

平成 29 年度学位申請論文

地域生活への移行を目指す精神障害者のカミングアウト意思と
セルフスティグマ,自己概念の関連について

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

(指導 梶田悦子教授)

永井邦芳

目次

I 章 1～15

1. 諸言

1) 精神障害者医療保健福祉における課題

(1) 精神保健医療福祉の黎明期から

精神保健福祉法制定を経て現在に至るまでの歴史的変遷 1

(2) 社会的入院の問題 4

(3) エンパワメントとリカバリーの概念の台頭 5

(4) 精神障害者の地域移行を阻むスティグマの問題 7

(5) パブリックスティグマとセルフスティグマ, 隠されたスティグマ 8

(6) スティグマ解消に向けた方策 10

(7) 精神障害者の障害開示 (カミングアウト) 12

2. 研究の目的 13

3. 研究の意義 14

4. 本研究における用語の (操作的) 定義 14

5. 研究方法 15

第II章 研究1：精神障害者のカミングアウト意思を獲得するプロセスについての研究

16-48

1. 研究目的 16

2. 研究方法

1) 研究デザイン 16

2) 研究対象者 16

3) 研究データの収集方法 17

4) 分析方法

(1) データの分析方法 18

(2) 概念生成の例示 19

3. 倫理的配慮 20

4. 結果 20-40

1) 各カテゴリーの概念 24

2) カミングアウト意思確立のプロセス 40

5. 考察 42-47

1) カミングアウト意思確立の意味について 42

2) カミングアウト意思確立に影響する要因について 44

第Ⅲ章 研究2:精神障害者のカミングアウト意思がセルフスティグマ及びエンパワメント
に与える影響についての検討 47-82

1. 研究目的	48
2. 研究方法	
1) 研究デザイン	48
2) 研究仮説	48
3) 研究対象	48
4) 研究期間	49
5) 調査紙の質問項目	49
6) データ分析	52
3. 倫理的配慮	53
4. 結果	53
1) 対象者の基本属性と病態特性	54
2) カミングアウトパターンによる各項目の差について	55
3) カミングアウトに対する肯定意識と ソーシャルサポート, エンパワメント概念との関連	59
4) カミングアウト意思が構築される心理的影響要因モデル	61- 66
(1) モデルに投入した変数	61
(2) モデル構築のプロセス	61
(3) ソーシャルサポートの充実度とカミングアウト意思, その他の変数への影響についての検討	66
(4)カミングアウトに対する肯定的意識が セルフスティグマを低減する要因であることの検討	66
5. 考察	67
6. 研究の限界と今後の課題	74

第Ⅳ. 終章 75-91

1. 結論	75
2. 看護を含む精神保健医療福祉専門職への提言	77
3. 謝辞	78
4. 引用文献	79
5. 要旨	87

I. 序章

1. 緒言

1) 精神障害者医療保健福祉分野における課題

(1) 精神保健医療福祉の黎明期から精神保健福祉法制定を経て現在に至るまでの歴史の変遷

日本の精神保健医療福祉の歴史は、1875年に最初の公的精神科病院として「京都癲狂院」が設立されたことが、そのエポックメイキングとなる。それまで神社と寺院による慈善事業としてのみ提供されていた精神障害者の支援は、医療を含むものに移行した。しかし、当時、医学や法律による精神科治療やケアの定義は十分ではなく、医療制度は著しく不十分であった（厚生労働省統計協会，2013）。したがって、精神障害を持つ多くの人々は、適切な精神医療を受けられる環境になく、当時精神障害者は主に警察によって把握、管理されていたという状況にあった。

1900年に制定された「精神病患者監護法」により、その責任は家族に委ねられることとなり、「私宅監置」が法的に認められることになった。これは、保護という名目のもと精神障害者の自宅での拘禁を法律で認めたものであり、著しい人権的問題を包含する。

こうした「私宅監置」の状況は、1918年、東京帝国大学（当時）の呉秀三らによる「精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」で報告され、我が国の精神障害者医療の遅れ

と人権問題がクローズアップされることになったが、結局 1950 年「精神衛生法」への法改正まで継続された（厚生労働省統計協会 2013；三野 2010；橋本 2004）。

第二次世界大戦後になるとヨーロッパや米国の精神保健に関する知識とケアが導入されるようになり、精神医療やケアの質の向上が図られつつあった。

未整備状態であった精神医療が整備されることは望ましいことであったが、反面で我が国の精神医療が入院治療中心になることにつながっていった。

1960 年代になると米国の精神医療は「脱入院」に向けての動きが始まっている。1963 年、当時の米国大統領 J.F. ケネディは「精神病及び精神薄弱に関する大統領教書」により当時の精神障害者が置かれている現状を批判し、脱入院、地域移行がその理念として掲げられることとなった。

我が国でも、こうした欧米の精神医療の流れを意識しつつ「精神衛生法」の改正に向けて動きつつあったが、1964 年、当時の米国大使ライシャワー氏が精神障害のある青年によって負傷させられるという「ライシャワー事件」が起こる。この青年は精神科治療歴があったものの、事件当時は継続的な治療がなされていなかったことが批判を浴びた。結果としてこの事件は、地域社会に住む精神障害者の医療の改善を促進したが、その一方、警察官等による地域で生活する精神障害者の届け出制度の強化や緊急措置入院制度の制定など、これまで以上に精神障害者を保護し収容する傾向が強まった。

また、この頃、精神病院の設立は財政的に支援され、民間部門の精神病院数が劇的に増加した。その結果、精神障害者の保護と収容を強化することになり、地域から隔離された閉じた精神医療システムがもたらされた（三野，2010）。

その後現在に至るまで入院治療は精神医療の中心のままであるが、保護収容的な入院は、大きな問題を起こすこととなる。1984年に私立精神病院の男性看護スタッフが患者に暴行し、死に至らしめるという事件が起こった（桐原，2015）。

さらにこの事件の調査の段階では傷害致死以外にも、無資格診療、医師と看護師の不正水増し、患者の使役などの数々の問題が発覚した。またこのような人権侵害は、他の精神科病院でも認められた（藤野 2003）。

こうした事件が発覚するにつれ、日本の精神科病院の閉鎖性や人権侵害は大きな社会問題として取り上げられ、国内だけでなく海外でも報告され、国際的に問題となっている（桐原 2015）。

こうした事件を契機に1987年に法律が改正され「精神保健法」が制定された。これにより精神障害者の人権を考慮した適切な医療、保護、社会復帰がさらに促進されることになり、精神障害者の人権に対する意識の高まりや社会的な運動を通じて、長期入院患者の問題や長年の課題であった入院病床数の削減に取り組むことにつながった。

1993年には「障害者基本法」により精神障害者が障害者として法的に位置づけられるようになり精神医療保健福祉が一体となって考えられるようになった。この「障害者基

本法」の成立により「精神保健法」は1995年「精神保健福祉法」へと改正され、自立と社会参加がその目的に加わった。2006年には障害の種類によらず、共通の制度のもとに障害者が自立した生活を営むことができるように支援していくことを目的に「障害者自立支援法（現障害者総合支援法）が制定され、障害者の自立支援がより一層明確となり現在に至っている。

(2) 社会的入院の問題

精神保健医療福祉の歴史的変遷で述べたように、精神保健福祉法改正から現在に至るまで、「入院治療中心からの脱却」は、我が国の精神障害者の保健医療福祉における長年の課題のままである。厚生労働省から報告された「平成14年度患者調査の概況」（厚生労働省 2002）によると精神および行動の障害に該当する患者は約329万人であり、うち精神分裂病、分裂病型障害（現 統合失調症及び統合失調型障害）及び妄想性障害患者は約203万人である。そのうちの入院患者は32万9千人で傷病別ではこの一番多い。精神科施設に入院する者32万9千人の中には、必要な支援があれば入院治療を必要としない社会的入院者が約72000人存在すると言われている。この社会的入院の解消に向けて、2004年9月に厚労省より提示された「精神保健医療の改革ビジョン（以下改革ビジョン）」は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を打ち出し、社会資源の拡充や地域生活移行を推し進めるための具体的取り組みが明確化され、在宅支援や就労支援などの様々な取り組みがなされている(厚生労働省 2004)。

こうした社会的背景の中で、精神障害者が地域社会の中で生活するための支援体制の整備が進みつつあるが、厚生労働省患者調査による入院患者数の年次推移をみても未だ精神障害者の地域生活中心への移行が十分に達成されたとは言えず、取り組むべき課題は多い(厚生労働省 2011)。

表 序-1. 精神科病院 入院患者数の推移 (厚生労働省 患者調査の概況より)

	平成 14 年	平成 17 年	平成 20 年	平成 23 年
精神及び行動の障害	328,800	326,200	301,400	282,300
(内訳)	53,600	54,000	44,400	39,000
血管性及び詳細不明の認知症				
統合失調症,統合失調型障害 及び妄想性障害	203,200	198,700	187,400	174,100

(3) エンパワメントとリカバリーの概念の台頭

精神障害者の「脱入院、地域生活移行」の理念は、精神保健医療福祉従事者の取り組みを変化させているが、こうした流れに伴い、精神障害者支援において、エンパワメントとリカバリーの概念が取り入れられ重要視されてきている。

エンパワメントという言葉は1970年代の米国の公民権運動で用いられ1990年に入ってから地域・精神保健や福祉、ヘルスプロモーションなどの領域で注目されだした。WHOは、1986年のオタワ憲章の中でヘルスプロモーションの要素としてこのエンパワメントを取り上げており、エンパワメントの定義を「人々が自分の健康に影響を与える意思決定や行動をよりコントロールできるようになる過程」としている(Smith et. al : 2006)。また

Simmons & Parsons (1983) は「人が自身の環境を支配し、自己決定を達成することを可能にするプロセス」としており、また日本でも、野中(2011)が支援者の視点からエンパワメントを「様々な理由から本来持っているはずの力を取り戻す手助けをすること」と定義している。

もう一つの重要な概念として「リカバリー」がある。リカバリーは言うまでもなく「回復」であり身体疾患や機能障害などではごく一般的に使用される言葉であるが、精神保健医療福祉の領域では 1980 年後半に米国で公開された精神障害当事者の手記が発端 (Deegan 1988)になっており、我が国で注目されるようになったのは 2005 年前後からであることから、比較的新しい概念と言える。

精神保健医療福祉の領域におけるリカバリーという概念について Anthony (1993)は「個人の態度、価値観、目標スキル、役割を変える深い独自のプロセス」と定義しており、その概念には、希望やエンパワメントなども包含されたものであるとされている。

エンパワメントもリカバリーに共通するのはプロセスの性格を持った概念であること。そして主体は当事者であるということであり、当事者が自分自身の生活、ひいては人生を疾患や症状があるなしに関わらず能動的に生きていくための力を身につけていく過程である。

エンパワメントやリカバリーの概念が精神保健医療福祉の領域においての重要な概念となったことから治療法や支援の在りも大きく変化している。症状を抑えることを目的に、

多剤併用が当たり前であった薬物療法は、患者の QOL が十分に考慮されるようになり、また向精神病薬の開発が進んだことにより、単剤最小量での治療が基本となったため、副作用の問題も改善されつつある。また薬物療法と合わせて、再発予防を踏まえた日常生活についての教育プログラムや地域生活でより良く生きていくための能力の再獲得を主眼とした社会スキル訓練、認知行動療法などの心理社会的介入が積極的に行われている（池田ら 2012；西園 2015）。これらは薬物療法と合わせて精神科治療の両軸となっている。

さらに、地域包括的支援（Assertive Community Treatment）などのアウトリーチ・サポートが徐々に広がっている（足立 2015；松田 2016）ことも注目されることである。

(4) 精神障害者の地域移行を阻むスティグマの問題

精神障害者に対する地域社会への移行を阻害する要因としては、精神症状に伴う生活への障害や社会スキルの低さなどがある。代表的なのは幻覚や妄想、不安や気分の変調等であり、これらの症状は症状の急性憎悪期のみならず、持続的に出現することが多く、当事者を苦しめる。もう一つが、場合によっては精神症状以上に阻害要因となりうるものとして、社会全般が抱いている精神障害者に対するネガティブなイメージや感情がある。このようなネガティブのイメージは精神障害者のリカバリーを阻害することになる（Link ら,1987；Rusch ら 2005）。

精神障害者に対するネガティブなイメージは、精神障害者が起こした障害事件などがセンセーショナルに取り扱われたり、テレビドラマなどで猟奇的な存在として表現され

たりすることなどの影響も大きいと言われ、また先に述べた精神医療の閉鎖性から正しい知識を得る機会がなかったことなども影響している。こうした環境や文化は精神障害者に対して誤ったレッテルを貼り、その結果不当に扱われることにつながる。こうしたその人が変えられない属性に対する負の烙印をスティグマ(ゴッフマン 1963 / 石黒 (訳) 2003 ; Farina A et al 1968)と称する。

(5) パブリックスティグマとセルフスティグマ、隠されたスティグマ

こうした“スティグマ”は偏見や差別を生み出し、当事者のアイデンティティを損なうことになる(ゴッフマン 1963 / 石黒 (訳) 2003)。スティグマは、当事者が置かれた環境に大きく影響されるため精神障害に特有なものではないが、精神障害者に対するスティグマは、身体障害などより大きいものであることが報告されており(Albrecht ら 1982 , Skinner 1995), 偏見を助長し、直接的な差別へとつながることが指摘されている。(Corrigan ら 2002 ; Feldman & Crandall, 2007)

スティグマは、社会が対象に対して抱くネガティブイメージであるパブリックスティグマとスティグマの対象である当事者自身が持つセルフスティグマに大別される。

精神障害者に対するパブリックスティグマは、「危険」「脆弱」「低い能力」などの間違っ
た世間一般が抱くイメージにより、精神障害を持つ人から就労の機会の喪失や住居の拒否
等社会的拒絶を生み出す。(Link et al 2004).

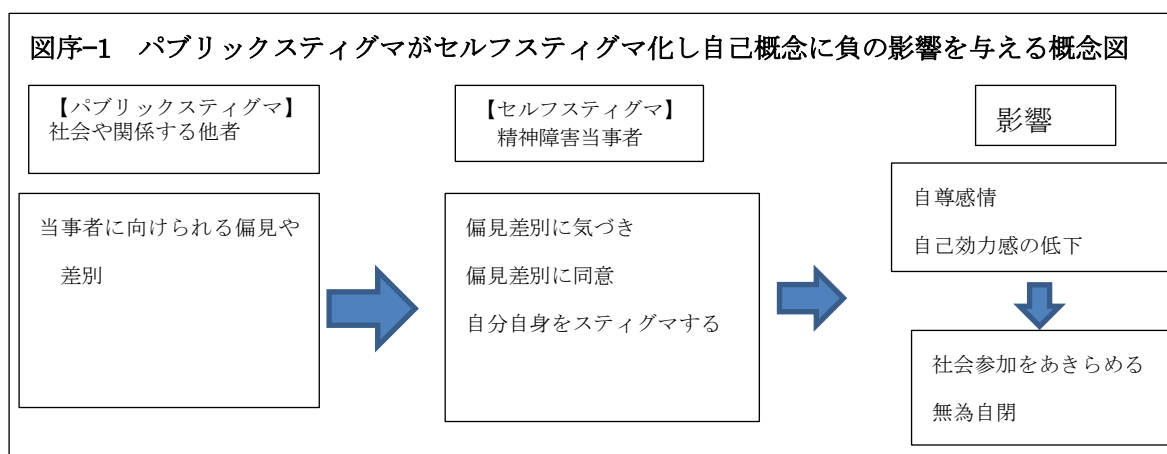
またパブリックスティグマにさらされる精神障害者は、自分自身の中にもスティグマ意識を芽生えさせる。そしてセルフスティグマ化して自身の自尊感情や自己効力感を低下させる(Link et.al, 2001 ; Ritsher & Phelan 2004)。さらに、セルフスティグマは精神障害者自身が偏見差別されることを防ぐために社会との距離を遠ざけ、治療継続をあきらめるなど病気の経過や個人的な目標の達成、治療プログラムへの参加を阻害し(Albrecht et.al 1982, Link 1987, Link et.al, 1987)、結果として精神障害者のリカバリーを阻害させることが報告されている(Kleim et al 2008)。

ここで注目されるべきことは、単にパブリックスティグマが存在することに気づくことがすべてセルフスティグマにつながるのではないということである。つまり、セルフスティグマ化は自分自身に内在化した社会の見方を取り入れ固定観念に自己一致したときに起こり、その後自尊感情や自己効力感を低下させる (図 序 - 1)。

このように精神障害者に対するスティグマは、重大な社会問題であり、スティグマ低減に向けた施策の実施とそのための研究は精神保健福祉における重要な課題の一つである。

その他、精神障害のスティグマの特徴として重要なことがある。それは、肌の色や外見あるいは身体障害などに対するスティグマと違い隠すことができるという点にある(Corrigan , Matthews 2003)。こうした特徴は「隠されたスティグマ」と呼ばれる(ゴッフマン 1963 / 石黒 (訳) 2003)。精神障害者の多くは、特に症状が安定している場合や、薬物療法の結果生じる錐体外路症状などが見られない場合は、一見で精神障害者であるこ

とはわからない。したがって多くの場合、本人がそれを告げなければ、周囲にそのことを知られずに生活することも可能である。しかし、統合失調症を始めとした精神疾患の多くは長期的に管理が必要な疾病であり、地域生活へ移行しても薬物療法や通院などを継続する必要がある。したがって社会交流を保ちながら長期に渡り、隠し通して生活することは困難であり、また隠し通して生活していくことは QOL にも影響を及ぼすことが予想される。



(6) スティグマ解消に向けた方策

精神障害者が地域で安定した生活を送るためにはセルフスティグマの問題を避けて通ることとはできない。Corrigan ら(2002)は、同じく偏見差別を受ける対象の中にもセルフスティグマにより、自尊感情や自己効力感を損なう者とむしろそのような社会を問題視し、社会の在り方を変化させることに注力して、積極的に自分の役割を見出し、活躍している者が

いるという現実から、エンパワメントとセルフスティグマは同一線上の両極にあると述べている。セルフスティグマの基にあるパブリックスティグマを解消することはもっとも大事なことであるが、同時にパブリックスティグマに対して、それを自己の中に取り組みないような支援が大切である。

Rushら(2005)は、スティグマを解消或いは減少させる方策として①Protest(抗議, 異議) ②Education(教育) ③Contact(接触)の3つを挙げている。

①のProtest(抗議, 異議)は主に風評や誤解を拡散させる言動や表現を行ったものに対して、反対を示すものであり、多くの場合は、その対象はメディア報道や企業広告、公式な場面での発言などに対して行われる。こうした働きは、精神障害者の誤ったイメージの拡散を防ぐという点ではすぐれた効果を発揮するが、個人レベルとなると強い抗議はかえって反発を招くというリスクを持っていると言われている。

②Education(教育)は、正しい情報を提供することによりスティグマを解消していくものであり、書籍や映像、構造化された教育プログラムなどを使用して行うことが多い。対象は多岐に渡り、学校現場や一般市民などに対して正しい情報を提供することによりスティグマを減少させる効果があることが報告されているが、その一方で行動変容まで評価されたものが少ないことやその効果の限界が指摘されている。精神障害について神経生物学的観点からの説明は重要なことであり、精神障害者になることについて回る精神障害に対する「恥」や「責任」を軽減させることができる一方で、神経生物学的観点到に偏重しすぎた

場合は、「神経学的素因」や「遺伝的な素因」などが強調されることで治療を含め、かえって対処困難なものとして認識されるリスクがある。そしてこれらの考えは、家族の希望を損ね、精神障害者自身が新たな家庭を持つことをあきらめることにつながるなど、新たなスティグマを生み出す可能性についても注意する必要がある。③Contact(接触)は、精神障害者と実際に交流することであり、この行為は身近なスティグマを解消していく上で大変有効な手段である。特に②Education との組み合わせにより、さらに効果的となる。例えば精神障害を理解するための教育プログラムの中に精神障害当事者との交流場面を設け、互いに問題点を議論するなどがこれに含まれる。これは精神障害当事者にとっても、他者と交流することにより、社会に出ることに対する恐れや不安を軽減するなどの利益をもたらす。また他者の好ましい反応に接触することにより自分の中にある社会は精神障害者を偏見の目で見ている、差別をする存在であるという、スティグマを軽減させることにつながるということが考えられる。

(7) 精神障害者の障害開示 (カミングアウト)

このように精神障害者自身が他者と接触する機会を持つことは有効な面が多い。また地域生活への移行を考えた場合に、周囲の理解や支援などを得ることや充実した地域生活を営むという点からも社会交流を保つことは大切であり、当事者が自ら精神障害者であることを開示(以下カミングアウト)することが必要となる場面は多いと考えられる。しかし、もともと統合失調症を始めとした精神障害者の多くは自己決定やコミュニケーションを不

得手とする人が多く、まして、精神障害者に対するスティグマが解消されたとは言えない社会においてカミングアウトを意思決定することは偏見や差別といった不当な扱いを受けることへの不安や恐れを助長し、決して容易なことではない。自らが精神障害者であることをカミングアウトすることは、より多くのスティグマ体験を生み出すなど心理的 well-being に対して、より多くのネガティブインパクトを与えるリスクがあり、そのため自己防衛手段として精神障害を持っていることを明らかにしたくないために他者との接触を避ける可能性がある。

