

患者家族と一般家族の統合失調症に対する 社会的距離とイメージ — 多面的調査からの比較 —

鋤田みすず¹⁾・辻丸秀策^{1,2)}・大西 良¹⁾・岩永直美¹⁾・大岡由佳¹⁾
山口智哉³⁾・福山裕夫^{1,2)}・石田重信⁴⁾・牧田 潔⁴⁾・内野俊郎⁴⁾

Social distance and image to schizophrenia of a patient family and a general family — Comparison from many-sided investigation —

Misuzu SUKITA¹⁾, Shusaku TSUJIMARU^{1,2)}, Ryo ONISHI¹⁾, Naomi IWANAGA¹⁾,
Yuka OOKA¹⁾, Tomoya YAMAGUCHI³⁾, Hiroo FUKUYAMA^{1,2)},
Shigenobu ISHIDA⁴⁾, Kiyoshi MAKITA⁴⁾, and Toshirou UTHINO³⁾

【要約】精神障害を持つ家族（患者家族）と精神障害者とかかわりのない家族（一般家族）を対象に統合失調症に対するイメージと社会的距離を多面的調査から検討を行った。

その結果、患者家族は一般家族よりも社会的距離は低く、精神障害に対する知識も豊富であることがわかった。しかし、病気に対する知識は豊富であるにもかかわらず、統合失調症に対するイメージは一般家族と変わらず危険なイメージであった。

一般家族は、精神障害者と触れ合う機会がないのが現状であったため、主体的な関係として接触経験を行うことの必要性と、啓発活動や施設の開放化などの積極的な活動が大切だということが考えられた。また、患者家族に対しては、家族のニーズを踏まえた上で具体的な情報を提供していくことと生活の中で活かしていけるようなサポートの必要性を感じた。

【キーワード】 stigma, schizophrenia, relative, image, social distance

はじめに

精神障害者に対するスティグマの問題は、今日の深刻な社会問題である。

精神障害者に対するスティグマについては、これまで多くの研究がなされている。Erving Goffman

はスティグマを「①身体上の障害、②性格上・精神上の欠点や障害、③人種・民族・宗教などと集団にかかわるもの」²⁾の3点を定義としてあげている。

また、高木は「スティグマは偏見を生み、それを根拠に精神障害者の権利が剥奪され、社会の中に差別の仕組みが生まれている」²⁰⁾と述べている。このよ

¹⁾久留米大学大学院比較文化研究科

²⁾久留米大学文学部社会福祉学科

³⁾久留米大学大学院心理学研究科

⁴⁾久留米大学病院精神神経学教室

¹⁾The Graduate School of Comparative Studies of International Cultures and Societies, Kurume University

²⁾Department of Social Welfare, Kurume University School of Literature

³⁾The Graduate School of Psychology, Kurume University

⁴⁾Kurume University hospital moral neurology classroom

うなことから、スティグマは精神障害者のアイデンティティを損ない、社会生活において大きな支障をもたらすと考えられる。

これまでの精神障害者に対するスティグマの研究において明らかになったことは、人々が精神障害者に対して「精神障害者＝無能力＝危険＝隔離＝恥」「精神障害になると一生精神障害の烙印をおされる」「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」¹⁰⁾ というようにステレオタイプ化された認識があるということ、また、ネガティブなイメージを持つ人ほど社会的距離も大きいことなどが明らかとなっている^{11), 16)}。

今、精神障害者の地域精神保健が重要視されているが、これを実現していくためにはスティグマの問題を克服していかなければならない現実がある。なぜなら、上記のような認識は、精神障害者の社会生活に大きな支障をきたし、病気を再発させる大きな原因となる。また、家族も社会の目を気にしてしまい、不安や悩みを持っていても周りに援助を求めにくい状況を創ってしまうからである。さらには、精神障害者が社会復帰のステップアップとして必要な社会資源をも思うように造れないといった状況を生みだしてしまうからである。

先行研究で患者群・患者家族群・一般群を対象に精神障害者に対する態度測定やスティグマの研究がなされているが、患者家族と一般家族を対象に多方面からのアプローチから検討を行ったものはない。

そこで本研究では、精神障害者が地域で安心して生活していくための支援対策のための1つの方法として、精神障害に対する偏見と関連する要因であると考えられる社会的距離やイメージについて、患者家族と一般家族でどのような違いがあるのかを明らかにすることを目的とする。そのため、実際に患者家族と一般家族を対象に社会的距離や統合失調症に対するイメージ等について多方面からのアプローチによる調査を行い、以下のことを検証する。

まず第1に、日頃精神障害者と接する患者家族と、全く関わりのない一般家族との間での統合失調症に対する社会的距離の違いを明らかにする。第2に、患者家族と一般家族との間での精神障害に対する知識の量の違いについて比較する。第3に、患者家族と一般家族との統合失調症に対するイメージの違い

