

#### 4. 医療観察法申立にまつわる諸問題

##### 1) 長期経過後の申立

対象行為から長期間が経過した後の申立が、社会復帰に阻害的に働いた事例が報告されており、これを避けるため医療側から司法側に、医療観察法の申立を促すなどの対応がなされているなどの報告も見受けられた。

この点、この研究結果からも、司法関係者、特に警察官へ、医療観察法や措置入院制度など、精神医療の法制度を周知することが必要という見解もありうる。

ただ、法を知ることは元々司法機関の責務である以上、医療機関から司法機関へ、法の発動を促すのも違和感のある話ではある。

さらに、医療観察法の適用がなされることで、円滑な社会復帰に資することも少なくはないが、長期経過後の申立など、逆に社会復帰が阻害される場面もあり得る。現状の運用下では、司法機関への周知の必要性を強調しても、たとえば関係者が精神保健福祉法入院で尽力して社会復帰したような事例を、後から法律だからと杓子定規に医療観察法が適用されるような事態も起こりうる結果が出ており、このような場合に医療機関側の円滑な協力が得られるか、疑問があると思われた。

##### 2) グレーゾーン

対象行為を行ったかどうか、捜査上、確認できないため、医療観察法の申立ができず、当面、医療保護入院となった後、捜査が進展し、医療観察法の申立が行われた事例も報告された。措置入院でも同様の事例は認められるが、このような事例の延長線上には、捜査上、最後まで対象行為を行ったかどうか確認できず、精神保健福祉法入院で対応されている事例が存在する可能性についても、考慮せざるを得ないと思われた。また触法精神障害者を考えるうえで、医療観察法の対象行為にはあたらないが、微罪行為を繰り返す類回措置事例をどうするかについても、今後、検討を重ねていく必要があるとも思われた。

##### 3) 長期裁判

現状、起訴された事例では、判決を経て医療観察法申立までに長期を要する事例も存在する。医療観察法にのるまでは司法システムであり、医療

機関が論じる問題ではないかもしれない。しかし、この間、将来の対象者である被告人は、留置所、拘置所にとめおかれ、最低限の医療しか受けていない。刑事裁判で被告人である以上、一定の制約や義務を課される立場にあることは受忍せざるをえないとしても、その間の医療が不十分であることで、治療に適した時機を失してしまい、病状の回復が困難となることは想像に難くない。なにより、刑事被告人として医療が不十分であった後に、裁判が終了、医療観察法の申立がなされた途端、手厚い医療が必要とされても、白々しさに戸惑う方が自然ではないだろうか。

このように、勾留中も、精神医療の充実を図り、被告人の病状を安定させておく必要がある。これは、もちろん被告人の防御権の点でも望ましいことである。それだけでなく、以後の医療観察法の医療に際して、法廷での検察官との対立構造が治療の場に持ち込まれるなどの可能性を軽減し、被告人、すなわち将来の医療観察法対象者が治療者に対して陰性感情を持つ危険性を減らすことになる。現実には検察官の請求を受けて勾留されている間に、全く精神科医療が受けられなかった対象者で、医療観察法申立とともに検察官から「医療が必要」とされても、対象者には勾留自体が被害的な体験として残っている事例も報告されている。加えて刑事裁判の法廷では対象者は検察官と対立構造にあったことで、思考障害などから、その関係を治療の場に持ち込んでしまった対象者などの事例も認められている。こうしたことから対象者の現実感を回復するためにも勾留中の医療の充実は必要である。こうした対策により、病状が安定し、入院に要する期間も短縮が可能となれば、社会復帰に資すると考える。

ほか、通院処遇における行政の役割分担が不十分であること、制度自体が複雑であること、医療観察法と精神保健福祉法があまりに独立しすぎて、精神保健福祉法入院などの情報が医療観察法鑑定で軽視されることなどの問題も指摘されていたが、紙幅の都合で省略する。

#### 5. この研究の限界

この研究の解釈に際しては、まず、対象を指定入院医療機関に医療観察法入院処遇となった事例

のみとしており、通院処遇、不処遇、却下事例の状況は考慮されていないことに留意する必要がある。また、司法側の事情については、直接警察・検察に調査を行ったものではなく、指定入院医療機関からの報告に由来するものであることに留意する必要がある。

## 5 結論

医療観察法入院処遇に至った事例に対して、対象行為から医療観察法処遇決定までの間に、精神保健福祉法に基づき入院したかどうか調査を行った。831例のうち118例(14.2%)が精神保健福祉法入院しており、入院となった理由は、興奮など医療的理由が最も多く、次いで判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなど多岐にわたっていた。入院に際しては、対象者の病状のみでなく、おかれている状況も、処遇に影響していると思われた。

対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の申立が行われるまでの期間が延長しており、司法機関内での連携に問題がある可能性がうかがわれた。こうした問題点にも配慮しながら、場面に応じて、精神保健福祉法や医療観察法を弾力的に運用していくべきである。

資料収集にご協力いただいた指定入院医療機関の担当者に、お礼申し上げたい。

この研究は、2009年度・厚生科学特別研究事業「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究(主任研究者：花巻病院・吉住昭)」の補助金を受けて行った。

## 文献

- 1) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成 18 年度総括・分担研究報告書, pp39-74, 2007
- 2) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成 19 年度総括・分担研究報告書, pp35-76, 2008
- 3) 瀬戸秀文, 柴原誠一郎, 林田健太郎ほか: 医療観察法と精神保健福祉法の関係を整理した最高裁判所決定とその影響について. 司法精神医学 4: 112-113, 2009
- 4) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について—措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討—. 臨床精神医学 36: 1067-1074, 2007
- 5) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について—措置入院に関する診断書の決定木分析による検討—. 臨床精神医学 38: 469-478, 2009
- 6) 島田達洋, 堀 彰, 中村研之ほか: 措置入院の判定に関わる諸因子の検討—栃木県において措置診察を受けた 332 例の分析—. 臨床精神医学 36: 1005-1015, 2007
- 7) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究—検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について—. 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究, 平成 13 年度総括・分担研究報告書, pp63-116, 2002
- 8) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究—検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について—. 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究, 平成 14 年度総括・分担研究報告書, pp57-96, 2003
- 9) 吉住 昭, 竹島 正, 尾島俊之ほか: 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究. 平成 21 年度総括・分担研究報告書, pp9-43, 2010

## Summary

**The characteristics of patients who were admitted to a psychiatric hospital under the Act on Mental Health and Welfare before admission to a forensic psychiatric hospital**

*SETO Hidefumi, SHIMADA Tatsuhiko, IRINO Yasushi, YAMAMOTO Tomokazu, KOIZUMI Noriaki, YOSHIKUMI Akira, TAKESHIMA Tadashi, OJIMA Toshiyuki, NODA Tatsuya, YAMASHITA Toshiyuki and KODAKA Akira*

We investigated cases of hospitalization under the Medical Treatment and Supervision Act (Act on Medical Care and Treatment for Persons who Have Caused Serious Cases under the Condition of Insanity) to determine whether the hospitalized individuals were previously hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare or not. Individuals in 118 of 831 cases (14.2%) were previously hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare. Homicide, arson, and rape were slightly frequent and robbery and sexual assault were slightly rare. The reasons why the individuals were hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare included psychomotor excitement, physical complication, period of appeal, index offence occurring during hospitalization, crisis intervention of forensic community treatment, and overturns of judgment in a higher court. Symptoms and circumstances influenced the previous hospitalizations. If the individuals were hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare directly after index offences, the periods for petition under the Medical Treatment and Supervision Act were significantly extended. We point out that this may affect not only the conditions of the hospitalized individuals but also the relationship between the police and prosecutor.

