

連載は購読者を曝露し、曝露群とその他で早期受診の必要性和受診への抵抗の2項目で有意差が認められた。従って今後は受診の抵抗をいかに減らすかというターゲットが求められるという示唆を得た。

以上の背景を踏まえ、本研究ではFM放送・TV放送のメディアを通じたこころの病気に関する普及・啓発が正しい理解がどの程度促進するのかを調査をした。精神障害に関する正しい理解の促進を目的とし、平成22年10月に地域FM局で、同年11月にTV放送を行った。

## 2. 方法

### 2-1 FMにおける放送内容

和歌山県西牟婁郡白浜町でのFM放送は8日間継続し、1日3回(朝8時・昼12時・夜20時 各10分程度)の頻度で行った。内容は初日：こころの病気総論 2

日目：統合失調症 3日目：うつ病 4日目：不安障害(パニック障害・強迫性障害) 5日目：認知症 6日目：不眠症 7日目：心の病気まとめ 8日目：Q&Aであった。

### 2-2 TVにおける放送内容

平成22年11月に沖縄県宮古市のテレビ局にて放送を行った。具体的には、初日：自殺 2日目：うつ病 3日目：認知症 4日目：不眠症 5日目：統合失調症 6日目：在宅介護者のストレス 7日目：ストレス対策の7回であり、1週間1クールを2回、計2週間行った。

### 仮説

精神疾患啓発の連載の影響に関する仮説は、図1に示す通りであり、背景として仮説1~3を想定している。

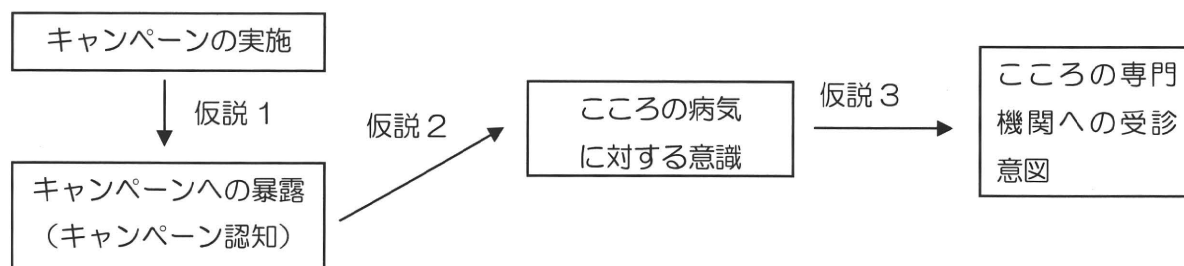


図1. 精神疾患啓発キャンペーンの影響に関する仮説

仮説1： 連載を行うと、人々が記事に暴露される(記事の認知が向上する)。

仮説2： 人々が記事に暴露されると、人々のこころの病気に対する意識が変わる。

仮説3： 人々のこころの病気に対する意識が変わると、こころの専門機関への受診意図が向上する。

### 評価枠組み

精神疾患啓発の連載の効果を、記事への暴露の増加、こころの病気に対する意識の変化、こころの専門機関への受診意図の3段階に分け、仮説1~3の順で検討を行った。

## 調査デザイン

### ① 調査期間

調査期間は、FMでは事前調査・放送期間中・事後調査の3回を設定した。TVでは放送前後の2回で設定した。

### ② 調査対象者の例数設計

住民を対象に、無記名で郵送自記式質問票を用いた調査を行った。

### ③ 調査対象者の抽出

各調査地域の住民基本台帳を用い、調査対象者を無作為に抽出した。なお住民基本台帳の使用は、世紀品申請手続きを行い、責任者より取り扱いを許可された本研究の研究者が行った。

### ④ 調査項目

エンドポイント	測定方法
1) キャンペーンへの暴露	以下の質問に対し、2件法（1. はい, 2. いいえ）で尋ねる。 1. 「最近、こころの病気に関する新聞記事を目にしましたか？」 2. 「こころの病気に関する新聞記事について、どう思いますか？（好き, 嫌い, ためになる, 面白い, よくわからない）」
2) こころの病気に対する意識の変化	以下の質問に対し、4件法（1. そう思う~4. そう思わない）で尋ねる。 1. 「こころの病気に早い段階で気づくことが大事だと思う」 2. 「こころの病気は誰もがかかりうる病気だと思う」 3. 「こころの病気は早期に適切な治療を受ければ多くは改善すると思う」 4. 「こころの病気のために、専門の医療機関や相談機関に相談することは、抵抗があると思う」
3) こころの専門機関への受診意図	以下の質問に対し、4件法（1. そう思う~4. そう思わない）で尋ねる。 1. 「不眠や不安などの症状が出ておかしいと思ったら専門家に相談しようと思う」 2. 「こころの悩みや不調のために、専門の医療機関や相談機関に相談すると思う」

### 3. 結果

FM放送における調査対象者の属性を表 1. に, TV放送における調査対象者の属性を表 2 に示す。

表 1. FM対象者の属性

Total			介入前	介入中	介入後	合計
			58	47	42	147
項目/範囲						
性別	男性	n	19	14	16	49
		(%)	(32.8)	(29.8)	(38.1)	(33.3)
	女性	n	39	33	26	98
		(%)	(67.2)	(70.2)	(61.9)	(66.7)
年齢	15~83	mean	52.4	50.3	49.1	50.6
		(SD)	(13.8)	(14.6)	(13.8)	14.1

表 2. FM の調査時点ごとのキャンペーン曝露割合の比較

		介入への曝露	
		あり	なし
介入前	n	6	52
	(%)	(10.3)	(89.7)
介入中	n	6	41
	(%)	(12.8)	(87.2)
介入後	n	5	37
	(%)	(12.0)	(88.0)

FM放送期間中および前後で調査を行った結果, 放送自体を聴取していた人数は放送前が58人中6人, 放送中は47人中6人, 放送後は42人中6人であり, いずれも全

体の1割程度しか放送を聴いていないことを示した。また放送中, 放送後における聴取割合が放送前と変わっておらず, 各地点における比較が出来ないレベルであった。

表3.TV 対象者の属性

			介入前	介入後	合計
Total			140	107	247
	項目／範囲				
性別	男性	n	112	85	197
		(%)	(80.0)	(79.4)	(33.3)
	女性	n	28	22	50
		(%)	(20.0)	(20.6)	(66.7)
年齢	15~83	mean	43.3	46.4	44.8
		(SD)	(17.1)	(17.8)	17.5

表4.TV調査時点ごとのキャンペーン曝露割合の比較

		介入への曝露	
		あり	なし
介入前	n	110	29
	(%)	(79.1)	(20.9)
介入後	n	85	23
	(%)	(78.7)	(21.3)