について比較する。第4に精神障害に対する知識の量の違いによる社会的距離の差を明らかにする。第5に、介護者を抱える家族は精神的に負担を持っている家族が多いという報告があるように、患者家族と一般家族での精神的健康度の違いについて明らかにする。

なお、現在では精神障害の中でも特に統合失調症に対するスティグマが問題とされていることを考慮して、今回は統合失調症に対する社会的距離やイメージについて調査を行う。

今回、以上のことについて調査および分析を行ったので、若干の考察とともに報告する。

I 対象と方法

1. 対象

対象は、大学病院のデイケアの家族会に参加している家族（以下、患者家族）32名と精神障害者とかかわったことのない家族（以下、一般家族）28名の計60名である。今回対象とした家族の平均年齢は両家族群において50歳代である。

尚、今回調査した対象のうち、SDS-Rにおける3問のLie Scaleにおいて全て該当した者はSocial desirability biasがあるものと考え除外したため、患者家族26名、一般家族24名の計50名を分析対象とした。

2. 評価調査項目

1) 統合失調症に対する社会的距離

今回、患者家族と一般家族の統合失調症に対する社会的距離を測るためにSDS-R (Social Distance Scale-Revised version) を用いた。

社会的距離とはP. ParkやE. Burgessによって社会学に導入された用語であり、「諸個人あるいは諸集団間における親近性の程度」と定義されている。この社会的距離は、精神障害者を所属集団の構成メンバーとして受け入れるかどうかを現実レベルで捉えることを目指し、実際的な精神障害者への反応をよく反映する手法としてこれまで多くの研究がなされてきた^{10), 16), 22)}。

今回、社会的距離を測るにあたり、1958年にC.D. Whitleyが開発したSDS (Social Distance

Scale)をもとに、大学病院の前田らが新たに評価尺度を作成したものを使用した。この評価尺度は、「精神病院に入院していたことのある人とは付き合い合わないのが一番である」、「精神障害を患ったことのある人々を避けるのは間違いである」などの8つの質問と3つのLie Scale からなる計11項目で4段階（そう思う、まあまあそう思う、あまりそうは思わない、そうは思わない）で回答する自記式の調査票である。

2) 精神科の疾病・薬物に対する知識度

今回、患者家族と一般家族の精神障害に対する知識度を調査するためにKIDI (Knowledge of Illness and Drugs Inventory) を用いた。

KIDIとは、精神科の症状や治療に関する知識度を測定する目的で McCray らが作成した KIRI (Knowledge of inventory) を参考にして、大学病院の前田らが¹⁴⁾ 分裂病者や家族に対して新たに作成したものである。なお KIRI は、精神医学的知識のみならず社会資源の活用や栄養管理なども問う調査票であるため、KIDIは心理教育ミーティングで教える内容、すなわち精神症状と薬物療法などの医学的内容に絞って作成された。このように作成された KIDI は、表に示したような内容の質問項目で、各項目が三者択一形式の質問から構成された合計20問からなる自記式調査票である。正解は各1点とし、20点満点で計算される。

3) 統合失調症に対するイメージの測定

患者家族と一般家族の統合失調症に対するイメージについて調査を行うためにSD法を用いた。

SD法とは、1950年代にアメリカの心理学者 Osgood, C.E. らによって意味の研究法、すなわち特定の記号や概念が意味し、指示する内容を客観的・多次的・定量的に測定する方法として開発された。具体的には、「明るい-暗い」「良い-悪い」などの正反対の意味を持ついくつかの形容詞対からなる尺度上に測定対象を評定させ、その評定点の分析によって測定対象間の意味差を判別する方法である。

本研究では、先行研究において看護学生を対象に精神障害に対するイメージを測定するために用いられていたものと同様の20組の形容詞対を用い、統合

失調症に対するイメージを評定させた。評定は5段階とした。

4) 統合失調に対する知識とイメージに対する半構造化面接

使用した質問項目は、大学病院の前田らが当事者に対して行ったものを参考に、家族向けに行うものとして一部訂正した。質問項目は、統合失調症に対する「症状」、「原因」、「治療法」等の知識と「統合失調症は危険だと思うか」、「自分が医者から“あなたは統合失調症ですよ”と言われたらどういう気持ちができるか」などといったイメージに関する項目である。これらは、4段階のカテゴリー尺度を用いたものと自由回答によるものとで評価を行った。

統計処理においては、各項目を①病気認知、②症状、③症状正否、④症状正否2、⑤原因、⑥原因正否、⑦治療法、⑧治療法正否、⑨薬、⑩予後、⑪頻度、⑫割合、⑬危険性、⑭危険性2、⑮気持ち、と表現する。

5) 精神的健康度

精神的健康度を調査するためにGHQ (General Health Questionnaire) を用いた。これは、Goldberg によって開発された精神健康を中心とする質問紙で、身体症状、不安・不眠、社会的活動障害、うつ傾向といった4つの特徴を表す項目からなる。本調査は28項目版を用いた。

