

(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。

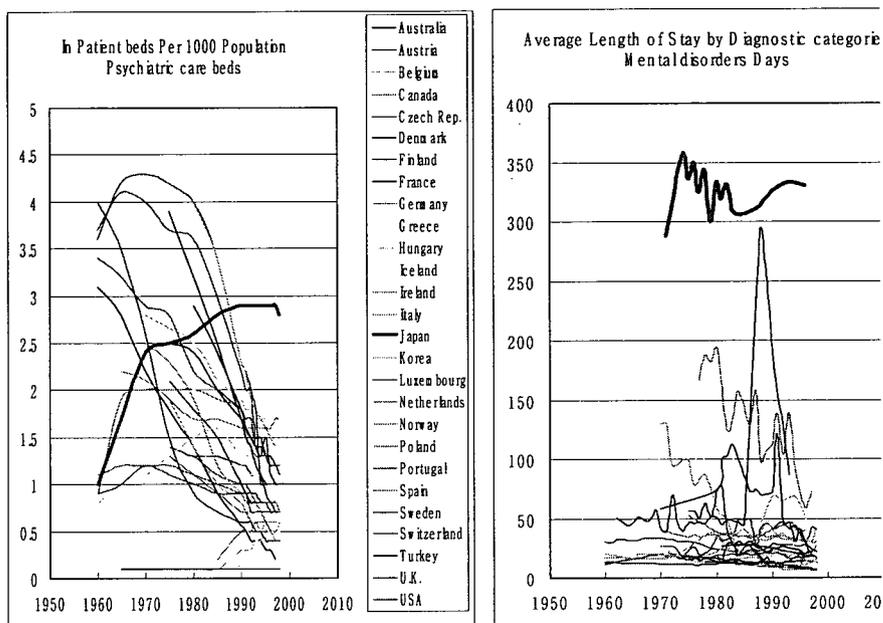
米国では 1963 年のケネディ教書で精神科医療の「脱施設化」が始まり、イタリアでは 78 年にバ

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した定期的な病状審査と、患者からの退院請求や処遇改善請求を受けた審査を行う。ただし強制入院患者全員の実地審査はなく、権利擁護も本人の請求を待つ受け身の制度である点に限界がある。

現実的なネックは病院の閉鎖性と、患者への支援者が乏しいことだ。精神科病院の開放化の推進、医療機関情報の公開とともに、大阪府で導入されている「精神医療オンブズマン制度」のように、病棟まで出向いて支援するアドボケート(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「ルポ精神病棟」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ようとするステレオタイプな見方ではなからうか。

次の3つの視点から、事件報道のあり方を見直すことを提案したい。

- 1: 報道する「事実」は、真実に接近しているか。結果的に誤報になるおそれがないか
- 2: 他の障害者への「とぼっちり」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薬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、「とぼっちり」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「当たり前」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・障害がどういう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。頭の中にあつ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きたり、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ら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。そのために、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)。

