

5) 芸能人、スポーツ選手、文化人による精神保健に関する講演会、チャリティショー

芸能人、スポーツ選手、文化人による精神保健に関する講演会、チャリティショー

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	211	41.1	41.7	41.7
少し有効	203	39.6	40.1	81.8
どちらともいえない	62	12.1	12.3	94.1
有効とはいえない	26	5.1	5.1	99.2
その他	4	.8	.8	100.0
合計	506	98.6	100.0	
システム欠損値	7	1.4		
合計	513	100.0		

6) 新聞やテレビ等マスコミが精神障害者の生活実態を詳しくレポートする。

新聞やテレビ等マスコミが精神障害者の生活実態を詳しくレポートする

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	216	42.1	42.9	42.9
少し有効	144	28.1	28.6	71.4
どちらともいえない	101	19.7	20.0	91.5
有効とはいえない	28	5.5	5.6	97.0
その他	15	2.9	3.0	100.0
合計	504	98.2	100.0	
複数回答	1	.2		
システム欠損値	8	1.6		
合計	9	1.8		
合計	513	100.0		

7) マスコミが触法精神障害者の通院歴、病名等を報道しないようにする。

マスコミが触法精神障害者の通院歴、病名等を報道しないようにする

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	119	23.2	23.8	23.8
少し有効	107	20.9	21.4	45.1
どちらともいえない	168	32.7	33.5	78.6
有効とはいえない	91	17.7	18.2	96.8
その他	16	3.1	3.2	100.0
合計	501	97.7	100.0	
複数回答	1	.2		
システム欠損値	11	2.1		
合計	12	2.3		
合計	513	100.0		

8) 精神障害者や家族自身が差別反対などの署名活動を行う。

精神障害者や家族自身が差別反対などの署名活動を行う

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	79	15.4	15.9	15.9
少し有効	166	32.4	33.4	49.3
どちらともいえない	157	30.6	31.6	80.9
有効とはいえない	92	17.9	18.5	99.4
その他	3	.6	.6	100.0
合計	497	96.9	100.0	
システム欠損値	16	3.1		
合計	513	100.0		

9) 精神障害者によるスポーツ大会などのイベントを実施する。

精神障害者によるスポーツ大会などのイベントを実施する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	121	23.6	24.0	24.0
少し有効	240	46.8	47.6	71.6
どちらともいえない	107	20.9	21.2	92.9
有効とはいえない	32	6.2	6.3	99.2
その他	4	.8	.8	100.0
合計	504	98.2	100.0	
システム欠損値	9	1.8		
合計	513	100.0		

10) 精神障害(特に精神分裂病)の病名を変更する。

精神障害の病名を変更する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	107	20.9	21.2	21.2
少し有効	137	26.7	27.2	48.4
どちらともいえない	148	28.8	29.4	77.8
有効とはいえない	102	19.9	20.2	98.0
その他	10	1.9	2.0	100.0
合計	504	98.2	100.0	
システム欠損値	9	1.8		
合計	513	100.0		

11) 精神病院での閉鎖処遇を極力減少させる。

精神病院での閉鎖処遇を極力減少させる

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	167	32.6	33.1	33.1
少し有効	154	30.0	30.5	63.6
どちらともいえない	117	22.8	23.2	86.7
有効とはいえない	59	11.5	11.7	98.4
その他	8	1.6	1.6	100.0
合計	505	98.4	100.0	
システム欠損値	8	1.6		
合計	513	100.0		

12) 精神科診療体制を一般医療並に整備する。

精神科診療体制を一般医療並に整備する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	296	57.7	58.6	58.6
少し有効	116	22.6	23.0	81.6
どちらともいえない	66	12.9	13.1	94.7
有効とはいえない	15	2.9	3.0	97.6
その他	12	2.3	2.4	100.0
合計	505	98.4	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	7	1.4		
合計	8	1.6		
合計	513	100.0		

13) 個々の医療機関の治療状況に関する情報公開を進める。

個々の医療機関の治療状況に関する情報公開を進める

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	196	38.2	39.0	39.0
少し有効	161	31.4	32.0	71.0
どちらともいえない	104	20.3	20.7	91.7
有効とはいえない	35	6.8	7.0	98.6
その他	7	1.4	1.4	100.0
合計	503	98.1	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	9	1.8		
合計	10	1.9		
合計	513	100.0		

14) 早期発見、早期治療の精神医療システムを整備する。

早期発見、早期治療の精神医療システムを整備する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	350	68.2	69.2	69.2
少し有効	109	21.2	21.5	90.7
どちらともいえない	37	7.2	7.3	98.0
有効とはいえない	5	1.0	1.0	99.0
その他	5	1.0	1.0	100.0
合計	506	98.6	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	6	1.2		
合計	7	1.4		
合計	513	100.0		

15) 精神障害者への人権侵害に対する罰則を強化する。

精神障害者への人権侵害に対する罰則を強化する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	128	25.0	25.3	25.3
少し有効	146	28.5	28.9	54.2
どちらともいえない	139	27.1	27.5	81.6
有効とはいえない	82	16.0	16.2	97.8
その他	11	2.1	2.2	100.0
合計	506	98.6	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	6	1.2		
合計	7	1.4		
合計	513	100.0		

16) 人権擁護のための第三者機関の機能を強化する。

人権擁護のための第三者機関の機能を強化する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	203	39.6	40.3	40.3
少し有効	173	33.7	34.3	74.6
どちらともいえない	95	18.5	18.8	93.5
有効とはいえない	25	4.9	5.0	98.4
その他	8	1.6	1.6	100.0
合計	504	98.2	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	8	1.6		
合計	9	1.8		
合計	513	100.0		

- 17) 他の障害(身体障害や知的障害)と一括した福祉法を整備する。

他の障害と一括した福祉法を整備する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	236	46.0	47.4	47.4
少し有効	142	27.7	28.5	75.9
どちらともいえない	88	17.2	17.7	93.6
有効とはいえない	27	5.3	5.4	99.0
その他	5	1.0	1.0	100.0
合計	498	97.1	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	14	2.7		
合計	15	2.9		
合計	513	100.0		

- 18) 住民への精神保健の知識提供の機会を増やす(講演会、パンフレット)。

住民への精神保健の知識提供の機会を増やす

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	251	48.9	50.3	50.3
少し有効	207	40.4	41.5	91.8
どちらともいえない	31	6.0	6.2	98.0
有効とはいえない	7	1.4	1.4	99.4
その他	3	.6	.6	100.0
合計	499	97.3	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	13	2.5		
合計	14	2.7		
合計	513	100.0		

- 19) 住民の精神障害者への不安や苦情に対する相談窓口を強化する。

住民の精神障害者への不安や苦情に対する相談窓口を強化する

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	232	45.2	46.4	46.4
少し有効	192	37.4	38.4	84.8
どちらともいえない	61	11.9	12.2	97.0
有効とはいえない	12	2.3	2.4	99.4
その他	3	.6	.6	100.0
合計	500	97.5	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	12	2.3		
合計	13	2.5		
合計	513	100.0		

- 20) 触法精神障害者の処遇体制を整える。

触法精神障害者の処遇体制を整える

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
かなり有効	289	56.3	58.7	58.7
少し有効	125	24.4	25.4	84.1
どちらともいえない	60	11.7	12.2	96.3
有効とはいえない	8	1.6	1.6	98.0
その他	10	1.9	2.0	100.0
合計	492	95.9	100.0	
0	1	.2		
システム欠損値	20	3.9		
合計	21	4.1		
合計	513	100.0		