表4におけるTV放送における結果，TV放送前後でいずれも8割近い人が精神障害に関する放送を見ている結果が示された。このことは本研究における放映で新たに精

神障害の普及・啓発に関する放送に曝露したとは考えにくく，むしろ従来の普及・啓発の放送に関して視聴していたことを示すと思われる。

表5 こころの病の意識の変化（アンケートより）

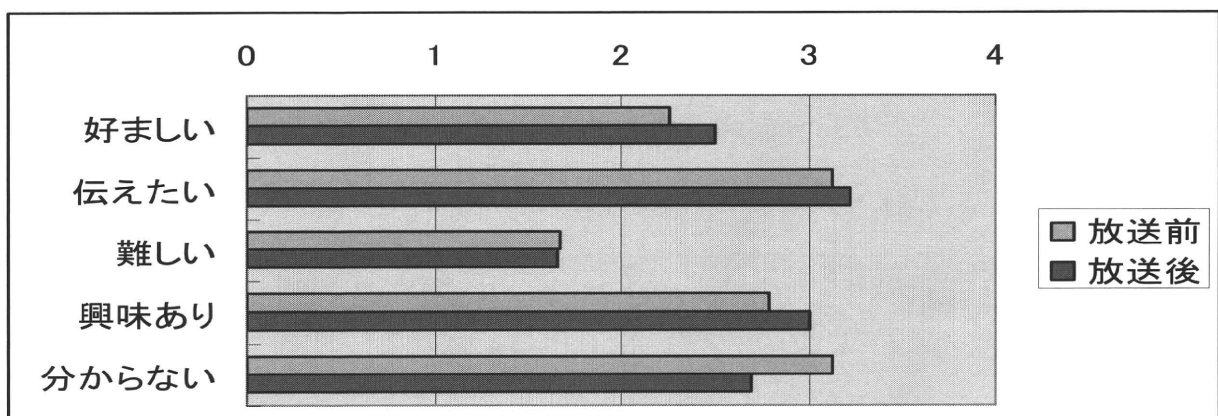
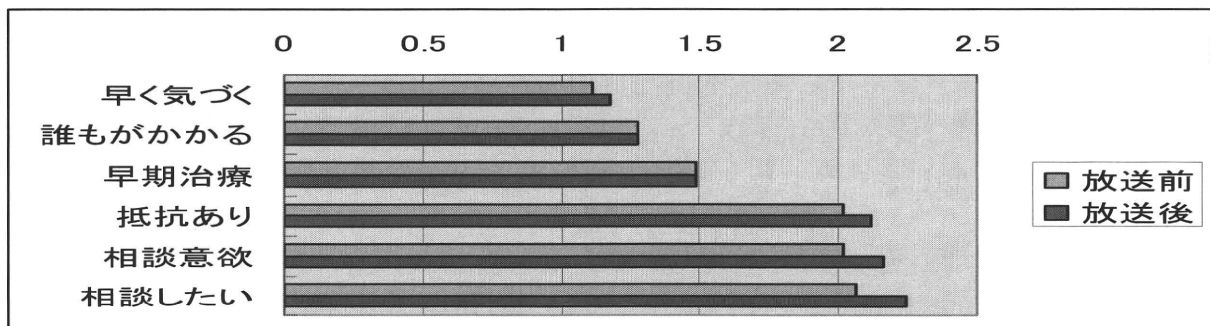


表6 受診意図の変化（アンケートより）



曝露群の回答者の前後比較では「こころの病に興味がある」「TV放送は好ましい」得点が増え、「こころの病は難しい」の項目で平均点の低下が見られた。このことからTV放送は市民におおむね好意的に受け止められたと思われる。そして受診意図を問うアンケートでは「早期受診が必要」「相談することが大事」「自分も相談する」の3項目で平均点の上昇が見られ、同時に「専門家への相談に抵抗がある」項目も上昇が見られた。

#### 4. 考察

本研究では、地域における知名度が有力なFM放送、TV放送を利用した精神障害の普及・啓発がどのような効果を持つかを探索したものである。新聞・FM・TVともに普及・啓発の題目やスケジュールなどがやや異なるため、一概に比較が出来ないが、普及・啓発の大まかな目標は4代精神疾患（統合失調症・うつ病・認知症・不眠症）の理解と対応についてであり、大きく異なるものではない。その点、この3つのメディアにおける読者（視聴者）の反応は、なんらかの示唆を与えてくれるものである。まずFM放送は残念ながら回答者のほとん

どが普及・啓発に関する放送を耳にしていなかったという結果に終わった。8日間継続し、一日3回10分の放送であり、放送時間は決して少なくないと思われるが、結果に反映されなかった。新聞、TVは聴覚と視覚が必要であるのに対し、ラジオは聴覚のみで情報を聴取できる利便性があるが、そのことがかえって「聞き流す」ということに繋がってしまった可能性がある。その点、TV放送における精神障害の普及・啓発は、一定の効果が示されたことになる。TVの場合、新聞よりも事前に放映を見ている割合が高かった。これは普段から様々な形で別の精神障害の普及・啓発がなされており、それを対象者が見ていることを示す結果であると思われるため、本研究独自の曝露は結果に反映されなかった。しかし、回答者の8割がこころの病に関する放送に曝露されており、この点からまずTVは普及・啓発に有効であることが伺える。そして本研究から分かったことは、アンケート回答者の多くは、こころの病に対して精神科受診行動が必要であることを知りつつ、新聞による普及・啓発の調査同様やはり「専門家への相談に抵抗がある」項目で平均点が上昇した。このことは具体的な精神科受診行動をイメージする際に起きる二律背反的なものであると思われる。つまり「受診の必要性を理解する⇒実際に受診するイメー

シをする⇒抵抗感が生じる」という認知モデルによる結果ではないだろうか。このモデルが妥当と思われる根拠は、回答者は実際に精神科受診行動を起こす際に、早期発見、早期治療が必要であることを理解した結果「早期受診が必要」「相談することが大事」「自分も相談する」の3項目で平均点の上昇が見られている。このことは本研究により受診援助の必要性を学習したためであると考えられる。そしてその結果「抵抗」と流れているためである。

やはり新聞の調査同様、今後は普及・啓発に関して「精神科受診に対する抵抗」を低減する試みが必要であることが示された。しかしこの抵抗は実際に精神科受診をイメージした上で生じる抵抗であり、治療抵抗性の受診拒否や低い動機によるものではない。むしろ、治療に必要なことは把握できている回答者が多いため、いかに「抵抗を低減⇒動機を上昇」へと持っていける試みが必要であると思われる。

本報告書に書かれている3つのメディアを利用した研究については、研究手法や調査段階での差異があったため、一概に比較できない部分があった。しかし、それでも結果から新聞とTVは普及・啓発に有効であることを示唆した。今後はこの3点のメディアを用い、測定地点で同じ測定法で実施し、より精度の高い取り組みをすることでさらなるデータの収集を継続、分析を行い、より充実した結果が求められるのではないかと期待できる。

#### 引用文献

1) 平成18年度厚生労働科学研究 主任研究

者；竹島正. 「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」.

