

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、どの立場から見るかによって、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い。

## 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<sup>4)</sup>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からであるのに対し、「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」<sup>5)</sup>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<sup>4)</sup> (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連して、「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い

## 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はもちろんであるが、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)」<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

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<sup>3)</sup>。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<sup>5)</sup>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)<sup>9)</sup>

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る、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<sup>7)</sup>。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、難しい状況があっ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 白石 弘巳

●プロフィール .....

- 1979年 東京医科歯科大学医学部卒業。
- 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。
- 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欠くべからざる存在となっている。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なっている。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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>が俎上に上るのは、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事なのか、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)<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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<sup>3)</sup>。

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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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」<sup>6)</sup>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<sup>7)</sup>。家族法の研究者も「家産の保護から個人の保護」<sup>8)</sup>に向かっていると言うなど、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<sup>8)</sup>。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と思われる」<sup>9)</sup>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問題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<sup>9)</sup>。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<sup>10)</sup>。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<sup>10)</sup>。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い  
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」を検討するべきである。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、相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とつつ、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「しようがない」  
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  
を誰が担うのかが問題である。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<sup>11)</sup>。

### 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：精神医療史の中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

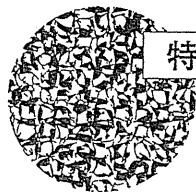
白石弘巳

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<sup>1)</sup>。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願っている」と結んでいる<sup>2)</sup>。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)、家族のリハビリをどう支援するか)、「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的色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

<sup>1)</sup>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

想実現会議)の動向などが絡み、過去2回に匹敵する改革前夜の様相を呈しているように見える。

したがって、このような時点で「家族支援」の方向性について検討することは、とりもなおさず、今求められている日本の精神保健福祉改革の方向性を見定めることにつながる。

## □ II キーワードとしての「家族支援」□

過去2回のうねりが家族にもたらした影響を見ると、第一回目は家族会という自助組織の全国組織化(全国精神障害者団体連合会(全家連))があり、第二回目には自助に至るエンパワーメント過程を支援する心理教育の登場があった。第三回目のうねりが家族に与える影響を占うポイントも、もっぱら使われている「家族支援」という用語にある。この言葉の字面からは、今回の注目されているポイントが、「支援されるべき存在としての家族」であると読める。それは、自助とエンパワーメントを志向したこれまでの流れを180度転換させたようにも見えるが、それは正しくない。むしろ、これまでの流れの延長線上で、さしあたって自助の力がなく、支援を必要とする家族の存在を正視するところまで、家族を見る視野が広がったと見るべきところである。

さて、ここで改めて「家族支援」という用語について考えてみたい。この用語がいつから使われ出したか定かにできなかったが、少なくとも、最近に至るまで、今日ほど高頻度に用いられた形跡はない。むしろ、従来論文にしばしばあらわれたキーワードは、「家族援助」「家族看護」などであった。「家族支援」を辞典で引くと「家族の抱えている問題を理解し、家族の解決の目標を確認し、家族とともに問題解決の過程を歩むこと」<sup>12)</sup>と記されている。ここで、前に挙げた二つのキーワードとの決定的な違いは、「家族とともに」という専門家の姿勢を強調するところにあるのではないだろうか？ 私見では、紹介した定義では、「家族とともに」が「問題解決の過程」とのみ関係するように見えるが、実際には、「家族の抱えている問題を(家族とともに)理解し」「家族の解決の目標を(家族とともに)確認し」でなければならない。そこから見て取れることは、家族を専門

家の援助の客体としてではなく、自ら援助を受ける権利を有する主体として捉えるという思想である。専門家に問われているのは「パートナーシップ」である。精神障害当事者とスタッフの「パートナーシップ」については、「より仲間に近い存在」「大人と大人の関係」「人間としてはあくまで平等であるが、対等ではない」などと言われる<sup>13)</sup>が、「家族支援」の方向性を検討する際には、まさに家族と専門家間の「パートナーシップ」のありようを具体的に描くことを避けて通れない。そして、それは、当事者の支援のゴールとして人口に膾炙している「リカバリー」を家族にももたらすものでなくてはならない。ある家族は「家族である私にとっての回復(リカバリー)とは、トコトン失ったあとに、失うものが何もなくなくなって与えられた「恵み」のようなものである」<sup>6)</sup>と述べている。パートナーとして家族支援を行う者は、こうした言葉の意味と背景を十分に理解しなければならない。

