

## 精神障害者の初期受療援助の重要性

小椋 芳子

About the Importance of Initial Medical Treatment Assistance for Mentally Handicapped Persons

Yoshiko Ogura

### 要約

統合失調症等の精神病においては、本人も家族もなかなか病気を認めることが出来ないため、早期に医療にかかるということは困難であることが多い。病気で不調や苦しみを感じながらこれは普通ではないと思いつつ、まさか自分が精神病になる筈はないと悩みつづけ、家族も認めたくないという事例が多い。そのうち病気の急性期症状である幻覚、妄想によって生活が混乱し、誰が見ても精神病と分かるようになり職場や地域でのトラブルが多くなる。時には犯罪となりマスコミに大きく報道されるのでますます精神障害者への偏見が強くなる。犯罪を起こす精神障害者には、未治療者、治療中断者等が多いと言われている。従って精神障害者の初期受療援助による早期治療が重要となる。本稿では5事例を通して筆者が行った実際の援助内容を紹介し、地域における初期受療援助の重要性と今後の課題提起を行った。

キーワード：精神障害者 地域 偏見 初期援助 相談員

2004年10月12日受理

### はじめに

精神障害者医療の本は、殆どの内容が診断、治療、リハビリで終始している。未治療者が医療に結びつくまでの、受療勧奨に関わる援助実践等の報告が殆ど無く、いきなり診断技術、インホームドコンセント、リハビリ等の記述がなされている。臨床の医師は目の前に座った患者や家族が、受診するまで悩み葛藤し様々なトラブルの上、やっとここにたどり着いたということをどれほど理解しているのだろうか。また、受診に至らない人が地域には多くいることをどれだけ認識して診療にあたっているのだろうかと疑問に思う。地域では家族も隣人も職場の人も当事者の異変に気づきながら、医療に結びつけら

れず本人のための有効な援助がないまま悪化している人が多いのである。そして周りの人達がどうすることも出来ずに、発病の急性期に至って問題が起こり、ついに警察への通報に至る不幸を繰り返しているケースがよくみられる。

保健所、市役所などの行政に精神病への「迷惑論」「精神障害者野放し論」「危険論」に基づく苦情が毎日のように持ち込まれてくる。「アパートの一人住まいで火事を出したら誰が責任をとるのか」「異様な身なりでうろろうしているが、事件を起こすのではないか」などの声である。地域のそんな声の中には、医療的に治療ルートにのって安定しているのに、外見が異様だからと問題視される人もいる。また、医療に

結びついていない人もいて精神保健福祉相談員などが訪問援助したいのだが、本人や家族が「病気ではない」と訪問拒否するので静観するしかないという現状もある。

このような地域精神保健福祉の問題を取り上げる医師は少ないが、三野善央医師は「レッスン、とうごうしっちょうしょう」の著書「病院には行きたくない」の項で記述しているので引用してみる。「受診しないときは先ず、保健所に相談してみましよう。必要な場合保健師さんが訪問してくれます。一回の保健師さんの説得で問題が解決するとは考えないでください。しばしば時間がかかるとおいてください。発病から時間が経過するほど、説得には時間がかかるようになって考えて良いでしょう。ですから、うまくいくまでは定期的に保健師さんに訪問してもらおうと良いでしょう。同じような訪問や往診が何回か続くこともあるでしょう。そうした中で、何かのきっかけで薬を飲むことに同意することも珍しくないのです」と述べている。しかし、これらの記述も三野医師が保健所の嘱託医であったときの経験である。今後は現場で地域の事情に最も精通している精神保健福祉相談員や保健師が、地域精神保健福祉活動についてもっと書かなければと痛感している。

筆者は昭和41年に大阪府の保健師として採用され、36年間在職して平成13年に定年退職をした。在職中精神保健の業務に積極的に関わるようになったのは、母子保健などの業務が自分なりに出来るようになった昭和50年ごろであった。母子や結核で関わる事例の中で、それらの事例の背景にある精神の問題が見えるようになり、少しずつ精神の分野に関わる援助を開始した。困難な事例は精神保健福祉相談員と連携して援助技術を獲得していった経験がある。平成11年には精神保健福祉相談員の資格を取得して専任で精神保健福祉業務に従事した。これまでの活動経験から5例の初期の受療援助を紹介し、急性期の危機介入の重要性について述

べたい。

### 精神障害者の初期援助について

精神障害者、とりわけ「統合失調症」の発病初期の急性期に、当事者を医療に結びつける援助は重要である。しかし実際には非常に困難をきわめる援助であり高度で熟練した技術が問われる。プライバシー保護などの人権への配慮や本人をめぐる家族、職場、地域の利害対立などの社会的背景が複雑に関与する深刻な課題である。医療に結びつかないまま触法事件を起こしてしまうと、本人、家族の問題に留まらず、マスコミ報道の影響から社会の偏見を強めていく結果となる。その事がまた当事者や家族が「統合失調症」であると認めたくない理由となり悪循環の連鎖となっていることを考えると、本人の周囲で起こる問題の経過や社会的背景などの整理と、明確な方向性をもった危機介入体制の整備が重要となる。平成13年3月27日の参議院で次のような質問がされている。(資料1) 年老いた両親が本人の受診拒否に思い余って警備会社の移送サービスを依頼したところ、屈強な警備会社の警備員が数名きて、力づくで病院へ移送したというものである。結果、法外な料金(200-300万円という例があったようだ)を請求され、しかも入院先の病院も移送の会社の判断で選ばれたということである。このような経過で、措置入院(資料2)などをすると、当事者は家族、医療機関など全ての信頼を裏切られ、事件の再犯率も高くなると言われている。この事例からは、移送制度の充実と初期の危機介入が如何に重要か判断できよう。

