

to break off his engagement with the monk's daughter. He was upset with the sudden notice and unable to send back a reply, and this is when he got injured in the river-crossing mission. In this case too, the symptoms appeared as a result of both the predisposing and precipitating factors. He received brief psychotherapy, which led to disappearance of convulsions and improvement in walking. He left hospital with a temporary pension, and decided to give up on the marriage and take up a job.

In this case as well the predisposing factor seemed to play a bigger role than the precipitating factor.

7. Case 3

He was a serious young man born to a farming family. He volunteered for the military. He happened to witness a large-scale bombing by the British military when he was stationed in Burma as a private. He was supposed to be a guard that night, but because of the fierce carpet-bombing by dozens of aircrafts, the entire troop hid in a shelter and spent the night there.

However, he refused to take a shelter because of his role as a guard. He stood outside the shelter in the midst of bombing, and later he was brought into the infirmary after collapsing early in the morning. He was unconscious but he was not injured. He came to consciousness after dawn when the bombing was over, and walked back in a sound state. He spent another four years in the same troop. He had been physically very well throughout his service, and he went back home upon discharge.

A case like this is considered as acute stress reaction, which is to be differentiated from PTSD, and it was called and diagnosed as "shell shock" or "combat reaction."

The 3 cases above alone are not sufficient to draw any conclusion, but it can be inferred that insufficient or the absence of predisposing factor leads to the level of acute stress reaction disorder, and presence of predisposing and precipitating factors constitutes PTSD, or war-time neurosis. The predisposing factor to which we refer here does not include experiences in infancy or individual vulnerability, and we argue that the predisposing factor that is closer to the precipitating factor plays a bigger role.

Even today these present a great problem, in situations such as compensation in a time of disaster, or labor-related accidents where familial and financial stresses are all intertwined.

The onset and duration of PTSD in DSM-III, -III-R, -IV and ICD-10 are summarized in Table 2. PTSD chronic type that has been used since DSM-III seems to add to related problems. ICD-10 treats the late chronic sequence of stress, i.e., those manifest decades after the stressful experience, as F62.0 (Enduring personality change after catastrophic experience).

8. Conclusion

In psychiatry today, it appears that somatization disorder and PTSD have established a position in diagnostic classification. However, these have been subject to historical developments and contain issues related to diagnostic criteria.

Table 2
Criteria on onset and duration of PTSD from the DSM-III to the DSM-IV and the ICD-10

DSM-III

PTSD, Acute

Onset of symptoms within six months of the trauma.

Duration of symptoms less than six months.

PTSD, Chronic or Delayed

Either of the following, or both:

Duration of symptoms six months or more (chronic)

Onset of symptoms at least six months after the trauma (delayed)

DSM-III-R

E. Duration of disturbance (symptoms in B, C, and D) of at least one month

Specified delayed onset if the onset of symptoms was at least six months after the trauma

DSM-IV

PTSD

E. Duration of the disturbance (symptoms in Criteria B, C, and D) is more than 1 month.

Specify if:

Acute: if duration of symptoms is less than 3 months

Chronic: if duration of symptoms is 3 months or more

Specify if:

With Delayed Onset: if onset of symptoms is at least 6 months after the stressor

Acute Stress Disorder

G. The disturbance lasts for a minimum of 2 days and a maximum of 4 weeks and occurs within 4 weeks of the traumatic event.

ICD-10

The onset follows the trauma with a latency period which may range from a few weeks to months (but rarely exceeds 6 months).

As efforts for revising both the ICD-11 and the DSM-5 are being made, we hope that heuristic diagnostic criteria that are beneficial for the future will be made.

Acknowledgement

We are indebted to Professor J. Patrick Barron, Chairman of the Department of International Medical Communications at Tokyo Medical University, for his review of the English manuscript.

Declarations of interests

None, except Toshimasa Maruta is a participant in the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders convened by the WHO. This paper in no way reflects the views of that Committee.

References

- [1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.

- [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [3] The committee of publishing for analyses and references of medical records in Kohnodai Army Hospital, Asai T. The hidden victims of World War II, Analyses and references of medical records in Kohnodai Army Hospital, Japan; 1993 (in Japanese).
- [4] Jablensky A. The classification of somatoform disorders in ICD-10, Somatoform disorders, A worldwide perspective. In: Ono Y, Janca A, Asai M, Sartorius N. Tokyo, Japan: Springer-Verlag; 1999. p. 3–10.
- [5] <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031167> (in Japanese) [cited in 5th, November, 2011].
- [6] World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- [7] Hinsie LE, Campbell RJ. *Psychiatric dictionary*, 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1960.
- [8] Menninger WC. Psychosomatic medicine; somatization reactions. *Psychosom Med* 1947;9:92–7.
- [9] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
- [10] Boss JM. The seventeenth-century transformation of the hysterical affection, and Sydenham's Baconian medicine. *Psychol Med* 1979;9(2):221–34.
- [11] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed text revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [12] Oppenheim H. *Die traumatische Neurosen*. Berlin: Hirschwald; 1889.
- [13] Breuer J, Freud S. *Studies on hysteria: Physical mechanisms of hysteria*. Translated by Strachey J. New York: Penguin; 1973.
- [14] Brown JA. *Freud and post Freudians*. New York: Penguin; 1961.
- [15] Myers CS. A contribution to the study of shell shock. *Lancet* 1915;316–20.
- [16] Kardiner A. *The traumatic neuroses of war*. New York: Hoeber; 1941.
- [17] Haley SA. When the patient reports atrocities. Specific treatment considerations of the Vietnam veteran. *Arch Gen Psychiatry* 1974 ;30(2):191–6.
- [18] The Japanese Society for Psychiatry and Neurology. *The Glossary of Psychiatry and Neurology*, 6th ed. Japan: The Japanese Society for Psychiatry and Neurology; 2008 (in Japanese).
- [19] Kato M. Similarities and differences of concepts of war-time neuroses and PTSD. *Japanese Bulletin of Social Psychiatry* 2003;11:353–54 (in Japanese).