上記の1)～5)の統計解析にあたっては、SPSS ver11.0J for Windows と Excel 2000 を用いた。

II 計測結果

1. 患者家族と一般家族の統合失調症に対する社会的距離

精神障害者に対する社会的距離において、患者家族と一般家族にどのような違いがあるかを明らかにするために、群（患者家族、一般家族）を独立変数、質問項目の合計得点を従属変数とする t 検定を行った。

患者家族の平均点は6.73点、一般家族は13.42点と一般家族が患者家族と比べて約2倍社会的距離が

高い結果となっており、患者家族と一般家族の間に有意差が見られた。各得点の平均値と統計量を表1に示す。また、表2は各質問項目の回答の割合を調べるためにクロス集計による χ^2 検定を行ったものである。

質問項目に対し、顕著な傾向が見られたものをまとめると、『もし、統合失調症を患ったことのある男性と、自分の娘が結婚したいと言ったならば、娘がどうであれ反対するであろう』（患者家族53.8%、一般家族83.4%）、『私はベビーシッターを雇うとき、

表1 社会的距離(SDS-R)

患者家族 平均得点 (標準偏差)	一般家族 平均得点 (標準偏差)	t 値	有意確立
6.73 (3.945)	13.42 (4.138)	-5.848	.000**
		*p<.05	**p<.01

統合失調症の女性であってもかまわない』（患者家族50.0%、一般家族75.0%）の2つの質問に対して、患者家族一般家族とも半数を超える結果となっていた。

2. 患者家族と一般家族の精神科の疾病や薬物の知識度

患者家族と一般家族との間での精神障害に対する知識の量の違いについて比較するために、精神科の疾病や薬物の知識度(KIDI)を用いて精神科の疾病や薬物の知識について調査し、群(患者家族、一般家族)を独立変数、KIDIの総得点数を従属変数とするt検定を行った。その結果、患者家族の平均点は20点満点中、15.96点、一般家族は11.96点であり、患者家族と一般家族の間に有意な差が見られた。各得点の平均値と統計量を表3に示す。

質問項目の中で患者家族と一般家族ともに半数以

表2

問 以下の11項目の質問について、あなた自身の考えに最も近いのは「そう思う、まあまあそう思う、あまりそうは思わない、そうは思わない」のなかのどれですか。最も近いと思われるものに○をつけて下さい。

質問項目		そう思う	まあまあ そう思う	あまりそう は思わない	そうは 思わない
01) 精神病院に入院したことがある人とは付き合わないのが一番である	患者家族 一般家庭	14(53.8) 3(12.5)	11(42.3) 8(33.3)	1(3.80) 8(33.3)	0(0.00) 5(20.8)
02) 精神障害を患ったことのある人々を避けるのは間違いである	患者家族 一般家庭	18(69.2) 7(29.2)	4(15.4) 11(45.8)	1(3.80) 4(16.7)	3(11.5) 2(8.30)
03) 統合失調症を患ったことのある人の近所に暮らすことになったら、それは私にとって苦になることだろう	患者家族 一般家庭	17(65.4) 0(0.00)	6(23.1) 13(54.2)	3(11.5) 9(37.5)	0(0.00) 2(8.30)
05) 私は統合失調症で入院していた人は雇いたくない	患者家族 一般家庭	10(38.5) 2(8.30)	10(38.5) 9(37.5)	5(19.2) 9(37.5)	1(3.8) 4(16.7)
06) 精神病院に入院したことがある教師は学校で教えることが許されるべきではない	患者家族 一般家庭	17(65.4) 3(12.5)	7(26.9) 9(37.5)	2(7.70) 8(33.3)	0(0.00) 4(16.7)
08) もし、統合失調症を患ったことのある男性と自分の娘が結婚したいと言ったら、娘がどうであれ私は反対するだろう	患者家族 一般家庭	6(23.1) 1(4.20)	6(23.1) 3(12.5)	11(42.3) 10(41.7)	3(11.5) 10(41.7)
10) 私は、ベビーシッターを雇うとき統合失調症の女性であってもかまわない	患者家族 一般家庭	8(30.8) 1(4.20)	5(19.2) 5(20.8)	6(23.1) 7(29.2)	7(26.9) 11(45.8)
11) 私は、統合失調症を患ったことのある人が運転するタクシーには乗りたくない	患者家族 一般家庭	12(46.2) 3(12.5)	6(23.1) 8(33.3)	4(15.4) 7(29.2)	4(15.4) 6(25.0)
lie scale					人数(%)
04) 私は、知っている人の全部が好きではない。(知人の全員が好きではない)					
07) 家で食事をするときは、外で人と食事をするときほど行儀よくない					
09) 私は、もし自分が統合失調症になったとしても、そのことを嫌だとは全く思わない					

上の方が間違った問題は、『そう状態について正しいものはどれですか』（患者家族57.7%・一般家族70.8%）、『精神科の注射について正しいものはどれですか』（患者家族53.8%・一般家族75.0%）の2項目であった。

