

- 導入を阻害した要因
- 導入の寄与・阻害の共通要因
- ④ 生徒への影響
- ⑤ スタッフへの影響
- ⑥ 学校への影響

(2) Professional Development Questionnaire による調査

6州・準州において、MindMatters Professional Development ワークショップに参加した個人を無作為抽出し質問紙を送付した。州・準州各1において個人を抽出できなかったため、学校長に送付した。

評価対象：Professional Development の質、Professional Development を採用した学校の短期的な成果、MindMatters プログラム導入の長期的なコミットメント

- Professional Development の質の評価：参加した Professional Development の多角的な面のレーティング調査
- Professional Development を採用した学校の短期的な成果：学校への返報率、MindMatters 導入決定率、導入校のうち導入の中心となるグループを結成した率、MindMatters 導入ツールの利用率、学校コミュニティの導入に当たっての関与率、導入に当たって全校的アプローチで行われたことの率、など
- MindMatters プログラム導入の長期的なコミットメント：今後どのくらい MindMatters を続けるか、など

(3) Key Informants Survey

各州・準州の3つの教育分野（政府、カトリック教会、独立系）と保健分野の

鍵となる人物を調査対象者に選択し、MindMatters を全国に広く行き渡らせるために展開しているプロジェクト、キャンペーンについての考えを電話面接調査により把握した。

2. beyondblue について

1) 精神障害普及啓発研究における様々な取り組み

精神障害の正しい理解を図るための知識の普及については、これまで主としてうつ病を対象にしたキャンペーンが様々な国で行われてきた。例として英国、米国ではこれまで2つの大きな普及啓発キャンペーンが行っている。

うつ病を対象にした “The Defeat Depression Campaign” は英国で1992年から1996年に渡って行われた。これはうつ病におけるスティグマを取り除き、うつ病の認識と取り扱いを改善することを目的にしたもので、具宛的には “Defeat Action Week” という様々なメディアを通じた公教育によって行われた。このキャンペーンの評価結果としては、5から10%の態度改善が報告された。英国では引き続き1998年から2003年に渡って “The Changing Minds Campaign” が展開された。このキャンペーンではうつ病におけるスティグマの減少と知識の改善を目的として、関係者と共同でインターネットを通じた公教育が行われたが、キャンペーンの結果の評価はあまり公開されていない。

米国では、地域ベースでのうつへの取り組み支援である “Depression Awareness, Recognition and Treatment

Program” が 1988 年に確立され現在に至るまで継続している。これはうつの特徴や治療の需要、知識を深めることを目的として、活字やインターネットメディアを通じた公教育が行ったものである。しかしながら、このキャンペーンの評価はあまり公開されていない。米国では、もう 1 つの取り組みとして、1991 年から “The US National Depression Screening Day” が毎年行われ、うつ病のスクリーニングを促進することを目的に、活字やインターネットメディアによる公教育が同様に行われている。このキャンペーンについては部分的に評価が行われているが、態度の変容は査定されていない。

このような米国・英国のキャンペーンに対する情報は限定されており、結果に対する評価は十分に公開されていない。従って、本研究では精神障害の普及啓発について、体系的な枠組みを設定し、評価を行っている豪州の beyondblue について詳述する。

2) beyondblue の枠組み

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、うつに対する認知と理解 (これをうつリテラシーと定義する) の向上を目的として、オーストラリア連邦政府、州政府の資金援助を受けて 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。これは、うつに対する人々の十分でない知識や偏見、スティグ

マがうつに苦しむ人々に直接的に好ましくない影響を与えること、間接的にもヘルプシーキングの遅れや、根拠に基づいた医療の受容を妨げ、うつに苦しむ人が地域で十分な援助を受けることを難しくする、という認識に由来する。従ってうつリテラシーの向上は、うつ病の予防や早期介入、治療に重大な課題であるのである。

主要事業内容としては、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、②うつ病を有する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、うつ病を有する者の生活上の経験やニーズを伝えること、③うつの防止・早期治療プログラムを提供すること、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、等が挙げられる。

