

§ Q13. 事例について一般の人々はどのように考えると、あなたは思うか(表 10,11)

Q12 は個人的な見解であるのに対し、Q13 では一般人の考えについて被験者がどのように考えるかを聞いたものである。Q12 同様、回答を肯定層、否定層に分けて検討した。その結果、うつ病例では Q12 と殆どの回答が逆転した。すなわち、Q12 で

は殆どの項目において、否定層が肯定層を上回ったが、Q13 では殆どの項目において肯定層が否定層を上回った。

統合失調症事例においても、Q12 では殆どの項目において、否定層が肯定層を上回ったが、Q13 では殆どの項目において肯定層が否定層を上回った。

表 10 事例について一般の人々はどうのように考えると思うか「うつ病」 (%)

	肯定層					否定層				
	精神保健福祉士	作業療法士	一般看護師	精神科看護師	一般住民	精神保健福祉士	作業療法士	一般看護師	精神科看護師	一般住民
a 彼(彼女)が望めば、そうした問題から抜け出すことができる	36.0	43.9	33.8	24.4	41.8	31.7	28.0	39.1	45.3	32.9
b 彼(彼女)の問題は個人的な弱さのあらわれだ	69.4	71.3	60.9	48.8	56.2	9.7	4.5	18.0	20.9	15.9
c 彼(彼女)の問題は本当の医学的な病気ではない	48.9	47.1	45.9	31.4	41.9	16.7	19.1	27.1	34.9	24.4
d 彼(彼女)のような問題を持つ人たちは危険だ	34.9	54.8	60.2	40.7	31.3	28.0	17.2	17.3	23.3	29.7
e 彼(彼女)のような人たちを避けるのが最もよい	40.3	52.9	49.6	40.7	31.2	24.7	13.4	18.8	22.1	33.8
f 問題を持つ人たちは何をすべきかわからない	38.7	59.9	60.2	54.7	36.1	24.2	8.3	15.8	14.0	28.1
g 問題があるとしたら、私は誰にも言わないだろう	44.1	51.6	47.4	44.2	36.5	19.4	14.0	23.3	24.4	28.3
h 問題を持っていると知ったら、そのような人を雇わないだろう	75.8	82.2	75.2	70.9	60.4	3.8	1.9	6.8	30.5	11.8
i 政治家が苦しんでいると知ったら、私は投票しないだろう	65.6	82.8	78.2	74.4	68.6	4.3	0.6	4.5	3.5	8.6

※ 『肯定層』 = 「強く賛成」 + 「賛成」、『否定層』 = 「強く反対」 + 「反対」

朱字は対象者ごとの各項目における肯定層 > 否定層

表 11 事例について一般の人はどうに考えると思うか「統合失調症」 (%)

	肯定層					否定層				
	精神保健福祉士	作業療法士	一般看護師	精神科看護師	一般住民	精神保健福祉士	作業療法士	一般看護師	精神科看護師	一般住民
a 彼(彼女)が望めば、そうした問題から抜け出すことができる	29.9	27.1	23.2	16.3	36.2	47.1	46.9	52.8	58.1	40.0
b 彼(彼女)の問題は個人的な弱さのあらわれだ	57.5	59.3	51.2	32.6	57.6	16.1	14.1	23.2	31.4	16.8
c 彼(彼女)の問題は本当の医学的な病気ではない	30.5	36.7	28.0	25.6	42.5	33.9	27.1	42.4	45.3	23.4
d 彼(彼女)のような問題を持つ人たちは危険だ	75.3	84.7	84.0	75.6	57.5	6.3	4.5	0.8	8.1	14.6
e 彼(彼女)のような人たちを避けるのが最もよい	68.4	61.6	71.2	65.1	55.2	9.2	9.6	6.4	12.8	15.9
f 問題を持つ人たちは何をしてくすかわからない	75.3	83.1	86.4	77.9	63.0	5.7	5.1	0.8	5.8	11.3
g 問題があるとしたら、私は誰にも言わないだろう	58.6	62.7	65.6	50.0	49.1	12.6	12.4	13.6	17.4	19.0
h 問題を持っていると知ったら、そのような人を雇わないだろう	81.6	81.9	84.0	80.2	76.0	3.4	1.7	0.8	4.7	5.5
i 政治家が苦しんでいると知ったら、私は投票しないだろう	70.1	83.1	88.0	76.7	77.0	4.6	1.7	0.8	4.7	5.0

※ 『肯定層』 = 「強く賛成」 + 「賛成」、 『否定層』 = 「強く反対」 + 「反対」

朱字は対象者ごとの各項目における肯定層 > 否定層

§Q14. 事例の人との接触について、どう思うか (表 12,13)。

表 12, 13 を比較すると事例、対象者の別を問わず、ある程度の接触 (例えば、c 彼 (彼女) と親しくなってもいい、d 彼 (彼女) が職場の近くで仕事を始めてもいい) に

おいてはある程度肯定的だが、自分とより関係が近づくにつれて (例えば a 彼 (彼女) の隣に引っ越してもいい、e 彼 (彼女) が結婚して家族の一員になってもいい)、距離をおく傾向があるようである。

