

精神医学研究連絡会報告

こころのバリアフリーを目指して

—精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のために—

平成17年8月29日

日本学術会議

精神医学研究連絡委員会

この報告は、第19期日本学術会議精神医学研究連絡委員会の審議結果を取りまとめて発表するものである。

報告・協力者一覧

(○:代表責任者)

	氏 名	所 属
日本学術会議 精神医学研連委員	牛島 定信 大森 健一 鹿島 晴雄 佐藤 光源 ○高橋 清久 中根 允文 保坂 隆 松下 正明	日本児童・青年期精神医学会 日本芸術療法学会 日本精神神経学会 日本生物学的精神医学会 日本神経精神薬理学会 日本学術会議第7部会員 日本社会精神医学会 日本総合病院医学会 日本老年精神医学会
関連学会代表者	伊藤順一郎 大野 裕 白石 正巳	NCNP 精神保健研究所社会復帰相談部慶 応義塾大学保健管理センター 東京都精神医学総合研究所 精神医学保健医療システム研究部門
協力者	稲葉 康生 岩波 明 飯田 英晴 上森 得男 澤田優美子 新保 祐元 高木 俊介 田ヶ谷浩邦 武井 満 西尾 雅明 広田 和子 南 砂	毎日新聞論説委員 藍野大学医療保健学科 藍野大学医療保健学科 厚木市家族会「フレッシュ厚木」 クラブハウス「はばたき」メンバー 全国精神障害者社会復帰施設協議会 たかぎクリニック NCNP 精神保健研究所・精神生理部 群馬県立精神医療センター NCNP 精神保健研究所社会復帰相談部 精神医療サバイバー 読売新聞東京本社解説部

(アイウエオ順)

要旨

・我が国の精神医療・福祉のこれまで

精神障害者に関する我が国最初の法律「精神病者監護法」は医療的視点が乏しく、私宅監置を認めた社会防衛的なものであり、家族に保護義務を負わせた。この私宅監置は精神衛生法の制定まで続き精神障害者^{注1)}とその家族への負担を増大させた。

1950～1960年代入院施設が増加したが、治療法の遅れと医療体制の貧弱さから、精神科病院での患者対応は不適切であり、人権上問題となる事態も見られた。その背景には、他科に比べて医療費が低いこと、精神科特例^{注2)}など医療政策上の問題があった。また、社会復帰を望む患者の受け入れ体制も貧弱であったため入院が長期化した。

しかし、1986年には人権擁護と処遇の改善を目指し、精神保健法が成立し、治療法の進歩もあって、社会復帰への取り組みが次第に進展してきた。治療指針が示され、精神科医療・福祉が疾患モデル^{注3)}から生活モデル^{注4)}へと変化し、患者の自己決定の尊重、パターナリズム^{注5)}への反省など、精神保健思想の普及に応じて、病院や地域における処遇も変化をきたしつつある。

さらに、直近の数年間に、国は「受け入れ条件が整えば退院可能な患者(約7万人)」の社会復帰を目指して、持続可能な医療福祉提供体制を目指している。このような施策を成功に導くためにも、精神障害者への誤解と偏見を除くことが求められている。

・精神保健の現状

国際的に精神保健の重要性が叫ばれており、WHOは2000年に地球規模の精神保健福祉改革を勧告している。また、診断法が進歩し、共通の診断基準による国際共同研究や治療指針が可能になった。また、精神疾患の原因解明についても脳科学研究、ストレスとその対処行動の研究、身体療法(薬物療法を含む)の研究など多領域の研究成果が蓄積されている。

偏見・誤解の問題は疾患を超えてすべての精神障害に共通した問題であるが、その中心を占め、また誤解や偏見の対象として最も課題が大きいのが統合失調症である。この疾患はかつて精神分裂病と呼ばれ、人格の病気と考えられてきた。しかし、現在は疾患自体と人格は別のものと考えられている。この疾患は脳内の神経伝達機構の不調状態によるものであり、十分に回復可能であり、多くのものが社会的活動に参加し、またしようとしている。かつては、この疾患の多くが不可逆的な欠陥状態を残し、回復はもちろん、社会活動へ参加することは困難であると考えられていた。このような概念の変化をもたらしたのは、医療の進歩と社会の変化である。

・誤解と偏見の問題

精神科病院への入院体験を持つ多くの精神障害者はそれが心的外傷となっているが、それは障害者の人権を侵害するような処遇によるものであり、その背景には医療専門家の内にある偏見があると思われる。

また、一般科の医師の精神障害への誤解や偏見も小さくない。その結果、一般科の医師は必要があっても精神科への紹介、相談をせず、身体合併症をもつ精神障害者の診療に対して拒否的になりやすい。

さらに精神障害者の家族にも大きな偏見がある。障害を恥じて親戚や世間に隠すことはよく知られてい

る事実である。

一般国民についてまずいえることは、精神障害に関する知識が乏しいということである。したがって、偏見や差別の前に理解不足、誤解が多いといえよう。これまで精神障害者は入院させるという社会的な趨勢があったために、一般国民が精神障害者と接する機会が乏しかった。したがって、理解や知識が乏しいというのは当然であろう。

精神障害者に対する誤解や偏見が顕在化するのには、その地域に精神障害者が住み着こうとする場合である。精神科病院や小規模作業所、グループホームなどの精神障害者施設を作るとき、地域住民の反対にあって計画が頓挫した、という類の話は枚挙にいとまがない。このような問題は精神障害者の社会復帰、ひいてはノーマライゼーション^{注6)}実現の妨害因子となっている。すでに精神障害者が先住しており、地域住民が精神障害者について理解があるとこのような問題は起こらないという。このことは地域住民が精神障害者を受け入れる場合に、日ごろから精神障害者に接し、それを理解することが、如何に大事かを教えてくれる。

・なぜ偏見・誤解が生まれるか

まず、精神障害者の急性期にみられる不可解な症状は誤解や偏見を生みやすい。また、精神障害者を施設に収容し、社会から隔離する古い社会体制や医療制度が理解の普及を妨げてきた。さらに事件報道が誤解や偏見を助長している。かつて長い期間、犯罪事件の報道に際して、犯人を匿名にして報じ、それに加えて「犯人には精神科病院の入院・通院歴がある」と報道するのが一般的であった。これは読者に精神障害者は怖いものという印象を容易に与えてしまう。

それでは、本当に精神障害者は危険であろうか。犯罪白書によれば精神障害者の犯罪検挙率は、精神障害を持たない者の率よりも低い。ただし、殺人と放火の率は明らかに高い。しかし、精神障害者の殺人、放火の対象は家族または自宅放火が7割近くを占めるという。したがって、いわゆる通り魔的な犯罪は精神障害者には少ないと考えてよいと思われる。

・誤解・偏見の解消の努力

誤解や偏見の解消の努力は世界の潮流となっている。我が国でも次第に活動は活発化している。厚生労働省は2003年、精神疾患に関する正しい知識の普及のための検討会報告書「心のバリアフリー」を公開し、精神疾患は誰でもかかりうるものであることを理解し、自分の問題として受け止めることを喚起している。また、精神障害者に対する理解を深めるとともに、傍観者の立場を捨てて、社会活動に参画しようと努力する精神障害者を受け入れ、ともに活動することを呼びかけている。

また、実際に地域で暮らす精神障害者が体験する偏見・差別の現状を抽出し、それに基づいて啓発プログラムの対象者や内容を検討する動きがある。そのプログラムには、当事者自身が参加することが重要であり、病の体験を語れる当事者が重要な役割を果たしている。

2002年の精神分裂病から統合失調症への呼称変更も、病名告知を促進させ、偏見や誤解の解消に役立つものと思われる。

障害者と一般住民との交流機会を促進したり、報道機関の活用も有用であると考えられ、その試みは広がりつつある。

. 提言

以上の観点から以下のような提言を行う。

- 1) 精神疾患・障害は誰でもかかりうるものであることの認識の普及
- 2) 学校教育での精神疾患・障害に関する正しい知識の普及・啓発
- 3) 一般科医療と精神科医療との交流
- 4) 当事者のエンパワメント^{注7)}
- 5) 関係者の連携の促進
- 6) 人材養成と確保

目 次

. はじめに.....	6
. わが國の精神保健福祉政策のあゆみ.....	6
. 精神医学・精神医療の現状 - 精神医療・福祉の最近の進展とその限界について.....	7
. 誤解、偏見の実態.....	14
. 精神障害者と犯罪.....	25
. 精神障害者と事件報道について.....	26
. 精神障害に関する出版、報道機関へのアンケート調査.....	28
. 普及・啓発活動.....	33
. 提言.....	45

．はじめに

日本学術会議・精神医学研究連絡委員会は第19期(2003.10～2005.9)の活動方針として精神疾患・障害者への誤解・偏見の是正をとりあげることがを決定した。この問題の実態を把握し、それを是正するためにとるべき方策を検討し、提案しようとする趣旨である。精神障害への誤解や偏見は多様な精神疾患に共通したものである。その中で特に際立つものは、統合失調症に対する誤解・偏見である。したがって本委員会では主として統合失調症を対象として検討を進めた。

2003年12月に厚生労働省の社会保障審議会・精神障害分会が今後の「我が国の精神医療福祉について」という報告書をまとめた。その中で、社会的入院を解消し、精神障害者の地域生活支援を充実させるという内容を盛り込んだ今後の施策を進める上で、社会的な理解を得ていくことが不可欠との観点から、誤解と偏見の解消を最重要課題とした。さらに、厚生労働省の精神保健福祉対策本部もそれを重要三課題の一つにあげた。精神障害者が障害を持たない人と同じように、地域で生活していく、すなわちノーマライゼーションの理念を実現するためには、地域住民の理解と支援を得る必要がある。これまで我が国では精神障害者が施設に収容されることが多いため、国民が精神障害者を知る機会が少なかった。そのため、精神障害者は怖いという誤った先入観から、地域に受け入れられないという問題がある。この課題に立ち向かうことは精神医学関係者にとって重要な課題である。

第19期の精神医学研究連絡委員会は本課題の検討のために、精神障害当事者や家族、報道機関関係者、支援者等から意見聴取を行い、また、シンポジウム「心のバリアフリーを目指して」を開催し検討を進めた(2005年7月10日)。さらに、登録学会の本課題への取組みを調査し、出版社やテレビ会社へのアンケート調査などを行なった。

．わが国の精神保健福祉政策のあゆみ

精神障害者に関する我が国最初の法律は精神病者監護法(1900年)であった。これは社会防衛的な観点が強く、私宅監置を認め、精神病者の監護義務を家族に課したものである。いわば家族制度を利用して治安対策を行なったといえよう。

1919年には精神病院法が制定され、都道府県が精神病院を設置し、地方長官が精神病者を入院させる制度をつくったが、公的病院の設置は進まず、民間の病院を指定し、代用することを認めたため多くの県は代用病院で済ませた。このことが我が国の精神医療が民間中心に進められてきた由縁である。依然全国各地で私宅監置は続けられた。

1950年に精神衛生法が制定され、精神障害者の私宅監置が廃止され、病院への収容を原則とするとともに、精神障害者の医療と保護及び予防対策も規定した。1954年に行われた全国精神障害者実態調査では、精神障害者数は全国で130万人とされ、このうち入院を要する人は34万人と推定された。1964年に起きた駐日米国大使刺傷事件をきっかけに、精神病床設置費用の一部補助や人員基準の特例等の影響で、精神病床は急増した。そのために現在もわが国の精神科病床数の多さは顕著であり、国際的な批判を受けている。

1965年に精神衛生法が改正され、1. 地域精神保健に対する保健所の役割、2. 精神衛生センターの設置、3. 通院医療費公費負担制度、4. 緊急措置入院制度等が行われ精神障害者の地域支援が視野に

入ってきた。1975年には「精神障害者回復期社会復帰施設」や「デイケア施設」の要綱が示され、社会復帰施設が登場してきた。

1984年の宇都宮病院事件を契機として、我が国の精神医療福祉政策は海外から大きな批判を受け、1988年に新たに精神保健法が施行された。その法律には、任意入院制度の創設、精神保健指定医制度、権利告知の義務化、精神医療審査会の新設、社会復帰施設等の規定、である。この法律は5年毎に見直しが行われており、1993年には、国・地方公共団体の社会復帰施設設置・促進等に関する努力規定、グループホームの法定化、保護義務者から保護者への名称変更、精神障害者社会復帰促進センターの設置等が新たに加わった。

一方、同じ年(1993)には「障害者基本法」が新たに成立し、精神障害者が身体障害および知的障害と同等に障害者と位置付けられ、精神障害者福祉が始めて法的に国の施策の対象となった。これを受けて、1995年には精神保健法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)」に改正され、精神障害者保健福祉手帳の制度の創設、社会復帰施設類型、社会適応訓練事業の明記、市町村の普及啓発・相談事業の役割等が明記された。また、時を同じくして「障害者プランノーマライゼーション7ヶ年計画」が作られ、数値目標が示された。

この障害者プランが終了し、新たなプランの構築を目指して、社会保障審議会障害者部会精神障害分会は報告書「今後の我が国の精神保健医療福祉のあり方」をまとめ、「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の入院患者の社会復帰を目標に掲げた。これを受けて、厚生労働省には精神保健福祉対策本部が設置され、中間報告に精神保健福祉の主要な課題として、普及啓発運動の推進、精神医療の改革(精神病床の機能強化)、地域生活や活動の支援、の3点があげられた。それぞれの課題に対して、検討会が設置され、報告書がまとめられた。普及啓発の検討結果は、「心のバリアフリー」としてまとめられ、市町村が行なう啓発活動に利用されている。

現在、わが国の精神保健医療福祉は、多数の社会的入院患者、精神病床の過剰、入院患者の高齢化と長期在院患者、長期の平均在院日数、病床機能の未分化、社会復帰資源の不足、精神保健福祉従事者の不足、乏しい財源、等多くの課題を抱えている。これらの課題を解決すべく、国は矢継ぎ早に施策を提言し、その総まとめとして障害者自立支援法案を国会に提出した。その趣旨は、障害者施策を年齢や障害種別(身体・知的・精神の3障害)を超えて行うこと、障害者がその人らしく自立して地域で暮らし、地域社会にも貢献できるように市町村が中心になって支援すること、公平性、透明性を維持して、制度の持続可能性を確保すること等、これまでの障害者施策を根本的に変えようとするものである。

・精神医学・精神医療の現状 - 精神医療・福祉の最近の進展とその限界について

1) 21世紀精神保健の新しい幕開け

「健康なくして発展なく、精神保健なくして健康なし」。これはWHO総会(2001.5)に各国の担当大臣が出席して、2002年を世界の精神保健年にしたときの標語である。WHOがこれほどまで精神保健を重視し、「排除をやめて、ケアに挑戦しよう」を総会の主題に地球規模の精神保健福祉改革を勧告し、2001年4月7日を世界精神保健デーにすると宣言した背景には、どのような状況があったのだろうか。また、この勧告に呼応してブッシュ米国大統領が2002年4月、「精神疾患をもつ市民は、その人権が尊重され、優れた

ケアを受ける権利がある」として諮問委員会に付託し、翌年4月に President's New Freedom Commission on Mental Health をまとめた。それは「精神疾患が回復するのは事実である」と改めて強調し、有効な治療法、サービス、回復を促す援助手段がすでに用意されているが供給体制が効率よく機能していないことを指摘し、精神保健システムの大きな変革が必要と結んでいる。このように WHO の行動計画に依って各国が対策を講じる中、日本の精神医学と精神医療・福祉体制の現状はどのようになっているのだろうか。

2)健康障害における精神疾患の重要性

WHO の統計によると、いま4億5千万人を超える人々が精神疾患(行動障害や薬物乱用を含む)で苦しんでいる。日本で精神科を受診している人も1日約49万人(1999)なので、年間の総受診者数や未治療の患者数は膨大な数になる。これほど多くの人々が精神疾患に苦しんでいるが、その正確な実態がこれまで十分に把握されていなかった。それが最近になり、ようやく数値で明示されたのである。それが、「これまで長い間無視されてきたが、精神保健は人と社会、国の保健にとって不可欠なものであり、大幅に見直さねばならない」という WHO 見解(2001)の論拠になったのである。その WHO 健康レポート(2001)には、各国が精神保健を全面的に見直すのに必要な多数の資料と10項目の勧告が掲載されている。

この精神保健の画期的な展開は、WHO が世界銀行との共同研究で明らかにした DALY (Disability Adjusted Life Year)と YLD (Years Lived with Disability)に拠っている。疾患が原因となった健康寿命の障害を数量化する評価法が DALY で、早死による生命損失年数と疾患による生活障害、非致命的な転帰に関する情報の3つを総合的に評価したものである。この DALY から生命損失年数を除き障害を抱えて生きる年数を算出したものが YLD で、疾患が原因で起きる患者の苦しみや家族の負担、QOL の低下を反映している。WHO は2000年に DALY と YLD の原因疾患を報告しているが、青年期から成人期(15～44 才)における上位10疾患は表1のようであった。

