

令和 3 年度 学 位 論 文

論 文 題 目

〈邦 文〉

精神医療の質の向上を目指した
薬剤師の精神疾患に対するスティグマ
是正のための教育プログラムの開発

〈欧 文〉

Development of an educational program for pharmacists to
reduce stigma of mental illness with the aim of improving
the quality of psychiatric care

名城大学大学院 薬学研究科 薬学専攻 博士課程

氏 名

藤 井 知 郎

目次

略語一覧-----	1 頁
序論-----	2 頁
第 1 章 本邦でのインターネットを用いた精神疾患に対する医師、看護師、薬剤師、及び一般市民の スティグマに関する調査	
緒言 -----	6 頁
方法 -----	6 頁
結果 -----	11 頁
考察 -----	24 頁
小括 -----	27 頁
第 2 章 患者と対話する教育プログラムが保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマに 及ぼす効果	
緒言 -----	28 頁
方法 -----	29 頁
結果 -----	31 頁
考察 -----	34 頁
小括 -----	35 頁
第 3 章 保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度 (Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists : SSCP) の開発 及び SSCP を用いた薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマを是正する 教育プログラムの効果の検討：ランダム化比較試験	
緒言 -----	36 頁
第 1 節 保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度 (Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists : SSCP) の開発	
方法 -----	37 頁
結果 -----	40 頁
第 2 節 SSCP を用いた薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマを是正する 教育プログラムの効果の検討：ランダム化比較試験	
方法 -----	44 頁
結果 -----	47 頁
考察 -----	51 頁
小括 -----	54 頁
総括 -----	55 頁
謝辞 -----	57 頁
引用文献-----	58 頁

略語一覧

略語	英語	日本語
IATM	Index of Attitudes toward the Mentally ill	精神疾患の考え方の指標
MANOVA	Multivariate ANalysis of Variance	多変量分散分析
QOL	Quality of Life	生活の質
SSCP	Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists	保険薬局薬剤師の統合失調症患者 に対するスティグマ評価尺度
WMHS	World Mental Health Survey	世界精神保健調査
WS	Workshop	ワークショップ
WSDS	Whatley's Social Distance Scale	ワトリーの社会的距離尺度

序論

本邦において、精神疾患は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病と並ぶ 5 大疾病の 1 つとして位置付けられており、その患者数は、5 大疾病の中でも最も多く、2017 年には約 420 万人に達している¹⁾。また、2016 年発行の世界精神保健調査 (WMHS : World Mental Health Survey)²⁾によれば、本邦における精神疾患の生涯有病率は約 23%と報告されており、精神疾患は約 5 人に 1 人が生涯に 1 度は罹患する身近な疾患と言える。

この精神疾患に関わる本邦の重要な課題の 1 つに、長期入院と地域社会での患者受け入れの問題がある。2004 年に厚生労働省が提示した精神保健医療福祉の改革ビジョンでは、「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」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」の目標が掲げられ、精神疾患患者の長期入院解消のために「入院医療中心から地域生活中心へ」の方策を推進していくことが示された³⁾。しかし、2017 年の推計では、精神病床における全入院患者の約 6 割強に当たる約 17 万人が 1 年以上の長期入院であることが報告されており⁴⁾、長期入院を解消し、患者の地域移行・地域定着を推進することが国の重要な課題となっている。この原因として、退院困難者のうち約 3 割は、「居住・支援がないため」退院が困難であることが挙げられている。一方、精神療養病棟の入院患者においては、その約 4 割が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能であることから⁴⁾、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができる「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」⁴⁾の構築が必要である。

しかしながら、国民の間には、「精神疾患患者は何をするか分からないため危険な存在である」といったスティグマ (偏見・差別) が存在しており⁵⁾、先の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においても患者の地域移行・地域定着の阻害要因として挙げられている³⁾。このような精神疾患に対するスティグマは、3つの要素、すなわち、①知識 (無知)、②態度 (偏見)、③行動 (差別) で構成される (図 1)^{6,7)}。

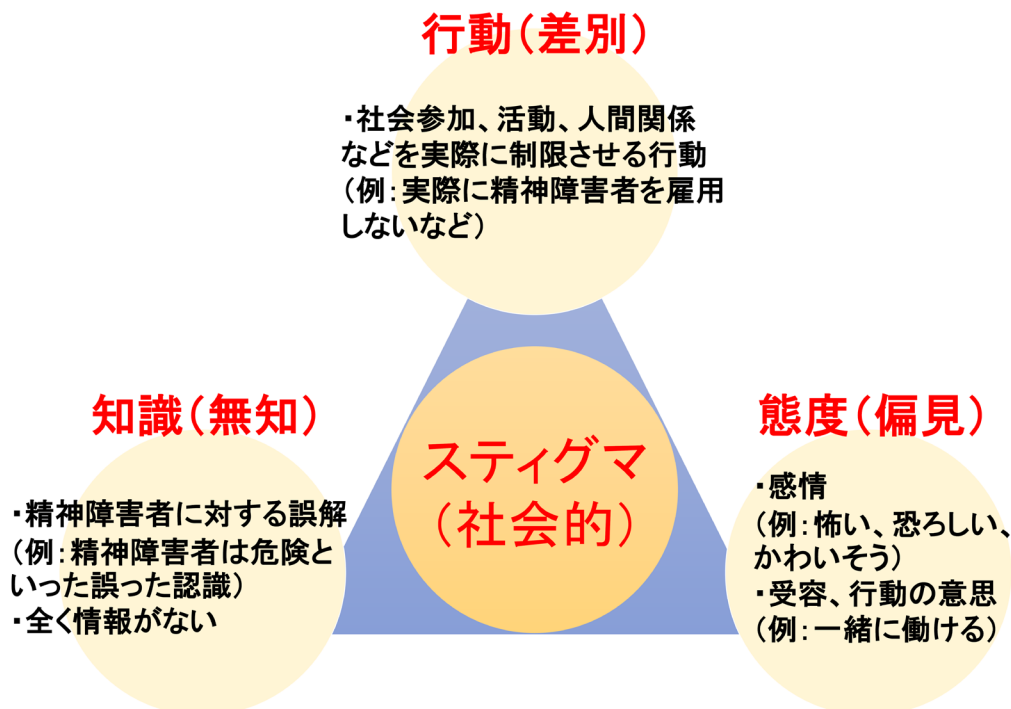


図 1. 精神疾患に対するスティグマの定義とフレームワーク (文献 7 より引用)

「知識」には、「精神疾患患者は危険」などの精神疾患に関する知識不足とそれに伴う固定観念などが含まれ、「態度」は、「精神疾患患者は危険だから一緒に働きたくない」などの誤った固定観念に基づく偏見、否定的・批判的な態度や信念を指し、「行動」は、実際に行われる差別的な行為を指す⁸⁾。患者の援助希求の低下による医療介入の遅延、居住、就労及び社会資源の活用の制限など、スティグマは、患者の地域社会における安心した自分らしい暮らしの妨げの要因となっている。

このようなスティグマに対処すべく、厚生労働省は、2004年に精神疾患に対する国民の正しい理解を促すための啓蒙活動として「こころのバリアフリー宣言」を打ち出したが⁹⁾、その後の報告においても、本邦における精神疾患患者に対するスティグマは諸外国と比較して依然高いことが指摘されている¹⁰⁾。さらに、このスティグマについては、一般市民だけでなく、患者に対して医療を提供する側である医療従事者のスティグマが問題視されている¹¹⁻¹⁴⁾。精神疾患患者にとって、医療従事者は日常生活を送る上で重要な存在であるが、精神疾患患者の16～47%は医療従事者によるスティグマを感じていることが報告されている¹⁵⁻²⁰⁾。また、実際に、医療従事者のスティグマが、精神疾患患者に対する身体ケアの質の低下、患者の治療及び回復へのアクセスに対する障壁となることが世界的にも広く認識されている²¹⁻²³⁾。地域社会、医療施設が患者にとって安心できる場所であるためには、医療従事者の精神疾患患者に対するスティグマをなくし、患者との信頼関係を構築する必要がある。「こころのバリアフリー宣言」⁹⁾の運動と医療従事者の意識の変革は、地域での患者の受け入れ態勢を整え、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」⁴⁾を構築するための医療を目指す上で必要不可欠なものである。

統合失調症やうつ病に代表される精神疾患の治療の中心は薬物療法であり、患者は長期に及ぶ治療が必要となる。しかしながら、その治療過程において、自覚症状の一時的な改善や副作用発現などから服薬の自己中断による再燃・再発率が高いことが課題となっている。そのため、治療薬に対する理解の向上や不安の軽減、効果・副作用のモニタリング、副作用発現時の早期介入などにより、患者のアドヒアランスを向上させることが重要であり、このアドヒアランスの向上には薬剤師の積極的介入の有用性が報告されている²⁴⁻²⁸⁾。薬剤師が患者の服薬継続を支援するためには、生活背景や症状の経過などの情報収集に基づき服薬指導を行う必要がある。しかし、薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマが、薬剤師の患者応対を困難なものにし、その職能発揮の妨げとなることが報告されている^{12, 14, 29-31)}。実際に、精神疾患患者は、医療従事者から提供された薬の情報の質と量に不満を感じていることが指摘されており³²⁾、薬剤師の抱くスティグマは、患者の服薬行動を障害し、ひいては服薬中断による症状悪化が懸念される。薬剤師のスティグマを是正するためには、適切な教育的介入（教育プログラム）が必要である。その方策として、海外の報告³³⁾では、患者との心理的距離や態度の改善を図ることが重要であり、そのためには講義のような知識習得に基づく啓発だけでなく、コミュニケーションなどの患者との良好な接触体験に基づく啓発が効果的であることが示唆されている。しかし、本邦において、精神疾患患者に対する薬剤師のスティグマの現状に関する詳細な調査はほとんど行われておらず、また、薬剤師のスティグマを是正するための教育的介入の方法及びその効果について検証した報告はみられない。また、このような教育的介入の効果を評価するためには、スティグマの程度と特徴を測定するための評価尺度が不可欠である。しかし、これまで用いられてきたスティグマの評価尺度は、薬剤師の職能の妨げとなるスティグマを十分に反映しておらず、薬剤師のスティグマを是正するための教育的介入の効果を評価するためのツールと

して十分なものとは言えない。

以上を背景として、本研究では、以下の3つの課題を解決することを目的とした。

第1章では、本邦における薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマの程度と特徴を把握することを目的に、医師、看護師、薬剤師、及び一般市民を対象にインターネット調査を実施した。本研究により、薬剤師のスティグマ是正には患者との社会的距離を改善する必要があることを明らかにした。

第2章では、本邦においては、精神疾患の中でも統合失調症に対するスティグマが特に根強く、増加の一途を辿る外来患者の服薬支援に携わるのは保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）である点に着目し、薬局薬剤師の統合失調症患者に対する社会的距離を改善することを目的に、「統合失調症患者との対話」を用いた教育プログラムの有用性を検討した。本研究により、「統合失調症患者との対話」を用いた教育プログラムによって、薬局薬剤師の統合失調症患者に対する社会的距離が是正されることが示唆された。

第3章では、統合失調症患者に対する薬局薬剤師に特化したスティグマ評価尺度（**Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists : SSCP**）を開発し、その信頼性と妥当性の検討を行った。さらに、この新たに開発した評価尺度である SSCP を用いて、薬局薬剤師を対象に、第2章で実施した「統合失調症患者との対話」に「統合失調症に関する講義」を組み合わせた教育プログラムのスティグマ是正効果を、ランダム化比較試験を用いて検証した。本研究により、薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマは、「統合失調症患者との対話」により是正されることを明らかにした。

以上の知見により、薬局薬剤師が統合失調症患者に対するスティグマを自覚し、疾患や患者自身に対するスティグマを是正することが、患者に対して薬剤師が適切な服薬支援を行う上で重要であることが示唆された。統合失調症患者が安心して継続的な治療を受けられる地域包括ケアシステムの一翼として地域の保険薬局が機能することで、患者に効果的な回復をもたらすことができるものと考えられる。

本論文は以下に示す既に公表された論文を総括したものである。

1. **Tomoo Fujii, Manako Hanya, Masanori Kishi, Yuki Kondo, Marshall E. Cates, Hiroyuki Kamei:** An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public
Asian Journal of Psychiatry, **36**, 1–7 (2018)
2. 藤井知郎、半谷眞七子、吉見 陽、野田幸裕、亀井浩行：患者と対話するワークショップが保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマに及ぼす効果
日本精神薬学会誌, **3**, 79–87 (2020)
3. **Tomoo Fujii, Manako Hanya, Kenta Murotani, Hiroyuki Kamei:** Scale development and an educational program to reduce the stigma of schizophrenia among community pharmacists: a randomized controlled trial
BMC Psychiatry, **21**, 211 (2021)

第1章 本邦でのインターネットを用いた精神疾患に対する医師、看護師、薬剤師、及び一般市民のスティグマに関する調査

【緒言】

精神疾患に関連するスティグマは、患者に対するケアの質の低下、患者の治療及び回復へのアクセスに対する障壁となるなど、その対策は世界的にも重要な課題である²²⁾。このようなスティグマは、一般市民だけでなく、患者に対して医療を提供する側である医療従事者のスティグマが問題視されている²¹⁾。

薬物療法が中心的な役割を担う精神疾患の治療では、多くの患者は長期の服薬継続を必要としており、患者の服薬アドヒアランスの低下は、症状の再燃や再入院を招く。そのため、個々の患者の生活に合わせた治療薬に対する理解の向上や不安の軽減、効果及び副作用のモニタリング、副作用発現時の早期介入などによる服薬アドヒアランスの維持・向上が重要であり、薬剤師の積極的介入の有用性が報告されている²⁴⁻²⁸⁾。薬剤師が患者の服薬継続を支援するためには、生活背景や症状の経過などの情報収集に基づき服薬指導を行う必要がある。しかし、薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマが、薬剤師の患者支援を困難にし、職能発揮の妨げとなることが報告されている^{12, 14, 29-31)}。

本邦における薬剤師のスティグマの程度と特徴を把握することは、薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマを是正するための適切な教育的介入（教育プログラム）を構築する上で必要となる。しかし、本邦において、これまで精神疾患患者に対する薬剤師のスティグマの程度と特徴を把握するための詳細な調査はほとんど行われてこなかった。また、スティグマを軽減する背景要因の調査研究において、精神科での勤務や研修、家族や親しい友人に精神疾患患者がいるといった患者との社会的接触がスティグマを軽減するとの報告^{11, 34, 35)}と、スティグマをむしろ増大させるとする報告³⁶⁾が混在しており、本邦において実際の医療現場に勤務する薬剤師のスティグマに対する社会的接触の影響を調査した報告はない。

そこで、本研究では、インターネットを用いて薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマの程度と特徴を医師、看護師、及び非医療従事者である一般市民（以下、一般市民）と比較することで明らかにし、患者との社会的接触が薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマに及ぼす影響について調査した。

【方法】

1. 対象者及び調査方法

2014年2月1日～4月30日の期間にインターネット調査会社（株式会社社会情報サービス／SSRI、〒160-0023 東京都新宿区西新宿5-1-14 出光西新宿ビル）のモニターに登録している医師、看護師、薬剤師、及び一般市民を対象とした。全ての参加者は、SSRIによってランダムに選ばれ、アンケート調査実施前に本研究についての説明画面を提示し、アンケート調査実施に同意したモニターのみを調査対象とした。データの集計と統計解析は名城大学薬学部で実施した。なお、本研究は名城大学薬学部倫理審査委員会の承認（承認番号：H25-8）を受けて実施した。

2. 調査内容

2-1. 対象者の背景

対象者の「背景」として、医療従事者では、年齢、性別、勤務歴、勤務施設（大学病院、一般病院、精神科病院、クリニック、調剤薬局など）、勤務診療科（精神科、内科、外科など）を、一般市民では、年齢、性別、職業（会社員、専業主婦、学生など）を調査した。また、両者に対して、過去の精神疾患との接触経験に関する以下の質問、(1) お見舞いや研修などで精神科を訪れたことがあるか、(2) 精神疾患を経験したことがあるか、(3) 家族や親しい友人で精神疾患を経験した人はいるか、(4) 精神科に入院したことがあるか、(5) 家族や親しい友人で精神科に入院した人はいるかについて調査した。

2-2. スティグマの評価尺度（表 1 及び 2）

「ワトリーの社会的距離尺度（Whatley's Social Distance Scale : 以下、WSDS）」（表 1）³⁷⁾、「精神疾患の考え方の指標（Index of Attitudes toward the Mentally Ill : 以下、IATM）」（表 2）³⁸⁾を含むアンケート調査を実施した。これら 2 つの評価尺度を用いた理由として、先行研究における両評価尺度を用いた本邦での薬学生に対する調査³⁹⁾及び米国での調査⁴⁰⁾が実施されていること、また、スティグマを社会的距離及び精神疾患に対する認識・態度の 2 つの異なる観点から捉えるため両評価尺度を採択した。

WSDS は、精神疾患の人の社会への参加を妨げるような態度である「社会的距離」を評価する尺度で、8 項目の質問に対し、「そう思わない（1 点）」、「どちらともいえない（2 点）」、「そう思う（3 点）」の 3 件法で回答した。好意的な回答を 1 点、否定的な回答を 3 点として点数を付け、8 項目の質問の合計点数である 8～24 点でスティグマの程度を評価した。中間値の 16 点より低ければ好意的な態度と評価し、点数が高いほど否定的な態度と評価した。

IATM は、精神疾患に対する誤った認識（否定的な認識）を測る尺度で、11 項目の質問に対し、「強くそう思う（1 点）」、「そう思う（2 点）」、「どちらでもない（3 点）」、「そう思わない（4 点）」、「強くそう思わない（5 点）」の 5 件法で回答した。好意的な回答を 5 点、否定的な回答を 1 点として点数を付け、11 項目の合計点数である 11～55 点でスティグマを評価した。中間値の 33 点より高ければ好意的な認識と評価し、点数が低いほど否定的な認識と評価した。

原作版の調査票 WSDS 及び IATM は英語のため、先行研究⁴⁰⁾において翻訳して言語妥当性を評価した日本語版を使用した。調査票の翻訳は言語的に妥当な翻訳を行う際に標準的に用いられる手順を用いた⁴⁰⁾。すなわち、最初に、日本語を母国語とする 2 名の翻訳者が、英語版質問票（原作版；WSDS 及び IATM）を日本語にそれぞれ翻訳した。それぞれの翻訳案を検討し、日本語翻訳第 1 案として、1 つの翻訳案にまとめた。その後、精神科領域の専門家との協議を経て、日本語翻訳第 2 案を作成した（順翻訳）。次に、英語を母国語とする翻訳者が日本語翻訳第 2 案を英語に翻訳した（逆翻訳）。その内容について翻訳者が確認した後、日本語暫定版とした。その後、6 名の薬学生に実際に回答してもらい、文章表現（質問は一般的に理解しやすいか、表現は適切であるかなど）の妥当性の検討を行った。全ての段階において、研究実施者の意見を求め、最終の WSDS 及び IATM の日本語訳調査票を作成した。

2-3. 統計解析

統計解析は IBM SPSS statistics version 22（日本アイ・ビー・エム株式会社、東京）を使用し、有意水準を $P < 0.05$ （両側検定）とした。対象者の背景が WSDS 及び IATM のスコアの変化に関連しているかどうかを確認するために Multivariate analysis of variance (MANOVA) を実施した。また、アンケート項目の 2 群間の比較には Mann-Whitney U 検定を、また多群間の比較には Kruskal-Wallis 検定を実施し、その後 Bonferroni 法での多重比較を実施した。対象者の背景に関する項目については Pearson's χ^2 検定及び残差解析を実施した。WSDS 合計スコアと IATM の各質問項目の間の相関関係は、スピアマンの相関係数 (rs) を使用して確認した。

表 1. ワトリーの社会的距離尺度 (Whatley's Social Distance Scale : WSDS)

- ・ 各質問の右側の数字「1：そう思わない」～「3：そう思う」の中で、ご自身の考えに最も当てはまるとする数字に丸印「○」をつけて下さい。
- ・ ご自身が普段感じるところを率直にご回答いただき、記入漏れのないようにお願い致します。

質問項目	そう 思わ ない	ど ち ら と も い え ない	そ う 思 う
1. 精神科に入院していたことがある人とは付き合わないのが一番である。	1	2	3
2. 精神疾患を患っていたことがある人を敬遠するのは間違っている。(R)	1	2	3
3. 精神科に入院していたことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう。	1	2	3
4. 私は、精神科に入院していたことのある人が運転するタクシーには乗らないだろう。	1	2	3
5. 私は、精神科に入院していたことのある人をむしろ雇用したくない。	1	2	3
6. 精神科に入院していたことのある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない。	1	2	3
7. 私は、私の娘がどんな娘であっても、精神的な問題で精神科を受診していたことのある男性と結婚することに反対するだろう。	1	2	3
8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである。(R)	1	2	3

(R) は、逆転項目：但し、アンケート調査を実施する際には表示されない。

合計点数 8～24 点（中間値：16 点）でスティグマの程度を評価し、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

表 2. 精神疾患の考え方の指標 (Index of Attitudes toward the Mentally Ill : IATM)

- ・ 各質問の右側の数字「1 : 強くそう思う」～「5 : 強くそう思わない」の中で、ご自身の考えに最も当てはまると思う数字に丸印「○」をつけて下さい。
- ・ ご自身が普段感じるところを率直にご回答いただき、記入漏れのないようにお願い致します。

	強く そう 思う	そう 思う	ど ち ら で も な い	そ う 思 わ な い	強 く そ う 思 わ な い
1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない。(R)	1	2	3	4	5
2. かつて深刻な精神疾患を患った人は、容易に見分けがつく。	1	2	3	4	5
3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう。	1	2	3	4	5
4. 精神疾患を患っている人は、知能が高くない。	1	2	3	4	5
5. 精神疾患を患っている人の多くは、善悪を区別する能力がない。	1	2	3	4	5
6. 精神疾患を患っている人の多くは、外見を気にしない。	1	2	3	4	5
7. ほとんどの人は精神的／感情的問題を持っている。(R)	1	2	3	4	5
8. 精神疾患は、全く恥ずべきことではない。(R)	1	2	3	4	5
9. 精神疾患を患っている人は感情に支配されており、健常人は理性に従う。	1	2	3	4	5
10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない。	1	2	3	4	5
11. 健常人と精神疾患を患っている人を見分けるのは簡単なことではない。(R)	1	2	3	4	5

(R) は、逆転項目：但し、アンケート調査を実施する際には表示されない。

合計点数 11～55 点（中間値：33 点）でスティグマの程度を評価し、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

【結果】

1. アンケート回収率及び対象者の背景 (表 3)

