

Conclusions are that the widespread national campaign conducted in Australia was effective in raising recognition and that directions for the elimination of variations (*gaps*) in perceptions involving mental health on behalf of the general local populace and professionals were suggested. With such precedents as a reference and a basis in evidence, appropriate information dissemination and education should be quickly started in Japan as well.

Lastly, I would like to sincerely thank the Australian research group that has given us the opportunity to conduct this joint research and the Ministry of Health, Labor, and Welfare that provided me with research funds in the form of a Grant-in-Aid for Scientific Research. And I would sincerely like to thank everyone for being given the opportunity to speak today.

日本における一般住民の精神疾患に関するイメージ

中根 允文（長崎国際大学）

精神的な病気に罹患した人は、病気そのものに苦悩するだけでなく、地域社会からの偏見や差別に対しても悩まされていると知られています。例えば、周辺（社会）の人々の視線を気にするあまり、彼らにとって必要な病気の治療や一般的なケアへの取組みが遅れたり、日常生活の中で適切な処遇を満喫できないでいるといったことなどが容易に考えられるはずで、そうした偏見や差別が起こってくる原因として最も大きく話題になるのは、一般市民の精神疾患に対する認識の低さ、およびそれに基づく精神疾患や精神障害者への理解の欠如であり、行政的にも適切な普及啓発活動が必要とされています。

そこで日本では2002年12月に社会保障審議会（障害者部会精神障害者分会）の報告書を受けて、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が設置され、そこでの議論の結果から2003年5月に今後厚生労働省として取り組むべき施策の方向性を「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」として中間報告の形で発表しました。その概要を見ると、重点施策の一つとして、精神保健福祉に関する普及啓発活動、すなわち精神疾患及び精神障害者に対する理解の促進が取り上げられました。これを受けて、新たに創設された「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」において、施策の具体的方向について議論が進められ、2004年3月には「心のバリアフリー宣言～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～」が発表され、その趣旨に則った取組みが少しずつ明らかにされてきています。

こうした経緯の中で、1998年から展開されていた日豪保健福祉協力としての The Australia-Japan Partnership の第2段階として2001年からは精神保健をテーマにした共同作業が進められることになり2002年9月オーストラリア・キャンベラで第1回の共同研究者会議が開催されました。つまり、日本とオーストラリア両国において精神保健に関する知識や理解がどのようなものであるかを専門家として把握して適切な精神保健福祉に関する普及啓発活動を展開させようというものです。両国の国民における精神疾患への知識および精神障害者に対する理解を詳しく調査し、その結果からどのような普及啓発活動が必要であるかを明らかにしようというものでした。ただ、オーストラリアでは数年前に類似の地域調査が施行されていて、その結果に対して数年前から体系的なキャンペーンプログラムが精力的に実施されてきたという経過があります。オーストラリアでは今回あらためてわれわれと合同の調査を行い、以前の調査結果と比較する中で、一般市民における精神障害（者）に対する認識の変化を、従来行ってきたキャンペーンプログラムの成果として纏められました。その一部を、先ほどジョーム教授（キャンベラ大学）は見せていただきました。そこで私は、ジョーム教授によるオーストラリアからの結果と比較しながら、日本の結果を紹介していきたいと思います。

既に、ジョーム教授が、私の講演の前に詳しく今回のわれわれの調査法について紹介されました。つまり、うつ病と統合失調症と考えられるような悩みを持ちながら生活している4人の人たちの様子がヴィネットとして呈示された上で、これらの事例についてどのよ

うな印象を持つのかを、直接調査する人（調査員）から問われるという面接調査法です。日本側の調査メンバーを示しています。日本では、2003年11月中旬から約1ヶ月間にわたって、日本各地25カ所の一般市民2,000人が面接調査を受けてくれました。2,000人というのは、男女1,000人ずつであり、1,000人ずつがうつ病の事例と統合失調症の事例を示されて回答しました。調査の対象は20歳から60歳の人までであり、25カ所の地点には東京や大阪のような大都市や、もっと田舎の小都市も多数含まれました。対象地域の選定にあたっては、精神科病床数が多いところや逆に極めて少ないところ、あるいは自殺の頻度が高いところやそうでないところなどもありました。実際の面接は、調査機関に依頼して、その企業と契約している調査員が一定のトレーニングを受けた後に被調査者宅を訪問して行われました。

では、これから少しずつ調査結果を示していきます。まず、呈示された4事例をどのように認識したかを見てみましょう。うつ病の4事例に対してうつ病だと認識した頻度は28.8%でした。自殺観念のある事例では認識率は更に上がっています。一方、統合失調症の場合には25.3%の認識率となっており、特に慢性例に対する認識率はまあまあ高い割合に達しています。これを、先に紹介されたオーストラリアからのデータと比較したとき、うつ病と統合失調症の間では認識の程度に大きな違いのあることが分かります。すなわち、日本人にとって、うつ病を病気として認識することは極めて難しく、精神的に何か問題はありそうだけど何という病気であるかを確定しがたいみたいです。統合失調症については、オーストラリアと比較して大きな差異はないにしても、うつ病と混同されている感があります。私は以前から指摘していたのですが、日本人のうつ病への感性の鈍さが証明された印象です。

