

表 1 精神科デイ・ケア等の実施施設数

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
精神科ショート・ケア									405
精神科デイ・ケア	754	855	962	1,066	1,127	1,222	1,272	1,327	1,355
精神科ナイト・ケア	71	84	101	115	125	137	148	143	166
精神科デイ・ナイト・ケア	104	126	159	195	218	253	265	296	310
老人性認知症患者デイ・ケア	137	327	139	154	164	193	206	221	213

(文献7より引用)

6月30日現在の精神科病院におけるデイ・ケア等の実施施設数。老人性認知症患者デイ・ケアとは、重度認知症患者デイ・ケア料の請求を行っているものを指す。

表 2 精神科デイ・ケア等の実利用者数

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
精神科ショート・ケア									4,590
精神科デイ・ケア	35,104	41,064	44,883	49,642	52,534	54,544	58,799	62,461	58,552
精神科ナイト・ケア	1,870	1,459	1,744	2,299	2,477	2,536	2,684	2,367	2,391
精神科デイ・ナイト・ケア	4,517	4,814	6,248	7,193	8,169	7,668	8,890	9,869	9,991
老人性認知症患者デイ・ケア	4,130	11,386	6,799	6,247	7,082	6,694	7,478	8,137	7,608

(厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課調、文献7より引用)

6月1カ月間の精神科病院におけるデイ・ケア等の実利用者数を集計したもの

的とするデイケアは1:8が推奨されていた。

## わが国におけるデイケアの現状

近年のデイケア等の状況について、厚生労働科学研究費補助金「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」(主任研究者:竹島正)により発行された「目でみる精神保健医療福祉3」<sup>7)</sup>で概観がまとめられているので紹介する。

表1は、毎年6月30日に厚生労働省により実施されている調査にもとづき竹島<sup>7)</sup>が検討を行ったものである。1998年(平成10年)から2006年(平成18年)までの精神科病院で実施されているデイケア等の施設数が表示されている。最も多いのはデイケアで、1998年の754施設から2006年には1.8倍の1,355施設に増加していた。2006年で見れば、デイケア以外に、ショート・ケアが405施設で実施されており、ナイト・ケアが166施設、デイ・ナイト・ケアが310施設で、老人性認知症患者デイケアが213施設で、多様な形態で実施されていた。デイケアが着実に増加していること、デイ・ナイト・ケアも増加傾向にあることがわかる。

表2はデイケア等の実利用者数の経年変化を示したものである。デイケアの実利用者数は、1998年には3万5,104人であったが2006年には5万8,552人で、1.7倍に増加していた。デイ・ナイト・ケアは、1998年には4,517人であったが2006年には9,991人で、2.2倍に増加していた。2006年には、デイケアには5万8,552人が通っており、これにショート・ケアの4,590人を加えると6万3,142人になる。さらに、ナイト・ケア2,391人、デイ・ナイト・ケア9,991人を加えると7万5,524人になる。精神科在院患者数を33万人とすると、デイケア等の利用者数は在院患者の約23%にのぼる。老人性認知症患者デイケア利用者は2006年には7,608人であった<sup>7)</sup>。

2006年のデイケア等利用者の疾患分類は、多い順に、統合失調症71.5%、気分障害10.0%、物質依存6.2%、神経症性障害3.5%であった。また、その年齢層は、20歳未満2.0%、20歳以上40歳未満33.7%、40歳以上65歳未満53.6%、65歳以上75歳未満8.3%、75歳以上2.4%であった。40歳以上65歳未満が半数以上を占め、デイケアにおいても高齢化の傾向が認められた<sup>7)</sup>。

池淵ら<sup>4,5)</sup>はデイケアの治療機能を高めるために「デイケア治療ガイドライン」が必要であること、それぞれのデイケアの機能を明確化するために、病状の特性、年齢の特性、目標の特性を考慮した機能分化が必要であることを述べた。

## ◆ 多様性のあるデイケア実践

池淵ら<sup>4)</sup>は、デイケアの効果に関する研究をまとめて、①転帰の改善、全般的な社会的機能の改善、陰性症状の改善、再発率・再入院率の低下にデイケアの効果が示されており、わが国のデイケア終了直後の社会的転帰の調査でも、8つの施設ではほぼ20～30%が就職・復学を果たしていること、②入院治療と比べてデイケアのほうがその後の社会的機能の改善等の点で優れていること、③外来治療と比べて再発率、社会的機能の改善等の点で優れていること、④必ずしも好成績でないデイケアがあり、成績の優れたデイケアとの違いを明らかにする必要があること等を指摘した。

吉益ら<sup>8)</sup>はデイケアの有効性に関する日本と欧米の研究を比較し、①豊富な研究成果が蓄積されている欧米と比べて日本のデイケアは歴史が浅いが、1980年代からデイケアの効果に関する研究が増えてきていること、②欧米では多彩な精神疾患に対する効果が報告されているが、日本では統合失調症における陰性症状改善の報告が中心であること、③外来治療との比較では日本と欧米ともに精神症状改善にデイケアのほうが優れること、④入院治療との比較では欧米でデイケアは入院とほぼ同等の効果を示すとの報告があること、⑤再入院防止効果については日本の研究で有効性が指摘されているが、長期の効果については否定的な研究もあることを報告した。

再入院防止効果については統合失調症患者についてデイケア前後の入院期間を比較しデイケア後の外来期間が延長していた報告があり、デイケア利用後の入院回数と入院期間が減少していたとの報告がある<sup>8)</sup>。

### 1. デイケアの対象

統合失調症については、長期在院患者の退院後の医療継続と地域生活を支えるためのデイケアの

役割が期待されている。また入院期間の短縮化の中で、不安定さが残る退院患者のその後の治療を担当する医療型デイホスピタルのニーズが高まる<sup>9)</sup>ことが予想される<sup>9)</sup>。

従来、デイケアは統合失調症患者を対象とするものが多かったが、最近では、後で述べるように、うつ病患者を対象として就労支援に取り組むデイケアの報告が増えている。また、アルコール依存症、認知症、思春期、摂食障害等に特化したデイケアも実施されている。また統合失調症の前駆期および発症早期からの心理社会的介入としてオーストラリアのEPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre: 初期精神病予防介入センター) のサービスではデイ・プログラムが実施されている<sup>10)</sup>。

### 2. デイケア・プログラム

デイケア・プログラムについては、SSTや認知リハを組み入れるもの、栄養・運動管理等の健康増進プログラムが報告されている<sup>10)</sup>。認知リハを組み入れたデイケア・プログラムの取り組みが岩田<sup>11)</sup>により報告されている。また栄養管理等の健康増進プログラムを導入した報告が目につくようになった。浅井<sup>12)</sup>は「就労はデイケア治療の集大成」という視点から、SSTを使った就労スキルトレーニング等を実施して就労支援の成果をあげている。秋山ら<sup>13)</sup>はうつ病患者を対象とした「職場復帰援助プログラム」を紹介している。

## ◆ デイケアの今後のありよう

今後デイケアは、うつ病の復職デイケア、摂食障害デイケア、思春期デイケア等、それぞれの対象の医療ニーズに対応した機能分化が進んでいくであろう(1つのデイケアの中でも多様なニーズに対応できるプログラムやコースを設ける工夫も求められる)。もう1つは、竹島<sup>14)</sup>が述べている地域医療としての仕組みづくりで、デイケアを「医療の必要性の高い重度者等に重点化」させ、訪問等を組み入れて重度者にも対応できるようにすること、すなわちデイケアを地域ケアの中核施設に進化させていく方向性であろうと思われる。デイケアを地域ケアの中核施設にという試みはすでに

始まっている<sup>9)</sup>。

西園<sup>15)</sup>が指摘しているように、今後わが国でも早期退院の流れが予想される中で、「入院の必要はなくなったが、すぐには社会復帰できにくい人たち」の治療が問題となる。こうした対象者に対して「デイケアで治療をしながら、社会復帰の訓練をしよう」という機運が高まることが予想される。池淵<sup>16)</sup>は医療型デイケアの対象として、①回復は良好だが、医療中断や再発のリスクが高い、②精神病症状が持続しており日常生活に影響がある(亜急性期、慢性)、③発病のために人生設計や目標を変える必要がある(例：高校を辞めたが、その後、どうしていいかわからない)、④引きこもり等で仲間や居場所がほしいという対象例を挙げた。さらに、長期入院後の退院・地域生活への定着に支援が必要な例、生活障害が重く、日常生活に援助が必要な例も、地域支援機関への移行を助けるため、少なくとも一時的にはデイケアでの支援が必要とされる場合が想定されるであろう。

