

平成 17-19 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究

分担研究

普及啓発における当事者の積極的参加とマスメディアによる支援に関する研究

精神保健医療福祉ガイドブック

当事者の積極的参加に向けたマスメディアによる支援のために

分担研究者 山下 俊 幸

平成 20 (2008) 年 3 月

平成 17-19 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究
分担研究
普及啓発における当事者の積極的参加とマスメディアによる支援に関する研究

精神保健医療福祉ガイドブック

当事者の積極的参加に向けたマスメディアによる支援のために

分担研究者 山下俊幸(京都市こころの健康増進センター)
研究協力者 有海清彦(山形県精神保健福祉センター)
原 昌平(読売新聞大阪本社編集局科学部)
原田 豊(鳥取県立精神保健福祉センター)
佐々木昭子(前東京都立精神保健福祉センター)
益子 茂(東京都立精神保健福祉センター)
山崎正雄(高知県立精神保健福祉センター)

平成 20(2008)年 3 月

目次

はじめに

第Ⅰ部 当事者・家族の思い

- 1 当事者の思い
- 2 家族の思い

第Ⅱ部 精神保健と精神疾患

- 1 精神保健(メンタルヘルス)の新たな課題
 - 1)自殺予防
 - 2)ひきこもり
- 2 ストレスと精神疾患
- 3 精神疾患・精神障害の理解
 - 1)精神疾患の診断について
 - 2)統合失調症
 - 3)気分障害
 - 4)神経症性障害
 - 5)アルコール依存症
 - 6)薬物依存症
 - 7)PTSD(心的外傷後ストレス障害)
 - 8)広汎性発達障害
 - 9)人格障害

第Ⅲ部 精神科医療と精神障害者福祉の現状と課題

- 1 精神科医療
 - 1)精神科医療の概要
 - 2)通院医療
 - 3)入院医療
 - 4)精神科治療
 - 5)精神科病院における処遇
 - 6)心神喪失者等医療観察法
- 2 精神障害者福祉と就労支援
 - 1)障害者自立支援法
 - 2)精神保健福祉法
 - 3)障害年金

- 4) 地域生活支援
- 5) 就労支援
- 3 日本の精神科医療・精神障害者福祉の課題
- 4 日本の精神科医療の歩み

第IV部 報道と取材

- 1 事件報道への提言
- 2 取材における当事者へのアプローチについて

資料

- 1 精神保健福祉関係資料
 - 図表で見る日本の精神保健医療福祉
 - 平成 19 年版厚生労働白書
 - 2006 年国民衛生の動向
- 2 精神保健福祉センター
- 3 精神保健福祉関係団体等一覧

はじめに

精神疾患や精神障害者について国民の理解を深め、普及啓発を進めていくためには、当事者の啓発活動への積極的参加やマスメディアの協力・支援が不可欠であるが、なかなか進まないのが現状である。その背景のひとつとして、マスコミ関係者においても精神疾患や精神障害者について十分な情報がなく、マスメディアにおいて取り上げられる機会が少ないことがあげられる。一方、これまで精神保健福祉関係者がマスメディアに対して的確な情報を伝えるために、十分な取り組みがなされているとはいえなかったとも言える。

そこで、本ガイドブックは、マスコミ関係者が精神疾患や精神障害への理解を深めることで、当事者がマスメディアを通して啓発活動に積極的参加し、マスメディアによって正確な情報が国民に伝えられることを支援することを目的として、精神保健福祉関係者がマスコミ関係者の協力を得て作成したものである。当事者の啓発活動への積極的参加を実現するためには、当事者、精神保健福祉関係者、マスコミ関係者の協働作業が不可欠と考えている。本ガイドブックが多くのマスコミ関係者によって活用されることで、協働作業が促進され、国民に正しい情報が豊富に伝えられるようになり、精神疾患や精神障害者について国民の理解が深まり、精神疾患が正しく理解され、精神障害者の社会参加が一層促進されることを強く期待している。

平成 17-19 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究

分担研究「普及啓発における当事者の積極的参加と
マスメディアによる支援に関する研究」班

第 I 部 当事者・家族の思い

1 当事者の思い

1993(平成5)年4月17日東京都清瀬市の日本社会事業大学において、「全国精神障害者団体連合会」の結成大会が開かれた。全国から多くの精神障害者が参加して全国交流集會も行われている。その報告集の中、「はじめに」の最初には「普通に生きたい～仲間からのメッセージ～」と記されている。精神障害者に限らず、多くの障害者や一部の感染症患者(ハンセン病等)が非人間的な処遇をされ、いまだに差別偏見は完全には払拭されていない。第2次世界大戦のナチス体制下では、多くの知的障害者や精神障害者などが価値のない生命として虐殺されてきた歴史がある。また、日本でも平成8年4月1日に「らい予防法」が廃止されるまで、ハンセン病患者に対する隔離政策が長く続き、差別と偏見、その後も社会復帰の厳しい現実苦しんでいる。精神障害者が、法的に「障害者」として認められたのは平成5年の障害者基本法の成立、平成7年の精神保健福祉法成立以降からである。ハンセン病患者や精神障害者に共通するのは、療養所と医療機関という差はあっても、社会から隔離された生活を余儀なくされ、一般市民がほとんど関わることとも十分理解することもなく長い年月が過ぎてきたことである。「普通に生きたい」というあたりまえの思いが叶わなかった長い歴史がある。

「全国精神障害者団体連合会」の結成大会の大会宣言には、このように書かれている。「病気になり障害を持ったために、働く体験を持つことができなかつた仲間のなんと多いことだろう。早い仲間では、義務教育を受けている最中に病気になり、教育からもはじきだされた。入院している仲間は35万人におよぶ。私たちは、自分の持っている可能性を引き出す機会を奪われてきた。・・・」

精神障害の理解で難しいのは、精神障害者は、障害者であるとともに、精神症状をもった病者でもあるという特性があることにもその一因があるだろう。そして、ときとして精神症状の奇怪さ、意味不明さが差別偏見を助長してきていたともいえる。精神症状や精神障害を当事者はどのように感じているのだろうか。当事者の実体験から、精神症状および精神障害について考えてみたい。

「ぼくは統合失調症」(雲母書房)の中で、著者の川村実は、次のように発病した当初のことを記述している。

「・・・私はあるストレスが続きましたが、それでもがんばれると過信し、仕事を続けました。最初に変なことが起こったのは、駅からの帰り道で、八十メートルほど前を歩いている親子の会話が聞こえたのです。もちろん大声でしゃべっているわけではないので聞こえるはずがないのです。そのときはどうしたものだろうと不思議に思いましたが、それほど気になりませんでした。」

その後、予知能力をもった超能力者になったと確信するようになり、不思議な体験をするようになる。やがて、競馬で予想が的中するなどしたが、はずれ出すと誰かが自分の邪魔をしていると思うようになり、身の危険を感じ出す。このように全能感が挫折して、不安恐怖、被害者意識を体験していったと述べている。そして、次のように記している。

「・・・そして地獄は全能感が挫折すると起こります。できるはずだと思っていることができない事実をつきつけられると、自分の中にある全能感は急激にしぼみ、自分の無能に絶望し、自暴自棄になるのです。この自暴自棄が急激であればあるほど死が近づきます。自殺以外にこの苦痛から

逃れられないと思ひ込むのです。このときに聞こえた幻聴は死をそそのかすでしょう。そして往々にして一人では死ねずに巻き添えを求めるのです。精神病患者が怖いと思われている理由はここにあるのです。」

こうした体験を他の精神障害者が同じように持っているわけでは、もちろんない。ただし、このように奇怪にみえる精神症状は精神障害者がひとりの人として生きることの苦悩している姿としてもとらえられる。病気により異常な症状が出ているのではあるが、その奥底には、人が社会で生きていくことのあたりまえの苦悩がみえてくる。ただ、精神症状は病気としてきちんととらえていくことも大切である。苦しい精神症状がありながら、病気として認識できず、不幸な結果を招いてしまうことがあってはならない。同じ著書の中で、川村は次のように記している。

「・・・この始まりで適切な処置をすればダメージは最小限ですみ、社会復帰も夢ではありません。しかし、ここで精神病を病んでいると判断できる家族は、それほど多くはありません。なぜなら精神病に対する無知と偏見があるからです。私の子どもにかぎって精神病になるなんてあり得ない、信じたくない、考えたくないと思うからです。」「・・・私の知っている多くの仲間は、治療の必要性をどんなに説明されても、自分はその必要はないと思っており、集中的な治療を受けずに、全能感にどっぷりと浸かって、異常な言動を撒き散らしています。(中略)・・・医療関係者は早く治療に取り掛からなければいけないのに、人権がどうのノーマライゼーションがどうのと、患者サイドに立っているかのようになって、現実には医療を施さないで見ていただけです。ただ手遅れになるのを傍観しているだけなのです・・・」

精神症状で苦しむ病者であることを理解されず、ただ奇怪なものとしてとらえられてしまい差別偏見を受ける当事者もいる。また、周囲も本人も病気であること、症状であることを認めずに、症状を悪化させてしまうことも多い。精神障害者が「生活のしづらさ」を持った障害者であるとともに、多くが病気をかかえた人であることを認識していないと、偏った理解になってしまうであろう。症状が軽快していようが、悪化していようが、変わらずに理解し支えてくれる人が必要であろう。同じ著書の中で、川村は「池田小学校事件」に関して、凶悪な犯罪が精神病患者ではなく人格障害者によって引き起こされたという報道に触れ、次のように述べている。

「・・・社会は区別をつけるだろうか。奇怪な行動をとる精神異常者や、突発な行動に走る精神分裂病患者に対して、やはり偏見は消えないだろう。だからこそ人権問題を掘り下げて考えあていかなければならない。そして、この人格障害者にも新しく偏見や差別が生まれるのを危惧する。人格障害者の人権問題を論議するのはタテマエである。しかし、タテマエは社会を維持するために絶対必要である。そのためにはホンネに流されないこと。差別を人格障害者に押しつけければいいというものではないのだ。つまり、社会を変えること、人権という概念を定着させること。そのためにはホンネとタテマエをきちんと認識していなければならない。そしてこのふたつをうまく使い分けなければいけない。そのためには障害者であるという事実から逃げないで真摯に受け止める努力が必要ではないだろうか。辛さから逃げないこと。しかし、無理をしないこと。」

川村は、精神障害者であることから逃げず、精神障害者であることからみえてくる自分を次のように語っている。「・・・私は元気に振る舞っています。未来を見つめています。しかし、苦しみを抱

えていることは事実なのです。それは病気になったことで苦しんでいるからではありません。“人間として生きるとは何か”という課題で苦しんでいるのです。私は自己肯定をなしとげ、病気ともうまく共存しています。それは精神病を否定しないことによって安定しているのだと思います。抱えている病気を否定すると、結果的に自分を否定することになります。・・・(中略)・・・だから自分を肯定するために病気を肯定すればいいのです。・・・」

共同通信社の記者として、かつて「もうひとつの道」を新聞紙上に連載執筆していた横川和夫は、その連載をまとめた著書「降りていく生き方 「べてるの家」が歩む、もうひとつの道」(太郎次郎社)のまえがきに、次のように記している。

「・・・一般に精神障害をもった人たちに対しては、病気であるために、親や家族が当事者に代わってすべてをとり仕切るケースが多い。そのため、自分で考えて決めることをできなくさせられている、つまり“当事者性”をうばわれた人たちである。あるいはまた、他人に迷惑をかけないように“薬漬け”にされ、自分が思ったり、考えたりしたことを言えない、言葉を奪われた人たちが多い。ところが、べてるの家では、人間の弱さを大切にしながら、当事者性を重んじ、仲間に支えられながら、自分の思いや気持ちをできるだけ言葉にして語ることをこころがけている。そうすることで、彼らの症状は軽くなり、自分らしく生きている。・・・」

精神障害者は、病気や障害云々で語られることが多い。しかし、彼らの生きる姿はひきこもりや不登校、うつ病や自殺など社会で生きることが困難になっている人々の姿にも重なって見えてくる。自立し、自分らしく生きていくことが難しくなってしまった人たちは精神障害者以外にも大勢いる。病気があっても、ひとりの人としてふつうに生きる。周囲にあたりまえに理解され、支えられる。精神障害者はそうしたあたりまえの支え合いから取り残され、孤立させられてきた。そうした孤独から立ち上がった精神障害者の生きる姿に教えられることは多い。

2002(平成 14)年、精神障害者を居宅支援するためにホームヘルパーを派遣する制度ができた。精神障害者が「ピア(仲間)ヘルパー」として同じ精神障害者を支え合う活動も各地で行われている。その年の10月27日付の朝日新聞「につぼん考 心の病 支え合う仲間」には、次のようなピアヘルパーをしている当事者の声が記されている。

「普通の人とはなかなか気持ちを分かってくれないんです。眠れない、友達がいない、怠け者扱いされてきたたまらない、自分自身が嫌になる、将来どうなるのか……………。私もすべてクリアしていません。だからこそ、ひとりぼっちをなくしたい」

1993(平成 5)年、「全国精神障害者団体連合会」の大会宣言には、こうも記されている。

「あきらめてはいけません。変えられるところから変えていこうではないか。まず、自らの偏見を打ちくだそう。もっと自分を尊重しよう。次に自分の周囲を変えていこう。そして、私たちに必要な制度や条件を整備していくよう、みんなで立ち上がろう。自立とは私たちが人間らしく生きていける条件を自分でつくっていくことだ。一人の市民として生きていく権利が、私たちにはある。・・・」

2 家族の思い

精神障害者の家族の思いは、全国精神障害者家族会連合会発行の「みんなで歩けば道になる

全家連 30 年のあゆみ」の中に全国精神障害者家族会連合会が結成されたとき当初の状況が記されている。その中にこう記されている。

「1965(昭和40)年9月4日、精神病(者)に対する社会的無理解と偏見のなかで、人知れずひとり苦しんできた全国の家族が一堂に会し、多くの関係者の支援のもとに、全国精神障害者家族連合会(後に全国精神障害者家族会連合会と改称)が結成された。

それは、同じ運命を背負った「仲間」の発見であった。苦しみや悲しみをひとり胸にしまったまま、社会の片隅でひっそり生きるのではなく、勇気をふるって苦しい現状を社会に訴え、精神障害者の医療の改善と福祉対策の向上をはかるための活動を起こし、力強く生きていくことを誓った仲間たちがそこにいた。」

精神障害者の苦悩は、同じ病気を患ったものにしかわからないものであると同じように、精神障害者の家族の苦悩は、同じ悩みを持ったものでなければわからない。それが家族会の発足につながっている。

1900(明治 33)年の精神病者監護法から、1950(昭和 25)年の精神衛生法まで、半世紀にわたって精神障害者は座敷牢などに私宅監置され、家族が身近の世話をすることを余儀なくされていた。戦後薬物療法が発達し、精神病が回復する「病気」として認知されるようになっても、地域に精神障害者を受け入れる仕組みが整備されず、社会復帰・社会参加が文言として法律に載るようになったのは、1987(昭和63)年の精神保健法以降のことである。精神障害者の社会復帰・社会参加が本格化してきてからも、一般市民の精神障害者に対する差別・偏見が払拭されてきたわけではなく、家族からはいつも「親亡き後・・・」の言葉が繰り返すつづやかれている。2004(平成 16)年 9 月、精神保健医療福祉の改革ビジョン、同年 10 月には、改革のグランドデザイン案が相次いで出され、2005(平成 17)年障害者自立支援法が可決成立して、家族の経済的・精神的負担がどの程度軽減していくか期待される。

精神障害者家族の苦悩は、「恥ずかしい」「知られたくない」といった世間体を気にする悩みも多い。まだまだ精神障害者を社会が十分に認知できていない現状からは、苦悩を周囲に打ち明けられないという二重三重の苦しみにつながっている。

2001(平成 13)年精神障害者に対する違法な拘束やずさんな治療の実態など精神病院を巡る記事を連載していた朝日新聞2月15日の紙面にも、『記事はかえって差別を助長する』との指摘もあります。」という記載がある。「当事者の方々に連絡を取ると『直接話すのはこわい』『家族に迷惑がかかるので』という答えも返ってきました。」とつづき、まだまだ精神障害を周囲や社会に公表できない苦悩がうかがえる。

そのなかに、ある当事者の声が記載されている。昌美さん(仮名)(48)の病気と家族に関する記事である。その内容について一部抜き出してみる。

「(前略)・・・最初に通院したのは独身だった二十五年ほど前。東京で出版社に勤めていたときだった。不規則な勤務や過労で、眠れない日々が一月続いた。『いのちの電話』に相談すると『専門医に相談してみて』。『えっ、自分が精神病?』。精神科は敬遠し、神経科に通った。自殺したい、という気持ちが続き、故郷に戻った。入退院を五、六回、繰り返した。社会復帰できないので

はないかと不安になったこともある。支えたのは家族だ。趣味で知り合った夫に、結婚前迷ったすえ、『いつ悪くなるか分からない』と告げた。夫は『悪くなっても、僕が治す』と答えてくれた。夫は、医師と治療法について話し合ってくれた。精神病の本も一緒に読んで学んだ。・・・(中略)・・・近所の主婦たちに、入院について話したことがある。一歩も二歩も引かれた。だが後で、『実はうちの兄もそうなの』と話しかけてきた。身近に患者はいるのに、みんな口を閉ざしていると感じる。『差別や偏見をなくすには、患者や家族が声を上げていくしかない。かぜのときのように、入院したり退院したりしながら、地域で暮らせるようになれば』

精神病は誰もがかかりうる病気であるということの認識が広がり、精神病を特別な病気としてみなさないといえ方がされるようになることが望まれる。そのためにはまず家族が精神障害者を理解し、支えていくことは必要である。しかし、精神障害者を家族が世話し、支えてくることが多かったことから、家族が過剰に精神障害者本人の世話を焼きすぎるといった弊害もある。家族は死ぬまで精神障害者の世話をすることができるのか、「親亡き後」を心配して悩み続けることでいいのか。そのために、一転して叱咤激励し、無理な自立をせかす親もでてくる。陰性症状や薬の副作用などで意欲が出てこない、活動性が減退し、対人関係を保ちにくくなっている精神障害者本人を追いつめてしまうことにもなりかねない。家族が自己犠牲をつづけることも、逆に無理な自立をせかせることも適切な対応にはならない。家族が精神障害者本人と適切な距離を保ち、本来の普通の家族として過ごすことができるために、社会資源の開発とサービスの十分な整備が望まれる。家族会では、家族が精神障害者本人と適切な関わりができるためのワークショップもひらいたりしている。

「親亡き後」も安心して、子どもの自立を見守ることができるように社会の差別偏見の解消と、具体的な精神医療対策や精神障害者福祉施策の充実が、家族が安心して社会生活を送ることができるためにも必要なことである。

「季刊 精神保健福祉情報 Review No. 44」には、「恋愛・結婚・子育てを支援する」という特集が組まれている。精神障害者が単に障害を理解され、社会で生きることができる存在でなく、家族をつくり社会の中でいきいきと生きていくことはこれからの大きなテーマである。精神障害者の存在を家族が隠し、ひっそりと暮らしてきた時代からは大きな変化である。恋愛・結婚・子育てが夢に終わらないための現実的な支援の充実が望まれる。

第Ⅱ部 精神保健と精神疾患

1 精神保健(メンタルヘルス)の新たな課題

1) 自殺予防

我が国における自殺死亡数は、厚生労働省の人口動態統計によると、1997年(平成9年)には年間23,494人(死亡率は18.8/人口10万対)あったが、翌1998年(平成10年)には31,755人(死亡率は25.4)と飛躍的な増加がみられ、その後も3万人前後の高い水準で推移しており、2007年(平成18年)は29,921人(死亡率は23.7)であった。これは、自殺死亡率では、欧米の先進諸国に比べても突出して高い状態になっている。

また、1998年以降の自殺死亡者の急増の原因は、主として、中年男性の自殺死亡数の増加であるが、この背景として、長引く不況による社会経済的要因が指摘されているが、さらには、家庭や地域・職場における人間関係の変化や情報の氾濫、価値観の多様性などによるストレス社会の進展、個人レベルでの「生きる不安」や「孤独」の状況も存在していると思われる。

年齢階層別自殺死亡の特徴としては、例年、中年男性と高齢者の自殺が際だって多い。中年男性においては、働き盛りの年代でもあり社会的にも、またその家庭においてもその影響は大きい。高齢者においては、従来から多く、今後高齢化の進行とともに、ますます懸念される問題となっている。また、最近では、他の年代に比べ数としては多くはないものの、児童青年期の自殺も目立ち、社会的な問題となっている。

このように、現在、自殺問題は、社会においても個人的においても極めて憂慮すべき状況にあり、これに対する速やかな対策の実施が求められている。

これに対し、これまでの国の取組についてまとめてみると次のようになる。

1998年(平成10年)以降の自殺者の増加を受けて、2002年(平成14年)に「自殺防止対策有識者懇談会」が開催され、「自殺予防に向けての提言」がとりまとめられた。この中で、当面行われるべき対策として「うつ病対策」と「こころの健康に関する普及啓発」が示された。2003年(平成15年)には、「地域におけるうつ病対策検討会」「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」が開催され、また、都道府県・市町村向け、保健医療従事者向けの二つの「うつ」への対応マニュアルが作成され配布された。2005年(平成17年)には、参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、また、政府が一体となって自殺対策を総合的に推進するための「自殺対策関係省庁連絡会議」も設置され、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をとりまとめた。さらに、2006年(平成18年)には、議員立法により提出された「自殺対策基本法」が成立し、同年10月28日施行された。同法では、国の自殺対策の大綱策定が示された。また、それに先立ち、同年10月1日、国立精神・神経センター精神保健研究所に「自殺予防総合対策センター」が設置されて、自殺問題に関する総合的な情報を発信している。

次に、これらの自殺問題(自殺予防対策)に関し、「自殺とは何か」といった「自殺」への理解に

ついて触れてみたい。

自殺という言葉は日常的によく用いられているが、意味することは曖昧な面も多く、その定義は案外難しい。つまり、自殺を定義する場合、自殺を図ろうとしている人物自身の死の意図(自殺意図)と、自らの行為がもたらす結果をどのように予測しているか(結果予測性、予測能力)の2点が問題となる。厳密に定義すれば、「自殺とは、成熟した人格を持つ人間が、自らの意志に基づいて死を求め、自己の生命を絶つ目的をもった行動をとること」となるが、実際は、必ずしもそのようではない場合も多い。ある種の精神障害の自殺や、大人と異なる死の概念をもつ子供の自殺、自傷行為のように致命的な結果をもたらすとは思えない自己破壊行動などはその例といえる。しかし、厳密な自殺の定義を持ち出し、これらのものを自殺問題から排除することは現実的ではない。どんな心理状態であれ、人が絶望的状况に置かれて取る行動が実質的に死につながる危険性が高いと判断されたり、一見死に至る危険が低いと思われる行為でも死への希求が強ければ、私たちはそれを未然に防ぐことが必要だからである。そこで、これらのことを考慮すれば、「自ら自己の生命を絶とうとする行為を自殺行為(自殺企図)とし、結果として死に至ったものを自殺既遂(または自殺)、死に至らなかったものを自殺未遂」とする理解が適当と思われる。

また、自殺の原因を考える場合も注意が必要である。自殺が起こったとき、多くの人々は何よりもまず、その引き金となった「直接動機」を重視しがちである。警察庁の自殺統計に示された原因・動機は、この直接動機に相当するものが多いと思われる。しかし、自殺が起こる場合、その行為に至る前に形成された「自殺の準備状態(自殺傾向)」があることがほとんどであり、それに「直接動機」が加わって自殺が実行されるという形が認められる。このため、自殺問題を考える場合はこの「自殺の準備状態」を見逃してはならない。

なお、「自殺の準備状態」の形成には次のような要因が関係してくると考えられる。まず社会環境的要因では、社会経済的変動、季節の変化、自然災害などの環境の激変などが、生物学的要因では、うつ病などの精神障害、アルコールや薬物依存などがある。また、心理学的要因では、対人関係、特に家庭や職場・学校における人間関係の歪みや希薄な人間関係、その人自身の性格傾向などがある。

また、自殺者に見られる心理について述べると、人が自殺に至るまでには、さまざまな背景と複雑な心理的過程がある。しかし、自殺者共通して認められる心理的特徴として、まず第一に「心理的孤独」がある。物理的には家族とともに生活し、職場や学校では仲間と共いいても、おしなべて心理的には孤独である。第二に、自殺者の心理には<死にたい>願望と、<助けられたい><苦しい気持ちを解ってもらいたい>という二つの願望が共存していることである。<助けられたい>願望は自殺の予告兆候として表れる。つまり、自殺者は自由意思に基づいて自殺を選んだというよりは、追いつめられ、行き場を失い、唯一の解決策として自殺を選択する、いわば「追い込まれての死」であると考えられる。また、このような過程でうつ病を発症し、正常な判断ができなくなることも多い。このような状態に追い込まれる前に周囲の人に相談できれば、また、追い込まれても、<もう死んでしまいたい>という本人のサインに周囲の人が気づくことができれば、自殺に至ることを回避することができると思われる。さらに、自殺は、他の人への影響として心理的に伝染するこ

とがあり、後追い自殺や群発自殺などが問題となることも忘れてはならない。

次に自殺対策における、うつ状態・うつ病と自殺の関係について述べる。欧米における自殺の心理学的剖検研究では、自殺既遂者の90%以上が自殺時に精神障害を有し、中でも特にうつ病性障害(うつ状態・うつ病)の有病率が高いことが示されている。我が国でも、病院の救命救急センター収容の自殺者を対象とした心理学的剖検研究や、病院の救命救急センター収容の自殺未遂者からの一般自殺者における精神障害の有病率の推計において、類似の結果が得られている。このように、自殺の要因として精神障害、特にうつ病の関与が認められることから、うつ病の発見と治療は、自殺予防対策の主要なテーマの一つになっている。

国連と世界保健機関では、自殺予防対策として、うつ病患者など自殺のリスクが高い人々の早発見と早期介入、及びその後の長期フォローアップのための適切な治療提供体制の確立、またプライマリーケア医に対する自殺予防や精神疾患に関する教育の必要性を指摘している。

うつ病予防については、一般開業医に対してうつ病の原因や治療方法に関する包括的な教育を実施することにより、自殺率を減少させることに成功したスウェーデンの研究が有名である。我が国では、高齢者の自殺予防を目的として1986年(昭和61年)から開始され、介入効果が実証された新潟県東頸城郡松之山町の取り組みがある。このように、効果的なうつ病対策は、自殺対策の大きな課題といえる。

以上のような事柄を踏まえ、現在考えられている自殺対策について列記すると次のようになる。

(1) 普及啓発

うつ病等の心の健康問題やそれに起因する自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であり、こうした点をタブー視することなく、住民一人ひとりが自分の問題として認識することは、自殺予防にとって重要なことである。そのために、心の健康に関する普及啓発を積極的に進めていく必要があり、かつ、これは自殺予防対策の出発点といえる。

(2) 相談体制の整備

心の健康づくりや心の悩みに関する相談、あるいはうつ病などでの精神科医療機関への受診は、自殺予防を図る上で重要なことである。相談あるいは受診の遅れが重大な結果を招く場合が少なくないからである。そのために、効果的な活用が図られる相談体制の整備が必要である。

(3) 介入

a) うつ病等対策

自殺の危険性(リスク)が高い人を早期に発見し危機介入する取組(ハイリスクアプローチ)は、目に見える効果が期待できると考えられる。自殺死亡者にうつ病患者が多いこと、うつ病の治療法が確立されていること、一部の地域ではこれらの対策が自殺予防に一定の効果을あげていることから、うつ病等への対策は重要である。

b) 自殺未遂者への対応: 救急医療と精神科医療の連携

近年、自殺企図により救急救命センターなどの救急医療施設に搬入される自殺未遂者も少なく

ないが、精神的問題を抱えながらも精神科受診につながらず、問題が繰り返される事例も少なくないといわれている。そのため、救急医療と精神科医療の連携が必要である。

(4) 事後対応(自殺既遂者・未遂者の周囲者への支援)

自殺死亡や自殺未遂が起こった場合、それに遭遇した家族・友人などの周囲の人々の衝撃や悲しみは測り知れない。特に家族や特に親しい友人などは悩み苦しむ、これを機に心の健康を損なったり、後を追って自殺したりする場合がある。このため、自殺死亡者の家族・友人などに対する相談・支援の充実が必要である。

(5) 継続的な自殺問題の実態の把握

自殺が起こる背景は複雑であり、効果的に自殺予防対策を講じるためには、継続して多角的に自殺の実態を把握することが必要不可欠である。

また、自殺の実態把握の特異的な方法として、自殺者の「心理学的剖検」という専門的な調査方法がある。この方法は、得られる調査結果の質、プライバシーの確保、調査対象者となる自殺者の家族や周囲の者の負担等があり、慎重に実施する必要があるが、我が国でも、2006年(平成18年)より調査研究として実施されている。

(6) 地域特性に応じた自殺予防対策

自殺の統計にもみられるように、自殺問題はそれぞれの地域により異なり、その対策もその地域特性に応じて進めていくことが必要である。

(7) 社会全体による自殺予防対策の推進

自殺は、社会状況にも大きく影響を受けることから、社会の様々な領域において、実態に応じた対策を実施することが重要である。経済政策などや、さらには、自殺手段、自殺場所・空間を考慮した自殺防止対策も必要である。

(8) 報道・メディアに望まれること

ある人の自殺が生じた結果、それに影響を受けた複数の人々の自殺が誘発される場合(群発自殺)があり、これは、マスメディアの報道などが誘発している場合がある。また、表面的には自殺予防意識を啓発するために、いわゆる自殺の名所などに関する報道は、さらに新たな自殺の発生を招く場合があるとの指摘もある。このような観点から、報道・メディアにおいては、自殺予防のための建設的な情報を報道するなど、自殺予防などを十分考慮した自殺報道のあり方が求められる。さらに、最近では、インターネット上の自殺関連サイトは、自殺を促す内容から自殺予防の内容に至るまで様々であり、インターネット上における自殺関連情報にも留意が必要である。

最後に、参考までに、「自殺を予防する自殺事例報道のあり方について」のWHO勧告(2000年)について紹介する。(反町吉秀氏/現・青森県東地方健康福祉こどもセンター保健部東地方保健所 保健医長/による)

