

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床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>

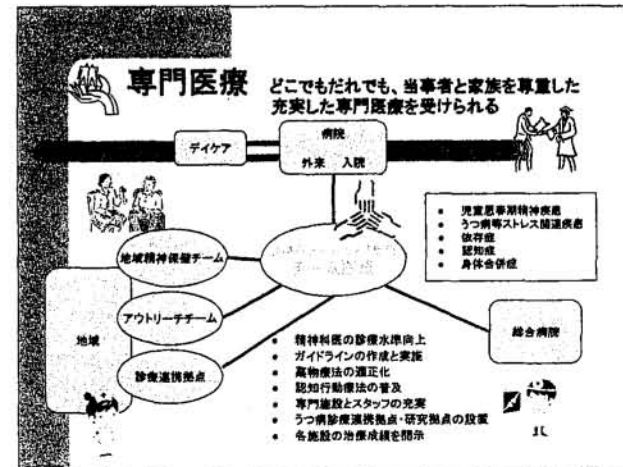
1. 認知行動療法（CBT）の研修の標準化をはかる。CBT研修の組織、プログラム等の実情を調査し、標準化に向けた研修組織とプログラム内容の検討をただちに開始する
2. 精神科医療における薬物療法の適正化を急激に促進するために、入院診療だけでなく、外来診療においても抗精神病薬単剤治療を促進する診療報酬加算の検討を開始する

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の試行を行う
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：伊勢田堯、堀江紀一、増田一世

協力委員：野村忠良、岡田久実子、島本禎子、川崎洋子、松沢勝、椎名謙、井手宏

野村義子、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・家族のケース

##### 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、生活や経済が遠うため、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思うが、物理的、精神的な負担がある。親亡きあとは、兄弟が見るとするのは難しい。

##### 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年以上たつて気づき、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。家族の話や話を聴いたり、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押し、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弱い。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人の家族からの提言）

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会えていないか、会おうまでに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

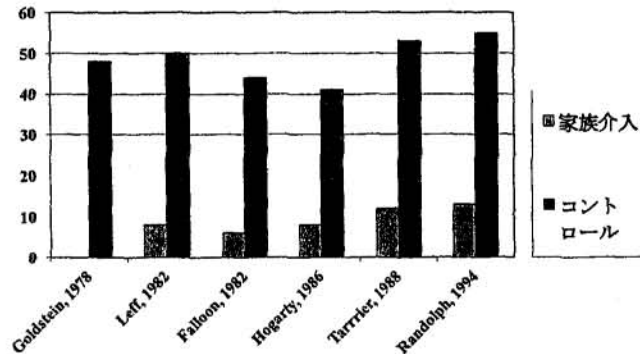
が有効であるかについて貴重な情報をもっている。さらに家族はサービス発展に情報を与える幅広い技能と知識を有している。そして、家族は年間数百ポンドの公的サービスを削減している。

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。その事務局運営のための人的支援が必要である。