

ような考え方はそれほど強くないものの、近づきにくさや怖さをより強く感じていることが明らかになった。望月らの研究¹⁵⁾でも、本研究と同様に地域住民においては明らかな偏見や差別意識は強くないものの戸惑いや不安が強いことが示されている。こうした認識は精神障害に対するネガティブなイメージの中核と考えられる。

3つの因子それぞれについて関連する要因を検討した結果、性別・年齢・教育歴・精神科受診歴・こころの健康に関する関心・精神障害を有する人との接触経験がいずれかの因子と関連していた。しかし、3つの因子すべてに影響していた要因はないことから、特定の属性や経験を持つ人が精神障害を有する人の全側面に対してネガティブなイメージを持つというよりは、特定の属性や経験を持つ人が精神障害のある特定の側面についてはネガティブなイメージを持ちやすいと考えるほうが妥当であると考えられる。

まず、性別に関しては、本研究では女性は男性よりも「認知的反応」と「治療可能性」においてポジティブなイメージを持っており「社会的距離感」に性差はなかった。過去のレビュー⁵⁾では多くの研究で性差はなく、次いで男性のほうがネガティブとする研究が多いとされている。わが国においても、性差はないとするもの^{15, 16, 23, 24)}、女性のほうがネガティブであるとするもの^{9, 20)}があり、一致した見解が得られていない。本研究では、女性は他者への思いやりや共感性が高く向社会的であるという一般的な傾向のためか、「認知的反応」および「治療可能性」については女性のほうがポジティブであったが、一方で、「社会的距離感」は男性と同程度であった。この結果は、女性は男性に比べて精神障害を有する人に対して不安と向社会的な感情の両方を抱くとする Angermeyerら²⁾の結果とも一致している。先行研究で性差の影響について一致した見解が得られていないのは、測定する概念が研究によって異なっていることも一因かもしれない。

年齢に関しては、過去のレビュー⁵⁾によれば年長者のほうが全般的にネガティブなイメージを持ちやすい、もしくは年齢と関連はないとされてい

るが、Crispら⁸⁾の研究では精神障害者を「危険だ」と思う人の割合は若年者で高いことが示されている。本研究でも「社会的距離感」については若年者のほうがネガティブなイメージを持っていた。若年者のほうが一般的な犯罪に対する不安が高いというわが国における報告もあり²²⁾、若年者のこうした傾向を反映しているのかもしれない。

精神科受診歴に関しては、先行研究では受診歴がある人はポジティブなイメージを持っているとする見解^{5, 16)}でおおむね一致しており、本研究でも「認知的反応」および「社会的距離感」の2つの因子については同様の結果であった。しかし、精神科受診歴は「治療可能性」については影響がなかった。これは、精神科受診経験者が「精神科を受診したことにより症状が改善した」という精神医療に対する肯定的な印象を必ずしも持っていない可能性を示唆する結果であり、今後より詳細な検討が必要である。

また、教育年数の長さはポジティブなイメージに関連があることが先行研究^{5, 9, 20)}で指摘されており、本研究でも「認知的反応」と「治療可能性」については同様の結果であった。しかし、「社会的距離感」についてはこれらの要因との関連がみられず、教育年数が長い人は精神障害を持つ人に対して一定の理解を示しつつも社会的距離を感じているという傾向が示唆された。この傾向は、こころの健康への関心の程度についても同様であった。こころの健康についての関心が高い人は、メンタルヘルスに関する情報へのアクセスがよい人々であると考えられるが、そうした人々であっても社会的距離感を一定程度感じており、今後社会全体に対してどのような情報提供・普及啓発が必要であるかを議論する必要があると考えられる。

精神障害を有する人と会話をした経験がある人は、「認知的反応」においてのみポジティブなイメージを持っていた。先行研究でも当事者との交流経験が精神障害へのイメージと関連することは指摘されている^{5, 20, 24)}。もっとも、接触体験には主体的な接触体験と偶発的な接触体験があり、その意味合いは若干異なる。しかし、大島ら²⁰⁾が指摘するようにこの両者の関係は相互に推移する

ものであり、偶発的な体験が主体的な接触体験に推移していく可能性もあり、こうした接触体験を重ねることが精神障害に対する認識に変化をもたらすと考えられ、介入研究などを通して効果的な交流のあり方を検討していく必要がある。

本研究においてはビネットに対して正確な診断名を回答した人は「社会的距離感」が強かった。診断名や症状などの正確で具体的な知識を持つことが必ずしも精神障害を有する人への理解につながる可能性があり、精神障害についてのどのような知識をどのように地域住民に伝えることが必要か、普及啓発のあり方に関して慎重な議論が必要である。

もっとも、他害行為を含む様々な症状や問題行動に対して常にネガティブな感情を抱かずにいることが地域住民に求められるわけではない。特に、「社会的距離感」については、そうした感情を全面的に否定することを地域住民に求めるだけでは不十分である。地域住民が、精神障害を有する人の症状や行動の特徴について理解を深めると同時に、地域で暮らす上で支援が必要な精神障害者に対しては細やかな援助を行うシステムを構築することが重要である。そして地域住民と精神障害を有する人、精神保健医療福祉関係者の顔の見えるネットワーク作りを目指すことが必要であるだろう。

最後に、本研究の限界を示す。本研究では、エリアサンプリング法により選出された一般地域住民を対象にSD法を用いて精神障害を有する人に対するイメージを明らかにしたが、他の多くの研究と同様に、そのイメージと実際の態度や行動との関連については明らかにしていない。また、ビネットを用いた仮想的な調査であり、実際の精神障害を有する人への対応との間には乖離があるかもしれない。さらに、本研究では精神障害を有する人に対するイメージに関連する要因を検討したが、重回帰分析における寄与率は高くなく、本研究で検討したもの以外の要因が関係している可能性があり、今後の課題である。とはいえ、わが国における精神保健医療福祉に関する様々な施策を考えるうえでは、精神障害についてのどのような属

性や特徴を持つ住民がどのようなイメージを持っているかを正しくアセスメントし、ターゲットを明確にした普及啓発を行うことは非常に重要であり、本研究による示唆はわが国における施策や地域での実践の参考になるものと考えられる。

本研究では3つの障害について検討したが、今後は、先行研究においても蓄積の乏しい双極性障害や不安障害、摂食障害などの他の障害についての地域住民の認識⁵⁾についても検討が必要である。

結 論

エリアサンプリング法により選出された一般地域住民を対象にSD法を用いて精神障害を有する人に対するイメージを明らかにした。その結果、精神障害を有する人に対するイメージについて「認知的反応」「社会的距離感」「治療可能性」の3つの因子が抽出された。これらの因子には、年齢、性別、教育年数、精神科受診歴、こころの健康への関心、精神障害を持つ人との接触経験、ビネットに対して正しい診断名を回答できたかどうか、が影響していた。また、統合失調症および大うつ病性障害に対してよりもアルコール依存に対するネガティブなイメージが強いことも明らかになった。本研究で得られた示唆をもとに、精神保健医療福祉における効果的な普及啓発活動のあり方を検討することが期待される。

謝 辞

本研究は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究(主任研究者 保崎秀夫)」の一環として実施された。研究実施にあたり、前：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童思春期精神保健研究部 小山智典先生に貴重なご助言をいただいたことを深謝いたします。

