

優しさに包まれたなら

社会科学部1年 宇治舞夏

目次

1. 社会認識
2. 理想社会像・問題意識
3. 現状分析
 - 3-1 現代の日本における精神疾患
 - 3-1-1 精神疾患患者数
 - 3-1-2 精神疾患の潜在性
 - 3-2 精神疾患と差別や偏見
 - 3-2-1 差別や偏見という苦しみ
 - 3-2-2 差別や偏見による二次被害
 - 3-2-3 身の回りの差別や偏見
 - 3-3 精神疾患に対する対策
 - 3-4 現状分析まとめ
4. 原因分析
 - 4-1 なぜ差別や偏見が生じるのか
 - 4-1-1 差別や偏見とは
 - 4-1-2 差別や偏見が形成されるメカニズム
 - 4-2 知識不足の原因
 - 4-3 経験不足の原因
 - 4-4 原因分析まとめ
5. 政策
 - 5-1 心理教育の導入
 - 5-1-1 政策

- 5-1-2 実例
- 5-2 地域精神保健福祉センターの活用
 - 5-2-1 政策
 - 5-2-2 実例

6. 参考資料

- 6-1 参考文献
- 6-2 参考 URL

1. 社会認識

現代は高度技術社会である。高度技術社会とは、科学技術の進歩によって人類の生活がより豊かに発展した社会である。技術の発展により人々の生活が物的に豊かになり、精神的な豊かさへ目が向けられるようになった。

日本に初めて公立精神科病院が設立されたのは 1875 年である。その後 1900 年に精神病患者監護法が制定されたが、この法律は患者を各家庭で隔離してそれを行政が管理するという非医学的なものであった。戦後に日本国憲法が公布されて人権尊重の思想が高まったことで、1950 年の精神衛生法によって隔離だけの解決策が改められた。この法の目的は、精神疾患患者の医療及び保護と精神疾患の発生予防を行うこととされた。このように行政側から精神疾患に対する認識が変わった。行政の認識の変化につづいて、医学的な観点から精神に関する医療も発展してきた。

そして近年では、様々なメディアでうつ病をはじめとする精神疾患について取り上げられるようになり、精神疾患が社会問題として顕在化してきた。きっかけは 1998 年以降 14 年間連続で日本における自殺者数は 3 万人を超えつづけ、その自殺者の約 9 割以上が何らかの精神疾患に該当する状態であったということが WHO の調査によって示されたことである。

このように、精神疾患に関する法が改善され、社会問題として認知度も高まっているが、人々が精神的に健康な状態を保つためには未だに多くの課題が残っ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「自信を持てる社会」である。自信を持つとは、自分の在り方に対して肯定的な感情を抱くことである。そのためには、他者からの承認を得ることが必要である。そして、他者からの承認を得るためには他者との関わりが必要である。ここにおける他者との関わりは、相互的で継続的なものを指す。

そこで、私の問題意識は「精神疾患に対する差別や偏見」である。精神疾患患者の周囲の他者は、差別や偏見が障害となり患者に対して承認を与えづらい。さらに、たとえ他者から承認されても、精神疾患患者は差別や偏見を受けた経験からそれを承認として受け止めることができない。そのため、他者との関わりを避けるようになり相互的で継続的な関わりを担保することができなくなる。そして承認を得ることがさらに困難になり、自分の在り方に対して肯定的な感情を抱くことができなくなる。つまり、自信を持てなくなるのである。

したがって、私の問題意識は「精神疾患に対する差別や偏見」である。

3. 現状分析

3-0 精神疾患の定義

一般的には「Mental Illness(心の病)」と呼ばれている。また、精神疾患には多くの種類があり、精神医学では定義や診断基準が統一されていない。

3-0-1 世界における定義

WHO では 1992 年に「Mental Disorder(精神障害)」を学術用語として採用している¹。障害(disorder)の語は症状や行動と、苦痛と機能の障害との存在を比喻しているため、機能不全(dysfunction)のないものは精神障害(mental disorder)には含めないとしている。つまり、逸脱や葛藤だけがあるようなものは精神障害ではないとしている。また、「Mental Disorder(精神障害)」を「精神の全ての障害を表わす不正確な用語」²と説明している³。一方で、アメリカ精神医学会においては「精神障害は社会的、職業的また他の重要な活動における著しい苦痛や機能の低下と関連しており、よくあるストレスや死別のような喪失による予測可能な反応や、あるいは文化的に許容できる反応は精神障害ではない」と定義づけている。

3-0-2 日本における定義

日本では、法律によって精神障害の定義が異なる。「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、幅広い定義となっている。また、本レジュメでは「精神疾患」という用語を用いているが、英語の“mental illness”“mental disorder”に対する日本語はそのほかに「精神病」「精神障害」「心の病」などがある。「精神障害者」という用語が初めて用いられたのは1950年の精神衛生法である。以来、精神保健法・精神保健福祉法においても「精神障害者」という用語が用いられるが、これらは医療の対象としての捉え方である(木島 1998年)。一方、『厚生白書』において「心の病」という表現が初めて用いられたのは1997年である⁴。この年の『厚生白書』は、世界有数の長寿社会を実現した日本が、生活習慣病や心の病といった現代人の生活に根ざした疾患が増加している状況に対する課題について論じられている。

このように、法律関連用語としては「精神障害」「精神疾患」という用語を使いつつも、白書や国民の目に広く触れるような文書、広報では「こころの健康」「心の病」という表現を用いること

¹ 『ICD-10 精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン』、融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士訳、医学書院、1992年発行、2005年訳

² 原文“An imprecise term designating any disorder of the mind,”

