

精神障害者に対する偏見減少のための教育的介入の効果

高校生における教育的介入の評価

ヤマグチ ソウセイ ミノ ヨシオ
山口 創生* 三野 善央^{2*}

目的 本研究の目的は、高等学校の生徒において精神障害者に対する偏見を減少させるための介入プログラムを実施し、そのプログラムを評価し、効果を検証することである。

方法 近畿圏内の公立高等学校に通う2・3年生（16～18歳）を対象とし、180人（介入群99人と対照群81人）の生徒に質問紙票を配布した。

介入方法については、精神保健福祉全般についての授業一時限（50分）と当事者の語り一時限（50分）とした。

調査方法は自己式質問紙票調査を用いた。同じ学校・同じ学年で介入群：上記の介入を行う群と、対照群：介入を行わない群を設け、それぞれに初回調査、介入から1週間後（第2回調査）、2～3か月後（第3回調査）に同様の質問紙票を用いて追跡調査を実施し、その結果を比較した。

結果 回収率は介入群において初回調査：98.0%、第2・3回調査：88.9%であった。また対照群においては初回調査：90.1%、第2・3回調査：93.8%であった。介入後、介入群においては好ましい態度変容がみられた。全体的な指標として質問紙票に対する回答を点数化し、好ましい回答の平均値を比較（t-検定）すると、初回調査においては介入群：40.6 対照群：43.1であった。第2回調査においては介入群：51.1 対照群：41.5であった。3か月後の調査においては介入群：47.4 対照群：42.8であった。すなわち介入群では1週間後には、より好ましい態度変容が認められたが、対照群では変化が認められなかった。また、3か月後には介入の効果は小さくなっていった。

結論 精神障害者に対する偏見の減少を目的とした授業は高校生の態度や意識に好ましい変化を与えた。しかし、変容した態度や意識の長期間の継続は困難であり、継続的な教育の必要性が示唆された。

Key words：偏見，精神障害，こころの病，高校生，教育的介入

1 緒 言

精神障害者の地域ケアが展開される中、わが国の精神保健福祉サービスは病院入院中心であったが、1987年の精神保健法の改正を契機として、地域ケアの進展が求められてきた。しかしながら、わが国の精神病院の入院率が高く、精神科の入院患者数は約34万人にも及び、国際的に批判されて

いる。入院患者の地域移行が進まない一因として、精神障害者に対する偏見が考えられる^{1,2)}。顕著な例として、精神障害者施設を新設する際に生じる住民との摩擦や反対運動（いわゆる施設コンフリクト）があげられる³⁾。

「偏見」についての確定した定義は存在しない。偏見の概念規定は、偏見の対象が何かということや、依拠している学問領域あるいは時代によって多少の違いがあると考えられる。社会学の分野において、G. W. オルポート（1968）は偏見を、「実際の経験以前もしくは実際の経験に基づかない、人や物に対する好ましいあるいは好ましくない感情」と定義している⁴⁾。また、R. ブラウン（1999）は偏見を「ある集団の成員であるとの理

* 大阪府立大学大学院人間社会学研究科社会福祉専攻博士後期課程

^{2*} 大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科精神保健学教授
連絡先：〒599-8531 大阪府堺市学園町 1-1
大阪府立大学社会福祉学部三野研究室
山口創生

由で、その団体の成員に対して、軽蔑的な社会的態度や認知的信念の保持、否定的感情の表明、敵意や差別的行動の誘示などをすること」としている⁵⁾。辞書（大辞林）によると、偏見とは「ゆがめられた考え方・知識に基づき、客観的根拠がないのに、特定の個人・集団に対して抱く非好意的な意見や判断、またはそれに伴う感情」である。本論文で、辞書の定義を採用して論述する。

全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連）における市民を対象にした精神障害者に対する態度調査に代表される過去の態度調査、研究^{6~11)}から、現代社会においても、精神障害者に対する偏見が根深いと考えられる。