3) beyondblue に対するこれまでの評価

beyondblue は “Precede Model” という健康増進活動の戦略をベースにして活動が形成されている。Precede Model では、①望ましい健康行動が quality of life (QOL) に影響を与えるということを各個人が認知しているかを、もしそうであればそれはどのようにしてか、②行動要因や生活環境要因はそのような健康活動に適応するようになったことに、どのように関連しているか、③さまざまな素因や付加因子、強化因子はこの行動や生活

環境にどのように関連しているか、④健康教育政策は、個人が望ましい健康行動を行うようにするため、素因や付加因子、強化因子をどのように考慮し調整したか、という点が順に考慮される。この手順によって、うつりテラシーについて構築されたモデルが図1である。

この枠組みにおける、介入から成果の流れは、図の上から下へと向かうものである。しかしながら枠組みを作成する作業は逆に下から上へと向かって行われる。QOLを考慮し健康目標を同定した上で、目標に関連する行動を検討し、影響を与える因子を調べ、最後に教育の戦略が策定されているのである。今回、健康の目標という成果は beyondblue 活動によって、直接あるいは短期的に達成されるものではない。従って活動の評価としては、短期的には素因や強化因子、付加因子の変化を検討することになる。一方で、介入が成果に短期的な影響を及ぼす場合であっても、成果につながる行動の変容や、素因や強化因子、付加因子の変化は重要である。これは介入がうまくいかなかった場合にそのプロセスを検討し改善を行うこと、文脈が異なる状況に応用する場合に概念モデルの対照が参考となること、などが理由として挙げられる。

beyondblue では態度・行動変容についていくつかの理論的モデルに依拠している。その一つである“Health Belief Model”は個人が病気を避けるために行動を起こす上では、影響を受けやすいこと、潜在的な重大性があること、行動に利益があることを認識する必要があるというものである。

“Elaboration Likelihood Model”は中央のルート（問題に対する注意深い理解）、周縁的なきっかけ（プレゼンターの魅力）による周縁的なルート（影響を受ける）を用いて説得を行うものである。この時、中央のルートはより持続的な態度の変容となる。

“Transtheoretical Model”では、行動変容に至るまでのステージを5つに分け（前熟慮段階、熟慮段階、準備段階、活動段階、維持段階）、異なる段階にある各個人に対して、別々の介入を行う必要がある、という考え方である。これらの理論的背景をもとに beyondblue の教育戦略が検討され実行された。

4) beyondblue に対する評価結果

beyondblue の活動に対しては、既にいくつかの論文の中で評価が行われている。全国規模のキャンペーンについてはコントロール群を設定することが難しいため、しばしばキャンペーンの効果と地域に同時に存在するその他の影響の効果を区別することができない。この為、先に挙げたように米英で行われた普及啓発キャンペーンはその効果についての情報が非常に限られたものとなっている。これに関して、beyondblue は州政府からの援助については格差があり、援助を受けていない州では十分な活動を行っていない。そこで beyondblue ではそれらの州を低曝露群として擬似コントロール群に設定し、十分な活動を行っている州との比較を行っている。beyondblue についての認知を確認したところ、高曝露群においては19.0%であったのに対し、低曝露群では9.4%と2倍以上開いたものとなってお

り低曝露群のコントロールとしての適切さが確認されている。

評価には1995年に行われた調査、及び2003年から2004年にかけて行われた調査における18から74歳の対象者のデータが用いられ、1995年の高曝露群は687名、低曝露群は323名、2003-2004年の高曝露群は522名、低曝露群は388名であった。また調査票では、うつ病のエピソードを記述したシナリオを提示し、それに基づいた経験や考え方を対象者に質問している。また先に挙げたように、beyondblueの教育戦略の評価については、うつ病の予防や早期介入など直接QOLに関連した指標を検討するのではなく、素因や強化因子、付加因子に関わる項目が用いられている。

