

自殺対策シリーズ①

MENTAL HEALTH
メンタルヘルス ガイドブック

日々のバリアフリーを目指して。

和歌山県精神保健福祉センター
和歌山県自殺対策情報センター

はじめに

私たちは今、日々大きく変化する社会の中で暮らしています。

様々な情報が飛び交い、競争が激しく、人間関係も複雑化し、様々なストレスを生み出しています。このような社会の中で、誰もが少なからずストレスを感じているのではないのでしょうか。ストレスもうまく付き合わないと、こころや身体にひずみを生じ病気へと進行してしまう場合があります。ストレスが生み出す心身症やうつ病については、少しずつ認識されるようになってきました。しかし、それが自分のこととなるとみなさんはどのように行動されますか？かぜや高血圧の場合は病院で受診されたり薬を飲まれると思いますが、こころの病気の場合は精神科への受診はためられるのではないのでしょうか。もしそうだとすると、みなさん自身が社会の偏見を感じていらっしゃるからではないのでしょうか。

こころの病気も、身体の病気と同じように、早期発見、早期治療が大切で、軽症のうちに治療すれば回復も早くなります。しかし、病気により回復に差があり、障害が残る場合もあります。精神障害については情報の不足からときに誤解や偏見を生んでしまうことがあります。

このパンフレットは、こころの病気や障害を正しく理解し、障害があってもなくても誰もが安心して暮らせる地域社会について、共に考えていければという思いで作成しました。誰もがこころ健やかに暮らせるような地域社会を作ろうと願っている方々にご活用いただければ幸いです。

平成22年3月

和歌山県精神保健福祉センター
和歌山県自殺対策情報センター

目次

1. こころの病について知りましょう

- Q1 こころの病って何ですか？ ----- 2
- Q2 こころの病にはどのようなものがありますか？ ----- 3
- Q3 こころの病ではないかと心配しています。どうすればよいですか？----- 5

2. 統合失調症について正しく理解しましょう

- Q4 統合失調症はどのような病気ですか？ ----- 6
- Q5 どのような人がこの病気にかかるのでしょうか？ ----- 6
- Q6 どのような症状がありますか？ ----- 7
- Q7 病気はどのように経過しますか？ ----- 7
- Q8 どのような治療をするのですか？ ----- 8
- Q9 生活障害とはどのようなものですか？ ----- 9
- Q10 リハビリテーションとは？----- 9

3. 精神障害者の地域生活支援

- Q11 精神障害者の地域生活を支えるために何が必要ですか？ ----- 10
- Q12 社会復帰や地域生活支援のためにどのようなサービスを利用できるのですか？ --- 10
- Q13 実際に県内ではどのような活動が行われてきたのですか？ ----- 11

4. 当事者の声・家族の声 ----- 12

5. 病気に対する偏見と差別のない社会のために

- Q14 精神障害者への偏見はどのようなところから生まれてきたのですか？ ----- 14
- Q15 現在どれくらいの患者さんがいるのですか？ ----- 14
- Q16 現在でも精神障害者へのハンディキャップはあるのですか？ ----- 15
- Q17 精神障害者は、事件を起こすことが多いのですか？ ----- 15

6. こころのバリアフリーを目指して

- Q18 「こころのバリアフリー宣言」をご存じですか？ ----- 16

7. 社会資源 ----- 17

1. こころの病について知りましょう

Q1 こころの病って何ですか？

A

ひと口に、こころの病と言っても様々なものがあります。近年社会環境の変化によるストレスの増大で、私たちは成長段階に応じて様々な心理的な危機状態に直面することが多くなり、病気とは言い切れなくても多様化したこころの問題が発生しています。

ここでは、成長段階に沿ってこころの病をみていきましょう。

乳幼児期

この時期は、子どもの心身の発達が急速に進む時期で脳の発育はことにめざましく、構造もかなり複雑化します。そのため、頭部外傷や脳炎などの感染症から後に障害をひき起こすことがありますので注意が必要です。また、しつけや親の養育態度が人格形成に与える影響の大きい時期でもあります。

児童期・思春期・青年期

学童期のこころの問題は、学校という集団場面への不適応や行動異常としてあらわれることが多く、不登校、心身症、チック、神経症などがあります。

思春期は一生の中でも、身体的、心理的、社会的に最も変動の著しい時期で心理的に不安定になる時期です。子ども達は、大人の世界の現実を改めて見直しながら、自己の同一性（アイデンティティ）を確立しようとしています。

その過程でおこる失敗や葛藤は、不登校、家庭内外の暴力、自殺企図、摂食障害など様々な適応障害としてあらわれます。この時期は、統合失調症、うつ病、神経症の好発期です。



成人期

生活の内容が充実した時期ですが、身体的にも、精神的にも、経済的にも職場や家庭において無理を強いられ、ストレスも多い時期です。

身体機能の衰えや社会の中での役割変化に伴い、うつ状態、アルコール依存症、心身症などが急激に増えていきます。

この時期はうつ病の好発期にあたり、それに伴う自殺の問題が増加しています。

老年期

老年期には、身体面ばかりでなく精神面でも老化現象が生じてきます。理解力が悪くなったり、記憶力や思考力の柔軟性が低下します。老人を取り巻く環境にも変化は起こり、老人の心理は不安、孤独、抑うつに傾きやすく、心理的危機を生みやすい時期で、認知症、うつ病、神経症などが好発します。



Q2 こころの病にはどのようなものがありますか？



代表的なこころの病気である統合失調症以外にも、うつ病、種々の神経症、PTSD（外傷後ストレス障害）、心身症などがあります。

また最近注目されているひきこもりは、単一のこころの病気というわけではありませんが、長期間にわたって生活上の選択肢が狭められた精神的健康の問題ととらえられます。ここでは、うつ病、神経症、PTSD、ひきこもり、心身症について簡単に説明します。統合失調症については、P6～P9をご覧ください。