今後は薬物療法だけでは改善が見込めないこうした症例に対して、集団ダイナミクス等を用いた濃厚な治療を展開できる場はデイケアしかなくなるのではなからうか。したがって、こうした対象に対し、デイケアを機能分化させ機能を高めるとともに、デイケアの評価方法を確立し、効果的な治療のためのガイドラインを設定し関係者の間で共有することが必要であろう<sup>5,17)</sup>。その際には地域の医療機関や社会復帰機関と連携するとともに、先のLieberman<sup>1)</sup>の模式図(図)でいえば、どの時期に何を目標とする治療を実施するかの明確化が必要であろう。

## 文献

1) Lieberman JA, et al : Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 59 : 487-496, 2008

- 2) 臺 弘 : 生活療法の復権. *精神医学* 26 : 803-814, 1984
- 3) 池淵恵美 : デイケアの歴史と現在. *臨精医* 30 : 105-110, 2001
- 4) 池淵恵美, 他 : 精神科デイケア治療論の今日的課題. *精神医学* 37 : 908-918, 1995
- 5) 池淵恵美 : 精神科デイケアの今日的課題と将来像, 新たなデイケアモデルの提案—地域ケア時代のデイケア. *精神誌* 108 : 1317-1322, 2006
- 6) 精神保健福祉研究会(監) : 我が国の精神保健福祉—精神保健ハンドブック平成14年度版. 太陽美術, 2003
- 7) 竹島 正 : 目でみる精神保健医療福祉3—改革ビジョンの実現に向けて. 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」, pp 31-36, 2009 (URL : <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html#a2>)
- 8) 吉益光一, 他 : 精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較. *日本公衛誌* 50 : 485-493, 2003
- 9) 安西信雄(編著), 池淵恵美, 他(著) : 地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド. 金剛出版, 2006
- 10) 大森まゆ, 他 : わが国における精神科デイケアの様々な形態と今後のありよう. *精神臨サービス* 7 : 316-321, 2007
- 11) 岩田和彦 : さまざまな援助場面における障害支援 : デイケア—認知機能障害・日常生活障害へのプログラムの関与. *精神臨サービス* 4 : 382-387, 2004
- 12) 浅井久栄 : 精神科デイケアにおける就労支援—実行委員会方式とSSTの統合. 安西信雄(編著), 池淵恵美, 他(著) : 地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド. 金剛出版, pp 117-135, 2006
- 13) 秋山 剛, 他 : 復職をめぐる職場健康管理システムの現況, 問題点と対応策. *臨精医* 35 : 1069-1078, 2006
- 14) 竹島 正 : 精神科デイケア—今日的課題と将来像. *精神誌* 108 : 1295-1300, 2006
- 15) 西園昌久 : 精神医学の現在. 中山書店, pp 142-143, 2003
- 16) 池淵恵美 : 社会・生活療法—デイケア. *臨精医* 35(Suppl) : 525-530, 2006
- 17) 辻 貴司 : デイケア治療効果の評価. *精神科診断* 10 : 209-215, 1999

連載

地域保健従事者のための精神保健の基礎知識・1【新連載】

精神保健はどのように定義されてきたか

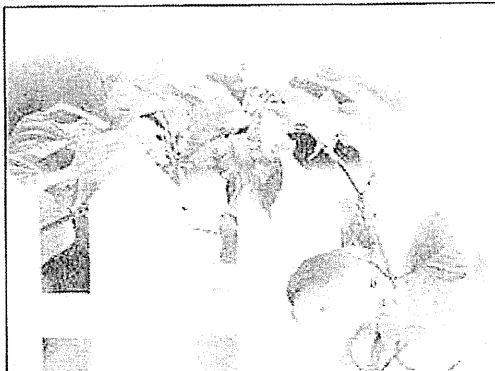
竹島 正

公衆衛生

第74巻 第1号 別刷

2010年1月15日 発行

医学書院



# 精神保健はどのように定義されてきたか

竹島 正

## はじめに

今日、精神保健の問題は、がん、循環器疾患と並んで、国民健康の大きな課題となっている<sup>1)</sup>。また、わが国の自殺による死亡者数は平成10年以降3万人を超える水準で推移しているが、自殺予防においても精神保健の果たすべき役割は大きい。

地域保健の現場においても、精神保健のニーズは質・量とも増大していると考えられるが、本連載は、精神保健の発展経緯を踏まえた上で、今日的な「精神保健学」の基礎となる情報を地域保健従事者に提供することを目的とする。

今回は連載の初回であることから、精神保健の定義について述べる。

## 精神衛生/精神保健は どのように定義されてきたか

はじめに、これまでに発行された主要な書籍等をもとに、精神衛生(学)または精神保健(学)の定義を振り返ってみたい。

村松は1930年に『精神衛生』を、1943年に『精神衛生読本』を出版し、精神障害者の処遇改善としての精神衛生運動を超えた、わが国の精神衛生学の開拓者の役割を果たした。1957年発行の『精神衛生 MENTAL HYGIENE』増刷第5版<sup>2)</sup>において、村松は「衛生」の目的を、単に病

気等の不健康状態を予防し、また適切な医療を早期かつ完全にするという健康の防衛だけでなく、さらに積極的に健康を強化して増進することであると述べている。そして「衛生」は、身体衛生と精神衛生の2つの部門に大きく分け得るとして、まだ草案であったWHO憲章の健康の定義にある、“身体的、精神的及び社会的に完全な健やかな状態”に言及し、人間は身体的存在であると同時に精神的存在であり、更にまた社会的存在であることから、人間の健康について論じ、実際に指導しようとする場合は、この3つの面のいずれも見落としてはならないとして、身体医学を基礎とした応用部門としての身体衛生があるように、精神医学を基礎とした応用部門としての精神衛生があると述べている。ただし、村松の言う精神医学は、生物学的方向とともに、精神構造の心理学的・社会学的方向を持ち、しかも生理学的な現象と病理学的な現象を併せて研究する学問としての「医学的人間学」であることに注意する必要がある。

上記の改訂版である『新精神衛生—精神医学的人間学 MENTAL HEALTH [a new written] A View Based on The Own Psychiatric Anthropology』<sup>3)</sup>は、1978年に村松と高臣の共著として出版されたが、“精神の病理を論ずるためには人間性一般の探求が必要であり、特に精神現象に関しては動力学的考察が重要である”という

たけしま ただし：国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長/自殺予防総合対策センター長  
連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

ことから、総説にかなりのページ数を割き、そこに正常・異常と健康・疾病の概念の区別等、今日にもつながる考え方を示している。総論のあとがきには、精神衛生の定義に当たる記載があるが、そこには、“絶えず変動する現実の社会情勢や、各人ごとに違っている環境条件の中で生活している各年齢男女の精神の健康を護り、その健康を害するような諸条件に対して適切な防止をするための工夫や、実践と共に、その健康の成長、向上への援助と、各人自身の工夫や努力に協力すること”が主となると述べている。そして、精神衛生における学際的研究の発展の必要性を指摘し、精神衛生活動には「人間福祉の事業」としての基本理念があることを指摘している。

高木と中野の共編による『精神衛生』<sup>9)</sup>は1954年に発行されてから1965年までに12版を重ねているが、精神衛生を“身体に関する衛生学と比較して考えるのが、一番理解も容易であるし、正しい考え方”であると、村松の考え方を肯定した上で、“精神衛生とは、人間の精神的健康を主な対象とする衛生であって、㉓ 精神的疾病ならびにもろもろの精神的不健康の予防および、㉔ 精神的健康の保持向上を目的とする科学研究および実践である”と述べている。そして精神的な「摂生、鍛錬」によって、精神的な「抵抗力」を養うことも、精神衛生の積極的な、非常に重要な一面であると述べているが、近年のレジリアンスモデル<sup>10)</sup>にも通じるころがあつて興味深い。

上出、坪上の編集により1966年に発行された『精神衛生』<sup>6)</sup>は、精神衛生を、精神健康の予防およびその対策と、健康人の精神健康の保持向上を研究する学問およびその実践と定義している。そして、精神医学、身体医学、公衆衛生学、生物学、心理学、社会学、法律学、経済学などから、哲学、宗教、芸術などにわたる、きわめて広い関連領域を有していると述べている。

和田は1961年に発行された『精神衛生入門』において、精神衛生の役割を、生来持ち合わせた各人の素質や能力が自主的・自発的に成長し、経験・訓練されていくことを妨げないで、必要な最

