

〔原 著〕

青森県民の心の健康問題の認識と精神障害者に対する 社会的態度に関する研究

板山 稔¹⁾ 高田絵理子¹⁾ 田中 留伊²⁾

要 旨

本研究の目的は、青森県民の心の健康問題に対する認識と精神疾患の違いによる社会的態度の特徴を明らかにし、精神保健の普及啓発活動の方向性を検討することである。調査対象は県内の3市から無作為抽出した600名とし、うつ病事例群と統合失調症事例群に分けた。質問紙を用いた郵送法により、こころのバリアフリー宣言の認識、事例に対する社会的態度を調査し、統計的に分析した。バリアフリー宣言は【受容】【参画】の肯定的理解が高く、【気づき】が最も低かった。統合失調症事例群の態度はうつ病事例群に比べて否定的であり、特に「精神障害者のイメージと社会的距離」の否定的態度が高かった。また統合失調症事例群は、うつ病事例群に比べて病名を正しく回答していた者が少なく、接触経験の有無による態度の差がなかった。今後は統合失調症に関する疾患理解を推進するとともに、住民と統合失調症者が地域活動を通して交流できるような取り組みが重要となる。

キーワード：精神障害者、社会的態度、接触経験、うつ病、統合失調症

I. 緒 言

2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョン)が示され、「入院治療から地域生活中心へ」という基本方策を実現させるため、普及啓発による国民意識の変革、精神医療体系の再編、地域生活支援体系の再編が行われている。精神障害者の社会参加を促進し、さらに地域での生活を継続させていくには、精神障害者に対する地域住民の理解や受け入れが不可欠である。改革ビジョンの中では、心の健康問題の正しい理解に向けて「こころのバリアフリー宣言」(以下、バリアフリー宣言)が打ち出され、国民的な運動となるように地方公共団体や各界に広く呼びかけられてきた。

しかし、精神障害者に対しては、否定的ステレオタイプな見方、偏見やスティグマの存在が古くから指摘されてきた¹⁾²⁾。偏見やスティグマは医療・福祉サービス利用への障壁や社会的排除・社会的孤立などの悪影響をもたらすことから³⁾、欧米ではスティグマを軽減させるための普及啓発活動が地域住民に対して行われてきた歴史がある⁴⁾。

わが国における精神障害(者)に対するイメージや態

度に関する調査研究は、1960年代頃より行われるようになった。一般市民は精神障害者の行動は理解できず恐ろしいというイメージをもつことや⁵⁾、精神障害者は無能力で危険というステレオタイプ的な見方が社会的距離の拡大に影響している⁶⁾ことなどが報告されている。深谷⁷⁾は先行研究をレビューし、精神障害(者)への肯定的・否定的見方と関連する要因について、「人口統計学的変数」「ラベリングと診断名」「病気の原因についての考え方」「接触経験」「治療者に関連する要因」「民族性と文化」の6項目に分類した。その中で、人口統計学的変数に関しては統一した傾向が見出しにくいこと、他の疾患に比べて統合失調症者には危険性を連想しやすいことなどを報告している。一方、精神障害者との接触経験が肯定的な意識や態度を形成する要因となることについても、数多く報告されている⁶⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。

このように、精神障害者に対するイメージや態度に影響を与える要因についてはいくつかの特徴が認められ、地域での取り組みを通して、精神障害者のイメージが改善したとする報告もある¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。しかし、精神障害(者)に対するイメージや態度に関するこれまでの調査研究は、「精神障害」「精神疾患」など包括的な概念を用いて

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科 (〒036-8102 青森県弘前市小比内3-18-1)

2) 東京医療保健大学東が丘看護学部 (〒152-8558 東京都目黒区東が丘2-5-23)

いるものが多い¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。2009年には改革ビジョンの後期5年間の重点課題が示され、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、国民一般を広く対象とした普及啓発からターゲットを明確にした普及啓発の推進が指摘されたところである。精神障害者の地域生活を促進させるためには、普及啓発をより効果的に行うことが重要であり、そのためには精神疾患の種類や特徴を考慮することが必要であると考えられる。

本研究の目的は、青森県民の心の健康問題に対する認識と精神障害者に対する社会的態度の特徴を把握することである。中でも、精神科医療の二大疾患でもあるうつ病と統合失調症者に対する社会的態度の差異を明確にするとともに、心の健康問題に対する認識と精神障害者を具体的にイメージしたうえでの社会的態度との関連を把握することを目的とする。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

青森県内の保健所が設置されている市から3市を選択し、各市から無作為に10地区を抽出した。住民基本台帳をもとに、各地区から20名ずつ年齢階層別（20歳代～60歳代）に無作為抽出し、合計600名を調査対象とした。

2. 調査方法

無記名の自記式質問紙を作成し、調査の目的や倫理的配慮について記載した説明文書と返信用封筒を同封し、郵送法による調査を行った。質問紙にはうつ病と統合失調症の事例（ビネット）のどちらかを記載し、性別、年齢構成が各地区で均等になるよううつ病事例群300名、統合失調症事例群300名に分けた。調査は2010年11月から12月にかけて実施した。

3. 調査内容

1) デモグラフィックデータ

性別、年齢、職業、学歴、居住市、近所づきあいの程度、精神障害者との接触経験の有無と程度を調査項目とした。

2) 心の健康問題に対する認識

バリアフリー宣言で示されている8項目（【関心】【予防】【気づき】【自己・周囲の認識】【肯定】【受容】【出会い】【参画】）に関して、項目の例文を参考に質問文を作成した。各項目は1（そう思わない）～4（そう思う）の4段階で回答し、得点が高いほど肯定的な認識をもつことを示す。

