

統合失調症に対する偏見除去の方法に関する研究

分担研究者 西尾雅明

国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部援助技術研究室長

研究要旨

平成 13、14 年度は、地域保健の現場で実用可能な統合失調症偏見除去プログラムを提言すべく、十勝、仙台、岡山で専門家と当事者との接触体験を組み合わせた短期介入プログラムを実施した。同様の目的を掲げ平成 15 年度も、千葉県市川市を新たなサイトとして加え、当事者に対するフォーカスグループ、並びに専門家による講義や接触体験を組み合わせた短期介入を各地区で選定した対象者に実施した。アンケートにより評価された対象者の知識や態度の介入前後の変化を、対照群と介入群で比較し、介入効果について検討した。

市川地区では、1) 当事者によるフォーカスグループ、2) 中学校教員の統合失調症に関する知識や態度の検討、3) 中学生を対象にした短期介入プログラムを実施した。本研究の特徴は、1) においてアクションリサーチの手法を用いている点、若年層を対象とした介入を行った点にある。その結果、地域で暮らす当事者を取り巻く偏見の状況、中学校教員が統合失調症を実際よりも稀な病気と認識している一方で、精神障害者全般の社会復帰に対して必ずしも否定的な見方をしているとはいえないこと、中学生が精神障害を抱える人々と直接交流することにより、精神障害者への肯定的な見方を強める傾向にあることなどが見出された。

十勝地区では、1) 労働組合関係者を対象とした短期介入、2) 当事者によるフォーカスグループとその結果に基づく家族への介入を実施した。本研究の特徴は、講義、表現遊び、話し合いなどのプログラムを段階的に実施してその上乘せ効果を検討した点にある。その結果、講義よりも当事者との対話の方が対象者から明らかに高い評価が得られること、当事者との関係で長期的な負荷を抱える可能性のある家族に対しては、より強力で持続的な介入が必要であること、などが示唆された。

岡山地区では対象者を一貫して民生委員に絞り、過去 2 年の問題点を検討したうえで研究デザインを改善、当事者との直接的接触を基調にした短期介入プログラムを実施した。その結果、精神障害者との直接的な接触の有効性、精神障害をもつ人たちの実生活に関する情報が病気に関する知識以上に重要視されなければならないことが明らかにされた。

精神保健福祉分野におけるマンパワーの限界や啓発活動の効率性を踏まえ、今後は波及効果を意識した戦略的な取り組みを展開していくことが必要と思われる。

A．研究の背景

世界精神医学会(WPA)は、1996(平成8)年に「統合失調症に対するスティグマ及び差別をなくすためのプログラム」を発足させた。現在これに世界16ヶ国以上が参加し、「病気に関する知識の普及」「当事者に対する社会の側の態度改善」「差別や偏見を除去するための活動を活発にする」などの目標を掲げ、国際的な活動を展開している。一方、日本精神神経学会は、2001(平成13)年1月にWPAプログラムへの参加を決定し、そのための特別委員会を発足させた。精神障害の中でも特に統合失調症は、ながらく「不治の病」「危険な病」と社会的烙印を押され続け、そのために当事者の早期受診が妨げられること、障害受容の困難さから必要な薬物療法やリハビリテーションからの脱落率が高くなること、家族の負担が強まること、社会資源の設置が遅れること、などの弊害があり、これらが患者の再発率の高さと長期転帰の不良に結びつく形で20万人を越える入院患者と社会的入院の問題の一端を生み出してきたと考えられる。

折しも、2002(平成14)年、社会保障審議会障害者部会精神障害分会において精神障害者の医療福祉施策の展開について検討がなされ、同年12月には報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が取りまとめられた。その中で「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる7万2千人の退院促進計画が打ち出されている。また、同年12月24日に策定された新障害者プランの中でも、「精神障害者施策の充実」の項で、「条件が整えば退院可能とされる約72,000人の入院患者について、10年のうちに退院・

社会復帰を目指す。このため、今後、更に総合的な推進方策を検討する」と記載されている。厚生労働省は、これらの内容に関して省としての推進を図るため、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部を2002(平成14)年12月に設置し、2003(平成15)年5月に中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を取りまとめた。その中には、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を押し進めていくための3本柱として、精神医療改革、地域生活支援の充実とともに、精神疾患理解のための普及・啓発が重点施策として挙げられている。さらに、具体的な検討を図るための検討会が設置され、2003年度の検討会報告書には基本的方向と「心のバリアフリー宣言」などが盛り込まれることとなった。

国内外のこのような流れを受けて、統合失調症をはじめとする精神疾患に対するスティグマを軽減させるための活動を展開していくことは、今後我が国の精神保健福祉をいっそう充実させるうえで、ますます重要な課題になると考えられる。「統合失調症」への呼称変更は、そのような社会的活動の一環としてとらえられるが、当然のことながら、呼称変更だけでは解決に結びつかない問題も多々あると言えよう。そこで、反スティグマ活動をさらに推進していくために、精神障害に対する偏見・差別の現状とそれらを解決するために有効な具体的な方策を実証的に検討することが求められている。本分担研究は、そうした社会の要請に応えることを目的としている。

B．研究目的

本研究では平成 15 年度も、国内の幾つかの拠点において、統合失調症や治療に関する正確な知識の提供、回復した当事者との良好な接触体験などが対象者にどのような影響を与えるかを、対照群を設定して前方視的に追跡する介入研究を実施した。本年度は、これまでの十勝、岡山に加えて、千葉県市川市においても同様のプログラムを行った。

一方、国外のプログラムでは、精神保健医療福祉の専門家による独善的な介入とならないように、地域毎に異なる偏見の実状を当事者のニーズと合わせて把握したうえで、介入対象と方法を設定することに重点を置いている。今回、本研究でも、平成 14 年度に試行したフォーカスグループの手法を採り入れ、当事者主体の原則に立ち返った反スティグマ研究となることを旨に活動を進めてきた。

各研究の目的は、以下のようになっている。

研究 1：市川地区では、平成 15 年度の介入対象者を選定し、プログラム内容の検討を行うことを目的として、該当地区に暮らす当事者へのフォーカスグループを実施した。本研究では、その結果を提示したうえで、この種のアクションリサーチを展開するうえでのフォーカスグループの有効性と限界について考察する（担当：分担研究者、市川地区研究協力者）。

研究 2：市川市内の一部の中学校に勤務する教員に対して実施された調査をもとに、中学校教員の統合失調症観について検討を加える（担当：分担研究者、市川地区研究

協力者）。

研究 3：市川市内の中学生を対象とし、対照群と、普及・啓発プログラムに参加した介入群の統合失調症に対する知識や態度の変化を前向きに追跡・比較し、短期間の介入の効果を検討する（担当：分担研究者、市川地区研究協力者）。

研究 4：労働組合関係者を対象とし、研究 3 と同様の内容を検討する（担当：十勝地区研究協力者）。

研究 5：十勝地区におけるフォーカスグループの施行とそれに基づく介入結果をもとに、研究 1 と同様の内容を検討する（担当：十勝地区研究協力者）。

研究 6：民生委員を対象とし、研究 3 と同様の内容を検討する（担当：岡山地区研究協力者）。

C．研究方法と結果

C - 1 研究 1：反スティグマ活動においてフォーカスグループが果たす役割～市川地区での調査結果を中心に～

1) 対象

市川地区で生活をおくる精神障害当事者のうち、市内 4 箇所の社会復帰施設（デイケア、作業所、グループホーム、就労支援機関）に所属していて研究協力への同意が得られた者、並びに研究への協力を前提として公募に応じた者を対象として、グループインタビュー（以下、フォーカスグループ）を行った。なお、調査対象とした上記の社会復帰施設の選定に関しては、市内に同種の施設が複数存在する場合は、そのうちの 1 箇所を無作為に抽出するようにした。

2) 方法

フォーカスグループは平成 15 年 9 月に、

市内の社会復帰施設4ヶ所へ研究者が出向いて計4回、また、公募によるものを市内の集会所で1回実施した(資料1 表1)。各グループでは、ファシリテーターとその補助者・記録係として研究スタッフ3~4名が参加し、「これまで受けたことのある差別や偏見の体験」や「これらの偏見や誤解を解消するために誰にどのように働きかけたらよいか」などを話し合ってもらった。各グループとも施行に要した時間は、90~120分程度であった。

3) 結果

偏見や差別の体験

当事者のフォーカスグループで出た意見を資料1-表2に整理した。まず目立ったこととして、「一般の人々とはやや距離をとって暮らしていることもあり、偏見を感じる機会が少ない」ことや、「もし知り合っても病気のことは話さないようにしている」という意見が多くみられた。家族との間で多く体験されやすいように、「理解されにくい」「理解を求めようとすると嫌がられる」ということがあり、「精神障害について現在理解のない人に理解されることは期待できないのではないか」という考えが当事者にもたれていることが全体を通じて認められた。

友人との関係では、以前付き合いがあった人と疎遠になってしまうこともあり、新しい付き合い方が求められることが多いようであった。近隣の人々に対しても、「目に見えない障害」「社会的に認知されていない病気」のために不思議に思われることがあるが、理解を求めることは期待できないと感じ、甘受せざるを得ないという状況があるようであった。

仕事や学業については、求職の困難さや障害の理解が得られないことが、業務内容や教育機会に関する問題にとどまらず、職場・教育の場での対人関係上の困難にもつながっている様が語られた。また、病院での偏見についても意見がみられ、精神科での対応に感じた不満や、他科で障害を理解されなかった体験が少なからず語られた。役所での体験としては、「子供扱いされた」ことや、制度面で他の障害と区別されていることに疑問が示された。さらに、マスコミでの報道が精神障害に対する負のイメージや誤解を形成していることに対しても、多くの不満が表出された。

偏見や差別を減らすためのアイデア

まず多く見られたのは、「コマースなどマスコミを利用」「自治体や政府へ働きかける」ことが有効であろうとの意見であった。地区でより実現可能なものを話し合ったなかでは、企業に精神障害の説明をしていくことや、関与する専門家の実地研修や教育、家族への情報提供、教育現場での早い段階での土壌作りなどがあがり、同時に当事者が体験を語ることやふれあう機会を作ることなどが有効であろうとの意見が多かった(資料1 表3)。その他、介入に直接つながるものではないが、相談窓口の充実(偏見110番、中学校などの相談室)、病院オンブズマン、病院評価ランキング、当事者が活動するべき、病院がオープンになるべき、などさまざまな意見があがった。

C-2 研究2: 中学校教員の統合失調症観について

1) 対象

平成15年度に市川地区で反スティグ

マ・プログラムを実施するにあたっては、研究1で触れたように、まず地域の精神障害当事者へのフォーカスグループを複数行い、当事者のニーズに基づいた活動を計画することにした。また、地域の専門家に依頼して、反スティグマ・プログラム市川地区実行委員会を、市川市在住の当事者、行政関係者、社会復帰施設職員、医師会メンバーなどで構成した。

地区実行委員会では、フォーカスグループの結果を踏まえて、介入プログラムの対象者や内容を具体的に検討した。介入の対象者については、市川地区の当事者から「こういった人たちに偏見・差別がなくなれば望ましい」と寄せられた意見をもとに、専門家間で実現可能性や方法を話し合い、医療機関や役所、商工会議所、学校などへの介入プログラムが検討され、特に中学校でのプログラムがその意義や実現可能性などから選択された。そして、中学生に対する介入プログラムを実施する際に、まず中学校教員の理解を得ることの重要性が指摘されたのを受けて、地域とのつながりを持つ実行委員会の各委員から推薦のあったI市内の公立及び私立中学校4校の代表教員に、研究スタッフが交渉にあたり、各校でのアンケート協力を依頼した。調査期間は平成16年2月10日～29日であり、4校全教員128名のうち81名から回答を得た。回収率は63.3%であった(資料3 図1)。

2) 方法

アンケート(資料2)の内容は、WPA関連の他のプログラムとの比較のため、カナダ・アルバータでの調査で使用されたアンケートを部分的に採用、また、1980年代以降に日本で行われてきた大規模な偏見調査

との比較のため、岡上らが開発した『精神障害者の社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度』スケールを盛り込んだ。さらに、教育機関での偏見除去に関する今後の取り組みの可能性を鑑みて、このような取り組みに対する意見を求めた。なお、本調査では、「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更の事実について、アンケート用紙に注意書きを加えた。アンケートは無記名で行われた。

(倫理面への配慮)

アンケート用紙に、回答を断る権利があること、回答内容の秘密が守られること、回答に伴う不利益が生じないことを明記したうえで、調査への協力を依頼した。

3) 結果(資料3)

基本属性

回答者の性別は、男性が半数以上(65.4%)を占めていた。年齢に関しては、生年月日を記入した回答者が60名(全体の74%)であり、その平均年齢は44歳、24歳から62歳まで幅広い年齢層から回答が得られた。また、回答者の半数近く(48.1%)が、「統合失調症」や「うつ病」など、何らかの精神障害を抱えた人との接触経験があると答えていた。具体的には、身内や親戚(35.9%)や友人・知人(59%)の中にそのような人がいたためという回答者が多かった(資料3 図2,3)。

呼称について

「精神障害」と「精神分裂病」に対する認知度は、それぞれ100%であった。しかし、「統合失調症」について「聞いたことがある」と答えたのは全体の53%であった(資料3 図4)。

統合失調症患者の有病率

「約 100 人に 1 人が一生のうちに罹る病気である」と回答した者は 39.5%であった。

「1000 人に 1 人」が 45.7%、「10000 人に 1 人」が 14.8%であり、全体としては統合失調症の有病率を低く認識している可能性が伺われた（資料 3 図 5）。

病因

統合失調症の原因に関しては回答にばらつきがあり、「ストレス」が最も多く、次いで「精神的外傷」「原因不明」「脳の病気」の順となっていた。「遺伝」と答えた者は 11.1%にとどまった（資料 3 図 6）。

最適な治療法

統合失調症には薬物治療と心理療法の併用が最適であるとする回答は全体の約 77%に及んでいた（資料 3 図 7）。

社会的予後

「統合失調症患者 100 人のうち 75 人くらいが社会で生活できるようになる」と選択した回答者の割合が最も多く（30.9%）統合失調症患者の半数以上が社会で生活できるようになると考える回答者は、全体の半数以上を占めた（資料 3 図 8）。

就労の可能性

一方、就労に関しては、より厳しい見方が示された。「統合失調症 100 人のうち 25 人くらいが定職につけるようになる」と答えた者の割合が最も多く（40.7%）定職に就けるようになるのは統合失調症患者の半数に満たないと考える回答者が、全体の半数以上を占めた（資料 3 図 9）。

知識

統合失調症についての知識を問う 9 項目のうち、正解率が 50%を下回っていたのは、「脳の病気である」「ストレスによって引き起こされる」「およそ 100 人に一人が生涯の

うちに罹る病気である」の 3 項目であった（資料 3 図 10）。

統合失調症患者との交流に対する態度

統合失調症患者と「話しをする」ことに対しては、56.8%が恐ろしいとはおそらく思わないと答えていた。「同じ職場で働く」ことになってもおそらく動揺しないと回答した者は 16%、「友達づきあいをすること」がおそらくできると回答した者は 29.6%で、「結婚をする」に関しては、53.1%が困難であるとの見方を示していた（資料 3 図 11）。

施設建設に対する態度

近隣にグループホームが作られると仮定して回答者の反応を尋ねたところ、身体障害者（63%）や知的障害者グループホーム（49.4%）の建設に対して比較的肯定的な態度を示す傾向が見られた。逆に、薬物依存者（59.3%）や服役終了者の社会復帰施設（50.6%）の建設に対しては否定的な態度を示す傾向が見られた。統合失調症患者のグループホームに関しては、約 35%が賛成と答えており、反対の意向を示す回答者の割合（7.5%）を大きく上回っていた（資料 3 図 12）。

精神障害者の自立に対する消極的態度尺度（以下「消極的態度」）

この尺度では、精神障害者のイメージを問うことにより、精神障害者の自立に対する態度を測定する 10 項目が用意されている。「病院内で一生苦労なく過ごさせる方がよい」で 56.8%、「精神障害者が自己管理をすることはほとんど望めない」で 60.5%が「そうは思わない」と答えていた。一方、「妄想、幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活のできる人が多い」「精神障

害者が、アパートを借りて生活するのは危険である」に対する肯定的態度の割合は、それぞれ 24.7%、25.9%であり、双方とも否定的態度の割合が肯定的態度の割合をわずかに上回る結果となった。消極的態様の程度により各項目で 0~2 点を配点し、総点を求めると（点数が高いほど消極的態様が低いことを示す）、回答者の平均は 5.75(± 3.33)であった（資料 3 図 13~22）。

学校における取り組み

今後の教育機関への、精神障害者観及び偏見除去に関する取り組み（7 項目）に対する意見を求めた。結果としてどの取り組みに対しても 60%以上が賛成の意向を表明していた。とりわけ、「精神障害に関する講義・講演を教師に対して行う」に関しては 85.2%が積極的に取り組みたいと希望していた（資料 3 図 23）。

接触の有無と消極的態様との関連性

精神障害者の自立に対する消極的態様に際して、これまでに精神障害者との接触体験がある群と無い群との間で差が見られるか検討した。消極度総点の平均は、接触体験がある群で 4.95 点、無い群で 6.50 点であった。t 検定の結果、2 群間で有意な差が見られ（ $t=-2.141$ $p<0.05$ ）、接触体験がある群の消極度は無い群のそれと比較して低いことが見出された（資料 3 - 表 1）。

C - 3 研究 3：中学生を対象とした早期教育的介入の効果

1) 対象

平成 15 年度に、市川地区で統合失調症に対するスティグマを軽減するための介入プログラムを施行するにあたっては、研究 2 と同様、研究 1 で詳述したところのフォー

カスグループを地区の精神障害当事者に実施し、その結果を反スティグマ・プログラム市川地区実行委員会で検討する中で、介入の対象を決定した。具体的には、医療機関や役所、商工会議所、学校関係者などが介入の対象として検討され、特に学校でのプログラムがその意義や実現可能性などから選択された。その後、実行委員を通じて紹介された幾つかの中学校の代表教員や教育委員会関係者に研究スタッフが説明を行い、交渉する中で、市内公立中学校 A 校から、中学 1 年生を対象とした介入プログラム実施への協力が得られることになった。A 校 1 学年は 5 クラスよりなり、計 194 名の生徒が在籍していた。各クラスの構成人数はほぼ同数で 38 名程度である。学校側の事情で、そのうち最も授業進度が早く、通常の授業時間内にプログラムを実施することが可能であった 1 クラスの生徒 39 名を介入群とし、残り 4 クラスの生徒 155 名を対照群とした。

2) 方法

アンケート調査について

アンケートの質問項目は、大きく 6 つのカテゴリーに分けられる（資料 4）。それらは、基本的属性に関する質問、統合失調症に関する基礎知識、統合失調症についての正誤判断、統合失調症患者との交流に対する態度、施設建設に対する意見、そして精神障害者の社会復帰に対する消極的態様である。作成にあたっては、WPA 関連の他のプログラムとの比較のため、カナダ・アルバータでの調査で使用されたアンケートを部分的に採用、また、1980 年代以降に日本で行われてきた大規模な偏見調査との比較のため、岡上らが開発した『精神障害者の

社会生活の自立性と権利の尊重に消極的な態度』スケールを盛り込んだ。なお、本調査では、「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更の事実について、アンケート用紙に注意書きを加えた。アンケートは介入前後に2回行われるため、無記名であるが学籍番号の記載を依頼し、前後の追跡を可能にした。また、以下のように、対照群にも介入群と同時期に同じ内容のアンケートを施行した。

第1回目は平成16年3月16日、朝のホームルーム(約20分程度)の時間に実施した。記入開始直前に、担当教員に指定の注意事項を読み上げてもらい、各クラスで同時にアンケート記入を行った。記入後は、各教室に設置した回収ボックスに各自が収める形とした。第2回目も、平成16年3月19日に1回目と同様の手続きで実施した。

介入プログラムの内容について

プログラムの枠組みは、反スティグマ・プログラム市川地区実行委員会で検討がなされ、本分担研究の中でもこれまでに効果が実証されている、専門家による情報提供と接触体験を組み合わせる方式を採用することになった。その際に、学校生徒が対象になる場合、ゲームなどを通じて当事者と一緒に何かをする形のプログラムが望ましいという意見がみられた。また、研究1で紹介したフォーカスグループ対象者に介入プログラムへの参加を募ったところ、数名の当事者から協力が得られることになり、研究スタッフと彼らを交えた計2回のミーティングを通じて具体的な内容を検討した。最終的に、資料5-表1で示すプログラムに決定し、平成16年3月16日、第1回アンケート実施直後の午前中計4時限を利用

して、介入プログラムを行った。各時限は45分であり、それぞれ10分間の休憩を間に挟んでいる。

統計解析について

結果を示すにあたり統計解析の対象としたのは、介入群では、介入プログラム時の欠席者3名および前後のアンケートのいずれかで有効回答が得られなかった3名を除く33名である。対照群では、前後アンケート欠席者(それぞれ7名、2名)および前後のアンケートのいずれかで有効回答が得られなかった7名を除く139名である。したがって、合計172名が分析の対象となった(有効回答率88.7%)。

本研究では、介入によって統合失調症を含む精神障害者に関する知識及び態度にどのような変化が見られるかを明らかにする目的で、名義変数についてはSPSS ver9.0J for Windows 正確確率検定を用いて各質問項目における介入群と対照群の回答パターンに差異があるかどうかを、前後アンケートの2時点においてそれぞれ検討した。順序変数とみなせる項目では、Wilcoxonの符号付き順位検定を用いて、それぞれの項目における介入前後の差の検定を、対照群と介入群毎に行った。また、グラフ上で「無回答」となっている欠損値については、各群、各項目の最頻値により置き換えている。

倫理面への配慮

アンケート用紙に、回答を断る権利があること、回答内容の秘密が守られること、回答に伴う不利益が生じないことを明記したうえで、調査への協力を依頼した。アンケートは無記名で行われ、前後比較の対応性に備えて各自の出席番号を記載してもらったが、研究スタッフは出席番号から個人

の名前を特定することはできない。

3) 結果

介入群と対照群の基本属性の比較

両群において男女比はほぼ等しく、有意差は見られなかった(資料5 - 図1、 $\chi^2=1.169$ 、 $p=0.334$)。「精神障害」という言葉は、6割以上が「聞いたことがある」と答えており、介入前の段階で両群の間に有意差はみられなかった($p=0.126$)。一方「精神分裂病」や「統合失調症」という病名に関しては、「聞いたことがある」と答えた回答者は、介入前の段階では10%を下回り、介入群では全員が「統合失調症」という病名を聞いたことがなかった(資料5 - 図2、図3、図4)。

精神障害者との接触の有無

精神障害者とこれまでに話をしたり行動を共にしたことが「ある」と答えた割合は全体的に少なく、対照群で10.8%、介入群で15.2%であり、全部で20名だった。具体的には、身内や親戚にいる、あるいはボランティアを通して接触の機会を得た回答者が比較的多かった(資料5 - 図5、図6)。

有病率

正確確率検定の結果、介入前には介入群と対照群の間で有病率の認識に統計的な有意差はみられなかったが、介入後には二群の回答パターンに有意差がみられ、介入群では「統合失調症は、100人に1人が一生のうちに罹る病気」と回答する者が9割を超えていた(資料5 - 図7)。

統合失調症の原因

両群とも、「トラウマ」や「ストレス」、そして「脳の病気」ととらえる割合が高いが、特筆すべきこととして、介入群において、介入後に「ストレス」と答える人数が

増え、「脳の病気」と答える人数が減少したことがある(資料5 - 図8、図9)。

治療法

介入後、介入群では、統合失調症の適切な治療法として「薬と心理療法」という回答が増加した(資料5 - 図10)。また、対照群は介入前後で大きな変化は見られず、回答にばらつきがあったが、対照群においては介入後も、薬のみを選択する割合よりも心理療法のみを選択する者の割合が高かった(資料5 - 図11)。

社会生活

全体的に、統合失調症患者100人中25~50人程度が社会で生活できると答えていた。介入群において、介入後社会生活できるようになる人の数が増加したように見受けられるが、介入前後で統計的な有意差は見られなかった(資料5 - 図12)。