また、あらゆる支援についていえることであるが、「家族支援」においても、制度的支援と臨床的支援を分けて検討する必要がある。制度的支援は、その制度の効力の及ぶすべての対象が享受する権利を持つべきものであり、臨床的支援は、制度的支援を個別事例に確実に適用する過程である。一般に、制度と臨床は、対人サービスにおける補完し合う両輪であり、どちらが欠けても効果はあがらない。

なお、第三のうねりとしての、今回の家族への注目の高まりの特徴がもう一つある。それは、前二者の場合、家族といえは、多くの場合「統合失調症の患者を身内に持つ家族」であったが、今日の家族はそれに限らない。先に挙げた専門誌の家族に関する特集でも、対象は認知症、発達障害、うつ、アディクション、ひきこもり等と非常に多彩となっている。今般、この事実を無視して「家族支援」の今後のあり方を語ることは不十分であることを指摘した上で、本稿では当面統合失調症の「家族支援」を念頭に置いて論を進めることをお許しいただきたい。それは、著者の能力の限界によることが最大の理由ではあるが、それに加えて、この疾患がとりわけ強制的な治療の対象とな

ることが多く、また一般に経過が長期にわたるなど家族に与える影響が大きく、さらにこれまでの精神科医療、法制度の歴史の遺産を引きずっていることによるためである。

本稿では「家族支援」という言葉とその範囲をこのように設定した上で、以下の論述では括弧を外し、今後の精神保健福祉改革におけるあり方を論じてみたい。

### □Ⅲ 精神障害者家族と 家族支援をめぐる今日の状況 □

#### 1. 精神障害者家族の現状と課題

最近、統合失調症の患者と暮らす家族に対する大規模なアンケート調査（有効回答数；4,419）が全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）の会員に対して実施された<sup>14)</sup>。その結果の詳細とその結果を踏まえての家族の提言については、本特集において別の著者が論じる予定であるので、ここでは、精神障害者と家族のおかれた状況について簡単に要約しておくにとどめる。

- ・回答者は親が85.1%を占め、その大多数が本人と同居していた。本人の病名は統合失調症が82.1%を占め、平均年齢は42.4歳、平均罹病期間は20年を越えていた。
- ・本人の多くが在宅で、就労（自営業・アルバイト含む）している人が少なく（7.3%）、デイケアや地域の通所施設を利用していない人が3割近く存在していた。
- ・回答者の多くは自身の健康問題を抱え、回答者自身の高齢化の問題に不安を持つ人が64.1%と高率で、本人の他に要援護者がいるとの回答が31.7%に上った。本人のために平均6万5千円を支出していた。
- ・家族の過去の困難な経験については、本人の状態が悪化した時に近隣とのトラブルなどが生じ、肩身の狭い思いをしたり、孤立感を覚えたりしたことがある（約5割）、本人が1か月以上治療を中断したことがある（約3割）、本人がいつ問題を起すかという恐怖心が強い（6割強）などの回答が得られた。精神的不調のために服薬治療を受けたことがあると

の回答が4割近く見られた。また、約7割の家族が、必要な情報が得られず困惑した経験を有し、きめ細かく家族の相談に乗ってくれる存在を求めているが、安心して相談できる専門家を容易に見つけることができなかつたと回答した。また、本人の療養のために就労状況に影響がでた人や、趣味などを行う余裕がなくなった人もいた。

