

## 【特集】

## 精神疾患への偏見の形成に与る要因

—社会心理学的手法によるアプローチ—

坂本 真士<sup>1)</sup> 杉浦 朋子<sup>1)</sup> 蓮井千恵子<sup>1)</sup>  
 北村 總子<sup>1)</sup> 友田 貴子<sup>2)</sup> 田中江里子<sup>3)</sup>  
 木島 伸彦<sup>4)</sup> 丹野 義彦<sup>5)</sup> 北村 俊則<sup>1)</sup>

## I. “偏見プロジェクト” について

精神疾患に対する社会の偏見は根強い。実際、精神疾患に対する偏見はさまざまな差別として具現化している。例えば、精神保健法で定める精神病にかかっている人は、資格制限などの不当な不利益を被っている（欠格事項；本号横藤田論文を参照）。また一般市民の間での精神疾患（者）へのイメージもネガティブである<sup>1)</sup>。

精神疾患に対する偏見は、精神科既往歴を有する人の社会復帰を困難にするばかりでなく、発病後の精神科受診を遅らせ症状を悪化させる原因となっていると考えられる。このような現状を考え

ると、精神疾患への偏見の形成に与る要因を探り、偏見低減の方略を模索することが必要である。これまで精神病などについて態度を質問した実態調査はいくつかあるものの<sup>1)2)4)6)</sup>、偏見の形成のメカニズムについて調べた研究はあまり行われていない。我々は、「精神疾患者に対する偏見の形成および偏見の低減に関する研究」（通称：偏見プロジェクト）と称して、1995年より一連の研究（「受診研究」「バリ研究」「用語研究」「学生研究」）を行っている（図1）。

受診研究：まず、精神疾患への偏見は受診行動を遅らせる要因のひとつと考えられる。すなわち、精神疾患に対する偏見が強い人や家族では、精神科に行くことが強いスティグマになると考えやすいだろう。したがって、本人や家族の誰かが精神症状を発症しても、精神科受診によるスティグマを恐れるため、精神科への受診をためらいやすく、精神科受診が遅れると考えられる。もちろん、受診を決める要因には症状の重症さの程度、発症形態（急性か慢性か）なども関係すると考えられ、受診行動を決定するその他の要因についても同時に測定する必要がある。現在我々は、山梨県内の単科精神病院の協力を得て、精神科初回受診者を対象として、偏見と受診行動との関係を調べるための研究を行っている。

バリ研究：偏見が行動（例えば受診行動）にどのような影響を及ぼすかについて調べるのとは別に、偏見がどのような要因のために形成されるのかについても調べる必要がある。その際に注意すべきは、一つの文化内で偏見の形成要因について調べるだけでは不十分ということである。文化的背景を異にする社会では、当然、偏見を形成する

The investigation of factors generating the prejudice against mental illness: Social psychological approaches

<sup>1)</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健部

〔〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3〕  
Shinji Sakamoto, Tomoko Sugiura, Chieko Hasui, Fusako Kitamura, Toshinori Kitamura:  
National Institute of Mental Health, NCNP,  
1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272-0827

<sup>2)</sup>日本学術振興会・特別研究員  
Atsuko Tomoda: Japan Society for the Promotion of Science

<sup>3)</sup>慶応義塾大学  
Eriko Tanaka: Keio University

<sup>4)</sup>障害者職業総合センター  
Nobuhiko Kijima: National Institute of Vocational Rehabilitation