受診、入院を拒否した時、あたかも本人に判断力がないように見えても家族が「あなたは病気だと思う。辛いがあなたの為に病院へ今から連れて行く」と言って2-3人でタクシーに乗せて、両サイドからしっかり脇を固めて受診するように援助する。こうして入院すると2-3箇月して治療効果が出るころには「家族が受診(入院)させたのは仕方がないことだった」と

不思議に本人は分かるようである。逆に幻覚や妄想で暴れているとき、本人には何を言っても通じないだろうと家族がだまして、「静かな山へ行こう」「お母さんが受診するからついていって」などと嘘をついてしまったりする。また、為すすべもなく警察を呼んでの措置入院となると、後になって薬で平穏を取り戻しても、このときの不信感や怒りはなかなか本人は解消できない。結果、治療中断や、再び問題行動に結びつきやすい状況を生み出してしまう。家族や親族、せめて医師、精神保健福祉相談員などの援助で受診（入院）出来る体制が地域でとれないものかと胸が痛む毎日である。

### 初期援助の事例

筆者が関わった5事例を紹介していくが、いずれもプライバシー保護のため当事者の年齢、職業、家族構成などは事実と異なる記述をしている。しかし問題の経過や援助は事実即して記述している。

#### ①すでに信頼関係が構築されていた例

Aさんは28歳の主婦で帰宅の遅い夫は殆ど育児かかわらないので、昼は2人の子どもを一人で育てていた。第2子に言葉の遅れがあることが3歳児健診で指摘され、筆者は保健師として家庭訪問した。Aさんは疲れきっていて会話もかみ合わないのが、初日は、緩やかに対話して追い詰めないように配慮した。その日は子どもと積み木や絵本で遊び、子どもの生き生きした表情、活発な目の動き等を観察していると、言葉の遅れは経験不足が原因かと疑われた。2回目の訪問で台所のビール缶30本位が目にとまって、キッチンドリンカーと分かり、夫への不満が涙と共に語られた。単に夜の帰宅が遅いというだけでなく、浮気を疑っているようだった。次回は何とか夫との接触が必要と考えているとき、同じ市内に住むAさんの母親から電話が入りAさんが実家に帰宅していることを

知った。「娘が変になった。すぐ来て」という切羽詰った声に、緊急性を感じてすぐに訪問した。実家を訪問すると大声が外まで聞こえてきた。Aさんは居間で下の子をおんぶして、大声でお経のようなものを唱え、手は上下に大きく振っている。神への儀式を行っているように見える。前回訪問から10日目位なので、この変わりようをどのように判断していいのかわからなかった。20数年前なので、私としては精神保健へのかかわりも殆ど初めての経験である。無意識にとった私の行動は、Aさんの名前を何回も呼ぶことであった。会社を休んだと言うAさんの弟と母親が必死にAさんを座らせようとしているが、それを無視して目を吊り上げてぐるぐる居間を回り続ける。おそらく昨夜から家族も何回もパニックになりながら同じ対応をしているのだろう。誰も一睡もしていないという。母親は「何で、何で」と泣き喚いている。すると私の呼びかけにAさんは一瞬正気に返り「あら、小椋さんどうしてきたの」と穏やかな表情で言う。「お母さんがあなたのことを心配して私を呼んだのよ」というと少し無言で、また神への儀式が始まった。何回も名前を呼びながら細切れに「子どもさんのために、寝て食べて元気になって欲しい。夜にはあなたの夫もここへ来るから話をする」といった会話をくりかえした。途中で名前を呼んでも反応しないとき、思わず両頬を私がピシャピシャと強く叩かなければ、コミュニケーションがとれなくなることもあった。母親には医療の必要性を説明して、弟には「お姉さんの手をしっかり握って、それでも伝わらないときは顔を両手で挟んで会話するように」と伝えた。2人とも私の対応を見ていたので了解できたようだ。Aさんの、行動は続いたが、疲れたのか夕方になると時々座りこむようになった。夜、駆けつけた夫にも医療の必要性を話して、今後のことはまたゆっくり協議することとなった。またAさんは、夫が来ると激しく罵りながらも、欠伸を何回もす

るようになったので今夜は大きな問題にはならないだろうと判断した。翌日母親と夫はAさんをS一般病院の精神科に入院させた。Aさんは急激に発症したので服薬効果もすぐ現れて1ヶ月で退院した。このように、子どものことですでに保健所とのかかわりがあり信頼関係がとれていたことや、Aさんの母親がタイミングよく相談した結果、スムーズに医療に結びついた援助例である。

## ②家族の求めがあり、本人も了解した援助で入院が回避できた事例

18歳のBくんが朝も夜も近隣を軒並み訪問して激しく戸を叩いて迷惑していると、Bくんの近所の人二人で来所された。しかもナイフを手をしているので怖いーという相談であった。お母さんも困っているが、息子から眼が離せず動けない。来所した相談者とお母さんは信頼関係があることも分かった。そこで私は訪問したいので、本人の了解を取ってもらうことと「B君の大事な話を聞きたい」という伝言を依頼した。もし本人の了解が取れないなら、お母さんとだけでも会いたいということも伝えた。B君が拒否するのなら、お母さんと外で面接をしようと思っていた。すると意外にも「本人が家で会いたい」と希望していると返事が来たのですぐ訪問した。すでにお母さんが外で待っていて家に入るまで歩きながら、本人が2-3日殆ど眠らず食事もとっていないという話を一言聞かせてもらった。母親と話す時間が長いと、本人が母親と援助者が何か共謀していると疑うので、歩きながらの会話が大切なのである。本人はかなり“ハイ”な状態で私に椅子をすすめるとすぐに早口で、「保健婦さんですか、あのね、信じないかも知れないけど、後10日位で地球が破滅するよ」という。「ああそうですか」と聞いていると、「怖くないですか」と怪訝な顔である。私が「どうしたらいいですか」と言うとき「僕が今、神と交信しているので何とかなれ