表 12 事例の人との接触について、どう思うか「肯定層」 (%)

		も い い	a 彼 (彼 女) の 隣 に 引 っ 越 し て	も い い	b 彼 (彼 女) と 一 晩 つ き あ っ て	い い	c 彼 (彼 女) と 親 し く な っ て も	d 彼 (彼 女) が 職 場 の 近 く で 仕 事 を し 始 め て も い い	e 彼 (彼 女) が 結 婚 し て 家 族 の 一 員 に な っ て も い い
精神保健福祉士	うつ病 (計)	32.3	53.2	67.7	65.6	31.2			
	統合失調症 (計)	13.8	31.6	60.3	66.7	16.1			
作業療法士	うつ病 (計)	24.2	38.2	57.3	61.1	15.9			
	統合失調症 (計)	8.5	24.3	41.2	50.3	11.9			
一般看護師	うつ病 (計)	1.5	55.6	4.5	33.1	4.5			
	統合失調症 (計)	0.8	44.8	1.6	50.4	1.6			
精神科看護師	うつ病 (計)	15.8	37.6	45.9	49.6	7.5			
	統合失調症 (計)	4.8	20.8	32.0	43.2	8.8			
一般住民	うつ病 (計)	20.2	39.2	43.3	46.7	16.0			
	統合失調症 (計)	14.1	25.1	31.2	37.8	9.0			

赤字は各対象者の中で%が高かったもの上位2つ

表 13 事例の人との接触について、どう思うか「否定層」(%)

		も い い	a 彼(彼女) の隣に引越して も い い	b 彼(彼女)と一 晩つきあって い い	c 彼(彼女)と親 しくなっても 事 を し 始 め て も い い	d 彼(彼女)が職 場の近くで仕 事 を し 始 め て も い い	e 彼(彼女)が結 婚して家族の 一 員 に な っ て も い い
精神保健福祉士	うつ病(計)	11.3	6.5	2.2	4.8	15.1	
	統合失調症(計)	19.5	14.9	5.2	4.0	25.9	
作業療法士	うつ病(計)	14.0	10.2	4.5	7.0	22.3	
	統合失調症(計)	26.0	24.9	11.3	7.3	39.5	
一般看護師	うつ病(計)	15.8	14.3	9.0	11.3	33.8	
	統合失調症(計)	32.0	32.0	16.8	10.4	45.6	
精神科看護師	うつ病(計)	19.8	11.6	8.1	5.8	37.2	
	統合失調症(計)	37.2	40.7	27.9	19.8	61.6	
一般住民	うつ病(計)	24.0	16.8	14.2	12.3	26.7	
	統合失調症(計)	33.1	26.3	20.9	13.4	31.5	

赤字は各対象者の中で%が高かったもの上位2つ

§ Q15. この種の問題の原因として可能性
があるのはどれか (表 14)。

うつ病事例では専門職の別を問わず、「ス
トレス」「身近な人の死」「トラウマ」が多
かった。一般住民では、「子ども時の問題」
も多かった。

統合失調症については、PSW においては

うつ病事例同様であったが、それ以外の専
門職 (OT,NS,PNS) と一般住民においては、
「子どもの時の問題」も多かった。

なお「ウイルスや他の感染症」「アレルギー」
については対象者の別を問わず、肯定
の回答が低かった。

表 14 この種の問題の原因として可能性のあるのはどれか「肯定層」 (%)

		a	b	c	d	e	f	g	h	i
		ウイルスや他の感染症	アレルギーや類似の反応	ストレス、仕事上の困難、経済的困難のような日々の問題	身近な友人や親族が最近死んだこと	大火、重大事故、強盗のようなトラウマになるような出来事	出身と違った子どもの時の問題	この種の問題が受け継がれる、遺伝すること	神経質な人であること	性格に弱点があること
精神保健福祉士	うつ病 (計)	10.8	8.6	89.2	89.8	85.5	70.4	23.7	48.9	23.1
	統合失調症 (計)	6.3	2.9	75.9	66.7	66.1	64.4	30.5	44.8	24.1
作業療法士	うつ病 (計)	8.9	9.6	91.7	91.7	91.7	79.0	33.8	76.4	45.2
	統合失調症 (計)	8.5	2.8	83.1	74.0	71.2	76.3	45.2	58.2	39.5
一般看護師	うつ病 (計)	8.3	9.8	94.7	86.5	85.7	85.0	39.1	68.4	51.9
	統合失調症 (計)	2.4	3.2	84.0	71.2	73.6	77.6	43.2	56.8	31.2
精神科看護師	うつ病 (計)	9.3	11.6	88.4	75.6	76.7	75.6	41.9	68.6	51.2
	統合失調症 (計)	3.5	4.7	66.3	55.8	60.5	61.6	52.3	50.0	31.4
一般住民	うつ病 (計)	6.4	10.8	92.7	80.6	81.1	81.5	34.3	79.4	71.4
	統合失調症 (計)	7.2	11.0	91.6	73.7	79.5	88.6	39.0	77.9	77.7