近年、精神障害者に対する偏見の減少を目的とした動きとして、「精神病患者の保護及び、精神保健ケア改善のための諸原則」の国連総会における採択（1991）、世界精神医学会（World Psychiatric Association：以下WPA 1996）におけるアンチスティグマキャンペーン、厚生労働省のこころのバリアフリー宣言（2004）などが国内外でみられる^{12,13)}。

2003年、英国において中学生における精神障害者に対する偏見・スティグマ減少プログラムの検証がなされている¹⁴⁾。わが国においても、医大生において偏見の減少を目指したプログラムの介入効果を検証し、その有効性が明らかになっている^{15,16)}。しかし、国内において、偏見の減少に有効とされる早期からの啓発、つまり中高生に対する啓発活動に関連した実証研究は決して多くない^{17,18)}。

本研究の目的は精神疾患の好発年齢にもあたる高校生に精神障害者についての教育的な介入プログラムを施し、その効果を検証することである。今後、地域で暮らす精神障害者が増加することが予想される中、精神障害者に対する偏見の減少は大きな課題となる。高校生に対する偏見の減少を試みる教育的介入における効果の検証の意味は大きいと思われる。

II 研究方法

1. 対象

対象は近畿圏内4つの公立高等学校に通う2・3年生（16～18歳）とした。対象数は180人であり、介入群99人と対照群81人に分けて、質問紙票

表1 精神保健福祉全般 授業内容

項目	内容
1 精神障害者を取り巻く日本の現状	全国の精神障害者数や入院患者数、社会的入院などの説明
2 精神疾患の原因	ストレス脆弱性モデル、遺伝などの説明
3 社会復帰	社会復帰が可能であることや社会復帰施設の説明
4 事件について（触法精神障害者問題）	事件を起こした精神障害者の検挙率やマスコミ報道の問題点を説明
5 統合失調症・うつ病（代表的な疾患の説明）	各疾患の生涯リスク、主な症状や初期症状などを説明
6 相談機関と医療機関	周囲に相談する人がいることの重要性や相談機関（公的機関やクリニックなど）の説明

表2 語りを行った当事者の特徴

	A 氏	B 氏
性別	男	女
年齢	20代後半	20代前半
診断名	統合失調症	統合失調症
主な活動場所	生活支援センター	小規模作業所
疾患の発症年齢	20歳	18歳
学生に対する語りの経験	有	無
ピア・サポーター経験	有	無

を配布した。対象となった4校中3校の介入群の生徒は福祉科あるいは福祉コースを選択した生徒であった。

2. 調査方法

調査方法は、第1に各高校において同学年で介入を施すクラスと施さないクラスを設け、それぞれを介入群（99人）と、対照群（81人）とした。第2に両群に質問紙票調査を実施した。調査は介入の1週間前に初回調査を実施し、介入から1週間後（以下、第2回調査）、2～3か月後（以下、第3回調査）に追跡調査を実施した。さらに、その結果を比較した。なお、各調査はすべて同一の質問紙票を用いた。調査は2005年8月～12月に実施した。

介入（授業）は、著者が行う精神保健福祉全般

についての授業一時限(50分)と当事者の語り一時限(50分)を行った。精神保健福祉全般についての授業は精神障害・精神疾患を取り巻く現状と代表的な疾患の簡単な説明等を行った(表1参照)。語りをした当事者は大阪府内の小規模作業所に通う当事者2人であった(表2参照)。また、高校生が共感を得やすいように、年齢が若く、かつ高校時代に発症し、講演等の経験のある当事者に協力を得た。語りは自らの体験、特に精神疾患を患った時の周囲の対応と彼らが病気と付き合いながら生きていくと決めた出来事(ターニングポイント)を中心に構成された。