○「自殺を予防する自殺事例報道のあり方について」のWHO勧告(2000年)

①やるべきこと

ア)自殺に代わる手段(alternative)を強調する。

イ)ヘルプラインや地域の支援機関を紹介する。

ウ)自殺が未遂に終わった場合の身体的ダメージ(脳障害、麻痺等)について記述する。

②避けるべきこと

ア)写真や遺書を公表しない。

イ)使用された自殺手段の詳細を報道しない。

ウ)自殺の理由を単純化して報道しない。

エ)自殺の美化やセンセーショナルな報道を避ける。

オ)宗教的、文化的固定観念を用いて報道しない。

2)ひきこもり

全国に100万人いるともいわれ、今や大きな社会問題とされている「ひきこもり」。その実態は十分明らかになっているとはいえないが、国によると、1999年(平成14年)の一年間に全国の保健所や精神保健福祉センターに寄せられた相談は1万件(電話相談も含む)を越えている。そのうち、21歳以上が6割近くあり、10年以上長期にわたって自宅や自室にひきこもる例も多く見られたという。

それでは、「ひきこもり」とは何かということであるが、まず確認しておかなければならないこととして、「ひきこもり」は病気ではないということである。つまり、病名や診断名ではなく、一つの状態像をしめす言葉である。齋藤環は、この「ひきこもり」を「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続しており、ほかの精神障害が第一の原因とは考えにくいもの」と定義している(1998年)。また、「社会参加」とは、「就学、就労、家族以外の親密な対人関係」としている。なお、氏は、DSM-IV(米国精神医学会)からの言葉の引用として、「社会的ひきこもり」という言葉を使用している。

また、近藤直司は、「ひきこもりケースの家族援助」(2001、金剛出版)の中で、「ひきこもり」を「青年期に相応の社会参加や対人関係を持つとしない」ないしは「できない人たち」であり「その背景として、神経症性の要因やパーソナリティ形成の問題、あるいは社会的・文化的要因まで深く関わっているものと考えられ、統合失調症の陰性症状や、広汎性発達障害に特徴的な対人相互交流の質的異常、あるいは精神遅滞の症状を背景にしないもの」としている。

近年、「ニート」という言葉が繁用されているが、「ニート」においては就労、就学はしないものの、友人などとの親密な交流をもっていたり、自分なりに遊びなどでは自宅を出て活動している例も少なくなく、「ひきこもり」とは同義でないことに留意する必要がある。

冒頭述べたように、「ひきこもり」の実態は不明な点も多いが、参考までに、まず、「ひきこもり」に関する現状(データ)を示す。これは、2002年(平成14年、1月～12月)における全国の保健所・精神保健福祉センターへの調査結果(国立精神神経センター精神保健研究所:伊藤順一郎 他)である。

① 引きこもり本人性別(n=3293):男性(76.4%) 女性(22.9%) 不明(0.6%)

② 最初の問題発生年齢(n=3293)

12歳未満(6.7%) 13-15歳(19.2%) 16-18歳(20.8%) 19-24歳(29.1%)
 25-29歳(10.7%) 30-34歳(5.9%) 35歳以上(4.7%) 欠損値(2.9%)

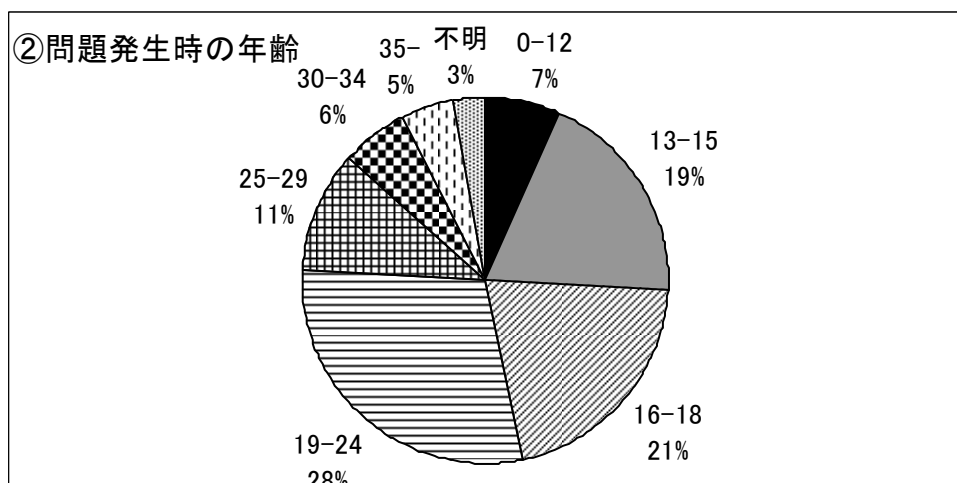
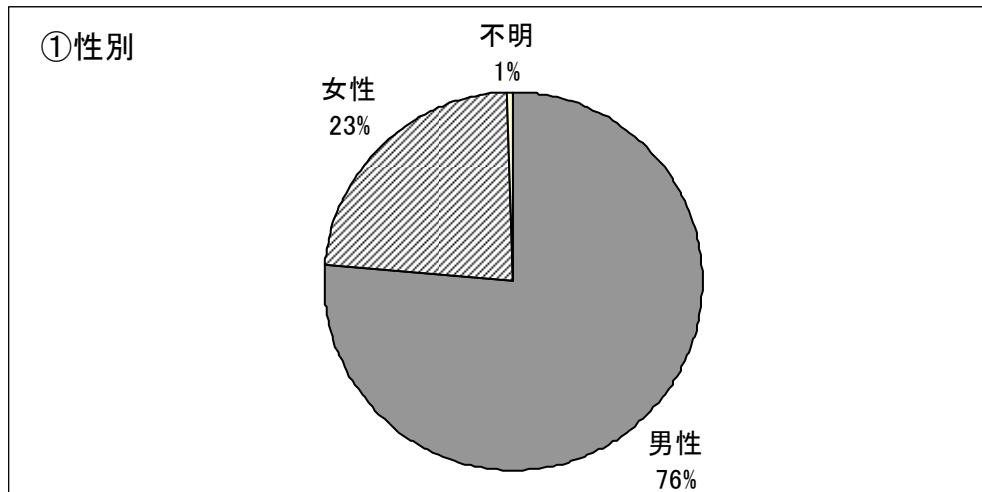
③ 経過年数(n=3293)

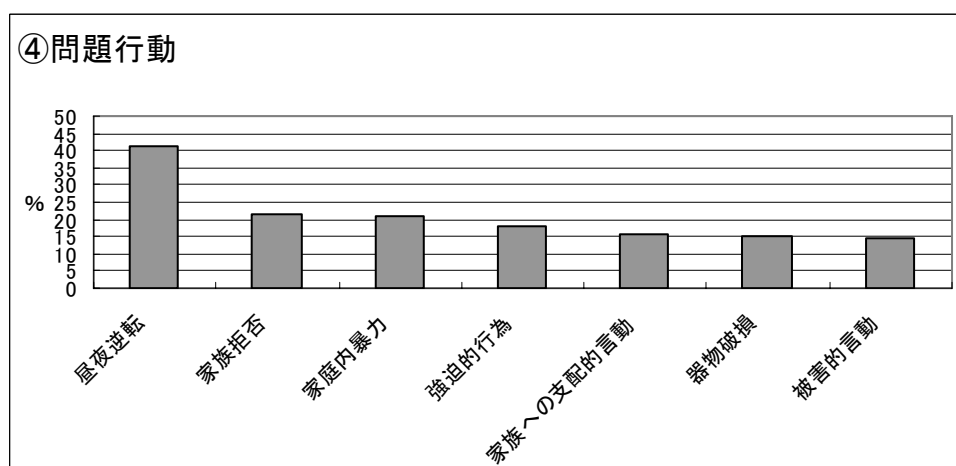
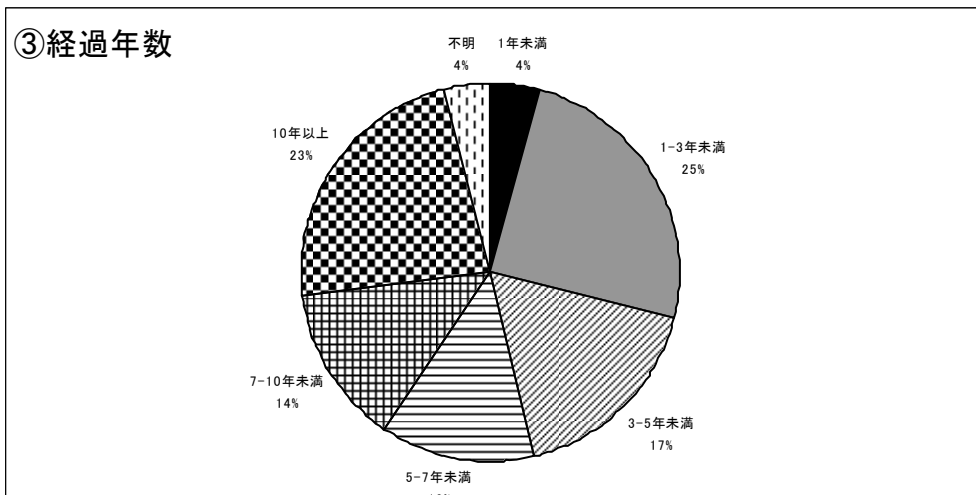
1年未満(4.1%) 1-3年未満(24.9%) 3-5年未満(17.3%)
 5-7年未満(13.3%) 7-10年未満(13.6%) 10年以上(23.1%) 欠損値(3.8%)

④ 問題行動(n=3293)

昼夜逆転(41.1%)、家庭内暴力(20.8%)、器物破損(15.1%)、家族への拒否(21.4%)、
 家族への支配的言動(15.7%)、強迫的な行為(17.1%)、被害的な言動(14.7%)
 その他、食行動異常、薬物問題、飲酒問題、IT・電話の過度な使用、近隣への迷惑行為、
 性的逸脱行為、いじめ・校内暴力、自傷行為、自殺企図 等

⑤ その他: 小中高での不登校経験 約4割 就労経験 約3割





次に、以上のような現状にある「ひきこもり」のおこる原因(要因)は何かということについて述べると、今のところは、様々なものが絡み合っていると考えられる。日本に特有の社会システムや家族関係のあり方が関係していると指摘するものもある。本人の性格傾向を指摘する人もいる。また、よく「ひきこもり」のきっかけとして挙げられるものとして、学業不振、仕事上の失敗、友人の裏切りや失恋、いじめなどの一種の挫折体験がある。いずれにしても、様々なストレスに対する一種の反応として「ひきこもり」という状態を起こす人は少なくない。それに、何らかの要因が重なり、狭義の精神疾患の有無に関わらず長期化するのである。その、なぜ長期化するのかが、この「ひきこもり」の大きな問題であり、原因として考えるべきことと思われる。2001年(平成13年)に厚生労働省が全国に配布した『『社会的ひきこもり』への対応ガイドライン(暫定版)』には、「ひきこもりは誰にでも起こりうる事態であること」「なまけや反抗でないこと」「過保護や放任など過去の家族の問題が原因とは決めつけないこと」と示されている。

そして、「ひきこもり」という状態が、不登校、高校中退、入社拒否、職場不適応、外出拒否、自室閉居などにより強く示唆されても、すぐにはその原因となる要因や対応方法が明らかになるとは限らず、本人の詳しい状況や心理状態が分からぬままに、親をはじめとする周囲のものは放置できず何らかの対応を迫られるのが現状である。また、「ひきこもり」の問題解決は、家族だけの対応では難しい場合も多く、家族以外の支援が必須であり、また、家族自身への支援も重要である。

現在のところの、家族や本人(ほとんどの場合は、まず家族が相談に訪れる)が相談できる機関・団体等の概要は次のようである。

公的機関では、保健所、精神保健福祉センターがある。支援内容は機関によって異なるが、精神保健福祉相談、情報提供、関係機関との連携などに取り組んでいるところが多い。本人ミーティングや家族ミーティングに積極的に取り組んでいるところもある。費用は基本的に無料である。最寄の保健所、精神保健福祉センターに問い合わせれば、地域の支援機関や団体の状況についての情報が得られる。

一方民間の場合は、多種多様であり、電話・メール相談から、カウンセリング、訪問相談(メンタルフレンド等の派遣)、フリースペースや宿泊施設での対応も行っている所もある。その、組織形態も、民間ボランティア、NPO、営利事業体(会社など)、親の会や当事者グループなど様々である。費用はさまざまで、高額な費用を要するところもある。

また、医療機関の対応はさまざまで、数多くの相談や診療に応じている医師もいれば、病気がないことの原因で、あるいは本人不在の家族だけの相談であるとの理由で、対応ができない場合もある。

以上のように、不十分ながらも、「ひきこもり」に対して、現在は様々な対応・支援がなされているが、一般的に、問題解決のために「ひきこもり」への対応・支援として心得ておくべきことについてまとめると、次のようなことがある。

- ① 「なまけ」「甘え」ではない。
- ② 本人も悩み、葛藤しており、ひきこもらざるを得ない状況がある。
(本人に対し、なんらかの形で、「ひきこもり」が役立っている可能性がある)
- ③ 回復には時間を要することも多く、年単位で考えることも必要である。
- ④ 問題の原因を一元的に求めない。原因の決めつけは、しばしば問題解決をこじらせる。
- ⑤ 本人への支援は大事だが、当初は困難なことも多く、本人への関わりに時間を要することも多い。
- ⑥ 家族自身も支援対象であり、まず家族への支援から始まり、それを通して本人の回復が図られることも多い。家族教室などで他の家族との交流・情報交換等も有用である。とにかく、無理をせず、家族ができることから始める。また、家族は本人に振り回されずに、家族自身が普通に生活を営むことが大事である。
- ⑦ 問題の解決は、本人自身の人間としての成長による場合が少なくない。
- ⑧ 「ひきこもり」は病気ではないといえながらも、神経症圏やパーソナリティ障害圏の「心のクセ」による場合もあり、薬物療法が役立つ場合もある。

最後に、地域の人々に対する期待として、「ひきこもり」に対して正しい理解をもってもらい、回復のために地域で行われている様々な活動に対しても協力してもらいたいということである。現在、

「ひきこもり」は「ありふれて見られる現象」であり、決して「親の育て方が悪かった結果」（こういう偏見が多々見られる）などではないことを理解して欲しいと思う。この状態に対し、本人だけでなく家族も「悩んでいる」「地域に対し引け目を感じている」のである。現在地域で展開されている、あるいはこれから展開されるであろう支援活動（フリースペース等の施設や自助グループ活動、地域の様々な行事や活動への参加など）に対して理解をもち、地域として受け入れ、支援が求められている。

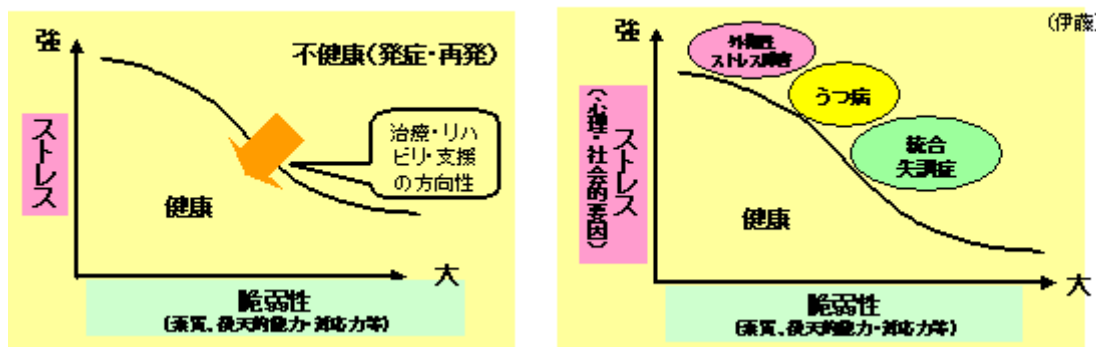
3 ストレスと精神疾患

平成9年の厚生白書においても既に指摘されているように、現代社会は、統合失調症などの精神病性障害だけでなく、神経症やうつ病、心身症のほか、睡眠障害、アルコール依存症、摂食障害など様々な形で「心の不健康」あるいは「精神疾患」と呼ばれるような状況がみられる。その要因は一様ではないが、現代が高度化・複雑化する中で、ストレスが高まっていることも見逃せない要因の一つである。このように、現代においては、精神疾患は、誰でもかかりうる可能性のある病気であるといえる。

それでは、精神疾患は、ストレス等との関係においてどのように発生してくるのか。これについては、現在、以下のように考えられている。

精神疾患の発生については、病気になりやすいかどうかの「脆弱性(もろさ)」と、病気の発症を促す「ストレス」の組合せによって示されるストレス脆弱性モデル(図1)を使用して説明すると理解しやすい。

図1 ストレス脆弱性モデル (Zubin J, et al) 図2 ストレス脆弱性モデルによる疾患の理解 (伊藤)



モデルの横軸の「脆弱性」はその人の病気へのなりやすさを示す。これには、その人の生まれ持った素質(先天的な要素)と学習・訓練などによる生まれてからの能力やストレスへの対応力(後天的な要素)が関連するといわれている。一般的には脆弱である人は、気まじめでやさしい人が多いという。縦軸はストレスの強さを示す。何をストレスと感じるかは人によって異なるが、家庭内のことであつたり、人間関係であつたり、仕事上の関係であつたりする。また、戦争、大災害、親族の死など非常に強い外的な要因が発症を促すこともある。この2つの軸のバランスで精神疾患は発症すると考えられる。

図1にあるように、同じストレスが加わっても人によって対応力が異なる。同じストレスの強さでも、

脆弱性が大きい(脆弱性軸で右方に行く)ほど発症しやすくなる。このモデルの縦軸のストレスを下げるためには、できる限り早期の治療・リハビリ・支援などによりストレスを避ける工夫、ストレスに強くなる工夫、脆弱性を小さくする工夫(薬を飲むなど)が役に立つ。

図1にあるように、同じストレスが加わっても人によって対応力が異なる。同じストレスの強さでも、脆弱性が大きくなる(脆弱性軸で右方に行く)ほど発症しやすくなる。このモデルの縦軸のストレスを下げるためには、できる限り早期の治療・リハビリ・支援などによりストレスを避ける工夫、ストレスに強くなる工夫、脆弱性を小さくする工夫(薬を飲むなど)が役に立つ。

図2にあるように、大規模な災害被災や犯罪被害のように非常に強いストレスが加わった際には、脆弱性が小さい、ストレスに強いといわれているような人々でも、多くの人が心的外傷後ストレス障害(PTSD)にかかりやすくなる。うつ病も、急激なストレスや日常生活の中にある慢性的なストレス状況の中で生じる病気である。統合失調症は、図2のように上記二つの病気に比べれば一般的には脆弱性の寄与がやや大きいと考えられ、比較的弱いストレスであっても発症するが、他の疾患と同様にストレスと脆弱性の相互関係の中で発症や再発がある病気である。客観的に見れば「たいしたことではない」と思われがちなことでも、本人にとっては大変な負担となりうるものが、モデルからも理解できる。

いずれにせよ、精神疾患は、早期に発見し、正しく治療・支援を行い、ストレスを和らげる環境を作ることにより症状を和らげることができるのである。正しく対応すれば、たとえ、精神疾患に起因する幻覚や妄想による自傷や他害行為があったとしても、症状が改善し、回復への一步を踏み出すことができるのである。

このような精神疾患の発生要因や対処方法について、国民各層の理解を深めることが、今後の取組の出発点である。

4 精神疾患、精神障害の理解

1) 精神疾患の診断について

一般的に精神疾患の診断は本人への問診や家族等からの情報に加えて、必要に応じ血液検査、頭部 CT、MRI、脳波検査、心理検査などによって行われる。すなわち、本人の訴え、表情、話し方、態度、これまでの病歴等に加えて、家族や周囲の人からの情報などから総合的に判断されることになる。検査なども行われるが、器質的な異常がなければ補助的な意味はあるものの、内科疾患のように診断の根拠にはなりにくい。

したがって、診断には丁寧な問診等が欠かせないこととなるが、典型的な場合には診断の異なることはまれであるが、症状や訴えがはっきりしない場合や典型的でない場合には診断する医師によって見立てが変わることも起こりうることになる。客観的な検査データなどがないだけに、診断の決め手を欠く場合があるのも事実である。

裁判等で複数の精神鑑定が行われたもののそれぞれ診断が異なることがあるが、このような場合の多くは、典型的な症状を欠くことが多いためであり、現段階において精神科診断そのものが持つ一つの限界とも言える。

このような状況を踏まえ、世界的に共通の診断ガイドラインとするために世界保健機関（WHO）が作成しているのが ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際分類第10版）と言われるもので、世界的に使われている。精神疾患においては、それぞれの疾患ごとに症状が記述され一定の条件を満たしたときにその診断が適用される。なお、米国精神医学会の作成したDSM-IV（精神障害の診断と統計の手引第4版）は米国だけでなく日本においてもしばしば用いられている。

2) 統合失調症

統合失調症は、一般人口の発現頻度は約 0.8%と高く、精神科領域における代表的な精神疾患の一つであるが、これまでは一般の人々からは多くの誤解をもって理解されてきた精神疾患でもある。我が国では以前より長い間「精神分裂病」と呼ばれてきたが、この呼称も誤解を生む要因の一つであったと思われる。そこで、日本精神神経学会は2002年（平成14年）8月、「精神分裂病」という病名呼称を「統合失調症」に変更することに決め、現在は名実ともに「統合失調症」と呼ばれるに至っている。

この、呼称変更は、1993年（平成5年）に全国精神障害者家族連合会が日本精神神経学会にその変更を要望したのが契機となった。「精神分裂病」という病名は「精神が分裂する病気」というのはあまりに人格否定的であって本人にも告げにくく、また、「精神分裂病」という病名自体が当事者の社会参加を阻んでおり、変えて欲しいという主旨であった。これをうけ日本精神神経学会は呼称変更を検討する小委員会を設け、その侵襲性と病名変更の必要性について調査を開始し、学会員、評議員と当事者へのアンケート調査、シンポジウム、ワークショップなどを実施し、委員会では新しい呼称候補を3つに絞った。2000年（平成12年）には、呼称変更のための特別委員会と拡大特別委員会を設置し、家族会アンケート、一般市民からの意見募集、公聴会などを経て、「統合失調症」への呼称変更について2002年（平成14年）8月に同学会総会で正式に決定した。それに伴い、厚生労働省は精神保健福祉法に関わる公的文書や診療報酬のレセプト病名に「統合失調症」を使用することを認め、メディアや出版業界など多くの領域で「精神分裂病」を「統合失調症」に変更する作業が進められ、2006年（平成18年）10月の精神保健福祉法一部改正にともない、正式に法令用語としても「統合失調症」と変更された。なお、この呼称変更は、「Schizophrenia」の訳語をそれまでの「精神分裂病」から「統合失調症」に変更するという形で行われたものである。

(疾患概念)

さて、統合失調症の疾患概念であるが、未だに多くの成書（一般書においては特に顕著）においても古く誤った疾患概念を引き継いでいることは否めない。本症はこれまで、一般的には、「主として青年期に発病し、多彩な症状を示しながら、多くは慢性の経過をとり次第に人格の低下をきたし、一部は精神荒廃に至る」とされてきた。しかし、今では、統合失調症は人格荒廃に至る重症、予後不良の疾患であるという古い疾患概念規定はすでに否定されている。

長期予後でも過半数が回復し、重度障害は20%以下とされている。最近では軽症化が指摘されており、さらに社会生活機能を損なうような副作用が少ない新世代の抗精神病薬が登場した。2001年のWHO精神保健レポートにも、適切な薬物療法と心理社会的なケアを受ければ、初発患者の過半数は完全かつ長期にわたる回復を期待できると明記されている。また、完全に回復しても服薬中断によって頻回に再発したり、家族や周囲の人のネガティブな感情表出で再発しやすいことから、適切な服薬継続と心理社会的なケアがこの病気の長期転帰を大きく左右することも確認されている。このように、古い疾病概念を修正し、近年のアップデートな疾病概念をどのようにして一般に普及していくかは現在の大きな課題である。

(病因)

次に病因であるが、まず「単一疾病」というよりは「症候群」と考えられている。また、その発症原因については、いくつかの仮説はあるが未だに確定されていない。明らかな身体的異常も確定しておらず、機能性精神病として分類されている。そのような中でも近年は、すでにその個体の脳の発症脆弱性が存在し、それらに有害なライフイベント（ストレス）が直面して発症するとする病因説（ストレス脆弱仮説）が有力視されている。さらに、最近の神経画像解析や神経伝達系機能の解析、遺伝分子生物学的な研究成果によりその病態はかなり解明されており、脳ドーパミン神経系の過剰反応を主とし、前頭前皮質における興奮性アミノ酸神経系の機能低下や視床・大脳辺縁系の病態を伴うことが明らかにされている。

疫学的には、生涯罹患率は約0.8%であり、その70～80%は16～30歳での発症であり、性差は認められない。発症の家族集積性は希で、多くは孤発例であり、優性遺伝形式の病因は否定してよい。

(症状)

臨床症状は多彩で、一般には①陽性症状：幻聴（周囲の人が悪口を言っている）、妄想（盗聴器が仕掛けられていてうわさされている）、被害念慮（私を陥れようとしている）、滅裂思考（考えがまとまらない）、精神運動興奮（落ち着かない、興奮する）など②陰性症状：無為自閉（無気力で人とのかわりを避ける）、感情の平板化（生き生きとした感情がわからない）、思考の貧困など③対人関係の偏狭さ（人づきあいが苦手）や極端な過敏さなどが認められる。診断に当たっては、近年は、ICD-10（国際疾病分類第10版、WHO）、あるいはDSM-IV（米国精神医学会）などの操作的診断基準が繁用されている。ICD-10では、上記の精神症状が明瞭形で1ヶ月以上続いていることの確認を求めている。その他、シュナイダー（1887～1967、ドイツの精神医学者）の唱えた「第一級症状」は、現在も統合失調症の診断および臨床症状を理解する上で有用である。具体的にシュナイダーは第一級症状として、「思考化声（自分の考えていることが声となって聞こえてくる）」「被害的幻聴」「被影響的体験（誰かに影響を受けて身体の活動や思考が進む）」「思考奪取（考えていることを誰かに奪われてしまう）」「思考干渉（考えていることを誰かに干渉される）」「思考伝播（考えていることが、人に伝わってしまいます）」「妄想知覚（知覚された対象に特有の奇妙な意味づけを行う）」をあげている。

(治療)

次に、治療は抗精神病薬による薬物療法と心理社会的治療（精神療法、認知行動療法、家族心理教育、社会生活技能訓練、地域リハビリテーションなど）がある。

薬物療法は、強力精神安定薬（メジャーランキライザー）、あるいは神経遮断薬とも呼ばれる抗精神病薬が中心となる。1950年代に抗精神病薬のはしりとされるクロルプロマジンが発見され、それらの使用の普及は統合失調症の治療を一変させる画期的なものであった。抗精神病薬は、強力な抗幻覚妄想作用と鎮静作用有し、急性期患者をはじめとして多くの患者の症状の改善に寄与し、それまで半ば諦められていた退院あるいは社会復帰を可能とした。一方、抗精神病薬は陽性症状の改善には十分な効果を発揮したが、陰性症状の改善や病気の進行の抑制に期待した程の効果は見られなかった。加えて、副作用として服用中に現れる錐体外路症状（パーキンソンソ症候群、眼球上転、斜頸、正座不能症など）や抗コリン作用（便秘、口渇、尿閉など）、起立性低血圧、乳汁分泌・無月経、過鎮静、まれに悪性症候群（高熱、筋緊張亢進、錯乱、自律神経症状など）などは、時として少なからず患者自身を苦しめる場合があった。そこで、近年は、副作用軽減等を目標に開発された「非定型抗精神病薬」が登場し急速に普及している。この非定型抗精神病薬は、錐体外路症状、抗コリン作用、過鎮静などの患者に不快な副作用が少なく、患者のQOL（生活の質）を改善するとされている。また、陰性症状の改善と認知機能障害の改善にも期待できるとされている。

心理社会的治療では、精神療法（支持的）は、あらゆる段階の統合失調症患者にも重要であり、認知行動療法は持続する妄想や幻覚に対処するうえで有用である。家族心理教育は、患者の再発に関連するとされる家族の批判的感情や情緒的巻き込まれすぎの感情（高いEE：EEとは「感情表出」のこと）について、家族の態度の変化通して再発防止を目指す。社会性生活技能訓練（SST）は、他者とのコミュニケーションや社会的役割遂行のうえで必要とされる「生活技能」を、認知と行動の改善に働きかける系統的な練習により向上させる。

地域リハビリテーションでは、症状軽減だけでなく、生活の場である地域において障害者（統合失調症患者）が生活や人生の回復を目指す活動である。精神障害のその障害特性は、他の障害（身体障害、知的障害）と違い、疾病と障害（「精神疾患 mental disorder」と「精神の障害 mental disability」）を併せ持っている点にある。よって、そのリハビリテーション活動は、いわゆる機能障害、能力障害、社会的不利を包含した「精神障害」を対象としている。障害者自身やその家族、その活動に携わる専門家、一般住民がともに力を結集し、法制度や社会資源を駆使し、社会環境を整備し、障害者（統合失調症患者）自身が地域の中で目標と希望を持ち、自立と社会参加を目指すものである。その際、一般住民の精神障害者（統合失調症患者）に対する正しい理解（偏見の除去）の普及は不可欠といえる。

（予後）

予後に関する疾病概念も一般には十分認知されているとはいえない。前述したように、統合失調症は人格荒廃に至る重症、予後不良の疾患であるという古い疾患概念規定はすでに否定されている。先にも触れたが、長期予後では、重度障害は20%以下とされ、過半数は回復し、残りも地域における適切な支援があれば通常の生活が可能と考えられている。よって、以

前に比べ、その予後は、かなり明るいものとなっているといえる。

最後に、私たちが肝に銘じておかなければならない事実として、この 100 年の精神障害者(統合失調者)への処遇の歴史がある。まず、その処遇の始まりとして1900年(明治33年)の精神病者監護法があり、その 50 年後の 1950 年(昭和 25 年)には、多くの精神障害者が長期間の精神病院での入院生活を余儀なくされた(入院中心主義へと導いた)精神衛生法がある。そしてさらにその約 50 年後の 2002 年(平成 14 年)に、地域住民の身近な福祉サービスの担い手としての役割をもつ市町村が、精神障害者の地域生活の支援の主体となった。このように、約1世紀(100 年)の歳月を費やし、やっと精神障害者は地域住民として認知された事実を私たちは忘れてはならない。

