

き出せないことも少なくない。

そのため、メンタルな問題を感じた際には「事例性」 caseness と「疾病性」 illness との2つに分けて把握していくと理解しやすい。「事例性」とは元気がない、仕事の能率が落ちた、周囲とのトラブルが多いなど実際に呈示されている問題で、関係者はその変化にすぐに気がつくことができる。一方、「疾病性」とは症状や病名などに関することで、幻聴や被害妄想がある、統合失調症だ、うつ病だといった専門家が判断する分野である。とくに、職場では病気の確定(疾病性)以上に業務上何が問題になって困っているか(事例性)を優先する視点が求められる。

例えば、「何か奇妙な行動をとる女性労働者がいる」と周囲が感じた際には、統合失調症だ、うつ病だ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となる。すなわち、「出勤状況が不規則だ」「仕事に集中できず、周囲に負担をかけている」「そうした状況を本人は少しも自覚していない」など具体的に把握していく。

その結果、精神医学的な問題がありそうだと判断されれば、どうやって精神科医療につなげていくのか、その方法と役割分担を職場として考えていく。その際、産業看護職・カウンセラーなどは関係者間の連絡調整をはかっていくマネージャー機能が求められる。

事例：問題把握に手間取った若年女性労働者

25歳の事務職の女性Mさん。地方の裕福な家庭に生まれ、2人姉妹の第2子。学業優秀で国立大学を卒業し、一流企業に就職して3年目である。独身で、アパートで一人暮らしをしている。

入社当初はとくに問題なく過ごすか、積極性に欠けることがあり、お嬢様気質が見え隠れすると周囲の評価であった。

入社3年目に配属先が変わった頃より、遅刻が目立つようになる。男性上司が注意すると神妙に反省するが、遅刻の回数は一向に減らない。そのため、上司と人事担当者がもう1度Mさんにやや厳しく注意したところ、翌日より1週間無断欠勤する。

しかし、1週間後には何事もなかったように出勤してくる。入社後の仕事ぶりも普段と変わらず、遅刻もなく約1ヵ月が経過し、周囲も安心した。

ところが、再びMさんは遅刻するようになり、今回は内科から「自律神経失調症」という診断書が提出され1ヵ月の休職となる。再び入社してきた後は、やはり何事もなかったように仕事をするが、上司がいくら尋ねても休職中のことを詳しくは語ろうとしない。

その後、2ヵ月が経過した頃より再び遅刻や無断欠勤が出てきたため、上司から職場の産業医に連絡がいき、Mさんと産業医との面談となる。その結果、精神的なケアが必要ということになり、精神科受診となる。

精神科初診時は上司とともに来院。礼儀正しく清潔な感じの女性である。しかし、一連の休職・遅刻騒ぎに関しては何か他人事のような話し方で、

熱心な上司とは好対照だった。

それでも、以下の事情が判明する。月曜の朝など、とくに理由がないのに会社に行く気がせず、何事にも億劫なこと。また、生理に前後する時期も意欲が出ないことが多いという。無理して出社さえすれば、仕事はなんとかなるといふ。気分には波があり、調子が悪いと電話をかけるのも面倒で、アパートの自室で一日中寝ていることもある。生活も不規則で、インターネットに興じて一晩中起きているため朝起きられず、結果的に休んでしまうこともある。

精神医学的には非定型のうつ病もしくは月経関連障害が疑われたが、日頃の生活態度や社会人としての自覚にも問題があるようだった。そのため、定期的な通院が勧められたが、その後2回来院しただけで、再び休み始め治療も中断してしまう。

結局、家族を通じて辞表が提出され、その取り扱いに職場としても困惑している。

この事例のように、20代、30代の若手社員の”ひきこもり”的な現象が顕在化することがある。その特徴として、周囲が理解できるほどの医学的原因が認められないこと、周囲に迷惑をかけていることへの本人の葛藤が少ない点である。気分障害が存在するのは間違いないが、それに対する治療意欲や受療行動がいいかげんで、社会人としての自覚が乏しい。

その背景として、逃避あるいは退却の心理特性が観察される。つまり、「出社したいのに出社できない」という葛藤が少ないのが特徴である。この

Mさんのように学生時代は優等生タイプが多く、家庭でも大事に育てられて挫折体験がない。辞表の件でもわかるように家族の対応も過保護的で、職場だけでの対応には限界がある。また、月経関連障害の可能性についても職場レベルでの把握が困難なのが現状である。

したがって、まず職場は病気という医学的な問題から把握していくのではなく、職場で問題になっている事例性から介入していくのが現実的である。

3)管理職は問題が感じられる女性労働者と速やかに話し合う

女性労働者に何かメンタルな問題を感じた際には、管理職はまずは速やかに話し合う姿勢が求められる。ところが、この話し合いに躊躇する管理職は少なくない。

1つは管理職が男性である場合である。男女差を気にする必要もない場合も多いが、問題があるようなら、別の女性管理職に頼む必要も出てくる。

そして躊躇するもう1つの理由が、「精神医学的な状態をうまく把握できない」、「異常か正常なのか判断できない」など、無意識のうちに「疾病性」に立って話し合おうとする点である。先述したように、管理職は精神医学の専門家ではないので、「事例性」に立って話し合えばよい。具体的には、「今まで10仕事ができているのに、最近は5しか仕事ができないのはどうしてか」「今まで勤務状況が良好だったのに、先月は7日、今月もすでに5日休んだのはどうしてか」といった具合であ

る。もちろん、精神医学的判断を示す必要はない。

4) 家族に説明する際にも「事例性」を心がける

Mさんの事例のように、職場関係者が家族よりも早く労働者の精神的変調に気がつくことも少なくない。しかしながら、家族への連絡やそのタイミングに悩む職場関係者は多い。家族への話しの持って行き方については、上司なり人事労務担当者が電話ではなく、可能な限り直接会って話すことを推めたい。多少の手間暇はかかるが、その方が職場側の誠意が伝わり、話の行き違いも少ない。それがプライバシー保護へもつながる。