赤字は各対象者の中で%が高かったもの上位3つ

§ Q16. 事例のような問題を起こしやすいのはどのような人か (表 15)。

うつ病については対象者の別を問わず、「失業者」においてが最もなりやすいと回答した人が多かった。

統合失調症例については NS と一般住民以外では、「25 歳以下の若い人」と回答した人が多かった。NS と一般住民は「失業者」が多かった。

表 15 事例のような問題を起こしやすいのはどのような人か「なりやすそう」 (%)

	うつ病 (計)					統合失調症 (計)				
	精神保健福祉士	作業療法士	看護師	精神科看護師	一般住民	精神保健福祉士	作業療法士	看護師	精神科看護師	一般住民
a 女性は男性よりこの種の問題で悩むようになりやすそうだ	21.5	20.4	24.1	27.9	26.8	4.6	14.1	14.4	17.4	22.2
b 25歳以下の若い人はなりやすそうだ	18.3	21.0	13.5	22.1	24.3	59.8	49.7	28.0	34.9	33.3
c 65歳以上の高齢者はなりやすそうだ	52.7	47.1	41.4	30.2	22.3	14.4	14.1	23.2	8.1	22.1
d 貧困な人たちはなりやすそうだ	16.1	12.7	13.5	12.8	14.0	12.6	4.5	6.4	10.5	13.5
e 失業者はなりやすそうだ	57.5	59.9	57.1	53.5	54.6	24.1	39.5	37.6	29.1	45.8
f 離婚したり別居したりした人たちはなりやすそうだ	46.8	51.0	52.6	44.2	46.1	16.7	33.3	28.0	20.9	38.4
g 独身の人はなりやすそうだ	9.7	7.6	15.8	11.6	20.5	6.3	11.9	8.8	9.3	23.7

赤字は各対象者の中で最も高かった%

§ Q20. あなたはこの 12 ヶ月の間に、うつ病についてメディアで見たり読んだり聞いたりしましたか。

PSW は「はい」が 70%代、OT40%代、NS40%代、PNS40%代であった。

§ Q21. あなたはうつ病に関連した組織について何か聞いたことがありますか。

PSW は「はい」が 60%代、OT40%代、NS は「いいえ」が「はい」を上回り、PNS

は、30%~40%代であった。

§ Q23. 精神保健に関する次の組織や情報 (a. 日本うつ病学会、b. 精神障害者家族会、c. 精神障害者本人の活動組織、d. 断酒会、e. いのちの電話、f. あしなが育英会、g. 自殺死亡が 5 年続けて 3 万人を超えている、h. 精神保健福祉センター、i. 精神分裂病の統合失調症への名称変更) をご存知ですか。

精神分裂病の統合失調症への名称変更についてはNS以外は、60%以上が「知っている」と答えたが（NS30%～40%代）、他の項目については、専門職間で差異がみられた。

D. 考察とまとめ

以上の結果を要約して、簡単に考察を加えてみる。

1. 事例の認識については、うつ病・統合失調症いずれの事例においても、専門職間で差異を見た。精神保健福祉士・作業療法士がうつ病事例・統合失調症事例とも70%以上の認識率であったのに対して、一般看護師、精神科看護師の認識は精神科看護師の一部を除いて、30%代と低く抑えられていた。殊にうつ病事例では、一般住民の認識（28.8%）と精神科看護師（29.1%）の認識とはあまり変わらなかった。
2. 事例への人的支援については、事例、専門職の別を問わず、「精神科医に診てもらおう」が最も多かったのに対して、一般住民では、うつ病・統合失調症事例とも「カウンセラーに会う・カウンセリングを受ける」が最も多かった。また助けになる人としても、一般住民、一般看護師ではカウンセラーの割合が高く、今後こうした回答の背景について、詳細に検討する必要がある。悪影響になる人については、専門職、一般住民の別を問わず、「自分で問題を処理すること」があげられた。
3. 薬剤の認識については、専門職間および一般住民との間で差異を見た。うつ病にとって助けとなる薬剤として、精神保健福祉士・作業療法士は「抗うつ剤」をあげた者が最も多く、一般看護師・精神科看護師は

「睡眠薬」をあげており、一般住民は「精神安定剤」と、多様な回答であった。統合失調症に関しては、精神保健福祉士・作業療法士・一般看護師・精神科看護師では「抗精神病剤」が最多であったのに対し、一般住民では「精神安定剤」が最も多かった。

4. 治療法について助けになるものとしては、専門職と一般住民との間で差異を見た。うつ病に関しては専門職では「精神療法」が最も高かったのに対して、一般住民では「もっと積極的に体を動かすこと」が最も高かった。統合失調症事例に関しても同様であった。悪影響になるものは専門職、一般住民ともに「特別なダイエットを続けたり、特定の食物を避けること」をあげた。
5. 転帰については、専門職と一般住民との間で若干差異がみられた。全体的には、専門職、一般住民ともうつ病・統合失調症双方において回復を認めているが、専門職がうつ病については「十分な回復。しかし問題は再び起こる可能性がある」、統合失調症に関して「部分的な回復。しかし問題は再び起こる可能性がある」と認識したのに対し、一般住民ではいずれの疾患にも「部分的な回復。しかし問題は再び起こる可能性がある」が最多であり、やや悲観的であった。
6. 事例の別なく、また調査対象者を問わず、「長期的には交友関係が乏しくなる」との認識が最も多かった。
7. 地域の人々の偏見差別に関しては、専門職、一般住民との間で差異があった。うつ病では、精神保健福祉士と一般住民は「差別されない」と認識する人が多かったのに対して、作業療法士・一般看護師・精神科看護師では「差別される」と認識する人が

