

来性のある有効な研修法ではある。しかし、1回1時間半程度の研修では、その効果の程度は充分ではないと考えられた。

D-5 分担研究の総括

①3地区の結果から

我が国でも、これまで精神障害者観や関連する要因の分析について、大規模な調査がいくつか施行されてきた。例えば、比較的最近になって一般市民を対象に全家連保健福祉研究所が実施した全国無作為サンプル2000人の調査では(1998)、今回我々が使用した『精神障害者の自立に対する消極的態度尺度』を従属変数として重回帰分析を行い、他要因と独立した影響が有意に認められた要因として、年齢、接触体験、精神障害に対する知識、学歴、ボランティア経験を挙げている。

またSartoriusは、これまで諸外国で行われてきた偏見解消プログラムに関する調査結果と自らの経験から、啓発教育だけでは偏見を解消できないこと、教育と他の活動を組み立てたプログラムが必要であること、当事者のニーズをプログラムに取り入れていくことの重要性などを指摘している。

正確な知識の提供と当事者との良好な接触体験が、精神障害(者)に対する偏見を減じるプログラムにおいては車の両輪に当たるとする趣旨の報告は、洋の東西を問わずこれまでも数多くなされてきた。しかし、我が国で、精神分裂病偏見解消のためのプログラムの効果を前方視的に追跡して対照群との比較からその有効性を導き出した報告はほとんどなく、この種の実証的根拠の蓄積が求められている。

今回の3地区の調査結果からは、精神科医や当事者の講話などを組み合わせた1~3回程度の従来型短期啓発プログラムのみでも、知識や態度の一部を改善させる効果を持つことが示されたと言える。そして仙台地区の結果は、ヘルパーに関しては、偏見の程度の強い者ほどこの種のプログラムの効果が期待できることを示唆しており、こうしたプログラムを企画する精神保健関係者を勇気づけるデータであると言えよう。しかし、各地区で強調しているのは、やはり講義室での啓発講座の限界と、当事者参加型の介入プログラムの

重要性である。十勝地区では、精神科医の話よりも当事者の話の方が良かったというアンケート結果が示された。岡山地区では、洗練された研究デザインを用いて、従来型の研修に触れあい体験を組み合わせることで変化を及ぼすことのできる領域が増えていくこと、ふれあい体験方式の研修が将来性のある有効な研修法であることを明らかにした。もちろん、改善したといっても限界があり、開催回数の問題も含めてよりいっそう効果的な介入に工夫していく必要がある。仙台地区でも、従来型研修に触れあい体験型研修、さらに当事者自身の苦悩を定性的に把握するフォーカス・グループ・アプローチを一部取り入れており、研修会開催数も計3回と比較的インテンシブな介入が行われ、一定の効果が立証されたと考えられるが、ヘルパー以外の対象者への有効性は今後の検討課題である。

今後は、従来型研修において知識を提供するプログラムの際には、十分な時間を割いて参加者の心の動きに配慮し、情報提供を相互通行的に行う心理教育的アプローチを活用するのも一法であろう。その際にどのような情報を提供するのかが、今回の3地区の結果をさらに吟味して、対象者のニーズに焦点を絞り込む配慮も求められる。また、講師が話す内容よりも、講師自身の分裂病患者に対する姿勢がより大きなインパクトを参加者に与える可能性を検討する価値があるかもしれない。さらに、社会資源見学などをプログラムに加えていく視点も重要であろう。

②研修プログラムへの当事者の参加

仙台地区では、A区に居住する当事者約10人が第3回目のプログラムに参加した。当然、参加した当事者には謝金を支出したが、そのようなことが当事者が社会との関わりをもつモチベーションの一つになるという意味では重要であるし、今回のプログラムがA区でセルフ・ヘルプ・グループが立ち上げられる契機となった点を見逃すわけにはいかないであろう。

十勝地区では、関東地方と札幌で暮らす、講演経験の豊富な当事者がプログラムに参加した。また、研究の準備段階から当事者の参加を仰いでプログラムの検討を行った。

岡山地区では、当事者の研修プログラム講師を

採用する際に一部公募制を採用し、一方ですでにこの種の活動に関わっている当事者にも協力を仰いだ。反省会では、「疲れて二度とやりたくない」と語った当事者は皆無であった。

③脳の病気かストレスか

今回の3地区の結果で興味深いのは、介入群対象者の介入後アンケートにおいて、精神分裂病が「ストレスによって引き起こされる」と理解した者の割合が増加し、「脳の病気である」と理解した者が減少する現象が起きたことであった。

いずれの地区も、精神科医が講義でドーパミン仮説などオーソドックスな生物学的知識を説明しているにも関わらず、そのような結果が生じている。これは、精神科医の講義の内容や方法・姿勢などの問題も指摘されるかもしれないが、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。

全家連保健福祉研究所の1997年調査でも、精神障害者観（『精神障害者の自立に対する消極的態度尺度』）と精神分裂病の原因についての回答との関係において、消極度が高いのは生物学的な要因や遺伝的な要因を挙げた人たちであり、これに対して消極度が低いのは、心理社会的な要因を指摘した人たちであった。

つまり、今回の介入プログラムの参加者は、脳の病気として当事者の責任を外在化することで偏見的態度を解消していくのではなく、当事者の講話に共感して自分たちと変わらない一人の人間として位置づけ直すことで偏見的態度を解消している可能性がある。医学的にも最新の情報を伝え、生物学的な病気であるからこそ治療も可能であることを強調し、プログラム参加者の信念体系を変えていくことも重要であるが、一方で今回の調査結果が意味するものは、共通点を認識することではじめて不安を解消できる日本人心性に配慮した、我が国ならではの偏見除去アプローチの重要性なのかもしれない。

④研究デザインの問題

今回、3地区での研究を開始する前の打ち合わせ会議において、「3地区の介入プログラムを完全に統制することは不可能であるし、地区の実状

により対象者を選定するのが妥当である」との認識から、今回のようなデザインの研究となった経緯がある。しかし、すでに述べたように今回様々な興味深い調査結果が得られたものの、介入効果の程度が対象者属性の影響なのか、介入プログラムそのものの影響なのかを評価することが困難になってしまっている。また、十勝地区のデータからは、講義が1クラスずつか3クラスずつかといった介入方法の違いが結果に影響を与えた可能性も指摘されているので、より妥当性のあるエビデンスを得るためには、そうした面での厳密さが求められる。そのうえで、介入の対象者やプログラムなど、研究のデザインを各地区で同一にしてサンプル数を増やしたり、ある介入がその地区の背景やスタッフの特性を抜きにしても有効であることを実証すべきである。各地域でのデータを統合し、より洗練された解析をすることが求められる。

今後、どのように対象者を絞るべきであろうか。すでに十勝地区では一般高校生を、岡山地区では民生委員を対象としているが、各地区毎に高校生と民生委員に対して、研究4のように比較対照群と講義群、触れあい体験型研修群に分けて介入プログラムの効果を吟味するのが良いようにも思われる。研究3では、高校生が精神分裂病を抱えた人との接触体験がほとんどないと回答していることが明らかとなっており、そうした若年かつ接触体験の少ない一般市民と、比較的高齢で様々な形で接触を体験している民生委員と、大筋では変わらないとしても、その介入ポイントの違いを明らかにすることも大事である。十勝地区で、対象者のもともとの関心度の差が結果に影響を与えている可能性が指摘されており、そうした関心の度合いを解析時に統制して考察する必要があるかもしれない。