家族への説明は、やはり事例性が優先される。「おたくのお嬢さんの様子がおかしい」といった言い方ではなく、仕事上の能率変化や職場を休んだり遅刻した具体的な回数など、実際に困っている客観的な事実だけを伝えるのが肝心である。たいていの場合は家族にも思い当たる節があるはずで、逆でない場合は理由を尋ねてこよう。この段階になって初めて、「どうも精神的にお疲れのようです。場合によっては、精神科の先生やカウンセラーに相談してみてもいかがですか」というように話を持っていく。

Mさんの例では、産業医から精神科医へのつながりが、家族の意向を確認しないまま職場主導でありすぎた観がある。そのため、「娘を精神障害者扱いにして」と家族の反発をかってしまい、その後の対応がうまくいかなかった可能性が指摘できよう。すなわち、職場主導で解決に走るのではなく、本人や家族をサポートする形で問題解決への

道筋をつけていくのが原則である。

5) cure(治療)と care(ケア、癒し)を混同しない

われわれが日常的に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とは手術したり投薬するなど医療行為に類するもので、当然ながら医師など専門家の領域である。一方、careは疾病レベルに達していない問題に対しカウンセリングなどの技法を通してアプローチをはかるものである。カウンセリング技法の習得やカウンセリングマインドを身につけることは、メンタルヘルスケアの有力な武器と期待されているが、カウンセリングでの対応機能の限界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。カウンセリング技法に執着するあまり、疾病レベルの事例を抱え込んでしまい、結果的に精神科受診を遅らせてしまう危険性に常に留意する必要がある。

4、女性労働者が精神疾患に罹患した際の職務上の留意点

職場において、精神疾患もしくは精神障害が他の身体疾患と同様に扱われる原則がある一方で、復職判定やその後のフォローに関しては、以下のような特殊性を考慮する必要がある。

その第1が、精神疾患の多くが再発・再燃の危険性を有していることである。精神科領域では「寛解」remissionと表現されるように、「完治」もしくは「治癒」した状態での復職とは限らない。すなわち、再発・再燃の危険性がある現実を職場関

係者に理解しておく必要がある。

第2の問題点は本人に病識が欠如していたり、精神疾患である旨の病名告知がなされていないことが少なくない点である。そのため、非現実的な復職を希望したり、復職後の経過と密接に関係する治療コンプライアンスが悪くなることがある。職場関係者が直接的に告知云々を指示できる立場にはないが、少なくとも家族などと協議する必要が出てくる。

第3の問題点は精神疾患・精神障害者に対する職場での根強い誤解や偏見の存在である。休職前に、たとえ精神症状のためとはいえ職場に混乱を招いた場合などはさらに深刻である。したがって、日頃からの精神障害者理解のための啓発活動が不可欠となる。

第4の問題点として、産業医の多くが精神科医以外のため、精神障害者の就労に関して、消極的・防衛的な判断に陥りやすいことである。また、非常勤精神科医が関与する場合も、個々の復職判定まで関与していないことも多い。

第5の問題として、既婚女性労働者の場合、家事と仕事との両立が罹患後の能力低下によって難しくなっている場合がある。その際には、配偶者など家族の意向も確かめながら話を進める必要がある。

第6の問題点として、女性特有の月経。妊娠。出産などの生理現象がからんでくる場合、プライバシーの点からも職場で適切な情報を得ることが難しいことが少なくない。そのため、女性看護職などの役割は大きい。

5、女性精神障害者の就労評価のあり方

1)精神障害者の復職判定システム

精神疾患にかかわらず何らかの疾患で長期間休職した場合、復職判定のシステムを設定している職場は少なくない。例えば、1ヵ月以上休んだ場合には、外部の医療機関にかかっていた人でも職場の診療所に顔を出してもらい、職場の産業医と面談し判定するという具合である。

その際のマネジメント役は、産業看護職やカウンセラーが担うことが多い。精神的な事由で休んでいた場合には、さらに非常勤精神科医が加わることもある。

復職判定のシステムは、企業や組織の規模にもよるが、職場関係者(産業医、非常勤精神科医、産業看護職、カウンセラー、人事労務担当者、直属の上司など)による判定委員会方式による合議での判定が望ましい。とくに、実際に職場で対応を迫られる直属上司の参加は重要で、女性労働者の場合は同性の上司・同僚の意見も参考となる。

2)精神障害者の就労能力

精神疾患に罹患した人の職場復帰可能という判断材料はいくつかある。本人の病状が通常勤務に耐えられるまで回復していることがもちろん必要条件だが十分ではない。なぜなら、受け入れ側の職場関係者の了解が不可欠だからである。関係者が復帰後にどういう点に気をつけたら良いのか、どういう付き合い方を心がけたら良いのか不安も強い。ここに、先に述べた復職判定に直属上司を

加える意味がある。

また、診断書の文面だけを検討するのが不確実とするならば、職場関係者(上司、産業看護職など)が直接精神科主治医に会って相談する必要が出てくる。主治医とよく話し合うことは、精神医学的診断名云々のレベルではなく、具体的な職場環境やストレス要因を説明し、職場側の心配を伝えることができ、それに即した専門的アドバイスをもたらえることから非常に有意義である。もちろん、事前に本人または家族の同意が必要で、可能な限り承諾書ももらいたい。

このように、じっくりと時間をかけて関係者のコンセンサスを得る手順が望ましいが、復職を希望する本人・家族にはあせる気持ちが強く、時間のかかる手順を踏むことに難色を示すことがある。しかしながら、職場での受け入れ体制の整備は、再び問題が生じる危険性を少なくする重要なプロセスで、そのことを休職期間中から本人・家族に十分説明し納得してもらうことが肝要である。

3) リハビリ出勤の是非

職場はリハビリ施設ではないにもかかわらず、日本ではリハビリ出勤と称して復職訓練を実施している企業・組織は少なくない。たしかに、職場に慣れ、体力をつけることからその意義は大きい。

しかしながら、安易なりハビリ出勤の導入は危険だと指摘する声も大きい。なぜなら、この日本のリハビリ出勤は、休職(状態)のまま実施されるため、実施期間中の事故に対する補償問題など責任範囲(本人も職場も)が不明瞭だからである。

また、職場にリハビリテーションの専門家がいるわけではなく、上長などが担当することが多い。上長のちょっとした声掛けで、病気が再度悪化したり自殺をはかる事態となれば、当然職場はそれなりの責任を問われることとなる。

