

<目次>

- 1.社会認識
- 2.理想社会像・問題意識
- 3.現状分析
 - 3-1.精神疾患の定義
 - 3-2.精神疾患の分類
 - 3-3.精神疾患の統計
 - 3-4.精神疾患患者
 - 3-5.行政による取り組み
- 4.原因分析
 - 4-1.「治療による推論法」と「還元主義」の誤謬
 - 4-2.医療機関による臨床心理学の軽視
- 5.政策論
 - 5-1.精神科から地域精神保健センターへの転換
 - 5-2.ACTの導入

1. 社会認識

現代は高度技術社会である。グローバル化による国際競争の激化と成熟化による消費水準の高度化によって科学技術は、現代文明の発展を支え、人類はその福利を享受してきた。特に医療技術の発展は人類に長寿と健康を与え様々な病の治療に貢献してきた。しかしながら、人類が完全な心身の健康を獲得するにはまだいくつもの課題が残っているのが現状である。

このような社会において、心の病が社会問題として顕在化している。精神疾患は相馬事件とよばれる1880年頃発生した精神疾患の監禁事件をきっかけに問題が表面化し精神疾患の保護に関する最初の一般的法律「精神病者保護法」が制定された。この法律の制定により、日本で初めて精神障害者の処遇が法的に一律に規定された。1909年には精神疾患患者数約2万5千人という実態が示され精神ケアの必要性が明らかになった。日本政府は1950年に精神衛生法が施行され、各都道府県に精神病院の設置が義務づけられた。また、心のケアの専門家として1988年に臨床心理士の資格認定が開始された。しかしながら、近年で1996年の218万人から2011年の320万人と大幅に増加しているのが現状である。

2. 理想社会像・問題意識

私の理想社会像は「安心できる社会」である。

安心とは個人が社会的存在としての自己の存在を確信できることを意味する。単一の個人としての存在は多様な他者との相互承認を通じて社会的存在へと変化する。ここにおいて承認とは自己と他者のあり方の差異を認識し、比較することで自己を社会的存在として確信する行為である。

そして、社会を構成する個々人が承認を通じた関わり合いを行う社会が私が志向する理想社会像である。

しかし、現代では承認を通じた多様な他者との関わり合いを行えない人々が存在する。それが精神疾患患者である。精神疾患とは精神や行動における特定の症状を呈することによって、社会生活における障害を伴っている状態である。社会生活における困難性は承認を通じた多様な他者との関わり合いの欠如を意味する。従って、精神疾患患者が私の問題意識である。

3. 現状分析

3-1. 精神疾患の定義

現在、世界で共有可能な「精神障害」の定義は存在しない。精神疾患(Mental Disease) は一般的に「心の病」と呼ばれ、世界保健機関は学術用語として精神障害(Mental Disorder)を用いている。障害(Disorder)は疾患(Disease)より軽い失調状態を表している。日本でも、法律によって精神障害の定義は異なる。「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)では、「精神障害」を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するもの」(第5条)と定義している。しかし、一般によく知られているうつ病や躁鬱病などの「気分障害」の例示もなく、「その他の精神疾患」にひとまとめにされていたり、知的障害も含まれていたり、とても幅広い定義になっている。一方、「精神障害者」は「障害者基本法」で、「精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」(第2条)とされています。前者が、医学的な視点から、障害を個人の責任とする一方向的なとらえ方をしているのに対し、後者は、社会とのかかわり合いの中で、障害を多角的にとらえている。本レジェメでは、自らの理想社会像に鑑み精神障害者の定義を社会的観点から「精神障害により継続的に日常生活又は社会生活に機能的な制限を受ける者」とする。

3-2. 精神疾患の分類

精神疾患は世界的に許容されている主要な学説の科学的根拠が経験則的な仮説に依拠しているため、統一的な分類が未だ行われていない。そこで、本節ではWHO、アメリカ精神医学会、日本精神医学会による分類を比較し精神疾患の位置付けを明らかにする。

3-2-1. WHOによる分類

¹WHOでは精神疾患を以下のように分類している。²WHOによる分類は世界各国の統計を比較する際に用いられ、厚生労働省による統計もWHOによる分類を用いている。

症状性を含む器質性精神障害	成人の人格及び行動の障害
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	知的障害<精神遅滞>
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	心理的発達障害
気分(感情)障害	小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

¹ 出典：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippeit/xls/kihon05.xls>)

² ICD-10準拠

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	詳細不明の精神障害
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	

3-2-2. アメリカ精神医学会による分類

³アメリカ精神医学会では精神疾患を以下のように分類している。アメリカ国内や日本では主に臨床心理士による診断で用いられる。

幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	解離性障害
せん妄、痴呆、健忘性障害、及び他の認知障害	性障害および性同一性障害
他のどこにも分類されない一般身体疾患による精神疾患	摂食障害
物質関連障害	睡眠障害
統合失調症および他の精神病性障害	他にどこにも分類されない衝動制御の障害
気分障害	適応障害
不安障害	人格障害
身体表現性障害	臨床的関与の対象となることになる他の状態
虚偽性障害	

