

こころの病をもつ人々への地域住民のスティグマおよび社会的態度

—全国サンプル調査から—

モチツキ ミエコ ヤマザキ ヨシヒコ キクザワ サエコ マトバ トモコ
望月 美栄子*1 山崎 喜比古*2 菊澤 佐江子*3 的場 智子*4
ヤマキ チカコ スギヤマ カツミ サカノ ジュンコ
八巻 知香子*5 杉山 克己*6 坂野 純子*7

目的 こころの病をもつ人々への地域住民の態度について、全国サンプル調査により多角的に把握し、こころの病をもつ人々と地域住民が共に暮らしやすい地域生活実現のための課題を考察する。

方法 国内に居住する18～64歳の男女から二段階無作為抽出により1,800名を抽出し、面接調査・留置記入法のいずれかの方法で調査を行った（2006年8～10月、有効回収994票）。質問紙はビニエット方式で、冒頭でこころの病をもつ人物（Aさん）の様子を病名は伏せて提示し、Aさんについての質問に回答してもらうものである。ビニエットはうつ病と統合失調症の2種類で、さらにそれぞれの人物が男女の2種類の計4種類があり、それらを無作為に対象者に振り分けた。質問項目は、Aさんの症状に対する認識、「スティグマ的反応」、Aさんと隣同士になる等の関係をどの程度受け入れるかを尋ねる「社会的距離」、Aさんのような人への保健医療サービスの提供等を行政がどの程度責任をもつべきかを尋ねる「行政の責任」、治療のために入院する等をどの程度法律で強制すべきかを尋ねる「法律による強制」、こころの病をもつ人との回答者自身の接触体験などを尋ねた。

結果 Aさんの症状に対して、うつ病・統合失調症両事例ともに回答者の92%が「精神的な病気の可能性」があると回答し、治療の効果もおおよそ95%前後が認めていたが、統合失調症事例に対して約半数が「うつ状態」と回答した。「スティグマ的反応」では両事例とも「Aさんは自分の状況を恥ずかしく思うべきだ」等の不名誉の各項目、「Aさんは治療を受けることで地域ののけ者になるだろう」等の治療の影響の各項目では否定する回答が大半を占めていたが、「Aさんといると緊張する」等の感情の各項目では肯定する回答が半数近かった。「社会的距離」と「法律による強制」は統合失調症事例の方が得点が有意に高かった。「行政の責任」は両事例ともすべての項目で70～90%が責任を果たすべきと回答した。

結論 回答者は、ビニエットに示された状態が医学的な精神疾患であることを認識しているものの、精神疾患に対する理解はあいまいなものである様子がうかがわれた。こころの病をもつ人々に対して、あからさまな偏見や差別を示す回答者は少なかったが、実際に接する際に戸惑いや不安を感じる者が多く、地域住民の啓発活動において、接し方等の実践的な情報提供が必要であると考えられた。

キーワード こころの病、全国調査、ビニエット方式、スティグマ、社会的距離、行政の責任

*1 東京大学大学院医学系研究科健康社会学博士課程院生 *2 同准教授 *3 法政大学社会学部准教授
*4 東洋大学ライフデザイン学部准教授 *5 日本学術振興会特別研究員
*6 青森県立保健大学健康科学部准教授 *7 岡山県立大学保健福祉学部准教授

緒 言

近年の精神障害者の社会復帰を促す動きの高まりや、うつ病など気分障害の増加に伴い¹⁾、こころの病は地域住民にとって身近なものになりつつある。しかし、長年にわたって作り上げられてきた精神障害者に対するスティグマ（負の烙印）は依然として存在し²⁾、こころの病をもつ人々にとって暮らしやすい地域社会が実現しているとはいえない。

こころの病をもつ人々にとって暮らしやすい地域社会作りを目指し、これまで精神障害者に対する態度に関する研究は国内外で数多く行われてきている。

これらの研究では、精神障害者の実際の様子についての言及はせずに、「精神障害者」という表現を用いたり、精神科入院歴があることを提示し、こうした人々に対してどのように感じるかを尋ねるものが多い。しかし、そこで得られた結果は、「精神障害者」や「精神科入院履歴がある人」に対して回答者がすでにもっているイメージが前提となったものである。

しかし、実際にこころの病をもつ人々の地域生活実現への示唆を得るためには、回答者自身のもつイメージとは別に、地域住民がこころの病をもつ人と現実に出会った場面でどう感じ、どう行動するかが重要であり、それを把握するためには、大島ら³⁾によって「観念的な精神障害者像をもつ一般市民に、豊かなイメージを与えてから回答を得ようとした点で評価できる」といわれているピニエツト（事例）方式が有効である。このピニエツト方式は海外ではたびたびみられるが、国内ではあまりみられない。

こころの病をもつ人々に対する態度の測定方法については「社会的距離」、イメージについてはSD法⁴⁾がよく用いられる。しかし、これらで測定されたもののみでは現実にあるスティグマを減少させるための具体的な課題設定にはつながりにくく、より広い考え方や多様な価値観の多角的な測定・把握が必要である。本研究では、「社会的距離」以外に、「行政の責任」