この結果を見るに、精神障害者と暮らす生活上の負担が長期にわたることで家族にさまざまな影響が出ること、特に病状悪化時に対応が困難になること、将来に対する不安、などが家族に共有されていることがわかる。こうした状況は、これまで全国精神障害者家族会連合会が1985（昭和60）年、1991（平成3）年、1996（平成8）年、2005（平成17）年と会員に対して行ってきた全国調査でもつとに指摘されてきたことであり、今回の調査でそれが一向に改善されていないことに加え、これも以前から指摘されていた家族の高齢化が一段と進み事態がいつそう深刻化している状況がうかがえる。この調査結果は、家族会会員の状況を反映したものであるが、家族会に属していない多くの家族の現況や過去の経験も、今回の調査によって示されているものと同様であると推定される。

#### 2. 家族をめぐる制度的支援の現状と課題

精神障害者家族に関する法制度の主なものは、精神保健福祉法に規定されるいわゆる保護者制度である。保護者は、精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど、患者の生活行動一般における保護の任に当たらせるために、精神保健福祉法に特別に設けられた制度である<sup>15)</sup>。この制度は、さまざまな問題があることが指摘されている。制度論として、①精神障害者すべてが無条件に対象となる点、②保護者の任期に関する規定がない点、③本来は公法上の義務である保護義務を実行困難な家族に負わせている点（自傷他害防止監督義務が削除されても保護義務の基本的な性格は変わっていない）、④公的保護者と家族の保護者の義務の齟齬（内容が一致しないこと）、などである。「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケアの改善のための原則」（いわ

ゆる国連原則)が採択されて以降、原則に盛られた個人的代理人の規定が、もっぱら本人の人権擁護に当たるのと比較して、保護者の規定は患者擁護の色合いが弱いことも問題となった。保護者制度は、精神障害者の精神科病院収容を家族の保護者を介して円滑化させ、折からの高度経済成長期に勤労世帯の負担軽減をはかるといった歴史的機能を担ったものであるが、精神科医療の諸問題を解決する上で桎梏となって久しい。池原は、皮肉をこめて、保護制度は①共倒れ促進機能、②再発促進機能、③退院消極化機能、④社会的支援・福祉的支援後退化機能を果たしてきたと述べている<sup>3)</sup>。

こうした旧態依然とした制度の改革の必要性に関する認識は1990年代以降徐々に広がり、精神保健福祉法の改正のたびに保護者制度の改革が俎上に上ってきた。その結果、保護者規定はいまだに存続しているものの、保護義務者から保護者呼称規定の変更と社会復帰の際の相談援助を求めることができるとの規定の付加(1993(平成5年)改正)、自傷他害防止監督義務の削除と保護義務の対象者の限定に関する規定の付加(1999(平成11)年改正)など保護義務規定の軽減が図られた。また、以前からあった保護者がいない場合に市町村長が同意する規定に加え、保護者がいない場合、4週間に限り扶養義務者の同意で医療保護入院できるとの規定の付加(1987(昭和62)年改正)や、保護者がいない場合、移送制度の同意は扶養義務者で足りるとの規定(1999(平成11)年改正)ができたことで、たとえ一時的にせよ保護者機能を行行使できる家族の範囲が広がり、さらには成年後見制度の開始に伴い、複数後見人や法人が保護者となる実態も生じている<sup>12)</sup>。保護義務の軽減化や関連法規がもたらした変更の結果、今日ではことさら家族の一人を保護者に選任する意義も薄れてきた。

こうした中、2010(平成22)年6月29日閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」の中に、「精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年度を目途にその結論を得る」との文言が入れられたことを以て、保護者制度の存

廃が改めて国の検討課題となるに至っている。現在厚生労働省の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第3Rで保護者制度の見直しの検討が進められている。現時点までに個々の保護義務の整理が行われ(図1)、次期精神保健福祉法改正の際に、保護義務が削除される可能性が高まっている。むしろ、おおかたの関心は、保護義務規定の削除に伴い、医療保護入院の規定がどのように変更されるかに向かっていると考えられるが、この点については、いまだに方向性は見えていない。

さらに、保護者制度という「家族への法外な責任転嫁」を反省して廃止するだけではなく、本来は、家族自身をもっと積極的に支援する制度が必要である<sup>4)</sup>という認識から、イギリスにならって、「介護者支援推進法(仮称)」の制定を求め、家族など無償の介護者のためのケアラー連盟が結成されるに至っている<sup>2)</sup>。