小限度において助け、導くことであると述べている<sup>7)</sup>。

加藤は、疾病性(イルネス)と事例性(ケースネス)という、精神衛生学における鍵概念の提唱者であるが<sup>8)</sup>、「精神衛生とは精神医学の足らないところ、矛盾するところを指摘するアンチテーゼとして、批判する学問として成立するのだ。疾病学に対して、事例医学なのだ。その人が“ケース”にならないよう援助することが精神衛生の今後の方向であり、臨床心理、ソーシャルワーク、文化人類学、教育学、法律学等のさまざまな分野が参加するのがよい、ノーマトロジー、健康の学としてやっていかなければならない<sup>9)</sup>と述べ、精神医学/医療に対する精神衛生/精神衛生活動の特質を明確にしている。

吉川は、精神障害を有する人のリハビリテーションに相当するサポティブメンタルヘルス、精神健康の増進であるポジティブメンタルヘルス、これらを合わせたトータルメンタルヘルスとして、精神衛生/精神保健の全体像の整理を行った<sup>10)</sup>。

ここまで述べたうち、村松、高臣、加藤は国立精神衛生研究所の、吉川は国立精神・神経センター精神保健研究所の所長を務めていることから、わが国の精神衛生(学)/精神保健(学)の発展は、同研究所の歴史とも深いつながりがあると考えられる。

## 精神衛生と精神保健

さて、ここで精神衛生と精神保健の違いについて述べておきたい。精神科医療史に造詣の深い岡田靖雄は、衛生には“生を衛(まも)る”という意味があるとして、用語として、精神衛生を使用することを支持していた記憶がある。また国立精神衛生研究所の所長を務めた土居は、“精神衛生というのはたいへんよい名前だと思う。明治の人間が苦心してつくった名前だと思う”と述べている<sup>9)</sup>。このように先達は、精神保健ではなく、精神衛生を使用することを勧める。

筆者の記憶では、公衆衛生行政では、20年以

上前から“衛生”という言葉をも“保健”に置き換えてきた。例えば、母子衛生を母子保健に、衛生統計を保健統計に置き換えたこと等である。この背景には、時代の変化に伴う、公衆衛生行政の刷新という意味合いが含まれていたと推測する。精神保健の領域においては、精神衛生法から精神保健法への改正(1987)において、法の目的に、国民の精神的健康の保持増進と精神障害者の社会復帰を新たに加えたが、このとき心の健康づくり、すなわちメンタルヘルスプロモーションが国民健康の課題と位置づけられた。“保健”は“健を保つ”であり、精神疾患とこれに伴う障害の有無にかかわらず、個々の特性に応じた健康を保つという意味を持たせることができるなら<sup>11)</sup>、“精神保健”が“精神衛生”の根本の意味を継承することは可能であろう。

## 精神保健/メンタルヘルス/mental health

次に精神保健とメンタルヘルスという用語の違いについて述べる。わが国では、地域保健の領域では精神保健が、労働衛生の領域ではカタカナ表記のメンタルヘルスが使用されているが、これは労働分野で扱う精神保健の問題が、地域保健とは異なる性質を有することを明らかにするためであろう。また、わが国では精神保健医療福祉と表記するなど、精神保健/精神医療/精神障害者福祉には、それぞれ独立した領域があるものとして扱うが、英語表記のメンタルヘルスサービス「mental health service」は、わが国の精神保健医療に相当すると考えるとよく理解できるし、コミュニティメンタルヘルスサービス「community mental health service」は、精神保健/精神医療/精神障害者福祉を包括するものと考えられるように思われる。

## 精神保健の役割

厚生省技官、財団法人藤楓協会理事長等として公衆衛生の発展に務め、その中で、1965年の精神衛生法改正によって、わが国の地域精神衛生活動の発展の基礎を築いた大谷は、著書である『ひ

かりの足跡』の中で「医療の社会化」と「共に生きる社会」を築くこと、皆が誇りを持って生きていけるようにすることが社会全体の課題であると述べている<sup>12)</sup>。その第三章「人間を見よ一こころを病むとは何か」には、昭和38年精神衛生実態調査、精神障害と人間をみる目を啓かせてくれた精神科医、そして「全家連」の結成から解散の無念について述べている。今日の社会経済状況を考えると、精神保健も「医療の社会化」と「共に生きる社会」の実現という観点から、再検討することが必要と思われる。

さて、イギリスでは「われわれの国をもっと健康に(“Our Healthier Nation”)」という国家計画のもとで、NHS(国民保健サービス)の改革のためにナショナル・サービス・フレームワークを設定してサービスの充実を図った。ナショナル・サービス・フレームワークの対象となる疾患として、最初に冠動脈心臓疾患と精神疾患が選ばれ、7つの全国基準(精神的健康の増進、プライマリ精神保健ケアの充実、サービス・アクセスの改善、専門家による訪問型治療の開発、病院と危機対応型住宅の改革、家族支援、自殺予防)が設けられた<sup>13)</sup>。同様の動きは米国のヘルシーピープル2010にも見られ<sup>14)</sup>、精神保健は公衆衛生のヘルスプロモーションという大きな文脈の中に位置づけられようとしているが、この流れは「医療の社会化」と「共に生きる社会」の実現という課題とどのような関係になるのであろうか。また、ヘルスプロモーションは今後どのように進み、精神保健はどのような立場を取るのであろうか。岡田は『市民の精神衛生』の中で、苦しみ・もだえ・こだわり・ひがみは、人間を伸ばしていく大きな原動力であると述べて<sup>15)</sup>、人間を画一化して見ることに異を唱えるが、精神保健は、個人においても、社会集団においても、人間の理解、人間の行動の理解を基盤とする。

ヘルスプロモーションを進める、人間行動の理解が不可欠であり、個々の“生き癖”とも言えるものに寄り添いながら支援するのが精神保健と言ってよいかもしれない。

## 筆者による精神保健の定義

『我が国の精神保健福祉』平成21年度版は、“精神保健とは人々の健康のうち主として精神面の健康を対象として、精神障害を予防・治療し、また精神的健康を保持・向上させるための諸活動を言う”と定義しているが<sup>16)</sup>、これは、村松、高木、上出等の定義を踏まえたものと考えることができる。筆者は、地域精神保健活動を“地域に起こるさまざまな問題について、精神保健医療福祉の立場から実態と背景となる要因を明らかにしつつ、社会との協働によってその問題の解決を図り、社会をよりよいものに変えていく活動である”と述べた<sup>17)</sup>。この定義は地域精神保健活動の実務を念頭に置いたものであるが、精神保健の定義としては、あるべき社会の実現という理念性を明確にすべきであろう。ここでは暫定的なものとして、“精神保健とは、「共に生きる社会」の実現の基本理念のもと、社会に起こるさまざまな問題について、精神保健の基本である人間の理解、人間の行動の理解を踏まえ、その実態と関連する要因を明らかにしつつ、社会との協働によってその問題の解決を図り、社会をよりよいものにしていく活動である”として、今後、本連載の他の著者、また読者との対話の中で、精神保健の定義を深めていきたいと思う。

## 文 献

- 1) 21世紀の国民健康づくり運動(健康日本21), 2000
- 2) 村松常雄:精神衛生 MENTAL HYGIENE 増刷第5版. 南山堂, 1957
- 3) 村松常雄, 高臣武史:新精神衛生—精神医学の人間学 MENTAL HEALTH [a new written] A View Based on The Own Psychiatric Anthropology. 南山堂, 1978
- 4) 高木四郎, 中野佐三:精神衛生第12版. 金子書房, 1965
- 5) 加藤 敏, 八木剛平(編):レジリアンス—現代精神医学の新しいパラダイム. 金原出版, 2009
- 6) 上出弘之, 坪上宏:精神衛生. 川島書店, 1966
- 7) 和田豊種:精神衛生入門. 創元社, 1961
- 8) 加藤正明:社会と精神病理, 弘文堂, 1976
- 9) 土井健郎, 国堂哲雄, 山田和雄・他:21世紀の日本の精神衛生を考える—理事長と学会顧問が語る. こころの健康 18(2):14-28, 2003
- 10) 吉川武彦, 竹島 正(編):地域精神保健実践マニュアル. 金剛出版, 1996
- 11) 吉川武彦, 竹島 正:これからの精神保健. 南山堂, 2001
- 12) 大谷藤郎:ひかりの足跡. メジカルフレンド社, 2009
- 13) 英国保健省:精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク—5年間の経過. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 2005
- 14) <http://www.healthypeople.gov/>(最終アクセス 2009/11/28)
- 15) 岡田靖雄, 小坂英世:市民の精神衛生. 勁草書房, 1970
- 16) 精神保健福祉研究会(監修):平成21年度版 我が国の精神保健福祉
- 17) 竹島正, 松本俊彦, 立森久照:自殺対策と精神保健医療福祉. 精神障害とリハビリテーション 13(2):126-130, 2009

## MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

<シリーズ ケアをひらく>

## 技法以前

べてるの家のつくりかた

向谷地生良

- A5 頁252 2009年  
定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00954-6]

「幻覚&妄想大会」をはじめとする掟破りのイベントはどんな思考回路から生まれたのか? べてるの家のような場をつくるには、専門家は どう振る舞えばよいのか? 「当事者の時代」に専門家が < できること > と < してはいけないこと > を明らかにした、かつてない実践的「非」援助論。





# 地域精神保健の発展を振り返る

竹島 正

## はじめに

今回は精神保健の定義について述べた。そこで今回は、地域精神保健活動の歴史から、精神保健の実践を捉えてみたい。

地域精神保健活動の動向は、精神保健福祉制度等の発展と密接なつながりがある。第二次世界大戦後の精神保健福祉制度は、私宅監置を廃止した精神衛生法制定(1950)、保健所を地域における精神衛生行政の第一線として、在宅精神障害者の医療確保のために通院医療費公費負担制度の導入を行った精神衛生法改正(1965)、入院患者の人権擁護、社会復帰の促進、そして国民の精神的健康の保持増進を三本柱とした精神保健法改正(1987)、障害者基本法(1993)の成立に基づく精神保健福祉法改正(1995)、さらに、心神喪失者等医療観察法(2003)の成立、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)と障害者自立支援法の成立と精神保健法改正(2005)、というプロセスにまとめることができる。また、精神保健福祉制度そのものではないが、地域保健法(1994)、医療法の改正(1985, 1992, 2000, 2007)、国民健康づくり運動(健康日本 21, 2000)、自殺対策基本法(2006)なども、地域精神保健活動の発展に深く関与している。

本稿では、地域精神保健活動の発展に特に大きく影響した、1965年の精神衛生法改正前から地域精神保健活動の行われていた、宮城県と高知県の取組、法改正にまたがる群馬県の生活臨床の取

組、法改正後に発展した大阪府と川崎市の取組を例にとって、地域精神保健活動の発展に重要な要素を抽出する。

## 宮城県と高知県

相澤<sup>1)</sup>によると、宮城県における地域精神保健活動は1956年の角田保健所における月2回の精神衛生相談に始まる。結核を中心にした家庭訪問が展開される中で、保健婦は、精神障害者の悲惨な現状を目にした。しかし、精神科の専門医は近くにおらず、遠く東北大学まで足を運ぶ必要があった。角田保健所の婦長であった加藤は、東北大学からの精神科医の派遣を得ることに成功し、月2回の精神衛生相談を開設することができた。相澤は、宮城県の地域精神保健活動は、“保健婦の周りにいて助けを求めている精神障害者を何とかしなければならぬという素朴であるが保健婦の基本から生まれたもの”であったと述べている。1957年には名取病院の菊池医師が角田保健所の精神衛生相談を引き受け、それを相談と保健婦研修の場に活用したが、そのことが保健婦の地域精神保健活動への意識を高めたと言う。精神保健業務は保健所の仕事という意見はあったが、保健婦活動の理念が貫かれ、市町村への地域精神保健活動の浸透が図られた。地域精神保健活動のもう一方の担い手は、各保健所に配置された精神衛生指導医であった。精神衛生指導医は、保健所から市町村へ出向き、地域によっては、町の保健婦と業

たけしま ただし：国立精神・神経センター精神保健研究所 連絡先：☎ 187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

務計画を立てて協働訪問を行い、1974年には精神衛生指導医会を組織している。

このように、宮城県における地域精神衛生活動は、保健婦、精神科病院、精神衛生指導医の三者の密接な連携のもとで展開していった。相澤は、地域精神保健活動が保健所に止まらずに市町村に広まった背景を、①宮城県の精神科病院が比較的小規模であったこと、②活動が組織的に展開された昭和30年代から40年代前半は県内の精神科医のほぼ全員が東北大学神経精神科の出身であって、方向を決めやすかったことを挙げている。また、保健所保健婦と市町村保健婦の連携がうまくいかないときの乗り切り方が大切であること、精神衛生指導医と精神科病院の主治医が互いのセクショナリズムを主張しないこと、日常の定期精神衛生相談の場を利用しての勉強会を重ねること、の重要性を述べている。宮城県の地域精神保健活動からは、地域住民の身近で活動する保健婦と精神科医療のつながりという、きわめて基本的な要素の重要性が把握できる。

高知県<sup>2,3)</sup>では、駐在保健婦制による総合保健看護の中で地域精神保健活動が取り込まれた。駐在保健婦制度は、県保健婦を地域に駐在させ、保健所管内の公衆衛生の向上を目指すものであって、1948年に始まった。しかし、市町村の理解は必ずしも十分ではなく、保健婦の苦闘と、県行政などの努力によって、駐在保健婦の配置は進められていった。その結果、制度開始時の駐在定数は50名であったが、4年後は2倍以上の129名となっている。駐在保健婦の活動の足跡は『黒い鞆』（保健婦の七つ道具を入れた携帯カバンの色から取った）<sup>4)</sup>に記されている。この記録集に掲載された昭和38年から昭和60年までの135の活動紹介のうち、およそ2割は、地域精神保健活動に関するものである。

高知県では、宮城県のような精神衛生指導医の活動の展開はなく、精神保健センターが直接保健婦活動を支援する時期が長く続いた<sup>5)</sup>。そして地域精神保健活動は、地域に駐在する保健婦が担うこととなった。大谷は、昭和30年代後半の精神

衛生法改正のとき、すでに保健婦が精神障害者の訪問活動に取り組んできた数県に呼びかけて、厚生省講堂で勉強会を開催したときの思い出を、高知県の駐在保健婦制度の発展の要であった上村聖恵の追悼集『ひとすじに生きる』<sup>6)</sup>に書いているが、上村は“もうやっているのだから何が何でも保健婦だ”という主張であって、大谷のソーシャルワーカーと保健婦の二本立てという考え方と意見の一致はしなかったことを紹介している。

筆者は高知県で保健所と精神保健福祉センターに16年勤務したが、宮城県と高知県が一番大きな違いは、宮城県では、地域精神保健活動において保健婦と精神科医療との連携が緊密に図られたことにあると思うし、平地が少なく、地元で医科大学のなかった高知県では、宮城県のような活動展開は難しかったらと思う。

## 群馬県

群馬県の生活臨床は<sup>6-8)</sup>、1958年に臺が群馬大学精神科教授として赴任し、江熊要一助教授らとともに始めた統合失調症の患者に対する治療実践である。生活臨床の出発点となった「再発予防5カ年計画」は、目標を再発予防に絞って、5カ年計画で転機を追跡するものであった。この臨床上の治療の試みによって、再発は、患者が生活上の課題をうまく処理できないときに起きると考えられた。生活臨床の実践から、再発再燃にあたって、時期を逃さずに適切な対応をすれば、悪化を食い止めることができることがわかってきた。また、生活臨床の中の家族研究グループは、家族史的課題の影響を強く受けている患者の場合、家族と患者とよく話し合う中で、患者の生き方に最善の方向を見出すことの大切さに気付いていった。

このように、生活臨床は患者を「生活者」と見て、患者が自らの生活パターンを認識し、生きていくうえで必要な矜持とよりどころを見つけていくことを重視する。生活臨床は、地域精神保健活動としては、群馬大学と東村などの間で連携が進められたが、その後、地域精神保健活動を担う各地の保健婦に受け入れられ、療原の火のごとく全

国に普及していった。しかし、大学紛争の混乱の中で、その中心人物であった江熊要一が死去するなど、大きな停滞を迎えた。しかし、わが国の土壌に生まれた先駆的な地域精神保健医療の取組として再評価されつつある。

## 大阪府と川崎市

大阪府の地域精神保健活動の経緯は、矢内による「ライフワークとしての精神保健医療福祉」などをもとに辿ることができる<sup>9,10</sup>。大阪府では、1965年の精神衛生法改正を受けて、1966年から、府下の全保健所に精神衛生相談員(社会福祉職)の配置を進めた。矢内は、保健所を精神障害者の地域の処遇拠点にすることを考えて、1971年に精神科臨床から行政(精神衛生係長)に身を転じた。当時、各都道府県では精神衛生センター(当時)の設置が進みつつあったが、大部分の都道府県では、精神衛生センターと保健所の機能に乖離が見られたことから、大阪府では、まず保健所の機能強化に力を入れ、その力が安定したときに、その職員を中心に精神衛生センターを立ち上げる方策をとった。

