

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。

表 9 Q11. 統合失調症およびうつ病事例の場合（単一回答）

	統合失調症			うつ病		
	差別される	差別されない	分からない	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	30.1	44.8	25.1
精神科医	64.0	16.0	20.0	20.5	45.8	32.5
一般医	69.4	6.1	24.5	47.8	34.8	17.4
PSW	54.6	8.6	36.8	22.6	38.7	38.2
OT	65.5	6.8	27.7	40.1	26.1	33.8
看護師	64.8	8.8	26.4	36.8	26.3	36.8
P 看護師	59.3	4.7	36.0	31.4	25.6	43.0

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ない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、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。

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。

呈示された事例に対する人的資源の有用性について、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。ただ、今回の問いかけにおいては、「カウンセラー」がどのような人たちであるかを話題にしていないので、問われた被験者が何を連想したかは曖昧なままである。同じことは、他の職種たとえば薬剤師・ソーシャルワーカー・電話相談サービス・臨床心理士・自然療法家・聖職者などといった人的資源についても同様であり、日豪両国の事情は異なっており、両国間だけでなく、日本国内にあっても、被験者夫々の理解を前提に評価されたものであると考えざるを得ない。

表 10 Q4. 統合失調症・うつ病事例にとって助けになるか

		一般診療医	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
統合失調症	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
うつ病	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 11 Q5. 次の薬は事例（統合失調症・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
統合失調症	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
うつ病	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はいない。「精神科病棟への入院」や「ECT を受ける」については、今少し必要性が認識されていていいのではないかという印象がある。

表 12 Q6. 次の治療法は事例（統合失調症・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
統 合 失 調 症	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
う つ 病	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

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ことが判明した。たとえば、うつ病事例では「他人の気持ちを理解しよう」（彼[彼女]は他の人の気持ちを理解するようになりそう、30.0%）がトップであり、一方「交友関係が乏しくなりそう」（28.7%）が 2 位になっている。統合失調症では、1 位と 2 位が逆転しているが、「他人の気持ちを理解しよう」は高い評価を見る。ただ、その他のスタッフについては悲観的な評価傾向にあり、「交友関係が乏しくなりそう」とか「自殺を企てそう」などの見方が多い（特に、精神科医や一般医による懸念は顕著である）。特にうつ病において、「自殺を企てそう」は、一般医（39.1%）や精神科看護師（32.6%）において高く、一般人（20.3%）や精神保健福祉士（22.6%）においては必ずしも高くなく、精神科医も 25.3%に止まっている。逆に統合失調症では、精神科医においてが最も危険視しているのが目立つ（26.7%）。なお、「暴力的になりそう」とは統合失調症では精神科医が最高の懸念を示すものの、うつ病では一般医と共に全く無反応である。

表 13 Q10. 事例（統合失調症・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 を理解 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 者にな りそう	創造的/ 芸術的 になり そう
統合失調症	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
うつ病	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

Q12-13 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）

表 14 Q12 事例（統合失調症・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 ない	問題を 人に言 わない	彼らを 雇わな い	彼らに 投票し ない
統合失調症	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
うつ病	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

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。

表 15 Q13.事例（統合失調症・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	彼らに投票しない
統合失調症	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
うつ病	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

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

ここでは、日豪比較のときとは逆に肯定的見解（確かにそうしたい、多分そうしたい）の頻度をグループ別に上げてみた。全体的に、最も頻度が低い判断は、「結婚して家族の一員になっても良い」が一般医で 0%、精神科看護師で 2.3% などであり、逆に高い肯定的見解は「親しくなっても良い」が精神保健福祉士で 67.7%、「(自分の) 職場近くで仕事を始めても良い」が同じく精神保健福祉士で 66.7% である。職種別では、精神科看護師の見解は一般人以上に否定的見解に傾いている。

表 16 Q14. 事例との接触について個人的にはどう考えるか（肯定層）

		隣に引越してもいい	一晩を付き合ってもいい	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
統合失調症	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
うつ病	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があるのはどれか

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 17 Q15. この種の問題の原因として可能性があるのはどれか

		ウイルス 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
統 合 失 調 症	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
う つ 病	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

表 18 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

		女 性	若い人	高齢	貧困者	失業者	離婚/別居者	独身者
統 合 失 調 症	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
う つ 病	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)

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だ」

が最高（45.8%）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だ」と「25歳以下の若い人はなりやすそうだ」が続く。いっぽう、うつ病では同じく「失業者」がトップ（54.6%）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だ」となっている。一方、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（精神科医の場合 74.7%）、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。