a. うつ病の認知

うつ病の認知については、高曝露群では1995年に36.5%であったのに対し、2003年には67.8%と8年間で大幅に上昇していた。一方で低曝露群についても1995年の42.1%から、2003年の66.7%と同様に上昇していたが、その増分は高曝露群の方が多かった(高曝露群:31.3%、低曝露群:24.6%)。

b. うつに関わる経験

回答者自身が提示されたシナリオのような問題をかかえたことがあったかどうかについては、高曝露群で非常に多くの回答者が経験を報告した(高曝露群:13.2%、低曝露群:7.6%増加)。家族、友人が、シナリオのような問題をかかえたことがあったかどうかについても、高曝露群で非常に多くの回答者が経験を報告した(高曝露群:24.3%増加、低曝露群:

13.9%増加)。

一方で回答者自身が提示されたシナリオのような問題を有すると見なされたことがあると回答した対象者が高曝露群で増加していた(高曝露群:14.6%増加、低曝露群:6.0%増加)のに対し、家族や友人がそのようにみなされたことがあると回答した対象者の増分はそれほど差がなかった(高曝露群:23.0%増加、低曝露群:19.3%増加)。

c. 差別に対する意識

うつ病を有する人(シナリオで提示された事例)が、差別を受けると考えられるかについては、高曝露群で差別を受けると考える人が10.3%増加した(1995年:45.3%、2003年:55.6%)のに対し、低曝露群では1.5%(1995年:50.4%、2003年:51.9%)とほとんど変わらなかった。

d. うつ病の長期的な見込みについての考え

うつ病を有する人が長期的にどうなるかどうかについては、“暴力的になりそう”、“大量飲酒しそう”、“不法な薬物を使用しそう”、“交友関係が乏しくなりそう”、“自殺を企てそう”、“他人の気持ちを理解するようになりそう”、“良い結婚ができそう”、“やさしい親になりそう”、“生産的な労働者になりそう”、“創造的/芸術的な人になりそう”、という項目で質問されていた。その結果、自殺企図の項目で高曝露群、低曝露群ともに、他の項目に比べ増分が多かった(高曝露群:4.9%増加、低曝露群:4.8%増加)。また他人の気持ちの理解について、高曝露群と低曝露群の乖離が強く見られた(高曝露群:7.2%増加、低曝露群:1.5%減少)。

e. うつ病を有する人に助けになる立場
や薬についての考え

うつ病を有する人に助けになる立場として、“一般開業医/家庭医”，“ふつうの薬剤師”，“カウンセラー”，“ソーシャルワーカー”，“電話相談サービス”，“精神科医”，“心理学者”，“家族の援助”，“親友からの援助”，“自然療法家や漢方医”，“牧師や司祭など聖職者”，“うつ病を有する人が自分自身で対応”，薬物として，“強壮剤/漢方薬”，“鎮痛剤”，“抗うつ剤”，“抗生剤”，“睡眠薬”，“抗精神病薬”，“精神安定剤”を挙げ、それぞれがどの程度助けになるかを質問した。

特にカウンセラー（高曝露群：12.3%増加，低曝露群：4.3%増加），電話相談（高曝露群：17.3%増加，低曝露群：3.3%増加），抗うつ剤（高曝露群：25.4%増加，低曝露群：10.8%増加），精神安定剤（高曝露群：9.8%増加，低曝露群：1.0%増加），睡眠薬（高曝露群：10.2%増加，低曝露群：4.3%増加）において有効であるという回答の増加が高曝露群で顕著にみられた。これに対してうつ病を有する人が自分自身で対応（高曝露群：22.1%減少，低曝露群：8.7%減少）という回答の減少は，高曝露群で顕著であった。一方，普通の薬剤師が助けになる（高曝露群：5.2%増加，低曝露群：12.3%増加）という回答の増加は低曝露群で顕著であった。

f. 専門家の治療に対する考え

うつ病を有する人（シナリオで提示された事例）が最適と思われる専門家の治療を受けたらどうなるかについて、「それ以上何の問題ものこさないで，十分に回復できた」「十分に回復できた，しかし問