³ 『精神医学と精神保健の用語集』第2版、世界保健機関発行、1994年

⁴ 1961年に「心のわだかまり」、1984年には「心の健康」という表現が『厚生白書』で用いられたが、精神疾患についてより詳しく取り上げたのは1997年である

で国民感情への受け入れやすさを意識するなど、使い分けがなされている。

3-0-3 まとめ

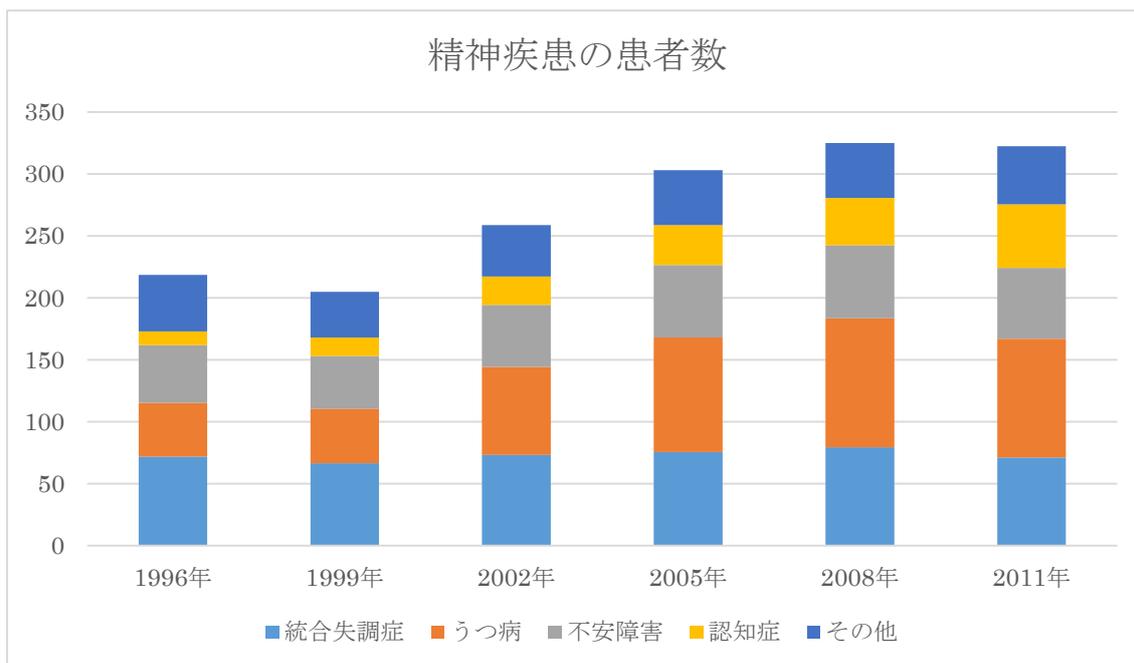
3-0-1、3-0-2 で見たように、国や判断する医師や専門家によって定義や障害名が異なる場合がある。本レジュメにおいては、私の理想社会像と照らし合わせて精神疾患の定義を「苦悩や異常を伴い、他者との関わりを避けるようになってしまうような心理的症候群」とする。実際に、精神疾患患者に対するアンケートによると、「他者と関わるのが怖い」と答えた人は 8 割に上る⁵。これらの症状はいま現れていない人でも今後現れる可能性があるため、精神疾患を発症している人はすべて私の理想社会像に反している。

3-1 現代の日本における精神疾患

3-1-1 精神疾患患者数

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、2011年に320万人を超える(図1)。これは国民の約40人に1人が精神疾患で医療機関を受診していることになる。

図 1 単位:万人



(出典) <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> をもとに発表者作成

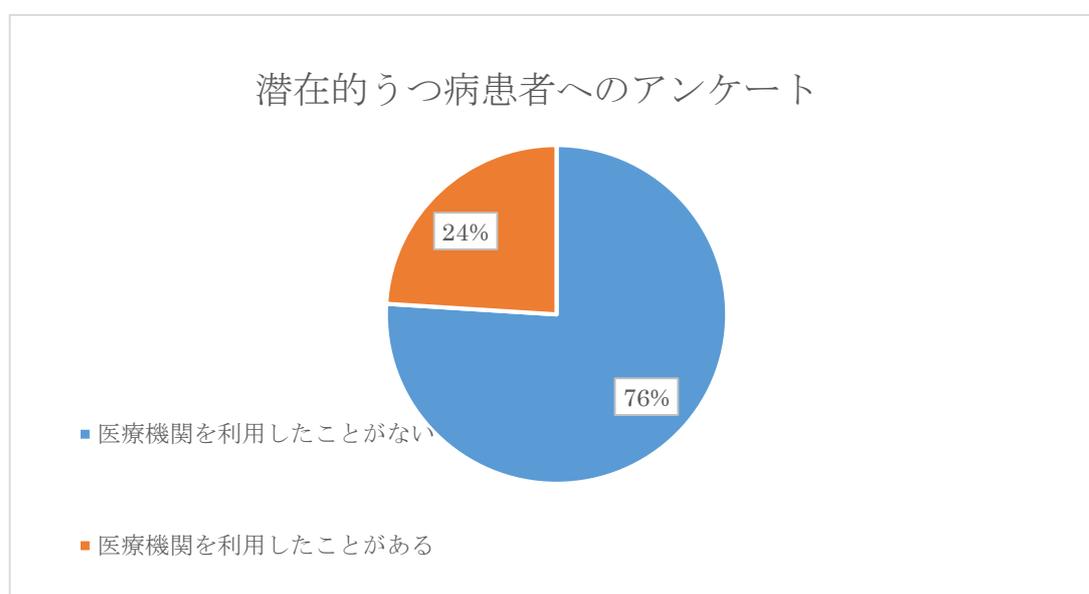
3-1-2 精神疾患の潜在性

精神疾患患者は 3-2-1 で見たように 2011 年に 320 万人を超える。しかしこの数字はあくまで医療機関を受診している人数のため、受診していない患者も多くいると考えられる。このように潜在的に精神疾患を発症している人々はどれくらいいるのか推測する。

⁵ 『心・精神の病気と健康の心理学』より

ファイザー⁶が「潜在的うつ病の実態調査」を実施した。4000 人に対して心理検査を行い、全体の 12%がうつ病・うつ状態に該当した。しかし、このうち「医療機関を受診したことがある」と回答したのは24%であった(図2)。つまり、約80%もの人々がうつ病・うつ状態であるにもかかわらず放置しているのが現状である。現在医療機関を利用している精神疾患患者が約 300 万人いることから推測すると、放置している人が 1200 万人もいると考えられる。また、日本国民の約5人に1人が生涯のうちに一度は精神疾患を発症するというデータもある⁷。このように、早期発見されず放置している人が多く存在する。