うつ病

こころが疲れたために、気分がゆううつで元気が出ない状態が続く場合を「うつ状態」と言います。心理的原因だけでなく、身体的な病気でもうつ状態になります。うつ状態が現れる病気を「うつ病」と呼んでいます。

うつ状態の反対で、元気がありすぎる状態を「躁状態」と言います。同じ患者さんがうつ状態になったり躁状態になったりと、両方の気分変化を示すこともあります。これは「双極性感情障害（躁うつ病）」と言われ、脳の体質による内因性の病気とされています。

うつ病は小児から老人まで、どの年代でも発病する非常に多い病気です。中には身体に異常をきたす「仮面うつ病」という病気もあります。身体の不調ばかりに気をとられ、こころの病気に気づかないことがあるので注意が必要です。うつが重くなると「死ぬこと」を考えることがあります。わが国では年間約3万人以上の方が自殺によりなくなっています。自殺の原因・動機としては、「健康問題」が最も多く47%を占め、次いで「経済・生活問題」23%の順になっています。「健康問題」の中でうつ病が原因・動機になっている割合は43%です。（平成20年警察庁統計）

正しい診断と適切な治療が行われれば、多くのうつ病はたいへんよくなります。こころの負担が重いと思ったら、早めに医師を受診しましょう。

うつ病の主な症状

気分の低下

- ゆうつになる、元気がない
- 絶望感、悲壮感におそわれる
- 自分を責める
- 不安・イライラ、悲しみが起こる
- ボーッとする

意欲の低下

- やる気にならない
- 注意力、決断力、集中力がなくなる
- 物事への関心や興味がなくなる
- 対人関係を避ける



身体の不調

- 食欲不振、不眠、吐き気、めまい、だるさ
- 体重の減少

1. こころの病について知りましょう

神経症

神経症は、性格的な要因にストレスが加わることで発症します。神経症には様々なタイプがあり、それによって現れる症状にも違いがあります。

神経症の種類

● 社会不安障害

他人に注目されることに強い恐れを抱いたり、社会的な状況を避けたりします。不安や恐怖からパニック発作がおこることもあります。このために、毎日の生活や社会的な活動に支障をきたしたり、ひきこもったりすることがあります。

● 全般性不安障害

特殊な状況に限定されない、理由の定まらない不安が長期間続き、このような不安にいろいろなところやからだの症状（落ち着かない、過敏、疲れやすい、集中できない、眠れないなど）が伴います。

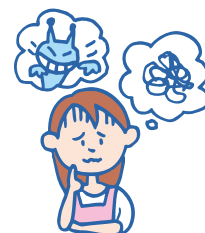
● 強迫神経症

ばかばかしい（もしくは不快な）考えやイメージが、意志に反して繰り返し頭に浮かんで来て、止めようと思っても自分の意志ではどうにもできずに苦しむ病気です。

例えば、手が痛くなるくらい何度も手洗いを繰り返したり、カギをかけたか、ガスの栓を締めたか何度も同じことを確認したりします。

● パニック障害

ひどい動悸（どうき）や呼吸困難、息苦しさ、震えなどを体験する「パニック発作」があり、その後、「また似たような発作がおきるのではないか」という強い不安を抱いてしまいます。そのために単独での外出や、社会生活が困難になることがあります。



● 心気症

自分の身体にこだわりすぎて、ちょっとした不調でも病院に行ったり、自分は重病なのではないかと疑い深くなります。

PTSD（外傷後ストレス障害）

阪神大震災の後で話題になったPTSD（外傷後ストレス障害）などトラウマに対する反応なども注目されています。外傷後ストレス障害は、生命に関わるような出来事（例えば戦争、死に至りかねない犯罪や事故、性暴力被害、虐待、他人の事故や被害の目撃など）を体験し、その時、強い恐怖、無力感または戦慄を感じた場合、のちに、ふとしたきっかけ、あるいはきっかけなしにその光景を何度も繰り返し思い出したり、悪夢にうなされる、びくびくと不安・緊張の強い状態が続くなど様々な症状がみられます。

ひきこもり

ひきこもりは、単一の病気や障害ではなく、様々な要因で社会参加が出来なくなり自宅以外の生活の場が失われた状態をいいます。強いストレスをさげ、ひきこもることでようやく心のバランスがとれます。そして、いくらか平静を取り戻せますが、焦り、絶望感や孤独感が強くなったり、家族への暴力行為がでたりすることがあります。また、ひきこもりの状態が長くなるほどその状態から脱することが困難になるといった特徴があります。

