【表－10】養護教諭のVignette評価

		問題なし	高血圧	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害	ストレス	こころの病気	からだの病気	わからない	その他	計	正解率	正解率＊
受講前	統合失調症					1	35	2						1	2		4		45	77.8%	
	うつ病					39								1	1		4		45	86.7%	
	自閉症（発達障害）	2		1					29				9				4		45	64.4%	77.8% （含：発達障害）
	アルコール依存				1					39							5		45	86.7%	
	神経症（パニック障害）	1						22			2			2	4	1	4	9 （パニック障害）	45	48.9%	68.9% （含：パニック障害）
受講後	統合失調症						43	1									1		45	95.6%	
	うつ病					42	1								1		1		45	93.3%	
	自閉症（発達障害）	2						1	30				11				1		45	66.7%	91.1% （含：発達障害）
	アルコール依存	1								43							1		45	95.6%	
	神経症 （含：パニック障害）					1		35							2		1	5（パニック障害） 1（強迫性障害）	45	77.8%	88.9% （含：パニック障害）

【表－11】一般従業員のVignette評価

		問題なし	高血圧	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害	ストレス	こころの病気	からだの病気	わからない	その他	計	正解率	正解率＊
受講前	統合失調症					14	8	9	6		12			19	10				78	10.3%	
受講前	うつ病					63	2	1			1			3	7	1			78	80.8%	
受講前																					
受講前																					
受講前	神経症(パニック障害)					5	22	10	2		7			4	5	11	10	2(パニック障害)	78	12.8%	15.4% (含:パニック障害)
受講後	統合失調症					31	34	4			4			2	2		1		78	43.6%	
受講後	うつ病					73	1				1			1	1		1		78	93.6%	
受講後																					
受講後																					
受講後	神経症 (含:パニック障害)					27	6	23	1		4			6	3	5	3		78	29.5%	29.5% (含:パニック障害)

【表-12】高校生のVignette評価

		問題なし	高血圧	がん	糖尿病	うつ病	統合失調症	神経症	自閉症	アルコール依存	精神疾患	知的障害	発達障害	ストレス	こころの病気	からだの病気	わからない	その他	計	正解率	正解率※
受講前	統合失調症	1				7	6	4	2		19			14	7		2		61	9.8%	
	うつ病					42	3	2	3		2			3	5		1		61	68.9%	
	神経症(パニック障害)	8				1	14	6	1		9			4	7	4	4	3(パニック障害)	61	13.1%	14.8% (含:パニック障害)
受講後	統合失調症					2	51				5			2			1		61	83.6%	
	うつ病					49			1		9				1	1			61	80.3%	
	神経症 (含:パニック障害)					1	2	23		1	11			3	5	1	1	13(パニック障害)	61	37.7%	59.0% (含:パニック障害)

【表－13】受講対象別のVignette評価①

	Vignette	ケアマネ	養護教諭	一般従業員	高校3年生
受講前	統合失調症	56.3%	77.8%	10.3%	9.8%
	うつ病	81.3%	86.7%	80.8%	68.9%
	自閉症	56.3%	64.4%		
	アルコール依存	93.8%	86.7%		
	神経症	48.4%	48.9%	12.8%	13.1%
受講後	統合失調症	90.8%	95.6%	43.6%	83.6%
	うつ病	98.7%	93.3%	93.6%	80.3%
	自閉症	55.3%	66.7%		
	アルコール依存	96.1%	95.6%		
	神経症	64.5%	77.8%	29.5%	37.7%