アンケートへの回答は 870 名から得られ (回収率 100%)、その内訳は、医師 186 名、看護師 161 名、薬剤師 192 名、及び一般市民 331 名であった。回答者の平均年齢は、全体が 45.6 ± 10.1 歳、医師 47.7 ± 8.2 歳、看護師 43.5 ± 8.1 歳、薬剤師 45.7 ± 9.7 歳、及び一般市民 45.3 ± 12.0 歳であった。回答者の性別は、男性 471 名 (57.0%)、女性 399 名 (43.0%) であった。医療従事者の性別は、男性 307 名 (57.0%)、女性 232 名 (43.0%)、医師は、男性 129 名 (69.4%)、女性 57 名 (30.6%)、看護師は、男性 62 名 (38.5%)、女性 99 名 (61.5%)、薬剤師は、男性 116 名 (60.4%)、女性 76 名 (39.6%)、及び一般市民は、男性 164 名 (49.5%)、女性 167 名 (50.5%) であった。

医療従事者の勤務年数は、全体が 20.5 ± 8.7 年、医師 21.7 ± 7.8 年、看護師 19.5 ± 8.7 年、及び薬剤師 20.1 ± 9.5 年であった。医師の勤務施設は、大学病院 19 名、一般病院 92 名、精神科病院 24 名、クリニック 63 名、及びその他 3 名であった (重複回答あり)。看護師の勤務施設は、大学病院 22 名、一般病院 95 名、精神科病院 33 名、クリニック 13 名、及びその他 19 名であった (重複回答あり)。薬剤師の勤務施設は、大学病院 21 名、一般病院 81 名、精神科病院 10 名、クリニック 1 名、調剤薬局 95 名、ドラッグストア 3 名、及びその他 2 名であった (重複回答あり)。

過去の精神疾患との接触経験に関する質問に対して「はい」と回答した人数は、以下の通りである。「(1) お見舞いや研修などで精神科に訪れたことはありますか？」に対しては、医師 158 名 (84.9%)、看護師 146 名 (90.7%)、薬剤師 111 名 (57.8%)、及び一般市民 66 名 (19.9%) であった。「(2) 精神疾患を経験したことがありますか？」に対しては、医師 84 名 (45.2%)、看護師 47 名 (29.2%)、薬剤師 34 名 (17.7%)、及び一般市民 63 名 (19.0%) であった。「(3) 家族や友人で精神疾患を経験した人はいいますか？」に対しては、医師 100 名 (53.8%)、看護師 89 名 (55.3%)、薬剤師 112 名 (58.3%)、及び一般市民 124 名 (37.5%) であった。「(4) 精神科に入院したことがありますか？」に対しては、医師 4 名 (2.2%)、看護師 6 名 (3.7%)、薬剤師 4 名 (2.1%)、及び一般市民 15 名 (4.5%) であった。「(5) 家族や友人で精神科に入院した人はいいますか？」に対しては、医師 44 名 (23.7%)、看護師 42 名 (26.1%)、薬剤師 61 名 (31.8%)、及び一般市民 57 名 (17.2%) であった。

表 3. 対象者の背景

	医師 n = 186	看護師 n = 161	薬剤師 n = 192	一般市民 n = 331	検定 統計量	P 値
年齢	47.7 ± 8.2	43.5 ± 8.1	45.7 ± 9.7	45.3 ± 12.0	$\chi^2 (3) = 16.2$	0.001 ^a
女性	57 (30.6)	99 (61.5)	76 (39.6)	167 (50.5)	$\chi^2 (3) = 39.0$	<0.001 ^b
勤務年数	21.7 ± 7.8	19.5 ± 8.7	20.1 ± 9.5	—	$\chi^2 (2) = 6.5$	0.039 ^a
精神科勤務経験ありの人数	24 (12.9)	33 (20.5)	10 (5.2)	—	$\chi^2 (2) = 18.9$	<0.001 ^b
過去の精神疾患との接触経験、以下の質問に「はい」と回答した人数						
お見舞いや研修などで精神科を訪れたことがありますか？	158 (84.9)	146 (90.7)	111 (57.8)	66 (19.9)	$\chi^2 (3) = 315.6$	<0.001 ^b
精神疾患を経験したことがありますか？	84 (45.2)	47 (29.2)	34 (17.7)	63 (19.0)	$\chi^2 (3) = 51.3$	<0.001 ^b
家族や親しい友人で精神疾患を経験した人はいいますか？	100 (53.8)	89 (55.3)	112 (58.3)	124 (37.5)	$\chi^2 (3) = 28.6$	<0.001 ^b
精神科に入院したことがありますか？	4 (2.2)	6 (3.7)	4 (2.1)	15 (4.5)	$\chi^2 (3) = 3.3$	0.35 ^b
家族や親しい友人で精神科に入院した人はいいますか？	44 (23.7)	42 (26.1)	61 (31.8)	57 (17.2)	$\chi^2 (3) = 15.2$	0.002 ^b

数値は平均値 ± 標準偏差を示し、() 内の数値は%を示す。

^a : Kruskal-Wallis 検定、^b : Pearson's の χ^2 検定

2. ステイグマ評価

2-1. WSDS (表 4)

WSDS 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差は、医師 15.4 ± 3.6 、看護師 14.5 ± 3.1 、薬剤師 14.9 ± 3.1 、及び一般市民 15.7 ± 3.4 であり、医療従事者及び一般市民の平均スコアは、中間値である 16 点よりも低かった。看護師のスコアは、一般市民と比較して有意に低かったが ($P = 0.002$)、医師及び薬剤師のスコアと一般市民のスコアとの間に有意な差はみられなかった。

表 4. 医療従事者及び一般市民の WSDS のスコア

質問	医療者全体 n = 539	医師 n = 186	看護師 n = 161	薬剤師 n = 192	一般市民 n = 331
1. 精神科に入院していたことがある人とは付き合わないのが一番である。	1.4 ± 0.6^d (3.5)	1.5 ± 0.6^d (4.3)	1.4 ± 0.5^d (1.9)	1.4 ± 0.6^d (4.2)	1.6 ± 0.6 (9.1)
2. 精神疾患を患っていたことがある人を敬遠するのは間違っている。	1.5 ± 0.6^d (7.8)	1.5 ± 0.6^d (7.5)	1.5 ± 0.7^d (8.7)	1.5 ± 0.6^d (7.3)	1.7 ± 0.7 (10.1)
3. 精神科に入院していたことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう。	1.8 ± 0.6 (10.6)	1.8 ± 0.6 (13.4)	1.7 ± 0.6 (8.7)	1.8 ± 0.6 (9.4)	1.8 ± 0.6 (12.1)
4. 私は、精神科に入院していたことのある人が運転するタクシーには乗らないだろう。	2.0 ± 0.7^d (26.9)	2.1 ± 0.7 (31.2)	2.0 ± 0.7^d (21.7)	2.0 ± 0.7^d (27.1)	2.2 ± 0.7 (34.7)
5. 私は、精神科に入院していたことのある人をむしろ雇用したくない。	2.0 ± 0.7 (21.3)	2.1 ± 0.7 (28.0)	$1.8 \pm 0.7^{a,c,d}$ (14.3)	2.0 ± 0.6 (20.8)	2.0 ± 0.6 (19.9)
6. 精神科に入院していたことのある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない。	1.7 ± 0.7^d (11.3)	1.7 ± 0.7^d (12.9)	1.7 ± 0.7^d (10.6)	1.7 ± 0.7^d (10.4)	1.9 ± 0.7 (22.7)
7. 私は、私の娘がどんな娘であっても、精神的な問題で精神科を受診していたことのある男性と結婚することに反対するだろう。	2.1 ± 0.7 (31.4)	2.2 ± 0.7 (38.7)	2.1 ± 0.7 (26.1)	2.1 ± 0.7 (28.6)	2.1 ± 0.7 (30.5)
8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである。	2.4 ± 0.6 (48.2)	2.5 ± 0.6 (52.2)	2.4 ± 0.6 (47.2)	2.4 ± 0.6 (45.3)	2.4 ± 0.6 (42.9)
合計	15.0 ± 3.3^d	15.4 ± 3.6	14.5 ± 3.1^d	14.9 ± 3.1	15.7 ± 3.4

数値は平均値 $\pm$ 標準偏差を示し、()内の数値は各質問に 3 点と回答（中間点である 2 点を上回る否定的な回答）した割合(%)を示す。

WSDS：ワトリの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点（中間値：16 点）、平均値が大きいほどステイグマの程度が高いことを示す。

^a : $P < 0.05$ vs. 医師、^b : $P < 0.05$ vs. 看護師、^c : $P < 0.05$ vs. 薬剤師、^d : $P < 0.05$ vs. 一般市民 (Kruskal-Wallis 検定)

2-2. IATM (表 5)

IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差は、医師 39.3 ± 4.3 、看護師 39.6 ± 4.3 、薬剤師 39.3 ± 4.5 、及び一般市民 37.2 ± 4.9 であり、医療従事者及び一般市民の平均スコアは、共に中間値の 33 点よりも高かった。医師、看護師及び薬剤師のスコアは、それぞれ一般市民と比較して有意に高かった ($P < 0.001$)。

表 5. 医療従事者及び一般市民の IATM スコア

質問	医療者全体 n = 539	医師 n = 186	看護師 n = 161	薬剤師 n = 192	一般市民 n = 331
1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない。	3.5 ± 0.8^d (14.1)	3.5 ± 0.8^d (11.8)	$3.6 \pm 0.9^{c,d}$ (12.4)	3.4 ± 0.8 (17.7)	3.3 ± 0.8 (13.0)
2. かつて深刻な精神疾患を患った人は、容易に見分けがつく。	3.2 ± 0.9^d (24.1)	3.3 ± 0.8 (18.3)	$2.8 \pm 1.0^{a,c,d}$ (38.6)	3.3 ± 0.8 (17.7)	3.4 ± 0.9 (15.1)
3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう。	3.1 ± 0.9^d (28.6)	3.0 ± 0.9 (33.9)	3.2 ± 1.0^d (23.0)	3.1 ± 0.8^d (28.1)	2.8 ± 0.9 (39.2)
4. 精神疾患を患っている人は、知能が高くない。	4.0 ± 0.7^d (1.1)	3.9 ± 0.7 (1.0)	4.1 ± 0.7^d (0)	4.1 ± 0.7^d (2.1)	3.8 ± 0.8 (3.6)
5. 精神疾患を患っている人の多くは、善悪を区別する能力がない。	3.9 ± 0.7^d (2.6)	3.8 ± 0.6^d (1.1)	3.9 ± 0.7^d (1.2)	3.8 ± 0.8^d (5.2)	3.5 ± 0.8 (6.6)
6. 精神疾患を患っている人の多くは、外見を気にしない。	3.6 ± 0.8^d (7.4)	3.6 ± 0.7^d (7.0)	3.7 ± 0.8^d (7.4)	3.6 ± 0.8^d (7.8)	3.4 ± 0.8 (10.3)
7. ほとんどの人は精神的／感情的問題を持っている。	3.8 ± 0.9^d (9.4)	3.7 ± 0.8 (8.3)	3.8 ± 1.0^d (11.2)	3.8 ± 0.8^d (8.8)	3.6 ± 0.8 (7.8)
8. 精神疾患は、全く恥ずべきことではない。	3.7 ± 0.7^d (5.2)	3.7 ± 0.8 (5.8)	3.8 ± 0.8^d (4.3)	3.7 ± 0.7^d (5.2)	3.5 ± 0.8 (10.0)
9. 精神疾患を患っている人は感情に支配されており、健全人は理性に従う。	3.5 ± 0.9^d (11.7)	3.6 ± 0.8^d (6.8)	3.5 ± 0.9^d (10.0)	3.4 ± 0.9^d (17.7)	3.1 ± 0.9 (20.8)
10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない。	3.6 ± 0.7^d (4.9)	3.6 ± 0.7^d (4.2)	3.7 ± 0.7^d (4.9)	3.5 ± 0.7^d (5.2)	3.2 ± 0.8 (14.2)
11. 健全人と精神疾患を患っている人を見分けるのは簡単なことではない。	3.6 ± 0.9 (12.2)	3.7 ± 0.8 (7.0)	3.4 ± 1.0 (18.6)	3.6 ± 0.9 (12.0)	3.6 ± 0.8 (9.0)
合計	39.4 ± 4.4^d	39.3 ± 4.3^d	39.6 ± 4.3^d	39.3 ± 4.5^d	37.2 ± 4.9

数値は平均値 $\pm$ 標準偏差を示し、()内の数値は、各質問に 1 点または 2 点と回答（中間点である 3 点を下回る否定的な回答）した割合(%)を示す。

IATM：精神疾患の考え方の指標：合計点数 11～55 点（中間値：33 点）、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

^a : $P < 0.05$ vs. 医師、^b : $P < 0.05$ vs. 看護師、^c : $P < 0.05$ vs. 薬剤師、^d : $P < 0.05$ vs. 一般市民 (Kruskal-Wallis 検定)

3. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する参加者背景の影響 (表 6)

MANOVA を用いた解析の結果、性別 (Wilks' Lambda $F=3.123$ 、 $P=0.045$)、精神科での経験 (Wilks' Lambda $F=3.631$ 、 $P=0.027$)、及び「家族や親しい友人で精神疾患を経験した人がいる」(Wilks' Lambda $F=6.703$ 、 $P=0.001$) が、医療従事者の WSDS 及び IATM スコアの変化に関連する要因であった。一方、「家族や親しい友人で精神疾患を経験した人がいる」(Wilks' Lambda $F=3.709$ 、 $P=0.026$) は、一般市民の WSDS 及び IATM 合計スコアの変化に関連する唯一の要因であった。

表 6. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する参加者背景の影響

	医療従事者 n = 539			一般市民 n = 331		
	WL	F	P 値	WL	F	P 値
年齢	0.973	1.186	0.288	0.985	0.487	0.899
性別	0.988	3.123	0.045	0.996	0.623	0.537
薬剤師勤務年数	0.967	1.738	0.068	—	—	—
精神科での勤務経験	0.986	3.631	0.027	—	—	—
過去の精神疾患との接触経験						
お見舞いや研修などで精神科を訪れたことがありますか？	0.99	2.499	0.083	0.997	0.413	0.662
精神疾患を経験したことがありますか？	0.989	2.756	0.064	0.990	1.643	0.195
家族や親しい友人で精神疾患を経験した人はいますか？	0.975	6.703	0.001	0.977	3.709	0.026
精神科に入院したことがありますか？	0.994	1.514	0.221	0.990	1.645	0.195
家族や親しい友人で精神科に入院した人はいますか？	0.996	0.933	0.394	0.989	1.720	0.181

WSDS : ワトリーの社会的距離尺度、IATM : 精神疾患の考え方の指標

WL : Wilks' Lambda

Multivariate ANalysis of Variance (MANOVA) 検定

3-1. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する性別の影響 (表 7)

参加者全体を性別で比較した場合の WSDS 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差は、男性 15.5 ± 3.4 、女性 15.0 ± 3.3 であり、有意な差はみられなかった ($P = 0.071$)。医療従事者に限定すると、男性 15.3 ± 3.4 、女性 14.6 ± 3.0 であり、女性医療従事者の WSDS 合計スコアは、男性医療従事者と比較して有意に低かった ($P = 0.016$)。また、性別に基づいて各グループの WSDS 合計スコアを比較すると、女性看護師 14.3 ± 3.0 、女性医師 14.4 ± 3.1 、男性薬剤師 14.8 ± 3.3 、男性看護師 15.0 ± 3.0 、女性薬剤師 15.1 ± 2.9 、男性一般市民 15.7 ± 3.3 、女性一般市民 15.7 ± 3.6 、男性医師 15.9 ± 3.7 の順に高くなり、女性看護師の WSDS 合計スコアが最も低く、男性医師 ($P = 0.016$)、男性一般市民 ($P = 0.023$) 及び女性一般市民 ($P = 0.043$) との間に有意な差がみられた。

参加者全体を性別で比較した場合の IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差は、男性 38.3 ± 4.5 、女性 38.8 ± 5.0 であり、女性の IATM 合計スコアは、男性と比較して有意に高かった ($P = 0.044$)。医療従事者に限定すると、男性 39.2 ± 4.4 、女性 39.7 ± 4.3 であり、医療従事者の男性と女性の間に有意な差はみられなかった ($P = 0.075$)。また、性別に基づいて各グループの IATM 合計スコアを比較すると、男性一般市民 36.8 ± 4.2 、女性一般市民 37.6 ± 5.5 、男性医師 38.9 ± 4.3 、男性薬剤師 39.3 ± 4.5 、男性看護師 39.4 ± 4.5 、女性薬剤師 39.4 ± 4.7 、女性看護師 39.8 ± 4.2 、女性医師 40.1 ± 4.1 の順に高くなり、男性医師 ($P = 0.004$)、女性医師 ($P < 0.001$)、男性看護師 ($P = 0.006$)、女性看護師 ($P < 0.001$)、男性薬剤師 ($P < 0.001$) 及び女性薬剤師 ($P < 0.001$) の IATM スコアは、男性一般市民と比較して有意に高く、女性医師 ($P = 0.029$)、及び女性看護師 ($P = 0.008$) の IATM 合計スコアは、女性一般市民と比較して有意に高かった。

表 7. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する性別の影響

全体		
	男性	女性
	n=471	n=399
WSDS	15.5 ± 3.4	15.0 ± 3.3
IATM	38.3 ± 4.5	38.8 ± 5.0 ^a

医師		看護師		薬剤師		一般市民		χ ² (7)	P 値	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
	n=129	n=57	n=62	n=99	n=116	n=76	n=164	n=167		
WSDS	15.9 ± 3.7	14.4 ± 3.1	15.0 ± 3.0	14.3 ± 3.0 ^b	14.8 ± 3.3	15.1 ± 2.9	15.7 ± 3.3	15.7 ± 3.6	24.6	0.001
IATM	38.9 ± 4.3 ^c	40.1 ± 4.1 ^{c, d}	39.4 ± 4.5 ^c	39.8 ± 4.2 ^{c, d}	39.3 ± 4.5 ^c	39.4 ± 4.7 ^c	36.8 ± 4.2	37.6 ± 5.5	55.3	<0.001

数値は、平均値 $\pm$ 標準偏差を示す。

WSDS：ワトリーの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点（中間値：16 点）、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

IATM：精神疾患の考え方の指標：合計点数 11～55 点（中間値：33 点）、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

^a： $P < 0.05$ vs. 男性（Mann-Whitney U 検定）

^b： $P < 0.05$ vs. 男性医師、男性及び女性一般市民、^c： $P < 0.05$ vs. 男性一般市民、^d： $P < 0.05$ vs. 女性一般市民（Kruskal-Wallis 検定）

3-2. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する年代の影響 (表 8 及び 9)

各グループの WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差を年代ごとに比較したところ、全てのグループにおいて有意な差はみられなかった。

各グループの年代ごとの WSDS 合計スコアは、医師は、20 代が 12.0 (1 名)、30 代が 14.9 ± 3.1 、40 代が 15.6 ± 3.7 、50 代が 15.3 ± 3.4 、60 代以上が 16.6 ± 16.5 であった。看護師は、20 代が 12.8 ± 4.0 、30 代が 14.7 ± 3.4 、40 代が 14.1 ± 2.8 、50 代が 15.6 ± 2.8 、60 代以上が 13.7 ± 2.1 であった。薬剤師は、20 代が 11.7 ± 2.3 、30 代が 14.8 ± 3.1 、40 代が 15.3 ± 3.1 、50 代が 15.1 ± 3.0 、60 代以上が 14.1 ± 3.7 であった。一般市民は、20 代が 15.3 ± 4.0 、30 代が 15.3 ± 3.7 、40 代が 15.7 ± 3.4 、50 代が 15.8 ± 3.0 、60 代が 16.3 ± 3.5 であった。

また、各グループの年代ごとの IATM 合計スコアは、医師は、20 代が 43.0 (1 名)、30 代が 38.7 ± 3.9 、40 代が 39.1 ± 4.1 、50 代が 40.0 ± 4.7 、60 代以上が 38.9 ± 4.4 であった。看護師は、20 代が 38.8 ± 4.9 、30 代が 39.6 ± 4.5 、40 代が 39.9 ± 4.4 、50 代が 39.5 ± 3.9 、60 代以上が 37.0 ± 2.6 であった。薬剤師は、20 代が 41.7 ± 1.2 、30 代が 38.9 ± 5.2 、40 代が 39.6 ± 3.7 、50 代が 39.5 ± 4.7 、60 代以上が 39.1 ± 4.1 であった。一般市民は、20 代が 36.3 ± 5.7 、30 代が 38.0 ± 6.5 、40 代が 37.1 ± 3.9 、50 代が 37.1 ± 4.5 、60 代以上が 36.7 ± 3.8 であった。

表 8. WSDS 合計スコアに対する年代の影響

	20 代 (n)	30 代 (n)	40 代 (n)	50 代 (n)	60 代以上 (n)	χ^2 (4)	P 値*
医師	12.0 (1)	14.9 ± 3.1 (26)	15.6 ± 3.7 (88)	15.3 ± 3.4 (57)	16.6 ± 16.5 (14)	3.2	0.53
看護師	12.8 ± 4.0 (5)	14.7 ± 3.4 (50)	14.1 ± 2.8 (67)	15.6 ± 2.8 (36)	13.7 ± 2.1 (3)	7.6	0.11
薬剤師	11.7 ± 2.3 (3)	14.8 ± 3.1 (61)	15.3 ± 3.1 (55)	15.1 ± 3.0 (59)	14.1 ± 3.7 (14)	6.7	0.15
一般市民	15.3 ± 4.0 (30)	15.3 ± 3.7 (72)	15.7 ± 3.4 (111)	15.8 ± 3.0 (79)	16.3 ± 3.5 (39)	3.8	0.43

数値は平均値 $\pm$ 標準偏差を、() 内の数値は人数を示す。

WSDS：ワトリーの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点（中間値：16 点）、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

*：Kruskal-Wallis 検定

表 9. IATM 合計スコアに対する年代の影響

	20 代 (n)	30 代 (n)	40 代 (n)	50 代 (n)	60 代以上 (n)	χ^2 (4)	P 値*
医師	43.0 (1)	38.7 ± 3.9 (26)	39.1 ± 4.1 (88)	40.0 ± 4.7 (57)	38.9 ± 4.4 (14)	2.6	0.63
看護師	38.8 ± 4.9 (5)	39.6 ± 4.5 (50)	39.9 ± 4.4 (67)	39.5 ± 3.9 (36)	37.0 ± 2.6 (3)	2.2	0.70
薬剤師	41.7 ± 1.2 (3)	38.9 ± 5.2 (61)	39.6 ± 3.7 (55)	39.5 ± 4.7 (59)	39.1 ± 4.1 (14)	2.0	0.73
一般市民	36.3 ± 5.7 (30)	38.0 ± 6.5 (72)	37.1 ± 3.9 (111)	37.1 ± 4.5 (79)	36.7 ± 3.8 (39)	3.8	0.45

