

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

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 保崎秀夫

平成19年度 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 総括・分担研究報告書

主任研究者 保崎秀夫

目 次

. 総括研究報告書

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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
主任研究者 保崎 秀夫	

分担研究報告書

1 . 普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究・・・・・・・・	11
上田 茂	
2 . ライフステージに応じた精神保健教育資材の開発 に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	71
大西 守	
3 . 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・・・・・・・・・・・・・・・・	109
山下 俊幸	
4 . 精神保健学の教育資材開発に関する研究・・・・・・・・	199
竹島 正	

. 総括研究報告書

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（社団法人 日本精神保健福祉連盟）

研究要旨：

【目的】本研究は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」実現へ向けて、国、都道府県、市町村、関係諸団体等の連携による普及啓発の組織的・戦略的推進の方法を明らかにすることを目的とした。

【方法】 18 年度研究で作成した「普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン試案」に関する意見を全国の普及啓発関係者から収集し、ガイドライン完成のための検討を行った。また、「精神疾患の報道を考える懇話会」を開催し、普及啓発におけるメディアとの連携のあり方について検討した。 中年期のメンタルヘルス上の課題について検討した。また 18 年度研究で作成した「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル（案）」の検討を行った。さらに 新聞記者との意見交換会を開催し事件報道と積極的報道のあり方について検討した。また 18 年度研究で作成した、当事者の積極的参加を支援するためのマスメディア向け啓発資料案をもとに「精神保健福祉ガイドブック 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 」作成の検討を行った。 普及啓発を推進する方法として精神障害者の芸術活動の支援が考えられることから、都道府県及び政令指定都市を対象に精神障害者の芸術活動支援の現状に関する質問紙調査を実施した。また、全国の精神保健福祉センターから普及啓発資材を収集し、その作成手順等に関する質問紙調査を実施すると共に、デザイン面を中心とした専門家による評価を実施した。

【結果及び考察】 地方自治体や精神保健福祉関係団体の普及啓発担当者に向けたガイドラインを作成した。また「精神疾患の報道を考える懇話会」の結果、メディアとの連携を進める上で、メディアカンファランスの定期開催、中立的立場からメディアに情報提供する取り組み、メディア従事者のニーズ把握のための調査、が必要と考えられた。 中年期以降のライフステージでは、健康教育、サービスシステムの周知等が重要と考えられた。「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル」を作成した。 誤解や偏見をもたらす事件報道を減らし積極的報道を増やすためには、マスコミ関係者の精神障害者に対する関心を高めることが必要と考えられた。本研究で作成したガイドブックの活用によって当事者、精神保健福祉関係者、マスコミ関係者の協働作業の促進が期待される。 芸術活動支援については、自治体の把握している情報が全般的に少なく情報伝達や保持の方法の改善が必要と考えられた。「全国こころの美術展」のような全国規模の展覧会の開催について検討することが必要と考えられた。普及啓発資材の作成に当たっては専門家を活用することが効果的であり、各都道府県が共同して資材の研究や開発を行うことも有効と考えられた。

分担研究者

上田 茂（財団法人 日本医療機能評価機構）

大西 守（社団法人 日本精神保健福祉連盟）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

A. 研究目的

厚生労働省は平成 16 年 9 月に発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策を推し進めるための基本方針の一つとして、精神疾患や精神障害者について国民各層が正しい理解を深めるよう意識改革に取り組むものとしている。そして、おおむね 10 年後の達成目標として、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を 90%以上とする」を掲げている。

しかし、国民意識の変革すなわち普及啓発の取り組みは、現在でも国、都道府県、市町村、関係諸団体等によって行われてはいるが、必ずしも組織的・戦略的なものになっていないという実情がある。それらの取り組みの多くはそれぞれ個別的なものに留まっており、関係する組織や団体が連携し一体となった取り組みは限られている。また、一般住民、保健医療福祉関係者、地域活動関係者、精神障害当事者及びその家族等といった対象に応じた普及啓発の推進という観点に乏しく、対象別に整理された共通の教育資材の整備という点でも不十分である。さらには、普及啓発において重要な役割を持つマスメディアを活用する方策

についても、これまで十分に検討されてこなかった。

本研究では、以上のような普及啓発の課題に対処し、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の実現に向けて、国、都道府県、市町村、そしてマスメディアも含めた関係諸団体等が連携を取りつつ組織的・戦略的に普及啓発を推進する方法を明らかにする。特に本年度は、3 年研究の最終年度として過去 2 年間の研究結果を踏まえながら、普及啓発に効果的な手法を具体的に開発することを目的としている。

本研究の中で実施される 4 つの分担研究それぞれの目的は以下の通りである。

1. 「普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究」(分担研究者 上田 茂):

過去 2 年間の本分担研究の結果を踏まえつつ、昨年度の研究で作成した「普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン試案」について、その内容を検討・修正し完成版を作成する。

また、国民意識の変革に向けて、マスメディアと行政を含む精神保健医療福祉従事者との連携のあり方を検討する。

2. 「ライフステージに応じた精神保健教育資材の開発に関する研究」(分担研究者 大西 守):

ライフステージに応じた精神保健教育資材の開発のため、過去 2 年間の本分担研究で得られた調査・研究結果をもとに、本年度は研究をさらに発展させながら総括する。

特に、中年期のメンタルヘルス上の課題の明確化、教育関係者や保護者向けのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアルの作成、ヨーロッパでの精神保健上の課題の検討の 3 点を本年度の目的とする。

3. 「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」
(分担研究者 山下俊幸):

マスメディア関係者との意見交換を通して、事件報道や積極的報道のあり方について検討する。

また、昨年までの本分担研究で作成した、普及啓発への当事者の積極的参加を支援するためのマスメディア向け啓発資料案をもととして、その完成版を作成する。

4. 「精神保健学の教育資材開発に関する研究」(分担研究者 竹島 正):

精神障害者の芸術活動支援と普及啓発の連携のあり方について検討するための情報を得るべく、本分担研究では精神障害者の芸術活動支援の現状を把握することを目的とする。

また、既存の普及啓発資材とその作成過程に関する情報収集や専門家評価によって普及啓発資材の実態を把握し、その効率的開発に資することも目的とする。

B. 研究方法

1. 「普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究」:

昨年度までの研究で作成したガイドライン試案を全国の都道府県、政令指定都市、精神保健福祉センターの普及啓発担当者に送付し、その内容に関する意見を収集した。その後、収集された意見について、本分担研究者と研究協力者によって構成された編集ミーティングで内容を検討し、必要に応じてガイドラインに修正を加え完成版を作成した。

また、医療分野で活動する新聞社・通信社の記者と行政・医療分野の代表者による「精神疾患の報道を考える懇話会」を開催

し、その中で、マスメディアと行政・医療者の効果的な連携のあり方について検討し、意見の一致するところをまとめた。

2. 「ライフステージに応じた精神保健教育資材の開発に関する研究」:

まず、中年期のライフステージにおけるメンタルヘルス上の課題について検討した。

また、過去2年間の本分担研究によって作成した「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル(案)」について、平成18年度の研究で教職員から収集した意見を検討し、必要に応じて修正を加え、完成版を作成した。

さらに、海外での精神障害への偏見の除去のための活動について、WHOを中心にヨーロッパでの課題を検討した。

3. 「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」:

まず、事件報道と積極的報道のあり方について、本分担研究班メンバーと新聞4紙の記者4名による意見交換会を開催した。

また、過去2年間の本分担研究で作成したマスメディア向け啓発資料案をもとに、その内容・構成を分担研究会議で検討し、完成版を作成した。

4. 「精神保健学の教育資材開発に関する研究」:

精神障害者の芸術活動支援に関して、都道府県及び政令指定都市を対象に質問紙調査を実施した。調査では、精神障害者が出展可能な展覧会について各自治体が把握している情報、地域での芸術活動支援について各自治体が把握している情報、「全国こころの美術展」の中断に関する当事者等の意見、について尋ねた。

また、全国の精神保健福祉センターから

普及啓発資料の提供を受けるとともに、資料の作成手順に関する質問紙を送付し回答を収集した。次に、提供された資料について、デザイナー、編集専門家、精神科医各1名による、デザイン面、内容面、品質面についての評価を実施した。さらに質問紙の回答内容と専門家評価の結果をつき合わせて分析した。

C. 研究結果

1. 「普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究」:

ガイドラインへの意見として全国から寄せられた33件の回答を整理・検討し、計4回の編集ミーティングを通して、ガイドラインについての議論と内容の修正を重ねた結果、「精神保健医療福祉の普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン」を完成した。

また、計5回の懇話会で、精神保健医療福祉の全体的状況、普及啓発ガイドライン、国民意識調査の結果、精神障害者の犯罪、自殺予防総合対策センターの業務について情報提供を行い、それらをもとに討議した結果、精神保健医療の普及と国民の正しい認識を得る上で、社会、メディア、精神保健福祉従事者それぞれに問題のあることが明らかになった。

2. 「ライフステージに応じた精神保健教育資料の開発に関する研究」:

まず、中年期のメンタルヘルス上の課題として、以下のものが明確化された。

- 1) 自己の心理的課題を克服していく
- 2) 自分なりのストレス解消法をもつ
- 3) 適度な運動を心がける
- 4) 人的ネットワークを拡大させていく
- 5) 必要な情報を獲得していくために、インターネットなどの活用に配慮する

6) 適切な治療ネットワークを構築する

中年期以降のライフステージでは、精神老化防止のための健康教育、サービスシステムの周知、マンパワーの確保、が重要と考えられた。

また、教育関係者、保護者向けの精神障害や精神保健に関する理解促進のために、「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル」を完成した。

さらに、ヨーロッパでは4人に1人が生涯に精神疾患のエピソードを経験しているが、必要なサービスを受けられるかどうかは国によって異なることが分かった。また、精神保健の問題は、身体的な健康問題、家族関係、社会ネットワーク、雇用状況、所得、より包括的な経済状況、に影響されるという認識が不十分という課題も明らかになった。

3. 「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」:

新聞記者との意見交換では、事件報道については、「通院歴、病名を出すのに慎重になった。表現や見出しを考えるようになった。病気と事件を結びつけないようにしている。報道することに消極的になっている」などの意見があった。また、積極的報道については、「社会参加からの報道が必要。関心のないことの方が問題。薬物療法の進歩や退院促進の取り組みなどについて報道する。家庭欄で取り上げることも必要」などの意見があった。マスメディア向け啓発資料については、「必要」「参考になる」との意見が多かった。

さらに、マスメディア向け啓発資料案をもとに、以下のような構成の「精神保健福祉ガイドブック 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」を完成した。第 部 当事者・家族の思い、

第 部 精神保健と精神疾患、第 部 精神科医療と精神障害者福祉の現状と課題、第 部 報道と取材、資料（精神保健福祉関係団体、精神保健福祉関係資料、精神保健福祉センター）

4. 「精神保健学の教育資料開発に関する研究」:

芸術活動支援の現状に関する調査では、60 の自治体から回答があった。精神障害者を対象とした芸術作品の展覧会の情報の平均件数は、全国規模が 0.34 件、自治体規模が 1.14 件であった。国が主催または後援している全国規模の展覧会は 3 件あったが、情報を把握している自治体はいずれも 10% 以下だった。地域の芸術活動支援者の情報も大半の自治体が把握していないと回答した。「全国こころの美術展」の中断に関しては、2 自治体が当事者等から再開を希望する意見を聞いた経験を報告した。

また、普及啓発資料に関する調査では、全国 66 の精神保健福祉センターのうち 63 箇所から回答を得た。このうち 59 箇所のセンターから 323 件の紙媒体の資料が収集できた。質問紙からは、資料作成にデザイナー等の専門家が直接関わったという回答は少なく、デザインに関しては印刷業者に依頼するという回答も多かった。質問紙の回答内容と評価結果の比較では、総合評価点上位群で専門家への依頼の割合が他の群より多かった。また、総合評価点上位群では、作成年度が 5 年以上前のものの割合が他群より多く、工夫や苦勞した点等の自由記載のある割合も多かった。

D. 考察

1. 「普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究」:

組織的・戦略的な普及啓発を推進するた

め、ガイドラインの作成に当たっては、以下の点に留意した。まず、国レベルの方向性と連携するため、「こころのバリアフリー宣言」の指針に沿った普及啓発内容とすること。また、普及啓発の対象を明確にし、それぞれの対象の特性や必要性に応じた目的と内容で普及啓発に取り組むこと。そして、個々の組織や団体の枠組みを越えたネットワークを構築し、地域が一体となった普及啓発を進めること、である。

マスメディアと行政・医療者とのより良い連携のためには、

- 1) 幅広いメディアを対象としたメディアカンファランスを定期開催すること
- 2) メディアの質問に中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく試行的取り組みを実施すること
- 3) メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への実態についてのアンケート調査を実施すること

という 3 つの取り組みが必要と考えられた。

2. 「ライフステージに応じた精神保健教育資料の開発に関する研究」:

中年期には多くのライフイベントが待ち受けているが、この時期の準備状況が老後の人生や健康保持の鍵になると考えられた。そのため、老化現象への対処、うつ病・認知症対策、定年後を視野に入れた職場での準備、夫婦関係の変化、子どもとの関係の変化等の課題に取り組む必要がある。また、電子媒体の利用機会が少ない高齢者等にはインターネット活用のための支援も考える必要がある。

また、「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル」では、教育現場に精神医学的視点が必要である一方で、疾病性にこだわることなく事例性重視の姿

勢が求められることを強調した。

さらに、ヨーロッパでの精神保健上の課題に対して、WHO では政府機関だけでなく NGO 等の機関を積極的に活用した精神保健に関する交流を奨励していることが確認された。

3. 「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」:

精神障害者に対して誤解や偏見をもたらす事件報道を減らし、当事者の積極的参加を支援するような、積極的報道を増やすためには、マスコミ関係者に対する積極的な情報提供や働きかけが求められる。普及啓発において当事者の積極的参加とマスメディアによる支援を進めるためには、本分担任研究で作成したガイドブックを活用し、協働作業を促進することが期待される。

4. 「精神保健学の教育資材開発に関する研究」:

精神障害者を対象とした芸術作品の展覧会について、自治体が把握する情報は全般的に少ないと言える。特に全国規模の展覧会については情報が十分に共有されておらず、情報の伝達や保持の方法を改善することが必要である。また、活動支援者の情報や、「全国こころの美術展」のような全国規模の精神障害者を対象とした展覧会について、今後どのような取り組みを進めるべきかを検討することが重要である。

よい普及啓発資材を作るためには専門家の活用が効果的であると考えられ、よいものができると長く使われることが調査結果からうかがわれた。また、資材作成に当たって工夫した点等の情報を共有することが、各地域での効率的な資材作成に役立つものと思われた。現状では各都道府県が個別に努力してよりよい資材を作ろうとしている

ことが感じられるが、今後はそれらの努力を結集し、共同して研究や開発を行なうことが有効であると考えられた。

E. 結論

本研究は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の実現に向けて、国、都道府県、市町村、そしてマスメディアも含めた関係諸団体等の連携による、普及啓発の組織的・戦略的な推進の方法を明らかにし、効果的な手法を具体的に開発することを目的とした。

その結果、地方自治体や精神保健福祉関連団体の普及啓発担当者を対象としたガイドラインの作成、マスメディアとの連携のあり方の検討、教育関係者や保護者向けのマニュアルの作成、マスメディア向けガイドブックの作成、精神障害者の芸術活動支援の現状把握と支援のあり方、普及啓発資材のデザイン面を中心とした評価と、よりよい資材を開発する方法の検討がなされた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

・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報告会，社団法人 日本精神保健福祉連盟・財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 主催，平成 20 年 2 月 5 日，東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

分担研究報告書

普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究

上田 茂

平成 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
分担研究報告書

普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究

分担研究者；上田 茂（財団法人 日本医療機能評価機構）

研究要旨

目的；

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の目標の一つである、国民の意識変革に資することを目的し、以下の 2 つを目的として本分担研究を実施した。すなわち、「精神保健医療福祉の普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン（以下、ガイドライン）の作成」と「普及啓発におけるメディアとの連携のあり方の検討」の 2 つである。

方法；

平成 18 年度の本分担研究で作成したガイドライン試案を全国の都道府県・政令指定都市・精神保健福祉センターの担当者へ送付し意見を収集した。そして、それらの意見を踏まえて、編集ミーティングで検討し完成版を作成した。

また、医療分野で活動する記者と行政・医療分野代表者による「精神疾患の報道を考える懇話会（以下、懇話会）」を開催し、メディアとの連携のあり方について検討した。

結果と考察；

組織的・戦略的な普及啓発のためには、その目標や戦略、対象、方法、内容等を明確にし、組織・団体の枠を越えて地域が一体となった取り組みを行うことが必要との観点から最終的なガイドラインを作成した。

また、メディアとの連携には、①幅広いメディアを対象としたメディアカンファレンスの定期開催、②メディアの質問に中立的な立場から情報を提供する試行的な取り組み、③メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態に関する調査、の 3 つの取り組みが必要と考えられた。

研究協力者

太田一夫（株式会社メドコム）

立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

河野 眞（国際医療福祉大学）

田中秀一（読売新聞社）

小林清香（東京女子医科大学）

田中太郎（共同通信社）

佐野雅隆（早稲田大学）

田辺 功（朝日新聞社）

澁井 実（国際医療福祉大学）

野口博文（社団法人 日本精神保健福祉連盟）

瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

原 昌平（読売新聞社）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

松本俊彦（国立精神・神経センター精神保

健研究所)

吉田光爾（国立精神・神経センター精神保健研究所）

和田公一（朝日新聞社）

A. 研究目的

厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、今後おおむね10年間で当事者や当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者についての正しい理解を深めるよう意識の改革に取り組むとしている。

このような意識改革を実現するためには、精神疾患や精神障害者に関する普及啓発を広く国民の間に進める必要がある。そして、普及啓発の取り組みが確かに、国、都道府県、市町村、精神保健福祉関係団体等によって行われてきた。しかしこれまで、それらの取り組みは個別的な活動であり、必ずしも組織的・戦略的な普及啓発ではなかった。

そこで、本分担研究では昨年度までの2年間の研究を通じて、普及啓発に関する現状と課題を分析し、地方自治体や精神保健福祉関係団体の担当者を対象とした、普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン試案を作成してきた。

本年度の本分担研究では、このガイドライン試案を元に検討を重ね、「精神保健医療福祉の普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン」完成版を作成することを目的とした。

また、国民意識の変革には、メディアの精神疾患、精神保健医療福祉についての理解と関心の向上も必要である。そこで、本分担研究では国民意識の変革に向けて、メディアと行政を含む精神保健医療福祉従事者との連携のあり方を検討することも目的とした。

B. 方法

昨年度までの研究で作成したガイドライン試案を全国の都道府県・政令指定都市の精神保健行政担当者、及び精神保健福祉センターの普及啓発担当者に送付し、その内容について意見を収集した。

その後、分担研究者及び研究協力者によって構成された編集ミーティングにて、収集された意見を踏まえて検討し、ガイドライン完成版を作成した。

また、医療分野で活動する新聞社・通信社の記者と行政・医療分野代表者による「精神疾患の報道を考える懇話会（以下、懇話会）」を開催し、お互いが情報提供し、討議を行い、メディアと行政・医療者との連携のあり方を明らかにした。

C. 結果

ガイドライン試案を送付した、都道府県・政令指定都市・精神保健センターの担当者のうち、33名から意見が寄せられた。

計4回開催された編集ミーティングにおいて、これらの意見をガイドライン試案の項目ごとに分類し検討した後、議論とその内容の修正を重ねながら、「精神保健医療福祉の普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン」を完成した。

このガイドライン完成版については、本分担研究報告書の末尾に参考資料として添付する。

また、メディアとの連携のあり方に関しては、5回の懇話会において、全体的な状況、普及啓発ガイドライン、国民意識調査の結果、精神障害者の犯罪、自殺予防総合対策センターの業務についての報告を行い、それらに基づいて検討した結果、精神保健医療の普及啓発と国民の正しい認識を得る上で、社会、メディア、精神保健福祉従事

者それぞれに問題のあることが明らかになった。

D. 考察

組織的・戦略的な普及啓発の推進という本分担研究の目的の達成のために、ガイドライン完成版の作成に当たっては以下の点に留意がなされた。

まず、普及啓発によって対象者に届けられるメッセージ・内容は、平成16年3月に厚生労働省が取りまとめた「こころのバリアフリー宣言」の指針に沿ったものとした。これは、本ガイドラインを参考にして実施される個々の普及啓発活動が、国レベルの方向性とリンクした国民的な運動の中に位置づけられ、組織的・戦略的な取り組みとになっていくことを意図したものである。

また、普及啓発を進めるに当たっては、その対象となる人々を明確にし、その特性をよく理解した上で、それぞれの必要性に応じた目的に向かってメッセージを届けることが必要と考えた。このため、本ガイドラインでは対象となる人々の特徴ごとに分類し、それぞれに応じた普及啓発の目的とメッセージ内容を整理して掲載した。

そして、国、都道府県、市町村、精神保健福祉関係団体等が、それぞれの組織・団体の枠組みを越えたネットワークを構築するなど、地域が一体となった取り組みを進めることの重要性も強調している。このような組織・団体間の連携化・一体化を進めることで、普及啓発がより組織的・戦略的なものとなり、その効果や効率を高めることができると思う。

さらに、上記のような本ガイドラインのねらいに則した事例を多く掲載することで、より具体的に普及啓発のイメージを示したことも本ガイドラインの特徴と言える。

今後、本ガイドラインは、全国の都道府

県、政令指定都市、精神保健福祉センター、保健所等へ配布される予定である。

また、メディアとの連携のあり方については、以下の3つの取り組みが必要と考えられた。すなわち、

- ① 幅広いメディアを対象としたメディアカンファランスを定期開催し、精神疾患、精神保健医療に関する情報を継続的に提供すること
- ② メディアの質問に中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく試行的な取り組みを実施し、その評価を行うこと
- ③ メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態についてのアンケート調査を実施すること

の3つである。

なお、本分担研究報告の末尾に、普及啓発におけるメディアとの連携についての研究協力報告書を参考資料として添付する。

E. 結論

3年研究の最終年度として、これまで2年間の研究で作成された「普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン試案」について、全国の精神保健福祉関係者から意見を収集した。その後、これらの意見を踏まえて検討し、完成版を作成した。

また、メディア関係者との懇話会を開催し、メディアと行政・医療関係者との連携のあり方について検討し、今後必要な取り組みについて明らかにした。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

・社団法人 日本精神保健福祉連盟・財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

主催，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報告会，平成 20 年 2 月 5 日，東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献

1) 保崎秀夫（2006）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，平成 17 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）

2) 保崎秀夫（2007）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，平成 18 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）

精神保健医療福祉の普及啓発を 組織的・戦略的に推進するための ガイドライン

普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究班
(平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金)

I はじめに

1 ガイドライン作成のねらい

精神保健医療福祉施策を進めるにあたり、精神疾患や精神障害者への正しい理解を促進することは、各施策に共通する重要かつ必要不可欠な視点である。

厚生労働省から2004年9月に発表された、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策を推し進めていくために、当事者および当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の変革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める、と示されている。

しかし、その後3年が経過した現在においても、精神疾患に関する基本的な国民の認識はいまだ十分ではない。また、一部の国民の間には精神障害者は危険であるという漠然とした誤った認識があるため、精神疾患や精神障害者についての普及啓発を国民の間に広く進める必要がある。

また、精神疾患や精神障害者の普及啓発については、国、都道府県、市町村、精神保健医療福祉関係団体等で確かに取り組まれているが、多くの事例は、それぞれ個別の組織・団体における取り組みにとどまっており、関係する組織・団体等が連携した地域一体の取り組みは、残念ながら限られている。

したがって、精神保健医療福祉に関する国民意識の変革、すなわち普及啓発を、国、都道府県、市町村、精神保健医療福祉関係団体等が、国民運動として積極的に広く推進することが強く求められている。

そのためには、地方自治体や精神保健医療福祉関係団体等が、普及啓発の目標や戦略、対象、方法、内容等を明確にした組織的・戦略的な取り組みについて共通的な視点を持ち、また、それぞれの組織・団体等を超えた地域ネットワークを構築するなどの地域が一体となった取り組みが重要となる。

このような組織的・戦略的な普及啓発が各地域で広く取り組まれるよう、地方自治体や精神保健医療福祉関係団体において普及啓発に取り組む担当者等を対象に、ガイドラインを作成した。

2 国民の意識と課題

精神障害についての国民意識を大規模に調査したものとして、1971年の総理府調査と、1997年に旧全国精神障害者家族会連合会(以下、「全家連」という)が行った調査がある。

1971年の総理府調査では、「激しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある」との設問に対し、「そう思う」は60.8%、「どちらともいえない」は21.9%、「そう思わない」は17.3%であった。他方、1997年の全家連調査では、「そう思う」は51.8%、「どちらともいえない」は33.0%、「そう思わない」は14.8%であった。

また、2007年に厚生労働科学研究として全国の地域住民2,000人を対象に実施された「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査」では、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気だと思うか」との問いに対して「そう思う」、「ややそう思う」と回答した人は、それぞれ46.4%、36.0%であった。

イギリスにおける2007年の国民意識調査では、「誰もが精神障害になる可能性がある(Virtually anyone can become mentally ill.)」という問いについて、回答者の89%が同意している(SHIFT,

2007)。

また、1992 年に行われたアメリカの調査では、同じ設問に関して、一般市民の 74%が同意している(Borinstein, 1992)。

各調査によって質問文や回答形式が異なっているため単純な比較はできないが、イギリスとアメリカと比べると、わが国の精神疾患の罹患の可能性に関する意識は、高くない状態であることがわかる。このような現状においては、精神保健上の問題が起きたときの認識が妨げられ、受療行動の遅れや、精神障害者への偏見・差別につながりかねない。したがって、現状を大きく変えていく必要がある。

3 最近の動き

1)「こころのバリアフリー宣言」

2004 年 3 月に厚生労働省では、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を促す基本的情報を、「こころのバリアフリー宣言」として取りまとめた。これは、国民を対象とし、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を促すとともに、誰もが人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を目指すことができるように、基本的な情報を 8 項目として整理したものである。

本ガイドラインは、精神保健医療福祉の普及への取り組みがさらに国民的な運動となるよう、「こころのバリアフリー宣言」の指針に沿い、普及啓発の内容をまとめた。

(1)「こころのバリアフリー宣言」によるメッセージ

—正しく理解する—

普及啓発は、一般住民の生活感情をふまえて、精神疾患の知識を得る動機を高めるようにすることが必要である。当事者および当事者家族に対しても、精神疾患を正しく理解し、適切に対応するよう働きかけていくことが重要である。また、障害者と健常者との共生社会づくりを実現することを目標に、国民が精神疾患を自分自身の問題として認識を進めていくことが求められる。

具体的には、精神疾患は、ストレス等が加わって起こり、誰にでもかかるリスクを伴うこと、ストレスへの対処によって防ぎ得ること、および精神疾患を早期に発見し適切な治療や支援を受ければ多くは改善することを伝えることが重要である。

「こころのバリアフリー宣言」によるメッセージの指針とメッセージ例

①精神疾患を自分の問題として考える。

統合失調症、うつ病、アルコール依存症、薬物依存症、痴呆等の精神疾患に関する情報を提供する。

メッセージ例:

「精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります」

「2人に1人は過去1カ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています」

②ストレスにうまく対処する。

精神疾患の要因となるストレスについて、「脆弱性モデル」等を示し、効果的な対処方法を紹介する。

メッセージ例：

「ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう」

「自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう」

「サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう」

③こころの不調に気づく。

不眠、ひきこもり、自殺等関心の高いテーマを取り上げる。

早期発見、対処の重要性を理解してもらう。

メッセージ例：

「早い段階での気づきが重要です」

「早期発見、早期治療が回復への近道です」

「不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を」

④病気を理解する。

当事者家族や雇用者としての対応を紹介する。

医療機関、精神保健福祉センター等への相談を勧奨する。

メッセージ例：

「病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう」

「休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です」

「家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください」

脆弱性モデル

精神疾患の発生を説明するモデルの一つである。病気になりやすいかどうかの「脆弱性」と、病気の発症を促す「ストレス」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。その人の生まれもった素質と、学習、訓練等により得た能力やストレスへの対応力が関連するといわれている。また、何を「ストレス」と感じるかは人によって異なるが、家庭内のことであったり、人間関係であったり、仕事上の関係であったりする。

(2)「こころのバリアフリー宣言」によるメッセージ

— 態度を変える、行動する —

精神障害者への態度を変えるためには、当事者との交流の機会をもつことによって、精神障害者に対する否定的な感情を低減させ、信頼感を高めていくことが重要である。これを継続していく中で、精神疾患に対する理解を深め、適切に対応することが求められる。

地域では、支援を求める者がどのような支援を必要としているかを周囲に伝えるとともに、それを受け取った者も、どのように支援するかを学習することが必要となる。このために、必要な知識を得る機会を提供し、参加を促していくようにする。これらを通し、精神障害を認め、肯定し、地域住民が当事者を受け入れて支えることができる社会づくりを目指す。

「こころのバリアフリー宣言」によるメッセージの指針とメッセージ例

⑤拒否的な態度をとらない。

精神疾患や精神障害者に対する誤解をなくす。

コミュニケーションの事例を紹介する。

メッセージ例：

「先入観に基づくかたくなな態度をとらないで」

「精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です」

「誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります」

⑥地域での生活を見守る。

社会復帰の事例や社会復帰施設の活動を紹介します。

メッセージ例：

「誰もが自分の暮らしている地域(街)で幸せに生きることが自然な姿」

「誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます」

⑦体験の機会を活かす。

各種の社会復帰活動への参加を勧奨する。

相互の交流の必要性を理解する。

メッセージ例：

「理解を深める体験の機会を活かそう」

「人との多くの出会いの機会をもつことがお互いの理解の第一歩となるはずです」

「身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です」

⑧互いに支えあう社会をつくる。

当事者の社会参加の機会を提案する。

積極的な参加と交流を促す。

メッセージ例：

「人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう」

「精神障害者も社会の一員として誇りをもって積極的に参画することが大切です」

2) 関連する施策

厚生労働省から2004年9月に発表された、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める、と述べられている。

特に、精神障害に対する国民意識の変革は重点施策のひとつとされている。概ね10年後の達成水準の目標のひとつに、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかり得る病気であることについての認知度を90%以上とする」が挙げられている。この目標を達成するために、精神疾患を正しく理解し、態度を変えて行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促すことが求められている。

また、2005年10月に障害者自立支援法が成立し、2006年4月より順次施行されている。障害者自立支援法の概要は、「障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度のもとで一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続きなどや、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について所要の改正を行う」と示されている。すなわち、障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現を目指している。

II ガイドライン

1 普及啓発

精神保健医療福祉の普及啓発とは、精神障害者を国民にとって身近な存在として理解してもらう活動といえる。精神障害は、誰にでも起こり得るものであり、適切な治療によって障害が軽減するものである。しかし、その基本的認識は未だ十分には浸透していない。普及啓発によって、自分と関係ある問題と位置づけ、正しい知識を得られれば、精神障害に対する否定的なイメージは改善される。また、地域における様々な支援への理解に結びつく。

精神障害者に対する誤解や偏見は、当事者の地域での自立や就労等の社会復帰を阻害する要因となっている。普及啓発は、広報や教育といったあらゆる機会を通して、精神障害および精神障害者への理解を促進し、誤解や偏見を除去・軽減することを目的としている。精神障害に関する正しい知識を地域住民に提供することで、「精神疾患は遺伝する」、「精神障害者は危険である」、「精神障害は治らない」といった偏見の解消を図ることが必要である。

「障害者」の表記

障害をもつ人の呼称については、偏見や差別の観点から、様々な議論がある。「障害という特徴だけがその人のすべてではない」という考えから、「障害者」という用語を避け、「障害のある人」または「障害をもつ人」という表現が妥当であるという意見もある。

また、「障害」という漢字表現についても、「障＝さわりがある」、「害＝害のある」という漢字がもつ意味や印象が、否定的な印象を与えかねないとして、他の表記へ置き換える場合もある。例えば、常用漢字の適用以前に使用されていた「障碍(礙)」という旧表記が使われることがある(「碍」や「礙」は、何かを行うときにさしつかえてしまうことを意味する漢字であり、本義的に「害」よりも正しいという意見がある)。また、ひらがなで「障がい」、「しょうがい」と表記する場合も少なくない。

このように様々な立場から議論があるが、本ガイドラインでは、表記のゆれを防ぐため、現在行政用語として一般的に使用されている「精神障害」という言葉を便宜的に使用する。また、精神障害をもつ当事者あるいは精神保健福祉サービスを受ける当事者として「当事者」とすることもある。今後、一層の議論がされ、適切な表記方法についてのコンセンサスが形成されることが望ましいと考える。

こころの病をさす用語

こころの病をさす言葉として、精神疾患、精神病、精神障害という語が広く使用されているが、これらの語にはそれぞれ独自に意味がある。

【精神疾患】

広くこころの病をさす。特に医療的な視野から疾患・病気の側面を強調して使用される場合がある。

【精神病】

一般に精神疾患と同義に使用されるが、特に医学用語上では、統合失調症、うつや躁うつなど気分障害等の疾患をさす場合がある。

【精神障害】

精神障害という用語が使われる場合は、広義と狭義の捉え方がある。広義では、精神疾患と同義に使われる。狭義では、福祉的な視野から精神疾患により日常生活または社会生活に相当な制限を受ける＝ハンディキャップをもつ者、という限定的な意味で使用される。後者の指す範囲は、精神疾患の中でも、日常的な生活に制限を受ける状態に絞られる場合が多い。したがって、「精神障害者」という用語は、精神疾患に罹患している者、その中でもより日常的な生活支援を必要とする者を指す場合がある。

2 普及啓発の方法

普及啓発を効果的に実施するには、対象者を絞り、対象者のニーズを把握し、ニーズにマッチした普及啓発プログラムを開発することが望ましい。プログラムの開発には、ニーズを調査することに加え、どの対象者に、どのようなメッセージを、どのように伝えるか、を具体的に決める必要がある。対象者に応じた内容のプログラムを実施することにより、精神障害の正しい理解が得られ、精神疾患の予防や、精神障害者に対する誤解や偏見の解消に結びつく。

1) 対象

普及啓発プログラムを開発するには、まず対象者を明確に決めなくてはならない。すべての者を対象にするだけでなく、プログラムを実施する対象者を絞り、その者に応じた適切な活動を行うことが必要である。

普及啓発の対象としては、一般市民、地域生活上のキーパーソン(雇用主・家主等)、精神保健医療福祉分野の専門職、学校教育関係者、当事者・家族、マスメディア等がある。

2) ニーズの調査

普及啓発活動を行うには、対象者を中心にすすることが大切である。そのためには、実施する担当者間で議論するだけでなく、地域住民、当事者、家族、保健医療福祉従事者、学校関係者等の対象となる者に広く聞き取りを行い、そのニーズを調査することが必要不可欠である。また、普及啓発プログラムの内容が決まった時点でプレテストを行うのもよい。対象者の一部に事前に意見をもらうことで、

よりよいプログラムができる。

3)メッセージ

普及啓発のメッセージは、対象者やニーズ調査の結果から決定される。伝えるメッセージは正確でなくてはならず、誤った情報や、誤解されるような情報が載っていないか確認する。特に精神障害に関する情報は、医療や施策において刻一刻と変化しており、最新の情報を伝えるよう努力する必要がある。また、使用するポスターやパンフレット等の資材の間で内容にくい違いがないよう、一貫したメッセージを伝えるよう心がける。

重要なのは、対象者にメッセージが伝わるかどうかである。情報が多すぎると伝わるものも伝わらないため、内容をあまり盛り込みすぎず、対象者や地域のニーズに合わせて厳選する。シンプルに理解でき、こころに響くようなものが望ましく、わかりやすく、視覚的に訴えるものがよい。専門用語や、回りくどい表現は避け、キャッチフレーズや図表、写真等を用いて視覚的に工夫し、伝えたいことが一目でわかるようにする。

普及啓発事業のテーマ、メッセージの例

(第55回精神保健福祉普及運動より一部を紹介)

「いかがですか？職場のメンタルヘルス」(東京都北区)

「あなたもやってみませんか？こころのボランティア」(川崎市多摩区保健福祉センター)

「家族が統合失調症と、いわれたら？」(千葉市こころの健康センター)

「思春期の揺れ動くこころ」(京都市上京こころのふれあいネットワーク)

「いのちの大切さ、うつを乗り越えて」(大阪市)

「病的にはまるということ ギャンブル？食べ物？それとも？」(世田谷保健所)

4)実施の形態

普及啓発の代表的な実施の形態としては、広報資料の作成と配布、学習機会の提供、当事者と地域住民との交流がある。活動主体や地域の現状を踏まえ、どのような人を対象にし、何を目標とするかによって、必要な形態を検討することが重要である。

しかし、一つの事業のみにおいて、普及啓発の内容のすべてを満たすことはできないため、プログラムを組み合わせることで普及啓発することにより、普及啓発の効果の向上が求められる。また、関心をもち続けてもらえるよう、持続的に活動することも必要である。

(1)広報資料の作成

比較的安価であり、広い対象に伝達できるという利点がある。広報資料の作成にあたっては、普及啓発の対象と目標を整理し、その方針に沿った表現、用語、あるいは資材を選定することが求められる。また、当事者団体が作成した既存の資源を活用するのも一つの方法である。広報資料として、広報誌、パンフレット、ポスター、ホームページ等がある。

(2)学習機会の提供

こころの健康に対する関心は年々高まっており、精神障害を自分の問題として学習する機会の提供は比較的受け入れられやすいと考えられる。また、実際にこころの健康に困難を感じている人に対

し、医療や保健福祉サービスに関する情報を提供することは、地域全体への普及啓発を進める上で重要である。学習機会としては、市民向けの講座、専門家向けの研修、当事者・家族へのシンポジウム、学校での教育等様々な形式で開催する。

対象者が関心をもっている領域に焦点を当て、精神障害者に対する理解の程度に合わせた講演や研修を行うことが求められる。

(3) 交流事業

普及啓発活動を通し、当事者と地域住民との交流の場をつくることは、精神障害者に対する肯定的なイメージを形成する効果をもつと思われる。広報資料や情報提供での間接的な働きかけでなく、直接ふれあう機会を提供することで、これまでの誤解や偏見を除去、軽減することに寄与する。また、当事者自身が交流事業において社会参加することにより、生活の質を高めることも期待される。交流事業としては、ボランティア体験、地域の行事への参加、学校での交流、バザー、スポーツ、レクリエーション、展示等がある。

3 運営の体制

1) 組織づくり

普及啓発を推進する協議会等の組織づくりにあたっては、精神保健医療福祉に関する既存の組織の活用や、新規に協議会を設置することになる。また、全県的または地域的といった各レベルに応じた取り組みとなる。効果的に運営するために、既存のネットワークを活用し、関係者間で協議を行うことは重要である。地域全体の取り組みとして、関係者、関係機関・団体間の共通認識を図り、連携を密にしながら運営することが求められる。

協議会は、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、医療機関および福祉施設等の精神保健医療福祉関連施設、教育機関、労働局や職域(企業)等の雇用関連の資源、社会福祉協議会やNPO法人等の地域活動の関連団体、健康づくり推進員等の地区組織や住民代表、マスメディア、当事者・家族等で構成する。

2) 地域でのネットワーク

普及啓発活動は、地域のネットワーク構築が不可欠となる。普及啓発活動は一時的で完結できるものではなく、地域と将来に根づくものとなる必要がある。こうした普及啓発活動を支えるものが地域でのネットワークである。

(1) 活動への協力者

普及啓発活動に取り組む際には、その地域の医療機関、福祉機関、教育機関、町内会、民生委員等の関係機関や関係者と、計画の準備段階から積極的につながりをもつように心がける必要がある。また、近隣の住民、ボランティア等も重要な人的資源であり、ネットワークの広がりとなる大切な存在である。

これらの関係機関や関係者に活動への協力を依頼し、情報交換をし、互いに知り合う中で、その地域における精神保健医療福祉の現在の状況がわかり、必要とされる普及啓発活動の目標設定ができる。

(2) 既存の資源とのつながり

普及啓発は、一つの活動単体で実施することは難しく、既に地域に存在する資源と連携することが現実的である。地域資源の活動の目的と機能を十分理解し、普及啓発活動に必要なものを既存の資源で補完し、連携しながら進めていくことが、地域に根ざした活動につながる。

このように、既存の資源とのネットワークを整備することが、効果的な普及啓発を実施することにつながる。

(3) 当事者と地域住民との交流

普及啓発活動は、当事者と地域住民との交流を通して、また、地域のネットワークがつくられることで強化される。講演会やバザー等に地域住民が参加することと、地域で行われるスポーツやレクリエーション等のイベントに当事者が参加することの双方向の交流の促進が、偏見の除去や、正しい理解の促進、適切な対応につながる。

このような関わりは、長期的・継続的な実施が重要である。一度の活動で大きな成果を得ることは必ずしも必要ではない。ふれあいの機会を發展させて、日常的な交流や理解に至ることが期待される。

4 進め方の実際

1) 情報収集

普及啓発活動を進める最初の段階として、対象地域の精神保健医療福祉に関する実情や普及啓発活動の実施状況を知ることが必要である。これらの実態を知ることは、その地域に特有の課題の把握につながり、また、普及啓発活動の具体的かつ実際的な目標設定へと結びつく。

(1) 精神保健医療福祉に関する実情

精神保健医療福祉に関する実情は、国、都道府県、医療圏、市町村等のレベルごとに把握することが重要である。さらに、個々の普及啓発活動をより大きな施策の流れの中に位置づけ、全国や他の地域の状況との比較から、対象地域に固有の実情を把握することで、戦略的かつ建設的な活動計画を立案することが可能となる。

① 収集すべき情報

精神保健医療福祉に関連する行政の動き、精神科医療、精神保健医療福祉や障害者雇用に関する情報を収集する(IV 資料・教材 p.71 を参照)。これらの実態に関する情報は、単年度だけでなく複数年度にわたって収集し、その経年変化を知ることが重要である。

② 情報収集の方法

情報を収集する際に利用可能なデータベースには、国レベルだけではなく、都道府県、市町村等地方自治体や精神保健福祉センターによっては、独自のデータをもっている場合もある(IV 資料・教材 p.72 を参照)。なお、精神障害者の雇用に関するデータは、各地域のハローワークの専門援助部門が精神障害者の有効求職者数や精神障害者の就職状況等を把握しているので、確認が必要である。

(2) 各組織・団体による普及啓発活動の実施状況

効率的・効果的な普及啓発活動の計画立案のためには、当該地域における普及啓発活動の実施

状況を知る必要がある。このような情報を通して、活動の重複を避けたり、あるいは相乗効果を図ったりすることが可能となる。

①行政機関による活動状況

都道府県、市町村によって実施された過去の普及啓発活動の実施状況、今後の実施予定を時系列的に把握する。可能であれば、個々の活動の目標や対象、さらに、その効果等も把握できるとよい。

また、精神保健福祉センター、保健所、市町村等で実施された精神保健医療福祉相談等の情報も、その地域の課題を把握するのに有用である。

②関係団体の活動状況

当該地域内の精神保健医療福祉関係団体の活動状況についても把握する必要がある。関係団体としては、社会福祉協議会、都道府県の精神科病院協会、個々の精神障害者社会復帰施設、当事者団体や家族会、その他の NPO 法人等が考えられる。

これらの団体による過去の普及啓発活動の実施状況、今後の実施予定に関する情報を集め、時系列的に整理する。また、可能であれば、それぞれについての活動目標・対象・効果を把握するとよい。

2)現状分析

収集した情報を元に、当該地域内の現状を分析し地域特有の課題や利用可能な資源を把握することが、組織的かつ戦略的な普及啓発活動の計画を立案するために必要である。

(1)課題の整理

普及啓発活動の企画にあたっては、実態把握で得られたデータを分析し、当該地域特有の課題を把握する。

①課題整理の方法

収集した当該地域のデータを全国平均のデータや他の地域のデータと比較するだけでも当該地域の課題が明らかとなる場合が少なくない。さらに、別のデータを組み合わせて分析することで、課題をより絞り込むことが出来る。

②課題整理につながる情報

精神保健医療福祉に関連した住民の反対運動や苦情、住民間トラブルの発生状況を知ること、当該地域での課題の把握につながる場合もある。

可能であれば、何らかの調査を実施して当該地域住民の意識や知識を把握すると、より具体的な普及啓発の課題の把握につながる。一般住民のみならず、当事者・家族が普及啓発に求めていることを聴取することも課題の把握に有効である。

課題整理の方法

- ・ 全国平均の在院患者の減少に比べて、当該地域の在院患者数の減少が鈍い場合、当該地域には精神科患者の退院を阻害する何らかの要因があると考えられる。また、この地域における社会復帰施設の定員数が、全国平均と比較して大きな差がない場合、在院患者数の減少

の鈍さは、福祉的受け皿の少なさに起因するものではないと考えることができるだろう。

- ・ 他の地域に比べ精神障害者の社会復帰施設等が少ない地域で、かつ管轄内の精神保健福祉センターの普及啓発活動実施回数も他と比較して少ないようなところでは、普及啓発活動の頻度が絶対的に不足しているという課題が存在するかもしれない。

(2)活用可能な資源の把握

普及啓発活動を組織的かつ戦略的に進めるために活用可能な資源として、当該地域内の精神保健医療福祉関係団体も含めた様々の組織・団体や事業・活動を出来る限り把握しておくことは重要である(IV 資料・教材 p.73 を参照)。

特にボランティアについては、その活用自体が普及啓発につながるので、積極的に利用することが望ましい。活用方法としては、普及啓発イベント実施時のボランティア、または普及啓発資料配布時のボランティア等が考えられる。

3)目標の設定

(1)国や地方自治体の動きとの整合性

国の施策や地方自治体の「障害福祉計画」等を確認し、その流れの中に当該普及啓発活動を位置づけるような目的・目標の設定を行うことが望ましい。国や地方自治体の施策・事業との相乗効果を図れる可能性が高くなると考えられる。

(2)他の組織や団体の事業・活動との重複や補完性

当該地域や隣接する地域で実施された事業・活動や今後予定されている事業・活動との相乗効果を図れるような目的・目標の設定を行うことが望ましい。出来れば、同種の活動との重複を避け、他の活動と補完し合えるような目的・目標の設定を行う。

(3)課題への対応および現実との兼ね合い

課題の解決につながる目的・目標を立てるべきであるが、現実的には、予算、人的・物的資源、時間等の制限があるので、その枠の中で実現可能な目的・目標を設定することになる。このため、課題をすぐに解決できるような目的・目標の設定は難しいことも多い。その場合は、長期的な展望の中で目的・目標を捉え、長期目標と短期目標という段階づけを考えることが戦略的な普及啓発活動につながる。

