

(2) 研究2：民生委員に対する「ふれあいプログラム」の効果

1) 昨年度の研究成果

①成果のまとめ

昨年度、岡山サイトでは、精神保健の研修プログラムを改良しようとした。そして、従来型の講義式研修にふれあいプログラムを加えて、その効果を調べた。ふれあいプログラムは精神障害者と研修参加者が少人数で協力して活動するプログラムである。ふれあいプログラムを加えることで研修の効果をより一層挙げられることを去年のデータは明らかにした。今年は、このふれあいプログラムの性質をより詳しく調べる研究を計画した。

さて、ふれあいプログラムはなぜ有効なのだろうか？対等の立場で協力して活動するという活動の仕方そのものに、理由を求められるかも知れない。また、ふれあい活動が「病気の人の人生や生活について」話し合うというものだったことに効果の一端が由来するかも知れない。その場合、精神障害者の生活や人生について知り、知識を増やすことが、偏見打破に必要なということになる。そこで、どんな内容の知識を持っている人が、精神障害への否定的感情が少ないか、精神障害への偏見が少ないか、を知るために、去年のデータを再分析した。

②再分析の結果

まず、去年のアンケート項目の内、病気の原因や、統計、症状等に関連する項目を11項目選び出し、これら項目への正答の量を、病気の原因や統計症状等への知識量とした。また、精神障害者の生活に関する項目を8項目選び出し、これへの正答の度合いを障害者の生活に関する知識量の指標とした。3番目に、精神障害への否定的感情の度合いを測る項目を18項目選び出し、これらへの回答状況から否定的感情の度合いを算出した。これらの項目の具体的内容は、表1に示している。

これら3つの指標に、回答者の精神障害者との接触経験の有無を加えて、相互の相関を調べた。さらに、否定的感情の度合いを従属変数、病気の症状や統計に関する知識と、障害者の生活に関する知識、及び、それらの交互作用を独立変数とする重回帰分析を行った。この結果が分析1に示してある。

重回帰分析の結果からわかるように、精神障害者への否定的感情を説明するのは、もっぱら障害者の生活に関する知識で、病気の症状や統計に関する知識は、ほとんど予測に役立たないことがわかる。しかし、相関係数の表からわかるように、病気の症状に関する知識は、生活に関する知識と相関があるために、生活に関する知識を通して、間接的に否定的感情の度合いに影響を与えていることがうかがえる。同様の分析を、後に述べる今年度のデータでも行った。結果は、去年の結果を再現するものであった。詳細は分析2に示してある。

③結論（仮説）

したがって、研修参加者の、精神障害者に対する偏見や否定的感情を減じるには、精神障害者の生活について知ってもらうことが大切であり、去年のふれあいプログラムが有効に働いた原因の一つは、プログラムが、「精神障害者の生活や人生について考える」ものであったことにあると考えられる。

2) 今年度の目的

この知見を元に、ふれあいプログラムの効果をさらに探ることにした。まず、性質の異なる2つのふれあいプログラムを用意した。1つは、昨年と同様、精神障害者の生活や人生について話し合う「話し合いプログラム」、もう1つは、精神保健に関する啓発ポスターを作る「ポスター作りプログラム」である。

「話し合いプログラム」では、精神障害者の生活や願いが直接、障害者自身の口から語られる。しかも、研修参加者が知りたいと思ったとき、知りたいと思ったことに対する答

えが、親しい、お互いを尊重する雰囲気の中で語られる。

「ポスター作りプログラム」では、ポスターを作るという明確な目的に向けてグループが協力する。精神障害について語り合うことはこのプログラムでも必要である。しかし、ポスター作りという目的にかなったものに限られる。また、ポスターを実際に描く時間が含まれるため、話し合い自体に割ける時間に限りがある。他方、1枚の模造紙の上に協力して1つのポスターを作り上げるので、助け合う、協力し合う、そしてお互いの活動の成果を認め合う、といった側面は、「話し合いプログラム」より強調されることになる。

このように、2つのふれあいプログラムは、精神保健上の諸問題を話し合うという点では、共通でありながら、強調する側面が異なると、私たちは期待した。

さて、私たちが、2つのプログラムで示そうとしたことは2つある。まず、この2つのプログラムの性質の違いは、精神障害への理解や偏見打破の効力の違いとなって現れるだろうということである。たとえば、2時間程度の研修を1回だけ行うときには、「話し合いプログラム」の方がよいだろうと考えた。2時間あれば「話し合いプログラム」では、時間をかけたじっくりとした話し合いが持てる。一方、「ポスター作り」では、話し合いと、ポスター作成の2つの活動を行わねばならない。どちらも中途半端になる可能性がある。また、研修参加者がいきなり十分な経験も知識もない領域のポスターを作れと言われたら、とまどうことも考えられた。その結果、活動のプロセスが、積極性や自発性の低いものになる可能性も考えた。この違いが研修効果の差になって現れるだろうと考えたわけである。

しかし、一方で、この2つのプログラムは強調点が異なるため、両者をつなげば、研修効果をより上げられるかもしれない、とも考

えた。そして、これが私たちの示したかった2つ目の点であった。

つまり、(1)ふれあいプログラムの内容はいくつも作ることができる。そして、(2)それら1つ1つの偏見打破の効果は、様々である。しかし、(3)それらを上手に組み合わせることで、偏見打破の効果は積み上げることができる。これら3つの点を示すことが、本年度の目標であった。以下に、具体的な研究デザインについて説明する。研究デザインの詳細は図1に示してある。

3) 対象と方法

本年度も、研修の対象者には民生委員を選んだ。岡山市東地区の民生委員208名に研修への参加を依頼し了承を得た。平成14年12月上旬、研修開始の4~6週間前に第1回目のアンケートを送付した。同時に、参加する研修日の候補をいくつか挙げておき、参加可能日を教えてもらった。

参加可能と答えた人には、1日参加可能と答えた人と、半日だけの研修に参加可能と答えた人がいた。そこで、2つの群の参加者を、参加者の都合と研修企画者の都合とを考えながら、各研修予定日に振り分けた。その後、割り振られた予定日の中で、1日参加可能と答えた参加者を一日研修グループ、半日研修グループ、研修しないコントロールグループの3つのグループに無作為に分けた。一日研修グループは、「話し合いプログラム」と「ポスター作りプログラム」を両方経験する。半日研修グループは「話し合いプログラム」だけを経験する。また、半日参加可能と答えた参加者を「話し合いプログラム」への参加者と、「ポスター作りプログラム」への参加者に無作為に分けた。半日参加可能と答えた参加者には、人数の都合上コントロール群を設けなかった。研修から約1週間後に第2回目のアンケートを送付し、回答を求めた。

さて、研修は民生委員3~5名、障害者の協力者1~2名、それに精神保健従事者1名の6

名～8名の小グループに分かれて、円陣を作
って行った。活動の内容は表2に示している。

ふれあいプログラムは1回2時間、20分程度
の「知り合いになりましょう」のセッション
と、本題である「話し合い」または「ポスタ
ー作り」からなっている。

「知り合いになりましょう」セッションで
は、参加者が隣同士の人とペアを作り、1～2
分程度で互いに自己紹介をした。次に、グル
ープの他の参加者に、自分の相手を紹介した。
各自が自分の相手を紹介し終わると、全員が
円の中央に進み出て、互いに自分の名前を名
乗りながら、全員と握手して回った。

「話し合い」では、「精神障害者になると
はどういうことか、どう生きたいか、どう生
きられるか」をテーマに、「できること、で
きないこと、困ること、今の仕組みででき
ること、できないこと」など、具体的に約1時
間半以上話し合った。

