

厚生労働科学研究費補助金  
こころの健康科学 研究事業

精神保健の知識と理解に関する  
日豪比較共同研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 中 根 允 文

平成16（2004）年4月

# 目 次

## I 総括研究報告書

- 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究 1  
中根 允文

## II 分担研究報告書

- 1 精神保健の知識と理解に関する日本の現況に関する研究 7  
中根 秀之
- 2 一般市民を対象にした疫学的地域調査の方法に関する考察  
「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」の実施を通して 17  
吉岡久美子
- 3 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究 27  
中根 允文 吉岡久美子 中根 秀之 綿 祐二
- 4 「日豪比較共同研究」研究者会議における発表要旨  
—日本における結果の予備的解析— 123  
綿 祐二
- 5 日豪共同研究成果の政策的活用  
—日豪精神保健福祉制度の比較— 137  
今田 寛勝 竹島 正 瀬戸岸雄太郎 羽藤 邦利 关山 徳一

## III 資料 219

# I . 総括研究報告書

## 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究

主任研究者 中 根 允 文

長崎国際大学 人間社会学部 社会福祉学科

研究要旨 1996年に開始された日豪保健福祉協力事業（Japan-Australia Research Project）の第二段階として、自殺防止対策と精神保健が主題になり、平成14年度から具体的な共同プロジェクトが取り組まれることになり、その最初の成果の一部が本研究作業である。厚生労働科学研究費としては、国内の研究体制として、日豪比較共同研究の結果を元遂させるに止まらず、精神保健に係る知識と理解に関する従来の研究成果を概観して、これまでに十分に一般化できるような知見が蓄積されていないことを確認し、ついで本研究の施行に当たり必要な多くの準備作業を総括し、さらに日豪間での連携の重要性を明示してきた。それらを前提にし、わが国における精神保健の知識をうつ病および統合失調症の事例紹介を通して評価する、さらにメディアとの通常の接触の状況なども、日本各地、年代別および性別に評価した。対象は一般市民2,000人であり、全て訪問面接の上、作表しなから解析した。わすかなから、オーストラリア側のデータとも比較して、両国間に若干の異同があることがわかった。さらに、本研究における知見の背景を知り、将来いかに活用するかを考えて、日豪における精神医療の現状を日本およびオーストラリアにて行政上の比較も試みた。

### 分担研究者

今田 寛睦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

中根 秀之（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神病態制御学）

綿 祐二（長崎国際大学 人間社会学部 社会福祉学科）

吉岡久美子（長崎国際大学 人間社会学部 社会福祉学科）

本研究のスタートは、1996年に開始された日豪共同研究の積極的推進、日民の専門家グループ全合の開催などの6項目にわたる合意に基づき日豪保健福祉協力の共同研究（Japan-Australia Research Partnership）である。その第二段階のテーマが2001年から今回の「精神保健」に入ったのである。既に、オース

トラリアでは、ここ数年間、「ビヨンドブルー（beyondblue）」と題するうつ病に関する普及啓発活動を精力的に行ってきた。一方、日本においても平成15年（2003年）5月に「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策と方向」と題する中間報告（厚生労働省精神保健福祉対策本部）の中で、重点施策の一つに「普及啓発」が取り上げられ、精神障害に対する無理解や誤った認識を改めるように、あらゆる機会を通して精神疾患・精神障害に対する理解を促進する普及啓発活動が謳われている。まさに時宜を得た研究のスタートというべきなのであろう。

日本国内において、精神疾患（患者）に対する偏見差別が少なくないことは屢々言及されており、具体的に障害（者）が偏見差別に苦悩している模様もよく知られている。更には、こうした状況を反映して、アンティスティックマキャンペーンも積極的に取り組まれつつある。

これらの意義は当然認められるものの、現実に日本の国民が精神障害（者）に対して、集団として如何なる印象を抱いているかを数値化したものは極めて少ないといわざるを得ない。そこで、今回の研究グループは、国内における一般市民の精神障害（者）および精神保健に対する知識を詳しく把握し、偏見の生じている領域あるいは背景を可能な限り明らかにしようということからスタートし、その偏見が如何に差別を営んでいるかを確認し、それかもたらしている国内の精神科医療への影響を検討すること、そして同じ方法論に則って施行されることになっているオーストラリアでの実情と比較する中で、両国の精神科医療システムないし行政との関わりを検討すること、を目的とするものである。

そこで、本研究グループは、まず分担研究者の中根秀之が国内における「精神保健に関する認識（意識、あるいは理解）調査研究」の状況について集約してみることにした。次いで、今回施行予定の国際共同研究における準備段階の国際間・研究者間および研究者と実施機関との間での意見調整や連携に係る方法論について、同じく分担研究者の吉岡久美子が現況と検討課題をまとめた。さらに、日本における結果の予備的解析について、分担研究者の綿祐二が言及した。これらを前提に、主任研究者らから日豪共同研究として計画された地域調査の結果を総合的に検討してまとめた。こうした結果が、今後如何に活用されるかは重大なテーマであり、詳細な資料の解析がなされた結果、その指針が得られるとは考えるか、分担研究者の今田寛晴らは予測される精神保健行政への適用を考えて、オーストラリアにおける精神保健の普及啓発および精神科医療の現状を自ら調査した結果をまとめた。

まず、中根秀之は、偏見 stigma に係る定義から言及し、それが生じてくる背景にふれながら、日本における過去の関連の地域調査をレビューしている。精神障害者に関する実態調査が国内で数回なされているのは周知のことであ

るか、いわゆる精神障害（者）に対する認識調査あるいは態度調査の全国レベルのものは極めて稀であり、最大1,000名近くについてそれぞれが開発した質問紙票に基づいてアンケート調査した報告が数編見られる程度であった。ごく少数例を対象にした半構造化面接が行われている調査のあることも確認しているが、これらのデータを一般化するには特異的なグループが被験者となっていることかく困難であった。そこで、彼は信頼性・妥当性が検証された標準的な調査票あるいは半構造化面接法の開発が必須であり、それらを前提にスティグマの心理社会的要因解析を行い、そして適切な啓発運動が展開されるべきとまとめている。

次に、吉岡久美子は、今回の日豪比較共同研究の準備段階をモデルにして、具体的に多数の対象者に対する訪問面接評価法の展開の仕方について検討している。従来から我が国で行われてきた研究に比して大規模であり、単に質問紙票に基づくアンケート調査でなく半構造化面接法を採用していること、国際共同研究であり海外諸国との比較可能性があることによる面接項目における調整の必要性などについて、細かく連携作業の経過と今後の課題点をまとめた。特に、各種調査作業を専門としてきた機関に委託して行なおうとした研究であるため、調査実施に入るまでの委託機関との連携についても言及しており、こうした地域調査における調査員の訓練への関与を含め、具体的な対応の仕方が同様の調査を試みようとする研究者にとって有用となるはずである。