卷頭言

啓発とは何か

竹島 正

精 神 医 学

第52巻 第6号 別刷

2010年6月15日 発行

医学書院


 巻頭言

啓発とは何か

竹島 正

数年前から、絵描きさん2人と、年に1回展覧会を開いている。正確にはプロ2人にまぜてもらって絵を2, 3点出している。精神障害者作品の展覧会の添え物であるが、「花巻測量隊展」と言い、織田信生(絵描きさん)による隊歌がある。

心ノ広サヲ測ラムト 歩キ続ケテ幾千里 我
ラハ花巻測量隊

空ノ広サヲ測ラムト ハバタキ続ケテ幾星霜
我ラハ花巻測量隊

時ノ長サヲ測ラムト 彷徨イ続ケテ幾億年
我ラハ花巻測量隊

今年は3月17~31日、高知こども図書館で、花巻測量隊高知展「ホンノチカクニイマス」として開催された。3月17日から始まるのに、私の作品は、3月16日になっても下絵だけの油絵が1点しかなく本当に困った。作品がないのは自分がなまけているからであるが、その理由に「忙しい」がある。ならば、その忙しさこそ自分の作品であるという妙な気分が出てきて、十数年つけているシステム手帳の日記を縮小コピーして、貼り絵にしようと思った。忙しい日常こそ作品であるという発想。キンコーズに行って3年間の日記の縮小コピーを作り、それをA3サイズの厚めの紙に切り貼りした。2時間ほどで貼り終えたが、ちょっと遠目に見ると、細かな文字が模様のように見えて気に入った。その勢いで、今度はクレジットカードの請求書、携帯電話料金の請求書などを、微妙に個人情報が見えないように切り貼りし、さらに自分が花粉症であることから、使い捨てマスクも貼り付けた。作品タイトルは「個人情報の作品化の検討」であるが、こんなことで作品になるはずもなく、心は折れる。しかし、最後に数時間集中できた満足がある。作品が、ひとが生きる姿を表すのであれば、これら

の作品もまた私自身である。

さて、全国精神保健連絡協議会では、2008年度に障害者保健福祉推進事業の補助を得て「精神障害者の芸術作品の発掘・調査と普及啓発への活用に関する研究事業」を行った。この研究事業の目的は、精神障害者の芸術活動に関する情報を全国規模で収集してデータベース化と分析を行うこと、また、展覧会を開催して、精神障害者の芸術活動を支援していく機運を醸成することであり、全国から403名の作者による、1,078点の作品情報を収集することができた。現在もときどき作品情報の提供があり、ありがたい限りである(お礼状が遅れています。ごめんなさい)。この研究事業によって、多くの作品が作者などによってきちんと保存されていることがわかった。また、作品情報を探索的に検討した結果、精神保健・芸術・教育の観点から、長期的に保存していくべき作品も少ないことがわかった。また、展覧会の来場者のアンケートを分析した結果、作品展について、「大変興味深かった」という回答が半数以上を占め、「興味深かった」という回答と合わせると、全体の85%以上であった。本研究によって収集したのは作品情報であるが、これらの作品の作者および作品について、対象者の同意を得たうえで詳細な調査を行い、その人生と精神障害の経験、喜びや悲しみと作品の変化などを多角的にとらえ、精神保健の啓発に役立てていくことが期待される。生涯のうちに精神疾患を経験する人は4人に1人というが、ある人は精神疾患とともに人生を歩む。そのうちのある人は、人生の苦しみや喜びを作品として表現する。作品は精神疾患を、そして精神疾患を有する人について、私たちに教えてくれる貴重なものになる。

豪州ビクトリア州にカニンガム・ダックス・

コレクションがある。このコレクションは創設者である精神科医エリック・カニンガム・ダックス(1908~2008年)にちなんで名づけられた。カニンガム・ダックスは英国の精神科病院に勤務し、精神保健サービスの改善に努め、英国の芸術療法の発展に大きな足跡を残した。そして1951年に豪州に渡り、ビクトリア州の精神科医療の改善と芸術療法プログラムの普及に尽力した。1970~1990年代は精神保健医療改革、さらには反精神医学の台頭などによって、精神保健サービスは大いに影響を受けた。ビクトリア州の精神保健法(1986年)は、精神障害者は行動制限を最小にした環境のもとで治療を受けるべきとして、大きな精神科病院は閉鎖されていった。カニンガム・ダックスは、貴重な作品が廃棄されることを恐れ、作品には、保存される権利があると世の中に問いかけた。コレクションは美学的な品質よりも、精神保健、芸術そして教育が交わることを重視する。コレクションの根源には、精神疾患を経験した人の人生があるとして、作品の保存要否の決定、著作権などの扱いについて規定を作り、単にアートコレクションあるいはアートギャラリーということではなく、教育的な組織としても機能している。そして、アートを通じて精神保健の理解を促進するための方法を開拓している。コレクションは、精神疾患だけでなく心理的トラウマも対象に含み、人間の経験およびコミュニケーションに関連する課題を探求している。コレクションの館長であるオイゲン・コウ博士は精神科医であるが、アジアの国々とともにバーチャル美術館をコレクションのサイト内に作ることを計画している。筆者も、今年中には、日本からなんらかのアクションを起こしたいと考えている。

さて、話を京都での展覧会に戻す。展覧会では、タペストリー『胎蔵界曼荼羅』(図)を青南病院院長千葉潜先生のご厚意によって展示することができた。その説明には、「このタペストリーには特定の作者も指導者もいません。医療法人財団 青仁会 青南病院に入院した、こころの病を患った人々により、20年もの歳月をかけて織られた作品です。特別な技術を持った患者様によって作られたものではなく、病院スタ