3) 気分障害

気分障害の基本的障害は、気分や感情、あるいは欲動の変化が、通常の範囲を越え、かつ一定期間持続した状態であり、一般には、抑うつに変化した抑うつ状態、あるいは高揚に変化した躁状態がある。この障害の病型としては、現在は通常、躁とうつの両病相をもつ「双極性感情障害(躁うつ病)」と、うつ病相だけを示す「うつ病性障害」の2型に分けて考えられている。希ではあるが躁病相のみ示す躁病は、「双極性感情障害(躁うつ病)」に含め、以前の抑うつ神経症に相当する「気分変調症」は、「うつ病性障害」の亜型として考えられている。

従来は、統合失調症とともに内因性二大精神病の一つとされた「躁うつ病」は、感情と欲動の障害が周期性(循環性)に経過し、感情精神病あるいは循環精神病ともいわれた。そして、その病型は、躁状態とうつ状態を繰り返す「(双極型)躁うつ病」と、躁状態あるいはうつ状態の一方だけを繰り返す「単極型躁うつ病(躁病あるいはうつ病)」の3型に分類されていた。よって、「うつ病」も精神病性障害と考えられていたが、近年増加傾向にある「うつ病」の多くは、内因性精神病の病像(幻覚や妄想、昏迷とよばれる重度の意志発動性の障害など)を示さないため、非精神病性障害として扱うことが多く、精神病性障害である「(双極性)躁うつ病」とは切り離して考えられるようになっていく。

以上の経過を踏まえ、本稿では、「双極性感情障害(躁うつ病)」と「うつ病性障害」について説明する。

(1) 双極性感情障害(躁うつ病)

(疾患概念)

この障害では、気分と活動性の変化が上下に繰り返され、躁とうつの病相(状態)を形成する。一般には、各病相期の間は正常な状態に回復する。

初発年齢は、20 歳代～40 歳代が多く、一般人口における発現頻度は 0.3～0.5%とされている。

病因としては、遺伝的素因と環境要因の関連が知られている。つまり、家族集積性の発症も希でなく、遺伝的関与が示唆される。躁病相うつ病相も、強いストレスとなる生活上の出来事や他の心理的ストレスに引き続いて発症することがしばしばあるが、そのようなストレスの有無は診断にとって本質的でない。

躁病相は、普通突然に始まり、2週間から4、5ヶ月間持続する。うつ病相はより長く続く傾向がある（平均は約6ヶ月）。両病相の頻度および寛解と再発のパターンは様々であるが、寛解期は年がたつにつれて短くなり、中年期以降になるとうつ病相（うつ病）が起こりやすく、長引く傾向がある。

躁病相では、意欲の障害として欲動の亢進があり、多弁・多動で常に何かしようとする行為心迫がみられ、性的逸脱や過剰な飲酒、浪費にも走りやすい。感情の障害としては、生气感情の亢進、爽快気分、自我感情の亢進し、無遠慮で自信過剰となる。欲求が妨げられると怒るが、注意の集中ができないため情動はすぐに変わる。また、思考障害としては、観念奔逸がある。観念（考え）が次々に湧きだし、話は脱線しまとまりなく、多弁で注意や関心が次々に変わる。思考は誇大的で自尊心が肥大し、自分の能力や財産、地位などについて誇大的に吹聴する。高ければ誇大妄想に至る。時に興奮が激しくなり、一過性に妄想・幻覚が生じることもある。睡眠時間が少なくなり早朝覚醒がみられ、疲労感が減弱し食欲は亢進する。しかし、活動量が増える一方で休息を取らないため身体は衰弱しやすくなる。

典型的な躁状態は上記のような症状を呈するが、躁状態が軽い程度で経過する軽躁状態もあり、この場合は、かろうじて社会生活を維持している例もある。

うつ病相（うつ状態）については、「うつ病性障害」の項でまとめて説明することとする。

（治療）

治療については、その基本は薬物療法であるが、長期の関わりも予想され、精神療法も必要不可欠である。急性期の躁状態では、しばしば入院治療が必要である。多くは、入院に対する本人の同意は得られず、精神保健福祉法による医療保護入院（まれに措置入院）が必要になる。また、うつ状態でも、自殺の危険がある場合など状況に応じて入院が必要になる。

各病相期における薬物療法は、単発であれば、躁病相では抗精神病薬と抗躁薬（炭酸リチウム）、うつ病相では抗うつ薬であるが、病相の変化や長期的予後の観点から、これらの薬物の調整には十分な配慮が必要である。抗精神病薬は、躁状態の急性期の興奮や多動のコントロールには効果が期待できる。炭酸リチウムは、急性期の抗躁薬としては期待できるが、即効性の面で劣る。抗うつ薬は、うつ状態の改善には十分効果があるが、漫然とした投与はその副作用として躁転を招く場合があるので注意を要する。

（予後）

予後については、比較的良好であると理解されているが、必ずしも楽観できるものでない場合も少なくない。病相が長引いたり反復が多い場合もあり、そのために慢性的経過をたどるものもある。そのような場合、長期間の入院生活を余儀なくされたり、統合失調症者への援助と同等の社会復帰援助が必要な者もいることも事実である。また、中には、年に4回以上の病相交代を繰り返す「急速交代型双極性障害」に移行する例もある。

（2）うつ病性障害

（疾患概念）

うつ病性障害とは、一般には「うつ病」と呼ばれているものであり、気分を調整する脳機能の障害

で起こると考えられている気分障害の一型であり、その基本的特徴は、広範な気分の落ち込み、喜びの喪失、悲観的思考などを呈する「うつ状態(抑うつ状態)」である。

一般には、「うつ状態」は様々な原因(状況)により生じ、以前より、心因性うつ病(神経症性うつ病あるいは抑うつ神経症、反応性うつ病、疲弊性うつ病)、内因性うつ病(単極性うつ病、退行期うつ病)、身体因性うつ病(症状性うつ病、脳器質性うつ病)などと分類されていた。特に、単に「うつ病」と呼ぶ場合は「内因性うつ病」を指し、精神病性障害を意味していた(狭義の「うつ病」)。ところが、近年は、上記の様々な原因で起こる「うつ状態」を総称して「うつ病」と呼ぶようになり、結果として「うつ病」の範囲は大幅に広がり、精神病性障害から非精神病性障害のものまでも包含する疾病概念(広義の「うつ病」)となっていることに、まず注意する必要がある。よって、「うつ病」の病因や疫学、症状、治療、予後等を一言で論じるのは難しくなっている。

近年、巷間では「うつ病は増えた」と一般にいわれているが、その増加のほとんどは「心因性うつ病(神経症性うつ病/ストレスが関与したうつ病)」であり、また軽症のうつ病である。定型的な「内因性うつ病」の頻度に大きな変化はないと考えられている。そこで、本稿では、定型的なうつ病を中心に話を進める。

(頻度)

まず、うつ病の頻度であるが、WHO は、世界のうつ病の有病率(特定時点における頻度)は3～5%とし、我が国にこの数字を当てはめると360万人～600万人と推定される。また、生涯罹患率は15%前後であり、性差は女性は男性の約2倍多いとされている。さらに、うつ病の自殺率は高く、10～15%といわれている。

(病因)

病因については、確定的なことは未だ明らかにはされていない。個体の何らかの素因に心理社会的要因としてライフイベントなどがストレスとして作用し、起こってくると思われる。また、以前よりうつ病になりやすい性格も指摘されており、その代表的なものとして、「執着気質(下田光造/仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、正義感、責任感など)」や「メランコリー親和型(テンバツハ/他者との調和を重んずる、誠実、奉仕的)などがある。何れにしても、様々な要因が重なり、その病態として、何らかの原因により脳内の神経伝達物質であるセロトニンとノルアドレナリン等の物質の働きが低下した結果として発症してくると思われる。

(症状)

次に、うつ病の臨床症状であるが、その基本的特徴は、身体も含めた心身の全生命機能の低下である。「うつ病」という病名は、その精神症状に由来していると思われるが、精神症状だけでなく身体症状も多く見られることもまず忘れてはならない。

精神症状としては、通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、及び活力の減退による疲労感の増大や活動性の減少が見られる。定型的には、これらの症状が朝方に悪く、午後以降改善傾向がみられる「日内変動」が見られることも少なくない。不安や焦燥感が抑うつ気分より前景になる場合もあり、診断に苦慮することもある(激越うつ病)。身体症状が前面に出て来ることあり、仮面うつ病と呼ばれている。その他、(1)集中力と注意力の減退 (2)自己評価と自信の低下 (3)罪責感と

無価値感 (4) 将来に対する希望のない悲観的な見方 (5) 自傷あるいは自殺の観念や行為 (6) 睡眠障害 (7) 食欲不振 などが見られる。睡眠障害は、早朝覚醒、中途覚醒の形をとることが多いが、神経症性うつ病では、不安に関連して入眠障害もみられる。また、うつ病では、精神活動および運動が低下する状態(抑制症状)がよくみられ、重症の場合は、意識が清明なのに意志の表出や行動が全く行われない状態(昏迷)が見られたりする。抑うつ感を紛らわすために過度の飲酒もよく見られる。

また、うつ病では、時に精神病症状を呈することがある。一般に、妄想と幻覚は「気分と一致して見られる」ものであり、妄想は典型的には病気や死に関連する。しかし以前より、罪業妄想、貧困妄想、心気妄想はうつ病に見られる3大妄想といわれている。幻覚は比較的まれである。

自殺は、うつ病の最も注意しなければならない行動である。前述のごとく、うつ病患者の 10～15%に自殺がみられるともいわれている。うつ病の苦悩は、我々の想像を絶し、「死んで楽になりたい」「逃れる道は死以外にない」「生きてると迷惑をかける」「自分には生きる価値がない」など絶望感、無力感、無価値感、罪業感などから自殺が実行される。自殺は、病初期や回復期に多いともいわれ、焦燥感・激越が強いとき、高齢者、妄想を持つとき、心理的に孤独な状態に置かれたときなどが危険といわれている。

一方、身体症状としては、様々な症状が見られるが、その出現しやすい部位としては、順に頭部、頸部、腹部、胸部である。具体的には、疲労感・脱力感、悪心、不眠、頭痛、めまい、食欲不振、吐き気、嘔吐、口渇、便秘、胸部圧迫感、動悸などがある。このように、うつ病でも身体症状は多く、当初は患者自身がうつ病であることに気づかず、内科、婦人科などの一般診療科を受診することも少なくない。内科受診の5%はうつ病患者であるともいわれている。

なお、特殊なうつ病として、季節性うつ病(秋、冬など特定の時期にうつ状態を呈する)、産後うつ病(産後2週以降に始まるうつ状態で、マタニティーブルーとは異なる)、仮面うつ病(身体症状が前面に立ち、精神症状が目立たない)などがある。

(治療)

治療のポイントは、休養と薬物療法である。この2つが全てに優先すると考えてもよい。通常、患者には病気であることを説明し休養が必要であることを説明するが、本人自身が休養を拒否することも珍しくなく、十分な説明・説得に加え、時に医療保護入院などの本人の意志によらない入院を取ることもある。なお、休養に加え入院治療が必要となる状態としては次のような場合がある。

(1) 自殺企図がある場合 (2) 身体の衰弱や身体合併症(特に心臓疾患、肝疾患)を伴う場合 (3) 十分な休養が保証されない家庭環境 (4) 重症うつ病で病識に欠ける場合等で外来治療が困難な場合 (5) 難治うつ病などで診断や治療の見直しや治療環境の変更などを行う場合 (6) その他、本人が希望する場合など。

薬物療法は、特に近年、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)と呼ばれる副作用の少ない抗うつ薬が登場し、その様相が変化してきた。それまでは、使用する抗うつ薬の主流は三環系あるいは四環系抗うつ薬であった。三環系抗うつ薬は、古典的で効果も優れているが、口渇、便

秘、眠気、身体違和感などの副作用も出現しやすく、使いにくい面も多々みられた。その点、SSRIは、その特性として副作用が少なく、効果も十分期待できるため、軽症から中等症のうつ病や高齢者への投与に適しており、また、早期治療の意義が高めた点で優れている。そのため、現在は、うつ病の薬物治療の第一選択薬の地位を築いている。現在我が国では、3種類のSSRIが市販されているが、具体的には、フルボキサミン（商品名：デプロメール、ルボックス）、パロキセチン（商品名：パキシル）、サートラリン（商品名：ジェイゾロフト）がある。その他、SSRIと同様の抗うつ薬としてSNRI（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）があり、我が国では、ミルナシプラン（商品名：トレドミン）の1種類のみが市販されている。

その他、薬物療法としては、抗うつ薬との併用として、必要により睡眠導入剤、抗不安薬が使用されている。

その他、うつ病の治療としては、うつ病の重症例において、特に、自殺念慮が強い場合や妄想や抑制症状が際だっている場合などに、ECT（電気けいれん療法）が行われる。

また、精神療法（認知行動療法、対人関係療法、問題解決型心理療法）は、非精神病性うつ病では抗うつ薬と同程度の有効性があり、特に認知行動療法では予防的効果も期待できる。

（予後）

予後についてであるが、通常、患者自身には「うつ病は治る病気」と説明することも多く、事実、治る（寛解する）患者も多い。しかし、慢性化したり、再発のみられる例も少なくなく、予断を許さない面もある。

通常言われていることとして、うつ病は未治療の場合その状態は6～13ヶ月持続（この間に自殺などで亡くなる場合もある）し、治療によりその病相は平均約4ヶ月に短縮される。また、約20%は2年以上抑うつ状態が持続する。約50%で再発がみられ、この再発率は重症例では80%に達する。再発を繰り返すと寛解期が短くなり次第に重症化するため、予防的治療が必要である。

うつ病患者の2/3は自殺願望をもち、15～30%に自殺企図がみられる。生涯自殺率は10～15%であるが、軽症例での自殺死亡率はずっと低い。これらの点からも、うつ病の早期発見、早期治療はさらに重要と思われる。

4) 神経症性障害

「神経症（ノイローゼ）」は、ドイツ語の「Neurose」の訳語であるが、日常用語としても「ノイローゼ」という言葉は使用されており、この場合はかなり広い意味で（時には精神疾患全般を意味して）用いられていることが多く、医学用語のそれとは区別しなければならない。しかし、医学用語としての「神経症」自体もその概念は必ずしも明確ではなく、一言で定義するのは難しい。

歴史的には、18世紀末にスコットランドのW.カレンにより、神経疾患、および精神病も含めた精神疾患をあわせて「神経症」と呼んだのが始まりとされている。その後、神経疾患や精神病が除かれ、心因性障害を中心とした概念としての「神経症」ができあがり、さらに、S.フロイトの精神分析

学を中心に、神経症の概念、分類、神経症理論などが確立されるに至った。

また、S. フロイトは、「(精神)神経症」という用語を、「現実検討障害をもたない個人に現れた苦痛な症状」という症状の記述的な意味と、「無意識の葛藤が不安を生じさせ、防衛機制(欲求不満状態を解消するために働く心的メカニズム)の誤った使用へと導き、これが症状を形成する」という病因論的意味の二重の意味に用いていた。

以上のような歴史を経て、神経症の今日的な理解は、一般的には、「神経症とは、心理的原因(心因:具体的には心理的ストレス、葛藤、欲求不満など)によって生ずるある程度持続的な心身の機能障害であり、精神病でないもの」とされている。そして、その病状は、単なる不安が中心のものから、様々な心身の機能障害重なり病状が重いものまで、その範囲は広く、発症頻度としても最も多い精神疾患といえる。その病型分類としては、発現する症状による分類が一般的である(例:不安神経症、恐怖症、強迫神経症、心気症、ヒステリー、抑うつ神経症、離人神経症など)。

しかし、近年は、ICD-10(国際疾病分類第10版、WHO)、あるいはDSM-IV(米国精神医学会)などの操作的診断基準に見られるように、疾病分類として「神経症」という病名は使用されなくなっている。これは、これらの診断基準においては、一部を除いて、病因論的(仮説)な意味を持つ病名をなるべく使用せず、現に症状として現れている病状を手がかりとして診断していく手順を重視した疾病分類になっているためである。よって、ICD-10、DSM-IVでは、神経症の用語は用いられず、これらの各病型は、抑うつ神経症を除き、代わりに「神経症性障害」という概念の括りに分類されている。

そこで、本稿では、神経症での病型分類に対応する、ICD-10、あるいはDSM-IVにある病型に沿って話を進めることとする。

(1)恐怖症性不安障害

神経症での恐怖症に相応する障害である。この障害は、通常は大して危険でも脅威でもない対象や状況に対し、不相応な激しい不安感や恐怖感を覚え、その結果としてその対象や状況を回避しようとする状態である。この恐怖症性不安障害(恐怖症)には実に様々なものがある。

「広場恐怖」は、戸外の広々とした場所や雑踏中にいるときに起こる恐怖で、外出できなかつたり、街路や広場を歩けなかつたりする。

「社会恐怖」は、これまで「対人恐怖」ともいわれてきたもので、対人場面において極度の羞恥と困惑により、人から注視されることを恐れる状態で、人前での食事や発言、異性との対面などで、赤面、手や体の震え、吐き気、頻回の尿意などが現れる。これは羞恥の病理現象であることと関連して、恥の文化とされる我が国に多いといわれている。

その他、「動物恐怖(特定の動物)」「疾病恐怖(性病など)」「高所恐怖」「閉所恐怖」「先鋭恐怖(はさみやナイフなど)」「不潔恐怖」「縁起恐怖」など様々なものがある。

一般には、これらの恐怖は、日常生活にさほど支障にない範囲で持っている人も多いが、日常生活に相当の支障をきたすことにより受診へつながる。

治療としては、薬物療法もある程度効果が期待できるが、精神分析的な精神療法、脱感作行動療法が有効とされている。

(2) パニック障害と全般性不安障害

この両者は、神経症では「不安神経症」と呼ばれていたものである。

「パニック障害」は、反復する重症パニック(不安)発作であり、「何時、何処でも」不意に生じて、特定の状況には限定されない。主たる症状は、一定時間持続する強い恐怖、迫りくる死に対する恐怖や不快感で、身体的には、動悸、頻脈、呼吸困難、窒息感、胸部苦悶感、吐き気、めまいなどがある。非現実感、離人感(自分が自分でない感じ)、自己制御を喪失する恐れなども伴う。多くは、持続時間は数分である。発作のないときは、予期不安により、公共の場所に一人でいるとか、一人で外出しようとしなくなる。一般人口の約 0.8%にみられ、女性は男性より多い。治療は、薬物療法の他、認知行動療法、暴露療法などがある。

「全般性不安障害」とは、日常生活における種々の出来事についての過度の不安や心配が6ヶ月以上続いている状態で、通常この不安は自分ではコントロールできない。症状は、これらの不安感の他、落ち着きなさ、不眠、緊張、自律神経症状(頻脈、呼吸数増加、など)がある。一般人口の2~4%にみられる。治療は、薬物療法の他、一般的なカウンセリング(支持、保証)や精神療法が行われるが、特殊なものとして認知行動療法、精神分析的アプローチ、リラクゼーションなどが行われる。

(3) 強迫性障害

神経症では「強迫神経症」に相応するものである。この障害は、「強迫観念(思考)」あるいは「強迫行為」が反復され、本人自身も大変深刻な苦痛を経験する状態である。

「強迫観念」は自分は望んでいないが持続し繰り返される思考やイメージであり、その内容は本人自身も自覚しているが、無意味で不快である。よく見られる強迫観念は、不敬な言葉、死、性、暴力、汚染、数、疑いに関する思考である。

「強迫行為」は、繰り返す、外見上意味のない行動であり、本人は不本意ながらその行動をとっている。常に同じ方法で規則的に行われ、不快で恐ろしい事柄を回避するためと思っていることが多い。よく見られる強迫行為は、手を洗う、清掃する、数を数える、確認する、物に接触する、整理整頓するなどがある。

大多数の強迫性障害の患者は、強迫観念と強迫行為の両者の要素をもつ。強迫観念や強迫行為に対して抵抗を試みると、強迫行為がなされるまで、通常不安が増強される。強迫行為に相当の時間を費やせば、相応に日常生活に支障をきたすことになる。なお、この強迫症状は他の精神疾患にも合併する場合もあり、また、人格傾向としてその性格を有するものもある。また、一般人口中に、軽度の強迫観念や強迫行動はよく見られる。

治療は、伝統的には、(認知)行動療法が中心であったが、近年は薬物療法が重要になっている。

(4) 解離性障害(DSM-IV)

解離性障害とは、意識の統合が崩れ、通常とは違う変容した(性質が変わった)意識状態が生じたり、記憶の障害を生じたりする状態をいう。旧来の神経症概念に照らし合わせると、神経症の病型である「ヒステリー」の解離型(解離症状)に相応するものである。

そこで、「ヒステリー」について述べると、「ヒステリー」とは、受け入れ難い心理的葛藤、ストレスを持ち合わせたとき、その代償として、身体的には、知覚・運動系の麻痺(しびれなどの知覚障害、失声、失立・失歩など)や亢進に置き換えたり(転換症状、転換ヒステリー)、精神的には、夢遊状態や憑依状態、健忘状態、二重人格状態を生じさせたりする(解離症状、解離ヒステリー)神経症の病態をいう。そして、現在は、この解離症状を「解離性障害」、転換症状を「転換性障害」と呼んでいる。なお、ICD-10 では両者をあわせて「解離性(転換性)障害」として扱っている。

話を「解離性障害」に戻すと、DSM-IV では、これを「解離性健忘」「解離性トン走」「解離性同一性障害」「離人性障害」に分類している。「解離性健忘」とは、忘れたくない嫌な体験(外傷的体験)や大きなストレスを受けた後、重要な個人的記憶が喪失した状態をいう。「解離性トン走」とは、心理的な原因により、突然現在の家や仕事を離れ放浪にでることであり、その際、自分の生活史に関する記憶(名前、家族、仕事など)を失っている状態である。通常、持続期間は数週間以内であるが、時に長期に及び新たな生活(名前なども)を獲得している場合もある。「解離性同一性障害」は、いわゆる「多重人格」のことであり、二つ以上の人格を持ち、それらの人格が時々交代する。

「離人性障害」は、神経症の病型としては「離人神経症」に相当するものである。この障害は、自分自身や自分の身体に関する自己所属感が失われる体験である。つまり、「自分が自分でないような感じがする」「自分自身に対して、あたかも自分が外部の傍観者のような感じがする」「ものを食べても味覚がなく自分自身が食べている感じがしない」など疎外感、非現実感が表れてくる状態である。このような離人症状は、統合失調症の初期や器質性疾患の場合も出現するが、ここで述べている「離人性障害」はこれらの精神病とも区別されるような状態を指している。

解離性障害の治療については、それぞれの病態の特性に応じ、精神療法、薬物療法等を行う。なお、「解離性健忘」「解離性トン走」は、一般には自然に回復する。

(5) 転換性障害(DSM-IV)

この障害は、前述したように、「ヒステリー」の転換症状に相当する。心理的ストレスや心理的葛藤を背景に、神経学的な疾患あるいは身体的な疾患では説明できない神経症状(例えば、麻痺、知覚障害、けいれんなど)を示す障害として定義されている。例としては、他から批判された人の声が出なくなる(失声)とか、成長することに不安を感じている子供が歩けなくなる(失歩)等がある。一見、状況に応じわざとらしく症状を出しているように見えたり、疾病利得のように感じられる場合もあるが、詐病のような演技的なものでないことに注意が必要である。

治療では、支持的で洞察志向の精神療法や薬物療法が行われる。

(6) 心気障害、あるいは心気症

神経症概念では、心気神経症(心気症)に相応するものであり、ICD-10 および DSM-IV の両者とも、身体表現性障害の一病型として扱っている。

この障害は、心身の些細な違和変調に著しくとらわれ、医学的診察(検査)により否定され、医師の保証を受けてもなお必要以上にその違和変調に固執し、重大な病気ではと恐れ、悩み、それを執拗に訴える状態である。これらの人々は、繰り返し色々な病院・医院を遍歴し、受診を繰り返す場合が多い。顕著な抑うつと不安がしばしば併存し、また中には、妄想的な頑固さを持ち、妄想性障害と診断するような例もしばしばみられる。さらに、本当に身体的疾病をもっている者が、普通以上に心氣的になり、二次的に心気障害(心気症)に陥ることもある。

治療は、精神療法と薬物療法となるが、まずは、患者の苦境を共感的に理解し、安易に心気障害(心気症)の診断をつけず、身体精査をも十分行うことも必要である。また、この障害の患者は、他者との関係を結ぶために、身体的愁訴をもって自らを病気であると主張する面があり、心理的アプローチ(精神療法など)を行う場合は、できるだけ自分の感情を言語化してもらい工夫が必要である。

5) アルコール依存症

「アルコール依存症」と「アルコール中毒」といった単語があるが、この両者の言葉は異なって使われる。中毒とは、具体的に身体に有害な影響を及ぼす物質(この場合は、アルコール)を摂取することにより、正常な機能が阻害された状態であり、依存症は、快楽を得るためにやめようと思ってやめられないという状態であり、必ずしも体内にアルコールが入っていると言うわけではない。このため、依存症は、薬物・アルコール・タバコなどの物質を摂取する「物質嗜癖」だけではなく、ギャンブル・買い物・仕事などの行為に対する「プロセス嗜癖」なども見られ、近年、ギャンブル依存症(病的ギャンブリング)なども問題とされてきている。

(歴史)

20年ほど前の精神医療の状況は、アルコール中毒の人の強制入院が多く行われていた。酩酊状態(酒に酔った状態)で暴れているあるいは仕事もせずに自宅に引きこもっているなど社会的に問題が生じた状態において、家族や、時として警察などが強引に精神科医療機関に連れて行き、強制入院が行われていた(「ルポ・精神病棟」大熊一夫)。入院目的も、自宅に帰るとまたお酒を飲んで家族に迷惑をかけるので、長期的に入院を継続し続けると言う社会的な入院も見られていた。

しかし、このような強制入院に関しては、人権上にも多くの問題が指摘され、近年、酩酊状態だけを理由に強制入院が行われると言うことは少なくなり、入院治療は主に、自主的な断酒を目的とした自発的入院(任意入院)や、離脱症状や幻覚妄想などの病的体験の治療を目的とした入院などが行われている。

(疾患概念)

これらのこともあり、近年は、アルコール依存症という言葉が用いられている。アルコール依存症とは、アルコールによって病的な変化が心身に起こり、そのためにアルコールを過剰に飲み、自分自身でもコントロールができなくなってしまうものである。依存には、自分の意思でコントロールできなくなっている「精神依存」や、実際に中断すると身体に異常(離脱症状など)を生じる「身体依存」などが見られる。

アルコール依存症は病気であり、そのため、身体的、精神的、家族的、社会的問題が生じてきているものである。アルコール依存症は、意志が弱いとか道德感が低いからとか、家庭環境が悪いとか社会的問題で生じるのではなく、病気であり、だからこそ治療が必要とされている。そして、アルコール依存症の治療法は、断酒以外に無いとされている。近年、問題とする飲酒運転常習者の多くは、アルコール依存症であるとの報告も多く、飲酒運転の撲滅には、これらアルコール依存症への治療が今後重要な課題である。

(治療)

医療機関においては、主に精神療法と薬物療法が行われる。薬物治療は、離脱症状に対する治療、精神症状(幻覚や妄想、抑うつ状態、不安、不眠など)の治療、肝機能障害などの身体的治療が行われている。また、抗酒剤の服用も行われている。抗酒剤は、体内でアルコールの分解を阻害する働きを持っており、服用すると飲酒時に血中のアセトアルデヒド濃度が高まるため、不快感で多量の飲酒が出来なくなるものがある。シアナミドとジスルフィラム(商品名、「ノックビン」)の2種類が日本では認可されているが、これらは依存性そのものを抑える薬ではないため、医師の指導により、本人への説明を行った上で服用することとなる。

アルコール依存症にとって重要なことは、断酒であり、節酒は不可能であると言うことにある。アルコール依存症は、回復はあっても完全に治ることはなく、病気と上手につき合っていくことが重要である。一度、依存症になれば、二度と自分で飲酒をコントロールすることは難しく、少しでも飲んでしまえばもとの状態に逆戻りしてしまう。

しかし、アルコールを断つことはなかなか困難であり、断酒をサポートするための自助グループ(断酒会、AAなど)がある。断酒会は、依存症者とその家族によって作られた日本独自の全国的な組織であり、断酒を続けることを互いに支援し合い、近年では、酒害をはじめ、アルコール依存に対する正しい理解・知識を広く啓蒙する活動も行っている。また、アメリカ合衆国で始まったAA(アルコホーリクス・アノニマス)も、全国的な活動を広げており、断酒会と異なり、ミーティングの中では常に匿名で参加する。

6)薬物依存症

薬物依存は、その薬物の作用によって得られる快楽を求めて、あるいはそれを中断することによる不快感を逃れるために、有害であると分かっているながら、あるいは社会的に問題があると感じながらも、その薬物の中止をすることができなくなった状態である。別の言い方をすれば、「薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、渴望を自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう状態」(ご家族の薬物問題でお困りの方へ 厚生労働省)と言える。

アルコール依存症と同様に、薬物依存においても、快楽を得るため、あるいは不快感を避けるために中断できなくなった精神依存と、使用を中止すると幻覚、意識障害などの離脱症状(身体的な不調などが出現するようになった身体依存がある。

我が国の薬物依存は、覚醒剤・有機溶剤だけではなく、違法ドラッグ問題や鎮痛剤、睡眠誘導剤の使用など多様化、複雑化、かつ低年齢化してきており、また、インターネットを通しての情報過多やネットを通じての商品売買など、精神保健福祉以外の分野にも多くの問題を抱えている。

薬物依存の背景には、さまざまな生きづらさがあることも少なくなく、その生きづらさを和らげるために薬物に頼ってしまう場合がある。薬物依存症からの回復は薬物を止め続けることによるのみ可能で、治療、リハビリテーション、自助グループなどが重要である。なお、薬物依存症に関しては、ダルクが薬物依存症者の回復施設として全国に開設されており、自助グループNA(ナルコティクス・アノニマス)と連動して活動、運営されている。

7) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder、以下PTSD)は、強烈なトラウマ体験(心的外傷)が原因となって心身に支障を来し、社会生活にも影響を及ぼすものである。アメリカでベトナム戦争後の帰還兵の問題行動が社会問題となったが、日本では阪神淡路大震災や松本サリン事件以降、マスメディアに取り上げられるようになった。

心的外傷によって生じるものはPTSDだけではなく、抑うつ状態やアルコール依存などさまざまなものがあり、また、PTSDの診断基準の中では障害の持続期間は1か月以上とされており、それよりも短い場合は、急性ストレス障害(ASD)と診断される。しかし、マスメディアなどでは、これらを含めた全てを時にPTSDとして報道されていることも少なくなく、医療現場の診断の現状とは異なっている場合も少なくない。

(心的外傷体験)

PTSDは、「実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した」ことを理由にしており、虐待など、長期、慢性に外傷的体験を受けて来ることによって出てくるものとは区別される。この場合、PTSDと区別して、「複雑性PTSD」という診断名が多くの臨床家や研究者から提唱されているが、現実にはマスメディアなどでは、これらは混乱した状態で使われている。

(症状)

PTSDの症状や診断については、DSM-IVなどに記載されているが、その症状には、再体験・想起(原因となったトラウマ体験が、無意識にはっきりと思い出されたり、悪夢をみたりする現象)、回避(トラウマに関係する状況や場面を、意識的あるいは無意識的に避け続けたり、感情や感覚などが麻痺したりする症状)、過覚醒(神経が異常に高ぶり不眠やイライラを生じやすい状態にある)などが見られる。

(適応障害とは)

心的外傷と関連した言葉で、近年、「適応障害」という言葉がよく使われている。重度なある

いは持続的なストレスに対する不適応反応であり、その誘因は比較的明確であり、抑うつ気分、不安、心配、無能感、日課の遂行におけるある程度の障害などが含まれるとされている。(ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル;医学書院より)

しかし、現実にはこの名称は、本来の診断基準よりはば広く一般に使われる傾向にあり、それ程明確な誘因がなく、あるいは誘因がすでに解決しているにもかかわらず、社会に十分な適応ができないという状況のみでこの診断が使われている事もあり、必ずしも、本来の医学的診断に基づいた使われ方が行なわれていないと思われる。

8) 広汎性発達障害

発達障害を考えるにあたっては、「病気」と「障害」の違いを知っておく必要がある。「障害」には、生まれ持ったの先天的な障害と、後天的な障害があり、このうち、後天的な障害は、もともと病気や障害を持たない人が、病気やけがなどにより治療を受けたが必ずしも完全な回復に至らず何らかの後遺症が残った場合であり、この後遺症が障害である。

統合失調症などの内因性疾患は、20歳前後に発症する病気であり、これにより、思考力の低下や意欲・自発性の低下などの「後天的な」障害を残すとされている。

これに対して、発達障害は、先天的な障害であり、生まれ持ったのものである。しかしながら、外見的には、その障害が十分に把握されないために、主に、その障害による何らかの不適応症状が見られたときに、初めて診断がつけられるということも少なくなく、時には、成人以降になって初めて診断がなされたということも少なくない。

これまで、発達障害に関しては、社会の十分な理解が得られなかったが、平成17年4月に、ようやく発達障害者およびその家族への支援について、国、地方自治体、発達障害者支援センター、国民の責務を定めた「発達障害者支援法」が施行された。

発達障害は、支援法の中では、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害(自閉症スペクトラム)、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものと定義されている。また、広汎性発達障害のうち、知的障害の無い、もしくは軽いものは高機能広汎性発達障害と呼んでいる。この中でも、近年、精神科領域で課題とされているのが、アスペルガー症候群であり、アスペルガー症候群は、自閉症の3つの診断基準(社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害)のうち、「コミュニケーションの障害」の中の言葉の遅れなどをあまり認めないのが特徴である。

ここ数年、アスペルガー症候群への関心は高く、的確な診断がなされるようになってきているものの、まだまだ十分な理解や対応がなされていると言えず、特に成人のアスペルガー症候群に対する支援などは今後の課題と考えられる。また、発達障害の診断は、必ずしも、当初から診断が適切になされるとは限らず、その症状から、学習障害や注意欠陥多動性障害と言う診断がついていたものの、年齢が経過するに連れ、アスペルガー症候群の症状が認められるようになり、アスペルガー症候群の診断が新たにつくことも少なくない。また、アスペルガー症候群の診断に関しては、本人だけではなく、家族や周囲からの情報、生育歴の中での所見が参考とされる。

アスペルガー症候群の人には、さまざまな特徴が見られる。相手の気持ちを理解したり、楽しみや悲しみなどの感情を共有することが苦手であるが、決して周囲のことを気にしていないのではなく、むしろ、周囲の言動に過敏に反応する人も多い。また、抽象的な言葉や言葉以外の雰囲気を読み取ることが十分にできないために、他の人とのコミュニケーションができていくという問題もある。本人の症状が十分に理解されていないことにより、周囲に誤解をまねき、本人が孤立するということも出てくる。想像力や応用力に乏しい一方で、興味・関心の集中が強く、時に場にそぐわない話題を一方向的に話すと言う場合もある。中には、とても優れた記憶力を持っているため、学校での成績は優秀な人も少なくないが、逆に、不快な体験も強く記憶にとどめるため、一度強い嫌悪体験が起きると、よく似た環境を避けたり、何かのきっかけで過去の不快な出来事が思い出されパニックを生じることがある。

また、知覚過敏もよく見られる症状である。聴覚過敏の人にとっては、ざわつきや人の話し声が時に強い不快・嫌悪を与えることになる。アスペルガー症候群では、この他にもさまざまな症状が見られるが、個々人によって特徴が異なるので、その人にとって何が不快なのか、どのようなことに対して理解ができないのかを十分に周囲が理解しておく必要がある。

また、その時点での対応の問題だけではなく、二次障害を防ぐことも重要な課題であり、アスペルガー症候群の特徴が十分に理解されないがために、本人のわがままである、やる気がない、ふざけているなどの誤解が生じ、結果的にいじめや不登校などにつながることも少なくない。

なお、アスペルガー症候群の診断が的確に行なわれるようになってきたのは、ここ数年の事であり、まだまだ適切に診断が受けられていないこともあり、これまでに、統合失調症や躁うつ病、人格障害と診断された人の中にも、アスペルガー症候群の診断が改めてなされる人も少なくない。薬物治療に関しては、発達障害そのものを治療するのではなく、随伴してみられる多動や過度のこだわり、興奮しやすい・パニックになりやすいなどの症状に対して行なわれる。

9) 人格障害

「人格障害」という言葉に対する一般的理解は様々で、仮にマスメディアで、「人格障害」の診断名が報道されても、多くの人には、「性格の変わった人」という感じの理解かも知れない。保健福祉の関係者でも、「人格障害」と言うと、「性格的に変な人」という感じであったり、「統合失調症や躁うつ病のような精神疾患ではないが、社会的に問題な人、薬では治らない人、治療の難しい人(決して、正解ではない)」というような認識をしている程度であり、必ずしも「人格障害」という診断が適切には使われていないのが現状である。

医学的な診断としてなされる、「人格障害」の説明としては、アメリカ精神医学会によって作られたDSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 精神科診断統計マニュアル)による診断基準などがよく用いられる(参考1)。

つまり、その人の思考や行動パターンが、その社会から期待されるものと大きく逸脱しているために、本人や家族、あるいは周囲が持続的な苦痛を持っているという状態である。統合失調症や躁うつ病などの精神疾患が無いことが前提とされて、これらの症状は、青年期やそれ以前

までに認められ、成人期の多くに持続し、中年以降は、あまり目立たなくなることが多いと言われている。一方で、経過の中で、当初は人格障害と診断されていたものが、周期的な症状の変化などから気分障害(躁うつ病)ではないかと診断名が変更されたり、近年では、発達障害との診断の兼ね合いも問題とされている。

「人格障害」は、その症状などから、クラスター A(妄想性人格障害、統合失調質人格障害、統合失調型人格障害)、クラスター B(反社会性人格障害、境界性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害)、クラスター C(回避性人格障害、依存性人格障害、強迫性人格障害)に分類されている。

このうち、境界性人格障害に対して、狭義での「人格障害」という言葉が使用されることもあり、時に「境界例」、「ボーダーライン」と呼ばれる。ただし、教育関係者や知的障害者領域で仕事をしている人の中では、「境界」「ボーダーライン」という言葉は、知能検査で知能指数が、正常域と知的障害域の境界あたりにあるという意味合いで使用されることもあり、同じ言語であっても個々によって対応しているものが異なる場合があるので注意を要する。

境界型人格障害は、他人や自分がとても不安定であり、安定や冷静、一方で他者への攻撃、自己破壊的な感情や行動が時間や状況に応じて、短時間、短期間で繰り返され、他人を思うままに操作しようとする一方で、時に自殺未遂を繰り返すなどのさまざまな行動化が認められる。

「人格障害」に対する治療は、薬物療法や精神療法などが中心に行なわれるが、薬物療法は根本的な治療ではなく、合併してみられる不安・緊張、興奮、易刺激などの精神症状に対する対症療法として補助的に行なわれる。効果は、それぞれによって異なる。現実には、人格障害に対しての精神療法などを専門的に行っている機関は少なく、精神医療機関の大半は、これら対症療法としての薬物治療などを行なっているのが現状である。なお、人格障害の責任能力については、幻覚妄想状態などの精神病症状を伴う時を除き、完全責任能力とするのが原則といえる。

(参考1)

人格障害の全般的診断基準

「DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き(医学書院)」より

A その人の属する文化から期待されるものよりも著しく偏った、内的体験および行動の持続的様式、この様式は以下の領域の2つ(またはそれ以上)の領域に現れる。

- (1) 認知(つまり、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方)。
- (2) 感情(つまり、情緒反応の範囲、強さ、不安定性、および適切さ)。
- (3) 対人関係機能
- (4) 衝動の制御

B その持続的様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲にひろがっている。

C その持続的様式は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域

における機能の障害を引き起こしている。

D. その様式は安定し、長時間続いており、その始まりは少なくとも青年期または小児期早期にまでさかのぼることができる。

E. その持続的様式は、他の精神疾患の現れ、またはその結果ではうまく説明されない。

F. その持続的様式は、物質(例:濫用薬物、投薬)または一般身体疾患(例:頭部外傷)の直接的な生理学的作用によるものではない。

第Ⅲ部 精神科医療と精神障害者福祉の現状と課題

1 精神科医療

1)精神科医療の概要

精神科医療は一般の医療と同様に医師法や医療法に基づいて行われているが、加えて、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、障害者自立支援法によっても規定されている。これらの基本的な枠組みと精神科医療の概要について通院医療、入院医療、治療内容に分けて述べることとする。

(1)精神保健福祉法

精神障害者の医療および保護、社会復帰の促進、国民の精神的健康の保持及び増進などを目的とした法律である。昭和25年に精神衛生法として制定され、幾たびかの改正を経て、昭和62年に精神保健法、平成7年に精神保健福祉法となり今日に至る。直近の改正は平成18年10月施行にされた。

精神保健福祉センター、精神医療審査会、精神保健指定医、保護者、入院形態(任意入院、医療保護入院、措置入院等)、処遇(行動制限、隔離、身体的拘束)、精神障害者保健福祉手帳、精神障害者社会適応訓練事業等について規定している。

(2)心神喪失者等医療観察法

いわゆる池田小事件を受けて、平成15年7月に成立し、平成17年7月に施行された。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、医療、観察、指導を行うことにより病状の改善、同様の行為の再発防止をはかり社会復帰を促進することを目的とした法律である。

検察官の申立てにより、地方裁判所で審判を行い、指定入院医療機関での入院処遇、指定通院医療機関での通院処遇、不処遇などが決定される。通院処遇においては、保護観察所の社会復帰調整官により精神保健観察が実施される。本法の規定は入院によらない医療を受けているものについては、精神保健福祉法により入院が行われることを妨げないとされている。

例を挙げると、指定入院医療機関を退院すれば、通常は指定通院医療機関における通院処遇となるが、実際には精神保健福祉法による医療保護入院となっている場合があることなどである。

本法の成立の際には、日本精神神経学会、日本弁護士連合会、当事者団体等を中心に反対運動が繰り広げられた経緯がある。反対の論点はいくつかあるが、1)精神障害者に対する差別を助長し、社会参加を阻害することになりかねない、2)現在の精神科医療、精神障害者福祉を抜本的に改善することこそが最重要課題である、3)精神障害者の再犯を予測することは不可能である、4)そもそも精神障害者の犯罪率は低く、再犯率も高くない、などが主な論点であった。その結果、法案の修正が行われ、法の目的を社会復帰の促進に置き、「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」とされた。

(3)障害者自立支援法

障害者が自立した日常生活及び社会生活を営むことができるように給付や支援を行うこと等を目的とした法律である。平成17年10月に成立し、平成18年4月及び10月に施行された。自立支援医療(精神通院医療)や障害福祉サービスについて規定されている。

従来精神保健福祉法により行われていた、通院医療費公費負担と社会復帰施設等の規定は自立支援法として、再構築された。10%の定率負担、施設収入が日払いとなったことなどの問題点が指摘された。このためもあり、平成18年12月には、1200億円の障害者自立支援法円滑施行特別対策が出され、平成20年度まで1)利用者負担の更なる軽減措置、2)事業者に対する激変緩和措置、3)新法への移行等のための緊急的な経過措置がなされることとなった。また、平成19年12月7日、与党障害者自立支援法プロジェクトチームにより「障害者自立支援法の抜本的見直し(報告書)」がだされ、利用者負担の在り方、事業者の経営基盤の強化等が検討されることとなった。

(4)精神疾患推計患者数

平成17年の患者調査による精神疾患の推計患者数は、通院が267.5万人、入院が35.3万人で、計302.8万人である。国民の約40人に一人が現在精神疾患で医療を受けていることになる。これを平成11年の患者調査と比べると、通院170.0万人、入院34.1万人、計204.1万人となっていて、とりわけ通院患者が急増していることがわかる。疾患別では、統合失調症75.7万人、気分障害(うつ病など)92.4万人、神経症性障害58.5万人であり、気分障害が最も多くなっている。

2)通院医療

(1)外来通院

精神科における通院医療は、診療所、精神科病院、総合病院の精神科、大学病院などで行われているが、近年はとりわけ都市部において診療所が急増している。

通院医療では、問診による診察が行われ、治療は対話による精神療法、向精神薬による薬物療法が中心で、必要に応じて血液検査、脳波検査、頭部CT、MRI、心理テストなどが実施される。

医療機関によっては、精神保健福祉士による相談や臨床心理士等による面接を行っているところもある。また、児童青年期外来、アルコール外来など専門外来を設けているところもある。通院間隔は、初期は週に1-2回ということもあるが、安定すれば2週-4週に1回となるのが一般的である。

(2)精神科デイ・ケア等

精神科リハビリテーションの一環として、精神科ショートケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアなどが行われている。デイ・ケア等は精神科通院医療の一形態であり、統合失調症等の利用者に対し一定時間、医師の指示のもとに一定のチーム(作業療法士、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等)によって行われ、その内容は、創作活動、スポーツ、料理、レクリエーション、ミーティング、心理教育などであり、通常の外來診療に併用して計画的かつ定例的に行うとされている。一定時間とは、ショートケアは概ね昼間4時間、デイ・ケアは概ね昼間6時間、ナイト・ケアは夕方概ね4時間、デイ・ナイト・ケア概ね10時間とされ、週に4-6日実施しているところが多い。

デイ・ケア等はすべての精神科医療機関で実施されているわけではなく、一定の施設と職員の配置が備えられたところで実施されている。デイ・ケア等には10代後半から60代まで幅広い年齢層が利用していて、生活機能の維持に重点を置いている場合や就労支援に重点を置いている場

合などがあり、その目的に応じたところを利用することが望ましいとされている。

デイ・ケアの利用者は一般的には、統合失調症や気分障害が中心であるが、近年では、アルコール依存症デイ・ケア、思春期デイ・ケアなど、特化したデイ・ケアも存在する。

3)入院医療

精神科医療というと長期の入院治療がイメージされるかもしれないが、現在では、外来治療が中心で、入院となる場合であっても、3ヶ月以内が標準的である。最近では、入院患者の約6割が3ヶ月以内に退院し、短期間で外来治療に移行している。

精神科入院においても一般の診療科と同様に、本人の同意に基づいた入院が基本となるが、この場合も精神保健福祉法に基づく手続きを経て入院となる点が一般科との違いである。また、病状等によっては、本人の同意に基づかない入院として、医療保護入院、措置入院等がある。この場合も、それぞれに応じて適正な手続きが求められるが、このような精神保健福祉法による手続きが求められるようになったのは、「人権に配慮した適正な医療」を確保するためである。

精神科においては入院治療においても、精神療法と薬物療法が中心であることは外来治療と同様であるが、外来とは異なり、対人関係や1日の行動を直接把握することや頻回の診察が可能となることで、治療効果を高めることができる。また、必要に応じ行動制限(外出制限や隔離等)により、刺激を避けることで、病状の安定をはかりや問題行動を予防し病状の改善を図ることもある。

(1)任意入院

精神科では、本人の同意に基づく入院を「任意入院」と言い、そのための手続きが必要になる。先に述べたように、精神科においても「任意入院」が基本であり、医師は「本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」と定められている。現在は全精神科入院者の概ね2/3が任意入院であるが、内科や外科などとの入院との違いは、本人の同意があることの確認のために「任意入院同意書」に自ら署名する必要があることである。したがって、この同意書のないままの任意入院はありえないこととなる。また、「任意入院」の場合、本人から退院の求めがあった場合には、退院させなければならないが、「精神保健指定医」が病状から入院継続が必要と認めるときは、72時間に限り退院制限ができる点も一般科の入院と異なるところである。72時間経過後は、退院となるが、さらに入院継続が必要であれば、次に述べる一定の条件の下に「医療保護入院」として強制的に入院を継続する場合もある。

(2)医療保護入院

本人の意志ではなく、「保護者」の同意に基づく入院を「医療保護入院」と言い、強制的な入院であり、一定の条件が定められている。まず、「精神保健指定医」が精神障害のために入院が必要と判断したうえで、「入院の必要性について本人が適切に判断することができない状態」と判定する必要がある。全精神科入院者の概ね1/3が「医療保護入院」で、具体的には、幻覚妄想状態などの精神病状態や認知症で判断力が低下した場合などが想定されている。その上で、「保護者」の同意がある場合に限り「医療保護入院」が可能となる。

ここで言う「保護者」は精神保健福祉法における「保護者」であり、後見人又は保佐人、配偶者、

親権を行う者、及び扶養義務者が「保護者」となると定められている。一般に「保護者」は一人であるが、未成年の場合は親権者すなわち両親の同意が必要である。したがって、どちらかが入院に反対した場合は「医療保護入院」は困難である。とりわけ、精神症状の背景に虐待等がある場合には「虐待の疑いのある親の同意が必要」となり、矛盾を感じることもあるが、法による手続きとして両親の同意が必要とされている。「保護者」の同意は、「人権に配慮した適正な医療」の実施のために必要な手続きであり、違反した場合は、「不法監禁罪」の適用があり得るとされている。

また、「精神保健指定医」は五年以上の臨床経験があり、三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する者で、一定の知識及び技能を有すると認められる者を厚生労働大臣が指定する。精神保健指定医には多くの職務が規定されていて、五年ごとに研修を受講し、更新することとなっている。

(3)措置入院、緊急措置入院

稀な場合として「措置入院」がある。この入院は、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」がある場合で、「精神保健指定医」2名の判断が一致した場合に限られる。通常は、精神障害による自傷他害行為のために警察官に保護され、警察から保健所に連絡(精神保健福祉法第24条通報)があり、保健所による事前調査の結果指定医の診察が必要と判断され、その後2名の指定医による診察の結果「要措置入院」と判断された場合である。診察時には「保護者」に保健所等から連絡があり、診察に立ち会うこともできる。「措置入院」は、都道府県知事、指定都市市長の命令による入院で、「保護者」の同意がなくても入院となり得る点でも「医療保護入院」と異なる。「措置入院」は、全精神科入院者の1%未満にすぎず、措置入院は国立都道府県立病院または民間の指定病院でなければ受け入れることができない。

緊急措置入院は、夜間等のために措置入院の手続きが実施できない場合に、72時間に限り入院できるとするもので、一人の指定医の判断に基づいて行うものである。一般には、夜間休日等の精神科救急医療に限って実施されている。

措置入院者が入院継続をしなくても自傷他害のおそれがないと認められた場合は退院させなければならない。医療費は各種公的医療保険制度を適用し、自己負担分を原則として公費で負担する。ただし、所得税額が年額150万円を超える場合は2万円の費用徴収がなされることとなっている。措置入院には、警察官の通報(法24条)以外に、一般人の通報(法23条)、検察官の通報(法25条の1)保護観察所の長の通報(法25条の2)等による場合がある。

(4)応急入院

応急入院は緊急な医療の必要性を認めるものの、疎通が取れないために保護者が確認できない、緊急時、夜間等のために保護者と連絡が取れない場合に、保護者の同意がなくても72時間に限り入院できるとするもので、任意入院が困難な場合である。これも救急医療場面で行われることが多い。

(5)精神科救急医療

入院中心から地域生活中心へと大きく変化する中で、地域で生活する精神障害者にとって、安

心して地域で暮らしていくために、精神科救急医療の役割は一層重要なものとなっている。

精神科救急医療は一般の救急医療とは全く異なった体系で運営され、都道府県ごとに独自の体制で行われている。これには、「本人が拒否している場合救急車では搬送できない」「このため搬送が困難な場合がある」「一般の救急病院には精神科病床がない」「精神科での入院には、医療保護入院、措置入院など精神保健福祉法に基づく入院形態をとらなければならない」「このため24時間入院受け入れのできる精神科病院がきわめて少ない」など様々な背景がある。

厚生労働省は、平成7年度に精神科救急医療システム整備事業を予算化し、平成18年度では47都道府県に整備された。また、平成17年には精神科救急医療センターの整備を開始し、平成19年10月現在で、9カ所に整備されている。

現在の精神科救急医療システムは、自治体によって異なるものの、どちらかというといわゆるハード救急(措置入院、医療保護入院レベル)が中心であり、ソフト救急(任意入院、外来治療レベル)の充実が今後の課題である。

(6) 移送制度

精神疾患を有し、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説明の努力を尽くしても本人が病院へ行くことを同意しないような場合に限り、知事が保護者の同意の下に精神保健指定医の診察を受けさせ、診察の結果、要医療保護入院と判断された精神障害者を応急入院指定病院まで移送する制度である。

本制度の立案過程では救急医療との関連も検討されたが、現在では、「家族等が説得の努力を尽くしても本人の理解が得られない場合に限り緊急避難的に行うもの」とされている。人権上の配慮等実施に当たっては慎重な運用が求められている。

4) 精神科治療

主なものとして、精神療法と薬物療法がある。

(1) 精神療法

一般に行われているのは支持的な精神療法で、その内容は不安感、恐怖感等の受容、症状への対処、対人関係や日常生活についての助言などである。また、リハビリテーションや社会参加に向けた支援も行われる。

(2) 薬物療法

ほとんどの場合、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬等による薬物療法が実施されている。抗精神病薬はパーキンソン症候群様の副作用が見られることがあり、副作用予防のため、抗パーキンソン薬が処方されることもある。

近年では、比較的副作用の少ない薬が開発され、抗精神病薬では非定型抗精神病薬といわれるもの、抗うつ薬では選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)などがよく使われるようになっている。

5) 精神科病院における処遇

(1)行動制限

入院中に、その医療または保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる。具体的には、外出制限、電話や面会の制限などである。ただし、信書の発受の制限、行政機関の職員や患者の代理人である弁護士との面会制限はできない。

(2)隔離, 身体的拘束

隔離とは保護室と呼ばれる外から施錠のできる個室に一人だけ入室させることを言う。自殺企図や自傷行為が切迫している場合、他の患者に対する暴力行為や器物破損行為が認められる場合、興奮、不穏、他動、爆発性などが著しい場合等に、医療及び保護のために行われる。身体的拘束はベッドに綿入り帯等を使用して、一時的に身体を拘束し運動を抑制するもので、自殺企図や自傷行為が著しく切迫している場合、多動または不穏が顕著である場合などに行われる。12 時間を越える隔離及びすべての身体的拘束は、精神保健指定医でなければできず、隔離は少なくとも毎日 1 回、身体的拘束は頻回に医師の診察を行うとされている。

(3)精神医療審査会

精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を確保する観点から、昭和 62 年の改正により新たに設けられたもの。1 合議体は医療委員、法律委員、学識経験者を含む 5 人の委員で構成され、医療保護入院届、措置入院・医療保護入院の定期病状報告書の審査、入院中の者等からの退院請求または処遇改善請求について審査を行うこととなっている。審査会と国連人権 B 規約との関係に関し、独立した第三者機関に該当するかどうかの問題となるが、独立した審査が担保されていることから、独立した第三者機関(改訂第二版精神保健福祉法詳解)とされている。平成 13 年度までは、都道府県、指定都市本庁において精神医療審査会事務が行われていたが、より独立性・専門性を高めるために精神保健福祉センターに移管された。しかし、自治体とは完全に独立した第三者機関とするべきであるという意見も根強い。

6)心神喪失者等医療観察法

本法成立の背景については、先に述べた。ここではその概要について述べる。

(1)審判の開始

本制度の対象者は、殺人・強盗・放火・強姦・強制わいせつ・傷害致死・傷害などの重大な他害行為を行い、心身喪失または心神耗弱が認められて、不起訴処分となるか、無罪または執行猶予等が確定した人である。対象者について、検察官が地方裁判所に申立てを行うことにより審判が開始される。

(2)審判

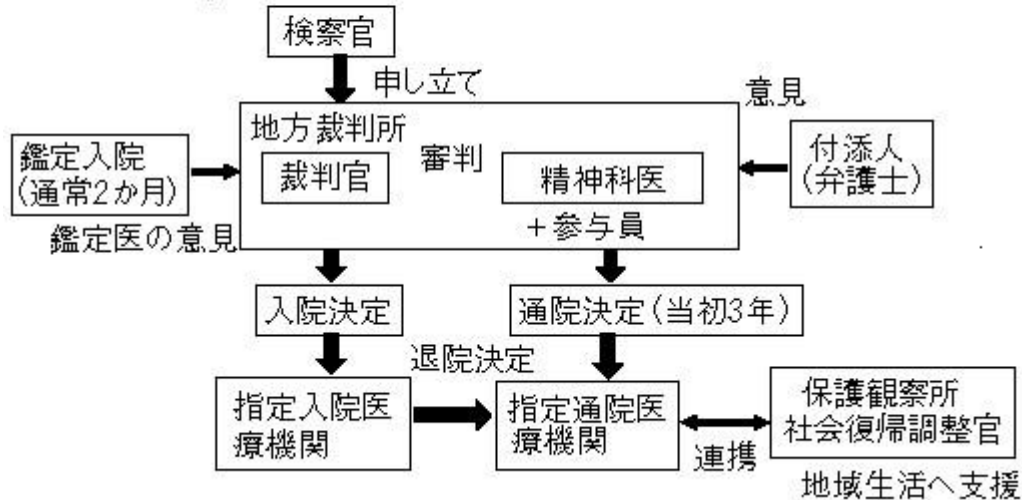
地方裁判所では、裁判官と精神保健審判員(精神科医)各 1 名からなる合議体により審判が行われ、必要に応じ精神保健参与員(精神保健福祉士等)の意見も聴いた上で、本制度による処遇が決定される。検察官からの申立てがなされると、原則として鑑定入院命令が裁判官から発せられ、精神科病院に入院し鑑定医による鑑定が行われる。鑑定期間は原則 2 ヶ月で、この間には通常一般的な精神科医療が行われる。また、保護観察所により生活環境の調査が行われる。

心神喪失者医療観察法の手続き

【対象行為】 殺人、強盗、放火、強制わいせつ、強姦（以上の未遂も）、傷害

【対象ケース】①心神喪失で無罪、心神耗弱で執行猶予が確定

②心神喪失・耗弱で不起訴



(3) 付添人

本人及び保護者は弁護士を付添い人に選任することができると定められている。申立てがあった場合、最初の審判とその抗告審の場合には、付添人がいなければ必ず付添人を付さなければならないとされている。しかし、退院許可申立や処遇終了申立などの審判の場合には、付添人がない場合であっても、裁判所がその精神障害の状態その他の事情を考慮し、必要があると認めた場合に限って職権で付することができるかとされている。

(4) 審判の結果

入院決定、通院決定、不処遇、却下などの決定がなされる。

(5) 指定入院医療機関における医療

入院決定を受けた人は、指定入院医療期間に入院し医療を受けることになる。指定入院医療機関は、一定の基準に適合する必要がある、厚生労働大臣が指定する。平成19年12月現在では、14病院(国関係12カ所、都道府県関係2カ所)となっている。

入院中には、退院後の社会復帰の促進を図るため、保護観察所による生活環境の調整が行われ、退院には裁判所の退院許可決定が必要である。また、入院を継続する場合は、6ヶ月ごとに入院継続確認決定を受ける必要がある。本制度による医療は、すべて国費により負担される。

(6) 指定通院医療機関における医療

通院決定を受けた人、退院許可決定を受けた人は地域において指定通院医療機関による医療を受けることとなる。通院期間中は保護観察所の社会復帰調整官による精神保健観察が行われる。精神保健観察は継続的な医療を確保することを目的として、その通院状況や生活状況を見守り必要な指導を行うとされている。また、精神保健福祉法に基づいて「都道府県・市町村」による相談

や障害者自立支援法に基づく「障害福祉サービス」による「援助」も行われることになる。

(7) 地域社会における処遇

地域社会における処遇では保護観察所に配属された社会復帰調整官を中心に、地域処遇に携わる機関の協力を得て、処遇の実施計画を定め、処遇方針の統一と役割分担の明確化を図るとされている。保護観察所は、協力体制の整備、ケア会議の開催など関係機関相互の連携確保を図ることとしている。

通院期間は原則として3年間(裁判所による通院期間延長決定により、2年間の延長が可能)とされ、これを経過すると期間満了により本制度の処遇は終了となる。通院中は精神保健観察に付され、医療や生活の状況について、社会復帰調整官が見守ることとなる。この間、病状により裁判所の再入院決定により指定医療機関への入院に移行することや処遇終了決定により満了前に本制度の処遇が終了となることもある。