\*

\*

\*

■ 原著論文

## 精神障害を有する人に対する一般地域住民のイメージ

小山明日香<sup>1,2)</sup>, 長沼洋一<sup>1)</sup>, 沢村香苗<sup>3)</sup>, 立森久照<sup>1)</sup>, 大島 巖<sup>4)</sup>, 竹島 正<sup>1)</sup>

抄録:

エリアサンプリング法により選出された一般地域住民1,500人を対象として訪問面接調査を実施し, 統合失調症, 大うつ病性障害, およびアルコール依存を有する人に対するイメージを明らかにした。対象者に3つの障害のいずれかのビネット(事例)を提示し, それに対するイメージを, SD (semantic differential) 法の手法で独自に作成した14項目の質問項目を用いて尋ねた。その結果, 精神障害を有する人に対するイメージとして「認知的反応」「社会的距離感」「治療可能性」の3つの因子が抽出された。「認知的反応」では, 男性, 高卒以下, 精神科受診経験がない, 精神障害を有する人と会って話をした経験がない, こころの健康に関心がないことがネガティブなイメージと関連していた。「社会的距離感」では, 50歳未満, 精神科受診経験がない, ビネットの診断名を正しく回答したことがネガティブなイメージと関連していた。「治療可能性」では, 男性, 高卒以下, こころの健康に関心がないことがネガティブなイメージと関係していた。3因子ともに, アルコール依存に対するネガティブなイメージがもっとも強かった。また, 3つの疾患いずれにおいても, 3つの因子のうち「社会的距離感」に対するネガティブなイメージがもっとも強かった。本研究で明らかになったように精神障害に対するイメージは個人の属性やものの考え方により異なることを考慮し, ターゲットを明確にした具体的で効果的な普及啓発活動のあり方について更に議論する必要がある。

日社精医誌 20: 116-127, 2011

索引用語: 精神障害, イメージ, 地域住民  
*mental illness, images, the public*

### 緒 言

精神障害に対する普及啓発の重要性は, 長年にわたり国内外で指摘されている。知識の不足ゆえ

に, あるいは周囲からの偏見を恐れて, 医療を受ける必要があるにも関わらず受診が遅れたり, 精神障害に対する誤解のために精神障害を有する人の地域生活に支障が生じたりする事態は, 今なお

英文タイトル: The Public's Image of the Mentally Ill  
受付日: 2010年12月3日受付 受理日: 2011年2月14日受理  
著者連絡先: 小山明日香(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部)  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
E-mail: asuka@ncnp.go.jp  
Corresponding author: Asuka Koyama  
Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan  
<sup>1)</sup> 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部  
Asuka Koyama, Yoichi Naganuma, Hisateru Tachimori,

Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan  
<sup>2)</sup> 日本学術振興会特別研究員 RPD  
Asuka Koyama: Research fellow of the Japan Society for the Promotion of Science  
<sup>3)</sup> 医療経済研究機構  
Kanae Sawamura: Institute for Health Economics and Policy  
<sup>4)</sup> 日本社会事業大学社会福祉学部  
Iwao Oshima: Graduate School of Social Welfare, Japan University of Social Work

続いている。こうした状況を踏まえ、厚生労働省は平成16年に公表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」のなかで「国民意識の変革」をわが国における精神保健医療福祉の重点課題のひとつに掲げた。続いて、平成21年には厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書である「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」<sup>12)</sup>が公表され、そのなかで「国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移す」必要性が述べられた。このように、わが国においては精神障害に対する普及啓発をより一層推し進める必要性が強く認識されている。

これまで、精神障害を有する人がどのような認識や印象を持たれているのか、様々な手法を用いて研究が行われてきた。わが国においても数多くの研究が実施されており、精神医療従事者や学生等の特定の属性の人々や特定の地域の住民を対象とするものから<sup>9, 20, 23, 24)</sup>、日本全国の複数の地域における地域住民を対象とする大規模調査<sup>11, 15, 16, 17, 26)</sup>まで様々である。これらの調査で扱われている障害の多くは統合失調症もしくは気分障害であり、海外の先行研究で統合失調症と同等もしくはそれ以上に偏見が強いことが報告されているアルコール依存<sup>1, 5, 21)</sup>等との比較検討はあまり行われていない。

ところで、既存の研究では、Opinions About Mental Illness Scale (OMI)<sup>6)</sup>、Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI)<sup>25)</sup>、Link ステイグマ尺度<sup>13, 23)</sup>などの尺度が用いられている場合もある。これらの尺度は精神障害についての認識を直接的に評価するうえで有用であるが、その一方で、家族が精神障害を有する人と結婚することや精神障害を有する人が特定の職業に就くことなどの賛否を問う質問項目や、精神障害者の犯罪が多いと思うかどうかを問うような内容になっており、質問内容が具体的であるがゆえに回答が社会的望ましさの影響を受けやすく誘導的になる可能性がある。また、調査項目そのものが精神障害に対する否定的な感情を喚起、助長させ

る可能性もあり、調査実施にあたっては慎重を期する必要がある。社会的望ましさの影響を受けにくくするために、自分自身ではなく一般の人が精神障害を有する人に対してどう感じるかを問う形をとる尺度もある<sup>13, 23)</sup>が、中根らの研究によれば精神障害を有する人に対して自分自身がどう感じるかと一般の人がどう感じると思うかは必ずしも一致していない<sup>16)</sup>。

これに対して、Osgood<sup>19)</sup>が1957年に提唱したSD (semantic differential) 法は、人がある刺激の認識に伴って表象する観念(情緒的意味)を定量的に把握する方法であり、対となる形容詞や形容動詞(明るい⇔暗い、など)を両極にとり、その間をスケール化したものである<sup>10, 18)</sup>。心理学領域のみならず商品や景観などのイメージを評価する場合にも用いられる、古典的な測定法である。我々は、このSD法が、人々の精神障害に対するイメージを明らかにする上で比較的中立的な手法であり、なおかつ質問項目の内容に縛られない自由なイメージを引き出すのに有効ではないかと考えた。

そこで本研究では、統合失調症、大うつ病性障害およびアルコール依存の3つの障害についての全国の一般地域住民のイメージを明らかにすることを目的として、SD法の手法を用いた質問紙を作成し、調査を実施した。

## 方 法

### 対 象

一定の方法を用いて選出された5つの調査地域(道央、東京、京浜、京阪、および山陽)について、それぞれの調査地域から10カ所ずつを調査地点として選出した。この調査地点のなかから選ばれた20歳以上70歳未満の地域住民とし、1調査地域につき400人、合計2,000人の有効回答を得た。対象者の抽出には調査対象地域および地点のみを指定する「エリアサンプリング<sup>7)</sup>」を採用した。調査員が対象者宅を訪問し、面接にて調査を実施した。各対象者は以下に述べる4種類のビネットのうちの1種類を無作為に割り当てられる。それ

それぞれのビネットについての有効回答数が各性・年齢層で等しくなるようにした。なお、4種類のビネットのうち1種類は性質の異なるものであり本研究では言及しないため、それを割り当てられた500人を除く1,500人を、本研究の対象者とした。