【表－14】受講対象別のVignette評価②

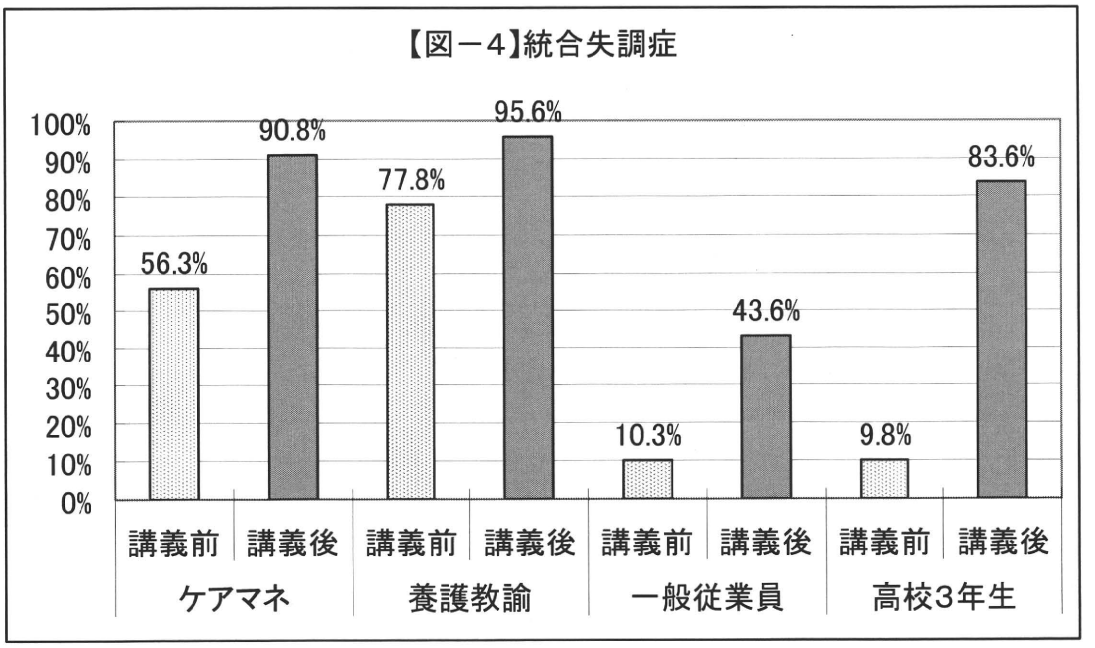
	Vignette	ケアマネ	養護教諭	一般従業員	高校3年生
受講前	統合失調症	56.3%	77.8%	10.3%	9.8%
	うつ病	81.3%	86.7%	80.8%	68.6%
	自閉症（含：発達障害）	65.7%	77.8%		
	アルコール依存	93.8%	86.7%		
	神経症（含：パニック障害）	54.7%	68.9%	15.4%	14.8%
受講後	統合失調症	90.8%	95.6%	43.6%	83.6%
	うつ病	98.7%	93.3%	93.6%	80.3%
	自閉症（含：発達障害）	59.2%	91.1%		
	アルコール依存	96.1%	95.6%		
	神経症（含：パニック障害）	80.3%	88.9%	29.5%	59.0%