就労

Wilcoxonの符号付順位検定の結果、定職に就ける割合に関しては、対照群では介入前後で有意差が見られなかったが、介入群では5%水準で有意差が見られ($p=0.039$)介入後はより高い割合の統合失調症患者が定職に就けるようになるという方向へ回答パターンが変化した(資料5 - 図13)。

虚像と実像(統合失調症に関する知識)

介入前後の各時点で対照群と介入群の正答率に差があるか調べるために、項目ごとに χ^2 検定を行った。介入前は9つすべての項目で両群の間に有意な差は見られなかった(資料5 - 図14~22)。介入後は「統合失調症は脳の病気である」「ストレスが原因である」という病気の原因に関する2つ以外のすべての項目で介入群と対照群の間に有意差がみられ(いずれも $p < 0.01$)、これ

らの項目において介入群は介入後の正答率が上がっていた。

当事者との交流に対する態度

統合失調症の人と「話しをする」「同じクラスになる」「友達づきあいをする」「結婚する」の4つの状況に対する考えを3件法で質問した。介入前はすべての項目において2群間に有意差はなかった。一方介入後は、「話しをすることは恐ろしい」($p < 0.01$)、「同じクラスになることは迷惑」($p < 0.05$)という2つの項目において、2群間で有意差がみられ、介入群の方が統合失調症患者との交流に対してより良好な態度を示す傾向にあった(資料5 - 図23~26)。

施設建設に対する態度

施設建設に関しては、知的障害者や身体障害者、統合失調症患者、エイズ患者のグループホーム建設に関しては比較的好意的に受け止められていたが、元犯罪者や薬物・アルコール依存症らの施設に関しては否定的な意見が見受けられた(資料5 - 図27~33)。統合失調症患者のグループホームに関しては、介入群のみが、介入後に好意的に受け止める方向へ回答パターンが変化していた($p < 0.01$)。

精神障害者の自立に対する消極的態度尺度

この尺度は10項目から構成されており、精神障害者の自立に関連する意見を3件法で回答してもらうものである。介入前の段階で2群間に差があったのは、「誰でも精神病になる可能性がある」($p < 0.05$)、「病院内で過ごす方がよい」($p < 0.05$)、「信頼できる友人になれる」($p < 0.01$)の3項目であり、いずれの項目も対照群に比べ介入群の方が「どちらともいえない」という意見

が多い傾向にあった。介入後は、「誰でも精神障害者になる可能性がある」($p < 0.05$)、「妄想・幻聴があっても社会生活できる」($p < 0.01$)、「普段は社会人としての行動が取れる」($p < 0.05$)、「病院は精神障害者による事故を防止するためにある」($p < 0.01$)の各項目で有意差が見られ、いずれの項目でも介入群の方が精神障害者の自立に対して肯定的な態度を示していた。「誰でも精神障害者になる可能性がある」という項目では、介入群は「どちらともいえない」が減少し、「そう思う」が介入前の3倍以上に増加した。「妄想・幻聴があっても社会生活できる」については、「そう思う」という回答が介入群で介入後約2倍に増加した(資料5 - 図34~43)。

C - 4 研究4：十勝地区・労働組合関係者を対象とした介入プログラムの効果

1) 対象

十勝地区では、精神障害に対する知識と経験の乏しい一般市民を対象に、統合失調症についての教育的介入を行い、その効果を検証するため、過去2年間高校生および大学生を対象として研究を行ったが、今年度は地元の労働組合員およびその家族で高校生以上の人を対象として同様の研究を実施した。対象となった労働組合に医療機関の組織は含まれていない。介入群123名、対照群105名が調査に参加した。このうち介入群では3種類の介入プログラムに全て1回ずつ参加し全てのアンケートに回答が得られた84名を有効回答者として分析し、対照群では2回のアンケートに回答が得られた91名を有効回答者として分析を行った。

2) 方法

介入は、「統合失調症についての講義」、「表現あそび」、「小グループでの話し合い」の3種類のプログラムで構成した。

講義は介入群を3グループに分けて実施した。1回約2時間で精神科医が実施し、講義内容として精神障害を持つ人の概数と入院・外来疾病別割合、身体疾患との受療率の比較、精神病床数・平均在院日数の欧米との比較、具体的症例の経過、精神障害の原因の概要、ドーパミン仮説等の統合失調症の原因に関わる生物学的研究知見の説明、統合失調症と混同されやすい障害、統合失調症の発生頻度と好発年齢、症状と典型例の経過の概要、治療とリハビリテーション、薬物療法の効果とEE研究の知見、社会的予後と就労の可能性、犯罪との関係、障害の特性などについて説明した後、下宿等で生活している当事者へのインタビューをビデオで視聴してもらった。

表現あそびは介入群を4グループに分けて1回約90分で実施した。身体表現を中心とする単独あるいは様々な規模の集団による自己表現、相互交流を図るグループワークで、この活動の経験を積んだ保健師の進行で、各回当事者10数名と精神保健関係者数名が介入群の参加者に加わった。

小グループの話し合いでは、介入群を4グループに分けて1回約90分で実施した。研究協力者1名が進行役となり、介入群の参加者6名程度、当事者2~3名、精神保健に携わる関係者3名程度からなる小グループに分かれて、ペアの相手をグループで紹介する交流の後、精神障害についてのイメージ、当事者の体験談、偏見の解決策について話し合いを行なった。

介入効果の評価は自記式アンケートを実施し結果の検定を行なった。アンケートの内容は資料6のとおりで、昨年度とほぼ同様だが若干の追加・修正を行った。また、介入プログラムの途中で実施したアンケートでは一部の項目を省略した。事前のアンケートは、介入群、対照群とも平成15年10月下旬から11月初旬の介入プログラム開始前までに実施し、労働組合に回収を依頼した。中間のアンケートは講義と表現あそびの終了直後に実施し、その場で回収した。最終のアンケートは両群とも12月中に行い、労働組合に回収を依頼した。

(倫理面への配慮)

調査対象者への倫理的配慮として、アンケート用紙に、回答を断る権利、回答内容の秘密保持、回答に伴う不利益の排除などについて明記した。

また、過去2年間の調査を含むアンケート調査の対象者に対して、アンケート内容の表現によって生じうる誤解を取り除くため、統合失調症を中心とした精神障害についてのリーフレットを作成して配布した。

3) 結果

集計結果を資料7に示す。

両群とも平均年齢は38歳で、年齢幅にも著しい違いはなかった。その他の属性では、男女比、学歴、結婚歴に両群でほぼ差異はなかったが、精神障害を持つ人との接触経験を有する人が対照群でやや多く、その接触機会として知人およびボランティア活動をあげる人が介入群に比して多かった。

対照群では、アンケートの全項目で前後2回の回答の間に著明な差は認められなかった。

統合失調症のイメージに関する項目(B

項目)では、生涯有病率、治療法、社会復帰の可能性について、介入群で著明な改善が認められ、病因についても、介入群では介入後に「心的外傷」が著しく減り「脳の病気」が大幅に増加しており、介入効果が認められたが、過去2年間と同様、「ストレス」を原因としてあげる割合は両群とも介入前後を通して高かった。就職の可能性については介入による明らかな変化はみられなかった。

統合失調症について虚像と実像を問う項目(C項目)では、「人格が分裂している」、「脳の病気である」、「暴力的になりやすい」、「100人に1人が罹る」、「治療薬が必要だ」、「子育ての失敗が原因」等の項目で介入群に正答率の改善が認められ、著明な改善を示した項目では、いずれも講義の段階で改善がみられその後も効果が持続した。

統合失調症を持つ人への感情と交流姿勢に関する項目(D1~4)では、4項目全てで介入後に有意な改善がみられた。その内の2項目は講義の段階から有意な改善がみられた後表現あそびと話し合いで段階的にさらに改善が進んだ。他の2項目は講義では有意な改善がみられず、表現あそび以降に有意な改善が認められた。

各種の疾患や障害を持つ人および犯罪者のためのグループホーム等施設に対する受け入れ姿勢を問う項目(D5)では、統合失調症者と知的障害者のグループホームに対してのみ有意な改善がみられた。統合失調症者のグループホームの場合、講義および表現あそびでは有意な変化は認められず、話し合い後に有意差が認められた。介入後の「賛成」と「大賛成」の合計は55%で、これは身体障害者のグループホームに比べ

るとわずかに低く、知的障害者のグループホームとは同等で、他の4施設よりは明らかに高かった。

精神障害を持つ人の自立等に対する態度を問う項目(E1~10)では、介入後に多くの項目で改善がみられた。改善が認められた項目のほとんどは、講義の段階から変化を認めた。

今回の介入プログラムに対する調査対象者の主観的評価として、「少し役に立った」と「大変役に立った」を合せると、講義と話し合いは約60%、表現あそびは約40%であった。また3つのプログラムの内で最も有効と評価されたプログラムは話し合いで、他の2つより著しくその割合が高かった。さらに話し合いの内容の中では、偏見除去に最も有益であったと評価されたのは、圧倒的に当事者による体験談であった。

調査期間中に独自に精神障害について調べたことがあった対象者の数を調査してみたが、両群とも10名前後と少なく、両群に著しい差異はみられず、アンケート結果への影響も小さいと考えられた。一方、調査期間中に精神障害について他者と話題にした人の数は、介入群で半数を超え、対照群に比べて明らかに多かった。偏見除去のための普及活動への参加姿勢についてもアンケート項目に加えてみたところ、両群とも「機会があれば」という回答が大多数で著しい差はみられなかったが、介入群では対照群に比べて「積極的に参加したい」と答えた人が多く、「関わりたくない」と回答した人は明らかに少なかった。

C-5 研究5：十勝地区におけるフォーカスグループの施行とそれに基づく介入

1) フォーカスグループの対象

日頃研究協力者と接触がありソーシャルクラブや生活支援センター等を利用している当事者の中から、フォーカスグループへの参加協力が期待できる人に、接触のある研究協力者から依頼して 10 名の当事者に同意が得られ、当日欠席の 1 名を除く 9 名を対象とした。

2) フォーカスグループの方法

研究協力者である PSW と保健師各 1 名がファシリテーター、コファシリテーターを担当して、8 月 5 日(火)午後 2 時から 90 分間のフォーカスグループを実施した。主要なテーマは、「これまでどのような偏見や差別を感じてきたか」と、「どうすれば精神障害に対する偏見や差別が減らせるか」であった。

3) フォーカスグループの結果

偏見を感じる対象として発言の件数が多かったのは、家族の 7 件、精神科医療従事者の 4 件、職場の 4 件で、その他親戚、友人、教師、下宿、近所の人、バスの乗客、保険、自分、マスコミなどが各 1~2 件であった。偏見除去の方法としては、自分たちが病状の管理に気をつけて常識を守り被害者意識を変えるべきだという意見が印象的だったが、住民と接し交流できる場と機会を増やす、元気になれる活動の場が必要、住民による病院や支援センター等の施設見学、当事者のミニコミ誌や自分たちの歌・バンドを作る、街の祭り(仮装盆踊り)に出演する、当事者の劇を作るといった意見が出され、総じて当事者自身をよく見てもらい話し合い接することが求められていると考えられていた。

4) 家族への試行的介入

上記の結果に基づいて、精神障害のある人を身内に持つ家族を対象とする介入を試行した。

病院、デイケア、社会復帰施設等に通院、通所している当事者の家族に対して、関係施設から「家族研修会」と題した企画への勧誘で参加者を募り、当日 14 名の家族が出席した。介入プログラムである「家族研修会」は約 3 時間の企画で、開始時に趣旨説明を行い、生活支援センターの PSW が生活支援活動の実際を説明しながら、当事者へのインタビュー・ビデオで日頃の生活ぶりや当事者の思いを視聴してもらった後、長年当事者の姉として当事者と接してきた経験者の講演で、その体験から得られた当事者との生き方について聞かせていただき、最後に約 1 時間半のグループ討論を実施した。グループ討論では、参加家族は 2 班に分かれ、それぞれに当事者 3 名、精神保健関係者 3 名程度が加わって、研究協力者の進行で精神障害を持つ家族とどう理解し合い関わるかを主なテーマとして自由に話し合ってもらった。研修会の開始前と終了後に、労働組合関係者に行なったアンケートを一部簡略化して実施した。

アンケートの結果は資料 8 のとおりで、データが小規模のため統計的評価は行っていないが、これまでの一般市民を対象とした介入結果と比べると、改善傾向のみられた項目もある一方で、マイナス効果となった項目も少なくなく、全体として介入効果は不良であった。

C - 6 研究 6 : 民生委員を対象とした「ふれあい研修」の効果

1) 背景

精神障害者への偏見除去に関する研究は、「精神障害者との良好な接触体験は偏見除去に有効である」という仮説から出発した。岡山ではこの仮説に基づいて、「偏見除去に有効な接触体験に基づく研修法を確立する」ことに取り組んできた。そして、「ふれあい研修」と呼ぶ研修法を確立した。ふれあい研修の概要は以下の通りである。

ふれあい研修は1回2時間のグループワークである。1つのグループは研修者5人程度、精神障害を持った協力者2名程度、それにグループリーダーの計8名程度からなっている。

おのおののグループは輪になって座り、2つの活動に取り組む。1つ目は、「知り合いになりましょう」という活動である。この活動では、まず、自分の隣の人と組になって、互いに自己紹介をする。次に、自分が組になった人のことを、グループの他の人たちに紹介する。全員が自分の相手を紹介し終わると、輪の中央に進み出て、自分の名前を名乗りながらグループの全員と握手し、自分の席に戻る。自己紹介と身体的接触によって研修当初の緊張やよそよそしさをなくすのが目的である。

次に「話し合い」に取り組む。精神障害者になるとはどういうことか。もし自分が精神障害者になったらどう生きたいか、実際にはどう生きられるか。どう生きられないか。何に困るか。何ができて何ができないか、などについて、グループ全員で話し合う。これが「ふれあい研修」である。

この「ふれあい研修」の特徴は4つにまとめられる。まず、精神障害の当事者と研修者が研修の中で1対1の個人として出会うことができる。第2に、当事者と研修者

が、対等に、自分自身の経験を持ち寄って、研修に貢献する。そして第3に、「病気」がテーマになるのではなく、「病気の人」の人生や生き方について考えることが研修の目的である。病気の症状のために、どんな困難があるか、どんな工夫をしているか、また、どんな経験をしているか、といった実生活上の問題を話し合う。そして第4に、「伝えたい、知ってほしい、わかってほしい」というニーズのある精神障害の当事者と、「知りたい、聞きたい」というニーズのある研修者とを、直接つないで、そこで情報のやりとりをしてもらう研修だということである。

今回この研修を、民生委員を対象に行った。民生委員は地域の人たちを結びつける役割を担っている。また、精神障害を持った人から助けを求められやすい立場にもある。そこで、まず、彼らの偏見を除去すれば、地域に波及するのではと期待した。

そして、2年間でいくつかの知見を得た。1年目には、講義を中心とした従来型の研修にふれあい研修を加えた。そして、この新しい研修によって、偏見打破の効果が大きく増加することを観察した。

2年目には、講義を全廃し、ふれあい研修だけで研修を行った。また、2つ目のふれあい研修を考案した。このふれあい研修では、話し合いの代わりに、精神保健を普及啓発するポスターを作った。そして、ふれあい研修を1つだけ経験する研修者と2つ経験する研修者とで、偏見減少の量を比較した。結果は、ふれあい研修を2つ経験した研修者は偏見減少の度合いが大きいことがわかった。

しかし、この研究ではいくつかの欠点も

あった。まず、研修者の数が少なかったことである。

第2に、元々の偏見の度合いが、条件によって異なっていた可能性があった。そして、その違いを補正するような分析を行わなかった。

第3に、グループごとの偏見減少の度合いを測らず、研修者毎の偏見減少の度合いを測って分析したことである。これは、一人一人の研修者が別々の研修を受けた場合にふさわしい分析である。しかし、この研修では、グループで活動し、グループ内の各成員はグループの他の成員の言動によって陰に陽に影響を受ける。つまり、グループの各成員の偏見の度合いや精神障害者の評価は、独立ではなく、相関を持っている可能性がある。したがって、もし、グループ活動の効果を測るのが目的であれば、計測の単位は個人ではなく、グループであるべきである。もし、このような場合に個人を単位として効果を測れば、結果的に効果を過大評価してしまうことになる。

したがって、2年目の研究の結果は、有望ではあったが、決定的なものとはなりえなかった。そこで、これらの問題点を正し、ふれあい研修を研修法として確立することが3年目の目標となった。

2) 対象と方法

今年の研究では、再び、2つのふれあい研修を1日かけて体験する条件と、「はなしあい」によるふれあい研修だけを午前中かけて体験する条件、そして、研修を受けない「コントロール条件」の3つを比較した。

研究では、岡山市中央地区、総社市、邑久郡3町の495名の民生委員を対象とした。そして、研修予定日の約1ヶ月前に、1回

目のアンケートを実施した。391名から回答があった。同時に、どの日に研修を希望するかを尋ね、これを元に、研修希望者を各研修日に割り振った。その後、各研修日の中で、希望者を3条件のグループにランダムに割り振った。こうして、各条件16のグループができた。研修者は研修を受けた約1週間後、第2回目のアンケートに答えた。最終的に192名の民生委員が3条件のいずれかで研修に参加し、アンケートを返した。研修参加率は例年通り、ほぼ50%である。

3) 結果

アンケートには、各回答者を特定する識別番号が振ってあり、それをもとに、1回目のアンケートと2回目のアンケートを対応づけることができた。そして、各研修者の研修前の偏見の度合いと、研修後の偏見の度合いを比べることができた。

分析は以下のように行った。まず、アンケートへの回答を得点化した。選択肢はどれも等間隔の間隔尺度と考え、選択肢の両端を0と1に固定し、その間の選択肢は等間隔で得点を割り振った。

また、アンケートのほとんどの設問は5つのカテゴリーに分けた。分けきれなかった項目は別に個別に分析した。5つのカテゴリーとは、

- 精神障害者への基本的信頼感
- 精神障害者に対する否定的感情
- 精神障害者の生活に関する知識
- 精神障害者に適切に対応する自信
- 精神病や精神障害の症状や、発病原因などの知識、

である。そして、各カテゴリーに割り振られた設問に対する得点を平均して、各カテ

ゴリーの内容を表す合成変数を作った。欠損値は少なかったのを除いて平均した。実際の欠損値の数は、資料8を参照されたい。

実際に分析に用いたのは、合成得点の1回目から2回目への変化を、グループで平均したものである。これを従属変数として、共分散分析を行った。関心の対象となる要因は、研修のタイプで、1日研修、半日研修、研修なしの3条件ある。これに、1回目のアンケート得点のグループ平均を共変量として組み込み、モデルを作った。研修のタイプと1回目の得点との交互作用は、事前分析で有意でなかったため、モデルから除外した。さらに、このモデルを用いて、テューキー型の対比を用いた多重比較を行った。

その結果以下のことが明らかになった。半日または、1日の研修を受けることによって

）精神障害者に対する基本的な信頼感が増した

）精神障害者に対する否定的な感情が減った

）精神障害者の実生活に関する知識が増えた

）精神障害者に適切に対応できるという自信が増した

）精神病に関する知識は増えも減りもしなかった

）研修が半日か1日かの違いは見られなかった

さらに、1回目のアンケートへの回答を元に、合成変数間の相関を出した。この分析の結果、精神障害を持った人の実生活をよく知っている人ほど、彼らのことを信頼し、彼らに対する否定的感情も少ない、と

ということがわかった。一方で、病気の原因や症状についての知識の量は、偏見の度合いとほとんど関係がないこともわかった。この結果は、昨年と同じで、地域の異なる民生委員を用いても同じ結果が出たことがわかる。

D. 考察

D-1 研究1：市川地区で行われたフォーカスグループに関する考察

精神障害に対する偏見の問題は、世界各国で共通点も多い反面、各国・各地域毎に「誰を偏見解消プログラムの対象にするか」「どのようなプログラムを用いるか」などの細かい状況は異なると考えられる。それに対応する形でWPA（世界精神医学会）は、地域に拠点を置いたアクションリサーチにおいて当事者の声を反映するための一つ的手段としてフォーカスグループの活用を薦めている。そうした流れを受けて、本研究班でも昨年度、C自治体の当事者10数名を対象としてパイロット的なフォーカスグループの取り組みを行い、本年度の本格実施に向けて準備を行ってきた経緯がある。

今回、市川地区で実施された複数のフォーカスグループにおいても、その枠組みの中で、精神障害を持つ人々が自ら苦悩する偏見・差別の体験やその社会的対処策について様々な表出がなされた。そして、これまでフォーカスグループの手法を採り入れて反スティグマ活動を進めてきた諸外国とは文化や習慣の違う我が国においても、地域で暮らす精神障害者がスティグマ・偏見の問題に関して持つニーズの一端を明らかとする手段として、フォーカスグループの有用性を確認することができたと考えられ

る。また印象の域は出ないが、公募に応じてグループに参加した当事者は、そのモチベーションの高さのためか、他の4つのグループに参加した当事者よりも、積極的な発言を行っていたと思われた。もちろん、該当地域の当事者全体のニーズを広く捉えるためには、公募グループだけでなく、今回のように可能な限り多くのグループを実施する必要があると思われる。

内容的には、友人、職場、マスコミ、役所などに加えて、家族や医療関係者の持つ偏見について語られることが多いようであったが、これは諸外国で実施されたフォーカスグループと近似する結果であったと言える。家族や医療関係者は、当事者と接する機会が多いため、単純に他の集団と比べて問題が多いと結論づけることはできないが、実際に当事者を取り巻く最も身近で影響力のある集団であるため、地域ぐるみで積極的な対策を講じる必要性は高いと思われる。

また、社会の理解を求めることは期待できないと感じ、甘受せざるを得ないという状況に置かれている当事者からの発言も決して少なくはなかった。内在化されたスティグマへの直面化や不用意な自己開示を強要することがあってはならないことは言うまでもなく、ノーマライゼーション理念の実現に向けて、より一層社会の理解を得る働きを強めながら、息の長い地道な反スティグマ活動を実践していく必要があると考えられた。

D - 2 研究2：中学校教員の統合失調症観調査についての考察

今回調査対象となったのは、市川地区で

立ち上げられた反スティグマ実行委員会委員から紹介があった中学校であり、このような調査に比較的協力的な学校であったと考えられる。したがって本調査は、市川市内にある全ての中学校教員の統合失調症観を把握するものではない。しかし、意図的に特定の学校を対象から除外したというわけではないので、調査結果に与えるバイアスは比較的小さいものと考えられる。

統合失調症が実際よりも稀な病気と思われがちである一方、全体的に、調査対象者は統合失調症の社会生活能力を認める傾向にあり、精神障害者全般の社会復帰に対する肯定的見方が示されていた。また、ストレスを統合失調症の最も重要な病因と規定する傾向が強かったことも特徴の一つとして挙げられる。精神障害がより一般的な状態として捉えられつつあることは、「著しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある」という項目において、8割以上が「そう思う」と答えていたことから推測される。

一方で、統合失調患者と同じ職場になること、友達づきあいをすることに関しては「わからない」という回答が多いことや、統合失調症患者グループホーム建設に関して「どちらでもよい」という回答が半数以上を占めていたことなどから、より具体的に感情的態度を質問する項目では、統合失調症患者の社会復帰に対して複雑な心情を抱えていることが伺われた。

しかし、多くの回答者が教育現場における精神障害者福祉に関する学習に対して積極的な姿勢を示している。ゆえに将来にわたり、教育機関との協力を保ちながら、積極的に統合失調症をはじめとする精神障害についての

正確な知識を広めるとともに、当事者との交流の機会を増やすことが求められる。

D - 3 研究3：中学生を対象とした早期教育的介入の効果についての考察

本研究の結果を踏まえて明らかになったことを以下にまとめる。

1) 精神障害についての認知度

呼称変更からまだ年月を経っていないということもあり、中学生の間では、新しい名称である「統合失調症」についての認知度は低いことが明らかになった。同様に、「精神分裂病」も中学生には馴染みのない病名であり、回答者が「精神障害者」として一括りに捉えていることが想定された。精神障害者との接触の経験も多いとは言えないことから、介入前の回答者の精神障害者に対する知識が経験を通してというよりも、むしろ他者から聞いたり、新聞・雑誌を通して得られたものであることが推測できる。