3) 社会的態度

池田ら¹⁷⁾が作成した、精神障害者に対する態度尺度を用いた。この尺度は22の質問項目と精神障害者の

能力と自立の可能性、精神障害者のイメージと社会的距離、精神障害者の処遇についての考え方、精神障害者の治療可能性の4つの下位尺度で構成されている。各項目は、1（そう思わない）～4（そう思う）の4段階で回答し、否定的態度が強いほど高得点となる。尺度の前にはうつ病か統合失調症のどちらかの事例が提示されており、対象者にはその事例に対する自身の態度を回答してもらった。なお、事例は竹島ら¹⁸⁾が行った調査の事例を使用許可を得て用いた。

4. 分析方法

回答者のデモグラフィックデータの分析には χ^2 検定、バリアフリー宣言の認識とデモグラフィックデータとの関連については、Mann-WhitneyU検定、Kruskal Wallis検定を用いて分析した。社会的態度に関してはうつ病事例群と統合失調症事例群の態度尺度の比較を行い、分析にはt検定、一元配置分散分析を用いた。また、バリアフリー宣言と態度尺度の関連についてはSpearmanの相関係数を用いて分析した。以上の分析には、SPSS17.0Jを使用した。

5. 倫理的配慮

調査の目的、調査協力の任意性、不利益の有無、個人情報やデータの管理方法等に関する説明文書を質問紙に添付し、返信をもって同意を得たものと判断した。本研究は、弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 個人属性

184名の返信が得られ（回収率30.6%）、回答が中断している5名を除いた179名を分析対象とした。179名のうち男性は72名、女性は107名であり、年齢は50歳代からの回答が最も多く（27.4%）、50歳代と60歳代の回答で半数以上となった（表1）。精神障害者との接触経験の有無では、「相談に乗った」（11.7%）、「看病や世話をした」（13.4%）という接触経験もあったが、「無い」（39.1%）という回答も多くみられた。

疾患事例による内訳では、うつ病事例群は92名で男性36名（39.1%）、女性56名（60.9%）、統合失調症事例群は87名で男性36名（41.4%）、女性51名（58.6%）であった。性別、年齢構成、学歴、職業、居住市、近所づきあい、接触経験に関しては両群に有意差はなかった。病名の正誤については有意差がみられ（ $\chi^2 = 45.46$, $p < 0.01$ ）、うつ病事例群は統合失調症事例群よりも疾患名を正しく回答している傾向が認められた。

2. バリアフリー宣言の認識の特徴

バリアフリー宣言の中で「そう思う」「まあそう思う」

表1 対象者の属性

項目		全体 (n=179)		うつ病事例群 (n=92)		統合失調症事例群 (n=87)	
性別	男	72	40.2%	36	39.1%	36	41.4%
	女	107	59.8%	56	60.9%	51	58.6%
年齢	20代	29	16.2%	13	14.1%	16	18.4%
	30代	26	14.5%	12	13.0%	14	16.1%
	40代	33	18.4%	18	19.6%	15	17.2%
	50代	49	27.4%	25	27.2%	24	27.6%
	60代	42	23.5%	24	26.1%	18	20.7%
学歴	中学	27	15.1%	15	16.3%	12	13.8%
	高校	90	50.3%	45	48.9%	45	51.7%
	短大・専門学校	37	20.7%	19	20.7%	18	20.7%
	大学以上	24	13.4%	12	13.0%	12	13.8%
	その他	1	0.6%	1	1.1%	0	0.0%
職業	医療福祉・教育	20	11.2%	14	15.2%	6	6.9%
	医療福祉・教育職以外	91	50.8%	46	50.0%	45	51.7%
	学生	5	2.8%	3	3.3%	2	2.3%
	主婦	42	23.5%	19	20.7%	23	26.4%
	無職	21	11.7%	10	10.9%	11	12.6%
居住市	A市	61	34.1%	29	31.5%	32	36.8%
	B市	67	37.4%	36	39.1%	31	35.6%
	C市	51	28.5%	27	29.3%	24	27.6%
近所づきあい	よくつきあう	38	21.2%	23	25.0%	15	17.2%
	たまにつきあう	69	38.5%	33	35.9%	36	41.4%
	あまりつきあわない	62	34.6%	32	34.8%	30	34.5%
	つきあわない	10	5.6%	4	4.3%	6	6.9%
接触経験	少し話をした	30	16.8%	16	17.4%	14	16.1%
	一緒に活動した	32	17.9%	19	20.7%	13	14.9%
	相談にのった	21	11.7%	11	12.0%	10	11.5%
	看病や世話をした	24	13.4%	14	15.2%	10	11.5%
	無い	70	39.1%	31	33.7%	39	44.8%
	無回答	2	1.1%	1	1.1%	1	1.1%
病名正誤	正	70	39.1%	58	63.0%	12	13.8%
	誤	104	58.1%	32	34.8%	72	82.8%
	無回答	5	2.8%	2	2.2%	3	3.4%

χ^2 検定 **p<0.01

と回答した割合が最も高い項目は、【受容】（精神疾患の有無にかかわらず誰もが自分の住んでいる地域で幸せに生きることが自然な姿だと思うか）であった（93.8%）。次に高かったものは、【参画】（精神障害者も社会の一員として誇りをもって積極的に活動することが大切である）であった（91.5%）。逆に最も低い項目は、【気づき】（不眠や不安を感じておかしいと思ったら専門家に相談しようと思うか）であった（62.9%）。改革ビジョンで具体的な数値目標が示されている【関心】（精神疾患は誰がかかりうる病気だと思うか）は、88.2%が「そう思う」「まあそう思う」と回答した（表2）。