「法律による強制」などに対する考え方を尋ねることで、こころの病をもつ人々への態度を多角的に捉えた。

一方、こころの病をもつ人々に対する態度やスティグマに関する国内の研究は、看護学生などの医療系・福祉系の学生を対象としたもの⁵⁾⁶⁾が多く、一般住民を対象としたものは少ない。さらに全国サンプルを用いた調査では、1997年に全国精神障害者家族会連合会によって行われた調査⁷⁾、2004年の竹島らによる調査⁸⁾、2006年の中根らによる日豪比較調査⁹⁾などに限られている。

今回、米国インディアナ大学ではこころの病をもつ人々に対するスティグマおよび個人的社会的態度の国際比較研究プロジェクトが行われ、本研究はこのプロジェクトの一環として実施された。共通の質問項目を用いて行った全国調査の結果を社会的文化的背景が異なる国々と比較することで、こころの病をもつ人々へのわが国独自の態度やその特徴、今後の精神保健福祉の課題が明らかになってくると考えられる。

本稿では本研究の集計結果を事例別に示すことにより、こころの病をもつ人々に対する地域住民の態度の特徴を明らかにし、こころの病をもつ人々と地域住民にとって暮らしやすい地域生活実現のために必要な課題を考察する。

調査の方法

(1) 対象

対象は、日本国内に居住する満18歳以上64歳以下の男女1,800名である。二段階層化無作為抽出により住民基本台帳から1,800名を抽出し、調査員が対象者宅を訪問し、面接調査または留置記入法で質問紙調査の回答を得た。調査期間は2006年8～10月、有効回答数は994（55.2%）であった。

(2) 調査方法

質問紙は米国インディアナ大学が中心になって進めているInternational Mental Health Stigma Studyで作成されたピニエツト方式質

問紙を日本語訳し、逆翻訳を行った。日本語訳の際、日本の文化や倫理的背景にそぐわない部分のみ修正し、できるだけ英語の項目に忠実に訳した。

質問紙の内容は、冒頭で何らかの症状をもつ人物（Aさん）の様子を描いたピニエットを病名を伏せて1つ提示し、それを読んだあとにその人物についての質問に回答してもらうというものである。ピニエットは、うつ病の症状、統合失調症の症状をもつ人物を描いた2種類のものがあり、さらにこれらの人物が男性、女性の場合の計4種類を用いた。これらの4種類は無作為に対象者に振り分けた（表1）。

(3) 調査項目

1) ピニエットに関する項目

① 事例への評価

事例のような状態に陥った原因として「性格が悪い」など6項目、「事例の深刻さ」、状態への評価として「精神的な病気である可能性」など3項目、予後について「自然によくなる可能

表1 使用したピニエット

うつ病事例
<p>Aさんは(男性/女性)です。ここ数週間、Aさんの気分は落ち込んでいます。朝は悲しい気分が目覚め、その後も1日中気が重いようです。これまでのように日々を楽しむことができず、実際、何も楽しいことがないようにみえます。良いことがあっても、幸せな気持ちにはなりません。</p> <p>ほんのちょっとしたことでもやり遂げるのは難しく、物事に集中するのが困難です。精力も気力もない感じで、普段できたことができないのです。</p> <p>また、Aさんは疲れていると感じているのに、夜眠ることができません。自分はとんでもない役立たずだと感じ、とても弱気になり罪悪感を感じています。</p> <p>Aさんの家族によると、Aさんの食欲は落ち、体重も減っています。Aさんは家族から距離をおいていて、話したいとも思いません。</p>
統合失調症事例
<p>Aさんは(男性/女性)です。1年前までAさんの生活はうまくいっていましたが、しかし、あるときから事情が変わりました。Aさんは、自分の周囲の人たちが非難めいたことや陰口を言っているように感じ始めたのです。</p> <p>Aさんは、皆が自分のことをこっそり調べて、自分が考えていることを聞いていると、確信しました。そして、普段の仕事や家庭のことについてやる気が衰えて引きこもり、大半の時間を1人で過ごすようになりました。自分が考えていることで頭がいっぱいになり、食事や入浴もおろそかになりました。夜になって皆が眠っているとき、家の中をうろろしています。周りには誰もいないのに、Aさんには人の声が聞こえます。その声は、Aさんがやるべきこと、考えるべきことを告げるのです。</p> <p>このような感じで、Aさんは6カ月間暮らしています。</p>

注 1) それぞれのピニエットに男性の場合と女性の場合がある。

性」など2項目について尋ね、この状態に有効な対処行動を自由回答で尋ねた。この状態が何によるものか、その状態名を「うつ状態」「統合失調症」などの中から1つ選択してもらった。以下、()内は、翻訳前の英語の項目名を記す。

② 事例へのスティグマ的反応 (Stigmatizing Responses)

ピニエットに描かれているような人物に対する評価を24項目4件法で尋ねた。24項目を、英語版の項目分類と本調査の因子分析の結果を参考に7つに分類した（表4）。

③ 個人的社会的態度 (Individual & Social Responses)

社会的距離 (Social Distance) の6項目 (図1)、行政の責任 (Responsibility) の5項目 (図2)、法律による強制 (Coercion) の4項目 (図3) について尋ねた。

2) 個人的経験

「精神健康上のことで治療を受けている / 受けたことのある人を知っているか」「公共の場で精神健康上の問題をもつと思われる人を見かける頻度」「自分自身が精神健康上の問題で治療を受けたことがあるか」を尋ねた。