したがって、リハビリ出勤の実施の是非は、各職場の健康管理体制・職種などを勘案して慎重に検討すべきである。

4) 復職後のフォローのあり方

精神障害者の復職後の就労継続そのものが、精神科リハビリテーションとして意味をもつことになる。そのためには、職場として事例への管理理念や管理体制を事前によく話し合う必要がある。

とくに、女性総合職などが精神的事由で休職した際の取り扱いは注意が必要である。業務軽減など、職場における環境調整が必要なことが少なくないが、本人の意見を十分反映させていかないと、女性総合職としてのアイデンティティが破綻を来し、症状増悪の要因にもなりかねない。

治療に関しては精神科主治医に任せるしかないが、直属上司の日常的な観察はもちろんのこと、職場の産業医や産業看護職が定期的に接触し、通院や服薬継続などを確認する必要がある。状態が悪くなってからの職場の介入は困難を極める。むしろ、日頃から職場と本人・家族との信頼関係が築けていてこそ、必要な介入・援助が可能となる。

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、1997
- 2)遠藤俊子、加藤紀久：産業保健チームとの共働。保健の科学 41:660-664, 1999
- 3)笠原嘉：退却神経症、講談社、1988
- 4)森温理、佐々木三男、高橋照子：精神看護学。標準看護学講座 27、金原書店、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、1996
- 6)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
- 7)大西守：精神疾患の復職判定の現状と課題。産業精神保健 5:167-171, 1997
- 8)大西守：産業保健推進センターにおけるメンタルヘルス相談の現状。産業精神 6:84-85, 1998
- 9)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
- 10)大西守：産業精神保健活動のリストラ。産業精神保健 7:273-276, 1999
- 11)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
- 12)大西守、荒井稔、廣尚典ほか：メンタルヘルスにおける「事例性」「疾病性」再考。産業精神保健 9:53-61, 2001
- 13)大西守、廣尚典、津久井要ほか：産業医・精神科主治医の独立性・中立性を考える。産業精神保健 11:269-278, 2003
- 14)大西守、黒木宣夫：職場復帰と診断書をめぐって。臨床精神医学 33:895-898, 2004
- 15)島悟：EAP について。産業精神保健 9:3-5, 2001
- 16)労働省労働基準局編：労働衛生のしおり(平成17年度)。中央労働災害防止協会、2005
- 17)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

フランスにおける精神障害者への偏見に対する普及啓発

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 (フランス臨床心理士)

1 「狂者」「精神病」に関するイメージ

1.序論

フランスの歴史の中で「精神障害者は公共秩序や個人の安全を妨げ、また精神医学は、そういった彼らから社会を防衛する警察のような役割である」と認識されていた (G.MASSE 1983)。1985年に「セクター制」(地域性を考慮に入れた区域で、精神障害者の援助に必要な体制が組織化した制度) が導入されるまで、精神障害者は郊外にある保護院 (MAISON D'ASILE) の中に集められて治療が行われていた。

その「隔離」された空間は「我々」と異なる「狂者 (FOU)」という認識を人々にもたせ、精神障害者に対する恐怖感や不安感を募らせるにいたった。そして、精神障害者を高い壁の奥に隠したフランスの歴史は、人々の精神障害者に対する恐れと精神障害者の社会に対する恐れという2つの恐怖感を生み出し、精神障害者の社会参加にとって2重の問題を抱えることとなった。

フランス厚生省は2004年10月に精神障害と精神保健の表現に関する統計研究を行った。18歳以上のフランス人36,000人を対象に「狂者 (Fou)」「精神病 (Malade Mental)」「抑うつ (Depressif)」の3つの語に関する印象を調査した。

* 「狂者」「精神病」という語はフランス人に暴力的なイメージを思い起こさせ、彼らを「犯罪予備軍」として見なしている。

「殺人者」を連想するのは？

狂者 45%

精神病 30%

「レイプ」「近親相姦」を連想するのは？

精神病 46%

狂者 40%

* 「精神障害」に関して精神錯乱、幻覚、知性の欠如を約半分のフランス人が連想する

2 「抑うつ」に関してのイメージ

フランス語で「あの人は鬱だ」や「今日は鬱っばい気分だ」など日常的に頻繁に使われる語である。

「抑うつ」とはどんな状態か？

良く泣き悲しんでいること 87%

人から離れて一人でいたがる 62%

自殺を考える 80%

3 治療効果に関するイメージ

「狂者」

治療は難しく治らない	69%
完全に治癒することは不可能	90%

「精神病」

治療は難しく治らない	55%
完全に治癒することは不可能	80%

「狂者」と「精神病」

薬物投与なしには改善はない	78%
---------------	-----

「抑うつ」

治療は可能	94%
完全に治癒することは可能	75%

このようにフランス人の意識調査では、「抑うつ」という語が他の「狂者」「精神病」という語に比べてはっきりと区別して認識されており、「狂者」「精神病」は暴力的で危険であり、治療の難しい病であるというイメージに対して、「抑うつ」は一過性の感情の障害で治療を受けて改善するというイメージを持たれていることが明らかになった。

この調査からも見て取れるように、フランスでは精神疾患に関する誤解や偏見が未だに根深い。否定的なイメージが先行してしまい、精神障害者やその家族は社会の中で益々孤立していき、その隔離された知られざる世界に社会はさらに恐怖心を募らせてしまう。この悪循環と戦うためにフラ

ンスはどのような対策を立てたのか、他のヨーロッパ諸国と比較しながら以下に概観していく。

2.ヨーロッパにおける精神障害者への偏見に対する活動

2-1.WHO ヨーロッパ会議

2005年1月12日から15日にかけて「ヨーロッパにおける精神障害者への偏見と差別」という議題でWHOヨーロッパ会議が開催された。

WHOはこの会議を開くにあたり、次のように述べている。

『精神障害者にとってこの偏見は、個人の自尊心を深く傷つけ、家族関係の悪化を招き、その上、就労等の社会参加をより困難なものとしていく。このように、彼らにとって疾患に対する偏見こそが最も重要な問題となっている。WHOはこれらの問題が彼らの疾患に対して恥の意識を植え付け、社会から自ら隔離する方向へと向かっていき、治療意識の大きな妨げとなっていることを見逃さない。』