図 2



(出典)ファイザーより発表者作成

3-2 精神疾患と差別や偏見

3-2-1 差別や偏見という苦しみ

精神疾患患者は、病気そのものの苦しみだけでなく周囲からの差別や偏見という二重の苦しみにとらわれている。実際に精神疾患について正しく認識している割合はうつ病と統合失調症ともに 2 割ほどであった⁸。これに対し外国では正しく認識している割合がうつ病は 7 割、統合失調症が 4 割近いことから、日本での認識度が低いことがわかる。

たとえば、4 割の人が「精神疾患は医学的な病気ではない」とみなし、「個人的な弱さの表れ」あるいは「性格の弱点」などの考えを指示する人も半数以上におよんだ。このように、日本では精神疾患に対して誤解が生じてしまっているのである。さらに、「精

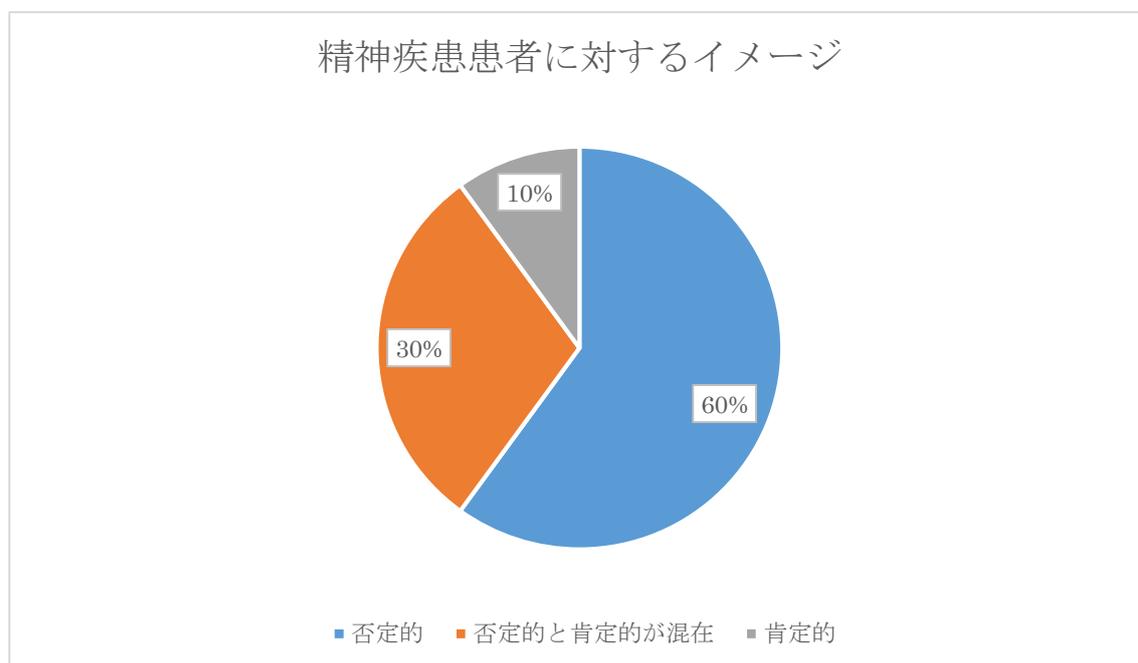
⁶ 米国の製薬会社

⁷ 国立精神神経センター

⁸ 長崎国際大学中根允文氏「精神疾患の知識と理解に関する研究」より

神疾患患者と結婚して家族の一員になってもいい」と考える人はうつ病と統合失調症ともに1割に留まっていた。また、「精神疾患患者は何をしでかすか分からない」との回答はうつ病で4割、統合失調症で6割を超える。このように人々は精神疾患患者たちに対して否定的なイメージのみを抱いてしまっている人は6割を占める。肯定的なイメージのみを持つ人は1割を満たさず、否定と肯定のイメージが混在している人は3割程度であった(図3)⁹。ここにおける混在しているイメージは、「敏感」と答えていた人を指している。

図 3



							合計
否定的なイメージ	にぶい	暗い	気を使う	怖い	変わっている	気が変わる	
割合	3%	8%	10%	14%	18%	9%	60%

							合計
肯定的なイメージ	まじめ	明るい	正直	お人よし	優しい	普通の人と変わらない	
割合	2%	1%	2%	1%	1%	3%	10%

(出典)注¹⁰より発表者作成

⁹ 「住民の精神障害者に対する意識調査:精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」より

¹⁰ 「住民の精神障害者に対する意識調査:精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」より

つぎに、精神疾患患者側からの視点で見てみる。実際にこのような差別や偏見を受けた経験がある人びとは8割を超える。そのなかに、差別を恐れて「親密な人間関係を断念した」人は4割、「求人への応募をあきらめた」人が3割にも上る¹¹。このように、差別や偏見を受けた経験が社会生活における他者との関係が希薄になることと有意な関係が認められる¹²。

3-2-2 差別や偏見による二次被害

3-2-1 では、人々が精神疾患についてどのようなイメージを抱いているか、精神疾患患者が差別や偏見によっていかに苦しんでいるかを見てきた。ここでは、差別や偏見が病状の悪化につながっている現状を見ていく。

先ほどの3-2-1の調査によると、差別や偏見の経験の程度が大きい人ほど再発を繰り返す頻度が高くなっている。差別や偏見を受けた経験が精神疾患であることを公表する意欲を失わせ、効果的に治療が行える段階で病院に行くことができず、病状の悪化につながる例も多くある。差別や偏見によって病院に行けない人が3割、治療を中断してしまう人が4人に1人いるという¹³。実際に、重い症状になり入院している患者の7割が差別や偏見を恐れ早期に病院に行けなかった人々である。

3-2-3 身の回りの差別や偏見

ここでは、精神疾患に対する差別や偏見にはどのようなものが存在するのか。ここでは、差別や偏見の事例とそれに対する正しい知識を紹介する¹⁴。

①「精神疾患はなまけ病・さぼり病だ」

このような考え方により、精神疾患によって苦しんでいても仕事を休んで病院に通ったりすることができず、気づいた時には手におえないくらいの病状になっていることが多い。精神疾患の背景には様々な要因が絡み合っている。なかには、身体の病気などの影響で発症することもある。そのため、「なまけ」や「さぼり」と決めつけることはできない。

