医療従事者が「新型うつ」事例に対して抱く イメージの実態把握^{1,2}

榎原 潤³ 亀山 晶子 山川 樹 日本大学 村中 昌紀 静岡福祉大学
松浦 隆信 坂本 真士 日本大学

Exploring perceptions of people with “modern type depression” among healthcare providers

Jun Kashihara, Akiko Kameyama, Itsuki Yamakawa (*Nihon University*), Masaki Muranaka (*Shizuoka University of Welfare*), Takanobu Matsuura, and Shinji Sakamoto (*Nihon University*)

Depression is a heterogeneous disorder, and a subtype with atypical symptoms called “modern type depression” (MTD) has been recently proposed in Japan. The present study explored perceptions of MTD among healthcare providers, with the aim of contributing to debates on how to deliver effective treatments for MTD. Survey participants were 86 nurses and 60 professional caregivers working for a general hospital. They read two vignettes that described fictitious individuals with either traditional type depression with melancholic features, or MTD, and then answered how they perceived these individuals on Likert-scale items. A series of paired t-tests showed the following cognitive biases on the MTD vignette: (a) the possibility of being diagnosed as depressed, the severity of symptoms, and the effectiveness of psychotherapies were rated lower; (b) lower intentions of helping those individuals and stronger rejecting attitudes were expressed; (c) the precipitating cause of the disorder was more frequently attributed to internal and controllable factors. The discussion highlighted how these cognitive biases held by healthcare providers lower the quality of treatment of MTD.

Key words: depression, modern type depression, healthcare providers, social cognition, vignette study.

The Japanese Journal of Psychology

2018, Vol. 89, No. 5, pp. 520–526

J-STAGE Advanced published date: September 20, 2018, doi.org/10.4992/jjpsy.89.17334

うつ病（大うつ病性障害）には多様なサブタイプ（下位分類）が存在すると考えられており、現代でも各国でうつ病の新たなサブタイプが、盛んに提唱されている（Goldberg, 2011）。日本においては、精神医学や心理学の分野において、「新型うつ」⁴の存在や治療方針に関する議論が近年活発に展開されている。「新

型うつ」とは、性格が他罰的である、休日には元気に過ごせるといった特徴を伴うサブタイプを指し、日本

Correspondence concerning this article should be sent to: Jun Kashihara, College of Humanities and Sciences, Nihon University, Sakurajosui, Setagaya-ku, Tokyo 156-8550, Japan. (E-mail: kashihara.jun@nihon-u.ac.jp)

¹ 本研究の内容の一部は、日本健康心理学会第30回記念大会（2017年）において発表された。

² 本研究は日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（B）、研究課題番号16H03741）の助成を受けた。

³ 日本学術振興会特別研究員PD、メルボルン大学客員研究員

⁴ 「新型うつ」という用語はマスメディアの造語であり、正式な診断名として認められていないが、本稿で議論する「新型うつ」と合致する特徴を伴う抑うつが存在することは精神医学において繰り返し指摘されてきた（レビューとして、村中・山川・坂本, 2017; 坂本・村中・山川, 2014）。本稿では、(a)「ディスチミア親和型うつ（樽味, 2005）」、「現代抑うつ症候群（加藤他, 2016）」など様々な呼称が精神医学において提案され続け、呼称がいまだに統一されていない、(b)一般向けの書籍や医療現場で「新型うつ」という呼称が浸透している（野村, 2013）、(c)「新型うつ」という呼称を用いた学術論文が数多く存在する（村中他, 2017; 坂本他, 2014）、という3点を鑑みて、「新型うつ」という用語を本文中で用いることとした。また、国際誌上で公表された「新型うつ」に関する先行研究（Kato et al., 2011; Sakamoto, Yamakawa, & Muranaka, 2016）に倣い、“modern type depression”の英語表記を用いることとした。

でうつ病の典型とみなされてきた、性格が真面目である、休日も症状が持続するといった特徴を伴うサブタイプ（以下、従来型うつ病とする）とは対照的な存在として位置付けられている（より詳細なレビューとして、加藤他, 2016; 村中他, 2017; 坂本他, 2014）。

