

通所サービス等を利用していない精神障害者をケアする 家族が経験する困難とその対処

Strategies to Deal with Difficulties Experienced by Families Taking Care
of Mentally Handicapped without Using Services Such as Day Care

佐藤 純*¹ 松田美枝*² 橋本史人*³ 菊池彰倫*⁴
SATO Atsushi MATSUDA Yoshie HASHIMOTO Fumihito KIKUCHI Akinori
 松本裕介*⁵ 畚野真木*⁶
 MATSUMOTO Yusuke FUGONO Maki

Together with a federation in Kyoto of families with mentally ill members, we investigated the difficulties for such families who did not use day services as well as their ways of coping. We discovered that the families that we contacted did not know the best ways to deal with their problems. These families need support in the form of a partnership between a family member and community-based organizations that provide general support for people with mental disorders and their families.

1 はじめに

精神障害者への精神保健医療福祉サービスは、入院中心から地域中心へと転換が図られてきている。しかし、先行する全国規模の調査を概観してみると、日本精神科病院協会調査では、支援サービスなどで「特に利用している（してみたい）ものはない」52.0%¹⁾、みんなねっと（全国家族会）調査で「何も利用していない」29.4%²⁾、千葉県家族会調査では「サービス利用なし」が45.8%³⁾、富山県調査では「現在サービスを利用していない」32.9%⁴⁾、というように、精神科医療機関への通院以外、保健医療福祉サービスを利用することなく自宅で過ごしている人たちは50～25%存在することが推測される。

もし本人が通所サービス利用をしていない理由が、その必要がなく、サービスを利用しなくても本人も家族もいきいきと生活しているのであれば、特に問題はない。しかし、筆者らが携わっている公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会（以下、きょうかれんと表記）における家族相談では、何らかの理由で通所サービスを利用していない本人をケアする家族から

*¹ 京都ノートルダム女子大学、*² 京都文教大学、*³ YOUYOU 館、*⁴ 立命館大学大学院、*⁵ 里地会クリニック、*⁶ 京都府立大学

の相談が半数にも及ぶ。それらの相談で本人の様子を尋ねると、精神症状や元来の気質などもあって、集団が苦手であったりし、不安や緊張が強く、外出することすらままならない。あるいは将来の希望が思い描けず半ば自暴自棄になり閉居している。これらは一例だが、このような状況にある本人は、精神科デイケアや障害者総合支援法の通所サービスなどの利用を促しても受け入れない。そのような状況で、本人のケアを求められる家族がそれにこたえていこうとする結果、家族は本人のケアに家族自身の人生の多くを費やし、孤立し、疲弊し、まさに自分の人生をなげうって「ケアをする家族」として生活することになる。そしてその影響もあってか、本人と家族の関係は混沌とし、日々、本人も家族も抜き差しならないような状況を体験している場合もある。

なぜこれらの状況にある本人と家族は、精神保健医療福祉サービスを利用することが難しいのか、そして利用することが難しくなるのか。サービスを利用しない本人をケアする家族は、どのような困難を経験しているのか。そういった状況の中で、何が家族の支えになり、さらにどんな支援を必要としているのか。これまでの調査は、どちらかという本人の状況や訴えている症状、そして本人のこれまでの経験に焦点をあてたものが多く、ケアしている家族の困難や、家族自身の体験している困難に焦点を当てた調査はみられない。

そこで、今回の調査は、①通所サービス等を利用しない本人をケアする家族が経験する困難を浮き彫りにし、必要な家族への支援を明らかにすることで、本人、家族がよりよい生活を送れるようにすることに資する、②それらが明らかになることで二次的な成果として、必要な本人への支援を推測する資料となる、③それらを総合して、精神障害者やその家族の双方にとって必要な精神保健医療福祉サービスの検討に資することが期待できることを目的として調査を行う。

2 研究デザイン

今回の調査についてきょうかれんの役員と協議し、きょうかれんの「家族研究」のテーマとして最初に取り上げた「発病してから病状が安定するまでの家族の困難」の次に苦勞をしているのは、通所サービスを利用していない精神障害者をケアしている家族であろうということになり、それをテーマにとりあげようということになった。

