

【研究ノート】

精神障害者家族に対するリカバリー支援の文献的考察

— これからの家族支援のあり方についての検討 —

Consideration of the recovery support for the mental patient's family from literatures

— Examination of family support method of the future —

葛 西 久 志
KASAI HISASHI

1. はじめに

精神障害者に対する偏見や差別は、障害をもつ人のみにとどまらず、その家族にも影響を与える。特に家族の一員が初めて入院した時は、衝撃的で言い表しようもなく悲しく複雑な思いになる。

親であれば「自分の育て方が悪かったのではないか」と自責の念にかられたり、「いつ治るのか」「親亡き後、この子はどうなるのだろうか」など親の高齢化も加わって、死んでも死にきれない気持ちになる。また、兄弟姉妹であれば、自分の結婚問題、配偶者への気遣い、子供たちへの影響についていろいろ考えるのである。

さらに、世間の目を気にして障害をもつ人のことを隠そうとしたり、遺伝説にまどわされたり、障害者との日々のかかわりの中で疲れ果ててしまうことも多い。家族はだれにでも気軽に相談することもできず、イライラして不眠が続いたり、ストレスがたまって病気になることある。

家族にとって最もつらいことは障害をもつ人のやるかたない思いは、一番身近な家族にぶつけられることである。そこで、家族がゆとりをもって受け止めることができるといいのだが、それができない時にはさらに傷口を広げることになる。

また、家族に極めて重い責任を課していたものに「保護者制度」がある。1950（昭和25）年の精神衛生法以来二度三度と法制度が変わったにもかかわらず、1995（平成7）年に施行された精神保健福祉法でも「保護者」は、精神障害者に治療を受けさせるとともに、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督し、かつ、精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない」という治療を受けさせる義務および自傷他害防止監督義務を定めた条文はその後1999（平成11）年の改正まで続いた。

今回、2014（平成26）年度に改正精神保健福祉法により保護者制度が廃止された。これまで保護者制度に対しては、患者の家族に過度な負担を強いるとの批判があった。実際、保護者には、「治療を受けさせる」「医師の指示に従う」「患者の引き取り」などの義務があると明示されていた。1900（明治33）年の精神病者監護法の流れをくむ規定であり、高齢者の親がずっと責任を負うことになり、家族間の軋轢を生むなどとして、廃止の要望が出ていた。

今回の法改正にあたり厚生労働省内に設置された検討会では、障害者権利条約の批准に向けて国内法が整備されるなかで、障がい者制度改革推進会議での議論も踏まえ、保護者制度の廃止と、それに代わって患者本人の意向を代弁するしくみの導入を提案したが、時期尚早として見送られた。また、日本弁護士連合会は、2012（平成24）年に、独自に意見書を発表し、入院にあたっては患者の代弁者をおくことの他にも、医療保護入院における保護者同意を廃止して、専門医2名の判断を要件とすること、入院審査の際には患者本人の意見を必ず聞くことなどを提案していたが今回の改正精神保健福祉法には一切取り入れられることはなかった。

結局、保護者制度は廃止され、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人）のいずれかの同意があれば、本人の同意がなくても医療保護入院させることができることになった。

すなわち、保護者制度が廃止されて「家族等同意」に移行したことで、家族のうち特定の一人に負担が集中するという事態は、形式上は解消されたことになるが、司法の介入しない「家族等の同意」となれば、家族内葛藤や家族間の利害対立が治療の場に持ち込まれることが多くなるのではないかと、またある時には家族のある者の意向により入院させられ、またある時には別の家族の意向に振り回されるということが起こりうるのではないだろうか。

今回の法改正は保護者制度を廃止しただけで、家族負担を軽減させるための方策とならず、精神障害者に対する権利支援の進展もみられなかった。当初家族の負担を軽減することと当事者の権利擁護を進めるために行われた法改正も家族任せを強化するような法改正になったのではないかと懸念する。