(3)日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用 —オーストラリアにおける精神医療保健福祉サービスの現状と課題—

竹島正(分担研究者)は、上記の表題のもと我が国における精神保険改革に有用な情報の確立を目指して、オーストラリアの精神医療保健福祉の現状およびオーストラリアの精神保健戦略 (Australia's Mental Health Strategy) について、情報交換および施設の視察を繰り返し実施してきている。具体的には、オーストラリア（メルボルン、シドニー）を訪問し、聞き取り調査および視察を実施した。Australia's Mental Health Strategy は、1992年に開始された国家規模の精神保健戦略であり、当初の5カ年計画が、今や第二次（1998-2003年）、第三次（2003-2008年）と継続しており、(1)精神保健の推進と障害の予防、(2)障害による影響（インパクト）の軽減、および(3)精神障害者の権利の保障、の3項を目的としている。この10カ年の成果としては、精神保健関係の予算、特に地域への予算配分が増えたこと、急性期でない病棟を削減し地域ケアへと移行したこと、利用者の満足度の収集や、利用者を運営に参画させる施設が増えたこと、などがあるが、オーストラリアにおける精課題としては、州によって達成度が異なっており、特に地域ケアについて格差が生じていること、入院病床が削減されすぎたため退院への圧力が高く、必要な治療が提供されないままに退院させてしまうことがあること、などが挙げられた。実際に、救急病棟の後方病床を増加させる試みも始まっている。

日豪では精神保健を取り巻く制度・状況・歴史などが異なるので、個々の具体的取り組みの全てをそのまま我が国に取り入れることは難しいが、参考となる点も多いと考える。

(4) 一般人と専門職調査結果、および日豪両国で得られた調査結果を基に考えられる啓発活動の提案

本研究の目的は既記したように、知見を基に精神保健の普及啓発に向けての展開を図ることにある。2005年度までの調査研究から、精神保健の知識と理解に関する国民啓発活動の必要性が明らかとなった。そこで、効果的な啓発として、明確な目的・方針・方法のもと、長期的な活動の基盤を作り上げていくことを考えた。啓発で提供されるメッセージには一貫性があり、双方向性で複数のチャンネルで頻回に伝達する重複性によって効果的な啓発が可能となるであろう。啓発の対象は医療提供者と受療者であるが、適切で的確な情報の作成（EBM）とその伝達には研究開発及び啓発関連部門との密接な連携のため特定の組織を立ち上げるなどの準備も必要であろう。以下に啓発に関わるポイントを列挙してみる。

1) 疾患認知とスティグマ：精神医療において改善されるべきスティグマが何かを明確にした上で、疾患認知などに関する暫定目標を考える。

2) 「心ゆたかな社会創り」(仮称)キャンペーンの確立:こころの病に関する国民的認知を高め、早期発見・早期受診を促進し、誰もが適切な診断・治療・支援を享受でき、快適な社会生活を維持することで自殺者減少を目指し、併せて偏見差別の改善を図る Population approach を設定する。

① Web site プログラム:「心ゆたかな社会を創る委員会」Homepage

② 特別プログラム:「こころの病」への関心を高めるために、「いのちの日」(12月1日)に総力をあげた啓発活動

③ 医師プログラム:「適切な診断・治療」におけるプライマリケア医への短期対策

④ Media プログラム:Mediaの協力は、啓発活動の成否に影響を及ぼす。Mediaの同一目的、同一組織、同一活動による啓発活動推進

⑤ 地域支援プログラム:自治体活動として啓発活動

⑥ 学校支援プログラム:学校(養護教諭、スクールカウンセラーなど)における「こころの病」の教育・指導

3) これらのプログラムを具体的に準備して、上記対象者等にアピールする中で、啓発活動の効用を綿密に評価。更に、従来からオーストラリアで行われてきた啓発活動の日本への導入の可能性及び導入後の評価の可能性なども検討。

4. 評価(研究成果)

1) 達成度について

<平成15年度>

オーストラリア側が一般住民の対象者数を4,000人と設定したのに対して、われわれ日本側は半数の2,000人に限ったことで、やや見劣りがする部分はあるかも知れないが、現実的に日本での関連領域での資料はより少数例をもとにしており、結果的には極めて実証的なデータを呈示でき、且つ豪州との比較も適切に行い得たと考える。このデータをもとに、日本人の精神障害(者)に対するイメージ、精神保健に関わる理解や態度を具体的に把握できたと思う。