「ポスター作り」では、「精神障害者をよ
りよく理解してもらうための啓発ポスター
を作る」ことを目的として、精神障害につ
いて話し合ったり、ポスターのデザインや内
容について話し合ったりした。そして、模造
紙に、マジックやサインペン、色鉛筆やクレ
ヨンを用いて、啓発ポスターを描き、全員
で鑑賞した。用いた時間は約1時間半程度
だった。

4) 結果と考察

分析には2回のアンケートの回答を用いた。
アンケートの表紙には各回答者を特定する
識別番号が振ってあり、この番号を対応づ
けることによって、同一回答者の回答を、前
後2回のアンケートで比較することができ
た。

今回この報告では、一日研修の効果を半
日研修の効果と比較した結果について報告
する。さらに、半日研修可能と答えた研修
参加者達に対する「話し合いプログラム」の
効果と、「ポスター作りプログラム」の効果
を比較した結果についても報告する。

各項目への回答パターンを分析すると同

時に、いくつかの項目を合成し、精神障害
者への基本的信頼感の尺度、精神障害者
に対して適切に対応できる自信の程度を測
る尺度、さらに、精神病の症状や統計、原
因等に関する知識の量を測る尺度、精神障
害者の生活に関する知識の量を量る尺度、
そして、精神障害者への否定的感情の度
合いを測る尺度を構成し、これらの尺度
に対する値も、比較した。

3件法以上で回答を求めた項目では、研
修前後の比較には、対応のあるt検定を用
いた。また、2つの研修法を比較するとき
には、ウェルチの検定を用いた。2件法で
回答を求めた項目では、研修の前後の比
較には、2項分布に基づいた正確確率検定
を用い、2つの研修法の違いを比較する
ときには、フィッシャーの正確確率検定
を用いた。そして、各研修法に割り付け
られた被験者グループ間で1回目のアン
ケートへの回答に違いがあったかどうか、
研修の効果があったかどうか、つまり、1
回目と2回目とでアンケートへの回答に
違いがあったかどうか、そして、研修の
効果の大きさが、研修の種類によって異
なるとどうか、の3点を別々に検討した。
有意水準は5%にとった。以下にその結
果を述べる。

まず、1日研修と半日研修を比較した結
果を述べる。研修の前後で変化した項目
は、1日研修で28項目、半日研修で10項
目あった。有意になった項目の詳細は表
3に示している。すべての項目で、研修
後、偏見低減、知識増加、自信増加の
方向への変化が見られた。このように、
ほぼ同じ大きさのサンプルで、研修の
効果が統計上有意になった項目は、1日
研修の方が半日研修より、3倍弱多くあ
った。

さらに、研修の効果を1日研修と半日
研修で直接比較した場合、1日研修の方
が大きかった項目が13項目あった。ま
た、半日研修の方が効果が大きかった
項目はなかった。

これらの結果は、1日研修の方が半日
研修より効果が大きい、つまり、「ふれあ
いプロ

グラムは、適切な組み合わせを選べば、効果を積み上げることができる」という私たちの仮説を支持するものと言える。

つぎに、1回限りの研修としては、「話し合い研修」の方が「ポスター作り研修」より効果的であるという仮説について、考察した。研修の前後で変化した項目は、話し合い研修の場合22項目、ポスター作り研修の場合6項目あった。それらすべての項目で、変化の方向は、偏見の低減、精神障害に関する知識の増加、そして障害者に適切に対応できるという自信の増加に向かっていた。

さらに、話し合い研修の効果をポスター作り研修の効果と直接比較した場合、3つの項目で、話し合い研修の効果の方が大きいという結果がでた。そして、ポスター作り研修の効果の方が有意に大きい項目はなかった。

したがって、この結果は、1回限りの研修としては「話し合い研修」の方が効果が高いという私たちの仮説を支持するものと言える。

このように、今回の研究の結果は、私たちの仮説を2つとも支持するものに見える。しかし、全く問題がないわけではない。まず、第1に、各条件に割り振られた研修者の数が十分に多くなかったことがあげられる。そのため、十分な検定力が得られなかった。

さらに、サンプル数が小さかったため、各条件に割り振られた研修者に偏りが生じやすく、その影響をデータが受けた可能性を否定できない。たとえば、アンケートに対する全体的回答パターンから、1日研修を受けた研修者達より、半日研修を受けた研修者達の方が、当初より、偏見の度合いが少なく、障害者のことをよく理解しており、精神障害者への適切な対応に自信を持っている可能性がある。このことは、半日研修者のベースラインが元来高かったため、研修の効果が低かったかもしれないことを疑わせる。

したがって、今回の結果は全体としては、

私たちの仮説を支持するものであったが、このような研修を続け、サンプル数を増やすことが、確定的な結論を得るためには必要であると考えられる。

(3) 研究3：研修協力者（当事者）への研修の影響について

この研修では、当事者の研修協力者が中心的な役割を果たす。従って、研修が地域の精神保健活動の中に根付き、実質的な効果を挙げるためには、研修が協力者に対して否定的な効果を及ぼすものであってはならない。むしろ、願わくば肯定的な効果を及ぼすものであってほしい。そこで、研修に参加することが協力者に及ぼす効果を調べた。具体的には、協力者の自己を受容する度合い、他者に受容されていると感じる度合いを研修に参加する前後で測った。

自己受容を測定する項目は「私は、自分とわりきることができる。」という項目以下の18項目で、5件法で測定した。具体的な項目は表1に示している。各項目で、受容度が最も高い選択肢を4点、最も低い選択肢を0点とし、18項目の平均点を各協力者の自己受容度得点とした。したがって、得点は0点から4点の間に分布する。回答に欠損値はなかった。

他人に受容されていると感じる度合いを測る項目は、「私には、欠点よりも長所を認めてくれる人がいる。」という項目以下の15項目で、5件法で測定した。具体的な項目は表2に示している。自分を受容してくれる人がいるという回答に4点、いないという回答に0点を与え、15項目の平均点を各協力者の得点とした。したがって、得点は最高4点、最低0点の間に分布する。なお、1名の回答者が1カ所で回答していなかった。この欠損値は除いて平均点を算出した。

スピーカーズビューロウに登録した23人のうち、今回の研修に参加する人がアンケー

トに協力してくれた。結果として、研修前には16人分の、研修後には14人分の回答が得られた。2回のアンケートに両方とも答えた協力者のうち実際に研修に参加した13名の2回の回答を用いて、自己受容度の変化を分析した。

研修前のアンケートは最初の研修の直前に、研修後のアンケートは、すべての研修が終了して1週間後に実施した。2回のアンケートの実施間隔は約4週間である。

各協力者は、自己を受容する度合いの得点と自己が受容されていると感じる度合いの得点を持っている。さらに、各協力者は、話し合いセッションに参加した回数、ポスターセッションに参加した回数、および総参加回数と、最後に参加した研修から2回目のアンケートに回答する間での期間(週)を変数として持っている。

そこで従属変数に、2回目のアンケートの自己を受容する度合いと、自己が受容されていると感じる度合いを用いた。そして、自己を受容する度合いが従属変数の場合は、1回目のアンケート時の自己を受容する度合いに、話し合いセッションの回数、ポスターセッションの回数、または総参加回数のいずれかと、最後に参加した研修から2回目のアンケートに回答するまでの期間を独立変数として重回帰分析を行った。自己が受容されていると感じる度合いについても、別途同様の分析を行った。