個人属性との比較では、【関心】【気づき】【自己・周囲の認識】【出会い】に関して有意差があった。【関心】の項目では、男性よりも女性が（ $Z = -2.96, p < 0.01$ ）、精神障害者との接触がない群に比較してある群の方が（ $Z = -2.05, p < 0.05$ ）肯定的な回答が有意に高く、学

歴（ $\chi^2 = 15.90, p < 0.01$ ）、居住市（ $\chi^2 = 7.11, p < 0.05$ ）の違いに関しても得点に有意差が認められた。また、精神障害者との接触経験がある群は、【関心】以外に、【出会い】（ $Z = -2.01, p < 0.05$ ）や【自己・周囲の認識】（ $Z = -2.06, p < 0.05$ ）に関しても肯定的認識をもつ傾向がみられた。近所との交流がある群は、【気づき】（ $Z = -2.37, p < 0.05$ ）と【出会い】（ $Z = -2.17, p < 0.05$ ）に関して肯定的認識をもつ傾向がみられた（表3）。

3. 社会的態度の比較

態度尺度を疾患事例群で比較した結果、合計点で有意差がみられ（ $t = -3.16, p < 0.01$ ）、統合失調症事例群はうつ病事例群と比較して否定的な態度を示す得点有意に高かった。下位尺度では、＜精神障害者のイメージと社会的距離＞に関してのみ有意差があった（ $t = -3.90, p < 0.01$ ）。「自分の家にいるとしたらそれを人に知れるのは恥」、「自分の隣に引っ越してきてもかまわない」、「入

表2 バリアフリー宣言の各項目の認識

バリアフリー宣言の項目		n	%	
【関心】 精神疾患は他の病気(例えば糖尿病や高血圧)と同じように、自分を含めて誰でもかかる可能性があると思いますか	そう思わない	8	4.5%	11.8%
	あまりそう思わない	13	7.3%	
	まあそう思う	51	28.7%	
	そう思う	106	59.6%	
【予防】 精神疾患の予防には、ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけることが必要だと思いますか	そう思わない	9	5.1%	9.6%
	あまりそう思わない	8	4.5%	
	まあそう思う	48	27.0%	
	そう思う	113	63.5%	
【気づき】 不眠や不安などを感じておかしいと思ったら、専門家に相談をしようと思いますか	そう思わない	14	7.9%	37.1%
	あまりそう思わない	52	29.2%	
	まあそう思う	66	37.1%	
	そう思う	46	25.8%	
【自己・周囲の認識】 家族や周囲の過干渉、非難は、精神疾患の回復を遅らせるとは思いますか	そう思わない	6	3.4%	12.4%
	あまりそう思わない	16	9.0%	
	まあそう思う	64	36.0%	
	そう思う	92	51.7%	
【肯定】 不正確な事件報道や情報により正しい知識が伝わっていないことで、精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見が生じると思いますか	そう思わない	6	3.4%	11.3%
	あまりそう思わない	14	7.9%	
	まあそう思う	71	40.1%	
	そう思う	86	48.6%	
【受容】 精神疾患の有無にかかわらず、誰もが自分の暮らしている地域で幸せに生きることが自然な姿だと思いますか	そう思わない	2	1.1%	6.2%
	あまりそう思わない	9	5.1%	
	まあそう思う	44	24.7%	
	そう思う	123	69.1%	
【出会い】 精神疾患について理解を深めることのできる機会があれば参加しようと思いますか	そう思わない	8	4.5%	11.8%
	あまりそう思わない	13	7.3%	
	まあそう思う	51	28.7%	
	そう思う	106	59.6%	
【参画】 精神障害者も社会の一員として、誇りをもって積極的に活動することが大切だと思いますか	そう思わない	4	2.3%	8.5%
	あまりそう思わない	11	6.2%	
	まあそう思う	77	43.5%	
	そう思う	85	48.0%	