精神分裂病に対する偏見除去の方法に関する研究

分担研究者 西尾雅明 東北大学大学院医学研究科精神神経学助手

研究要旨

我が国でも、精神分裂病に対する社会の偏見・差別を打破するために有効かつ具体的な方策を、実証的に検討することが求められている。

最も効果的と思われる戦略は偏見の形成を予防することである。平成13年6月に起こった大阪・池田小事件直後に施行された学生へのアンケート結果からは、方法論上の限界はあるものの、事件後のマスコミ報道によって学生の精神障害者に対する態度が悪化したこと、質の高い学生実習がマスコミ報道による悪影響を阻止する方向に働く可能性が示唆され、今後の偏見形成予防対策に道を開いたと言える。

また、地域保健の現場で実用可能な精神分裂病偏見除去のためのプログラムを提言するための第一段階として、平成13年度は北海道十勝、仙台、岡山の3地区において、それぞれの地域の実情に合わせた対象者（高校生、ホームヘルパー、民生委員）を設定し、専門家の講義と当事者の体験発表、小集団での接触体験を組み合わせた1~3回にわたる短期介入を行った。アンケート調査により評価された対象者の知識・態度の介入前後での変化を、対照群と比較する形で、それぞれの短期介入の効果が検討された。アンケートや介入プログラムの内容は各地区で若干異なるが、包括すると、1) 短期間の講義形式の介入でも、分裂病の知識や患者への態度は部分的に改善する（3地区）、2) 介入前の知識や介入が効果を与える領域は対象者の種別によって異なる（3地区）、3) 講義形式の介入に、小規模な集団での当事者との当たり前の接触体験を加えることにより、介入効果が高まる（仙台、岡山）、4) 対象者も当事者による講義プログラムへの参加を有用なものとして評価しやすい（十勝）、5) 偏見の程度の強い者ほど介入の効果が得られやすい（仙台）、などの結果が得られた。

この研究により、地域保健現場に普及可能な短期プログラムの中で、当事者と介入対象者との良質な接触の場を提供することにより、偏見除去が推進される可能性が示唆された。さらに、今回の3地区で得られた結果を洗練された解析手法で統合すること、3地区での研究デザインをより厳密なものにすることによって、より有効な実証的根拠を蓄積していくことが期待できる。

A. 研究の背景

ノーマライゼーション理念に基づいた障害保健福祉施策推進の必要性が叫ばれて久しいが、精神障害者の地域ケア推進のための基盤整備は、遅々として十分な進展をみせていない。その背景には、我が国における、今なお根強い精神障害に対する社会的偏見と差別の問題があり、このことが地域における社会資源の整備を遅らせ、障害者の社会参加を阻み、難治性の経過と国際的にみても

異例の長期入院を生み出す温床となっている。近年、障害者の自己決定・自己選択の意義が強調され、そのための支援が重要性を増しているにもかかわらず、我が国の精神障害者には、自己決定するだけの十分な地域ケアのための選択肢が提供されていない現状にある。このことは、精神障害者当事者の不幸につながるだけでなく、精神医療保健福祉サービスの遅れという国民全体の損失につながっている。

精神障害のなかでも、とくに精神分裂病は、ながらく「不治の病」「危険な病」との社会的烙印を押され続けてきた。そのために、当事者の早期の受診が妨げられること、障害受容の困難さから必要な薬物療法やリハビリテーションからの脱落率が高くなること、家族の負担が強まること、社会資源設置が遅れることなどの弊害があり、これらが患者の再発率の高さと長期転帰の不良に結びつく形で、20万人をも超える入院患者と社会的入院の問題を生みだしてきた。

一方、諸外国においては、上記の問題に対する取り組みが進んでおり、例えばWPA（世界精神医学会）では、1996年に『精神分裂病に対するスティグマおよび差別と闘う世界的プログラム』を発足させ、「精神分裂病の性質と治療法に関する知識の普及」「精神分裂病患者やその家族に対する態度の改善」「差別や偏見を除去するための活動を活発にする」などの目標を掲げ、国際的な活動を開始している。

そのため我が国でも、精神分裂病を中心として、精神障害に対する社会の偏見・差別の現状と、それらを打破するために有効かつ具体的な方策を実証的に検討することが求められている。

すでに述べたように、精神障害者が地域で暮らす際の精神保健を考え、必要な施策を推進するうえで、精神障害に対する態度研究は重要な分野であるから、これまでも国内外で様々な研究が施行されてきた。偏見の質と程度は、各々の研究目的に応じて開発された尺度により評価され、対象者の性別・年齢・職業・教育・社会階層・精神障害者との接触体験などが、偏見の形成に影響を与えることが明らかとなっている。逆に、精神障害者に対する治療的態度が形成されるためには、精神障害の知識だけでなく障害者との質の高い接触体験が重要であると指摘されている。しかし、これまでのところ、精神分裂病に対する態度に焦点を当てた調査研究は少ない。このことは、精神障害の中でも特に精神分裂病に対する社会的偏見が根強く、そのために多くの患者が長期入院を余儀なくさせられている事実にもかかわらず、分裂病固有の偏見を捉えてそれを解消する専門的なプログラムの開発が遅れていることを意味する。また、同一対象者に教育・接触体験など偏見除去

のために工夫された介入プログラムを施行し、対照群との比較からその効果を実証する形でエビデンスを蓄積する必要性が高まっている。

ところで、平成13年6月に起きた大阪・池田小事件では、事件の悲惨さからマスコミ報道が過熱し、逆に報道被害の実態が浮き彫りにされたと言える。こうした事件やその後のマスコミ報道が一般市民にどのような影響を与えるかを分析することは、精神障害・精神分裂病の偏見形成を予防し、偏見除去のための有効な手段を特定することにもつながるので重要である。

B. 研究目的

本研究では、学生ボランティアの受け入れ（北海道十勝地区）や活発な精神障害者ホームヘルプサービスの展開（仙台地区）、専門家ボランティアによる休日診療支援（岡山地区）など、全国的にみても特徴的な精神保健医療福祉活動を行っている3地域において、各地域の活動を踏まえて研究対象者を設定（一般高校生、ホームヘルパー、民生委員など）した。そして、対照群と介入群を設定し、前方視的に追跡を行いながら両者を比較することで、知識の普及や回復期の障害者との交流など、精神障害とりわけ精神分裂病に対して治療的態度を形成・維持するために有効なプログラム内容を検討することを試みた。

池田小事件関連の調査は、仙台地区のみで施行された。

研究1：平成13年6月に起きた大阪・池田小事件と関連する報道が、事件直後に福祉系大学生、医学生、看護学生の精神障害者観に与えた影響を明らかにする（担当：主任研究者、分担研究者、仙台地区分担研究協力者）。

研究2：今後の障害者地域ケアの鍵を握るであろうホームヘルパーを対象とし、対照群と偏見除去のために工夫されたプログラムに参加した介入群の知識や態度の変化を前向きに追跡・比較し、短期間の介入の効果を検討する（担当：仙台地区）。

研究3：精神障害に対する知識と経験の乏しい一般市民、具体的には高校生を対象とし、早期教育的介入の有効性を含めて研究2と同様の内容を検討する（担当：十勝地区）。

研究4：地区住民の意識に強い影響を与えると考えられる民生委員を対象とし、研究2と同様の内容を検討するが、非介入群と従来型の介入群、新たなスタイルの介入群の3群に分けて、偏見除去のために有効な方策について検討する（担当：岡山地区）。

