

公衆衛生学

成人保健概説
精神保健や自殺対策について
精神保健編

きむあき

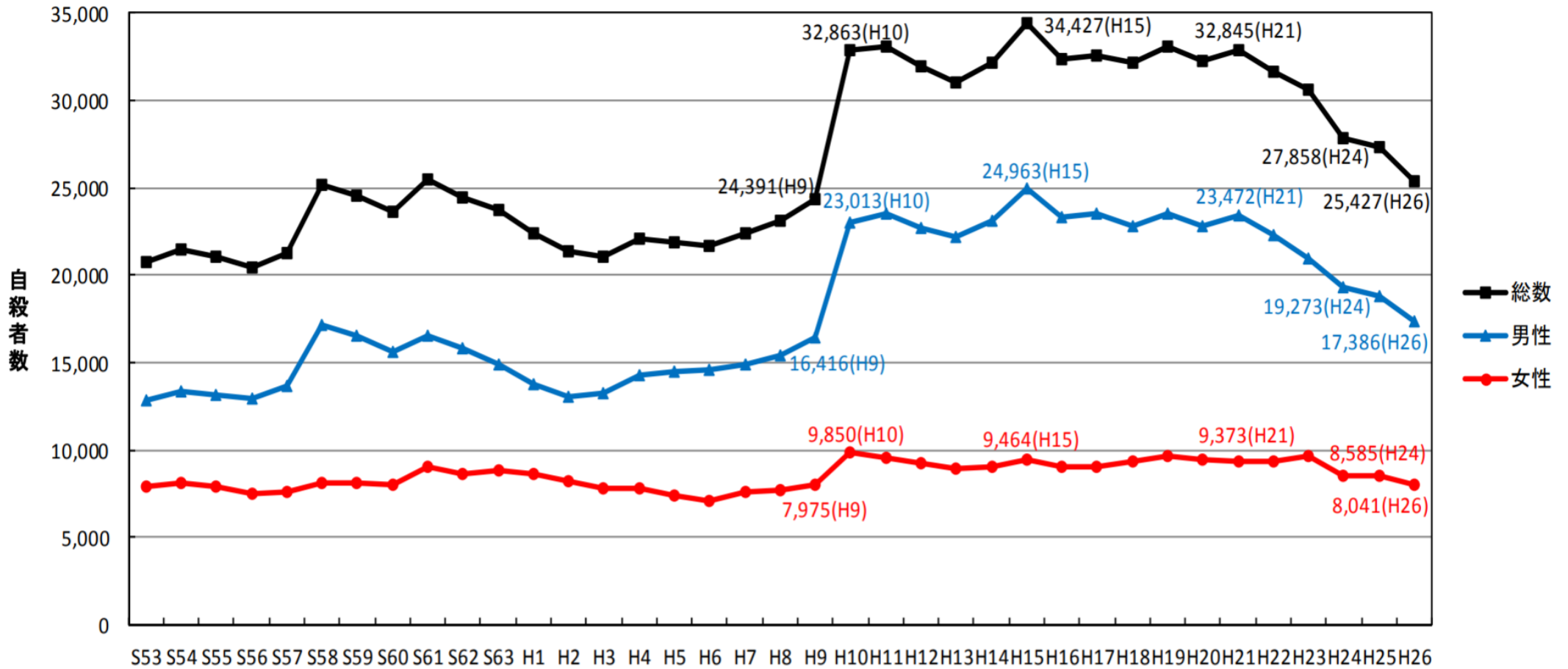
今回の視点

- 公衆衛生は人々の健康を維持向上することが目的です。
- 病態は遺伝子・細胞・臓器のレベルの異常のほかに、個体レベルの異常、集団の異常というミクロからマクロの方向で考えなければなりません。
- 個体レベルの異常が、もっとも寿命に影響を及ぼす事には、何があるか、それを考えます。

問

現代社会において、人の寿命に関わる要因で、20歳以下の人口のうち、最も寿命の延長を妨げる病気または事象は何でしょうか？

- <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/law.html>



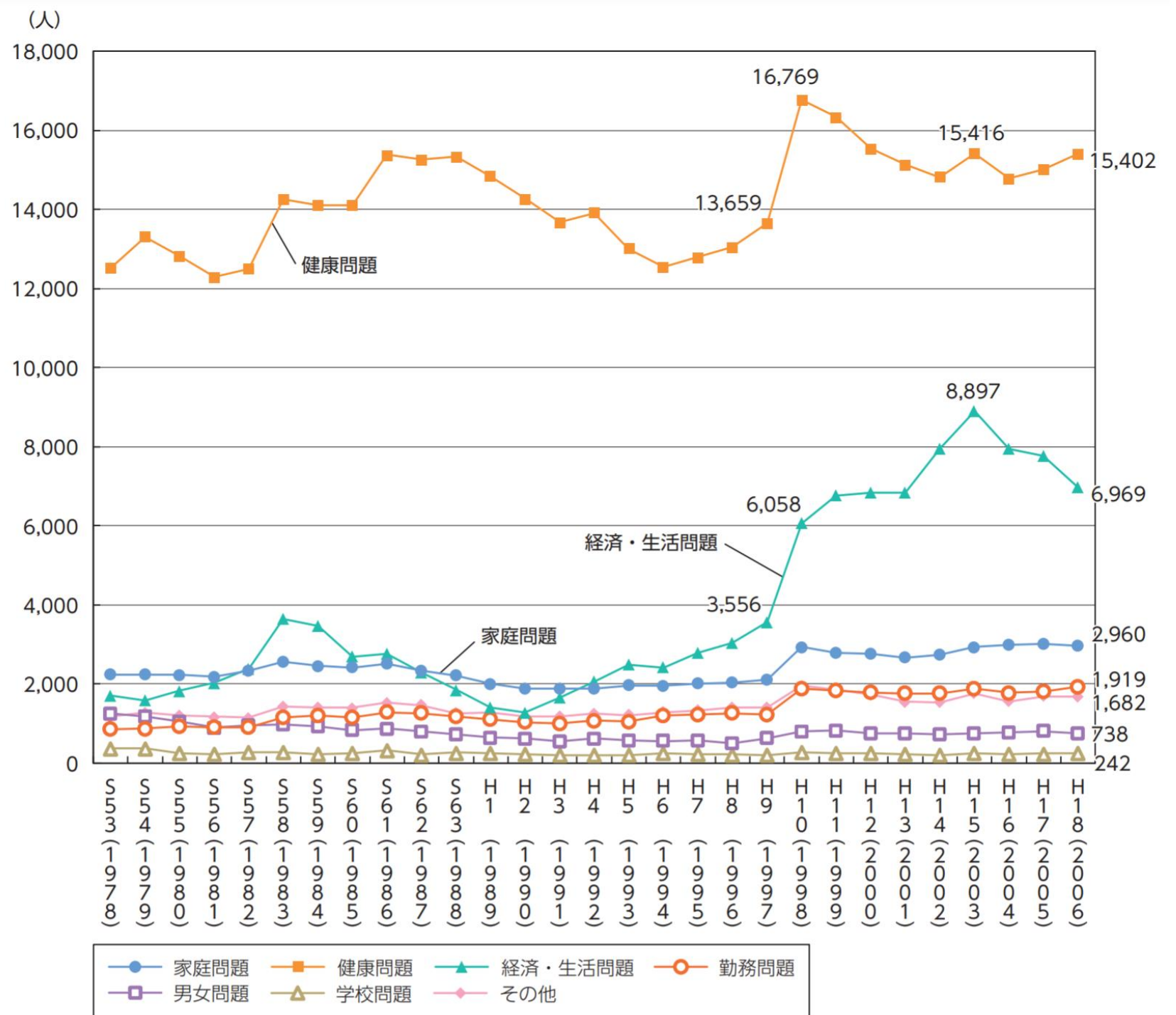
資料: 警察庁自殺統計原票データより内閣府作成

自殺の原因・動機

- 自殺の多くは**多様かつ複合的な原因及び背景**を有しており、**様々な要因が連鎖**する中で起きている。
- 原因・動機別の自殺の状況については、平成19年の自殺統計から、原因・動機を最大3つまで計上することとし、より詳細に原因・動機を公表している。

