

- 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。

しかし和歌山県では2007年に10万人当たりの自殺率は25・4人を数え、年間ではここ数年連続で250～300人の自殺者が発生している現状である。これは、近畿2府4県で最も高い状況であり、人口の比率でも全国平均を超える状態が続いている。これは様々な要因が考えられるが、県内に多くの過疎地や限界集落が存在し、医療機関や関連の相談機関へのアクセスが十分とは言えないことや沿岸部や山間部等の自然が豊かであるがゆえに自殺の名所として知られる場所が存在することも要因として挙げられるであろう。また精神医療機関の数及び配置されている精神科医の数が地域によって異なる背景もある。特に紀南地方以南の精神医療機関及び精神科医の数は苦戦を強いられており、行政レベルの介入・支援が継続的に行われているもののまだ問題解決には時間を要するものと思われる。

このような背景のため、特に和歌山県での自殺率の増加は精神保健福祉の大きな問題である。自殺を考える患者に対する早期の援助を行うためのゲートキーパー養成は、患者への支援や精神医療機関の負担低減のためにも急務である。本研究では県内の精神科医を軸とした孤軍奮闘する精神医療者への橋渡しとしての取り組みが期待された。県内では本研究班の厚坊浩史（南和歌山医療センター）が分担研究者として教職員へ

の教育的介入、メディアを使った精神障害の普及・啓発を行い、一定の効果を挙げている。本研究の主任研究者である保坂隆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ており、その一環として実践している“こころの安全パトロール隊養成講座”を和歌山県に導入する運びとなった。

## B. 研究方法

和歌山県は約998,000人の人口であるが、県面積4%にも関わらずプライメイトシティである和歌山市に4割弱（約368,000人）の人口が生活しているため、開催地としては和歌山市が選定された。次に受講者については、①精神障害の基礎を理解出来ること ②なるべく受診援助に直結出来る専門職種であること を条件とし、対人援助の専門職を受講条件とした。案内は県医師会・看護協会・薬剤師会等の職能団体や各病院等の施設などへ幅広く行った。

本講座の時間とテーマは、①レッスン1（2時間半）：うつ病、②レッスン2（2時間半）：認知症、③レッスン3（1時間半）：統合失調症、の計6時間半から構成されている。また講座の方法は、講義とロールプレーである。参加者には、巻末に一部を示したテキストを無料配布した。

### こころの安全パトロール隊員養成講座

- ①レッスン1（2時間半）：うつ病、
- ②レッスン2（2時間半）：認知症、
- ③レッスン3（1時間半）：統合失調症、の計6時間半

調査に関しては、まず参加者には、最初

と最後に、精神障害についての知識を問う質問票（【表-1】）に記入をお願いした。続いて、ケースVignettesを3例示し、選択肢の中から相当する病名について選択・記入をお願いした。（【表-2】）

さらに、中長期的な評価として、講座を受講してから3ヶ月後に郵便で、3ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらった。講座受講時には、受講前3ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらっていた。

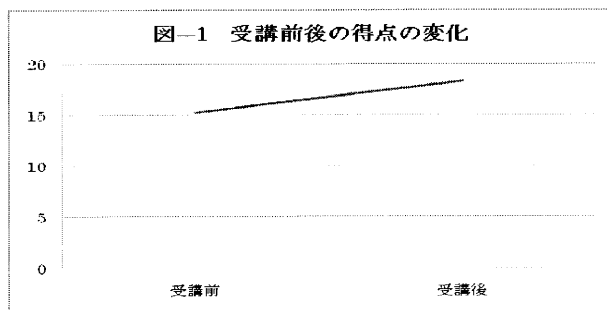
（倫理面への配慮）

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

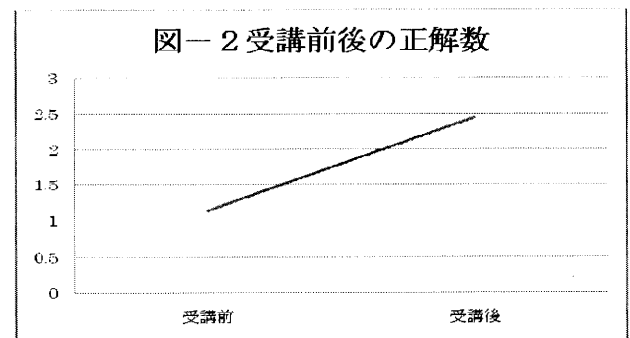
参加者は、男性 21 名、女性 32 名で合計 53 名であった。受講者の内訳は教育職（教員・養護教諭等）4名・福祉職（介護支援相談員・社会福祉士・PSW等）9名・精神医療職（精神科医・臨床心理士）9名・医療職（看護師・薬剤師等）16名・その他援助職（電話相談員・内観研修所スタッフ等）15名であった。

結果としては、まず精神障害に関する知識を問う質問票を配布し、平均点は 15.3 点から 18.3 点（満点は 20 点）に有意（ $p<0.01$ ）に上昇していた。【図-1】



また、講座前後で3ケースについての病名当て調査に関しては、53名が前後での記入をしてくれた。それによれば、正解数は3問中で、受講前は 1.13 問であり、受講後は 2.45 問に有意（ $p<0.01$ ）に増加していた。【図-2】【表-7】

