

平成 17 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）
分担研究報告書

医療専門職の考える精神障害に対する有効な支援とスティグマに関する研究
－精神科医、プライマリケア医の年代別および豪州との比較検討－

中根秀之

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 病態解析制御学講座 精神病態制御学

研究要旨

目的

われわれは、2003 年より一般住民を対象とした聞き取り調査において、精神疾患におけるイメージを調査した。2004 年には、精神科医、プライマリケア医を対象に同じ調査票を用いて精神疾患のイメージについて調査し前年度に報告した。今回、医療職にある専門家としての精神疾患に対する有効な支援について検討を加え、今後の治療のあり方について明らかにしたい。

方法

日本語版「精神保健の知識と理解に関する調査票」を調査仕様に改変したものを使用した。調査項目内容は、ID セクション（年齢・性など）、呈示症例（うつ病 4 例、統合失調症 4 例）について、考えられる病名、最適な支援とは、薬物・治療法の有用性、最適な専門家の援助を受けたとき、治療後の社会生活に付いての予測、考えられる原因、症例に対する被験者自身の対応・一般的な対応、など、被験者自身における心身の健康状態、精神疾患に関するメディアについてなど、約 120 項目の質問から構成されている。今回、2004 年に行った医療専門職、精神科医とプライマリケア医を対象とした調査の結果をもとに、その有効な支援（人的資源、薬物等）と心理社会的距離についてそれぞれの年代別もしくは豪州との比較検討を行った。

結果

日本の精神科医については、有用とする人的資源、治療薬については、うつ病事例と統合失調症事例で、さらに各年代においても違いを認めた。治療のあり方において、家族やコメディカルスタッフの有効性も認識している一方で、うつ病については一般医（プライマリケア医）への期待も若い精神科医の年代では認められ、その重要性があらためて認識された。すでに多くの精神保健に関する啓発活動が行われている豪州との比較において、精神疾患について有効な治療のあり方に違いがあることがわかった。豪州において、統合失調症事例で抗精神病薬に加え、抗うつ薬や抗不安薬を有効とする回答が多かった。一方日本では、うつ病事例において抗うつ薬に加え、睡眠薬、抗不安薬を有効とする回答が高い割合を示した。また、スティグマについて、うつ病については、精神科医では年代が上がるにつれ Stigma Scale が低下する傾向を認めた。これらの結果から、精神疾患・精神障害に関する情報の提供には、精神疾患によってその内容などを吟味する必要があると思われた。

キーワード

精神保健、うつ病、統合失調症、偏見、差別、スティグマ

A. 目的—はじめに

平成 16 年 9 月以降、厚生労働省より精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性について示されている。これらの中では、精神保健に関する普及・啓発活動の重要性について精神障害に対する無理解や適切でない認識を改める必要性を指摘されている。そこでわれわれはこうした現状を踏まえ、平成 15 年より偏見や差別是正の施策を適切に進めるための大規模疫学調査を行い、広汎なデータの確立を目指し、一連の研究を推し進めてきた。

本研究は、昨年に報告した一般地域住民と、医療専門職である精神科医とプライマリケア医に関する「精神保健に関する知識や理解」の現状を把握し、解析したものをさらに推し進め、より詳細な検討を行うものである。特に今回は、精神科医、プライマリケア医といった医療専門職の考える有効な支援に着目し、それぞれの特性について解析を行った。さらにすでに豪州で得られている結果も参照し、日豪で比較検討を行った。そこで得られた結果から、今後日本における精神保健に関する知識や理解に関する現状についてどのような点を重視して教育・啓発活動に役立てていけるか考察するために、今回は、以下の 3 点について検討した。

1. 医療専門職の考える有効な支援（人的資源と治療薬）に関する精神科医の年代別の比較

2. 日本と豪州における医療専門職の考える有効な支援（人的資源と治療薬）に関する精神科医とプライマリケア医の結果との比較

3. 各年代の精神科医およびプライマリケア医におけるスティグマ

B. 対象と方法

対象は以下の 2 群からなる。

精神科医：日本精神神経学会会員より無作為に抽出された 1000 人。精神科が診療の主体である。

プライマリケア医：日本プライマリケア学会会員より無作為抽出された 375 人。内科を主な診療の分野としている。

また、豪州の精神科医およびプライマリケア医に関するデータについては、すでに同様の方法を用いて調査し、報告している Jorm らの論文を元にデータの比較を行った。

調査に使用した資料については、当初オーストラリアから提案されたものを中根ら（2003）が開発し、それを日本語版に翻訳し、「精神保健の知識と理解に関する調査票」を調査仕様に改変したものを使用した。調査項目内容は、ID セクション（年齢・性・婚姻状況・住所・学歴）、呈示症例（うつ病 4 例、統合失調症 4 例）について、考えられる病名、最適な支援とは、薬物・治療法の有用性、最適な専門家の援助を受けたとき・受けなかったときの転帰、治療後の社会生活に付いての予測、考えられる原因、症例に対する被験者自身の対応・一般的な対応、など、被験者自身における心身の健康状態、精神疾患（例：うつ病）に関するメディアについてなど、約 120 項目の質問から構成されている。

倫理面への配慮については、長崎国際大学人間社会学部倫理委員会における承認を得ており、得られたデータについては個人情報が漏洩することないよう数値化し、保管等についても厳重な守秘を行い、回答者のプライバシーや人権の侵害が起こらぬよ

う配慮した。

C. 結果

すでに行われた吉岡、中根（2004）と同様にうつ病 4 例（うつ病と希死念慮の明らかなうつ病の男女 2 例）と統合失調症 4 例（急性と慢性の統合失調症、男女 2 例）が呈示されたが、ここでは疾患群別に合計した回答結果をもとに解析している。