②「精神疾患の人は仕事ができない」

精神疾患の治療においては、自宅療養と職場復帰の二段階がある。まず自宅療養において「何とか出社して最低限の仕事をこなせるレベル」まで回復する。そして次に、職場復帰してから「通常の仕事がこなせるレベル」までへと少しずつ回復していく。

そして、精神疾患を発症しても仕事が全くできなくなるわけではない。一時的に体力や集中力などが一時的に低下する。しかし、順調に回復すれば半年ほどで依然と同じように仕事ができるようになる。それまでの間は無理をすることで病気が再発してしまう

¹¹ 医学専門誌「ランセット」より

¹² 精神医学者のフェリックス・クラインは「人間を害するほかのどんな病気より、鬱病から由来する苦しみのほうが大きい」と指摘している

¹³ <http://www.trapro.jp/articles/89> より

¹⁴ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/05/tp0515-1.html> より

可能性があるため、一時的に業務負荷を軽減する必要がある。

③「精神疾患患者には優しく接しなければならない」

精神疾患を発症したり、回復してからしばらくの間は疲れやすかったりストレスを感じやすかったりする。しかし、接触を避けたり過保護になったりするとそれが逆にストレスに感じることになる。ほかの人に接するときと同じように、ぶっきらぼうな口調やきつい言い方は避ける必要があるが、必要以上に優しく接しようとする必要はない。精神疾患を発症する前と後で同じように接することで、患者にも安心感を与えることができる。

④「精神疾患患者は犯罪率が高い」

この偏見には、マスコミの影響が大きい。事件の容疑者に精神科への通院歴があるとその部分が大きく報道されてしまう。そのため、精神疾患患者が危険で犯罪をしやすといった誤ったイメージが人々に刷り込まれてしまっているのである。そこから、「危険な精神疾患患者を野放しにするな」などの声が出るようになってしまっている。

では実際の犯罪率はどうであるのか。2002年における犯罪検挙人数は30万人である。そのうち精神疾患患者は700人に過ぎない。世親疾患患者の疑いがある人を含めても2000人である¹⁵。これらの数字から計算すると、犯罪を起こした人数が総人口(1億3000万人)のなかに占める割合は2%である。それに対して犯罪を起こした精神疾患患者が精神疾患患者全体(300万人)のなかに占める割合は0.6%である。これらの数字からも明確にわかるように、精神疾患患者の犯罪率が高いというのは、メディアの過剰な報道から生まれた偏見なのである。

3-3 精神疾患に対する対策

ここで、現在日本においては精神疾患に対してどのような対策が取られているかを見ていく。

現在、精神疾患に対して厚生労働省では「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」¹⁶を掲げている。ここにおいては、以下の4つを施策として挙げている。

1. 普及啓発…精神疾患に対する正しい理解・当事者参加活動を促す
2. 精神医療改革…精神病床の機能強化・地域におけるケアや精神病少数の減少を促す
3. 地域生活の支援…精神疾患患者に対する住居や雇用における相談支援
4. 「受け入れ状態が整えば退院可能」な7万2千人の対策¹⁷

ここにおいて、差別や偏見に関わる対策は1. 普及活動である。しかし、政策方針はこのように掲げられているものの、実際この項目に関する対策は取られていない。それよりも治療そのものに対する対策に目を向けられることが多い。しかし、3-2でも示したように、差別や偏見が障害となって早期に病院に行くことができない現状がある。つまり、治療に対する改善策を取っ

¹⁵ 『「犯罪白書 2002年版」第3節 精神障害者の犯罪』より

¹⁶ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/05/tp0515-1.html> より

¹⁷ 原因分析参照

でも、そこまでたどり着けない人が多い現状では効果が低いのである。だからこそ、まず差別や偏見に対する具体的な対策を取っていく必要がある。

3-4 現状分析まとめ

3-1 より、現在多くの人が精神疾患により苦しんでいることが分かった。また、現在医療機関を利用している人だけでなく、発症しているにもかかわらず医療機関を利用していない人が 4 倍いるとさえ推測される。

そして、私が本レジュメにおいて着目したのは「精神疾患に対する差別や偏見」である。差別や偏見は、精神疾患に対して二次被害も生じる。二次被害とは具体的には精神疾患に対する治療法をいかに改善しても、この差別や偏見という壁が障害となり治療を継続的に受けることができなくなっている現状があるのだ。現在政府は治療に関する対策は行っているが、治療を受けるまでの壁である差別や偏見に対しては具体的な対策を取っていない。この壁を取り除かなければ、精神疾患に対する早期発見・早期治療の体制が整っても意味がないのである。

4. 原因分析

4-1 なぜ差別や偏見が生じるのか

4-1-1 差別や偏見とは

そもそも差別や偏見とはどのようなものであるか。差別や偏見が語られる文脈のなかでよく出てくるのは「カテゴリー化」「ステレオタイプ」である。それら二つを説明したうえで、差別や偏見とはどのようなものかを説明していく¹⁸。

まず「カテゴリー」とはどのようなものか。国家・民族・階級・職業・性・宗教などの特徴をもつ分類のことである。このようなカテゴリーが単独で存在することはなく、対象となる別のカテゴリーがあってはじめて区別される。カテゴリー化という方法を用いて情報を単純化することで整理している。

つぎに「ステレオタイプ」とは、限られた一面的な情報のなかで客観的事実とは関係なく過度に一般化された考えにより形成される認知である。これも、情報過多の現実社会の中で、相手がどのような人かを即座に判断するためにつくられたものである。そのために、カテゴリー化に伴う固定化されたイメージであるステレオタイプを用いるのである。

「偏見」とは、過度のカテゴリー化やステレオタイプに基づいた態度で実際の経験や根拠に基づかずにある人々や集団に対してもつ否定的な感情や態度のことを指す。この偏見がある程度継続すると、差別に向かっていってしまう。