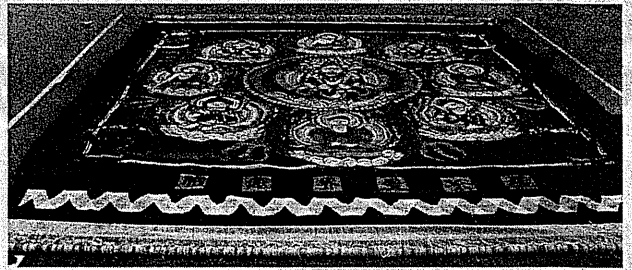


図 胎蔵界曼荼羅

ッフ達も同様に、タペストリー織りの技術を持って指導したわけではありません。しいていえば、青南病院が治療方法として実施していた、芸術療法の一つ目である、古着を利用して織りあげる、「裂き織り」や「機織り」の技術を用いて、患者様と病院スタッフが試行錯誤しながら織り上げてきました。使用されている毛糸は、病院の農場で飼育されていた羊から採取したものです。…毛糸だけではありません。タペストリーを織るための巨大な織機や様々な道具類は木工作業の作品であり、下絵も何人もの患者様によって描かれた共同作品です。編み物が上手だから、木工が得意だから、絵の才能があるからとあって、選ばれて携わった訳ではありません。工程を細分化しているために、高い技術力は必要ないのです。ごく簡単な工程を繰り返し、積み重ねていくうちに抵抗なく取り組み、個々の患者様の小さな作業が大きな作品へと変化して出来たものが、この作品なのです。タペストリーの織り手は、1日に3名から6名ほどです。病状の変化や入退院によって、織り手は固定されてはいません。新しい織り手やスタッフが入れれば、前から携わっていた患者様がやり方を教えます。織り手が退院などで抜ければ、その人が織っていた部分を別な患者様が引き継ぎ、1日数ミリずつ織ってきました。このタペストリーには、大勢のこころの病にかかった人達の、誰かとつながりたい、自分を認めて欲しいという祈りが込められています」と書かれていた。

このタペストリーは、私たちに大切な何かを教えてくれていると思う。

(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長)

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 の成果に関する研究

竹島正、立森久照、河野稔明、小山明日香、長沼洋一

国立精神・神経センター 精神保健研究所

I. 研究の意義

近年わが国の精神疾患による受療者数は急速に増加し、2005(平成17)年には300万人を超えました。特に外来数の増加は著しく、その数はおよそ268万人となっています。また入院患者数はおよそ32万人ですが、年齢別では「65歳以上」が4割を超えています。また、1年以上入院が続いている長期在院患者が7割を占めています。

厚生労働省においては、2004(平成16)年9月に、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部による報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョン)を公表しました。改革ビジョンは、精神保健福祉施策を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するため、「国民の理解の深化」、「精神保健医療福祉体系の再編」について、おおむね10年後の達成目標を示しています。その達成目標は、「国民の理解の深化」については「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」ことです。また、「精神保健医療福祉体系の再編」については、各都道府県の「平均残存率(1年未満群)」(以下、平均残存率)を24%以下とすること、および各都道府県の「退院率(1年以上群)」(以下、退院率)を29%以上とすることです。平均残存率が下がることは、入院した患者がより早く退院することを意味します。退院率が上がることは、長期在院の患者がより早く退院することを意味します。

平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」(以下、本研究)では、改革ビジョンの進捗状況のモニタリング調査によって、わが国の精神保健医療福祉の実態を明らかにし、加えて診断別の平均残存率・退院率、自立支援医療(精神通院医療)の運用実態、精神保健福祉法入院における認知症・知的障害患者等の同意能力、精神科デイ・ケア等の実施状況についての調査も実施しました。

本稿では、(1)モニタリングの実施、(2)モニタリング基盤の充実、(3)国民の理解の深化、(4)精神保健医療福祉体系の再編の4つに分けて、改革ビジョンのモニタリングのための調査結果を紹介するとともに、研究成果の社会的意義と今後の課題について述べます。

Ⅱ. 成果

1. モニタリングの実施

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課は、わが国の精神保健医療福祉の現状を把握し、施策推進の資料とすることを目的として、毎年6月30日付で都道府県・政令指定都市に依頼して調査を行っています。この調査は、全国の精神科病院、社会復帰施設等の協力によって継続され、わが国の精神保健医療福祉に関する貴重な資料となっています（以下、630調査）。

本研究では、2006（平成18）年度630調査までの10年間程度を分析対象にして、改革ビジョン初期の動向を観察しました。精神科病院の調査では、専門病床のうち、急性期治療病床、療養病床が増加していました。在院患者数は徐々に減少しているものの、高齢化は一層進み、「65歳以上」の割合は、43.7%となっていました。平均残存率は減少傾向にありましたが、2006（平成18）年度調査では0.5ポイント高くなっていました（図1）。退院率はほとんど変化がなかったのですが、平成18年度調査では1.6ポイント高くなっていました（図2）。また、在院患者数では「5年以上」の在院患者数は減少しているものの、「1年以上5年未満」の在院患者数は減少していませんでした。入院期間が1年以上になると、退院の可能性が低くなることから、「1年以上5年未満」の在院患者数の動向は注意深く見守る必要があります。

さて、改革ビジョンは、精神保健福祉施策を「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めることとしていますが、これを「精神保健医療福祉体系の再編」の達成目標として設定された平均残存率、退院率から読み取れることを試みました。すなわち、平成18年度630調査データをもとに、平均残存率および退院率それぞれについて、「死亡」を除いたもの、および「転院」・「死亡」を除いたもの（すなわち、家庭および社会復帰施設への退院）を算出しました。その結果、平均残存率は全国で29.7%でしたが、転院・死亡を除くと39.7%でした。また退院率は全国で23.0%でしたが、転院・