多かった。しかし、統合失調症事例については、専門職・一般住民とも「差別される」が多かった。

8. 偏見差別に関する個人の考えと、一般人の考えについては、事例を問わずズレが認められた。

9. 事例との接触については、うつ病・統合失調症の別を問わず、また専門職、一般住民の別なく、事例との接触を、自分との関係がより近くなるほど、距離をおく傾向がうかがえた。

10. この種の問題の原因については、専門職・一般住民の別なく、いずれの事例においても「ストレス」「身近な人の死」「トラウマ」「子どもの時の問題」が多かった。

11. 問題を起こしやすい人については、専門職、一般住民との間で若干差異がみられた。うつ病に関しては専門職・一般住民とも「失業者」が最も多かったが、統合失調症に関しては専門職が「25歳以下の若人」と回答した人が最も多かったのに対して、一般住民は「失業者」が多かった。

12. 精神保健に関する情報の習得については、専門職が一般住民よりやや高いが、内容によっては、一般住民とほぼ同じであったり、専門職間で差異がみられるものもあった。

13. 以下に今回の調査対象であったコメディカルスタッフであるメンバーの回答特徴が示す背景を若干考えてみたい。精神保健福祉士および作業療法士においては、一般住民の反応と大きく異なって、その専門性を大きく反映したデータであった。しかし、看護職にあつては、およそ一般住民に近い反応が多かったのは驚きである。十分に精神医学の教育を享受しているはずであり、

精神科看護師では加えて連日精神科医療の現場にあつて精神障害者の看護に従事しているのであるから、一般論としては納得しがたい。もっと言うならば、他のコメディカルスタッフ以上に精神疾患や精神障害者に対するイメージや態度は好ましいという印象であった。そこで、この結果は、逆に精神医療の現場での問題点を反映しているのではないかとさえ考えさせるのである。ただ、更に考察を深めるべき話題なのであろう。

以上のようなコ・メディカルのあり様が浮き彫りになりつつある今回の調査に、臨床心理にかかわる専門家の多くが所属する学会の調査協力の同意が得られなかった点は大いに残念である。学会からの文書では本調査の意義と有用性については十二分に認められていたが、当時の予期せぬ社会状況により学会側に事務局体制の再整備というやむを得ない事態が発生し、そのことと本調査の時期が重なり、こちらとしても断念せざるを得なかった。

最後に今後の課題と方向性について若干触れておきたい。今回の研究では、まずは回答の全体像を把握したため、例えば複数回答による検討は行ってない。また解析においても、統計処理は行ってない。今後は、より細やかな回答の特徴について統計解析を行いながら検討する必要がある。更にこうした結果をコメディカルスタッフの教育に如何に反映していくのかについても考える必要がある。

E. 健康危険情報 なし

参 考 文 献

F. 研究発表

1 論文発表

中根允文・吉岡久美子 (2005)「精神保健の知識と理解に関する研究－福祉専門職志向入学生と 20 代地域住民との比較検討－」長崎国際大学論叢 5 pp249-258

吉岡久美子・中根允文 (2005)「精神保健の知識と理解に関する研究－福祉専門職志向入学生の特徴－」長崎国際大学論叢 5、pp235-247

Anthony F Jorm, Yoshibumi Nakane, Helen Christensen, Kumiko Yoshioka, Kathleen M Griffiths, Yuji Wata : Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. BMC Psychiatry (accepted)

2. 学会発表

Kumiko Yoshioka, Yoshibumi Nakane, Hideyuki Nakane, Yuji Wata (2005): Awareness of the general population with regard to depression and schizophrenia 18 World congress of the World Association for Social Psychiatry pp251

G. 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

中根 允文 (2004)「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書

中根 秀之 (2004)「精神保健の知識と理解に関する日本の現況に関する研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書 pp7-16

中根 允文・吉岡久美子・中根秀之・綿祐二 (2004)「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書 pp27-122

鈴木二郎 (2003)「精神障害者の人権擁護に関する研究」(平成 9-11 年度)、「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」(平成 9-11 年度) 研究報告書 (厚生科学労働研究費補助金)

佐藤光源 (2004)「精神障害者の偏見除去等に関する研究」平成 13-15 年度総括・分担研究報告書 (厚生科学労働研究補助金)