「差別」とは、正当な根拠がなくある人々や集団に対して不平等あるいは不利益な扱いをする行動のことである。これは、否定的なステレオタイプや偏見から生じる。

¹⁸ 『多文化社会の偏見・差別—形成のメカニズムと低減のための教育』より

これら四つは関連していて(図4)、カテゴリー化そのもの自体は否定的なものではないが、そこから差別に至る構図がつくられてしまう可能性がある。

図 4

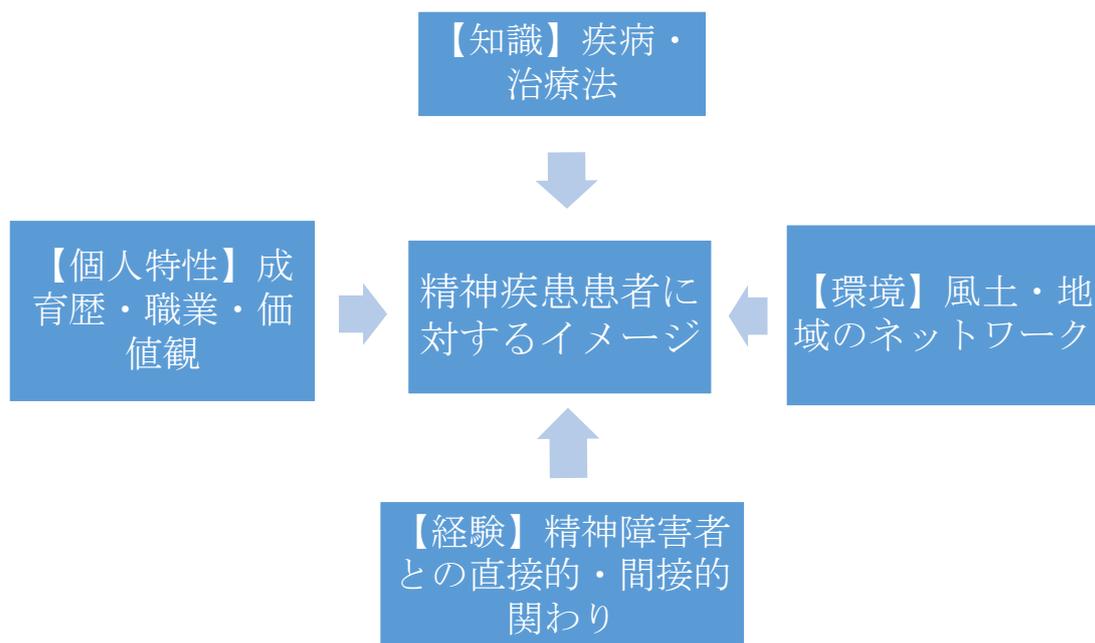


(出典)注⁸より発表者作成

4-1-2 差別や偏見が形成されるメカニズム

ではつぎに、精神疾患に対するイメージはどのように作られるのか。香川大学の研究によると、以下の図5のように示すことができる。

図 5



(出典)注¹⁹ 参照

香川大学がこれらのイメージに対する調査を行った。「精神疾患に対してどのような認識を持っているか」について、さらに図3における【知識】【個人特性】【環境】【経験】の4つについ

¹⁹ 「住民の精神障害者に対する意識調査: 精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」より発表者作成

てどのような状態であるかについてもアンケート調査を行った。

「精神疾患患者と会ったり話したことがある」という質問に対して最も多いのは認知症であった。認知症を除くと「本・テレビなどで知っている」が4割を超えていた。しかし、それらの精神疾患がどのような病気でもどのように対処していくべき病気なのかということについて知っている人はほとんどいない。

そして、【知識】【個人特性】【環境】【経験】の4つのうちで【知識】【経験】が少ない人ほど否定的なイメージを抱きやすいということが分かった(図6)。

図 6

	否定的なイメージをもつ人々の割合
知識量も経験量も低い人	85.3%
知識量が低く経験がある人々	79.5%
経験量が低く知識がある人々	76.8%
知識量も経験量もある人々	32.7%
全体	61.8%

(出典)注¹⁸ 参照

なぜ、【知識】と【経験】が少ないと否定的なイメージを持つようになるのか。これは、「接触仮説」から説明することができる。「接触仮説」とは、オルポート(1954)が唱えたものである。相手に対する知識や経験の欠如が偏見形成に関わっているため、異なる集団間の構成員が接触することで両者の理解や改善が促されるとしている。ここにおける接触とは単純に接触頻度が高ければよいというものではなく、偶然の接触では肯定的態度は形成されない。社会において人々の偏見などの態度変容を促すためには、どのような相互作用が必要かという視点からこの仮説は提唱されている。この「接触仮説」においては、ある条件が必要である。1)対等な地位での接触、2)共通目標を目指す協働、3)制度的支援、4)表面的接触より親密な接触、これら四つである。人々と精神疾患患者との間ではこのような条件に合うような相互作用は行われていない。そのため、【知識】【経験】不足による偏見が形成されてしまうのである。

以下では、その知識不足と経験不足がそれぞれなぜ起きているのか、原因の原因を分析していく。

4-2 知識不足の原因

精神疾患についてのアンケートによると、実際にうつ病などの精神疾患の病名を知っている割合は9割を超える。しかし、どのような症状を発症するかを実際に知っている割合は3割にも満たない²⁰。3-2-1でも見たように、この割合は外国と比べてもかなり

²⁰長崎国際大学中根允文氏「精神疾患の知識と理解に関する研究」より

低い割合にある。

ではなぜこのような知識不足が起きてしまうのか。それは、義務教育過程において精神疾患に関する知識を教えられていないからである。現在でも保健体育の教科書に「心の健康」についての項目はある。しかし、そこに記載されているのは「自らがストレスを感じたときにどう対処するか」という「適応規制」についてなのである。これでは、自らの精神疾患には対処できても周囲の精神疾患に対処することが難しい。実際に精神疾患そのものについて詳しく教えている学校は全体の3%ほどである²¹。そのため、「どう接すればいいのかわからない」というような状況が生まれ、間違った知識や判断で差別や偏見を生じさせてしまうのである。