質問紙票は①『こころの病についての知識』とこころの病をもった人に対する『心理的距離』を測るものとして、2002年にイギリスにて実施された、中学生におけるこころの病に対する態度・意識調査研究で使用された質問紙票の内、14~16項目(カテゴリーI・II)¹⁴⁾、②『精神障害者に対する意識・態度』を測るものとして、1997年に全家連が行った全国調査やMinoらが高知大学・岡山大学の学生を対象に行った調査の際に使用した質問紙票の内、10項目(カテゴリーIII)^{8~11,16)}、③『社会的距離』を測るものとして、ボルチモアの調査¹⁹⁾やMinoら調査^{15,16)}で使用された質問紙票の内、5項目(カテゴリーIV)で構成した。先述した辞書による偏見の定義を精神障害やこころの病に当てはめると「精神障害やこころの病に関する正しい知識なしに、不利益・不平等な扱いをする、あるいは不名誉を与えること」と考えられる。質問紙票の『こころの病についての知識』と『精神障害者に対する意識・態度』は主に正しい知識に焦点を当てた質問項目であり、『心理的距離』と『社会距離』は精神障害やこころの病を持った当事者に対する関わり方や関係に焦点を当てた質問項目であった。

これらの質問紙票のCronbachの α 信頼性係数は介入群・対照群全体で0.853であった。

質問紙票の配布・回収は調査協力者に依頼し、調査協力者の授業時間やホームルームの時間に実施し、その場で回収する方法をとった。回収率をあげることを考え、調査票は無記名とした。

3. 解析方法

統計学検的有意差の検定にはSPSSより、 χ^2 検定を用いた。2×2表の有意差検定において、観

察値に5以下がある場合にはFisherの直接確率法を採用した。また、平均値の差の検定ではt検定(両側)を用いた。調査票は無記名としたため、繰り返し測定の分散分析は行えなかった。

4. 倫理的配慮

質問紙票には氏名記入欄がなく、個人を断定できないことや成績と関係がないことを質問紙票の導入部分に記載した。また質問紙票配布の際に、各高校の調査協力者が記入内容や記入しないことに関しての不利益が生じないことを生徒に口頭で伝えた。回収した質問紙票は大阪府立大学社会福祉学部にて厳重に保管した。

III 結 果

1. 調査票の回収率

有効回収率は、介入群においては初回調査が98.0%、97人、第2回調査が88.9%、88人、第3回調査88.9%、88人であった。対照群においては、初回調査が90.1%、73人、第2回調査が93.8%、76人、第3回調査が93.8%、76人であった。

2. 調査結果

初回調査において、介入群と対照群に統計的な差がみられた項目はI-①「こころの病を持った人と話すのは難しい」($P=0.019$)とIV-③「隣に引っ越してくる」($P=0.046$)であった。2つの項目は共に対照群において好ましい回答が多い結果となった。

介入群における初回調査と第2回調査の結果を比較すると、ほぼすべての項目において、好ましい回答が大幅に増加し、有意な差が出る結果となった。しかし、介入群における第2回調査と第3回調査を比較すると、全体的に好ましい回答が減少する結果となった。特にI-④「統合失調症の人は分裂した人格を持つ」($P=0.040$)、I-⑧「一生のうちに1/4の人がこころの病にかかる」($P=0.026$)、III-①「誰でも精神障害になる可能性がある」($P=0.040$)、III-⑩「普通でない行動は病状が悪いときだけである」($P=0.008$)、IV-④「自分の家の部屋を貸す」($P=0.025$)の項目では有意に好ましい回答が減少していた。対照群において、3回の調査結果に目立った変化はみられなかった(表3~6参照)。

また、介入群と対照群の第2・3回調査結果を比較した。初回調査において、両群にほとんどの

表3 I 『こころの病に関する知識』調査結果(好ましい回答)