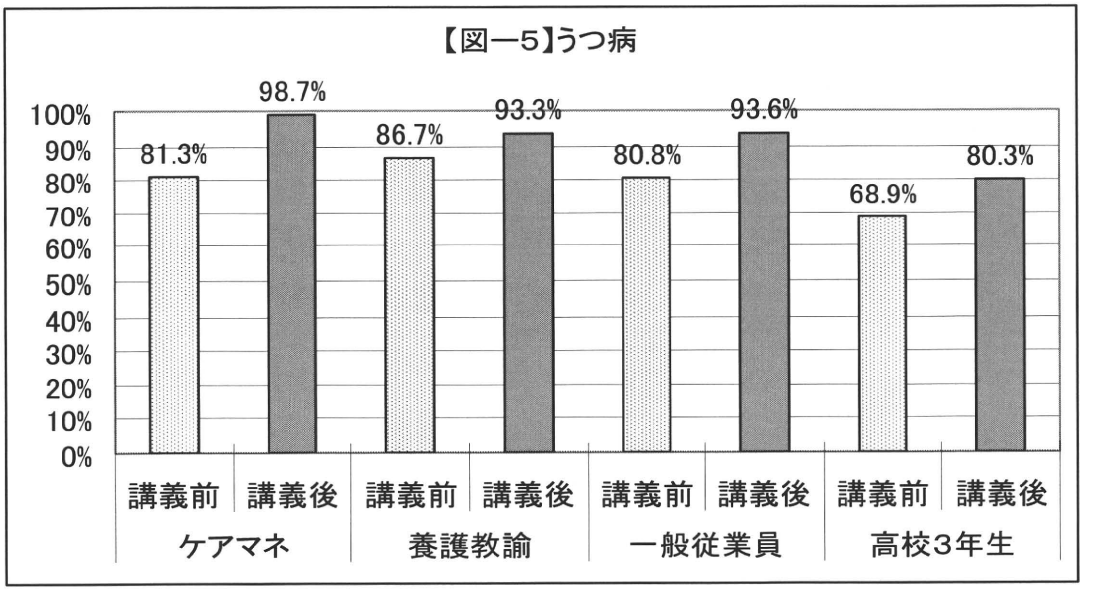
【表－15】疾患別のVignette評価の前後比較①

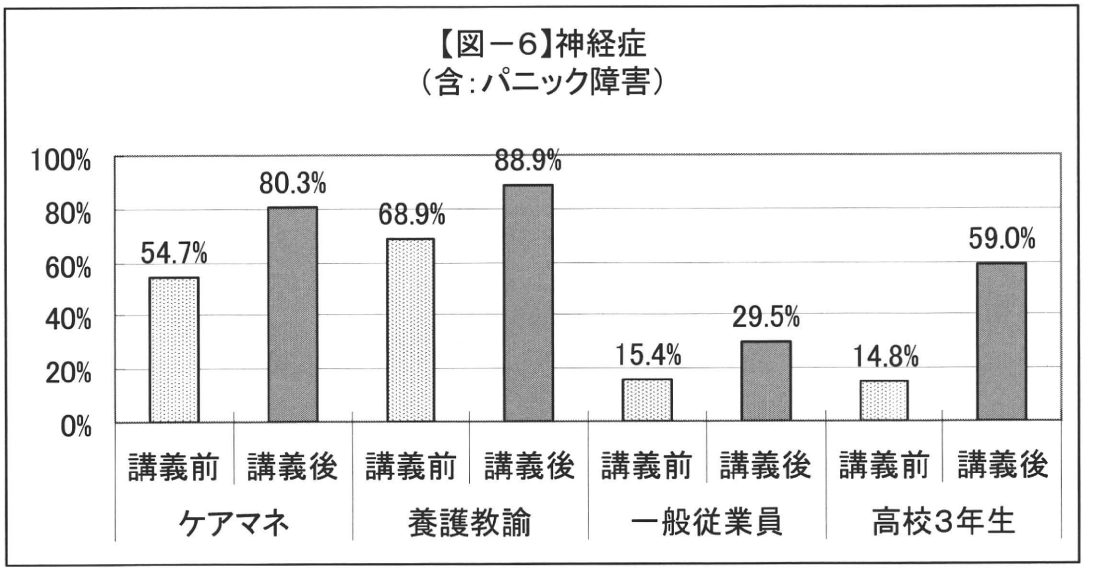
Vignette	ケアマネ		養護教諭		一般従業員		高校3年生	
	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後
統合失調症	56.3%	90.8%	77.8%	95.6%	10.3%	43.6%	9.8%	83.6%
うつ病	81.3%	98.7%	86.7%	93.3%	80.8%	93.6%	68.9%	80.3%
自閉症	56.3%	55.3%	64.4%	66.7%				
アルコール依存	93.8%	96.1%	86.7%	95.6%				
神経症	48.4%	64.5%	48.9%	77.8%	12.8%	29.5%	13.1%	37.7%

【表－13】疾患別のVignette評価の前後比較②

Vignette	ケアマネ		養護教諭		一般従業員		高校3年生	
	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後	講義前	講義後
統合失調症	56.3%	90.8%	77.8%	95.6%	10.3%	43.6%	9.8%	83.6%
うつ病	81.3%	98.7%	86.7%	93.3%	80.8%	93.6%	68.9%	80.3%
自閉症（含：発達障害）	65.7%	59.2%	77.8%	91.1%				
アルコール依存	93.8%	96.1%	86.7%	95.6%				
神経症（含：パニック障害）	54.7%	80.3%	68.9%	88.9%	15.4%	29.5%	14.8%	59.0%


【図－4】統合失調症
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
56.3%
90.8%
77.8%
95.6%
10.3%
43.6%
9.8%
83.6%
講義前
講義後
講義前
講義後
講義前
講義後
講義前
講義後
ケアマネ
養護教諭
一般従業員
高校3年生


【図－5】うつ病
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
81.3%
98.7%
86.7%
93.3%
80.8%
93.6%
68.9%
80.3%
講義前
講義後
講義前
講義後
講義前
講義後
講義前
講義後
ケアマネ
養護教諭
一般従業員
高校3年生


【図－6】神経症
（含：パニック障害）
100%
80%
60%
40%
20%
0%
54.7%
80.3%
68.9%
88.9%
15.4%
29.5%
14.8%
59.0%
講義前
講義後
講義前
講義後
講義前
講義後
講義前
講義後
ケアマネ
養護教諭
一般従業員
高校3年生

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

中学校教職員に対する精神障害の教育的介入

～精神医療機関への紹介数を主とした長期的評価～

分担研究者：厚坊　浩史（南和歌山医療センター）

【要旨】

本研究は，中学校教職員対象の精神障害の普及・啓発を目的とした教育的介入（教育講演）を行うことで，中学校からの各種専門機関（精神医療機関・児童相談所・小児科など精神科以外の診療科）への受診数・紹介数がどのように変化したかを調査したものである。

方法としては，平成１８年・１９年と２年続けて１０月上旬に，管理職・養護教諭も含めた教職員を対象とした【思春期生徒が抱える精神医学的・心理社会的問題の理解と対応】という演題の教育講演を行った。講演内容は，大きく分けて　①思春期生徒の理解　②精神疾患　③仮想事例を用いた具体的な理解と対応方法　の３本を柱とした。本研究においては，前述した通り各種専門機関への紹介実数の推移をデータとして取り扱ったため，講演前後でＶＡＳやアンケートを用いた意識調査などは行っていない。教育講演はおおよそ１時間程度であり，参加者は初年度２８人・２年目は２５人であった。