⑤評価法の問題

我々が介入により改善させようとしている偏見とは、何であろうか。知識なのか、態度なのか、行動なのか、焦点をはっきりさせるべきであるとの意見もあろう。アンケートの回答や評価尺度上の変化でしか評価しづらい面もあるが、可能であれば介入の効果を、地区で暮らす当事者自身に、QOLや満足度が改善したかどうかで評価して

もらう方法を付け加えることができれば理想的である。

今回は、アンケート内容の問題から、特に対照群へのフォローが必要とされた。今後、アンケート方式での評価を行う際には、その文章表現とともに、一般市民の偏見を助長しかねないネガティブな質問について良く吟味しなければならないことを痛感した。そして、より意味のある項目に質問項目を絞り込むか、対面式の面接を実施するなどして欠損値を少なくする配慮も重要である。無記名式でありながら対象者を識別することも可能な岡山地区で採用した方法は、回収数を増やして欠損値を減らすうえで理想的な方法と言える。今回のアンケートも基本的には共通のものであるので後の3地区の比較は可能だが、できうる限り各地区で同一の尺度を施行した方が好ましいと思われた。さらに、十勝地区では、介入後アンケートを施行する時期が1週間後か1カ月後かなどの要因が結果に影響を与えた可能性も指摘されており、一定の基準を設けるべきであると考えます。

⑥費用対効果

今後、保健所や市町村でも実現可能な、偏見除去のための効果的なプログラムを提言する観点からは、プログラムの費用効果性を検討すべきとの指摘もあるだろう。モデル事業では研究費、専門家のボランティア的支援が期待できるが、現場で普及させていくためには費用対効果の検討は重要である。

それとは相反するが、専門家のボランティア活動やインフォーマルな地域ネットワークの利用などを考えていく視点もあるだろう。

⑦精神医療の底上げと地域連携

十勝地区の研究報告では、O高校とH高校の効果の違いについて、もともとの精神分裂病に対する関心の度合いが、結果に影響を与えている可能性が指摘された。つまり、対象者のプログラム参加へのモチベーションを高めていくことが、介入プログラム自体の有効性をも高めることにつながるということである。そのためには同時に、高校教諭など学校関係者のモチベーションを高めることも必要で、それによって学校側に十分なプログラム時間を確保してもらうことが可能となる。そのためには、精神医療・保健機関が日頃よ

り様々な機会に地域連携を深めておくことが求められる。

E. 結語

仙台、十勝、岡山の3地区で実施された、それぞれの対象者への偏見除去プログラムの効果について比較対照群を用いて検討した調査結果について報告した。従来型研修でも一定の効果が得られるが、当事者参加型プログラムの重要性や、そこでの交流のあり方が精神分裂病に対する偏見を軽減する際のポイントとなることなどが明らかとなった。今回得られた3地区の結果を統合的に解析するとともに、さらなる実証的根拠を蓄積すべく調査研究を進展させる必要がある。

F. 分担研究協力者（地区毎、五十音順）

<北海道・十勝地区>

- 伊藤哲寛（北海道立緑ヶ丘病院 院長）
伊藤正信（北海道立音更リハビリテーションセンター 管理課長）
井上園（精神保健ボランティア団体「ういず・ゆう」 会員）
小栗静夫（帯広協会病院 MSW）
佐々木青磁（北海道立緑ヶ丘病院 医長）
関根真一（十勝ソーシャルクラブ連合会 会員）
東端憲仁（北海道立音更リハビリテーションセンター 所長）
友成宏（北海道立緑ヶ丘病院 医師）
新田弘之（十勝ソーシャルクラブ連合会 事務局長）
山本一仁（十勝ソーシャルクラブ連合会 会長）
横田静子（北海道立緑ヶ丘病院 指導科長）

<仙台地区>

- 浅野弘毅（仙台市立病院精神科 部長）
猪俣好正（宮城県立名取病院 院長）
岩館敏晴（国見台病院 副院長）
岡崎伸郎（仙台市精神保健福祉総合センター 所長）
小岩真澄美（東北福祉大学）
白澤英勝（宮城県精神保健福祉センター 所長）

林みづ穂 (仙台市精神保健福祉総合センター
医員)

堀内健太郎 (東北大学医学部付属病院精神科
医師)

<岡山地区>

小野ツル子 (岡山県立大学保健福祉学部看護学
科 教授)

川上憲人 (岡山大学大学院医歯学総合研究科
社会環境生命科学専攻長寿社医
学講座 衛生学・予防医学分野
教授)

田中満希子 (岡山県精神保健福祉センター
保健婦)

中島豊爾 (岡山県立岡山病院 院長)

藤田健三 (岡山県精神保健福祉センター
所長)

本田圭子 (岡山県岡山保健所 課長補佐)

三好弘人 (こらーる岡山診療所 臨床心理
士)

守屋 昭 (岡山県精神保健福祉センター
医師)

山本昌知 (こらーる岡山診療所 所長)

G. 研究発表

1. 論文発表

西尾雅明: 偏見・差別と保健・医療・福祉系学生
の卒前教育(巻頭言). 季刊地域精神保健福祉情報
「レビュー」38号, p4, 2001

2. 学会発表

西尾雅明, 小岩真澄美, 佐藤光源: 精神障害(者)
に対する偏見除去への取り組み～大阪児童殺傷
事件に関する学生へのアンケート調査結果から
～. 第55回東北精神神経学会総会, 仙台

