

Ⅱ. 分担研究報告書

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）
分担研究報告書

中根 允文・吉岡 久美子・中根 秀之*

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

精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究

－いわゆる専門職を対象とした調査－

研究要旨

目的：平成 14 年度に開発した日豪共同研究用「精神保健の知識と理解に関する」面接調査票によって、平成 15 年度は全国各地の一般住民(2,000 人)を対象に一般人における精神障害(者)に係る知識及び態度を調査し、一部は日豪両国間で比較した。これを前提に、いわゆる専門職における精神保健に係る知識についても大規模に把握して、一般人とのギャップを明らかにしながら、将来の精神保健福祉行政に対する EBM を確立する。方法：上記の面接調査票を全く同様な内容のアンケート調査用修正版を作成して、平成 16 年秋からいくつかの全国学会・協会に対して調査協力依頼を行い、合意の得られた組織で無作為抽出された構成会員に対して郵送調査を行った。

結果と考察：個別の調査依頼（4,575 人）に対して総数 1,377 人からの回答（2005 年 2 月末の時点まで）が得られた（内訳として、医師は 253 人で、残りはコメディカルスタッフ）。依頼した組織の中における構成員の調査協力率は、全体として 30.1%であり、想定より高いものであった。

統合失調症およびうつ病に対する認識度は、精神科医（それぞれ、68.0; 71.1%）、プライマリケア医（59.2; 63.0%）、精神保健福祉士（75.9; 70.4%）、作業療法士（73.4; 72.0%）、

一般看護師（32.8; 36.1%）、精神科看護師（37.2; 29.1%）であり、看護者における認識の低さは予想外であった。この差異については、各グループにおける精神障害(者)に関わる接触体験や診療体験が大きく影響していると想定され、現在その背景について解析中である。「統合失調症およびうつ病の事例を地域の人々が差別する」と考える割合は、精神科医（それぞれ、64.0; 20.5%）、プライマリケア医（69.4; 47.8%）、精神保健福祉士

（54.6; 22.6%）、作業療法士（65.5; 40.1%）、一般看護師（64.8; 36.8%）、精神科看護師（59.3; 31.4%）であり、やはり各職種間で差異を見たが、これについても、さらなる解析を予定している。ともあれ、いずれのグループにおいても差別の根深さは拭い去れず、その背景に潜む様々な誤解、一般社会の偏見の強さを改めて認識させられるものであった。

今回は未だ統計解析のレベルに至っておらず、これから詳細な解析を行うが、「偏見」「差別」といった用語の根底にある一般人及び専門職の精神障害(者)への認識には様々な要因が複雑に関与していると考えられた。こうしたグループ間の差異を確認して調整できる部分での共同作業、および各メンバーにとって適切な普及啓発活動の指針を早急に開発していくことが重要であろう。

A. はじめに

精神保健に係る普及啓発活動へのニーズが一般社会の中で増大しているだけでなく、国内的には厚生労働行政として精神保健改革ビジョン（平成16年9月）の基本方針「入院中心から地域生活中心へ」に則って国民各層の意識の変革や精神保健医療福祉体系の再編が計画され、精神疾患を正しく理解したい度を変えて行動するという方向への普及啓発が大きなテーマとなっている。一方、国際化に伴う情報の共有化あるいは比較可能性も話題であることから、そのためには evidence based な情報を確立する必要が想定されていた。

1998年度の日豪共同研究の積極的推進および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スタートした日豪保健福祉協力の共同研究は、2002年4月から第二段階として「自殺防止と精神保健」の実質的研究を開始した。同年9月の第1回両国研究者会議で具体的な計画が検討され、日豪両国間の比較研究が実施されることになった。これを機に、日本側では3カ年計画のもと、初年度は豪州で開発された面接調査票の日本語版「精神保健の知識と理解に関する調査」調査票により国内25地点、20-69歳の一般住民2,000人を対象に訪問面接調査した。

初年度の成果は Australian-Japanese Perspective 会議や International Journal への公表によって日豪間で共有化されるとともに、両国間での際を確認でき、双方が今後取り組むべき日豪保健福祉課題への討論を深め得た。日本にあつては、今後関連分野の普及啓発活動の具体化が国レベルで提案されていくことになる。

日豪間比較の結果、日本の一般住民におけるうつ病・統合失調症事例への認識度はそれぞれ28.8%、25.3%であり、豪州の

71.3%および38.7%と比較したとき総体的に低い傾向にあり、特にうつ病においては豪州の半分にも達していなかった。さらに統合失調症とうつ病といった精神障害(者)に対する一般的イメージ、および彼らへの人的・物的支援資源や偏見に基づく差別の有り様に対する本音と建て前の関わりについても両国間での差異を実証することができた。

オーストラリア側からの見解として、一般人と専門職の間にはさまざまなギャップのあることが実証されているとのことであり、このギャップが適切な教育によって改善してきたことも示された。一方、日本において、専門職による精神障害(者)への偏見・差別がうかがわれることは既に一般的に知られているところであり、その弊害についても懸念されてきている。そこで、今年度は精神医療に関わる専門職、あるいは関連分野にいる専門職の協力を得て、彼らが考える精神疾患や精神障害患者のイメージを詳しく把握して、問題点を実証的に明らかにすることとした。昨年度の調査対象が2,000人であったことから、今年もほぼ同数の回答を得るべく計画した。

B. 研究施行の経緯と目的

本研究の企図するところは、まず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しながら検討しようとするものである。つまり、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には、自殺に関わる心理社会的要因を解明し実践的な防止策の開発が肝要であり、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る。そのような中で、