題は再び起こる可能性がある」，「部分的に回復できた」，「部分的に回復できた」，「部分的に回復できた，しかし問題は再び起こる可能性がある」，「改善なし」，「悪化する」，「分からない」という選択肢で質問した。これらの回答結果について8年後の結果には大きな変化はなく，また高曝露群と低曝露群の間にも大きな差はなかった。

D. 考察

オーストラリア（メルボルン，シドニー）での聞き取り調査から得た情報，調査時に提供をされた冊子，論文，およびウェブ・サイトで公開されている情報をもとにオーストラリアのこころの健康づくりの重要な活動である MindMatters と beyondblue それぞれについて事業概要とその活動の評価をまとめた。これら全国規模の事業ではその活動の評価が事業の重要な要素として組み込まれていた。また評価においては明確な個別目標を設定した上で，質的，量的両方の評価を実施していた。

わが国で2004年に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では達成目標の1つに国民意識の変革があげられている。具体的には，概ね10年後における国民意識の変革の達成目標として「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」とある。また，考え方として「精神疾患を正しく理解し，態度を変え行動するという変化が起きるよう，精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」とある。また資料3に

精神保健医療福祉の改革ビジョンに示された国民意識の変革についてより詳細な内容を示した。資料3から分かるように、基本的な方針や重点項目が示されている。

しかし、わが国の精神保健改革の一環として実施されると思われる精神障害についての知識の普及啓発活動の具体的な内容までは現時点では明らかでないため、オーストラリアで実施されている評価を参考として、わが国の精神障害についての知識の普及啓発活動の評価をどうすべきかについて具体的な評価の方法等を本報告書で述べることはできない。それでも、予め活動の評価自体がその活動の重要な要素として活動に組み込まれている点、評価から資源の配分の最適化、効率化を行うための材料を得ている点、評価を説明責任を果たすための材料としても積極的に活用している点など、オーストラリアから得た情報で、わが国の精神障害についての知識の普及啓発活動の具体的な内容を考える上で参考となる点も多い。

龍らはその著書の中で政策評価について以下のように説明している。「政策評価」による評価の対象は、(1) 理論（セオリー）、(2) 実施過程（プロセス）、(3) 改善効果（インパクト）、(4) 効率性（コスト・パフォーマンス）の4種類がある。セオリー評価は、投入、活動、結果、成果といった一連の流れを明らかにするものである。この一連の流れの中の原因と結果の連鎖関係を明確に示す「ロジック・モデル」がセオリー評価の最終成果物である。プロセス評価は、モニタリングと呼ばれている活動とほぼ同義であるが、プログラムがどの程度当初の計画に

沿って実施されているかを明らかにするものである。インパクト評価とは、政策の実施によりその対象に改善効果（インパクト）がどの程度あったのかを明らかにするものである。Rossi らの分類によるとインパクト評価は12種類存在し、それらは(1) 実施群と対照群が存在する場合、(2) 対照群が存在しない場合、(3) 簡便的アプローチの3つのカテゴリに分類される。コスト・パフォーマンス評価は、実施された政策による社会状況の全ての変化を貨幣価値の換算したものと投入した全ての費用を貨幣価値に換算したものを比較することにより行われる。

これに当てはめて今後わが国の精神障害についての知識の普及啓発活動の評価を適切に行うために実施すべき事項を簡単にまとめる。まずは、個々の普及啓発活動の内容を決める際に、その個別目標と対象を明確に定めた上で、どれだけの資源を投入し、どのような活動を行い、それによりどのような変化が対象に現れるかを十分に検討し、しっかりと「ロジック・モデル」を構築することが必須である。この「ロジック・モデル」はそれ以降の評価の基盤となるからである。次に定期的に実施プロセスの評価を実施するための体制と予算を予め整備しておかなければならない。また、インパクト評価を行うために、どの種類のインパクト評価を実施するのか、使用する指標は何にするのかを決定しておく必要もある。今後わが国の精神障害についての知識の普及啓発活動はおそらく全国規模の活動となると思われるためインパクト評価は「対照群が存在しない場合」に使用され