表 1 に回答者の構成を示す。

精神科医は、1000 人にアンケートを郵送し、回答が得られたのは 165 人で回収率は 16.6%であった。その構成は、男性 132 人（80.0%）、女性 32 人（19.4%）、不明 1 人（0.6%）であり、女性の参加が少なかった。

年代をしてみると、39 歳以下が、他の群に比べ、27 人（男性 16 人、女性 11 人）と若干少ない。

各事例に関しては、うつ病事例のヴィネットについて回答したのは、88 人であり、統合失調事例のヴィネットについて回答したのは、77 人であった。

またプライマリケア医は、375 人に郵送し、回答が得られたのは 96 人で回収率は 26.1%であった。構成は、男性 89 人（92.7%）、女性 7 人（7.3%）であった。年代別で見ると、39 歳以下が 8 人（男性 5 人、女性 3 人）と少ない。

各事例に関しては、うつ病事例のヴィネットについて回答したのは、46 人であり、統合失調事例のヴィネットについて回答したのは、50 人であった。

表 1 回答者年齢構成

	性別		39 歳以下	40-49 歳	50-59 歳	60 歳以上	不明	合計
精神科医	男性	人数	16	35	31	43	7	132
		%	12.1	26.5	23.5	32.6	5.3	100.0
	女性	人数	11	10	9	2	0	32
		%	34.4	31.3	28.1	6.3	0.0	100.0
	不明	人数	0	0	0	0	1	1
		%	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
プライマリ ケア医	男性	人数	5	19	23	35	7	89
		%	5.6	21.3	25.8	39.3	7.9	100.0
	女性	人数	3	1	2	0	1	7
		%	42.9	14.3	28.6	0.0	14.3	100.0

1. 医療専門職の考える有効な支援（人的資源と治療薬）に関する精神科医の年代別の比較

（1）うつ病事例

a. うつ病事例における有効な人的資源（表

2)

最も助けになると答えたのは、精神科医で平均は 96.6%であった。39 歳以下の 75%を除き、他の年代では 100%であった。次に家族で平均が 61.4%で、中でも 50 歳代が

73.9%と最も高く、39歳以下は41.7%と最も低かった。3番目に多かったのは、ソーシャルワーカーで、平均は59.1%で、中でも40歳代が73.9%と最も高く、次に39歳以下の58.3%であった。一般住民の調査では最も期待の高かったカウンセラーについては、52.3%で39歳以下は極端に低く16.7%で、60歳以上が最も多く65.4%であった。これは心理学者という回答でもほぼ同様の傾向を示している。臨床心理士のイメージで回答した例が多かったとも考えられ、臨床心理士への精神科医の期待には、精神科医の年代で異なるという見方も出来るが、調査票の職種を示す言葉が非常に曖昧であり混乱した回答の可能性もあるだろう。各年代で特徴的な点については、39歳以下のグループが58.3%が一般医を助けになると最も高く、全体平均が44.3%であった。これは、年代が高くなるにつれて、52.2%、43.5%、34.6%とその割合が減っている。40歳・49歳、50・59歳のグループでは、精神科医の他、ソーシャルワーカーと家族に対する期待が高く、60歳以上では、精神科医以外では、カウンセラー、心理学者、ソーシャルワーカーという医療関係者への期待が高かった。

悪影響を与えると考えられるものとしては、いずれの年代においても自分自身での処理について、34・66%で最も高かった。

b. うつ病事例における有効な治療薬(表3)

最も有効としたのは、抗うつ薬で平均86.4%であり、60歳以上が96.2%と最も高く、年齢が下がるにつれ、50歳代87.0%、40歳代82.6%、39歳以下75.0%であった。次に有効としたのは、64.8%の睡眠薬で、50歳代69.6%、60歳以上69.2%に対して40歳代60.9%、39歳以下58.3%と若干低い傾向を示した。しかし、多くの場合睡眠薬を選択しているという現状が推察された。さらに3番目に高かったのは精神安定剤で、平均54.5%であった。これは、60歳以上が65.4%と高く、39歳以下50.0%、40歳代、50歳代は47.8%であった。抗精神病薬については、19.3%であった。50歳代はわずか4.3%に過ぎなかったが、それ以外の年代で25%を超える割合であった。ただ抗うつ薬、睡眠薬以外については、場合によるとする回答の割合が高い傾向が認められた。また、悪影響を与えるものとして、最も高かったのは鎮痛剤で、各年代において33・50%であった。

表2 うつ病事例における有効な人的資源(精神科医年代別)

一般開業医

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	44.3	2.3	3.4	47.7	2.3
39歳以下	58.3	0	0	41.7	0
40～49歳	52.2	4.3	4.3	39.1	0
50～59歳	43.5	0	0	56.5	0
60歳以上	34.6	3.8	3.8	50	7.7
不明	25	0	25	50	0

薬剤師

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	19.3	19.3	8	46.6	5.7	1.1
39歳以下	16.7	33.3	0	50	0	0
40～49歳	26.1	26.1	8.7	39.1	0	0
50～59歳	17.4	17.4	8.7	52.2	4.3	0
60歳以上	19.2	11.5	11.5	46.2	7.7	3.8
不明	0	0	0	50	50	0

カウンセラー

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	52.3	5.7	2.3	39.8	-
39歳以下	16.7	8.3	0	75	0
40～49歳	56.5	8.7	0	34.8	0
50～59歳	56.5	4.3	4.3	34.8	0
60歳以上	65.4	3.8	3.8	26.9	0
不明	25	0	0	75	0