当時の大阪府では、保健婦は母子保健業務に興味が集中しており、また、精神衛生業務には専従の精神衛生相談員が配置されていることから、保健婦は精神衛生業務に参加してこなかったという。殿村によると<sup>10</sup>、1969年には大阪府精神衛生相談員会が結成されている。精神衛生相談員は、「精神障害者」を「生活障害者」と見て、ケースワークの手法を用いての生活上の問題解決や、グループワークを導入しての統合失調症の社会復帰に取り組んだ。また、コミュニティオーガナイゼーション(地域組織化)として家族会づくり、共同作業所づくりに取り組んだ。大阪府における地域精神保健活動は、矢内をはじめとして、精神科医が行政のラインに入り、精神科医療との連携の構築や、先を見越した企画的な取組を進めてきたところに特徴がある。特に、昭和40年代中頃からの行政の施策展開はめざましく、アルコール依存症の医療・行政・自助集団の有機的連携

に基づく三位一体の大阪方式は<sup>11</sup>、大阪における地域精神保健活動のモデルとなった。大和川病院事件を契機とした社会的入院解消研究事業の実施、精神医療オンブズマンである大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会の設置は<sup>12,13</sup>、大阪府精神科病院協会の機敏な対応も含めて、大阪という風土と相俟って、地域精神保健活動に従事する者を魅了する。

川崎市は、1968年に全保健所に精神衛生相談員を2名配置している<sup>14</sup>。さらに1971年には川崎市心身障害センターを設置したが、このセンターには精神障害者の社会復帰のための訓練の施設である社会復帰医療センターが含まれていた。社会復帰医療センターの整備を進め、その初代センター長を勤めたのは岡上和雄である。岡上は川崎市内の東横第三病院の全開放に取り組んだ後、1971~1977年まで社会復帰医療センターの所長を務めた<sup>15</sup>。社会復帰医療センターは厚生省の精神障害回復者社会復帰施設整備の方針に基づくものであり、川崎市は、国が制度的な整備を進めるという条件に設置を引き受けたという<sup>16</sup>。

川崎市における地域精神保健活動は、社会復帰医療センターと保健所が牽引車となって進められた。川崎市は、1993年に地域精神保健活動の成果を明らかにするための全市的な調査を行っているが<sup>14</sup>、その成果は、統合失調症の入院受療率が低くて通院受療率が高いこと、在宅群で単身者が多いこと、全国では40歳以上で急速に在宅率が減少するが、川崎市ではその傾向が顕著でないことなどに表れており、家族の世代交代期以降に単身者を地域で支えてきた川崎市の取組によってもたらされたことが示唆されるとしている。そして今後の課題として、単身者の厳しい生活状況から、ホームヘルプサービスやグループホームなど、より密度の濃い日常生活援助を提供できる地域精神保健福祉システムを構築する必要があることを指摘している。

社会復帰医療センターが開設当初から掲げていた課題は、①帰る場がないために退院できない人への対策、②在宅患者への援助体制、③精神

科における職業リハビリテーションの開拓・推進, ④ 地域内ケアのネットワークの整備であった<sup>17)</sup>. 川崎市ではその後, ひきこもりなどの新たな精神保健問題に対応できるように2002年に精神保健福祉センターを設置し, 2004年の新かわさきノーマライゼーションプランを足掛かりに, 2008年には官民協働による北部リハビリテーションセンターを開設して地域精神保健チームが活動を開始するなど, 地域のニーズに対応した新たな取組を開始している<sup>18)</sup>. 川崎市の地域精神保健活動は, 地方自治体を中心となって発展させてきたモデルであること, そのプロセスを順序立てて辿ることができること, また, 川崎市, 社会復帰医療センターで勤務経験のある者から多くの人材を輩出するなど, わが国の地域精神保健活動の発展にも大きく寄与してきた点に特徴がある.

## 地域精神保健

ここまで地域精神保健活動の発展について, 宮城県, 高知県, 群馬県, 大阪府, 川崎市の5府県市を紹介したが, 新潟の生活の場づくり<sup>19)</sup>, 神奈川県における地域支援の展開<sup>20)</sup>, 岐阜県における星融の学校精神保健活動<sup>21)</sup>など, 枚挙に暇がない. また, 精神科医療機関を中心にすれば, 地域精神医療の優れた取組が挙げられるであろう<sup>22)</sup>. しかし, ここに挙げた5府県市の経緯からも, 地域精神保健活動の発展に重要なヒントはたくさん挙げられると思う.

地域精神保健活動の発展には, 保健婦を代表とする地域側と地域精神医療の連携は不可欠であり, それらが出会い, 連携の危機を乗り越えていく中で, 発展と成長が起こっている. またそのことによって, 新たな課題に取り組んでいく力も生まれている. また地域精神保健活動の発展には, 行政側のキーパーソンが, 臨床のキーパーソンと連携すること, 特に戦略観を共有することが大切のように思える. わが国においては, 自殺による死亡者数が1998年以降3万人を超える水準で推移しており, 自殺予防は大きな課題となっている<sup>23)</sup>. WHO(世界保健機関)は, 最後の行為に至

る段階では, 自殺者の9割以上が精神疾患の状態であったことを報告しており, 自殺のストレス—素因モデルは, 自殺行動が, 素因(絶望感, 衝動性または攻撃性)とストレス(精神疾患, 心理社会的危機)の重なる中で発生することを示している<sup>24)</sup>.

筆者は, 地域精神保健活動と自殺予防は密接に関連すると考える. すなわち, 地域精神保健活動を行う上で自殺予防は意識されるべきであり, 自殺予防の取組において, 地域精神保健活動はきわめて重要な要素である. 自殺予防対策が地域精神保健活動と直接連携すべきものとしては, 精神科救急と自殺未遂者への対応, アルコール依存症などの依存症の治療と回復, 退院促進と地域移行, 認知症の地域ケアなどがある. 地域精神保健活動を自殺予防と結びつけるのは今日的要請であり, そのことによって, 地域精神保健活動が社会の重要な要素として, その価値がさらに高まることが期待される.

## おわりに

最後に, 政権交代の時代におけるNGOの役割について述べておきたい. わが国とオーストラリアの間では, 日豪保健福祉協力に基づく共同研究が行われてきたが, その第2フェーズ(2002~2007)は, メンタルヘルスをテーマとして行われた. 合意した研究課題は, メンタルヘルスリテラシー(国民の精神疾患の理解についての共同研究)と自殺予防シンポジウムの開催であった. 筆者はこの間, 共同研究の事務局として連絡調整に携わってきたが, 当時の今田寛睦所長から, 国民の精神疾患の理解については, 背景情報として, 両国の精神保健サービスシステムの比較検討を行う必要があるとの示唆を受け, オーストラリア連邦政府保健高齢化省の支援のもと, ビクトリア州, サウスウェールズ州, 西オーストラリア州の精神保健サービスを視察する機会を得た. この中で, SANE Australiaを訪問し, 理事長であるバーバラ・ホッキングさんの話を伺うことができた<sup>25)</sup>. SANE Australiaは精神疾患を有する人がよりよ

い人生を送ることができるように支援する NGO で、精神疾患を有する人へのサービス、態度の改善のためのキャンペーン、教育、研究を行っている。SANE Australia を訪問したとき、バーバラ・ホッキングさんからメディア従事者向けの手引き『reporting suicide and mental illness (自殺と精神疾患に関する報道)』をいただき、その 2009 年版をオーストラリア政府の翻訳許可を得て、自殺予防総合対策センターから刊行したところであるが<sup>25)</sup>、すばらしい内容なので、ぜひ自殺予防総合対策センターのホームページからダウンロードして読んでいただきたい (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>)。

SANE Australia の訪問時に大きな示唆を得たのは、精神保健活動の発展における NGO の重要性であった。オーストラリアでは政権交代があっても、NGO への政府の資金援助は継続されており、それは NGO の活動が社会的にも高い評価を受けていることによると言う。また、NGO の存在によって、地域精神保健活動は安定して進められていると言う。すなわち、よい活動をしっかり進めている NGO は、仕分けようがないのである。わが国が本格的な政権交代時代に入ったとしたら、地域精神保健活動の核となる NGO の必要性は高まってくるであろう。