ひきこもりの背景は様々であり、1人1人について個別な理解と対応が必要です。そのため、早期に専門医や保健所などに相談しましょう。

心身症

心理社会的なストレスにより、身体に様々な病気を引き起こした状態です。身体の治療でなかなか良くならない場合は、専門医を受診しましょう。

心身症から生じる主な症状

頭痛
円形脱毛症
メニエール症候群

呼吸器系
● 気管支喘息
● 過換気症候群

代謝・ホルモン
● 糖尿病
● 肥満
● 生理不順
● 更年期障害

関節リウマチ

循環器系

- 高血圧
- 狭心症
- 心筋梗塞

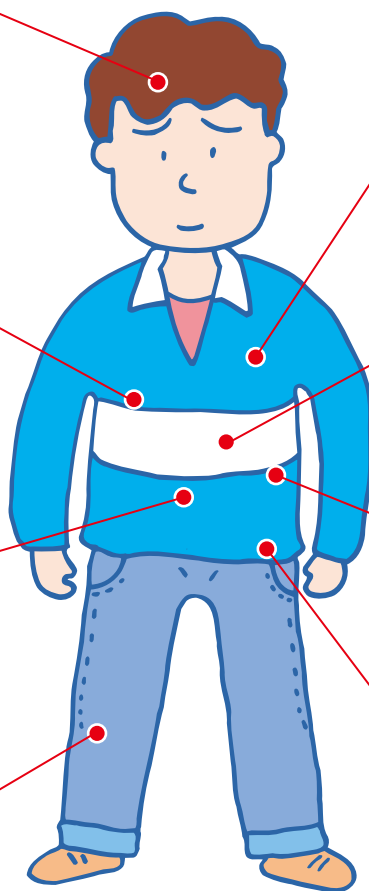
消化器系

- 胃、十二指腸潰瘍
- 慢性胃炎
- 過敏性腸症候群

皮膚

- アトピー性皮膚炎
- 湿疹
- じんましん
- 多汗症

腰痛



Q3 こころの病ではないかと心配しています。どうすればよいですか？

A

身体の病気と同じように早期発見・早期治療が大切です。精神科医療機関・保健所・精神保健福祉センターなどに相談してください。

本人が相談や受診を嫌がるかもしれません。その際はとりあえず家族だけでも相談にお出かけください。自分や家族だけで抱え込まず、まずは悩みを伝えてください。担当者と一緒に解決の道を探りましょう。

2. 統合失調症について正しく理解しましょう

こころの病や精神障害は、周りから見て分かりにくいいため十分な理解をされていないのが現状です。精神障害は疾患と障害が共存しており、気分が沈む、意欲が出にくい、考えがまとまりにくいなどの精神症状により、労働や日常生活、対人関係など生活に障害がでできます。さらに、資格の制限・就職や結婚への影響など、社会的に様々な不利益をこうむる事があります。そのため、医療だけでなく福祉の対象として捉える必要がでてくるのです。

病気によって障害のあらわれ方は違いますので、このパンフレットでは、精神科病院に入院している患者さんの一番多くを占め、生活障害をきたしやすい統合失調症について詳しく説明します。

Q4 統合失調症はどのような病気ですか？

A 統合失調症は、100～120人に1人はかかる一般的な病気で、精神科病院の入院患者さんの60%以上を占めています。多くは思春期から30歳代頃までに発病します。

薬物療法を主体とした治療により症状はかなり改善されますが、一部に生活のしづらさという障害が残ることもあります。しかし、治療とリハビリテーションにより、病気から回復して自立している人、また援助を受けながら自立している人もたくさんいます。

統合失調症は、かつて「精神分裂病」とよばれていましたが、病名のもたらす言葉の印象から、あたかも「精神」が「分裂」してしまった特別な病気というように捉えられがちで、このことが病気に対する誤解と偏見を助長し、患者さんの社会復帰を妨げる要因のひとつになっているという意見がありました。そこで、新たな病名に変更することが検討され、ドイツ語の原語の意味を翻訳し直した「統合失調症」に改称されました。

Q5 どのような人がこの病気にかかるのでしょうか？

A 原因はまだよくわかっていませんが、現在では脳内の情報伝達機能の異常が背景にあるのではないかと考えられています。遺伝の影響だけとか、育てられ方が悪かったから発病する、というものでもありません。素質的にストレスに耐える力が弱いという「生理・遺伝的要因」、生活体験が乏しく、友達も少なくストレスに耐える力が育てられにくいという「社会的・環境的要因」、仕事や人間関係からくるストレスなどの「心理的要因」が重なり合ったとき発病することが多いようです。

Q6 どのような症状がありますか？

A

大きく次の2つに分けられます。

陽性症状

急性期に見られることが多く、現実にはないものを感じたり真実だと信じたりする症状です。

- 誰もいないのに悪口やうわさ話が聞こえる（幻聴）
- 実際にはないものが見られる（幻視）
- 周囲の人に悪く思われていると信じ込む（被害妄想）
- 周囲の人に見張られている（注察妄想）などの不思議な体験が出現します。

薬物療法により軽快しやすい症状です。



陰性症状

陽性症状が治まった後によく見られる症状です。

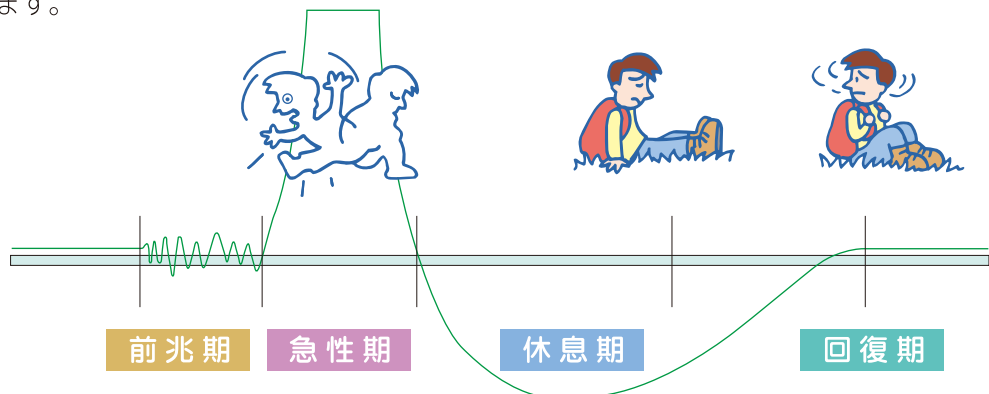
- 意欲が出なくなる
- 感情や思考が乏しくなる
- 集中力や注意力が低下する

症状の結果、生活上の変化として、不登校、入社拒否、成績・作業能率の低下、不眠などが見られることがあります。

Q7 病気はどのように経過しますか？

A

前兆期、急性期、休息期、回復期に分けられます。その人により違いはありますがおおむね次のように経過します。



前兆期	急性期	休息期	回復期
周囲が騒がしく感じ何となく不安に感じたり、不眠や食欲不振などの症状が出現します。	幻覚妄想などの不思議な体験が続きます。心身のエネルギーを消耗する時期です。	何もしたくない無気力状態が続きます。一見怠けてみえますが、回復期への順調な移行には十分な休養が必要です。	少しずつ周りに目を向け動き出す時期です。リハビリテーションに適した時期です。

