをされていなかった。

ただ、理由の具体的項目を検討すると、客観的な裏付けがないものがあり、一般病院スタッフの精神疾患、精神障害についての情報不足と偏見・誤解が、身体合併症をもつ精神障害者の受け入れ拒否につながっているのだとすれば、早急に対策を講ずる必要がある。

厚生労働省は 2008 年の診療報酬改定で、精神病床に入院している精神障害者の身体合併症に対応した取り組みに対し、加算を算定できる評価をおこなった（精神科身体合併症管理加算）。また、精神科救急医療において、身体疾患を併せ持つ患者について、救命救急センターを有し、身体合併症に対応できる精神科入院についても評価をおこなっている（精神科救急・合併症入院料）。

これら診療報酬上の評価、自治体を中心とした医療機関連携システムの構築とあわせて、身体合併症を担当する、一般病院・診療所の医療スタッフへの教育、啓発活動が重要であると考ええる。

訪問看護を利用する精神障害者の調査では、一般病院・診療所への入院、受診の困難さ、特に救急搬送先が見つからない現実が、事例から浮かび上がった。また、精神障害者が一般病院へ入院・受診しても、医療スタッフの偏見・誤解が原因と思われる不利な処遇や対応に困惑する姿が報告された。

2004 年、厚生労働省が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、入院医療の機能分化、地域ケア体制の整備、「受け入

れ体制を整えば退院可能な7万2千人」の早期退院・社会復帰の実現などが改革の柱であるとしており、地域で生活する精神障害者は今後ますます増加すると考えられる。それに比例し身体合併症をもちながら地域で生活する精神障害者も増加することが予想され、精神科病院・病床内の身体合併症管理だけではなく、地域の精神障害者への身体合併症管理の施策、システムづくりも必須と考えられる。

E. 結論

一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状は、A 病院では年間依頼件数のうち 18 件、B 病院では 42 件の精神障害を理由に入院受け入れを断っていた。C 病院では入院を断った件数は得られなかったが、C 病院での入院が、精神疾患を理由に継続できなくなり精神科病院へ転医することとなった件数が 10 件であった。

B 病院で入院判定を行う医師から、精神障害者の入院受け入れを断る詳細な理由を聴取した。理由の具体的項目を検討すると、客観的な裏付けがないものも含まれることがわかった。

D 訪問看護ステーションをこれまでに利用した 42 名の精神障害者のうち、22 名 (52.3%) に身体合併症があり、身体合併症の増悪や受傷により救急搬送が必要となっても、搬送先が確保できない事例があった。

【謝辞】

本研究にあたり、アンケート調査に協力、回答いただいた A 病院、B 病院、C 病院の地域医療連携担当者、B 病院の医師、そして D 訪問看護ステーションの管理者に感謝します。

【文献】

- 1) 山根 寛：精神疾患，障害構造モデルについて，京都大学医療技術短期大学部紀要，1996；16：p13-19
- 2) 日本学術会議 精神医学研究連絡委員会：こころのバリアフリーを目指してー精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のために，2005
- 3) 島根県社会福祉協議会・しまね総合相談・生活支援センター：生活支援員だより「特集・精神障害者の生活のしづらさ」2005；5
- 4) 大島巖，小川雅代：ACT 利用者における身体疾患の状況 厚生労働科学研究・重度精神障害者に対する包括的地域支援プログラムの開発に関する研究，2007
- 5) Sokal J, Messias E, Dickerson FB, et al : Comorbidity of medical illness who are receiving community psychiatric services. The Journal of Nervous and Mental Disease 2004；192 (6)：421-427

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記すべきことなし

日本版メディア・ドクターの試み

研究協力者：石川 隆（東京大学保健センター）

【研究要旨】

本研究は、2004 年にスタートした東京大学医療政策人材養成講座の参加者の協力で日本版メディア・ドクターの可能性について検討したものである。メディア・ドクターとは、医療記事の診断や医療ジャーナリズムの評価、格づけを行う仕組みのことで、その対象は主に新聞記事などである。EBM（エビデンス・ベイスト・メディスン、根拠にもとづく医療）の観点にもとづいて調査研究を行い、記事の良し悪しを点数で評価する。基本的には外形的な評価によっており、実際にその記事が良い記事かどうか、世の中を良い方向に動かすかは抜きにした尺度によって判定を下す。メディア・ドクターは、最初にオーストラリアで実施され、その後にカナダや米国でスタートしている。

日本版メディア・ドクターは、報道関係者に対して医学的、科学的、倫理的な妥当性を確保した、より正確な医療報道を行うように働きかけ、医療関係者に対してはきちんとした報道記事が書けるだけの情報を出してほしいということメッセージとして送ることで、双方がともに医療報道を評価することをめざしている。

まず諸外国で先行している Media Doctor の方法を具体的な日本での医療報道記事を題材に検討し議論することにより、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いを明らかにし、協力して医療報道を検証していくことを目的として定期的な研究会の開催を行った。