精神保健に関わる啓発活動は、こうした自殺防止というテーマに加えて、近年の精神保健上の様々な話題を背景に、そのニーズは極めて増大してきている。それにも拘わらず、その背景となる実証的な情報は極めて貧弱であり、昨年行った大規模な地域調査を通じて初めて一般人における精神疾患に対するイメージの一端が明らかにされた。既記したように、更に詳細な情報を広範に収集するという事で、国内における大規模の学会や協会の協力を得て、専門職における情報を確立することにした。

C. 方法と対象

豪州から提案された日豪共同研究のための調査票を平成14年度末に日本語版調査票として完成させ、平成15年度には面接用調査票を開発し、一般住民対象の地域面接調査に利用した。平成16年度は、これを内容的には全く手を加えることなくアンケート用調査票に改訂した(本報告書の資料を参照)。

従って、今回の調査票もおおよそ従来のものと同一であるが自記式となっており、IDセクション(対象者の背景因子)、症例(「うつ病」、「希死念慮を伴ううつ病」、「早期および慢性(急性または妄想型とも表現できる)の統合失調症」を含む4例)に関わる理解と認識(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)および態度のありよう、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。

今年度の調査は、いわゆる専門職メンバーを対象に行うものである。全国的な学会または協会単位でまず調査協力を依頼し、

協力に同意された組織に所属する構成会員を各組織の要請に応じて無作為抽出することにした。医師グループ、コメディカルスタッフ・グループからの情報を得るということにして、医師グループは精神科医とプライマリケア医、コメディカルスタッフは作業療法士・精神保健福祉士・看護師(一般看護師、精神科看護師)・臨床心理技術者などを考えて、関係組織に一斉に平成16年9月13日に連絡した。結局、表1に示すように、全国組織7団体のうち5団体が協力を約束され、日本心理臨床学会と日本精神科看護技術協会からは参加に向けての合意が得られなかった。実際には、各組織での決定が得られるまでに相当な時間が必要であり、最終的な結論が得られるまでに立ち往生させられることが少なくなかった。その経緯を要約したのが、同表である。日本精神科看護技術協会からの拒否回答を得て、改めて長崎県精神科病院協会を通じて地元の支部組織に平成16年10月8日に調査協力を依頼した。具体的な対象者抽出法は、各学会等と協力して会員名簿から無作為抽出を行い、研究の主旨と学会等の同意ないしは了解を得た旨を明記した文書および調査票を送付した。調査期間は、2004年10月から2005年2月までの約4ヶ月間を原則とした。

今回の調査にあつては、抽出された構成会員の判断は、当人の自由意志であり、協力の意志がなければ「回答しない」ということが可能であり、回答についての強制は全く行わなかった。ただ、回答を寄せられた対象者のうち、アンケート用紙を封入した封筒に回答者のIDを記載している場合には、安価なものではあるが相応の謝礼を返送した。ただ、あくまでも個人の情報が漏洩することのないように厳しく留意することを明記した文書を準備し、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配慮した。

本来であれば、厳密な統計学的解析の段階にまで踏み込むべきであるが、残念ながら

ら情報の確定が年度末までずれ込んだために、単純な作表段階に止まっている。

表1 関係諸団体との折衝状況

	学会・協会	諾否	経緯	調査発送数 (解析対象数)
1	日本精神科看護技術協会	×	平成16年9月28日に文書で不参加の回答	*****
2	日本作業療法士協会	○	同年9月29日に協力の文書	1,000 (334)
3	日本精神保健福祉士協会	○	同年10月12日、事務局に回答依頼の電話。メールで当方からの文書が見つからない旨の連絡あり。郵便局に調査を依頼し、同時に資料を再送付。繰り返し事務局に問い合わせを行って、結局メールにて11月10日付で承諾の回答あり	1,000 (360)
4	日本プライマリケア学会	○	電話およびメールでのやりとりを行った上で、同年10月25日にメールで承諾の回答	375 (95)
5	日本心理臨床学会	×	資料発送後、電話やメールにて何度かのやりとりを行ったが、同年11月2日に不参加の文書回答	*****
6	日本看護協会	○	同年11月9日に電話で承諾の回答	1,000 (258)
7	日本精神神経学会	○	理事長および理事会に打診した結果、学会員個人のレベルで判断して欲しい旨の回答あり、調査研究事務局から個別に文書を郵送	1,000 (158)
8	日本精神科看護技術協会 会長崎県支部	○	全国学会からの協力が困難との回答があり、それをふまえて地元精神科病院協会の支援を得て連絡し、平成17年1月11日にファックスで承諾の連絡あり	200 (172)

D. 結果

こうした経緯をふまえて、平成16年度は、上記の約4ヶ月間の調査期間で回答率は、精神科医15.8%、一般医25.3%、精神保健福祉士36.0%、作業療法士34.4%、一般看護師25.8%、精神科看護師86.0%であり、全体としては30.1%であった。ただ、アンケート用紙等資料の発送開始時期が2005年1月に入った組織があり、年度末を遅れて返送してきているものもあり、最終的には1,500人を超える協力が得られると考えている。

全体の集計表は、本論文の終わりに付表として添付した。細かい解析の一部は、二人の分担研究者がそれぞれに個別に要約するので、ここには大まかな特徴を要約するに止める。特に、統合失調症およびうつ病事例のヴィネットに対してどれほどに認識できたのか、そうした事例に対する治療的有用性あるいは有害性、事例に対する病因論的考え、そうした障害への差別のされ方などについてだけ、以下にまとめてみる。

