

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

日本と豪州における精神保健の知識と理解

中根 秀之¹⁾, 中根 允文²⁾, 吉岡 久美子³⁾

- 1) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学,
2) 長崎国際大学人間社会学部社会福祉学科, 3) 福岡大学人文学部大学院人文科学研究科

【目的】本研究は、2003 年度からスタートした「精神保健の知識と理解に関する日豪共同研究」の一環で、日豪両国民更に、国内では医療専門職スタッフの精神保健に関する知識・理解・態度を把握し、それらを改善する啓発活動の指針を得ることを目的とした。

【方法】ICD-10 に則って作成されたうつ病・統合失調症ヴィネットを呈示しながら各事例への知識・理解と態度、及び被験者自身の健康状態、精神保健に係る他の知識などの質問項目約 120 項を含む調査票に従って、日本では全国 25 地域で無作為に抽出した対象者 2,000 人 (20~69 歳) の自宅まで面接調査し、豪州は 4,000 人の一般人 (18 歳以上) を対象に同様の面接調査を行った。日本では更に、専門職約 4,500 人 (精神科医、一般開業医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士など) を対象に郵送法で調査した。

【結果・考察】日本では豪州と比較しうつ病・統合失調症のいずれにおいても認識度が低く、それに伴って人的資源・必要な薬剤・治療手段、および情報源に関するものに幾つかで差異が生じていた。また、専門職での調査においては、看護師での認識度の低さを始めとした各職種間のギャップが存在した。精神疾患が疑われる事例への「接触」に関する回答では、心理社会的距離を数値化した評点 (SDS) が日本において高くなっており社会的距離の大きさが目立ったが、偏見や差別感を表面的に認識していないことが明らかになった。特に、日本では慢性統合失調症に対する SDS が最高であった。ただ、本人あるいは周辺に類似した体験をしていると、SDS などは明らかに改善されていた。調査データの分析結果をもとに、豪州で近年継続的に展開されてきたうつ病に係る啓発活動の成果を明らかにして、豪州における啓発活動の日本国内への導入・適応可能性を考察すると共に、新たな啓発活動指針および同モデルの開発を検討する。

はじめに

海外での精神障害へのステイグマや偏見に関する研究として、Link⁵⁾ らによると精神疾患の患者というラベルによって社会的な地位、職業、収入、患者自身の自尊心が影響をうけることを明らかにした。また、Jorm ら²⁾ は、一般人と専門家とに「うつ病」と「統合失調症」の症例を提示し、いかなる治療が効果的かを尋ねたところ、専門家は専門的治療が有効であると答えたのに対し、一般人の多くは食事療法、ビタミンやミネラルの摂取が効果的であると、回答していた。さらに Lamontagne⁴⁾ は、一般人が精神科医と臨床心理

士に対するイメージを調査して、精神科医のイメージは、臨床心理士に比べかなり悪いと報告している。精神障害への否定的態度は患者のみにとどまらず、精神科医療そのもの、さらにはそれに従事するものにまで及んでいると思われる。こうした精神科医療に対する否定的態度は受診を遅らせ、早期発見、早期介入を難しくし、家族の機能障害に加え、その後の転帰にも影響を与えられ考えられる。また、精神障害者へのイメージについて、Wahl らによれば、攻撃的で、結婚はせず、職も持たず、容易に混乱しやすく、危険であるというマスメディアの報道が行われており、これは実際

の患者像とは異なったもので、マスメディアが精神科医療への悪影響を与えていると報告している。さらに、オーストラリアで作成された「Spinning out」というビデオ番組では、精神障害者の否定的側面（暴力的で逸脱行動を伴う）が誇張されており、オーストラリア内では、こうした番組が多く作られていることを Signorielli^{8,9)} は伝えている。

近年、精神科医療全体が改善しつつあると言われているが、精神科医療に対する一般の人のイメージがどのような現状であるか調査した結果について述べ、今後の研究調査展開にむけての問題点を示唆する。