表3 疾病・薬物知識度調査(KIDI)

患者家族の 平均得点 (標準偏差)	一般家族の 平均得点 (標準偏差)	t 値	有意確立
15.96 (3.945)	11.96 (4.138)	5.411	.000**
		*p<.05	**p<.01

3. 患者家族と一般家族の統合失調症に対するイメージ

患者家族と一般家族との統合失調症に対するイメージの違いについて比較するために、SD法を用いて統合失調症に対するイメージについて調査し、患者家族と一般家族それぞれにおいて因子分析を行った。まず患者家族の結果において、バリマックス回転を施した主成分分析を行い、表4に示したような3つの因子を抽出した。この第1因子は、その主成分(0.4以上の因子負荷量をもつ項目)において因子負荷量の極性に応じて選択された「穏やかなー激しい」「柔らかいー固い」「単純なー複雑な」「にぎやかなー寂しい」などといった10項目の形容詞対によって表現することができる。それゆえこの因子は『人柄』を表す因子と解釈した。同様に第2因子は、「役立つー役立つない」「怖くないー怖い」「迷惑でないー迷惑な」などといった5項目の形容詞対によって表現され、ここから本因子は『社会性』の因子と名づけた。さらに第3因子は、「活動的なー不活発な」「早いー遅い」「強いー弱い」の3項目の形容詞対によって表現され、本因子は『活動性』の因子と名づけた。また、一般家族の結果も同様にバリマックス回転を施した主成分分析を行い、表5に示したような2つの因子を抽出した。この第1因子は、その主成分において因子負荷量の極性に応じて選択された「陽気なー陰気な」「活動的なー不活発な」「にぎやかなー寂しい」「身近なー縁遠い」などの9項目の形容詞対によって表現され、『身近でのかかわり』の因子と解釈した。第2因子は、「迷惑でないー

迷惑な」「温かいー冷たい」「怖くないー怖い」などの8項目の形容詞対によって表現され、『社会との関わり』の因子と名づけた。このように、患者家族の因子分析と一般家族の因子分析の両群を比較してみてもわかるように、形容詞対の分かれ方に違いが見られた。

表4 患者家族のSD法から得られた統合失調症に対するイメージの因子構造

	人柄	社会性	活動性
穏やかなー激しい	.833	-.028	-.398
柔らかいー固い	.830	-.007	-.030
単純なー複雑な	.819	-.268	.245
にぎやかなー寂しい	.807	.043	.183
良いー悪い	.796	.163	-.074
明るいー暗い	.773	-.031	-.135
温かいー冷たい	.721	-.039	.165
容易なー困難な	.715	.265	-.047
浅いー深い	.714	-.017	-.031
安全なー危険な	.691	.237	.187
役立つー役立つない	.015	.924	.078
怖くないー怖い	-.030	.807	-.237
迷惑でないー迷惑な	-.104	.793	.393
身近なー縁遠い	.314	.585	-.007
綺麗なー汚い	.060	.512	-.366
活動的なー不活発な	-.183	.196	.848
早いー遅い	.342	-.199	.658
強いー弱い	-.014	-.070	.646

表5 一般家族のSD法から得られた統合失調症に対するイメージの因子構造

	身近での 関わり	社会との 関わり
陽気なー陰気な	.779	.208
活動的なー不活発な	.772	.001
にぎやかなー寂しい	.706	.054
身近なー縁遠い	.683	.266
かわいらしいー憎らしい	.671	.114
強いー弱い	.598	-.190
容易なー困難な	.521	.178
安全なー危険な	.439	-.221
速いー遅い	.432	-.071
迷惑でないー迷惑な	.078	.776
温かいー冷たい	-.093	.719
怖くないー怖い	-.235	.700
穏やかなー激しい	.161	.653
役立つー役立つない	.294	.623
浅いー深い	-.269	.619
良いー悪い	.193	.604
明るいー暗い	.117	.488

4. 半構造化面接での統合失調症に対する知識とイメージ

半構造化面接で統合失調症に対する知識イメージとについて調査をし、群（患者家族、一般家族）を独立変数、質問項目ごとの点数を従属変数とする t 検定を行った。その結果、表6の示すように「病気認知」、「症状」、「症状正否」、「症状正否2」、「原因」、「治療法」、「治療法正否」、「薬」の8つの項目で有意差が見られた。しかし、「原因正否」「頻度」「危険性」などのイメージに結びつく項目において有意差は得られず、患者家族・一般家族とも統合失調症に対してネガティブなイメージを持っていた。

5. 統合失調症に対する家族の社会的距離と知識との関係

患者家族と一般家族それぞれの KIDI の総得点を中央値で分割し、中央値以下を low 群（知識が低い）、中央値以上を high 群（知識が高い）とした。そして、精神科の疾病や薬物の知識の高低と社会的距離にどのような違いがあるかを明らかにするために、患者家族、一般家族それぞれにおいて、群（知識：low・high）を独立変数、社会的距離の全体得点を従属変数とする t 検定を行った。その結果を表7に示すとおり、患者家族と一般家族のどちらにおいても KIDI の low 群・high 群と社会的距離に関して統計的有意差は得られなかった。