2) 統合失調症に関する知識について

有病率については、対照群、介入群ともに統合失調症を稀な病気としてみていたのが、介入群では介入後に、「100人に1人」とする回答が9割を超え、「誰でも精神障害になる可能性がある」との認識が深まったと考えられる。また、「統合失調症患者は暴力的になりやすい」などといった俗説に基づく知識も、介入によって修正が加えられることが明らかになった。

一方で、統合失調症の原因を脳の病気ではなく、むしろストレスと捉える傾向が強くなり、介入後はこのような理解の仕方が助長される結果となった。

3) 統合失調症をはじめとする精神障害をもつ人々への態度の変化

「精神障害者の社会復帰に対する消極的態度」に関する結果をみると、介入プログラムを通して、「妄想・幻聴があっても社会生活ができる」とする回答の割合が高くなったことをはじめ、全般的に介入群の精神障害者に対する見方や態度は肯定的なものに変化した。

統合失調症に関しても、介入群の生徒は介入後に、就労の可能性についてよりポジティブに考えるようになり、話をすることや同じクラスになることに対して抵抗感が少なくなり、グループホーム建設に対してもより好意的な態度に変化していた。

短期間の介入プログラムであっても、実際に精神障害を抱える人々と交流することによって、このような態度の変容が生じる可能性が示唆される結果となった。

一方で、回答者が統合失調症よりもむしろ精神障害全般に対するイメージに基づいて回答していた可能性が高いこと、十分なサンプル数が確保できなかったことなどから、本研究の結果の解釈には注意が必要である。また、統合失調症の有病率や服薬の重要性など対象者の精神保健に関する知識は深まり、肯定的な態度の変容もみられたが、いずれもアンケート上の変化であって、日常生活での実際の行動パターンの変化まで明らかにされたわけではない。アンケート上の変化がどれだけの期間維持されるか、情報提供や接触体験などプログラムの各要素が結果にどのような影響を与えたのかを明らかにすることは、今後の検討課題である。さらに、これまで他の地区でもみられたように、介入後に、病気の原因を「ストレス」とする割合が高まり、逆に「脳の病気」とする割合が低下していたが、その理

由についても今後の詳細な検討が必要である。

以上の点から、本研究の結果を広く一般化することは難しいが、精神障害者に対する偏見除去の取り組みとして、国内では初めて中学生への実証的介入研究を試みたという点で、今後の同じ趣旨の介入研究のたたき台になりうるものと考えられる。

D - 4 研究4：十勝地区・労働組合関係者を対象とした介入プログラムの効果についての考察

過去2年間に比べてより充実した介入プログラムを組むことが可能な調査対象を求めて、今年度は労働組合の会員とその家族を対象として研究を実施した。その結果、介入プログラムをこれまでより増やし、より小さい集団での密な介入を実施することができた。また、限られた調査対象者を活用するために介入プログラム毎の段階的変化を調査し、介入プログラム各要素の効果についても部分的評価を可能にした。

過去2年間の調査とは対象と介入プログラム、調査方法などが異なり、結果を比較することには限界があるが、昨年度の大学生を対象とした調査の結果と比べて、全般に介入による改善項目は多く介入効果は高かったといえる。これは介入プログラムの充実によるものと推測される。特に心理的距離に関するD項目では昨年度に比べて改善効果が大きく、その理由として考えられるのは、全ての介入プログラムで昨年度と違い30~40名程度の対象者による比較的小さい集団での介入を行なったこと、特に「話し合い」では、当事者が複数加わった小グループでの双方向的交流が持てたこと、表現あそびによる非言語的活動を中心とし

た共同作業も取り入れたことなどである。このことは、講義のみでは改善しなかったが表現あそびや話し合いを経ることで効果が現れた項目の存在からも推測される。講義のみで改善がみられた項目についても、今年度は単身生活を続けている当事者へのインタビュー記録の視聴をビデオで講義に取り入れたことによる影響が考えられる。同様のことが自立等についてのイメージに関するE項目にもあてはまる。医学的知識を主としたC項目では講義段階での改善が多くみられた。また、施設に対する受け入れ姿勢をみるD5項目では、統合失調症者のグループホームのほかに、知的障害について波及効果が認められた。

また、介入による改善が比較的多くみられたDおよびE項目についても、介入後の好意的回答の割合でみると、大学生と比べてむしろいくぶん低くなっている。このことは、介入プログラムに対する主観的評価が大学生でより肯定的であったことと合わせて、大学生に今回のような昨年度よりも充実した介入を行なえば効果はより大きかった可能性があることを示唆する。

介入プログラムについての内容別の調査対象者による主観的評価をみると、一昨年と同様、講義よりも当事者との対話が明らかに高い評価を得ている。今回、当事者との話し合いをある程度構造化してその話題毎に有益性を評価してもらったところ、当事者による体験談に際立って高い評価が集中した。精神障害を持つ人達との接触経験があまりない人達については、当事者が障害を持ったことでどのように感じ考え生活してきたか、そして何を希望しているかといった生の声を聞くことが有効であると考

えられる。表現あそびは、調査対象者の感想として、子供っぽく戸惑いを感じたという声が聞かれたことから、むしろ小学生等の若年者への介入プログラムとして有効かもしれない。

介入プログラムに参加した人の半数以上が、介入中に他者と精神障害についての話題を持ったと答えていることから、介入による何らかの波及効果が期待できるものと考えられ、介入効果が適切であれば肯定的な波及効果も期待できることを示唆する。今回の介入プログラムで偏見除去の活動に対する積極的な参加姿勢を引き出すことはほとんどできなかったが、若干の肯定的変化は認められた。主体的な姿勢の変化を生むためには、より長期的で強力な介入が必要と思われる。

この活動に参加協力した当事者の態度の変化について昨年度岡山では研究がなされ、自己受容度に陽性の効果が示唆されたが、当地でも精神保健に携わる人達と協働して活動を重ねることで、当事者がエンパワーされていることが、会議での発言などで感じられた。今後この活動がより当事者主体の取り組みになることで、さらにその効果は増すものと期待される。

D - 5 研究5：十勝地区におけるフォーカスグループの施行とそれに基づく介入についての考察

フォーカスグループでは当事者の姿勢は積極的で、主体的な意見も聞かれ、参加したことによって当事者がエンパワーされていると感じられ、フォーカスグループは当事者のニーズを把握するために有効な手法としてだけでなく、リカバリーにも寄与し

うる有益な活動であると考えられた。

今回のフォーカスグループからは、介入対象として家族や医療従事者など当事者にとって身近な存在があげられた。これを、当事者の社会的対人関係が狭く制約されている差別の産物と評価することは可能だが、事実として精神科医療従事者は重く受け止め、精神障害への偏見を助長している一因がまさに精神科医療そのものにあることを改めて認識しなければならない。また、当事者が偏見除去の目的でもある社会参加を偏見除去の方法としても考えていることは、地域精神保健活動にも示唆を与えるものといえる。

家族への試行的介入でアンケート結果に効果がみられなかったことについては、医学的説明などアンケート結果に反映しやすいプログラムを組み込まなかった影響があると考えられる。しかし、小グループでの話し合いのような、一般市民への介入では精神障害者に対する心理的距離や社会的評価に関する項目で改善がみられたプログラムによっても効果が乏しかったことを考えると、当事者との関係で長期的に苦労を重ね否定的な評価を持ち続けているような家族に対しては、より強力で持続的な介入が必要となる可能性がある。翻って、精神障害者との接触経験が乏しい一般市民に対して有効であった介入の効果も、不良な接触経験が重なることで損なわれ、改善しにくいスティグマへと変わりうる可能性を秘めているといわざるをえない。この不幸を回避するには、不良な接触経験の防止にあまりにも無策であった貧困な地域精神科医療・保健・福祉の充実が不可欠であると考えられる。

D - 6 研究6 : 民生委員を対象とした「ふれあい研修」の効果についての考察

今年度は、昨年度よりも大規模な集団を用いて研修を行った。また、昨年度の分析上の問題も、今年度は是正した。そして再び、ふれあい研修は偏見打破のための研修として効果があることが示された。

残念ながら、半日研修と1日研修の差は明らかにならなかった。しかし、このことはふれあい研修が積み重ねの効かない研修法だと言うことではない。いくつかの可能性がある。まず、昨年度の研究結果より、ポスター研修は、話し合い研修に比べて効果の小さな研修であることがわかってきた。また、研修を同じ日のうちに積み重ねることの問題は当初から危惧していたことでもあった。従って、積み重ねの効果については、今後の一層の検討が必要だと考える。

D - 7 分担研究の総括

1) 当事者主体の偏見軽減プログラムの重要性

今年度は市川地区と十勝地区において、介入プログラムを実施する地域の精神障害当事者に対するフォーカスグループを実施し、様々な知見を得ることができた。

フォーカスグループによって、地域で暮らす当事者のニーズを把握できること、対象者を明確にした戦略的な介入プログラムを組み立てることができること、参加によって当事者がエンパワメントされてそのリカバリーに寄与しうる可能性があること、参加者がスピーカーズ・ビューロー活動に参加する契機を提供すること、などが明らかにされたと考えられる。

一方で、今回市川地区で施行されたフォーカスグループにおいては、実際に偏見や差別を受けた体験に加えて、それらを恐れて自己開示できなかつたり、関連する日常・社会生活上の制限を抱えている当事者が少なくないこと、そして理解を求めることさえ諦めている者が決して少なくないことが明らかにされた。

また、偏見を感じる対象として、市川・十勝地区とも家族や医療関係者について語られることが多いようであったが、これは諸外国で実施されたフォーカスグループと近似する結果であったと言える。家族や医療関係者は、当事者と接する機会が多いため、単純に他の集団と比べて問題が多いと結論づけることはできないが、実際に当事者を取り巻く最も身近で影響力のある集団であるため、地域ぐるみで積極的な対策を講じる必要性は高いと思われた。

今後、当事者主体の啓発プログラムを普及させていくうえで、フォーカスグループの積極的な活用が期待される。

2) 統合失調症に関する認知度

専門家の間では、統合失調症という呼称はかなり普及していると考えられている。しかし今回の調査では、現時点で中学校教員においてその認知率は低く約5割程度であり、中学1年生にいたっては、統合失調症だけでなく精神分裂病の呼称についてもほとんどの者が聞いたことがないと回答していた。したがって、一般市民、特に若年層に対して統合失調症の呼称を普及させる取り組みを、正しい知識の提供などとセットにして推し進めていく必要がある。

3) 啓発教育を実施するタイミング

統合失調症の認知度に関連して言えば、

中学生は当然のことながら教員に比べて当事者との接触体験に乏しく、逆に周囲の情報から間接的な知識を得ることが多いと考えられた。したがって、義務教育の時期など早期に適切な情報提供を行うことが重要であろう。

対照的に十勝の調査では、当事者との関係で長期的な苦勞を重ね続ける可能性が少なくない家族に対しては、より強力で持続的な介入が必要であることを示唆する結果が得られている。翻って、精神障害者との接触経験が乏しい一般市民に対して有効であった介入の効果も、不良な接触経験が重なることで損なわれ、改善しにくいスティグマへと変わりうる可能性を秘めているといわざるをえない。この不幸を回避するには、不良な接触経験の防止にあまりにも無策であった貧困な地域精神科医療・保健・福祉の充実が不可欠であると考えられる。

4) 介入の効果について

あくまでもアンケート上の変化であり、介入対象者の実際の行動レベルでの変化を予測することは困難であるが、昨年度、一昨年度と同様に、各地区で実施された介入プログラムはそれぞれ、統合失調症をもつ人々との心理的距離を縮め、偏見やスティグマを軽減していくうえでプラスの方向に作用するものであったことは間違いない。

次に、偏見やスティグマが軽減していく過程で、介入のどのような要素が特に影響力を持っていたかを検討することが重要になる。

岡山では詳細な分析をもとに、精神障害をもつ人の生活をよく知っている人ほど、彼らのことを信頼し、彼らに対する否定的な感情も少ないこと、さらに病気の原因や

症状についての知識の量は、偏見の度合いとほとんど関係がないことを、昨年度と同様に明らかにした。

十勝では、心理的距離に関する項目での改善度を中心に、昨年度までのプログラムよりもより良い結果を得た要因として、比較的小規模の集団に当事者も加わり、協同作業も採り入れながら双方向的な交流が持てたこと、など介入プログラムの充実の可能性を挙げている。これらの介入要素の重要性は、講義のみでは改善しなかったが表現あそびや話し合いを経ることで効果が現れた項目の存在から推測されうる。また、参加者からのフィードバックでも、講義、表現遊び、話し合いのうち、最も有効と評価されたプログラムは話し合いで、他の2つより著しくその割合が高かった。さらに話し合いの内容の中では、偏見除去に最も有益であったと評価されたのは、圧倒的に当事者による体験談であった。

今後、統合失調症に関する啓発普及活動を行うにあたっては、上記の知見を踏まえて実施することが重要と考えられる。

5) 統合失調症は脳の病気がストレスか？

介入プログラム参加者の一般的な反応としては、初年度から認められたように、介入により服薬の重要性については認識される傾向にあるが、「ストレス」を病因として挙げる者は介入後もかなりの割合にのぼっていた。

講義ではストレス・脆弱性仮説をもとに説明しているが、当事者の体験談もあいまって、ストレスに焦点が集まりすぎた可能性は否定できない。また、病気に関する知識を増やすことだけでは偏見を軽減することあまりつながらず、という岡山の今

年度の調査結果にも通じることであるが、精神に障害をもつ人を一人の生活者としてより身近な存在に位置づけていく過程においては、「脳の故障」よりも「ストレスの影響」に焦点をおきたくなるような、一般市民の心性が隠れているのかもしれない。

しかし、この点については、講義の際に増悪因子と病因との違いを明確に説明すること、アンケート上で「病気の原因」の定義を明確にすること、などの工夫により、今後詳細な検討を要する事項と考えられる。

6) 介入の波及効果について

十勝の介入プログラムに参加した人の半数以上が、介入中に他者と精神障害についての話題を持ったと答えている。したがって、肯定的な波及効果が期待できるように適切な内容の介入プログラムを実施するのは当然のこととして、波及効果を意識した戦略的な取り組みを工夫していくことも今後は必要であろう。

E. 結語

地域で暮らす当事者のニーズを踏まえ、当事者参加型の対話を重視した偏見軽減プログラムを、若年層をはじめとした対象者に、普及効果も意識して実施していくことが重要と考えられた。

F. 分担研究協力者（地区毎、五十音順、所属は平成16年3月時のものである）

<千葉県・市川地区>

太田吉重（なんなの会 会計）

大塚けい子（市川保健所 精神保健福祉課長）

鎌田大輔（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 研究生）

近藤昭子（市川市役所福祉部障害者施設課 南八幡メンタルサポートセンター 所長）

酒井範子（サンワーク市川 所長）

田村理奈（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 研究員）

土橋正彦（市川市医師会 会長）

月崎時央（ジャーナリスト）

深谷裕（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 研究員）

堀内健太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 特別研究員）

吉田光爾（国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 流動研究員）

渡辺由美子（市川市役所保健福祉局福祉部障害者支援課 主査）

<北海道・十勝地区>

伊藤正信（北海道立音更リハビリテーションセンター 管理課長）

井上園（精神保健ボランティア団体「ういず・ゆう」 会員）

江口義則（国立十勝療養所 P S W）

太田卓哉（北海道立音更リハビリテーションセンター 臨床心理士）

小栗静夫（帯広協会病院 M S W）

佐々木青磁（北海道立緑ヶ丘病院 医長）

新明雅之（帯広生活支援センター P S W）

関根真一（十勝ソーシャルクラブ連合会 幹事）

高橋則之（十勝精神障害者家族会連合会 事務局長）

津田俊彦（帯広ケア・センター P S W）

東端憲仁（北海道立音更リハビリテーションセンター 所長）

友成宏（北海道立緑ヶ丘病院 医師）

新田弘之（十勝ソーシャルクラブ連合会 事務局長）

原田千恵利(北海道立帯広保健所 保健師)
三上雅丈 (帯広生活支援センター 所長)
森文子 (十勝ソーシャルクラブ連合会
会長代行)
山本一仁 (十勝ソーシャルクラブ連合会
会長)
横田静子 (北海道立緑ヶ丘病院 指導科
長)

<岡山地区>

池田隆子(岡山市保健所保健課 保健師)
岩本真弓(岡山県精神保健福祉センター
保健師)
小野ツルコ(岡山県立大学保健福祉学部看
護学科 教授)
川上憲人(岡山大学大学院医歯学総合研究
科衛生学・予防医学分野 教授)
中島豊爾(岡山県立岡山病院 院長)
藤田健三(岡山県精神保健福祉センター
所長)
三好弘人(こらーる岡山診療所 臨床心理
士)
守屋昭(岡山県精神保健福祉センター 医
師)
山本昌知(こらーる岡山診療所 所長)

schizophrenia.2nd International
conference on stigma in mental illness.
Kingston, Canada, 平成 15 年 10 月 10 日

H. 知的所有権の所得状況

1) 特許取得

なし

2) 実用新案取得

なし

3) その他

なし

G. 研究発表

1) 学会発表

西尾雅明、東端憲仁、藤田健三：『統合失調
症に対するスティグマと差別をなくすため
のプログラム』～我が国における展開～.
第 99 回日本精神神経学会, 東京, 平成 15 年
5 月 30 日

Masaaki Nishio, Norihito Tobata, Kenzo
Fujita, Mitumoto Sato: Japanese research
on measures to remove stigma against

<資料1>

表1. フォーカスグループの概要

回	対象	募集の方法	人数	備考
1	市内精神科単科病院の デイケア利用者	施設スタッフを通じて参加呼びかけに 応じた方	8名	
2	市内作業所の利用者		11名	
3	市内就労支援施設の利用者		1名	
4	市内グループホームの利用者		10名	デイケア、作業 所と重複あり
5	市内在住または市内の 施設を利用している方	市の広報、市役所およびK病院のポス ターとチラシから電話応募を受けた方	7名	

表2. フォーカスグループの結果：差別・偏見の体験

領域	内容
話さない	<p>話さない・話せない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病気については他の人に話していないので偏見や差別は実際には感じない。 ・ 隠している。言いたくない。「どこが悪いの?」ときかれても「頭が悪いんだ」って冗談でごまかす。 ・ 病名については「クローズでいけ(他言するな)」と父親から言われているが、調子を崩したら?通院できなくなったら?と心配。 ・ 精神障害者の人同士なら話す。友達で、精神について勉強している人がいるのでよく話す。 ・ 病気じゃない人とは話したりしない。 ・ 見た目ではわからないが、障害を持っていることを言いたい。身体や知的とは違うんだ。 <p>理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 偏見や差別が怖いから。犯罪と結びつけられて危険とか怖いとか思われるのではないかな。 ・ アパートから追い出されるかもしれない ・ 自分の弱点については話すことは無いので、病気について言う必要は無いと思う。 ・ 他の人は病気についてわかっていないから、病気について話しても良い事はないから。 ・ 幼馴染にはわかってほしいと思うが、言ったら離れていってしまうから話せない。
家族	<p>理解されない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 親、パートナー、兄弟姉妹が理解してくれない。 ・ デイケアに通う姿をみて「あれで病気・障害者なのか?」と言われた。 ・ 父親が「何でそんなことを考えるのだ」と言う。でも、そんなことを聞かれても困る。 ・ 「出て行け」「お前は病気に甘えているだけだ」「月に2~3万しか稼げないのは仕事じゃない」と言われた。「(作業所は)暇つぶしに過ぎない」と思われている。 ・ 薬の副作用については母親でも理解してくれない。 ・ 甥っ子が小学校に入ったとき、仕事をしていない自分をどう思うか心配。 <p>理解を求められない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病気について話すと嫌がる。家族から無視されたりする。 ・ 真実を話しても、親が「そんなの夢」と信じてくれない。 ・ 兄弟と同じように家事をするように言われてしまう。 ・ 親は「恥ずかしい」という。 <p>(一方で家族は理解があるという意見も多かった)</p>
友人	<p>疎遠になる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 友達に話したら年賀状が途絶え、離れていってしまった。話さなきゃよかったと思った。 ・ 親戚や昔の同級生に会った時、何をしているか言えなくてつらい。 ・ お祝いの席などにも呼ばれない。 ・ 結婚できるくらいの出会いがあるべき。 ・ 知り合いに話したら、「ありえない」「つきあわないよ」と言われた。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話したら馬鹿にされた。「お前の人生はもう駄目だな、結婚もできないな」と言われた。新たなつきあい方が求められる ・ 馬鹿にされるが、言いたい奴には言わせておけ。今ある友達を大切にしようと思った。 ・ 友達は今までと同じく付き合ってくれている。精神科に通っているというだけで、あまり詳しくは話していない。 ・ 趣味の仲間には薬を飲んでいることは話している。詳しくは話していない。 ・ 理解してくれない人が「害」を及ぼすようであれば理解を求めて戦う。精神障害を持つ人が体験する暮らしを他の人も体験できる方法があるといい。
<p>近所 周囲の人 住居</p>	<p>生活様式が変わる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事はせず生活保護だが、日中在宅のため近所の目が気になる。 ・ 不思議な顔で見られる。最近引っ越してきた近所の人でも、次第に声をかけてもらえなくなったのは寂しい。社会的に認知されていない病気。 ・ 母親が近所の手前、朝早く散歩に行くのはやめなさいと言う。 ・ アパートの住人は福祉の人ばかりなので、近所の偏見は感じない。 ・ アパートに住めたが、住人は外国人が多く、付き合いができない。 <p>理解は求められない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 近所の食堂に行きづらい。病気のことは言えないので、黙って食べるだけになってしまう。 ・ 最初から壊れていた家のカギの支払いをさせられた。 ・ 病院に着くまでの道で、あいさつしたりするのに抵抗がある。 ・ 理解してくれない人が「害」を及ぼすようであれば戦う。相手に同じ思いをさせるのがいいのではないか。 ・ 町内会の役を断り続けたら、近所とのかかわりが悪くなった。 ・ 一緒に暮らしていた親が亡くなったとき、近隣の人から一人暮らしをするのを嫌がられた。また、妹も一人暮らしに反対したので、グループホームに入った。 ・ 近所の人にも本当は話した方が安心。 ・ 日中病院に行っていると大家に話したら、病院のイメージがよかったので助かった。
<p>仕事 学業 資格</p>	<p>障害の理解がない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通信制の大学を受講しているが、症状のこともあってなかなかレポートがまとまらないで困る（理解をもとめられない）。 ・ 仕事を教えてもらうときに、教え方が乱暴で、怪我をってしまった ・ 退院後働いたが、仕事が流れ作業でプレッシャーだった。仕事ができればついていけたのだと思うが、自分はパワーが無く、また雑談もできない。不機嫌になる人もいた。 ・ 退院後、職業訓練をし、自分の病気を公表して入社したが、いやがらせをうけた。知的障害者の人との関係もよくなって、だんだん周囲とうまくいかず、仕事を辞めた。 <p>精神障害ということによる差別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 就職の時には、精神障害者というだけで面接はおろか、電話や書類の時点で断られてしまう。何度も何度もうけなければならない。 <p>続いて起こる状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 転職を重ねて就職したが、病気のことを話したら、他人の失敗の責任転嫁をされた。 ・ 大学時代に発病し、先生に「資格とれないならやめれば？」と言われた。 ・ 学生するとき、1回働いたバイト先だったのに、翌年、他の人は入れて、私だけ落ちた。 ・ 病気について話したら、「そういう人は電気ショックを受けたりするのよね」と言われた。 ・ 転職が多く、いじめにもあった。「世の中には働いて良い人と働いていけない人がいる。あなたは働いてはいけない。」と言われた。現在は憩いの場で働き、満足している。 ・ バイト先でも、いろんなことを聞かれるので嫌だ。福祉的な場（作業所など）ではみんな知っているから安心。雇用者側の理解も必要かもしれない。 ・ 雇用者が発病する前からの知り合いで、他の人と同じように扱ってくれた。いつも励ましの言葉をかけてくれた。病気(薬)のために手先が震えて、物を壊してしまったりしたが、大丈夫だった。