3) 基本属性

性別、年齢、職業、学歴、経済的暮らし向き、居住地域の規模等について尋ねた。

(4) 倫理的配慮

調査対象者にはあらかじめ葉書にて調査協力依頼をし、調査面接員が対象者宅を訪ね、調査参加の同意を得た。実際のデータ収集には個人情報管理が徹底している民間の調査機関を利用しプライバシーの確保に努めた。なお、本調査は東京大学大学院医学系研究科医学部倫理委員会の承認を得て行った。

結 果

(1) 回答者の属性・特性 (表2)

回答者の性別は女性が524名 (52.7%)、平均年齢 (±標準偏差) は45.1 ± 12.9歳であった。

表2 回答者の属性特性 (n=994)

	(単位 名,()内%)
性別	
男性	470 (47.3)
女性	524 (52.7)
年齢	
45歳以下	454 (45.7)
46歳以上	540 (54.3)
職業	
フルタイム・自営業	558 (57.2)
パートタイム・アルバイト	157 (16.1)
主婦・主夫	76 (7.8)
学生 / その他	185 (19.0)
学歴	
高校卒業以下	559 (58.4)
短大・大学入学以上	398 (41.6)
経済的暮らし向き	
食べるのに精いっぱい	60 (6.8)
食べるのには困らない程度	295 (33.7)
まとまったものはだいたい買える	461 (52.6)
十分なゆとりがある	60 (6.8)
居住地域の規模	
大都市およびその郊外	232 (23.5)
地方の都市	463 (47.0)
町村部	291 (29.5)
精神健康上のことで治療を受けている人を知っている	
いない	495 (50.3)
いる	490 (49.7)
公共の場で精神健康上の問題をもっているとされる人を	
よく見かける	46 (4.7)
時々見かける	374 (38.0)
めったに見かけない	372 (37.8)
全く見かけない	193 (19.6)
自分自身が精神健康上の問題で治療を受けたことがある	
ない	931 (94.1)
ある	58 (5.9)

注 無回答は除いて算出した。

「精神健康上のことで治療を受けている / 受けたことのある人を知っている」と回答した者は、490名 (49.7%)、回答者自身が「精神健康上の問題で治療を受けたことがある」と回答した者は58名 (5.9%) であった。すべての属性・特性においてピニエットによる差はみられなかった。

(2) 事例への評価 (表3)

ピニエットに描かれている事例の深刻さについては、うつ病・統合失調症両事例とも「とても深刻」の回答率が60%を超えており、有意な差はみられなかった。事例のような状態に陥った原因として「あり得る」の回答率が最も高かったのは両事例とも「ストレス」であり、次いで「育てられ方」であった。

表には示していないが、有効な対処行動として自由回答 (複数) で最も多く挙げられたものは、両事例ともに「医者へ行く」(87.9%、

表3 事例への評価

	うつ病事例 (n = 493)	統合失調症事例 (n = 501)	p 値
原因 ²⁾			
性格が悪い	81 (16.7)	151 (30.4)	*** ³⁾
脳の病気	212 (43.7)	249 (50.1)	* ³⁾
育てられ方	246 (50.4)	331 (67.6)	*** ³⁾
ストレス	481 (98.4)	475 (95.4)	*** ³⁾
遺伝的問題	126 (26.0)	139 (28.1)	ns ³⁾
因縁・祟りや神の意思	30 (6.2)	29 (5.9)	ns ³⁾
運が悪かった	108 (22.3)	100 (20.3)	ns ³⁾
事例の深刻さ			
とても深刻	305 (61.9)	339 (67.9)	ns ⁴⁾
やや深刻	168 (34.1)	133 (27.7)	
あまり深刻でない	19 (3.9)	24 (4.8)	
全く深刻でない	1 (0.2)	3 (0.6)	
人生のよくある浮き沈みである可能性			* ⁴⁾
大いにあり得る	111 (22.7)	96 (19.4)	
まああり得る	253 (51.8)	244 (49.2)	
あまりあり得ない	104 (21.3)	121 (24.4)	
全くあり得ない	20 (4.1)	35 (7.1)	
身体的な病気の可能性			*** ⁴⁾
大いにあり得る	61 (12.6)	50 (10.1)	
まああり得る	249 (51.2)	209 (42.1)	
あまりあり得ない	133 (27.4)	185 (37.2)	
全くあり得ない	43 (8.8)	53 (10.7)	
精神的な病気の可能性			ns ⁴⁾
大いにあり得る	263 (53.6)	266 (53.4)	
まああり得る	193 (39.3)	194 (39.0)	
あまりあり得ない	30 (6.1)	28 (5.6)	
全くあり得ない	5 (1.0)	10 (2.0)	
治療でよくなる可能性			ns ⁴⁾
大いにあり得る	285 (57.9)	262 (52.5)	
まああり得る	187 (38.0)	206 (41.3)	
あまりあり得ない	20 (4.1)	28 (5.6)	
全くあり得ない	— (—)	3 (0.6)	
自然によくなる可能性			*** ⁴⁾
大いにあり得る	100 (20.4)	90 (18.2)	
まああり得る	241 (49.3)	182 (36.8)	
あまりあり得ない	131 (26.8)	178 (36.0)	
全くあり得ない	17 (3.5)	44 (8.9)	
状態名			
うつ状態	316 (65.2)	230 (46.8)	
統合失調症	11 (2.3)	84 (17.1)	
ストレス	143 (29.5)	159 (32.4)	
その他	15 (3.1)	18 (3.7)	