2 精神障害者福祉と就労支援

精神障害者の保健福祉施策は精神保健福祉法、障害者自立支援法に基づいて施行されている。これまで精神障害者の福祉は精神保健福祉法に基づいて実施されていたが、平成17年11月に障害者自立支援法が制定され、平成18年4月から一部施行、同年10月には精神保健福祉法から社会復帰施設の規定が廃止され障害者自立支援法が全面施行された。

1) 障害者自立支援法

障害者自立支援法は障害者が有する能力及び適性に応じて、自立した日常生活又は社会生活を営むことが出来るよう、障害者の福祉の増進を図ることを目的としている。

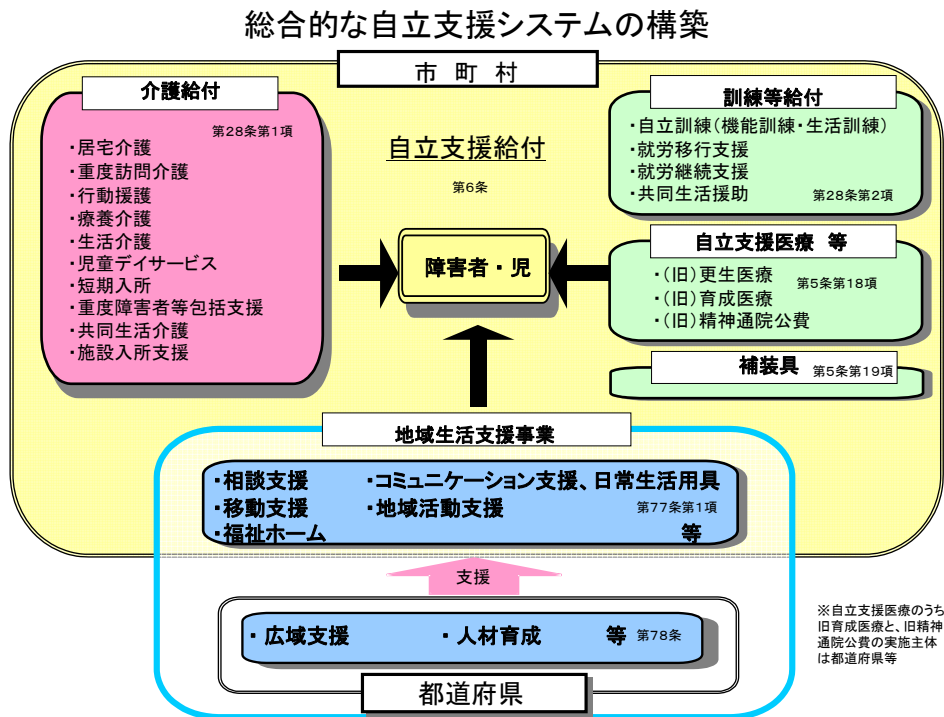
(1) 障害者自立支援法のポイント

- ① 障害の種別(身体障害、知的障害、精神障害)に係わらず、障害のある人々が必要とするサービスを利用できるよう、サービスを利用するための仕組みを一元化し、施設・事業を再編
- ② 障害ある人々に、身近な市町村が責任をもって一元的にサービスを提供
- ③ サービスを利用する人々もサービスの利用量と所得に応じた負担を行うと共に、国と地方自治体が責任をもって費用負担を行うことをルール化して財源を確保し、必要なサービスを計画的に充実
- ④ 就労支援を抜本的に強化
- ⑤ 支給決定の仕組みを透明化、明確化

(2) 障害者自立支援法の全体像

障害者自立支援法による、総合的な自立支援システムの全体像は、自立支援給付(障害福祉サービス、自立支援医療)と地域生活支援事業で構成されている。障害者自立支援法のサービスの主体は市町村であり、都道府県の役割は専門性の高い広域支援・障害福祉サービス事業者や自立支援医療を行う医療機関の指定と監督・人材育成・不服請求の審査等がある。

図1(厚労省障害者自立支援法説明図)



障害者自立支援法のサービス体系は旧体系と異なり、障害種類別でないこと、機能別であること、日中活動と居住を分離することが特徴となっている。

(3) 介護給付・訓練等給付制度

障害福祉サービスの利用にあたっては、原則として本人(18歳未満の方については保護者)が市町村の窓口へ申請する。市町村は利用申請に基づいて①障害者の心身の状況(障害程度区分)②社会活動や介護者、居住等の状況、③サービスの利用意向、④訓練・就労に関する評価を把握、の上で、支給決定を行う。介護給付の対象サービスの場合、主治医の意見書が必要になる。特に精神障害者の場合心身の状況を判定する障害の程度区分が軽く出やすいため、医師意見書に基づいて二次判定(審査会)で区分の認定を行う。訓練等給付サービスを受ける場合は障害程度区分の認定は必要ない。利用者負担はサービス量と所得に着目した仕組み(1割の定率負担と所得に応じた月額上限の設定)になっている。

(4) 自立支援医療費制度(精神通院医療)

精神疾患のため通院による治療を受ける場合、医療費に継続的な負担がかかる。一定の精神障害に該当する場合、通院医療の負担軽減を図る制度が自立支援医療費制度(精神通院医療)である。通常医療保険では医療費の3割が自己負担となるが、自立支援医療を併用した場合、自己負担は原則1割に軽減される。本制度は通院医療に係る診療・薬剤・往診代・ケア等も対象となる。自己負担は医療費の原則1割負担であるが、世帯の所得水準等に応じてひと月あたりの負担に上限額が設定されている。

(5)地域生活支援事業

市町村が行う事業

- ①相談支援事業: 福祉サービス利用の相談、情報提供、住宅入居当支援、成年後見制度利用支援等
- ②コミュニケーション支援事業: 手話通訳の派遣等
- ③日常生活用具給付事業: 障害者の特性に応じた用具の給付
- ④移動支援事業: 1人で外出するのが困難な者への支援
- ⑤地域活動支援センター: 通所による創作的な活動や生産活動、社会との交流促進など、多様な活動の場の提供
- ⑥その他の事業: 福祉ホーム事業、生活訓練等事業、生活サポート事業、社会参加促進事業

都道府県が行う事業

- ①専門性の高い相談事業: 発達障害支援センター運営事業、障害者就業・生活支援センター事業、高次脳機能障害支援普及事業 他
- ②広域的な支援事業: 都道府県の相談支援体制整備事業、精神障害者退院促進事業
- ③サービス・相談支援者、指導者育成事業: 障害程度区分認定調査員等研修事業、相談支援従事者研修事業、サービス管理責任者研修事業 他
- ④その他の事業: 情報支援等事業、社会参加促進事業 他

(6)障害福祉計画の策定

市町村及び都道府県は、国が定める「基本指針」を踏まえ、平成 23 年度までの新サービス体系への移行を念頭に置きながら、平成 18 中に平成 20 年度までを第一期とする障害福祉計画を作成する。障害者自立支援法の基本理念は以下の通りである。

- ① 障害者の自己決定と自己選択の尊重
- ② 市町村を基本とする仕組みへの統一と三障害の制度の一元化
- ③ 地域生活移行や就労支援等の課題に対応したサービス基盤の整備

また障害福祉サービスの数値目標設定等基盤整備の考え方は下記の通りとしている。

- ① 全国どこでも必要な訪問系サービス(ホームヘルプほか)
- ② 希望する障害者に日中活動サービス(自立訓練、就労移行支援等)を保障
- ③ グループホーム等の充実を図り、施設入所・入院から地域生活への移行を推進
- ④ 福祉施設から一般就労への移行を推進

(7)費用負担

都道府県の負担及び補助

- (1) 市町村が支弁する障害福祉サービス・自立支援医療費等の費用の 25/100
- (2) 市町村の地域生活支援事業に要する費用の 25/100

国の負担及び補助

- (1) 市町村が支弁する障害福祉サービス・自立支援医療費等の 50/100
- (2) 都道府県が支弁する自立支援医療費の 50/100

(3) 国の予算の範囲内で下記の費用を補助することができる。

市町村が行う介護給付費等の支給決定に係る事務処理等の費用の 50/100 以内

市町村及び都道府県の地域生活支援事業に要する費用の 50/100 以内

2)精神保健福祉法

精神保健福祉法の目的は第一条で精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加のための必要な援助を行い、ならびにその発生の予防、その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする、としている。

(1)精神保健福祉相談

市町村、保健所、精神保健福祉センター、地域生活活動支援センターで実施

(2)精神障害者の医療については第Ⅲ部 1 に記載した。

(3)精神障害者社会適応訓練事業

当事業は就労が困難な通院中の精神障害者を対象として都道府県・指定都市が一般の事業所に訓練を委託して行う職親制度事業である。利用者は協力事業所に一定期間通いながら、作業を通して、集中力・対人能力・仕事に対する持久力及び環境適応能力等を向上させ社会復帰を図っている。期間は 6 ヶ月であるが、3 年まで延長できるとしているところが多い。

(4)精神障害者保健福祉手帳

精神障害のある人が、一定の障害にあることを証明するもので、この手帳を持っていることにより様々な支援が受けられる。各種税金の控除、生活保護の障害者加算、自治体の独自のサービスが提供されている。精神障害のため日常生活や社会生活にハンディキャップのある人が申請することにより交付される。入院・在宅による区別や年齢制限はない。現在利用できるサービスの種類が少ないが増えると手帳取得者も増えるであろう。

3)障害年金

国民年金に加入している期間中に障害等級表に該当する程度の障害者となった場合であって、一定の保険料納付要件を満たしているときに障害基礎年金が支給される。また、20 歳前の障害者については、その者が 20 歳に達したときから障害基礎年金が支給される。厚生年金の加入中に傷病により国民年金の障害基礎年金対象となる障害(1 級、2 級)が発生した場合は、障害基礎年金に加えて障害厚生年金が支給される。また、障害基礎年金に該当しない軽い障害であっても厚生年金の障害等級(3 級)に該当するときは独自の障害厚生年金が支給される。

4)地域生活支援

(1)これまでの経過

わが国の精神医学は明治 7 年に医制が發布され公立・私立の精神病院が開設されたことに始まる。昭和のはじめ頃から病院の中で患者は日中は病室から院内の作業所で軽作業に就く等入院生

活に変化をもたらす試みが進められ、次第に院外で働く試みが活発化した。戦争末期・終戦後は停滞したが、抗精神病薬による治療の登場で昭和 30 年代には院内・院外作業は活発化し、退院に向けての準備として行われるようになった。昭和 40 年精神衛生法の改正は地域での相談体制をつくり、公費による通院医療支援を盛り込んで在宅障害者の医療支援を開始した。医療・保健・福祉・当事者や家族会の改善の提言を受けて精神保健福祉法の福祉施策は推進された。平成 5 年障害者基本法が成立し、精神障害者も障害者として基本法に位置づけられたが施策は精神保健福祉法のもとで推進された。しかし、精神医療積年の課題である入院中心から患者の地域生活への移行が進まず抜本的な改革が必要となった。一方、身体・知的障害は平成 14 年支援費制度が導入されたが利用者の増加・増え続けるサービスの費用の増大、地域間格差、精神障害は支援費に入っていない等の課題を解決するために障害者自立支援法が制定された。障害者自立支援法は平成 17 年 11 月制定され、平成 18 年 4 月から精神通院医療費とホームヘルプサービスが開始され、平成 18 年 10 月には精神保健福祉法の社会復帰施設に係わる規定が廃止され、障害者自立支援法は全面施行となった。

(2) 医療費の負担軽減(精神通院医療)

この制度は精神障害者の通院医療の負担軽減を図るもので、通常医療保険では 3 割が自己負担となるが、精神通院医療を併用すると 1 割に軽減される。しかし医療費の原則 1 割負担は、更に負担軽減のため世帯の所得水準等に応じて上限額が設定されている。また通院医療に係る診療・薬剤・往診・デイケア等も対象になるが、それぞれの機関が指定医療機関として登録しなければならない。また患者は受診の際、受給者証と月額上限管理表を提出し上限額までの自己負担金を支払う。受給者証と上限管理表を持参しないと自立支援医療が適応されず 3 割負担することになる。

(3) 住まい

地域で生活するには住む場所の確保が第1である。

グループホーム(共同生活援助)は障害者が日常生活の援助を受けながら共同生活をして自立をめざす生活の場である。精神保健福祉法のもとでは国、都道府県、区市町村の補助金で運営されていたが、障害者自立支援法では訓練等給付と利用者負担で運営されることとなり、入居者の宿泊日に基づいて支払われるので事務が煩雑で事務量が增大した。入居希望者は障害程度区分認定調査を受け、入居決定と自己負担額が決まる。グループホームの定員は 4 人以上とされた。

ケアホーム(共同生活介護)は共同生活をおこなう住居で、入浴や食事の支援が受けられる。介護給付と利用者負担で運営され、障害程度区分認定が必要となる。

福祉ホームの利用者は介助を必要とせず自炊が出来る程度に自立し、継続して就労(福祉的就労を含む)できる見込みある人である。利用期間は 2 年程度。定員 10 人以上とされた。地域生活援助事業に位置付けられ、負担金ではなく補助金で運営される。

(4) 日常生活支援

ホームヘルプサービス(居宅介護)このサービスは家事援助、身体介護、通院介助、外出介助などのメニューがあり利用者は障害程度区分認定を受けて利用する。このサービスは概ね好評で利用しやすく、障害者自立支援法施行以前に比べて利用者が増加している。

移動支援は引きこもりがちな精神障害者が社会活動参加のために利用している。精神保健福祉法にはなかった新しい支援策である。

(5) 経済的支援

障害者の経済的支えに障害年金は欠かせない。国民年金の障害基礎年金、厚生年金の障害厚生年金がある。障害者は施設利用料を支払うので、障害者自立支援法の雇成型、非雇成型の就労継続支援の労働対価のアップとともに所得保障の充実が重要な課題である。

(6) 仲間づくり

当事者活動が近年活発になり精神保健福祉の推進の大きな力となっている。仲間をささえるピアサポート、入院患者への友愛訪問、ピアカウンセリング、障害に対するアドボカシー活動、普及啓発・こころのバリアフリー活動など当事者の参加が不可欠である。

(7) ボランティア

地域精神保健福祉活動を進めるにあたりボランティアの支援は欠かせない。大きなスポーツ大会、こころの健康フェスティバルの運営・実行委員会への参加、福祉施設への継続的支援などがある。ある公立中学校の障害者を理解する総合学習で当事者が体験発表を行っているが、これは教育関係ボランティアと障害者関係ボランティアの話し合いの中から生まれた。この総合学習は5年間継続しており、2年前からは授業の一環として作業所訪問が始まっている。またある地域活動支援センターにはボランティアが20名参加しているが、センターとしてはボランティアの支援活動だけでなく、センター活動に関する忌憚のない意見がセンターの運営に有効であると話している。さらにパソコン教室では高齢者のパソコン指導に当たる高齢のボランティアが1人1人障害者の進み具合にあわせて指導したので、全員が習得したという報告もある。

5) 就労支援

障害者自立支援法は福祉改革の目標に就労支援の抜本的強化を挙げている。

「就労移行支援事業」はその利用者像を、一般就労等を希望し一定期間訓練後に知識・能力が向上して、企業とのマッチングを図ることで、就労が見込まれる者としている。

「就労継続支援事業(雇成型)」はその利用者像を、就労支援移行事業等を利用したが、一般企業の雇用に結びつかず、しかし継続して利用すると雇用契約に基づく就労が可能な者としている。

「就労継続支援事業(非雇成型)」はその利用者像を、就労支援事業等を利用したが一般企業の雇用に結びつかなかった者、一定年齢に達している者、就労の機会等を通じ、生産活動に係る知識及び能力の向上や維持が期待される者としている。

精神保健福祉法に基づく精神障害者社会適応訓練事業は障害者の社会復帰に理解のある事業所に一定期間通い就労等社会復帰に必要な適応能力の向上を目的としている。

障害者雇用促進法の改正

精神障害者の就業機会拡大を目的として障害者雇用促進法が改正され、平成 18 年 4 月より施行された。その改正内容は下記の通りである。

① 精神障害者(精神障害者福祉手帳所持者)を企業の雇用率に算定できることになった。

特例子会社制度

②精神障害者の雇用支援策の充実のため、地域障害者職業センターにジョブコーチ(職場適応援助者)を配置し新規雇用、復職、雇用継続に支援する「精神障害者総合雇用支援」を開始した。ジョブコーチとは、障害者が働く職場で障害者・事業主・障害者の家族に対して職場定着に向けた支援を行う者である。

③ジョブコーチ助成金(職場適応援助者助成金)を創設

福祉施設が行うジョブコーチ支援に助成金を支給する福祉施設型、また事業所が自らジョブコーチを配置する場合に助成金を支給する事業所型がある。

④グループ就労訓練助成金の創設

グループ就労訓練とは障害者のグループが事業所で常用雇用者として雇用されるための訓練である。

⑤在宅就業障害者支援制度の創設

在宅就業障害者に仕事を発注する事業主に対して障害者雇用納付金制度において、特例調整機・特例報奨金が支給される。

この法改正は障害者自立支援法の就労支援と連携を図り、福祉的就労から一般就労への移行を行うことを図っている。

これらの労働サイドの雇用支援策は作業所や地域活動支援センター等と連携して精神障害者の就労に寄与し始めている。地域障害者職業センターの協力のもと地域活動支援センターが実施した精神障害者のパソコン教室の修了者から若干名が一般就労に成功し、他の修了者も就職待機中である。また労働サイドのNPO 法人がヘルパー養成講座に障害者と同数の一般市民の参加を募り資格取得とボランティア養成に成功した例など新しい活動が展開されている。

3 日本の精神科医療・精神障害者福祉の課題

精神科のクリニックが増え、敷居が低くなる一方で、病院を中心にした日本の精神科医療体制は、世界でも突出して特異な状況にある。福祉面も立ち遅れが目立ち、社会復帰の促進をはじめ、課題が山積している。精神障害者をめぐる問題を理解するには、そうした現状の把握が欠かせないし、改革を進める上で、メディアが果たす役割は大きい。

◆隔離収容、世界一多い入院患者

日本は、世界一の「精神科病院大国」である。2007 年 6 月の時点でも精神病床は 35 万床を超え、入院患者は 32 万人近くにのぼる。これらは人口比でも絶対数でも、世界で一番多い。

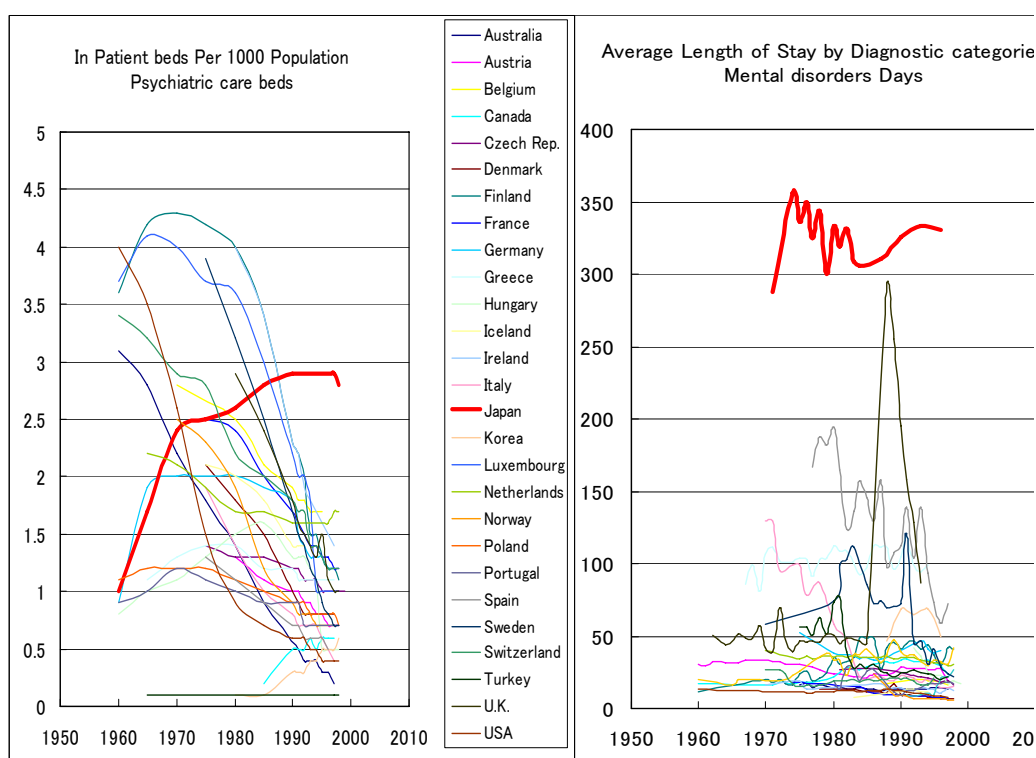
米国では 1963 年のケネディ教書で精神科医療の「脱施設化」が始まり、イタリアでは 78 年にバ

ザーリア法が成立して公立精神病院の廃止に踏み切るなど、他の先進諸国が60年代から80年代にかけて入院を減らし、地域へ重点を移したのに対し、日本では逆に80年代まで病床が増え続けたからだ。途上国はもともと病院が少ない。

入院期間も長い。患者の平均在院日数はようやく300日を切った程度で、他の先進国とは大きな開きがある。とりわけ長期入院している患者が多いのが特徴で、05年に行われた厚労省の「患者調査」によると、在院期間3年以上の患者が50%、5年以上で40%、さらに10年以上でも26%を占めている。

★先進諸国の人口1000人あたりの精神病床数(左)と、平均在院日数(右)

(OECDの統計から、太い線が日本)



しかも他の先進国と違い、精神科ベッドの9割が民間病院にある。戦前は病院が少なく、私宅監禁(座敷牢)が中心だったのを、戦後になって病院中心に変えたものの、公立病院はあまり建てず、低利融資などの優遇策で民間の精神科病院を大幅に増やしたためだ。その結果、政策転換してベッドを減らそうとしても、簡単にはできない状況が続いている。

閉鎖性もまだ強い。近年は病棟の建て替えが進み、鉄格子付きの窓や畳敷きの病室は減ったものの、病棟の半数はまだ終日閉鎖。自由に外出できるのが原則のはずの任意入院患者も、ほぼ半数が閉鎖病棟にいる。

◆貧困な医療体制、生活支援の不備

医療水準の向上を妨げている大きな要因の1つは、国の政策にある。医療法が定める精神病床のスタッフ数の最低配置基準は、総合病院や大学病院を除き、一般病床に比べ、医師は3分の1、

看護師は6割でよいとされている。入院患者1人あたりの医療費の投入額も一般病床の半分余りしかなく、病院のベッドの24%は精神病床なのに、医療費は5%にすぎない。

他の診療科に比べ、差別的と言ってもよい手薄な医療体制は、精神科病院が患者の治療の場ではなく、社会防衛のための隔離収容の場だった時代の感覚を引きずっている。

急性期の早期治療と、地域で暮らしていて病状が悪化した時に重要になる精神科の救急体制も、不十分な地域が多い。

地域生活の支援も遅れている。公営住宅への単身入居は06年からやっと可能になったが、社会復帰施設の立地は住民の反対に加え、社会保障予算の削減で進まず、地域生活支援センターなど仲間と接する場も足りない。障害者自立支援法で、他の障害との制度的な統合は実現したものの、経済的負担が増えるという問題が生じている。

◆なお残る人権侵害

大きな課題の1つは、患者に対する人権侵害が今なお少なくないことだ。84年に職員による患者のリンチ死などが発覚した栃木県の宇都宮病院事件をきっかけに、日本の精神科医療は国際的な批判を浴び、法律の改正も行われたが、その後も神奈川県の越川記念病院、長野県の栗田病院、高知県の山本病院、大阪府の大和川病院、埼玉県の朝倉病院などで、暴力を含む患者虐待・劣悪医療・不正の発覚が相次いだ。21世紀になっても、違法拘束や外出・通信の妨害をしていた大阪府の箕面ヶ丘病院をはじめ、様々な不祥事は後を絶たない。

もちろん全体としては昔より改善され、自己改革を進めて現代にふさわしい医療に取り組む病院も増えているのだが、一方では古い感覚のまま、営利主義・独裁的な姿勢で経営を続けている病院もあり、格差が広がっている。

しかし医療行政によるチェック(精神保健福祉法に基づく実地指導など)は、抜き打ちで行われることがめったにないこともあり、十分に機能しているとは言いがたい。過去の不祥事件では行政と病院の癒着が指摘されたケースもあった。

第三者機関としては「精神医療審査会」があり、強制入院患者を中心とした定期的な病状審査と、患者からの退院請求や処遇改善請求を受けた審査を行う。ただし強制入院患者全員の実地審査はなく、権利擁護も本人の請求を待つ受け身の制度である点に限界がある。

現実的なネックは病院の閉鎖性と、患者への支援者が乏しいことだ。精神科病院の開放化の推進、医療機関情報の公開とともに、大阪府で導入されている「精神医療オンブズマン制度」のように、病棟まで出向いて支援するアドボケイト(権利擁護者)の制度化が重要だという声は強い。福岡県から始まった「精神保健当番弁護士制度」のような法的支援も充実が求められている。

◆社会復帰の促進

もう1つの大きな課題は、社会復帰の促進だ。政府は02年の「新障害者プラン」で病院中心から地域中心への転換を打ち出した。03年には、医学的には入院する必要のない「社会的入院」が精神科で7万2000人にのぼるとして、10年以内の解消を目標に掲げた。

ところが05年の患者調査でも、「受け入れ条件が整えば、退院可能」と主治医が判断した患者は約7万6000人と減っておらず、社会的入院の解消は進んでいない。

暴力や強制がなくても、病院に長期収容されていると、気力や自発性が衰えてゆく。社会の偏見もあり、膨大な患者が病院から出られないまま、人生の時間を奪われている現状は、ハンセン病にも匹敵する人権問題、社会問題ではないだろうか。

退院を早めるための医療とリハビリの充実、地域で暮らす場や就労の場の確保とともに、個別の患者を援助する「退院促進事業」の大幅な拡大など、具体的な取り組みの強化が求められている。

それらを妨げる社会の偏見を減らす意味でも、当事者を中心にした活動と、メディアの積極的な報道が、重要な意味を持っている。

4 日本の精神科医療の歩み

◆戦前——「座敷牢」が中心

江戸時代まで精神障害者は、祈祷や滝打たせによる“治療”のほか、放置、監禁もあったが、おおむね地域で共存して暮らしていたようだ。しかし明治に入ると、治安対策の対象とされる。1875年の京都府癲狂院をはじめ、公立精神病院がいくつか開設されたものの、1878年の警察庁布達、1900年の精神病患者監護法は、私宅監置(座敷牢)を公認し、警察が精神障害者対策を担当した。導入された西洋精神医学も治安の観点を強調した。1918年、東京帝大神経病学教授の呉秀三は「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」という有名な言葉で、私宅監置の悲惨な実態を告発した。翌年の「精神病院法」は病院への公的監置をうたったものの、公的病院はほとんど増えなかった。戦時中は、公的精神病院で多数の入院患者が栄養失調で死亡した。

◆戦後1——民間病院の急増、医療の名による収容

1950年に精神衛生法が制定され、政府は病院での収容保護に転換を図った。しかし国公立病院を増やすのではなく、54年に国庫補助制度を設けて民間精神病院の開設を促した。このころから薬物療法が普及して統合失調症の治療がある程度、可能になったが、精神病院は隔離収容の色彩が強かった。そして64年にライシャワー駐日米大使が刺された事件をきっかけに社会防衛が声高に叫ばれ、65年の精神衛生法改正では、当初考えられていた地域精神保健活動の推進は不十分なものとなり、むしろ治安的側面が強化されたとの批判もあった。

民間精神病院が急増するにつれ、劣悪医療も表面化した。68年にWHOのクラーク博士が改善を勧告、69年には日本精神神経学会が不祥事多発に警告し、70年には朝日新聞「ルボ精神病棟」が反響を呼んだ。このころは大学紛争とも関連して精神医療批判が高まり、保安処分論争も起きた。とはいえ、70年制定の心身障害者対策基本法は精神障害者を除外しており、精神外科手術(ロボトミー)も75年に精神神経学会が否定するまで相当数行われた。

◆戦後2——人権侵害の問題化、障害者福祉の導入

84年にリンチ殺人などが発覚した栃木県の宇都宮病院事件で、日本の精神科医療は国際的批

判を浴びた。これを受けて 87 年に「精神保健法」への改正が行われ、患者の人権と社会復帰をうたった。「国連障害者の 10 年」を経て制定された 93 年の障害者基本法はようやく「精神」も障害者に含め、95 年には「精神保健福祉法」への改正で地域福祉の対象になった。97 年には精神保健福祉士法もできた。病床の増加は 89 年の医療法による病床規制で止まったが、地域への移行は進まず、97 年の大阪・大和川病院事件など病院不祥事も続いた。

◆21 世紀——新自由主義政策、メンタルヘルスの危機

2002 年末に閣議決定された「新障害者プラン」は地域生活中心への政策転換を明確に打ち出した。しかし前年の大阪・池田小事件で治安対策論が再燃し、03 年に心神喪失者等医療観察法が成立した。さらに国の財政対策を背景に 05 年、障害者自立支援法が成立。3 障害を統合する半面、サービス利用に「応益負担」が導入され、障害者福祉は「自立支援」「就労促進」に変容した。

この間、新自由主義の社会経済政策とも関連して、うつ病の増加などメンタルヘルスの危機が表面化、自殺は 3 万人台が続き、06 年に自殺対策基本法が成立した。

第IV部 報道と取材

1 事件報道への提言

事件報道が、精神障害者への偏見と差別を広げている、という批判は強い。

逮捕された容疑者の刑事責任能力に著しく疑問がある場合、名前を伏せ、その説明として病名や入通院歴を報道するやり方が長年行われてきた。匿名にするのは、刑法 39 条が「心神喪失者の行為は罰しない。心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する」と定めているからだ。もしも心神喪失と認定されれば、犯罪の構成要件を欠き、無罪や不起訴になる。そういう可能性の高い人の実名を載せるのは人権上、問題があるという考え方に立っている。