表1: DALY と YLD の原因疾患 (WHO, 2001)

DALY の原因疾患	YLD の原因疾患
1. HIV/エイズ	1. 大うつ病
2. 大うつ病	2. アルコール関連障害
3. 交通事故	3. 統合失調症
4. 結核	4. 鉄欠乏性貧血
5. アルコール関連障害	5. 双極性気分障害
6. 自傷	6. 成人発症の聴覚障害
7. 鉄欠乏性貧血	7. HIV/エイズ
8. 統合失調症	8. 慢性閉塞性肺炎
9. 双極性気分障害	9. 骨・関節炎
10. 暴力	10. 交通事故

このように、DALY の上位6つを精神疾患関連(うつ病、アルコール関連障害、自傷、統合失調症、双極性気分障害、暴力)が占めており、YLD の上位5疾患の4つを精神疾患(うつ病、アルコール関連障害、統合失調症、双極性気分障害)が占めていた。ちなみに恐慌性障害も11位である。この調査結果がWHOに

大きな影響を与え、人々に深刻な健康障害を起こす主要疾患が精神疾患であり、発病後の人生に大きな影響を与えていることを浮き彫りにしたのである。それが精神保健を抜きにして健康を語れないという WHO の基本見解を導き、各国に精神保健の大改革を勧告する論拠となった。さらに日本では最近の自殺者の急増が社会問題化しており、1999年の自殺者数は1980年から41%も増えて人口10万対25となつて世界平均(10万対15.1)を大きく上回っている。

このように地球規模で膨大な数の人々が精神疾患に苦しんでいる現状が明らかにされたが、WHO はさらに全加盟国の精神保健へのとりくみ状況を調査している。その結果、保健予算に占める精神保健の割合は平均2%程度に過ぎず、日本は1%未満で世界の平均を下回り、米国(10%以上)を頂点にした4段階の最下位に位置していた。健康寿命に関わる精神保健がこれほどまで低水準にある世界の現状もさることながら、経済先進国である日本の精神保健福祉行政の遅れは由々しい問題である。

日本精神神経学会は初めてアジアで開催した第12回世界精神医学会横浜大会(2002)で、全加盟国に精神医療・保健福祉の改善を勧告するWPA横浜宣言を提案し、全会一致で採択された。今秋の第13回カイロ大会で各国の実践状況が報告されることになっており、提案国である日本の精神医療・精神保健福祉が先進諸国の水準にまで引き上げられていない現状が憂慮されている。わが国の精神保健行政にとって緊急な課題であり、施策の立案とその実践が強く求められる。

3)精神医学・医療の現状

精神医学の現状

この四半世紀の精神医学の進歩にはめざましいものがあり、精神医療はいま大きな転換期を迎えている。その進歩には、つぎのようなものがある。

a) 診断法の進歩と診断一致率の向上

精神疾患は、脳の病的変化が心を介して表出された精神症状によって特徴づけられている。この病的変化には、脳に原因(アルツハイマー型痴呆など)または主因(統合失調症や気分障害など)のあるものと、人格と環境の相互作用で二次性に生じたもの(適応障害や不安障害など)がある。前者の脳病変をもつ患者にも後者の二次性の脳変化が重層されるので、脳病変に特異的な精神症状を見極めるのは容易でない。一定の原因・症状・病理学的変化で鑑別されるのが身体医学における疾患概念であるが、それを精神医学に適用するのは難しい。そのため、症状から臨床的に集約できる状態像をもって一疾患単位とするのが精神医学における疾患概念であり、WHO 国際疾病分類(ICD-10)や米国精神医学会の診断・統計マニュアル(DSM-IV-TR)でも同様である。

このように精神症状を対象にした操作的診断基準が広く用いられるようになったが、その普及は診断一致率を明らかに向上させ、共通の診断基準による国際共同研究や治療ガイドラインを可能にした。その点で精神医学の進歩に大きく貢献したが、成因論を排した操作的な診断分類法にはもちろん限界もある。脆弱性・ストレス モデルの枠組みの中で蓄積された膨大な成因研究の成果を、この診断分類には活用しにくい。新たな知見を医療に適用するための translational research の展開や成因別の疾患分類と治療法の確立が今世紀の課題となっている。

b) 精神医療の発展 - 多軸診断法と包括的治療計画の普及

近年、脳を基盤にして心理的・社会的・実存的な3つの次元が重層した総合体として精神をとらえるようになった。この多次元モデル(Engel, 1977)が DSM-IV (1980)の多軸診断法に初めてとり入れられ、全人的

な患者の理解と包括的な治療計画に活用されている。それは患者を5つの次元(第 軸:疾患または状態、第 軸:パーソナリティー障害と精神遅滞、第 軸:身体疾患、第 軸:心理社会的および環境の問題、第 軸:機能の全体的評定)で評定する方法である。第 1 軸 ~ 4 軸までが多軸診断であり、第 5 軸は心理社会的ストレスを評定して治療計画に役立て、第 5 軸は過去最高の適応レベルを評価して転帰を予測するためのものである。患者から広範な情報を得るのに簡便で有用な評価法であり、今でも DSM-IV-TR(2002)に継承されている。

この横断的な多軸評価にライフサイクルを重ねて縦断的に評定し、患者を全人的に捉えるのが一般的な精神科面接法となっている。精神症状を治して第 5 軸の社会生活機能を高めるのが精神医療の目標であり、ノーマライゼーションを指向する点で精神保健福祉と最終目標を共有している。

c) 精神疾患の原因説明 - 脆弱性ストレスモデルの定着

統合失調症や気分障害に代表される機能性の精神疾患は、いまでは脆弱性ストレスモデルの枠組みの中で研究が進められている。このモデルは、発症脆弱性とストレスの相互作用で発病や再発が起きるというものであり、この枠組みの下に発症脆弱性の脳科学研究、ストレスとその対処行動の研究(心身相関や心理社会療法を含む)、身体療法(薬物療法を含む)の研究など多領域の研究成果が蓄積されている。

統合失調症の成因を例にとると“獲得脆弱性”概念の提唱(Zubin,1986)、精神病挿話(エピソード)に関わる神経伝達系や脳機能系の不均衡仮説(Carlsson, 1990)、神経発達仮説(Weinberger, 1987)とそれを発展させた“two-hit”仮説(Bayer, 1999)などがある。変異遺伝子や環境因子によって胎生期早期に神経発達障害(first hit)が生じ、それに青年期に遭遇する危険因子(second hit)が加わって発病するというのが“two-hit”仮説である。それとは別に、覚せい剤精神病の再発しやすさを逆耐性現象(Sato, 1992)でとらえ、統合失調症の発症脆弱性を解明する日本主導の研究が進んでおり、発症脆弱性(あるいは異常な神経回路網)の形成にかかわる新規遺伝子 mrt1b (methamphetamine responsive transcript 1, Kajii et al, 2003) や治療抵抗性病像に関わる新規遺伝子 prt1 (phencyclidine responsive transcript 1, Nishikawa, 2005)の発見や、発病・再発過程や精神病エピソードの遷延を抑制する DRD2Tag1A/A1 genotype の発見(Ujike et al, 2002)などが相継いで報告され、2005年5月の米国生物学的精神医学会でも注目を浴びた。

統合失調症の遺伝は古くから研究されてきたが、近年の臨床遺伝学的な研究では単一異常遺伝子の存在は否定的である。弱いながらも関与する遺伝子群が相次いで報告され、それらが環境との相互作用で発病に関係すると考えられている。8p, 22q, 2, 3p, 5q, 6p, 11q, 13q, 20p がその染色体領域とされ、遺伝子群(NRG1:8p11-12, DTNBP:6p22.3, COMT:22q11 など)と統合失調症との関連も報告されているが、まだ発症脆弱性を説明できるほどの所見は得られていない。気分障害や強迫性障害、不安障害など他の精神疾患についても脆弱性ストレスモデルの枠組みで研究が進められているが、疾患特異的な単一の異常遺伝子の存在は否定的である。

d) 統合失調症は適切な治療により回復する

統合失調症と診断されてから20年以上にわたる長期経過と転帰を調べた研究(Bleuler, 1972, Ciompi, 1980, Harding 1987)が20世紀後半に相次いで報告され、過半数の患者が回復していた点で一致していた。この“回復”の基準は、病前の社会的あるいは家庭的な役割ができていて家族がもはや病気でないとしているか、症状が少しは残っていても人格も会話や作業能力が保たれているものである。それは、統合失調症が従来考えられていたほど予後不良なものではなく、回復可能な疾患であることを実証した点で画期

的といえよう。それはまた、人格荒廃に至る不治の病としてきた“精神分裂病”概念の見直しを迫り、四半世紀前まで続いた日本の古い疾患概念を変えた。

その一方で、病気がいったん回復しても長期にわたって再発し易さが残ることや、一部は慢性化することが明確にされた。たとえ完全に回復して2年経過しても服薬を中断するとその75%が再発するというKaneの報告があり、初発患者の追跡調査研究でそれがほぼ裏付けられた。それは抗精神病薬の主な作用部位である脳ドパミン神経系が発症脆弱性に関与することを示すものとなった。しかしながら、服薬を継続していても完全に再発を防ぐことはできないことや家族の患者に向ける否定的な感情的態度が再発に深く関与することが、再発をめぐる多くの家族研究で明らかにされている。このような研究成果は、回復後の服薬継続と心理社会的介入(家族教育、ストレスへの対処法の改善、生活支援など)が長期転帰を改善することを物語っており、それを明示したCiompiの長期展開モデル(1989)は今でも高く評価されている。

このように昔は不治の病と考えられていた統合失調症は今では回復可能な疾患となり、その長期予後は再発と慢性化をいかにして予防するかにかかっている。WHO健康報告2001も「この病気はさまざまな経過をたどるが約3分の1は医学的にも社会的にも完全に回復する。初発患者の場合、早期に進歩した薬物療法と心理社会的ケアを受ければ約半数は長期にわたる完全な回復を期待できる」と明記している。2005年3月にアテネで開かれた世界精神医学会の統合失調症研究部会では「この疾患の起源が脳にあり、心理社会的な因子が経過・転帰に影響するという多くの知見が集積されながら、それらが臨床の実践に十分活用されていない」ことがGaebelによって指摘され、精神疾患に関する適正な知識の普及啓発と治療指針の作成、その定期的な改訂などが今後の重要課題とされた。

ここまで統合失調症を取り上げてきたが、気分障害(うつ病と双極性障害)やアルコール・薬物関連の精神障害、アルツハイマー病などの痴呆性疾患などについても精神医学は確実に進歩している。その成果の一部は、すでにEBM治療指針を介して医療と保健福祉に利用されているし、Alzheimer病におけるAmyloid- β -42の産生を調整するpresenilin/gamma-secretaseの研究成果(大河内ら)は2005年5月の米国生物学的精神医学会で高く評価されたところである。

4)精神医療の現状

EBM治療指針の有用性と限界

個々の症例の治療計画の作成と実践の最終判断は、主治医の裁量に委ねられている。その患者から得たさまざまな臨床資料や診断、治療の選択肢に照らして治療するのがその前提である。その際、精神医学ではいま何が分かっており、何が分かっていないのかを十分に理解し、それを参考にその患者にふさわしい適切な治療を行うのが妥当である。内外で新しいエビデンスに基づいた実践的治療指針が相継いで発表されているのはそのためである。

薬物療法に限れば、神経精神薬理学的なエビデンスに基づいた薬物選択アルゴリズムがすでに作成され、その改訂作業も進んでいる。それには新世代の抗精神病薬や抗うつ薬を含んだ向精神薬の合理的な選択手順や難治例の薬物選択法が示されている。

実践的治療指針は、急性期、回復期、安定期に応じて薬物療法と心理社会的介入をバランスよく組み合わせた包括的な治療計画が示されており、精神科リハビリテーションや社会参加を促すための社会資源の利用方法も含まれている。2004年には全国精神医学講座担当者会議から統合失調症と気分障害の指針が上梓され、米国精神医学会も11テーマの実践指針を一部改訂して合本した要約を出版した。さら

に世界生物学的精神医学会も統合失調症の治療指針をまとめて印刷中である。これらの実践的治療指針は、精神科医の生涯研修だけでなく、その要約版は一次診療医や医療・精神保健福祉の従事者、一般市民にとっても有用であり、適切な治療法とは何か、何が不適切な治療法なのか知ることができる。

社会参加をめざした精神医療の展開

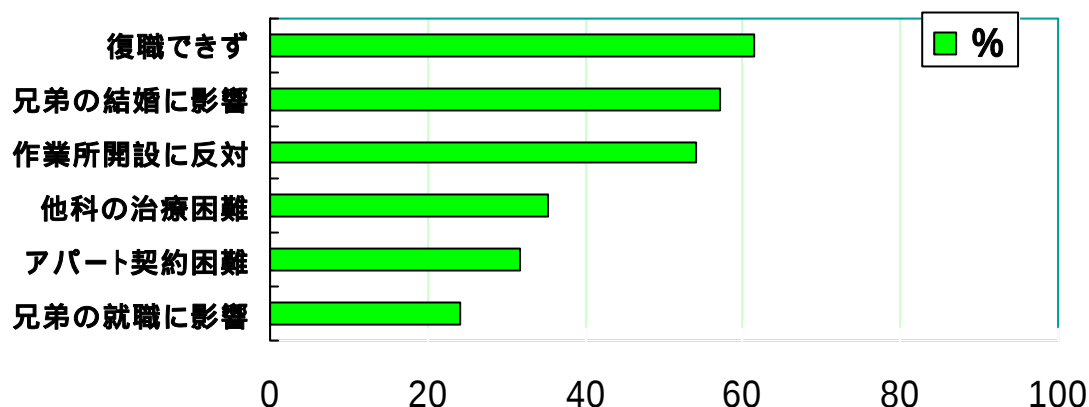
DSM 多軸評定法の第 軸は病前の社会適応や社会生活機能の全体的評定であり、それが治療転帰の予測指標になることを先に述べた。その際、第 軸の精神疾患や精神状態を適切に治療すること(医療の疾患モデル)が、第 軸の回復を目指す精神医療(医療の生活モデル)の前提である。それは最近の実践的治療指針にも明確に示されており、そのための具体的な戦略が示されている。疾患が回復してその人が社会参加を果たすには精神保健福祉の専門家との共同作業が重要であり、相互理解に基づいた連携が求められている。精神医療は最近の治療法の進歩とともに新たな展開をみせ、精神症状を治して家庭や職場で円滑に生活でき、一般市民として地域で生活できることを目標にできている。疾患モデルから生活モデルへ向かう精神医療の展開はすべての精神疾患に当てはまるが、それは WHO の精神保健活動にも明らかである。

5) 偏見・差別の是正に向けて - 病名変更と疾患概念の更新

精神医学の進歩は、生活モデルの枠組みにおける精神医療を可能にした。それは、入院中心の医療から地域生活中心の医療への転換をはかる国の施策となり、精神医療と福祉施策はいま激動の中にある。ところが、精神障害者をとりまく地域社会の現状は厳しく、患者や回復した人に対する深刻な偏見と差別がノーマライゼーションを阻む大きな壁となっているのである。たとえば、日本衛生会会員と一般市民を対象にした調査によれば、回答した596名の約9割が精神障害者は差別されているとしており、日本衛生会会員(n=510)を対象にした別の調査では図1のような不利が指摘されている。

なかでも統合失調症には深刻な偏見と差別がある。精神分裂病という病名が人格否定的なので変更して欲しいという全国精神障害者家族会連合会の要請(1993)を受けて、日本精神神経学会が委員会で検討を続け、2002年8月に精神分裂病から統合失調症に病名を変更した。それは1937年にschizophreniaを精神分裂病と訳して以来実に65年ぶりのことである。統合失調症という新しい病名はただ

図1 精神障害者の不利 (原田・白石、2004)



ちに厚生労働省が行政用語として受け入れ、7ヶ月後の2003年3月の全国調査によると公的文書の診

断名の78%に新病名が使用されていた。これほどの急速な普及はある種の驚きをもって受け止められているが、翻せば旧病名がいかに受け入れがたいものであったのかを物語っている。今回の法改正で法律用語に残されていた旧病名が変更される見通しであり、それをもってすべての領域で精神分裂病は統合失調症に改められることになる。

しかし、病名を変えただけで旧病名に深く刻み込まれた偏見を解消できると思う人はいないだろう。それは、この疾患への偏見が旧病名の人格否定的な語感だけに由来するものではないからである。患者が急性期に示す一過性の異常な言動も関係するだろうが、予後不良と人格荒廃で規定した早発痴呆の疾患概念を長く継承してきたわが国の精神医学や、有効な治療法もなく長期にわたり隔離収容するしかなかった悲惨な処遇史など、多くの要因が関与していることを銘記すべきである。精神医学の進歩によってそれが回復可能な病気となり、適切な治療指針が示された今、この疾患の適正な知識の普及啓発のためにも疾患概念を現代的なものに更新する必要がある。そのために統合失調症と精神分裂病という新旧の疾患概念を比較したものが表2である。