表3 バリアフリー宣言の属性比較

		【関心】		【予防】		【気づき】		【自己・周囲の認識】		【肯定】		【受容】		【出会い】		【参画】	
		n	平均 ランク	n	平均 ランク	n	平均 ランク	n	平均 ランク	n	平均 ランク	n	平均 ランク	n	平均 ランク	n	平均 ランク
性別	男	72	77.36	72	88.62	72	82.60	72	92.71	71	83.35	72	85.67	72	83.22	71	88.75
	女	106	97.75	106	90.10	106	94.19	106	87.32	106	91.45	106	92.10	105	92.97	106	89.17
年代	20代	29	95.64	29	78.98	29	84.05	29	103.78	29	94.57	29	72.12	29	84.02	29	85.50
	30代	25	100.54	25	91.90	25	86.58	25	96.58	25	109.38	25	93.62	25	105.38	25	95.54
	40代	33	91.67	33	86.38	33	82.56	33	85.11	33	86.73	33	84.11	32	89.11	32	82.55
	50代	49	91.29	49	101.71	49	91.99	49	80.95	48	84.61	49	92.57	49	75.89	49	84.07
	60代	42	74.90	42	83.54	42	97.55	42	88.86	42	79.82	42	99.70	42	97.90	42	98.19
学歴	中学	27	61.06	27	86.52	27	94.48	27	73.35	27	72.00	27	96.09	26	89.69	27	72.69
	高校	90	93.48	90	88.29	90	85.48	90	91.87	89	89.30	90	85.73	90	87.00	90	91.47
	短大・専門学校 大学以上	36 24	103.72 81.56	36 24	93.67 87.46	36 24	91.26 92.63	36 24	84.78 102.17	36 24	95.25 93.98	36 24	91.14 90.08	36 24	88.64 92.63	36 23	86.32 98.85
職業	医療福祉・教育	19	105.61	19	100.82	19	101.13	19	93.34	19	89.05	19	95.03	19	117.79	19	105.16
	医療福祉・教員職以外	159	87.58	159	88.15	159	88.11	159	89.04	158	88.99	159	88.84	158	85.54	158	87.06
居住市	A市	61	87.68	61	87.88	61	104.32	61	92.40	61	92.67	61	87.80	61	85.86	61	86.00
	B市	67	80.96	67	86.78	67	82.28	67	88.78	67	86.70	67	90.49	66	93.94	66	89.61
	C市	50	103.17	50	95.12	50	81.10	50	86.92	49	87.57	50	90.25	50	86.31	50	91.86
近所づきあい	よく・たまに	107	89.87	107	91.41	107	96.60	107	83.00	106	87.04	107	94.16	106	95.44	106	91.25
	あまり・つきあわない	71	88.94	71	86.62	71	78.80	71	99.30	71	91.93	71	82.48	71	79.39	71	85.65
接触経験	あり	107	94.57	107	92.72	107	92.87	107	94.79	107	88.47	107	93.91	107	94.32	106	91.43
	なし	70	80.49	70	83.31	70	83.14	70	80.15	69	88.54	70	81.49	69	79.47	70	84.06
病名正誤	正	70	92.69	70	91.09	70	92.47	70	94.89	70	88.28	70	81.86	70	92.76	70	93.13
	誤	103	83.13	103	84.22	103	83.28	103	81.64	102	85.28	103	90.49	102	82.21	102	81.95

Mann-WhitneyU 検定 Kruskal Wallis 検定 **p<0.01 *p<0.05

表4 態度尺度の疾患事例比較

項目	うつ病事例群			統合失調症事例群			t値	p値
	n	M	SD	n	M	SD		
<精神障害者の能力と自立の可能性>	87	13.64	3.27	82	14.65	3.64	-1.89	0.06
<精神障害者のイメージと社会的距離>	89	10.78	2.60	86	12.52	3.30	-3.90	0.00
<精神障害者の処遇についての考え方>	89	6.72	1.92	85	7.26	1.97	-1.83	0.07
<精神障害者の治療可能性>	89	8.24	1.55	85	8.35	1.74	-0.47	0.64
態度尺度合計	84	39.49	6.40	81	42.95	7.63	-3.16	0.00

t 検定

所施設が自分の住んでいる地域につくられてもかまわない」など、精神障害者を身近な存在と仮定したイメージや社会的距離に関して、統合失調症事例群はうつ病事例群に比べて否定的な態度を示す傾向が認められた(表4)。

個人属性との比較では、<精神障害者のイメージと社会的距離>はうつ病事例群にのみ接触経験の有無による有意差がみられ($t = -2.33, p < 0.05$)、接触経験がある群はない群と比較して肯定的な態度を示す傾向が認められた。<精神障害者の治療可能性>では病名の正誤による比較による有意差がみられ、うつ病事例群($t = -2.78, p < 0.01$)、統合失調症事例群($t = -2.31, p < 0.05$)とも、病名を正解している方が治療可能性に肯定的な態度を示す傾向がみられた。また、統合失調症事例群の年齢と<精神障害者の能力と自立の可能性>($F = 4.17, p < 0.01$)、うつ病事例群の学歴と<精神障害者の処遇についての考え方>($F = 2.68, p < 0.05$)に関しても有意差が認められた。職業、居住市、近所づきあい等に関しては、両疾患事例群ともに有意差はなかった(表5)。

4. バリアフリー宣言と社会的態度の関連

バリアフリー宣言の各項目と態度尺度の下位尺度との相関を分析した。うつ病事例群では、バリアフリー宣言の【参画】の項目と<精神障害者の能力と自立の可能性>($r = -0.49, p < 0.01$)、<精神障害者のイメージと社会的距離>($r = -0.46, p < 0.01$)に中程度の負の相関が認められた。【関心】と<精神障害者の治療可能性>($r = -0.31, p < 0.01$)、【出会い】と<精神障害者のイメージと社会的距離>($r = -0.37, p < 0.01$)項目に弱い負の相関がみられた。また、統合失調症事例群では、【参画】と<精神障害者の治療可能性>($r = -0.40, p < 0.01$)に中程度の負の相関、<精神障害者の能力と自立の可能性>($r = -0.35, p < 0.01$)に弱い負の相関を示したが、<精神障害者のイメージと社会的距離>とは相関を認めなかった。

両疾患事例群とも【気づき】は態度尺度との相関が認められず、【肯定】や【予防】も態度尺度と相関を示す項目が少なかった(表6)。

IV. 考察

1. 心の健康問題に対する認識

心の健康問題に対する理解を推進する目的には、精神障害(者)への理解を促進するほかに、住民が心の健康に関心をもち、自分自身の心の不調に気づいたり早期の受診をしやすいとするなどの目的も含む。バリアフリー宣言の認識は全般的に高い肯定的認識を示したが、不眠や不安を感じておかしいと思ったら専門医に相談しようと思うかという【気づき】の項目に関しては、37.1%が否定的な認識を示した。本調査は他県との比較を行っていないため、【気づき】に対する肯定的認識の低さを青森県民の特徴としてとらえることはできないが、早期発見や早期治療に関する住民への普及啓発が重要であると考えられる。