現在、海外で行われているメディア・ドクターは 10 個の評価項目で評価を行っている。その項目とは、「治療の新規性、治療アクセス、代替性、あおり・病気づくり、エビデンスの質、治療効果の定量化、治療の弊害、治療コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存」である。

まずこれらの評価項目を参考に日本の記事を解析した。原則的にまずカテゴリーで記事を分類後（「医療技術記事」「病院・医療の責任を問う記事」「医療制度・政策についての記事」など）、カテゴリーごとで評価軸を変更し、これらの検証をおこなうことにより以下の点を明らかにしようとした。

- ① 評価対象をどうするか？
- ② 評価方法をどうするか？（評価軸）
- ③ 評価者をどうするか？

④ 目的をどうするか？

日本版メディア・ドクターで評価する対象となる医療報道には、さまざまな切り口や性質があり、内容も健康・予防、疾病・治療、研究・開発、医療制度・保険制度などさまざまだった。

さらに、報道にはそれぞれ異なる目的があり、第一報の速報性を持った記事、詳細を伝える続報記事、検証記事、暮らし面や生活面の特集記事など、目的によってさまざまな種類の記事がある。それらに同一の評価指標を当てはめ、一律に評価することは適当ではないと考えられた。したがって、そういった報道ごとの特殊性を踏まえた評価指標をつくり、分野ごと、目的ごとなどにわけて適切な評価ができるようにすることが今後必要なことが明らかになった。

また対象とする記事で評価軸は異なることが明らかになってきた。科学的な評価と感覚的な評価の基準の違いや絶対的な基準と相対的な基準の違いについても考慮しつつ、客観的な評価を行うためには評価軸そのものについての十分な理解と認識が必要となると考えられた。

またこれまで諸外国のメディア・ドクターを検証した限りではカナダのメディア・ドクターが我が国のメディアを評価する上では最も参考になる可能性が高いことが判明してきた。

本研究では、これまでの研究会の流れなどを掲載したHPも掲載した。

A. 研究目的

2004年にスタートした東京大学医療政策人材養成講座は、「医療を動かす」を活動の指針に5年間に5期生約250人が参加してきた。英語では、「Healthcare and Social Policy Leadership Program」と表記しており、HSPを略称としている。HSPでは「医療にかかわる者（提供者、従事者）」、「ジャーナリスト」、「政策提言者」、「患者関係者」——4つの立場の人たちでコミュニケーションを深めて力を合わせ、ひとりや、ひとつの立場の力だけでは達成できないことに、ともに、これまで取り組んでいこうとしてきた。

この過程で医療者とジャーナリストが共に取り組んだプロジェクトの一つとして「日本版メディア・ドクター実証実験」

がある。メディア・ドクターとは、医療記事の診断や医療ジャーナリズムの評価、格づけを行う仕組みのことで、その対象は新聞記事、テレビ番組などである。EBM（エビデンス・ベイスト・メディスン、根拠にもとづく医療）の観点にもとづいて調査研究を行い、記事の良し悪しを点数で評価する。基本的には外形的な評価によっており、実際にその記事が良い記事かどうか、世の中を良い方向に動かすかは抜きにした尺度によって判定を下す。メディア・ドクターは、最初にオーストラリアで実施され、その後カナダや米国でスタートしている。

HSPがメディア・ドクターの実証実験を考えた理由としては、以前から医療事故などの報道に関して報道される側からのクレームがあり、日常的な医療報道

の中には明らかな誤報や、単視眼的視点、読む者に誤解を与える内容などが目につくからである。日本版メディア・ドクターは、報道関係者に対して医学的、科学的、倫理的な妥当性を確保した、より正確な医療報道を行うように働きかけ、医療関係者に対してはきちんとした報道記事が書けるだけの情報を出してほしいということをメッセージとして送ることで、双方がともに医療報道を評価することをめざしている。

まず諸外国で先行している Media Doctor の方法を具体的な日本での医療報道記事を題材に検討し議論することにより、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いを明らかにし、協力して医療報道を検証していくことを目的として定期的な研究会の開催を行った。

日本版メディア・ドクターが実施されれば医療報道活動が活性化し、信頼できる医療報道が増え、最終的には適切な治療法や医療機関を選べる環境整備へとつながる可能性があると思われる。

本研究の目的は定期的な研究会を開催することにより、諸外国で用いられている方法を検証し日本の実情にあった「日本版メディア・ドクター」を確立していくことである。

B. 研究方法

2007年2月開催されたHSP第3期メディスン&メディアフォーラム講演会「医療を良くするために：医療者と報道者ができること」で、定期的に日本版メディア・ドクターを開催することが決定された。

現在、海外で行われているメディア・

ドクターは10個の評価項目で評価を行っている。その項目とは、「治療の新規性、治療アクセス、代替性、あおり・病気づくり、エビデンスの質、治療効果の定量化、治療の弊害、治療コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存」である。