次に、そうした事例にとって、どのような支援プログラムが有用であるかについてみてみます。まず、大まかに聞いてみると、家族や親友と相談することが貴重とされ、プロフェッショナルスタッフとしてはカウンセラーへの期待の大きさが目立ちました。日本で災害や事件が発生すると直ぐに心のケアが話題にされ、何々カウンセラー、例えばスクールカウンセラーなどが有用かのように喧伝されるせいなのでしょう。少し詳しく見てみると、人的資源における有用性又は有害性については、やはり親友や近親者が役に立つとして、それと同等なくらいにカウンセラーを高く評価し、精神科医はほどほどに有用性が認識されていました。ただ、オーストラリアの場合と大きく違うのが、一般開業医すなわちGPへの評価の低さでした。とはいえ、精神科医や心療内科医に対する期待も今一つという感じであり、われわれ自身が、もう少し頑張らなければならないのでしょうか。

その他の治療法に関しても、われわれ専門家からするとかなり違った反応でした。治療薬についてみると、日本人にとって馴染みのある精神安定剤という用語が最も有用な薬剤として期待されました。たとえば、うつ病だけを見たときでも、最も期待される薬剤は精神安定剤であり、その次に抗うつ薬が来てはいますが、その抗うつ薬に対する不安は少なくなく極めて悪影響を及ぼしうると評価されていました。精神安定剤や抗うつ薬はよく知られた言葉ではあるけど、その詳しい効用は理解されていない可能性がうかがわれました。特に、睡眠薬の副作用による有害性についてはかなり強烈に認識されており、ユニークでした。オーストラリアの結果と比較したとき、一般的にいえることは、日本での認識の仕方が曖昧なパターンに終始している印象が目立つように思います。治療に関してオースト

ラリアでは身体的活動を高めることが推進されているようですが、日本では必ずしも高くありません。ただ、うつ病や統合失調症などの精神病に罹ったとき、精神療法は必要と見なされても、精神科病棟に入院したり、あるいは電気けいれん療法を受けるなどは悪影響を及ぼすものと考えられ、特別なダイエットについては断じて有用性より有害性の方が高いとされました。

こうした事例が適切な治療者に出会って診療されたとき、あるいはそうした機会に出会わなかったときの病気の経過や治り方（転帰）についてみると、やはり専門家による診療の重要性を認識した結果が理解された結果だと思えます。つまり、適切な診療を受ければ、うつ病にせよ統合失調症にせよ、かなり良い転帰を迎えると考えてもらっています。もし、そうでなければ、病状は軽快しないか悪化すると認識されています。次に、こうした事例が長い時間を経過したときに、どのようなことが想定できるかを考えてもらうと、多くの場合交友関係が乏しくなり、自殺を企図することが起こりそうだが、一方では周囲の人の気持ちをより理解するようになりそうだとポジティブな評価も見られました。つまり、精神障害者に対して否定的な側面だけを見ようとするのではなく、彼らが苦悩を体験したことから更に他人の感情を理解できるようになりそうだと考えていたというのが分かったわけですね。

そうはいつても、彼らへの差別意識は歴然たるものでした。うつ病の人に対しては42%の回答者が周囲から差別されると考え、統合失調症では54%の回答者がそのように考えていました。特に、慢性の統合失調症になると、差別されるであろうと考える人は63%にも上っていました。このように考える背景について少し考えてみます。たとえばうつ病については「個人的な弱さ」だとか「本当は医学的な病気ではない」などとの考えが指摘され、オーストラリアの結果と比較したとき、「性格の弱さ」が強調され、病気になるということへの自己責任が強く指摘されています。したがって、自らが望めば容易に抜け出ることが可能であるとも見られたりしています。そのせいか、もし自分にそうした問題が起こったら口外しないという気持ちにもなっているみたいです。似たようなことは、統合失調症についてもいえます。ただ、統合失調症では更に、そうした患者が突飛な行動を引き起こしそうだと懸念されています。

こうした結果を少しまとめてみます。うつ病や統合失調症に関する認識のあり方は、いずれの疾患についても精神的・情緒的に何か問題はありそうだと思うながらも、やはりオーストラリアの場合より低いというのが現実みたいです。更に重要なのは、そうした事例に対して助けになることあるいは悪影響になることの内容が、われわれ専門家からすると、若干ずれがありそうということですね。それは、たとえば有用な治療者、有用な薬物療法、および包括的な治療法などに関する理解のあり方などです。

われわれは今年度、日本国内の専門家、たとえば、精神科医や精神科看護師や精神科ソーシャルワーカーの意見を調査することにしており、同時に非精神科の専門家（一般開業医や内科医、他診療科に勤務する看護師）および臨床心理的作業を専門とするスタッフにも、同じ調査表を使った調査を行うことにしています。これらの調査結果を、ここに紹介した結果と比較して、各対象群の理解のずれを明らかにして、今後どのような精神保健福祉の理解に関する普及啓発活動を行うべきかといった指針を確立していきたいと考えています。

結論として、オーストラリアにおいてなされてきた国家的な普及活動キャンペーンが、そうした認識の高揚に有効であったこと、および一般地域住民と専門職との間における精神保健に係る認識のずれを解消させる方向性を示唆していることなどを知るとき、こうした先例を参考にしながら、かつエヴィデンスを前提にしつつ、日本においても早急に適切な普及啓発活動が開始されるべきと考えます。

最後に、こうした共同研究の機会を与えていただいたオーストラリア側研究グループと厚生労働科学研究費補助金という研究資金を提供された厚生労働省に感謝すると共に、本日この発表の機会を与えられたことに心から感謝します。

Public Images of Mental Disorders in Japan

NAKANE, Yoshibumi M.D., Ph.D.