その結果，不登校や引きこもり，生活全般に影響を与える何らかの問題行動を持つ生徒に対する教職員の対応に変化が生じた。具体的には，何らかの精神疾患を持つ可能性のある生徒を教職員が早期に発見し，教職員独自およびスクールカウンセラーなどを通じて精神医療機関へ紹介し，薬物療法や心理療法などを受けた件数が増加した。初年度では，介入前後で９倍（前２件・後１８件），翌年度は初年度後期とほぼ同数（前１０件・後１１件）となった【表１参照】。

このことより，ゲートキーパーとしての教職員を対象とした精神障害の普及・啓発を目的とした教育的介入は，精神障害の理解と対応の変化に効果があるものと考えられ，また２年目以降も数値が減少していないことから，比較的長い期間にわたって教育講演の効果が持続すると考えられる。

今後は教職員の新たな生徒理解として精神障害の知識を持ち，生徒に対して幅広い対応の選択肢を身につけることで教員の生徒指導における負担が減少する可能性があること，また精神疾患の早期発見は，生徒自身の生活全般への適応，問題行動の改善に大きな影響を与えることが示唆された。今後は同様の研究に不登校の実数の増減と合わせた研究を行うことが望まれると考えられる。

A．研究目的

厚生労働省のデータによると，成人が抱える精神疾患の約５０％は１０代中頃までに，約７５％は１０代後半までに発症しているとされている。つまり成人期において一気に発症するわけではなく，思春期・青年期において既に何らかの前兆が現れている可能性がある。このことは，現在中学校や高等学校に在籍している生徒の何％かが既に何らかの精神疾患を発症していることを意味するものである。それらの早期発見については家庭と同程度の時間を過ごすことになる学校現場での対応が必要不可欠であると考えられる。

本研究では，学校教育現場において生徒と関わる教職員を対象に精神障害の啓発を目的とした教育研修を実施することで，学校現場における精神障害の理解と対応がどのように変化したかについて考察を行うことを目的とする。

B．研究方法

関西地方の公立中学校教職員を対象とし，２年連続で“思春期生徒が抱える精神医学的・心理社会的問題の理解と対応”という題目の教育研修を行った。具体的には思春期，青年期に発症しやすい精神障害の理解と対応及び精神医療機関の特徴と紹介の仕方などを伝えることを目的とした。研修時間はおおよそ１時間程度であり，内容に関しては，まず思春期生徒の理解として①現代社会の特徴　②中学生の心理的特徴　③不登校のタイプ（６分類）の総論を述べた。次に精神疾患についての講義を行い，①精神疾患の基礎知識　②各種精神疾患の説明　③広範性発達障害の特徴について述べた。最後に，このような特徴を持った生徒への具体的な対応方法を教示するために仮想事例を用いて参加者各自がどのような対応を心がけたのかをディスカッションした。

仮想事例の紹介

生徒：Ａくん　１４歳（中２）　男子
状態：塾・学校・部活で多忙な日々。元々，成績は学年で上位だったが，最近は以前に比べて思ったほど成績も伸びず，ストレスが溜まっている様子。
性格：非常に頑張り屋で，まっすぐな性格。ちょっとふざけている仲間を見たら，注意することも多く，責任感が強い。
症状：夜が寝付けず，寝てもすぐに目覚める。意欲や気分が落ち込む。ここ数ヶ月，このような状態が継続しており，食事もあまり摂らなくなっている。
行動：授業も集中できず，落ち着かない。学校も休みがちに・・・
本人：表情はうつろで，何も言わない

（解説：思考が混乱し，自分の状態を説明出来ない）ある意味，自然反応。多くの子どもは，自分の状態を言葉に出して言えない。

担任：「叱っても，励ましても反応が芳しくない。何が問題なんだろう・・・」
母：「この子が怠けているだけ？家で強く言っても変わらないんです・・・」
このような場合・・・どうしますか？

単なる怠惰・ふざけ、自信喪失では
この対応で既に改善しているハズ！

対応方法
① 更に叱る・励ます ⇒ストレスが増加し，問題が悪化する可能性
② 自然に任せる ⇒自然治癒力が低下しているため，時間がかかる。またその間，不登校になる可能性が。

このような場合・・・どうしますか？

（手元にある）うつ病の診断基準を見てみましょう。いかがですか？

解説：このような場合，学校や家庭で出来る対応は限られてくる。それは，教師や親のスキルや設備の問題ではなく，精神疾患が背景にあるからである。このようなケースに教育的指導を考えると，教師・本人・親ともに疲労感でいっぱいになり，バーンアウトへと繋がる可能性が・・・

この研修は毎年１０月初旬に実施し，研修前後（前期：４－９月　後期：１０－３月）の各半年間で教職員の精神障害の理解，特に生徒や保護者を精神医療機関へ紹介する件数の変化を計測した。