4-3 経験不足の原因

経験不足とはどのような状況か。それは精神疾患患者と直接かかわった経験がないということである。実際に差別や偏見を抱いてしまっている人々のほとんど全員が、実際に会ったことのある精神疾患患者は認知症のみであった²²。患者の数は320万人を超えている現状で、なぜ「周囲にいない」という状況になるのか。なかには実際には会っているが精神疾患患者側が差別や偏見を受けることを恐れて打ち明けない場合もあると考えられる。この場合は、差別や偏見この問題の背景には、精神疾患に対する医療体制の問題が絡んでくる。

日本で精神疾患に関する法律が初めて作られたのは1900年の精神病者監護法である。この法律は、患者を各家庭で隔離してそれを行政が管理するという非医学的なものであった。このような私宅監置の制度は諸外国では例がない。そして、戦後に日本国憲法が公布されて人権尊重の思想が高まったことで、1950年の精神衛生法によって隔離だけの解決策が改められた。しかし、1900年に精神病者監護法が制定されたことを考えると、50年もの間精神疾患患者は隔離された生活をしていたのである。その後、1950年の精神衛生法によって隔離だけの解決策は改善され、精神疾患患者の医療及び保護と精神疾患の発生予防を行うよう方針が決められた。しかし、1960年代に駐日米国大使が精神疾患患者に刺されてけがをするという事件が起こり、精神疾患が大きな社会問題として捉えられるようになった。この事件は精神疾患のイメージに大きく影響した。そして、地域行政の相談機関が設置されるなどの法制度改革の一方で、強制的に入院させる制度が促進され、全国各地で多くの精神疾患を持つ人が強制入院させられた。このような背景から、「精神疾患患者は閉じ込めておけばいい」といった風潮が現在の日本には未だ残ってしまっているのである。実際に現在精神疾患によって入院している患者について見てみると、その実態が見えてくる。

精神疾患によって入院する患者は、重度の症状を発症していたり、症状によって他人を傷

²¹ [http://hrr.ul.hirosaki-](http://hrr.ul.hirosaki-u.ac.jp/dspace/bitstream/10634/7308/1/HirosakiIryoFukushi_5%281%29_59.pdf)

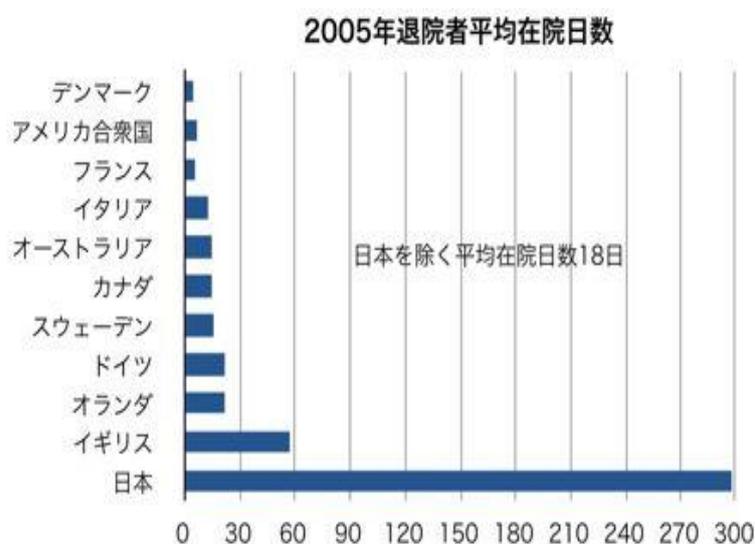
[u.ac.jp/dspace/bitstream/10634/7308/1/HirosakiIryoFukushi_5%281%29_59.pdf](http://hrr.ul.hirosaki-u.ac.jp/dspace/bitstream/10634/7308/1/HirosakiIryoFukushi_5%281%29_59.pdf) より

²² 「住民の精神障害所に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」より

つけたりする恐れがある場合で可能性がある人々である。実際の入院患者数はゆるやかに減少し、2011年には30万7千人となっている。そして、着目すべきは入院患者の平均在院日数である。日本は他国と比較して圧倒的に多い(図7)。一般的に1年以上入院することを長期入院という。このように治療を行っても病気が改善されずに長期入院している患者は約7割、つまり20万人にもものぼる(図8)。これは、人口と比較すると世界で最も多い割合である。

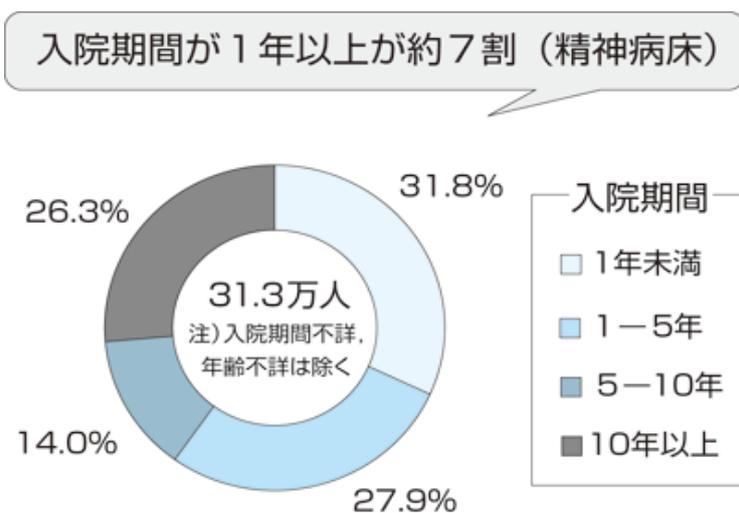
このように精神病院に閉じ込められている現状が、「経験不足」を引き起こしているのである。