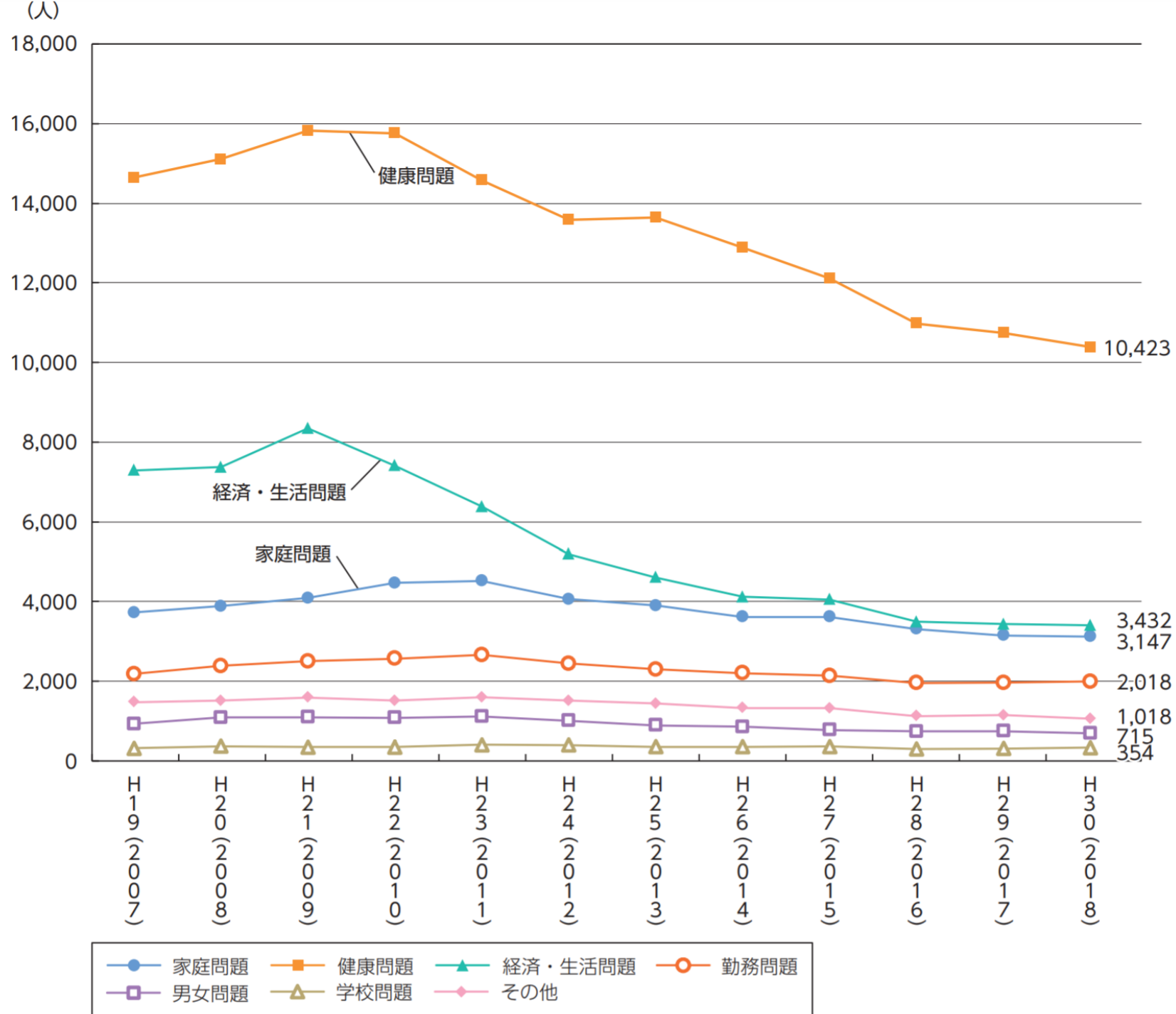
平成18年まで

原因・ 動機別の自殺 者数の推移



平成19年以降

原因・動機別の自殺者数の推移

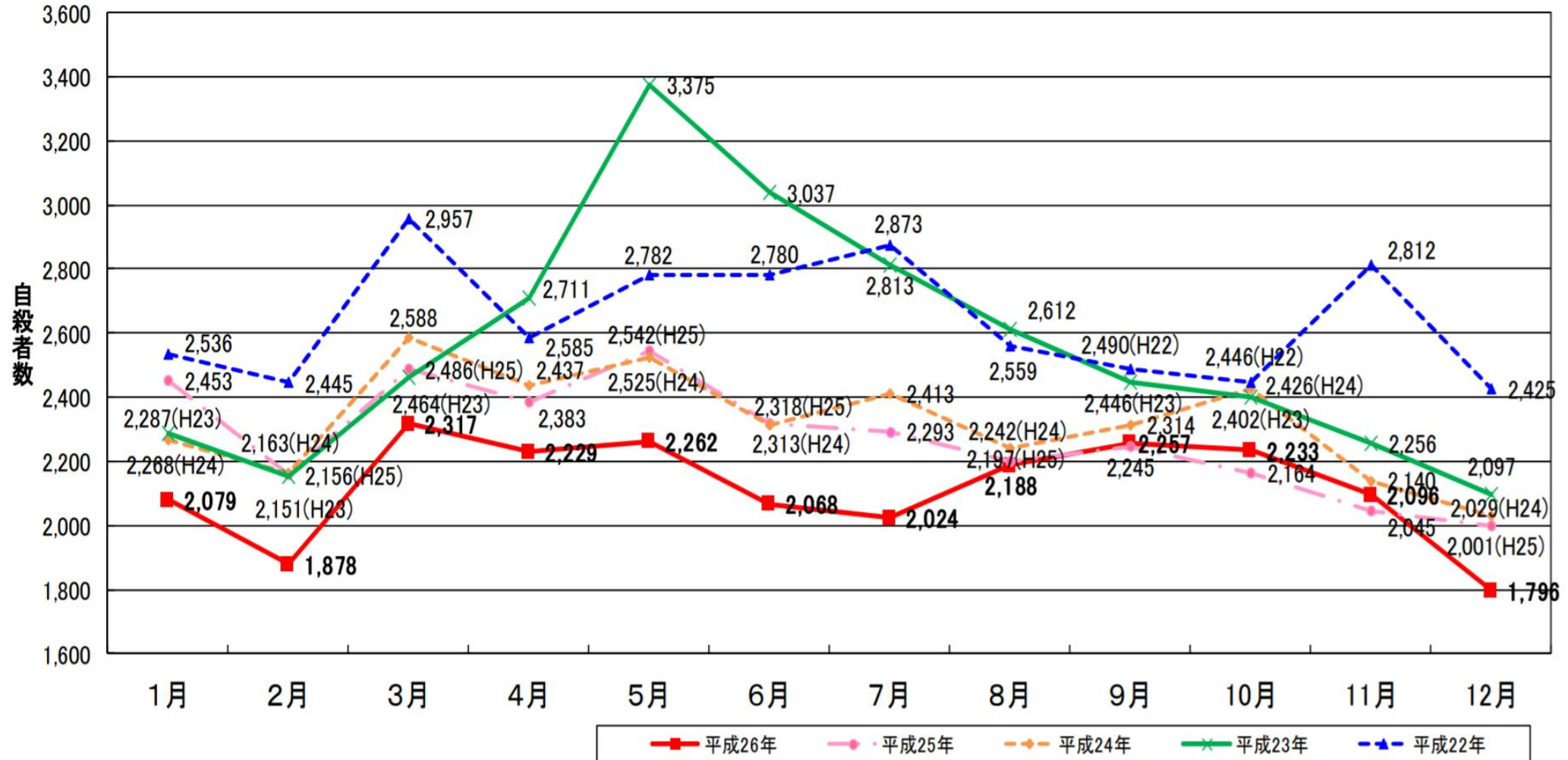


月別自殺者数の推移

○平成26年は、3月が最も多く、12月が最も少ない。

○平成26年は、9月、10月、11月を除いた各月で前年を下回った。

(単位:人)

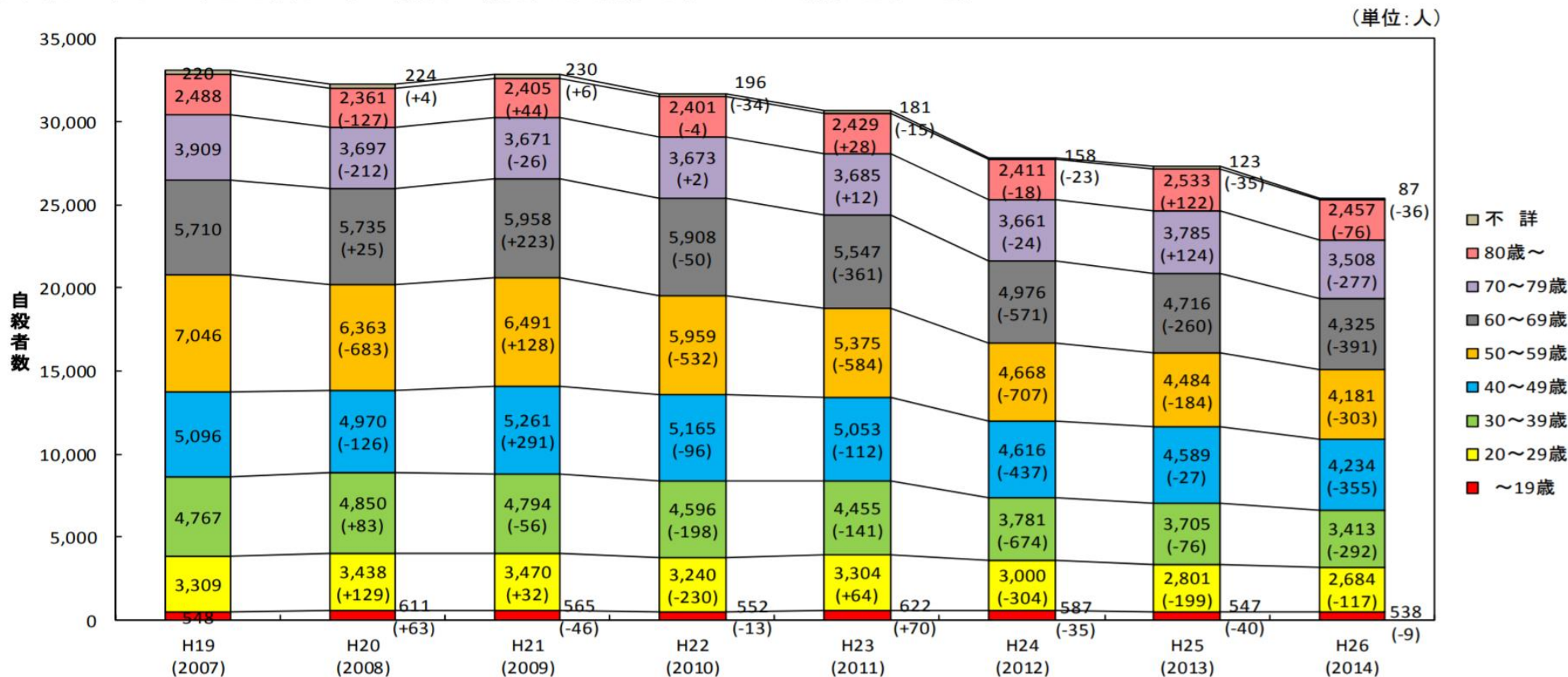


資料: 警察庁自殺統計原票データより内閣府作成

年齢階級別自殺者数の年次推移

○30歳代は6年連続、40歳代、50歳代及び60歳代は5年連続、20歳未満及び20歳代は3年連続で減少し、70歳代及び80歳以上は減少に転じた。

○平成26年は25年と比較して、60歳代が最も大きく減少し、391人の減少となった。



注1)平成18年までは「60歳以上」だが、19年の自殺統計原票改正以降は「60～69歳」「70～79歳」「80歳以上」に細分化された。

注2)グラフ中の値は、上段が自殺者数、下段が対前年差である。

資料:警察庁自殺統計原票データより内閣府作成

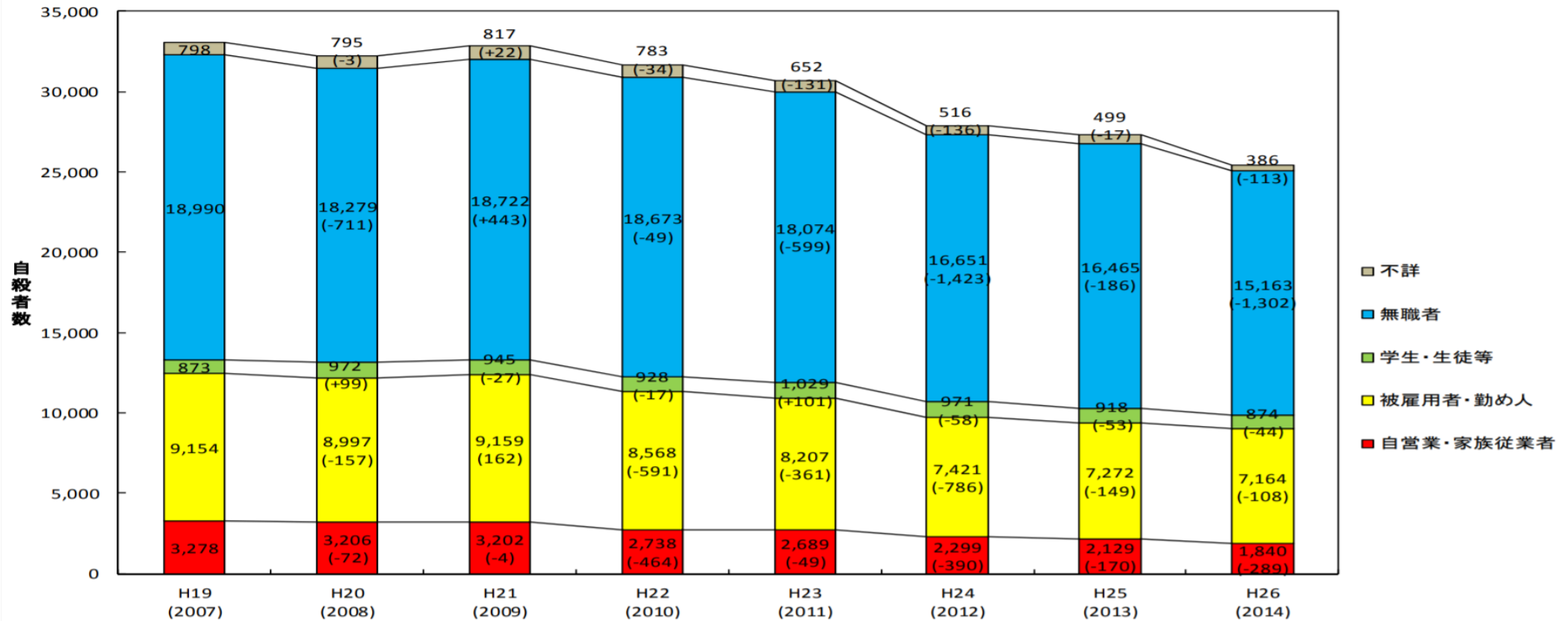
職業別自殺者数の年次推移

○全ての職業において前年から減少した。

○自営業・家族従業者は7年連続、被雇用者・勤め人及び無職者は5年連続、学生・生徒等は3年連続で減少した。

○平成26年は25年と比較して、無職者が最も大きく減少し、1,302人の減少となった。

(単位:人)