Professor of Major in Social Work, Division of Human Sociology
NAGASAKI INTERNATIONAL UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL

Directions for Future Policies for Reform of Mental Health and Welfare

— An Interim Report from the Ministry of Health, Labour, and Welfare, Japan May 2003 —

Priority Policy: “Dissemination of information and education regarding mental health and welfare i.e. promotion of understanding with respect to individuals with mental diseases and mental disorders”

— Study Group on Information Dissemination and Enlightenment for a Correct Understanding of Mental Health Problems promoted “**Declaration on Removing Mental Barriers**”: Guidelines to correctly understand mental disorders and take new steps — March 2004

Australia-Japan Joint Research of Mental Health

Japan site

Chief: Professor Nakane, Yoshibumi
The Faculty of Human Sociology,
Nagasaki International University

Australia site

Chief: Professor Anthony F Jorm
NHMRC Social Psychiatry Research Unit,
The Australian National University

Public Images of Mental Disorders in Japan

JAPAN Group

- NAKANE, Yoshibumi ¹⁾ M.D., Ph.D.
- YOSHIOKA, Kumiko ²⁾ Ph.D.
- NAKANE, Hideyuki ²⁾ M.D., Ph.D.
- WATA, Yuji ³⁾ Ph.D.

1) Faculty of Human Sociology, Nagasaki International University
2) Division of Neuropsychiatry, Department of Translational Medical Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences
3) Bunkyo Gaku-in University

Details of Field Survey in Japan

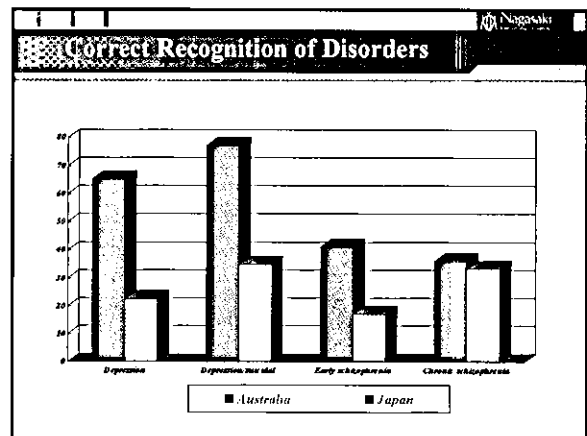
- Period of Survey: Nov 19 – Dec 12, 2003
- Survey sites: 25 points
 - Metropolitan area (Kanto/Kansai) 10 points
 - Shizuoka/Aichi 5 points
 - Tohoku/Kita-Kanto 5 points
 - Kita-Kyusyu/Nagasaki 5 points
- Number of Subject: 2,000 (Age group 20-60 years old)
- Door to Door methodology: interview according to the sheets for about 15-20 minutes

Percentage of respondents mentioning each category to describe problems shown in the depressive vignette

	Total	depression	Depression/ suicidal
Depression	28.8	22.6	35.0
Schizophrenia/psychoses	1.7	2.2	1.2
Psychological/mental/emotional problems	27.1	29.4	24.8
Mental illness	9.7	9.2	10.2
Stress	22.4	25.0	19.8

Percentage of respondents mentioning each category to describe problems shown in the psychotic vignette

	Total	early	chronic
Depression	11.6	13.6	9.6
Schizophrenia/psychoses	25.3	17.2	33.4
Psychological/mental/emotional problems	27.8	28.4	27.2
Mental illness	17.2	21.6	12.8
Stress	4.4	5.0	3.8

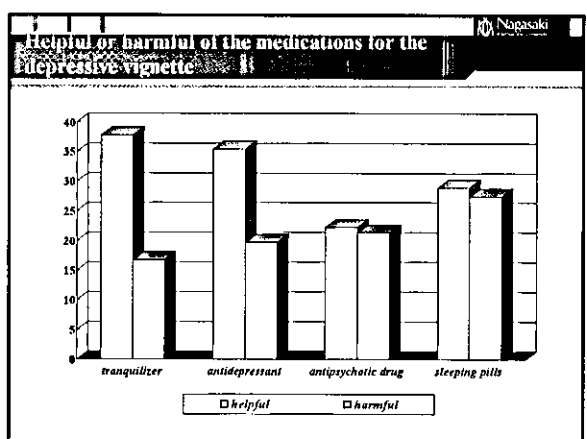
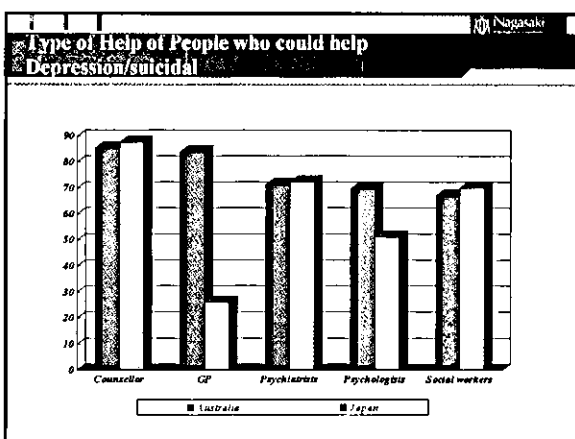