数値は平均値 $\pm$ 標準偏差を、() 内の数値は人数を示す。

IATM：精神疾患の考え方の指標：合計点数 11～55 点（中間値：33 点）、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

*：Kruskal-Wallis 検定

3-3. WSDS 及び IATM スコアに対する医療従事者の精神科病院での勤務経験の影響（表 10、11 及び 12）

表 10 に医療従事者全体の WSDS、表 11 に医療従事者全体の IATM の精神科病院での勤務経験の有無におけるスコアの比較を、表 12 に医療従事者別の WSDS 及び IATM の精神科病院での勤務経験の有無における合計スコアの比較を示した。医療従事者全体を精神科病院での勤務経験の有無で比較すると、WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差はそれぞれ、勤務経験有りが 14.1 ± 3.0 及び 40.7 ± 5.1 、勤務経験無しが 15.1 ± 3.3 及び 39.2 ± 4.2 であり、WSDS 合計スコアは、勤務経験有りが無しと比較して有意に低く ($P = 0.011$)、IATM 合計スコアは勤務経験有りが無しと比較して有意に高かった ($P = 0.034$)。質問項目ごとにみると、WSDS では、「質問 5. 私は、精神科に入院したことのある人をむしろ雇用したくない」($P < 0.001$) 及び「質問 6. 精神科に入院したことがある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない」($P = 0.011$) の 2 つの項目で、精神科病院での勤務経験の有る医療従事者で有意にスコアが低かった。また、IATM では、「質問 1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない」($P < 0.001$)、「質問 3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう」($P < 0.001$)、「質問 5. 精神疾患を患っている人の多くは、善悪を区別する能力がない」($P = 0.024$)、「質問 8. 精神疾患は、全く恥ずべきことではない」($P = 0.01$)、「質問 9. 精神疾患を患っている人は感情に支配されており、健常人は理性に従う」($P < 0.001$)、及び「質問 10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない」($P < 0.001$) の 6 つの項目で、精神科勤務経験の有る医療従事者で有意にスコアが高く、「質問 2. かつて深刻な精神疾患を患った人は、容易に見分けがつく」($P < 0.001$) 及び「質問 11. 健常人と精神疾患を患っている人を見分けるのは簡単なことではない」($P = 0.012$) の 2 つの項目で精神科勤務経験の無い医療従事者でスコアが有意に高かった。

また、医療従事者別に比較すると、医師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、勤務経験有り ($n = 24$) が 13.8 ± 3.5 及び 40.3 ± 5.0 、勤務経験無し ($n = 162$) が 15.7 ± 3.5 及び 39.1 ± 4.2 であり、WSDS 合計スコアは勤務経験有りが無しに比較し有意に低かったが ($P = 0.008$)、IATM 合計スコアは勤務経験の有無で有意な差はみられなかった ($P = 0.39$)。看護師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、勤務経験有り ($n = 33$) が 14.7 ± 2.7 及び 40.5 ± 4.6 、勤務経験無し ($n = 128$) が 14.5 ± 3.1 及び 39.4 ± 4.2 であり、WSDS ($P = 0.72$) 及び IATM ($P = 0.21$) 合計スコアは、勤務経験の有無で共に有意な差はみられなかった。薬剤師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、勤務経験有り ($n = 10$) が 12.9 ± 2.6 及び 42.6 ± 6.7 、勤務経験無し ($n = 182$) が 15.3 ± 3.1 及び 39.1 ± 4.3 であり、WSDS 合計スコアは勤務経験有りが無しに比較し有意に低 ($P = 0.038$) かったが、IATM 合計スコアは勤務経験の有無で有意な差はみられなかった ($P = 0.066$)。

表 10. WSDS スコアに対する医療従事者の精神科病院での勤務経験の影響

質問	勤務経験有り n = 67	勤務経験無し n = 472
1. 精神科に入院していたことがある人とは付き合わないのが一番である。	1.4 ± 0.6	1.4 ± 0.6
2. 精神疾患を患っていたことがある人を敬遠するのは間違っている。	1.5 ± 0.7	1.5 ± 0.6
3. 精神科に入院していたことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう。	1.7 ± 0.6	1.8 ± 0.6
4. 私は、精神科に入院していたことのある人が運転するタクシーには乗らないだろう。	2.0 ± 0.6	2.0 ± 0.7
5. 私は、精神科に入院していたことのある人をむしろ雇用したくない。	1.6 ± 0.6*	2.0 ± 0.7
6. 精神科に入院していたことのある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない。	1.5 ± 0.6*	1.7 ± 0.7
7. 私は、私の娘がどんな娘であっても、精神的な問題で精神科を受診していたことのある男性と結婚することに反対するだろう。	2.0 ± 0.7	2.2 ± 0.7
8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである。	2.4 ± 0.5	2.5 ± 0.6
合計	14.1 ± 3.0*	15.1 ± 3.3

数値は、平均値 ± 標準偏差を示す。

WSDS：ワトリーの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点（中間値：16 点）、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

* $P < 0.05$ vs. 経験無し（Mann-Whitney U 検定）

表 11. IATM スコアに対する医療従事者の精神科病院での勤務経験の影響

質問	勤務経験有り	勤務経験無し
	n = 67	n = 472
1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない。	3.9 ± 0.9*	3.4 ± 0.8
2. かつて深刻な精神疾患を患った人は、容易に見分けがつく。	2.7 ± 0.9*	3.2 ± 0.9
3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう。	3.5 ± 0.9*	3.0 ± 0.9
4. 精神疾患を患っている人は、知能が高くない。	4.2 ± 0.8	4.0 ± 0.7
5. 精神疾患を患っている人の多くは、善悪を区別する能力がない。	4.0 ± 0.7*	3.8 ± 0.7
6. 精神疾患を患っている人の多くは、外見を気にしない。	3.7 ± 0.9	3.6 ± 0.8
7. ほとんどの人は精神的/感情的問題を持っている。	3.7 ± 1.0	3.8 ± 0.8
8. 精神疾患は、全く恥ずべきことではない。	3.9 ± 0.9*	3.7 ± 0.7
9. 精神疾患を患っている人は感情に支配されており、健常人は理性に従う。	4.0 ± 0.9*	3.4 ± 0.9
10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない。	3.9 ± 0.7*	3.6 ± 0.7
11. 健常人と精神疾患を患っている人を見分けるのは簡単なことではない。	3.3 ± 1.1*	3.6 ± 0.8
合計	40.7 ± 5.1*	39.2 ± 4.2

数値は、平均値 ± 標準偏差を示す。

IATM：精神疾患の考え方の指標：合計点数 11～55 点（中間値：33 点）、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

* $P < 0.05$ vs. 勤務経験無し（Mann-Whitney U 検定）

表 12. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する医療従事者別の精神科病院での勤務経験の影響

	医師		看護師		薬剤師	
	勤務有り n = 24	勤務無し n = 162	勤務有り n = 33	勤務無し n = 128	勤務有り n = 10	勤務無し n = 182
WSDS	13.8 ± 3.5*	15.7 ± 3.5	14.7 ± 2.7	14.5 ± 3.1	12.9 ± 2.6*	15.3 ± 3.1
IATM	40.3 ± 5.0	39.1 ± 4.2	40.5 ± 4.6	39.4 ± 4.2	42.6 ± 6.7	39.1 ± 4.3

数値は、平均値 ± 標準偏差を示す。

WSDS：ワトリーの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点（中間値：16 点）、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

IATM：精神疾患の考え方の指標：合計点数 11～55 点（中間値：33 点）、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

* $P < 0.05$ vs. 勤務（経験）無し（Mann-Whitney U 検定）

3-4. WSDS 及び IATM 合計スコアに対する過去の精神疾患との接触経験の影響 (表 13 及び 14)

表 13 に医療従事者別の WSDS、表 14 に IATM の過去の精神疾患との接触経験の有無における合計スコアの比較を示した。

「(1) お見舞いや研修などで精神科に訪れたことはありますか？」の問いに対する、医師の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差はそれぞれ、経験有り ($n = 158$) が 15.1 ± 3.4 及び 39.5 ± 4.1 、経験無し ($n=28$) が、 17.5 ± 4.0 及び 38.0 ± 4.9 であり、WSDS 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に低かったが ($P = 0.002$)、IATM 合計スコアは経験の有無で有意な差はみられなかった。また、看護師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り ($n = 146$) が 14.5 ± 3.0 及び 39.7 ± 4.3 、経験無し ($n = 15$) が、 14.7 ± 3.2 及び 39.0 ± 4.4 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、薬剤師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り ($n = 111$) が 14.7 ± 3.2 及び 39.4 ± 4.2 、経験無し ($n = 81$) が、 15.2 ± 3.1 及び 39.3 ± 5.0 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、一般市民の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値はそれぞれ、経験有り ($n = 66$) が 14.9 ± 3.6 及び 38.0 ± 5.3 、経験無し ($n = 265$) が、 15.9 ± 3.4 及び 37.0 ± 4.8 であり、WSDS 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に低かったが ($P = 0.035$)、IATM 合計スコアは経験の有無で有意な差はみられなかった。

「(2) 精神疾患を経験したことがありますか？」の問いに対する、医師の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差はそれぞれ、経験有り ($n = 84$) が 15.4 ± 3.6 及び 38.9 ± 4.5 、経験無し ($n = 102$) が、 15.5 ± 3.6 及び 39.6 ± 4.1 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、看護師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り ($n = 47$) が 14.3 ± 3.5 及び 39.5 ± 3.7 、経験無し ($n = 114$) が、 14.7 ± 2.9 及び 39.7 ± 4.6 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、薬剤師の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値はそれぞれ、経験有り ($n = 54$) が 14.3 ± 3.4 及び 38.9 ± 4.6 、経験無し ($n = 118$) が、 15.1 ± 3.1 及び 39.4 ± 4.5 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、一般市民の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値はそれぞれ、経験有り ($n = 63$) が 13.9 ± 3.4 及び 38.9 ± 5.2 、経験無し ($n = 268$) が、 16.1 ± 3.3 及び 36.8 ± 4.7 であり、WSDS 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に低く ($P < 0.001$)、IATM 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に高かった ($P = 0.004$)。

「(3) 家族や親しい友人で精神疾患を経験した人はいますか？」の問いに対する、医師の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差はそれぞれ、経験有り ($n = 100$) が 14.8 ± 3.3 及び 39.7 ± 4.1 、経験無し ($n = 86$) が、 16.2 ± 3.7 及び 38.9 ± 4.5 であり、WSDS 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に低かったが ($P = 0.013$)、IATM 合計スコアは経験の有無で有意な差はみられなかった。また、看護師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り ($n = 89$) が 14.4 ± 3.2 及び 40.3 ± 3.9 、経験無し ($n = 72$) が、 14.8 ± 2.8 及び 38.8 ± 4.7 であり、WSDS 合計スコアは経験の有無で有意な差はみられなかったが、IATM 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に高かった ($P = 0.013$)。また、薬剤師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り ($n = 112$) が 14.5 ± 3.2 及び 39.7 ± 4.9 、経験無し ($n = 80$) が、 15.5 ± 3.0 及び 38.8 ± 4.0 であり、WSDS 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に低かったが ($P = 0.042$)、

IATM 合計スコアは経験の有無で有意な差はみられなかった。また、一般市民の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 124) が 14.6 ± 3.3 及び 38.5 ± 4.9 、経験無し (n = 207) が、 16.3 ± 3.4 及び 36.4 ± 4.7 であり、WSDS 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に低く ($P < 0.001$)、IATM 合計スコアは経験有りが経験無しと比較して有意に高かった ($P < 0.001$)。

「(4) 精神科に入院したことがありますか？」の問いに対する、医師の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差はそれぞれ、経験有り (n = 4) が 14.0 ± 4.2 及び 40.0 ± 6.7 、経験無し (n = 182) が、 15.5 ± 3.6 及び 39.3 ± 4.2 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、看護師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 6) が、 15.8 ± 5.1 及び 41.2 ± 2.2 、経験無し (n = 155) が、 14.5 ± 3.0 及び 40.0 ± 4.4 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、薬剤師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 4) が、 15.0 ± 4.3 及び 40.2 ± 6.7 、経験無し (n = 188) が、 14.9 ± 3.1 及び 39.3 ± 4.5 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、一般市民の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 15) が、 14.1 ± 4.1 及び 38.3 ± 7.5 、経験無し (n = 316) が、 15.8 ± 3.4 及び 37.1 ± 4.7 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。

「(5) 家族や親しい友人で精神科に入院した人はいますか？」の問いに対する、医師の WSDS 及び IATM 合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差はそれぞれ、経験有り (n = 44) が、 14.9 ± 3.5 及び 40.0 ± 4.1 、経験無し (n = 142) が、 15.6 ± 3.6 及び 39.1 ± 4.3 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、看護師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 42) が、 15.1 ± 3.1 及び 38.8 ± 3.7 、経験無し (n = 119) が、 14.4 ± 3.0 及び 39.9 ± 4.5 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、薬剤師の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 61) が、 14.7 ± 3.2 及び 39.7 ± 5.0 、経験無し (n = 131) が、 15.0 ± 3.1 及び 39.1 ± 4.3 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。また、一般市民の WSDS 及び IATM 合計スコアはそれぞれ、経験有り (n = 57) が、 14.9 ± 3.4 及び 37.1 ± 5.0 、経験無し (n = 274) が、 15.8 ± 3.4 及び 37.2 ± 4.9 であり、WSDS 及び IATM のいずれにおいても経験の有無で有意な差はみられなかった。

表 13. WSDS 合計スコアに対する過去の精神疾患との接触経験の影響

質問	医師 n = 186		看護師 n = 161		薬剤師 n = 192		一般市民 n = 331	
	経験有り (n)	経験無し (n)	経験有り (n)	経験無し (n)	経験有り (n)	経験無し (n)	経験有り (n)	経験無し (n)
1. お見舞いや研修などで精神科を訪れたことがありますか？	15.1 ± 3.4* (158)	17.5 ± 4.0 (28)	14.5 ± 3.0 (146)	14.7 ± 3.2 (15)	14.7 ± 3.2 (111)	15.2 ± 3.1 (81)	14.9 ± 3.6* (66)	15.9 ± 3.4 (265)
2. 精神疾患を経験したことがありますか？	15.4 ± 3.6 (84)	15.5 ± 3.6 (102)	14.3 ± 3.5 (47)	14.7 ± 2.9 (114)	14.3 ± 3.4 (54)	15.1 ± 3.1 (118)	13.9 ± 3.4* (63)	16.1 ± 3.3 (268)
3. 家族や親しい友人で精神疾患を経験した人はいますか？	14.8 ± 3.3* (100)	16.2 ± 3.7 (86)	14.4 ± 3.2 (89)	14.8 ± 2.8 (72)	14.5 ± 3.2* (112)	15.5 ± 3.0 (80)	14.6 ± 3.3* (124)	16.3 ± 3.4 (207)
4. 精神科に入院したことがありますか？	14.0 ± 4.2 (4)	15.5 ± 3.6 (182)	15.8 ± 5.1 (6)	14.5 ± 3.0 (155)	15.0 ± 4.3 (4)	14.9 ± 3.1 (188)	14.1 ± 4.1 (15)	15.8 ± 3.4 (316)
5. 家族や親しい友人で精神科に入院した人はいますか？	14.9 ± 3.5 (44)	15.6 ± 3.6 (142)	15.1 ± 3.1 (42)	14.4 ± 3.0 (119)	14.7 ± 3.2 (61)	15.0 ± 3.1 (131)	14.9 ± 3.4 (57)	15.8 ± 3.4 (274)

数値は平均値 ± 標準偏差を、()内の数値は人数を示す。

WSDS：ワトリーの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点（中間値：16 点）、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

* $P < 0.05$ vs. 経験無し（Mann-Whitney U 検定）

表 14. IATM 合計スコアに対する過去の精神疾患との接触経験の影響

質問	医師 n = 186		看護師 n = 161		薬剤師 n = 192		一般市民 n = 331	
	経験有り (n)	経験無し (n)	経験有り (n)	経験無し (n)	経験有り (n)	経験無し (n)	経験有り (n)	経験無し (n)
1. お見舞いや研修などで精神科を訪れたことがありますか？	39.5 ± 4.1 (158)	38.0 ± 4.9 (28)	39.7 ± 4.3 (146)	39.0 ± 4.4 (15)	39.4 ± 4.2 (111)	39.3 ± 5.0 (81)	38.0 ± 5.3 (66)	37.0 ± 4.8 (265)
2. 精神疾患を経験したことがありますか？	38.9 ± 4.5 (84)	39.6 ± 4.1 (102)	39.5 ± 3.7 (47)	39.7 ± 4.6 (114)	38.9 ± 4.6 (54)	39.4 ± 4.5 (118)	38.9 ± 5.2* (63)	36.8 ± 4.7 (268)
3. 家族や親しい友人で精神疾患を経験した人はいますか？	39.7 ± 4.1 (100)	38.9 ± 4.5 (86)	40.3 ± 3.9* (89)	38.8 ± 4.7 (72)	39.7 ± 4.9 (112)	38.8 ± 4.0 (80)	38.5 ± 4.9* (124)	36.4 ± 4.7 (207)
4. 精神科に入院したことがありますか？	40.0 ± 6.7 (4)	39.3 ± 4.2 (182)	41.2 ± 2.2 (6)	40.0 ± 4.4 (155)	40.2 ± 6.7 (4)	39.3 ± 4.5 (188)	38.3 ± 7.5 (15)	37.1 ± 4.7 (316)
5. 家族や親しい友人で精神科に入院した人はいますか？	40.0 ± 4.1 (44)	39.1 ± 4.3 (142)	38.8 ± 3.7 (42)	39.9 ± 4.5 (119)	39.7 ± 5.0 (61)	39.1 ± 4.3 (131)	37.1 ± 5.0 (57)	37.2 ± 4.9 (274)

数値は平均値 ± 標準偏差を、()内の数値は人数を示す。

IATM：精神疾患の考え方の指標：合計点数 11～55 点（中間値：33 点）、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

* $P < 0.05$ vs. 経験無し（Mann-Whitney U 検定）

4. WSDS と IATM との相関 (表 15)

精神疾患に対する認識と社会的距離との関連性について調べるために、グループ別の WSDS 合計スコアと IATM の各質問項目のスコアとの間の相関関係を求めた (表 15)。いずれのグループも IATM 合計スコアは WSDS 合計スコアに有意な相関を認め (医師 $rs = -0.461$ 、看護師 $rs = -0.412$ 、薬剤師 $rs = -0.458$ 、一般市民 $rs = -0.434$)、精神疾患に対する認識が乏しいほど社会的距離は大きくなること示された。IATM の質問項目の中で、薬剤師においては「質問 10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない」のスコア ($rs = -0.467$) に、一般市民においては「質問 3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう」のスコア ($rs = -0.412$) に WSDS 合計スコアとの中程度の負の相関関係がみられた。

表 15. WSDS 合計スコアと IATM 合計スコア及び各質問項目との相関関係

IATM の質問項目	医師 n=186	看護師 n=161	薬剤師 n=192	一般市民 n=331
1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない。	- 0.357**	- 0.151	- 0.253**	- 0.278**
2. かつて深刻な精神疾患を患った人は、容易に見分けがつく。	- 0.148*	- 0.271**	- 0.095	- 0.141**
3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう。	- 0.376**	- 0.145	- 0.346**	- 0.412**
4. 精神疾患を患っている人は、知能が低い。	- 0.307**	- 0.324**	- 0.205**	- 0.231**
5. 精神疾患を患っている人の多くは、善悪を区別する能力がない。	- 0.372**	- 0.310**	- 0.287**	- 0.344**
6. 精神疾患を患っている人の多くは、外見を気にしない。	- 0.302**	- 0.190*	- 0.232**	- 0.239**
7. ほとんどの人は精神的／感情的問題を持っている。	0.018	0.025	- 0.137	0.032
8. 精神疾患は、全く恥ずべきことではない。	- 0.371**	- 0.305**	- 0.293**	- 0.350**
9. 精神疾患を患っている人は感情に支配されており、健常人は理性に従う。	- 0.206**	- 0.277**	- 0.258**	- 0.265**
10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない。	- 0.352**	- 0.263**	- 0.467**	- 0.319**
11. 健常人と精神疾患を患っている人を見分けるのは簡単なことではない。	0.047	- 0.123	- 0.196**	- 0.096
IATM 合計スコア	- 0.461**	- 0.412**	- 0.458**	- 0.434**

数値は、相関係数 (rs) を示す。

WSDS : ワトリーの社会的距離尺度、IATM : 精神疾患の考え方の指標

**相関係数は 1% 水準で有意

* 相関係数は 5% 水準で有意

相関の強弱の程度	相関係数
高い相関がある	$1.0 \geq rs \geq 0.7$
中程度の相関がある	$0.7 \geq rs \geq 0.4$
弱い相関がある	$0.4 \geq rs \geq 0.2$
ほとんど相関がない	$0.2 \geq rs \geq 0.0$

【考察】

医療従事者が抱く精神疾患患者に対するスティグマは、患者が治療に取り組む上での障壁となるだけでなく⁴¹⁻⁴³⁾、薬剤師が患者に対して服薬支援を行う上での障壁となることが知られている^{12, 14, 29-31)}。患者が地域社会で安心して治療を継続するためには、この薬剤師が抱くスティグマを是正することが不可欠である。また、精神疾患に関連するスティグマは、社会的及び文化的な影響を強く受けることが知られており⁴⁴⁾、スティグマ対策の取り組みは、各国の実情や対象となる集団の特徴を十分考慮して実施する必要がある。そこで、本章では、本邦の薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマの程度と特徴を把握することを目的に、医師、看護師、薬剤師、及び一般市民を対象にインターネット調査を実施した。医療従事者を対象としたスティグマに関する研究は一般市民のそれと比べ少なく、特に本邦においてこれまで薬剤師を対象としたスティグマの調査はほとんど行われてこなかった。また、薬剤師のスティグマを医師、看護師などの他の医療従事者や一般市民との間で比較した研究は存在しない。