注1)平成19年に自殺統計原票を改正し、職業の分類が改められた。

注2)グラフ中の値は、上段が自殺者数、下段が対前年差である。

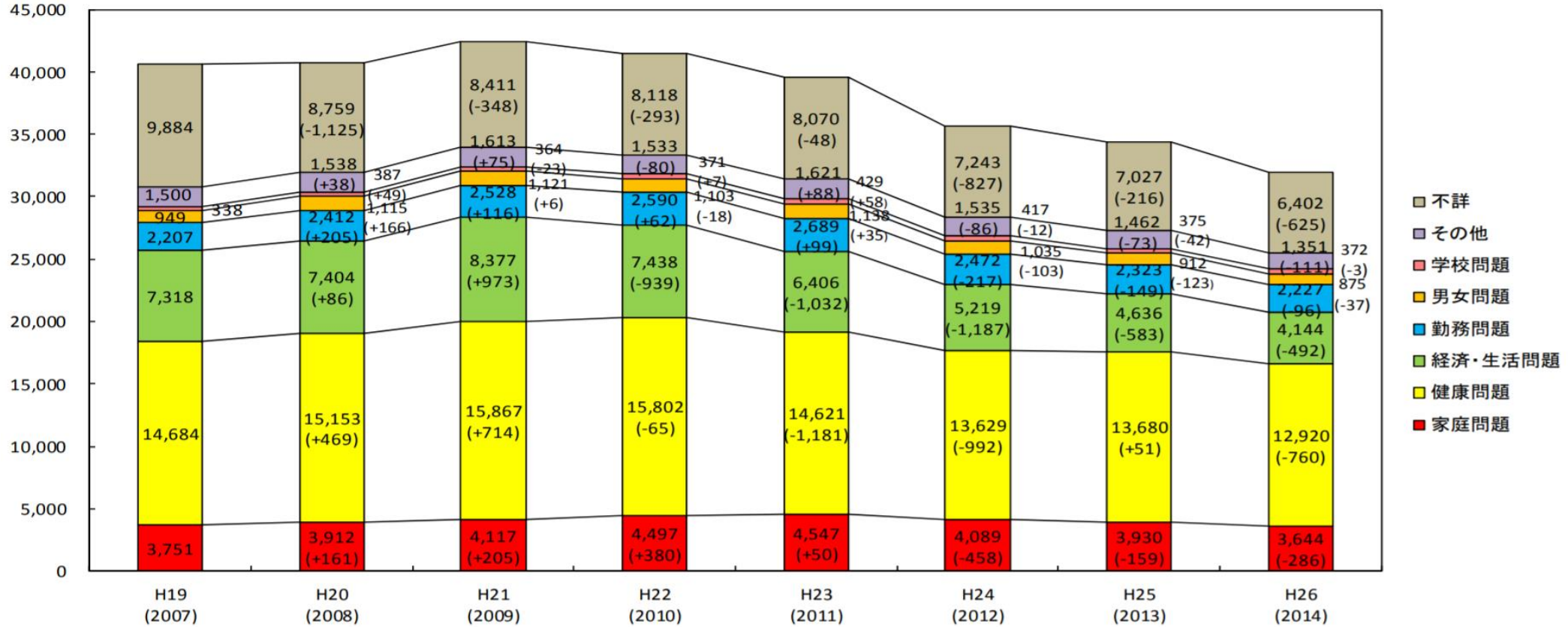
資料:警察庁自殺統計原票データより内閣府作成

自殺の原因・動機別自殺者数の年次推移

○経済・生活問題は5年連続、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題及びその他は3年連続で減少し、健康問題は減少に転じた。

○平成26年は25年と比較して、健康問題が最も大きく減少し、760人の減少となった。

(単位:人)



注1)平成19年に自殺統計原票を改正し、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上することとした。

注2)グラフ中の値は、上段が自殺者数、下段が対前年差である。

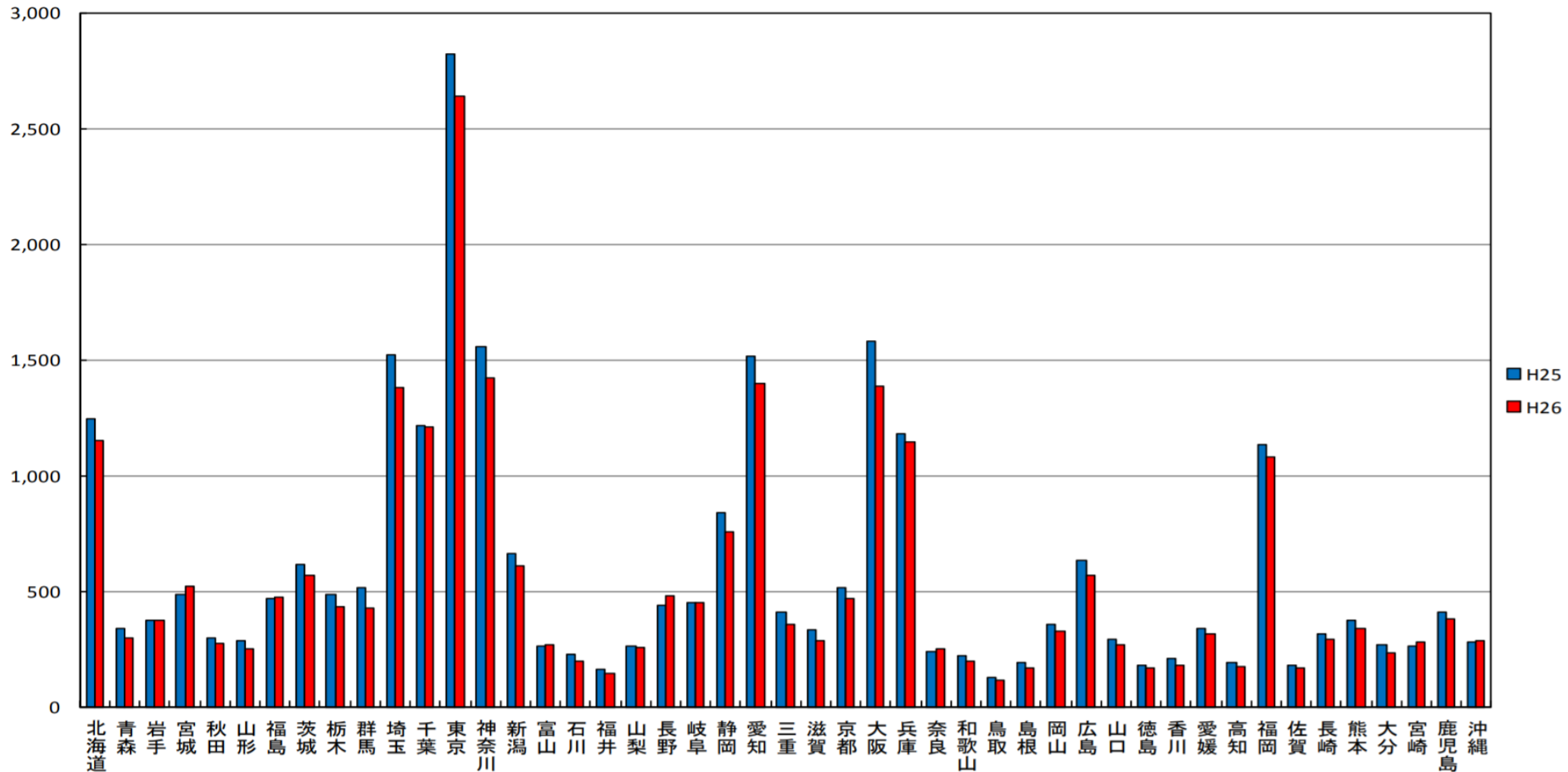
資料:警察庁自殺統計原票データより内閣府作成

平成25年及び26年における都道府県別の年間自殺者数

○平成26年は25年と比較して、38都道府県で減少、9県で増加となった。

○減少幅が最も大きかったのは大阪府で192人、次いで東京都で186人の減少となった。

(単位:人)

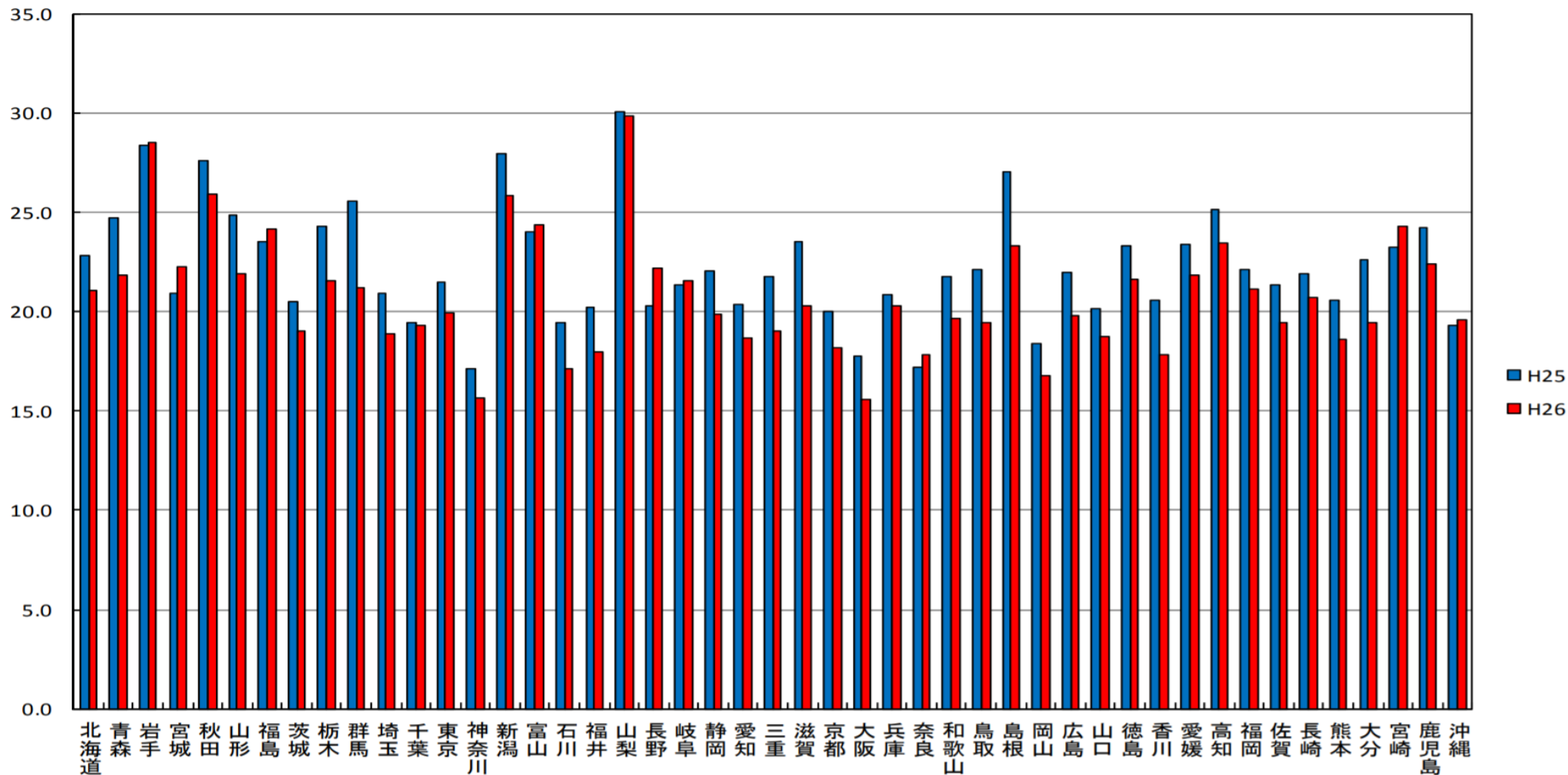


資料:警察庁自殺統計原票データより内閣府作成

平成25年及び26年における都道府県別の年間自殺死亡率

○平成26年は25年と比較して、38都道府県で低下、9県で上昇となった。

○自殺死亡率が最も低かったのは大阪府で15.61、次いで神奈川県で15.63、岡山県で16.8の順となった。



資料：警察庁自殺統計原票データ及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」より内閣府作成

東日本大震災に関連する自殺者数

1. 全国合計及び男女別

	合計	男	女
平成23年	55	42	13
平成24年	24	18	6
平成25年	38	23	15
平成26年	22	11	11
対前年比	-16	-12	-4

2. 年齢（10歳階級）別

	20歳未満	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80歳以上	不詳
平成23年	1	4	4	4	11	19	7	5	0
平成24年	0	2	4	3	5	5	2	3	0
平成25年	0	4	3	6	13	2	3	7	0
平成26年	1	1	1	4	5	7	2	1	0

3. 職業別

	自営業・ 家族従業者	被雇用・ 勤め人	無職						不詳	
			計	学生・ 生徒等	無職者					
					小計	主婦	失業者	年金・ 雇用保険等生活者		その他無職者
平成23年	10	13	32	1	31	3	6	14	8	0
平成24年	3	5	16	0	16	0	3	7	6	0
平成25年	1	10	27	0	27	6	3	7	11	0
平成26年	1	3	18	1	17	3	1	6	7	0

4. 原因・動機別（複数選択可のため、合計しても上記全国合計等と一致しない場合がある）

	家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	不詳
平成23年	11	17	18	7	0	0	10	16
平成24年	5	11	5	2	0	0	4	5
平成25年	5	22	9	5	1	0	3	8
平成26年	5	11	3	2	1	0	1	6

5. 都道府県別

	3県			その他					
	岩手県	宮城県	福島県	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県	大阪府	京都府
平成23年	17	22	10	1	1	2	1	1	0
平成24年	8	3	13	0	0	0	0	0	0
平成25年	4	10	23	0	0	0	0	0	1
平成26年	3	4	15	0	0	0	0	0	0
対前年比	-1	-6	-8	0	0	0	0	0	-1