次に、綿祐二は、本研究で得られた日本側データの比較可能性を具体的に紹介している。

そこで、主任研究者を中心に、本研究で得られたデータを別章に記すように報告している。現時点では十分な統計処理が行われていないが、興味ある結果の一部を読み取ることは可能であろう。そこでは、全国25箇所をエリアサンプルとして2,000人（男女各1,000人）に約30分程度の訪問面接を行ない、国内の一般地域市民の精神保健に関する知識と理解の有り様を示そ

うとしている。エリアサンプリングに当たっては地域の特性（都市化、精神科病床の多少、自殺率など）を幾つか抽出してあり、それに基づいた解析は更に精神保健に関わる啓発活動の指針を提示してくれるものと考え。一般的には、提示されたうつ病事例あるいは統合失調症事例に対して、回答者の41.9%は差別されるであろうとし、34.4%は差別の対象にはならないとしている。中でも、男性の統合失調症事例を提示されたグループでは62.6%が差別されるとし、一方希死念慮を抱かないうつ病事例では差別しないという者の方が多くなっている（差別するとした者が27.6%であるのに対して、差別しないとしたのは48.6%）。この「差別」を地域的に見ると、首都圏で最も高く（46.3%）、東北・北関東や北九州・長崎（それぞれ39.0%と39.3%）で低くなっている。年代的な違いは評価できないが、男性の方が女性より高い「差別」意識を示していた。こうした地域的違いあるいは性的差異は、精神的問題の把握の仕方に起因している可能性が少なくないと考え。例えば、北九州・長崎では提示された事例に対してかなり様々な問題として理解しようとしているのに対し（心理的・精神的・感情の問題と見る者74.8%、ここらの病気と見なす者60.5%、ストレスが関与していると見なす者54.8%、うつ病だと見なす者53.3%、統合失調症と見なす者30.5%など、全てについて他の地域と比較して最高の認識度）、首都圏では最低の認識度（それぞれ、50.5%、37.5%、32.0%、41.5%、20.0%など）である。本来、情報は氾濫しているであろう首都圏（例えば、「この1年間にうつ病に関するメディアと接触したとする者」は首都圏で最高値52.0%）において、認識度の低さは予想されない結果であったか、疎な人間関係を反映している所為なのであろうか。

事例の長期転居に対して多くの地域住民は悲観的なとらえ方をしており、背景要因についても十分な理解が出来ていない結果であるか、一方では障害に苦悩したからこそ「優しい親になりそう」であったり「創造的あ

るいは芸術的な人になりそう」とする見方をする者がいることも事実であるので、今後の啓発活動によって、そうした側面が育成されていくであろう。また、オーストラリア側のデータとの比較は全く予備的な段階であるか、予想とは違って、日本の方が差別意識が低いことなど異なる結果の幾つかが発見されており、逆に極めて類似した所見が得られている部分も見られる。これらに関しては、今後詳細な比較検討がなされるべきであろう。

最後に、今田寛睦らの研究グループは、こうした調査研究の結果に関わる要因および結果の活用を企図して、まずオーストラリア連邦（以下豪州）政府 Department of Health and Ageing（以下保健高齢化省）と協力しなから両国の精神保健福祉制度を比較している。具体的には、平成16年2月に豪州政府保健高齢化省と協力し、既存の資料等を基に、日本および豪州における精神保健福祉サービスの現状に関するスライドをそれぞれ40枚、67枚作成した。これらの資料をもとに、平成16年3月18日に豪州保健高齢化省において聞き取り調査を行い、スライドにおいて理解困難であった点を確認した。また翌日の平成16年3月19日にはメルボルンの St Vincent 病院および関連の社会復帰施設を視察し、豪州における精神保健福祉サービスへの理解を深めた。その後電子メールにおいて相互の理解に間違いはないかどうかを確認した。

その結果、豪州の精神保健制度の特徴として、①連邦制を引いており、連邦政府のもとに8つの州及びテリトリーで独自の政府や法律があること、②連邦政府は National Mental Health Strategy という国家的規模の戦略を各州に提示すると共に補助金を交付し、また各種指標のモニタリングを行っていること、③各州は戦略を元に責任を持って医療および地域ケアを提供していること、④ National Mental Health Strategy は当初は地域移行および総合病院への組入れを主な目標としていたか、最近では精神障害の予防や精神障害の普及・啓発に力を入れていること、⑤ Medicare という国民皆保険

## 精神保健の知識と理解に関する日本の現況に関する研究

分担研究者 中 根 秀 之

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 病態解析制御学講座 精神病態制御学

### 研究要旨

これまで地域社会の一般住民を対象とした精神保健に関する知識の調査は、小規模なものや各地の精神保健福祉センターなどを中心に周辺住民を対象としたり、特定の集団のみを少数対象に実施されてきたりしており、またある程度大かかりのものや、厚生「労働」省による「保健福祉動向調査」の中で一部行われたりしてきた。しかし、いわゆる国または地方自治体などの行政にとって有用となるほどに多数の地域住民を対象としていなかった点、および調査票についての比較可能性の検討が不十分であった点、などから残念なから一般化できる情報になり得なかった。そこで、これまで本邦で報告された精神保健に関する意識調査を概説し、その得られた情報をもとに、今後の考慮すべき問題点について検討してみた。

精神障害者に対する意識調査の問題点については、①対象者の抽出法が異なること、また②評価尺度としての調査票が様々であることなどである。今後は、対象として充分数のサンプルの確保と、信頼性および妥当性が検証された標準的な調査票の開発が必要である。これによって、受診行動の遅れや社会復帰の妨げの要因の一つとなるスティグマの心理社会的要因解析およびその除去につながる啓発運動のあり方が検討されることにより、国際共通の反応となれば国際比較の可能性も出てくるはずである。

### 研究目的 はしめに

「精神保健」について考えるときに、それをカバーする範囲は膨大であり、多くの事柄を検討する必要がある。このため、ここでは今回の調査研究に関連している精神障害（もしくは精神疾患）に関する態度に関するこれまでの報告についてまとめ、概説したいと考える。

「精神保健」分野では、すでに各国で精神障害者へのスティグマや偏見に関する研究が数多く行われている。

#### （1）スティグマとは何か

社会（心理）現象の結果として、マジョリティに振り分けられた人間に対してあらわれるのか「スティグマ」(stigma)である。スティグマとは、望ましくないとか汚らわしいとして他人の蔑視と不信を受けるような属性と定義さ

れる。これは、ある属性に当てはめられたマイナス イメージと考えてよいだろう。スティグマは、もともとはギリシアで奴隷 犯罪人 謀反人であることを示す烙印あるいは肉体的「しるし」のことで、汚れた者とか忌むべき者というマイナス イメージが肉体的に烙印されたものである。しかし、のちにカトリック教会では、十字架で死んだキリストの五つの傷と同じものか聖人＝カリスマにあらわれるということから、「聖痕」の意味に転化した。このような由来をもつため、西欧では日常語として使われており、とくに学術用語というわけではない。