自己を受容する度合いの変化に関する結果を述べる。2回目のアンケート時に自己を受容する度合いを、1回目のアンケート時に自己を受容する度合い、研修参加総数、そして、最後の研修から2回目のアンケート回答時までの期間の3変数で分析した時のみ、すべての独立変数が有意になった。そして、それ以外の分析では、1回目のアンケート時の自己受容度のみが、2回目の自己受容度を予測する点で有効であった。

このように、この分析では、研修へ協力者として参加するほど、自己受容度が高まるかもしれないことを示した。また、研修が協力者の自己受容度を押し上げる度合いは、時間が経つほど、大きくなるかも知れないことも示した。しかし、協力者の絶対数が少なく、この研究だけからでは確定的なことはいえない。より、詳細な研究を進める必要があると考える。

自己が受容されていると感じる度合いの変化に関する結果を述べる。2回目のアンケート時の自己が受容されている感じは、1回目のアンケート時の自己が受容されている感じだけで充分予測できた。研修への参加の度合いや参加した研修の種類は予測力がなかった。なお、この分析では、どのような独立変数の組み合わせでも、切片が有意に0ではなかった。これは、研修への参加が一律に受容されていると感じる度合いを高めたともとれるが、この点に関して、今回のデータは十分な分析力をもっていない。

(4) 研究4：フォーカスグループの有効性 1) 対象

M自治体の精神科医療機関に通院している精神医療サービス利用者の中で、同自治体で専門職として働いているスタッフが適当と思われる者に声掛けし、参加に関して同意が得られた11名を対象とした。

2) 方法

平成15年1月下旬に、二人の専門スタッフがグループに入り、以下の探索的な質問(質問A；参加した当事者が地域の中でどのような偏見と差別を受けているか、質問B；偏見や差別を除去するために周囲に手伝って欲しいことは何か)を提供することで、参加者が暮らす地域での精神障害に対するスティグマと偏見に関する実態の一部を把握するよう努めた。所要時間は約1時間45分であった。

3)結果

①質問Aに対して

病名を開示すると就労先や交際できる友人が制限されること、アパート立ち退きを要求されるなど日常生活上の困難、一般市民や身内、精神医療関係者の当事者に対する態度の問題などが挙げられた。特に、精神医療に関係している専門スタッフが有する様々な問題が、かなりの時間をかけて切実に語られた。

②質問Bに対して

マスメディアが当事者の苦悩を取り上げること、専門スタッフへの再教育、当事者自身の自己開示と小学校などでの一般市民との接触体験を地道に繰り返していくことなどが、「これまでの状況を変えるために周囲に手伝って欲しいこと」として挙げられた。

4)考察

精神障害に対する偏見の問題は、世界各国で共通の面がある反面、各国・各地域毎に「誰を偏見解消プログラムの対象にするか」「どのようなプログラムを用いるか」などの細かい状況は異なると考えられる。それに対応する形で世界精神医学会は、地域に拠点を置いたアクションリサーチにおいて当事者の声を反映するための一つの手段としてフォーカスグループの活用を薦めている。

今回のパイロット的な取り組みにおいては、対象者選定の観点から結論に一定の限界があるものの、文化や習慣の違う我が国でも、地域で暮らす精神障害者がスティグマ・偏見の問題に関して持つニーズの一端を明らかとする手段として、フォーカスグループが有用である可能性を確認することができた。今後の地域拠点研究においては、様々な形のフォーカスグループを組み合わせ、広く地域のニーズを拾い上げる形で活動が展開されることになるであろう。

C 分担研究の総括

昨年度と今年度の研究結果を総合すると、精神科医や当事者の体験談を組み合わせた従来型の研修でも、自記式調査上は、知識面での向上など一定の効果は得られるようである。しかし、これまでの本研究のエビデンスは、少人数で当事者も交えて、精神障害を抱えた一人の人間としての生活や人生に焦点を当てるプログラムの方が、態度の改善も含めて多くのアンケート項目で有意な改善を生むであろうことを示唆している。

一方で、フォーカスグループを用いることにより、地域で暮らす当事者のニーズに沿った介入プログラム対象者の設定と方法論の検討も必要である。

平成15年度は、各地区で積極的に当事者の協力を得ながらフォーカスグループを開催し、得られたニーズを可能な限り満たす方向で、かつ方法論的にはこれまでの実証的根拠を活用しながら、プログラムの有効性を実証したうえで、プログラムが発展する過程をまとめあげ、全国各地でこうした手法を取り入れたプログラムが普及するように、ガイドラインを作成することを検討している。

D. 結語

今年度は、十勝、岡山の2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、並びに当事者を対象としたパイロット的なフォーカスグループの結果について概要を報告した。

当事者参加型プログラムの重要性と、効果的な研修法についての実証的根拠が蓄積されつつある。最終年度にあたる平成15年度は、各地区ともフォーカスグループを取り入れながら、全国の精神保健担当者の実践に資するような偏見除去プログラムの提言を行う予定である。

E. 分担研究協力者（地区毎、五十音順）

<北海道・十勝地区>

- 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）
江口義則（国立十勝療養所P S W）
小栗静夫（帯広協会病院M S W）
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）
高橋則之（十勝精神障害者家族会連合会事務局長）
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）
三上雅丈（帯広生活支援センター所長）
横田静子（北海道立緑ヶ丘病院指導科長）

<岡山地区>

- 岩本真弓（岡山県精神保健福祉センター保健師）
岡崎尚子（岡山市保健課 保健師）
小野ツルコ（岡山県立大学保健福祉学部教授）
川上憲人（岡山大学医学部衛生学教室教授）
中島豊爾（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（岡山県岡山保健所保健師）
三好弘人（こらーる岡山心理担当スタッフ）
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）