病院 施設	<p>病院での扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の中での虐待もある。入院中、身体的な病気をしているも、処置してくれなかった。 ・ 看護師が患者の頭にモップを押し付けて、早くお風呂からあがるように言っていた。 ・ 病院職員は挨拶しても、返事をしてくれないことがある。 ・ 単独外出して髪をきって戻ってきたら、「変な頭」と言われた。 ・ ある病院では、他の専門職の対応はよかったが、医師の対応に嫌な思いをした。 ・ 薬剤師などが子供あつかいするのが気になる。普通にしてほしい。 <p>医療に感じる怖さ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院自体が精神的に負担。即入院はおかしい。医者は何か言うときすぐに「おかしい」と言うので言えなくなる。精神医療は遅れている分野だから少し怖い。 ・ 治っているように見える人もいるが、何故自分の意思で退院できないのか？ <p>理解がない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医者に行っても、どこも悪くないと言われ続け、きつい仕事を続けてしまい発病した。 ・ 眼科の医師に「まだ若いのに生活保護なんか受けて…」といわれた。 ・ 公共機関のデイケア職員が陰で呼び捨てにしたり、馬鹿にしている。専門家なのに。
役所 制度	<p>対応で区別されてしまう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市役所などでも子供に接するような対応をされた時がある。 ・ 市役所などで自分でできる手続きも、「お母さんにやってもらってください」と言われた。 ・ 住居を探していたとき、役所でたらいまわしにされた。 <p>制度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 役所からの封筒を近所の人が見て、障害者だと知れてしまうのではと心配。 ・ この前から年金が削られている。 ・ 身体、知的障害に比べて、精神はまだ（制度的な面で？）遅れている。
マスコミ	<p>犯罪報道で結びつけられてしまう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マスコミで犯罪報道がされるときに、統合失調症や人格障害、精神科通院とすぐ結びつけられ、傷つく。危険な病気ではないし、不憫なことではないことを言う必要がある。 ・ 犯罪者が罪を逃れるために「精神病」と嘘をつかれてしまうのが許せない。 ・ 小説などでも悪く書かれる。 <p>注目自体が少ない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 『24時間テレビ』も、精神はほとんど出てこない。

表3 . フォーカスグループの結果：差別・偏見を減らす対策のアイデア

マスコミを活用する

- ・ 新聞・マスコミ（テレビ）でうまくいっている人の記事を載せる。
- ・ テレビ番組で病気の知識を普及させる。
- ・ ワイドショーで精神障害者の犯罪を大きさに流すのをやめてほしい。
- ・ うつ病のコマーシャルは新鮮だったので、統合失調症や人格障害などにも適用してほしい。

企業に関して

- ・ これから働けるように、企業の人に理解してもらおう。
- ・ 会社の人に病院に来てもらって、医師から病気の説明をきいてもらえばよいのではないか。

実際の体験を話す、ふれあう

- ・ 病気になった過程や、ライフヒストリーを当事者・家族が語る。
- ・ 病気・症状について話す。
- ・ お祭りやバザーなどふれあう機会をつくる
- ・ 自分も最初精神科に入院したとき、周囲の人が怖かったが、実際にふれたら意外にそんなことはなかった。できるだけ「健常者」と障害者が触れ合う機会をもったほうがよいと思う。
- ・ 触れ合う機会に関しては、特別なことをするのではなく、普通に話しあえる場がもてればよいのではないか。

行政側から

- ・ 市の行政に働きかける。市長や知事に伝える。
- ・ 市会議員で福祉に力を入れている人に投票する。

そのほか

- ・ 専門家には知識だけでなく、実地研修が必要。
- ・ 最初は家族が働け働けといったが、本を読んだら急に理解するようになった。
- ・ 教育などで土壌作りをする必要がある。キリスト教的な倫理観が育成されれば。やさしい副読本やパンフレットなどがあればよい。
- ・ 幼稚園などで早い時期に遊びの中でそういった教育を取り組むとよいのでは。紙芝居？

<資料2>

A はじめに、あなた自身のことについて、いくつかお尋ねいたします

ID番号 _____

- 1 あなたの年齢を教えてください _____ 歳
- 2 性別を教えてください(該当する数字を丸で囲んで下さい) 男性 女性
- 3 あなたは、これまでに「精神障害」という言葉をきいたことがありますか。
はい いいえ
- 4 あなたは、これまで「統合失調症」という病気の名前をきいたことがありますか
はい いいえ
- 5 あなたは、これまで「精神分裂病」という病気の名前をきいたことがありますか
はい いいえ

B あなたが統合失調症(精神分裂病)をどのように理解しているか、教えてください

なお統合失調症とは、2001年に精神分裂病が病名変更されたものです。

- 1 何人に一人くらいが一生のうちに統合失調症を発症すると思いますか？
10人 100人 1000人 10000人
- 2 統合失調症の原因として、あなたが最も重要だと思うものを、以下から1つ選択して下さい。(あてはまる個所を丸で囲んで下さい)
脳の病気 遺伝 子育ての失敗 身体的な虐待 薬物かアルコールの乱用
ストレス 精神的外傷、ショック(暴行、死、事故など)
悪霊、神の怒り、憑き物^{つきもの}などの影響 真の原因は解明されていない
- 3 統合失調症の治療法として最適なのは、次のうちどれだと思いますか？1つだけ選択して下さい(あてはまる個所を丸で囲んで下さい)
治療薬 心理療法 治療薬と心理療法の組み合わせ
統合失調症を治療する方法は存在しない
他に方法がある(具体的に) _____
わからない
- 4 統合失調症の人100名のうち何人くらいが社会で生活できるようになると思いますか？
一人もいない 25人 50人 75人 全員
- 5 統合失調症の人100名のうち何人くらいが定職に就けるようになると思いますか？
一人もいない 25人 50人 75人 全員

C 以下の記述は、統合失調症についてしばしば話題となる事柄です。どれが間違いでどれが正しい記述かを当ててください（か のどちらかを丸で囲んでください）。

1 統合失調症の人は人格が分裂している	間違い	正しい
2 統合失調症は脳の病気である	間違い	正しい
3 統合失調症の人は暴力的になりやすい	間違い	正しい
4 統合失調症はストレスによって引き起こされる	間違い	正しい
5 統合失調症はおよそ100人に1人が生涯のうちにかかる病気である	間違い	正しい
6 統合失調症の人は働く能力がない	間違い	正しい
7 統合失調症の人は一般に治療薬を必要とする	間違い	正しい
8 統合失調症の人は知恵遅れや低能であることが多い	間違い	正しい
9 統合失調症は子育ての失敗で起きる	間違い	正しい

D 統合失調症の人や関連施設の建設などに対する、あなたの個人的な気持ちをおきかしてください。以下のそれぞれの質問について、3つの選択肢から1つ選んで下さい

	そう思う	おそらく	わからない	そう思わない	おそらく
統合失調症の人と話をすることを恐ろしいと感じますか？	1		2		3
統合失調症の人と同じ職場になったら動揺しますか？または迷惑だと感じますか？	1		2		3
統合失調症の人と友達づきあいができると思いますか？	1		2		3
統合失調症の人と結婚しても良いと思いますか？	1		2		3

もしも下記のような施設が近所に作られることを耳にしたら、あなたはどのように反応しますか。5つの選択肢から1つだけ選んで下さい

(参考)グループホームとは、単身生活に不安を感じる障害者などが、4～5人で生活する住居です。世話人が食事の提供や日常生活に関する相談などを行いながら、共同生活を支援します。

	大反対	反対	どちらでもよい	賛成	大賛成
(1)知的障害者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(2)犯罪を犯し、服役を終えたばかりの人のための社会復帰施設	1	2	3	4	5
(3)身体障害者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(4)統合失調症患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(5)アルコール中毒患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(6)覚醒剤などの薬物中毒患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(7)エイズ患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5

E 「精神障害」についての、あなたのお考えやイメージについてうかがいます。（なお、ここでいう精神障害とは、「統合失調症」や「うつ病」などのこころの病にかかり、生活がしづらくなっている人のことを言うこととします。）

1 あなたは、これまで精神障害者と呼ばれる人と話をしたり、行動を共にしたことがありますか？

はい いいえ

2 上で「はい」と回答した方は、どのような機会にそのような体験をしたのか教えて下さい

身内・親せきの中にそのような人がいたから

友人・知人の中にそのような人がいたから

ボランティア活動などで

その他:具体的に

3 「精神障害(者)」に対するあなたのイメージについて教えて下さい。（それぞれの設問に対してあなたのお考えに近いもの1つに 印をつけてください）

1 著しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
2 精神病院の入院患者は、きびしい実生活にさらされるより、病院内で苦労なく過ごす方がよい	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
3 精神障害者の行動はまったく理解できない	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
4 妄想、幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活の出来る人が多い。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
5 家族に精神障害者がいるとしたら、それを人に知られるのは恥である。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
6 精神障害者が、普通でない行動をとるのは病状の悪いときだけで、ふだんは社会人としての行動がとれる	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
7 精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
8 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり興奮して傷害事件を起こすからである。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
9 精神障害者は病気の再発を防ぐために、自分で健康管理をすることは期待できない。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
10 精神障害者が、一人あるいは仲間どうしでアパートを借りて生活するのは心配だ。	そう思う	そう思わない	どちらともいえない

F もしもあなたの学校で以下のような取り組みが行われることを耳にしたら、あなたはど
う思われますか。5つの選択肢の中から1つだけ選んでください。

	賛成 大いに	賛成	どちらとも いえない	反対	反対 大いに
1. 精神障害に関する講義・講演を教師に対して行う。	1	2	3	4	5
2. 精神障害に関する講義・講演を生徒に対して行う。	1	2	3	4	5
3. 体育館、校庭などを放課後や休日、精神障害者のスポーツチーム へ開放する。	1	2	3	4	5
4. 授業の一環として精神障害者の社会復帰施設を見学する。	1	2	3	4	5
5. 精神障害者の社会復帰施設へ生徒とボランティア活動に行く。	1	2	3	4	5
6. 総合学習の時間などに、精神障害者の当事者が来て話をする。	1	2	3	4	5
7. アンケート調査やプログラム参加などで、精神障害に関する研究の 協力をする。	1	2	3	4	5

～ 以上です。ご協力ありがとうございました～

< 資料 3 >

図1 学校別回答者

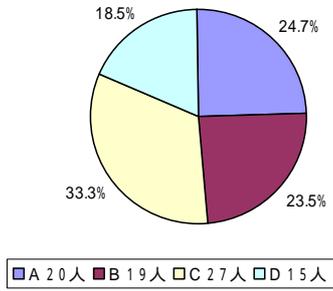


図2 接触体験

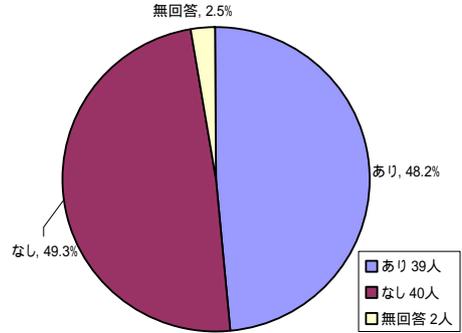


図3 接触の内訳

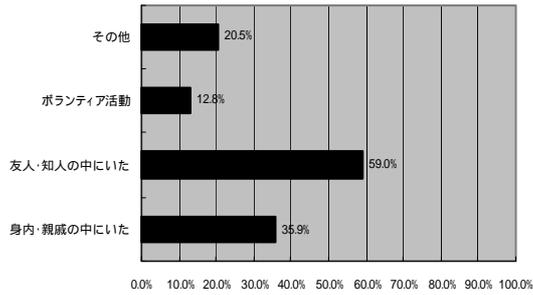


図4 「統合失調症」について

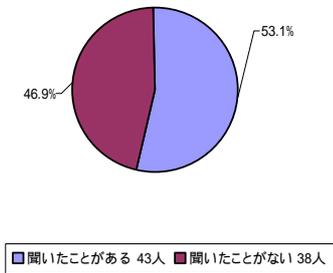
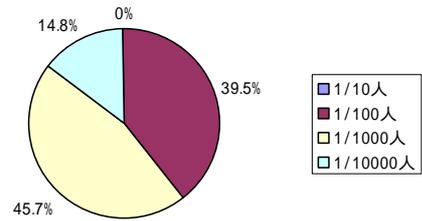


図5 有病率



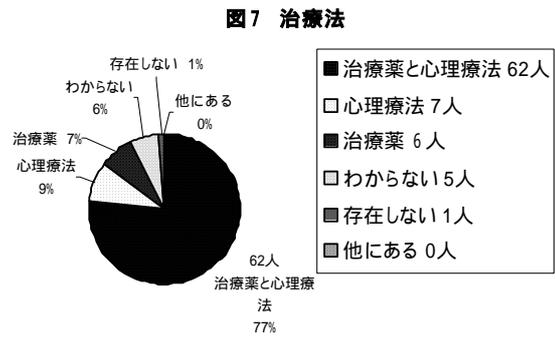
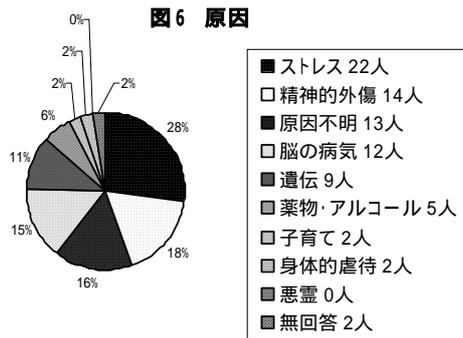


図8 100人のうち社会生活できる割合

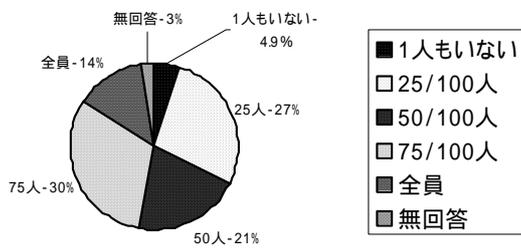


図9 100人のうち就労可能な割合

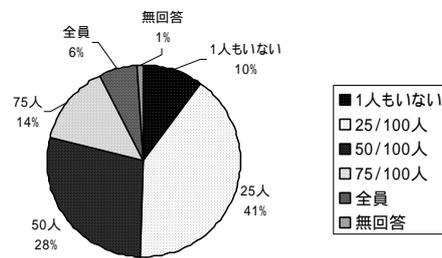


図10 知識(正答率)

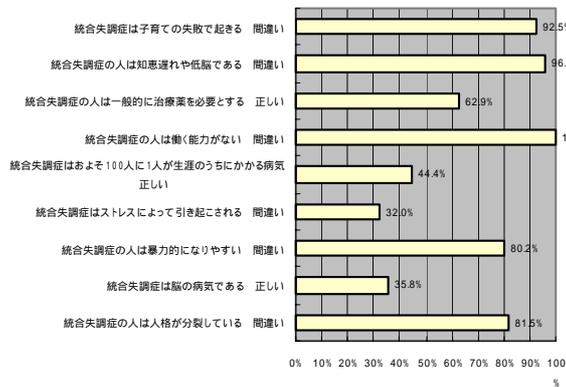


図11 統合失調症をもつ人々との交流

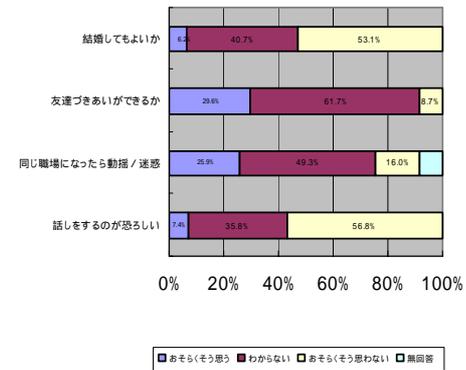


図12 施設設置に関して

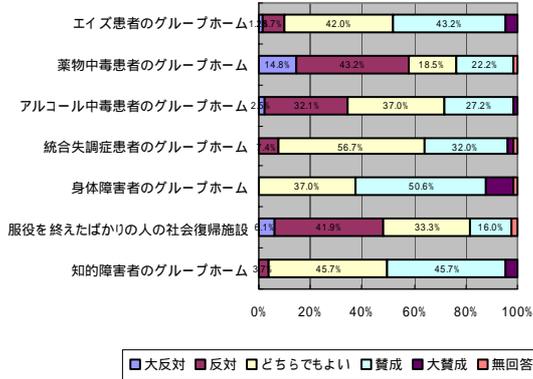


図13 誰でも精神障害者になる可能性がある

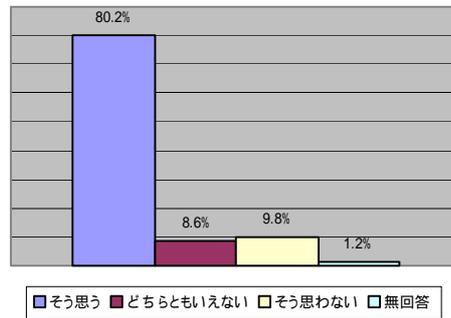


図14 病院内で一生苦勞なく過ごさせる方がよい

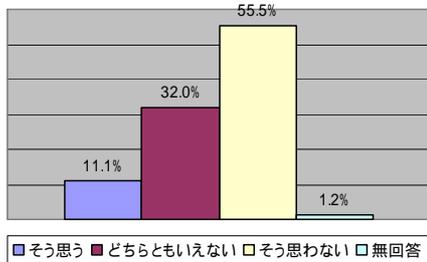


図15 行動がまったく理解できない

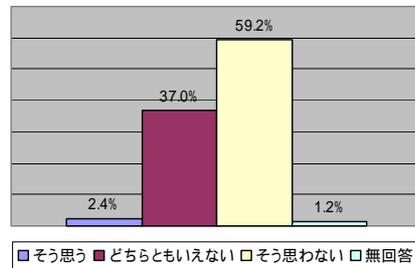


図16 妄想・幻聴があっても社会生活可能な人が多い

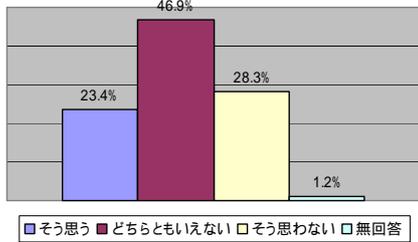


図17 家族に精神障害者がいたら恥

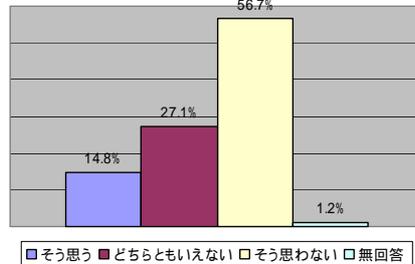


図18 普段は社会人としての行動が取れる

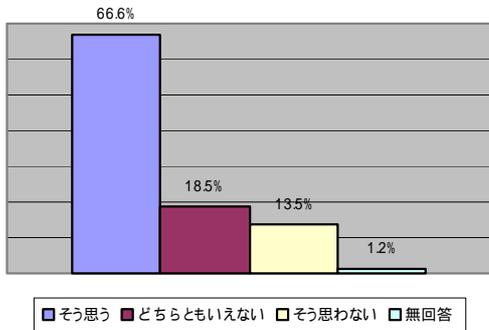


図19 信頼できる友人になれる

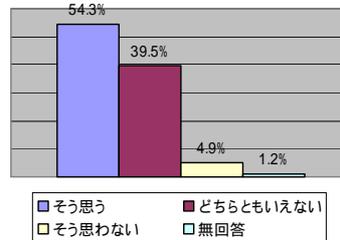


図20 精神病院が必要なのは事故を防止するため

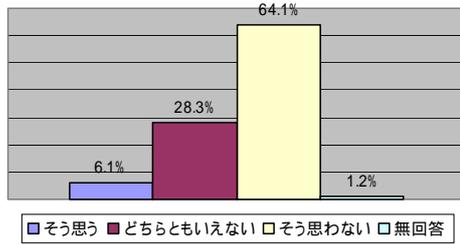


図21 健康の自己管理は無理である

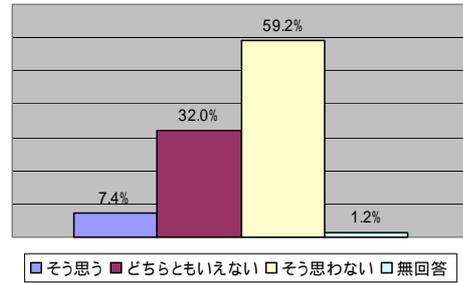


図22 一人・仲間同士で生活するのは心配

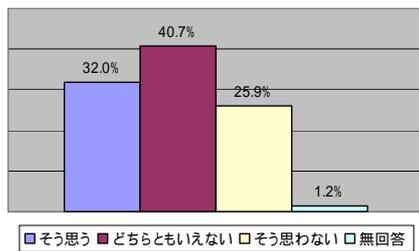


図23 教育機関での取り組み

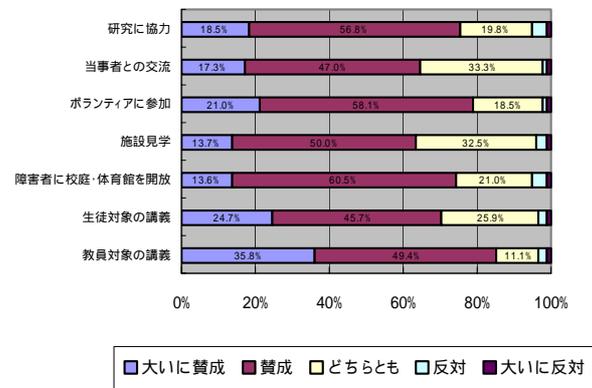


表1 接触の有無と精神障害者の自立に対する消極的態度との関連性

グループ統計量

消極度総数	接触の有無	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
消極度総数	有	39	4.95	3.324	.532
	無	42	6.50	3.195	.493

独立サンプルの検定

	等分散性のための Levene の検定		2つの母平均の差の検定						
	F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差の標準誤差	差の 95% 信頼区間		
							下限	上限	
消極度総 等分散を仮定す	.847	.360	-2.141	79	.035	-1.551	.724	-2.993	-.109
消極度総 等分散を仮定し			-2.138	77.976	.036	-1.551	.726	-2.996	-.107

<資料4>

A はじめに、あなた自身のことについて、いくつかお尋ねいたします

ID番号 _____

- 1 あなたの年齢を教えてください _____ 歳
- 2 性別を教えてください(該当する数字を丸で囲んで下さい) 男性 女性
- 3 あなたは、これまでに「精神障害」という言葉をきいたことがありますか。
はい いいえ
- 4 あなたは、これまで「統合失調症」という病気の名前をきいたことがありますか
はい いいえ
- 5 あなたは、これまで「精神分裂病」という病気の名前をきいたことがありますか
はい いいえ

B あなたが統合失調症(精神分裂病)をどのように理解しているか、教えてください

なお統合失調症とは、2001年に精神分裂病が病名変更されたものです。(補則説明)。

- 1 何人に一人くらいが一生のうちに統合失調症を発症すると思いますか？
10人 100人 1000人 10000人
- 2 統合失調症の原因として、あなたが最も重要だと思うものを、以下から1つ選択して下さい。(あてはまる個所を丸で囲んで下さい)
脳の病気 遺伝 子育ての失敗 身体的な虐待 薬物かアルコールの乱用
ストレス 精神的外傷、ショック(暴行、死、事故など)
悪霊、神の怒り、憑き物^{つきもの}などの影響 真の原因は解明されていない
- 3 統合失調症の治療法として最適なのは、次のうちどれだと思いますか？1つだけ選択して下さい(あてはまる個所を丸で囲んで下さい)
治療薬 心理療法 治療薬と心理療法の組み合わせ
統合失調症を治療する方法は存在しない
他に方法がある(具体的に) _____
わからない
- 4 統合失調症の人100名のうち何人くらいが社会で生活できるようになると思いますか？
一人もいない 25人 50人 75人 全員
- 5 統合失調症の人100名のうち何人くらいが定職に就けるようになると思いますか？
一人もいない 25人 50人 75人 全員

C 以下の記述は、統合失調症(精神分裂病)についてしばしば話題となる事柄です。どれが間違いでどれが正しい記述かを当ててください(か のどちらかを丸で囲んでください)