スティグマとなりうる属性としては、病気 障害 老齢などの肉体的特徴、精神障害 投獄 麻薬依存 アルコール依存 同性愛 失業 自殺企図 過激な政治運動などから推測さ

れる性格的特徴、人種 民族 宗教に関わる集団的特徴などからつう列挙される。人ひとは、スティックマのある人を対等にあつかわず差別し、多くは深い考えもなしにその人のライフチャノスをせはめている。

スティックマについては Goffman の定義が広く知られており、それによると、「スティックマという言葉、およびその同義語は次のような二つの方向への展望を覆いかくす。その二つの展望とは、スティックマのある者は、自分の特徴かすてに人に知られている、あるいは人に見られればたちどころにわかると仮定しているのか、それとも、彼は自分の特異性かその場に居合わせる人のまた知るところとはなっていない、あるいはすくには感知されるかとはならないと仮定しているのか、ということである。

第1の場合には、人はすてに信頼を失った者の苦境におかれるのであり、第2の場合には、信頼を失う事情のある者の苦境におかれるのである。たとえある特定のスティックマをもつものか、二つの型のいずれをも経験することかあるとしても、ここには重大な相違かある。わたしはまず、すてに信頼を失ったものの从能を取り扱い、次に信頼を失う事情をもつものを取り扱うか、必ずしも両者を別々に論ずるものではない。3つの極めて異なつた種類のスティックマについて述へよう。

第1に肉体のもつさまさまな醜世さ つまもりもろもろの肉体上の奇形かある。

第2に個人の性格上のさまさまの欠陥かあり、それらは意志薄弱、過度のあるいは異常な情欲、頼りにないない信念、かたくなすきる信念、不正直などとして人々に知覚されており、精神異常、投獄、麻薬常用、アルコール中毒、失業、自殺企図、過激な政治運動などの記録から推測されるものである。

第3に、人種、民族、宗教等という集団的スティックマかある。それらのスティックマは家系を通して伝えられるものであり、家族の全員を一樣に汚染するものである。」となる。

以上のように、障害に関するとらえ方か語句

の古さを感じることはあるか、的確な定義かなされている。

こうしたスティックマタイセーションか持続的に起こると、Spicker は、社会的に地位の低下か見られ、失業か貧困化を招く恐れか出てくることを指摘している。社会生活に多くの障害をもたらすことか予想されるため、これは出来るだけ排除されるべきと思われる。

ここで、視点を再度、精神保健 精神科医療に向けてみよう。すると精神科医療は、他の医療に比へ、敷居か高く、患者は多くの不利益を受けることか少なくない。すてに報告されている海外での精神障害へのスティックマか偏見に関する研究として、例えば Link らによると精神疾患の患者というラヘルによって社会的な地位、職業、収入、患者自身の自尊心か影響をうけることを明らかにした。また、Jorm らは、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、いかなる治療か効果的かを尋ねたところ、専門家は専門的治療か有効であると答えたのに対し、その多くか食事療法、ビタミンかミネラルの摂取か効果的であると一般人は、回答していた。さらに Lamontagne は、一般人か精神科医と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、心理士に比へ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よて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か行われており、これは実際の患者像とは異なつたもので、マスメディアか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（暴力的な逸脱行動を

作う)か誇張されており、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 は伝えている。

近年、精神科医療全体が改善しつつはあるものの、精神科医療に対する一般の人のイメージが如何に変化してきたかについてのどのような報告かなされているかを、ここでは概説し、今後の研究調査展開にむけての問題点を示唆する。

研究方法と結果、および過去の報告に基づき考察

厚生省(現厚生労働省)は、精神障害者に関する実態調査を昭和29年から48年までの約20年間に合計11回行ってきている(表1)。

これらの調査の中心は、病院実態調査であり、その内容は入院患者の男女比、年齢階層比、保護者の有無、新患の比率、入院費の支払い形態、疾患別比率、入院期間、入院回数、入院時刻、治療内容、寛解・軽快率、外来通院の比率の高い曜日、通院時の同伴者の有無、受診施設(病院・診療所)までの所要時間、受診推進者、社会復帰関連施設に関するもの、老年期患者、アルコール患者、児童患者、外来患者の実態、外来患者の比率(外来患者数÷許可精神病床数×100)、退院患者の社会復帰状況などであった。患者自身の認識や感情に関する意識調査あるいは周辺の患者に係る認識調査などは残念ながら含まれていなかった。

昭和46年に総理大臣日房広報<sup>5</sup>は、精神不況についての認識、精神障害者に対する認識、精神障害の原因と治療の可能性、精神障害者の社会復帰、精神病院における患者の人権などに関する精神衛生に関するアンケート調査を行った。これによれば、精神障害者のイメージとして「恐ろしい」と感じる者が16%であるのに対して、「気の毒、かわいそう」と感じる者は69%にのぼっている。また、精神科疾患の原因を「病気や事故、心配事など」とするものが14%、「遺伝」によるとするものは26%であった。さらに、治療効果については「治る場合が多い」とするものが38%、一方「治らない場合が多い」

とするものが31%、「一概に言えない」が24%とほぼ拮抗している。特に遺伝と考えるものの約半数は精神疾患が治らないと考え、病気や事故が原因と考えているものの約半数が治療すると考えていた。

宇都宮病院事件の前後である昭和58年および昭和63年に、昭和58年が759名、昭和63年が427名の都民を対象に精神科医療に関する世論調査を行っている。この中で「精神障害者を隔離収容すること」に反対とする意見が、昭和58年には44.8%だったのが、昭和63年には51.5%と増加している。また、「精神障害者は病院内で一生苦勞無くすごすほうが良い」とする考えについて、ともに半数が「どちらともいえない」としている一方で、「そう思わない」とするものは、昭和58年に26.6%であったのが、昭和63年には33.3%に増えている。精神病院環境の閉鎖あるいは開放に係る是非については60%の人が「どちらとも言えない」としているか、開放的な環境が望ましいとする人が相対的に増えていた。また、精神障害者の社会生活のあり方について、急性期に一時的に保護して治療するところがあれば、通院しなから、服薬を自己管理したり福祉工場などで就労するといった社会生活かてきると考える人が増えている。その一方で、「どちらともいえない」とする割合も半数近くあり、見逃すことは出来ない。否定的な態度の表明は「偏見」「スティグマ」として明らかであるか、この「どちらともいえない」とする1群がスティグマタイセーノ<sup>6</sup>の一翼を担っていることも考えられるからである。

次に、厚生省調査以外で国内で今までに報告された、精神障害者に関する認識調査の動向について検討したい。表2は、著者の把握していた1990年以降の報告をまとめたものである。実に様々な対象で、いくつかの評価尺度を用いて「精神障害者に関する認識」を定量化する試みかなされていることかわかる。それぞれの報告は、対象および評価方法が異なるため、単純な比較は意味がないと考えられるので、いくつかの各研究結果の概要だけを紹介してみたい。