### ビネット

対象者には、最初に統合失調症・大うつ病性障害・アルコール依存のうちランダムに割り当てられたひとつのビネット(症例)が提示された。これらのビネットは、経験ある精神科医によってDSM-IVおよびICD-10のそれぞれの診断基準を満たしていることが確認されている。いずれのビネットも、初発であり、社会生活機能が一定以上低下しており、精神的治療が必要な状態にある患者を想定して作成したものである。文末に3つのビネットを付録として掲載する。

### 調査項目

本研究で使用した調査項目は、SD法を用いた独自の質問項目および人口統計学的変数等である。SD法は、ある対象へのイメージを問うものであり、対となる形容詞や形容動詞(明るい⇔暗い、など)を両極にとり、その間をスケール化したものである。本研究では、先行研究を参考にしながら調査項目を検討し、18項目を選択した。それぞれの項目について、ネガティブなイメージを1点、ポジティブなイメージを7点とする7段階評価とした。本来のSD法では「明るい⇔暗い」など対となる形容詞や形容動詞を用いることが基本であるが、本調査では、一部の項目においては、「こわい⇔こわくない」のように一方の形容詞や形容動詞の否定形を対とした。

精神障害に対するイメージとの関連を明らかにするために、以下の項目を尋ねた。1)人口統計学的変数：年齢、性別、学歴、2)精神障害との接触の程度：精神科・神経科・心療内科受診経験(以下、精神科受診経験とする)の有無、精神障害を有する人と会話をした経験(以下、接触経験とする)の有無、3)こころの健康への関心の程度(4段階評価)、4)割り当てられたビネットがどの

ような問題を持っていると思うか。4)については、以下15の選択肢のなかから1つを選択してもらった(選択肢：アルコール依存、問題なし、高血圧、がん、糖尿病、うつ病、統合失調症、神経症、自閉症、アルコール依存、精神疾患、知的障害、発達障害、ストレス、こころの病気、からだの病気)。「精神疾患」や「こころの病気」も正答ではあるが、本研究では「統合失調症」「うつ病」「アルコール依存」との診断名を正しく選択した場合のみを「診断正解」とし、それ以外は「診断不正解」とした。

### 解析方法

まず、SD法を用いた18の質問項目のうち、本研究と関連のない(すなわち、本研究で用いなかった1種類のビネットに関連する項目であった)2項目を除外した16項目について、主因子法およびプロマックス回転による因子分析を行った。因子分析によって抽出された因子について、それぞれを構成する項目の合計得点を項目数で除し、それぞれの因子の得点を算出した。次に、各因子の得点を従属変数、人口統計学的変数等の変数を独立変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。統計解析はすべてSPSS 14.0J for Windowsを用いて行い、有意水準は両側5%とした。

なお、本研究は国立精神・神経センター(現：(独)国立精神・神経医療研究センター)において倫理審査を申請し、承認を得て実施した。

## 結 果

対象者1,500人の基本属性を表1に示す。精神障害を有する人と会って話をした経験がある人は約20.7%であった。また、8割以上の人がかころの健康について関心がある、またはやや関心があると回答した。

割り当てられたビネットがどのような問題を持っていると思うかについての回答結果を表2に示す。統合失調症ビネットが割り当てられた500人

表1 対象者の基本属性

	人数 (%)
年齢	
20~34歳	411 (27.4%)
35~49歳	489 (32.6%)
50歳以上	600 (40.0%)
性別	
男	750 (50.0%)
女	750 (50.0%)
教育レベル	
中・高卒	784 (52.3%)
高卒・短大以上(在学中含む)	716 (47.7%)
精神障害を有する人との接触経験	
あり	310 (20.7%)
なし	1,190 (79.3%)
こころの健康への関心	
関心がある	527 (35.1%)
やや関心がある	697 (46.5%)
あまり関心がない	236 (15.7%)
関心がない	40 (2.7%)

のうち、事例が抱える問題について「統合失調症」という正しい選択肢を選んだのはわずかに4.8%であった。大うつ病性障害では58.6%、アルコール依存では85.0%であった。

次に、SD法を用いた16項目についての因子分析の結果を示す。まず1回目の因子分析でスクリープロットを図示し因子数を検討し、3因子とすることとした。次に、因子数を3に固定して再度因子分析を行い、十分な負荷量を示さなかった2項目を除外した14項目で最終的な因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。14項目ともに、3因子のうちいずれか1つの因子についてのみ因子負荷量が0.35以上を示した。その結果に基づき、3因子について「認知的反応(7項目)」「社会的距離感(5項目)」「治療可能性(2項目)」と命名した(表3)。

「認知的反応」は、その人の価値観や感情に基づく心理的な反応に関する項目であり、精神障害を有する人に対して低い価値を見出したり、障害の責任を本人に帰属させたりするような考え方の

表2 割り当てられたビネットに対する診断正解者数

	診断正解	診断不正解
統合失調症	24 (4.8%)	476 (95.2%)
大うつ病性障害	293 (58.6%)	207 (41.4%)
アルコール依存	425 (85.0%)	75 (15.0%)

程度を示す。「非難されるべき」「怠惰な」などの7項目からなり、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.76である。

「社会的距離感」は、精神障害を持つ人に対する恐怖や危険、近づきにくさを感じる程度を示す。「危険な」「怖い」などの5項目からなり、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.70である。

「治療可能性」は、精神障害について、不治の病かそれとも治癒する見込みがあると思うかについての考えを示す。「治療しても改善しない」「完治しない」の2項目からなり、Cronbachの $\alpha$ 係数は0.63である。

3つの因子の相関係数 $r$ を算出したところ、「認知的反応」と「社会的距離感」の相関係数は0.54、「認知的反応」と「治療可能性」は0.39、「社会的距離感」と「治療可能性」は0.32であり、いずれも有意な相関であった( $p < 0.01$ )。

14項目について、平均得点のプロフィールを図1に示す。各因子の平均得点は「認知的反応」4.9点、「社会的距離感」4.1点、「治療可能性」5.1点であり、「社会的距離感」についてネガティブなイメージが強い傾向にあった。診断別にみると、14項目の平均得点は、統合失調症で4.7、大うつ病性障害で4.9、アルコール依存で4.1であり、アルコール依存に対してネガティブなイメージが強かった。

次に、それぞれ3つの因子の得点を従属変数、人口統計学的変数等を独立変数とする重回帰分析を行った結果を表4に示す。

3つの因子すべてについて、ビネットの種類が有意な関連を示しており、3因子ともに統合失調症に比べてアルコール依存でネガティブなイメージが強かった。大うつ病性障害は、「認知的反応」「社会的距離感」の2因子で統合失調症に比べてネ

表3 14項目の因子負荷量(主因子法, プロマックス回転)

