

② うつ病・不安障害

うつ病患者の30～40%は寛解に至らず慢性化するといわれている。慢性うつ病については、海外の大規模の追跡調査研究でも治療に参考となる明確な要因はわかっておらず、この結果は事例の集積が重要で個々の症例に応じたきめ細かな治療の必要性を示している。骨折後のリハビリ、病前の趣味と関連した作業療法、入院後に気のあった仲間ができたこと、孫の世話をするようになったこと等が契機になって数年来のうつ病性自閉から回復したという報告は注目すべきである。復職デイクアなどにおける集団精神療法なども盛んに行われてきており、当事者の特徴分析とそれにあつた治療法の選択が必要である。MRI（脳の形を測定）やNIRS（脳の血流を測定）の情報も状態像の鑑別に役立つ場合があり、今後使用頻度は増加するであろう。

③ 依存症

一般に精神科医療機関は依存症患者に対して忌避的であり、ごく少数の専門医療機関・専門医に丸投げされているのが現状である。すでに厚生労働省精神・神経委託費研究の成果を踏まえた診断・治療ガイドラインが刊行されているが、その内容は中毒性精神障害に偏っており、依存症自体の治療論や地域支援のあり方に関して、実証的根拠に裏打ちされた具体的記述は乏しい。一般の精神科医療援助者が自信を持って依存症患者の地域支援ネットワークに参加できるような今日的な水準の具体的な治療・対応ガイドラインが必要である。その意味では、現在一部の施設で行われている、ワークブックとマニュアルに基づいた認知行動療法プログラムは、期待できる試みである。

④ 認知症

厚生労働省研究班により、若年性の認知症の疫学的推計値は示されている。これに基づいて必要な予算も算出できるはずである。変性疾患の職業訓練は新たな課題で知見は乏しい。現在、厚生労働科学研究費により、医療系と介護系、医療系内部における連携・協力状態について調査が進行中である。

⑤ 身体合併症

身体合併症治療においては、救命救急医療との連携が重要である。平成20年に新設され、救命救急センターを有している病院への設置を要件とする精神科救急・合併症入院料を算定する総合病院精神科病棟では、自殺企図者や精神疾患患者に併発した身体合併症に対し適切な医療が行われている。精神科医療と一般医療、中でも救命救急医療との連携の拡大が必要である。

⑥ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

自傷・大量服薬ユニットについては、英国では17年の歴史があり、良い成績を残しており、英国の自殺予防・自殺減少に貢献している。

5. 治療成績の開示

医療の質の評価は、①アウトカム評価、②過程評価、③構造的評価に分かれているが、20世紀前半は構造的評価が大きかったが、1980年代後半からアウトカム評価、過程評価の占める割合が大きくなっている。質を表す指標（インディケータ）としては、処方パターン、在院日数などがあるが、うつ病などに関する適切な指標は示されていない。

適切な指標の開発が急がれる。

また、併せて評価委員会の評価と一緒に、ホームページ上で公開されるようにする。

D. 具体的な改革案

1. 診療指針（ガイドライン）の作成

責任ある学会が共同で作成し標準化する。作成過程で当事者・家族、経済学者などの意見を聴取する。関連学会は完成したガイドラインの実施を徹底させる。

2. 向精神薬治療の単剤化の促進

初診時医師—当事者間で診断、治療計画を説明する中で単剤治療（同一系統は1種類）か複数剤治療かの確認を行う。複数剤使用の場合当事者の承諾を得る。

3. 認知行動療法の普及

専門の研修センターを設置する。受講者は一定の日数のロールプレイを伴う研修に参加し、その後2例の症例の録音記録に基づいてスーパーバイザーから指導を受ける。その研修の成果について国際基準の尺度を用いて評価し、さらに15例の面接記録を提示して評価を受けた上で認定を受ける。評価に際してインターネット（IT）を活用する。普及についての公的援助費を必要とする。

4. 外来診療にチーム医療体制の導入

初診患者について精神科医が診断し、精神科医による指導の下、多職種チームによる治療計画を提示し患者—スタッフ間で合意が得られたら、その後は精神科専門看護師、臨床心理職、精神保健福祉士、作業療法士等によるチームで診療する。チーム内での検討会を週1回行う。2ヶ月に1回以上精神科医が診察する。

5. 各施設において治療成績を開示

利用者の便宜を図り、併せて診療能力向上に資する。自発的に治療成績を開示する。当事者・家族、有識者を含む評価委員会を設置し、定期的に施設から治療成績を聴取する。発表を推奨する指標（インディケータ）については別途開発する。

6. うつ病等の精神疾患診療拠点の設置

地域の精神保健医療従事者をネットワークで有機的に結びつけ、うつ病等の精神疾患の啓発・予防、早期発見から社会復帰までを円滑に進めるうつ病等の治療パスを開発し運営するため、各県にうつ病等精神疾患診療拠点を一ヶ所配置し、県内に地域うつ病等精神疾患診療拠点を複数置く。この拠点は将来、すべての精神疾患を対象とする精神疾患診療連携拠点へと発展するものである。



7. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（遅延うつ病、摂食障害など）等の外来・入院治療体制を明確にし、診療報酬を見直し診療内容の向上をはかる。

- ① 児童思春期疾患
専門的医療機関あるいは児童精神科医療の可能な医療機関の増加、大学専門講座の設置、児童青年精神科の専門性強化、医師養成の加速化、児童および成人発達障害の受け皿の設置などが望まれる。
- ② うつ病・不安障害
うつ病の亜型に従って診断し、治療方針を立てる。当事者にあった治療法の選択が重要である。薬物療法はアルゴリズムに従った薬物選択とその後の独自の工夫を行う。認知行動療法を中心にした精神療法、集団精神療法、職場や家庭の環境調整などの心理社会的治療を薬物療法等と併せて行う。当事者にとって何が重要かを予測し、チームで計画的に治療し、定期的に見直す。
早期発見のための地域医療ネットワークを構築し、うつ病・不安障害の専門外来診療、入院診療（ストレスケア病棟）、復職デイクアなどの一連の統合的な治療を行う。
- ③ 依存症
専門的医療機関あるいは依存症に対応可能な医療機関の増加、依存症に関する臨床経験の乏しい医療者でも実施可能な治療プログラムの開発と対応ガイドラインの確立、重複障害を抱える依存症患者の受け皿の設置などが望まれる。
- ④ 認知症
若年性の認知症に属する諸疾患について、特定医療の対象とする。職業訓練に関する知見・技術開発に対する予算措置を行う。日本老年精神医学会、日本認知症学会の協力で専門医を公表する。認知症患者の容態に応じて、しかるべき機関、施設で処遇されるようなシステムが必要である。合理的な根拠に基づいた評価表やパス図の作成が求められる。
- ⑤ 身体合併症
地域で中核的な役割を果たす総合病院における精神科病棟の再建および増加を図る。特に救命救急センターを有する総合病院に併設される精神科病棟を増やす。
- ⑥ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット
都道府県に1-2箇所、外来・入院のユニットを設ける。外科的処置とともに、認知行動療法等による自己評価と行動の変容、自殺予防の働きかけを、1-7日間程度の入院治療も含め、多職種チームによる働きかけを行う。

8. 研究の推進

適正な治療につながる疾患分類の確立、診断法の開発、根本的な治療法の開発のため、原因を解明する研究を推進する。このため、全国10ヵ所程度の基幹大学にうつ病等の精神疾患研究拠点を設置し、複数の大学から連携大学院をもって、教育研究に当たる。ただし「研究のための研究」にならないように、当事者、家族を含む委員会が研究をチェックする。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 診療指針（ガイドライン）の作成

ガイドラインは、国が責任をもって作成すべきであり、厚生省研究費等によって作成委員会を設置して作成する。

2. 向精神薬治療の単剤化の促進

初診時に多職種チームの相談によって治療計画を立てるが、その際診断、治療計画案を説明し、当事者も含めて話し合う中で確定する。なお、薬物の選択については、過去の服薬体験、副作用等も参考にして単剤治療を原則として処方を決める。このような手順で行われた単剤治療の場合診療報酬加算をつける。

3. 認知行動療法の普及

認知行動療法の普及に当たっては、負担なく適切な研修を受けられる機会を、厚生労働省として用意する。

4. 外来診療に多職種チーム医療制度の導入

初診時の包括的診断および治療計画の多職種チームによる作成とそれにもとづく診療が可能なように、診療報酬上の措置を講じる。

5. 各施設において治療成績を開示

各診療施設は別に定められる臨床指標について、その治療成績を開示する。また、各自治体が設ける当事者・家族、有職者を含む評価委員会は、各診療施設のヒアリング等によって診療施設の評価を行い、結果を診療施設に通知する。診療施設はホームページ上に公開する。

6. うつ病等の精神疾患治療の均てん化をはかるため、診療連携拠点としての機能を全国の基幹病院（各県一ヵ所）に設置する。その連携組織として、県内に地域うつ病等精神疾患診療拠点を複数設置する。

7. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（うつ病、摂食障害など）の外来・入院治療体制を明確にし、診療報酬を見直し診療内容の向上をはかる。

- ① 児童思春期疾患
診療報酬の加算（診療に要する時間を調査し、思春期診療加算を充実する。また、行動障害の重症度評価を行い、重症度加算を充実する）
- ② うつ病・不安障害
うつ病の亜型に従って診断し、治療方針を立てる。
早期発見のための地域医療ネットワークを構築し、うつ病・不安障害の専門外来診療、入院診療（ストレスケア病棟）、復職デイクアなどの一連の統合的な治療を行う。重症