ソーシャルワーカー

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	59.1	5.7	0	34.1	1.1
39歳以下	58.3	0	0	41.7	0
40～49歳	73.9	13	0	13	0
50～59歳	56.5	4.3	0	39.1	0
60歳以上	57.7	3.8	0	34.6	3.8
不明	0	0	0	100	0

電話相談サービス

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	53.4	4.5	2.3	36.4	2.3	1.1
39歳以下	50	0	0	50	0	0
40～49歳	60.9	8.7	0	30.4	0	0
50～59歳	52.2	8.7	0	39.1	0	0
60歳以上	53.8	0	7.7	30.8	3.8	3.8
不明	25	0	0	50	25	0

精神科医

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	96.6	0	0	3.4	0
39歳以下	75	0	0	25	0
40～49歳	100	0	0	0	0
50～59歳	100	0	0	0	0
60歳以上	100	0	0	0	0
不明	100	0	0	0	0

心理学者

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	47.7	6.8	2.3	38.6	4.5
39歳以下	8.3	16.7	0	75	0
40～49歳	52.2	4.3	0	43.5	0
50～59歳	47.8	8.7	4.3	30.4	8.7
60歳以上	69.2	3.8	3.8	23.1	0
不明	0	0	0	50	50

家族

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	61.4	3.4	3.4	31.8	0
39歳以下	41.7	0	0	58.3	0
40～49歳	69.6	0	0	30.4	0
50～59歳	73.9	4.3	0	21.7	0
60歳以上	53.8	7.7	11.5	26.9	0
不明	50	0	0	50	0

親友

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	48.9	4.5	1.1	45.5	0
39歳以下	33.3	8.3	0	58.3	0
40～49歳	60.9	0	0	39.1	0
50～59歳	52.2	4.3	0	43.5	0
60歳以上	46.2	7.7	3.8	42.3	0
不明	25	0	0	75	0

自然療法家

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	4.5	18.2	19.3	52.3	5.7
39歳以下	0	16.7	0	83.3	0
40～49歳	8.7	21.7	30.4	39.1	0
50～59歳	4.3	13	21.7	52.2	8.7
60歳以上	3.8	23.1	19.2	46.2	7.7
不明	0	0	0	75	25

聖職者

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	15.9	10.2	8	58	8
39歳以下	0	8.3	8.3	66.7	16.7
40～49歳	21.7	8.7	8.7	56.5	4.3
50～59歳	13	8.7	8.7	60.9	8.7
60歳以上	23.1	15.4	3.8	50	7.7
不明	0	0	25	75	0

自分自身による処理

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	12.5	4.5	43.2	34.1	3.4	2.3
39歳以下	8.3	16.7	66.7	8.3	0	0
40～49歳	21.7	0	34.8	39.1	4.3	0
50～59歳	8.7	4.3	43.5	39.1	0	4.3
60歳以上	11.5	3.8	34.6	38.5	7.7	3.8
不明	0	0	75	25	0	0

表3 うつ病事例における有効な治療薬（精神科医年代別）

ビタミン、ミネラル、漢方薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	8	44.3	4.5	37.5	4.5	1.1
39歳以下	8.3	25	0	66.7	0	0
40～49歳	8.7	52.2	4.3	26.1	8.7	0
50～59歳	8.7	30.4	8.7	47.8	4.3	0

60歳以上	3.8	57.7	3.8	30.8	0	3.8
不明	25	50	0	0	25	0

鎮痛剤

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	0	30.7	46.6	18.2	3.4	1.1
39歳以下	0	33.3	33.3	33.3	0	0
40～49歳	0	26.1	52.2	13	8.7	0
50～59歳	0	26.1	43.5	26.1	4.3	0
60歳以上	0	38.5	50	7.7	0	3.8
不明	0	25	50	25	0	0

抗うつ薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	86.4	1.1	0	12.5	0
39歳以下	75	8.3	0	16.7	0
40～49歳	82.6	0	0	17.4	0
50～59歳	87	0	0	13	0
60歳以上	96.2	0	0	3.8	0
不明	75	0	0	25	0

抗生剤

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	0	46.6	35.2	12.5	4.5	1.1
39歳以下	0	41.7	33.3	25	0	0
40～49歳	0	52.2	34.8	4.3	8.7	0
50～59歳	0	52.2	26.1	13	8.7	0
60歳以上	0	42.3	42.3	11.5	0	3.8
不明	0	25	50	25	0	0

睡眠薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	64.8	1.1	2.3	31.8	0
39歳以下	58.3	8.3	0	33.3	0
40～49歳	60.9	0	4.3	34.8	0

50～59 歳	69.6	0	0	30.4	0
60 歳以上	69.2	0	3.8	26.9	0
不明	50	0	0	50	0

抗精神病薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	19.3	0	10.2	69.3	1.1
39 歳以下	25	0	0	75	0
40～49 歳	26.1	0	13	60.9	0
50～59 歳	4.3	0	13	78.3	4.3
60 歳以上	23.1	0	7.7	69.2	0
不明	25	0	25	50	0

精神安定剤

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	54.5	0	2.3	42	0	1.1
39 歳以下	50	0	8.3	41.7	0	0
40～49 歳	47.8	0	0	47.8	0	4.3
50～59 歳	47.8	0	0	52.2	0	0
60 歳以上	65.4	0	3.8	30.8	0	0
不明	75	0	0	25	0	0

(2) 統合失調症事例

a. 統合失調症事例における有効な人的資源 (表 4)

最も助けになると答えたのは、うつ病事例と同じく、精神科医で平均は 96.1%であった。39 歳以下の 80.0%を除き、他の年代では 100%であった。次にソーシャルワーカーで、平均は 72.2%で、中でも 39 歳以下が 86.7%と最も高く、次に 40 歳代の 77.3%であった。3 番目に多かったのは家族で、平均が 71.4%で、中でも 60 歳以上が 84.2%と最も高く、次に 40 歳代の 81.8%であったのに対し、50 歳代では 64.7%、39 歳以下では 46.7%と最も低かった。また、一般