ばいいけど、とにかく日本は特に危ないので逃げ出さなければ、保健婦さんは良さそうな人なので、絶対に逃げてね」とまくしたてる。黙っていると「保健婦さんも信じないの」という。「うーん、とにかくありがとう」というと「ね、絶対逃げてよ」と真剣である。私が「あのね、皆が死ぬときは、私も死んでいいのよ」というと暫く無言であった。すると「ね、僕のナイフを取り上げないの？」とB君がテーブルに置いていたナイフを手にした。「とりあげないよ」というとまた困ったように無言である。「保健婦さんは変わっているね」という。「何で」と聞くと「あのね、いままで僕と会った人は僕の話は聞かずに、とにかくナイフを渡しなさいというんだよ。せっかく皆を救おうと教えてあげているのに」と言う。「どうしてナイフを持っているの」というと「僕からは何もしないよ。でも、追っかけられたり、怒鳴られたりしたから怖くて外に出られないよ。もしやられそうになったら、その時僕はナイフを使うよ」と真剣な口調で表情もすごんでくる。「だったら、あなたが持っていて」というと「僕、保健婦さんにあずける」とナイフを差し出すので「それより、そんなに地球が危ないと思っていたら寝ていないでしょう。食べている？」と聞くと黙って下を向いてしまった。「あなたの言うとおりになら、まず体力をつけてないと、皆を救えないよ」というと急に疲れた表情になって考えている。「おかあさんも、とてもB君が心配で私を呼んだのよ、とにかく寝て食べてまた考えよう」というと「眠れない」と苦しそうである。「うーん、こういう時は普通、誰でも眠れないよ。だからとりあえず薬で眠るの、でもB君が嫌だったら飲まなくていいよ。眠りたいと思った時また来るからね」と夕方なので腰を浮かすと「待つて」といい、頭をかきむしり沈黙してしまった。ひたすら待っていると、やっと「くすりがほしい」というので母親と受診の協議をした。帰るとき、「B君が嫌になったら止めてもいいよ。

でもBくんはとても疲れているので、私もお母さんも早くB君が元気になってほしいと思っているよ」といって帰った。翌日お父さんも会社を休み、受診に同行した。幻覚、妄想がひどいので入院は避けられないだろうと思っていたが、結局通院で治療することになったと報告をうけた。勿論、こんなにすんなり面接が進んだわけではなく、突然立ち上がって宙をにらんだり、母親が出て来るといらいらしたり、せかせか歩き回ったりと長時間の面接となった。私は心からB君を早く楽にさせてあげたいと、じっくり構えてメッセージをおくった。そして選ぶのはB君であることを何度も何度も強調した。B君が体力的に限界に来ていたこともタイミングの良い働きかけとなったようだ。

③家族は受療希望だが、本人が病気と認めないときの援助で通院医療を開始した事例。

18歳のCさん(息子)の家庭内暴力で身に危険を感じた母親が相談にきた。独語もあり表情も険しく、言葉も聞くに堪えない暴言だと母は訴える。そしてあの「優しくて几帳面な息子がどうしてこんなになってしまったのか」と途方にくれている。私はまだ精神保健福祉相談員の資格を持っていなかったため、専任の相談員と協力して援助を開始した。ベテランの相談員は母親に「家を出て息子1人にする」ことを勧めその準備に入った。数日して母親が家を出た後で、本人のところへ訪問したがもちろん面接はできなかった。手紙で「食事の差し入れ、ゴミを捨てる、買物に行く」などの援助をしたいと書いておいてきた。保健所の、電話番号と担当者を知らせていたので、数日して買物の依頼が来た。顔を合わさないように買ったものを玄関に置いてくる、ゴミが出されていると捨てるというかわりが数週間つづいた。母親も入れて援助チームをくみ、ひたすら数ヶ月続けた。ある日転機がおとずれた。「トイレの水が出なくなった」という本人のSOSで訪問できるこ

とになった。家の中に入り本人とも顔を合わせるチャンスである。本人は何回も「入院させるようなことはしないか」と警戒して事前に確認してくる。数週間の援助の実績もあり信頼はしているようだが慎重である。「絶対あなたが希望しないことはしない」と何回でも約束する。SOSに応じて当日ベテランの相談員が行くとドアを少し開けた。包丁を持っているのがわかったが、少しのやり取りで業者も家の中に入ることができて無事トイレの修理は終わった。その後も、以前と同じ援助(実際は殆ど母親が実施)が続いたが、一人暮らしに限界が来たのと我々が長期に自分の意思に反することをしなかったことが良かったのか、突然自分から保健所に来所して医療につながった。私は当初、多忙な中で延々と続く家事援助にどんな意味があるのだろうと思っていた。有効とわかっている日常業務に追われて継続援助できないのが現実である。ベテラン相談員は見通しをもって関わる計画を立てたのだろう。その粘りと援助技術の見事さに私は学ぶものが大きく、このことはその後の援助の原点となった。Cさんはその後保健所のグループワークに参加して、別人のように穏やかになり、リーダー的存在になった。Cさんにあのまま危機介入の援助がなかったら考えると、相談員や保健師とは本当によい出会いだったと思うと同時に、私自身はプロの技を学ぶことができた。

④家族が援助を求めていないため措置入院となった事例

地域で多いケースは、近隣が問題を訴えているのに、家族が援助を求めていない、病気と認めたくない事例である。近隣の方は「夜中に大きな音で音楽を聞いているので注意したら、窓を開けて怒鳴り、物を投げてきた」「いつも窓のカーテンを閉めて隙間から見張っているのか、向かいの人が玄関をでると大声でどなる」「何日も出てこず、息子さんは髪も伸びたまま