「新型うつ」の特徴に合致する患者の数は現在のところ不明だが、以下の3点の理由から、「新型うつ」は日本において大きな影響力をもつ問題となっていると考えられる。第1に、「新型うつ」やその他のうつ病のサブタイプを含む気分障害の罹患者数が、国内で110万人以上にのぼっている（厚生労働省, 2014）。第2に、2000年代に入ってから以降、「新型うつ」の特徴に合致する患者が増えたということが臨床家からたびたび報告されるようになってきている（加藤他, 2016; 樽味, 2005）。第3に、Kato et al. (2011) が実施した国際比較調査によって、日本の精神科医のみならず、アメリカやオーストラリアなど様々な国の精神科医が「『新型うつ』の特徴に合致する患者が実際にいる」という認識を抱いていることが示されている。これらを総合すると、日本の臨床家だけが「『新型うつ』の罹患者が増えた」と思い込んでいるのではなく、罹患者数の多い気分障害の中で、「新型うつ」の罹患者が一定数存在して実際に問題となっている、ということが考察できるだろう。

この「新型うつ」の治療を進める上では、妥当性の担保された測定尺度を用いて、抑うつ重症度や罹患者の心理特性、行動傾向を客観的に評価することや、心理療法や環境調整を中心とした介入を行うことが有効であると考えられている（加藤他, 2016）。「新型うつ」に対する上記のような治療を展開する上で考慮すべき知見といえるのが、「新型うつ」事例に関するイメージ（社会的認知）を検討した Sakamoto et al. (2016) の報告である。Sakamoto et al. (2016) は、日本の一般大学生206名という便宜的なサンプルを対象に、従来型うつ病と「新型うつ」の特徴を網羅した架空の事例を紹介する文章（以下、ビネットとする）を提示し、各ビネットの登場人物に対する印象評定を求める調査を実施した。その結果として、「新型うつ」ビネットの場合には、従来型うつ病ビネットの場合よりも、うつ病である可能性や重症度、心理療法の有効性などが低く見積もられることが示された⁵。Sakamoto et al. (2016) が示したこれらの結果は、「新型うつ」事例に関して症状の深刻さや各種治療の有効性を評価する際に、認知的バイアスが生じる可能性を示唆するものとみなせるだろう。そのようなバイアスが実際に生

じれば、「治療者個人の主観ではなく、測定尺度に基づいて重症度を客観的に評価する」、「心理療法や環境調整を介入の中心とする」という、「新型うつ」の場合に有効とされる（加藤他, 2016）治療の展開が妨げられてしまうと懸念される。さらに、Sakamoto et al. (2016) は、「新型うつ」の場合に、ビネットの登場人物に対する援助行動の意図が弱まる、拒絶的感情が強まる、発症の原因が罹患者の内的統制可能要因（「努力不足」など、罹患者の内面にある要因で、かつ罹患者自身でのコントロールが可能であると考えられるもの）に帰属されやすくなる、という一連の結果を示した。これらの結果と、他者の不調の原因を内的統制可能要因に帰属した際には援助行動が生じづらくなることを示した Weiner, Perry, & Magnusson (1988) の原因帰属理論とを踏まえると、「新型うつ」事例に対しては、有効な治療を適切に選択する以前に、援助を実践する動機づけそのものが生じづらくなると懸念される。

ただし、上記に示した Sakamoto et al. (2016) の知見は、うつ病の治療に携わる可能性が極めて低い一般大学生が想像に基づいて回答したデータから見出されたものであり、知見をどこまで一般化できるかが未知数である。そこで、本研究では、医療従事者のサンプルを新たに用い、Sakamoto et al. (2016) と同様のデザインの調査を実施することとした。うつ病の治療に実際に携わる機会の多い医療従事者のサンプルにおいても、Sakamoto et al. (2016) と同様に、「新型うつ」事例に関して症状の深刻さを低めに見積もる、援助行動の意図が弱まる等のバイアスが生じるかどうかを検討することが本研究の主目的である。一般的に、行動意図（「自身が特定の状況下に置かれたとしたら、この行動を実施するつもりだ」という考え）は、現実場面での行動生起を強く予測する要因であると考えられている（Ajzen, 1991）。こうした Ajzen (1991) の計画行動理論を踏まえると、医療従事者の間で「新型うつ」事例に対する認知的バイアスが生じた場合には、そのバイアスが現実の業務にも反映され、医療行為の質に影響が生じると懸念される。つまり、医療従事者個人が「新型うつ」事例に携わる際に、認知的バイアスの影響から「これはうつ病ではない」という主観的判断を下してしまい、測定尺度に基づいて重症度を客観的に評定する段階にまで至らない、といった事態が発生するおそれがある。本研究は、こうした false-negative（偽陰性）のリスクを防ぐ目的で、「『新型うつ』の場合に、重症度等が相対的に低く見積もられてしまうのか否か」という観点に基づいた検討を行う。こうした検討を通じて、「新型うつ」に対する医療の質に関して議論するための土台となる資料を提供することを、本研究は主に意図している。