精神障害への社会の偏見は、疾患や患者・家族だけでなく、関連する施設やその従事者にまで向けられている。それが精神障害への無理解や誤解によることは明らかで、精神分裂病も統合失調症も、その名前すら知らない大学生が少なくないのが現状である。教育機関の指導者でさえ、精神障害への適正な知識を持っているのか疑問な場合も少なくない。教育指導者が精神障害への適正な知識を習得し、精神障害に関する学校教育の見直しをするよう緊急にとり組む必要がある。たとえば小学校で発達障害児への基本的な態度を育み、中学校で人格形成や適応障害への基礎知識を学び、高校で代表的な精神疾患への基礎知識を教えるのも一つの具体的な提言であり、精神障害者との触れあい体験を通して基本的な理解を深めるのが偏見の是正に有効とするわが国の研究報告もある。

表2: 精神分裂病(旧)と統合失調症(新)

	統合失調症(新)	精神分裂病(旧)
疾患概念	特有の症状群	脳疾患の1つ
診断基準	臨床症状	精神病理
遺 伝	多遺伝子性	不明
原 因	脳機能系(神経伝達系)の不均衡	不明
疾患と人格	別次元	不可分
予 後	過半数は回復	不良
治療目標	社会生活機能の回復	特有の症状群
治療法	薬物療法と心理社会療法	主に身体療法
病名告知	容易	困難

6) 精神医療・福祉の最近の進展とその限界

ノーマライゼーションをめざす日本の精神医療は、今では数値目標を設定して社会的入院患者を退院させ、地域生活中心の医療と生活支援で対応しようとしている。さらに精神保健改革ビジョン(2005年8月、厚生労働省発表)や改革グランドデザイン(2005年10月、厚生労働省発表)を踏まえた障害者自立

支援法の立案、障害者雇用促進法の改正や心神喪失医療観察法の実施へと急激な展開をみせている。それは精神医療・福祉の進展には違いないがその実践も問題であり、精神医療と精神保健福祉の相互理解に基づいた統合的な体系を構築する必要がある。精神疾患とそれに関連して起きる生活機能障害は表裏一体であり、精神医療か精神保健福祉かという二者択一の論理はほとんど意味をなさない。

精神医学も進歩したとはいえ、まだ多くの課題が山積している。なかでも、脆弱性・ストレス対処法モデルの枠組みの中で、成因、診断、治療法に関する研究を重点的に推進し、新しい知見に基づいて実践的治療指針を定期的に改訂して精神医療・保健福祉の向上をはかり、発症脆弱性を解明して成因に基づいた精神疾患の診断と治療指針を作成することが重要な課題である。とくに国民の健康寿命を損なう DALY, YLD の原因疾患の上位にある精神疾患については、それらを特定疾患としてその病因解明と治療指針の確立に国が本腰を入れる必要がある。

一方、精神医療・保健福祉における大きな課題は、社会の精神障害(者)に対する偏見である。それは、精神疾患に重層する第2の病(second illness)であり、患者と家族に二重苦を強いものである。その打開には、世界精神医学会や日本精神神経学会などの偏見是正計画に国を挙げて支援し、息の長い偏見是正活動(精神疾患に関する学校教育の実施、回復者との接触体験の推進、適切な知識の普及啓発と啓発資料の作成と配布など)や精神医療と福祉の相互理解と共同研究の推進、国際共同研究による精神医療・福祉連携組織の強化などにとり組む必要がある。

・ 誤解、偏見の実態

1) 当事者の言葉

意見聴取に応じた当事者は、その所属する組織の職員や会員(当事者)から幅広く意見をとりまとめた。それによれば多くの当事者は、一般の人々には偏見はなく、あるとすれば無理解・誤解であると考えているという。なぜならば、地域住民は精神疾患、精神障害、統合失調症等といった事柄の内容の理解に乏しい。そして、真に理解されることがなく、当事者の行動・態度から怠惰、依存、不誠実等と誤解を受けてしまう。だが、明らかに偏見が示される場合もあり、不動産業者が住居の提供を拒否するといったことはよくある一例であるという。

当事者は家族や親戚がもつ強い偏見を指摘している。それは、社会的対面から家族が障害を隠そうとすることに現れているという。精神障害者保健福祉手帳や年金の取得の拒否、病気を否認し、通院の禁止、服薬の制止等々、偏見に基づく不適切な対応がみられ、当事者への暴言、暴力沙汰にいたることもあることを指摘している。

さらに、当事者によれば親族の的外れな説教、非難も多いという。精神障害が正しく理解されず、精神疾患にかかったために姻族と親族との間の不和を生じることもあるという。冠婚葬祭の際に通知をしないことや、縁談が来ないということに差別、偏見を感じているものもいる。

このような偏見は実は精神障害者自身にもあるという。いわゆる「内なる偏見」である。自分に対する強い偏見がありどうしても払拭できない場合もあることを自覚している。偏見というより劣等感に近い場合もあり、そのような劣等感は働けるようになれば解消できることが多いという。

また、精神科医師、看護師にも大きな偏見があることを強調する。これらの専門職自身が身近に精神障害者を見ていながら、当事者には就学・就労能力を不当に低く評価していることや、また、症状の違いから、

アルコール依存症の患者と統合失調症の患者を先入観から差別することなどに表われているという。精神科以外の医師にも誤解と偏見とがある。精神障害者の合併症などを受け入れてくれないことが多い。精神障害者と知ったとたんに不適切な態度をとる医師が多いことも指摘された。

当事者の立場から、誤解・偏見を解いていく方法として、以下のようなものを挙げている。

同じ地域に住み続け、精神病は治るということを見て知ってもらう

偏見を持たれても仕方が無いような言動は慎み、理解してもらうように努力する

地域に積極的に出て行き、色々な人と交流し、友達になり、自然に病気について語る

講演・出版等による体験発表を積極的に行う

講演会・イベント等の地域との交流を積極的に行う

マスコミの興味本位の報道には抗議し、マスコミを積極的に利用する

2) 家族の言葉—ある家族から見た統合失調症に関する偏見の実態と側面

Schizophrenia の日本語名称変更の影響は予想以上に大きい。しかし、家族自身が持つ偏見には歴史的にも抜きがたいものがある。疾患の難治性に対する絶望感、社会から置き去りにされたような孤独感が強い。家族は身内の精神障害者をよくなった当事者と比較する傾向がある。また、科学的知識の不足が偏見を引き起こすひとつの原因でもある。

当事者の欲求の高さとこだわりの強さが特徴的である。例えば睡眠や性への関心と、その欲求の破綻。彼らは多様な意味においてもろい。したがって自尊心が低くなる。しかし、彼らは可塑性も持っている。周囲が働きかけて QOL を高めることで、彼ら自身が持つ偏見は量的にも減っていくのではないか。具体的な手段による当事者への啓発がなされるべきである。(連続ドラマ・劇画・小説等)

社会の中に見出される偏見の例は、減ってきていると思うがいまだに多数の例がある。一人の統合失調症患者がでると、親族から縁をきられたりする。作業所近くの住民が、迷惑顔をあらわにする、といった例である。

社会復帰(あるいは就労)に伴う問題も数多くある。雇用者が精神障害者を不等に安価で雇ったり、人権を無視した言動が多く見られる。そのために就労がとぎれることもある。一般就労はきわめて困難であると言わざるを得ない。

医療側にも問題となる発言がみられる。統合失調症患者が結婚したり、出産したりすることに頭から反対する医療者もいる。人生上の相談に真剣に向き合ってくれない医師もいる。

報道機関の問題として、精神障害の犯罪が興味本位で報道されることがある。外国では報道機関が正しい情報を流せるように報道機関担当の情報専門家を常駐させているという。また、医師と報道関係者が協力して、書くべきこと、書いてはならないことをまとめた本を作成したという例もある。

家族として願いたいことは、統合失調症の発症機序に関する研究の進展である。当事者や家族の中には研究のために進んで脳を提供しようというものがいる。このような研究を進めるために昭和24年制定の「死体解剖保存法」の改正など、研究環境の整備が進むことを望んでいる。

3) 支援者の言葉—地域生活支援者が直面する偏見の実態とその対策—

はじめに

精神障害者が地域住民の一人として安寧な暮らしが保証されるには、地域社会が成熟した民主的社会

になる必要がある。それはすべての生活課題において自立した市民を構成要員とし、日常的に生起するすべての地域住民に関する諸問題を、地域住民一人一人の責任と協力によって、自主的に解決することに合意できることが必要である。

このような合意が可能であれば、必然的に偏見を除去しなければならないとする地域住民理解が進展するはずなのだが、こうした土壌が成熟しているとはいえないことから、精神障害者の偏見の解消は困難をきわめている。

偏見を生じさせる地域住民意識の実態

偏見の解消を図るには、地域住民の合意が必要である。そのためには地域住民の偏見に関する意識調査が欠かせないのだが、このような調査は数少ない。その理由は患者の人権に係わる課題である。その中で2つの調査を紹介する。

1つは総理府（現内閣府）が1971年8月に精神衛生に関する世論調査を実施し、同年11月に公表した概要である。その調査項目の1つに精神障害者に対するイメージがあり、恐ろしいと感じる者は16%で、大部分（69%）は気の毒だ、かわいそうとしている。こうしたイメージからすれば偏見の解消に至る手だてが見えそうなのだが、問題は精神障害者に対応することになったときの意識である。同調査は別項で「精神病にかかった人が直った場合、その人を社会人として信用できるか」という問いに対しては、信用できる35%、信用できない25%、一概に言えない33%となる。

次に取り上げる調査は宗像恒次らによって1983年に東京都で実施し、その5年後にも2度目の調査を実施したものである。この調査における社会復帰に係わる項目の一部を見ると、「精神病院の患者を厳しい実社会にさらすより病院内で一生苦勞なく過ごさせる方がよい」とする問いに、約半数がどちらともいえないと回答している。また「幻聴・妄想のある人でも、病院に入院しないで社会生活を送れる人も多い」との問いには、そう思うと、そう思はないが拮抗し、どちらともいえないが43%程度である。なお、「精神障害者が一人、あるいは仲間同士でアパートを借りて生活するのは危険である」との問いにはそう思うが当初調査で71.7%、2度目の調査で54.3%だったが、そう思わないは2度の調査で共に7%にとどまっている。この調査は入院患者を職員が暴行して死にいたらしめ、病院における患者の人権無視の問題が社会的にクローズアップされた宇都宮病院事件を挟さんでの調査であり、事件後の市民理解度（受け入れ度）は全体的に上向いていることから、社会復帰の土壌となる市民理解が、事件以降改善されていると見ることも可能である。

ともあれこの2つの調査を大雑把にくくれば、精神障害者に対する偏見意識が根強く、社会復帰に否定的な者はおおむね3割弱、理解を示し地域で受け入れようとする者が3割強で、残りがどちらともいえないとする人たちといえよう。

住民意識と偏見の実態

近年急速に精神障害者施策が進展し、かつ精神医療も機能分化などの成果が見られるようになり、精神保健の課題が一般化しつつあることから、精神障害者理解も深まり偏見も是正されつつあるといえるのだが、いざ精神障害者と地域住民が対面しなければならない事態になると、必ずしもそうでないのが現実といえる。

このことが顕著に現れるのが施設整備である。「地域の人たちが寄付といえればいつも快く応じ、夏祭りと

例えば地域の人たちもみんな集まってくれていたのに、生活訓練施設を病院から少し離れたところに建てようとしたら、猛反対にあってしまった。これまで地域との関係は良好だと思っていたのに」といった趣旨の報告がある。また、施設整備の際きびしい反対運動を体験し、加えてグループホームを公営住宅に定め、最後の調整をするため公営住宅の住民に説明会を開いたところ、住民に無理難題をふっかけられたという。「県営住宅の大家である県職員が来ているのだから、大家が事故責任を取る文書を知事名で示してくれればいい」といった趣旨の要求をされたのである。おおむね施設整備に関する反対はこうしたやりとりとなり、理屈ではないところに解決の難しさがある。それこそ偏見ないし誤解というものである。それはそのことを裏付けるのが先の調査では精神障害者に対応することになると信用できない、信用せよといっても一概に言えないといった意見が多くなったり、精神障害者がアパートで暮らすことへの拒否反応の高さである。

先の調査からすれば、精神障害者の社会復帰に否定的な者が最も少ないはずなのに、なぜ反対住民の少数意見が全体意見になるのかということだが、それは反対者が1人でもいると、どちらともいえない中間層が反対者に呼応する例が多いからである。理解者も反対者の不安には応えていただきたいとする姿勢をとり、反対者を説得することはまれなことになる。そこに偏見の根の深さを感じ取れる。

このような精神障害者に対する拒否反応的意識は有識者でも同じであることが、1997年に(社)日本精神科病院協会が実施した「報道機関へのアンケート調査」にも現れている。アンケート結果からは報道に携わる人も市民の一人であり、偏見や受け入れの度合いは決して十分なものではない。

偏見への対策は地域住民との接触の場づくりから

上に紹介したような事例は枚挙に暇がないほどだが、粘り強い交渉が解決に繋がる例を少なくない。ある社会福祉法人が運営する生活支援センターの2階に住む地域住民に、状態が悪化した利用者が迷惑をかけたため、2階住民のすべてが引っ越すという騒ぎが起こった。このときどうして2階住民に迷惑をかけたのかを施設をあげて徹底的に話し合うことにし、2階住民に参加を呼びかけた。当然のように2階住民は話し合いに参加するどころの状況ではなかったが、毎日話し合いの記録を2階住民に報告することで、次第に住民は軟化し、話し合いに加わり問題の解決を図ることができたという。

また、施設整備時に生じた反対運動で、その施設は当初建設予定地を変更せざるをえなくなった。ようやく整備した施設も地域から風当たりの強い環境にあった。こうした精神障害者理解の乏しい環境の中で施設の運営を担い、その理解を深めるには、地域との関係を少しでも保て、かつ深められる事業ないしプログラムの展開が求められる。そのような思いから運営責任者は、授産施設を零細の弁当販売会社のようなスタイルをとって事業を展開しようとした。その結果、10年前に事業を開始するとき、1日の販売目標を300食とし、現在は500食程度の販売となっている。この事業展開によって、地域では施設の道案内を聞いてもわからないことがあるが、弁当屋といえすぐに教えてくれるほど、地域になじむことができたという。

また、その施設では施設開設時より啓発活動に焦点を当てるため、生活支援センターのプログラムに影絵の制作・公演を取り入れ、地域での公演活動を展開してきた。この活動は広く受け入れられ、地域の小学校などから招待されるようになり、影絵公演の後に影絵の動かし方などを学童と一緒に行うことで、学童と精神障害者の自然な交流が深まるといった成果をあげ、毎年実施している施設の市民向け公開セミナーでは、影絵と仏教講話を楽しみにする市民もいるほどである。

授産事業や啓発活動は、施設の対応だけでない大きな副産物を生じさせる。ことに弁当の製造販売は、当初は精神障害者がつくった弁当なんか食えるかといった風評もあったが、たまたまその施設が宇宙センターの近くにあり、そのセンターの毛利研究室の職員から注文があり、応援の言葉を毎日添えられていたことがきっかけとなり「毛利さんも食べているんだって」といった良い風評になり、地域住民がその弁当に関心を持ち、地域住民との接触が深まった。その結果として、地域の住民が、障害者の中には弁当づくりに向かない人もいるだろうと、地域の共有地を施設の畑として提供し、一緒に畑作業に取り組んでいる様子も見られている。

その施設では、いまでは地域行事と施設行事の交流も深まり、就労支援のための職親も形成されつつあり、施設開設時の精神障害者施設への反対感情は解消されつつある。当初抱いていた精神障害者は怖いという誤解や偏見が、表立って見られなくなっている。

おわりに

大切なのは、地域住民の中に溶け込むような、言い換えれば地域住民が精神障害者に関われるような場づくり、すなわち接触体験の場づくりが偏見を解消するもっとも効果的役割を果たすといえる。そのためには、街中に自然に点在する精神障害者の活動の場が何よりも必要である。しかし、現況の社会資源不足は、こうした環境を形成できないことから、まずは必要な社会資源の整備を進捗し、どこでも誰でも精神障害者と触れ合える街づくりが不可欠といえよう。

4) 精神医療従事者の持つ偏見

精神科病院への入院体験を持つ多くの精神障害者はそれが心的外傷となっている。重い扉や鉄格子によって外界と遮断される閉鎖環境、保護室への強制入室と拘束、これらは患者の恐怖感を増大し、病状を悪化させる。空調もない大部屋で、手足の屈伸もままならない大勢の患者の雑居、電話、面会、信書の制限・禁止、決められた時間まで我慢しなければならない空腹と口渇。身体疾患に起因する苦痛の訴えの無視、このような人権を侵害した患者の処遇は医療専門家の内にある偏見に裏打ちされていたものと考えられる。