で、窓からごみを放るが家族に注意しても知らん顔」「いきなり家に入って悪口をいうなど怒鳴った。目つきも怖くて何とかしてほしい」など様々な事例の相談にこられるのだ。しかし、当事者や家族の人権もあり、生命に危険な自傷、他害がないとなかなか援助者は動けない。このようなことを前提に本人や家族の人権について説明すると「何かあったら誰が責任をとるんですか」と責任追及になる。凄惨な自治会単位の動きであったり、議員さん同行であったりと大変である。結局、「自傷、他害など何かあったときでないと警察には通報できない」と言わざるを得ないので、何か事件を起こし措置入院となってしまうのが現状である。家族も本当は困っているのだが、精神病のレッテルだけは貼られたくないと、頑なにこなっていることが多いので援助が開始できない事例は後を絶たない。

次に紹介する事例では、早朝から他家の植木鉢を傘で粉々に壊して暴れたため、近所の人に通報されて警察での診察となった。このような措置入院時には、2人の指定医の診察が必要でありその為の面接時に初めてDさんと会った。28歳の女性Dさんは父親と二人で住んでおり、「近所から悪口を言われている」とか、「自分は世界的に著名な学者であり何とか理論」を世界に発表すると英語で演説をし始めた。二名の指定医の診察のあとすぐに措置入院の手続きがとられた。彼女の長期にわたる妄想の世界は強固に出来上がっており、入院でどれほどの治療効果が望めるのかと危惧された。そのとき大会社に勤めている父親と面談すると、製薬会社の知人から入手した薬を長期に娘に服用させておりながら、1度も受診させていなかったということがわかった。どうしても病気を認めたくなかったと後悔していたが、地域の強い偏見を考えると親の気持ちもよく理解できる。この父と娘の信頼関係が措置入院後壊れないかと心配された。地域に潜在しているであろうこのような

ケースも把握できず、地域に必要な援助の手も届いていない実態が明らかになるにつれ、行政の中で働くものとして無力さを感じる。

#### ⑤ひきこもり者の心の扉をあけるための援助例

100万人以上と言われるひきこもりも、増加の一途をたどっている。次の事例は筆者がベテラン相談員とひきこもり者への援助に同行し、援助技術の学びと相談員の人員不足を痛感したケースである。母親から32歳の次女のひきこもりについての相談があった。この家族は多くの問題を抱えていた。夫は脳梗塞後の軽い痴呆があり、長女は精神科へ入院中、母親の収入が家計の中心をなすものであった。したがって2-3年ごとに仕事を変えて1-3か月ひきこもる次女が気になっても母親は放置してきた。しかし次女は今までは長くて3ヶ月であったのに、今回は半年もひきこもり、家計も苦しくなり援助をもとめてきた。保健師の私が夫の援助をして、専任の相談員が次女を中心となって援助した。もちろん相互に連携して日々変化する状況を相談員に報告し、援助計画を見直しながら関わった。相談員はまず家庭訪問をして母親と面接をした。母親は「昼は寝て夜は起きてごそごそする」「食事は母親が勤めに出てから一人で食べる」「夫と次女がときどき喧嘩をしているようだ」「ビデオを長女の外泊のとき借りてもらっている」「音楽を大きく鳴らすので勤めはあるのに不眠になる」と訴える。これらの会話を相談員は2階に聞こえるように、大きな声でしている。2階の次女が聞き耳をたてているであろうと予測した行動だ。相談員は母親をねぎらい、次女のつらさを少しずつ代弁し、次女の味方であることを知らせていた。そして2回目の訪問で、次女の部屋の前でぴたりと閉めた襖に向かって、自分は専門の相談員であることを告げ、何かあなたの手伝いは出来ないかというメッセージをおくった。もちろん応答はなかったただそれだけだったが、「何かお手伝いは無

いか」と書いたメモを置いてきた。何回目か今となっては定かではないが、おそらく3-4回目の訪問のとき隙間ほど襖が開いていた。その襖は訪問のたびに少しずつ大きく開き、ついにある日メモが本人からさしだされた。借りてほしいビデオのメモであった。もちろんすぐ実現した。この気の遠くなるような援助がその後どうなったのか、私の受け持ち地域が変更になり不明である。しかしこのように、薄紙を1枚1枚剥いでいくような援助は通常は殆ど出来ない。公平論から言うと一人に懸かりきりにはなれないので、いい援助と分かっているにもかかわらず実践はできないというのがマンパワーの実態である。よほどの出会いと相談員の並々ならぬ決意と、根気が要求される。そして今も増え続けるひきこもり者への長期にわたる援助のため、公的サービスの充実と、専門的人員の増員が急務である。最近、ひきこもりは家族が変われば解決の方向に向かうと分かり、家族教室を開催している所も出てきた。そこでは家族同士が悩みを共有し、焦らずころから本人を理解し待つことの大切さを学びあい成果をあげているという報告である。もちろんこの事例のように家族が殆ど病んでいる時には、外部から家庭へ援助を届けることも欠かせない。

### まとめと考察

地域では、現実に警察の要請で措置入院の手続きから援助のかかわりが開始する、という残念な事例は後をたたない。すでに述べたように精神障害者が犯罪を起こしやすいのは、未治療者、治療中断者、再発などを起こしたものとわれている。治療中断者は、向精神薬の副作用などが原因で服薬を止めることが多い。服薬者の苦痛は「二日酔いの方が米1俵背負っているような体の重さ、苦しさ」だと表現されるくらい深刻なものである。また再発とは回復して薬を必要としなくなった人が、何かのきっかけで悪化する場合と、回復期で向精神薬は最低の維

持量になっていた人が、ストレスなどで悪化して急性期の症状が再び出る場合がある。このような時に犯罪を起こすと、マスコミは報道を急ぐ余り、不十分な情報に基づいてセンセーショナルに書き立てることも有る。従ってマスコミを通してマイナスイメージを抱く人は少なくない。