注 1) 欠損値は除いて算出した。
 2) 「大いに / まああり得る」と回答した人のn (%)を示した。
 3) χ^2 検定
 4) Mann-Whitney のU検定
 5) * < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001, ns : 有意差なし

79.4%)、次いで、うつ病事例では「精神科へ行く」(52.4%)、統合失調症事例では「家族に話す」(54.6%)であった。

状態への評価として、「精神的な病気である可能性」は両事例の間に差はなく、半数以上が「大いにあり得る」と回答し、「まああり得る」と合わせると92%であった。「治療でよくなる可能性」についてもおよそ95%が「大いに / まああり得る」と回答し、両事例に有意な差はなかった。

状態名については、うつ病事例では最も多

かったのが「うつ状態」(65.2%)、次いで「ストレス」(29.5%)、統合失調症事例では「うつ状態」(46.8%)、「ストレス」(32.4%)であり、「統合失調症」と回答したものは17.1%にすぎなかった。

(3) スティグマ的反応 (表4)

「感情」の各項目では、「Aさんのような人には話しかけづらい」を除くすべての項目で、うつ病事例では「どちらかといえばそう思わない」の回答率が最も高く、「全くそう思わない」と合わせるとおよそ60%であった。一方、

統合失調症事例では「(どちらかといえば/全く)そう思わない」(以下,()内は省略)がおおよそ半数で、両事例の間に有意な差がみられた。

「不名誉」の各項目では、すべての項目で両事例とも「そう思わない」が90%前後であった。3項目でうつ病事例の方が「そう思わない」の回答率が有意に高かった。

「治療の影響」の各項目では、両事例ともに「そう思わない」の回答率がおおよそ70%から90%以上であった。

「価値の肯定」の各項目では、両事例ともに

表4 スティグマ的反応

(単位 名,()内%)

	うつ病事例 (n = 493)				統合失調症事例 (n = 501)				p ³⁾
	とても そう思う	どちらか といえば そう思う	どちらか といえば そう 思わない	全く そう 思わない	とても そう思う	どちらか といえば そう思う	どちらか といえば そう 思わない	全く そう 思わない	
感情 (Affect)									
Aさんという緊張する	15 (3.1)	177 (36.6)	185 (38.3)	106 (21.9)	42 (8.5)	203 (41.3)	174 (35.4)	73 (14.8)	***
Aさんのような人には話しかけづらい	23 (4.7)	211 (43.2)	165 (33.8)	89 (18.2)	32 (6.4)	242 (48.6)	155 (31.1)	69 (13.9)	*
Aさんという落ち着かない	15 (3.1)	160 (32.7)	203 (41.5)	111 (22.7)	33 (6.7)	199 (40.5)	183 (37.3)	76 (15.5)	***
Aさんのような人は何をかわからない 不名誉 (Shame)	17 (3.5)	172 (35.2)	209 (42.8)	90 (18.4)	52 (10.5)	210 (42.5)	182 (36.8)	50 (10.1)	***
Aさんは自分の状態を他人に話すべきではない	9 (1.8)	35 (7.2)	188 (38.6)	255 (52.4)	9 (1.8)	28 (5.7)	204 (41.2)	254 (51.3)	ns
家族はAさんの状態を秘密にしておいたほうがいい	12 (2.5)	51 (10.6)	203 (42.0)	217 (44.9)	7 (1.4)	47 (9.6)	212 (43.1)	226 (45.9)	ns
Aさんは自分の状態を恥ずかしく思うべきだ	6 (1.2)	26 (5.3)	137 (28.2)	317 (65.2)	13 (2.6)	44 (8.9)	186 (37.8)	249 (50.6)	**
Aさんが地域の一員として受け入れられる見込みはほとんどない	4 (0.8)	36 (7.4)	228 (47.0)	217 (44.7)	3 (0.6)	64 (13.1)	250 (51.0)	173 (35.3)	**
Aさんに被選挙権をもたせるべきではない	6 (1.3)	33 (6.9)	137 (28.5)	304 (63.3)	11 (2.2)	40 (8.1)	179 (36.2)	265 (53.5)	**
治療の影響 (Outcome)									
Aさんは治療を受けていることを知られると友人が減るだろう	3 (0.6)	104 (21.3)	235 (48.2)	146 (29.9)	8 (1.6)	125 (25.2)	214 (43.1)	149 (30.0)	ns
Aさんは治療を受けることで地域のけ者になるだろう	— (—)	36 (7.3)	217 (44.3)	237 (48.4)	5 (1.0)	53 (10.8)	226 (46.0)	207 (42.2)	*
Aさんは治療を受けていることを知られたら活躍の場は減るだろう	9 (1.8)	153 (31.2)	198 (40.4)	130 (26.5)	20 (4.1)	141 (28.6)	198 (40.2)	134 (27.2)	ns
非寛容 (Intolerance)									
Aさんに教師をさせるべきではない	102 (21.2)	221 (45.9)	117 (24.3)	41 (8.5)	132 (26.9)	228 (46.4)	90 (18.3)	41 (8.4)	*
Aさんに職場で指導・監督役をさせるべきでない	51 (10.6)	242 (50.4)	136 (28.3)	51 (10.6)	80 (16.5)	230 (47.5)	122 (25.2)	52 (10.7)	ns
Aさんに子どもを持たせるべきではない	8 (1.7)	95 (19.6)	195 (40.3)	186 (38.4)	27 (5.5)	117 (24.0)	207 (42.4)	137 (28.1)	***
価値の肯定									
Aさんは他の人と同じように信頼できる	44 (9.2)	188 (39.5)	210 (44.1)	34 (7.1)	20 (4.2)	156 (32.6)	251 (52.4)	52 (10.9)	***
Aさんは他の人と同じように雇われるべきだ	221 (45.5)	206 (42.4)	45 (9.3)	14 (2.9)	185 (37.8)	239 (48.9)	45 (9.2)	20 (4.1)	*
Aさんは仕事について、生産性は他の人と変わらない	29 (6.1)	151 (31.6)	246 (51.5)	52 (10.9)	30 (6.2)	158 (32.5)	242 (49.8)	56 (11.5)	ns
Aさんは他の人と知能は変わらない	227 (46.6)	191 (39.2)	42 (8.6)	27 (5.5)	202 (41.1)	218 (44.4)	53 (10.8)	18 (3.7)	ns
Aさんは独創性が他の人より優れている	24 (5.0)	135 (28.4)	236 (49.6)	81 (17.0)	41 (8.6)	134 (28.1)	221 (46.3)	81 (17.0)	ns
	十分に できる	まあ できる	あまり できない	全く できない	十分に できる	まあ できる	あまり できない	全く できない	p
能力 (Competence)									
Aさんが自分が治療を受けるべきかの決定ができるか	63 (12.8)	218 (44.4)	193 (39.3)	17 (3.5)	68 (13.7)	191 (38.4)	209 (42.1)	29 (5.8)	**
Aさんが自分のお金の管理がどれくらいできるか	93 (18.9)	240 (48.9)	151 (30.8)	7 (1.4)	71 (14.3)	233 (47.1)	166 (33.5)	25 (5.1)	ns
	大いに あり得る	まあ あり得る	あまり あり得ない	全く あり得ない	大いに あり得る	まあ あり得る	あまり あり得ない	全く あり得ない	p
危険性 (Dangerousness)									
Aさんが周りに暴力や危害を与える可能性	13 (2.7)	140 (28.7)	288 (59.1)	46 (9.4)	58 (11.8)	227 (46.1)	183 (37.2)	24 (4.9)	**
Aさんが自分自身に暴力や危害を与える可能性	165 (33.8)	251 (51.4)	62 (12.7)	10 (2.0)	184 (37.3)	255 (51.7)	51 (10.3)	3 (0.6)	ns