また、本研究では、医療従事者が精神疾患罹患者

⁵ ただし、この Sakamoto et al. (2016) の結果については、「従来型うつ病ビネットの場合に、うつ病である可能性などが過剰に高く見積もられたことが数値に反映された」という別解釈の余地も残されているので、注意が必要である。

に対して抱く偏見という研究テーマに関する参考資料を示すことを副次的な目的としている。国外の研究では、看護師など医療従事者の間で、一般人口と同様の強度で精神疾患罹患者に対する偏見が抱かれている（レビューとして、Schulze, 2007）ことや、医療従事者が強い偏見を抱いていた場合には治療の効果が実際に低下する（レビューとして、Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rossler, 2006）ことが繰り返し示されてきた。また、うつ病と統合失調症の場合で偏見の強度がどう異なるかを検討した Nordt, Rossler, & Lauber (2006) など、検討の際に精神疾患の多様性を考慮した研究例が数多く見受けられる。一方、国内では、医療従事者が精神疾患罹患者に対して抱くイメージや偏見を量的に検討した研究の数自体が少ない。さらに、看護師を対象とした香月 (2009) や Katsuki, Goto, & Someya (2005) などの調査は、一般人口との比較という観点から考察を展開できていない、精神疾患の罹患者一般に対するイメージを尋ねるにとどまる、といった限界をいずれも抱えている。本研究は、一般大学生を対象とした Sakamoto et al. (2016) の知見との比較が可能なデザインや、うつ病の多様性を踏まえたビネットを検討に用いることで、国内の先行研究には欠けていた観点から新たな知見を示し、医療従事者が抱く偏見をめぐる議論の活性化に貢献することを意図している。

方 法

調査を実施する施設の選定

本研究では、調査を実施する施設として、九州地方にある病床数 300 床以上 400 床未満の規模の総合病院を選定した。この病院では、高齢者に対するケアと並び、精神的不調で休職した同病院に勤務するスタッフへの職場復帰支援が重点的に実施されており、メンタルヘルスに関するスタッフ間の勉強会も 3 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催されていた。このことから、一般的な総合病院のスタッフや一般大学生と比較して、上記の病院に勤務するスタッフはうつ病などの精神疾患の知識を学ぶ機会が相対的に多いと予測し、上記の病院を調査実施場所として選定するに至った。

回答者

上記の病院に勤務するスタッフの人数の内訳は、多い順から看護師 147 名、介護士 89 名、理学療法士 32 名、事務職 26 名、作業療法士 25 名、言語聴覚士 14 名、その他（歯科衛生士、薬剤師、臨床検査技師など）各数名であった。本研究では、以降の分析に耐えうる回答者数を確実に確保する、絶対数の少ない職種の回答がノイズとなって分析結果に影響することを避ける、という 2 点を意図して、対象の職種を看護師と介護士

にあらかじめ限定した⁶。なお、看護師や介護士は、資格を取得するまでの訓練過程で精神科を含む医学的知識を一通り身につけており、精神疾患についても相当量の知識を備えていると考えられる。このことから本研究では、看護師や介護士は Sakamoto et al. (2016) が調査対象とした一般大学生よりもうつ病の知識を豊富に備えていると想定し、以降の検討を実施した。

調査の実施に際しては、できる限り大きなサンプルサイズを確保するために、内科・外科といった各診療科から万遍なく回答募集を行った。その結果、看護師・介護士 236 名のうち、148 名（看護師 86 名、介護士 60 名、職種を明記しなかった者 2 名）からの回答を得た。回答者の性別の内訳は男性 22 名、女性 121 名、無回答 5 名であった。回答者中、年齢を回答したのは 143 名であり、その平均年齢は 40.2 歳 ($SD = 11.5$) であった。