その一方でこのような属性に所属する人たちの自己開示についてはその利益についても明らかになっている。ジェンダーマイノリティを対象とした研究においては自己開示によって自らのアイデンティティを隠し通すストレスからの解放や職務満足感の改善、他者からのサポートを受けやすくなることなどが報告されている (Day & Schoenrade, 2000)。

したがってスティグマ属性において共通点の多い精神障害者にとっても自己開示は、同様の利益を持つことが予想される。しかし、この利益とリスクの両面をうまく自己の中で処理できないと、常に自己開示のジレンマに直面することになる (Arjan et al 2009)。このような大きなジレンマが存在するにも関わらず、精神障害者の自己開示についての研究は少なく (Corrigan 2003)、国内においてほとんど見当たらないのが現状である。

2. 研究の目的

本研究は、精神障害を持ちながら地域生活を送る人のカミングアウト（自己開示）に焦点を当て、カミングアウトに対する意思を獲得するプロセスと関連する要因について探索し、特にセルフスティグマや自己概念との関係について検証することをその目的とした。

3. 研究の意義

入院中心の精神医療からの脱却を図ることは、人権上の観点からも医療経済の観点からも必然であると考えられるが、病院施設という閉ざされた世界の中で生活を送ってきた者たちにとって地域生活への移行は多くの試練を伴う。豊かで安定した QOL の高い地域生活を送るためには社会交流を避けて通ることはできない。しかし精神障害者に対するスティグマが解消されたとは言えない現状において、自ら精神障害者であることをカミングアウトするかどうか選択は非常に困難を伴うことが予想される。したがって地域移行支援において、このカミングアウトの問題はもっと注目されなければならないものであるが、このカミングアウトについてどう向き合うかについての有効な支援の在り方については検討されていないのが現状である。

本研究において、精神障害者のカミングアウトが本人に及ぼす心理的な影響を明らかにすることができれば、あまり注目されてこなかった精神障害者のカミングアウトについて精神保健医療福祉に関わる専門職者が果たすべき役割とその支援の在り方についてのなんらかの示唆を得ることにつながるのではないかと考えた。このことは、今後ますます重要となる地域生活支援の観点からも意義あると考える。

4. 本研究における用語の（操作的）定義

地域生活への移行を目指す精神障害者：本研究における地域生活への移行を目指す精神障害者とは、自立した生活を目指し、地域の精神障害者支援施設に通所しながら、生活を送っている精神障害者とした。そして精神障害者を、精神疾患の診断を受け（統合失調症及び統合失調症圏に属する疾患、気分障害）、その後も継続して通院などにより医療管理を受けているものとした。

地域精神障害者リハビリテーション施設：本研究における地域精神障害者リハビリテーション施設とは、精神障害者の地域生活支援を目的として、就労支援や日中の居場所を提供している社会復帰施設であり、本研究では精神障害者デイケア、地域活動支援センター、小規模作業所、就労継続支援施設を指す。

カミングアウト：精神障害を持つ当事者が自分のことを知らない他者にその事実（自らが精神障害者である、あるいは精神疾患により治療中であることなど）を打ち明けようとする意思やそれに基づく行為とした。

5. 研究方法

上記目的を達成するための、本研究は3つのプロセスで構成した。

研究1：精神障害者のカミングアウト意思を獲得するプロセスについての質的研究

研究2：精神障害者のカミングアウトがセルフスティグマ及びエンパワメントに与える影響についての検討（構造方程式モデルによる統計的検証）

なお、本研究の遂行にあたってはカミングアウト意思とセルフスティグマの関係について検証することが必要であり、研究 2 で取り扱うセルフスティグマを測定するものとして日本語版セルフスティグマ尺度を作成し、その信頼性妥当性を検討することにより、セルフスティグマの自己概念への影響を検討した。この一連のプロセスは予備研究として位置づけた。(予備研究として資料に添えた。)

II. 研究 1 : 精神障害者のカミングアウト意思を獲得するプロセスについての質的研究

研究 2 において、構造方程式モデルによる検証を行うための変数の決定のためには精神障害者である当事者自身が精神障害者であることをカミングアウトに対することについてどのように考えているのか、その考えに至った理由も含めて検証することが必要と考
えインタビュー調査を実施した。

1. 研究目的 : 地域の精神障害者支援施設に通所する当事者が、精神障害者であることをカミングアウトに対する意思をどのように確立していくのか、そこに影響を与える要因やカミングアウトに対する意思が自己概念にどのような影響をあたえているのかについて明らかにすること。

2. 研究方法

1)研究デザイン : 質的帰納的記述研究

2). 研究対象者 :

A 県内の精神障害者小規模作業所（3 か所），就労継続支援 B 型施設（1 か所），地域生活支援センター（1 か所）の利用者のうち，施設責任者により，現在状態が安定しており一時間程度のインタビューの負担が問題ないと判断された者で，本人から研究協力への同意が得られた者で調査の時点で精神障害者であることについてカミングアウト意思があると回答した 12 名を分析の対象とした．対象者の疾患は，統合失調症 9 名，気分障害（双極性）2 名，その他 1 名でインタビュー調査時の平均年齢は 38.8 ± 9.6 歳であった（表 1-1）．

表 1-1. 対象者の基本属性

	性別	年齢 (歳)	病名	初発年齢 (歳)	入院歴	通所施設
A	男性	35	統合失調症	30	1 回	就労継続支援 B 型
B	男性	41	統合失調症	35	1 回	就労継続支援 B 型
C	男性	36	統合失調症	20	通院のみ	就労継続支援 B 型
D	女性	29	双極性障害	21	9 回	小規模作業所（A 地区）
E	女性	42	統合失調症	23	1 回	小規模作業所（A 地区）
F	男性	50	統合失調症	27	1 回	地域生活支援センター
G	女性	24	統合失調感情障害	18	1 回	地域生活支援センター
H	男性	52	統合失調症	28	3 回	地域生活支援センター
I	女性	29	統合失調症	19	5 回	小規模作業所（B 地区）
J	男性	54	双極性障害	35	1 回	小規模作業所（B 地区）
K	男性	41	統合失調症	35	1 回	小規模作業所（C 地区）
L	男性	33	統合失調症	20	4 回	小規模作業所（C 地区）

3)研究データの収集方法：

インタビュー調査にてデータを収集した．面接は半構造化面接とし，これまでに「自分が精神障害者であることを人に告白した経験の有無とその場面について」，「精神障害

者であることを告白するまでに抱いた思いと経過」, 「開示することを選択するまでに抱いた思い」を基本質問事項とし, 語りの中で適宜質問を追加してインタビューを実施した。面接場所は, 対象者の通所する施設のプライバシーを守れる個室を使用した。

インタビューは2010年8月から11月に実施した。

4) 分析方法

(1) データの分析方法

データの分析は Grounded theory approach の一つで, 木下(2003/2006)の考案した Modified Grounded theory approach (以下 M-GTA) の手法を用いて行った。M-GTA は他の Grounded theory approach 同様にデータに密着した分析から理論を導き出す研究方法であり, そこで導き出された理論は研究テーマに基づき限定的に設定された範囲内における説明力である「方法論的限定」という特性を持っている。また M-GTA の手法を採用することが適切な条件の一つとして明らかにしたい事象がプロセスとしての性質を持っていることがある。以上の点から, 本研究のテーマは, 地域精神障害者支援施設に通所する精神障害者に対象を限定していること, カミングアウトに対する意思を決定していくプロセスを明らかにしていくことであることから M-GTA の分析手法を採用することがふさわしいと判断した。

具体的データ分析の方法としては, 最小単位概念生成の為, まず具体例が豊富と思われるデータを繰り返し読み込み, 分析テーマに関連すると思われる箇所を, 意味の最小

単位について一文節を基本として抽出し解釈した。この作業は、分析ワークシートを作成し概念名、定義、具体例、理論的メモを記入し生成した概念の有効性を確認した。なお概念の生成においては、共同研究者及び看護学において質的研究を実践している者によるスーパービジョンを受け、すべての概念については類似性と相違点とを比較検討し意味内容のまとまりをもとにサブカテゴリー、カテゴリーと類型化した。なお1概念でも、独立性が高く且つ重要度の高い概念は、単独で採用し、サブカテゴリーと同じ位置に配したうえで、概念およびカテゴリーの関係性を検討した。

(2) 概念生成の例示

以下に本論文における概念生成の一例を示す。

『結局、どんなに頑張っても、ほんのちょっとでも、失敗すれば、やっぱり精神障害者だからって言われちゃう。実際経験していますし。健康な人だったら、スルーしてもらえそうなことでも、精神障害者となるとそうはいかないから。納得いかないけどまあ仕方ないのかなとも思う・・・ ケースA』

この一小節について、精神障害を持つ者が、過去の経験などから、精神障害者であることをカミングアウトすることにより、その人個人として評価されるのではなく、精神障害者という枠組みで評価されてしまうことへの恐れについて語っていると解釈した。“精神障害者というレッテルで評価されることへの恐れを感じる”と定義し、[レッテルを貼られることへの不安]と概念名をつけた。バリエーションとして、『どうしても精神病って言

う目で見られるから。 それだけで、大きなハンディだと思います。 ケース D』、『やっぱりこの病気はね。 偏見の対象だからね。 精神障害者っていうと人は距離を置きたくなるんだらうね。 ケース F』等があった。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、A 大学の生命倫理審査委員会の承認を受けた(承認番号 10-159)。

倫理的配慮としては、以下の通りである。

対象者選定：本研究の実施にあたり、対象となる者が通所する施設の長に対し、研究の趣旨及び目的、方法を説明し研究協力の可否を確認した。協力について了承の得られた施設において、現在症状、体調が安定して面接調査に参加できる人という条件で対象者候補のリストアップを依頼した。

研究同意の確認：協力依頼対象者に対しては、施設責任者が概要を伝えた上で、研究説明を聞くことに了解を得た者に対して、研究者自らが研究の目的、方法および参加協力の方法とともに、文書と口頭で説明をおこなった。

説明の際には、倫理的配慮として、研究協力については、本人の意思が最大限尊重され、参加しない自由、同意後、面接途中撤回の自由は理由の如何を問わず保障されること、またそれらの研究不参加によって不利益を被ることは一切ないこと、匿名性の確保、データの管理方法を含めた個人情報の保護、面接によって得られた情報は研究以外の使

用をしないこと、結果については、学術誌へ公表すること等を文書と口頭で一つ一つ了解を得ながら説明を行い、同意書への署名を持って同意を得た。

4. 結果

研究対象者 12 名のインタビューデータの分析の結果を以下に示す。なお、【 】はカテゴリ、〈 〉はサブカテゴリ、[]は概念を示す。

地域精神障害者支援施設に通所者のカミングアウトの意思確立のプロセスは、【自己への問い直し】、【自己の主体性の獲得】、【背中を押す力】の 3 つのカテゴリで構成され、これらを構成する 8 つのサブカテゴリ、24 の概念で構成された。各概念の概略を表 1-2 で示した。以下、各概念により構成されるサブカテゴリ、カテゴリ間の関係を踏まえて説明する。

表 1-2 カミングアウト意思確立のプロセスを構成する概念

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	概念の概要
自己への問い直し	意思の萌芽	今ある生活を振り返る	生活に対する満足，物足りなさ，後ろめたさ
		新しい世界への関心	就労，結婚，趣味，普通に誰もがする生活
		打ち消せない現実	障害者である自分，現実との直面化
	相克する思い	理解への期待	世間への期待 理解されたい
		レッテルを貼られることへの不安	精神障害者という括りでの評価される不安
		隠すことへのストレス	隠し続けることの困難，負担
		上手く伝わるか不安	上手く伝えられないという不安
	踏み出すための捉えなおし	行動することに意味を見出す	とりあえず踏み出す 行動することが大事という思い
		変わるために必要	自分を変えるために開示は必要
		変えるために必要	社会を変えるために社会に訴えていく
		なんとかなる	失敗してもいいというある種の開き直り
自己の主体性の獲得	精神障害者である私	つきまとう負のイメージ	打ち消せないネガティブなイメージ
		弱い存在	再発への不安 脆い存在という意識
		与えてもらっている生活	助けられているから今の生活がある
	精神障害とともに生きる私	別に変わらない	健常者と変わらない自分
		自分は自分	人の視線を気にしない
		力がある	人に負けないものをもっている．自信
		切り開く人生	自分の人生は自分でつくっていく 主体感
背中を押す力	家族の理解	家族の理解	家族は理解してくれているという感覚
	信頼できる専門家	認めてもらえる	尊重されている感覚
		具体的なアドバイス	具体的なアドバイスを得ることでできた安

		心
	頼れる存在	専門職者に感じる頼もしさ
仲間の存在	同じ立場だからわかる	同じ障害だからこそ分かってくれるという 感覚
	戻れる場所がある	開示してうまくいなくても、ここに帰って くればいいと思えることで得られる安心 感

1) 各カテゴリーの概念

以下は各カテゴリーおよびそれを構成する概念を説明する。なお対象者の発言は斜体にて示した。

(1) 【自己への問い直し】

対象者はカミングアウトに対する意思を確立していくプロセスにおいて、さまざまな自己への問い直しという作業を通して、評価、予測、また認知の修正などを行いながら次の生活へのステップを模索していた。

① 〈意識の萌芽〉

対象者は、現在の生活とこれからの生活について、自分の夢や希望と合わせて、[今ある生活を振り返る]ことで評価し、[新しい世界への関心]を寄せていた。そしてそれらは同時に、自分が精神障害者であるという現実を[打ち消せない現実]として、改めて受けとめることでもあり、新たな世界へステップする手段として、カミングアウトすることを意識していた。

(i) [今ある生活を振り返る]

対象者の語りの中には、作業所などが中心となっている今の生活に対して一定の満足はしているものの、なんらかの物足りなさを感じたり、ある種のうしろめたさを感じたりしていることが示された。そこでこの概念を“現状の生活を評価しつつも残る物足りなさ”と定義し[今ある生活を振り返る]と命名した。

『ここは同じ立場の人と指導者さんとね。その輪の中の生活でしょ。みんなお互い様だからね。いい場所だと思います。でもここがゴールじゃいけないとも思ってる。ここ次に進んでいくための訓練の場だからね。ケース A』

『(今の生活は) うーん 70点くらいなのかなあ。60点かもしれんね。別段不満はある訳じゃない。まあ作業で貰えるお金なんて交通費にもならないけどね。作業所なんだから仕方ない。出るだけありがたいと思うしかないね。だから経済的には厳しいよ。でもここは作業所だから、ここで満足してちゃいかんよね。ケース K』

(ii) 【新しい世界への関心】

【新しい世界への関心】は、これからの自分の生活に対する夢を語っている。対象者の多くが、就労することについての希望を持っていたが、それだけでなく、趣味の活動やさらに人間関係を広げて活動していくことなどに対しての夢を持っていた。そこでこの概念の定義を“これからの自分の生活に対して叶えたい夢や希望であり、あたらしい世界への関心”とした。

『もっと、いろんなことがしたいって考えました。ここに通う他にも、フラワーアレンジメントなんかもしてみたかったから、今サークルにも入っているんだけど、作業所以外の友達も増やしたいし、車でドライブもしたい、やりたいことはたくさんありますね。

ケース I』

『とにかくもっと外の世界で経験を増やさなきゃだめなんですよね。今の生活から次へステップしていきたいですね。人によってステップは違うと思うけど、僕の場合、簡単に言うと普通の人がしている暮らし。仕事して、彼女つくって、結婚して、子どもがいてっていうね。 ケース L』

(iii) 【打ち消せない現実】

対象者は、自分の生活を評価する中で、精神障害者であることをあらためて意識する。そして、その現実はいつでもついてまわり、否定したくても否定できないものであることを語っていた。そして新たな世界へ飛び込むための手段としてそのことをカミングアウトすることを意識していた。そこでこの概念の定義を“精神障害者であるという否定できない現実をあらためて意識すること”とした。

『ここ（作業所）では、みんな同じだから別段意識することもないけどね。いざ就職しようとかになると、自分は精神障害者なんだって改めて思われる。（ケース A）』

『いつもは、意識することなんてほとんどないんだけど、いざとなるとついて回ってくるものですね。逃げられない現実。 ケース D』

② 〈相克する思い〉

対象者は、カミングアウトに対する意識が芽生えたのち、カミングアウトがもたらすリスクとベネフィットの両方について予測し、カミングアウトの是非について自分に問いかけていた。このサブカテゴリーは、[理解への期待]、[レッテルを貼られることへの不安]、[隠すことのストレス]、[うまく伝わるか心配]で構成されており、これらの思いは、それぞれ思いが相対しながら揺れ動いていたため〈相克する思い〉と名付けた。

(i)[理解への期待]

対象者は、精神障害者であることをカミングアウトすることにより、理解を得て十分なサポートが受けられることへの期待を語っていた。語られた内容は、主に就労に関連することであったが、サークルなどにおいても、そのことを伝えれば、調子の悪いときには、無理しないで休めるなどのメリットがあると考えていた。これは“カミングアウトにより、理解が得られることへの期待”と定義した。

『隠せないよなって。もし仕事するなら、病気のことを隠したままでは、不都合が多すぎて、難しい。病気のことを理解してくれて助けてもらうには、やはり隠しておくわけにはいかないですね。 ケース C』

『サークルとかは、案外休む時に休みづらいんだけど、きちんと伝えておけば、あっ今日はあんまり調子がよくないんだなってわかってもらえるから、そういう期待もありましたね。 ケース I』

(ii) 【レッテルを貼られることへの不安】

【レッテルを貼られることへの不安】は概念提示で説明したとおりであるが、精神障害者に対する良くないイメージを対象者自身も感じており、それにより評価されることへの恐れが、カミングアウトすることを躊躇させていた。

(iii) 【隠すことのストレス】

対象者は揺れる思いの中で、隠して生きていくこともストレスであると語っていた。

『隠し続けるのって大変だと思いますね。だってそのたびに嘘つかなきゃいけないってことだから。それはそれでかなりのストレスになる。 ケースA』

『病気のことを話さないと、その先に進めないじゃないですか。そのことを避けるわけには、いかない。薬飲もうとした時に、何の薬？なんか病気なのなんて聞かれたら、困っちゃうもんね ケースJ』

(iv) 【うまく伝わるか心配】

対象者はカミングアウトする必要性は感じていながらも、実際、自分の考えていることが相手にきちんと伝わらないのではないかという懸念を抱えていた。

『統合失調症って言ったってひどい人もいれば全然落ち着いている人もいるじゃないですか。じゃあ自分の今の状態をどう伝えたらいいのか、いざとなると戸惑います。例えば(幻聴で)“ちょっと耳がうるさいです”って言ったって、相手は何のことかわかんない

ですよね. だからって“幻聴が気になって”ってなんて言ったら, そりゃ大変だっとな
っちゃうこともある. ケース B』

『伝え方は難しいと思います. 病気なんだけど, 元気なんです. 元気なんだけど, 配
慮していただかないと難しいですってうまく伝えないと一体どっちなのってなことにな
っちゃいますよね. ケース E』

③ 〈 踏み出すための捉え直し 〉

〈踏み出すための捉え直し〉の段階は, カミングアウトに対する期待と不安の狭間で
揺れ動く思いに折り合いをつけ, 前向きな捉え直しを行う段階である. 対象者はカミン
グアウトした結果よりも[行動することに価値を見出す]ことで, たとえ, 失敗への不安を
乗り越えようとしており, カミングアウトすることの意味を自分が[変わるために必要]
なものであり, 自分だけでなく同じ障害を持つ仲間や社会を[変えるために必要]なもので
あると考えていた. そして, 失敗しても大丈夫などの捉えなおしにより, 「なんとかなる」
という感覚によりカミングアウトに対する心理的なハードルを下げている.