2. 統合失調症について正しく理解しましょう

Q8 どのような治療をするのですか？

A

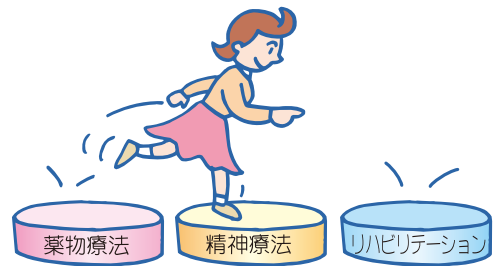
統合失調症の治療には次の3つの方法があります。

- ① 薬物療法：薬物によって脳内の伝達物質のバランスを元に戻す治療
- ② 精神療法：治療者との面接を通じて心の安定を図り、病気に対する理解を深める治療
- ③ リハビリテーション：生活環境の調整や社会生活への適応を目指した治療

この3つはいずれも必要ですが、病気の状態や時期によって、どの治療に重点が置かれるかは違ってきます。特に薬物療法は急性期の幻覚や妄想を軽くし、休息の体制を準備する点で重要です。また、再発を防止するために少量の安定剤を継続して飲みます。

精神に作用を示す薬を総称して「向精神薬」といいます。向精神薬には、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗不安薬などがあり、病状に応じて効果のある薬を組み合わせで処方されます。それぞ

れの薬の効果は下図のとおりですが、個人によって作用に差があります。副作用として、眠い、だるい、震える、じっとしてられない、便秘がちになるなどの症状が起こることがあります。薬の作用、副作用、服薬継続については、自分で勝手に判断せず、主治医に相談することが大切です。



向精神薬の効果

薬の種類

効果

抗精神病薬



幻覚や妄想を消失させ、気持ちをやわらげ興奮状態を鎮める

抗うつ薬



意欲を高めたり、ゆううつな気分を改善する

抗躁薬



気分の高揚や興奮を通常のおもひに戻す

抗不安薬



緊張をほぐし、不安感を取り除く

十分休息が取れ、病院や自宅での生活に「物足りない」とか「退屈だな」と感じてきたら、社会復帰や社会参加に向けてリハビリテーションを始める時期です。リハビリテーションには様々な方法があり、その時点で本人にあったものを選ぶことが大切です。

Q9 生活障害とはどのようなものですか？

A

生活障害とは、病気の結果生じた社会生活や日常生活のしづらさをいいます。社会へ出る前の若い時期に発病したことによる経験不足や生活体験から長く遠ざかっていたことによるもの、慢性期の陰性症状などが「生活障害」に影響します。

「できない人」ではなく、その人の特性として理解することが大切です。

生活障害は、生活環境（社会・受け入れ側の状況）によって、障害の度合いが変化します。例えば、温かく寛容な人間関係で支えれば生活障害は軽減されます。

生活障害の特徴	
日常生活上の障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 身だしなみを整えるのが下手 ● 生活リズムが乱れる ● 金銭の扱いが上手にできない ● 服薬管理ができない
働くことの障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 習得が遅い ● 手順が悪い(要領が悪い) ● 融通がきかない ● 共同作業が苦手 ● 集中力、持続力、意欲の低下 ● 作業能率の低下
対人関係の障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 人付き合いが苦手 ● 他人に配慮できない反面、気をつかいすぎて疲れる ● 話が飛ぶ、話が続かない、判断・評価が的外れになる ● 傷つきやすい
まとめる力の障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨機応変にいかない ● 全体をつかみにくい ● 考えがたくなりがち ● 細かいことにこだわる

Q10 リハビリテーションとは？

A

今まで当たり前にしてきたことができなくなると、人はとまどい自信をなくします。この時リハビリテーションには、病気や障害を軽減させる「回復」と、病気や障害があってもその人らしく生きる「適応」という2つの面があります。身体疾患と同じように精神障害についてもリハビリテーションが重要です。

リハビリテーションには、精神科 リハビリテーションと社会的リハビリテーションなどがあり、社会復帰や社会参加に向けて、対人関係や生活のレベルを高めていくためのプログラムが用意されています。病院や保健所、社会復帰施設などで実施されており、実施機関により対象や内容に違いがあります。

病気や障害があってもリハビリテーションにより、その人らしい生き方を実現することは可能です。自分に合ったプログラムで、無理せず焦らず、生活のペースを取り戻しましょう。



3. 精神障害者の地域生活支援

Q11 精神障害者の地域生活を支えるために何が必要ですか？

A かつて、精神障害者は、隔離收容され、人と人との関係から切り離されてきました。現在では、障害の有無に関わらず、地域で共に暮らしていくという考え方に変わってきています。ところが、精神科病院に1年以上入院している患者さんのうち約3分の1の方は、病状が安定し十分在宅で生活できる状態であっても、生活環境が整わず入院を続けています。このような方は、生活環境さえ整えば十分退院可能です。それには、地域での様々な資源が必要になってきます。たとえば、住む所、働く場所、集える場所、支える人などです。障害があっても、住み慣れた街で友人と出かけたり、趣味を楽しんだり、仕事をしたりすることは当たり前のことです。その当たり前のことを支える中心になるのが、地域活動支援センターや就労移行支援などを行う施設などで、働く場所、集える場所、支える人達が徐々に地域が増えてきています。