本研究において、医師、看護師、薬剤師、及び一般市民の精神疾患患者に対する社会的距離を示す WSDS 合計スコアは、それぞれ中間値である 16 点未満であり、精神疾患に対する正しい認識を示す IATM 合計スコアはそれぞれ中間値である 33 点より高いことから、本研究で対象となった医療従事者及び一般市民は、それぞれが精神疾患患者に対して比較的好意的な認識を有することが明らかになった。評価尺度は異なるが、本邦での薬局薬剤師のうつ病患者に対するスティグマの現状と患者対応に感じる困難さを調査した報告¹²⁾では、本研究と同様に薬剤師のスティグマは比較的低い傾向にあったが、スティグマの程度と患者対応に感じる困難さには正の相関関係がみられた。すなわち、スティグマの程度の高い薬局薬剤師ほど、患者の生活背景や仕事・学校に対する状況の確認（約 70%が困難と回答）や、それを踏まえた服薬状況の確認、効果・副作用モニタリングの実施（約 50～60%が困難と回答）といった積極的な介入を避ける傾向がみられた。また、同様に、米国の薬局薬剤師を対象に統合失調症患者に対する社会的距離と服薬指導や患者の薬物療法上の問題点を特定する意欲を調査した報告¹⁴⁾においても、社会的距離が大きい（スティグマの程度が高い）薬局薬剤師ほど、服薬指導や薬物療法上の問題点を特定する意欲が低いことが報告されている。これらの結果は、評価尺度のスコアに関わらず、スティグマの程度が低いほど、薬剤師の職能が発揮されることを示唆しており、より積極的なスティグマ是正のための取り組みが必要と考えられる。

WSDS の質問項目の中で、「質問 1. 精神科に入院していたことがある人とは付き合わないのが一番である」、「質問 2. 精神疾患を患っていたことがある人を敬遠するのは間違っている」、及び「質問 3. 精神科に入院していたことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう」といった質問項目に対する回答は、薬剤師を含めた医療従事者及び一般市民が中間値である 2 点未満と好意的な回答であった。しかし、「質問 4. 私は、精神科に入院していたことの

ある人が運転するタクシーには乗らないだろう」、「質問 5. 私は、精神科に入院していたことのある人をむしろ雇用したくない」、「質問 7. 私は、私の娘がどんな娘であっても、精神的な問題で精神科を受診していたことのある男性と結婚することに反対するだろう」、及び「質問 8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである」といった質問項目に対する回答は、質問 5 に対する看護師の回答を除き、医療従事者及び一般市民で中間値である 2 点以上と否定的な回答となった。このことから、薬剤師を含めた医療従事者は一般市民と同様に、精神疾患患者に対する差別は間違いであるという態度を有し、患者と直接接する可能性の低い質問項目に対してはスティグマの程度が低い傾向にあるが、精神疾患患者に対する雇用や婚姻など、より患者と密接に関わる必要性が生じる質問項目においてはスティグマの程度が高い傾向を示した。このことは、医療従事者及び一般市民に共通するスティグマ是正のための課題の 1 つであると考えられる。

また、医療従事者においては、IATM の質問項目ごとのスコアに中間値である 3 点未満の項目はみられなかったが、一般市民においては、IATM の質問項目の中で、「質問 3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう」の項目が中間値を下回ったことから、患者の行動を理解・予測できないという認識が、一般市民の社会的距離を延長させるスティグマの要因となっていることが示唆された。本邦で一般市民の精神疾患患者に対するスティグマを調査した他の報告⁴⁵⁾においても、評価尺度は異なるが、今回の結果と同様に、そのスティグマの程度は全体としては好意的なものであった。しかし、同研究報告においても「精神疾患患者は危険である」、「精神疾患患者との婚姻に反対である」と回答した一般市民はそれぞれ 69%、67%と高い割合であった⁴⁵⁾。一般市民に関して本邦では、特に「患者の能力の過小評価」、「患者の予測不可能性」、「患者の危険性」に関する偏見が統合失調症に対する否定的な態度と強く関連していることが報告されている^{10, 11, 46)}。本研究の一般市民においても、上記の通り「予測不可能性」については同様の傾向がみられたが、「精神疾患患者は危険である」と回答した一般市民は 13%にとどまっており、上記の研究結果との乖離がみられた。また、異なる精神疾患の特徴を網羅した架空の事例を提示し、調査対象者の精神疾患に対するイメージを明確にした上で、スティグマを測定した Griffiths らの調査¹⁰⁾では、うつ病患者に対して危険である回答した一般市民が 14.6%であったのに対し、慢性期の統合失調症患者に対しては 37.6%と高い割合となった。これらの報告は、精神疾患という言葉に対して回答者がどのような疾患・状態をイメージしたかによってスティグマの程度が影響を受ける可能性を示唆しており、今後、特定の疾患に焦点を当てた調査が必要と思われる。また、本邦と他国との間でスティグマの程度を比較した横断的調査では、日本の一般市民の精神疾患患者に対する態度は、他国と比較して否定的であることが指摘されている^{10, 47, 48)}。これらのことから、今回の調査では評価尺度全体としては好意的な結果となったものの、今後、本調査で明らかとなった本邦の精神疾患患者に対するスティグマを是正する取り組みが必要であると考えられる。

次に、医療従事者の各グループと一般市民について比較すると、精神疾患に対する認識を評価する尺度である IATM 合計スコアは、一般市民が最も低く、次いで医師及び薬剤師、看護師の順に高くなった。また、薬剤師の IATM 合計スコアは医師及び看護師と同程度であり、医療従事者の合計スコアのそれぞれが一般市民と比較して有意にスコアが高かったことから、一般市民が最も否定的な認識を有することが明らかになった。一方、WSDS 合計スコアは、一般市民が最も高く、次いで

医師、薬剤師、看護師の順に低くなり、看護師と一般市民の間に有意な差がみられた。しかし、薬剤師と医師の WSDS 合計スコアは一般市民と同程度であった。以上のことから、薬剤師は医師と同様に精神疾患患者に対して一般市民よりも高い認識を有するにも関わらず、その社会的距離は、一般市民と同程度であり、薬剤師のスティグマを一般市民よりも軽減する必要がある、その是正には社会的距離の改善が必要であることが示唆された。一方、精神科医以外の医師においては、精神疾患患者の訴える症状を精神疾患に起因する症状と判断し⁴⁹⁾、精神疾患患者を自分の専門領域外の患者として、積極的に関わることを避ける傾向があり、そのスティグマの程度も一般市民と同程度であることが報告されている¹¹⁾。このスティグマ是正の必要性については、薬剤師においては、IATM の尺度項目の中では、「質問 10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない。」の項目が WSDS 合計スコアとの相関性が最も高いことから、患者の責任能力を疑問視する認識が薬剤師の社会的距離を延長させている可能性が示唆された。このことから、日常業務の中で患者の服薬状況や残薬の確認を行う薬剤師は、精神疾患患者は服薬アドヒアランスが低く、薬の管理を任せられないという認識が根底にある可能性が考えられる。

一般市民と比較して、医療従事者の精神疾患に対するスティグマの程度が低いことは、精神障害に関する医療従事者の正しい認識と、勤務・研修などで精神疾患患者とコミュニケーションをとった経験に関連している可能性がある。本研究の結果からも、スティグマを是正する要因として医療従事者においては、「家族や親しい友人に精神疾患患者がいること」、「精神科での勤務経験があること」、及び「女性」が、一般市民においては、「家族や親しい友人に精神疾患患者がいること」が見出された。実際に、精神科での勤務経験の有る薬剤師及び医師は、勤務経験の無い群と比較し有意に WSDS 合計スコアが低く、また、「お見舞いや研修などで精神科に訪れた経験」を有する医師や一般市民、「家族や親しい友人が精神疾患に罹患した経験」を有する薬剤師、医師及び一般市民の WSDS 合計スコアは、経験の無い群と比較して有意に低く、精神疾患に対して好意的な態度を示した。これは、医療従事者や一般市民の否定的な認識や行動に対する意識が、精神疾患患者との対話などの接触経験によって改善される可能性があることを示しており、薬剤師向けのスティグマを是正するための教育的介入の重要性を示唆している。また、各グループの背景から、一般市民は医療従事者に比べて精神障害者との接触が著しく少ないことが示されており、この違いが結果に影響を与えていると考えられる。しかし、看護師においては、「家族や親しい友人が精神疾患に罹患した経験」を有する群の IATM 合計スコアは経験の無い群と比較し有意に高く、より好意的な認識を示したものの、WSDS 合計スコアに関しては、精神科での勤務経験及び「家族や親しい友人が精神疾患に罹患した経験」等の社会的接触への影響はみられなかった。この理由として、入院患者に対応する看護師、特に精神科看護師は、薬剤師や医師と異なり患者の日常生活の世話をしながら身近に接することが多く、患者からの暴力的言動を受けやすく、看護師個人の外傷的体験（トラウマ）がスティグマに結び付いている可能性が考えられる⁵⁰⁾。本研究の対象となった看護師も 161 名中 33 名が精神科病院に勤務する看護師であった。このことから、社会的接触に関しては、単に有無だけでなく、その質や量もスティグマの是正の重要な要素となることが考えられ、今後の検討課題である。

従来の研究⁵¹⁻⁵⁴⁾においても、医療従事者を対象としたスティグマ是正のための教育的介入の有用性が報告されており、本研究の結果を裏付けている。また、米国の精神医学に従事する専門家と一

般市民を比較した過去の研究では、専門家は精神疾患に対してより好意的な態度を示した⁵⁵⁾。同様に、本邦において、堀ら¹¹⁾は精神科医、精神科スタッフ、精神科を専門としない医師、一般の人々の順で、精神疾患患者に対する否定的な態度がみられないことを報告している。しかし、スウェーデンでは、医療専門家は一般市民よりも精神疾患患者に対して否定的な態度を示していると報告されている⁵⁶⁾。本研究では、精神科で働く医療従事者、そうでない医療従事者、一般市民の順に否定的な態度がみられることは少なく、これは堀らの研究結果¹¹⁾と一致している。

一方、医療従事者群の IATM では、「私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう」の項目が最も低いスコアを示した。このように、精神疾患患者特有の行動は、医療従事者の患者理解を困難なものにすることで、診断、治療、看護及び服薬指導などの医療支援を妨げるスティグマにつながっている可能性がある。すなわち、医療従事者と精神疾患患者との社会的距離は、医療従事者が精神疾患患者の経験や日常の生活状況を十分理解していないことを意味する可能性がある。以前の研究では、精神疾患患者に対する学生の認識及び社会的距離を改善するために、実際の患者が講師役となり、学生と対話を行う教育プログラムが導入され、いずれもスティグマの是正に効果的であることが報告されている⁵⁷⁻⁵⁹⁾。さらに、患者との接触型教育⁵³⁾及び接触型スティグマ是正プログラム⁶⁰⁾は、精神疾患患者との良好な関係を構築し、相互理解を深めることで、スティグマの是正につながることが示されている。しかし、日本ではこのような接触型のスティグマ是正教育プログラムは確立されていない。小野らは³⁹⁾、実際の精神疾患患者を想定したロールプレイのビデオや統合失調症患者の幻聴・幻覚などを疑似体験するビデオシミュレーション教育を用いた教育プログラムを実施した。その結果、IATM スコアには有意な改善がみられたが、WSDS スコアは改善されなかった。以上のことから、日本でも患者との対話を用いたスティグマ是正プログラムが必要であると考えられる。このスティグマ是正教育プログラムにより、薬剤師は、精神疾患患者との良好な接触体験を通じて、患者を正しく理解し、医療従事者と精神疾患患者との間の社会的距離を縮めることができるものとする。

5. 小括

- ・ 薬剤師の「精神疾患患者に対する認識」は、医師、看護師と同程度であり、一般市民と比較してより好意的な認識を有することが明らかになった。
- ・ 薬剤師の精神疾患患者に対する「社会的距離」は、一般市民と同程度であり、薬剤師のスティグマを是正するためには、「社会的距離」の改善が必要であることが示唆された。
- ・ 「社会的距離」の改善には、精神科病棟での研修や勤務経験、家族や親しい友人に精神疾患患者を有する経験に代表される、患者との良好な接触経験（社会的接触）が有用であることが示唆された。

第 2 章 患者と対話する教育プログラムが保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマに及ぼす効果

【緒言】

第 1 章で実施した本邦でのインターネット調査⁶¹⁾において、薬剤師は、精神疾患患者に対して一般市民よりも良好な認識であったが、その社会的距離は一般市民と同程度であることが示され、薬剤師のスティグマ是正には社会的距離を改善する必要があることが明らかとなった⁶¹⁾。また、同調査において、社会的距離を是正するためには患者との良好な接触体験が有効であることが示唆された⁶¹⁾。本邦では、精神疾患の中でも、特に統合失調症に対するスティグマが根強いことが指摘されており⁵⁾、アドヒアランス不良が問題となる統合失調症の薬物療法においては、薬の効果や副作用の確認、服薬継続の支援、患者の QOL 向上など、保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）が責任をもって継続的に服薬支援を行う必要がある。統合失調症患者が服薬を中断した際の再発率は、服薬継続時の約 5 倍高くなることが報告されており⁶²⁾、このことから統合失調症の治療には、服薬継続が必要不可欠であり、服薬アドヒアランスの維持・向上が重要となる。しかし、精神疾患患者の 16～47%は医療従事者からのスティグマを感じていることが報告されており¹⁵⁻²⁰⁾、医師が抱くスティグマにより、精神疾患患者と医療従事者の信頼関係が崩れ、受診行動の障害となることが指摘されている⁶³⁾。さらに、薬局薬剤師の統合失調症患者へのスティグマは患者の服薬行動を障害し、ひいては服薬中断による症状悪化を招く可能性がある。筆者らは、先行研究として、保険薬局での薬剤師と統合失調症患者の対話におけるスティグマについて調査した⁶⁴⁾。その結果、患者は薬剤師と齟齬を経験していたが、薬局薬剤師の謙虚な傾聴には親近感を覚えるとともに、薬剤師にパートナーとしての役割を希求していた。また、同研究に参加した薬局薬剤師は、十分な患者把握ができず、「患者にどこまで伝えていいのか？聞いていいのか？」、「患者が精神科というだけで、過敏になる（かまえてしまう）」、「患者に対し、事務的な態度・対応になってしまう」といったスティグマを抱えていた。この薬剤師のスティグマは、患者への服薬支援を大きく制約し、薬局薬剤師が本来持っている職能を十分発揮することができない原因のひとつと考えられる。一方、筆者らはすでに精神科病院に勤務経験があり、かつ患者との接触経験が豊富な薬剤師は、勤務経験のない薬剤師と比較して、精神疾患患者との社会的距離は短縮することを明らかにした⁶¹⁾。したがって、精神疾患患者への適切な服薬指導には良好な接触経験が不可欠であり、患者との対話を活用した教育プログラムは、薬局薬剤師のスティグマを是正し、より積極的な患者対応を促し、ひいては統合失調症患者に効果的な回復をもたらすことが十分期待できる。

この患者との良好な接触体験の機会を提供するためには、患者との対話を用いた教育プログラムが、スティグマの是正に有効であることが諸外国で報告されている⁵⁹⁾。しかしながら、本邦において薬局薬剤師が統合失調症患者に対して抱くスティグマに対して、このような患者参加型の教育プログラムの有効性を検証した報告はない。そこで、本研究では統合失調症患者に対する薬局薬剤師のスティグマが患者との対話を用いた薬剤師教育プログラム受講により受ける影響について検討した。

【方法】

1. 対象及び評価方法

調査対象は、第2回日本精神薬学会総会・学術集会（名古屋市：名城大学薬学部、2018年9月15-16日）にて開催した、ワークショップ（以下、WS）2「精神疾患患者さんの声を聞こう！～偏見をなくすために～」に参加した薬剤師19名のうち、同意が得られた薬局薬剤師10名とした。WS開始前に、「対象者の背景（性別、年齢、薬剤師経験年数）」、「過去の精神疾患に対する接触体験の有無（お見舞いや研修などで精神科を訪れた経験、自身の精神疾患罹患経験、家族や友人の精神疾患罹患経験、家族や友人の精神科入院経験）」、WS開始前及び終了後に、「ワトリーの社会的距離尺度（Whatley Social Distance Scale：WSDS）³⁷⁾」、「精神疾患の考え方の指標（Index of Attitudes toward the Mentally Ill：IATM）³⁸⁾」を用いて、自記式のアンケート調査を行った。本研究において精神疾患患者に対するスティグマの評価尺度として用いたWSDS及びIATMは、筆者らの先行研究においても、薬学生を対象とした調査^{39, 40)}や医師、薬剤師、看護師、一般市民を対象としたインターネット調査⁶¹⁾において既に用いられている。

2. 教育プログラムの概要

WSで実施した教育プログラムのタイムスケジュールを表16に示した。参加薬剤師19名は、1つの部屋で4グループ（1グループ4～5名）に分かれた。最初に、本WS開催の趣旨説明、スタッフ紹介、アイスブレイク（各グループで自己紹介）を行った後、精神疾患とスティグマ（偏見・差別）の講義を行った。その後、グループワーク①「統合失調症の患者さんとの対応について」のテーマでグループ内討論を行い、各グループ（計4グループ）の代表1名がそれぞれ発表を行った。引き続きグループワーク②「患者の体験談から、何を聞くか」のテーマでグループ内討論を行い、患者から何を聞くかについて意見を出し合った。その後、実際に統合失調症患者（計6名）が1名ずつ各グループのテーブルに付き、1グループにつき20分間、予め記載した自己紹介シートに準じて自身の体験を紹介し、薬剤師からの質問に答えた。この患者体験談の紹介を、患者を替えて計3回繰り返した（3ローテーション）。その後、グループワーク③「患者の体験談から、薬剤師として何を考えたか」についてグループ内討論を行い、各グループの代表1名がそれぞれ発表を行った。最後にグループ発表の意見を集約したまとめの講義を行い、終了した。

表16 WSのタイムスケジュール

9:00	(10)	オープニング、スタッフ紹介、趣旨紹介、アイスブレイク（自己紹介）
9:10	(5)	精神疾患とスティグマ（講義）
9:15	(10)	グループワーク①：統合失調症の患者さんとの対応について
9:25	(10)	各グループ発表①
9:35	(10)	グループワーク②：患者さんの体験談から、何を聞くか
9:45	(10)	休憩、移動、スタンバイ
9:55	(60)	セッション（20分）×3回 （患者1名あたり計3グループをローテーションして体験談を紹介する）
10:55	(10)	休憩、移動、スタンバイ
11:05	(10)	グループワーク③：患者さんの体験談から、薬剤師として何を考えたか
11:15	(10)	各グループ発表③
11:25	(20)	まとめ
11:45		終了

WS：ワークショップ、（ ）内は所要時間（分）を示す。

自身の体験を紹介した統合失調症の患者 6 名（男性 4 名、女性 2 名）は、名古屋市の患者団体に所属し、抗精神病薬を少なくとも 5 年以上服薬している精神科外来の通院患者であり、本 WS 開催前に WS の開催趣旨について文書を用いて説明を行い、署名による WS 参加の同意を得た。その後、自己紹介シートに、1) 病歴、2) 薬の治療で困ったこと、3) 薬局薬剤師に相談できたこと、できなかったこと、4) 偏見・差別的な言動・態度を感じたこと、5) 薬局薬剤師への要望を記載してもらい、この自己紹介シートを用いて WS において 10 分程度で薬剤師に発表するトレーニングを行った。

3. 統計解析

統計解析は IBM SPSS statistics version 22（日本アイ・ビー・エム株式会社、東京）を使用して実施した。対象者の背景に関する項目の 2 群間の比較においては Mann–Whitney U 検定を用い、WS 参加前後の比較においては Wilcoxon signed-rank 検定を用いた。 $P < 0.05$ を有意差あり、 $P \geq 0.05 \sim P < 0.1$ を有意傾向ありとした。

4. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては名城大学薬学部倫理審査委員会の承認（承認番号：H30-2）を受けて、プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性に十分配慮した。

【結果】

1. 対象薬局薬剤師について

対象の薬局薬剤師 10 名の平均年齢は 45.8 ± 10.0 歳、男性の内訳が 5 名 (50%)、平均薬剤師経験年数は 16.4 ± 11.2 年であった。また、精神科医療施設の門前薬局勤務者は 2 名 (20%) であった。

2. 対象者の背景と過去の精神疾患患者に対する接触体験の有無について (表 17)

精神疾患患者との接触体験については、「お見舞いや研修などで精神科を訪れた経験・自身が精神疾患に罹患した経験」がある対象者は 4 名 (40%)、「家族や友人が精神疾患に罹患した経験」のある対象者が 5 名 (50%)、「家族や友人が精神科に入院した経験」のある対象者が 4 名 (40%) と約半数が精神疾患患者との接触体験を有していた (表 17)。WSDS 及び IATM 合計スコアに対する精神疾患患者との接触体験及び自身の精神疾患の罹患経験の影響は、対象者の WS 参加前後において認められなかった (表 17)。一方、対象者の性別において、女性の IATM は男性と比較して WS 後に有意ではないが、増加傾向 ($P = 0.056$) を示した (表 17)。

表 17. WS に参加した対象者の背景と WSDS 及び IATM の関連性について

評価		WSDS			IATM		
		WS 前	WS 後	WS 前後の差	WS 前	WS 後	WS 前後の差
性別	名(%)						
男性	5 (50)	14.0 ± 3.0	12.6 ± 2.5	-1.4 ± 1.8	43.6 ± 4.9	43.2 ± 4.0	-0.4 ± 3.2
女性	5 (50)	12.2 ± 4.7	10.0 ± 2.8	-2.2 ± 1.9	42.6 ± 6.8	46.2 ± 6.2	3.6 ± 2.8
P 値		0.421	0.151	0.548	1.00	0.421	0.056
お見舞いや研修などで精神科を訪れた経験							
あり	4 (40)	11.0 ± 2.2	10.0 ± 3.4	-1.0 ± 1.4	46.5 ± 5.3	46.3 ± 7.0	-0.3 ± 3.6
なし	6 (60)	14.5 ± 4.2	12.2 ± 2.4	-2.3 ± 2.0	40.8 ± 5.0	43.7 ± 3.9	2.8 ± 3.2
P 値		0.257	0.352	0.476	0.171	0.476	0.352
自身の精神疾患の罹患							
あり	4 (40)	11.0 ± 2.2	10.0 ± 3.4	-1.0 ± 1.4	46.5 ± 5.3	46.3 ± 7.0	-0.3 ± 3.6
なし	6 (60)	14.5 ± 4.2	12.2 ± 2.4	-2.3 ± 2.0	40.8 ± 5.0	43.7 ± 3.9	2.8 ± 3.2
P 値		0.257	0.352	0.476	0.171	0.476	0.352
家族や友人の精神疾患の罹患							
あり	5 (50)	12.0 ± 4.5	10.8 ± 3.8	-1.2 ± 1.9	44.2 ± 4.1	46.0 ± 6.5	1.8 ± 3.3
なし	5 (50)	14.2 ± 3.0	11.8 ± 1.8	-2.4 ± 1.7	42.0 ± 7.1	43.4 ± 3.6	1.4 ± 4.2
P 値		0.310	0.690	0.310	0.690	0.548	0.841
家族や友人の精神科入院経験							
あり	4 (40)	13.0 ± 4.5	11.5 ± 4.0	-1.5 ± 2.1	44.0 ± 4.8	45.0 ± 7.1	1.0 ± 3.2
なし	6 (60)	13.2 ± 3.7	11.2 ± 2.2	-2.0 ± 1.8	42.5 ± 6.5	44.5 ± 4.2	2.0 ± 4.0
P 値		1.00	0.914	0.762	0.762	1.00	0.762