### 3. 家族に対する臨床的支援の現状と課題

家族会の調査結果のごとく不十分の誇りはまぬがれないとしても、臨床の現場では精神障害者本人や家族の要請に応じて、あるいは専門家が提案する形で、さまざまな支援が展開されている。

しかし、個人情報保護法の施行以降、特に外来患者の場合に、患者の個人情報保護の必要性を盾に家族が主治医の診察に同席することや、家族との個人面談が拒絶される事態が一部で起きているようである。臨床に携わる者が、身内の状態を案じ、熱心にかかわろうとする家族を排除して、あまつさえ「過保護」などの非難がましい言葉を投げかけるようなことがあってはならないはずであるが、こうした体験を涙ながらに訴える家族がいまだにいるのが現状である。

家族の要望に応える一つの形として、1990年代から家族心理教育が普及してきている。心理教育の普及と技術の研鑽を目的として創設された心理教育家族教室ネットワークは、2012年春には14回目の年次研究集会を開催するに至っている。家族心理教育とは「精神障害者の家族に対して、病気の性質や治療法、対処法など、療養生活に必要な正しい知識や情報を提供することが、効果的な治療やリハビリテーションを進める上で必

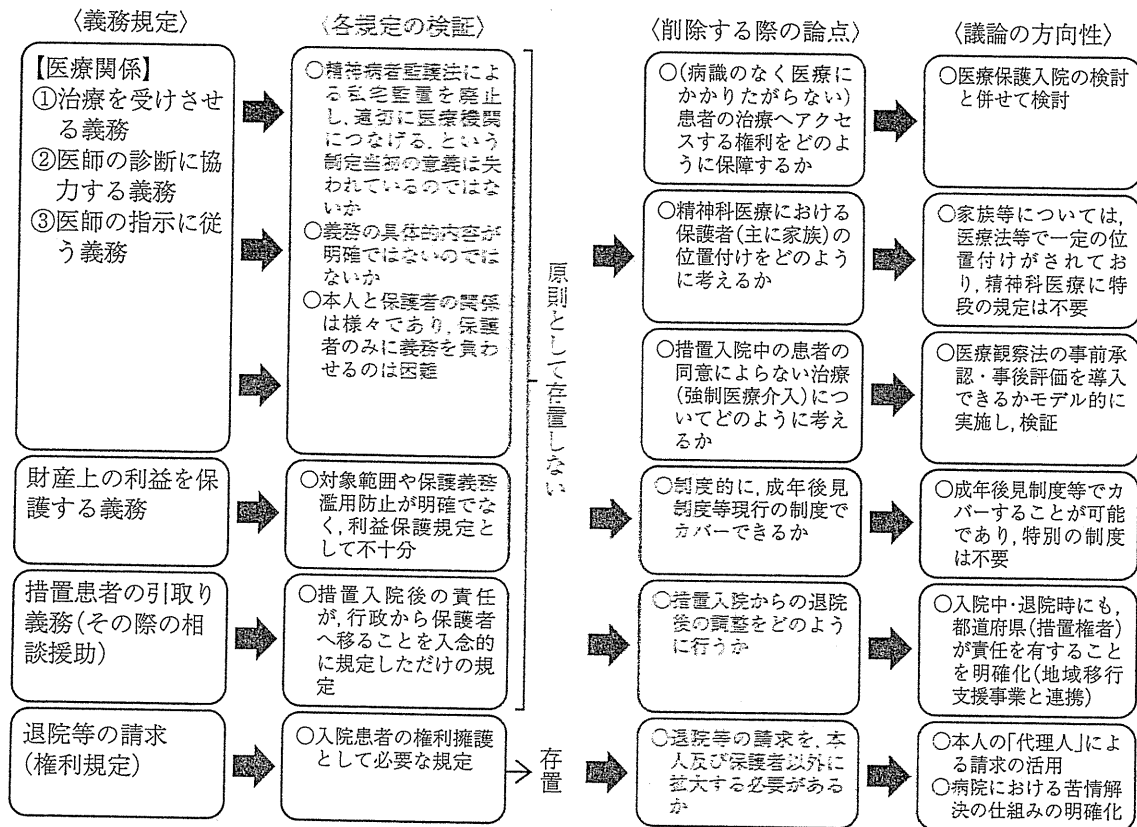


図1 保護者に課せられた各義務規定に関する整理

要不可欠であるとの認識のもとに行われる、心理療法的な配慮を加えた教育的アプローチのことである」<sup>9)</sup>。元来は感情表出の研究成果をエビデンスとする再発予防プログラムであったが、今日家族への支援の姿勢を強め、家族のエンパワーメントとリカバリーを中心に据えた修正が行われてきた<sup>5)</sup>。最近では、その実施普及に向けて、科学的根拠に基づく実践ツールキット(EBPツールキット)が紹介され<sup>9)</sup>、対象となる精神疾患も拡大してきている。さらに、「家族ゼミナール」その他の名称で家族が家族に情報提供する試みも広がってきている<sup>15)</sup>。しかし、家族心理教育は、いまだ診療報酬の対象となっていないため、誰もが求めに応じて利用できるものとはなっていない。

また、いかに情報提供を受け対処技能を磨いても、家族には困難に感じられることがある。家族会などでは、必ずといってよいほど、専門家が情報提供するだけでは解決できない家族の悩みや困難が語られる。身内の発病の衝撃を受け止め、今後生じるさまざまな可能性を理解した上で現実的に対処すること、病識のない急性期の患者を医療