調査の方法と対象

1. 調査の目的

この研究は「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」というテーマであり、1998年から日豪両国間で保健福祉協力に関する Japan-Australia Partnership の第二段階研究の一部として2003年度から「自殺、そして精神保健の知識理解を高める方策」を日豪両国で推進するためにスタートした。日豪両国民更に、国内では医療専門職スタッフの精神保健に関する知識・理解・態度を把握し、それらを改善する啓発活動の指針を得ることを目的として有効な施策に資する情報の確立を目指した。これまでのわれわれの調査成果については、すでにいくつか報告^{1,3,6,7)} の機会を得ている。

2. 調査の対象者

調査の対象によって、大きな二つの調査から構成されている。

・一般住民調査：調査対象者宅を訪問の上、精神保健の知識と理解に関する日豪比較研究調査票をもとに面接を施行（平均面接時間は約15～20分）した。全国25地点（首都圏、近畿圏、東北・北関東、静岡・愛知、北九州・長崎などから）を選んで、総数2,000人（20～60歳）に在宅訪問のうえ面接した。

・医療専門職スタッフ調査：医療専門職として、精神科医、一般医、看護師（一般看護師、精神科看護師）、精神保健福祉士、心理療法士、作業療法士の所属する学会に協力を依頼した。協力の得られた学会から学会員を無作為抽出し、精神保健の知識と理解に関する日豪比較研究調査票を改変したものを郵送により調査を行った。

3. 調査の方法

「精神保健の知識と理解に関する日豪比較研究調査票」を用いており、前述のように一般住民に対しては、対面調査を、医療専門職については、郵送による調査を行った。調査の票は約120項の設問項目から構成されており、その内容については以下のとおりである。

・IDセクション（年齢・性・婚姻状況・住所・学歴）。

・呈示症例（うつ病2例、統合失調症2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ついての予測、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）に関するメディアでの情報について。

なお、倫理面への配慮に関しては、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行った。

結 果

1. 調査対象者の構成

15年度に行った一般住民調査については、全国25地点（首都圏、近畿圏、東北・北関東、静岡・愛知、北九州・長崎など）の在宅を調査員が訪問し、対象者へ調査の趣旨を説明し、理解・協力を得られたケースについて対面調査を行った。16年度に行った医療専門スタッフ調査では、いくつかの学会に協力を依頼し、理解と協力の得ら

表1 対象者構成

	20代	30代	40代	50代	60代
一般住民	400	400	400	400	400
精神科医	2 (1.3)	25 (15.9)	45 (28.7)	40 (25.5)	45 (28.7)
一般医	0 (0)	8 (9.1)	20 (22.7)	25 (28.4)	35 (39.8)
精神保健福祉士	114 (31.2)	112 (30.7)	76 (20.8)	48 (13.2)	15 (4.1)
作業療法士	183 (54.8)	108 (32.3)	34 (10.2)	5 (1.5)	4 (1.2)
精神科看護師	18 (10.5)	39 (22.7)	67 (39.0)	46 (26.7)	2 (1.2)
一般看護師	84 (32.7)	68 (26.5)	71 (27.6)	33 (12.8)	1 (0.4)
計	801	760	713	597	502

れた学会について、学会員を無作為抽出し、郵送にて調査を行った。保健医療に関わる専門職の「精神保健の理解と態度」について、同一の調査票を活用して調査した。調査は関係学会・協会への調査協力承諾を得て行い、最終的に6学会（協会）の協力のもと総数1,392人（医師261人、他はコメディカルスタッフ）からの回答を得た。全調査対象者の構成を、表1に示す。