謝辞：本稿の執筆にあたり、貴重な資料をご提供いただいた殿村寿敏氏(大阪府こころの健康総合センター)に厚く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 「相澤宏邦先生追想集」編集委員会：風紋。批評社、2008
- 2) 石川善紀：高知県一駐在保健婦制、汗と涙の 40 年。公衆衛生 52(1)：66-68, 1988
- 3) 大嶺千枝子：占領期に行われた保健婦駐在の制度比較に関する史的考察。沖縄県立看護大学紀要第 2 号, 2001
- 4) 高知県国民健康保険団体連合会：黒い鞆—高知県下保健婦 苦闘の記録集。1985
- 5) 吉川武彦, 竹島正(編)：地域精神保健実践のモデル。金剛出版, 1996
- 6) 上村久壽彦編：ひとすじに生きる。上村聖恵出版。保健同人社, 1988
- 7) 伊勢田堯：生活臨床と家族史研究。やどかり出版, 2008
- 8) 臺弘：誰が風を見たか—ある精神科医の生涯。星和書店, 1994
- 9) 大阪精神保健福祉協議会：創立 50 周年記念史, 2005
- 10) 殿村寿敏：大阪府保健所における精神衛生業務について—この 20 年間の精神衛生相談員業務活動を通じて。創立 30 周年記念史, pp 242-251, 大阪精神衛生協議会, 1986
- 11) 佐古恵利子：アルコール依存回復者施設づくりのアクション—断酒継続と新たな生活づくりの地域支援。日本アルコール関連問題学会雑誌 11: 17-19, 2009
- 12) 辻井誠人(編著)：一緒に行こか—大阪府の退院促進支援事業。精神障害者社会復帰促進協会, 2005
- 13) 大阪府精神保健福祉審議会人権部会：精神病院におけるジネ家ネオン長を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について。2000
- 14) 大島巖, 内藤清, 徳永純三郎：全国統計との比較から見た川崎市における地域精神保健活動の成果と課題—市内在住精神分裂病者を対象とした全市的調査から。日本公衛誌 45(8)：722-731, 1998
- 15) [http://www.valley.ne.jp/~sakuchp/gyouji/daigaku/Mr\\_Okagami.htm](http://www.valley.ne.jp/~sakuchp/gyouji/daigaku/Mr_Okagami.htm)(最終アクセス 2009/12/22)
- 16) ピープルファイル岡上和雄さん：Review 25. pp 60-61, 1998
- 17) 大江基：地域に根ざした精神障害者の援助活動—川崎市リハビリテーション医療センターの経験から。病院・地域精神医学 38(1)：38-42, 1996
- 18) Tsutomu Oyama, Masato Ito: The Community Mental Health System in Kawasaki City—past and Present. 13<sup>th</sup> Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. p246, 2008
- 19) 後藤雅博：生活の場づくりを通しての地域精神保健活動。公衆衛生 58(12)：876-879, 1994
- 20) 助川征雄：神奈川県における精神障害者地域生活支援。ケアマネジメントと地域生活支援—精神保健福祉の新たな展開, pp101-123, 中央法規出版, 1998
- 21) 星融：学校精神衛生活動への提言—実践活動の体験から。こころの健康 2(2)：69-75, 1987
- 22) 浜田晋：地域精神医療の昨日・今日・明日。熊本精神神経科診療所協会誌, No. 117, 2003
- 23) 竹島正, 松本俊彦, 立森久照：自殺対策と精神保健医療福祉。精神障害とりハビリテーション 13(2)：126-130, 2009
- 24) Keith Howton, Kees van Heeringen: Suicide. Lancet 373: 1372-1381, 2009
- 25) <http://www.sane.org/>(最終アクセス 2009/12/22)

## 精神保健医療福祉と自殺対策\*

竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター

**Key Words\*\*** 自殺, 精神保健, 自殺予防, 自殺統計, 精神疾患

### はじめに

人口動態統計によると、わが国の自殺による死亡者数は1997年の約2万4千人から1998年の約3万2千人へと急増したが、とくに、人口の多い大都市部における男性の増加が著しかったこと、男性の自殺死亡率と完全失業率には強い正の相関があること、自殺の原因・動機として経済・生活問題が増加したこと<sup>3, 4)</sup>は、当時の社会経済状況とあいまって、自殺の背景にある経済・生活問題への注目を高めることとなった。そして、失業、倒産、多重債務、長時間労働等については、制度、慣行の見直しや相談支援体制の整備を行う等、中高年男性の自殺に焦点を当てた社会モデルによる自殺予防の考え方が形成されていった。

このことは自殺対策という言葉にも反映されている。自殺対策は、その少し前から用いられるようになった自殺予防総合対策と同義であり、それを短くしたものと考えられる<sup>9)</sup>。わが国の自殺対策の基盤である自殺対策基本法(2006)の英語標記はBasic Act on Suicide Countermeasuresとされる。すなわち自殺対策はSuicide Countermeasuresであって、自殺予防Suicide Preventionではない。自殺対策は、自殺予防よりも幅の広い、自殺予防に社会的取り組みを含めた視点や、遺族ケアだけでなく遺族支援の視点を含むことを

明確にした造語であろう。わが国の社会になじんでおり、国際的にも広く用いられている自殺予防ではなく、自殺対策という言葉を使用したことは、自殺を社会的問題として取り扱う立場を明確にする等、自殺問題の社会化に大きく貢献した。しかし同時に、自殺と他の死因との距離を大きくする、自殺問題を精神保健医療から遠くするという問題を生じたとも考えられるが、これについては後に述べる。

さて、1998年の自殺死亡の急増以降、厚生労働省では、こころの健康づくり対策等によって自殺予防に取り組んだが、自殺者数の減少には至らなかった。このため、厚生労働省中心の、とくに精神保健医療中心の対策では自殺者数の減少は期待できないという考え方が強くなり、社会的取り組みの重視という方向に舵が切られていった。この時期に精神保健医療の領域で取り組まれたのは、こころの健康づくりの一環としてうつ病スクリーニングが主であって、本当の意味で、精神保健医療からの対策ではなかったと思うが、“自殺を精神保健医療の問題に矮小化してはならない”という声のなかで、自殺予防における精神保健医療の位置づけは明確にならず、精神保健医療の側も、自殺対策における役割を定位できなかったように思う。

しかし自殺総合対策大綱の改正(2008)によって、「自殺対策加速化プラン」のなかに、うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進として、統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等の支援が、また思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者等への早期介入のための取り組みの促進が組み込まれたことによって、事態は大きく変わってきた<sup>10, 11)</sup>。

\* Suicide prevention and mental health

\*\* suicide, mental health, suicide prevention, suicide counter measures, mental illness

自殺予防のために精神保健医療がなすべきことが明確になったのである。

筆者は、わが国の自殺対策のなかには、“世直し（生きやすい社会を作る）”と、“生きる支援（生きることに困難を抱えている人に寄り添いながら支援する）”の2つの文脈があると考えている。自殺予防 Suicide Prevention はどちらかと言えば後者であって、ここには精神保健医療の役割がきわめて大きい。“生きる支援”という考え方は、自殺予防総合対策センターのホームページを“いきる”と名づけたときに念頭にあったが、自殺による死亡者数が12年続けて3万人を超える今日、ますますその感を強くしている。はっきりと言うなら、精神保健医療は、精神疾患や自殺念慮を抱えている人に寄り添いながら支援するという意味で、“生きる支援”の中核にある。精神保健医療を、自殺の背景にある精神疾患等をふまえて強化することは、自殺予防対策をより血の通ったものにするために喫緊の課題である<sup>7, 12)</sup>。本稿では、はじめに自殺対策における自殺とは何かについて述べる。次に自殺の実態と内閣府、厚生労働省の現在の自殺対策の方向を紹介するなかで、自殺対策における精神保健医療の役割を浮き彫りにしたい。

### 自殺対策における自殺とは何か

自殺は死因の1つであって、死因は「ふつうの死」（疾病、老衰等の病死および自然死）と「外因死」（明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死、自他殺または不詳の外因死）の2つに大別される。そして自殺は、「外因死」のなかの「自他殺または不詳の外因死」の一部であって、“死亡者自身の故意の行為に基づく死”と定義される<sup>6)</sup>。すなわち自殺は、死者自身の行為であることと、それが故意であることを要件としている。しかし、本人がすでに死亡している以上、この2つの要件を満たしているかどうかは、第三者が判断せざるを得なくなる。