注 1) 欠損値は除外して算出した。
 2) 分類名の()内には、もとの英語の分類名を表示した。英語の分類名がないものは、日本独自に抽出されたものである。
 3) Mann-Whitney のU検定
 4) * < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001, ns : 有意差なし

「他の人と同じように信頼できる」「仕事について、生産性は他の人と変わらない」では「そう思う」が半数以下であったが、「他の人と同じように雇われるべきだ」「他の人と知能は変わらない」に関しては、両事例とも90%程度が「そう思う」と回答した。

「危険性」の各項目では、「周りに暴力や危害を与える可能性」は統合失調症事例の方が「大いに/まああり得る」の回答率が有意に高かった ($p < 0.01$)。また、表には示していないが、この項目は、両事例ともに事例の人物が男性である場合の方が「大いに/まああり得る」の回答率が有意に高かった (それぞれ $p < 0.01$, $p < 0.001$)。

る」の回答率が有意に高かった (それぞれ $p < 0.01$, $p < 0.001$)。

(4) 個人的社会的態度

1) 社会的距離 (図1)

「受け入れられる/たぶん受け入れられる」の回答率が最も高かったのは「挨拶したり話をする」で両事例ともに90%前後であった。逆に「受け入れられる/たぶん受け入れられる」の回答率が最も少なかったのは、「子どもの世話を頼む」で、10%前後であった。

2) 行政の責任 (図2)

すべての項目で、両事例ともに70%以上が「絶対/おそらく責任をもつべき」と回答し、特に「保健医療サービスの提供」に「責任をもつべき」と回答したのは90%に及んだ。

3) 法律による強制 (図3)

すべての項目で統合失調症事例の方が「ぜひ/おそらく強制すべき」の回答率が高く、最も低い「治療のために入院する」でも「強制すべき」の回答率は統合失調症事例で50%、うつ病事例で40%であった。

(5) 個人的社会的態度の要因別平均得点

「社会的距離」と「法律による強制」で、統合失調症事例の方が有意に得点が高かった (いずれも $p < 0.001$) (表5)。

うつ病事例では、「社会的距離」は46歳以上の方が ($p < 0.01$)、精神健康上のことで治療を受けている人が知り合いにいない人の方が

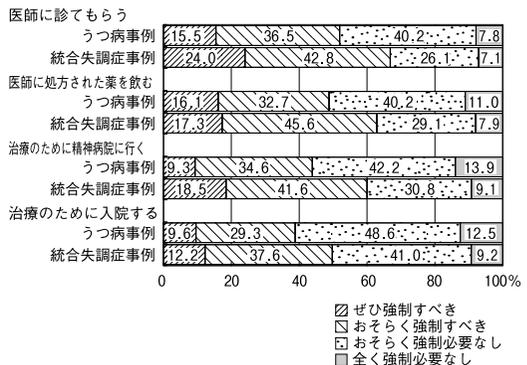
図1 社会的距離



図2 行政の責任



図3 法律による強制



($p < 0.001$), 自分自身が精神健康上の問題で治療を受けたことがない人の方が ($p < 0.05$) 有意に高くなっていった。「行政の責任」では事例の人物の性別が女性の方が ($p < 0.05$), また, 自分自身が精神健康上のことで治療を受け

