

施機関や活動グループの存在、日本精神神経学会による schizophrenia の日本語呼称変更（精神分裂病から統合失調症へ）などの動きについて問うこととした。こうした質問項目から、関連領域における日本の現状と課題が明らかになると考えたのである。

調査会社の情報処理センターは絶えず経過報告を研究事務局に出し、事務局ではそれを検討して、調査会社にフィードバックしながら、調査先地に入っていった。

iii) 調査地点の選定について

全国各地から無作為に多数対象を抽出することか妥当ではあると考えられたものの、人的資

源および財政的資源および時間的制限などといった制約から、研究者間で検討の結果、調査結果のフィードバックにおいて有用であるように、①大都市であるか中小都市であるか、②精神科病床が多い地域か少ない地域か、③年間の自殺率が高い地域か低い地域か、といった軸を考慮しながら、エリアサンプリングで行うこととした。具体的な調査地点は、表2に示す通りである。結局、北海道・四国を除く全国25カ所のポイントが、調査時期（調査時期が冬季であること）、調査会社による調査員の手配の都合などから選定され、最終的には、「日豪共同研究に関する調査委託会社との打ち合わせ会議」（021022）において決定された。

表2 調査地点

| No | id | 地点 | 都府県 | 地域 | 分類の理由 |
|----|-------|--------|-------|-----|---------------------------------|
| 01 | 13111 | 大田区 | 東京23区 | 首都圏 | 大都市圏で精神病床が少ない。 |
| 02 | 13122 | 葛飾区 | | | |
| 03 | 14100 | 横浜市 | | | |
| 04 | 12204 | 船橋市 | | | |
| 05 | 11203 | 川口市 | | | |
| 06 | 27120 | 大阪市住吉区 | 大阪 | 近畿 | 日本の二大都市圏のひとつ。重大事件の発生や大地震に見舞われた。 |
| 07 | 27126 | 大阪市平野区 | | | |
| 08 | 27201 | 堺市 | | | |
| 09 | 28204 | 西宮市 | 兵庫 | | |
| 10 | 28100 | 神戸市 | | | |
| 11 | 22202 | 浜松市 | 静岡 | 東海 | 静岡市を除く静岡県、地方都市等で精神病床が少ない |
| 12 | 23206 | 春日井市 | 愛知 | | 名古屋市を除く愛知県、地方都市等で精神病床が少ない |
| 13 | 23204 | 瀬戸市 | | | |
| 14 | 23203 | 一宮市 | | | |
| 15 | 23222 | 東海市 | | | |
| 16 | 03201 | 盛岡市 | 岩手 | 東北 | 自殺の多い地域。都市 地方、精神科病床数では区分されない |
| 17 | 05201 | 秋田市 | 秋田 | | |
| 18 | 15201 | 新潟市 | 新潟 | 北関東 | 都市 地方、病床数で区分されない |
| 19 | 08201 | 水戸市 | 茨城 | | |
| 20 | 09201 | 宇都宮市 | 栃木 | | |
| 21 | 40134 | 福岡市南区 | 福岡 | 北九州 | 大都市圏で、精神病床が多い |
| 22 | 40137 | 福岡市早良区 | | | |
| 23 | 40100 | 北九州市 | | | |
| 24 | 42201 | 長崎市 | 長崎 | 長崎 | 地方都市等で、精神病床が多い |
| 25 | 42205 | 大村市 | | | |

×各地域内の地点の選択理由として、所属県内において比較的人口が多く、調査員が公共交通機関を利用して一定範囲内を訪問するうえで障害の少ない市街地とした。

2 調査の実施

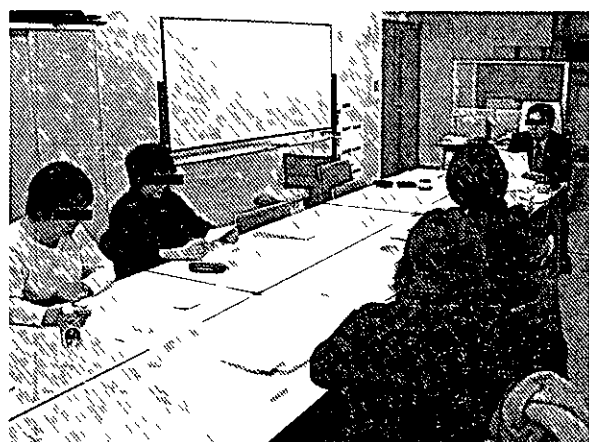
(1) 説明会

調査実施に先だって、全国9箇所て面接調査員のための説明会が持たれた。説明会は、調査を委託された会社（Y情報処理センターおよび

Yリサーチ社）か中心となって行ったか、研究事務局メンバーである分担研究者も可能な限り参加することにした。説明会の会場、実施日、開始時間、所要時間、参加人数（表3）と、その時の様子は図1のとおりである。

表3 説明会

| 会場1 | 会場名 | 実施日 | 開始時間 | 所要時間 | 参加人数 |
|----------|----------|--------|--------|------|------|
| 首都圏 | A | 11月18日 | 13時30分 | 1時間半 | 16人 |
| 近畿圏 | B | 11月20日 | 13時30分 | 1時間半 | 16人 |
| 愛知圏 | C | 11月19日 | 14時30分 | 1時間半 | 16人 |
| 浜松市 | 愛知圏と同時実施 | 11月19日 | 14時30分 | 1時間半 | 4人 |
| 盛岡/秋田 | D | 11月20日 | 10時30分 | 1時間半 | 6人 |
| 新潟 | E | 11月26日 | 13時30分 | 1時間半 | 4人 |
| 宇都宮市/水戸市 | 首都圏と同時実施 | 11月18日 | 13時30分 | 1時間半 | 8人 |
| 福岡市/北九州市 | F | 11月21日 | 10時00分 | 1時間半 | 11人 |
| 長崎市/大村市 | G | 11月22日 | 10時00分 | 1時間半 | 4人 |



説明会風景

説明会では、まず調査管理会社（Yリサーチ社）の責任者か、研究主体である長崎国際大学の研究メンバーおよび調査主体のY情報処理センターを紹介し、それぞれに挨拶した。次に、Yリサーチ社の責任者は、本調査の概要（目的、調査主体、調査地域、調査対象、サンプルサイズ、割り当て、調査方法、対象者の選び方、調査スケジュール（調査票の回収まで）、必要な資料）について説明した。当日の配布物は資料のとおりである。続けて、Y情報処理センターの担当者により、①訪問先で失礼のないように

調査を進行するための注意喚起、②印刷に間に合わなかった修正箇所の確認、③使用した提示カードの調査票への記入ミスの防止、④予備調査で指摘された質問項目における問題点への内容理解などの説明が行われた。一連の説明が終わった後、調査員からの質問を受け付けた。

本研究に動員された調査員は、総数85名であり、平均年齢は50歳、調査員としての経験平均年数は17年であった。調査員に関する詳しい状況は、表4のとおりである。

(2) 調査の開始

説明会を終えた地味から、逐次実地調査は開始された。調査の開始月日は、2003（平成15）年11月19日であった。

1) 調査員の担当地区

全国25地点（5桁表示）で調査が行われるわけであるか、調査員の居住地を前提に担当地区は決められた。その際、例えば「〇〇地区（前2桁）△△サンプリング（後3桁）」という指示が与えられたあと、個々の調査員が何処へ出かけていくかは、調査員相互で判断したり、調