Q1 事例に何か問題があると思えば、それはなんだと思うか。そう思うもの。

一般人にあつては、統合失調症事例の場合、心理的などの問題、心の病気、うつ病、

統合失調症の順(62.0-41.8%)であり、うつ病事例ではうつ病、心理的などの問題、ストレス(28.8-22.4%)が目立つ。これに対し、医師グループで精神科医は統合失調症とする考え方が100%であり他は25%以下に止まり、一般医(プライマリケア医)は同じ統合失調症が93.9%であるものの、他に心の病気、うつ病、心理的などの問題が続いている。一般医に近いパターンは精神保健福祉士(PSW)・作業療法士(OT)でも見られるが、看護師は精神科勤務・一般看護師を問わず統合失調症とうつ病の識別が良好でなく心の病気、心理的などの問題、あるいはストレスといった評価に止まることが目立った。

うつ病事例の場合、精神科医も一般医もうつ病を98-99%と高く認識しているが、他の範疇を評価する部分のあることも否定できない。特に精神科医において統合失調症を考慮する傾向があつたのは予想外である。一方、コメディカルスタッフについては、PSW・OTはほぼ一般医に近いパターンを示しながら、うつ病を高率に判断している。しかし、看護師では統合失調症の場合と同様に、うつ病と統合失調症の判断比率がほとんど同じであり、一般人における考え方のあり方とは異なるが、両者の識別の難しいことが浮かび上がってくる。

表2: Q1-I-1. 統合失調症事例の場合(複数回答)

	うつ病	神経症	統合失調症	心の病気	心理的問題	ストレス	何らかの問題	がん	その他
一般人	42.5	19.3	41.6	48.9	62.0	24.8	21.9	0.2	10.4
精神科医	6.7	5.3	100.0	25.3	22.7	6.7	13.3	1.3	8.0
一般医	24.5	16.3	93.9	40.8	24.5	8.2	14.3	6.1	0
PSW	11.5	6.9	97.1	44.3	27.6	23.0	31.6	0.6	9.2
OT	23.7	12.4	97.2	41.2	40.1	23.2	14.1	0.6	1.7
看護師	58.4	16.8	50.4	58.4	44.8	52.0	31.2	1.6	3.2
P看護師	41.9	19.8	52.3	37.2	43.0	38.4	26.7	1.2	2.3

Q1-1-2. うつ病事例の場合（複数回答）

	うつ病	神経症	統合失調症	心の病気	心理的問題	ストレス	何らかの問題	がん	その他
一般人	28.8	2.3	1.7	9.7	27.1	22.4	3.2	0.3	3.4
精神科医	98.8	38.6	22.9	39.8	44.6	48.2	27.7	14.5	6.0
一般医	97.8	30.4	6.5	63.0	47.8	54.3	26.1	8.7	2.2
PSW	93.5	31.7	15.6	60.2	54.8	80.1	36.6	7.0	6.5
OT	95.5	23.6	7.6	56.7	58.0	83.4	28.0	7.0	4.5
看護師	59.4	24.8	50.4	62.4	47.4	48.1	29.3	3.8	2.3
P看護師	53.5	19.8	45.3	38.4	44.2	43.0	26.7	2.3	2.3

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

統合失調症およびうつ病に対する認識度は、精神科医（それぞれ、68.0；71.1%）、プライマリケア医（59.2；63.0%）、精神保健福祉士（75.9；70.4%）、作業療法士（73.4；72.0%）、一般看護師（32.8；

36.1%）、精神科看護師（37.2；29.1%）であり、看護者における認識の低さが予想外であった。この際については、各グループにおける精神障害（者）へのイメージが診療体験の影響を受けて大きく関わっていることが想定され、現在その背景について詳しく解析中である。

表 3：Q1-2. 統合失調症事例およびうつ病事例について（単一回答）

	統合失調症事例			うつ病事例		
	うつ病	統合失調症	不明	うつ病	統合失調症	不明
一般人	11.6	25.3	1.2	28.8	1.7	0.9
精神科医	1.3	68.0	30.7	71.1	1.2	26.5
一般医	8.2	59.2	30.6	63.0	・	26.1
PSW	・	75.9	14.4	70.4	0.5	14.0
OT	2.3	73.4	20.9	72.0	0.6	9.6
看護師	27.2	32.8	18.4	36.1	34.6	10.5
P看護師	18.6	37.2	33.7	29.1	29.1	29.1

Q11 地域の他の人々が事例のことを知ったら差別するようになると思うか

一般人では「差別されるようになると思う」との回答は、統合失調症事例において53.4%と高いが、うつ病事例では「そうは思わない（差別されない）」の回答の方が大きくなっている。さらに、細かく疾患別あるいは状態別に大きな違いも見られた。

偏見や差別の有り様についても職種別の違いはあるものの、当然無視できるものでないこと、さらには一般住民との差異を小さくすることが明らかにされた。いずれの

職種グループでも統合失調症の方がうつ病より差別されると考えられている。その違いは精神科医において特に顕著である。統合失調症事例で差別されると見なしているのは一般医、OT、看護師、精神科医などの順であり、一般人において最低である。うつ病事例では、一般医、OT、看護師の順であり、精神科医が最低である。精神科医が臨床で直面する苦悩を反映していると考えられるが、同じことは他のコメディカルスタッフでは確認されなかった。

表4：Q11-1. 統合失調症事例の場合（単一回答）

	差別される	差別されない	分からない
一般人	53.4	24.0	22.3
精神科医	64.0	16.0	20.0
一般医	69.4	6.1	24.5
PSW	54.6	8.6	36.8
OT	65.5	6.8	27.7
看護師	64.8	8.8	26.4
P看護師	59.3	4.7	36.0

Q11-2. うつ病事例の場合（単一回答）

	差別される	差別されない	分からない
一般人	30.1	44.8	25.1
精神科医	20.5	45.8	32.5
一般医	47.8	34.8	17.4
PSW	22.6	38.7	38.2
OT	40.1	26.1	33.8
看護師	36.8	26.3	36.8
P看護師	31.4	25.6	43.0