米国のメディア・ドクターでは、発行部数上位50の新聞、主要テレビ局3局、記事配信サービス(AP)、3種類の週刊誌(タイム、ニューズウィーク、USニューズ・ワールド・リポート)の報道から、治療、手技、検査に関する報道、ヒトに使われる介入について議論している報道、治療、手技、検査を直接的、あるいは間接的に批評している報道などをピックアップし、評価対象としている。

まずこれらの評価項目を参考に日本の記事を解析した。

原則的にまずカテゴリーで記事を分類後(「医療技術記事」「病院・医療の責任を問う記事」「医療制度・政策についての記事」など)、カテゴリーごとで評価軸を変更し、

これらの検証をおこなうことにより以下の点を明らかにしようとした。

- ①評価対象をどうするか?
- ②評価方法をどうするか?(評価軸)
- ③評価者をどうするか?
- ④目的をどうするか?

C. 研究結果

2007年には全5回、2008年にも全5回の研究会と企画会議が開催され、2008年12月に幹事会を行い医療者6名およびメディア7名(HSP1期生3名、2期生3名、3期生7名)のメンバーで今後の定期的な研究会を行っていくことが確認された(約2か月に1回の開催)。

- ①評価対象をどうするか?

これまで取り上げた記事の分類は以下のようなものである

- 科学技術系の記事
 - リタリン, iPS 細胞, インフルエンザなど
- 医療政策系の記事
 - 診療報酬, 医療事故調, 混合診療など
- 医療事故系の記事
 - 女子医大病院事件, 全盲患者置き去り,
- その他
 - 埼玉医大救急, 薬害肝炎和解, 香織被告の精神鑑定, 後期高齢者の記事など

日本版メディア・ドクターで評価する対象となる医療報道には, さまざまな切り口や性質があり, 内容も健康・予防, 疾病・治療, 研究・開発, 医療制度・保険制度などさまざまだった。ところが, 既存のメディア・ドクターで用いられている評価指標は, 疾病・治療をメインの対象に設定されていて, 場合によっては予防・健康まで評価できるかもしれないが, 研究・開発や医療制度・保険制度の評価には適さないことが判明してきた。

②評価方法をどうするか? (評価軸)

たとえば, 「医療技術記事」→①治療の新規性②治療アクセス③代替性④あおりなし⑤エビデンスの質⑥治療効果の定量化⑦治療の弊害⑧治療コスト⑨情報源の独立性⑩プレスリリース依存なし

「病院などの責任問う記事」→①事実認識の正確性②制度への言及③責任追及のターゲットが妥当④事情の個別性の描写⑤医療への過大な期待⑥事件への複眼的評価⑦事件の背景言及⑧問題追及の継続性⑨官庁発表への依存度⑩人権への配慮

③評価者をどうするか?

医療者とジャーナリストが中心となるべきであるが, 今後市民・患者などの他のステークホルダーの参加も考慮すべきとの意見があったり, 実際に厚生労働省所属の政策立案者の参加もあって, 議論を深めるには多くのステークホルダーの参加を積極的に行うことも討議された。原則医師が Media を評価(Media としては自分たちを評価することになるので立場上困難)するのが基本との意見が多く, 毎回の議論にその時のトピックにあった専門家のコメントがあれば両者の理解が増えることが明らかとなった。またディスカッションを通じてあらためて気づいたのは, 医学情報の検証をする際には, その分野の専門家の意見を聞いて参考にするのはとても重要だということがわかり, 定期的な研究会ではそれぞれの話題にあった専門家を招くように試みようということになった。

④目的をどうするか?

一般的に, メディア・ドクターは良い報道を奨励し, 悪い報道を改善, あるいは減少させるのが目的のひとつとされているが, 2008年12月の幹事会でメディア・ドクター研究会の目的として「医療者, ジャーナリスト, 政策立案者, 患者および市民の連携により, 医療・保健のメディア情報の評価を通じて, より適切な情報提供のあり方を考える」とした。

D. 考察

メディア・ドクターの対象を考慮する際, 報道にはそれぞれ異なる目的があり, 第一報の速報性を持った記事, 詳細を伝える続報記事, 検証記事, 暮らし面や生活面の特集記事など, 目的によってさま

さまざまな種類の記事がある。それらに同一の評価指標を当てはめ、一律に評価することは適当ではないと考えられた。したがって、そういった報道ごとの特殊性を踏まえた評価指標をつくり、分野ごと、目的ごとなどにわけて適切な評価ができるようにすることが今後必要なことが明らかになった。

メディア・ドクターで使われてきた評価軸に関して、これまで対象とする記事で評価軸は異なることが明らかになってきた。科学的な評価と感覚的な評価の基準の違いや絶対的な基準と相対的な基準の違いについても考慮しつつ、客観的な評価を行うためには評価軸そのものについての十分な理解と認識が必要となると考えられた。

