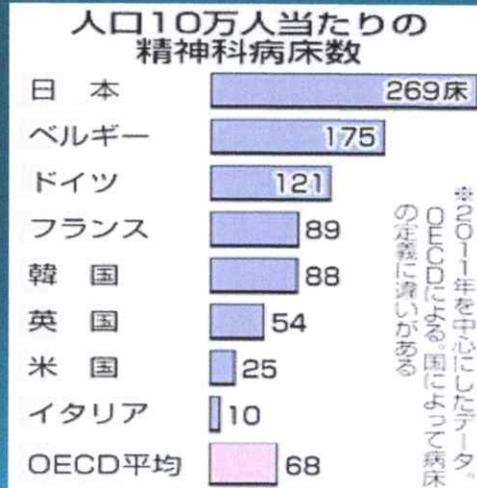


病床数が格段に多い日本



日本では地域で支えるシステムが進んでいない。

地域で暮らす精神障害者のための施設を建てようとしても、住民の反対で実現がはばまれるという事態も起こっている。

精神障害者が事件を起こした時はセンセーショナルに報道されるが、地域で地道に暮らしている精神障害者の姿を報道することはあまりない。精神障害者と身近に接する機会が少ないために偏見や差別が解消されないという悪循環が生じている。

精神科病床の問題



⇒精神異常者は病院に閉じ込めておく、という体質が未だに続いている

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)

- ①精神障害者の医療および保護を行うこと
- ②精神障害者の社会復帰の促進および自立と社会経済活動の参加の促進のために必要な援助を行うこと
- ③精神疾患の発生の予防や国民の精神的健康の保持・増進に努めること

自殺の国際比較(2009年WHO報告)

順位	国名	(人/10万人)
1	ベラルーシ	35.1
2	リトアニア	30.4
3	ロシア	30.1
4	カザフスタン	26.9
5	ハンガリー	26.0
6	日本	24.4
9	韓国	21.9
18	スイス	17.5
19	フランス	17.0
26	中国	13.9
43	アメリカ	11.0
67	イギリス	6.4
68	イタリア	6.3
95	イラン	0.2
102	エジプト	0.0

- 自殺死亡率は統計の信頼性や更新頻度が国によって異なるため単純な比較が難しく、世界保健機関(WHO)が2014年に初めてまとめた「世界自殺リポート」でも順位付けはしていない。厚労省はWHOのデータベースを使い、13年以降の人口と自殺者数が把握できている中から上位国を抽出した。
- 日本の14年の自殺死亡率は19.5で、アジアではワースト2位で韓国の次に高い。男性(27.7)は同12位、女性(11.7)は韓国、スリナムに続き同3位。主要8カ国(11~14年)との比較では、ロシアの21.8に次いで高かった。
- 警察庁の自殺統計によると、16年の自殺者数は2万1897人(男性1万5121人、女性6776人)で、03年の3万4427人をピークに減少傾向が続いている。しかし、自殺が最も多い中高年の男性に比べて若年層は減り幅が小さく、白書は「20~30代の自殺死亡率を低下させることが課題」と分析している。

自殺死亡率ワースト10(2013年以降の最新データ比較)

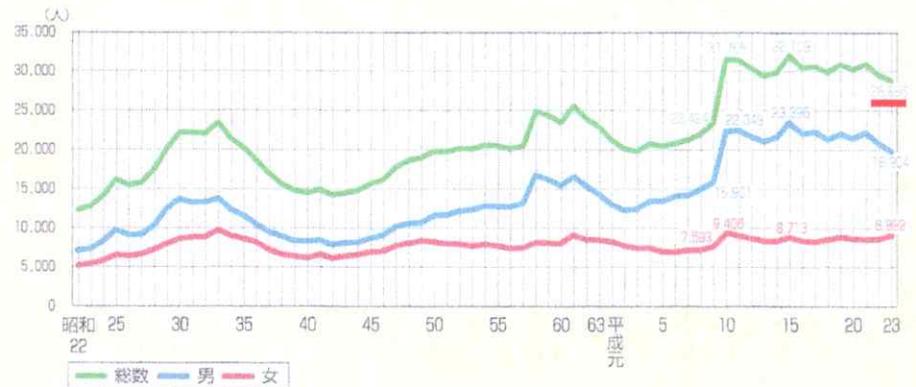
①リトアニア	30.8
②韓国	28.5
③スリナム	24.2
④スロベニア	20.5
⑤ハンガリー	19.5
⑥日本	19.5
⑦ラトビア	19.2
⑧ウクライナ	18.6
⑨ベラルーシ	18.4
⑩エストニア	18.3