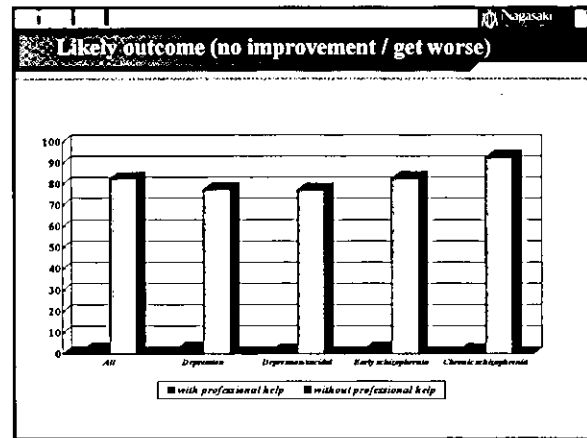
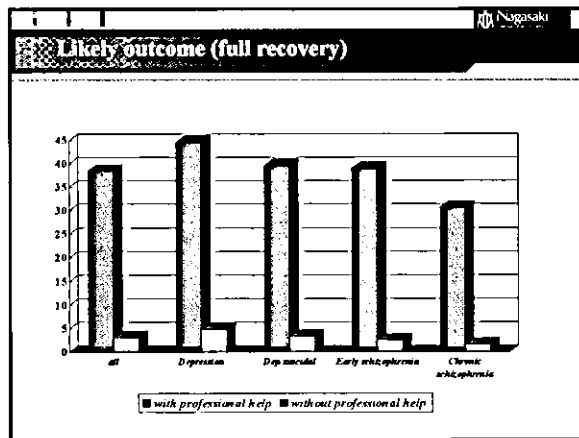
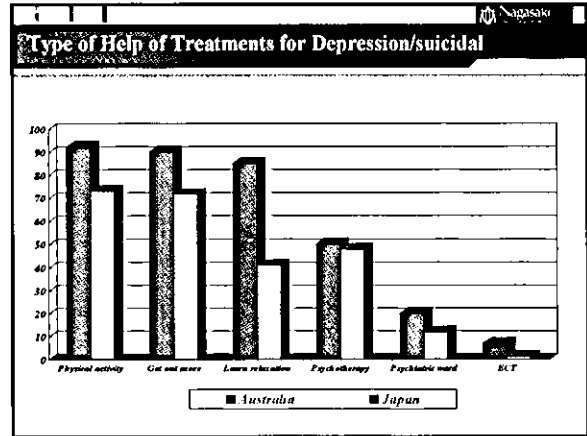
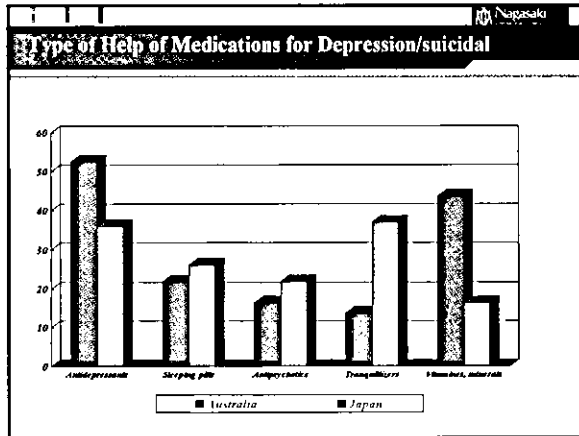
Most helpful behavioral pattern were :

	Depression	Schizophrenia
Talk over with friends/ family	31.7	14.2
See a doctor (GP)	4.5	2.2
See a psychiatrist	16.5	29.6
See a counsellor or have counselling	35.8	41.4
Take medication	0.1	0.3

Type of help as 'helpful' were: (%)

	Total	Depression	Schizophrenia
Close family	81.6	84.6	78.6
Close friends	77.2	84.0	70.3
GPs	24.6	28.2	20.9
Counsellors	87.3	86.7	87.8
Psychiatrists	73.5	70.9	76.0
Deal with it alone	22.2	22.4	21.9



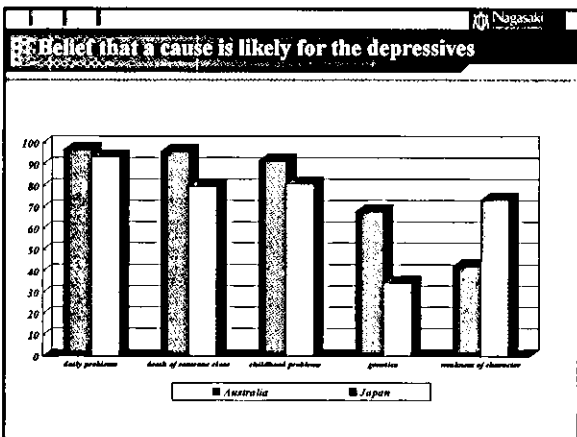
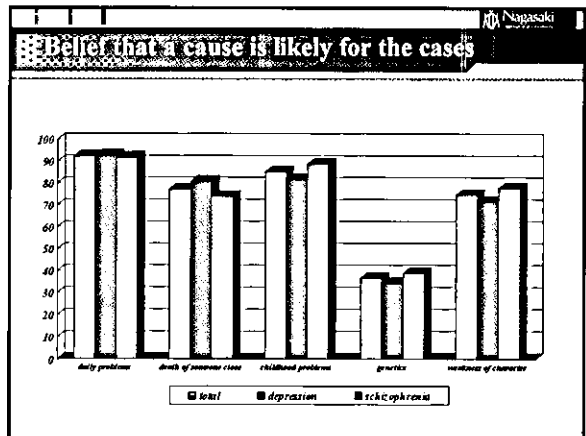
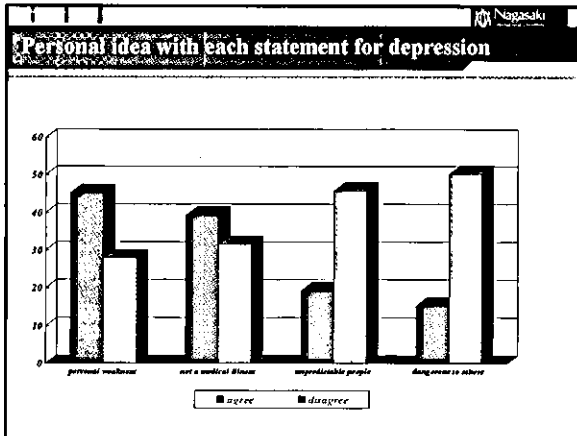