3-2-3 日本精神医学会による分類

日本精神医学会では精神疾患を以下のように分類している。古くから医学部教育や教科書で用いられる分類である。

内因性精神障害	症状性精神障害
外因性（身体因性）精神障害	中毒性精神障害
器質性精神障害	心因性精神障害

3-2-4 精神疾患の分類（まとめ）

精神疾患の研究に関してはやはり西欧、特にアメリカ精神医学会で活発に行われている。アメリカ精神医学会の分類は時代の要請に合わせ臨機応変に対応しており、更新頻度も高い。また、分類方法に関してもその症状から分類しており非常に分かりやすいものとなっている。逆に、日本精神医学会による分類は医学的根拠を用いた分類を行っている。しかし、精神疾患の科学的根拠が薄くためしばしば同一の症状が別の疾患に分類されてしまっている。WHOやアメリカ精神医学会による分類は社会的側面が強いのに対し、日本精神医学会の分類は医学的側面が強いと言えるだろう。そこで以下では精神疾患をアメリカ精神医学会のDSM-IVに基づき分析する。

3-3 精神疾患の統計

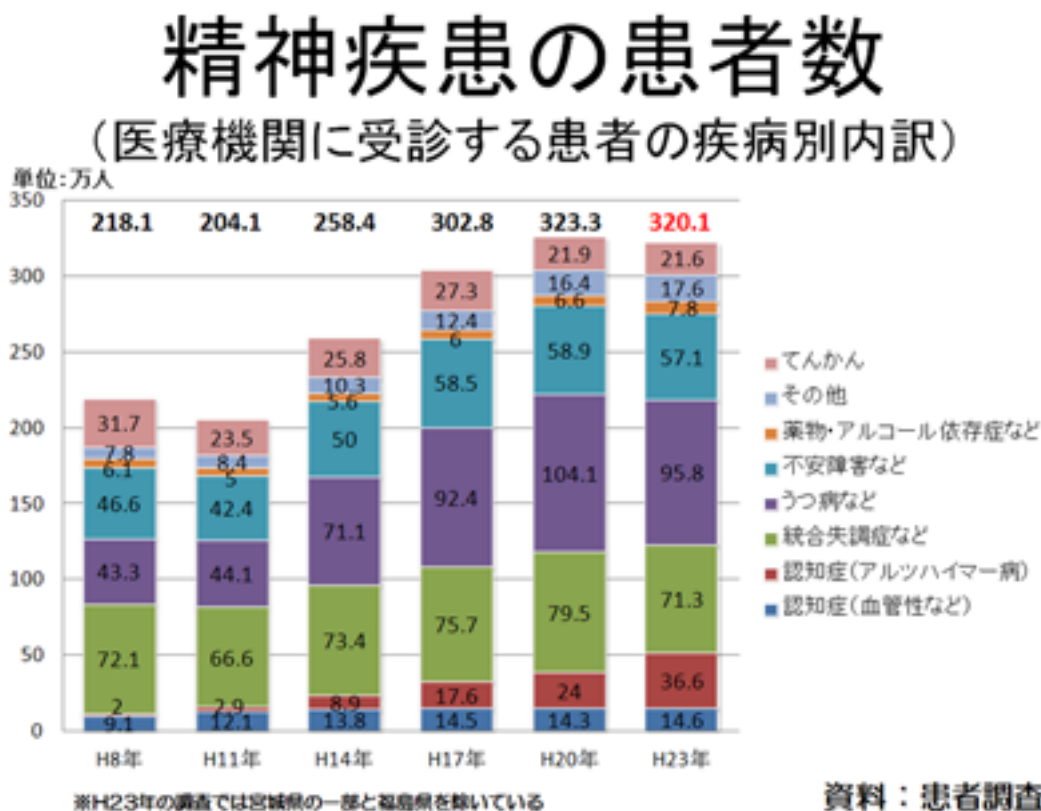
³ DSM-IV-TR 準拠

本節では、日本における精神疾患の統計的データを用いてその人数、分布を分析する。また、どのような年齢層、ライフステージに精神疾患が分布しているのかを分析しどのような人々が特に精神ケアを必要としているのかを明らかにする。

3-3-1 日本における患者数

精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、近年大幅に増加しており、平成23年には320万人と依然300万人を超えている。内訳としては、多いものから、うつ病、統合失調症、不安障害、認知症などとなっており、近年においてはうつ病や認知症などの著しい増加がみられる。