C. 研究方法と結果

C-1 研究1：池田小事件直後の学生の精神障害者観の変化について

1) 対象

福祉系大学のF大において、「児童福祉論」を受講している学生は388名（1～4年生）であるが、そのうち平成13年6月25日の講義に出席していた328名にアンケートへの協力を依頼し、270名から回答を得た。また、精神科関連講義を受講している学生343名（2～3年生、「精神医学」受講者140名、「精神保健」受講者187名、「社会福祉援助技術演習」受講者16名）のうち、「精神医学」では平成13年6月27日、「精神保健」では同年6月28日、「社会福祉援助技術演習」では同年7月2日の各講義に出席していた学生計150名にアンケートを依頼、回答を得た。

T大学では、医学部の3～6年生（各116名、96名、84名、100名）と看護学科1～3年生（各79名、81名、76名）の全学生を対象とした。回収率は、医学部では、3年生で89%、4年生で97%、5年生で51%、6年生では25%、看護学科では、1年生で96%、2年生で99%、3年生で76%となっており、医学部の5、6年生と看護学科3年生からの回収率は、他の学年に比べて低くなっていた。

2) 方法

F大では、事件後3週目に、講義の時間を利用してアンケートが施行・回収され、無記名式で、事件前後での精神障害者に対するイメージの変化を尋ねる内容となっている。

T大では、事件後5週目に、試験や講義の時間を利用してアンケートを施行・回収したが、医学部5、6年生と看護学科3年生はグループ毎に異なる部署で実習中であったため、実習先にアンケートを配布し、記入後回収する形をとったことが、即ちアンケート回収法の違いが回収率に影響を与えたと考えられる。学籍番号の記入を依頼した

こと、事件前後での精神障害者に対するイメージの変化を尋ねる際に、岡上らが開発した『精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度』スケールを使用したこと（表-仙台-1）、学生と精神障害者との過去の接触体験を尋ねたことが、F大調査との違いである。『精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度』スケールは、アメリカで開発された精神障害者に対する態度スケールであるCMIやOMS、CMHIなどを参考にして岡上らが開発し、1980年代の大規模な調査で使用、尺度化したものである。表-仙台-1に示したように、「精神障害者には服薬や心身のバランスなどの自己管理をすることをほとんど望めない」「精神障害者が、一人あるいは仲間同志で集まって、アパートをかりて生活するのは危険である」「自分の家に精神障害者がいるとしたら、それを人に知られるのは恥である」など10項目の設問からなり、それぞれに対して「そう思う」「そう思わない」「どちらともいえない」の3つの選択肢から回答を選ぶようになっている。今回の調査では、精神障害者に否定的な回答に2点、肯定的な回答に0点、中間的な回答に1点を与え、10項目の総点を算出する形で、事件前後の学生のイメージを評価した。したがって、点数が大きいほど、精神障害者に対する否定的な態度が強いことを表す。

（倫理面への配慮）

なお、学生へのアンケート施行にあたり、T大調査では学籍番号を記入する形をとったため、アンケート調査を断ることもできること、その際に学業面などでの不利が生じることは一切ないことを伝えたくて、調査への同意を得るようにした。

3) 結果

① F大アンケート結果

精神障害者のイメージなどについて、「はい」「いいえ」「どちらでもない」の3つの選択肢を用意した設問に対し、回答した学生の割合が、事件前後でどのように変化したかを、児童福祉論受講生と精神科関連講義受講生のそれぞれについて、図-仙台-1～3で示す。

「『心の病』なので気の毒に思い同情」、「社会復帰を支援する」の二つの項目では、児童群と

精神群の双方とも同じように、精神障害者に対して肯定的態度で回答する学生の割合が、事件後に減少していた。

「精神障害者は社会にとって怖い存在」の項目では、児童群で、精神障害者に対し否定的な態度で回答した学生の割合が事件後に増加しているのに対し、精神群では減少していた。

しかし、逆に、「精神障害は治ると思う」「精神障害者の知人や友人とは関わりたくない」の項目では、事件前には児童群よりも否定的態度で回答をした者の割合が少なかった精神群において、事件後に否定的態度で回答する学生が児童群と同程度にまで増加していた。

同様に、「精神障害者は犯罪を犯しやすい」

「精神障害者と犯罪を結び付けるのは危険」「犯罪を犯した精神障害者には、再犯防止のために何らかの法的措置が必要」の三つの項目でも、事件前には児童群よりも否定的態度で回答をする学生の割合が少なかった精神群において、事件後のイメージの悪化が目立っていた。

F大アンケートの結果は、児童福祉論を受講している学生の群と精神科関連講義を受講している学生の群の双方とも、事件前に比べて事件後のイメージは悪化傾向にあること、精神科関連講義を受講中で事件前には精神障害者に対して比較的肯定的なイメージを抱いていた学生の群が、今回の事件で、児童福祉を受講している学生の群よりも否定的な影響を強く受けた可能性がある、とまとめられる。

②T大アンケート結果

T大調査で回答のあった478名のうち、事件前と事件後の双方とも『精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度』10項目の尺度に完全回答した学生420名を対象として、反復測定による分散分析を行い、所属毎に、事件前後でのイメージ変化のパターンが異なるかどうかを検討した。

時間と所属の間には統計的交互作用が有意にあり、所属毎にイメージ変化のパターンが異なることが明らかとなった。各所属毎に点数が、事件前後でどのように変化したかを図-仙台-4に示している。図-仙台-4からは、看護学科の学生は、医学生に比べて事件報道による否定的な影響を受

けやすいと解釈できる。

一方で、事件前の総点に目を向けると、看護学科では学年が上がるにつれて減少していることがわかる。多重比較を行うと、1年生と3年生の間で有意な差が認められた。当然のことながら、看護学科1年生と3年生とでは、実習を通して精神障害者との接触体験を有する学生の比率に差があり、そのことが精神障害者に対するイメージや変化のパターンに影響を及ぼしている可能性が考えられる。

そこで、医学生、看護学生をそれぞれ、学生実習で精神障害者と接触した経験の有無から2群に分け、計4群の事件報道前後でのイメージ変化のパターンを検討した。反復測定による分散分析では、時間と所属の間に統計的交互作用があることが明らかとなった。図-仙台-5は、各所属毎に点数が、事件前後でどのように変化したかを示しており、看護学科で学生実習を経験していない学生の群は、他の群に比べて事件報道による否定的な影響を受けやすいと解釈できる。別の見方をすると、看護学科の学生は、学生実習を体験することにより、事件報道の影響を受けづらくなる方向に変化していると考えられる。医学生においては、学生実習の体験によって、変化のパターンの改善は認められなかった。

C-2 研究2：仙台地区におけるホームヘルパーへの介入研究

1)対象

仙台市における障害者ホームヘルプサービスは、仙台市の出資により設立された財団法人である健康福祉事業団在宅福祉部が全体の調整役となり、実際の在宅サービスは、各区ヘルパーステーションから派遣されるヘルパーにより実施されている。

仙台市A区のヘルパーステーションに在籍するヘルパーは85名であり、原則として全員が、毎月1回開催される業務連絡会に出席することになっている。そこで、9月の業務連絡会に合わせてA区のベースライン・アンケート調査を施行した。会議に出席したヘルパーは83名であり、全員から回答が得られたが、名前を記入した者は80名であった。そのうち、12月に行われた介入後の調査に