※5位と6位は小数点第2位以下で順位付け

日本以外の主要国の自殺死亡率(11~14年のデータ)

ロシア	21.8
フランス	15.1
米国	13.4
ドイツ	12.6
カナダ	11.3
イギリス	7.5
イタリア	7.2

(いずれも厚労省の自殺対策白書から)



資料/厚生労働省「人口動態統計」

図6-10 自殺者数の長期的推移(人口動態統計)

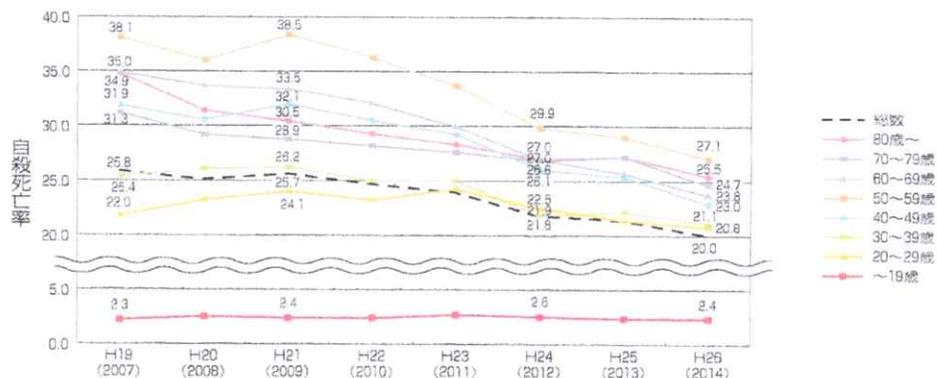
	★ 日本 2009				フランス 2008				ドイツ 2010				カナダ 2004			
	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率	
第1位	自殺	5,673	20.0	事故	2,372	15.1	事故	2,025	10.7	事故	1,715	19.6	事故	1,715	19.6	
第2位	事故	2,225	7.9	自殺	1,584	10.1	自殺	1,518	8.0	自殺	1,071	12.2	自殺	1,071	12.2	
第3位	悪性新生物	1,506	5.3	悪性新生物	1,002	6.4	悪性新生物	1,129	6.0	悪性新生物	517	5.9	悪性新生物	517	5.9	

	米国 2007				英国 2010				イタリア 2008			
	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率	死 因	死亡者数	死亡率
第1位	事故	31,108	37.4	事故	2,071	12.8	事故	2,320	16.5	事故	2,320	16.5
第2位	殺人	10,309	12.4	自殺	1,096	6.8	悪性新生物	1,068	7.6	悪性新生物	1,068	7.6
第3位	自殺	9,418	11.3	悪性新生物	1,032	6.4	自殺	656	4.7	自殺	656	4.7

資料／WHO資料により内閣府作成

図6-11 ● 先進7か国における15から34歳の死亡原因上位3位

- ・ 15歳から35歳の死因の第1位は自殺。
- ・ 中年層の自殺率が最も高いが低下傾向である。
- ・ 近年は若年者の自殺を減らすための対策が求められている。
- ・ 厚生労働省は自殺とうつ病による経済損失は平成21年の1年間で約2兆7000億円と推定。
- ・ 自殺による生涯所得損失の総額は1兆9028億円。



