

心理・福祉系大学生の精神疾患に対するイメージと教育効果について
— 講義群と当事者の体験を聞き討論する群の比較 —

The Perception and Effects of Education Regarding Psychiatric Diseases
among Psychology and Social Welfare Students:
General Lecture vs Accounts of Psychiatric Patients and Participated in Discussions

幸田 るみ子・大坪 天平・田中 克俊・幸田 達郎

KODA Rumiko, OTSUBO Tempei, TANAKA Katsutoshi, KODA Tatsuo

キーワード： 精神障害者、スティグマ、当事者の体験

【はじめに】

近年、精神障害者の地域生活・社会参加が推進されている中、本邦においては、諸外国に比較し改善すべき精神障害者に対する様々な偏見・差別があることはよく知られている^{8) 14)}。そうした偏見・差別が、精神障害者の社会参加の阻害因子の1つとなっている。精神障害者に付着したスティグマ（望ましくないとか汚らわしいとして他人からの蔑視や不信を受けるような属性）は、受診行動を遅らせる要因の1つになる¹³⁾、あるいは治療継続にも関連している⁹⁾と言われている。また、精神疾患に対するスティグマの強い学生は、精神科薬の誤用、自己調節・自己中断してしまう率が高かったという報告¹⁸⁾もある。精神障害者に対するスティグマと言っても、一般住民の持つスティグマ、精神障害者を援助する人が持つスティグマ、精神障害者自身が持つ内的スティグマなど、様々な視点で問題提起がなされている。

精神障害者に対するスティグマは、精神衛生に関する正式なトレーニングを受けていないため、精神病を危険で汚らわしく何をするかわからず、価値の無いものと見なす傾向があるとした報告⁶⁾がある一方、精神疾患の知識は影響を及ぼす要因ではないとする報告¹²⁾もある。また、精神科看護師の統合失調症事例に対する社会的距離は、一般人以上に拒否的で、陰性感情を持ちやすいとする報告^{15) 16)}や、精神障害者の両親は子供の精神障害に対する理解のレベルが深まると、精神疾患に対する内的スティグマが増加するとする報告⁷⁾があり、単純に精神疾患に対する知識の普及だけでは、スティグマを軽減するのは困難であることが推測される。

また、精神障害者の地域生活・社会参加を支える援助の担い手となる精神科医療従事者自身が、このスティグマを払拭し、精神障害者を隣人・友人・家族として親密に付き合うことへの社会的距離に課題を残している⁵⁾という指摘もある。しかし、スティグマの存在は様々な角度から指摘されているが、スティグマを軽減するための介入方法については検討した研究は少ない。

【目的】

本研究は、将来精神保健医療従事者である精神保健福祉士あるいは臨床心理士を志す、心理・福祉系大学生を対象に、精神疾患に対するイメージを、知識・理解、受診行動、スティグマの観点から把握することを目的に調査を行った。さらに、精神医学の授業構成を2つの群に分け、講義を通してそのイメージがどのように変化するか、その教育方法の違いと効果について検討することを目的に調査を行った。そして、将来精神保健医療の担い手となる学生の、精神障害に対するイメージの中で、ステレオタイプの否定的な認識を改善するために、どのような教育・指導が必要であるかを検討した。

【研究対象および研究方法】

- ① 対象は、心理・福祉系大学の大学生88名。
- ② 手続きは、精神医学の授業開始前および終了時の計2回、下記の質問紙法による調査を行った。授業は、一般的な講義形式の授業を14回受ける群（講義群）と、一般的な講義形式の授業8回に加えて、症例提示後グループ討論と精神疾患当事者の体験談のビデオ視聴後討論を各3回行った群（討論群）とに分けて評価した。A大学における精神医学の授業を講義群とし、B大学における精神医学の授業を討論群とした。学生の受講前の事前教育のレベルはほぼ同等であった。