表1 厚生省（現厚生労働省）が実施した精神障害者に関する実態調査

昭和29年	精神衛生実態調査	地区無作為抽出による全国一斉調査
昭和31年	在院精神障害者実態調査	無作為抽出した病院の退院患者および在院患者
昭和35年	在宅精神障害者実態調査	無作為抽出した病院の初診患者および新入院患者
昭和36年	精神障害者動態調査	昭和35年調査の初回入院患者の追跡調査、病院は有為抽出
昭和38年	精神衛生実態調査	地区無作為抽出による全国一斉調査
昭和41年	在院精神障害者実態調査	有為抽出した病院に在院する措置患者調査
昭和44年	精神病院実態調査	入院患者調査および社会復帰関係施設調査、全精神病院（室）を対象
昭和45年	精神病院実態調査	外来患者調査および児童患者調査、全精神病院（室）を対象
昭和46年	精神病院実態調査	作業療法患者、作業療法関連施設調査、全精神病院（室）を対象
昭和47年	精神病院実態調査	アルコール中毒者調査、老年患者調査、全精神病院（室）を対象
昭和48年	精神衛生実態調査	地区無作為抽出による全国一斉調査

表2 本邦における「精神障害に関する意識調査（スティグマ、偏見を含む）」報告

町沢ら（1990）	患者89名、患者家族60名、一般住民132名、精神科医12名	全国精神障害者家族連合会の態度測定項目に追加した質問紙法
白石ら（1992）	精神科病院通院	入院患者907名、家族601名 質問紙法
後山ら（1998）	看護有資格者141名	質問紙法偏見尺度
石橋ら（1998）	精神科勤務者97名、一般病院勤務者99名、看護学生100名、地域住民88名	大島らによる質問紙法
坂本ら（1998）	大学生365名、精神神経学会員246名	SD尺度および態度尺度の質問紙および自由記述
蓮井ら（1999）	大学生273名	質問紙法スティグマ尺度（Linkら）および自由記述
小田ら（2001）	啓発事業の主たる対象者538名	質問紙法スティグマ尺度（Linkら）および自由記述
谷口ら（2002）	病院近接地域住民139名	質問紙を用いたアンケート調査
原田ら（2002）	日本精神衛生会会員513名	質問紙を用いたアンケート調査
清水ら（2002）	連動会、夏祭り参加地域住民50名	SD法を用いたアンケート調査
内野ら（2003）	統合失調症患者28名、非統合失調症患者16名、健常者18名	統合失調症の症状、原因、治療などに関する半構造化面接
森田ら（2003）	医療系大学生97名、一般学部大学生15名	浅井に基づいた質問紙法

町沢らが行った精神障害に対する態度の測定調査では、その対象が、患者と患者家族、一般住民および精神科医であり、全国精神障害者家族連合会の態度測定項目に52項目を追加し、因子分析を行い23項目からなる偏見尺度を作成している(資料1)。その結果、精神科医は他の群に比べ偏見が少なかったが、他の3群では有意差を認めなかった。これは、患者自身、患者家族を含めた一般住民に対して偏見が広く存在していることを示しており、その構造の複雑さが示唆された。3群間でも社会的距離(住居、職場、犯罪)と恋愛(恋愛、結婚、妊娠)に関する項目については、一般群において最も高い偏見が認められた。また、類似の調査項目をもとにアメリカ、イギリスの偏見度と比較した際には、日本の方が社会的距離については高い値を示していたという。

次に、白石らが行った入院患者とその家族を対象とした「スティグマに関する」調査および外来患者とその家族「社会復帰に関する」調査については、すでに著書「精神障害者への偏見とスティグマ」で詳細に述べられているためここでは、一部結果だけを紹介する。「社会が冷たいと感じる」ことは、患者本人が良くある(19.4%)、あるいは時々ある(30.3%)とした者が50%弱を占めており、家族も良くある(10.5%)、あるいは時々ある(30.8%)を合わせると本人よりやや低い値となっている。患者本人は、健康状態や家族関係、経済状態で困っており、社会生活の中で肩身の狭い思いをすることか50%弱の者にあると答えている。また、精神障害に対する理解について、理解されつつあると患者本人は39.5%の者が答えたのに対して、家族は12.0%が理解されていないと感じている。このような結果から、やはりそのものには若干の違いはあっても周辺によるスティグマの感情を抱かざるを得ない状況であることが明らかとなった。

後山らの看護有資格者155人を対象に行った看護者の精神科に対するイメージ調査では、経験年数4年から6年目と7年から9年目の間で

2峰性に偏見が高くなっている。この年代は、病棟内でリーダー的存在として活躍する時期に相当する一方で、看護者自身が孤立しやすく偏見を発達させる危険性があると言われている。また、過去に見せしめ剤乱用歴の患者は、精神科に入院すべきであると言った人は35%を占めており、これは患者の現在の状態像よりも既往があることに反発して、嫌悪感や恐怖感が先に立ち、精神科領域以外で関わることへの恐れに起因しているのではないかと推測されている。

石橋らの報告では、大島らで作成したアンケート調査票(30項目 資料2)を用い、接触体験が豊富なほど、「危険視、無能力視、隔離の因子」的分野で社会的距離が縮小すると考えられた。また、接触体験が少なく危険視的に感じている人たちも、病院の開放化には好意的であった。

坂本らは精神科領域における「精神病」「精神障害」「精神疾患」「こころの病」といった疾患に関わる呼称の与える一般的な印象について報告している。その結果、日本精神神経学会会員は「精神病」でもっとも強くネガティブなイメージがあるとし、次いで「精神障害」「精神疾患」「こころの病」の順に弱まるしており、関連質問でも一貫した傾向としてこれは示されていた。しかし、通常の学生では、「精神病」は「こころの病」に比べ社会的・対人的に問題を起こすことか多いと考え、「精神疾患」と「精神障害」とは明確に弁別されていなかった。

蓮井らによる精神疾患への態度調査研究は、Linkらが開発したスティグマ尺度に加え、自由記述の項目を設定して、①家族・友人と精神病・精神病患者について話した内容、②精神病・精神病院・精神科に関する噂、③対象者周辺で精神病院に入院した人または精神科を受診した人、④精神病や精神病患者に関わる事件報道のテレビや新聞・週刊誌での見聞内容、⑤精神病や精神病患者に関わる「キ」メン」のテレビや新聞、週刊誌での見聞内容、について分析している。この結果、精神疾患に否定的態度を持つ人は、家族や友人との会話で否定的内容を話題と

して取り上げ、奇異な行動や妄想、幻覚といった症状に目を向け、事件報道の欄に多くの記述をしていた。精神疾患患者との接触体験は、精神疾患への肯定的態度と関連していることを明らかにしていた。