住民の調査では最も期待の高かったカウンセラーについては、平均 35.1%で、特に 50 歳代と 39 歳以下では 30%を切っていた。これに対し、親友の援助については、平均 48.1%で、40 歳代、60 歳以上では 57-59%で有効としていた。また、一般医については、平均 37.7%と低く、うつ病事例では 39 歳以下のグループにおいて有効とする回答が多かったが、統合失調症事例については 20.0%と低かった。

うつ病事例とは異なり、各年代とも、精神科医の他に、有効な人的支援としてソーシャルワーカーと家族を挙げていた。これは、統合失調症の治療において、急性期治

療のみならず、慢性期や社会復帰における治療の中で、他の医療関係者と家族の支援が欠かせないことをあらわしていると思われる。

悪影響を与えるものとしては、自分自身での処理がやはりここでも 39・40%と高いが、自然療法家が 40・49 歳 50.0%、50・59 歳 29.9%、60 歳以上において 36.8%と高い値を示している。うつ病事例でも比較的 19・30%と高い値を示していたが、統合失調症事例においてより際立った結果となっている。これは、家族の統合失調症に見られる幻覚・妄想状態などの症状の理解が一般に受け入れが困難であるという現われとも考えられる。

b. 統合失調症事例における有効な治療薬 (表 5)

最も有効としたのは、抗精神病薬で平均 96.1 であり、40 歳代と 60 歳以上が 100.0%と最も高く、39 歳以下が 93.3%、50 歳代

88.2%であった。次に有効としたのは、42.9%の睡眠薬で、50 歳代のみ 29.4%と低く、60 歳以上 47.4%、39 歳以下 46.7%、40 歳代 45.5%と高い傾向を示した。さらに 3 番目に高かったのは精神安定剤で、平均 28.6%であった。これは、60 歳以上が 36.8%と高く、39 歳以下 26.7%、50 歳代 23.5%、40 歳代 22.7%であった。睡眠薬では、うつ病事例では、58・70%を各年代で選択していたが、統合失調症事例では、29・48%であった。抗不安薬も、うつ病事例では、47・66%であったが、統合失調症事例では、22・37%であった。このように、統合失調症事例では、うつ病事例に比較し睡眠薬や抗不安薬を有効とする回答は少なかった。精神疾患による治療薬の選択に違いがあることの現れであろう。

また悪影響を与える薬物としては、うつ病事例と同じく全ての年代において 33・52%が鎮痛剤を挙げていた。

表 4 統合失調症事例における有効な人的資源 (精神科医年代別)

一般開業医

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	37.7	13	1.3	45.5	2.6
39 歳以下	20	0	0	80	0
40～49 歳	40.9	18.2	0	40.9	0
50～59 歳	47.1	17.6	0	35.3	0
60 歳以上	42.1	10.5	5.3	36.8	5.3
不明	25	25	0	25	25

薬剤師

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	10.4	27.3	6.5	50.6	5.2
39 歳以下	0	13.3	6.7	80	0

40～49 歳	13.6	45.5	4.5	36.4	0
50～59 歳	11.8	11.8	5.9	64.7	5.9
60 歳以上	15.8	26.3	10.5	42.1	5.3
不明	0	50	0	0	50

カウンセラー

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	35.1	5.2	3.9	54.5	1.3
39 歳以下	20	6.7	6.7	66.7	0
40～49 歳	45.5	4.5	9.1	40.9	0
50～59 歳	29.4	0	0	70.6	0
60 歳以上	42.1	5.3	0	52.6	0
不明	25	25	0	25	25

ソーシャルワーカー

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	72.7	1.3	1.3	22.1	1.3	1.3
39 歳以下	86.7	0	0	13.3	0	0
40～49 歳	77.3	0	4.5	13.6	0	4.5
50～59 歳	58.8	0	0	41.2	0	0
60 歳以上	73.7	5.3	0	21.1	0	0
不明	50	0	0	25	25	0

電話相談サービス

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	28.6	18.2	3.9	46.8	1.3	1.3
39 歳以下	26.7	13.3	6.7	53.3	0	0
40～49 歳	31.8	31.8	0	36.4	0	0
50～59 歳	17.6	11.8	0	70.6	0	0
60 歳以上	36.8	10.5	10.5	36.8	0	5.3
不明	25	25	0	25	25	0

精神科医

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	96.1	0	0	3.9	0

39歳以下	80	0	0	20	0
40～49歳	100	0	0	0	0
50～59歳	100	0	0	0	0
60歳以上	100	0	0	0	0
不明	100	0	0	0	0

心理学者

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	26	13	6.5	53.2	1.3
39歳以下	6.7	0	13.3	80	0
40～49歳	36.4	9.1	9.1	45.5	0
50～59歳	29.4	5.9	0	58.8	5.9
60歳以上	31.6	26.3	5.3	36.8	0
不明	0	50	0	50	0

家族

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	71.4	2.6	0	24.7	0	1.3
39歳以下	46.7	0	0	53.3	0	0
40～49歳	81.8	0	0	18.2	0	0
50～59歳	64.7	5.9	0	23.5	0	5.9
60歳以上	84.2	5.3	0	10.5	0	0
不明	75	0	0	25	0	0

親友

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	48.1	5.2	0	44.2	0	2.6
39歳以下	20	0	0	73.3	0	6.7
	3	0	0	11	0	1
40～49歳	59.1	4.5	0	36.4	0	0
50～59歳	41.2	5.9	0	47.1	0	5.9
60歳以上	57.9	10.5	0	31.6	0	0
不明	75	0	0	25	0	0