これらのことより、受講により知識レベルで理解が進むことがわかった。



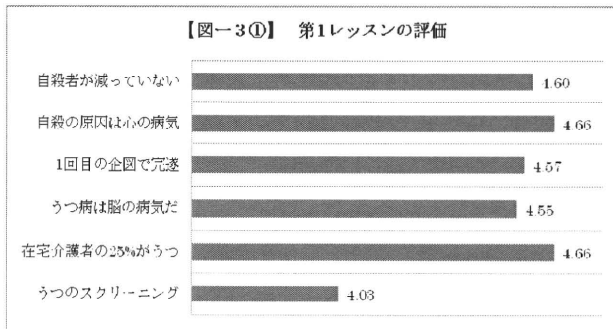
次に、それぞれのレッスン内容の理解度についてのVAS(Visual Analogue Scale)による評価票の検討をする。VASで5点を満点とすると、相対的な理解度については【図-3①②③】に示した。

まず、第1レッスンのうつ病についてであるが、

- ①日本では自殺者が減っていないこと
- ②自殺の原因として、心の病気が多いこと
- ③1回目の自殺企図で亡くなることが多いこと
- ④うつ病は脳の中の病気だということ
- ⑤在宅介護者の4人に1人が、うつ状態だということ、

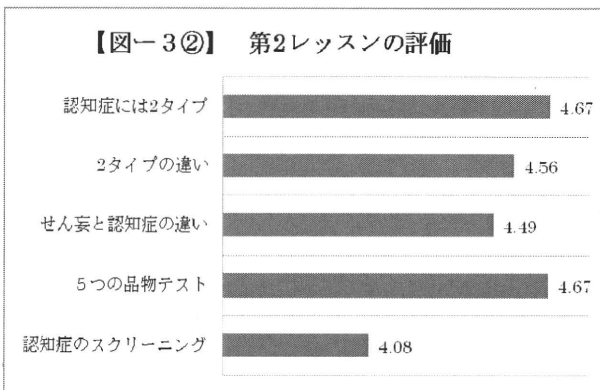
などの質問に対して、4.55~4.66点と、ほとんどが4.6点前後（満点5点）と、かなり高得点を得ている。

しかし、それに対して、「周囲の者を対象にして、うつ病のスクリーニングができるか？」という質問に対しては、4.03点と明らかに他の項目に比べると低値を示した。



次に第2レッスンの認知症については、  
 ①認知症にはふたつのタイプがあること  
 ②認知症のふたつのタイプの差異  
 ③せん妄と認知症は違うこと  
 ④5つの品物テストについて、  
 などの質問に対しては、4.49～4.67点と、  
 ほとんどが4.5点前後と、かなり高得点を  
 得ている。

しかし、それに対して、「周囲の者を対象にして、認知症のスクリーニングができるか？」という質問に対しては、4.08点と明らかに他の項目に比べると低値を示した。

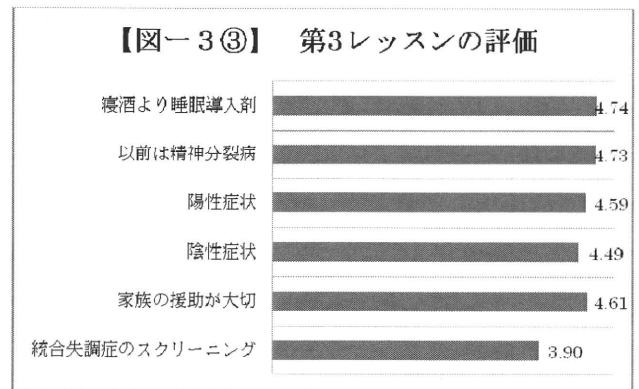


最後に、第3レッスンの統合失調症その他については、

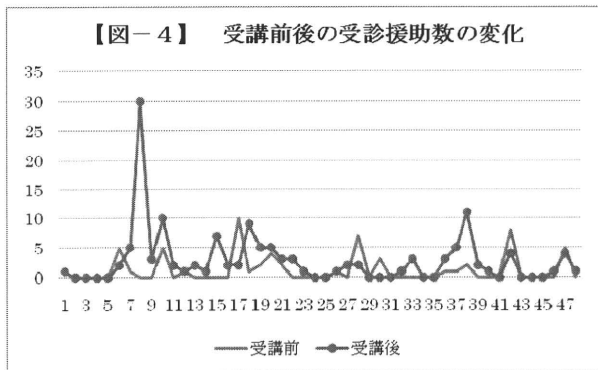
- ①不眠症は4人に1人であることが
- ②寝酒よりも睡眠導入剤で眠るほうが安全だと
- ③統合失調症が以前は「精神分裂病」と言われていたことが
- ④統合失調症の幻覚や妄想は「陽性症状」

であることが  
 ⑤統合失調症の「陰性症状」とは無為・自閉・引きこもりであることが  
 ⑥統合失調症の治療には、家族の援助が有益なことが、  
 などの質問に対しては、4.59～4.74点と、ほとんどが4.5点以上と、かなり高得点を  
 得ている。

しかし、それに対して、「周囲の者を対象にして、統合失調症のスクリーニングができるか？」という質問に対しては、3.90点と明らかに他の項目に比べると低値を示した。



さらに、講座の中長期的な評価として、講座を受講してから3ヶ月後に郵便で、3ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらい、講座受講時に記してもらった受講前3ヶ月間の受診援助者数とを比較した。【表-7】前後データが揃ったものは48例であり、受講前の平均受診援助数は1.12件であったが、受講後には2.11件に有意に増加していた。【図-4】



## D. 考察

本研究班では、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）研究報告書において、普及啓発には、数値で示せる評価が重要であることを述べた。