<平成16年度>

日本人の一般的なイメージを把握した上で、いわゆる専門職とされるスタッフが、同じく精神障害(者)に対してどのような印象を抱き、精神保健に関わる態度を把握しようとした。こうした対象について、オーストラリアでは既に調査済みであるので改めて今回調査を行っていないが、日本におけるデータとの比較が可能である。

<平成17年度>平成15年度および16年度に行った調査結果は膨大なものであり、調査年度には十分な統計解析を行うに至らなかった。日豪両国で比較可能な解析を継続し、論文化を行ってきた。とくに、両国間で類似点があるものの、一方では大きな差異を見ることも明らかとなってきた。

2) 研究成果の学術的意義について

偏見あるいは差別という用語は、詳しく語義をかんがえることなく汎用されており、そのレベルが国際的に見て如何様にあるのかこれまでに適切な比較検討がなされてきたとは言い難い。それらについて、具体的・実証的な知見を提供したと考える。

3) 研究成果の行政的意義について

精神障害（者）に対する施策を具体化する際、明確な根拠に基づく必要がある。多くの長期入院事例を抱える精神科病院の現状、この数年間続いている年間3万人を超える自殺者、あるいは名ディアで取り上げられることの多い各種犯罪と精神障害者との関連、などへの対応を考えると、今回の資料は基本的な情報源となるはずである。

4) その他特記すべき事項について

われわれの共同研究は日豪の両国における精神保健の知識や態度を把握するだけでなく、それらの改善に向けて如何なる啓発活動が実行できるかもテーマである。日本側でも、これまでに様々な啓発活動は行われているであろうが、現に効果的であったであろうか。豪州では様々な大規模な啓発組織が確立されており、相応の成果を上げてきていることを実証してきている。われわれの研究グループは繰り返し両国における精神保健行政の実際および啓発活動の対比を行っており、その中で有効な啓発方法を開発していく。

5. 結論

6. 研究発表

1) 国内

口頭発表	8件
原著論文による発表	0件
それ以外（レビュー等）の発表	3件

そのうち主なもの

論文発表

そのうち主なもの

学会発表

第18回世界社会精神医学会神戸大会・第24回日本社会精神医学会、2004年10月24-27日

- ・ Nakane Yoshibumi: Evidence and practice in Social psychiatry
- ・ Yoshioka Kumiko, Nakane Yoshibumi, Nakane Hideyuki, Wata Yuji: Awareness of the general population with regard to depression and schizophrenia

第25回日本社会精神医学会、2007年2月23-24日

- ・ 中根 允文：精神疾患に対する日本人のイメージ

2) 海外

口頭発表 1件（上記を含まず）

- ・ Nakane Yoshibumi: Public Images of mental diseases in Japan - Japanese perspectives in Australia-Japan joint research on community attitudes to mental health survey. Presented at

the Public Forum on Australia-Japan Health Partnership; Mental Health and Suicide Prevention, Nove 24, 2004, Melbourne, australia.

原著論文による発表 3 件 (投稿中を含む)

それ以外 (レビュー等) の発表 2 件

論文発表

- Jorm Anthony F, Nakane Yoshibumi, Christensen Helen, Yoshioka Kumiko, Griffiths Kathleen M & Wata Yuji: Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan., BMC Medicine 2005, 3:12 (9 July 2005) doi:10.1186/1741-7015-3-12
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/12>
- Nakane Yoshibumi, Jorm Anthony F, Yoshioka Kumiko, Christensen Helen, Nakane Hideyuki & Griffiths Kathleen M: Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia, BMC Psychiatry 2005, 5:33 doi:10.1186/1471-244X-5-33
- Griffiths Kathleen M, Nakane Yoshibumi, Christensen Helen, Yoshioka Kumiko, Jorm Anthony F & Nakane Hideyuki: Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan., BMC Psychiatry (2005 投稿中).
- 吉岡久美子・中根允文：精神保健に関する知識と理解に関する研究－福祉専門職志向入学生の特徴－、長崎国際大学論叢 5, 235-248, 2005.
- 中根允文・吉岡久美子：精神保健に関する知識と理解に関する研究－福祉専門職志向入学生と 20 代地域住民との比較検討－、長崎国際大学論叢 5, 249-258, 2005.