自然療法家

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
--	-------	---------	-----	-------	-------	----

		ない				
全体	3.9	18.2	35.1	39	2.6	1.3
39歳以下	0	0	20	80	0	0
40～49歳	9.1	31.8	50	9.1	0	0
50～59歳	0	11.8	29.4	52.9	0	5.9
60歳以上	5.3	21.1	36.8	26.3	10.5	0
不明	0	25	25	50	0	0

聖職者

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	11.7	15.6	11.7	55.8	3.9	1.3
39歳以下	0	0	6.7	93.3	0	0
40～49歳	22.7	18.2	18.2	40.9	0	0
50～59歳	5.9	5.9	17.6	52.9	11.8	5.9
60歳以上	15.8	31.6	5.3	42.1	5.3	0
不明	0	25	0	75	0	0

自分自身による処理

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない	不明
全体	16.9	6.5	29.9	41.6	2.6	2.6
39歳以下	13.3	0	33.3	46.7	6.7	0
40～49歳	18.2	9.1	40.9	31.8	0	0
50～59歳	17.6	0	29.4	41.2	5.9	5.9
60歳以上	15.8	15.8	21.1	42.1	0	5.3
不明	25	0	0	75	0	0

表5 統合失調症事例における有効な治療薬（精神科医年代別）

ビタミン、ミネラル、漢方薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	3.9	57.1	11.7	22.1	5.2
39歳以下	6.7	53.3	6.7	33.3	0
40～49歳	9.1	77.3	9.1	4.5	0
50～59歳	0	58.8	11.8	29.4	0
60歳以上	0	31.6	21.1	31.6	15.8
不明	0	75	0	0	25

鎮痛剤

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	0	46.8	44.2	9.1	0
39歳以下	0	60	26.7	13.3	0
40～49歳	0	45.5	50	4.5	0
50～59歳	0	47.1	41.2	11.8	0
60歳以上	0	31.6	57.9	10.5	0
不明	0	75	25	0	0

抗うつ薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	5.2	19.5	31.2	41.6	2.6
39歳以下	0	6.7	26.7	66.7	0
40～49歳	4.5	22.7	45.5	27.3	0
50～59歳	5.9	11.8	35.3	41.2	5.9
60歳以上	10.5	26.3	15.8	42.1	5.3
不明	0	50	25	25	0

抗生剤

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	0	54.5	33.8	10.4	1.3
39歳以下	0	53.3	33.3	13.3	0
40～49歳	0	59.1	27.3	13.6	0
50～59歳	0	52.9	41.2	5.9	0
60歳以上	0	42.1	42.1	10.5	5.3
不明	0	100	0	0	0

睡眠薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	42.9	6.5	6.5	41.6	2.6
39歳以下	46.7	13.3	0	40	0
40～49歳	45.5	0	9.1	45.5	0
50～59歳	29.4	5.9	0	52.9	11.8
60歳以上	47.4	10.5	15.8	26.3	0
不明	50	0	0	50	0

抗精神病薬

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	96.1	0	1.3	2.6	0
39歳以下	93.3	0	6.7	0	0
40～49歳	100	0	0	0	0
50～59歳	88.2	0	0	11.8	0
60歳以上	100	0	0	0	0
不明	100	0	0	0	0

精神安定剤

	助けになる	どちらでもない	悪影響	場合による	分からない
全体	28.6	7.8	5.2	58.4	0
39歳以下	26.7	6.7	6.7	60	0
40～49歳	22.7	4.5	4.5	68.2	0
50～59歳	23.5	5.9	v	70.6	0
60歳以上	36.8	15.8	10.5	36.8	0
不明	50	0	0	50	0

2. 日本と豪州における医療専門職の考える有効な支援（人的資源と治療薬）に関する精神科医とプライマリケア医の結果との比較

（1）うつ病事例

a. 日豪精神科医のうつ病事例における有効な人的資源と治療薬物と活動

豪州では、われわれと共同して研究にあたっている Jorm らがすでに医療専門職を対象としてそれぞれの事例に対して有用と思われる人的資源や治療薬について報告している。その結果を基に、日豪両国の精神科医の比較を行った。豪州の精神科は 1128 名に対して日本の精神科医 88 名と残念ながらサンプル数は大きく異なっている。最も有効なスタッフについては、日本でも豪州でも精神科医であるが、それ以外の有効と考えるスタッフには大きな違いがある

（図 1）。豪州では、精神科医の次に一般医が 98%が有効と回答しており、心理学者 83%と続いている。これに対して、日本の精神科医においては、精神科医に次いで有効とされたのは、家族で 61.4%であった。ソーシャルワーカーが 59.1%がそれに続いている。また、特徴的であったのは、牧師や司祭などの聖職者に関して、豪州の精神科医は 44%が有効とするのに対して、日本の精神科医は 15.9%と大きな差が観察された。うつ病に対して、豪州では General Practitioner (GP) への啓発活動の効果もあり、早期介入・早期治療が可能となっている現状を反映していると考えられる。

さらに、治療薬物については、日本では比較的抗うつ薬以外の睡眠薬 22%、抗不安薬 19%、抗精神病薬 6%であったのに対して、豪州では、睡眠薬 64.8%、抗不安薬