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究
分担研究報告書

日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者 立森 久照 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究要旨：オーストラリアの精神保健戦略 (Mental Health Strategy) とこころの健康づくり (Mental Health Promotion) について情報交換を実施した。これにより得た情報を整理することにより、わが国の精神保健改革に有用な情報を得ることを目的とした。2004 年 11 月 22 日から 24 日の期間に、オーストラリア（キャンベラ，メルボルン）を訪問し，聞き取り調査と情報交換を実施した。この聞き取り調査から得た情報，調査時の提供を受けた冊子，および Web site で公開されている情報をもとにまとめた。“Australia’s Mental Health Strategy“ は，1992 年に開始された国家規模の精神保健戦略である。当初の計画では 5 年計画であったが，その後も第二次（1998-2003 年），第三次（2003-2008 年）と継続して実施されている。この戦略の大きな目的は，(1) 精神保健の推進と障害の予防，(2) 障害による影響（インパクト）の軽減，および(3) 精神障害者の権利の保障，の 3 つである。この目的は現在も一貫して同じであり，これらの成果は継続的にモニタリングされていた。こころの健康づくりと精神保健上の問題の予防の面では，精神保健を「社会全体の関心事」とするためには，「成功した試験事業の固定化」，「特にメディアをターゲットにしてスティグマの減少を図ること」，「精神保健に対する理解を促進する，新しい精神保健リテラシー政策」，「職場での精神保健上の問題の予防にむけた，労働組合や従業員との協調」といった取り組みによる継続的努力が必要であると述べられていた。また，その対象は，一般国民，学校（生徒，教師），マスメディア，精神障害者と多岐にわたり，それぞれにこころの健康づくりや精神障害の予防の適切な資源や情報を提供する試みがなされていた。精神保健を取り巻く制度，状況，歴史などが異なるため，個々の具体的取り組みの事例全てをそのままわが国に取り入れることは難しいが，大いに参考となる点も多いと思われる。例えば，地域中心の精神保健サービスに移行した際の経験や，改革の過程のモニタリングの手法などについては，今後さらに詳細な情報を交換する価値があるであろう。また，政府間協力によって，その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ，このことを他の国にも広げていくことで，わが国の改革に有用な情報を収集できていくことが期待される。

A. 研究目的

1998 年の日豪共同研究の積極的推進、官民の専門家グループ会合の開催など 6 項目の合意をもとに、日豪保健福祉協力の共同研究が開始された。2001 年からは、その第二段階として「精神保健」をテーマに共同研究が実施されている。本研究では、その一環としてオーストラリアを訪問し、精神保健の分野において両国が必要としている情報の交換を行った。

日豪の両国は、高齢化の進展や財政上の制約などにより、保健福祉需要、特に精神保健上の急激な変化に直面している。また、自殺者数の増加などに伴い、精神保健の知識の普及啓発活動の必要性が注目されている。

そこで、今年度研究では、オーストラリアの精神保健戦略 (Australia's Mental Health Strategy) とこころの健康づくり (Australia's Mental Health Promotion) について情報交換を実施した。これにより得た情報を整理することにより、わが国の精神保健改革に有用な情報を得ることを目的とした。

B. 研究方法

2004 年 11 月 22 日から 24 日の期間に、オーストラリア連邦政府 Department of Health and Ageing 等を訪問し、聞き取り調査と情報交換を実施した。本報告書は、この聞き取り調査から得た情報、調査時の提供を受けた冊子、および Web site で公開されている情報をもとにまとめたものである。

(倫理面への配慮)

本研究は、公的機関を対象とした聞き取り調査、すでに公表されている冊子や Web site 上からの情報をもとにまとめたものであり、倫理上問題となる内容は含まない。

C. 研究結果

1. オーストラリアの精神保健戦略

“Australia's Mental Health Strategy”は、1992 年に開始された国家規模の精神保健戦略である。様々な調査により権利の濫用・侵害が明るみに出てケアシステムの内での不適切な状況が判明したことがその契機であった。当初の計画では 5 カ年計画であったが、その後も第二次 (1998-2003 年)、第三次 (2003-2008 年) と継続して実施されている。第一次から第二次の 10 年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへとシステム移行が進められた。

この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と障害の予防、(2) 障害による影響 (インパクト) の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、の 3 つである。当初では、急性期を念頭においていたが、現在ではより広い対象を念頭においている点を除いては、この目的は現在も一貫して同じである。

第一次 (1992-1997) では、重症の精神障害に重点を置いていた。そして、公的な精神保健サービスを、以下のような方向へと導くことに力点が置かれた。

- ・ より地域ベースの複合サービスの提供
- ・ 精神保健サービスを向上させ、一般保健サービスに統合 (mainstreaming)
- ・ 単科精神病院への依存を減らす
- ・ サービスの応答性および消費者の権利 (consumer rights) の尊重の向上

第二次では、第一次の目的を継承しつつも、精神保健の推進、精神障害の予防、公的な精神保健セクターと他のセクター（民間の精神科医、GP、一般科、救急サービス、NPO など）との協力によるサービス改革、およびサービス提供の質と効率の改善を新たな目的として実施された。

第三次でも、これまでの目的を継承するとともに、下記の4つの点を主な目標としている。

- (1) こころの健康づくりと精神保健上の問題（自殺を含む）と精神障害の予防
- (2) （特にサービスへのアクセス、ケアの継続性、家族や介護者への支援についての）サービス提供への責任を増す
- (3) サービスの質の強化
- (4) 調査研究の振興・イノベーションの推進・持続力の育成