そこで、家族を支援する制度の充実を図るためにも家族支援のあり方、家族のリカバリーをどのように支援すべきなのかなどを考えたい。

2. 精神障害者をかかえる家族の法制度上の位置づけとその変遷

精神障害者の家族が法制度上どのように位置づけられてきたかを概観すると、「家」制度のもとでは、病人や障害者など自立困難な家族成員の生活の世話は家長が担ってきた。精神障害の場合も1900（明治33）年に制定された精神病者監護法では、親族を監護義務者として定め、社会に対し迷惑をかけないように警察の許可を得て私宅監置を行う責任を負わされていたのである。精神障害の原因が憑きもの、血筋などと受けとめられ、差別的に扱われる風潮の中で、家族は過重な負担と肩身の狭い思いをさせられていた。

戦後、1950（昭和25）年に精神病者監護法は廃止され「精神衛生法」が制定されたが、家族は「保護義務者」として規定され、精神障害者に治療を受けさせることや自傷他害防止義務、財産上の利益の保護、診断時の医師への協力、医療を受けさせるにあたっては医師の指示に従うといったことともに、措置入院者の退院時の引き取り義務を負わされた。これらのことは、監護義務者の場合と同様、社会防衛思想に基づく家族への過重な負担となった。保護義務者は、後見人、配偶者、親権者、扶養義務者の順に規定され、扶養義務者は家庭裁判所の審判で決められた三親等以内の親族である。1987（昭和62）年に精神衛生法が制定されても、保護義務者の規定は改正されなかった。

1993（平成5）年に精神保健法が改正された際、核家族化した家族構成のもとでは保護義務者に過重な負担を負わせる問題があるとして、義務規定を軽減するために「保護者」制度に名称を改めた。そして、措置入院が解除された精神障害者を引き取る家族には、当該精神科病院の管理者や社会復帰施設の長に社会復帰に関する相談援助を求めることができる権利を規定し、精神障害者と同居する家族は保健所の訪問指導の対象とするとして、保護者の法律上の位置づけを明確にした。しかし、保護者制度においてもその基本的な規定や扶養義務者についての内容は変わらなかった。

1995（平成7）年精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」に改正され、1999（平成11）年の同法改正時に家族の負担の軽減がなされた。家族には保護者として精神障害者の医療と保護を確保するために、本人の医療を受けさせる義務を規定したが、保護者に過重な負担を強いていた措置入院を解除され退院した精神障害者の自傷他害防止義務が削除された。また、自らの意志で通院を継続している場合や任意入院者の治療を受けさせる義務が免除された。

2009（平成21）年12月、当時の民主党政権は、障害者の権利に関する条約の批准に必要な国内法の整備をはじめとするわが国の障害者にかかる制度の集中的な改革を行い、関係行政機関相互間の緊密な連携を確保しつつ、障害者施策の総合的かつ効果的な推進を図るため、内閣に障がい者制度改革推進本部を設置した。その後、この障がい者制度改革推進本部では、2013（平成25）年8月を目途に、障害者自

立支援法を廃止し、新たな障害者総合福祉法（仮称）を創設するべく検討を重ねてきた。

障がい者制度改革推進会議が、2010年（平成22）年12月17日付けでまとめた「障害者制度改革の推進のための第二次意見」では、推進会議の問題認識として次のように述べている。「また、精神障害者の非自発的入院に関する現行制度は、措置入院、医療保護入院等の入院形態や「保護者制度」も含め、自由をはく奪することなく本人の自己決定権を尊重すべきであることや家族の負担の軽減等の観点から大きな問題を含んでいる。同時に、自らの選択により医療を受けることが基本であることを再確認するとともに、入院しなくても治療が受けられる体制の整備により、入院を選択せずに治療を受けられるようにするなど自らの意思に基づく入院自体が必要最小限になるよう図り、制度上の問題を多く含んでいる現行の精神保健福祉法及び医療観察法については、その廃止を含め抜本的に見直し、非自発的な医療が提供される場合には適正な手続きが確保されるようにする必要がある。」

この第二次意見でも指摘されていた保護者制度は、明治以来長年にわたり保護者である家族や親族に過大な負担を強いてきた制度である。先にも述べ、繰り返しになるが1950（昭和25）年制定の精神衛生法では「保護義務者」、その後1993（平成5）年の法改正で「義務」の文言が削除され、さらに1999（平成11）年の法改正で保護者に課せられる義務の範囲も見直されるなどし、一定の前進がみられた。そして、2013（平成25）年6月の改正精神保健福祉法により、ようやく保護者制度が廃止されることとなった。