講義群は、研究者が作成した講義資料をもとに、精神医学の歴史、症候論、診断学、治療学、地域支援と福祉制度等について、一般的講義形式の授業を14回行なった。討論群は、講義群の講義内容を14回から8回に短縮して行い、残り6回を症例に対するグループ討論を3回、精神疾患当事者のビデオ視聴と討論を3回行った。症例提示後討論は、学生にとって身近な家族、親友、恋人がうつ病、統合失調症、パニック障害に罹患した場合を想定し、「病識の乏しい患者から相談」「受診に抵抗のある患者からの相談」にどの様に対応したら良いか各々考える討論を行った。患者当事者の体験談は、患者に研究の内容の説明と同意を得た上で、患者の実際の体験をもとに医師と患者の対談のシナリオロールプレイ場面をビデオに撮り作成した。ビデオ作成に当たって、以下の3つのポイントで患者を選択した。(1) 学生と年齢が近い患者 (2) 復学、就職活動、就職時などに精神疾患に対する偏見を受けた (3) 現在は症状が改善しある程度客観的に過去のエピソードを語れる。ビデオを視聴し、その後討論を行った。

- ③ 調査内容は、中根ら (2006)¹⁵⁾の研究を参考に、精神疾患の2事例（資料1：早期の統合失調症、資料2：希死念慮のないうつ病）を呈示し、その事例について、3つの評価尺度を用いた調査を行った。まず、考えられる原因、薬物・治療法の有効性、受診行動など (1) 知識・理解を問う質問項目。(2) Griffithsら¹⁰⁾のスティグマ尺度を参考に、個人的スティグマ（事例のような人に対して個人的にどのような態度をとるか）と知覚的スティグマ（事例のような人に対して周囲の人はどのような態度を取ると予測するスティグマ認知）。個人的スティグマ、知覚的スティグマとも9項目の質問について5段階で評価する尺度であり、最低点9点、最高点45点となる。評点が小さいほどスティグマが大きいことを示している。(3) Linkら¹⁾の社会的距離を参考に社会的距離尺度。これは、親密な付き合いをすることを許容する態度を5項目の質問によって評定する尺度であり、その態度を5段階で評価し、最低点5点、最高点25点となる。評点が小さいほど社会的距離が小さいことを示している。

提示した事例は、DSM-IVの診断基準を充たす精神疾患事例を創作し、5名の精神保健指定医に予備調査を行い、5名とも『統合失調症が強く疑われる』あるいは『大うつ病が強く疑われる』と判定した症例を使用した。

- ④ 調査期間は、2010年4月から2011年2月だった。

- ⑤ 対象者には、研究の目的と調査方法およびプライバシーの保護について説明した。さらに、調査への回答は成績とは一切関係なく、回答を希望しないものは回答しなくてもよい旨を説明して、同意を得られた者を対象とした。
- ⑥ 解析方法は、SPSS 11.5を用い、知識・理解を問う項目に関しては介入前後の度数をMcNemar検定で比較した。スティグマ尺度や社会的距離に関しては、介入前後の平均値について対応のあるt検定で比較を行なった。

【結果】

- 1) 対象者は、講義群47名、討論群41名だった。その中で、未回収者2名、未記入または回答に欠損値のある者3名を除いた有効回答者83名（講義群44名、討論群39名）を分析の対象とした。有効回答率は94.3%だった。講義群44名は、平均年齢19.6歳（SD 0.70）、男性20名、女性24名だった。討論群39名は、平均年齢19.5歳（SD 0.68）、男性18名、女性21名だった。
- 2) 授業前の2群の調査結果の基礎統計を、表1に統合失調症症例について、表2に大うつ病症例について示した。統合失調症症例に対する考えられる原因は、両群とも「何らかの精神的病気である」と考えている者が8割強であったが、「本人の性格の弱さによる」と考える者も半数近くあった。統合失調症症例に対する必要な対応は、両群とも「カウンセリングが必要」に回答したものが9割前後と一番多かった。それに対して、「薬物療法が必要」に回答した者は4割弱でカウンセリングの半分以下だった。個人的スティグマ得点は、講義群27.0討論群27.7で両群間に有意差はなかった。知覚的スティグマは、講義群20.1討論群20.2で同じく両群間に有意差はなかった。社会的距離得点は、講義群13.7討論群13.2で同じく両群間に有意差はなかった。ベースライン時、統合失調症に対する知識やスティグマ、社会的距離に関して、両群間に有意な差は認めなかった。