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。

事例に対する人的資源について、一般人はカウンセラーを家族や友人の支援以上あるいは同等に高く評価している。これに対して、精神科医は自らの役割を高く評価し、一般医、PSW、OT、看護師など他の職種メンバーもカウンセラーより精神科医に高い評価を与えている。ただ、うつ病事例を

中心にカウンセラーの役割を高く評価する傾向はコメディカルスタッフグループに目立つ傾向が伺えた。今一つのユニークな結果と考えるのは、一般人がうつ病事例に対して「家族の支援」「友人の支援」「当該者自身の処理」を他のグループよりかけ離れて高く評価していたことであった。

表5：Q4-1. 統合失調症事例にとって助けになるか

	一般医	カウンセラー	ソーシャル ワーカー	精神科医	家族の援助	友人の援助	自らの処理
一般人	20.9	87.8	71.8	76.0	78.6	70.3	21.9
精神科医	37.3	33.3	72.0	96.0	70.7	46.7	16.0
一般医	42.9	67.3	65.3	95.9	63.3	44.9	14.3
PSW	35.6	45.4	82.2	88.5	64.4	53.4	34.5
OT	14.1	61.6	64.4	92.7	57.6	52.0	13.0
看護師	20.0	74.4	56.0	90.4	53.6	38.4	24.8
P看護師	37.2	76.7	79.1	96.5	69.8	46.5	14.0

Q4-2. うつ病事例にとって助けになるか

	一般医	カウンセラー	ソーシャル ワーカー	精神科医	家族の援助	友人の援助	自らの処理
一般人	28.2	86.7	71.8	70.9	84.6	84.0	22.4
精神科医	43.4	50.6	57.8	96.4	61.4	48.2	12.0
一般医	52.2	60.9	37.0	93.5	47.8	43.5	8.7
PSW	33.9	59.7	68.3	84.4	48.4	47.3	16.7
OT	17.8	70.7	33.1	82.8	49.7	45.2	8.3
看護師	18.0	82.0	26.3	75.9	57.1	57.1	18.0
P看護師	32.6	84.9	50.0	88.4	62.8	45.3	3.5

Q5 次の薬は事例にとって助けになるか、悪影響になるか。

精神疾患の治療における薬剤選択の知識は、精神科医を除くと極めて不良であり、統合失調症に抗精神病薬、うつ病に抗うつ

薬という判断は特に一般人では難しい話題であったみたいである。特に睡眠薬については、副作用に関する懸念が反映してか、悪影響を及ぼすものとして認識されることが多そうである。

表 6 : Q5-1. 次の薬は事例（統合失調症）にとって助けになるか

	強壮剤/漢方薬	抗うつ薬	睡眠薬	抗精神病薬	抗不安薬
一般人	11.5	39.2	23.1	35.7	41.9
精神科医	4.0	5.3	42.7	96.0	28.0
一般医	8.2	20.4	34.7	77.6	30.6
PSW	5.7	12.1	43.7	81.6	55.7
OT	2.8	16.9	26.6	78.0	53.7
看護師	8.0	28.8	31.2	68.8	34.4
P看護師	14.0	19.8	59.3	89.5	62.8

Q5-2. 次の薬は事例（うつ病）にとって助けになるか

	強壮剤/漢方薬	抗うつ薬	睡眠薬	抗精神病薬	抗不安薬
一般人	18.3	35.4	28.9	22.2	37.7
精神科医	8.4	85.5	62.7	18.1	51.8
一般医	4.3	87.0	47.8	26.1	32.6
PSW	7.0	67.7	61.8	13.4	36.0
OT	7.6	61.8	44.6	17.8	36.3
看護師	12.0	50.4	59.4	29.3	37.6
P看護師	5.8	60.5	67.4	26.7	38.4

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。

治療的アプローチについて、一般人では積極的に体を動かしたり、外出や出歩くことなど自然な有りようが推奨されているが、

専門職グループからは必ずしも大きく歓迎されていない。「精神科病棟への入院」「ECTを受ける」については、今少し必要性が認識されているのではないかという印象がある。

表 7 : Q6-1. 次の治療法は事例（統合失調症）にとって助けになるか

	積極的に 体を動かす	書物から 処理を知る	外出したり 出歩く	リラク ゼーション	精神療法	精神科病棟 に入院	ECTを 受ける
一般人	72.0	52.2	64.4	27.8	60.4	26.0	1.4
精神科医	18.7	44.0	12.0	9.3	45.3	62.7	24.0
一般医	26.5	42.9	38.8	20.4	69.4	51.0	14.3
PSW	14.4	46.6	11.5	8.6	66.1	43.7	2.9
OT	39.0	32.8	24.3	23.7	79.7	45.8	2.8
看護師	31.2	31.2	15.2	21.6	76.0	38.4	4.0
P看護師	23.3	37.2	12.8	9.3	89.5	70.9	7.0

Q6-2. 次の治療法は事例（うつ病）にとって助けになるか

	積極的に 体を動かす	書物から 処理を知る	外出したり 出歩く	リラク ゼーション	精神療法	精神科病棟 に入院	ECTを 受ける
一般人	71.4	59.7	69.5	39.7	48.6	12.8	1.8
精神科医	6.0	33.7	6.0	10.8	74.7	33.7	24.0
一般医	26.1	34.8	28.3	21.7	69.6	28.3	8.7
PSW	4.3	34.4	4.3	11.3	67.7	18.8	-
OT	19.7	38.9	14.6	23.6	64.3	14.6	1.3
看護師	21.1	42.1	18.0	33.8	60.9	9.8	-
P看護師	19.7	38.9	14.6	23.6	64.3	14.6	1.3