表4 調査員の状況

| | 動員人数 | 年齢 | | | 調査員歴 | | |
|----------|------|----|------|------|------|----|----|
| | | 平均 | 最高年齢 | 最少年齢 | 平均 | 最高 | 最小 |
| 首都圏 | 16 | 52 | 68 | 45 | 15 | 40 | 1 |
| 近畿圏 | 16 | 51 | 70 | 31 | 20 | 37 | 3 |
| 愛知圏 | 16 | 50 | 60 | 32 | 20 | 30 | 1 |
| 浜松市 | 4 | 57 | 58 | 55 | 10 | 20 | 3 |
| 盛岡／秋田 | 6 | 46 | 59 | 33 | 13 | 18 | 6 |
| 新潟 | 4 | 50 | 65 | 34 | 25 | 35 | 5 |
| 宇都宮市／水戸市 | 8 | 48 | 65 | 25 | 8 | 20 | 1 |
| 福岡市／北九州市 | 11 | 48 | 62 | 38 | 22 | 32 | 2 |
| 長崎市／大村市 | 4 | 42 | 51 | 24 | 12 | 20 | 2 |
| 全国 | 85 | 50 | 70 | 24 | 17 | 40 | 1 |

査員のヘット（スーパーハイサー）か割り振るという方法かとられた。

一人の調査員は20件を面接調査するという原則であったか、調査員の経験年数や人員手配の都合から、40件の訪問調査を行った調査員もいた。逆に最初に40件を割り振られたか、進捗状況に応じて20件のみにして、残り20件を別の調査員に振り分けることもあった。

ii) 調査時間

本調査の曜日は指定せず、月曜日から日曜日までいつでも訪問することとした。ただし、午後8時以降の訪問面接は対象者など不適切と考えて、午前9時から午後6時までを原則とした。対象者のうち若年層の多くは平日の帰宅時間が遅い傾向にあるため、土曜・日曜日は若年層への訪問が主になっていたと考える。

iii) 面接の手順

以下の手順で、面接調査は施行された。つまり、対象者への訪問→挨拶文（依頼文の提示）→研究協力の承諾→面接調査の開始→同完了→調査票記載漏れ有無のチェック→謝礼の手渡し、である。面接調査の完了と引き換えに謝礼を渡すということから、完成した調査票か領収書かわりになったといえよう。

調査施行に当たっては、「対象者に不愉快な思いをさせないで、回答していただく」ことを重要なモットーにした。

iv) 調査期間中の対応

調査中の様子は、調査風景1～4のとおりである。



調査風景1



調査風景2



調査風景 3



調査風景 4

調査期間中の訪問調査 調査内容 面接そのものなどに関する質問や苦情は、研究事務局および委託された調査会社に直ちに連絡が可能なように、挨拶文および依頼文にそれらの連絡先を明記してあり、また調査会社からも研究事務局に随時連絡が入るようにしてあった。結果として、大学内の事務局や調査会社に対象者および面接調査員から苦情は全く寄せられなかった。

(3)調査終了

調査は、開始から約3週間後の同年12月12日に終了した。調査終了から直ちに、Y情報処理センターは収集されたデータのチェックとインポートなどの整理作業が行われ、そうした作業

の終了した時点で、研究事務局へのデータ受け渡し、およびデータに関わる説明を含む簡単な総括的報告が研究事務局のある大学構内で行われた(040204)。

D 考察

今回の調査研究の特徴は、短期間のうちに研究機関と調査委託会社が協力して行った、多数の地域住民を対象とした日本では初めての精神保健の知識と理解に関する疫学的地域調査であるという点にある。精神障害に関わる地域調査の場合、地域社会の偏見(日本の社会全体としての偏見や差別の傾向かも知れないか)、調査方法における不十分さ、調査対象者のプライバシー保護および人権尊重等の問題があり、この20-30年余り実施困難とされてきた。また、先に述べたようにWHOが国際疫学研究プロジェクトを発足させたことにより、日本でも実施への期待が高まり、平成11年度「精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究」、平成12年度の「こころの健康調査の実施基盤に関する研究」、平成13年度の「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」、平成14年度の「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」などと疫学研究施行の試みか積み上げられてきた。とはいえ、こうした実績を積み上げる過程で、国内の一般住民の協力率の低さは明らかであり、その前提になる国民の精神保健への理解度を測る必要が出てきたともいえる。

本研究は、一律の調査票を用いた全国規模の面接調査であり、従来から小地域ごとに実施されてきたこうした研究における欠陥を払拭することも目的であった。更に、共通の尺度を利用することで、国あるいは自治体レベルでの実態が明らかになるだけでなく、国際比較研究も可能となるという利点が確認された。また、そうした共通のものさしによる結果であるから、各地域あるいは背景因子に対応した具体的な施策へと展開していくことも可能になるとと思われる。

また、一般市民の精神保健に関する知識や精神障害・精神疾患（および同患者）への態度を把握しようとするものであったことから、面接調査員は精神医療専門家集団でなく、所定のトレーニングを受けた調査員が行うこととした。明らかに精神疾患の詳細な精神病理の検討などを中心的テーマとするような調査研究であれば、所定の研修を受けたいわゆる専門家による調査趣旨の説明を含む面接か前提かつ調査後のフォローなどの必要性もあろうか、今回のような一般市民の知識を問う調査では、所定の訓練は受けているか、専門家ではない人たちが行った方か、研究の趣旨から回答者の率直な気持ちを容易に引き出すことかできるのではないかと考える。調査開始から終了までに、全く苦情が寄せられず、当初に予定した2,000人の対象者数をわずかに超過ほど面接終了できたということから、この方法の採用に係る妥当性は十分に窺える。

こうしたスタイルの調査を行う場合、調査の準備段階から終了まで、研究事務局と委託した調査会社との綿密な連携が重要なテーマであろう。何か事があつたらいつでも対応できるような体制をとっておくことか、回答者および調査員双方を安全に守りながら調査を遂行していくために基本ではないかと考える。

今回の研究は、国際比較という側面があり、日本語と英語といった言語上のハリアを超えて均質な結果を得ることか出来るかということも注目されるであろう。方法論的にみて、これまで継続的に地域の精神医療保健福祉問題に積極的に取り組んできたオーストラリアの方法論を日本で活用する試みでもあった。多くは、オーストラリアのものを基軸として調査を具体化したか、相応の準備を予めしておけば、特段の支障がないことも証明できたと考える。たゞ、翻訳版の調査票や提示カードは改めて調査用仕様にする作業が必要であり、その作業の中で言葉の言い回しや、専門用語に説明を補う必要性など、調査票仕様の作業そのものも比較研究であった。

日本国内での比較（調査地点別にみた特徴の解析）はもとより、オーストラリアとの国際比較が可能で、それにより、双方の国の全体的特徴あるいは各国における変数別の特徴が明らかになって、共通あるいは個別の課題が明らかになっていくであろう。

最後に、これからの課題として、更に研究の国内における対象地域を拡大させ、国内での背景要因別にみた精神保健に関する知識の状況を明らかにしていくことを考える。つまり、今回の地域抽出の基本軸は必ずしも多いものではなく、対象総数も2,000人に止まっており、経費的な面を考慮しつつ今後の展開を考えたい。また、今回の2,000人対象の総数を得るために、とれただけの調査拒否率かあったかをカウントしていなかった。先に記したように、調査への協力率ないし拒否率は、また精神保健における理解度を知る上で重要な指標であり、一般的な社会調査でも質問紙の回収率や、調査への同意率あるいは拒否率が、結果の解釈に影響を及ぼすことは知られている。今後は拒否率についてもおさえることで、様々な視点から分析していく必要かあろう。

こうした個別の課題の検討と同時に、より広範な国際比較研究へと展開していけるような方法の構築も必要になると考える。

E 健康危険情報 なし

F 研究発表

1 論文発表 なし

2 学会発表 なし

G 知的財産権の出願 登録状況（予定を含む）

1 特許取得 なし

2 実用新案登録 なし

3 その他 なし

文 献

中根 允文 長崎地区におけるこころの健康に関する地域疫学調査 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 平成14年度 分担研究報告書 p 81-100