4図1 精神疾患の患者数の推移と内訳



3-3-2.年齢層別の患者数

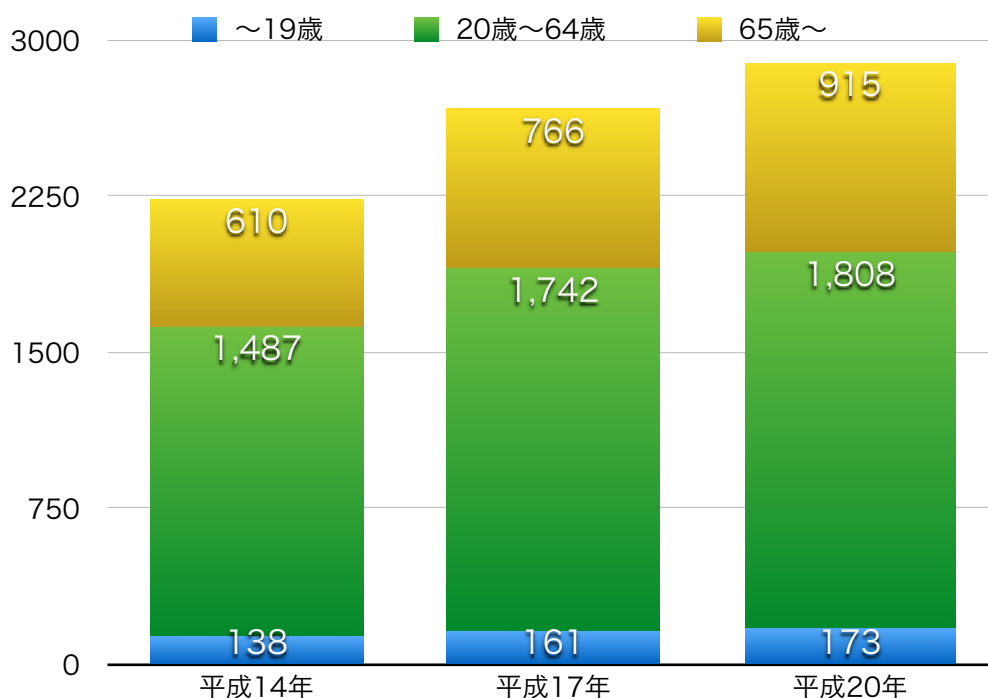
外来の精神障害者の精神科初診時の年齢を見ると、20歳未満が41.0%を占め、40歳以上は20.1%となっている。

疾患別に精神科初診時の年齢を見ると、統合失調症では20歳未満が56.2%を占め、40歳以上は6.2%に過ぎないことから、在学中の発病などにより、就職経験もなく社会生活への適応に困難を有する者も多いことが伺われる。これに対して、統合失調症以外のうつ病等の疾患では20歳未満が29.3%に止まる一方、40歳以上が30.7%を占めており、社会生活上の実績を築き上げてきた後に

4 出典：厚生労働省

社会生活への適応に困難を生じている者が多いことが伺われる。つまり、年齢やライフステージにとらわれない包括的なメンタルヘルスケアが必要であると考えられる。

【5図2 年齢層別障害者数の推移】



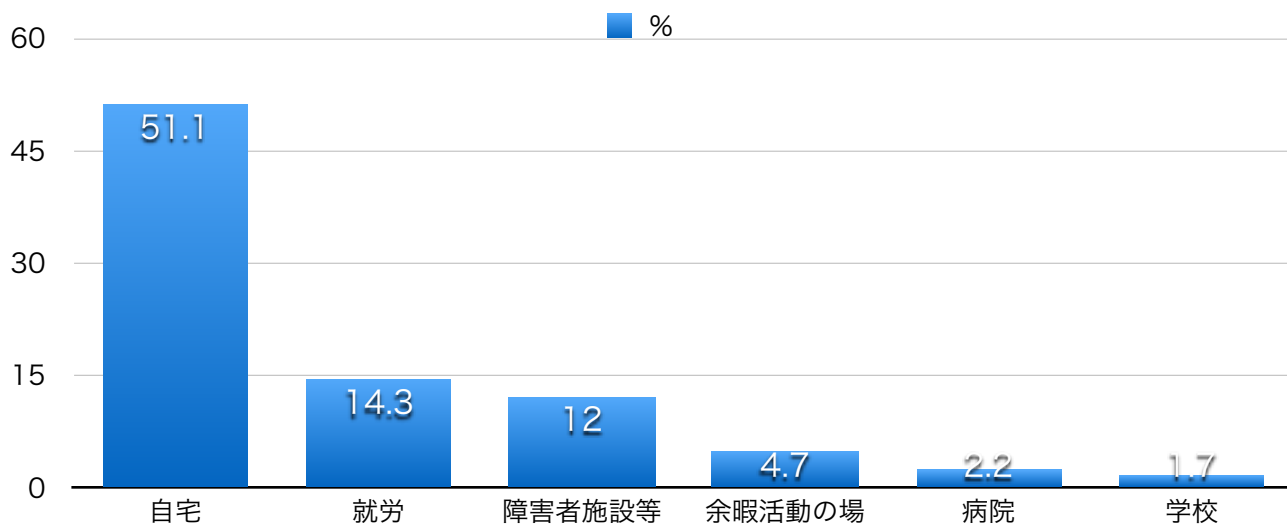
3-4 精神疾患患者

精神疾患の患者は基本的にその症状から精神に疾患を抱えていると診断される。本節では文京区の精神疾患患者を対象としたアンケートを元に患者が具体的にどのような生活の困難性を抱えているのかについて分析し、精神疾患の問題性を明らかにする。