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

精神科医においては十分に回復する(十分に回復、但し再発を含めて)という考え(52%)が、他のグループより高く、一

般的な考え方としては、次の間である

「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」への回答を見ても、精神疾患の予後にいくらか悲観的な傾向にあることが伺えた

表 8 : Q8-1. 事例(統合失調症)が専門家による最適の治療を受けたらどうなるか

	十分に回復	十分に回復 但し再発	部分的に 回復	部分的に回復 但し再発
一般人	3.6	31.2	13.4	47.5
精神科医	1.3	50.7	6.7	34.7
一般医	2.0	36.7	4.1	53.1
PSW	1.1	43.7	4.0	46.0
OT	0.6	32.2	4.0	60.5
看護師	0.8	44.8	1.6	30.4
P看護師	-	37.2	2.3	57.0

Q8-2. 事例(うつ病)が専門家による最適の治療を受けたらどうなるか

	十分に回復	十分に回復 但し再発	部分的に 回復	部分的に回復 但し再発
一般人	6.6	35.5	15.1	39.0
精神科医	7.2	85.5	-	4.8
一般医	8.7	71.7	-	19.6
PSW	4.3	72.0	-	21.0
OT	1.3	66.2	4.5	26.1
看護師	1.5	55.6	4.5	33.1
P看護師	1.2	48.8	-	47.7

Q 10 事例は地域の他の人と比べて長期的にはどうなるか

この問いに対する回答においては、一般人における結果を要約したとき、想定以上に精神障害者に対して肯定的見解を抱いているとした。たとえば、うつ病事例では「彼(彼女)は他の人の気持ちを理解するようになりそう」(他人の気持ちの理解、

30%)がトップであり、一方「他の気持ちの理解」(22.6%)などが二位になって多い方である。ただ、その他のスタッフの方が悲観的な評価傾向にあり、「交友関係が乏しくなりそう」「自殺を企てそう」などの見方が多い。

表9：Q10-1. 事例（統合失調症）は地域の他の人と比べて長期的にどうなるか

	暴力的 になり そう	大量飲 酒しそ う	不法な 薬物を 使いそ う	交友関 係が乏 しくな りそう	自殺を 企てそ う	他人の 気持ち 理解し そう	よい結 婚がで きそう	優しい 親にな りそう	生産的 な労働 になり そう	創造的 /芸術 になり そう
一般人	10.8	9.6	12.3	31.3	18.7	22.6	6.6	10.3	7.1	13.4
精神科医	17.3	5.3	1.3	49.3	26.7	8.0	5.3	5.3	8.0	5.3
一般医	4.1	2.0	2.0	42.9	16.3	10.2	6.1	10.2	12.2	16.3
PSW	5.7	3.4	1.1	28.2	10.3	18.4	5.7	9.8	7.5	10.3
OT	9.6	4.0	4.0	32.2	13.0	9.6	5.1	4.5	10.7	9.6
看護師	8.8	7.2	6.4	29.6	12.0	10.4	5.6	6.4	6.4	13.6
P看護師	19.8	3.5	5.8	38.4	11.6	11.6	4.7	4.7	5.8	5.8

Q10-2. 事例（うつ病）は地域の他の人と比べて長期的にどうなるか

	暴力的 になり そう	大量飲 酒しそ う	不法な 薬物を 使いそ う	交友関 係が乏 しくな りそう	自殺を 企てそ う	他人の 気持ち 理解し そう	よい結 婚がで きそう	優しい 親にな りそう	生産的 な労働 になり そう	創造的 /芸術 になり そう
一般人	4.5	9.9	10.1	28.7	20.3	30.0	9.6	18.7	8.3	8.5
精神科医	-	4.8	1.2	19.3	25.3	30.1	10.8	18.1	14.5	8.4
一般医	-	6.5	8.7	37.0	39.1	17.4	6.5	10.9	10.9	10.9
PSW	1.6	2.2	1.6	22.0	22.6	19.4	2.2	9.7	3.8	5.4
OT	1.9	4.5	1.9	30.6	30.6	17.2	2.5	11.5	6.4	5.7
看護師	3.8	13.5	12.0	31.6	26.3	14.3	2.3	7.5	5.3	8.3
P看護師	4.7	10.5	10.5	38.4	32.6	7.0	2.3	10.5	4.7	2.3

Q12 事例について個人的にはどのように考えるか

表 10：Q12-1. 事例（統合失調症）について個人的にはどのように考えるか（肯定層）

	抜け出せる	個人的な弱さの現れ	医学的な病気でない	彼らは危険だ	避けるのが良い	何しでかすか分からない	問題の人に言わない	彼らを雇わない	投票しない
一般人	38.8	46.3	33.6	29.0	14.8	38.3	36.1	54.4	65.9
精神科医	28.0	4.0	・	16.0	4.0	14.7	18.7	34.7	2.0
一般医	20.4	6.1	6.1	22.4	2.0	26.5	36.7	46.9	63.3
PSW	28.2	1.1	1.7	2.3	1.7	2.9	13.2	12.6	15.5
OT	16.9	5.1	1.1	7.3	1.1	13.0	26.6	23.2	42.9
看護師	34.4	10.4	6.4	16.0	4.8	28.8	27.2	32.8	47.2
P 看護師	31.4	8.1	3.5	22.1	4.7	22.1	29.1	29.1	55.8