2. 国内調査の結果

症例（うつ病事例もしくは統合失調症事例）を呈示された際の、日本の一般住民におけるうつ病・統合失調症の事例への認識度はそれぞれ28.8%、25.3%であった。

さらに、医療専門職スタッフにおける統合失調症とうつ病に対する事例の認識度は精神科医（それぞれ68.0；71.1%）、プライマリケア医（59.2；63.0%）、精神保健福祉士（75.9；70.4%）、作業療法士（73.4；72.0%）、一般看護師（32.8；36.1%）、精神科看護師（37.2；29.1%）であった。一般看護師および精神科看護師の認識度は、一般住民に比較しては若干高いものの、他の医療専門職種に比較し、低く現れている。

その他、国内の一般住民と医療専門職を対象とした調査について得られた結果を下記にまとめる。

①一般人における精神疾患の認識は年齢・地域別に異なること。

②専門職にあっても精神疾患の認識は大きく異なること。

③人的資源としてカウンセラーの有用性が精神科医以上に高く期待されていること。

④精神障害の治療や支援にとって有用な方策は一般人の中では曖昧で「分からない」の回答が多くなる。

⑤精神障害に対する考えには個人的なとらえ方と社会的なとらえ方との間に大きな差異があること。

⑥精神障害に対する偏見差別は一般人だけでなく専門職にあっても少なくないが、特に統合失調症では著しい。

3. 日豪比較

日豪で開発した本研究用の調査票を利用して、15年度は日豪両国における一般国民の精神保健に関する知識と理解及び態度を訪問調査して把握し特徴を明らかに把握した。日本では2,000人（男女20～69歳）を対象に全国25地点で調査を実施し、豪州では4,000人を対象に実施された。両国でそれぞれに集計解析して特徴を確認した。次に、日豪両国でデータに係る心理社会的・文化的影響あるいは相違点を考慮しつつ比較討論を深め、両国における精神保健行政への具体的なフィードバックを検討した。

(1) 事例の認識率

呈示されたうつ病・統合失調症の事例の認識率

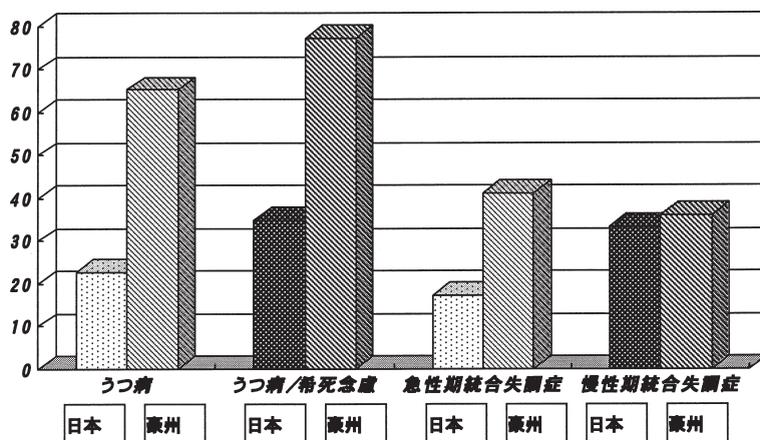


図1 事例の認識率

について（図1），豪州の71.3%及び38.7%と比較し，日本の一般人におけるうつ病・統合失調症の事例への認識度はそれぞれ28.8%，25.3%に過ぎず，認識度の低さが目立っていた。

(2) 病因

各々の事例の病因の可能性についての回答では，豪州では，日本と同様に日々の問題（ストレス，家族の口論，仕事上の困難，経済的困難等），近親者・親友の死，トラウマ的出来事（大火，重大な交通事故，強盗侵入等），幼少時の問題（虐待，崩壊家庭等）を可能性のある原因として考えている一方で，ウイルスや他の感染症，遺伝による影響も重視していることがわかる．日本では，神経質，性格の弱さが重視されていることと大きな違いがある（図2，3）。

(3) 経過

これらの事例の経過については，自殺を予想する回答が日本では，豪州に比べて急性統合失調症事例を除いて低かった．しかし，「交友関係が乏しくなること」は，豪州と比較して高い割合を示した（表2）。