大うつ病症例に対する考えられる原因は、両群とも「何らかの精神的病気である」と考えている者が、統合失調症症例よりは少ないが7割程度であった。その一方で、「周囲の人たちのかかわり方の問題」とする回答が3割強、「本人の性格の弱さによる」とする回答が約25%だった。大うつ病症例に対する必要な対応は、統合失調症例と同じく両群とも「カウンセリングが必要」という回答が8割強と一番多かった。それに対して、「薬物療法が必要」に回答した者は4割強とカウンセリングの半分だった。個人的スティグマ得点は、講義群30.4討論群31.2で両群間に有意差はなかった。知覚的スティグマは、講義群24.8討論群24.1で同じく両群間に有意差はなかった。社会的距離得点は、講義群12.6討論群12.0で同じく両群間に有意差はなかった。ベースライン時、大うつ病に対する知識やスティグマ、社会的距離に関して、両群間に有意な差は認めなかった。
- 3) 授業前後の変化について

まず、授業前後の症例に対する知識・理解の変化を表3、表4に示した。統合失調症

症例、大うつ病症例とも、授業前に比較し、両群ともに薬物療法が必要であると理解する者が有意に増加した（統合失調症；講義群 $p=0.000$, 討論群 $p=0.000$ 、うつ病；講義群 $p=0.000$, 討論群 $p=0.000$ ）。両群とも両症例に対するカウンセリングへの期待が高く、授業後も変わらず高い割合を占めていた。両群とも授業後、症例のような状態になった場合精神科を受診する（統合失調症；講義群 $p=0.012$, 討論群 $p=0.049$ 、うつ病；講義群 $p=0.021$, 討論群 $p=0.026$ ）、または家族を受診させる（統合失調症；講義群 $p=0.002$, 討論群 $p=0.016$ 、うつ病；講義群 $p=0.006$, 討論群 $p=0.016$ ）という受診行動が有意に増加した。両群とも、家族に受診を促すよりも自分が受診するとする認識がやや弱い傾向にあった。

授業前後の症例に対するスティグマ得点の変化を表5に示した。講義群は、統合失調症症例、大うつ病症例ともに、授業前後でスティグマ得点、社会的距離得点とも有意な変化は認められなかった。討論群においては、知覚的スティグマ得点および社会的距離得点に差は認められなかったが、授業後個人的スティグマ得点が有意に増加した（統合失調症症例 $p=0.000$ 、大うつ病症例 $p=0.000$ ）。

【考察】

将来精神保健医療に従事することを志し、精神保健福祉士、臨床心理士の資格取得を考える大学生は、症例を「精神的病気である」とする認識は、先行研究の一般住民の統合失調症症例で21.6%、うつ病症例をうつ病と認知する者22.6%に比較し、本研究の大学生は、統合失調症症例80%半ばうつ病症例約70%と高かった。しかし、その知識は曖昧で、原因を「性格の弱さ」「過去のトラウマの存在」などと判断する者も多かった。また、先行研究の一般住民に対する調査でも、統合失調症症例、うつ病症例ともに必要な対応として「カウンセリングが必要」という回答が80%台後半と一番多く、今回の大学生を対象とした調査でも、カウンセリングへの期待が同等に高かった。また、薬物療法の必要性に対する認識は、先行研究の一般住民も本研究の大学生も30%台と低かった¹⁶⁾。

さらに、個人的スティグマ、知覚的スティグマに関して、半澤ら(2008)⁴⁾の一般人の精神障害者に対するスティグマの調査と比較した。先行研究の統合失調症に対する個人的スティグマ得点25.79 (SD4.65) 知覚的スティグマ得点22.47 (SD4.77) に対して、今回の大学生に対する調査で統合失調症に対する個人的スティグマ得点27点台とやや大きく（スティグマが小さい）、知覚的スティグマ得点20点台とやや小さかった（スティグマが大きい）が、両得点とも1SDの範囲であった。先行研究のうつ病に対する個人的スティグマ得点27.34 (SD4.78) 知覚的スティグマ得点24.61 (SD4.90) に対して、今回の大学生に対する調査でうつ病に対する個人的スティグマ得点30～31点台とやや大きく（スティグマが小さい）、知覚的スティグマ得点24点台であり、両得点とも1SDの範囲であった。従って、今回の対象者の個人的スティグマおよび知覚的スティグマ得点は、先行研究の一般住民の平均とほぼ同等であった。また、先行研究でも、うつ病よりも統合失調症に対するスティグマが大きく、個人的スティグマよりも知覚的スティグマがやや大きいという傾向は同様であった。