<仙台・市川地区>

堀内健太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部研究員）

F. 研究発表

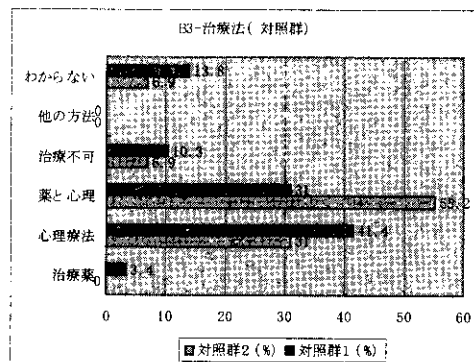
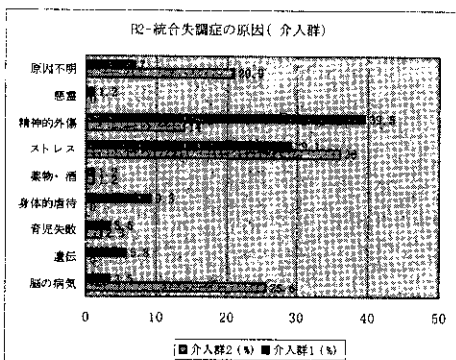
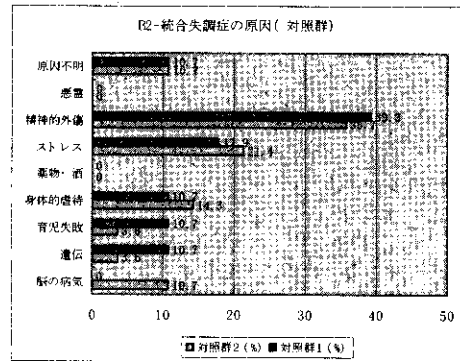
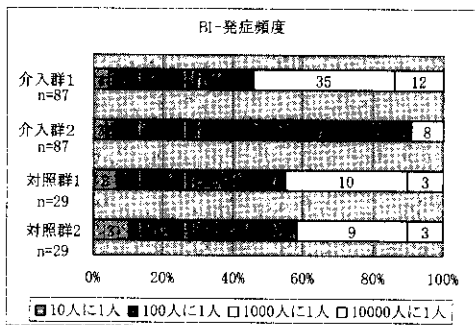
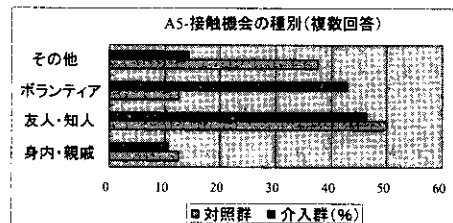
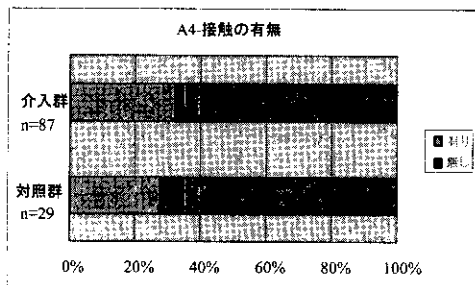
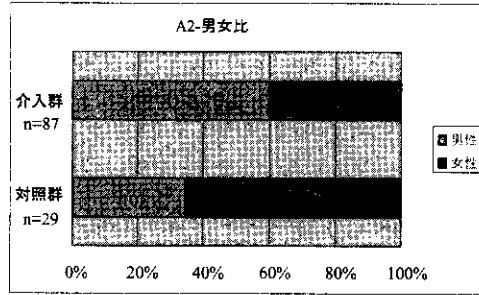
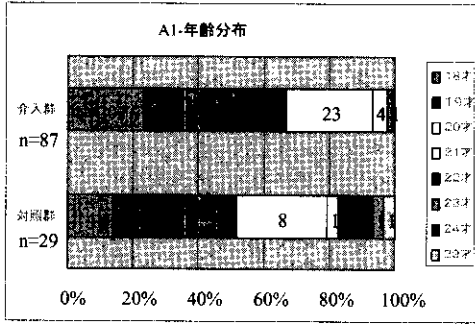
1. 論文発表
なし
2. 学会発表

友成宏：精神分裂病に対する偏見除去の方法に関する研究～十勝地区における一般高校生を対象とした早期教育的介入の効果～. 第101回北海道精神神経学会、札幌、平成14年7月7日

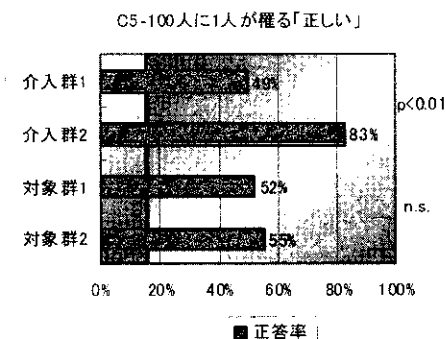
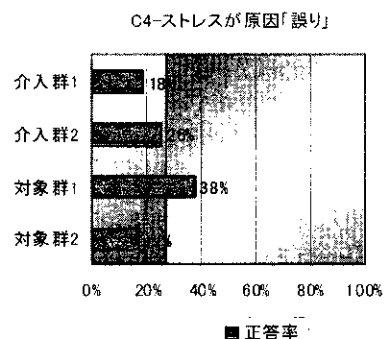
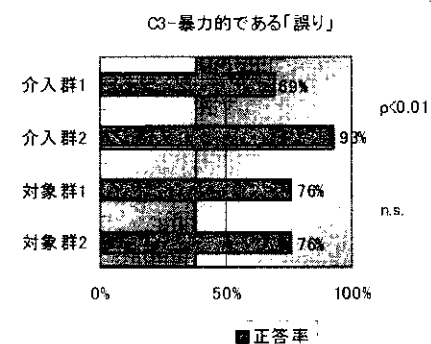
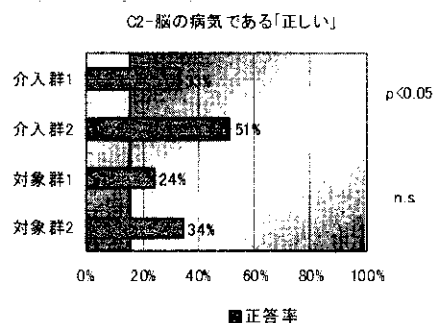
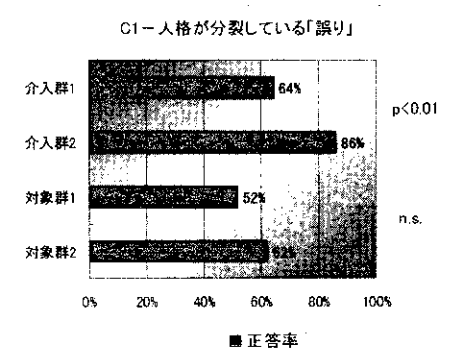
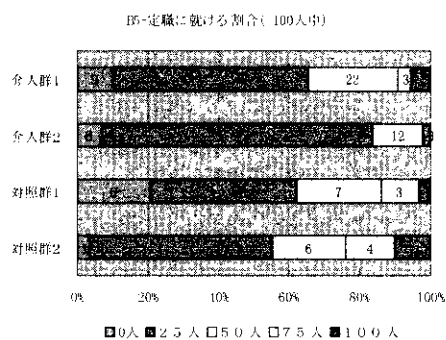
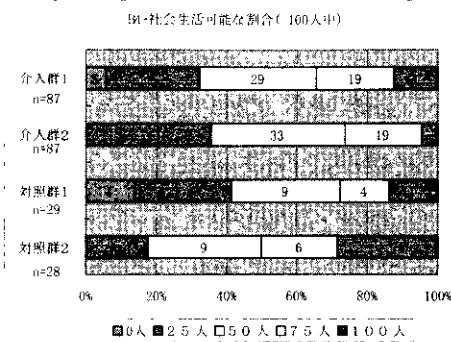
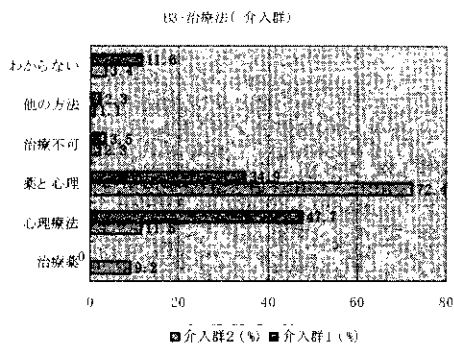
G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案取得
なし
3. その他
なし