2) 平成16-18年度厚生労働省科学研究 主任研究者：川上憲人. 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」.

## 6. 健康危険情報

なし

## 7. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

## 8. 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

参考資料一住民への調査票

質問 1. 以下のことについて、あなたのお考えに最もあてはまる番号に一つだけ○をつけて下さい。

	そう思う	どちらかと言え ば そう思う	どちらかと言え ば そう 思わない	そう 思わない
こころの病気に早い段階で気づくことが大事だ と思う	1	2	3	4
こころの病気は誰もがかかりうる病気だ と思う	1	2	3	4
こころの病気は早期に適切な治療を受け れば多くは改善すると思う	1	2	3	4
こころの病気のために、専門の医療機 関や相談機関に相談することは、抵抗 があると思う	1	2	3	4
不眠や不安などの症状が出ておかしい と思ったら専門家に相談しようと思 う	1	2	3	4
こころの悩みや不調のために、専門 の医療機関や相談機関に相談する と思う	1	2	3	4

質問 2. 最近、こころの病気に関する新聞記事を目にしましたか？  
あてはまる番号に一つだけ○をつけて下さい。

1. はい (⇒質問 3 にお進み下さい)    2. いいえ (⇒質問 4 にお進み下さい)

質問 3. 最近ご覧になった、こころの病気に関する新聞記事について、どう思いましたか？  
あなたのお考えに最もあてはまる番号に、一つだけ○をつけて下さい。

こころの病気に関する 新聞記事について	そう思う	どちらか と言え ば そう 思う	どちらか と言え ば そう 思 わ な い	そう 思 わ な い
1. 好ましい	1	2	3	4
2. 人に伝えたい	1	2	3	4
3. 難しい	1	2	3	4
4. 興味がある	1	2	3	4
5. よく分からない	1	2	3	4

4. あなたご自身に関する質問です。

現在、あなたは何歳ですか？

( ) 歳

あなたの性別は？

1.男                      2.女

質問 5. 最後に、こころの病気に対するあなたのご意見を聞かせて下さい。

以上で質問は終わりです。お忙しい中ご協力頂きまして、まことにありがとうございます。  
もう一度、記入漏れがないかアンケートをご確認頂き、郵送して下さいようお願い致します



平成22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）  
分担研究報告書

精神疾患および精神保健福祉法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】

精神障害の普及啓発の必要性が指摘されている。分担研究者の所属機関では、病院機能評価受審（バージョンVI）において、精神機能を有する病院として精神疾患やその処遇（精神保健福祉法）に対する院内医師の理解への啓発活動が、その評価項目の一つに挙げられている。そこで本研究では、本院で開催された、平成22年度精神医療セミナーにおいて院内医師を対象に、①認知症支援、②摂食障害、③サイコオンコロジー、④精神保健福祉法について、の4つのテーマでセミナーを行い、セミナー後にアンケート調査を行った。それぞれのテーマについてのセミナー前後の理解度の変化をみたところ、3つの疾患と精神保健福祉法について、セミナーを受けたことによって理解の向上が明瞭にみられ、本セミナーによる啓発が有用であることから、今後も種々の精神疾患のテーマを選び活動を続けていく必要性を明らかにした。

【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）

羽多野 裕 （京都府立医科大学医学研究科精神機能病態学・講師）

崔 炯仁 （京都府精神保健福祉総合センター・京都立医科大学医学研究科精神機能病態学・併任講師）

## 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ビジョンが出され、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。また、精神障害者の人権遵守に向けて精神保健福祉法の適正運用も広く言われている。今年度は分担研究者の所属機関（京都府立医科大学）で開催された、平成22年度、精神医療セミナーにおいて医師を対象に、①認知症支援、②摂食障害の対応、③サイコオンコロジー外来、④精神保健福祉法について、の4つのテーマでセミナーを行い、セミナー後にアンケート調査を行った。それぞれのテーマについてのセミナー前後での理解度の変化についてアンケート調査により明らかにしようと試みた。

## B. 研究方法

本研究は京都府立医科大学精神医療セミナーにおいて上記の3つの精神疾患およびその対応と精神保健福祉法についてアンケート調査を行った。アンケートは4項目について、セミナーを聞く前の理解度とセミナーを聞いたあとの理解度について、4段階（よく知っている、少し知っている、ほとんど知らない、まったく知らない）で評価した。

まず4つのセミナー内容のまとめを順次記載する。なお各講演は約20分、質疑10分とした。

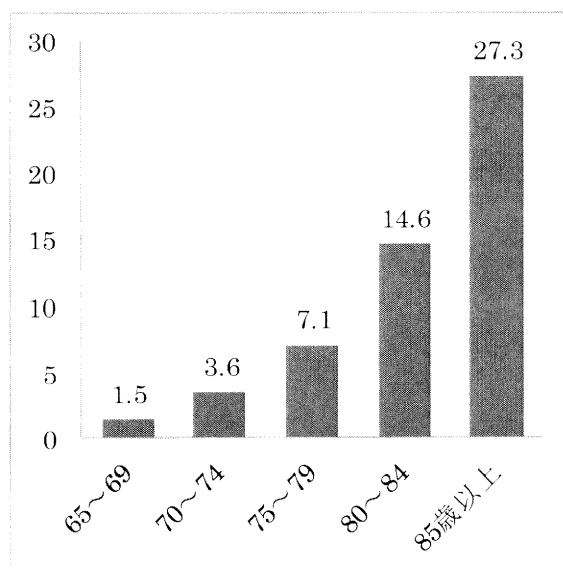
### （1）認知症支援について：北部地域との連携（テレビ会議を用いて）

京都府北部地域は65歳以上人口が30%を超える超高齢化地域である（表1）。65歳以上の約1割が認知症を発症することを考えると（図1）、認知症対策がこの地域の重要な課題であることがわかる。

表1 京都府北部高齢化率

伊根町	41.0%
美山町	38.0%
和知町	39.6%
笠置町	32.4%
京都市	19.9%
京都府全体	20.0%

図1 認知症を有する高齢者の割合（「老人保健福祉計画策定に当たっての認知症老人の把握方法等について」平成4年2月老計第29号、老健14号）



認知症対策には専門医とかかりつけ医、医療と介護の連携が重要であるが、専門医は不足している上、京都市内に偏在しており（表2）、地域の介護従事者は十分な教育を受ける機会が得られない。このような状況を改善するため、テレビ会議を