これからの課題としては、一般の方に精神障害者のことをより理解してもらい、地域で障害者の方が働いたり、住んだり、集ったりすることがなんの違和感もないようになることが大切です。精神障害者と接したり話したりする機会がないと、理解しにくく何となく不安なのは当たり前のことだと思います。でも、精神障害者の方と話をすると、何となくほっとさせられたり、温かい気持ちになったということはよく耳にします。地域のみなさんとの何気ないふれあいが、より一層大切になってくると思います。

Q12 社会復帰や地域生活支援のためにどのようなサービスを利用できるのですか？

A 精神障害者の社会参加や地域生活を支援するために、暮らす、働く、集うといった役割のサービスがあります。
※以下のサービスを受けるには市町村担当窓口にご相談下さい。

県内の施設については、自殺対策シリーズ①別冊をご参照下さい。

居宅介護（ホームヘルプ）

自宅で、入浴、排泄、食事の介護などを行います。



短期入所（ショートステイ）

自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間利用できる施設で、入浴、排泄、食事の介護などを行います。

障害者支援施設で夜間ケア等（施設入所支援）

施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排泄、食事の介護などを行います。

共同生活介護（ケアホーム）

夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排泄、食事の介護などを行います。

自立訓練（生活訓練）

自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は、生活能力の向上のために必要な訓練を行います。

就労移行支援

一般企業などへの就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。

就労継続支援（雇用型、非雇用型）

一般企業などでの就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。

共同生活援助（グループホーム）

夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。

地域活動支援センター

創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流などを行う施設です。

福祉ホーム

住居を必要としている人に、低額な料金で、居室などを提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。

Q13 実際に県内ではどのような活動が行われてきたのですか？

A 県内には数々の精神障害者が利用できる障害福祉サービス等があります。それぞれ特徴のある活動を展開していますが、その多くは無認可の小規模作業所からの出発でした。小規模作業所といえば、借家であったり、古くて狭かったり、指導員の体制も十分でなかったりと、障害者の社会参加や地域生活を支えるという点では、十分とは言えません。そこで、家族や関係者、当事者が、バザーや募金活動、地域との話し合い、署名運動、行政との話し合いなど様々な努力を重ね現在の社会復帰施設を作り上げてきました。利用者の方で、「ここがなかったらずっと入院を続けていただろうな。仲間がいるって素晴らしいね。」と話された方がいます。みんな生き生きと仕事をして、生活も安定するようになったようです。また、地域のみなさんとの交流会や市民向けのチャリティーコンサートを開催したり、地域との交流も盛んに行われています。

現在では、各保健所管内に様々な施設が設置されるようになりました。平成18年に施行された障害者自立支援法では就労をテーマに、地域での就労支援に重きが置かれています。いろいろなニーズを持っている精神障害者が、地域で安心して働き、暮らしてゆくためには、もっと多くの施設と支える人と、一般住民の方の理解や協力が必要となってきています。

4. 当事者の声・家族の声

当事者の声

社会福祉法人一麦会が運営する「和歌山生活支援センター」を利用しているみなさんに、今までの辛かった経験や思いを伺いました。彼らが何を考え、悩み、望んでいるか知って欲しいと思います。

病気や障害について分かってください。

- 目に見えない病気なのでなかなか分かってもらえない。見て分からないから怠けていると思われてしまう。
- 根がまじめな人が多い。何かしないといけないと思うと強迫観念にとらわれ、自分の病状を越えた過度の活動をしてしまい疲れてしまう。
- 人間関係で融通がきかない。それゆえ言葉のコミュニケーションがうまくとれず、自分一人の世界に入ってしまう。

学校や仕事に関する経験

- 専門学校の学校案内を取り寄せたときに、条件に「精神科に受診していないこと」とあった。ショックが大きく、他にもこのような差別があるのではないかと不安と恐れを持った。
- 病気の安定のために服薬しているが、「眠い、集中力がない、ボーッとする」などの副作用がある。就労したいが企業の理解がないと難しい。
- 一般企業に就職していた当時、仕事ができるようになると社長からの期待が大きくなり、自分自身に不安があるにもかかわらず、社長の意向で正社員にさせられてしまった。業務量も増えつづけてしまった経験がある。
- 雇用対策は身体障害者の方が確立されている。精神にも目を向けて欲しい。

偏見について

- 様々な事件があるとセンセーショナルに大きく報道される。事件を起こす精神障害者はごく少数の人で、自分たちの周囲にはそのような人はいない。犯罪の発生率は一般の人の方が高いのに、精神障害者だからといって取り上げられてしまう。精神障害者を表に出すと危ないと言われる。事件のたびにみんなが辛い思いをしている。私たちは決して危険じゃないことを分かって欲しい。
- 偏見は、精神障害者をあまり知らないから生じてくるので、私たちのことをもっと知って欲しい。関係機関の方には住民への広報、啓発をして欲しい。

関係機関の方への要望

- 社会資源があっても知らない人が多い。社会復帰施設を利用できたメリットは大きい。障害者みんなに知らせるように、情報提供をして欲しい。

家族の声

精神障害者の家族は日々、他人には言えない苦悩を抱えて生活しています。当事者のみならず、家族の苦労も大変なものです。そこで、和歌山県精神保健福祉家族会連合会の方から、精神障害者の家族の悩み、苦しみなどを伺いました。