7. 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む)

特になし

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

(1) 学術論文

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Yoshiyumi Nakane, Anthony F Jorm, Kumiko Yoshioka, Helen Christensen, Hideyuki Nakane and Kathleen M Griffiths	Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia	BMC Psychiatry	5:33		2005
Anthony F Jorm, Yoshiyumi Nakane, Helen Christensen, Kumiko Yoshioka, Kathleen M Griffiths and Yuji Wata	Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan	BMC Medicine	3:12		2005
Kathleen M Griffiths, Yoshiyumi Nakane, Helen Christensen, Kumiko Yoshioka, Anthony F Jorm, and Hideyuki Nakane	Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan	BMC Psychiatry	6:21		2006
吉岡久美子・中根允文	精神保健の知識と理解に関する研究：福祉専門職志向入学生の特徴	長崎国際大学論叢	5 巻	235 ～247	2005
中根允文・吉岡久美子	精神保健の知識と理解に関する研究：福祉専門職志向大学生と 20 代地域住民との比較検討	長崎国際大学論叢	5 巻	249 ～258	2005
吉岡久美子・中根允文	精神保健の知識と理解に関する研究——一般住民と精神保健福祉士、作業療法士、一般看護師、精神科看護師との比較検討：日豪共同研究の過程で	長崎国際大学論叢	6 巻	195 ～207	2006

(2)研究発表 (国際会議、学会講演、学会口頭発表)

発表者氏名	タイトル名	国際会議・発表学会名	発表年
Yoshibumi Nakane	Evidence and practice in Social Psychiatry	第18回世界社会精神医学会神戸大会・第24回日本社会精神医学会	2004
Kumiko Yoshioka, Yoshibumi Nakane, Hideyuki Nakane, Yuji Wata	Awareness of the General Population With Regard to Depression and Schizophrenia	第18回世界社会精神医学会神戸大会・第24回日本社会精神医学会	2004
Yoshibumi Nakane	The General Population's Image of Mental Disorder in Japan-Japanese Perspectives in Australia-Japan in Research on community attitudes to Mental health survey	Presented at the Public Forum on Australia-Japan Health Partnership Mental Health and Suicide Prevention(Melbourne,Australia)	2004
中根秀之・中根允文・吉岡久美子	日本とオーストラリアにおける精神疾患に関するイメージと理解	第101回日本精神神経学会	2005
中根 允文	精神疾患に対する日本人のイメージ	第25回日本社会精神医学会 (p36)	2006
中根秀之・吉岡久美子・中根允文	精神保健の知識と理解に関する研究-一般地域住民と精神科医との比較検討	第25回日本社会精神医学会 (p58)	2006
吉岡久美子・中根允文・中根秀之	精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究-豪州における普及啓発活動の展開-	第25回日本社会精神医学会 (p59)	2006

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷
(英語論文3編のみを全文掲載)

Research article

Open Access

Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan

Anthony F Jorm*^{1,2}, Yoshibumi Nakane³, Helen Christensen²,
Kumiko Yoshioka³, Kathleen M Griffiths² and Yuji Wata⁴

Address: ¹ORYGEN Research Centre, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Locked Bag 10, Parkville, Victoria 3052, Australia, ²Centre for Mental Health Research, Australian National University, Canberra, ACT 0200, Australia, ³Department of Social Work, The Faculty of Human Sociology, Nagasaki International University, 2825-7 Huis Ten Bosch-cho, Sasebo-shi, Nagasaki, 859-3298, Japan and ⁴Department of Human Studies, Bunkyo Gakuin University, 1196 Kamekubo, Oi-machi, Iruma-gun, Saitama 356-8533, Japan

Email: Anthony F Jorm* - ajorm@unimelb.edu.au; Yoshibumi Nakane - yonakane@niu.ac.jp;
Helen Christensen - helen.christensen@anu.edu.au; Kumiko Yoshioka - yoshioka@niu.ac.jp; Kathleen M Griffiths - kathy.griffiths@anu.edu.au;
Yuji Wata - wata@hum.u-bunkyo.ac.jp

* Corresponding author

Published: 09 July 2005

Received: 20 January 2005

BMC Medicine 2005, 3:12 doi:10.1186/1741-7015-3-12

Accepted: 09 July 2005

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/12>

© 2005 Jorm et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: Surveys of the public in a number of countries have shown poor recognition of mental disorders and beliefs about treatment that often diverge from those of health professionals. This lack of mental health literacy can limit the optimal use of treatment services. Australia and Japan are countries with very different mental health care systems, with Japan emphasising hospital care and Australia more oriented to community care. Japan is also more collectivist and Australia more individualist in values. These differences might influence recognition of disorders and beliefs about treatment in the two countries.