1 統合失調症の人は人格が分裂している	間違い	正しい
2 統合失調症は脳の病気である	間違い	正しい
3 統合失調症の人は暴力的になりやすい	間違い	正しい
4 統合失調症はストレスによって引き起こされる	間違い	正しい
5 統合失調症はおよそ100人に1人が生涯のうちにかかる病気である	間違い	正しい
6 統合失調症の人は働く能力がない	間違い	正しい
7 統合失調症の人は一般に治療薬を必要とする	間違い	正しい
8 統合失調症の人は知恵遅れや低能であることが多い	間違い	正しい
9 統合失調症は子育ての失敗で起きる	間違い	正しい

D 統合失調症(精神分裂病)の人や関連施設の建設などに対する、あなたの個人的な気持ちをおきかしてください。以下のそれぞれの質問について、3つの選択肢から1つ選んで下さい

	そう思う	おそらく	わからない	そう思わない	おそらく
統合失調症の人と話をすることを恐ろしいと感じますか？	1		2		3
統合失調症の人と同じクラスになったら動揺しますか？または迷惑だと感じますか？	1		2		3
統合失調症の人と友達つきあいができると思いますか？	1		2		3
統合失調症の人と結婚しても良いと思いますか？	1		2		3

もしも下記のような施設が近所に作られることを耳にしたら、あなたはどのように反応しますか。5つの選択肢から1つだけ選んで下さい

(参考)グループホームとは、単身生活に不安を感じる障害者などが、4～5人で生活する住居です。世話人が食事の提供や日常生活に関する相談などを行いながら、共同生活を支援します。

	大反対	反対	どちらでもよい	賛成	大賛成
(1)知的障害者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(2)犯罪を犯し、服役を終えたばかりの人のための社会復帰施設	1	2	3	4	5
(3)身体障害者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(4)統合失調症患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(5)アルコール中毒患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5

(6)覚醒剤などの薬物中毒患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5
(7)エイズ患者のためのグループホーム	1	2	3	4	5

E 「精神障害」についての、あなたのお考えやイメージについてうかがいます。(なお、ここでいう精神障害とは、「統合失調症」や「うつ病」などのこころの病にかかり、生活がしづらくなっている人のことを言うこととします。)

1 あなたは、これまで精神障害者と呼ばれる人と話をしたり、行動を共にしたことがありますか？

はい いいえ

2 上で「はい」と回答した方は、どのような機会にそのような体験をしたのか教えて下さい

身内・親せきの中にそのような人がいたから

友人・知人の中にそのような人がいたから

ボランティア活動などで

その他:具体的に _____

3. 「精神障害(者)」に対するあなたのイメージについて教えて下さい。(それぞれの設問に対してあなたのお考えに近いもの1つに 印をつけてください)

1 精神障害をもつ人の人生は不幸であわれである	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
2 精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
3 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
4 精神障害者には服薬や心身のバランスなどの自己管理をすることをほとんど望めない	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
5 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して傷害事件を起こすからである	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
6 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにはいかない	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
7 精神病院の患者を厳しい実生活にさらすより、病院内で一生苦勞なく過ごさせる方がよい	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
8 精神障害者が、一人あるいは仲間同志で集まって、アパートをかりて生活するのは危険である	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
9 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもはつからない方がよい	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
10 自分の家に精神障害者がいるとしたら、それを人に知られるのは恥である	そう思う	そう思わない	どちらともいえない
11 精神障害者が異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、その時以外は社会人としての行動をとることができる	そう思う	そう思わない	どちらともいえない

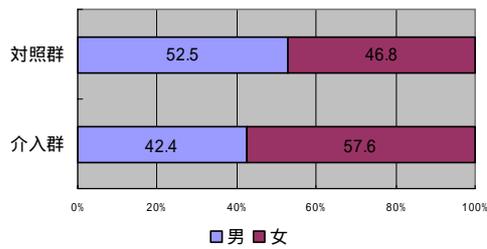
～ 以上です。ご協力ありがとうございました～

< 資料 5 >

表 1 . 介入内容

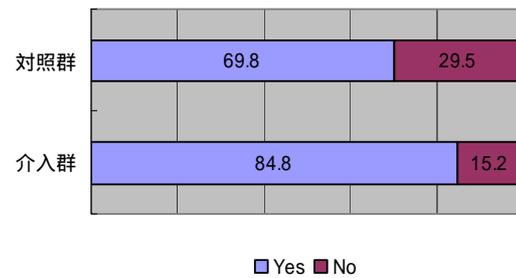
1時限目	専門医による精神保健に関する講義 ・統合失調症に焦点を当て、病気の原因、症状、罹患率、支援の方法、日本の精神保健福祉の歴史と課題などについてわかりやすく、講義形式で説明をする
2時限目	ゲーム ・当事者を交えて、精神保健に関する正誤クイズをクラス全体で行う ・6班に分かれ、精神保健関連用語を使ったクロスワードパズルを実施 各班に当事者と研究スタッフ1名ずつが参加 ・上記ゲームでは、1時限目に学んだ内容を応用する形になっている
3時限目	当事者の体験談 ・2名の当事者の方に15分程度ずつ病気を抱えながら暮らしてきた経験等について話してもらう ・残り15分は質疑応答
4時限目	キャッチコピーの作成 ・6班に分かれ、偏見除去のためのキャッチコピーを作成する ・各班に当事者と研究スタッフが1名ずつ参加、研究スタッフがファシリテーターとなって、グループをまとめる ・講義、ゲーム、体験談を通して生徒が感じたこと、考えたことを振り返りながら、地域において精神障害者への偏見を無くしていくためにできることを話し合い、それをキャッチコピーに表現してグループの作品を全体に発表する

図 1 性別



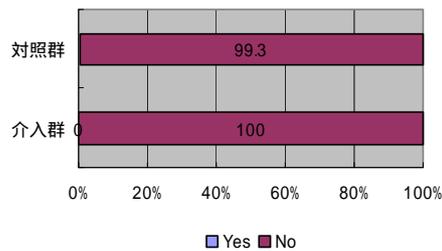
N . S .

図 2 「精神障害」を聞いたことがあるか



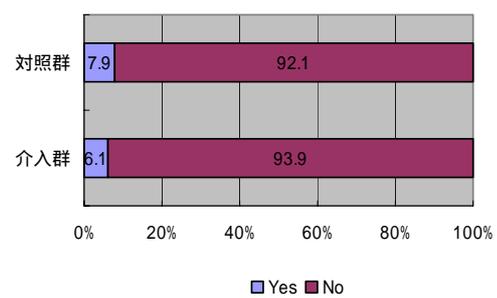
N . S .

図 3 「統合失調症」を聞いたことがある



N . S .

図 4 「精神分裂病」を聞いたことがあるか



N . S .

図5 接触の有無

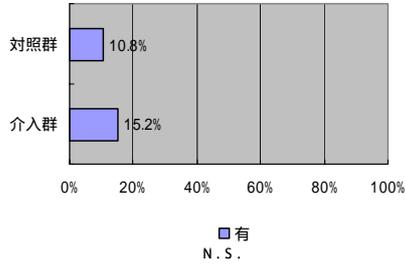


図6 接触の機会の種別 (複数回答可)

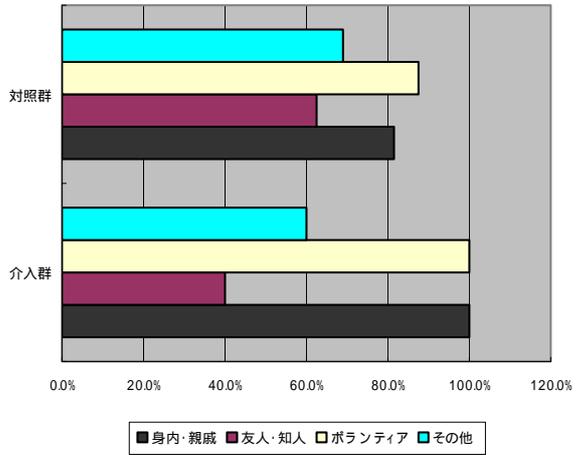


図7 有病率

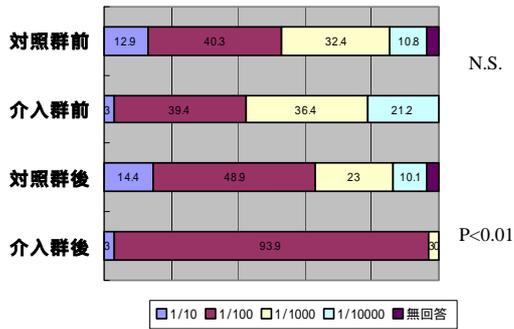


図8 統合失調症の原因 (介入群) (%)

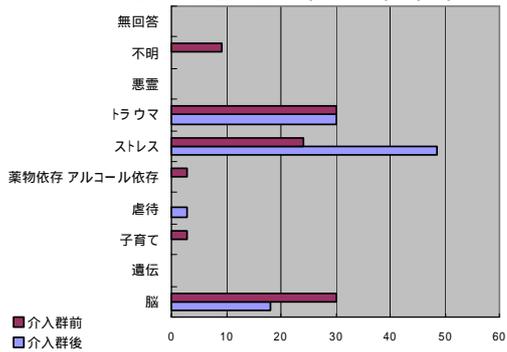


図9 統合失調症の原因 (対照群) (%)

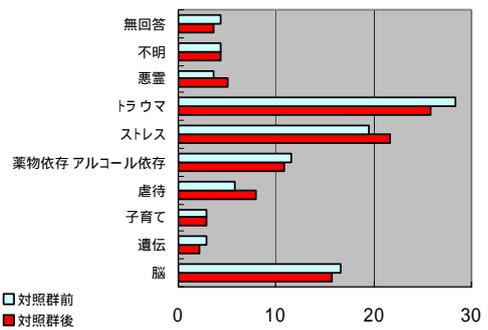


図10 治療法(介入群)(%)

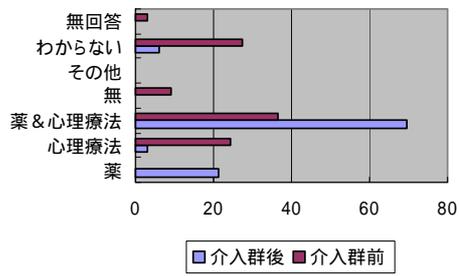


図11 治療法(対照群)(%)

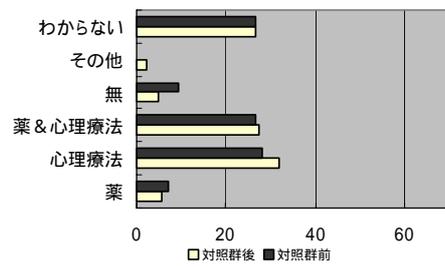


図12 社会生活可能な割合

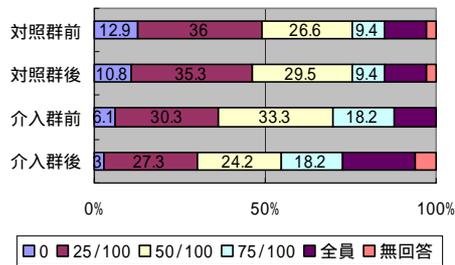


図13 定職に就ける割合

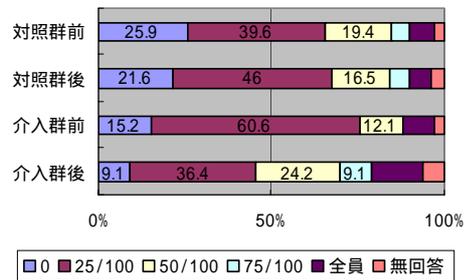


図14 人格が分裂している - 間違い (%)