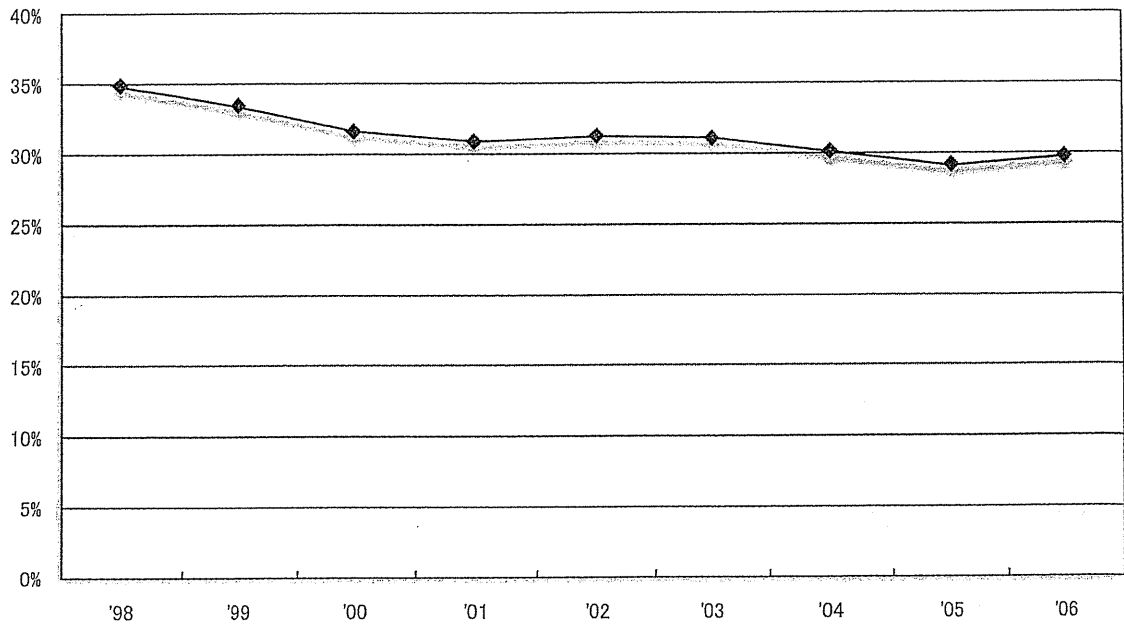


図1 「平均残存率(1年未満群)」の経年変化

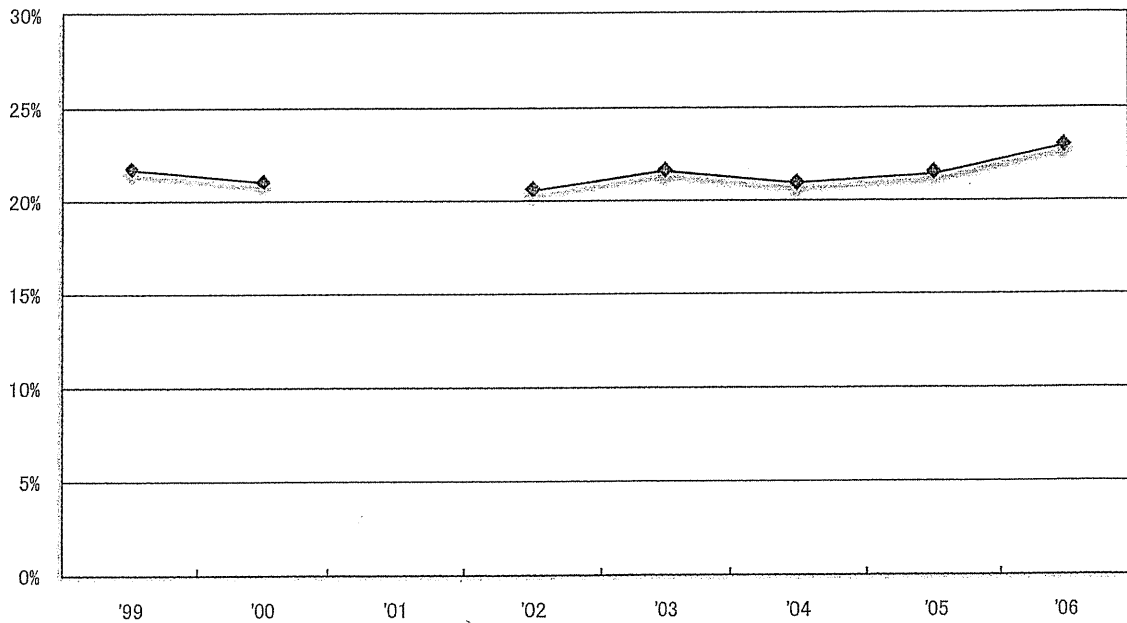


図2 「退院率(1年以上群)」の経年変化

死亡を除くと9.9%でした。この結果は、精神科病院から退院しても、実際には地域生活に移行していない人が少なくないことを示しています。すなわち、平均残存率や退院率は、必ずしも精神障害者の地域移行の実態を示していないのです。改革ビジョンの第二期(後半5年間)においては、現在の指標を見直すなどして、地域移行の実態をより明確に把握することが必要と考えられます。

2. モニタリング基盤の充実

「1.モニタリングの実施」では、本研究で行ったモニタリング調査(630調査)の概要と、調査結果の概要を示しました。630調査は、わが国の精神保健医療福祉の現状を把握するための重要な調査ですが、近年、調査項目が追加され、都道府県・政令指定都市、精神科医療機関などの担当者の負担が増大しています。本研究では、調査の負担軽減、効率化、スピードアップ、精度向上のために、電子調査票の開発を行いました。平成19年度には、調査票の電子化について意見を収集しました。都道府県・政令指定都市からは、各医療機関における電子調査票入力の際に自動的にエラーチェックができる仕組みを考案してほしいとの意見が寄せられ、電子調査票開発の際にはエラーチェック機能を充実させる必要があることが明らかになりました。精神科病院からは、約9割が調査を負担であると感じており、電子調査票のニーズが高いことが明らかになりました。このアンケート結果をもとに、平成20年度には、同年度630調査の内容で精神科病院向けの電子調査票を作成しました(図3)。開発された電子調査票は、大半の病院で導入している Microsoft Excel 仕様とし、従来の紙の調査票と同様の形式となるようインターフェイスを工夫しました。個票の中の「集計インポート」ボタンで、あらかじめ別のプログラムファイルに入力した患者の個別データを読み込んで自動で集計値を入力できるようにしました。平成21年度630調査からは、本研究で開発した電子調査票を本格的に運用する予定ですが、今後は、精神科病院以外にも対応した電子調査票も開発し、改革ビジョンの進捗状況のモニタリングの基盤の充実を進めたいと考えています。