(i) [行動することに価値を見出す]

[行動することに価値を見出す]の定義は, “カミングアウトした結果よりもカミング
アウトするという行為に意味を見出すこと”である. 対象者は, 周囲のサポートなど
により, カミングアウトすることによって生じる結果にばかり気を取られていたこと

に対して、結果よりも、実行してみることが大切なのだという事に気づかされたと言っていた。

『偏見や差別されるみたいなことをずっと考えてたら、やっぱりやめようかなってなる。でもそれもおかしいなって。世の中、そんな人ばかりじゃないと思うし。当たって砕けろって感じで考えればいいかなって思うようにして。 ケース A』

『いろいろうまくいかなかったことばかり考えるんじゃなくて、まずは開示してみようと思いました。結局、やってみないとわからないから、行動しようとするのが大事。

ケース B』

(ii) [変わるためには必要]

[変わるためには必要]の“変わる”とは、自分の生活を、描いている夢や希望に向かって進めるという意味と、自分自身に自信を持つという意味の2つを持っていた。そこで“カミングアウトは自分自身が変わるためにすべきことと認識すること”と定義した。

(iii) [変えるためには必要]

[変えるためには必要]は、カミングアウトするという行為については、それにより得られる理解やサポートなど、自分の利益としての考えが中心であったが、それだけではなく、カミングアウトすることが、広く精神障害者に対する理解につながり、スティグマのない社会への足掛かりとなるという考えであり、“カミングアウトに社会的意義を見出すこと”と定義した。

『結局、自分たち一人一人が、精神障害ってこうなんだよって隠さずに伝えていくことが、差別とか偏見がなくなることにつながると思うんです。 ケース L』

『自分たちががんばってね。理解が広がっていけばいいんじゃないかな。 ケース H』

(iv) 【なんとかなる】

カミングアウトという行為について、たとえその結果がうまくいかなかったとしても、なんとかなるという捉え直しによって“カミングすることについての気負いを軽減させること”である。この考えに至る要因としては、だめでも今の場所に戻ってくればいいという居場所の存在が大きく、仲間の存在が大きかった。

『なんとかなるんじゃないかって思うことは大事なんだと気づかされた。カミすぎる
と良くないね。 ケース J』

『あまり難しく考えると、動けなくなっちゃうんでもっと気楽に考えたほうがいかな
って ケース A』

(2) 【自己の主体性の獲得】

このカテゴリーは、自らが精神障害者であることをカミングアウトするという意志を確立していく中で、自分という存在をどのように捉えているのか、またその変化を表し

ているものであり、〈精神障害者である私〉と〈精神障害とともに生きる私〉で構成された。

① 〈精神障害者である私〉

〈精神障害者である私〉は精神障害者であることが自己存在の中心となっているために、自分自身をネガティブな存在と捉えている状況を表したものである。[付きまとう負のイメージ]から自分を含めた精神障害者を[弱い存在]であると考え、現在の生活は周囲の配慮によって[与えられた生活]であると捉え方により、受身的な生き方が示された。

(i) [付きまとう負のイメージ]

[付きまとう負のイメージ]の定義は、“精神障害者に対して、常について回るネガティブなイメージに対して当時者自身が抱く思い”である。

『精神障害者ってイメージよくないから。変な事件があると精神科に通院していたとか、ニュースや新聞でね。みんなどっかでそう思っている。実際自分だって病気になる前はそう思っていたんだから。仕方ないというか、そう思われて当然かなとも思いますよ。

ケース A 』

『危ないとか、何するかわからんとか、そんなイメージありますよね。これはきっとテレビなんかの影響もあるのかな？ でも具合の悪い人が近くにいたら僕も怖いなと思うかもね。うん、きっとそう思う。 ケース C』

(ii) [弱い存在]

[弱い存在]は、精神疾患が、精神障害である所以、すなわち、多くの場合において、疾病が慢性的に経過するため症状とつきあいながら生活していかなければならず、頭の片隅に症状が再燃してしまうことに対する恐れがあり、自分は弱い存在であると認識していることを語っている。したがって、“日常生活上を安定して送っていく上で症状管理の難しさと症状再燃への恐れからくる弱い存在という自己像”と定義した。

『油断するとね。調子がいいなと思っていると、ちょっとしたことで、崩れちゃう。もう薬やめてもいいんじゃないかなって思っていたら、また眠れなくなったり、まわりの視線が気になったり、落ち着かなくなっちゃうなんてこともあるから・・・(ケース E)』

『ずっと付き合っていないといけないでしょ。この病気は。できれば薬なんか飲みたくないけどね。面倒くさいし。でも止めれば調子悪くなる。そうすると周りに迷惑もかけちゃうし、弱い立場だとは思いますがよ。 ケース K』

(iii) [与えられた生活]

[与えられた生活]は、自分の生活は、精神障害者である私に周り与えてくれたものであり、それ故に、感謝して生きる必要があるといった考えであったが、それは社会に対する受身的なスタンスでもあった。

『こうやって応援してくれる施設も増えてね。ありがたいですよ。感謝しないとけない。だから、もっとこうして欲しいとかいうのは、我がままなんじゃないかなとも思うこともあったね。 ケース J』

『ここでの生活って、守られた生活じゃないですか。自分たちが安心して暮らせるように与えてくれてる生活だから ケース G』

② 〈精神障害とともに生きる私〉

〈精神障害とともに生きる私〉は、精神障害者であるという現実を受けとめながらも、それは自分自身の一部に過ぎず、健常者と[別に変わらない]存在であると自己の捉え、例え人がどのような態度をとろうとも[自分は自分]であるという信念のもと、自分には[力がある]ことを認め、これからの生活に対して[自ら切り開く道]であるという社会的スタンスへの変化であった。

(i) [別に変わらない]

この概念は、精神障害者ではあるものの、それ以外の健康的な部分を認め、日常生活を送っている現在の自分を、健常者と比べても別段変わるところは多くないという自己の捉え方を示していた。

『こうやって毎日作業所に来て頑張ってるし、普段は、別に健康な人と変わらないところはたくさんある訳だし。(精神障害者であることを) 恥ずかしいなんて思っていたらいけないんだなって。(ケース G)』

『精神病なんて、だれでもかかる病気なんだから、差別や偏見する方がおかしいんだって考えたら、後ろめたいことなんて別にないよって感じです。ケース F』

(ii) [自分は自分]

[自分は自分]は、たとえ人からどう見られようと、動揺したり、悩んだりしない、健全者と比べて自分を卑下させる必要はないという確固たる姿勢を述べており、“周囲の影響を受けて揺らいだりしない自己を認識すること”と定義した。

『もう自分は自分。これが自分なんだからって。病気であることも含めて。それこそ自分に言い聞かせて。そしたら周りの目を気にすることもない。 ケース L』

『だれがどんなこと言おうと、別に関係ないというか、いちいち気にしてても仕方ない。きちんと理解してくれる人もいれば、そうでない人もいるのは、当たり前なんだって。 ケース F』

(iii) [力がある]

[力がある]は、就労を始めとした、今の支援施設から次へステップアップしていくことについて、今の自分の力でやっていけるという自分自身に対する自信を語っており、定義として、“自分が持っている能力に対する自信”とした。

『何ができるってわけではないけど、結構器用な方で、調子崩す前は、部品工場で頑張っていたんですよ。それで、そこの人たちから〇〇君に任せておけば大丈夫だって。またそういう仕事だったらきっとできるなって考えてはいるんです。 ケース C』

『人と接するのは嫌いじゃないです。というか、むしろ好きな方なんで。コミュニケーション能力は人並みにあると思っています。だからその点は自分の強みだなって ケース G』

(iv) [自ら切り開く道]

[自ら切り開く道]は、“社会の変化は自分たちの努力によって訪れるという信念”と定義した。

『自分たちで切り開いていかないといけないですね。みんなががんばって道をつくっていくことが大切だと思います。 ケース G 』

『世の中は変わってきているし、自分たちの声でもっと変わっていくんだということを考えるようになりました。声を出さないと届かない。 ケース L』

(3) 背中を押す力

このカテゴリーは、カミングアウト意思が揺らいでいる段階において周囲のサポートを実感することが意思を確立する上での後押しとなっていたことを表しているものである。〈家族の理解〉、〈信頼できる専門家からのアドバイス〉、〈仲間の存在〉で構成された。

① 〈家族の理解〉

〈家族の理解〉は1概念でまとめられ、サブカテゴリーとして抽出した。対象者は、予測されるメリットとデメリットの狭間で揺らぐカミングアウトに対する意思に対して、家族が理解を示し、励ましてくれたことが後押しになったと語っていた。

『話した方が楽になるんでしょ。あなたが、頑張りたいと思うなら、別に（病気のこと）隠さなくてもいい。自分が話したくないって思うなら仕方ないけどって。 ケース I』

『母親が、“別に悩まなくていいじゃない。そんなこと。大丈夫だよ。”って励ましてくれたことも大きかったと思います。 ケース D』

② 〈信頼できる専門家〉

対象者は施設のスタッフや主治医に対しての信頼とサポートもカミングアウトの意思を前向きに変化させる力となっていた。[認めてもらえる]、[具体的なアドバイス]、[頼れる存在]の3つの概念から構成された。

(i) [認めてもらえる]

対象者は主治医や施設スタッフが、自分のことを認めてくれる存在として認識していた。そしてそれは日々の生活に対するモチベーションを上げることに繋がっていた。

『スタッフさんは、自分でうまくいかないなと思っても、頑張っていれば、その部分をほめてくれるからね。それが、自信につながってるのかもしれないですね。 ケース B』

『できることはできるし、がんばっていることもきちんと認めてくれるから、嬉しいし、もっと頑張ろうと思える。 ケース E』

(ii) [具体的なアドバイス]

対象者は、カミングアウトのタイミングやどこまで話すかなどについて施設のスタッフに相談し、具体的なアドバイスを得たことで不安が軽減したことを語った。このことから“専門家からの具体的な助言から得る安心”と定義した。それは、これまでの信頼関係や専門家としての立場であることも影響を与えていた。

『〇〇さん（施設スタッフ）に相談したら、こういう風に話したらいいんじゃないの
って、今の状態と通院治療のことを話せばいい。悪かったときのことをくどくど話して
も意味ないってアドバイスもらって、安心しました。ケース G』

『障害者枠での就職だったら、向こうはそのことはわかっているんだから、2週間に1
回通院しなきゃいけないこととか、時々調子悪くなることもあるからその時は休ませ
てほしいとかきちんと話した方がいいって言ってくれたので。〇〇さん（スタッフの
個人名）の言うことだから納得できましたね。ケース L』

(iii) 【頼れる存在】

対象者はスタッフや主治医とカミングアウトについての相談をする中で、いざとなっ
た時には、支えてくれる存在としてスタッフや主治医を認識しており、それにより安心
を得ていたことから、この概念を“専門家に対する信頼から得る安心”と定義した。困
った時に、専門家からサポートを得られるという確信はカミングアウト意思を前向きに
していた。

『雇用者さんが、よくわかってくれなかったら、こちらからも話すことはできるよって
言ってもらえたので、大丈夫かなって思える。ケース B』

『きちんと話せばわかってもらえるから大丈夫。もし、必要だったらこっちからも連絡
して説明してあげるから気楽に考えればいいって言ってくれたので安心しました。ケ
ース E』

(3) 〈仲間存在〉

〈仲間存在〉は、対象者は、同じ施設に通所する者の存在を同じような境遇だからこそ、わかりあえること存在であり、そこに意味があると認識しており、この仲間存在もカミングアウト意思を前向きにしていた。〈仲間存在〉は、[同じ立場だからこそわかる]、[この場所がある]の2つの概念から構成された。

(i) [同じ立場だからこそわかる]

[同じ立場だからこそわかる]は、自分と同じ精神障害を持ちながら生きている仲間に対して抱く親近感と同じ立場だからこそ分かり合えるという信頼のもと、仲間からの言葉を助言として受け入れていた。

『ここにいる人はみんな同じですからね。だから何でも話せるし、わかってもらえる。

ここの人から、隠さなくても大丈夫とか必要な時には話すようにしてるけど、別になんともなかったって聞くと、経験者の言うことだから、そうだなって思えるんですよ。ね。ケースA』

『ここの人たちは、同じ立場だから、やっぱり相談しますね。励まされる存在です。

ケースB』

(ii) [戻れる場所がある]

[戻れる場所がある]の“場所”は現在通所している支援施設のことを指しており、仲間のいる場所である。いざとなれば、ここがあると認識することでカミングアウトす

ることや、次へとステップしていくことへの不安を軽減させていた。“戻ってこられる居場所があることで得る安心”と定義した。

『だめなら、ここに帰ってこればいいってみんな言ってくれてるから。そうだなって、そう思うと楽になる。 ケース C』

『ここがあるから、チャレンジできるっていう部分もあるかもしれないですね。ここは遠慮がいらぬ、疲れない場所だから ケース L』

2)カミングアウト意思確立のプロセス

次に結果を基にカミングアウト意思確立のプロセスを説明する。

カミングアウトの意思確立のプロセスは、【自己への問い直し】という心的作業を通して自己存在と向き合い、社会との向き合うスタンスを変化させていく【自己の主体性の獲得】のプロセスであった。またそのプロセスにおいて、周囲のサポートを実感することが【背中を押す力】となっていた。

【自己への問い直し】は、カミングアウトを意識してからその意思を確立していく段階で生まれる葛藤を乗り越えていく心理的なプロセスでもあり、〈意思の萌芽〉、〈相克する思い〉、〈踏み出すための捉えなおし〉の3つの段階で進んでいた。この心的作業により得られた【自己の主体性の獲得】は、精神障害に対する否定的なイメージから生じる否定的な自己像である〈精神障害者である私〉から〈精神障害とともに生きる私〉への

前向きな変化あり，精神障害も含めて自分であるといった認識をし，人生を前向きに捉え直していた。

【背中を押す力】は，〈家族の理解〉，主治医や支援施設のスタッフなどの〈信頼できる専門家〉，同じ障害を持つ〈仲間存在〉がサポートとなり，葛藤からの意思確立への力となっていた（図 1-1）。

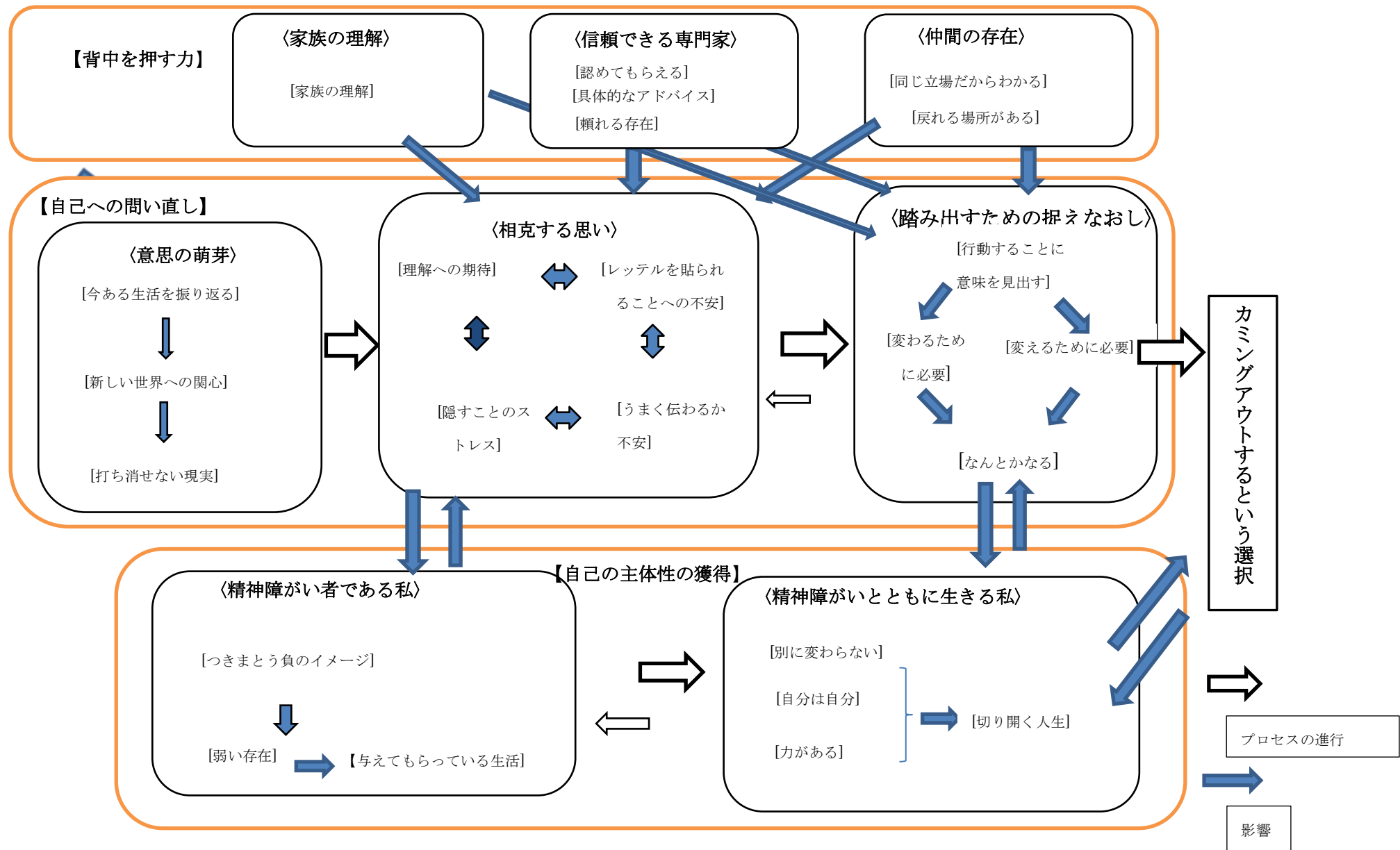


図 1-1 地域生活移行を目指す精神障がい者のカミングアウト意思確立のプロセス 【 】 カテゴリー 〈 〉 サブカテゴリー [] 概念

5. 考察

本研究は、地域生活への移行（定着）を目指す精神障がい者が、カミングアウトの意思をどのように確立していくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的に、地域の精神障害者支援施設に通所しながら生活している当事者にインタビュー調査を行ったものである。

カミングアウトするという行為は、前もっての準備なくカミングアウトを余儀なくされる場合とあらかじめカミングアウトすることについて考え、自分の答えを見出した上でカミングアウトに大別することができる。本研究は、カミングアウトの意思を確立するプロセスを明らかにしたもので後者に当たる。自分の中でカミングアウトすることを十分に考えた上で確立した意思は、そのプロセスそのものに意味を持つことになる。

元来カミングアウトという言葉は、ジェンダーマイノリティの社会運動が出発点であり、”coming out of the closet”という言葉がその原点である（Kazama 2002）。その後、我が国においては、秘密を打ち明けるという意味で一般的に使用されるようになっていくが、ジェンダーマイノリティや、HIV 患者、精神障害者など “隠されたスティグマ” に属するもの（ゴッフマン 1963 / 石黒（訳）2003 ; Pachankis, 2007）が社会に向かって一歩を進めるという意味を持つ。

一般的に社会的弱者と称される要素を持ちながらも、外見からはその特性を識別できないという特性をもつ者は、このカミングアウトの問題を避けて通ることができない。

精神障害者の地域移行が進められる中で、精神障害者は、整備されつつある社会資源やサポートの活用などにおいて自ら精神障害者であることを開示する選択をせまられる。しかし、カミングアウトをどうするかという問題については、なおざりにされていたため、カミングアウトに対する問題や支援の在り方を考えていくことは重要であると考えられる。

本研究の結果では、カミングアウトの意思を確立していくプロセスは、【自己の主体性の獲得】、【自己への問い直し】、【背中を押す力】の3つのカテゴリーに集約された。

以下これらのカテゴリーを踏まえ 1. カミングアウト意思を確立することの意味 2. カミングアウト意思を確立することに影響を与える要因の2つの面から、結果を考察する。

1) カミングアウト意思確立の意味について

今回の研究結果で示された【自己の主体性の獲得】は、カミングアウト意思確立プロセスの中核カテゴリーとも言える集合概念であり、〈精神障害者である私〉から〈精神障害とともに生きる私〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。前者は精神障害そのものが自己概念の中心に位置していることにより、自らを弱者として自分の生活を受身的に捉えているのに対して、後者は精神障害を、自己を構成する一部として捉え、自己存在とこれからの生活を肯定的に捉えていた。これらのことからカミングアウト意思の確立は、精神障害によって失われた自己の再獲得という意味を持っていると考えられた。

これは精神障害者である自分をありのままに受け止め、前向きに人生をいきてこうとするものであり、リカバリー概念と一致した。それを裏付けるものとして〈精神障害とともに生きる私〉を構成する[別に変らない], [自分は自分], [力がある]という概念は、自己存在を前向きに捉えるものである。これらの概念は精神障害者支援の目標となる重要な概念であるエンパワメントの概念と一致する面が多い。エンパワメントは精神障害者のリカバリーにとって重要な要素である。

エンパワメントは、自己能力の感覚と社会に参加することへの希望や意欲の結合 (Rappaport 1987)とされ、Rodgers(1997)らにより精神障害者のエンパワメントスケールが開発されており、我が国においても畑ら (2003) が日本語版を作成している。これらのスケールではエンパワメントの構成要素とし Self-esteem - self-efficacy(自尊感情自己効力感), Power-powerlessness (力), Community activism and Autonomy(活動), Optimism and control over the future(楽観), Righteous anger (正当な怒り) の5つが挙げられている。自分の能力を認めることや自分は自分のままでいいと認めることは Self-esteem - self-efficacy の概念と一致する。

精神障害者にとってのリカバリーとは、症状や障害の有無にかかわらず、その障壁を乗り越えて、人生において新しい意味や目的を見出すことであり、自身の態度や価値、感覚、目標、役割などを変化させていくプロセスとされている (Anthony, 1993)。精神障害者のリカバリーの構成要素には、希望を見出すこと、アイデンティティの再確立、

人生の意味を見出すことなど(Andresen 2003)があるが、これも同じく[自ら切り開く人生]の概念と一致した。エンパワメントもリカバリーも精神障害者が地域生活を送る上で目標となり支援する側にとっても重要な指標となる概念であるが、カミングアウト意思確立は、エンパワメントやリカバリーを促進する効果が存在する可能性が示唆されたことから、支援者にとってカミングアウトに対する具体的な支援の在り方を考えていくことは大切である。