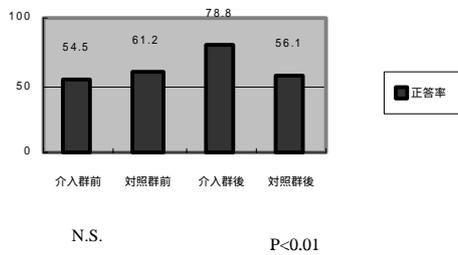


図15 脳の病気である - 正しい

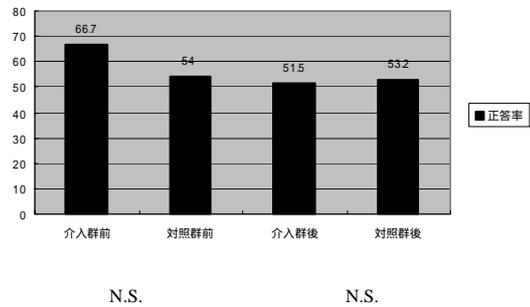


図16 暴力的になりやすい - 間違い

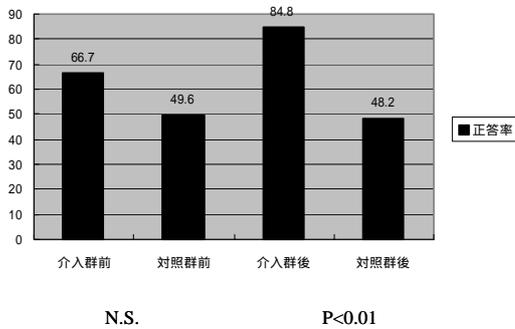


図17 ストレスが原因 - 間違い

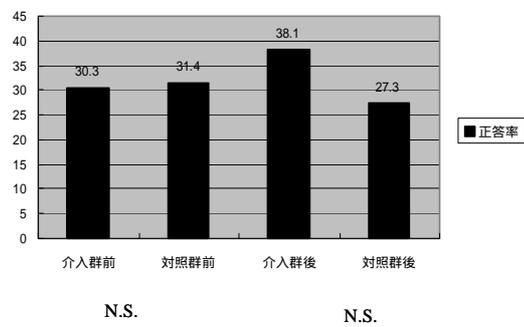


図18 100人に1人が罹る - 正しい

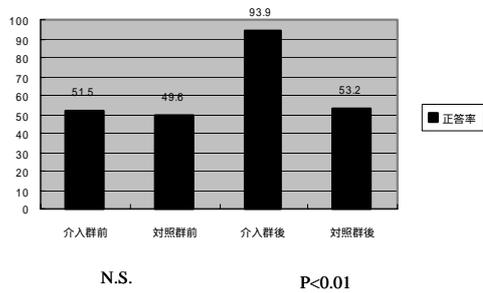


図19 働く能力がない - 間違い

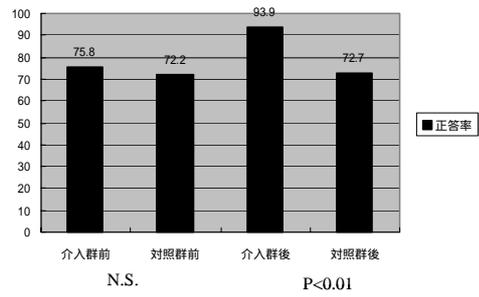


図20 治療が必要 - 正しい

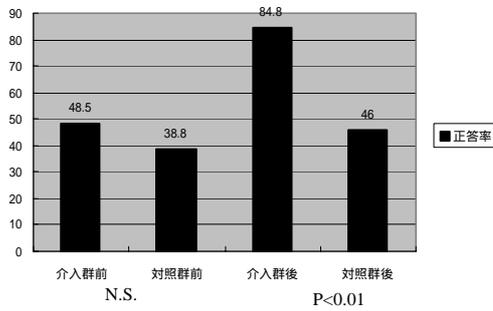


図21 知恵遅れや低能である - 間違い

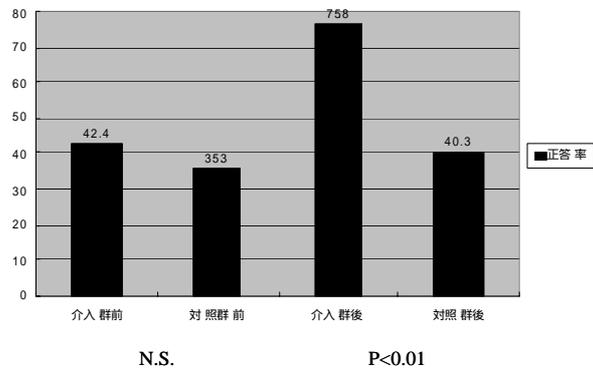


図22 子育ての失敗で起きる - 間違い

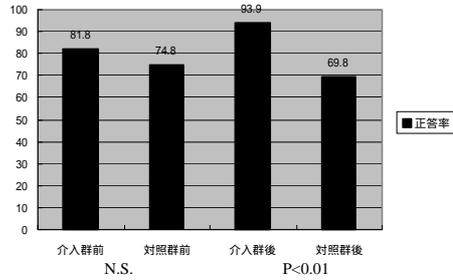


図23 話をすることは恐ろしい

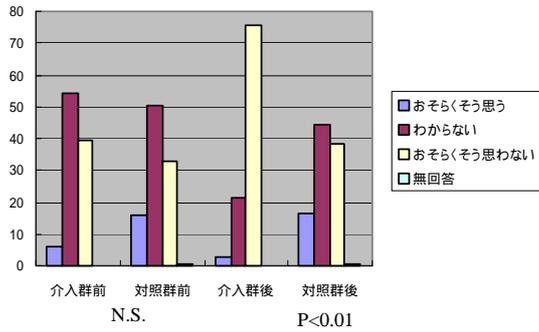


図24 同じクラスになることは迷惑

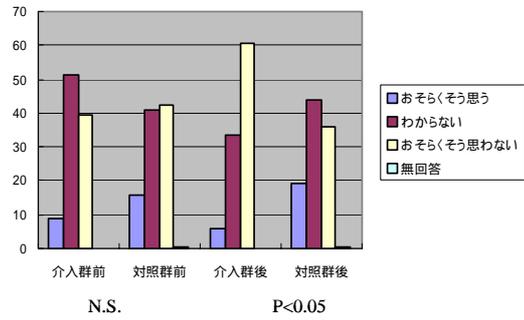


図25 友達づきあいできる

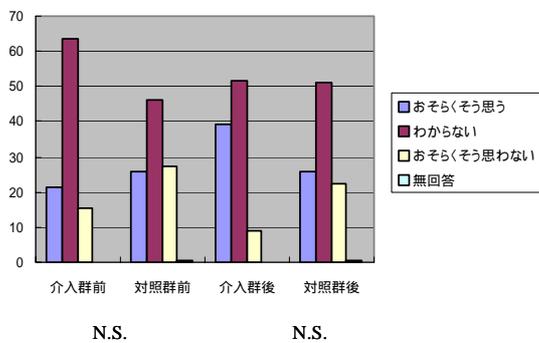


図26 結婚してもよい

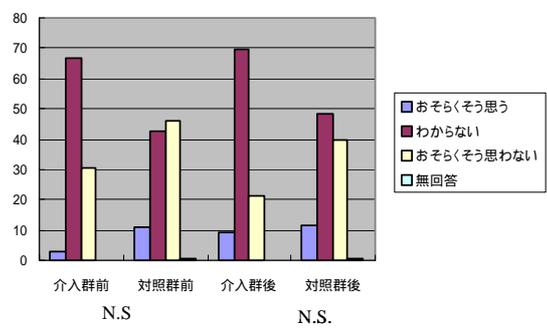


図27 知的障害者のグループホーム

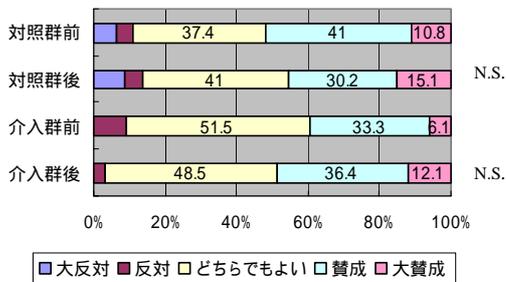


図28 元犯罪者の社会復帰施設

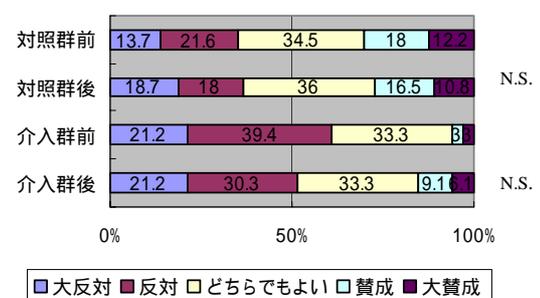


図29 身体障害者のグループホーム

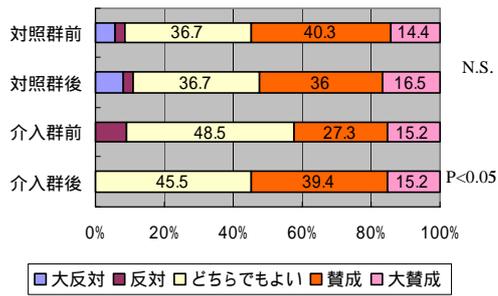


図30 統合失調症患者のグループホーム

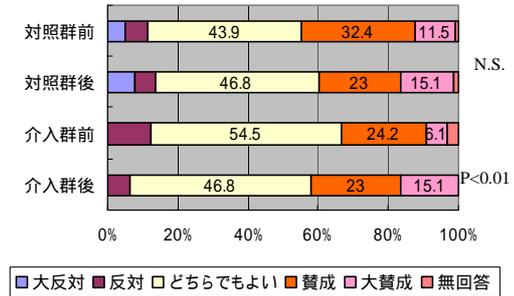


図31 アルコール依存症者のグループホーム

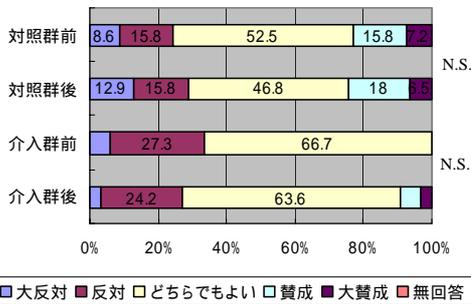


図32 薬物中毒者のグループホーム

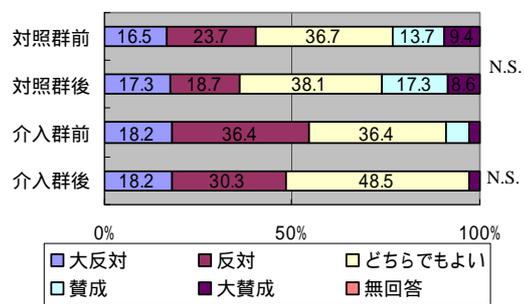


図33 エイズ患者のグループホーム

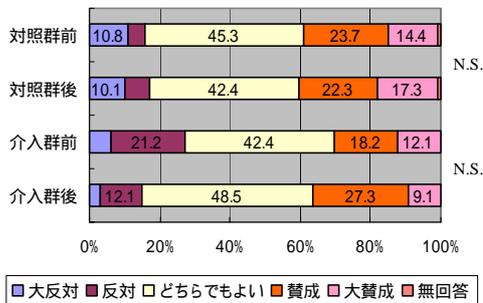


図34 誰でも精神障害者になる可能性がある

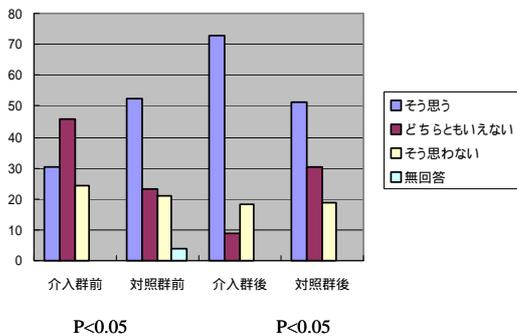


図35 病院内で過ごす方がよい

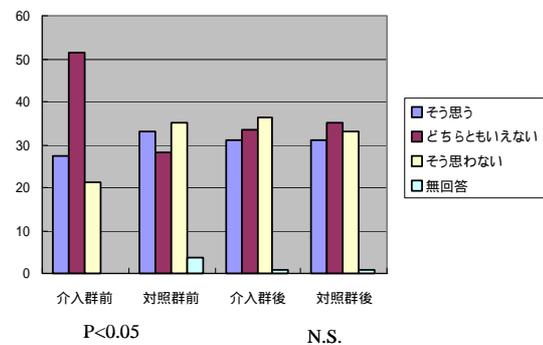


図36 精神障害者の行動は全く理解できない

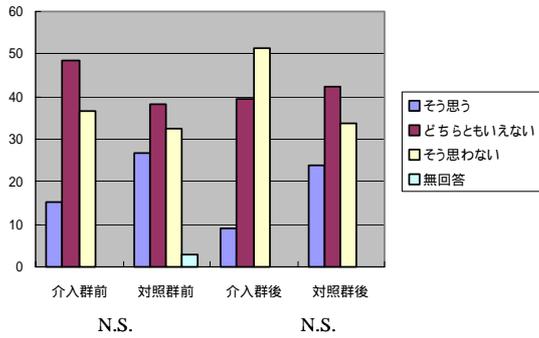


図37 妄想・幻聴があっても社会生活できる

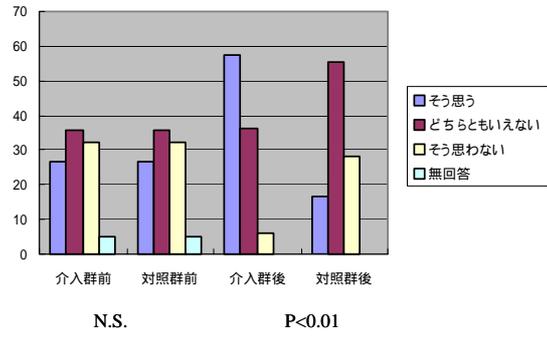


図38 家族に精神障害者がいたら恥だ

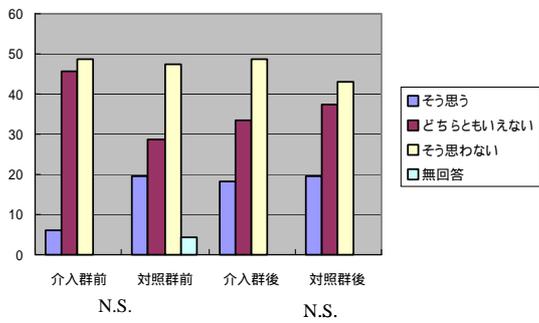


図39 普段は社会人としての行動がとれる

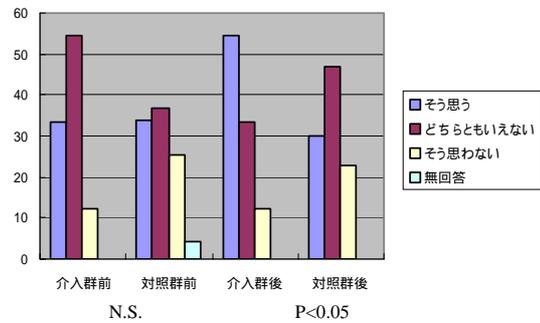


図40 信頼できる友人になれる

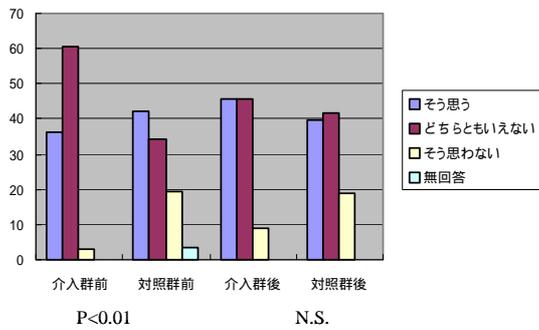


図41 精神病院は精神障害者による事故防止のためにある

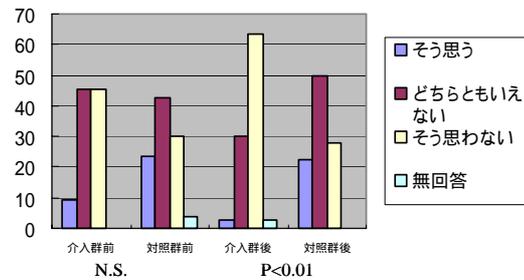


図42 健康の自己管理は無理だ

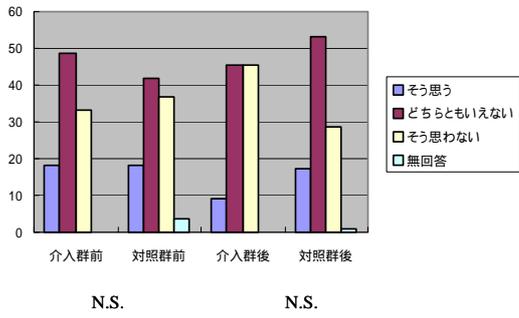
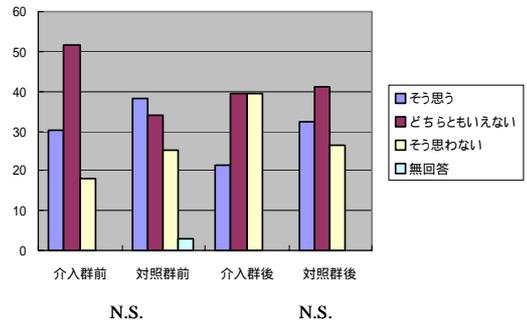


図43 単独または仲間同士で生活するのは心配



<資料6>

主なアンケート項目

B あなたが統合失調症(精神分裂病)をどのように理解しているか、教えて下さい(該当する数字を一つだけ丸で囲んでください)

1 何人に一人くらいが一生のうちに統合失調症を発症すると思いますか？

10人に1人 100人に1人 1000人に1人 10000人に1人

2 統合失調症の原因として、あなたが最も重要だと思うものを、以下から1つ選択して下さい

脳の病気 遺伝 子育ての失敗 身体的な虐待 薬物かアルコールの乱用 ストレス 精神的外傷、ショック(暴行、死、事故など)

悪霊、神の怒り、憑き物^{つきもの}などの影響 真の原因は解明されていない

3 統合失調症の治療法として最適なものは、次のうちどれだと思いますか？1つだけ選択して下さい

治療薬 心理療法 治療薬と心理療法の組み合わせ

統合失調症を治療する方法は存在しない

他に方法がある(具体的に)

わからない

4 統合失調症の人100名のうち何人くらいが社会で生活できるようになると思いますか？

一人もいない 25人 50人 75人 全員

5 統合失調症の人100名のうち何人くらいが定職に就けるようになりますか？

一人もいない 25人 50人 75人 全員

C 以下の記述は、統合失調症(精神分裂病)についてしばしば話題となる事柄です。どれが間違いでどれが正しい記述かを当ててください(か のどちらかを丸で囲んでください)。

- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| 1 統合失調症の人は人格が分裂している | 間違い | 正しい |
| 2 統合失調症は脳の病気である | 間違い | 正しい |
| 3 統合失調症の人は暴力的になりやすい | 間違い | 正しい |
| 4 統合失調症はストレスが原因で起きる | 間違い | 正しい |
| 5 統合失調症はおよそ100人に1人が生涯のうちにかかる病気である | 間違い | 正しい |
| 6 統合失調症の人は働く能力がない | 間違い | 正しい |
| 7 統合失調症の人は一般に治療薬を必要とする | 間違い | 正しい |
| 8 統合失調症の人は知恵遅れや低能であることが多い | 間違い | 正しい |
| 9 統合失調症は子育ての失敗で起きる | 間違い | 正しい |

D 統合失調症(精神分裂病)の人や関連施設の建設などに対する、あなたの個人的な気持ちをおきかせください。(該当する数字を一つだけ丸で囲んで下さい)

- 1 統合失調症の人と話をすることを恐ろしいと感じますか？
(おそらくそう感じる わからない おそらくそう感じない)
- 2 統合失調症の人と同じ部署(クラス)になったら動揺しますか？または迷惑だと感じますか？
(同上)
- 3 統合失調症の人と友達つきあいができると思いますか？(同上)
- 4 統合失調症の人と結婚しても良いと思いますか？(同上)
- 5 もしも下記のような施設が近所に作られることを耳にしたら、あなたはどのように反応しますか。

(参考)グループホームとは、単身生活に不安を感じる障害者などが、4～5人で生活する住居です。世話人が食事の提供や日常生活に関する相談などを行いながら、共同生活を支援します。

(1)知的障害者のためのグループホーム

(大反対 反対 どちらでもよい 賛成 大賛成)

(2)犯罪を犯し、服役を終えたばかりの人のための社会復帰施設(同上)

(3)身体障害者のためのグループホーム(同上)

(4)統合失調症患者のためのグループホーム(同上)

(5)アルコール中毒患者のためのグループホーム(同上)

(6)覚醒剤などの薬物中毒患者のためのグループホーム(同上)

(7)エイズ患者のためのグループホーム(同上)

E 「精神障害(者)」に対するあなたのイメージについて教えて下さい。(該当する数字を一つだけ丸で囲んでください)

- 1 激しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある。
(そう思う どちらともいえない そう思わない)
- 2 精神病院の入院患者は、きびしい実生活にさらされるより、病院内で苦労なく過ごす方がよい。
(同上)
- 3 精神障害者の行動はまったく理解できない。(同上)
- 4 妄想、幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活のできる人が多い。(同上)
- 5 家族に精神障害者がいるとしたら、それを人に知られるのは恥である。(同上)
- 6 精神障害者が、普通でない行動をとるのは病状の悪いときだけで、ふだんは社会人としての行動がとれる。
(同上)
- 7 精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる。(同上)
- 8 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり興奮して傷害事件を起こすからである。
(同上)
- 9 精神障害者は、病気の再発を防ぐために自分で健康管理をすることは期待できない(同

上)

10 精神障害者が、一人あるいは仲間どうしでアパートをかりて生活するのは心配だ。(同上)

11 統合失調症または精神障害者について、もっと知りたいと思いますか(同上)

12 心の病気が疑われる時、受診しようと思いますか(同上)

F 今回の企画等に関してあなたのご意見をお聞かせ下さい。(該当する数字を一つだけ丸で囲んでください)

1 医師による講習会は精神障害に対する偏見を除去するために役立つと思いますか

(大変役立つ 少し役立つ どちらともいえない 役立たない)

2 表現あそびは精神障害に対する偏見を除去するために役立つと思いますか

(大変役立つ 少し役立つ どちらともいえない 役立たない)

3 グループでの話し合いは精神障害に対する偏見を除去するために役立つと思いますか

(大変役立つ 少し役立つ どちらともいえない 役立たない)

4 上記の三つプログラムのなかで最も偏見除去に役立つと思うのはどれですか

(講習会 表現あそび グループでの話し合い どれも役立たない)

5 グループでの話し合いでは精神障害(者)を身近に感じられるようになれるとしたらどの話題が最も有益だと思いますか

(自己紹介 障害のイメージ 当事者の体験談 解決策 全て無益)

6 初回のアンケート以降に精神障害についてご自分で何か調べたことがありましたか

(あった なかった)

7 今回の企画中に精神障害について誰かと話し合ったことがありましたか

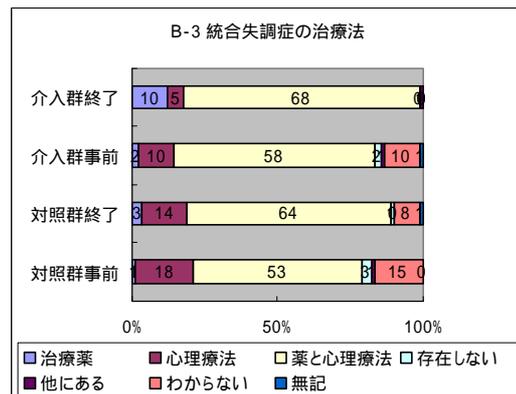
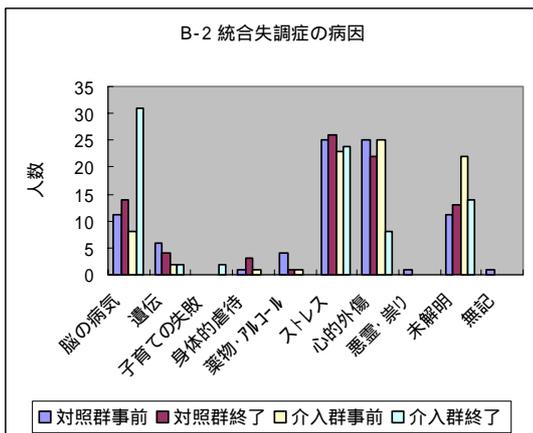
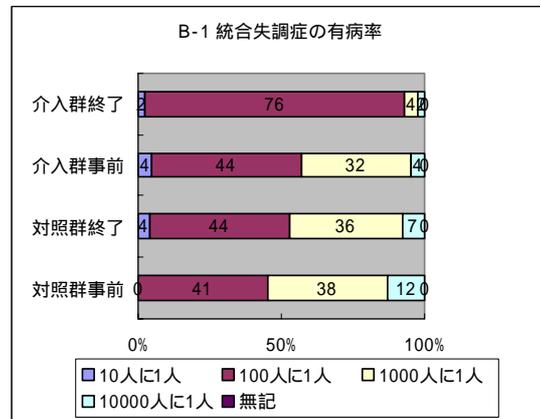
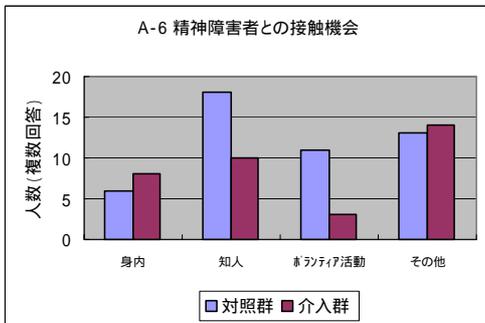
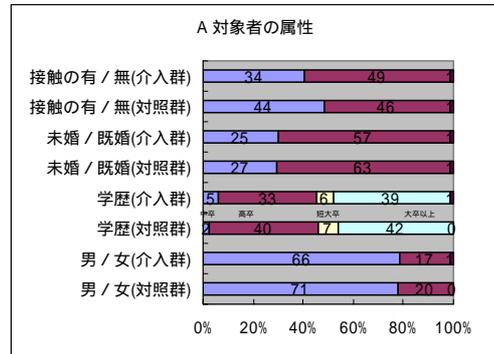
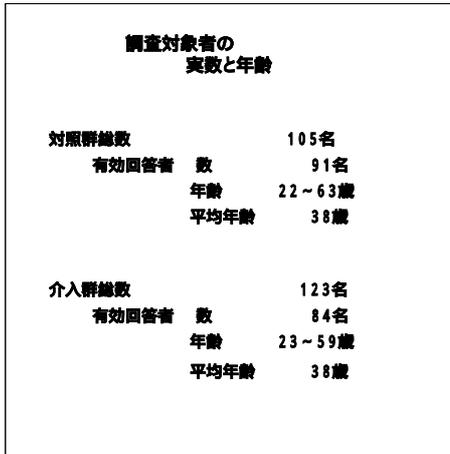
(あった なかった)

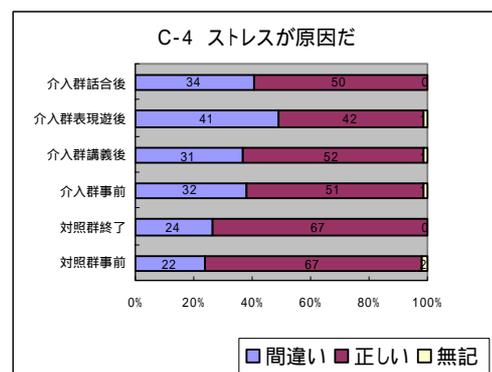
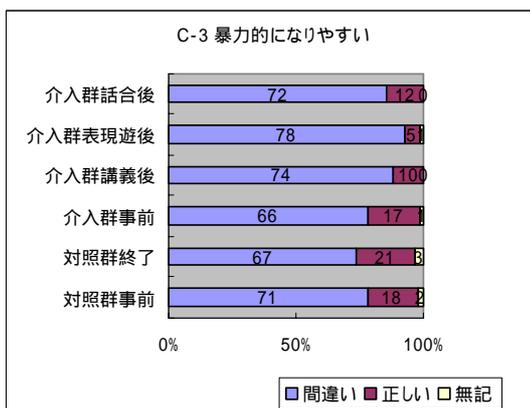
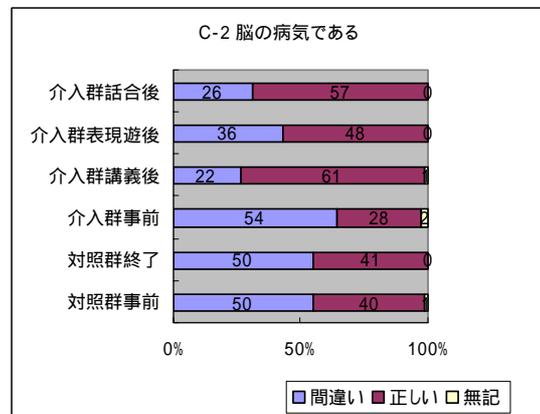
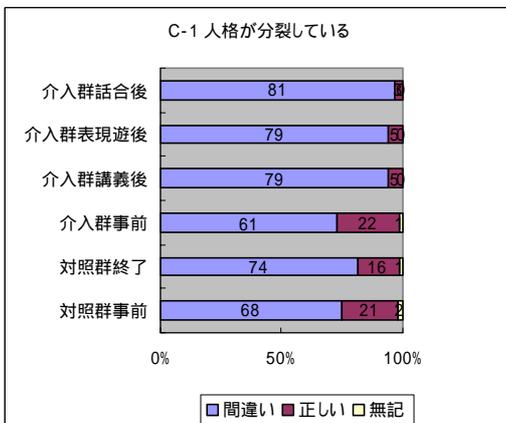
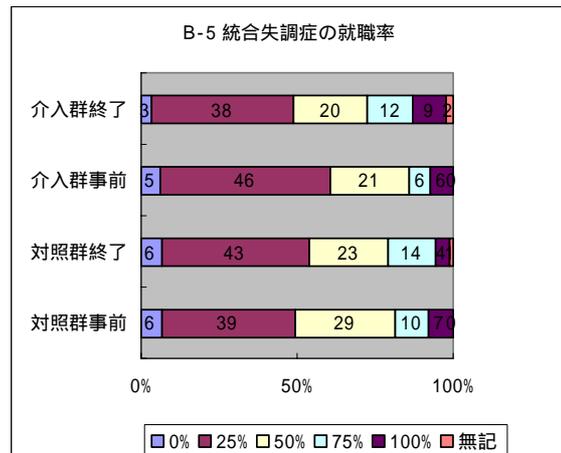
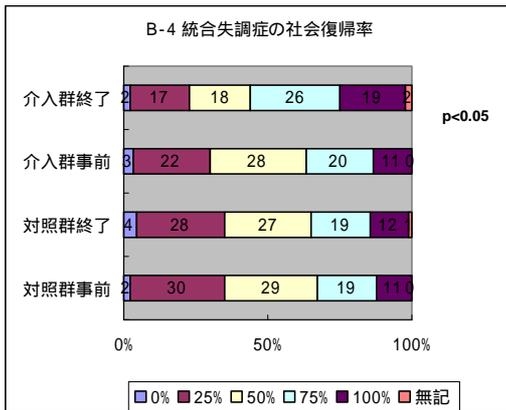
8 精神障害(者)への偏見・差別を取り除くために精神障害(者)についてあなたは正しい理解を人に伝えたいと思いますか

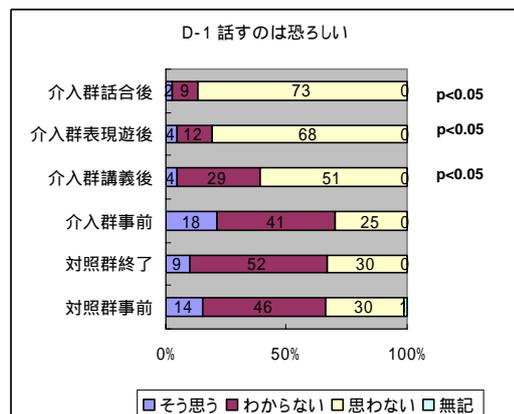
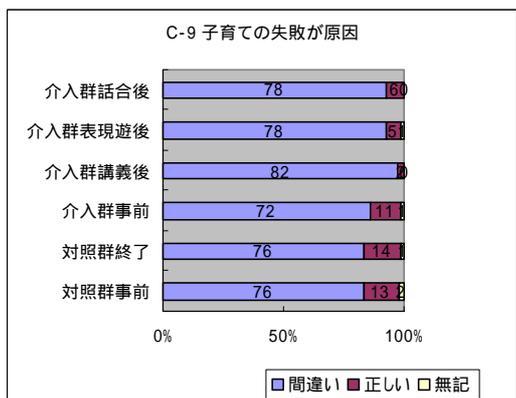
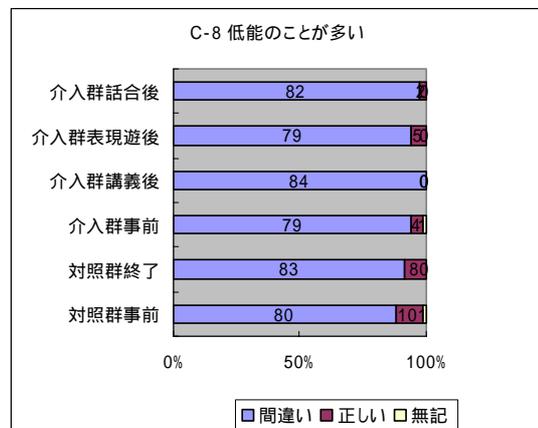
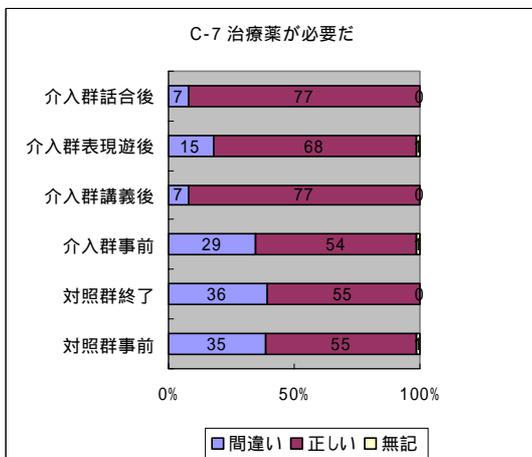
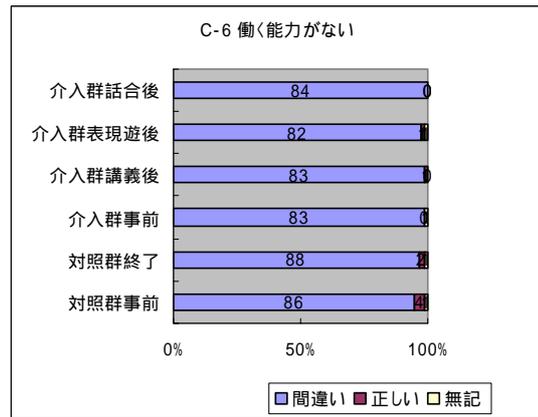
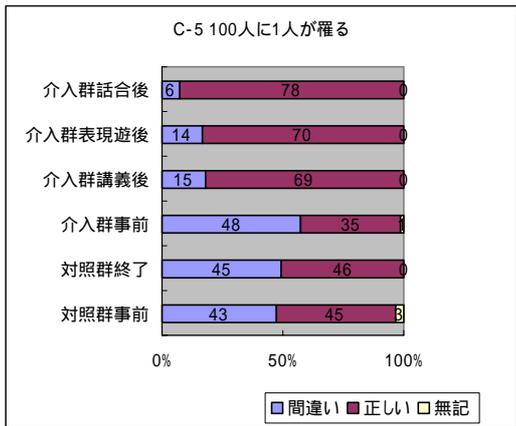
(積極的に伝えたい 機会があれば伝えたい 関わりたくない)