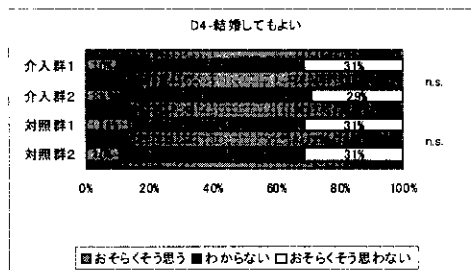
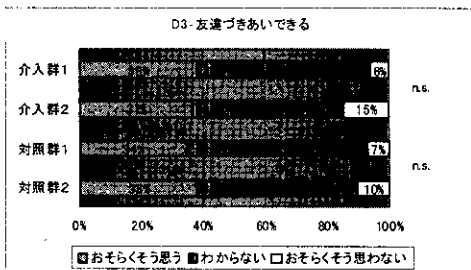
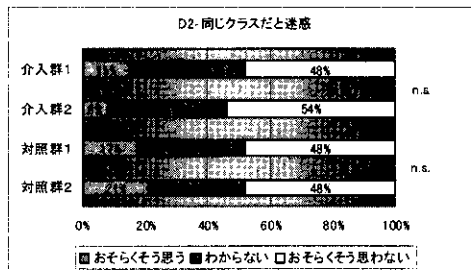
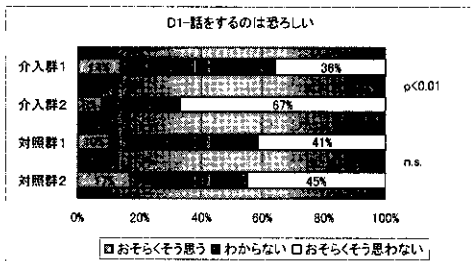
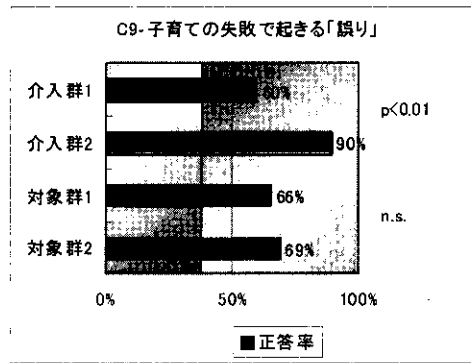
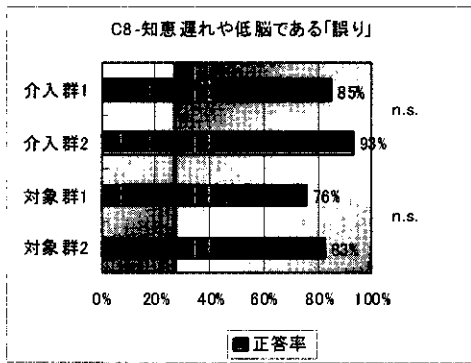
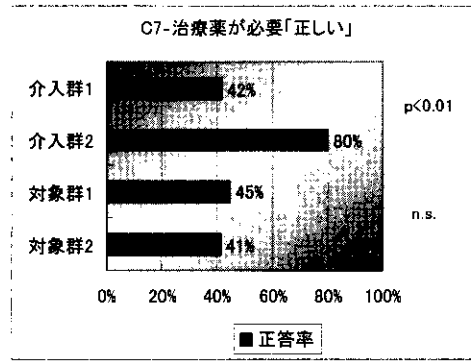
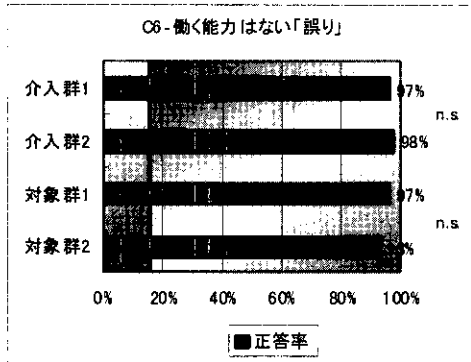
資料-研究1：大学生に対する介入プログラムの効果



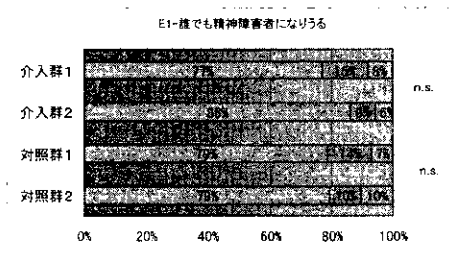
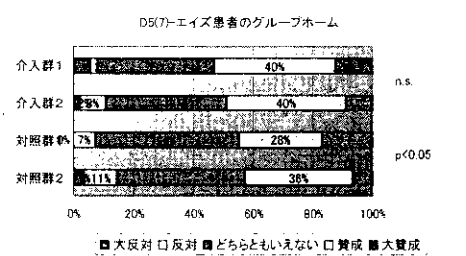
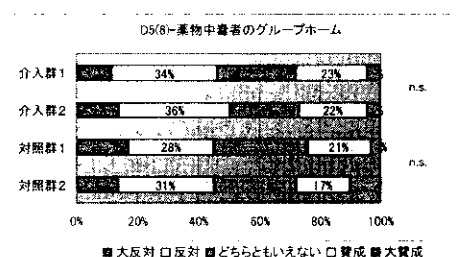
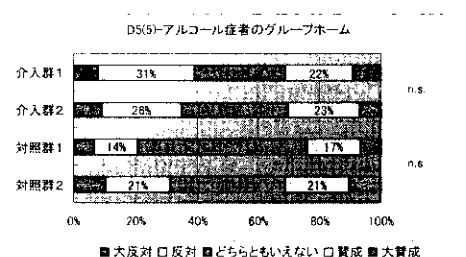
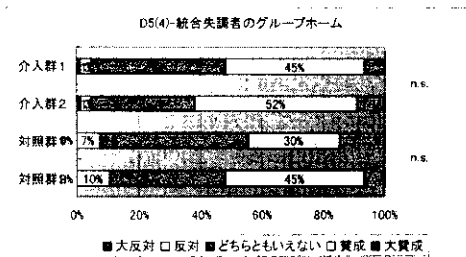
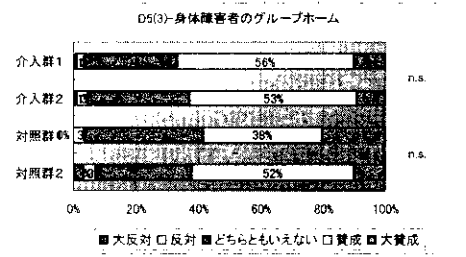
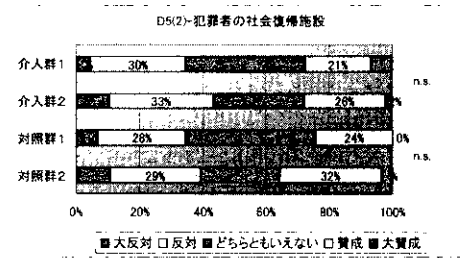
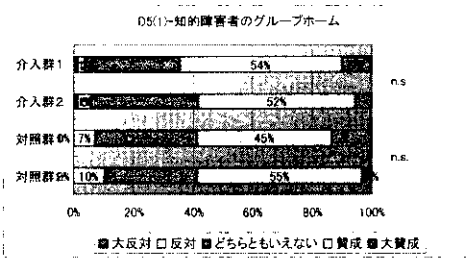
資料一研究1：大学生に対する介入プログラムの効果