WHOの世論調査では、精神障害者および精神病に対するイメージは以下の通りである。

「精神障害者は乱暴で危険である」

「精神障害者は貧しく知性に欠ける」

「精神障害は弱者がかかる疾患である」

「精神障害は治療が不可能である」

このような世論調査を受けて、WHOは以下の3点に対策として重要だと述べている。

1 適切な情報提供

多くの場合、精神障害者及び精神病に対する一般的なイメージは適切な情報が不十分なことから起きていると考えられる。よって精神障害者への偏見に対する活動の第一歩は精神障害者に対する誤った情報を是正し、正しく広報することだとする。そのひとつとして、有効な治療について明言する必要がある。精神障害者の症状を改善する薬物治療や心理療法、福祉的介入など有効な治療法は存在している。例えばてんかん患者に対する薬物療法のように効果が明確である治療法がある。

このような精神障害に関する正確な情報を広報する手段として、メディアの役割をあげている。WHO のヨーロッパでは 2004 年に出版されたカナダ精神保健協会のジャーナルを引用し「この 30 年の研究により、精神障害者に対する固定したネガティブなイメージを変えるもっとも有効な手段はメディアである」と述べている。このように適切な情報を映画、テレビ番組、ルポルタージュなどを通して、メディアは人々の正しい理解を促す役割を担っているとす。

2 精神障害者と家族の会の重要性

WHO ヨーロッパ会議では、精神障害者および家族の会がいくつかのヨーロッパの国において、差別や偏見と闘う上で非常に重要な役割を果たしていると述べている。彼らは地域社会の人々や専門家達の協力を得て精神障害者の利益をもたらす働きをしている。

しかしながら、多くの場合はその非営利団体の経済的な運営に困難を抱えている場合が多い。それでもヨーロッパの数国では、社会の援助を上手く得ながら、精神障害者へサービスを還元している組織団体も存在する

3 法律

精神障害者にとって彼らを守る法的権利制度もまた、重要な役割を担う。特に適切な治療を受ける権利、不当な扱いに対する保護法は、時に不必要とも思われる強制治療が行われる時等に重要となってくる。いくつかの国においては、医療、社会援助を精神障害者に保証することに関して特別な権利を認めることに決議した。

WHO ヨーロッパ会議は上記の対策研究をふまえて新たに次のような活動計画をたてた。

- 1) 一般的に良い予後や治療法の存在に関する情報提供の活動の支援。
- 2) 精神障害者が適切に治療されるために、障害者法の適用または現在存在している法の見直し。
- 3) 職場復帰に関する支援。
- 4) 医療機関へアクセスしやすい環境作り。
- 5) 非営利団体が活動している精神障害者への偏見に対する活動の支援。

このように WHO ヨーロッパ会議ではヨーロッパの国々の精神障害者への偏見と差別の現状が報告された。同時に新たな目標計画を掲げ、各ヨーロッパ諸国の活動を支援した。

2-2.精神障害者への偏見に対する活動の先進国である2国の例

WHO ヨーロッパ会議では、精神障害者への偏見に対する具体的な活動において大きな成果を収めた2国を紹介している。

-イギリス

1998年イギリス精神医学会は6つの精神疾患(不安障害、うつ病、統合失調症、アルツハイマー病、摂食障害、アルコール症、薬物依存)への偏見に対する世論調査を行なった。調査結果を要約すると、他の障害から突出して統合失調症が危険な精神疾患と認識されており、疾患に関わらず、精神障害者とのコミュニケーションは難しく互いに理解することは困難であると考えられていることが明らかになった。

この結果を受けてイギリス精神医学会は「Changing Minds, Every Family in the Land」という5年にわたる精神障害者への偏見に対するキャンペーンを行った。その大きな目的は世論調査で明らかになった精神障害者とのコミュニケーションを困難だと感じている人々の意識を変えることであり、特に医療関係者、児童思春期そしてメディアがキャンペーンの対象となった。

具体的な活動とは、精神障害に関する説明会を開催し、情報発信媒体として書籍、パンフレット、レポートまたはCD-ROM、ドキュメンタリービデオ、インターネットのサイト等を利用した。

5年間のキャンペーン終了後の2003年に再び世論調査を行ったところ、精神障害者への誤った

情報は修正され、批判的なイメージは大幅に減少したことが明らかになった。

-ベルギー

ベルギーでは、「フランドル精神障害者協会(VVGG)」主催により「人との違い。その本当の意味」というタイトルのプログラムとして、1991年より思春期(16歳-19歳)と精神障害者との集いを行っている。

この集いの目的は精神障害者と青年達が一人の人間として触れ合うことであり、特に「楽しむ」という時間を共有することにより互いの理解を深めることである。

このプログラムは2つの活動からなっている。

まず一つ目は、毎年VVGGの会員が全校(高校、大学)を訪問し、生徒及び教師に対して精神障害についてパンフレット等を用いて説明し、適切な知識を提供することであった。

もう一つは、精神障害者及びその家族が教育機関を訪問し彼らの病気との戦いを「経験」という視点で語ることであった。このような青年と精神障害者との触れ合いは、後に、青年達に精神障害者施設を訪問する機会を与えるという形に変わった。1991年では青年の参加が5校から20人であったが、12年後の2003年には46校から1,500人の参加へと増加した。そして、2003年-2004年のプログラムでは、精神障害者と青年の触れ合いは以下のように多様な活動を行うに至った。

—バスケットの試合

—クリスマス会

- ツーリング
- 絵の展覧会
- 音楽ダンスの発表会
- ビデオ制作

これらの活動を通して青少年の精神障害者に対するイメージが大きく変わったと報告されている。

3. フランスにおける精神障害への偏見に対する活動

3-1. 活動に関わる組織

現在フランスでは100人に一人が精神障害者であり、約60万人の精神障害者を抱えていると言われている。精神疾患は長期疾患の22%を占めており、その44%が22歳から44歳と若い。85年のセクター制の実施より、入院ベッド数は半分に減り、入院日数は25%に減った。統合失調症においては、その自殺率は一般健常人の20倍に達する。また、その42%は家族と共に生活し、58%が家族からの援助を受けている。そして、治療のフォローアップを継続しなければ、75%は再発する。