これに対し「精神障害者もすべて実名で報道することが偏見解消につながる」という意見も一部にあるが、はたしてそうだろうか。

肝心な問題は、病名や入通院歴の報道ではないか。そして動機の不可解な事件が起きると精神障害のせいしようとするステレオタイプな見方ではなからうか。

次の3つの視点から、事件報道のあり方を見直すことを提案したい。

- 1:報道する「事実」は、真実に接近しているか。結果的に誤報になるおそれがないか
- 2:他の障害者への「とばっちり」を含めた社会的影響への配慮
- 3:精神障害による事件でも、社会的な背景を掘り下げる

◆池田小事件の「誤報」から学ぶこと

2001年6月に大阪教育大付属池田小学校で起きた児童殺傷事件を振り返ってみる。

この事件では、各紙に共通して重大な失敗があったといえる。初期の報道が「精神障害による犯行」というイメージを広げ、それが「結果的に誤報」だったことだ。

現行犯逮捕された男性は、警察の調べに対し「犯行直前に精神安定剤を大量に服用した」と供述した。男性は過去に何度か、精神科病院に入院したことがあり、たいていは統合失調症(当時の呼称は精神分裂病)という診断だった。事件の約2年前には勤務先の小学校でお茶に菓剤を入れた傷害事件で逮捕されたが、簡易鑑定をもとに起訴猶予になり、措置入院(行政による強制入院)は39日間で解除されていた。

ところが人物像の取材が進むにつれ、病名への疑問が大きくなった。精神安定剤の服用もウソとわかった。過去の事件で刑罰を免れるために精神病を装っていた疑いが濃くなった。

そして裁判では、証人出廷したすべての精神科医が、男性が精神病であることも、過去に精神病であったことも否定した。過去の診断については「保険請求のための病名だった」「以前の医師が付けていた病名に合わせた」といった証言が出た。結局、「精神病ではなく、極端な性格による身勝手な犯行」という一審判決が確定し、死刑が執行された。

この経過から何を学ぶべきだろうか。精神科医の診断は必ずしもそのまま受け取れない、簡易鑑定に頼った検察の判断も正確とは言えない、容疑者の供述もうのみにできない――ということではないか。

初期の記事は、その時点での外形的な「事実」に反していたわけではないが、診断の病名や供述の真偽といった実質的内容は「真実」から遠かったのだ。

◆初期報道の影響力

池田小事件の初期報道は、2つの面で社会に大きな影響を与えた。

1つは「精神障害者はこわい」という意識を広げ、「とぼっち」による2次被害をもたらしたことだ。「世間の視線が怖くて外出できない」といった不安が広がった。アルバイトの解雇、地域で住むことへの圧迫、社会復帰施設の立地が困難になるといった実害も出た。全国精神障害者家族会連合会(全家連)の調査では、自殺した患者もいたとのことである。

精神障害者団体や全家連は「犯行との関連がはっきりしない段階で入通院歴や病名を報道することが偏見を広げている。きちんと調べてからにしてほしい」と報道各社に求めた。同時に「関連がわかってきたら、精神障害だからと簡単に済ませないで、なぜ事件に至ったのか、きっちり取材してほしい」とも主張した。

もう1つの影響は、国の政策である。小泉首相が「精神的に問題のある人が逮捕されても、また社会に戻ってひどい事件を起こす」などと発言したのをきっかけに、政府は新たな立法に乗り出し、検討段階のプランが東京発でたびたび紙面に躍った。あるべき政策より、政府の動きのキャッチを競う報道合戦が続いた。すでに事件の様相は当初と違っていき、各社の企画記事で検察の起訴便宜主義の実態、精神医療全般の貧困といった根本的な問題提起もなされたが、流れは変わらず、03年7月に「心神喪失者等医療観察法」が成立した。

この法律には賛否の論争があったが、精神病による事件を想定した制度である。池田小事件の犯人は「人格障害」(性格・気質の極端な偏り)とされる。それも一応は広義の精神障害に含まれるとはいえ、刑事責任能力が肯定されるため、問題の性質は大きく異なる。池田小のような事件の再発防止を考えるなら、焦点を別の方向へ向けた法律になったともいえる。

◆踏みとどまり、掘り下げる

かつては他社との競争の中で、断片的でも「関連がありそうな事実なら書く」「事実としては間違っていない」という論法が、記事作りの常道だった。それが「当たり」なら勝ち、外れていたら後から伝え直せばいいという感覚があった。

だが、病名や入通院歴の場合、結果的誤報や偏見拡大のリスクのほうが大きいのではないかと。過去に精神障害と診断されていても真実とは限らない。また、明らかに精神障害があったとしても犯行の原因とは限らず、一般的な動機かも知れない。

事件の直後はつかめる情報・事実が少なく、その意味を適切に評価するのも難しい。一方で初期報道の規定力は大きく、後から軌道修正しても、社会に与えた印象は変わりにくい。

であれば、診断名や入通院歴は「犯行との関連が不明確な段階では書かない」という方法を選ぶべきではないか。発生の初日や翌日を我慢するだけでも、ずいぶん影響は違う。

それでも取材はきちんと続け、時期を見て明確になれば、問題の所在を掘り下げるのが重要だ。とくに目を向けたいのは、未然に防ぐ手だてや機会がなかったかという点だ。

病気や障害が直接原因だったとしても、全く突発的に他害行為に至ることは少ない。受けていた医療の内容や福祉の援助は適切だったか。行政・司法の対応に問題はなかったか。経済的苦境や孤立が引き金になっていないか。社会の側にも様々な要因や不備がありうる。

病院や施設の中で起きた事件なら、人権侵害や劣悪医療が絡んでいることもある。

◆変わりつつある病名・治療歴の扱い

匿名・実名の問題と異なり、病名や入通院歴の扱いに指針を定めた報道機関は、まだ少ないようだが、近年、変化が出てきた。

朝日新聞は「病名や病歴、入通院歴には、基本的には触れない方向で考える。ただし事件の重大性などから判断して触れることもありうる。その際、事件に至る予兆や背景、周囲の対応を併せて取材して報じるよう努力する」(同社刊「事件の取材と報道」)としている。

読売新聞の場合、入通院歴の基準はまだないが、病名については04年2月の社内通達で「同じ病気に苦しむ人々への配慮という観点から、社会的に注目度の高い事件で、なおかつ病名と犯罪との因果関係が客観的に裏付けられるケースを除き、原則として精神病の病名は出さない」とした。05年8月には広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症について「事件の大小にかかわらず、記事本文では病名をそのまま記載することは避け、『対人関係の構築が困難な発達障害』と表記する」とした。

発達障害では、03年7月に長崎市で起きた中学生による男児殺害事件で、家裁へ提出された精神鑑定書をめぐり、読売新聞が「発達障害」、西日本新聞が「軽度の自閉症」、長崎新聞が「アスペルガー症候群」と1面でスクープ競争を展開したことがある。これに対し、家族らでつくる日本自閉症協会が「因果関係は不明なのに短絡的に結び付けられるおそれがある」と抗議した。そうした意見を踏まえた配慮といえる。

精神病の扱いにも変化が見られる。06年2月に滋賀県長浜市で幼稚園児2人を同級生の母親が殺害した事件では、容疑者に以前、統合失調症の診断で入院歴があったが、多くの新聞は「精神的に不安定で入院」といった表現にとどめ、まったく触れない新聞もあった。診断名・入院歴を明記して「取り調べに責任能力を疑うような供述はない」と注釈をつけた社もあったが、各社とも、事件後の言動などを具体的に吟味して判断したようだ(地検はその後、完全責任能力ありとして起訴した)。

実名にせよ匿名にせよ、病名や入通院歴が絶対的に必要ではないこと、ぼかした表現でも記事として不自然ではないことを、このケースは示している。

◆記者研修が必要

的確な取材と報道は、単に慎重になれば済むわけではない。事件の様相や問題の所在を見極めるには知識が必要だ。とりわけ統合失調症、人格障害、発達障害、アルコール・薬物依存といった主な疾患・障害がどういふものかという医学面の基礎的な知識と、精神保健福祉法による入院の種類など、制度面の大まかな知識は欠かせない。

しかし、大学までの教育ではほとんど触れることがないし、記者の仕事が続けるうちに認識がゆがむ面もある。新人記者がサツ回りで接する警察官は精神障害者を「マル精」といった隠語で呼ぶ。彼らが接するのは症状の激しい急性期の患者が多い。そして精神障害者が関係する事件の多くは、特異な大事件より、家庭内か病院内のものがはるかに多い。「社会性が乏しい」「書いても

ベタかボツ」。そして「詳しく書いて差別的などと言われたらかなわん。ややこしいからやめとこう」といった意識も加わる。紙面上の扱いを物差しにすることが、精神障害にかかわること全般をマイナーな問題と考えることにもつながってゆく。実はそれこそが潜在的な差別意識ではなからうか。

突発的な事件を含め、精神障害は報道と頻繁にかかわりのある領域なのだから、取材経験を通じて学ぶだけでなく、一定の研修が必要ではないか。その中には精神障害者に接する機会も盛り込んだほうがいい。頭の中にあったイメージとずいぶん違うはずだ。

◆注意すべきポイント

まとめとして、事件報道で注意すべき点を改めて挙げておきたい。

(1) 動機の不可解な事件、異常な事件が、精神障害のせいとは限らない。通り魔的な事件も、一般の人がストレスや鬱積した不満から起こすことが多い。精神障害者による殺人・殺人未遂は、被害者の7割が身内で、無関係の人の被害はむしろ少ない(法務省の集計)。

(2) 心神喪失・心神耗弱と、精神障害はイコールではない。刑事責任を問うには「善悪の判断能力」「それに従って行動を制御する能力」の両方が必要だが、精神障害でなくても、一時的にこれらの能力を失う場合はある。一方、精神障害であってもこれらの能力が保たれていることもある。

(3) 精神障害者による犯行でも、精神障害が原因とは限らない。たとえば統合失調症の場合、知的能力は通常、低下しないし、症状には波がある。一般的な感情や心理はある。

(4) 精神科医の診断や鑑定は、うのみにできない。医師によって判断が異なることはよくあるし、診断の間違いも、詐病もありうる。短時間の簡易鑑定では、なおさらだ。

(5) 警察官の精神障害に関する知識は不十分なことが多く、情報はよく吟味する必要がある。知的障害の場合を含め、強引な取り調べや誘導による冤罪の可能性にも注意したい。

(6) 精神障害といっても種類はいろいろあり、それぞれ行動の特性も刑事責任能力の扱いも異なる。知的障害、発達障害を含め、区別して理解しないとイケない。また「人格障害」の概念には批判も多く、とりわけ「反社会的人格障害」は慎重に考えたほうがいい。

(7) ストレスと不安の多い社会の中で、うつ病や神経症圏を中心に患者が急増し、精神科の敷居は低くなった。不用意な報道は、必要な受診を妨げかねない。

(8) コメンテーターの人選に気を配る。メディアによく登場している精神科医には、本人を診ていないのに病名を断定的に語ったり、動機を決めつけたり、「精神障害者の野放しは困る」などと偏見をふりまいたりする人が少なくない。一方、一般の精神科医は、部分的に引用されることなどを恐れて、メディアに出ることに慎重な人が多かったが、最近は発言内容を工夫しながら、積極的に取材に応じる人も増えてきた。

(9) 匿名の理由が必要なら、病名や治療歴より、「秘密組織の攻撃から身を守った、などと供述しており、刑事責任能力を慎重に検討する」といった具体的な記述のほうがよい。

(10) 事件を防げなかった要因を探る。そこにはしばしば社会性が潜んでおり、それを発掘することに報道の価値、メディアの重要な役割がある。

2 取材における当事者へのアプローチについて

◆当事者への取材について

精神障害者だからといって、特別な対応方法があるわけではない。精神障害についてさまざまな疾患を理解し、その障害特性を知っておくことは必要だが、話し方や取材態度を特別に考える必要はない。ごく当たり前の尊厳をもった態度と丁寧な会話ができればよい。時として、当事者がずっと黙っていたり、とりとめのない話が続いたり、話の途中で退席したりと、精神症状によってはさまざまな様子を見せるけれども、表面的な症状にとらわれることなく、当事者本人の言わんとする内容に耳を傾けてほしい。

◆当事者の実名や顔写真を出すことについて

「精神障害者であること」を誰もが伏せたいと思っているわけではない。精神障害であっても、堂々と実名を名乗り、顔写真を出すことが偏見を解消すると思う当事者もいる。そうすることによって精神障害に対する理解が深まり、社会的な認知が広まることを希望する当事者もいる。しかし、精神障害であることを隠さず、表に出すことがいいかというそうではない。精神障害者であることに引け目を感じていなくても、実名や顔写真を出すことに抵抗を感じる当事者は多い。偏見の目で見られるから実名や顔写真を出すことがはばかれるというわけだけではなく、実名や顔写真を出すことによって、当事者自身の問題だけではなく、当事者の家族や周囲の人々との関係を損なったり、当事者の生活環境が変わってしまったりすることに不安を抱く当事者もいる。また、当事者本人が了解しても、報道後に家族や親類、知人らから苦情が出てくることもある。取材・報道によって、当事者の家族関係、人間関係を崩すことのない配慮が必要である。

実名や顔を出すことが、精神障害者の差別偏見を解消する場合も、助長する場合もどちらも考えられる。当事者に取材する場合には、当事者だけでなく、当事者周辺への影響や社会的影響を十分考慮することが必要である。

イベントや研修会等の主催者に、取材の目的、当事者の名前や顔写真をとることの了解を得ることはもちろんのこと、対象となる当事者に個別に了解を得ることが必要である。同じ催しに参加している当事者が実名や顔写真を出すことにみんな同じ見解を持っているわけではないことに留意しなければならない。

◆取材の内容で当事者へのアプローチが変わるか？

精神障害者の事件報道に関しては、差別偏見を助長するような、入院歴や通院歴、病名の報道への配慮はされてきている。しかし、取材目的が差別偏見を解消するための取材、精神障害の理解に向けた報道だからといって、精神障害者が好意的に応じられるかというそうではない。取材者がいくら好意的であっても、また精神障害者の人権擁護に理解があるといっても、それがそのまま受け入れられるわけではない。報道されることで精神障害者であることが知られることについて不安を感じる人はもちろんのこと、取材を受けることで、まだ見ぬ報道後の周囲の状況変化に不安を抱く当事者もいる。取材で他人に関わられること自体に不安を感じる当事者もいる。そもそも、

精神障害者の多くが他人や社会との関係に敏感で傷つきやすい側面を持っている。表面的なやさしさや思いやりが、かえって当事者の精神的負担になってしまうこともある。事件や犯罪についての報道ではなく、差別偏見を解消するための報道だからといって、取材がすんなり受け入れられるわけではないことを知っておいてもらいたい。

◆取材に対する当事者の精神的負担への配慮

精神障害者の障害特性を十分理解してからの取材が必要である。たとえば、統合失調症の人は他人との関係にとっても敏感である。他人との身体的な距離だけでなく、精神的な距離に対しても敏感である。やさしく接していったとしても不安恐怖を感じてしまう人もいる。また、取材に対して答えた内容が気になったり、取材者や周囲の人々への影響が気になったりして不安になる人もいる。その不安のために症状が悪化することもある。

また、疾患によっては、取材に対して誇大的な内容や妄想内容を延々と話したりして、取材されることで感情が高ぶってしまい、コントロールできなくなる人もいる。話ができる当事者だからといって、不用意に深い内容の話をしてもらったり、次々と質問したりすることで本人に精神的負担をかけ、症状悪化をきたさないように配慮することが必要である。そのためにも、精神障害についての知識を身につけ、個人個人の状況を適切に把握したうえでの取材がのぞまれる。

精神障害者にとって新たな人間関係は精神状態に大きな影響を及ぼすことがある。取材スタッフとの人間関係も大きな負担になりうる。取材時に安定して落ち着いているように見えても、後になって影響が現れてくることはよく経験される。できるだけ、負荷のかからない短時間で複雑な内容でない取材がのぞましい。

◆当事者の取材前の対応と取材後のフォロー

当事者が取材後に精神状態が悪化したり、感情の高ぶりや不安感から日常生活面にまで影響を与えたりすることもある。そのため、当事者だけでなく、当事者の家族や支援者ともコンタクトを密にしておくなど、さまざまな当事者への影響を考慮した事前の対応が必要なこともある。また、できれば取材後にも当事者や関係者に対してのフォローもあることがのぞましい。あいさつに訪れたり、感謝の意を伝えたりといった簡単な内容でも、取材によって揺れ動いた精神面の安定につながると思われる。そうしたきめ細かな当事者とのつながりが、精神障害をより深く理解していくことにつながると思われる。

資 料

資料1 精神保健福祉関係資料

■ 図表で見る日本の精神保健医療福祉

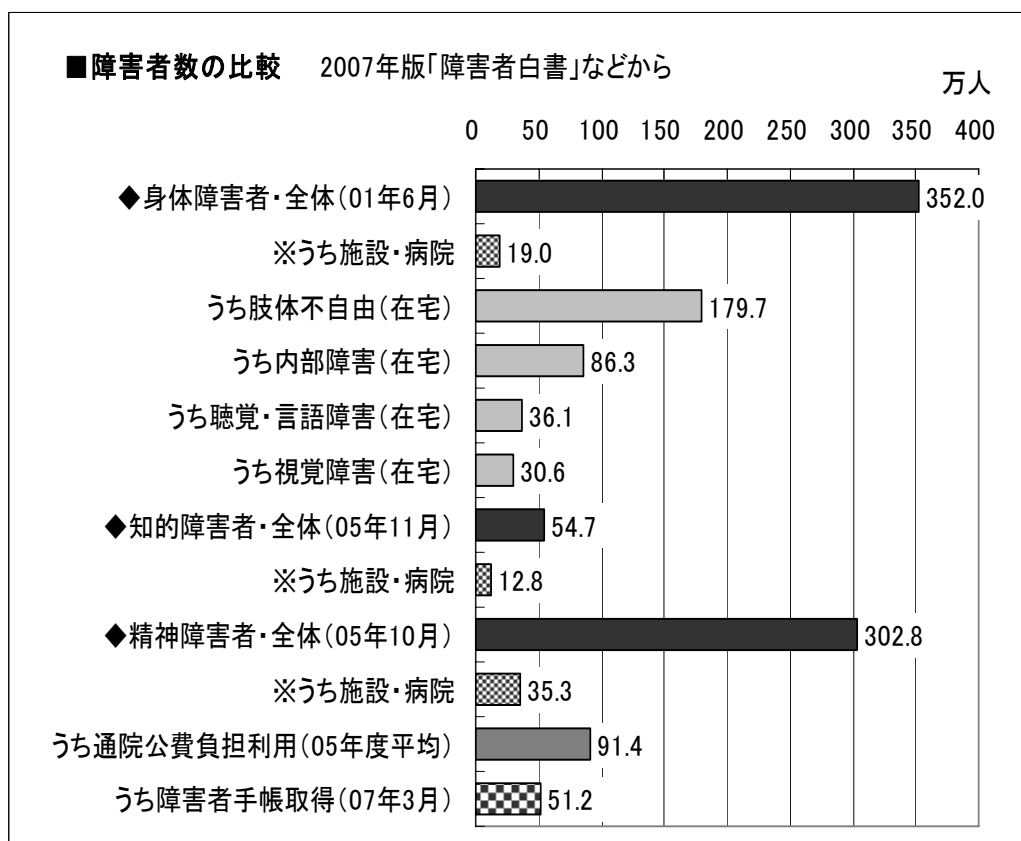
おおまかな状況の理解に役立つデータを、公的な統計からいくつかピックアップして、グラフや表にしてみた(2008年3月時点で入手できた資料から)。

統計データとしては、厚生労働省による各種統計調査(同省ホームページから入手可能)のほか、正式の統計ではないものの、毎年6月30日時点の病院や施設の状況を調べる「精神保健福祉資料」があり、こちらは「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ」に掲載されている(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/>)。このデータに基づく「目で見える精神保健医療福祉—改革ビジョンの実現に向けて—」も厚生労働科学研究で作成・公開されており、今回の図表の作成にも活用させてもらった。

政策を含めた動向をまとめたものとしては「厚生労働白書」「障害者白書」のほか、この分野の白書にあたる「我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブック」が毎年、刊行されている。なお、地域福祉の状況は、障害者自立支援法の施行で大きく変化しており、今後公表される同法の運用状況のデータを見る必要がある。

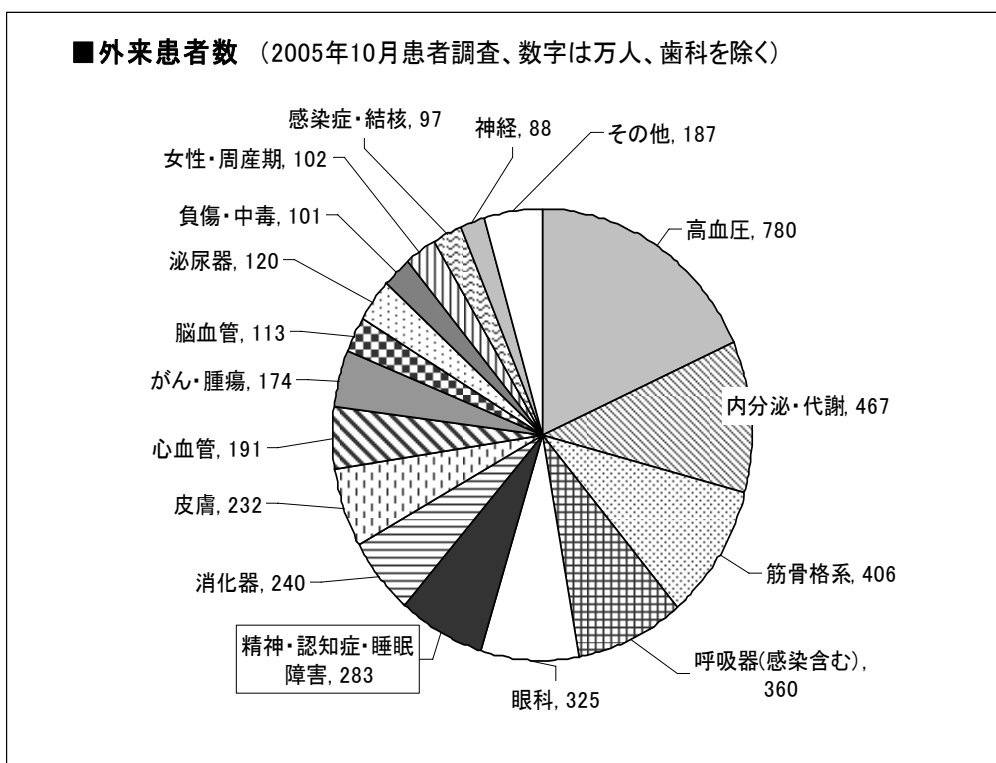
◆精神障害者の人口規模は大きい

ここでいう精神障害者数とは、外来・入院を含めて医療機関を受診中の総患者数を指している(厚生労働省「患者調査」のデータがもとになる)。したがって、一時的な不調で受診している人も含まれるが、身体障害、知的障害の数と比べると、精神障害者の人口の規模は、けっこう大きいことがわかる。



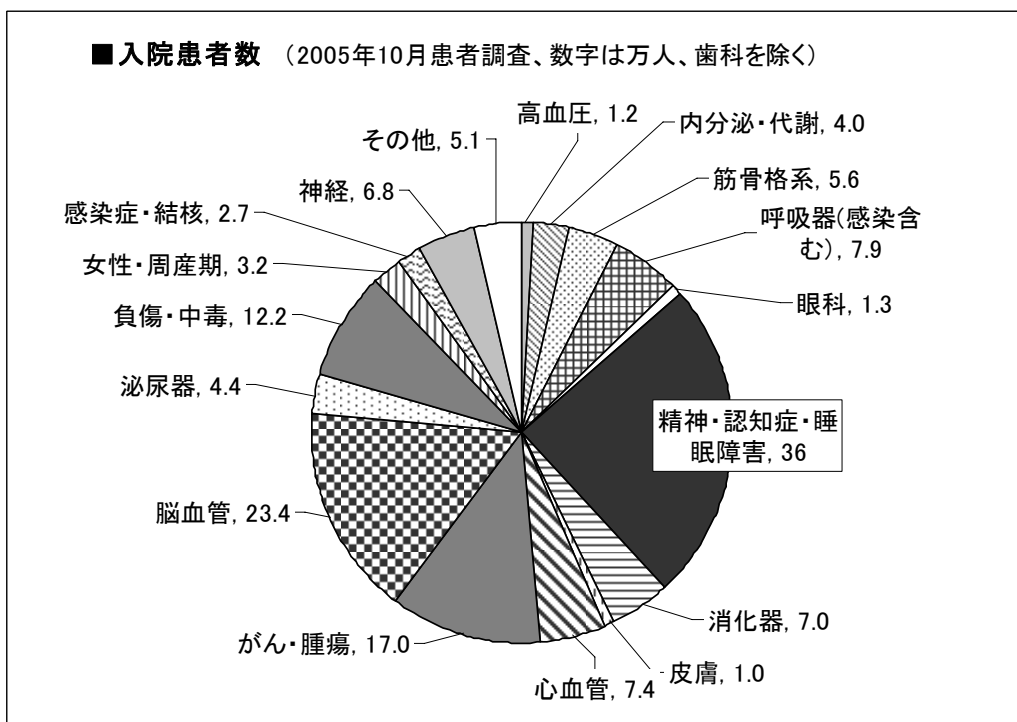
◆医療の中で、精神障害の占める割合

外来の受診患者数は、歯科・口腔外科や健診・予防接種を除いた合計で 4200 万人(2005 年患者調査)。内科系が多くを占めるが、精神障害も約7%で、決してマイナーではない。



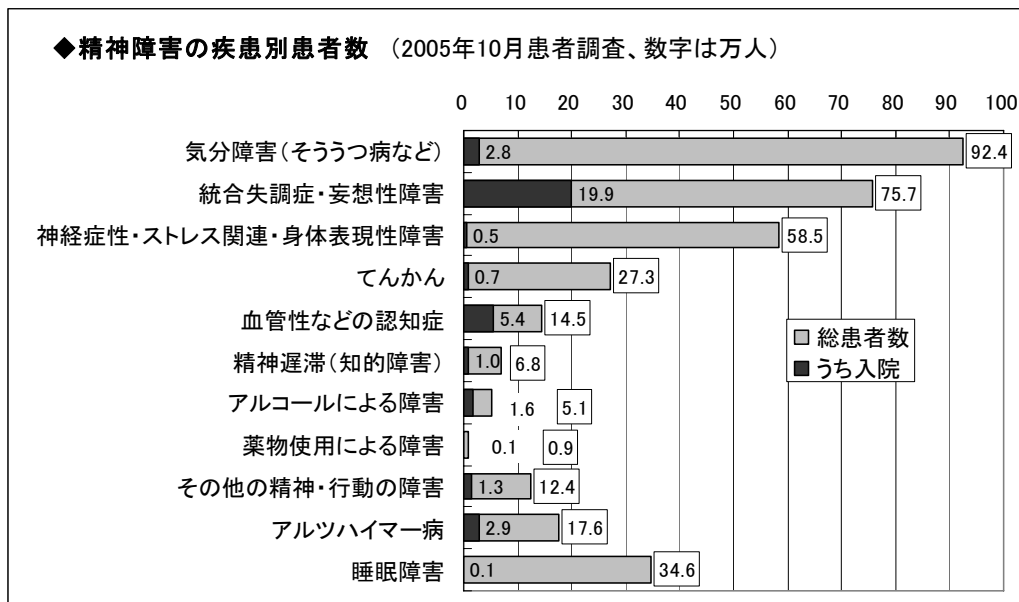
◆入院患者の4分の1は、精神障害

歯科・口腔外科を除く入院患者は合計146万人。そのうち24%を精神疾患や関連の病気が占める(2005 年患者調査)。ベッド数で見ても、全病床の4分の1は精神病床である。



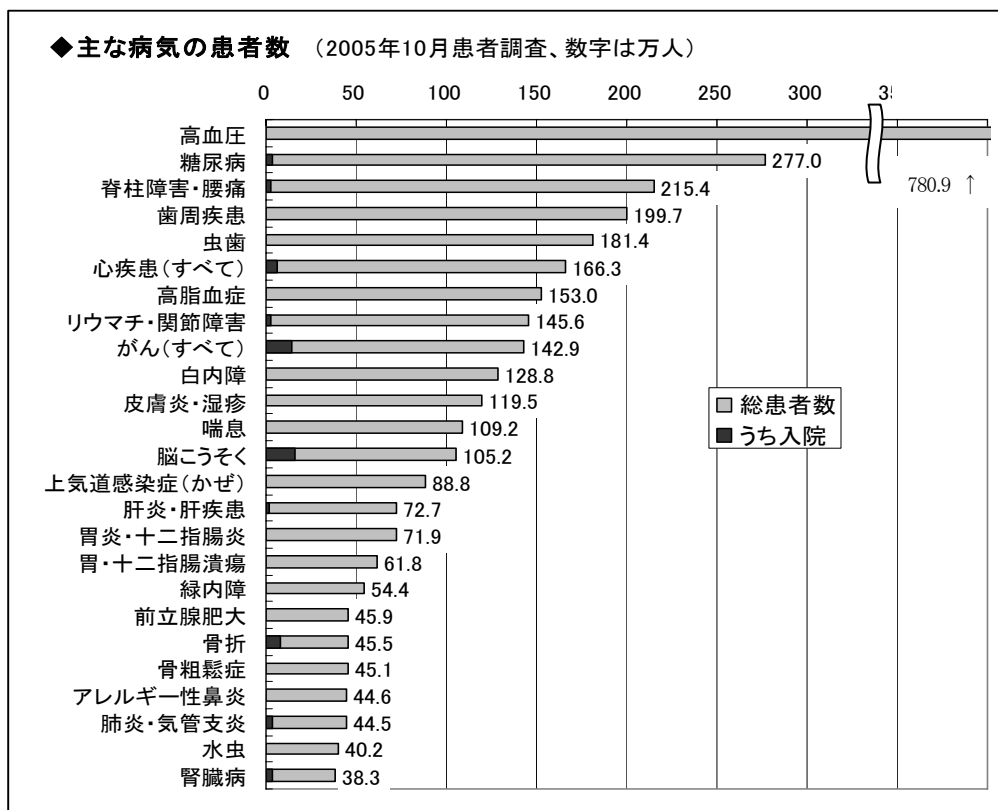
◆どんな精神障害が多いのか

気分障害、統合失調症、神経症性障害の3つの領域が大きいことがわかる。てんかんは近年、脳神経外科や神経内科で扱われることも多い。内科等を受診しているアルツハイマー病、睡眠障害は政府統計の精神障害者数に含まれていないが、精神科で治療しているケースもかなりあり、この場合は精神障害者数に含まれている。