<sup>5)</sup>東京大学  
Yoshihiko Tanno: University of Tokyo

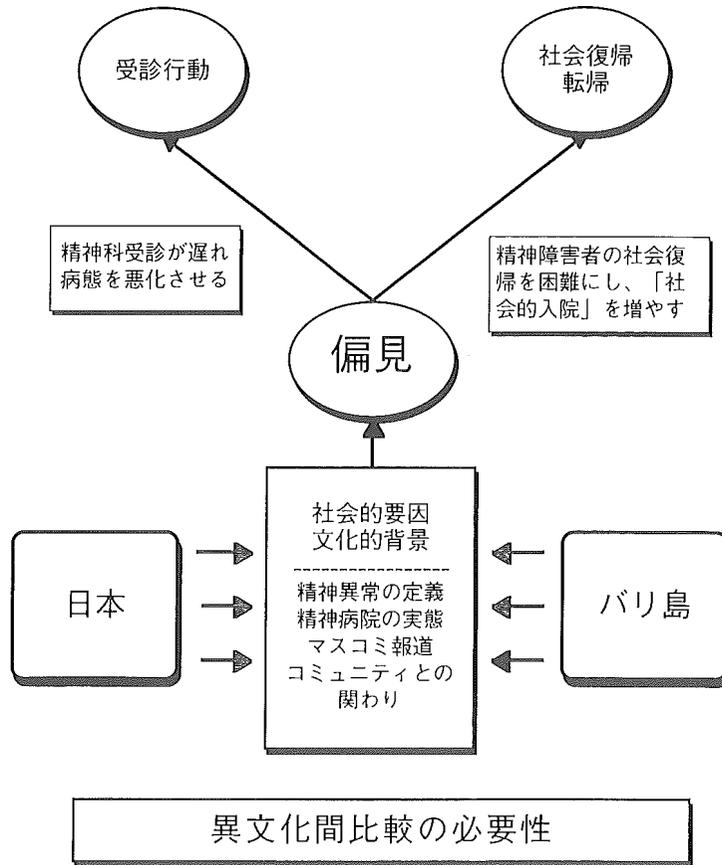


図1 偏見プロジェクトの概略

要因やメカニズムも異なると考えられる。また、精神疾患に対する偏見のレベルそのものも異なっているだろう。

我々は、バリ島（インドネシア）と日本とで精神疾患に対する偏見の形成に関する比較文化研究を行った。バリ島は、日本に比べると精神分裂病の治療に要する投薬量はおよそ3分の1であり、再入院率もかなり低い<sup>5)</sup>。バリ島では精神疾患に対して、「病気だ」というとらえ方をすることは少なく、むしろ精神疾患になったのは「魔術にかけられたからだ」というとらえ方をするという<sup>3)</sup>。このような文化と日本とでは、精神疾患に対するとらえ方だけでなく、精神疾患に対する偏見の形成に与る要因が異なるだろう。

比較文化的な研究をするにあたっては、翻訳の問題を考慮すべきである。例えば、“mental illness”を「精神病」と訳すか「精神疾患」と訳すか

でイメージは大きく異なる（本号木島論文を参照）。したがって我々は、日本とバリ島で精神疾患に対するイメージの違いを研究する際に、例えば、直接「精神分裂病」などの言葉に対するイメージを質問するのではなく、精神分裂病の状態を記述した case vignette を呈示し、これに対するイメージを質問するという方法を用いた。目下データ解析中であるが、日本よりもバリ島の方が精神疾患に対する偏見が低いなど仮説を支持する結果を得ている。

用語研究：さて、精神疾患に対する偏見の形成に与る要因の一つとして、どのような用語でその状態を記述するかということが考えられる。「精神薄弱」から「知的障害」への呼称変更など、どのような名称を付すかは偏見の形成に重要な役割を果たすと考えられる。我々はこの問題についても検討した。詳細は本号木島論文または坂本ら<sup>8)12)</sup>を

参照されたい。

学生研究：我々は、精神疾患への偏見の形成に与る要因について、大学生を対象とした一連の研究を行い検討している<sup>9)~11)</sup>。本論文では、この一連の研究で得られた知見のうちいくつかを紹介する。

## II. 接触体験の欠如とメディアからの情報の影響

精神疾患や精神疾患を有する人に対する偏見の形成に、マスメディアからの情報が影響を与えることは容易に想像できる。特に、犯罪と精神疾患とを結びつけた報道が、人々に精神疾患を有する人、有していた人に対する偏見を植え付けていることが考えられる<sup>14)</sup>。

マスメディアからの精神疾患に関する報道には、事件報道の他にもドキュメント報道がある。ドキュメント報道は、精神疾患を有する（有していた）人に関して、事件報道とは違うさまざまな側面を伝える。事件報道が、ある特定の面しか伝えていないのと対照的である。偏見の低減には、偏見の対象になっている集団成員との接触が有効であると言われているが（後述）、ドキュメント報道は、ふだん、精神疾患を有する人との接触機会のない人に、事件報道で伝えられる側面とは異なる側面に関する情報を与えるという点で、偏見を低減する効果があると思われる。