も名前を記入し、介入前後の比較が可能であった59名を介入群として今回の分析の対象とした。

同様の手順で、97名が在籍するB区ステーションのヘルパーのうち、43名を対照群として分析の対象に加え、介入群との比較を行った。対照群に対するベースライン調査は、介入群の同調査の前日に行われた。B区において在籍ヘルパー数に比べてベースライン調査時の会議出席者が69名と少ないのは、一部のサブグループが調査日以外に連絡調整会議を行い、当日の出席が得られなかったためである。これは、仙台地区の研究者と健康福祉事業団在宅福祉部との事前の打ち合わせが不十分であったことの結果であり、該当するサブグループが当日意図的に出席しなかったわけではないので、調査結果に与えるバイアスは比較的小さいものと考えられる。対照群への2回目の調査は、介入群に対する介入後の調査の5日後に、同一の内容で行われた。調査の流れについて、図-仙台-6に示した。

2) 方法

① 介入プログラムの内容について

介入群に対しては、A区保健福祉センター障害高齢課の協力も得て、「精神障害者ホームヘルプサービス従事者研修会」と題した3回シリーズ(10月、11月、12月に各1回)の研修会を開催した(表-仙台-2)。

1回目は「精神分裂病に関する基礎知識」と題して、精神分裂病患者を担当した経験(受け持ったことのある患者数)の程度でグループ分けを行い、「当事者がどのような偏見と差別を受けているか」「どうして偏見や差別が起こるのか」「偏見や差別を除去するために必要なことは何か」のテーマでグループ毎に話しあいを持った。その後、有病率、症状、経過、予後、原因、病態、治療やリハビリテーションなどについて、精神科医による講義を行った。

2回目は「精神障害者への対応でこころがけたいこととその実際」と題して、再発を防ぐための家族の対応を例に取り(『感情表出研究における退院後9カ月後の再発率の違い』の図を提示)、急性期(幻覚や妄想を訴える際の対応)と慢性期の対応(陰性症状への対応)で心掛けたいことについて、精神科医が講義を行った。その後、2つ

の事例を提示し、初回に設定したグループの間で、「それぞれのヘルパーの対応についてどのように考えたか」「もしも、他に違う対応があるとしたらどんな対応があるか」を討議した。最後に、各グループの代表が、それぞれのグループで話し合われた内容を全体に報告した。

2回目の研修会終了後、A区に居住する当事者数名と、「当事者がどのような偏見と差別を受けているか」「どうして偏見や差別が起こるのか」「偏見や差別を除去するために必要なことは何か」のテーマで話し合いを持った。3回目の交流会での小グループ討議でファシリテーターをする際の参考にしてもらうため、A区ヘルパーステーションの主任ヘルパーにもオブザーバーとしての参加を依頼し、表3で示したような当事者の声に耳を傾けてもらった。

3回目は「当事者とヘルパーの交流会」とし、当事者の代表に20分程度、今回の研修会の趣旨にそった講演を依頼した。その後、1回目に設定したヘルパーの小グループに、A区在住の当事者1名ずつ、さらにファシリテーター役の主任ヘルパー或いはA区職員が加わり、ゲーム等遊びの要素も取り入れて、当事者のニーズや周囲の支援の必要性について話し合った。その後、各グループの代表が全体に報告する形をとった。

② アンケート調査について

対照群と介入群に対し、平成13年9月のほぼ同時期に同じ内容のベースライン調査を、アンケート形式で行った。WPA関連の他のプログラムとの比較のため、カナダ・アルバータでの取り組みで使用されたアンケートを部分的に採用、また1980年代以降に日本で行われてきた大規模な偏見調査との比較のため、岡上らが開発した『精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度』スケールを盛り込んだアンケートを作成した(資料1)。両群とも、ベースライン時アンケートは、各ヘルパーステーションの業務連絡会の際に配布、回収した。

介入群に対して、3回シリーズ(10月、11月、12月に各1回)の研修会を実施し、12月の第3回研修会の直後に介入後のアンケートを配布・回収した。対照群には、12月の業務連絡会の際にアンケートを配布し、後日回収を行った。

(倫理面への配慮)

アンケート用紙に、回答を断る権利、回答内容の秘密保持、回答に伴う不利益の排除などについて明記したうえで、調査への協力を依頼した。また、アンケート質問項目に精神障害者・分裂病に対する偏見を助長しかねない部分があると考えられたため、A区での介入終了後に、B区ヘルパー全員に対して仙台市が精神分裂病の正しい知識の普及・啓発用に開発・作成した冊子『はあとページ』を配布した。

3) 結果

① 対照群と介入群の基本属性比較

表-仙台-4に示すとおり、A区とB区で分析の対象となったヘルパーの属性を比較すると、年齢とヘルパー歴で有意差が認められたが ($P<0.05$)、教育年数、分裂病患者と接触体験がある者の割合、分裂病患者と業務で接触した者の割合、分裂病患者が友人・知人・身内にいる者の割合、個人的なボランティア活動で分裂病患者と接触した者の割合、その他の機会に分裂病患者と接触した者の割合、調査時点から遡って6ヶ月以内に分裂病患者についてのニュース・報道に接した者の割合については、有意な差は認められなかった (χ^2 二乗検定)。

② 対照群と介入群の精神分裂病患者に対するイメージ比較

介入前アンケートにおいて「過去6カ月で精神分裂病の人についてのニュースや報道に接した」と回答した者に対し、ニュース・報道によって印象づけられた分裂病の人のイメージ各項目毎に、項目を選択した人数の有効回答者全体における割合を、対照群と介入群毎に算出した。有効回答者は、対照群では不正回答者3人を除く29名、介入群では不正回答者を除く43名であった。表-仙台-5に示すように、両群とも「治療・支援体制が必要」、「幻聴など症状に苦しむ」、「自殺の怖れ、落ち込み」、「重い病気にかかっている」など精神分裂病患者に対する共感的なイメージ項目を回答した者が多かったが、「犯罪をおかす」「乱暴または危険」と印象づけられたとする回答も少なからずみられた。全体としては、A区とB区とで回答の傾向は同様であったと考えられる。

③ 生涯有病率

「1万人のうち何人くらいが、一生のうちに精神分裂病を発症すると思いますか?」の質問で、有効回答者に対し数字で回答した者の割合、100人と明記した者の割合を、両群毎に比較した。表-仙台-6に示す通り、A群で介入後に100人と明記した者の割合が、著明に増加していた。

④ 病因

介入前後のアンケートで、各項目を原因として挙げた人数の有効回答者全体における割合を、対照群と介入群毎に算出した。介入前アンケートでは、不正回答者が対照群で1人、介入群で3人おり、介入後アンケートでは対照群で不正回答者が1人いた。これらの回答者は分析から除外した。

表-仙台-7、表-仙台-8に示すように、両群で介入前後とも「ストレス」、「精神的外傷・ショック」を挙げる者が多く、基本的な傾向は共通していた。介入群では、介入後に心因を挙げる人の割合が増加していた。

⑤ 最適な治療法

精神分裂病の治療法として最適なものを、「処方薬」、「心理療法」、「処方薬と心理療法の組み合わせ」、「精神分裂病を治療する方法は存在しない」「他に方法がある」「わからない」から1つだけ選択してもらった。