しかし、医療保護入院の仕組みは存続され、保護者にかわり家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人）は入院の同意を与えることとなり、該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行うとされた。いまだ保護の社会化までには至っていないといえる。また、保護者制度が廃止されたものの、入院手続きが簡素化されたことで、むしろかえって家族の意向が優先され、その結果、精神障害者の非自発的な入院が促進される危惧もある。

3. リカバリー志向の家族支援

かつて、精神障害者（統合失調症）の家族は統合失調症発症の原因であるかのような仮説があった。いわゆる「統合失調原性母親（schizophreno-benig mother）である。この「家族病因論」は、そもそもは精神病が遺伝病であるとか、脳器質性の不可逆な病であるという思い込みへのアンチテーゼとして提唱された。この仮説では家族は「病んでいる」つまり治療されるべき存在であるとされ、1950年後半のアメリカを中心に専門職による家族療法が流行した。とりわけ、コミュニケーションの在り方に注目した Bateson の「二重拘束説（double-bind theory）である。しかし、特定の家族関係が統合失調症の子どもを生み出すという「家族病因論」はその後の研究で追認されることはなかった。

1970年代に入り、家族療法は次第に臨床の第一線から後退するようになる。またアメリカでは脱施設化に伴って地域ケアが広がり、ケアマネジメントの手法が重視されるようになった。家族を中心とした全国組織が結成され、「家族病因論」について異議が申し立てられた。

その後、入れ替わりで登場したのが感情表出（以下、EE（Expressed Emotion）と称す。）の研究である。患者の退院予後と家族の情緒的反応には関連があるというイギリスの研究が発端となる。本格化する脱施設化過程において家族のもとに帰った患者たちの回転ドア現象をいかに防ぐのかという点に関心が向き、地域ケアの担い手として家族がみなされる時期もあった。この研究は原因追究ではなく、病気にかかった人が良い予後に行きつくにはどうしたらいいかという研究であった。

家族の高 EE が再発をもたらすとするその根底には、統合失調症は生物学的な疾患があり環境の様々な因子にうたれ弱くなるというストレス脆弱性モデルという仮説である。そして、その仮説を基盤とした心理教育プログラム（family psychoeducation）などによる家族介入の研究が進められた。

大島（2010）は「精神障害をもつ人たちに対する支援を考慮する際には、身近なところで日常的な支援を提供している家族とパートナーシップを組みながら支援を進めていくことが必要である。」また「同

時に、障害をもつ人との間でさまざまなことに悩み、対応に苦慮し、日常的にストレスを受けている家族自身に対して何らかの形で家族支援を提供することも精神保健福祉専門職には求められている」と述べている。²⁾

前者の視点は、「援助者としての家族」との連携・協働、そして援助者支援アプローチであり、後者の視点は「生活者としての家族」に対する支援、さらには生活主体者としての家族自身が望む目標を実現しようとするアプローチと考えることができる。

さて、「援助者としての家族」への支援では、精神障害をもつ人たちを地域で援助する際には、身近なところで日常的な支援ができる人の存在を考慮しなければならない。日常生活に必要な身近ケアを提供し、日常的に心理的に支える存在として欠くことができないのである。精神保健福祉専門職がその役割を全面的に担うとは難しく、それは、人材や費用が限られているからという理由だけでなく、身近な援助者の役割が重要だからである。

予防精神医学のカプラン(1979)は、「身近な援助者の継続的なかわりと長期にわたる重荷や困難に対処できる貴重な存在と考えている。」また、「身近な援助者の中でも、家族は特に重要であり、歴史的にも文化的にも、すべての社会で家族は互いに結びつき助け合うべきであるという規範がある。そして、良好な家族関係が形成された場合には、互いの要求に対する敏感さとそれを尊重する態度が備わって、効果的な意思伝達が可能になる。したがって、日常的なケアの提供を考える際には、家族は他に求めにくい特質をもっている。」と述べている。³⁾このような観点から、家族は精神障害をもつ人たちに対して支援を進める上で支援チームの一員と考えて連携・協働を進めるとともに身近な援助者としての家族に対して、必要なサポートとコンサルテーションが求められる。