用いた介護従事者への認知症に関する講義をシリーズで行ったので紹介する。

表2 京都府内認知症サポート医

京都市	10名
北部	2名
中部	3名
南部	5名

### 1) 対象者とテレビ会議システム

京都府北部で活動する介護支援専門員のうち、京都府丹後保健所からの参加案内に応募のあった14名を対象とした。

テレビ会議システムにはWEB会議システムのソーバ・ミエルカ (<http://mieruka.soba-project.com/>) を用い、京都府立医科大学、京都府丹後保健所、市立福知山市民病院、亀岡市地域包括支援センターあゆみ、市民後見センターきょうとの各拠点からそれぞれ通常使用しているインターネット回線とパーソナルコンピュータを用いてログインして行った。京都府立医科大学と京都府丹後保健所、市民後見センターきょうとについては、エコキャンセラー付きのマイクスピーカーを使用し、その他の拠点は通常のヘッドセットを用いた。京都府丹後保健所の会場では、プロジェクターを用いてスクリーンに投影して表示した。その他の拠点では通常のパーソナルコンピュータ用のモニタを用いた。

### 2) 講義内容

無作為に参加者を前半グループ6名、後半グループ8名に分け、初回は現地に赴いて講義し、その後計5回のテレビ会議による講義を行った(表3)。テレビ会議では声が届くのに時間差があるなどのため、内容を通常の講義の8割程度に減らす方がよいことと、それを補うために事前に資料を送って予習してもらうことなどについて、

テレビ会議による同様の取り組みを以前から行っているバイクレスト病院のDavid Conn博士からアドバイスを得て準備を行った。また、テレビ会議という顔の見えるシステムの利点と実際の受講者の行動に講義が反映されるように、毎回症例検討の時間をとり、一方的な受け身の講義にならないよう配慮した。講義の内容に関しては、参加募集に先立って行ったアンケート調査で希望の多かった項目を中心に取り上げた。また、認知症の不応行動に対する行動介入と成年後見制度をテーマとする講義では、臨床心理士の宮と市民後見センターきょうと代表で市民後見人の内藤がそれぞれの拠点から講義を担当し、老年精神医学の専門医である成本と経験を積んだ介護支援専門員である松本がコーディネーターとしてこれも各拠点からテレビ会議に加わった。それ以外の講義については、成本が担当し、松本がケースワークの観点から補足する形式をとった。

表3 講義内容

精神症状・認知機能の評価法
せん妄
うつ
認知症の鑑別診断
BPSD の非薬物的介入 (福知山市民病院・宮裕昭氏による)
成年後見制度 (市民後見センターきょうと・内藤健三郎氏による)

### 3) 結果と考察

テレビ会議システムは手軽に利用でき、参加者の評価も良かった。具体的には、移動時間が節約できて時間的制約が少ないことから多職種の参加が可能であった。また、今回の講義を通してケアマネジャーの求める知識は下記のようなものであることが明らかとなった。①いつ受診を勧めたらよいか(身体障害の利用者の中に認知症を発症する人がいる)、②家族にどう病気のこと

を説明したらよいか、③医師に報告するときどのように報告したらよいか、④BPSD (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia)の評価と家族へのアドバイス、⑤困難事例のケースカンファレンス。

このような状況を踏まえ、今後は月1回のテレビ会議を用いたケースカンファレンスを定例化し、ミニ講義と各施設持ち回りでケースを提示してもらいカンファレンスを行うことを開始している。現時点では、医師の参加はないが、徐々に地域のかかりつけ医、専門医にも参加してもらい、医療と介護の連携強化につなげていきたいと考えている。

## (2) 症摂食障害患者への対応

摂食障害は、拒食症や過食症、急性例から慢性例、小児から成人と様々であり、対応も患者の状態により異なってくる。典型例である初発の青年期の拒食症の患者が初診で来院したことを想定した初期対応について説明した。

### 1) 拒食症治療の問題点

①医療者側が行う医療のみでは改善しない、②患者が自ら「食べる」という主体的な行為が治療上不可欠、③治療意欲の乏しい患者に対し、いかに治療意欲を向上させるかという点が重要となる。実際、自ら望んで受診する拒食症(制限型)はほとんどない。治療意欲がマイナスからスタートとなるが、たいていの患者は回復することと病気のままでいることの間で揺れ動いている。

### 2) 治療意欲の段階と患者の内面

治療意欲には5段階がある(表4)。また治療経過でも治療意欲はこれらの5段階を行き来して揺れ動くという理解が必要である。

摂食障害患者の内面は、「治したい自分」と「治したくない自分」の両方があり葛藤している(図2)。その葛藤している自分が病気と対峙する状態が基本としてあげら

れる。しかし外来初診時には、「治したい自分」が周囲の人々に投影され、一方「治したくない自分」と病気の部分が病的同盟を組み、患者は周囲の人々と対立する構図になっている(図3)。

表4

### 治療意欲の段階 - Transtheoretical model -

- 1 前-熟考: 問題に気づいていないか、あるいは変化したいと思わない
- 2 熟考: 問題が存在することに気付いているが、変化したいと思わない
- 3 準備: 間もなく変化する意思がある
- 4 行動: 変化するために積極的に働く
- 5 維持: 再発を防ぐために働く

(Prochaska and DiClemente, 1983)

図2

摂食症患者の内面モデル1(基本モデル)

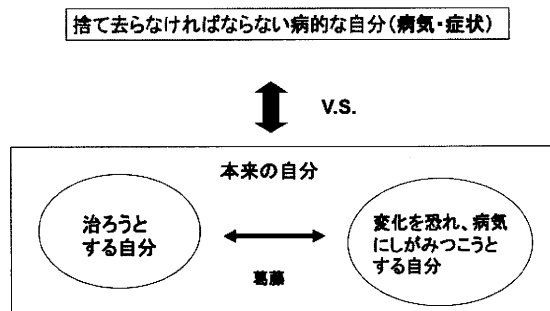
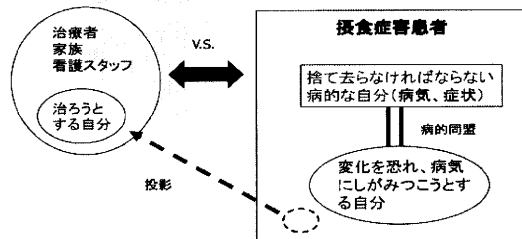