うつ病については、mECT治療をはじめ、多職種による多面的な働きかけが必須であり、診療報酬上の加算をつける。

③ 依存症

今年度より重度アルコール依存症患者の入院治療に対して診療報酬加算がなされたが、薬物依存症患者に対しても同様の加算が必要である。また、薬物依存症患者にも同様の加算が必要である。

また、研修を受けた多職種が、当事者・家族の参加の下に依存症治療計画を作成した場合、ならびに、地域関連機関（保健所、保健福祉センター、保護観察所など）や民間回復施設との定期的なケア会議の開催を伴った外来治療に対しても、診療報酬の加算をし、地域の依存症支援ネットワーク構築を促進する。

④ 身体合併症

総合病院精神科病床の一般医療化までは、総合病院精神科の1人1日当たりの入院診療収入を内科外科などの一般診療科と同じレベルに引き上げる。救命救急センターを有する総合病院に精神科病棟を設置できるような補助金制度等の行政的支援の措置を講じる。

8. よりよい精神科診療を実現させるための研究の実施

よりよい精神科診療を実現させるために、文部科学省による基礎研究に加えて、厚生労働省は、新たな治療法開発や適切な診療が行われるようにするための臨床研究を促進する。当面、主要精神疾患の治療ガイドラインの開発と、施策の基礎資料として必須の疾患および診療に関する疫学データの集積を重点的に促進すべきである。疫学研究データには、精神疾患の脳科学的分子生物学的解明のリソースとなる研究資料バンクも含まれることが望まれる。

さらに、出生コホート研究を全医学・医療分野の協力によって立ち上げ、日本人の生涯精神保健データを得ることが、エビデンスベースの精神保健・医療施策を行うために必要である。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

多職種チームによる診療活動に対する法的整備が必要になる。

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

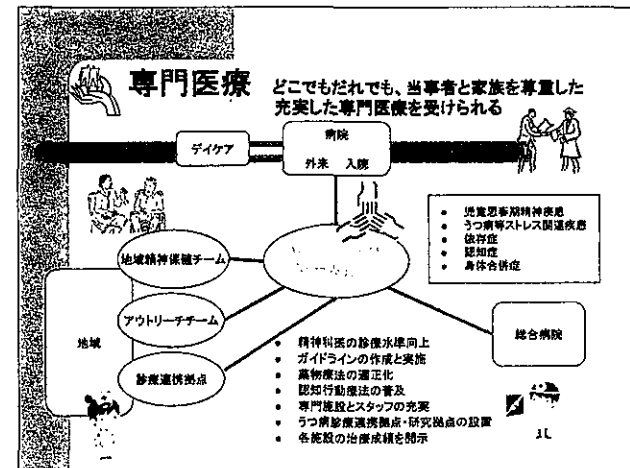
1. 認知行動療法（CBT）の研修の標準化をはかる。CBT研修の組織、プログラム等の実情を調査し、標準化に向けた研修組織とプログラム内容の検討をただちに開始する
2. 精神科医療における薬物療法の適正化を急激に促進するために、入院診療だけでなく、外来診療においても抗精神病薬単剤治療を促進する診療報酬加算の検討を開始する

3. 入院診療と共に外来診療にも多職種チーム治療を導入した場合の医療費算定の方法と実際の検討を開始する
4. 診療報酬設定の指針を得るために、精神科入院治療に要する平均的な日数を主要な疾患について調査し、看護基準10:1、13:1に対応する適切な在院日数を検討し、また重症度の影響の有無も調査する
5. 自治体に設ける予定の、診療機関評価委員会モデル的試行を行う
6. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（遅延うつ病、摂食障害など）、自傷大量服薬等の専門外来・入院診療施設の地域エリア別の必要数の調査を行う。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

専門医療についても当事者・家族のニーズを主軸に考え、当事者・家族が治療チームによる治療計画作成や、診療機関の評価を評価委員会に参加して行うようにする。そしてその治療成績や評価を公開し、透明度のある治療を育てていくことが、専門医療の発展していく土壌になる。

評価委員会はまた、2年ごとに提言が実施されたか、どの程度実施されその効果はどの程度であるか、実施されていない場合、どのような方法で実施して目的を達成するかをまとめて、厚生労働大臣に報告し、報道関係等を通して国民に報告する。厚生労働省はその結果を反映した施策を実施する。



家族（介護者）支援 WG

【目標】当事者を介護する家族を地域社会として支援

要 旨

入院中心の精神科医療の中で、地域での社会的支援が圧倒的に不足するわが国で、精神疾患のある人の介護（支援）の主な担い手は家族（介護者）であった。そして、精神保健福祉法における保護者制度はさまざまな役割を家族に課してきた。その上、精神疾患や療養についての正確な情報は極めて乏しく、家族（介護者）自身も混乱・不安の中で、手探りで介護・支援を行ってきた。家族（介護者）は精神疾患のある人の重要な支え手であるが、家族（介護者）自身も社会的に孤立しやすく、精神的・身体的・経済的な支援が必要である。