また、ドラマなどのフィクション作品には、精神疾患を有する人が登場するものも少なくない。これらの作品の中には、精神疾患を有する人を恐ろしいもの、わからないものとしてネガティブに描いた作品もあるが、同情的に描いた作品もある。したがって、精神疾患を有する人を描いたフィクション作品に接することが、偏見にどのように影響するかについては予測しきれない。

その他マスメディアからの情報としては、専門書や新書などに書かれた精神疾患についての知識がある。専門的な知識は、精神疾患に対する理解

をより深いものにする。もし、精神疾患に対する偏見の一部が、精神疾患に対する誤った知識から発しているとしたら、専門書や新書から得る精神疾患に関する専門的な知識は、精神疾患に対する誤解を解き、偏見を低減すると予測される。

偏見の低減にとってもっとも効果的なのは、偏見の対象となっている集団成員との密接な個人的な接触体験である<sup>15)</sup>。偏見はある集団の一部の側面に関する情報によって形成されるので、偏見の対象となっている集団成員と実際に接することで、これまでの見方とは異なるポジティブな面に出会うだろう。そして、これまでの見方（偏見）と実際の姿との間にズレが生じ、以前の見方を修正することになる。もっとも、偏見と一致するような情報は偏見を助長することになるので、単に接触体験を持てばよいということではなく、例えば偏見の対象となっている集団と協同して作業をするなどの場を設けることが、偏見をより確実に低減するためには重要である<sup>15)</sup>。

以上見てきたように、精神疾患に関するマスメディアからの情報や精神疾患を有する人との接触体験は、偏見の形成（あるいは低減）に影響するものと思われる。本研究では、この点について、質問紙調査により明らかにする。

### 1. 方法

被験者は、都内の大学で教育学の講義を受講した大学生243名であった。この講義は1, 2年生が対象であり、医学や看護学の専門課程の学生はいなかった。

質問紙は、(1)SD法を用いた、精神病についてのイメージについての質問項目<sup>2)</sup>（以降「イメージ質問紙」）、(2)精神病への偏見に関する質問項目<sup>6)</sup>（以降「偏見質問紙」）、(3)精神病についての情報の見聞や体験を質問した項目、および(4)精神疾患についての「異常さ」の認知についての質問項目などからなる。

イメージ質問紙は20項目からなる（表1）。被験

注：精神科領域で扱う疾患全体を指す総称としては、「精神疾患」が望ましく<sup>12)</sup>、本来は「精神疾患」に対するイメージを質問する必要があるが、精神科領域の専門ではない一般の間では「精神疾患」はなじみのない用語であるため<sup>12)</sup>、「精神病」に対するイメージを質問した。

者は、精神病に対するイメージを表1に示した各形容詞対上で回答した。[0(どちらでもない)]を中点とし、各形容詞について3段階ずつあてはまりの度合いが設けられている。被験者は、3~1, 0, 1~3の7段階の中から、どちらかの形容詞にどの程度あてはまるか、あるいは「どちらでもない」かを判断した。

偏見質問紙は23項目からなり、被験者は、各項目に対して1から6の6点尺度で回答した。

情報の見聞(3)は、精神病について、①専門書や新書を読んだり、②事件報道、③ドキュメント報道、④フィクション作品を見聞きしたことがあるかどうかを質問した。接触体験については、身の回りで精神科に入院もしくは通院した人がいるかないかと、見舞いや見学を含め精神病院や精神科に行ったことがあるかを質問した。①~④について見聞きしたと回答した場合、あるいは精神病院や精神科に行ったことがあると回答した場合、その具体的な内容について自由記述を求めた。

質問紙は、教育学の講義中に一斉に実施した。質問紙回収後、精神疾患についての講義を行い、精神疾患に対する偏見が生じないようにした。

## 2. 結果・考察

質問紙の項目選択：イメージ質問紙の20項目を主成分分析した。スクリープロットを参照に固有値1以上の2因子を抽出した。その後斜交回転の一種であるプロマックス回転を行い、因子負荷量の絶対値が一つの因子のみに0.40以上であることを条件に、下位尺度の項目を決定した(表1)。