そこで、2011年度調査については当該家族のインタビューによる質的データを収集し、それを分析や解釈することを通して仮説を生成し、構成していく質的研究法により調査研究を行った。

そして、2012年度は2011年度調査によって生成された仮説に基づいて作成したアンケート調査によりデータ収集し、その仮説やモデルを実証していく量的研究法により調査研究を行い、通所サービスを利用していない状況にいる困難を家族の視点から明らかにし、必要な支援等を検討するために実施した。

なお、研究は6名の精神保健医療福祉関係者によって行った。

さらに倫理的配慮としては、2011年度については、きょうかれんに加入している各単会の会長より会員に対し協力者を募り、協力を申し出てくださった家族会会員に対し、インタビュー場所にて説明文書と口頭にて本研究の趣旨、目的、方法、調査の内容、さらに倫理的配慮について説明を行った。研究への参加は自由意志であり強要されるものではないこと、研究に不参加あるいは途中辞退の場合でも不利益はないこと、同意を撤回できること、話された内容やプライバシーに関する情報は堅く守られることを約束した。さらに、インタビュー実施中に過去の経験や発言や発表等によりつらい状況になった場合はいつでも途中辞退が可能であることやその場で直接ケアをすることを説明し、十分納得をいただいたところで同意書の提出をもって調査を実施した。

また2012年度調査については、京都ノートルダム女子大学研究倫理審査委員会の承認を受けて調査を行った（申請番号12-019、2012年12月18日）。アンケート用紙を各家族会の会長を通じて会員に配付いただき、郵送で回収することとした。さらにアンケート用紙表紙に、本研究の趣旨、目的、方法、調査の内容、さらに倫理的配慮として回答を断る権利があること、回答内容の秘密が守られること、回答に伴う不利益が生じないことを明記し、調査への協力を依頼した。

3 2011年度調査

(1) 目的

精神疾患の病状が安定しても通所サービス等を利用しない本人をケアする家族の体験を浮かび上がらせるために、調査を行った。

(2) 対象者

対象者は、きょうかれんに所属する各家族会の役員から会員に声をかけてもらい協力者を募った。協力を申し出ていただいた9家族10名を調査対象として行った。インタビューは個別に行う予定であったが、家族からの申し出により、個別が8、夫婦が1であった。協力者の続柄は母親9名、父親1名で、平均年齢は67.0歳であった。本人は息子6名、娘3名であり、平均年齢は37.7歳であった。本人の主たる病名は、統合失調症8名、双極性感情障害が1名であった。

(3) 方法

協力が得られた家族に対し、2011年6月～8月の間に、インタビューガイドに基づきインタビューを実施した。

協力者には、面接時に再度、調査の目的と協力者の権利等について説明し、調査協力および面接のICレコーダーへの録音の同意を得た。面接の場所と時間は協力者の希望により、きょうかれん事務局の相談室や喫茶店とした。喫茶店は協力者が希望する場合のみとし、可能な限り席の位置などプライバシーが確保できる配慮を行った。

各々の協力者に対し、1回58分～120分の半構造化面接を行った（平均84分54秒）。調査内容は、1) 本人とインタビュー協力者との関係、2) 本人の発病年齢、3) 治療を開始されてから病状が安定してきた時期、4) 病状が安定してきたからの家族が経験するケアの苦勞、5) その困難をくぐりぬけていくために、どんなことが役に立ったか、6) さらにどのような支えがあると役に立ったか、を中心に尋ねた。

分析方法は、ICレコーダーによる録音をもとに、インタビュー内容を逐語録に書き起こし、調査者の発言や質問内容とは関連のない発言を除外した後、一文一義の単文カードにし、KJ法を用いて分類を行った。それらを、研究チームのうち3名の研究者がそれぞれ独立して図示化し、その結果を照らし合わせて全体の図を作成した上で、さらに文章化するというプロセスを経た。

(4) 結果

1) 家族の陳述から推測する本人の状況

本人は、もともとは「まじめ」、「明るい」、「素直」などの特徴を持っていた。さらに不登校やいじめを経験している者も多かった。精神疾患を発病後は、「朝から晩まで寝ている」、「ほとんど家にいる」、「誰も部屋に入れない」などひきこもりがちな生活をしている。「音楽を聴いている」などで過ごし、「パソコンはしない」など、閉じこもってパソコンやゲームばかりしているのとは少し異なる状況である。