またこれまで諸外国のメディア・ドクターを検証した限りではカナダの

メディア・ドクターが我が国のメディアを評価する上では最も参考になる可能性が高いことが判明してきた。

評価者は医療者とジャーナリストが中心となるべきであるが、医学情報の検証をする際には、その分野の専門家の意見が極めて重要だということがわかった。

また海外のメディア・ドクターのように継続するためには、運営体制を決める必要があり、定期的に評価できるには人数や専門分野の領域をカバーするためある程度の層の厚さが必要と考えられた。また今後ホームページでの活動の発表など社会へ成果を還元する方法を構築すべきだと考えられる。

E. 結論

今回の日本版メディア・ドクターの研究会の活動を通して、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象と

するかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いがあることが明らかになった。また同時に双方の意見を出して同じ記事を素材にデスクッションすることにより力を合わせて医療報道を検証していくことが双方にとって有意義であることがわかった。

日本版メディア・ドクターが実施されれば医療報道活動が活性化し、信頼できる医療報道が増え、最終的には適切な治療法や医療機関を選べる環境整備へとつながる可能性があると考えられる。

また本研究の流れを開示するために、HPを作成した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

- *保坂 隆（編集）精神科リスクマネジメント。中外医学社，東京，2007
- *保坂 隆：虚血性心疾患。上島国利・久保木富房（監修）抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方。アルタ出版。232-235，2007
- *保坂 隆：身体化障害，疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705，医学書院，東京，2007
- *保坂 隆：地域における連携・本橋 豊（編集）：自殺対策Q&A。152-154，ぎょうせい，東京，2007
- *保坂 隆：SSRIと患者へのサイコエデュケーション。小山司（編集）SSRIのすべて。280-283，先端医学社，東京，2007
- *保坂 隆：保険薬局とコミュニケーション。真野俊樹（編集）保険薬局経営読本。93-117，薬事日報社，東京，2007
- *保坂 隆：「頭がいい人」は脳のコリを上手にほぐす。中公新書ラクレ，東京，2007
- *保坂 隆：あの人が「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008
- *保坂 隆：平常心。中公新書ラクレ，東京，2008
- *保坂 隆：おもしろいほどよくわかる心理学。日本文芸社，東京，2008
- *保坂 隆，寺田佐代子：がんの心の悩み処方箋。三省堂，東京，2008

- *野口 海、松島英介：緩和医療におけるリスクマネジメント。精神科リスクマネジメント（保坂 隆編著）。中外医学社，東京，pp.185-190，2007.
- *松島英介，野口 海，松下年子，小林末果，松田彩子：わが国の医療現場における「尊厳死」の現状—告知の問題—。終末期医療と生命倫理（飯田巨之、甲 斐克則編）。太陽出版，東京，pp.94-118，2008.
- *野口 海，松島英介：精神療法。講義録腫瘍学（高橋和久編）。メジカル ビュー社，東京，pp.76-77，2009.

- *土田英人，福居顯二。「神経細胞，シナプス，受容体の構造と機能」。統合失調症の治療 - 臨床と基礎-（佐藤光源，丹羽真一，井上新平 編） 243-249 朝倉書店（東京），2008.
- *正木大貴，福居顯二。「更年期における主要な疾患・症状とそれに対する対応。 2. 不安。更年期医療ガイドブック。（日本更年期医学会編） 113-116 金原出版（東京），2008
- *西澤 晋，福居顯二。「更年期における主要な疾患・症状とそれに対する対応。 2. 不眠。更年期医療ガイドブック（日本更年期医学会編） 116-119 金原出版（東京），2008