質 問		初回調査(%)	第2回調査(%)	第3回調査(%)
①こころの病をもった人と話すのは難しい	介入群 (n=99)	16.5	71.6***	56.8***
	対照群 (n=81)	33.3	36.5	38.2
②こころの病を持った人は暴力的になりがちである	介入群	33.0	65.5***	53.4*
	対照群	30.6	35.1	43.3
③こころの病はストレスによって起きる	介入群	59.8	71.6	60.9
	対照群	58.3	54.1	52.6
④統合失調症の人は分裂した人格を持つ	介入群	16.1	64.8***	46.0***(*)
	対照群	7.1	21.6*	24.0
⑤こころの病を持った人は回復できる	介入群	76.3	90.9*	83.9
	対照群	81.7	78.4	82.9
⑥こころの病を持った人は弱く、自分自身を責めがちである	介入群	12.4	24.1	19.5
	対照群	2.8	12.2**	19.7*
⑦こころの病を持った人は何をするかかわらない	介入群	15.5	54.5***	43.7***
	対照群	12.5	24.3	25.0
⑧一生にうちに1/4の人がこころの病にかかる	介入群	20.6	60.9***	41.4***(*)
	対照群	28.2	23.0	27.6
⑨こころの病を持った人への偏見がある	介入群	43.3	62.1**	55.2
	対照群	59.7	47.3	51.3

*** 初回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$ にて有意差あり

(***) 第2回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ (***) $P < 0.01$ (*) $P < 0.05$ にて有意差あり

表4 II 『心理的距離』調査結果(好ましい回答)

質 問		初回調査(%)	第2回調査(%)	第3回調査(%)
①こころの病を持った人と話すのは怖いですか？	介入群 (n=99)	19.6	47.7***	28.7
	対照群 (n=81)	31.9	24.3	22.4
②こころの病を持った人がクラスにいたら、あなたは混乱したり、動揺したりしますか？	介入群	40.2	67.0**	57.5
	対照群	55.6	40.5*	42.1
③こころの病を持った人と友達になれますか？	介入群	17.5	38.6**	29.9
	対照群	25.0	24.3	19.7
④もし家族にこころの病を持つ人がいたら、それを友人に知られると困りますか？	介入群	40.2	59.1*	55.2
	対照群	49.3	36.5	36.8

*** 初回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$ にて有意差あり

項目で有意な差は見られなかったが、第2回調査において両群を比較すると、I 『こころの病についての知識』の категорияにおいて6項目、II 『心理的距離』の categoriaにおいてはすべての

項目、III 『精神障害に対する意識・態度』の categoriaにおいては8項目、IV 『社会的距離』の categoriaにおいては1項目、計19項目において介入群に好ましい回答が多く、かつ有意に差があら

表5 III『精神障害者に対する意識・態度』調査結果（好ましい回答）

質 問		初回調査(%)	第2回調査(%)	第3回調査(%)
①誰でも精神障害になる可能性がある	介入群 (n=99)	83.3	95.5*	86.0(*)
	対照群 (n=81)	84.7	81.3	92.1
②精神障害者の行動は理解できない	介入群	20.8	58.6***	55.8***
	対照群	31.9	28.0	34.2
③精神障害者が自分自身で健康管理することは期待できない	介入群	34.7	64.4***	61.6**
	対照群	33.3	40.0	39.5
④入院患者は病院内で暮らすのが良い	介入群	45.3	69.8**	57.0
	対照群	47.2	39.7	43.4
⑤精神病院が必要なのは精神障害者が乱暴や事件を起こすから	介入群	35.8	61.6**	48.8
	対照群	40.3	37.8	38.2
⑥精神障害者が一人あるいは仲間同士でアパートを借りて生活するのは心配だ	介入群	16.0	57.5***	48.8***
	対照群	22.2	25.3	34.2
⑦精神病院に入院した人でも、信頼できる友人になれる	介入群	48.9	73.6**	65.1*
	対照群	63.9	57.3	57.9
⑧家族に精神障害者がいるのを知られるのは恥だ	介入群	57.9	78.2**	76.7*
	対照群	61.1	60.0	67.1
⑨精神障害者でも入院せずに社会生活ができる	介入群	54.7	72.4*	76.5**
	対照群	64.8	60.0	57.9
⑩普通でない行動は病状が悪いときだけである	介入群	33.7	66.7***	43.5(**)
	対照群	38.0	29.3	35.5