2) カミングアウト意思確立に影響する要因について

精神障害者であるという事実と向き合い、その事実を自分の中で咀嚼し、前向きに受け入れるということは決して簡単なことではない。今回の研究結果では、その過程で行われる一連の心的作業を【自己への問い直し】として命名しカテゴリー化した。【自己への問い直し】は〈意思の萌芽〉、〈相克する思い〉、〈踏み出すための捉えなおし〉の3つの段階で進んでいた。

〈意思の萌芽〉の段階は、現状の生活をあらためて見つめ直し、さらに生活を充実させたいという[新しい世界への関心]であった。この関心は施設へ通所する現在の生活に対しての自信と次の生活へステップしたいという希望がもとになっている。したがって施設での活動に対する当事者自身の主観的な評価は、作業能力などの客観的評価に負けず劣らず重要であると言えよう。当事者にとって達成感や充実感を感じられているかという視点をもった支援が大切であると思われる。

〈相克する思い〉の段階における期待と不安の狭間の葛藤や困惑の原因となり、カミングアウトに対する意思確立に影響を与えるものがスティグマの存在であった。施設に通所することが中心の生活は普段接する他者のほとんどが自分のことを理解してくれている人であり、安全な環境とも言える。このような環境下では、精神障害者であることを意識することは少ないため、スティグマは潜在化する。そして潜在化したスティグマは、安全な環境から一步踏み出そうとする時に意識に上がってきて、カミングアウトの意思を揺らがせる。スティグマがもたらす葛藤は、直接的に偏見や差別を受けることへの不安や、すべて精神障害者という枠組みの中で評価されることへの恐れであり、また隠し通してやっていくことの困難さやストレスであったが、こうした不安やストレスはジェンダーマイノリティにも認められるものであり(Herek, 2009 : Ilan, 2003), 隠されたスティグマ属性に共通する特徴といえる。

このように、安全な環境はスティグマを潜在化させてしまうが、その反面で、〈信頼できる専門家〉、〈仲間の存在〉、〈家族の理解〉といったサポートは、カミングアウトで被るかもしれないリスクへの恐れを低減させ、葛藤を乗り越える重要な影響を与えていた。

これまでも、精神障害者の QOL に自尊感情やソーシャルサポートが関与することは報告されている(Ruggeri et.al. 2001: Baker et.al 1992)。本研究においてもサポートされているという実感が自尊感情、自己効力感などを高め、結果的にスティグマを克服している可能性が示唆された。ここで大切なのは、家族、専門家、仲間の存在といっ

たフォーマル及びインフォーマルなサポートが一体化して提供されていくことであり、サポートされているという実感が得られることによってカミングアウトの意思の確立が促進されていくことである。

ただし、カミングアウト意思の確立が自己効力感や自尊感情を高め、スティグマを低減させるのか、或いは自己効力感や自尊感情を高めることでカミングアウトの意思を確立するのかという部分は明らかではない。おそらく2つの方向とも認められると考えることが妥当かと思われる。したがってカミングアウトの意思をサポートする関わりとともに自尊感情や自己効力感を高めスティグマを低減できるような関わりやプログラムの提供も考えていく方がより有効であると考えられた。

第Ⅲ章： 研究 2：精神障害者のカミングアウトがセルフスティグマ及びエンパワメント

に与える影響についての検討（構造方程式モデルによる統計的検証）

研究 1 の結果により、安定した地域生活を目指す精神障害者のカミングアウトに対する意思是、就労や新しい友人をつくりたいなど新たな世界を拓けようとしたときに意識化され、支援や理解を得ることへの希望と同時に偏見や差別されることへの恐れを抱き揺れ動くこと。その際に専門職者、家族、同じ障害をもつ友人などのアドバイスや支えがカミングアウト意思を確立していく支えとなっていること。こうした支えにより、カミングアウトするという行為への不安や恐れを軽減させ、カミングアウトするという行為が自分の生活改善の為だけでなく、広く精神障害者の理解につながるという思いを抱くこと、それにより自分に対しての自信を深め、自己効力感や自尊感情を高め、社会の中で自分らしく生きることにつながっていることを見出した。こうした自己効力感や自分らしく生きるという思いはエンパワメントの概念(Rogers et al, 1997)と重なる。すなわち精神障害者が自己開示意思を確立することはエンパワメントを向上させるのではないかと考えた。

しかし、研究 1 で得られた結果は、地域の作業所などに通所する 12 名のインタビューデータから得られた結果であり、果たしてこれらの結果を一般化できるのか、対象を増やし検証する必要があると考えた。そこで研究 2 では研究 1 の結果をもとにカミングアウト意思がセルフスティグマを低減させエンパワメントを促進する仮説モデルをつくり構造方程式モデルによる検証を行うこととした。

1. 研究目的

研究 2 は、地域生活への移行支援施設としての中心的役割を果たしている精神障害者デイケアに通所しながら、地域生活を営む者を対象とし、精神障害者のカミングアウトについてソーシャルサポート、セルフスティグマ、エンパワメントとの関連を検証することを目的として質問紙調査を実施した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

自記式質問紙による横断調査

2) 研究仮説

以下は本研究で検証する仮説の概略である。

- ①カミングアウトの意思の確立を阻害する要因としてセルフスティグマが存在する。
- ②周囲のサポート、自尊感情や自己効力感がカミングアウトの意思の確立を高める。
- ③さらに、カミングアウトの意思を確立すること自体がセルフスティグマを低減させ自尊感情、自己効力感を高めること、すなわちエンパワメントを向上させる。

3) 研究対象

本研究の対象は過去に何らかの精神疾患と診断され、現在はデイケアに通所しながら地域生活を営んでいる者である。対象の選定は愛知県内のデイケア施設の施設責任者宛に研究の趣旨、方法について説明し、協力同意の得られたデイケア 3 施設に対して、施

設に赴き施設責任者よりアンケート調査により精神的身体的に問題を生じる危険が少ないと判断され、且つ 20 歳以上の者を選択した。選択された対象から最終的に研究協力の同意が得られた 150 名のアンケート結果が分析の対象となった。

4) 研究期間 2013 年 5 月～2014 年 2 月

5) 調査紙の質問項目

調査紙は性別、年齢、病名、初発年齢、入院回数、家族世帯などの基本属性及び疾患特性の他、以下の質問で構成した。

(1) カミングアウトパターン

現在の自分が精神障害者であることをカミングアウトすることに対しどのような立場にいるかを確認する項目である。カミングアウトのパターンを以下の 4 パターンに分類した。

①常にオープンにしている ②必要があれば積極的にオープンにする ③できるだけ隠す ④どんな場合でもオープンにしない

(2) カミングアウトに対する肯定的意識に関する質問

カミングアウトするという行為を肯定的に捉えているかを測定するため自作の質問 5 項目を用いた。4 件法で回答し(4=とてもそう思う ; 1=全くそう思わない)で、得点が高いほどカミングアウトに対して肯定的意識が高いことを示す。質問項目例は“将来、自分の夢を叶えるためには、自分の病気(精神の病気、障がい)について隠さないほう

が良いと思う.”，“生活をより良いものにするためには、自分の病気（精神の病気、障がい）について隠さないほうが良いと思う”である。この5項目のクロンバック α 係数は0.875であった。

(3) ソーシャルサポート充実感

ソーシャルサポートに関する質問は自作で①スタッフサポート、②家族サポート、③ピアサポートに対する充実感の観点から質問を構成した。すべて4項目4件法(4=とてもそう思う；1=全くそう思わない)で回答し、点数が高いほどサポートに対する充実感が高いことを示す。

①スタッフサポートに対する充実感

主治医、その他施設スタッフからのサポートに対する意識であり、質問項目の一例は“主治医や施設のスタッフ（医師、看護師、ワーカーなど）には、遠慮なく相談できる”である。この4項目のクロンバック α 係数は0.845であった。

②家族サポートに対する充実感

親や兄弟など身内からのサポートに対する意識である。クロンバック α 係数は0.885であった。

③ピアサポートに対する充実感

同じ精神障害を持つ仲間からのサポートに対する意識である。クロンバック α 係数は0.790であった。

(4) セルフスティグマ

精神障害を持つ人のスティグマ意識を測定には、Corrigan ら(2006)が開発した Self-Stigma of Mental Illness scale の日本語版(Nagai 2012)の下位尺度である”自己一致”から信頼性妥当性の検討において項目分析で因子負荷量及び回答者の心理的負担を考慮し、3項目を選択し、この3項目に新たに1項目を追加してセルフスティグマを測定する尺度とした。

質問項目は“私は精神疾患（障害）を持っているために人から信用されにくいと思っている”，“私は、精神疾患（障がい）を持っているので回復あるいは病気が良くなることはないと考えている”などである。本尺度は9段階リッカート法で測定されるが、本研究においては5件法で測定を行った。得点レンジは5-20点で得点が高いほどセルフスティグマが高いと判定される。本研究におけるこの4項目のクロンバック α 係数は0.751であった。

(5) エンパワメントに関連する変数

エンパワメントは、個人的能力の感覚と社会で行動することへの欲求との関連性として定義されており（Rappaport 1987, Zimmerman 1990）,精神障害者の自己概念を測定する項目として採用した。

Rogers のエンパワメント尺度は精神障害者のエンパワメントを測定するスケールであり畑ら(2003)より日本語版が作成され信頼性、妥当性が検証されている。

本尺度は全 28 項目, 5 つの下位尺度, 自尊感情・自己効力感/Self-esteem/Self-efficacy (以下:自己効力感), 力・無力 Power/Powerlessness (以下:力), 活動・自立 Community activism /Autonomy (以下:自立), 楽天・統制 Optimism/Control over the future (以下:楽天), 正当な怒り Righteous anger (以下:怒り) で構成されている。

“力” と “怒り” で 1 項目, “自立”, “楽天” で 1 項目が重複使用されている。

“力” 及び “怒り” の 2 つは, 本研究においてクロンバック α 係数がそれぞれ 0.588, 0.437 と低かったため, 検証項目から除外し, 精神障害者のエンパワメントに関連する概念として “自己効力感”, “自立”, “楽天” の 3 つ下位尺度をそれぞれ変数として検証に用いた。

“自己効力感” は, 例: 私はやり始めたことはたいてい完成させる。他, 全 9 項目で構成されている。

“自立” は, 例: 人間は自分で望むように生きていくように努力すべきだ 他 6 項目で構成されている

“楽天” は, 例: たいてい自分の将来について楽観的である 他 4 項目で構成されている。

6) データ分析

収集したデータは, 統計的に分析を行った。本研究では対象者のカミングアウトパターンとカミングアウトに対する肯定意識の 2 つを主要なアウトカム変数と定め, ソーシャルサポートとセルフスティグマ及びエンパワメントに関連する変数との関連を検証し

た。統計解析には SPSS.ver20 を使用し、統計学的有意差は 5%とした。カミングアウトの意思の関連モデルの検証にあたっては Amos.20 を使用した。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり名古屋大学医学部生命倫理委員会保健学部会の承認を受けている。(承認番号 12-158) 研究対象者が通所するすべての施設において、研究参加にあたり、初めに各施設責任者へ研究依頼と説明を文章と口頭で行い、協力への同意の得られた施設においてデイケア責任者により研究対象者へ研究の概要を伝えていただき、研究対象者に対しては日時を設定し、研究者がその場に出向き書面と口頭にて研究の趣旨、お方法及び倫理的配慮として、アンケートへの参加に対する途中辞退も含めた自由の保障、研究協力の有無のいずれによっても不利益が生じることがないこと、プライバシー保護の徹底について説明し同意を得た。

4. 結果

1) 対象者の基本属性と病態特性

アンケートに協力が得られた 150 名についての概要を表 2-1 に示す。なお、無回答項目については項目ごとに全体数より除外して分析を行った。対象は男性 80 名、女性 70 名で平均年齢は 47.1 ± 12.3 歳、生活状況として、全体の約 70%が未婚者で離別者を含めると全体の約 85%であった。生活世帯は親と同居が約 60%と最も多く、独居(訳 30%)

がそれに次いで多かった。病名は統合失調症が全体の 70%強, 気分障害(うつ病性障害, 双極性障害) とで, 全体の 90%を占めた。

表 2-1 研究対象者の基本属性 (N=150 : 未記入項目は項目ごとに除外)

年齢	47.1±12.3 歳	
性別	男	80 人
	女	70 人
病名	統合失調症	99 人(72.8%)
	うつ病性障害	15 人 (11.0%)
	双極性障害	9 人 (6.6%)
	その他(適応障害 神経症等)	13 人 (9.6%)
初発年齢(平均)	26.0±11.0 歳	
入院回数(平均)	4.3±4.6	
入院回数	入院なし	9 人 (6.3%)
	1 回	24 人 (16.7%)
	2~3 回	48 人 (33.3%)
	4~5 回	32 人 (22.2%)
	6 回以上	31 人 (21.5%)
婚姻状況	未婚	103 人 (69.1%)
	既婚	22 人 (14.8%)
	離別 (死別含む)	24 人 (16.1%)
居住形態	独居	44 人 (29.5%)
	配偶者との 2 人暮らし	12 人 (8.1%)
	配偶者と子供	8 人 (5.4%)
	親(親族)と同居	59 人 (39.6%)
	その他 (グループホーム, 援護寮等)	26 人 (17.5%)
就労	現在就労 (パート・アルバイト含む) している	28 人 (18.9%)
	就労したいと考えている	60 人 (40.5%)
	就労を考えていない	60 人 (40.5%)
障害の受け止め	良く理解し受け入れている	73 人 (49.3%)
	あまり理解していないが受け入れている	57 人 (38.5%)
	理解も受け入れもしていない	9 人 (6.1%)
	全く意識していない	9 人 (6.1%)

2) カミングアウトパターンによる各項目の差について

研究対象者のカミングアウトパターンについて、回答者 150 名中、35 人(23%)が条件を問わず、自分が精神障害者であることを“常にオープンにしている”と回答しており、また“必要と判断すればオープンする”と回答した者は 57 人(38%)であった。一方、“できるだけ隠す”と回答した者は 49 人(33%)，“どんな場合でもオープンにしない”と回答した者は 9 人(6%)であった(表 2-2)。

表 2-2 研究対象者のカミングアウトパターン

パターン	
常にオープン	35 人(23%)
必要なら積極的にオープン	57 人(38%)
できるだけ隠す	49 人(33%)
どんな場合にも隠し通す	9 人(6%)

(未記入者除外)

カミングアウトパターンに疾患による差を確認する為，“常にオープンにしている”，“必要と判断すればオープンする”と回答した者を“カミングアウト積極群”，“できるだけ隠す”，“どんな場合でもオープンにしない”と回答した者を“カミングアウト消極群”として 2 群に分け，①疾患の違い，②病気の理解，③就労意思，それぞれとカミングアウトパターンの割合について確認し，(χ^2 test, $p < 0.05$)。次にカミングアウトパタ

ーン（積極，消極の 2 群）における各変数の得点についての差を検証(Student-t 検定)した結果を表 2-3 に示す。疾患の違いについては，統合失調症と気分障害（うつ病性障害，双極性障害を合算）の 2 群を対象として比較した。その結果，疾患の違いにおいては気分障害群の方がカミングアウトに積極な者の割合が高かった。またカミングアウトに積極な者の割合が高かったものに，“病気の理解”があり，理解していると回答した群の方が高かったが，“就労意思”の有無については有意差を認めなかった。

Student-t 検定による比較において有意差が認められたのは，“カミングアウトに対する肯定的意識”，ソーシャルサポートのサブスケールである”専門職サポート”であったがピアサポート，家族サポートでは有意差を認めなかった。

エンパワメント関連項目では”自己効力感”で有意差が認められた。なおこれらの結果は，すべて積極的カミングアウト群の得点が消極群に比べ有意に高かった。一方でエンパワメントに関する項目では”楽天”，”自立”の差が認められず，セルフスティグマも有意差はなかった。

表 2-3 カミングアウトの状況による項目の差

	positive pole group (Mean SD)	depolarization group (Mean SD)	p-value
疾患 ¹⁾			
統合失調症	54(54.5%)	45(45.5%)	
気分障害	19(79.1%)	5(20.9%)	*
疾患の理解 ¹⁾			
理解して受け入れている	51 (69.9%)	22 (30.1%)	
あまり理解していないが受け入れている & 理解も受け入れもしていない	35 (52.3%)	31(47.7%)	*
就労 ¹⁾			
就労している (希望含む)	59(67.0%)	29(33.0%)	
就労を考えていない	28(46.7%)	32(53.3%)	n.s
カミングアウト肯定的意識 ²⁾	16.3±3.0	13.1±3.6	***
セルフスティグマ ²⁾	11.1±1.1	10.7±3.8	n.s
エンパワメント			
自尊感情/自己効力感 ²⁾	25.3±5.5	22.7±5.0	**
活動/自立性 autonomy ²⁾	19.6±3.3	18.9±2.8	n.s
楽天 ²⁾	11.6±2.5	10.9±2.2	n.s
ソーシャルサポートに対する満足度 ²⁾			
専門職サポート ²⁾	13.5±2.4	12.6±2.6	*
ピアサポート ²⁾	12.3±2.7	11.7±2.8	n.s
家族サポート ²⁾	11.6±3.8	12.0±3.3	n.s

1) χ^2 検定 2) student-t test *p<0.05 **p<0.01 ***P<0.001

上記の結果を基に、カミングアウトパターンに関連する要因のモデルを検証した。まず、従属変数としてカミングアウト状況を、独立変数に“専門職サポート”，“自己効力感”“カミングアウトに対する肯定的意識”を選定し、さらに有意差は認められなかったが、本研究における重要な概念としてセルフスティグマを投入した。さらにこれらの結果には、2変量相関検定において有意差が認められた疾患や年齢、病気の理解などが影響し

ている可能性があるため、調整変数としてこれらの変数を投入した。なお疾患は、投入に際し、統合失調症群、気分障害群、その他3つグループに分けた上で、partial法によって2つのダミー変数(変数名を D1, D2 と称す)にして投入し、多変量ロジスティック回帰分析を行った。

その結果、積極的カミングアウトの関連要因として”自己効力感”(B=.119, Exp (B) 1.126)”カミングアウトに対する肯定的意識”(B=.459, Exp (B) 1.583)が抽出された(p<0.05)。

しかし”専門職サポート”, ”セルフスティグマ”に関しては有意な関連が認められなかった。なお、このモデルの判別の中率は77.5%であった(表2-4)。

表 2-4 カミングアウト状況を従属変数，カミングアウト肯定意識，自己効力感，スタッフサポートを独立変数とした多変量ロジスティック回帰分析

従属変数:カミングアウトの状況

(消極的カミングアウト群=0 / 積極的カミングアウト群=1)

	B	p-value	Exp (B)	95%CI
Block1				
年齢	.042	.051	1.043	1.000 - 1.088
疾患 (D1)	-1.161	.246	.313	.044 - 2.222
(D2)	1.01	.373	2.752	.296 -25.564
2				
疾患の理解	.03	.952	1.031	.381 - 2.786
0				
Block2				
セルフスティグマ	.058	.419	1.060	.920 - 1.220
専門職サポート	-.124	.294	.915	.702 - 1.112
自己効力感	.119	.028	1.126	1.013 - 1.252
カミングアウト肯定意識	.459	.000	1.583	1.300 - 1.927

強制投入法 モデルの判別的中率 77.5%

調整変数：年齢，疾病，病気の理解

Hosmer & Lemeshow test $\chi^2=11.491$ p=.175

3) カミングアウトに対する肯定意識とソーシャルサポート，エンパワメント概念との

関連

積極的カミングアウト群は，消極群と比較してカミングアウト肯定的意識が有意に高く，さらに，ロジスティック回帰分析の結果からも精神障害者のカミングアウトに影響を与える因子であることが示された。

次にカミングアウト肯定的意識と他の変数との関連を検証した(Pearson Product-moment Correlation Coefficient, $p<0.05$) .

カミングアウト肯定的意識と” 専門職サポート” (.39 $p<0.01$), “ピアサポート” (.29 $p<0.01$),” 家族サポート” (.23 $p<0.01$)はすべてに有意な正の相関が認められた.

しかし, カミングアウト肯定意識とセルフスティグマには相関を認めず, エンパワメントに関連する変数では, “自立” (.26, $p<0.01$), “楽天” (.28, $p<0.01$)で有意な正の相関が認められたが” 自己効力感” との間では相関が認められなかった.

その他の変数同士の関連の主だったものでは, ” 自己効力感” は” 自立”, ” 楽天” と正の相関(.453, $p<0.01$: .679, $p<0.01$)), セルフスティグマとは負の相関(-.26, $p<0.05$)を認め, セルフスティグマは“ピアサポート”, “ 家族サポート”, “ 自己効力感” , “ 楽天” で負の相関(-.17, $p<0.05$: -.21, $p<0.05$: -.26, $p<0.01$, -.19, $p<0.05$) が認められた

(表 2-5).