その結果、イメージ質問紙の20項目は「迷惑でない—迷惑な」「安全な—危険な」などの11形容詞対と、「にぎやかな—さびしい」「単純な—複雑な」などの6形容詞対に分かれた。前者は、精神病を有する人の外的・社会対人的イメージを、後者は精神病を有する人の内的・精神的イメージを表す形容詞であると考えられる。したがって、前者を「社会対人イメージ」、後者を「精神内界イメージ」と命名した。それぞれ11項目と6項目の得点を合算し、「社会対人イメージ得点」「精神内界イメージ得点」とした。いずれも、得点が高くなるほど表1の右側の形容詞の意味が強くなるようにした。

表1 SD項目の因子分析の結果

番号	形容詞対	第1因子	第2因子
4	安全な—危険な	0.78	-0.10
2	良い—悪い	0.75	-0.09
7	こわくない—こわい	0.72	-0.04
1	迷惑でない—迷惑な	0.70	-0.10
5	温かい—冷たい	0.63	0.09
8	かわいらしい—にくい	0.61	-0.10
10	おだやかな—はげしい	0.54	-0.06
3	明るい—暗い	0.51	0.44
9	やわらかい—かたい	0.44	0.12
12	役に立つ—役に立たない	0.41	0.06
20	身近な—縁遠い	0.41	-0.22
11	きれいな—きたない	0.40	-0.00
14	にぎやかな—さびしい	-0.11	0.80
15	活動的な—不活発な	-0.14	0.68
17	単純な—複雑な	0.08	0.65
16	容易な—困難な	0.18	0.53
13	浅い—深い	-0.16	0.47
6	陽気な—陰気な	0.44	0.46
18	強い—弱い	0.01	0.40
19	速い—遅い	-0.12	0.27
累積寄与率(%)		24.8	36.5

表2 情報源別の見聞の経験の有無の割合および接触体験の有無の割合

情報源	見聞・体験の経験	
	あり(%)	なし(%)
情報源		
専門書・新書	64(26.3)	179(73.7)
事件報道	122(50.2)	121(49.8)
ドキュメント報道	70(28.8)	173(71.2)
フィクション作品	87(35.8)	156(64.2)
接触体験		
身の回りの人にいる	30(12.3)	213(87.7)
病院に行った	13(5.3)	230(94.7)

偏見質問紙の23項目については内の一貫性が高かったので( $\alpha=0.89$ ), 23項目の得点を合算し、「偏見得点」とした。偏見得点については、得点が高くなるほど偏見が強くなるようにした。

見聞経験や接触体験の割合：表2に、情報源別の見聞の経験の有無の割合、および接触体験の有無の割合を示した。情報源では事件報道との関係で精神病について見聞きした人が多く、被験者全体の約半数に上った。その一方で、ドキュメント報道や専門書・新書などから情報を得ている人は

全体の1/4程度にとどまった。

身の回りに精神病院に入院もしくは精神科にかかった人が、現在または過去にいる(いた)と答えた人の割合は、全体の1割弱であった。しかし、実際に精神病院または精神科に行ったことがある人は全体の約5%に過ぎなかった。医学生ではない学生にとっては精神病院や精神科はほとんど行く機会のない未知の場所であると言える。

見聞・接触とイメージ・偏見との関連:次に、情報源とイメージ、偏見との関連について調べた。具体的には、見聞や接触の有無によるイメージや偏見の程度の違いをt検定によって調べた。その結果、事件報道から情報を得た人は精神病の社会対人的なイメージが悪く( $P < 0.01$ )、偏見が強いことが見出された( $P < 0.04$ )。その一方で、専門書や新書から情報を得た人は精神病への偏見が低く( $P < 0.01$ )、ドキュメント報道から情報を得た人は精神内界イメージが良い傾向があることが見出された( $P < 0.07$ )。身の回りに精神科にかかった人がいるかどうかでイメージや偏見に有意な差は見られなかったが、実際に精神病院に行ったかどうかでは差が見られ、精神病院を訪れた人はネガティブなイメージをもちにくいことが示された(偏見については有意差は見られなかった)。