小田らは長崎県の下五島地域の住民で啓発事業の主たる対象者（民生委員、市 県職員、精神保健福祉ボランティア養成講座受講生、その他）にアンケート調査を行っている。下五島地域というのは、長崎県の中でも離島医療の要である。精神障害者観およびそれに関連する要因として、住民の精神障害者に対する偏った見方は、対象住民の年齢、すなわち同時代の価値観および精神障害者に関する情報や知識の多寡の影響を受けやすいことかわかった。また、18歳未満の青少年を抱える世代では、保護者の意識から青少年における精神障害者への「不信感」が募りやすいことか示唆され、精神障害者への偏った見方を改善する上で啓発運動が効果的であると考えられた。

谷口らと清水らの報告は、病院に近接した住民や病院主催行事への参加者を対象としたアンケート調査で、接触体験が少なく否定的態度を多く認め、社会参加など様々な活動を通して精神障害者の「積極的」で「温和」な面を強調する効果かあるとしている。

原口、内野らによって開発された社会的距離尺度（Social Distance Scale-Revised version, SDS-R）を用いて、統合失調症患者との接触体験と社会的距離について考察している。統合失調症患者と濃厚に接触する医療従事者の方が、接触の希薄な学生よりも統合失調症に対する社会的な距離が遠いとする結果を得ている。このため、接触の質が重要であり、①病院外の接触、②親密な関係の中での接触体験、③継続的な接触体験などといったポジティブな接触体験が必要であると述べている。特に、内野らによると病名不問のままに行われる心理教育には、問題のあることを指摘している（資料3）。

森田らの報告は、統合失調症の幻覚症状を疑似体験できるハーチャルハルノネーションを通

して、疾患に対する考え方や偏見に影響が現れるか否かを検討している。それによると、90%以上の体験者か、統合失調症患者の悩みや立場の辛さを感じることも出来たと答えている。

以上わか国における、精神障害に関する意識調査の一端を紹介したか、いずれにおいても精神障害者への否定的態度か変わらず存在していることを明らかにし、その背景要因について様々な分析を行っている。また、多くの報告かスティグマ除去に心理教育、実際的体験（患者との接触など）、社会での活動といった啓発に寄与する動きか必要であることを指摘している。

#### 総合的考察 今後に向けての問題点

これまでの地域社会における一般住民を対象とした精神保健に関する知識調査は、小規模なものたと各地の精神保健福祉センターなどを中心に周辺住民を対象としたものであったり、特定の集団少数を対象として実施されてきたりしており、またある程度大かかりのものたと、厚生「労働」省による「保健福利動向調査」の中で一部行われたりしてきた。また、古くは国立精神衛生研究所にいた加藤正明らが行った調査（精神分裂病「統合失調症」、慢性酒精中毒、人格障害などの症例についての意識調査）などかある。しかし、いわゆる国または地方自治体などの行政にとって有用となるほどに多数の地域住民を対象としていなかったか、さらに調査票のほとんどか調査者自身によって開発されたという個人的なものであり、調査相互における比較可能性か極めて不十分であったかなどから、残念なから一般化できる情報になり得なかった。そこで前記したように、最近本邦で報告された精神保健に関する意識調査において、得られた情報をもとに、今後の問題点を要約してみたい。

精神障害に対する意識調査は、前記したように様々な報告かあるわけであるか、これら相互の比較可能性かない。その理由は、①対象者の抽出法および②異質な評価尺度による。今後は、

まず調査対象として統計処理の点から充分数のサンプル確保が必要であり、いくつかの属性を考慮した対象者を人口動態統計的に考慮して抽出されるべきである。また、「精神障害者に対する偏見（スティグマ）」は、彼らを取りまく社会状況あるいは精神保健（医療、福祉）状況および関連分野の変化によって影響を受けるので、経時的変化を扱う必要がある。そして一定の評価を作っていくためにも、標準的な評価尺度の開発が必要不可欠である。信頼性や妥当性が検証された評価尺度か、当該分野で望まれるものの現時点では殆ど皆無と言わざるを得ない。本研究班ではオーストラリアで開発された「精神保健の知識と理解に関する調査票」の日本語版を発表し、その間には日本語版の逆翻訳を試みるなどして日本的な活用を考えている。

おわりに

精神障害に対するスティグマは、受診行動を遅らせる要因の一つになる。精神疾患への強いスティグマにさらされた個人や同家族では、より大きな不利益を被ることか予想される。特に、社会復帰をみても、スティグマによって障害者本人の自己評価が低下しており、社会復帰にとって様々な良い機会を失わされるなどの可能性も否定できない。こうした背景を考えると、信頼性と妥当性および有用性の検証された標準化された評価尺度の開発が望まれる。今回の日豪合同の比較研究は、これまでオーストラリア例で繰り返した地域調査として施行され相応の改定かなされて、妥当性が確認されつつあるものであり、これの日本語版として有用性と妥当性を詳しく検討しなから施行しようとしているものである。

また本研究は、日本とオーストラリアの両国にとって共通した重大にして緊急の課題である、自殺防止対策を含む精神保健に関わる啓発活動を、地域社会および地域住民を対象に検討しようとするものでもある。関連の作業を「実践する」で、未だトビエンスに乏しい状況にあるため、近年の自殺既遂者数の増加傾向に歯止め

をかけるための自殺に関わる心理社会的要因の解明をもとに実践的な防止策開発につなげていくことおよびより適正な精神保健行政システムに機能させることが肝要であると考えらる。

#### 参考文献

- (1)アーウィング コッフマン（石川毅訳） スティックマの社会学（せりか書房 東京、2003）
- (2)町沢静夫、佐藤寛之、沢村幸 精神障害に対する態度測定 臨床精神医学19(4) 511-520、1990
- (3)白石大介 精神障害者への偏見とスティグマ（中央法規 東京、2000）
- (4)後山昇、石井和夫、武政介保子、及川瑞世、他 精神科へのイメージ調査（看護者の偏見度を探る）日本精神科看護学会誌41巻1号 Page 196-198、1998
- (5)石橋朋之、須川竹安、橋下孝玄、松本純隆 精神障害者に関する意識調査（日本精神科看護学会誌41巻1号 Page 290-292、1998）
- (6)坂本貞子、田中江里子、友田貴子、木島伸彦、北村総子、斎藤令衣、北村俊則 精神科領域における疾患の一般呼称に関する研究Ⅰ（精神科診断学 8(3)241-248、1997）
- (7)蓮井千恵子、坂本貞子、杉浦朋子、友田貴子、北村総子、北村俊則 精神疾患に対する否定的態度（情報と偏見に関する基礎的研究）精神科診断学10巻3号 Page 319-328、1999
- (8)小田孝、石井忠八、田中悟郎 精神障害者に対する下五島地域の住民の意識（五島保健所地域精神保健医療福祉協議会専門委員会活動報告 五島中央病院紀要3号 Page 21-30、2001）
- (9)谷口房枝、森澤幸子、福原ひつる、伊田圭子 地域住民の精神障害者への意識調査を実施して（日本精神科看護学会誌45巻2号 Page 52-55、2002）
- (10)原田雪一、松下正明、白石弘巳、五十嵐祐人 こころのノーマライゼーションを推進するために（アンケートの結果報告）心と社会107号 Page 110-113、2002
- (11)清水伸代、松浦郁夫、津端直子、斎藤公子