表6 構造化面接における統合失調症に対する知識とイメージ

	患者家族 平均 (標準偏差)	一般家族 平均 (標準偏差)	t 値	有意確立
① 病気認知	1.77 (.430)	1.38 (.495)	3.015	.004 **
② 症状	1.77 (.430)	1.21 (.415)	4.688	.000 **
③ 症状正否	2.73 (.452)	2.12 (.612)	4.000	.000 **
④ 症状正否 2	1.50 (.648)	1.00 (.000)	3.777	.000 **
⑤ 原因	1.38 (.496)	1.08 (.282)	2.609	.012 *
⑥ 原因正否	2.65 (.485)	2.42 (.654)	1.464	.150
⑦ 治療法	1.65 (.485)	1.00 (.000)	6.597	.000 **
⑧ 治療法正否	2.08 (.977)	1.17 (.381)	4.273	.000 **
⑨ 薬	2.00 (.000)	1.62 (.495)	3.87	.000 **
⑩ 予後	1.85 (.369)	1.83 (.381)	.121	.904
⑪ 頻度	1.69 (.471)	1.54 (.509)	1.087	.282
⑫ 割合	1.46 (.508)	1.25 (.442)	1.564	.124
⑬ 危険性	1.23 (.430)	1.21 (.415)	.188	.852
⑭ 危険性 2	1.23 (.430)	1.13 (.344)	.894	.376
⑮ 気持ち	1.42 (.504)	1.29 (.464)	.957	.344

* p<.05 ** p<.01

表7 社会的距離と知識

	t 値	有意確立
患者家族	.874	.391
一般家族	-.485	.632

* p<.05 ** p<.01

6. 患者家族と一般家族の精神的健康

精神的健康度において、患者家族と一般家族にどのような違いがあるかを明らかにするために、群（患者家族，一般家族）を独立変数，GHQ 28 の 4 つの下位因子得点（身体症状，不安・不眠，社会的活動障害，うつ傾向）および全体得点を従属変数とする t 検定を行った。その結果，総合得点の平均は 28 点満点中，患者家族は 5.12 点，一般家族は 5.38 点と両者とも健康面についての問題は見られなかった。また，GHQ の各因子得点と全体得点において患者家族と一般家族の間に有意な差はなかった。各得点の平均値と統計量を表 8 に示す。

Ⅲ 考 察

1. 患者家族と一般家族の統合失調症に対する社会的距離

患者家族と一般家族の統合失調症に対する社会的距離において表 5 の通り有意な差が見られた。

先行研究^{10), 11), 15)}において精神障害者と日常的な接触体験を持っているほど精神障害者に対する共感を引き起こし，社会的距離は縮小するということが指摘されている。また，大島は，接触体験にも質的な違いがあり，精神障害者問題に関心を持ち，ノーマライゼーションの趣旨に共感することが精神障害者に対する社会的距離に好ましい影響を与えるとしている¹⁰⁾。

今回の調査において，患者家族が一般家族と比べて社会的距離が低い結果となっていたのは，患者家族は日頃より精神障害者と接しているため，なんとか子供の病気を克服したいという気持ちから病気に対する関心が少なからずあるからだと考える。しか

し，社会的距離いわゆる親近性の程度が大きすぎるがゆえに，うまく精神障害者と距離がとることができず，本人にとっても家族にとっても負担になってしまうことも考えられる。また，家族の感情表出（EE：Expressed Emotion）の研究で，「high-EE が患者の再発予測因子であると同時に，家族本人の生活機能と求められる支援の方向性を表す指標としての重要性を持つ」¹¹⁾と指摘されているように，家族の精神障害者に対する親近性の程度が大きいのになり過ぎると発症しやすい環境をつくりかねないのではないかと考える。

一般家族においては患者家族より社会的距離が遠い結果となっていた。中村の女子大学生を対象とした先行研究¹⁷⁾では，精神障害者に対する社会的距離の縮小に影響するものとして接触経験について述べており，具体的には精神障害者の施設訪問，ボランティアやクラブ活動をあげていた。また，岡上は「接触経験をもったことのある市民は精神障害者の社会的能力に対する懐疑が減少し，彼らの行動に対する理解度が増加する」⁷⁾と述べている。このような報告から，積極的・能動的な接触経験が精神障害者に対する社会的距離を縮めることに効果的であることがわかる。今回対象とした一般家族は，精神障害者との関わりがないために社会的距離が遠かったと考え，接触経験の機会を一般の住民に持ってもらうために，積極的な啓発活動や施設の地域開放などの必要性が示唆された。

2. 患者家族と一般家族の精神科の疾病や薬物の知識度

KIDI を用いた精神科の疾病や薬物の知識度では，患者家族と一般家族の間において有意差が得られた

表 8 精神的健康 (GHQ)