H20 精神科病院・個票入力管理

都道府県・市コード

医療機関番号コード

3-1 変更

注) コードは便宜上、空欄のままでも登録が出来る状態になっています。しかし、都道府県・市から病院に予めコードが割り振られているなら、必ず入力するようにして下さい。(コードの割付けが後決めならば、都道府県・市の割付け担当者が入力して下さい。コードは必須項目なので、漏れないようご注意ください。)

個票名	タイトル名	データ	ERROR	入力/更新日
個票1	精神科病院の施設・従事者の状況	無	-	-
個票2	各精神病棟の状況(No. 1~10)	無	-	-
個票3	各精神病棟の状況(No. 11~20)	無	-	-
個票4	各精神病棟の状況(No. 21~30)	無	-	-
個票5	認知症病棟の状況	無	-	-
個票6	応急入院患者の状況	無	-	-
個票7	精神科病院の精神科デイ・ケア等の状況	無	-	-
個票8	精神科病院の精神科デイ・ケア等の性・年齢別実人員	無	-	-
個票9	精神科病院が実施している精神科訪問看護の状況	無	-	-
個票10	精神科病院在院患者の処遇	無	-	-
個票11	精神科病院在院患者の状況	無	-	-
個票12	在院期間・年齢別の在院患者数	無	-	-
個票13	精神科病院の外来・入院状況	無	-	-
個票14	精神科病院平成19年6月入院患者の状況	無	-	-
個票15	平成20年6月1日残留患者の状況	無	-	-
個票16	平成20年6月退院患者の状況	無	-	-

Menu

Input Data

入力

Error Check

エラーチェック(全票)

Print Out

印刷(全票)

End Application

終了

操作概要

- 【入力】
個票一覧から、該当個票を選択し[入力]ボタンを押して下さい。該当入力画面に移動します。
- 【エラーチェック】
エラーチェックは各個票にも用意されています。しかしながら、単体でのチェックは個票の入力順によって関連個票のエラーが変化するため限界があります。そのため、一連で単体チェックが終了したら、ここで[全個票エラーチェック]をして下さい。(「ERROR」表示は、このメニュー画面に戻ると再び表示されます。)
- 【印刷】
全個票を印刷します。1票のみ印刷する場合は、該当する入力画面の[印刷]を利用して下さい。
- 【終了】
アプリケーションを終了します。この時、保存していない個票があると確認のメッセージが表示されますので、その指示に従ってください。
[保存]ボタンは各個票に用意されています。これは、不測の事態による入力データの破損を防ぐためです。なるべく短時間での保存をお勧めします。
- 【個票一覧-データ】
データがひとつでもあれば「有」、全くない場合は「無」と表示されるので直感的に空であるかを判断できます。
また、データの有無は各個票からこのメニュー画面に移動した時に更新されます。

図3 平成20年度630調査電子調査票(メニュー画面)

3. 国民の理解の深化 —精神医療メディアカンファレンスの試み—

「国民の理解の深化」の達成目標は、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」ことでした。「国民の理解の深化」には、国民に向けてメッセージを発する立場にあるメディア従事者の精神保健医療福祉についての理解と関心を高め、それに伴って、メディアを通じて国民に提供される情報の質の改善と、発信量の増加が起こることが期待されます。先行研究におけるメディア従事者と研究者の討議では、(1)メディア従事者を対象にしたカンファレンスの定期開催、(2)メディア従事者に情報を提供し、より確かな報道を促す取り組み、(3)メディア従事者の精神疾患についての知識や関心の把握、の3つが重要という見解が得られています。本研究においては、上記の見解に基づき、メ

ディア従事者を対象にした精神医療メディアカンファレンスを開催し、その評価を行いました。このカンファレンスは、平成20年11月から月1回の3回シリーズとして開催し、その内容は下記のとおりでした。

• 第1回（平成20年11月14日）

- ① 精神医療の現状と課題（厚生労働省 精神・障害保健課課長 福島靖正）
- ② 精神疾患、特に統合失調症の理解
（国立精神・神経センター病院リハビリテーション部長 安西信雄）
- ③ 意見交換

• 第2回（平成20年12月12日）

- ① 入院中心から地域中心への移行 ―その現状と課題―
（松原病院理事長 松原三郎）
- ② 意見交換

• 第3回（平成21年1月13日）

- ① 情報コーナー（身体もこころも診られる医師養成に赤信号 ―臨床研修制度の見直し進む、ライシャワー事件における新聞報道記事）
- ② 精神科病院 ―病診連携の問題点と愛知県での取り組み―
（あいせい紀年病院理事長 森隆夫）
- ③ 意見交換

メディアカンファレンスには、新聞を中心にテレビ、出版、インターネット関係など、各回10～15名の参加がありました。メディアカンファレンスを通じて、精神保健医療福祉従事者とメディア従事者が対話することは、メディア従事者の精神保健医療福祉についての理解を高めるだけでなく、精神保健医療福祉従事者の、メディアや社会に対する見方を広めることにも役立ちました。このような試みが継続され、広がっていくことが期待されます。

4. 精神保健医療福祉体系の再編 —理想とされる精神医療とは—

1) 精神科急性期治療病床を有する病院と有しない病院の比較

および急性期病床の都道府県別の分布状況

精神病床の機能分化の現況を明らかにするために、平成16年度630調査のデータを用いて、精神科急性期治療病床（以下、急性期病床）を有する病院と有しない病院の比較および急性期病床の都道府県別の分布状況について検討しました。その結果、急性期病床を有する病院の分布には地域によるばらつきがあり、そのような病院がなかった県は10カ所存在しました。急性期病床を有する病院は、有しない病院と比較して精神科病床数が多く、常勤精神科医あたりの病床数には違いがないものの、看護師数および全常勤職員あたりの病床数は少なく、精神科デイ・ケアや訪問看護を実施している割合が高いことがわかりました。また急性期病床を有する病院は、平均残存率が低く、退院者に占める社会復帰をした者の割合が高いことがわかりました（表1）。急性期病床を有する病院は、その地域の基幹病院的な役割を果たしている病院が多いと考えられ、そのような病院を整備することは改革ビジョンに示されている達成目標のひとつである平均残存率の低下に一定の貢献があると思われました。