H. 知的所有権の所得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案取得

なし

3. その他

なし

図-仙台-1 F大アンケート結果

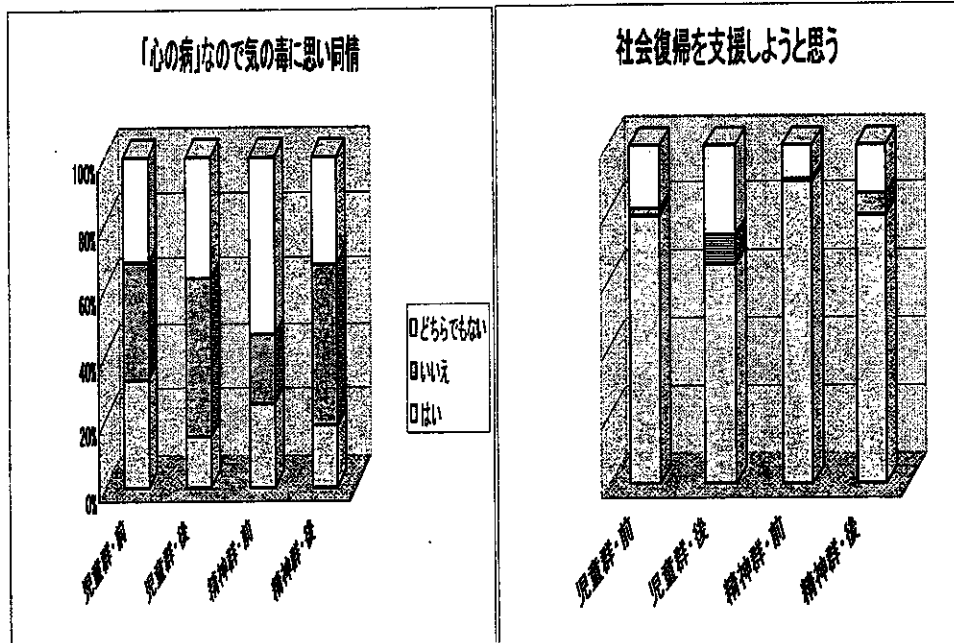


図-仙台-2 F大アンケート結果

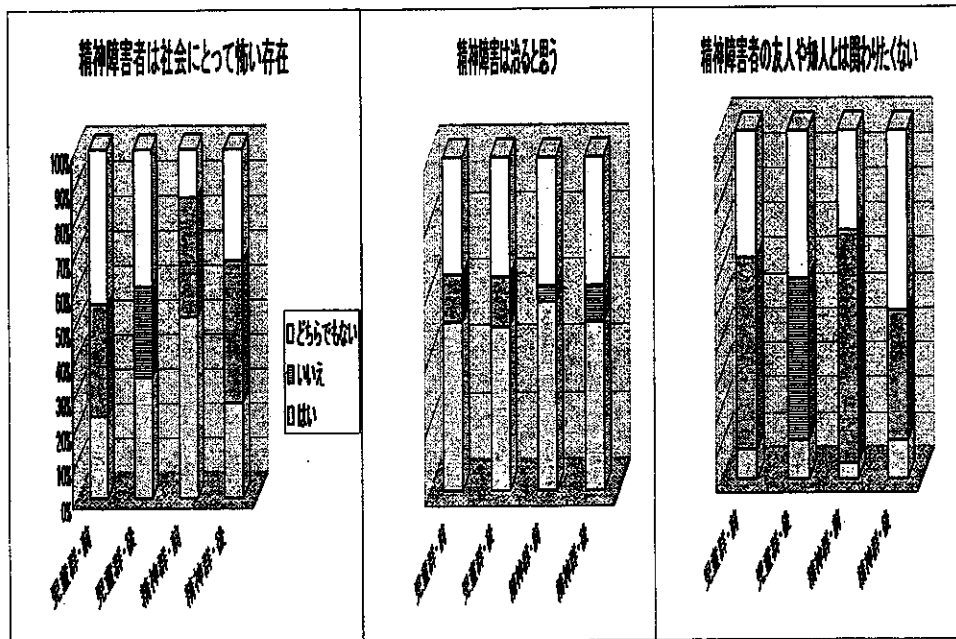


図-仙台-3 F大アンケート結果

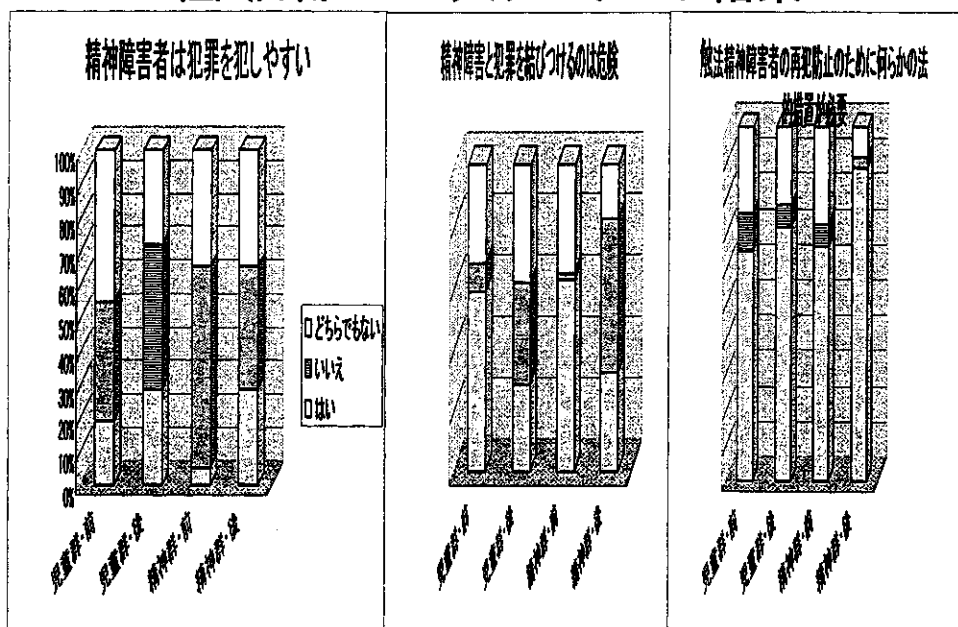


図-仙台-4 事件前後での総点の変化

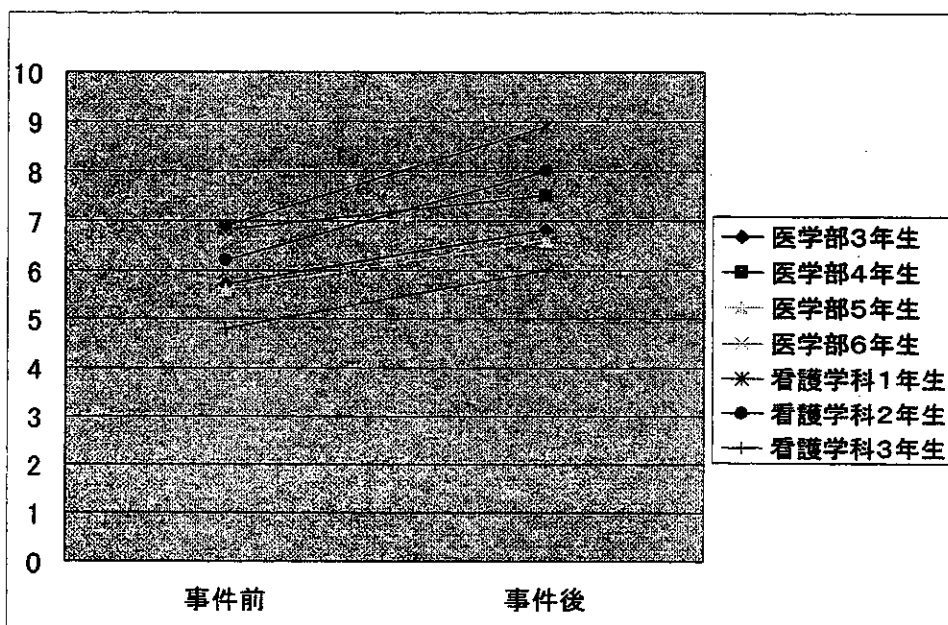


図-仙台-5 学生実習体験別の総点変化

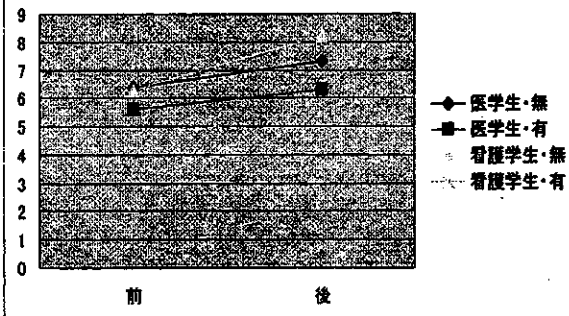


図-仙台-7 実虚像①:100人に1人が生涯にかかる

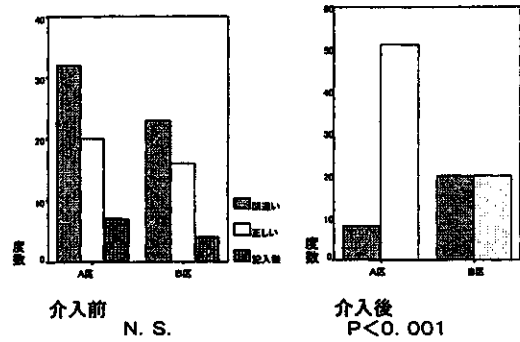


図-仙台-6 調査の流れと対象者

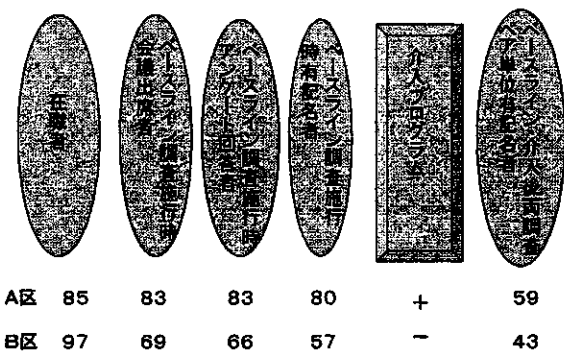


図-仙台-8 実虚像②:ストレスによって引き起こされる

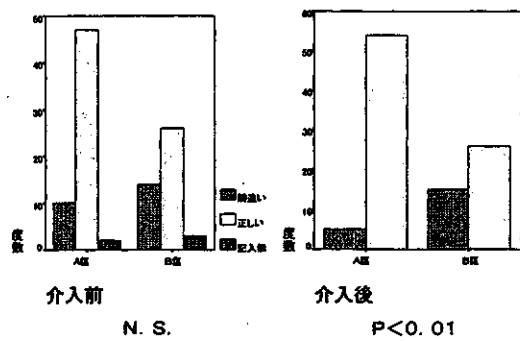


図-仙台-9 実虚像③: 脳の病気

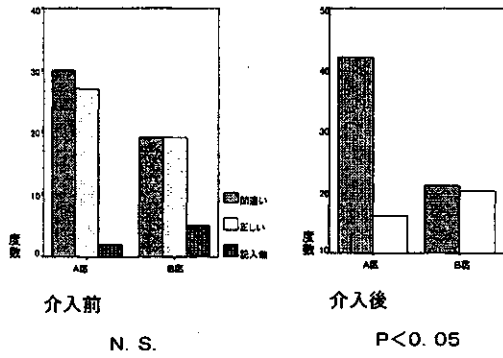


図-仙台-11 実虚像⑤: 人格が分裂

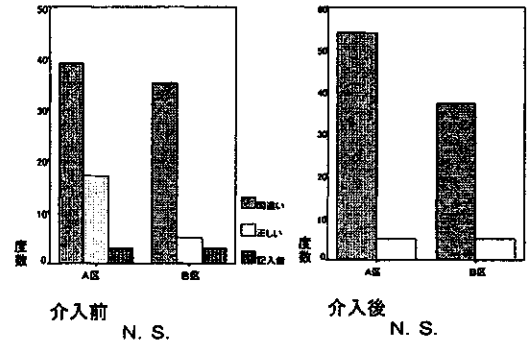


図-仙台-10 実虚像④: 暴力的になりやすい

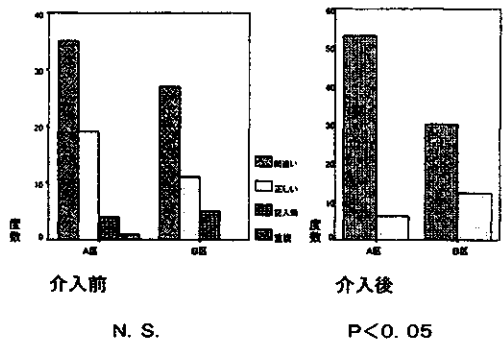


図-仙台-12 実虚像⑥: 働くことができない

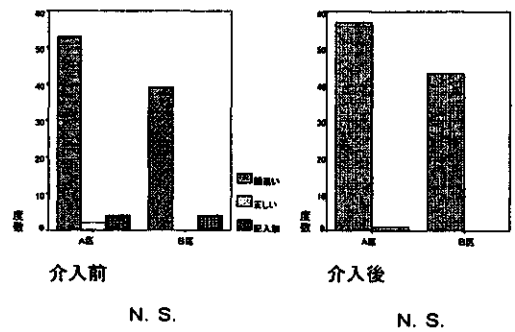


図-仙台-13 実虚像⑦:一般に薬剤を必要とする

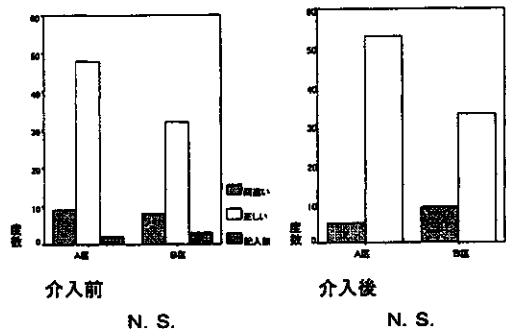


図-仙台-15 実虚像⑨:子育ての失敗が原因

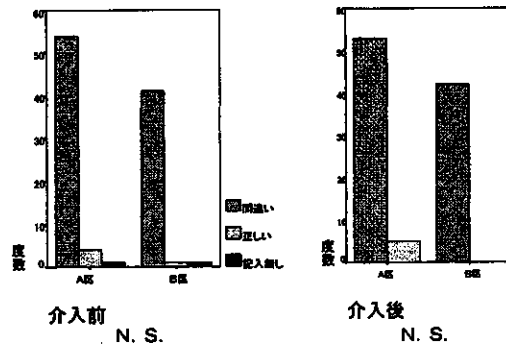


図-仙台-14 実虚像⑧:知恵遅れや低能であること
多い

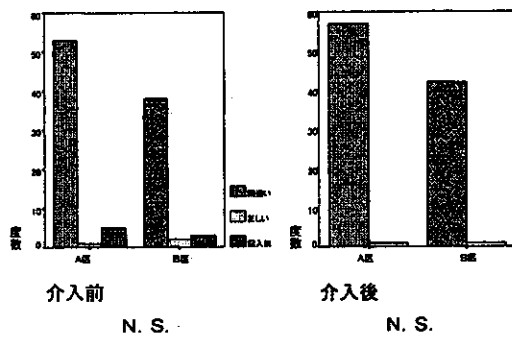