【論文】

- *保坂 隆：自殺最前線。医学のあゆみ 221: 205-206,2007
- *保坂 隆：自殺企図者の背景—自殺企図者 1,000 例の検討。医学のあゆみ 221: 207-210,2007
- *保坂 隆：過剰適応はストレスの第一歩！こころのマネジメント 10(1): 101-105, 2007
- *保坂 隆：いじめ自殺と子どものうつ。健康な子ども 416: 32-33, 2007
- *保坂 隆：がん患者への告知と精神症状とは？医事新報 Junior 461: 31-34, 2007
- *保坂 隆：告知を受けた患者の家族にはどのように対応すればよいか？医事新報 Junior 462: 31-34, 2007
- *保坂 隆：企業における社会不安障害。現代のエスプリ 480: 104-112, 2007
- *保坂 隆：部下・後輩との関係性は大きなストレス！こころのマネジメント 10(2): 102-105, 2007
- *保坂 隆：自殺対策基本法。精神科 10: 437-440, 2007
- *保坂 隆：慢性疲労症候群。精神科治療学 22: 749-753, 2007
- *保坂 隆：困った患者は大きなストレス。こころのマネジメント 10(3): 81-87, 2007
- *保坂 隆：せん妄が医療経済に与える影響。精神科治療学 22: 981-984, 2007
- *保坂 隆：医療とメディアのいま—ある新聞記事の評価から。医学のあゆみ 222: 903-906, 2007
- *保坂 隆：適応障害・うつ。緩和医療学9：414-416, 2007
- * Kono Y. & Hosaka T.: Effects of Occupational Mental Health Program on Sick Leave Duration, Restoration and Contract Termination Rates. Asian Pacific Journal of Disease Management Vol.2(1): 77-81, 2007
- *保坂 隆：転移・逆転移を知らないと大きなストレスに。こころのマネジメント 10(4): 84-89, 2007
- *保坂 隆：実地医家のための精神障害の診断法。精神科 11(4): 302-305, 2007
- *Kishi Y, Kato M, Okuyama T, Hosaka T, Mikami K, Meller W, Thurber S, Kathol R: Delirium: patient characteristics that predict a missed diagnosis at psychiatric consultation. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Sep-Oct; 29(5):442-5.
- *保坂 隆：エンド・オブ・ライフ・ケアは大きなストレスに。こころのマネジメント 10(5): 81-84, 2007
- *関 健, 保坂 隆：新医師精神科臨床研修のアウトカム評価。精神神経学雑誌 109(11): 1050-1051, 2007
- *保坂 隆：緩和医療における精神症状への対策。緩和医療学 10: 1-2, 2008
- *保坂 隆：グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- *Kishi Y, Meller WH, Kato M, Thurber S, Swigart SE, Okuyama T, Mikami K, Kathol RG, Hosaka T, Aoki T.: A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan. Psychosomatics.

2007 Nov-Dec; 48(6): 517-22.

- * Hosaka, T.: Invitation to Psycho-oncology: Psychological perspectives of cancer patients. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 58, 2007
- * Hosaka, T. & Matsubayashi, H.: Effect of group intervention for infertile women on natural-killer cell activity and pregnancy rate. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 79, 2007
- * 保坂 隆: 患者の暴力。こころのマネジメント 10(6): 70-75, 2007
- * 保坂 隆: 緩和医療における精神症状への対策。緩和医療学 10: 1-2, 2008
- * 保坂 隆: グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- * 保坂 隆: 精神医学とメディア。総合病院精神医学 20: 72-74, 2008
- * 保坂 隆: 適応障害。コンセンサス癌治療, 8-9, 2008
- * 保坂 隆: 医療技術の進歩を活かす医療の在り方とは? 医療経済研究 162: 26-27, 2008
- * Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. Psychooncology. 2007 Sep;16(9):834-42.
- * Okuyama T, Akechi T, Shima Y, Sugahara Y, Okamura H, Hosaka T., Furukawa TA, Uchitomi Y. : Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study. J Pain Symptom Manage. 2008 May;35(5):515-523.
- * Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer. Psychooncology. 2008 May;17(5):460-5.
- * Endo C, Akechi T, Okuyama T, Seto T, Kato M, Seki N, Eguchi K, Hosaka T., Furukawa TA: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2008 Oct;38(10):653-60.
- * 保坂 隆: 書評「青少年のための自殺予防マニュアル」・医学のあゆみ 225(4), 336-337, 2008
- * 保坂 隆: がん患者のためのグループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
- * 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆: がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート。総合病院精神医学 20: 129-138, 2008
- * 保坂 隆: がん患者の心理の理解とうつ・適応障害のアセスメント。消化器肝胆膵ケア 13: 14-19, 2008
- * 保坂 隆: 医師のストレス。医学のあゆみ 227(2): 87-88, 2008

- *Masashi Kato, Yasuhiro Kishi, Toru Okuyama, Paula T. Trzepacz, Takashi Hosaka: Japanese Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R98-J): Reliability and Validity (in press)
- *保坂 隆：精神障害の見分け方。治療 91: 21-25, 2009
- *Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K,Hosaka T.: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under-recognition of depression by physicians : a preliminary study. Palliative and Supportive Care (in press)
- *保坂 隆：希死念慮を持つ患者にどのように対応すればよいか？医事新報 Junior 479: 39-42, 2009
- *保坂 隆：疼痛性障害。ドクターサロン 53(2): 26-30, 2009
- *保坂 隆：がん診療における患者—医療者のコミュニケーションとは？医事新報 Junior 480: 43-47, 2009