社会的距離に関しては、半澤ら (2007)²⁾³⁾の一般人を対象にした先行研究と比較すると、先行研究で統合失調症に対する社会的距離得点15.50 (SD3.87)、うつ病に対する社会的距離得点14.82 (SD3.63) に対して、今回の大学生の統合失調症に対する社会的距離得点13点台とやや小さく (社会的距離が小さい)、うつ病に対する社会的距離得点12点台とやや小さく (社会的距離が小さい) が、どちらも1SDの範囲であった。従って、社会的距離も先行研究の一般住民の平均とほぼ同等であったと言える。

両群とも、授業の後、症例に『薬物療法が必要である』という認識が有意に高まり、症例のような状態になった場合、精神科を受診する、または家族を受診させる、という受診行動も有意に増え、授業を通して精神疾患に対する知識や理解が深まったと推察される。

次に、スティグマに関しては、討論群では授業を通して、個人的態度、精神障害者に対するステレオタイプな否定的認識が軽減したことが示唆された。これは、一方向的受身的な講義のみを行なうよりも、身近な人が精神疾患に罹患した場合を想定して討論を行ったり、スティグマを経験した患者の体験をビデオを通して視聴し、その問題について主体的に考えた意見を発言するという教育方法が、精神疾患に対する否定的な認識を軽減させる効果があったと考えられる。しかし、個人が認識するスティグマは軽減しても、周囲の人に感じる知覚的スティグマや社会的距離に変化は認められなかった。これは、実際に精神疾患患者に接しているわけではなく、患者を取り巻く社会状況についての知識や実体験の乏しい学生に対して行なう教育上の限界と考えられる。

精神障害者のスティグマ解消のためには、精神障害者についての正確な情報と正しい知識の啓発と普及が重要であるとする報告¹⁹⁾がある。しかし、本調査の講義群では、精神障害者に対する知識や理解が身に付いてもスティグマ得点や社会的距離得点にほとんど変化が認められず、単に知識が身に付くだけでは、スティグマの改善には繋がらないことが示唆された。これは、精神科で働く女性看護師の社会的距離や患者への抵抗感が顕著であるとする報告⁵⁾や、知識や理解が深まると内的スティグマが増加する⁷⁾とする精神障害者家族を対象とした調査結果とも一致した見解である。さらに、本研究の討論群は、ビデオで体験談を視聴しているため、実際に職業として援助活動を行なっている者と違い、患者と接触することによるネガティブな体験 (怖い経験や迷惑をかけられる等) はないため、患者に対する陰性感情を持ちにくく、患者の体験を素直に共感する方向に働いたと考えられる。

スティグマを軽減させる試みとして、当事者体験談を聞く機会を提供することが、精神障害者の理解、啓発活動の1つとして有効であるとする報告²⁰⁾や、米国では精神障害者自身が啓発主体となることで効果的な啓発活動に繋がっているとする報告¹⁷⁾がある。本研究の討論群の中で、当事者のスティグマ体験を聞く機会を提供し、かつ体験談が学生にとって身近な就学や就職活動に関わるスティグマであったことで、当事者の体験を身近なものとして共感的に視聴できたため、個人的スティグマ軽減に有効であったと推測された。

学生の精神障害者に対するネガティブなイメージは固定されておらず流動的であり¹¹⁾、

スティグマが固定されるのは、今後の臨床実習を通して精神障害者との接触体験に影響を受けることが推測される。学生の時に印象付けられた精神障害者に対するスティグマが、将来精神保健福祉士や臨床心理士として従事する際の対象者理解を歪め、生活支援を行なう上での障壁となる可能性もある。従って、今後、学生が実習に向かう段階で、精神障害者に対するステレオタイプな偏見を持たずに臨めること、そして実習を通しての体験をどの様にフィードバックし認知することが、スティグマ軽減に繋がるかを検討していくことが課題と思われる。

最後に本研究は、限られた少数の対象者に行なった介入研究であり、この結果をもって一般化することはできない。また、大学の講義の前後で、行なった調査であるため、対象者に対する説明と同意の段階で「成績とは一切関係がない」等の説明は行なっているが、対象者は講義担当者からの評価を全く気にせず回答することは難しく、講義担当者の考え方を、意識的無意識的に汲み取って回答している可能性が否定できない。これは、本研究の構造上の限界である。今後、こうしたデザイン上の問題を検討し改善していく必要がある。