この【気づき】の項目は、居住市や近所づきあいの程度による有意差が認められた。3市の中ではA市の肯定的認識が高かった。3市はそれぞれ保健所が設置されている市であり、精神保健福祉に関する啓発活動や相談支援活動を行っている。A市はさらに精神保健福祉センターが設置されており、普及啓発や相談支援活動の機会がより充実していることが要因として考えられる。また、普段から近所づきあいのある回答者の方が肯定的認識は高かった。普段から近所づきあいがある関係性は住民同士の理解を深め、医療機関の受診や専門家への相談の抵抗感を下げることも考えられる。しかし、住民同士の交流があることで、逆に受診や相談への抵抗感を高めてしまうこともありうる。【気づき】に関して肯定的な認識を高めていくには、啓発活動や相談支援活動の内容の充実や広報のあり方とともに、地域交流の質や程度などに関連した地域性の要因を検討することが求められる。

また、1997年の調査では、「精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して事件を起こすからである」という項目に36%が「そう思う」と回答していた¹⁰⁾。本調査では、精神疾患の有無にかかわらず自分の住んでいる地域で幸せに生きることが自然な姿だという【受容】や、精神障害者も社会の一員として誇

表5 態度尺度の疾患事例別の属性比較

		<精神障害者の能力と自立の可能性>						<精神障害者のイメージと社会的距離>					
		うつ病事例			統合失調症事例			うつ病事例			統合失調症事例		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
性別	男	34	14.09	3.54	35	14.43	3.47	35	10.31	2.23	36	12.36	3.53
	女	53	13.36	3.08	47	14.81	3.79	54	11.07	2.79	50	12.64	3.15
年齢	20代	13	14.08	3.23	16	15.63	3.91	13	10.85	2.85	16	13.38	3.20
	30代	11	13.63	2.50	14	14.07	3.60	12	11.17	2.59	14	12.00	2.86
	40代	17	13.65	3.02	14	14.64	3.84	17	11.00	2.60	15	12.73	4.32
	50代	23	13.26	2.91	22	14.00	2.94	24	10.50	2.80	24	11.88	2.54
	60代	23	13.78	4.22	16	14.65	4.22	23	10.65	2.44	17	12.88	3.77
学歴	中学	14	16.29	4.14	10	17.10	3.73	14	10.79	2.39	11	13.36	3.38
	高校	43	13.07	2.74	43	13.88	3.22	45	10.96	2.51	45	11.96	3.32
	短大・専門学校	18	13.50	2.92	17	14.29	3.77	19	10.68	3.09	18	12.28	2.85
	大学以上	12	12.83	3.24	12	15.83	4.02	11	10.18	2.56	12	14.25	3.41
職業	医療福祉・教育	14	12.93	2.30	6	13.50	4.09	13	10.62	3.18	6	11.83	2.04
	医療福祉・教育以外	73	13.78	3.42	76	14.74	3.61	76	10.80	2.51	80	12.58	3.38
居住市	A市	28	13.96	3.63	31	14.68	3.58	29	11.10	2.43	32	11.94	2.83
	B市	33	13.82	3.12	28	15.07	3.70	34	10.82	2.72	31	12.97	3.30
	C市	26	13.08	3.10	23	14.09	3.72	26	10.35	2.67	23	12.74	3.89
近所 づきあい	よく・たまに	51	13.51	3.49	46	14.80	3.56	53	10.49	2.56	50	12.54	2.98
	あまり・つきあわない	36	13.83	2.95	36	14.44	3.78	36	11.19	2.64	36	12.50	3.75
接触経験	あり	56	13.48	3.14	45	14.18	3.94	59	10.32	2.67	47	12.32	3.87
	なし	30	13.73	3.39	36	15.31	3.18	29	11.59	2.24	38	12.79	2.51
病名正誤	正	55	13.38	2.96	12	14.67	3.52	57	10.65	2.67	12	12.92	2.47
	誤	30	14.23	3.68	67	14.75	3.72	30	10.97	2.58	71	12.49	3.48