また、当該地域の精神保健福祉分野の課題に優先順位をつけて整理し、順位の高いものから対応していくことも時に必要である。

(4)具体的な数値目標の設定

事後評価のために、出来るだけ具体的な数値目標を立てることが望ましい。

4)工程表の策定

普及啓発活動の計画立案にあたっては、具体的な準備作業等を時系列的に記載した年間計画または工程表を作成する。その中には、あらかじめ他の事業・活動や他の組織・団体の活動のスケジュールも合わせて記載しておくことによって、組織・団体間や各事業・活動との連携を確実に図ることが重要である。

また、計画策定の段階から当事者や一般住民が参画することで、普及啓発の効果が一層高まることになる。

(1) 活動の時期の選定

普及啓発活動の時期によって、効果が異なる可能性がある。イベントであれば参加者数、資料配布型であれば配布数が時期の設定によって変わる。

他の事業や活動の実施時期との兼ね合いを考慮し、当該活動の実施時期を設定する必要がある。イベントを実施する場合であれば、他の事業との重複を避け、相互に宣伝することなどを通して、相乗効果や連動性を図れるような時期とすることが望ましい。また、パンフレットの配布については、他の事業や組織・団体等でイベントが開催される際に参加者へ配布できるような時期の設定を考えることが重要である。

さらに、パンフレット等の資料配布型の活動の場合、掲載情報を更新する必要性等から配布終了とする時期も決めておく必要がある。

「精神保健福祉普及運動週間」、「障害者週間」、「人権週間」等国レベルの事業と時期を合わせることで他の活動との相乗効果をねらうことが大切である。

(2) 他の事業・活動、および他の組織・団体との連携

組織的かつ戦略的な普及啓発活動の展開のためには、他の事業・活動、および他の組織・団体の活動等の活用が不可欠である。

① 普及啓発の場としての利用

他の事業・活動の場の一部を借りて、精神保健医療福祉の普及啓発活動を実施することが考えられる。他の事業・活動を普及啓発の場として利用するにあたっては、その事業の特性をよく把握し、その特性に合った普及啓発活動を企画することが重要である。

② 宣伝・広報への活用

他の事業・活動を通して、精神保健医療福祉の普及啓発活動を宣伝・広報することは最も取り組みやすい連携である。また、イベント実施型活動の場合は当該活動の効果を最大化するために欠かせない作業ともいえる。他の活動・事業や、他の組織・団体の活動をよく把握し、その場を借りて当該活動を広報する。

また、精神保健医療福祉関係の団体のみならず、地域住民、教育関係者、雇用関係者、マスコミ関係者等を巻き込んだ広報活動の展開も重要である。

さらに、普及啓発活動の事前広報だけでなく、普及啓発活動実施後に予定されている他の活動の広報を行うことも当該地域内の普及啓発活動全体の連動化・効率化のために必要である。つまり、当該イベントの後に続く他の組織や団体のイベントの広報に協力することで、イベント参加者の関心を持続したり深めたりするきっかけになる。

③ ボランティアの活用

参加者の視点から考えると、受身的に活動に参加するのではなく、能動的に参加することで、よりよい普及啓発につながると考えられる。この観点から、普及啓発活動の実施にあたっては積極的にボランティアを活用することが望ましい。

ボランティアとして活用が考えられるのは、地域のボランティア団体、小・中学生、高校生、大学生等であり、地域のボランティアセンターや市町村の広報誌等を利用してボランティアを公募することが

考えられる。

④共催・後援団体

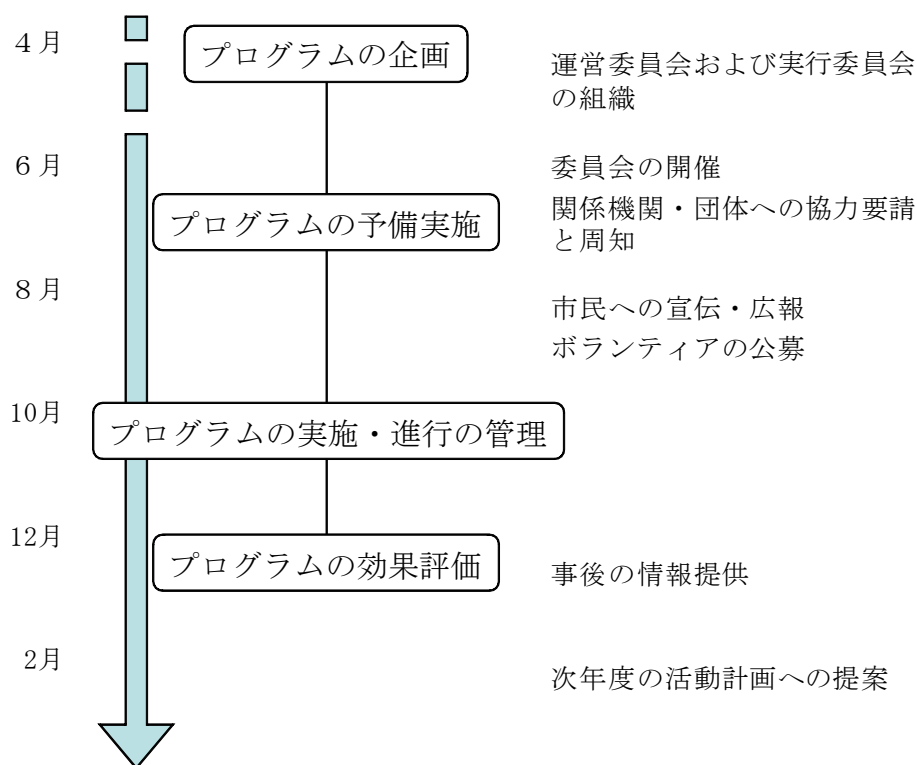
イベントの実施にあたっては、共催・後援団体を広く求めていくことで、複数の団体から様々な形の協力を得ることも可能となる。

他の事業・活動との連携

- ・ 母子保健に関する保健所の活動の場の一部を借りて、母親の精神保健に関する相談を行う。
- ・ 介護予防の地域事業の場で精神保健に関するミニ講義を実施する、また、集団健康診断の場で精神保健関連資料を配布する。

広報手段

- ・ 人的資源：民生委員、町内会長、商工会、医師会、小・中学校、高校、大学、PTA
- ・ 広報媒体：全国紙地方版、地元新聞、タウン誌、自治体広報誌、新聞への折り込み広告、TV局、FMラジオ局、地方自治体やその他の組織団体のHP・メールマガジン等の電子媒体



工程表の作成例

5) 進行の管理

実施にあたっては、目的・目標を実現する方向で作業が進んでいるかどうかをチェックすることが必要である。その際、計画段階でより具体的な目的・目標を立てているほど、活動がそれに向かって着実に進んでいるかどうかを確認しやすい。また、活動を進める方向に迷った際も修正しやすい。

さらに、策定した年間計画に沿って作業を進めることも重要である。特に、他の事業・活動、他の組織・団体等との連携をタイミングのずれがなく適切に進めていくためには、スケジュールどおりに作業が進んでいるかどうかの進行管理を行う必要がある。

資料配布型のように、活動期間がある程度長期に渡る活動では、時期を決めて中間評価を実施することも有効である。中間評価を通して、活動の進捗やその阻害因子を分析し、活動計画の中身を改善していくことが可能となる。

6) 評価

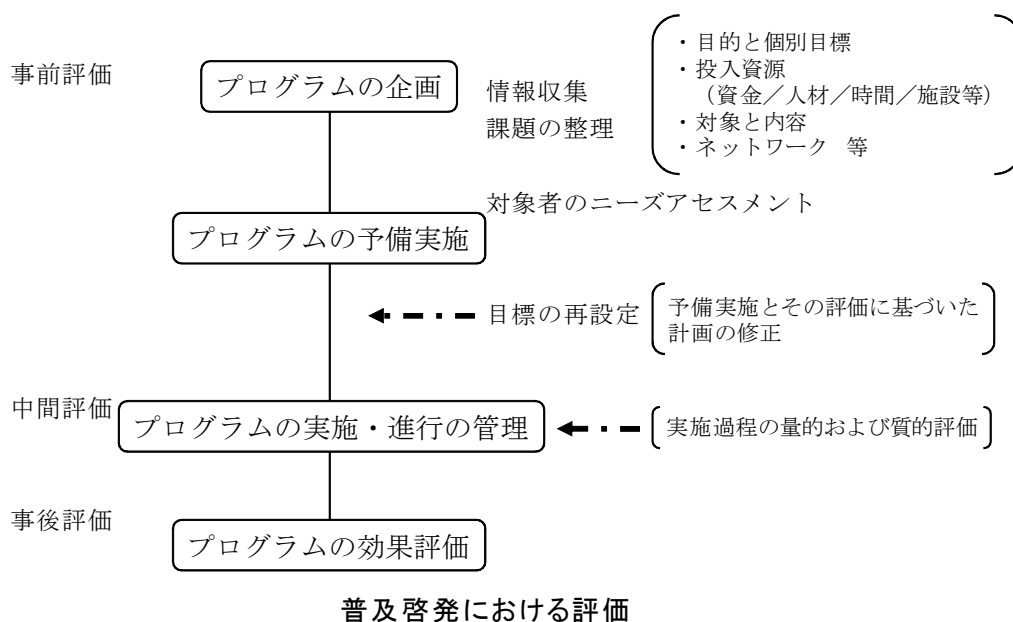
実施した普及啓発活動を将来の活動へと建設的に結びつけていくためには、目標達成度や効果の判定等の評価が不可欠である。地方自治体等の公共機関が実施する活動の場合は、説明責任を果たすために評価が必要となることも考えられる。

評価にあたっては、できるだけ具体的な評価指標を使うことが重要である。その際、評価したい項目、およびどのような型の活動を選んだかによって、必要な評価指標は変わる。

評価の方法としては、パンフレットの配布部数やイベントへの参加者数を測定したり、参加者に普及啓発の内容の理解度を計るアンケートやインタビューを行ったりする。また、量的な評価だけでなく、質的な評価も時に有効である。質的な評価としては、参加者の精神障害者に対する意識やその後の行動、当事者の意識の変化等を分析することが考えられる。さらに、活動の実施にあたった関係者からのフィードバックや、マスコミ報道のウォッチングを通して、活動の効果を知ることも重要である。

評価の時期としては、活動終了時の評価は不可欠である。それ以外にも、活動終了からある程度の期間が過ぎた時点で実施する事後評価も、活動の効果や影響を知るためには必要である。また、活動の種類によっては中間評価も有効である。

なお、評価は外部の機関に委託して実施することもできる。委託する機関としては、地域内の医学系・心理学系・社会福祉系の大学等を考えるとよい。



評価すべき項目

①活動の有効性

- ・ 把握した課題に対する効果
- ・ 活動目標の達成度合い
- ・ 目標達成への阻害因子の有無とその詳細

②活動の効率性(コストパフォーマンス)

- ・ 動員した人的・物的資源、経費、時間との比較
- ・ 効率化の阻害因子
- ・ 他の効率的な手段

③活動のインパクト

- ・ 国や地方行政機関の施策と事業への影響
- ・ 他の団体の活動への影響
- ・ 活動参加者や地域住民のその後の行動への影響

※正の影響だけでなく、負の影響も考慮する必要がある。

※活動のインパクトの評価は、活動終了直後の実施はあまり有効でなく、ある程度の期間が経過した後の事後評価としての実施がふさわしい。

評価指標

①広報資料の利用

目標の達成度は、配布部数、当該地域の世帯数に対する配布部数の割合、イベント参加者の数に対する配布部数の割合、週ごとの減少部数の変化等で評価する。

②学習機会の提供、交流事業

目標の達成度は、参加者数、宣伝対象者のうち実際に参加した者の割合、参加者の理解度や意識等で評価する。

計画段階で意図していた対象との適合性

- ・ 年齢・性別・職業・居住地域等の参加者の属性の適合性

広報活動の有効性

- ・ 当該活動を参加者が知った媒体

7) 評価結果の活用

将来の普及啓発活動計画に評価結果を反映させることは不可欠である。評価から得た結果を活用することによって、普及啓発活動をより効率的かつ効果的なものにすることが可能となる。次年度も実施されるイベント等であれば、次年度の担当者に評価結果を引き継ぐことが必要である。

また、事後の情報提供や宣伝・広報を実施することで、普及啓発の効果をさらに高めることができ

る。

さらに、他の組織・団体の普及啓発活動担当者に対しては、普及啓発活動の実施への参考資料として、実施に至るまでのプロセスも情報提供できると望ましい。

5 対象に応じた普及啓発

普及啓発活動は、対象者を明らかにして、その対象に応じた目的やメッセージ、実施等が一致してはじめて有効となる。ここでは、具体的に、対象となる集団ごとに活動例を示す。なお、必ずしもすべての活動を行う必要はなく、地方自治体ごとに地域の情勢にあわせて活動を行うのが望ましい。

1) 一般市民

一般市民への普及啓発活動は、市民を3群に分けると整理しやすい。すなわち、精神保健医療福祉に関心をもたない群、本人や家族が精神保健医療福祉上の悩みをもっている群、精神保健医療福祉に関心の強い群である。ここでは、この3群にわけて普及啓発活動を整理する。

(1) 精神保健医療福祉に関心をもたない群

① 目的

精神保健医療福祉に関心をもたない群に対して、「偏見や差別を解消しよう」といったメッセージを送っても、そもそも関心がないテーマであるため、メッセージが到達しない。より一般的で身近なテーマを題材にし、関心を高めることが主要な目的となる。

② メッセージ

精神疾患の罹患リスクに自覚がない場合は、「自分には関係ない」と問題自体を自身の枠外にあるものと感じている。したがって、普及啓発活動を繰り返しても常に無効化される。そこで、精神保健医療福祉に関心をもたない群への働きかけは、「自分にも関係がある」という意識を高めることが重要である。そのために、有病率や支援が必要な状態のサイン等に関する情報を提供し、「自身にも関係のある問題」という意識を高めるメッセージが必要である。

具体例 精神保健医療福祉に関心をもたない群への働きかけ

① ポスター、ホームページ、パンフレット等による働きかけ

対象者が極めて広範囲にわたっており、媒体として1人あたりの単価が高いものは使用不可能である。地域の広報、市町村の広報と併せてパンフレットを配布する、ポスターでホームページの情報を知らせる、公共機関や交通機関等にポスター掲示するなど、「広く・浅く」活動する。

② イベントの開催

広く一般の人が関心をもつようなイベントを開催し、その中で、精神保健医療福祉に関する情報を併せて提供する。フリーマーケット、医療機関や福祉施設での祭りなどが考えられる。

(2)精神保健医療福祉上の悩みをもっている群

①目的

精神保健医療福祉上の悩みを抱えていながらも、相談や受診していない当事者・家族が潜在的に数多くいる。相談や支援、疾病に関する情報が、当事者・家族に行き渡っていないことが多い。また、精神科医療への特別視や不安も存在する。場合によっては、自殺にもつながりかねない。地域に潜在する精神保健医療福祉上の悩みを抱える人に向けた相談や受診の促進は重要な課題である。

②メッセージ

早期の相談によるメリットや、費用、プライバシー、入院に関する不安等を払拭する情報を掲載することが重要である。また、悩みに応じた具体的な相談先についての情報を提供し、具体的な相談や受診を促進する。

具体例 精神保健医療福祉上の悩みをもっている群への働きかけ

①ポスター、パンフレット、ホームページ等による働きかけ

対象者が広汎かつ潜在的に存在するため、パンフレットや広報、ポスター、ホームページ等で対応する。また、一般の医療機関、市役所等対象が集まりそうな場所に集中的に情報を提示する。

②講演会の開催

情報に対する一定のニーズをもっていると考えられるため、治療やそのテーマに即した講演会等を企画し集客することが考えられる。

「具体的な相談」という「行動」のための選択肢が提示されるべきである。例えば、実際の「相談窓口」として、精神保健福祉センターや保健所の相談窓口を呈示し相談を促す、また、専用の電話相談窓口を設置し、その情報を記載することで相談を促す、詳細な情報を掲載しているホームページのアドレスを明示し、アクセスを促すなど、対象者が実際に行動をとれるように情報を伝えることが重要である。

(3)精神保健医療福祉に関心の強い群

①目的

市民の中には、精神保健医療福祉に一定の関心をもっている群が存在する。彼らは、ボランティア活動等を通じた具体的な支援や、精神障害者に対する受容的な意見を広めるオピニオンリーダーとなる可能性を秘めている。しかし、精神障害者に福祉的支援が必要であるという認識は十分浸透していない、また、福祉への関心が精神保健医療福祉活動に結びついていない場合がある。一方、関心はあるが、どのように行動すればよいかわからないという段階にある人もいる。潜在する関心を顕在化させ、具体的な行動につなげるのも普及啓発活動の目的である。

②メッセージ

この群に対するメッセージで重要なのは、「どのようなことができるのか」についての行動の選択肢に関する情報を伝え、関心と行動を結びつけることである。例えば、「ボランティアに参加したいと思ったらどうすればよいか」、「差別しないということは、具体的にどのようなことか」、「精神障害への関心を示

すバッジはどこで購入できるか」など、行動を起こすための情報を示すことにより、具体的な行動に取り組んでもらう。

具体例 精神保健医療福祉に関心の強い群への働きかけ

①パンフレット、リーフレットの配布

パンフレット、リーフレットを作成し、配布する。差別や偏見、共生社会のテーマに踏み込み、市民として具体的に何ができるかを示すことが重要である。

②体験ボランティアやボランティアの募集

具体的に精神保健医療福祉活動の支援のために、ボランティアの募集等を行う。そのための体験会や講習会を行う。ただし、精神保健医療福祉活動のボランティアの募集や動機づけをした場合、動機づけはしたが、受け皿がないという状態にならないように、受け入れ先の障害者支援施設、ボランティア団体等との調整を事前に行う必要がある。

③当事者との交流の機会となるイベント等の開催

地域住民と当事者とが交流をもてるように、医療機関や福祉施設等を開放し、訪問できるようなイベントを開催する。

2) 地域生活上のキーパーソン

当事者の地域生活を可能にするためには、当事者と具体的な関わりをもつ雇用主、家主、不動産会社、警察関係者等への情報提供が必要となる。地域によっては、キーパーソンとなる者に焦点をしばり、ピンポイントで精神障害者に対する理解を深めることが重要な場合もある。

なお、これらの地域生活上のキーパーソンが「偏見をもっている」と決めつけ、「その態度を是正する」という姿勢で臨むべきではない。むしろ、精神障害に関する情報にふれる機会が限られている中で、不安を感じるのは当然であると考えて、情報提供することで不安が軽減される、という対象者中心のスタンスが必要である。

(1) 雇用関係者

①目的

雇用関係者に対する普及啓発活動には、以下の2つの目的が考えられる。

- ・ 障害者雇用の拡大: 精神障害者の雇用率を上げるには、就労に関する支援体制を整えると同時に、雇用主の理解を広める。
- ・ 従業員のメンタルヘルス: 企業内には、職場のストレスから精神的不調を訴える従業員も少なくなく、治療や休職を要する場合もある。その際にサポート可能な職場環境とするため、管理監督者や雇用主に対して情報を提供する。

なお、これらの活動を推進するにあたっては、ハローワーク、地域障害者職業センター等を活用することが不可欠である。行政機関は、これらに呼びかけ協力を求める。

②メッセージ

労働者としての能力、疾病の管理、雇用主として配慮すべき内容等雇用主の関心事に配慮した情報提供が重要である。また、雇用主、障害者をサポートするジョブコーチ等の制度を紹介し、障害者雇用に関して安心してもらうことも必要である。

また、障害者を雇用することの社会的意義や、障害者の労働能力、各種助成金等経済的な保障を伝える。このように、雇用される障害者にとっても、雇用主にとってもメリットがあるというメッセージを伝えることが必要である。これらに関しては、障害者雇用を受け入れたことのある事業者や、職場で発病した当事者等の体験談が重要である。

具体例 雇用関係者への働きかけ

①商工会議所等における障害者雇用に関する研修会、相談会

障害者雇用を受け入れる企業を開拓すべく、商工会議所等を通じ、障害者雇用に関する研修会、相談会を開催する。

②企業向けの障害者雇用、職場のメンタルヘルスに関するリーフレットの作成

③企業の管理監督者、人事担当者向けの相談会の開催

企業の管理監督者、人事担当者は、自社内での従業員の精神的不調や発病等に悩まされている場合が多い。このような者に対し相談会を企画し、悩みに答えることも重要な普及啓発活動である。

(2)その他のキーパーソン

当事者が地域生活を送る上でのキーパーソンには、住居という点から家主や不動産業者が挙げられる。特に、障害者自立支援法による市町村地域生活支援事業の住宅入居支援事業(居住サポート事業)を行う上で、家主、不動産業者に対する働きかけは重要である。説明会、相談会の開催や、パンフレットの作成等が求められる。

さらに、警察関係者もキーパーソンとなる。自傷他害の恐れがある場合や、放浪からの保護等、精神障害者が警察に保護されることは少なくない。しかし、その者が精神障害者であることに警察官が気づかない場合や、医療対応が適切な場合でも、司法対応がなされることもある。当事者、警察スタッフが適切なサポートを得られるよう、行政関係者と精神科医療機関、福祉施設等が連携し、警察関係者に相談会、研修会を行うことも重要である。

3)精神保健医療福祉分野の専門職

①目的

精神保健医療福祉分野の専門職が、当事者・家族に対して偏見をもつことは許されない。しかし、医療、福祉の名のもとに当事者を抑圧し、人権を奪う事件が起こってきたことも事実である。また、通常の治療、支援の場面でも、専門職の態度や言葉が意に反し当事者・家族を傷つけてしまうこともある。

人権に関する配慮は専門職の教育課程の中にもある。また、自らの支援や日常的な接遇を反省的

に捉え、研鑽に励んでいる専門職も多い。しかし、その取り組みは個人の努力にのみ任されるべきものではない。公的機関が専門職への普及啓発活動を行う姿勢をもつことで、より多くの専門職の意識づけや内省の機会となり、全体のレベルアップを図ることができる。

いずれの場合も、企画段階で当事者・家族の参加を依頼し、どのような点が当事者・家族の気持ちを傷つけるのかという意見を反映させることが必要である。また、対象となる医療機関や関係機関の理解と協力を求める必要がある。

当事者・家族が「人権を侵害された」、「不当に扱われた」と感じた場合の人権相談に関する窓口を設置することや、その存在を当事者・家族に報知することも、専門職の支援行為の質を高めるという点で、間接的な普及啓発活動となる。

②メッセージ

誰しも陥りがちな偏見があることを意識し、振り返ることを習慣化する。また、専門職のどのような振る舞いに違和感を覚え、傷つくのか、当事者・家族からの声を集め、専門職に提示することも、ケアの質を高める具体的なメッセージとして有効である。

具体例 精神保健医療福祉分野の専門職への働きかけ

①接遇やコミュニケーションのマナーに関する研修の開催

利用者への接遇やコミュニケーションのマナーに関する研修を行う。医療、福祉分野以外のホテル業等民間サービスや、ビジネスマナー研修を請け負っている業者と連携することも考えられる。

②啓発用リーフレットの配布

つい陥りがちな考え方や、使用を控えるべき言葉、どのような態度と言葉が当事者にとって差別や偏見をもっていると捉えられているかなどをまとめたリーフレットを作成し、配布する。

当事者・家族を傷つける専門職の態度や言葉

- ・ 相手と自分との年齢や関係にそぐわない言葉遣い(例:敬語を使わない)
- ・ 「無理をさせない」という配慮の強さから来る当事者の可能性の制限

誰しも無意識に陥りがちな偏見

- ・ 当事者には自分ひとりで生活する能力がない。
- ・ 自己をコントロールする能力がない。
- ・ 一般就労は全くできない。
- ・ 統合失調症は回復不可能である。
- ・ 当事者の社会復帰が進まないのは家族のせいである。

③情報開示や外部機関による評価

診療録や病棟の開放状況等の処遇情報の開示の評価、当事者の人権保護や満足度、外部機関による評価等により、専門職の人権に関する意識づけを図る。

4) 学校教育関係者

①目的

精神疾患の早期発見・早期治療の観点から、学校における情報提供は重要である。また、障害者に対する態度を形成している途上である学童期・思春期における偏見解消の教育プログラムは、成人後の態度の改善を図るプログラムよりも、はるかに高い効果をあげる。

近年では障害者施設や高齢者施設に児童・生徒が見学・ボランティアに行く機会も増えているが、精神保健医療福祉の分野での取り組みは立ち後れている状況にあり、今後一層の取り組みが必要である。

行政機関の必要な取り組みとして、学校教育分野での普及啓発プログラムの検討会や実行チームをつくることが求められる。メンバーは、関係する学校の教職員やスクールカウンセラー、養護教員、精神科医療機関、福祉施設、当事者団体、大学の研究者等が考えられる。なお、学校における普及啓発活動にあたっては、教育委員会からのトップダウン方式でのオーソライズが効率的なこともある。行政担当者はこの点を踏まえ、教育委員会との連携を図ることが重要である。

②メッセージ

本来は、あらゆるメッセージを取り上げることが必要である。しかし、対象となる児童・生徒の年齢や、保護者、当該学校の関係者の関心、およびカリキュラム上の時間制限があるため、自らのこころの不調に気づく早期発見・早期予防、ストレス管理、偏見・差別や共生社会の問題等にテーマは絞られる。

具体例 学校教育関係者への働きかけ

①児童・生徒に対する普及啓発教育プログラムの実施

- ・ こころの不調に関するサイン、ストレスへの対処、思春期に起きがちな精神疾患、専門相談機関に関する説明等を含む教育プログラムを、保健体育や総合学習の時間を利用し、実施する。
- ・ 当事者と児童・生徒との交流プログラムを実施する。地域にある精神科医療機関や福祉施設等との協力のもと、ボランティアや見学会を開催する。
- ・ 差別や偏見に反対する趣旨の標語やポスター、作文等を授業で作成し、コンテストをする。

②保護者に対する啓発教育プログラムの実施

- ・ 思春期・青年期の児童・生徒の発達課題や、こころの動き、こころの不調に関するサインや対処、専門相談機関に関する説明等を行う教育プログラムを保護者向けに行う。

③教職員に対する普及啓発教育プログラムの実施

- ・ 児童・生徒のこころの不調に関するサインや対処について、教職員、養護教諭に対する教育プログラムを行う。また、地域の精神科医療機関等との連携のもと、事例を通じて、必要な支援や対処に関する検討会を開く。最初に、教職員のメンタルヘルスから取り扱っていくことも考えられる。

思春期・青年期と発病

2006度の「障害者白書」によれば、在宅の精神障害者の障害発生年齢は約3割が10代となっている。思春期・青年期を迎える初等・中等・高等教育を受ける時期は、精神疾患に罹患する可能性の高い時期である。

しかし、現在の初等・中等・高等教育においては、アルコール、薬物依存に関する教育を除き、精神保健医療福祉に関する教育は十分には取り組まれていない。また、その保護者についても、情報不足にあると推測される。これらは、児童・生徒が精神的な不調に見舞われた際の相談行動を遅延させ、予後を悪化させる恐れがある。

5) 当事者・家族

① 目的

当事者自身や、その家族自身が偏見や差別を内面化していることがある。当事者自身が、自らの能力や価値に否定的な思いを抱いていることは少なくない。内面化された偏見や差別は、疾患の予後や、生きることについて影を落としている。

また、身内に精神障害者を抱える家族自身も、必ずしも偏見から自由であるとはいえない。精神障害者に対してもともとネガティブな偏見をもっていたり、精神障害に関する情報について触れる機会をもたなかったりする家族が、患者の理解や対応について戸惑うのは不自然なことではない。このことが、患者に対する拒否的な態度や、精神疾患は「本人の性格や弱さのせい」、「怠けの問題である」といった誤解につながることもある。また、「精神疾患になったのは自分たちの育て方が間違っただからだ」という罪悪感を抱いている家族も多い。

さらに、精神保健医療福祉に関する各種のサービスや社会資源、薬物療法等の重要性、症状への対処方法、年金、生活保護等の諸制度に関する情報等は、当事者・家族が必ずしも十分に知っているとはいえない。

このような観点から、既に受診・相談をしている当事者・家族が、精神疾患やそれに関わる事柄に正しい理解を得られるように、また、自らの精神疾患に適切に対応し、生活を向上できるようサポートすることも重要である。

② メッセージ

基調となるメッセージは、当事者・家族の自尊心を低下させる誤った情報を是正し、当事者・家族をエンパワメントする内容が必要である。また、社会資源や相談先についての情報も併せて必要である。

エンパワメント

障害者や高齢者、少数民族、貧困者等、社会的に不利な状況におかれた人々が、その状況を自ら改善したり対処したりするパワーを高めるように働きかけること、またはそのための手助けをすることである。現在では、福祉、心理、教育等様々な領域で使用されている。精神保健医療福祉分野では、当事者・家族が、偏見や差別の中で負わされる無力さに対して、自己効力感、自己決定や権利に関する意識を高め、主体的に取り組む能力を回復させていくような働きかけが重要である。ただし、一方的に支援者が当事者に力を与える、というのではなく、当事者がもつ能力を信頼し、その発揮を可能にするということが大切である。

具体例 当事者・家族への働きかけ

①当事者・家族に対する心理教育、家族教室の開催

当事者・家族が、精神疾患や社会資源等に関する正しい知識を学び、また適切な対処行動を学べるような心理教育、家族教室を市町村保健センターや保健所で開催する。開催時期、場所や内容についての情報が対象者に届くように、精神科医療機関や福祉施設等にポスターやリーフレット等を配布する。

②精神疾患や薬物療法、サービスに関する情報を掲載したリーフレットの作成

精神疾患の症状、病因、経過や、受けられるサービスや利用できる福祉制度、社会資源、トラブル時の対処法と相談窓口に関する情報をまとめたリーフレットを作成し、精神科医療機関や福祉施設に置く。

スピーカーズ・ビューロー

当事者・家族を情報の受け手と捉えるのではなく、情報の発信者として育成する活動である。当事者・家族を主体とした普及啓発を目的としたグループ(スピーカーズ・ビューロー)を組織することを支援し、地域住民や学校、関係機関等への積極的働きかけを促進する。行政機関の役割は、地域の精神科医療機関、福祉施設等が独自に実施できるように、研修会等を開催することも必要である。

当事者や家族をエンパワメントするメッセージ

- ・ 「精神疾患は、回復する病である」
- ・ 「精神疾患は、意思や性格の弱さ、養育によって起こるものではない」
- ・ 「当事者は、社会生活を営む能力をとりもどすことができる」
- ・ 「精神疾患は、特別な病ではない」
- ・ 「サポートを受けながら地域で暮らすことは、権利である」

6) マスメディア

①目的

市民の精神障害者に対する考えは、マスメディアによる描写の影響が少なくない。マスメディアによる精神障害者の描写は、事件報道やドラマ・映画における描写等、暴力が関係するものが多く、人々の差別や偏見を助長しているという知見も存在する。マスメディアは、報道によって精神障害者への偏見を助長してきたという経験を自覚し、この経験を繰り返さないようにすべきである。

一方、マスメディアは、当事者の生活や思いなどを報道し、精神障害者への差別や偏見をなくす機能も持っている。マスメディアに対しては、そのような意識づけを行っていくような普及啓発活動を期待したい。

②メッセージ

伝えるべきメッセージは、報道上の表現の問題と、精神障害や精神保健医療福祉に関する積極的、啓発的な側面の報道をより活発化させることについてである。

前者については、不適切な表現や、犯罪事件報道に関する倫理コード等を紹介する必要がある。後者については、報道側が必要な情報を得られるように、情報や記事等の提供体制を整えることが重要であるといえる。

具体例 マスメディアへの働きかけ

①マスメディア関係者への研修会、シンポジウムの開催

当事者が傷つくメディア上の表現、あるいは事件報道に関する疾患名や精神科通院歴に関する議論や、あるべき取り扱いなどについて伝える。新聞社・テレビ局等のジャーナリストに対して、コンパクトに教示し得る研修会、シンポジウムを開催する。また、この問題に関する簡単なリーフレットを作成し、各マスメディアに配布する。

②普及啓発活動への協力の働きかけ

普及啓発活動の取り組みやキャンペーンを、マスメディア内で報道してもらう。広告の掲載の助力を求め、協賛してもらうように働きかける。また、当事者・家族の思いや生活を報道してもらうように働きかける。

活動を進めていくために効果的なのは、実行チームのメンバーとして、報道機関の職員やジャーナリスト、広告業者等外部の広報関係者の協力を依頼することである。彼らはコンタクトを取るべき相手や、その方法等専門的な知識・技術をもっており、実行上の助言者として、行政機関が参加を依頼することは大変重要である。

マスメディアの報道、表現に関するチェック体制

特に、犯罪報道については、その犯罪が精神障害に起因することが明らかになった時点で、精神障害との関連を報道することが原則である。それ以前に病歴や精神科通院歴の報道を行うことは、偏見を生む恐れが大きく、慎重に報道することが望まれる。また、仮に精神障害に起因する事件であっても、いたずらに国民の不安をあおる報道は避け、正確に事実を扱うべきである。

マスメディアの報道に関して、差別的または国民の誤解を招くと思われる表現があった場合や、当事者からその旨の苦情連絡があった場合に、必要に応じてマスメディアに対して、当事者団体または第三者機関により意見の申し入れを行えるようなチェック体制を整える必要がある。

7)全国的な取り組み

普及啓発にあたっては、全国的に一定期間に集中した様々な取り組みを実施することも効果的である。したがって、毎年10月の精神保健福祉普及運動週間等を中心として、普及啓発への取り組みが国民的な運動となるよう、地方自治体やマスメディア等の各界各層に呼びかけるなど、必要な協力を要請する必要がある。

以下に、全国的な取り組みのうち、代表的なものを挙げる。

「精神保健福祉普及運動週間」 10月下旬

地域社会における精神保健や精神障害者の福祉に関する理解を深め、精神障害者の早期治療とその社会復帰および自立と社会参加を促進し、精神障害の発生の予防その他国民の精神的健康を保持・増進することにより、精神障害者の福祉の増進および国民の精神保健の向上を図ることを目的としている。

毎年10月の末頃、一週間にわたり開催され、各都道府県においてフェスティバルやバザーの開催、講演会の実施等を通し、地域住民に対する知識の普及や理解の促進を図っている。

「精神保健福祉全国大会」 10月下旬

毎年、厚生労働省と社団法人日本精神保健福祉連盟の共催で、精神保健福祉普及運動週間の期間内に実施している全国大会である。全国の子精神保健医療福祉関係者や一般住民が参集し、精神障害者の地域生活に関するシンポジウム等、精神保健医療福祉の正しい知識の普及を図っている。

「世界精神保健デー」 10月10日

世界精神保健デー(World mental health day)は、国際デーの一つであり、WHO等の後援を受け、世界精神保健連盟が毎年10月10日に実施している。世界各国で精神保健医療福祉の知識の普及や理解の啓発を目的とした様々な取り組みが実施される。

「自殺予防週間」 9月10日から9月16日

毎年9月10日の「世界自殺予防デー」からの1週間は「自殺予防週間」として内閣府が設定している。自殺予防週間は、当該期間中に、国や地方自治体が連携した集中的な啓発事業等の実施を通じて、国民に自殺や精神疾患についての正しい知識を普及啓発し、これらに対する偏見をなくしていくとともに、命の大切さや自殺の危険を示すサイン、また危険に気づいたときの対応方法等について国民の理解の促進を図ることを目的としている。

「障害者週間」 12月3日から12月9日

国民の間に広く障害者の福祉についての関心と理解を深めるとともに、障害者が社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に積極的に参加する意欲を高めることを目的として、12月3日から12月9日を障害者週間と定め、全国で官民にわたって多彩な行事を集中的に開催している。全国の小・中学生、高校生のポスターの募集や、障害者の就労支援に関するシンポジウムの開催等を通し、障害者の社会参加意識の高揚を図っている。

「人権週間」 12月10日から12月16日

国際連合は、1948年第3回総会で世界人権宣言が採択されたのを記念し、世界人権宣言が採択された12月10日を人権デーと定めており、すべての加盟国にこれを記念する行事を実施するよう呼びかけている。わが国では、法務省と全国人権擁護委員連合会が、「障害のある人の完全参加と平等を実現しよう」を強調事項に掲げ、毎年12月10日の人権デーから1週間を人権週間と定め、人権尊重思想の普及高揚のための啓発活動を全国的に展開している。

「障害者技能競技大会(アビリンピック)」 10月下旬

障害者の職業能力の向上を図るとともに、その職業能力に対する社会の理解と認識を深め、障害者の円滑な社会復帰を促進し、地位の向上を図ることを目的として開催している。2006年からは精神障害者も参加の対象となった。

「精神障害者スポーツ大会」 10月から11月

2001年に、第1回全国障害者スポーツ大会の関連行事として全国精神障害者バレーボール大会が開催された。2002年には、第2回全国障害者スポーツ大会のオープン競技として、精神障害者スポーツ大会が開催され、以後毎年開催されている。2008年からは正式種目となる予定である。

Ⅲ 事例

1 精神保健福祉ボランティア講座の開催(神奈川県鎌倉市)

- ・ 精神保健福祉に関心をもった市民への普及啓発活動である。
- ・ 持続的活動により多くの市民が参加し、自主活動グループが派生している。

鎌倉市における地域精神保健福祉は、1981年に精神障害者地域作業所「青い麦の家」(家族会設立)の開所が某全国紙の地方版に載った翌日に、地域住民の反対運動から始まった。家族会関係者は、どうしたら広く市民に理解を得られるか、「講演会」(実行委員会方式、共催鎌倉保健所)で普及啓発を進めた。講演会は、市の広報やポスターを利用して宣伝し、知識人や有名人を講師に招くことで集客を高めた。

その後、地域生活サポートセンター「とらいむ」が中心となり、当事者、発病5年以内の家族、一般市民と、対象を明確にし、対象者ごとにテーマを決め、行政等と連携して、セミナー、家族教室、ワークショップ、講演会、ミニコンサート、絵画展等の普及啓発に取り組んでいる。ミニコンサートや絵画展は、全国紙や地方紙に活動が取り上げられた。

その後、1995年に神奈川県社協ボランティア講座を参考にして鎌倉の実情に沿った形で精神保健福祉ボランティア講座を開講した。結果を焦らず、「精神保健福祉への基本的知識と理解が市民の中に広がり定着すること、その土壌から個々のボランティア活動が生まれ育つことを尊重すること」からの出発であった。運営にあたっては、9団体11名の実行委員会を組織し、運営費は各団体が無理なく出せる額とした。県社協からの補助金が3年間続き、第3回ボランティア講座から正式に運営委員会(11団体12名)が発足した。

各期10回、定員30名とした講座では、現在第12期生が修了し、計360名の市民が精神障害者に出会い、学んだ。運営委員会では「地域のまわりの人々、組織と連携・協働しながら、生かしかされる関係」を大切に進めてきた。また、卒業生の中から自主活動グループが育ち、実働ボランティア「グループ芽」が誕生した。「グループ芽」は「出来ることを、出来る時に、出来るだけ」を合言葉に、現在70数名の会員をもつ。作業所、グループホーム、病院、保健所の生活教室等から要請を受けて人を派遣する、地域のボランティア派遣会社の役割を果たしている。

この講座も10回を過ぎると時代も変わり、応募者が減ってきている。以前は主婦層中心だった講座だが、共働きや主婦のパート労働の増加の影響か、主婦層は減ってきている。次期は、男性、働く世代、若者世代(特に団塊の世代の男性は自由時間ができ企業センスや企業とのつながりもあり、地域の活性化に関心が高い)に向けて、金曜開催から土曜開催を考えている。

2 ネットワーク会議と学校による普及啓発(高知県幡多地域)

- ・ 保健医療福祉の関係者からなるネットワーク会議が、地域一体となった活動を行っている。
- ・ ネットワーク会議と学校が協力して中学生に対する普及啓発を行っている。

高知県幡多地域では、地域の精神保健福祉を充実させるため、住民が医療から保健福祉に至るまで連続したサービスを受け、安心して暮らすことの出来る地域を育てる活動を行っている。2000年

度には、圏域の精神科医療機関と保健所が実務者レベルで現状と課題を話し合い、相互の連携を深め、地域づくりの方法を探っていくために、「幡多地域の医療・保健・福祉の充実のための連絡会（幡多ネットワーク）」をスタートさせた。メンバーには、精神科医療機関から医師や精神保健福祉士、看護師等職種にこだわらない多数の参加を求めた。精神保健福祉について本音で語り合うために、形式的な会議にはしないように努めてきた。2001年度には、精神保健福祉の相談業務や申請業務が移行されることを受けて、市町村に参加を呼びかけた。市町村からは現場で活動する保健師だけでなく、事務職にも参加してもらった。2カ月に一度、圏域市町村の参加も得て、定期的にネットワーク会議を開催しはじめた。これまで、業務の上でのつながり程度でしかなかったものが、本音で思いをぶつけ合う中で、立場や肩書を超えたつながりに変化していった。自分達の住んでいる地域が、障害者もそうでない人も共に暮らしやすい地域にしていくためにはどういう取り組みをしていけばいいのか、業務時間外に手弁当で熱く語り合うネットワーク会議となっていた。

そうした状況の中で、このネットワークが主催となり、地域への普及啓発活動を行うため、2002年度から、市民に向けた講演会や交流会として、「こころの健康フォーラム」を主催した。2003年度までは、中心部の一カ所で開催していたこのフォーラムを、ネットワーク会議に参加しているそれぞれの市町村に出向く形で、広く圏域のすみずみまで普及啓発活動を展開していった。

2004年度以降は、小規模作業所、地域生活支援センター、援護寮等圏域の様々な障害者支援機関の方もメンバーとして加わり、医師、保健師、相談員、作業所指導員、事務職員等の立場の違いを超えた大きなネットワークに広がっていった。

2005年度、ネットワーク会議の中で、これからの社会を担う若者たちに、精神保健福祉や精神障害についての理解を深めてもらいたいという意見が出てきた。話し合いを重ねる中で、中学生に向けた普及啓発プロジェクトを作成、実行した。学校側の協力のもと、中村市立中筋中学校全校生徒を対象に、「障害のある人への理解」を考える学習プログラムという形で実行した。まず、2004年度中に、教職員に向けた講習会を2回実施し、教職員の理解を求めた。また、ネットワーク会議のメンバーである精神科医が講師となり、精神疾患に関する情報を提供した。その後、学校関係者との協議を行い、生徒を対象とした授業の内容や方法に関する具体的な計画を作成し実施した。

第1回 2005年5月12日(2時間) ねらい「精神障害について学習する」

- ・ 精神障害者について正しく理解を深めるために、精神疾患の症状や精神障害者の生活のしづらさ、服薬の必要性とその効果等について説明する。
- ・ デイケアでの活動や就労の状況、社会復帰への取り組みについて説明する。

第2回 2005年5月19日(2時間) ねらい「体験、体感する」

- ・ 炭切りや炭のアレンジメントについて紹介し、共同作業所で実際に行っている作業を共に体験し、精神障害者と自然にふれあう。
- ・ 作業経験のない生徒達が働く難しさを実感しながら、精神疾患について学ぶ。

第3回 2005年5月26日(2時間) ねらい「学習と体験のふりかえり」

- ・ 講義で学んだことや体験交流をふりかえり、精神障害者について生徒らが率直に感じた思いや意見をグループワークの形式で話し合ってもらった。ネットワーク会議のメンバーが、助言者やコーディネータ役で加わった。

プログラムの終了後に、生徒達からは次のような感想が寄せられた。

- ・ 「精神障害者は勝手に怒ってくる、たたかれたらどうしよう」と不安だったけれど、実際はそうではないことがわかってうれしかった。
- ・ 私がおとなになったら、知らない人達に教えてあげたい。
- ・ 精神疾患について考えたことがなかった。
- ・ 誰も困らない時代になってほしい。

- ・ 偏見・差別の話で、精神障害者がどんなにイヤな思いをしているかわかった。

この学習プログラムを通して、中学生の各学年でも精神障害の感じ方や理解に違いがあることが確認できた。それぞれの学年に応じた学習内容や方法の開発が必要であると感じられた。また、体験交流も時間や回数を増やしたい。学習の回を重ねるごとに、生徒や教職員の雰囲気の変化し、精神障害者の正しい理解へのきっかけづくりとなった。今後、学校における普及啓発活動では、精神科医療機関や社会復帰施設の見学等も交え、生徒と精神障害者との自然なふれあいを図りたいと考えている。

これからも、ネットワーク会議では、医療・保健・福祉の枠を超えて「住民の暮らし」を共に考え、話し合いながら障害の有り無しにかかわらず地域でいきいきと生活できることをめざして活動していこうとしている。

3 学校を基盤とした普及啓発(島根県)

- ・ 年齢層が若く感受性が豊かで障害のイメージが固定化していないため教育が浸透しやすい。

2005年、2006年、2007年の11～12月に、島根県の中学校で「総合的な学習」の時間を利用して、広く「こころの健康」を考える学習を行った。こころの病に関する知識や、ストレスの知識、体調の悪いときに相談できる施設、精神障害者の福祉施設等を幅広く体験的に学ぶものである。その中に、精神障害者に対する偏見除去に関する内容も取り上げた。

初めに、市の教育委員会に了承を得て、市内中学校全体に本教育プログラムの実施について依頼を行った。協力施設として、市内で精神障害者福祉活動を活発に行っている社会福祉法人に呼びかけた。その結果、依頼に手を挙げた中学校において以下のプログラムを実施した。

ストレス概論や、基本的な精神疾患の知識を学んだ後に、希望する生徒5名が福祉施設を体験した。土曜日の午後4時間を使って、社会福祉法人が授産施設として経営するレストラン内で、厨房の皿洗いや、ホールの接客等、障害者が実際に行っていることをともに体験しながら、精神障害者と自然にふれあう交流体験である。ふだん働いたことのない生徒たちは働く厳しさを実感しながら障害がどういふものかを体験し、さらに生活環境についても学んだ。また、参加していない生徒とも体験を共有するため、当日の様子をカメラで撮影した。その様子を授業内でスライド上映するとともに体験した生徒自らが説明を加え、体験を共有した。

つぎに、「こころの健康」を考える教育プログラム全体のまとめとして、社会福祉法人に所属している当事者に授業依頼をし、精神障害者の体験談を聞く授業を行った。当事者の体験が中学生にも分かりやすく理解できるようにと、ふだん自分が飲んでいる薬を実際に生徒に見せ、どういう効果があり、一日に飲まなければならない量がどのくらいか、説明が行われた。手に取ってみた生徒は、当事者の生活をイメージしながら話を聞き始めた。体験談は精神疾患の発症当時から、現在にいたるもので、つらいときには生きているのに疲れ死ぬことを考えたこと、初めて病名を知らされたときのショック、家族もつらかったこと、入院中の生活、いまの就労のこと、日常の生活が当たり前になるようになったことなど、最後にこれからの社会復帰を高く目指していることが述べられた。

生徒は、「話が聞けて本当によかった」、「こころの病がよく理解できた」と述べ、「友達で悩んでいる人がいたら話を聞きたい」などの感想を寄せていた。

4 インフォーマルなネットワークによる普及啓発(島根県出雲圏域)