	因子		
	1	2	3
認知的反応 ( $\alpha = 0.76$ )			
非難されるべき⇔非難されるべきでない	<b>0.66</b>	0.04	0.06
怠惰な⇔勤勉な	<b>0.62</b>	0.06	-0.05
まれな⇔よくある	<b>0.53</b>	-0.08	-0.03
無知な⇔知的な	<b>0.49</b>	0.17	-0.09
怒りを感じる⇔怒りを感じない	<b>0.48</b>	0.13	0.01
気の毒でない⇔気の毒だ	<b>0.47</b>	-0.15	0.11
支援したくない⇔支援したい	<b>0.45</b>	0.06	0.09
社会的距離 ( $\alpha = 0.70$ )			
危険な⇔安全な	-0.20	<b>0.78</b>	0.07
こわい⇔こわくない	0.11	<b>0.56</b>	-0.05
話しかけにくい⇔話しかけやすい	-0.01	<b>0.51</b>	0.03
きたない⇔きれいな	0.20	<b>0.49</b>	-0.08
入院生活⇔地域生活	0.12	<b>0.36</b>	0.10
治療可能性 ( $\alpha = 0.63$ )			
治療しても改善しない⇔治療すれば改善する	0.10	-0.09	<b>0.76</b>
完治しない⇔完治する	-0.06	0.17	<b>0.58</b>
相関係数 $r$	—	—	—
2	0.54**	—	—
3	0.39**	0.32**	—

\*\* $p < .01$ 

ガティブなイメージが弱かった。

診断以外の変数に関しては、「認知的反応」では、男性、高卒以下、精神科受診経験がない人、精神障害を有する人との接触経験がない人、こころの健康に関心がない人でネガティブなイメージを持っていた。「社会的距離感」では、50歳未満、精神科受診経験がない人、診断正解者でネガティブなイメージを持っていた。「治療可能性」では、男性、高卒以下、こころの健康に関心がない人でネガティブなイメージを持っていた。

## 考 察

本研究では、統合失調症、大うつ病性障害およびアルコール依存を有する人に対する地域一般住民が持つイメージを、SD法を用いて検討した。

その結果、人々のイメージは「認知的反応」「社会的距離感」「治療可能性」の3つの構造からなることが明らかになった。先行研究では、精神障害を有する人に対するイメージを構成する概念について様々な報告がある。例えば、精神障害者に対する「社会的距離」という概念に基づく研究は数多く行われている<sup>14, 20)</sup>。また、Angermeyerら<sup>3)</sup>は統合失調症へのステレオタイプとして、「危険」「責任帰属」「創造性」「予測不能性/能力の不全」「予後不良」の5つの因子を見出し、Taylorら<sup>25)</sup>は人々の精神障害者に対する態度を「恐怖と排除」「社会統制」「好意」の3因子からなるとしている。さらに、Link<sup>13)</sup>は精神障害者に対するステイグマを1因子構造で捉えている。SD法を用いた研究でも、因子構造の解明には至らないまでもCrispら<sup>8)</sup>が地域住民の精神障害者に対するイメ



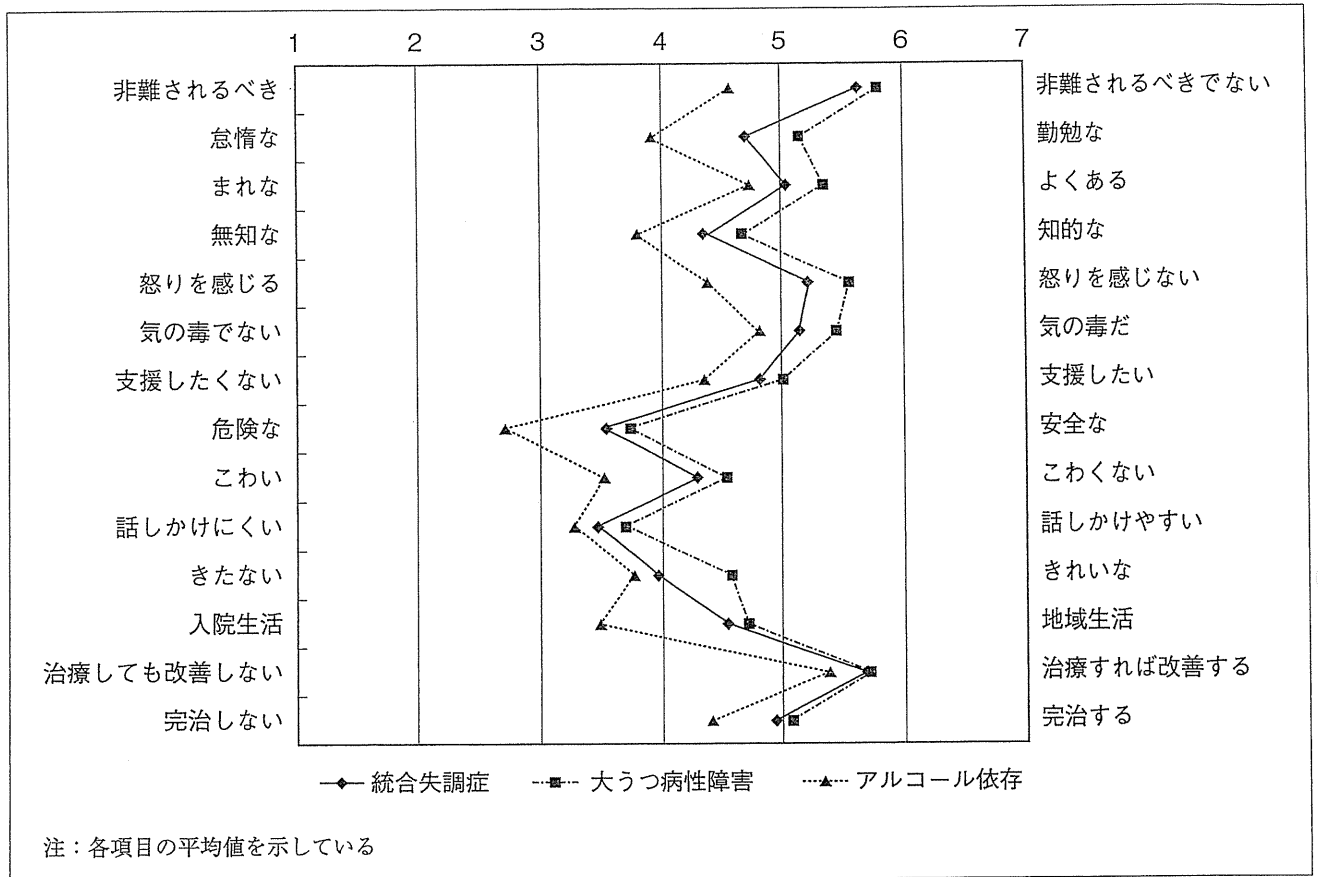


図1 14項目のSDチャート

ージを明らかにしている。本邦では、星越ら<sup>9)</sup>がSD法を用いて医療従事者に質問紙調査を実施し、「拒否的感情をあらわす因子」「重篤な病気をあらわす因子」の2因子を抽出している。

このように研究によってその概念が微妙に異なるのは、精神障害に対する認識には行動（「精神障害のある人と一緒に働きたくない」など）—認知（「精神障害のある人は危険だ」など）—情緒（「気の毒に思う」など）、ステレオタイプ（危険だ、無能だ…）—偏見（怒りを感じる、こわい…）—差別（近づきたくない…）、など様々な捉え方があるためである<sup>4, 13)</sup>。本研究は、質問内容がいくぶん抽象的であるがゆえに回答が社会的望ましさの影響を受けにくく誘導的になりにくいというSD法の特徴を生かし、主に精神障害に対する認知・情緒レベルでの反応の構造を明らかにしたものであり、抽出された因子は、先行研究における様々な概念をおおむね網羅するものであると考え