		<精神障害者の処遇についての考え方>						<精神障害者の治療可能性>					
		うつ病事例			統合失調症事例			うつ病事例			統合失調症事例		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
性別	男	36	6.67	1.97	36	7.61	2.13	35	8.57	1.67	35	8.69	1.81
	女	53	6.75	1.90	49	7.00	1.83	54	8.02	1.45	50	8.12	1.67
年齢	20代	13	6.46	2.15	16	7.94	2.32	13	8.46	1.71	16	8.38	1.71
	30代	12	7.25	2.22	14	8.00	1.57	12	8.08	1.51	14	8.29	1.86
	40代	18	7.00	1.46	15	7.73	1.79	18	8.33	1.41	14	8.65	1.60
	50代	23	6.48	1.97	23	6.57	1.97	24	8.04	1.37	24	8.29	1.97
	60代	23	6.61	1.97	17	6.53	1.66	22	8.32	1.86	17	8.24	1.64
学歴	中学	15	6.80	2.21	10	8.00	1.70	14	8.71	1.90	11	9.36	2.16
	高校	44	6.55	1.66	45	7.07	1.74	45	8.07	1.51	44	8.30	1.44
	短大・専門学校	18	6.89	2.03	18	6.89	2.32	18	7.94	1.51	18	8.11	2.03
	大学以上	12	7.00	2.41	12	7.92	2.35	12	8.75	1.22	12	8.00	1.81
職業	医療福祉・教育	13	6.77	2.35	6	7.83	2.04	13	7.92	1.50	6	7.33	1.75
	医療福祉・教育以外	76	6.71	1.85	79	7.22	1.97	76	8.29	1.56	79	8.43	1.73
居住市	A市	29	6.93	2.07	31	7.23	2.17	29	7.97	1.50	32	8.59	1.70
	B市	34	6.71	1.82	31	7.52	2.08	34	8.26	1.31	30	8.50	1.78
	C市	26	6.50	1.92	23	6.96	1.52	26	8.50	1.88	23	7.83	1.72
近所 づきあい	よく・たまに	53	6.53	1.79	49	7.31	1.85	53	8.19	1.44	49	8.14	1.74
	あまり・つきあわない	36	7.00	2.08	36	7.19	2.15	36	8.31	1.72	36	8.64	1.73
接触経験	あり	57	6.79	1.96	46	7.28	2.05	58	8.05	1.53	46	8.04	1.78
	なし	31	6.55	1.88	38	7.21	1.92	30	8.60	1.59	38	8.74	1.67
病名正誤	正	55	6.87	1.84	12	7.75	2.26	56	7.84	1.49	12	7.33	1.37
	誤	32	6.44	2.09	70	7.16	1.89	31	8.71	1.22	70	8.57	1.77

t 検定、一元配置分散分析 **p<0.01 *p<0.05

表6 バリアフリー宣言と態度尺度の相関

	バリアフリー宣言							
	【関心】	【予防】	【気づき】	【自己・周囲の認識】	【肯定】	【受容】	【出会い】	【参画】
<能力と自立の可能性>	-0.28 **	-0.22 *	-0.05	-0.06	-0.05	-0.23 *	-0.24 *	-0.49 **
	-0.17	-0.07	-0.03	-0.36 **	-0.24 *	-0.23 *	-0.18	-0.35 **
<イメージと社会的距離>	-0.23 *	-2.02	-0.19	-0.13	-0.18	-0.24 *	-0.37 **	-0.47 **
	-0.23 *	-0.10	0.00	-0.23 *	-0.20	-0.25 *	-0.14	-0.21
<処遇についての考え方>	-0.09	-0.13	-0.02	-0.74	0.13	-0.06	-0.09	-0.33 **
	-0.11	-0.23 *	0.09	0.01	-0.10	-0.31 *	-0.06	-0.03
<治療可能性>	-0.31 **	-0.19	-0.15	-0.22 *	-0.13	-0.17	-0.14	-0.17
	-0.16	-0.14	-0.12	-0.12	-0.13	-0.16	-0.34 **	-0.40 **

各態度尺度の項目の上段がうつ病事例群、下段が統合失調症事例群
 数値は Spearman の相関係数 r **p<0.01 *p<0.05

りをもって積極的に活動することが大切という【参画】の肯定的回答が90%を超えていた。バリアフリー宣言の項目の中でも、地域での受け入れを示す【受容】や【参画】の認識がより肯定的であったことは、精神障害者に対する偏見やスティグマが解消されてきていることが考えられる。本調査は郵送法による調査であることから、回答者には精神保健福祉に対してもともと肯定的な興味関心をもつ者が多数含まれていることは考慮すべきである。しかし、精神医療における脱施設化が求められ、地域住民に対する普及啓発活動が行われてきた中で、精神障害者に対する地域住民の理解や受け入れは確実に肯定的に変容してきているものと考えられる。

2. 社会的態度の特徴

同様の態度尺度を用いた2001年の池田ら¹⁷⁾の調査結果と比較すると、両疾患事例群とも<精神障害者の能力と自立の可能性>、<精神障害者のイメージと社会的距離>、<精神障害者の処遇についての考え方>の項目で肯定的態度が高かった。郵送法にともなうバイアス以外に、態度に関する調査では、社会的に好まれる回答¹⁹⁾や自分をよく見せようとするバイアス (social desirability bias)⁷⁾が働くことも指摘されている。しかし、本調査は無記名式の質問紙を用いた郵送法であることから、これらのバイアスの影響は少ないものと考えられる。先行研究に比べ肯定的態度を示した要因としては、精神障害に関する普及啓発活動の効果のほか、本調査が事例を提示した方法による調査であったことも考えられる。これまでの調査は精神障害者に対してどのように思うかという包括的な問いが多く、漠然としたイメージで回答することが多かったが、事例を提示したことで発症までの過程や生活状況などが具体的に把握できたためと考える。

<精神障害者の治療可能性>については、先行調査と比較して両疾患事例群とも否定的態度が若干高かった。

この項目は、「早期に治療すれば治る病気である（逆転項目）」、「気の持ちようで治る可能性がある」などの質問で構成され、疾患に対する正しい知識の獲得により肯定的態度が形成されやすい項目である。本調査の結果でも、<精神障害者に対する治療の可能性>については、病名を正しく回答している群は肯定的な態度を示す傾向がみられた。しかし、統合失調症を正しく回答している者はうつ病に比べて少なく、精神疾患における統合失調症の病名理解の低さは、保坂²⁰⁾による報告と同様の結果だった。Haghighat²¹⁾は、スティグマを「情動レベル」「認知レベル」「行動レベル」の3つの要素に分類し、「認知レベル」に対しては教育的介入が重要であることを指摘している。精神疾患に対する正しい知識を獲得する学習の機会、中でも今後は統合失調症に対する教育的介入方法の検討が重要である。