さらに家族から見た本人の特徴は、「意欲の低下」が見られ、「被害的な妄想の継続」が存在し、「人との接触が苦手」である。そのために「ひとりで外出できない」こともある。

本人が、仮に一人で出かけることが可能だとしても、通所サービスは利用していない。「プログラムに興味を持ってない」などの通所サービスの内容によるものもあるが、「通所サービスは集団である」ために利用できないのが大きな要因であることが推測された。本人は「人に対する不信心」や「人間関係が不安」であるために、通所することの困難さに加え、集団になじむことへの不安や抵抗が、通所サービスを利用する困難につながっていることが推測される。

2) 家族が体験する困難

そういった本人をケアする家族は、「本人と24時間365日一緒にいる」状況になり、親戚や友だちなどに「電話できない」、それまで働いていた仕事を「退職した」、冠婚葬祭はまでも旅行などでは「外泊できない」、家族自身の思いから、あるいは本人からの要望によって外出などの「行動が制限される」などが積み重なって、「親が精神疾患・身体疾患」になってしまうなどの困難を経験していることが推測された。

3) ケアの困難さが混沌としていくプロセス

本人と家族の関係は、家族の一貫した「本人はしんどそう、つらそう」という思いが影響していることが推測された。そのために家族は、少しでもその状況を家族のできることで何とかしてやりたいと「話し相手になる」や本人のしていることを「代わりにする」。それでも「本人はしんどそう、つらそう」なので「ずっと話し相手」になり、本人が「寝るまで起きている」。

通所サービスを利用することが難しい精神に「障害」のある人を支える家族の困難とその工夫

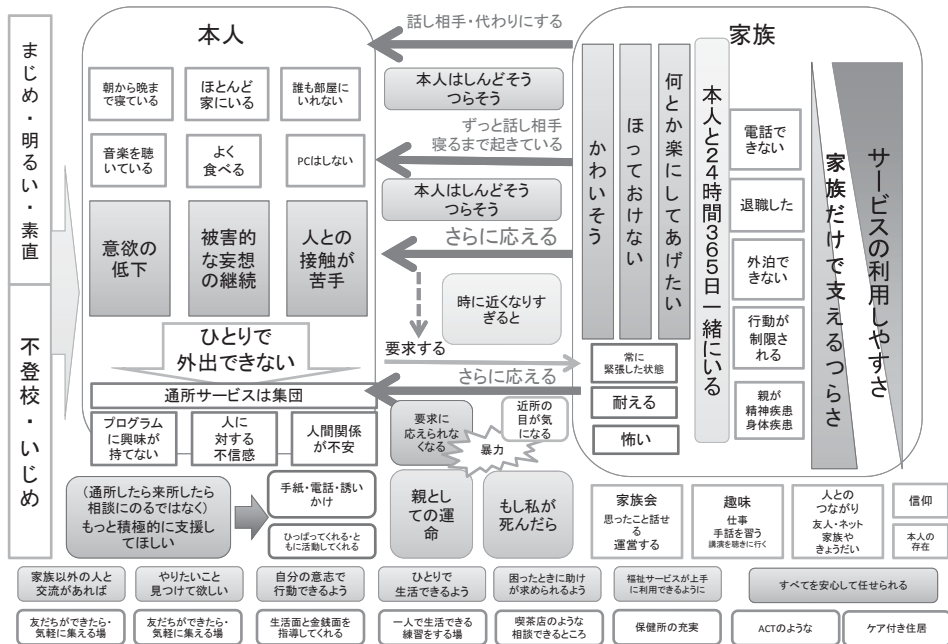


図1 2011年度調査の図示化 (KJ法)

そうしていると、次第に本人から「要求する」ことが出現し、「さらに対応していく」と次第に家族が本人の「要求に応えられなくなる」状況が出てくる。その結果、本人の「暴力」が出現することもある。「暴力」が出現すると「近所の目が気になる」こともあって、要求に「さらに対応する」ことで「暴力」が出現しないように家族が対応するが、本人が「要求する」、家族がその「要求に応えられなくなる」と再び暴力が出現するために、この状況が幾度も繰り返される。家族は「常に緊張した状態」におかれ、「怖い」と思いながらも「暴力」やその状況に「耐える」ことを繰り返す中で、次第に家族は「親としての運命」とあきらめたり、「もし私が死んだら」と考えていくようになるという可能性が推測された。