これらの計画の成果は継続的にモニタリングされている。オーストラリア連邦政府は、州・準州へ、「改革とインセンティブ」の助成金を交付する。州

と準州は、国家目標実現へ前進することに合意している。また、オーストラリア連邦政府の発行する白書（The National Mental Health Report）に、「合意されたことを実行したか」、「何を、どのように、いつ実行したか」など毎年の進展具合を報告する。

2. オーストラリアのこころの健康づくり

こころの健康づくりと精神保健上の問題の予防の面では、精神保健を「社会全体の関心事」とするためには、以下の取り組みによる継続的努力が必要であると述べられていた。

- ・ 成功した試験事業の固定化
- ・ 特にメディアをターゲットにしてスティグマの減少を図る
- ・ 精神保健に対する理解を促進する新しい精神保健リテラシー政策
- ・ 職場での精神保健上の問題の予防にむけた労働組合や従業員との協調

以下にこころの健康づくりと精神保健上の問題の予防において実際に使用されている資源の具体例を示す。

1) 精神保健リテラシー

国民の精神保健リテラシーを向上するために、代表的な精神障害別に、その障害がどのようなものであるかを、わかりやすくかつ根拠に基づいた形式で解説している冊子などが用いられていた。表紙や内部のデザインも良く、手に取って読む気にさせる資料を作成しようという意図がうかがえた。

2) Mindmatters

Mindmatters は、小学校での精神保健プログラムである。7,000 個の Mindmatters キットを作成し豪州の全中等学校に配布した。また、17,000 人の教員に専門的な訓練を提供した。さらに、現在では、小学校向けに補完的製品を開発中である。

3) 豪州のメディアに対する資源

ジャーナリズムの学部用のカリキュラムを提供している。精神保健問題に対するジャーナリストへの窓口を設置するとともに、National Media and Mental Health Group が設立された。また、メディアの自殺や精神障害に対する報道のモニタリングや調査を実施している。さらに、精神保健問題に対するよい報道を行ったジャーナリストの表彰も行われていた。

4) beyondblue

“beyondblue”とは、うつ・不安・薬物乱用障害に取り組んでいる政治的に中立な特定非営利活動法人 (Not-for-Profit Organisation: NPO) である。この組織は、うつとうつに対する誤解を解消・啓発を目的として 2000 年に設立された。うつの人々だけでなく健康サービス、学校、職場、大学、メディア、地域組織とも共同で、うつ病関連知識の啓発向上に取り組んでいる。

主要事業内容は、下記の五つである。

- (1) うつ・不安とそれに関連した薬物使用障害に対する地域社会での知識向上を目指し、これら健康問題に対する誤解を解消することに取

り組んでいる。

- (2) うつ者とそのケアに当たっている者に対し情報・補助・効果的治療が入手可能であることを伝える。健康指針・政策の立案者に対し、うつ者の生活上の経験やニーズを伝える。
- (3) うつの防止・早期治療プログラムを提供する。
- (4) 一般開業医やその他健康問題の専門家にうつ対策に対する高度トレーニングとサポートを提供する。
- (5) うつ関連調査のサポート・実施。

D. 考察

“Australia’s Mental Health Strategy”は、1992 年に開始された国家規模の精神保健戦略である。当初の計画では 5 年計画であったが、その後も第二次 (1998-2003 年)、第三次 (2003-2008 年) と継続して実施されている。この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と障害の予防、(2) 障害による影響 (インパクト) の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、の 3 つである。この長期間の計画において、当初から一貫した目的で実施している。また、定期的にモニタリングを実施し、毎年その結果を公表していた。わが国で改革を進める際にも、一貫した目的の設定のもとで計画を進め、定期的にモニタリングをすることが必要とされると思われる。

こころの健康づくりと精神保健上の問題の予防の面では、精神保健を「社会全体の関心事」とするためには、「成

功した試験事業の固定化」,「特にメディアをターゲットにしてスティグマの減少を図ること」,「精神保健に対する理解を促進する,新しい精神保健リテラシー政策」,「職場での精神保健上の問題の予防にむけた,労働組合や従業員との協調」といった取り組みによる継続的努力が必要であると述べられていた。また,その対象は,一般国民,学校(生徒,教師),マスメディア,精神障害者と多岐にわたり,それぞれにこころの健康づくりや精神障害の予防の適切な資源や情報を提供する試みがなされていた。

これらの取り組みを成功させるためのキーポイントとして,「明確な政策と目的の設定」,「取り組みの結果どのような変化が起こっているかの情報を収集し,国民にも開示をすること」,「情報を開示(提供)することにより,国民のスティグマや恐怖心を改善すること」が挙げられていた。わが国での取り組みの際にもこれらキーポイントを参考に進めていく必要があると思われた。

オーストラリアの精神保健改革は,完全に終了したわけではなく,未だ改革の途上にあり,病床の不足を指摘する声もある。今後,解決すべき課題を残しているとともに,改革によって新たな課題が生ずる可能性も十分に想定される。また,今回の訪問では公的部門を中心に情報収集したため,民間病院の情報なども得ていない。今後も両国が精神保健に分野において密接に情報を交換していくことにより,オース