注) 平成18年までは「60歳以上」だが、平成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。

資料／警察庁自殺統計原票データ、総務省「人口推計」および「平成22年国勢調査」より内閣府作成。

出典／内閣府：平成26年中における自殺の状況、2015。

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/h26joukyou/zuhyo.pdf> (最終アクセス日：2015/10/4)

図6-12 ● 年齢階級別自殺死亡率の年次推移

自殺の背景としての精神疾患

- ① 救急病院に搬送された自殺企図者の75%に狭義の精神障害
- ② 地域における自殺既遂者の少なくとも90%に広義の精神障害が認められる (うつ病等46%、統合失調症等26%、薬物依存等18%、その他10%アルコール)
- ③ うつ患者は急増中。しかし、4人に3人は医療機関で治療を受けていない

※書籍参考

・ 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討— 飛鳥井望 (精神神経誌 96: 415-443, 1994)

・ 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 主任研究者 川上憲人 (平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

④今後の課題 リカバリーを見据えた治療

第1次予防

- ①精神障害に関する正しい知識の普及・啓蒙活動
- ②学校や職場におけるメンタルヘルス対策
- ③精神的健康の増進のための健康教育
- ④相談を可能にする環境づくり

地域精神保健 (コミュニティ・メンタルヘルス)

予防精神医学の先駆者カプランは地域精神保健、地域住民の精神保健（メンタルヘルス）を向上させ、精神障害で苦しむ人々を減少させるための過程と定義を提唱。

その活動について、第1次予防、第2次予防、第3次予防の観点から整理し、危機介入の考えも取り入れた。

第2次予防

早期発見・早期治療
スクリーニング・健康診断
精神科トリアージ
危機介入
自殺予防

第3次予防

機能障害があっても最小限にして、傷害の制約があったとしても充実した生活を送れるようにすることを目的としている。

リハビリテーション

服薬管理や症状管理を含めた**再発予防教育**
社会生活技能訓練（SST）

職業訓練
復職支援

第105回 看護師国家試験 平成28.2.14実施

58 地域精神保健活動における二次予防はどれか。

1. 精神科病院で統合失調症患者に作業療法を行う。
2. 精神疾患患者に再燃を予防するための教育を行う。
3. 地域の住民を対象にストレスマネジメントの講演会を行う。
4. 会社の健康診断でうつ傾向があると判定された人に面接を行う。

リワークプログラムとは

- 精神疾患で休職した人が復職するにあたって、職場での作業を想定した軽作業や運動等を取り組む、「メンタルヘルス不調者のリハビリテーションプログラム」。
- **精神科病院**や**障害者職業センター**（ハローワーク）が開催している。
- 休職者の再休職を有意に低下させるエビデンスがある。
- 一定期間のプログラムを完遂することで、職場での仕事に耐えうる体力を作るだけでなく、自身の不調の振り返りを行うことで、不調の再発防止にも効果あり。

国家試験過去問の類似性

第105回より前の過去問

Q：精神保健活動における二次予防はどれか。

- ① 精神科デイケアで生活技能訓練（SST）を行う。
- ② 精神疾患をもつ人々に、再燃を予防するための教育を行う。
- ③ 地域の住民を対象に、ストレスマネジメントの講演会を行う。
- ④ 会社の健康診断でうつ傾向があると判定された人に面接を行う。



第105回

地域精神保健活動における二次予防はどれか。

1. 精神科病院で統合失調症患者に作業療法を行う。
2. 精神科疾患患者に再燃を予防するための教育を行う。
3. 地域の住民を対象にストレスマネジメントの講演会を行う。
4. 会社の健康診断でうつ傾向があると判定された人に面接を行う。

リカバリーとは？

単なる病気からの回復や症状の消失や生活機能の向上をいった**医学モデル的な回復ではなく**

「自分との和解、家族との和解、尊厳の回復、壊れたつながりの回復や新しいつながりの構築、抑圧的な社会構造や社会過程への抵抗と人権の回復、コミュニティとのつながりの回復」といった、**極めて幅の広い全人的な回復**