吉川 武彦 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 平成14年度 総括 分担研究報告書 p 1-14

精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究

中 根 允 文 吉 岡 久美子 中 根 秀 之* 綿 祐 二
長崎国際大学 人間社会学部 社会福祉学科、*長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科

研究要旨

目的 平成14年度の厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学事業）に基づいて、オーストラリアで開発された面接調査票を日本語版とし、平成15年には「日 豪比較研究のための調査票日本語版」を確立して、日豪両国で精神保健に係る知識の状況及び理解度を把握して、将来の精神保健福祉行政のEBMを確立する。

方法 上記調査票を活用しながら、平成15年11月から12月までの1ヶ月間において、一般住民2,000人を対象に国内各地（北海道 四国を除く、25地点）の地域にて委託調査企業（所定の演習を終えた調査員）の協力を得て、訪問面接調査した。同調査は精神保健の理解に関する日本で最初の本格的な疫学的地域調査であり、国内における精神保健知識の趨勢を知り、偏見や差別の背景に潜む要件を明らかにしつつ、更に日豪の国際比較も行なおうとするものである。

結果と考察 紹介された精神疾患事例に対し適切な認識のできる割合は必ずしも高率でなく、地域差や年代的な差異も見られた。同事例に対して、適切な医療が提供されても完治は望めず、提供されねば8割以上が改善ないし悪化すると見なしていた。治療に対する有効性 悪影響に関しても相当に厳しい判断をしていることか目立った。更に、そうした事例における長期的見通しとしても「暴力的になりそう」「交友関係が乏しくなりそう」など見なしつつも、「優しい親になりそう」「創造的 芸術的な人になりそう」と見なす人たちもいて、必ずしも障害者を否定的にはかりは把握していないことか明らかになった。ただ、紹介された事例を通して、そうした人たちは差別されると思うかと問うた時、回答者の41.9%が肯定した（そうは思わないとしたのは34.1%であった）ことは、差別の根深さを思い知らされ その背景に潜む様々な理解の間違い、一般社会の偏見の強さを改めて認識させられた。

今回の知見は残念ながら、統計処理を施されておらず、今後に詳細な解析かなされるはすであるか、「偏見」「差別」と用語上は安易に表現されても、その根底にある地域住民の精神障害（者）への認識には地域差、都市近代化の差、年代差、性差あるいは各地域が抱える社会文化的差異の関与が少なくないことを知り、更に厳しく解析する必要性を感じた。さらには、研究者達が抱く精神障害（者）への処遇のあり方が必ずしも地域住民に受容されていないこともうかがわれ、今後いわゆるプロフェッショナルと目される人々を対象に類似の調査研究を行なって、双方における差異を確認して調整できる部分での共同作業を早急に関行していくことか重要であろう。

A はしめに

厚生労働省は平成15年5月15日に、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書（平成14年12月19日）を受けて省内に設置された精神保健福祉対策本部における議論の結果を「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」として、以下のように中間報告している。

「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」の概要

1 経緯 精神保健福祉対策本部においては、平成14年12月の発足以来、省内関係部局による会議や外部講師を招いた勉強会を開催し、今後の対策の方向について議論を重ねてきたか、今般、厚生労働省として今後取り組むべき施策の方向について以下の中間報告をとりまとめた。

2 報告の概要

(1)基本的な認識と施策の方向 精神疾患は、誰でも罹る可能性のある疾患であると同時に、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、寛解又は治癒することも可能な疾患である。

精神病床においては病状に応じた適切な医療により早期に当事者の退院を可能とするよう、例えば急性期集中治療、リハビリテーション、専門治療等の機能分化を図る必要がある。一方、当事者か地域において安心してき、かつ、安定した社会生活を送るためには、地域ケア体制の整備とともに、住居を確保し、働く場を提供し、地域生活を支援する体制を整えることが不可欠である。

「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を押し進めていくため、精神障害者か可能な限り地域において生活することかできるよう、必要な保健医療福祉サービスの食源を確保し、適切に配分していく必要がある。そのため重点施策として、以下の事項について優先的に取り組むこととする。

(2)重点施策

(i)普及啓発→正しい理解 当事者参加活動 精神障害に対する無理解、誤った認識を改めるべく積極的な普及啓発活動を行うため、あらゆる機会を通して精神疾患及び精神障害に対する理解の促進を図るとともに、当事者参加活動の機会を増やす。

(ii)精神医療改革→精神病床の機能強化 地域ケア 精神病床数の減少を促す

ア 精神病床の機能分化を図り、急性期医療の充実、専門病床の整備等を進めることにより、入院医療の質を向上させる。

イ 精神科救急体制を含めた地域ケアの体制整備を進める。

ウ 病床の機能強化を推進し、より良い精神医療を確保するため、人員配置の見直しを含めて精神病床数の減少を促す。

(iii)地域生活の支援→住居 雇用 相談支援

ア 地域における居住先の確保等を支援する。

イ 雇用支援を進めるとともに、雇用の機会を増やす。

ウ 相談機関の充実、当事者活動の支援等を通じ、地域生活を支援する。

(iv)「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策

(i)～(iii)の各施策の推進と併せ、7万2千人の早期退院、社会復帰の実現を図る。

(3)検討の進め方

平成15年度より、普及啓発、精神病床等、在宅福祉 地域ケア等について3つの検討会を開催し、それぞれの課題に対応する。

詳細には、「精神疾患を取り巻く状況の認識」に次いで、「基本的方向と重点施策」の中に上記の各事項に関してやや詳しく説明されている。「普及啓発」についてだけ紹介すると下記のようなになる。つまり、普及啓発として「精神疾患は誰でも罹りうる疾患であり、又、適切な治療により症状の安定化を図ることか可能な疾患であるか、一般にこうした認識か充分とは言

えず、『精神障害者』ということを利用して偏見を持たれ、そのために社会的な差別を受けることか少なくない。精神障害者に対する無理解、誤った認識を改めるべく積極的な普及啓発活動を行うため、あらゆる機会を通して精神疾患及び精神障害者に対する理解の促進を図るとともに、当事者参加活動の機会を増やす。それらは、(1)普及啓発指針の策定、(2)国民の理解を深めるイベント活動、広報の実施、(3)当事者主体の活動の支援、(4)政策決定への当事者の関与の推進、(5)家族への啓発、家族の支援、(6)精神保健事業への市民の参加、である。

医療 偏見関係者、当事者のみならず、教育関係者、経済界、マスコミ関係者等の参加を求め、広範な媒体を利用した普及活動を平成15年度より推進する。」が記載されているのである。

こうした動きと直接的な関係はないものの、1998年の日 豪共同研究の積極的推進、官民の専門家グループ会合の開催など6項目の合意をもとに開始された日豪保健福祉協力の共同研究 (Japan-Australia Research Partnership) は、2001年から第二段階の「精神保健」に入った。2001年11月にオーストラリア側の訪日を受けて、「自殺防止」及び「地域の精神疾患への態度の改善」をテーマに2002年4月から実質的研究を行なうことになり、2002年9月オーストラリア キャンベラで第1回両国研究者会議が開催され、今後の研究計画の立案が討論された。そこでは、精神保健への理解に関して共通の基盤に立った研究を行なうことが合意された。同領域については、別の分担研究者が記述するはすであるか、日本国内における研究の展開は充分でなく、いわゆるエビデンスは確立されていない。つまり、精神障害者への偏見ないし社会的な差別の生じてくる状況を的確に説明しうる知見はなかった。本研究は、その矛口を示すものと考ええる。

B 研究施行の経緯と目的

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ある。近年の日本国内における自殺者数の増加傾向に歯止めをかけるためには、自殺に関わる心理社会的要因の解明とともに実践的な防止策開発が肝要であり、そうした知見を日豪が共同して推進しようとするものであり、その意義は高い。