【結論】

将来精神保健医療従事者である精神保健福祉士あるいは臨床心理士を志す心理福祉系大学生を対象に、精神疾患に対するイメージを知識理解、個人的知覚的スティグマ、社会的距離の3つの観点から把握することを目的に調査を行った。さらに、一般的な講義のみを行なう群と、講義と当事者の体験をビデオで視聴し討論を行う群とに分けて、授業前後の変化を比較した。その結果、単に精神障害に対する知識理解が得られるだけでは、スティグマに変化は認められないことが示唆された。また、当事者のスティグマ体験を身近な問題として受け止めることで、個人的スティグマは軽減されることが推察された。しかし、知覚的スティグマや社会的距離の変化には至らず、今後さらなる検討が必要である。

【引用文献】

- 1) Bruce G. Link, Jo C. Phelan, Michaeline Bresnahan, et al. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89 (9) : 1328-1333.
- 2) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子, ほか. (2007). 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)— *日社精医誌*, 16,113-124.
- 3) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子, ほか. (2007). 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—うつ病事例についての調査結果から (第二報)— *日社精医誌*, 16,125-136.
- 4) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子, ほか. (2008). 精神障害者に対するスティグマと社会的距離—個人的スティグマと知覚的スティグマの相違点— *日社精医誌*, 17,177-187.
- 5) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子, ほか. (2009). 統合失調症事例に対する保健医療専門職のスティグマと社会的距離—精神科医, 精神科看護師, 一般看護師との比較—. *精神医学*, 51 (6), 541-552.
- 6) Hassan TM, Ahmed SO, White AC, et al. (2009). A postal survey of doctors' attitudes to becoming

- mentally ill. *Clin Med*, 9 (4) : 327-332.
- 7) Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S, et al. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Display Psychiatry*, 52 (1) : 75-80.
 - 8) Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, et al. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Med*3, 12 (9 July 2005) doi: 10. 1186/1741-7015-3-12.
 - 9) 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. (2003). 神戸大学医学部精神保健紀要, 19 : 59-74.
 - 10) Kathleen M. Griffiths, Helen Christensen, Anthony F. Jorm, et al. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression. *British Journal of Psychiatry*, 185: 342-349.
 - 11) 風間真理, 中谷千尋, 杉山由香里. 看護学生が持つ精神障害者に対する「スティグマ」. (2009). 目白大学健康科学研究, 2 : 55-64.
 - 12) Kelly CM, Jorm AF. (2007). Stigma and mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20: 13-16.
 - 13) 中根秀之. 精神保健の知識と理解に関する日本の現状に関する研究. (2004). 厚生労働科学研究補助金 こころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」平成15年度総括・分担研究報告書, 7-16.
 - 14) Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, et al. (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, 5: 33 doi.
 - 15) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之. (2006). 精神障害者と社会的距離—一般人と各種専門職との比較. 厚生労働科学研究補助金 こころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」平成17年度総括. 分担研究報告書, 31-38.
 - 16) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之. (2006). 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. *日社精医誌*, 15 : 25-38.
 - 17) Stephen P, Hinshaw & Dante Cicchetti. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12: 582-585.
 - 18) Stone AM, Merlo LJ. (2011). Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *J Clin Psychiatry*, 72 (2): 134-139.
 - 19) Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, et al. (2004). Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58 (5): 558-566.
 - 20) 米田正代, 玉作恵子, 山崎栄子, ほか. (2000). 精神障害者と共に暮らすコミュニティづくりのための公民館講座—大阪府教育委員会「人権に関する学習プログラム (精神障害者に関わる人権問題編)」を吹田市西山田公民館で試行して—. *大阪府立こころの健康総合センター*, 6 : 23-32.

資料1. 統合失調症症例

高校卒業後、美容専門学校を卒業し、21歳の時、美容院に就職した。アシスタントとして付いた先輩の教育は厳しく、初めての接客にもなかなか慣れず、毎日緊張して仕事をしていた。就職して半年後、シャンプーの仕方についてお客様から直接苦情を言われ、そのことについて先輩からきつく怒られたことを機に出勤できなくなり、数ヶ月後美容院を退職した。

22歳の夏頃より、誰もいない部屋で『おまへのやり方は下手だ』『なにぐずぐずしている』など自分を罵倒する複数の人の声が聞こえるようになり、怖くて夜眠れなくなった。それまでは、近所のコンビニへは買い物に出ていたが、外へ出ると「みんなが自分を見ている」、「すれ違った人が殴りかかってくる気がする」、「コンビニの店員が自分を追い出す相談をしている」と思うようになり、全く外出が出来なくなり、夜は起きていて日中寝るといった昼夜逆転した生活を送るようになる。