- 寝たきり老人や身体障害者と比べると、精神障害者の場合は周りから見て分かりにくく、その分かりにくさのために誤解や偏見が生まれ、非常に不幸な処遇を受けてきました。突然、家族や身内が精神病を患うと、どこの誰に相談したらよいのか分かりません。本人も家族も、とても苦しむのです。
- 家族の誰かが「精神病」と診断されると家族は混乱し、大きな衝撃を受け目の前が真っ暗になり、不安と絶望感に襲われます。
- 精神障害は家族自身の偏見もさることながら、社会の偏見も強く、家族はその病気を誰にも知られたいくない思いで隠すことに必死です。誰にも知られないうちに治したいと念じ、隠し続けて適切な診断や治療を受けず、結果として症状が進行して入院することになります。
- 精神の病で苦しんでいる本人とその治療を巡って、病気や症状をどう理解したらよいか苦勞します。
- 発病した原因、医療（治療）の状況、服薬、入院をどれくらいすればよいか、いつ病気が治るのか、また再発があるのか心配しています。
- 精神障害者と共に暮らすことを余儀なくされた家族は、自分の生活を犠牲にし、必死になって、障害者と苦しい生活を送っているのです。精神病についての正しい知識を持つ余裕すらない家族も数多くいます。



5. 病気に対する偏見と差別のない社会のために

Q14 精神障害者への偏見はどのようなところから生まれてきたのですか？

A 日本の精神保健福祉行政は、明治33年の「精神病者監護法」が出発点になります。その前の江戸時代では、精神障害者は病気という認識もなく、加持祈祷にすがるか、私宅監置（座敷牢に隔離）されていました。大正8年に精神病院法が制定され、精神障害者対策は監護から医療へと前進しましたが、病院への隔離収容が中心でした。

戦後、精神障害者に対し、適切な医療・保護の機会を提供するため、昭和25年に精神衛生法が制定され、私宅監置が廃止され、精神障害の発生予防、精神的健康の保持向上の考え方が取り入れられました。

昭和40年に精神衛生法が一部改正され、精神保健行政は、「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」と展開されてきました。このようなか中で、精神科病院の不祥事が発生し、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進のために、昭和62年に精神保健法が成立しました。

平成5年に障害者基本法が成立し、精神障害者も身体・知的障害者と同じように障害者と認められ、福祉サービスの対象となりました。平成7年には、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」が成立し、精神障害者保健福祉手帳の制度が創設されました。

そして、平成14年度からは、福祉サービスの窓口が保健所から市町村役場に移りました。（和歌山市に関しては、現行どおり保健所です。）

このように、精神障害者に対する福祉の歴史はまだ浅く、社会の偏見も根強く残されてきています。



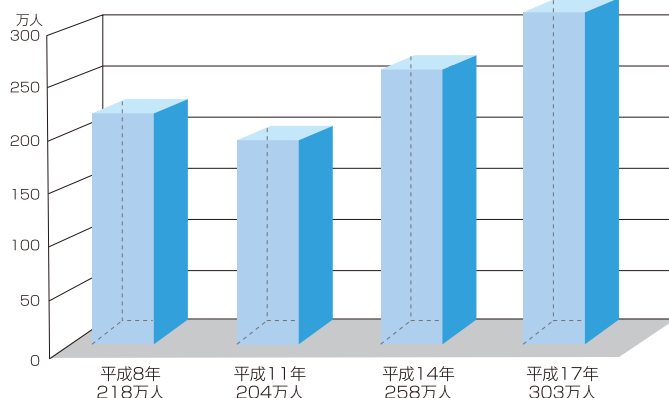
Q15 現在どれくらいの患者さんがいるのですか？

A 平成17年厚生労働省患者調査によると、精神科病院等に入院又は通院する精神障害者数は302.8万人と推計されており、人口の約2.4%を占めています。通院患者数は、平成17年には267.5万人となっています。和歌山県では平成20年

において、約7,800の方が自立支援医療（精神通院医療）を利用しています。一方、入院患者数は平成18年には約32万人あり、和歌山県では、2,186の方が入院されています。（平成18年精神保健福祉資料調査）

社会構造の変化によるストレスの増大で、精神保健の問題は、一部の限られた人だけでなく、誰にとっても身近な問題になっているのです。

精神障害者数の推移



Q16 現在でも精神障害者へのハンディキャップはあるのですか？

A 制度上でも、残念なことですが差があります。例えば、昭和33年から医療法の中に「精神科特例」が定められ、精神科病棟では、患者48人に対して医師1人、患者6人に対し看護師1人でよいとされています。これは、一般病院の医師の定数の3分の1、看護師の定数の3分の2です。

福祉制度でも平成7年度に精神障害者保健福祉手帳ができましたが、他の障害者と違い多くの鉄道や航空運賃、高速料金の割引制度がありません。

さらに、精神障害を理由に一定の職業や資格を認められないという規定（欠格条項）があります。平成14年6月に道路交通法が、従来の精神病がある場合は運転免許が取得できないという絶対的欠格条項（精神病であることで画一的に資格を認めない）が、「幻覚の症状を伴う精神病であって政令で定めるもの」については、免許の拒否・取り消し・停止などを行う場合があるという相対的欠格条項（病気などの程度に応じて資格を認める場合もある）に改められました。しかし、運転免許以外にも様々な相対的欠格条項が残されており、精神障害者が生活を営んでいく上で妨げとなっています。

Q17 精神障害者は、事件を起こすことが多いのですか？

A 精神障害者による事件が発生すると、センセーショナルに受診歴などが報道され、「精神障害者は何をするか分からないから危険だ」という偏見が、ますます助長されてしまいます。でも、精神障害者は本当にそんなに危険なのでしょうか？