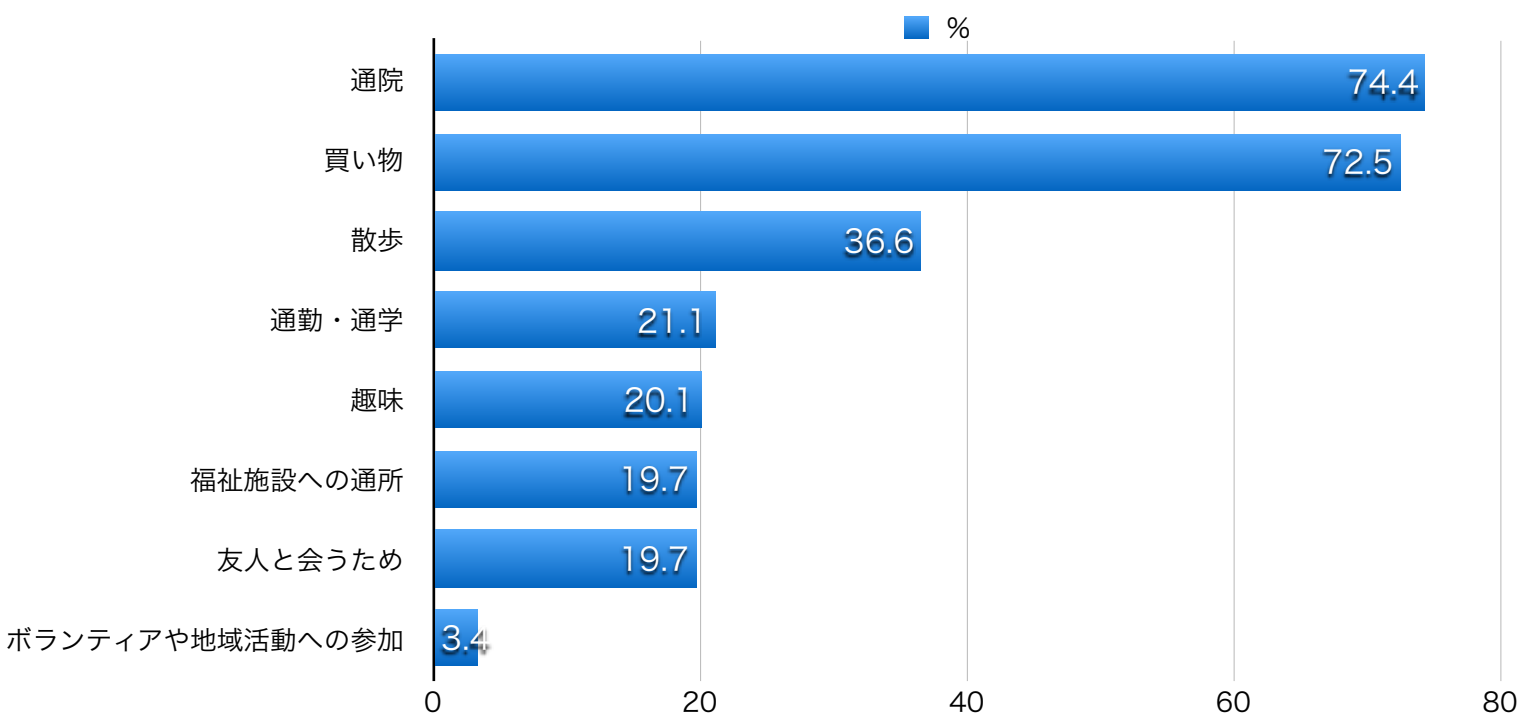
【6図3 日中の過ごし方】

⁵ 厚生労働省「患者調査」より筆者作成

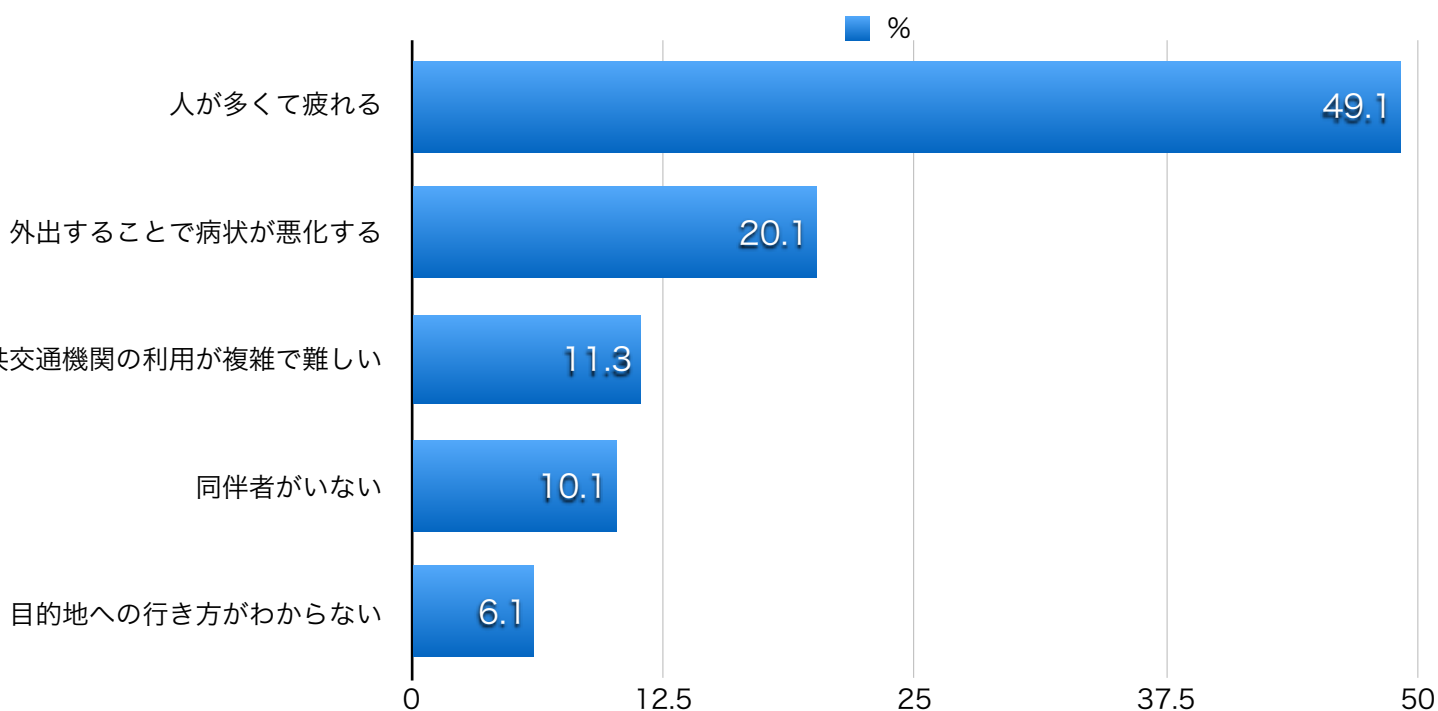
⁶ 文京区障害者（児）実態・意向調査（平成25年度実施）より筆者作成



【7図4 外出の目的】



⁷ 文京区障害者（児）実態・意向調査（平成25年度実施）より筆者作成



【図5 外出時に困ること】

図5より、患者は普段私たちが日常的に行うことができていないことが分かる。そのため、外出に困難性を感じ、半数以上が自宅で過ごすという図3にみられるような結果となっていることが推測できる。また、上記の結果より日常的に他者と関わる機会が欠乏していると考えられる。

図4から分かるように、患者の外出目的の大半が通院である。このことから、病院が患者の生活の中心となっているといえる。また、通勤や通学、友人との交流が少ないことから患者の生活環境における深く関わる他者が担当医や家族に限られていると考えられる。

3-5 行政による取り組み

3-5-1 精神科

メンタルヘルス問題発生時の受診先として最初に挙げられるのが精神科である。精神科は医療機関における診療科目の一つであり、精神障害、精神疾患、依存症を主な診療対象としている。主

に精神医学に基づいた投薬治療を行っている。しかし、誤診や薬物の過剰投与などの問題も指摘されている。⁸国立精神・神経医療センター長の松本俊彦は以下のように指摘している。

「今の診療報酬体系では精神科医が1人の患者に時間をかけて話を聞きにくい。短い診察時間だと患者は医師を信頼せず、薬をもらうだけの関係になりやすい為、過量服薬につながる可能性が高まる。じっくり患者の話に耳を傾けることで患者とのつながりを作れる体制を整える必要がある。」