注) 平成23年の数字は、本自殺者数の計上を始めた6月から12月までを足しあげたもの。
また、平成24年から26年の数字は、1月から12月までを足しあげたもの。

あなたの声を
聞かせてください



もし、あなたが悩みを抱えていたら、相談してみませんか？

一人で悩んで
いませんか？

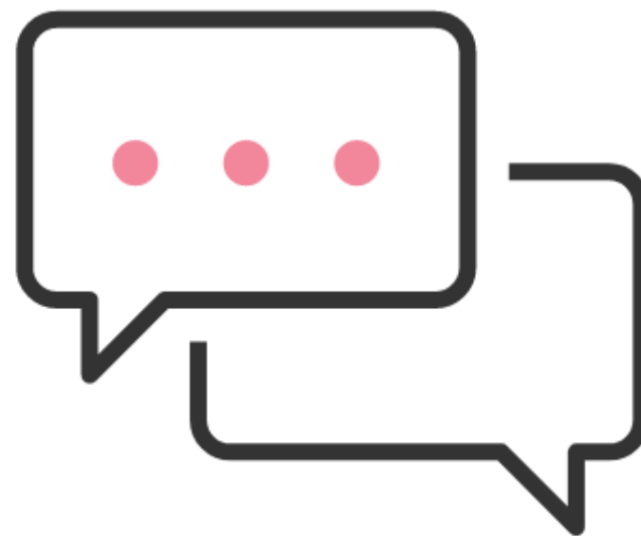
電話相談



悩みや年代によって選べる電話相談窓口があります

勇気を出して
まず一歩

SNS相談



SNSやチャットでの相談を受ける団体をご紹介します

命を守る「ゲートキーパー」とは？

[電話で話したい >](#)[SNSで話したい >](#)

自殺を防ぐ「ゲートキーパー」にはさまざまな役割があります

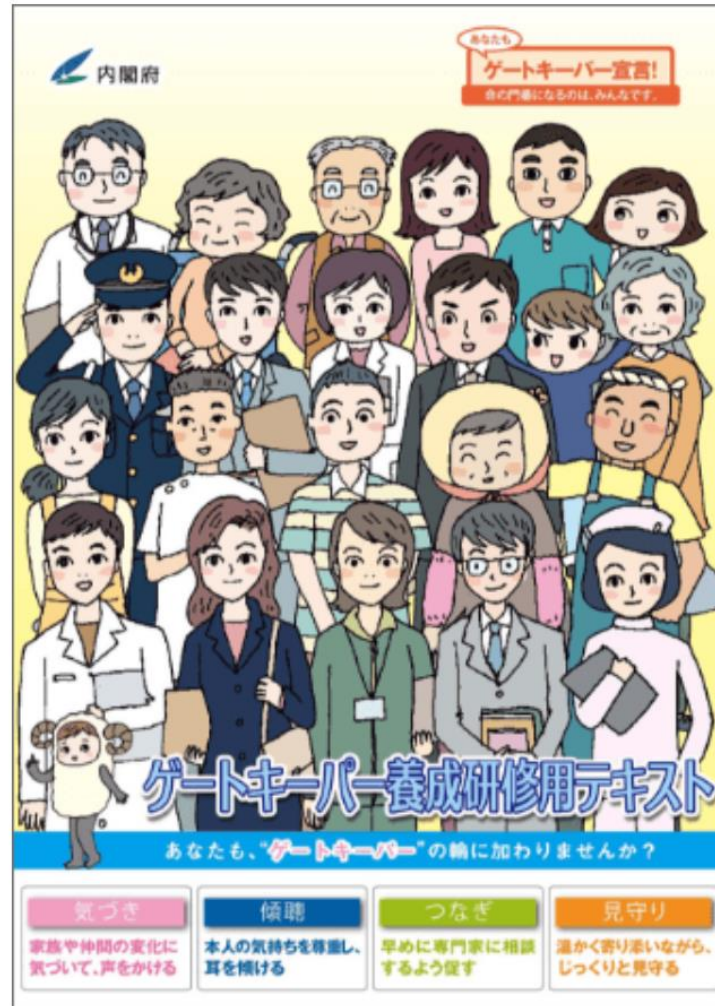
心理、社会的問題や生活上の問題、健康上の問題を抱えている人など、自殺の危険を抱えた人々に気づき適切にかかわるゲートキーパー。特別な資格はありません。

- ・ 地域のかかりつけの医師、保健師
- ・ 行政や関係機関などの相談窓口
- ・ 民生委員・児童委員や保健推進委員、ボランティア
- ・ 家族や同僚、友人

ゲートキーパー養成研修用テキスト



▶ ゲートキーパー養成研修用テキスト (第3版)



▶ ゲートキーパー養成研修用テキスト (第2版)



▶ ゲートキーパー養成研修用テキスト (第1版)

自殺対策におけるエビデンスの重要性

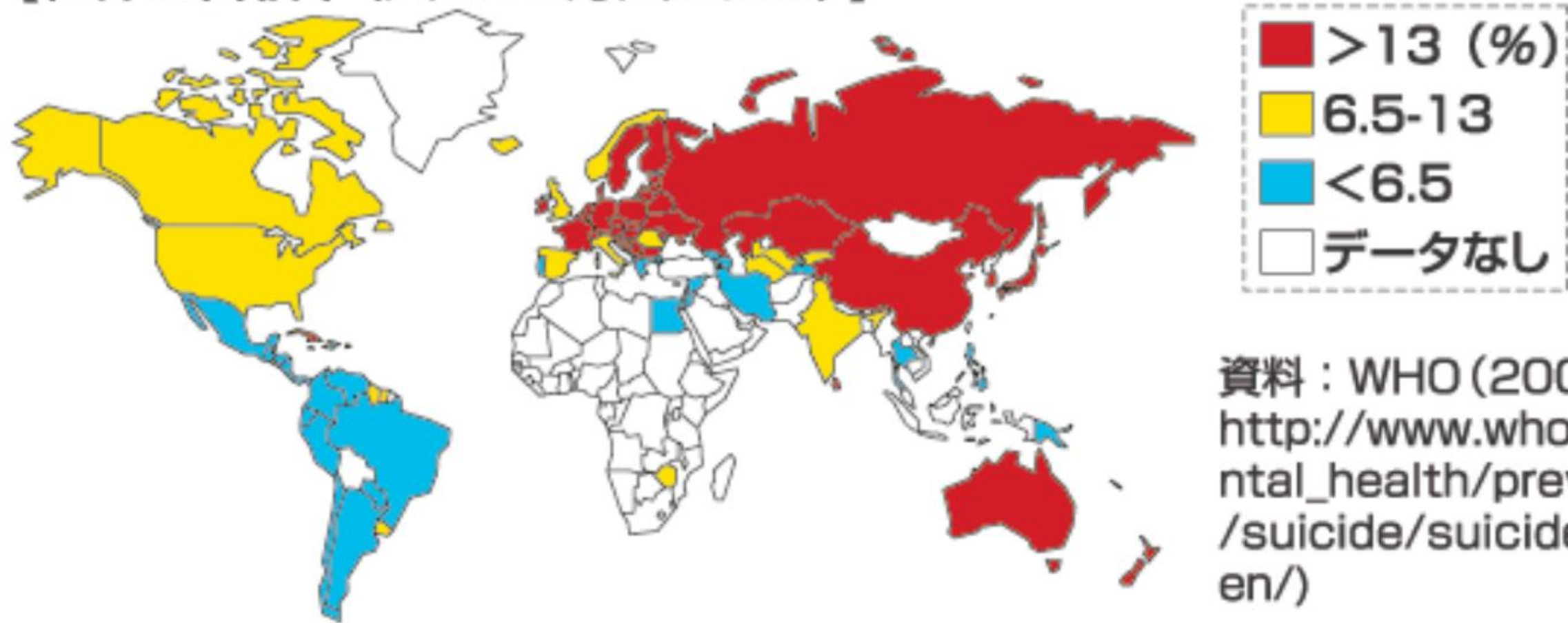
- テレビや新聞報道などでは「**単純化された自殺の原因**」と「**その解決法**」がしばしば強調されている。
- しかし、**公共政策の科学性を無視**して「**単純化された自殺の原因**」にばかり注目してしまうと、**自殺問題の「多面性」**や「**＝複雑性**」への理解が不十分となり、**本来は対処可能であるはずの様々な自殺リスク因子への対処**がなおざりになる可能性が高く注意が必要

エビデンスがある効果的な自殺対策

- ある程度のエビデンスがある効果的な自殺対策として、**かかりつけ医への啓発教育(うつ病の早期発見/適正治療のトレーニング)、ゲートキーパー(薬剤師、聖職者、高齢者の介護人、企業の人事担当者、学校・軍隊・拘置所等の従事者など)への啓発教育、および、自殺手段へのアクセスの制限(小火器/銃器・睡眠薬の制限、家庭用ガスの無毒化)**が報告されている(MannetaL,2005)。
- 一方、どんなに**高いエビデンスが報告されていても費用対効果が検討されない限り、自殺対策の実施可能性が高まるとは限らない。**
- 一般人口を対象とした**ハイリスク者スクリーニングの有用性**についての議論は研究者が**必要なエビデンスを社会に提供できていない**のである。

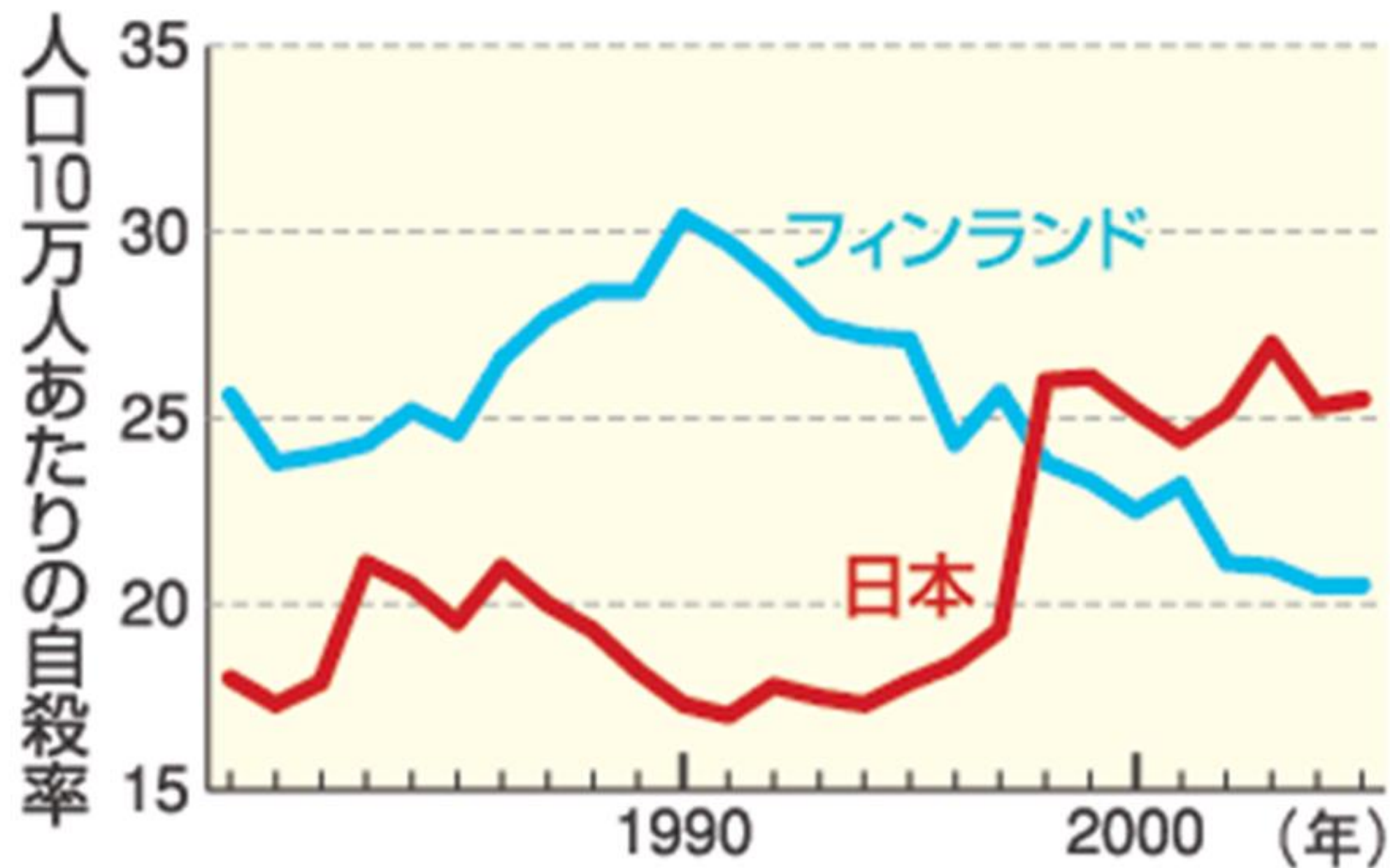
- **実際、疫学統計的に十分な効果を実証するために必要なサンプルサイズが極端に大きくなってしまったので自殺対策の効果を厳密な科学的方法で検証することは難しい(Mannetal.,2005,Goldney,2005)。**
- **加えて EBPに精通した公共政策立案者あるいは研究者の不足や、介入効果の実証研究/政策モニタリング研究のための資源が不十分であることも原因として挙げられよう。さらに自殺に特有なリスク因子も明確に理解されていないため、介入ターゲットや試験介入法、評価項目(あるいは有効な代理指標)の選択にも、かなりの困難が伴う(Gunnell&Frankel,1994;Lewiseta1.,1997)。**