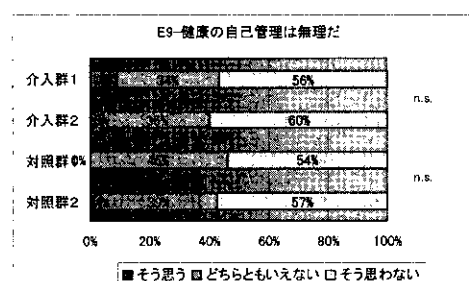
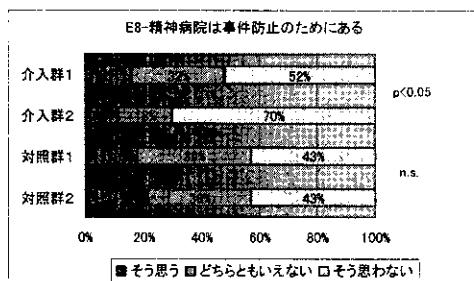
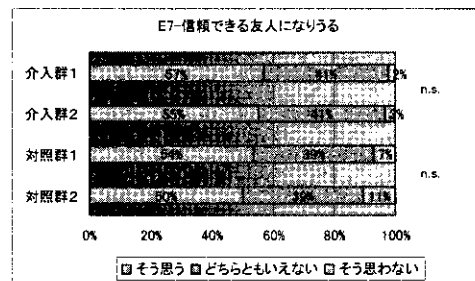
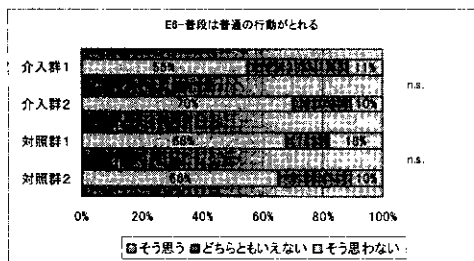
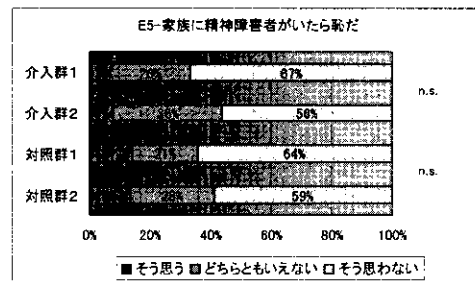
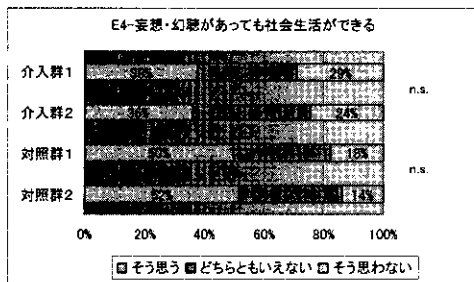
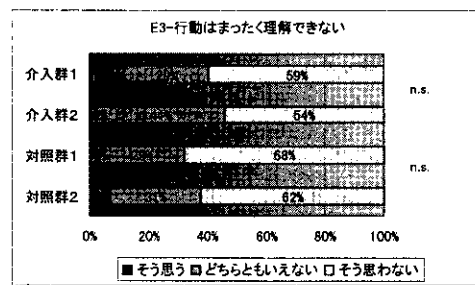
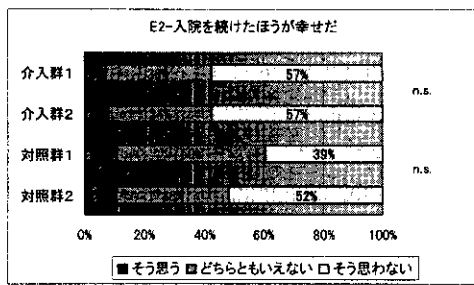
資料-研究1：大学生に対する介入プログラムの効果



資料一研究1：大学生に対する介入プログラムの効果



資料-研究1：大学生に対する介入プログラムの効果



資料一研究1：大学生に対する介入プログラムの効果

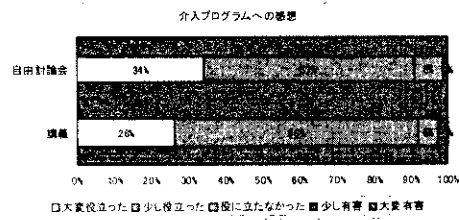
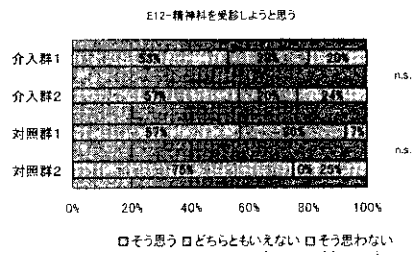
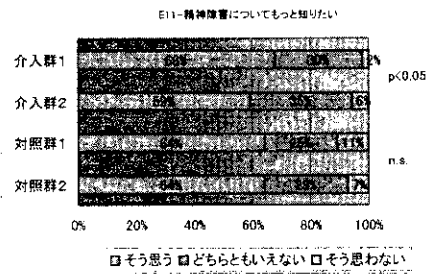
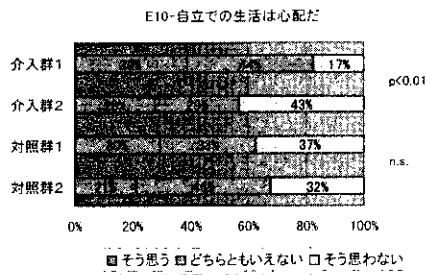


表 1

<精神病の症状、原因、統計等に関する項目>

- B1 1万人のうち何人位が、一生のうちに精神分裂病を発症すると思いますか？
a 1人 b 10人位 c 30人位 (d 100人位) e 300人位 f わからない
- B3 精神分裂病の治療法として最適なものは、次のうちどれだと思いますか？2つ以内で選択して下さい。(a 薬) (b 精神療法)
- C1 精神分裂病の人は人格が分裂している a 正しい (b 間違い)
- C2 精神分裂病は脳の病気である (a 正しい) b 間違い
- C3 精神分裂病の人は暴力的になりやすい a 正しい (b 間違い)
- C4 精神分裂病はストレスによって引き起こされる (a 正しい) b 間違い
- C5 精神分裂病は100人に1人が生涯のうちにかかる病気である (a 正しい) b 間違い
- C7 精神分裂病の人は一般に薬剤による治療を必要とする (a 正しい) b 間違い
- C8 精神分裂病の人は知恵遅れであることが多い a 正しい (b 間違い)
- C9 精神分裂病は子育ての失敗で起きる a 正しい (b 間違い)