23歳になった時、父親から、『いつまでもブラブラしていないで、新しい就職先を考えなさい』と注意されてから、自室に閉じこもり、食事も家族と一緒に食わず、母親が部屋に運んでいた。しかし、母親が作った食事に対して、「毒が入っている」「私を殺そうとしている」と興奮して母親に殴りかかることがあった。夏の蒸し暑い時期も窓を開けず、入浴もせず、自室に閉じこもった生活が続いた。……………

資料2. 大うつ病症例

大手企業の人事部長であり、長年同期の中でも出世頭であった。44歳の時、会社の経営不振から同業他社との合併問題が生じ、職員のリストラを先頭に立つて行う立場となった。連日深夜まで残業し、部下からの苦情と会社上層部からは早期のリストラ断行を迫られ、睡眠不足が続いていた。半年後頃より、寝不足であるにもかかわらず夜よく眠れず、仕事でボーッとしていることが多くなった。重要な決断でなかなか決断が出来ず、部下から催促され戸惑ったり、重要な会議を忘れるなど、物忘れを自覚するようになった。食欲も無くなり、1ヶ月で体重が5kg減った。たまの休日も、以前は楽しんでいたゴルフや釣りに行く気がせず、一日中家でゴロゴロしているが、全く疲れがとれなかった。

ゴールデンウィークの休み明けの朝、仕事に行こうと思ったが全く起きられず、「こんなことでは会社に迷惑がかかるから退職した方がいい」「こんなことでは俺の人生は終わりだ」と悲観的に考え気分が沈むようになっていった。こんな状態が3ヶ月も続いている。……………

表1 統合失調症例に対する各群の授業前の結果

	講義群	討論群	
1. 病気の理解			
① 精神的な病気である	37 (84.1%)	34 (87.2%)	n.s
② 日常的なストレスの存在	35 (79.5%)	34 (87.2%)	n.s
③ 周囲の対応が問題	31 (70.5%)	20 (51.3%)	n.s
④ 性格の弱さ	21 (47.7%)	16 (41.0%)	n.s
⑤ 遺伝的問題	3 (6.8%)	2 (5.1%)	n.s
⑥ 過去のトラウマの存在	9 (20.5%)	6 (15.4%)	n.s
⑦ 個人的弱さで病気ではない	3 (6.8%)	2 (5.1%)	n.s
2. 病気への対処			
① 薬物療法が必要	16 (36.4%)	15 (38.5%)	n.s
② カウンセリングが必要	38 (86.4%)	36 (92.3%)	n.s
③ 大きな問題としない	3 (6.8%)	2 (5.1%)	n.s
④ 本人の気持ち次第で改善	9 (20.5%)	8 (20.5%)	n.s
⑤ 暴力があれば警察へ	6 (13.6%)	4 (10.3%)	n.s
3. 受診行動			
① 家族の場合受診する	33 (75.0%)	31 (79.5%)	n.s
② 自分は受診する	31 (70.5%)	25 (64.1%)	n.s
4. スティグマ			
① 個人的スティグマ	27.0 (SD3.8)	27.7 (SD4.3)	{p= .367}
② 知覚的スティグマ	20.1 (SD3.7)	20.2 (SD5.1)	{p= .753}
③ 社会的距離	13.7 (SD3.5)	13.2 (SD3.6)	{p= .563}