(4) 治療に関連すること

まず，有効な人的資源の支援について日豪間で大きな違いを見ることができる（表3）．両国でカウンセラーへの期待は高い（82.2～88.6%，日

本においてが高く評価の傾向）が，オーストラリアでは一般（開業）医も極めて高い評価を得ていた（うつ病に対して84.1～87.3%，統合失調症では約76%など）のに対して，日本での一般開業医への期待は約20～30%と極めて低いレベルに止まっている．精神科医に対する期待は両国間で約65～80%と大差を見ない．なお，家族による支援への期待感は，いずれの事例でも日本人に高い．日本で目立たない電話相談サービスや聖職者への期待，および薬剤師に対してなどは，逆に豪州において高いという違いも認める．

治療手段に関しては，薬物を含めて，標準的な精神的介入に対して日豪共に必ずしも高い評価が得られていない（例えば，精神科病棟への入院や電気けいれん療法の活用など）．オーストラリアにおいて，より身体的側面からみた支援あるいは介入，例えば強壮薬や漢方薬（ビタミン・ミネラル・強壮剤，または漢方薬，約33～50%）への期待がある程度認められたり，身体の積極的な活動（もっと積極的に体を動かすこと，うつ病では約92%，統合失調症では約80～87%）；散歩くこと（もっと外出したり散歩ようになること，同じく87～90%，76～87%）；リラクゼーションの学習（リラクゼーション，ストレスマネジメント，瞑想，あるいはヨガなどの学習に出席すること，