The Case would be ... in the long-term, compared to other people in the community

To be violent	7.7 %
To take illegal drugs	11.2 %
To have poor friendship	30.0 %
To attempt suicide	19.5 %
To be understanding of other people's feelings	26.3 %

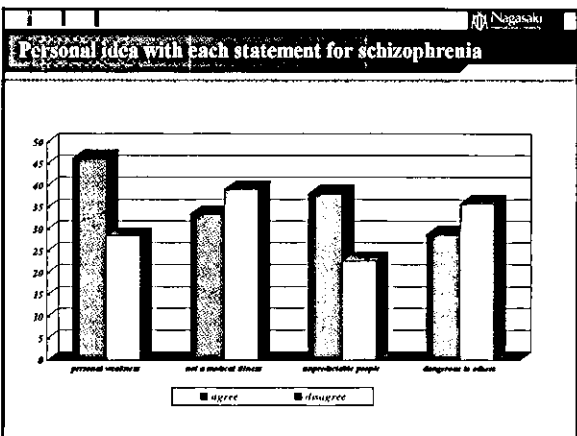
They would be discriminated against by others (%)

	Yes	No	Don't know
Total	41.9	34.4	23.7
Depression	30.1	44.8	25.1
not suicidal	27.6	48.6	23.8
suicidal	32.6	41.0	26.4
Schizophrenia	53.7	24.0	22.3
early	44.8	29.6	25.6
chronic	62.6	18.4	19.0



Attitudes to Depressed Person

Question	% Personally Agreeing	% Who Believe Most People Would Agree
Could snap out if they wanted	48.3%	41.8%
Problem is not a real medical illness	39.3%	41.9%
If I had problem, would not tell anyone	25.8%	36.5%
I would not employ someone like this	38.6%	60.4%



Summaries

- Even though perceptions regarding depression and schizophrenia were that with either diseases the individual affected had some mental or emotional problem, the reality appears to be that there is a lower level of such recognition in Japan than in Australia.
- More importantly, there was some variation in details regarding what would help such cases or cause a negative effect as seen from our perspective as experts.
- These variations are forms of understanding regarding, for example, helpful therapists, helpful drug treatments, and comprehensive treatment methods.

Conclusions

- The widespread national campaign conducted in Australia was effective in raising recognition
- and directions for the elimination of variations in perceptions involving mental health on behalf of the general local populace and professionals were suggested
- With such precedents as a reference and a basis in evidence, appropriate information dissemination and education should be quickly started in Japan as well

My CV (Born: 1938)

1963 Graduated from Nagasaki University School of Medicine
 1968 Graduated from Nagasaki University Graduate School of Medicine, Major in Neuropsychiatry
 1969 Associate Professor of Nagasaki University Hospital
 1974-75 Studied the psychiatric epidemiology at the Institute of Psychiatric Demography, Aarhus University, Denmark (under Professors E. Stromgren & M. Schou)
 1981 Assistant Professor of Nagasaki University
 1984 Professor of Nagasaki University
 2002 Professor of Nagasaki University Graduate School
 2003 Emeritus Professor of Nagasaki University
 2003 Professor of Nagasaki International University
 2004 Professor of Nagasaki International University Graduate School

Have got something in the media about depression in last year (%)

	Sex		Age group					Survey points :					
	All	M	F	20	30	40	50	60	Tohoku	Tokyo	Shizuoka	Kinki	Kyushu
Yes	43.9	38.3	49.4	40.5	40.3	45.3	45.9	47.5	38.3	52.0	36.0	51.5	41.5
No	51.7	56.2	47.1	55.3	55.0	50.0	48.9	49.3	56.5	44.3	59.3	45.3	53.0
Other	4.5	5.5	3.5	4.3	4.8	4.8	5.6	3.3	5.3	3.8	4.8	3.3	4.5

Have heard of any information related to mental health (%)

	Yes, very well	Yes	No
Family Group (Zenkaren)	0.4	21.9	77.8
AA (Danshu-kai)	3.0	48.9	48.2
Inoti no Denwa (Hot Line)	5.7	70.0	24.4
Ashinaga Ikuei Kai	6.5	66.3	27.2
Committed Suicide people in last few years >30,000	4.2	44.5	51.4
Change Japanese title of schizophrenia	1.7	16.5	81.9

Depression: Recognition and Beliefs About Outcome

- Most recognized some sort of mental health problems
 29% mentioned depression
 27% mentioned psychological/mental/emotional problem
 22% mentioned stress
- Most helpful were: Counsellors, close friends/families, social workers, psychiatrists, physical activity, getting out more, etc. Admission to a psychiatric ward and ECT were more often rated as harmful than helpful.