調査手続き

日本大学文理学部および調査を実施する病院の倫理審査委員会から事前の承認を得た上で（承認 No. 28-40, 349）、2017 年の 1 月に無記名の質問紙調査を実施した。同一内容の調査を、スタッフの日勤の終業時間に合わせ 3 回に分けて集団実施した。また、3 回の実施日時のすべてが勤務時間と重なっていたスタッフに対しては、自宅に質問紙を持ち帰って回答するように依頼した。

回答者に対しては、調査への参加が任意であること、個人情報の収集は行わないことを事前に書面および口頭で説明し、これらの事項に同意する場合のみ調査に協力するよう依頼した。回答者への謝礼としては、粗品のボールペンを提供した。また、2017 年 8 月に、調査の目的と結果の概要を説明する資料を病院内で配布した。

質問紙の構成

質問紙の前半では、従来型うつ病と「新型うつ」のビネット（後述）のうちいずれか一方を提示した上で、そのビネットの登場人物に対する印象を尋ねる質問項目群（後述）を提示した。質問紙の後半では、もう一

⁶ 看護師と介護士の間で回答傾向に違いがないかを確認するため、それぞれの職種に限定して本研究と同様の分析を実施した。その結果、サンプルサイズが小さくなった関係で「ビネット間で評定値の有意差が得られるかどうか」という点では数点の食い違いが確認されたものの、記述統計量や効果量については職種間で似通った数値が得られた。本研究では、効果量や信頼区間についてより正確な推定値を示すことを優先し、看護師と介護士のデータを統合した場合の分析結果のみを報告した。看護師・介護士それぞれのデータに限定した場合の分析結果は、第 1 著者のホームページ (<https://junkashihara.wixsite.com/psychology/papers-refereed>) 上で公開している。

方のビネットを提示した上で、前半と同一の質問項目群を提示した。なお、ビネットの提示順序は、回答者ごとにランダムに異なるようにした。

ビネット

Sakamoto et al. (2016) において用いられた従来型うつ病と「新型うつ」のビネットをもとに、日本語の表現がより自然になるように文言を微修正したものを用いた⁷。なお、Sakamoto et al. (2016) のビネットは、従来型うつ病と「新型うつ」の特徴をまとめた Kato et al. (2011) の議論を参照して作成されたものであり、「新型うつ」に関して国際的な業績のある精神科医から内容的妥当性のチェックを受けていた。各ビネットの冒頭では、2種類のビネット間で医学的な重症度や機能障害の程度には差がないこと、ビネット内の登場人物は回答者と同性の人物とすること、という2点を回答者に教示した。

質問項目

Sakamoto et al. (2016) を踏襲し、ビネットの登場人物が呈した症状がどの程度深刻だと思うか、症状に対して各種の治療がどの程度有効だと思うか、ビネットの登場人物に対してどのような行動意図や感情を抱くか、発症の原因をどのような原因に帰属するか、という多側面にわたる質問項目群 (Table 1) を回答者に提示した。

Sakamoto et al. (2016) と同様に、「重症度」、「機能障害の程度」に関しては後述する7段階での評定を回答者に求め、その他の質問項目群については、各項目の内容をどの程度支持するかを5段階 (1: そう思わない—5: そう思う) で評定するよう回答者に求めた。

うつ病と診断される可能性 「『うつ病』と診断されるだろう」という項目を測定に用いた。

重症度 ビネットの人物がうつ病だった場合、重症度をどの程度に見積もるかを7段階 (1: ふつうの状態—7: 重度のうつ病) で評定するように求めた。

機能障害の程度 ビネットの人物が、「職場の対人関係」、「仕事」、「私生活全般」という各側面でどの程度の機能障害を呈していると思うか、7段階 (1: 問題ない—7: うまくいっていない) で評定するように求めた。