非常に大まかにいえば、短期的な評価としては、症例のシナリオ (Vignettes) を示し、疾患名を選択するという方法が変化を明確に表しやすく、中長期的には、受講した者が周囲から疑わしい者を抽出して受診援助に至った件数の変化が望ましいことがわかった。

本研究でも、まずは短期的な評価として、精神障害に関する知識を問う質問票への平均点の比較をしたが、平均点は、15.26 点から 18.32 点（満点は 20 点）に有意 ( $p<0.01$ ) に上昇していた。

また、講座前後で 3 ケースの Vignettes の疾患名の正解数は、受講前 1.13 問であるのに対して、受講後は 2.45 問（3 問中）であり、有意 ( $p<0.01$ ) に増加していることがわかった。

このふたつの結果から、講座を受講することによって、短期的には効果があることがわかる。

さらに、講座の中長期的な評価として、

受講前後の 3 ヶ月間の受診援助者数を比較したところ、受講前の平均受診援助数は 1.12 件であったが、受講後には 2.11 件に有意 ( $p<0.01$ ) に増加していた。これにより、平均件数でいえば、あるいは統計学的にいえば、「受講することには中長期的な効果がある」ということにあるが、詳細な検討なしには楽観視は出来ない。

前後データが揃ったものは 48 例であったが、講座前 0 件、すなわちそれまで受診援助などしたことがない者が 30 名と、ほとんどであったために詳細な検討が必要だからである。

この 53 名が受講してからどのように変わったのかを考察すると、講座後 3 ヶ月間で 25 名は受診援助ありへと変わっていったが、15 名（約 23%）は依然として 0 件のままだった。小布施での同様の調査時では 70% を数えたため、和歌山での取り組みは診援助件数を増加させたと言え、インパクトがあったようである。各レッスン毎に、VAS による評価をしてもらっていたが、知識については 5 点満点中で 4.5 点前後（ほぼ 90%）と、かなり高得点を得ていた。しかしそして「周囲の者を対象にして、スクリーニングができるか？」という質問に対しては、3.9~4.0 点前後で、さらにこれは、3 つのレッスン、すなわち、うつ病・認知症・統合失調症のすべてで、ほぼ同程度の得点を示していた。言い換えれば、スクリーニングの自信や技能に関してはまだ習得の余地があるものの受診援助が増えたことは、スクリーニング技術を向上させることでさらに適切な精神科受診援助が期待出来るのではと考えられる。

小布施での研究報告では「この講座は知識の習得には効果的であったが、スクリーニング技術の習得には無理があった」という結語及び「今後は、どのような講習会がスクリーニング技術の習得に効果的かどう

かという、プログラム内容の検証が必要になってくる。」という考察を行った。和歌山ではこのあたりの数値に改善が見られたが、小布施では受講者の多くが一般市民であったものの和歌山での受講者が対人援助職限定であったことは無関係とは言えないであろう。このことから、受講対象者のレベルに応じた講座を継続的に開催することにより、またスクリーニング技術の習得をより向上させるための講座は、結果として精神科受診援助を向上させる大きなポイントになるという示唆を得られたと思われる。

## E. 結論

1, 平成21年に小布施で開催した同講座は、スクリーニング技術の習得や受診援助数等が比較的ネガティブなデータと言えた。そこで和歌山では、より対人援助の機会を持つ様々な専門家を対象とし、その知識や技術を習得する目的で「こころの安全パトロール隊員養成講座」を開催した。

2, 本講座の時間とテーマは、①レッスン1(2時間半):うつ病, ②レッスン2(2時間半):認知症, ③レッスン3(1時間半):統合失調症その他, の計6時間半であり, 内容は講義とロールプレーであった。

3, 講座前後に行った, 精神障害についての知識を問う質問票と, 3症例(Vignettes)を示し病名選択によれば, 正解数は有意に増加して短期的な効果が示された。

3, 各レッスン終了後に, VAS(Visual Analogue Scale)による理解度調査でも, 約90%の理解度が得られた。

4, 小布施同様, 身の周りの者のスクリーニングの可能性については, 約70%と低値を示した。

5, 講座前後の3ヶ月間の受診援助数の変

化で, 講座の中長期的な評価を行ったが, 受講前の1.12件が, 受講後には2.11件に有意に増加していた。「受講することには中長期的な効果がある」ということになるが, 詳細な検討なしには楽観視は出来ない。

6, 前後データが揃ったもの48例中で講座前には受診援助をしたことがない30名であったが, 講座後3ヶ月間で25名は受診援助ありへと変わっていったが, なんと15名(23%)は依然として0件のままだった。これは, 受講時からスクリーニングに関しては自信が得られなかったことが背景にあると思われる。

7, 本講座は知識の習得には効果的であったが, スクリーニング技術の習得には無理があったということになる。受講対象者のレベルに応じた講座を継続的に開催することにより, またスクリーニング技術の習得をより向上させるための講座は, 結果として精神科受診援助を向上させる大きなポイントになるという示唆を得られたと思われる。

## 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
- \*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：「ひとり老後」の楽しみ方。リュウブックス，東京，2009
- \*保坂 隆：平常心の鍛え方。ベースボールマガジン社新書，東京，2009
- \*保坂 隆（編著）：医師のストレス。中外医学社，東京，2009
- \*保坂 隆：ひとり老後はこんなに楽しい。ベスト新書，東京，2009

### 2. 論文（総説を含む）

- \*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：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：医師のストレス。医学のあゆみ 227(2)：87-88，2008
- \*保坂 隆：精神障害の見分け方。治療 91：21-25，2009
- \*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
- \*保坂 隆：精神医療にも医療崩壊か？医療経済研究 173：20-22，2009
- \*保坂 隆：うつ病診療最前線—産業医の立場から。治療 91：2052-2055，2009