Schizophrenia: Recognition and Beliefs About Outcome

- Most recognized some sort of mental health problems
 25% mentioned schizophrenia
 28% mentioned psychological/mental/emotional problem
 12% mentioned depression
- Major helpful were: Counsellors, close families, psychiatrists, physical activity etc, Admission to a psychiatric ward, ECT and special diet were more often rated as harmful than helpful

Ⅲ. 資 料

「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」
に関する追加報告

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）
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）
：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）

目 次

1. 調査実施に係る状況、および結果の要約
（前回報告書のミスの修正を含む）
2. 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究に係る Q1-Q23 の付表-1
（全体的回答：うつ病や統合失調症の事例別・重症度別にしたものでない）
3. 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究に係る Q1-Q16 の付表-2
（事例別およびその重症度別）
4. 日本におけるメンタルヘルスリテラシーの特徴（要約）
5. Comparison of data from the Japanese and the Australian samples
（オーストラリアおよび日本からのデータの予備的比較）

1. 調査実施に係る状況、および結果の要約（前回報告書のミスの修正を含む）

i. 調査実施に係る状況

①面接調査員のための説明会

	実施年月日	対象会場	参加人員
A	2003年11月18日	首都圏	16
B	2003年11月18日	宇都宮市・水戸市	8
C	2003年11月19日	愛知圏	16
D	2003年11月19日	浜松市	4
E	2003年11月20日	近畿圏	16
F	2003年11月20日	盛岡市・秋田市	4
G	2003年11月21日	福岡市・北九州市	11
H	2003年11月22日	長崎市・大村市	4
I	2003年11月26日	新潟市	4

②面接調査員に係る状況

	動員人数	年齢（歳）		調査員歴（年）	
		平均	年齢幅	平均	経験年数幅
全 国	85	50	24 - 70	17	1 - 40
首都圏	16	52	45 - 68	15	1 - 40
近畿圏	16	51	31 - 70	20	3 - 37
愛知圏	16	50	32 - 60	20	1 - 30
浜松市	4	57	55 - 58	10	3 - 20
盛岡市・秋田市	6	46	33 - 59	13	6 - 18
新潟市	4	50	34 - 65	25	5 - 35
宇都宮市・水戸市	8	48	25 - 65	8	1 - 20
福岡市・北九州市	11	48	38 - 62	22	2 - 32
長崎市・大村市	4	42	24 - 51	12	2 - 20

③調査実施期間

2003年11月29日～2003年12月12日

（但し、うち2例のみは他より早期または遅れて含まれている）

④調査の地域と地点、および同地点などが選択された背景など

PREF1 調査地点（広域）

		度 数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有 効	1. 東北・北関	400	20.0	20.0	20.0
	2. 首都圏	400	20.0	20.0	40.0
	3. 静岡・愛知	400	20.0	20.0	60.0
	4. 近畿圏	400	20.0	20.0	80.0
	5. 北九州・長崎	400	20.0	20.0	100.0
	合計	2,000	100.0	100.0	

PREF2 調査地点（都道府県）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3. 岩手県	80	4.0	4.0	4.0
	5. 秋田県	80	4.0	4.0	8.0
	8. 茨城県	80	4.0	4.0	12.0
	9. 栃木県	80	4.0	4.0	16.0
	11. 埼玉県	80	4.0	4.0	20.0
	12. 千葉県	80	4.0	4.0	24.0
	13. 東京都	160	8.0	8.0	32.0
	14. 神奈川県	80	4.0	4.0	36.0
	15. 新潟県	80	4.0	4.0	40.0
	22. 静岡県	80	4.0	4.0	44.0
	23. 愛知県	320	16.0	16.0	60.0
	27. 大阪府	240	12.0	12.0	72.0
	28. 兵庫県	160	8.0	8.0	80.0
	40. 福岡県	240	12.0	12.0	92.0
	42. 長崎県	160	8.0	8.0	100.0
合計		2,000	100.0	100.0	

PREF3 調査地点（市町村）

地域	都 府 県	No 地点	対象数	選択と分類の事由
首都圏	東京都	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 12100	80	
近畿	大阪府	5 川口市 11203	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
		6 大阪市住吉区 27100	80	
		7 大阪市平野区	80	
	8 堺市 27201	80		
兵庫県	9 西宮市 28204	80		
10 神戸市 28100	80			
東海	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 3201	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 5201	80	
	新潟県	18 新潟市 15201	80	
	茨城県	19 水戸市 8201	80	
	栃木県	20 宇都宮市 9201	80	
北九州	福岡県	21 福岡市南区 40130	80	大都市圏で、精神科病床が多い
		22 福岡市早良区	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	