る「クロスセクションモデル」, 「時系列モデル」, 「パネルモデル」および「シンプル事前・事後モデル」のいずれかになると考えられる。龍らによるとこの中では「クロスセクションモデル」がもっとも客観性の高い評価が可能であるが, かかる費用も導入難易度も高い。

E. 結論

オーストラリア (メルボルン, シドニー) での聞き取り調査から得た情報, 調査時に提供をされた冊子, 論文, およびウェブ・サイトで公開されている情報をもとにオーストラリアのこころの健康づくりの重要な活動である MindMatters と beyondblue それぞれについて事業概要とその活動の評価をまとめた。これら全国規模の事業ではその活動の評価が事業の重要な要素として組み込まれていた。また評価においては明確な個別目標を設定した上で, 質的, 量的両方の評価を実施していた。

わが国の精神保健改革の一環として実施されると思われる精神障害についての知識の普及啓発活動においても, その活動の重要な要素として評価を行うことを組み込む必要がある。そのためにはまず活動の事前に, 活動の投入資源, 個別目標, 対象, 活動内容, 結果, 成果を明確にし, セオリー評価を実施しなければならない。その上で, 適切な手法を用いてプロセス, インパクトおよびコスト・パフォーマンスの各評価を実施することを活動計画に盛り込むことが必要である。

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

I. 参考資料

beyondblue ウェブ・サイト:

<http://www.beyondblue.org.au/>

Hazell, T., Vincent, K., Greenhalgh, S., Robson, T., O'Neill, D., & Robson, W. (2005). Evaluation of MindMatters: 9th Interim Report September 2005. 2006年2月に http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters/resources/pdf/evaluation/9th_interim_report.pdf より入手.

Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2005). The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 248-254.

Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2006). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative.

Australian & New Zealand Journal of
Psychiatry. 40, 42-46.

MindMatters ウェブ・サイト：
<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters/>