- *松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介：医師のがん告知におけるコミュニケーション。緩和医療学 9(1): 47-53, 2007.
- *松田彩子, 松島英介：放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛。精神科 10(1): 80-84, 2007.
- *野口 海, 松島英介：緩和医療におけるリスクマネジメント。精神科リスクマネジメント (保坂 隆編著)。中外医学社, 東京, pp.185-190, 2007.
- *松島英介：終末期のがん告知はどのようにすればよいか？JUNIOR 6(No.463): 37-41, 2007.
- *松下年子, 松島英介：婦人科癌から回復した患者の心理とQOL。総合病院精神医学 19(2): 180-187, 2007.
- *藤枝政継, 松島英介, 上木雅人, 石丸昌彦：ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—。緩和医療学 9(4): 59-67, 2007.
- *石川和穂, 松島英介：終末期がん患者と家族介護者による患者のQOL 評価の一致の重要性—家族は患者のQOL をどのくらい正確に評価できるのか—。精神科 11(1): 68-72, 2007.
- *小林未果, 松島英介：子宮頸がん経験者のQOL について。精神科 11(3): 245-248, 2007.
- *小林真理子, 松島英介：母親のがんと子どもの情緒的・行動的問題との関連要因。精神科 11(5): 395-398, 2007.
- *松下年子, 野口 海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介：中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査。総合病院精神医学 19(1): 61-71, 2007.
- *Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing

- surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61(1): 84-93, 2007.
- *Matsushita T, Ohki T, Hamajima M, Matsushima E: Sense of coherence among patients with cardiovascular disease and cancer undergoing surgery. *Holistic Nursing Practice* 21 (5): 244-253, 2007.
 - *松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介：医師のがん告知におけるコミュニケーション。 *緩和医療学* 9(1): 47-53, 2007.
 - *松田彩子、松島英介：放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛。 *精神科* 10(1): 80-84, 2007.
 - *松島英介：終末期のがん告知はどのようにすればよいか？ *JUNIOR* 6(No.463): 37-41, 2007.
 - *松下年子、松島英介：婦人科癌から回復した患者の心理とQOL。 *総合病院精神医学* 19(2): 180-187, 2007.
 - *藤枝政継、松島英介、上木雅人、石丸昌彦：ホスピスに従事する看護師の悲嘆 とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—。 *緩和医療学* 9(4): 59-67, 2007.
 - *石川和穂、松島英介：終末期がん患者と家族介護者による患者のQOL 評価の 一致の重要性—家族は患者のQOL をどのくらい正確に評価できるのか—。 *精神科* 11(1): 68-72, 2007.
 - *小林未果、松島英介：子宮頸がん経験者の QOL について。 *精神科* 11(3): 245-248, 2007.
 - *小林真理子、松島英介：母親のがんと子どもの情緒的・行動的問題との関連要 因。 *精神科* 11(5): 395-398, 2007.
 - *松島英介、野口 海：緩和医療における尊厳とスピリチュアリティ。 *緩和医療学* 10(1): 23-29, 2008.
 - *松島英介：サイコオンコロジーの歴史と現状。 *精神科* 13(2): 89-93, 2008.
 - *松島英介：緩和医療における痛みと精神的苦悩。 *ストレス科学* 23(1): 16-22, 2008.
 - *野口 海、松島英介：がん患者のスピリチュアリティをどう捉えるか？ *JUNIOR* 4(No.471): 33-36, 2008.
 - *松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介：中・小規模の一般病院 におけるがん告知の実態調査。 *総合病院精神医学* 19(1): 61-71, 2007.
 - *Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61(1): 84-93, 2007.
 - *Matsushita T, Ohki T, Hamajima M, Matsushima E: Sense of coherence among patients with cardiovascular disease and cancer undergoing surgery. *Holistic Nursing Practice* 21 (5): 244-253, 2007.
 - *小林未果、松島英介、野口 海、松下年子、平澤秀人：特別養護老人ホームに おける尊厳ある死に関する研究—その現状と課題について—。 *日本社会精神医学会雑誌* 16(3): 255-262, 2008.

- *久村和穂、松島英介、永井英明、三上明彦：緩和ケアを受けるがん患者とその家族介護者による患者のQOL評価の一致度の検討。総合病院精神医学 20(2): 139-148, 2008.
- * Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S: Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. Head Neck 30(10): 1303-1309, 2008.
- *Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K: Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. Int J Oral Maxillofac Surg 38: 151-159, 2009.
- *Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda M, Matsushima E: Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. Psycho-oncology, 2009(in press).
- * Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K: Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. Int J Oral Maxillofac Surg 38: 151-159, 2009.
- *Kinoshita S, Yokoyama C, Masaki D, Yamashita T, Tsuchida H, Nakatomi Y, Fukui K. Effect of rat medial prefrontal cortex lesions on olfactory serial reversal and delayed alternation tasks. Neuroscience Research 60 : 213-218, 2008.
- *羽多野 裕, 津田 真, 前林佳朗, 福居顯二. 甲状腺クリーゼの経過中に、精神運動興奮と精神症状に連動したβブロッカー抵抗性の重篤な頻脈を来し、精神科介入を必要とした1例。精神医学 50(4) : 361-363, 2008.
- *Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Shibata K, Nakamae T, Fukui K. Relationships among burnout, coping style and personality : Study of Japanese professional caregivers for elderly. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 62(2):174-176, 2008.
- *Nakatomi Y, Yokoyama C, Kinoshita S, Masaki D, Tsuchida H, Onoe H, Yoshimoto K, Fukui K. Serotonergic mediation of the antidepressant-like effect of the green leaves odor in mice. Neuroscience Letters 436 : 167-170, 2008.
- *Matsumoto R, Nakamae T, Yoshida T, Kitabayashi Y, Ushijima Y, Narumoto J, Ito H, Suhara T, Fukui K. Recurrent hyperperfusion in the right orbitofrontal cortex in obsessive-compulsive disorder. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 32(4):1082-1084, 2008.
- *Shibata K, Narumoto J, Kitabayashi Y, Ushijima Y, Fukui K. Correlation between anosognosia and regional cerebral blood flow in Alzheimer's disease. Neuroscience Letters 435 : 7-10, 2008.
- *土田英人, 福居顯二. うつの臨床:うつ病の多様性.Pharma Medica 26:15-19, 2008.
- *Yoda N, Yamashita T, Wada Y, Fukui M, Hasegawa G, Nakamura N, Fukui K. Classification of adult patients with type 2 diabetes using the temperament and