付 録

【統合失調症ビネット】

Aさんは23歳です。どちらかといえばおとなしい性格で、これまで学業や人間関係において大きな問題をおこすことはありませんでした。

昨年大学を卒業し、会社に就職しました。入社してまもなく、仕事のことで上司に叱られて落ち込むことが何度ありました。また、就職を機にはじめた一人暮らしに慣れずに生活が乱れたこともあり、Aさんはよく眠れなくなってしまいました。次第に仕事の能率が悪くなり、周りの人々が自分によそよそしいと感じるようになりました。

数カ月すると、一人で部屋にいとAさんの悪口がどこからともなく聞こえてくるようになりました。また、誰かに見張られていると思ひ込み、盗聴器が備え付けられていないか部屋中を探し回るなどの行動がみられました。実際はそのような事実はないのですが、Aさんは強く信じて疑いません。会社でも、自分がミスをする度にそれをからかったり、指図したりする声が聞こえてくるので、Aさんは会社の皆から馬鹿にされているのだと思ひこみ、仕事の能率もさらに悪くなってきたので、会社を辞めてしまいました。

最近では部屋の中はひどくちらかっている、同じ服を何日も着ていることがあります、本人は気にしていません。

なお、Aさんはこれまで違法な薬物を使用した経験はありません。

【大うつ病性障害ビネット】

Aさんは、34歳です。Aさんはこの数週間、特に理由はないのにこれまでに経験したことがないほどの気分の落ち込みを感じています。これまで週末には必ずと行っていいほど行っていたテニスも以前ほど楽しみに感じなくなり、ここ数週間は家でぼんやりとしています。

Aさんは仕事でいつも疲れているのに、ほぼ毎晩よく眠れませんが、朝は早めに目が覚めてしまいます。会社が休みの日でも変わりません。食欲もあまりおきず、体重が減少してきています。

Aさんの仕事は事務仕事ですが、ここ最近はいくつかの事務処理が遅れており、他の部署からの催促もしばしばあります。上司もAさんの仕事が以前ほどはかどっていないことに気づき心配しています。しかし、Aさんはたまった仕事をすすめなくてはとは焦りを感じているものの、仕事に取りかかることがなかなかできません。

会社から帰ってくると、自分を責めたり、情けなくなって涙がこぼれます。自分が人に迷惑をかけていると思ひ、いっそ自分がいなくなれば、会社も新しい人を雇えるし、それが一番良いのではないのかと思うようになりました。

【アルコール依存ビネット】

Aさんは、45歳です。もともとはお酒が弱く、誘われた時に飲む程度で、それも缶ビール(350ml)2本で酔いつぶれてしまうほどでした。しかし15年ほど前に対人関係の悩みから毎日お酒を飲むようになり、10年ほど前からは一晩で焼酎1本(720ml)を飲んでしまいます。2、3年前から、友人とお酒を飲んだ翌日に、飲酒中のことを覚えていないことを指摘されることが増えました。妻からは酒量を減らすように何度も言われていますが、できません。

帰宅してお酒がなかった時には、せっかくだから今日は飲まない日にしようと思うのですが、やはり落ち着かず、買いにいけます。近くの店は早い時間に閉まるので、隣町のスーパーまで行かなければならないことしばしばです。また、仕事が長引いてお酒が飲めなかったとき、いやな気分になり、汗が出てきて手が震えだしました。帰宅途中にビールを飲んだら汗や手の震えはおさまりました。

最近仕事に集中できず、うっかりミスが多くなり、仕事が遅れがちです。上司には「Aさん、いつも二日酔いみたいだけど大丈夫？」とよく冗談めかして言われます。自分でも次の日に残らないような量で終わらせようと思ひているのですが、結局は帰宅してから深夜まで飲んでしまいます。そのために翌朝起きることが出来ず、遅刻することもあります。これではいけないと思うのです。

が、お酒を減らせません。休日には、昼間から手元にお酒を置いて飲んでいきます。

文 献

- 1) Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : Social distance towards the mentally ill : results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med* 27 : 131-134, 1997
- 2) Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Holzinger, A. : Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry* 44 : 107-116, 1998
- 3) Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull* 30 : 1049-1061, 2004
- 4) Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40 : 391-395, 2005
- 5) Angermeyer, M.C., Dietrich, S. : Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness : a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 113 : 163-179, 2006
- 6) Cohen, J., Struening, E.L. : Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol* 64 : 349-360, 1962
- 7) Crawford, I. M. : *Marketing Research and Information Systems*. (Marketing and Agribusiness Texts-4). Rome : FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 1997
- 8) Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., et al. : Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 177 : 4-7, 2000
- 9) 星越活彦, 洲脇 寛, 實成文彦 : 精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度尺度. *日社精医誌* 2 : 93-104, 1994
- 10) 岩下豊彦 : SD法によるイメージの測定. 川島書店, 東京, 1983
- 11) 加藤正明, 中川四郎, 安倉正夫, 他 : 精神衛生並びに精神障害に対する認識及び治療的態度に関する研究(第1報). *精神衛生研究* 10 : 1-10, 1962
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部 : 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」. 厚生労働省, 2004
- 13) Link, B.G. : Understanding labeling effects in the area of mental disorders : an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 52 : 96-112, 1987
- 14) Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., et al. : Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 30 : 511-541, 2004
- 15) 望月美栄子, 山崎喜比古, 菊澤佐江子, 他 : こころの病をもつ人々への地域住民のスティグマおよび社会的態度 全国サンプル調査から. *厚生指標* 55 : 6-15, 2008
- 16) 中根允文 : 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)平成16年度総括・分担研究報告書, 2005
- 17) 岡上和雄, 石原邦雄 : 「精神障害(者)」に対する態度と施策の方向づけ. *季刊・社会保障研究* 21, 373-385, 1986
- 18) Olmsted, D.W., Durham, K. : Stability of mental health attitudes : a semantic differential study. *J Health Soc Behav* 17 : 35-44, 1976
- 19) Osgood, C.E., Suci, G., Tannenbaum, P. : *The measurement of meaning*. University of Illinois Press, Urbana, 1957
- 20) 大島 巖, 山崎喜比古, 中村佐織, 他 : 日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観. *社会精神医学* 12 : 286-297, 1989
- 21) Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. : Alcoholism : illness beliefs and resource allocation preferences of the public. *Drug Alcohol Depend* 82 : 204-210, 2006
- 22) 島田貴仁 : JGSSによる犯罪リスク知覚と犯罪被害の測定—他の犯罪被害調査との比較—. *JGSS研究論文集* [3] : 227-240, 2004
- 23) 下津咲絵, 坂本真土, 堀川直史, 他 : Link ステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* 21 : 521-528, 2006
- 24) Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y., et al. : Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry Clin Neurosci* 58 : 558-566, 2004
- 25) Taylor, S.M., Dear, M.J., Hall, G.B. : Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Soc Sci Med Med Geogr* 13 : 281-290, 1979
- 26) 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所 : 精神障害者観の現況'97 全国無作為サンプル2000人の調査から. 全国精神障害者家族会連合会, 東京, 1998

abstract

The Public's Image of the Mentally Ill

Asuka Koyama^{1, 2)}, Yoichi Naganuma¹⁾, Kanae Sawamura³⁾, Hisateru Tachimori¹⁾,
Iwao Oshima⁴⁾, Tadashi Takeshima¹⁾

In order to clarify the public's image of people with schizophrenia, major depressive disorder, and alcohol dependence, interview surveys were conducted involving a total of 1,500 lay people selected by the area sampling method. By means of an original 14-item questionnaire, respondents were asked about their images of people with mental illness following the reading of vignettes of patients with schizophrenia, major depressive disorder, and alcohol dependence. Through factor analysis, the following three factors were extracted: 'cognitive reactions', 'social distance', and 'poor prognoses'. Regression analysis revealed that gender, educational level, experience of consulting a psychiatrist, experience of contact with people with mental illness, and interest in mental health were related to 'cognitive reactions'. Age, experience of consulting a psychiatrist, and knowledge of diagnosis were related to 'social distance'. Gender, educational level, and interest in mental health were related to 'poor prognoses'. Lay people displayed the most negative image regarding alcohol dependence, followed by schizophrenia and major depressive disorder. Furthermore, the 'social distance' factor was recognized most strongly in the three vignettes. These results indicate the importance of the need to formulate a strategy to effectively improve the negative image of people with mental illness.