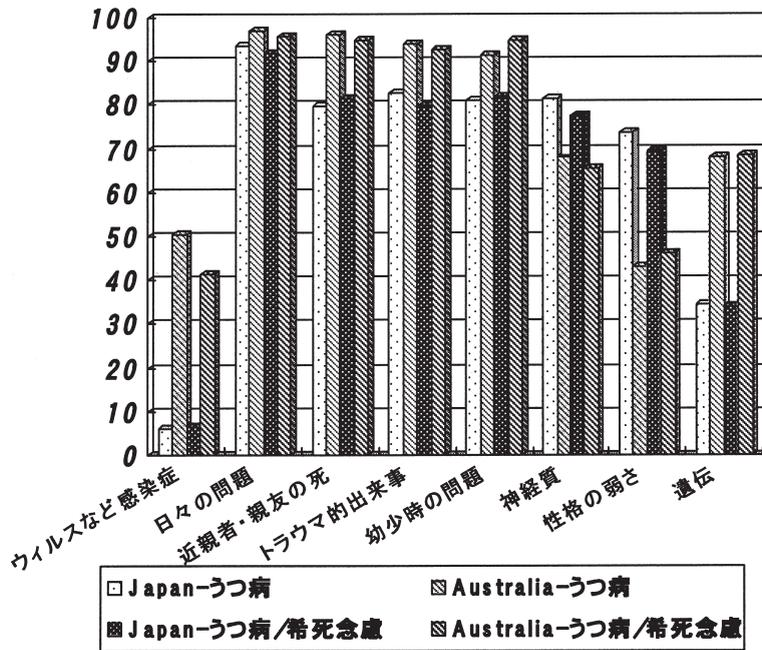


図2 うつ病事例の原因

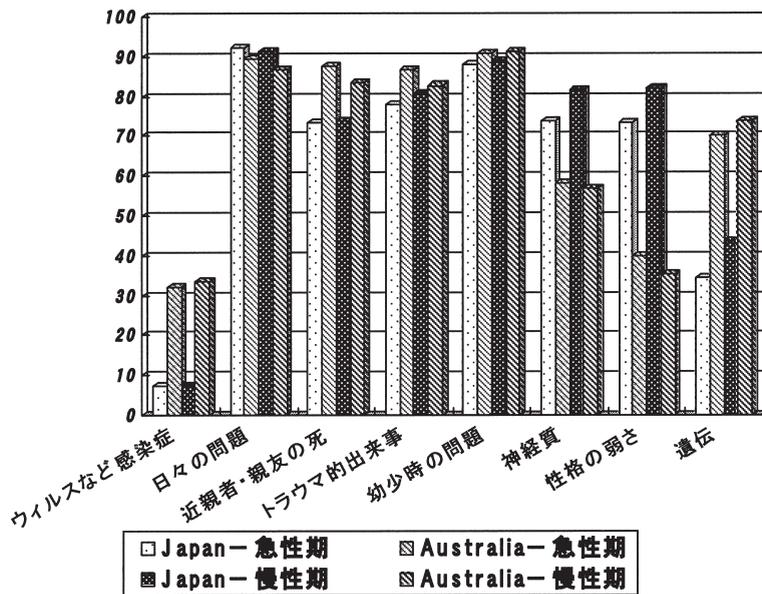


図3 統合失調症事例の原因

表2 事例の経過

	うつ病				統合失調症			
	希死念慮なし		希死念慮あり		急性		慢性	
	日本	豪州	日本	豪州	日本	豪州	日本	豪州
自殺を企てそう	16.8	18.4	23.8	34.4	18.8	18.4	18.6	34.4
交友関係が乏しくなりそう	29	13.1	28.4	24.9	31.2	13.1	31.4	24.9
暴力的になりそう	4.8	5.2	4.2	12.1	10	5.2	11.6	12.1

同じく約84～85%、69～77%);全くの断酒(完全にアルコールを断つこと、約53～66%);特別なダイエット(特別なダイエットを続けたり、特定の食物を避けること、約39～48%)などへの関心の高さが見られたことは極めて興味深い。これに対して日本では、せいぜい身体の積極的活動(約70%)、出歩くこと(約61～72%)が目立つ程度である。精神療法については、日豪共に統合失調症で高く評価されていた(約60%)ことも注目される。

(5) 接触

こうした問題を抱えた事例との接触について考えを聞いたものを、表4にまとめた。質問項目に対して、強い否定的見解を示した割合を表している。豪州では「親しい友人になっても良い」、日本では「近くで仕事を始めても良い」に対する拒否感は最低である。しかし、ほとんどの項目において日本における否定的考えは、豪州を上回っている。この接触に関する5項目への回答から、Social Distance Score (SDS) を計算しグラフ化したものが、図4である。このスコアが高いほど、社会的距離が大きいことを示しており、豪州と比較しすべての事例において日本のスコアは高いことがわかる。

(6) 差別

地域の住民から事例は差別されると思うかという問いに対して、日本、豪州両国において、うつ病に比較して、統合失調症の事例について差別されると答える割合が高かった(図5)。さらに、各々の事例についてオーストラリアでは「差別さ

れる」と答える割合が、60%を越え多くを占めたのに対して、日本においては、「差別される」という回答は、希死念慮を伴わないうつ病、希死念慮を伴ううつ病、急性期統合失調症、慢性期統合失調症では、それぞれ27.6%、32.6%、44.8%、62.6%で低く、一方わからないという回答が、20%前後を占める結果であった。

考 察

これまでのわれわれの調査研究から得られた結果をまとめる。

①一般人における精神疾患の認識は、特にうつ病において日本で低く、日豪両国で大きく異なっている、及び他の精神疾患との識別が不十分である。また年齢別・地域別でも異なる。

②専門職にあっても精神疾患への認識は大きく異なり、看護職で著しく低い。人的資源としてカウンセラーの有用性が大きく期待される。精神疾患の治療や支援にとって有用な方策は一般人では「曖昧」で「分からない」の回答が多くなる。差別の認識が十分ではないと思われる。

③精神疾患に対する偏見・差別は一般人だけでなく専門職にあっても少なくないが、特に統合失調症では全体的に著しい。疾患による違いが認められる。

④精神疾患と自殺の関連を考える頻度は、豪州と比較すると、日本では明らかに低い。最近わが国では、自殺の問題がクローズアップされているにもかかわらず、その認識は十分とは言えない。