図3

治療開始前の摂食症患者の内面



### 3) 初期治療の目標

①治療関係の構築、②治療に乗せること、③治療意欲を高めることである。埋もれている「治したい自分」をいかに掘り起こしてくるか、さらに「治したい自分」と「治したくない自分」との間で自ら悩めるように促すことである。

### 4) 治療初期に行うべきこと

①身体的問題の判断、②治療の動機づけである。動機づけは治療意欲の段階に合わせた介入が必要であり、特に初診時には疾患教育が必要である。治療者は、治療意欲は患者に内在するのではなく、治療関係の相互作用の一つである (Treasure & Ward, 1997)、という理解が必要である。また、最初から「こころの問題」として介入しようと焦らないことが必要である。

### 5) 初診時面接

①身体的問題の判断。特に入院が必要かの判断である。体重、体重減少の速さ、種々の身体症状、検査データなどを確認する。身体的緊急性がある場合は、治療者の治療を促す強い態度が必要である。

②面接の進め方。家族同席でもまず患者本人から話を聞く姿勢が必要であり、治療者と家族だけで話が進んでしまわない配慮が必要である。次に受診の経緯を確認する。本人が希望しての受診の場合は、本人の治療意欲の高さを評価し、どんな点を治療したいのかの話し合いに進める。しかし治療意欲は変動することを念頭に置いておく必要がある。周囲から勧められて不本意ながらの受診の場合は、受診をねぎらい、周囲が受診を勧めた理由について本人がどのように考えているかを確認していく。

面接では、治療者が「治しなさい」と躍起になると、本人は抵抗が強くなることが多い。そのため、熱意を持って接するも、患者の葛藤を肩代わりしないことが重要である。しかし、あまり冷めた態度であると drop out してしまうのでバランスが大切である。

### 6) 疾患教育

疾患による変化（身体的変化、生理的変化、精神的変化）を説明し、また疾患の特徴についても丁寧に説明する。

①身体的変化：心の問題を強調するよりも先に体の問題としてきちんと取り上げる。「食べたくない体」よりも「食べられない体」を取り上げ、低体重について医学的な説明を徹底的に行う。改善指標は体重の回復であることを明言し、健康なやせと病的なやせの境界として、月経停止時の体重を提示する。月経の維持の必要性は、女性ホルモンの影響で骨折が起こりやすくなるためと説明する（将来出産できなくなるという説明はハイティーンでは可能）。患者の消化器症状を取り上げる（食後の膨満感、便秘）。自覚症状がないと訴えても、階段の昇降がしんどい、寒さがこたえる、頑張りが続かなくなった、などがないかを確認する。検査結果について丁寧に説明する。

②生理的变化：空腹感・満腹感の変化するため、自分の感覚は当てにならないことを説明する。消化管の排出能の低下からもたれやすさ、便秘が起こりやすいことを説明する。

③精神的変化：こだわりが強くなったり、食べ方が変化したり、イライラが多くなることを説明する。

④疾患について：個々人に適切な体重があること（セットポイント）。無理に押し下げようとする歪が生じ、リバウンドの過食に至り、一旦、過食になると安定が図りにくいことを説明する。また、治りたい自分と治りたくない自分を取り上げ意識化させる。例えば、「このままではやばいなと思う」ところは本来のあなたですが、「けど太るのは怖い」ところはまさに病気の部分です、という介入などを行う。

### 7) 疾患教育の進め方

疾患教育が過度の脅しにならないように注意する。患者がそのような状態にあると断定するのではなく、心配を表現する形で行

う。例えば、「多くの患者さんはこのように訴えるのですが、あなたはどうでしょうか?」、「多くの患者さんでこのような問題が起こるのですが、あなたにも起こらないか心配です」など。疾患教育により、治療者は疾患をよく理解しているのだというメッセージが伝わるように工夫する。

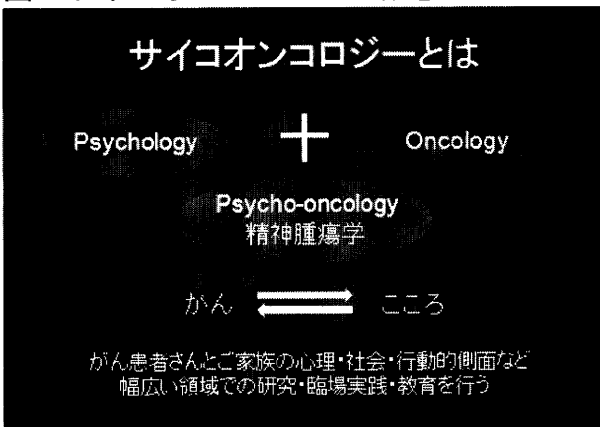
初診面接はその後の経過にも影響するほど重要であるという意識が必要である。初診時面接、疾患教育のみで回復する患者は少ないが、治療者の熱意と情熱をもちながらも冷静で粘り強い治療態度がその後も継続して求められる。

### (3) サイコオンコロジー外来を立ち上げて

#### 1) サイコオンコロジーとは

サイコオンコロジーとは心理学(=サイコロジー)と腫瘍学(=オンコロジー)を組み合わせた造語で、日本語では精神腫瘍学と訳される比較的新しい精神医学の領域である。がん患者とその家族に対しての幅広い研究・臨床を目的としている。サイコオンコロジーには、大きく2つの目標がある。一つはがんが患者や家族、スタッフの精神面に与える影響を明らかにすることである。がんが患者や家族の精神面に与える影響とその対処法を研究し、患者と家族の精神的ストレスを和らげ QOL の向上を目指す。二つめの目標は精神的・心理的因子が、がんに与える影響についてを明らかにすることである。心理・社会的因子(家族、職場、地域、社会資源など)が、がんの発症や再発、経過、生存に与える影響について研究していく(図4)。

図4 サイコオンコロジーの概念

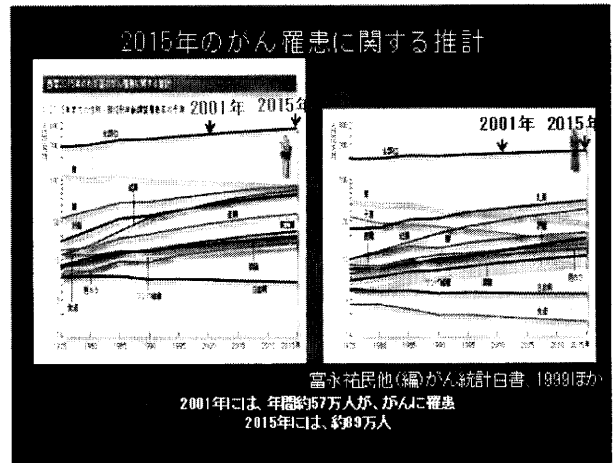


#### 2) サイコオンコロジーが注目される背景

サイコオンコロジーが注目されている背景として我が国の少子高齢化に伴うがん患者の増加があり、今後はがん治療のみならず闘病に伴う様々な苦痛に対するケア(=緩和ケア)も重要となり、痛みなど体の治療とともにこころのケアも必要性はさらに増してくるものと思われる(図5)。