また、精神科医による誤診や誤投薬、薬物の過剰投与の問題も指摘されている。このことは東京大学病院の精神神経科の石川憲彦⁹の調査によって明らかにされた。この調査は担当医の診断に不信感を抱く患者377名に対して東京大学病院への転院を行い再診を行ったところ、患者の3分の1に誤診が認められた。また、全転院患者の4分の1に¹⁰治療原性障害が認められた。治療原性障害の原因は薬剤因性が50%、指導因性が72%であった。薬剤因性障害での内訳は、「過剰な投薬」が28%、「不必要な投薬」が20%、「異診などによる誤投薬」が14%であった。そのうち重症例は約3分の1であった。主に大量の抗精神病薬による物質誘発性気分障害と、抗不安薬による薬物依存が目立つ結果となった。指導因性では「誤指導」50%がもっとも多く、「指導欠如」43%、「家族への誤指導」22%などであった。

しかしながら、医療機関を俯瞰した場合誤診や誤投薬の総数の統計的データを調べることは難しい。理由としては診断が正しいか誤りかの判断が難しく、医師が自らの過ちを認めるとは考えにくいからである。そこで本レジュメでは上記の調査を基に日本における精神科の誤診と誤投薬の総数の概算を行う

はじめに、文京区障害者（児）実態・意向調査（平成25年度実施）によると約25%の患者に「精神科医に対する不信感を覚えている」と回答していることから日本における精神疾患患者約320万人のうち約80万人が精神科医に対して不信感覚えていると推測することができる。このうち、上記の東京大学の調査を用いれば約27万人に誤診が認められ約20万人に誤投薬が認められると概算することができる。