「偏見」の定義をめぐって

障害者福祉の領域では、1990年ごろから脱施設化の流れが加速し、地域においても障害をもつ人々が安心して生活できるように、社会資源の充実を含め、さまざまな社会サービスの改善の必要性が議論されてきた。精神に障害をもつ人々に対する、人々の態度改善が必要であるとの認識も、このような状況を背景に徐々に深まってきているといえるだろう。しかしながら、日本で精神障害者に対する偏見が本格的に問題視されるようになってからの歴史はまだ浅い。そのはじまりは、まだ施設における処遇が一般的であった1980年代のことである。宇都宮病院問題という患者の人権を著しく損ねた入院病棟の実態が明るみになって、1986年の精神保健法制定により精神障害者の人権擁護が法律の中に定められたのである。

以来今日まで、精神障害者に対する人々の態度や考え方は主に定量的な方法により測定されてきた。そして近年になって、WPA(世界精神医学会)の関連から実際にこれまで打ち立てられた仮説を検証すべく、いくつかの地域で介入研究が実施されるようになってきた。

精神障害者に対する態度について調べた研究の中には、日頃から障害者と接する機会の多い援助者や精神保健福祉の専門職者を対象としたものも含まれている。自由な意思を持つ人間である以上、精神医療従事者や福祉関係者もその他の人々同様に、患者や被援助者に対して何らかの感情を持ち、ときにそれが意識や態度として現れるのは当然であろう。個人レベルのこのような感情については、精神分析の領域で特に「逆転移」の問題として論じられてきた。しかし、ここでは「逆転移」ではなく、治療者および援助者一般に共通に見られる態度、「偏見」に焦点をあてようと思う。ブラウン(Brown, 2001)は偏見を「ある集団の成員であるとの理由で、その集団の成員に対して、軽蔑的な社会的態度や認知的信念の保持、否定的感情の表明、敵意や差別的行動の誇示などをすること」と定義している。したがって、偏見は社会的な態度であり、カテゴリーの人々すべてに対する志向性で、しかも負の感情に限定されるという意味で、援助者の被援助者に対する感情一般を指す逆転移とは異なっている。

一方、偏見と類似した概念で「ステレオタイプ」がある。ステレオタイプとは「あるカテゴリーの大部分の成員が同じ属性を共有しているという知覚」(Brown, 2001)でありステレオタイプの基盤になっているカテゴリーそのものは、肯定的でも否定的でも、また中立でもありうる。したがって偏見は、ネガティブなステレオタイプとも言えよう。さらに、ステレオタイプは、出会う人々をいちいち徹底的に探索したり、理解したりする煩わしさを避けるための心理的近道を提供するという基本的機能を備えている点にも留意しておく必要がある。

さらに、本研究で焦点となる概念に「態度」がある。心理学辞典によると態度とは「人格の一側面を意味し、いろいろな対象や事象に対して一貫した一定の反応傾向を示すこと」である(心理学辞典、1997)。従来の態度測定は、ある対象に対して賛成か反対か、好きか嫌いかといった「方向」と、その「程度」の2属性の測定に関心が寄せられていたが、近年では態度と結びついた感情の強さ、重要性、認知的複雑度、柔軟性など、さまざまな角度から検討されている。

本章では、精神障害者に対する精神医療・福祉関係者の態度に関する先行研究から得られている知見を総括するとともに、精神保健福祉に携わる専門職者のあり方について、以上のような鍵概念をもとに若干の考察を加えることにする。

先行研究からの知見

a) 精神医療・福祉関係者の精神障害者に対する態度研究の状況

精神医療・福祉関係者の精神障害者に対する態度を明らかにするような研究は、国内ではそれほど多くはない。代表的なものを挙げると、1984年に精神障害者福祉基盤研究会(以下「研究会」という)が「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」の中で、精神医療従事者のもつ精神障害観と医療・福祉観を調べている。また、星越ら(1994)は香川県の精神科病院勤務職員961名を対象に、患者に対する社会的態度を調査している。原田(2002 - 2003)は、精神保健医療福祉関係者を多く含む513名を対象に、精神障害(者)に対する意識調査を行っている。西尾は、2001年に仙台市において障害者地域ケアの鍵を握るホームヘルパー182名を対象に、また岡山県玉野市と倉敷市において地域住民の相談役としての民生委員234名を対象に、さらに2002年には岡山市において民生委員208名を対象に精神障害者に対する偏見除去のための介入研究を実施した。2004年には、岡山市、総社市、邑久郡の民生委員495名を対象に同様の介入研究が実施されている。民生委員の場合、精神保健福祉従事者と比較すると、必ずしも精神障害者との接点があるわけではないが、地域住民と障害者をつなぐ上で重要な

役割を果たしうるという点で、精神医療・福祉関係者同様、精神保健福祉上重要な立場にあると考えられよう。

海外の研究として代表的なものとしては、Schroder & Ehrlich(1968)、Mayo & Havelock (1970)、Atwood (1982)、Jorm, Korten, & Jacomb(1999)、Zogg, Lauber, Adjacic-Gross & Rossler (2003)、Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rossler (2004)、Leping, Steinert, Gebhardt, & Rottgers (2004)等の研究が挙げられる。

精神医療・福祉関係者を対象にした研究に限らず、精神障害者に対する態度についての先行研究では、いずれも対象者が精神障害者をどのように認識しているのかを明らかにしようと試みており、その結果に基づいて精神障害者に対するステレオタイプや偏見の実態を明らかにし、それらと諸変数との関連性から精神障害者に対する偏見を検討するというスタイルをとっている(中村, 2001)。それに対して、西尾らの研究はこれまでに得られた知見をもとに、実際に介入を試みてその有効性を検証しているということから、偏見の除去に向かって一歩進んだ研究とも位置づけることが出来る。

b) 先行研究からの知見

さて、これらの研究からどのような知見が得られているだろうか。

地域住民を対象とした精神障害者に対する数々の態度研究では、精神障害者に関する知識があり、接触の機会が多い者ほどより肯定的な態度を示す傾向にあることが見出されており、その意味で、「精神障害者に関して知識を豊富に持ち、しかも日頃から彼等に接している精神医療・福祉関係者は、一般住民よりも比較的肯定的な態度を示す」という仮説を立てることが出来る。

これまでの精神障害者に対する態度研究では、「危険性」や「粗暴性」「暴力性」が、精神障害者に対する態度を示すうえでの一つの鍵となっていた。原田らの研究では、精神障害に関する一般に信じられている(誤解されている)言説(例:「精神障害者は何をかわからず危険だ」)に関して、回答者の多くが断定に判断することを躊躇しているものの、2003年に実施した調査からは、地域住民のほうが精神保健医療福祉関係者よりも精神障害者を危険視する傾向が強いことが示された。同様の結果は、およそ20年前の研究会の調査でも得られている。さらに、研究会の調査および原田らの調査では、精神障害者の回復や、友人関係の形成に関しても、地域住民の方がより否定的な見方をしていた。さらに、原田らが仮想事例を提示して、地域における精神障害者に対する態度を比較したところ、基本的には精神保健医療従事者もその他の地域住民も同じような対応をとるという結果が得られた一方で、近隣の施設反対運動に関しては精神保健医療従事者の方がより積極的に反対運動中止への働きかけをしたいと考えていた。

しかしこのような仮説を支持する報告がある一方で、患者との直接接触が拒否的感情につながるという報告もある(星越ら, 1994)。Schroder ら(1968)の研究では、精神科看護師が、より重篤で治療を受けていない精神障害者に対して拒否的な態度をとることが明らかにされていた。星越らの研究結果をより詳細に見ると両価性もみられる。つまり、精神障害者との社会的距離が短い者ほど、精神障害者に対する「拒否的感情」が弱く、「重篤な病気イメージ」が強い。また、患者との直接的な接触を有する看護職者に拒否的感情が強く、精神科勤務経験年数の長い者に「重篤な病気」であるとの認識が強いことが明らかになっている。看護職者は患者と接する時間も長く、さらに急性期の陽性症状が強く混乱した状況下にある患者からの、身体的および言語的な暴力の被害者となる可能性も高いと考えられる。そして、このような体験から、拒否的な感情を抱きやすくなると予測できよう。実際、研究会の調査では、医師および看護師の約70%が精神障害者から何らかの暴力を受けた経験を持っていた(研究会, 1984)。さらに、精神科勤務年

数が長いと、長期入院患者を継続的に治療あるいは看護していくケースも多く、結果的に、「精神障害者は社会復帰が難しい」「重篤な病気と捉えている可能性もある。

これらの知見をまとめると、精神医療・福祉関係者は、精神障害者との接触の機会が少ない一般住民と比較すれば、彼等に対して肯定的な見方を有しているが、必ずしもすべての精神保健福祉関係者が肯定的なイメージを持っているわけではなく、中には、直接的に接するがゆえに否定的な見方をする者もいるということになる。

精神障害をもつ人々に対する影響

a) 精神医療・福祉関係者の態度が及ぼす影響

このような精神医療・福祉関係者の態度はどのように患者やサービス利用者に影響するのだろうか。そしてどのような場合に問題になるのだろうか。

もし、否定的な見方や拒否的感情が強い場合には、個人レベルでは特定の患者や利用者に対して、過度に父権的になったり、逆に拒否的な対応となり、サービス提供者・利用者間の信頼関係の形成に影響を及ぼし、精神科医療への不信を招きかねないだろう。また、「危険である」との見方が強いと、 unnecessaryな拘束や措置入院・医療保護入院の継続化につながり、精神障害者への人権侵害を招くことになってしまうだろう。さらに、福祉関係者が「精神障害者は援助無しでは社会復帰が難しい」というステレオタイプな見方をすれば、「囲い込み」が発生し、精神障害者の自立を妨げることになる。

また、精神保健医療福祉システム全体への影響も考えられる。たとえば、「重篤な患者」としての見方が強すぎれば、退院の機会を逃し、結果的に脱施設化の流れを妨げることにつながる。さらに、精神保健医療福祉従事者が精神障害者に対して否定的な見方を強くもっていると、地域住民は自らの否定的見方を「やはりそうだったのか」と、より一層強める可能性がある。これらはあくまで可能性であり、因果関係が実証されているわけではないが、サービス提供者の態度がサービス利用者個人のみならず、システム全体に影響を及ぼす可能性があることは留意する必要がある。

b) 精神医療・福祉関係者の業務・制度と偏見の関係

以上では、サービス提供者の態度について論じたが、精神医療・福祉関係者の日々の業務および精神保健福祉制度が精神障害者に対する社会的偏見を生み出している可能性についても触れておく必要がある。

ラベリング理論では、診断名を下すことが精神障害者に対する社会的距離の拡大に寄与していると仮説立てている(Martin et al., 2000)。つまり、「統合失調症患者」とラベル付けすることにより、精神疾患患者に対する負のイメージが連想され、社会的距離が広がるということである。この仮説が正しければ、まさに精神医療従事者が「焼きごて」を当てていることになる。言い換えると、精神医療従事者は、精神障害者への理解を促進し、偏見をなくそうと努力する一方で、診断を下すことにより偏見を生み出すという矛盾する行動をしていることになる。

もちろん診断を下すことにより治療方針が明確になり、本人や家族への説明を的確にすることで、病いへの本人たちの態度を、より治療的にも有効なものに変えていくことは出来るのはいうまでもない。また、診断がつくことでさまざまな社会福祉制度の利用も出来るようになる。しかし、時には、「ひきこもり」の状態にある人々のように、サービス利用をするために診断名がつくことが社会的距離の拡大につながりかねないと感じ、診断をうけるという行為を拒否する人々の存在もある。福祉領域での議論になるであ

ろうが、生活支援の一部はとくに疾病に特異な配慮をせずとも実施できるものもあるわけであるから、サービス利用に当たっては「診断書」を必須とするような制度は不必要なラベリングを助長しているかもしれない。精神保健医療関係者は、このような制度上の弊害の可能性も認識しておく必要がある。

また、これと類似して、措置入院制度の存在そのものが偏見の原因になっているという指摘もある。つまり、措置入院制度は自傷他害のある「危険な」人物を本人の同意なく、強制的に入院させる制度であり、制度が措置入院制度の対象者をこえて、精神障害を持つ者は一般的に危険であるというステレオタイプを助長してしまうという指摘である。措置入院制度のあり方についてここでは詳しく論じないが、精神保健福祉制度と社会的態度の関係性については、さらなる議論が必要と思われる。

今後の課題

精神障害者に対する誤解や偏見は無くすることができるのだろうか。

誤解については正しい知識を得ることで、解消される可能性も高まると考えられるが、偏見が生まれる要因としては、少ない資源をめぐる集団間の紛争や、人数や地位の甚だしい不均衡などの集団関係（ブラウン、2001）、さらには進化論的要因（Haghighat、2001）も挙げられており、個々人が正しい知識を持っているからといって、必ずしも偏見がなくなるわけではないことは容易に想像がつく。さらに、良好な接触体験が精神障害者に対する誤解や偏見の低減につながるという研究結果も得られているが（Cook、1978）、日頃精神障害者に接している精神医療・福祉関係者にこの知見はかならずしも適用できないことはすでに述べたとおりである。

偏見を集団間の紛争として理解し、それを軽減していくことを意図しようとするれば、そこには政治的变化や経済的变化も含めた、社会体制に対する介入という論点も必要になる。しかし、本章ではこの視点からの変化を十分に論ずる余裕がない。以下では、精神医療・福祉関係者に焦点を当てた、より実践的な取り組みを考えていきたい。

まず、精神医療・福祉関係者の精神障害者に対する否定的意識が問題になるのは、それが援助態度に表れた場合であるということに注目すべきである。逆に言えば、良好な援助態度を維持する方策を検討することが、否定的意識を変えようとする以前に重要である。研究会の調査（1984）では、良好な援助態度を持っている人は、仕事への満足・充実感をもっており、疲れ果てて（バーンアウト）はいない。そのような従事者は、周りからその活動が期待・支援され、さまざまな研修機会を得ている。そしてこれらの特性は、精神障害者の社会生活の自立性と権利を尊重する考え方と有意な関連性を持っていることが明らかである。つまり、仕事への満足・充実感が高かったり、バーンアウトしていなかったり、また周囲からも活動が期待されている従事者ほど、精神障害者の自立性や権利を尊重する傾向にあるということである。また、精神障害者の自立性や権利への尊重は、医療福祉制度の改善への動機の高さと関連していた。さらに、良好な援助、仕事への満足、大きな活動期待、研修機会の多さは、職場の雰囲気の高さや、統率力、養育力、現実吟味の高い人格特性と関連していることも示されている。すなわち、精神医療・福祉関係者の援助態度をきめるのは、人格特性もさることながら良好な職場環境や、研修機会などの教育環境であることが示唆される。

Atwood（1982）は、精神障害をもつ患者やサービス利用者が、援助者からの支援に対して拒否的態度を示すと、援助者の間に否定的な反応が生じるとし、治療者・援助者としての価値観と、偏見との関連性を示唆している。これは、治療者・援助者の業務における自己効力感や社会的期待度が精神障害者への態

度と関係していると仮説付けることができよう。自分が行っていることが何らかの良い効果を生み出していると感じ取ることができれば、仕事に対する満足度も高まるであろうし、逆に無力感を感じる場合はバーンアウトに陥りやすくなる。さらに、研修の機会は、自らの援助技術を磨き、視点を変えたり、視野を広げる機会を与えられるという意味で、業務に対する前向きな態度の維持・促進につながると考えられる。以上のことから、精神障害者に対する社会的な偏見や援助者個人のもつ否定的意識によって援助関係や精神障害者の自立が妨害されないようにするためには、従事者が満足して業務に取り組める職場環境、教育環境の整備が重要であることがわかった。

特に、入院病棟の看護師のように、患者との距離が物理的にも心理的にも近い場で働くものの場合には、患者が混乱した状況のなかで、身体的、心理的外傷体験が生じる頻度がある程度高いといわざるをえない。このような体験が、精神障害者一般への否定的意識として固着しないようにするためには、職員自身の危機的な状況に際して職員の支援を充分にしていくという危機管理の取り組みを職場環境が強化していくことも大切である。

まとめ

本章では、精神医療・福祉関係者の精神障害者に対する偏見について論じてきた。一般市民と比較すれば、精神保健福祉関係者の偏見の度合いは低いですが、逆に毎日のように接するからこそ感じる否定的な見方もある。このような否定的見方を改善するには、治療者・援助者が自らの仕事に充実感を感じられるような労働・教育環境を整えることが不可欠である。