につなげる方法、精神症状や能力障害を抱えた患者の退院引き取りなど、など家族の課題は枚挙にいとまがない。畢竟、家族の多くの要望の中でもっとも必要性が高いのは、自分ではどうしようもない事態に直面した家族に対し、家族の立場に立って、支援に力を貸すことができる専門家の存在であることは疑いない。家族の心情に配慮し、決して十分とはいえない地域の社会資源をやりくりして利用することで、ともかく目前の問題解決を図る臨床的支援を行うことが、家族のパートナーとしての専門家に求められている。家族の悩みを誠実に聞き取り、ともに問題解決を図ることができる立場にいて、しかも対処するに足る臨床手腕を有する専門家の支援を、誰でも必要時に利用できる体制を整えることが、喫緊の課題である。

#### □ IV 家族支援の方向性 □

以上、精神障害者家族、関連法制度、臨床的支援の現状を述べ、併せて課題に触れてきた。家族支援の方向性とは、挙げられた課題を一つひとつ改善していくことに他ならない。しかし、現時点

でもっとも大切なことは、家族に対する臨床的支援が行える枠組みを制度的に整えることである。制度を整えるということは、必要とするすべての家族がその支援の利用を保証されるということではなければならない。しかし、財政が逼迫する中、そのための人材と財源をどこから確保するかが最大のネックとなる。

国の動向を見ると、現在厚生労働省は「新たな地域精神保健医療体制の構築」に向けた検討を行っており、その中で保護者制度と医療保護入院が狙上に載せられている。現時点ではその着地点が見えていないが、著者は、今回の改正では非自発的入院の一本化を実現することで医療保護入院を発展的に解消させるよりも、医療保護入院の規定を改正し、むしろこの機会を利用して、誰に対しても家族支援が行える制度づくりと絡めることが今後の精神医療改革に役立つのではないかと考えている。すなわち、医療保護入院については、同意する者を保護者ではなく扶養義務者とするとし、あわせて①入院要件の厳密化、②入院期間の限定、③同意する扶養義務者には医療機関とは独立した相談援助者（精神保健福祉士等）を必ずつける、という要件をつける。特に三番目の要件により、保護者による本人擁護が制度上弱くなる分の埋め合わせをすると同時に、扶養義務者の負担軽減にも寄与できるのではないかと考える。