注) 講義群と討論群で、調査開始時における統合失調症に対する知識・イメージやスティグマ得点に有意な差は認められなかった。

表2 大うつ病例に対する各群の授業前の結果

	講義群	討論群	
1. 病気の理解			
① 精神的な病気である	30 (68.2%)	29 (74.4%)	n.s
② 日常的なストレスの存在	38 (86.4%)	36 (92.3%)	n.s
③ 周囲の対応が問題	16 (36.4%)	13 (33.3%)	n.s
④ 性格の弱さ	11 (25.0%)	10 (25.6%)	n.s
⑤ 遺伝的問題	2 (4.5%)	1 (2.6%)	n.s
⑥ 過去のトラウマの存在	1 (2.3%)	2 (5.1%)	n.s
⑦ 個人的弱さで病気ではない	3 (6.8%)	2 (5.1%)	n.s
2. 病気への対処			
① 薬物療法が必要	19 (43.2%)	17 (43.6%)	n.s
② カウンセリングが必要	37 (84.1%)	32 (82.1%)	n.s
③ 大きな問題としない	5 (11.4%)	4 (10.3%)	n.s
④ 本人の気持ち次第で改善	7 (15.9%)	12 (30.8%)	n.s
⑤ 暴力があれば警察へ	1 (2.3%)	3 (7.7%)	n.s
3. 受診行動			
① 家族の場合受診する	32 (72.7%)	31 (79.5%)	n.s
② 自分は受診する	29 (65.9%)	27 (69.2%)	n.s
4. スティグマ			
① 個人的スティグマ	30.4 (SD4.3)	31.2 (SD4.7)	{p=.356}
② 知覚的スティグマ	24.8 (SD5.7)	24.1 (SD5.0)	{p=.841}
③ 社会的距離	12.6 (SD3.2)	12.0 (SD3.3)	{p=.392}

注) 講義群と討論群で、調査開始時におけるうつ病に対する知識・イメージやスティグマ得点に有意な差は認められなかった。スティグマ得点や社会的距離は、大うつ病群の方が統合失調症群よりも小さかった。

表3 統合失調症例における授業前後の変化

	講義群	討論群
	p値	p値
1. 精神疾患であると考える者の数		
授業前	37 (84.1)	34 (87.2)
授業後	42 (95.5) .125	38 (97.4) .125
2. 薬物療法が必要と考える者の数		
授業前	16 (36.4)	15 (38.5)
授業後	35 (79.5) .000**	31 (79.5) .000**
3. カウンセリングが必要と考える者の数		
授業前	38 (86.4)	36 (92.3)
授業後	33 (75.0) .267	32 (82.1) .269
4. 症例が家族の場合受診を勧める者の数		
授業前	33 (75.0)	31 (79.5)
授業後	43 (97.7) .002**	38 (97.4) .016*
5. 症例が本人の場合受診する者の数		
授業前	31 (70.5)	25 (64.1)
授業後	40 (90.9) .012*	34 (87.2) .049*

* p < .05 ** p < .01
() 内は%

注) 講義群、討論群ともに、授業後、統合失調症症例に対する薬物療法の必要性や精神科受診の必要性の認識が有意に高まった。

表4 うつ病症例における授業前後の変化

	講義群	討論群
	p値	p値
1. 精神疾患であると考える者の数		
授業前	30 (68.2)	29 (74.4)
授業後	37 (84.1) .092	36 (92.3) .039*
2. 薬物療法が必要と考える者の数		
授業前	19 (43.2)	17 (43.6)
授業後	35 (79.5) .000**	34 (87.2) .000**
3. カウンセリングが必要と考える者の数		
授業前	37 (84.1)	32 (82.1)
授業後	36 (81.8) 1.000	33 (84.6) 1.000
4. 症例が家族の場合受診を勧める者の数		
授業前	32 (72.7)	31 (79.5)
授業後	42 (95.5) .006**	38 (97.4) .016*
5. 症例が本人の場合受診する者の数		
授業前	29 (65.9)	27 (69.2)
授業後	37 (84.1) .021*	34 (87.2) .026*

* p < .05 ** p < .01
() 内は%

注) 講義群、討論群ともに、授業後、大うつ病症例に対する薬物療法の必要性や精神科受診の必要性の認識が有意に高まった。

表5 各群の授業前後のスティグマ得点の変化

	統合失調症症例		大うつ病症例	
	講義群 (p)	討論群 (p)	講義群 (p)	討論群 (p)
1. 個人的スティグマ				
授業前	27.0	27.7	30.4	31.2
授業後	26.7 (.256)	30.7 (.000)	29.9 (.219)	33.1 (.000)
]**]**
2. 知覚的スティグマ				
授業前	20.1	20.3	24.8	24.1
授業後	20.0 (.813)	21.4 (.111)	24.1 (.333)	23.3 (.386)
3. 社会的距離				
授業前	13.7	13.2	12.6	12.0
授業後	13.9 (.607)	13.4 (.606)	12.2 (.232)	12.5 (.437)

** p < .01

注) 授業後、討論群でのみ、個人的スティグマが有意に軽減した。

知覚的スティグマや社会的距離は、講義群、討論群ともに変化が認められなかった。