- \*保坂 隆：うつ病診療最前線—うつ病と自殺。治療 91：2095-2098，2009
- \*保坂 隆：リエゾン精神医学。総合リハビリテーション 37(10)：909-912，2009
- \*保坂 隆：リエゾン精神医学。臨床リハビリテーション 19(2)：155-158，2010
- \*保坂 隆：内科疾患における不安・抑うつ。診療方—悪性腫瘍性疾患。内科：105(2)：235-238，2010

### 3. 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
- \*保坂 隆：医療へのアクセスと資源配分—医療崩壊への処方箋を考える。医療経済研究会新春特別講座，2009 年 1 月 9 日
- \*保坂 隆：勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の取り組み。第 31 回日本産業保健活動推進全国会議，2009 年 9 月 10 日
- \*保坂 隆：日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動から。第 22 回日本総合病院精神医学会総会，2009 年 11 月 27 日
- \*保坂 隆：勤務医支援—急性期医療崩壊を防ぐために。医療経済研究会新春特別講座，2010 年 1 月 8 日
- \*保坂 隆：一般医のためのうつ・自殺対策。小松・加賀医師会講演会。2009 年 3 月 12 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】

心の病気についての調査表

お名前 ( \_\_\_\_\_ ) グループ ( \_\_\_\_\_ ) 受付番号 ( \_\_\_\_\_ )

以下の文章は正しいか間違っているのかを、( ) に○か×かで記入してください

- 1, ( ) 日本では過去 11 年間、自殺で亡くなる方は 4 万人を越えている。
- 2, ( ) 自殺で亡くなる方は、女性より男性が多い。
- 3, ( ) 自殺企図をする人の半分以上は、事前に周囲に相談している。
- 4, ( ) 日本人の死因統計では、自殺は第 11 位である。
- 5, ( ) うつ病になりやすい人は「いい人」や「真面目な人」である。
  
- 6, ( ) 日本では、うつ病のほとんどは、適切な治療を受けている。
- 7, ( ) 表情が乏しくなり仮面様の顔貌になる場合を「仮面うつ病」という。
- 8, ( ) 在宅介護者の 4 人に 1 人はうつ状態だと言われている。
- 9, ( ) 中学生ではうつ状態やうつ病はほとんどない。
- 10, ( ) うつ病では「仮性認知症」がみられる。
  
- 11, ( ) 認知症は「アルツハイマー病」と「脳血管性認知症」に大分される。
- 12, ( ) 夜間、意識がまどろんで異常な言動がみられるものを「せん妄」という。
- 13, ( ) 在宅介護者の免疫機能は低下している。
- 14, ( ) 不眠症は今や国民の 2 人に 1 人みられる。
- 15, ( ) 統合失調症は以前、「精神分裂病」と言われていた。
  
- 16, ( ) 妄想とは、実際にはないものが見えてしまうことである。
- 17, ( ) 統合失調症のほとんどは遺伝する。
- 18, ( ) パニック障害とは、非常に驚いた後で混乱している状態のことである。
- 19, ( ) 統合失調症は家族の援助により良い治療経過をたどる。
- 20, ( ) 統合失調症の陽性症状とは、笑顔が多い状態のことである。

【表-2】 ケース1

Aさんは23歳です。どちらかといえばおとなしい性格で、これまで学業や人間関係において大きな問題をおこすことはありませんでした。

昨年大学を卒業し、会社に就職しました。入社してまもなく、仕事のことで上司に叱られて落ち込むことが何度かありました。また、就職を機にはじめた一人暮らしに慣れずに生活が乱れたこともあり、Aさんはよく眠れなくなってしまいました。次第に仕事の能率が悪くなり、周りの人々が自分によそよそしいと感じるようになりました。

数カ月すると、一人で部屋にいとAさんの悪口がどこからともなく聞こえてくるようになります。また、誰かに見張られていると思ひ込み、盗聴器が備え付けられていないか部屋中を探し回るなどの行動がみられました。実際はそのような事実はないのですが、Aさんは強く信じて疑いません。会社でも、自分がミスをする度にそれをからかったり、指図したりする声が聞こえてくるので、Aさんは会社の皆から馬鹿にされているのだと思ひこみ、仕事の能率もさらに悪くなってきたので、会社を辞めてしまいました。最近では部屋の中はひどくちらかっていて、同じ服を何日も着ていることがあります。が、本人は気にしていません。

なお、Aさんはこれまで違法な薬物を使用した経験はありません。



【表-2】 ケース2

Aさんは、34歳さいです。Aさんはこの数週間すうしゅうかん、特に理由とく りゆうはないのにこれまでに経験けいけんしたことがないほどの気分の落ち込みきぶん お こ かんを感じています。これまで週末しゅうまつには必ずかならといっていいほどおこな行っていたテニスも以前いぜんほど楽しみたの かんに感じなくなり、ここ数週間すうしゅうかんは家でぼんやりいえとしています。

Aさんは仕事しごとでいつも疲つかれているのに、ほぼ毎晩まいばんよく眠ねむれませんが、朝あさは早はやめに目めが覚さめてしまいます。会社かいしゃが休やすみの日ひでも変かわりません。食しょく欲よくもあまりおきず、体たい重じゅうが減げん少しょうしてきています。