表 2-5 カミングアウト肯定意識とソーシャルサポート(専門職,家族,ピアサポート)セルフスティグマ, エンパワメント(自己効力感, 自立,楽天.)の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.カミングアウト 肯定意識	—	-.013	.392**	.284**	.234*	-.162	.258**	.281**
					*			
2. セルフスティグマ		—	-.131	-.167*	-.206*	-.255**	-.099	-.187*
3. 専門職サポート			—	.539**	.555**	.349**	.369**	.374**
4.ピアサポート				—	.353*	.303**	.425**	.319**
					*			
5.家族サポート					—	.265**	.286**	.304**
6.自己効力感						—	.453**	.679**
7.自立							—	.585**
8.楽天								—

Pearson 積率相関 * $p<.05$, ** $p<.01$

4) カミングアウト意思が構築される心理的影響要因モデル

カミングアウト肯定的意識はカミングアウトを積極的にさせる主因子であったことから、これを主たる変数とし、ソーシャルサポート充実感(専門職サポート、ピアサポート、家族サポートの合計値)とセルフスティグマ、及びエンパワメント関連因子である“自己効力感”、“自立”、“楽天”との相関関係をもとにカミングアウトに関連する心理的影響要因モデルを構築し、モデルの適合性について検討した。

(1)モデルに投入した変数

モデルに投入した変数はカミングアウトに対する肯定意識、ソーシャルサポート、“自己効力感”、“楽天”、“自立”、“セルフスティグマ”である。

なお、ソーシャルサポートは”専門職サポート”、ピアサポート、家族サポートの3つから成立する潜在変数として設定した。”自己効力感”、“自立”、“楽天”はエンパワメント 尺度の下位尺度であり、それぞれ9項目、6項目、4項目で構成されているが、一部項目が重複して使用されているため、それぞれ項目ごとの合計得点を顕在変数として取り扱った。

(2) モデル構築のプロセス

検証モデルの構築にあたり、2 相関検定の結果を参考に、再度、重回帰分析によって、各因子を従属変数として他の因子と関連を検討した。結果は表 2-6(1)(2)に示すとおりである。カミングアウト肯定意識を従属変数とした場合、有意な関連が認められたのは“ソ

ーシャルサポート”のみであり、2相関検定で認められた”自立”、“楽天”は抽出されず“セルフスティグマ”、“自己効力感”との関連も示されなかった。次にセルフスティグマを従属変数とした検証では“ソーシャルサポート”、“自己効力感”のみが抽出され自己効力感を従属変数とした検証では”セルフスティグマ”、“楽天”が抽出されソーシャルサポートとの関連は示されなかった。以下”自立”はソーシャルサポート，“楽天”と関連を認め、楽天は”自立”及び”自己効力感”とソーシャルサポートは“カミングアウト肯定意識”、“セルフスティグマ”、“自立性”との関連が示された。

これらの重回帰分析の結果と研究仮説をもとに、ソーシャルサポートがカミングアウト意思に影響を与え、カミングアウト意思が”自己効力感”を高めるとともにセルフスティグマを低減するパスモデルを作成し、構造方程式モデルにより、推定値及びモデル適合度を確認しながら、最適モデルを構築した。

モデルの適合性評価として、Goodness of Fit Index(以下 GFI)、Adjusted Goodness of Fit Index(以下 AGFI)、Root Mean square Residual (以下 RMR)、Comparative Fit Index(以下 CFI)、Root Mean Square Error of Approximation (以下 RMSEA)を採用した。

なお GFI, AGFI を算出するためにデータの欠損値には各項目の平均値を代入した。

最終的に最も適合を得たモデルは図 1 に示すとおりである。本モデルの適合度は $\chi^2(87)=114.02$ $p<0.05$, GFI=.915, AGFI=.881, CFI=.967, RMR=.415, RSEM=.047 であった。また推定値において、各変数からのパス係数はすべて有意であった。

表 2-6 (1) カミングアウト肯定意識, ソーシャルサポート(専門職, 家族, ピアサポート) セルフスティグマ, エンパワメント (自己効力感, 自立性, 楽天) の重回帰分析の結果

従属変数 : 1. カミングアウト肯定意識			
	標準化係数 β	t-value	<i>P</i>
2.セルフスティグマ	.065	.725	n.s
3.自己効力感	-.124	-1.023	n.s
4.自立性	.057	.529	n.s
5.楽天	.166	1.273	n.s
6.ソーシャルサポート	.340	3.385	**

$R^2=.167$

従属変数 : 2. Self-stigma			
	標準化係数 β	t-value	<i>P</i>
1.カミングアウト肯定	.068	.725	n.s
3.自己効力感	-.292	-2.405	*
4.自立性	.067	.603	n.s
5.楽天	.071	.529	n.s
6.ソーシャルサポート	-.247	-2.349	*

$R^2=.129$

従属変数 : 3. Self-efficacy			
	標準化係数 β	t-value	<i>P</i>
1.カミングアウト肯定	-.070	-1.023	n.s
2. セルフスティグマ	-.158	-2.405	*
4.自立性	.065	.60	n.s
5.楽天	.628	7.821	***
6.ソーシャルサポート	.052	.663	n.s

$R^2=.529$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表 2-6. (2) カミングアウト肯定意識, ソーシャルサポート(専門職, 家族, ピアサポート) セルフスティグマ, エンパワメント (自己効力感, 自立性, 楽天) の重回帰分析の結果

従属変数 : 4. Autonomy			
	標準化係数 β	t-value	<i>P</i>
1.カミングアウト肯定	.041	.529	n.s
2.セルフスティグマ	.045	.603	n.s
3.自己効力感	.081	.801	n.s
5.楽天	.410	3.961	***
6.ソーシャルサポート	.266	3.135	**

$R^2=.413$

従属変数 : 5. Optimism			
	標準化係数 β	t-value	<i>P</i>
1.カミングアウト肯定	.080	1.273	n.s
2.セルフスティグマ	.033	.529	n.s
3.自己効力感	.538	7.821	***
5.自立性	.285	3.961	***
6.ソーシャルサポート	.087	1.195	n.s

$R^2=.597$

従属変数 : 6. Social support			
	標準化係数 β	t-value	<i>P</i>
1.カミングアウト肯定	.257	3.385	**
2.セルフスティグマ	-.158	-2.309	**
3.自己効力感	.070	.663	n.s
4.自立性	.285	3.135	**
5.楽観性	.135	1.195	n.s

$R^2=.371$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

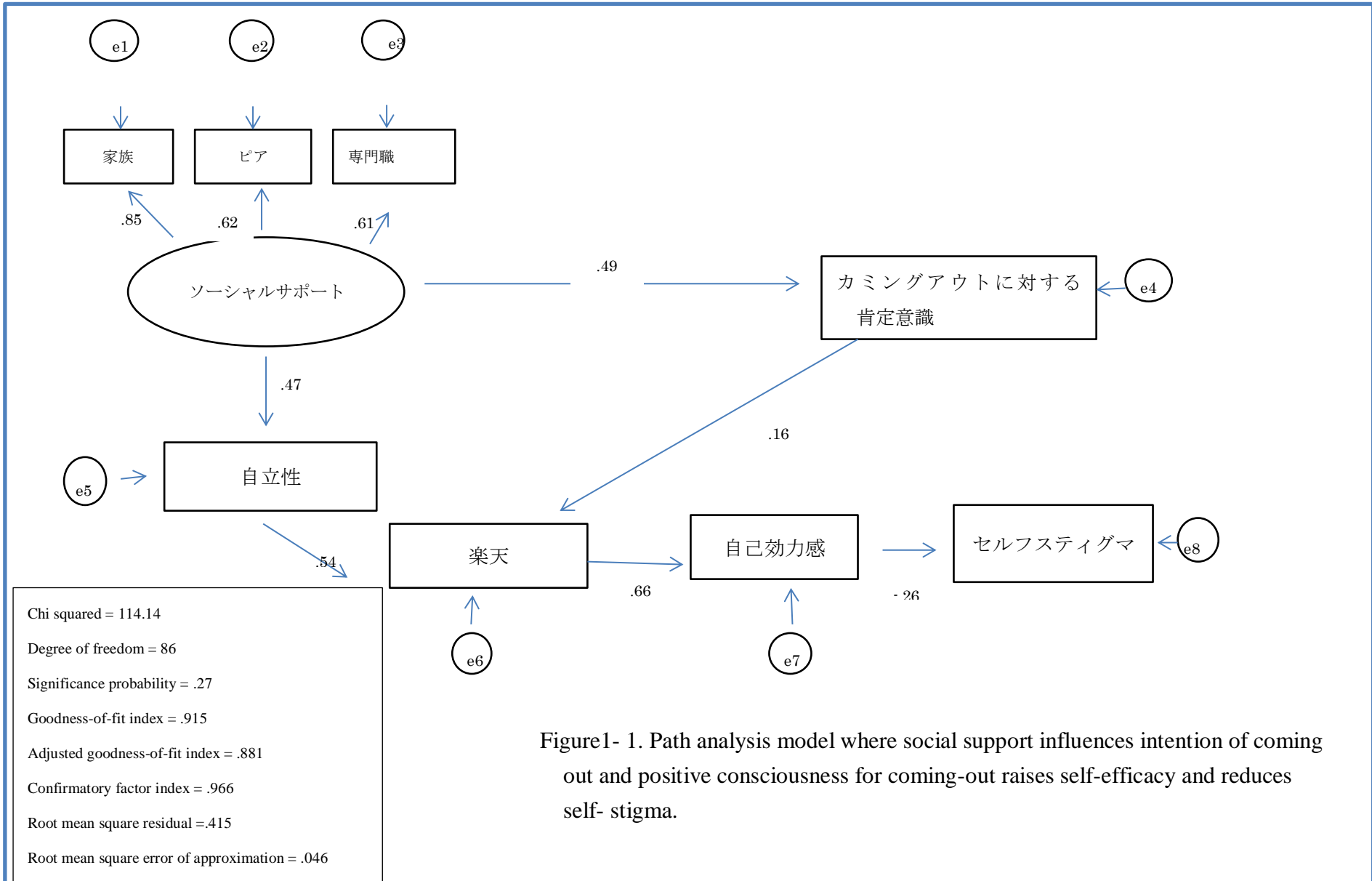


Figure1- 1. Path analysis model where social support influences intention of coming out and positive consciousness for coming-out raises self-efficacy and reduces self- stigma.

(3) ソーシャルサポートの充実度とカミングアウト意思, その他の変数への影響について

の検討

ソーシャルサポートに対する満足感によりカミングアウト意識が高まるという仮説に基づき”ソーシャルサポート”から各変数へのパスを検証した。その結果, パス係数が有意な変数は, カミングアウト肯定意識(パス係数.49, $p < .0001$), ”自立”(.47, $p < .001$)の2つであり, ”セルフスティグマ”や”自己効力感”へは直接有意なパスは認められなかった。

(4)カミングアウトに対する肯定的意識がセルフスティグマを低減する要因であること

の検討

カミングアウトがもたらす影響を検証するために仮説として①カミングアウトに対する肯定的意識がセルフスティグマを低減する。②カミングアウトに対する肯定意識を持つことが自己効力感を高めるという2つの仮説を立てそれらを検証することを目的として, モデルの構築を試みた。しかし, 結果としてカミングアウトに対する肯定意識とセルフスティグマの間に直接因果関係を示す有意なパスを引くことはできなかった。さらにカミングアウトに対する肯定意識と”自己効力感”との間のパスも有意な結果を示さなかった。これによりカミングアウトに対する肯定意識が”セルフスティグマ”, ”自己効力感”に直接的な影響を及ぼす仮説は棄却された。

しかし、他の変数との関連ではカミングアウトに対する肯定意識から” 楽天” へは有意なパス(.16 $p < 0.05$)が認められ,” 楽天” はカミングアウト肯定意識の他,” 自立” からの有意なパスが認められ,” 楽天” からは” 自己効力感” へ(.66 $p < 0.001$), さらに” 自己効力感” はセルフスティグマへ(-.26 $P < 0.01$)有意なパスが認められた。

5.考察

本研究は、精神障害者が自らの病気を他者に開示するというカミングアウトという行為に着目し、カミングアウトパターンとカミングアウトに対する意識に焦点を当て、これらとソーシャルサポートやエンパワメント及びエンパワメントを構成する因子との関係について検証をした。

これまで社会的弱者と呼ばれる人たちのカミングアウトという行為に対する研究はジェンダーマイノリティや HIV 患者などを対象に行われてきたもの(Cole et al. 1996, Dank,1971, Grov et al. 2006)が多く報告されているが、精神障害者のカミングアウトに関する実証的研究は未だ数少ない。精神障害者の社会参加が促進される現在、カミングアウトの問題は避けて通ることはできない問題であり、また今回の研究により、精神障害者の行うカミングアウトを前向きにとらえる意思がセルフスティグマやエンパワメントに及ぼす影響を証明できたことは、精神障害者への地域移行支援において意義があったと考える。

以下、本研究の結果について考察する。

本研究の対象となった者の平均年齢は47.1歳で標準偏差は12.3歳と年齢に幅があり、疾患別では統合失調症が最も多く、全体の70%強であった。やや年齢が高い印象を受けるが、厚生労働省の患者調査によると精神科施設に入院している患者の平均年齢は平成17年において56歳であることや精神疾患による入院者約28万人の内、17万人が統合失調症圏の患者であること(Ministry of Health, Labour and Welfare 2008)から考えると本研究の対象者との乖離は小さく、今後このような年齢の人の地域生活への移行が進んでいくことが考えられることから本研究サンプルの妥当性はあると思われる。また今回の研究対象者は精神障害者デイケアの利用者である。精神障害者デイケアは病院と地域の間施設としての役割を担っており、利用者の多くは、日中の居場所やデイケアに通所しながら地域生活を安定させていくというリハビリテーション的な場所として利用している人が多い。したがって、デイケア通所者が今後地域生活の範囲を広げていく中で、就労や新たな人間関係などを通して自ら精神障害者であることをカミングアウトの選択を問われる場面は少なくないと考ええる。そういった点からもデイケア通所者を対象にしたことは意義があることと考える。

本研究では、精神障害者のカミングアウトパターンを4つに分類して回答を求めている。そして、“常にオープンにしている”と“必要に応じてオープンにする”をカミングアウト積極群とし、一方、“できるだけ隠す”、“何があっても隠す”についてはカミングアウト消極群とした。その結果、約60%の人がカミングアウトに積極的であるという結

果が出たが、反対にできるだけ隠したいという人(33%)、何があっても隠すという人(6%)
合わせて40%程度の人がカミングアウトに消極的であり、その割合は、6:4と拮抗して
いる。精神障害者のような集団と性別や、人種(肌の色)などによるスティグマ集団との
違いは、後者が、本人が開示する、しないに関わらず他者から見て明らかなのに対して、
前者はスティグマ属性に帰属するかどうかは一見では判明しにくい集団(ゴッフマン
1963 / 石黒 (訳)2003)という特徴がある。それ故に、本人自身のカミングアウトに対す
る意思選択の自由があるとともにその決定には葛藤や戸惑いが生じる。今回の結果では、
統合失調症の者よりも気分障害の者の方が積極的カミングアウト群の割合が高いという
結果が示された。これは統合失調症とうつ病の持つイメージの違いや近年、国を挙げて
のうつ病対策により、うつ病に対する認知が社会一般に広く浸透してきたことにより、
カミングアウトしやすい環境になったことが影響しているのかもしれない。したがって
統合失調症などの他の精神疾患においても啓蒙活動などがさらに進むことで、社会の意
識が変化を促進していうことによりカミングアウトに対する意識も変化する可能性があ
る。

また、積極的カミングアウト群では、病気を理解して受け入れているとした者の割合
が高かった。統合失調症など重度の精神病患者では、病気に対する洞察力が低いなど、
認知機能障害によって自明な感覚が乱される可能性がある(Corrigan & Garman,
1997)ことから、病識を持たないケースは少なくない。今回の結果は病識をもっている

と自覚することがカミングアウトに影響を与えることを示している。このことは、社会への啓蒙だけでなく、当事者自身への心理教育的アプローチなどの重要性を示していると思われる。

他に積極群の方の得点が有意に高かった項目には、カミングアウトに対する肯定意識、専門家からのサポート、”自己効力感”の3つであったが、特に”自己効力感”とカミングアウトに対する肯定的意識の2項目はロジスティック回帰分析の結果でも関連因子として認められた。精神障害者の”自己効力感”や自尊感情はエンパワメントの重要な構成概念(Rodgers et al.1997)である。”自己効力感”は Bandura(1997)によって提案された学習理論からの概念であり、ある結果を達成するために必要な行動や自己パフォーマンスの感覚をどの程度うまく遂行できるかについての信念と定義される。

本研究の結果からはカミングアウトする意義について自分なりの答えを見出すことや“自己効力感”を高めることが、カミングアウトを積極的にさせることを示唆している。カミングアウトへの肯定的意識とはカミングアウトの意義を受け入れることである。積極群においてカミングアウトに対する肯定意識が高いことは、予測されることではあるが、この2つの項目に共通するのは、カミングアウトすることについて得られるメリットや生じ得るリスク、また具体的方法などを理解することに密接に関係してくることである。こうしたことが自分なりに処理できることで、カミングアウトに対する不安が解消あるいは軽減することにつながりカミングアウトへの肯定意識が高まり、”自己効力感”

も向上する。したがって、この点でも心理社会教育など専門家に寄せられる期待は大きいと考える。

精神障害者の地域生活に対する専門家によるサポートは、最近わが国においてもアウトリーチ支援として注目されつつあり、多職種による包括的支援の在り方が検討されてきている（足立, 2015）。

カミングアウトパターンにおいて、他のサポートではなく、専門家のサポートに有意差が認められたのは、専門家からのサポートに対する満足感があることがカミングアウトすることによって生じる不利益などの予測不安を低減させるものとして捉えていることを示している。長崎（2009）は精神障害者に対するソーシャルサポートが効果的であるかどうかは、精神障害当事者がサポートをどのように認識するかどうかによって変わってくると述べているが、まずはサポートしてくれる存在を信頼できる存在として認識することの重要性が示唆された。

ただし、今回の調査では専門家のどのようなサポートが、カミングアウトに対する心理的抵抗を低減させているのかは具体的になっていないため、今後の研究で追及していきたい。その一方で、今回の結果では、積極的カミングアウト群と消極的カミングアウト群においてセルフスティグマに有意な差が認めず、またセルフスティグマはカミングアウトに対する肯定的意識との関連も認められなかった。したがって、①カミングアウト

トの意思の確立を阻害する要因としてセルフスティグマが存在するという仮説を立証することはできなかった。

この結果は、精神障害者のセルフスティグマは、自尊感情や”自己効力感”を減ずるだけでなく、人からの差別や偏見を避けるために接触を避けるコーピングをとる (Link,1987, Kleim et al 2008) という先行研究での報告とは一致しなかった。その理由として考えられることに、セルフスティグマには段階があり、世間が精神障害者に対して偏見を持っていると考える段階 (Stigma awareness) から、その偏見を自分自身が認め、自分は精神障害者だから弱い存在であると認識する段階(“自己一致”)があること (Corrigan et.al, 2011)が影響している可能性がある。Lysaker ら(2007)も、こうしたアイデンティティへの影響は、精神障害者に対するスティグマを正当なものであると認知することが大きく影響することを示している。

これらのことから今回示された結果は、この”自己一致”を変数として使用したことが影響しているのかもしれない。つまり、カミングアウトによって偏見や差別を受けることへの不安と、自分自身を“精神障害者だから偏見や差別を受ける存在である”と認めることは別のこととして認識していることが結果に影響を与えた可能性がある。

カミングアウトに対する肯定意識がカミングアウトを前向きにさせるための重要な要素であることが示されたことから、カミングアウトに対する肯定的意識をキー概念として、その後の検証を進めた。研究仮説に基づきソーシャルサポートの充実により、仮説

③のカミングアウトに対する肯定的意識が高まるという因果関係についてパスモデルでの検証を行った結果、カミングアウトに対する肯定意識に対して有意な関連が認められ、仮説を支持した。しかし、ソーシャルサポートから直接的にセルフスティグマを低減させる、“自己効力感”を高めるといった効果については認められず、さらにカミングアウトに対する肯定意識がセルフスティグマ、“自己効力感”に直接的な影響を及ぼす仮説も棄却された。

セルフスティグマを直接低減させる結果が示されなかったのは、先にも述べたように、世間が精神障害者に対して持つ偏見や差別を知覚することと、それを自分の中に一致させ、自分は精神障害者だから差別を受ける存在であると認識することの違いがある。すなわちスティグマとの自己一致を示す人が少なかった可能性が考えられた。

しかしその一方で、パスモデルによる検証ではソーシャルサポートの満足感が、自立性やカミングアウトに対する肯定意識を高め、“楽天”を高めることにより“自己効力感”を向上させ、セルフスティグマを低減させるモデルが見出された。自立性は地域の中で主体的に生活していこうとする意思を確認する質問で構成されており、“楽天”を構成する質問項目は、直面化する問題や困難に対して自分でそれらを乗り越えられるだろうという感覚を尋ねている。松本ら(2013)は、統合失調症患者への個別心理教育アプローチの有効性について質的研究を通して明らかにしており、教育の回数が増えるにつれて、退院後や先を見据えた生活のイメージに主体性を持てるようになっていくことを報