- ・ インフォーマルなネットワークによって、専門性を活かした活動を展開している。
- ・ 一般市民、当事者、マスメディア等に対し、ニーズに沿った働きかけを行っている。
- ・ 障害種別を超えた連携を図るとともに、各専門機関の役割と限界を明確にし、地域全体で普

普及啓発システムをつくっている。

島根県出雲圏域は、県東部の出雲市と隣接する簸川郡斐川町の1市1町からなる、農林漁業・中小商工業を中心とする人口約 18 万人の地域である。ここに 2 カ所の地域生活支援センターがあり、そのひとつが「出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会“ふあっと”」である。

本会は、精神科医療機関、福祉施設、行政機関等に所属する人をはじめ、精神保健や精神障害者福祉に関心をもつ様々な立場の人が参加する、インフォーマルな市民活動団体である。1987 年に活動を開始し、月1回の勉強会を中心に、今日まで 20 年間にわたって活動を続けている。現在では会員が 140 名を超え、精神科医療関係者、精神科以外の医療関係者、行政職員、福祉施設職員、社会福祉士、弁護士、司法書士、行政書士、教員、新聞記者等多彩である。

支援する会“ふあっと”は、「精神障害を患っても普通に生きていける社会づくり」を目指して活動しており、毎月の勉強会では、精神障害者の生活支援をめぐる問題を取り上げて議論している。ここでは、所属や職種、年齢、経験の異なる会員が、共通の理念に結ばれ、それぞれの専門性や個性を活かしながら、普及啓発にかかる連携をつくっている。

一般市民に向けた活動としては、会の発足の翌年から数年ごとに、コンサートや講演会等を企画・開催し、連携や協働をより実質的なものとしている。また、当事者・家族に対しては、支援のネットワークにピアサポートを位置づけ、精神障害者自身による退院促進にかかる普及啓発活動に取り組んでいる。さらに、市町村に対して精神障害者の「欠格条項」撤廃について働きかけたり、精神障害者が関わった事件の報道のあり方をめぐって地元新聞社へ申し入れを行ったり、精神障害者の正しい理解を図る取り組みを行っている。

こうした活動においては、障害種別を超えた連携も実践されてきている。10 年ほど前より、三障害ネットワーク会議という情報交換や連携の場をもち、日常的で実質的な相互理解と協働の基盤として機能している。障害福祉計画の策定作業では、三障害の支援センターが協働し、当事者へのニーズ調査を行っている。障害福祉にかかる普及啓発の必要性は多岐にわたっており、精神科の領域においてのみ完結するものではない。様々なネットワークが相互にリンクし、作用し合っていくことで、地域に応じた普及啓発のシステムづくりをより総合的に考え、推進していくことが可能になるのである。

出雲圏域では、医療機関、行政機関、地域の支援機関等に属する者が有機的に連携し、地域全体で普及啓発活動に取り組んでいる。この地域の精神科病院では、小規模作業所や地域生活支援センターをつくらないといった共通認識がある。普及啓発を通じたネットワーク活動の中で、それぞれの機関の役割と限界を認め合ってきたことが、地域全体で支援システムをつくっていく考え方の基盤となっている。これによって、より柔軟に地域住民のニーズに沿った当事者主体の普及啓発活動を展開することが可能になるのである。

5 こころの健康づくりに関する総合的な普及啓発(大阪府)

- ・ 保健所、市町村や精神保健福祉関係機関との連携のもとに実施している。
- ・ 刊行物やインターネットによる情報提供、一般府民を対象としたフェスティバルの開催等、様々な方法で普及啓発に取り組んでいる。

大阪府こころの健康総合センターでは、保健所、市町村や精神保健福祉関係機関の取り組みを支援するとともに、こころの健康総合センターだよりや医療機関、相談機関等の社会資源情報に関する冊子の発行、ホームページの開設、こころの健康図書室の開設を行っている。

大阪府の総合的な精神保健福祉の情報紙「こころの健康総合センターだより」を発行し、府内の保健所等関係機関に配布し、府民に最近の精神保健福祉の動向や関連資料等の情報提供を行っている。また、インターネット上のホームページ「こころのオアシス」(<http://www.iph.pref.osaka.jp/kokoro/>)において精神保健福祉に関する総合的な情報提供を行

っている(累計アクセス件数 759,726 件、2007 年 3 月 31 日現在)。

精神保健福祉相談機関および精神科医療機関の情報提供にあたっては、府民や府内の精神保健福祉関係職員を対象に、「大阪府内で精神疾患の診療を行う機関一覧」を発行しているほか、携帯電話インターネット・サービス利用者向けに専用ホームページを作成している。また、大阪府の精神保健福祉関係業務従事職員向けに、大阪府庁内イントラネット上の「精神保健福祉情報システム(MINT)」において、業務の円滑な推進に資する各種の情報を提供している。

こころの健康図書室では、蔵書数約2万7千冊に及ぶこころの健康に関する図書・文献とビデオライブラリーを公開している。図書やビデオの閲覧は誰でも自由に可能であり、2006 年度の利用状況は、利用者総数 543 人、貸し出し冊数 1,057 冊であった。

また、毎年 11 月の精神保健福祉月間には、大阪府、市町村、(社)大阪精神保健福祉協議会の連携のもとに、府民の精神保健福祉思想の向上と精神障害者への理解を深めることを目的に「こころの健康づくりフェスティバル」を開催し、普及啓発に努めている。2006 年度は、富田林市との連携のもとに、こころの健康づくりについての講演会とストレス度チェック、アルコールパッチテスト等の体験コーナーおよびリラクゼーション法の一つである自律訓練法入門編を主な内容とするストレスについての普及啓発を行った。

6 一般市民向けフリーマーケットの運営(愛媛県今治市)

- ・ 広く一般市民向けのイベント型普及啓発活動である。
- ・ 対象となるターゲット層の関心や特性にあわせた配慮をしている。
- ・ 関係機関との連携の中で普及啓発活動が行われている。

愛媛県の中央部の来島地区は、人口約 13 万人の今治市を中心とした人口 19 万人の地区である。ここで開催される「くるしまフリーマーケット」は、家族会、来島家族会、来島共同作業所、「クリエイト 21 (作業所)」を中心に「精神障害者への理解を求める」普及啓発活動の一環として、1997 年から短大のグラウンドを借りて毎年 5 月中旬に開催されているイベントである。2001 年の第 5 回目には、4,000 人を越える一般市民を集めるに至った。

1996 年に、今治市社会福祉協議会に「精神障害者のために」とする匿名の寄付があり、使用方法を検討するため「精神保健と福祉に関する検討会」がその年に設置された。フリーマーケットを開催して、一般市民向けの精神障害に対する普及啓発活動を行うという意見が出て、検討会を中心にフリーマーケット実行委員会を立ち上げることになった。委員会は、当事者、市民ボランティア、保健所、市担当課、社協、県立病院、私立病院、精神保健ボランティアグループ、家族会、作業所職員等で構成した。

実行委員会が企画、運営の中心となり、1997 年から、「くるしまフリーマーケット」が開催されている。毎年、出店の呼びかけは、スーパーや商店にチラシの配布、市広報やタウン誌に記事の掲載、公民館にポスターを貼って行った。また、市民を広く集客するために、開催の案内を市内の保育所にチラシをもち込み、子どもたちにもち帰ってもらう方法を取り、子どもとその保護者を含めての集客を図った。100 を越える出展希望があり、スペースの関係から出店を制限するほどであった。会場は、開催場所の短大のグラウンドは当初は賃借であったが、その後、介護福祉士養成課程のある大学側の理解、協力を得て、無料での貸し出しとなった。

会場は交通の便が悪いため、イベントの開催にあたり、会場周辺の空き地や駐車場等を複数箇所、この日に限り確保し、対象となる市民が会場に足を運びやすいように工夫した。また、会場への自動車の誘導にあたっては、市の交通安全協会の協力を得た。さらに、市内のすべての小学校・幼稚園・保育園に開催の案内を配布し、また、子どもが遊べるように警察に依頼しパトカーや白バイ等を展示するなど、イベントを成功させるための協力依頼や説明を、地域全体に呼びかけ、結果として、これらも

地域の精神障害者への理解を深める普及啓発活動となっている。このように、対象層の属性に配慮したこまやかな気配りが、4,000人という市民の集客を可能にしているのである。

また、来場者へのアンケートも行っており、第5回大会のアンケート結果では、「精神障害者」という言葉については来場者の95%の人が知っており、約8割の人が自分も精神障害者になるかもしれないと考え、55%の人が作業所の存在を知っていた。

さらに、これらの関係機関への説明や依頼、当日の運営には、当事者が主体的に参加している。何より大きな歩みをしたのは当事者だという。一緒に活動することで自信や満足感、達成感が味わえ、次の年へとつながっていった。前へ前へと歩みだした彼らこそ普及啓発活動を象徴していると、主催者は語っている。

家族会運営の作業所を知ってもらうために始まった活動が、様々な人を巻き込み大きな渦となって地域を変えてきている。「楽しい」を大切に活動してきたが、関係者から「ただのお祭り騒ぎにしか過ぎない」、「休みの日に業務以外でるのはいや」などと非難や批判も多かった。しかし、市民からは毎年開催の問い合わせが多く、インフォーマルな協力者が増え、少しずつ市民参加型のイベントになってきている、と主催者は語る。

1日のイベントとはいえ、事務局は1年近くの歳月をかけて準備をしなければならない。2006年10月に障害者自立支援法が本格施行され、移行を迫られ業務に追われる日々である。また、10年間開催してきたフリーマーケットのあり方や方向性を見直す期間として、2007年度の開催は休止しているが、必ず2008年度は開催することで実行委員会は継続している。

7 普及啓発活動の成果による就業促進(愛媛県南宇和郡愛南町)

- ・ 地域住民とのネットワークに基づいた活動である。
- ・ 障害者と地域住民と協働して、対等に支えあう関係とする一貫したメッセージをもって行っている。

愛媛県南宇和郡愛南町では、保健所、郡内町村、精神科医療機関、家族会、社会福祉協議会等によって、1987年に、地域の精神保健の向上の方策を考える協議会を編成している。協議会では、各種の公的事業を推進するとともに、精神障害者の社会参加に必要となる具体的な支援活動を行う組織として、「南宇和精神障害者の社会参加を進める会(現南宇和障害者の社会参加を進める会)」を1989年に設立した。この会では、地域のイベントへの参加について、当事者と地域住民を中心に行っており、専門職も一住民として活動している。郷土の版画家に作成を依頼したシンボルマークや、「街に慣れる 街が慣れる」という標語のもとに、精神保健の普及啓発において成果をあげている。当事者は、イベントでのバザーやポップコーンの販売といった各種コーナー、公的行事の受け付けや駐車場の整理等に従事している。また、地域のライオンズクラブでのスポーツ交流会に継続的に参加するなかで、主体的に地域活動での役割を見出すようになった。

これらを通して、次第に住民とのふれあいの機会が拡大し、住民にとっても、精神障害者への理解が進む機会になった。地域の一般住民が主体となった南宇和福祉リサイクル活動が1997年に立ち上がり、森林保全の活動や、コンサートの主催では、年間1,000人を超えるボランティアと精神障害者とともに活動をしている。会員としては、当事者、医療関係者、地域の農林水産業者、建築関係者、主婦、学生等で構成されており、現在では一般会員1,300人、団体会員23団体に成長している。

精神障害者の地域生活の支援活動を通して広がった住民とのネットワークでは、障害者福祉の視点から街づくりに参画することが重要に感じられる。また、専従スタッフも不在のまま活動の停滞期もあったが、普及啓発を20年以上にわたり継続していくことで地域住民の理解に結びつき、組織の安定につながっている。その結果、精神障害者の就業の場として常設の店舗「ハート in ハートなんぐん市場」を2000年に開店することができ、その後、経営を拡大させていく必要に応じ、NPO法人として認

証された。NPO 法人は2つの事業部「エコテリアなんぐん市場」と「エコヴィレッジなんぐん市場」をもち、障害者就労支援、環境保全活動等を通じて地域振興を行うことを目的に設立された。

「エコテリアなんぐん市場」は、事業として障害者雇用の創出と就業を通じた自立支援、障害者と地域との交流の場を提供することを目的としている。主に観葉植物のレンタル事業を行っており、業務内容は、観葉植物の仕入れ・栽培等のハウス内作業と、営業・メンテナンスといった地域での作業とがある。事業開始にあたっては、地域で同業を営んでいた業者より、商品や備品を安価に譲り受けることができ、また、栽培のハウス建設には、地域住民や建設業者がボランティアとしてかかわった。この事業は、福祉的就労で行われてきた内職等と異なり、対人関係を要する部分と要さない部分、知識や技術を要するものと単純作業等作業内容が多様であり、障害の特性に応じて従事できることが特徴になっている。

また、「エコヴィレッジなんぐん市場」は、地域の観光福祉施設「山出憩いの里温泉」の指定管理を受け、運営を委託されている。この施設は、委託前より 10 年間以上、障害者とボランティア、地域住民との交流キャンプを行っており、これによって培ったネットワークを活用することで、顧客の拡大と地域振興に貢献することができる。地域住民と密に連携・協働するとともに、ここで従事する知的・身体も含めた三障害の特性を最大限に活かしながら、観光福祉施設を運営している。なお、この事業の成果は、厚生労働省の障害者自立支援調査プロジェクト「地域振興型障害者就労支援モデル事業」の一環として発信しており、持続可能な就労支援のシステムづくりを目標としている。

これらの各事業においては、通常業務の中に、精神障害への正しい理解を図る普及啓発の取り組みを意識している。「エコテリア」においては、一回性の販売ではなく、継続したメンテナンスが必要となる観葉植物のレンタル業務で、必然的に取引先との密な関係が生じている。ここでは、障害者自身によって障害を開示した上で、商品の説明や報告を行い、顧客への挨拶や返事等の言葉遣いに配慮している。営業や商品の交換等に地域に入り込むことが、障害者と住民との交流の機会となり、ひいては地域の障害者に対する理解を促進していると感じている。「エコヴィレッジ」においても、温泉施設の多様な管理業務において、障害者の働く様子を全面に示し、来客者への理解をすすめている。また、芸能関係者やマスメディアの協力を受けた各種のイベントの開催にあわせ、音楽活動での積極的な交流や、地域福祉を担う人材養成のセミナーでの普及啓発活動等を行っている。

「NPO 法人ハート in ハートなんぐん市場」による就業促進では、障害の有無にかかわらず、就業環境に支援関係をもち込まないよう共に活動することを大切にしている。保健福祉の専門職員には表立った支援ではなく同じ従業員として、また、当事者間で就業のスキルを伝えていくピア・ジョブコーチが育まれていくよう取り組んでいきたいと考えている。障害者を支援の対象としてのみ位置づけることなく、対等に支えあう関係でいられるというメッセージをもった普及啓発活動の成果として、今日の事業運営が可能になったと実感している。

8 スポーツを通じた普及啓発 全国障害者スポーツ大会

- ・ スポーツの振興によって、精神障害者の QOL を向上させるとともに、精神疾患への偏見・誤解を除去している。
- ・ スポーツ大会を通じて、プライバシー保護や真のノーマライゼーションを考える。

(社)日本精神保健福祉連盟では、1999年より連盟内に設置された「障害者スポーツ推進委員会」が中心となって精神障害者スポーツ推進に関して研究・実践活動を繰り広げている。

2001 年には、宮城県で開催された第1回全国障害者スポーツ大会(身体障害者と知的障害者が初めて合同で実施)に先立ち、第1回全国精神障害者バレーボール大会が開催された。全国レベルでの精神障害者のスポーツ大会としては初めての画期的な出来事であった。

2002 年には、全国精神障害者バレーボール大会を全国精神障害者スポーツ大会と名称変更した。

第2回全国障害者スポーツ大会のオープン競技として精神障害者のバレーボールが正式競技種目となり、準公式参加を行った。また、全国8ブロックに分けてバレーボール大会を開催し、全国精神障害者スポーツ大会への予選を兼ねるとともに、精神障害者スポーツの底上げを図ることができた。こうした活動の積み重ねにより、2008年に大分県で開催される全国障害者スポーツ大会から精神障害者バレーボールの正式競技化が決定された。

精神障害者スポーツの振興は、当事者のQOLを向上させるとともに、精神障害・精神障害者への偏見・誤解を除去する啓発効果がある。娯楽性重視の立場から、障害に見合ったルールの特典化を求める声がある一方で、競技性重視の立場から競技の厳格運用こそが真のノーマライゼーションにつながるという意見も少なくない。他障害の例をみると、当初は娯楽性が優先され、次第に競技性が重視されるようになった経緯があり、精神障害者スポーツの目標をどのレベルに設定すべきかが検討課題である。

また、精神障害者のプライバシー保護に関して、何でも隠すという発想は通用しなくなりつつある。全国障害者スポーツ大会のオープン競技への参加に際しては参加者名簿の提出が原則で、氏名等が明示される。さらに、普及啓発の効果を考えて場合、積極的にマスコミ等に取り上げてもらう必要がある。他の障害者との一緒の参加となれば、精神障害者だけ撮影しないといったことは不可能に近く、むしろ、そうした対応をマスコミ関係者に要望すること自体が、逆差別につながるという意見も少なくない。当事者はもちろんのこと、家族の意識改革が求められている。今後、他障害を含め当事者・家族・関係者間で意見交換を図りながら、障害者の権利擁護と真のノーマライゼーションを目指していく必要がある。

9 芸術を通じた普及啓発 ころに平和を実行委員会

- ・ 芸術活動を通して、精神障害者の可能性を広げる。
- ・ 社会、精神保健福祉、芸術との間に相互発展的な関係をもたらす。

「ころに平和を実行委員会」は、社会、精神保健福祉、芸術の間に相互発展的な関係をもたらすことを目的として1997年に結成され、8年間の活動を経て2004年に全国組織化された。

毎年、精神障害と表現をテーマに、精神障害者の絵画等の作品の展覧会を開催している。絵画等の作品を通して、精神障害者と地域住民との相互理解を促すものであり、相互の普及啓発活動といえる。

また、「ころに平和をカレンダー」の制作と販売を行い、カレンダーの原画展を開催している。カレンダーに使われている絵は、作者である精神障害者が地域で、または入院中に描いた作品である。展覧会の開催やカレンダーづくりは、その作品を通して、作者である精神障害者の日常生活や精神世界への理解を深めること、そして芸術活動を支援することを目的に続けてきた。

しかし、このような活動はこれまでわが国ではほとんど関心をもたれなかった。絵画等の作品は芸術としてのみ評価されがちであるが、それらは写真と同様、精神障害者を社会がどのように捉えてきたか、どのように処遇してきたかという記録の意味もある。放置しておけば失われていくであろう貴重な作品や記録を収集・保存していくことは急務である。

精神障害者と地域住民との相互理解を促し、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に記された国民意識の改革を進めるためにも、「ころに平和を実行委員会」の活動を継続・発展させたい。「ころに平和を実行委員会」は、かつて全国精神障害者家族会連合会が主催していた「ころの美術展」を参考に、多くの人々が興味や関心をもつような、新たな時代の全国規模の美術展を開催したいと考えている。そして将来は自宅や精神科医療機関等に眠っている貴重な作品や資料を収集・保存し、整理・研究のできる「ころに平和を美術館」を開設したいと考えている。

10 全国的な取り組み 第55回精神保健福祉全国大会

精神保健福祉全国大会を実施するため、実行委員会、運営準備委員会、事務局、の3つの組織を設置した。その際、既存の組織を活用することも考えたが、当事者団体も含めた幅広い団体の参画を得ること、地域でのネットワークの構築が重要であること、さらには、既存の会の目的等にとらわれずに企画立案することが重要であることから、新たな組織を立ち上げることとなった。

本大会を円滑に実施するため、まず、情報収集として、先催県の報告書等の調査、さらに、前年度に開催された千葉大会に参加し、千葉県の担当者から話を伺い、主な対象者やそのニーズについて検討を行った。この検討には、運営準備委員会を開催して関係者と十分に協議を行った。この結果、普及啓発の対象については、全国から参加する医療や福祉関係者をはじめとした専門家に加え、通常、精神保健福祉とは関わりの少ない一般県民も対象にすることとなり、記念講演の講師については、前例にとらわれず、一般県民に馴染みがある中村敦夫氏（元参議院議員、俳優、作家、脚本家）に依頼することとなった。

事務局は開催地の富山県に設置される一方、主催者は東京に所在しており、さらに、企画立案を行う運営準備委員会や実行委員会には、富山県内の各種団体が参加しているため、関係者の意思疎通や日程を調整することは大変重要である。このため、年度当初に、開催に向けた年間計画（工程表）を策定した。工程表には、運営準備委員会や実行委員会の概ねの開催時期、その際に決定すべき内容を記載し、関係者の情報共有を図った。

全国の関係者に対する本大会の周知については、年度当初において、主催者である厚生労働省や（社）日本精神保健福祉連盟より、諸会議等の場において全国に周知した。また、大会の約2カ月前には、ポスターとチラシを作成し、全国の都道府県精神保健福祉主管課に発送し周知を行った。

県内の精神科病院協会や精神保健福祉士協会等の関係者向けの周知については、主な団体の役員に実行委員会等の役員に就任いただいているため、ポスターやチラシを配布することによって、周知が図られたものと考えている。また、当事者の参加を促すため、精神科医療機関や精神障害者支援施設等にもポスターやチラシを配布した。さらに、福祉関係の学生の参加を募集するため、県内の医療系の短期大学や専門学校にも周知を図った。

一方、県内の一般県民向けの周知はポスター等では不十分と考え、地元の主要な新聞、テレビ、ラジオ等のマスメディアに後援申請を行い、報道されやすい環境を整えた。さらに、開催2日前に、後援しているマスメディアに情報を提供し、前日や当日のテレビ、新聞等で周知を行った。

本大会は全国持ち回りの大会のため多くの前例もあり、講演とシンポジウムを中心に行うことは当初より決まっていたため、懸案事項は、誰をターゲットとした大会にするかということであった。このターゲットの絞り込みの際には、地域でのネットワークを活用した運営準備委員会や実行委員会等の体制の構築ができたため、検討はスムーズに行うことができたと考えている。

日時：平成19年10月26日（金）

場所：富山県民会館（富山市）

主催：厚生労働省、（社）日本精神保健福祉連盟

共催：富山県、富山市、（社）富山県精神保健福祉協会、（社）日本精神科病院協会富山県支部、富山県精神科医会、富山県精神科病院協会

後援：最高裁判所、障害者施策推進本部、警察庁、法務省、文部科学省等

テーマ：

「めざそう！誰もがあたりまえの 地域生活」

～くらし・つどい・まなび・はたらきの場から始めよう～

大会プログラム:

記念式典

「心をひらく鍵」引渡し、各種挨拶、精神保健福祉事業功労者表彰

記念講演

テーマ 「偏見や差別のない社会づくり」

講演者 中村敦夫氏(元参議院議員、俳優、作家、脚本家)

アトラクション

施設の利用者や職員等によるバンド演奏、伝統芸能ほか

シンポジウム

テーマ:共に生きる地域社会の実現に向けて

シンポジスト:当事者、地域生活支援者、行政担当者

指定発言者:(社)日本精神科病院協会副会長、(特)全国精神障害者団体連合会理事長

その他 :会場ロビーにおいて精神障害者施設の授産製品等の展示即売を実施

参加者数 :約1千名

各委員会の状況

- ・ 実行委員会(会長:(社)富山県精神保健福祉協会長、主催者[厚生労働省、(社)日本精神保健福祉連盟]、県内行政機関、県内精神保健福祉関係団体の長で構成)
- ・ 運営準備委員会(会長:富山県心の健康センター所長、県内精神保健福祉関係団体の副会長・事務局長等で構成)
- ・ 事務局(事務局長:富山県厚生部健康課長、縣市担当等で構成)

開催時期	会議の種別	内容
5月9日	運営準備委員会1	・運営準備委員会の設置について ・先催県の状況について
5月24日	運営準備委員会2	・プログラムについて ・大会テーマ等について
7月17日	運営準備委員会3	・ポスター・ちらしの原案について
7月19日	実行委員会1	・大会実行委員会設置要綱について ・大会予算・大会テーマ等について
8月10日	運営準備委員会4	・大会チラシ・ポスターについて ・宿泊申込等について ・作品展示・授産製品等販売について ・大会当日の役割分担について
9月6日	運営準備委員会5	・配布用冊子について ・業務マニュアルについて ・当日の役割分担について
10月1日	運営準備委員会6	・参加記念品について ・書籍の販売について
10月3日	実行委員会2	・大会日程等の最終決定について ・表彰者について

10月18日	業務責任者会議	・大会当日のスケジュールについて ・大会当日の役割分担および各業務の内容について
10月26日	大会当日	
1月17日	運営準備委員会 7	・大会の開催結果について ・大会収支決算見込等について
3月下旬	実行委員会 3	・大会の開催結果について ・大会収支決算等について

IV 資材、教材

普及啓発活動におけるメッセージを効果的に伝えるためには、資材や教材が役立つ。活動の実施主体は、活動の目的に沿って対象を設定し、それに応じたメッセージ、媒体を選択した上で、適切な資材や教材を準備する。

すでに各地で普及啓発に関する資材や普及啓発を目的としたインターネットサイトが運用されており、これから普及啓発に取り組もうとする際の参考となる。既存の資料やサイトでも配慮されているように、普及啓発の教材には、以下のような情報が含まれることが推奨される。

- ・何をテーマとして取り上げられているかが明確なタイトル(疾患名等)
- ・テーマとなる問題に気づくポイント(客観的な症状、自覚症状のチェック項目等)
- ・問題へ早期に対応する方法(当事者・家族等対象に合わせた視点から)
- ・問題が生じたときに身近にある相談窓口(具体的な連絡先)

また、メッセージを効果的に伝えるため、表現方法に関して以下の配慮をする。

- ・専門用語ではなく、一般的に理解しやすい言葉
- ・対象とする年齢や特性に適したわかりやすい表現
- ・図表やイラスト等視覚的イメージの活用
- ・負担にならない情報量
- ・全体の構成が把握しやすいレイアウト

さらに、継続的な普及啓発活動の中では、折に触れて作成した資材や教材に関する感想や意見を聞き、より効果的で活用しやすいものへ改良することが必要である。

1 普及啓発に関する資料

精神保健福祉センター等において、普及啓発を目的として作成している資料をアンケートにより収集したので、ここに一部を紹介する。

発行者	タイトル	媒体	対象疾患	対象			
				本人	家族	一般	専門職
静岡県精神保健福祉センター	こころの病～統合失調症について	パンフレット	統合失調症	○	○	○	
	こころの病～アルコール依存症について	パンフレット	アルコール	○	○	○	
	こころの病～うつ病について	パンフレット	うつ	○	○	○	
	社会的引きこもり	パンフレット	ひきこもり	○	○	○	
	思春期のこころの健康	パンフレット	思春期	○	○	○	
	災害時のメンタルヘルス	パンフレット	災害			○	○
	働き盛りの心の健康	パンフレット	職場ストレス	○		○	
和歌山県精神保健福祉センター	高齢者のこころの健康	パンフレット	高齢者			○	
	統合失調症	パンフレット	統合失調症			○	
	お酒との付き合い方	パンフレット	アルコール			○	
	こころの風邪 うつ病	パンフレット	うつ			○	
	ひきこもりの理解	パンフレット	ひきこもり		○	○	
メンタルヘルスガイドブック	冊子	全般			○		
大阪府こころの健康総合センター	大切な人をうつ病から守るために	小冊子	うつ		○		
	子どものトラウマとこころのケア	パンフレット	子どものトラウマ		○	○	
	薬物依存症の治療の実際	パンフレット	薬物	○			
三重県こころの健康センター	薬物問題でお困りのご家族の方へ	パンフレット	薬物		○		
	薬を使い始めてしまったら～家族の関わり方	小冊子	薬物		○		
(社)大阪精神保健福祉協議会	アルコール依存症ってどんな病気	小冊子	アルコール	○	○		
神奈川県衛生部	薬物依存症からの回復のために～家族ができること	小冊子	薬物		○		
京都市こころの健康増進センター	うつ病のやさしいガイド	小冊子	うつ			○	
長崎県精神保健福祉センター	ドラッグ社会への対応	冊子	薬物	○	○	○	
名古屋精神保健福祉センター	こころのバリアフリー宣言		全般			○	
兵庫県立精神保健福祉センター	家庭内暴力を理解するために	小冊子	暴力		○	○	
北海道立精神保健福祉センター	ギャンブル依存相談のご案内	パンフレット	ギャンブル	○	○		
東京都	あたたかい職場をさがしています	パンフレット	精神疾患				事業主
(社)熊本県精神保健福祉協会	くまもとメンタルヘルス案内	冊子・DVD	全般			○	○

2 普及啓発を目的としたインターネットサイト

以下は普及啓発を目的としたインターネットサイトの一部である。

サイト名	URL	主体	対象疾患	対象				
				本人	家族	一般	専門職	行政
精神障害へのアンチスティグマ研究会	http://anti-stigma.jp/	精神障害へのアンチスティグマ研究会	統合失調症	○	○	○	○	
自殺予防対策支援ページ	http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/	国立精神・神経センター 自殺予防総合対策センター	うつ病 自殺					
いきる労働安全衛生情報	http://www.health-net.or.jp/rodoanzeneisei/	財団法人 健康・体力づくり事業財団	全般					雇用者 被雇用者
健康ネット メンタルヘルス	http://www.health-net.or.jp/club/mental/	財団法人 健康・体力づくり事業財団	全般					雇用者 被雇用者
職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策	http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/	厚生労働省	全般					雇用者
心とからだの健康づくり	http://www.jisha.or.jp/health/	中央労働災害防止協会	全般					雇用者 被雇用者
精神保健福祉普及啓発パネル	http://www.city.sapporo.jp/eisei/gyomu/S-EISIN/paneru.html	札幌こころのセンター	うつ病 統合失調症 発達障害 ひきこもり 認知症 薬物依存	△	△	○		○
メンタルヘルス健康ガイド	http://www.kyosai-cc.or.jp/health/mental	全国生活協同組合連合会	全般			○		
メンタルヘルス研究所	http://www.js-mental.org/	財団法人 社会経済生産性本部	全般					○ ○
自殺防止対策	http://www.niph.go.jp/wadai/boushi/	国立保健医療科学院 自殺防止研究グループ	自殺					○ ○
障害者施策	http://www8.cao.go.jp/shougai/	内閣府	全般			△		○
ひきこもり情報	http://www.nhk.or.jp/fnet/hikikomori/	日本放送協会	ひきこもり	○	○			
東京ひきこもりサポートネット	http://www.hikikomori-tokyo.jp/	東京都	ひきこもり	○	○			
精神保健福祉について	http://www.med-net-kochi.gr.jp/seishin/	高知県立 精神保健福祉センター	全般			○	○	
アルコール薬物問題全国市民協会	http://www.ask.or.jp/	NPO法人 アルコール薬物問題全国市民協会	薬物依存 アルコール依存		○			
情報ボックス	http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/J.html	久里浜アルコール症センター	アルコール依存			△		○

3 収集すべき情報

①国の今後の精神保健福祉施策の方向性

- ・ 新障害者プラン
- ・ 精神保健医療福祉の改革ビジョン
- ・ 障害者自立支援法
- ・ 障害者の雇用促進等に関する法律

②都道府県・市町村の精神保健福祉施策の位置づけ

- ・ 障害福祉計画

③精神科医療の実情

- ・ 精神科病床数
- ・ 在院患者数
- ・ 年間新入院患者数
- ・ 年間退院患者数
- ・ 平均在院日数
- ・ 病床利用率
- ・ 精神医療審査会への処遇改善請求件数

④精神保健福祉に関する情報

- ・ 精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録数
- ・ 年間新規交付数
- ・ 社会復帰施設数

⑤精神障害者の雇用に関連するもの

- ・ 社会適応訓練新規利用者数
- ・ 修了者数とその内訳
- ・ 精神障害者の求職者数
- ・ 有効求人数
- ・ 実際に雇用された人数

4 主なデータベースおよび入手可能なデータ

①精神保健福祉資料(厚生労働省、国立精神・神経センター精神保健研究所)

- ・ 過去5年の精神科病院数・病棟数・病床数
- ・ 過去5年の精神科在院患者数
- ・ 精神障害者社会復帰施設数・定員・利用実人員数
- ・ 精神科デイケア実施施設数
- ・ 精神医療審査会への退院等請求件数・処遇改善請求件数
- ・ 精神障害者保健福祉手帳交付者数
- ・ 社会適応訓練修了者数

②病院報告(厚生労働省)

- ・ 月別 精神科入院患者 平均在院日数
- ・ 月別 精神科病床 月末利用率
- ・ 月別 平均在院日数

③地域保健医療基礎統計(厚生労働省)

- ・ 精神科病床数
- ・ 精神科病床利用率
- ・ 精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録数

④保健衛生行政業務報告(厚生労働省)

- ・ 精神障害者申請通報届出数
- ・ 入院形態別患者数
- ・ 精神障害者保健福祉手帳交付台帳登載数
- ・ 精神保健福祉センターにおける普及啓発活動の実施回数
- ・ 精神保健福祉センターにおける内容別相談延人員数

5 資源として活用可能な組織・団体や事業

① 地方自治体による保健関連事業（母子保健、老人保健、健康増進、介護予防）

- ・ 精神保健関連のミニ講義の実施
- ・ 精神保健関連の相談受付
- ・ 普及啓発資料の配布
- ・ 普及啓発イベントの広報
- ・ ボランティアの募集

② 精神科病院協会

- ・ 各病院の普及啓発資料の配布
- ・ 普及啓発イベントの広報
- ・ ボランティアの募集

③ 精神障害者家族会

- ・ 普及啓発資料の配布
- ・ 普及啓発イベントの広報
- ・ ボランティアの募集

④ 精神科看護技術協会

- ・ 普及啓発資料の配布
- ・ 普及啓発イベントの広報
- ・ ボランティアの募集

⑤ 近隣の精神障害者社会復帰施設

- ・ 普及啓発資料の配布
- ・ 普及啓発イベントの広報
- ・ ボランティアの募集

⑥ 地域、中学・高校・大学のボランティア団体

- ・ 普及啓発資料の配布
- ・ 普及啓発イベントの広報
- ・ ボランティアの募集

本ガイドラインの参考文献

本ガイドライン作成にあたって、以下の資料を参考にした。これらには、普及啓発活動の基本的考え方だけでなく、地域での取り組みの例や、精神保健福祉領域以外での活動例も報告されており、体系だった普及啓発活動の指針となるものである。

- ・ Borinstein AM. Public attitudes toward persons with mental illness. Health Affairs 1992;11:186・6
- ・ SHIFT. Attitudes to mental illness in 2007, 2007.
- ・ ころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査結果 まとめ(国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 2007年)
- ・ 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報告書(厚生労働科学研究費 2005年度・2006年度)
- ・ 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書(厚生労働省 2004年)
- ・ 地域における精神保健福祉啓発活動のガイドライン(全家連/日本財団 2002年)
- ・ 統合失調症の正しい知識と偏見克服プログラム(日本精神神経学会 2002年 医学書院)

執筆者一覧等

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 (社団法人日本精神保健福祉連盟)

普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究班

分担研究者

上田 茂 (財団法人日本医療機能評価機構)

研究協力者

河野 眞 (国際医療福祉大学)

小林 清香 (東京女子医科大学)

佐野 雅隆 (早稲田大学)

澁井 実 (国際医療福祉大学)

瀬戸屋雄太郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

立森 久照 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

野口 博文 (社団法人日本精神保健福祉連盟)

吉田 光爾 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

事例および資料提供者

大西 守 (社団法人日本精神保健福祉連盟)

織田 信生 (画家・ころに平和を実行委員会)

川津 鉄三 (富山県厚生部健康課)

篁 宗一 (鳥取大学)

竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
長野 敏宏 (特定非営利活動法人ハート in ハートなんぐん市場)
西村 真理 (高知県幡多福祉保健所)
日浅 寿美 (社会福祉法人で・ふ・か クリエイト 21)
藤井 要子 (地域生活サポートセンターとらいむ、こころに平和を実行委員会)
矢田 朱美 (出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会 ふあっと)
山崎 正雄 (高知県立精神保健福祉センター)
吉原 明美 (大阪府こころの健康総合センター)

謝辞

本ガイドラインの作成にあたっては、荒井洋、江上義盛、太田一夫、大友勝、荻原喜茂、奥村隆彦、勝又陽太郎、佐々木昭子、佐名手三恵、島本久、高野修次、田島美幸、田所裕二、谷野亮爾、坪松真吾、根本雅己、平川博之、松本利貞、森眞一、山下俊幸、山田治子様にご協力をいただきました。

また、全国の都道府県、政令指定都市、精神保健福祉センター、および精神保健福祉関係団体の皆様に貴重なご意見をいただきました。

この場を借りて御礼申し上げます。

事務局

社団法人日本精神保健福祉連盟
大岩忠三、勝田みどり
〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14
TEL:03-5232-3308
FAX:03-5232-3309
E-mail:f-renmei@nisseikyo.or.jp
Web:http://f-renmei.or.jp

平成 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

普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究

研究協力報告書

普及啓発におけるメディアとの連携

研究協力者 太田一夫（株式会社メドコム）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
田中秀一（読売新聞社）
田中太郎（共同通信社）
田辺 功（朝日新聞社）
原 昌平（読売新聞社）
和田公一（朝日新聞社）
立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者 上田 茂（財団法人 日本医療機能評価機構）

研究要旨：【目的】精神保健医療福祉改革ビジョンの達成目標に「精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」ことが掲げられ、その方法の一つにメディアを通じた啓発活動が挙げられている。国民意識の変革には、メディアの精神疾患、精神保健医療福祉についての理解と関心の向上が必要である。本研究は国民意識の変革に向けて、メディアと行政を含む精神保健医療福祉従事者（以下、精神保健福祉従事者と略す）との連携のあり方を検討することを目的とする。【方法】医療分野で活動する記者と行政・医療分野代表者による「精神疾患の報道を考える懇話会」（以下、懇話会と略す）を開催し、お互いが情報提供し、討議を行い、メディアと行政・医療者との連携のあり方を明らかにした。【結果および考察】5回の懇話会において、全体的な状況、普及啓発ガイドライン、国民意識調査の結果、精神障害者の犯罪、自殺予防総合対策センターの業務についての報告があり、精神保健医療の普及啓発と国民の正しい認識を得る上で、社会、メディア、精神保健福祉従事者それぞれに問題があることが明らかになった。そして、幅広いメディアを対象としたメディアカンファランスを定期開催すること、メディアの質問に中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく試行的な取組を実施すること、メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態についてのアンケート調査を実施することが重要と考えられた。

【結論】精神疾患に対する国民意識を変革するためにはメディアの役割が大きいだが、そのためには「メディア啓発」に取組む必要があり、そのための具体的方法を提示した。

A 目的

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、「改革ビジョン」という)の達成目標として、「精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」ことが挙げられ、施策の基本的方向の一つに「メディアを通じた活動の推進」がある。

国民意識の変革におけるメディアの重要性は明らかであるが、メディアが取組を自発的に進めるためには、メディアに精神保健医療の正しい理解と関心があってはじめて可能になる。すなわちメディアを通じての国民啓発には次の2段階が必要である。

第一段階：メディアの精神保健医療福祉に対する正しい理解と関心の向上(メディア啓発)

第二段階：それに伴う啓発情報の質の改善と発信量の増加(国民啓発)

本研究は、精神保健医療福祉に関する良質の情報の増加と、偏見や差別を助長する情報の減少を目的とした「メディア啓発」に求められるメディアと行政を含む精神保健医療福祉従事者(以下、精神保健福祉従事者と略す)の連携のあり方を明らかにすることを目的とした。

B 研究方法

医療分野で活動する新聞記者、精神保健福祉従事者の参加を得て、「精神疾患の報道を考える懇話会」(以下、懇話会と略す)を組織し、メディアおよび精神保健福祉従事者の双方から情報を提供し、提供された情報をもとに両者の効果的な連携のあり方について討議し、精神保健医療福祉に関する良質の情報の増加と、偏見や差別を助長する情報の減少を目的とした「メディア啓発」に求められるメディアと精神保健福祉従事者の連携のあり方について、意見の一致するところをまとめた。

懇話会は計5回開催された。各回に提供された情報と討議内容を下記にまとめた。提供される話題の内容については各会の開催時に次回について協議して進めた。

第1回(平成19年4月28日)

1. 「懇話会」の目的および進め方について
太田一夫(株式会社メドコム)
2. 「精神保健医療福祉のマクロ状況」
竹島 正(国立精神・神経センター精神保健研究所)

第2回(平成19年7月6日)

1. 「普及啓発の組織的・戦略的推進に関するガイドラインについて」
上田 茂(日本医療機能評価機構)
2. 「精神障害にかかる報道に求められるもの」
原 昌平(読売新聞社)

第3回（平成19年9月7日）

1. 「精神障害に関する国民意識調査」
立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
2. 「精神保健医療福祉ガイドブックについて」
原 昌平（読売新聞社）

第4回（平成19年10月19日）

1. 「精神障害者の犯罪と暴力の問題」
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
2. 「メディアからの提案」
和田公一（朝日新聞社）

第5回（平成19年12月6日）

1. 「自殺予防総合対策センターについて」
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
2. 報告書作成方針について
太田一夫（株式会社メドコム）

C 研究結果

第1回は、まず「懇話会」開催の目的と今後の進め方について基本合意を得た。つぎに、「懇話会」を進めていくための基本情報として精神保健医療福祉のマクロ状況について報告があった。報告の内容は、わが国が精神医療と障害福祉サービス体系の再編という2つの改革の途上であること、このため「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」においては全国および各都道府県の精神医療保健福祉の状況をウェブ上に提示し、全国データ集「目でみる精神保健医療福祉」を作成配布していることについて述べられ、データ集の内容のあらましについて説明された。参加者からは、精神保健医療福祉の現状の課題と解決方法などについて質疑があった。

第2回は、はじめに平成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」の分担研究「普及啓発の組織的・戦略的推進に関する研究」において作成されている「普及啓発の組織的・戦略的推進に関するガイドライン」について報告があった。参加者からは、ガイドラインはできる限り簡潔にかつ事例として新たな視点の取組が掲載されていることが望ましいとの意見があった。つぎに精神障害にかかる報道に求められるものについて報告があった。報告の内容は、2001年の池田小学校事件では「精神障害者の犯行」という初期報道の誤報が偏見を広げたこと、記者の知識は一般市民と同等で職務上の意識の歪みもあること、誤報

を避けるには入通院歴や診断名は犯行との関連が不明確な段階では触れないしかないこと、診断名や入通院歴の扱いには近年改善が見られること、精神科医療や福祉の充実に資する報道を増やしさらに偏見を減らすための報道が必要であるなどであった。参加者からは、各新聞社とも偏見差別に繋がる報道の是正のための報道ガイドラインを導入しているが、実際の報道内容にはメディア間で違いがあるとの意見があった。

第3回は、はじめに「精神障害に関する国民意識調査」の結果について報告された。報告内容は、平成16年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に国民意識の変革や精神保健医療福祉体系の再編強化を今後10年間で進める方針が示されたことを受けて、地域住民の精神障害についての意識や知識の実態を明らかにすることを目的に実施した精神障害や精神保健の知識・理解の調査結果であった。参加者からは、国民の精神疾患に対する認識を高める必要があること、またどこまで高めることを期待するのか明確にする必要があるなどの意見があった。つぎに平成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」の分担研究「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」において作成中であるガイドブックについて報告があった。参加者からは、変更・改善点に関する意見、このガイドブックのメディアでの利用法についての意見があった。

第4回は、はじめに精神障害者の犯罪と暴力の問題について報告があった。報告内容は、心身喪失者等医療観察法における医療の現状と課題、統合失調症にパーソナリティ障害や精神作用物質依存を合併する場合の治療の問題、「内省プログラム」を治療に取り入れる必要性などであった。参加者からは、精神障害者と犯罪の問題などの意見があった。つぎに「メディア啓発」に関連してメディアからの提案についての報告があった。報告内容は、2002年の横浜での世界精神医学会開催を契機に日本精神神経学会は「精神分裂病」の呼称変更を決定したがこれには精神疾患及び患者への認識向上も狙いがあったこと、WPAの脱・偏見キャンペーン展開の三原則、ドイツでの興味深いジャーナリスト対象プログラムの事例などであった。参加者からは、記者は報道においてより本質をきわめた記事を書きたいと考えており、それに働きかける情報提供が重要などの意見があった。

第5回は、自殺予防総合対策センターの業務について報告があった。参加者からは、自殺対策における精神保健の取組と社会的取組の連携の必要性などの意見があった。

D. 考察

本研究においては、精神保健医療福祉に関する良質の情報の増加と、偏見や差別を助長する情報の減少を目的とした「メディア啓発」に求められるメディアと精神保健医療福祉関係者の連携のあり方を明らかにすることを目的に、懇話会形式で相互の情報提供と討議を行った。その結果、精神保健医療の普及啓発を促進し、国民の正しい理解と行動を得るには次の3つに集約される阻害要因があると考えられた。

1. 社会が持つ問題（精神医療に関する認識不足、偏見差別など）

2．メディアが持つ問題（精神医療に関する知識不足、事件報道のあり方など）

3．保健医療福祉制度が持つ問題（精神医療の遅れなど）

記者にはより新たな分野で質の高い報道をしたいという欲求がある、しかしながら精神保健医療に関する知識の深い記者は決して多くないし、また一般の記者の精神保健医療福祉に関する情報量と質は一般住民とあまり変わらない可能性がある。またメディア各社においても精神領域は生活習慣病に比べると関心の低い領域であることは否めない。しかしながら記者の精神保健福祉領域への関心は高まりつつあると考えられるため「メディア啓発」を進めるにはよい時期と考えられた。

メディアの精神医療に関する知識不足を解消するには、行政や精神保健医療福祉関係者が、記者の関心を高めていくための情報提供を積極的に行うことが効果的であると思われる。情報提供の方法として、メディアからの質問に対する精神保健医療福祉関係者の見解提供がある。偏見差別を助長する可能性がある事件報道のあり方については、各社が報道ガイドラインを導入しているがメディア全体の統一された基準はなく、既存ガイドラインの運用に基づく実際の報道事例の検証をもとに、その改善を進めていく必要があると考えられる。

「懇話会」の結論として、メディア、精神保健医療福祉関係者による定期的な情報交換は、メディア啓発、国民啓発に効果的であり、本研究において実施された「懇話会」を参考に、NHK 記者等にも参加を求めてメディア啓発の企画委員会的な集まりを設けることを前提に次の3点が挙げられた。

- 1．継続的な情報提供のために、幅広いメディアを対象としたメディアカンファランスを定期開催し、精神疾患、精神保健医療に関する情報を提供すること
- 2．メディアの質問に、中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく試行的な取組を実施し、その評価を行うこと
- 3．メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態についてのアンケート調査を実施すること

E．結論

精神保健医療福祉改革ビジョンに沿った国民意識の向上のためにはメディアを通じた啓発活動も考えられるが、そのためにはメディア側の理解と関心を高めることが不可欠である。医療分野の記者と行政・医療側の者が連携のあり方について討議・検討し、問題の確認と整理を行った結果、幅広いメディアを対象としたメディアカンファランスを定期開催すること、メディアの質問に中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく試行的な取組を実施すること、メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態についてのアンケート調査を実施することが重要と考えられた。