る。

本研究では、アルコール依存の患者に対するネガティブなイメージがもっとも強く、大うつ病性障害に対するイメージは比較的ポジティブであった。先行研究でも、アルコール依存に対する偏見は統合失調症と同等もしくはより強いことが指摘されており<sup>1, 5, 21)</sup>、本研究結果でもそれと一致した結果となった。アルコール依存の場合、病気というよりもその人自身の性格傾向や自制心の問題と捉えられる傾向が強い<sup>21)</sup>ために、ネガティブなイメージを持たれやすいものと考えられる。わが国においては、うつや統合失調症についての普及啓発活動はその必要性がいくらか認識されつつあるが、アルコール依存やその他の様々な障害についても、理解の深化のための取組みについて早急に検討する必要がある。

また、精神障害を有する人に対して低い価値を見出したり障害の責任を本人に帰属させたりする

表4 3因子それぞれを従属変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)

	認知的反応			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
診断 (referent = 統合失調症)				
大うつ病性障害	0.3	0.2	6.2	0.000
アルコール依存	-0.6	-0.3	-12.1	0.000
性別 (女性)	0.2	0.1	4.4	0.000
教育レベル (専門学校・短大卒以上)	0.2	0.1	4.2	0.000
精神科受診経験 (あり)	0.2	0.1	2.2	0.027
精神障害を有する人との接触経験 (あり)	0.1	0.1	2.6	0.010
こころの健康への関心 (1 = あり ~ 4 = なし)	-0.2	-0.2	-7.0	0.000
R <sup>2</sup>	0.24			
adjusted R <sup>2</sup>	0.24			

除外された変数: 「年齢」「診断正解」

	社会的距離感			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
診断 (referent = 統合失調症)				
大うつ病性障害	0.4	0.2	5.4	0.000
アルコール依存	-0.5	-0.2	-6.6	0.000
年齢 (referent = 35-49歳)				
20-34歳				
50歳以上	0.3	0.2	6.4	0.000
精神科受診経験 (あり)	0.2	0.1	2.3	0.022
診断正解	-0.1	-0.1	-2.0	0.049
R <sup>2</sup>	0.17			
adjusted R <sup>2</sup>	0.17			

除外された変数: 「性別」「教育レベル」「精神障害を有する人との接触経験」「こころの健康への関心」

	治療可能性			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
診断 (referent = 統合失調症)				
大うつ病性障害	—	—	—	—
アルコール依存	-0.5	-0.2	-6.6	0.000
性別 (女性)	0.1	0.1	2.1	0.033
教育レベル (専門学校・短大卒以上)	0.1	0.1	2.0	0.048
精神障害を有する人との接触経験 (あり)	-0.2	-0.1	-4.7	0.000
R <sup>2</sup>	0.05			
adjusted R <sup>2</sup>	0.05			

除外された変数: 「年齢」「精神科受診経験」「こころの健康への関心」「診断正解」

ような考え方はそれほど強くないものの、近づきにくさや怖さをより強く感じていることが明らかになった。望月らの研究<sup>15)</sup>でも、本研究と同様に地域住民においては明らかな偏見や差別意識は強くないものの戸惑いや不安が強いことが示されている。こうした認識は精神障害に対するネガティブなイメージの中核と考えられる。

3つの因子それぞれについて関連する要因を検討した結果、性別・年齢・教育歴・精神科受診歴・こころの健康に関する関心・精神障害を有する人との接触経験がいずれかの因子と関連していた。しかし、3つの因子すべてに影響していた要因はないことから、特定の属性や経験を持つ人が精神障害を有する人の全側面に対してネガティブなイメージを持つというよりは、特定の属性や経験を持つ人が精神障害のある特定の側面についてはネガティブなイメージを持ちやすいと考えるほうが妥当であると考えられる。

まず、性別に関しては、本研究では女性は男性よりも「認知的反応」と「治療可能性」においてポジティブなイメージを持っており「社会的距離感」に性差はなかった。過去のレビュー<sup>5)</sup>では多くの研究で性差はなく、次いで男性のほうがネガティブとする研究が多いとされている。わが国においても、性差はないとするもの<sup>15, 16, 23, 24)</sup>、女性のほうがネガティブであるとするもの<sup>9, 20)</sup>があり、一致した見解が得られていない。本研究では、女性は他者への思いやりや共感性が高く向社会的であるという一般的な傾向のためか、「認知的反応」および「治療可能性」については女性のほうがポジティブであったが、一方で、「社会的距離感」は男性と同程度であった。この結果は、女性は男性に比べて精神障害を有する人に対して不安と向社会的な感情の両方を抱くとするAngermeyerら<sup>2)</sup>の結果とも一致している。先行研究で性差の影響について一致した見解が得られていないのは、測定する概念が研究によって異なっていることも一因かもしれない。

年齢に関しては、過去のレビュー<sup>5)</sup>によれば年長者のほうが全般的にネガティブなイメージを持ちやすい、もしくは年齢と関連はないとされてい

るが、Crispら<sup>8)</sup>の研究では精神障害者を「危険だ」と思う人の割合は若年者で高いことが示されている。本研究でも「社会的距離感」については若年者のほうがネガティブなイメージを持っていた。若年者のほうが一般的な犯罪に対する不安が高いというわが国における報告もあり<sup>22)</sup>、若年者のこうした傾向を反映しているのかもしれない。

精神科受診歴に関しては、先行研究では受診歴がある人はポジティブなイメージを持っているとする見解<sup>5, 16)</sup>でおおむね一致しており、本研究でも「認知的反応」および「社会的距離感」の2つの因子については同様の結果であった。しかし、精神科受診歴は「治療可能性」については影響がなかった。これは、精神科受診経験者が「精神科を受診したことにより症状が改善した」という精神医療に対する肯定的な印象を必ずしも持っていない可能性を示唆する結果であり、今後より詳細な検討が必要である。

また、教育年数の長さはポジティブなイメージに関連があることが先行研究<sup>5, 9, 20)</sup>で指摘されており、本研究でも「認知的反応」と「治療可能性」については同様の結果であった。しかし、「社会的距離感」についてはこれらの要因との関連がみられず、教育年数が長い人は精神障害を持つ人に対して一定の理解を示しつつも社会的距離を感じているという傾向が示唆された。この傾向は、こころの健康への関心の程度についても同様であった。こころの健康についての関心が高い人は、メンタルヘルスに関する情報へのアクセスがよい人々であると考えられるが、そうした人々であっても社会的距離感を一定程度感じており、今後社会全体に対してどのような情報提供・普及啓発が必要であるかを議論する必要があると考えられる。

精神障害を有する人と会話をした経験がある人は、「認知的反応」においてのみポジティブなイメージを持っていた。先行研究でも当事者との交流経験が精神障害へのイメージと関連することは指摘されている<sup>5, 20, 24)</sup>。もっとも、接触体験には主体的な接触体験と偶発的な接触体験があり、その意味合いは若干異なる。しかし、大島ら<sup>20)</sup>が指摘するようにこの両者の関係は相互に推移する

ものであり、偶発的な体験が主体的な接触体験に推移していく可能性もあり、こうした接触体験を重ねることが精神障害に対する認識に変化をもたらすと考えられ、介入研究などを通して効果的な交流のあり方を検討していく必要がある。

本研究においてはピネットに対して正確な診断名を回答した人は「社会的距離感」が強かった。診断名や症状などの正確で具体的な知識を持つことが必ずしも精神障害を有する人への理解につながる可能性があり、精神障害についてのどのような知識をどのように地域住民に伝えることが必要か、普及啓発のあり方に関して慎重な議論が必要である。