3-5-2 臨床心理士

臨床心理士は臨床心理学にもとづく知識や技術を用いてメンタルヘルス問題にアプローチを行う専門家である。精神科医と異なる点は精神科医が投薬といった医療行為を主軸に治療を行うのに対し、臨床心理士は認知行動療法といった臨床心理学に基づくアプローチを行う点である。さらに臨床心理士は¹¹クライアント自身の固有な多種多様な価値観を尊重しつつ、その人の自己実現をサポートする点である。¹²臨床心理士に求められる専門行為は以下の4点である。

⁸ 「「人数こなさないと経営できぬ」 自殺図る患者、診きれず」 『毎日新聞』2010年7月13日

⁹精神医療問題研究会 <http://mental.hustle.ne.jp/psychiatry/index.html>

¹⁰ 治療による被害（誤投薬、薬物の過剰投与等）

¹¹ 臨床心理士は患者のことをクライアントと呼ぶ

¹² 日本臨床心理士資格認定協会ホームページより抜粋

- ①種々の心理テスト等を用いての心理査定技法や面接査定に精通していること。
- ②一定の水準で臨床心理学的にかかわる面接援助技法を適用して、その的確な対応・処置能力を持っていること。
- ③地域の心の健康活動にかかわる人的援助システムのコーディネーティングやコンサルテーションにかかわる能力を保持していること。
- ④自らの援助技法や査定技法を含めた多様な心理臨床実践に関する研究・調査とその発表等についての資質の涵養が要請されること。

臨床心理士の行う治療にはいくつかの点で精神科医の行う投薬治療に比べ優れていると考えられている。そのひとつとして臨床心理学特有の柔軟性が挙げられる。メンタルヘルスの問題は他の病理と異なり患者の個性や価値観に大きく影響を受けるため一定の薬物投与といった画一的な治療では患者に最適ではない可能性がある。しかし臨床心理学的治療法ではクライアントとの密接なコミュニケーションを通してクライアントの個性や価値観、経験を知ることによって治療法を柔軟に変更することでクライアントそれぞれに最適なアプローチをすることが可能となる。また、投薬を行わないため数種類の治療法を試すことができ、投薬による副作用といったリスクもない。

現在の臨床心理士の活動は希望者からの要請を受けたり、医師の補助的な役割が大きい。臨床心理士が主体となって治療を行う施設は一部の診療内科やメンタルクリニックに限定されている。現代の精神医療体制のモデルを作り上げたアメリカの精神科医・心理学者シェルドン・コーチン(Korchin, Sheldon J)の現代臨床心理学モデルをもとに日本における精神医療体制の制度的不備を分析する。コーチンは自身の著書『現代臨床学:クリニックとコミュニティにおける介入の原理』において2つの患者へのアプローチをまとめている。1.「収容管理的な臨床(現代日本においては、精神科医がこの役割を担う)」2.「心理治療的な臨床(現代日本では臨床心理士が主にこの役割を担う)」そして、これらのアプローチは片方が欠けていては不十分であり、必ず両アプローチが行われる必要があると述べられている。

4 原因分析

4.1 「治療による推論法」と「還元主義」の誤謬

精神医学では、疾患の原因が、有効である治療法から推論されることがよく行われている。有効な治療にもとづいて疾患の特質を導き出し、診断さえも行うことを、「治療による推論法」と呼ばれる。精神医学における投薬治療は障害に生化学的要因が関係していることから行われている。しかし、薬理学的知識が増すにつれて、精神障害の生化学説に関する疑問はどんどん増えていった。仮説が最初につくられたころ考えられていたよりはるかに多くの神経伝達物質が脳にあることが明らかになった。二、三の神経伝達物質系のみで作用すると考えられていた薬が、脳の中のたくさんの変化を起こすことが現在知られている。そのため薬の治療効果が何にもとづくのかを解明することが非常に困難になっている。数多くの新しい治療薬が、初期の理論で必須とされた薬理学的活性をもたない。過去に説得力があると考えられた証拠や議論が、新しい知見によって弱められている。現時点ではどの仮説も完全に正しいわけではないことは明らかであり、しかもそれを取って代わる仮説が提唱されていない。

現在、精神障害の原因として、神経伝達物質に加えて、他の生物学的要因を強調する理論がたくさん提唱されている。精神障害の原因として考えられているものに、脳細胞の減少、「生物リズム」の変調、脳の左右差の異常、胎生期の脳形成異常、出産時外傷、胎児と母親の免疫不適合、母親のインフルエンザ感染、スローウイルスの感染、さまざまな遺伝的要因等がある。

このような各生物学説を支持する実験データが存在し、しかも精神障害の原因がわからない現在の状況下では、広く網を張って研究をしていくしかない。しかし、今日までに報告された脳の知見は追試によって再現されないことがあまりにも多く、同じ一つの精神障害に対して、あまりにも多様な脳の異常が原因にあげられているのは、実に厄介である。しかも、同じ脳構造が、いろいろな障害に関与していると報告されている。