Jpn Bull Soc Psychiat 20 : 116-127, 2011

-
- ¹⁾ *Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan*
²⁾ *Research fellow of the Japan Society for the Promotion of Science*
³⁾ *Institute for Health Economics and Policy*
⁴⁾ *Graduate School of Social Welfare, Japan University of Social Work*

巻頭言

希望とリカバリー
精神科医療におけるその役割

安西 信雄

精 神 医 学

第54巻 第1号 別刷

2012年1月15日 発行

医学書院


 巻頭言

希望とリカバリー

—精神科医療におけるその役割

安西信雄

年が明けた。今年こそ希望が持てる年になって欲しい。とりわけ昨年 3 月 11 日の東日本大震災で被災された方々、さまざまな困難な中で復興に向けて努力されている方々には、明るい希望の見える年になって欲しい。また、精神障害を持つ人たちやそのご家族・関係者の方々にとって、さらに、震災や放射能という国難の渦中にある日本の国民全体にとっても、今年が希望の年になって欲しい。これはみんなの願いである。

ところで「希望」は日常的に使われる言葉であるが、「希望とは何か」「希望が持てる」というのはどういうことか、改めて問い直すと答えるのが難しい。周知のように、このテーマに正面から取り組んでいる研究グループがある。東京大学社会科学研究所(略称「東大社研」)で 2005 年から「希望学」として続けられている研究である。これは釜石市とそこで働き生活する人々を対象とした詳細な研究であるが、研究対象として釜石市が選ばれた理由は、2 度の大津波と戦災から立ち直り、製鉄の町として繁栄したこと。その後も高炉が休止され産業構造の転換と高齢化に直面したが、「ものづくり」の原点を大事にした取り組みの中で挫折から立ち直ってきたこととされている。3 月 11 日の震災と津波に対しても、たくましい復活を願わざるをえない。

「希望学」⁶⁻⁹⁾を読んで私の印象に残ったのは、人は幸福については「継続」を求めるが、希望は「まだない存在」であるからこそ「求めるべき対象として確実に存在する」とされていることである。そこで希望は、“Social Hope is a Wish for Something to Come True by Action.”と定義されている²⁾。“Social Hope”

は「社会的な希望」で、他の誰かと希望を共有しようとすることである。これは「行動によって何かを実現しようとする気持ち」に関わっていて、高度に自律的である。すなわち、「誰かから、報われない努力をすることを強制された場合には、希望は生まれません」「希望は自分自身で作出すものです」というものである²⁾。

こうして希望について考えると、これらの特徴は Anthony WA¹⁾が提唱してきたリカバリー(回復)と共通点があることに気づかされる。リカバリーは「精神障害によって被った破局的な影響を乗り越えて、その人の人生の新たな意義と目的を見いだしていくことが含まれる」こと、「リカバリーは本人の中で生ずるもので、本人が行う仕事である」ことが重要とされる。これらは「まだない存在」に向かったの「主体的で自律的な努力」ということができるであろうか。

リカバリーは長くユーザー主体の運動の中で語られてきたが、最近では精神医学の main stream の中でも取り上げられるようになってきている。Lieberman JA⁵⁾は、リカバリーをより実証的に扱えるようにするため操作的な基準が役立つ可能性を述べるとともに、リカバリーは単なる生活の質(QOL)の概念を超えるもので、当事者が希望を持ち、自分の人生に責任を持ち、個人目標を追求するという意味での「自己主体感」(sense of agency)の獲得も含んでいることを指摘している。リハビリテーションの立場から、Lieberman RP⁴⁾は、個人のリカバリーを促進する要因として「よりよい未来に対する希望もしくは現実的な楽観主義(realistic optimism)」の重要性を述べ、これらは「症状

や障害に積極的に対応し、自己肯定感を取り戻すことによってもたらされる」と指摘している。彼は「希望」と「現実的な楽観主義」をほぼ同義語として用い、自分の力が向上するという期待が持てるような目標があればこれらが促進されることを述べている。Hodgekins J³⁾は、精神病からの回復途上にある 77 人の患者を無作為に「社会的回復指向の認知行動療法」(SRCBT; social recovery-focused cognitive-behavioral therapy)と通常の治療に割り付け、構造化された活動への参加時間、希望のなさ、自己と他者についての信念を評価した。その結果、SRCBT が自己と他者についての信念を改善させる効果は有意で、非精神病患者について SRCBT が希望のなさを減少させる傾向が示されたと報告した。彼らは希望と肯定的な自己概念を育てることは回復指向の介入の中心的な構成要素となるべきと述べた。

新年が希望の持てる年になって欲しいという思いから、希望について少しばかり考えてみた。振り返ってみれば、精神科医療の主な対象は希望を持っていない状態にある人たちである。これらの人々が抱えている困難の要因を分析し、疾患や周囲の環境要因との関係を明らかにするのは私たちの比較的得意な分野であるが、再び希望が持てるように支援することは、通常のトレーニングでは意識的には行われてこなかったのではなからうか。私が社会生活技能訓練(SST)に魅力を感じたのは、「なりたい自分」「希望が持てる状態」を本人から聞いて、技能練習を繰り返す中でその実現に近づいていく方法に新鮮さを感じたからである。

さまざまな立場の方々の努力が実って、精神疾患が「4 疾病 5 事業」の疾病に追加されることになった。さまざまな施策の充実により、「入院医療中心から地域生活支援中心」への転換が進められ、精神障害を持つ人たちが地域で暮らしやすくなるようになることを期待したい。精神科医療の分野では、リカバリーの他にも、個人の長所を重視するストレングス・モデルや、困難な状況から立ち上がっていくレジリエンスなど、本人主体の医療実践を助ける視点

が次々登場しているが、薬物療法と心理社会的治療が組み合わされて活発に行われるようになり、特に後者について、本人の希望を受け止め、本人の主体性を尊重した精神科医療が当たり前に行われる年になることを期待したい。

希望学では、上記の英語の定義を拡張して、次のようにも述べられている。

“Social Hope is a Wish for Something to Come True by Action with Others.” (下線は筆者)

さまざまな場面で絆が語られるが、求められているのは希望の共有に基づく絆であろう。

(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院)