*** 初回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$ にて有意差あり
 (***) 第2回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ (**) $P < 0.01$ (*) $P < 0.05$ にて有意差あり

表6 IV『社会的距離』調査結果（好ましい回答）

質 問		初回調査(%)	第2回調査(%)	第3回調査(%)
①地域クラブでの参加を認める	介入群 (n=99)	91.6	96.6	94.0
	対照群 (n=81)	94.4	91.9	93.4
②隣に引っ越してくることに反対しない	介入群	78.7	90.7*	86.7
	対照群	90.3	86.7	85.5
③職場で一緒に働く（学校で一緒に学ぶ）	介入群	91.6	98.9*	91.6
	対照群	95.8	94.7	90.8
④自分の家の部屋を貸す	介入群	27.4	43.0*	50.6**(*)
	対照群	35.2	36.5	36.8
⑤自分の子どもが結婚することに反対しない	介入群	47.4	62.8*	58.5
	対照群	50.0	46.7	52.0

*** 初回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$ にて有意差あり
 (***) 第2回調査と比較して、 χ^2 検定にて $P < 0.001$ (**) $P < 0.01$ (*) $P < 0.05$ にて有意差あり

われる結果となった。第3回調査においてはI『こころの病についての知識』の категорияにおいて3項目、III『精神障害に対する意識・態度』の categoriaにおいて4項目、計7項目において介入群に好ましい回答が多く、かつ有意に差があらわれる結果となった。

全体的な変化の指標として、回答を点数化し、I・IIIでは「好ましい回答」を2点、「そうではない回答」を0点、「どちらともいえない」を1点とし、またIIでは好ましい順に4-0点とし、IVでは「好ましい回答」を2点、「そうではない回答」を0点として、全項目の合計点を算出し、平均点を比較(t検定)した。それぞれの平均値(標準偏差)は初回調査においては介入群:40.6(8.0) 対照群:43.1(7.6)であった。第2回調査においては介入群:51.1(7.5) 対照群:41.5(9.2)であった。3か月後の調査においては介入群:47.4(10.0) 対照群:42.8(9.5)であった。対照群に目立った変化はなかったが、介入群における初回調査、第2・3回調査の平均点を比較するといずれも有意に差があらわれる結果となった。

IV 考 察

調査結果から介入(授業)は精神障害者に対する意識・態度変容に一定の好ましい効果をもたらしたと考えられる。介入群における第2回調査では初回調査と比較して、28項目中25項目で好ましい回答が増加しており、有意な差が出る結果となった。

Pinfoldらが英国の中学生を対象に行った調査では、本調査と同様にほぼすべての項目(カテゴリーI・II対応)で好ましい回答が有意に増加していた¹⁴⁾。たとえば、「こころの病を持った人と話すのは難しい」(初回:39%第2回:63%第3回:55%)、「こころの病を持った人は暴力的になりがちである」(初回:37%第2回:70%第3回:56%)では、本調査と類似した結果となっていた。

本調査やPinfoldらの調査において、態度変容が認められたことには2つの要因が考えられる。第一に、調査対象として本調査が高校生であったことがあげられる、つまり、早期からの介入、教育を行った点をあげることができる。海外ではG. W. オルポートらが早くから、偏見の減少と早期教育の関係を訴えていた¹⁸⁾。また、近年日本

においても、偏見の減少を目指す上での早期教育の重要性が述べられている^{19~22)}。第二に、本調査の介入方法が精神保健に関する授業と当事者の語りで構成されたことがあげられる。本調査の介入は「語り」であり、共同作業を行う接触体験とは部分的に異なるが、接触体験については山内¹⁸⁾や黒田¹⁰⁾など多くの研究者がその重要性を述べている。これまでに当事者との接触体験と偏見の少なさとの関連が指摘されているが、本調査で取り入れた「当事者の語り」はこうした接触体験となつたとも考えられる。