「精神疾患の報道を考える懇話会」における報告の概要

精神保健医療福祉のマクロ状況

わが国の精神保健福祉制度は、精神医療と、障害福祉サービスの体系の再編という、2つの大きな改革に突入している。この課題を実現するためには精神保健医療福祉に従事する者が精神保健医療福祉の実態を率直にとらえることが必要である。このため、平成 18～20 年度を計画年度とする厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」において、精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ホームページを立ち上げ、その中に「データからみる全国と都道府県のすがた」として、「我が国の精神保健福祉」と「精神保健福祉資料（630 調査）」のデータをもとにした全国および各都道府県の精神医療保健福祉の状況を提示した。また全国の状況をわかりやすく示すものとして、全国データ資料集「目でみる精神保健医療福祉-改革ビジョンの実現に向けて-」を作成した。

懇話会では上記のデータ資料集に掲載された図表をもとに、数字からみた精神保健医療福祉の経緯および精神保健福祉制度の改正等の影響について説明した。そして研究上の課題として、精神科病院の機能、精神科病院の従事者の地域別の実態、在院期間「1年以上5年未満」の患者数の動向、退院促進の指標、精神科デイケア等の実態把握、精神科診療所の実態把握、障害者自立支援法の施行にともなう精神障害者社会復帰施設等の利用実態の変化、措置入院制度の運用実態のモニタリング制度運用実態のモニタリングがあることを述べた。

普及啓発を組織的・戦略的に推進するためのガイドライン(試案)の概要

厚生労働省が平成 16 年 9 月に発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」によると、おおむね 10 年後の国民意識の変革の目標として、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることの認知度を 90%以上にする」が掲げられている。

この目標を達成するためには、国、地方自治体、精神保健福祉関係団体等が精神疾患や精神障害者についての普及啓発を組織的かつ戦略的に進め、それによって、国民の間で精神疾患や精神障害者について正しく理解することへの意識が高まる必要がある。しかし現実には、さまざまな組織や団体が普及啓発に取り組んではいるものの、必ずしも目標や戦略を明確にした戦略的な取り組みになっていないし、またそれぞれが互いに連携を取り合った組織的な取り組みになっていない。

このような現状を踏まえ、今回、普及啓発の組織的・戦略的な推進に資するガイドラインを作成した。

作成に当たっては、都道府県や市町村の精神保健福祉担当者または精神保健福祉関連団体の普及啓発担当者の利用を想定すること、普及啓発の対象ごとに活動内容を整理して記載すること、他の事業や他の組織・団体との連携策を具体的に示すことなどに特に留意し

た。

また、まずはガイドライン試案を作成し、それについての意見を都道府県や政令指定都市の精神保健福祉担当者および精神保健福祉センターの普及啓発担当者から収集した後、それらの意見を反映した完成版の作成に取り組むこととした。

精神障害にかかわる報道に求められるもの

2001年6月の大阪・池田小事件では重大な失敗があった。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」だったことである。そうした初期報道は「精神障害者はこわい」という偏見を広げ、国の政策の方向にも影響を及ぼした。

記者に精神医療分野の研修はなく、知識レベルは一般市民と変わらない。仕事を続けるうちに認識がゆがむ面もある。精神障害者が関係する事件の多くは家庭内か病院内のもので、「社会性が乏しい」「書いてもベタかボツ」「詳しく書いて差別的と言われたら」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、精神障害自体をマイナーな問題と考えることにもつながる。「コメンテーター選びの悪循環」もある。紙面やテレビによく登場する精神科医の中には、診察なしで病名を断定し、偏見をふりまく人物がいる。

事件直後は情報が少ない一方、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、入通院歴や過去の診断名は「犯行との関連が不明確な段階では書かない」という手段しかない。しかし取材は続け、時期を見て明確になれば掘り下げる。診断名や入通院歴の扱いには近年、変化が出てきた。06年2月に滋賀県長浜市で2園児殺害事件の容疑者については、多くの新聞が「精神的に不安定で入院」といった表現にとどめた。

メディアには、偏見を広げないだけでなく、より積極的な役割も求められている。1つは健康・医療情報の報道を増やすこと。2つめは精神科医療・福祉を良くするための報道。さらに偏見を減らすための報道が必要である。心理・感情レベルの問題に立ち向かうには、受け手の気持ちを動かす必要がある。最も有効なのは「人間の物語」であり、病状を含めた当事者の体験や思いを伝え、「共感力」を揺さぶることが重要である。

精神障害に関する国民意識調査

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部の示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「『入院医療中心から地域生活中心へ』というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」との基本方針が示された。この中で、国民意識の変革については、「精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」という考え方から、おおむね10年後を目標にして、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」という達成目標が示されている。

そこで、地域住民の精神障害についての意識や知識の実態を明らかにすることを目的に

全国5カ所の調査地域の住民2,000人を対象として、精神障害についての知識・意識および「こころのバリアフリー宣言」などに基づくこころの健康についての全般的知識などを問う調査を実施した。精神障害の知識・意識については、冒頭で精神障害の事例文を提示し、それを読んだ後に、何の問題だと思うか、原因、転帰、適切な対処方法、治療法や薬の効果、専門家の援助の効果、情報収集先、有病率、事例に対するイメージ、スティグマなどについて尋ねる形式をとった。事例に使用したのは、統合失調症、大うつ病性障害、広汎性発達障害、およびアルコール依存の4つの精神障害である。

当日の発表では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」内で精神障害に関する普及啓発活動の重要性がどのように示され、また具体的に何を目標と定めているかを示した後に、精神障害に関する普及啓発活動に深く関係する「こころのバリアフリー宣言」の内容を概説した。その上で、上記調査の結果に基づいて、その一部（精神障害の知識およびスティグマなど）を紹介した。

「精神保健医療福祉ガイドブック」に関する討議

同じ厚生労働科学研究班の分担研究の1つである「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」（分担研究者＝山下俊幸・京都市こころの健康増進センター所長）では、主にマスメディア向けの「精神保健医療福祉ガイドブック」を今年度中に作成する計画である。このガイドブック案をもとに率直な意見を行った。

精神障害者の犯罪と暴力の問題

医療観察法は、十分なマンパワーと最新の設備投下がなされた専門治療施設で行われるという意味において、現状において望みうる最も優れた精神医療である。しかし、触法精神障害者が、医療観察法による医療を受けるためには、少なくとも2つの精神鑑定をクリアしなければならない。

第一に、刑事責任能力鑑定では、重大な他害行為を行った者が、犯行当時、「事理善悪を弁識し、その弁識に従って衝動を制御する能力」を喪失していたのか(心神喪失)、あるいは、著しく障害されていたのか(心神耗弱)、あるいは、そこまでではないのか(完全責任能力)、などを総合的に判断することが求められる。そのうえで、第二の鑑定、すなわち、医療観察法の鑑定において、心神喪失/心神耗弱の理由となった精神障害が持続的なものとして存在し(疾病性)、かつ、その精神障害が治療によって回復する可能性があり(治療可能性)、さらに、医療観察法による医療を受けなければ、再び同様の他害行為を起こす危険性が高い(社会復帰阻害要因)ことが求められる。

こうした厳しい基準は、不当な拘禁となってしまう危険性の高い物質依存やパーソナリティ障害の患者を除外し、統合失調症患者を主たる対象とするための仕掛けである。しかし、実際に医療観察法の対象者として指定入院医療機関に入院している患者には、統合失調症に加えて、パーソナリティ障害や物質依存を併発している患者が少なくない。その多くは、

虐待や家族内の暴力場面に繰り返し曝露されたりする過程で、直接的・間接的に「暴力を学んできた」者たちである。精神的苦境にあって暴力をふるう者は、生活体験における学習から、暴力を自身の「机の一番上の引き出しに持っている者」なのである。また、重要他者から否定や無視の繰り返しを受けるなかで人間に対する信頼感を失い、様々な痛みを耐える過程でいつしか自身の痛みが鈍感になった結果、他者の痛みまでも感じなくなり、共感性の乏しいパーソナリティに発展している。

要するに、彼らの特徴は、「助けを求めず」「人を信じず」「自分を見せず」に周囲に壁を作ることにある。我々は、米国の刑務所プログラムでめざましい成果を上げている「AMITY」という、犯罪加害者による自助的な民間団体の信念、「被害者の痛みを感じることができるためには、まずは自分の痛みを感じることができるようにならなければならない」という理念を、触法精神障害者の治療に援用し、現在、医療観察法指定入院医療機関において「内省プログラム」という、非/脱医学的な治療プログラムを実践している。これは、「医学的症状の改善」ではなく、「人間らしさの回復」を目的としたプログラムなのである。

メディアからの提案

2002年に横浜市で世界精神医学会(WPA)が開かれた。それを機に、日本の精神神経学会は家族会からの長年の要望だった「精神分裂病」の呼称変更を正式に決定した。単に病気の呼び名を変えることが目的ではなく、これをきっかけに一般の人に改めて精神疾患や精神障害者のことを考えてもらおうという狙いもあった。

朝日新聞東京本社の広告局と編集局はこの機をとらえて特集ページをつくり、脱・偏見キャンペーンに取り組むことにした。そうして実現したのが、元WPA会長でジュネーブ大精神医学科教授のノーマン・サルトリウス氏と、日本精神神経学会理事長(当時)の佐藤光源氏、前理事長の鈴木二郎の3人による対談だった。

WPAは明確な戦略に基づいて脱・偏見キャンペーンを展開していた。まず「3つの原則」がある。患者さんや家族との対話を通じて当事者が実際にどういう点で困っているのかを明らかにして運動の目標を定めていくこと。単なるキャンペーンではなく、長期的に取り組むこと。精神科医だけではなく、ジャーナリスト、政治家、法律家などさまざまな人たちにも参加してもらうこと。私はこれを、当事者主義、継続性、他職種連携と勝手に呼んでいる。

私に関心を抱いたのは、ドイツで実施中という、ジャーナリストを対象にしたプログラムだった。サルトリウス氏は「ジャーナリストから私たちに取材があっても『今は忙しいので、明日にしてほしい』ということがあります。しかしそれではジャーナリストにとっては遅過ぎる。そこで、例えば精神医学関係の学会で何人かの医師を報道担当にし、知識、情報をジャーナリストに提供するというにしている」と言う。今回私が提案したいのは、日本で同様のシステムを構築することができないか、ということだ。

自殺予防対策センターの業務

自殺予防総合対策センター（以下、センターと略す）は、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するために平成 18 年 10 月 1 日に国立精神・神経センター精神保健研究所に設置された。センターには自殺実態分析室、自殺対策支援研究室、適応障害研究室の 3 研究室が置かれ、内閣府自殺対策推進室、厚生労働省等と連携を取り、精神保健研究を基盤に下記の取組を行っている。

1．情報の収集及び発信 ホームページ「いきる」をとおして情報発信を行っている。自殺予防総合対策センターブックレットシリーズを 3 号まで刊行した。平成 19 年 6 月に都道府県・政令指定市の自殺対策の取組状況調査を行い、その結果を自殺対策主管課長会議に報告した。自殺予防に関するマスメディアとの意見交換会（11 月 20 日）を開催した。

2．自殺予防対策支援ネットワークの構築 自殺対策関係者の円滑な連携を図るとともに、民間団体の活動を支援することを目的として、自殺対策ネットワーク協議会を設置しているが、平成 19 年度（第 2 回）は相談窓口の連携をテーマに情報交換を行った。

3．自殺予防対策等の研修 19 年度は、8 月に自殺総合対策企画研修（都道府県・政令指定都市が自殺対策連絡協議会等の場を通じて策定する自殺対策の計画づくりの企画立案能力を習得することを目的とする）を実施した。平成 20 年 1 月には自殺対策相談支援研修を実施した。

4．調査・研究

1）自殺実態分析室：心理学的剖検と呼ばれる方法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に取り組んでいる。地域における遺族相談の体制もこの調査と並行して充実していくと考えられる。

2）自殺対策支援研究室：自殺対策支援研究室では、地域での未遂者・自死遺族ケアを支援するためのガイドラインや研修プログラムを作成している。また、そのための基礎調査も計画しており、現在は、特にガイドラインにご遺族自身の声を生かすために、自死遺族支援のニーズ調査をすすめている。

3）適応障害研究室：1）精神疾患のために自殺の恐れのある方に必要な医療が適切に提供されること、2）精神科医療を受けやすくすること、3）身体の傷害・病気による診療の段階で必要に応じて精神科医と適切な連携がおこなわれること、を目指した研究を行っている。

ライフステージに応じた精神保健教育資材の
開発に関する研究

大西 守

研究要旨

ライフステージに応じた精神保健教育資材の開発のため、平成 17 年度、18 年度に得られた調査・研究結果をもとに、平成 19 年度は研究をさらに発展させながら、総括するものである。

第 1 部として、精神保健福祉の国民への啓発普及のあり方に関して、平成 17 年度、18 年度において全国の精神保健福祉センター(一部、精神保健福祉協会)で作成・出版されている精神障害(者)の偏見除去や啓発普及のための資材について分析し、以下の結果と課題が明確化された。

提供される資料形態としては、紙媒体が圧倒的に多く、パンフレットや小冊子の形がほとんどで、一部にホームページを積極的に活用している施設があるが、全般的には低調だった。また、資料の内容も「うつ病」「自殺」「こころの健康」「ストレス」「認知症」など類似内容も多く、資料の共有化などウェブ上のやり取りや、著作権の問題などが課題として指摘された。したがって、使用・配布方法に関しては、費用的な面も含めホームページなどの積極的活用などが求められた。

しかしながら、定年退職者や高齢者といったホームページの活用・利用の機会が少ない立場の人々に対する啓発普及の方法について考慮する必要があり、平成 19 年度においては、中高齢者のライフステージにおけるメンタルヘルス上の課題を検討した。

その結果、中年期において、以下のような課題が明確化した。

- 1) 自己の心理的課題を克服していく
- 2) 自分なりのストレス解消法をもつ
- 3) 適度な運動を心がける
- 4) 人的ネットワークを拡大させていく
- 5) 必要な情報を獲得していくために、インターネットなどの活用に配慮する
- 6) 適切な治療ネットワークを構築する

中年期以降は、あらゆる面で健康に支障が出てくる可能性が高く、日頃からの精神老化防止のための健康教育、サービスシステムの周知徹底、マンパワーの確保が重要である。

第 2 部では、教育現場における精神障害(者)への対応が、教育現場でもかなり強く意識されている一方で、他の身体障害・知的障害と比較して難しい問題と位置づけられており、その対応にとまどいが認められた。平成 18 年度においては、教育関係者、保護者向けの精神障害や精神保健に関する理解促進のために、「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル(案)」を作成した。さらに、このマニュアルを某県教育委員会の協力を得て、実際の現場で対応している教職員に閲覧してもらい、アンケート調査を実施し、内容の改善点などを抽出した。この結果を踏まえて、平成 19 年度においてマニュアルの完成

版を作成した。関係機関に周知するための配布方法としては、ホームページの活用などを検討している。

第3部では、海外での精神障害偏見除去のための活動については、平成19年度においては、W.H.O.を中心にヨーロッパでの精神保健上の課題を検討した。

ヨーロッパでは4人に1人が生涯に明らかな精神疾患のエピソードを経験しているが、必要で適切なサービスを受けることができるのかは国により大きな隔りがある。また、精神保健の問題は、身体的な健康問題、家族関係、社会ネットワーク、雇用状況、所得、より包括的な経済状況に影響されている認識が不十分である。

とくに、中央および東ヨーロッパにおける急激な経済成長と社会的変化によって、アルコール問題、暴力、自殺が増加し、精神保健的ケアを受けることができる人口が減少しつつある。紛争、虐待、経済難民などに巻き込まれた人々の精神保健はますます危機にさらされている。

もちろん、ヨーロッパが異なる文化、経済、政治の国々を内包している以上、一貫した精神保健政策を打ち出すことが難しく、各国の政策に頼らなければならないジレンマがある。したがって、WHO Europeでは精神保健活動の遅れや問題点を検討し、政府機関だけでなくNGOなどの機関も積極的に使ってヨーロッパ各国の精神保健に関する情報交換や啓発といった交流を奨励している。

このように、平成19年度は平成17年度、18年度に得られた調査結果や資料の分析を進め、補充調査を実施しながら、総合的な成果をあげた。資料配布や啓発普及のためのホームページなどの活用に関しては、引き続き他分担研究者と連携しながら進めたい。

A、研究目的

ライフステージに応じた精神保健教育資料の開発のため、第1部では中年期以降のライフステージを見据えたメンタルヘルス上の課題、さらに必要な情報収集のためのインターネット活用にまつわる課題を明らかにする。

また、第2部では教育現場での精神保健福祉の理解促進のため、教育関係者、保護者向けの教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル(案)を作成し、関係者間の意見・感想を聴取しながら完成版を目指す。

第3部では、海外での精神障害偏見除去のための活動についてW.H.O.を中心にヨーロッパでの精神保健上の課題を検討した。

B、研究方法とC、結果

第1部では定年退職者や高齢者といったホームページの活用・利用の機会が少ない立場の人々に対する啓発普及の方法について考慮する必要があり、中高齢者のライフステージにおけるメンタルヘルス上の課題を検討した(資料1)。

その結果、以下のような課題が明確化した。

1)自己の心理的課題を克服していく

自らの可能性の限界を受け入れ、現実を直視していかなければならない。仕事に油が乗り切っている中年期は、仕事のやり方や自己の生き方・価値観へ過剰な確信を抱くことがあり、結果的に知らず知らずのうちに周囲の家族や部下に自分流を押しつけていることも多く、今一度柔軟な思考や行動を取り戻す努力を心がけたい。

2)自分なりのストレス解消法をもつ

リタイア以降の人生の充実に大きな役割をはたすのが、「生きがい」や「趣味」である。当然のことながら、「生きがい」や「趣味」は簡単に身につくものではなく、若い時から自分なりの「生きがい」や「趣味」を育てる姿勢が大切である。

3)適度な運動を心がける

適度な運動は必須である。エキササイズ・ウォーキング(早歩)や水中ウォーキングが推奨される。たんに運動効果が得られるばかりでなく仲間づくりにも役立つ。

4)人的ネットワークを拡大させていく

職業人にとって、人的交流が家族を除けば職場関係者になりがちだが、職場や組織の枠組みにこだわらない人的ネットワークは非常に大切である。

5)必要な情報を獲得していく

リタイア後や老後のために必要な情報収集に努める。相談窓口や各種パンフレットはもちろんのこと、可能な限りインターネットが活用できる設備とスキルを身につけたい。

6)適切な治療ネットワークを構築する。

中年期以降は、あらゆる面で健康に支障が出てくる可能性が高く、気軽に相談できる家庭医の確保と、適切な専門医療機関の利用が重要である。また、日頃からの精神老化防止のための健康教育、サービスシステムの周知徹底、マンパワーの確保が重要である。

なお、研究実施に際して資料の取り扱いやプライバシー保護に関し細心の注意が払われた。

第2部では教育関係者、保護者向けの精神障害や精神保健に関する理解促進のために、「教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル」を作成した(資料

2)。この完成版を配布方法としては、ホームページの活用などが検討される。

第3部では海外での精神障害偏見除去のための活動については、W.H.O.を中心にヨーロッパでの精神保健上の課題を検討した(資料3)。

ヨーロッパでは4人に1人が生涯に明らかな精神疾患のエピソードを経験しているが、必要で適切なサービスを受けることができるのかは国により大きな隔りがある。

例えば、自殺はヨーロッパにおける若年死亡の原因のトップ10にランクされ、自殺率は女性より男性に非常に高く、15-35歳の男性死亡率における重要な原因となっている。

しかしながら、精神保健の問題は、身体的な健康問題、家族関係、社会ネットワーク、雇用状況、所得、より包括的な経済状況に影響されている認識が不十分である。さらに、他の家族に与える影響が深刻であることの認識も低い。

また、ヨーロッパでは精神保健問題に予算を投じることに露骨に反対する政治家さえいる。とりわけ、中央および東ヨーロッパにおける急激な経済成長と社会的変化によって、アルコール問題、暴力、自殺が増加し、精神保健的ケアを受けることができる人口が減少しつつある。紛争、虐待、経済難民などに巻き込まれた人々の精神保健はますます危機にさらされている。

さらに、精神保健問題に対する経済的なコストは甚大である。数年前の国家予算によると、EU-15のGNP3-4%に相当する。職場においては欠勤やパフォーマンスの低下から、生産性の低下を引き起こす。個人のレベルでは早期退職、キャリアを重ねる機会を失い、生涯を通じての生産性低下をもたらす。すなわち、精神保健の予防や促進がヨーロッパの経済的なコストに直接

的・間接的に影響している。

もちろん、ヨーロッパが異なる文化、経済、政治の国々を内包している以上、一貫した精神保健政策を打ち出すことが難しく、各国の政策に頼らなければならないジレンマがある。したがって、WHO Europe では精神保健活動の遅れや問題点を検討し、政府機関だけでなく NGO などの機関も積極的に使ってヨーロッパ各国の精神保健に関する情報交換や啓発といった交流を奨励している。

D、考察

第1部では、中年期のメンタルヘルスについて検討した。中年期においては、帰属組織・職場からの別離、精神的に「第一線を退いて、第二の人生を楽しみたい」という心境の変化、子離れなど多くのライフイベントが待ち受けている。さらに、中年期以降をうまく過ごすためには、個人要因に加え、中年期以降を見据えた準備状況の良し悪しに左右される。すなわち、老年期の前段階と位置づけられる中年期の準備状況が、老後の人生や健康保持の鍵となる。

そのためには、身体の老化を切実に感じ始める退化現象への対応、定年や子離れがうつ病発症要因であることを念頭に入れたうつ病・認知症対策、定年後を視野に入れたさまざまな職場での準備、子どもの教育、住宅ローンといった夫婦共通目標の喪失などの夫婦関係の変化、子どもの独立・結婚による子どもとの関係変化などの課題に取り組む必要がある。また、電子媒体に不慣れだったり、機会に恵まれない高齢者や弱者に対しても、インターネットと活用のための設備やスキル取得が推奨され、公的機関でも設備の提供などを考える必要がある。

さらに、医療面においては精神科と他科との緊密な連携と包括的ケアが不可欠となる。

第2部では、「教育現場でのメンタルヘ

ルス教育・啓発に関するマニュアル(案)」を作成した。教育現場に精神医学的視点が必要である一方で、疾病性にこだわることなく事例性重視の姿勢が求められることを強調した。

関係機関への配布方法としては、ホームページの活用などが検討され、多くの関係者に周知したい。

第3部の W.H.O.を中心にヨーロッパでの精神保健上の課題では、ヨーロッパが異なる文化、経済、政治の国々を内包している以上、一貫した精神保健政策を打ち出すことが難しく、各国のローカルな政策に頼らなければならないジレンマが特筆された。とりわけ、経済的に貧困な国や社会主義であった国々では実現可能な活動以前の問題として、精神保健に関する過小評がいまだに続いているのが現状である。一方で、国の経済的コストをみても精神保健が担う役割は大きく、コスト削減には結局予防や啓発などの先駆的な精神保健活動の重要性が注目されるようになったのは重要である。

WHO の精神保健政策が「精神障害に関わらず広義での個人の QOL の重要性」を要請しているにもかかわらず、ヨーロッパの現状としては依然精神障害者の適切なケアという後手の政策に追われている。したがって、WHO Europe では精神保健活動の遅れや問題点を検討し、政府機関だけでなく NGO などの機関も積極的に使ってヨーロッパ各国の精神保健に関する情報交換や啓発といった交流を奨励している。

中年期におけるメンタルヘルス上の課題と対策

分担研究者：

大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)

研究協力者：

長谷部マリ子 (日本 NCR 保険組合診療所)

寺沢 英理子 (ルーテル学院大学)

【抄 録】

中年期においては、帰属組織・職場からの別離、精神的に「第一線を退いて、第二の人生を楽しみたい」という心境の変化、子離れなど多くのライフイベントが待ち受けている。さらに、中年期以降をうまく過ごすためには、個人要因に加え、中年期以降を見据えた準備状況の良し悪しに左右される。すなわち、老年期の前段階と位置づけられる中年期の準備状況が、老後の人生や健康保持の鍵となる。

そのためには、身体の老化を切実に感じ始める退化現象への対応、定年や子離れがうつ病発症要因であることを念頭に入れたうつ病・認知症対策、定年後を視野に入れたさまざまな職場での準備、子どもの教育、住宅ローンといった夫婦共通目標の喪失などの夫婦関係の変化、子どもの独立・結婚による子どもとの関係変化などの課題に取り組む必要がある。また、インターネットと活用のための設備やスキル取得が推奨される。

さらに、医療面においては精神科と他科との緊密な連携と包括的ケアが不可欠となる。

I、はじめに

高齢になるにつれて、いろいろな面でリタイアを余儀なくされる。それは、労働者が帰属していた組織・職場から定年を迎えて別離することだけでなく、精神的に「第一線を退いて、第二の人生を楽しみたい」といったことがあげられる。さらに、親しい家族・知人との離別・死別といった孤立の問題にも遭遇する。

各地の街角や観光地では、リュックを背負い散策を楽しむ中高年のグループに席捲されており、まさにリタイアした団塊の世代が急増しているのだろう。しかしながら、元気な中高年グループが存在する一方で、家に閉じこもりがちの中高齢者もいる。これは個人要因もあるだろうが、中年期における中年期以降の生活に向けての準備状況の良し悪しにも左右されよう。ライフステージからみると、老年期を迎える前段階と位置づけられる中年期(40-60歳)にあたることから、その準備状況が老後の人生や健康保持の鍵になることが少なくない。

したがって、職業生活においては定年後の生活、人生においては老後の生活への備えについて検討する。

II、中年期の危機

従来の中年期のイメージは、十分に成熟し精神的にも安定し、人生の中で最も輝かしい時期だといわれていた。しかしながら現実には、「中年の危機」**mid-life crisis**(Jaques,E.)、「人生の正午」(Jung,C.G.)と表現されるように、人生の分岐点であり多くの困難に直面する時期に相当する。

具体的には、以下のような課題に直面することが予想される。

a)身体面の老化

中年期は心身の老化を切実に感じ始める時期である。具体的には、老人性変化(白髪、皮膚の老化)、目の調節力障害(老眼)、「ど忘れ」、身体疾患(生活習慣病、がん)などに悩まされ、いやでも「死」や「老後」について考えさせられる。

b)精神面の変化

たんなる気力の衰えだけでなく、定年や子離れはうつ病発症要因として広く知られている。また、認知症発症の危険性が高まる時期でもある。したがって、うつ病や認知症に対する個人の備えだけでなく、周囲の気づきや各種検診システムの構築・拡充が望まれる。

c)職場での変化

職場においても、自己の能力の見極めがつき、仕事上の成果への限界を知ることとなり、出世の差が歴然としてくる。終身雇用制度は崩れ、リストラ、出向、単身赴任などの対象となり、定年後を視野に入れたさまざまな準備を始めなければならない。

d)夫婦関係の変化

中年期は夫婦関係にも大きな変化をもたらす。夫婦の性的関係の変化をはじめ、出世、

子どもの教育、住宅ローンといった夫婦共通の目標が徐々に喪失する時期である。

子どもが自立し、改めて夫婦二人だけの生活に戻るわけだが、一般に男性は受動的に、女性は能動的・活動的になる傾向が強く、夫婦に共通した「生きがい」や「生き方」のイメージに微妙な差が広がってくる。

e)子どもとの関係の変化

子どもの独立・結婚など、子どもとの距離関係も変化が生じる時期である。子どもが親の思い通りに育ってくれるとは限らず、理想化した子どもの姿と大きなギャップが生じることは少なくない。そうした場合も含めて、子どもの現実(実像)を受け入れていかなければならない。

中年期の暗いイメージばかりを指摘したが、この現実をしっかりと把握できてこそ、明るく快適な老後を迎えられることができる。中年期以降の快適さの多寡は、この時期にどれだけ準備できるかといっても過言ではない。

しかも、これは個人の問題だけではなく、とくに男性においては配偶者とどれだけ将来について話し合えるかにかかっている。先述したように、中年期以降は一般に女性の方が活動的で、多忙を理由に不在だったり夫婦の会話が少ないようであれば、すでに将来の困難性が示唆される。

また再就職を希望する場合、経済的な理由なのか「生きがい」の問題なのか、自分の胸の内をよく整理する必要がある。

Ⅲ、中高年齢者のストレス管理の実際

中年期において、各人の現実を受容し、その後の人生を充実させるためには、以下のような課題を克服していかなければならない。

a)自己の心理的課題を克服していく

自らの可能性の限界を受け入れ、人生に対する過剰な夢を捨てて現実を直視していかなければならない。

仕事に油が乗り切っている中年期は、仕事のやり方や自己の生き方・価値観へ過剰な確信を抱くことがあり、結果的に知らず知らずのうちに周囲の家族や部下に自分流を押しつけていることも多く、今一度柔軟な思考や行動を取り戻す努力を心がけたい。

一方、(心理的に)否定し嫌っていたはずの両親に自分が似てきたことに気がつくのもこの時期である。過去のわだかまりを捨て、両親との心理的な和解をはかっていかなければならない。

b)自分なりのストレス解消法をもつ

リタイア以降の人生の充実に大きな役割をはたすのが、「生きがい」や「趣味」である。当然のことながら、「生きがい」や「趣味」は簡単に身につくものではなく、若い時から自分なりの「生きがい」や「趣味」を育てる姿勢が大切である。仕事が趣味という仕事人間(ワークホリック)にとっては、リタイア後に大きな試練が待ち受けていよう。

また、2人以上の話し相手を確保することも大切である。この2人という意味は、家庭の内と外に1人ずつという意味と、1人だとその相手と気まづくなった時に困るという2つの意味がある。

c)適度な運動を心がける

適度な運動は必須である。1番気にしている運動でよいが、これから始めようという人にはエクササイズ・ウォーキング(早歩)や水中ウォーキングが推奨される。運動が苦手な人や女性であっても自分のペースで無理なく続けられるからである。夫婦やグループで行なえば、たんに運動効果が得られるばかりでなく仲間づくりにも役立つ。

d)人的ネットワークを拡大させていく

職業人にとって、人的交流が家族を除けば職場関係者になりがちである。異種間職種の交流会が盛んになってきたが、職場や組織の枠組みにこだわらない人的ネットワークは非常に大切である。とくに、リタイア後においては地域との関わりが不可欠で、リタイア前から地域の輪へ参加しておくことが望ましい。

これはリタイア後の生活の孤立化を避け、自殺予防対策の一環からも重要な視点である。

e)必要な情報を獲得していく

リタイア後や老後のために必要な情報収集に努める。相談窓口や各種パンフレットはもちろんのこと、可能な限りインターネットが活用できる設備とスキルを身につけたい。

f)適切な治療ネットワークを構築する

中年期以降は、あらゆる面で健康に支障が出てくる可能性が高くなるのが現実である。したがって、気軽に相談できる家庭医の確保と、持病がある場合には適切な専門医療機関が利用できる段取りが揃っていることが重要である。

中高年齢者の精神障害対策を推進するうえで基本となるのが、日頃からの精神老化防止のための健康教育、サービスシステムの周知徹底、マンパワーの確保である。精神障害対策は総合的な老人対策の一環として位置づけられ、医療面においては精神科と他科との緊密な連携と包括的なケアが必要である。

IV、まとめ

中年期に直面する心理的課題とその克服について表1に示す。なお、表1のチェック項目に関しては、早目の40代から、できれば夫婦一緒に考えていくことが推奨される。

表 1 リタイア準備のためのチェックリスト

- 1)自分なりの「趣味」や「生きがい」をもっているか。
- 2)経済的な準備(ローンの返済、年金の積み立て、住居の確保)が進んでいるか。
- 3)健康への備え(適度な運動、持病への対応、健康保険)に怠りがないか。
- 4)子どもたちが独立した後の、夫婦だけの生活パターンが描けるか。
- 5)地域に出て、職場関係以外の人間関係が築かれているか。
- 6)再就職を希望する場合、具体的なイメージが出来上がっているか。

参考文献

- 1)阿部裕、大西守、篠木満ほか編：精神療法マニュアル、朝倉書店、1997
- 2)大西守：職場と地域の精神保健医療ネットワーク、公衆衛生 60:779-782、1996
- 3)大西守、篠木満、河野啓子ほか編：産業心理相談ハンドブック、金子書房、1998
- 4)大西守、島悟編：職場のメンタルヘルス・ハンドブック。学芸社、2000
- 5)大西守、島悟編：職場のメンタルヘルス実践教室。星和書店、2005
- 6)大西守、廣尚典ほか編：職場のメンタルヘルス 100 のレシピ、金子書房、2006
- 7)労働省労働基準局編：労働衛生のしおり(平成 18 年度)、中央労働災害防止協会、2006
- 8)油井邦雄、相良洋子、加茂登志子編：実践女性精神医学、創造出版、2005

教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関するマニュアル

－平成19年度－

分担研究者：

大西 守

(社)日本精神保健福祉連盟 常務理事

研究協力者：

寺沢 英理子

ルーテル学院大学心理学科

長谷部 マリ子

(株)日本NCR 保険組合診療所

本書の活用にあたって

昨今の教育現場において、メンタルな問題が疑われる児童・生徒の問題は深刻である。日常からの啓発予防活動はもちろんのこと、実際に問題が発生した際の対応など、関係者の悩みや疑問はつきない。本マニュアルでは、教育現場という枠組みを意識し、教育現場で「できること」「できないこと」を明確にしながら、一連の対応の流れをしめた。

小学生から高校生までを対象として想定しているため、各学校や年齢層の相違から問題意識が異なる部分もあるだろう。したがって、より精神医学的な知識を深めたい場合は、他の成書を参考にされるとよい。

精神障害、精神障害者という語句の使用について若干つけ加えておきたい。精神障害、精神障害者という語句への差別・偏見が存在する以上、対応事例への人権の配慮が最優先されるのはいうまでもない。それでもあえてメンタルな問題を持ち出しているのは、教育現場において精神障害が疑われる児童・生徒において、精神疾患・精神障害の存在が見過ごされ、結果的に適切な対応がなされていない場合があると考えからである。言い換えれば、適切な精神医学的治療によって回復する可能性があるにもかかわらず、回復する権利が阻害されているのである。

もちろん、最終的な判断は児童・生徒・保護者と精神科医など専門家との間において行われるものであるが、教育現場においてもメンタルな問題に対し早期に積極的に介入する姿勢が求められる。

教育現場の問題は多様で刻々と変化しており、マニュアル通りの対応はあり得ないが、本書の活用によって、教育関係者のメンタルな問題・事例についての理解が向上し、教育現場での対応と指導がより適切なものになることを期待する。

目 次

I、児童・生徒のメンタルな問題への精神医学的視点とは……………87

- 1、「こころの病気」も「からだの病気」も基本的スタンスは同じ
- 2、医療関係者と教育関係者とは基本的スタンスが異なる
- 3、精神疾患・精神障害の早期発見は重要である
- 4、cure(治療)と care(ケア、癒し)を混同しない
- 5、児童精神科医の確保や精神医学的知識の習得に努める

II、教育現場でメンタルヘルス活動を推進するには……………88

- 1、教育現場においてメンタルな問題をタブー視しない
- 2、教育関係者のメンタルヘルス活動を支援する体制を構築する
- 3、メンタルな問題でも担任教諭はキーパーソンである
- 4、メンタルな問題に関して養護教諭への過度の期待は禁物である
- 5、スクールカウンセラーを有効活用させる
- 6、メンタルヘルス活動に関しても学校医の活用を視野に入れる
- 7、教育相談担当者は精神科医に委ねることに消極的であってはならない

III、学校内において事例検討会・研修会を開催するには……………90

- 1、校内での事例検討会・研修会を定期的を開催する
- 2、事例検討会の開催には一連の準備が求められる
- 3、事例検討会の目的は犯人探しではないことを徹底させる
- 4、問題解決後の事例検討会は組織全体の対応能力を高める

- IV、教育現場でメンタルな問題が疑われた際の介入方法……………91
- 1、「事例性」と「疾病性」と2つに分けて把握する
 - 2、保護者に説明する際にも「事例性」を心がける
 - 3、「障害」のどのレベルが問題になっているのかを意識して対応する
 - 4、緊急度によっても介入方法が異なる
- V、精神医学的な問題が生じた際のプライバシー保護の原則……………94
- 1、対象児童・生徒のプライバシー保護は重要であるが、緊急性にも配慮する
 - 2、精神科領域での病名などの管理を厳重に実施する
 - 3、同級生などにどこまで病気を伝えるべきか
- VI、外部機関、他職種への紹介の仕方……………95
- 1、専門機関・専門職種に関して日頃から情報収集を心がける
 - 2、依頼目的を明確化させる
 - 3、依頼は文書によることが望ましい
 - 4、医療機関への依頼は学校医からが望ましい場合がある
- VII、今後の課題……………96
- 1、関係機関(者)が定期的に情報交換できる場を確保する
 - 2、メンタルヘルス分野における学校保健部会を活性化させる
 - 3、教育相談機関において精神科医など医療専門家を確保する
 - 4、メンタルヘルスにおいて小・中・高校の一貫した健康管理体制を整備する
 - 5、教育関係者の研修カリキュラムにメンタルヘルス関係プログラムを拡充させる

参考：精神科などの標榜科に関して……………97

参考文献

I、児童・生徒のメンタルな問題への精神医学的視点とは

1、「こころの病気」も「からだの病気」も基本的スタンスは同じである

健康問題に関しては本人・保護者に基本的な責任があり、学校側が治療の前面に出る必要はないことを強調したい。

「お腹が痛い」と訴える児童を想起してみよう。教室の隅で元気のない児童に気がついた担任教諭は、「どうしたの」と声をかける。腹痛があることがわかれば、保健室に連れていく。養護教諭は熱を計り、どんな痛みかを尋ねるかもしれない。回復しないようであれば、学校から保護者に電話連絡がいき、保護者が子どもを引きとるのが一般である。そして、保護者の判断によって病院に連れていく場合もあるし、自宅で様子を見る場合もある。

つまり、学校側で腹痛の存在を把握できても、養護教諭の立場であっても虫垂炎や腹膜炎という診断はしていない(できない)ことである。さらに、医療機関を受診するかの判断は保護者がしている点にも留意したい。学校側で、「どこそこの、〇〇病院に受診すべきです」など医療機関を指定したり、治療の可否を判断することはない。

この原則は、メンタルな問題でも当てはまる。異常性の判断や診断を下すのは精神科医であって、教育関係者ではない。また、医療機関・相談機関に行くかどうかの判断を下すのは保護者であり、学校側は困ったり気になる点を報告するだけである。

2、医療関係者と教育関係者とは基本的スタンスが異なる

児童・生徒に接する際に、医療関係者と教育関係者との間には、基本的スタンスに相違がある。医療関係者は病的部分を早期に発見し治療することを原則とする。一方の教育関係者は、健康な部分を見つけ時間をかけて育てるという姿勢の違いである。また、精神科医に診せること自体が精神障害者のレッテル付けにつながるのと偏見が、教育界に根強いことも指摘される。

3、精神疾患・精神障害の早期発見は重要である

精神医学的な立場から、早期の精神科受診の重要性を強調する理由は、不登校や“ひきこもり”の背景に、中学生以上では精神疾患・精神障害(主に統合失調症やうつ病など)の可能性があるからである。ところが、精神科医は治療者というイメージが強いため、精神医学的治療の必要性の判断を精神科医に求める発想に欠けるきらいがある。病気であれば、精神医学的治療の開始時期がその予後を大きく左右するのはいうまでもない。

また、乳幼児期からの発達障害や行為障害に関して、関係者が母親の養育態度など母子関係や養育環境に焦点をしばるあまり、脳器質性障害の検索が軽視される傾向も見受けられる。

4、cure(治療)と care(ケア、癒し)を混同しない

日常的に幅広く用いている治療や援助は、厳密には **cure**(治療)と **care**(ケア、癒し)に大別される。**cure** とは手術をしたり投薬するなどの医療行為に類するもので、医師など専門家の領域である。一方、**care** は非専門家が疾病レベルに達していないものにカウンセリングなどの技法を通して対応するものである。

ところが、教育現場においてカウンセリング技法を学び、カウンセリングマインドを身につける教諭が増加するにつれて、若干の混乱が生じている。カウンセリング技法を習得しカウンセリングマインドを身につけることは、こころの健康を扱う際の有力な武器となる。しかしながら、カウンセリングのできる対応限界や対象を常に意識しないと、**cure** と **care** を混同してしまう危険性がある。熱心にカウンセリングを学ぶあまり、事例を抱え込んだり、ミニセラピスト化してしまう落とし穴がある。

また、カウンセリングを実施する際には、より経験を積んだ専門家からの助言やチェックが求められる。カウンセリングの枠組み(目的、時間、回数など)をきちんと設定しないまま、「傾聴」と称して際限なく相談に時間をかけることは本当のカウンセリングではない。

5、児童精神科医の確保や精神医学的知識の習得に努める

日本では児童精神科医が少なく、相談したくても適当な医療機関が少ない現状がある。しかし、事例検討会や研修会などを通じて、地元の精神科医と交流をはかり、教育関係者が気軽に相談できる精神科医の確保に努めたい。

精神科薬物療法に関しても教育関係者や保護者は不信感を抱いていることがある。「精神科の薬を長く飲むと、かえって悪くなる」といった類いの話である。なんでも薬物療法で解決するわけではないが、薬物療法を全面的に否定するのではなく、問題解決の1つの選択肢として関係者の頭に置く必要性がある。

II、教育現場でメンタルヘルス活動を推進するには

1、教育現場においてメンタルな問題をタブー視しない

学校でのメンタルヘルス活動と教育とは共通の目標を有している。すなわち、児童・生徒が知識や技能を習得する学習活動や仲間づくりは、メンタルヘルスに関しても強い影響力を与えている。

また、障害をもつ人への理解や共感を育てるために、教育現場でのメンタルヘルス活動の活性化は重要な鍵となる。そのためには、メンタルな問題をタブー視することなく、真摯に受け止める姿勢が求められる。

2、教育関係者のメンタルヘルス活動を支援する体制を構築する

教育関係者への支援体制として、児童・生徒にメンタルな問題を感じたり悩んだ際に、予防活動も含めて気軽に相談できる専門家・専門機関と連携できるシステムづくりがメンタルヘルス活動の基盤となる。

3、メンタルな問題でも担任教諭はキーパーソンである

児童・生徒に生じるさまざまな問題の第一発見者として担任教諭の役割は重要である。身近なキーパーソンとして、児童・生徒の学校生活に対し常に注意深く観察し、児童・生徒の言動に疑問や不信を感じたらすぐに声をかけ、逆に児童・生徒から気軽に相談される信頼関係を構築しておかなければならない。

4、メンタルな問題に関して養護教諭への過度の期待は禁物である

教育現場で、どの立場の教諭もキーパーソンとしての自覚が求められる一方で、とりわけ養護教諭の役割は重要である。保健室での活動はまさにメンタルな問題の早期発見と予防を担っている。

しかしながら、養護教諭は健康管理の専門職であるが精神医学・心理学の専門家ではない。したがって、教育現場でのメンタルヘルス活動に関して過度の期待は禁物である。

また、保健室登校児への対応など、養護教諭の業務は多忙化する傾向にあり、養護教諭の複数配置やメンタルヘルスに関する研修など、養護教諭の専門性を高めることが大切である。

5、スクールカウンセラーを有効活用させる

教育現場においてメンタルな問題の専門家としてスクールカウンセラーが定着したが、まだその活用方法は不明瞭である。各学校の現状に即した活動内容を、教育関係者とスクールカウンセラーとが事前によく話し合っておくことで、メンタルヘルスの専門家としての役割が期待できる。

その際、養護教諭や学校医との連携や役割分担について検討する必要がある。スクールカウンセラーは非常勤職員として接することが多く、常勤職員の養護教諭や担任教諭との連携が鍵となる。

6、メンタルヘルス活動に関しても学校医の活用を視野に入れる

精神医学を専門としない学校医であっても、メンタルな問題にも関与すべきである。ただし、学校医に期待すべき内容は、精神医学的診断や治療ではなく、外部の専門機関への紹介や保護者への説明が中心となる。多くの学校医は地元で開業しているので、地域の医療情報に詳しい。メンタルな問題が疑われた際には、健康全般の問題として保護者などに働きかけてもらうのも1つの方法である。

7、教育相談担当者は精神科医に委ねることに消極的であってはならない

教育相談所などの教育相談担当者は、メンタルな問題への介入の第一歩となることが多い。しかしながら、メンタルな問題が教育相談レベルでの対応でよいのか、精神医学的な対応が必要なのか判断に迷うことがある。

精神医学的治療の開始時期がその予後を大きく左右することから、抱え込みの危険性に十分留意し、必要に応じて精神科医などにつなげていく。

Ⅲ、学校内において事例検討会・研修会を開催するには

1、校内での事例検討会・研修会を定期的を開催する

さまざまな学校現場での問題にメンタルな問題が内包している可能性が高いことから事例検討会や研修会を定期的を開催する必要がある。

校内だけの話し合いの場も重要だが、事例検討会・研修会を実施するにはスーパーバイザーや講師として精神科医やスクールカウンセラーなど専門家の参加が望ましい。専門的視点の獲得だけではなく、学校関係者との相互交流につながる。

2、事例検討会の開催には一連の準備が求められる

学外の関係機関に援助を依頼する際には、事前に参加者に電話連絡して開催趣旨を説明して内諾を得る。その後、所属長および参加者に対して公文書で依頼する。

事前に事例の概要を参加者に配布する必要がある際には、プライバシー保護に留意し、そのやりとりも直接または封書で行ない、FAXでのやりとりは極力控えたい。

なお、精神科医や精神科医療機関の情報に関しては、地元の保健所、児童相談所、精神保健福祉センターなどへ問い合わせるのも1つの方法である。

3、事例検討会の目的は犯人探しではないことを徹底させる

短時間で能率的な検討会を実施するためには、開催者側がその目的と検討事項を事前に可能な限りしぼり込んでおく必要がある。関係者間での犯人探しや責任の押しつけ合いは、問題解決にならないことを司会者は気をつける。

司会の進行および記録は主催機関で行なうのが原則である。専門性が高く主催者側で進行に自信がない場合は、他の参加者に依頼する場合もある。

プライバシー保護の観点から、会で知り得た情報を洩らさないことを事前に確認し、配

付資料などは終了後に回収することが望ましく、その旨を参加者に告げておく。

4、問題解決後の事例検討会は組織全体の対応能力を高める

問題発生時に事例検討会がもたれることが多いが、問題解決後にも事例検討会を実施することも大切である。問題処理に際してうまくいった点と不首尾に終わった点を検討することで、より良い連携の在り方を探れるからである。