Aさんの仕事しごとは事務仕事じむしごとですが、ここ最近さいきんはいくつかの事務処理じむしよりが遅おくれており、他の部署たからの催促ぶしよもしばしばさいそくあります。上司じょうしもAさんの仕事しごとが以前いぜんほどはかどっていないこときに気づき心配しんぱいしています。しかし、Aさんはたまたましごと仕事をすすめなくてとはあせあせ感かんじているものの、仕事しごとに取りかかとることがなかなかできません。

会社かいしゃから帰かえってくると、自分じぶんを責せめたり、情なさけなくななみだって涙なみだがこぼれます。自分じぶんが人ひとに迷めい惑わくをかけていると思おもい、いっそ自分じぶんがいなくなれば、会社かいしゃも新あたらひといやと人を雇やとえるし、それが一番いちばん良よいのではないのかおもと思うようになりました。

【表-2】 ケース3

Aさんは21歳です。Aさんは現在大学生ですが、なにもないのに突然動悸が激しくなり、息苦しくなり、眩暈がして冷や汗が出てしゃがみこんでしまうような発作が週に1回程度あります。それは死んでしまうかもしれないと思うほどの状態なので、始めて発作が起きた時には、救急車を呼んだほどです。しかし病院に着いた時には収まっていたので、簡単な診察だけで、特に薬も貰わずに家に帰りました。その時に恥ずかしい思いをし、その後は救急車を呼ぶことはしていません。

発作が起きても30分くらいで収まることが分かってきたので、じっと我慢するようにしています。外出中に起きた時は、道ばたにうずくまったり、ベンチで横になったりしていますが、できるだけ外出しないようになりました。Aさんはその発作が怖く、いつも不安に思っています。重症の発作が生じた時に助けが得られないような電車の中などを怖がって避けるようになり、そのために学校には半年ほど、ほとんど通えなくなりました。

心臓が悪いのではないかと気になって、内科で検査を受けましたが、心電図を含め身体的な異常は見つかりませんでした。また、発作が出始めたころにとくに薬やサプリメントを使用していたことはありません。コーヒー、紅茶は好きではなく、激しい運動をする機会もありません。

【表-2】 回答用紙

ケースに関するアンケート

受講者番号 ( \_\_\_\_\_ )

あなたは、それぞれのケースはどのような問題があると思いますか。もっとも適切に問題を表現していると思うものを 1つ選んで、下の回答欄にその番号を記入してください。

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. パニック障害	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. こころの病気	15. からだの病気	
98. わからない	99. その他 ( _____ )		

	ケース1	ケース2	ケース3
上の表中の 番号			

【表-3】

### レッスン1 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, 日本では自殺者が減っていないことが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
2, 自殺の原因として, 心の病気が多いことが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
3, 1回目の自殺企図で亡くなることが多いことが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
4, うつ病は脳の中の病気だということが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
5, 在宅介護者の4人に1人が, うつ状態だということが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
6, 周囲の者を対象にして, うつ病のスクリーニングが					
絶対できない	—————	—————	—————	—————	できると思う
	0%		50%		100%

○レッスン1全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

【表-4】

レッスン2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, 認知症にはふたつのタイプがあることが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
2, 認知症のふたつのタイプの差異について					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
3, せん妄と認知症は違うことが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
4, 5つの品物テストについて					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
5, 周囲の者を対象にして, 認知症のスクリーニングが					
絶対できない	—————	—————	—————	—————	できると思う
	0%		50%		100%