表-仙台-1 「精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度」スケール(岡上ら)の項目

- ・ 何をするか分からないので恐ろしい
- ・ 行動は、まったく理解できない
- ・ 服薬や心身のバランスなどの自己管理を望めない
- ・ 精神病院は暴力・事件防止のため必要
- ・ 病院の外出、外泊について患者の意見を尊重できない
- ・ 精神病院の患者を実生活にさらすより、病院内で一生苦労なく過ごさせるほうがよい
- ・ 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
- ・ 遺伝を避けるため、結婚しても子供を作らないほうがよい
- ・ 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
- ・ 異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、普段は社会人としての行動をとれる

表-仙台-2 介入プログラム

- ・ 1回目(10月)
グループでの話し合い(偏見について)
分裂病の基礎知識について
- ・ 2回目(11月)
対応について(陽性症状・陰性症状)
事例をもとにグループでの話し合い
- ・ 3回目(12月)
当事者の講演
当事者を交えたグループでの話し合い
(偏見について)

表-仙台-3 当事者との話し合い

- ・ どのような偏見で苦しんでいるか
「友人が減った」「家族から馬鹿にされた」「事件が起きると同類視される」「病気の苦しさは理解されていない」「職場にばれたらと気を遣う」
- ・ どうして偏見が生じるのか
「地域に理解してくれる人がいない」「マスコミの報道の仕方」
- ・ どうしたら偏見をなくすことができるか
「当事者同士で話しあうこと」「ボランティアなどで当事者と接してみたい」「治療の進歩」「事件を起こすのはごく一部の人。他の精神障害者にとばちがちがこないようにして欲しい」

表-仙台-4 対象者属性の比較

属性	A区	B区	
年齢(歳)	51.6	48.3	P<0.05
教育年数(年)	13.1	13.3	N.S.
ヘルパー歴(年)	66.9	53.9	P<0.05
患者と接触(%)	62.7	55.8	N.S.
業務で接触(%)	52.5	51.2	N.S.
友人・知人(%)	16.9	7.3	N.S.
ボランティア(%)	3.4	4.9	N.S.
他の機会(%)	6.8	7.3	N.S.
報道との接触(%)	72.9	72.1	N.S.