（倫理面への配慮）
精神障害を抱えているとされる生徒自身及び学校名が特定されないよう匿名とし，データは全て実数化し処理した。また，データは本研究以外に使用することのないようにした。

C．研究結果

研修初年度については，精神科紹介数が前期２件，研修後の後期は１８件と増加した。２年目は前期１０件，後期１１件であった。同じく，同校に勤務するスクールカウンセラーへのカウンセリング依頼が初年度前期２９件，研修後後期が７３件となった。２年目は前期７９件，後期９５件（いずれも延べ実数）であった。→【表２　参照】

同様に児童相談所や小児科などへの各種専門機関への紹介件数は，児童相談所への紹介件数が初年度の介入前後で５倍に増加したものの，翌年度は前年度の介入前の件数の２倍に増加したにとどまった。また小児科など，いわゆる精神科以外の診療科への紹介件数は初年度，翌年度共に大きな変化は見られなかった。【表３・４　参照】

D．考察

中学校に在籍する生徒は，思春期の真っ只中ということもあり，人間関係や生活環境，勉強や試験などへのプレッシャーから多くのストレスを抱えている。勉強面に関しては，過度な受験戦争などが挙げられ，生活環境においては核家族化や地域共同体の崩壊，携帯やパソコンなどのコミュニケーション・ツールの普及などから，生徒自身が抱える人間関係能力はますます低下の一途を辿っている可能性がある。また，近年はアスペルガー障害や自閉症，学習障害

などといった発達障害の理解が進んでおり，様々な障害を持つ生徒が増えている背景がある。

このような中，学校教職員は生徒の抱える発達的問題，心理的問題などを生徒指導，教育という観点から関わることを求められる。しかし，精神障害や発達障害を背負った生徒へは，これらの対応が適切な効果をなさないことも多々みられる。このような場合，必要に応じて投薬治療や専門的な各種精神療法などを通じての援助が求められるように思われる。そして，的確な診断技術までには至らなくとも，精神疾患の概念および総論に関しての知識を習得することは，生徒理解と対応の幅を広げる意味では非常に有効ではないかと考えられる。

このような背景の中，思春期の生徒と関わる教職員に対して精神障害を主とした教育的介入を行った結果，精神医療機関への紹介数が初年度において介入前後で９倍に及ぶ数値の上昇が見られた。また，同時にスクールカウンセラーへの紹介（生徒や保護者の個別カウンセリング・コンサルテーション依頼）も３倍に増加した。また，精神医療機関への紹介数は，翌年度も同数を維持している結果となった。

また，児童相談所や小児科などの専門機関への紹介件数は，精神科紹介件数に比べ大きな増加は認められなかった。このことは，児童相談所や小児科などに比べ，精神科に対する敷居が学校現場で未だ高いことを示唆するものであると考えられる。しかし，精神障害に関する理解と対応については，学校現場で求められているものであり，実際に教育的介入を行うことで精神医療機関の敷居は幾分低下させることが出来ると考えられる。また，教育的介入を行うことによる効果は，翌年度の精神紹介件数が初年度後期と同数を維持していることから，比較的長い間効果が見られることを示している。この介入によって，教職員が生徒指導や教育活動を行う中で，精神障害という新たな知見を得たことによる意識の変化があったことと関連があると思われる。言い換えれば，精神障害の偏見や誤解が低減し，適切な生徒理解が行われるようになったことが示唆された。

E．結論

学校教職員に対する精神障害に関する教育的介入は有効であり，精神疾患などの理解と対応が促進された。そのことにより，教職員はゲートキーパーとして生徒自身が抱える精神障害への早期介入，対応が可能となり，スクールカウンセラーなどと連携して精神医療機関への紹介などを行う重要な役割を担うことが示唆された。

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

資料

（表１　精神科・神経科紹介件数の推移）

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
精神科・神経科紹介件数	2		18	10		11

（表２　スクールカウンセラーへの相談件数の推移）

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
SC個別相談件数（コンサルテーション含）	29		73	79		95

（表３　児童相談所への紹介件数の推移）

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
児童相談所への紹介	2		10	4		4

（表４　小児科・他診療科への紹介件数の推移）

	H18年 4～9月	教育講演	H18年 10～3月	H19年 4～9月	教育講演	H19年 10～3月
小児科・他診療科への紹介	4		7	5		9

資料①
内科治療モデルと精神科治療モデル（発表資料より）

治療の流れ

例）風邪を引き、内科を受診

① 問診・各種検査など

② 投薬治療・生活上のアドバイス

③ 服薬・療養（自己摂生・家族の協力）

④ 服薬終了・再発しないよう予防的行動

では、精神科では？

例）眠れないので、精神科を受診

① 問診・各種検査など

② 投薬治療・生活上のアドバイス

③ 服薬・療養（自己摂生・家族の協力）

④ 服薬終了・再発しないよう予防的行動

内科治療モデルと何ら変わらない

資料②
精神科の偏見についてのスライド

精神科、精神疾患の偏見

・　治らないのでは？
⇒原理的には治療可能
・　薬は依存するでしょ？
⇒服薬管理をしっかりすると、問題なし
・　一人で受診は怖い
⇒家族や信頼できる人と一緒に受診可能