ちなみにサイコオンコロジーとともに注目されている緩和ケアについては、WHOの定めるところによると「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な、魂の)問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチのこと」とされている。

図5 がん患者の推計



#### 3) 当院のサイコオンコロジー外来開設の流れ

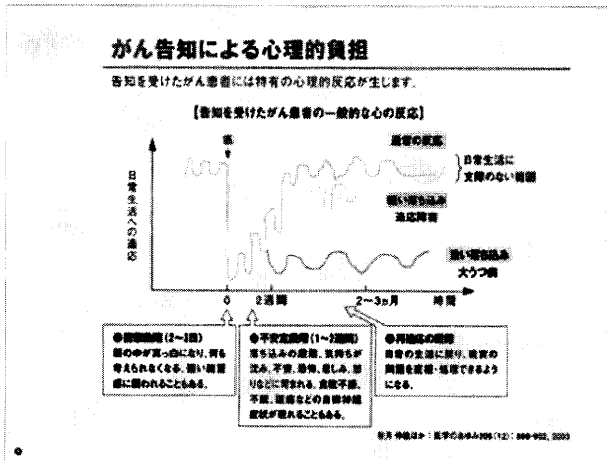
当院の外来開設にむけての準備は平成22年5月に始まった。聖路加国際病院でサイコオンコロジー外来をされている保坂隆先生に外来の概要をうかがい、その後少しずつ準備を進め同年10月に開設となった。開設後まだ3ヶ月程度で受診される患者もまだ少数であるが、それぞれに様々な訴えで外来を受診される。なぜ自分ががん

になったのかという怒りを訴える人や、治療の甲斐なく再発してしまい不安が高まり受診した人、病気を周りが理解してくれないという強い悲しみを訴える人、訴えは個々に違うものの、それぞれ悩みを抱えながらも現実生活に何とか適応しようと精一杯生きておられる様子には逆に勉強させられることも多い。それらの苦しみに対しては支持的精神療法の他、認知行動療法や薬物療法を行いながら個々の患者に合わせて治療を行っている(図6)。

#### 4) 今後の課題

これからの課題は、がん患者の3~4割に適応障害の診断がつくとされているものの精神科の外来を利用するがん患者はそれよりも少なく、今後外来の存在を知ってもらい外来をさらに利用しやすくするための工夫や、がん患者がどのようなニーズを抱えているかについての調査、さらには心理社会的苦痛に対するより効果的な治療法・介入法の工夫などが必要だと考えている。

図6 がん告知による心理的負担



#### (4) 精神保健福祉法について -精神疾患への理解のために-

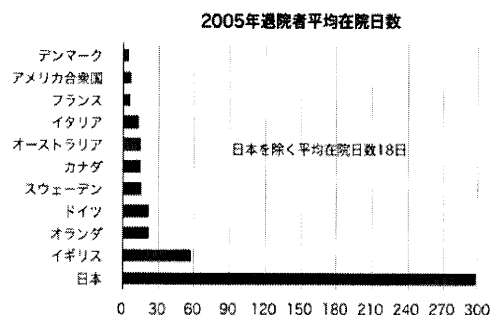
##### 1) 精神保健福祉法制定の背景 (精神科医療の歴史)

日本の精神障害者に関する法制は精神病者監護法, 精神衛生法, 精神保健法を経て精神保健福祉法へと変遷している。精神衛生法下の入院治療中心の政策により, 精神科病床は 35万床を超え, 人口あたりの精神科病床数が最も高い国となった。行動制限を伴う長期入院に関する人権上の問題も大きく, 精神保健福祉法(1993年)のもと, 精神障害者施策は隔離から精神障害者の人権保護, 医療から福祉, 病院から地域へと大きく転換した。

##### 2) 精神障害者を病院から地域へ

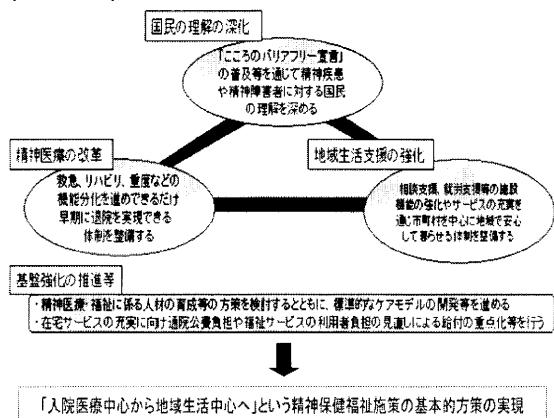
約 35万人の精神科入院患者のうち病状が安定しているのに社会的な事情で退院できないいわゆる社会的入院者の社会復帰を推進するための取り組みとして, ノーマライゼーション7か年戦略(1995年~)が掲げられ, 社会復帰施設の充実が図られた。これにより 1996年からの12年間で統合失調症圏の入院患者数は約 3万人減少した。一方認知症圏などが増加したこともあり入院患者数はいまだ 30万人を超えている。また, 在院日数も 1990年からの20年間で約 500日から約 300日にまで短縮されているものの, いまだ世界で最も長い在院期間である。(日本以外の先進国平均 18日, 2005年, 図7)

図7 先進国の精神科病棟退院者平均在院日数 (2005年)



現在も精神科病棟入院中の患者のうち、環境が整えば退院可能な入院患者は74,000人と推定されている。この人々が地域で生活できる社会の構築を目指して、2004年、国から「精神保健福祉の改革ビジョン」が提示された(図8)。

図8 精神保健福祉の改革ビジョン(2004)



### ①国民の理解の深化：心のバリアフリー宣言

長年の隔離中心の施策の影響から、住民にとって精神疾患は「顔の見えない障害」となりがちで、その精神疾患に対する知識や理解はいまだ乏しいと言わざるを得ない。今後様々な啓発によって、また精神障害者が一住民として他者と交流する機会が増加することで、「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」ということについて国民の認知度を90%以上に上げる国民意識変革の達成目標値を掲げている。

また、精神障害者の地域復帰には、一般医療従事者のスティグマをどう克服するかということも大きな課題である。ここでは、一般医療従事者のスティグマの例として、2010年に統合失調症患者が腸閉塞となり、救急隊が13病院に要請したが受け入れ先なく死亡したというニュースについてのウェブサイト上の匿名医師の意見を紹介し、その問題点をともに考えてみる。一般医療従事者にも、精神疾患を「病名」で医療判断せず、他の慢性疾患と同様に「重症度」、