しかしながら、分子生物学がこの20年で長足の進歩を遂げ個人の重要な特質のすべてが遺伝学によって説明されるようになると予想する人たちが多く見られるようになる。知性、個性といったことから、将来、特定の身体的な病気、あるいは精神病を発症する確率までもがそこに含まれる。こうした予測を「還元主義的な楽観」として退ける人もいるし、その一方で、科学の進歩の唯一の方法は還元主義だと言い切る人もいる。還元主義とはある現象をその構成成分の特質にもとづいて説明する試みである。行動の研究は個体である生物としての特質に注目するものなので、統合的なアプローチであり、身体のさまざまな器官の特質に注目する生理的な研究は要素還元主義的アプローチである。

還元主義的な方法を用いると、よる統合的現象の基礎にあるメカニズムを理解することによって現象自体の理解が進むが、そうした「下から上への」アプローチが科学を押し進める唯一でかつ、つねに最善の方法だと考えるのは間違いである。精神障害に関して生化学的なアプローチを用いた研究が行われ、神経化学や薬の作用についておびただしい知見が蓄積している。だが、精神疾患に関して、どれほど理解が進んだかは怪しい。生化学的なバランスの崩れが本当に精神障害の原因であるかは明らかではないし、仮定された生化学的なバランスの崩れがあったとしても、それがどのようにして、それぞれの精神障害に特徴的な情動、認知、行動の諸症状を発見させるのかについても、未だ分かっていない。精神現象の次元と生化学現象の次元の隔たりは極めて大きいのである。

精神を理解するのに、脳の構成成分の特質のみを研究すればよいことにはならない。器官、神経伝達物質、細胞、原始等のみを研究する還元主義的アプローチで、意識や思想を理解することはできない。精神の活動は、200億の脳細胞の活動が統合されて生じる。精神活動は（正常であれ異常であれ）分子レベルだけに存在するのではない。現象が存在するレベルにちょうど合った方法論が採用されなくてはならない。だからこそ、精神医療のあるべき姿とは経験則にもとづく柔軟なトライアンドエラーなのである。

4.2 医療機関による臨床心理学の軽視

日本におけるメンタルヘルス問題に関する法的拘束は精神保健法によって定められている。精神保健法第2章第10条第2項では精神科医のあり方は以下のように定められている。

②精神療養施設での医療と社会復帰のための訓練は、保健福祉部長官が定めるところにより精神科専門医の指導により行われなければならない。

しかしながら、上記には精神科専門医という記述しかなく臨床心理士や心理相談員といった臨床心理学の専門家による補助に関する義務付けもない。これは近年の目覚ましいメンタルケアに関する技術発展に精神保健法が対応することができていないと思われる。事実、精神保健法が最後に改正されたのが1997年12月であり、臨床心理士や臨床心理学的治療が日本でも活発に行われ始めたのは2000年以降であるためこのような事態が発生している。臨床心理士と精神科医による治療の重要性は現状分析3-5-2で述べた通りである。しかしながら、精神科医に対するアンケートにおいて臨床心理学的治療を導入している医師は0.1%と限りなく0に近い。この理由のひとつとし

て¹³医学部過程における臨床心理学教育の欠乏が挙げられる。これは主に厚生労働省や医師会といった団体が臨床心理学を「科学的な」学問領域として認めていないことが挙げられる。臨床心理学的治療はあくまで仮説と経験則的な実証によって支えられている。ただし同様なことは原因分析4-1から精神医学による投薬治療にも言うことができるだろう。次に、治療効果に関して。これは1971年のアメリカの三人の精神科医による研究が参考になるだろう。彼らは80人を単位とした三群の病人について治療効果の測定を行った。第一群は、精神病院に入れられっぱなしの人たち。第二群は、過程に戻されたがケアを受けない人たち。第三群は、家庭に戻されてコミュニティの中でメンタルケアを受けた人たち。結果は第三群が一番治療効果が表れ、しかもコストがさほどかからなかった。第一群は治療効果もコストも最悪であった。

以上の結果より、投薬や病棟治療に頼らないコミュニティ、つまり他者との関わりの中での治療の有効性を示すことができたといえるだろう。

5 政策論

5-1 精神科から地域精神保健センターへの転換

マニコミオとはイタリア語で精神医療センターのことである。しかし、その形態は日本のそれとは大きく異なる。マニコミオの形態はふつうの住宅やアパートが使われさりげなく存在する。この施設では診療行為のみならず地域住人が集うコミュニティとしての機能も有し、訪問介護なども行うことができる。イタリア、トリエステ県バルコーラ地区精神保健センターの責任者、ジュゼッペ・デッラックアは以下のように語る。

「精神保健で大事なことは精神病院に頼らないこと、小さな地区割り地域サービスをやること。こうすれば精神科医も市民に近づけます。市民も恐怖感を抱かずに自由に出入りしてくれます。僕たちは¹⁴ウテンテの生活まるごと世話します。昔の病院のように、医療だけを切り離して行うようなことはしません。その拠点が精神保健センターなのです」