この相談援助者は入院中、本人や家族の相談に乗り、さまざまな情報提供を行い、退院に際しては、家族との調整に努めるとともに本人の「代理人」として退院等の請求を行う（図1）。退院促進事業等を通じて、地域の相談支援担当者の果たす役割が大きいことはすでに明らかである。地域の相談援助職が一人ひとりの医療保護入院患者に関与することにより、例外なく相談援助の体制がとられ、退院後の地域での生活支援につながる事が期待できるのではないだろうか？ また、増員された相談支援員を中心として、家族等の最大の関心事である本人の病状悪化や家族の困難時に速やかに相談を受けられるような体制づくりや、心理教育をあまねく行うための体制づくりを進めることも可能となるのではないだろうか？

英国では、家族支援専門ワーカーを日本の人口

に換算して1,750人投入する施策が行われたという<sup>4)</sup>が、日本で同様のことを行う可能性は医療保護入院の改正に絡めるしか、今のところないと私は思っている。医療保護入院者の全体をカバーするだけの人員を確保できるかなどの懸念はあるが、ぜひ、この機会を捉えて、家族支援を行う相談援助職を増やし、地域における精神保健福祉の体制づくりが進むことを祈りたい。

## □ V おわりに □

家族支援に関連して、一つ触れないできた部分がある。それは、本人支援の成功が究極の家族支援になるということである。本人支援の在り方についても、日本の精神科医療、地域の支援体制はいまだ遅々とした歩みの中にある。困難を抱えた多くの家族は「もしかしたらもっとよい方法があるのではないか」と藁にもすがる思いで日々を過ごしている。私は以前から「家族はよくする方法を知りたい」が「専門家は悪くしない方法を伝えたい」のであると話してきた。支援方法の如何によらず、統合失調症に由来する困難を直ちに除去することは困難なことが少なくない。だからといって、本人の病状や障害が回復しなくても本人のリカバリーが生じるといわれる現在、家族の回復も本人の状況だけに左右されるものとみるべきではないだろう。

私は、本人の疾病からの回復を「今できることを自ら行い、できないことは支援を頼める人になること」と述べてきた。このことを敷衍して、家族の場合も「できることは行い、できないときには専門家などに相談支援を求めること」を以て回復の過程にあると考えたい。問題は、現在制度と臨床の両面で、家族から求められた支援の要請に行政や専門家が十分に答えられていない点にある。家族の困難や希望をしっかりと受け止めることができる体制を一刻も早く整えることが、家族が回復の道を歩むための必要条件であることを専門家は肝に銘じる必要がある。

## 文 献

- 1) 浜田晋：閉会挨拶。NPO 法人メンタルケア協議会 第12回シンポジウム報告書。精神障害者の



- 家族支援と Early Intervention を考える. p.89, 2008.
- 2) 堀江紀一, 粕谷嘉子, 小笠原勝二, 他: 家族ニーズから見える精神保健と医療の現状. 臨床精神医学, 40; 15-25, 2011.
  - 3) 池原毅和: 保護者制度の問題点. 第54回日本病院・地域精神医学会総会抄録集, p.131, 2011.
  - 4) 伊勢田堯, 増田一世, 堀江紀一, 他: 精神保健医療における歴史的誤りを正すための家族支援の意義と課題. 臨床精神医学, 40; 63-68, 2011.
  - 5) 伊藤順一郎: 心理教育的アプローチへの手引き. 精神障害者社会復帰促進センター「Review」, 11: 16-19, 1995.
  - 6) 丸山美枝: 家族にとっての回復. 精神科臨床サービス, 10; 466-468, 2010.
  - 7) 日本精神保健福祉士等監修: 精神保健福祉用語辞典. 中央法規出版, p.66, 2004.
  - 8) 大島巖: 心理教育: いわゆる消費者の観点から. 家族療法研究, 11; 30, 1994.
  - 9) 大島巖: 心理教育の実施普及に向けて. 臨床精神医学, 39; 743-750, 2010.
  - 10) 精神保健福祉研究会監修: 三訂精神保健福祉法詳解. 中央法規出版, p.191, 2007.
  - 11) 白石弘巳: 精神医療史における家族の位置づけ. 精神科臨床サービス, 4; 150-154, 2004.
  - 12) 白石弘巳: 成年後見と精神保健福祉法. 臨床精神医学, 33; 1185-1189, 2004.
  - 13) 白石弘巳: 統合失調症からの回復を支える. 星和書店, pp.71-78, 2010.
  - 14) 全国精神保健福祉会連合会: 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研究報告書. 2010.
  - 15) 全国精神障害者家族会連合会: 家族による家族ゼミナール「実践マニュアル&テキスト」. ぜんかえん号外, 2003年3月24日.