表-仙台-5 報道で印象づけられた患者のイメージ

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| ・ ①治療・支援体制が必要
(44.2%) | ・ ①治療・支援体制が必要
(62.1%) |
| ・ ②幻聴など症状に苦しむ
(41.9%) | ・ ②幻聴など症状に苦しむ
(55.2%) |
| ・ ②犯罪をおかす
(41.9%) | ・ ③犯罪をおかす
(27.6%) |
| ・ ④乱暴または危険
(34.9%) | ・ ④自殺の怖れ、落ち込み
(24.1%) |
| ・ ⑤自殺の怖れ、落ち込み
(32.6%) | ・ ④重い病気にかかっている
(24.1%) |

A区(介入群)

B区(対照群)

表-仙台-6 生涯有病率

1万人に100人と回答した者の割合/数字で回答した者の割合

	前	後
A区(N=59)	15.3% /33.9%	61.0% /83.1%
B区(N=43)	7.0% /23.3%	18.6% /34.9%

表-仙台-7 病気の原因(介入前)

<ul style="list-style-type: none"> • ①ストレス (51.8%) • ②精神的外傷・ショック (42.9%) • ③遺伝 (30.4%) • ④真の原因わからない (25.0%) • ⑤脳内の物理的異常 (23.2%) <p>A区(介入群)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ①精神的外傷・ショック (45.2%) • ②ストレス (35.7%) • ③真の原因わからない (35.7%) • ④薬物・アルコール乱用 (28.6%) • ⑤遺伝 (23.8%) <p>B区(対照群)</p>
---	---

表-仙台-10 施設建設に対する態度

介入前後での差の検定(Wilcoxon符号付き順位検定)

	A区	B区
①知的障害者	N.S.	N.S.
②犯罪を犯し服役を終えた人	N.S.	N.S.
③身体障害者	N.S.	N.S.
④精神分裂病	P<0.001	N.S.
⑤アルコール依存症	N.S.	N.S.
⑥覚醒剤など薬物中毒患者	N.S.	N.S.
⑦AIDS患者	N.S.	P<0.05

分析対象者は、A区①~②57名、③55名、④~⑦56名、B区①③41名、②④~⑦39名

表-仙台-8 病気の原因(介入後)

<ul style="list-style-type: none"> • ①ストレス (81.4%) • ②精神的外傷・ショック (61.0%) • ③真の原因わからない (39.0%) • ④脳内の物理的異常 (28.8%) • ⑤薬物・アルコールの乱用 (23.7%) <p>A区(介入群)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ①精神的外傷・ショック (61.9%) • ②ストレス (54.8%) • ③真の原因わからない (35.7%) • ④薬物・アルコールの乱用 (26.2%) • ⑤脳内の物理的異常 (23.8%) <p>B区(対照群)</p>
--	--

表-仙台-11 介入前後での総点の差の比較

	前	後	前後差	
			補正なし	補正後
A区	5.67	3.36	-2.31	-2.35
B区	5.58	5.30	-0.28*	-0.19**

* P<0.01(検定)

** P<0.01(共分散分析で年齢とヘルパー歴を補正,N=56,40)

表-仙台-9 当事者との交際に対する態度

介入前後での差の検定(Wilcoxon符号付き順位検定)

	A区	B区
①話をすることを恐ろしいと感じる	P<0.001	N.S.
②同じ職場になったら狼狽・迷惑	P<0.01	N.S.
③仲良く付き合っていくことできる	P<0.01	N.S.
④同居することになったら狼狽・迷惑	P<0.001	N.S.
⑤家族が診断され人に知れたら恥ずかしい	P<0.05	N.S.
⑥結婚もできる	P<0.01	N.S.