図 7



(出典)注²³参照

図 8



(出典)厚労省平成17年患者調査

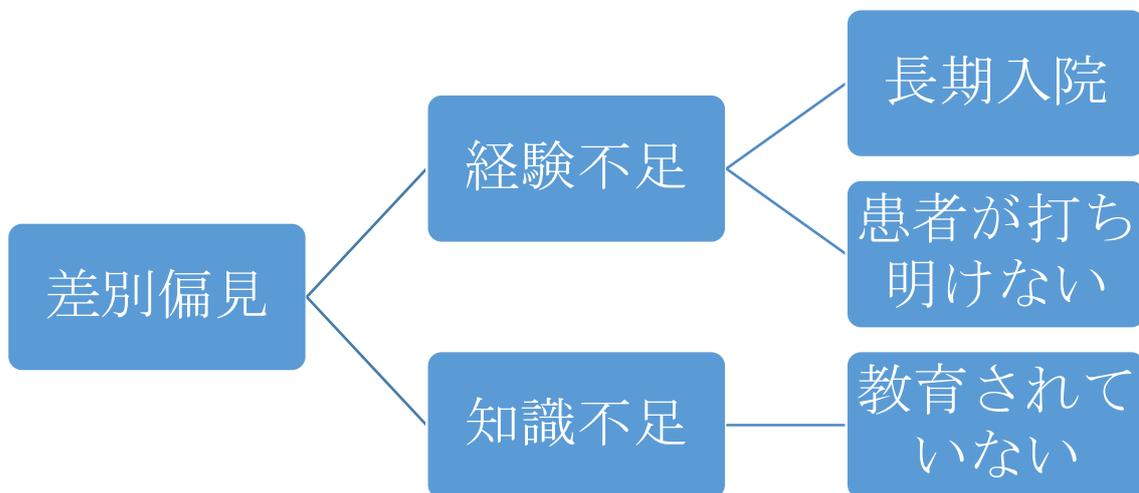
²³ 『精神科医療に関する基礎資料—精神科医療の向上を願って—(平成20年版)』より

4-4 原因分析まとめ

精神疾患患者に対するイメージは、【知識】【個人特性】【環境】【経験】の 4 つから形成されることが分かった。そのうちで【知識】【経験】が少ないときに否定的なイメージ、つまり差別や偏見を抱きやすい。

知識不足になる原因は義務教育過程で精神疾患について教えられていないことにある。経験不足になる原因は患者が打ち明けられないことと患者が精神科病棟に長期入院していることがあげられる。以下の図 9 にそのメカニズムを示した。

図 9 精神疾患に対する差別や偏見の原因メカニズム



(出典)注²⁴より発表者作成

5. 政策

5-1 心理教育の導入

5-1-1 政策

心理教育の導入は、知識不足を解消するためにおこなう。現在保健の授業で教えられているのは「自分がストレスを感じたときにどう対応するか」についてである。実際に「精神疾患がどのような病気か」ということについて教えている学校の割合はゼロに等しい²⁵。私の

²⁴ 『精神科医療に関する基礎資料—精神科医療の向上を願って—(平成 20 年版)』

²⁵ <http://hrr.ul.hirosaki>

掲げる政策においては、まず「精神疾患がどのような病気か」ということについて、加えて「精神疾患がいかに身近な病気か」「誤解から生じている差別や偏見がいかに彼らを苦しめていること」についても教えていく。これを義務教育の保健の授業に取り入れる。精神疾患の発症時期は半数が14歳以下²⁶のため、小中学生の時期から教える必要があるからである。その時期から知識を得ることで、「何を考えているのか分からない」「どう接すればいいか分からない」といった状況を払しょくすることが可能になる。

5-1-2 実例

実際にイギリスではこのような保健教育が充実している。そしてイギリスではこの教育制度を導入してから病気を早期に発見できることが増え、結果として病気の再発率・患者の自殺率が2割減少した²⁷。

また、日本でも同様の教育が行われた。実際に関西の学生に行われた教育プログラムでは、一度の授業で差別的な意見が半数に減少した。そして、授業を行うたびにその数は減ったのである。だからこそ、義務教育のうちからこの教育を取り入れていく必要がある。

5-2 地域精神保健福祉センターの活用

5-2-1 政策

地域精神保健福祉センターの活用は、経験不足を解消するために行う。

精神保健福祉センターとは、もともと「精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るため」に設置された相談機関である。各県、政令市にはほぼ一か所ずつ設置されている。しかし、精神科に通う人々のうち、9割以上がこの施設の存在を知らない²⁸。私の政策では、この施設をより活用することで精神疾患の治療を行いながら地域の住民と交流を行えるようにする。

まず、現在この施設で行われている心の相談所という機能に加えて、精神科医による治療や、行政の専門家による社会復帰の支援も行う。そしてさらに、地域住民との交流の場としての機能も担保する。具体的には、地域おこしのイベントや地域の農産物の共同販売などである。さらに、精神疾患患者といっても、働きながら治療が可能な人や、入院治療を行う必要がある人など、様々いるため、それらのすべてに対応できるよう、新たな機能をもったこの施設と精神科病院が連携していくことが必要なのである。受け入れ体制さえ整えば退院できるような人々は地域に戻り、通院治療を行う。また、入院治療が必要な人々は今まで通り精神科を利用する。ここにおいて、地域精神保健福祉センターが連携を行う精神科病院を決めておくことが必要である。一つ重要なことは、地域精神保健福祉センターの活用を行うことにより、周囲に精神科病院が一つもなくなってしまうようにすることである。イタ

u.ac.jp/dspace/bitstream/10634/7308/1/HirosakiIryoFukushi_5%281%29_59.pdf より

²⁶ <http://plaza.umin.ac.jp/~youth-mh/about.html> より

²⁷ http://plaza.umin.ac.jp/arms-ut/early_detection_intervention_Jap.pdf より

²⁸ <http://www.japsw.or.jp/taikai/2011/siryo/PSW-all.pdf> より

リアではこの地域精神保健福祉センターの活用によって完全に精神科病院が廃絶されているが、日本においてはそのための基盤が整っていないため、完全に廃絶してしまえば精神科病院での治療が必要なほどの重症な人々への対応が難しくなってしまう。各地の地域精神保健福祉センターを活用しつつ、提携する精神科病院を決めておく必要がある。

5-2-2 実例

上記のような地域精神保健福祉センターの活動が最も活発なのはイタリアである。イタリアにおいては、この活動が活発になったため現在では精神病院が存在しない。1960年代までは現在の日本と同様に精神病院が存在し、そのなかでは治療とは呼べないような光景ばかりが見られた。そこで精神科医のバザーリアが立ち上がり、精神病院の環境を変えようとした。その活動は徐々に効果が表れ、1980年代にはトリエステから精神病院が完全に消えた。そして現在ではイタリアにおいては差別や偏見感情を抱いている人々の割合は日本の2割ほどである。