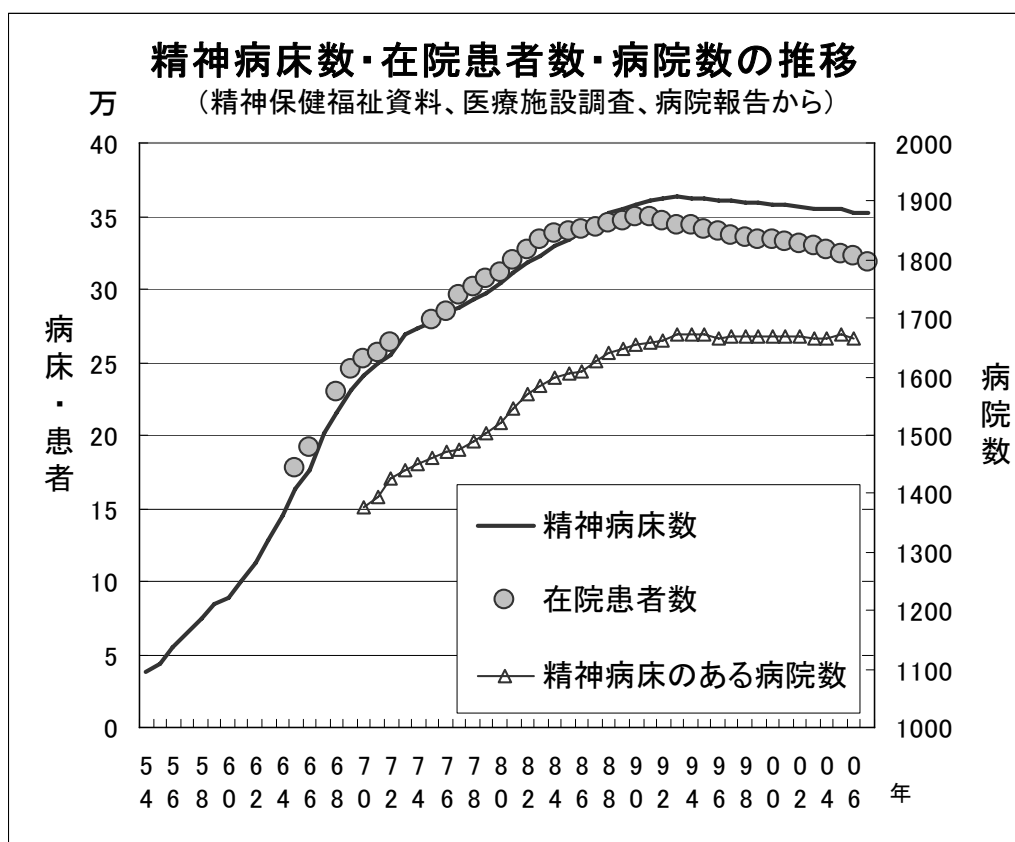
◆他の病気と比べると……

上のグラフの数字をあてはめると、とくに気分障害、統合失調症は、歯科を含めた主な病気と比べても、患者数のかなり多い病気であることがわかる。



◆なかなか減らない病床数・在院患者数

1989年に地域医療計画による病床数の規制が行われるまで、精神科のある病院数・病床数・在院患者数は大幅に増え続けた。その後、ゆるやかに減少している。



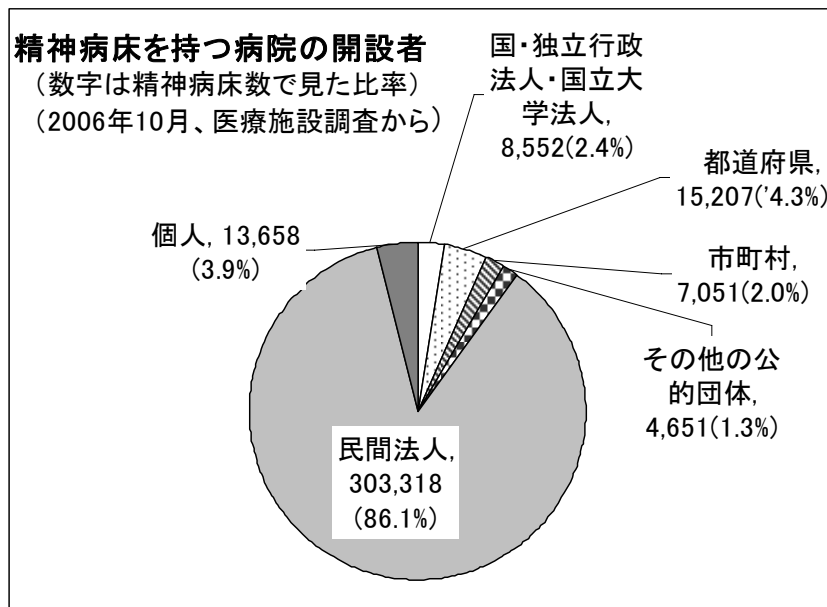
◆80年代前半までは措置入院の比率が高く、許可ベッド数を上回る超過収容も多かった。

年	精神病床のある病院	精神病床	在院患者	措置入院	措置率	病床利用率	平均在院日数
1965	1,069	164,027	177,170	63,894	36.1	108.0	
1970	1,364	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7	
1975	1,454	275,468	281,127	65,571	23.3	102.0	
1980	1,521	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3	534.8
1985	1,604	333,570	339,989	30,543	9.0	101.9	536.3
1990	1,655	358,251	348,859	12,566	3.6	97.4	489.6
1995	1,671	362,154	340,812	5,854	1.7	94.1	454.7
2000	1,673	358,597	333,328	3,247	1.0	93.0	376.5
2005	1,671	354,313	324,851	2,276	0.7	91.7	309.3
2006	1,667	352,437	321,924		0.0	91.3	303.3
2007		351,512	317,703		0.0	90.2	302.9

「病院報告」などから

◆ ベッドの9割が民間病院

精神病床を持つ病院は2006年10月時点で1667施設ある。その8割が民間病院で、精神病床数ベースで見ると、9割に達する(一般病院の場合、民間の比率は6割余り)。公立主体の欧米諸国と異なり、地域医療主体への転換が進みにくい一因になっている。



◆ 単科の精神科病院がベッド数の74%

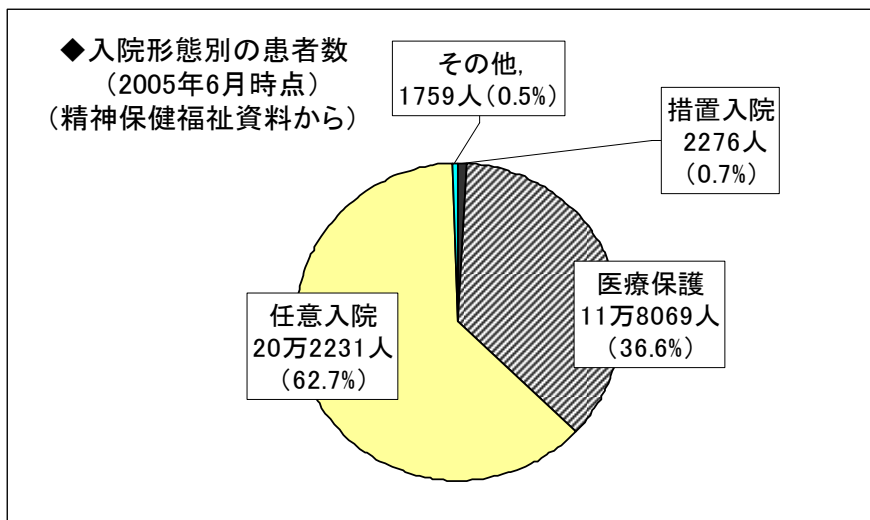
加えて、精神病床だけの単科の病院が1000施設を超えており、病床数ベースで見ると約74%を占めている。そうした病院では、とりわけ身体の病気が合併している患者への対応は不十分になりがちだ。

【開設者】	施設数	%	精神病床数	%
国・独立行政法人・国立大学法人	91	5.5	8,552	2.4
都道府県	82	4.9	15,207	4.3
市町村	71	4.3	7,051	2.0
その他の公的団体	50	3.0	4,651	1.3
公益法人・社会福祉法人・学校法人	139	8.3	34,752	9.9
医療法人・医療生協・会社など	1,164	69.8	268,566	76.2
個人	70	4.2	13,658	3.9
計	1,667	100.0	352,437	100.0

【病院のタイプ】	施設数	%	精神病床数	%
大学病院の精神病床	83	5.0	4,738	1.3
その他の一般病院	512	30.7	88,119	25.0
精神科病院	1,072	64.3	259,580	73.7
計	1,667	100.0	352,437	100.0

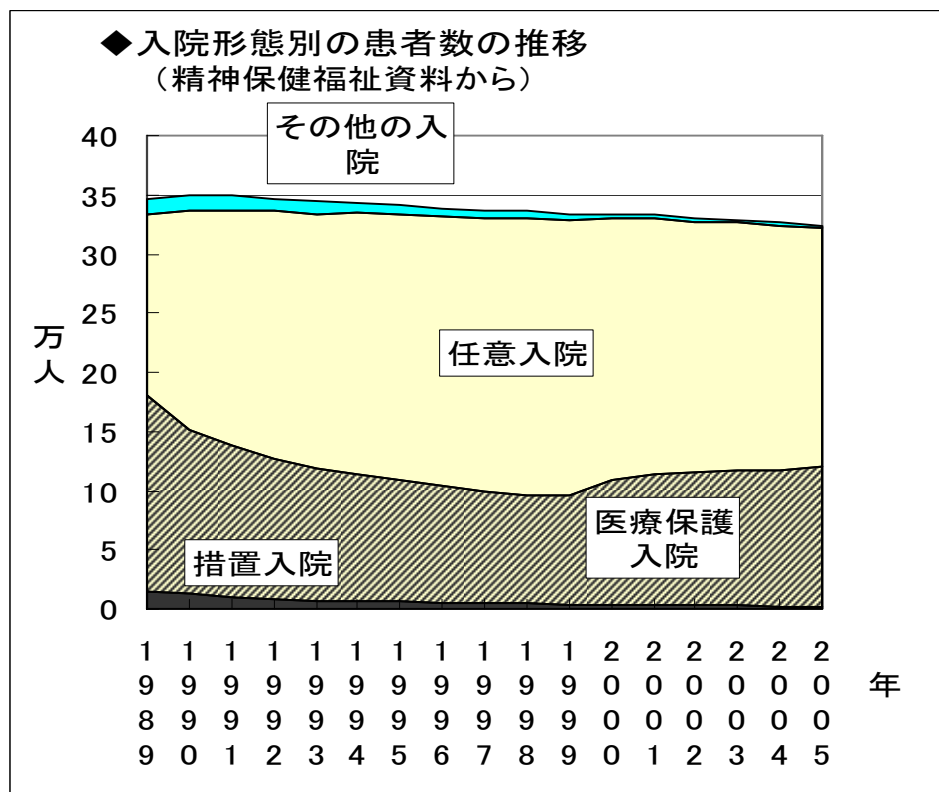
◆任意入院が6割を超す

精神保健福祉法による入院には、主に3つの種類がある。原則は本人の同意に基づく「任意入院」で、6割を超す。次いで精神保健指定医1人の判断と保護者の同意による「医療保護入院」で4割近い。自傷他害のおそれがあると複数の指定医が診断した場合に行政権限で行う「措置入院」は1%を切っている。(その他は応急入院など)



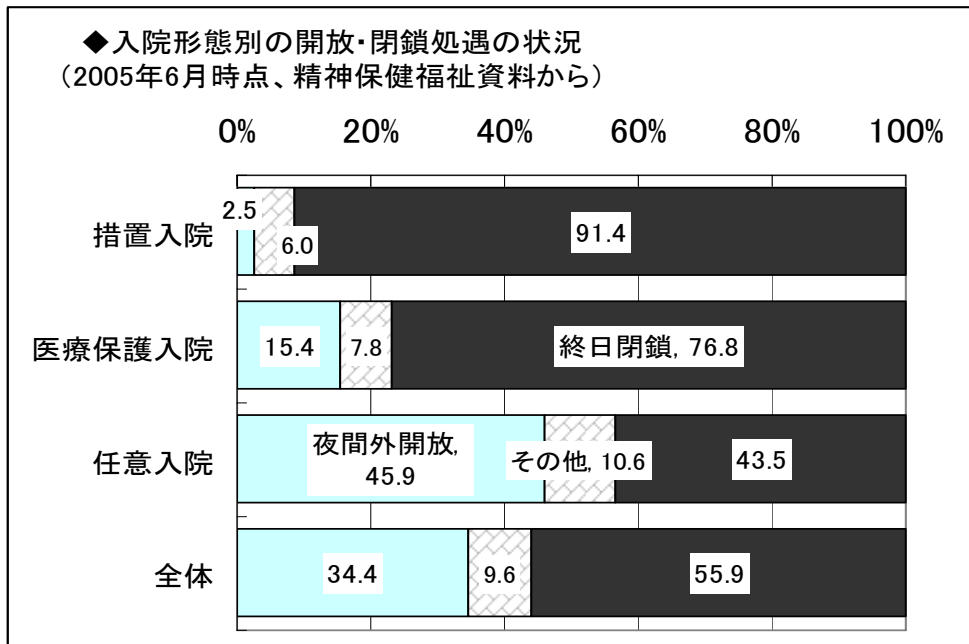
◆原則に逆行して増える医療保護入院

しかし時系列で見ると、1999年を境に任意入院が減り、医療保護入院が増えている。名目だけだった任意入院の患者を医療保護に切り替えたのも一因と見られるが、その後も同様の傾向は続いている。これは任意入院の原則に逆行する状況ではなからうか。



◆任意入院なのに、半数近くが終日閉鎖処遇

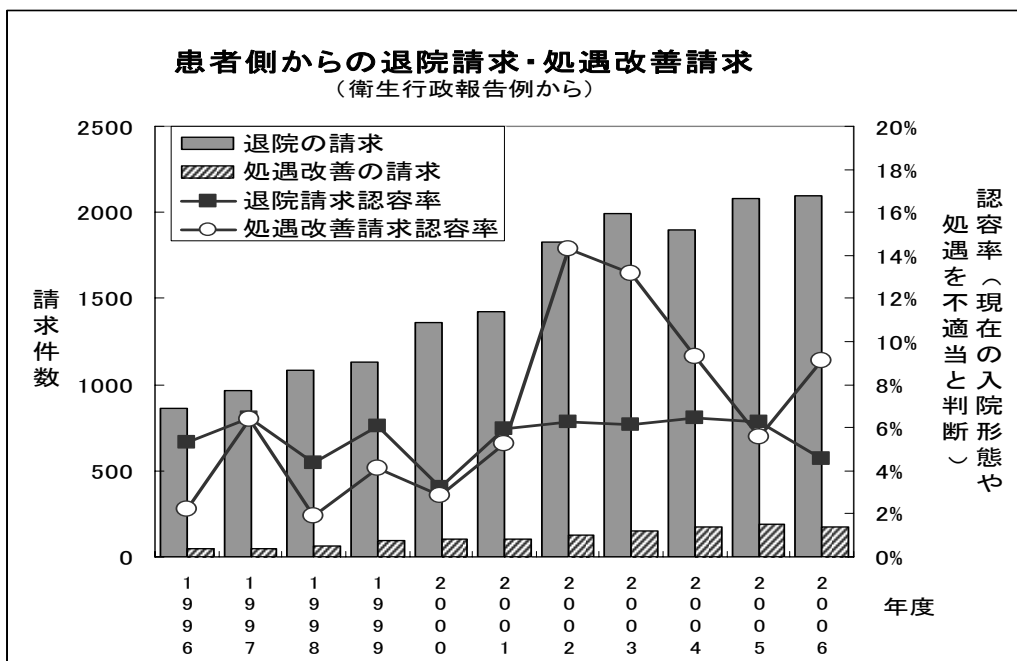
任意入院の患者は原則として開放処遇だが、実際に開放処遇なのは45.9%(2005年調査)にすぎない。逆に終日閉鎖の処遇が43.5%にのぼる。人権上、大きな問題がある。



◆なぜ少ない退院請求・処遇改善請求

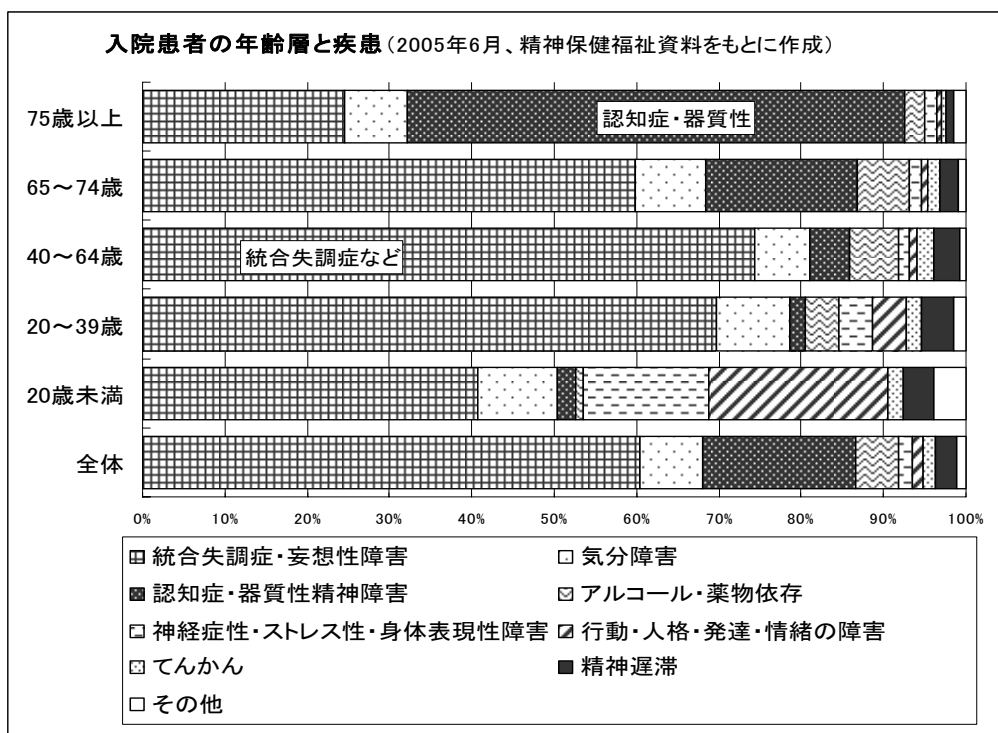
入院中の患者は、退院や処遇改善の請求ができる。行政に電話するだけでもよく、精神医療審査会が審査する。これらの請求は年々増えているが、約12万人にのぼる強制入院の患者数を考えれば、不思議なほど少ない。認められる率も退院請求で6%前後にとどまる。

精神医療審査会は、病院の定期報告などをもとに措置入院や医療保護入院の継続が妥当かどうかの審査もしている。これらの審査は2006年度で21万4029件行われたが、入院形態の変更や退院を求めたのは、24件(0.011%)にすぎない。



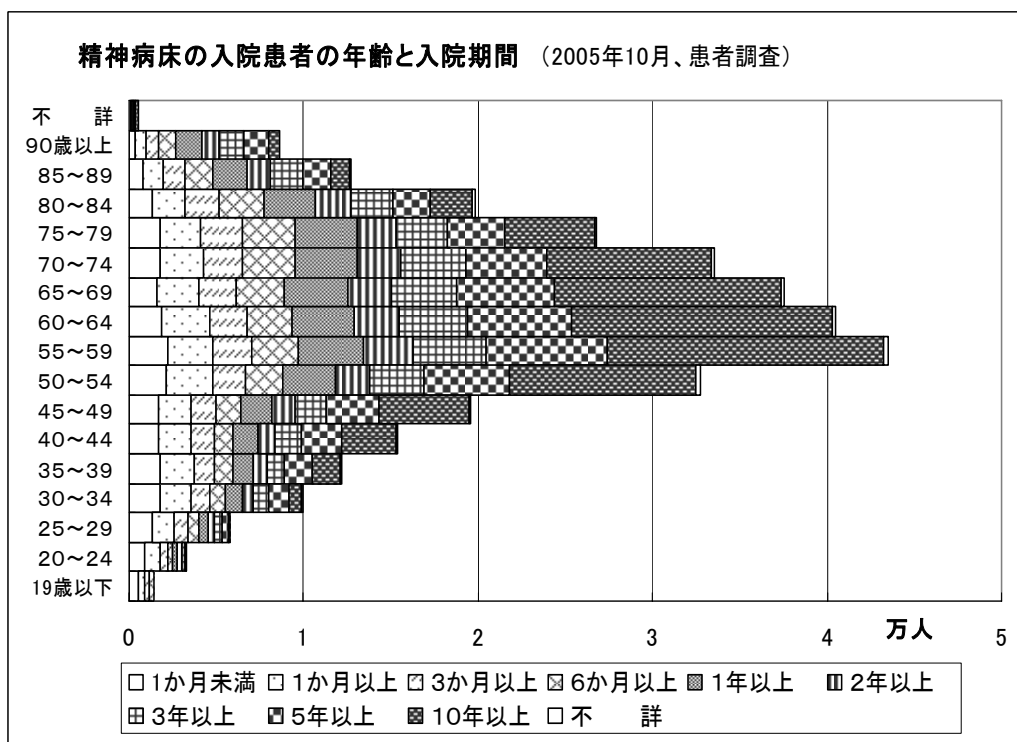
◆在院患者の6割は、統合失調症

75歳以上の高齢者では認知症が6割を超すが、それ以外の年齢層では、いずれも統合失調症が多く、入院患者全体の6割を占めている(2005年調査)。



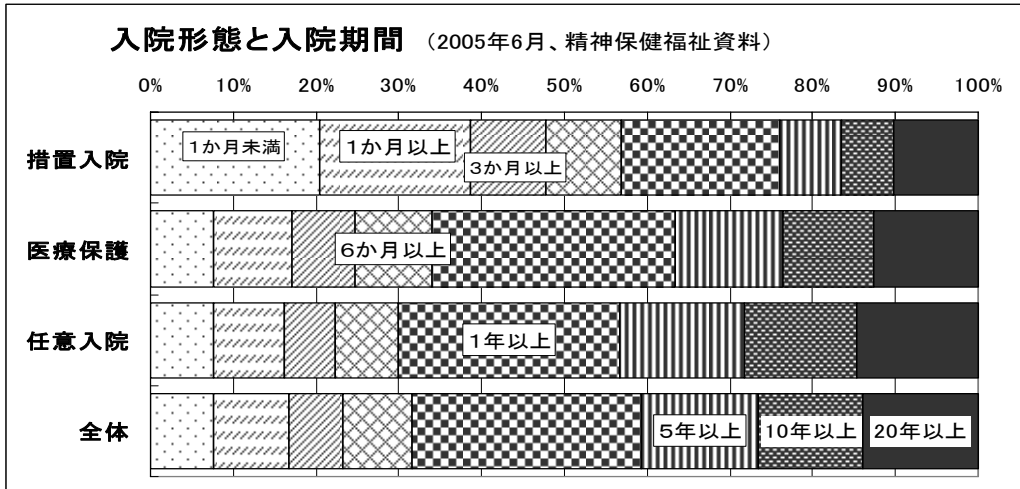
◆在院患者の4割は、65歳以上の高齢者

人数が多いのは50代から70代で、長期入院の比率も高い。65歳以上の高齢者は42.8%、75歳以上の後期高齢者だけでも20.9%を占めている(2005年患者調査)。



◆在院患者の4割が、5年以上の長期入院

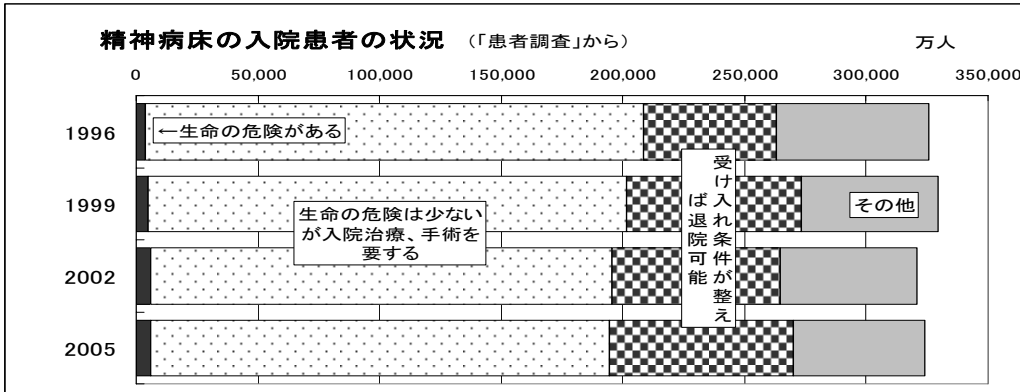
入院期間の長さは、精神科の際立った特徴である。5年以上入院している患者が全体の実に40.8%を占めている。20年以上の超長期入院も、14.0%にのぼる(2005年調査)。



◆在院患者の4分の1が「社会的入院」——7万人を超す

厚労省の「患者調査」は、主治医の判断した入院の必要度も調べている。このうち「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる患者が、「社会的入院」の人数とされることが多い。

精神病床の社会的入院は7万人を超えていた。政府は2002年末に「今後10年間で解消する」という目標を打ち出したが、05年のデータでも、該当する患者数はむしろ増えており、精神病床の入院患者の23.4%を占めた。年齢・入院期間による差はあまりない。

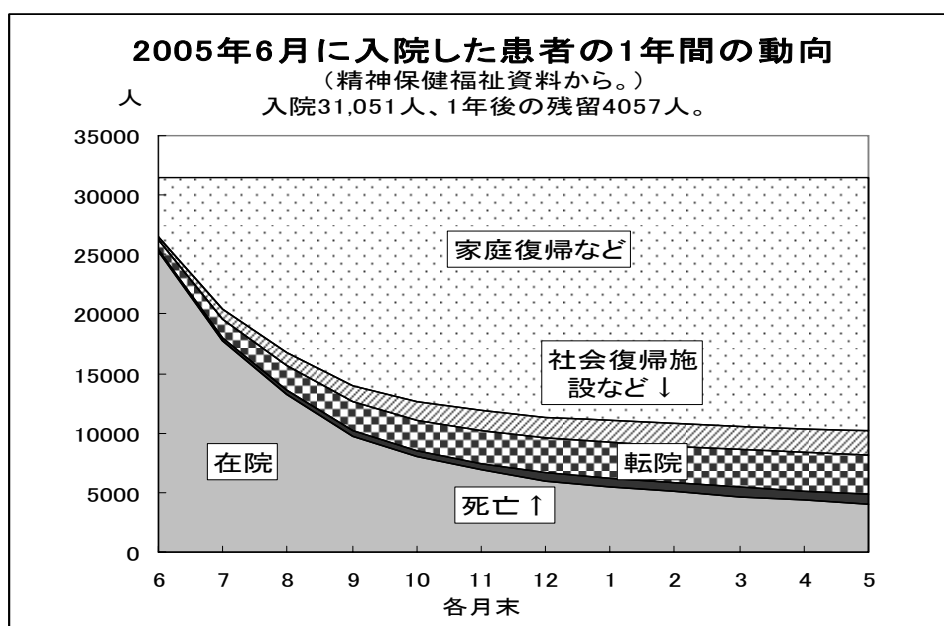


調査年	生命の危険がある	生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する	受け入れ条件が整えば退院可能	検査入院	その他	総数
1996	3,600	204,800	54,600	100	62,800	325,900
1999	4,700	196,900	71,600	300	55,800	329,400
2002	5,900	189,600	69,000	300	56,200	320,900
2005	6,000	188,200	75,900	200	54,000	324,300

◆短期間で退院する人は多いが・・・

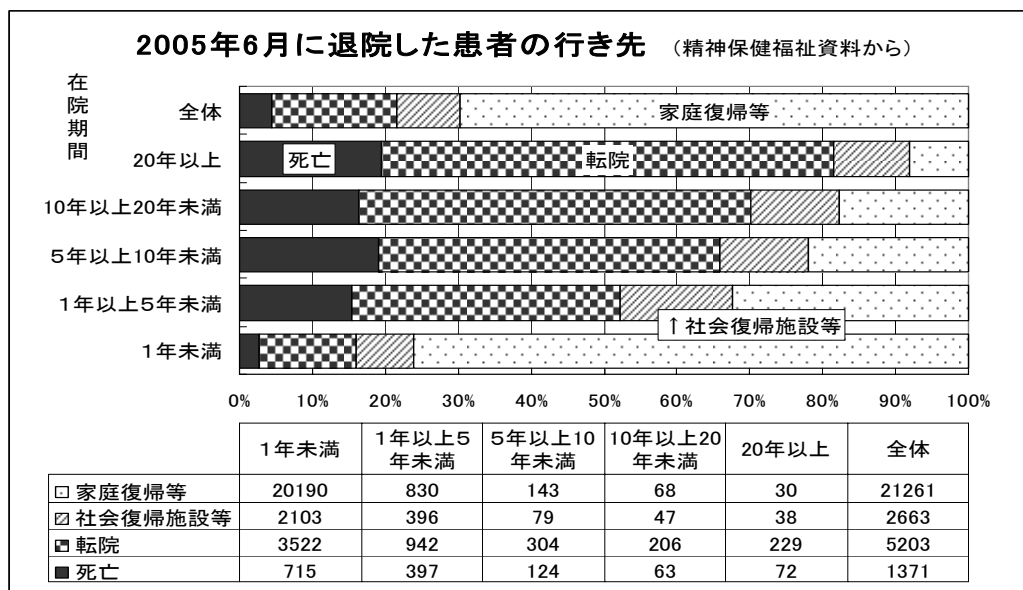
1年間に入院する患者、退院する患者は近年、精神病床の総数をやや上回っている。在院患者に長期入院が目立つ一方で、短い期間で退院する患者も多いわけだ。

新たに入院した患者がどんなペースで退院するか。2005年6月のデータからグラフを描いた。新規入院患者の退院時期は年々、少しずつ早まっており、2か月ほどで残留患者はほぼ半数に減る。しかし1年を超えて入院を続ける人が12.9%いる。