○レッスン2全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

【表-5】

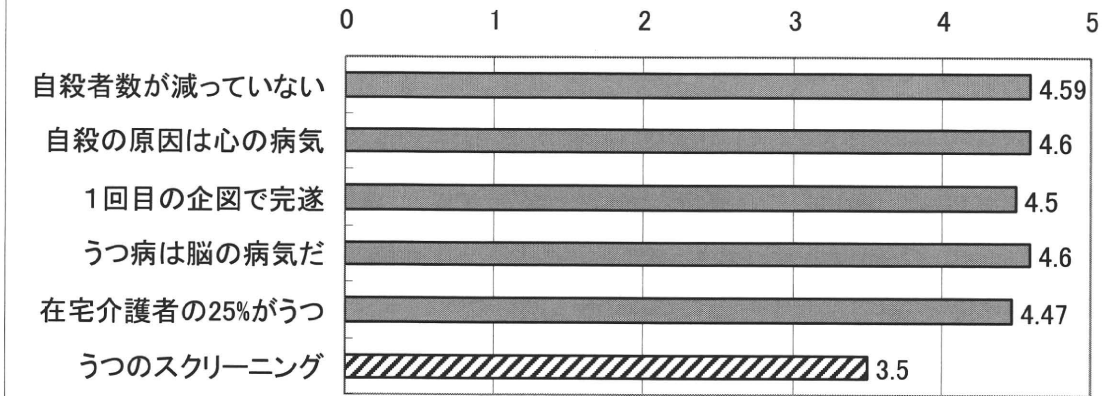
### レッスン3評価表

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

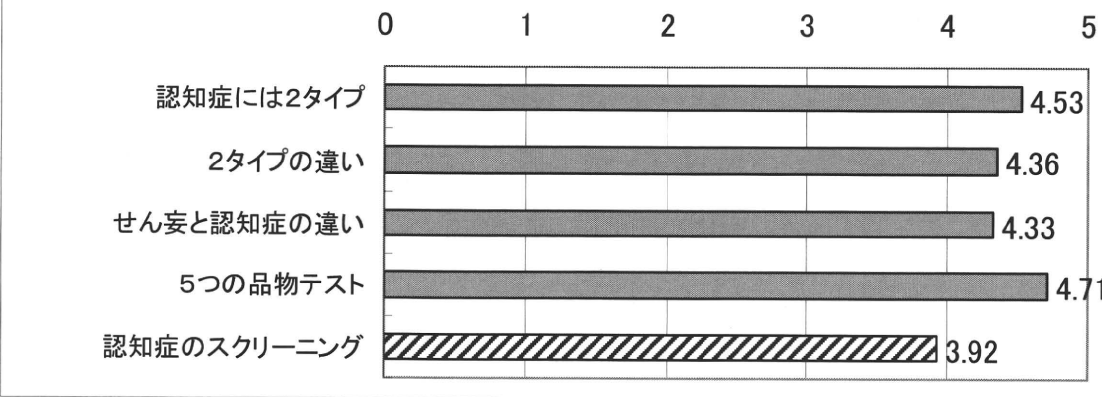
1, 不眠症は4人に1人であることが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
2, 寝酒よりも睡眠導入剤で眠るほうが安全だと					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
3, 統合失調症が以前は「精神分裂病」と言われていたことが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
4, 統合失調症の幻覚や妄想は「陽性症状」であることが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
5, 統合失調症の「陰性症状」とは無為・自閉・引きこもりであることが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
6, 統合失調症の治療には、家族の援助が有益なことが					
理解できない	—————	—————	—————	—————	理解できた
	0%		50%		100%
7, 周囲の者を対象にして、統合失調症のスクリーニングが					
絶対できない	—————	—————	—————	—————	できると思う
	0%		50%		100%

○セッション3全体についての印象・修正箇所・その他なんでも

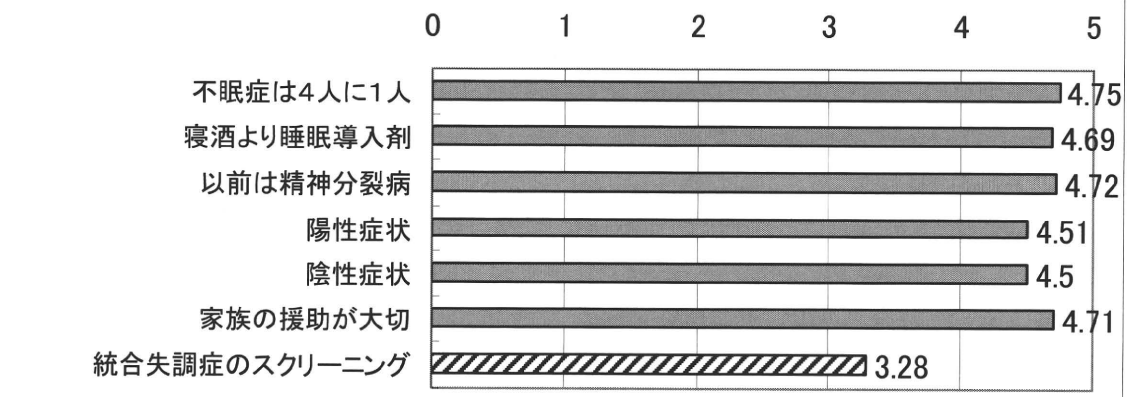
【図-3①】第1レッスンの評価



【図-3②】第2レッスンの評価



【図-3③】第3レッスンの評価



【表－8】受講前後の受診援助者数の変化

受診前	受診後		受診前	受診後		受診前	受診後
1	1		0	0		0	0
1	2		0	0		1	3
0	3		0	1		0	0
0	0		0	0		0	0
0	0		0	0		0	1
1	0		0	2		0	0
1	0		0	2		0	4
0	0		0	0		0	3
0	0		0	0		0	0
0	0		0	0		0	0
0	0		0	0		0	0
0	0		0	0		0	0
0	0		0	0		0	0
0	0		0	0		4	8
2	2		0	0		0	0
0	0		0	2			
0	0		0	0	平均	0.23	0.75
0	0		0	1			
0	0		0	1			
0	0		0	1			
0	1		0	1			
0	1		0	9			
0	0		0	0			
1	3		0	0			
0	0		0	2			
0	0		0	1			
0	1		0	0			
0	0		0	0			
0	1		0	0			
0	1		0	2			
0	0		0	0			
0	0		0	0			
0	0		0	2			
0	0		0	0			
0	0		1	0			
0	0		1	1			
1	0		0	0			
3	0		0	0			
2	1		2	2			
0	0		0	0			
0	0		0	2			
0	0		0	2			
0	0		0	1			



## 「こころの安全パトロール隊員養成講座」受講者への アンケート調査

分担研究者：厚坊 浩史（国立病院機構南和歌山医療センター）

### 【要旨】

わが国では 13 年連続で自殺者が 3 万人を超えた。これには様々な要因が考えられ対策が立てられているが、自殺者の 8 割以上に何らかの精神疾患の既往が認められることを踏まえれば、精神疾患を持つ人の早期発見や早期受診等の対応が必要であると思われる。そこで、医療職や福祉職、教育職や一般など様々な立場にある人を対象とし“精神疾患を持つ人を発見し、専門機関への早期受診を勧めることが出来るゲートキーパー”を養成する試みとして、研究代表者保坂は「こころの安全パトロール隊養成講座（以下、養成講座）」を開催した。