今回の結果では、精神疾患についての情報源が、事件報道やフィクションなど一方的なイメージを植え付けやすいチャンネルに偏りがちであることがわかった。事件報道から情報を得ることは、精神病の社会対人的イメージを悪くし、偏見を高めると考えられる。精神疾患と事件との関係が明らかでない段階で被疑者の精神科受診歴を報道することが、精神疾患への偏見を強めているという指摘がある。今回の調査はこの指摘に支持を与えるものであり、マスコミの慎重な報道姿勢が望まれる。

接触体験と偏見やイメージについては、単に精神病院や精神科にかかった人が身の回りにはいるだけではイメージや偏見に影響を与えていないこと、そして精神科や精神病院に行くことはイメージを比較的よくしていることがわかった。今後は、精神科や精神病院についての情報を積極的に社会に流し、一般の人が精神科施設と接する機会をもて

るようにすることが、偏見の低減のために重要であると思われる。もちろん、単に接触経験を与えるだけでは偏見の低減には不十分で、どのような接触機会を与えるかが重要である<sup>15)</sup>。そのためにも、精神科医療に携わる者自身が精神科施設の改善に努め、一般の人に偏見をもたれないような医療施設を実現し、それを社会にオープンにすることが必要である。

### III. “診断名”の影響

精神疾患に対する偏見を形成する別の要因として診断名自体のもつイメージが考えられる。それは、ある状態が「病気」とラベルされることで、自分とは無縁な集団のものとして知覚されるからである(ラベリング効果)。ラベルされる診断名自体がネガティブなイメージをもつ場合、ラベリング効果は大きいと考えられる。

診断名には漢字が用いられることが多いが、漢字は表音文字であると同時に表意文字であるために、熟語の意味内容が不明なときでも、日本人は使われた漢字からその意味内容を推測してしまう。例えば、複雑骨折という状態はどのような状態かを質問されたときの日本人の類推過程を考えよう。多くの日本人は、「複雑骨折」という用語を、「複雑な骨折」つまり「複雑な骨の折れ方をした状態」と解釈するだろう。さらに「複雑な」という言葉から「入り組んでいる、込み入っている」ことを想像し、結局「複雑骨折とは、骨が砕けたような骨の折れ方」と考えてしまう。しかし複雑骨折とは、実際は「皮膚、軟部組織の損傷により、骨折部と外界とが交通している骨折」であるので、先述の「複雑骨折」という漢字からの推測とはかけ離れている。このように、意味が分からないとき、日本人は自然と漢字からその意味を類推してしまう以上、診断名を考える際には、一般の人に誤解や偏見を与えないような呼称が望ましい。

このような点から問題となるのは、「精神分裂病」という呼称である。精神分裂病の呼称の変更の是非については、日本精神神経学会の疾患概念と用語に関する委員会精神分裂病の呼称を検討する小委員会において検討されて、日本精神神経学

会の評議員を対象に精神分裂病の呼称変更に関するアンケートが実施された<sup>13)</sup>。このアンケートでは、呼称変更への是非やその理由について質問しているが、「精神分裂病」の呼称により本当にイメージが悪くなるのかについては検討していない。もし、「精神分裂病」という呼称を用いてもイメージが悪くならないのならば、呼称変更の必要性は低いだろう。また、「精神分裂病」以外にも、一般の人に誤解を与え偏見を生み出すような呼称は存在するかもしれない。これらの点を調べる必要がある。

本研究では、上記の問題を念頭に置き、診断名の情報の有無によりイメージがどのように変化するかを調べる。具体的には、ある疾患の症状記載に、診断名の情報を加えた記載と「病院を受診した」という情報を加えた記載をもうけ、診断名がどの程度ネガティブなイメージを与えるかを調べる。

## 1. 方法

被験者は、都内の大学で教育学の講義を受講した大学生233名。これらの被験者に、3種類の質問紙のうち1種類を無作為に配布することで、統制群、受診群、診断群に分けた。この講義は1、2年生が対象であり、医学や看護学の専門課程の学生はいなかった。

質問紙では、A「うつ病」(F32.0)、B「精神分裂病」(F20.0)、C「社会恐怖症」(F40.1)、D「精神分裂病」(F20.3)、E「躁病」(F30.1)、F「摂食障害」(F50.0)、G「依存性症候群(ニコチン依存)」(F17.2)、H「妄想性障害」(F22.0)、I「強迫性障害」(F42.2)の9つの精神疾患のcase vignetteを呈示した。case vignetteに用いた症例は、いずれもWHO作成の診断基準ICD-10の診断基準を満たすものであった。( )に各case vignetteのICD-10の診断基準による疾患コードを記載した。