筆者は形態別（精神障害者）介護の授業開始にあたり、学生が持つ精神障害者のイメージを聞いてみた。学生は正直に「怖い、隣に座ると緊張する、何となく避けたくなる、話しかけにくい、怖い事件を起こす人、何をするか分からない」などと具体的イメージを挙げる。それでは、どこでそんなイメージを持ったのかと聞くと、町の中で遠くから見た、近所に居る人などの他に、事件報道で持ったイメージが多いと学生は答えている。しかし少数であるが、実際に障害者の作業所、ボランティアなどですでに精神障害者と関わったことのある学生は、「実際に接してみると普通の人だった」という感想を述べている。地域の精神障害者に対する意識もやはり同じように形成されるのだろうと思う。精神障害者や家族が病気を隠している間に、地域、職場でトラブルを起こしたり、時には犯罪に結びついてしまう。従って早期に治療することが本人、家族の苦痛を早く取り除くことになり病気の予後にも良い結果を与える。さらに、精神障害者の事件を防止するためにも、初期の受療援助が大切であると痛感する。

今回紹介下事例は、いずれも初期の受療援助に効果的であったものであり、早期治療で重症化を防ぎ、勿論犯罪や事件に結びつく事もなかった。しかし現実には、我々が関わったのは、援助を必要としている人々のごく一部にすぎず精神保健福祉に関する地域の問題は山積している。

精神障害者は本来「優しくてまじめ、几帳面、正直すぎる」などの性格の人がなりやすいと言われている。誤解を恐れずにいうと、有る意味

では純粹で人間的であるほど、競争社会では簡単におしつぶされてしまうのではないか。もちろん、育ちも含めてこころの病気になるやすい脆弱性もあるだろう。

筆者は農村、漁村等の、人のつながりが強い共同社会のあるところでは心の問題は少ないと感じている。農村や漁村では時間の流れはゆっくりとして、スピード、効率よりも人のつながりを大切にして、少なくとも正直者が損をするようなことが少ない共同社会がまだ少しは残っているように思う。援助者は現代の社会で発病したこれら精神障害者の本人や家族の心の痛みを深く理解し、人間の尊厳を懸けて当事者やその家族と関わりあうことが大切だと考えている。人間は有る能力を失うと鋭い感性と直感で自分との対立関係を見分ける能力を備える。赤ちゃんが、子ども好きな人を瞬時に見分けるように、視力障害の人が肌で周りの雰囲気や鋭く捉えるように精神障害者は差別意識の有る人を鋭く見抜いてしまう。もちろん援助者の感性だけでなく、専門性を磨き病気の知識に精通しなければ、「統合失調症」の世界は理解できない。さらに多く当事者と接し、実践の中で援助技術を高めることが重要であることは言うまでもない。

「統合失調症」の原因に「脆弱性・ストレス説」がある。終身雇用性、年功序列型賃金は安定社会の基本であった。今、銀行や大企業の倒産、就職難、リストラ、能力給などの競争社会が急速に進行し、不安、不安定社会となり、こころの病は増加の一途をたどっている。社会のありようも視野に入れて今後のことを考えていかなければならない。

また、今回取り上げた事例では明らかにしてないが、援助過程で事件や自殺、家庭崩壊などの残念な結果を招くことも現実には多い。援助技術の確立も重要であるが、なんと言ってもマンパワーなど公的サービスの充実が不可欠である。保健所をはじめ関係行政機関に家族や近

所からの相談、民生委員、市役所、病院などからのさまざまな要請がある。正直、精神障害者への対応が充分できない現実が有る。

また、せっかく相談ルートに乗りながら援助が中断する例も後を絶たない。その場合、本人や家族から中断する場合も多く、その理由は、援助者がタイムリーに動けず、信頼関係ができないということが多い。ましてや、本人や家族が援助を求めているなければ、地域で深刻な事態が起こることも実際に経験している。

従来、都道府県の管轄であった精神保健福祉業務が、14年から徐々に市町村に移管されている。しかし、市町村は財政難で非常勤職員対応のところが多く、最もプライバシー保護を要する業務でありながら正職員を配置する自治体は少ない。精神病は長期の療養を要するので（青年期に発病し生涯、向精神薬を服用する人が殆どである）援助者も長期のかかわりで信頼関係を築き、将来を見据えた業務計画をもたなければならない。現在行政改革のなかで保健サービスも後退の一途をたどり、社会の要請に逆行している。

ある家族は、マスコミの事件報道があると精神障害者でなければ良いかとひたすら願うという。精神鑑定という文字に胸がどきどきすると嘆く家族も多い。精神障害者の事件が大きく報道されると、当事者も家族も外に出たくなるといふ。こころない事件報道があれば偏見を増幅する。（資料3）

精神障害者や家族が病気を隠さなくても普通に住めるようになるために、様々な専門職による早期援助と、地域の啓発が今後ますます重要である。事件に結びつきやすいと言われている精神病の未治療者、治療中断者、再発者への適切な援助が充実できるように働きかけていきたい。今回は精神障害者への差別偏見事例とそれに深く関与している精神障害者の犯罪について言及したいと思っている。

参考文献

- 1、 三野義央 レッスンとうごうしっちょうしょう  
メデイカ出版 2003・10
- 2、 小川 忍 看護者のための精神保健福祉法  
中央法規出版 1996・10
- 3、 滝澤武久 精神障害者の事件と犯罪  
中央法規 2003・8
- 4、 法務省 犯罪白書 平成15年版  
国立印刷局 2003.12
- 5、 金澤 彰 精神鑑定  
萌文社 1996・7
- 6、 諏訪茂樹 援助者のためのコミュニケーション  
と人間関係  
建帛社 1995・9
- 7、 石神文子 心病む人々の生活支援  
ヤドカリ出版 1998・5

(おぐら よしこ 本学研究員)