告している。日常的な関わりの中でも心理教育的アプローチを意識したソーシャルサポートなどを充実させることにより、カミングアウトすることの意義を見出されるとともに、地域生活への自立性や自分の将来を前向きに捉えることにつながる。それによりセルフスティグマを低減させる効果があることが示唆された。しかし、ソーシャルサポートには家族やピアサポートもある。これらのサポートをする側の人間もセルフスティグマや”自己効力感”の低下を体験している可能性がある（Girma E et al ,2014）。ソーシャルサポートは相互補完的であることでより効果的になると考えられ専門家によるサポートは、こうした家族や Peer サポートをする者へのサポートも十分に考慮されるべきであると考えられる。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、1県4施設のデイケア施設への通所者であり、地域の精神福祉行政の在り方などが、回答に影響を与える可能性については否定できない。対象者を増やすとともにデータ収集範囲を拡大するなどし、検討していく必要がある。

また今回の研究は、カミングアウトの方法や対象まで踏み込んだ検証がなされていない。こうした方法論的視点からの検証は、より具体的支援の在り方を示すためには欠かせない項目であり今後さらに研究を進めていきたい。

第Ⅴ. 終章

1. 結論

研究1では、精神障害者支援施設に通所しながら地域生活を送っている精神障害者が、カミングアウトに対する意思を確立していくプロセスを【自己の主体性の獲得】、【自己への問い直し】、【背中を押す力】の3つのカテゴリーで構成された概念により説明した。

【自己の主体性の獲得】は、精神障害者であるという現実を客観的に受け止め、自らの人生を自分で進んでいこうとする意思を確立していくプロセスであり、リカバリーに向かって自分自身をエンパワーしていくプロセスであった。そのために【自己への問い直し】という心的作業を通して、自己存在と向き合い、スティグマを克服し、社会との向き合うスタンスを変化させていくが、その原点となるのが就労や新たな社会交流などへの希望であった。またそのプロセスにおいて、周囲のサポートを実感することがカミングアウト意思を確立するための【背中を押す力】となっていた。精神障害者の地域移行支援に関わる専門家への示唆としては、カミングアウト意思確立の過程では、葛藤や迷いが生じること、家族やピアサポート、専門家のサポートが複合的かつ効果的であること、その葛藤を乗り越えカミングアウトの意思を確立するとともに自己概念を肯定的に変化させ、自分の人生を切り開いていく力となることが示された。

研究 2 では研究 1 で得られた知見をもとに、地域生活を送る精神障害者のカミングアウトに対する意識がセルフスティグマや自己効力感などの自己概念に対してどのような影響を及ぼすのかを検証した。その結果以下のような知見が得られた。

1. 研究対象者のカミングアウトパターンについては約 60%が、開示に対して前向きであった一方で、消極群 40%のうち、約 6%の者が、どのような状況においても開示しないという選択をしていた。

2. カミングアウトパターンに影響を与える要因としてカミングアウトに対する肯定意識と”自己効力感”が示された。カミングアウトに対する肯定意識は直接的にはセルフスティグマを低減させたり,”自己効力感”を高める要因であることは示されなかった

3. パスモデルによる検証により、カミングアウトに対する肯定意識と自立意識は、“楽 天”を介して”自己効力感”を高めセルフスティグマを低減させること。またソーシャルサポートに対する満足感は、カミングアウトに対する肯定意識や地域生活に対する自立意識を向上させる影響を及ぼす可能性があることが示された。

4. 精神障害者にとってカミングアウトに肯定的意識を持つこと自体が、地域生活をおくる上での力となること。カミングアウトに対する肯定意識を持つためには当事者自身がソーシャルサポートに対する充足感を自覚することが大切であり、専門家を含めた支援者は、そのことを自覚した関わりが重要であることが示唆された。

2. 看護を含む精神保健医療福祉専門職への提言

精神保健医療福祉の領域においては、地域移行支援の在り方がますます重要になってきている。今後、社会的入院とよばれる長期入院者も地域で生活するケースがさらに増えるであろう。しかし、ただ単に退院することがゴールではなく、精神障害を持ちながらも、心豊かで満足いく生活を送ることが大切であり、そのための支援を充実させていく必要がある。今回の研究は精神障害者のカミングアウトに焦点を当てて行ったものであるが、本来カミングアウトという言葉には「クローゼットから出る」、すなわち自己存在を能動的に受け止め、積極的に社会に出ていくという意味を持っている。精神障害者が生き生きと社会の中で活躍するためには、私たち専門職者がまず、精神障害者のステイグマを解消するための努力をこれまで以上にしていく必要がある。精神障害をもつ当事者の方々も失敗を恐れずに社会の中で自己存在を表明していただきたい。それには、たとえ失敗しても大丈夫な環境を作っておく必要があり、その重要な役割は私たち専門職者にある。

専門職者は当事者がカミングアウトについて助言を求めた時、その利益とリスクだけでなく、具体的方法やカミングアウトによって起こりうるリスクについての対処方法とともに考えていくことが必要であろう。その上で大切なのは、本人の自己決定を支持することである。たとえカミングアウトせず、限られた世界の中で静かに暮らすという選

扱をしても、それは尊重すべきである。そのうえで、人生に希望をもてるようなかわり
りを続けていくことにより、また新たなチャレンジをしていこうとする可能性もある。

またカミングアウトには家族の支えも欠かすことができないが、家族自身も当事者と
同じスティグマを抱えた存在であることを理解しておく必要がある。家族の不安や苦悩
を理解し支えていくことで精神障害者の社会参加は促進されると考える。

3. 謝辞

本論文を書き終えるに当たり、指導教員として終始一貫して丁寧なご指導を賜るのみ
ならず、常に気をかけてくださり、何度か挫折しかけた折にも、温かく鼓舞激励い
ただきました梶田悦子教授に心より感謝致します。

学位審査にあたりましては、主査の玉腰浩司教授、池松裕子教授の両先生より貴重な
ご助言とご支援を賜りました。ここに厚くお礼申し上げます。

また、インタビュー、アンケート調査にご協力いただきました当時者の皆様方、及び
施設関係者の皆様に同じくこころより感謝致しますとともに厚くお礼申し上げます。

本研究は、平成 23～26 年度科学研究費補助金 萌芽研究(C) (研究代表者：永井邦芳)

課題番号 2360116 の助成を受けて行った。

4. 文献

- ・足立千啓 (2015) 地域で求められるアウトリーチ支援とは, 日本精神社会医学会雑誌, 24, 437-443.
- ・Albrecht G L., Walker V G. & Levy J A. (1982). Social distance from the stigmatized A test of two theories. *Social Science and Medicine*, 16(14), 1319-1327.
- ・Arjan E.R, Daphne K, Peter M, Birgit J, Birgit M, (2009) Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing* .(30) , 509-513.
- ・Andresen R., Caputi P, Oades L (2003) The experience of recovery from schizophrenia. : toward an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 37(5) 586-94.
- ・Anthony W A. (1993) . Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16(4) 11-23.
- ・Baker F., Jodrey D.& Intagliata J.(1992). Social support and quality of life community support clients. *Community Mental Health Journal*, 28(5), 397-411
- ・Bandura A(1997) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.

- Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychiatry*, 15, 243–251.
- Corrigan P W. , Matthews A K. (2003) Stigma and disclosure-Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12(3), 235-248
- Corrigan P W. & Watson A C. (2002) The paradox of self stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9, 35-53
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Dank, B. M. (1971). Coming out in the gay world. *Psychiatry*, 34(2), 180–197.
- Day N E., Schoenrade P. (2000). The relationship among reported disclosure of sexual orientation, anti-discrimination policies, Top management support and work attitudes of gay and lesbian employees. *Personnel Review*, 29(3), 346-363.
- Farina A., Sherman M., Allen J G(1968). Role of physical abnormalities in interpersonal perception and behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 73(6), 590.

- Feldman D B. & Crandall C S.(2007), Dimensions of mental illness stigma : What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 137-154.
- Girma E, Leimluhler A, Dehning S, Mueller N et.al.(2014) Self-stigma among caregivers of people with mental illness : toward caregivers' empowerment, *Journal of multidisciplinary Healthcare*, 7, 37-43.
- Grov C., Bimbi, D S., NaniN, J. E., Parsons J T. (2006). Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian, and bisexual individuals. *Journal of Sex Research*, 43(2), 115–121.
- ゴッフマン E.(1963) / 石黒 毅. (2003) スティグマの社会学：烙印を押されたアイデンティティ. せりか書房, 東京
- 橋本明 (2004), 精神病患者私宅監置に関する研究：呉秀三・檜田五郎「精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的觀察」を読み解く, 愛知県立大学文学部論集. 社会福祉学科編, 53, 149-168
- 畑 哲信, 前田恵子, 辻井和男, 浅井久栄, 秋山直子, 金子元久(2003).統合失調症患者に対するエンパワーメントスケールの適用. *精神医学* 45(7) 733-740
- 藤野ヤヨイ (2003) 精神科病院の特質と入院患者の人権, 現代社会文化研究, 28, 171-188.

- ・ Herek G M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States : Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 54-74.
- ・ 池田浩之, 森下祐子, 茂木省太, 中井嘉子, 井澤信三.(2012) 精神障害者の就労支援における認知行動療法の効果の検討 -SST および心理教育を中心に用いて -, 行動療法研究, 38 (1), 47-56.
- ・ Ilan H M. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations : Conceptual issues and research evidences . *Psychological Bulletin*. 129(5), 674-697.
- ・ Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17(5), 482-491.
- ・ 木下康仁(2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生, 弘文堂, 東京
- ・ 木下康仁(2006). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い 弘文堂, 東京
- ・ 桐原尚之 (2015) 宇都宮病院事件から精神衛生法改正までの歴史の再検討. -告発者及びその協力者の意図との関係-, *Core Ethics* , 11, 47-57

- ・厚生労働省 (2004) 精神保健医療の改革ビジョン ,
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html> (2017, 8 現在アクセス可能)
- ・厚生労働省 (2002) 平成 14 年度患者調査の概況 ,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02/> (2017, 8 現在アクセス可能)
- ・厚生労働省 (2008) 平成 14 年患者調査の概況,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/> (2017, 8 現在アクセス可能)
- ・厚生労働省 (2011) 平成 20 年患者調査の概況,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/> (2017, 8 現在アクセス可能)
- ・厚生労働省統計協会(編) (2012) 国民衛生の動向 2012/2013, 厚生労働省統計協会, 東京
- ・Link B G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Social Review* 52, 96-112.
- ・Link B G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461–1500.

- Link B G., Struening E L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626.
- 松本賢哉, 下里誠二, 水野恵理子(2013) 心理教育が統合失調症患者の病識にもたらす効果. -個別心理教育による各場面の分析から-, 日本精神保健看護学会誌 22 (1), 29–38
- 三野宏治 (2010) 日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察. -米国地域精神医療保険改革とそれについての議論をもとに-, *Core Ethics* , 6, 413-423
- 長崎和則 (2009) 精神障害者がソーシャルサポート利用を拡大するプロセスに関する研究, - 精神障害者のソーシャルサポート利用を促進するソーシャルワークのために -, 川崎医療福祉学会誌, 18 (2), 373-382.
- Nagai K, Kajita E. (2014). Reliability and validity of the Japanese version of the Self-Stigma of Mental Illness Scale: Relative examination of self-stigma and the self-concept. *The Journal of Japanese Society of Nursing and Health Care*, 15(2), 10-22.
- Pachankis JE.(2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*. 133 328-345

- Rappaport J(1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 121–148.
- Ritsher J B. , Phelan J C. (2004) Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129 (3), 257-265.
- Rodgers E S., Chamberlin J., Ellison M L. & Crean T. (1997) . A consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health service. *Psychiatric Services*. 48 , 1042–1047
- Ruggeri M., Bisoffi G., Fontecedro L.& Warner R. (2001). Subjective and objective dimensions quality of life in psychiatric patients.: A factor analytical approach. *British journal of psychiatry* 178, 168-275.
- Rüş N , Angermeyer MC, Corrigan PW. (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 25,529-539.
- Skinner L J. , Berry K K. , Griffith S E, Byers B. (1995), Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label. : a reconsideration twenty-five years later. *Journal of community psychology*. 23, 3-17
- Smith B J, Tang K C, Nutbeam D, (2006) ,WHO Health promotion glossary. ; new terms. *Health Promotion International*. 340-345.

- Simmons CH., Parsons R J. (1983), Empowerment for role alternatives in adolescence.
Adolescence .18(69).193-200
- 野中猛 (2011) リカバリー概念の意義, 精神医学 47(9), 952-961
- 松田晋哉 (2016) これからの地域精神医療を考える, 日本精神社会医学会雑誌, 25 (4)
331-338
- 西園昌久 (2015) 社会精神医学は精神医学実践の鏡, 日本社会精神医学会雑誌 24 (4)
365-371
- Link, B G. (1987) Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An
assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological
Review*, .52 (1) 96–112.
- Lysaker, P H., Davis L W., Warman D M., Strasburger, A., Beattie, N. (2007). Stigma,
social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder:
Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149(1), 89–95.
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction
between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community
Psychology*, 18(1), 169–177.

研究要旨

【研究1 要旨】

本研究の目的は、地域の精神障害者支援施設に通所しながら地域生活を送っている当事者が、精神障害者であることをカミングアウトに対する意思をどのように確立しているのか、そのプロセスを明らかにすることである。対象者は、地域の就労支援施設等に通所する12名である。方法は半構成的面接によるインタビュー調査であり、分析には修正版グランデッドセオリーの手法を用いた。

その結果、地域精神障害者支援施設に通所する精神障害者のカミングアウト意思確立のプロセスは、【自己への問い直し】、【自己の主体性の獲得】、【背中を押す力】の3つのカテゴリーが認められた。カミングアウトの意思確立のプロセスは、【自己への問い直し】という心的作業を通して自己存在と向き合い、社会との向き合うスタンスを変化させていく【自己の主体性の獲得】であり、主体性の獲得とは、精神障害者であるという現実を客観的に受け止め、スティグマを克服していくプロセスであった。またそのプロセスにおいて、周囲のサポートを実感することが【背中を押す力】となっていた。

Study1 【Abstract】

Aim: The purpose of this study was to clarify the processes of establishment of the intention among participants living in a community about "coming out" about their mental illness while attending community mental illnesses support facilities.

Methods: The participants were 12 persons attending a community employment support facility. Data were collected using a semi-structured interview survey and analyzed using a modified grounded theory approach.

Results: Three categories were found to be involved in the process of establishment of the intention to "come out" among the participants: "repeated questioning of oneself," "achievement of one's own autonomy," and "given a push forward." In this process of establishment of the intention to come out, "repeated questioning of oneself" comprised the mental task of facing up to one's own existence, and the transition of this to a stance of encountering society head on, through "achievement of one's own autonomy." This acquisition of autonomy comprised a process of gaining an objective grasp of the fact that one is a person with a mental illness, and of overcoming the related stigma. Within this process, participants were "given a push forward," as they felt the supporting of people around them (key peripheral).

【研究 2 要旨】

背景：精神障害者が自立した地域生活を送る上で精神障害者であることを開示するかどうかという問題は避けて通れない。

研究目的：精神障害者にとって障害者であることをカミングアウト意思を持つことにより、セルフスティグマやエンパワメントといった自己概念にどういった影響を与えるのかを検証することにある。

研究方法：精神科デイケアに通所するメンバー（N=150）に対して、自記式質問紙により、カミングアウトパターンとカミングアウトに対する肯定的意識、セルフスティグマ、エンパワメント関連項目（自立性、楽天、自己効力感）および基本属性を調査し、その関連を検証した。

結果： 分析の結果、精神障害者のカミングアウトパターンに影響を与える要因としてカミングアウトに対する肯定意識と自己効力感が示された。カミングアウトに対する肯定意識は直接的にセルフスティグマを低減させたり、自己効力感を高める要因であることは示されなかったが、パスモデルによる検証により、カミングアウトに対する肯定意識と自立意識は、“楽天”を介して“自己効力感”を高めセルフスティグマを低減させること。またソーシャルサポートに対する満足感は、カミングアウトに対する肯定意識や地域生活に対する自立意識を向上させる影響を及ぼす可能性があることが示された。

【Study2 Abstract】

Background: When persons with mental disorder attempt to live independently in the community, they must face many situations in which they are pressed to make a decision on whether or not to disclose their disorder.

Aims: Verify whether deciding to “come out” as a person with mental disorder has an impact on the person’s self-concept; specifically, their self-stigma and empowerment.

Method: We conducted a self-report questionnaire among users of psychiatric daycare facilities (N=150) to gather data on their coming-out behavior, coming-out affirmativeness, self-stigma, empowerment (consisting of autonomy, optimism, and self-efficacy subscales), and also sociodemographic data. We then checked for correlations between these items.

Results: Of the 150 subjects, 99 schizophrenia (72.8%), 24 (17.6%) of mood disorders (depression, bipolar disorder) accounted for 90% of the total. On the whole, 61% had positive intentions in coming out, 31% were negative, and many had positive will. In the type of disability, the percentage of those with mood disorders who have positive intentions to coming out was significantly greater than that of schizophrenia. The analysis indicated that coming-out behavior among persons with

mental disorder is influenced by coming-out affirmativeness and self-efficacy.

Coming-out affirmativeness does not lead directly to diminished self-stigma and increased self-efficacy; however, according to our path model analysis, coming-out affirmativeness and autonomy is to increase Self-efficacy and reduce Self-stigma through Optimism.. In addition, the results suggested that satisfaction with social support encourages coming-out affirmativeness and autonomy (intention to live independently in the community).

Conclusion: For persons with mental disorder, adopting an affirmative attitude toward coming out will in itself provide a source of strength for living in the community. Caregivers should provide support in such a way that the person is satisfied with the support, as this will enable them to form an affirmative attitude toward coming out.

資料

1. 予備研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 92
2. 研究1 フェイスシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 126
3. 研究1 インタビューガイド・・・・・・・・・・・・・・・・ 127
4. 研究2 調査質問紙・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 128

予備研究：日本版精神疾患を持つ人のセルフスティグマ尺度の作成と信頼性、妥当性の検討

当性の検討

I. 研究の背景

今回、研究 1 の面接調査の結果から精神障害者のカミングアウトを阻害する要因としてセルフスティグマは大きな影響を与えている可能性が示された。また同時にカミングアウト意思を確立してしていく過程でセルフスティグマを低減させている可能性も示唆された。

我が国の精神障害者のスティグマに関する研究については、パブリックスティグマ（社会一般のスティグマ意識）を取り扱ったものがほとんどであり、セルフスティグマを取り扱った研究は数少ない。それは国内においてセルフスティグマという概念自体が浸透していないことと合わせ、セルフスティグマを測定するスタンダードな尺度が存在しないということが大きいと思われる。その点でも研究 2 を遂行するに当たり精神障害者のセルフスティグマを測定する尺度の必要性があると判断した。

欧米においては、精神障害者のセルフスティグマを測定する尺度がいくつか開発されており、セルフスティグマに関連した知見が積み重ねられている。中でも **Self-Stigma of Mental Illness Scale**(Corrigan & Watson, 2006)はセルフスティグマをプロセスとして捉え、それぞれのプロセスにおけるスティグマ意識を測定できる尺度であり、原作の英語版の他にも中国版が作成され信頼性妥当性が検証 (Fung et al. 2007) されている他、ド

イツ語に翻訳され、境界性パーソナリティ障害女性と社会恐怖障害者との比較(Rusch et al 2006)や統合失調症患者のセルフスティグマと心理社会的療法に対するアドヒアランスの関連(Fung & Tsang, 2008)などが報告されている。この尺度の日本版が作成されることで、我が国の精神障害者セルフスティグマに関する研究知見が増えていく可能性がある。

II. 研究目的

日本版精神疾患を持つ人のセルフスティグマ尺度の作成と信頼性、妥当性の検証を行うことを目的とした。

III. 研究方法

日本版精神疾患を持つ人のセルフスティグマ尺度(以下 JSSMIS)の作成にあたり、以下の手順を踏んだ。①原作者からの使用許諾、②順翻訳、③日本語訳の修正、④予備調査による検討、⑤逆翻訳、⑥本調査、⑦統計学的分析、⑧JSSMIS の完成。

1. JSSMIS の作成

1)日本語への翻訳

原作者の Corrigan P.W から JSSMIS の作成の許可を得て、原版を入手した。原版は、研究者自らが、まず言語的等価性に注意しながら原作にできるだけ忠実に翻訳を行った。次に、精神科医師資格を持つ精神保健学研究者と保健師資格を持つ地域看護学の研究者とともに原版と翻訳の間の意味的等価性を加味し、意味内容をより適切に表現できるよ

うに修正を行った。さらにネイティブスピーカーである看護学の研究者 2 名により、翻訳の妥当性について確認を行い表現方法の修正を行い暫定版とした。

2) 予備調査

地域の精神障害者小規模作業所の施設責任者である精神保健福祉士およびその作業所に参加している当事者 8 名に対し、暫定版 JSSMIS について、表現のわかりにくい部分、答えにくい部分、この尺度に回答することにより生じる心理的な負担について確認し修正を行った。