文献

- 1) Anthony WA, Liberman RP: The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 12: 542-559, 1986
- 2) 玄田有史: 希望のつくり方. 岩波新書, 2010
- 3) Hodgekins J, Fowler D: CBT and recovery from psychosis in the ISREP trial: mediating effects of hope and positive beliefs on activity. *Psychiatr Serv* 61: 321-324, 2010
- 4) ロバート・ポール・リバーマン 著(西園昌久 総監修, 池淵恵美 監訳): 精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーション・マニュアル. 星和書店, 2011. Liberman RP: Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. American Psychiatric Publishing Inc, VA, 2008
- 5) Lieberman JA, Drake RE, Sederer LI, et al: Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 59: 487-96, 2008
- 6) 東大社研, 玄田有史, 宇野重規(編集): 希望学 1 希望を語る. 東京大学出版会, 2009
- 7) 東大社研, 玄田有史, 中村尚史(編集): 希望学 2 希望の再生. 東京大学出版会, 2009
- 8) 東大社研, 玄田有史, 中村尚史(編集): 希望学 3 希望をつなぐ. 東京大学出版会, 2009
- 9) 東大社研, 玄田有史, 宇野重規(編集): 希望学 4 希望のはじまり. 東京大学出版会, 2009

特集 安全・安心の精神科臨床サービス：どこでも役立つリスク軽減の方法と実践

第1章 総論：精神科臨床サービスにおける安全・安心とは？

安全・安心の精神科臨床サービス

—基本的な考え方と技術—

安西信雄, 伊藤淳子

精神科臨床サービス

第11巻3号 2011年7月 別刷

星 和 書 店

特集 安全・安心の精神科臨床サービス：どこでも役立つリスク軽減の方法と実践

第1章 総論：精神科臨床サービスにおける安全・安心とは？

安全・安心の精神科臨床サービス

—基本的な考え方と技術—

安西信雄, 伊藤淳子

抄録 安全・安心の精神科臨床サービスについて、基本的な考え方と技術を述べた。その趣旨は、「誰かがやってくれる安全・安心」の取り組みでなく、「自分でできる取り組み」を示すことである。医療における安全・安心に関連する用語を説明し、事故と過誤の違いについて述べた。医療における安全・安心の考え方を5点にまとめた。それらは、①医療事故をなくすのではなく医療の質を向上させる、②起きる可能性のあることはあらかじめ考えておく、③起きたことは二度と起きないようにする、④個人の責任でなくシステムを改善させる、⑤患者・家族とのインフォームド・コンセントの実践の必要性である。最後に、チーム医療による医療安全（医療の質）の向上の可能性、危機状態におけるインフォームド・コンセントの重要性について述べた。

精神科臨床サービス 11: 308-312, 2011

キーワード：医療安全, 安心の医療, ヒヤリ・ハット, リスクマネジメント, インフォームドコンセント

はじめに

ミスのない安全・安心な質の高い医療を求める声が高まっている。それぞれの医療機関でさまざまな努力や工夫が行われているが、患者や家族の声に十分対応できていないと感じられることが多い。

筆者のうち、伊藤は当センター病院の「医療安全管理室」の管理者（看護師長）で、当院の医療安全に関する実務全般を担っている。安西は医療安全管理室長を担当している。医療安全管理室は、平成14年4月に出された厚生労働省の医療安全対策検討会議報告書「医療安全推進総合対策：医療事故を未然に防止するために」¹⁾（以下「報告書」と略す）により、その設置が医療機関の管理者の責務と規定された。つまり、安全管理の体制を整備するため、部門や職種ごとの安全管理体制のみでなく、医療機関全体で取り組む「医療安全

管理委員会」を設置すること、委員会の方針に基づき、組織横断的に安全管理を担う部門を設けることが規定されたのである。

当院の医療安全管理室が担っている役割は、安全管理指針の整備、医療安全管理委員会（月1回開催）の運営、ヒヤリ・ハット報告事例の収集と評価・対策、事故発生時の調査と委員会での検討に基づく病院長への評価・対応策の上申、迷惑行為への対応、および研修会開催などである。これらの医療安全管理室の役割を一言でまとめると、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す「安全文化」を醸成し、病院全体の診療実践のなかで定着させていくことである。近年、わが国において広く実施されるようになっている病院機能評価では、医療安全管理者をおき、安全確保の手順を定めて実施し、医療事故への対応を適切に行うことが必須の項目になっている²⁾。医療の質の評価において安全・安心が必須の要素と認識されているからである。

しかし、本稿で述べたいことは、医療機関としての安全管理でなく、「精神科臨床サービスに関

わる1人ひとりが身につけて役立てられる安全・安心の方法」であり、医療機関に限らず、「どこでも役立つリスク軽減の方法と実践」である。つまり、どこかでやっている、あるいは、誰かがやってくれる安全・安心の取り組みではなく、自分の職場でできる、私ができる安全・安心の取り組みの方法を明らかにすることが本特集の目的である。

医療における安全・安心は、どこで、どの立場から見かによって、見解は大いに異なることが予想される。本特集のもう1つの総論を担当する鶴見は、医療観察法の社会復帰調整官の経験や、地域で精神障害を持つ人々を支援してきた立場から安全・安心を論じている。さらに、本特集ではさまざまな機関から、また、当事者/支援者の立場など、さまざまな視点からこの問題が論じられる。そこで、筆者らは病院における医療安全管理室と医療安全管理委員会の経験を踏まえ、立場や内容が医療機関での経験に偏ることを恐れず、この問題を述べることにしたい。

なお、臨床サービス誌で医療における安全・安心のテーマを取り上げるのは初めてなので、教科書的な案内をかねて、①基本的な用語とその意味を整理し、②医療における安全・安心の基本的な考え方の整理を行い、③安全・安心を高めるために用いられているシステムの工夫を紹介し、④今後の取り組みへの提案をまとめた。

I. 医療における安全・安心に関連する用語とその解説

上記の報告書⁴⁾で医療安全管理に関連した概念と用語の整理が行われているので、紹介した(表1)。リスクやリスクマネジメント、アクシデントとインシデント、医療事故と医療過誤などの用語が説明されている。

ここで重要なのは医療事故と医療過誤の違いである。患者に不利益なことがらが医療の結果として生じたとき、関係者を招集して事故調査委員会が開かれることになるが、関係者の中に「事故」という言葉に抵抗を示す人がいる。事故という言葉

を聞くと、自分たちの医療行為に「過誤」があったと判断されているのではないかと不安になるわけである。表1の4のように、事故は医療過程で生じた人身事故(傷害)のすべてを含むもので、「事故における責任」とは関係なく用いられる。医療事故には、医療行為と直接関係のない場合も含まれ、医療従事者が被害者である場合も含まれる。

なお、医療安全の話の中では「安全」についての議論が中心で、「安心」について触れられることは少ない。「安全」は医療側からも患者側からもとらえられる客観的なことがらであるのに対し、「安心」は「気にかかる事がなく、またはなくなって、心が安らかなこと。(中略)人に不安を感じさせないこと」²⁾とされるように、主に患者側からとらえた状態のことである。医療における安心とは、安全な環境と治療過程を前提として、信頼のある治療者とのインフォームド・コンセントを踏まえて実施されている治療、ということになるであろう。

II. 医療における安全・安心の5つの考え方

1. 医療事故をなくす(ゼロにする)という視点でなく、医療の質を向上させる視点

「医療事故をなくしましょう」というかけ声が聞かれるが、これが間違いであることが明らかにされている。その根拠としてハインリッヒの法則(労働災害の発生確率の法則)があげられる。ハインリッヒは約5,000件の労働災害を調査した結果、災害の数値は「1:29:300」であったことを報告した。つまり、重大な災害が1件あったら、その背後に同種の軽症の事故が29件あり、さらに同種の傷害には至らない「ヒヤリ・ハット」のレベルの災害が300件あったということである。これを医療事故に当てはめれば、1つの重大事故の背景に軽症のアクシデントが29件あり、同種のインシデントが300件あるということになる。重大事故が起きたときに、「これをなくしましょう」と安全対策に取り組むのではなく、インシデン