両群とも、「処方薬と心理療法の組み合わせ」と回答したものが圧倒的に多く、介入前後の両時点とも、両群の回答パターンに有意差は認められなかった。

⑥ 実像と虚像

精神分裂病に関する一般的な知識を把握するために、9つの質問項目を設定し、「間違い」、「正しい」のいずれかでの回答を求めた。各項目とも、介入前後の両時点で、A区ヘルパーとB区ヘルパーによる回答パターンに有意な差があるかどうかを検討するために、 χ^2 二乗検定を行った。図-仙台-7から図-仙台-15までに示すとおり、介入前アンケートでは、いずれの項目においても、両群で有意差は認められなかった。しかし、介入後アンケート結果の比較では、「100人に1人が生涯のうちにかかる病気である」 ($P<0.001$)、「ストレスによって引き起こされる」 ($P<0.01$)、「脳の病気である」 ($P<0.05$)、「暴力的になりやすい」 ($P<0.05$) の4つの項

目で有意差が得られた。

⑦当事者との交際に対する態度

表-仙台-9に示したように、精神分裂病に罹患している人との日常的な交際についての態度を6つの項目で尋ねた。「確実に」「おそらく」「ありそうもない」「絶対ない」の4つの選択肢から1つを回答する形となっている。それぞれの項目における介入前後での差の検定を、対照群と介入群毎にWilcoxonの符号付き順位検定を用いて行った。対照群においてはいずれの項目でも有意差はみられなかったが、介入群では全ての項目において患者への態度が改善する方向に回答パターンが変化し、有意差が得られた。

⑧施設建設に対する態度

表-仙台-10に示したように、居住施設が近所に作られることを耳にした時の態度を、7つの領域にわたり尋ねた。「大反対」、「反対」、「どちらでもよい」、「賛成」、「大賛成」の5つの選択肢から1つを回答する形となっている。それぞれの領域における介入前後での差の検定を、対照群と介入群毎にWilcoxonの符号付き順位検定を用いて行った。対照群においてはエイズ患者の施設を受け入れる方向で回答パターンが変化していた ($P<0.05$) が、他の項目では有意差はみられなかった。介入群では、精神分裂病患者のグループホーム建設に関する態度のみが著明な改善を示しており ($P<0.001$)、他の領域の施設建設への態度には有意な変化は見られなかった。

⑨『精神障害者の自立に対する消極的態度尺度』 ＜尺度について＞

資料1で示すアンケート質問項目Eのうち、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11の10項目で『精神障害者の自立に対する消極的態度尺度』が構成されている。3つの選択肢のうち、「そう思う」に2点、「どちらとも言えない」に1点、「そう思わない」に0点を与え（11は逆転項目）、該当する10項目を合算したものが総点となる。総点は0から20までの値を取りうるが、点数の高いほど消極的態度が強いことを表している。

各項目毎の欠損値の割合が低い（最も高い項目でも7%以下）ので、欠損値は各群毎に該当項目の系列値で置き換えた。

＜内的一貫性尺度＞

対照群、介入群の両群を合わせた場合の内的一貫性尺度は、介入前で $\alpha=0.72$ 、介入後で $\alpha=0.74$ と、比較的良好な値を示した。

＜介入前後での総点の差の比較＞

介入群では、表-仙台-11に示すように、介入前の5.67点から介入後に3.36点まで消極的態度が改善していたが、対照群では5.58点から5.30点と、改善の幅は小さかった。両群の、介入前後での総点の差の比較を、独立サンプルのt検定で行うと、有意な差が認められた ($P<0.01$ 、等分散)。

＜平均値を代入した場合の結果と欠損値を除外した場合のデータの質的差異＞

尺度の10項目全てに回答した者のみを対象に、介入群と対照群とで介入前後での総点の差を比較すると、介入群 ($N=50$) では介入前の5.66点から介入後に3.36点まで減少していたが、対照群 ($N=36$) では5.31点から5.25点に減じただけであった。両群の、介入前後での総点の差の比較を独立サンプルのt検定で行うと、有意な差が認められ ($P<0.01$ 、等分散)、欠損値に系列平均を代入した場合と質的な差異はないと考えられた。

＜対象者属性の差の補正＞

対象者属性において、年齢とヘルパー歴に有意差が認められたため、共分散分析において両者を共変量とし、統制したうえで介入前後での総点の差の比較を検討した。ただし、年齢とヘルパー歴に若干の欠損値があったため、介入群で56名、対照群で40名を共分散分析の対象とした（表-仙台-11）。

年齢を50.27歳、ヘルパー歴を60.97月の共変量で推定すると、総点の差は介入群で-2.352、対照群で-0.197となり、平均値に有意差が認められた ($P<0.01$)。また、年齢とヘルパー歴を統制しても、被験者間効果の検定で区の違いによる有意差が認められた ($P<0.01$) が、年齢とヘルパー歴には有意差が認められなかった。

＜重回帰分析＞

介入群のみを対象として、どのような要因が介入前後での総点の差に影響を与えるかを検討するために、従属変数を「介入前後での総点の差」とし、独立変数に「年齢」「学歴」「ヘルパー歴」「分裂病患者との接触体験の有無」「業務での分裂病患者との接触体験の有無」「友人・知人・身

内を通しての分裂病患者との接触体験の有無」

「個人的なボランティア活動での分裂病患者との接触体験の有無」「その他の機会での分裂病患者との接触体験の有無」「業務で接触した分裂病患者数」「介入前の総点」を投入し、ステップワイズ法で重回帰分析を行った。各項目で若干の欠損値がみられるために、この分析の対象者は53名であった。

結果としては、「介入前の総点」のみが選択された(非標準化係数-0.384, $P < 0.001$)。

C-3 研究3:一般高校生を対象とした早期教育的介入の有効性

1) 対象

十勝地区では、精神障害に対する知識と経験の乏しい一般市民に対して早期に教育的介入を行うことが、精神分裂病への偏見を軽減するために有効であろうと考え、今回3地区で使用するアンケートの内容を理解しうる下限の学齢と判断した高校1年生を対象に、偏見除去のための介入を試み、その効果から偏見除去に有効な方法を探ることを目的として調査を行なった。

2) 方法

調査方法は、介入手段として高校生に精神分裂病についての啓発教育講座を行ない、その前後で実施したアンケートの結果を対照群と比較して、介入の効果を評価することとした。

啓発教育講座は、高校ならびに学生への負担の限界から最小限度のものとなり、50分間の授業を2講利用して実施することとなった。1講目は、精神分裂病を経験し当事者活動をされている方々に、生活史や発病前後からの病気の体験、治療にまつわる経験、現在の生活ぶりや障害を持つ人としての活動、病気や障害を通して日常感じていること主張したいことなどを自由に語っていただいた。2講目は、精神科医が、精神分裂病についての医学的説明を行なった。その内容は、精神障害を持つ人の概数と入院・外来疾病別割合、身体疾患との受療率の比較、精神病床数・平均在院日数の欧米との比較、具体的症例の経過、精神障害の原因の概要、ドーパミン仮説を中心とした精神分裂病の原因についての説明、精神分裂病と混同されやすい障害、精神分裂病の発生頻度と好発年

齢、症状と典型例の経過の概要、治療とリハビリテーション、薬物療法の効果とEE研究の成果、社会的予後と就労の可能性、犯罪との関係、障害の特性などである。

アンケートは高校の強い要請により、無記名で実施した。内容は、カナダのアルバータで学生を対象に使用されたものに、岡上が日本で実施した調査項目を加え、一部修正・追加して使用した(資料2)。