精神保健に関わる啓発活動というとき、先の自殺防止に加えて、近年の精神保健上の様々な話題、例えば「キレル」青少年、「虐待」に走る家庭内状況、過労 リストラなど緊迫度を増している職場のメンタルヘルスなど、適切な啓発活動へのニーズは極めて増大してきている。それにしても、その背景となる情報は未だほとんど無く、この大規模な調査を通して初めて把握されるはすである。

C 方法と対象

平成14年度末までにオーストラリア側から提案された調査票草案の日本語訳および逆翻訳を完了し、次いで本年度の初頭に日豪で共通して施行される範囲、そして日豪がそれぞれ独自の調査を行う部分などを確定させた調査票 (オーストラリア版および日本版) を作成させた。

調査票は、ID セクショナル (対象者の背景因子)、5例 (「うつ病」、「希死念慮を伴ううつ病」、「破瓜型および妄想型 (急性または慢性型とも表現できる) の統合失調症」を含む4例) に関わる理解 認識 (考えられる病名、至適な公的および私的な援助法、長期的な転帰の予測など) に関わる認識のありよう、対象者自身における心身の健康状態、幾つかの精神疾患や精神保健に関する知識の程度などを問う約120項目からなっている (別添資料を参照)。これらを、必

表1 調査の地域と地点、および同地点などか選択された背景

| 地域 | 都府県 | No 地点 | 対象数 | 選択と分類の事由 |
|-------------------|-------|----------------|-----|-------------------------------|
| 首都圏 400 | 東京23区 | 1 大田区 13111 | 80 | 大都市圏で、精神科病床が少ない |
| | | 2 葛飾区 13122 | 80 | |
| | 神奈川県 | 3 横浜市 14100 | 80 | |
| | 千葉県 | 4 船橋市 12204 | 80 | |
| | 埼玉県 | 5 川口市 11203 | 80 | |
| 近畿 400 | 大阪府 | 6 大阪市住吉区27120 | 80 | 日本で今一つの大都市圏、重大事件の発生や大地震に見舞われた |
| | | 7 大阪市平野区27126 | 80 | |
| | | 8 堺市 27201 | 80 | |
| | 兵庫県 | 9 西宮市 28204 | 80 | |
| | | 10 神戸市 28100 | 80 | |
| 東海 400 | 静岡県 | 11 浜松市 22202 | 80 | 地方都市で、精神科病床が少ない |
| | 愛知県 | 12 春日井市 23206 | 80 | |
| | | 13 瀬戸市 23204 | 80 | |
| | | 14 一宮市 23203 | 80 | |
| | | 15 東海市 23222 | 80 | |
| 東北 北 関 東 | 岩手県 | 16 盛岡市 03201 | 80 | 自殺が多い地域、都市化 精神科病床数では区分できない |
| | 秋田県 | 17 秋田市 05201 | 80 | |
| | 新潟県 | 18 新潟市 15201 | 80 | |
| | 茨城県 | 19 水戸市 08201 | 80 | |
| | 栃木県 | 20 宇都宮市 09201 | 80 | |
| 北九州 | 福岡県 | 21 福岡市南区 40134 | 80 | 大都市圏で、精神科病床が多い |
| | | 22 福岡市早良区40137 | 80 | |
| | | 23 北九州市 40100 | 80 | |
| 長崎 | 長崎県 | 24 長崎市 42201 | 80 | 地方都市で、精神科病床が多い |
| | | 25 大村市 42205 | 80 | |

要に応じてカートを利用しながら、所定の訓練研修を受けた調査員（身分は調査を委託した会社に所属）か面接して調査し、情報収集を行なう。

今年度の面接調査は、一般地域住民に対して行うもので、表1に示すように、全国から調査地域 地点（区県市として）として25ポイントを選択し、各調査地点（80名）をもとに無作為に総数2,000人を抽出する。年齢幅は20-69歳に限る。その際、1世帯から複数の抽出は行わないこととする。面接調査は被験者宅を訪問して行うものとするか、おおよそ30分では終了できると考えた。

調査の展開に至るまでの方法論について、特

に調査票の改訂、対象者抽出のための調査地点選定、日豪両国における調査項目内容の一致性を高めるための手続き、および調査の委託会社との連携などは、本報告書の中で吉岡が分担研究者として詳記しているの、ここでは省略する。

今年度に得られた資料、つまり地域住民からのデータをまず日豪両国間でそれぞれ集計解析して、各国別の特徴を明らかにする。特に、両国間でデータに影響する心理社会的 文化的相違点の関与を検討していく。得られた知見をもとに、日豪のそれぞれ、あるいは両国における精神保健福祉行政への具体的なフィードバックを提案していく。

倫理面への配慮に関して、地域住民の抽出に当たっては、当初に計画された対象者分布比率に基づいて戸別訪問の上ラノタムに抽出していく方法を採用するか、これには本調査以外への使用が全くないこと、および個人を特定するのではなく集団としての解析が主題の研究であり、且つ個人の情報が漏洩することの無いように厳重に守秘することを明記した文書を呈示しつつ行うものとし、当然対象となる回答者におけるプライバシーや人権の侵害にならないように留意する。

D 結果

(1)質問項目別にみた全体的傾向

まず、調査票にあげられた Q1-Q23の質問項目のうち、‘open-ended’項目である Q3-Q21項目を除いて、対象2,000人の回答を全体的頻度、調査地域別の頻度、年代別の頻度、および性別の頻度を紹介する（Appendix 1 Q1-Q23のタイトル表を参照）。ただし、統計的処理は示されていない。

Q1-1 事例に何か問題があるとすれば、それはなんたと思うか。そう思うもの（複数回答）

全体では、「心理的／精神的／感情の問題」が60.8%で最も多く、「うつ病」(49.8%)、「こころの病気」(46.4%)、「ストレス」(44.6%)と続いている。

【調査地点別】調査地点別にみると、「心理的／精神的／感情の問題」との回答は北九川 長崎地区が74.8%と最も高く、全体よりも14ポイント、2番目に高い東北 北関東地区と比較しても10ポイント以上の開きみられる。同様の傾向は「こころの病気」でもみられ、北九川 長崎地区は60.5%と最も高く、同地域は「ストレス」についても54.8%と他地区に比べ高い。

【年代別】年代別にみると、「心理的／精神的／感情の問題」との回答は20代から40代の年齢層でいずれも6割を超えて、30代では69.0%と最

も高くなっている。「うつ病」については40代以上の回答者が5割を超えており、20代-30代に比べやや高くなっている。

【性別】「こころの病気」との回答では、男性が43.8%、女性が49.0%と女性が約5ポイント高いか、他は男女間で大きな差異をみない。

Q1-2 事例に何か問題があるとすれば、それはなんたと思うか。最もそう思うもの

全体では、やはり「心理的／精神的／感情の問題」が27.5%で最も高く、「うつ病」(20.2%)、「統合失調症／パラノイア」(13.5%)、「こころの病気」(13.5%)と続いている。

【調査地点別】調査地点別にみると、北九川 長崎地区では「心理的／精神的／感情の問題」が31.3%で最も高く、近畿圏では「うつ病」が28.3%で最も高いか、「統合失調症／パラノイア」では逆に8.5%と全体より5ポイント低く、他の地区と比較しても最低である。

【年代別】年代間で大きな違いはみられない。「心理的／精神的／感情の問題」との回答は30代が最も高く32.3%、「うつ病」では40代が23.5%で最も高くなっている。

【性別】男女間に大きな違いはないか、「こころの病気」では男性11.3%に対し女性15.6%、「ストレス」では男性11.4%に対し女性15.4%といずれも4ポイント程の差で女性が高くなっている。