Methods: Surveys of the public were carried out in each country using as similar a methodology as feasible. In both countries, household interviews were carried out concerning beliefs in relation to one of four case vignettes, describing either depression, depression with suicidal thoughts, early schizophrenia or chronic schizophrenia. In Australia, the survey involved a national sample of 3998 adults aged 18 years or over. In Japan, the survey involved 2000 adults aged between 20 and 69 from 25 regional sites spread across the country.

Results: The Japanese public were found to be more reluctant to use psychiatric labels, particularly for the depression cases. The Japanese were also more reluctant to discuss mental disorders with others outside the family. They had a strong belief in counsellors, but not in GPs. They generally believe in the benefits of treatment, but are not optimistic about full recovery. By contrast, Australians used psychiatric labels more often, particularly "depression". They were also more positive about the benefits of seeking professional help, but had a strong preference for lifestyle interventions and tended to be negative about some psychiatric medications. Australians were positive about both counsellors and GPs. Psychiatric hospitalization and ECT were seen negatively in both countries.

Conclusion: There are some major differences between Australia and Japan in recognition of disorders and beliefs about treatment. Some of these may relate to the different health care systems, but the increasing openness about mental health in Australia is also likely to be an explanatory factor.

Background

While there is now a range of effective methods for the treatment and management of various mental disorders, many people still receive no professional help or do not receive optimal help [1]. There are many factors that affect this unmet need for treatment. One of these is a lack of mental health literacy on the part of the public, specifically a lack of knowledge of how to recognise mental disorders and beliefs about treatment that are at variance with those of health professionals [2].

Surveys in several countries have found that many members of the public do not correctly recognise disorders in a case vignette [3-5] and that they misunderstand terms such as "schizophrenia" and "mania" [6-8]. Failure to use correct psychiatric labels may cause problems of communication with health practitioners. For example, it is known that GPs are more likely to detect a mental disorder if the patient presents the symptoms in psychological rather than somatic terms [9,10], and if the patient explicitly raises the possibility of a mental disorder with the GP [11,12].

Beliefs about various types of professional help are also important. For example, if a person with a mental disorder believes that consulting a psychiatrist or psychologist is unlikely to be helpful, this will reduce their chance of getting appropriate help. Surveys in Australia and Germany have found that psychiatrists and psychologists are rated less highly than GPs for depression, but are more likely to be seen as helpful for schizophrenia [8,13].

Beliefs about types of treatment also play a role. Surveys in several countries have found predominantly negative attitudes towards psychotropic medication [7,13-18], both because of concern about side effects and the belief that medications only deal with the symptoms rather than the causes [15-18]. Such beliefs may affect adherence to prescribed medication. By contrast, psychological therapies are seen more positively [7,13,16,18-20], as are complementary therapies such as vitamins and herbs [13,20].

While surveys of public beliefs have been carried out in a number of countries, little is known about cross-cultural differences in mental health literacy. In the present paper we report data from surveys in Australia and Japan that were carried out at the same time using as similar a methodology as possible. The contrast between these two countries is interesting because of their very different systems of mental health care. While both countries have a high level of economic development and a high standard of health care, Australia places more emphasis on community care of people with mental disorders and more attention is paid to the high prevalence disorders such as depression. By contrast, in Japan there is more emphasis

on hospital care, with much longer in-patient stays than in Australia, and the mental health system is largely concerned with the lower prevalence psychotic disorders. The factors leading to the emphasis on hospital care in Japan include: financial incentives for private hospital in-patient treatment under the national insurance scheme, a lack of community support programs, and the strong stigma against people with mental disorders [21]. Australia also has a system reliant on general practitioners as the first point of call for any health problem and as the gatekeepers to specialist care. By contrast, in Japan there is no specific training in primary care. Family practitioners with offices in the community provide primary care, but they are trained in other specialities [21]. Another difference between the countries, supported by informal observations, is that psychological treatments are more prominent in Australia than in Japan. There may also be cultural differences in the acceptability of expressing negative emotions and displaying behavior that departs from social norms, with Australian society being more individualist and Japanese society more collectivist. Given these differences, we expected some major differences in knowledge and beliefs about mental disorders and their treatment between the two countries.