問題解決後の方が関係者に心理的な余裕が生じているため、客観的に問題を評価でき建設的な意見が生まれやすい。その結果、学校全体の対応能力が高まる。

IV、教育現場でメンタルな問題が疑われた際の介入方法

1、「事例性」と「疾病性」と2つに分けて把握する

教育現場で生じるメンタルな問題が疑われる事例に対しては、教育関係者は精神科医など専門家ではないので、素人の視点でいかに的確に把握していくかが鍵になる。その際、「事例性」 **caseness** と「疾病性」 **illness** との2つに分けて把握すると理解しやすい。事例性とは「元気がない」「お腹が痛い」「友だちとケンカする」という実際に呈示されている現実で、関係者がすぐに気づくことができる。一方、疾病性とは病気の確定や診断などで、「腹膜炎が疑われる」「急性虫垂炎の可能性がある」といった専門家の判断である。

したがって、教育現場では病気の確定(疾病性)以上に、学校生活を送っていくうえで何が問題になって困っているか(事例性)を優先する基本姿勢が求められる。

たとえば、「何か奇妙な行動をとる生徒がいる」と教育関係者が感じた際には、「統合失調症だ」「被害妄想が疑われる」といった精神医学的な診断を下す(疾病性)のではなく、本人もしくは周囲にどう影響しているかの現実を捉えることが先決である。「出席状況が悪い」「勉強に集中できず、周囲に負担をかけている」「そうした状況を本人は自覚していない」など具体的に把握していくのである。

その結果、メンタルな問題がありそうと判断されれば、どうやって保護者に説明するか、その方法と役割分担を考えていく。

2、保護者に説明する際にも「事例性」を心がける

教育関係者は保護者への対応や説明にも苦慮することが多い。これは問題になっている現象や行動に対し、精神医学的な説明を加えようとして無理が生じているからである。知らず知らずのうちに「疾病性」を優先させている。教育関係者は、あくまでも学校現場で

実際に困惑している「事例性」に焦点を当てながら説明すればよい。

その際、以前との比較が理解されやすい。「以前はおとなしく勉強できていたのに、最近では落ち着きがなくなりました」「以前は友だちが多かったのに、最近はクラスで孤立しています」といった具合で、精神疾患・精神障害と断定するものではない。また、必要により学校医(多くは精神科医以外)から健康問題として説明するのも1つの方法だろう。

逆に、学校側から「おたくのおさんは精神的に変だから、精神科に連れていった方がいいですよ」といった伝え方は誤解を招きやすい。原則的な問題解決の方法は、体の病気と同じように保護者自身にまかせるのは先述したとおりである。

もちろん、求められれば相談機関などの情報を提供していかなければならない。そのためには、日頃からの情報収集が必要で、教育相談所をはじめ、児童相談所、精神保健福祉センター、精神科医療機関などの業務内容やその特性を知っておきたい。

また、家庭環境や養育態度に関して保護者自身に明らかに問題があると考えられる場合でも、学校レベルでの対応には限界があることを認識すべきである。

ただし、児童虐待が疑われる場合はこの限りではない。児童相談所への通報など、迅速かつ積極的に関わっていかなければならない。

3、「障害」のどのレベルが問題になっているのかを意識して対応する

メンタルな問題が生じている場合、被害妄想や幻聴といった精神症状で困るとは限らない。福祉分野で用いられている障害の概念がわかりやすい。

脳卒中を例にとると、脳卒中で倒れたことで右片マヒという機能障害(医療の対象となるもの **impairment**)が出現する。そのマヒが続くと、字がかけない・歩けないといった能力低下(教育によって改善・克服が期待されるもの **disability**)が生じてくる。さらに、こうした事態が長引けば家庭や職場での生活上の制約といった社会的不利(福祉的対応などによって補うことが期待されるもの **handicap**)に遇うことになる。したがって、その対応を考える際にも、右片マヒという機能障害に対しては医学的治療を、歩けないなど能力低下に対してはヘルパーの派遣を、生活上の社会的不利に対しては民生委員が相談にのるという具合に、障害のレベル別に対応を考えていく必要がある。

これを教育現場でのメンタルな問題に当てはめてみると、精神障害によって被害妄想や奇妙な言動という機能障害が出現する。そのため、動作がちぐはぐだったり、仲間の輪に入っていけないという能力低下が生じる。結果的に、差別や“いじめ”の対象になるなど社会的不利を受けているといった図式が浮かぶ。したがって、その対応を考える場合、奇妙な言動に対しては精神医学的治療を、仲間の輪に入っていけないことに関しては担任教諭や養護教諭などによる仲間との接し方や適応能力の向上を目指した生活指導を、差別や“いじめ”の問題に対してはホームルームの活用をとった具合に画策していくのである。

学校で重要なのは、機能障害(精神症状)そのものへの対応ではなく、むしろ能力低下や社会的不利といったことへの対応が中心となることである。

4、緊急度によっても介入方法が異なる

メンタルな問題への介入を考えるうえで、緊急性にも考慮する必要がある。たとえ、学校という特別な場であっても、緊急度が高い場合には精神科受診のためにあらゆる努力を払わねばならず、必要によっては警察などの介入も躊躇すべきではない。具体的には自傷他害(人を傷つけたり、自殺など)の恐れがある際には、警察などの協力を仰ぎながら精神科医療施設への措置入院も検討されるべきだろう。

また、シンナーや覚醒剤などの薬物乱用に関しても警察の介入が検討される。薬物乱用に対する初期対応の遅れから脳器質障害など重篤な後遺症が出現したり、罪を犯す事例が出現しており、「警察沙汰にだけにはしたくない」という気持ちを捨て、本人や家族に現実問題を直視させる姿勢が必要である。

一方、慢性的にメンタルな問題が生じている場合には、本人に病識が欠如(自分が病気になっていることを認識できない)していることが少なくないので、保護者への働きかけが基本となる。しかしながら、保護者自身もわが子が精神障害とは思いたくない気持ち(心理学的には否認という)が強く働いていることもめずらしくない。その場合には、事例性ののっとり実際に学校で困っている点や心配な点を繰り返し伝えていくほかはないだろう。

また、保護者自身が自分の養育態度やしつけに問題があったと負い目を感じている場合にも、教育関係者に対して防衛的な態度を示すことがある。関係者は問題解決のために一緒に考えていく立場にあることを明確に伝え、保護者への批判的な言動は慎むべきである。

V、精神医学的な問題が生じた際のプライバシー保護の原則

1、対象児童・生徒のプライバシー保護は重要であるが、緊急性にも配慮する

教育現場において、対象児童・生徒のプライバシー保護は重要である。事例に関する情報を外部に知らせる決定権は学校医や教諭にあるのではなく、児童・生徒(実際には保護者)にあることを周知したい。ただし、事例自身が知らない場合や認識できない場合(病識の欠如)には、医師など専門家に委任されていると考える。

もちろん、この原則が当てはまらない場合もある。明らかに精神症状が悪化して判断能力が低下していたり、自傷他害(自殺や傷害など)の恐れが感じられる場合には、事故の発生を未然に防ぎ本人を保護する観点から、早急に関係者・保護者に必要な情報を伝え、適切な対応を取らなければならない。

2、精神科領域での病名などの管理を厳重に実施する

教育関係者が児童・生徒の病名に接する機会として、当人や保護者から病状説明を受ける際や、提出される診断書での病名記載が考えられる。この情報を教育関係者のどの範囲まで流すかは、プライバシー保護に配慮しつつ必要最低限という表現になる。

とはいえ、教育関係者が正確な情報(病名も含め)が知らされてこそ適切な対応が取れるわけで、保護者の了解を得て必要部署(校長、学校医、養護教諭、担任教諭など)へは必要な情報を伝達される必用がある。

3、同級生などにどこまで病気を伝えるべきか

一緒に過ごす同級生などに、どこまでメンタルなことについて伝えるべきだろうか。基本的には当人・保護者の意向に従うほかはない。

年齢やクラス構成や出席状況などによるが、結局はメンタルなことを伝えた場合のメリットとデメリットを本人・保護者に説明し判断してもらおう。たとえば、通院のため学校を休む、症状のため動作がにぶい、服薬のため眠気が出て授業中でも寝てしまうなどの可能性があれば、厳密な精神科の病名を同級生に伝えなくても、「通院していて、服薬を続けている」というぐらいの説明があった方が、同級生などの理解と協力は得られやすい。これが、精神科領域でのノーマライゼーションの理解促進にもつながっていく。

VI、外部機関、他職種への紹介の仕方

1、専門機関・専門職種に関して日頃から情報収集を心がける

前提となるのが、どういう専門機関・専門職種があつて、どういう機能を持っているのかを日頃から勉強しておくことである。関係する研修会や研究会が情報源となることが多い。また、インターネットの活用なども考えられるが、人脈に頼る部分が多い。

ただ「適当な精神科に行きなさい」という指導と、「〇〇病院精神科の××先生に相談したら」「◇◇療法を施行している△△診療所はどうですか」というようなアドバイスとでは、その情報提供の質はまったく違ってくる。

2、依頼目的を明確化させる

「よくわからないから外部に依頼する」というのも1つの考え方だが、少なくとも問題解決の流れのなかで外部機関がどの位置を占めるか、関係者がよく話し合う必要がある。その結論によって依頼内容は異なる。

実際には、事例性を優先させて教育現場で困っている具体的な事実を客観的に記述して依頼すればよい。診断の確定、精密検査、治療、保護者への説明などさまざまな内容が想定され、可能な限りより具体的な内容が望まれる。依頼される側にとっても依頼内容が具体的であれば、その対応も適切なものになる。

3、依頼は文書によることが望ましい

親しい関係にある外部機関への依頼は、電話1本で済まされることも少なくない。そうした場合でも、文書による依頼(紹介状、医療情報提供書など)が重要である。医療・保健分野の慣習として、文書で依頼があつた場合には文書でもって返答されるのがほとんどだからである。すなわち、依頼したものの、その後の経過が不明になるといった事態を避けるためにも文書での依頼を心がけたい。また、文書で依頼したにもかかわらず報告が無い場合も、文書での回答を求めやすい立場となる。

4、医療機関への依頼は学校医からが望ましい場合がある

医療機関への依頼は医師など同一専門職種からの方が好ましいことがある。そうした場合には、学校医などに簡単でもよいから一筆したためてもらふ。多忙や事情をよく知らないことを理由に難色を示されることがあるが、1行でもよいから依頼を書いてもらい、それに担任教諭や養護教諭が附属の説明文や資料を添えるのが現実的である。

関係機関や校内でのさまざまな記録を一括して収集・保管することが、対象事例のプライバシー保護の観点からも重要で、校長・教頭の管理責任は重大である。

Ⅶ、今後の課題

1、関係機関(者)が定期的に情報交換できる場を確保する

教育現場でのメンタルな問題は、一専門職・一機関で対応できるものではなく、関係機関(者)の専門性や立場を超えた活発な討議が繰り広げられ、共通理解が促進されることにある。したがって、日頃からの関係者間の情報交換の場の確保が必要で、各地域において何らかの定期的な協議会開催が求められる。

2、メンタルヘルス分野における学校保健部会の活性化させる

学校保健のキーパーソンの一人と考えられる学校医において、メンタルヘルスに関わる問題に対しても対応が求められている。したがって、メンタルヘルスに関する専門性の向上を目指した研修システムが不可欠で、学校医を積極的に活用する姿勢が望まれる。

また、その基盤となる学校保健部会などを活性化させるために、スクールカウンセラーなどの積極的関与も必要である。

3、教育相談機関において精神科医など医療専門家を確保する

教育相談機関が相談を受理するにあたり、当初から精神医学的対応が必要と考えられる事例が存在し、その見極めのため初期段階での医療専門家によるチェックが大切である。そのため、各教育相談機関において精神科医など医療専門家を嘱託などの形で確保することが望まれる。

保護者から精神科医療機関への直接的なルートだけではなく、教育相談機関が介在し、適宜、精神科医療機関につなげるルートも拡充させていく必要がある。

4、メンタルヘルスにおいて小・中・高校の一貫した健康管理体制を整備する

児童・生徒が発達途上であることを考えれば、問題の発見や対応に関しては長期的かつ持続的な展望にたった健康管理の視点が求められる。具体的には、小学校就学前の養育相談や就学相談の時点からメンタルな問題も視野に入れておく必要がある。また、小学校、中学校、高等学校へのそれぞれの区切りにおいて、援助を必要とする児童・生徒に関する情報伝達や連携方法について体制整備していく必要がある。

5、教育関係者の研修カリキュラムにメンタルヘルス関係プログラムを拡充させる

教育関係者の研修カリキュラムの中に、基本的な精神医学の習得や児童・生徒にメンタルな問題が疑われた際の対応方法を学べるプログラムを拡充させる必要がある。そのため、研修カリキュラムの見直しや実施方法の再検討が必要である。

参考：精神科などの標榜科に関して

通常、精神医学的問題を扱う診療科目は精神科と呼称されるが、精神神経科、神経科、メンタルクリニックなどと表現されることも少なくない。こうした科においては、統合失調症、うつ病、神経症(不安障害)、認知症(痴呆症)、てんかん、人格障害、一部の発達障害などが対象疾患となる。原則的には健康保険内での診療行為である。

また、心療内科は基本的には心身症と呼ばれるストレス要因の強い身体疾患を対象としている。具体的には、胃潰瘍(ストレス潰瘍)、気管支喘息、円形脱毛症、過敏性腸症候群、突発性難聴などである。しかしながら、実際には精神科と重複して対応している部分も多く、比較的軽度な神経症やうつ病にも対応している施設がほとんどである。

ただし、街のクリニックなどにおいては、実際は精神科中心の医療施設であっても、患者の受診しやすさに配慮して、心療内科を前面に出して標榜していることが少なくない。また、教育関係者が精神科受診の抵抗感を和らげるために、精神科ではなく心療内科を勧めることもある。

また、カウンセリングセンターのような表記は、医療機関附属施設を除いては非医療機関の施設が多く、健康保険の適用外で、メンタルな相談に乗っている。対応職種も臨床心理士とは限らず、さまざまなカウンセラーの存在が考えられる。

一方、脳神経外科(脳外科)は脳損傷、脳出血、脳腫瘍など器質的障害を主として扱い、神経内科はマヒやけいれん(てんかんも含む)などに対応し、いずれも精神科とは対象疾患が異なる部分が多い。

とくに注意したいのは、精神科や心療内科での初診は問診を含め時間がかかることが多いため、予約したうえでの初診しか受け付けないところが多い。したがって、受診したい医療機関を見つけたら、まずは電話して初診の予約状況を確認することが勧められる。

参考文献

- 1)阿部裕、大西守、篠木満ほか編：精神療法マニュアル。朝倉書店、東京、1997
- 2)学校と医療・相談機関との連携に関する検討委員会：精神医学的視点を必要とする児童生徒への適切な対応。栃木県教育委員会、1999
- 3)大西守、島悟編：職場のメンタルヘルス実践教室。星和書店、東京、1996
- 4)大西守、篠木満、河野啓子ほか編：産業心理相談ハンドブック。金子書房、東京、1998
- 5)大西守：学校と医療・相談機関との連携。病院・地域精神医学：470-474,2002

ヨーロッパにおける精神保健の現状と課題

分担研究者：

大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)

研究協力者：

村橋明子 (パリ大学)

I、序論

WHO にみる精神保健活動の基本的な理念は、「社会の中における個人の QOL の向上または維持」である。この理念には大きく分けて2つの方向性があると考えられる。一つは従来の精神障害に関する対応であり、もう一つは精神障害の予防の問題、例えば児童思春期の精神保健問題、労働者の雇用問題、高齢者の QOL 問題などである。

本調査研究の目的は WHO の精神保健活動の方向性の概略を紹介し、ヨーロッパではどのような問題があり、どのような解決策を講じているのかを概観する。

II、精神疾患の世界的罹病率

現在、アルコールと薬物使用者を含み、4億5000万人が何らかの精神もしくは脳疾患により苦しんでいる。罹病率の順に、うつ病が1億2000万人、アルコール関連問題が7000万人、てんかんが5000万人、アルツハイマーが3700万人、統合失調症が2400万人(WHO 2001年)、自殺が81万5000人(WHO 2002年)となっている。

特に、うつ病(男性1.9%、女性3.2%)と薬物使用(男性2.8%、女性0.5%)の罹病率における性による格差は注目すべきである(WHO 2001年)。女性に罹病率の高い精神疾患があることには遺伝的もしくは生物学的因子など多くの理由が考えられるが、加えて女性は社会における不公平な立場、すなわち雇用や教育などにおける差別を経験するため、精神的社会的因子も重要な役割を果たしていると考えられる。つまり、これらの社会的環境が女性により強いストレスをもたらしているということである。

一方、男性においては薬物使用の罹病率が高いことは全世界的な現象で、生物学的、精神医学的および精神社会的因子によると言われ、女性の薬物使用の罹病率も世界中の多くの地域で急速に増加していることが注目されている。

この罹病率をうけて、WHO はどのように精神保健を定義し、その活動を展望する。

III、WHO による精神保健政策

1、定義

精神保健とは、精神障害におかされていない状態のみを示すのではない。精神保健の積極的な意義は WHO の健康に関する定義の中で次のように示される。「健康とは身体、精神、社会において完全に充足されている状態のことであり、たんに病気や障害がない状態を示しているのではない」。191名の WHO のナショナルメンバーは、さらに詳しく以下のような精神保健に関する基本的な政策の枠組みを承認した。

-個人が自己実現し、日常生活で起こりうるストレスを乗り越え、生産的で有益な労働を果たし、それぞれのコミュニティに貢献している状態を保つこと。

- 精神保健の向上を目指し、あらゆる方面での援助を見直す。その一つとして 個人の資力や能力 といった 社会的経済状況を支援することも含まれている。
- 精神保健のケアに定められた資金は一般的に精神障害者のための特別な手当や治療に使われ、次に共同体の待遇に関して彼らの社会復帰サービスに当てられる。そして残りを精神保健のプロモーションに貢献される。
- 精神保健のプロモーションは保健、産業、雇用、教育、環境、交通機関、福祉厚生局及び経済局などの公共事業や支援団体及び NGO と協力しながら活動を行なう。

このように、WHO は精神保健に関して精神障害者に関わる問題に限らず、予防の意味でも社会のあらゆる分野における精神保健の問題を認識し解決するように勤めるべきであると各国政府に呼びかけた。

それは、社会の中でアウトサイダー化した難民、災害被害者、移民、精神障害者、高齢者、身体障害者、虐待児童、貧困者などを社会に統合することを目的とした。とりわけ、早急に向き合うべく課題として、児童思春期、雇用、高齢者の精神保健の向上という3つの課題が問題となっている。

2、子供と思春期の精神保健の向上

子供の精神保健に関して WHO は母親と乳児の相互関係の向上と児童の学校環境の向上といった2つの精神保健プログラムを制作した。新生児や乳児の心理的発達、親との相互的な関わりによるところが大きく、WHO は子供の愛着、社会性、認知、身体の発達を敏感に促進することができるよう親子の相互関係の質を改善することに焦点をあてている。このように WHO は特に社会的にストレスな環境にある母親と乳児の相互関係を改善するための国際的なプログラムを準備している。

さらに、WHO は教育機関が子供の教科学習だけでなく、社会生活に関して学ぶ重要な役割、例えば児童の健全な愛着や社会的発達を促すための全人的な教育の役割を積極的に行なうべきであると明示している。つまり、学校では基礎学力に加え、問題解決能力、批判精神、コミュニケーション力、人間関係の維持、共感性、感情の自制などの能力が児童や思春期の精神衛生上の大きな役割を担っていることは、子供の精神保健に関して要といえる。よって、WHO は学内にてより良い心理社会的な環境を促進することに焦点を当て、子供たちにとって開かれた学校となるように活動を促している。

開かれた学校とは、具体的に男子生徒と女子生徒のジェンダーフリーや同様に異文化、異なる宗教、異なる社会階級のジェンダーフリーを推進することを意味する。また、生徒間での協力や共同活動を支援し、身体へのからかいやいじめを赦さないという支援的で、精神的に豊かな環境を与えることを目指している。特に、児童の現実の精神生活に適した教育、すなわち友人関係や家族生活を構築することを援助し、学業の適正と同様に創造性を支援することで、高い自尊心と自己信頼感を促す教育を目指すことである。

3、雇用環境の向上

雇用環境に関する精神保健活動は2つの観点から述べられる。一つは職場での精神保健、もう一つは失業時の精神保健活動である。

まず、職場における精神保健活動で重視すべきことは、職場において他の労働者との価値の共有ができているか、個人の仕事内容に対する肯定的な感情が保たれているか、仕事と個人の能力のバランスはとれているかに注目し、個人の社会的な適応能力や職場での心理的な発達、仕事のスキルの向上を支援する事があげられるである。

失業に関しては、特に若者の失業が問題になっており、若者の雇用には仕事を速やかに見付け就職できるような適時性を重視したプログラムが必要となる。例えば、雇用のポストを新たに作り、複雑な研修を免除し、社会的な適応能力や就職活動のスキルに関して若者に教育することで、社会経験や習得スキルの少ない若年層の雇用を促すことの必要性が訴えられている。

4、老人の精神保健の向上

世界中で人口の高齢化は大きな問題となっており、2050年には10億2千万の高齢者が先進国の4分の3を占める計算となっている。このような予測を踏まえて、高齢者の精神保健の向上を促す活動として最も力をいれるところとして、QOL（生活の質）の向上があげられる。具体的な取り組みとして、WHOでは疾病率及び死亡率に関する資料を制作し、それら高齢者のQOLを評価するツールとして考えられている。

WHOは、国の活動プログラムの中に精神保健を組み入れていくことを各国に要請している。それは従来の精神障害に関しての取り組みだけでなく、上記のように精神障害者も含めた社会における個々人のQOLの向上を目指し、ひいては精神障害の最大の予防となりうるというのが、WHOの精神保健活動に関するグローバルな展望である。

WHOの世界的な精神保健活動の展望を受けて、ヨーロッパではどのような問題に直面しており、どのような対策が講じられているのかをWHO Europeにより概観していく。

IV、ヨーロッパにおける精神保健の現状

1、罹病率からみるヨーロッパの精神保健政策の必要性と意義

近年、ヨーロッパにおける保健衛生政策の検討課題として精神保健が重要な位置を占めつつあることが顕著となった。“The World Health Report 2001”は精神保健の問題について大半が占められている。

また、世界銀行の調査では閉塞した経済状況を改善するためによりよい精神保健衛生の確立が重要な戦略の一つとしている(World Bank 2002)。EU、Council of EuropeならびにWHOヨーロッパ地域加盟国すべての52カ国が“Declaration and Action Plan on mental health in 2005”(World Health Organization 2005a, 2005b)にて精神保健の重要性を支持している。

さらに、EU は同年、ヨーロッパにおける精神保健の状態に関する報告ならびに EU の精神保健向上に関する対策 (Commission of the European Communities 2004; G. Henderson et al. 2004; Jane-Llopis and Anderson 2005) に続いて、精神保健における Green Paper (政策提案書) を発表している。

こうした精神保健政策に対する世界的な関心の高まりは、遅すぎるとも言える。ヨーロッパでは 4 人に 1 人が生涯に明らかな精神疾患のエピソードを経験しているが、その必要性和適切なサービスを受けることができるかに関しては、まだまだ大きな隔たりが存在する (Kohn et al. 2003)。例えば、自殺はヨーロッパにおける若年死亡の原因のトップ 10 にランクされ、the overall burden of illness をさらに 2% 上昇させている原因であることが分かっている (World Health Organization 2005c)。自殺率は女性より男性に非常に高く、そして交通事故後に高くなることも分かっており、15-35 歳の男性死亡率における重要な原因となっている。

ヨーロッパにおいては、精神保健問題が全ての disability burden of ill health の 40% にあたると考えられている。しかし、全保健衛生支出における比率は 5% 以下と、非常に低い数値となっていることもヨーロッパでの精神保健に関する現実への対応の鈍さを示している。

精神保健の disability of burden calculations が過小評価されてきた理由として、精神保健の問題が多くの人生の局面、すなわち身体的な健康問題、家族関係、社会ネットワーク、雇用状況、所得、より包括的な経済状況においての影響を認識できなかったからである。さらに、この問題が他の家族に与える影響が実に深刻であるのもかかわらず、問題として扱われることはいまだに少ない。

ヨーロッパでは、ほとんどのケースにおいて精神保健問題に伴う不名誉が差別を生み出しており、精神保健問題に予算を投じることに露骨に反対する政治家さえもいる (WHO Europe 2005)。問題の認識や治療における進歩に加え、政治的な関心が高まっているにもかかわらず、ヨーロッパでは状況が改善するよりも悪化している地域すらあるのが懸案事項である。中央および東ヨーロッパにおける急激な経済成長と社会的変化によって、アルコール問題、暴力、自殺が増加し、精神保健のケアを受けることができる人口が減少しつつあるのが現状である。紛争、虐待、経済難民などに巻き込まれた人々の精神保健の必要性はますます危機にさらされている。

また、ヨーロッパの人口統計の変化によると明らかに加齢に関連した必要性がこれから数十年続くと予想される。一般的にほとんどの精神疾患において年齢に特異的な疾患発生率の上昇というものは考えにくいだが、国によっては経済および社会的不安定によって容赦ないプレッシャーがもたらされている。

ついで、精神保健にとって無視できない問題として貧困がある。ヨーロッパでは劣悪な精神保健と社会的貧困の両者には強い相関関係があり、両者はともに影響し合う。つまり、失業率の高い地域では精神保健問題のリスクが上昇し、精神疾患を抱えた患者においては高い率においてホームレスになる傾向が見られる。特に、精神疾患を抱えた患者の子供における長期的な影響は実に深刻であるとの報告がある (WHO Europe 2005)。

もちろん、精神保健問題に対する経済的なコストは甚大である。数年前の国家予算によると、EU-15 の GNP 3-4% に相当する。職場においては欠勤やパフォーマンスの低下から、

生産性の低下を引き起こす。個人のレベルでは早期退職、キャリアを重ねる機会を失い、生涯を通じての生産性低下をもたらす。いいかえれば、精神保健の予防やプロモーションがヨーロッパの経済的なコストに直接的・間接的に影響するのである。

このように、精神保健問題は他の身体的疾患と異なり、政策立案、実行に至るためにさらなる地域に対する重層的なアプローチが必要である。すなわち、ヨーロッパでは文化的に多様な国家を包含していることから、地域的に多様性に対応した政策実行が望まれる。

2、ヨーロッパの精神保健の問題とその対応

それぞれの国家政策レベルをみると、多様なニーズを伴う精神保健問題に対応するため、多くの部署やセクターを包括する構造を作り上げている。ヨーロッパ諸国はそれぞれに多様なシステムを持ち改革を続けているが、今日の社会的標準および願望に対応しているものはほとんどない。身体的な健康問題の枠組みを越えた対応ができていないものや、教育、家庭、雇用、犯罪問題といった社会問題との関連を強調できずに終わっているものもある。とりわけ、高率な自殺が多く、多くの国で問題になっているが、いずれも国家レベルの自殺予防政策を打ち出せていない。

ヨーロッパにおいて、劣悪な精神保健によるあらゆる有害な結果を認識すれば、これらの問題に取り組み、精神的健康を促進することが政策立案者にとって優先事項であろう。しかしながら、ほとんどのヨーロッパ諸国において、国家の政策立案レベル、精神保健サービス、初期対応における資金レベルは、失望する状況が続いていると言わざるを得ない。

さらに、具体的にヨーロッパ各国の精神保健の共通の問題とその対応をみると、以下の6つに大きく分けて考えることができる。

1) 財政

精神保健における国家政策として最も重大な問題は、有効で十分な治療を供給するために必要な資金を確保することである。広義には、“財政的支援、スタッフの雇用と他の資本、サービスを提供するためのそれらの連携、治療とサポート”といったものと、“個人、家族、社会レベルにおける精神保健のゴールへの到達”という単純な関係がある。実際には、確立された適正な財政的支援を得るためには、大まかな政策の枠組みが必要である。

第一の問題は、個人もしくは家族やコミュニティにおける経済的な負担は大きいということである。精神障害者をみている両親の社会的経済的な面も大きな犠牲を払っている。特に、初期の精神障害の症状が呈した状態では、既存の保健システムにおける援助が得られず、両親の負担はさらに増すこととなる。具体的には、社会的経済的な個人および家族、コミュニティにおける問題が10項目あげられる。

- 自殺による障害者の死による生産性の喪失（交通事故死と同数みられるが、いくつかの国では自殺が交通事故を上回ることもある）
- 長期短期を問わず、障害者本人が就労できないことによる生産性の喪失
- 障害者をみている家族の生産性の喪失

- 精神障害者の仕事上の生産性の減少
- 鉄道や飛行機など公共交通機関の操縦士や警察官など、特に危険を伴う職の従事者の心理的混乱によって引き起こされる事故の社会的な損害
- 精神障害者に扶養されている家族（子供や高齢者）の経済的援助
- 精神障害者をみている家族が要する直接的間接的な支出
- うつ症状や行動障害などによって十分な教育受けなかった若者の失業、犯行
- 精神障害者の子供の不十分な認知発達
- 家族の心理的な負担と生活の質の低下

このような精神保健サービスの資金調達ルートは国によって様々で、それぞれの国で経済、政治、文化など多くの因子によって影響を受ける。そうしたなかで非常に明確な現象は、ヨーロッパ諸国が「精神病院」によって支配されていた精神保健システムから「コミュニティ管理」に基づいたシステムに移行しつつあることを受けて、財政的支援のバランスが排他的な医療制度の依存から、より多様な経済資本にシフトしている認識である。

ヨーロッパ諸国を通じて最大のチャレンジの一つは、適切な資金を動員するだけの誘因や動機を創り出していくことである。必要であれば、政府機関からサービス施設間を移動できるようなものであり、人生の必要な状況でそのサポートにアクセスできるものでなければならない。

例えば、UK を代表とする国ではソーシャルケアサービスは選択的で、かつ収入の調査を受けなければならない。一方、ヘルスケアは普遍的で供給される時点では無料であり、イデオロギ的にも実際問題としても解決すべき困難な状況である。

オーストリアを例にとると、ここではある診断関連グループに財源確保のシステムを移行したが、精神保健サービスの資金調達に関する別の問題が生じている。この国では、サービスユーザーが治療に際して現金立て替えする必要があるからである。多くのサービスユーザーが低所得者であるため、このステップは大きな障壁となりうる。

東ヨーロッパの一部では、政府が精神保健サービスの資金調達の問題を優先事項として取り組むことができずに放置されており、精神医学研究機関に管理された時代遅れの診療が行われているとの報告がある。

このように、財政面においては、精神保健活動において最優先で検討すべき重要課題であるにもかかわらず、各国の政治や文化経済状況が絡み、EU としてもっともまともにくい問題である。

2) 偏見

精神疾患に関わる人権侵害、差別、社会的排除など不利な状況を伴う疾患は他にない。人権侵害の報告はヨーロッパを通じてあるが、精神医学研究機関、診療所、ソーシャルケア施設などで最もよく見られ、中央、東ヨーロッパの精神保健システムではいまだに人権侵害が日常的な現象であるところもある。具体的には、研究機関での環境からコミュニティへのフィードバックが行われないこと、治療における非人道的な処遇などがあげられる。

友人、家族、地域住民、会社関係において個人が排斥され、孤独感を増しうつ症状を悪

化させ、家族生活や社会ネットワークへの参加や生産的な就労を不当に妨げられている。偏見は障害者の回復に重大な有害要因であり、適切なサービスや療を受けること、支援を得てコミュニティに受け入れられることの妨げとなっている。

精神障害者への排斥は同様に家族や介護者にも孤立や屈辱をもたらせている。

このような偏見は社会で渦巻く精神障害に関する誤解や否定的なステレオタイプにより生み出されており、それを減少させて行く為には次の5つの方針が示唆されている。

- 地域社会等のコミュニティの中で、精神障害にオープンに話していく機会を提供すること
- 精神障害の症状、原因、経過について適切な情報を与えること
- 誤解や否定的なステレオタイプに対して、積極的に何が誤っているかを説明していくこと
- 精神障害者が生活コミュニティのあらゆる面に参加できるように、治療や支援サービスを提供すること
- 職場における精神障害者の人権保護法、福祉厚生課、保健課の存在を保証すること

3) 人権保護

人権保護に関して法的文書の役割は大きい。国連、the Council of Europe、EU などにより精神疾患を抱えた患者の人権保護と国家レベルの法律の整備を支持した声明文が出されている。精神障害者の人権保護の基本原則は以下の通りである。

- 個人とその社会的、文化的、人種的、信仰的、哲学的な背景を尊重する。
- 個人のあらゆるニーズを考慮に入れる。治療や福祉厚生課での個人のニーズは、入念な評価を下さなければならない。特に精神障害者本人(または家族)の意見の保証を明確にする必要がある。そのためには、福祉厚生課や保健課との密接な関係が重要である
- 最小限の制限内での個人の治療やケアを保証する。このためには、法は、強制入院などは最後の手段として十分に考慮されなければならない。強制入院の際には、拘束や保護の理由を明確にしなければならない。
- 個人の選択や個人的な責任を援助しながら取り決められる治療やケアを提供する。個人に自分の治療やケアに関する決定の選択権を与えることが基本原則である。法は次のことを目指すべきである。治療は強制されてはいけない。本人の決断が難しい場合には、できる限り本人の意思や希望を探ることが必要である。治療や拘束に関する情報は、しっかりとわかりやすく伝え、インフォームドコンセントを重視する。そして、医療における守秘義務が保証されていることを伝える。

個人が得るべきもっとも質の高い治療と生活を提供しなければいけないが、治療における「権利」に関する問題に関しては、その質と継続が大きな問題となっている。基本的な問題として、精神障害者に健康や安全が保証され、より確かな機関で治療が受けられることが大事である。同様に、特別に明らかな理由があるケースを除いて、個人が家族や友人とのコンタクトが妨げられるようなことがあってはならず、治療の乱用、悪用、怠慢から個人を守るべく厳しく権利を規定すべきである。

しかしながら、現時点においてヨーロッパではこのような法的整備は機能していないところが多く、実施状況がモニターされ、制裁を伴って初めて有効なものになる。

4) 支援システム

ヨーロッパの精神保健分野では、研究施設に集中したサービスがまだまだ主流で、コミュニティベースの支援システムは供給力ならびに質の両面では不完全な状態である。ヨーロッパの多くの国々では、古い研究施設から脱却し「バランスのとれた介護」への移行することが最大のチャレンジであると考えられている。巨大で閉鎖された精神病院のシステムでは、個人として全体として精神疾患患者として汚名を着せられるネガティブな社会の考え方を具象化し助長させてしまった。実際に患者が求めている高い質を備えたサービスを提供し、よりよい支援を提供できるコミュニティベースの受け皿を準備することのことが重要であるが、とても困難な仕事である。精神障害者への社会の歪められたステレオタイプを生んだ古い施設から解放していくためには、研究施設からコミュニティベースの援助システムへの移行は重要な活動である。

援助と治療のより良いコミュニティベースシステムを育成することが、政策立案者にとって大きな課題である。ただ精神病院に替わって外来システムで置き換えることではない。患者のニーズを評価し、適合したコミュニティサービスの適切な枠組みを決定しなくてはならない。重篤な疾患の前駆症状や疾患の増悪に際しての専門家の必要性、患者を常にサービスとコンタクトさせていく専門家サービスの必要性、新薬の服薬が急速に増加しているが、十分効果があって過剰な依存を生んでいないかなど、それぞれのコミュニティで答えていかなくてはならない。

5) 予防啓発

ヨーロッパのほとんどの政府は、いまだ公共福祉や個人の精神保健を促進させる政策にあまり関心がない。精神保健を促進させるための可能性やそれにどう対応していくかが議論されていないのが現状である。また、政府は適切な公的精神保健を確立するために指導力を発揮しようとはしていない。公的精神保健の戦略を開発し実行していくためには、政府機関、省庁、セクターを越えた活動が必要である。

また、人生のあらゆる年代において対応できるものでなくてはならない。例えば、親の教育プログラムや学校での精神保健問題の早期発見、職場での柔軟な診療やカウンセリングなどの支援、高齢者における死別カウンセリングや孤立やうつ病を予防するための社会活動などである。

すなわち、こうした取り組みは、政策決定者が教師、ソーシャルワーカー、雇用者組合、労働組合、信仰や信念に基づいた組織などの地方のコミュニティグループなどの利害関係者と協力していくために必要である。

6) 治療の選択

ヨーロッパの精神保健サービスユーザーやその家族が望む改善がどのような治療、サービス、支援体制によって得られるのか。2つ以上の選択肢があった場合、どれが最も経済効率などの満足度を測定し、結果を裁定する認証ツールが求められる。治療の有効性と経済効率についてのエビデンスベースにより開発されつつある。評価しうるエビデンスの量と質は確かに改善しうるだろう。さらに、入手できる情報が政策立案者に必要としているか、理解しうるフォームになっているかを考慮したステップが必要である。政策立案者、最前線で働く現場のスタッフ、研究者といった人々のコミュニケーションの手段についてもさらに改善の余地がある。精神保健サービスに要する予算が、国家の乏しい医療予算に対して他の要求と競合しないようチェックする必要がある。

よりよい治療と介入についてのエビデンスベースができると、最終的に適切な技術が人々に提供されうるのかの現実的な問題を吟味する必要がある。

V、まとめ

ヨーロッパの精神保健の現状に関して概観した。ヨーロッパが異なる文化、経済、政治の国々を内包している以上、一貫した精神保健政策を打ち出すことが難しく、各国のローカルな政策に頼らなければならないジレンマがある。特に、経済的に貧困な国や社会主義であった国々では実現可能な活動以前の問題として、精神保健に関する過小評がいまだに続いているのが現状である。一方で、国の経済的コストをみても精神保健が担う役割は大きく、コスト削減には結局予防や啓発などの先駆的な精神保健活動の重要性が注目されるようになった。

しかしながら、WHO の精神保健政策が「精神障害に関わらず広義での個人の QOL の重要性」を要請しているにもかかわらず、ヨーロッパの現状としては依然精神障害者の適切なケアという後手の政策に追われている。したがって、WHO Europe では精神保健活動の遅れや問題点を検討し、政府機関だけでなく NGO などの機関も積極的に使ってヨーロッパ各国の精神保健に関する情報交換や啓発といった交流を奨励している。

参考文献

Knappe, M., MacDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (2005) Mental Health Policy and Practice across Europe the future direction of mental health care. UK: Open University Press.

参考ホームページ

OMS : Organisation mondiale de la santé (フランス語 WHO) <http://www.who.int/fr/>
SME : Santé Mental Europe (ヨーロッパ精神保健) <http://www.mhe-sme.org/fr.html>

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

山下 俊幸

平成 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
分担研究報告書

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

分担研究者 山下俊幸(京都市こころの健康増進センター)

研究要旨

目的：普及啓発を進めていく上で、当事者の積極的参加とマスメディアによる支援はきわめて重要な役割を果たすと考えられる。しかし、マスメディアにおいて精神障害者について正しい情報が数多く提供されているとは言えず、今後当事者の積極的参加を支援していくことが課題となっている。平成 17 年度、18 年度の研究では、当事者による啓発活動への参加状況調査、当事者・家族向けの啓発資料調査、啓発活動に参加した当事者へのインタビュー、精神障害関連の新聞記事掲載数調査を実施し、当事者の積極的参加を支援するためのマスメディア向けの啓発資料（ガイドブック案）を作成した。これらの研究結果を踏まえて、平成 19 年度の研究ではマスコミ関係者との意見交換を実施するとともに、「精神保健福祉ガイドブックー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ー」を完成する。

方法：1) 平成 19 年 12 月 1 日、事件報道と積極的報道のあり方について、4 紙の新聞記者 4 名（1 名は研究班のメンバー）と研究班メンバーとの意見交換を行った。2) ガイドブック案をもとに、その構成、内容等について、3 回の班会議を開催し検討し、「精神保健福祉ガイドブックー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ー」を作成した。

結果：1) 事件報道については、「通院歴，病名を出すのに慎重になった。表現や見出しを考えるようになった。この 10 年でメンタルヘルスへの関心は高くなったが、統合失調症への関心は薄れているのではないか。統合失調症の場合は病名を書かない。病気と事件を結び付けないようにしている。報道することに消極的になっている。個別性が高く一律には決められない」などの意見が出された。また、積極的報道については、「事件報道ではなく、社会参加の視点からの報道が必要。関心がないことのほうが問題。薬物療法の進歩や退院促進の取組などについて報道する。精神障害者の地域生活や支援について報道を重ねていく。家庭欄で取り上げることも必要。障害があってどう生きるか、という視点は意味がある。精神科医療では普通だが、他の科にはない。」などの意見が出された。また、ガイドブックについては「必要」「参考になる」との意見が多か

った。2) ガイドブックの構成は以下のとおりとした。第Ⅰ部 当事者・家族の思い、第Ⅱ部 精神保健と精神疾患、第Ⅲ部 精神科医療と精神障害者福祉の現状と課題、第Ⅳ部 報道と取材、資料（精神保健福祉関係団体、精神保健福祉関係資料、精神保健福祉センター）

考察：精神障害者に対して誤解や偏見をもたらす事件報道を減らし、積極的な報道を増やしていくためには、マスコミ関係者に対して、精神障害者とりわけ統合失調症に対する関心を高めていく必要があると考える。そのためには、精神保健福祉関係者からマスコミ関係者に対して、積極的な情報提供や働きかけが求められていると言える。当事者の積極的参加とマスメディアによる支援を進めるためには、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必要である。本ガイドブックが活用されることで、協働作業が少しでも促進されることを望む。

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)

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)

A. 研究目的

普及啓発を進めていく上で、当事者の積極的参加とマスメディアによる支援はきわめて重要な役割を果たすと考えられる。しかし、マスメディアにおいて精神障害者について正しい情報が数多く提供されているとは言えず、今後当事者の積極的参加を支援していくことが課題となっている。平成17年度、18年度の研究では、精神保健福祉センターを対象とした当事

者による啓発活動への参加状況調査、精神保健福祉センター及び精神保健福祉協会を対象とした当事者・家族向けの啓発資料調査、3県における啓発活動に参加した当事者へのインタビュー、新聞記事データベースを基にした精神障害関連の記事掲載数調査を実施した。これらの結果を参考に、普及啓発における当事者の積極的参加を支援するためのマスメディア向けの啓発資料（ガイドブック案）を作成した。平成19年度の研究では、以上の研究結果を踏まえて、事件報道と積極的報道について、マスコミ関係者との意見交換を実施するとともに、「精神保健福祉ガイドブックー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ー」を完成することを目的とする。

B. 研究方法

1) 平成19年12月1日、事件報道と積極的報道のあり方について、4紙

の新聞記者4名（1名は研究班のメンバー）と研究班メンバーとの意見交換を行った。意見交換の内容はテープに録音し、テープ起こしをした原稿を基に結果をまとめる。2）平成18年度に作成したガイドブック案をもとに、その構成、内容等について、3回の班会議を開催し検討し、「精神保健福祉ガイドブックー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ー」を作成する。

C. 研究結果

1）事件報道と積極的な報道について、論点として以下を提示し、新聞記者と研究班との意見交換を行った。

（1）事件報道ー何が問題か、どうしたらいいのか

・取材と報道の問題点はどこにあるのか

・マニュアルや考え方はどうか

・報道に変化はあるか

・社内の雰囲気、記者教育

（2）積極的な報道ー何が必要か、どうしたらいいのか

・医学医療・福祉の情報提供

・精神医療福祉をよくするための報道

・偏見解消に役立つ報道

・当事者取材の意味、留意点

主な意見は以下のとおりである。

（1）事件報道

○最近の印象としてマスコミは、ひところの事を思うと良くなっている。きっかけは池田小学校事件である。精神障害を巡っての事件報道のあり方が問われた。当事者側からも偏見を助長

するような報道をやめて欲しいというアピールがあった。誤報を流したので、その後病歴とか通院歴、病名を出すのに慎重になった。実名にするのか・匿名にするのか、周辺に関しても（家庭の事も）どこまで書いて良いのかなど報道の際の表現、見出しも考えるようになった。病名、通院、悩んでいたとかを書かなくなった。

○会社内では精神医療に関しての知識を共有化している。編集長・デスクが見出しの取り方に慎重になっている。

○病名はぼかしている。

○病歴の情報は本人以外のまわりから取材。警察からの情報もある。近所の話で記事にはしない。あらゆる情報を参考にして事件像を捉えるが、それを記事にするかどうかは別である。

○最近では、医療機関を取材しても病歴など貰えない。メディアは個人情報保護法は対象外であるが。病歴を書かないと言うよりわからないとも言える。精神障害者の事件の場合、明らかに精神障害とわかり、不起訴となると記事にならなくなる。

○理解し難い事件の場合とりあえず精神科医のコメントをとる（いわゆる謎解き）。裁判の場合は、詳しい人（権威者）のコメントをとる。近年はコメントについての関心は薄れている。そんな人もいるというように受け取られている。

○病と事件を結びつけない。発生リスクの低さを伝える。

○いわゆる不審者情報について言う

と、統合失調者の人が不審者としてみられてしまうことがある。そういう偏見がある。

○目の前の事だけ書いてややこしいところには手を突っ込まない傾向がある。本当は、差別偏見に配慮しつつ、なぜなのかを明らかにすべきだが、現実には時間もなく、非常に消極的になっている。

(2) 積極的な報道

○勉強する機会が必要。ひきこもりの取材をしたので、その延長線上で精神障害に興味を持った。

○当事者へのアプローチの仕方は重要である。

○社内研修でもメンタルヘルス研修を行っている。精神保健というものが身近なところになってきていることがこの10年間の大きな変化である。

うつ、発達障害などは関心が高いが、統合失調症は関心が薄れていく感がある。

○統合失調症への関心はあまりなく、忘れ去られる傾向にある。事件という視点からの統合失調症から、社会参加という形で、地域の中で統合失調症が偏見解消に役立っている。

○医療福祉制度でいうと、精神障害者は被害者という面が大きい。

○弁護士会が人権侵害で勧告したことがある。家庭面に記事がなすぎたのかもしれない。統合失調症はうつと同じ位の患者数がある。

○退院後の受け皿は圧倒的に不足しているが、この10年がらっと変わっ

ている。長期入院の人は両親が亡くなっていたり、孤立している。そこへのアプローチは難しい。昔は家族の責任に於いて退院していたが、今は公的ケアが中心である。

2) 「精神保健福祉ガイドブックー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ー」の構成は下記のとおりである(別添資料参照)。

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
 - 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

D. 考察と結論

平成16年9月、厚生労働省は精神保健医療福祉の改革ビジョンの中で、国民意識の変革の達成目標として、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。」という数値目標を掲げている。国民各層の意識の変革においては、マスメディアなどに当事者が自発的かつ積極的に登場し、その意見を述べることを期待されている。

したがって、普及啓発を進めていく上で、当事者の積極的参加とマスメデ

ィアによる支援はきわめて重要な役割を果たすと考えられる。しかし、マスメディアにおいて精神障害者について正しい情報が数多く提供されているとは言えず、今後当事者の積極的参加を支援していくことが課題となっている。