4) 他のサービスを利用することが難しくなるプロセス

この経過の中で、家族は何とかしてやりたいとそばにいる時間が増え、本人の代わりにすることが増えていくと「家族だけでケアするつらさ」は次第に増加する。しかし、それと同時に、その支えは家族でしかできないようなケアの質と量になっていく。そうすると、その時点で何か利用できる支援サービス（例えば訪問看護や訪問介護など）を利用しようとしても、家族のようなケアの質や量を提供することは現実的には難しいので、がっかりしたりあきらめたりしてサービスを利用しなくなる。つまり、家族だけでケアをしていけばいくほどサービスが利用しにくくなるという、「サービスの利用のしやすさの減少」の可能性が推測された。そのために、家族は、現在しているケアを丸ごと肩代わりしてくれるようなケアやそれが可能となる入院や施設入所を希求するかもしれないことも推測された。

また、家族が通所サービスの支援に望むことは、「(通所したら来所したら相談にのるではなく)もっと積極的に支援をしてほしい」ということである。たとえば「手紙・電話・誘いかけ」をしてほしいとか、さらに積極的に「ともにひっばってくる・ともに活動してくれる」ことを望んでいる。

5) 支えになったもの

家族が助けになることは、たとえば「思ったことを話せる」、「自分で運営する」『家族会』、あるいは「仕事」や「手話を習う」「講演を聴きに行く」などの『趣味』や「友人・ネット」「家族やきょうだい」などの『人とのつながり』、『信仰』、『本人の存在』などであった。

さらに、家族の今後の希望としては、「家族以外の人との交流」や「やりたいことをみつけてほしい」ために、「友だちができたなら・気軽に集える場」、「自分の意志で行動できるように」「生活面と金銭面を指導してくれる場」を希望していた。また、「ひとりで生活できるように」「一人で生活できる練習をする場」や「困ったときに助けが求められるよう」、「喫茶店のような相談できる場所」も求められていた。さらに「福祉サービスが上手に利用できるように」「保健所の充実」や、「すべてを安心して任せられるよう」に「ACTのような」支援や、「ケア付き住居」を希望する家族もいた。

4 2012 年度調査

(1) 概要

2011 年度調査によって浮かび上がった通所サービス等を利用しない本人をケアする家族の体験に基づいて作成したアンケート調査用紙により、調査研究を行い、どのような支援のニーズがあり、実際にどのような支援や支えが役に立ったかについて検証した。

(2) 対象者

社団法人きょうかれんに加盟する家族会会員 405 名

(3) 方法

調査は 2013 年 1 月～2013 年 3 月に実施した。調査用紙は、きょうかれん事務局から各家族会に郵送され、家族会毎に代表が各家族会員に配票し、各家族会員より直接郵送にて回収した。調査項目は以下の通り。

- ①回答者の属性、精神障害者本人の属性
- ②精神障害者本人の発病前の様子
- ③精神障害者本人の現在の受療状況、症状
- ④精神障害者本人の保健医療福祉サービスの利用状況
- ⑤精神障害者本人の保健医療福祉サービスの情報の収集方法
- ⑥精神障害者本人とケアする家族の同室時間
- ⑦精神障害者本人とケアする家族の人間関係

- ⑧ケアする家族が利用している保健医療福祉サービス
- ⑨ケアしている家族の生活状況（心身の健康等を含む）
- ⑩精神障害者本人、家族の利用している保健医療福祉サービスの満足度

(4) 結果

1) 有効回答数は202名（回収率 49.9% 回収数205通）であった。回答者（家族）の平均年齢69.2歳（最小38歳、最大90歳）で、回答者の性別は男性36名（17.8%）、女性159名（78.7%）、不明7名（3.5%）であった。回答者の本人との続柄は母親155名（76.7%）、父親29名（14.4%）、きょうだい6名（3.0%）、配偶者5名（2.5%）、子1名（0.5%）であった。