表1 医療安全対策に関連する用語と概念⁴⁾ (厚生労働省医療安全対策検討会議報告書)

1. リスクとリスクマネジメントの一般的な用法

リスクマネジメントは、従来、産業界で用いられた経営管理手法であり、事故を未然に防止することや、発生した事故を速やかに処理することにより、組織の損害を最小の費用で最小限に食い止めることを目的としている。

リスクとは「損害の発生頻度とその損害の重大さ」の2つの要素によって定義付けられている。世の中のすべての事象にリスクは付随しており、安全とはリスクが許容できるものであるという状態をいう。「リスクは常に存在する」こと、また同時に「適切な管理によってリスクを許容範囲にまで減らすことができる」ことが、「リスクマネジメント」の出発点である。

2. 医療におけるリスクマネジメント

リスクマネジメントの手法は、1970年代に米国で医療分野へ導入され、その後欧州などでも広がっている。導入当初は、補償や損害賠償による経済的打撃を減らすことに重点が置かれていたが、近年では、医療に内在する不可避なリスクを管理し、いかに患者の安全を確保するかということに重点が移ってきている。

医療の現場においては、診療を提供する医療機関側と、診療を受ける患者側が医療に常に内在する不可避なリスクについて、相互に十分に理解することが不可欠である。

本検討会議においては「リスクマネジメント」は、「医療安全管理」と同義として用いることとした。

3. アクシデントとインシデント

「アクシデント」は通常、医療事故に相当する用語として用いる。本検討会議では今後、同義として「事故」を用いる。

「インシデント」は、日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。

本検討会議では、同義として「ヒヤリ・ハット」を用いる。

4. 医療事故と医療過誤

医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

一方、医療過誤は、医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。

トの段階で情報を積極的に収集し、安全対策を立ててインシデントの再発を防止する対策を講じることにより、重大な事故を未然に防ごうという視点が重要となっている。

いということになりがちであるが、医療安全のためには、毅然として、起こりうることは事前に対策を講じ、対処の方法を多職種チームで確認しておくことが必要である。

2. 起きる可能性があることは、起きた場合のことをあらかじめ考えておく

東日本大震災の津波被害や福島原発事故に関して、「想定外」という言葉がたびたび聞かれた。事故が起きる前は「そういうことは起こらない」「発生リスクがゼロに近いので考える必要がない」と言われていたが、いったん事故が起きた後では、対策が取られていなかったことが悔やまれる。「起きて欲しくない恐ろしい事態は考えたくない」というのが人情であるが、安全管理から考えるとその逆で、「起きて欲しくない恐ろしい事態であれば、考えておかないといけない」ということになる。医療現場でも、恐ろしい結果は考えたくな

3. 起きたことを振り返り、二度と起きないようにする

重大事故が生じたときに、事故調査委員会を開いて原因を究明し、再発防止の対策を講じることがもちろんであるが、日常的に発生するヒヤリ・ハットの段階で原因を解明し、その後の発生を防止する対策を講じる努力を積み重ねていくことが、重大事故の防止につながる。

4. 個人の責任を問うのではなく、システムの問題を明らかにし、システムを改善する

安全・安心の医療はすべての医療関係者の願いであるが、現実にはさまざまな問題が起きる。事

故が起きたとき、医療行為に関わった個人の不注意や力量の不足を疑ったり、責任を問うたりする空気が生まれやすい。しかし、こうした流れは米国で報告書「To Err is Human (人は誰でも間違える)」¹⁾が1999年に出されてから大きく変化したと言われる。その考えは「悪い人が医療現場で働いているのではなく、良い人が悪いシステムで働いているから事故は生じるのだ。そのシステムをより安全なものに変えていこう」ということに要約される。医療事故の原因を分析し改善策を検討する際に、個人の資質や責任でなく、個人の過誤を生む医療のやり方やシステムにおける原因を解明し、その改善に向けての努力をすることが基本となっている。

5. 治療者と患者・家族との間で治療計画とリスクを合意して、治療を実施する

安全・安心の治療のためには、治療者－患者間の信頼関係と協力が欠かせない。そのためには、治療計画と、そこに含まれるリスクについて率直に話し合い、合意のもとで治療を実施することが望ましい。

Ⅲ. 安全・安心を高めるために用いられているシステムの工夫の紹介

米国では1970年代半ばに患者の権利運動が高まり、医療訴訟が急増して医療機関の敗訴が増加し、賠償金額が高騰して多くの医療機関や医師が廃業に追い込まれた。こうした非常事態への対応として導入されたのがリスクマネジメントで、そもそもの原因である事故防止の対策に焦点を当てた取り組みが行われることになった。現在の焦点は、事故への迅速で的確な対応(reactive)から、「起きる前に対応しておこう」(proactive)に移行しているとされる⁸⁾。

医療の安全・安心を高めるため、先進国の医療機関で取り組まれている医療の質を評価・改善する試みとしては、下記のものあげられる⁹⁾。

①診療ガイドライン、パスなどを用いた治療過

- 程の標準化、最適化(プロセスアプローチ)
- ②臨床指標を用いた検証(アウトカムアプローチ)
- ③外部評価による認定(病院機能評価)
- ④その他：患者満足度調査など

厚生労働省では平成13年10月より「医療安全対策ネットワーク整備事業(ヒヤリ・ハット事例収集等事業)」を開始した。3カ月ごとに収集された事例の定量的、定性的分析が行われている。平成16年10月1日より本事業は(財)日本医療機能評価機構の医療事故予防センターが事例収集と分析を担当することになった。

こうした全国的な情報収集と分析を可能にしているのがインシデントのレベル(影響度)の評価尺度(表2)である⁹⁾。これは国立大学病院医療安全管理協議会が作成したもので、影響レベル(0～5)、傷害の継続性(なし、一過性、永続的、死亡)、傷害の程度(軽度、中等度、高度)、傷害の内容が示されている。各医療機関でたとえば「レベル3a」「レベル3b」などと評価した集計が行われ、評価機構に報告するとともに、事故の内容の分析と予防対策が検討される。

Ⅳ. まとめと今後の取り組み

医療安全と医療の質の向上は一体のものであって、それは医療安全にチーム医療を組み入れることによって向上していくとの意見がある。武藤⁵⁾はこうした視点から2010年度診療報酬改定を「チーム医療元年」と位置づけ、呼吸ケアチーム加算、栄養サポートチーム加算、感染管理対策加算などに注目している。たとえば、呼吸ケアチームの加算対象である人工呼吸器は、ヒヤリ・ハットや事故が後を絶たないわけであるが、人工呼吸器装着患者における事故や肺炎を防止するためには、医師と看護師だけでなく、臨床工学士や呼吸訓練を行う理学療法士、口腔ケアを行う歯科医師の手が必要となっている。医療安全と医療の質の向上を同時にチームで追求していくことが必要という見解であるが、これは今後の精神科医療においても重要な課題になるであろう。