上記に列挙した要因そして介入群と対象群における態度変容の比較から、本研究における介入が一定の効果を示すと考えられる。しかしながら、介入群における第3回調査の結果においては好ましい回答が全ての項目で減少しており、平均点においても第2回調査と比べ低い点数となっていた。Pinfoldらの調査においても同様の結果であった。一度の介入による効果の限界と変容した意識・態度の継続が困難であることが示唆された。

本研究において、限界としていくつかの点があげられる。第1に、本研究の対象は介入(授業)および3回の質問紙票への記入可能な高校を探索し、協力を得た高校であった。また4校中3校の介入群の生徒は福祉コースを選択しているため、普通科の生徒と比較した場合に授業の内容をより深く理解した可能性がある。つまり高等学校の選択、介入群と対照群の割り付けは無作為ではない。第2に高校側からの要望により出席番号などで個人を特定することはできず、個人を特定した場合に可能な統計学的分析が不可能であった。

第3に、使用した質問紙票の妥当性があげられる。質問紙票のカテゴリーI・IIについてはWPAの反スティグマ学校計画におけるツールをもとに英国にて、中学生用に作成されたものである¹⁴⁾。また、カテゴリーIII・IVは成人以上の市民を対象に作成されたものである。対照群において、初回調査と第2回調査を比較すると、後者で、統計学的な有意差は出なかったが、各カテゴリーでの平均点が低い結果となっていた。介入(授業)を行っていない生徒にとって、こころの病・精神障害に関するテーマは関心が低く、理解するのに困難な質問紙票であった可能性がある。

わが国の精神病院の入院率は依然として高く、

地域ケアの発展が求められている。そのような中で、国も地域ケアの発展をめざし、精神障害者に直接関わる制度や施策を改善し、整備しはじめている。1999年精神保健福祉法改正、2006年障害者雇用促進法における障害者雇用率への精神障害者の包含など、精神障害者に関わる地域ケアが推進され、今後地域で暮らす当事者が増加の一途をたどることは明らかである。一方で、日本国内では多くの施設コンフリクトが発生している。大阪府内だけに焦点を当てても、当事者会の施設設立時(1999)、支援センター設立時(2003)等で施設コンフリクトが発生している。また日本精神保健福祉士協会は厚生労働省に向けて提出した2005年度要望書の中で精神障害者の施設コンフリクトの存在を明記している。これらの事実は地域社会においていまだに精神障害者に対する偏見が根深いことを露呈している。大島は施設コンフリクトの原因の一つとして、地域住民のステレオタイプ化や精神障害者に対する偏見について言及している³⁾。さらに、その対策として教育機関やマスコミの報道あるいは精神保健福祉従事者の地域社会への働きかけの重要性をあげている^{10,11)}。偏見の存在は住民の差別的態度にもつながり、当事者や家族を苦しめる一因となると考えられる。また、疾患の受容を困難にし、さらには受診抑制や福祉サービス利用抑制につながりうる。将来を担う高校生に精神障害に関する正しい知識を施すことは今後さらに重要性を帯びてくると考えられる。

本研究は高校生に対する介入(早期介入)における一定の効果を検証した。高校生への介入を普及させるために、さらには偏見のない地域社会を形成するために、私たち精神保健従事者が積極的に中学生や高校生に授業を行えるように地域の教育機関にアプローチすることも重要な課題である。また、今後、高校生だけに限らず様々な世代や場面での偏見減少のプログラムを検証する必要があるであろう。

(受付 2006.10.20)
(採用 2007.10.19)