調査は十勝管内の2つの公立高校で実施した。H高校では各1クラスをそれぞれ介入群、対照群とし、初回のアンケートを平成13年9月下旬に、2回目のアンケートを同年11月末に行い、介入群に対して同年11月15、21日に啓発教育講座を実施した。O高校では各3クラスをそれぞれ介入群、対照群とし、アンケートはH高校とほぼ同じ日程で行ない、啓発教育講座は平成13年10月23、30日に実施した。

(倫理面への配慮)

調査対象者への倫理的配慮として、アンケート用紙に、回答を断る権利、回答内容の秘密保持、回答に伴う不利益の排除などについて明記した。

3) 結果

はじめにH高校の調査結果について述べる。

対象者は、年齢が15、16歳で、男女比は概ね同数であった(図-十勝-H-A-2)。精神障害に対する知的関心は比較的高かった(表-十勝-H-E-14)。

精神障害を持つ人との接触経験については少なく、しかも1回目と2回目のアンケートで変動があった(図-十勝-H-A-4)。このことは、精神障害についての知識が乏しいことに加えて、精神障害を持つ人たちの多くが障害を伏せて社会生活を送らざるを得ない状況にあるためにその接触を自覚できないものと考えられ、また他の障害と混同されて正確な認識がなされていないことが推測された。精神分裂病を持つ人との接触についてはさらに少なく、ほとんど接触がないと回答している(図-十勝-H-A-6)。

報道から受けた精神分裂病の印象は様々で、調査期間中に際立った新たな報道が精神分裂病についてなされたわけではないにもかかわらず変動が大きく、必ずしも一定の傾向は認められなかった(図-H-A-9-1~4)。

精神分裂病の発症率については、「わからない」と答えた人が多く(図-十勝-H-B-1-1)、数値で回答した人では概して低く考えられていた。介入群の2回目のアンケート(以下、介入後)では、正答者が大幅に増加しており、介入の効果が認められた(図-十勝-H-B-2)。

病因については心因論が優勢であった。介入後では、身体因の割合が増加するとともに「精神的外傷・ショック」、「身体的虐待」などの要因をあげる人は減少しているものの、精神科医が講義で身体因を強調したにもかかわらず「ストレス」をあげる人が明らかに増加した(図-十勝-H-B-2)。これは、精神科医の講義の内容や方法・姿勢などに限界があったことも否定できないが、そればかりではなく、当事者の生々しい体験談が圧倒的な影響力を示し、当事者が発病期に主観的に体験する強いストレスが病因として共感的に理解されたためと推測される。当事者の体験に対する高校生の関心の強さは、介入後の感想文にも明確に現れていた。

社会的予後については、否定的な評価が多く、介入によって改善傾向を認めたものの、回答は分散していて十分な効果とはいえない(図-十勝-H-B-4, 5)。

精神分裂病についての主に知識や誤解に関するアンケート項目では、最適な治療法、暴力に対する治療の予防的効果、人格の分裂、病因(脳の病気)、暴力的傾向、罹病率、薬物療法の必要性などの7項目で、介入後に有意な改善が認められた(表-十勝-H-B-3, B-6, C-1, C-2, C-3, C-5, C-7)。一方、4項目では有意な改善を認めなかった(表-十勝-H-C-4, C-6, C-8, C-9)。その内のストレス因論については前述の理由が推測される。就労の可能性、「分裂病者は知恵遅れや低能である」、子育て原因論の3項目については、介入前から誤解は少なく、そのため介入の効果としては変化が認められなかった。総じて、病気に対する知識や誤解については、啓発教育講座の効果が明らかに認められたといえる。

つぎに精神分裂病を持つ人との交流に対する抵抗や情緒的偏見、施設や社会生活に関する差別意識を問うアンケート項目について見ると、「分裂病の人と話すのは恐ろしい」、「精神障害者は何

をするかわからないので恐ろしい」、「精神障害者の行動は全く理解できない」、「精神障害者がアパートで生活するのは危険だ」の4項目でしか、介入後の有意な改善は認められなかった(表-十勝-H-D-1, E-2, E-3, E-8)。これらの項目は、比較的短時間でも精神障害を持つ人と直接接して、その話しぶりや態度に触れることで、改善が期待できる内容であり、今回のようなごく短期間の講義形式という介入方法であっても有効な項目と考えられる。一方、介入による有意差が認められなかった項目は、「分裂病の人と同じクラスになったら迷惑」、「分裂病の人と友達になれる」、「家族が分裂病だと友達に知れたら恥ずかしい」、「近所に分裂病の人のグループホームができることに賛成」、「精神障害を持つ人は気の毒でかわいそう」、「精神障害者には服薬や身体管理などの自己管理は望めない」、「精神病院が必要なのは傷害事件を起こすから」、「精神病院では外出・外泊などに患者の意見を尊重はできない」、「精神病院の患者は病院内で一生過ごせる方が良い」、「遺伝を避けるために精神障害者は子供を作らない方が良い」、「自宅に精神障害者がいたら、それを知られるのは恥だ」、「精神障害者が異常行動を取るのはごく一時期だけだ」、「精神障害者に自助活動はできない」、「精神障害者の再犯防止に法的措置が必要だ」の14項目である(表-十勝-H-D-2, D-3, D-4, D-5(4), E-1, E-4, E-5, E-6, E-7, E-9, E-10, E-11, E-12, E-13)。介入が逆効果だった項目はなかったが、これらの項目には、有意な改善が見られた項目と対照的に、短時間の接触体験や言語的説明では実感し難い内容が多く、今回の介入方法の限界を示すものといえる。なかには有意差はないものの改善傾向が覗かれる項目もあり、標本数の小さかったことや無記名調査のため個人の変化が比較できず検出率が低下したという調査方法の問題も影響している可能性がある。

今回の啓発教育講座で精神分裂病に対する偏見除去に役立つと思うものとして、介入後に63%の人が患者さんの話をあげ、専門家の話の31%を大きく上回っていた(表-十勝-H-E-15)。

つぎに〇高校の調査結果についてまとめる。

〇高校も対象者は15、16歳で、男女比は概ね同数であった(図-十勝-O-A-2)。精神障害に対する

知的関心はH高校に比べると低かった(図-十勝-O-E-14)。

精神障害を持つ人との接触経験については、H高校と同様の傾向が認められ、全般に低く認識され(図-十勝-O-A-4)、精神分裂病についてはさらに接触が少なかった(図-十勝-O-A-6)。

報道から受けた精神分裂病の印象も、H高校と同様で一定の傾向は見られず変動も認められる(図-十勝-O-A-9)。

精神分裂病の発症率については、「わからない」と答えた人が多く(図-十勝-O-B-1-1)、数値で回答した人では低く考えている傾向にあった。介入後に正答者が増えているが、H高校に比べると変化は小さく、「わからない」と答えた割合も高かった(図-十勝-O-B-1-2)。

病因については、H高校と同様にストレス因をあげる人の割合が介入後大幅に増加している。この原因としてはH高校と同じく当事者の体験談の影響力が考えられるが、O高校では介入後に「脳の病気」をあげる割合が減り、「身体的虐待」や「精神的外傷・ショック」「社会的価値の崩壊」「子育ての失敗」などをあげる人が明らかに増加していて、病因についての正確な理解が得られなかった可能性が高い。この原因については後述する(図-十勝-O-B-2)。