もっとも、他害行為を含む様々な症状や問題行動に対して常にネガティブな感情を抱かずにいることが地域住民に求められるわけではない。特に、「社会的距離感」については、そうした感情を全面的に否定することを地域住民に求めるだけでは不十分である。地域住民が、精神障害を有する人の症状や行動の特徴について理解を深めると同時に、地域で暮らす上で支援が必要な精神障害者に対しては細やかな援助を行うシステムを構築することが重要である。そして地域住民と精神障害を有する人、精神保健医療福祉関係者の顔の見えるネットワーク作りを目指すことが必要であるだろう。

最後に、本研究の限界を示す。本研究では、エリアサンプリング法により選出された一般地域住民を対象にSD法を用いて精神障害を有する人に対するイメージを明らかにしたが、他の多くの研究と同様に、そのイメージと実際の態度や行動との関連については明らかにしていない。また、ピネットを用いた仮想的な調査であり、実際の精神障害を有する人への対応との間には乖離があるかもしれない。さらに、本研究では精神障害を有する人に対するイメージに関連する要因を検討したが、重回帰分析における寄与率は高くなく、本研究で検討したもの以外の要因が関係している可能性があり、今後の課題である。とはいえ、わが国における精神保健医療福祉に関する様々な施策を考えるうえでは、精神障害についてどのような属

性や特徴を持つ住民がどのようなイメージを持っているかを正しくアセスメントし、ターゲットを明確にした普及啓発を行うことは非常に重要であり、本研究による示唆はわが国における施策や地域での実践の参考になるものと考えられる。

本研究では3つの障害について検討したが、今後は、先行研究においても蓄積の乏しい双極性障害や不安障害、摂食障害などの他の障害についての地域住民の認識<sup>5)</sup>についても検討が必要である。

## 結 論

エリアサンプリング法により選出された一般地域住民を対象にSD法を用いて精神障害を有する人に対するイメージを明らかにした。その結果、精神障害を有する人に対するイメージについて「認知的反応」「社会的距離感」「治療可能性」の3つの因子が抽出された。これらの因子には、年齢、性別、教育年数、精神科受診歴、こころの健康への関心、精神障害を持つ人との接触経験、ピネットに対して正しい診断名を回答できたかどうか、が影響していた。また、統合失調症および大うつ病性障害に対してよりもアルコール依存に対するネガティブなイメージが強いことも明らかになった。本研究で得られた示唆をもとに、精神保健医療福祉における効果的な普及啓発活動のあり方を検討することが期待される。

## 謝 辞

本研究は、平成18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)」の一環として実施された。研究実施にあたり、前：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童思春期精神保健研究部 小山智典先生に貴重なご助言をいただいたことを深謝いたします。

## 付 録

## 【統合失調症ビネット】

Aさんは23歳です。どちらかといえばおとなしい性格で、これまで学業や人間関係において大きな問題をおこすことはありませんでした。

昨年大学を卒業し、会社に就職しました。入社してまもなく、仕事のことで上司に叱られて落ち込むことが何度ありました。また、就職を機にはじめた一人暮らしに慣れずに生活が乱れたこともあり、Aさんはよく眠れなくなってしまいました。次第に仕事の能率が悪くなり、周りの人々が自分によそよそしいと感じるようになりました。

数カ月すると、一人で部屋にいるとAさんの悪口がどこからともなく聞こえてくるようになりました。また、誰かに見張られていると思い込み、盗聴器が備え付けられていないか部屋中を探し回るなどの行動がみられました。実際はそのような事実はないのですが、Aさんは強く信じて疑いません。会社でも、自分がミスをする度にそれをからかったり、指図したりする声が聞こえてくるので、Aさんは会社の皆から馬鹿にされているのだと思いこみ、仕事の能率もさらに悪くなってきたので、会社を辞めてしまいました。

最近では部屋の中はひどくちらかっていて、同じ服を何日も着ていることがあります。本人は気にしていません。

なお、Aさんはこれまで違法な薬物を使用した経験はありません。

## 【大うつ病性障害ビネット】

Aさんは、34歳です。Aさんはこの数週間、特に理由はないのにこれまでに経験したことがないほどの気分の落ち込みを感じています。これまで週末には必ずと行っていいほど行っていたテニスも以前ほど楽しみに感じなくなり、ここ数週間は家でぼんやりとしています。

Aさんは仕事でいつも疲れているのに、ほぼ毎晩よく眠れませんが、朝は早めに目が覚めてしまいます。会社が休みの日でも変わりません。食欲もあまりおきず、体重が減少してきています。

Aさんの仕事は事務仕事ですが、ここ最近はいくつかの事務処理が遅れており、他の部署からの催促もしばしばあります。上司もAさんの仕事が以前ほどはかどっていないことに気づき心配しています。しかし、Aさんはたまった仕事をすすめなくてはとは焦りを感じているものの、仕事に取りかかることがなかなかできません。

会社から帰ってくると、自分を責めたり、情けなくなって涙がこぼれます。自分が人に迷惑をかけていると思い、いっそ自分がいなくなれば、会社も新しい人を雇えるし、それが一番良いのではないのかと思うようになりました。

## 【アルコール依存ビネット】

Aさんは、45歳です。もともとはお酒が弱く、誘われた時に飲む程度で、それも缶ビール(350ml)2本で酔いつぶれてしまうほどでした。しかし15年ほど前に対人関係の悩みから毎日お酒を飲むようになり、10年ほど前からは一晩で焼酎1本(720ml)を飲んでしまいます。2、3年前から、友人とお酒を飲んだ翌日に、飲酒中のことを覚えていないことを指摘されることが増えました。妻からは酒量を減らすように何度も言われていますが、できません。

帰宅してお酒がなかった時には、せっかくだから今日は飲まない日にしようと思うのですが、やはり落ち着かず、買いにいけます。近くの店は早い時間に閉まるので、隣町のスーパーまで行かなければならないこともしばしばです。また、仕事が長引いてお酒が飲めなかったとき、いやな気分になり、汗が出てきて手が震えだしました。帰宅途中にビールを飲んだら汗や手の震えはおさまりました。

最近仕事に集中できず、うっかりミスが多くなり、仕事が遅れがちです。上司には「Aさん、いつも二日酔いみたいだけど大丈夫?」とよく冗談めかして言われます。自分でも次の日に残らないような量で終わらせようと思っていますが、結局は帰宅してから深夜まで飲んでしまいます。そのために翌朝起きることが出来ず、遅刻することもあります。これではいけないと思うのです。