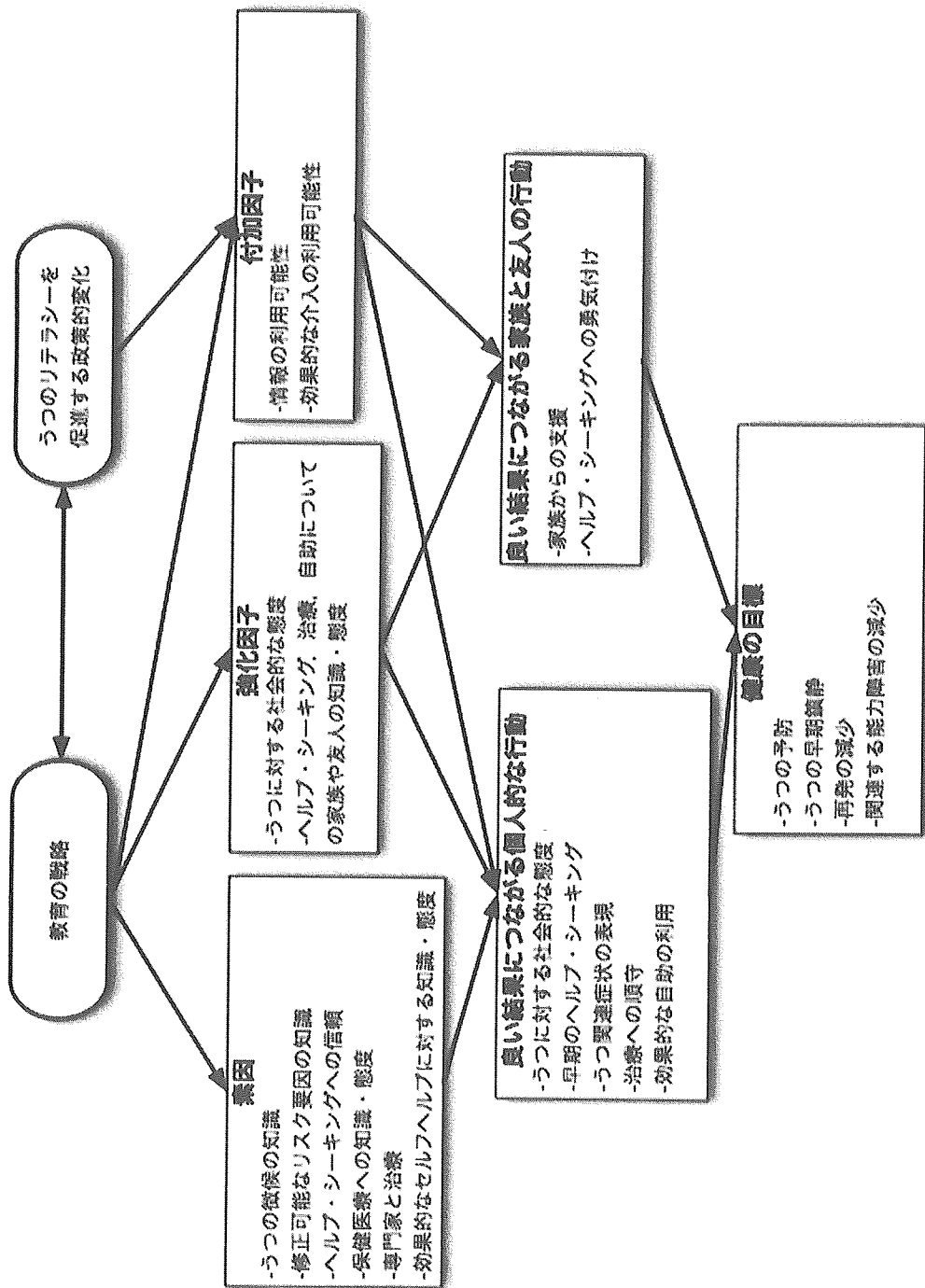
Rossi, P.H., Lipsey, M. W., & Freeman, H.E.
(2004). Evaluation: A Systematic Approach,
7th Edition. California: Sage Publications,
Inc.

龍慶昭, 佐々木亮. (2000). 「政策評価」
の理論と技法. 東京：多賀出版.