家族（介護者）も当事者ととも地域の中で孤立せず、自分の人生をあきらめずに送れるように家族支援の具体的な方法について提言する。

1. 家族（介護者）への実態とニーズ調査
2. 精神保健法による保護者制度の廃止
3. 家族支援専門員の養成と配置
4. 医療機関での家族相談の実施
5. 住まいの確保、医療と福祉が連携したケアマネジメントに基づく支援システムの構築、地域格差のない社会資源の配置
6. 家族会への支援

提言起草委員：伊勢田 聡，堀江 紀一，増田 一世

協力委員：野村 忠良，岡田 久実子，島本 慎子，川崎 洋子，松沢 勝，椎名 謙，井手 宏

野村 殺子，小笠原 勝二，眞壁 博美，沼田 光子

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
“こころの健康推進”を日本の基本政策に！



A. 当事者・家族のニーズ

エピソード1

家に引きこもりどこにも行かない人は、家族が抱えている。誰に助けを求めてよいかわからない。家族・本人ともにストレスが高い。家族は自分の人生をあきらめるしかない状態におかれている。しかし、家族も希望をもって生きていきたい。

エピソード2

娘が突然発症し、必死な思いで医療につながったが、変わってしまった姿に何度親子心中を考えたか。自分は子どもをだめにした母親なのか、混乱と絶望感、訳のわからない不安があった。医療機関では病名も告げられず、安定したため服薬をやめた。その結果再発。病院を転院し、通院・服薬していても再発し、絶望の中にあった。医療機関で適切な情報提供があれば、娘の障害を軽減できたのではないか。病気の子どもが引きこもったり、昼夜逆転して夜間眠れなくても何の支援もない。

エピソード3

26年前、希望の高校に入学した矢先、娘が1年だけ休みたいと、そして引きこもり、昼夜逆転、過食……この娘をだれにも知られないうちに早く元に戻したいと願う愚かな母親だった。精神科に行くことは考えつかず、児童相談所ではこの家庭なら他の子ども発症すると言われ、親の対応のまずさを指摘された。以降、長短20回の入院退院を繰り返した。初めて統合失調症と告げられたのは娘が2歳の時。無駄な時間を過ごし、家族も壊れてしまった。保健所の保健師から家族会を紹介され、他の親たちの生きざまを知り、孤立感から救われた。

エピソード4

病気の兄弟とは離れて暮らしているが、いつも心配している。兄弟は、生活や経済が違いうため、介護したいと思っても大きな制約がある。自分も幸せに兄弟も幸せにと思うが、物理的、精神的な負担がある。親亡きあととは、兄弟が見るといのは厳しい。

エピソード5

発症した弟の面倒を親に代わってみてきた。働いて弟を扶養してきた。弟のことに時間がとられて、旅行とか楽しいことを友人とすることも少なく、楽しいことがわからない悲しさがある。

エピソード6

両親が亡くなり、62歳の妹を兄の私が介護している。先々が心配だ。

エピソード7

私が12歳の時母親が発症した。重苦しい空気の中で生活していた。親の病気を説明してくれる人は誰もいなかった。私は自分の不安で泣き出したい気持ちに気づかず、50年以上たって気づき、大泣きした。

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で
「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を



エピソード8

21歳で不安障害を発症。7、8分の診察の時間では困ったこと、言いたいことがたくさんあって話し切れなかった。家での人間関係にも困っていて、家族にも診察室まで来てもらって、具体的に理解してもらった。家族の協力なしにはもっと長期化していたと思う。

精神疾患の症状によって、コミュニケーションや人間関係に困難を生じるという特徴があり、身近にいる家族は本人への支援に多くの困難を抱える。さらに精神疾患への偏見・差別によって、社会とのつながりが断たれ、本人・家族は孤立しがちである。

また、精神疾患は、回復に長い時間が必要であり、場合によっては疾患に起因するさまざまな障害を抱えることになる。病気や障害を抱え生きるために社会的な支援に結びつけることも、経済的な負担も家族（介護者）が担うことになる。

本人が保健・医療・福祉の支援に結びついたとしても、家族相互の絆は本人・家族（介護者）にとってもかけがえのないものである。発症して混乱した家族全体の支援、家族関係の調整が必要だ。

1. 偏見・差別の除去

- ① 偏見・差別を除去するためにも精神疾患についての正しい知識を多くの人に知ってもらうための思い切った取り組みが必要だ。
- ② 精神疾患があっても適切な治療や支援があれば、地域で暮らせることを家族・本人が理解できるように伝えていく。

2. 医療へのニーズ

- ① 入院中に本人が病気を理解し、服薬を継続することの必要性、回復への道筋について理解し、退院後の生活が送れるようにしてほしい。そのために発症した本人と家族に対し、医療機関で疾患についての正しい情報、適切な療養についての丁寧な説明と情報が提供されること。
- ② 精神科以外の疾患についても安心して受診できるようにしてほしい。
- ③ 本人とは別に家族（介護者）の相談にも乗ってほしい。
- ④ 離れて暮らす家族にも本人の状態や治療方針などを知らせてほしい。