が、お酒を減らせません。休日には、昼間から手元にお酒を置いて飲んでいきます。

## 文 献

- 1) Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : Social distance towards the mentally ill : results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med* 27 : 131-134, 1997
- 2) Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Holzinger, A. : Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry* 44 : 107-116, 1998
- 3) Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull* 30 : 1049-1061, 2004
- 4) Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : Labeling--stereotype--discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40 : 391-395, 2005
- 5) Angermeyer, M.C., Dietrich, S. : Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness : a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 113 : 163-179, 2006
- 6) Cohen, J., Struening, E.L. : Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol* 64 : 349-360, 1962
- 7) Crawford, I. M. : *Marketing Research and Information Systems. (Marketing and Agribusiness Texts-4)*. Rome : FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 1997
- 8) Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., et al. : Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 177 : 4-7, 2000
- 9) 星越活彦, 洲脇 寛, 實成文彦 : 精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度尺度. *日社精医誌* 2 : 93-104, 1994
- 10) 岩下豊彦 : SD法によるイメージの測定. 川島書店, 東京, 1983
- 11) 加藤正明, 中川四郎, 安倉正夫, 他 : 精神衛生並びに精神障害に対する認識及び治療の態度に関する研究(第1報). *精神衛生研究* 10 : 1-10, 1962
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部 : 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」. 厚生労働省, 2004
- 13) Link, B.G. : Understanding labeling effects in the area of mental disorders : an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 52 : 96-112, 1987
- 14) Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., et al. : Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 30 : 511-541, 2004
- 15) 望月美栄子, 山崎喜比古, 菊澤佐江子, 他 : こころの病をもつ人々への地域住民のステイグマおよび社会的態度 全国サンプル調査から. *厚生指標* 55 : 6-15, 2008
- 16) 中根允文 : 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)平成16年度総括・分担研究報告書, 2005
- 17) 岡上和雄, 石原邦雄 : 「精神障害(者)」に対する態度と施策の方向づけ. *季刊・社会保障研究* 21, 373-385, 1986
- 18) Olmsted, D.W., Durham, K. : Stability of mental health attitudes : a semantic differential study. *J Health Soc Behav* 17 : 35-44, 1976
- 19) Osgood, C.E., Suci, G., Tannenbaum, P. : *The measurement of meaning*. University of Illinois Press, Urbana, 1957
- 20) 大島 巖, 山崎喜比古, 中村佐織, 他 : 日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観. *社会精神医学* 12 : 286-297, 1989
- 21) Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. : Alcoholism : illness beliefs and resource allocation preferences of the public. *Drug Alcohol Depend* 82 : 204-210, 2006
- 22) 島田貴仁 : JGSSによる犯罪リスク知覚と犯罪被害の測定—他の犯罪被害調査との比較—. *JGSS研究論文集* [3] : 227-240, 2004
- 23) 下津咲絵, 坂本真土, 堀川直史, 他 : Linkステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* 21 : 521-528, 2006
- 24) Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y., et al. : Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry Clin Neurosci* 58 : 558-566, 2004
- 25) Taylor, S.M., Dear, M.J., Hall, G.B. : Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Soc Sci Med Med Geogr* 13 : 281-290, 1979
- 26) 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所 : 精神障害者観の現況'97 全国無作為サンプル2000人の調査から. 全国精神障害者家族会連合会, 東京, 1998

*abstract*

## The Public's Image of the Mentally Ill

Asuka Koyama<sup>1,2)</sup>, Yoichi Naganuma<sup>1)</sup>, Kanae Sawamura<sup>3)</sup>, Hisateru Tachimori<sup>1)</sup>,  
Iwao Oshima<sup>4)</sup>, Tadashi Takeshima<sup>1)</sup>

In order to clarify the public's image of people with schizophrenia, major depressive disorder, and alcohol dependence, interview surveys were conducted involving a total of 1,500 lay people selected by the area sampling method. By means of an original 14-item questionnaire, respondents were asked about their images of people with mental illness following the reading of vignettes of patients with schizophrenia, major depressive disorder, and alcohol dependence. Through factor analysis, the following three factors were extracted: 'cognitive reactions', 'social distance', and 'poor prognoses'. Regression analysis revealed that gender, educational level, experience of consulting a psychiatrist, experience of contact with people with mental illness, and interest in mental health were related to 'cognitive reactions'. Age, experience of consulting a psychiatrist, and knowledge of diagnosis were related to 'social distance'. Gender, educational level, and interest in mental health were related to 'poor prognoses'. Lay people displayed the most negative image regarding alcohol dependence, followed by schizophrenia and major depressive disorder. Furthermore, the 'social distance' factor was recognized most strongly in the three vignettes. These results indicate the importance of the need to formulate a strategy to effectively improve the negative image of people with mental illness.

*Jpn Bull Soc Psychiat 20 : 116-127, 2011*

<sup>1)</sup> *Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan*

<sup>2)</sup> *Research fellow of the Japan Society for the Promotion of Science*

<sup>3)</sup> *Institute for Health Economics and Policy*

<sup>4)</sup> *Graduate School of Social Welfare, Japan University of Social Work*

巻頭言

希望とリカバリー  
精神科医療におけるその役割

安西 信雄

精 神 医 学

第54巻 第1号 別刷

2012年1月15日 発行

医学書院




 巻頭言

# 希望とリカバリー

—精神科医療におけるその役割

安西信雄

年が明けた。今年こそ希望が持てる年になって欲しい。とりわけ昨年 3 月 11 日の東日本大震災で被災された方々、さまざまな困難な中で復興に向けて努力されている方々には、明るい希望の見える年になって欲しい。また、精神障害を持つ人たちやそのご家族・関係者の方々にとって、さらに、震災や放射能という国難の渦中にある日本の国民全体にとっても、今年が希望の年になって欲しい。これはみんなの願いである。

ところで「希望」は日常的に使われる言葉であるが、「希望とは何か」「希望が持てる」というのはどういうことか、改めて問い直すと答えるのが難しい。周知のように、このテーマに正面から取り組んでいる研究グループがある。東京大学社会科学研究所(略称「東大社研」)で 2005 年から「希望学」として続けられている研究である。これは釜石市とそこで働き生活する人々を対象とした詳細な研究であるが、研究対象として釜石市が選ばれた理由は、2 度の大津波と震災から立ち直り、製鉄の町として繁栄したこと。その後も高炉が休止され産業構造の転換と高齢化に直面したが、「ものづくり」の原点を大事にした取り組みの中で挫折から立ち直ってきたこととされている。3 月 11 日の震災と津波に対しても、たくましい復活を願わざるをえない。

「希望学」<sup>6-9)</sup>を読んで私の印象に残ったのは、人は幸福については「継続」を求めるが、希望は「まだない存在」であるからこそ「求めるべき対象として確実に存在する」とされていることである。そこで希望は、“Social Hope is a Wish for Something to Come True by Action.”と定義されている<sup>2)</sup>。“Social Hope”

は「社会的な希望」で、他の誰かと希望を共有しようとすることである。これは「行動によって何かを実現しようとする気持ち」に関わっていて、高度に自律的である。すなわち、「誰かから、報われない努力をすることを強制された場合には、希望は生まれません」「希望は自分自身で作り出すものです」というものである<sup>2)</sup>。

こうして希望について考えると、これらの特徴は Anthony WA<sup>1)</sup>が提唱してきたリカバリー(回復)と共通点があることに気づかされる。リカバリーは「精神障害によって被った破局的な影響を乗り越えて、その人の人生の新たな意義と目的を見いだしていくことが含まれる」こと、「リカバリーは本人の中で生ずるもので、本人が行う仕事である」ことが重要とされる。これらは「まだない存在」に向かったの「主体的で自律的な努力」ということができるであろうか。

リカバリーは長くユーザー主体の運動の中で語られてきたが、最近では精神医学の main stream の中でも取り上げられるようになってきている。Lieberman JA<sup>5)</sup>は、リカバリーをより実証的に扱えるようにするため操作的な基準が役立つ可能性を述べるとともに、リカバリーは単なる生活の質(QOL)の概念を超えるもので、当事者が希望を持ち、自分の人生に責任を持ち、個人目標を追求するという意味での「自己主体感」(sense of agency)の獲得も含んでいることを指摘している。リハビリテーションの立場から、Lieberman RP<sup>4)</sup>は、個人のリカバリーを促進する要因として「よりよい未来に対する希望もしくは現実的な楽観主義(realistic optimism)」の重要性を述べ、これらは「症状