⑤精神疾患に対する考えには個人的なものと社

表3 有効な人的資源・治療薬物・治療手段

	うつ病				統合失調症			
	希死念慮なし		希死念慮あり		早期		慢性	
	日本	豪州	日本	豪州	日本	豪州	日本	豪州
人的資源								
一般開業医	30.4	87.3	26.0	84.1	19.0	76.7	22.8	76.3
薬剤師	6.8	35.4	6.6	33.2	4.2	23.6	4.2	28.1
カウンセラー	85.8	82.2	87.6	85.5	87.0	85.0	88.6	83.1
ソーシャルワーカー	73.4	62.8	70.2	67.2	68.4	68.4	75.2	79.1
電話相談サービス	42.4	63.5	49.8	66.2	35.6	56.6	29.6	47.5
精神科医	69.4	65.0	72.4	71.3	73.0	80.5	79.0	80.2
臨床心理士	56.6	66.9	51.2	69.7	56.2	73.6	65.2	74.9
家族	85.0	67.9	84.2	64.8	76.8	62.7	80.4	61.4
親友	84.8	78.2	83.2	77.1	70.4	73.0	70.2	72.0
自然療法家	11.2	34.9	14.8	31.8	8.4	23.7	9.0	19.4
聖職者	13.6	45.3	20.0	51.7	11.6	37.2	16.2	42.9
本人 (の対処)	24.4	13.1	20.4	9.7	22.4	11.4	21.4	11.8
治療薬物								
強壮剤/漢方薬	20.2	50.2	16.4	43.7	10.6	31.3	12.4	33.2
鎮痛薬	4.4	14.8	3.6	12.8	4.2	7.3	4.6	10.2
抗うつ剤	34.8	46.7	36.0	52.5	38.6	49.9	39.8	42.6
抗生剤	6.2	10.4	6.0	7.9	4.8	4.0	8.4	6.4
睡眠薬	31.6	23.9	26.2	21.9	21.4	18.1	24.8	11.6
抗精神病薬	22.6	11.2	21.8	16.5	30.2	33.1	41.2	38.2
精神安定剤	38.4	13.8	37.0	13.8	38.4	17.2	45.4	15.3
治療手段								
身体の積極的活動	69.4	92.0	73.4	92.5	73.4	87.4	70.6	79.6
書籍から学ぶ	60.0	79.3	59.4	79.8	57.6	79.6	46.8	74.7
出歩くこと	67.0	87.0	72.0	90.3	67.2	87.1	61.6	76.5
リラックスの学習	38.2	83.6	41.2	85.3	26.2	77.1	29.4	68.7
全くの断酒	10.0	56.0	14.2	59.8	18.6	66.1	17.2	53.4
精神療法	49.0	44.1	48.2	50.4	53.8	59.1	67.0	62.3
催眠療法	28.0	22.4	28.8	23.9	22.4	29.9	33.2	30.9
精神科への入院	13.6	16.4	12.0	20.2	22.0	31.9	30.0	37.8
電気けいれん療法	2.2	5.9	1.4	7.2	1.4	6.4	1.4	6.5
時々の飲酒	31.4	44.4	25.0	41.8	15.2	31.1	20.0	27.3
特別なダイエット	5.6	48.3	6.0	45.6	4.4	42.1	4.4	39.3

表4 事例との接触に関する否定的意見

	うつ病				統合失調症			
	希死念慮なし		希死念慮あり		急性		慢性	
	日本	豪州	日本	豪州	日本	豪州	日本	豪州
隣に引っ越してもよい	30.4	11.7	33.2	11.1	38.2	15.1	52.8	25.2
一晩付き合ってもよい	24.6	10.9	21.6	12.2	30.6	15.1	47.8	26.1
親しい友人になってもよい	16.4	8	17.8	9.3	22.6	12	35.4	19.7
近くで仕事を始めてもよい	13.8	21	15.6	20	17.2	23.7	21.6	33.6
結婚して家族になってもよい	43.2	28.8	43.8	33.9	47.2	39.3	61.8	53

