

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えない。

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の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、イデオロギー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している。

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理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いまだ主流で、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。評価するエビデンスの量と質は確かに改善するだろう。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、理解す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)

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。

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

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—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—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—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。精神障害を巡る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する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1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に苦しんでいる。精神障害者が、法的に「障害者」として認められたのは平成5年の障害者基本法の成立、平成7年の精神保健福祉法成立以降からである。ハンセン病患者や精神障害者に共通するのは、療養所と医療機関という差はあっても、社会から隔離された生活を余儀なくされ、一般市民がほとんど関わること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。「病気になる障害を持ったために、働く体験を持つことができなかっ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る、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ぬずに巻き添えを求めるのです。精神病患者が怖いと思われている理由はここにあるのです。」

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

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

「あきらめてはいけない。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)年の精神病患者監護法から、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『直接話するのはこわい』『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。

そのなかにも、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、眠れない日々が一ヵ月続いた。『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『悪くなくても、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。一步も二歩も引かれた。だが後で、『実はうちの兄もそうなの』と話しかけてきた。身近に患者はいるのに、みんな口を閉ざしていると感じる。『差別や偏見をなくすには、患者や家族が声を上げていくしかない。かぜのときのように、入院したり退院したりしながら、地域で暮らせるようになれば』

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

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

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