法政大学現代福祉学部  
『現代福祉研究』第11号  
2011年3月1日 発行

## 精神障がい者家族（会）が求める家族支援に関する研究

—都道府県精神障がい者家族会連合会の要望書の分析を通して—

伊 藤 千 尋

# 精神障がい者家族（会）が求める家族支援に関する研究

—都道府県精神障がい者家族会連合会の要望書の分析を通して—

伊藤千尋

【抄録】 精神障がい者の地域生活において、家族は精神科治療やリハビリテーションの「協力者」や、経済面や生活面を支える「支援者」など、様々な役割を担い続けている。

本研究では、精神障がい者家族の抱えている課題やニーズを把握するため、都道府県精神障がい者家族会連合会が自治体に提出している要望書の内容を検証し、これらの結果から、家族（会）が求めている支援を明らかにすることを目的とした。

その結果、総じて、精神障がい者本人への個別支援体制の確立を求める要望が多く見られ、精神障がい者の地域生活において、家族が支援の中心を担っているという構造が明らかになった。今後は、家族そのものを支援されるべき対象として捉え直し、家族の潜在化しているニーズを中心に据えた支援を検討し、実践していくことが求められている。

【キーワード】 精神障がい者家族、家族支援、要望書

## はじめに

精神障がい者の地域生活において、家族は精神科治療やリハビリテーションへの協力や、経済的な支援など、様々な支援を担い続けている。精神障がい者の地域生活は、家族の負担に支えられて成立しているというのが現状であろう。さらに、保護者制度によって、家族には“保護者”としての実施困難な任務（治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務、医師に協力する義務等）が課せられている。精神疾患に対する偏見や差別が根強い社会において、本人が自発的に受診したり、病識をもつことは容易ではなく、制度によって家族が強制的に支援を担わされることで、家族構成員同士の関係が悪化してしまうことも少なくない。

これらの状況は、家族のパーソナリティ等、個人的な問題から起こるのではなく、家族が支援を担うことを要請する社会的構造に問題があるといえる。家族は自分たちだけで支援や社会的責任を担うことに限界があることを認識しつつ、家族がやらなければ誰も代わることができないという状況を自覚して、乏しい社会資源を補完する役割を担っているのである。このように、精神障がい者

とともに家族もさまざまな困難を抱えていることは容易に想像できるにもかかわらず、家族に対する社会的な支援は決して充分とはいえない状況である。それどころか、精神保健・医療・福祉の専門家が家族の支援力を期待する傾向もあいかわらず見受けられる。

精神障がい者家族会の全国組織である「全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）」では電話相談を行っているが、そこに寄せられる相談においても、家族だけではどうにもならず、藁にもすがり思いで相談に繋がった家族や、自分たちの苦労を胸の奥にしまい、「家族がうるたえてはいけない」と悩むことすら抑えている家族、「家族が元気でいなくては」と気持ちを奮い立たせている家族らの姿を目の当たりにする。また、家族会で話題になる「親なき後」の問題は、現在、家族が“支援者”として終わりのない役割を引き受けている、もしくは引き受けざるを得ないからこそ、出てくる問題であるともいえる。

これらの状況は、家族に過大な負担を強いるだけでなく、精神障がい者本人の側からみても、家族が支援を担えない状況になったとき、これまでの生活を維持していくことに困難が生じるということでもある（伊藤, 2010）。安心して、精神科治療や地域生活を継続していくためにも、家族による支援から社会的支援に移行するための施策や仕組みを早急に検討していくことが求められている。