文 献

- 1) Mino Y, Koder R, Bebbington P. A comparative study of psychiatric services in Japan and England. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 416-420.
- 2) Oshima I, Mino Y, Inomata Y. Institutionalization and schizophrenia in Japan: Social environments and negative symptoms: Nationwide survey of in-patients. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 50-56.
- 3) 大島 巖. 新しいコミュニティーづくりと精神障害者施設. 東京: 榊星和書店, 1992; 284-293.
- 4) G. W. オルボート (原谷達夫・野村昭, 訳). 偏見の心理. 東京: 榊培風館, 1968; 5-30.
- 5) R. ブラウン (橋口捷久・黒川正流, 編訳). 偏見の社会心理学. 東京: 榊北大路書房, 1999; 10-33.
- 6) 進藤隆夫. 精神障害者に対する住民の意識態度. *公衆衛生* 1967; 32: 47-54.
- 7) 加藤雅明. 社会と精神病理. 東京: 弘文堂, 1976; 182-196.
- 8) 宗像恒次. 精神医療の社会学. 東京: 弘文堂, 1984; 27-94.
- 9) 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付け. *社会保障研究* 1986; 21: 373-385.
- 10) 黒田研二. スティグマの克服にむけて. *社会問題研究* 2001; 50: 87-119.
- 11) 大島 巖, 川村香織, 竹島 正. 地域住民の精神障害者観と啓発活動の方策. *REVIEW* 1999; 26: 40-43.
- 12) Pilgrim D, Rogers A. Psychiatrists as social engineers: A study of an anti-stigma campaign. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 2546-2556.
- 13) World psychiatric association (日本精神神経学会監訳). *Schizophrenia—Open the door (こころの扉を開く)*. 東京: 榊医学書院, 2002; 101-134.
- 14) Pinfold V, Thornicroft G, Toulmin H, et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary school. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 342-346.
- 15) Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, et al. Effect of medical on attitudes towards mental illness among medical student: A five-year follow-up study. *Acta Med Okayama* 2000; 54: 127-132.
- 16) Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, et al. Effects of a one-hour educational program on attitudes towards mental illness among medical students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 55: 501-507.
- 17) 橋本好市. 障害者への偏見変容のために必要な接触体験における視点の検証. *社会福祉士* 2002; 9: 79-86.
- 18) 山内隆久. 対人接触による障害者に対する偏見解消. *現代のエスプリ* 1999; 384: 205-221.
- 19) G. M. クロセッティ (加藤正明, 監訳). 偏見・スティグマ・精神病. 東京: 榊星和書店, 1978; 31-37.
- 20) 上瀬由美子. ステレオタイプの社会心理学. 東

- 京：サイエンス社，2002；118-124.
- 21) 山内隆久. 偏見解消の心理：対人接触による障害者の理解. 東京：ナカニシヤ出版，1996；30-55.
- 22) 中川喜代子. 偏見と差別のメカニズム. 東京：榊明石出版，1998；7-12.

Effects of an educational intervention to reduce prejudice toward the mentally disabled among high school students

Sosei YAMAGUCHI* and Yoshio MINO^{2*}

Key words : prejudice, the mentally disabled, mental health problems, high school, educational intervention

Objective To assess the efficacy of an educational intervention among high school students aimed at increasing correct knowledge of mental health and reducing prejudice toward the mental disabled.

Methods A total 180 high school students (intervention group 99; control group 81) participated in the investigation. The intervention program comprised a 1 hour session about mental health and a 1 hour lesson in which 2 persons suffering from mental illness narrated their experiences. The study design was a pre and post questionnaire survey (after 1 week and after 2~3 months).

Results In the intervention group, the response rates were 98.0% in the pre questionnaire survey, and 88.9% in the post questionnaire survey. In the control group, the response rates 90.1%, and 93.8%, respectively. In the intervention group, means of positive attitude scores (t-test) rose significantly from 40.6 at baseline to 51.1 after 1 week and 47.4 after 2~3 months. In the control group, mean positive attitude scores were 43.1 at baseline and 41.5 after 1 week, and 42.8 after 2~3 months. After one week of the program, favorable attitudinal changes were observed in the intervention group. However, after 2~3 months, favorable answers were reduced. In contrast, no significant change was observed in the control group.

Conclusion An educational program can produce favorable attitudinal changes regarding the mental disabled. On the other hand, the results suggest that it is difficult to maintain favorable attitudinal changes with this program over time.

* Postgraduate School of Osaka Prefecture University

* Mental Health Section, Department of Social Welfare, School of Human Science, Osaka Prefecture University