本人については、平均年齢42.2歳（最小20歳、最大74歳）、本人の性別は男性119名（58.9%）、女性82名（40.6%）、本人の精神科の診断名は統合失調症161名（79.7%）、躁うつ病・うつ病19名（9.4%）、依存症1名（0.5%）、その他9名（4.5%）、不明12名（5.9%）であった。

2) 結果1：本人の病状が安定していない状況でのケアをしている人が約4人に1人である

「本人の病状が安定しているか」については「あまり思わない」37人（18.3%）、「まったく思わない」13人（6.4%）と回答した人を合わせると50人（24.7%）になる。つまり4人に1人が本人の病状が安定しない状況でのケアを続けている。

「本人の症状」としては、「人と接触が苦手」が109人（54.0%）で最も多く、次いで「意欲の低下」96人（47.5%）、「緊張・不安」77人（38.1%）、「こだわり」76人（37.6%）、「幻覚」66人（32.7%）、「妄想」（29.7%）と続いていた。

3) 結果2：本人が主に通っている施設が「なし」という人が約3人に1人である

現在、「通所している施設」については、66人（32.7%）が「なし」と回答している。また、「これまで利用したことのある通所サービス」については33人（16.3%）が「なし」と回答しており、一度も通所サービスを利用したことがない人が約6人に1人ある。

そして、「通所サービスの中断理由」としては、「病状不安定」48人（23.8%）、「対人関係がうまくいかない」42人（20.8%）、「本人の興味等にあう場がない」36人（17.8%）と続く。

そういった「本人に対しケアをしている家族の心情」は、「通所サービスを利用してほしい」63.8%（「とてもある」37.6%、「ややある」26.2%）、「訪問サービスを利用してほしい」50.9%（「とてもある」25.2%、「ややある」25.7%）と思っているが、家族の目から見ると本人の利用の希望は「通所サービスの希望」42.6%（「とてもある」11.9%、「ややある」30.7%）、「訪問サービスの希望」27.2%（「とてもある」6.4%、「ややある」20.8%）と差がみられる。

4) 結果3：本人に必要なサービスにつないでいるのは主に母親54.0%だが、情報を収集する手段が少なくどうしたらいいのか困っている

「本人に必要なサービスにつないでいる人」は、「母親」109人（54.0%）、「本人」38人（18.8%）、「父親」16人（7.9%）である。「必要なサービスの情報源」は、「家族会」56人（27.7%）、「通所サービスの職員」35人（17.3%）、「主治医」33人（16.3%）であった。また、通所サービスを利用していない場合の情報の収集先は、「家族会」は48.5%、「主治医」は18.2%である。家族会

に入会しておらず、主治医が情報提供をしてくれない場合、家族は情報を得ることに困難が伴うことが予測される。

5) 結果4 通所サービスを利用していない本人は家族との接触時間が長く、家族も疲弊する

本人と家族が「同居」している人が166人(82.2%)、「一人暮らし」は20人(9.9%)である。また、「本人の自室」が「ある」人が157人(77.7%)であった。しかし、過ごす部屋は「自室」が89人(44.1%)であるのに対し、「居間など」が62人(30.7%)となっており、家族との接触の時間は結局長くなる。また、「本人と家にいる時間」の平均は1日16.7時間、「本人との接触時間」は平均8.35時間である。

「本人は家族が家にいることを望んでいる」61.9%（「大変望んでいる」28.2%、「やや望んでいる」33.7%）、「家族が同室することを望んでいる」45.1%（「大変望んでいる」14.4%、「やや望んでいる」30.7%）と、ともに本人は家族といることを望んでいると家族の目にはうつっている。

一方「家族」は、「少しでも病気が良くなってほしい」41人(20.3%)、「本人がさびしいと思う」39人(19.3%) ことなどから一緒に在宅・同室することを選択している。

おおむね「本人と家族」は関係が良く、「本人と話をする」家族が多いが、一方、「暴言」32人(15.8%)、「自傷や死にたいと言う」21人(10.4%)、「金銭の無理な要求」20人(9.9%)、「暴力」6人(3.0%)と、本人との関係に大変な苦労があることも見えてくる。