精神障害者と地域住民の交流を目指して イ  
メーション調査を実施して 日本精神科看護学会誌  
45巻1号 Page131-134、2002

(12)原口健三、前田正治、内野俊郎、牧田馨、坂  
本明子、前田久雄 精神分裂病の治療及びリハ  
ビリテーションのカイトライン作成とその実証  
的研究 「精神分裂病」に対する偏見尺度の開  
発 予備的研究(第2報) 厚生労働省精神  
神経疾患研究委託費による14年度研究報告集  
Page49、2003

(13)内野敏郎、前田正治、原口健三 「精神分裂  
病」とスティグマ 臨床精神医学 32(6)677-688、  
2003

(14)森田裕子、田島治 統合失調症のスティグマ  
に対するハーチャルハルノネーションの効果  
こころの臨床ア ラ カル1 22巻1号 Page93-  
97、2003

(15)中根充文、三毛山子、竹島正 自殺にかかわ  
る精神保健問題の啓発に関する研究 日 家比較  
研究のための調査票日本語版の作成 厚生労働  
科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業  
自殺と防止対策の実態に関する研究 平成14年  
度総括 分担研究報告書 page237-380、2003

資料1 町沢静夫、佐藤寛之、沢村幸 精神障害に対する態度測定 臨床精神医学19(4) 511-520、1990より引用

表2 精神障害偏見尺度 (23項目)

- 1 精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる
- 2 配偶者が精神病院に入院した場合、残された配偶者は無条件に離婚が許されるべきである
- 3 精神障害者は放っておくと何をするか分からないのでおそろしい
- 4 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくらない方がよい
- 5 精神障害者はできるだけ人里はなれたところに精神病院を建て隔離収容すべきである
- 6 精神病院に入院中の患者には、投票権を与えるべきではない
- 7 一度精神障害になると、一生精神障害者の烙印をおされても仕方ない
- 8 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
- 9 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにはゆかない
- 10 精神障害者の場合、身体障害者とは異なって、たとえ福祉工場のようなものかあっても働けるとは思わない
- 11 精神障害者の治療は、精神科医のみが責任を負うべきである
- 12 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出来ているか、精神障害者の場合はそのようなことはまず出来ない
- 13 精神障害の問題は素人からみてやり方に疑問や批判があったとしても、しかるべき専門家たちに任せるとよい
- 14 精神障害に自分になるはずはない
- 15 精神障害者と一緒に住みたくない
- 16 精神障害になった人と一緒に働きたくない
- 17 精神障害者を隣人に持ちたくない
- 18 精神障害にかかった人と恋愛することはない (自分を未婚と考えて)

- 19 精神障害者と結婚することはない (自分を未婚と考えて)
  - 20 精神障害者は犯罪を犯すことが多い
  - 21 精神障害者になった人との見合いの話があった場合断わるべきだ
  - 22 精神病という言葉聞いただけで嫌になる
  - 23 精神障害者に対して精神科医はもっと厳しく対応すべきである
- 1 そう思う (3点)
  - 2 ややそう思う (2点)
  - 3 ややそう思わない (1点)
  - 4 そう思わない (0点)
- cf 項目1 のみ得点は逆点

資料2 石橋朋之、須川竹安、岳下孝玄、松本純隆 精神障害者に関する意識調査 日本精神科看護学会誌41巻1号 Page290-292、1998より引用

- 01) 病気の一種である。
- 02) 誰でも精神障害者になる可能性がある。
- 03) 気のとくてかわいそうである。
- 04) 信頼できる友人になれる。
- 05) 精神病院の役割は治療。
- 06) 病院内で一生苦労なく過ごさせる方がよい。
- 07) 入院したら無条件に離婚が許される筈
- 08) 長期入院は、実生活できぬ者をつくる。
- 09) 妄想、幻聴あっても社会生活かてきる。
- 10) 何をするかわからないのでおそろしい、
- 11) 行動理解できぬ。
- 12) 早期に治療すれば治る
- 13) 遺伝を避け、子どもをつくらない方がよい。
- 14) 前世や過去に悪いことをした報い。
- 15) 隔離収容すべきである。
- 16) 入院中、投票権を与えるべきではない。
- 17) 開放的な精神病院の環境が望ましい。
- 18) 一生精神障害の烙印をおされる。
- 19) 人に知らせるのは恥である。
- 20) 普段は社会人としての行動をとれる。
- 21) 精神病院は、暴力、事件防止のため。
- 22) 自己管理望めない。
- 23) 外出、外泊の意見を尊重できぬ。

- 24) 福祉工場があっても働けぬ。  
 25) 普段は通院するだけで十分大生活をやっている。  
 26) アパート生活危険。  
 27) 現実生活でできるような訓練をすべきである。  
 28) 治療は、精神科医のみか責任をおうへき。  
 29) 患者会できぬ。  
 30) 適切な相談機関あれば、発病の大半は防げる。

資料3 内野敏郎、前田正治、原口健三  
 「精神分裂病」とスティックマ 臨床精神医学  
 32(6)677-688、2003より引用  
 精神科病名に関するアンケート

#### 1 精神分裂病の症状

- 精神分裂病にはどのような症状があるか知っていますか？  
 (a)よく知っている(b)まあまあ知っている  
 (c)あまり知らない(d)全く知らない
- (a)か(b)と答えた人へ→それはどのような症状かですか？(自由回答)

#### 2 精神分裂病の原因

- 精神分裂病かなせ起こるか知っていますか？  
 (a)よく知っている(b)まあまあ知っている  
 (c)あまり知らない(d)全く知らない
- (a)か(b)と答えた人へ→それについて教えてもらえますか？(自由回答)
- (c)か(d)と答えた人へ→それでは以下のうちどれか原因かと思いませんか？  
 (a)親の育て方(b)脳の機能(働き)の問題  
 (c)遺伝の病気(d)性格の歪み

#### 3 精神分裂病の治療

- 精神分裂病について知っていますか？  
 (a)よく知っている(b)まあまあ知っている  
 (c)あまり知らない(d)全く知らない
- (a)か(b)と答えた人へ→それについて答えてもらえますか？(自由回答)
- (c)か(d)、または自由回答で薬物療法か話題にされなかった人へ  
 →薬は役に立つと思いませんか？  
 (a)役に立つ(b)ある程度は役に立つ(c)役に立たない

#### 4 精神分裂病の予後

- 精神分裂病はどのような経過を辿る病気かと思いませんか？  
 (わからないと答えてもあえて言えはとれてしょうか？と尋ねる)  
 (a)完全に治る病気  
 (c)あまり治らない病気  
 (b)ある程度治る病気  
 (d)全く治らない病気