トラリアの精神保健改革の長期的な成果を踏まえた上で,わが国の精神保健改革の参考とすることが必要であろう。この関係を維持することにより,これからのわが国が精神保健改革の経験を,オーストラリアにフィードバックすることも可能となり,両国間の利益となると思われる。また,政府間協力によって,その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ,このことを他の国にも広げていくことで,わが国の改革に有用な情報を収集できていくことが期待される。

E. 結論

オーストラリアにおける精神保健戦略およびこころの健康づくりの概要を把握することができた。精神保健を取り巻く制度,状況,歴史などが異なるため,個々の具体的取り組みの事例全てをそのままわが国に取り入れることは難しいが,大いに参考となる点も多いと思われる。例えば,地域中心の精神保健サービスに移行した際の経験や,改革の過程のモニタリングの手法などについては,今後さらに詳細な情報を交換する価値があるであろう。また,政府間協力によって,その国の精神保健福祉サービスの仕組みのより正確な情報を入手できると考えられ,このことを他の国にも広げていくことで,わが国の改革に有用な情報を収集できていくことが期待される。

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

The General Population's Image of Mental Diseases in Japan

Yoshibumi Nakane (Nagasaki International University)

Professor Jorm, Ladies and Gentlemen, I will talk this afternoon session on the general population's images of mental diseases in Japan.

Individuals afflicted with mental illness are known to suffer not just from the illness itself but also from prejudice and discrimination by the local community as well. Readily proffered examples are that they tend to notice sensitively the gazes of people around them in the community, medical treatment they need for the illness and efforts at general care are delayed, and appropriate treatment in terms of everyday life is lacking. The most significant of the factors causing this prejudice and discrimination is the topic of the general public's low level of awareness about mental illness and the lack of understanding for individuals with mental diseases and mental disorders predicated on that. Appropriate dissemination of information and education (or enlightenment) in administrative terms are needed.

Thus, a report from the Social Security Council (and its Individuals with Mental Disorders sub-group of the Individuals with Disabilities working group) was received in December 2002, and a Mental Health and Welfare Task Force was established with the Health, Labor, and Welfare Minister as the director. As a result of discussions there, the direction of policies that should be implemented by the Health, Labor, and Welfare Ministry in the future was announced in May 2003 in the form of an interim report, "Directions for future policies for reform of mental health and welfare." Looking at an outline of that report indicates that dissemination of information and education regarding mental health and welfare, i.e. (namely) promotion of understanding with respect to individuals with mental diseases and mental disorders, was cited as a priority policy. Given this, discussion about specific policy directions was promoted in the newly established "Study Group on Information Dissemination and Education (or Enlightenment) for a Correct Understanding of Mental Health Problems." In March 2004, the "Declaration on Removing Mental Barriers: Guidelines to correctly understand mental disease and take new steps" was announced, and efforts in accordance with

that theme have become a bit more apparent.

Amidst these circumstances, joint work on the theme of mental health proceeded starting in 2001 as the 2nd phase of the Australia-Japan Partnership's Australo-Japanese health and welfare cooperation that developed in 1998. The first joint researchers' conference was held in Canberra, Australia in September 2002. In other words, this work has sought to ascertain as experts levels of knowledge and understanding regarding mental health in both Japan and Australia and develop appropriate information dissemination and education regarding mental health and welfare. Citizens in both countries were surveyed in detail regarding knowledge of mental disease and understanding of patients with mental disorders were surveyed, with the work seeking to clarify the level of information dissemination and education needed based on the results. However, similar regional surveys had been conducted in Australia several years prior, and as a result a systematic campaign program was actively implemented starting several years ago. For the current research, a joint survey with the Japanese was conducted anew in Australia, and changes in awareness of individuals with mental disorders for the general public were consolidated as results of the previously conducted campaign program as part of comparison with previous survey results.

I was shown part of this research by Professor Jorm (University of Canberra). Thus, I would like to present the Japanese results while comparing them to those from Australia provided by Professor Jorm.

Prior to my talk, Professor Jorm described our survey methods for the current research in detail. That is, aspects of 4 people living with problems that were thought to be depression and schizophrenia were presented as vignettes. In the form of an interview, interviewees were asked by an interviewer about their impressions of these cases. And now I will describe the survey participants in Japan (*The survey participants in Japan are shown here*). Two thousand members of the general public were interviewed at 25 locations throughout Japan in about one month from mid-November 2003. These 2,000 individuals consisted of 1,000 men and 1,000 women, with 1,000 respondents presented with cases of depression and 1,000 presented with cases of schizophrenia. Survey subjects were individuals from 20 to 60 years of age, and the 25 locations in Japan consisted of major cities like Tokyo and Osaka as well as numerous smaller cities

in the countryside. Selection of target sites included places with a large number of beds in psychiatric wards and conversely those with very few or places with a high frequency of suicides and those without. Actual interviews were entrusted to a survey organization, with visits to the respondent's home after interviewers contracted by the firm had undergone specific training.