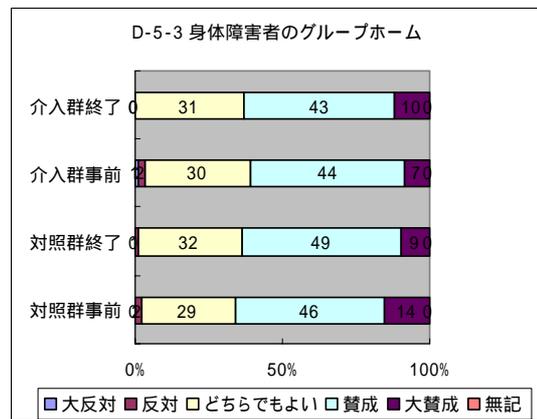
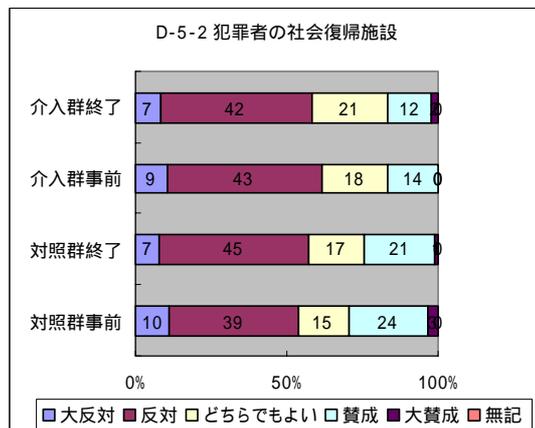
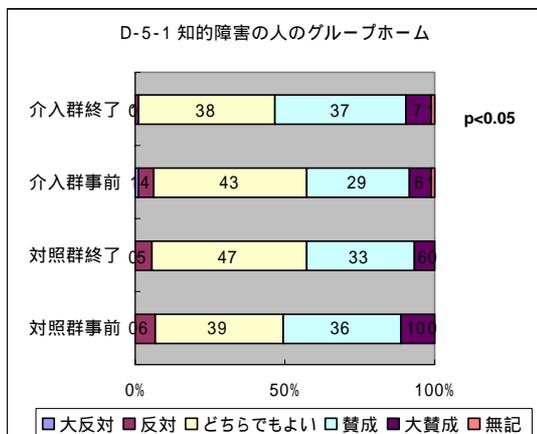
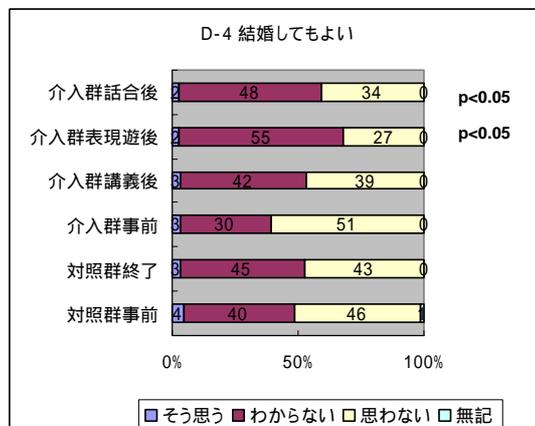
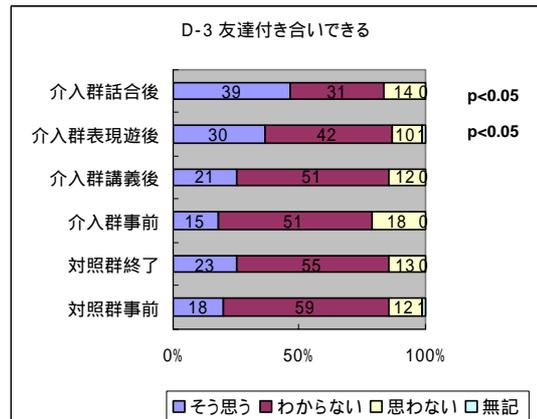
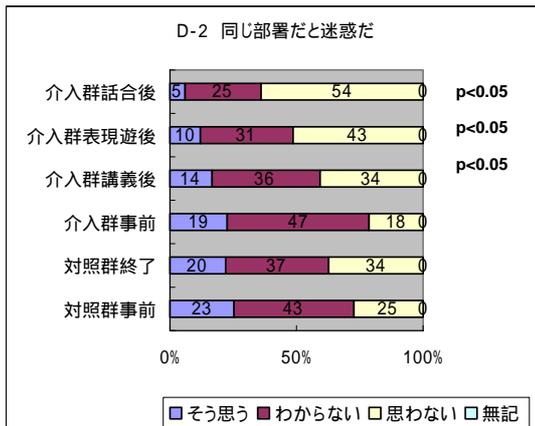
9 今回の企画への感想や精神障害に対する偏見除去についてのご意見を右の余白にお書きください

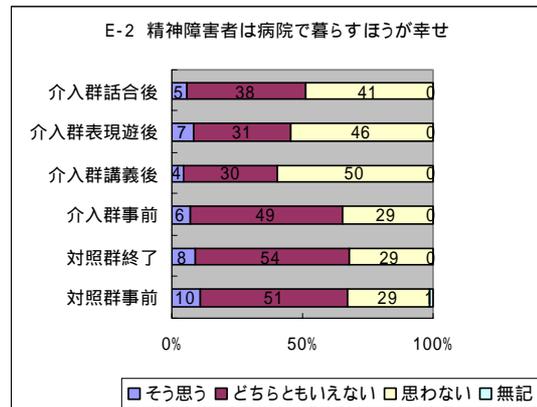
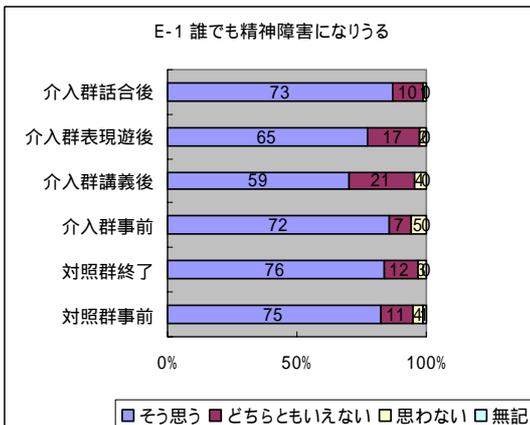
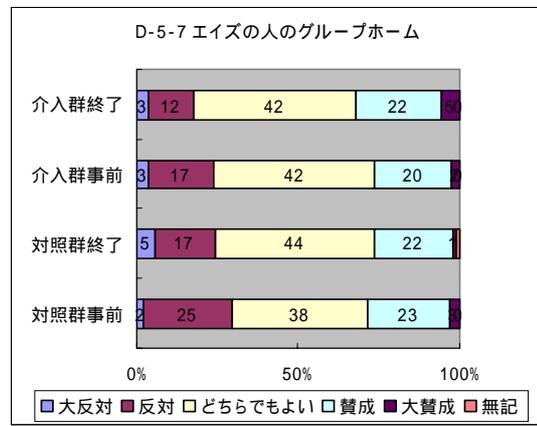
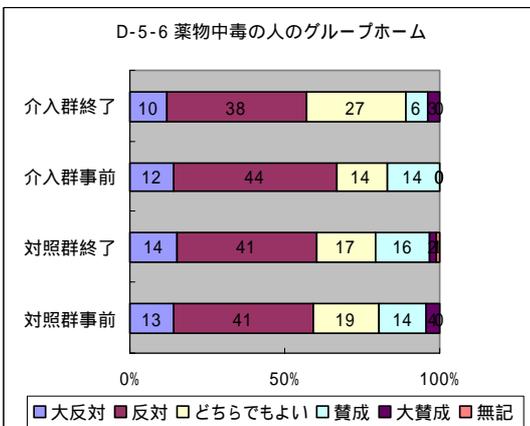
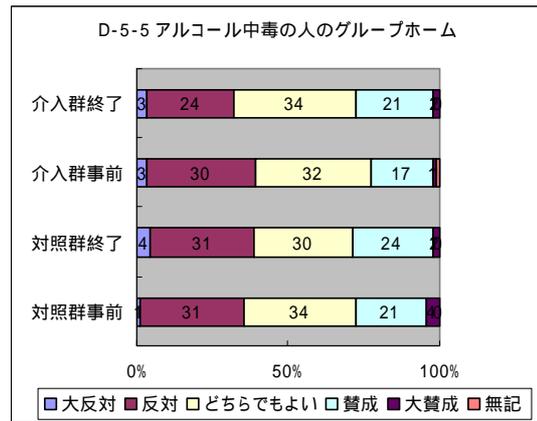
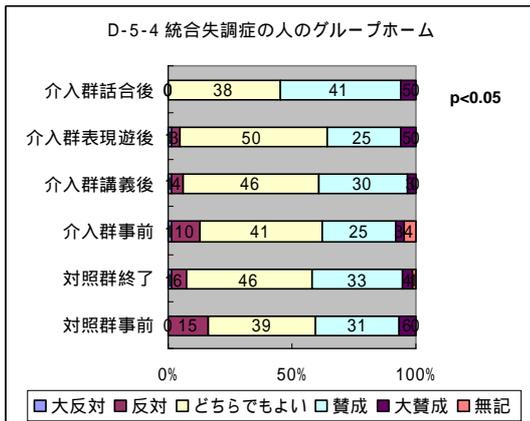
<資料7>

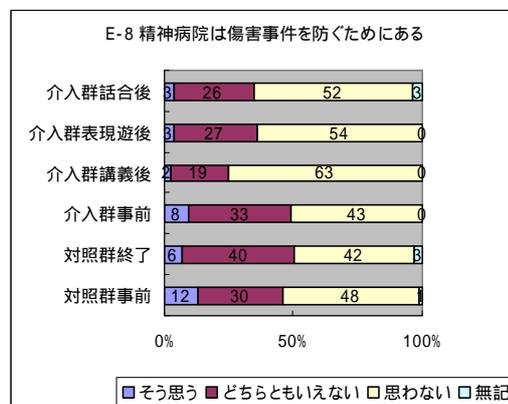
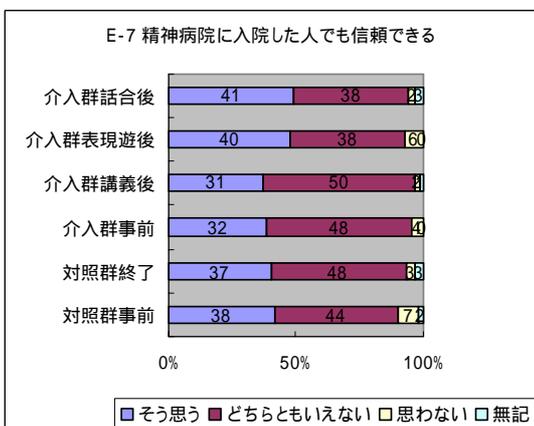
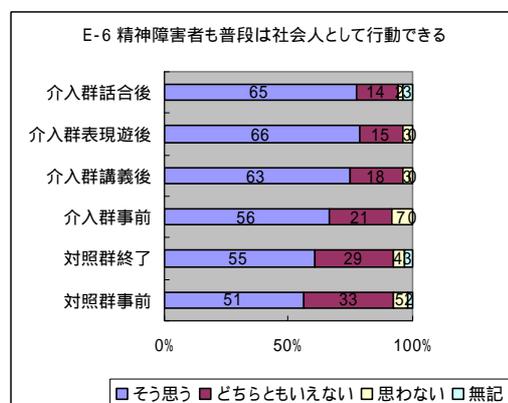
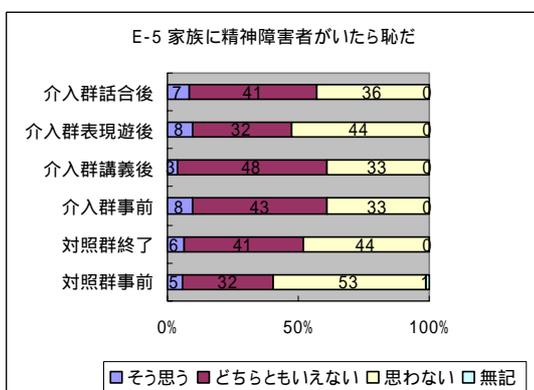
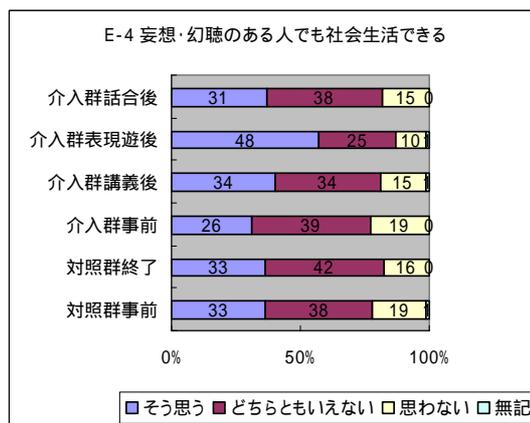
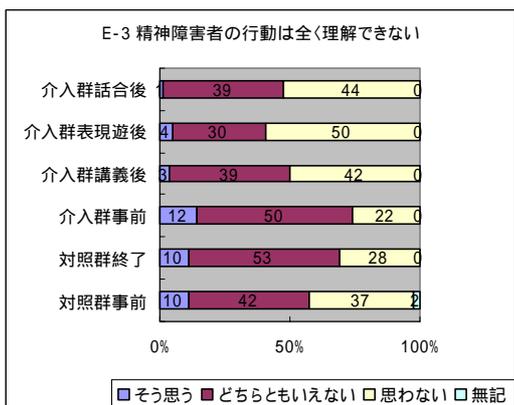


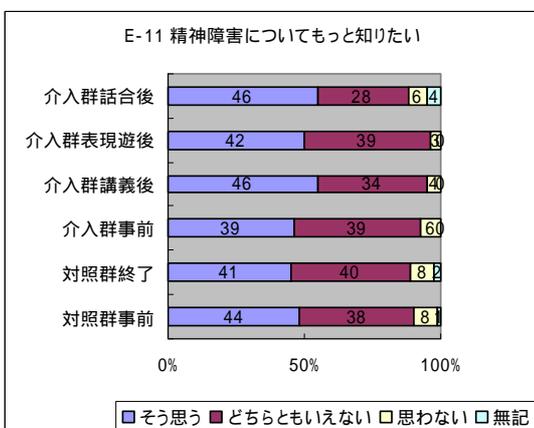
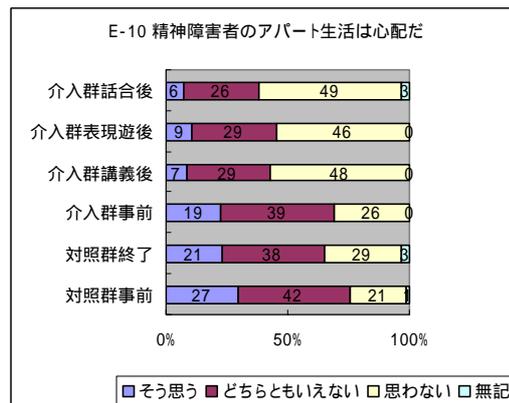
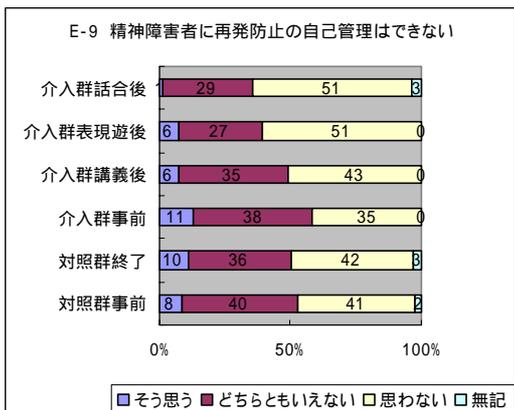




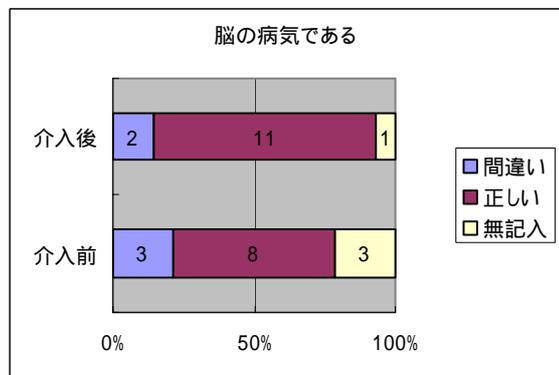
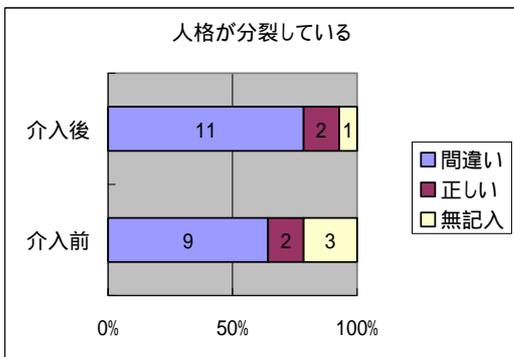
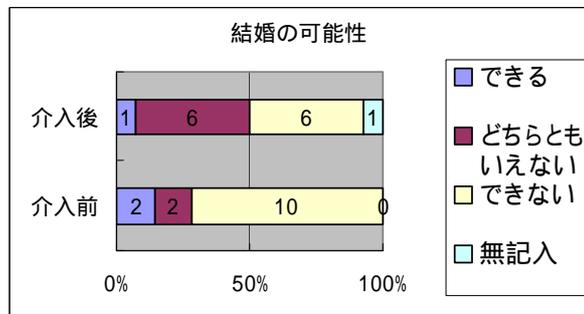
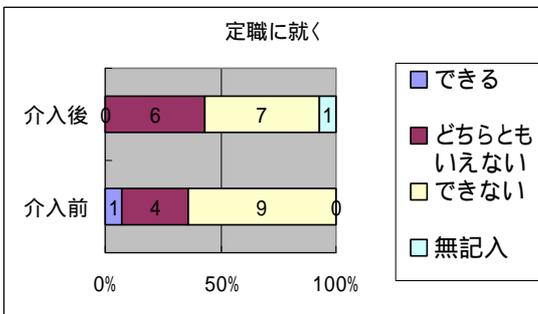
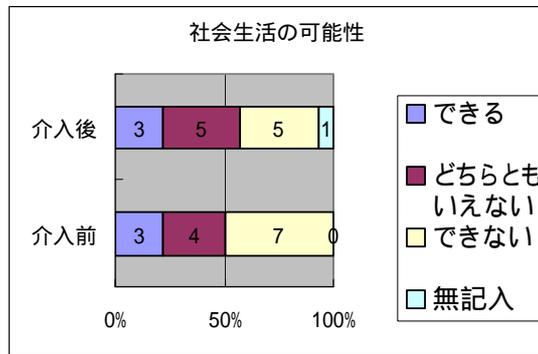
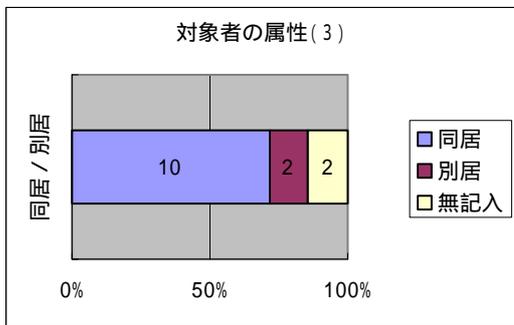
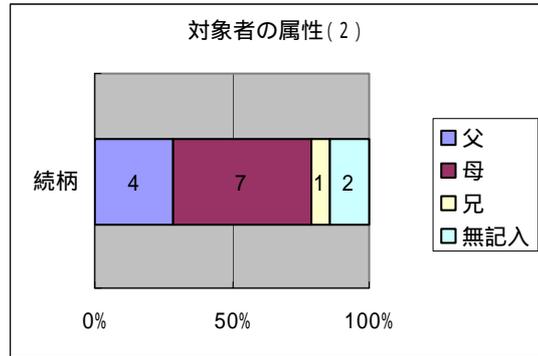
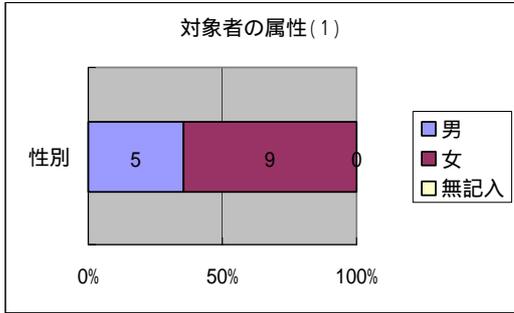


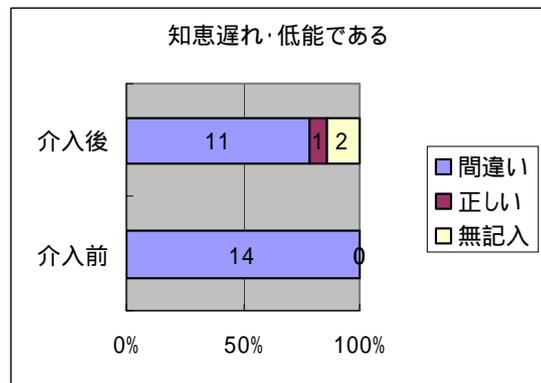
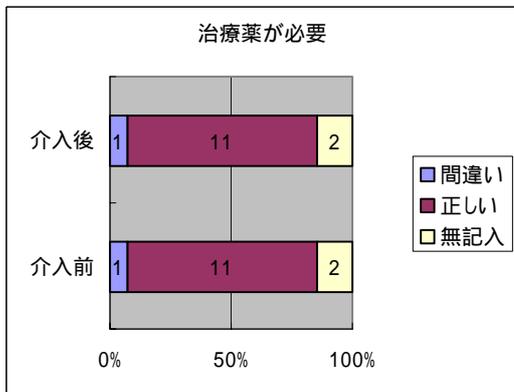
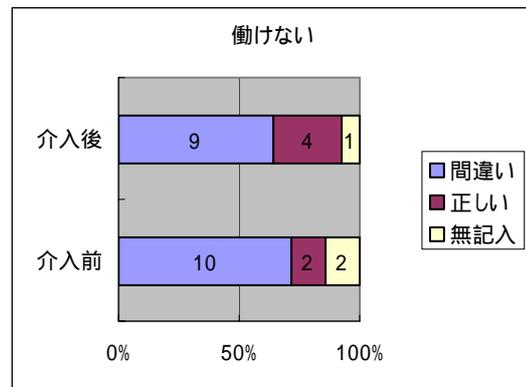
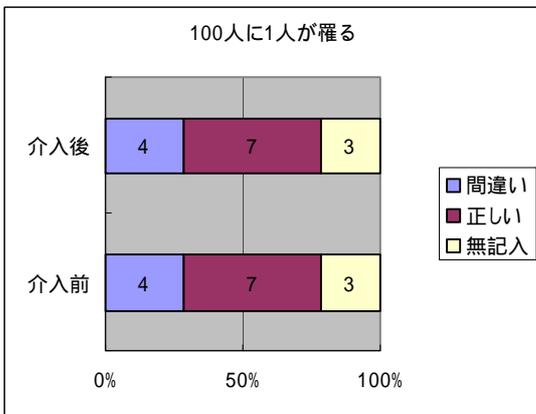
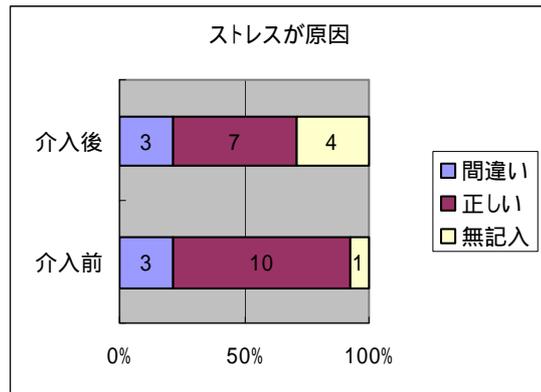
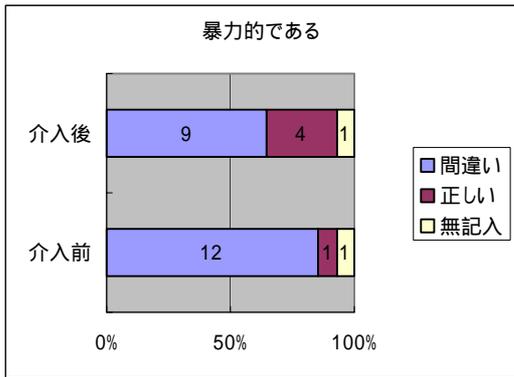