態度尺度の疾患事例群の比較では、統合失調症事例群はうつ病事例群よりも<精神障害者に対するイメージと社会的距離>に関して否定的な態度が強いことが示された。また、<精神障害者に対するイメージと社会的距離>とバリアフリー宣言との相関をみると、統合失調症事例群では【参画】や【出会い】との相関は認められず、【受容】とも弱い負の相関であった。統合失調症事例の場合、地域の中で生活できるよう受け入れていくことが大切であるという思いと、実際に同じ地域住民として受け入れていくことを想定した場合の思いは乖離していることが考えられる。

精神障害者の地域生活を促進していくには、精神疾患や精神障害に対する知識の普及だけでなくとどまらず、地域住民が精神障害者と同じ住民として受け入れていく態度形成が重要である。半澤²²⁾らは、自宅に引きこもりがちで早期統合失調症事例よりも、外出しながら地域で暮らす慢性期の統合失調症事例の方がスティグマや社会的

距離が高いことを指摘している。統合失調症事例の受け入れに関しては抵抗感が強いことが推察されることから、地域住民が統合失調症者を身近な存在として受け入れられるような受容的態度への変容が求められる。

3. 普及啓発活動における今後の方向性

青森県による平成19年の調査²³⁾では、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者が県内で223人いるという。県の障害者計画では、この223人の退院を平成23年度末までの目標値として定めているが²⁴⁾、現実には困難な状況にある。精神障害者の退院を促進するには、地域の社会資源の充実や医療体制の確保はもちろんのことであるが、精神障害者が地域での生活を安心して継続させていくためには、地域住民の理解が重要となる。心の健康づくりの啓発や精神障害者に対する正しい知識と理解の普及については、障害者計画の中に盛り込まれているものの、青森県は自殺率が高いことから、実際の事業では自殺と関連の深いうつ病の理解や対応の普及に関するものが多い。うつ病事例に対する疾患の理解や肯定的な態度は、それらの効果によるものと考えられる。今後は統合失調症に関しても、積極的に普及啓発活動を推進していくことが求められる。

精神障害者に対する肯定的な態度の形成に関しては、接触経験の存在が促進要因となる報告⁶⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾が多いことから、接触体験を効果的に活用することが重要となる。しかし、＜精神障害者に対するイメージと社会的距離＞と接触経験の有無との比較では、うつ病事例群では接触経験がある方が肯定的な態度を示したが、統合失調症事例群では接触経験の有無に有意差はなかった。接触の方法や体験の質などにより、効果的・非効果的どちらの影響も受ける可能性があることから、統合失調症者との接触体験の方法を十分に検討する必要がある。

住民が精神保健福祉に関する講座などに参加し、その中で精神障害者の体験を聞くという活動はこれまでも行われてきた¹¹⁾¹²⁾。しかし、このような体験は精神保健福祉に関心のある者に限定される体験であり、また体験談を聞くだけでは一方的で相互性に乏しい。精神障害者との接触体験が双方向の交流体験となることで、地域住民の心の健康問題に対する理解や受容的な態度が促進されることが指摘されている²⁵⁾。統合失調症者の社会参加を促進し、地域での生活を維持していくためには、特定の理解者の存在や一般論としての理解ではなく、同じ地域で生活する住民としての肯定的関心と理解が必要である。今後は、統合失調症に関する広報資料や教育・学習機会の提供とあわせて、スポーツや文化、教育、生涯学習などさまざまな地域活動の中で、住民と統合失調症者が自然に交流できるような機会の充実が望まれる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究により、青森県民の心の健康問題の認識、うつ病と統合失調症に対する社会的態度の差異に関して概観することができた。しかし、今回の調査では対象が3市に限定されており、県民全体の特徴を示すには限界がある。今後は調査を周辺の町村にも広げ、心の健康問題の認識や精神障害者に対する社会的態度に影響を与える要因を分析するとともに、実際の普及啓発活動事業の効果について検討していくことが課題と考える。

VI. 結論

青森県内の3市の住民を対象に、心の健康に対する理解と精神障害者に対する社会的態度に関して郵送法による質問紙調査を行った結果、以下のことが明らかになった。

1. バリアフリー宣言は、【受容】（「精神疾患の有無にかかわらず誰もが自分の住んでいる地域で幸せに生きることが自然な姿だと思うか」）、【参画】（「精神障害者も社会の一員として誇りをもって積極的に活動することが大切である」）に関しては肯定的理解が高く、【気づき】（「不眠や不安を感じておかしいと思ったら専門家に相談しようと思うか」）が最も低かった。
2. 精神障害者を身近な存在と仮定した際の受け入れの態度を示す＜精神障害者のイメージと社会的距離＞に関して、うつ病事例に比べて統合失調症事例に対する否定的態度が有意に高かった。この項目は、うつ病事例では接触経験がある群はない群と比較して肯定的な態度を示す傾向が認められたが、統合失調症事例では接触経験の有無による態度の差はなかった。
3. 両疾患事例とも、病名を正しく回答している方が＜精神障害者の治療可能性＞に関して肯定的な態度を示したが、統合失調症の病名を正しく回答している者はうつ病に比べて少なかった。
4. うつ病事例群とは異なり、統合失調症事例群では、＜精神障害者に対するイメージと社会的距離＞と【参画】や【出会い】との相関は認められなかった。地域の中で精神障害者を受け入れていくことが大切であるという思いは一般論的であり、統合失調症者をイメージした場合の受け入れとは乖離していることが考えられる。