数値は、平均値 $\pm$ 標準偏差を示す。

WS：ワークショップ、WSDS：ワトリーの社会的距離尺度、IATM：精神疾患の考え方の指標

3. 教育プログラム後における WSDS の変化について (表 18、図 2)

教育プログラム参加前後での WSDS の合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差は 13.1 ± 3.8 から 11.3 ± 2.9 へ有意な低下が認められた ($P = 0.017$) (表 18)。また、図 2 に、対象者の個別 (No.1 から No.10) の WSDS 合計スコアの変化を示した (No.2 と No.6 は、精神科病院の門前薬局勤務者)。WSDS の質問項目のうち「質問 4. 精神科に入院していたことのある人が運転するタクシーには乗らないだろう」及び「質問 8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである。」の項目でスコアの有意な低下が認められた (それぞれ、 $P = 0.046$ 、 $P = 0.046$) (表 18)。

表 18. WS 後における WSDS の変化

	質問内容	WS 前	WS 後	P 値
質問項目	1. 精神科に入院していたことがある人とは付き合わないのが一番である。	1.3 ± 0.48	1.3 ± 0.48	1.000
	2. 精神疾患を患っていたことがある人を敬遠するのは間違っている。	1.8 ± 0.92	1.2 ± 0.63	0.630
	3. 精神科に入院していたことのある人の近所で暮らすことになったら、それは私にとって苦になるだろう。	1.7 ± 0.68	1.5 ± 0.53	0.157
	4. 精神科に入院していたことのある人が運転するタクシーには乗らないだろう。	1.7 ± 0.68	1.3 ± 0.48	0.046
	5. 私は、精神科に入院していたことのある人をむしろ雇用したくない。	1.5 ± 0.53	1.3 ± 0.48	0.157
	6. 精神科に入院していたことのある教師は、学校で教えることを許可されるべきではない。	1.3 ± 0.48	1.4 ± 0.52	0.317
	7. 私の娘がどんな娘であっても、精神的な問題で精神科を受診していたことのある男性と結婚することに反対するだろう。	1.7 ± 0.68	1.6 ± 0.52	0.317
	8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである。	2.1 ± 0.57	1.7 ± 0.48	0.046
計		13.1 ± 3.8	11.3 ± 2.9	0.017

数値は、平均値 $\pm$ 標準偏差を示す。

WS：ワークショップ、WSDS：ワトリーの社会的距離尺度

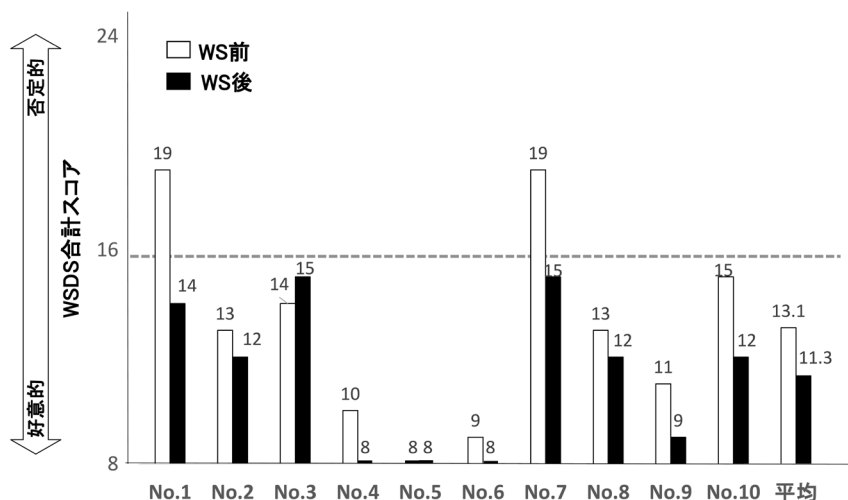


図 2. WS 後における WSDS 合計スコアの対象者別の変化

WS：ワークショップ、WSDS：ワトリーの社会的距離尺度：合計点数 8～24 点 (中間値：16 点)、平均値が大きいほどスティグマの程度が高いことを示す。

4. 教育プログラム後における IATM の変化について (表 19、図 3)

教育プログラム参加前後での IATM の合計スコアの平均値 $\pm$ 標準偏差は 43.1 ± 5.6 から 44.7 ± 5.2 へと有意な変化はみられなかった ($P = 0.152$) (表 19)。また、図 3 に、対象者の個別 (No.1 から No.10) の IATM 合計スコアの変化を示した (No.2 と No.6 は、精神科病院の門前薬局勤務者)。IATM の質問項目のうち「質問 1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない。」でスコアの有意な増加が認められた ($P = 0.023$) (表 19)。

表 19. WS 後における IATM の変化

	質問内容	WS 前	WS 後	P 値
質問項目	1. 精神科に入院しているほとんどの患者は危険ではない。	3.3 ± 1.06	4.1 ± 0.74	0.023
	2. かつて深刻な精神疾患を患った人は、容易に見分けがつく。	3.6 ± 0.97	4.0 ± 1.16	0.206
	3. 私たちは、精神疾患を患っている人の奇怪な行動を理解することはできないだろう。	3.8 ± 0.63	3.5 ± 0.97	0.334
	4. 精神疾患を患っている人は、知能が高くない。	4.4 ± 0.70	4.3 ± 0.68	0.655
	5. 精神疾患を患っている人の多くは、善悪を区別する能力がない。	4.2 ± 0.79	4.5 ± 0.53	0.180
	6. 精神疾患を患っている人の多くは、外見を気にしない。	3.7 ± 0.68	3.9 ± 0.88	0.317
	7. ほとんどの人は精神的/感情的問題を持っている。	4.3 ± 0.68	4.5 ± 0.53	0.317
	8. 精神疾患は、全く恥ずべきことではない。	4.3 ± 0.68	4.3 ± 0.82	1.000
	9. 精神疾患を患っている人は感情に支配されており、健常人は理性に従う。	3.6 ± 1.17	3.6 ± 1.17	0.666
	10. 精神疾患を患っている人は、日常生活の問題でさえ、意思決定ができないので任せられない。	3.8 ± 0.79	3.9 ± 0.74	0.655
	11. 健常人と精神疾患を患っている人を見分けるのは簡単なことではない。	4.1 ± 0.74	4.1 ± 0.74	1.000
計		43.1 ± 5.6	44.7 ± 5.2	0.152

数値は、平均値 $\pm$ 標準偏差を示す。

WS : ワークショップ、IATM : 精神疾患の考え方の指標

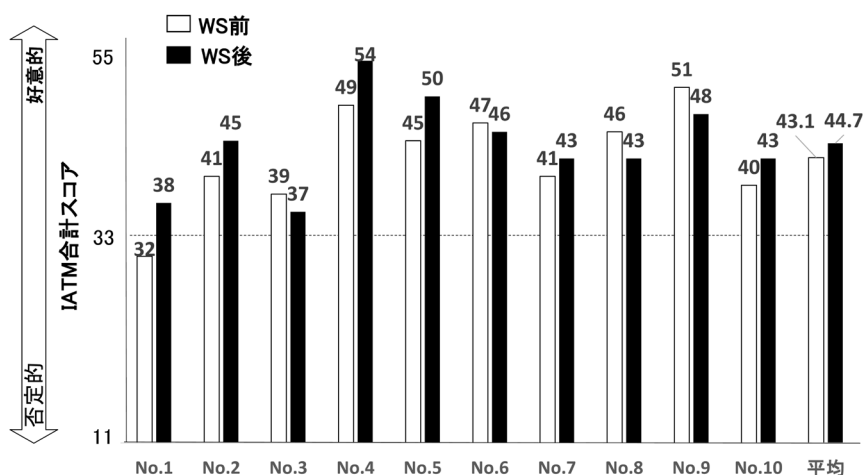


図 3. WS 後における IATM 合計スコアの対象者別の変化

WS : ワークショップ、IATM : 精神疾患の考え方の指標 : 合計点数 11~55 点 (中間値 : 33 点)、平均値が小さいほどスティグマの程度が高いことを示す。

【考察】

本研究の教育プログラムに参加した薬局薬剤師の WSDS 及び IATM の合計スコアのベース値は、筆者らの先行研究において評価した薬学生^{39, 40)}及び薬剤師⁶¹⁾のベース値と類似しており、いずれも精神疾患患者に比較的好意的な対象者であった。さらに、薬局薬剤師の統合失調症患者との社会的距離が短縮したことから、患者との対話を用いた教育プログラムは、薬局薬剤師の患者に対するスティグマ是正に有用であることが示唆された。参加薬剤師の社会的距離が短縮した理由として、患者との対話を通じて、統合失調症患者が危険であるという認識が改善したことが一因であると考えられる。これは、WSDS の項目の中で、「質問 4. 精神科に入院していたことのある人が運転するタクシーには乗らないだろう」及び「質問 8. もしベビーシッターが必要な場合、私は精神科を受診していた女性を雇用することに前向きである。」の項目でスコアの有意な改善が認められたことから裏付けられる。

一方、今回の教育プログラムのみでは、薬局薬剤師の統合失調症患者に対する認識を示す IATM の合計スコアに改善がみられなかった。我々の先行研究において、薬学部へ入学した 1 年生を対象に、3 年間継続して精神疾患に関する知識や体験が薬学生の精神疾患患者に対するスティグマに及ぼす影響について調査した³⁹⁾。その結果、精神疾患に関する講義が全く行われていない 1 年次と比較して、筆者らの大学独自の統合失調症患者の理解と将来的に服薬支援を円滑に実践するための基盤学習として位置付けた、バーチャルな幻覚体験を取り入れた統合失調症患者の臨床症状に関する講義を受講した 2 年次や、安定期にある統合失調症模擬患者に対する服薬支援のロールプレイ体験を取り入れた講義を受講した 3 年次では、WSDS のスコアに変化がなく IATM のスコアが有意に改善していた。このことから、精神疾患患者に関するこれらの教育的介入を行った学生は、精神疾患患者に対して好意的な態度を有し、比較的正しい認識を持つことが明らかとなった³⁹⁾。特に、3 年次の服薬支援ロールプレイ体験の講義では、ロールプレイのビデオを鑑賞した後に少人数に分かれて、病識の獲得とアドヒアランス向上のための支援についてグループ討議を行い、患者に寄り添ったコミュニケーションのあり方について理解を深めた。これらのことから、薬局薬剤師の IATM を改善していくためには統合失調症に関する病態や症状の知識レベルでの教育に加えて、患者とのコミュニケーションスキルを養う教育などを継続して実施していく必要があることが示唆された。

本研究において、スティグマに対する性差の有意な影響は認められなかったが、女性の IATM は男性と比較して WS 後により改善傾向にあった。我々の薬学生を対象とした先行研究では、女性の IATM は男性と比較して、1 年次から 3 年次にかけて有意にスコアが改善しており、精神疾患患者に対する女性のスティグマの程度が低くなりやすいことが示唆されている³⁹⁾。一方、女性は男性よりも、または男性は女性よりも精神疾患患者に好意的な態度を持つとの報告^{65, 66)}や、精神疾患に対する社会的態度の性差はないとの報告⁵⁾もあり、スティグマにおける性差の影響に関しては今後の検討課題である。

本研究の患者との対話を用いた教育プログラムでは、お見舞いや研修などの精神科への訪問、家族や友人、または自身の精神疾患の罹患などの過去の精神疾患に対する接触体験はスティグマの改善に影響を及ぼさなかった。なお、お見舞いや研修などで精神科を訪れた経験のある対象者 4 名と自身が精神疾患に罹患した経験がある対象者 4 名は同一であった。この理由については不明であるが、精神疾患の罹患経験者は精神科訪問に当って心理的な障壁が少ない可能性がある。また、精神

疾患患者と常時接触している精神科病院の門前薬局勤務者2名のスティグマの程度も他の対象者と比較して相違はみられなかった。以前の筆者らのインターネット調査⁶¹⁾では、薬剤師192名のWSDSのスコアは、精神科での勤務による接触体験がある方が接触体験のない薬剤師に比べ有意に低かった。この先行研究との結果の違いは明らかではないが、本研究の対象者が10名と少ないことが挙げられる。さらに、自身が精神疾患に罹患した経験がある対象者4名とその他6名との群間比較において、WSDS及びIATMの合計スコアに有意な相違がみられなかったことから、本研究対象者に占める精神疾患に罹患した経験がある対象者4名(40%)の割合は一般人口に占める割合よりも高いものの、全体の研究結果に影響を及ぼす可能性は少ないものと考えられる。

本研究の限界として、上述したように対象者が少ないことから、今後、薬剤師教育プログラムをさらに実行し、対象者数を増やして検討していく必要がある。また、本研究では、統合失調症患者に好意的ではない対象者のWSDSのスコアが最も改善されたものの、対象者の多くは精神疾患患者に好意的で学会のWSに参加する意識の高い薬局薬剤師が参加した可能性が高いことも考えられる。今後は、統合失調症患者に好意的ではない薬局薬剤師を対象とした教育プログラムの実施も必要であると考えられる。さらに、本研究では精神疾患全般におけるスティグマの評価尺度を用いたことから、今後、統合失調症患者と薬局薬剤師が対面する場面を想定した評価尺度の開発が必要となると考えられる。

5. 小括

患者との対話を用いた教育プログラムが、保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対する社会的距離の是正に有効である可能性が示唆された。

第 3 章 保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度 (Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists : SSCP) の開発及び SSCP を用いた薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマを是正する教育プログラムの効果の検討：ランダム化比較試験

【緒言】

本邦では、精神疾患の中でも、特に統合失調症に対するスティグマが根強いことが指摘されている⁵⁾。保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）は、薬物療法の効果や副作用に関する適切な情報提供及び薬物治療のアドヒアランスを維持するための様々な支援を通じて、地域での統合失調症患者のケアに重要な役割を担っている²⁷⁾。しかし、薬局薬剤師が抱く統合失調症患者に対するスティグマによって、患者のアドヒアランスが低下し、症状の悪化を招くことが懸念される^{14, 31)}。第 1 章で筆者らが実施したインターネット調査において、本邦の薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマは、医師及び看護師と同程度であり、比較的好意的な態度を有していることが示された⁶¹⁾。しかし、薬剤師は、精神疾患患者に対して一般市民よりも良好な認識を持つものの、その社会的距離は一般市民と同程度であることが示され、薬剤師のスティグマ是正には社会的距離を改善する必要があることが明らかになった⁶¹⁾。社会的距離とは、精神障害のある人の社会的参加を妨げる態度、すなわち患者からの心理的距離を指し、メンタルヘルス関連のスティグマの重要な要素の 1 つと考えられている概念である³⁷⁾。また、同調査において、この社会的距離を是正するためには精神科での勤務・研修を行うなどの、患者との良好な接触体験が有効であることが示唆された⁶¹⁾。海外では、医療従事者が抱くスティグマの是正を目的とした、患者との対話、コミュニケーションに焦点を当てた教育プログラムの有用性が示されている^{33, 67, 68)}が、薬剤師のためのこのような教育プログラムの有用性は、本邦において実証されていない。そこで、第 2 章では、この患者との良好な接触体験を提供するための患者との対話を用いた薬剤師教育プログラムを薬局薬剤師に対して実施し、実際に、統合失調症患者との社会的距離が是正されることを明らかにした⁶⁹⁾。しかし、第 2 章の研究は、比較対象をおかない単群に対する介入研究であり、この結果のみでは本邦における患者との対話を用いた薬剤師教育プログラムの有用性を実証するには十分でない。また、この研究では、患者との対話によって統合失調症患者との社会的距離は改善されたものの、患者に対する誤った認識の改善には至らなかった。薬剤師を対象としたランダム化比較試験の報告はないものの、海外では、統合失調症に関する知識ベースの教育的介入と患者との適切なコミュニケーションを用いた接触ベースの教育的介入を組み合わせる手法が統合失調症に対するスティグマを是正により効果的であると報告されている^{33, 67, 68, 70)}。さらに、第 2 章までの研究に用いた WSDS 及び IATM のスティグマ評価尺度は、精神疾患患者全般に対する社会的距離や認識を測定するための尺度であり^{39, 40, 61, 69)}、薬局薬剤師に対する教育プログラムの効果を測定するためには、薬局薬剤師が実際に統合失調症患者に対応する場面を想定した、薬局薬剤師に特化したスティグマ評価尺度の開発が不可欠である。

以上を背景に、本章では、第 1 節として、薬局薬剤師に特化した統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度の開発と信頼性の検証を行い、第 2 節として、開発した薬局薬剤師に特化したスティグマ評価尺度を用いて「患者との対話を用いた教育プログラム」が薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ是正効果をランダム化比較試験の手法を用いて評価した。

第1節 保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度 (Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists : SSCP) の開発

【方法】

1. 第一段階：保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度 (SSCP) の原案の作成

保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度 (Stigma scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists : 以下、SSCP) を開発するために、薬局薬剤師の職能の発揮の妨げとなるスティグマの構成概念を検討し、その概念を評価するための質問項目を既存の評価尺度を基に抽出した^{11, 13, 37, 38, 71)}。次に、抽出した質問項目に、3名の薬剤師（筆者、精神科を専門領域とする大学教員及び医療コミュニケーションを専門領域とする大学教員）が新たな質問項目を加え、3つの構成概念である①統合失調症患者に対する（誤った）認識・態度、②社会的距離、③疾患の自己開示及び援助要請から成る 67 項目の質問肢を作成した。その後、各質問項目の内容及び言語表現が適切かを上記の3名を含む合計 12名の薬剤師が検討し、最終的に 33 項目の SSCP の原案（表 20）を作成した。薬剤師 12 名の内訳は、精神科を専門領域とする病院薬剤師 3 名及び薬局薬剤師 1 名、精神科を専門領域としない薬局薬剤師 4 名、精神科を専門領域とする大学教員 3 名及び医療コミュニケーションを専門領域とする大学教員 1 名であり、平均年齢が 43.5 ± 10.8 歳、平均薬剤師経験年数は 21.5 ± 10.8 年、男性 10 名、女性 2 名であった。また、67 項目の質問を絞り込むための基準は、①薬局薬剤師が患者に効果的な支援を提供する際の妨げとなるスティグマを評価するための質問内容、②薬局薬剤師のスティグマを是正するための教育プログラムの効果を評価するために適した内容、③回答者に負担をかけない質問項目数の 3 点とした。筆者は、1 度に上述した薬剤師の中で 2～3 名の薬剤師と数回に分けてグループディスカッションを行い、抽出した意見をグループ全体で共有し、最終的な SSCP の原案を作成した。

表 20. 33 項目の SSCP 原案

質問項目	引用文献
統合失調症に対する（誤った）認識・態度（10項目）	
01. 私は、統合失調症患者は危険であると思う。	文献34
02. 私は、統合失調症患者は社会復帰することが困難であると思う。	筆者らが作成
03. 私は、統合失調症患者は提案された治療を理解することや治療に専念（実行）することができないと思う。	文献10
04. 私は、統合失調症患者は常に幻覚・妄想などの症状に悩まされていると思う。	筆者らが作成
05. 私は、統合失調症患者は日常生活を送ることもままならないと思う。	筆者らが作成
06. もしも、統合失調症患者が身体的症状（例えば吐き気、腰痛、頭痛など）を訴えたら、私はそれを精神的な症状のせいだと考えてしまうかもしれない。	文献12（除外）
07. 私は、統合失調症患者は自分の病気を理解することができないと思う。	文献10
08. 私は、統合失調症患者の病状の回復は見込めないと思う。	筆者らが作成
09. 私は、半数以上の統合失調症患者は、よりよくなるために十分な努力をしていないと思う。	文献12
10. 私は、医療者としての信念があるにも関わらず、統合失調症患者に対して否定的な反応をしてしまう。	文献12
社会的距離（18項目）	
11. 私は、統合失調症患者への対応は面倒だと感じる。	筆者らが作成
12. 私は、統合失調症患者よりも身体疾患のある患者に関わりたい。	文献12
13. 私は、薬局で患者から統合失調症の治療薬が含まれた処方箋を受け取った場合、彼／彼女の病気ことには極力触れないように対応するだろう。	筆者らが作成
14. 私は、忙しい時間の中、統合失調症患者に対応するのは難しいと思う。	筆者らが作成
15. 私は、統合失調症患者の回復のために自分ができることはないと思う。	文献12（除外）
16. 私は、統合失調症患者に対してコミュニケーションがとりにくいと思う。	筆者らが作成
17. 私は、統合失調症患者から相談を持ちかけられることはできる限り避けたいと思う。	筆者らが作成
18. 私は、統合失調症患者への投薬・服薬指導を可能ならば避けたいと思う。	筆者らが作成
19. 私は、統合失調症患者への在宅訪問指導は可能ならばしたくないと思う。	筆者らが作成
20. 私は、統合失調症患者の幻覚・幻聴・妄想などに起因する行動を理解することはできない。	文献34（除外）
21. 私は、統合失調症患者への投薬・服薬指導を怖いと感じる。	筆者らが作成
22. 私は、統合失調症患者の問題点を積極的に抽出できると思う。	筆者らが作成（除外）
23. 私は、保険薬局で患者から統合失調症の治療薬の含まれた処方箋や、お薬手帳を受け取っても、特に対応に困ることは無い。	筆者らが作成
24. もしも私の職場の同僚が、治療により病状がコントロールされた統合失調症を患っていると私に話したとしても、私は普段通り彼／彼女と一緒に働くことができる。	文献12
25. もしも彼／彼女がその仕事をするのに最もふさわしい人ならば、雇用者は治療により病状がコントロールされた 統合失調症患者を雇うべきである。	文献12
26. たとえ治療により病状がコントロールされていたとしても、私は、統合失調症患者には自分の子供と一緒に働いてほしくない。	文献12
27. 私は、統合失調症患者が私の隣に住んでいたとしても気にしない。	文献33
28. 私は、統合失調症患者を友人に持つことはできない。	筆者らが作成（除外）
自己開示（5項目）	
29. 他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症の治療中だった場合、そのことを同僚には話さないだろう。	文献12
30. もしも私が統合失調症で、それを自分で対処できなければ、私は自分のことを弱い人間だと思うだろう。	文献12（除外）
31. もしも私が統合失調症だったら、私は医療者に助けを求めることをしるだろう。	筆者らが作成
32. もしも私が統合失調症だったとしても、友人にそのことを話さだろう。	文献12
33. もしも私が統合失調症だったら、私は家族にすらそのことを進んで打ち明けることはできないだろう。	筆者らが作成