	患者家族の 平均得点 (標準偏差)	一般家族の 平均得点 (標準偏差)	t 値	有意確立
身体的症状	2.04 (2.144)	2.21 (2.085)	-.284	.778
不安と不眠	1.77 (1.751)	1.88 (1.801)	-.211	.834
社会的活動障害	0.96 (1.562)	0.71 (1.083)	.661	.512
うつ傾向	0.35 (1.384)	0.54 (1.615)	-.461	.647
合 計	5.12 (5.645)	5.38 (5.131)	-.17	.866

* p<.05

** p<.01

(表3). 患者家族は、日常的に関わる当事者の様子を見て学んだり、診察時に医師に質問して学んだり、知識を得る機会が一般家族より多いからと考えられる。また、今回の患者家族の対象は、大学病院のデイケアの家族会に参加している家族である。家族会の機能として、①家族同士の親睦、②支え合いという自己回復、③ピアカウンセリング機能、④家族である精神障害者本人への対応や病気について学ぶ相互学習の機能がある¹⁾。患者家族の知識度が高かったのは、子供の病気について詳しく知りたい、何か役に立ちたいという思いから家族会に参加し、学ぶ機会を自分から求めていることも大いに関係があると考えられる。

3. 患者家族と一般家族の統合失調症に対するイメージ

SD法を用いた統合失調症に対するイメージにおいて、患者家族は『人柄』『社会性』『活動性』の3因子が抽出され、一般家族では『身近での関わり』『社会との関わり』の2因子が抽出された。表5・6に示しているように、患者家族と一般家族の統合失調症に対するイメージの捉え方が違うことが分かる。

まず、一般家族の結果を見ると、統合失調症に対するイメージの捉え方は2つに分かれていた。『身近での関わり』の因子は「陽気な-陰気な」「活動的な-不活発な」等という形容詞対で構成されており、その人(統合失調症者)と会ったときに受ける捉え方であり、『社会との関わり』因子は「迷惑でない-迷惑な」「温かい-冷たい」等という形容詞対で構成され、社会にうまくとけ込めないイメージや危険なイメージなど社会における統合失調症としての捉え方であった。これは一般的な統合失調症に対するイメージであるといえる。

また、患者家族においては表5の通り、捉え方が3つに分かれており、そのうちの『人柄』『活動性』の2つの因子が統合失調症という人との関わりから生じたものと考えられる。『社会性』の因子においては、社会的な存在としての統合失調症の捉え方であり、一般家族における『社会との関わり』の因子と近い結果であった。このことは、患者家族の方が近い距離で精神障害者と接しておりまた知識も豊富なことから、統合失調症に対するイメージが具体的

になされている結果といえるだろう。

また、社会的な見方でイメージしていることは患者家族と一般家族に共通しているが、内容を細かく見ると違いがあり、これが統合失調症に対するステイグマに結びついているのではないだろうか。この違いとは、一般家族の方の社会的な関わりの中に性格を表す項目が含まれており、このことから、統合失調症者の性格や人格に対する偏見があるといえることが考えられる。

4. 半構造化面接での統合失調症に対する知識とイメージ

半構造化面接でも患者家族のほうが知識度が高かったが、「原因」「予後」「危険性」などのイメージに関する項目において患者家族と一般家族の間に有意差はなく、ネガティブなイメージをもっていた。

“危険とはどのようなことか”という質問項目において、患者家族から「状態が悪かったとき暴力を振るっていたから」という答えがよく聞かれた。このことから、家族は患者の一番悪い状態を知っており、悪くなったらまた暴力を振られるのではないだろうかといった不安を抱えていることがネガティブなイメージの一つの原因ではないだろうか。病気に対する知識が豊富であっても、イメージを変えることはあまり関係のないことが考えられた。また、一般家族としては、統合失調症という病気を知らないことに対する不安から、情報の媒体であるTVや新聞、また、世代として受け継がれる噂から、今回の結果のように危険なイメージとして表れたのではないだろうか。このことから、統合失調症に対する正確な情報を伝えていく啓発活動や接触経験が重要であることを思い知らされる。

5. 統合失調症に対する家族の社会的距離と知識との関係

患者家族と一般家族それぞれのKIDIの総得点を中央値で分割し、low群・high群とし、これらと社会的距離においてどのような違いがあるかについて患者家族と一般家族それぞれを分析した。その結果、患者家族と一般家族のどちらにおいてもKIDIのlow群・high群と社会的距離に関して統計的有意差は得られなかった(表8)。この結果より、患

者家族の中で知識が高い人も低い人も精神障害者に対する社会的距離は変わらないということがわかる。これは一般家族においても同様である。

このことから、精神障害者に対する社会的距離はどれだけ知識が豊富であるかではなく、日頃の精神障害者とのかかわりが大きく関係することがいえ、上記で述べたように接触体験が親密度を増すためには有効的だということが考えられる。