上記の9つの疾患の状態を記載したcase vignetteを被験者に呈示したが、統制群、受診群、診断群の3群でcase vignetteに付加された情報が異なっていた。すなわち、統制群のcase vignetteは症例のみの記載だったが、受診群の

case vignetteでは統制群の記載に「○さんは病院で診察を受けました」という文章が、診断群のcase vignetteでは統制群の記載に「診察を受けた結果、○さんは○○○ [診断名] と診断されました」という文章が付加されていた。なお [診断名] には上記の「 」内の診断名が入った。

被験者は、その症例に対して社会的距離(4点尺度)、善悪の判断ができるかどうか(2件法)、社会復帰ができるかどうか(2件法)、危険と感ずるか(2件法)などを評定した。さらに、全被験者に先に挙げた診断名の見聞頻度とイメージの良し悪しを、ともに1-3の3点尺度で質問した(得点が高いほど見聞頻度が高く、イメージが良い)。

質問紙は、教育学の講義中に一斉に実施した。質問紙回収後、精神疾患についての講義を行い、精神疾患に対する偏見が生じないようにした。

## 2. 結果・考察

4点尺度(1-4)で回答する社会的距離の項目については、社会的距離の遠いもの(1,2)と近いもの(3,4)とに2分割し、すべての基準変数に対し、イメージ(ポジティブな回答・ネガティブな回答)×実験条件(統制・受診・診断名)のクロス表を作り、カイ2乗検定を施した。

その結果、Bの精神分裂病の症例について、社会的距離( $P < 0.06$ )、善悪の判断の有無( $P < 0.01$ )、社会復帰の可能性の有無( $P < 0.06$ )、危険性の有無( $P < 0.01$ )などに有意差および傾向差が見られた。いずれの場合も、診断名条件では他の2条件よりもネガティブなイメージをもたれやすいことがわかった(図2)。例えば、Bのcase vignetteを見て「善悪の判断ができない」と回答した被験者の割合は、統制群や受診群では40%に満たなかったが、「Bさんは精神分裂病と診断されました」という記述が付いただけで、「善悪の判断ができない」と回答した被験者の割合は60%に増加した。

その他のcase vignetteでもいくつか条件間で回答に有意な差が見られたが、最も多くの差がまとまって得られたのはBのcase vignetteだけであった。