社会的予後についてはH高校と同様の傾向がみられ、介入により肯定的評価への変化が見られるが十分なものではなかった(図-十勝-O-B-4, 5)。

精神分裂病についての主として知識と誤解に関するアンケート項目では、最適な治療法、暴力に対する治療の予防的効果、人格の分裂、罹病率、「分裂病者は知恵遅れで低能である」という5項目で介入後に有意な改善が認められた(表-十勝-O-B-3, B-6, C-1, C-5, C-8)。一方他の6項目では有意な改善がみられなかった(表-十勝-O-C-2, C-3, C-4, C-6, C-7, C-9)。その内のストレス因論についてはH高校と同様の理由が考えられ、就労の可能性と子育て原因論についても、H高校同様介入前から誤解が少なく、介入の効果としては現れなかったといえる。病因、暴力的傾向、薬物療法の必要性の3項目について有意な改善がみられなかった原因としては、H高校と比べると精神障害について関心のある人が少なかったことに加えて、3

クラス合同の大人数での講義となったためH高校よりは集中し難い環境であったこと、啓発教育講座から2回目のアンケートまでの期間が、H高校の約1週間に比べて約1ヶ月と長かったことなどが考えられる。

他方、精神分裂病を持つ人との交流に対する抵抗や情緒的偏見、施設や社会生活に関する差別意識を問うアンケート項目について見ると、以下の11項目で介入後に有意な改善が認められた(表-十勝-O-D-2, D-4, D-5(4), E-2, E-3, E-4, E-7, E-8, E-9, E-10, E-12)。すなわち、「分裂病の人と同じクラスになったら迷惑」、「家族が分裂病だと友人に知れたら恥ずかしい」、「近所に分裂病の人のグループホームができることに賛成」、「精神障害者は何をするかわからないので恐ろしい」、「精神障害者の行動は全く理解できない」、「精神障害者には服薬・身体管理などの自己管理は望めない」、「精神病院の患者は病院内で一生過ごせる方が良い」、「精神障害者がアパートで生活するのは危険だ」、「遺伝を避けるため、精神障害者は子供を作らない方が良い」、「自宅に精神障害者がいたら、それを知られるのは恥だ」、「精神障害者に自助活動はできない」である。改善効果のあった項目は多いが、その改善の程度は必ずしも著しいとはいえない。残りの7項目では、介入後の有意な改善は見られなかった(表-十勝-O-D-1, D-3, E-1, E-5, E-6, E-11, E-13)。H高校と比べて改善項目が多かったのは、標本数が3倍近く大きかったことによる検出率の向上が関与していると考えられる。

O高校でも、今回の啓発教育講座で偏見除去に役立つものとして、患者さんの話をあげた人が54%で、専門家の話の18%を大きく上回っていた(表-十勝-O-E-15)。

2校の結果を要約すると、精神分裂病についての知識に関する誤解は、計100分程度の比較的短時間の講義という形式でも介入による修正が期待できる。しかし十分な効果とは言い難く、効果がどれだけ持続するかという問題も残る。精神分裂病を持つ人との交流に対する抵抗や情緒的偏見、差別意識については、今回の介入方法でも多少の効果は認められるが、さらに効果を上げるためには新たな方法を検討する必要がある。その中

にあって、偏見除去のためには精神分裂病を経験した当事者の話が極めて有益であったことは特筆すべき点である。

C-4 研究4：民生委員を対象とした「ふれあい体験」型研修の効果

1) 対象

岡山県玉野市の民生委員と倉敷市玉島地区の民生委員、計234名が研究4の対象者である。対象者234名を、各78名の3つのグループに分け、1つのグループには従来型の研修を、第2のグループには従来型の研修と、その直後に「ふれあい体験」を実施、第3のグループは比較対照群として、調査が終わるまで特に研修プログラムを設けなかった(図-岡山-1)。

2) 方法

従来型の研修としては、医師による講義と、精神障害者による体験発表を行った。講義は45分程度のもので、内容としては、精神障害者の出現頻度、精神障害者に対して一般社会が持っている印象、「心を病む」一因として、持続的にかかる中低度のストレスの果たす役割、精神障害者が望むこと、どんな態度が精神障害者のストレスを減じるか、などである。体験発表では、「理解ある家族に見守られて幸せだ」「私を認めて欲しい」

「病気になるまで、そしてなってから」といったテーマで体験や意見が発表され、15分から30分程度の発表であった。

「ふれあい体験」という研修は、その大部分を10人程度の小グループで行う研修で、内訳は、民生委員が5～7人、精神障害を持つ協力者が2～3人、そして、精神保健従事者が1～2人である。この10人程度の参加者が車座になり、「知り合いになりましょう」というプログラムと、「話し合い」というプログラムが行われる。

「知り合いになりましょう」では、参加者がペアになり、各自1分程度、自分のパートナーに対し、自己紹介をする。両方の自己紹介が終わると、今度は、各自が他の参加者に対し、自分のパートナーを1分程度で紹介する。その後、全員が席を立ち、自分の名前を名乗りながら、グループの全員と握手をして回る。以上が、約25分程度かけて行われる。「話し合い」では、民生委員の中か

ら司会と総括役とを選び、その後、「自分が精神障害を持ったらどのように生きるか」というテーマで、約50分程度話し合う。「話し合い」の後、小グループに分かれていた研修参加者が、再び全員集まり、各グループで話し合った内容を、約10分かけて共有した。「ふれあい体験」全体では約1時間半をかけた。

研修の前後に同一のアンケートを配布し回答を求めた。アンケートは無記名だが、回答者を特定する識別番号が打っており、それによって、2回のアンケートの回答を対応させることができた。2回のアンケート結果を対照した結果、もし、研修参加者の態度が研修の前後で変化し、さらに、その変化が比較対照群の変化に比べて大きいなら、研修の効果があったことになる。そこで、一般線形モデルの反復測定を用いて、グループの違いと2回のアンケート結果の交互作用を検定した。(倫理面への配慮)

アンケート質問項目に精神障害者・分裂病に対する偏見を助長しかねない部分があると考えられたため、介入終了後に、対照群に対しても啓発プログラムを施行することでこの問題に対処した。

3) 結果

今回は、「ふれあい体験」の追加によって民生委員に生じた変化、特に精神障害者に対する評価に生じた変化と精神障害者との心理的距離に生じた変化に焦点を絞って結果を報告する。

統計的に有意差が認められた項目を、表-岡山-A～Cに示した。下線を施したのは、従来型研修だけでも変化があった項目である。また斜体で示したのは、従来型研修だけのグループで変化がみられたが、ふれあい体験をしたグループでは変化が観察できなかった項目である。ただし、そのような項目は、「分裂病は脳の病気ではない」という1項目だけであった。表中にある他の大部分の項目は、従来型研修にふれあい体験を加えて初めて変化を観察できた項目である。

D. 考察

D-1 学生アンケート結果の考察

今回の学生アンケートで得られた結果について

て考察する。

精神障害と事件を結びつける報道の影響などによって、学生の精神障害者に対するイメージは、専門分野に関わらず悪化する傾向が認められた。F大調査では、知識を主体とした講義だけでは、精神障害者に対する肯定的なイメージが持続され得ない可能性を示唆している。T大調査では、看護学生は、医学生に比べて否定的な影響を受けやすいものの、一方で学生実習を経験することにより、そうした傾向が改善されていた。これは、知識だけではなく、また医学部実習のように精神障害者の病状に焦点を当てるものでもなく、生活者としての精神障害者をケアすることに重きを置く看護実習の成果とも考えられる。