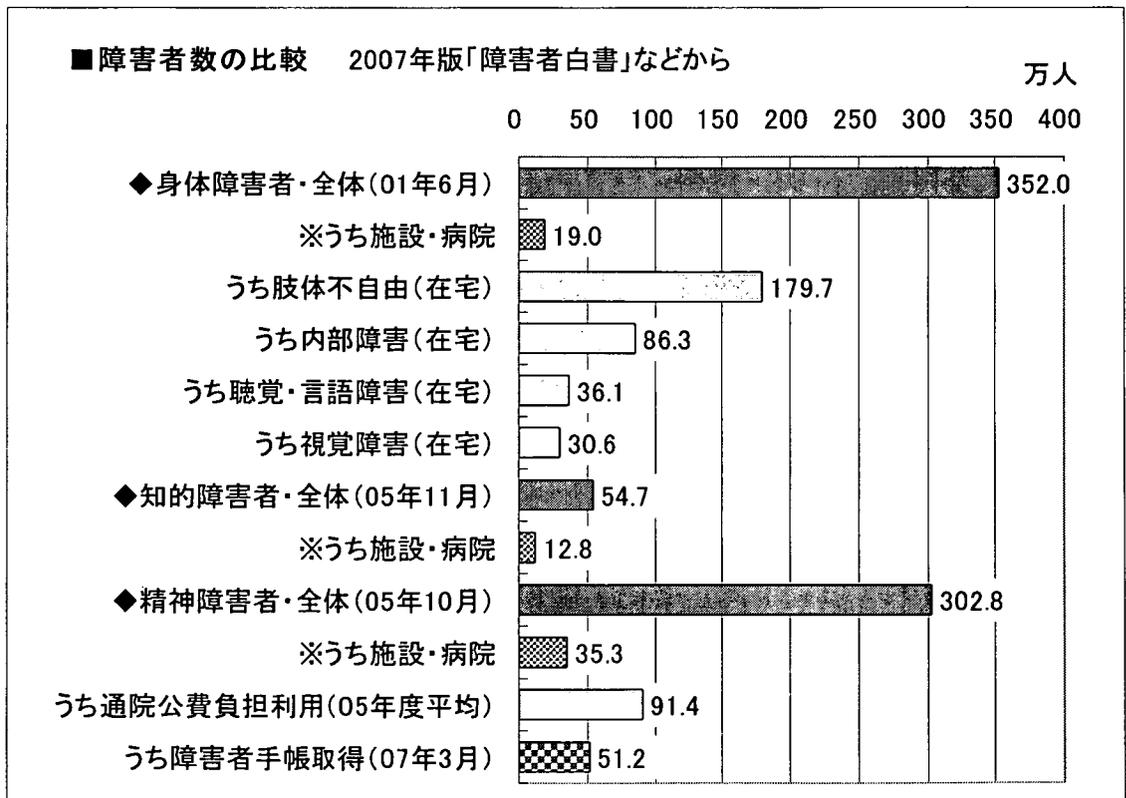
統計データとしては、厚生労働省による各種統計調査(同省ホームページから入手可能)のほか、正式の統計ではないものの、毎年6月末時点の病院や施設の状況を調べる「精神保健福祉資料」があり、こちらは精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページに掲載されるようになった。