Q2-1 事例にとって最も良い援助はとれか。そう思うもの（複数回答）

全体では、「カウンセラーにあう／カウンセリングを受ける」が71.4%で最も多く、「友人／家族に相談する」(57.8%)、「精神科医に診てもらう」(52.9%)と続いている。

【調査地点別】北九川 長崎地区では、「カウンセラーにあう／カウンセリングを受ける」との回答が83.3%と他の地区に比べ最も高く、「友人／家族に相談する」でも65.3%で最も高くなっている。また、「A様／B子さんかまず問題を認める」との回答も31.5%と全体を8ホ

イントほと上回っている。

【年代別】各年代とも「カウンセラーにあう／カウンセリングを受ける」との回答が高い中で、30代から50代の年齢層ではいずれも7割以上と高くなっている。「A雄／B子さんからまず問題を認める」の回答では、60代が15.8%と他の年代に比べ最も低い。

【性別】男女間で顕著な差は見られない。

Q2-2 事例にとって最も良い援助はどれか。 最もそう思うもの

全体では、「カウンセラーにあう／カウンセリングを受ける」が38.6%で最も高く、「精神科医に診てもらおう」(23.1%)、「友人／家族に相談する」(23.0%)と続く。

【調査地点別】北九川 長崎地区では、「カウンセラーにあう／カウンセリングを受ける」の回答が45.8%で最も高く、他地区との開きは大きい。

【年代別】「カウンセラーにあう／カウンセリングを受ける」との回答は、40代・50代がいずれも4割と高く、「友人／家族に相談する」は20代(26.8%)、30代(28.0%)か他の年代よりも高くなっている。

【性別】男女間に顕著な差は見られない。

Q4 次の人たちは事例にとって助けになるか、悪影響になるか。

【調査地点別】「ふつうの一般開業医または家庭医」について、「助けになる」との回答は近畿圏で32.5%と最も高い。「カウンセラー」「精神科医」については、各地区とも「助けになる」との回答が高く、特に首都圏では「カウンセラー」に対して「助けになる」との回答が90.8%で最高である。また、「家族の援助」「親友からの支援」についても「助けになる」との回答が各地区とも高くなっている。各地区ともに「悪影響」であるとの回答が高かったのは、「A雄さん(B子さん)自身で処理しようとする」として、東北 北関東地区(48.3%)、北九川 長崎地区(43.0%)で高い。

【年代別】各年代とも「カウンセラー」「精神科医」といった専門家に対して「助けになる」の回答が高い。「ソーシャルワーカー」については、30代以上の年齢層ではいずれも7割以上が「助けになる」と回答しているか、20代では65.8%と年代間で若干の違いをみる。「家族の援助」や「親友からの援助」については、各年代とも「助けになる」との回答が7割以上を占める。「事例自身で処理すること」は、各年代とも「悪影響」であるとの回答が高く、10代以上では4割以上を占める。

【性別】男女間の開きが大きかったのは、「いのちの電話のような電話相談サービス」で「助けになる」との回答は男性33.5%に対し女性45.2%と女性の方が11ポイント以上高く、男性は12.3%が「悪影響」であると答えて女性より高いポイントになっている。また、「心理学者」についても「助けになる」との回答は男女とも5割を超えているか、男性53.9%に対し女性60.7%と女性の方が6ポイント以上上回っている。「家族の援助」「親友からの援助」は男女ともに「助けになる」との回答が高い。

Q5 次の薬は事例にとって助けになるか、悪影響になるか。

【調査地点別】「ビタミン／ミネラル／強壮剤／漢方薬」について「助けになる」との回答は近畿圏で19.8%と最も高く、最低の東北 北関東との差は10ポイント以上である。「抗うつ剤」が「助けになる」との回答は、首都圏が43.5%で最も高く、逆に北九川 長崎地区では31.8%で最も低くなっている。「睡眠薬」が「助けになる」との回答は、近畿圏が31.0%で最も高く、首都圏は20.5%で最も低くなっている。「精神安定剤」が「助けになる」との回答は、首都圏が47.3%で最も高く、最も低かった東北 北関東地区(33.8%)と比較すると13ポイント以上の開きを見る。

【年代別】各年代ともに「抗うつ剤」が「助けになる」との回答が高く、同様の傾向は「抗精神病薬」にもみられる。逆に、「アスピリンや

コティン、パナトルのような鎮痛剤」は「悪影響」との回答が高く、20代では42.3%と年代間で最も高くなっている。

【性別】「ビタミン／ミネラル／強壮剤／漢方薬」か「助けになる」との回答は、男性の12.5%に対し女性は17.3%と女性の方が高く、同様に「睡眠薬」では男性23.8%、女性28.2%、「精神安定剤」では男性37.7%、女性41.9%といずれも女性か男性を上回る。男女ともに「悪影響」であるとの回答が高かったのは「アスピリンやコティン、パナトルなどの鎮痛剤」で男性38.6%、女性40.5%となっている。

Q6 次の治療法は事例にとって助けになるか、悪影響になるか。

【調査地点別】各地区ともに「もっとスポーツをしたりたくさん歩いたり庭いしりをしたりして、もっと積極的に体を動かすこと」（身体的活動）か「助けになる」との回答が高く7割を超えている。これは、「もっと外出したり出歩くようになること」（出歩くこと）についても同様の傾向を見る。逆に「悪影響」であるとの回答が高かったのは、「電気けいれん療法（ECT）を受けること」、「特別なダイエットを続けたり、特定の食物を避けること」（特殊なダイエット）であった。地区間で差がみられたのは、「リラクセーション、ストレスマネジメント、瞑想、あるいはヨガなどのコースに出席すること」（リラクゼーション）で、「助けになる」との回答は近畿圏が40.5%で最も高く、東北・北関東では27.3%と最も低くなっている。同様に「催眠」でも「助けになる」との回答は近畿圏が最も高く34.3%に対し、東北・北関東では21.5%で最も低くなっている。「リラクゼーションのために時々アルコールを飲むこと」（時々飲酒）については、東北・北関東では31.3%が「悪影響」であると回答しており、他の地区に比べ最も高くなっている。

【年代別】各年代とも「身体的活動」か「助けになる」との回答が高く7割を超えている。また、「出歩くこと」も「助けになる」との回答

も高い。逆に、「ECTを受けること」、「特別なダイエット」は「悪影響」であるとの回答も高い。その他の項目では、年代間で顕著な差を見ない。

【性別】「身体的活動」か「助けになる」との回答は男女ともに高く、男性74.5%、女性68.9%と男性が女性を約5ポイント上回る。同様に、「出歩くこと」でも男性71.9%、女性62.0%と男性の方が女性よりも高く、「時々飲酒」でも男性の25.6%が「助けになる」と回答しているのに対し、女性は20.2%であり、男性の方が高い。

Q7 次のことは事例にとって助けになるか、悪影響になるか。

【調査地点別】「彼（彼女）の問題についての情報を提供しているウェブサイト」を調べる（ウェブサイト）ことか「助けになる」との回答は、北九州・長崎地区が最も高く51.3%、逆に静岡・愛知地区は43.0%で最も低くなっている。「彼（彼女）の問題についての情報を提供している本を調べる」ことか「助けになる」との回答は、東北・北関東地区が57.8%で最も高く、「彼（彼女）の健康問題についての情報を、健康教室（みたいなところ）の先生から受ける」では北九州・長崎地区が57.3%で最も高くなっている。

【年代別】「ウェブサイト」ことか「助けになる」との回答は、20代（52.0%）、30代（51.3%）が高く、逆に60代では39.8%と最も低くなっている。同様の傾向は「Eメールやウェブを使って彼（彼女）の問題について専門家の意見を求める」でもみられ、インターネット利用率の高い若年層の回答比率が高くなっている。