TEST 調査実施日

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント	
有効	09-OCT-2003	1	0.1	0.1	0.1
	22-OCT-2003	1	0.1	0.1	0.1
	02-NOV-2003	2	0.1	0.1	0.2
	03-NOV-2003	1	0.1	0.1	0.3
	10-NOV-2003	1	0.1	0.1	0.3
	18-NOV-2003	2	0.1	0.1	0.4
	19-NOV-2003	21	1.1	1.1	1.5
	20-NOV-2003	32	1.6	1.6	3.1
	21-NOV-2003	44	2.2	2.2	5.3
	22-NOV-2003	89	4.5	4.5	9.7
	23-NOV-2003	109	5.5	5.5	15.2
	24-NOV-2003	118	5.9	5.9	21.1
	25-NOV-2003	102	5.1	5.1	26.2
	26-NOV-2003	129	6.5	6.5	32.6
	27-NOV-2003	154	7.7	7.7	40.3
	28-NOV-2003	110	5.5	5.5	45.8
	29-NOV-2003	167	8.4	8.4	54.2
	30-NOV-2003	184	9.2	9.2	63.4
	01-DEC-2003	100	5.0	5.0	68.4
	02-DEC-2003	109	5.5	5.5	73.8
	03-DEC-2003	116	5.8	5.8	79.6
	04-DEC-2003	96	4.5	4.5	84.1
	05-DEC-2003	80	4.0	4.0	88.1
	06-DEC-2003	100	5.0	5.0	93.1
	07-DEC-2003	69	3.5	3.5	96.6
	08-DEC-2003	24	1.2	1.2	97.8
	09-DEC-2003	19	1.0	1.0	98.7
	10-DEC-2003	21	1.1	1.1	99.8
	11-DEC-2003	4	0.2	0.2	100.0
	30-DEC-2003	1	0.1	0.1	100.0
合計	2,000	100.0	100.0		

AGE 年齢セル

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント	
有効	1. 20-29 歳	400	20.0	20.0	20.0
	2. 30-39 歳	400	20.0	20.0	40.0
	3. 40-49 歳	400	20.0	20.0	60.0
	4. 50-59 歳	400	20.0	20.0	80.0
	5. 60-69 歳	400	20.0	20.0	100.0
	合計	2,000	100.0	100.0	

GENDER 性別

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1. 男性	1,000	50.0	50.0	50.0
	2. 女性	1,000	50.0	50.0	100.0
	合計	2,000	100.0	100.0	

ii. 結果の要約（追加的資料）

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

（表 1 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	うつ病	企死念慮	全	早期	慢性
うつ病	20.2	28.8	22.6	35.0	11.6	13.6	9.6
統合失調症	13.5	1.7	2.2	1.2	25.3	17.2	33.4
神経症性的問題	2.4	2.3	2.0	2.6	2.5	2.6	2.4
心理的・情緒的な問題	27.5	27.1	29.4	24.8	27.8	28.4	27.2
こころの病気	13.5	9.7	9.2	10.2	17.2	21.6	12.8
ストレス	13.4	22.4	25.0	19.8	4.4	5.0	3.8
何らかの問題あり	3.1	3.2	3.8	2.6	3.0	2.2	3.8
身体的な問題	0.2	0.3	0.4	0.2	0	0	0
問題なし	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0	0.4

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 2 紹介事例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	うつ病	企死念慮	全	早期	慢性
医師（一般医）に診てもらうこと	3.4	4.5	6.0	3.0	2.2	1.6	2.8
精神科医に診てもらうこと	23.1	16.5	16.8	16.2	29.6	27.6	31.6
薬を服用すること	0.2	0.1	0	0.2	0.3	0	0.6
カウンセラーにあうこと	38.6	35.8	32.0	39.6	41.4	45.6	37.2
自分の問題を認めること	7.3	7.4	8.0	6.8	7.1	7.8	6.4

Q4-7 次の人たち、薬物、治療法、あるいは情報源は、事例にとって助けになるか、悪影響になるか。

(表 4「紹介事例の人にとって援助となる支援のタイプ別にみた頻度」、表 5「紹介事例の人にとって悪影響となる支援のタイプ別にみた頻度」)

表 4

	全事例	うつ病事例			統合失調症事例		
		全	うつ病	企死念慮	全	早期	慢性
支援する人たち							
一般開業医	24.6	28.2	30.4	26.0	20.9	19.0	22.8
薬剤師	5.5	6.7	6.8	6.6	4.2	4.2	4.2
カウンセラー	87.3	86.7	85.8	87.6	87.8	87.0	88.6
ソーシャルワーカー	71.8	71.8	73.4	70.2	71.8	68.4	75.2
電話相談サービス	39.4	46.1	42.4	49.8	32.6	35.6	29.6
精神科医	73.5	70.9	69.4	72.4	76.0	73.0	79.0
臨床心理士	57.3	53.9	56.6	51.2	60.7	56.2	65.2
家族	81.6	84.6	85.0	84.2	78.6	76.8	80.4
親友	77.2	84.0	84.8	83.2	70.3	70.4	70.2
自然療法家	10.9	13.0	11.2	14.8	8.7	8.4	9.0
聖職者	15.4	16.8	13.6	20.0	13.9	11.6	16.2
本人の対処	22.2	22.4	24.4	20.4	21.9	22.4	21.4
薬物							
ビタミン・ミネラル・強壯	14.9	18.3	20.2	16.4	11.5	10.6	12.4
鎮痛剤	4.2	4.0	4.4	3.6	4.4	4.2	4.6
抗うつ薬	37.3	35.4	34.8	36.0	39.2	38.6	39.8
抗生剤	6.4	6.1	6.2	6.0	6.6	4.8	8.4
睡眠薬	26.0	28.9	31.6	26.2	23.1	21.4	24.8
抗精神病薬	29.0	22.2	22.6	21.8	35.7	30.2	41.2
精神安定剤	39.8	37.7	38.4	37.0	41.9	38.4	45.4
治療手段							
身体の活動	71.7	71.4	69.4	73.4	72.0	73.4	70.6
書籍を読む	56.0	59.7	60.0	59.4	52.2	57.6	46.8
出歩くこと	67.0	69.5	67.0	72.0	64.4	67.2	61.6
リラックス学習	33.8	39.7	38.2	41.2	27.8	26.2	29.4
全く断酒	15.0	12.1	10.0	14.2	17.9	18.6	17.2
精神療法	54.5	48.6	49.0	48.2	60.4	53.8	67.0
催眠	28.1	28.4	28.0	28.8	27.8	22.4	33.2
精神科入院	19.4	12.8	13.6	12.0	26.0	22.0	30.0
電気痙攣療法	1.6	1.8	2.2	1.4	1.4	1.4	1.4
時々の飲酒	22.9	28.2	31.4	25.0	17.6	15.2	20.0
特別なダイエット	5.1	5.8	5.6	6.0	4.4	4.4	4.4
情報源：ウェブサイト	46.7	45.7	45.6	45.8	47.7	48.4	47.0
e-mailで専門家	55.3	53.8	54.0	53.6	56.7	56.8	56.6
著書を調べる	53.7	51.9	54.0	49.8	55.5	57.4	53.6
健康相談の先生	50.9	53.2	55.2	51.2	48.6	46.6	50.6