次に各診断名の見聞頻度とイメージの良し悪し

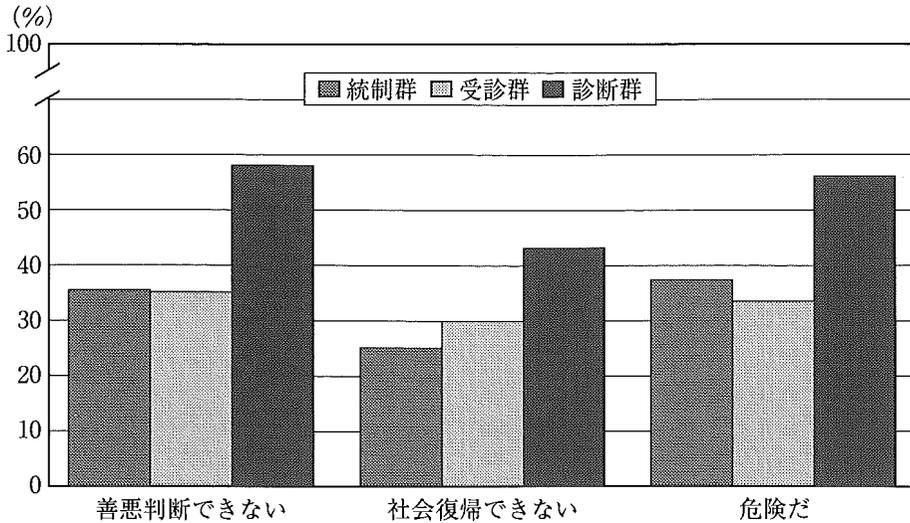


図2 症例B（「精神分裂病」）に対する回答

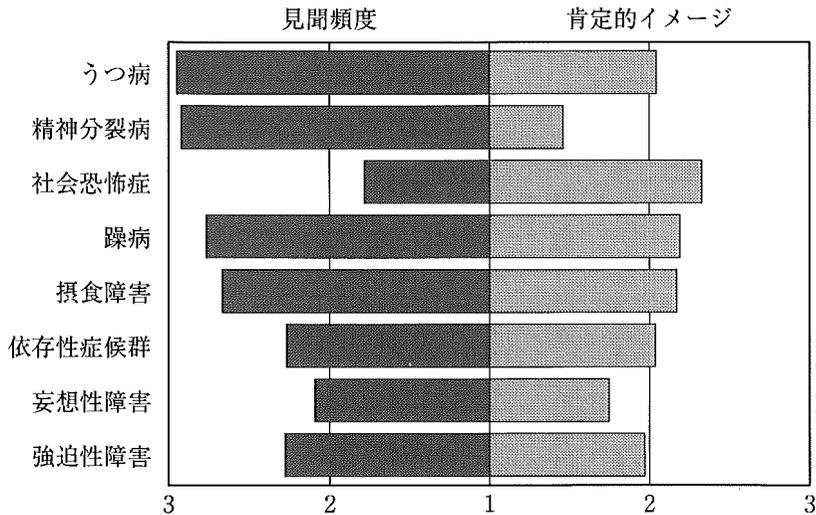


図3 診断名ごとの見聞頻度とイメージ

について調べた(図3)。見聞頻度の高い順に3つ挙げると、うつ病(2.8)、精神分裂病(2.6)、摂食障害(2.4)となり、イメージの悪い順に並べると、精神分裂病(1.5)、妄想性障害(1.6)、強迫神経症(1.8)となった。妄想性障害と強迫神経症は見聞頻度が低い(それぞれ1.9と1.8)ことを考えると、「精神分裂病」は、「一般に良く知られたかなりイメージの悪い診断名」と言うことができよう。「精神分裂病」という名称が極めてネガティブなイメージをもたれているために、「精神分裂

病」という診断名が付されただけで症例の記載に対するイメージが悪くなるのであろう。

一般の人を対象にした本研究の結果は、「精神分裂病」という名称自体が、精神疾患の専門知識を持っていない一般の人に誤解を与え、精神疾患への偏見を助長する危険性が示唆している。「精神分裂病」という呼称は変更されてしかるべきであろう。

## IV. ま と め

IIで紹介した研究から、事件報道は精神疾患全体に対するイメージを悪くし偏見を増大させること、精神科に関する専門的知識を有することが偏見の低減に効果があること、精神科や精神病院に行ったことがあるという経験がイメージをよくするのに効果があることがわかり、IIIで紹介した研究から「精神分裂病」という呼称は精神分裂病に対する偏見を増大させることがわかった。本節では、これらの知見をふまえ、偏見低減のために必要なことを提唱する。

事件報道について：事件の被疑者に精神科受診歴があったとき、事件と精神疾患との関係が立証されていない段階で、被疑者に精神科受診歴があったことが報道されることが多い。たしかにこのような情報を視聴者に提供することにより、視聴者の社会に対する安心感は保たれるかもしれない。すなわち、(事件の原因が精神疾患でなくても)視聴者にとって事件の原因が「精神的な病気のためだ」と『わかる』ことで、自分が事件に巻き込まれないよう対策をとることができるからである。そこでの「対策」とはおそらく、「精神科にかかったことのある人やかかっている人に近寄らない」とか「精神科にかかったことのある人は雇わない、精神科にかかっている従業員は職場に来させない」ということであろう。これはまさに、精神疾患を有する人、有していた人に対する差別・偏見に他ならない。ひとつの無責任な報道で、それとは無関係な人が差別を被ってしまうのである。

報道にも自由はある。また精神疾患と事件との因果関係が立証された場合、その両者の関係を述べた報道は歪んだものとは言えない。しかし、やはり偏った報道ではある。ある集団に対して、ネガティブな方向からの一面的な情報にさらされた場合、その集団の外部の者がその集団に対してネガティブなイメージや偏見をもつのは当然のことである。特にその集団が自分とは関係が薄く、その集団に対して直接的な接触経験から得た情報が少ないとき、偏見はより強くなる。マスコミの精