具体的には平成 21 年 9 月に長野県・小布施町（以下、小布施講座）で、平成 22 年 2 月には和歌山市（以下、和歌山講座）で養成講座を行った。養成講座は①レッスン 1（2 時間半）：うつ病、②レッスン 2（2 時間半）：認知症、③レッスン 3（1 時間半）：統合失調症その他、の計 6 時間半から構成されている。また講座の方法は、講義とロールプレイである。参加者には、最初と最後に、精神障害についての知識を問う質問票への記入と、3 症例（Vignettes）を示し病名について選択肢から選ぶことをお願いした。また各レッスン終了後に、それぞれの内容についての理解度について、VAS(Visual Analogue Scale)での記入を行った。さらに、中長期的な評価として、講座を受講してから 3 ヶ月後に郵便で、3 ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらった。講座受講時には、受講前 3 ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらう方法で行った。それらの結果を踏まえ、養成講座の効果判定とした。

養成講座の受講者は小布施講座・132 人、和歌山講座・53 名であった。小布施講座は受講者の参加資格は問わなかったが、和歌山講座は何らかの対人援助職の専門家を受講資格要件とした。小布施講座は受講者が持つ資格などの情報がないため不明であるが、和歌山における参加者の内訳は教育職（教員・養護教諭等）4 名・福祉職（介護支援相談員・社会福祉士・PSW 等）9 名・精神医療職（精神科医・臨床心理士）9 名・医療職（看護師・薬剤師等）16 名・その他援助職（電話相談員・内観研修所スタッフ等）15 名であった。各講座における効果は、小布施講座が平成 21 年度厚生労働科学研究報告書に保坂が、和歌山講座については池山が本年度の報告書に示している。

筆者は今後、和歌山県で継続開催を予定している養成講座が、より意義のある内容にするために発展させる必要があると感じている。それには、この養成講座を受講することで実際に精神科受診援助を行った受講者がどのような方法で受診援助につなげたか(促

進要因), また困難と思われたことはどういったことか(阻害要因)を調査する必要性を感じた。方法としては、養成講座を受講した参加者には講座3か月後に精神科受診援助数がどのように変化したかを尋ねるアンケート調査を行ったが、そこで回答を得られた143名(小布施95名・和歌山48例)に質問紙調査を行った。内容は年齢と性別、保持している資格などの基本情報と、精神科受診援助に関して上手く行ったこと、難しいと思ったことを自由記述方式で書いてもらい、郵送もしくはメール(郵送95件・メール48件)にて返信をお願いした。

アンケートの回収は60部(回収率42%)であった。男性は27人・女性33人で平均年齢は44.8歳であった。回答者の内訳は教育職(教員・養護教諭等)7名・福祉職(介護支援相談員・社会福祉士・PSW等)17名・精神医療職(精神科医・臨床心理士)8名・医療職(看護師・薬剤師等)13名・その他援助職(電話相談員・内観研修所スタッフ等)3名、非専門職が12名であった。なお、電話相談と内観研修所スタッフは業務に必要な資格は特に存在しないが、日常的に対人援助にあたっていることを考慮し、ここでは専門職群に組み入れている。

回答者が、精神科受診援助についての促進要因として最も多くあげた項目は「(ストレートに)精神科受診を勧める(26名・43%)」であり、次は「家族を巻き込む(14名・23%)」、以下「ひたすら話を聴く(9名・15%)」「(当事者と一緒に)受診に付き添う(7名・12%)」と続いた。

また精神科受診援助の阻害要因について最も多かった項目は「患者の病識がない(17名・28%)」であり、次に「“精神科”という言葉に抵抗を感じて口に出しづらい(14名・23%)」であり、以下「家族の拒否にあった(10名・17%)」「職場や学校での理解の乏しさ(7名・12%)」と続いた。また、アンケート調査であるために結論を一般化することには慎重になる必要があるが、非専門職(12名)と何らかの援助職に就いている専門職(48名)の違いを調べた。促進要因で一番多くみられた「(ストレートに)精神科受診を勧める」方法は26名中25名が専門職であり、非専門職は1名のみであった。また「家族を巻き込む」も14名中12名が専門職であった。「ひたすら話を聴く」は9名中4名が専門職であり、非専門職は5名であった。「(当事者と一緒に)受診に付き添う」は7名中6名が専門職であった。また阻害要因については「患者の病識がない」は17人中10名が、「“精神科”という言葉に抵抗を感じて口に出しづらい」は14名中7名が、「家族の拒否にあった」は10名中7名が、「職場や学校での理解の乏しさ」は7名中6名が専門職による回答であった。

受診援助促進要因・阻害要因のいずれの項目も精神科医療に携わるものであれば一度は必ず経験する項目が多い。つまり、受診援助を行ううえである程度の医学的、心理学的な知識と経験が求められる内容である。このことを踏まえると、アンケートの回答から受講者内で専門職と非専門職のカテゴリにおいて「(ストレートに)精神科受診を勧める」方法において26名中25名が専門職であり、一般は1名のみであったことは何らかの関係があると思われる。専門職は何らかの形で精神的不調に陥った、もしくはその前兆のある人と出会う確率が一般の受講者より高い。そして家族を巻き込む・受診に付き添うなどの、いわゆるケースワーク的視点では専門職の回答割合が高いことが示された。

今後、受講者が受診援助を行う際には、特に専門職においては受講者が経験した具体的な事例を倫理的に配慮した上で踏まえたロールプレイを行うことで、一般の受講者には講義の中でより具体的な受診援助の具体例を示すことで自信を持ち、実践的な対応方法を学習できることが示唆されたのではないかと考える。