【世界の自殺率(人口10万人あたり)】



資料：WHO (2003年)
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/

【フィンランドと日本の自殺率の比較】



- フィンランドでは、自殺死亡率のピークを示した1990年と比較して、2002年には約30%の自殺死亡率減少をみた。
- しかし、10年以上の年月を要して観察された「自殺死亡率減少」には複合的な因子が影響していると考えられ、**また比較可能な対象が存在し得ない**ことから、である「**国家戦略**」が「自殺死亡率」に与えた影響を科学的に検証することは、残念ながら不可能

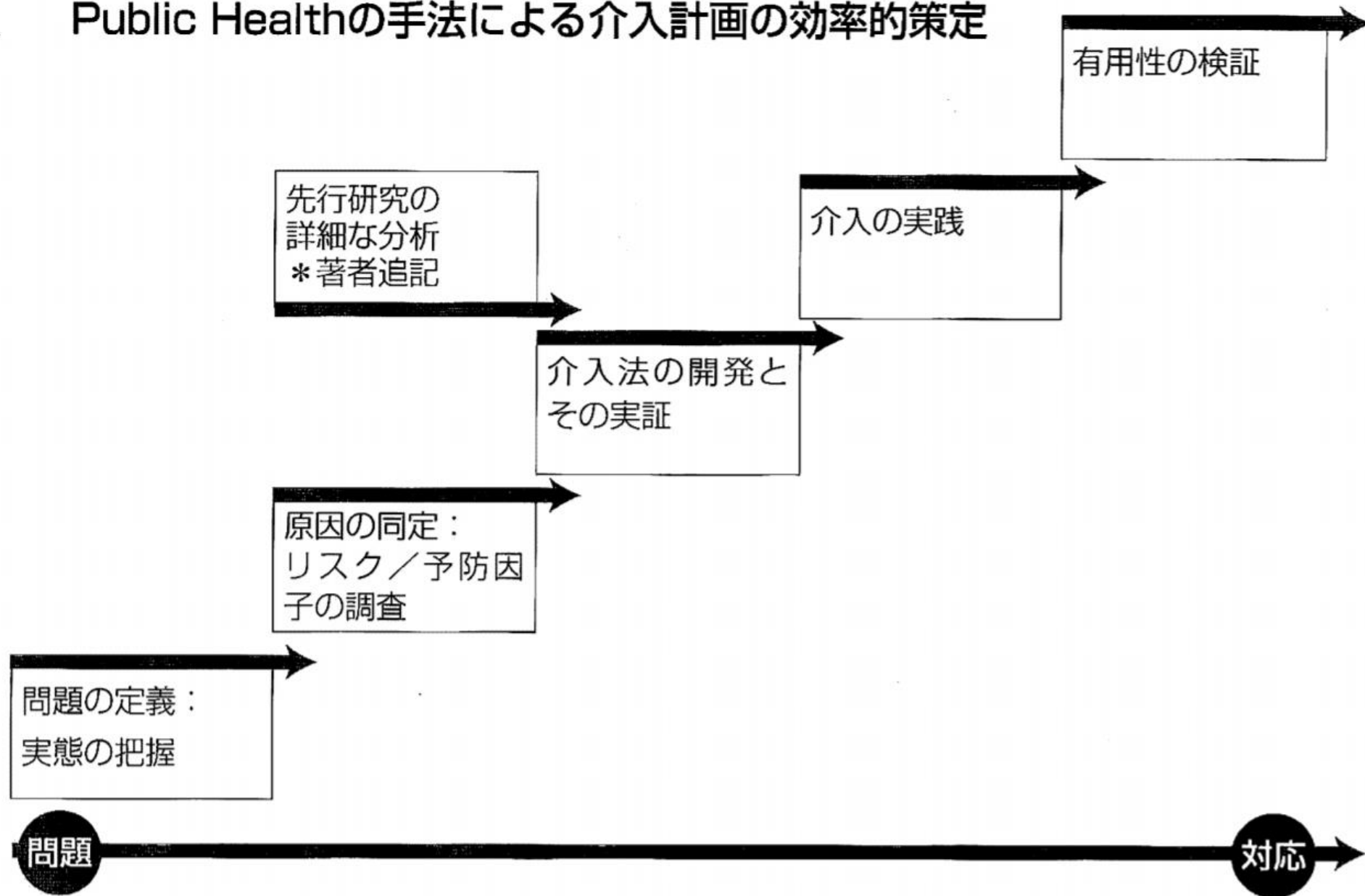


- 1)各国の社会・文化的な実情や経済状況の中で実現可能な対策から始めていくこと、
- 2) 国家レベルで自殺予防の研究、研修、治療に関して指導的な役割を果たす機関を作ること、
- 3)多分野の人々が協力/連携して生物—心理—社会的な視点から包括的に取り組むこと、
- 4)自殺の実態とその背景にある各国独自の問題を正確に把握すること、
- 5)ハイリスク者の支援体制を充実させる こと、

- 6)精神障害や自殺にまつわる偏見の解消に努めること、
- 7)専門家や援助者に対する教育体制を充実させること、
- 8)かかりつけ医に対する教育と精神科医との連携強化に努めること、
- 9)青少年に対する自殺予防教育を行うこと、
- 10)遺された人たちに対する心のケアを行うこと、
- 11)銃器や毒物などの自殺手段の入手を規制すること、
- 12)メディアとの協力体制を築き不適切な自殺報道による模倣自殺や群発自殺を抑止すること、などが挙げられている。

- Public Healthの理念や手法を活用した新たな取り組み 米国 や ニュージーランドの自殺予防戦略は、Public Healthの理念や手法を明確に活用し立案されている。
- 米国の自殺予防戦略は、連邦政府レベルで示されたモデルを各州がその実情に合わせて実施する枠組みである(<http://mentalhealth.Samhsa.gov/suicideprevention>)。
- 米国は多民族国家であり、また、貧富の差が大きく、銃器を入手しやすいなどの特性が自殺の実態に影響している。
- 米国の自殺対策は、全集団、リスク集団、ハイリスクな特定の個人という3つの介入対象について、介入すべき生物学的・心理社会的リスク要因、環境リスク要因、社会文化的リスク要因ごとに、Public Healthの手法により効率的に介入計画を策定するというものである。

Public Healthの手法による介入計画の効率的策定



* 米国政府 NATIONAL STRATEGY FOR SUICIDE PREVENTION: GOALS AND OBJECTIVES FOR ACTION (2001年版) より改変

<http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/SMA01-3517/SMA01-3517.pdf>



いのち
支える

いのち支える自殺対策推進センター

Japan Suicide Countermeasures Promotion Center (JSCP)

= 自殺対策先進事例データベース =

自殺対策先進事例を検索します。条件を入力して検索ボタンを押して下さい。

[? このページについて](#)

キーワード

政策パッケージ収録事例を検索する

政策パッケージ分類

基本パッケージ

- 全て
- 1.地域におけるネットワークの強化
 - 2.自殺対策を支える人材の育成
 - 3.住民への啓発と周知
 - 4.居場所づくり活動
 - 5.自殺未遂者等への支援

•**精神衛生にまつわる公衆衛生**

「癲狂」 てんきょう

- **漢方医学で精神疾患の総称**であり、日本でも**養老律令(ようろうりつりょう) (718) 以来公的用語としても使用されてきた。**
- 学説の変遷もあるが、「癲」はてんかんにほぼ相当し、「狂」は行動異常や妄想を主症状とする精神病をさしてきた。
- 「癲狂院」は「医制」(1874) 中にも各種病院の一つにあげられており、明治時代前半において精神科病院の呼称であった。
- 類語として、癲院、瘋癲(ふうてん)病院、癲狂病院、狂疾院もあったが、癲狂院の呼称がもっとも広く使用された。



図 3 私立京都癡狂院のあった永観堂



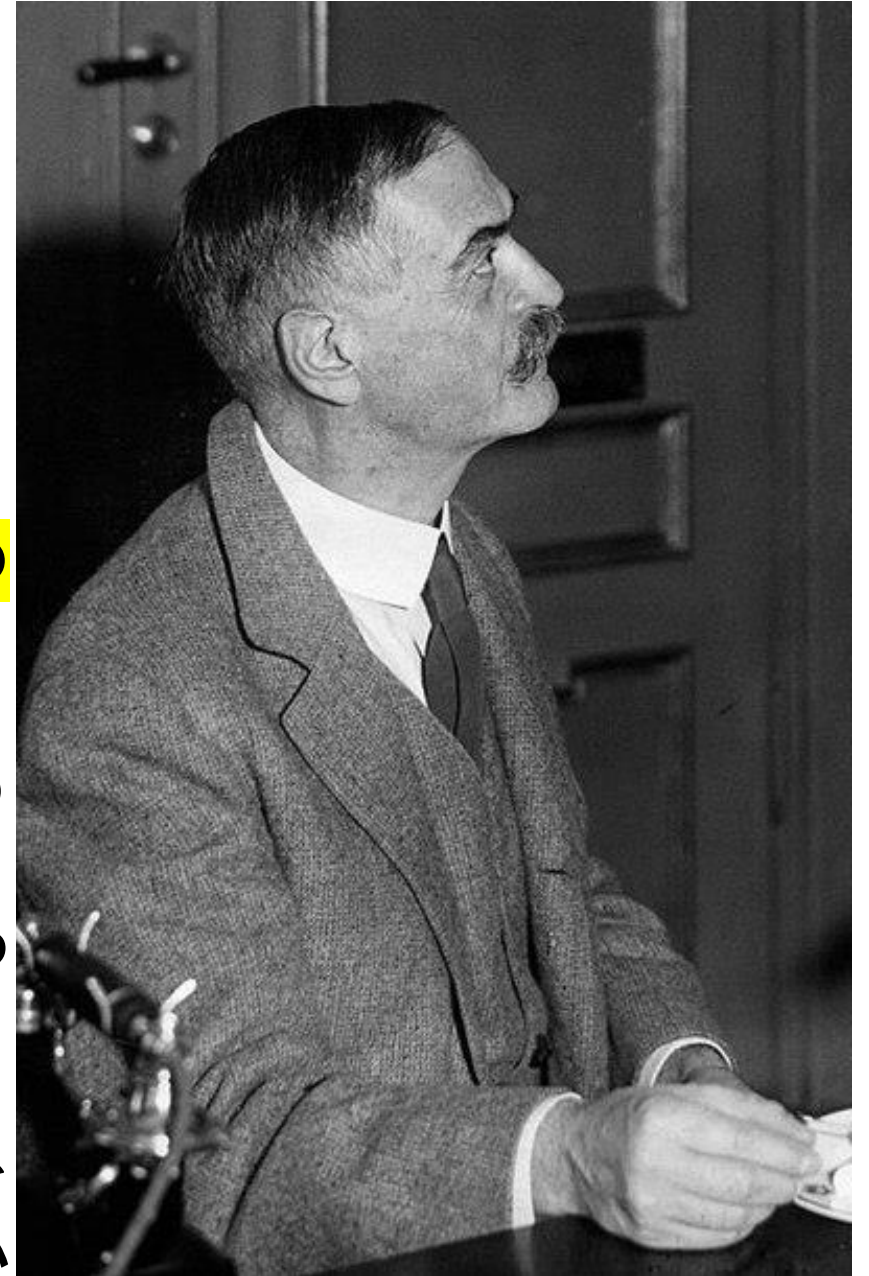
- 主として江戸末期から、癲狂治療を専門にする治療所が数か所でき、明治時代に病院として認可されていく
- 癲狂院として最初に認可されたのは**京都癲狂院**
- 1872年（明治5）創設の京都療病院付属の形で、
- 京都府が南禅寺方丈に設立し、**1875年7月25日に開業。**
- ここでは**作業治療（療法）**も行われるなど、かなり進んだ治療がなされていたという。
- 1876年に医員神戸文哉(かんべぶんさい)がイギリスのモーズリーの書を訳した『**精神病約説**』を刊行したのが、**日本における洋説精神医学書の最初**である。