「精神障害をもつ人は危険である」「精神障害者は得体が知れない」という誤解を解くことは大切であるが、そのことにばかり固執しすぎると、逆にそのような思いにとらわれてしまった人々への批判に終始してしまい、「社会を均質化し、そこから逸脱する者は排除する」という悪循環につながってしまうという恐れもある。「否定的意識・感情を持つてはいけない」というアピールをするならば、それは教条主義に走りすぎているといえよう。無理に否定的な意識を抑圧するのではなく、まずは自分の中に生じてしまう否定的な意識・感情を認め、それが援助関係にどのように影響するのか、そしてどうすれば改善することができるのかを労働環境や教育環境といった体制の水準での改善もふくめて模索していくことが大切なのである。

5) 医療関係者にみられる誤解と偏見

精神科病院での学生実習の引率にきた医師が「精神科の先生たちっていつも何をやっているの」といった言葉に、精神科医療の閉鎖性を感じ、身体科の医療者から理解されていなかったかを岩永は感じたという。このような精神科以外の医療関係者の中にさえある精神医療への偏見を精神科医は日常で感ずることが少なくない。

医療関係者のなかにみられる精神医療への偏見や、精神障害者への差別や偏見は、
一般科に通院中／入院中の患者に生じた精神症状に関連して、
精神障害者に生じた身体合併症の治療に関連して、などの場面でみられることがある。

一般科に通院中／入院中の患者に生じた精神症状に関連した偏見
まず、総合診療科を受診した患者について精神科コンサルテーションの依頼率は1%程度と、かなり低

いことが指摘されているが、その理由として、精神科疾患が見落とされることが多いと言われている。これに加えて、主治医としては、自分の患者がまさか精神科の疾患に罹患しているわけがないと思う傾向がある。つまり、主治医による精神疾患への偏見により、精神疾患が見落とされる可能性があるのである。それについて PassikSD.らは、がん患者の自記式抑うつテストである SDS(Self-rating Depression Scale) の評価と、主治医の評価を比較し、患者の自覚症状としての抑うつは、主治医によってかなり過小評価されていることを示した。

さらに、金子らは精神科に依頼された患者の特徴を精神科外来患者のそれと比較して、せん妄のように医療を障害する症状の発生する 때가多く、不安や抑うつなどはコンサルテーションの必要性はないと思われがちであると報告している。つまり、一般科に通院中 / 入院中の患者に生じた精神症状に関連して、ここまで述べた偏見は、主治医による精神疾患への偏見であり、適切な治療が受けられないとしたら患者にとっては不幸かもしれないが、差別とは違う。しかし、文献にはなりにくい、一般病棟に入院中の患者に精神症状が出現した場合に、それがせん妄や精神病症状であればあるほど、精神科病棟への転棟を要請されることは日常的に多いものである。外来でも、たとえば精神病症状があったり、心気的である場合などに精神科に「回す」例もあるが、そのような場合に見え隠れしてくるのが「差別」である。このような偏見や差別は医療者の中でも根深いのである。

精神障害者に生じた身体合併症の治療に関連した偏見

これに対して、精神障害者の合併症に対しては、一般医療者の偏見がもう少し鮮明に見えてくる。まず少し古い調査結果であるが、黒木らは平成5年度の厚生科学研究で、研究班員が属す全国6都県において、総合病院、一般病院、精神病院を対象して合併症医療の実態調査をした。それによれば、精神科病院入院中の精神障害者に身体合併症が生じた場合、「転院先に困る」と回答した施設は64%と多く、転院に苦慮した例のうち「精神症状のために一般病床への入院が困難、拒否される」が62%を占めた。このような一般医療者からの精神疾患への偏見や差別は、精神医療に従事している者にとっては、むしろ日常的なものである。転院を拒否される理由は、次いで「総合病院精神科が少なくいつも満床」(10%)、総合病院精神科が近くにない(6%)と続いている。解決策のひとつは、総合病院の精神病床を増やすことであるが、それでは一般病床への精神障害者の受け入れの偏見自体を認めてしまうことになり、それを是正していくことを忘れてしまうだろう。

また、合併症治療の場として、精神科病棟でも、精神科医が主治医として積極的に合併症患者を受け入れて、他科医師と協力して診療していくスタイルはメディカル・サイカイアトリー(medical psychiatry)と呼ばれている。一般病床で受け入れが困難ならば、という動機で10年前から始まったものであるが、その後も施設数は非常に限られたままである。合併症医療の主治医になろうとする精神科医はそれほど多くないだろうし、行政的な援助や、病院内の理解や絶大な協力が大前提になるので、なかなか普遍化していかないのかもしれない。しかし、いずれにしても、このメディカル・サイカイアトリーによっても、「一般病床への精神障害者の受け入れの偏見自体はやむを得ない」と認めてしまうことになる。

このように医療者の偏見は根強いものであるが、平成16年度から始まった新医師臨床研修制度に精神科研修がコア科目になったことは、そのような偏見や差別を是正するために非常に有効な機会になるのではないだろうか。精神科七者懇精神科卒後研修問題委員会の小島委員長によっても、今回の精神科研修必修化には 精神科が内科外科などと並んで重要な科であることが認識されたこと、 精神面から

のアプローチも含めた総合的な医療の重要性が認識されたこと、他科の医師、医学生、国民に精神科の重要性を認識してもらい偏見を取り除く機会が得られたこと、今後の精神科の教育や診療の基礎になり、将来的に精神医療や精神医学の発展に貢献できること、などの意味があることが指摘されている。特に今回の研修制度では、レポート提出の課題の関係もあり、精神科病院が協力型として参画しているプログラムが圧倒的に多いのが特徴的である。そのため、この研修制度の当初から精神科七者懇談会では、指導医の研修会の実施など非常に積極的であり、効果的な研修プログラムの作成にも力を入れている。

従来の精神科の卒前教育は時間もなく、医師という資格もないために、参加型でなく見学型が多かった。そのため、その不十分さからかえって偏見につながっていたという可能性をもあったのではないだろうか。現在進行形で始まっている新医師臨床研修制度は、これまでの教育や診療のなかで生じてしまった精神医療や精神医学への偏見を根底から是正し、精神障害者への差別を根絶していく絶好の機会になると思われる。

・精神障害者と犯罪

心神喪失者等医療観察法案の是非が検討され、成立する過程で、精神障害者と犯罪との関係、すなわち精神障害者の危険性について様々な議論があった。結果的には医療観察法は成立し、間近に法の施行を控えているが、この精神障害者と犯罪の関係についての問題を、正確なデータに基づいて議論しておくことは、今後とも重要な課題と考える。

医療観察法が成立する過程の論議の中では、犯罪白書の数字が取り上げられ、それを持って精神障害者と犯罪の関係について議論され、精神障害者は一般人よりもずっと安全と主張された場面があったと記憶するが、よく調べれば分かることであるが、犯罪白書の数字は精神障害者と犯罪との関係について、実態を正しく反映しているとは考えられない。この問題は、あくまでも正しいデータのもとに議論すべきであり、以上の視点から犯罪白書の数字の問題点を以下のように指摘する。合わせてその根拠となる資料等を提示する。

他害と犯罪の相違

- ・他害のおそれとは他害の事実があり、なおかつおそれがあるという意味

- ・他害とは精神障害の状態で行った刑罰法令に触れる行為

- ・他害行為者に有責性があれば犯罪者となる

- ・警職法の3条：自傷他害のおそれのある者を保護し、精神病者収容施設等へ収容することを規定

- ・精神保健福祉法24条の警察官通報：自傷・他害のおそれのある者を都道府県知事に通報する制度

したがって警職法3条で他害のおそれのある者を保護した場合、精神保健福祉法24条で警察官は通報しなければならない。しかし、実際は精神病院が了解すれば警察官は対象者を直接病院へつれていき、入院となり、その他害の事実はなかったことになってしまっていることが多いと推定される。これをきちんとやろうとしたのが精神保健福祉法29条2の2の移送制度であるが、実際にはできていない。

平成13年度における数字を基にすると、暗数の中には重大な他害行為者が多数含まれていることが推定される。いずれも精神病院に入院または通院等になっている。すなわち、精神保健福祉法24条通報数は群馬県160件/年、栃木県500件/年、東京都1,000件/以上、全国ではおそらく年10,000件

以上と推定される。

また、暗数の中には精神保健福祉法24条通報せずに、警職法3条で保護して入院となっている事例が多いと推定される。さらに、精神障害者等2,072人は送致(検挙)はされているが、そのうちの相当数で身柄は病院にそのまま入院になっている可能性が高い。検挙数に占める精神障害者の率は0.67%であり、送致(検挙)されることが少ないことがわかり、殺人検挙数に占める精神障害者の率は9.3%、放火検挙数に占める精神障害者の率は15.6%であるが、これらは重大犯罪のためほぼ100%送致(検挙)されている。これらの結果から、精神障害者の犯罪率が高いとか低いとか論じるためのデータ自体が存在しないというのが実情であろう。

このような状況から、精神障害者が犯罪ないしは他害行為を起こしやすいか否か、すなわち危険な存在か否かを結論付ける客観的な根拠は得られていない。これは今後の課題ではあるが、暗数部分がある程度判明すれば、一部の精神障害者の他害性がより明らかになり、それへの対策を立てることも可能になるであろう。精神障害者が犯罪を引き起こす要因として、社会での支援欠如が上げられるが、精神障害者福祉の基盤の充実が犯罪行為を抑制するものと期待される。

・精神障害者と事件報道について

1) 精神障害者と事件報道についての問題は以下のようにまとめられる。

事件、事故報道の原則について

次の3項目が原則である。) 人権を最大限尊重する姿勢、) 実名が原則、) 人権、プライバシーへの配慮。

精神障害者を匿名とするケースについて

捜査段階あるいは公判で容疑者、被告が心神喪失により「刑事責任能力」がまったくないと判断されたとき、またはそう判断されることが確実なとき(不起訴処分、無罪判決の場合)、またはそう判断されることが確実なときは、本人を特定する名前、住所などは書かない。

【匿名とする判断の基準】

- a. 精神鑑定結果など科学的・客観的データ
- b. 捜査内容、取材結果を総合的に判断
- c. 精神科への入、通院歴や、現在でも入、通院中であってもそれだけでは匿名の理由とはせず、あくまでも責任能力の有無を基準とする
- d. 薬物中毒で精神障害を起こし犯罪容疑者となった場合は実名とすることもある
- e. 犯罪が凶悪で、逃走、指名手配され、あたたらな犯罪が予想される場合は実名を検討 刑法 39 条「心神喪失者の行為は罰せず」というのが、匿名の根拠のひとつである。

判定の難しさ、報道機関で揺れる判断について

実名にすべきか、匿名にすべきかの判断は困難であり、下記のように判断が揺れることが多い。

- a. 心神喪失であるか否かの判断をだれが、どのようにするのか。
- b. 医師の見解や鑑定を取材できれば確実だが、容疑者のプライバシーなどの問題があり、医師からの確認は困難な場合が多い。警察取材、入・通院歴などの確認が判断の材料となるが、いずれも確実なものではない。

- c. 入院、通院歴がある場合でも、刑事責任能力の有無を確認する必要があるが、ひとつひとつの事件についてケースが異なり、時間との勝負の中で現場判断となる。
- d. 「疑わしきは匿名」でいいのか。明らかな証拠もなしに、医師でもない新聞社が「心神喪失」と決めつけてもいいのかとの批判がある。(例: パリ留学生殺人事件)
- e. 「犯罪報道の匿名主義」論～「精神障害の有無で匿名、実名を判断することが誤りであり、犯罪報道全体を匿名にすれば、問題は一気に解決する」という考え方がある。(浅野健一氏の主張)
- f. 新聞、テレビ各社でも匿名、実名にバラつきがでる。

精神病歴の記載について

- a. 匿名にして病歴を記載することが読者、国民に与える影響について。「精神障害者は怖い」という偏見を助長するものだという読者からの批判がある。
- b. 報道機関によって対応が分かれる。

2) さまざまな課題について。

匿名の対象となる精神疾患とは何か

a. 病名からの視点について

・精神衛生法3条では精神障害を 精神病者 精神薄弱者 精神病質者に三分類している。このなかで報道にあたって最大の配慮をしなければならないのは 精神病者である。精神薄弱者は「種々の原因で精神の発育が遅れ、知的能力が劣り、社会生活への適応が困難な者」(旧文部省児童判別基準)とされている。彼らは精神病者と違い、一律に責任能力がないとはされない。症状の程度によっては心神喪失にあたるとされる場合もあるので、ケースバイケースで判断が必要になる。社会的に与えた衝撃が大きい場合などでは実名で書くこともある。起訴後の鑑定や判決で心神喪失下の犯行と認定された場合、不起訴、起訴猶予処分の場合には匿名に切り替える。精神病質者は「性格に偏りがあり、それが強ければ非社会的になるといわれる。その類型としては自己顕示性、狂信性、爆発性、無力性などがある」

b. 法的な責任能力と精神疾患という視点について

・未成年者の責任能力は限定的である。触法少年(14歳未満の少年)は刑事未成年という考え方からきている。心神喪失者は責任能力が皆無であり、心神耗弱者の責任能力は限定的とされる。刑法の規定では「心神喪失者の行為は之を罰せず」(39条1項)、「心神喪失者の行為は、その刑を減刑する」(39条2項)等の規定がある。

心神喪失の状態とは「精神の障害により、行為の是非を弁別し、またはその弁別に従って行動する能力がない者」であり、この状態における行為はこれを罰しない。(昭和49年5月、改正刑法草案、法制審議会決定)。また、「精神の障害により前項に規定する能力が著しく低い場合の行為はこれを軽減する」としている。心神喪失、心神耗弱は法律上の概念であり、精神障害が専門家の鑑定で認められても裁判官が心理学的側面の観点からみて、刑法上は責任能力があるとする事は差し支えないという見解を最高裁は明確にしている。

「精神障害者と新聞報道」をめぐる歴史的経緯

名前を伏せる慣行は地方紙で早い時期からあった。少年法の精神を精神障害者に適用してきたという

経緯がある。その理由としては 家族への配慮 本人の社会復帰をしやすいとする、ことであり、その背景として精神疾患は完治が可能という状況、考え方がある。その後、「疑わしきは匿名に」という慣行が生まれた。プライバシーを無視して何でも書くという新聞への批判が起こり、昭和54年の新聞大会でもフランス・ルモンド紙創始者が「微罪事件の実名報道は慎重に」と新聞に反省を求めた講演があり、匿名報道が増加していった。

昭和50年代に入って、こうした匿名記事の激増への反省が生まれ、新聞界で基準づくりが行われ、57年ごろから匿名報道が減少していった。基準づくりのきっかけになったのは56年6月、パリで起きた日本人留学生による女子学生バラバラ殺人事件だった。仏警察が精神鑑定を行うとの情報をめぐって新聞各社の判断が分かれ、実名、匿名で報道がばらついた。これを機に匿名報道のルール化の機運が生じた。

精神科の医師や法曹実務者などから「疑わしきは匿名にというのは新聞の気の使いすぎだ」「精神病患者であることの明らかな証拠がなければ実名で報道し、はっきりした時点で匿名に切り替えても人権上問題がない」などと主張がなされた。さらに、「医師でもない新聞が心神喪失と決め付けていいのか」という指摘もあった。

その後、いったんは「はっきりした時点で匿名にする」という基準ができたが、やがて「精神異常の疑いがあるものは匿名とする」と軌道修正がなされた。しかし、現実には報道各社で対応が分かれ、平成6年の「京急青物横丁医師射殺事件」ではその差が明確に出た。その事件に関しては、毎日新聞は最初から最後まで実名で報道し、通院歴は書かなかった。「精神障害があっても病状に左右されて事件を起こしたかが明白でないときに通院歴を書くことは偏見をまねく」「容疑者が逃走しており再犯の恐れがある」ことなどがその理由だった。一方、A紙、Y紙は実名で通院歴も書いた。N紙は匿名、通院歴も書かなかった。この被告に対する判決は「心神耗弱の状態だったが、冷静沈着に行動していた」として懲役刑を言い渡され、控訴したが棄却された。

匿名か実名かの現実

病歴を記載せず、匿名とすれば、これまでの経緯から読者に精神病を想像させてしまうという恐れもある。明確に書くことが偏見をなくすことにつながるという一面もあり、微妙で難しい問題を多く持っている。匿名、実名の問題は基本的には言論の自由ともからむ問題であり、報道各社が新聞協会の考えも入れながら、独自に基準を作っているのが現状である。

・精神障害に関する出版、報道機関へのアンケート調査

1)はじめに

現在、国、自治体、民間の精神医療・福祉の関係者は、精神障害者の社会復帰、地域生活の支援のために様々な活動を進めている。その際に障壁となるものの一つに精神障害者に対する誤解・偏見がある。この誤解や偏見を是正するのに重要であるのが、報道機関の役割である。