## A. 研究目的

2010年の警察庁による報告から、わが国では13年連続で自殺者が3万人を超えたことが分かった。自殺に至る過程は心理・生物・社会的要因が複雑に絡み合い、それが新たな要因（多くは精神疾患）を作り出す。そして過度の絶望感や悲哀感などの心理的要因、罪業妄想などの精神症状により自殺関連行動を起こす。この一連の行動には行政や自治体、または学会や有志などの単位で様々な対策が立てられているが、自殺者の8割以上に何らかの精神疾患の既往が認められること、そしてほとんどの自殺既遂者が事前の相談なしに自殺を遂げている現状を踏まえれば、精神疾患を持つ人の早期発見や早期受診等の対応が必要であると思われる。そして精神科医の受診・相談へと繋げるためにまず治療が必要な状況かどうかのスクリーニングを行い、当事者や家族へ受診援助を行うゲートキーパーは重要であると思われる。ゲートキーパーは医療職や福祉職、教育職や一般など様々な立場にある人を対象とし“精神疾患を持つ人を発見し、専門機関への早期受診を勧めることができるようになる”ことを目的としているため、精神疾患を持つ人に接する可能性のある立場の人であれば特に対象は問わない。その可能性は医療職や学校教職員、福祉職が高くなるが、精神疾患は我々の職務上でしか出会わないわけではない。日常生活を見渡しても、精神疾患に罹患している可能性を持つ人はいるはずであるため、

実質はすべての国民が受講対象となる。

その背景を踏まえ、保坂はこころの安全パトロール隊（ゲートキーパー）を養成する講座（以下、養成講座）を開催した。具体的には平成21年9月に長野県・小布施町（以下、小布施講座）で、平成22年2月には和歌山市（以下、和歌山講座）で養成講座を行った。養成講座は①レッスン1（2時間半）：うつ病、②レッスン2（2時間半）：認知症、③レッスン3（1時間半）：統合失調症その他、の計6時間半から構成されている。また講座の方法は、講義とロールプレイである。参加者には、最初と最後に、精神障害についての知識を問う質問票への記入と、3症例（Vignettes）を示し病名について選択肢から選ぶことをお願いした。また各レッスン終了後に、それぞれの内容についての理解度について、VAS（Visual Analogue Scale）での記入を行った。さらに、中長期的な評価として、講座を受講してから3ヶ月後に郵便で、3ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらった。講座受講時には、受講前3ヶ月間の受診援助者数を記入、返送してもらう方法で行った。それらの結果を踏まえ、養成講座の効果判定とした。

養成講座の受講者は小布施講座・132人、和歌山講座・53名であった。小布施講座は受講者の参加資格は問わなかったが、和歌山講座は何らかの対人援助職の専門家を受講資格要件とした。和歌山における参加者の内訳は教育職（教員・養護教諭等）4名・福祉職（介護支援相談員・社会福祉士・PSW等）9名・精神医療職（精神科医・

臨床心理士) 9名・医療職(看護師・薬剤師等) 16名・その他援助職(電話相談員・内観研修所スタッフ等) 15名であった。各講座の効果は、小布施講座が平成21年度厚生労働科学研究報告書に保坂が、和歌山講座については池山が本年度の報告書に示しているためここでは割愛する。

## B. 方法

養成講座は今後、和歌山県で年間を通じた継続開催を予定している。そして「精神科受診援助の具体例」として、受講者がより現場で応用しやすいコミュニケーション技法や専門用語の説明などを織り交ぜたものに発展させる必要があると感じている。それには、この養成講座を受講し実際に精神科受診援助を行った受講者がどのような方法で受診援助を行い成功したか(促進要因)、また困難と思われたことはどういうことか(阻害要因)を調査する必要があると感じた。

小布施・和歌山の各養成講座を受講した参加者には、養成講座3か月後に精神科受診援助数がどのように変化したかを尋ねるアンケート調査を行ったが、そこで回答を得られた143名(小布施95名・和歌山48例)に、新たな質問紙調査を行った。内容は精神科受診援助に関して上手く行ったこと、難しいと思ったことを自由記述方式で書いてもらい、郵送もしくはメール(郵送95件・メール48件)にて返信をお願いした。

## C. 結果

アンケートの回収は60部(回収率42%)であった。男性は27人・女性33人で平均年齢は44.8歳(SD19.13)であった。回答者の内訳は教育職(教員・養護教諭等)7名・福祉職(介護支援相談員・社会福祉士・PSW等)17名・精神医療職(精神科医・臨床心理士)8名・医療職(看護師・薬剤師等)13名・その他援助職(電話相談員・内観研修所スタッフ等)3名、非専門職が12名であった。回答者が、精神科受診援助における促進要因として最も多くあげた項目は「(ストレートに)精神科受診を勧める(26名・43%)」であり、次は「家族を巻き込む(14名・23%)」、以下「ひたすら話を聴く(9名・15%)」「(当事者と一緒に)受診に付き添う(7名・12%)」と続いた。他には「知り合いのドクターを勧めた(1名)」や「受診して治療を受けた例を説明した(1名)」などが挙げられた。

また精神科受診援助の阻害要因感じたことに対して最も多かった項目は「患者の病識がない(17名・28%)」であり、次に「“精神科”という言葉に抵抗を感じて口に出しづらい(14名・23%)」であり、以下「家族の拒否にあった(10名・17%)」「職場や学校での理解の乏しさ(7名・12%)」と続いた。他には「1回で説明せざるを得ないときがあった(2名)」や「心身合併症があった(1名)」などの項目も見られた。

回答者の母数が少ないため、サンプル内の比較は慎重に行う必要があるが、一般(12名)と何らかの援助職に就いている専門職(48名)の違いを調べた。促進要因で一番多くみられた「(ストレートに)精神科受診を勧める」方法は26名中25名が専