【性別】男女間で顕著な差は見られない。

Q8 事例が最適と思われる専門家の治療を受けたらどうなるか

全体では、「部分的に回復出来た（出来る）、しかし問題は再び起こる可能性がある」（部分的回復、再発）との回答が最も高く43.3%、次

に「十分に回復出来た（出来る）、しかし問題は再び起こる可能性がある」（回復、但し再発）が33.4%で続き、この2項目で7割以上を占める。

【調査地点別】「部分的回復、再発」との回答は、東北 北関東地区（47.5%）、北九州 長崎地区（46.3%）が他地区より高く、首都圏は39.8%で最も低くなっている。「回復、但し再発」との回答では、首都圏が37.8%で最も高く、逆に東北 北関東地区では28.3%で最も低く約9ポイントの差異がある。

【年代別】30代では「部分的回復、再発」との回答が47.3%と年代間で最も高く、逆に40代では38.8%で最も低くなっている。「回復、但し再発」との回答では、50代が39.5%で最も高く、60代（28.5%）、30代（29.8%）が年代間では低くなっている。

【性別】男女間で顕著な差は見られない。

Q9 事例が専門家の治療を何も受けないとしたらどうなるか

全体では、「悪化する」（50.2%）との回答が半数を占め、次に「改善なし」との回答が32.3%であり、これら2項目で8割以上を占める。

【調査地点別】「悪化する」との回答は、東北 北関東、近畿圏、北九州 長崎の3地区はいずれも過半数を占めている。「改善なし」との回答では、東北 北関東地区（29.3%）、近畿圏（29.5%）が他の地区に比べやや低くなっている。

【年代別】各年代とも「悪化する」との回答が高くなっており、30代 40代を除く年齢層ではいずれも5割以上となっている。「改善なし」との回答では、30代が35.3%で最も高くなっているか、年代間で大きな開きは見られない。

【性別】男女で大きな開きのある項目はみられないものの、「悪化する」との回答では男性48.9%に対し女性は51.4%と女性が僅かに高くなっている。

Q10 事例は地域の他の人と比べて長期的にはどうなるか

【調査地点別】「彼（彼女）は大量飲酒をしそう」（大量飲酒）で「もっとそうなりそう」との回答は、近畿圏が14.0%で最も高く、逆に北九州 長崎地区では5.5%で最も低くなっており、地区間の開きかやや大きい。「彼（彼女）は交友関係が乏しくなりそう」（乏しい交友関係）では「もっとそうなりそう」との回答が、静岡 愛知地区で33.8%と最も高く、この項目でも北九州 長崎地区が24.8%で最も低くなっている。「彼（彼女）は他の人の気持ちを理解するようになりそう」（他の気持ちの理解）で「もっとそうなりそう」との回答についてみると、近畿圏が32.8%で最も高く、逆に東北 北関東地区では19.3%で最も低く両地区の差は13ポイント以上と特に差異が目立つ。「彼（彼女）はよい結婚かてきそう」（良好な結婚）で「もっとそうなりそう」との回答は、静岡 愛知地区が14.3%で最も高いのに対し、東北 北関東地区（5.3%）、北九州 長崎地区（5.5%）の2地区は極めて低くなっている。「彼（彼女）は優しい親になりそう」（優しい親）で「もっとそうなりそう」との回答は、近畿圏が18.3%で最も高く、最も低い東北 北関東地区（10.0%）との開きは8ポイント以上である。「彼（彼女）は創造的あるいは芸術的な人になりそう」（創造的/芸術的）では、東北 北関東地区で「そうなりそうにはない」との回答が41.0%と他の地区に比べ高くなっている。

【年代別】「彼（彼女）は暴力的になりそう」で「もっとそうなりそう」との回答は、30代が10.3%で最も高く、逆に50代は5.3%で最も低くなっている。これとは逆の傾向を示したのは「乏しい交友関係」で、「もっとそうなりそう」との回答が、50代では32.3%と最も高く、30代は27.3%で最も低くなっている。「彼（彼女）は自殺を企てそう」で「もっとそうなりそう」との回答は、20代が22.5%で最も高く、60代では15.8%と年代間で最も低く、両年代の開きは6ポイント以上となっている。同様に「創造的/

芸術的」では、「もっとそうなりそう」との回答が20代（15.0%）で最も高く、最も低かった60代（8.5%）との開きは6ポイント以上となっている。

【性別】男女間に顕著な差は見られず、男女ともに「乏しい交友関係」、「他の気持ちの理解」で「もっとそうなりそう」との回答が高くなっている。

Q11 地域の他の人々か事例のことを知ったら差別するようになると思うか

全体では、「差別するようになると思う」（差別すると思う）との回答は11.9%であり、逆にそうは思わないとの回答の34.4%を超えている。

【調査地点別】「差別すると思う」との回答は首都圏が最も高く46.3%、逆に東北・北関東地区では39.0%で最も低くなっている。

【年代別】「差別すると思う」との回答が最も高かったのは30代の44.0%であるが、20代でも43.0%と高く、最も低かった40代でも39.8%と、年代間の開きは比較的小さい。

【性別】「差別すると思う」の回答は、男性13.7%、女性10.1%と男性に多い。

Q12 事例について個人的にはどのように考えるか

【調査地点別】「A雄さん（B子さん）のような問題を持った人たちは、自分が望めば、問題からさっと抜け出すことかできる」（自分か望めば拔出し可能）との考え方について、各地区とも『否定層』（「強く反対」＋「反対」）の占める割合が高く、東北・北関東地区では57.1%で最も高く、『肯定層』は35.6%とこの地区の中で最も低くなっている。これと同様の傾向は「A雄さん（B子さん）のような問題は個人的な弱さのあらわれた」（個人的弱さの現れ）、「A雄さん（B子さん）のような問題は本当の医学的な病気ではない」（真の医学的な病気でない）との考え方にもみられ、いずれも東北・北関東地区では『否定層』の占める割合が最も高く、逆

に『肯定層』の割合が最も低くなっている。

「A雄さん（B子さん）のような問題を持つ人たちは危険だ」（危険だ）との考え方では、『否定層』は北九州・長崎地区で74.1%と最も多く、『肯定層』は20.3%で最も低くなっている。「あなたかこのような問題を持たないようにするためには、A雄さん（B子さん）のような問題を持つ人たちを避けるのが最もよい」（避けるのがよい）との考え方は、各地区とも『否定層』の占める割合が高く、東北・北関東地区では81.8%で最も高く、『肯定層』にいたっては7.5%と1割に満たない。「A雄さん（B子さん）のような問題を持っていると知ったら、私はそのような人を雇わないだろう」（雇わない）との考え方では、『肯定層』は静岡・愛知地区が唯一5割を超え最も高く、『否定層』は46.3%と地区間で最も低くなっている。逆に近畿圏では、『否定層』の占める割合が高く、『肯定層』は最も低くなっており、地区間の差が明確なものとなっている。

【年代別】「自分か望めば拔出し可能」との考え方については、各年代とも『否定層』の占める割合が高く30代以上の年齢層ではいずれも5割以上となっている。「個人的弱さの現れ」、「真の医学的な病気でない」との考え方では、いずれも60代で『肯定層』の占める割合が他の年代に比べ高くなっている点で共通している。「雇わない」、「政治家かA雄さん（B子さん）のような問題で苦しんでいると知ったら、私はその人に投票しないだろう」（投票しない）との考え方では、いずれも50代、60代で『肯定層』の占める割合が高く、他の年代との開きかやや大きくなっている。

【性別】「自分か望めば拔出し可能」「個人的弱さの現れ」との考え方については、『肯定層』はいずれも男性の方が女性よりも高く、女性では否定的な傾向が高い。同様の傾向は「もし私にA雄さん（B子さん）のような問題があったら、私はそれを誰にも言わないだろう」（問題を表明しない）との考え方でもみられ、男女ともに『否定層』の割合は高いものの、肯