Methods

Survey interview

Interview questionnaires were developed for each country to have a common core of questions that would allow comparisons between countries, and a country-specific component to allow investigation of issues particular to each country. The common core was based on the interview used in an earlier Australian survey [2], but with additional questions. The interview was based on a vignette of a person with a mental disorder. On a random basis, respondents were shown one of four vignettes: a person with major depression, one with major depression together with suicidal thoughts, a person with early schizophrenia, and one with chronic schizophrenia. All vignettes were written to satisfy the diagnostic criteria for either major depression or schizophrenia according to DSM-IV and ICD-10. The vignette with depression and the one with early schizophrenia were written to satisfy at a minimal level these diagnostic criteria, so that we could ascertain the public's reaction to cases of developing disorder that had reached the point where intervention was needed. The vignette of the person with depression together with suicidal thoughts was identical to the depression vignette in all respects except the suicidal thoughts and was designed to assess how this symptom affected the public's response. The chronic schizophrenia vignette was designed to assess the response to someone with a severe long-standing disorder, where acceptance seemed less likely. Respondents were also randomly

assigned to receive either male ("John") or female ("Mary") versions of the vignette.

The depression vignette (John version) was:

John is 30 years old. He has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. Even though he is tired all the time, he has trouble sleeping nearly every night. John doesn't feel like eating and has lost weight. He can't keep his mind on his work and puts off making decisions. Even day-to-day tasks seem too much for him. This has come to the attention of his boss, who is concerned about John's lowered productivity.

The depression with suicidal thoughts vignette was:

John is 30 years old. He has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. Even though he is tired all the time, he has trouble sleeping nearly every night. John doesn't feel like eating and has lost weight. He can't keep his mind on his work and puts off making any decisions. Even day-to-day tasks seem too much for him. This has come to the attention of John's boss who is concerned about his lowered productivity. John feels he will never be happy again and believes his family would be better off without him. John has been so desperate, he has been thinking of ways to end his life.

The early schizophrenia vignette was:

John is 24 and lives at home with his parents. He has had a few temporary jobs since finishing school but is now unemployed. Over the last six months he has stopped seeing his friends and has begun locking himself in his bedroom and refusing to eat with the family or to have a bath. His parents also hear him walking about his bedroom at night while they are in bed. Even though they know he is alone, they have heard him shouting and arguing as if someone else is there. When they try to encourage him to do more things, he whispers that he won't leave home because he is being spied upon by the neighbour. They realize he is not taking drugs because he never sees anyone or goes anywhere.

The chronic schizophrenia vignette was:

John is 44 years old. He is living in a boarding house in an industrial area. He has not worked for years. He wears the same clothes in all weathers and has left his hair to grow long and untidy. He is always on his own and is often seen sitting in the park talking to himself. At times he stands and moves his hands as if to communicate to someone in nearby trees. He rarely drinks alcohol. He speaks carefully using uncommon and sometimes made-up words. He is polite but avoids talking with other people. At times he

accuses shopkeepers of giving information about him to other people. He has asked his landlord to put extra locks on his door and to remove the television set from his room. He says spies are trying to keep him under observation because he has secret information about international computer systems which control people through television transmitters. His landlord complains that he will not let him clean the room which is increasingly dirty and filled with glass objects. John says he is using these "to receive messages from space".

After being presented with the vignette, respondents were asked two open-ended questions: "What would you say, if anything, is wrong with John/Mary?" and "How do you think John/Mary could best be helped?" Then followed a series of questions asking the respondent to rate the likely helpfulness of various interventions (rated as likely to be helpful, harmful or neither for the person in the vignette). The interventions were: a typical GP or family doctor; a typical chemist (pharmacist); a counselor; a social worker; a telephone counseling service, such as Lifeline; a psychiatrist; a psychologist; help from close family; help from close friends; a naturopath or a herbalist; the clergy, a minister or priest; John/Mary tried to deal with his/her problems on his/her own; vitamins and mineral, tonics or herbal medicines; pain relievers, such as aspirin, codeine or panadol; antidepressants; antibiotics; sleeping pills; anti-psychotics; tranquilizers such as valium; becoming physically more active, such as playing more sport, or doing a lot more walking or gardening; reading about people with similar problems and how they have dealt with them; getting out and about more; attending courses or relaxation, stress management, meditation or yoga; cutting out alcohol altogether; psychotherapy; hypnosis; being admitted to a psychiatric ward of a hospital; undergoing electro-convulsive therapy (ECT); having an occasional alcoholic drink to relax; going on a special diet or avoiding certain foods. Next were questions asking about the likely result for the person in the vignette with and without "the sort of professional help you think is most appropriate" The response options were: Full recovery with no further problems; Full recovery, but problems would probably re-occur; Partial recovery; Partial recovery, but problems would probably re-occur; No improvement; Get worse.

The rest of the common core interview is not relevant to the analyses reported here; it involved questions on knowledge of causes and risk factors, beliefs associated with stigma and discrimination, contact with people like those in the vignette, and the health of the respondent.