（受理日 2012年1月13日）

引用文献

- 1) 中村 真：精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向（Ⅰ）日本国内における実態調査。川村学園女子大学研究紀要，12（1）：199-212，2001。
- 2) 榊原 文，松田宣子：精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行文献からの考察。神戸大学医保健紀要，19：59-73，2003。
- 3) 山口創生，米倉裕希子，周防美智子，他：精神障害者に対するスティグマ是正への根拠 スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見，精神障害とリハビリテーション，15（1）：75-85，2011。
- 4) Thompson AH, Stuart H, Bland RC, et al. : Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 : 475-482, 2002.
- 5) 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，15（3）：230-236，1992。
- 6) 大島 巖：精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度 尺度の妥当性を中心に。精神保健研究，38：97-74，1992。
- 7) 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，8（2）：166-172，2004。
- 8) 與古田孝夫，与那嶺尚子，石津 宏：精神障害者との接触経験からみた精神障害に関する住民意識についての検討。臨床精神医学，26（4）：485-492，1997。
- 9) 谷岡哲也，浦西由美，山崎里恵，他：住民の精神障害者に対する意識調査 精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ。香川大学看護学雑誌，11（2）：65-74，2007。
- 10) 全家連保健福祉研究所：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，モノグラフ，1998。
- 11) 山田光子，北原亜紀子：精神保健ボランティアの精神障害者に対する態度。山梨医大紀要，17：75-79，2000。
- 12) 西尾雅明：精神分裂病に対する偏見除去の方法に関する研究。厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の偏見除去に関する研究」平成13年度総括・分担研究報告書：46-115，2002。
- 13) 山口艶子，吉武久美子：精神障害者への偏見低減アプローチに関する研究その3 偏見低減プログラムの一試案の作成と実施。純心現代福祉研究，11：49-68，2007。
- 14) 坂本真士，杉浦朋子，蓮井千恵子，他：精神疾患への偏見の形成に与る要因 社会心理学的手法によるアプローチ。精神保健研究，44：5-13，1998。
- 15) 焼山和憲，伊藤直子，石井美紀代，他：精神障害者に対する地域住民の社会的距離に関する研究 地域ケアを阻む要因。西南女学院大学紀要，7：7-18，2003。
- 16) 田中悟郎：精神障害者に対する住民意識，共生社会学，4：31-41，2004
- 17) 池田 望，奥村宣久，忍 博次：精神障害者に対する社会的態度に関する研究 札幌市と浦河町の比較から。北海道ノーマライゼーション研究，11：73-89，1999。
- 18) 竹島 正，小山明日香，小山智典，他：こ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 結果まとめ。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：2007。
- 19) 下津咲絵，坂本真士：精神障害に対する態度，偏見，Linkスティグマ尺度。臨床精神医学，39増刊号：114-120，2010。
- 20) 保坂 隆：精神障害の普及啓発に関する研究 さまざまな評価の試み。厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「障害者および精神障害者に関する普及啓発に関する研究」平成20年度総合研究報告書：14-36，2009。
- 21) Haight R : A unitary theory of stigmatisation : Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178 : 207-215, 2001.
- 22) 半澤節子，中根允文，吉岡久美子，他：精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究 統合失調症事例についての調査結果から（第一報）。日本社会精神医学会雑誌，16（2）：113 - 124，2007。
- 23) 青森県障害福祉サービス実施計画（第2期計画）。青森県：35，2009。
- 24) 新青森県障害者計画。青森県：71，2009。
- 25) 上田 茂：普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究。厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書：11-70，2008。

Aomori Prefecture residents' perception of mental health problems and social attitudes toward psychiatric patients

Minoru Itayama¹⁾, Eriko Takada¹⁾, Rui Tanaka²⁾

- 1) Department of Nursing, School of Health sciences, Hirosaki University of Health and Welfare
(3-18-1 Sanpinai Hirosaki Aomori Japan 036-8102)
- 2) Faculty of Nursing at Higashigaoka, Tokyo Healthcare University
(2-5-23 Higashigaoka Meguro-ku Tokyo Japan 152-8558)

Abstract

This study aimed to clarify the perception of mental health problems by the residents of Aomori Prefecture, to characterize their social attitudes toward various mental disorders, and to investigate the future of public mental health awareness. Our investigation involved 600 subjects randomly sampled from 3 cities within Aomori Prefecture. Subjects were separated into a depression example group and a schizophrenia example group. Questionnaires were mailed to investigate subjects' recognition of the "Mental Barrier-Free Declaration" and their social attitudes toward patients. Results were then statistically analyzed. A strong positive understanding was observed regarding "acceptance" and "participation" in the Mental Barrier-Free Declaration, and "awareness" scored the lowest. More negative attitudes were observed in the schizophrenia group than in the depression group. Particularly, negative attitudes regarding "image and social distance of psychiatric patients" were observed. Furthermore, fewer people in the schizophrenia group were able to name the disorder correctly than in the depression group. There was no difference in attitudes due to contact or loss of contact with a patient. In addition to promoting the understanding of schizophrenia, initiatives that allow the interaction of residents and schizophrenic patients through community activities are crucial in future.

Key Words: psychiatric patients, social attitudes, experience of contact, depression, schizophrenia