家族は、「何とかしてあげたい」が112人(55.4%)、「かわいそう」76人(37.6%)、「大切にしたい」67人(33.2%)、「本人からいろいろ教えられる」64人(31.7%)と関わるが、家族自身に「身体的に不調がある」「精神に不調がある」（いずれも29.7%）ことから負担が大きい状況がわかる。その中で「家族がつながり支えられているもの」は、「家族会」130人(64.4%)、「主治医」96人(47.5%)、「その他の家族」66人(32.7%)であった。

6) 結果5 「サービス利用がない」あるいは「家族のケアがづらい」に影響しているのは、本人の病状（病状が不安定）である^{注1}

①不安定群は、通所サービスの利用期間も短く（安定群・平均6.8年、不安定群・平均4.4年、 $p<.05$ ）、通所サービスを利用していない割合も多い（安定群・利用していない33.3%、不安定群・利用していない55.6%、 $p<.01$ ）。

②外出少なく（安定群・外出しない19.2%、不安定群・外出しない35.1%、 $p<.01$ ）、家族に本人は話さない（安定群・話さない13.3%、不安定群・話さない34.8%、 $p<.01$ ）。そして家族と本人との関係もよくない（安定群・関係よくない9.0%、不安定群・関係よくない25.5%、 $p<.01$ ）。

③病状が不安定なためか家族は家に一緒にいると気になることが多い（安定群・気になる62.6%、不安定群・気になる86.0%、 $p<.01$ ）。そして家族はケアが辛いと感じている（安定群・

注1) 本人の病状を「安定している」、「やや安定している」にチェックした者を病状安定群、本人の病状を「やや安定していない」、「安定していない」にチェックした者を不安定群として比較検討した。検定はカイ二乗検定を用い、数値は有意水準を示す。

ケアが辛い 42.0%、不安定群・ケアが辛い 80.0%、 $p<.001$ ）。さらに家族の本人に対するサービスの満足度も低い（安定群・平均 69.8 点、不安定群・平均 53.9 点、 $p<.001$ ）。

④訪問サービスに対する家族の希望が強い（安定群・希望する 54.4%、不安定群・希望する 76.2%、 $p<.05$ ）。

⑤安定群の家族は、家族会（27.5%）や通所職員（25.8%）、主治医（24.2%）などから情報を得ているが、不安定群の家族は、主に家族会（48.6%）や相談機関（14.3%）から情報を得ており、主治医（8.6%）、病院職員（2.6%、安定は 5.8%）など医療機関や、通所職員（8.6%）など福祉施設からの情報を得ている人は少ない。

5 考察

(1) 通所サービスを利用していない家族の現状

1) 家族の「何とかしてやりたい」という思い

本調査は京都精神保健福祉推進家族会連合会に所属する会員を対象としていること、対象の本人の疾患が統合失調症中心であること、本人の性別は男性が多いなどの偏りがあり、このデータをそのまま精神障害者の家族全般にあてはめることはできない。また、あくまで家族の主観に基づいて尋ねたアンケートであるなどの限界がある。

しかし、以上のような制約をふまえても、いかに深刻な状況で家族が本人のケアを続けているかが見えてくる。

2011 年度調査・2012 年度調査から見えてきたことは、本人が精神疾患やその「障害」に苦しんでいる、あるいはふさぎこんでいる様子をそばで見て「何とかしてやりたい」と切に思うという家族ならではの思いであった。本人の精神疾患の不安定さや苦しんでいることに対して何もしてやれないと思う家族は、何とか本人の苦しさを少しでもやわらげるために、「話し相手になる」、または本人のしていることを「代わりにする」。それでも「本人はしんどそう、つらそう」なので「ずっと話し相手」になり、本人が「寝るまで起きている」。しかしそれでも「本人はしんどそう、つらそう」なので、さまざまなことに「さらに応える」というように次第に増加していく。そうすれば当然のことながら、関係の距離は近くなり、抜き差しならない関係に変化し、互いに苦しい関係となる。