犯罪白書によると、平成19年に検挙された刑法犯（交通事故の業務上過失致死傷罪を除く）のうち、精神障害者やその疑いのある人は2,789人で、全体の0.8%です。精神障害者数は、総人口の約2.4%ですので、検挙者の比率はそれ以外の人より低くなっています。すなわち、大多数の精神障害者は、犯罪とは無縁なのです。また、ある研究者の調査では、精神障害者等が起こした殺人事件の被害者の7割は親族という結果が出ており、本人と面識のない人に対する事件は極めて少ないのが特徴です。しかも、その再犯率は、一般犯罪者の4分の1にとどまっているのです。

精神障害者の方とも普段から付き合いがあり、その人のことをよく知っていれば、その人が事件を起こすなど考えも及びません。障害者ではなく、地域で暮らす一人の隣人として、普段からの付き合いが大切なのではないでしょうか。

6. こころのバリアフリーを目指して

Q18 「こころのバリアフリー宣言」をご存じですか？



厚生労働省がこころの病気を正しく理解するために打ち出した指針のことで、8つの柱からなっています。

(1) 関心 ～こころの病気を自分の問題として考えていますか？～

こころの病気は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。2人に1人は過去1カ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は、こころの病気にかかるといわれています。

(2) 予防 ～無理しないで、こころも身体も～

適度なストレスは、生活の張りにもなりますが、過度のストレスは、こころの病気を発症させる大きな原因に。ストレスと上手に「付き合い」ながら、できるだけこれを「ためない」生活を心がけましょう。

(3) 気づき ～気づいていますか、こころの不調～

こころの病気も、「早期発見、早期治療」が回復への近道です。不眠や不安が主な最初のサイン。本人でも周囲の方でも、いつもと違うなと気づいたら、早めに相談することが大切です。

(4) 自己・周囲の認識 ～知っていますか、こころの病気への正しい対応～

こころの病気には、休養がとても大切な薬。本人も、周囲の人も、病気を正しく理解し、専門医の治療を受けながら、あせらずにゆっくりと、時間をかけて治す気持ちを持つことです。

周囲の無理解や干渉は、回復を遅らせてしまうことも、知っておきましょう。

(5) 肯定 ～自分でこころのバリアを作らないで～

こころの病気をもつ人に対し、先入観、つまりこころのバリアを持たないでください。昔からのさまざまな誤解や偏見によって、多くの当事者や家族が深く傷つき、時には受診を遅らせたり、病状を悪化させることさえあります。

(6) 受容 ～認め合おう、自分らしく生きている姿を～

誰もが自分の暮らしている地域（街）で、自分らしく生きることは自然な姿で、障害の有無にもかかわらず誰もが持っている当然の権利です。また、誰もが他者から受け入れられることで、自分の本来持っている力をさらに発揮できるようになるものです。

(7) 出会い ～出会いは理解の第一歩～

偏見や誤解は、実際に触れ合う機会がないことから生じている場合も。身近な交流が、互いを理解する近道であり、第一歩です。

(8) 参画 ～互いに支え合う社会づくり～

障害の有無にかかわらず、すべての人々が、社会の一員として、互いに支え合うやさしい社会を作っていくしましょう。

精神保健福祉に関する機関

市町村役場

精神保健福祉法の改正で、平成 14 年度からこれまで保健所で行っていた次の業務が、市町村で実施されるようになりました。(和歌山市に関しては、これまでどおり保健所です。)

- 自立支援医療（精神通院医療）や精神障害者保健福祉手帳の申請受付、交付など
- 社会復帰施設などの福祉サービスの利用に関する相談、助言及びあっせんなど

また、ホームヘルプサービスやショートステイなどの居宅生活支援事業が開始され、身近な市町村役場で、サービスを受けることができるようになりました。

保健所

各地域ごとに設置されている保健所は、病気の予防、健康の保持、増進、生活環境の安定を図るなど、住民の健康を守る目的で設置された公衆衛生の第一線の行政機関です。

精神保健福祉に関しては、こころの健康相談、精神障害者の社会復帰のためのグループ活動（デイケア）、家庭訪問、精神保健福祉の啓発・普及、精神保健福祉関係団体の育成指導などを行っています。

精神保健福祉センター

精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、保健所や地域の関係機関に対する技術協力や、教育研修、広報普及、調査研究、精神保健福祉相談、組織育成を主な業務としています。

精神科医療機関

●精神科病院

精神科や神経科の病気を治療する専門の医療機関です。専門の医師の他に、看護師や精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士など、多くの専門分野から病気治療の援助をするスタッフがいます。

●総合病院精神科

精神科病院と基本的には同じです。体の病気の治療も同時に受ける必要があるときは、総合病院における治療が望ましいでしょう。病院によっては、外来のみで入院治療を行っていないところがあります。

●精神科クリニック

外来通院治療のみですが、午後や夜間の診療も行っていきます。学校や仕事のストレスなどにより治療が必要になった場合でも、休まずに通院を続けることができます。

●精神科デイケア

病院やクリニックで行うデイケアです。それぞれの患者さんの状態に応じたプログラムを通じて、楽しみながら、社会復帰や社会参加を図っています。

市福祉事務所、県振興局健康福祉部

市は福祉事務所、郡は振興局健康福祉部で生活に困っている人、児童、老人、母子家庭、身体障害者、知的障害者など様々な福祉に関する相談を受け、必要な援助を行っています。

※社会復帰施設等については、10 ページの Q12 で説明しています。

7. 社会資源

利用できる制度

精神障害者保健福祉手帳

平成7年から、精神障害を持つ方に「精神障害者保健福祉手帳」が交付されています。精神障害のため、日常生活や社会生活に制約がある方が対象です。障害の程度により、1級、2級、3級の3等級があります。手帳の有効期限は2年で、2年ごとに更新が必要です。