Q12-2. 事例（うつ病）について個人的にはどのように考えるか（肯定層）

	抜け出せる	個人的な弱さの現れ	医学的な病気でない	彼らは危険だ	避けるのが良い	何しでかすか分からない	問題の人に言わない	彼らを雇わない	投票しない
一般人	48.3	45.2	9.3	15.3	6.8	19.3	25.8	38.6	55.9
精神科医	25.3	2.4	2.4	・	・	1.2	14.5	16.9	21.7
一般医	37.0	17.4	4.3	・	2.2	8.7	30.4	32.6	50.0
PSW	26.3	0.5	1.1	0.5	・	2.2	9.7	9.7	15.1
OT	12.7	6.4	2.5	0.6	0.6	4.5	21.7	12.7	33.8
看護師	30.1	12.8	4.5	3.8	0.8	16.5	28.6	27.1	41.4
P 看護師	31.4	14.0	5.8	3.5	4.7	20.9	22.1	23.3	44.2

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

表 11 : Q13-1. 事例（統合失調症）について一般の人々はどのように考えると思うか

	抜け出せる	個人的な弱さの現れ	医学的な病気でない	彼らは危険だ	避けるのが良い	何しでかすか分からない	問題を人に言わない	彼らを雇わない	投票しない
一般人	36.2	57.6	42.5	57.5	55.2	63.0	49.1	76.0	77.0
精神科医	21.3	46.7	17.3	68.0	56.0	66.7	48.0	81.3	78.7
一般医	26.5	38.8	26.5	69.4	71.4	79.6	65.3	83.7	87.8
PSW	29.9	57.5	30.5	75.3	68.4	75.3	58.6	81.6	70.1
OT	27.1	59.3	36.7	84.7	61.6	83.1	62.7	81.9	83.1
看護師	23.2	51.2	28.0	84.0	71.2	86.4	65.6	84.0	88.0
P看護師	16.3	32.6	25.6	75.6	65.1	77.9	50.0	80.2	76.7

Q13-2. 事例（うつ病）について一般の人々はどのように考えると思うか

	抜け出せる	個人的な弱さの現れ	医学的な病気でない	彼らは危険だ	避けるのが良い	何しでかすか分からない	問題を人に言わない	彼らを雇わない	投票しない
一般人	41.8	56.2	41.9	31.3	31.2	36.1	36.5	60.4	68.6
精神科医	33.7	53.0	37.3	16.9	22.9	24.1	37.3	72.3	62.7
一般医	32.6	60.9	37.0	32.6	41.3	30.4	39.1	80.4	80.4
PSW	36.0	69.4	48.9	34.9	40.3	38.7	44.1	75.8	65.6
OT	43.9	71.3	47.1	54.8	52.9	59.9	51.6	82.2	82.8
看護師	33.8	60.9	45.9	60.2	49.6	60.2	47.4	75.2	78.2
P看護師	24.4	48.8	31.4	40.7	40.7	54.7	44.2	70.9	74.4

Q12-13 事例について個人的にはどのように考えるか（回答者個人の考え）、また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（一般的他者の考え）

一般人の個人的な考えとして、統合失調症事例に対する回答は「彼らのような問題を持つ人たちは何をしでかすか分からない」との考えが 38.3%、そして「彼らのような問題を持つ人たちは危険だ」との考えが 29.0%であり、さらに「もし私に彼

らのような問題があるとしたら、私はそれを誰にも言わないだろう」との考えも 36.1%に見られている。うつ病事例に対しては「彼ら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ができる」と考える場合が 48.3%に達していた。

こうした個人的な考えに比して、一般社会での考え方を問うと「彼ら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ができる」項を除い

て、殆どの項目で肯定層としての賛成意見が高率に表れている。個人的な考えの中では目立たなかった「あなたがこのような問題を持たないようにするためには、彼らのような問題を持つ人たちを避けるのが最もよい」との考えは、うつ病事例31.2%であるのに対して、統合失調症事例では55.2%と先の個人的考えの3倍以上になっている。「雇用しない」および「政治家への投票しない」などについては、更に賛成意見が大きくなっている。

これらについて専門職は如何に応答しているのだろうか。精神科医についてみると、当然「真の医学的な病気でない」と統

合失調症に対して考える者はおらず、うつ病に対しても2.4%にすぎない。しかし、一般社会での評価を聞くと、前者が17.3%で後者は37.3%にもものぼっている。他の専門職においても、一般人と同様な個人的見解と一般社会の見解には大きな差異を認めるが、その意味するところには別の背景が伺われよう。

Q14 事例の人との接触について、どう思うか

表 12 : Q14-1. 事例（統合失調症）との接触について個人的にはどう考えるか（肯定層）

	隣に引っ越してもいい	一晩付き合ってもいい	親しくなってもいい	職場近くで仕事を始めてもいい	結婚して家族の一員になってもいい
一般人	14.1	25.1	31.2	37.8	9.0
精神科医	6.7	21.3	24.0	33.3	6.7
一般医	6.1	20.4	32.7	34.7	-
PSW	13.8	31.6	60.3	66.7	16.1
OT	8.5	24.3	41.2	50.3	11.9
看護師	4.8	20.8	32.0	43.2	8.8
P看護師	3.5	12.8	18.6	23.3	2.3

Q14-2. 事例（うつ病）との接触について個人的にはどう考えるか（肯定層）

	隣に引っ越してもいい	一晩付き合ってもいい	親しくなってもいい	職場近くで仕事を始めてもいい	結婚して家族の一員になってもいい
一般人	20.2	39.2	43.3	46.7	16.0
精神科医	27.7	34.9	50.6	44.6	20.5
一般医	17.4	28.3	30.4	37.0	13.0
PSW	32.3	53.2	67.7	65.6	31.2
OT	24.2	38.2	57.3	61.1	15.9
看護師	15.8	37.6	45.9	49.6	7.5
P看護師	8.1	29.1	39.5	34.9	8.1