表2 インシデントのレベル (国立大学病院医療安全管理協議会)³⁾

http://www.medsafe.net/contents/recent/35 guideline.html

影響レベル (報告時点)	傷害の 継続性	傷害の程度	内容
レベル0	—	—	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
レベル1	なし	—	患者への実害はなかった (何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった (患者観察の強化, バイタルサインの軽度変化, 安全確認のための検査などの必要性は生じた)
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した (消毒, 湿布, 皮膚の縫合, 鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの高度変化, 人工呼吸器の装着, 手術, 入院日数の延長, 外来患者の入院, 骨折など)
レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが, 有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り, 有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル5	死亡	—	死亡 (原疾患の自然経過によるものを除く)
その他	—	—	—

この中には, 不可抗力によるもの, 過失によるもの, 予期せぬ事態などが含まれる。

白石は精神科領域での訴訟を検討するなかで, 「病名告知を含む病状や治療法の説明を行った後, 患者が自殺した場合, 自殺発生の引き金になったとして遺族から訴えられることがある。逆に, 患者に動揺を与えまいとして病名等重大な情報を提供しなかったことで治療が手遅れになったと訴えられることもある」として, 「一般的にこうした訴訟の背景には, 医師-患者, あるいは医師-家族の関係に齟齬があることが多いと言われている」と述べている⁷⁾。筆者らも, 医療安全管理の立場からさまざまな問題に関わるなかで, 診断や治療計画, リスクについて説明が不足していると患者と家族が感じたため, 強い不満を持った例を少なからず経験している。自殺など不幸な転帰のときほど, そうなりやすい。リスクや難しい状態 (bad news) について「あのとき, もう一言説明の言葉があれば」と後悔されることが多い。時に医療者は症状が落ち着かなかつたり, 難しい状況があつたりするため説明を控えたと述べるが, その後のことを考えると, 危機的状態のときは, さらにていねいに, 説明と同意のプロセスを踏むことが重要で, それが訴訟の回避だけでなく, 信頼関係の構築と治療の新たな進展のためのきっかけ

になるのではないかとと思われる。

文 献

- 1) Corrigan, J. et al.: To Err Is Human: Building a safer health system. Natl. Academy Pr., Washington, D.C., 2000.
- 2) 岩波国語辞典第六版.
- 3) 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制問題小委員会: 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針 (平成17年3月3日).
- 4) 厚生労働省医療安全対策検討会議: 報告書「医療安全推進総合対策: 医療事故を未然に防止するために」. 平成14年4月17日.
- 5) 武藤正樹: 医療安全とチーム医療 (特集: チーム力で成果を上げる医療安全対策). 医療安全, 24; 9-13, 2010.
- 6) 産労総合研究所編: V 6.0 対応 病院機能評価受審領域別ハンドブック. 経営書院, 東京, pp.163-166, 2009.
- 7) 白石弘巳, 藤井潤: インフォームド・コンセント. 臨床精神医学, 増刊号; 61-66, 2005.
- 8) 四病院団体協議会医療安全管理者養成委員会編: 医療安全管理テキスト. 日本規格協会, 東京, pp.19-57, 2005.

特集

家族支援を考える—精神保健福祉士に求められる家族支援

〔総説〕

精神障害者家族とその支援



東洋大学ライフデザイン学部

しろいし ひろみ
白石 弘巳

●プロフィール

- 1 1979年 東京医科歯科大学医学部卒業.
- 1 1989年 東京医科歯科大学大学院修了. 医学博士. 内科研修後, 正慶会栗田病院, 埼玉県立精神保健総合センターなどで精神科臨床に従事. 1996~2005年 東京都精神医学総合研究所勤務.
- 1 2005年4月~現在 東洋大学ライフデザイン学部教授.

1 専門/精神医学, 精神保健学.

1 著書/

- 『情緒発達と看護の基本』第2版(共著), メディカ出版, 2009.
- 『統合失調症からの回復を支える—心理教育・地域生活支援・パートナーシップ』星和書店, 2010.
- 『家族のための統合失調症入門』改訂版, 河出書房新社, 2011.

はじめに

精神科臨床を含む医療においては、患者と呼ばれる人の治療において家族の理解と協力を得ることが当然と考えられてきた。特に精神科においては、精神保健福祉法のいわゆる保護者制度の規定により、多くの場合家族である保護者が、医師の指示に従う義務、医療を受けさせる義務などを負っているために、今日でも家族は制度上必要不可欠な存在となっている。一方、家族からは保護義務に象徴される家族の過酷な負担の軽減を求める声が強く聞かれている。保護者制度の背景には、精神疾患患者は常に病識を欠き、自傷他害のおそれが強いと見なされたことや、家族を社会の基本単位として成員扶助の役割を負わせた施策の影響があったと考えられる。しかし、新しい治療薬の開発や支援体制の整備に伴い患者が病識を欠く時期は限定され、また、家族の構成や機能が変化した結果、常に家族が患者の療養の協力者として登場するという前提が揺らいできていることもあり、こうした見方や施策はすでに過去のものとなっている¹⁾。最近、国が障害者権利条約の批准に向けた法整備を検討する中で、保護者制度の廃止を含む大幅な見直し²⁾が狙^{そじょう}に上るのは、むしろ遅きに失したともいえる。最近では、保護義務撤廃にとどまらず、さらに家族を支援する手だてが模索されるようになってきている。しかし、精神障害者の家族支援とは何をすることなのか、当事者や関係者の中でも必ずしも明確になっているとは言えないように思われる。本稿では、家族という広大な対象について、少し古くなるが『家族学のみかた』(1998)²⁾に掲載された研究者の論考を参照しつつ、精神障害者福祉における家族の実態と支援の基本的なあり方とは何かに言及してみたい。

家族を見る視点

社会学の視点からみると、近代社会においては、一般に生活を共にする二世帯(核家族)ないし三世帯の同居集団が家族と認識され、その集団内で、愛情に裏打ちされた相互理解や相互扶助の精神、一定の行動統制が共有され、生産活動の他、成員に対する子育て、教育、療養、介護などの機能が発揮され

るというイメージが持たれてきた。また、それぞれの家族には、家系、家業、家風、家訓、祭祀などの形で家族の同一性や信念を世代を越えて伝達する仕掛けが存在し、それらにそぐわない事態が生じたときには、世代間の混乱が生じることにもなる。また、家族には、婚姻によって新しく形成され、子の誕生により拡大し、一定の規模を維持したあと、やがて子の成長や夫婦の老齢化に伴って縮小に向かうサイクルが認められる³⁾。

家族は時代と地域を越えて普遍的に存在するが、時代と地域によって、その形態や機能は異なっている。人口学の視点から見ると、第二次世界大戦後以降の半世紀あまりの間に核家族自体がもはや基本形と見なされないような劇的な世帯構成員の変化が生じている。例えば、1955（昭和30）年には世帯あたりの成員は6人以上が最も多く（35%）、半数は構成員5人以上の世帯であったが、2005（平成17）年になると最も多いのは単身世帯（約3割）で、これに2人世帯を加えると全世帯数の半数を超える状態となっている³⁾。これに伴い家族機能も総じて脆弱化するに至っている。法社会学の立場から丸山は、「国家には理想とする社会の価値観やその内面化をめざして、一定の家族のあり方を政治戦略の拠点とすることによって、社会を統制しようとするコントロール思想がある」が、家族の実態や価値観が多様化した今日の日本では、「家族をコントロールし正常化することは意味がない」と指摘している⁴⁾。むしろ家族は「社会によって支えられる単位」という様相を強くしている。