自傷の危険性・他害の危険性 「自分を傷つける可能性がある」、「人に危害を加える可能性がある」という項目を測定に用いた。

各種の治療の有効性 「投薬治療は有効だ」、「心理療法は有効だ」という項目を測定に用いた。

援助行動の意図 ビネットの人物と回答者が同じオフィスで働いているという想定のもと、「仕事を手伝ってあげたい」、「相談相手になってあげたい」という2項目についての評定を求めた。Cronbach の α 係数は、従来型うつ病ビネットの場合に .73 という値を示し、「新型うつ」ビネットの場合に .76 という値を示した。

拒絶的感情 ビネットの人物と回答者が同じオフィスで働いているという想定のもと、「同じ職場にいたら迷惑だ」、「うまくやっていけない」、「親しくになりたい (逆転項目)」、「力になりたい (逆転項目)」という4項目についての評定を求めた⁸。Cronbach の α 係数は、従来型うつ病ビネットの場合に .67 という値を示し、「新型うつ」ビネットの場合に .80 という値を示した。

発症に対する原因帰属 Sakamoto et al. (2016) と同様に、内的統制不可能要因への帰属を表す2項目 (「脳内での生物学的な変化のせいである」、「性格のせいである」)、内的統制可能要因への帰属を表す2項目 (「職場の上司や同僚と良好な関係を築けていないせいである」、「努力不足のせいである」)、外的統制不可能要因への帰属を表す2項目 (「日本の社会情勢のせいである」、「生育環境や育てられ方のせいである」)、外的統制可能要因への帰属を表す2項目 (「職場の上司や同僚が適切にサポートしないせいである」、「職場での仕事の与えられ方が悪いせいである」) を測定に用いた。なお、これらの項目は、Weiner et al. (1988) の原因帰属と責任判断に関する理論や、うつ病発症の原因帰属としてどのような内容が代表的かを検討した Pescosolido et al. (2010) などの先行研究を参照して作成されたものであった。

結 果

各質問項目における欠損値の発生割合は、0.00%—4.73%であった。これらの欠損値が発生したメカニズムとして Missing at Random を想定し、多重代入法を適用した上で以降の分析を実施した。具体的には、統計ソフトウェア Stata を用い、欠損値を代入したデータセットを20種類発生させた上で、各データセットで得られた分析結果を統合する手続きを用いた。

従来型うつ病と「新型うつ」の各ビネットにおける印象評定の平均値と、 t 検定によるビネット間の平均値比較の結果を Table 1 に示した。症状の深刻さに関する評価について t 検定を実施したところ、「新型うつ」ビネットの場合、従来型うつ病ビネットの場合よりも、(a) 「うつ病と診断される可能性」や「重症度」が有意に低く見積もられる (順に、 $t(147) = -4.58, p < .001, d = -0.27, 95\% \text{ CI } [-0.38, -0.15]$; $t(147) =$

⁷ 本研究で用いた従来型うつ病ビネットと「新型うつ」ビネットの全文は、第1著者のホームページ (<https://junkashihara.wixsite.com/psychology/papers-refereed>) 上で公開している。

⁸ Sakamoto et al. (2016) は「回避 (avoidance)」という変数名を用いたが、本研究では項目内容との対応性を重視して、「拒絶的感情」という変数名を用いることとした。