しかし、先行研究においては、「精神障害者に対する具体的な知識があるほど、社会的距離は短縮される」また、「具体的な知識」がステレオタイプ化する偏見を低減し、親近感を増しているとの報告がある¹⁶⁾。この報告は、今回の結果と同様ではない。

今回の結果が先行研究と同様の結果でなかった理由として考えられるのは、今回使用した社会的距離や知識を計るための調査方法が同じではなかったということや対象者や対象者数などの違いがあったためと思われる。今後同様な調査を行うにあたり、調査法や対象者・数を考慮する必要があると示唆された。

6. 患者家族と一般家族の精神的健康

精神的健康度において、どのような違いがあるかを明らかにするために患者家族と一般家族に調査を行った。表9にGHQの各因子得点の平均値と統計量を示した。結果から分かるように、患者家族と一般家族とも精神的健康面において問題はなく、両群間における有意差もみられなかった。

今回の患者家族は、大学病院のデイケアの家族会に参加している。Ⅲ-2(1)で述べた家族会の機能としてあるように、対象とした患者家族は家族会という場で不安や悩みを話し、アドバイスを得ることで共感しあえる部分がたくさんあると考える。また、先行研究においては、病識の低い患者を抱える家族は、患者自身が治療の必要性を感じないために通院や薬の管理などを家族に任せきりとなる。その結果、家族の介護時間が増え、社会的活動への参加の機会失われ、精神的に負担を背負ってしまう。いわゆる、家族の精神的な健康は、家族自身の社会的役割の障害と最も強い相関を示す¹⁹⁾ということが言われている。このことから、今回の結果において患者家族が一般家族と同くらい精神的に健康だったのは、普段より溜め込んでいるストレスを家族会という場で

自然に発散でき、負担をそれほど感じることなく関わることができている結果ではないだろうか。

Ⅳ まとめ

本研究は、精神障害者のより生活しやすい環境を提供するための一つの支援対策として、患者家族と一般家族を対象に統合失調症に対する社会的距離とイメージについてどのような違いがあるのかを明らかにすることを旨としたものである。研究の結果、以下の知見が得られた。

1) 統合失調症に対する社会的距離において、患者家族と一般家族の間で有意な差が見られた。患者家族は日常的に精神障害者と接していることや、親として子供の病気に対する関心が強いことから社会的距離が身近かったことがいえる。しかし、距離が近すぎるがゆえに、患者の発症の原因を作ってしまうのではないかとということが示唆された。また、先行研究で接触経験と社会的距離が大きく関係しているとの報告があるように、一般家族においては精神障害者とのかかわりが少ないことから社会的距離が低かったといえる。

2) 精神障害に対する知識の量の違いについて比較するために、精神科の知識度(KIDI)で調査を行った結果、患者家族の方が知識度が高かった。患者家族は日常的に当事者と関わる中で病気について知ることがあったり、診察に同伴した際に医者に質問して学んだり、また、家族会に参加することで知識を得たりというように学ぶ機会があるということが考えられた。

3) 統合失調症に対するイメージの違いについて比較するために、SD法を用いて調査を行った。因子分析を行ったところ、患者家族では『人柄』『活動性』『社会性』の3因子が抽出され、一般家族では、『身近での関わり』『社会との関わり』の2因子が抽出された。このように患者家族と一般家族で“社会”という面で共通する部分があったが、細かく見たところ一般家族の方で統合失調症者の性格や人格に対する偏見があるということが示唆された。

4) 半構造化面接においては、知識度は患者家族が高い結果であったが、イメージに結びつく項目において患者家族と一般家族の間に有意差はなく、とも

に統合失調症に対してネガティブなイメージを持っていた。患者家族に関しては、患者の一番悪い状況を知っており、それに対する不安があるということが考えられた。また、一般家族においては、病気を知らない不安から、TVや新聞、噂などから危険なイメージであったと考えられ、正確な情報を伝えることが必要であることが分かった。

5) 知識の量の違いが社会的距離に差があるかについて精神科の知識度(KIDI)の総得点からlow群・high群に分け調査を行った。その結果、患者家族と一般家族共に知識の量の違いが社会的距離に影響を及ぼすという結果ではなかった。今回のこの結果は先行研究と同様の結果でなかったため、今後同じような研究においては、対象者数や調査法などを考慮して行う必要がある。

6) 精神的な健康度において、患者家族と一般家族共に精神的に健康であった。今回対象とした患者家族は家族会に参加しており、そこで同じ悩みや不安を抱える家族同士で話すことで共感しあい、溜め込んでいたストレスも発散できている結果ではないかと考えられた。