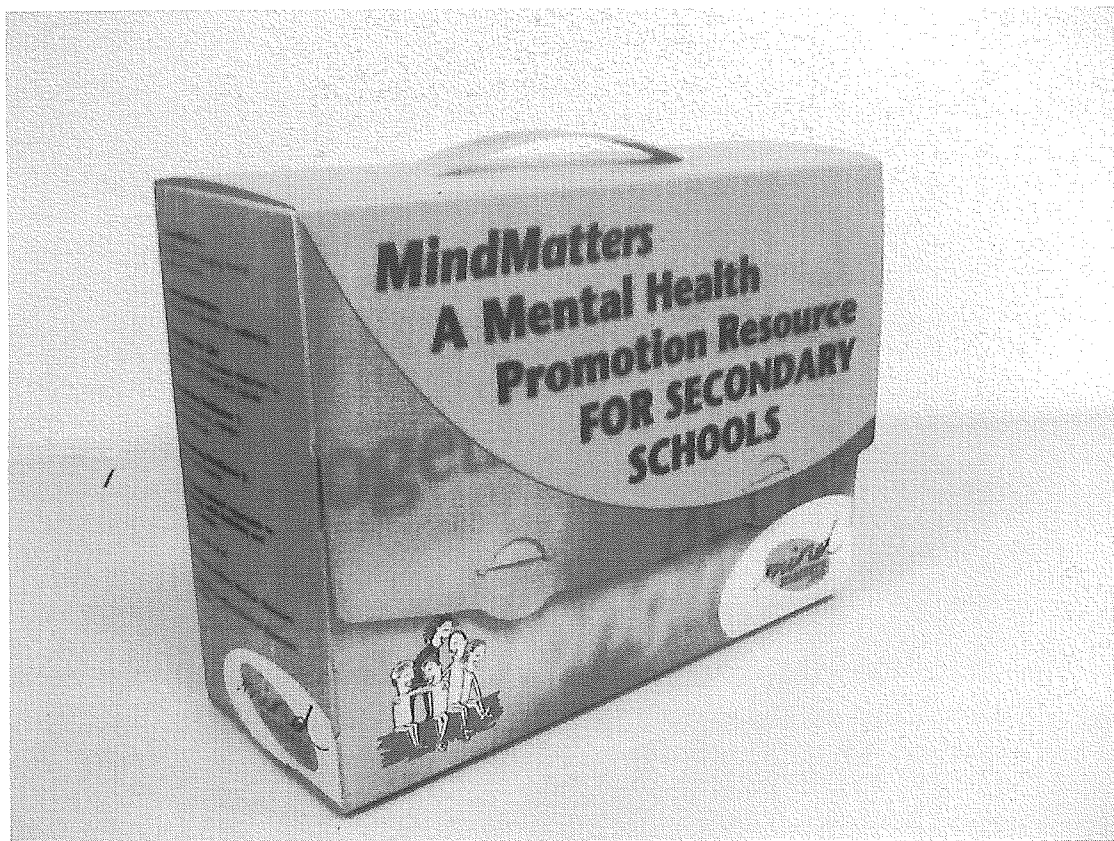
精神保健福祉対策本部. (2004年9月). 精
神保健医療福祉の改革ビジョン. 2006年3
月に [http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/
dl/tp0902-1a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf) より入手.

Wyn J, Cahill H, Holdsworth R, Rowling L,
& Carson S. (2000). MindMatters, a
whole-school approach promoting mental
health and wellbeing. Australian & New
Zealand Journal of Psychiatry. 34, 594-601.