神疾患に対する報道は、ネガティブなものに偏っている。ドキュメント報道などポジティブな側面に関する報道(例えば、精神疾患から回復し、社会復帰を果たした人々についての報道など)は、ほとんど流されていない。このような偏った、無責任な報道とそれを生み出すマスコミの報道姿勢こそ、非難されるべきである。

「精神分裂病」の呼称について：精神分裂病の症状としてどのようなものがあるか、一般の人はあまりよく知らないだろう。もし知っていたのならば、精神分裂病の典型的な症状である思考伝播の記載を含むBの症例を読んで「これは精神分裂病だ」と判断するために、「精神分裂病」という診断名があってもなくても、抱くイメージに差はないだろう。実際、医学部の学生を対象とした同様の調査では、Bの症例に対するイメージに診断群、受診群、統制群で有意な差はなかった。したがって、精神分裂病の症状をよく知らない一般の人が、精神分裂病に対し偏見を抱くのは、「精神分裂病」という呼称そのものがネガティブなためである可能性が強い。

「精神分裂病」という呼称が偏見を生み出す背景には、精神科領域の専門家に対する信頼があるためかもしれない。つまり、「精神分裂病の症状をよく知っている専門家が『精神分裂病』という名称を付けるのだから、『精神分裂病』とはきつと『精神や考えがばらばらになってしまう病気』なのだろう」と、多くの人は誤って推測してしまうのである。精神分裂病を、精神や考えが「ばらばら」になってしまう疾患とは断定できないにもかかわらず、誤解を生むような呼称を使用し続けているのである。今回の研究の結果を考へても、我々は「精神分裂病」は変更されるべき呼称だと考へる。

## 文 献

- 1) Bhugra, D: Attitudes towards mental illness: A review of the literature. Acta Psychiatr Scand 80: 11-23, 1989.
- 2) 星越活彦, 洲脇寛, 實成文彦: 精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査. 日本社会精神医学会雑誌 2 : 93-104, 1994.
- 3) 菊池邦子: 心の病気をさぐる. 日経サイエンス 7月号: 18-27, 1995.

- 4) 国立精神・神経センター精神保健研究所：心の健康についての国民意識に関する調査報告書(特別研究報告書)。国立精神・神経センター精神保健研究所，市川，1991。
- 5) 栗原稔之，塚原敏正，渡辺任他：バリ島の精神医療に関する予備調査。日本社会精神医学会第14回大会，1994。
- 6) 町沢静夫，佐藤寛之，沢村幸：精神障害に対する態度測定—患者群，患者家族群，一般群の比較—。臨床精神医学 19：511-520，1990。
- 7) 岡上和雄，石原邦雄：『精神障害(者)』に対する態度と施策への方向づけ—『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』より。社会保障研究 21：373-385，1986。
- 8) 坂本真士，田中江里子，友田貴子他：精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究Ⅰ—呼称のイメージと態度の評価。精神科診断学 8：241-248，1997。
- 9) 坂本真士，田中江里子，友田貴子他：精神疾患への偏見の形成に与る要因の検討(Ⅲ)—診断名が及ぼす効果について。日本心理学会第61回大会発表論文集，p. 204，1997。
- 10) 坂本真士，丹野義彦：精神疾患への偏見の形成に与る要因の検討(Ⅰ)—精神疾患の“異常さ”の認知について。日本心理学会第60回大会発表論文集，p. 205，1996。
- 11) 坂本真士，丹野義彦：精神疾患への偏見の形成に与る要因の検討(Ⅱ)—接触体験の欠如とメディアからの情報について。日本教育心理学会第38回大会発表論文集，p. 307，1996。
- 12) 坂本真士，友田貴子，木島伸彦他：精神科領域における疾患の一般的呼称に関する研究Ⅱ—疾患名および症状の記載との関連について。精神科診断学 8：251-261，1997。
- 13) 疾患概念と用語に関する委員会精神分裂病の呼称を検討する小委員会：「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」調査報告。精神神経学雑誌 98：245-265，1996。
- 14) 滝沢武久：精神保健〔精神障害〕とメディア。日本社会精神医学会雑誌 4：177-180，1995。
- 15) 山内隆久：偏見解消の心理—対人接触による障害者の理解。ナカニシヤ出版，京都，1996。