Character Inventory. Psychiatry and Clinical Neurosciences62(3) : 279-285, 2008.

*Nakamae T, Narumoto J, Shibata K, Matsumoto R, Kitabayashi Y, Yoshida T, Yamada K, Nishimura T, Fukui K. Alteration of fractional anisotropy and apparent diffusion coefficient in obsessive-compulsive disorder: A diffusion tensor imaging study. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 32 : 1221-1226, 2008.

*上田展久, 吉村玲児, 北條 敬, 井上幸紀, 吉田卓史, 福居顯二, 長澤達也, 越野好文, 中村 純. うつ病患者の社会適応能力に対する milnacipran の効果. 臨床精神薬理 11(2) : 273-279, 2008.

*福居顯二, 土田英人, 西藤直哉, 前林佳朗, 井上和臣. 日本における認知療法の拡がり. 認知療法研究 1(1) : 26-32, 2008

*北林百合之介, 柏由紀子, 柴田敬祐, 成本 迅, 福居顯二. 精神医学のフロンティア 「Anosognosia in Alzheimer's disease: Association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits」. 精神神経学雑誌 110(8) : 607-612, 2008

*北林百合之介, 柴田敬祐, 中前 貴, 成本 迅, 北林正樹, 福居顯二. 慢性期統合失調症入院患者のBMI と関連因子に関する検討精神科. 精神科 12(5) : 448-452, 2008

*名越泰秀, 渡邊 明, 松本好, 福居顯二. 身体表現性障害における SSRI の有用性について-Fluvoxamine を用いて-」 精神科治療学 (印刷中)

【その他】

HP :

<http://hosaka-liaison.jp/>

ラジオ :

*保坂 隆 : 疼痛性障害。ラジオ NIKKEI 「ドクターサロン」。2008 年 6 月 12 日

テレビ :

*保坂 隆 : 『本当は怖い物忘れ～老年期うつ病～』。2008 年 7 月 22 日

IV. 研究成果の刊行物・別刷



あの人 「心の病」 になった

とき読む本

こんな空気で
「うつ」になる

監修

保坂 隆

東海大学医学部教授・精神医学

マンガ

草田みかん

うつ病とは
どのような症状なのか
どんな病気なのか――

「いい人」

「真面目な人」

ばかりが

どうして……？

8つのケース・スタディを
マンガと専門医のコメント付で
わかりやすく解説

PHP研究所

定価：本体1,000円(税別)

医療とメディアのいま

——ある新聞記事の評価から

Current status of media and medicine



保坂 隆

Takashi HOSAKA

東海大学医学部基盤診療学系・精神医学

医療とメディアの関係性は複雑である。優れた医療をメディアが紹介することにより、国民にも医療機関あるいは医療者にとってもメリットは大きい。医療過誤のようなものを探し出して糾弾するメディアの姿勢は国民からすれば頼もしい面もあるが、医療不信を増長させたり病院勤務医を減らしたりする側面もある。いずれにしても医療とメディアの関係性は不安定である。

メディアにとって医療・医療者はつねに題材であったが、医療者がメディアを評価する場面があってもよいのではないかなどと考えが及ぶ。国民が最大限、現代医療の恩恵に浴することができるよう、医学とメディアはこれからもっともっと共同していかなければいけない。その議論の突破口がメディア・ドクターであろうと思う。

評価対象記事

今回は実際の新聞記事の評価してみたい。しかし、この評価自体も新聞記者や新聞社や記事中の人物に対して影響を与えるので、すこし古いが著者にも取材があった記事があるので、それを題材にしたい。これは図1に示したように、平成18年(2006)3月14日朝日新聞朝刊の22面記事である。記事の掲載は朝日新聞の許可を得た。この記事は「うつ病癒やす専門病棟」の大見出し以外に「『ストレスケア』全国に広がる」「くつろぎ空間でカウンセリング」「家族への支援や復職訓練も」「薬以外の治療に力/経営面など課題」などの小見出しが続いた記事である。