たことがある人の方が ($p < 0.05$) 高かった。統合失調症事例では, 「社会的距離」が事例の人物の性別が男性の場合の方が ($p < 0.01$), 精神健康上のことで治療を受けている人を知っていない人の方が高かった ($p < 0.01$) (表6)。

表5 2種類の事例に対する個人的社会的態度の各尺度の平均得点

	クロンバック	範囲	うつ病事例	統合失調症事例	$p^{4)}$
社会的距離 ¹⁾	0.84	4-24	9.1±3.2	10.3±3.6	***
行政の責任 ²⁾	0.83	4-20	14.3±3.1	14.3±3.1	ns
法律による強制 ³⁾	0.90	4-16	9.9±3.0	10.8±3.0	***

注 1) 「受け入れられない」から「受け入れられる」まで6項目4件法, 合計得点が高いほど社会的距離が大きいことを示す。
 2) 「全く責任をもつ必要はない」から「絶対に責任をもつべき」まで5項目4件法, 合計得点が高いほど行政の責任が大きいと考えていることを示す。
 3) 「全く強制する必要はない」から「ぜひ強制すべきだ」まで4項目4件法, 合計得点が高いほど法律による強制が必要であると考えていることを示す。
 4) t検定
 5) *** $p < 0.001$, ns: 有意差なし

考 察

(1) 本研究の回答者の位置づけ精神健康上のことで治療を受けた人が身近にいる人の割合はおよそ50%であった。1992年の竹島らの地域調査研究報告¹⁰⁾によると, 40.9%がよく知っている人で精神

表6 2種類の事例に対する各尺度の要因別平均得点 (平均値±標準偏差)

	社会的距離 (範囲: 4-24)		行政の責任 (範囲: 4-20)		法律による強制 (範囲: 4-16)	
	うつ病事例	統合失調症事例	うつ病事例	統合失調症事例	うつ病事例	統合失調症事例
事例の人物の性別						
男性	9.3±3.4	10.8±3.8**	14.4±3.2*	14.5±3.3	9.9±3.0	14.5±3.3
女性	8.8±3.1	9.8±3.4	15.0±2.9	15.0±2.9	9.8±2.9	15.0±2.9
回答者の性別						
男性	9.1±3.3	10.3±3.6	14.7±3.1	15.0±3.3	9.8±3.0	10.6±3.0
女性	9.0±3.2	10.3±3.7	14.7±3.1	14.5±3.0	10.0±2.9	10.9±3.0
年齢						
45歳以下	8.6±3.2**	10.3±3.7	14.8±2.9	14.6±3.0	9.8±2.8	10.7±3.0
46歳以上	9.4±3.2	10.3±3.6	14.7±3.2	14.9±3.2	9.9±3.0	10.8±3.0
学歴						
高校卒業以下	9.3±3.1	10.2±3.6	14.9±2.9	14.8±3.2	10.2±3.1**	10.8±2.9
短大・大学入学以上	8.7±3.4	10.3±3.8	14.6±3.0	14.7±3.0	9.4±3.1	10.7±3.0
職業						
フルタイム・自営業	9.1±3.1	10.2±3.6	14.7±3.2	14.7±3.2	9.7±3.0	10.7±3.0
パートタイム・アルバイト	9.5±3.3	10.3±3.4	14.6±2.8	14.7±3.2	10.3±3.0	10.8±3.0
主婦・主夫	9.0±3.6	9.4±4.4	15.2±2.8	14.7±2.4	10.7±2.4	11.3±2.6
学生/その他	8.6±3.4	10.9±3.7	15.0±3.0	14.8±2.9	9.6±2.9	10.9±3.0
経済的暮らし向き						
食べるのに精いっぱい	7.5±3.2	10.9±4.1	15.1±3.2	15.0±2.9	10.0±3.5	11.5±2.8
食べるのには困らない程度	9.8±3.3	10.2±3.7	14.9±3.0	14.5±3.3	10.0±2.7	10.8±3.1
まとまったものはだいたい買える	9.0±3.0	10.2±3.5	14.7±3.1	14.9±2.9	9.7±3.1	10.8±2.9
十分なゆとりがある	9.0±3.3	10.2±4.0	13.6±3.2	13.8±3.2	10.2±3.1	10.2±2.4
居住地域の規模						
大都市およびその郊外	9.1±3.0	10.5±3.6	14.5±3.2	14.9±3.3	9.3±3.0	11.0±2.8
地方の都市	9.0±3.3	10.2±3.8	14.9±3.2	14.7±3.1	9.9±3.0	10.7±3.0
町村部	9.2±3.4	10.2±3.4	14.7±2.8	14.7±3.0	10.2±2.8	10.7±3.1
精神健康上のことで治療を受けている人を知っている						
いない	9.7±3.0***	10.8±3.5**	14.5±2.9	14.5±3.0	9.7±2.9	10.7±2.8
いる	8.4±3.4	9.8±3.7	14.9±3.3	14.9±3.1	10.1±3.0	11.0±3.1
公共の場で精神健康上の問題をもっていると思われる人を						
全く見かけない	9.6±3.3	11.0±3.6	14.6±3.2	14.5±3.1	9.6±2.9	10.6±3.1
めったに見かけない	9.1±3.1	9.9±3.5	14.7±2.9	14.8±3.1	9.7±2.8	10.8±2.7
時々見かける	8.8±3.2	10.3±3.7	14.9±3.1	14.9±3.0	10.0±3.1	10.9±3.1
よく見かける	8.4±4.4	9.9±4.5	14.6±3.9	14.3±3.6	11.6±2.5*	11.3±3.2
自分自身が精神健康上の問題で治療を受けたことがある						
ない	9.2±3.2*	10.4±3.6	14.7±3.1*	14.7±2.9	9.8±2.9	10.8±3.1
ある	7.7±3.7	9.2±4.2	16.1±3.2	15.2±3.1	10.3±3.3	11.2±2.5