**Q15 この種の問題の原因として可能性
あるのはどれか**

一般人においては、「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」（日々のストレス）が統合失調症で91.6%、うつ病で92.7%と最も高く、次いで「ひどい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」（児童期の問題）が同じく88.6%と81.5%、「家屋焼失を来すほどの大火、重大な交通事故、強盗侵入のような、トラウマになるような最近

の出来事」（トラウマ的出来事）が79.5%と81.1%、および「身近な友人や親族が最近死んだこと」（近親者の死）が73.7%と80.6%、「性格に弱点」が77.7%と71.4%などと大きく取り上げられている。

これに対して、専門職グループでは、それらを否定するわけではないにしてもさらに他の要因への考慮が目立つ。たとえば、「遺伝の関与」（統合失調症に対する精神科医・精神科看護師、うつ病への一般医の見解）や「神経質」（うつ病への一般医・作業療法士の見解）などである。

表 13 : Q15-1. この種の問題（統合失調症）の原因として可能性のあるのはどれか

	ウィルス や感染	アレル ギー	日々の ストレス	近親者 の死亡	トラウマ 的出来事	児童期 の問題	遺伝	神経質	性格 に弱点
一般人	7.2	11.0	91.6	73.7	79.5	88.6	39.0	77.9	77.7
精神科医	8.0	2.7	44.0	28.0	29.3	32.0	54.7	44.0	33.3
一般医	12.2	2.0	63.3	49.0	63.3	73.5	49.0	49.0	42.9
PSW	6.3	2.9	75.9	66.7	66.1	64.4	30.5	44.8	24.1
OT	8.5	2.8	83.1	74.0	71.2	76.3	45.2	58.2	39.5
看護師	2.4	3.2	84.0	71.2	73.6	77.6	43.2	56.8	31.2
P看護師	3.5	4.7	66.3	55.8	60.5	61.6	52.3	50.0	31.4

Q15-2. この種の問題（うつ病）の原因として可能性のあるのはどれか

	ウィルス や感染	アレル ギー	日々の ストレス	近親者 の死亡	トラウマ 的出来事	児童期 の問題	遺伝	神経質	性格 に弱点
一般人	6.4	10.8	92.7	80.6	81.1	81.5	34.3	79.4	71.4
精神科医	3.6	4.8	74.7	86.7	89.2	73.5	37.3	55.4	32.5
一般医	6.5	4.3	91.3	84.8	87.0	76.1	50.0	76.1	58.7
PSW	10.8	8.6	89.2	89.8	85.5	70.4	23.7	48.9	23.1
OT	8.9	9.6	91.7	91.7	91.7	79.0	33.8	76.4	45.2
看護師	8.3	9.8	94.7	86.5	85.7	85.0	39.1	68.4	51.9
P看護師	9.3	11.6	88.4	75.6	76.7	75.6	41.9	68.6	51.2

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

一般人から見た「なりやすさ」について、統合失調症では「失業者はなりやすそう」が最高であり、次いで「離婚したり別居したりした人たちはなりそう」と「25歳以下の若い人はなりやすそう」が続く。いっぽう、うつ病では同じく「失業者」が

トップで、「離婚/別居」が続き、次いで「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」となっている。

専門職にあつては、統合失調症で「若い人」のなりやすさが懸念され、うつ病では「女性」や「貧困」を除き広く背景要因が考えられている。

表 14：Q16-1. 事例（統合失調症）のような問題を起こしやすいのはどのような人か

	女性	若い人	高齢者	貧困な人	失業者	離婚/別居者	独身者
一般人	22.2	33.3	22.1	13.5	45.8	38.4	23.7
精神科医	1.3	74.7	16.0	14.7	28.0	24.0	25.3
一般医	14.3	51.0	20.4	14.3	34.7	34.7	26.5
PSW	4.6	59.8	14.4	12.6	24.1	16.7	6.3
OT	14.1	49.7	14.1	4.5	39.5	33.3	11.9
看護師	14.4	28.0	23.2	6.4	37.6	28.0	8.8
P 看護師	17.4	34.9	8.1	10.5	29.1	20.9	9.3

Q16-2. 事例（うつ病）のような問題を起こしやすいのはどのような人か

	女性	若い人	高齢者	貧困な人	失業者	離婚/別居者	独身者
一般人	26.8	24.3	22.3	14.0	54.6	46.1	20.5
精神科医	33.7	10.8	59.0	30.1	61.4	62.7	20.5
一般医	21.7	17.4	56.5	30.4	71.7	67.4	26.1
PSW	21.5	18.3	52.7	16.1	57.5	46.8	9.7
OT	20.4	21.0	47.1	12.7	59.9	51.0	7.6
看護師	24.1	13.5	41.4	13.5	57.1	52.6	15.8
P 看護師	27.9	22.1	30.2	12.8	53.5	44.2	11.6

（*：結果表に表示された数値は、今後一部修正される可能性がある）

E. 考察

平成15年度は、一般住民における精神保健の知識と理解および態度などを訪問面接調査して、総括的な評価を行った。結果的には精神疾患に関する知識に不十分さが把握され、さらに偏見が厳然として認められ、それを背景に精神障害者への距離を置いた接触の有りようのあることが認められた。これらのいくつかについては、オーストラリアからの報告と比較したとき、やはり適切に普及啓発稼働される必要性のあることが示唆された。こうした一般住民における精神障害(者)への偏見差別はこれまでたびたび指摘されながら、現実に大規模な調査数でもって実証されたことはなく、さらに国際間比較の成果もなかった。