一方で、今回の学生アンケートは、所属毎に回収方法が違い、事件前のイメージは後方視的に捉えられたものであった。また、事件前後でイメージが変化したとしてもそれは一時的なものである可能性もある。さらに、看護学生のほとんどが女性であり医学生の大多数が男性であることから性別の影響なども無視できない。したがって、今回の調査研究によって得られた考察には、一定の限界を伴うことに注意する必要がある。

今後、精神障害者に対する偏見を除去するために、事件報道への対策、医療・保健・福祉従事者への教育プログラムのさらに詳しい検討、一般市民の態度改善のための具体的方法論の検討を中心に、調査研究活動をを進める必要があると考えられた。

D-2 仙台地区精神障害者ホームヘルパー研修の評価

高齢者福祉サービスの領域で在宅ケアの3本柱であった訪問介護事業（ホームヘルプサービス）が、平成11年の精神保健福祉法の改正により、平成14年度から精神障害者にも適用されることになった。平成11年に施行された全国市区町村調査においては、すでに22.7%の自治体で、精神障害者を持つ人を対象にしたホームヘルプサービスが提供されていることが確認されている。一方で、精神障害者へのホームヘルプサービスの実施にあたり、不安や困難感を抱えたヘルパーも少なくないと言われるが、精神障害をもつ人への関わり

りの経験や精神障害に関する知識の不足がその背景にあることが推測され、効果的な研修のあり方が検討されている（全家連保健福祉研究所、2001）。以上のように、精神障害者ホームヘルプサービスとヘルパー研修の重要性がいつそう増すことが考えられる状況であることと、本研究のフィールドである仙台市においては以前から精神障害者ホームヘルプサービスにおいて先駆的の事業を展開し、研究への協力体制も整っていることなどから、対象者をホームヘルパーとし、対照群と介入群との比較から、短期間の介入の効果を検討することにした。

今回の調査では、分裂病に対する知識の提供、患者への対応の具体的教示、当事者を交えたグループワークなどを組み合わせたプログラムにより、生涯有病率をはじめとする知識だけでなく、施設建設や当事者との交際に関する設問や『精神障害者の自立に対する消極的態度尺度』など調査票上の態度の改善が認められた。このことから、当事者の講演や当事者を交えたグループワークを持つなど介入プログラムの工夫により、3回程度の短期研修であっても一定の効果が上げられることが示された。

報道で印象づけられた病者に対するイメージや一般的知識を問う項目などへの回答状況からは、対象となったヘルパーは、対照群においても一定の知識があり、精神分裂病患者への共感性も高いことが読みとれる。これは、ヘルパーを志望する人の特性やこれまで参加した研修の影響が考えられる。平成9年に一般市民を対象として施行された全家連保健福祉研究所の調査では、若干項目の入れ替えがあるものの『精神障害者の自立に対する消極的態度尺度』は9.53点であった。また本分担研究の岡山地区民生委員の介入前の値も8~9点台である。記名・無記名のアンケート様式の違いを考慮に入れたとしても、今回の対象であるヘルパーは一般市民と比較した場合に偏見の程度は弱いものと考えられる。しかし一般市民と比べ、サービスを通じて障害者と接触する時間の長いヘルパーの態度がサービス利用者に与える影響の強さを考慮に入れた時、今回の介入プログラムのような研修を取り入れる意義は大きいであろう。また、当事者の自立に消極的な態度の

強いヘルパーほど介入による態度の改善が期待できる可能性が示唆されたことは、限られた予算と時間の中で研修対象者を絞り込まざるをえない状況下で研修会をアレンジする際に参考となるエビデンスであろう。

しかし、仙台でのプログラムが包括的であるとの評価はされようが、そのような短期間の介入のどの側面が偏見を改善させるのかを明らかにする研究デザインではない。また、調査票上の態度だけでなく、現実に当事者が受けたベネフィットを把握する姿勢も重要で、今後は当事者側のホームヘルプサービスの満足度なども介入効果の指標として取り上げるべきと考えられる。

D-3 高校生を対象とした早期教育的介入の効果

今回の調査結果について考察すると、講義は時間的制約があったため、講師が一方向的に話し学生がそれを聞くという形式で行われ、医学的知識については要点を詰め込み教育的に提供する結果となり、十分な理解につながり得なかった印象がある。知識の提供だけでも今回の2~3倍程度の時間を取り、質疑応答による相互的理解が必要と考えられる。特に病因については、精神分裂病の本態がなお十分に解明されていないことと当事者の主観的体験の重みを考えると、必ずしも説明が容易とはいえない。精神分裂病を持つ人との交流に対する抵抗や情緒的偏見、差別意識については、短期的な介入にはさらに限界があり、十分時間をかけて長期的に、かつ多様な接触体験を持つことが必要と考えられる。この点でも障害を持つ人との相互的交流と意見交換が必要であり、活動体験の共有なども有効となろう。単に話を聞くだけでは実感できない生活ぶりを理解し共感を育むためには、当事者が生活する住居や作業所、社会復帰施設、自助グループ、さらにはデイケアや病院などの見学とその場での交流も必要であり有益と考えられる。

今回の調査でも当事者の生の声が偏見除去には不可欠であると確認できたが、そこで必ず話題になるのは治療や病院にまつわる体験である。今回の当事者による講義でも、薬の副作用で苦しんだ経験や退院の希望が無視されて説明もないま

ま長期入院を強いられたことなどが語られた。精神医療そのものが生み出している負のイメージによって、精神障害への偏見が助長されている事実を十分に認識し、精神医療の質を高めるとともにその密室性、閉鎖性を改めなければ、偏見除去への取り組みは単に効果があがらないばかりでなく、自己矛盾を深め推進困難とさえなりかねない。偏見差別の改善には、社会を変革する取り組みとともに、精神医療が自己開示を含めた内なる変革に取り組むことが急務の課題といえよう。

D-4 「ふれあい体験」型研修の評価

現在、精神障害者をよりよく理解するための研修が各地で開かれており、専門家の講義や、それに加えて、精神障害者自身による体験発表を聞くことが主な内容となっている。今回の岡山地区の研究目的は、こうした従来型研修を改良した新たなスタイルの研修効果を明らかにすることであった。

研修を改良するに当たって重要と考えられたのは、①研修者と精神障害者が協力して1つの目的を達成するような研修にすること、②健常者が精神障害者のどちらか一方が支配的になったり、優勢になったりするような関係ができないこと、③精神障害者としての経験も、健常者としての経験も役立てられる研修にすること、④「病気」がテーマになるのではなく、「病気の人」の人生や生き方について考える研修にすること、の4点であった。この4つの点を満たす研修として、「ふれあい体験」と呼ばれる研修が提案され、これを従来型の研修に継ぎ足すことで、研修の効果を高められるのではないかと岡山地区では考えた。

得られた結果から示唆されるのは3点である。まず、従来型の研修でも一定の効果をあげられること、次に、従来型研修に「ふれあい体験」を加えることで、もっと多方面にわたって精神障害者に対する理解を深めることができ、精神障害者との心理的距離をより縮めることができること、最後に、観察された変化は必ずしも大きくない、ということが明らかとなった。4~5段階の順序データで回答する項目に関しては、平均値が1目盛り動くことはなかった。

以上から、「ふれあい体験」方式の研修は、将