図 10



(出典)「べてるねっと」より

実際に日本でも精神保健福祉センターの活用例が北海道の浦河町にある²⁹。べてるの家という施設である(図 10)。その施設は年間に 2000 人以上も訪れる。そこにいる人々には、差

²⁹ 『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』より

別偏見が原因の心の委縮が見られない。そこに来る人々は、多くがグループホームやアパートに住んでいる。そして、人々は通常想像されるような「話し合いが成立しない」といった状態ではなく、意思疎通に満ち溢れた生活を送っている。また、当事者の多くは幻覚・妄想と共存しているが、ほとんどのケースでコントロールできている。そのコントロールの方法は、個人的にしているのではなく、集団の中でどうコントロールしていくか話し合いながら行われている。自分が今までどのような幻聴を聞いてきたか、それに対してそのような行動をとったか、今後そのような場合はどうしていけばいいかなどを話し合い、それぞれの今後に生かしていく。この施設では、幻聴・妄想などをタブーとしないのである。幻聴を、「幻聴さんからのささやき」などと表現することで、共存する方法を模索したりしている。このように、精神疾患を病気として捉えるのではなく、一つの個性として扱うことで患者たちは差別や偏見を受けていた過去のトラウマから脱却し、いまの自分を受け容れられるようになるのである。

さらに、この地方で差別や偏見を受けたことがあると答えた精神疾患患者の割合は 9 割を超えていたが、この施設の活用によって 2 割にまで減少した³⁰。このように実際に差別や偏見も減少しているのである。

5-3 政策まとめ

これら 2 つの政策を同時に行うことには意味がある。2 つ目の精神保健福祉センターは、1 つ目の政策である心理教育をさらに充実させる場なのである。この心理教育の一環として、この施設の利用者との交流の機会を設ける。そうすることで、人々は若いころから精神疾患患者と関わる経験を得ることができ、精神疾患に対する差別や偏見をなくすことができる。

そして、これら二つの政策によって差別や偏見をなくすことで現在政府が行っている治療への改善策が有効に発揮されることになる。

6. 参考資料

6-1 参考文献

『精神科病院を捨てたイタリア 捨てない日本』、大熊一夫、岩波書店、2009 年

『多文化社会の偏見・差別—形成のメカニズムと低減のための教育』、加賀美常美代・横田雅弘・坪井健・工藤和宏、明石書店、2012 年

『偏見解消の心理—対人接触による障害者の理解』、山内隆久、ナカニシヤ出版、1996 年

『偏見と差別の解剖』、エリザベス・ヤング＝ブルーエル、明石ライブラリー、2007 年

『精神医療と人権【1】 日本収容所列島』、戸塚悦朗・広田伊蘇夫、亜紀書房、1984 年

『精神医療と人権【2】 人権後進国日本』、戸塚悦朗・広田伊蘇夫、亜紀書房、1985 年

³⁰ http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/shf/jiritusien-kyogikai/27_1_siryu-4-2-1.pdf より

『精神医療と人権【3】 人間性回復への道』、戸塚悦朗・広田伊蘇夫、亜紀書房、1985年
『ICD-10 精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン』、融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士訳、医学書院、1992年発行、2005年訳
『精神医学と精神保健の用語集』第2版 世界保健機関発行、1994年

6-2 参考 URL

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> (12/30 閲覧)

日本精神保健福祉士協会 <http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri/20-23.pdf> (1/2 閲覧)

日本 WHO 協会 <http://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html> (1/2 閲覧)

日経メディカル「日本人が抱く精神疾患のイメージ」
<http://medical.nikkeibp.co.jp/inc/all/hotnews/archives/423365.html>
(1/6 閲覧)

「”死に至る病”という認識を」-うつ病に見る精神疾患への偏見-
<http://www.trapro.jp/articles/89> (1/6 閲覧)

DIAMOND ONLINE「社会参加や受診機会が奪われるうつ病患者への差別が助長」
<http://diamond.jp/articles/-/32449?display=b> (1/8 閲覧)

日本の精神科医療の歴史
<http://hidekiueno.net/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%A7%91%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AE%E6%AD%B4%E5%8F%B2/> (1/28 閲覧)

住民の精神障害者に対する意識調査:精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ <http://ci.nii.ac.jp/naid/110006452199> (2/6 閲覧)

青森の小・中・高校におけるメンタルヘルス問題と精神保健教育の現状に関する調査研究
http://hrr.ul.hirosaki-u.ac.jp/dspace/bitstream/10634/7308/1/HirosakiIryoFukushi_5%281%29_59.pdf
(2/7 閲覧)

ユースメンタルヘルス講座 <http://plaza.umin.ac.jp/~youth-mh/about.html> (2/8 閲覧)

精神障害者と人権ー精神障害者の犯罪をどのように考えるべきか 安心して書かれる精神医療の確立こそ急務
<http://www.seirokyo.com/archive/folder1/shokuhou/seimei/0109satomi.html> (2/9 閲覧)

どうすれば、差別や偏見をなくせるの? ~人権侵害の歴史を考える~
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri/26-30.pdf> (2/9 閲覧)

精神障害者と犯罪統計 <http://homepage3.nifty.com/kyouseisha/sub042.html> (2/10 閲覧)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25HO123.html> (2/10 閲覧)

精神保健福祉センターとは <http://www.geocities.jp/centerokinawa/mhc.html> (2/11 閲覧)

障害を理由とする差別に関する意識調査アンケート調査結果について http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/shf/jiritusien-kyogikai/27_1_siryo-4-2-1.pdf (2/11 閲覧)

統合失調症に対する偏見除去の方法に関する研究 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/stigma2.pdf> (2/11 閲覧)

世親障害者の地域生活支援について～精神保健福祉士に求められるもの～ <http://www.japsw.or.jp/taikai/2011/siryo/PSW-all.pdf> (2/11 閲覧)

べてるねっと http://bethel-net.jp/?page_id=9 (2/11 閲覧)