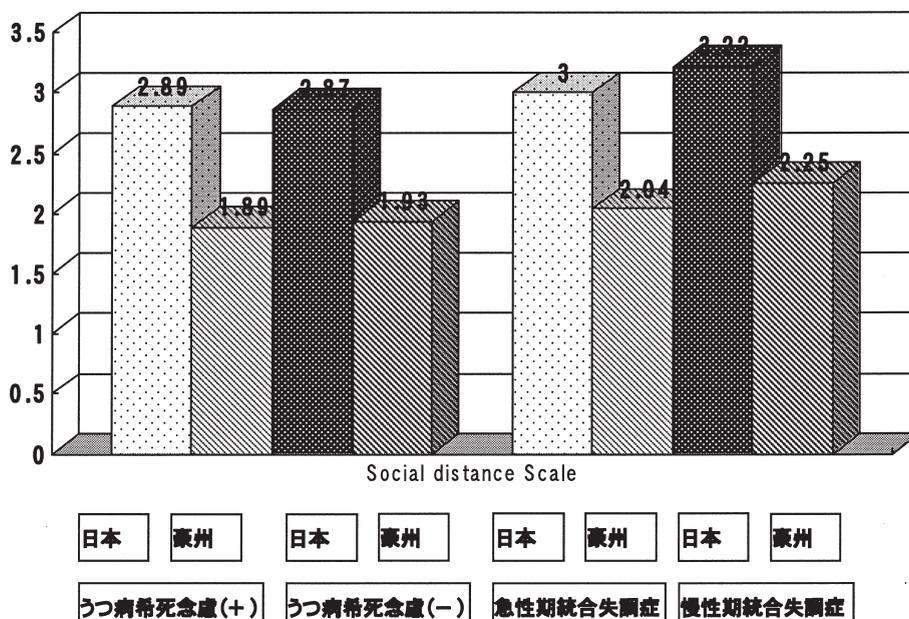


図4 Social Distance Score の比較

会的なものとの間に大きな差異がある。精神疾患への態度の使い分けがあり、時間、場面などによりその態度の変動性が示唆される。

⑥日本では豪州以上に精神疾患事例との接触に拒否的であり Social Distance (社会的距離) が大きい。差別の認識が希薄であるものの、実際の接触については拒否的であることが示唆された。