これらの抜き差しならない関係を表したものは、イギリスにおいて 1960 年代から進められている EE（Expressed Emotion：感情表出）研究の中で確かめられた家族の高い EE といわれるものであろう。家族が本人との関係で示す敵意、批判、そして情緒的巻き込まれすぎという 3 つの感情表出のいずれかが高い状態を高 EE とし、そのいずれも低い状態を低 EE とし、本人の再発率の差を調べると、高 EE を示す家族のもとに退院して戻った場合は、退院後 9 カ月以内に 50% 以上再発し、さらにその家族との対面時間が週 35 時間以上であると 69% の再発率となるのに対して、EE の低い家庭に戻った患者の再発率は 13% から 15% という結果であった^{5) 6)} こ

とから、この EE への介入方法として家族心理教育が発展してきた歴史がある。

しかし、これらの敵意、批判、そして情緒の巻き込まれすぎといわれる高 EE は、①病気や症状、治療法、社会資源に対する知識、情報の不足によってもたらされる、②不慣れな対応方法、不適切な対処技術によってもたらされる、③家族成員のネットワークの断絶や貧困によってもたらされる、④家族の主観的な生活負担のバロメーターであるというような心理-社会的な観点からの理解をも進められているところであるが、その関係の元には、孤立無援の中で何とか本人を少しでも楽にしてやりたいという強い「家族の思い」による行為が積み重なった結果であることが推測された。

2) ともにする時間は長いが、本人が何を考えているのか、どうしてほしいのかが分からず、途方に暮れている

一般的にともにする時間が長ければ長いほど、互いがどのように考え、どのようにしてほしいかはわかり合えていると考えてしまう。通所サービスを利用していない本人との接触時間は平均 8.35 時間であることを考えると、周囲の者は双方の思いが分かりすぎるくらい接近し、相互に依存して離れられなくなる相互依存を思い浮かべても仕方がないかもしれない。

しかし、現実には、通所サービスを利用していない本人で病状が安定しない場合は、接近時間は長いにもかかわらず、家族に本人は話さない (34.8%、 $p<.01$) し、家族と本人との関係もよくない (25.5%、 $p<.01$)。つまり家族は誰も助けてくれない孤立無援の中で本人をケアしているのだが、本人があまり話さないでどうしたいのか、どうしてほしいのかが分からず、おそろおそろ本人との関係を維持していることが推測される。2012 年度調査の「家族に対する精神保健医療福祉スタッフによるサービスについて特に望むこと」についての自由記述によれば、家族から見ると自分の「趣味のことはしている」が、新しいことに取り組む「意欲がわからない」様子で、「サービスを受けたがっていないように見える」ように見える。家族から通所サービスの利用をすすめても「本人はこのままでいいと言い」、「家族の言うことは聞かない」し、どうしたらよいか分からない。そのような中でも家族は本人の病状や状態が「少しでも良くなってほしい」という思いから、本人とコミュニケーションを積極的にとり通所サービスを利用してもらいたいという思いでケアをしている。一方で、このままでよいと言う「本人の意向も尊重したい」という相反する思いの中で、どうすればこの状況から本人は抜けられるのかと家族は途方に暮れているという様子が見えてくる。

この状況に必要なことは、もちろん訪問による本人と家族の支援が望まれるところであるが、現状においても可能である家族支援の重要性が見えてくる。それについてたとえば白石 (2012) ⁷⁾ は、家族支援としての相談支援のあり方として、①患者と家族の間で起こっていることを理解する、②患者と家族の思いを尊重する、③患者の生活支援を最重視する、④中立的な立場で調整役として関与する、⑤働きかけは慎重に、でも方針を決めたら粘り強く行う、の 5 点を示しているが、そのうち特に重要な点は④中立的立場で調整役として関与する、であろうと思われる。これまでの精神保健医療福祉の支援者は本人を中心に、本人の思いを優先してかかわって