<精神障害者の生活に関する項目>

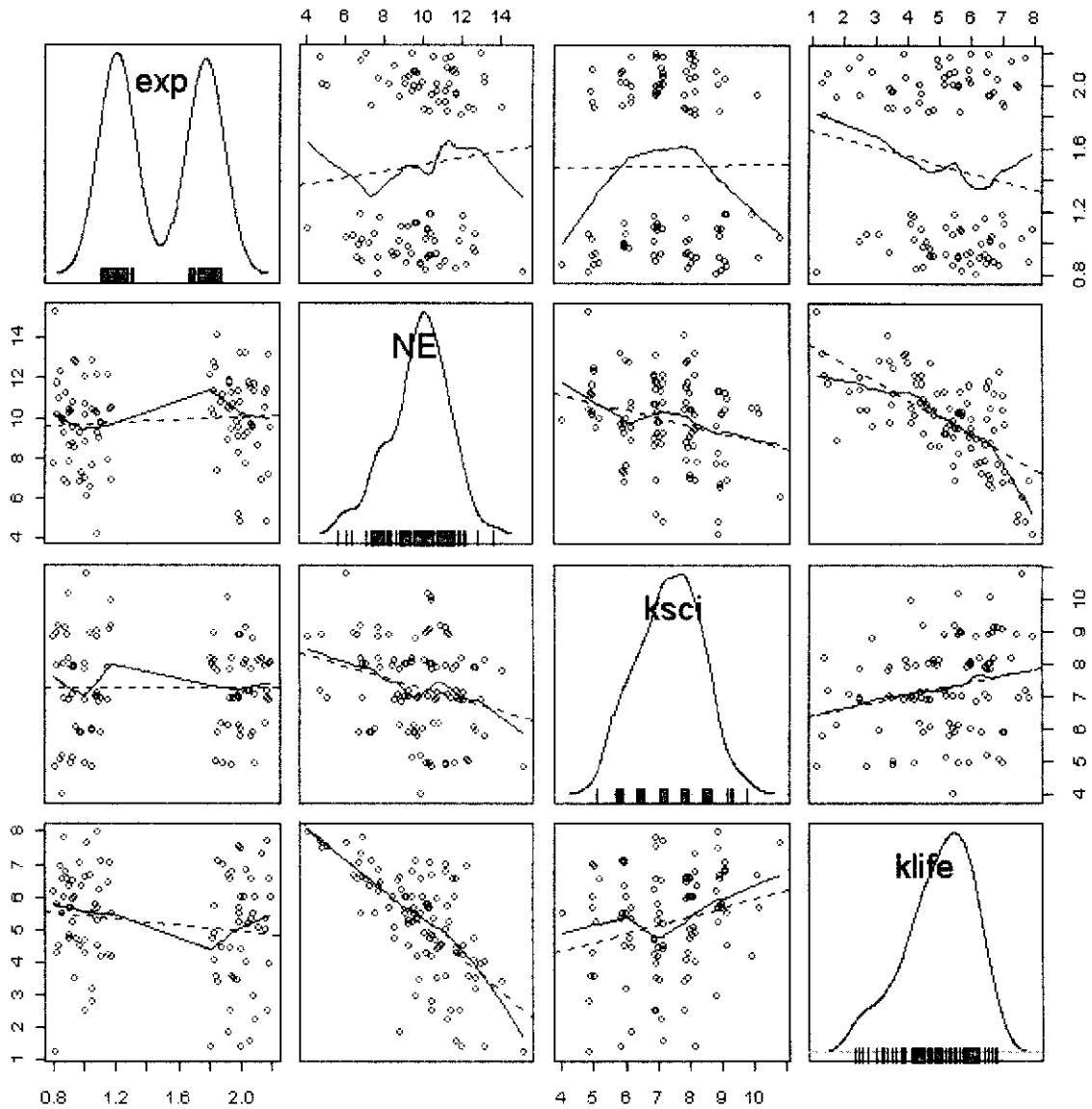
- C6 精神分裂病の人は働くことができない a 正しい (b 間違い)
- E11 精神障害者が異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、その時以外は社会人としての行動をとることができる。(a そう思う) b そう思わない
- E12 最近、糖尿病、肝臓病友の会など患者同志で助けあったり、福祉行政に働きかける会が多くできていますが、精神障害者の場合はそのようなことはまずできない。a そう思う (b そう思わない)
- E3 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである。a そう思う (b そう思わない)
- E4 精神障害者には、服薬や心身のバランスなどの自己管理をすることをほとんど望めない a そう思う (b そう思わない)
- E5 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して傷害事件を起こすからである。a そう思う (b そう思わない)
- E8 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 a そう思う (b そう思わない)
- F29 一般的な精神障害者は (理解できる) 理解できない

<精神障害者に対する否定的感情の度合いを測る項目>

- D1 精神分裂病の人についてどう感じますか？ a 身近に感じる (e まったく感じない)
- D13(4) 精神分裂病患者のためのグループホーム a 大賛成 (e 大反対)
- D3 精神分裂病の人と親戚関係になるとしたら、どの程度気になりますか？ a 気にならない (結婚してもよい) (e 親戚の中にはいて欲しくない)
- D4 分裂病の人と生活上関わるとしたら、どの程度気になりますか？ a 同じ部屋で生活してもよい (e とにかく遠く離れていたい)
- D5 分裂病の人と接するとしたら、どの程度抵抗がありますか？ a 全く抵抗がない (e 見かけるのにも抵抗がある)
- F210 一般的な精神障害者は 安心できる (安心できない)
- F211 一般的な精神障害者に 共感できる (共感できない)
- F21 一般的な精神障害者は 強い (弱い)
- F24 一般的な精神障害者は 安定している (不安定な)
- F27 一般的な精神障害者は 一生懸命生きている (いい加減に生きている)
- F28 一般的な精神障害者は 近寄りやすい (近寄りにくい)
- D10 (下宿などで) 精神分裂病の人と同居することになったら狼狽しますか？または迷惑だと感じますか？ (a 確実に感じる) d 決して感じない
- D11 家族の誰かが精神分裂病と診断されたとして、もしそれが人に知れたら、恥ずかしく

資料一研究2：民生委員に対する「ふれあいプログラム」の効果

- 感じますか？（a 確実に感じる） d 決して感じない
- D7 精神分裂病の人と話をすることを恐ろしいと感じますか？（a 確実に感じる） d 決して感じない
- D8 精神分裂病の人と同じ職場になったら狼狽しますか？又は迷惑だと感じますか？（a 確実に感じる）d 決して感じない
- E10 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。（a そう思う） b そう思わない
- E2 精神障害者は、ほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい。（a そう思う） b そう思わない
- F23 一般的な精神障害者は （自分のことしか考えない） 他人を思いやれる



重回帰分析の結果

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	9.90580	0.16453	60.207	< 2e-16 ***
ksci	-0.12969	0.11920	-1.088	0.279
klife	-0.86955	0.10425	-8.341	6.54e-13 ***
ksci:klife	-0.12035	0.07422	-1.621	0.108

Residual standard error: 1.576 on 93 degrees of freedom

Multiple R-Squared: 0.4661, Adjusted R-squared: 0.4489

F-statistic: 27.07 on 3 and 93 DF, p-value: 1.133e-12

klife だけのモデルと有意差無し

Analysis of Variance Table

Model 1: negative.emotion ~ ksci + klife + ksci:klife

Model 2: negative.emotion ~ klife

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
1	93	231.124				
2	95	242.846	-2	-11.722	2.3584	0.1002