The Australian survey

A household survey was carried out of Australian adults aged 18 or over by the company AC Nielsen. Households

were sampled from 250 census districts covering all states and territories and metropolitan and rural areas. Up to 5 call backs were made to metropolitan selections and 3 to non-metropolitan selections. Interviews were sought with the person in the household who had the most recent birthday. To achieve a target sample of 4,000 interviews with adults aged 18 years or over, visits were made to 28,947 households. The outcome of these visits was: no contact after repeated visits 14,630; vacant house or lot 306; refused 7,815; person sampled within household temporarily unavailable 1,132; no suitable respondent in household 287; did not speak English 383; incapable of responding 213; and unavailable for the duration of the survey 181. The achieved sample was 3998 persons, with 1001 receiving the depression vignette, 999 the depression with suicidal thoughts vignette, 997 the early schizophrenia vignette, and 1001 the chronic schizophrenia vignette.

In addition to the common core component, the Australian survey interview had questions about awareness of depression in the media and about Australia's national depression initiative.

Ethics approval was given by the Human Research Ethics Committee of the Australian National University.

The Japanese survey

A survey manual supplied from Australia was translated into Japanese and entrusted to Yamate Information Processing Center Ltd. for use with the target population aged 20–69 years, as a rule using the same procedures as Australia. The survey questionnaire, which was developed by the Australian researchers (AFJ, HC, KMG), was tentatively translated into Japanese. Then a native English translator, who had not seen the original English text, translated the Japanese version back into English. By comparing the two English versions, it was possible to confirm the accuracy of the original translation. There were no significant differences between the original text and the reverse translation. Finally, a Japanese version of the questionnaire was produced, which involved formatting the text into Japanese style and making slight wording adjustments. The names of the characters in the vignettes were translated into the Japanese style, viz. "A-o" (putting an o sound at the end is often used for a man's name) or "B-ko" (putting ko at the end is often used for a woman's name), instead of "John" or "Mary" which were used in the English text.

As well as the questions taken from the Australian survey, the Japanese survey asked questions concerning such issues as psychiatric health and welfare policy, the bodies implementing related services, the existence of action groups, and the change in the Japanese name for schizo-

phrenia by the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (i.e. from "split personality disorder" to "schizophrenia"). These additions were made to clarify the current Japanese situation and issues in related fields. Further, an original Japanese manual was also created and adopted for use concerning points of interest in the implementation of home visits.

The survey method used was home visit interviews. It was not feasible to do a national survey of randomly selected households in Japan because of constraints of human resources, funding and time. It was therefore decided to sample a range of areas that differed in whether they were large or small cities, whether the area had many psychiatric patients or not, and whether the area had a high suicide rate or not. Using this approach, Japan was divided into 5 areas and 5 research sites were selected in each of these areas, giving a total of 25 geographic sites. As the survey was conducted during the winter, and because it was difficult to ensure that there would be enough survey interviewers, implementation in Hokkaido and Shikoku prefectures proved troublesome. Additional reasons for selection of the 25 regional sites were that they were places of comparatively high population within the relevant regions, the survey interviewers could use public transport, and the urban areas involved no particular inconveniences for the researchers to visit within a certain range using public transportation. 80 households were selected from each site, giving a total of 2000. At each site there were 4 interviewers who took responsibility for 20 households each. The survey was conducted over the period from 19 November to 12 December 2003. Each of the four vignettes was received by 250 people. Half received a male version of a vignette and half the female version.

At the start of the survey, an explanatory meeting was held for the survey interviewers in each region. As many members of the research team as possible attended these explanatory meetings. Eighty-five survey interviewers were recruited for this research with an average age of 50 and an average of 17 years' experience of interviewing in various types of surveys. The areas for the survey interviewers to canvass were allocated on the basis of where they lived. The question of where the individual survey interviewers should go was determined mutually among the survey interviewers themselves, and by the head survey interviewer (supervisor). As a rule, one survey interviewer conducted 20 interviews, but this was considerably flexible, given the number of years of individual experience and what the individual survey interviewer could handle. The interviews were conducted according to the following procedure: visit the target's home and present the written greetings and request (a draft had been prepared by certain survey bodies, which was put into final form after checks by the research team members), then explain the

Table 1: Percentage (and 95% CI) of respondents mentioning each category to describe the problem shown in the vignette