資料③
コミュニケーションのコツ

とは言っても・・・よくあるケース①

コミュニケーションのコツ

①精神科への抵抗
×　調子悪いから、精神科へ
○　調子を崩さないよう予防のために、専門機関へ
②病気じゃない！
×　病気だから早く治そう！
○　病気になる前に、改善しておこう！

とは言っても・・・よくあるケース②

コミュニケーションのコツ

③頭はおかしくない！

⇒頭はおかしくない。気分が不良なだけ。

④自然に治るのを待つ！

⇒自然回復には、多大なエネルギーと時間、環境が必要
専門機関で改善するほうが早い（子どもの大切な時間を奪わないで！）

⑤精神疾患なんかじゃない！

⇒サラリーマンの胃潰瘍と一緒で、ストレスでも調子は崩れる。

平成21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

こころの安全パトロール隊員養成講座

研究代表者：保坂　隆（東海大学医学部教授）
分担研究者：池山晴人（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター）
分担研究者：厚坊　浩史（南和歌山医療センター臨床心理士）

【要旨】
地域における精神障害の普及啓発は，住民すべてに対して行わなければいけない。新聞やラジオなどのメディアを使うことも効果的であろうが，本年度はある地域を限定して，しばしば行われる市民講座的なものを開催して，そこに普及啓発的な新たな視点を付加してみたので報告する。
長野県小布施町は人口約12,000人の町で，単に観光や花/果物などの物産だけでなく，市民の庭先を観光客に開放するなど，新しい視点を取り入れている積極的な町の一つであると言える。この町の町長や行政との話し合いで，研究班としての介入に対する協力をいただいた。地域における精神障害の普及啓発の対象としては，青少年の統合失調症，中高年のうつ病，高齢者の認知症などが望まれる。方法は，たとえば新聞，ラジオ，パンフレット配布，回覧板などさまざまな方法によって，12,000人の住民すべてに届くことが理想的であるが，小さな町とて，それは現実的ではない。そこで，特に精神的な健康面については周囲の100人に関しては目が届くだろう（1/100理論）と考え，120名に参加していただき，自分だけでなく，周囲の人の心身の健康に目を配る役割と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。
一方，和歌山県は人口約998,000人で，近畿地方の南部に位置する。和歌山県における07年の10万人当たりの自殺率は25･4人で，年間ではここ数年連続で250～300人の自殺者が発生しており，近畿２府４県で最も高い状況にある。また人口の比率でも，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い難いことが挙げられる。全国の自殺率の増加は，我が国の精神保健福祉の大きな問題であり，和歌山県でも自殺の恐れがある，もしくは今後自殺を考える可能性がある患者に援助を行うゲートキーパーの養成は急務である。
共に，この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，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)での記入をお願いした。

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，返送してもらっていた。

参加者は小布施町では 132 名であり，和歌山市では 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，今回は精神障害の普及啓発，そして精神科受診援助数を主な目的としているために医療者・教育者等の対人援助職の専門家を受講資格要件とした。

結果としては，まず精神障害に関する知識を問う質問票の平均点は，小布施では 14.9 点から 17.6 点（満点は 20 点）に，和歌山市では 15.3 点から 18.3 点に，ともに有意（$p<0.01$）に上昇していた。講座前後での３ケースのシナリオ(Vignettes)を読んでからの病名の正解数に関しては小布施では受講前 1.77 問（３問中）から，受講後は 2.50 問に，和歌山では受講前 1.19 問から 2.11 問にともに有意（$p<0.01$）に増加していた。

これら２会場の結果から，講座を受講することによって，知識レベルでは効果があることがわかる。

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した。それによれば，講座内で伝えられた精神障害に関する知識については，ほとんどが 4.5 点前後（満点５点）と，かなり高得点を得ているが，それに対して，「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，3.5 点（満点５点）と明らかに低値を示した。

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。前後データが揃ったものは 95 例であり，受講前の平均受診援助数は 0.23 件であったが，受講後には 0.75 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 95 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 81 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 81 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，なんと 56 名（約７割）は依然として０件のままだったのである。