3. 家族全体への支援ニーズ

- ① 発症時には、家族全体が混乱している。家族の話を聴いたり、発症していない家族に病気のことをわかりやすく知らせたり、不安な気持ちを受け止めてほしい。ことに若い家族（介護者）は、親や兄弟の発症に遭遇し、家族全体の混乱に巻き込まれて生活を送っている。若い家族（介護者）への支援も重要だ。
- ② 引きこもっている人の支援は一手に家族が引き受けている。家族も疲弊してくる。そんなときに本人へのぬくもりのある語りかけと傾聴、家族の代わりに本人と外出するなどの訪問支援が必要だ。

- ③ 若い家族（介護者）は、身近な人の発症で不安定になりやすい。若い家族（介護者）に病気についての正しい知識を伝えたり、学習の手助けやゆっくり話を聴くなどの支援が必要だ。
- ④ 緊張状態の介護が続くと、家族（介護者）も疲れてしまう。家族（介護者）自身が疾患を抱えていることもある。家族がゆっくり休めて、自分の話を聴いてもらえる、安心できる場が必要だ。家族が休養をとっている時には、発症した家族を見てくれる人がほしい。
- ⑤ 発症した人が家族から離れても暮らすことができる支援が必要だ。そして、家族にはその様子を知らせてほしいし、家族の支援が必要なときは、関わりたい。

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. 社会の偏見・差別

精神疾患の発症は、家族に原因があるとする社会、医療・福祉・行政関係者等からの偏見・差別が根強くある。その中で、家族（介護者）は発症した子や兄弟姉妹等への長期にわたるケアにエネルギーを注がざるを得なかった。

2. 国の制度、法律の不備

偏見を助長してきた背景には、法律の中で家族に治療を受けさせる義務・自傷他害防止の義務を定め、家族にその責任を長年負わせてきたことがある。現在の精神保健福祉法では、保護者として、精神障害のある人に治療を受けさせる役割、介護、社会防衛等の主要な役割を負わせている。現行の保護者制度は、本来公的に保障されるべき事柄を家族の責任に帰し、家族に犠牲を強いてきた。

3. 医療の問題

- ① 社会の中に精神疾患への正しい知識が広がっていないことや、閉鎖的な精神病棟の存在や入院中心の医療が偏見を助長してきた。
- ② 発症から適切な治療に結びつくまでに時間がかかり、疾患や障害が重度化している。
- ③ 医療法施行規則19条によって精神病床の職員配置は少なくともよい（精神科特例）とされている。精神科病院の中で人間らしい扱いを受けられず、精神科病院の中にこそ、もっとも偏見・差別があり、入院したことで自らの人生が終わったと感じた人も多い。現在の精神科病院のあり方が、精神疾患の回復を妨げ、家族（介護者）への負担を増している。
- ④ 一般の医療を規定する医療法では、精神病患者を精神病室でない病室に入院させない（医療法施行規則第10条）としており、精神障害のある人は一般医療のサービスを受けないという結果になっている。その結果、どのくらいの人が実際の被害にあっているか、その実態は把握されていない。



4. 教育機関の問題

学校教育期間での発症が多いにもかかわらず、教育関係者、保護者に精神疾患の正しい情報が届いていない。発症から治療に結びつくまでの期間が長く、その間の家族の負担は大きい。未治療期間が長いこと、治療中断による再発・重度化が、家族（介護者）への負担を増している。

5. 社会の支援システムの問題

障害や疾患のある人を支援するのは、家族の責任だとしてきた社会のあり方の中で家族は疲弊してきた。

誰とどこで暮らすかを選択する権利、地域で孤立せずに暮らすために必要な支援を受けられる権利を行使できない社会支援システムの不備がある。

<改革目標の設定>

1. 精神疾患のある人・家族を孤立させないための家族全体を支援する仕組みの構築

家族（介護者）は、家族の中で病気や障害のある人が生じることで、精神的な不安や悩みを抱え、介護のために仕事を辞めたり、兄弟姉妹が進学を断念するような状況も生じやすく、経済的な問題も抱えることがある。疾病や障害のある人や家族を孤立させないためには、社会全体が精神疾患への理解を深め、必要な支援を社会全体が積極的に行うという考え方を基本にした支援体制を構築していく。具体的には、家族が安心して相談できること、支援や介護に身体的・精神的に疲労した家族がゆっくり休養がとれ、余裕をもって介護や支援ができるような支援者や支援機関が必要だ。

同時に家族全体を支援し、必要に応じて家庭に支援を届ける仕組みを創設していく。そうした仕組みが整うことで、回復を支援することが家族（介護者）にとって、やりがい、張り合いと感ずることを可能にする。