注 1) 欠損値は除外して算出した。
 2) 2値のものはt検定, その他は多重比較 (Tukey法) による。
 3) *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

障害になった人がいると回答し、2004年の全国調査⁸⁾では32.5%が身近な人に精神科等で治療を受けた人がいると回答している。自身に精神科受療経験がある人は本研究では5.9%、2004年の竹島らによる全国調査⁹⁾では7.5%であった。本研究は、同種の問題を扱った別の調査と比較すると、精神科受療経験者との接触体験には多少のばらつきがあるものの、自身の精神科受療経験に関しては、ほぼ同等の結果が得られた。

しかし、この種の調査については、「郵送法を用いると、もともと精神障害者観に興味関心のある回答者や問題意識を持つ回答者が多数含まれる」との指摘もあり、本調査は、郵送法ではないものの、回答は任意であったため、回答者にこのような偏りが生じている可能性は考えられる。

(2) こころの病への認識

回答前に提示したピニエットの事例では、こころの病であることやその病名は明記していないにもかかわらず、「精神的な病気である可能性」が高いと多くの回答者が考え、医学的治療が必要かつ有効であるとの認識がもたれていた。このことからある程度、こころの病全般に関する知識が広がっていると考えられる。しかし、統合失調症の事例をうつ状態と回答している人が半数いることなどにみられるように、回答者はそれぞれの疾患の内容をきちんと把握しているわけではなく、「こころの病」というものとして漠然と捉えている可能性が高い。2006年の日豪比較調査⁹⁾の結果から日本人はオーストラリア人に比べてこころの病に対する認識が低いという結果も出ており、この点に関しては、今後の国際比較分析が待たれる。

しかし、このように明確な病名を認識せずとも、うつ病事例と統合失調症事例では有意な差が生じている項目が多数あった。このことから、病名そのものよりも表れる症状の方が態度に与える影響が大きい可能性が考えられる。したがって病名などの医学的知識をもつことは大切ではあるが、それだけでは偏見・差別の減少に

つながらないと考えられる。これは、精神障害者と日常的に接触をしている医療関係者の社会的距離が一般住民と同程度に高いという先行研究¹¹⁾からもいえるであろう。

(3) こころの病をもつ人々への態度

「スティグマ的反応」の「不名誉」「治療の影響」などのいわゆる偏見・差別に結びつくような項目では、「そう思わない」という回答が大半を占めていたのに対し、個別の付き合い時の不安や戸惑いといったような「感情」を問う項目では、「そう思う」という回答が比較的多かった。したがって、こころの病をもつ人々に対してあからさまな偏見や差別を示す人はそれほど多くはないが、実際にこころの病をもつ人々と付き合う際にどうしたらよいかわからないといった戸惑い、何が起こるかわからないという不安をもっていることが考えられる。

「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」の中の「こころのバリアフリー宣言」¹²⁾に示されている「正しく理解」する内容は医学的観点を中心となっており、上記のような周囲の人々の戸惑いや不安を解決するというような観点からは提案されていない。精神疾患の有病率、予防や予後についてなどの医学的知識も重要ではあるが、こころの病をもつ人々と地域住民の両者にとって暮らしやすい地域社会に向けて、地域住民のこうした戸惑いや不安の軽減を促すための情報提供がさらに必要であろう。

そのためには、一方向性の知識の提供だけでなく、こころの病をもつ人々・支援者と地域住民の双方向のコミュニケーションを通して、こころの病をもつ人々がどのような主観的経験をしているのかを伝え、同時にこうした人々と実際に接する際には、どう接すればよいかといった実践的な方法を伝えることが有効だと考えられる。近年の啓発活動では、こころの病をもつ人々との交流を大切にすることも多く、こうした取り組みの一層の発展が期待される。

(4) 行政の責任と法律による強制

「行政の責任」はうつ病・統合失調症事例ともに、いずれの項目でも一様に必要性が高く認識されており、多くの住民はこころの病をもつ人々は行政で支援すべき対象であると考えていることがわかる。現状においても、これらの行政による支援は「自立支援医療」「公営住宅の優先入居」「障害者の雇用促進対策」等¹³⁾により行われているが、今後もさらに拡充していくことは、国民の意思に沿うものであり重要である。

法律による強制は、両事例において、すべての項目で5～6割が強制が必要と回答していた。しかし、この回答は、「強制」という言葉の意味を回答者がどの程度強く意識していたかが明確ではないため、結果の解釈には慎重でなくてはならず、この結果をもって地域住民たちがこれらの強制の法制化を望んでいると考えることはできない。この結果は「法律による強制」に対する肯定というよりも、各々の項目に表されているような受診・受療の勧奨に対する支持の強さを表していると考えられるのではないだろうか。