精神障害者に対して誤解や偏見をもたらす事件報道を減らし、当事者の積極的参加を支援するような、積極的な報道を増やしていくためには、マスコミ関係者に対して、精神障害者とりわけ統合失調症等に対する関心を高めていく必要があると考える。そのためには、精神保健福祉関係者からマスコミ関係者に対して、積極的な情報提供や働きかけが求められていると言えるが、必ずしも十分に行われてきたとは言えない。精神障害の普及啓発において当事者の積極的参加とマスメディアによる支援を進めていくためには、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必要である。本ガイドブックが活用されることで、協働作業が少しでも促進されることを望んでいる。

E. 研究発表

1) 山下俊幸：啓発活動における当事者参加。精神保健福祉白書2008年版，中央法規，2007

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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)

平成 20 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
- 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、社会から隔絶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ついて、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な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れない、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ろ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詰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に行っても、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、その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る。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 ひきこもり本人性別(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%)

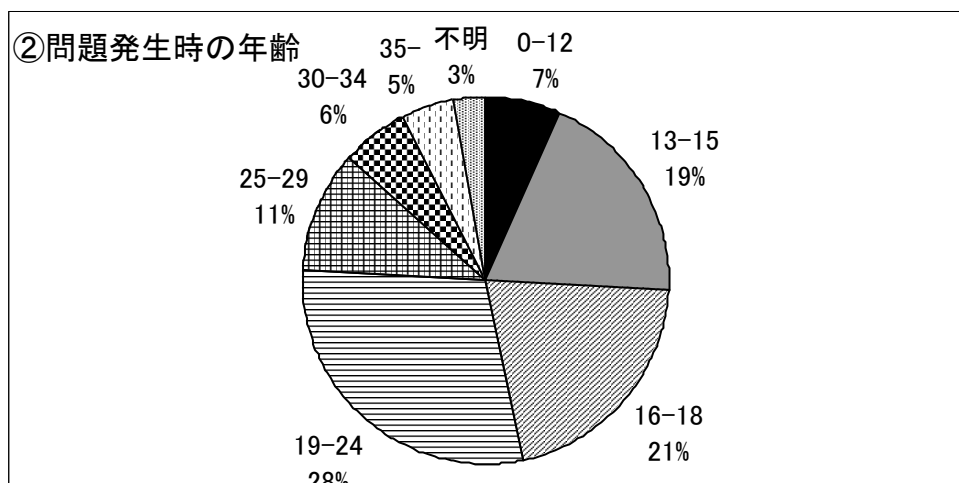
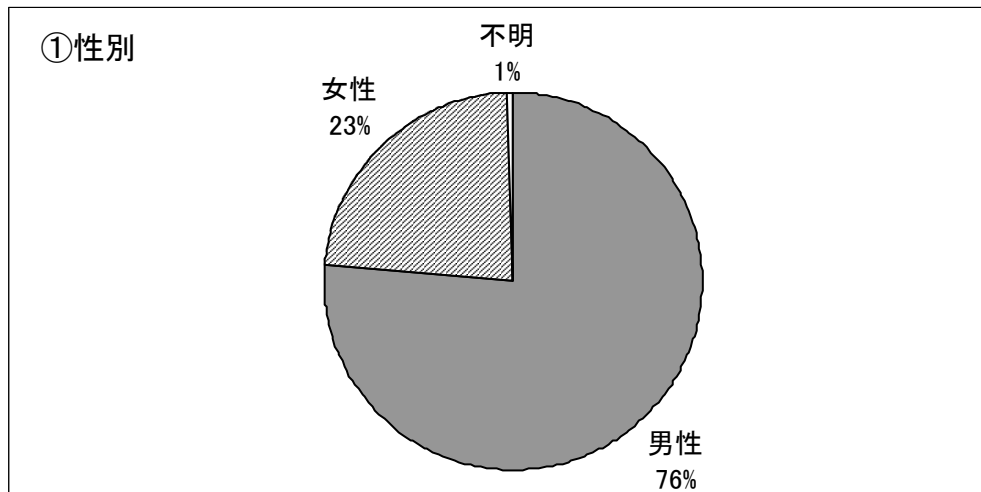
③ 経過年数(n=3293)

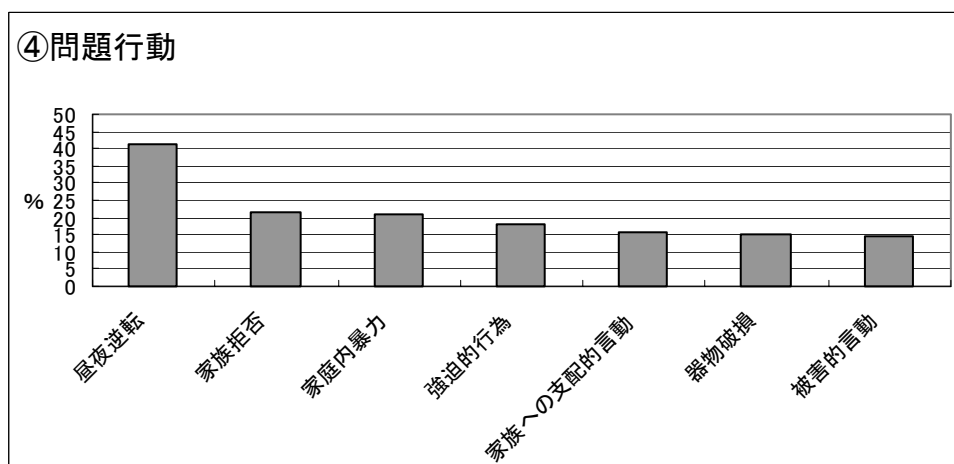
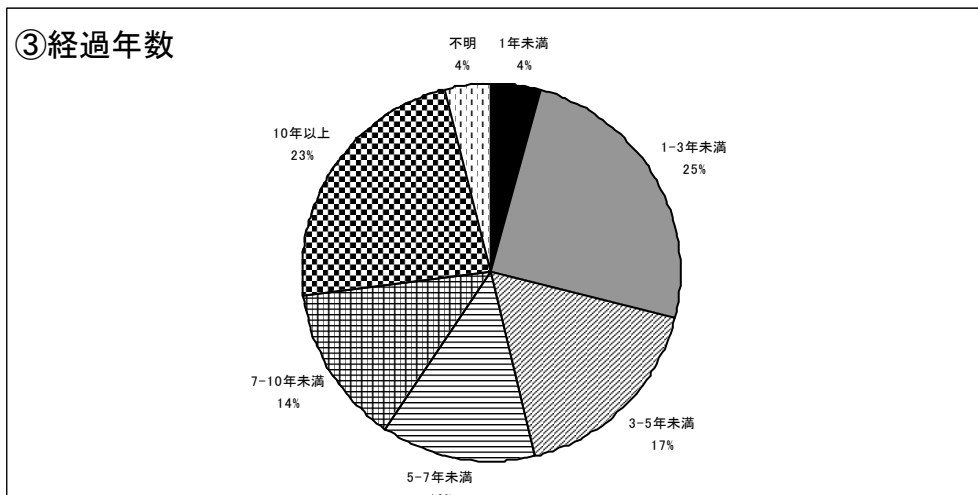
1年未満(4.1%) 1-3年未満(24.9%) 3-5年未満(17.3%)
 5-7年未満(13.3%) 7-10年未満(13.6%) 10年以上(23.1%) 欠損値(3.8%)

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」し「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。

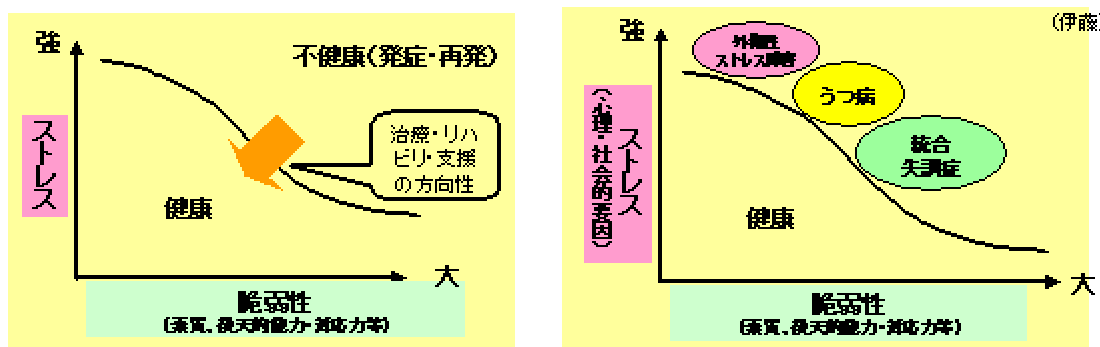
3 ストレスと精神疾患

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、家庭内のことであったり、人間関係であったり、仕事上の関係であったりする。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、多くの人々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す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)の精神病患者監護法があり、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われることが多く、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%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、神経症の一種型である「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おう工夫が必要である。

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身に迫る危険を、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言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言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、多くの人は、「性格が変わった人」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

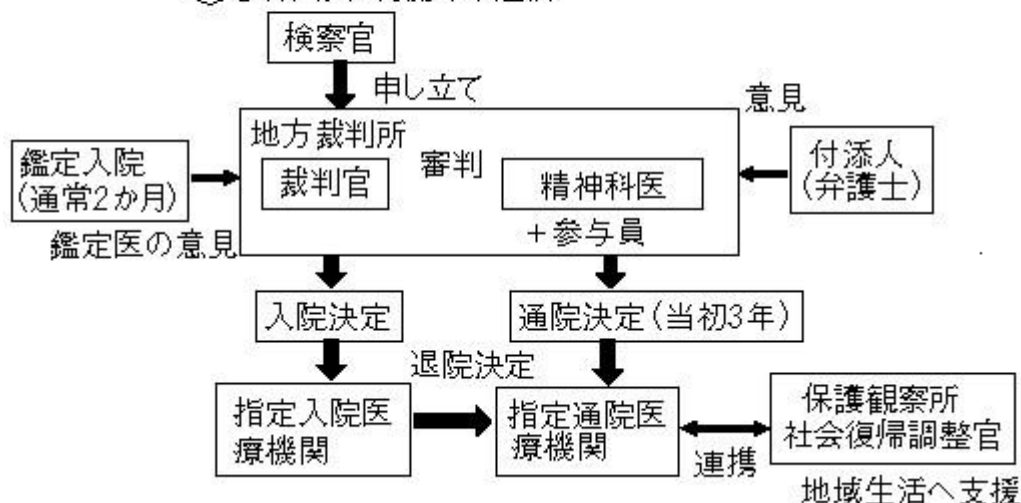
本制度の対象者は、殺人・強盗・放火・強姦・強制わいせつ・傷害致死・傷害などの重大な他害行為を行い、心身喪失または心神耗弱が認められて、不起訴処分となるか、無罪または執行猶予等が確定した人である。対象者について、検察官が地方裁判所に申立てを行うことにより審判が開始される。

(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。

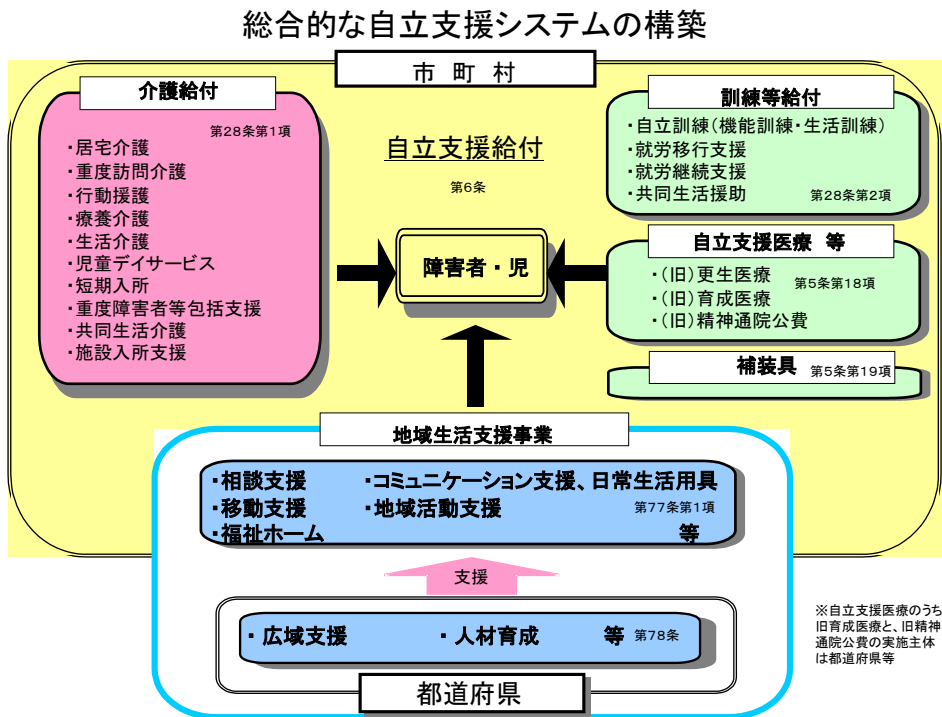
(1) 障害者自立支援法のポイント

- 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用型、非雇用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(雇用型)」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(非雇用型)」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。

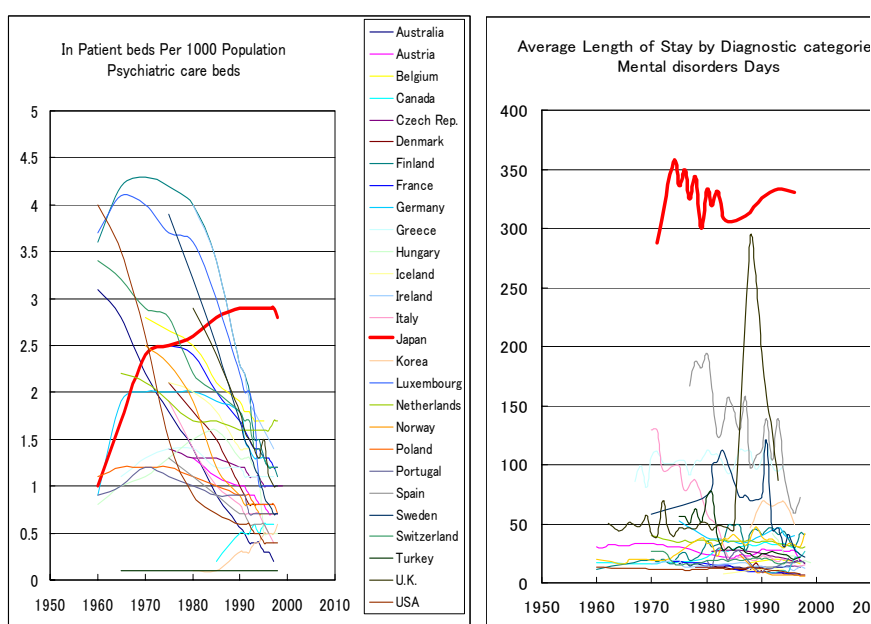
米国では 1963 年のケネディ教書で精神科医療の「脱施設化」が始まり、イタリアでは 78 年にバ

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に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ート(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にしてしまう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、なおかつ病気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。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2月時点で入手できた資料から。本文中の表と一部重複)。

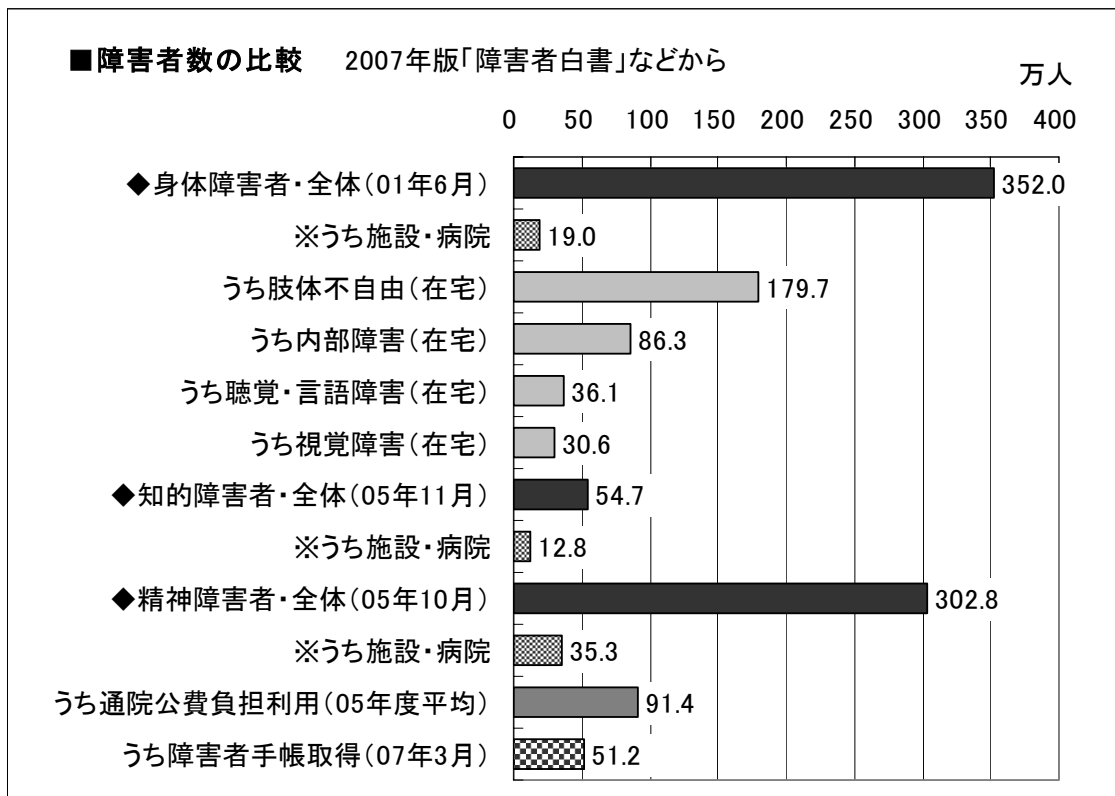
統計データとしては、厚生労働省による各種統計調査(同省ホームページから入手可能)のほか、正式の統計ではないものの、毎年6月末時点の病院や施設の状況を調べる「精神保健福祉資料」があり、こちらは精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページに掲載されるようになった。

(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/>)

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、今後公表される運用状況のデータを見る必要がある。

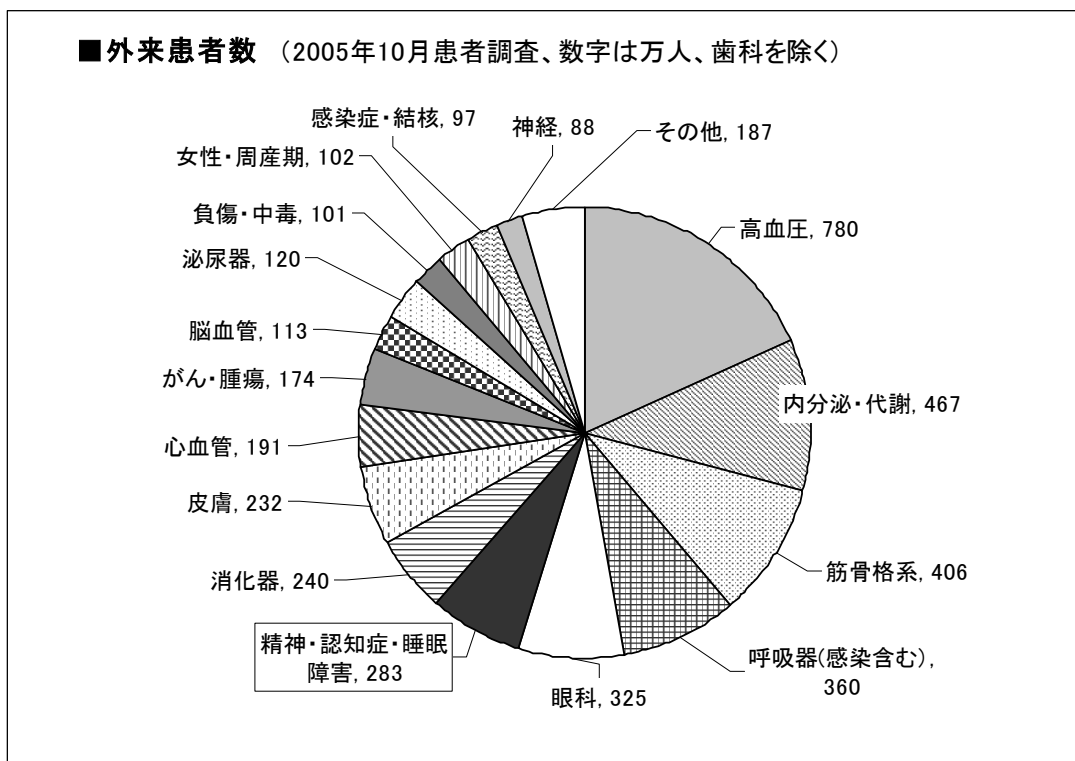
◆精神障害者の数

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。



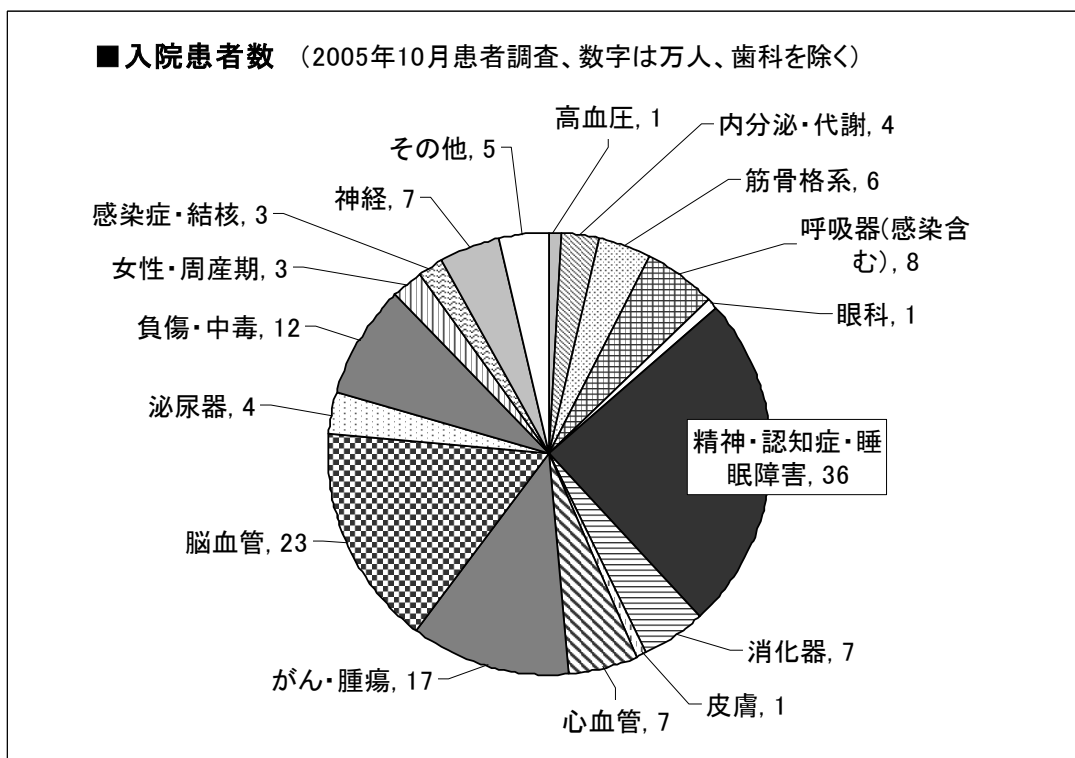
◆医療の中で、精神障害の占める割合

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)。内科系が多くを占めるが、精神障害も約7%で、けっしてマイナーではない。



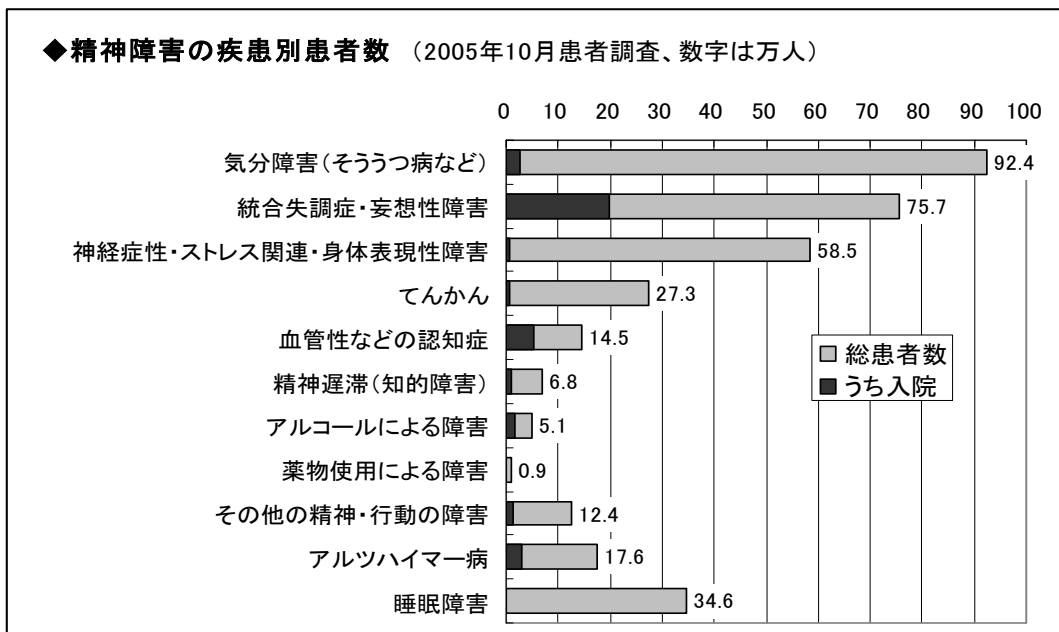
◆入院患者の4分の1は、精神障害

歯科・口腔外科を除く入院患者は合計146万人。そのうち、実に24%を精神疾患や関連の病気が占めている。



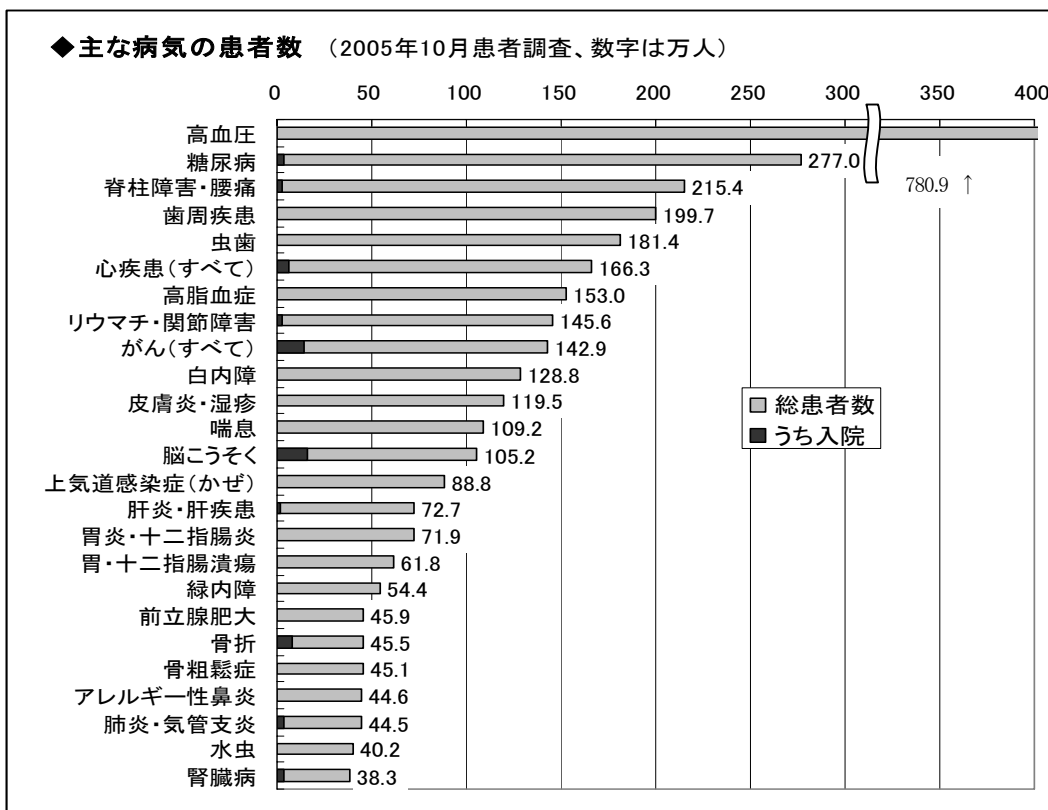
◆どんな精神障害が多いのか

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。アルツハイマー病、睡眠障害の多くは政府統計の精神障害者数に含まれないが、精神科で治療するケースがかなりある。



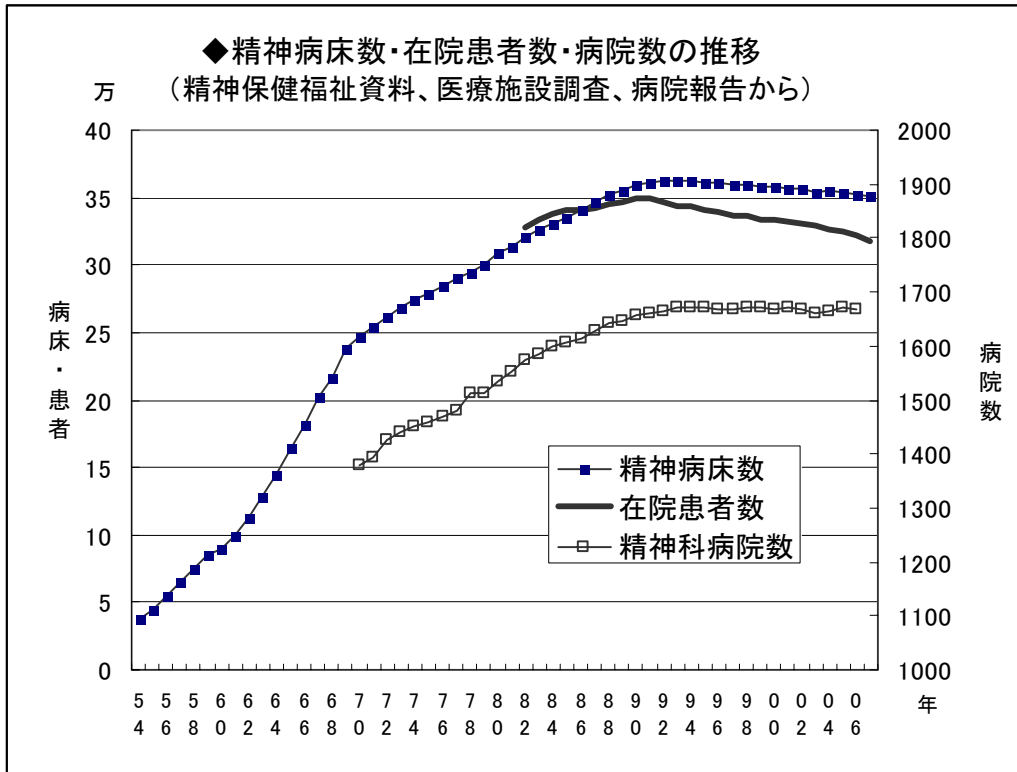
◆他の病気と比べると……

上のグラフの数字を参考にすると、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。



◆精神病床数と在院患者数

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、精神科の病院・病床は増え続け、その後、ゆるやかに減少していることがわかる。



■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)より

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るとされている。

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。

資料3 - 1 精神保健福祉関係団体等一覧

番号	精神保健福祉関係団体等	郵便番号
	精神医学・学会について	
1	日本精神神経学会	113-0033
2	日本社会精神医学会	104-0061
3	日本病院・地域精神医学会	160-0004
4	日本精神科救急学会	162-0041
5	日本児童青年精神医学会	603-8148
6	日本精神分析学会	102-0075
7	日本精神障害者リハビリテーション学会	169-0075
8	日本デイケア学会	113-0033
9	日本アルコール精神医学会	761-0793
10	日本森田療法学会	201-8601
11	日本産業精神保健学会	101-0041
12	日本うつ病学会	102-0075
13	日本老年精神医学会	105-0001
14	日本てんかん学会	187-0031
15	日本生物学的精神医学会	162-0802
16	日本神経精神薬理学会	162-0802
17	日本認知療法学会	772-8502
18	日本家族研究・家族療法学会	113-0033
19	日本アルコール・薬物医学会	602-8566
20	日本心身医学会	167-0051
21	日本摂食障害学会	604-0845
22	日本小児精神神経学会	160-0023
23	日本集団精神療法学会	130-0013
24	日本臨床心理学会	110-0003
25	日本精神保健看護学会	169-0075
26	日本LD学会	320-0851
27	日本自殺予防学会	102-0071
	精神科医療機関関係について	
28	日本精神科病院協会	108-8554
29	全国自治体病院協議会 精神科特別部会	102-8556
30	日本精神神経科診療所協会	151-0053
31	日本総合病院精神医学会	113-0033
32	国立精神医療施設長協議会	
	精神保健福祉関係職能団体について	
33	全国精神保健福祉センター長会	604-8845
34	日本精神科看護技術協会	103-0002
35	日本精神保健福祉士協会(日本PSW協会)	160-0015
36	日本作業療法士協会	111-0042
37	全国保健・医療・福祉心理職能協会	130-0013
38	全国精神医療労働組合協議会	604-8854
	社会復帰・就労支援関係について	
39	全国精神障害者社会復帰施設協会	113-0034
40	全国精神障害者地域生活支援協議会	160-0022
41	きょうされん(旧称:共同作業所全国連絡会)	164-0011
42	全国精神障害者就労支援事業所連合会(旧称:全国精神保健職親会連合会)	169-0075
43	障害者職業総合センター	261-0014
44	高齢・障害者雇用支援機構	105-0022
	当事者団体について	
45	全国精神障害者団体連合会	201-0003
46	全国「精神病」者集団	164-0011
47	NPO全国精神障害者ネットワーク協議会	820-0022
48	日本障害者協議会(JD)	162-0052

住所	電話番号	番号
東京都文京区本郷5-25-18ハイテク本郷ビル内	03-3814-2991	1
東京都中央区銀座1-23-2 上野ビル2階	03-5524-1227	2
東京都新宿区四谷4-6-1 四谷サンハイツ609	03-3351-8030	3
東京都新宿区早稲田鶴巻町519 洛陽鶴巻町ビル4F (株)春恒社内	03-5287-6157	4
京都市北区小山 西花池町1-8 (株)土倉事務所内	075-451-4844	5
東京都千代田区三番町2 三番町KSビル (株)コンベンションリンケージ内		6
東京都新宿区高田馬場4-23-13 特定非営利活動法人 ストローク会 内	03-3362-9033	7
東京都文京区本郷2-25-14第1ライトビル3F (有)エム・シー・ミュージズ内	03-3813-6368	8
香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部精神神経医学講座内	087-891-2167	9
東京都狛江市和泉本町4-11-1 東京慈恵会医科大学第三病院精神神経科内	03-3480-1151	10
東京都千代田区神田須田町1-7 神田セントラルビルA棟7階 産業精神保健研究所内	03-5298-4363	11
東京都千代田区三番町 三番町KSビル	03-3263-8697	12
東京都港区虎ノ門3-7-2 大橋ビル2F 株式会社ワールドプランニング	03-3431-3715	13
東京都小平市小川東町4-6-15	042-345-2522	14
東京都新宿区改代町26-1-B03 有限責任中間法人学会支援機構内	03-5206-6007	15
東京都新宿区改代町26-1 三田村ビル 有限責任中間法人 学会支援機構内	03-5206-6007	16
徳島県鳴門市鳴門町高島 鳴門教育大学教育臨床講座 井上和臣研究室内		17
東京都文京区本郷4-12-16-617 中村心理療法研究室内 学会事務局	03-6420-3716	18
京都市上京区河原町広小路 京都府立医科大学法医学教室内	075-251-5343	19
東京都杉並区荻窪5-27-8 第一荻窪ビル7階3号室	03-3398-8030	20
京都市中京区鳥丸御池上ル東側都ビル5F 鳥丸御池中井クリニック	075-241-4602	21
東京都新宿区西新宿6-7-1 東京医科大学病院小児科医局内	03-3342-6111	22
東京都墨田区錦糸2-6-10 エクセル錦糸B-1	03-3626-5069	23
東京都台東区根岸1-1-24 鶯谷日伸ハイツ201	03-3847-9164	24
東京都新宿区高田馬場4-4-19 株式会社国際文献印刷社内	03-5389-6254	25
栃木県宇都宮市鶴田町687-9 ムギショウビル3階	028-649-0090	26
東京都千代田区富士見1-2-32-103 日本いのちの電話連盟内 学会事務局		27
東京都港区芝浦3-15-14	03-5232-3311	28
東京都千代田区紀尾井町3-27剛堂会館6階	03-3261-8555	29
東京都渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル3F	03-3320-1423	30
東京都文京区本郷2-14-4-201	03-5805-3720	31
		32
京都府京都市中京区壬生東高田町1-15 京都市こころの健康増進センター内	075-314-0355	33
東京都中央区日本橋馬喰町2-3-2 セントピアビル8階	03-3667-8661	34
東京都新宿区大京町23番地3 四谷オーキッドビル7階	03-5366-3152	35
東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7階	03-5826-7871	36
東京都墨田区錦糸2-6-10 錦糸町カウンセリングルーム	03-5485-1054	37
京都市中京区壬生仙念町30-2 ラボール京都4F 京都民間医労連気付	075-811-5672	38
東京都文京区湯島3-14-8 加田湯島ビル5F	03-5812-0830	39
東京都新宿区新宿1-17-11 GB6F	03-5312-1950	40
東京都中野区中央5-41-18-5F	03-5385-2223	41
東京都新宿区高田馬場4-23-13 (株)ストローク気付	03-3368-9290	42
千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		43
東京都港区海岸1丁目11番1号		44
狛江市和泉本町2-18-1 和泉フラット103	03-5438-5591	45
東京都中野区中央2-39-3 絆社 御中	080-1036-3685	46
福岡県飯塚市明星寺25-3-1544	0948-25-8939	47
東京都新宿区戸山1-22-1 日本障害者リハビリテーション協会内	03-5287-2346	48

番号	精神保健福祉関係団体等	郵便番号
49	全国自立生活センター協議会	192-0046
50	日本てんかん協会	162-0051
51	生活の発見会	130-0001
52	全日本断酒連盟	101-0032
53	A. A. (アルコールリクス・アノニマス)	
54	ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)	103-0007
55	日本ダルク	110-0015
56	NA(薬物依存症者本人の集まり)	
	家族の会について	
57	全国精神保健福祉会連合会	170-0013
58	全国障害者とともに歩む兄弟姉妹の会(略称 きょうだいの会)	136-0073
59	アラン・ジャパン GSO	145-0071
60	ナランG. S. O(ゼネラルサービスオフィス)	171-0021
61	社団法人認知症の人と家族の会(旧呆け老人をかかえる家族の会)	602-8143
62	社団法人 日本自閉症協会	104-0044
63	全国LD親の会	105-0013
64	NPO法人えじそんくらぶ	358-0003
65	NPO法人 アスペ・エルデの会	
66	全国ひきこもりKHJ親の会	339-0057
	認知症について	
67	日本老年精神医学会	105-0001
68	日本認知症ケア学会	105-0001
69	社団法人認知症の人と家族の会(旧呆け老人をかかえる家族の会)	602-8143
	発達障害について	
70	日本LD学会	320-0851
71	日本発達障害ネットワーク(JDD Net)	105-0013
72	NPO法人 アスペ・エルデの会	
73	NPO法人えじそんくらぶ	358-0003
74	NPO法人 EDGE	105-0013
75	全国LD親の会	105-0013
76	社団法人 日本自閉症協会	104-0044
77	全国ひきこもりKHJ親の会	339-0057
78	やどかり(家族のミーティング)	156-0057
79	あんだんて(摂食障害の子供をもつ親の為のミーティング)	162-0843
	うつ病について	
80	日本うつ病学会	102-0075
81	UTU-NET(うつネット)	104-0031
82	うつ病の予防・治療委員会(ICPTD)	
	神経症について	
83	NPO法人「全国パニック障害の会」	
84	SAD-NET(社会不安障害総合情報サイト)	
	摂食障害について	
85	NABA(日本アレキシア・プリミア協会)	156-0057
86	やどかり(家族のミーティング)	156-0057
87	あんだんて(摂食障害の子供をもつ親の為のミーティング)	
	薬物・アルコールについて	
88	日本アルコール・薬物医学会	602-8566
89	日本アルコール精神医学会	761-0793
90	全日本断酒連盟	101-0032
91	A. A. (アルコールリクス・アノニマス)	
92	ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)	103-0007
93	アラン・ジャパン GSO	145-0071

住所	電話番号	番号
東京都八王子市明神町4-11-11シルクヒルズ大塚1F	0426-60-7747	49
東京都新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害児福祉財団ビル4F	03-3202-5661	50
東京都墨田区吾妻橋2-19-4 リバーあみ清ビル2F	03-6661-3800	51
東京都千代田区岩本町3-2-2 エスコート神田岩本町101号	03-3863-1600	52
	03-3590-5377	53
京都中央区日本橋浜町3-16-7-7F	03-3249-2551	54
東京都台東区東上野6-21-8	03-3844-4777	55
	03-5685-6128	56
東京都豊島区東池袋1-46-13 ホリグチビル306	03-6907-9211	57
東京都江東区北砂1-15-8 地域交流支援センター内	03-5634-8790	58
大田区田園調布2-9-21	03-5483-3313	59
東京都豊島区西池袋2-1-13 目白ハウス2E	03-5951-3571	60
京都府京都市上京区堀川丸太町下ル京都社会福祉会館内	075-811-8195	61
東京都中央区明石町6-22 ダヴィンチ築地2 6F	03-3545-3380	62
東京都港区浜松町1-20-2 村瀬ビル3F	03-6240-0673	63
埼玉県入間市豊岡1-1-1-924		64
		65
埼玉県岩槻市本町1-3-3 らうんじ内		66
東京都港区虎ノ門3-7-2 大橋ビル2F 株式会社ワールドプランニング	03-3431-3715	67
東京都港区虎ノ門3-7-2大橋ビル(株)ワールドプランニング内	03-3431-3715	68
京都府京都市上京区堀川丸太町下ル京都社会福祉会館内	075-811-8195	69
栃木県宇都宮市鶴田町687-9 ムギショウビル3階		70
東京都港区浜松町1-20-2 村瀬ビル3階	03-6240-0674	71
		72
埼玉県入間市豊岡1-1-1-924	042-962-8683	73
東京都港区浜松町1-20-2 村瀬ビル3階	03-6240-0670	74
東京都港区浜松町1-20-2 村瀬ビル3F	03-6240-0673	75
東京都中央区明石町6-22 ダヴィンチ築地2 6F	03-3545-3380	76
埼玉県岩槻市本町1-3-3 らうんじ内		77
東京都世田谷区上北沢4-19-12 シャンボール上北沢 212	03-3302-0710	78
東京都新宿区市ヶ谷田町2-24 (ミーティング会場)	03-5445-3861	79
東京都千代田区三番町 三番町KSビル	03-3263-8697	80
東京都中央区京橋2-8-8 新京橋ビル6F		81
		82
東京都杉並区久我山3-17-19	03-5346-1536	83
	03-5977-7476	84
東京都世田谷区上北沢4-19-12 シャンボール上北沢 212	03-3302-0710	85
東京都世田谷区上北沢4-19-12 シャンボール上北沢 212	03-3302-0710	86
東京都新宿区市ヶ谷田町2-24 援助修道会・別館	03-5445-3861	87
京都市上京区河原町広小路 京都府立医科大学法医学教室内	075-251-5343	88
香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部精神神経医学講座内	087-891-2167	89
東京都千代田区岩本町3-2-2 エスコート神田岩本町101号	03-3863-1600	90
	03-3590-5377	91
東京都中央区日本橋浜町3-16-7-7F	03-3249-2552	92
大田区田園調布2-9-21	03-5483-3313	93

番号	精神保健福祉関係団体等	郵便番号
94	AKK(アクション問題を考える会)	156-0057
95	日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会	546-0022
96	NA(薬物依存症者本人の集まり)	
97	ナランG. S. O(ゼネラルサービスオフィス)	171-0021
	人権について	
98	東京精神医療人権センター	160-0023
99	大阪精神医療人権センター	530-0047
100	全国精神医療審査会連絡協議会	108-8554
101	精神障害者社会復帰促進協会(ふつききょう)	540-0026
	精神障害者スポーツについて	
102	日本精神保健福祉連盟 障害者スポーツ推進委員会	108-0023
	精神保健従事者団体懇談会(精従懇)加盟団体	
103	国立精神医療施設長協議会	
104	全国自治体病院協議会 精神科特別部会	102-8556
105	全国精神医療労働組合協議会	604-8854
106	全国精神障害者社会復帰施設協会	113-0034
107	全国精神障害者地域生活支援協議会	160-0022
108	全国精神保健福祉センター長会	604-8845
109	全国精神保健福祉相談員会	
110	全国保健・医療・福祉心理職能協会	130-0013
111	全日本自治団体労働組合衛生医療評議会	
112	地域精神保健・社会福祉協会	
113	日本作業療法士協会	111-0042
114	日本児童青年精神医学会	603-8148
115	日本集団精神療法学会	130-0013
116	日本精神保健福祉士協会(日本PSW協会)	160-0015
117	日本精神科看護技術協会	103-0002
118	日本精神神経学会	113-0033
119	日本総合病院精神医学会	113-0033
120	日本病院・地域精神医学会	160-0004
121	日本臨床心理学会	110-0003
122	日本精神保健看護学会	169-0075

住所	電話番号	番号
東京都世田谷区上北沢4-30-10 上北沢第2コーポラス306	03-3329-0122	94
大阪府大阪市東住吉区住道矢田3-4-3 リカバリーハウスいちご	06-6769-1517	95
	03-5685-6128	96
東京都豊島区西池袋2-1-13 目白ハウス2E	03-5951-3571	97
東京都新宿区西新宿7-19-11	03-3366-2518	98
大阪市北区西天満5-9-5 谷山ビル9階	06-6313-0056	99
東京都港区芝浦3-15-14 日精協内	03-5232-3311	100
大阪府大阪市中央区内本町1-1-5 プラスサンビル6階 601	06-6944-3592	101
東京都港区芝浦3-15-14 日精協会館内	03-5232-3308	102
		103
東京都千代田区紀尾井町3-27剛堂会館6階	03-3261-8555	104
京都市中京区壬生仙念町30-2 ラボール京都4F 京都民間医労連気付	075-811-5672	105
東京都文京区湯島3-14-8 加田湯島ビル5F	03-5812-0830	106
東京都新宿区新宿1-17-11 GB6F	03-5312-1950	107
京都府京都市中京区壬生東高田町1-15 京都市こころの健康増進センター内	075-314-0355	108
		109
東京都墨田区錦糸2-6-10 錦糸町カウンセリングルーム	03-5485-1054	110
		111
		112
東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7階	03-5826-7871	113
京都市北区小山 西花池町1-8 (株)土倉事務所内	075-451-4844	114
東京都墨田区錦糸2-6-10 エクセル錦糸B-1	03-3626-5069	115
東京都新宿区大京町23番地3 四谷オーキッドビル7階	03-5366-3152	116
東京都中央区日本橋馬喰町2-3-2 セントピアビル8階	03-3667-8661	117
東京都文京区本郷5-25-18ハイテク本郷ビル内	03-3814-2991	118
東京都文京区本郷2-14-4-201	03-5805-3720	119
東京都新宿区四谷4-6-1 四谷サンハイツ609	03-3351-8030	120
東京都台東区根岸1-1-24 鶯谷日伸ハイツ201	03-3847-9164	121
東京都新宿区高田馬場4-4-19 株式会社国際文献印刷社内	03-5389-6254	122