2. 家族（介護者）の意見を治療に反映させ、医療機関での家族（介護者）の相談を可能にする

発症した人の療養方法や回復について、家族は不安や悩みを抱えている。また、身近にいるからこそ本人の変化もわかる。本人とともに治療に参加し、医療関係者への相談を可能にするためには、診療報酬の改定が必要だ。

3. 家族（介護者）の疾患や治療方法、回復についての学習の機会を保障する

家族（介護者）が、疾患についての知識、治療と回復、地域サービス、危機への対応、自分自身をどう守るか、法律的な知識や権利擁護の問題など、系統的に学ぶ機会が必要だ。

4. 退院後の精神疾患のある人の生活について、家族が安心感をもてる支援システムの構築

家族（介護者）がいっしょに暮らす場合も、家族（介護者）と別れて暮らす場合にも、安定した暮らしと回復に向けた保健・医療・福祉の支援を全国各地に整えていく。

5. 家族会活動が回復に有効であり、大切であることを認め、支援する

家族同士の支え合いは、家族を孤立させず、回復に有効である。しかし、家族会活動を支える基盤がぜい弱で、会の運営に苦慮している。支え合いの活動が広がっていくためにも、家族会への経済的・人的支援が必要だ。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 早期支援・家族支援のニーズ調査報告書（1485人の家族からの調査）

2009年に東京都精神医学総合研究所と世田谷さくら会による調査では家族支援の必要性について、以下の結果が明らかになっている。

- ① 2人に1人の家族が、信頼できる専門家に出会っていないか、出会うまでに3年以上かかっている。
- ② 本人の介護のために40%以上の家族が職業生活の継続に困難をきたしており、家族の3人に1人が自殺を考えたことがある。
- ③ 70%以上の家族が、家族を専門的に支える専門家が不足していると回答し、家族支援の専門家の配置、経済的支援、家族が休養できる施設の整備を求めている。

2. 精神障害者の自立した地域生活を推進し、家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査報告書（4419人の意見）

2009年に全国精神保健福祉社会連合会は上記の調査を実施し、以下のような結果が明らかになっている。

- ① 本人の病状が悪化したときに、本人がいつ問題を起こすかという恐怖心が強くなった64.8%、家族自身の精神状態・体調に不調58.7%、仕事を休んで対応する47.3%、家族が身の危険を感じた30.9%となっている。約半数の家族が近隣とのトラブルなどが生じ、孤立感を覚えたことがあると回答している。
- ② 家族を対象としたサービスがほとんどなく、8割以上の人が家族が定期的に相談できる専門家、訪問してくれる専門家を求めている。
- ③ 専門家に対して、本人の自立の準備のための働きかけ（62.4%）、診察時や必要に応じて病状や治療、回復の見通しの説明（58.1%）、本人の病状が悪くなったときに訪問し、危機状態を脱するまでの支援（53.2%）を求めている。
- ④ 8割の家族が本人と同居しており、約3割の人が何の支援にもつながらず、家に引きこもっている。
- ⑤ 家族は高齢化への不安（84.1%）、家族の病気（56.5%）、収入の減少（52.3%）といった将来への不安を抱えている。

3. 英国における家族支援の取り組み

英国のジョー・スミス博士（臨床心理士・英国国営精神保健発展ユニット（英国国立精神保健開発機構）、全国共同早期介入責任者）は、家族支援の必要性を次のように述べている。

多くのサービスユーザーが家族と同居し、あるいは密に連絡しながら生活している。サービスユーザーの状況を理解するには家族との接触が必須であり、家族は患者にとって何



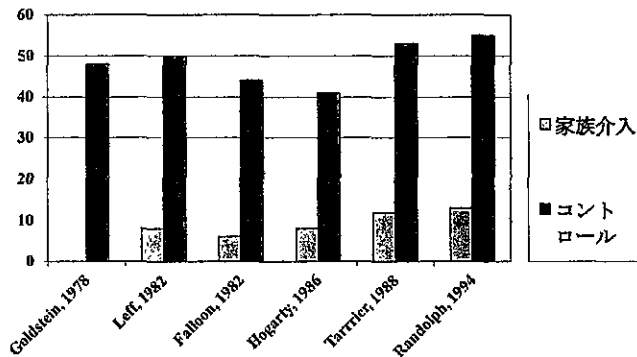
が有効であるかについて貴重な情報をもっている。さらに家族はサービス発展に情報を与える幅広い技能と知識を有している。そして、家族は年間数百ポンドの公的サービスを削減している。

一方で、長期の精神保健問題を有する人の介護をしている人は、精神保健問題を有する率が一般人口の3倍であることも指摘している。

介護者の回復のビジョンとして、まず介護している人が健やかであること、介護者が充実した生活を送ること、愛をもって離れる能力、ありのままを受け入れること、喜びが戻ることとしている。

そのための家族介入のアプローチとして、家族のニーズによる介入、情報共有、技能獲得とコミュニケーションを重視し、家族と専門家の共同作業関係の重要性を指摘している。研究の結果の1つとして、家族介入を行ったグループの再発率が大きく低下していることを示しており、家族支援が当事者の回復を大きく手助けすることを示している。