分析対象者は、A区①④⑤58名、②59名、③53名、⑥57名、B区①~④41名、⑤42名、⑥40名

十勝地区-図

図-十勝-H-A-2

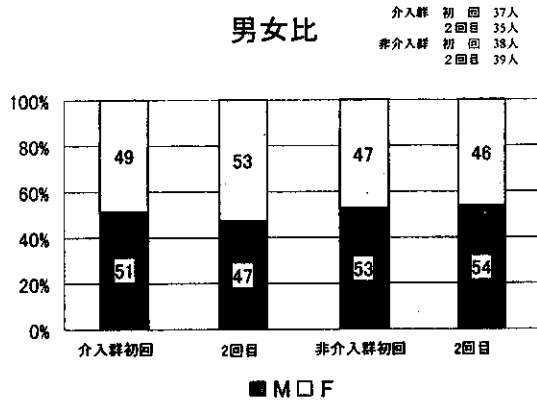


図-十勝-H-A-4

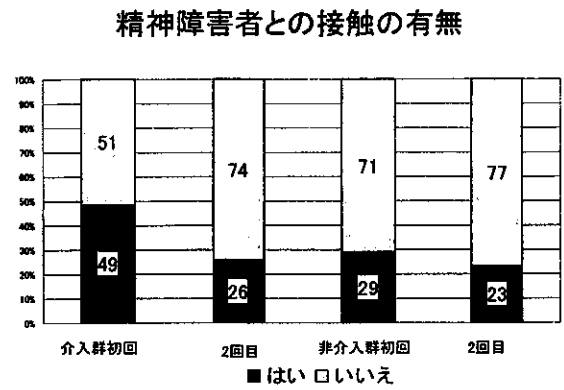


図-十勝-H-A-5

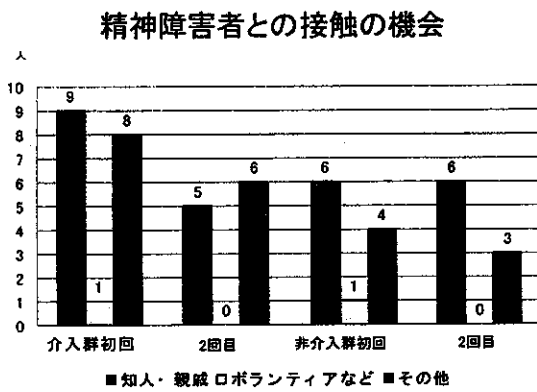


図-十勝-H-A-6

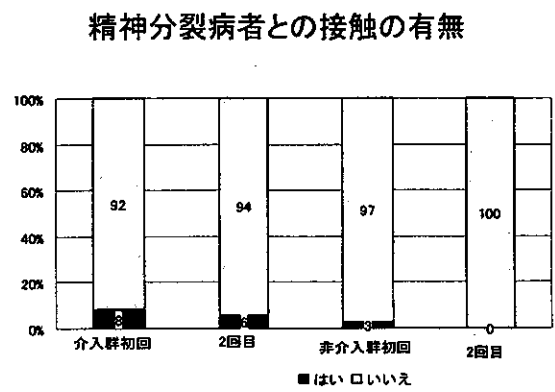


図-十勝-H-A-7

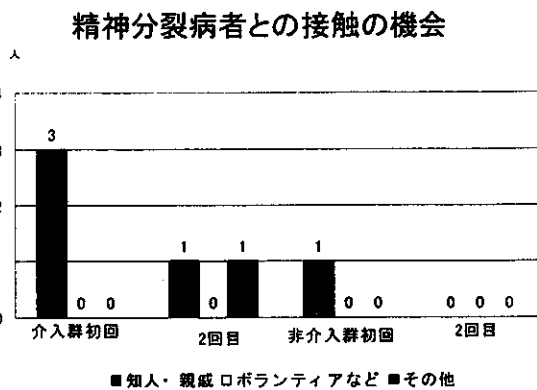


図-十勝-H-A-9-1

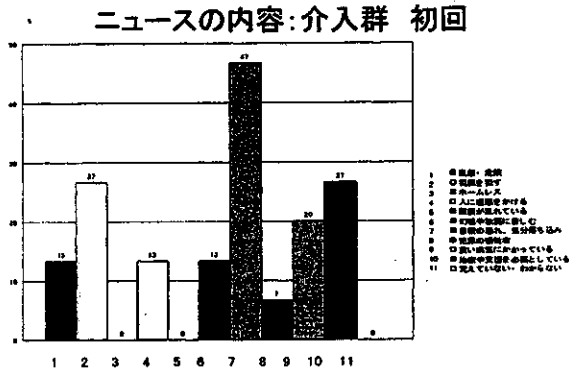


図-十勝-H-A-9-2

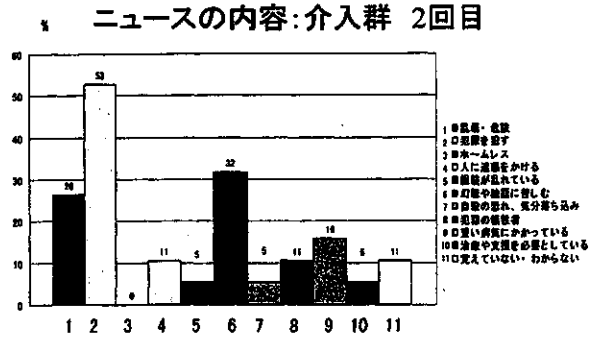


図-十勝-H-A-9-3

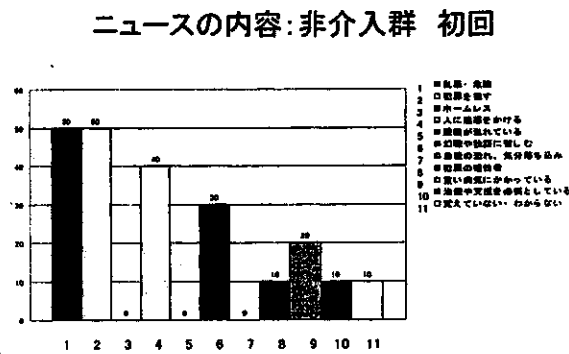


図-十勝-H-A-9-4

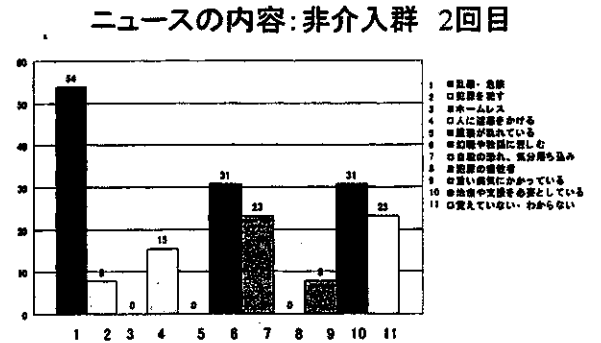


図-十勝-H-B-1-1

分裂病の発症率をわからないとする率

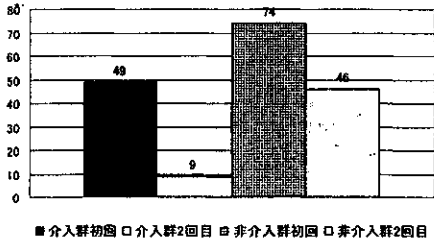


図-十勝-H-B-1-2

介入群: 1万人当たり発症者数(単位:人)

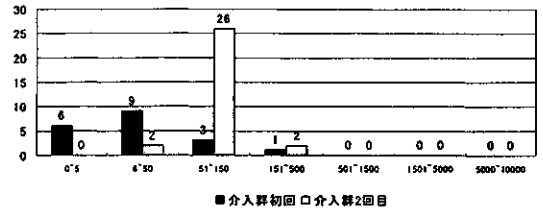


図-十勝-H-B-1-3

非介入群: 1万人当たり発症者数(単位:人)