きた経緯がある。しかし、家族にも支援が必要であり、特に困難に直面している家族は支援者に対し、④の中立的な立場で調整役としての関与を期待されるであろうと思われる。

3) 通所サービスを利用できない要因について

本人が通所サービスの利用が難しいのは、本人の精神疾患が不安定であることについては、前述の文献^{2) 3) 4)}などを見ても明らかであるが、2011年度調査において家族がインタビュー中に指摘した「どうして精神障害の方は対人関係が苦手なのに、デイケアや作業所などの通所サービスは集団なのですか」は大変重要な指摘である。2012年度調査でも「対人関係がうまくいかない」42人(20.8%)と約5人に1人は対人関係が苦手であり、これらの方々が通所サービスを利用するとすれば、新しいところに慣れることのストレスに、強い集団に対するストレスが加わるのであって、通所サービスの中断などにつながりやすいはずである。これは精神保健医療福祉における通所サービスが利用者のニーズ中心に設計されているとはいえないと指摘されてもやむをえない。今後、精神科デイケアや作業所などの集団による通所サービスのメニューの特に導入時に個別支援メニューを加えていくとともに、利用開始時に十分な支援が可能となったり、利用を中止・中断した人たちへの支援が可能となるよう、加算対象とするなど経済的な裏付けも含めた制度が必要であると思われる。

さらに、通所サービスが「本人の興味等にあう場がない」が36人(17.8%)あることも見過ごしてはならない。成人の大人が通ってみようと思える内容のプログラムが通所サービスに本当に用意されているのかも改めて見直さなければならないポイントである。

(2) 通所サービスを利用しておらず精神疾患が安定しない状況にある家族に求められる支援

今回の調査で、特に浮き彫りになったのは、通所サービスを利用しておらず精神疾患が安定しない状況にある本人と家族の体験している家族の困難の深刻さである。家族が「病状が安定していない」と考えている本人は外出が少なく、家族とあまり話さず、本人と家族の関係も良好とはいえない状況にあるなど、家族がケアすることがつらい状況が伺える。この状況で、本人中心の支援であれば、本人が望んでいなければ支援が届けられない、どうしようもないということになるが、支援の対象を「本人と家族をともに支援する」という認識で形であれば、まずは相談や支援を望んでいる家族から支援を始めるというのは、極めて現実的で理にかなった支援の形であるといえる。

つまり、本人が通所サービスを利用していない本人・家族の中には、家族への定期的・継続的な支援に加え、本人への接触や介入なども加えた総合的・包括的な地域生活支援が必要な方々も決して少なくないということである。訪問看護や訪問介護(ホームヘルプ)、生活訓練(訪問型)の充実に加え、総合的・包括的な地域生活支援が可能となるような相談支援が望まれている。さらに、そのようなネットワーク型の支援ではカバーしきれない病状の変化が大きく多くの課題を抱えている方に対しては、精神障害者アウトリーチ推進事業やACT(Assertive Community Treatment)のような多職種チームによる支援の充実も望まれている。地域で精神障害者が暮らすために、「本人と家族をともに支援すること」⁸⁾が理念的にも、臨床として実践

される上でも重要であり、そうなることではじめて通所サービスを利用していない本人や家族が求めている支援が可能となる。

今後、これらからも、さらにわが国の精神保健医療福祉システムが「本人と家族とともに支援する」ことを標準として行われるよう変革していかなければならないと考えている。

<引用文献>

- 1) 日本精神科病院協会 (2003)、『精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書』 通院調査 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1111-2d.html#mokuji> = 2015年9月23日閲覧)
- 2) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会 平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会 (2010)、『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業・障害者自立支援調査研究プロジェクト「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』
- 3) NPO法人千葉県精神障害者家族会連合会 (2008)、『千葉県における在宅精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ2008—ひきこもる当事者への支援を中心として—報告書』
- 4) 社会福祉法人 富山県精神保健福祉協会 ゆりの木の里 (2010)、『平成21年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業・障害者自立支援調査研究プロジェクト「訪問型生活訓練事業人材育成研修実施後の地域への展開とその効果測定及び通所型生活訓練事業の事業実態調査にもとづくケーススタディの実施に関する研究」報告書』
- 5) Brown, G.W. (1951), Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types living group. Milbank Memorial Fund Quaterly, 37, 105-131
- 6) Vaughn, C.E.&Leff, J.P. (1976), The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness : A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, British Journal of Psychiatry, 129, 125-137
- 7) 白石弘巳 (2012)、「精神障害者家族とその支援」、『精神保健福祉』、43 (1)、日本精神保健福祉士協会、4-7
- 8) 白石弘巳 (2011)、「精神保健福祉における家族支援の方向性」、『精神障害とリハビリテーション』、日本精神障害者リハビリテーション学会、5-11