2. 第二段階：SSCPの作成、及び信頼性・妥当性の確認

2018年12月1日から2019年1月31日までの期間に、愛知県内の保険調剤薬局からランダムに1,500店舗を抽出し、上記で作成した33項目のSSCPの原案、「社会的望ましきバイアス」を測定するための3項目の質問及び回答者の背景に関する質問票を1店舗につき1部送付し、各薬局の代表者1名に回答を求めた。社会的望ましきバイアスについては後述する。回答者は、SSCPの原案の各質問項目に対し、「強くそう思う（5点）」、「そう思う（4点）」、「どちらでもない（3点）」、「そう思わない（2点）」、「強くそう思わない（1点）」の5件法で回答した。

回収したSSCPの原案の各質問項目の平均値及び標準偏差を算出し、各項目の天井効果・フロア効果を確認した。また、各質問項目と合計スコアの相関（アイテム合計相関）を確認した。アイテム合計相関は、尺度を構成する項目間に一貫性があり、尺度として信頼性が保たれているか評価する際に用い、各項目のスコアと、その項目以外の項目の合計スコアとの相関である。最適とされるアイテム合計相関係数は、0.2～0.5であり、0.2未満の項目は、尺度全体の信頼性の低下につながるため、除外する項目の検討に用いた¹³⁾。次に、サンプリングの妥当性を評価するためにカイザー・マイヤー・オルキン値を算出した。カイザー・マイヤー・オルキン値は、0～1の範囲を示し、サンプリング適切性基準は、値が0.6より大きい場合にサンプリングが妥当であると評価される。さらに、モデルの適合性を確認する目的で、バートレットの球面性検定を行った。バートレットの球面性検定は、有意であれば変数間に相関があり、因子分析を行うには妥当であると評価される。

次に、得られた回答より、評価尺度の因子構造を解明するために探索的因子分析を行った。また、尺度の信頼性を評価する目的で、評価尺度全体及び得られた各因子のCronbachの α 係数による信頼係数を算出し、内的整合性を確認した。また、再テスト信頼性を評価するために、調査後、8～12週の期間で上記の薬剤師の中で再調査を実施し、2つの期間における合計スコアを比較するクラス内相関関係を調べた。さらに、基準関連妥当性を評価するために、SSCP合計スコアと既存の精神疾患に対するスティグマの評価尺度である「ワトリーの社会的距離尺度（Whatley Social Distance Scale：以下、WSDS）」及び「精神疾患の考え方の指標（Index of Attitudes toward the Mentally Ill：以下、IATM）」との相関を調べた。

続いて、27項目に絞られたSSCPに対する「社会的望ましきバイアス」の影響について評価した。「社会的望ましきバイアス」とは、回答者が、精神疾患に対する態度などの関心のある社会的及び心理学的変数を確認するための尺度に回答する場合に、その質問項目の内容が社会的に望ましいか否かの判断による影響を受け、社会的に望ましい方向に回答が歪められる傾向のことを指す⁷²⁾。すなわち、「偏見をもつことはいけないことである」という回答者の思いが無意識・意図的に回答を歪めてしまう可能性がある。開発した27項目のSSCPが、「社会的望ましきバイアス」の影響を受けた場合、スティグマの程度を正確に評価できない可能性がある。そこで、本研究では、牧田ら⁵⁰⁾が用いた方法に準じて、作成した27項目のSSCPが、以下の3項目の質問の合計スコアと高い相関がある場合、社会的望ましきバイアスの影響を受けると判断した。すなわち、①私は、自分の知っている人（知人）全員が好きというわけではない、②私は、家で食事をする時は、外で人と食事をするときほど行儀はよくない、③私は、もし自分が統合失調症になったとしても、そのことを全く嫌だとは思わない、の3項目である。回答者は、これらの項目に対し、「非常にそう思う（5点）」から「非常にそう思わない（1点）」までの5件法で回答し、各質問項目のスコア1～5

点の合計スコアである 3～15 点で評価し、27 項目の SSCP の合計スコアとの相関を求めた。

3. 統計解析

統計解析は、IBM SPSS statistics version 22（日本アイ・ビー・エム株式会社、東京）を用いて実施し、有意水準を $P < 0.05$ （両側検定）とした。33 項目の質問から因子構造を決定するために、主因子法、プロマックス回転を用いて探索的因子分析を実施した。因子数の決定は、スクリープロットに基づき実施した。また、因子負荷が 0.4 以上の質問項目は各因子を構成する項目として意味がある項目とみなし、特定の因子に割り当てた。ただし、因子負荷が 0.4 未満であっても、研究者がその質問項目が各因子を説明するために必要であると判断した場合においては、その質問項目は特定の因子に割り当てられた。研究者は、特定の因子に割り当てられた質問項目のグループを最もよく特徴付ける名称を検討し、各因子の因子名を命名した。SSCP と各因子の内部一貫性は、Cronbach の α 係数を使用して評価され、SSCP の基準関連妥当性は、スピアマンの相関係数 (r_s) を使用して確認した。

4. 倫理的配慮

本研究は、名城大学薬学部倫理審査委員会の承認（承認番号：H30-3）を受け、プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性に十分配慮して実施した。

【結果】

1. 回答率及び被験者の特徴

送付した 1,500 の調査票の中で、822 名（回収率 54.8%）から回答が得られ、そのうち、有効回答は 806 名（有効回答率 53.7%）であった。回答者の平均年齢は、 42.3 ± 12.1 歳、490 名が男性（60.8%）、316 名が女性（39.2%）、平均薬剤師経験年数は、 15.6 ± 10.4 年であった。

2. 探索的因子分析による因子構造の確認

表 21 に、プロマックス回転後の因子パターン、因子間相関、Cronbach の α 係数及び各項目の平均スコア $\pm$ 標準偏差を示した。

因子分析を実施する前に、各項目の平均スコアと標準偏差を計算して、天井効果又は床効果がないことを確認した。また、アイテム合計相関を確認したところ、評価尺度案の 33 項目の中に、アイテム合計相関係数が 0.2 未満となる項目は認められなかった。次に、サンプリングの妥当性を評価するためにカイザー・マイヤー・オルキン値を算出した。本研究の因子モデルのカイザー・マイヤー・オルキン値は、0.91 を示し、十分なサンプリングの妥当性が確認された。さらに、バートレットの球面性検定の結果（ $\chi^2 = 6578.2$, $df = 351$, $P < 0.001$ ）より、このモデルの適合性が確認された。

次に、尺度の因子構造を確認するために、33 の質問項目の探索的因子分析を行った。その結果、4 因子 27 項目が得られ、4 因子の因子寄与率は、45.8%であった。33 項目の質問項目のうち、因子負荷が 0.4 未満となった 6 項目を除外した。除外した 6 項目は表 20 に示す。

さらに、抽出された 4 つの因子の概念を、各因子に含まれる質問項目を特徴づける名称で命名し

た。第 I 因子は、「私は、統合失調症患者への投薬・服薬指導を可能ならば避けたいと思う」、「私は、統合失調症患者よりも身体疾患のある患者に関わりたい」など、回答者が薬剤師として統合失調症患者と関わる際に希求する社会的距離を表す 11 の質問項目より構成されるため、「薬剤師としての社会的距離」と命名した。また、第 II 因子は、「私は、統合失調症患者の病状の回復は見込めないと思う」、「統合失調症患者は提案された治療を理解することや治療に専念（実行）することができないと思う」など、回答者の薬剤師としての職能発揮を妨げるような誤った認識を表す 8 つの質問項目より構成されるため、「統合失調症患者に対する認識・態度」と命名した。また、第 III 因子は、「他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症だったら、私は家族にすらそのことを進んで打ち明けることはできないだろう」、「他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症だったら、私は医療者に助けを求めることをしぶるだろう」など、回答者が統合失調症に罹患した際、それを家族、友人、同僚、医療従事者に打ち明けるかを表す 4 つの質問項目より構成されるため、「自己開示」と命名した。第 IV 因子は、「もしも私の職場の同僚が、治療により病状がコントロールされた統合失調症を患っていると私に話したとしても、私は普段通り彼／彼女と一緒に働くことができる」、「私は、統合失調症患者が私の隣に住んでいたとしても気にしない」など、回答者が家庭や職場などの日常生活で統合失調症患者と関わる際に希求する社会的距離を表す 4 つの質問項目で構成されるため、「日常生活上の社会的距離」と命名した。

合計スコアの平均は、27 項目の尺度全体で 70.6 ± 12.1 、第 I 因子で 29.7 ± 6.9 、第 II 因子で 19.7 ± 4.0 、第 III 因子で 11.1 ± 2.5 、第 IV 因子で 10.0 ± 2.3 であり、いずれも中間値を下回っていた。

表 21. 因子分析結果：プロマックス回転後の因子パターン、因子間相関、Cronbach の α 係数及び各項目の平均スコア

全 27 項目, $\alpha=0.89$	因子				スコア
	I	II	III	IV	
第 I 因子：薬剤師としての社会的距離, $\alpha=0.88$					
1. 私は、統合失調症患者への投薬・服薬指導を可能ならば避けたいと思う。	0.89	-0.11	-0.03	0.03	2.4 ± 0.9
2. 私は、統合失調症患者から相談を持ちかけられることはできる限り避けたいと思う。	0.78	-0.08	0.04	-0.03	2.5 ± 0.9
3. 私は、統合失調症患者への在宅訪問指導は可能ならばしたくないと思う。	0.73	-0.10	0.04	0.04	3.0 ± 1.0
4. 私は、統合失調症患者への対応は面倒だと感じる。	0.72	0.09	-0.11	-0.02	2.7 ± 0.9
5. 私は、統合失調症患者よりも身体疾患のある患者に関わりたい。	0.63	0.08	-0.11	-0.01	2.8 ± 0.8
6. 私は、統合失調症患者への投薬・服薬指導を怖いと感じる。	0.58	0.01	0.02	0.05	2.5 ± 0.9
7. 私は、薬局で患者から統合失調症の治療薬が含まれた処方箋を受け取った場合、彼／彼女の病気ことには極力触れないように対応するだろう。	0.55	0.03	0.18	-0.17	2.9 ± 1.0
8. 私は、忙しい時間の中、統合失調症患者に対応するのは難しいと思う。	0.55	0.18	0.03	-0.18	2.9 ± 1.0
9. 私は、医療者としての信念があるにも関わらず、統合失調症患者に対して否定的な反応をしてしまう。	0.53	0.19	-0.03	0.04	2.5 ± 0.9
10. 私は、統合失調症患者に対してコミュニケーションがとりにくいと思う。	0.52	0.08	0.07	-0.06	3.0 ± 1.0
11. 私は、保険薬局で患者から統合失調症の治療薬の含まれた処方箋や、お薬手帳を受け取っても、特に対応に困ることは無い。(R)	0.47	-0.17	-0.02	0.18	2.5 ± 0.9
第 II 因子：統合失調症患者に対する認識・態度, $\alpha=0.76$					
12. 私は、統合失調症患者は日常生活を送ることもままならないと思う。	-0.05	0.64	0.02	-0.00	2.3 ± 0.8
13. 私は、統合失調症患者の病状の回復は見込めないと思う。	-0.01	0.58	-0.01	0.08	2.2 ± 0.8
14. 私は、統合失調症患者は自分の病気を理解することができないと思う。	0.02	0.55	0.04	-0.07	2.3 ± 0.8
15. 私は、統合失調症患者は常に幻覚・妄想などの症状に悩まされていると思う。	-0.08	0.54	-0.03	-0.00	2.6 ± 1.0
16. 統合失調症患者は提案された治療を理解することや治療に専念（実行）することができないと思う	0.00	0.53	0.04	0.05	2.4 ± 0.8
17. 私は、半数以上の統合失調症患者は、よりよくなるために十分な努力をしていないと思う。	0.09	0.44	-0.08	-0.05	2.5 ± 0.8
18. 統合失調症患者は社会復帰することが困難であると思う。	0.04	0.43	0.04	0.11	2.8 ± 0.9
19. 統合失調症患者は危険であると思う。	0.19	0.35	-0.01	0.11	2.7 ± 0.9
第 III 因子：自己開示, $\alpha=0.62$					
20. 他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症だったとしても、友人にそのことを話すだろう。(R)	0.06	-0.14	0.58	0.11	3.1 ± 0.9
21. 他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症だったら、私は家族にすらそのことを進んで打ち明けることはできないだろう	0.08	0.03	0.57	0.05	2.2 ± 1.0
22. 他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症の治療中だった場合、そのことを同僚には話さないだろう。	0.07	-0.02	0.57	-0.03	3.4 ± 0.9
23. 他の病気の場合と異なり、もしも私が統合失調症だったら、私は医療者に助けを求めることをしるだろう。	-0.03	0.17	0.42	-0.11	2.4 ± 0.9
第 IV 因子：日常生活上の社会的距離, $\alpha=0.62$					
24. もしも私の職場の同僚が、治療により病状がコントロールされた統合失調症を患っていると私に話したとしても、私は普段通り彼／彼女と一緒に働くことができる。(R)	-0.04	-0.00	-0.00	0.66	2.2 ± 0.8
25. もしも彼／彼女がその仕事をするのに最もふさわしい人ならば、雇用者は治療により病状がコントロールされた統合失調症患者を雇うべきである。(R)	-0.14	0.06	0.03	0.55	2.3 ± 0.8
26. 私は、統合失調症患者が私の隣に住んでいたとしても気にしない。(R)	0.22	0.01	-0.06	0.40	3.0 ± 0.9
27. たとえ治療により病状がコントロールされていたとしても、私は、統合失調症患者には自分の子供と一緒に働いてほしくない。	0.19	0.13	0.10	0.36	2.5 ± 0.8
因子間相関					
	1.00	0.59	0.42	0.38	
	0.59	1.00	0.37	0.42	
	0.42	0.37	1.00	0.29	
	0.38	0.42	0.29	1.00	

数値は、第 I–IV 因子の因子負荷量または、スコアの平均値 ± 標準偏差を示す。

$n=806$, α : Cronbach α , (R): 逆転項目

3. 信頼性及び妥当性の確認

Cronbach の α 係数は、SSCP 全体で 0.89、第 I 因子で 0.88、第 II 因子で 0.76、第 III 因子及び第 IV 因子で 0.62 であった。最初のサンプルのうち、81 名が再テストに同意した。2 点の合計スコア間のクラス内相関は 0.90 (95% CI : 0.84–0.93、 $P < 0.001$) であり、0.7 を超えており、十分な信頼性を確認した。SSCP 合計スコアと WSDS 又は IATM 合計スコアの相関は、それぞれ 0.58 ($P < 0.001$) 及び -0.62 ($P < 0.001$) であり、両尺度との相関関係が確認された。

4. 社会的望ましきバイアス

806 名の薬局薬剤師の SSCP 合計スコアと社会的望ましさを測定する 3 項目の質問の合計スコアとの相関はみられなかった ($r_s = -0.117$, $P = 0.001$) ことから、SSCP は、「社会的望ましきバイアス」の影響を受けないことが確認された。

第2節 SSCPを用いた薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマを是正する教育プログラムの効果の検討：ランダム化比較試験

【方法】

1. 参加者及び試験デザイン (図 4)

試験デザインの概要を図 4 に示す。愛知県内の保険薬局をランダムに抽出し、電子メールまたは郵送にて研究参加者を募集した。これらの薬局に雇用されている 120 名の薬局薬剤師から文書により研究参加への同意を取得した。なお、この 120 名の薬局薬剤師は、先に実施した SSCP 開発のための調査には参加しなかった。120 名の参加者は、①性別（女性対男性）、②年齢（30 歳以上対 30 歳未満）、③精神障害のある人々とのコミュニケーションの経験の有無で層別化した層別ランダムブロック法により、統合失調症に関する講義にのみを受講する講義群（講義のみ）とこの講義に加え、統合失調症患者との対話を用いたセッションを受講する対話群（講義＋対話）にランダムに 1 対 1 に割り付けられた。この調査は、2019 年 7 月 28 日と 11 月 10 日の 2 日に分かれて、各群 30 名を含む 60 名ずつが教育プログラムに参加した。最終的に、講義群から 4 名、対話群から 1 名の参加者が辞退し、各群の最終的な人数はそれぞれ 56 名及び 59 名の合計 115 名の参加者であった。

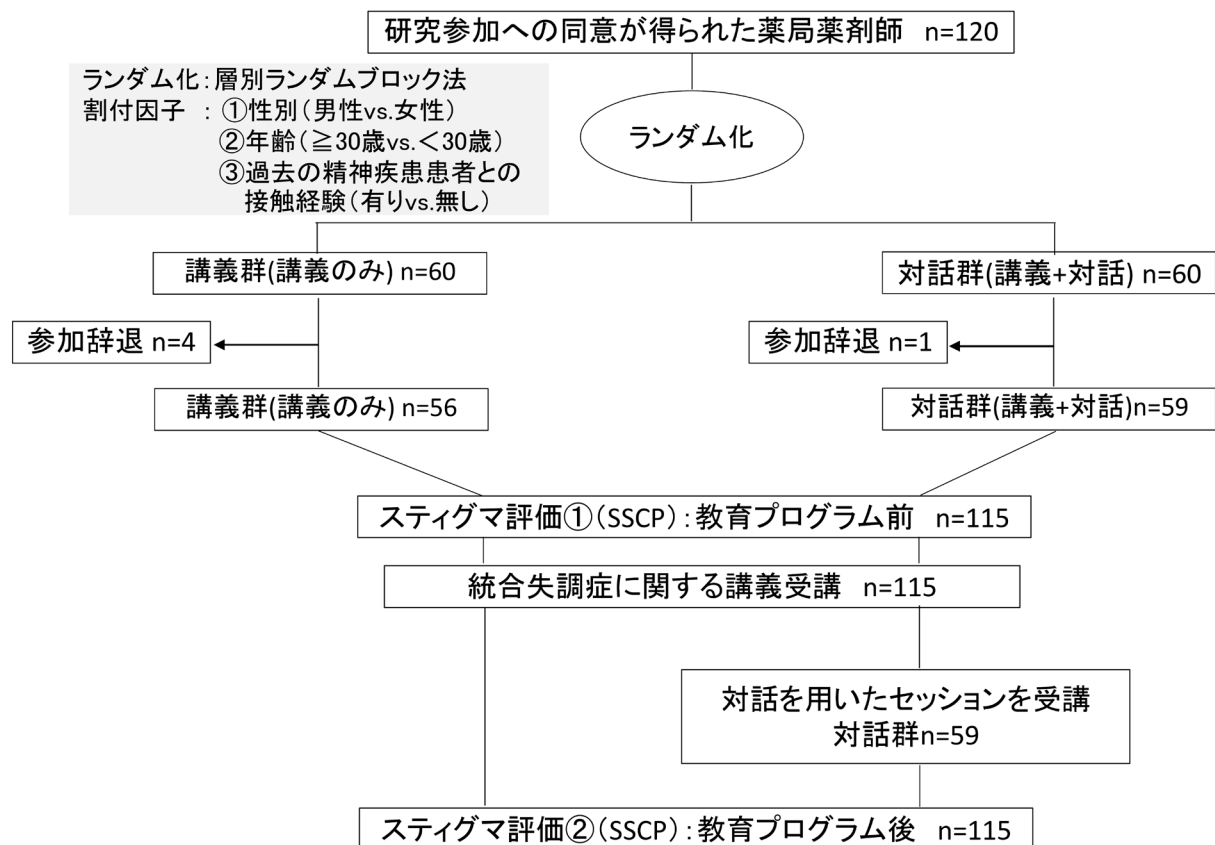


図 4. 試験デザイン

SSCP: 保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度

2. 教育プログラムの概要（表 22）

115 名の参加者全員が、精神科専門医による統合失調症に関する 60 分間の講義を受講した。講義の内容は、統合失調症の疾患概念、精神障害全体における統合失調症の位置づけ、疫学、多彩な症状、患者の社会活動への疾患の影響、診断基準、最新のエビデンスに基づく治療方法、治療効果、主な副作用及び予後についてであった。また、早期診断及び早期介入が、統合失調症患者の回復と予後に大きな影響を与えるため、講義ではいかに患者を早期診断及び早期介入に導くかの重要性が強調された。さらに、講義では、再発を防ぐための服薬アドヒアランスの重要性、長時間作用型注射の使用、患者個人の状態やライフスタイルに合った剤形の選択といった治療オプション、アドヒアランスを促進するための最新のエビデンスが含まれた。

上記の講義後、対話群の 59 名は、5～6 名のグループに分かれ、1 つの部屋で以下の教育プログラムの活動を行った。

- ① オープニング：スタッフ紹介、趣旨紹介、アイスブレイク（各グループでの自己紹介）
- ② 講義：精神疾患とそれに関連するスティグマについて
- ③ グループワーク 1：過去の統合失調症患者への対応と問題点に関するグループディスカッション、各グループのメンバー1名（合計 5 グループ）をプレゼンターとしたプレゼンテーション
- ④ グループワーク 2：これから行う統合失調症患者との対話の中での患者へのインタビュー内容に関するグループディスカッション
- ⑤ 統合失調症患者との対話：各グループのテーブルに患者（合計 6 名）が 1 名ずつ割り当てられ、事前に記入した自己紹介シートを使用して患者が薬剤師に自己紹介を行い、その後、薬剤師からの質問に回答する。1 名 20 分間、患者を変えて合計 3 回（3 ローテーション）実施
- ⑥ グループワーク 3：患者との対話から薬剤師として何を学んだかに関するグループディスカッション、各グループ 1 名（計 5 グループ）をプレゼンターとしてプレゼンテーション
- ⑦ まとめ：教育プログラム主催者による総括

表 22. 対話群に実施された教育プログラムの内容

内容	所要時間(分)	詳細
オープニング	10	スタッフ紹介、趣旨紹介、アイスブレイク（各グループでの参加者同士の自己紹介）
講義	5	精神疾患とスティグマ
グループワーク①	10	過去の統合失調症患者への対応と問題点に関するグループディスカッション
各グループ発表	10	各グループのメンバー1名（合計 5 グループ）をプレゼンターとしたプレゼンテーション
グループワーク②	10	これから行う統合失調症患者との対話の中での患者へのインタビュー内容に関するグループディスカッション
対話セッション	60	各グループのテーブルに統合失調症患者（合計 6 名）が 1 名ずつ割り当てられ、事前に記入した自己紹介シートを使用して患者が薬剤師に自己紹介を行い、その後、薬剤師からの質問に回答 患者 1 名につき 20 分間、患者を変えて合計 3 回（3 ローテーション）実施
グループワーク③	10	患者との対話から薬剤師として何を学んだかに関するグループディスカッション
各グループ発表	10	各グループ 1 名（計 5 グループ）をプレゼンターとしてプレゼンテーション
まとめ	5	教育プログラム主催者による総括