⑦精神疾患事例に対する差別感、日本より豪州において目立っていたが、これは差別がどのようなものであるかという理解と認識が行われている結果と考えた。

さらに、当事者もしくは当事者の近くにいる場合においては、非当事者に比較して心理社会的距離は小さくなり、また適切な判断がなされる場合

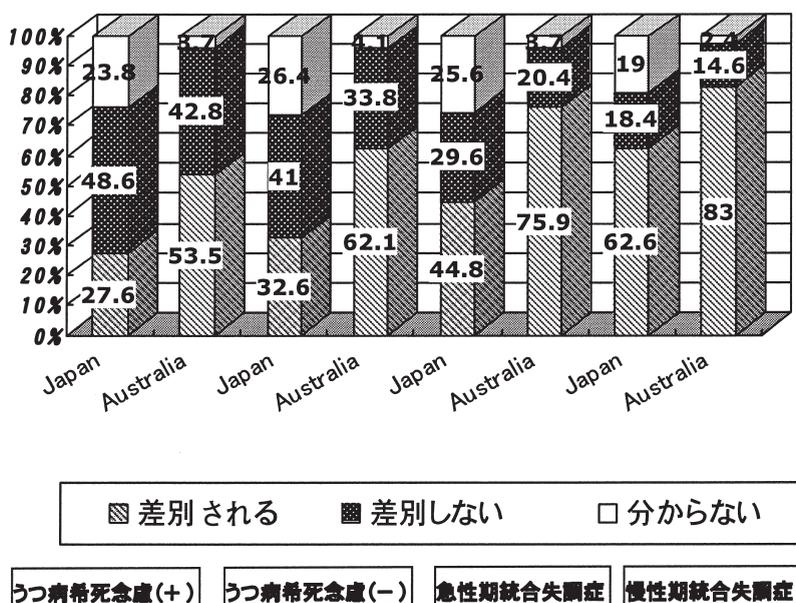


図5 事例に関する差別

は、適切な判断がなされない場合と比較して差別を認識することもできることも明らかとなった。

以上の成果を更に解析検討し、豪州における普及啓発活動の視察調査、討論を行い、従来から指摘される精神障害(者)へのイメージについて確かなエビデンスを提供し、わが国における普及啓発活動への指針を探り、現在日本で行われている精神保健啓発活動のいくつかの問題点を以下に示す。

- ・うつ病やひきこもりなどのNPO組織は存在するが、コミュニティベースの活動が中心である。
- ・情報提供が統一されていないために、情報の混乱が生じやすい。
- ・ターゲットが絞られていない。
- ・精神保健啓発活動は行われるが、全国規模で継続的なものが少ない。
- ・教育現場における精神保健のあり方。
- ・スティグマに関する公正な監視活動の不在。

最後に

以上を踏まえて、今後期待される啓発活動につ

いて検討した。

①すでに豪州で行われている啓発活動を振り返ってみて、わが国においても同様に啓発活動の継続性と広範性が必要であろう。われわれはすでに、数々の情報の提供手段(ドキュメント、放送、インターネット、講演会等)を持っている。これらを補完的活用することで、より広く正確な情報提供ができる。また、単発による啓発活動は数多く存在するが、組み合わせることによって継続的キャンペーン活動が可能となるだろう。

②広範な情報提供が必要な一方で、ターゲットを絞った啓発活動も重要であると考え。年齢、地域、職場、学校などのフィールドにてそれぞれのターゲットに必要な情報を適切に提供することが望まれる。

③提供する医療情報の管理も重要であると思われる。提供する医療情報の内容の吟味や、疾患毎の情報の提供のあり方の検討が必要であろう。

④プライマリケア医の重要性も今回の調査から指摘されている。連携の必要性についてはすでに、理解しているものの具体的連携のあり方について

は、いまだ問題を抱えている。またプライマリケア医自身のスティグマも問題であり、これを軽減する意味でも、教育プログラムの充実が望まれる。こういった教育・対話の場を利用して、精神科医とプライマリケア医の連携を深めることも期待される。

豪州では大規模な啓発組織が確立されており、相応の成果を上げてきている。われわれは、本調査研究を通して、両国における精神保健行政の実際および啓発活動の対比を行い、その中で有効な啓発方法を開発する明確な手がかりを得た。今後これらの調査が、精神保健、精神障害に関する知識・理解を深める機会になり、差別・偏見の軽減に役立つことができれば幸いである。

文 献

- 1) Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., et al: Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6; 21, 2006
- 2) Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., et al: Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 33 (1); 77-83, 1999
- 3) Jorm, A.F., Nakane, Y., Christensen, H., et al.: Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Med*, 3; 12, 2005
- 4) Lamontagne, Y.: The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry*, 35 (8); 693-695, 1990
- 5) Link, B.G., Phelan, J.C.: Labeling and stigma. *Handbook of the Sociology of Mental Health* (ed. by Aneshensel, C.S., Phelan, J.C.). Kluwer Academic, New York, p. 481-494, 1999
- 6) Nakane, Y., Jorm, A.F., Yoshioka, K., et al.: Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, 5; 33, 2005
- 7) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之: 精神疾患に対する日本人のイメージ. *日本社会精神医学会雑誌*, 15 (1): 25-38, 2006
- 8) Signorielli, N.: The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 33 (3); 325-331, 1989.
- 9) Signorielli, N.: Health images on television. *Health Communication Research* (ed. by Jackson, L.D., Duffy, B.K.). Greenwood Press, Westport, p.163-179, 1998