一方、家族に生じている大きな変化を「家族の崩壊」というのは当たらず、家族が生産や教育の機能を外部に委譲してきた過程の延長線上に現在があり、「成人のパーソナリティの安定と次世代の再生産」という残された機能によって家族はこれからも存続していくとする見方がある⁵⁾。この状態で強調されるのは絆としての愛情である。家族に独特の愛情は「血のつながり」という表現で象徴される「利他と利己が分離していない状態」⁶⁾で、この未分化な感情は「無償の愛」と美化されることが多い反面、抱え込みやDV、児童虐待、高齢者虐待といった人権侵害の温床ともなるものである。

家族に残された「愛」をよりどころとする人間関係に対し、「現代の家族関係への思い込みは資本主義と結びついたある種の幻想」「家族単位社会は差

別的」と断罪して、個人を単位と見る社会を標榜する研究者が現れている⁷⁾。家族法の研究者も「家産の保護から個人の保護」⁸⁾に向かっているとやうなど、これはある程度研究者に共有された認識のようである。しかし、現実の法制度においては戦後、明治民法（1890）で見られた家族の入籍や居所指定の同意権など広範な権限を有する戸主の制度こそ廃止され、現行民法では夫婦関係と親子関係の規定が中心となっているが、戦後の改正によっても家族法の枠組み自体が変更されたとは言えない⁸⁾。扶養義務が直系血族（親子、孫子など）および兄弟姉妹と3親等の親族（祖父母の兄弟、父母の兄弟、甥姪）と広範囲の親族に科せられていることなど、旧制度の名残と見られる規定も少なくない。

この点は、社会福祉学も同様である。庄司は「社会福祉における世帯単位原則がもたらす家族関係の歪みなどを検討していくと、社会福祉政策をはじめとして、政策単位を個人化するという課題が浮上してくるようになる」⁹⁾と述べている。庄司が具体的な家族施策の課題として挙げた①虐待など家族の逆機能というべき現象により、家族が究極の不平等の根源とならないように防御する方策を検討すること、②年金や税の控除など妻の優遇に関する問題、③社会福祉や関連法制度上、子ども、高齢者、障害者、病弱者に対する人権保障の整備、などは10余年後の現在も依然解決を見たとは言えない状態である。

以上の素描で、家族がその規模と機能を縮小する形で大きな変化を遂げつつある中、家族が関係する現行の法規や制度については、実態に即し、特により個人に焦点を当てた形となるような修正を要する課題があるとの主張が強くなってきているものの、今日に至るまで制度設計には十分な形で反映されていないことが理解される。

精神障害者と家族

家族をめぐる諸学が腐心している「保護の個人化」や「施策単位の個人化」という課題は、まさに今日の精神保健福祉が直面化している課題に通じる。精神保健福祉法の保護者は父母やきょうだいなど扶養義務を負う者の中から1人だけ選ばれるが、保護者はその時点での家族の代表という意味合いが強く、結局家族を単位として精神障害者の保護を担わせる

ことが制度の趣旨であると考えられるからである。

それでは、現行の保護義務の撤廃が実現すれば問題が解決するのかという、ことはそれほど単純ではない。まず、症状悪化時に精神障害者を保護する役割を誰が担うのかという問題が生じる。保護者制度の改革について話し合う厚生労働省のワーキングチームでは、現在の医療保護入院に相当する入院形態は維持すべきという意見が多いように見えるので、現在保護者が担っている医療を受けさせる義務や医療保護入院の際の保護者同意を誰が代替できるのかという課題を解決しなければならない。家族であるという理由によって不問にすることができたと考えられる非自発的治療への導入の際の役割を第三者がなし得るためには、より厳格な手続きが要請されるであろう。第二に、現在精神障害者と暮らす家族にとっては保護義務の撤廃によって、身内の精神障害者との関係においてただちに特別な変化が生じるわけでもない。家族は精神障害者との生活によって、多方面にわたって影響を受けていることが知られている。精神障害に罹患した身内と暮らす家族には、①患者の病状理解の困難、②患者との接し方の戸惑い、③患者との対立などが生じてきやすい。さらに、④専門的支援を受けられず孤立したり、⑤家族成員自身の生活に影響が出たり、健康状態が悪化したりすることが報告されている³⁾。その実態について詳述するゆとりはないが、保護者制度の改正を機に、併せてこうした負担の軽減が達成されなければ家族にとっては何も変わらないに等しい。その解決の方向性について、家族会調査などの結果によると、ACTやアウトリーチ事業などに期待が寄せられている。そうした家族の声には最大限耳を傾けるべきことは言うまでもない。しかし、家族支援は患者への直接サービスに尽きるものではなく、あえて家族支援とは何かを問う立場に立てば、個々のサービスの利用を決定するに至る過程において、家族と患者の関係の中で起こってくるあらゆることを扱える相談支援の充実こそが何をにおいてもまず実現されなければならないものであると著者は考える。

もちろん、家族に対する相談はこれまでも行われてきたが、本人に任せておくことができず、ようやく覚悟を決めて訪れた相談機関で、「まず病院に連れて来て下さい」と実行不可能な方策が提示されるだけであったとか、「本人がその気にならなければどうしようもない」と言われ、何ら有効な示唆が示

されなかったなど、失望の体験をしたという家族が少なからず存在する。事情は個々さまざまであろうが、たとえ有効な対策を見出すことが困難な場合でも、家族を満足、あるいは納得させられない相談にはどこか足りないところがあったのではないかと反省する必要がある。精神保健福祉士をはじめ、医師、看護師等の専門職は日常的に利用者の相談に応じていると考えられる。したがって、家族が来談者である場合に特別な心得などは必要ないのかもしれない。しかし、家族が来談者である場合には、家族と患者の思いが異なることが解決を難しくしていることが少なくない。そこで、ここでは、患者と家族の間で意見の相違や対立が見られる場合の相談を想定し、以下留意点を挙げてみたい。

家族支援としての相談支援のあり方

1) 患者と家族の間で起こっていることを理解する

精神障害者と家族の関係は多岐にわたり、錯綜している。著者は、家族内のある成員に精神疾患が発症した場合、①家族がその精神疾患の発症の原因である、②家族がその精神疾患の回復の妨害因子である、③家族がその精神疾患の回復の支援者である、④その精神疾患のために、家族と本人の間で加害ないし被害の関係が生じている、という4つの事態が想定可能であると考えた¹⁰⁾。家族がその精神疾患の発症の原因であるということは、さすがに例外であろうが、それ以外のありようは、診断名によって一義的に決定されるのではなく、家族によって、また患者の病期によって異なる可能性もある¹⁰⁾。相談者は、まず患者と家族の間で起こっていることを的確に理解する必要がある。

2) 患者と家族の思いを尊重する

そして、上記の②～④が確認されたときにも、対応が一義的に決まるとは限らない。例えば、感情表出が高い家族が存在し患者の回復を妨げているにもかかわらず、患者は家を出て行こうとしない場合があり、逆に患者から暴力を振るわれている老親が家を出て行こうとしない場合もある。患者あるいは家族が病気の改善や被害の回避よりも、お互いの一体性を優先することがあるのが「家族の愛」である。相談者はいらだちを覚えるかも知れないが、それが

現実である場合には、現実をことさら批判的に見る
ことなく、まずは家族の思いに丁寧に応接すること
が支援の第一段階となることを肝に銘じることが必
要であろう。

3) 患者の生活支援を最重視する

一般に、家族から患者の入院の相談を受けた場合
に、いきなり患者の入院方法の検討に入ることはな
いであろう。相談者は、患者の症状や問題行動が激
しいときも、「入院したくない」という患者の思い
を生かす精一杯の努力をすることが大切である。こ
のことを家族に伝え、患者を交えて粘り強く「入院
しないで済む方法」を検討すべきである。もちろ
ん、結果として本人が入院しなければならないこと
はあろうが、それまで相談者が真剣に入院しないで
済ませようと努力したことは家族にとっても、本人
にとっても今後生きる経験となるはずである。