資料3 - 2 精神保健福祉関係団体等一覧

番号	精神保健福祉関係団体等	FAX
	精神医学・学会について	
1	日本精神神経学会	03-3814-2992
2	日本社会精神医学会	03-5524-1228
3	日本病院・地域精神医学会	03-3351-8030
4	日本精神科救急学会	03-5291-2176
5	日本児童青年精神医学会	075-441-0436
6	日本精神分析学会	03-3263-8693
7	日本精神障害者リハビリテーション学会	03-3362-9377
8	日本デイケア学会	03-3813-6368
9	日本アルコール精神医学会	087-891-2168
10	日本森田療法学会	03-5497-0631
11	日本産業精神保健学会	03-5298-4363
12	日本うつ病学会	03-3263-8693
13	日本老年精神医学会	03-3431-3325
14	日本てんかん学会	042-345-2522
15	日本生物学的精神医学会	03-5206-6008
16	日本神経精神薬理学会	03-5206-6008
17	日本認知療法学会	
18	日本家族研究・家族療法学会	03-6420-3716
19	日本アルコール・薬物医学会	075-241-0749
20	日本心身医学会	03-3398-8031
21	日本摂食障害学会	075-241-4602
22	日本小児精神神経学会	03-5210-0874
23	日本集団精神療法学会	03-3626-5069
24	日本臨床心理学会	03-3847-9164
25	日本精神保健看護学会	03-3368-2822
26	日本LD学会	028-649-3318
27	日本自殺予防学会	03-3511-7508
	精神科医療機関関係について	
28	日本精神科病院協会	03-5232-3309
29	全国自治体病院協議会 精神科特別部会	03-3261-1845
30	日本精神神経科診療所協会	03-3320-1426
31	日本総合病院精神医学会	03-5805-3720
32	国立精神医療施設長協議会	
	精神保健福祉関係職能団体について	
33	全国精神保健福祉センター長会	075-314-0504
34	日本精神科看護技術協会	03-3667-8662
35	日本精神保健福祉士協会(日本PSW協会)	03-5366-2993
36	日本作業療法士協会	03-5826-7872
37	全国保健・医療・福祉心理職能協会	03-5485-1054
38	全国精神医療労働組合協議会	075-811-5672
	社会復帰・就労支援関係について	
39	全国精神障害者社会復帰施設協会	03-5812-0831
40	全国精神障害者地域生活支援協議会	03-5312-1951
41	きょうされん(旧称:共同作業所全国連絡会)	03-5385-2299
42	全国精神障害者就労支援事業所連合会(旧称:全国精神保健職親会連合会)	03-3362-9377
43	障害者職業総合センター	
44	高齢・障害者雇用支援機構	
	当事者団体について	
45	全国精神障害者団体連合会	
46	全国「精神病」者集団	03-3738-8815
47	NPO全国精神障害者ネットワーク協議会	0948-25-8937
48	日本障害者協議会(JD)	03-5287-2347

メールアドレス	ホームページ	番号
info@jspn.or.jp	http://www.jspn.or.jp/	1
	http://www.jssp.info/	2
info@byochi.org	http://www.byochi.org/	3
info@jaep.org	http://www.jaep.jp/	4
jde07707@nifty.ne.jp	http://wwwsoc.nii.ac.jp/jscap/	5
sec_jpa@secretariat.ne.jp	http://www.seishinbunseki.jp/	6
	http://www.japr.jp/	7
info@daycare.gr.jp	http://www.daycare.gr.jp/	8
psv@kms.ac.jp		9
Gpiimkyoku@aol.com		10
jsomh@iomhj.com	http://jsomh.umin.jp/	11
jcmd@secretariat.ne.jp	http://www.secretariat.ne.jp/jcmd/	12
rouseiim@ngfm.ftbb.net	http://www.rounen.org/	13
ies-oas@umin.ac.jp	http://square.umin.ac.jp/jes/	14
	http://plaza.umin.ac.jp/jsbp/	15
jsnp@asas.or.jp	http://www.asas.or.jp/jsnp/	16
jact-admin@umin.ac.jp	http://jact.umin.jp/	17
jaft-npi@coda.ocn.ne.jp	http://www.jaft.org/	18
jmsas@koto.kpu-m.ac.jp	http://www2.kpu-m.ac.jp/jmsas/jmsastop.html	19
mail@shinshin-igaku.com	http://www.shinshin-igaku.com	20
entrv@ised.org	http://www.jsed.org/	21
jsppn@tokyo-med.ac.jp	http://www.jsppn.jp/	22
jagp@ha.bekkoame.ne.jp	http://www.bekkoame.ne.jp/ha/jagp/	23
nichirinshin@Yahoo.co.jp	http://www.geocities.jp/nichirinshin/	24
japmhn-post@bunken.co.jp	http://www.japmhn.jp/	25
jald@vesta.ocn.ne.jp	http://wwwsoc.nii.ac.jp/jald/index.html	26
	http://members.icom.home.ne.jp/yosha/ispa/	27
office@nisseikyo.or.jp	http://www.nisseikyo.or.jp/	28
info@jmha.or.jp	http://www.jmha.or.jp/dsp/bukai/dsp_bukai.php?type=1	29
office@japc.or.jp	http://www.japc.or.jp/	30
jsghp@mth.biglobe.ne.jp	http://psy.umin.ac.jp/	31
		32
	http://www.acplan.jp/mhwc/	33
	http://www.jpna.or.jp/index.html	34
office@japsw.or.jp	http://www.japsw.or.jp/	35
	http://www.jaot.or.jp/	36
psycho@onyx.dti.ne.jp	http://www.onyx.dti.ne.jp/psycho/	37
zenkoku@seirokkyo.com	http://www.seirokkyo.com/	38
cava@zenseishakyo.or.jp	http://www.zenseishakyo.or.jp/	39
info@ami.or.jp	http://www.ami.or.jp/	40
zenkoku@kyosaren.or.jp	http://www.kyosaren.or.jp/	41
info@vfoster.org	http://vfoster.org/	42
kikakubu@jeed.or.jp	http://www.nivr.jeed.or.jp/	43
	http://www.jeed.or.jp/	44
		45
hanavumari@hotmail.com	http://www.geocities.jp/bshudan/	46
vmns@zenseinet.com	http://www.zenseinet.com/	47
office@jdnet.gr.jp	http://www.jdnet.gr.jp/	48

番号	精神保健福祉関係団体等	FAX
49	全国自立生活センター協議会	0426-60-7746
50	日本てんかん協会	03-3202-7235
51	生活の発見会	03-3621-8555
52	全日本断酒連盟	03-3863-1691
53	A. A. (アルコールリクス・アノニマス)	
54	ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)	03-3249-2553
55	日本ダルク	03-3844-4799
56	NA(薬物依存症者本人の集まり)	
	家族の会について	
57	全国精神保健福祉会連合会	03-3987-5466
58	全国障害者とともに歩む兄弟姉妹の会(略称 きょうだいの会)	03-3644-6808
59	アラン・ジャパン GSO	03-5483-3315
60	ナランG. S. O(ゼネラルサービスオフィス)	03-5951-3571
61	社団法人認知症の人と家族の会(旧呆け老人をかかえる家族の会)	075-811-8188
62	社団法人 日本自閉症協会	03-3545-3381
63	全国LD親の会	03-6240-0671
64	NPO法人えじそんくらぶ	042-962-8683
65	NPO法人 アスペ・エルデの会	
66	全国ひきこもりKHJ親の会	048-758-5705
	認知症について	
67	日本老年精神医学会	03-3431-3325
68	日本認知症ケア学会	03-3431-3325
69	社団法人認知症の人と家族の会(旧呆け老人をかかえる家族の会)	075-811-8188
	発達障害について	
70	日本LD学会	
71	日本発達障害ネットワーク(JDD Net)	03-6240-0671
72	NPO法人 アスペ・エルデの会	
73	NPO法人えじそんくらぶ	042-962-8683
74	NPO法人 EDGE	03-6240-0671
75	全国LD親の会	03-6240-0671
76	社団法人 日本自閉症協会	03-3545-3381
77	全国ひきこもりKHJ親の会	048-758-5705
78	やどかり(家族のミーティング)	
79	あんだんて(摂食障害の子供をもつ親の為のミーティング)	
	うつ病について	
80	日本うつ病学会	03-3263-8693
81	UTU-NET(うつネット)	
82	うつ病の予防・治療委員会(JCPTD)	
	神経症について	
83	NPO法人「全国パニック障害の会」	03-5346-1532
84	SAD-NET(社会不安障害総合情報サイト)	
	摂食障害について	
85	NABA(日本アレキシア・プリミア協会)	
86	やどかり(家族のミーティング)	
87	あんだんて(摂食障害の子供をもつ親の為のミーティング)	
	薬物・アルコールについて	
88	日本アルコール・薬物医学会	075-241-0749
89	日本アルコール精神医学会	087-891-2168
90	全日本断酒連盟	03-3863-1691
91	A. A. (アルコールリクス・アノニマス)	
92	ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)	03-3249-2553
93	アラン・ジャパン GSO	03-5483-3315

メールアドレス	ホームページ	番号
ijl@d1.dion.ne.jp	http://www.j-il.jp/	49
nami@scan-net.ne.jp	http://www.jea-net.jp/index.html	50
hakken@group.email.ne.jp	http://www.hakkenkai.gr.jp/	51
	http://www.dansyu-renmei.or.jp/	52
aa-japangso@yahoo.co.jp	http://www.cam.hi-ho.ne.jp/aa-iso/	53
ask@t3.rim.or.jp	http://www.ask.or.jp/	54
		55
iike@serenity.or.tv	http://serenity.or.tv/sbs/index.html	56
	http://seishinhoken.jp/	57
kyodainokai@yahoo.co.jp	http://www.normanet.ne.jp/kyodai/	58
gso@al-anon.or.jp	http://www.al-anon.or.jp/	59
naranon@sirius.ocn.ne.jp	http://www4.ocn.ne.jp/nar633/	60
office@alzheimer.or.jp	http://www.alzheimer.or.jp/	61
asj@mub.biglobe.ne.jp	http://www.autism.or.jp/	62
jpald@jddnet.jp	http://www.normanet.ne.jp/zenkokld/	63
info@e-club.jp	http://www.e-club.jp/	64
	http://www.as-japan.jp/	65
	http://www.khi-h.com/	66
rouseijim@ngfm.ftbb.net	http://www.rounen.org/	67
d-care@ngfm.ftbb.net	http://www.yume-net.ne.jp/dome/chihocare/index.htm	68
office@alzheimer.or.jp	http://www.alzheimer.or.jp/	69
jald@vesta.ocn.ne.jp	http://wwwsoc.nii.ac.jp/jald/	70
office@jddnet.jp	http://jddnet.jp/	71
	http://www.as-japan.jp/	72
info@e-club.jp	http://www.e-club.jp/	73
info@npo-edge.jp	http://www.npo-edge.jp/	74
jpald@jddnet.jp	http://www.normanet.ne.jp/zenkokld/	75
asj@mub.biglobe.ne.jp	http://www.autism.or.jp/	76
	http://www.khi-h.com/	77
		78
		79
jismd@secretariat.ne.jp	http://www.secretariat.ne.jp/jismd/	80
utu-net@ctime.co.jp	http://www.utu-net.com/	81
	http://www.icptd.jp/	82
NPO@jpdc.or.jp	http://www.jpdc.or.jp/	83
info@sad-net.jp	http://www.sad-net.jp/	84
	http://www8.plala.or.jp/NABA/top.htm	85
		86
		87
jmsas@koto.kpu-m.ac.jp	http://www2.kpu-m.ac.jp/jmsas/jmsastop.html	88
psy@kms.ac.jp		89
	http://www.dansyu-renmei.or.jp/	90
aa-japangso@yahoo.co.jp	http://www.cam.hi-ho.ne.jp/aa-iso/	91
ask@t3.rim.or.jp	http://www.ask.or.jp/	92
gso@al-anon.or.jp	http://homepage3.nifty.com/al-anon/	93

番号	精神保健福祉関係団体等	FAX
94	AKK(アクション問題を考える会)	03-3329-0518
95	日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会	06-6769-1517
96	NA(薬物依存症者本人の集まり)	
97	ナラノンG. S. O(ゼネラルサービスオフィス)	03-5951-3571
	人権について	
98	東京精神医療人権センター	
99	大阪精神医療人権センター	06-6313-0058
100	全国精神医療審査会連絡協議会	03-5232-3309
101	精神障害者社会復帰促進協会(ふつききょう)	06-4791-4895
	精神障害者スポーツについて	
102	日本精神保健福祉連盟 障害者スポーツ推進委員会	03-5232-3309
	精神保健従事者団体懇談会(精従懇)加盟団体	
103	国立精神医療施設長協議会	
104	全国自治体病院協議会 精神科特別部会	03-3261-1845
105	全国精神医療労働組合協議会	075-811-5672
106	全国精神障害者社会復帰施設協会	03-5812-0831
107	全国精神障害者地域生活支援協議会	03-5312-1951
108	全国精神保健福祉センター長会	075-314-0504
109	全国精神保健福祉相談員会	
110	全国保健・医療・福祉心理職能協会	03-5485-1054
111	全日本自治団体労働組合衛生医療評議会	
112	地域精神保健・社会福祉協会	
113	日本作業療法士協会	03-5826-7872
114	日本児童青年精神医学会	075-441-0436
115	日本集団精神療法学会	03-3626-5069
116	日本精神保健福祉士協会(日本PSW協会)	03-5366-2993
117	日本精神科看護技術協会	03-3667-8662
118	日本精神神経学会	03-3814-2992
119	日本総合病院精神医学会	03-5805-3720
120	日本病院・地域精神医学会	03-3351-8030
121	日本臨床心理学会	03-3847-9164
122	日本精神保健看護学会	03-3368-2822

メールアドレス	ホームページ	番号
email@akk-jp.org	http://www.akk-jp.org/	94
	http://www.j-asw.jp/index.htm	95
ike@serenity.or.tv	http://serenity.or.tv/sbs/index.html	96
naranon@sirius.ocn.ne.jp	http://www4.ocn.ne.jp/~nar633/	97
		98
	http://www.psy-iinken-osaka.org/	99
		100
hukikyo@max.hi-ho.ne.jp	http://www.max.hi-ho.ne.jp/hukikyo/	101
		102
		103
info@jmha.or.jp	http://www.jmha.or.jp/dsp/bukai/dsp_bukai.php?type=1	104
zenkoku@seirokyo.com	http://www.seirokyo.com/	105
cava@zenseishakyo.or.jp	http://www.zenseishakyo.or.jp/	106
info@ami.or.jp	http://www.ami.or.jp/	107
tymsht@city.kyoto.jp	http://www.acplan.jp/mhwc/	108
		109
psycho@onyx.dti.ne.jp	http://www.onyx.dti.ne.jp/psycho/	110
		111
		112
	http://www.jaot.or.jp/	113
jde07707@nifty.ne.jp	http://wwwsoc.nii.ac.jp/jscap/	114
jagp@ha.bekkoame.ne.jp	http://www.bekkoame.ne.jp/ha/jagp/	115
office@japsw.or.jp	http://www.japsw.or.jp/	116
	http://www.jpna.or.jp/index.html	117
info@jspn.or.jp	http://www.jspn.or.jp/	118
jsghp@math.biglobe.ne.jp	http://psy.umin.ac.jp/	119
info@byochi.org	http://www.byochi.org/	120
nichirinshin@Yahoo.co.jp	http://www.geocities.jp/nichirinshin/	121
japmhn-post@bunken.co.jp	http://www.japmhn.jp/	122

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、たいへん貴重なご助言をいただきました。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 - 1 5
発行 平成 20 年 3 月

精神保健学の教育資材開発に関する研究

竹島 正

平成 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
分担研究報告書
精神保健学の教育資材開発に関する研究

精神保健教育資材のデザイン面からの評価に関する研究

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 三宅由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
山内貴史（東京大学大学院総合文化研究科）
織田信生（織田デザイン事務所，こころに平和を実行委員会）
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
和田公一（朝日新聞社 医療グループ）
山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨： 全国の精神保健福祉センターで現在用いられている普及啓発資材（ポスター，パンフレット等）について，デザイン面を中心にした評価を行い，効果的でメッセージ力のある資材開発に役立つ情報を得ることを目的に調査を行なった。全国 66 箇所の精神保健福祉センターに資材の提供を依頼し，63 箇所から回答を得て，このうち 59 箇所のセンターから 323 件の紙媒体の資材が収集できた。これらをデザイナー，編集専門家，精神科医が，それぞれデザイン面 3 項目，内容面 2 項目，品質面 1 項目で 4 段階評価し，その合計点を総合評価点とした。また作成にかかわる手順等についてたずねた質問紙の回答内容と総合評価をつき合わせて分析した。資材作成にデザイナー等の専門家が直接かかわったという回答は少なく，図やイラスト，レイアウトなどに関しては印刷業者に依頼するという回答も多かった。総合評価点により全体を 3 分して比較したところ，専門家への依頼の割合は上位群で他の群より多かった。すなわち，よい資材を作るためには専門家の活用が効果的であると考えられた。また，上位群では作成年度が 5 年以上前のものの割合が他群より多く，よいものができることと長く使われることをうかがわせた。工夫や苦労した点等の自由記載のある割合も，上位群で多かった。予算や人手のなさをなげく声もあるが，当事者の会など地域資源を活用して中身を作り上げたという場合も報告されており，これらの情報を共有することが，各地域での効率的な資材作成に役立つものと思われた。現状では各都道府県が個別に努力してよりよい資材を作ろうとしていることが感じられるが，今後はそれらの努力を結集し，共同して研究や開発を行なうことが有効であると考えられた。

A. はじめに

精神保健福祉に関するポスター，パンフレット等の普及啓発資材は，さまざまな地

域や組織団体で作成され，用いられているが，それらの多くは伝えるための工夫が十分にいきわたっておらず，結果として，そ

の効果を十分発揮できていない可能性がある。しかし多くの現場では、資材の品質向上のためにデザイナーや編集者などの専門家に依頼する余裕はなく、担当者の努力や特技などに任されているのが現状であろう。現在までにこのような視点から普及啓発資材を点検する試みはなく、まず既存の普及啓発資材とその作成過程について情報収集を行い、加えて専門家による評価を行って、実態を把握することが必要と思われた。これにより、効果的でメッセージ力のある普及啓発資材の効率的開発に資することが本研究の目的である。

B. 対象と方法

全国 66 箇所の精神保健福祉センターに、調査日現在入手可能な普及啓発資材の提供を求める依頼状とともに、資材の作成にかかる手順の質問紙を送付した。質問紙はそれぞれの資材ごとに、作成年度、作成部数（概数）、作成担当者、専門家の関与の有無、文章、イラスト、デザイン等をどのように決めたかについてたずねた（資料 1）。次に、提供されたポスター、パンフレット等それぞれについて、デザイナー、編集という側面からの専門家として精神保健に詳しいメディア従事者、精神科医各 1 名によって評価を行なった。評価は 4 段階で、デザイン・表現については 5 項目（見やすさ、工夫、特徴の有無、作成意図、分かりやすさ）あり、前半の 3 項目をデザイナーが、後半の 2 項目をメディア従事者が評価し、品質面の 1 項目（情報の品質）については精神科医が評価した（資料 2）。資料 2 では評価票をひとつにまとめてあるが、実際にはそれぞれの評価票は分割されて、それぞれの

専門家が独立に評価を行なった。また、資材に添えられた質問紙は評価者にも閲覧可能な状態であったが、評価者が質問紙の回答内容を見て評価を変えるということにはなかった。

66 箇所の精神保健福祉センターのうち、63 箇所（95.5%）から回答があり、このうち資材を 1 点以上提供してくれたのは 59 箇所であった。今回は紙媒体の 323 件の資材について評価対象とした。専門家による評価に関しては、4 段階評価によいほうから 3, 2, 1, 0 点を与えて、合計点を算出し、総合評価としてその点数を用いた。デザイン・表現と品質の評価を行なっているが、品質面は 1 項目なので、この総合点はデザインを重要視した評価と言える。

C. 結果

1. 質問紙の単純集計

323 件の資材に関する質問紙の単純集計結果を表 1～8 に示した。

作成時期は平成 15 年度以降のものが多いが、それ以前に作成されたものも 34 件あった。最も多いのは前年度に作成されたもので、全体の 32.5%であった（表 1）。作成スタッフは複数という回答が 67.8%を占めた（表 2）。

資材作成に専門家が関わった割合は、デザイナーは 5.6%（表 3）、編集専門家は 2.2%（表 4）と少数であった。しかし、印刷業者の関与が大きいという回答も 38.4%（表 5）に過ぎず、また半数は明確に「いいえ」と回答しているので、業者任せが一般的であるとはいえない。

文章の作成については、担当者が作成したというものが最も多く 57.0%を占め、次

いで所内の専門職に依頼したもの 15.2%であった(表 6)。文章を外部専門家に依頼したという回答は2件で非常に少ない。イラストや写真, 図などの作成については, 印刷所(業者)に依頼したという回答が40.9%で最も多く, 次いで担当者が作成15.8%, 既存資料から引用12.1%であった(表 7)。ここでも外部の専門家に依頼したという回答は10件と少なかった。レイアウト等の決定方法は, スタッフ間で協議して決めたものが44.6%で最も多く, 次いで印刷所(業者)の助言に従ったものが15.5%, 担当者が決定したものが14.2%であった(表 8)。外部専門家への依頼は12件であった。

2. 専門家による評価

表 9~14 に専門家による資材評価の分布を示した。どの項目に関しても「普通」評価が基本となるので, その評価に該当するものが最も多くなった。まずデザイン面では, みやすさで「よい」と評価されたものが12.1%, 「よくない」が0.9%, 工夫が「ある」と評価されたものが22.9%, 「ない」が1.5%, 他のものと違う特徴が「ある」と評価されたものが19.5%, 「ない」が2.2%であった。作成意図の伝わりやすさに関しては, 「よい」が10.2%, 「よくない」が0.6%であり, 利用目的に沿って内容が分かりやすいかに関しては, 「よい」が10.5%, 「よくない」が0.6%となった。最後の情報の品質については, 「よい」が48.6%, 「よくない」というものはなく, 「あまりよくない」も1.2%と少なかった。

3. 評価点の合計による分類

専門家による6項目の評価の合計点の分布を表15に示した。5点から18点(満点)に分布し, 満点を獲得したのは4件であった。この分布から, 全体をほぼ3分するように5~11点の下位群(110件), 12~13点の中間群(135件), 14~18点の上位群(78件)に分類し, 質問紙への回答をクロス集計した。その結果を表16~23に示した。

表16に示すように, 上位群では作成時期が平成14年以前のものが他の群よりかなり多く, また, 不明も他の群よりやや多いが, このことが以下の集計に影響を与えている可能性がある。作成スタッフがひとりか複数かについては, どの群も大差はない(表17)。

デザイナーの直接の関与については, 上位群でその割合が高く, また, 明確に「いいえ」と回答した割合も他の群より低かった。しかし, 不明も他の群より多く, 作成年度が古いものが多いことが影響していると思われた(表18)。編集専門家の関与の有無は, やや上位群で多いものの, デザイナーの関与ほどの差はみられない(表19)。ここでも不明が上位群に多い傾向は変わらない。印刷業者の提案が大きいというものについてもあまり大きな差はないが, 「いいえ」が上位群でやや少なく, 不明および無記入が他の群より多い(表20)。

文章の作成については, 3群であまり大きな差はみられない。下位群に「担当者が作成」がやや多く, 上位群で「所内専門職に依頼」がやや少ない(表21)。外部専門家に依頼したケースはほとんどないので, 群による差をみることはできない。イラストや写真, 図については, 上位群で「外部専門家に依頼」の割合が高く, 下位群では「担

当者が作成」と「既存資料から引用」の割合が高い。しかし、どの群においても「印刷所（業者）に依頼」が最も多いことは同じであり、上位群ではその割合がやや他の群より少ない（表 22）。レイアウト等の決定については、「外部専門家に依頼」と回答したものの大部分は上位群に属するものであった。「印刷所（業者）の助言による」という回答は、下位群で多く、上位群では少なかった（表 23）。

4. 作成にあたっての工夫等の記載

質問紙の最後にその資料を作るに当たって特に苦労や工夫があれば自由記載してもらった。記載があったものは、評価の上位群では 25 件（32.1%）、中位群では 36 件（26.6%）、下位群では 14 件（12.7%）であり、上位群のほうが記載のあった件数の割合が多かった。記載の内容は群によってあまり大きな差はなく、「文字ばかりにならないようにしつつ、内容も充実させるのに苦労した」「専門家や当事者団体、親の会などの協力を得たが、意見調整に苦労した」など、内容の充実に関するもの、「予算削減で評判のよい資料を作れない」「専門家に依頼する予算がない」「専門家に依頼するのにどのくらいかかるのか分からない」など、費用に関するもの、「イラストや図をどのように入手するか」「親しみやすい色彩の工夫」「興味をもってもらえるようレイアウトを工夫」など、デザインに関連するものなどであった。

D. 考察

1. 資料作成の手順等について

資料に添えられた質問紙の回答からは、

限られた予算と人員の中で効果的な資料を作成しようとする努力が読み取れた。現在使われているものでありながら、作成年度はかなり広範囲にわたり、作られた資料が継続して使われていることがわかる。担当者がひとりで作成したというものは 2 割に留まり、複数のスタッフが協力して作成するのが大勢である。専門家への依頼は少ないものの、業者を通じての関与がうかがわれた。中身の文章に関しては担当者が作成するという回答が多く、イラスト、写真、図などは印刷所（業者）に依頼するケースが多い。また所内の専門職や技能者に依頼するという回答も少なくなく、費用をかけずになるべくいいものを作ろうとする努力が現れていると思われた。

2. 専門家による評価について

今回の評価は標準化されたものではなく、デザイナー、精神保健に詳しいメディア従事者、精神科医がそれぞれ独自の判断に基づいて下した評価である。しかし、すべての資料をひとつの側面についてひとりの専門家が評価しているという点では、一貫性は保たれていると考えてよい。全体を通じて、最低の評価点をつけられた資料は少なかった。特に品質面では最低評価はひとつもなかった。すなわち、内容の正確さに疑問のある資料は皆無であった。

評価した 6 側面の評価を合計して総合点とした場合（18 点満点）、その平均点は 12.2 点であり、すべての面で「普通：2」という評価を基本線として評価が行なわれたことを示している。満点の評価を得た資料は 4 件であった。

デザイン面はまず、みやすさ、情報を提

供する際の「余白」の効果的な使用、手にとりやすくするための工夫の有無、そして独自の特徴の有無を中心に評価されている。工夫はあるものの、それが見やすさにつながっていない、という場合もあった。写真などもあまり類型的な、きれいなものが使われてしまうと、かえって没個性的になってしまう場合もみられた。利用対象者へのメッセージ性と、利用目的と内容の整合性からの評価では、対象者が絞り込まれておらず、誰に読んで欲しいのかが分かっていないのではないかと思われるものが問題とされる。たとえば、当事者を対象とするものと、当事者の周辺のサポーターを対象とするものとは、必要な情報が異なる場合も多い。なにを伝えたいのかが明確で、その方法が適切なものに高い評価を与えている。逆に内容が拡散して、メッセージ性があいまいなものは、低い評価とされている。

品質面の評価については、精神保健学的知識の正確さ、利用者への伝わりやすさはもちろんのこと、扱っている精神保健領域のトピックに対する切り口が、今日的な視点を持っているかどうか、考え方が時代遅れとなっていないかどうかなどといった点に注目して行った。作成から時間が経過したパンフレットでは、内容的に間違っていないものの、用語や概念が現在あまり使われていない場合には、比較的低い評価を与えている。他方で、最近の重要な精神保健的トピックを十分に膾炙して、わかりやすく表現・説明したパンフレットに対しては、高い評価を与えている。

3. 総合評価点別にみた質問紙の回答

総合評価点の分布から、全体をほぼ3分

して、質問紙への回答の分布を比較した。評価の上位群では、5年以上前に作成されたものの割合が他群より多かった。これがなぜなのかは分からないが、よいものが「生き残っている」と考えることも可能であろう。担当者がひとりが複数かは、評価とあまり関連していない。

また上位群は他の群と比較して専門家への依頼は多いが、デザイナーや編集専門家がかかわったものであっても、必ずしも評価が高くないものもあった。また、印刷業者の提案が大きく寄与しているという回答はどの群でも4割前後であり、むしろ上位群で多い。つまり印刷業者の提案にしたがって作ってしまうという回答はむしろ少数派であり、評価とはあまり関連していないようである。

文章の作成に関しては、上位群では「無記入」が多く、はっきりとした傾向を見出すことはできない。「担当者が作成」というものが下位群で7割とやや多いことが目立つくらいである。上位群でも担当者が文章を作成したという割合は5割に達している。

イラストや写真、図などに関しては、上位群で専門家に依頼したものの割合が他群より多い。これと逆に、担当者が作成した、および既存資料から引用したというものの割合は下位群で多くなっている。すなわち、評価点ともっとも関連がみられるのがこの項目であった。評価がデザイン面を重視したものであるため当然ともいえるが、やはりよい資料を作るためには専門家の関与が効果的であると思われる。

レイアウト等の決定に関しては、上位群で外部専門家に依頼するという割合が他群より高く、印刷業者の助言、スタッフ間の

協議で決めたものが下位群で多かった。これも上位群で「不明」の割合が多いのではっきりとは分からないものの、専門家の関与は有用であると思われた。

自由記載の「工夫した点、苦勞した点」に記載があった割合も、上位群で多かった。それだけ力が入ったものであったことがうかがわれる。文字ばかりにならないようにしつつ、いかに内容を充実させるかに苦慮した、予算や人手のなさをどのように乗り越えたか、当事者の会など地域資源を活用して中身を作り上げたが意見調整に苦勞した、などであった。これらの情報を共有することは、各地域での効率的な資材作成に役立つものと思われた。

E. 結論

今回の調査を通じて、それぞれの都道府県では、与えられた条件の中でよりよい資材をつくらうという努力が感じられた。しかし、専門家の評価を重ね合わせてみると、よい普及啓発資材の開発にはまだやるべきことが残されていると思われる。この調査に示した6項目の評価を高めることは、ひとつの方策であろう。そのためには、現状では各県で個別に行なわれている努力を生かす方策を考える必要がある。よりよい資材開発のための共同研究の場をもつこと、対象と目的を共通にする資材は都道府県の垣根を越えて共同開発すること、そこにデザイナーやメディア従事者を関与させることなどが考えられる。そのようなことができるような組織をどう立ち上げ、どう運営するかがこれからの課題となる。

F：健康危険情報 なし

G：研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H：知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 作成年度

	度数	%
平成6年度	2	0.6
平成7年度	2	0.6
平成8年度	1	0.3
平成9年度	4	1.2
平成10年度	3	0.9
平成11年度	4	1.2
平成12年度	6	1.9
平成13年度	4	1.2
平成14年度	8	2.5
平成15年度	27	8.4
平成16年度	34	10.5
平成17年度	53	16.4
平成18年度	105	32.5
平成19年度	58	18.0
不明(無記入)	12	3.7
計	323	100.0

表2 担当者

	度数	%
担当者ひとり	70	21.7
複数のスタッフ	219	67.8
不明(無記入)	34	10.5
計	323	100.0

表3 デザイナーに直接依頼

	度数	%
はい	18	5.6
いいえ	229	70.9
不明	48	14.9
無記入	28	8.7
計	323	100.0

表4 編集専門家に直接依頼

	度数	%
はい	7	2.2
いいえ	238	73.7
不明	49	15.2
無記入	29	9.0
計	323	100.0

表5 印刷業者の提案

	度数	%
はい	124	38.4
いいえ	163	50.5
不明	22	6.8
無記入	14	4.3
計	323	100.0

表6 文章の作成

	度数	%
本、雑誌等から引用	2	0.6
外部専門家に依頼	2	0.6
所内専門職に依頼	49	15.2
担当者が作成	184	57.0
その他	37	11.5
無記入	40	12.4
複合	9	2.8
計	323	100.0

表7 イラスト、写真、図の作成

	度数	%
掲載していない	5	1.5
既存資料から引用	39	12.1
外部専門家に依頼	10	3.1
印刷所(業者)に依頼	132	40.9
所内の技能者に依頼	19	5.9
担当者が作成	51	15.8
その他	21	6.5
無記入	36	11.1
複合	10	3.1
計	323	100.0

表8 レイアウト等の決定

	度数	%
既存のものと同様に	15	4.6
外部専門家に依頼	12	3.7
印刷所(業者)の助言	50	15.5
スタッフ間の協議	144	44.6
担当者が決定	46	14.2
その他	12	3.7
無記入	34	10.5
複合	10	3.1
計	323	100.0

表9 デザイン評価1 見やすい

	点	度数	%
よい	3	39	12.1
普通	2	188	58.2
あまりよくない	1	93	28.8
よくない	0	3	0.9
計		323	100.0

表10 デザイン評価2 工夫がある

	点	度数	%
ある	3	74	22.9
普通	2	181	56.0
あまりない	1	63	19.5
ない	0	5	1.5
計		323	100.0

表11 デザイン評価3 特徴がある

	点	度数	%
ある	3	63	19.5
普通	2	201	62.2
あまりない	1	52	16.1
ない	0	7	2.2
計		323	100.0

表12 内容評価1 作成意図が明確

	点	度数	%
よい	3	33	10.2
普通	2	251	77.7
あまりよくない	1	37	11.5
よくない	0	2	0.6
計		323	100.0

表13 内容評価2 わかりやすい

	点	度数	%
よい	3	34	10.5
普通	2	231	71.5
あまりよくない	1	56	17.3
よくない	0	2	0.6
計		323	100.0

表14 内容評価3 情報の品質

	点	度数	%
よい	3	157	48.6
普通	2	162	50.2
あまりよくない	1	4	1.2
計		323	100.0

表15 評価点の合計

	度数	%	累積度数	%
5	2	0.6	2	0.6
6	2	0.6	4	1.2
7	4	1.2	8	2.5
8	7	2.2	15	4.6
9	23	7.1	38	11.8
10	36	11.2	74	22.9
11	36	11.2	110	34.1
12	66	20.4	176	54.5
13	69	21.4	245	75.9
14	29	9.0	274	84.8
15	29	9.0	303	93.8
16	10	3.1	313	96.9
17	6	1.9	319	98.8
18	4	1.2	323	100.0
計	323	100.0		

表 16 評価群別 作成年度の分布

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
平成 14 年以前	9	8.2	11	8.1	14	17.9	34	10.5
平成 15 年	11	10.0	11	8.1	5	6.4	27	8.4
平成 16 年	18	16.4	9	6.7	7	9.0	34	10.5
平成 17 年	18	16.4	23	17.0	12	15.4	53	16.4
平成 18 年	33	30.0	53	39.3	19	24.4	105	32.5
平成 19 年	19	17.3	25	18.5	14	17.9	58	18.0
無記入	2	1.8	3	2.2	7	9.0	12	3.7
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 17 評価群別 作成スタッフ

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
担当者ひとり	22	20.0	35	25.9	13	16.7	70	21.7
複数のスタッフ	74	67.3	91	67.4	54	69.2	219	67.8
不明(無記入)	14	12.7	9	6.7	11	14.1	34	10.5
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 18 評価群別 デザイナーに直接依頼

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
はい	3	2.7	4	3.0	11	14.1	18	5.6
いいえ	86	78.2	102	75.6	41	52.6	229	70.9
不明	11	10.0	18	13.3	19	24.4	48	14.9
無記入	10	9.1	11	8.1	7	9.0	28	8.7
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 19 評価群別 編集専門家に直接依頼

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
はい	2	1.8	3	2.2	2	2.6	7	2.2
いいえ	87	79.1	102	75.6	49	62.8	238	73.7
不明	11	10.0	19	14.1	19	24.4	49	15.2
無記入	10	9.1	11	8.1	8	10.3	29	9.0
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 20 評価群別 印刷業者の提案

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
はい	45	40.9	46	34.1	33	42.3	124	38.4
いいえ	61	55.5	73	54.1	29	37.2	163	50.5
不明	0	0.0	13	9.6	9	11.5	22	6.8
無記入	4	3.6	3	2.2	7	9.0	14	4.3
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 21 評価群別 文章の作成

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
本, 雑誌等から引用	0	0.0	1	0.7	1	1.3	2	0.6
外部専門家に依頼	0	0.0	2	1.5	0	0.0	2	0.6
所内専門職に依頼	19	17.3	23	17.0	7	9.0	49	15.2
担当者が作成	77	70.0	68	50.4	39	50.0	184	57.0
その他	9	8.2	19	14.1	9	11.5	37	11.5
無記入	5	4.5	18	13.3	17	21.8	40	12.4
複合	0	0.0	4	3.0	5	6.4	9	2.8
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 22 評価群別 イラスト, 写真, 図の作成

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
掲載していない	3	2.7	1	0.7	1	1.3	5	1.5
既存資料から引用	23	20.9	12	8.9	4	5.1	39	12.1
外部専門家に依頼	2	1.8	0	0.0	8	10.3	10	3.1
印刷所(業者)に依頼	47	42.7	59	43.7	26	33.3	132	40.9
所内の技能者に依頼	5	4.5	12	8.9	2	2.6	19	5.9
担当者が作成	27	24.5	20	14.8	4	5.1	51	15.8
その他	2	1.8	13	9.6	6	7.7	21	6.5
無記入	1	0.9	14	10.4	21	26.9	36	11.1
複合	0	0.0	4	3.0	6	7.7	10	3.1
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

表 23 評価群別 レイアウト等の決定

	下位群 5～11		中位群 12～13		上位群 14～18		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
既存のものと同様に	4	3.6	7	5.2	4	5.1	15	4.6
外部専門家に依頼	1	0.9	2	1.5	9	11.5	12	3.7
印刷所(業者)の助言	26	23.6	17	12.6	7	9.0	50	15.5
スタッフ間の協議	56	50.9	62	45.9	26	33.3	144	44.6
担当者が決定	17	15.5	22	16.3	7	9.0	46	14.2
その他	3	2.7	7	5.2	2	2.6	12	3.7
無記入	3	2.7	14	10.4	17	21.8	34	10.5
複合	0	0.0	4	3.0	6	7.7	10	3.1
計	110	100.0	135	100.0	78	100.0	323	100.0

資料1 資材作成プロセスに関する質問票

空欄に数字等を書き込むか、該当する選択肢の番号に○をつけてください。

複数に該当する場合は主にあてはまるものひとつに○をしてください。

資料番号 _____ 作成時期 平成 _____ 年度 作成部数 _____ 部 (概数)

作成スタッフは次のどちらですか

1. 担当者1人
2. 所内の複数のスタッフが担当

所外の業者等とのかかわり

- | | | | |
|----------------|-------|--------|-------|
| デザイナーが直接関与している | 1. はい | 2. いいえ | 3. 不明 |
| 編集専門家が直接関与している | 1. はい | 2. いいえ | 3. 不明 |
| 印刷業者の提案や関与が大きい | 1. はい | 2. いいえ | 3. 不明 |

内容の文章はどのように作成しましたか

0. 文章はない
1. 本や雑誌, Web ページから引用した
2. 外部専門家に依頼して書き下ろしてもらった
3. 所内の専門職に依頼して書き下ろしてもらった
4. 担当者が資料等を参考に作成した
5. その他 具体的に _____

内容のイラストや写真, 図などはどのように作成しましたか

0. 掲載していない
1. 既存の資料から引用した
2. 外部専門家に依頼した
3. 印刷所(業者)に依頼した
4. 所内で技能をもつ者に依頼した
5. 担当者が作成した
6. その他 具体的に _____

内容のレイアウトなどはどのように決定しましたか

1. 既存のものと同様にした
2. 外部専門家に依頼してデザインしてもらった
3. 印刷所(業者)の助言に従った
4. スタッフ間の協議で決定した
5. 担当者が決定した
6. その他 具体的に _____

この資材を作るにあたって特に苦労したり, 工夫したりしたことがあればお書きください

資料2

ポスターパンフレット等評価票 —1—

デザイン・表現 1

都道府県政令市番号_____ 資料番号_____.

1 : 見やすい

文章、絵、写真などの配置（レイアウト）、文字の大きさなど、視覚的な面が考慮されている。

1. よい 2. 普通 3. あまりよくない 4. よくない

2 : 工夫が見られる

わかりやすく伝える、興味を持ってもらうようにするための積極的なアイデアがある。

1. ある 2. 普通 3. あまりない 4. ない

3 : 特徴がある

文章、絵、図、写真などの表現に、他のものとの違いが感じられる。

1. ある 2. 普通 3. あまりない 4. ない

ポスターパンフレット等評価票 —2—

デザイン・表現 2

都道府県政令市番号_____ 資料番号_____.

1 : 作成意図

資料の利用対象者へのメッセージ性が高い。

1. よい 2. 普通 3. あまりよくない 4. よくない

2 : わかりやすい

利用目的に対して、文章の内容、図などが適切である。

1. よい 2. 普通 3. あまりよくない 4. よくない

ポスターパンフレット等評価票 —3—

品質

都道府県政令市番号_____ 資料番号_____.