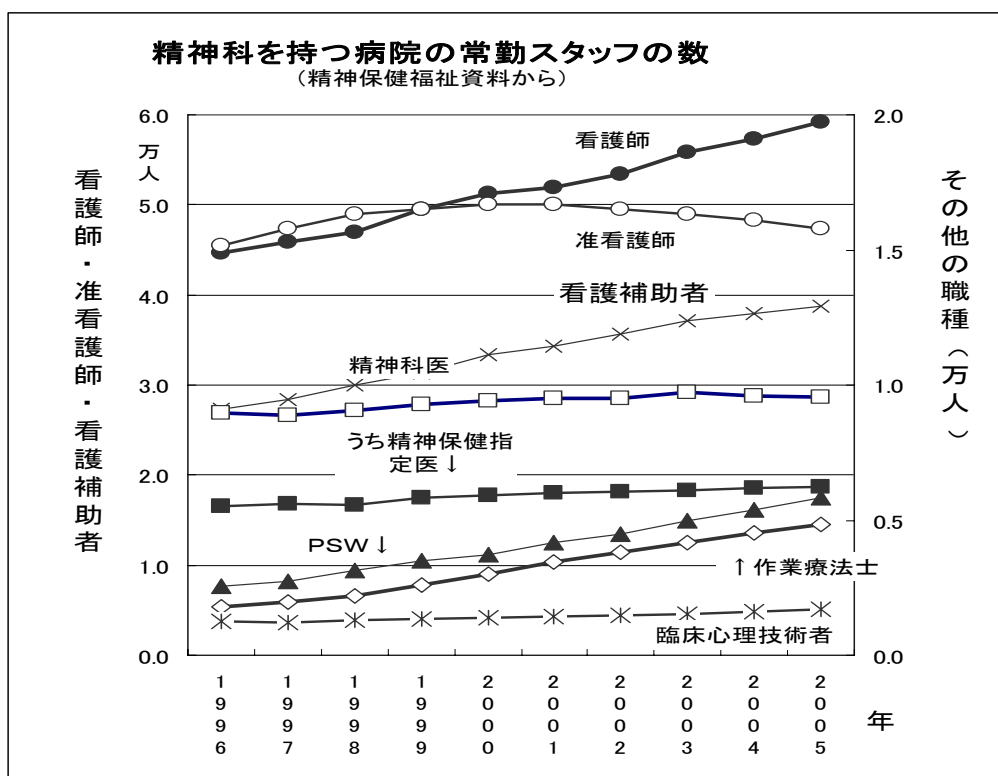


◆1年を超すと難しくなる社会復帰

以前からの入院患者を含めた退院後の行き先はどうか。2005年6月のデータでは、全体の8割近くが社会に戻っている。短期間で退院する人数が多いためだ。しかし在院1年以上になると、転院・死亡の比率が高まり、20年以上の患者では逆に8割が転院や死亡である。転院の多くは身体の病気と見られ、転院先で亡くなるケースも少なくないだろう。

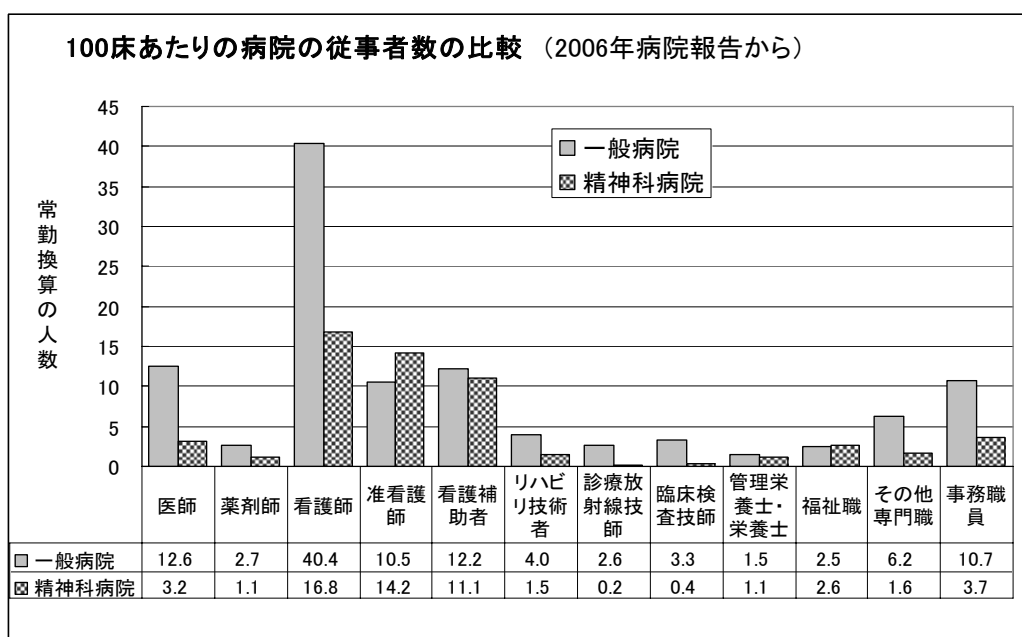


◆スタッフは増えてはいるが...



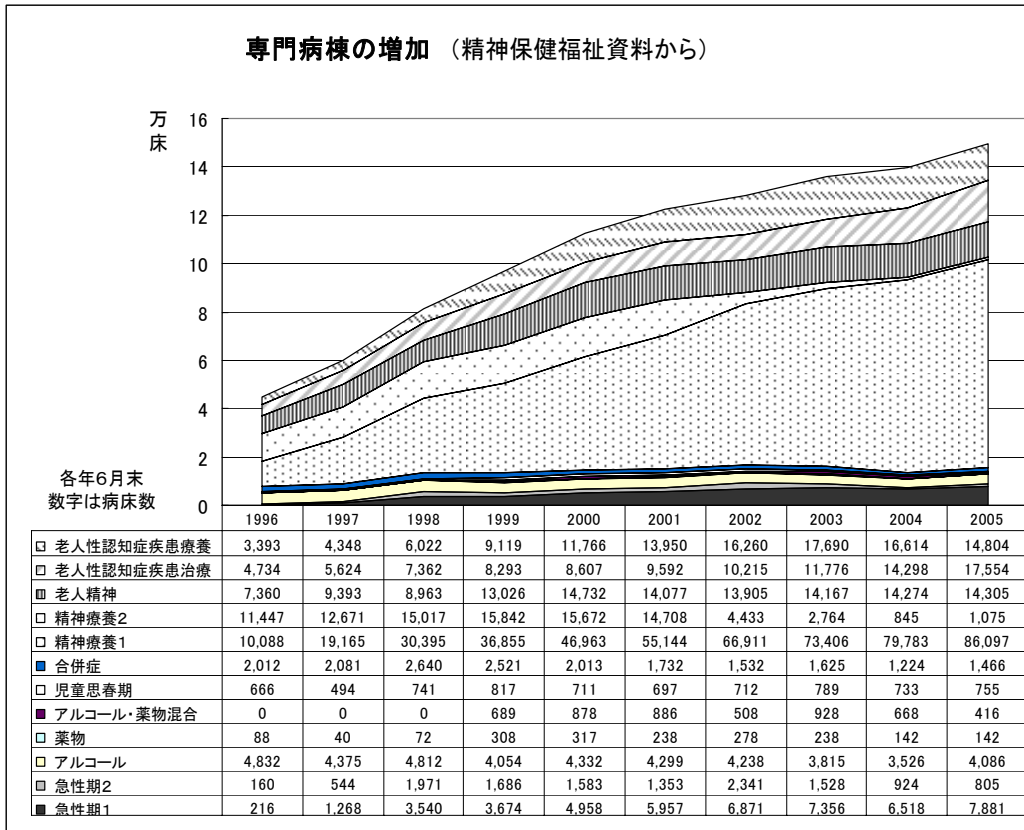
◆まだまだ手薄な配置——医師数は一般病院の4分の1

100床あたりの病院のスタッフ数を比べると、職員総数では、精神科病院(精神病床だけの病院)は平均62.0人で、一般病院の平均(113.1人)の半分ほどである(2006年病院報告)。とりわけ医師数は4分の1と少ない。看護師(正看護師)も4割程度で、他の専門職や事務職員も少ない(グラフの中で、リハビリ技術者は、作業療法士・理学療法士・視能訓練士・言語聴覚士の合計。福祉職はソーシャルワーカー・ケアワーカー)



◆増えた専門病棟

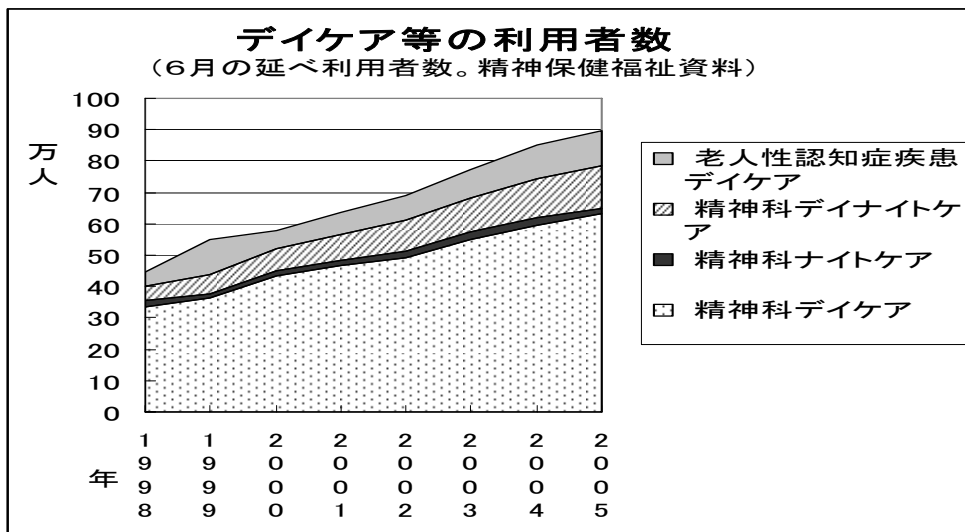
保険の基準設定もあって、各種の専門病棟は合わせて約 15 万床と、精神病床全体の半分近くを占めている。ただし大半は慢性期向けの精神療養病棟と、老人・認知症の病棟である。



◆増えるデイケア利用

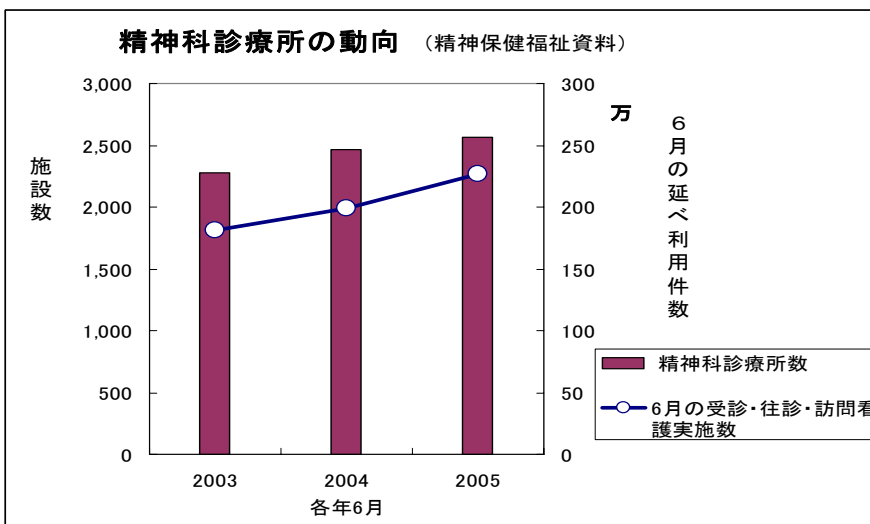
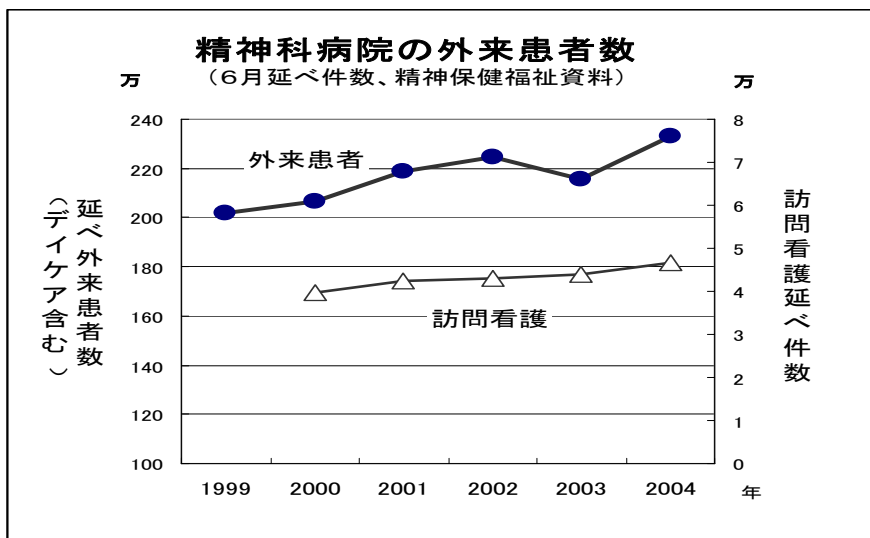
在宅や社会復帰施設にいる患者が日常生活能力の維持・向上のために通うのがデイケアやナイトケアで、医療機関で行われる。利用者は年々増えている。

実施施設は、延べ利用者数ベースで見て、約75%が病院だが、精神科の診療所、精神保健福祉センターなどでも行われている。



◆増える外来患者

以下のグラフのように、病院も診療所も増えている。診療所は施設数も増えた。



【精神科のある病院】(2004年6月)

(精神保健福祉資料)

延べ外来患者数	2,332,744
訪問看護件数	46,750

【精神科のある診療所】(2005年6月)

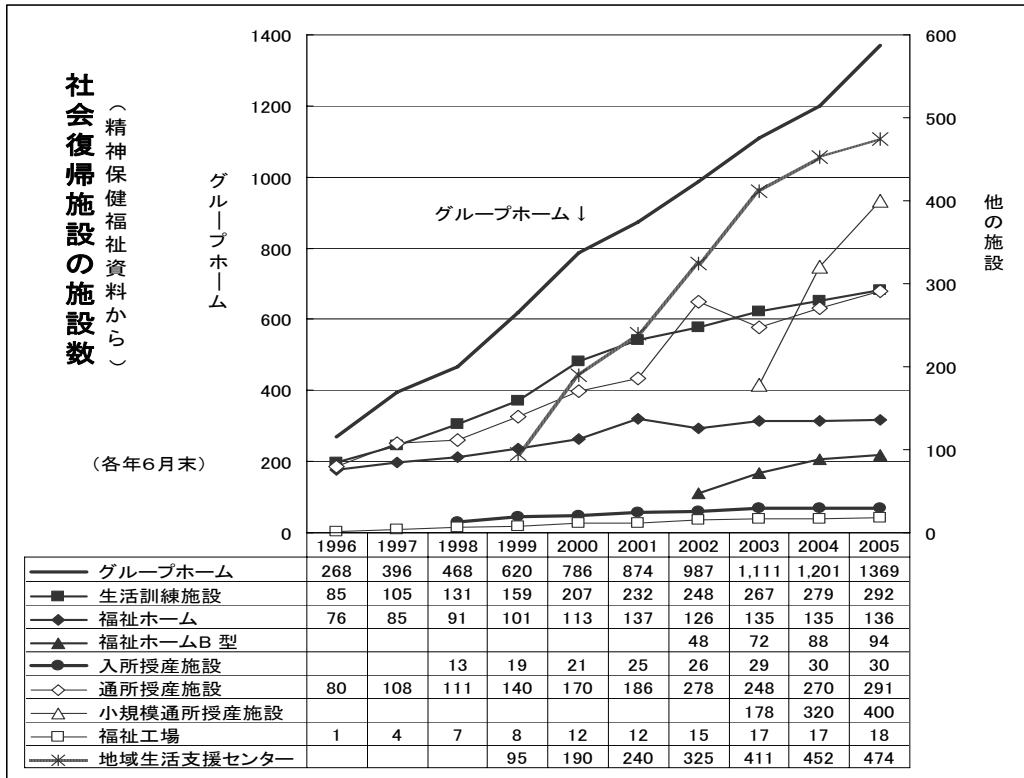
施設数 2,567

	延べ件数	実人員		
		うち精神障害者	それ以外	
外来患者の延べ人数	2,133,163	101,829	76,259	25,570
うち通常の診療	1,918,306			
うちデイケア	214,857			

往診の延べ件数	11,067	5,869
訪問看護の延べ件数	119,110	3,989

◆まだまだ足りない社会復帰施設

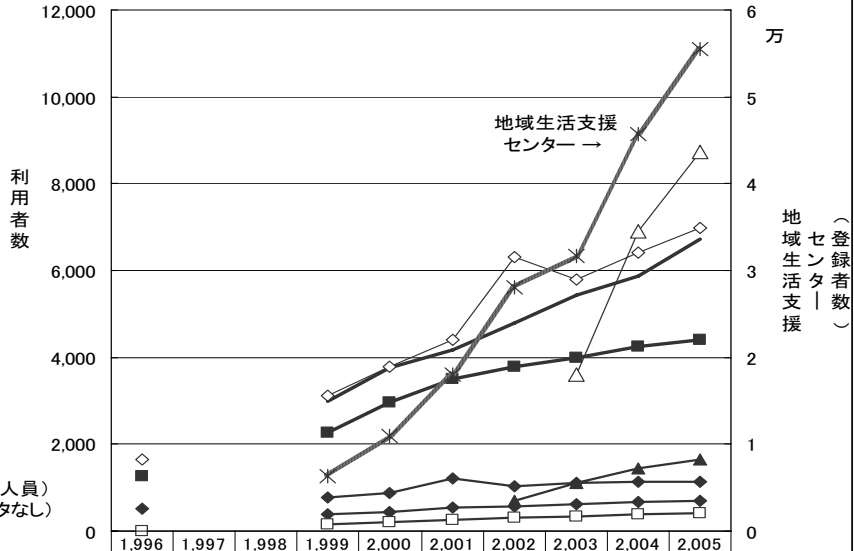
各種施設の数には確かに増えてきたが、絶対数として、これで足りるのだろうか。



下のグラフは利用者数である。ずいぶん増えたものの、入所・居住系施設の合計で1万4000人台、授産施設・福祉工場の合計で1万6000人台にすぎない。

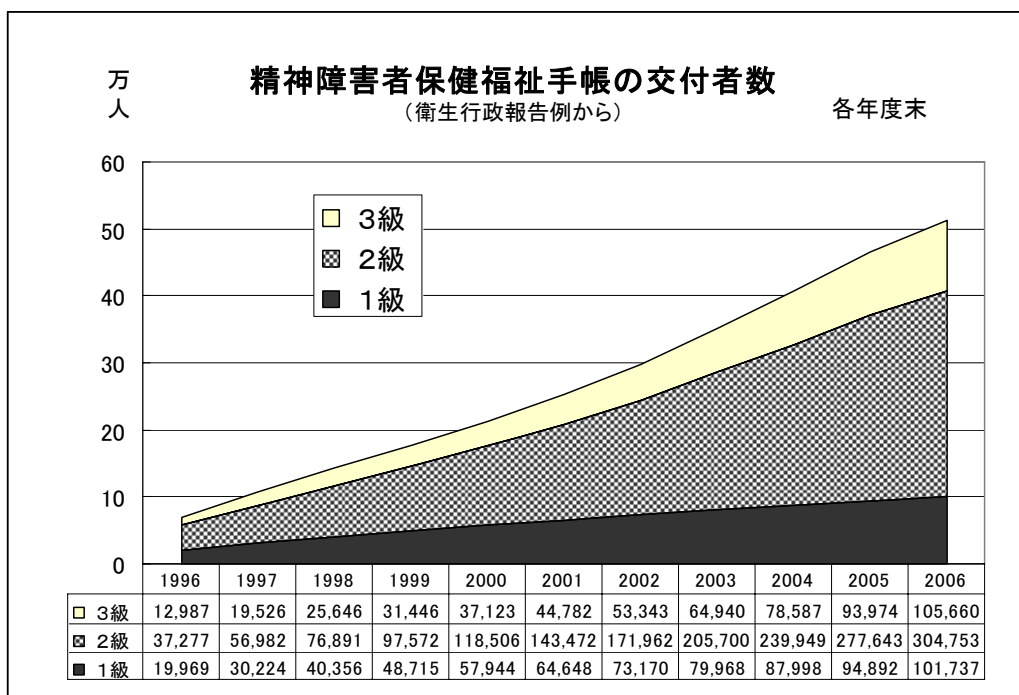
社会復帰施設の利用者数
(精神保健福祉資料から)

(各年6月末、実人員)
(97・98年はデータなし)



	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2,002	2,003	2,004	2,005
—●— グループホーム	1,282			2,999	3,759	4,184	4,797	5,444	5,884	6,726
—■— 生活訓練施設	1,256			2,271	2,965	3,505	3,777	3,983	4,242	4,407
—◆— 福祉ホーム	526			785	873	1,199	1,024	1,115	1,137	1,130
—▲— 福祉ホームB型							705	1,101	1,449	1,647
—◇— 入所授産施設				386	425	539	565	614	666	691
—○— 通所授産施設	1,644			3,127	3,793	4,410	6,317	5,802	6,411	6,981
—△— 小規模通所授産施設								3,615	6,904	8,742
—□— 福祉工場	9			156	201	250	311	329	383	401
—※— 地域生活支援センター				6,304	10,911	18,072	28,030	31,666	45,662	55,478

◆障害者手帳を持つ人は年々増えている

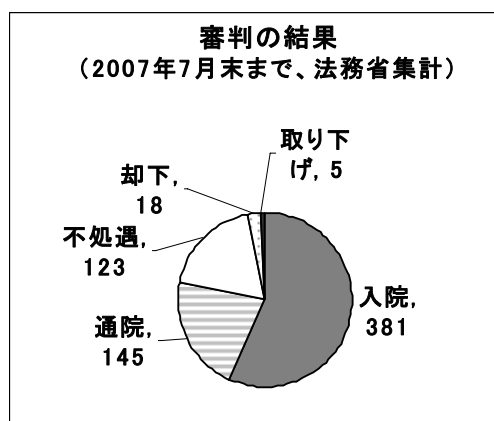


◆医療観察法の運用状況

【検察官による申し立ての内訳】 2005年7月16日～2007年7月31日、法務省集計

▼刑事手続き	計 755	率	▼対象行為	計 776	率
不起訴	654	87%	傷害・傷害致死	265	34%
確定裁判	101	13%	放火	219	28%
			殺人	199	26%
			強盗	50	6%
			強制わいせつ・強姦	43	6%

(未遂を含む。複数の行為は複数計上)



■ 平成19年版厚生労働白書

◆障害者数

(単位：万人)

	総数	在宅者	施設入所
身体障害児・者	351.6	332.7	18.9
身体障害児 (18歳未満)	9.0	8.2	0.8
身体障害者 (18歳以上)	342.6	324.5	18.1
知的障害児・者	54.7	41.9	12.8
知的障害児 (18歳未満)	12.3	11.7	0.8
知的障害者 (18歳以上)	41.0	29.0	12.0
年齢不詳	1.2	1.2	0.0
精神障害者 資料	302.8	267.5	35.3

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（平成17年）をもとに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成。精神障害者の施設入所とは、精神科病院にて入院している患者である。

◆社会復帰施設の概要

年次	種類別施設数							
	精神障害者社会復帰施設	精神障害者生活訓練施設	精神障害者福祉ホーム	精神障害者入所授産施設	精神障害者通所授産施設	精神障害者小規模通所授産施設	精神障害者福祉工場	精神障害者地域生活支援センター
平成5	159	50	59	2	48	・	・	・
平成6	187	64	64	4	55	・	…	・
平成7	233	80	73	6	73	…	1	…
平成8	285	98	81	11	91	…	4	…
平成9	350	128	88	15	112	…	7	…
平成10	401	149	99	18	127	…	8	…
平成11	473	182	111	21	150	…	9	…
平成12	521	205	115	22	168	…	11	…
平成13	857	232	127	25	183	30	12	248

平成 14	1,082	246	159	28	208	109	14	318
平成 15	1,363	263	195	29	245	215	17	399
平成 16	1,530	274	212	29	261	306	18	430
平成 17	1,687	286	233	30	285	375	18	460

■ 2006年国民衛生の動向

精神及び行動の障害 疾患別患者数の構成割合

(単位 %) 平成14年('02)

	入院	外来
総数	100	100
血管性及び詳細不明の痴呆	15.5	4.9
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	5.1	2.7
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	58.9	25.2
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	7.7	28.9
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	1.7	21.1
アルツハイマー病	5.4	3.4
てんかん	2.1	8.7
その他の精神及び行動の障害	3.6	5.2

精神病床数、在院患者数、措置患者数、措置率、病床利用率の推移

(各年6月末現在)

	前精神 病床数	在院 患者数	措置 患者数	措置率 (%)	病床利用 率(%)
昭50年('75)	275 468	281 346	65 571	23.3	102.1
60 ('85)	333 570	339 989	30 484	9	101.9
平 7 ('95)	362 154	340 812	5 854	1.7	94.1
12 ('00)	358 597	333 328	3 247	1.0	93.0
13 ('01)	357 388	332 759	3 083	0.9	93.1
14 ('02)	356 621	332 022	2 767	0.8	93.1
15 ('03)	355 269	329 990	2 566	0.8	92.9

精神医療審査会の審査

平成16年度('04)

	審査件数	他の入院形態への以降、退院または 処遇改善が適当とされた者
定期報告(医療保護入院)	80 787	8
定期報告(措置入院)	2 841	5
退院請求	1 902	122
処遇改善請求	177	16

入院形態別入院患者数の推移
(単位 人、()内%)

各年6月末現在

	平成11年 (’99)	12 (’00)	13 (’01)	14 (’02)	15 (’03)
措置入院	3 472 (1.0)	3 247 (1.0)	3 083 (0.9)	2 767 (0.8)	2 566 (0.8)
医療保護入院	91 699 (27.5)	105 359 (31.6)	110 930 (33.3)	112 661 (34.1)	114 145 (34.7)
任意入院	233 509 (70.1)	220 840 (66.3)	215 438 (64.8)	212 015 (64.2)	209 924 (63.8)
その他	4 250 (1.3)	3 557 (1.1)	3 263 (1.0)	2 607 (0.8)	2 461 (0.7)

資料 厚生労働省社会・援護局精神保健福祉課調べ

精神障害者福祉手帳の所持状況

各年度末現在

	手帳所持者数(人)		手帳所持者数(人)
平成7年度(’95)	29 533	12 (’00)	190 741
8 (’96)	70 195	13 (’01)	219 154
9 (’97)	103 819	14 (’02)	255 638
10 (’98)	134 221	15 (’03)	312 794
11 (’99)	162 951	16 (’04)	335 064

資料 厚生労働省社会・援護局精神保健福祉課調べ

精神障害者通院医療費公費負担レセプト平均件数の推

	月当たり平均レセプト件数
平成10年度(’98)	481 677
11 (’99)	525 383
12 (’00)	574 663
13 (’01)	629 916
14 (’02)	701 288
15 (’03)	763 784

資料 厚生労働省社会・援護局精神保健福祉課調べ

資料2 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、都道府県、指定都市に1ヶ所(東京都のみ3ヶ所)設置され、平成20年3月現在66ヶ所設置されている。精神保健福祉法第6条に規定された機関で、総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動の推進の中核となる機能を備えたとされている。

精神保健福祉センター運営要領には、企画立案、普及啓発、技術援助、人材育成、組織育成、調査研究、精神保健福祉相談、精神医療審査会事務、自立支援医療(精神通院医療)及び精神障害者保健福祉手帳の判定がセンターの業務とされている。

地域の社会資源や精神保健福祉関係団体の情報等を把握しているところが多いが、各センターの事業内容はさまざまであるので、詳細は各センターのホームページ等でご確認いただきたい。

全国精神保健福祉センター長会ホームページ

<http://www.acplan.jp/mhwc/index.html>

資料3 精神保健福祉関係団体等一覧

参考として精神保健福祉関係団体等一覧を掲載した。これらは、精神保健福祉関係者にとっては概ね知られている機関や団体等である。このほかにも多くの機関や団体がありすべてを網羅しているというわけではない。取材についてあらかじめ了解を得て掲載しているわけではないので、取材に際してはその都度各団体等の了解を得て行う必要がある。また、住所等が変更になっている場合もあるので、その場合はホームページ等でご確認いただきたい。

本ガイドブックは、平成 17-19 年度厚生労働科学研究「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」（主任研究者 保崎秀夫）分担研究「普及啓発における当事者の積極的参加とマスメディアによる支援に関する研究」の一環として作成した。

分担研究者 山下俊幸(京都市こころの健康増進センター)

研究協力者 有海清彦(山形県精神保健福祉センター)

佐々木昭子(前東京都立精神保健福祉センター)

原 昌平(読売新聞大阪本社編集局科学部)

原田 豊(鳥取県立精神保健福祉センター)

益子 茂(東京都立精神保健福祉センター)

山崎正雄(高知県立精神保健福祉センター)

本ガイドブックの作成にあたり、阿部光希 様 (山陽新聞・社会部)、安東義隆 様 (産経新聞大阪本社・社会部)、岡本晃明 様 (京都新聞・社会報道部) には、たいへん貴重なご意見をいただきました。また、資料 1 精神保健福祉関係資料「図表で見る日本の精神保健医療福祉」については、研究協力者 原昌平 様に作成いただきました。この場をお借りして、深く御礼申し上げます。

研究事務局 AC プランニング内

〒612-8369 京都市伏見区村上町 406

TEL 075-611-2008 FAX 075-603-3816

E-mail:seishinhoken@acplan.jp

平成 17-19 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究

主任研究者 保崎秀夫 (日本精神保健福祉連盟)

精神保健医療福祉ガイドブック

- 当事者の積極的参加に向けたマスメディアによる支援のために -

編集 「普及啓発における当事者の積極的参加と

マスメディアによる支援に関する研究」研究班

分担研究者 山下俊幸(京都市こころの健康増進センター)

〒604 - 8845 京都市中京区壬生東高田町 1-15

発行 平成 20 年 3 月