一方，和歌山では前後データが揃ったものは 48 例であった。１７名が前後で変化がなく，減少が６名，増加が 25 名，内訳は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 件に増加していた。別の検討をすれば，受講者の 47%にあたる 25 名の受診援助数が増加した結果となった。小布施講座では精神科受診援助

数が増加した受講者が 25%であったため，和歌山のほうが増加した。また小布施講座では約７割が受講前後で受診援助数が０件のままだったが，和歌山講座においては23%（15 名）であった。これは，和歌山講座の受講者が対人援助の専門職限定であったこと，また小布施講座では近隣に精神医療機関が存在しない環境であったが，和歌山県は数が限られているものの精神医療機関が存在することで受診援助により結びつけやすい背景があると思われる。同じ内容の講座と言え単純に比較検討することは非常に難しい問題であることには留意する必要があるが，本研究により得られた知見は，ゲートキーパー養成講座は対人援助の専門職に絞って開講すること，近隣に精神医療機関が存在する地域で実施することで，より受診援助の件数増加に期待が出来ることが示されたのではないか。

非常におおざっぱな言い方をすれば，この「こころの安全パトロール隊員養成講座」は，約３割の受講者にしかインパクトがなかったことになるのである。そしてそれは，受講時からすでに予測できていたことである。それは，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るのに対して，「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，3.5～3.9 点前後とほぼ 70%程度に過ぎなかったからである。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。和歌山でも，これは 3.9～4.0 点前後であった。

言い換えれば，このような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。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。

A．研究目的

近年の精神障害についての普及啓発としては，平成１６年３月の「こころのバリアフリー宣言」～精神疾患を正しく理解し，新しい一歩を踏み出すための指針～が知られている。しかし，このキャンペーンによってどの程度，精神障害について普及啓発されたのかという，いわば，普及啓発の評価に関してはどうだったのか。

これに関して，平成 18 年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」（主任研究者：竹島正）「こころのバリアフリー宣言」の内容に関わる調査結果によれば，

○「こころの健康」への関心；82.1%（「考えている」「やや考えている」と回答した割合，以下同）
○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。特に，「精神疾患は誰もがかかりうる病気であるか？」に対して

「そう思う」と回答した割合：51.8%（全国精神障害者家族連合会）と比べて，82.4%が高いと評価されることがある。しかし，これにはあまり説得力がないことに誰もが気づく。つまり，精神障害および精神障害者についての普及啓発に関しては，その評価が非常に難しいのである。

そこで昨年度の研究では，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た。

さて，地域における精神障害の普及啓発は，住民すべてに対して行わなければいけない。新聞やラジオなどのメディアを使うことも効果的であろうが，本年度は，ある地域を限定して，しばしば行われる市民講座的なものを開催して，そこに普及啓発的な新たな視点を付加してみたので報告する。

和歌山で行った同じような講座でも，本報告と同じような結果が得られた（【研究要旨】参照）ので，本報告書にはその詳細は省く。

B．研究方法

長野県小布施町は人口約12,000人の町で，単に観光や花/果物などの物産だけでなく，市民の庭先を観光客に開放するなど，新しい視点を取り入れている積極的な町の一つであると言える。この町の町長や行政との話し合いで，研究班としての介入に対する協力をいただいた。地域における精神障害の普及啓発の対象としては，青少年の統合失調症，中高年のうつ病，高齢者の認知症などが望まれる。方法は，たとえば新聞，ラジオ，パンフレット配布，回覧板などさまざまな方法によって，12,000人の住民すべてに届くことが理想的であるが，小さな町とて，それは現実的ではない。そこで，特に精神的な健康面については周囲の100人に関しては目が届くだろう（1/100理論）と考え，120名に参加していただき，自分だけでなく，周囲の人の心身の健康に目を配る役割と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。

この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】）

また各レッスン終了後には，それぞれのレッスン内容の理解度について，VAS(Visual Analogue Scale) による評価票（【表－3，4，5】）への記入をお願いした。

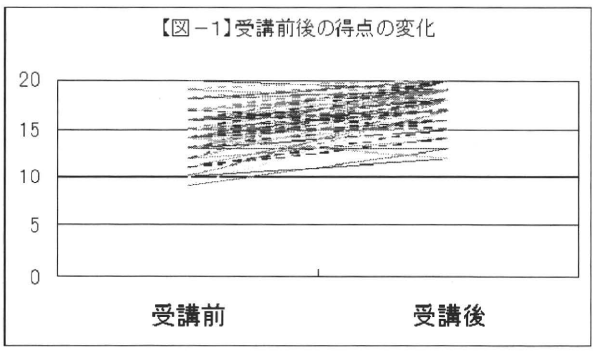
さらに，中長期的な評価として，講座を受講してから3ヶ月後に郵便で，3ヶ月間の受診援助者数を記入，返送してもらった。講座受講時には，受講前3ヶ月間の受診援助者数を記入，返送してもらっていた。