And now I will present portions of the survey results (*Portions of the survey results are shown here*). First, let us look at how the 4 cases presented were perceived. With respect to the two cases of depression, the frequency with which the cases were recognized as depression was 28.8%. The recognition rate rose further with cases that were suicidal. In contrast, the recognition rate for schizophrenia was 25.3%, and the recognition rate reached a somewhat high proportion particularly with respect to chronic cases. When this is compared with the data from Australia as presented earlier, a significant difference between the extent of recognition of depression and of schizophrenia becomes apparent. In other words, recognition of depression as a disease extremely difficult for Japanese, with Japanese apparently noticing some sort of mental problem although they were unable to specify what illness it was. Although there were no major differences with regard to schizophrenia in comparison to Australia, there was a sense of confusion with depression. I have pointed this out previously, but I am of the impression that this demonstrates the lack of sensitivity to depression among Japanese.

Let us next look at what sort of support programs would be useful for the cases. When first asked in broad terms, talking with family and friends was valued, and substantial expectations of counselors as professionals were obvious. When disasters or incidents occur in Japan, immediately seeking mental care is discussed, which may be the fault of trumpeting (noised abroad that) whether such and such a counselor, like a school counselor, is helpful. When we look into a little more detail, as expected friends and close relatives play a role with regard to the helpfulness and harmfulness of human resources, with equal praise for counselors and moderate recognition of the helpfulness of psychiatrists. However, a major difference to Australia was the low appraisal of general practitioners, or GPs. And yet there is a sense that expectations of psychiatrists and internists specializing psychosomatic medicine are also slight, so we ourselves

must try a bit harder.

There were also widely differing reactions to us as experts with regard to other kinds of therapeutic approaches. Looking at therapeutic agents indicates that the term 'tranquilizer,' familiar to the Japanese, is expected to be the most useful medication. Even looking at depression alone, for example, indicates that the most expected medication was a tranquilizer, followed by an antidepressant, although there were quite a number of fears about antidepressants, which were thought to potentially have harmful effects. 'Tranquilizer' and 'antidepressant' are well known terms, although subjects were asked if they might not understand the detailed effects of those medications. Sleeping pills' harmfulness because of their side effects in particular was rather strongly perceived, which was unique. When compared with the Australian results, a general observation about the Japanese survey is that the manner of recognition in Japan gave the obvious impression of centering on vague patterns. With regard to treatment, increasing physical activity is promoted in Australia, while recognition of this is not necessarily high in Japan. And even if psychiatric treatment is considered necessary when someone is affected by a mental disease like depression or schizophrenia, steps like admittance to a psychiatric ward or undergoing electroshock therapy are considered to have harmful effects and a special diet is resolutely considered more harmful than helpful.

Looking at the course of the disease and type of treatment outcome when the cases encountered an appropriate therapist and were treated or when they did not, the result of recognizing the importance of treatment by an expert was a result that was understood. In other words, they were asked to consider that quite a favorable outcome could be obtained if appropriate care is received whether it be for depression or schizophrenia. If not, subjects recognized that symptoms would worsen rather than lessen. Next, subjects were asked what they assume would happen once a long period of time had passed for these cases. While in many instances they thought friendships would diminish and the individual might attempt suicide, positive views -(such as) in that they would be more understanding of other people' s feelings - were also seen. In other words, the respondents understood that they should not look only at the negative aspects of individuals with mental disorders but also try to be more understanding of other

people' s feelings because of the suffering they have experienced.

While saying that, recognition of discrimination towards them was also obvious. Forty-two percent of the respondents felt that individuals with depression would be discriminated against by those around them, and 54% of the respondents felt that for individuals with schizophrenia. With chronic schizophrenia in particular, those who felt that the individual would be discriminated against rose to 63%. Let us consider for a moment the context for these views. As an example, views regarding depression were that it was a "sign of personal weakness" but "not a real medical illness." In comparison to Australian results, "weakness of character" was emphasized, and individual responsibility for becoming ill was strongly noted. Therefore, the condition is seen as one that the individual can easily snap out of it, if he or she wants. Respondents seem to feel that they would not disclose their problem if they had some problem like the cases. Something similar can be said about schizophrenia as well. And yet more so with schizophrenia, respondents were afraid that such patients would be more likely to commit an unpredictable or dangerous act.

Let us now summarize these results a bit. Even though perceptions regarding depression and schizophrenia were that with either illness the individual affected had some mental or emotional problem, the reality appears to be that there is a lower level of such recognition in Japan than in Australia. More importantly, there was some variation (*gap*) in details regarding what would help such cases or cause a harmful effect as seen from our perspective as experts. These variations are forms of understanding regarding, for example, helpful therapists, helpful drug treatments, and comprehensive treatment methods.

This year, we have surveyed the opinions of experts in Japan like psychiatrists, psychiatric nurses, and psychiatric social workers and, using the same instruments, we have at the same time surveyed experts outside psychiatry (such as general practitioners, internists, and nurses working in other departments) and staff specializing in clinical psychological work as well. We hope to clarify through these survey results variations in the understanding of each target group in comparison to the results presented here and establish guidelines for what sort of information dissemination and education (*enlightenment*) regarding an understanding of mental health and welfare should be provided in the future.