以上をふまえて、患者家族・一般家族に対する支援のあり方を示すと次の通りである。まず、一般家族の社会的距離を高めるためには、先行研究において報告されているように接触経験が必要である。何らかの機会に触れ合うことで精神障害者に対し共感を引き起こす部分はあると考える。しかし、ただ単に接するだけでイメージを変えることができるのかは疑問である。精神障害者の悩みや不安を実際に聞いたり、家族の抱える悩みを聞いたり主體的な関係として接することができて初めてイメージというもの少しずつ変わっていくのではないだろうか。また、接触経験をしてもらうこと以外にも、精神障害者について正しい知識を持ってもらうための啓発活動や施設の開放化などの地域に対する積極的な活動が必要だと考える。

そして、当事者を抱える患者家族であるが、今回の研究結果から患者家族の思いを知り、家族が重みを背負っているという事実を改めて知ることができ、私たちはこのような事実を受け止める必要がある。患者家族に対しては正しい知識の提供と孤独感を感じさせないための支援が必要である。現在、精神障

害を持つ家族への援助は個別援助の他に、家族が病気を学び交流を図る「家族教室」が保健所や医療機関、家族自身で行われており、家族相談会、家族懇談会や心理教育的な家族援助が行われている。このような援助を行うにあたっては、家族のニーズを踏まえ、病気の知識や患者への対応などイメージを変えていくためにも具体的な情報を提供し、生活の中で活かしていけるような「援助者」としての側面のサポートをしていくことが大切である。そして、家族だけではなく、当事者や地域の住民が不安を抱え生活しにくい状況を少しでも改善していくために「生活者」として側面的なサポートを行い、それぞれのニーズに沿った援助の提供を行っていかなければならない。

今後の展望として、本研究において、患者家族と一般家族の統合失調症に対する社会的距離やイメージの現状を知ることができたため、今後は、現在の支援や政策にはどのようなものがあるのか、そしてその限界と課題について考察したい。

引用・参考文献

- 1) 赤須知明：精神障害を持つ人の家族への援助。Japanese Journal of Clinical Psychology, vol.1 No.4, 2001
- 2) Erving Goffman：ステイグマの社会学。せりか叢書, 1987
- 3) Guido M.Crocetti：偏見・ステイグマ・精神病。星和書店, 1978
- 4) 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-。日社精医誌9, 2000
- 5) 国際法律家委員会：精神障害患者の人権 国際法律化委員会のレポート。明石書店, 1996
- 6) 小原聡子, 西尾雅明, 牧尾和彦, 大島巖, 伊藤順一郎：罹病期間からみた家族のニーズと家族教室に求めるもの-全国精神障害者家族会連合会家族支援プログラムモデル事業の参加した家族へのアンケート調査から。病院・地域精神医学 44(3), 2001
- 7) 岡上和雄, 石原邦雄：「精神障害者」に対する態度と施策への方向づけ。社会保障研究 21(4)

- 378-385, 1986
- 8) 岡上和雄, 大島巖, 荒井元傳：日本の精神障害者. ミネルヴァ書房, 1998
- 9) 岡上和雄, 吉住昭, 大島巖, 滝沢武久：精神保健福祉への展開－保健福祉ニードからみた到達点と課題－. 相川書房, 1998
- 10) 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 ; 25-37, 1992
- 11) 大島巖：調査結果からみた精神障害者施設の地域定着化の条件と課題. 星和書店, 1992
- 12) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 他：精神分裂病を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連. 精神経誌 96 ; 493-512, 1994
- 13) 大谷藤郎：現代のスティグマ－ハンセン病・精神病・エイズ難病の艱難. 勁草書房, 1995
- 14) 前田正治, 連理貴司, 落合理影ほか：分裂病者や家族に対する疾病・薬物知識度調査 (KIDI) の結果について. 日社精医誌 2 ; 173, 1994
- 15) 町沢静夫, 佐藤寛之, 沢村幸：精神障害者に対する態度測定－患者群・患者家族群・一般群の比較. 臨床精神医学 19(4), 1990
- 16) 三田優子, 山崎喜比古：精神障害回復者と地域住民の共生にかかわる住民側の要因. 星和書店, 1992
- 17) 中村真, 川野健治：精神障害者に対する偏見に関する研究－女子大学生を対象にした実態調査をもとに－. 川村学園女子大学研究紀要 13巻. 1号. 2002
- 18) 連理貴司：精神分裂病に対する心理教育ミーティングの効果－疾病・薬物知識度調査の結果から－. 精神医学 37, 1031-1039, 1995
- 19) 酒井佳永, 金吉晴ほか：精神分裂病患者の家族の負担に関する研究－患者の病識と家族の精神疾患への認識と関連－. 精神医学 44(10), 2002
- 20) 高木俊介：精神障害者へのスティグマをなくすために－WPA (世界精神医学会) の反スティグマ活動について. 心と社会 No.111, 2003
- 21) 内野俊郎, 前田正治ほか：統合失調症のスティグマに対する心理教育的介入の効果. 総括研究報告書, 2004
- 22) 焼山和憲, 伊藤直子ほか：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 vol.7, 2003
- 23) 山内隆久：対人接触による障害者に対する偏見解消. 日本社会精神医学会雑誌 5(1), 1996
-