精神障害者に対して国民が正しい理解をするためには、報道機関が精神障害者や精神医療に対して正しい知識を持っていることが不可欠である。今回われわれは報道機関に対してアンケート調査を実施し、精神障害者や精神医療に対する意識調査を行った。

2) 方法

調査対象

調査対象は、放送局(テレビ局およびラジオ局)148社、新聞社106社、出版社37社の総計291社である。上記対象者宛にアンケート調査票(後述)を郵送し、回答を郵送してもらうように依頼した。

調査期間

平成17年2月1日～3月10日。

3) 結果

調査票の回収率

調査票の発送総数291件に対して、回収数69件、回収率は23.7%であった。回答者の内訳は、放送局19件、新聞社15件、出版社4件であった。所属不明が31件みられた。

調査結果の概要

調査結果の概要は表1に示した。

報道の際に患者の人権という問題を意識されているかという問には、97.1%という大部分で「意識している」という回答が得られた。また精神障害者の報道、出版に関して、社としての指針に関しては、「全般的な指針があり、それにのっとっている」が47.8%、「指針はあるが、個別の判断を重視している」が33.3%で、80%あまりの機関で指針を使用していた。

精神障害者が犯罪を犯した場合、実名報道については、「できるだけ、避けるべきである」が40.6%、「個別の判断が重要である」が58.0%で意見が分かれた。実際に精神障害者の犯罪について報道する場合、実名を報道しているかという問に対しても、各社ごとに対応が異なっていた。

犯罪者の精神科病院の入院歴、通院歴に関しては、「入院歴、通院歴があれば事実として報道してよいと考える」が10.1%、「犯罪と精神障害が関係がなければ報道すべきではない」が53.6%、「個別の事例ごとに検討すべきである」が39.1%で、これに関しても意見が分かれている。

犯罪報道に関する精神科医の論評については、「専門家の意見は読者の理解を深める上で役に立つ」が39.1%、「専門家の意見をきくことは通例であり、殊更問題はない」が5.8%、「憶測で話すことは誤解を招きかねないので慎んだほうがよい」が27.5%で肯定的な意見が多かった。

精神障害者や家族あるいは支援者に関する美談や真剣な生き様を伝えることが偏見の是正につながるという考えについては、賛同する意見が多かったが、実際に報道したのは、37.7%であった。その中で取り上げた記事としては、「支援活動、ボランティア活動など」が最も多かった。

過去に精神障害者に関する報道をされた際に、当事者等から苦情または論評がきた経験は、クレームが21.7%、論評が10.1%であったが、半数以上で苦情はなかった。

報道機関があまり一般的ではない精神科関連の疾患名や症状を報道することには、慎重な姿勢が多かった。

「知る権利」と実名報道

いわゆる「知る権利」と精神障害者の犯罪の際の実名報道については、自由記入式として意見を求めた。ここではできるだけ実名報道をすべきであるという意見、実名を避けるべきであるという意見、個別に判断するべきであるという3つに大きく見解は分かれた。

できるだけ実名報道すべきであるという意見には、以下のようなものがみられた。

「犯罪と精神障害が関係ある場合でも実名報道の意味は深い」

「ニュース報道は原則として実名にしている」

「社会を震撼させるような重大かつ凶悪犯罪は実名報道を原則とする」

「国民の知る権利に沿って情報を正しく伝えるのが務め、特に犯罪にかかわる情報は社会防衛上の見地からも国策の政策立案の見地からも非常に公益性が高い」

「重大な犯罪があった場合その犯人がどのような人物像なのかは公の関心事で原則的には「知る権利」に奉仕する」

「犯罪と精神障害の因果関係がない限り実名報道にしないと「知る権利」に応えられない」

一方、実名報道はできるだけ慎重にするべきであるという以下のような意見もみられた。

「刑法39条の規定から、実名、匿名の判断は慎重に行うべき」

「匿名でも事実関係、事件の社会的背景、問題点などは伝わるはず」

「知る権利」を理由に偏見、先入観、差別を助長すべきではない」

「知る権利」を振りかざして報道しているケースが散見される」

偏見に対する考え、具体的な施策

精神障害者に対する偏見についての基本的な考え、およびそれを減らすための具体的な施策について、自由記述式として回答を求めた。

ここでは精神障害者の実態が知られていないため、偏見が生まれているという意見が多かった。以下のように精神障害者に関する報道を増やすことが有効であるという指摘がみられた。

「なるべく露出できる場をつくる」、「取材も、できるなら病院で行う」、「取材記者が何度も足を運び、信頼関係を築いた上で実名で登場してもらった」

また精神障害者が事件を起こした場合、精神障害と因果関係があるかのような報道は慎むべきであるという意見もみられた。

4) 考察

本研究は報道機関の精神障害に対する考え方、姿勢を主として精神障害の報道のされ方という側面から検討したものである。このような研究は、日本精神病院協会によるアンケート調査と一部内容が重なるが、過去にほとんど例がない。

今回調査したほとんどの機関において精神障害者を報道する際の指針がそれに準ずるものがあり、この問題をきちんと意識していることは評価できよう。もっとも報道の原則は、各機関によって大きく異なっている。

たとえば、現実の精神障害者の犯罪の場合、実名報道をするかどうかという点についても、大きく意見は分かれた。精神障害者である可能性がある場合実名報道を控えるという報道機関が全体の半数あまりに及んだが、逆に言えばこれは、精神障害者であることが確定的でないなら実名報道を辞さない報道機関が少なからず見られることを示している。

また犯罪者の精神科への入院・通院歴について報道すべきかどうかについても意見が分かれている。日本精神病院協会の調査においても、「触法患者の受診歴をどのように報道しますか」という設問に対して、「基本的に報道する」が8.0%、「因果関係があれば報道する」が58.0%、「基本的に報道しない」が27.3%とわれわれの調査と同様の結果であった。

昭和40年代において、精神障害者が犯罪を犯した場合でも、実名報道が一般的であり一般の場合と扱いは異ならなかった。その後人権意識の発達のため、精神障害者に対する実名報道は手控えられ現在に至っている。もっとも犯罪の被疑者に対する報道の仕方は、一般の場合でも十分に意見の一致をみていない。あらゆる被告において、被告の刑が確定するまでは、実名報道は控えるべきであるという意見もだされている。

現在の時点で多くの報道機関が一致している見解としては、「被疑者が精神障害者であることが確定的な場合は、実名報道を控える」という点であろう。事実、殺人などの重大事件においても、被疑者が実名報道されないまま司法的な手続きが進行することは少なくない。これに対して一部の論者は、精神障害者に対する特別な扱いはいっさいすべきでないと主張している。精神障害者であろうと実名報道し、さらには刑罰の減免をすべきではないという。

また「被疑者が精神障害者であることが確定的な場合」といっても、実はこれが容易でないケースも少なくない。事件発生時には実名報道であったものが、その後の取材で匿名になることも起きている。報道機関ごとに対応の異なってしまうのは、やむを得ない側面があると思われる。

それでは今後報道機関にどのような対応を求めるべきであろうか。現実にはインターネットの普及により、匿名報道そのものが難しい状況になりつつある。少年犯罪においても顔写真がインターネットの掲示板において簡単にアップロードされてしまうことも起こっており、被疑者の匿名性を維持することは非常に難しい。問題は実名報道そのものよりも、精神疾患がセンセーショナルに報道されすぎることにあると思われる。

多くの人々にとって犯罪報道はある種の娯楽になっている。特に精神疾患の関連した理解不能な事件に対する関心は高い。たとえば連続少女誘拐殺人犯の宮崎勤被告が起こしたような精神障害者の犯罪は、報道の商品価値が高い。これに輪をかけるのがコメンテーターとしての精神科医の無責任な見解であり、実際は内容のない精神医学や心理学と関連した流行語である。事件のセンセーショナルな報道ばかりが先行し、きちんとした病気の説明も背景の解説もないため、一般の人々には「精神疾患は怖い」という漠然とした印象だけが残ってしまう。

このようなことを防ぐためには、今回の調査で得られた意見にあるように、一般の人に精神障害者の実態を知ってもらうため、精神障害者に関する報道を増やすことが有効であると考えられる。医学的な知識に裏づけられた真摯な報道が増えることによって、精神障害に対する偏見は減じていくであろう。またこのような動きに関しては精神医療側から報道機関に対して、積極的に具体的な提案をしていくことが望ましいと考えられる。

表3: アンケートの結果概要

1	貴社では報道の際に患者の人権という問題を意識されていますか？		%
	ア 意識している	67	97.1
	イ 殊更、意識はしない。	2	2.9
2	精神障害者の報道、出版に関して、社としてのガイドラインをお持ちですか？		
	ア 全般的なガイドラインがあり、それにのっとっている。	33	47.8

	イ ガイドラインはあるが、個別の判断を重視している。	23	33.3
	ウ ガイドラインはない。	12	17.4
3	精神障害者が犯罪を犯した場合、実名報道の是非がしばしば議論されます。		
(1)	そこで、貴社の精神障害者の犯罪の場合、実名報道についての基本的なお考えをお聞かせ下さい。		
	ア できるだけ、避けるべきである。	28	40.6
	イ 個別の判断が重要である。	40	58.0
	ウ できるだけ、実名報道すべきである。	2	2.9
(2)	実際に精神障害者の犯罪について報道する場合、実名を報道されていますか？		
	ア 精神障害者であることが確定的な場合、実名を控える。	20	29.0
	イ 精神障害者である可能性がある場合、実名を控える。	33	47.8
	ウ ニュースの重要性を考慮し、実名報道するか検討する。	19	27.5
	エ 原則として実名報道である。	1	1.4
4	精神障害者が犯罪を犯したと思われる際、犯罪者の精神科病院の入院歴、通院歴をあわせて報道している記事を見かけます。犯罪と精神障害が関連ない場合には、そのような報じ方が偏見を助長するという意見があります。それに関連して以下の質問にお答え下さい。		
	ア 入院歴、通院歴があれば事実として報道してよいと考える	7	10.1
	イ 読者の知る権利を尊重するためにも報道すべきだと考える。	0	0.0
	ウ 犯罪と精神障害が関係がなければ報道すべきではない。	37	53.6
	エ 個別の事例ごとに検討すべきである。	27	39.1
	オ その他	1	1.4
6	精神障害者の犯罪報道に関して精神科医がコメントをすることがよくあります。しかし、当事者を知らない精神科医が憶測でコメントすることは好ましくないという批判が聞かれます。そのことについてどのようにお考えでしょうか。		
	ア 専門家の意見は読者の理解を深める上で役に立つ。	27	39.1
	イ 専門家の意見をきくことは通例であり、殊更問題はない。	4	5.8
	ウ 憶測で話すことは誤解を招きかねないので慎んだほうがよい	19	27.5
	エ その他	20	29.0
7	精神障害者や家族あるいは支援者に関する美談や真剣な生き様を伝えることが偏見の是正につながるという考えがあります。		
(1)	そのような考えかたについてどのようにお考えですか		
	ア その通りであり、これまでも報道してきた。	26	37.7
	イ その通りであるが、そのような報道はしていない。	13	18.8
	ウ 偏見の是正には役立たない。	1	1.4

	エ どちらとも云えない	26	37.7
	オ その他	4	5.8
(2)	貴社では犯罪報道以外で精神障害を取り上げられたことがありますか		
	ア ある		
	当事者に関する実話	17	24.6
	支援活動、ボランティア活動など	38	55.1
	学術的記事(原因や治療に関する記事)	14	20.3
	その他	1	1.4
	イ ない	15	21.7
8	過去に精神障害者に関する報道をされた際に、当事者等からクレームまたはコメントがきた経験がありますか。		
	ア クレームがあった。	15	21.7
	イ コメントがあった	7	10.1
	ウ 報道したことはあるがクレームはなかった。	39	56.5
	エ 報道したことがない	6	8.7
9	メディアで新しい、あるいは一般的ではない精神科関連の疾患名や症状が報道され、これが流行語のような用いられることがしばしばみられます(例:アダルトチルドレンなど)。このような現象をどう考えますか。		
	ア メディアとして必要なことで、どんどん紹介すべきだ。	2	2.9
	イ 十分用語の内容を検討してから、報道・出版した方がよい。	55	79.7
	ウ 一般の人に不安を与える恐れがあり、注意して使用すべきだ。	11	15.9

(設問によって重複回答あり)

・普及・啓発活動

1) 世界における偏見是正運動の潮流

「国連原則」の登場

精神障害者に対する偏見を是正するための世界的規模のとりくみは、1977年の国際連合人権委員会における決議からはじまる。当初はもっぱら精神障害を理由とした拘禁者の人権問題としてとりあげられてきた。これは、その背後に旧ソ連、東欧諸国の精神科医療の政治的乱用に対する批判という意味を背景としてもっていたとはいえ、西欧先進諸国における人権意識の高まりが後押しした精神病院の縮小と地域医療への転換の時期と一致している。

国連におけるこの動向は、1991年の「精神病をもつ人々の保護と精神保健ケアの改善」およびその付属文書の「原則」の発布として結実している。

このいわゆる国連原則は、まず第一に、精神障害を理由とする差別があってはならないということを高らかにうたいあげている。そして第二に、可能な限り、すべての患者が地域社会で治療を受け、ケアされるべきであるということであり、第三に、すべての精神障害者はもっとも制約の少ない環境内で、もっとも

制約の少ない治療を受ける権利をもつべきであるということである。

WHOのとりくみ

世界保健機構(WHO)は、画期的であった「原則」の10周年として、2001年の世界保健デーの主題に精神障害を大きく取り上げた。その標語は“Stop exclusion — Dare to care” (排除をやめてケアに取り組もう)であり、偏見スティグマ是正への意志を宣言したものであった。その時のWHO声明は「精神保健—あまりにも長く無視されてきた—こそ個々人、社会、国々の全般的な安寧にとって決定的に重要なものであり、また、新しい光の中で普遍的に顧慮されなければならないものである」という簡潔で力強いものであった。

21世紀の初頭にこのように精神保健が世界的規模で注目を集めたのは、まず第一に精神保健の問題が数量的にも質的にも人類の保健福祉の最大といってよい焦眉の課題として認識されたこと、さらに精神障害に対する有効な治療法の進歩にもかかわらず世界中どこにおいても精神保健の問題が不当に無視され不十分なサービスしか提供されていないという事実が明らかにされてきたことによる。そして、前者の課題の解決を困難にしている原因であり、後者の遅れを招いている原因である最大の要素が、精神障害に対する差別・偏見の存在であることが認識されるようになったのである。

精神保健の重要性については、WHOによると、行動障害や薬物乱用をふくめて4億5千万を超える人々が精神・神経疾患で苦しんでいるという。これをさらに詳細に明らかにしたものが、WHOと世界銀行およびハーバード大学の共同研究として進められている「疾病の世界的負担 “Global Burden of Disease” (GDB)」調査である。なかでも、疾病のもたらす負担を数量化する新しい基準である「障害調整生存年数 (DALY)」を導入することで明らかになった、全疾病に対する精神障害の負担が12%を占めているという数値の高さは衝撃的であった。さらに、このDALYから生命損失年数を除いて、障害をもって生きる年数を算出したYLD (Years Lived with Disabilities) では、15才から44才という活動性のもっとも高い年齢層で見ると、その上位5疾患のうち4つを精神障害が占めているのである。その4つの精神障害は、1位から3位まで順に、単極性うつ病、アルコール乱用障害、統合失調症であり、5位が双極性障害である。この調査結果は、精神疾患が長期にわたる生活障害を招き、人生に深刻な影響を与えていることを明らかにし、精神障害へのとりくみが人類の保健・福祉の向上にとって緊急の重要課題であることを示した。

精神保健が不当に無視されているという問題については、WHO加盟国を対象とした精神保健行政に関する調査において、その水準の低さが示されている。たとえば、各国ごとの保健予算全体に占める精神保健予算の割合を中央値でみると、平均2%にとどまっているという。WHOは、このような不適切な現状が、偏見の結果であるとともに偏見の原因でもあることを明言し、精神保健改善に向けた10項目にわたる勧告を行っている。それは、「受ける価値がありながら治療を受けることを妨げているもの—とりわけ偏見、差別、不適切・不十分なサービス—を軽減する」ことをめざしている。

この勧告は、さらに各国の経済レベルによって3段階に分けられたプログラムを提供しており、とりわけ先進国のように比較的十分な資源を持つ場合、「まず早急に求められている行動は、一般の人々の意識を高めること、主として偏見と差別を減らすこと」であるとされ、一次医療プライマリーケアにおける治療の実施と一般市民に対する啓発が重要であるとされている。

世界精神医学会がすすめる偏見是正

WHOの活動と並んで世界的規模の啓発運動に取り組んでいるのが、世界精神医学会(WPA)である。WPAは1996年から、Worldwide Program to Fight the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia(統合失調症に対する差別と偏見と闘う世界的プログラム)を発足させている。このプログラムは、「1)統合失調症の性質と治療法に関する知識を普及する。2)統合失調症をもった人たちとその家族に対する人々の態度を改善する。3)差別やスティグマを防ぎ、取り除く行動をおこす」という目標を掲げて活動している。