54.5%、抗精神病薬 19.3%に過ぎなかった（図 2）。

また、有効な活動については、豪州では主に、身体を動かしたり、外出したりすることなど比較的身体的エクササイズに関して、日本よりも重要視する傾向がある（図 3）。これは、豪州のうつ病に関する啓発活動の中でも、精神的健康の維持に身体運動を重視するという方針が影響を及ぼしていると考えられる。日本と明らかに異なるのは、精神医療に関する部分である。断酒や精神科への入院や電気けいれん療法については豪州の精神科医は、日本に比較して高い割合を示している。薬物やアルコール依存の問題の大きい豪州では、断酒も重要な治療の一環としてとらえられていると思われる。また、電気けいれん療法も日本より豪州において有効性の高い治療として受け入れられている。

b. 日豪精神科医の統合失調症事例における有効な人的資源、治療薬物と活動

統合失調症事例についても、日豪では大きな相違が観察された。豪州の精神科医において有効な人的資源は、精神科医 100%、一般医 98%、ソーシャルワーカー 61%という回答であった。これに対して、日本では精神科医 96.1%、ソーシャルワーカー 72.7%に次いで家族が 71.4%を占めていた。豪州では一般医への期待がかなり大きいこ

とが観察された。一方、日本では、一般医への期待は、あまり高くはなく、家族への期待が大きい傾向があるようである。特徴的であったのは、自分自身で解決しようとするに関して、回答の割合は低いが、日本の精神科医は 16.8%が有効とするのに対して、豪州の精神科医は 1%と違いが浮き彫りとなった（図 4）。

また、治療薬物については、日本では比較的抗精神病薬以外の睡眠薬 42.9%であったのに対して、豪州では、睡眠薬 26%過ぎなかった。しかし、抗不安薬と抗うつ薬ではうつ病の事例と結果が異なっていた。抗不安薬については日本 28.6%、豪州 39%、また抗うつ薬については、日本 5.2%、豪州 21%といずれも豪州が高い傾向を認めた（図 5）。抗不安薬では、薬剤の剤形に違いがあることも関与していると思われるが、豪州ではより積極的に統合失調症に抗うつ薬を使用する傾向があるのかも知れない。

また、有効な活動については、統合失調症事例においても、豪州では身体的エクササイズに関して、日本よりも重要視傾向が認められた（図 6）。また、入院治療に関しては、豪州において 99%が入院を勧めるという結果であり、日本では積極的な入院を勧めにくい現状を踏まえ豪州よりも低い割合となっている。これには、日豪において精神科病院に関するシステムの違いも少なからず影響を与えていると思われる。