定的な意見を持つ人の割合は男性の方が女性よりも高くなっている。一方、「投票しない」との考え方では、『肯定層』は女性か62.8%と男性（59.0%）よりも高く、他の考え方とはやや異なる傾向を示している。

Q13 事例について一般の人々はどのように考えると、あなたは思うか

【調査地点別】「自分か望めは抜き出し可能」との考え方については、各地区ともに『否定層』の占める割合が高くなっている。「個人的弱さの現れ」との考え方では、他の地区に比べて首都圏（64.1%）、静岡 愛知地区（60.8%）は『肯定層』の割合が高く、逆に『否定層』の割合が低くなっている。「危険だ」、「A雄さん（B子さん）のような問題を持つ人たちは何をしてくるか分からない」と、ほとんどの人は思っている（何をしてくるか分からない）といった考え方では、首都圏における『肯定層』の割合が他の地区に比べ高くなっている。「避けるのかよい」「問題を表明しない」との考え方では、東北 北関東地区において『否定層』の割合が高く、他の地区とは異なる傾向を示している。「雇わない」との考え方では、首都圏（75.1%）、近畿圏（70.8%）で『肯定層』の占める割合が高くなっている。

【年代別】「自分か望めは抜き出し可能」との考え方については、40代、50代で『否定層』の占める割合が高くなっている。「個人的弱さの現れ」との考え方では、20代の『肯定層』の占める割合が年代間で最も高くなっている。「真の医学的な病気ではない」との考え方では30代、「危険だ」では60代の『否定層』の割合が他の年代よりも高い。「何をしてくるか分からない」といった考え方では、20代から50代までの年齢層ではいずれも『肯定層』の占める割合から割を超えている。「雇わない」「投票しない」との考え方では、各年代ともに『肯定層』の占める割合が高くなっている。

【性別】各項目における男女の回答傾向は類似しているか、「何をしてくるか分からない」と

いった考え方では、女性の『肯定層』は5割を超え男性よりも高く、男性の方は『否定層』か51.3%と女性とは逆の傾向を示している。

Q14 事例の人との接触について、どう思うか

【調査地点別】「A雄さん（B子さん）の隣に引っ越してもいい」の設問については、各地区で『否定層』の占める割合が高く、「A雄さん（B子さん）か結婚してあなたの家族の一員になってもいい」の設問でも同じ回答傾向である。「A雄さん（B子さん）と一晩をつきあってもいい」「A雄さん（B子さん）と親しくなってもいい」「A雄さん（B子さん）かあなたの職場の近くで仕事を始めてもいい」といった設問では、いずれも東北 北関東地区の『否定層』の割合が地区間で最高である。

【年代別】「A雄さん（B子さん）の隣に引っ越してもいい」の設問については、各年代とも『否定層』の占める割合が高く、「A雄さん（B子さん）と一晩をつきあってもいい」でも同様の傾向である。「A雄さん（B子さん）と親しくなってもいい」「A雄さん（B子さん）かあなたの職場の近くで仕事を始めてもいい」といった設問では、いずれも20代において『肯定層』の占める割合が年代間で最も高くなっている。「A雄さん（B子さん）か結婚してあなたの家族の一員になってもいい」との設問では、40代 50代で『否定層』の占める割合が最も高くなっている。

【性別】男女ともほぼ同様の回答傾向であるか、「A雄さん（B子さん）と一晩をつきあってもいい」との設問では女性の『否定層』の割合が男性よりも高く、他の項目に比べ開きが大きい。

Q15 この種の問題の原因として可能性があるのはどれか

【調査地点別】「ウイルスや他の感染症」、「アレルギーや類似の反応」については、各地区とも「そうらしくない」との回答が7割から8割と大部分を占めている。また、「ストレス、家族の口論、仕事上の困難、あるいは経済的な困

難のような、日々の問題」(日々の問題)、「ひと扱いを受けたとか虐待された、または小さい頃に片親か両親を亡くした、崩壊家庭出身といった、子どもの時の問題」(幼少時の問題)が原因しているとの回答は各地区ともに高くなっている。これとは逆の傾向として、「この種の問題か受け継がれる、あるいは遺伝すること」(遺伝)という項目で、各地区ともに5割以上か「そうらしくない」と否定的な傾向を示す。地区間で違いがみられたのは、「身近な友人や親族か最近死んだこと」という項目で、「そうらしくない」との回答は東北 北関東地区(21.0%)、静岡 愛知地区(21.5%)か他の地区よりも高くなっている。また、「神経質な人であること」では北九川 長崎地区で「そうらしくない」との回答が25.8%と地区間で最も高くなっている。

【年代別】「ウイルスや他の感染症」、「アレルギーや類似の反応」については、各年代とも「そうらしくない」との回答が8割以上を占めている。また、「日々の問題」、「幼少時の問題」が原因しているとの回答は各年代ともに高くなっている。逆に「遺伝」では、「そうらしくない」との回答が各年代ともに高く、20代では65.0%と最も高くなっている。

【性別】男女ともにほぼ同様の回答傾向であるか、「遺伝」では「そうらしくない」との回答は男性60.3%、女性52.0%であり、男性に否定的傾向かやや高くなっている。

Q16 事例のような問題を起こしやすいのはどのような人か

【調査地点別】「女性は男性よりこの種の問題で悩むようになりやすそうた」(女性は男性より)との設問では、「なりやすそうた」との回答は静岡 愛知地区が30.3%と最も高い。「25歳以下の若い人はなりやすそうた」(25歳以下の人)では、東北 北関東地区(53.0%)、北九川 長崎地区(51.5%)、「65歳以上の高齢者はなりやすそうた」(65歳以上の人)では北九川 長崎地区(50.8%)で「違いはない」との

回答が高くなっている。「失業者はなりやすそうた」(失業者)では、各地区ともに「なりやすそうた」との回答が高くなっている。「結婚したり長く交際を続けたりしたことのない独身の人はなりやすそうた」(独身)では、東北 北関東地区(61.8%)、北九川 長崎地区(61.0%)で「違いはない」との回答が高くなっている。

【年代別】「女性は男性より」「25歳以下の人」「失業者」で、「なりやすそうた」との回答はいずれも20代か年代間で最も高くなっている。「貧困な人たちはなりやすそうた」「独身」では、各年代とも「違いはない」との回答が高くなっている。

【性別】「女性は男性より」では男女ともに「違いはない」との回答が高いか、男性は50.2%、女性は45.2%と約5ポイント男性が高く、他項目に比べ男女間の開きが大きい。

Q17 あなた、またはあなたの周囲の人たちについて

【調査地点別】「あなたの家族や親しい友人達の中に、A雄さん(B子さん)のような問題を持った人かいる」「あなたはA雄さん(B子さん)と似た問題を持ったことかある」「あなたは今までに、A雄さん(B子さん)のような問題を持つ人へのサービスを提供する仕事に就いたことかある」では、各地区ともに「いいえ」との回答が大部分を占める。静岡 愛知地区では、家族や親しい友人達の中に何らかの問題を持っている人かいる際、「その人たちはこの問題について何らかの専門的援助や治療を受けている」との質問に対し、「いいえ」との回答が31.0%と他の地区よりも高くなっている。

【年代別】20代では、家族や親しい友人達の中に何らかの問題を持っている人かいる際、「その人たちはこの問題について何らかの専門的援助や治療を受けている」との質問に対し、「いいえ」との回答が33.8%と他の年代よりも高くなっている。「あなたは今までに、A雄さん(B子さん)のような問題を持つ人へのサービスを提供する仕事に就いたことかある」では、