4) 中立的立場で調整役として関与する

個人情報保護法を持ち出すまでもなく、患者と家
族のプライバシーは守られなければならない。面接
の際には、来談者に敬意を払うことはもちろん、患
者はじめ話題となる他の人を傷つけることがないよ
う十分配慮する。家族内には1つの問題をめぐって
さまざまな意見や立場があり、対立や混乱が生じて
いることもまれではない。相談者が、これらの人々
の感情的対立に巻き込まれ、相談者として機能でき
なくなることを避けるためにも、関係者全員に対し
て中立的態度を取ることを心がける必要がある。家
族が持ち込む相談では、家族とだけ話しても実効性
のある支援ができないことが多い。ケースバイケー
スではあろうが、必要ならば患者本人も交えて相談
ができるようになりたい。そこで、相談者は患者・
家族双方とよい関係を取りつつ、双方が納得できる
解決法を見出すよう努力するのである。

5) 働きかけは慎重に、でも方針を決めたら 粘り強く行う

相談者は、何を言えば、どういう結果が生じるか
を考えつつ、じっくり患者や家族の意見に耳を傾け
るべきである。提案は相手の「顔が立つ」ものがい
いがそうとばかりは言えないのも現実である。その
場合でも、提案に対する反論に対しては感情をあら
わにすることなく、時にはワンダウンポジションを

取って受け止め、粘り強く直面化を図るべきである。
最終的に「ありがとう」ではなく「しょうがない」
と言ってもらって終わるのも場合によっては立派な
支援の形であると心得たい。

おわりに

家族支援とは何かについては、いろいろな回答が
あり得る。本稿ではそのうち家族が納得する相談支
援を基本とすべきであると意見を述べた。その際、
単に家族とだけではなく、必要に応じて患者も交え
て話し合う対応が求められていると考える。その役
を誰が担うのが問題である。著者は地域の精神保
健福祉士に期待している。今回の保護者制度改正は
新たな地域精神保健福祉の体制へ移行する上での過
渡期の改正と認識し、医療保護入院について保護義
務を撤廃し扶養義務者の同意を要件とする代わりに、
地域の精神保健福祉士等の誰かが必ず担当とし
てつき、入院時から家族支援を行いつつ、患者の退
院支援につなげていく仕組みをつくることを是非実
現したいと思っている¹¹⁾。

文 献

- 1) 白石弘巳：保護者制度の諸問題。松下正明、斉藤
正彦編、臨床精神医学講座 22、精神医学と法、中
山書店、1997、pp277-292。
- 2) AERA Mook39、家族のみかた。朝日新聞社、
1998。
- 3) 白石弘巳：家族とその支援。情緒発達と看護の基
本、第2版。メディカ出版、2011、pp97-116。
- 4) 丸山 茂：「公」と「私」を見なおす。前掲2)、
pp 22-25。
- 5) 瀬地山角：今の日本を離ればもう少し楽にな
れる。前掲2)、pp18-21。
- 6) 清水昭俊：かつてわれわれにはさまざまな「親」
がいた。前掲2)、pp14-17。
- 7) 伊田広之：シングル単位社会の可能性。前掲2)
pp148-153。
- 8) 石井美智子：家産の保護から個人の保護へ。前
掲2) pp26-29。
- 9) 庄司洋子：政策単位の個人化という問題。前掲
2)、pp34-37。
- 10) 白石弘巳：精神医療史における精神障害者
家族の状況。統合失調症からの回復を支える一心
理教育・地域生活支援・パートナーシップ、星和書
店、2010、pp109-117。
- 11) 白石弘巳：精神保健福祉における家族支援の方
向性。精神障害者リハビリテーション、15(2)：
141-147、2011。

2011年11月30日発行



特集 当事者としての家族への支援：主人公としての家族

【精神保健医療福祉における家族支援の方向性】

精神保健福祉における家族支援の方向性

白石弘巳

精リハ誌, 15(2); 141-147, 2011

精神障害とリハビリテーション

第15巻第2号 (通巻第30号)



特集 当事者としての家族への支援：主人公としての家族

【精神保健医療福祉における家族支援の方向性】

精神保健福祉における家族支援の方向性

白石弘巳

精リハ誌, 15 (2); 141-147, 2011



word

索引用語：家族、家族支援、保護者制度、心理教育、精神保健医療改革

Key words : family, family support, conservatorship (Hogosha-seido), psychoeducation, reform of mental health system.

□ I はじめに □

精神障害者と家族の問題は、古くて新しい問題である。古くは、呉秀三の私宅監置に関する報告書の中に、本人の置かれた悲惨な状況とともに、家族の困難が記載されている¹⁾。新しい問題であるのは、この問題が長年解決されぬまま、今日に至っているためである。

浜田晋は2008年に行われたメンタルケア協議会のシンポジウム「精神障害者の家族支援とEarly Interventionを考える」の閉会挨拶で「家族を軽視するものは患者を軽視するものだ」という言葉が昔からあったことを紹介し、日本現状を「家族をないがしろにしてきたツケが回ってきた」と断じ、「家族問題を根本から考え直して、日本の精神医療を少しでも一歩でも正しい方向に進めていくように念願している」と結んでいる²⁾。浜田のこの願いが届いたのか、このころから「家族支援」が脚光を浴びるようになってきている。医学中央雑誌の原著、総説、解説を「精神」「家族支援」をキーワードとして検索すると、2000年まで

は一桁であった論文が漸増し、2005年に33件となり、浜田が挨拶をした2008年には51件、2010年には実に65件に増加し、今日に至っている。件数が増えたのは、専門誌に家族支援をテーマとする特集が取り上げられたことが大きい。最近2年間に限っても「最新精神医学」(15(3)、家族との共同治療と家族支援)、「精神科臨床サービス」(10(3)、家族のリカバリーをどう支援するか)、「精神科看護」(38(4)、家族の声に耳を傾ける)、「心と社会」(42(2)、支えられて(手)、支えて(手)！：家族が求める家族支援)、「家族心理学年報」(29、発達障害と家族支援)、「認知症介護」(11(2)、若年認知症の人と家族の支援、11(3)家族支援と困ったケースへの対応)など目白押しである。

戦後、家族に注目が集まったのは、今回が三度目ではないだろうか？ 最初は、ライシャワー駐日大使傷害事件を契機として保安市彩の強い精神衛生法改正が行われようとした1964～1965年にかけて、次は、宇都宮病院事件が国際的な非難を浴び、その結果、精神衛生法が改正され精神保健法成立に至る1980年代後半である。いずれも、国際的な事件の後を受けた変革の大きなうねりの中での出来事であった。翻って今の状況を見ると、国の「精神保健福祉の改革ビジョン」の実現に向けた動きに加え、障害者権利条約の批准を視野に入れた障害者制度改革推進会議、精神障害者やその家族、専門家有志が活発な動きを見せる「心の健康政策構想会議」(発展して「心の健康構

How we can establish adequate support for families of people with mental illness

東洋大学ライフデザイン学部, Hiromi Shiraiishi : Toyo University, Faculty of Life Design