Category mentioned	Country	Depression Vignette	Depression/Suicidal Vignette	Early Schizophrenia Vignette	Chronic Schizophrenia Vignette
Depression	Australia	65.3 (60.5–69.8)	77.3 (72.7–81.3)	34.8 (30.5–39.4)	9.6 (7.0–13.0)
	Japan	22.6 (18.9–26.3)	35.0 (30.8–39.2)	13.6 (10.6–16.6)	9.6 (7.0–12.2)
Schizophrenia/Psychosis	Australia	0.0 (0.0–0.0)	0.5 (0.1–1.6)	41.2 (36.5–46.0)	36.1 (31.5–40.9)
	Japan	2.2 (0.9–3.5)	1.2 (0.2–2.2)	17.2 (13.9–20.5)	33.4 (29.3–37.5)
Nervous breakdown	Australia	0.7 (0.3–2.1)	1.6 (0.8–3.3)	1.7 (0.9–3.2)	1.0 (0.3–3.4)
	Japan	2.0 (0.8–3.2)	2.6 (1.2–4.0)	2.6 (1.2–4.0)	2.4 (1.1–3.7)
Psychological/Mental/Emotional problems	Australia	4.5 (2.9–6.8)	6.0 (4.2–8.7)	12.9 (10.1–16.3)	14.3 (10.9–18.5)
	Japan	29.4 (25.4–33.4)	24.8 (21.0–28.6)	28.4 (24.4–32.4)	27.2 (23.3–31.1)
Mental illness	Australia	3.0 (1.7–5.1)	5.5 (3.7–8.2)	23.0 (19.4–27.0)	35.8 (31.4–40.4)
	Japan	9.2 (6.7–11.7)	10.2 (7.5–12.9)	21.6 (18.0–25.2)	12.8 (9.9–15.7)
Stress	Australia	16.6 (13.1–20.8)	10.9 (8.3–14.3)	3.1 (1.8–5.3)	2.8 (1.4–5.5)
	Japan	25.0 (21.2–28.8)	19.8 (16.3–23.3)	5.0 (3.1–6.9)	3.8 (2.1–5.5)

details of the survey using the documents, ask the target for their participation in the research, start the interview and follow through to completion, check that nothing had been omitted from the survey responses, and hand over the remuneration (1000 yen cash voucher). Data were not collected on the refusal rate for this survey.

Statistical analysis

Data were pooled across male and female versions of each vignette and percent frequencies calculated. For the Australian survey, percentages were calculated applying survey weights to give better population estimates. Ninety-five percent CIs were estimated using the Complex Samples procedure in SPSS 12.0. This procedure takes account of sampling weights and geographic clustering in the sample. For the Japanese survey, percentage frequencies and 95% CIs were calculated using unweighted data with SPSS 12.0.

Because of the very different cultures of Australia and Japan, it is possible that any differences in question endorsement rates might be due to subtleties of language or to the social rules applying to the interview situation, as well as to genuine differences in beliefs about treatment and outcome. For this reason, we have not relied on statistical significance of absolute percentages between countries, but rather on the broad patterns of responses, particularly where percent endorsement was ordered very differently across questions.

Results

Recognition of disorders

Table 1 shows the results from both countries. In Australia, "depression" was the term used most often to describe both the depression vignette and the depression with suicidal thoughts vignette. "Schizophrenia/psycho-

sis" was the term used most often to describe both of the schizophrenia vignettes, while the generic term "mental illness" was also commonly used for these vignettes.

In Japan, no single term predominated for describing the depression vignettes, with "depression", "stress" and "psychological/mental/emotional problems" being the most common. For the early schizophrenia vignette, the generic categories of "mental illness" and "psychological/mental/emotional problems" were used most frequently, while for the chronic schizophrenia vignette, "schizophrenia" and "psychological/mental/emotional problems" were most commonly used.

Best method of help

Table 2 shows the frequency of various responses to the open-ended question about how the person in the vignette could best be helped. In Australia, half the respondents mentioned seeing a GP for the depression vignettes. Other common responses to the depression vignettes were seeing a counselor or talking with friends or family. For the schizophrenia vignettes, seeing a psychiatrist was commonly mentioned, in addition to seeing a GP or counselor or talking with friends or family.

In Japan, the most commonly mentioned help for the depression vignettes was counseling and family or friends. For the schizophrenia vignettes, seeing a counselor or a psychiatrist were commonly mentioned, but talking it over with family or friends was less commonly mentioned than for the depression vignettes. Seeing a GP was seldom mentioned for any vignette.

Beliefs about specific interventions

Tables 3, 4, 5 show the data on the ratings of likely helpfulness of interventions. The Australian public gave simi-