分析2 2002年第1回目アンケートのデータ

精神障害者との接触経験の有無
精神障害者への基本的信頼感
精神障害者に対応する自信

精神障害者への否定的感情
精神障害の症状、治療、原因、統計などの知識
精神障害者の日常生活に関する知識
の関係

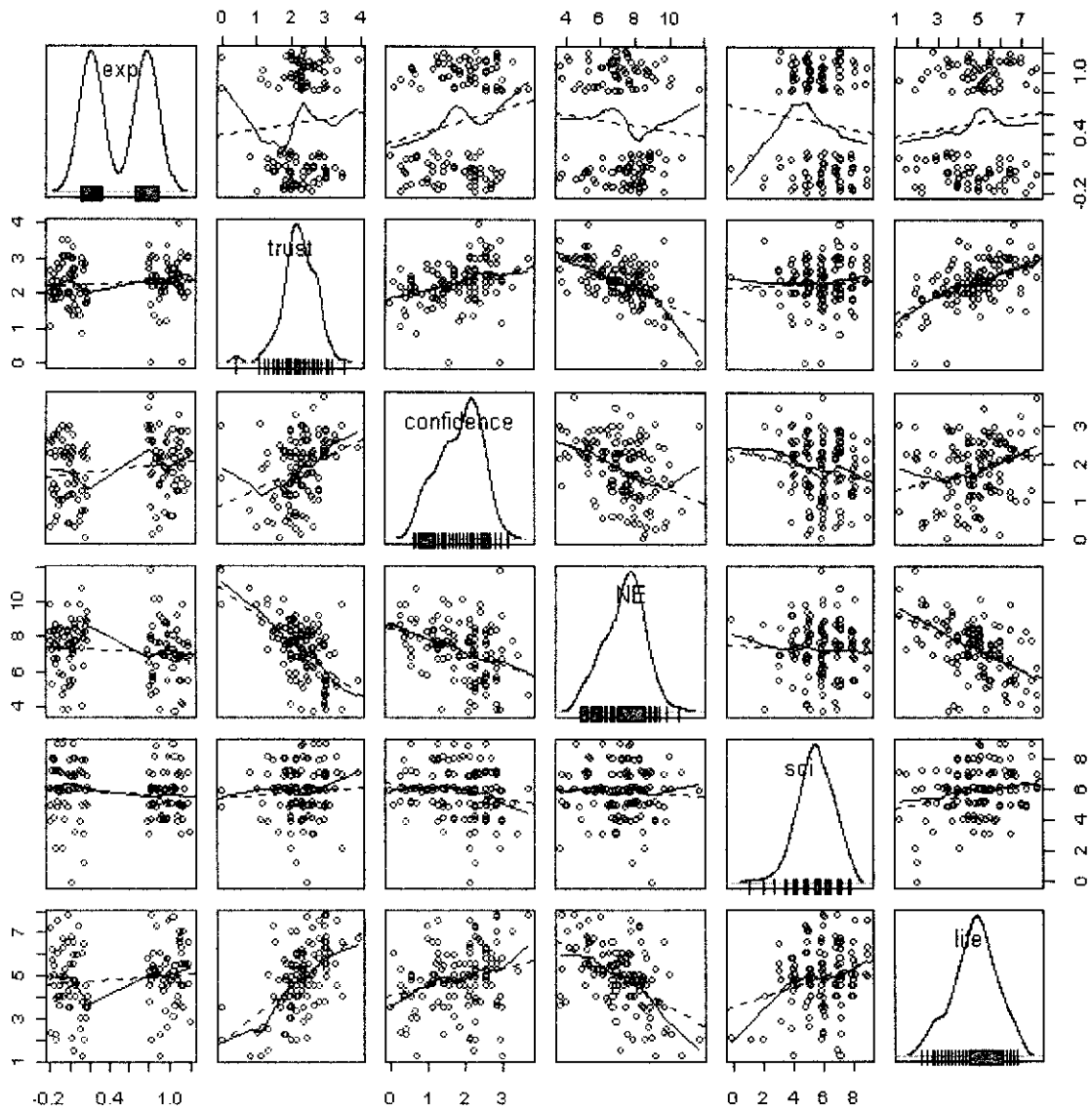
	Exp	Trust	Confidence	NE	Sci	life
Exp	有り：59 無し：58	t = 0.7047 df = 115 p = 0.4824	t = 2.3275 df = 115 p = 0.021	t = -1.024 df = 115 p = 0.3080	t = -1.1375 df = 115 p = 0.2577	t = 1.2941 df = 115 p = 0.1982
Trust	0.07	Median:2.33 Mean : 2.30 Max 4 Min 0	t = 3.6328 df = 115 p = 0.0004204	t = -7.7387 df = 115 p = 4.245e-12	t = 0.651 df = 115 p = 0.5164	t = 6.7734 df = 115 p = 5.631e-10
Confidence	0.21	0.32	Median:2.84 Mean :1.85 Max 4 Min 0	t = -4.2927 df = 115 p = 3.702e-05	t = -2.0286 df = 115 p = 0.04481	t = 2.7362 df = 115 p = 0.007203
NE	-0.1	-0.59	-0.37	Median:7.5 Mean :7.24 Max 14 Min 0	t = -0.5088 df = 115 p = 0.6119	t = -6.1172 df = 115 p = 1.349e-08
Sci	-0.11	0.06	-0.19	-0.05	Median:6.0 Mean :5.8 Max 10 Min 0	t = 2.8707 df = 115 p = 0.004876
life	0.12	0.53	0.25	-0.49	0.26	Median:5.0 Mean :4.8 Max 8 Min 0

接触経験の有無で「わからない」と答えた被験者を除いた

また、各合成得点を構成する項目に欠損値を含む被験者も除いた。

回答者総数163 分析に含めた被験者数117

*Exp: 精神障害者との接触経験の有無,Trust: 精神障害者への基本的信頼感,Confidence: 精神障害者に対応する自信,NE: 精神障害者への否定的感情,Sci: 精神障害の症状、治療、原因、統計などの知識,life: 精神障害者の日常生活に関する知識



Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	7.25218	0.13378	54.210	< 2e-16 ***
ksci	0.07469	0.08221	0.908	0.366
klife	-0.55817	0.09050	-6.168	1.11e-08 ***
ksci:klife	-0.01868	0.04691	-0.398	0.691

 Residual standard error: 1.409 on 113 degrees of freedom
 Multiple R-Squared: 0.2535, Adjusted R-squared: 0.2337
 F-statistic: 12.79 on 3 and 113 DF, p-value: 2.944e-07

Model 1: ne ~ ksci + klife + ksci:klife
 Model 2: ne ~ klife

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
1	113	224.302				
2	115	226.716	-2	-2.414	0.608	0.5462

図1 対象と方法(岡山市東地区の民生委員208名)

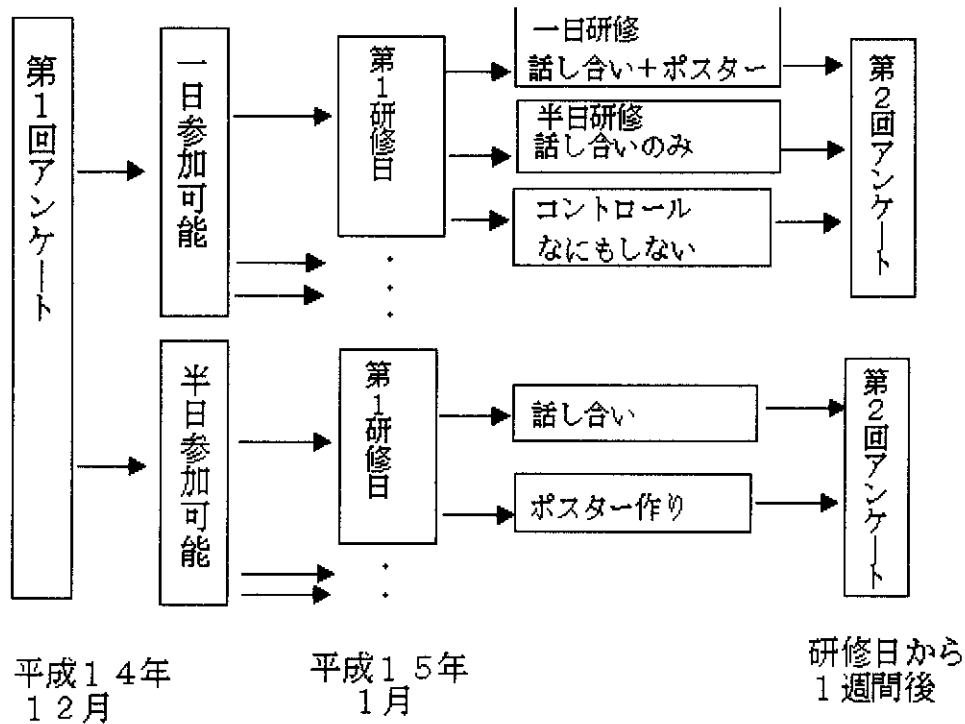


表2 ふれあいプログラム

(1回2時間)
(グループワーク)
民生委員3~5人
精神障害者1~2人
精神保健従事者1人

I) 知り合いになりましょう (30分以内)

- ・ペアになっての自己紹介
- ・他の人にパートナーを紹介
- ・名を名乗りながら全員と握手

II) 話し合いプログラム (1時間半以上)

「精神障害者になるとはどういうことか、どう生きたいか、どう生きられるか」をテーマに、「できること、できないこと、困ること、今の仕組みでできること、できないこと」など、具体的に話し合う。

または

II') ポスター作りプログラム (1時間半以上)

「精神障害者をよりよく理解してもらうためのポスターを作る」