自殺における“故意”とはどのようなものだろうか。これまでの先行研究は、自殺者のほとん

どは、死亡時には精神疾患の診断が可能な状態であったことを明らかにしている<sup>1, 2)</sup>。また自殺のストレス-素因モデルは、自殺行動は、素因（絶望感、衝動性または攻撃性）とストレス（精神疾患、心理社会的危機）の重なるなかで発生することを示している。また自殺の前には、多くの場合、対人関係や健康の問題が先行することを明らかにしている<sup>3)</sup>。これらの研究成果から推測するならば、自殺が“故意の行為に基づく死”であると定義されているとしても、その“故意”は十全な自由意志によるものではなく、判断力の障害等の影響による自殺事例も多いと推測される。

素因とストレスが時間軸のなかで絡み合い、それがさらに精神疾患や社会的危機とも反応して、自殺が発生するというプロセスを考えるならば、自殺の周辺には、自殺と区別することが困難な「外因死」もあることが想像される。この意味で、筆者は、自殺予防対策は、自殺だけを対象にした対策ではないと考えている。英国の自殺統計には意図の確認できなかった傷害が含まれているが、わが国もこのような統計と考え方を採用することも、将来は考えてよいと思う。

### 自殺の原因・動機

わが国の、自殺の実態把握に利用できる全国規模の統計には、厚生労働省の人口動態統計と、警察庁の統計の2つがある。

人口動態統計は、戸籍法および死産の届け出に関する規程により市区町村に届け出られた死亡のうち、死体検案書において自殺とされた日本人が対象となり、住所地をもとに計上される。人口動態統計の分析結果については、本稿の冒頭で少し述べた。藤田は、人口動態統計の詳細な分析をもとに、1998年の自殺死亡の急増以降、自殺死亡の増加が地方都市に移動したこと、無職と離婚が重なった男性での自殺死亡率はきわめて高く、その影響は相乗的であることを明らかにしている<sup>4)</sup>。

警察庁の統計は、検視等の警察活動の結果、自殺とされたものが対象になるが、自殺者は必ずしもその地域の住民とは限らず、発見された年

表1 自殺予防における社会的な取り組みと精神保健的観点からの取り組みの連携のための意見交換会（議事要旨）

【開催の趣旨】

自殺予防における社会的な取り組みと精神保健的観点からの取り組みの連携を図るため、日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、困窮者支援に経験の深い民間団体等による意見交換を行った。

【議事要旨】

- ・ 法律家は、その業務のなかで、消費者金融等からの過去の金銭貸借を原因とした、過払い利息の返還等、生活困窮者から依頼を受けることは多い。
- ・ 過払い金の返還後に、困窮状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動等、精神保健上の問題が現れ、生活再建に至らないまま、家族関係が崩壊していく過程を目の当たりにすることがある。また、これらのクライアントの一部は、債務問題が解決した後自殺している。
- ・ これらのクライアントに対して、熱心に対応している法律家もあるが、法律家自身も、無力感に襲われる、心的外傷を受ける、あるいはうつ状態になる等、精神科の受診に至ることもある。
- ・ 法律家として、支援の継続を有するクライアントがあることは認識しているが、それを行うことには限界を感じている。また、精神科医療機関等の紹介にあたって、精神科医療機関にどのような対応を期待できるかわからないという声も聞かれる。
- ・ 生活保護行政に携わる福祉事務所のケースワーカーは、精神保健上の問題を有する困窮者の処遇のための専門教育を受けていないことが一般的である。
- ・ また、数年で異動するために、職場に経験知が蓄積されにくい。また、福祉事務所のケースワーカーの抱えるケース数はきわめて多くなっており、質的にも量的にも不十分な状況である。
- ・ 支援団体からは、このようなケースの個別支援を、法律家が継続的に行うことは困難との指摘があった。
- ・ 支援団体からは、アルコール依存症等の精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援は、入り口の支援では十分ではなく、支援を継続できるシステムを必要とするとの指摘があった。
- ・ 法律家は、この継続できるシステムに向かって、当該ケースを紹介していったほうがよい。しかしながら、このような継続できるシステムは地域的にも限定され、量的にも限界がある。
- ・ 法律家と支援団体の双方から、問題解決の入り口である法律家と、精神保健上の問題を有する者に対する支援ノウハウを持つ団体との連携や、これをコーディネートできる存在の必要性が確認された。

(月)の発見地で計上される。警察庁の「平成20年中における自殺の概要資料」によると、平成20年中の自殺者の総数は32,249人であって、職業別状況では、「無職者」が18,279人(56.7%)を占めており、「主婦」「失業者」「利子・配当・家賃等生活者」「年金・雇用保険等生活者」「浮浪者」「その他無職者」に区分されるが、そのうち最も多い「その他無職者」は「無職者」全体の47.3%である。このように自殺者数全体に占める無職者の割合は高く、無職者を対象にした自殺予防対策はきわめて重要である。

さて、無職者と言うと、すぐに現下の経済情勢の話題になり、社会モデルによる自殺予防対策の必要性が叫ばれるが、無職者には、精神疾患を有する者が多い等、関連する要因が複雑であることに注意する必要がある<sup>5)</sup>。2009年12月、自殺予防総合対策センターでは、無職者と重なるところ

の多い、ホームレス状態にある困窮者の支援について、日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、ホームレス等の支援団体等による意見交換を行った(表1)。このなかで弁護士または司法書士からは、困窮した状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動等の精神保健上の問題が、支援を受けるようになって現れることが語られた。また、精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援では、入り口対策だけでは生活の再建は難しく、支援を継続できるシステムが必要であることが語られた。これらは自殺予防のための社会的取り組みにおいても、精神保健医療と連携することの必要性を示している。

人口動態統計の分析から、自殺のハイリスク群であることが示唆された無職と離婚が重なった男性や、警察庁の統計において「その他無職者」に分類された者の心理社会的特徴を明らかにするこ



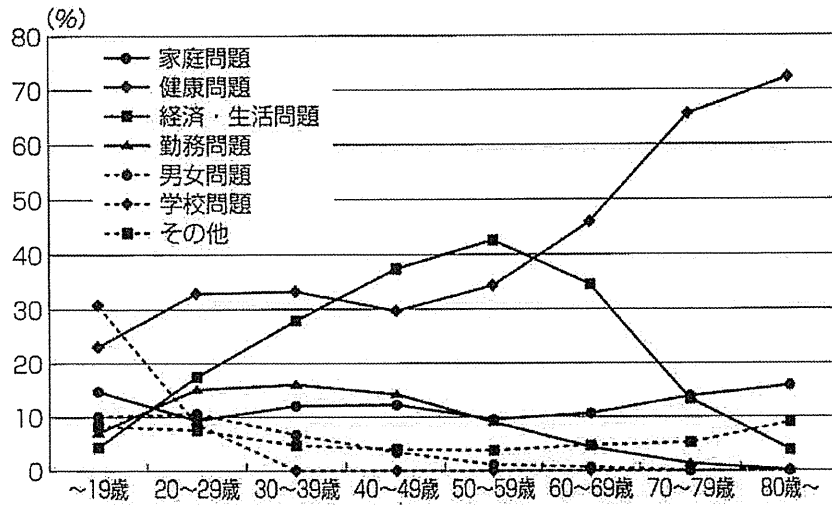


図1 年齢階級別の自殺の原因・動機 (男性)

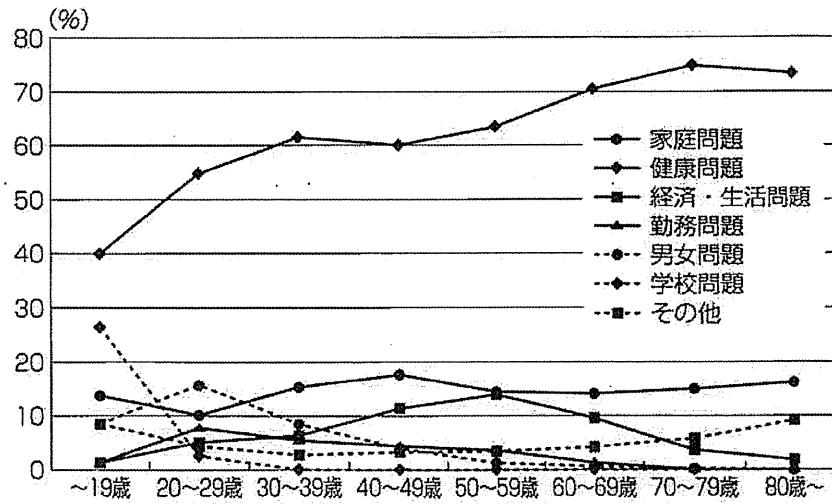


図2 年齢階級別の自殺の原因・動機 (女性)