これまでの精神障がい者家族に関する調査研究（全家連, 1985, 1991, 1996, 2006）では、主に“支援者としての家族”に対する家族支援が検討され、家族のE E（感情表出）研究を踏まえた家族心理教育やS S Tを初めとする家族支援研究が進められてきた。特に家族心理教育は、科学的根拠に基づくアプローチとして、その有効性が実証されている（大島, 2010）。これらの支援は家族を力づけるものになり得るが、本質的な問題が見過ごされる可能性を秘めている。つまり、家族としてあるべき姿を模索させ、「家族が変わらなければ」と家族に無理な努力を強いるメッセージともなり得るのである。伊勢田も、家族心理教育の有効性を評価しながらも、「家族の対応法がよければ再発も防ぐことができるという新たな家族バッシングになるおそれもある（伊勢田, 2010）」と指摘している。

本稿では、これまであまり焦点を当てられてこなかった精神障がい者家族の抱えている課題やニーズを把握するため、都道府県精神障がい者家族会連合会の活動状況や自治体に提出している要望書の内容を検証し、これらの結果から、家族（会）が求めている支援を明らかにすることを目的とした。

なお、現在、国や自治体において「障害」から「障がい」に表記を変更する動きが広がっていることから、本稿では「精神障害」と「精神障がい」を用語として区別する。制度・法律等の用語として存在しているものには前者を使用し、それ以外は「精神障がい」を使用する。

## 1. 精神障がい者家族会とは —家族会の動向について—

本稿を進めるにあたり、「精神障がい者家族会」について概観したい。

### (1) 病院家族会と地域家族会

家族会は、約50年前に、今以上に強い偏見と差別にさらされていた精神障がい者の家族が、勇気をふるって苦しい現状を社会に訴え、精神障がい者の医療の改善と福祉対策の向上をはかるための運動を起こしたことに始まる（全家連, 1997）。家族会は、大きく分けると「病院家族会」と「地域家族会」の2つに分けることができる。

「病院家族会」は、病気の理解や再発防止、リハビリテーションに協力を求めることを目的に、病院が中心となって運営されてきたものである。病院家族会は、1960（昭和35）年頃から青森・弘前精神病院（現・弘前愛成会病院）、茨城・県立友部病院、千葉・国立国府台病院、東京・昭和大学附属烏山病院などの一部の地域で始まったといわれている。その後、病院家族会は、「学習、治療への協力を目的として始まり、その自立性は、家族間のなぐさめ合い、支え合いを基盤として、これが外に向かう力となって急速に広がり、全国的に結びあって、わが国の精神科医療の問題点を追及していく力を示すようになるまで発展していった（矢野, 1971）」のである。つまり、当時の家族会は家族による自主的な活動ではなく、医療関係者が中心となって運営されており、滝沢は「医療スタッフから家族へという縦の関係づくりであり、家族同士の横の関係づくりを目指したものではなかった（滝沢, 2010）」と指摘している。

一方、病院を基盤とするのではなく、地域を基盤とする家族会が「地域家族会」である。当時の家族は今以上に偏見と差別にさらされ、地域から孤立していた。このような状況の中、病院関係者が保健所を訪れ、家族に対する相談、懇談の場を持ったことがきっかけで、家族同士が初めて出会う場となり、家族が自主的に運営する家族会に発展していった。1960（昭和35）年に京都・舞鶴地区で結成された家族会が先駆けで、1962（昭和37）年には栃木・小山地区にも同様の家族会が発足している。

1969（昭和44）年頃までは、病院家族会が主流であったが、全国各地で地域家族会が急速に広がっていった。1970年代半ばには、その数が逆転し、1988（昭和63）年の時点では、「病院家族会」272か所、「地域家族会」768か所と「地域家族会」が増加している（滝沢, 1993）。その後、地域家族会はさらに広がりをみせ、1995（平成7）年には、「病院家族会」290か所、「地域家族会」1,057か所と合わせて、1,347か所の家族会が活動している。

また、こころの健康科学研究事業調査（竹島ら, 2010）によると、現在は「病院家族会」209か所、