全国的にうつ病患者が増えたために、2007年度版障害者白書によれば精神障害者の数は300万人を超えた。うつ病は重症でなければ外来治療で十分に対応できるものであるが、重篤になったケースや、本人・家族が希望するケースでは適切な医療を受けられる入院先がきわめて少ないのが現状である。そこで精神科病院の病棟を改築してアメニティを高めた病棟を作り、ストレスケア病棟としてうつ病患者を入院させるところが、全国的には20施設程度であるが増えつつある。それによって病床数自体は減ることになるが、それは精神病床数を減らす施策とも合致するものであり、「精神病床の機能分化」のひとつにもなっている。新しい精神科医療の場の提供である。

掲載が望ましいが、新聞に複数の医療施設のコストが詳しく掲載されるのはいたずらに競争心をあおることになる。このようなコストに関しては、すくなくとも医師は知らないので、取材先は医事課などにすべきである。⑨情報源の独立性、⑩プレスリリース依存に関しては、比較的評価しやすい項目である。

今後の展望としては、新聞記事は比較的、記事として満足度が高いが、娯楽性を追いがちなテレビの健康番組や、週刊誌の記事などもメディア・ドクターの対象にすべきであると思う。さらに、インターネットだけで記事を流すオンライン媒体も厳しく評価していく必要がある。

このようなメディア・ドクターは医療者だけが行うのではなく、同じ記事をメディアサイドも評価してみる必要がある。たとえば、あおり記事的なものに対して医療者は厳しいが、メディア側は大目に見てしまう傾向があることがわかったからである。このような立場の違いを明らかにした評価を相互に検討することによって、より公正な記事作りに役立てていただきたいと思う。

文献/URL

- 1) <http://www.healthnewsreview.org/>

きるので、“満足”と評価した。

- ② **治療アクセス**……この記事のなかには全国13のストレスケア病棟をもつ病院が電話番号付きで掲載されていて、読者にとってのアクセスは容易であるため、“満足”と評価した。
- ③ **代替性**……これはこの新しい治療(この記事では入院形態)が従来の治療と比べた長所・短所や違いなどの言及を意味している。記事のなかには従来の精神科病棟での治療についても触れているため“満足”と評価した。
- ④ **あおり・病気作り**……この記事は決して大げさはなく、うつ病患者をいたずらに増やすこともないので、“満足”と評価した。
- ⑤ **エビデンスの質**……この記事のなかには“日本ストレス病棟研究会”ができた経緯も紹介され、うつ病学会理事や自助グループ代表らからのコメントを引用している。治療成果はこの時点では数値化されてはいないがいくつかのストレスケア病棟の治療プログラムや人員配置なども正確に記載されているので、“満足”と評価した。
- ⑥ **治療効果の定量化**……この記事中には記載されていないため(実際にこの時点では治療効果は定量化されていないが)、“不満”と評価した。
- ⑦ **治療の弊害**……治療の弊害については述べられていないので、ここでは“不満”と評価せざるをえなかった。
- ⑧ **治療コスト**……保険点数は十分でないことは書かれているが、実際には患者負担がどれだけか、差額料金がかかるのか、という読者の知りたい情報がないという意味で、“不満”と評価せざるをえない。
- ⑨ **情報源の独立性**……情報源は実名で書かれており、独立性も保たれているので、“満足”と評価した。
- ⑩ **プレスリリース依存**……プレスリリースでも他の記事からの引用でもないので、“満足”と評価した。

全体的には“満足”が7項目、“不満”が3項目であり、最高ランクの5つ星には届かず4つ星と評価された。

評価の問題点と今後の展望

まず、評価の問題点として、いくつかの評価項目では修正が必要だと思われた。①治療新規性に関しては、記事になる場合、何らかの新規性が前提になっているので、絶対に必要な評価項目とはいえないと思われた。②治療アクセスに関しては、たとえば開発記事は現実的レベルにはほど遠いので、アクセスは評価できない。病院などのアクセスを掲載するのは読者にとって有益なことのほうが多いが、医療格差を印象づけることになりはしないか、という不安もある。③代替性に関しては今回の記事では評価できたが、かならずしも評価できない記事(企業情報など)も多い。④あおり・病気作りに関しては非常に影響力があるので、メディアにとっては十分に留意していただきたい項目である。医療者からの、この項目の採点は厳しい。⑤エビデンスの質に関しては、ジャーナリストは“権威”に弱い? のか、大学教授や学会理事長などのコメントが掲載されることが多い。メディアにとって独自のデータベースがあったほうがよいと思われた。⑥治療効果の定量化に関してはこの記事では評価できなかったが、正しいものが掲載されれば読者にとって有意義であろう。しかし、医療のなかではこの定量化は難しいし、ひとり歩きしていく危惧を抱く医療者も多い。⑦治療の弊害は当然、掲載されなければならない。⑧治療コストに関しては