資料1 民間移送会社による精神障害者の移送に関する質問主意書および答弁書

参議院議員 桜井充議員提出のもの

参議院先議で国会提出されている「障害者等に係わる欠格事由の適性化等を図るための医師法等の一部を改正する法律案の審議は、4月3日に厚生労働委員会で趣旨説明のみを行います。(4月5日には法案質疑と参考人質疑、採決か)

右の質問主意書を国会法第七十四条によって提出する。

質問第一三三号 民間移送会社による精神障害者の移送に関する質問主意書

平成十二年三月一日

桜井 充

参議院議長 井上裕 殿

民間移送会社による精神障害者の移送に関する質問主意書

最近、民間移送会社によるいわゆるひきこもりの症状がみられる精神障害者の移送を専門とするサービスの問題が多く報道されている。これら報道によると、民間移送会社が保護者に対して法外な料金を請求したり、民間移送会社の判断で入院先を決定したりしているが、法律には触れていないという。このような現在の法整備では、患者の人権は十分に守られていないと思われる。そこで以下質問する。

一 精神障害者又はその疑いのある者の保護者が、本人の同意なしにその者を精神病院へ入院させる場合、保健所を経て都道府県知事に申請すれば、これは精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に従って措置され、医師の診察及び確認が行われる。しかし、保護者が都道府県知事に申請せず、最初から民間移送会社に依頼した場合、医師の診察及び確認は必ずしも行われていない。政府はこのような異なる取扱いを認めるのか、見解を示されたい。

二 一のように、保護者が最初に相談した場所によってその後の対応が異なってしまうことは問題であると考えるが、これは法律上の不備ではないのか、政府の見解を示されたい。

三民間移送会社が精神障害者又はその疑いのある者を医師の診察及び確認なしに移送する場合、患者の人権は保たれるのか。保たれるとすれば、それは何の法律によって担保されているのか。

四民間移送会社は主として、書類審査により都道府県公安委員会に認定された警備会社の体裁をとっている。医療行政側が移送業者の実態を把握する手段を持たないのは問題と考えるが、政府の見解を示されたい。

五今後、このような民間移送会社に対して、厚生労働省として何らかの指導・監督を行う予定はあるのか、見解を示されたい。

右質問する。

内閣参質一五一第一三三号 平成十三年三月二十七日 内閣総理大臣森喜朗

参議院議長 井上裕殿

参議院議員桜井充君提出民間移送会社による精神障害者の移送に関する質問に対し、別紙答弁書を送付する。

参議院議員桜井充君提出民間移送会社による精神障害者の移送に関する質問に対する答弁書

## 一及び二について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第百二十三号。以下「法」という。)においては、精神障害者本人の同意に基づく任意入院(法第二十二條の三)以外の入院形態として、措置入院(法第二十九條)、医療保護入院(法第三十三條)等が規定されている。

御指摘のひきこもりの症状が見られる精神障害者とは、どのような症状を指すかが必ずしも明らかではないが、一般には自身を傷つけ又は他人を害するおそれはない場合が多いと考えられ、仮にこのような場合に精神障害者の保護者から法第二十三條の申請があっても、都道府県知事(地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二條の十九第一項の指定都市の市長を含む。以下同じ。)は法第二十七條第一項に規定する精神保健指定医による診察の措置を講ずることはないと考えられる。

一方、精神障害者が任意で精神病院(精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同じ。)を受診することがあるが、その際に民間の移送サービスを利用するか否かにかかわらず、医療保護入院をさせるためには精神保健指定医による診察が必須とされており、その診察において医療及び保護のため入院の必要があると判断されれば、精神病院の管理者は保護者の同意を得て医療保護入院をさせることができる。また、医療保護入院の必要がない場合は、精神障害者本人の意思に基づき、任意入院又は通院により適切な医療が提供されることとなる。

以上のように、精神障害者の入院形態等に差異が生ずるのは、都道府県知事に対する申請等の有無によるためではなく、個々の精神障害者の症状に即した適切な医療及び保護を提供するためであり、また、精神障害者本人を同意なしに精神病院に入院させる場合には、受診に際して民間の移送サービスを利用するか否かにかかわらず、精神保健指定医の診察が必須とされていることから、御指摘のような法律上の不備はないと考えている。

## 三について

精神障害者が任意で精神病院を受診する際に、移動の便を得るために民間の移送サービスを利用することは否定されないが、その際に刑法(明治四十年法律第四十五号)第二百二十條に規定する逮捕又は監禁のような犯罪行為が行われてはならないのは当然のことである。また、一及び二について述べたとおり、精神障害者を本人の同意なしに精神病院に入院させる場合には、精神保健指定医の診察が必須とされている。

## 四及び五について

御指摘のような移送サービスを行っている民間事業者が警備業者として都道府県公安委員会の認定を受けている場合には、その警備業務の実態は都道府県公安委員会が把握し得るところであり、この内容を必要に応じて各都道府県等の精神保健福祉部局が把握することは可能である。また、厚生労働省においては、平成九年度厚生科学研究費補助金により実施した「精神障害者の人権擁護に関する研究」において、全国の保健所を通じて民間事業者による精神障害者の搬送の状況等を調査するとともに、現在、都道府県、財団法人全国精神障害者家族会連合会等を通じて民間事業者による移送事例に関する調査を実施しているところである。これらの調査結果等を踏まえ、精神障害者に対する適切な医療及び保護を確保する観点から必要があると判断される場合には、精神障害者及びその家族に対する情報提供等を図ってまいりたい。

## 各都道府県の移送制度の現況(2000年10月末現在)

### 1 移送制度導入状況

#### ○導入済(19箇所)

北海道、青森、宮城、秋田、福島、石川、長野、静岡、大阪、和歌山、島根、岡山、佐賀、沖縄、札幌市、千葉市、大阪市、神戸市、北九州市

#### ○導入予定(40箇所)

岩手、山形、茨城、栃木、東京、埼玉、群馬、千葉、神奈川、新潟、富山、福井、山梨、岐阜、愛知、三重、滋賀、京都、兵庫、奈良、鳥取、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、仙台市、川崎市、横浜市、名古屋市、京都市、広島市、福岡市