Table 1
各ビネットにおける印象評定の平均値と、 t 検定 ($df=147$) によるビネット間の平均値比較の結果

	得点範囲	従来型ビネット		新型ビネット		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)			
症状の深刻さに関する評価								
うつ病と診断される可能性	1-5	3.55	(1.05)	3.07	(1.20)	-4.58	< .001	-0.27
重症度	1-7	4.48	(1.36)	3.57	(1.41)	-6.65	< .001	-0.39
機能障害の程度：職場の対人関係	1-7	4.41	(1.55)	5.65	(1.26)	7.59	< .001	0.44
機能障害の程度：仕事	1-7	5.27	(1.39)	5.51	(1.23)	1.99	.048	0.12
機能障害の程度：私生活全般	1-7	4.87	(1.66)	3.94	(1.63)	-5.54	< .001	-0.32
自傷の危険性	1-5	3.40	(1.27)	2.72	(1.24)	-5.34	< .001	-0.31
他害の危険性	1-5	1.74	(1.00)	2.36	(1.26)	5.97	< .001	0.35
各種の治療の有効性に関する評価								
薬物療法の有効性	1-5	3.17	(1.21)	3.01	(1.17)	-1.44	.152	-0.08
心理療法の有効性	1-5	4.07	(0.99)	3.70	(1.21)	-3.15	.020	-0.18
ビネットの登場人物に対する行動意図・感情								
援助行動の意図	1-5	4.26	(0.72)	3.51	(1.03)	-7.83	< .001	-0.45
拒絶的感情	1-5	2.09	(0.65)	2.80	(0.86)	9.21	< .001	0.54
発症に対する原因帰属								
内的統制不可能要因：脳の異常	1-5	2.47	(1.09)	2.55	(1.04)	0.91	.362	0.05
内的統制不可能要因：性格の問題	1-5	3.34	(1.14)	3.41	(1.10)	0.71	.477	0.04
内的統制可能要因：対人的スキルの不足	1-5	2.96	(1.11)	3.71	(1.06)	6.66	< .001	0.39
内的統制可能要因：努力不足	1-5	1.58	(0.84)	2.51	(1.14)	9.76	< .001	0.57
外的統制不可能要因：社会情勢の問題	1-5	2.86	(1.08)	2.55	(1.13)	-3.17	.002	-0.18
外的統制不可能要因：生育環境の問題	1-5	2.49	(1.07)	2.93	(1.08)	4.54	< .001	0.26
外的統制可能要因：周囲のサポートの不足	1-5	3.49	(0.99)	3.05	(1.15)	-4.44	< .001	-0.26
外的統制可能要因：仕事の割り当ての問題	1-5	2.69	(0.99)	2.60	(0.99)	-0.92	.357	-0.05

注)「援助行動の意図 (2 項目)」、「拒絶的感情 (4 項目)」以外の変数はすべて単項目で測定した。

-6.65, $p < .001$, $d = -0.39$, 95% CI [-0.51, -0.26]), (b)「職場の対人関係」や「仕事」という側面での機能障害の程度が有意に重く評価される (順に, $t(147) = 7.59$, $p < .001$, $d = 0.44$, 95% CI [0.32, 0.56]; $t(147) = 1.99$, $p = .048$, $d = 0.12$, 95% CI [0.00, 0.23]) 一方で、「私生活全般」という側面では機能障害の程度が有意に軽く評価される ($t(147) = -5.54$, $p < .001$, $d = -0.32$, 95% CI [-0.44, -0.20]), (c)「自傷の危険性」が有意に低く見積もられる ($t(147) = -5.34$, $p < .001$, $d = -0.31$, 95% CI [-0.43, -0.19]) 一方で、「他害の危険性」が有意に高く見積もられる ($t(147) = 5.97$, $p < .001$, $d = 0.35$, 95% CI [0.23, 0.47]) ということが示された。

また、各種の治療の有効性に関する評価について t 検定を実施したところ、(a)「薬物療法の有効性」の評価に関してはビネット間の有意差が認められない ($t(147) = -1.44$, $p = .152$, $d = -0.08$, 95% CI [-0.20, 0.03]), (b)「新型うつ」ビネットの場合は、「心理療法の有効性」が有意に低く見積もられる ($t(147) =$

-3.15, $p = .020$, $d = -0.18$, 95% CI [-0.30, -0.07]) ということが示された。

ビネットの登場人物に対する行動意図・感情についても同様の t 検定を実施したところ、「新型うつ」ビネットの場合は、「援助行動の意図」が有意に弱くなる ($t(147) = -7.83$, $p < .001$, $d = -0.45$, 95% CI [-0.58, -0.33]) とともに、「拒絶的感情」が有意に強くなる ($t(147) = 9.21$, $p < .001$, $d = 0.54$, 95% CI [0.41, 0.66]) と示された。

さらに、発症に対する原因帰属について t 検定を実施したところ、「新型うつ」ビネットの場合は、(a)「対人的スキルの不足」や「努力不足」といった内的統制可能要因への原因帰属が有意になされやすくなる (順に, $t(147) = 6.66$, $p < .001$, $d = 0.39$, 95% CI [0.26, 0.51]; $t(147) = 9.76$, $p < .001$, $d = 0.57$, 95% CI [0.44, 0.70]), (b) 外的統制不可能要因のうち、「社会情勢の問題」という要因には原因帰属が有意になされづらい ($t(147) = -3.17$, $p = .002$, $d = -0.18$, 95% CI [-0.30,