3) back-translation

予備調査を元に修正した尺度を本調査に用いる尺度とし、職業翻訳家による逆翻訳を行い原作者に確認し承認を得た。

2. 本調査

1) 対象

本研究の対象は、過去に何らかの精神疾患と診断され現在も治療を続けながら地域生活を営んでいる、あるいは地域生活への再参加を目的にデイケアなどの中間施設を利用している人を対象とした。具体的には精神障害者デイケア、精神障害者作業所を利用している人、外来通院治療のみを行っている者で統合失調症圏、気分障害圏、その他不安性障害など精神疾患全般（但し、知的障害、発達障害は除く）を対象とした。

対象の選定においては、県内 18 施設(デイケア施設 3, 作業所 14, 精神科クリニックに研究の趣旨, 方法を説明し, 12 施設から協力同意が得られた。その内, 精神科治療継続中で症状が安定しており, 調査への参加により心身への悪影響がないと判断され, 且つ 20 歳以上の者で最終的に本人から研究に対する同意が得られた 138 名が対象となった。各尺度における調査データの欠損値については尺度毎 (SSMIS は下位尺度毎) に欠損値が 1 項目の場合は, 尺度毎の個人得点平均値を代入し, 2 項目以上の欠損値がある場合は分析ごとに除外した。

2) 調査期間 2011 年 1 月～7 月。

3) 調査内容 (質問項目)

JSSMIS の構成概念妥当性の検討にあたり, 理論的に関連があるとされる自己効力感, 自尊感情を測定し関連を検証する。さらに調整変数としての抑うつとその他, 基本属性と疾病関連項目を加えた自記式質問表を作成し調査を行った。質問項目は以下の通り。

①日本版精神疾患をもつ人のセルフスティグマ尺度 (JSSMIS)

JSSMIS は, Corrigan ら(2006)の作成した Self-Stigma of Mental Illness Scale を邦訳したものである。SSMIS は厳密にはパブリックスティグマを意識する Stereotype awareness (以下: “偏見の認知”) と自分自身がスティグマを認め, 自分自身に当てはめ, スティグマによって自尊心を傷つけるといったセルフスティグマのプロセスである Stereotype agreement (以下: 同意), Self-concurrence (以下: 自己一致), Self-esteem

decrement（以下：傷つき）の3つを合わせた計4つを下位尺度として各10項目9段階のリッカート尺度（0＝まったく思わない～9＝強くそう思う）で構成されている。この尺度の特徴は、それぞれの4つの下位尺度の項目のスティグマに関わる主たる部分が、同様の文章表現となっており、導入部分（邦訳では”傷つき”は文末部分）が異なることである。回答に当たって順序効果の影響が生じる可能性があるため、下位尺度毎に質問項目順がランダム化されている。JSSMISも原版に準じてランダム化しているが、調査後データは同項目同順に再ナンバリングし入力した。原版の信頼性は内的整合性と再テスト安定性により、妥当性は基準関連妥当性によって検証されている。

②一般性自己効力感（General Self-Efficacy Scale）

自己効力感の測定には、坂野・東條（1993）による一般性自己効力感尺度（General Self-Efficacy Scale：以下 GSES）を用いた。自己効力感とは Bandura（1977）によって提唱された社会学習理論の概念で、「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信や自己遂行感」と定義される。本研究で用いた一般性自己効力感尺度は「はい」「いいえ」の2件法で16項目によって構成されており、信頼性、妥当性が検証されている尺度である。得点は、成人男性、成人女性、学生といった属性によって類別された標準化得点に換算される。得点が高い程自己効力感が高いことを示す。今回は、自己効力感における性差の影響を取り除くため、それぞれ性別の標準化得点に変換して検討を行った。

③自尊感情尺度(Rosenberg Self-Esteem Scale)

Rosenberg の自尊感情尺度は、Rosenberg が作成した自己の価値と能力に関する感覚及び感情である自尊感情の測定する 10 項目の 4 件法による自記式評価尺度であり、得点が高い程自尊感情が高いことを示す。今回は信頼性、妥当性が検証されている山本真理子ら(1982)の邦訳版を採用した。逆転項目は順項目得点へ修正して入力した。

④合衆国保健研究所疫学的抑うつ尺度 (CES-D)

抑うつの影響を考慮しセルフスティグマと自尊感情及び自己効力感の関連を検討する。今回は抑うつを測定する尺度として合衆国保健研究所疫学的抑うつ尺度日本語版（以下 CES-D）を使用した。CES-D は我が国においても疫学調査等において標準的に用いられる信頼性妥当性が検証された尺度である。20 項目 4 件法で構成されており、点数が高いほど抑うつが強いことを示す。なお CES-D は逆転項目が 4 項目あり、得点化の際には順項目へ直して入力を行った。

4) 分析方法

(1)項目分析

JMISS 4 下位尺度各 10 項目について平均値と標準偏差を算出し、天井効果とフロア効果の確認を行った。

(2)信頼性の検討

内的整合性は尺度全体及び各下位尺度でクロンバック α 係数を求めた。

再テスト安定性は同意が得られた者に対してアンケート終了 2 週間後を目安として SSMIS のみ再テストを行い尺度全体及び各下位尺度で級内相関係数を求め検証を行った。

(2)妥当性の検討

① 内容的妥当性

日本語訳作成の際には、原版と邦訳の間で表現や意味的等価性について適切であるかを複数の研究者と検討を重ね、予備的調査、back-translation を経て内容妥当性を検討する。

② 基準関連妥当性（併存的妥当性）

原版に基づき GSES、自尊感情尺度を外的基準として SSMIS との関連を相関係数にて検証する。また重回帰分析により、抑うつ(CES-D 得点)の影響を取り除いた後も”自己一致”、“傷つき”と自効力感及び自尊感情に有意な関連があるかどうかを確認する。

③ 構成概念妥当性

原版の SSMIS は因子分析による因子構成の確認は実施されていない。その理由の一つとして、SSMIS の各下位尺度は尺度毎に明らかにしたいものは明確に異なっているが、前述のように主たる部分は同じ文章で構成されているためにすべての項目を一緒にして因子分析にかけることができない点がある。そこで Corrigan らは構成因子妥当性

を検証する際にスティグマの存在を意識することとスティグマを自身に取り入れることは異なるといった仮説のもと下位尺度間の相関を検証し,” “偏見の認知” と他の3つの下位尺度間に有意な相関が無かったことを報告している。しかし Fung ら(2007)の SSMIS の中国版 (以下 CSSMIS) での検証では各下位尺度間に有意な相関があったことが報告されている。また CSSMIS では各下位尺度別に探索的因子分析を行い、4つの項目で 2 因子構造であることを報告している。ただし、CSSMIS で検証されたのは SSMIS が改定される前の 15 項目で否定的側面と肯定的側面により構成されていた時のものであり、現在の否定的側面に限定した 10 項目に改定されてからのものではない。

以上のことから本研究では因子構成妥当性の検証として①本各下位尺度間の相関の検証、②下位尺度別に探索的因子分析を行い、各尺度の因子構造を確認する。

4. 倫理的配慮

本研究の実施に当たっては名古屋大学医学部生命倫理委員会保健学部会とデイケア 2 施設で承認を受けている。倫理委員会の存在しない小規模作業所等も含めすべての施設において、研究参加に当たって、初めに各施設責任者へ研究の趣旨、対象、方法及び倫理的配慮として、アンケートへの参加は自由意志であり、協力を拒否しても不利益は生じないこと、途中辞退も可能であること、データの管理の徹底について記した書面及び口頭にて説明を行い、同意の得られた施設において施設担当者により研究対象に該当する者の選定を行った。施設担当者により対象者に書面及び口頭で研究の説明を行い、同

意が得られた者に対して調査日時を設定した。アンケート調査は研究者が再度アンケート開始前に書面及び口頭にて説明を行った上で協力意思を確認し、最終同意得られた者に対して調査を実施した。

IV. 結果

1) 予備調査

地域の精神障害者作業所に通所する 8 名を対象に日本語暫定版を用いて、質問紙調査を実施した。質問項目については、偏見差別についての捉えかたを尋ねていることについて特に意味内容に不明瞭であると感じる項目はないとの回答を得た。しかし、予備調査による意見により、各因子が同じ項目で構成されている特徴から、尋ねていることの相違を明らかにするため尺度のはじめの説明文章に下線を引き強調を行った。また質問項目数について、スティグマに関わる調査であることからこのような質問に回答することへの抵抗感、さらに回答中回答後に気分を害したり、落ち込んだりすることはないかを確認したが特に問題はないとの回答を得た。

2) 本調査

(1) 基本属性

初回調査 138 名のうち、再テスト安定性テストのための 2 回調査への協力者は 82 名であった。対象者の基本属性及び疾病関連の状況について表 1 に示す。対象の平均年齢は 45.3 ± 11.5 歳で男性 89 名(64.5%)、女性 49 名(35.5%)であった。病名は統合失調症が

86名(62.8%)と最も多く,次いでうつ病性障害が23名(16.8%),双極性障害が5名(3.6%)であった.初発年齢の平均は 28.9 ± 12.1 歳,これまでの入院回数は1回が30名(22.9%),次いで5回以上が29名(22.1%)入院歴なしが20名(15.3%)を占めた.

表 1 研究対象者の属性 (n=138)

		n (%)
性別	男性	89 (64.5%)
	女性	49 (35.5%)
年齢		45.3 ± 11.5
婚姻状況	未婚（離別含む）	106 (77.9%)
	婚姻	30 (22.1%)
家族構成	独居	25 (18.1%)
	家族と同居	100 (72.5%)
	グループホーム	11 (8.0%)
	Others	2 (1.4%)
最終学歴	義務教育	19 (13.8%)
	高校卒	48 (34.8%)
	短大/専門学校卒	31 (22.5%)
	大学卒	35 (25.4%)
	Others	5 (3.6%)
診断名	統合失調症	82 (60.3%)
	気分障害（抑うつ）	23 (16.9%)
	気分障害（双極）	6 (4.4%)
	統合失調感情障害	2 (1.5%)
	Others, unknown	23 (16.9%)
初発年齢		28.9 ± 12.2
入院歴（入院回数）	None	23 (18.7%)
	1	29 (23.5%)
	2	25 (20.3%)
	3-4	18 (14.6%)
	>5	28 (22.8%)
現在の所属	デイケア	63 (45.7%)
	地域精神障害者作業所	68 (49.3%)
	外来のみ	7 (5.1%)

(2) 信頼性の検討

JSSMIS 各下位尺度の“偏見の認知”，“同意”，“自己一致”，“傷つき”における Cronbach α 係数は，順に $\alpha = 0.89, 0.83, 0.82, 0.94$ であった．また再テスト安定性における JSSMIS 総計点と“偏見の認知”，“同意”，“自己一致”，“傷つき”における級別相関係数は，順に $0.76, 0.71, 0.56, 0.76, 0.71$ であった(表 2)．

表 2 JSSMIS 再テスト安定性 内的整合性の検証結果

internal consistency1)	
total	0.93
stereotype awareness 「偏見の認知」	0.89
stereotype agreement (同意)	0.83
self-concurrence 「自己一」)	0.82
self-esteem decrement (傷つき)	0.94
test-retest reliability2)	
total	0.76***
stereotype awareness 「偏見の認知」	0.71***
stereotype agreement (同意)	0.56***
self-concurrence 「自己一」	0.76***
self-esteem decrement (傷つき)	0.71***

1) Intraclass correlation coefficient *** $p < .001$

2) Cronbach's coefficient alpha

(3) 項目分析

JSSMIS の合計得点は 173.4 ± 51.0 点で各下位尺度の点数は，“偏見の認知” 55.6 ± 16.5 ,” 同意” 40.5 ± 14.6 ,” 自己一致” 40.8 ± 15.3 ,” 傷つき” 36.5 ± 19.4 であった。

次に下位尺度各 10 項目について項目分析を行った結果，天井効果は認めなかったが，フロア効果は”自己一致”で 1 項目（項目 4 “私は精神疾患を持っているので不潔でだらしがない”）,” 傷つき”で 2 項目（項目 6 “私は自分自身を知性が劣っていると思っているので自分自身を大切な存在だと思えない”，項目 9 “私は自分自身を危険であると思っているので自分自身を大切な存在だと思えない”）で認められた（表 3 (1) ~ (4)）。

表 3 (1) JSSMIS 質問項目と回答平均値

偏見の認知 : Stereotype awareness	mean ± sd
1. 世間の人々は、精神障害者のことを信頼できないと考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness cannot be trusted.)	5.9 ± 2.2
2. 世間の人々は、精神障害者は受け入れがたい存在であると考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are disgusting.)	6.0 ± 2.2
3. 世間の人々は、精神障害者は普通の仕事に就いたり、仕事を続けることは困難であると考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are unable to get or keep a regular job.)	6.2 ± 2.5
4. 世間の人々は、精神障害者は不潔でだらしないと考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are dirty and unkempt.)	4.5 ± 2.3
5. 世間の人々は、精神障害はその人自身のせいであると考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are to blame for their problems.)	5.3 ± 2.3
6. 世間の人々は、精神障害者は知性が劣っていると考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are below average in intelligence.)	4.8 ± 2.4
7. 世間の人々は、精神障害者は予想できない行動をすると考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are unpredictable.)	6.0 ± 2.2
8. 世間の人々は、精神障害者は回復あるいは病気が良くなることはないと考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness will not recover or get better.)	3.8 ± 2.2
9. 世間の人々は、精神障害者は危険であると考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are dangerous.)	5.9 ± 2.3
10. 世間の人々は、精神障害者は自分自身を面倒見ることはできないと考えている (I think the public believes... ___ most persons with mental illness are unable to take care of themselves.)	5.5 ± 2.2

表 3. (2) JSSMIS 質問項目と回答平均値

偏見への同意 (Stereotype agreement)	mean ±sd
1. 私は、多くの精神障害者はその人自身のせいであると考えている (I think... ___ most persons with mental illness are to blame for their problems.)	3.9 ± 2.3
2. 私は、多くの精神障害者は予想できない行動をすると考えている (I think... ___ most persons with mental illness are unpredictable.)	4.6 ± 2.2
3. 私は、多くの精神障害者は回復あるいは病気が良くなることはないと考えている (I think... ___ most persons with mental illness will not recover or get better.)	4.7 ± 2.7
4. 私は、多くの精神障害者は普通の仕事に就いたり、仕事を続けることは困難であると考えている 2.2 (I think... ___ most persons with mental illness are unable to get or keep a regular job)	3.4 ± 2.2
5. 私は、多くの精神障害者は不潔でだらしないと考えている (I think... ___ most persons with mental illness are dirty and unkempt.)	4.3 ± 2.5
6. 私は、多くの精神障害者は危険であると考えている (I think... ___ most persons with mental illness are dangerous.)	3.0 ± 2.0
7. 私は、多くの精神障害者のことを信頼できないと考えている (I think... ___ most persons with mental illness cannot be trusted.)	4.9 ± 2.4
8. 私は、多くの精神障害者は知性が劣っていると考えている (I think... ___ most persons with mental illness are below average in intelligence.)	3.8 ± 2.2
9. 私は、多くの精神障害者は自分自身を面倒みることはできないと考えている (I think... ___ most persons with mental illness are unable to take care of themselves.)	4.1 ± 2.5
10. 私は、多くの精神障害者は受け入れにくい存在であると考えている (I think... ___ most persons with mental illness are disgusting.)	3.9 ± 2.3
Subtotal	40.5 ± 14.6

表 3. (3) JSSMIS 質問項目と回答平均値

スティグマとの自己一致 (Self-concurrence)	mean ±sd
1. 私は、精神障害者なので知性が劣っている (Because I have a mental illness...__ I am below average in intelligence.)	4.6 ± 2.4
2. 私は、精神障害者なので信頼されない (Because I have a mental illness...__ I cannot be trusted.)	5.3 ± 2.5
3. 私は、精神障害者なので普通の仕事に就いたり仕事を続けることができない (Because I have a mental illness...__ I am unable to get or keep a regular job .)	5.0 ± 2.6
4. 私は、精神障害者なので不潔でだらしない (Because I have a mental illness...__I am dirty and unkempt.)	*3.1 ± 2.2
5. 私は、精神障害者なので自分自身を面倒見ることができない (Because I have a mental illness...__ I am unable to take care of myself.)	4.7 ± 2.6
6. 私は、精神障害者なので回復あるいは病気が良くなることはないと考えている (Because I have a mental illness...__ I will not recover or get better.)	3.3 ± 2.3
7. 私は、精神障害は自分自身のせいであると考えている (Because I have a mental illness...__ I am to blame for my problems.)	3.7 ± 2.4
8. 私は、精神障害者なので私の行動を予想できない (Because I have a mental illness...__ I am unpredictable.)	3.7 ± 2.5
9. 私は、精神障害者なので危険である (Because I have a mental illness...__ I am dangerous.)	3.5 ± 2.5
10. 私は、精神障害者なので周りから受け入れられにくい (Because I have a mental illness...__ I am disgusting.)	3.9 ± 2.5
Subtotal	40.8 ± 15.3

表 3. (4) JSSMIS 質問項目と回答平均値

スティグマによるこころの傷つき (Self-esteem decrement)	mean ±sd
1. 私は、精神障害者なので知性が劣っている (Because I have a mental illness...___ I am below average in intelligence.)	4.6 ± 2.4
2. 私は、精神障害者なので信頼されない (Because I have a mental illness...___ I cannot be trusted.)	5.3 ± 2.5
3. 私は、精神障害者なので普通の仕事に就いたり仕事を続けることができない (Because I have a mental illness...___ I am unable to get or keep a regular job .	5.0 ± 2.6
4. 私は、精神障害者なので不潔でだらしない (Because I have a mental illness...___I am dirty and unkempt.)	*3.1 ± 2.2
5. 私は、精神障害者なので自分自身を面倒見ることができない (Because I have a mental illness...___ I am unable to take care of myself.)	4.7 ± 2.6
6. 私は、精神障害者なので回復あるいは病気が良くなることはないと考えている (Because I have a mental illness...___ I will not recover or get better.)	3.3 ± 2.3
7. 私は、精神障害は自分自身のせいであると考えている (Because I have a mental illness...___ I am to blame for my problems.)	3.7 ± 2.4
8. 私は、精神障害者なので私の行動を予想できない (Because I have a mental illness...___ I am unpredictable.)	3.7 ± 2.5
9. 私は、精神障害者なので危険である (Because I have a mental illness...___ I am dangerous.)	3.5 ± 2.5
10. 私は、精神障害者なので周りから受け入れられにくい (Because I have a mental illness...___ I am disgusting.)	3.9 ± 2.5
Subtotal	36.5 ± 19.4
Total	173.4 ± 51.0

*Floor effect item

3.妥当性の検討

1) 内容妥当性

内容妥当性に関しては、精神保健学、地域看護学の研究者によって意味内容と妥当性に検討を重ねたのち、ネイティブスピーカーである看護学の研究者 2 名との検討も行った。また研究者だけでなく、現場で精神障害者支援に携わる専門職者との検討を重ね、予備調査で項目の表現の不明瞭さを確認し JSMISS を完成させた。

2) 構成因子妥当性

JSSMIS の構成概念妥当性を検証にあたってはまずフロア効果の認められた項目を除外し検証を行った。まず下位尺度間の相関を検証した結果、下位尺度間のすべてに有意な正の相関が認められた。“偏見の認知”の他の下位尺度との相関は $r=.31\sim.37$ ($p<.001$) であったのに対し、“同意” - “自己一致”は $r=.68$ ($p<.001$)、 “同意” - “傷つき”は $r=.46$ ($p<.001$)、 “自己一致” - “傷つき”で $r=.59$ ($p<.001$) と比較的高い相関が認められた (表 4)。

Table 3 Correlation Coefficients among Four Self-Stigma Scales

		awareness	agreement	concurrence
Stereotype awareness	1.00	.31***	.37***	.35***
Stereotype agreement		1.00	.68***	.46***
Self-concurrence			1.00	.59***
Self-esteem decrement				1.00
Pearson's Correlation *** $p<.001$				

次に下位尺度毎に探索的因子分析（主因子法，promax 回転）を行った。最終的な因子分析結果を表 5 (1) (2) に示す。その結果，“傷つき” は 1 因子構造であったが，“偏見の認知”，“同意”，“自己一致” の 3 因子については Kaiser 基準（固有値 1.0 以上）により 2 因子構造で説明することがもっとも妥当であることが確認された。しかしそれぞれの 2 因子構造は構成項目が一致していなかった。また“自己一致”においては，項目 6 の“私は精神疾患を持っているので知性が劣っている”と項目 5 の“私が精神疾患を持っているのは私自身のせいである”の因子付加量がそれぞれ 0.32，0.26 と低かったためこれらの項目を除外した後，再度因子分析を行った。その結果，初回同様 2 因子が抽出された。それぞれの分散の説明率は“偏見の認知” 62.1%，“同意” 52.8%，“自己一致” 63.5%，“傷つき” 65.5% であった。項目分析によるフロア効果と因子分析による因子負荷量により該当する項目を除去したため，2 因子構造を示した 3 つの下位尺度の因子構成項目，項目数は一致しなかった。