2) 各都道府県の精神科デイ・ケアと退院に関する指標の関連

平成16年度630調査のデータを用いて、各都道府県の精神科デイ・ケアの実施状況と退院に関する指標の関連について検討しました。分析の対象は、大学病院や国公立病院を除く法人・個人病院であって、急性期病床はもたず、在院患者の50%以上が世界保健機関によって公表された国際的な疾病分類であるICD-10における統合失調症などであり、精神科病床数が100床以上であった精神科病院517カ所でした。病床規模に比して精神科デイ・ケア等の件数の多い病院群と少ない群について比較した結果、病床規模に比して精神科デイ・ケア等の件数が多い病院では、特に入院後3～12カ月での退院率が高く、また入院期間が比較的長期にわたる患者についても早期退院となることが多い可能性が示唆されました（表2）。

表1 精神科急性期治療病床を有する施設と有しない施設の平均残存率、退院率、および社会復帰率の比較

	急性期なし	急性期あり	合計	P*
平均残存率 中央値	33.2	24.7	31.8	0.00
(n=1,627) パーセンタイル25	22.2	20.9	22.0	
パーセンタイル75	46.9	29.7	45.8	
退院率 中央値	16.4	19.4	16.6	0.07
(n=1,509) パーセンタイル25	6.5	9.4	6.8	
パーセンタイル75	29.3	31.6	29.6	
社会復帰率				0.00
(n=1,635) 中央値	76.9	85.9	78.1	
パーセンタイル25	60.0	78.0	61.5	
パーセンタイル75	89.5	91.7	90.0	

*Mann-WhitneyのU検定

注) それぞれの指標の計算に必要な数値で分母になる数値が0になる施設を分析から除外した。退院率については退院率が100を超える病院も分析から除外した。

平均残存率: 入院後1年以内の各月末の残存率を加算平均した値。平均残存率が下がることは、入院した患者がより早く退院することを意味する。

退院率: 1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したものの。退院率が上がることは、長期在院の患者の退院促進を意味する。

社会復帰率: 平成16年6月1カ月間の退院患者のうち、退院時の状況が「家庭復帰」、「社会復帰施設等」であったものの割合とした。

表2 精神科デイ・ケア等件数の多寡による退院に関する変数の比較

	DC 下位群 (n=258)		DC 上位群 (n=259)		t 値
	平均	S.D.	平均	S.D.	
平均残存率	0.38	0.13	0.33	0.12	5.10**
退院率(1年以上)	0.18	0.14	0.23	0.23	3.24**
1カ月退院率	0.15	0.12	0.16	0.10	1.73
2カ月退院率	0.36	0.17	0.38	0.16	1.61
3カ月退院率	0.49	0.17	0.54	0.16	3.50**
4カ月退院率	0.58	0.17	0.65	0.16	4.88**
5カ月退院率	0.64	0.16	0.72	0.15	5.53**
6カ月退院率	0.67	0.16	0.75	0.14	5.40**
7カ月退院率	0.71	0.16	0.78	0.15	4.79**
8カ月退院率	0.73	0.16	0.80	0.14	4.96**
9カ月退院率	0.75	0.15	0.81	0.13	4.73**
10カ月退院率	0.77	0.15	0.83	0.13	4.65**
11カ月退院率	0.78	0.14	0.84	0.13	4.68**
12カ月退院率	0.79	0.14	0.85	0.12	5.03**

注) DC 上位/下位群: 630調査で得られる各病院の平成15年6月1カ月間のデイ・ケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に群別したもの。

** p < 0.01

3) 各都道府県の平均残存率に関連する要因

平成16年度630調査の県別集計値をもとに、各県の平均残存率の関連要因を分析しました。その結果、精神科療養病床が占める割合が低い県、病院に勤務するコメディカルスタッフの割合が少ない県および九州では平均残存率が高いことがわかりました。平均残存率を評価する際には、専門病床の機能分化の割合や程度を含めた精神科医療の実態、コメディカルスタッフ数の多寡、各都道府県の地域特性、などを考慮する必要があると考えられました。

Ⅲ. 社会的意義と今後の課題

本研究では、精神保健福祉施策を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するためのモニタリング調査と、取り組み方策の検討を行いました。本研究によって、精神保健医療福祉のマクロ実態が明らかになりました。また、電子調査票の開発によって、今後のモニタリングの基盤を整備することができました。さらに、630調査データの詳細な分析によって、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向に進んでいくための、望ましい精神科医療の姿を明らかにすることができました。

しかし、本研究によって分析することができたのは改革ビジョンの初期までに過ぎません。厚生労働省では2008(平成20)年4月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を設置し、改革ビジョンに示された達成目標の第一期(前半5年間)の成果を評価するとともに、来年9月からの第二期(後半5年間)における施策群を検討しています。「精神保健医療福祉体系の再編」という国家的な課題を実現するためには、本研究の成果をふまえた実践的研究の継続が期待されます。また、本稿で述べた精神医療メディアカンファレンスが継続され、国民の理解の深化につながる取り組みが、精神保健医療福祉従事者とメディア従事者の共同作業によって取り組まれていくことが期待されます。

最後になりますが、本研究では、研究成果である630調査の概要を「精神保健福祉資料」「目でみる精神保健医療福祉」などの印刷物にまとめ、都道府県などに配布してきました。また、本研究の一環として「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ」を立ち上げ、改革ビジョンについての基本的な情報、関連する研究の成果、諸外国の改革に関する情報などを提供してきました。これらの取り組みは、精神保健医療福祉に関する情報を、行政、精神