#### 5 精神分裂病の発生頻度

- 精神分裂病はどのくらいの頻度で起こると思いますか？以下のうち一つだけ答えて下さい。  
 (a)きわめて稀な病気(b)比較的稀な病気  
 (c)比較的多い病気(d)とても多い病気
- それは、たいたい何人に一人くらいの病気かと思いませんか？(自由回答)  
 ( ) 人に一人くらい

#### 6 精神分裂病の危険性

- 精神分裂病は危険な病気かと思いませんか？  
 (a)非常に危険な病気である(b)時に危険な病気である  
 (c)殆ど危険ではない(d)全く危険でない病気
- (a)か(b)と答えた方へ  
 危険とは、どのようなことでしょうか？(特に周囲にとって危険なのか、本人自身にとって危険なのかを明らかに)

#### 7 分裂病のイメージ全般

- 分裂病についてどう思いますか？(自由回答)

#### 8 もし、あなたか分裂病たと言われたらどうおもうでしょうか？(自由回答)

#### 9 病名

- ところで、あなたの病気は何という病気ですか？もし、知っていたら教えてください(自由回答)

## 一般住民を対象にした疫学的地域調査の方法に関する考察

—「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」の実施を通して—

分担研究者 吉 岡 久美子

長崎国際大学 人間社会学部 社会福祉学科

### 研究要旨

〔目的〕本研究は、今回実施した疫学的地域調査「精神保健の知識と理解に関する日豪共同研究」を通して、同研究の施行に係る方法論的問題を詳しく通覧し、今後の類似研究における方法の再施行可能性あるいは課題について検討する。

〔方法〕「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」の実施に至るまでの細かい過程を紹介し、その中で分担研究者が果たしてきた役割を詳細に記載し検討する。上記研究の調査対象者は2,000人（20-69歳）であり、対象者宅を所定の演習を受けた面接調査員（調査委託会社に所属）か直接訪問の面接するというもので、調査地点はほぼ全国をカバーする25地点である。調査期間は2003年11月19日から12月12日であった。

〔結果および考察〕研究事務局および委託した調査会社との間の綿密な連携、繰り返し行われた調査票に関わる検討と修正、日豪比較という側面からオーストラリア側との調整などに多大の時間を費やした。結果的には、精神保健の理解に関する日本で初めての本格的な地域疫学調査として位置づけられるまでに、一応の成功裏に調査を完了できたと考えるか、全く問題なしてあったとはいえないかも知れない。

一律の調査票を用いた全国規模の面接調査であり、国あるいは自治体レベルでの実態が明らかになり、その結果を基に具体的な施策へと展開していくことが可能になるであろう。一般住民の精神保健に関する意識や精神疾患への態度を把握するという目的から、面接者は専門家集団ではなく、所定のトレーニングを受けた調査員（委託された調査会社に所属）が行った。本研究のような趣旨であれば、研究主体と調査主体が協力し、回答者、調査員双方の安全感をサポートしながら調査を遂行していくことで、こうした方法は十分可能と考えた。

次に、今回の調査において国際比較の可能性が実証されるであろうという点である。調査の実施方法、調査票（提示カード）など全てを豪州側の方法論を基軸に進めた。方法を同じにしたことで、日本国内での比較はもとより、豪州との国際比較が可能になったか、同一の尺度を準備することの難しさも明らかになったといえよう。国際比較により、それぞれの国の特徴が明らかになったり、共通または独自の課題が明らかになっていくと思われる。今後は、調査実施後の個別の検討課題をクリアにしていくことと同時に、研究のフィールドを更に広げ、より広範囲での国際比較研究へと展開していきけるような方法の構築が必要になるとと思われる。

## A 研究目的

疫学的な地域研究の重要性は周知されているものの、実施上の様々な問題点か特に精神医学 医療領域では少なからず指摘されており、従来から厚生省が実施してきた全国実態調査に対する批判の高まりから一時的にはタブーに近い感さえあった。対象者にとってプライバシーおよび人権の保護を考慮、十分にインフォームトコンセントが確立された形での地域調査が徐々に計画され整備されるに伴い、取組みが具体化されるようになり、特に吉川ら(2003)は「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」において、地域調査の方法論の動向を以下のようにまとめている。

つまり、世界保健機関(WHO)の国際疫学研究プロジェクトの発足により、日本においてもこうした調査の実施可能性が高まり、平成11年度の「精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究」から一連の疫学研究が積み上げられてきた。しかしながら本格的な研究は緒についたばかりであり、国レベルでの具体的な施策をうちたせるまでの結果が十分に蓄積されているとは言いにくいのか実状のようである。

また中根(2003)は、地域疫学調査について、これまで特定の疾患を対象にした調査結果はあるか、コミュニティベースの広範なデータは皆無に近いといわざるを得ないと指摘し、精神疾患の疫学研究を抑制ないし阻害する日本特有の要因があるとはいえ、今後世界的な基盤にたった疫学研究を行うことの必要性を述べている。

疫学的地域研究の重要性に反して、現実それを施行するとなると、上記のように阻害要因や困難さがあることから、いかに研究を進めるかといった方法論には大きな関心か寄せられている。

そこで本研究では、別に詳記する地域調査の方法について実際を呈示し、同研究の方法における特徴および今後の疫学的な地域調査の施行可能性と課題について検討する。

## B 研究方法

ここでいう研究方法は、「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」方法の具体的な内容の呈示であって、当該分担研究者独自の研究方法を記載するものではない。

### 1 研究実践に当たる事務局体制

本研究の開始にあたり、長崎国際大学人間社会学部のスタッフ(主任研究者 中根允文、および分担研究者 綿祐二、吉岡久美子)の3名が事務局を構成して対応に当たることとした。事務局は、研究実施の運営と総括の機関として、調査委託会社との連携、オーストラリア側との調整連携、分担研究者間のやりとり、進捗状況の把握、情報の収集など関わる全事項の対応窓口となった。

研究開始に先だって、事務局は研究者ら所属する長崎国際大学人間社会学部社会福祉学科学倫理委員会に対して、研究計画書および必要書類を提出し審査の結果、研究の施行に係る承認を得た(資料を参照)。また、厚生労働省にて研究組織の全構成員による第1回「日豪共同研究に関する打ち合わせ会議」(030827)が開催された。会議では、研究担当者の顔合わせのほか、今後の研究の方向性についての議論や合意形成かなされた。

本研究は、事務局が主体となって進行させるか、研究遂行上で確認を要することや相談事項については随時、電子メール、ファックス、電話を活用しながら、研究者(オーストラリア側の研究者グループを含めて)および担当行政機関との間で、情報交換を行いながらすすめていくことにした。

### 2 調査委託会社の選定について

本調査は多数の対象者を広く抽出して実施するという方法であることおよび極めて高度な医学知識を前提とするものではないことから、訪問調査に申込している企業に調査施行を委託するという計画でスタートした。そこで、厚生労働省の担当者を加えた先の打合せ会議にて、調査実施を引き受ける委託会社の選定かなされ