家族介入研究: 6-12ヶ月時の再発率



D. 具体的な改革案（数値目標と期限を含む）

1. 実態の把握

家族（介護者）の負担を始め、そのおかれている状況を明らかにしていくための実態調査を行う。先行事例を参考にしながら、全国的な調査を実施する。

2. 保護者制度の廃止

精神保健福祉法における保護者制度を廃止する。入院治療が必要な精神疾患のある人が入院に同意しない場合の入院の必要性の判定については、新たな機関を設置し、家族の同意による入院を廃止する。

3. 家族支援専門員の養成と配置

家族全体を支援する専門職としての家族支援専門員を養成する。家族支援専門員は他の職種と連携し、家族（介護者）の不安を軽減し、発症した家族との関わり方について家族（介護者）とともに考え、家族内のストレスの軽減を図る。

発症した人の兄弟や子どもへの支援も行い、家族の発症によって大きく環境が変化した家庭内の調整、必要な支援を行う。当事者・家族の経験と意見を反映させた家族支援専門員の養成のためのカリキュラムの開発を行う。

養成した家族支援専門員を当面は、現在の生活支援センター、精神科病院・クリニックに配置していく。将来整備される地域メンタルヘルsteamには必ず配置する。

4. 医療機関での家族相談

家族の相談が診療報酬に反映されるように、診療報酬の改定を行う。

5. 住まいの確保、医療と福祉が連携したケアマネジメントに基づく支援システムの構築、地域格差のない社会資源の配置

家族と暮らす精神疾患のある人への支援に加え、家族と離れて暮らす精神疾患のある人への地域医療・地域生活支援を進める。グループホームやアパートの確保、その人にとって必要とされる医療や保健・福祉が連携した支援を総合的にケアマネジメントで行う。支援の必要度は1人1人違いがあるため、誰とどこで暮らすかを選択でき、地域で孤立しない支援を受ける権利が行使できる支援システムを全国に整備する。

6. 家族会への支援

家族会活動が安定的に実施できるような場所の確保や人的な支援を行う。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 調査研究費

すでに実施されている家族の実態を把握する調査結果をもとに、全国的な調査を実施する。その調査研究費が必要である。

2. 家族支援専門員養成のカリキュラムの開発研究費

3. 家族支援専門員養成研修のための費用

4. 家族支援専門員の配置のための費用

5. 家族相談のための診療報酬

医療機関で相談をする際の診療報酬の改定。

6. 家族（介護者）への体系的な学習プログラムの開発

7. 事務所費用と人的支援

家族会活動のための拠点として、恒常的に利用できる公的施設の提供、及び事務所借り上げ費用の補助を行うこと。その事務所運営のための人的支援が必要である。



F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 精神保健福祉法の改正
2. 医療法施行規則第10条, 19条の廃止
3. 家族が医療機関での相談が安心して受けられる診療報酬の改定
4. 介護者支援法の制定
(精神疾患のある人の介護者に限った法律ではなく、さまざまな領域における介護者全体を包括する法律とする)

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

1. 実態調査の実施
2. 精神疾患対策基本法(仮称)の制定
3. 家族(介護者)支援専門員の養成に向けて養成プログラムの開発
海外の先行事例を参考にしながら、家族(介護者)支援専門員の養成にあたる。同時に、家族(介護者)・精神疾患のある人の視点を重要視した、養成プログラムを開発する。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

1. 家族が医療機関で必要に応じて診療を受けられるようにする診療報酬の改定
2. 家族(介護者)の学習機会の提供
3. 試行事業の実施
モデル地区を全国に数か所選定し、養成プログラムを受講した家族(介護者)支援専門員を生活支援センターに配置し、試行事業を行う。
4. 家族支援専門員の配置計画の策定
1年～3年 500人の養成
3年～5年 1000人の養成
5年～7年 1500人の養成
* 進捗の管理と質の評価
5. 家族(介護者)支援システムの評価
6. 家族会活動への支援

人材育成WG

【目標】利用者役に役立つ人材を育成する

要旨

わが国の精神保健医療福祉の領域における人材育成は、医療中心のモデルで行われている。また、当事者・家族の専門家に対する不安、不信、不満の声を出しにくい構造になっている。こころの健康に関する新たな制度を整備しても、制度を運営する人材の能力が不足していたりすると、その効果は実現しない。人材育成の課題は喫緊の課題でもあり、継続的に最重視すべき課題である。

人材育成に関する基本的な方針は、①利用者・家族の尊厳と権利を守り、信頼関係を構築できる人材を育成する、②チームワークや連携ができる人材を育成する、③病気だけでなく、生活や人生を相談できる人材を育成する、とした。具体的な提言として6項目を挙げる。