「この医者と患者の関係にも注目してほしい。だれも僕のことを「¹⁵ドットーレ」なんて呼ばないでしょ。（中略）全員がファーストネームで呼んでくれる。」

ここにおいて重要な点は患者と医師との関係である。日本では医師が患者に対して一方的な説明と投薬を行うのみである。トリエステのような地域精神保健サービスは日本でも一部の地域で行われている。そのひとつとして、北海道十勝地方の例が挙げられる。ここでは精神科病院のスタッフだけではなく、福祉や行政の専門家が連携し退院した患者を地域で支える体制を取っている。精神科での治療を地域で支え、退院した患者を支えるピアサポーターの要請や生活相談、そして就労支援など患者を支える体制作りにも助成金を出すことで地域精神保健サービスを発展させることに成功した。事実、地域の中核を担う精神科病院で病床を10年で4割減らすことができた。

そこで同様の地域精神保健サービスを日本全国で行う。総合病院における精神科、単科精神病院をトリエステ同様に地域の空き家へと転換を行う。そして臨床心理士、ソーシャルワーカー、心理相談員を各精神保健サービスセンターに配置することで投薬に頼らず患者に寄り添った形で治療を行うことができる。

¹³ 2014年度後期レジュメを参照

¹⁴ イタリア語で患者の意

¹⁵ イタリア語で先生の意

具体的にはトリエステ同様堅固な精神保健サービスを築いたヴァンクーバーに習って大規模な改革を行う。ヴァンクーバーは精神保健サービス改革以前は精神医療体制が類似しているため同様の政策は日本でも有効であると考えられる。初めに人口約6万人あたりひとつのコミュニティケアチームを配置する。チームは看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士など十数人。このチームが精神科医や家庭医と連携して患者の治療にあたる。さらに精神病患者のため約2000戸の住居を用意する。これは例えば街中のごく普通の一戸建て住宅やアパートに、数人単位での居住を想定する。さらにそれらを病状によって看護師常時住み込み型、独り立ち型、夜間精神科救急専門型、下宿型と多彩に用意する。

最後にこの政策の予算制約下での実現可能性に関する考察を行う。地域精神保健サービスは精神病院に比べて高いコストを要するという考えは誤りである。事実、1971年、トリエステ県の精神科医療に使われた費用は年間60億リラ。その後トリエステで地域精神保健サービスが導入され15年後の1985年には150億リラとなっている。しかし、約4倍の物価上昇を鑑みると1971年の60億リラは1985年には240億リラに相当すると考えられる。つまり地域精神保健サービスへの転換を行うことで37%の医療費削減を達成することができる。日本で同様の政策が施行された場合、約6536億円の精神医療の削減を達成することができる。

5-2. ACTの導入

ACT (Assertive Community Treatment)とは包括型地域生活支援プログラムのことである。これは政策5-1において対応することができない入院を要するレベルの重症患者に対する補完的政策である。この政策においては精神病を肯定的にとらえた濃厚訪問サービスである。具体的には医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士ら10人ほどで利用者100人ほどを受け持つ。この医療と生活支援の専門家チームが出前専門で活躍する。この政策においては精神病院へ閉じ込められている患者の解放を行い、社会の中で普通の市民として暮らしていけるような治療を行う。実際にACTがおこなわれたトリエステの重症患者数を10年間で半数に減らすことに成功した。

加えて、ACTの利点として低コストが挙げられる。人口40万人の地域を想定した場合、統合失調症の発症率は0.8%、そのうち入院率を25%とした場合想定入院者は800人となる。この人々に月に30万円以上の入院費がかかっているため、800人の入院費は年に28億8000万円となる。しかし、ACTで800人の統合失調症をACTでケアした場合月に1100万円、最低7チーム必要として1年で9億2400万円となる。つまり、ACTの導入により入院費を約3分の1にすることができる。

参考文献

- J.S.コーチン『現代臨床学:クリニックとコミュニティにおける介入の原理』1980
- 大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波書店 2009
- エリオット・S・ヴァレンタイン『精神疾患は脳の病気か?向精神薬の科学と虚構』みすず書房
2008
- ミシェル・フーコー『精神疾患とパーソナリティ』ちくま文庫 1997
- Shorter, E『精神医学の歴史—隔離の時代から薬物治療の時代まで』青土社 1999
- Kirk, S.A and Kutchins, H.『精神疾患はつくられる—DSM診断の罫』日本評論社 2002
- 岡野憲一郎『解離新時代—脳科学、愛着、精神分析との融合』岩崎学術出版社 2015
- 宮里勝政『精神科外来診療の実際』中山書店 2015
- 朝田隆、堀田英樹、中島直『精神疾患の理解と精神科作業療法』中央法規出版 2005
- レイチェル・クーパー『精神医学の科学哲学』名古屋大学出版会 2015
- 精神疾患と認知機能研究会『精神疾患と認知機能 最近の進歩』新興医学出版社 2011
- 加藤忠史『脳と精神疾患 (脳科学ライブラリー)』朝倉書店 2009