表 5 (1) JSSMIS 下位尺度の因子分析

Stereotype awareness		Factor1	Factor2	communality
5	精神疾患は自分自身の責任	.929	-.207	.639
8	決して良くならない	.663	-.006	.434
4	不潔 だらしない	.622	.183	.578
6	知性が劣っている	.596	.125	.474
7	予測できない行動をとる	.552	.215	.515
2	社会から受け入れられない存在	.005	.876	.774
1	信頼されない存在	-.062	.830	.621
3	仕事をすることは困難	-.037	.749	.524
9	危険な存在	.387	.399	.523
10	自分自身を面倒見られない	.309	.356	.375
因子寄与率		51.53	10.60	KMO.880
累積因子寄与率		51.53	62.13	Bartlett.000
Stereotype agreement		Factor 1	Factor 2	Communality
10	自分自身を面倒見られない	.845	-.179	.583
1	信頼されない存在	.779	-.001	.606
3	仕事をすることは困難	.661	-.186	.338
9	危険	.602	.157	.490
4	不潔 だらしない	.551	.162	.427
8	決して良くならない	.510	.050	.290
6	知性が劣っている	.494	.215	.406
2	社会から受け入れられない存在	.404	.092	.212
5	精神疾患は自分自身の責任	-.133	.626	.320
7	予測できない行動をとる	.075	.626	.448
因子寄与率		40.70	12.11	KMO.770
累積因子寄与率		40.70	52.81	Bartlett.000

(promax 回転 固有値 1, 因子負荷量 0.35)

表 5 (2) JSSMIS 下位尺度の因子分析

Self-concurrence		Factor1	Factor2	communality
2	社会から受け入れられない存在	.836	-.177	.581
1	信頼されない存在	.687	.107	.524
3	仕事をするのは困難	.605	.032	.395
10	自分自身を面倒見られない	.449	.229	.363
8	決して良くならない	.409	.193	.287
9	危険	.026	.773	.914
7	予測できない行動をとる	.023	.816	.602
因子寄与率		46.17	17.34	KMO.724
累積因子寄与率		46.17	63.50	Bartlett.000
* items 4, 5, 6 delated by floor effect or factor loading < 0.35				
Self-esteem decrement		Factor 1	Communality	
2	社会から受け入れられない存在	.863	.766	
3	仕事をするのは困難	.852	.719	
8	決して良くならない	.822	.698	
10	自分自身を面倒見られない	.802	.648	
5	精神疾患は自分自身の責任	.764	.585	
7	予測できない行動をとる	.764	.514	
1	信頼されない存在	.712	.500	
4	不潔 だらしない	.674	.433	
因子寄与率		65.50	KMO.991	
累積因子寄与率		65.50	Bartlett.000	
items 6, 9 delated by floor effect				

(promax 回転 固有値 1, 因子負荷量 0.35)

表 6. JSSMIS（下位尺度）と自尊感情、自己効力感の相関

	自己効力感	自己効力感
Self-stigma total	-.42***	-.41***
Stereotype awareness 偏見の認知	-.21*	-.27**
Stereotype awareness 同意	-.16	-.26**
Self-concurrence 自己一致	-.27**	-.38***
Self-esteem decremen 傷つき	-.59***	-.36***
Pearson's Correlation ***p < .001, **p < .01, *p < .05		

次いでセルフスティグマの各下位尺度と自己効力感、自尊感情の関連に抑うつが及ぼす影響を見るために、自己効力感、自尊感情をそれぞれ従属変数、抑うつ（CES-D 得点）を調整変数、セルフスティグマの各下位尺度を独立変数として投入した重回帰分析をおこなった。その結果、自己効力感において有意な負の関連が認められたのは”自己一致”と”傷つき”で、自尊感情においては”傷つき”であった(表 7)。また自己効力感においては抑うつと”自己一致”で全体の 41%、抑うつと”傷つき”で全体の 38%を説明した。自尊感情においては抑うつと “傷つき” で全体の 60%を説明した。

表 7. 抑うつを調整した JSSMIS 各下位尺度と自己効力感, 自尊感情の関連の検証

Equation	Dependent variables	Independent variables	β	t-test	p	Partial correlation n	Adjusted R ²
1	自己効力感	Depression(CES-D)	-.56	-9.64	***	-.55	.41
		Self-concurrence	-.24	-3.39	**	-.29	
2	自己効力感	Depression(CES-D)	-.54	-7.26	***	-.54	.38
		Self-esteem decrement	-.17	-2.29	*	-.20	
3	自尊感情	Depression (CES-D)	-.53	-8.92	***	-.62	.60
		Self-esteem decrement	-.41	-6.82	*	-.52	
Multiple regression				***p<0.001, ** p<0.01, *P<0.05			

V. 考察

Corrigan らの作成した SSMIS は, スティグマの知覚とスティグマの内化は区別される

ものであるとした考えのもと, そのプロセスを“偏見の認知”, “同意”, “自己一致”,

“傷つき”の側面から測定できる特徴を持った尺度である。精神障害を持つ人のセルフ

スティグマ研究が諸外国に比べて数少ない我が国においても, この尺度の日本語版が普

及することの意義は大きいと考える。以下に考察を述べる

1. 研究対象の特性について

JSSMIS の信頼性妥当性の検証は現在入院治療中でない者 138 名を対象とした。サン

プル数の問題としては, Corrigan ら(2006)の原版(改定版)では 60 名, Fung ら(2007)

の中国版では 108 名で信頼性妥当性検証を行っていることから, 結果の比較においてサ

サンプル数の問題はない。対象の平均年齢は 45.3 ± 11.5 歳であり原版で検証された平均年齢 (44.5 ± 8.5 歳) とほぼ同等であった。また研究対象者の 72.5% が家族との同居であった。地域で生活する精神障害者の多くが単身生活をする欧米諸国に比べ、我が国の精神障害者の同居率は 75.8% と高く (内閣府 2011)、本研究対象が我が国の精神障害者の特徴を十分に満たしていると考えた。

2. JSSMIS の信頼性について

1) Cronbach α 係数による信頼性の検討について

本尺度における Cronbach α 係数は、尺度全体で .93、下位尺度においてもすべて .80 以上を示した。Corrigan ら(2006)の原版の検証においても下位尺度毎に .72~.91 が示されており、ほぼ同様の結果が得られた。Cronbach α 係数による内的整合性の支持には 0.8 以上が望ましいとされている。よって本尺度の高い内的整合性が示されたと考える。

2) テスト-再テスト法による尺度の安定性の検討について

テスト-再テストによる尺度の安定性については”同意”が 0.56 と中程度の評価であったものの、JSSMIS 全体及びその他の下位尺度については 0.7 以上であり、尺度の安定性は概ね確保出来ていると考えられた。原版においてもテスト-再テスト法による安定性の検討はされているが原版では 1 週間で 2 回テストを実施しているのに対し本調査では、研究対象者の負担を考慮し、およそ 2 週間の間隔をおいて行っている。原版に比べ相関係数が若干小さかったのは、再テストまでの時間が影響している可能性も考えられ

る。また原版においても、他の下位尺度が.72～.82であったのに対し、“同意”は.68と他の下位尺度に比べ相関係数が低く、日本版と同様の傾向が認められた。偏見へ同意することはその時々状況や環境に影響を受け動揺しやすい性質をもつことが考えられた。

3) JSSMISの妥当性に関する検討

(1) 構成概念妥当性について

フロア効果の認められた項目を除外し下位尺度間の相関を検証した結果、下位尺度間のすべてに有意な正の相関が認められた。また“偏見の認知”と他の下位尺度との相関が総じて、他の下位尺度間の相関に比べ低いという結果が認められたことに特徴が認められた。これらの結果は、“偏見の認知”と他の下位尺度との間に相関の見られなかった Corriganら(2006)の報告とも、 $r=.596\sim.754$ と高い相関が認められた中国版の Fungら(2007)の結果とも異なっていた。

セルフスティグマは精神障害に対する世間が持つ固定観念を自分自身へ内在化し偏見や差別を形成することである(Corrigan 1998)。つまり、偏見や差別意識を自分の中に取り入れることにより初めてセルフスティグマとなる。逆に言えば、世間に精神障害者に対する偏見差別があることを意識してもそれを自分に内在化させなければセルフスティグマとはならない。またそこには当然個人差があると考えられる。今回、“偏見の認知”－“自己一致”、“偏見の認知”－“傷つき”間の相関が他の下位尺度間の相関よりも弱

かった示されたことにより、ある程度の尺度構成概念妥当性が示されたのではないかと考える。

しかし、項目分析結果によりフロア項目削除後の因子分析の結果からは、10項目1因子構造であることが確認できたものではなく、“傷つき”は8項目1因子構造、他の3つの下位尺度については2因子構造と考えることが妥当であるという結果が示された。また、これらの2因子構造を示した3つの下位尺度はすべて項目構成が異なっており、下位尺度を構成する項目グループを共通解釈することは出来なかった。もともと原版において、因子分析がされていなかったことや中国版SSMISでは因子分析により、全ての項目で同項目による構成の2因子構造であったことが報告されているものの、これも原版が改定される前の15項目で検証がなされたものである。今回のこの結果が日本版における特徴かどうかという点については論ずることができないが、因子分析結果において各下位尺度1因子構造という仮説を証明することはできなかったことから、対象の文化的特性という点も含め今後の検討課題として残された。また項目分析によるフロア効果が確認された項目や因子分析による因子負荷量の低かった項目が見られたことから、各下位尺度の構成項目数が“偏見の認知”10項目、“同意”10項目、“自己一致”7項目、“傷つき”8項目とばらつきが出ることになってしまった。SSMISは同質問内容構成、同質問数でそれぞれの概念を測定できるという点も特徴の一つであることから、今後の使用に対して検討を要する。

(2) 基準関連妥当性について

各下位尺度と自尊感情及び自己効力感との2変量相関の結果において、自己効力感は全ての下位尺度で有意な相関が認められたが、自尊感情では”同意”の間に有意な関連が認められなかった。原版においても”同意”は自尊感情、自己効力感共に有意な関連が認められていない、この結果に対して、Corriganら(2006)はスティグマを認めることとそれを内在させることは異なる為に生じることだと説明している。

また、“同意”と自尊感情に有意な相関がなかったにもかかわらず、“偏見の認知”は“自尊感情”及び“自己効力感”と有意な相関が認められたことについても原版と同様の結果であった。さらに、セルフスティグマが“自己効力感”や“自尊感情”に及ぼす影響については、精神障害に深く関連する“抑うつ”の影響を除外して検証を行った結果においても、自己効力感については“自己一致”と“傷つき”の関連が原版での検証と同様の結果が認められた。

自尊感情については”自己一致”の関連が認められず、これは原版とは異なった結果となったが、抑うつの測定に使用した尺度の違いが関連した可能性がある。いずれにしても、異なった抑うつ尺度を使用しても、概ね同様の結果を得られたことにより基準関連妥当性が確保されたと考える。

“同意”と自尊感情に有意な相関が無かったにもかかわらず、“偏見の認知”は自尊感情及び自己効力感と有意な相関が認められた。これについては、Linkら(2001)が説明

しているように、スティグマに同意するしないにかかわらず、ラベリング、すなわちスティグマ対象であるということを意識することが、自尊感情や自己効力感を低下させている可能性がある。つまり、対象者自身が精神障害者に対する偏見、差別の存在を承認するかどうかよりも、世間一般が精神障害者に対して偏見差別を抱いていると感じているかいないかということの方が、自尊感情や自己効力感に影響を与えるということである。また、”抑うつ”の影響をコントロールした場合にこれらと自尊感情、自己効力感との関連が見出されなかったように、抑うつやその他の因子が影響している可能性があるため今後、更なる検証が必要である。

VI. 研究の限界と今後の課題

最後に本研究の限界と今後の課題について述べる。本研究の対象となった方々の多くは、現在デイケアや作業所などに通所しながら社会生活を送っている人たちである。また研究対象者は、一つの地域に集中しており、研究サンプルの代表性という点で課題が残る。今後はサンプル数を増やすとともに、地域性なども加味した広範囲な検討が必要であろう。また研究協力者は、本研究の目的と内容についての説明を聞いた上で、自らの意思で研究参加を決定した人である。それ故、セルフスティグマの負の影響についてはある程度の偏りが生じる可能性がある。また、今回、抑うつ測定は行ったものの、その他、精神症状や社会的因子などについては検討項目に入れていない。こうした項目についても検討に加えていくことを考慮していく必要がある。

VII. 結論

本研究は、Corrigan らの作成した SSMIS の日本版を作成し信頼性、妥当性を検討することを目的に行った。その結果、信頼性について Cronbach α 係数及び再テスト法の両方で信頼性が確保された。構成概念妥当性については、“偏見の認知”と他の下位尺度との相関が認められた点で原版との相違が認められたが、総じて、他の下位尺度間の相関に比べ低いという結果によって、むしろセルフスティグマの概念を支持する結果が示されたと考える。しかし、項目分析と因子分析の結果からは各下位尺度が 10 項目の 1 因子構造であることは支持されなかった。ただし、原版ではこれらの検証が行われていないため、直ちに構成概念妥当性を否定するものではないが、今後検討を積み重ねる必要がある。基準関連妥当性については概ね原版と同様の結果が示されたことから妥当性が確保されたと考える。

また本研究により、日本版 SSMIS の信頼性、妥当性の検証と共に、欧米などの西側諸国同様、我が国においても精神疾患を持つ人のセルフスティグマが及ぼす負の影響について明らかになった。今後セルフスティグマの概念が広まり、更なる知見が積み重ねられることにより、精神疾患を持ちながら社会参加に努力している人たちへより良い支援の提供につなげられるよう努力していきたいと考える。

文献

- Bandura A. (1977) Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84 (2). 191-215.
- Corrigan PW. (1998) The impact of stigma on severe mental illness . *Cognitive Behavior Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan P. W. (2006) Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149(10), 766-773
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Fung K.M.T., Tsang H.W.H., Corrigan P.W.(2008) Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation journal* , 32(2), 95-104
- Fung K.M.T., Tsang H.W.H., Corrigan P.W., Lam C.S, Cheng W.M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-418

・Link B G, Stuenkel E L, Neese-Tood S, Asmussen S, Phelan J C. (2001) Stigma as a barrier to recovery. : The consequences of stigma for self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, (12), 1621-1626

・内閣府(2011) 平成 23 年版障害者白書. 佐伯印刷, 東京

・Rüsch N., Hölzer A, Hermann C., Schramm E., Jacob G A., Bohus M., Lieb K.,

・坂野雄二・東條光彦 (1986) 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12, 73-82

・山本真理子,松井豊,山成由紀子.(1982). 認知された自己の諸側面 教育心理学研究, 30, 64-68

【予備研究 要旨】

【目的】 本研究は、Corrigan らの作成した Self-stigma of Mental Illness Scale (SSMIS)の日本版を作成し信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

【方法】 作者の許諾を得た上で尺度の翻訳・逆翻訳・予備調査を行ないデイケア、作業所、クリニックにて精神疾患を持つ20歳以上の者を対象に調査票による横断調査を2011年1～7月にかけて行なった。調査表は日本版 SSMIS, 自己効力感尺度(GSES), 自尊感情尺度(Rosenberg Self-Esteem Scale), 抑うつ尺度(CES-D)を含めた。分析は内的整合性, 再テスト信頼性, 構成概念妥当性, 基準関連妥当性を検討した。

【結果・結論】 138名から回答を得た。信頼性については、Cronbach α 係数及び再テスト法についても満足ゆく結果が得られた。構成概念妥当性について下位尺度間の相関は、「偏見の認知」と他の下位尺度との相関が認められた点で原版との相違が認められたものの、他の尺度間の相関は同様の結果が得られた。しかし項目分析と因子分析の結果からは各下位尺度が10項目の1因子構造であることは支持されなかった。基準関連妥当性については概ね原版と同様の結果が示された。以上のことから一部因子の構成概念について検討の余地が残されるものの、全体的には信頼性妥当性について確保されたと考える。今後は適応項目の検討により本尺度の利用が可能であると考え。

【Preliminary study Abstract】

【Background】

Stigma is major factor that inhibits the recovery of a person with mental illness. Measures of stigma should include both public- stigma and self-stigma. However, there are few studies of self-stigma in persons with mental illness in Japan. One reason for the lack of studies is the absence of a standardized self-stigma scale.

【Objective】

This study aimed to develop a Japanese version of the Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) and to examine its reliability and validity.

【Methods】

We performed a cross-sectional survey of persons with mental illness. Study subjects were from 12 rehabilitation centers for people with mental disabilities (day-care centers, workshops, and psychiatric clinics) in a prefecture in the Chubu District in Japan from which we could obtain permission. We recruited the study subjects from the whole range of mental illness. The questionnaire consisted of the Japanese version of the SSMIS and included translation, back-translation, and a preliminary investigation of the scale. Internal consistency, test–retest reliability, construct validity, and criterion-related validity were examined.

【Results and Conclusion】

We received responses from 138 participants. The Japanese SSMIS was found to have satisfactory reliability (Cronbach's α coefficient = .82–.94; intraclass correlation coefficient = .56–.76).

With respect to construct validity, Japanese version of Stereotype Awareness Subscale differs from the original version and is correlated to the other scales. However, the original and Japanese versions of other subscales showed similar patterns of correlation. Both the original and Japanese SSMIS had similar levels of criterion-related validity. On the basis of these results, we believe that the Japanese SSMIS has adequate reliability and validity. However, there is still room for further examination of the construct of some factors.

研究1：フェイスシート

以下の質問についてご記入ください。なお、答えたくない質問については、空欄のままで結構です。

I. ご自身について教えてください

1. 性別： 1. 男性 2. 女性
2. 年齢：() 歳
3. 所属施設： 1. デイケア 2. 作業所 3. 地域活動センター 4. サポートグループ
5. その他 ()
4. 病名 1. 統合失調症 2. うつ病 (大うつ病性障害) 3. そううつ病 (双極性感情障害)
4. 統合失調感情障害 5. その他 ()
5. 初発年齢 () 歳
6. これまでの入院歴 () 回
7. もっとも新しい退院日 () 年 () 月
8. あなたは現在
 1. 1人暮らし 2. 家族と住んでいる 3. グループホームや援護寮
 4. 友人と住んでいる
9. 精神障がい者手帳をお持ちですか
 1. 持っている 2. 持っていない 3 申請中

II. A. 面接の際にお話していただくことについて以下のこと教えてください。

1. あなたは、これまでに自分が精神障がい当事者であることについて自分のことを知らない人に、そのことを伝えたことがありますか。
 1. はい 2. いいえ
2. あなたは、自分が精神障がい当事者であることを人に知られることについて抵抗がありますか
 1. 抵抗がある 2. 抵抗がない
3. あなたは、将来において、必要があれば自分が精神障がい当事者であることを自分のことを知らない人に伝えることをすると思いますか
 1. 伝える 2. 伝えない

インタビューガイド

1. **面接場所**：大学内の研究室などを使用する。但し、研究協力者の希望があれば、それを優先する。その際もプライバシーが保持できる場所であることを配慮する。
メモおよびレコーダーによる録音があるため机、椅子がある場所であること。
2. **面接時間**：協力者の疲労を考え約 1 時間程度を目安とし、長くても 1 時間半を超えないよう配慮する。協力者の希望があれば、後日再度面接日を設定する。
3. **必要物品**：筆記用具、IC レコーダー（乾電池の確認）、予備電池、メモ帳、
謝礼（千円程度の図書券等）
4. **インタビュー手順**
 - 1) 事前に対象施設にアポイントを取った上で出向き研究の主旨、方法を伝え施設責任者より後日研究対象者の紹介を受ける。
 - 2) 研究対象者と連絡をとり、研究について研究の主旨、方法を説明し研究協力に対する意思確認をおこなう。その際には書面を読み上げるかたちでおこない、説明後はその書面を手渡す。
 - 3) 同意書について説明し、協力に対する依頼が得られれば同意書に署名をいただき、その後インタビューの日時場所を決定する。
 - 4) 当日、再度、研究参加について意思確認をおこなう。
 - 5) あらためて、メモ及び録音の許可を得る。了解が得られたらレコーダーをセットする。
 - 6) 属性などの基本情報に関しては情報シートを使用し本人に記入していただく。

面接は半構成面接法でおこなう。

基本的な質問は以下のとおり。

- ・これまでで自分が精神障がい者であることを他者に伝えた時のことを教えてください。
- もしこれまで伝えたことがなければそれは何故なのかを教えてください。

基本的質問事項

- 1) あなたがカミングアウトしようと考えた理由とそのきっかけ
- 2) カミングアウトに至るまでの考えの変化
- 3) カミングアウトにより相手からどのような反応が返ってきましたか
- 4) カミングアウトは自分にとって良かったことですか悪かったことですか
- 5) カミングアウトに対する現在の考え

*面接でおこなう質問（インタビューガイド参照）については対象者の反応や発言の内容に質問する順番や内容を柔軟に変化させ膨らませる。