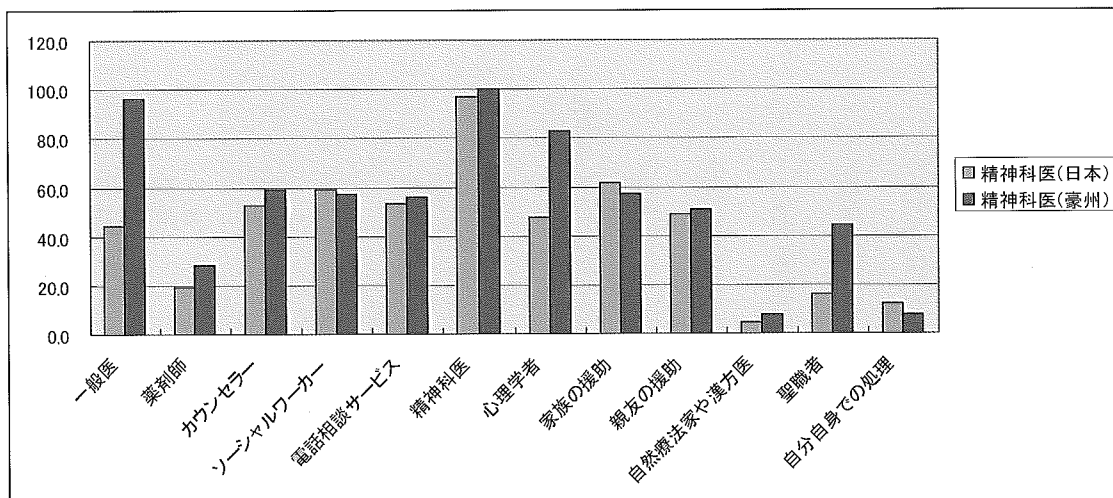


図 1 日豪精神科医のうつ病事例における有効な人的資源

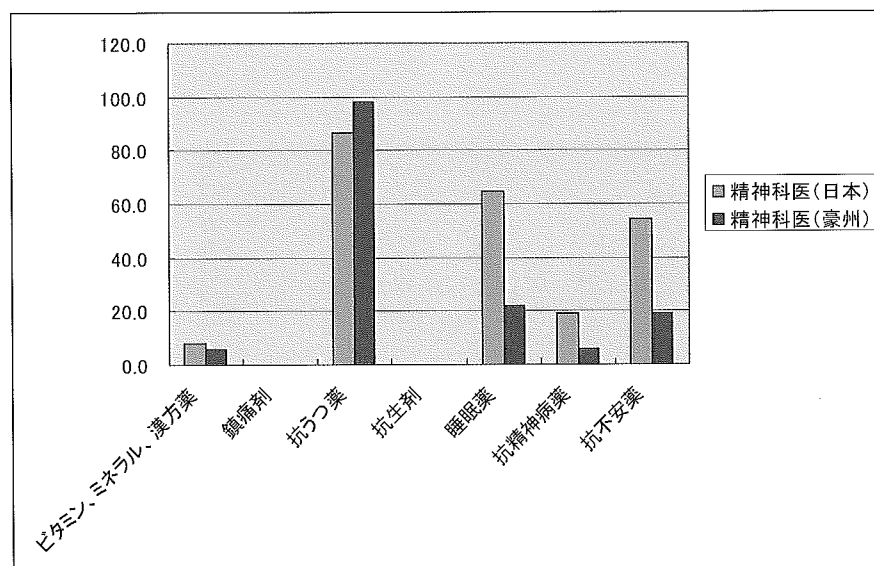


図 2 日豪精神科医のうつ病事例における有効な治療薬物

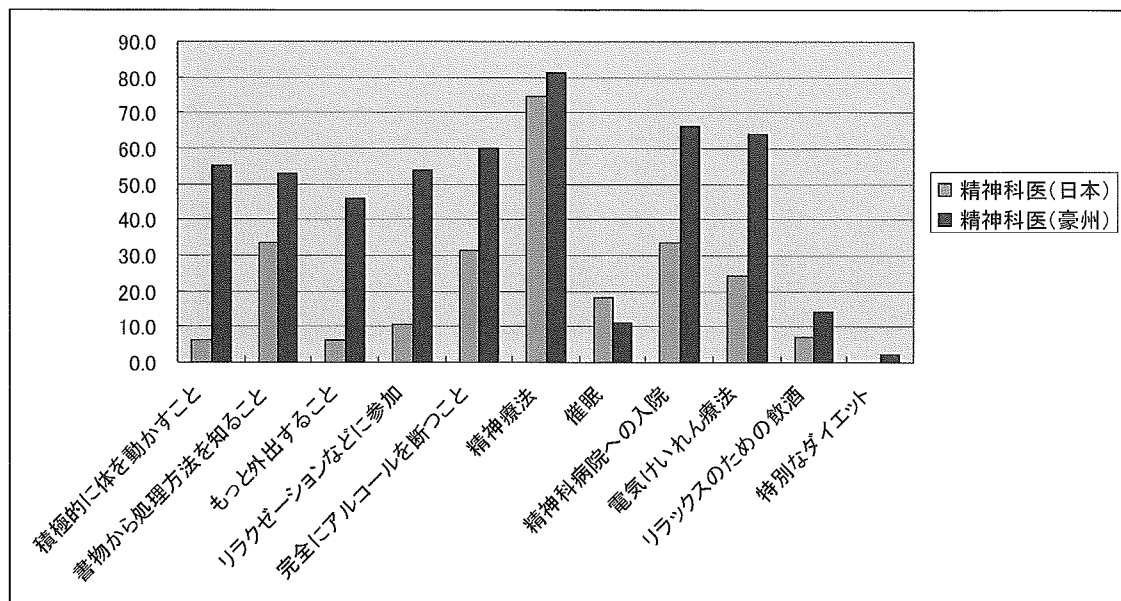


図 3 日豪精神科医のうつ病事例における有効な活動

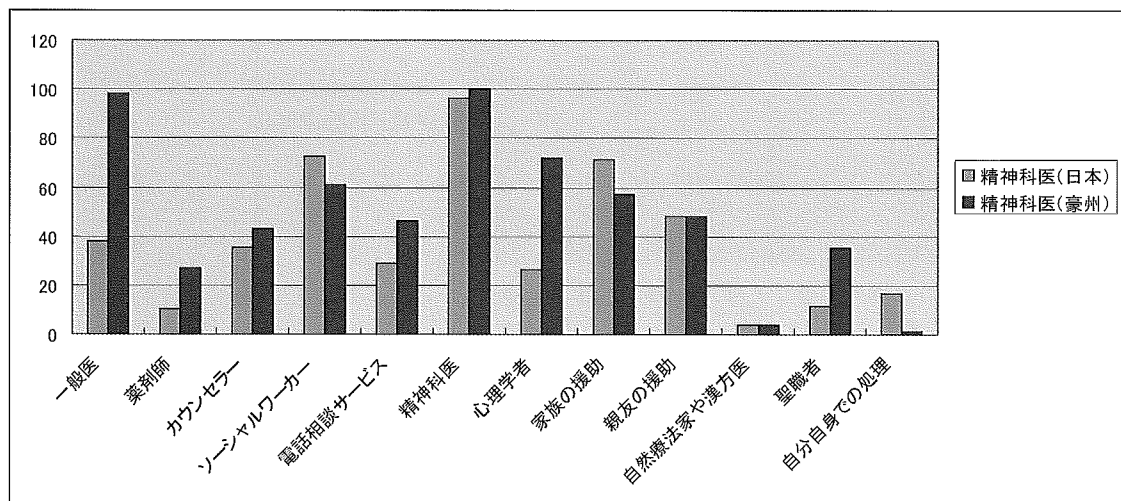


図 4 日豪精神科医の統合失調症事例における有効な人的資源

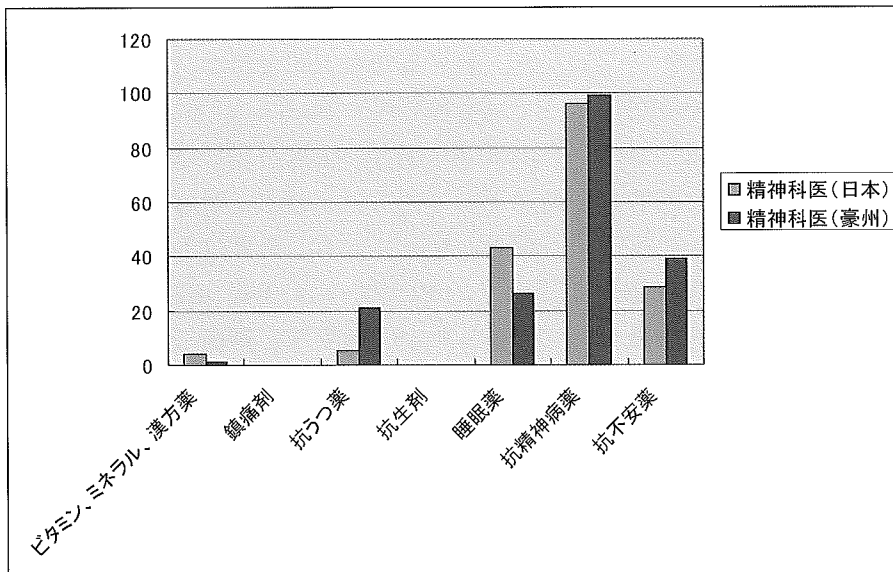


図5 日豪精神科医の統合失調症事例における有効な治療薬物

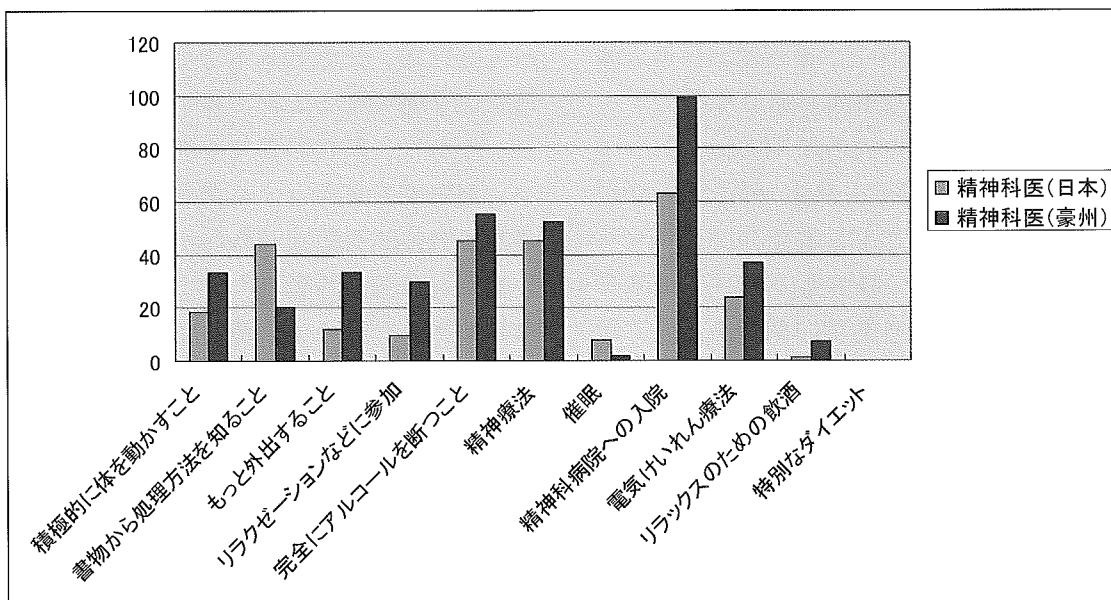


図6 日豪精神科医の統合失調症事例における有効な活動

c. 日豪プライマリケア医のうつ病事例における有効な人的資源と治療薬物と活動

日豪におけるプライマリケア医の有効な人的資源に関する比較（図 7）では、日本のプライマリケア医で最も多かった回答は、精神科医で 93.5%、次いでカウンセラー 60.9%、さらに一般医、電話サービス 52.2%であった。豪州のプライマリケア医で最も高かったのは一般医で 99%で、以下精神科医 96%、心理学者 86%、カウンセラー 85%であった。また、日本の精神科医に認められた比較的高い家族への期待は、日本のプライマリケア医において 47.8%なのに対して、豪州のプライマリケア医 74%と最も高く精神科医とは逆の結果となっていた。また聖職者については、精神科医と同様に日本 23.9%、豪州 68%と、豪州における宗教的な関わりに寛容な傾向が認められた。