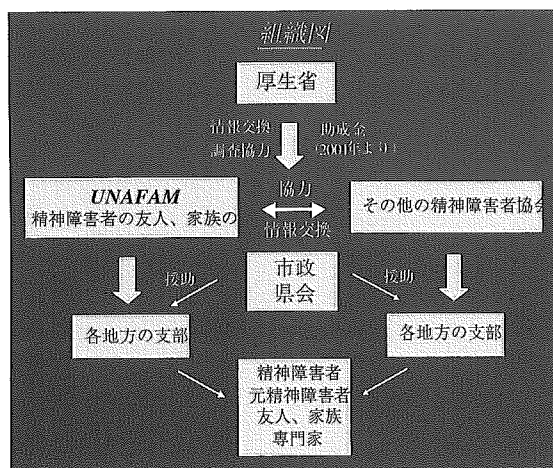
この統計結果から見てとれるように、「セクター制」によって精神障害者の生活の場は「保護院」から「地域共同体」へと移行した。そして、精神障害のもたらす苦悩と不安はさまざまな環境（家族、地区の医師、社会福祉センターなど）を通して初めて理解できることが多く、これらの環境が

あるからこそ、迅速で的確な医療介入ができるという希望が、この「セクター制」にはあった。その反面、精神障害者を抱え込んでしまった家族の精神的及び物理的負担がさらに多くなったこともまた事実である。このようなセクター制の歴史と「地域共同体」の理念の背景から精神障害者家族の会が発足された。

フランスにおける精神障害者への偏見に対する活動は非営利団体である「精神障害者の友人、家族の会」 Union National des Amis et Familles de Malade Psychiques (UNAFAM) が中心となって「精神障害者連盟」 F.N.A.P.Psy などの他協会と連携しながら展開している。公的機関はこれらの協会を援助するという形で関わっている。協会に積極的関与しているのは各都市の市政や県会であり、助成金として各協会の支部の運営費の10%から40%（地方自治体による）を担っている。また各医療機関とのコンタクトもあり、情報交換ならびに精神科医、心理士ボランティアなどの提供が行われている（図1参照）。

2000年にフランス厚生省、UNAFAM、F.N.A.P.Psyの2協会ならびにフランス精神医学会の4者が初めて一堂に会し、精神障害者への偏見を含め、彼らが抱えている現実的な問題を検討する会議が行われた。その会議内容は2001年に「白い本 (LIVRE BLANC)」として出版され、厚生省から助成金がUNAFAM等の精神障害者に関わる非営利団体に支払われるようになった。この会議によりプライベートな組織である各精神障害者を援助する協会とフランス政府が「精神障害者

を生活の向上」において事実上初めて公式に意見交換をする機会を持ったといえる。



(図1)

3-2.活動の中心である家族会 UNAFAM

1963年、精神科医の援助を得て、精神障害者の家族により「精神障害者の友人、家族の会」Union National des Amis et Familles de Malade Psychiques (UNAFAM) が設立された。UNAFAM 設立当初の目的は、精神障害者を取りまく周囲の人々を支え援助しながら適切な情報を提供できる組織を作ることであった。その背景として、精神疾患は他の身体疾患に比べて、他者に理解されにくいという面があり、精神障害者の家族においてもしばしば例外ではない。さらには精神障害者の家族自身もまた社会の中で偏見の目にさらされ、孤立してしまうことが多い。

当時のフランスの精神科医療は郊外にあるいくつかの保護院に集中して患者を治療していたが、その後、各都市各区に外来医院や医療心理センターをもうけて地域に根ざした精神科医療を提供し

ていくようになった。これを受けて UNAFAM もフランス全土の各都市に支部を設けて外来医院や医療心理センターとの関わりを深めていった。現在では 12,000 家族が登録しており、97 支部を持ち、1,500 人のボランティア（精神科医、心理士、教育者、ソーシャルワーカー、その他）が働いている。フランスの精神障害者に関わる協会では最も大きく歴史のある組織であり、精神障害の偏見や差別に対する活動の拠点でもある。

家族と精神障害者へのさまざまな援助を目的であるこの協会は、2000 年以來新たな対策として、「精神障害者に対する偏見の問題と機会均等の探求」を掲げている。具体的には、(1) 社会の中で彼らの障害を認めてもらうこと、(2) 社会から孤立しないように援助すること、(3) 彼らが障害を持つものとして当然得られるべきものを明確にすること（治療、情報、住居、社会参加の法律。）の 3 点が挙げられる。UNAFAM は、精神障害者とその家族の援助として、年に 4 年発行される「もう一つの眼差し un autre regard」という精神障害の最新情報を載せたジャーナル、精神障害者の為の特殊なサービスを紹介している冊子など、適切な情報の提供や、電話相談や「クラブ」と呼ばれる出入り自由なグループの会など、障害者と家族が孤立しないよう、気軽に UNAFAM にアクセスできるサービスを提供している。また、精神障害に関わる様々な研究及び統計チームを作り、科学的情報の収集をおこなっている。また、対外的には UNAFAM は積極的に他の多くの精神保健に関する協会と連携し、全国規模での対偏見運動

にも力を入れている。

3-3.他協会と協力して行われた活動

2000年にフランス厚生省とUNAFAMや精神障害者連盟などの非営利団体との間で初めて、フランスの精神障害者の現状及び問題点を話し合う会議が設けられた。翌年の10月にその会議内容が「白い本 (LIVRE BLANC)」と題して出版された。この会議での目的は、(1)精神障害者を社会の中で存在させること(2)その為の解決策を提案すること、を整理し市政や県会に援助を求めることであった。実際に提案された対策は、ソーシャルカンパニー制度(社会生活の同伴サービス制度)と呼ばれ、病気によって引き起こされる様々な日常生活の問題に精神障害者と寄り添いながら具体的に解決していくサービスであった。このサービスにより、社会の偏見や差別の目にさらされて引きこもる精神障害者に最小限の社会参加を促すことができるかと期待された。