(<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。

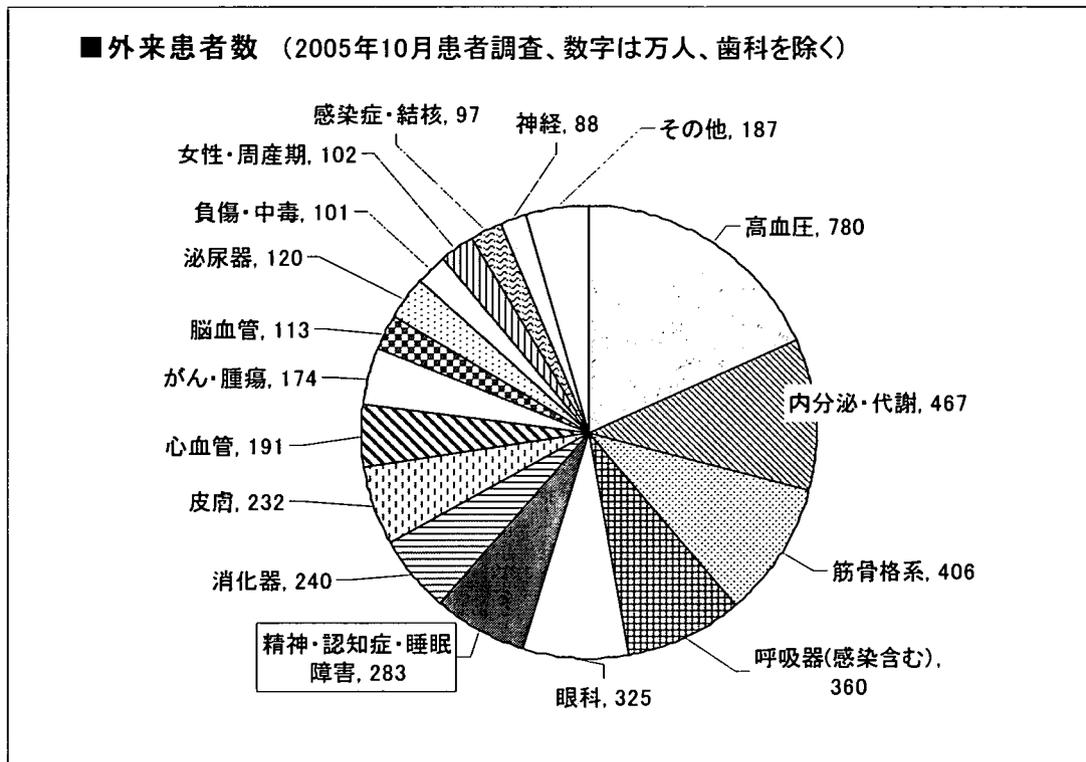
◆精神障害者の数

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。



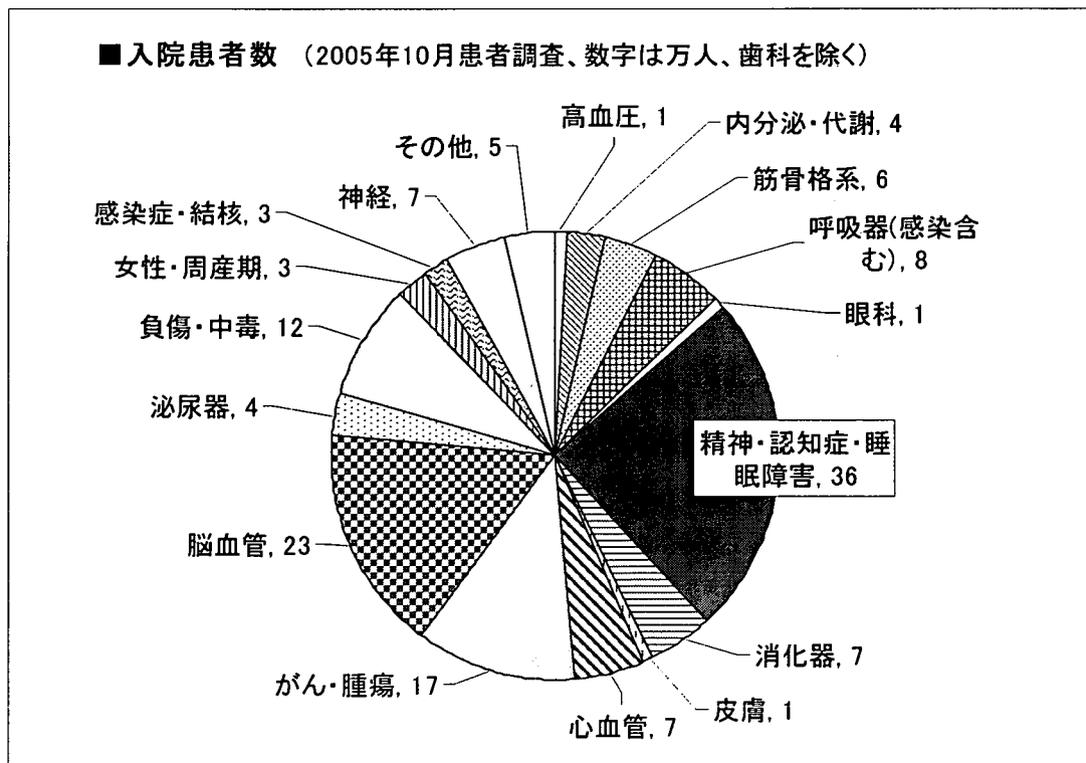
◆医療の中で、精神障害の占める割合

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、決してマイナーではない。