手帳の利点には、所得税や住民税などの税制の優遇措置や、公共施設の入場料の減免などがあります。

申請窓口：市町村役場

自立支援医療（精神通院医療）

精神の病気で通院治療を受けている場合に、医療費の自己負担を軽減する制度です。加入している健康保険の種類に関係なく、自己負担額が原則1割になります。1年ごとに更新が必要です。

申請窓口：市町村役場

障害年金

年金制度は、毎月決まった保険料を納め、高齢・障害になった時や加入者が死亡して遺族となった時に年金保障を受ける制度です。

障害年金は、病気やけがによって日常生活や就労が困難になった場合に支給されます。精神障害者も一定の条件を満たせば障害年金を受けることができます。障害年金には、国民年金による障害基礎年金と、厚生年金・共済年金による障害厚生年金・障害共済年金の2種類があります。初診日や、どの年金制度に加入していたかで受けられる障害年金が決まります。障害の程度で1級から3級（障害基礎年金は2級まで）に分けられ、それに応じて支払われる金額が異なります。

申請窓口：市町村の国民年金担当課（係）、年金事務所、各種共済組合

生活保護

病気やけがで働けなくなったり、働いていても収入が少ない場合、生活費などを支給し、自立して生活できるように援助する制度です。生活扶助、医療扶助、住宅扶助などがあり、どのような保障が受けられるかは、年齢や家族の構成によって異なります。

申請窓口：市福祉事務所、町村の福祉担当課

心身障害児（者）扶養共済制度

障害児（者）の保護者が加入する制度で、保護者が万一死亡したり重度障害になった場合に、障害者に終身一定額〔保護者死亡の場合、月2万円（1口）〕の年金を支給します。掛金は、加入したときの保護者の年齢によって異なります。

申請窓口：市町村役場、県振興局健康福祉部

その他

特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当等の福祉サービスを利用できることがあります。市町村役場までお問い合わせください。

就労に関すること

社会参加リハビリテーション事業

県が委託した協力事業所に通い、作業を通して社会参加の訓練を行う事業です。
申請窓口：保健所

公共職業安定所（ハローワーク）

障害者の相談窓口があり、障害に応じた職業の相談や紹介を行っています。また、公共職業訓練やトライアル雇用など、就職のための援助を行っています。さらに障害を持つ方を受け入れる事業所に対しては、特定求職者雇用開発助成金の支払いなども行っています。

障害者職業センター

障害者の方に対し、就職及び職場定着に向けた相談・職業評価や、職業準備支援、ジョブコーチ支援事業、職場復帰支援などの各種職業リハビリテーションサービスを行っています。また、障害者の雇用を予定している、あるいは雇用する事業主の方に対して、雇用管理に関する相談や情報提供などを行っています。

障害者就業・生活支援センター

就労意欲があるが、単独での雇用が困難な障害者に対して基礎訓練を提供しながら、就職機関や関係職種と連携を図り企業・事業所等へのあっせん（職場実習・雇用）をし、グループ就労やジョブコーチの派遣業務を行っています。

障害者の権利擁護に関すること

地域福祉権利擁護事業

判断能力が不十分な高齢者、知的障害者、精神障害者の権利擁護を目的として、自立した地域生活を送れるよう、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理、通帳や証書などの預かりサービスを行う事業。本人と社会福祉協議会が契約し、サービス提供が行われます。利用料は、1時間につき1,000円です。ただし、生活保護世帯は無料、住民税非課税の方で一定条件を満たす場合は、半額助成が受けられます。

窓口：社会福祉協議会

成年後見制度

判断能力が不十分な成年者を保護する制度です。契約締結などの法律行為における意志決定が困難な精神障害者について、その不十分な判断能力を補い、本人が損害を受けないようにして権利を守るのが成年後見制度です。家庭裁判所が選任した成年後見人あるいは任意後見人が本人に代わって財産管理などの法律行為を行います。

窓口：家庭裁判所

7. 社会資源

自助グループ

精神障害者当事者会

障害者が自分たちの手で活動しているグループです。交流会、学習会などを通して交流を図るほか、機関紙の発行や相談事業を行っています。

精神障害者家族会

身内に精神障害者のいる家族の集まりです。他人には云えない悩みを語り合い、互いに励まし合い、助け合います。また、正しい知識を身につけるため、学習会を行ったり、差別や偏見のない社会を作るため、地域に働きかける活動もしています。

断酒会

アルコール依存症からの回復を目指す方たちの自助グループです。定期的に例会が行われ、アルコール依存症の本人や家族が集まって体験談を語り合っています。アルコール依存症に悩む方同士が交流することで、この病気を一緒に克服していくために支え合っています。

AA（アルコホリック・アノニマス）

アルコール依存症から回復することを目指す自助グループです。このグループは匿名性を保持しており、自らの立場を明かすことなく定期的なミーティングに参加できます。

NA（ナルコティクス・アノニマス）

薬物依存症から回復することを目指す自助グループです。このグループは匿名性を保持しており、自らの立場を明かすことなく定期的なミーティングに参加できます。

摂食障害の会

拒食症や過食症など、自分の摂食行動に問題や悩みを感じている、摂食障害者の自助グループです。同じ悩みを抱えた方が話し合い、孤独から回復し自分を取り戻すための居場所になっています。

認知症の家族会

認知症の方々を介護している家族の方の会です。和歌山市と田辺市でそれぞれ月1回の例会を行うほか、講演会なども開催しています。

性同一性障害の会

性同一性障害の当事者や性同一性障害について興味がある人など誰もが参加できるグループです。性同一性障害の治療に関しての当事者間の情報交換などを行っています。

和歌山県精神保健福祉センター・和歌山県自殺対策情報センター

〒640-8319

和歌山市手平二丁目1番2号

県民交流プラザ和歌山ビッグ愛2階

TEL 073-435-5194 FAX 073-435-5193