1900年

1900年

ラントシュタイナーはバーデン・バイ・ウィーンでユダヤ人として生まれた

1900年にABO式血液型を発見、翌1901年11月14日に論文を発表。なお、ラントシュタイナーが発見したのはAB型以外の3つであり、発表時点ではA型、B型、C型としていた。これにより、1930年にノーベル生理学・医学賞を受賞している。1908年にウィーン大学の病理学の教授となり、同年ポリオの病原体、ポリオウイルスを発見した。1916年にはヘレン・ヴラスト (Helen Wlasto) と結婚し一人の息子をもうけた。その後、第一次世界大戦のため、オランダへと移った。1922年にニューヨークのロックフェラー研究所に加入し、1937年には弟子アレクサンダー・ウィーナー (en:Alexander S. Wiener) とRh因子を発見。この間、アメリカの国民となり、1939年に退職後も終生をニューヨークで過ごした。1943年、実験室において心臓発作で死去



バーデン・バイ・ウィーン



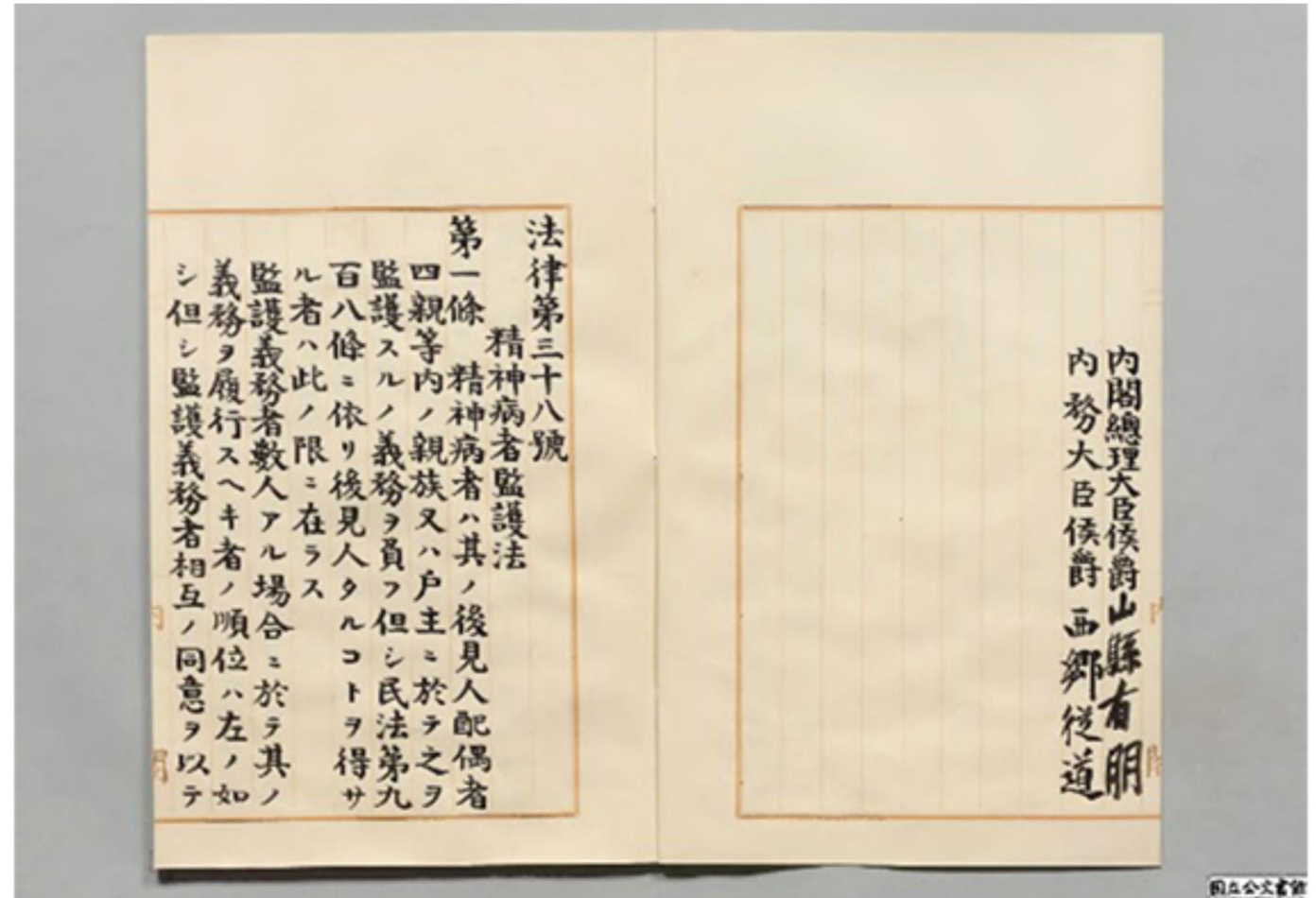
オーストリア最古の大学 . . .

- コインブラ・グループ (Coimbra Group) はヨーロッパの大学連盟のひとつ。1985年1月1日に創設され、1987年に憲章を採択して正式に発足した。2009年現在の加盟大学数は39。加盟大学は全て総合大学であり、多くは長い歴史と権威を有する。
- 中世ヨーロッパ時代に設立された最古の大学が多く参加

その時の日本

「私宅監置」 合法化

- 1900年に施行された精神病者監護法によって、届け出を要するの目的は、多くの長年不衛な環境に置かれていた精神病者など、一定の条件下に認められ、害を受けないで治療を受けることが可能になった。



『精神病者監護法』 国立公文書館所蔵

1900年

- **精神病者監護法** 成立

- 1つは当時、日本ではまだ精神医療の体制自体があまり整って
いなかった
- 精神疾患の方を入院させようにも病院が整っていない、精神科
医が不足していた。
- 心理的・文化的な理由-例えば江戸時代は、こういった**精神疾患
は病気ではなく、きつねつきや先祖のたたり**などといった非科
学的なことが信じられていた（完全な**偏見、誤解**）



和じかん.com

- 江戸時代のなごり、そういった**病気がでるのは家系の問題**。
- **身内からでたそういった疾患、病気**の人は**身内でなんとかしな**ければいけないという、**この病気に対する無理解が1つ**。
- **日本独特の、身内のことは身内でなんとかすべき、外に出すのは恥ずかしい**という意識

- 社会の中でもすんなりと受け入れられてしまった。
- あるいはその前から、そういうことが実は行われていた。
- 座敷牢というところに閉じ込めておくという、前から行われていたことを、法律でも認めましょうとなった

現在では . . .

- 今は脳の中の問題が明らかになって来て、たたりとか呪いとかではなく、**本当の病気ということが分かり治療も進んできたが、**
- **当時はそれができなかった。**
- 例えば、ある疾患で妄想を持って、ありえないようなことを口走ったりする人がいた場合、まったくその人を理解できなかった。ことが大きい。
- **理解できないから怖い、自分と違う人だから怖い**というような、そういうイメージがあった。残念ながら、いまだに少なからずあるだろう

私宅監置



私宅監置の禁止後も「社会的入院」が問題に

- 私宅監置について調査を全国で行い、精神病患者監護法や国家の無策を厳しく批判した人物がいます。日本の精神医学の父とも言われる、精神科医の呉秀三くれしゅうぞう。
- 「日本の精神障害者はこの病を受けたるの不幸の他に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし。」という、精神疾患を患うと同時に日本に生まれた患者たちの「二重の不幸」を指摘
- 呉秀三による批判もあり、**1950年**、法律の改正で私宅監置は違法になった。

届かぬ支援 入院長期化

09 政権選択

点検政策

精神障害者が長期化する
東京都知事のケル・ブナ
ム(62)は、男性は、
社会福祉院に転入入院
している。
入院中のケルには、最初
の10年ほどは「調剤」が行っ
ていると、長期間にわたって
だが、その後、「調剤」を行
ない」といふ言葉に驚かされた。

入院中、特別に許可を得て
大好きな石彫りなどの活動
「男の中の男」を掲げたこと
ある。「本人たちが積極的に
けたとネールのことから、
朝が明るくなるとさうして、
が今も忘れられない」と語
す。長い入院生活を振り返り、
出た生活を取り戻した自分の
人生を重ね合わせる。
「日々を過ごしたのは、精神
障害者の社会復帰を支援する
社会福祉院人「一歩立ち会」。

精神障害者

精神障害者の長期入院
東京都知事は、代生から精
神障害者が地域で暮らすための力を
「10年間のベスト」には10年間で、
人「1人あたりのベスト」には10年間で、
米田リ・R、これに対して日本は、
は20年代を以てした、入院長期化の
障(ケル・ブナ)の指摘も、精神障
害者の回復に役立つ受け入れ
度を進めたい。

東京都知事、ケル・ブナは、精神
障害者が回復するための、
「20年間のベスト」は、
先だめに、10年間で、
先だめに、10年間で、
先だめに、10年間で、
先だめに、10年間で、

入院中のケルには、最初
の10年ほどは「調剤」が行っ
ていると、長期間にわたって
だが、その後、「調剤」を行
ない」といふ言葉に驚かされた。
入院中、特別に許可を得て
大好きな石彫りなどの活動
「男の中の男」を掲げたこと
ある。「本人たちが積極的に
けたとネールのことから、
朝が明るくなるとさうして、
が今も忘れられない」と語
す。長い入院生活を振り返り、
出た生活を取り戻した自分の
人生を重ね合わせる。
「日々を過ごしたのは、精神
障害者の社会復帰を支援する
社会福祉院人「一歩立ち会」。



長期入院していた精神障害者たちが暮らすグループホームの食事会。出た食器は市の「一歩立ち会」。

東京都知事、ケル・ブナは、精神
障害者が回復するための、
「20年間のベスト」は、
先だめに、10年間で、
先だめに、10年間で、
先だめに、10年間で、
先だめに、10年間で、

根強い世間の偏見

知的障害者や身体障害者は
本人の意思で入居できる
自助支援の場は、
自助支援の場は、
自助支援の場は、

自助支援の場は、
自助支援の場は、
自助支援の場は、
自助支援の場は、
自助支援の場は、
自助支援の場は、

社会的入院

(本田昭之)

- 病院が増え、入院できるようになったことで、閉じ込められていた精神疾患のある人々が、治療を受けられるようにはなりませんでした。しかし、病気や症状が落ち着いてからも自宅や社会に戻れず、長期的に入院せざるをえない「社会的入院」という問題

- 「少し極端な言い方をすると、いる場所が座敷牢から病室になっただけで、社会復帰や家にきちんと帰ることができない患者さんが非常に増える事態になってしまった。私宅監置の禁止が患者さんにとって解放だったかということ、違うのです。」
(香山さん)