(5) 本研究の限界と今後の課題

ビニエツト方式の調査では、緒言で述べたような利点がある一方、回答の傾向がビニエツトの内容に影響されることが考えられる。本研究で用いたビニエツトでは、病気による症状のみを描き、日常生活の中で維持できていることなど、肯定的な側面が全く示されていなかった。そのため、回答がネガティブな方向に偏っている可能性があり、解釈には一定の考慮が必要である。

今後は、本研究の要因探索分析を行うとともに、世界各国で行われた同調査の結果を待ち、国際比較分析を行い、日本の特徴、課題をさらに明らかにしていくことが必要である。

結 語

回答者は、ビニエツトに示された状態が医学

的な精神疾患であることを認識しているものの、精神疾患に対する理解はあいまいなものである様子がうかがわれた。こころの病に対して、あからさまな偏見や差別を抱いている回答者は少なかったが、実際に接する際に戸惑いや不安を感じるものが多く、地域住民の啓発活動において、接し方などの実践的な情報提供が必要である。

本研究は、調査票作成および予備調査は、平成16年度三菱財団社会福祉事業・研究助成を受けて行った。本調査は、平成18年度科学研究費補助金（基礎研究（A））、研究代表者山崎喜比古）の一部として行われた。サンプリング段階と翻訳にあたっては、SGC-MHSの支援を受けた。SGC-MHSは、米国National Institutes of Health (Fogarty International Center, National Institute of Mental Health, and the Office of Behavioral and Social Science Research) (Grant Number R01TW006374) から研究補助を得たプロジェクトである。

文 献

- 1) 厚生労働省・平成17年患者調査の概況・統計表10 受療率（人口10万対）の年次推移、入院・外来・傷病大分類別。（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/toukei10.html>）2008.3.20.
- 2) 深谷裕．精神障害（者）に対する社会的態度と関連要因：調査研究の歴史の変遷を踏まえて 精神障害とリハビリテーション 2004；8（2）：166-72．
- 3) 大島巖，山崎喜比古，中村佐織，他．日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観 開放的な処遇をする一精神病院の周辺住民調査から．社会精神医学 1989；12（3）：286-97．
- 4) 星越活彦，州脇寛，実成文彦．精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査 香川県下の単科精神病院勤務者を対象として．日本社会精神医学会雑誌 1994；2（2）：93-104．
- 5) 山内朝江．精神障害の当事者を招いた授業の相乗効果 学生と当事者，双方にとっての意識変革の取り組み．日本看護学会論文集：精神看護 2006；36：252-4．
- 6) 石毛奈緒子，林直樹．看護学生の「精神障害者」に対するイメージ 精神保健の講義による変化．日本社会精神医学会雑誌 2000；9（1）：11-21．
- 7) 全国精神障害者家族会連合会 保健福祉研究所．精神障害者観の現況'97 - 全国無作為サンプル2000人

- の調査から - . 全家連 保健福祉研究所モノグラフ 1998 ; 22 .
- 8) 竹島正, 小山明日香, 小山智典. ころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査. (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/kokuminisiki.pdf>) 2008.2.10.
- 9) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之. 精神疾患に対する日本人のイメージ Mental health literacy に関する日豪比較調査から. 日本社会精神医学会雑誌 2006 ; 15(1): 25-38 .
- 10) 竹島正, 平井右助, 田中薫, 他. 地域住民の精神障害者に対する見方について 地域調査をもとに. 社会精神医学 1992 ; 15(3): 230-6 .
- 11) 北岡和代 [東口]. 精神障害者への態度に及ぼす接触体験の効果. 精神障害とリハビリテーション 2001 ; 5(2): 142-7 .
- 12) 厚生労働省. 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書 - 精神疾患を正しく理解し, 新しい一歩を踏み出すために - . (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-4.html>) 2008.3.28 .
- 13) 内閣府. 障害者白書 平成19年度版. (<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h19hakusho/zenbun/index.html>) 2008.4.5 .

- 平成20年度厚生労働科学研究統計情報総合研究講演会 -
「厚生労働統計の直面する課題とその解決に向けて」

- 1 日 時 平成21年1月28日(水) 13時~17時 <入場無料>
- 2 場 所 **KDDI ホール** (東京都千代田区大手町1-8-1 **KDDI 大手町ビル2F**)
<http://www.kddihall.co.jp/info.html>
・地下鉄大手町駅A3出口よりビル直結
(千代田線, 半蔵門線, 東西線, 三田線)
・地下鉄丸の内線大手町駅A3出口徒歩1分
- 3 講演内容
- 「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策について」
社団法人日本病院会会長 山本 修三 他
 - 「ユーザー視点での保健医療の質に関する指標の妥当性と国際比較可能性について」
国立保健医療科学院政策科学部計画科学室 室長 児玉 知子 他
 - 「漢方医学の証に関する分類について」
慶應義塾大学医学部漢方医学講座 准教授 渡辺 賢治 他
- (※ 演者については代表的な方のみであること, 演題・演者については変更の可能性あることを予めご了解下さい)
- 4 その他
- 「厚生労働統計における動向について」

厚生労働省大臣官房統計情報部行政官

参加ご希望の方は, 下記申込先までご登録をお願い申し上げます。
お問い合わせ・申込先 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会
統計情報総合研究講演会事務局
(Tel (03)3473-8301 FAX (03)3473-8300)