た。協議の結果、東京都内に本社を置くY情報処理センターが選定された。当該センターは、マーケティングリサーチを主業務とする会社として1973年に設立されており、マーケティングセクション（企画・フィールドワーク、調査結果分析、報告書作成を担当するセクション）とデータプロセッシングセクション（入力、集計、分析、解析、プログラム開発を担当するセクション）の2部門から構成されている。今回の作業を委託されるまでに全国規模で訪問面接調査、会場テスト、街頭調査、郵送調査、ヒアリング調査、社会調査などを手掛けてきており、その実績から今回の研究遂行に十分な機能を発揮できるものと考えられた。また、同情報処理センターと提携関係にあるYリサーチ会社の協力を得ることとされた。同社は、全国主要都市にスタンバイしているスーパーハイパーを軸に、特に訪問面接調査施行に強いとのことであり、面接調査員の研修などもしっかりと行われている実績があった。

### 3 調査方法論

調査は、所定の条件に合致した対象者を訪問して、一定の調査票に基づき面接を行うというものである。調査票は前年度の日豪双方の研究者会議における協議において確立され、更に本年度に入ってオーストラリア側から具体的な実施マニュアル（METHODODOLOGY FOR MENTAL LITERACY PROJECT）（資料を参照）が提案されたので、それを翻訳した上で活用することにした（資料を参照）。

同マニュアルは、面接調査の方法、回答者の限定、各種リーフレット、訪問の際の手順、再訪問の手続き、訪問ノート、調査表への記入法、よくある質問への回答例、面接における他の留意点（例、回答者には単独でインタビューすること、「正しい回答」とか「間違った回答」はないということ、提示カードの数と内容、記入漏れの防止、書字の読みやすさの確認）などの項目からなっている。

分担研究者を中心に日本側のスタッフは、更

に細かい指針の必要性を感じて、先のマニュアルにおける規定の範囲内で「面接調査施行」の留意点を作成した。この留意点において最も配慮したのは、専門用語に補足説明を加えるか否かということであった。オーストラリア提案の調査項目の内容を著しく超えるようであれば、いわゆる「知識」レベルの評価に影響することになり、逆に日本国内で全く通用していないような専門用語について全く説明なしでは調査の意味がなくなってしまうわけであり、適切な補足説明の必要性はオーストラリア側と電子メール等を通して調整することから分担研究者および分担研究者によって行われた。

## C 調査の実際

### 1 調査の準備

#### (1) 研究事務局と委託調査会社との連携

##### i) 調査マニュアル等の提示

委託調査会社との打合せ会議で、オーストラリア側提案の前記マニュアルと同日本語版、および日本側で開発された「調査面接施行上の留意点」が提示された（031022）。

調査面接施行上の留意点においては、①対象者（回答者）に対して協力依頼する段階で、本調査への協力を拒否できる旨を保証し、②訪問時間の原則、訪問時の服装、訪問面接から退出までのマナーに関する基本的な注意事項を記し、③既記したように回答者の答え易さおよび理解を助けるためを考えて一部の専門用語に補足的注釈を付記したことを、特記しておきたい。

##### ii) 調査用仕様の調査票の作成

翻訳版調査票は「目録と防止対策の事態に関する研究」報告書（平成14年度 厚生労働科学 研究費補助金 こころの健康科学事業）において、「日豪比較研究のための調査票日本語版の作成」（中根允文、三宅由子、竹島正）として既に完成されていた。今年度は、調査者および回答者の使用の使用を考えると、「調査用」仕様に改変する必要があった。まず、各項目について回答者の視点から、つまり回答者の答え易さを考え、一部の専門用語には理解を助ける

ための仕積を予め付記した調査票にすることとした。また調査者にとって調査実施のしやすさを考え、調査票に転記するためのレイアウトの工夫や誤記入をふせくための配慮も検討された。

調査票完成までのプロセスは、次の①から⑥の順序ですすめられた。まず、①提案されている質問項目について、調査仕様のレイアウトおよび提示カードを作成すること（調査主体であるY情報処理センターか主たる作業員）、②調査票と提示カードのサンプルを研究事務局に提案、それを調査形式やレイアウトのイメージアップなどの点から検討と修正（Y情報処理センターと事務局が作業員）、③予備調査を本調査と同じ形式で試行（Y情報処理センター）、④予備調査において導出された問題点を整理し、事務局への報告（Y情報処理センター）、⑤問題点に係る検討を行った上で修正案を準備し、事務局に報告（Y情報処理センター）、そして⑥調査票の確定、となる。

当初の調査票レイアウトは、翻訳版調査票は

オーストラリアで開発された仕様に合わせて作成されていたか、日本での調査が①訪問先の玄関で行われること、②立ったまま記入する場面が少なくないこと、③おおよそ30分程度の時間で円滑に調査を遂行することを考慮して、修正作業がすすめられた。その結果、翻訳版調査票との違いは呈示されている資料から分かるように、①質問項目を極力作表化したこと、②チェックボックスの回答記入方法は、日本での調査に不向きであるため、選択肢番号に○印をつけるようにしたこと、などである。なお、予備調査で指摘された事項（問題点）としては、①表現が抽象的なところがある、②設問の文意が分かり難い、③選択肢の表現が統一されていない、④用語の説明を更に要する箇所がある、⑤調査票には「場合による」とか「分からない」が記載されているのに、提示カードにはそれらがない、かあけられた。

予備調査における対象者、実施日、および所要時間は、表1の通りである。

表1 予備調査

対象者	実施日	所要時間	導出された問題点
48歳女性	10月28日	30～45分	翻訳面でワートか一般的でないため回答しづらいところがあった。 3カテの意識項目が答えにくそう。 (対象者共通)
36歳男性	10月28日	30～45分	
27歳男性	10月29日	30～45分	
56歳女性	10月29日	30～45分	
27歳女性	10月30日	1時間	

提示カードについては、次の①から⑥の順序で確定された。つまり、①各種提示カードの提供（事務局）、②調査仕様にレイアウトを編集（情報処理センター）、③予備調査で文章の分かり易さの試行（情報処理センター）、④分かり難いと指摘されたカードを英文原版の記載と比較して確認し表現法を修正（事務局、情報処理センター）、⑤全体的な変更内容を研究事務局へ報告、そして⑥確定、である。③の予備調査で指摘された事項としては、例文が長すぎる、

一読しただけでは内容が理解し難い、指示語が多用されているために文意が把握し難いことなどかあけられた。

このようなプロセスで出来上がった調査票および提示カードは資料のとおりである。

なお、調査項目のQ23について、オーストラリアではうつ病に関する知識の普及啓発活動「beyondblue」の周知度を評価することになっているため、日本独自の追加項目として、精神保健福祉政策の最近の話題、関連のサービス実