### 2 移送実績

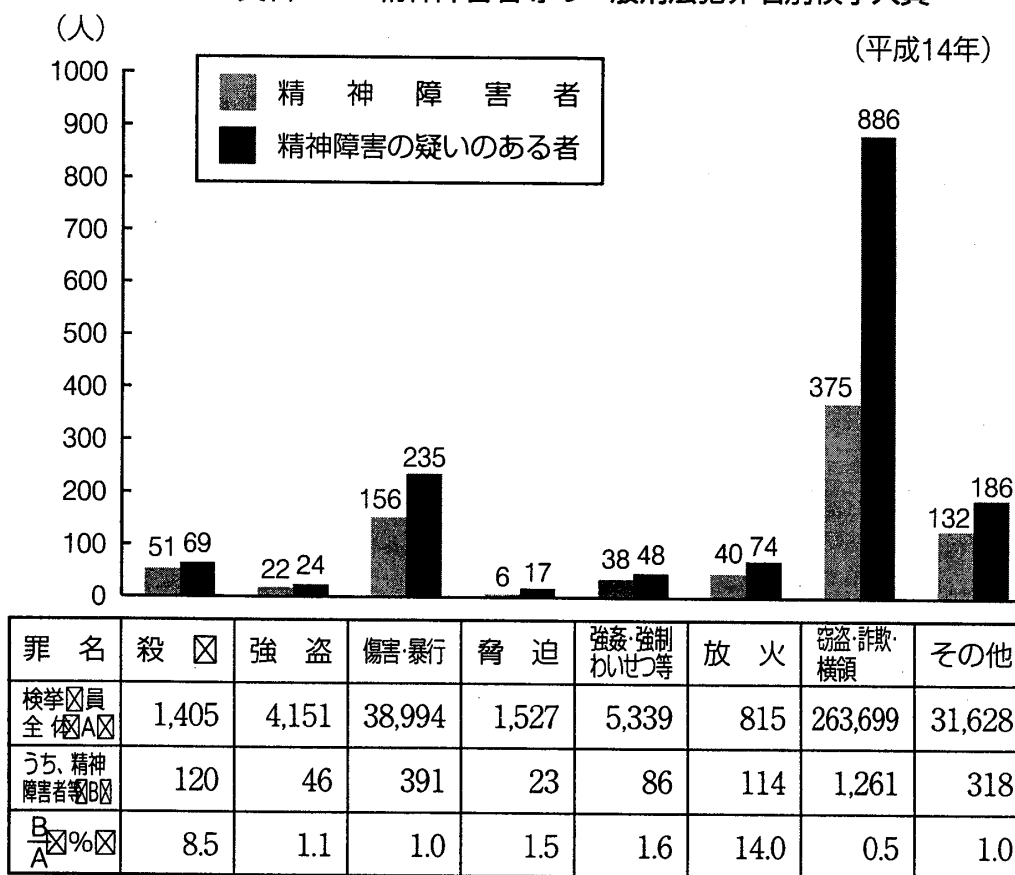
#### 区分

	調査件数	移送件数
措置入院	4,312	1,986
医療保護	142	26

資料2 入院制度一覧(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律要約)

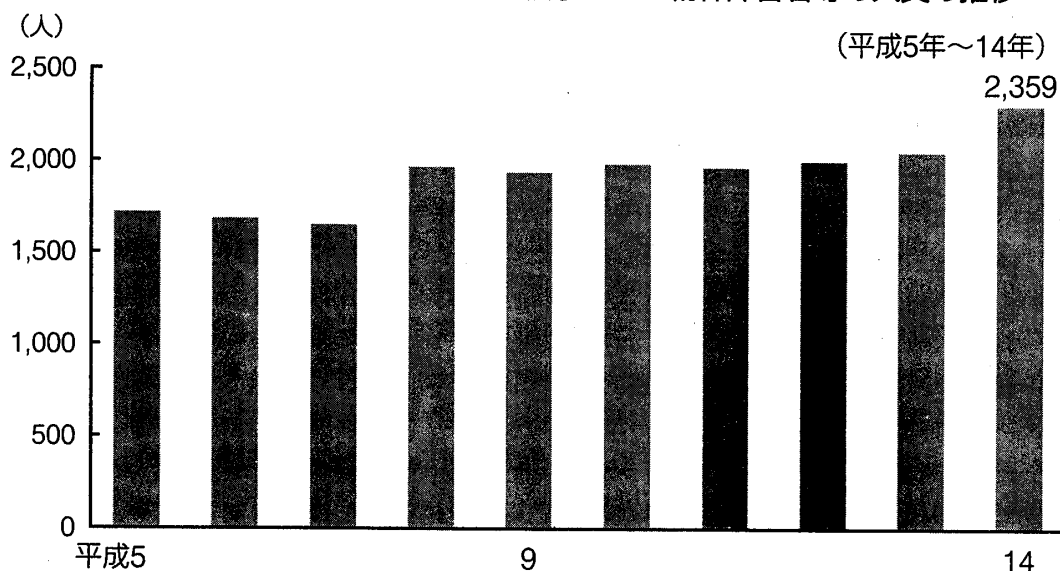
<p>任意入院 (22条の3)</p>	<p>本人の同意による入院。</p>
<p>医療保護入院 (33条)</p>	<p>精神保健指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院の必要があると認められた者につき、保護者の同意がある時は、本人の同意がなくても入院させることができる。</p>
<p>措置入院 (29条)</p>	<p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第27条に基づく診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがあると認められたとき(2名以上の精神保健指定医の診察を経て各指定医の診察が一致した場合は、知事の権限により、国若しくは都道府県の設置した精神病院または、指定病院に入院させることができる。</p>
<p>緊急措置入院 (29条の2)</p>	<p>精神障害者またはその疑いのあるもので、急速を要し、27条～29条(申請に基づく指定医の診察等)の手続を採ることが出来ない場合、指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害をおよぼすおそれが著しいと認められたときは、国若しくは都道府県の設置した精神病院または、指定病院に入院させることができる。</p>
<p>応急入院 (33条の4)</p>	<p>自傷他害のおそれはないが、急速を要し、保護者や扶養義務者の同意を得ることができない場合は、指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められたときは、本人の同意がなくても、72時間を限り入院させることができる。</p>