1. 病院モデルから地域ケアモデルに移行するための転換教育を行う
2. ピアサポーターと家族支援専門員制度を創設する
3. 基礎教育に地域ケアの視点を導入する(卒前教育)
4. 計画的な専門職教育を行う(卒後教育)
5. 一般医療関係者に臨床的な精神保健教育を行う
6. 学校教諭に対して、精神保健教育を実施する際の支援をする

以上を実現するために、ナショナルレベルの指導者養成センター、こころの地域ケア研修センター、精神保健福祉センター、臨床現場とをつなぐ総合的な人材育成システムを構成する。

重点課題

「こころの地域ケア研修センター(仮称)」を中心とした地域の人材育成システムを実現する。人材育成対象として、ピアサポーターと家族支援専門員を加える。

提言起草委員：小島卓也、西田淳志、野中猛

協力委員：奥村茉莉子、笠間真美、金田一正史、田中英樹、津川律子、末安民夫、増田一世、山根克



A. 当事者・家族のニーズ

例えば、「患者と作る医学の教科書」(日経研出版,2009)には次のように記載されている。
薬物療法だけで回復するのではないことを理解してほしい

入院中に病棟の職員が話し相手になってくれたり、親身になってくれたりすることで症状の回復がみられる

精神科の看護師には職務の重要性を実感し、心を育んでほしい、感性を研ぎ澄ませてほしい、共感の幅広さを求めたい

自分を無条件に受け入れてくれる人との出会いが重要で、病院の医師などが高みから見下している場合には心が開けない

とことん安心して、信頼できる医師になかなか出会えない

などがある。

本会議の中では次のような発言があった。

(保健医療福祉システムの)誰に当たるかで運命が違ってしまうことはやめてほしい

医者が病院の番人になっている

専門家の教育カリキュラムに当事者・家族を入れてほしい

当事者・家族の生活の実態を見てほしい

医師に氣遣って、本音が言えない

潜在的なニーズにも提案がほしい

精神科医の診療実態も調査すべきである

専門家になればなるほど話が通じにくくなる

などがあった。

利用者の多くは施設内処遇モデルの中で、緊張したまま専門家と会っており、十分に本音を語れないつらさを述べている。生活実態を知り、話を聞き、語り合い、普通の人として向き合ってもらいたいと希望している。現段階における精神科医療の現場に働く専門職に対する不満は大きい。しかも、そうした不満を表現しないままに傾向も、他の疾患領域に比べて大きいものと推測される。

B. 現状の分析と改革目標の設定

わが国において、精神保健医療福祉の活動に従事する人材をめぐる状況は、以下のように整理される。

まず、精神保健領域の活動では、ややもすると症状中心に観察され、症状回復に局限した支援が行われがちである。しかし、利用者が困っているのは、症状だけではなく、生活であり人生であるが、現在の専門職はそれを支援する能力が弱い。

次に、急性疾患モデルのまま、チームの活動が医師中心になりすぎている。現行ではあらゆる指示が医師に集中するため、他の職種が参加しにくいし、総合的なチームの能力が発揮しにくい。これが症状中心で薬物療法中心、あるいはいわゆる「3分間診療」となってしまう大きな理由である。

また、保健医療福祉政策の全体において、身体疾患対策中心が継続しており、こころの問題、精神の障害について、十分な教育や資源配分がなされていない。診療報酬においても、薬物療法が中心で、心理社会的アプローチに対する報酬がほとんどないか、極めて低額になっている。

特に、精神科医療はこれまでの収容主義が解決されないまま精神科病院中心に展開している。外来診療やアウトリーチにともなって、生活場面で支援がなされていれば利用者・家族の言葉やニーズにふれやすい。しかし、地域の社会生活から隔絶された病院の中では、専門職も視野が狭くなりがちで、本来の能力を発揮できない。

同様に、精神保健領域では、いまだに医療モデルが中心であり、第一次予防である保健の活動、第三次予防である精神障害に対するリハビリテーションや生活支援の活動に対して、経済的にも人材的にも配置が弱いままである。現在の専門職の多くは、地域保健や生活支援に関する知識や技術をもっていない。

最後に人材育成の現状にふれる。各職種の養成は大学もしくは養成校においてなされており、専門職になってしまってから、あらためて連携が求められて、相互理解ができずに行き詰っている。こうした弱点に対して、養成段階から各領域の学生が合同で行う連携教育が試行されつつある。また、医学教育の中心的フィールドである大学病院は、医師、看護師の他の職種がほとんどおらず、指導医自体チーム医療を体験していないため、卒前・卒後教育で、チーム医療の教育、人材育成ができない。教育内容は精神症状や生物学的治療が優先されがちである。正式なカリキュラムとして利用者や当事者が参画する体制はほとんどない。職種によって強弱はあるものの、一般に基礎研究に重きが置かれ、臨床技能を育てる体制として極めて不十分な状態にある。

以上の状況が利用者に不満を与えている構造であり、わが国において改革が求められる諸点であろう。