次に、治療薬については（図 8）、抗うつ薬が両国で最も高く、日本 87.0%、豪州 98%であった。しかし、日本のプライマリケア医ではその他の睡眠薬 47.8%、抗不安薬 32.6%、抗精神病薬 26.1%であるのに対して、豪州では睡眠薬 14%、抗不安薬 22%、抗精神病薬 7%と全体的に低い傾向を示した。

また、有効な活動については、精神科医の場合と同様に、豪州で身体的エクササイズに関して、日本よりも重要視傾向が認められた（図 9）。全般的に豪州のプライマリケア医においても、うつ病に関する啓発活動の理解が進んでいると考えられる結果であろう。

d. 日豪プライマリケア医の統合失調症事例における有効な人的資源と治療薬物と活動

統合失調症事例においても日豪のプライ

マリケア医の一般医への期待に違いを認めた。最も有効な人的資源は（図 10）、日本では精神科医の 96.0%なのに対し、豪州では精神科医と一般医が同じ 100%である。以下については、日本も豪州もほぼ同様の結果となっている。日本はカウンセラー、ソーシャルワーカーの 66.0%、家族の 64.0%という割合で、豪州ではカウンセラー 63%、ソーシャルワーカー 61%、家族の 62%であった。

統合失調症にとって有用な治療薬としては（図 11）、日本のプライマリケア医において抗精神病薬 78.0%、睡眠薬 36.0%、抗不安薬 30.0%の順であった。一方、豪州では抗精神病薬 98%、抗不安薬 32%、睡眠薬 17%の順であった。うつ病事例でも認められていたが、比較的日本では、豪州に比べ睡眠薬を選択することが多いように思われた。これは、精神科医でも同様に豪州に比べ、睡眠薬を有効とする傾向が観察され、日本の全体的な傾向であると思われる。

また、有効な活動については、豪州では身体的エクササイズに関して、日本よりも重要視傾向が認められた（図 12）。さらに、プライマリケア医においても、統合失調症事例で、入院治療に関しては、豪州において 91%が入院を勧めるという結果であり、日本では積極的な入院を勧めにくい現状を表している。