3 : 情報の品質

利用目的に対して、提供されている情報の品質がよい。

1. よい 2. 普通 3. あまりよくない 4. よくない

平成 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「精神保健学の教育資材開発に関する研究」

分担研究報告書

精神障害者の芸術活動支援の概要調査

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部）

研究協力者 河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部）

三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部）

研究要旨：「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では国民意識の変革を目標の一つに掲げており、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る取り組みの支援を重点施策としている。精神障害に関する普及啓発を推進する方法として、精神障害者の芸術活動を支援する活動が挙げられる。本研究では芸術活動支援の現状を把握することを目的に、都道府県および政令指定都市を対象に、質問紙調査を実施した。調査では、精神障害者として絵画・造形表現等の作品を出展できる、平成 19 年度開催の展覧会について、各自治体が把握している情報を、全国規模、自治体規模のそれぞれで挙げてもらった。さらに、地域で芸術活動の支援を行っている組織・団体・個人の情報、および「全国こころの美術展」の中断に関して、当事者等から聞いた意見の内容を尋ねた。60 の自治体から回答があり、回答率は 94%だった。精神障害者を対象とした芸術作品の展覧会の情報の平均件数は、全国規模が 0.34 件、自治体規模が 1.14 件で、全国規模については、0 件の自治体が大半を占めた。国が主催または後援している全国規模の展覧会は 3 件あったが、情報を把握している自治体はいずれも 10%以下だった。地域の芸術活動支援者の情報も、大半の自治体が把握していないと回答したが、4 件を報告した自治体もあった。「全国こころの美術展」の中断に関しては、6 自治体が回答しており、そのうち 2 自治体が当事者等から再開を希望する意見を聞いた経験を報告した。精神障害者を対象とした芸術作品の展覧会について自治体が把握する情報は、全般的に少ないといえよう。特に全国規模の展覧会については情報が十分に共有されておらず、情報の伝達や保持の方法を改善することが必要である。精神障害者の芸術活動は「改革ビジョン」に示された国民意識の改革に寄与するものであり、展覧会や活動支援者の情報を活用して芸術活動の支援を活性化し、重要な作品を保存収集して啓発活動に活用していく取組が求められる。

A. 目的

平成 16 年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、国民意識の変革を目標

の一つに掲げている。この目標のために、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援することが、当面の重点施策として挙げられている。

普及啓発の実をあげる方法の一つとしては、絵画等、精神障害者の芸術活動の支援を行い、制作された作品等を展覧会、発表会等で紹介し、作品を介して精神障害者への理解を深めることが考えられる。精神障害者の芸術活動を通して普及啓発を効果的に推進するためには、芸術活動支援と普及啓発の連携のあり方を検討する必要がある。本研究では、検討のための情報を得るため、手始めに精神障害者の芸術活動支援の現状を把握することを目的に、都道府県および政令指定都市を対象に、質問紙調査を実施した。

B. 方法

1. 対象

調査は平成 19 年 11 月に、すべての都道府県（47 自治体）および政令指定都市（17 自治体）の計 64 自治体を対象に実施した。各自治体の精神保健福祉主管課に、調査票（資料 1）を郵送し、43 都道府県、17 政令指定都市の計 60 自治体から回答を得た（回答率 94%）。全国を 6 地域に分割すると、回答のあった自治体数は、北海道・東北 8、関東 11、中部 12、近畿 10、中国・四国 10、九州 9 であった。

2. 調査項目

調査票は、3 つの設問からなり、内容は以下の通りであった。

設問 1 では、精神障害者として絵画・造形表現等の作品を出展できる、平成 19 年度開催の展覧会について、自治体が開催の情報を把握しているものを挙げ、名称、主催者、実施規模、および出展の対象について回答することを求めた。募集対象の範囲が 1) 国内全域または当該自治体より広域の

もの（以下、全国規模という）と、2) 自治体全域または自治体内の広域のもの（以下、自治体規模という）に分けて尋ねた。

設問 2 では、精神障害者の絵画・造形等の表現活動を地域で支援している組織・団体について、自治体が情報を把握しているものを挙げ、名称、活動内容、および研究班への紹介の可能性について回答することを求めた。

設問 3 では、全国精神障害者家族会連合会（全家連）によって開催されてきた「全国こころの美術展」の中断に関して、当事者、家族、支援者等から聞いた意見の内容を尋ねた。

3. 集計

設問 1 は、募集対象の範囲ごとに、挙げられた展覧会の件数を、全体で、また地域別に集計した。さらに、複数の自治体が挙げ、名称や主催者から同一と考えられる展覧会を特定し、実件数を算出した上で、実施規模および出展の対象について集計した（政令指定都市の場合、市域より広いが所属する道府県を超えない地域を対象とした展覧会は、全国規模として回答されるが、所属道府県はこれを自治体規模として回答するため、この集計に限り自治体規模として統一的に扱った）。全国規模の展覧会については、国が主催、共催、または後援している（以下、国が関与しているという）ものを特定し、その情報が各自治体に把握されているかどうかを集計した。

設問 2 は、挙げられた活動支援者の数を、全体で、また地域別に集計した。さらに、複数の自治体が挙げ、名称から同一と考えられる活動支援者を特定し、実件数を算出した上で、活動内容および紹介可能性につ

いて集計した。

設問3は、回答の内容を当事者等の意見の主旨に基づいて相互排他的に分類し、件数を示した。当事者等の意見とは別に、特段の記述があった場合には、主旨が同様のものを一括し、適切に一般化した上で内容を示した。

(倫理面への配慮)

本研究は、自治体を対象に実施した、芸術活動支援の情報に関する調査であり、個人を扱ったものではない。ただし、設問2では活動支援者として個人名が回答されることがあり、また設問3では当事者等の意見が回答される。これらには公開されることを想定していないものが含まれており、返送された調査票およびデータファイルは、許可を有しない者が接触できないように取り扱った。

展覧会や主催者の名称などは、すでにすべて公開されていると考えられるが、全国からの問い合わせ等を想定していない小規模の民間の組織・団体が、展覧会を運営したり芸術活動の支援を行ったりしている場合が考えられる。したがって、国が関与している展覧会およびその主催者の名称を除き、本報告書その他の成果発表において、個別の人物、組織・団体、および会合(展覧会等)の名称、ならびにこれらによる言論(意見等)は公表しない。

C. 結果

1. 展覧会の情報

1) 全国規模

全国規模の展覧会の情報は、回答のあった自治体全体で平均0.34件(標準偏差0.86)把握されていた。4分の3を超える47自治

体は、情報を1件も有していなかった(図1)。地域別には、中部地方が最も多くの情報を有していたが、平均件数は0.20から0.50までの範囲に分布し、いずれの地域でも0件の自治体が過半数を占めた(図2)。

名称や主催者の情報を基に重複を除いた、展覧会の実件数は10件であった。実施規模は、全国が5件(50%)、国内の広域が5件(50%)であった。出展の対象は、精神障害者に限ったものは1件(8%)のみで、そのほかは精神、身体、および知的の3障害が5件(50%)、3障害およびその他の対象者が4件(40%)であった。その他の対象者としては、障害者を含むグループ、関係者が挙げられており、このほか、障害の有無を問わないという内容もあった。なお精神障害者のみを対象としている1件は、国内全域ではなく、国内の広域を対象に開催されていた。

10件の展覧会の中には、当該自治体以外の地域から応募可能であるが、実態としてはほぼ自治体規模で開催されていると思われるものが3件あった。残る7件のうち、国が関与している展覧会は3件、そうでないものは4件(国内全域1件、国内の広域3件)であった。国が関与している3件の展覧会について、各々の概要および各自治体の情報の把握状況について以下に示す。

「第7回全国障害者芸術・文化祭ながさき大会」(主催:厚生労働省、長崎県、大村市)を挙げたのは6自治体(10%)だった。同大会は国内各地を巡回して開催されており、厚生労働省および開催地の自治体(毎回異なる)が主催している。作品は文芸、美術、および舞台芸術の3部門で募集しており、作品展示・発表以外の多様なイベン

トとともに、全国の障害者が参加して3日間開催される。

「第12回NHKハート展」(主催: NHK、NHK厚生文化事業団、NHKサービスセンター、全国社会福祉協議会/後援: 内閣府障害者施策推進本部)を挙げたのは3自治体(5%)だった。同展はNHKが展開する福祉キャンペーン「NHKハート・プロジェクト」の中核イベントとして開催されており、障害者が綴った詩に、著名人や芸術家がそれぞれに応じて創作した芸術作品を組み合わせて発表する形式をとっている。入選した作品は、東京を皮切りに、約1年かけて全国を巡回しながら各地で展示される。

「第42回NHK障害福祉賞」(主催: NHK、NHK厚生文化事業団/後援: 厚生労働省、文部科学省ほか)を挙げたのは1自治体(2%)だった。同賞は、障害者やその支援者が自らの体験や実践を綴った記録に対して贈られるもので、全国から募集している。入選作品は作品集として関係各方面に配布し、NHKの放送や出版物で使用している。

2) 自治体規模

自治体規模の展覧会の情報は、回答のあった自治体全体で平均1.14件(標準偏差1.14)把握されていた。有している情報の件数は1件が最も多く(27自治体)、0~2件が9割以上を占めた(図3)。地域別に情報件数の分布を検討すると、多くの情報を有する自治体が関東地方で多かったが(2件以上が45%で最も高率)、平均件数は0.75から1.50までの範囲に分布し、7件の情報を有する自治体があった近畿地方が最多だった(図4)。

名称や主催者の情報を基に重複を除いた、展覧会の実件数は65件であった。実施規模

は、自治体全域が41件(63%)、自治体内の広域が16件(25%)、その他が8件(12%)であった。その他の規模としては、政令指定都市が所属する道府県、都道府県内の単一市町村、政令指定都市内の単一行政区、当該自治体の出身者が挙げられた。出展の対象は、精神障害者に限ったものが31件(48%)で最も多く、3障害が27件(42%)でこれに次いだ。このほか、少数ながら3障害およびその他(6件、9%)、精神障害およびその他(1件、2%)を対象としたものがあった。その他の対象者としては、障害者の家族、展覧会の趣旨に賛同する芸術家、高齢者、難病を有する者、療養者が挙げられた。

2. 活動支援者の情報

活動支援者の情報は、回答のあった自治体全体で平均0.27件(標準偏差0.83)把握されていた。51自治体(85%)は情報を1件も有していなかった(図5)。地域別には、関東および中国・四国地方の各1自治体が最多の4件の情報を有していたが、いずれの地域でも0件の自治体が大半を占めた(図6)。

重複と思われる回答はなく、活動支援者の実件数は16件であった。そのうち14件が研究班への紹介が可能とされていた。活動の内容(複数回答)は、調査票に選択肢として特定された5つの内容の中では、作品の販売が10件(63%)、作品を用いた葉書・カレンダー等の制作が9件(56%)で多く、展覧会の開催が4件(25%)で最も少なかった(表1)。その他の内容(13件、81%)としては、コーラスコンクールの開催、ワークショップの随時開催、精神障害者のためのギャラリーの企画・運営が挙げ

られた。

3. 「全国こころの美術展」 中断への意見

「全国こころの美術展」 中断に対する当事者等の意見については、6 自治体（10%）が何らかの回答をした。このうち、当事者等が同展の再開を希望したり、開催を毎回待ち望んでいたり、同展に対する当事者等の肯定的な意見を聞いた経験を報告した回答は 2 件だった。当事者等から意見を聞いた経験がないとの回答は 2 件、意見を聞いた経験に触れない回答は 2 件だった。当事者等の意見とは別の記述としては、回答者ないしは自治体主管課が再開を希望する旨が 2 件、全家連以外の団体による再開の可能性の検討を提案する旨が 1 件あった。

D. 考察

本研究では、精神障害者の芸術活動支援について、展覧会の開催状況を中心に、自治体を対象とした実態調査を行った。展覧会は全国規模と自治体規模に分けて調査したが、多くの自治体が地元の自治体規模の展覧会について何らかの情報を把握しているのに対し、全国規模の展覧会について把握している自治体は少なかった。

全国規模の展覧会に関する情報は、地域によって平均件数に最大 2.5 倍の開きがあったが、件数の分布を考慮すると、0 件が過半数を占め、これは各地域に共通する一方、5 件を回答した自治体もあり、一貫した地域差というよりは件数の多い自治体に強く影響された結果と考えられる。

全国規模の展覧会 10 件のうち、5 件は国内全域を対象としており、さらにその中の 3 件は国が主催または後援していた。これらの展覧会（特に国が主催の「第 7 回全国

障害者芸術・文化祭ながさき大会」）は、各自治体に周知されていると思われるが、これらを挙げた自治体は少数であり、情報が自治体間で十分に共有されていないことが示唆された。本調査からは、主催者が情報を発信し、自治体がそれを受信し、整理・保持する過程のどの段階がこれに影響しているのかを明らかにすることはできないが、全国規模の展覧会は自治体規模の展覧会と異なり、自治体が自ら主催者等になることが少ないため、情報が共有されにくい可能性は考えられる。各自治体が情報を十分に把握するために必要なことが、今後検討されなければならない。

自治体規模の展覧会に関する情報は、地域による平均件数の開きが最大 2.0 倍と、全国規模のそれに比して小さいものの、件数が広く分布していることもあり、地域による差の傾向が若干認められた。しかし、平均件数が関東地方や近畿地方といった都市部で多いことから、人口などの地域特性によって必要とされる、ないしは実現可能な開催件数が異なることが考えられる。

自治体規模では、精神障害者のみを出席の対象としている展覧会が半数近くを占め、1 件のみだった全国規模とは大きく異なっていた。全国規模で実施する場合は、主催者の事務作業も膨大になると考えられるため、精神障害者のみを対象とするよりは、むしろ大規模な組織が主催・共催して、3 障害を統一した総合的なイベントを盛大に開催するほうが有意義との判断が働くのかもしれない。しかし自治体規模の場合は、精神障害者の芸術活動の支援者や、精神障害に関連して地域で普及啓発や当事者の支援などを行っている団体が中心となり、対

象を拡げるよりは精神障害者を中心としたほうが、展覧会を開催しやすい可能性がある。

活動支援者の情報は、0 件の自治体が過半数を占める一方、4 件を回答した自治体もあった。このような情報は展覧会の情報と異なり、自治体に自然に入ってくる情報である。件数の多い自治体では、入ってきた情報を保存したり、自ら収集したりしているのかもしれない。また、地域の活動支援者と日常的に連絡し、協力していることも考えられる。こうした自治体が、活動支援者の情報をどのように把握し、活用しているのか、またそうすることで芸術活動支援が活発になるなどの効果はあるのか、調査することも必要である。

「全国こころの美術展」中断に対する当事者等の意見は、回答率が低かったが、同展の再開を希望している当事者等がいることが確認された。開催を毎回待ち望んでいたとの意見も報告され、精神障害者が前向きに生活するのに同展が一定の役割を果たしていたことが示唆される。本調査の結果が示すように、精神障害者を対象とした全国規模の展覧会は同展以外にも開催されているが、ほかの展覧会が同展と同様の役割を果たすことができるのかどうかは明らかではない。しかし、同展のように精神障害者のみを対象とし、国内全域で開催されている展覧会は本調査で挙げられなかったことから、精神障害者のみを対象とすることで、例えば参加者の交流が活発になるなどの特別な価値が生じ、同展がそのような機会を提供するほとんど唯一の展覧会だった可能性もある。精神障害者の芸術活動の推進は「改革ビジョン」に示された国民意識

の改革に寄与すると共に、精神障害者の持つ豊かな可能性を開いていく可能性がある。

「全国こころの美術展」は中止となったが、精神障害者の芸術活動を活性化し、病院などに公開されずに多く残されていると思われる重要な作品を保存収集して啓発活動に活用していく取組が求められており、そのニーズに対応していく必要がある。

E. 結論

精神障害者を対象とした芸術作品の展覧会について自治体が把握する情報は、全般的に少なかった。特に全国規模の展覧会については情報が十分に共有されておらず、情報の伝達や保持の方法を検討し、自治体が情報を十分に把握しておくことができるようにすることが必要である。精神障害者の芸術活動は「改革ビジョン」に示された国民意識の改革に寄与するものであり、展覧会や活動支援者の情報を活用して芸術活動の支援を活性化し、重要な作品を保存収集して啓発活動に活用していく取組が求められる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

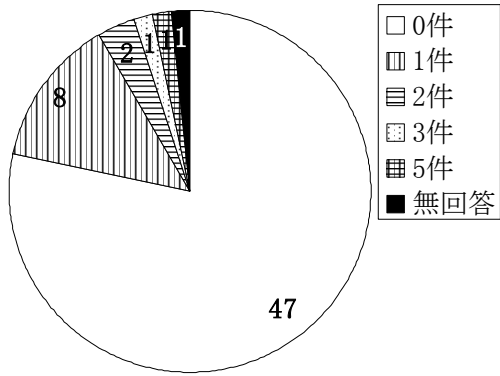


図1 全国規模の展覧会の情報件数
(グラフ内の数字は自治体の実数)

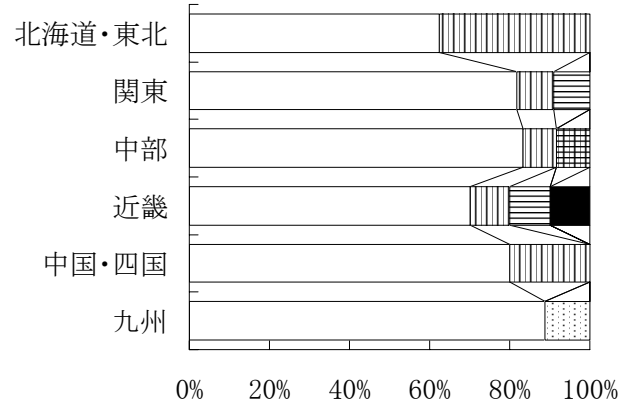


図2 全国規模の展覧会の情報件数 (地域別)

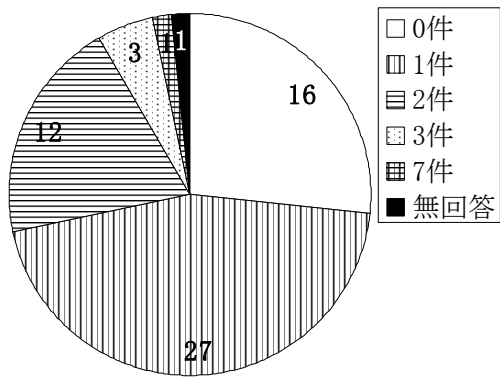


図3 自治体規模の展覧会の情報件数
(グラフ内の数字は自治体の実数)

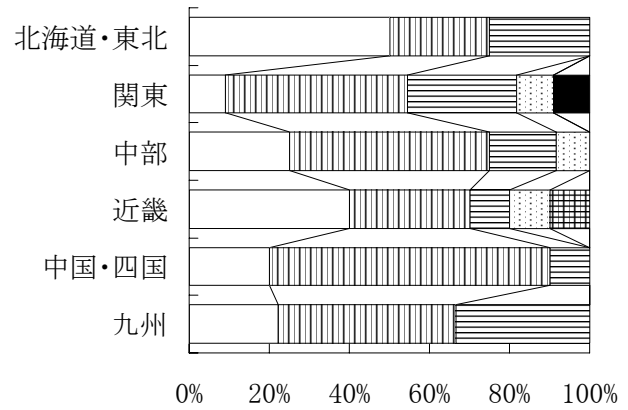


図4 自治体規模の展覧会の情報件数 (地域別)

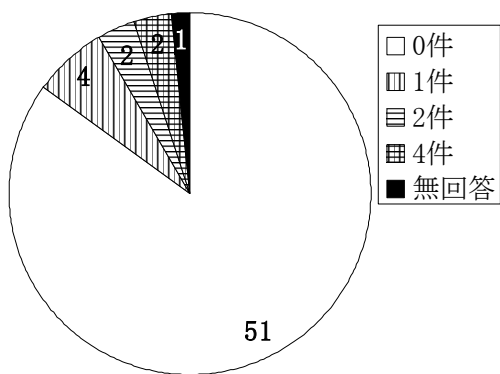


図5 芸術活動の支援者の情報件数
(グラフ内の数字は自治体の実数)

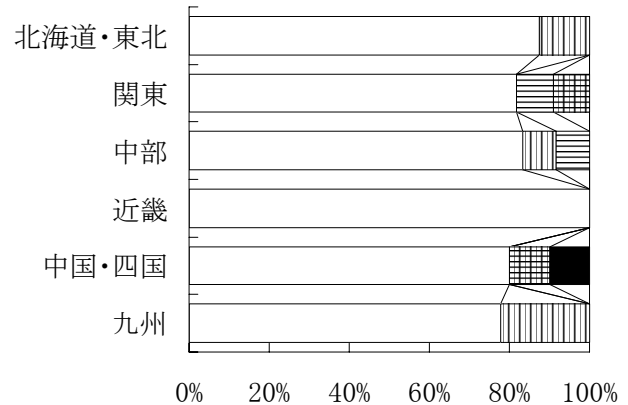


図6 芸術活動の支援者の情報件数 (地域別)

表1 芸術活動の支援者が取り組んでいる活動の内容 (n=16)

活動内容	件数
制作の助言・指導	6件 (38%)
制作の場の提供	7件 (44%)
展覧会の開催	4件 (25%)
作品の販売	10件 (63%)
作品を用いた葉書・ カレンダー等の制作	9件 (56%)
その他	13件 (81%)

資料 1

精神障害者の芸術活動の支援の概要調査

1. 19年度に開催された、あるいは情報のあった展覧会についてお聞きします。

1) 貴都道府県・政令指定市(以下、貴県という)に、全国規模あるいは貴県より広域を対象とした、精神障害者として絵画・造形表現等の作品を出展できる展覧会の案内はありましたか。

1. はい

2. いいえ

「はい」とお答えいただいた場合は、以下の点について、その詳細のご記入をお願いいたします。

1) 展覧会の名称：具体的に記載してください

2) 展覧会の主催者：具体的に記載してください

3) 展覧会の規模：該当するものに をつけてください

4) 出展の対象範囲：該当するものすべてに をつけてください

1) 展覧会名称	2) 主催者	3) 規模	4) 出展の対象
		1. 全国 2. 広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 全国 2. 広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 全国 2. 広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 全国 2. 広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 全国 2. 広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()

なお、展覧会の詳細な情報の得られるパンフレットなどがございましたら、コピーを添付していただけますようお願い申し上げます。

2) 貴県では、県域もしくは、貴県内の広域を対象として、精神障害者として絵画・造形表現等の作品を出展できる展覧会は開催されていますか。

1. はい 2. いいえ

「はい」とお答えいただいた場合は、以下の点について、その詳細のご記入をお願いいたします。

- 1) 展覧会の名称：具体的に記載してください
- 2) 展覧会の主催者：具体的に記載してください
- 3) 展覧会の規模：該当する番号に をつけてください
- 4) 出展の対象範囲：該当する番号すべてに をつけてください

1) 展覧会名称	2) 主催者	3) 規模	4) 出展の対象
		1. 県域 2. 県内の広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 県域 2. 県内の広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 県域 2. 県内の広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 県域 2. 県内の広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()
		1. 県域 2. 県内の広域 3. その他 ()	1. 精神障害 2. 身体障害 3. 知的障害 4. その他()

なお、展覧会の詳細な情報の得られるパンフレットなどがございましたら、コピーを添付していただけますようお願い申し上げます。

2. 貴県において、精神障害者の絵画・造形等の表現活動の支援を目的として地域で活動している組織・団体の情報はありますか。

1. はい

2. いいえ

「はい」とお答えいただいた場合は、以下の点について、その詳細のご記入をお願いします。

- 1) 組織・団体の名称：具体的に記載してください
- 2) 活動の内容：該当するものすべての番号に をつけてください
- 3) 紹介可能性：本研究を担当する研究者がヒアリング調査をする場合、貴県から紹介をお願いしますでしょうか。該当する番号に をつけてください

1) 組織・団体・個人の名称	2) 活動の内容	3) の紹介可能性
	1. 制作の助言・指導 2. 制作の場の提供 3. 展覧会の開催 4. 作品の販売 5. 作品を使用した葉書・カレンダーなどの制作 6. その他()	1. 紹介できる 2. 紹介できない
	1. 制作の助言・指導 2. 制作の場の提供 3. 展覧会の開催 4. 作品の販売 5. 作品を使用した葉書・カレンダーなどの制作 6. その他()	1. 紹介できる 2. 紹介できない
	1. 制作の助言・指導 2. 制作の場の提供 3. 展覧会の開催 4. 作品の販売 5. 作品を使用した葉書・カレンダーなどの制作 6. その他()	1. 紹介できる 2. 紹介できない
	1. 制作の助言・指導 2. 制作の場の提供 3. 展覧会の開催 4. 作品の販売 5. 作品を使用した葉書・カレンダーなどの制作 6. その他()	1. 紹介できる 2. 紹介できない

3. 精神疾患をもつ人たちの絵画の公募展「全国こころの美術展」は全国精神障害者家族会連合会(全家連)等によって開催されてきましたが、現在中断されております。このことについて、当事者、家族、支援者等の意見を聞かれたことがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

平成 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」

分担研究報告書

精神保健学の教育資材開発に関する研究

研究協力報告書

欧米におけるアウトサイダー・アートの歴史と評価の特質

研究協力者 服部 正（兵庫県立美術館学芸員）

研究要旨：アウトサイダー・アートとは、正規の美術教育を受けていない人が制作した美術のことである。それは、障害のある人の制作する美術と必ずしもイコールではないが、その作り手には精神障害をもつ人が多く含まれている。その理由は、アウトサイダー・アートの歴史にある。

最初にアウトサイダー・アートに注目したのは、19 世紀後半のヨーロッパの精神科医たちだった。彼らは、診断の役に立つのではないかと考え、患者が描く絵に注目したのである。彼らの作品に対する評価は、必ずしも肯定的なものばかりではなかったが、1920 年代に入ると、彼らの著作物を通じて前衛的な芸術家達が関心をもつようになり、急速に美術界で注目を集めるようになった。戦後になると、芸術家やコレクターによる大規模な収集が始まり、作品の範囲は精神障害のある人だけでなく、独学自修の芸術家達の作品へと広がっていった。現在では、アウトサイダー・アートを専門に取り扱う美術館や画廊、コレクターや雑誌などがある。

アウトサイダー・アートとは何かを定義することは難しいが、アウトサイダー・アートに注目する人々の審美眼や美学の基準となっているのは、20 世紀前半に精神科の医師たちが紹介した古典的な作品である。現代のアウトサイダー・アートの愛好家達は、19 世紀末から 20 世紀の前半にかけて、欧米の精神科の病院で制作された作品群を基準として、何がアウトサイダー・アートに含まれるかを判断しているのである。

日本では、アウトサイダー・アートに対する関心が高まるのが欧米に比べて遅く、ようやく 1990 年代に入ってからのことである。日本では、精神障害のある人が制作した作品に関する情報が少なく、どちらかという知覚障害に関する施設や機関の関係者が中心となって、創作活動の振興と啓発を行ってきた。歴史的に、日本では障害のある人の作品に対する美術関係者の関心が低く、福祉の関係者は美術の概念や枠組みからは比較的自由的な活動を展開することができた。それは、美術の領域で古くから注目され、美術の枠組みの中で展開してきた欧米のアウトサイダー・アートとは好対照である。日本の場合は、美術と障害者福祉を混合した中間地点に、欧米とは異なる独自のアウトサイダー・アート文化ともいべきものを構築できる可能性がある。

近年、アウトサイダー・アートに対する関心が急速に高まっている。アウトサイダー・アートとは、美術大学などで正規の美術教育を受けていない人が制作した美術作品を指す言葉である。アウトサイダー・アートについては、障害のある人が制作した美術であるという誤解が一部にある。しかし、炭坑内で働いている時に突如として神の啓示を受け、35歳にして絵を描き始めたオーギュスタン・ルサージュ（1876 - 1954）や、交霊術に関心を持ち、神との対話のプロセスを絵画のように表現していたロール・ピジョン（1882 - 1965）など、障害とは無縁の作り手も少なくない。アウトサイダー・アートが「障害者アート」と同義だという誤解は、作り手の中に精神障害のある人が多く含まれているからだ。その理由は、アウトサイダー・アートの出自にある。まずはその歴史を振り返っておこう。

最初にアウトサイダー・アートに関心を示したのは、19世紀中頃のヨーロッパの精神科医たちだった。彼らは、日頃接している患者の中に風変わりな絵を描く人がいることに注目し、それを患者の診断に利用できないかと考えたのである。その最初期の例は、イタリアの精神科医で犯罪人類学の創始者のひとりとされるチェーザレ・ロンブローゾ（1835 - 1909）である。しかし、それらの作品に対するロンブローゾの評価は、決して肯定的なものではなかった。1864年に出版した『天才と狂気（Genio e Follia）』のなかで、ロンブローゾは精神障害のある人が制作した作品を、「無益さ」や「不合理」など13種類の特徴に分類した。そこに見られる作品への言及は、「細部にこだわりすぎて、せつかくの絵をグロテスクなものにしてしまう」といったやや軽蔑的なものである。だが1964年といえば、クロード・モネやオーギュスト・ルノワールらによる印象派が画壇に登場するよりも10年ほど前の話である。当時の一般的な美学からすれば、ロンブローゾが精神障害のある人の作品に芸術的価値を見出せなかったのは仕方のないことかもしれない。

作品に対する評価が肯定へと転じるのは、20世紀に入ってからだ。フランスの精神科医で劇作家、詩人でもあったポール・ガストン・ミュニエ（1873-1957）は、1907年にマルセル・レジャというペンネームで『狂人の芸術（L'art chez les fous）』という書籍を出版した。これは、精神障害のある人の作品を芸術的観点から取り上げた最初の本である。ミュニエ＝レジャは、「このユニークな分野を理解するためには、美について私たちが持っている習慣的な考え方を取り除く必要がある」として、常識にとらわれない自由な視点の必要性を説いたり、「考えや経験が新奇なものなら、それを伝えるのに新奇な表現を用いるのはむしろ当然のことだ」と述べて彼らの作品の斬新さを評価するなど、現在のアウトサイダー・アートに対する理解とほぼ同じような評価の方向性を示している。

とはいえ、20世紀初頭においてアウトサイダー・アートに対する評価が肯定的なものばかりだったというわけではない。イギリスの日刊紙『デイリー・ミラー』は、ベツレム王立病院で開催された患者たちの作品展を1913年8月9日付けの紙面で取り上げ、「狂人の施設の住人が描いた奇妙な絵。これは立体派の画家たちの作品より芸術的だろうか」と紹介した。ここでは、前衛的な作風で当時まだ理解者も少なかったパブロ・ピカソら立体派の作品と、精神障害のある人の作品が比較されている。この記事の書き手は、立体派の作品

を非難するための手がかりとして、精神障害のある人の作品を引き合いに出したのである。

この新聞の論調は、ピカソら立体派の絵画は精神科の病院で描かれるものとよく似ており、立体派の画家たちはすべて精神科の病院に入るべきだというものである。つまりこれは、古い時代の保守的な美術を擁護する目的で書かれたものといえるだろう。たしかにここには、精神障害のある人の作品に対する軽蔑的な考え方が表明されている。だがその一方で、作品が同時代の美術と比較検討されていることは重要だ。この頃から、精神障害のある人の作品は美術作品であるということが当然の前提として受け入れられ、医学分野の問題というよりは美術の領域における問題として取り扱われるようになってきているのである。

精神医学の問題から美術の問題への関心の移行において決定的な役割を果たしたのは、ヴァルター・モルゲンターラー（1882-1965）とハンス・プリンツホルン（1886-1933）というふたりの精神科医だった。彼らはともに、1920年代前半に出版した著作によって、精神障害のある人の作品を美術の世界に橋渡しする重要な役割を担ったのである。

スイスのベルン近郊のヴァルダウ精神病院に勤務していたモルゲンターラーは、そこに入院していたアドルフ・ヴェルフリ（1864-1930）の作品に関心をもち、彼の生涯や作品を紹介する本『芸術家としての精神病患者（Geisteskranker als Künstler）』を1921年に出版した。ひとりの芸術家の人生と作品を紹介する本は一般にモノグラフと呼ばれる。通常それは、社会的地位や名声を獲得した芸術家について書かれるものである。モルゲンターラーがヴェルフリのモノグラフを出版した時点で、ヴェルフリは精神科の病院で生活する無名の人物だった。しかしモルゲンターラーは、ヴェルフリをすでに認められた芸術家であるかのように扱い、確信犯的にその作品に芸術的な価値があるという前提に立って論を進めたのである。この本を通じて、ヴェルフリの作品は人々に知られるようになり、ベルンやパリの画廊で作品が展示されたり、作品を買い求める人が現れるようになった。こうして現在では、ヴェルフリは最も有名なアウトサイダー・アートの芸術家のひとりとして、日本語を含めて各国語で作品集が出版され、ベルン美術館に専用の記念室をもつほどの大家となった。

一方のプリンツホルンは、ヨーロッパ各地の精神科の病院で制作された作品を収集し、それを体系的に紹介した本によって大きな影響を与えた。ドイツのハイデルベルク大学の付属病院に勤めていたプリンツホルンは、1919年から1922年にかけてヨーロッパ各地の病院に手紙を送り、「単に手本を真似たものではない」作品、「健康なときに制作したものに似ていない」作品の収集に協力するよう依頼した。こうして約4000点の作品を集めた彼は、1922年にそれらを多数の図版とともに紹介する大著『精神病患者の創造（Bildnerie der Geisteskranken）』を出版した。この本は、たちまち前衛的な美術家たちの間で話題となり、パリのいくつかの画廊で精神障害のある人の作品展が開催されるほどであった。プリンツホルンは、以前に美学を学んでいた経験があり、当時の前衛的な美術にも理解があった。「ロンブローゾの仕事のせいで、作品の魅力的な質の高さが覆い隠されてしまった」と語るプリンツホルンは、精神障害のある人の作品に芸術性があるということを当然の前提と

して受け入れていた。そうしたプリンツホルンの姿勢が多くの芸術家たちの共感呼び、本の中で取り上げられた作家や作品は急速に美術の世界に受け入れられていった。それはすなわち、1920年代になって、その時代の美学が精神障害のある人たちの作品の斬新さに追いついたのだと見ることもできるだろう。

モルゲンターラーやプリンツホルンの本に熱狂したのは、アンドレ・ブルトンやマックス・エルンストやパウル・クレーなど、超現実主義や抽象美術の芸術家たちであった。そのなかで最も熱心だったのは、戦後にフランスを代表する美術家のひとりとなるジャン・デュビュッフェ(1901-1985)である。戦時中は、アウトサイダー・アートに対する関心が一時的に下火になるものの、戦後になるとそれはすぐに復活する。とりわけデュビュッフェは、それらの作品に「アール・ブリュット(art brut、生の芸術)」という名前を付け、1948年にはアンドレ・ブルトンらとアール・ブリュット協会を設立して作品の調査、収集、展示などの活動を行った。それらの作品は、デュビュッフェがアール・ブリュットと名付けるまで、プリンツホルンら精神科の医師たちによって最初に紹介されたという経緯もあって、フランス語圏では「精神医学の芸術(art psychiatrique)」などと呼ばれることが多かった。しかしデュビュッフェは、「狂人の美術だけではなく、より広い意味で通常美術界とは無縁の人たちが作った作品」へと射程を広げたいという思いもあって、アール・ブリュットという精神医学とは無縁の言葉を用いたのである。デュビュッフェは、精神障害のある人に限らず、先に挙げたルサーージュのような独学自修の画家やピジョンのような交霊術師など、自分の美学に照らし合わせて通常美術から影響を受けていないと思える作品に対して、アール・ブリュットという言葉を用いたのである。

しかしこのデュビュッフェの意図を離れて、現在のフランス語圏においてこの言葉は、デュビュッフェの審美眼という視点ではなく、広くアウトサイダー・アート全般を指す一般名詞として用いられることも多い。そして、英語圏を中心に用いられるアウトサイダー・アートという言葉は、イギリスの美術史家のロジャー・カーディナルが1972年に提唱した言葉である。彼は、デュビュッフェの概念を一般化するとともに、デュビュッフェ個人との関連が連想されるのを避けるために、より適応範囲の広いアウトサイダー・アートという言葉を用いようとした。そしてこのアウトサイダー・アートという言葉は、1992年にロサンゼルスのカウンティ・ミュージアムで企画され、その後にマドリッド、バーゼル、東京に巡回した大規模な展覧会「パラレル・ヴィジョン - 20世紀美術とアウトサイダー・アート」の成功と評判によって、美術の世界で一気に市民権を獲得したのである。

だが、いまや一般的に用いられるようになったとはいえ、アウトサイダー・アートという言葉の定義はあいまいなままである。アウトサイダー・アートを直訳すると、「外側にある芸術」、「部外者の芸術」というような意味になる。この「外側」という概念は、「内部(インサイダー)」がなければ定まらない消去法的なものである。この場合の内部とは、美術館、画廊をはじめとする美術市場、大学などの美術教育、美術ジャーナリズムなど、美術界全般を指す。だからこそ、アウトサイダー・アートは「正規の美術教育を受けていない人が

制作した美術作品」と定義されるのであるが、美術界とは何か、美術の内側に位置付けられるものは何かを定義することは困難で、かつそれは刻々と変化を続ける流動的なものである。そのような不安定な「内側」に「含まれない」ものというアウトサイダー・アートという概念もまた、じつにあいまいで流動的なものと言わざるを得ない。

このことは、デュビュッフェのアール・ブリュットについても同様である。デュビュッフェはアール・ブリュットを、「芸術的教養に毒されていない人々が制作した作品」と呼ぶが、精神障害のある人が制作する作品の多くも、紙にペンやクレヨンや水彩絵具で描かれていたり、石彫や木彫といった技法が用いられているという点では、絵画の伝統に則った非常にオーソドックスなものである。アウトサイダー・アートにおける「内側」と同様に、情報が氾濫する現代において「芸術的教養」の範囲を規定することは不可能である。デュビュッフェは、1945年ごろから欧米各地で作品の収集を行い、1970年代には約5000点の作品を所有していた。それらは、アール・ブリュット・コレクションの名前でスイスのローザンヌ市に寄贈され、1976年以降は当地で一般公開されている。そのコレクションの現在の館長であるリュシエンヌ・ペリーは、アール・ブリュットの特徴を「沈黙、秘密、孤独」と述べているが、この定義も抽象的で主観的なものであるという印象を拭いきれない。

ところが面白いことに、これほど定義が難しいにもかかわらず、アウトサイダー・アートやアール・ブリュットに含まれる作品の選定にはほとんど揺らぎがない。それは、アウトサイダー・アートに関係する人々が、ヴェルフリヤルサーージュなどアウトサイダー・アートの古典的作品によって審美眼を育てられているからだ。その集合的な審美眼に照らして、アウトサイダー・アートの範疇に含まれる作品は決定されている。つまり、現在でもアウトサイダー・アートが何かを決めているのは、プリンツホルンやデュビュッフェが収集した作品群、すなわち、19世紀末から20世紀前半にかけて欧米の精神科の病院で制作された作品なのである。

デュビュッフェの作品寄贈を契機として創立されたローザンヌのアール・ブリュット・コレクションは、彼の没後も収集を継続し、いまや2万点以上の作品を所蔵するアウトサイダー・アートの中心地として機能している。ここでの作品収集は、デュビュッフェの規定を逸脱しないよう細心の注意が払われているという。いまやアール・ブリュットという言葉は一般名詞化しているが、ローザンヌのアール・ブリュット・コレクションでは、この言葉が広く一般化して用いられることで、その概念に揺らぎが生じることを懸念している。彼らにとってアール・ブリュットとはあくまで、デュビュッフェの美学にもとづいて収集されたものである。そして、彼らが規範とするデュビュッフェの美学は、1920年代に活躍したモルゲンターラーやプリンツホルンといった精神科の医師たちによって養われたものである。

この点で、日本のアウトサイダー・アートをめぐる状況は対照的である。日本においてアウトサイダー・アートに対する関心が高まるのは、1990年代に入ってからである。しかもそれは、精神障害というよりは、知的障害に関係する施設や機関の関係者が中心となっ

て展開されてきた。1983年に国連が制定した「障害者の10年」の取り組みが日本でも一定の成果を上げた1990年代において、障害のある人の福祉向上を目指したその大きな潮流のなかで、障害のある人が社会参加するひとつの方法として芸術活動が意識され、日常的なプログラムのなかに創作的活動を組み込む障害者福祉施設が急激に増加した。そしてそれらの活動によって制作された作品は、福祉関係機関や福祉施設の関係者を中心とする人々の熱心な取り組みによって、一般社会にも認知されるようになっていった。

日本では、歴史的に美術界のアウトサイダー・アートへの関心が低く、福祉の関係者は美術の概念や常識からは自由に活動を展開することができた。たとえば、2005年に滋賀県近江八幡市のボードレス・アートギャラリーNO-MA(現在のボードレス・アートミュージアムNO-MA)で開催された「極上スタイル」展では、トイレトペーパーのロールを見つけては大便器の水に沈めてしまう自閉症の男性の行動が独創性豊かな表現行為であるとみなされ、便器からすくい上げて乾かされた大量のトイレトペーパーが作品として展示室に積み上げられた。このような作品は、デュビュッフェがアール・ブリュットと名付けた1940年代には芸術表現として理解されることはなかつただろうし、20世紀初頭以来の審美眼に忠実な欧米のアウトサイダー・アートの世界では、現在でも障害のある人のこのような行動様式をアウトサイダー・アートととらえることはないだろう。

欧米のアウトサイダー・アートには、20世紀の初頭から美術界との関係を連綿と保ち続けてきた長い歴史がある。その歴史のために、作品の性質がどれほど「外側」を志向しているとしても、収集や売買をめぐる作品の物理的条件は美術の枠組みの「内側」で行われている。一方の日本では、美術と障害者福祉を混合した中間地点に独自の文化体系を築き上げ得る可能性がある。そのためにも、基礎的な情報の蓄積と知の体系の構築が不可欠であろう。

<参考文献>

- ・『パラレル・ヴィジョン - 20世紀美術とアウトサイダー・アート』展図録 世田谷美術館監修 淡交社 1993年
- ・資生堂企業文化部編 『アウトサイダー・アート』 求龍堂 2000年
- ・はたよしこ編著 『DNA パラダイス - 27人のアウトサイダー・アーティストたち』 日本知的障害者福祉協会 2003年
- ・服部正 『アウトサイダー・アート - 現代美術が忘れた「芸術」』 光文社新書 2003年
- ・『芸術新潮』 2005年11月号(第56巻11号) 「特集 アール・ブリュットの驚くべき世界」
- ・『ブリュット』 社団法人フィランソロピー協会、特定非営利活動法人はれたりくもったり発行 2006年
- ・はたよしこ編著 『アウトサイダー・アートの世界』 紀伊國屋書店 2008年
- ・Jean Dubuffet, *Prospectus et tous écrits suivants I-IV*, Gallimard, 1967-95

• John M. MacGregor, *The Discovery of the Art of the Insane*, Princeton Univ., 1989

平成 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「精神保健学の教育資料開発に関する研究」

資料

豪州ビクトリア州における精神障害者の芸術活動の支援

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 織田信生（画家・こころに平和を実行委員会）
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

A 目的

わが国の精神保健福祉制度は大きな改革期にあるが、その実現には精神障害者に対する国民意識の変革はきわめて重要である。精神障害者への偏見は無知から起こり、精神障害者による芸術活動とその作品はその解消を図る上で大きな役割を果たす可能性がある。今回、我々は豪州ビクトリア州における精神障害者の芸術活動の支援について視察したので概要を紹介する。

B 方法

豪州メルボルンにおいて世界精神医学会が平成 19 年 11 月 28 日から 12 月 2 日に開催された。この学会において日豪の精神障害者の絵画作品の合同提示があり、またシンポジウム“Therapy Counts and Art Matters”において日豪の精神障害者の芸術活動支援の紹介が行われた。我々は学会期間中の 11 月 29 日にカニンガム・ダックス・コレクション（The Cunningham Dax Collection）を、11 月 30 日に非営利団体 Prahran Mission の運営するセカンド・ストーリー（Second Story）ステイブル・アート・スタジオ

（Stables Art Studio）を訪問する機会を得たのでその概要を紹介する。なおこの訪問は一部の経費を平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」に拠った。訪問で得た情報の詳細は、同研究の 20 年度報告書および学術誌等に紹介の予定である。

C 結果

1. カニンガム・ダックス・コレクション

カニンガム・ダックス・コレクションは創設者である精神科医エリック・カニンガム・ダックス（1908-2008）に因んで名付けられた。彼は英国の精神科病院 Netherne Hospital に勤務し、精神保健サービスの改善に努め、英国の芸術療法の発展に大きな足跡を残した。1940 年後半から精神障害者の作品に関心を持ち、Netherne Hospital に画家アダムソン（後日、英国芸術療法協会の初代会長となる）を招いて芸術療法の指導に当たらせた。アダムソンは技術的な助言はしても描かれる内容には口は出さず、カニンガム・

ダックスはここから生まれる作品を“精神の芸術 (psychiatric art)”と呼んだ。カニンガム・ダックスの精神障害者の芸術についての関心は、患者のこころの状態を知ること、患者を治療の中に導くこと、一般の人々の精神疾患への理解を進めることであり、生涯変ることにはなかった。

カニンガム・ダックスは1951年に豪州に渡り、ビクトリア州精神衛生局初代局長 (the first Chairman of the Mental Hygiene Authority) として着任し、ビクトリア州の精神科医療の改善と芸術療法プログラムの普及に尽力した。1970年から1990年代は精神保健サービスと一般保健サービスの連携、精神保健サービスの地域との統合、さらには反精神医学の台頭などによって精神保健サービスは大いに影響を受けた。ビクトリア州の新精神保健法 (1986) は、精神障害者は行動制限を最小にした環境のもとで治療を受けるべきとして、大きな精神科病院は閉鎖されていった。当時、カニンガム・ダックスは精神障害者の作品の大きなコレクションを保有していたが、これらの作品が散逸してしまうことのないよう、作品にはそれら自身保存される権利があると世の中に問いかけた。

コレクションの公式の開設は1987年である。コレクションには現在約1万2千点の作品がある。そのうちの3分の2は1950年代から1980年代のはじめに精神科病院の治療プログラムで生まれ、カニンガム・ダックスが収集したものであって、ほとんどは作者がわからない。3分の1はもう少し最近の作品であって、

作者または家族から寄贈されたものである。

精神障害者芸術としては、1890~1920年の精神科医プリンツホルンのコレクションや、デビュフェが芸術運動の一環として1940年代にアール・ブリュットまたは生の芸術として世に問い、アウトサイダーアートとして知られるようになったものがあるが、ダックス・コレクションはこれらとは異なる特徴を持つ。

ダックス・コレクションは芸術コレクションとして始まったものではなく、「精神障害を経験した人は作品をつくる機会を得るならば、それは回復を早めるだろう」という考えをもとにしている。コレクションは美学的な品質よりも、精神保健、芸術そして教育が交わることを重視する。すなわちダックス・コレクションの根源は精神障害を経験した人の人生にある。ダックス・コレクションは現在、豪州ビクトリア州立精神保健研究所 (Mental Health Research Institute of Victoria) の後援の元に、ビクトリア州福祉局の精神保健部門 (Mental Health Branch of The Department of Human Services of Victoria) の財政的支援を受けながら運営されている。ダックス・コレクションはこれまでの歴史的経緯をもとに、作品の保存要否の決定、著作権等の扱いについて規定をつくり、学生教育や展覧会に活用されている。

2. Prahran Mission

Prahran Mission は非営利団体であって、経済的困難や精神障害のある人たちに支援を行い、また精神障害のある人たちに創造的な回復プログラムを提供して

いる。運営費の62%は州政府から支出されており、残りの38%は個人からの寄附、信託、基金および遺贈で賄われている。活動は、デイ・リハビリテーション、アウトリーチ・サービス、コミュニティ・サービスがある。セカンド・ストーリーとステイブル・アート・スタジオはデイ・リハビリテーションに属する。

1) セカンド・ストーリー

セカンド・ストーリーは、回復途上にある精神障害者が地域で自立して暮らしていけるよう、構造化された心理社会的プログラムを提供している。参加者には個々のリハビリテーションゴールに向けて、生活訓練、就業前訓練、自己表現活動、自己開発活動、社会的技術の訓練がある。芸術活動は自己表現活動の中で行われている。セカンド・ストーリーのプログラムに芸術活動が入っているのは、Pahran Missionの活動を企画しているグループに伝統的に芸術活動への関心が強かったことによる。対象者は16~65歳の精神障害者であって決められた地域の居住者である。セカンド・ストーリーでは参加希望者に面接を行い、どういった活動をしたいのか、またどのような活動が適しているかを評価し、必ずケースマネージャーが付く。グループ活動が出来るようになったら、自分の掲げた目的を獲得するためにグループ活動に移る。芸術活動プログラムで展覧会を行うときは、企画は職員が中心になるが、展覧会のパンフレット、プログラムづくりや運営は参加者が中心となる。芸術活動プログラムに参加して、本当に芸術活動が好きであるとか、才能がある場合はステイブ

ル・アート・スタジオに移ることが出来る。

3) ステイブル・アート・スタジオ

ステイブル・アート・スタジオはPahran Missionの運営する非営利の芸術工房である。ここでは精神障害を経験した作家たちに、少ない費用で、創作意欲を刺激し合うコミュニティと制作の場を提供する。参加できるのは、それほど観察はしなくても自律的に行動できる精神障害経験者であって、スタジオの円滑な運営に一定の責任をもつことに同意した者である。参加希望者は申込書を提出し、6~8枚の自分の作品の写真を持って面接を受ける。利用料は3ヶ月22ドル、6ヶ月44ドルである。メンバーは工房を4時間使用すると3ドル払う(4時間未満は2ドル)。機材の利用は無料であり、キャンバスやボードは原材料費を払う。ステイブル・アート・スタジオでは職員の役割は調整や連絡だけである。利用者は自分でしないと何も進まないことを学ぶ。ステイブル・アート・スタジオで芸術を追求するようになると入院回数は減少する傾向があるという。また、スタジオを経てアーティストになった人がたくさんいるという。ステイブル・アート・スタジオには政府の資金は出ていない。ステイブル・アート・スタジオを安定して運営していくためには、創造性とリハビリテーションの関連性を明らかにする調査研究が必要と考えられている。

D. 考察

今回の訪問は、豪州ビクトリア州における精神障害者の芸術活動の支援のごく

一部の視察に過ぎないが、日本における精神障害者の芸術活動の支援を進める上で大いに参考になるところがある。ダックス・コレクションには精神科病院を中心に精神保健サービスが提供されていた時代からコミュニティメンタルヘルスの時代までの歴史と、歴史をくぐり抜けてきた経験の蓄積がある。また、ダックス・コレクションには、精神保健、芸術そして教育が交わることを重視することが普及啓発に役立つことを検証してきたように思われる。Prahran Mission における取組は、コミュニティメンタルヘルスの時代に、芸術活動に意欲をもつ精神障害者の生き方をどのように支援するか、ひとつのあり方を示しているように思われる。

ダックス・コレクション、セカンド・ストーリー、ステイブル・アート・スタジオいずれを訪問しても印象深かったことは、関係者が精神障害者とその芸術活動、作品に大いに関心を持ち、それを愛し、大切に思っていることが感じられたことである。わが国でもいくつかの病院で芸術活動が活発に行なわれ、また行われているが、それらから生まれた貴重な作品は、保存の措置を講じなければ失われていく恐れがある。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に記された国民意識の改革を進めるためにも、社会、精神保健、芸術の間に相互発展的な関係をもたらすべく、わが国に適した形で“精神の芸術”への関心を高めていく必要がある。

参考資料

Belinda Robson: Recovering art: A

history of the Cunningham Dax Collection. The Cunningham Dax Collection. 2006.

カニンガム・ダックス・コレクションホームページ

<http://www.daxcollection.org.au/>

Prahran Mission ホームページ

<http://www.prahranmission.org.au/>

謝辞

カニンガム・ダックス・コレクション訪問時に案内していただいた Eugen Koh 博士と職員の皆様、セカンド・ストーリーとステイブル・アート・スタジオ訪問時に案内していただいた職員と作家の皆様に厚くお礼申し上げます。また訪問時に通訳をしていただいたアームストロングゆかりさん、訪問記録をまとめていただいた竹島愛さんにも厚くお礼申し上げます。