アカンパニー制度に求められる具体的な問題解決として、以下の6点に関して検討した。

1-適切な治療

2-資金

3-地域内での住居

4-最小限の社会接触の持続を目的としたクラブ(非営利団体内の精神障害者が自由に出入りできる小グループ)への参加とソーシャルカンパニー(社会生活の同伴サービス)の自宅訪問

5-必要に応じた法的保護(財産管理、後見)

6-社会活動による地域社会への編入

アカンパニー制度の実施により「社会医療負担として上記の精神障害者の問題を社会が引き受けること」を提示した。

2001年「白い本」の出版以来、精神障害者への社会参加の動向は以下の通りである。

2002年

精神障害者の権利に関する法律は、精神障害者に治療とソーシャルカンパニーの利用を認める(病人の権利及び保健システムの質に関する法案

2002年3月4日通達)。

2003年

「精神病患者」から「精神障害者」という表現の変更が一般化される。

2004年

精神障害者の権利の平等、機会均等に関する法のプロジェクトが促進し、地域の中で社会参加の援助を行うアカンパニー制度の必要性が認められる。

2005年

専門的なアカンパニーサービスが実施された。

全国広報キャンペーン

UNAFAMと精神障害者連盟、フランス市長協会、保健世界組織協力センターと共に2005年6月より2006年4月までの11ヶ月間、精神障害者

への差別反対活動の広報キャンペーンが初めて行われた。このキャンペーンはロールシャッハの1版が描かれた図柄に「もし、あなたの隣人があなたと違う物を見るならば、あなたは彼らから離れてしまいますか。—違いを認めること、それは精神障害者にとっても価値のあることです—」と記されたポスターを公的機関に一定期間貼付する。

(図2参照)



図 2a: キャンペーンポスター 1

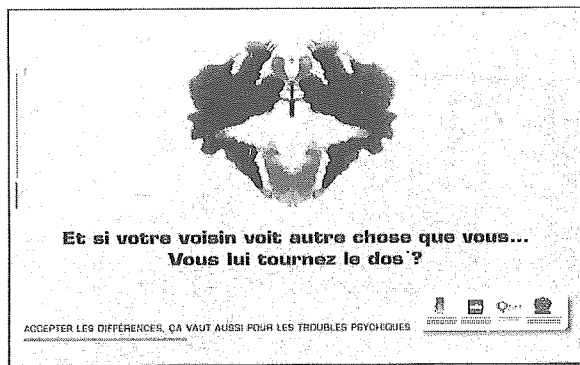


図 2b: キャンペーンポスター 2



図 2c: キャンペーンポスター 3

ポスターの貼付先は、市庁舎、高校大学等の高等教育機関、薬局、病院施設、退職者住居、保健所、企業などである。

精神保健キャンペーン週間—地域の中の精神保健

1990年より16年間、年に一度の頻度で、精神保健キャンペーン週間が行われる。精神障害者、医療関係者、社会福祉関係者、行政関係者、弁護士、家族、地域住民など、精神障害を取り巻く人々との情報交換や精神保健に関する時事問題をディスカッションする機会が与えられる。7日間続くキャンペーンでは、講演会、フィルム上映、演劇、治療施設の一般公開など各地域で250企画が用意されている。参加協力する精神障害及び精神保健に関する協会は10組織であり、今年は3月13日から19日まで開催される。

この数年のフランスの精神障害者への偏見に対する活動の成果は、精神障害者と共に日常の問題を解決していく「アカンパニー制度」の導入により、これまで社会に参加する苦悩や不安を抱え、

引きこもりがちであった精神障害者に社会との最小限の接点を確保させたことであるといっても過言ではない。それは、精神障害者を自治体レベルでケアしていくという「セクター制」の実施当初の理念、すなわち、「精神障害のもたらす苦悩と不安は様々な環境（家族、地区の医師、社会福祉センターなど）を通して初めて理解できることが多く、これらの環境があるからこそ、迅速で的確な医療介入ができる」に添ったものである。

4. 総括

精神障害への偏見の対策活動の歴史とフランスの精神医療の発展の歴史は深く関わっている。各都市に精神保健センターをおくようになった「セクター制」の医療体制は、「地域共同体」の考えに基づくものであった。また、このセクター制によって入院ベッド数や入院日数が大幅に減り、不必要な入院が改善される一方で、「ASILE（保護院）」の高い壁の中から出て来た精神障害者をそれぞれの地域に受容していく必要性が生じた。しかし、その過程は容易ではなく、精神障害に対する偏見を持つ社会と、それに対してますます社会参加を恐れてしまう精神障害者の間に深い溝ができてしまった。また、精神障害者を抱える家族の経済的、精神的な負担が増加したこともあげられる。

このような状況下で、フランスの「精神障害者友人、家族の会（UNAFAM）」が発展していった。フランスでの精神障害者への偏見に対する活動において特筆すべきことは、この非営利団体である「精神障害者の友人、家族の会（UNAFAM）」が

中心となって、各精神障害者協会団体が活動を促進していることである。WHO ヨーロッパ会議でも既述されたように、このような非営利団体の地道な活動は、少しずつではあるが確実に波及する力となっている。また、セクター制に伴い協会団体もまた、地域密着型の活動を市政や県会、地域の病院施設との関係を深めながら展開している。

先に述べたように、精神障害者への偏見は、人々の精神障害者に対する恐れと精神障害者の社会に対する恐れという2つの恐怖感を生み出し、精神障害者の社会参加にとって2重の問題を抱えることとなっている。したがって、偏見を改善する方策も精神障害者への恐れをもつ人々に向かうベクトルと社会を恐れる精神障害者に向かうベクトルとの2つの方向性をもつ。

フランスはヨーロッパの他の国々で見られたマスへ向かう対偏見活動よりもむしろ、もう一方の方向性である精神障害者の社会に対する恐怖を和らげる点に当初より着目してきたと言える。その具体的な解決方法は精神障害者の社会への適応を援助していくことであった。マスに向かう対偏見活動はその影響力の大きさ、早さという点において重要である。