WPAを中心とした国際的ネットワークは、統合失調症をもつ人々の生活の質を向上させる活動を行うグループで構成され、活動の経験を相互に伝えあうための交流を行っている。それによって、この目的にそって啓発を行うための各種の教材を作成し蓄積している。

プログラムの作成は、各国の政府組織やNGO、当事者組織、医療福祉の専門家が携わっており、WPA内の中心的組織は「運営委員会」「診断と治療委員会」「社会復帰委員会」「反スティグマ委員会」「審査・統合委員会」として構成されている。

このプログラムのための手引き書が公にされており、2002年のWPA横浜大会にあわせて邦訳が出版されている。内容は、プログラム実施のための指針、統合失調症についての広範な領域における最新の知識の提供、偏見を減らすための実践的指針、既実施地域の報告からなっている。この手引き書は、各地の活動組織の運営を円滑かつ効果的に行い、さらに活動の成果を共有するためにつくられたものであり、現実の各国の活動がこの手引き書通りのものではないことはもちろんのことであるものの、実践的な偏見是正活動のモデルを提供している。

WPAのプログラムは、偏見と差別を減らし統合失調症をもつ人々の生活の質を改善する対策として、1)症状をコントロールし、しかも偏見を引き起こすような副作用が最小限であるような薬物を開発し普及すること、2)地域社会に対する啓発・教育活動によって、人々の態度を変化させること、3)当事者に対する心理教育を、障害とともに生きる方法について学べるものとする、4)当事者との協力によって、社会の人々の差別的な行為を明らかにする、5)差別を減らす社会的・法的施策を進める、という諸点を挙げている。ここでも、啓発に対するマスメディアの影響が強調されている。

カナダにおける偏見是正運動の実際

WPAのプログラムには、現在、オーストリア、ブラジル、カナダ、チリ、エジプト、ドイツ、ギリシャ、インド、イタリア、日本、モロッコ、ポーランド、ロマニア、スロバキア、スペイン、スイス、トルコ、英国、アメリカ合衆国が参加している。ここでは、カナダのカルガリー地区で実施されたプログラムを紹介する。

西カナダのカルガリー市は、カナダにおけるエネルギー産業と金融の中心のひとつである、人口90万の都市である。この地区の、精神保健に関する活動を行っている行政機関と医療機関、大学、当事者組織が中心となって、1997年から2年間、プログラムが実施された。

いくつかの標的集団を設定して、それぞれの集団に対する偏見軽減のための宣伝がおこなわれた。医療機関では、救急室職員が選ばれ、「各救急室に精神障害者に対するサービスや手順の改良勧告」が行われ、それらが実行されることが目標とされた。また、行政に対して、精神障害者に対する救急室指針の基準を作成させることも目標とされている。

医学生に対しては、カルガリー市の医大の学生の統合失調症に関する知識を10%向上させることが目指された。保健政策立案者の集団に対しては、この運動に対する理解を求め寄付金を獲得することと、

精神障害者に対する何らかの具体的施策を実現することが目標となった。

10代の若者については、特定の学校での活動を通して、生徒の態度と知識を10%向上させることが目標とされて、達成されている。特に、統合失調症に関する正しい知識を身につけることについては、明確な達成がなされている。同様な介入とその達成が、一般住民のグループについても報告された。

聖職者について、彼らが統合失調症と思われる人に接した時に適切に照会できるようになることが目標とされたものの、これについては介入が不十分にしかできなかったと評価されている。経営者集団についても、介入が不十分で啓発効果が達成できなかったと評価されている。

報道関係者集団に対する介入によって、宣伝期間中に統合失調症を前向きに扱った記事が35%増えるという結果が達成されている。

この運動によって、学校や地域団体に対して当事者が自分の経験を語るパートナーシッププログラムが地域に拡大し、報道関係者との関係も密接となった。このことは、プロジェクトの成功には、当事者に精神保健サービスの利用者として参加してもらうことが不可欠だったことを示している。

また、この宣伝中に行われた10代の生徒による偏見撲滅活動競技会は、期間後も引き継がれている。救急室に対して行った基準設置の勧告は、カナダの保健サービスに関する審議会に採り上げられて、国家水準での実施にむけた精神障害者に対する救急室サービス基準が作成された。これらの永続的な成果により、偏見是正活動の有効性が保証されている。

まとめ

国連の「精神病をもつ人々の保護と精神保健ケアの改善」原則にはじまる、世界的規模の精神障害に対する偏見是正運動の潮流を簡単に紹介した。WPAの活動に関するより詳しい報告は、インターネット上のアドレスで知ることができる。(http://www.wpanet.org)

これらを概観してわかることは、1)報道関係者による誤った情報の修正と、同じ報道関係者による市民啓発の重要性、2)学校教育における早期からの教育の必要性、3)偏見是正運動への当事者の参加の有効性である。

しかし、そのことは偏見を減らしていくための第一歩にすぎず、それによって偏見が軽減されることで一人でも多くの精神障害者が地域で生活できるようになり、人々が精神障害者との交流を当たり前のこととして経験していくという社会を実現していくことがなければ、偏見の払拭という困難な課題を永続させることはできないであろう。そういう意味で、精神障害者の脱施設化という「国連原則」が示した最初の根本的な課題と、反スティグマ運動は常に連動しているのである。

2) 我が国における偏見是正のための活動

統合失調症への名称呼称変更の効果と偏見是正

平成14年度から16年度にかけて行った厚生科学研究費障害保健福祉総合研究事業「精神疾患の呼称変更効果に関する研究」(主任研究者 大野裕)によれば、呼称変更が病名の告知を容易にしているという結果が示されている。すなわち、平成14年(2002)年8月に schizophrenia の日本語呼称を「精神分裂病」から「統合失調症」に変更するように日本精神神経学会総会で正式に承認された。

それをうけて、呼称変更がわが国の精神科臨床にどのような波及効果を及ぼしているか、そうした効果を治療に生かすためにはどのようにすればいいか、の検討が行なわれた結果、医学用語であり行政

用語となった新呼称「統合失調症」が急速かつ広範に精神医療・保健福祉領域に普及定着しており、分かった精神科医療の実践に有用であり、偏見を是正して回復者の社会参加を促進する効果があることが示された。こうした結果は、精神保健福祉法の旧病名を新病名に変更するための条件がすでに整っていることを物語っている。今後は病名変更を機に、この病気に対する適正な知識の普及啓発(とくに学校教育における啓発)が急務であると考えられる。

告知に際しては、「家族への心理教育＝当事者の療養環境の間接的な保護」から、「当事者への心理教育＝当事者が主体的に治療環境に関わることへのエンパワメント」へと認識を転換して、治療に役立つ告知のあり方を検討する必要があると考えられる。とくに、病名の告知に加えて、告知の態度や環境、告知後の適切な情報提供も重要であると考えられた。

偏見是正のための具体的方略—フォーカスグループの活用

2001年度から2003年度のかけて行った厚生労働科学研究費「精神障害者の偏見除去等に関する研究」(主任研究者:佐藤光源)の成果から、フォーカスグループを用いて設定した対象へのアプローチが効果的であることが示されている。

一般的な普及・啓発の講演会や行事には参加しづらく、また社会資源開設などで態度が顕在化することはないものの、精神障害をもつ人たちの暮らしに大きな影響を与えている一群の対象(フォーカスグループ)を見定めて、集中的に普及・啓発プログラムを提供するのが、このアプローチの特徴である。一定の時間と人手を要するが、これまで一般的に行われてきた普及・啓発のための講演会に比べてより高い啓発効果がみとめられることが明らかになっている。

この方法では、まず地域で偏見対策を考え、行動するチームを形成する。このメンバーは、機関や職種を越えて、また当事者も含めて構成する。このグループはその地域で暮らす当事者のニーズを把握する。その活動によりえられた情報をもとに、地域偏見対策チームで介入対象を議論し、活動プログラムを作成する。プログラムに当事者自身が取り組める組織(スピーカーズ・ビューロウ)作りを行う。

このプログラムでは必要時に出向いてプログラムに参加し、病の体験を語れる当事者が重要な役割を果たしている。そのために自らの体験を語るための登録制の組織を当事者が主体となって作ることが重要であり、専門家がそれを支援することになる。

このような方法が効果的なのは、当事者との良好な接触体験があることと思われる。当事者の生の声を聞きその生活体験に触れることが重要である。生々しい体験談の影響力はかなり大きい。プログラム参加者は、精神科医の医学的説明よりも当事者の体験談の方が偏見除去の効果が高いと評価している。それも、一方的な講演よりも、協同作業も採り入れながら双方向的な交流が持てるよう配慮した方が良い結果が得られるという。

国による正しい知識普及の活動—厚生労働省報告書を中心に

1) はじめに

2002年1月に始まった厚生労働省、社会保障審議会障害者部会の精神障害分会は1年の歳月をかけて、報告書「今後の精神保健医療福祉のありかたについて」をまとめた。この報告書は今後5年から10年という長期にわたる精神保健医療福祉の施策の方向性を示すものとして、非常に大きな意義があるものと思われる。この報告書の基本的な考え方は、入院主体の精神医療から地域における精神保健医療福祉への転換ということである。1987年の精神保健法、2003年の障害者基本法、平成7年の精神保健福祉

法、1996年の障害者プラン等といった重要な法律や計画が次々に制定される過程で、精神障害者のノーマライゼーション、すなわち障害のある者が、無いものと同じ様に、地域で生活することが当たり前の社会という考えが謳われるようになってきつつあるものの、現状はとても満足できるものではない。そこで今回の報告書で、精神障害者の地域移行(脱施設化)を推進することを改めて宣言したものである。このような宣言をしたところに厚生労働省の強い意欲が伺われる。

報告書の目玉はなんといっても7万2千人の社会的入院の解消である。地域に適切な受け皿があれば退院できる人がいわゆる社会的入院者であるが、この数字が目標値として明確に示されたことは大変大きな意味を持っている。この数字の根拠は、1999年に厚生労働省が行った病院調査の結果にある。厚生労働省は3年おきにある一定の期間を選んで、抽出した医療機関において、入院患者と通院患者の実態調査を行っている。その調査の中で、7万2千という数字がでてきた。この数字が本当に実態を表わしているかどうかについては議論のあるところであるが、このような数字が示されたことは、はっきりとした目標に向かって努力する力を与える。

社会的入院者の退院を促進し、地域に定着させ、再発を防ぐためにはどうしたらよいか。また、精神障害者の自立と社会参加のためには何が必要か。さらに国民の皆さんの心の病気を防ぎ、心の健康を増進させるためにはどのような施策をたてればよいのか。こういった課題に対して、報告書は6本の柱をたてて、その各々について具体的な目標を定めている。

これらの施策を進めるにあたって、基本的な問題がある。それは精神疾患、精神障害に関する誤った理解や偏見である。精神障害者の社会復帰施設を作ろうとしても住民の反対にあって、計画が頓挫してしまうことも少なくない。そこで報告書はその基本的な考え方の最初に「精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること」を据えた。

） 検討会の設置

上記の報告書をうけて、厚生労働省には精神保健福祉対策本部が設置された。これは厚生労働大臣を本部長として、厚生労働省の全部局が参加して対策を検討するものである。2003年5月に同本部の中間報告がまとめられた。そこには重点施策として、以下の4課題が掲げられた。

- a) 普及啓発……………正しい理解・当事者参加活動
- b) 精神医療改革……………精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床の減少を促す
- c) 地域生活の支援……………住居・雇用・相談援助
- d) 受け入れ条件が整えば退院可能な7万2千人の対策

このうちの最初の3課題について、厚生労働省は検討会を設置した。その第一の検討会が、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」であり、当事者をはじめ、精神医療・福祉関係者は勿論、報道関係者や行政関係者まで広く参加した検討会になっている。10月8日に第1回の会合が持たれ、毎月各1回、都合5回の検討会を開催した。その間に、島根県さわか福祉財団の堀田理事長や小平市にあるクラブハウス「はばたき」の当事者澤田さんなどをはじめ、当事者、当事者家族、保健医療福祉関係者、地域活動関係者、雇用や教育の関係者、行政職員、報道関係者関係者等から意見聴取も行った。2004年3月25日に報告書がまとまり、この報告書に関心をもちた小泉首相に、座長と副座長が首相官邸で20分ほど内容説明を行なった。

） 報告書の内容

a) 現状認識

報告書は、「現状認識」と「今後の取組の基本的考え方」の2部構成となっており、まず現状認識として、以下の諸点を指摘している。

() 精神疾患は、誰でもかかる可能性のある病気であり、生活習慣病と同様である。

厚生労働省の患者調査によれば、2002年度に精神科を受診した者は260万人に上る。受診しない者もいればその約3～4倍にのぼり、実に10人に一人という多さである。精神疾患は適切な治療の継続により、その症状は相当程度安定化し、軽快又は治癒する病気でもある。また、代表的な精神疾患である統合失調症(精神分裂病)や気分障害(躁うつ病)も糖尿病や高血圧等の生活習慣病と同じように、継続的な治療や支援を行うことにより長期的に症状の安定を図ることができる。その発症には素質的な要因(遺伝的にきめられているもの)と環境要因(生活習慣からくるストレス)とが関係するが、ストレスを上手に解消することによって予防も可能である。こういった点などからも精神疾患は生活習慣病と大変よく似ている。

() 国民の間で、これらの精神疾患に関する基本的な認識は不十分で、自分とは無縁と考えている人が多い。

精神疾患がごくありふれた病気であるという認識はいまだ十分ではない。同じ精神疾患でも認知症に関しては、自分もいつなるかわからないという認識を多くの人が持っている一方で、統合失調症や気分障害などの精神疾患に関しては、多くの人が自分は無縁だと考えているのが実情である。精神疾患は生活習慣病と同じように、国民の一人一人が自分の問題として考える必要があることは、上に述べた通りである。

() 精神障害者は危険であるという誤った認識がある。

一部の国民には精神障害者という危険だという漠然とした考えを持っている。しかし、2002年度犯罪白書によると、刑法犯の全検挙者に対して精神障害者が占める割合はわずか0.6%にすぎない。精神障害者の全人口に占める割合は少なくとも約2%であるから、犯罪者の発生率は病気の発生率より低いことになる。また、別の見方をすると、犯罪行為に及ぶような、いわゆる“危険な精神障害者”は、精神障害者全体のわずか0.1%である。つまり、精神障害者の1,000人に1人であり、精神障害者を除く刑法犯で検挙された者が精神障害者を除く人口の100人に1人であることと比べると、精神障害者はみな危険という認識が誤解であることを示している。危険な精神障害者というものは、精神障害者全体からみればごくごく一部であり、その比率は、精神障害者でない人の中にある危険な人の比率よりも高いことは決してない。

() 誤解や偏見のために、精神障害者の社会復帰や社会参加が阻まれている。

無理解や誤解のために、精神疾患や精神障害者というだけで偏見を持たれ、そのため多くの障害者が社会に参加するには非常に大きな労苦を強いられている。例えば、精神障害者の社会復帰施設を作ろうとしても、周囲の住民の反対で断念させられる、という話がよくある。また、作業所などでの訓練の後によりやく就労したとしても、職場やその周囲の理解を得ることが難しく、さらに大変な努力を重ねなければならなかったりする。さらに、無理解や誤解があるため、本来退院のできる患者の退院が進まず、必要以上の長期の入院が行われ、患者が社会で生活していく能力が失われているという悪循環が生じている。

() 精神疾患や精神障害者の正しい理解のための普及・啓発が不十分である。

以前から国・都道府県・市町村、関係者挙げて、精神疾患や精神障害者の正しい理解のための普及・啓発が行われてきた。しかし、未だに無理解や誤解は残っており、十分な普及・啓発がなされているとはいえない。精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の促進を図るため、あらゆる機会を通じて普及・啓発に正面から取り組む必要がある。精神疾患は誰にでもかかり得る病気であり、誰もが人格と個性を尊重し合いながら、これに取り組んでいくという基本認識の下で、日常の身近なところで正しい理解の普及が進まない限り、誰もが支え合い、幸せになれる社会は実現しないと思われる。

) 今後の取組の基本的考え方

a) 指針の策定

報告書では、今後の取り組み方として、まず指針を策定した。その中で、指針の方向性を、精神疾患を自分自身の問題として捉えることと、その理解に基づきこれまでの態度を変え適切に行動することの二つの段階にわけている。

精神疾患についてまず理解すべき基本的なことは、
・ ライフスタイルを変えたり、ストレスをうまく処理したりすることによって防ぎうる病気であること、
・ 放置すれば症状が悪くなるが、早期に発見し、適切な治療を継続することにより、症状が安定し回復する病気であることである。さらにいえば、素質があれば軽度のストレスでも発症することがあり、素質が少なくとも強いストレスにあうと発症することから、誰でも罹りうる疾患であり、自分にも無縁なものではないと理解することも重要である。事実、精神疾患の罹患率は極めて高い。