（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

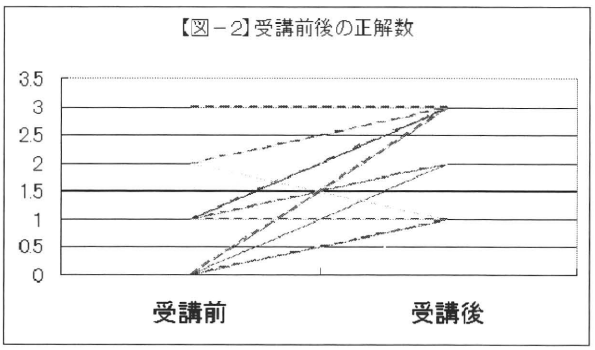
参加者は，男性 39 名，女性 93 名で合計 132 名であった。

家事その他の都合で，６時間半の講座全てには参加できずに途中退席した者がいるが，精神障害に関する知識を問う質問票に，講座修了前・後の両方とも記入した参加者は 103 名であった。その平均点は，14.88 点から 17.64 点（満点は 20 点）に有意（$p<0.01$）に上昇していた。【図－１】【表－６】



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，101 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 1.77 問であり，受講後は 2.50 問に有意（$p<0.01$）に増加していた。【図－２】【表－７】

このふたつの結果から，講座を受講することによって，知識レベルでは効果があることがわかる。



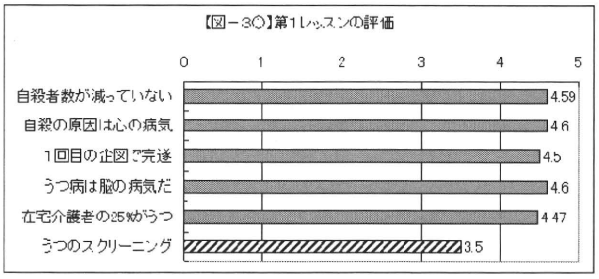
次に，それぞれのレッスン内容の理解度についてのVAS(Visual Analogue Scale)による評価票の検討をする。VASで５点を満点とすると，相対的な理解度については【図－３①②③】に示した。

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，4.47～4.7 点と，ほとんどが 4.5 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，3.5 点と明らかに他の項目に比べると低値を示した。

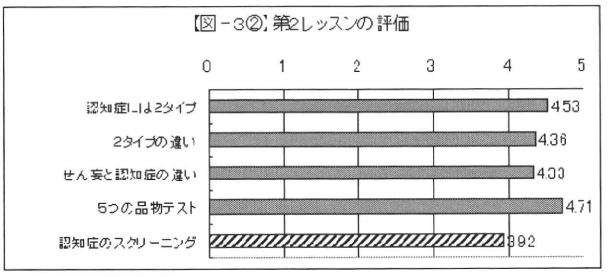


次に第２レッスンの認知症については，

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，4.3～4.7 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，3.9 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

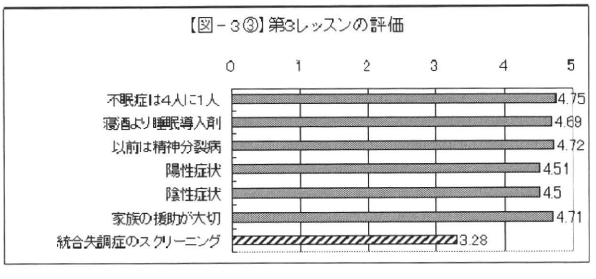
④統合失調症の幻覚や妄想は「陽性症状」であることが

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

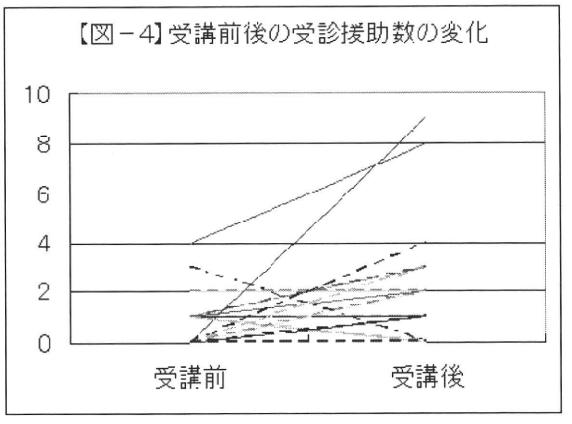
⑥統合失調症の治療には，家族の援助が有益なことが，

などの質問に対しては，4.5～4.7 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，3.28 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95例であり，受講前の平均受診援助数は0.23件であったが，受講後には0.75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，14.9 点から 17.6 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 1.77 問であるのに対して，受講後は 2.50 問（３問中で）であり，有意（$p<0.01$）に増加していることがわかった。