保健医療福祉関係者、研究者、さらには地域社会で共有することにより、社会の求める精神保健医療福祉の充実に役立てていただくためのものです。これらの取り組みを、さらに充実して、続けていきたいと考えています。

主要文献

- 1) 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）
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」総括・分担研究報告書
- 2) 平成19年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」総括・分担研究報告書
- 3) 平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」総括・分担研究報告書
- 4) 長沼洋一，立森久照，小山明日香，竹島正：精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と患者の退院状況の関連．日本社会精神医学会雑誌17（1）：3-10，2008
- 5) 小山明日香，小山智典，立森久照，野田寿恵，竹島正：各都道府県の1年未満在院患者群の退院に関する指標「平均残存率」に関連する要因の検討．日本社会精神医学会雑誌17：159-67，2008

家族会とともに取り組む

竹 島 正

「精神科」第17巻第3号 別刷
2010年9月 発行

特集 地域精神科医療に取り組む

家族会とともに取り組む*

● 竹島 正**

Key Words : community, mental health, people with mental illness, family groups

はじめに

筆者が家族会と最も付き合いのあったのは、高知県立精神保健福祉センター勤務の頃で1990年から1997年になる。ちょうど精神保健法が精神保健福祉法に改正された頃で、精神障害者福祉の充実が大きな課題であった時期に相当する。家族会との付き合いは主として高知県精神障害者家族会連合会であった。高知県の家族会の人たちは、自分たちの家族会を「県家連」(けんかれん)と称していたが、「県家連」には高知(こうち)の文字は含まれない。隣の愛媛県では「媛家連」(ひめかれん)と称し、きちんと愛媛県の家族会であることがわかる名称を用いていたが、高知にはそのような遠慮はなく、何だかのんびりしているといえなくもない。1990年代は、地域家族会設立と、それが中心になった地域作業所づくりが活発であった。その働きかけの中心に全国精神障害者家族会連合会(以下、全家連)があった。全家連は1991年に保健福祉研究所を開設して岡上和雄を所長に迎え、精神障害者福祉の実現のための研究活動を進めた。この頃の全家連保健福祉研究所は人材の集う所であり、地方から見ると梁山泊的な存在であった記憶がある。

本稿では、筆者が高知県の保健所と精神保健福祉センターで仕事をしてきた16年間2カ月につながりのあった家族会、断酒会と当事者の活動を振り返り、そこから学んだことや現在のつながりについて述べたい。いささかエッセイ的であるが、筆者が何に出会い、何を思ったかを率直に述べることは、地域精神保健医療を志す若い読者に役立つかもしれない。

家族会と出会うまで

筆者は1980年に自治医科大学を卒業したが、卒業後の進路として、へき地医療または衛生行政を選択できた。筆者は国立公衆衛生院(現、国立保健医療科学院)専門課程を履修の後、衛生行政に進む道を選んだ。しかし、そこで何をするかについてははっきりした考えがあったわけではなく、公衆衛生院では不安な毎日を送っていた。当時の専門課程は1年コースであって、修了時に論文審査を受けることになっていた。その指導教官であった衛生統計学部・方波見重兵衛部長に相談したところ、国立精神衛生研究所社会復帰相談部・岡上和雄部長の紹介を受けた。その後何度か岡上先生をお訪ねした。そして、精神衛生についての実務経験があるわけではないので、岡上先生の紹介で浜田クリニック、川崎市大師保健所などを見学することになった。また、浜田先生の東京都立精神衛生センターに

* Learning from the community, people with mental illness and their families.

** Tadashi TAKESHIMA, M.D.: 独立行政法人国立精神・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]; Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

おける精神衛生相談日に同行させていただき、世田谷リハビリテーションセンター(現、東京都中部総合精神保健福祉センター)所長の蜂谷英彦先生を紹介していただいた。世田谷リハビリテーションセンターには、2カ月ほど、週1~2回見学実習をし、居場所のない感じがした記憶がある。田舎者の筆者には、人が多い所や、専門職の多い所が苦手であったのであろう。しかし訪問時には、蜂谷英彦先生、菱山珠夫先生の執筆中の原稿を読ませていただくなど温かく遇していただいた。最も印象に残ったのは川崎市大師保健所であった。保健所でナイトケアのある日に、おそらくは週1回1カ月ほど大師保健所を訪問した。坂庭さん、赤沼さんの2人の精神衛生相談員の日常業務のそばで、また、時間のあるときに整形外科出身の山崎所長の話をつかぎた。当時の大師保健所は町工場の多い下町にあり、その行き帰りに、自分は精神衛生をやろうという気持ちになったことを覚えている。何かぴたっときたのである。公衆衛生院の修了論文は、本山保健所管内の駐在保健婦の協力を得て、在宅統合失調症患者の生活状況についてのアンケートをまとめたもので、1987年に県域で行ったものは岡上和雄先生の厚意で精神科MOOKに掲載された²⁾。

保健所での出会い

1981年に高知に帰って、高知市から北の山間地にある本山保健所に配置となった。本山保健所では前任の永松清明先生に続き、家族会活動の支援を行った。たとえば、家族会の開催や会報の発行である。家族会は数名程度の集まりであったが、家族相談を介して家族会長に川井 掟さんを迎えたことが大きな転換となった。川井さんは、目のくりっとした小柄な方で、家族の思いに素直に目を向けることの大切さを教えてくれた。保健所デイケアのボランティアを務め、保健所デイケアに利用していた小さな和室には、川井さんの描いた魚の油絵が掛けられていた記憶がある。川井さんが家族会長を務めていたとき、管内の公立病院に精神科外来を設けるよう地域の精神衛生大会で提案した。

当時、管内の大豊町に国立循環器病センターか

ら健診に入っており、その健診に保健所としても協力していたが、山間地に暮らす人たちの皮脂厚は数ミリ程度で肥満の人はほとんどなかった。当時行われていた理容師、美容師を対象にした検診でも、農作業や山仕事もしているらしいごつごつした手をした人が多く、精神保健というデリケートに見える仕事の後ろにある実態としての生活を思うと、おののく気持ちもあった。