教育プログラムの対話セッションに講師として参加した統合失調症患者 6 名（男性 4 名、女性 2 名）は、名古屋市の患者団体に属しており、5 年以上抗精神病薬の服薬歴を有し、教育プログラム実施時点で精神科病院に通院中の精神症状が安定した患者であり、事前に研究内容に関する十分な説明を実施し、文書による同意を取得した。同意取得後、6 名の患者は、事前に実際の対話セッションで行う自己紹介を想定した自己紹介シートに①疾患を発症した時の状況と経過、②薬物療法の効果や副作用で辛かった経験、③過去に薬局薬剤師に相談した内容、④薬局薬剤師や医療従事者からスティグマを感じた経験、及び⑤薬局薬剤師に期待することについて記載し、このシートを使用して自己紹介や本番を想定した質疑応答のトレーニングを受講した。

3. スティグマの評価

試験に参加した薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマは、講義前（両グループ：T1）、講義直後（講義群：T2）、統合失調症患者との対話セッションの直後（対話群：T3）の 3 時点で SSCP を用いて評価を行った。SSCP の回答は、27 の質問項目に対して、「強くそう思う（5 点）」、「そう思う（4 点）」、「どちらでもない（3 点）」、「そう思わない（2 点）」、「強くそう思わない（1 点）」の 5 件法で選択した。27 の質問項目の中で、5 項目が逆転スコアであった（質問：11、20、24、25、及び 26）。好意的な回答を 1 点、否定的な回答を 5 点として点数を付け、27 項目の合計点数である 27～135 点でスティグマを評価した。中間値の 81 点未満はより好意的と評価し、スコアが高いほどスティグマの程度が強いと評価した。また、SSCP の下位尺度である第 I 因子「薬剤師としての社会的距離」のスコアは 11～55 点（中間値：33 点）、第 II 因子「統合失調症患者に対する認識・態度」のスコアは 8～40 点（中間値：24 点）、第 III 因子「自己開示」及び第 IV 因子「日常生活上の社会的距離」のスコアは 4～20 点（中間値：12 点）となる。

4. 統計解析

統計解析は、IBM SPSS statistics version 22（日本アイ・ビー・エム株式会社、東京）を用いて実施し、有意水準を $P = 0.05$ （両側検定）とした。Mann-Whitney U 検定と Pearson's χ^2 検定を使用して講義群及び対話群の 2 群間の背景を比較した。また、Wilcoxon signed-rank 検定を使用して、教育プログラム前後のスティグマ評価尺度のスコアを比較した。さらに、Mann-Whitney U 検定を使用して、講義群及び対話群の 2 群間の教育プログラムの有効性を比較した。効果量（ r ）は、標準化された検定統計量（ Z ）とサンプルサイズ（ N ）を使用して計算した（ $r = Z/\sqrt{N}$ ）。効果量（ r ）0.1 は小、0.3 は中、0.5 以上は大効果と評価した⁷³⁾。

5. 倫理的配慮

本研究は、名城大学薬学部倫理審査委員会の承認（承認番号：H30-3）を受け、プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性に十分配慮して実施した。

【結果】

1. 参加者背景 (表 23)

試験開始前の両群の参加者背景は、男女比、平均年齢・年代、平均薬剤師経験年数、精神科領域での勤務経験、統合失調症患者に対する服薬指導頻度、精神科へのお見舞い・研修の経験、家族・親しい友人の精神疾患又は統合失調症罹患経験、SSCP 合計スコア、下位尺度である第 I 因子のスコア、第 II 因子のスコア、第 III 因子のスコア、及び第 IV 因子のスコアにおいて、講義群及び対話群の間に有意な差はみられなかった。

表 23. ランダム化比較試験のベースラインにおける 2 群間の参加者背景の比較

参加者背景	講義群 n = 56	対話群 n = 59	P 値
性別 (女性)	23 (41.1)	25 (42.4)	0.89 ^a
年齢 (歳)	36.8 ± 8.9	37.7 ± 10.0	0.82 ^b
年代			
20-29 歳	15 (26.8)	17 (28.8)	0.93 ^a
30-39 歳	21 (37.5)	19 (32.2)	
40-49 歳	13 (23.2)	14 (23.7)	
50 歳<	7 (12.5)	9 (15.2)	
薬剤師経験年数	10.3 ± 6.9	11.9 ± 9.3	0.70 ^b
精神科領域での勤務経験あり	17 (30.4)	15 (25.4)	0.56 ^a
統合失調症患者に対する服薬指導頻度			
ほぼ毎日	0	1 (1.7)	0.37 ^a
週に数人	7 (12.5)	7 (11.9)	
月に数人	24 (42.9)	23 (39.0)	
年に数人	12 (21.4)	19 (32.2)	
経験なし	13 (23.2)	9 (15.3)	
お見舞い・研修の経験	9 (16.1)	12 (20.3)	0.55 ^a
家族・親しい友人の精神疾患罹患経験あり	18 (32.1)	19 (32.2)	0.99 ^a
家族・親しい友人の統合失調症罹患経験あり	7 (12.5)	6 (10.2)	0.69 ^a
SSCP 合計スコア	74.5 ± 11.3	71.9 ± 11.6	0.28 ^b
第 I 因子スコア	32.4 ± 6.4	31.1 ± 6.6	0.24 ^b
第 II 因子スコア	20.0 ± 3.9	19.9 ± 3.5	0.84 ^b
第 III 因子スコア	11.8 ± 3.2	11.3 ± 3.0	0.34 ^b
第 IV 因子スコア	10.3 ± 2.7	9.5 ± 2.4	0.29 ^b

数値は、人数、平均値 ± 標準偏差を、() 内の数値は、%を示す。

SSCP：保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度

SSCP 合計スコア：24～135 点（中間値：81 点）、平均値が大きいほど、スティグマの程度が高いことを示す。

第 I 因子（薬剤師としての社会的距離）スコア：11～55 点（中間値：33 点）

第 II 因子（統合失調症患者に対する認識・態度）スコア：8～40 点（中間値：24 点）

第 III 因子（自己開示）及び第 IV 因子（日常生活上の社会的距離）スコア：4～20 点（中間値：12 点）

^a：Pearson's χ^2 検定、^b：Mann-Whitney *U* 検定

2. スティグマの軽減に対する患者との対話を用いた教育プログラムの効果 (表 24)

講義群及び対話群共に、教育プログラム実施後の SSCP 合計スコア及び下位尺度である第 I 因子、第 II 因子、及び第 III 因子のスコアは、教育プログラム実施前と比較して有意に低下した（講義群：それぞれ、 $P < 0.001$ 、 < 0.001 、0.02、0.01、対話群：それぞれ、 $P < 0.001$ 、 < 0.001 、0.001、0.04）。教育プログラム実施前後の SSCP 合計スコアの変化及び改善率は、講義群で -3.9 ± 7.3 （改善率：5.2%）、対話群で -11.1 ± 10.0 （15.5%）であり、講義群と比較して対話群で有意な改善がみられた（ $P < 0.001$ ）。また、講義群及び対話群における因子別のスコアの変化及び改善率は、それぞれ、第 I 因子： -2.3 ± 4.2 （改善率：7.1%）及び -5.7 ± 5.9 （改善率：18.3%）、第 II 因子： -0.9 ± 2.7 （改善率：4.5%）及び -4.7 ± 3.9 （改善率：23.0%）、第 III 因子： -0.8 ± 2.0 （改善率：6.7%）及び -0.6 ± 2.1 （改善率：5.0%）、第 IV 因子： 0.0 ± 2.5 （改善率：0%）及び -0.1 ± 2.2 （改善率：1.0%）であり、対話群は、第 I 因子及び第 II 因子において、講義群に比較し有意な改善がみられた（それぞれ $P = 0.001$ 及び $P < 0.001$ ）。また、その効果量は、SSCP 全体で 0.41、第 I 因子で 0.32、第 II 因子で 0.49 であり、対話群は講義群と比較して教育プログラム実施による中程度の効果がみられた。

表 24. 教育プログラム実施前後の SSCP 合計スコア

	講義群				対話群					
	n = 56				n = 59					
	実施前	実施後	P値 ^a	スコア変化	実施前	実施後	P値 ^a	スコア変化	P値 ^b	効果量
SSCP 合計スコア	74.5 ± 11.3	70.6 ± 11.9	<0.001	-3.9 ± 7.3	71.9 ± 11.6	60.7 ± 11.1	<0.001	-11.1 ± 10.0	<0.001	0.41
第 I 因子スコア	32.4 ± 6.4	30.1 ± 6.3	<0.001	-2.3 ± 4.2	31.1 ± 6.6	25.4 ± 5.9	<0.001	- 5.7 ± 5.9	0.001	0.32
第 II 因子スコア	20.0 ± 3.9	19.1 ± 4.2	0.02	-0.9 ± 2.7	19.9 ± 3.5	15.2 ± 3.6	<0.001	- 4.7 ± 3.9	<0.001	0.49
第 III 因子スコア	11.8 ± 3.2	11.1 ± 2.9	0.01	-0.8 ± 2.0	11.3 ± 3.0	10.6 ± 3.2	0.04	- 0.6 ± 2.1	0.94	0.01
第 IV 因子スコア	10.3 ± 2.7	10.3 ± 2.3	0.52	0.0 ± 2.5	9.5 ± 2.4	9.4 ± 2.4	0.35	- 0.1 ± 2.2	0.18	0.13

数値は、平均値 ± 標準偏差を示す。

スコア変化は、教育プログラム実施後のスコア-教育プログラム実施前のスコアを示す。

SSCP：保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度

第 I 因子：薬剤師としての社会的距離

第 II 因子：統合失調症患者に対する認識・態度

第 III 因子：自己開示

第 IV 因子：日常生活上の社会的距離

^a：vs. 各群の介入前（Wilcoxon signed-rank 検定）

^b：vs. 講義群（Mann-Whitney U 検定）

3. SSCP 合計スコアの変化に対する参加者背景の影響 (表 25)

40 代・50 代以上の薬剤師、家族や親しい友人が統合失調症に罹患した経験を持つ薬剤師、及び毎週統合失調症患者に対する服薬指導を実施している薬剤師においては、講義群と対話群の間で、SSCP 合計スコアの変化量に有意な差がみられなかったことから (それぞれ、 $P=0.62$ 、 0.071 、 0.1 、 0.26)、これらの薬局薬剤師に対しては、講義のみの介入に対する患者との対話の介入の上乗せ効果はみられなかった。一方、上記以外のすべての参加者背景項目においては、対話群の SSCP 合計スコアの変化量は、講義群に比較し有意な改善を示した。

表 25. SSCP 合計スコアに対する参加者背景の影響

背景因子	講義群 n = 56	対話群 n = 59	P 値*
性別、女性 (n = 48)	-2.6 ± 7.2	-12.0 ± 09.9	<0.001
男性 (n = 67)	-4.9 ± 7.3	-10.5 ± 10.1	0.008
年代、20-29 歳 (n = 32)	-4.0 ± 7.2	-13.1 ± 11.2	0.006
30-39 歳 (n = 40)	-2.5 ± 6.2	-10.8 ± 11.0	0.007
40-49 歳 (n = 27)	-5.4 ± 9.4	- 8.6 ± 08.7	0.616
50 歳< (n = 16)	-5.1 ± 6.6	-12.0 ± 07.2	0.071
お見舞い・研修の経験、あり (n = 21)	-0.4 ± 6.0	-10.1 ± 09.4	0.007
なし (n = 94)	-4.6 ± 7.4	-11.4 ± 10.2	<0.001
家族・親しい友人の精神疾患罹患経験、あり (n = 37)	-3.3 ± 7.6	-12.1 ± 07.4	0.001
なし (n = 78)	-4.2 ± 7.2	-10.7 ± 11.0	0.003
家族・親しい友人の統合失調症罹患経験、あり (n = 13)	-3.1 ± 9.7	- 9.5 ± 08.0	0.10
なし (n = 102)	-4.0 ± 7.0	-11.3 ± 10.2	<0.001
精神科領域での勤務経験、あり (n = 32)	-3.8 ± 6.6	- 9.5 ± 07.5	0.024
なし (n = 83)	-4.0 ± 7.6	-11.7 ± 10.7	<0.001
統合失調症患者に対する服薬指導頻度			
ほぼ毎日 (n = 1)	-	-7.0	-
週に数人 (n = 14)	-3.0 ± 6.8	- 9.4 ± 10.8	0.26
月に数人 (n = 47)	-4.4 ± 7.1	- 9.2 ± 6.6	0.014
年に数人 (n = 31)	-5.1 ± 7.6	-11.9 ± 9.7	0.035
経験なし (n = 22)	-2.5 ± 8.1	-16.2 ± 16.0	0.017

数値は、SSCP 合計スコアの平均変化量 ± 標準偏差 (教育プログラム実施後の SSCP 合計スコア - 教育プログラム実施前の SSCP 合計スコア) を示す。

SSCP : 保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度

* : Mann-Whitney U 検定

4. 参加者の統合失調症患者との接触経験の有無が SSCP 合計スコアに及ぼす影響

本試験に参加した 115 名の薬局薬剤師のうち、96 名は過去に統合失調症患者と個人的な又は医療従事者としての接触経験を有していたが、19 名はそれらの経験が無かった。教育プログラム実施前における SSCP 合計スコアは、過去に統合失調症患者との接触経験を有する群で 72.5 ± 11.5 、接触経験の無い群で 76.2 ± 11.1 であり、両群のスコアに有意な差はみられなかった ($P = 0.198$)。次に、対話群 ($n = 59$) における教育プログラムの影響を過去の統合失調症患者との接触経験に基づいて比較すると、教育プログラム実施前の SSCP 合計スコアに比較し、教育プログラム実施後のスコアは、接触経験を有する群 ($n=51$) で -10.2 ± 8.3 ($P = 0.001$)、接触経験の無い群 ($n=8$) で -17.1 ± 16.9 ($P = 0.001$) といずれの群においても有意な改善を認めたが、両群のスコアの改善の程度に有意な差はみられなかった ($P = 0.28$)。以上の結果より、今回の教育プログラムの効果における参加者の統合失調症患者との接触経験の影響はみられなかった。

【考察】

本邦において、今後、外来に通院する統合失調症患者は増加し、その中で、薬局薬剤師の果たす役割はより重要性を増してくると思われる。しかしながら、薬局薬剤師の抱く統合失調症患者に対するスティグマは、患者への服薬支援を大きく制約し、薬局薬剤師が本来持っている職能を十分発揮することができない要因となりえる。本研究は、本邦において、薬局薬剤師に特化した統合失調症患者に対するスティグマ評価尺度の開発を行った最初の研究である。

本研究で開発したスティグマ評価尺度である SSCP は、「私は、薬局で患者から統合失調症の治療薬が含まれた処方箋を受け取った場合、彼／彼女の病気ことには極力触れないように対応するだろう」、「私は、統合失調症患者への在宅訪問指導は、可能ならばしたくないと思う」に代表される、薬局薬剤師の「薬剤師としての社会的距離（第Ⅰ因子）」を包括的に評価できる点に独自性がある。これらの項目は、統合失調症患者に対して薬局薬剤師としての支援を提供する際に、薬局薬剤師が直面する可能性のある固有のシナリオを反映している。したがって、従来の医療専門家向けに設計されたスティグマ評価尺度¹³⁾は、薬局薬剤師が抱くスティグマを評価するには不十分である。本研究で開発した SSCP は、評価尺度全体の Cronbach の α 係数が 0.7 以上であり、十分な内的整合性が認められた。また、再検査信頼性及び WSDS、IATM との基準関連妥当性が認められたことから、SSCP は、統合失調症患者に対する薬局薬剤師のスティグマを評価するための尺度としての信頼性と妥当性を兼ね備えた尺度であることが示唆された。

さらに、本研究ではランダム化比較試験のデザインを用いて、本邦で初めて患者との対話を用いた教育プログラムのスティグマ是正効果を検証した。本研究において、教育プログラムに参加した薬局薬剤師 115 名の SSCP 合計スコア及び 4 つの下位尺度のスコアは、それぞれ中間値を下回っており、統合失調症患者に対して比較的好意的な対象者であった。また、これらの数値は、SSCP 開発時に実施した薬局薬剤師 806 名の調査結果とほぼ同程度であった。ランダム化比較試験の結果から、講義群と比較し、講義に加え患者との対話を行った対話群において SSCP スコアの有意な改善がみられたことから、「統合失調症に関する知識習得による教育的介入」と「患者とのコミュニケーションを用いた教育的介入」を組み合わせた今回の教育プログラムは、薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマ是正に有用性が高いことが示唆された。統合失調症患者に対する薬局薬剤師のスティグマは、統合失調症に関する講義単独においても有意な改善を示したが、講義に加えて患者との対話を行うことでより改善する結果となった。精神疾患患者に対するスティグマの軽減に関する教育的介入の有効性は、既に海外で実施されたメタアナリシスの結果からも明らかであり³³⁾、中でも社会的接触または接触ベースの介入がスティグマの軽減に最も有効な方策であることが示されている⁷⁰⁾。Griffiths は³³⁾、社会的接触だけでなく、社会的接触に知識習得による教育を組み合わせることによってスティグマを是正する効果が高まることを報告しており、これらの報告は、今回筆者らが行った研究結果を支持するものである。また、Pettigrew と Tropp は⁷⁴⁾、知識習得に基づく教育介入を社会的接触で補完するカリキュラムは、不安の減少や共感の増加などのメカニズムを介してスティグマ軽減に効果的であることを報告している。

本研究で実施した薬剤師に対する介入においては、患者とのコミュニケーションに焦点を当てた、従来にないプログラムを導入した。すなわち、本プログラムにおいて、最初に、薬剤師が日々の業務の中で抱えている患者対応の問題点についてグループ討議により考える機会を作り、さらに、患

者に対して予め薬剤師が日々抱えている疑問点や解決すべき課題について整理・まとめを行った上で、患者との対話セッションを行い、患者との対話の中でそれらの解決を試みた。実際、この対話の中には、「過去に、薬剤師から受けたスティグマ的な態度、言動はどういうものだったか?」、「その際、薬剤師からスティグマを感じ取ったときにどういう心境になったか?」、「薬剤師に期待することは何か?」といったスティグマの問題が浮き彫りとなる薬局薬剤師からの質問が含まれており、患者もその質問に対して、薬局薬剤師に遠慮することなく応えていた。さらに、本プログラムでは、最後にこれらの患者との対話を経験した上で、「今後薬剤師としてどのように対応すべきか」についてグループディスカッションが行われた。このような教育介入の内容は、独自のプログラムであり、実際、患者との対話を行った対話群では、講義のみを受講した講義群よりも顕著にスティグマが是正され、その有用性が実証されたものと考えられる。いずれにしても、薬局薬剤師に特化した統合失調症患者に対するスティグマ是正を目指した教育プログラムは国内外において見当たらない。

SSCP の下位尺度の中では、第 II 因子である「統合失調症患者に対する認識・態度」の改善が最も大きく、これが薬剤師の職能発揮の妨げとなる第 I 因子である「薬剤師としての社会的距離」の改善に寄与したものと考えられる。筆者らの先行研究⁶⁹⁾においても、統合失調症患者とのコミュニケーションを通じて、患者が危険であるという認識が改善することで、薬局薬剤師の統合失調症患者との社会的距離が改善することが示唆されている。また、今回実施したような患者接触型教育による、医療従事者と患者の間の平等な関係性の確立が、社会的距離の改善に寄与した報告がある⁵⁷⁾。薬局薬剤師は、普段の業務においては、統合失調症患者に対して、「医療従事者」対「患者」という関係性でコミュニケーションを行うが、接触ベースの教育プログラムの中では、「個人」対「個人」という、より身近で平等な関係性でコミュニケーションを行う。精神疾患患者の薬学的な管理に関して、薬局薬剤師は、処方内容（薬剤、用法、用量など）の説明や服薬状況の確認については困難さを感じないが、患者の生活背景や仕事・就学の状況や考え方に対する確認や、自覚症状及び副作用のモニタリングなどの患者の日常生活に踏み込んだ内容の確認についてはより困難さを感じている^{12, 31)}。本教育プログラムにおいて、対話セッションに参加した薬剤師は、上述したように事前に各グループ内で、統合失調症患者への過去の対応経験を具体的に振り返り、そこから実際に患者に聞いて解決したい疑問を導き出した後に、患者とのコミュニケーションセッションに臨んだ。このことで、薬剤師は、普段の業務においては解決しにくい患者に関する疑問を、コミュニケーションセッションの中では、患者・医療従事者の垣根を越えて、自由に意見交換することで解決できた可能性があり、このことが患者に対する誤った認識、ひいては職務上の社会的距離の改善に寄与したものと考えられる。

一方、今回の教育プログラムでは、SSCP の下位尺度のうち、第 III 因子「自己開示」及び第 IV 因子「日常生活上の社会的距離」の項目に関して、両群の間で有意な差は認められなかった。これは、対患者に関する要因を表す第 I 因子及び第 II 因子と比較して、第 III 因子及び第 IV 因子がより各薬剤師自身に帰属する要因に起因する可能性がある。薬局薬剤師を含む医療従事者は、自身の医療従事者としての態度と個人（市民）としての態度を区別している可能性がある。また、本試験に参加した 115 名の薬剤師の教育プログラム実施前における SSCP 合計スコアは、過去の統合失調症患者との接触経験有無で有意な差はみられていない。このことは、今回の参加者においては、過

去の統合失調症患者との接触の有無が SSCP 合計スコアのベースラインに影響を及ぼさなかったことを示している。対話群 (n = 59) における教育プログラムの影響を過去の統合失調症患者との接触経験に基づいて比較すると、教育プログラム実施前の SSCP 合計スコアに比較し、教育プログラム実施後のスコアは、接触経験有群及び接触経験無群いずれの群においても有意な改善を認めたが、両群のスコアの改善の程度に有意な差はみられなかった。このことは、患者との対話を用いた教育プログラムは、過去の統合失調症患者との接触経験によらず効果的であることを示唆している。しかし、講義群と対話群を比較すると、講義単独に対する対話を用いた教育介入の上乗せ効果は、過去に統合失調症患者との接触経験を有する薬局薬剤師においては認められなかった。この理由として、これらの薬剤師は、今回実施した 1 回限りの 60 分間の対話セッションと同等以上の接触経験を、自身の過去の統合失調症患者との接触の中で有しており、それ以上の効果が得られなかった可能性が考えられる。したがって、統合失調症患者との接触経験を有する薬剤師に対しても効果的なプログラムとなるよう、今後、教育プログラムの内容を検討する必要がある。さらに、第 IV 因子の「日常生活上の社会的距離の項目において、教育プログラムによる有意なスティグマ是正効果は得られなかった。この理由は明らかではないが、評価尺度の項目数や内容の検討とともに、日常生活で患者と接する際に活用できる実践的なメンタルヘルスリテラシーに関する知識や技術を教育プログラムの内容に取り入れるなどの改善が必要と考えられる。