「病期」の視点から見る姿勢が求められる。また、幻覚妄想の悪化などにより意思疎通困難な状態となるのは、平均的な統合失調症患者の罹病期間の中でごく限られた期間であることなど、適切な医学知識を身につけていただく必要がある。このように、精神障害者の「身体」を「地域で診る」ための態勢づくりも精神保健福祉の大きな課題と言える。

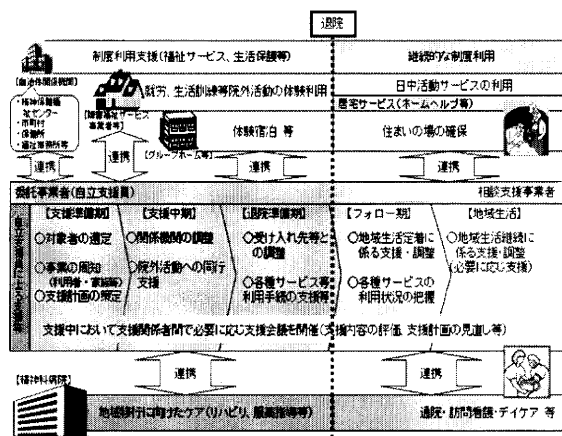
### ②精神医療改革

救急、リハビリ、重症など診療機能分化の推進により入院期間を短縮することが謳われている。精神科病床を有する総合病院が減少し続ける中、医学部附属病院には総合病院として身体危機を有する精神科疾患への対応が期待されている。

### ③地域生活支援の強化

現在推進されている精神障害者退院支援事業について、京都府における取り組みを紹介する。従来の退院、社会復帰は主に病院主導であり退院後の地域のサポートにうまくつながらず再入院を繰り返し地域定着に至らないケースが多く存在した。精神障害者退院支援事業は、むしろ地域の方から社会的入院の方を病院に迎えに行き、もっとも不安が高まる退院早期の地域生活を支援し、長期的な援助態勢につなげるという考え方に基づくものである(図9)。

図9 精神障害者退院支援事業について  
精神障害者退院支援事業の流れ(イメージ)





対象は、精神科病棟に長期に入院している人で、病状が安定しており地域における受け入れ条件が整えば退院可能な人、また本人がこの事業による支援を受けることに合意、帰住を希望し、かつ主治医の推薦のある人となる。

具体的には退院のための支援期間は6ヶ月以内（退院支援協議会で必要と認めるときには6ヶ月を限度に延長可）、退院後は2ヶ月を限度として必要な支援を行う。試験外泊時には専従の支援員が患者とともに泊まりこむなどし、退院生活にむけてハード面、ソフト面のあらゆる障壁を取り除く援助を行う。

そのほか、さらに新しい事業として精神障害者アウトリーチ推進事業を紹介します。これは「こころの総合支援チーム」と呼ばれる多職種チームにより、精神科医療機関に未受診で早期支援が望まれる患者や自宅に引きこもりがちな患者に対して、医療や福祉サービスにつながっていない初期段階からアウトリーチによる治療、地域生活支援を行うものである。

### 3) 精神障害者の入院・入院中の処遇について

精神障害者の入院形態について措置入院、医療保護入院、任意入院、緊急措置入院、応急入院の定義などについて説明する。措置入院（知事、政令指定都市市長による行政措置、指定医2名の診察）、医療保護入院（保護者についての規定、指定医の任務）、任意入院（本人の意志に従う原則的な入院形態であり本人の意思で退院できること、開放処遇の制限についての規定）について説明する。

また、精神科病院における入院患者の処遇等（精神保健福祉法第36条、第37条）について、通信及び面会（厚生省告示128号、第130号）、隔離（厚生省告示129号、第130号）、身体拘束（厚生省告示129号、第130号）などについての規定を説明する。特に身体拘束は重大な合併症の危険を伴う重い行動制限であり、いかなる場合も指定医の指示のもとで行い、合併

症を予防する方策を十分に行わなければならない。

## C. 研究結果

### (1) 参加者

セミナー参加者は医師28名であった。

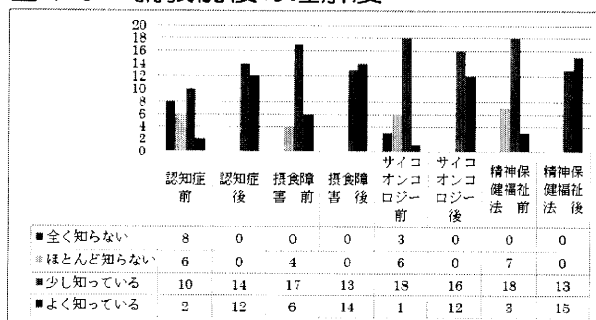
- ①「認知症支援とテレビ会議」には26名が、②「摂食障害の対応」には27名が、そして③「サイコオンコロジー外来」、④「精神保健福祉法」には28名が受講した。

### (2) セミナー前とセミナー後の理解の改善度

「全く知らない」+「ほとんど知らない」+「少し知っている」と、「よく知っている」の2グループに分けた。

その結果、それぞれ、①認知症とテレビ会議支援で、24:2が、14:12へ、②摂食障害への対応では、21:6が、13:14へ、③サイコオンコロジー外来では、27:1が、16:12へ、④精神保健福祉法では、25:3が、13:15となり、「よく知っている」の人数が大きく増加し、改善度合いは、①2/26→12/26、②7/27→14/27、③1/28→12/28、④3/28→15/28となり、セミナー後の理解度が高まったことが示された(図10)。

図10 講義前後の理解度



## D. 考察

昨年度の本研究では、一般府民・市民を対象に、「こころと身体の健康 -最近の話題-」のテーマで、自閉症、若者の薬物乱用、タバコ依存と心身への害、男性更年期障害、認知症の5つの（病態）について、講演前後の理解度を調査し統計学的にも有意な改善がみられたことを報告した。

本年度は、当院が病院機能評価機構において精神機能を有する大学病院として、更新受審のバージョンVIでは評価項目の一つに精神疾患やその処遇（精神保健福祉法）に対する院内医師の理解を深めるための啓発活動が挙げられている。そこで本研究では、分担研究者の所属機関（京都府立医科大学）で開催された、平成22年度精神医療セミナーにおいて、院内医師を対象に、①認知症支援、②摂食障害、③サイコオンコロジー、④精神保健福祉法について、の4つのテーマでセミナーを行い、セミナー後にアンケート調査を行った。