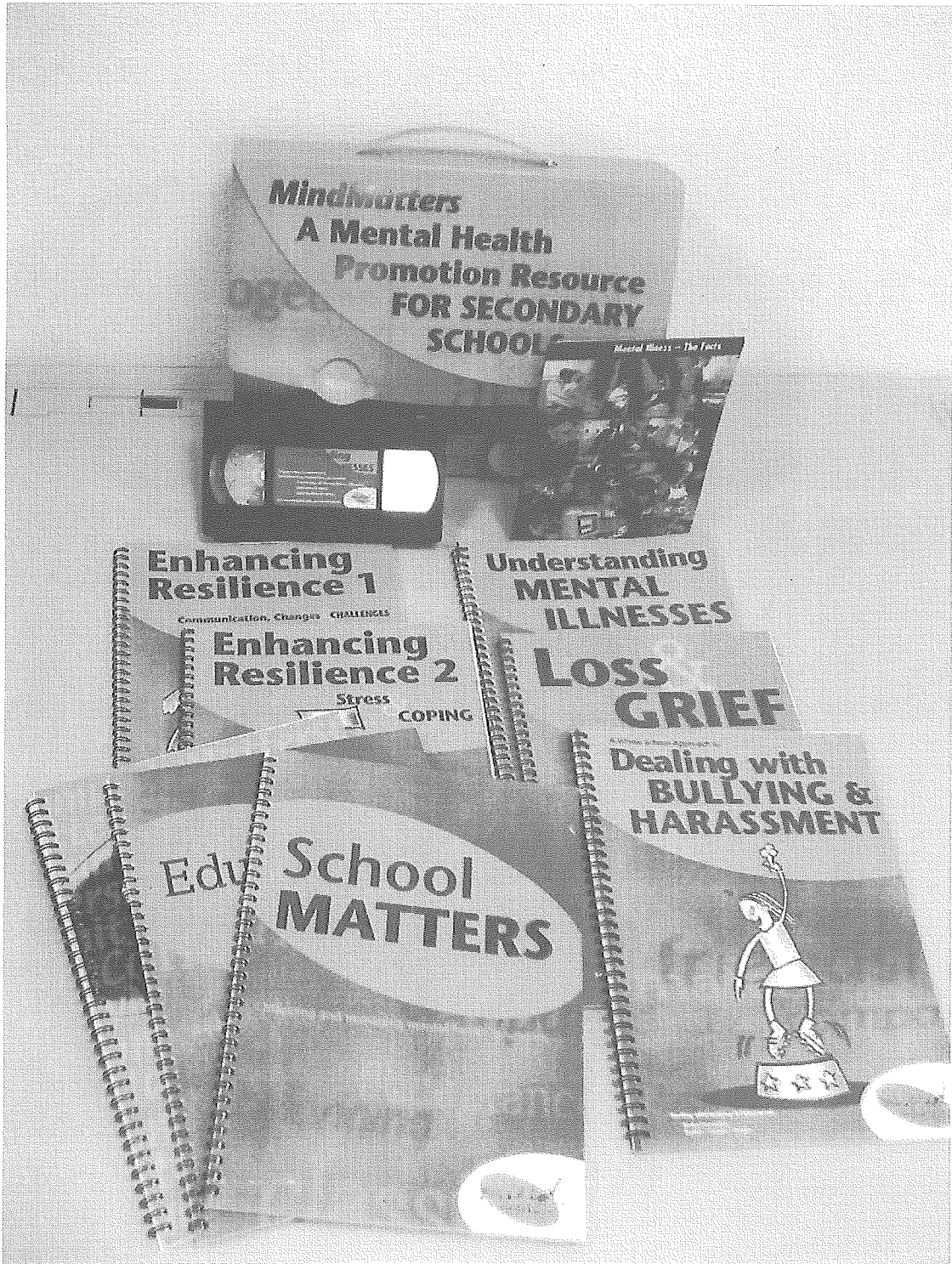
図1 抑うつリテラシーに関わるヘルスプロモーションのモデル



資料1 MindMatters Kit Resources (学校用の資材) の外観



資料2 MindMatters Kit Resources (学校用の資材) の中身



資料3 精神保健医療福祉の改革ビジョンに示された国民意識の変革の内容

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

① 精神疾患に関する国民意識の現状

国民の間で、精神疾患に関する基本的な認識はいまだ十分ではない。同じ精神疾患でも痴呆症に関しては、自分もいつなるかわからないという認識を多くの人が持っている一方、統合失調症や気分障害などの精神疾患に関しては、多くの人が自分は無縁だと考えているのが実情である。また、一部の国民の間には精神障害者は危険であるという漠然とした誤った認識がある。

② 施策の基本的方向

○ 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書を踏まえ「精神疾患を正しく理解する」「態度を変え行動する」という二つの側面を重視しつつ、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動の二つの活動を訴求すべき対象者に応じて進めていく。

○ 精神疾患に関する基本的な情報を、地域住民、職場の管理監督者・同僚等に対して、共感的理解ができるよう生活感情に近づく形で提供し、その主体的な理解を促していく。また、当事者・当事者家族も精神疾患に対する誤解等のために「内なる偏見」にとらわれたり、症状、薬の副作用等について過剰な不安を持つことがないよう、主体的な理解を深めるよう促していく。

○ 精神疾患の正しい理解に基づき、これまでの態度を変え（あるいはこれまで通りに）適切に行動するように促していく。精神疾患や精神障害者に対して誤解等のある人についても、交流等を通じて理解が深まることにより、障害者への基本的な信頼感が高まる、障害者に接する際に適切に対応できるという自信が高まる等の心理的な変化を促し、行動変容につなげる。

③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

○ 「こころのバリアフリー宣言（別紙7）」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行う。

○ 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。

○ 別紙8のような主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。

○ 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る枠組みを整備する。

精神保健医療福祉の改革ビジョンより引用