正しく理解することによって、
() 障害者への基本的な信頼感が高まる、
() 障害者に接する際、適切に対応できるという自信が高まる、
() 否定的な感情が少なくなる、
() 病気や障害者の生活に関する知識が増える、などの効果が期待できる。さらにそれによって、精神障害に対する態度や行動が変化することも望むことができる。

このような観点から、指針では二つの大きな方向性が示され、その各々で4つの項目が掲げられている。この指針は「こころのバリアフリー宣言」と命名され、精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針という副題がつけられた。

b) 指針の趣旨の普及方法

指針の策定は活動の第一歩であり、入り口に立ったに過ぎない。重要なのはそれを如何にして国民の間に普及、浸透させていくかということである。報告書では、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、報道機関等の様々な媒体を用いて活動のそれぞれの特性を活かした活動を対象者に応じて進めていくことを提案している。

その中で、住民と第一線で接する保健医療福祉関係者、地域活動関係者、雇用や教育の関係者、行政職員、報道関係者等のそれぞれに独自の活動を提唱している。それぞれがまず理解を深めたいと考える対象者を念頭において、対象者に応じた適切な情報を発信する。それによって、さらにその対象者から情報が広ってゆくことが期待される。

一方、国では、地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、普及・啓発の取組が国民的な運動となるように働きかける。例えば、毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として集中的に知識を広く情報発信す

るという計画もある。また、国自身が必要な協力を行っていく方針も示されている。

） 今後の課題

指針の趣旨をどのように普及・浸透させるかが最も大きな課題である。普及の対象として、当事者や医療・福祉関係者も含めたこと、報道機関の報道の仕方の問題を論じたこと、障害者に接する行政職員や雇用や教育の関係者などを対象としている点もこれまでにない新しい視点であり、成果が期待される。

検討会では、直接障害者に接する専門職の理解が不十分であることも指摘された。また、精神科の医師以外の医師の誤解が大きいという指摘もある。看護師、保健婦などの医療職の中でも、実際に精神疾患患者や精神障害者に接したことのない専門職は理解が不十分であるという。しかし、精神障害者に直接接する医師や看護師の中にも正しい理解が乏しいものがあるかもしれない。精神障害者に接することが仕事である専門職は謙虚に自己の理解や行動を振り返ってみる機会を持つ必要がある。本報告書がそのような面でも活用されることが望まれる。

知識の普及にもっとも効果的なものは報道機関の報道である。その影響は計り知れないほど大きい。検討会では、精神障害者が危険であるという誤解が生まれる一つの理由に報道機関のこれまでの報道の仕方が挙げられた。すなわち、精神病院への通院歴がある人が犯罪を犯すと、新聞やテレビが犯罪者の名前を匿名にして、かつ通院歴があることを報道することがこれまでによくあった。それは犯罪が精神障害と関係があるかどうか確かめられていない初期の段階で行われていた。そのような報道は犯罪と精神障害をむすびつけて考えさせやすく、そこから精神障害者は危険なものという誤った考えを引き起こしやすくする。家族を含めた当事者や精神医療福祉関係者は犯罪を犯した精神障害者の報道の際に通院歴や匿名報道は止めることを望む。一方、報道機関関係者はそうすることの理由として、国民の知る権利の尊重、事件に関係すると思われる事柄の幅広い報道、犯罪者や精神障害者の人権を尊重するための匿名化、等々を挙げている。互いの考え方に隔たりがあり、それを縮める必要がある。そのために検討会では、両者の対話の機会を作ることが提案された。そのような機会が実現し、そこで議論されたことが報道されることは、偏見の是正に極めて有用であると思われる。そのような機会を実現することは、大きな課題の一つである。

本報告書を強力に普及させるには、自治体の力が大きい。2000年から生活習慣病の克服や健康寿命の延長を目標として健康日本21プロジェクトがスタートした。このプロジェクトは、昨年発効された健康増進法によって、さらに強力に推進されるであろう。それと同じような方法で自治体が強力に正しい知識の普及に努めれば、その効果は十分に期待できる。それを国が支援すればより効果的であろう。

しかし、最も重要なのは国あるいは自治体の精神医療・福祉施策の推進である。誤解や偏見の解消には国民が精神障害者と日常的に接する場を作ることが最も早いと考えられる。それには地域の受け皿作りを進め、社会的入院者の地域移行を推進することである。その中には救急対応なども含めて地域で精神障害者の生活を支援する体系も含まれるから、精神障害者は安心して地域で生活することができる。それによって、住民との軋轢も少なくなり、理解がより進むものと思われる。住民が精神障害者に否定的な感情を抱くのは、いざというときの適切な対応が欠けているためである。

地域移行が進むことが誤解の解消につながる。その一方で地域移行を進めるためには誤解の解消が重要である。すなわち、両者は相互に密接に関連している。この両者を平行して進めることが肝要であり、その推進には官民が力を合わせて精神医療・福祉の向上に尽くしていかなければならない。

精神疾患・障害に関する正しい知識の普及に向けて報道機関の出来ること

）精神障害者による犯罪の報道を巡る論点

a) 事件報道の原則(事実を实名で報道、関係者の人権とプライバシーの尊重・・・被疑者は実名か匿名か、その判断基準、事件の重大性と社会的影響の大きさ)最終的には責任能力の問題、初報の段階でどう扱うか

b) 被疑者に精神の障害が疑われる場合でも、事件と障害の因果関係、被疑者の刑事責任能力が、不明確な段階では、慎重さが求められる。

c) 後に捜査段階、また公判で被疑者の精神鑑定が行われ、責任能力が無い、または限られる、という事になった場合、実名報道を匿名に変えることについて現場の判断は慎重になっている。

d) 初報で被疑者の入院歴や通院歴を記載することへの批判に対して警察発表による。

池田小学校事件までは書かない傾向にあったが、それ以後また書くようになった。

e) 2001年6月の大阪教育大学付属池田小学校児童殺傷事件の報道をめぐる諸問題とその波紋・・・被疑者の過去の犯罪についての報道、初報の是正の難しさ。

f) 犯罪の低年齢化、凶悪化、質の変化・・・少年犯罪における精神鑑定、国民の知る権利、事件についての「専門家」の論評、読者の立場からは要求に答えている。学会の意見などがだせるとよい。

インターネットで全て出てしまう。マルチメディアの時代の報道のあり方が問われている。

g) 事件後の報道(被疑者の処遇、裁判の行方、精神鑑定、司法判断)

）精神障害者を元気にする報道・・・差別や偏見をなくす報道のあり方

a) 精神障害者への差別・偏見の現状(アンケート調査の結果、どのようなことが差別・偏見と認識されるか、十分に尽くされたといえない実態の把握)

客観的調査が必要、国民のもっているイメージが多様。

b) 精神科医療や障害者の問題を報道機関はどう伝えてきたか

医療を扱う記事(健康医療情報、社会問題としての告発的報道、制度論としての医療記事)は大幅に増えたが・・・

精神医学が他科よりも劣る。精神科の特殊性、EBMを。

c) 精神保健の重要性や自殺の多さが強調され、「心の健康」への理解は各方面で進んでおり、精神医療に対する国民のイメージはかなり変わりつつある。しかし、こうしたことが、精神障害者問題の差別・偏見の除去に必ずしも繋がらない現状——その背景は何か

医師と患者の関係が異なる。

d) 精神障害者問題への理解や偏見是正の本質(他者への配慮や理解に根ざした共生社会の思想)と、それとは正反対に向かう現代社会の実情。少子高齢社会、家族の崩壊、情報化社会(情報の氾濫と信頼性担保の難しさ、マルチメディア化)・・・人間関係は希薄化、表層化する一方で、絆を築きにくい社会、他人に対する理解が低い、自分さえよければという姿勢。

e) 専門家(各学会～日本医学会、日本学術会議など)に求めたいこと。

事実を伝えてほしい。学会でまとめる。

f) 報道機関に出来ることは何か

伝えることに徹することと、光も影も含めて報道すること。

現実的には、人権の問題があるため及び腰になってしまうし、どこからも問題にならない美談でくってしまうことが多い。

また、精神医学の意見の集約の難しさがある(例:宮崎事件)。

光も影も含めて報道する。

精神医学研連登録学会の偏見是正活動の現状

）はじめに

日本学術会議の精神医学研連には21の関連学会が参加している。その研究内容は生物学的なものから社会・心理学的なものまで多様である。また、会員数、歴史等も様々である。それらに捕らわれることなく、各学会でこれまで偏見是正に関してどのような活動を行ってきたか、また、将来どのような計画、展望を持っているかを尋ねた。

）結果

表に示すごとく、回答を寄せた14学会のうち、誤解や偏見という課題を有している学会は10学会と7割以上に上っていた。また、その課題に対して取り組んでいる学会は11学会と8割近かった。取り組み方は種々であり、老年精神医学会は痴呆という名称変更への取り組み、睡眠学会は道路交通法への取り組み等、それぞれの学会で持つ独自の問題への取り組みであった。取り組み方も表に示したとおり多様であった。

殆ど全ての学会は、偏見や課題に対して、今後取り組んでゆきたいと前向きの姿勢を示した。その課題は多岐に亘っており、また取り組み方も多様であった。

）考察

精神障害あるいは精神疾患に対する誤解や偏見の問題は多くの精神医学関連の学会が抱いている。その内容は学会の性質により様々であるが、その根底には共通した課題があるように思われた。すなわち、社会一般の理解の不足である。これは、むしろ学会が積極的に社会に正しい知識の普及と啓発に努める必要があることを物語っている。そして、多くの学会はその必要性を感じ取っており、さらにその具体的な方法も検討していると見受けられた。

このように多くの問題があるものの、その課題に積極的に取り込もうとする学会の姿勢は高く評価されてよいものと思われる。

表4: アンケート結果

	あり	なし
精神疾患・障害に関する誤解や偏見の問題への直面経験	10	4
誤解や偏見の問題への取り組み	11	3

表5：取り組みの内容と方法

内 容	方 法
・「精神分裂病」から「統合失調症」への病名変更 ・痴呆という名称の変更 ・道路交通法の問題への取り組み ・インフォームド・コンセント ・アスペルガー症候群に対する誤解の是正 ・不登校「わがまま」「国民病」の是正 ・宮崎の腎透析拒否問題について ・過眠患者に関する誤解是正、受診促進に関し啓発活動 ・成果の伝達・・・生物学的精神医学の進歩を適正に伝える・	・指針の作成 ・調査団の組織 ・講演会 ・学会内での議論・検討 ・報道関係者に対して意見、注意の喚起を文書で送る ・直接監督する行政機関に対して報道の事実確認と適切な指導依頼 ・シンポジウムのテーマ ・学会 ・市民フォーラム ・セミナー ・ホームページ

表6：今後の取り組み方について

取り組むべき課題	取り組み方の方法
・精神疾患はここまで解明されたという知識の普及 ・学会会員以外の医師への啓発活動 ・雇用問題に関する活動 ・精神科医の報道関係発言の際の守られるべき倫理要項の作成 ・偏見や差別の実態調査、是正の活動 ・小児科医への正しい理解の訴え ・「社会精神医学会」に見合った活動 ・自閉症の外科的治療に対する調査検討 ・不登校・ひきこもり：研究上の倫理問題点検討・公表 ・児童の強制入院のあり方に関し実態調査・学会倫理綱領の制定 ・過眠障害患者についての啓発活動	・一般市民公開フォーラム ・特別講演あるいは教育講座 ・学会内偏見是正委員会の設置 ・偏見や差別の実態調査、是正の活動 ・相互教育・研修の中で取上げる。 ・ホームページの工夫 ・報道機関に対する広報 ・問題点検討・公表 ・実態調査・学会倫理綱領の制定 ・要望書を行政、関係機関に送る ・WPA の手引書を翻訳、その中のいくつかの実行の計画 ・報道関係者に対するプレス・キットの作成

・提言

1) 精神疾患・障害が誰でもかかりうるものであることの認識の普及

2002年度の厚生労働省の患者調査によればわが国で精神科を受診している精神疾患罹患者の数は258万人であり、未受療者はこの4～5倍は存在するものと思われる。このように数が多いことに加え、精神疾患は素因と環境の相互作用によって生じること、ストレス対処により、再発や再燃が阻止できることなどから、生活習慣病と合い通じるものがある。そのような認識に立てば、精神疾患は国民の誰もがかかりうるものと言っても過言ではなく、そのような認識が精神疾患・障害への関心や理解をすすめることになる。

したがって、精神医療関係者、とりわけ精神医学関連学会が中心となって、精神疾患を誰でもかかりうる疾患との国民的理解を高めるよう努力する必要がある。

2) 学校教育での精神疾患・障害に関する正しい知識の普及・啓発

精神疾患・障害者の理解には患者及び障害者に身近に接することが第一であることは多くの事実から明瞭である。かかる観点から、誤解や偏見が比較的少ない生徒・学生の時代から精神疾患患者や障害者に接する機会をもつことは、接し方の態度の修得を可能とし、誤解や偏見の防止に極めて有用であると思われる。また、教科書などにも採用し、授業の中でも積極的にそれらを取りあげることが重要である。

3) 一般科医療と精神科医療との交流

精神疾患・障害に対する誤解や偏見は一般科医療者には高いといわれている。その問題の解決のためには、一般科と精神科の交流が盛んにならなければならない。そのような場としてもっとも相応しいのが総合病院の精神科である。しかし、精神科を有する総合病院は少なく、経済的理由から廃止する病院すら存在する。精神科医療を視野に入れた適正な診療報酬体系を再構築し、一般科と精神科との交流が円滑に行われるような施策が検討されるべきである。

4) 当事者のエンパワメント

これまで多くの場面で当事者は部外者であった。しかし、障害者の持つ真のニーズは当事者やその家族によって明かされるべきである。厚生労働省の社会保障審議会にも2年前から当事者代表が参加し、議論がより実りあるものとなっている。また、偏見是正のための当事者の活動が大きな成果をあげてきている。今後は、地域の精神保健医療福祉審議会や教育委員会などにも当事者が参加できるような機会を増やすべきである。また、そのような役割が果たせるように当事者をエンパワーする必要があるものと思われる。

5) 関係者の連携の促進

現在、背後に精神的要因があると思われる社会的問題は多い。虐待、自殺、犯罪、ひきこもり、ホームレス等はその一例である。しかし、これらの社会的問題は多くの要因が複雑に絡み合い、精神科関係者のみの努力では対応が困難である。教育、企業、司法、行政等々多くの関係者が連携して対応する必要がある。そのような連携システムが地域で機能することが重要である。

6) 人材養成と確保

精神疾患を予防し、精神障害者の地域生活を支援してゆくためには、上記の連携が重要であるが、まず医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士等の医療関係者の連携が必須である。しかし、現状ではいずれの職種も人材が不足している。とりわけ心理士はいまだ国家資格を有していない。国家資格化の促進とともに、各種精神医療関係者の育成が急務である。

付言：精神障害者の福祉施策を進める上で、その実態調査が行われることが望ましい。しかし、そのような調査は人権の問題と深くかかわるものであり、慎重に行なわれる必要がある。

注1)精神障害者

本報告書では、障害者基本法に準じ、精神障害者を以下のように定義する。精神障害者とは精神障害(疾患)があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に制限を受ける者である。しばしば一般国民から精神障害者と誤解される反社会的人格障害は含まない。反社会的人格障害者は犯罪に結びつきやすいが、それがしばしば精神障害者の犯罪と誤解されている。

注2)精神科特例

昭和33年、精神科病床の増床策としてだされた厚生省(当時)の事務次官通知。「精神病院の医師は他科の3分の1、看護職は3分の2でよい」という内容。医療法の病棟人員配置基準において一般病棟では医師は患者16人に対して1名以上と規定しているが、精神科においては48人に対して一名でよいとした。

注3)疾患モデル

疾患の原因を探り、それを除去することにより症状あるいは障害を軽減するアプローチ。このようなアプローチでは当事者の病理性に焦点があてられる。生活モデルと対比される。

注4)生活モデル

日常の生活に焦点をあてて当事者の適応能力を高めると同時に環境を改善し障害を軽くするアプローチ。疾患モデルと異なり当事者の健康な部分に焦点が当てられる。

注5)パターンリズム

患者の最善の利益のためならば医師は自己の考えで患者に指示、干渉できるという考え。そこでは患者の同意は必要でなく、黙って従うことを要求する。

注6)ノーマライゼーション

社会福祉分野において共生原理を明示した根本理念の一つであり、障害者がごく普通のあたりの生活を実現してゆくこと。

注7)エンパワーメント

すべての人間はどのような悪い状況にあってもそれを改善していける能力とパワーを有しているという考えのもと、精神障害者がそのもてる力を発揮できるように支援してゆくこと。