- 「社会的入院」は、糖尿病やガンなどほかの疾患にはない、精神医療のみにある独特の言葉

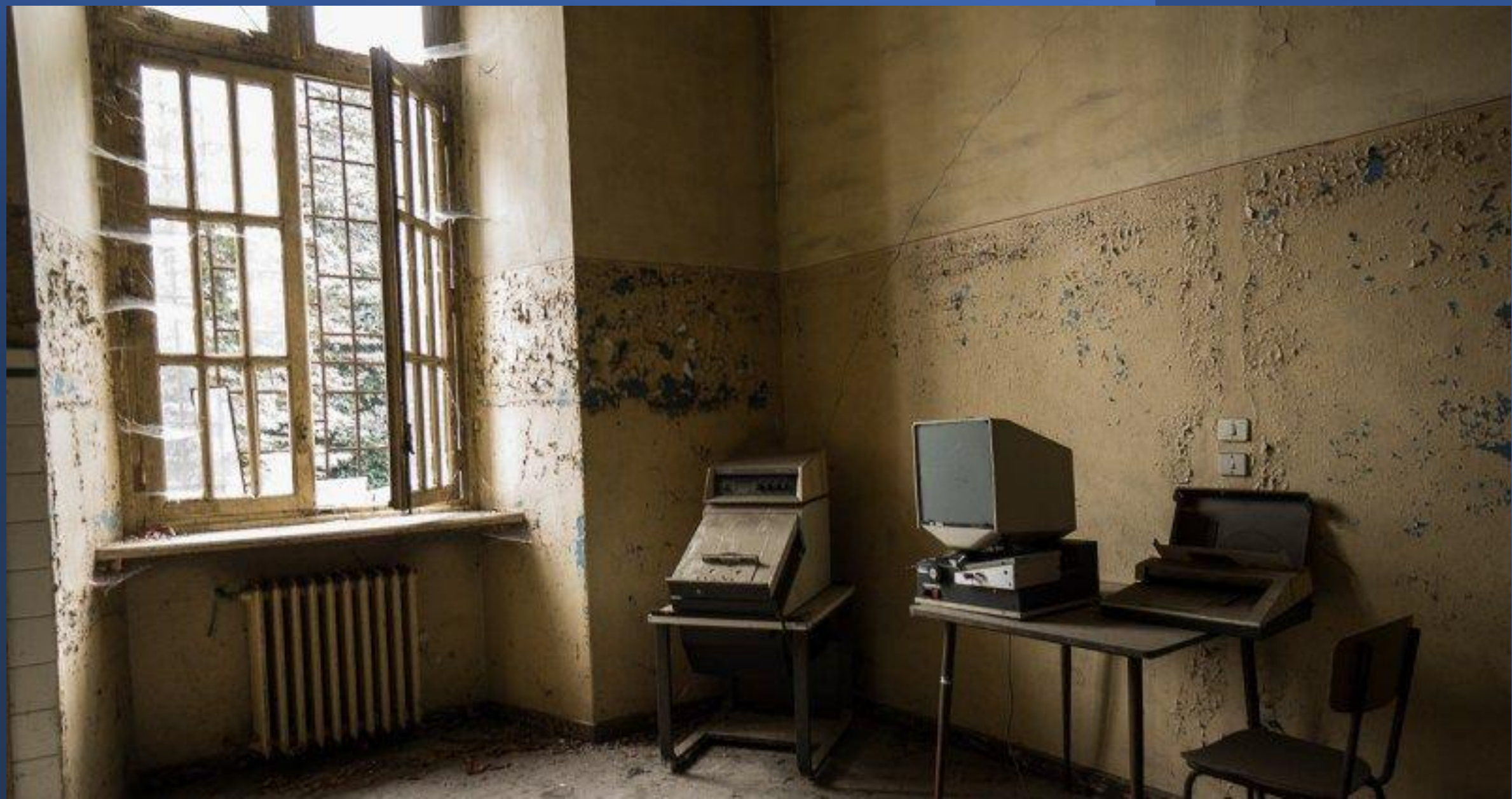
香山りか氏の談話

- 入院前に自分たちには理解できない妄想などの言動があって、もう家では引き取れない、家では一緒に暮らせないなんていう家族もいる。
- そのために、もう退院していい状態なのに、受け入れ先がないとか、なかなか社会復帰にまでいたらないという社会的理由、医療以外の理由で入院を継続する方たちが非常に多かった。
- 私が若い時に勤めていた病院でも、入院30年とか、戦後ずっと入院しているとか、一生の3分の2ぐらいを病院で過ごして、そのまま病院で亡くなるというような方も非常に多くいました。

精神科病院のベッド廃止で障害者を地域に戻したイタリアの例

- 「私宅監置」が禁止となった今も、精神疾患のある人たちが病院という1つの場所にとどまることを余儀なくされる現状。
- 日本は精神科病院のベッド数も多く、「社会的入院」が生じやすい状況にあると言えますが、精神障害者を社会で支える仕組みを作っている国





- 「欧米などでは、ある程度落ち着いたら、きちんと地域で暮らして普通の生活をしながら治療するのが一番回復にもつながるということが、いろいろな調査や研究から分かってきて、いち早くそちらに舵を切っています。例えばよく紹介されるイタリアでは、法律により、今では長期入院するような精神科病院はまったくない状況にまでいっています。患者さんは基本は地域で暮らす。作業所のようなところに患者さんが通っている場合、症状が悪くなったりすると作業所に泊まってケアを受ける。でもそれも非常に短い間、1日とか2日。症状が落ち着いたら、また家で暮らすのが基本

- イタリアはやっています。地域の人たちも、そういうものだと受け入れて、価値観を変えている。精神疾患の場合は、急性の1番ひどい状況が落ち着いたら、あとは家で暮らすものというふうに受け入れているので、それで上手くいっている。しかも、それも決めるのは患者さん本人。周りの人たちが無理やり強制入院をさせたり、ましてや入院して拘束というようなことは絶対にしない

- 日本で社会的入院が多く見られる背景には、精神医療そのものが病院に依存しているという状況のほかに、民間病院では、患者を入院させることで経営を成り立たせているという側面があると考えられます。そのため、日本でイタリアのような体制に近づけるには、かなり思い切った改革が必要になる

- 日本でも医療費の高騰が問題になっている現在。財政という面から今の精神医療制度に風穴を開けられるかもしれないと香山さんは言います。現にイタリアでは、医療費が高騰し、そうせざるをえない財政状況だったことが、この体制につながった

- 「イタリアでは民間の精神科病院がある限り、患者さんを入院させたいと思ってしまう。そのため民間のベッドを持っている精神科病院をなくすということを、法律で決めてしまった

- 国連は、今から**30**年近く前に、「障害者を閉め出す社会は、弱くてもろい社会」と決議しました。精神障害者を社会から隔離するのではなく、共に生きていくためにどうしたらよいのかが、今問われています。



もう一つの精神衛生-精神衛生法 23条

- **第23条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。**

- 日本刑法は、**刑事責任能力**について、「**心神喪失者の行為は、処罰しない**」（39条第1項）、「**心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する**」（同2項）と規定するだけで、「**心神喪失者**」「**心神耗弱者**」の意義については何らの定義も置いていない。
- 判例は、**心神喪失（責任無能力）**とは、**精神の障害により、事物の是非善悪を弁識する能力なく、または、この弁識にしたがって行動する能力なき状態**をいい、**心神耗弱（限定責任能力）**とは、**精神の障害が、上記の能力が欠如する程度には達していないが、著しく減退した状態**をいう、としている（大審院昭和6年（1931年）12月3日判決刑集10巻682頁）。この定義は、**精神の障害**という**生物学的要素**と、**是非弁識能力と行動制御能力**という**心理学的要素**を併せて考慮する、いわゆる**混合的方法**と呼ばれる**判断方法**

- う2)。「精神の障害」の意義については、統合失調症（精神分裂病3））・そううつ病などの精神病の他、酩酊・情動のような一時的な意識障害も、その程度が高い場合には含まれ、さらに、知的障害（精神遅滞）も含まれると解されている。精神病質（人格障害）が含まれるかについては議論があるが、実務上、精神病質だけを理由に責任無能力・限定責任能力が認められることはほとんどないといわれている

- 憲法に責任能力に関する規定は存在していないが、責任能力の要件は、憲法上の原則であると考えられる。日本国憲法31条は、「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない。」と規定している。この規定は、アメリカ合衆国憲法修正5条および14条の適正手続（due process）条項に由来する

区 分	総数	不 起 訴			裁 判		
		計	心神喪失	心神耗弱	計	心神喪失	心神耗弱
総数	811	745	370	375	66	1	65
(罪名別)							
放火	81	68	58	10	13	0	13
強姦・強制わいせつ	22	20	13	7	2	0	2
殺人	103	85	78	7	18	0	18
傷害	194	178	92	86	16	0	16
強盗	20	18	12	6	2	0	2
その他	391	376	117	259	15	0	14
(精神障害別)							
統合失調症	515	492	265	227	23	0	23
そううつ病	69	56	18	18	13	0	13
てんかん	7	7	2	2	0	0	0
アルコール中毒	28	24	14	14	4	0	4
覚せい剤中毒	14	12	2	2	2	0	2
知的障害	35	23	7	7	12	0	12
精神病質	6	5	1	4	1	1	0
その他の精神障害	137	126	61	61	11	0	11

- **措置入院**（そちにゆういん）とは、[精神保健福祉法29条](#)に定める、[精神障害者](#)の入院形態の1つ^[1]。行政行為あるいは強制であることを強調する場合は「入院措置」と言うこともある。
- [精神科](#)への入院^[1]
 - 自発入院 - [任意入院](#)
 - [非自発入院](#)
 - 措置入院 / [緊急措置入院](#)
 - [医療保護入院](#) / [応急入院](#)

- 精神障害者は、その病状によっては自傷や他害に至ることがあり、しかもこれを認識して医療に自ら頼ることが困難な場合がある（[インフォームドコンセント](#)が成立しない^[1]）。同法は精神障害者の入院について幾つかの法形態を定めるが、入院させなければ**自傷他害のおそれ**がある場合について、これを**都道府県知事**（または**政令指定都市の市長**）の**権限と責任**において**精神科病院に強制入院させる**のが措置入院である。
- 緊急性のため、入院までの手続を簡素にして、病院に72時間まで強制入院させるものとして、[緊急措置入院](#)がある。

措置診察

- 指定医2名以上の診察の結果が「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又は他人に害を及ぼすおそれがあると認める」ことで一致すること（29条2項）
- 措置入院にあたっては、都道府県知事は2名以上の精神保健指定医を指名して診察させる。通常は2名のみである。この指定医による診察を「措置診察」とか「措置鑑定」と呼ぶことが多い。緊急措置入院に引き続き行うときは「再診察」「再鑑定」と言うこともある。指定医2名は同時に診察してもよいし順次診察してもよい（順次診察の場合は一人目の診察が「一次診察」、二人目が「二次診察」と呼ばれる）。

自他を傷つける行為（日本精神科救急学会ガイドライン）

自傷行為

1. 致死性の高い自殺企図
2. 致死性が高いとはいえない自殺企図
3. 自殺の意思表示行動
4. 自殺の言語的意思表示

他害行為（未遂を含む）

1. 身体的損傷を伴う対人暴力
2. 前記以外の対人暴力
3. 器物破損
4. その他の触法行為相当の他害行為
5. 触法行為以外の他害行為・迷惑行為

- 行政裁量（ぎょうせいさいりょう）とは、行政行為をするに当たり、根拠法令の解釈適用につき行政庁に許された判断の余地。
- 伝統的解釈では、自由裁量（便宜べんぎ裁量）と法規裁量（羈束きそく裁量）に分けられ、後者については司法審査が及ぶと考えられてきた。しかし、近時においては、区別は次第に重視されなくなり、行政事件訴訟法第30条は、裁量行為であっても裁量の逸脱や濫用があれば、取り消すことができるとする

治安維持と精神衛生を紐解く

- 1900年精神病患者監護法

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律-精神保健福祉法
に至る歴史

日本が近代国家として成立した明治以来 国家が発展していくためには、精神障害者は反秩序者として、市民社会の治安のために社会から隔離させるべきである、という社会防衛論的背景がいつもあった

戦前戦後を通じて、精神障害者に対する処遇は治安優先であった

精神障害者の処遇に関する法制度の変遷は、一般社会人を精神障害者から守ること、いわゆる治安優先の歴史であった

具体的には、精神障害者が引き起こす不幸な事件が生じると、「精神障害者を野放しにするな」などの意見に沿って精神障害者の処遇を決めてきた変遷と言われる。

702年 大宝律令

- 702年に制定された大宝律令
- 身体や精神の障害を軽い順から残疾、廢疾、篤疾の3段階に分け
- それぞれの状態に応じて、税の負担軽減や減刑処置が定められていた
- これによるとすべての障害者が平等に処遇されている。

- 武家の支配する時代
- 武家の法制度に おいて精神障害者に対する特別な配慮が存在し、
- 江戸時代に定められた御定書百個条には「乱心者」の犯罪に対する減刑や赦免の規定がある

- 明治時代になると、東京番人規則(明治 5 年)で、犯罪行為とは関係のない精神障害者 に対しては、
- 「路上ノ癲狂者アレバ之ヲ取押 へ警部ノ指示ヲ受ク」と定め、
- 精神障害者が 路上を歩くことさえ制限