本山保健所で3年の勤務の後、室戸保健所に6年間勤務した。本山保健所での3年間は社会人としての始まりであり肩に力が入っていたため、もう少しバランスのとれた仕事をしようと考えた。高知県の配慮で、高知県安芸市にある高知県立芸陽病院(単科の県立精神科病院)に併任となり、平日と土曜に精神科病院に勤務することができた。院長の矢野 勝先生は人口透析を受けられていたが、地域精神医療への思いは強く、ときに院長室で講話を受けた。副院長の横田先生には、筆者のメンタルヘルス面への配慮が、市内の行きつけの飲み屋さんにとときき連れていってもらった。病院では、臨床経験のない保健所医師を温かく迎えてもらったが、患者さんにも職員にも、ずいぶん迷惑や心配もかけたと思う。病院に行つてわかったことは、すぐに退院できる人、なかなか退院できない人ははっきりしていることであった。また、患者中心に考えがちな病院職員、家族や地域のことを考えないわけにいかない地域など、寄って立つ所によって、人と地域に対する見方がずいぶん異なることであった。長期入院の患者を何人が担当させてもらい、そのご家族に地域でお会いした。どのご家族もささやかに一生懸命の暮らしをされていて、単純に家族が本人の外泊や退院を受け入れないという見方は冷たすぎると思った。徳島県境の家族をお訪ねしたとき、寿司とビールを用意してくれていた。決して裕福な家庭ではなかったと思うが、びっくりしてしまってほとんど手をつけないで退散した。なぜあのとき、きちんとごちそうになれなかったかと反省する。これらの経験から、四角い布を皺のある状態で広げると、長期入院の患者・家族・地域の問題は似ているというイメージを持った。どこかに皺を集めてはいけない、皺はいろんな

ところで少しずつ引き受けなければならない。それができるためには福祉サービスの制度化が必要である。

さて、室戸保健所に勤務していた頃、土佐病院院長須藤浩一郎先生と高知県中央保健所長石川善紀先生が仕掛け人になって、たんせい会がスタートした。官民双方、それぞれ異なった角度から私利私欲とは無縁に自由な研究を行い、精神障害者の医療と福祉に貢献しようというもので、高知県立精神衛生センターに月1回集まり、集まった後には必ず「金さん」という居酒屋で一杯飲んだ。たんせい会は63年11月に「高知県の精神保健の現状と未来」という報告をまとめ、当時の保健環境部・片木部長に報告した。

精神保健福祉センターでの出会い

高知県精神保健センターに異動になり、家族会活動の支援を本格的に開始した。当時、家族会は家族の自助グループか、精神障害者福祉実現のための運動かという議論があったが、家族にとっての灯(ともしび)であったことは疑いなく、県家連(山本峯子会長)の事務局をセンターに置いていることから、積極的な支援を行った。特に、大会や研修会に県外から講師を迎え、その講師には前泊または後泊してもらい、夜の懇親会を含めて情報交換を行ったことは有意義であったし、そこには高知の酒文化も役立っていたと思う。県家連との最大の行事は、1996年11月7～8日の第29回全国精神障害者家族大会「自然に自由に」の開催であった。当時、高知は橋本大二郎知事の時代であり、「地域づくり」に社会の関心が高く、高知らしい大会をやるという考え方から、全体会と、5つのうち2つの分科会を高知市で、あとの3つの分科会を梶原町(高知市から2時間、愛媛県境)、中村市(高知市から2時間、現在の四万十市中村)、伊野町(高知市から30分、現在のいの町の町)の3カ所で開催し、梶原町では「まちづくりと精神障害者福祉」と題して、芝居小屋でほろ酔いシンポジウムを開くなど、遊びを交えた大会を行った。高知大会の大会パンフレット(デザイン:織田信生)の表紙と高知大会宣言を図1に示す。宣言文を作るにあたっては当事者・家族に文章を書いてもらい、

それをたたき台にしてみんなで作ったが、その捨てがたい部分がパンフレットに掲載されているので、それも合わせて掲載する。

センター勤務の頃、男性の家族会員と何度かお酒を飲んだが、覚えていることをいくつかあげる。知的障害のある子供を持つ家族の方は、「運動会ではゴールで差がつかないように、同じくらいの足の速さの子供を一緒に走らせるが、それは間違いである。足の早い子も遅い子もいることが現実であり、その差を認識することが、障害者の理解にもつながる」と述べた。自分の子供が入水自殺を試みた家族の方は、「村のみんなに迷惑をかけてつらかった」と述べた(私はこの話を精神障害者への偏見という文脈でなく、地域に生きる一家族の地域協働への思いとして聞いた)。筆者は、これらの話を聞きながら、家族はたまたま精神障害者の家族になったのであって、もともとは社会で生活してきた能力のある一人であると理解した。今でもこの気づきは大切なものと思っている。

全家連について

高知で地域活動をする一方で、精神障害者家族・当事者のニーズ調査などの会議で全家連に出かけた。岡上先生にお会いできるのが楽しみであった。全家連のニーズ調査は、1983年の精神衛生実態調査に原型を持つと思うが、やがて当事者・家族の主観的・体験的ニーズに重点を置くようになったと思う。1997年に高知を離れ、精神保健研究所に勤務することになったが、その当初に精神障害(者)についての国民意識調査に参加した後は、全家連保健福祉研究所とのつながりは薄くなった。その理由は、当時、保健福祉研究所ではEE研究が主流になっていたこと、精神保健研究所自体での仕事が忙しくなったことがあげられる。大谷藤郎は「ひかりの足跡」²⁾の中で、『全家連』解散をそのまま放置した政治・行政の姿勢が納得できない。弱い者は瑕疵を起せば、それによって黙らせられるのか。無念極まりない。現在は、『みんなねっと』(川崎洋子理事長)というNPOが、難しい条件の中で、全国組織となるべく一生懸命努力されている。ぜひ応援してあげてほしい」と述べている。全家連か