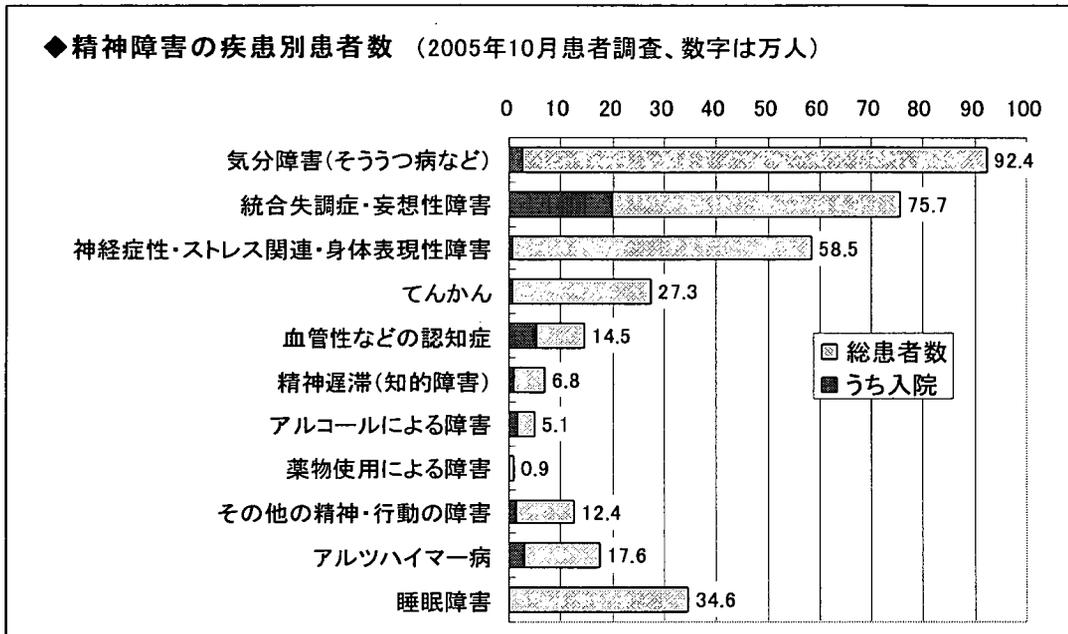
◆入院患者の4分の1は、精神障害

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



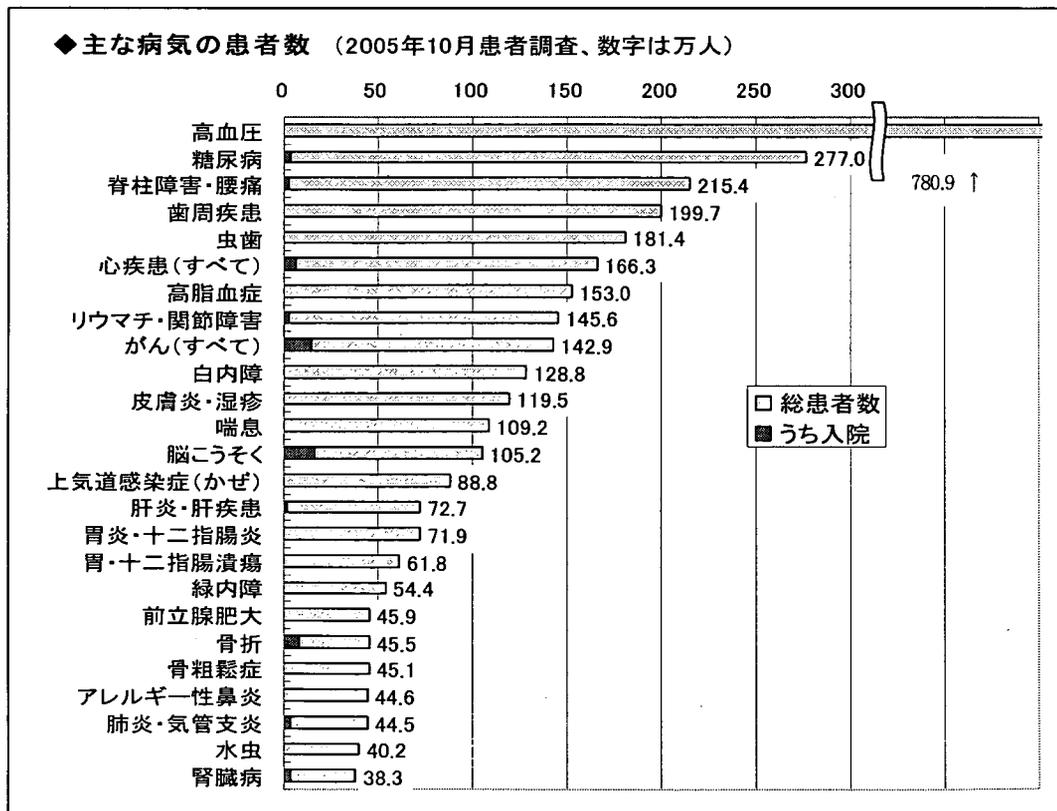
◆どんな精神障害が多いのか

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。



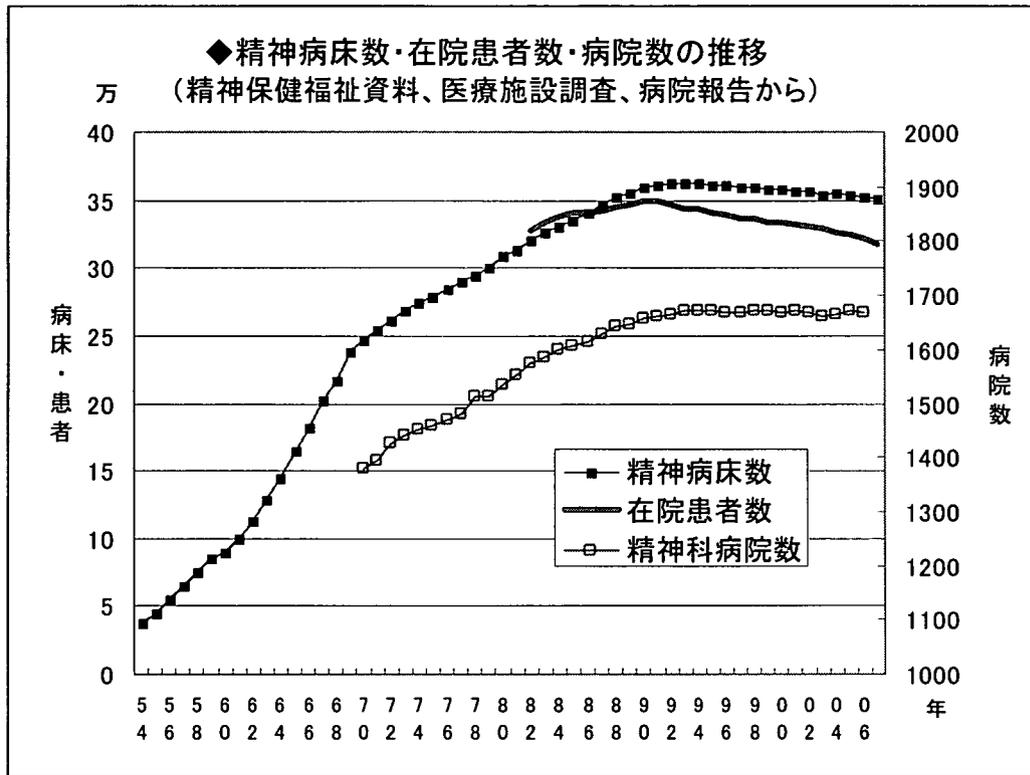
◆他の病気と比べると……

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たとされている。

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

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

全国精神保健福祉センター長会ホームページ

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

資料3 精神保健福祉関係団体等一覧

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