-0.07]) 一方で、「生育環境の問題」という要因には原因帰属が有意になされやすい ($t(147) = 4.54, p < .001, d = 0.26, 95\% \text{ CI } [0.15, 0.38]$), (c)「周囲のサポートの不足」という外的統制可能要因には原因帰属が有意になされづらい ($t(147) = -4.44, p < .001, d = -0.26, 95\% \text{ CI } [-0.38, -0.14]$) ということが示された。なお、「脳の異常」や「性格の問題」といった内的統制不可能要因や、「仕事の割り当ての問題」という外的統制可能要因への原因帰属については、ビネット間の有意差が認められなかった (順に, $t(147) = 0.91, p = .362, d = 0.05, 95\% \text{ CI } [-0.06, 0.17]$; $t(147) = 0.71, p = .477, d = 0.04, 95\% \text{ CI } [-0.07, 0.16]$; $t(147) = -0.92, p = .357, d = -0.05, 95\% \text{ CI } [-0.06, 0.17]$)。

考 察

本研究は、一般大学生を対象とした Sakamoto et al. (2016) と同様のビネットを用いた調査を実施し、医療従事者が「新型うつ」事例に対してどのようなイメージを抱いているかを検討した。従来型うつ病ビネットと「新型うつ」ビネットの間で印象評定値を比較したところ、「性格の問題」、「社会情勢の問題」、「周囲のサポートの不足」という諸要因への原因帰属を除くすべての変数に関して、Sakamoto et al. (2016) と同様の検定結果が得られた。この結果は、「新型うつ」事例への多側面にわたる認知的バイアスが、一般大学生だけではなく、医療従事者の間でも発生することを示唆している。特に、「新型うつ」の場合に「うつ病と診断される可能性」や「重症度」、「心理療法の有効性」を低く見積もるバイアスは、重症度の正確な評価と、心理療法や環境調整による介入とを軸とした、「新型うつ」事例において有効とされる (加藤他, 2016) 治療を展開する上での妨げとなるだろう。また、「新型うつ」の場合には「援助行動の意図」が弱まって「拒絶的感情」が強まるとともに、発症の原因を「対人的スキルの不足」や「努力不足」といった内的統制可能要因に帰属しやすくなるというバイアスは、「新型うつ」の罹患者に対して治療や援助を実践する動機づけの低下につながると懸念される。「新型うつ」に対する医療の質に悪影響を及ぼしかねないバイアスが存在することを、便宜的なサンプルではなく、現職の医療従事者のサンプルに基づいて初めて示した点に、本研究の独自の貢献が認められるだろう。

さらに、本研究は、「新型うつ」に関する研究の文脈のみならず、医療従事者が精神疾患罹患者に対して抱く偏見を扱った研究の文脈においても独自の貢献を果たしている。上述のように、医療従事者が抱く偏見に着目した国内の先行研究 (香月, 2009; Katsuki et al., 2005) は、他サンプルと結果を比較する、精神疾患の多様性を考慮するという観点に欠いていた。本研究は、医療従事者の間でも一般大学生と同様の認知的バイ

アスが発生する場合がある、同じカテゴリの精神疾患でも、サブタイプが異なれば罹患者に対するイメージも異なってくる可能性があるといった、医療従事者が抱く偏見というテーマで今後検討を行う際の参考となる知見を提供しており、その点に資料的価値があると考えられる。

なお本研究では、上述のように、一般大学生を対象とした Sakamoto et al. (2016) とは異なる結果も得られていた。具体的には、Sakamoto et al. (2016) において、(a)「新型うつ」ビネットの場合は「性格の問題」という内的統制不可能要因への原因帰属が有意になされづらい、(b)「社会情勢の問題」という外的統制不可能要因と「周囲のサポートの不足」という外的統制可能要因への原因帰属に関してはビネット間の有意差が認められない、という結果が得られたのに対し、本研究では、(a)「性格の問題」への原因帰属に関してはビネット間の有意差が認められない、(b)「新型うつ」ビネットの場合は「社会情勢の問題」や「周囲のサポートの不足」への原因帰属が有意になされづらい、という結果が得られた。これらの結果の差異は、一般大学生と医療従事者の間で、従来型うつ病に関する知識量に差があったことを反映していた可能性がある。つまり、従来型うつ病は複合的な要因から生じるという知識を保持していたことで、医療従事者は安易に「性格の問題」への原因帰属を行わず、「社会情勢の問題」や「周囲のサポートの不足」も発症の原因として考慮していた、ということが考えられる。