資料3-1 精神障害者等の一般刑法犯罪名別検挙人員



注 1 警察庁の統計による。  
 2 「強制わいせつ等」には、公然わいせつ及びわいせつ物頒布等を含む。  
 3 「その他」には、道路上の交通事故に係る危険運転致死傷を含まない。  
 4 1-2-5-1図の注3と同じ。

資料3-2 一般刑法犯として検挙された精神障害者等の人員の推移



注 1 警察庁の統計による。  
 2 道路上の交通事故に係る危険運転致死傷を除く。  
 3 「精神障害者等」は、「精神障害者」及び「精神障害の疑いのある者」をいう。  
 なお、警察庁の統計によれば、  
 (1) 「精神障害者」とは、精神分裂病者、中毒性精神病者、知的障害者、精神病質者及びその他の精神疾患を有する者をいい、精神保健指定医の診断により医療及び保護の対象となる者に限る。  
 (2) 「精神障害の疑いのある者」とは、精神保健福祉法24条の規定による都道府県知事への通報の対象となる者のうち、精神障害者を除いた者をいう。

資料3-3 心神喪失者・心神耗弱者と認められた者の罪名・精神障害者名別処分結果

(平成5～14年)

年次 (区分)	総数	不起訴			裁		判
		計	心神喪失	心身耗弱	計	心神喪失	心身耗弱 (形の軽減)
5年	845 (100.0)	783 (92.7)	441 (52.2)	342 (40.5)	62 (7.3)	5 (0.6)	57 (6.7)
6	775 (100.0)	704 (90.8)	387 (49.9)	317 (40.9)	71 (9.2)	5 (0.6)	66 (8.5)
7	824 (100.0)	734 (89.1)	403 (48.9)	331 (40.2)	90 (10.9)	4 (0.5)	86 (10.4)
8	849 (100.0)	749 (88.2)	399 (47.0)	350 (41.2)	100 (11.8)	3 (0.4)	97 (11.4)
9	735 (100.0)	648 (88.2)	371 (50.5)	277 (37.7)	87 (11.8)	3 (0.4)	84 (11.4)
10	622 (100.0)	567 (91.2)	354 (56.9)	213 (34.2)	55 (8.8)	2 (0.3)	53 (8.5)
11	599 (100.0)	542 (90.5)	350 (58.4)	192 (32.1)	57 (9.5)	-	57 (9.5)
12	735 (100.0)	651 (88.6)	445 (60.5)	206 (28.0)	84 (11.4)	-	84 (11.4)
13	694 (100.0)	610 (87.9)	340 (49.0)	270 (38.9)	84 (12.1)	1 (0.1)	83 (12.0)
14	734 (100.0)	664 (90.5)	360 (49.0)	304 (41.4)	70 (9.5)	1 (0.1)	69 (9.4)
(罪名別)							
殺人	95 (100.0)	73 (76.8)	70 (73.7)	3 (3.2)	22 (23.2)	-	22 (23.2)
強盗	20 (100.0)	18 (90.0)	12 (60.0)	6 (30.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	1 (5.0)
傷害	143 (100.0)	135 (94.4)	66 (46.2)	69 (48.3)	8 (5.6)	-	8 (5.6)
傷害致死	9 (100.0)	8 (88.9)	8 (88.9)	-	1 (11.1)	-	1 (11.1)
強姦・強制わいせつ	20 (100.0)	15 (75.0)	6 (30.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	-	5 (25.0)
放火	82 (100.0)	66 (80.5)	57 (69.5)	9 (11.0)	16 (19.5)	-	16 (19.5)
その他	365 (100.0)	349 (95.6)	141 (38.6)	208 (57.0)	16 (4.4)	-	16 (4.4)
(精神障害名別)							
精神分裂病	465 (100.0)	443 (95.3)	258 (55.5)	185 (39.8)	22 (4.7)	1 (0.2)	21 (4.5)
そううつ病	58 (100.0)	51 (87.9)	23 (39.7)	28 (48.3)	7 (12.1)	-	7 (12.1)
てんかん	6 (100.0)	5 (83.3)	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	-	1 (16.7)
アルコール中毒	42 (100.0)	33 (78.6)	13 (31.0)	20 (47.6)	9 (21.4)	-	9 (21.4)
覚せい剤中毒	24 (100.0)	19 (79.2)	10 (41.7)	9 (37.5)	5 (20.8)	-	5 (20.8)
知的障害	26 (100.0)	18 (69.2)	6 (23.1)	12 (46.2)	8 (30.8)	-	8 (30.8)
精神病質	11 (100.0)	7 (63.6)	3 (27.3)	4 (36.4)	4 (36.4)	-	4 (36.4)
その他の精神障害	102 (100.0)	88 (86.3)	44 (43.1)	44 (43.1)	14 (13.7)	-	14 (13.7)

注 1 法務省刑事局の資料による。

2 「アルコール中毒」「覚せい剤中毒」には、これらの中毒性精神病を含み、「その他の精神障害」には、アルコール・覚せい剤以外の薬物中毒及びその中毒性精神病、並びにその他の精神病を含む。

3 ( )内は、総数に対する構成比である。