各年代とも9割以上か「いいえ」と回答している。

【性別】男女間で顕著な差は見られない。

Q18 あなたの健康状態は

【調査地点別】「すはらしく良い」と「良い」を合わせた結果とみると、各地区とも5割以上は健康状態は良好と評価しており、近畿圏では61.0%で最も高くなっている。

【年代別】20代では「すはらしく良い」との回答が17.0%と年代別間で最も高く、「良い」との回答を合わせると7割を占めている。50代・60代では、「ますます」との回答が高くなっている。

【性別】男女ともに5割以上は、健康状態が良いと評価している。

Q19 あなたは、この1ヶ月間に以下の病気にかかったか

【調査地点別】「風邪」、「咽喉炎」は、いずれも首都圏（それぞれ32.0%、12.3%）、「頭痛」では近畿圏（29.0%）、「神経質」では北九州・長崎地区（12.0%）が各地区の中で最も高くなっている。「動悸」、「呼吸困難」、「インフルエンザ」、「不安状態（不安神経症）」、「うつ病」については、どの地区においても9割以上か「患っていない」と回答している。

【年代別】「風邪」、「咽喉炎」、「頭痛」、「めまい」は、いずれも20代が最も高くなっている。「疲労」では、50代（47.0%）、「いらいら感」では40代が31.8%で最も高く、最も低かった60代（13.5%）と比較すると18ポイント以上の開きかみられる。

【性別】男女間の開きが大きかったのは、「頭痛」で男性は19.0%、女性は30.3%と11ポイント以上の差かみられる。また、「めまい」でも男性の4.8%に対し女性は12.2%と女性の方が7ポイント以上高くなっている。

Q20 この12ヶ月間にうつ病に関するメディアに接したか

【調査地点別】「うつ病」について各種メディアで見聞きしたとの回答は、首都圏（52.0%）、近畿圏（51.5%）が高く、東北・北関東、静岡・愛知、北九州・長崎はいずれも5割以上か「うつ病」に関する情報に接触していないと回答している。

【年代別】各年代ともに「うつ病」に関する情報への接触率は低く、20代から40代では5割以上を占めている。

【性別】「うつ病」に関する情報への接触率は、男性が38.3%、女性が49.4%と女性が10ポイント以上高くなっている。

Q22 うつ病に関する組織のことを聞いたことがあるか

【調査地点別】うつ病関連組織の認知度は各地区ともに低く、7割以上か聞いたことはないとは回答している。

【年代別】各年代とも認知度は低く、20代・30代では8割以上か聞いたことはないとは回答している。

【性別】女性の認知度かやや高いか、男女共に7割以上は聞いたことはないとは回答している。

Q23 以下のような組織、あるいは状況を知っているか

【調査地点別】「日本うつ病学会」「精神障害者家族会」「精神障害者本人の活動組織」「精神分裂病の統合失調症への名称変更」といった内容については、各地区とも「知らない」との回答が7割を超えており認知度は低い。「いのちの電話」については、静岡・愛知地区で「知らない」の回答が32.3%と他の地区に比べ高く、認知度かやや低くなっている。「あしなか育英会」については、近畿圏では「よく知っている」と「知っている」との回答を合わせると42.3%と最も高く、首都圏でも41.3%と高くなっている。

【年代別】「日本うつ病学会」「精神障害者家族会」「精神障害者本人の活動組織」「精神分裂病

の統合失調症への名称変更」といった内容については、各年代とも「知らない」との回答が7割を超えており認知度は低い。「断酒会」については、20代では「知らない」との回答が77.3%と特に認知度が低く、逆に50代では「よく知っている」と「知っている」との回答を合わせると29.8%、さらに「聞いたことがある」との回答を合わせれば7割以上の認知度に達している。「いのちの電話」「あしなかな育英会」については、40代・50代の認知度が高く、逆に20代での認知度は低い。50代は「自殺死亡か5年続けて3万人を超えている」ことについても、認知度が最も高くなっている。

【性別】「日本うつ病学会」「精神障害者家族会」「精神障害者本人の活動組織」「精神分裂病の統合失調症への名称変更」といった内容については、男女とも「知らない」との回答が7割を超えており認知度は低い。「断酒会」については、「よく知っている」と「知っている」との回答を合わせた結果では男性は18.8%。女性は19.8%と殆ど差はないが、「聞いたことがある」との回答を合わせると、男性が48.8%。女性が54.8%と女性の方が6ポイントほど高くなっている。「いのちの電話」「あしなかな育英会」については、「よく知っている」と「知っている」との回答を合わせると女性はいずれも4割を超え、男性に比べ認知度が高くなっている。

(2) 紹介事例別に示された特徴

今回の調査においては、うつ病事例が2例（それぞれ男女1例ずつ）、統合失調症が2例（同しく男女各1例）呈示されており、その呈示された事例によっても回答者の反応が異なりうるため、以下には各4例のそれぞれに対する反応頻度を紹介する。

Q1 事例に何か問題があるとすれば、それはなんだと思うか。最もそう思うもの（表2参照）

うつ病事例に遭遇した回答者では自殺を考えている事例の場合が最高に「うつ病」と認識しており、これは他の認識のあり方とも大きく異なる。一方、統合失調症では慢性化した事例の場合には希死念慮のあるうつ病に近い認識度を示すか、急性期の統合失調症事例ではうつ病と考える回答者が少なくないことも見られた。また、心理的／精神的／情緒的な問題と曖昧な形での認識はやはり極めて多い。

Q2 事例にとって最も良い援助はどれか。最もそう思うもの（表3参照）

事例にとって最も良い援助法として、全体的にはカウンセラーに会うことか高い支持を得ており、逆に一般医に対する期待が極めて低いことか見て取れる。特に統合失調症の場合、カウンセラーに期待するところか大きい。うつ病者にとって有用となるのは、まずカウンセラーであるか、統合失調症ではうつ病の場合より精神科への期待が高まる。

表2 紹介事例における問題の認識のされ方

| | 全事例 | うつ病事例 | | | 統合失調症事例 | | |
|----------|-----|-------|-------|-------|---------|-----|-----|
| | | 全 | 自殺(-) | 自殺(+) | 全 | 急性 | 慢性 |
| うつ病 | 202 | 288 | 226 | 350 | 116 | 136 | 96 |
| 統合失調症 | 135 | 17 | 22 | 12 | 253 | 172 | 334 |
| 神経症性の問題 | 24 | 23 | 20 | 26 | 25 | 26 | 24 |
| 心理的 精神的 | | | | | | | |
| 情緒的な問題 | 275 | 271 | 294 | 248 | 278 | 284 | 272 |
| こころの病気 | 135 | 97 | 92 | 102 | 172 | 216 | 128 |
| ストレス | 134 | 224 | 250 | 198 | 44 | 50 | 38 |
| 何らかの問題あり | 31 | 32 | 38 | 26 | 30 | 22 | 38 |
| 身体的な問題 | 02 | 03 | 04 | 02 | 0 | 0 | 0 |
| 問題なし | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 0 | 04 |

表3 紹介事例の人にとって最も良い援助と考えられること

| | 全事例 | うつ病事例 | | | 統合失調症事例 | | |
|---------------------|-----|-------|-------|-------|---------|-----|-----|
| | | 全 | 自殺(-) | 自殺(+) | 全 | 急性 | 慢性 |
| 医師(一般医)に 診てもらうこと | 34 | 45 | 60 | 30 | 22 | 16 | 28 |
| 精神科医に診て もらうこと | 231 | 165 | 168 | 162 | 296 | 276 | 316 |
| 薬を服用すること | 02 | 01 | 0 | 02 | 03 | 0 | 06 |
| カウンセラー にあうこと | 386 | 358 | 320 | 396 | 414 | 456 | 372 |
| 先ず自分の問題 を認めること | 73 | 74 | 80 | 68 | 71 | 78 | 64 |