しかしながら、本研究には2点の限界が存在する。第1に、本研究は、九州地方の単一の総合病院に勤務する看護師と介護士という、限定的なサンプルを検討に用いていた。「方法」において既述の通り、本研究では検討の目的に適った調査実施施設と回答者を選定していたが、「医療従事者の代表といえるサンプルで得られた知見が、すべての医療従事者に適用できる」と結論付けるのは早計だろう。他の地域・形態の病院に勤務する医療従事者や、看護師・介護士以外の医療従事者にも知見を一般化できるかどうかを検討することは今後の課題である。第2に、本研究の回答者である看護師や介護士は、職業柄精神疾患に関する知識を豊富に備えていると考えられ、そのことが結果に影響していた可能性がある。具体的には、従来型うつ病ビネットを読んだ際に「典型的なうつ病像と合致する状態だ」と認識できたことで、回答者が「職業倫理上、患者に対しては否定的な印象を表明するべきではない」と考えてしまい、結果としてビネット間の印象評定値に差が生じた、という別解釈の余地が残されている。今後は、回答者がもつ社会的望ましき反応の傾向を測定し、その影響を統制して分析を実施するなどの工夫を講じて知見を積み重ねることが求められる。

今後は、上記の課題を解決するとともに、医療従事

者を対象にうつ病の多様性や「新型うつ」への対処法に関する教育を実施し、「新型うつ」事例に対するイメージを改善できるか検討することが重要だろう。「新型うつ」事例に対する認知的バイアスが医療従事者の間でも存在する、という本研究の知見を背景とした教育実践研究を展開し、「新型うつ」に対する医療の質向上につなげていくことが期待される。

引用文献

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Goldberg, D. (2011). The heterogeneity of “major depression.” *World Psychiatry*, 10, 226–228.
- 加藤 隆弘・早川 宏平・佐藤 美那・下川 憲宏・久保 浩明・香月 亮子…神庭 重信 (2016). 現代抑うつ症候群（現代うつ・新型うつ）に対する多軸的評価システムの構築——大学病院気分障害外来での取り組み紹介—— *精神科臨床サービス*, 16, 183–191.
- Kato, T. A., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Tateno, M., Ishida, T., Akiyama, T., ... Kanba, S. (2011). Introducing the concept of modern depression in Japan: An international case vignette survey. *Journal of Affective Disorders*, 135, 66–76.
- 香月 富士日 (2009). 精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因 *日本看護研究学会雑誌*, 32, 105–111.
- Katsuki, F., Goto, M., & Someya, T. (2005). A study of emotional attitude of psychiatric nurses: Reliability and validity of the Nurse Attitude Scale. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 265–270.
- 厚生労働省 (2014). 平成 26 年患者調査結果の概要 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf> (2018 年 2 月 22 日)
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, G., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51–59.
- 村中 昌紀・山川 樹・坂本 真士 (2017). 対人過敏・自己優先尺度の作成——「新型うつ」の心理学的特徴の測定—— *心理学研究*, 87, 622–632.
- 野村 総一郎 (2013). 新型うつ病 *公衆衛生*, 77, 374–377.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1321–1330.
- 坂本 真士・村中 昌紀・山川 樹 (2014). 臨床社会心理学における「自己」——「新型うつ」への考察を通して—— *心理学評論*, 57, 405–429.
- Sakamoto, S., Yamakawa, I., & Muranaka, M. (2016). A comparison of perceptions of “modern-type” and melancholic depression in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 62, 627–634.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19, 137–155.
- 樽味 伸 (2005). 現代社会が生む「ディスチミア」親和型 *臨床精神医学*, 34, 687–694.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738–748.

—— 2017. 12. 29 受稿, 2018. 5. 12 受理 ——