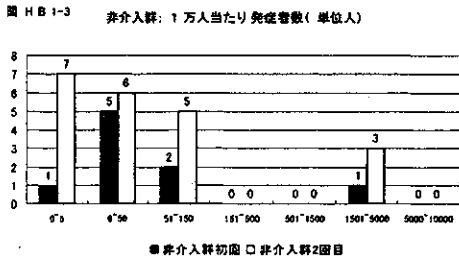


図-十勝-H-B-2-1

精神分裂病の原因

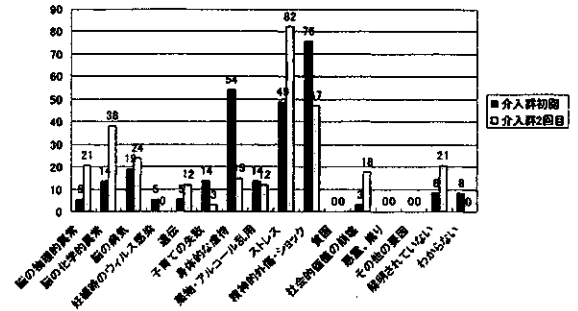


図-十勝-H-B-2-2

精神分裂病の原因

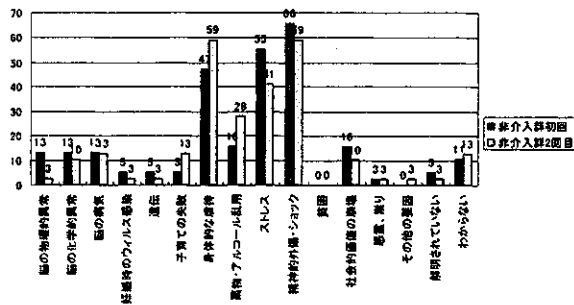


図-十勝-H-B-4-1

介入群: 普通に暮らせる人の数

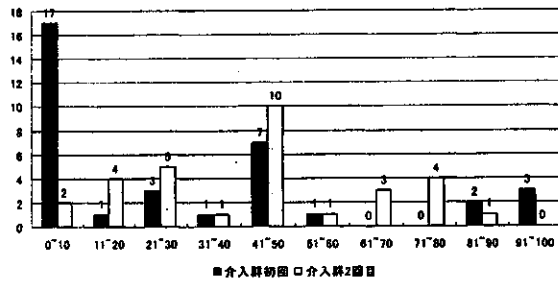


図-十勝-H-B-4-2

非介入群: 普通に暮らせる人の数

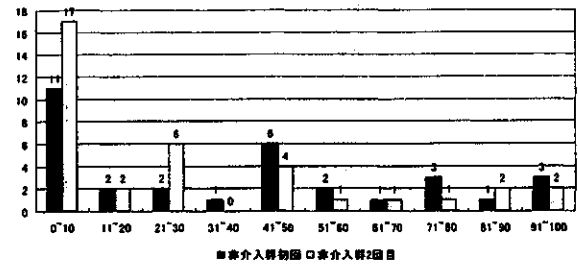


図-十勝-H-B-5-1

介入群: 定職に就ける人の数

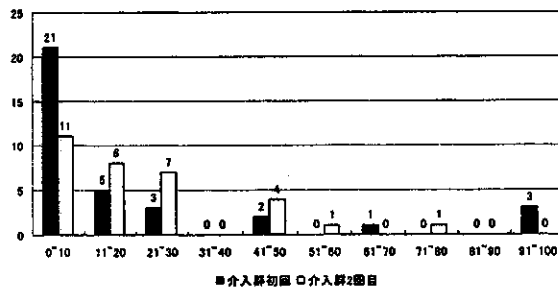


図-十勝-H-B-5-2

非介入群: 定職に就ける人の数

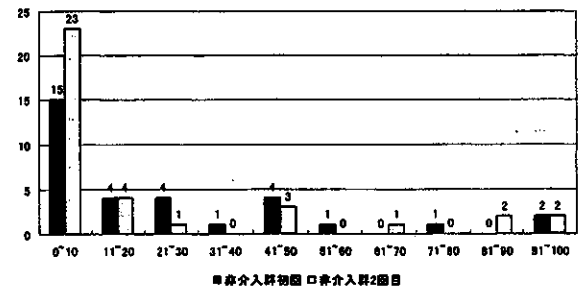


図-十勝-O-A-2

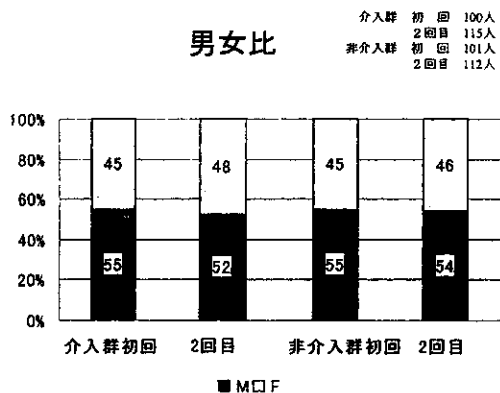


図-十勝-O-A-4

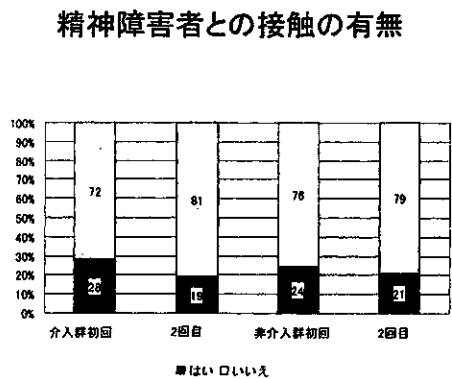


図-十勝-O-A-5

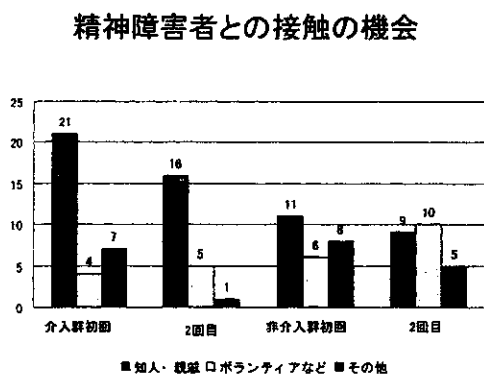


図-十勝-O-A-6

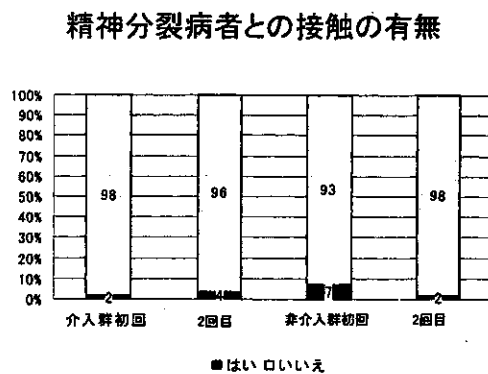


図-十勝-O-A-7

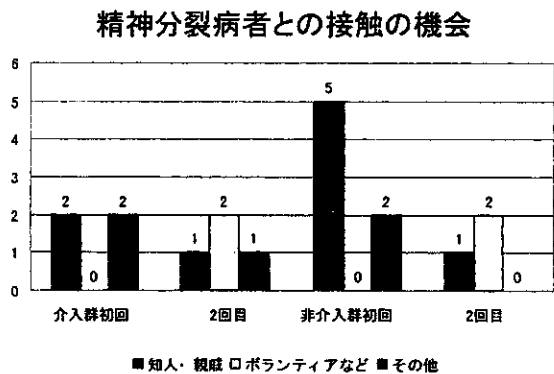


図-十勝-O-A-9-1

ニュースの内容:介入群 初回

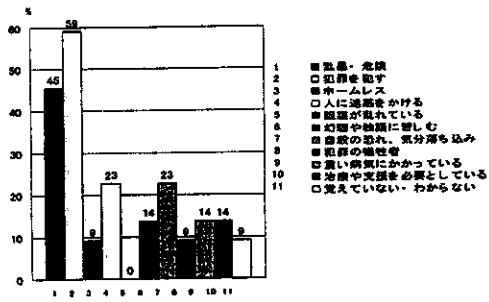


図-十勝-O-A-9-2

ニュースの内容:介入群 2回目

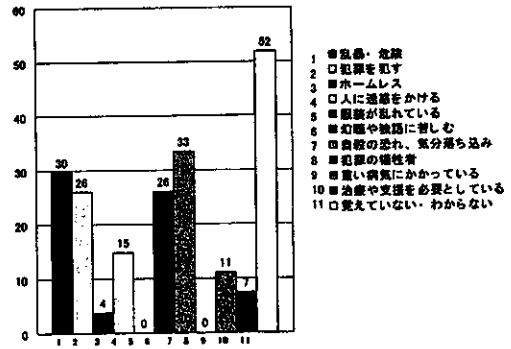


図-十勝-O-A-9-3

ニュースの内容:非介入群 初回

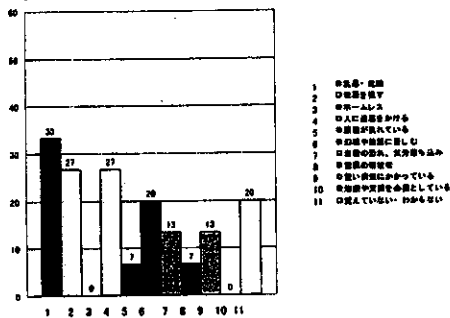


図-十勝-O-A-9-4

ニュースの内容:非介入群 2回目

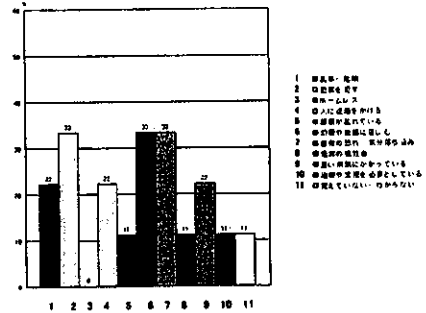


図-十勝-O-B-1-1

分裂病の発症率をわからないとする率

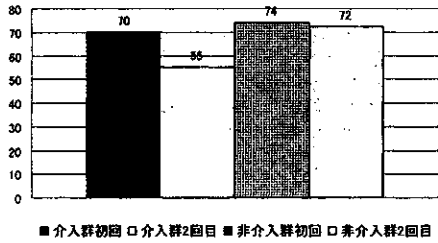


図-十勝-O-B-1-2

介入群:1万人当たり発症者数(単位:人)