①から④のすべての項目において、セミナー前後で理解度が高まったが、その改善度は①③⑤で大であった。これは①が単に認知症のセミナーというのではなく地域とのテレビ会議を用いて認知症の診断、処遇について検討する新しい取り組みであったために、セミナー前では十分な知識が少なかったためと考えられる。

②の摂食障害の対応については、各診療科（内科、小児科、婦人科等）でも摂食障害を診療する機会が増えており、その対応についての理解は十分に深まったが、改善度で考えると他の3つの項目ほど高い数字には至らなかったものと考えられる。

③のサイコオンコロジー外来は、院内の緩和医療セミナーなどで研修会は開催されてはいるものの、精神神経科で扱う内容について具体的に提示したことで、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）の理解が相当に深まったものと考えられる。これは本院が都道府県がん診療連携拠点病院であることから、今後この領域の需要が増えると予想され、その効果が多いにあったものと推測

される。

④の精神保健福祉法では、精神医療の特殊性について、現状と今後、また法律の細かい点にふれたこともあって、理解が相当に深まったものと思われる。本院が精神科病棟を有する総合病院であることを考えると、院内で精神症状が発生したときのリエゾン活動においても、本法律の知識を皆で共有することが重要であると考えられる。新医師臨床研修制度においては精神科が必修科目であり、最近でも選択必修になっているため、研修医がすべて1ヶ月単位で廻ってくるため、その都度精神保健福祉法についてのセミナーもおこなっており、これを続けることによって、研修医が他の診療科に勤務するようになっても精神疾患の理解を持った医師が院内に増えることによって精神障害へのスティグマの軽減に繋がるものと期待できる。

今年度は、3つの精神疾患と精神保健福祉法についての啓発について報告したが、参加人数が多くなかったため統計的な検討は出来なかったが、今後はその参加人数と回数を増やし、他の精神疾患、統合失調症、気分障害、不安障害等についてのセミナーを続けていく予定である。

## E. 結論

本院が、病院機能評価受審（バージョンVI）において、精神機能を有する病院として、精神疾患やその処遇（精神保健福祉法）への理解の向上について、院内医師への啓発活動がその評価項目の一つに挙げられている。そこで本研究では、本院で開催された、平成22年度精神医療セミナーにおいて医師を対象に、①認知症支援、②摂食障害、③サイコオンコロジー、④精神保健福祉法について、の4つのテーマでセミナーを行い、セミナー後にアンケート調査を行ったところ、3つの疾患と精神保健福祉法について、セミナーを受けたことによって理解の向上が明瞭にみられ、本セミナーによる啓発が有用であることから、今後も

種々の精神疾患の診断・治療・処遇に関するテーマを選び啓発活動を続けていく必要性を提示した。

#### 【参考文献】

- 1) 成本 迅 福居顯二 他：「テレビ会議システムを用いた介護支援専門員に対する老年精神医学教育の試み」 老年精神医学雑誌：22(1), 77-83, 2011.
- 2) Treasure, J & Ward, A. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5 : 102-114, 1997.
- 3) 和田良久 訳：拒食症の克服「Overcoming Anorexia. edit. Hubert Lacey et al.」 新興医学出版社（東京），2010.
- 4) 秋月伸哉 内富庸介 がん患者の精神症状とその早期発見 医学のあゆみ. 205(12): 898-902, 2003.
- 5) 日本サイコオンコロジー学会ホームページ (<http://www.jpos-society.org/>)
- 6) 富永祐民, 黒石哲生, 大島明, 青木国雄 がん・統計白書—罹患/死亡/予後, 篠原出版新社, 1999.
- 7) 羽多野 裕 福居顯二 他：緩和ケア教育における精神科研修の必要性についての検討 -精神科医の立場から- *Palliative Care Res*, 4 : 101-111, 2009.
- 8) 我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成 21 年度版 精神保健福祉研修会 監修 太陽美術（東京），2009.

## 和歌山県における精神障害の普及啓発

～自殺予防ワークショップ in 和歌山を開催して～

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】

和歌山県の自殺率は10万人当たり25・4人（07年）で、13年連続で年間300人を超える自殺者が発生していた。これは近畿2府4県で最も高い状況であり、人口比率でも全国平均を超える状態が続いている。県内では講演会やリーフレット配布、いのちの電話など、行政機関や医療機関、民間レベルなどの自殺予防の取り組みが継続されて行われている。その効果のためか、平成22年の和歌山県の自殺者は286人と13年ぶりに300人を下回った。しかし依然として高水準にある理由のひとつは、県内に多くの過疎地や限界集落が存在し、医療機関や関連相談機関全般へのアクセスが十分とは言い難いことである。県内全体の精神医療でも同じ状況が見られ、患者が一極集中する精神科医療機関の医師への負担は大きい。このような背景から和歌山県でも自殺の恐れがある患者に受診援助を行うことで、適切に精神科医療へのアクセスを可能にし、自殺未然に予防するゲートキーパーの養成は急務であると思われる。

ゲートキーパーとは一般的に活動や意義を耳にすることがまだ少ない状況であるが、平成22年2月に和歌山市で“こころの安全パトロール隊養成講座（以下、養成講座）”を実施し、実際に受講生の半数近く（47%）に精神科受診援助件数が増加したという報告があった。したがって、継続した養成および意識の向上を目的とし、養成講座を和歌山県に定着することが大切であろう。

養成講座の継続開催及び広報等の面から、筆者は東睦広氏（日本赤十字社和歌山医療センター精神科部）・藤浪宏典氏（和歌山内観研修所）と協働し、自殺予防のNPO設立を目指しており、現在認可申請中（申請名：心のSOSサポートネット）である。そのNPO設立のキックオフ企画として平成23年1月に、養成講座の企画者である保坂隆氏（本研究主任研究者）を招聘し「ゲートキーパーの重要性と意義」という講演を行った。その後、パネルディスカッションでは「和歌山での自殺の現状」を東睦広氏が、「中国における自殺研究の概況」について王紅欣氏（中国・無錫市精神衛生中心 精神科医師）が、「ゲートキーパーとしての臨床心理士の取り組み」について筆者がそれぞれ発表し、その後パネルディスカッションを行った。参加者には事前にアンケートを配布し、（1 招待講演の感想 2 WSの感想 3 自殺予防に携わりたいと思ったか？ 4 自殺予防経験はあるか？）の4項目のアンケート調査を行った。参加者は38名で、アンケートが回収できたのは29名であった。職種の内訳は 一般：7名 看護師・保健師：4名 相談員：6名 福祉職：6名 心理職：4名 その他：2名であった。

まず、1（招待講演の感想）に関しては29名中28名が（とても良かった、まあまあ良かった）と回答した。2（WSの感想）、3（自殺予防に携わりたいと思ったか？）、