しかしながら、フランスのこれまでの精神障害者への偏見に対する戦略の主旨は、精神障害者が地域の中で受容され、安定した社会生活が送れるようになるという本来の目的をふまえて、精神障害者一人一人が必要としている現実的な問題に取り組んできたことの結果であるとも言える。それは、精神障害者から最も近い存在である家族の会

が中心となって活動してきたことと無関係ではないだろう。

その後、地域社会参加を目指す過程において出てきた問題と解決策を「白い本 LIVRE BLANC」
として総括したことは、精神障害者の社会参加を
地域レベルの援助から全国レベルでの援助へと引
き上げるというステップに大きく貢献しているが、
フランスの精神障害者への偏見に対する全国規模
の活動はここ数年であり、まだ始まったばかりで
ある。今後の課題はさらに、そのネットワークを
広げてマスに対する広報というもう一方の対偏見
活動を推進していき、精神障害者への偏見が抱え
る2重の問題にそれぞれ2方向から対応していく
ことである。

謝辞

「フランスにおける精神障害者への偏見に対する
活動」の報告書を制作するにあたり、精神障害者
の援助に関わる人々から多くのお力添えをいただ
きました。心より感謝申し上げます。

協力者・協力機関

精神障害者の友人、家族の会

Union National des Amis et Familles de
Malade Psychiques (UNAFAM)

www.unafam.org

12 villa Compoint 75017 Paris

Tél : 01 53 06 30 43

Fax : 01 42 63 44 00

精神障害者連合

F.N.A.P. Psy

<http://www.fnappsy.org>

3 rue Evariste Galois 75020 PARIS

Tél : 01 43 64 85 42

Fax : 01 42 82 14 17

参考文献及びホームページ

WHO OMS

<http://www.who.int/fr/>

G., マッセ、X. ウッサン著

桑原寛、菅原道哉、松石竹志 訳

2001 フランスの精神医科医療体制

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

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るが、当事者の力を積極的に活用するマスメディア側のガイドラインが示されるには至っていない。普及啓発において当事者の積極的参加をいかに進めていくのか、また、マスメディアによる支援をいかに進めていくのかを明らかにし、そのためのガイドラインについて検討することが本研究の目的である。

そこで、平成17年度の研究では、1) 精神保健福祉センターがかかわった取り組みの中で当事者が普及啓発に取り組んだ事業について調査し、現状と課題を明らかにすること、2) 研修等に実際に協力した経験のある当事者へのインタビューにより当事者の積極的参加を推進に向けた現状と課題を明らかにすること、3) 主要4新聞の記事を検索し、精神疾患や精神障害に関する記事や当事者の活動がどの程度掲載されているかを明らかにすること、4) 先行研究をレビューしまとめること、とした。

その結果、ほとんどの精神保健福祉センターにおいて、当事者による普及啓発活動がすでに積極的に行われていた。当事者参加に対する参加者(当事者以外)の反応や当事者自身の意見は、概ね良好であり、今後も参加したいとの意見が多かった。当事者は、参加することにより多くの人に知ってもらったということで、良かったと回答しているものが多く、普及啓発に対して、当事者自身がその効果を上げていた。

当事者へのインタビューでは、積極的に取り上げてほしいという意見とともに、あまり知られたくないという意見も聞かれた。一律に考えるのは難しく、ひとりひとりの意見を尊重しつつ、自発的かつ積極的な当事者自身による普及啓発のあり方を考えていくことが必要であることが示された。

新聞記事のキーワードによる検索では、精神疾患に関する記事の絶対量が少ないこと、精神疾患名としては「うつ病」を除きほとんど取り上げられていないこと、「ストレス」という予防的な視点や「精神障害」という障害者としての捉え方をした記事が多いことが明らかとなった。今後は記事の絶対量を

増やすこと、ストレスと精神疾患との関連性、精神疾患の回復可能性なども視野に入れた記事が求められると考える。

先行研究の結果を踏まえ、本研究では、精神疾患や精神疾患とストレスとの関係についてどう伝えるか、精神障害者の日常生活や社会生活における悩みや喜びなど自然な姿をどう伝えるかという観点から、ガイドラインについて検討することとしたい。このような内容の報道が増えることで、結果的に事件報道のあり方も適正なものになっていくのではないかと考える。

研究協力者

原田 豊(鳥取県立精神保健福祉センター)

新井綾子

(京都市こころの健康増進センター)

有海清彦(山形県精神保健福祉センター)

佐々木昭子

(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)

細矢幸子(AC プランニング)

山崎正雄(高知県立精神保健福祉センター)

A. 研究目的

精神疾患や精神障害についての誤解や偏見が今なお少なくないことは、各種の調査や施設コンフリクトと言われる問題にもしばしば現れている。研究者らの身近にも、社会復帰施設等の建設等が地元の反対で頓挫した経験は少なくないのが現状である。そこで、平成16年3月の「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」により、「こころのバリアフリー宣言」が示されたが、この宣言を今後いかに実現していくかが問われている。

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、関係団体等で行われているが、その中で当事者との

直接的な交流が最も効果的であることは、ボランティア養成講座等でしばしば経験することである。しかし、大多数の国民にとってそのような機会は必ずしも多いわけではない。

したがって、講演会や各種のイベントなどで、当事者が主体的かつ積極的に発言することが、「当事者の発言の重み」として極めて大きな意味を持つといえる。また、マスメディアなどに当事者が積極的に登場する機会が増えることで、より多くの国民に当事者の生の声を届けることができるものと期待される。普及啓発において当事者の積極的参加をいかに進めていくのか、また、マスメディアによる支援をいかに進めていくのかを明らかにし、そのためのガイドラインについて検討することが本研究の目的である。

そこで、平成17年度の研究では、以下の4テーマについて研究を進めることとした。

- 1) 精神保健福祉センターがかかわった取り組みの中で当事者が普及啓発に取り組んだ事業について調査し、現状と課題を明らかにすること。これは、精神保健福祉センターの業務のひとつとして「普及啓発」がありほとんどのセンターで取り組まれていることから、全国的な当事者の普及啓発への参加状況を把握するとともに、今後の課題を明らかにしようとするものである。
- 2) 研修等に実際に協力した経験のある当事者へのインタビューにより当事者の積極的参加を推進に向けた現状と課題を明らか