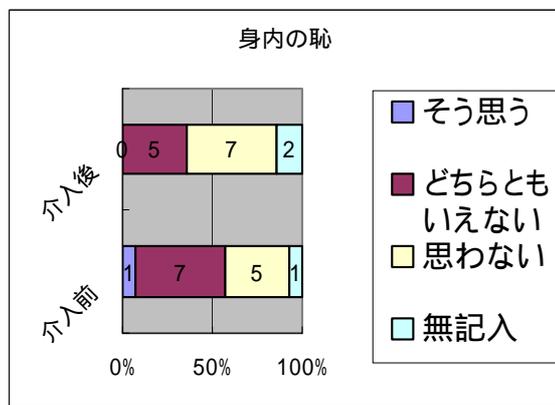
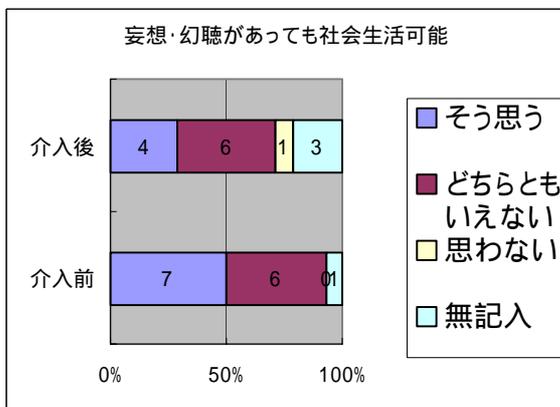
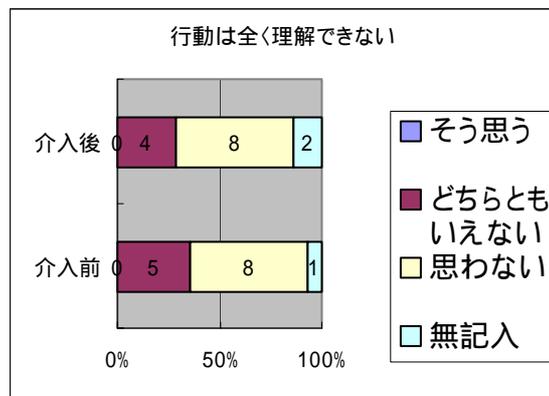
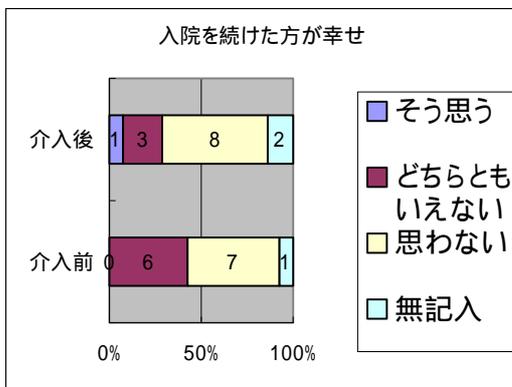
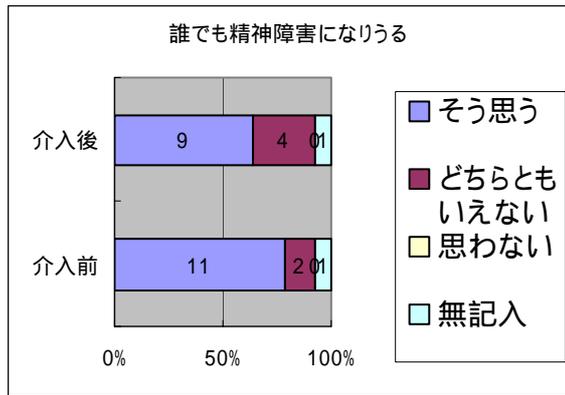
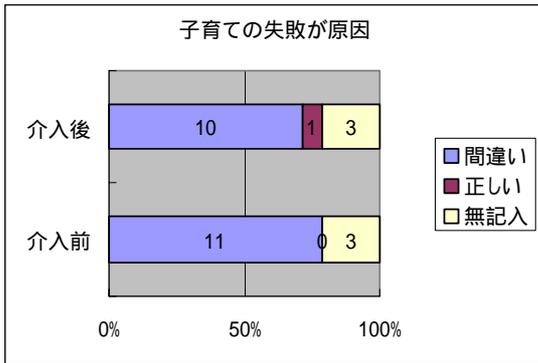


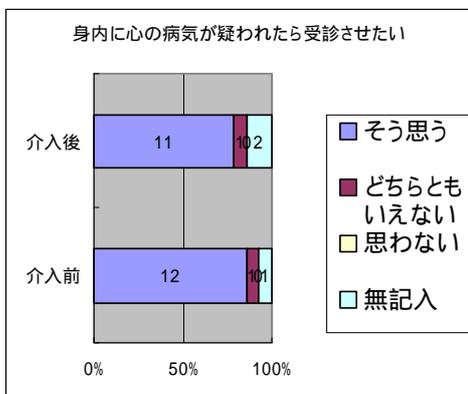
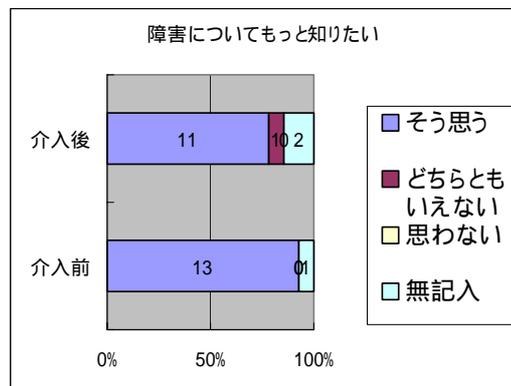
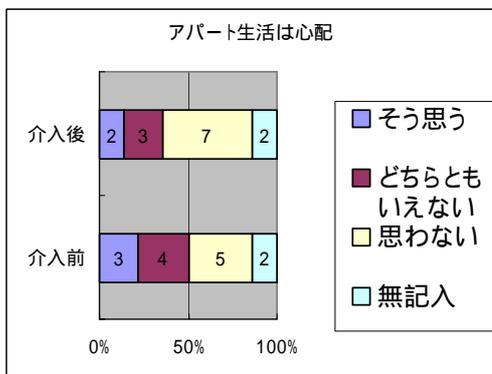
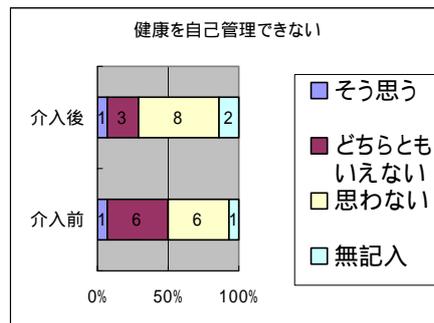
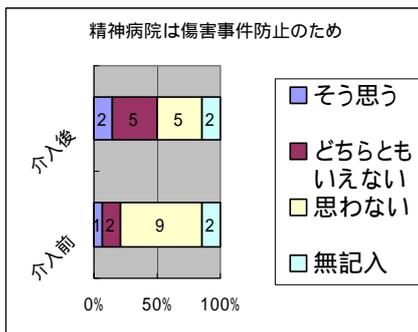
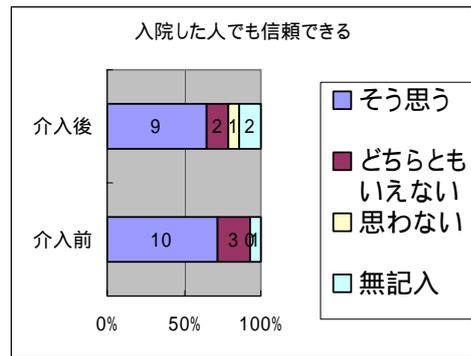
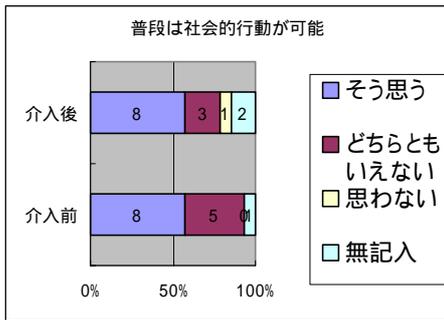


<資料 8 >









< 資料 9 >

複合尺度 障害者に対する基本的信頼感 (0から1)

- f1 ほとんどの精神障害者は信頼できる。
- f2 たいていの精神障害者は、人から信頼された場合、同じようにその相手を信頼する。
- f3 ほとんどの精神障害者は他人を信頼している。
- f4 ほとんどの精神障害者は基本的に正直である。
- f5 私は精神障害者を信頼する方である。
- f6 ほとんどの精神障害者は基本的に善良で親切である。

	alpha	総人数	項目数
1回目のアンケートの被検者を用いてのクロンバックのアルファ係数	0.8201	375	6

	第1	第2	第3	第4	第5	第6
相関行列の固有値の推移	3.18	0.80	0.73	0.55	0.38	0.36

1回目								
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	全部	計
人数	375	6	2	0	0	1	7	391
%	0.96							
欠損値のある人の中での%		0.38	0.13	0.00	0.00	0.06	0.44	1.00

2回目								
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	全部	計
人数	185	5	1	0	0	0	1	192
%	0.96							
欠損値のある人の中での%		0.71	0.14	0.00	0.00	0.00	0.14	1.00

	f1	f2	f3	f4	f5	f6
各項目の欠損値	7	10	10	9	8	13
欠損値中に占める率	0.12	0.18	0.18	0.16	0.14	0.23
2回目						
各項目の欠損値	3	3	2	2	2	1
欠損値中に占める率	0.23	0.23	0.15	0.15	0.15	0.08

各グループの大きさ							
	1	2	3	4	5	6	計
半日研修	0	1	7	5	3	0	16
一日研修	0	0	1	7	7	1	16
研修なし	1	5	2	5	1	2	16

	1回目	2回目	効果	1回目のアンケート得点の分散分析					
	平均	平均		Df	SS	MS	F value	Pr(>F)	
半日研修	0.59	0.70	0.11	Cond	2	0.0331	0.0165	1.591	0.215
一日研修	0.54	0.66	0.12	Resid	45	0.4679	0.0104		
研修なし	0.54	0.57	0.03						

	1回目	2回目	効果の	効果の共分散分析				
	標準偏差	標準偏差	標準偏差	SS	Df	F value	Pr(>F)	
半日研修	0.10	0.11	0.11	Cond	0.0998	2	5.7428	0.006081
一日研修	0.11	0.08	0.06	Q1	0.1279	1	14.718	0.000395
研修なし	0.10	0.12	0.13	Residuals	0.3823	44		

チューキーデザインによる多重比較(多重t分布を用いた正確確率検定)

研修の効果	推定値	t値	標準誤差	調整された確率
1日研修と半日研修の差	-0.02	-0.43	0.03	0.67
研修なしと半日研修の差	-0.11	-3.09	0.03	0.01
研修なしと1日研修の差	-0.09	-2.73	0.03	0.02

複合尺度 自分は障害者に接して適切に対応できるという自信 (0から1)

- h1 私は精神障害者と話すとき、どのように話したらよいか分かっていると思う。
- h2 私は精神障害者とつきあうとき、どのようにつき合ったらよいか分かっていると思う。
- h3 私は精神障害者が安心できるには、どのようにつき合ったらよいか分かっていると思う。
- h4 私は精神障害者がどんなことで悩んでいるか多少なりとも分かっていると思う。
- h5 私は精神障害者が相談に来たら、話を聞いてあげられると思う。
- h6 私は精神障害者が何を必要としているかが分かっていると思う。
- h7 私は地区の精神障害者やその家族が助けを求めてきたら、うまく助けられると思う。

	alpha	被験者数項目数	
1回目のアンケートの被験者を用いてのクロンバウクのアルファ係数	0.90	373	7

	第1	第2	第3	第4	第5	第6
相関行列の固有値の推移	4.33	0.93	0.56	0.53	0.26	0.22

1回目	0	1	2	3	4	5	6	全部	計
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	5	391
人数	373	9	3	1	0	0	0	5	391
%	0.95								
欠損値のある人の中での%		0.50	0.17	0.06	0.00	0.00	0.00	0.28	1.00

2回目	0	1	2	3	4	5	6	全部	計
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	1	192
人数	187	3	1	0	0	0	0	1	192
%	0.97								
欠損値のある人の中での%		0.60	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	1.00

	h1	h2	h3	h4	h5	h6	h7
各項目の欠損値	6	7	9	8	7	8	8
欠損値中に占める率	0.11	0.13	0.17	0.15	0.13	0.15	0.15
2回目							
各項目の欠損値	2	3	2	1	1	2	1
欠損値中に占める率	0.17	0.25	0.17	0.08	0.08	0.17	0.08

各グループの大きさ	1	2	3	4	5	6	計
半日研修	0	1	6	6	3	0	16
一日研修	0	0	1	7	7	1	16
研修なし	1	5	2	5	1	2	16

	1回目 平均	2回目 平均	効果	1回目のアンケート得点の分散分析					
半日研修	0.48	0.61	0.14						
一日研修	0.48	0.62	0.14	Cond	2	0.0004	0.0002	0.0211	0.9791
研修なし	0.48	0.50	0.02	Resid	45	0.4565	0.0101		

	1回目 標準 偏差	2回目 標準 偏差	効果の 標準 偏差	効果の共分散分析				
半日研修	0.10	0.10	0.12					
一日研修	0.08	0.09	0.10	Cond	0.151	2	7.2052	0.002
研修なし	0.12	0.15	0.12	Q1	0.1124	1	10.729	0.0021
				Residuals	0.4611	44		

テューキーデザインによる多重比較 (多重t分布を用いた正確確率検定)

研修の効果	推定値	t値	標準誤差	調整された確率
1日研修と半日研修の差	0.01	-0.19	0.04	0.85
研修なしと半日研修の差	-0.12	-3.19	0.04	0.01
研修なしと1日研修の差	-0.12	-3.38	0.04	0.00

複合尺度

否定的感情の度合い (0から1)

- d1 統合失調症の人と話をすることを恐ろしいと感じますか？
- d2 統合失調症の人と同じ職場になったら狼狽しますか？または迷惑だと感じますか？
- d3 統合失調症の人と仲良くつきあっていくことができますか？
- d4 下宿などで)統合失調症の人と同居することになったら狼狽しますか？または迷惑だと感じますか？
- d5 家族の誰かが統合失調症と診断されたとして、もしそれが人に知れたら、恥ずかしく感じますか？
- d74 統合失調症患者のためのグループホーム
- e7 精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる。
- g1 強いー弱い
- g3 自分のことしか考えないー他人を思いやれる
- g10 安心できるー安心できない
- g11 共感できるー共感できない
- g8 近寄りやすいー近寄りにくい
- g4 安定しているー不安定な
- g7 一生懸命生きているーいい加減に生きている

	alpha	被験者数	項目数
1回目のアンケートの被験者を用いたのクロンバッチのアルファ係数	0.78	306	14

	第1	第2	第3	第4	第5	第6
相関行列の固有値の推移	4.14	1.64	1.41	1.03	0.83	0.79

1回目												計	
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11以上	
人数	306	53	10	7	2	2	2	2	0	1	1	5	391
%	0.78												
欠損値のある人の中での%		0.62	0.12	0.08	0.02	0.02	0.02	0.02	0.00	0.01	0.01	0.06	1.00

2回目												計	
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11以上	
人数	164	17	3	4	0	1	1	1	0	0	0	1	192
%	0.85												
欠損値のある人の中での%		0.61	0.11	0.14	0.00	0.04	0.04	0.04	0.00	0.00	0.00	0.04	1.00

	d1	d2	d3	d4	d5	d74	e7	g1	g3	g10	g11	g8	g4	g7
各項目の欠損値	15	20	20	18	13	14	8	17	12	8	50	10	10	12
欠損値中に占める率	0.07	0.09	0.09	0.08	0.06	0.06	0.04	0.08	0.05	0.04	0.22	0.04	0.04	0.05
2回目														
各項目の欠損値	5	6	7	7	4	4	1	4	3	3	14	4	3	2
欠損値中に占める率	0.08	0.09	0.10	0.10	0.06	0.06	0.02	0.06	0.05	0.05	0.21	0.06	0.05	0.03

各グループの大きさ	1	2	3	4	5	6	計
半日研修	0	1	7	5	3	0	16
一日研修	0	0	1	7	7	1	16
研修なし	1	5	2	5	1	2	16

	1回目 平均	2回目 平均	効果	1回目のアンケート得点の分散分析			
半日研修	0.51	0.43	-0.08	Df	SS	MS	F value Pr(>F)
一日研修	0.53	0.45	-0.08	Cond	2	0.0124	0.0062 2.4602 0.0968
研修なし	0.55	0.54	-0.01	Resid	45	0.1137	0.0025

	1回目 標準 偏差	2回目 標準 偏差	効果の標 準 偏差	効果の共分散分析			
半日研修	0.06	0.06	0.06	SS	Df	F value	Pr(>F)
一日研修	0.05	0.06	0.04	Cond	0.0596	2	13.14 0.000
研修なし	0.05	0.07	0.04	Q1	0.0066	1	2.9007 0.0956
				Residuals	0.0997	44	

テューキーデザインによる多重比較 (多重t分布を用いた正確確率検定)

研修の効果	推定値	t値	標準誤差	調整された確率
1日研修と半日研修の差	0.01	-0.30	0.02	0.77
研修なしと半日研修の差	0.08	-4.55	0.02	0.00
研修なしと1日研修の差	0.08	-4.41	0.02	0.00

複合尺度

病気に関する知識 (0から1)

- b1 何人に一人くらいが、一生のうちに統合失調症を発症すると思いますか？
- b3 統合失調症の治療法として最適なのは、次のうちどれだと思いますか？1つだけ選択して下さい。
- c1 統合失調症の人は人格が分裂している
- c2 統合失調症は脳の病気である
- c3 統合失調症の人は暴力的になりやすい
- c4 統合失調症はストレスが原因で起こる
- c5 統合失調症は100人に1人が生涯のうちににかかる病気である
- c7 統合失調症の人は一般に治療薬を必要とする
- c8 統合失調症の人は知恵遅れであることが多い
- c9 統合失調症は子育ての失敗で起きる

	alpha	被験者数 項目数	
1回目のアンケートの被検者を用いてのクローンバツクのアルファ係数	0.2855	355	10

相関行列の固有値の推移	第1	第2	第3	第4	第5	第6
	1.74	1.65	1.28	1.02	0.96	0.84

1回目											全部	計
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6	391
人数	355	21	3	2	1	1	0	0	1	1		
%	0.91											
欠損値のある人の中の%		0.58	0.08	0.06	0.03	0.03	0.00	0.00	0.03	0.03	0.17	1.00

2回目											全部	計
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	192
人数	174	13	0	2	2	0	0	0	0	0		
%	0.91											
欠損値のある人の中の%		0.72	0.00	0.11	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	1.00

	bn1	bn3	cn1	cn2	cn3	cn4	cn5	cn7	cn8	cn9
各項目の欠損値	17	11	14	9	14	10	13	13	8	10
欠損値中に占める率	0.14	0.09	0.12	0.08	0.12	0.08	0.11	0.11	0.07	0.08
2回目										
各項目の欠損値	3	4	4	7	5	4	5	2	1	2
欠損値中に占める率	0.08	0.11	0.11	0.19	0.14	0.11	0.14	0.05	0.03	0.05

各グループの大きさ	1	2	3	4	5	6	計
半日研修	0	1	7	5	3	0	16
一日研修	0	0	1	7	7	1	16
研修なし	1	5	2	5	1	2	16

	1回目 平均	2回目 平均	効果	1回目のアンケート得点の分散分析				
半日研修	0.65	0.67	0.03	Df	SS	MS	F value	Pr(>F)
一日研修	0.61	0.69	0.08	Cond	2	0.0089	0.0044	0.6953 0.5042
研修なし	0.63	0.64	0.01	Resid	45	0.2876	0.0064	

	1回目 標準 偏差	2回目 標準 偏差	効果の 標準 偏差	効果の共分散分析			
半日研修	0.08	0.09	0.10	SS	Df	F value	Pr(>F)
一日研修	0.07	0.08	0.07	Cond	0.029	2	2.4655 0.0966
研修なし	0.09	0.09	0.07	Q1	0.0582	1	9.8852 0.003
				Residuals	0.2591	44	

テューキーデザインによる多重比較(多重t分布を用いた正確確率検定)

研修の効果	推定値	t値	標準誤差	調整された確率
1日研修と半日研修の差	0.03	-1.21	0.03	0.38
研修なしと半日研修の差	-0.03	-0.99	0.03	0.38
研修なしと1日研修の差	-0.06	-2.22	0.03	0.08

複合尺度

障害者の生活に関する知識 (0から1)

- e3 精神障害者の行動は、まったく理解できない。
- e4 妄想、幻聴のある人でも、病院に入院しないで社会生活のできるひが多い。
- e6 精神障害者が普通でない行動をとるのは病状の悪いときだけで、ふだんは社会人としての行動がとれる。
- e8 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり興奮して傷害事件を起こすからである
- e9 精神障害者は、病気の再発を防ぐために自分で健康管理をすることは期待できない。
- e10 精神障害者が、一人あるいは仲間どうしてアパートをかりて生活するのは心配だ。
- g9 理解できるー理解できない
- c6 統合失調症の人は働くことができない

	alpha	被験者数	項目数
1回目のアンケートの被検者を用いてのクロンバッチのアルファ係数	0.65	361	8

相関行列の固有値の推移	第1	第2	第3	第4	第5	第6
	2.39	1.11	0.88	0.84	0.76	0.75

1回目										全部	計
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	7			
人数	361	22	2	1	0	0	0	0	0	5	391
%	0.92										
欠損値のある人の中での%		0.73	0.07	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	1	

2回目										全部	計
欠損値の数	0	1	2	3	4	5	6	7			
人数	180	11	0	0	0	0	0	0	1	192	
%	0.94										
欠損値のある人の中での%		0.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	1.00	

1回目	e3	e4	e6	e8	e9	e10	g9	cn6
各項目の欠損値	9	9	9	6	8	6	11	11
欠損値中に占める率	0.13	0.13	0.13	0.09	0.12	0.09	0.16	0.16

2回目								
各項目の欠損値	3	3	2	1	2	2	4	2
欠損値中に占める率	0.16	0.16	0.11	0.05	0.11	0.11	0.21	0.11

各グループの大きさ	1	2	3	4	5	6	計
半日研修	0	1	7	5	3	0	16
一日研修	0	0	1	7	7	1	16
研修なし	1	5	2	5	1	2	16

	1回目 平均	2回目 平均	効果	1回目のアンケート得点の分散分析					
半日研修	0.62	0.73	0.11	Df	SS	MS	F value	Pr(>F)	
一日研修	0.53	0.68	0.15	Cond	2	0.0709	0.0354	4.053	0.0241
研修なし	0.56	0.56	-0.01	Resid	45	0.3934	0.0087		

	1回目 標準 偏差	2回目 標準 偏差	効果の 標準 偏差	効果の共分散分析				
半日研修	0.08	0.08	0.08	SS	Df	F value	Pr(>F)	
一日研修	0.09	0.11	0.12	Cond	0.2152	2	10.561	0.0002
研修なし	0.11	0.14	0.12	Q1	0.0678	1	6.6573	0.0133
				Residuals	0.4482	44		

チューキーデザインによる多重比較(多重t分布を用いた正確確率検定)

研修の効果	推定値	t値	標準誤差	調整された確率
1日研修と半日研修の差	0.00	-0.10	0.04	0.92
研修なしと半日研修の差	-0.14	-3.79	0.04	0.00
研修なしと1日研修の差	-0.14	-4.00	0.04	0.00

チューキーデザインによる多重比較(多重t分布を用いた正確確率検定)

1回目のアンケートの結果	推定値	t値	標準誤差	調整された確率
1日研修と半日研修の差	-0.09	-2.79	0.03	0.02
研修なしと半日研修の差	-0.06	-1.88	0.03	0.12
研修なしと1日研修の差	0.03	-0.92	0.03	0.36