とはきわめて重要であり、自殺予防総合対策センターとしてもそれに貢献していきたいと考えている。

さて警察庁の統計には、原因・動機別の集計が含まれている(複数回答あり)。原因・動機別の回答は標準化されたものではなく、集計結果の解釈には慎重を期する必要があるが、自殺対策の方向性をマクロにとらえるうえでは、きわめて重要な資料である。図1に男性の年齢階級別の原因・動機を示す。若年層では、健康問題が優位であるものの、学校問題、家庭問題、経済・生活問題が

複雑に入り組んでいることがわかる。成人層では健康問題と経済・生活問題が、高齢層では健康問題が主たる原因・動機になる。図2に女性の年齢階級別の原因・動機を示す。若年層から高齢層まで、健康問題が優位である。男女に共通しているのは、家庭問題がどの年齢層においても10~20%程度含まれており、年齢階級による変化が少ないことである。

「平成20年中における自殺の概要資料」によると、平成20年中の自殺による死亡者数32,249人のうち原因・動機特定者は、23,490人(72.8%)

であって、そのうちの15,153人(64.5%)は、自殺の原因・動機に健康問題を挙げていた。また原因・動機特定者のうちの精神疾患は、うつ病6,490人(27.6%)、統合失調症1,368人(5.8%)、アルコール依存症310人(1.3%)、薬物乱用48人(0.2%)、その他の精神疾患1,189人(5.1%)であった。

警察庁の原因・動機別分類にある精神疾患は、警察活動のなかで把握し得る情報をもとにしたものであって、精神科医による診断ではない。このため、自殺の背景にあるアルコール依存症の問題を過小に評価する等の問題を生じるが<sup>8)</sup>、マクロにみれば、原因・動機特定者数の3~4割は、自殺の主たる原因・動機に精神疾患が挙げられていることになり、自殺予防における精神保健医療重要性を示すものとも考えられる。

### 内閣府、厚生労働省の現在の自殺対策

さて、わが国の自殺対策は、いまどこに向かおうとしているのだろうか。政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱は、自殺対策基本法(2006)に基づき、2007年6月に策定された。自殺総合対策大綱は、策定後1年間のフォローアップと、2007年から2008年にかけての硫化水素自殺の群発をふまえて改正され、当面強化し、加速化していくべき施策として「自殺対策加速化プラン」が2008年10月に定められた。このなかに「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として、ハイリスク者対策が掲げられ、精神保健医療の自殺予防対策において果たすべき役割が、ようやく明確になったことはすでに述べた。

その翌年である2009年8月には政権交代が起り、「政治主導」「コンクリートから人へ」というスローガンのもと、2010年2月には「自殺対策緊急強化アクションプラン」が閣議決定され、自殺対策にも新たな旗が立てられることとなった。このプランは、わが国は「自殺戦争」の渦中にあるとして、政治主導で、国民運動としての自殺対策を総合的に推進する必要があるとして、(1)

自殺対策を「生きる支援」として推進、(2)支援者本位ではなく当事者(現場)本位の対策へと転換、(3)実務と啓発を両輪にして国民運動を展開するという、3つの基本戦略を掲げている。

厚生労働省では、2010年1月に自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを発足させた。プロジェクトチーム設置の目的は、厚生労働分野は、自殺対策に関わりの深い分野であり、とくに、多くの自殺の背景にうつ病を始めとする精神疾患が見られることから、地域・職域におけるうつ病・メンタルヘルス対策のいっそうの充実を図る等、厚生労働省として、より実効ある対策を講ずるための検討を目的としている。そして、2010年3月末にはプロジェクトチームの中間とりまとめが公表される予定である。

このように、わが国の自殺対策は、内閣府を中心にした自殺対策と、厚生労働省を中心にした自殺予防が、車の両輪ようになって進むことが期待されるが、その動向はしっかり見つけていかなければならない。まず社会に必要なことは、自殺が全年齢では死因の第7位であることや、自殺の周辺には、不詳の外因死等、自殺と区別のつけがたい死が存在することを認めることであろう。自殺問題は、自殺対策における社会的取り組みを進めるという方向だけでなく、私たちが自殺として扱っている死がどのようなものであるかを明らかにする方向に、また、生きる支援の1つに精神保健医療があるという理解に進むことが期待される。

### 文献

- 1) ベルトローテ M: 各国の実情にあった自殺予防対策を。自殺予防総合対策センターブックレット No. 1, 2007.
- 2) Cavanagh J, Carsen A, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systemic review. *Psychological medicine* 33: 395 - 405, 2003.
- 3) 藤田利治: 自殺予防対策のための自殺死亡統計. *臨床精神医学* 33 (12): 1529 - 1537, 2004.
- 4) 藤田利治: 人口動態調査による自殺死亡の分析. *日精協誌* 29 (3): 16 - 22, 2010.
- 5) Hawton K, Heeringen K: Suicide. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) 373. 1372 - 1381, 2009.

- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部・厚生労働省医務局：平成21年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル。2009.
- 7) 松本俊彦：自殺—精神科医として何ができるか—。精神科治療学 25（2）：1-2, 2010.
- 8) 松本俊彦, 竹島 正：日本精神神経誌シンポジウム。
- 9) 本橋 豊編著：自殺対策ハンドブック Q&A。ぎょうせい, 2007.
- 10) 内閣府：平成21年版自殺対策白書。2010.
- 11) 竹島 正, 松本俊彦, 立森久照：自殺対策と精神保健医療福祉 13（2）：1261-1300, 2009.
- 12) 竹島 正, 稲垣正俊, 松本俊彦, 他：社会構造的視点から見た自殺。精神保健福祉 40（4）：302-306, 2009.



# 精神保健と公衆衛生学/精神医学

竹島 正 松本 俊彦

## はじめに

本連載の第1回では精神保健の定義として、“精神保健とは、「共に生きる社会」の実現の基本理念のもと、社会に起こるさまざまな問題について、精神保健の基本である人間の理解、人間の行動の理解を踏まえ、その実態と関連する要因を明らかにしつつ、社会との協働によって解決を図り、社会をよりよいものにしていく活動である”と述べた<sup>1)</sup>。また第2回では精神保健の実践としての地域精神保健活動の発展の経緯について述べた。精神保健は、公衆衛生学の実践である公衆衛生行政の一部であって、精神保健の歴史は、しばしば精神保健福祉施策発展の歴史として語られる。また精神保健は、精神医学、心理学、社会学、社会福祉学等の学際的な研究をもとに発達してきたが、精神医学とその実践である精神医療および関連領域の影響を最も強く受けてきたことは言うまでもない。

本稿では、公衆衛生学、精神医学の2つの学術領域における重要な概念と、これらの領域における精神保健の捉え方をもとに、精神保健の現在および将来について考察する。

## 公衆衛生における精神保健

Winslow は公衆衛生 (public health) を、“組織された地域社会の努力を通して、疾病を予防し、

生命を延長し、身体的そして精神的機能の増進をはかる技術であり科学である (Public Health is the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting physical and mental efficiency through the organized community efforts)”と定義している<sup>2)</sup>。すなわち、公衆衛生の定義には“精神的機能の増進”として、精神保健が含まれている。公衆衛生学は、地域、職場、学校等、特定の間人集団 (population) を対象とする科学である。臨床医学は個々の患者を対象とするが、公衆衛生学では、健康指標 (health indicator) によって、特定の間人集団の健康の状態を把握する<sup>3,4)</sup>。人間集団の健康水準は、健康指標によって評価され、公衆衛生活動の目標を立てるのに使用される。健康指標としては、有病率、罹患率、受療率、粗死亡率、年齢調整死亡率、乳児死亡率、平均余命、死因別死亡率等があるが、慢性疾患 (chronic disease) が病気の主流となる等の疾病構造転換 (epidemiologic transition) の中で<sup>3)</sup>、使用される指標にも変化が生じている。病気等がどれだけ社会に影響を与えているかを測る指標として、DALY (Disability-Adjusted Life Year) が世界保健機関から示された。DALY は、死が早まることで失われた生命年数と、健康でない状態で生活することにより失われている生命年数を合わせた時間換算の指標であるが<sup>5)</sup>、精神保健の問題による影響をとらえることに適した指標として、

たけしま ただし, まつもと としひこ: 国立精神・神経センター精神保健研究所  
連絡先: ☎ 187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1