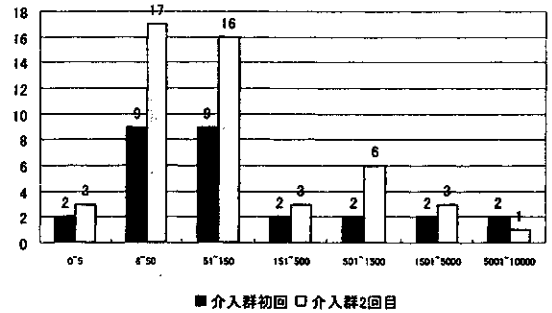


図-十勝-O-B-1-3

非介入群:1万人当たり発症者数(単位:人)

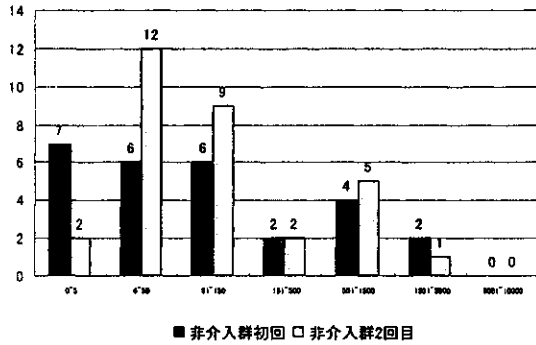


図-十勝-O-B-2-1

分裂病の原因

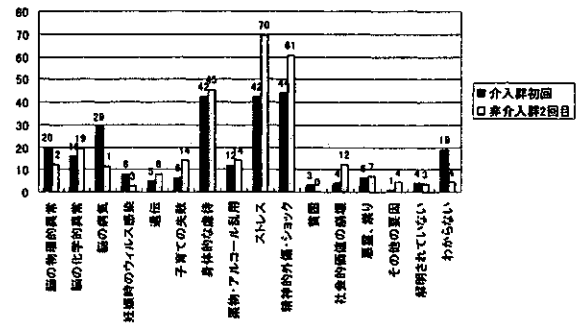


図-十勝-O-B-2-2

分裂病の原因

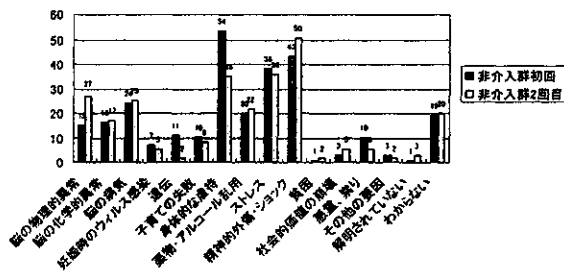


図-十勝-O-B-4-1

介入群: 普通に暮らせる人の数

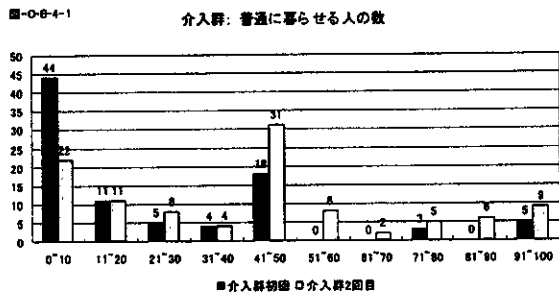


図-十勝-O-B-4-2

非介入群: 普通に暮らせる人の数

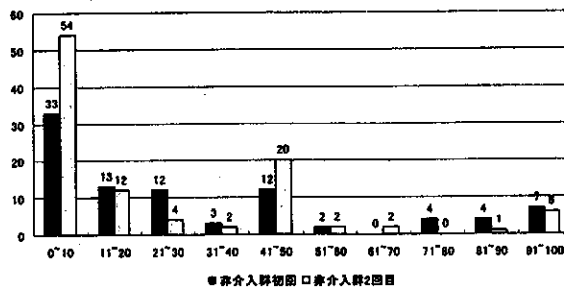


図-十勝-O-B-5-1

介入群: 定職に就ける人の数

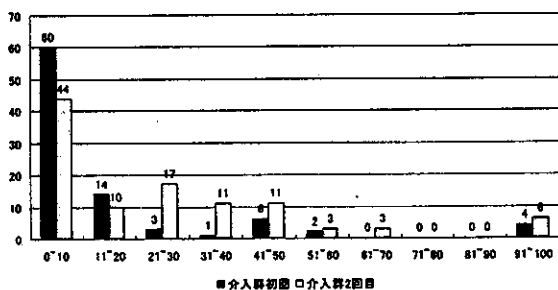
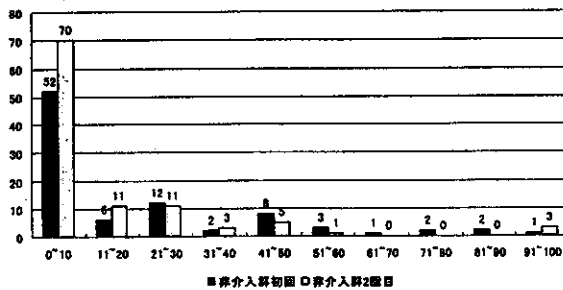


図-十勝-O-B-5-2

非介入群: 定職に就ける人の数



十勝地区-表
 H高校のデータ検定
 表一十勝-H-B-3 最適な治療法

		治療薬+心理療法	検定
介入前	対照群	30 %	Z = 0.743 n. s.
	介入群	20 %	
介入後	対照群	28 %	Z = 4.07 p < 0.01
	介入群	83 %	

表一十勝-H-B-6 暴力行為のおそれは治療によって下がる

		大きく下がる	検定
介入前	対照群	33 %	Z = 0.185 n. s.
	介入群	27 %	
介入後	対照群	23 %	Z = 2.28 p < 0.05
	介入群	51 %	

表一十勝-H-C-1 分裂病の人は人格が分裂している

		間違い	検定
介入前	対照群	50 %	$\chi^2 = 2.26$ n. s.
	介入群	32 %	
介入後	対照群	28 %	$\chi^2 = 30.2$ p < 0.01
	介入群	91 %	

表一十勝-H-C-2 分裂病は脳の病気である

		正しい	検定
介入前	対照群	46 %	$\chi^2 = 0.459$ n. s.
	介入群	38 %	
介入後	対照群	33 %	$\chi^2 = 7.74$ p < 0.01
	介入群	66 %	