にすること。これは、実際に研修会や講演会等に参加して発言した経験のある当事者の意見を聞くことで、当事者が参加しやすい条件づくり等について検討するものである。

3) 主要4新聞の記事を検索し、精神疾患や精神障害に関する記事や当事者の活動がどの程度掲載されているかを明らかにすること。これはマスメディアの代表である新聞記事を検索することにより、どれくらいの記事が掲載されているのか、どのような特集が組まれているか、当事者活動などがどの程度取り上げられているか等を明らかにすることで、マスメディアが今後どのように取り組めばよいかという指針について検討するものである。

4) 先行研究をレビューしこれまでに明らかとされていることをまとめること。これは先行研究をレビューすることで、本研究の今後の進め方の参考にするものである。

B. 研究方法

1) 全国63カ所の精神保健福祉センターを対象に平成18年2月14日付で質問紙調査票を郵送し、回答期限を平成18年3月3日とし郵送で返送とした。全国精神保健福祉センター長会の協力の下に実施し、回答期限を過ぎても未回答のセンターには電子メールで再度回答依頼を行なった。結果をMS エクセルに入力し、集計と分析を行なった。

2) 当事者が精神保健福祉センターや保健所等が主催する研修会等に参加しているA県内の2カ所の小規模作業所を対象とした。本研究の趣旨について説明をした上で、参加した状況や感想について、A県精神保健福祉センター職員によるインタビューを行った。

3) 朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞の2003年1月1日から2006年2月

24日までの記事について、「精神障害」「統合失調症」「うつ病」「アルコール依存症」「薬物依存」「人格障害」「摂食障害」「パニック障害」をキーワードとしてデータベースで検索した。それぞれのヒットした件数、特集(連載)記事の件数、当事者を中心とした記事の件数を調査した。特集記事についてはダウンロードし、内容の分析は、平成18年度の課題とした。また、これらと比較検討する意味で、「メンタルヘルス(こころの健康)」「ストレス」「認知症(痴呆)」及び「生活習慣病」「癌(がん)」「心(臓)疾患」「糖尿病」をキーワードとして記事総数を検索し比較検討した。

4) 先行研究として、平成14年度厚生科学研究「障害者の社会的理解の促進及び自己決定の支援、自己選択の支援等の権利擁護に関する研究」と日本学術会議・精神医学研究連絡委員会報告書「こころのバリアフリーを目指してー精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のためにー」(平成17年9月30日)をレビューした。

C. 研究結果

1) 精神保健福祉センター質問紙調査

精神保健福祉センター63カ所中45カ所(回収率71.4%)より、224事業について回答を得た(3月12日時点)。事業内容では、統合失調症などを中心としたいわゆる内因性の精神疾患に基づく精神障害だけではなく、「ひきこもり」、アスペルガー症候群、ADHD等の「発達障害」、アルコール・薬物依存等に関するもの(以下、「依存」と略)等が含まれていた。224事業中、「ひきこもり」に関するもの15事業、「発達障害」に関するもの5事業、「依存」に関するもの51事業であり、これらを除いたものが153事業であった。

当事者の参加形態は、個人としての参加

と団体としての参加が、半々であるが、「ひきこもり」や「発達障害」では個人としての参加が多く、「依存」では団体としての参加が多かった。また当事者の役割は、体験発表・トークがもっとも多く、講師やパネラー、グループ討議への参加なども見られた。作品展示、製品販売、模擬店などは複数回答が多く、これらはイベント参加のものが多く、ひきこもりや発達障害、依存ではあまり見られていない。

当事者参加に対する参加者(当事者以外)の反応や意見としては、非常に良い、良いが大半を占めた。

参加した当事者の意見では、「参加して良かった」「今後も参加したい」が大半を占めたが、「あまり参加したくない」という意見もみられた。「参加してあまり良くなかった」という意見は、「体験発表はまとまりがなく、あまり共感できなかった」「一日、他の人と接し続けたので疲れた」等であった。「あまり参加したくない」という意見は、「自分は無理だと思った。疲れてしまうのではと心配になった」「自分たちの生活の改善に結びつかない」などであった。

224事業中、111の事業で積極的に広報、もしくは一般的な広報を行っている。一方で、92の事業では特に広報は行われていない。これに対して取材があったのは49事業(43.8%)であり、事前情報提供したものに關しては、およそ3分の2が取材を受けている。マスメディア等への掲載の多くは、新聞掲載であり、この他に、行政広報物や機関広報物への掲載が多く見られた。

2) 当事者へのインタビュー

平成18年3月9日、2ヶ所の作業所において、発表経験等のある当事者4名、未経験の当事者8名、計12名にインタビューした。あらかじめ決めておいた設問に基づいてインタビ

ューを実施した。

体験談などを発表したことはよかったと感じている人もいれば、顔や名前が知られることへの抵抗感を感じる人もいた。これはマスメディアで取り上げられることに対しても同様であった。

マスメディアに望むこととしては、できるだけ取り上げてほしいという意見が多かったが、顔や名前については抵抗を感じる人もあった。

普及啓発については、偏見を無くすようにしてほしい、子どもたちが素敵だなどと思うような取り上げ方、結婚相手の対象としてみてもらえるよううまく取り上げてほしいなどの意見が出された。

3) 新聞記事のキーワード検索

(表1-3、資料)

朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞の2003年1月1日から2006年2月24日までの記事を「精神障害」「統合失調症」「うつ病」「アルコール依存症」「薬物依存」「人格障害」「摂食障害」「パニック障害」をキーワードとしてデータベースで検索したところ、1,023件がヒットした。

もっともヒットしたキーワードは、「精神障害」で448件、内特集記事が0件、当事者活動記事(以下、活動記事)が53件であった。次に多かったのは、「うつ病」で251件、内特集記事11件、活動記事16件であった。以下同様に「薬物依存」94件、内特集記事7件、活動記事9件、「統合失調症」90件、内特集記事8件、活動記事1件、「摂食障害」59件、特集記事0件、活動記事3件、「アルコール依存症」37件、特集記事3件、活動記事3件、「人格障害」26件、特集記事11件、活動記事0件、「パニック障害」19件、特集記事1件、活動記事0件であった。なお、「精神障害」の記事の多くが統合