- 精神障害者の収容施設としては、岩倉大雲寺をはじめ 8 箇所の精神障害者収容施設があったが、いずれも比較的小規模なものであった

- 最初の患者処遇法である「精神病患者 監護法」法案は、1900年（明治33）年3月10日、第14回帝国会議の承認を受け、法律第38号で交付された
- 日本における精神病患者の強制処遇は、この「精神病患者監護法」に始まる。

- この処遇は、家族による私宅監置で、家族に監護することを義務付けた医療には程 遠い処遇であった。この法律は、精神病患者の不法監禁を防止すること、精神病患者を私宅監置の手続きを規定している。また、精神病患者監護法の運用は警察で行われ、危険な精神病患者を家族に管理させる方法を警察が管理することで治安維持を 図った。患者の人権侵害への配慮や行政救済の道は残されているが、人道的処遇に関する 項目は無い。精神病患者監護法は23条からなり、 自宅監置の手続き法

- 1901年（明治34年）、呉秀三は、精神病者の無拘束運動を押し進め、日本における私宅監置での患者の人権侵害は社会的にも許されるべきものでないことを訴え続けた。

<https://eiga.com/movie/89232/>



- 呉秀三らは私宅監置調査結果を「精神病者 私宅監置ノ實況及ビ其統計的觀察」9 に著し発表した。以下に統計的觀察の概略を示す。調査時期は1910年(明治43年)～1916年(大正5年)の間で、
- 調査方法は、東京帝国大学医科大学精神病学教室の助手・副手が毎年夏休みに、1府は東京府、14県は群馬、神奈川、広島、山梨、長野、静岡、埼玉、福島、岐阜、茨城、千葉、青森、富山、三重（四国・九州地方や北海道は調査されていない）における監置状況を丹念に觀察し記録した。
- 個別事例は119例で住所、職業、氏名、年齢、監護義務者、生活態度、監置経過、監置理由、監置の場所(写真や見取り図が書かれている)、病状、家人の待遇、医薬など詳細に觀察された。

府県別監置者数

吳秀三他「精神病者私宅監置ノ実況及ビ統計的觀察」103頁、第1表被監置者ノ男女別より作成

県名	男	女	計
東京府	11	4	15
神奈川県	10	4	14
埼玉県	12	3	15
群馬県	8	2	10
千葉県	17	5	22
茨城県	71	10	81
静岡県	13	3	16
山形県	9	4	13
長野県	19	7	26
福島県	24	3	27
青森県	12	8	20
富山県	28	2	30
広島県	7	3	10

精神病院がないことを問題視

1919(大正 8 年) 3 月 27 日に「精神病院法」が公布された（結核予防法案・トラホーム予防法案とともに可決されている）。

精神病院法は、第 1 条に内務大臣は北海道・府県に精神病院の設置を命じることができる。

2 条には、入院させる患者として、**精神病者監護法で市〔区〕町村長が保護しなければならない者**（身よりのない者）、**罪を犯した人で司法官庁が危険であると認められた者**、**療養の道のない者**、その他地方長官が入院の必要と認める者としている。

この規定によって **入院させるには、命令された所で医師の診察を必要とする。**

費用については、精神病院に対し 1/6～1/2 国庫補助をする。7 条には、**私立精神病院を代用することができる。** 8 条には、**不服ある場合は行政裁判所に**出訴できるとなっていて、**措置入院の原型**とみられる。

- この法案の成立の眼目であった道府県立病院は、
 - 日支事変、
 - 太平洋戦争と相次ぐ戦争で
 - 公立病院の建設には至らず、
 - 戦前には東京、鹿児島、大阪、神奈川、福岡、愛知の6病院ができたに過ぎず、民間病院を代用精神病院とするに終わった
 - したがって、精神病院での精神病者の医療・保護は、なされないまま劣悪な私宅監置状態が継続した。
-
- この法律は、**1950年（昭和25年）に精神衛生法が制定されるまで、精神病患者監護法とともに存在し続けた**

戦後の精神保健行政

第2次世界大戦下では、食糧難で入院患者に食べさせる食料がなく、空地を耕して作物をつくり自給自足の状況であった。その結果、**多くの患者は餓死**した(松沢病院だけでも年間352名が餓死している)、また、**戦火で精神病院も焼失し死亡**した。そして、**食糧難を理由に患者は退院させられた**ので精神病院に入院患者は非常に少なくなった。

1945（昭和20年）、敗戦、日本国憲法が公布され、人権尊重の思想が高まった。日本国憲法の制定で我が国の公衆衛生施策や社会保障は憲法25条によって国の責任となった

- 1948（昭和23年）頃、
- **精神衛生法の素案**を青木義治等によって作られた。
- その後、設立間もない**日本精神病院協会**の中心人物である**植松七九郎**(理事長)・**金子準二**(常務理事)が**立法化を推進**して精神衛生法案は作成される。

1950年

- **精神衛生法** 基本的には精神病者監護法 と精神病院法を合体させながら、日本国憲法 の精神にそって作成された。このように精神 衛生法はアメリカの影響を強く受けて1950年（昭和25年）第7国会に提出された。共産党 委員は、人権保障の面から反対討論があったが賛成多数で議員立法は可決され5月1日**公布・即日施行**

- **従来の私宅監置制度を廃止して、**
- **長期にわたって自由を束縛する必要のある精神障害者は、精神病院又は精神病室に収容すること**を原則とする。
- 精神病院の設置を都道府県の責任とし、また入院を要するもので経済的能力のない者については、都道府県において入院措置を講ずる。**国家は費用の2分の1を補助**する。
- 第3、**医療保護の必要な精神障害者**については、警察官、検察官、刑務所その他の矯正保護施設の長のように**職務上精神障害者を取扱うことの多い者には通報義務を負わせる**ほか、**一般人は誰でも知事に医療保護の申請**ができる。

- 人権蹂躪の措置を防止するため、精神病院への収容に当っては真の病気以外の理由が介入しないように、2人以上の鑑定医の一致を条件とした。
- 自宅で療養する精神病患者に対して、巡回指導を講ずる精神衛生相談所を設けた

- 精神衛生法は、**精神障害者が精神病院で医療を受けることができる法律**として、精神障害者にとって福音となるべきものであったが、
- **強制入院を中心とした治安維持的な要素**が強い精神障害者にとって**自宅から精神病院へ移動したに過ぎなかった。**
- その中でも、「**措置入院**」は、自傷他害のおそれがある精神障害者ということで、即時に精神病院に強制入院させられる入院制度ができた。

- 精神衛生法一部改正 ――1961（昭和36年）
- 厚生省は、衛発311号(1961. 9 .11)で精神衛生法の一部を改正して措置入院に対する国庫負担率を引き上げて措置入院を強化拡大し、社会不安を除去することを意図した。
- また、精神病院建設の投資拡大とあいまって、私立精神病院の新築又は増設ラッシュをよび、措置入院を主体とした精神衛生体制が強化されていった。 18

- 、「自傷他害のおそれ」が拡大解釈され、措置入院患者が増加した。1957年(昭和32年)には8,455人、1960年(昭和35年)では11,688人、さらに、1961年(昭和36年)には34,829人と急上昇した。これは、社会情勢を反映し、また精神障害者を抱える家族があまりにも貧困であったことから救済の目的も含みいわゆる経済措置といわれた。

ライシャワー事件と精神衛生法の改正

- 1950年(昭和25年)以降の精神医療状況は、1952年(昭和27年)抗精神病薬であるクロールクロマジンの使用で大きく変わった。これまでの電気ショック療法やインシュリン療法、精神外科療法にとって変わり、薬物療法が中心で生活療法や作業療法、特に、病院外の作業治療が活発化して、精神医療は開放化と短期入院の方向で精神衛生法を改正する時期にきていた。ところが、1964(昭和39年)年3月24日、17歳の精神障害者がアメリカ駐日大使のライシャワー氏を、ナイフで刺し重症を負わせる事件が起きた。おりしも、会期中の国会でこの事件が取り上げられ、当時の総理大臣池田隼人氏は『こういう患者の野放しは文明国として恥ずかしい。急いで取り締まれるように対処せよ』と指示した。そこで、精神衛生審議会が検討することになった。

- 1963年（昭和38年）、厚生省が実施した精神障害者の実態調査結果では、入院治療が必要な精神障害者は28万人いるが入院している精神障害者は144千人で半数が未治療であった。

- 、自傷他害のおそれがある精神障害者に関しては、緊急に医療保護を加えなければ患者本人のためにも、社会公安のためにも、問題を生じることが極めて多い。このため、申請通報を受けた行政庁が即刻所定の手続をとりうるための万全の受理体系を早急に整備することがなによりを大切なことである、としている。その他には、通信の自由や社会復帰活動の推進のためにデイホスピタル、ナイトホスピタルなど新しい形態における精神障害者の社会復帰療法が、スムーズに既存の医療保護体制中に採用されるよう法を運用すべきである、としている。

- 精神衛生センターの設置（7条）とその役割規定。② 精神衛生審査会を、中央精神衛生審査会として、地方精神衛生審査会を都道府県に置き、その役割や委員と任期などを規定した（16条）。③ 精神障害者に関する申請通報制度の改正では、まず、警察官の通報を強化し、24条「警察官は職務を執行するにあたり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれがあると、認められる者を発見したときは、直ちにその旨をもよりの保健所長を経由して、都道府県知事に通報しなければならない」とした

- 検察官の通報では、被告人が追加され（25条）、25条の2項には、保護観察所の長の通報、精神病院の管理者の届出を（26条の2項）追加した。また、都道府県知事は申請・通報・届出がない場合においても精神衛生鑑定の診察を受けさせることができるとした。

- 1984年（昭和59年）、宇都宮病院で発生したリンチ殺人の原因は、患者が面会者に「この病院はひどい」というなど、反抗的であったことから他の患者の見せしめとして職員が暴力におよんだ。また、食事を残し、看護助手が捨てるなといったのに捨てたという日常的な出来事であった

- 。この事件後、明らかになった病院の不正は、超過入院、不正入院、不正作業療法、極端な医師や看護婦不足、でたらめ診療、患者を看護助手見習として働かせるなどなどで数多くの違反行為があり、大きな社会問題となった。

- 宇都宮病院事件は、国内ばかりでなく諸外国の批判にさらされ、1984年(昭和59年)国連人権小委員会で取り上げられ、国際人権連盟よりわが国の精神衛生法及びその運用の状況が国際人権規約B規約に違反するとされ、国際法律家委員会(ICJ)が調査団を派遣しその結果を公表した。この報告書の中では、わが国の精神衛生法が国際人権規約B規約、特に9条4項違反を指摘され、政府は精神衛生法改正を約束した。

1988年（昭和63）.7.1

- 国際的な批判となり、**精神衛生法から精神保健法へと移った。** **施行**
- 精神保健法は、目的に**社会復帰の促進**と**精神障害者等の福祉の増進**が加わり（1条）、**社会復帰施設**として、**精神障害者生活訓練施設**、**精神障害者援護施設**を位置付けた（10条）。
- また、2条の2項には**国民の義務**として、**精神障害者等に対する理解と強力に努める**とした。

- 精神保健法のもう一つの大きな柱は、
- **患者の人権尊重**であった。まず、**患者の自由意志による入退院ができる任意入院制度が導入**（22条2）された。
- また、本人にとって強制入院ではあるが、**医療及び保護のために必要な緊急入院応急入院制度(33条の4)**が導入された。そして、**入院中の患者の通信・面会**は**原則自由**になり（36条2）、**隔離拘束に関する基準**など患者処遇のガイドラインで明確にした

1993年（平成5年） 11月12日

• **精神保健福祉法**に改定

• 精神障害者の**福祉**を取り入れられた。

- 国のハンセン氏病の隔離政策は間違いであったとして終止符をうったが、
- 精神障害者の強制入院は、精神保健福祉法になっても続いている。

- 精神障害者の福祉を取り入れた。
- 精神障害者社会復帰施設精神障害者福祉ホーム、
- 精神障害者福祉工場、
- 精神障害者地域生活支援センターが加わり、
- 精神障害者が家庭において日常生活に適応できるような施策・ノーマライゼーションの視点が導入された。
- しかし、入院患者33万人の患者が今も入院し続けており、その中には社会的入院7万人は現存すると言われている。
- つまり入院中の21%の人は入院の必要がない人と考えられた。

- 心の健康
- 個人の限界を超える対策が必要 . . .
- 公衆衛生学は 集団の健康にフォーカスを絞る
- 個人を超える要因を扱う . . . **環境保健学へつづく**