表 5

	全事例	うつ病事例			統合失調症事例		
		全	うつ病	企死念慮	全	早期	慢性
支援する人たち							
一般開業医	11.0	9.2	9.4	9.0	12.7	12.6	12.8
薬剤師	22.8	22.8	23.6	22.0	22.7	22.4	23.0
カウンセラー	1.3	1.0	1.0	1.0	1.5	1.4	1.6
ソーシャルワーカー	3.1	2.2	1.4	3.0	3.9	4.8	3.0
電話相談サービス	9.6	7.6	8.6	6.6	11.5	11.0	12.0
精神科医	4.8	5.1	5.4	4.8	4.4	6.0	2.8
臨床心理士	6.3	7.0	6.0	8.0	5.5	6.0	5.0
家族	3.1	1.6	1.6	1.6	4.5	4.6	4.4
親友	2.9	1.6	1.8	1.4	4.1	4.0	4.2
自然療法家	18.9	18.0	18.8	17.2	19.8	18.2	21.4
聖職者	22.3	19.4	24.2	14.6	25.2	26.0	24.4
本人の対処	40.9	42.0	41.4	42.6	39.8	38.8	40.8
薬物							
ビタミン・ミネラル・強壯	14.5	14.2	14.6	13.8	14.7	14.6	14.8
鎮痛剤	39.6	43.0	43.4	42.6	36.1	36.6	35.6
抗うつ薬	16.3	19.7	18.2	21.2	12.9	15.2	10.6
抗生剤	29.8	33.7	29.8	37.6	25.9	29.0	22.8
睡眠薬	28.0	27.4	27.0	27.8	28.5	30.0	27.0
抗精神病薬	17.2	21.4	19.0	23.8	12.9	17.4	8.4
精神安定剤	14.1	16.7	15.8	17.6	11.4	13.4	9.4
治療手段							
身体的活動	3.8	3.8	3.6	4.0	3.7	3.8	3.6
書籍を読む	8.5	7.7	7.6	7.8	9.2	8.0	10.4
出歩くこと	5.0	3.9	3.0	4.8	6.0	7.4	4.6
リラクセス学習	11.5	7.9	7.6	8.2	15.0	16.4	13.6
全く断酒	14.0	16.1	17.2	15.0	11.8	11.4	12.2
精神療法	4.9	5.8	7.4	4.2	3.9	5.2	2.6
催眠	14.0	14.1	14.2	14.0	13.9	17.4	10.4
精神科入院	37.3	43.3	43.0	43.6	31.3	38.0	24.6
電気痙攣療法	49.8	52.3	50.2	54.4	47.3	50.6	44.0
時々の飲酒	24.0	18.8	17.4	20.2	29.1	31.4	26.8
特別なダイエット	53.6	55.4	55.2	55.6	51.8	53.2	50.4
情報源：ウェブサイト							
e-mailで専門家	5.4	6.3	5.0	5.6	5.5	5.2	5.8
著書を調べる	4.2	3.7	3.0	4.4	4.6	4.2	5.0
健康相談の先生	4.5	4.1	4.4	3.8	4.9	5.2	4.6

Q8-9 事例が最適と思われる専門家の治療を受けたとき、あるいは何らの治療を受けな
 いたしたら、どうなるか。(表6 紹介事例の人の回復の見込みについて)

	全事例	うつ病事例			統合失調症事例		
		全	うつ病	企死念慮	全	早期	慢性
専門家の治療を受けた場合							
十分に回復	5.1	6.6	7.4	5.8	3.6	4.4	2.8
十分に回復、但し再発	33.4	35.5	37.2	33.8	31.2	34.6	27.8
部分的な回復	14.3	15.1	14.8	15.4	13.4	13.2	13.6
部分的回復、再発	43.3	39.0	37.4	40.6	47.5	42.2	52.8
改善なし	1.9	1.8	2.4	1.2	2.0	2.4	1.6
悪化する	0.1	0.1	0	0.2	0.1	0.2	0
専門家の治療を受けなかった場合							
十分に回復	0.5	0.7	0.6	0.8	0.2	0	0.4
十分に回復、但し再発	2.7	3.4	4.2	2.6	1.9	2.6	1.2
部分的な回復	2.9	3.8	3.8	3.8	1.9	2.6	1.2
部分的回復、再発	9.2	11.8	12.4	11.2	6.5	8.6	4.4
改善なし	32.3	28.1	29.8	26.4	36.5	33.6	39.4
悪化する	50.2	49.2	47.6	50.8	51.1	49.0	53.2