SSCP スコアに対する薬局薬剤師の背景の影響については、40 代以上の薬剤師、仕事やプライベートで頻繁に統合失調症患者と接する薬剤師に対しては、「患者との対話」の上乗せ効果がみられなかったことから、本教育プログラムは、20 代から 30 代の統合失調症患者と接する経験の少ない薬剤師に対してより効果的であると考えられる。アンチスティグマ教育に対する性別や年齢などの個人の特性への影響に関する経験的データは限られているため、今後の研究結果の蓄積が必要と思われる。

この研究にはいくつかの限界がある。本教育プログラムに参加した全ての薬剤師が参加した統合失調症に関する講義の内容は、生物医学的知識に関する内容が中心であり、主に疾患の概念、原因、病態生理学、多彩な症状、認知機能への影響、社会活動への影響、診断基準、治療方法及び統合失調症の治療反応/予後で構成され、メンタルヘルスリテラシーに関する心理教育的及び心理社会的な内容を包括的に含むものではなかった。このような生物医学的な内容が中心の教育的介入を行う場合、参加者間で異なる応答を引き起こす可能性があることに留意する必要がある。例えば、一般市民を対象にした教育介入に関するメタアナリシスでは、生物医学的知識に焦点を当てた教育的介入が、一般市民の間のスティグマを逆に増加させることが報告されている⁷⁵⁾。一方、医療従事者を対象とした場合、一般市民とは対照的にこのような介入によって、スティグマを軽減するという報告もある^{76, 77)}。今回の研究においては、薬局薬剤師に対し統合失調症に関する講義のみを実施してもスティグマは是正され、講義に患者との対話を追加することでその効果は高まった。Ojio らは⁷⁸⁾、講義の内容に精神疾患に関する生物医学的知識だけでなく、その効果的な治療戦略に関する情報が含まれる場合、その講義は、一般市民のスティグマを改善するのに効果的であったことを報告している。今回の教育プログラムで実施した講義には、統合失調症に対する効果的な治療戦略に関する情報が含まれており、このことが参加した薬局薬剤師のスティグマが是正した一因となった可能性がある。近年、統合失調症を含む精神疾患の概念とその診断基準は著しく変化していることか

ら⁷⁹⁾、将来的には、統合失調症における生物医学の多様性や、病気や障害に起因する問題や患者が抱く社会生活に関する困難への対処方法、社会的資源の活用など、患者が自立して治療に臨めるように支援する具体的な方法を含めた講義内容に改善し、検討する必要がある。

さらに、本研究では、薬局薬剤師に特化した評価尺度を作成するために SSCP を開発した。しかし、実際には、第 I 因子の 2 つの質問項目のみが、薬局薬剤師に特化した質問項目となったことから、薬局薬剤師に特徴的なスティグマに関連する質問項目を追加する必要があると考えられる。また、本研究では、スティグマを是正する効果は、教育的介入の直後にのみ評価された。患者との対話に基づく教育的介入の効果の持続期間は、介入直後⁵²⁾から 12 ヶ月⁵⁹⁾までと報告によって異なる。したがって、本邦の薬局薬剤師に対する患者との対話を用いた教育プログラムの効果の持続期間、および反復介入の有効性を調べるために、さらなる研究が必要である。さらに、今後、教育プログラムに参加した薬局薬剤師の日常業務における変化などの行動変容を明らかにする必要があると思われる。

【小括】

- 筆者らが独自に開発した SSCP は、統合失調症患者に対する保険薬局薬剤師のスティグマを評価するための尺度としての信頼性と妥当性を兼ね備えた評価尺度であることが示唆された、
- 精神疾患医療の中でもスティグマの問題が大きい統合失調症において、患者との対話を用いた保険薬局薬剤師教育プログラムは、保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマの是正に有用であることが示唆された。

総括

精神疾患の治療の中心は薬物療法であり、保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）が長期に及ぶ薬物療法を支援することにより、患者の服薬アドヒアランスが向上し、ひいては疾患の再燃・再発率の低下につながる。そのためには、治療薬に対する患者の理解の促進や不安の軽減、効果・副作用のモニタリング、副作用発現時の早期介入などを行うことが重要であり、薬剤師は、患者の生活背景や症状の経過などの情報収集を積極的に行い、それに基づき服薬支援を行う必要がある。しかし、薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマが、患者応対を困難なものにし、その機能発揮の妨げとなることが報告されている。患者が地域社会で安心して治療を継続するためには、薬剤師が抱くスティグマを是正することが不可欠であると考えられる。以上を背景に、本研究では薬局薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマを是正するための教育プログラムを開発することを目的とした。

第1章では、本邦における薬剤師の精神疾患患者に対するスティグマの現状に関する調査が十分でないことを鑑み、薬剤師のスティグマの程度と特徴を把握することを目的に、医師、看護師、薬剤師、及び一般市民を対象にインターネット調査を実施した。その結果、薬剤師の「精神疾患患者に対する認識・態度」を表す IATM スコアは、医師、看護師と同程度であり、一般市民と比較してより好意的な認識・態度を有することが明らかになった。一方、薬剤師の精神疾患患者に対する「社会的距離」を表す WSDS スコアは、一般市民と同程度であり、薬剤師のスティグマを是正するためには、社会的距離の改善が必要であることが示唆された。さらに、この社会的距離の改善には、精神科病棟での研修や勤務経験、家族や親しい友人に精神疾患患者を有する経験に代表される、患者との良好な接触経験が有用であることが示唆された。

第2章では、本邦においては、精神疾患の中でも統合失調症に対するスティグマが特に根強く、増加する外来患者の服薬支援に携わる薬局薬剤師に着目し、薬局薬剤師が統合失調症患者に対して抱く社会的距離を改善することを目的に、患者との良好な接触経験を提供する「統合失調症患者との対話」を用いた教育プログラムの有用性を検討した。その結果、「統合失調症患者との対話」を用いた教育プログラムによって、薬局薬剤師の統合失調症患者に対する社会的距離が是正されることが示唆された。しかし、「統合失調症患者との対話」のみでは、参加者の IATM スコアの改善がみられなかったことから、薬剤師の IATM を改善するためには、患者との対話に加えて統合失調症に関する病態や症状などの知識レベルでの教育を実施する必要があることが示唆された。

第3章では、統合失調症患者に対する薬局薬剤師に特化したスティグマ評価尺度（Stigma Scale toward Schizophrenia for Community Pharmacists: SSCP）を開発し、その信頼性と妥当性の検討を行った。さらに、この新たに開発した評価尺度である SSCP を用いて、薬局薬剤師を対象に、第2章で実施した「統合失調症患者との対話」に「統合失調症に関する講義」を組み合わせた教育プログラムのスティグマ是正効果を、ランダム化比較試験を用いて検証した。本研究では、「薬剤師としての社会的距離」、「統合失調症患者に対する認識・態度」、「自己開示」、及び「日常生活上の社会的距離」の4因子27項目から成る SSCP を開発し、そのスティグマ評価尺度としての信頼性及び妥当性が実証された。さらに、ランダム化比較試験の結果から、薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマは、「統合失調症患者との対話」と「統合失調症に関する講義」を組み合わせた教育プログラムを実施することにより是正されることが実証された。

本研究により、薬局薬剤師が精神疾患患者に対して抱くスティグマの特徴とそれを是正するため

の教育プログラムの有用性が明らかとなった。特に、医療に従事する薬局薬剤師のスティグマ是正を目的とした教育プログラムの効果をランダム化比較試験を用いて検証したのは本研究が国内外を問わず初めてである。薬局薬剤師が統合失調症患者を支援する際には、自らが患者に対して抱くスティグマを自覚し、それが患者に与える影響を十分認識する必要がある。薬局薬剤師の抱くスティグマを是正することによって、より積極的な患者対応を促し、統合失調症患者が安心して継続的な治療を受けられる適切な服薬支援を提供することが可能となる。今回、本研究では精神疾患の中でも最もアドヒアランスが不良でスティグマの程度が強い統合失調症に着目したが、本研究で開発したスティグマ評価尺度や患者との対話を用いたセッションなどのスティグマを是正するための方策は、大うつ病性障害や双極性障害といった他の精神疾患にも応用可能であり、精神疾患全般のスティグマ是正のための取り組みに普及可能と考えられる。さらに、本研究で用いた患者との対話による教育プログラムを受講した薬剤師が一般市民へのスティグマ是正の啓蒙活動に貢献することが期待される。本研究の取り組みにより、今後、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの一翼として地域の保険薬局が機能し、精神疾患患者に効果的な回復をもたらすことができるものと考えられる。

謝辞

本研究の実施及び本論文の作成にあたり、終始ご指導、ご鞭撻を賜りました本学病院薬学研究室 亀井浩行教授に心より感謝致します。また、本論文をご精読頂き有用なご助言を賜りました本学 薬効解析学研究室 永松正教授、病態解析学Ⅰ 野田幸裕教授、病院薬学研究室 半谷眞七子准教授に深謝致します。また、有用なご助言を頂きました久留米大学大学院 医学研究科 バイオ統計センター 室谷健太教授に感謝致します。本研究にご協力いただきました名古屋市の患者団体の皆様に感謝いたします。最後に、研究上数々の貴重なご意見とご協力を頂きました病院薬学研究室の皆様
に感謝致します。

引用文献

- 1) 厚生労働省：精神疾患による患者数, <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>, 最終閲覧日：2021年5月29日 (2017)
- 2) **川上憲人**：精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド 総合研究報告書 (2016)
- 3) 厚生労働省：「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について, <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>, 最終閲覧日：2021年5月29日 (2004)
- 4) 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き (2020年度版), <https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/ref.html#sec02>, 最終閲覧日：2021年5月29日 (2020)
- 5) **Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, Thornicroft G** : Review of mental-health-related stigma in Japan
Psychiatry and clinical neurosciences, **67**, 471-482 (2013)
- 6) **Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E** : Reducing stigma and discrimination:
Candidate interventions
International Journal of Mental Health Systems, **2**, 3 (2008)
- 7) **山口創生、米倉裕希子、周防美智子**：精神障害者に対するスティグマの是正への根拠・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**, 75-85 (2011)
- 8) **Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA** : An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness
Journal of health and social behavior, **44**, 162-179 (2003)
- 9) 厚生労働省：「こころのバリアフリー宣言」～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7i.pdf>, 最終閲覧日：2021年5月29日 (2004)
- 10) **Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm AF, Nakane H** : Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan
BMC psychiatry, **6**, 21 (2006)
- 11) **Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H** : Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan
Psychiatry research, **186**, 183-189 (2011)
- 12) **Kishimoto K, Toshiya M, Ohiwa S, Yamaura K, Fukushima N** : Factors Improving Pharmacists' Services for Patients with Depression
Japanese Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences, **42**, 795-808 (2016)
- 13) **Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S** : The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)
BMC psychiatry, **12**, 62 (2012)
- 14) **O'Reilly CL, Bell JS, Kelly PJ, Chen TF** : Exploring the relationship between mental health stigma, knowledge and provision of pharmacy services for consumers with schizophrenia

- Research in social & administrative pharmacy*, **11**, e101-109 (2015)
- 15) **Schulze B** : Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship
International review of psychiatry, **19**, 137-155 (2007)
- 16) **Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, Williams P, Flach C, Gill V, Lewis-Holmes E, Thornicroft G** : Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011
The British journal of psychiatry. Supplement, **55**, s58-63 (2013)
- 17) **Thornicroft C, Wyllie A, Thornicroft G, Mehta N** : Impact of the "Like Minds, Like Mine" anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination
The Australian and New Zealand journal of psychiatry, **48**, 360-370 (2014)
- 18) **Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, Bacle SV, Van Audenhove C, van Weeghel J, Reneses B, Germanavicius A, Economou M, Lanfredi M, Ando S, Sartorius N, Lopez-Ibor JJ, Thornicroft G** : Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey
Lancet, **381**, 55-62 (2013)
- 19) **Harangozo J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, López-Ibor JJ, Sartorius N, Rose D, Thornicroft G** : Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services
The International journal of social psychiatry, **60**, 359-366 (2014)
- 20) **Gabbidon J, Farrelly S, Hatch SL, Henderson C, Williams P, Bhugra D, Dockery L, Lassman F, Thornicroft G, Clement S** : Discrimination attributed to mental illness or race-ethnicity by users of community psychiatric services
Psychiatric services, **65**, 1360-1366 (2014)
- 21) **Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G** : Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings
Lancet Psychiatry, **1**, 467-482 (2014)
- 22) **Knaak S, Mantler E, Szeto A** : Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions
Healthcare management forum, **30**, 111-116 (2017)
- 23) **Barney L, Griffiths K, Jorm A, Christensen H** : Stigma about Depression and Its Impact on Help-Seeking Intentions
The Australian and New Zealand journal of psychiatry, **40**, 51-54 (2006)
- 24) **玉地亜衣、酒井 明、佐藤素子、池間有紀子、松崎清秀、田伏英晶、野田幸裕** : 精神科病院における患者の服薬アドヒアランス向上に向けた薬剤管理指導業務の構築
YAKUGAKU ZASSHI, **130**, 1565-1572 (2010)
- 25) **長谷川隆子** : 抗うつ薬のアドヒアランスにおける薬局薬剤師の積極的な服薬指導の効果

- Therapeutic Research*, **33**, 1693-1700 (2012)
- 26) **福岡勝志** : 抗うつ薬のアドヒアランスにおける薬局薬剤師の積極的な服薬指導の効果—第 2 報 介入終了後のフォローアップ—
Therapeutic Research, **34**, 659-664 (2013)
- 27) **Rubio-Valera M, Chen TF, O'Reilly CL** : New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review
International journal of environmental research and public health, **11**, 10967-10990 (2014)
- 28) **Aljumah K, Hassali MA** : Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study
BMC psychiatry, **15**, 219 (2015)
- 29) **Rickles NM, Dube GL, McCarter A, Olshan JS** : Relationship between attitudes toward mental illness and provision of pharmacy services
Journal of the American Pharmacists Association, **50**, 704-713 (2010)
- 30) **Liekens S, Smits T, Laekeman G, Foulon V** : Pharmaceutical care for people with depression: Belgian pharmacists' attitudes and perceived barriers
International journal of clinical pharmacy, **34**, 452-459 (2012)
- 31) **Phokeo V, Sproule B, Raman-Wilms L** : Community pharmacists' attitudes toward and professional interactions with users of psychiatric medication
Psychiatric services, **55**, 1434-1436 (2004)
- 32) **Maslen CL, Rees L, Redfern PH** : Role of the community pharmacist in the care of patients with chronic schizophrenia in the community
International Journal of Pharmacy Practice, **4**, 187-195 (1996)
- 33) **Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R** : Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials
World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), **13**, 161-175 (2014)
- 34) **Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF** : Predictors of depression stigma
BMC psychiatry, **8**, 25 (2008)
- 35) **Cleveland HR, Baumann A, Zäske H, Jänner M, Icks A, Gaebel W** : Association of lay beliefs about causes of depression with social distance
Acta psychiatrica Scandinavica, **128**, 397-405 (2013)
- 36) **種田綾乃, 森田展彰, 中谷陽二** : 住民の精神障害者との接触状況と社会的態度 精神障害者との接触状況による類型化の試み
日本社会精神医学会雑誌, **20**, 201-212 (2011)
- 37) **Whatley CD** : Social attitudes toward discharged mental patients
Social Problems, **6**, 313-320 (1959)
- 38) **Hiday VA** : Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges
The American journal of psychiatry, **140**, 323-326 (1983)

- 39) **Ono S, Hanya M, Tanaka H, Cates ME, Kamei H** : Changes in attitudes of Japanese pharmacy students towards mental illness during the didactic portion of the curriculum
Pharmacy Education, **13**, 145-150 (2013)
- 40) **Cates ME, Bright JT, Kamei H, Woolley TW** : Attitudes of Japanese Pharmacy Students Toward Mental Illness
Pharmacy Education, **11**, 132-135 (2011)
- 41) **Sherwood C, Salkovskis PM, Rimes KA** : Help-seeking for depression: The role of beliefs, attitudes and mood
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, **35**, 541 (2007)
- 42) **Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ** : Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence: On stigma as a barrier to recovery
Psychiatric services, **52**, 1615-1620 (2001)
- 43) **Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS** : Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression
American Journal of Psychiatry, **158**, 479-481 (2001)
- 44) **Byrne P** : Psychiatric stigma
The British Journal of Psychiatry, **178**, 281-284 (2001)
- 45) **Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y** : Evaluating stigma against mental disorder and related factors
Psychiatry and clinical neurosciences, **58**, 558-566 (2004)
- 46) **Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera S** : Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness
Psychiatry and clinical neurosciences, **55**, 501-507 (2001)
- 47) **Kurihara T, Kato M, Sakamoto S, Reverger R, Kitamura T** : Public attitudes towards the mentally ill: a cross-cultural study between Bali and Tokyo
Psychiatry and clinical neurosciences, **54**, 547-552 (2000)
- 48) **Kurumatani T, Ukawa K, Kawaguchi Y, Miyata S, Suzuki M, Ide H, Seki W, Chikamori E, Hwu HG, Liao S C, Edwards GD, Shinfuku N, Uemoto M** : Teachers' knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia- a cross-cultural approach in Japan and Taiwan
Social psychiatry and psychiatric epidemiology, **39**, 402-409 (2004)
- 49) **Jones S, Howard L, Thornicroft G** : 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness
Acta psychiatrica Scandinavica, **118**, 169-171 (2008)
- 50) **Makita K** : Development and reliability of the Japanese-language version of Social Distance Scale
Japanese Bulletin of Social Psychiatry, **14**, 231-241 (2006)

- 51) **Beaulieu T, Patten S, Knaak S, Weinerman R, Campbell H, Lauria-Horner B** : Impact of Skill-Based Approaches in Reducing Stigma in Primary Care Physicians: Results from a Double-Blind, Parallel-Cluster, Randomized Controlled Trial
Canadian journal of psychiatry, **62**, 327-335 (2017)
- 52) **Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S** : Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial
BMC medical education, **13**, 141 (2013)
- 53) **Patten SB, Remillard A, Phillips L, Modgill G, Szeto Ach, Kassam A, Gardner DM** : Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students
BMC medical education, **12**, 120 (2012)
- 54) **Villani M, Kovess-Masfety V** : Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals
BMC psychiatry, **17**, 133 (2017)
- 55) **Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG** : Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public
Psychiatric services, **65**, 490-497 (2014)
- 56) **Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B** : Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness?
The International journal of social psychiatry, **59**, 48-54 (2013)
- 57) **Bell JS, Johns R, Rose G, Chen TF** : A comparative study of consumer participation in mental health pharmacy education
The Annals of pharmacotherapy, **40**, 1759-1765 (2006)
- 58) **Buhler AV, Karimi RM** : Peer-level patient presenters decrease pharmacy students' social distance from patients with schizophrenia and clinical depression
American journal of pharmaceutical education, **72**, 106 (2008)
- 59) **O'Reilly CL, Bell JS, Chen TF** : Consumer-led mental health education for pharmacy students
American journal of pharmaceutical education, **74**, 167 (2010)
- 60) **Wong EC, Collins RL, Cerully JL, Jennifer WY, Seelam R** : Effects of contact-based mental illness stigma reduction programs: age, gender, and Asian, Latino, and White American differences
Social psychiatry and psychiatric epidemiology, **53**, 299-308 (2018)
- 61) **Fujii T, Hanya M, Kishi M, Kondo Y, Cates ME, Kamei H** : An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public
Asian journal of psychiatry, **36**, 1-7 (2018)
- 62) **Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G** : One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature

- The American journal of psychiatry*, **151**, 1409-1416 (1994)
- 63) **Corrigan P** : How stigma interferes with mental health care
The American psychologist, **59**, 614-625 (2004)
- 64) **小沢杏香、藤井知郎、竹内一平、半谷眞七子、亀井浩行** : 自身の病気を語るワークショップに参加した統合失調症患者の病気・薬物治療に対する認識と特徴
 医療薬学フォーラム 2018・第 26 回クリニカルファーマシーシンポジウム (平成 30 年 6 月 24 日)
- 65) **Chung KF, Chen EY, Liu CS** : University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment
The International journal of social psychiatry, **47**, 63-72 (2001)
- 66) **Crismon ML, Jermain DM, Torian SJ** : Attitudes of pharmacy students toward mental illness
American journal of hospital pharmacy, **47**, 1369-1373 (1990)
- 67) **Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto AC** : Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness
BMC psychiatry, **14**, 120 (2014)
- 68) **Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, Tso LS, Jorm AF** : Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis
Journal of psychiatric research, **103**, 120-133 (2018)
- 69) **藤井知郎、半谷眞七子、吉見 陽、野田幸裕、亀井浩行** : 患者と対話するワークショップが保険薬局薬剤師の統合失調症患者に対するスティグマに及ぼす効果
日本精神薬学会誌, **3**, 79-87 (2020)
- 70) **Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C** : Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination
Lancet, **387**, 1123-1132 (2016)
- 71) **Uçok A, Soygür H, Atakli C, Kuşcu K, Sartorius N, Duman ZC, Polat A, Erkoç S** : The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia
Psychiatry and clinical neurosciences, **60**, 439-443 (2006)
- 72) **Hathaway SR, McKinley JC** : An authorized translation and adaptation of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, the Psychological Corporation, New York (1966)
- 73) **Cohen J** : Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.), Lawrence Erlbaum Associates (1988)
- 74) **Pettigrew TF, Tropp LR** : How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators
European Journal of Social Psychology, **38**, 922-934 (2008)
- 75) **Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G** : Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies
The British journal of psychiatry : the journal of mental science, **199**, 367-372 (2011)
- 76) **Knaak S, Ungar T, Patten S** : Seeing is believing: Biological information may reduce mental

health stigma amongst physicians

The Australian and New Zealand journal of psychiatry, **49**, 751-752 (2015)

- 77) **Ungar T, Knaak S, Szeto AC** : Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care

Community mental health journal, **52**, 262-271 (2016)

- 78) **Ojio Y, Yamaguchi S, Ohta K, Ando S, Koike S** : Effects of biomedical messages and expert-recommended messages on reducing mental health-related stigma: a randomised controlled trial

Epidemiology and psychiatric sciences, **29**, e74 (2019)

- 79) **Guloksuz S, van Os J** : The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum

Psychological medicine, **48**, 229-244 (2018)