しかし、海外諸国においては、一般社会における偏見差別に関する研究は必ずしも少ないものではなく、いわゆる「しろうと理論 (lay theories)」として社会学者の手でしばしば注目されてきていた歴史が伺える。科学者からすると、このしろうと理論は取るに足らないと見なされがちであるが、詳細に検討している社会学者からすると科学的な批判に耐えるのものであるとも紹介されている。しろうと理論あるいはしろうとの信念は、①経験とそこから帰納、②観察からの解釈あるいは推論および演繹、③特別な出会いから導かれた類推や推定、④権威や他者やメディアの考え方の受容、によって「発生と発展」が説明できるとされ、精神医学に関するしろうと理論の対象となる話題の代表が精神障害(者)に対する態度測定などである。以下に少し長文にわたるが、国内で翻訳紹介されているものを、われわれ自身の理解の一助として記載しておきたい。

『Nunnally (1961)や Ahmed & Viswarathan (1984)らの試みから結果を要

約すると、「一般的に考えられているように、精神病は恐怖感・不信感・嫌悪感をもってみられている。精神病に付着するスティグマは、対象とした全ての集団において一般的に見られ、用いられた態度測定などの尺度においても一般的に見つけられることができたが、それについて年齢や教育程度のような人口統計学上の違いによる差異はほとんど見られなかった。老いている人も若い人も、また高度な教育程度がある人々でも精神衛生に関する正式なトレーニングを受けていなければ、精神病を危険で汚らしく何をするか分からず価値のないものと見なす傾向がある。強い否定的なハロー効果が、すべての精神病を包み込み、そして精神病に関わるすべてのことが悪いのだと反射的に考えさせてしまう」ことになる。しかし、これらの否定的な態度を、一般の人々が持つのは、精神病についての既存の情報や、またそれについての誤った情報に原因があるのだというよりも、情報の欠如のためである。年齢や教育程度により人々のもっている情報の種類は、著しい違いが見られるが、精神病についての態度には違いが小さいのである。若い人や教育程度の高い人には軽蔑的な態度は僅かに少ないとはいえ、その人たちの態度も依然として明らかに否定的なのである。つまり、精神病に関する人々の知識がどうであろうとも、その精神病への対応は全般的には否定的なのである。Whatley (1958)によって行われた別の研究は社会的距離に関するものであるが、それによると、人々は以前に精神病患者であった人との距離を置こうとする傾向があり、人々から距離を置かれるということが患者にとってもつばら問題をさらに悪化させる社会的孤立という状態を作り出すという結果が見出されているので

ある。

初期の研究はすべて、精神病患者は恐れられ、烙印を押され、避けられているということを見出している。しかし、Rapkin (1974)は1960年以降の研究をレビューし、それらの研究を精神病への楽観的な見方が示されているもの、悲観的な見方が示されているもの、どちらにもとれるものに分けている。方法論的な様々な問題と限界（例えば定義・評定尺度など）があるが、いくつかの研究は、一般の人々が精神病をより容認するようになってきていることを示唆している（Lemkau & Crocetti, 1962; Bentz & Edgerton, 1970）。また別の研究では、精神病患者は何をするか予測できないという理由からと思われるが、精神病と結びつけられた以前からある嫌悪や恐怖や忌避は、まだ存続しているということを示している（Bord, 1971）。しかしまた、拒絶の増加あるいは減少をはっきりとは示していないどちらともとれる結果もあった。Rapkin (1974)は、人々は精神病に関してより良質な情報を与えられるようになっており、さまざまな道徳的な論点は残るが、社会的あるいは医学的な考察がほとんどの人にとってより重要性を持つようになってきていると記している。さらに、人々が精神病を他の病気と同じようなものであると信じるようになってきていることを示唆している。

一般の人々が精神病を容認するかしないかの程度に影響を及ぼす精神病患者の特徴には、以下のものが含まれる。その特徴とは、どの程度予測不能であるのか、どの程度説明ができないのか、その行動を表出している人がその人固有の特徴を持っているかどうか、病気の特有の症状や診断名、障害された行動が顕在化しているかどうか、暴力がどの程度問題になっているか、である。同様に、この研究は、一般の人々の側

の特徴もまた、精神病を容認する程度に影響を与えていることを示している。その特徴は年齢・教育程度・職業・人種・民族・社会階層の違いであり、そしてさらに、予測されることではあるが精神病患者との実際の接触体験が含まれる。これらの研究の結果から次のような1ことが考えられる。年をとればとるほど、精神病への態度は寛容さがなくなり、同情的でなくなり、拒否的になる。社会経済的階層が低いほど精神病患者の家族にいつそう拒否的になる。また、階層が低いほど恐怖感や敵意の感情が大きく、一方、階層が高いほど羞恥心や罪悪感大きい。しかし人種や民族はたいてい階層や地位と組み合わさっており、人種や民族それ自体では肯定的な態度と否定的な態度のどちらにもはっきりとした関連性がない。同様に、精神病患者とはほとんど接触がなくても、他の人と態度に特有な違いをもたらすことになるとは限らない。』

『さまざまな国で多様な母集団を対象とし、精神病を多くの側面から取り扱っている最近のいくつかの研究で同じパターンの結果が示されている。例えば、Furnhan & Pendre (1983)は、人々が精神的な障害より身体的な障害を好ましく思っていることを見出している。同様に、Nieradzik & Cochrane (1985)は、最近の研究の中で、精神病への一般の人々の態度は容認的というより拒否的である。社会的拒絶は行動障害の程度の重大さに応じて増大する。精神病への一般の人々の態度は精神病の指標として現れる実際の行動によってのみならず精神病というラベル付けによって影響を受けるといふ仮説を確認している。

精神病への態度に関する研究は、その問題について差が現れるさまざまな特徴（例えば精神障害における性差）を伝統的に扱ってきた。Farina (1981)は、論文を広範