や障害に積極的に対応し、自己肯定感を取り戻すことによってもたらされる」と指摘している。彼は「希望」と「現実的な楽観主義」をほぼ同義語として用い、自分の力が向上するという期待が持てるような目標があればこれらが促進されることを述べている。Hodgekins J<sup>3)</sup>は、精神病からの回復途上にある77人の患者を無作為に「社会的回復指向の認知行動療法」(SRCBT; social recovery-focused cognitive-behavioral therapy)と通常の治療に割り付け、構造化された活動への参加時間、希望のなさ、自己と他者についての信念を評価した。その結果、SRCBTが自己と他者についての信念を改善させる効果は有意で、非精神病患者についてSRCBTが希望のなさを減少させる傾向が示されたと報告した。彼らは希望と肯定的な自己概念を育てることは回復指向の介入の中心的な構成要素となるべきと述べた。

新年が希望の持てる年になって欲しいという思いから、希望について少しばかり考えてみた。振り返ってみれば、精神科医療の主な対象は希望を持ってない状態にある人たちである。これらの人々が抱えている困難の要因を分析し、疾患や周囲の環境要因との関係を明らかにするのは私たちの比較的得意な分野であるが、再び希望が持てるように支援することは、通常のトレーニングでは意識的には行われてこなかったのではなかろうか。私が社会生活技能訓練(SST)に魅力を感じたのは、「なりたい自分」|希望が持てる状態」を本人から聞いて、技能練習を繰り返す中でその実現に近づいていく方法に新鮮さを感じたからである。

さまざまな立場の方々の努力が実って、精神疾患が「4疾病5事業」の疾病に追加されることになった。さまざまな施策の充実により、「入院医療中心から地域生活支援中心」への転換が進められ、精神障害を持つ人たちが地域で暮らしやすくなるようになることを期待したい。精神科医療の分野では、リカバリーの他にも、個人の長所を重視するストレングス・モデルや、困難な状況から立ち上がっていくレジリエンスなど、本人主体の医療実践を助ける視点

が次々登場しているが、薬物療法と心理社会的治療が組み合わせられて活発に行われるようになり、特に後者について、本人の希望を受け止め、本人の主体性を尊重した精神科医療が当たり前に行われる年になることを期待したい。

希望学では、上記の英語の定義を拡張して、次のようにも述べられている。

“Social Hope is a Wish for Something to Come True by Action with Others.” (下線は筆者)

さまざまな場面で絆が語られるが、求められているのは希望の共有に基づく絆であろう。(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院)

#### 文献

- 1) Anthony WA, Liberman RP: The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 12: 542-559, 1986
- 2) 玄田有史: 希望のつくり方. 岩波新書, 2010
- 3) Hodgekins J, Fowler D: CBT and recovery from psychosis in the ISREP trial: mediating effects of hope and positive beliefs on activity. *Psychiatr Serv* 61: 321-324, 2010
- 4) ロバート・ポール・リバーマン 著(西園昌久 総監修, 池淵恵美 監訳): 精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーション・マニュアル. 泉和書店, 2011. Liberman RP: *Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. American Psychiatric Publishing Inc, VA, 2008
- 5) Lieberman JA, Drake RE, Sederer LI, et al: Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 59: 487-96, 2008
- 6) 東大社研, 玄田有史, 宇野重規(編集): 希望学1 希望を語る. 東京大学出版会, 2009
- 7) 東大社研, 玄田有史, 中村尚史(編集): 希望学2 希望の再生. 東京大学出版会, 2009
- 8) 東大社研, 玄田有史, 中村尚史(編集): 希望学3 希望をつなぐ. 東京大学出版会, 2009
- 9) 東大社研, 玄田有史, 宇野重規(編集): 希望学4 希望のはじまり. 東京大学出版会, 2009

特集 安全・安心の精神科臨床サービス：どこでも役立つリスク軽減の方法と実践

第1章 総論：精神科臨床サービスにおける安全・安心とは？

---

# 安全・安心の精神科臨床サービス

——基本的な考え方と技術——

安西信雄, 伊藤淳子

---

---

精神科臨床サービス

第11巻3号 2011年7月 別刷

---

---

星 和 書 店

特集 安全・安心の精神科臨床サービス：どこでも役立つリスク軽減の方法と実践

第1章 総論：精神科臨床サービスにおける安全・安心とは？

## 安全・安心の精神科臨床サービス

——基本的な考え方と技術——

安西 信雄, 伊藤 淳子

**抄録** 安全・安心の精神科臨床サービスについて、基本的な考え方と技術を述べた。その趣旨は、「誰かがやってくれる安全・安心」の取り組みでなく、「自分でできる取り組み」を示すことである。医療における安全・安心に関連する用語を説明し、事故と過誤の違いについて述べた。医療における安全・安心の考え方を5点にまとめた。それらは、①医療事故をなくすのではなく医療の質を向上させる、②起きる可能性のあることはあらかじめ考えておく、③起きたことは二度と起きないようにする、④個人の責任でなくシステムを改善させる、⑤患者・家族とのインフォームド・コンセントの実践の必要性、である。最後に、チーム医療による医療安全（医療の質）の向上の可能性、危機状態におけるインフォームド・コンセントの重要性について述べた。

精神科臨床サービス 11: 308-312, 2011

キーワード：医療安全、安心の医療、ヒヤリ・ハット、リスクマネジメント、インフォームドコンセント

### はじめに

ミスのない安全・安心な質の高い医療を求める声が高まっている。それぞれの医療機関でさまざまな努力や工夫が行われているが、患者や家族の声に十分対応できていないと感じられることが多い。

筆者のうち、伊藤は当センター病院の「医療安全管理室」の管理者（看護師長）で、当院の医療安全に関する実務全般を担っている。安西は医療安全管理室長を担当している。医療安全管理室は、平成14年4月に出された厚生労働省の医療安全対策検討会議報告書「医療安全推進総合対策：医療事故を未然に防止するために」<sup>1)</sup>（以下「報告書」と略す）により、その設置が医療機関の管理者の責務と規定された。つまり、安全管理の体制を整備するため、部門や職種ごとの安全管理体制のみでなく、医療機関全体で取り組む「医療安全

管理委員会」を設置すること、委員会の方針に基づき、組織横断的に安全管理を担う部門を設けることが規定されたのである。

当院の医療安全管理室が担っている役割は、安全管理指針の整備、医療安全管理委員会（月1回開催）の運営、ヒヤリ・ハット報告事例の収集と評価・対策、事故発生時の調査と委員会での検討に基づく病院長への評価・対応策の上申、迷惑行為への対応、および研修会開催などである。これらの医療安全管理室の役割を一言でまとめると、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す「安全文化」を醸成し、病院全体の診療実践のなかで定着させていくことである。近年、わが国において広く実施されるようになっている病院機能評価では、医療安全管理者をおき、安全確保の手順を定めて実施し、医療事故への対応を適切に行うことが必須の項目になっている<sup>2)</sup>。医療の質の評価において安全・安心が必須の要素と認識されているからである。

しかし、本稿で述べたいことは、医療機関としての安全管理でなく、「精神科臨床サービスに関

あんざい のぶお, いたう じゅんこ  
国立精神・神経医療研究センター病院  
〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1