<104回 午前90>

精神障害者のリカバリ<回復>の考え方で正しいのはどれか。2つ選べ。

1. 患者に役割をもたせない。
2. 薬物療法を主体に展開する。
3. 患者の主体的な選択を支援する。
4. 患者のストレンクス<強み・力>に着目する。
5. リカバリ<回復>とは病気が治癒したことである。

リカバリーとは「精神病の破滅的な影響を乗り越えて成長すること」であり、

「病気による制限にもかかわらず、満足でき、希望に満ち、社会に貢献する生き方」

ウィリアム・アンソニー

タイダルモデル

リカバリーを基盤とした看護モデル

「タイダル」は「潮の満ち引き」という意味を持つ。我々人間は皆、調子の良いときと悪いときがある。このタイダルモデルは、患者の調子が良いとき悪いとき、特に精神看護の臨床場面で**患者が常に様子を変化させてゆく**状況（潮の満ち引き）に対応するためのモデルなのである。

フィル・バーカー、ホビー・ブキャナン・バーカー夫妻が開発（スコットランド）

タイダルモデル₁₀のかかわり法（10のコミットメント）

- 1: 「声を尊重する」 当事者の精神障害やそれに関する生活上の苦勞の経験の物語は、援助という出会いの出発点であり到達点である。当事者の物語には苦痛の話だけでなく、その解決への希望も含まれている。
- 2: 「言葉を尊重する」 当事者が人生の物語を語る際には、一人一人違う表現方法を生みだし、本人のみが知りうることを表明する。
- 3: 「当事者から学ぶ」 当事者は自分の人生の物語のエキスパートである。実践家は「何がなされるべきか」や「何が役立つか」を当事者本人から学ぶ。
- 4: 「使える道具を使う」 当事者の物語は、「今まで何が役立ってきたか」や「これから何が役立つか」などの事例が語られている。これらは、回復の物語の鍵を開けたり構築したりするための主な道具である。
- 5: 「一歩先を創造する」 援助者と当事者とが、「いま」何がなされるべきかの正しい認識を協働して作り上げる。その第一歩は、変化する力があることを明らかにし最終目標を指し示すことである。

日本精神科看護協会の「精神科看護」の定義

精神的健康について援助を必要としている人々に対し、個人の尊厳と権利擁護を基本理念として、専門的知識と技術を用い、自律性の回復を通して、その人らしい生活ができるよう支援すること

※ 自律性の回復とは「対象となる人自らが、思考・判断・行動することを通して、自身のより良い生き方を見出すこと」

タイダルモデル₁₀のかかわり法（コミットメント）

- 6: 「時間のおくりものを贈る」 専門家と当事者が一緒に過ごす時間は変化の過程の礎石である。
- 7: 「真の好奇心をもてるようになる」 当事者は、人生の物語を書いているが、それは他者に読まれない。実践家は、そのような物語の語り手をより良く理解するために、物語に心からの関心を表明する方法を開発する必要がある。
- 8: 「いつも変化していることを知る」 タイダルモデルの基本原則は、変化はいつでも必ず起こっているということである。専門的援助者は、変化はどのように起こっているのかということと、変化の恒常性の知識を当事者を危険や苦しみから救い出すためにどう使うかの意識を育てる課題がある。
- 9: 「個人的な知恵を引き出す」 当事者は自分の人生の物語を書く上で、個人的な知恵を蓄えていく。援助者の重要な課題は、内に秘められた知恵を当事者が表に出せるよう支援することである。
- 10: 「透明になる」 実践者と当事者との関係は、相互の信頼に基づいている。

精神科看護の目的

対象者自ら精神的健康について考え、より良い生き方を見出せるように支えること

おわり

ご清聴
ありがとうございました