一方、大島(1987)は「生活者としての家族」への支援では、言うまでもなく援助者家族は自らの生活を営み、その生活を享受する生活者である。その家族の生活は障害をもつ家族のためだけにあるのではなく家族自身も自らの生活を楽しむ。自己実現を図っていくことが求められる。⁵⁾

この視点から見た家族支援の目標は、家族の生活面や心理面の負担や困難、重荷を軽減し、それぞれの家族が設定する目標を実現できるように支援することにある。精神障害をもつ家族には、特徴的な困難が数多くある。援助者家族の多くが高齢で健康状態がすぐれないこと、経済的に恵まれていないこと、周囲の偏見により孤立しがちな状態である。精神障害をもつ人を地域で支える社会資源の整備が遅れているために家族が多くの責任を負わされていること、特に日本では保護義務という過酷な義務を法的に負わされてきた。

このような多くの負担・重荷を家族が負って来たために、「援助者としての家族」は過剰なストレスを受け、それがEEにも反映して精神障害をもつ人の再発などに悪影響を及ぼすことなどがわかってきた。さらに、「援助者としての家族」が強調され過ぎると、家族のストレスが高まり「生活者としての家族」の機能が障害されて、結果的に障害をもつ本人の経過にも悪影響が及ぶことも明らかになっている。家族のEEは、これ以上家族ケアを継続すると、家族・本人双方が悪循環に陥ってしまうことを示す重要なシグナルと見なすことができる。

以上から、リハビリ志向の家族支援では、「援助者としての家族機能」の向上を図るとともに、「生活者としての家族機能」もバランスよく維持・向上できるように家族支援することが必要である。これは家族が望むリハビリ支援を考慮する際にも大切な視点となる。

4. 家族の実態、家族支援のプロセスと導入方法

家族の実態に関する調査研究については、次のような報告がある。特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会(通称:みんなねっと)が、2009(平成21)年度の厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクトで、家族支援のあり方の調査を行った。⁶⁾47都道府県の精神障害者家族会会員の4分の1

の9,320名を対象とし、有効回答は4,419名（回答率47.4%）であった。この調査結果について紹介し、家族の実態を明らかにしたい。

Q1：本人のためにどのようなことに支出しているか？

- ①食費 71.6%
- ②医療費 47.7%
- ③日用品費 38.2%

※本人のために、月平均65,000円の支出がある。親が高齢となり、収入が減ってきている中で必死に本人を支え続けている。

Q2：日常的に感じる身体の不調？

- ①疲れやすい 47.4%
- ②腰痛 35.7%
- ③睡眠不足 34.7%

※多くの家族が身体的な不調を抱えながら、援助している。特に日々の生活で苦労を重ね、うつ病を発症する家族も多い。

Q3：今後、予測される困難や不安はどのようなことか？

- ①家族の高齢化 84.1%
- ②家族の病気 56.5%
- ③収入の減少 52.3%

※家族自身の高齢化や病気、収入の減少などの不安を抱え、生活に希望を見出すことが難しい状況に置かれている。

Q4：治療中断や病状が悪化したときに必要なこと

- ①精神保健・医療・福祉の専門職が訪問して本人に働きかけてくれること 66.1%
- ②24時間相談できること 57.0%
- ③搬送してくれること 49.5%

※日常的な気苦労がたえない中、状態が悪くなった時の家族の極限状態は、想像を絶するものである。治療中断や病状が悪化した時に対して具体的支援を望んでいる。

Q5：家族を対象としたサービスや支援の必要なことは何か。

- ①24時間365日相談できる支援機関
- ②家族相談のための訪問する専門家
- ③家族の休養のための宿泊施設・生活施設

※多くの家族が、きめ細かく家族の相談にのってくれる、様々な支援を求めている。しかし、家族のニーズにもとづく支援は不十分である。家族が利用できる相談支援体制の充実が必要である。

Q6：どのような時に、相談支援が必要なのか。

- ①本人の自立への働きかけ
- ②診察時に病状や治療の回復の見通しの説明
- ③病状悪化時、訪問して危機状態を脱するまでの支援

※家族は、本人が親から独立して主体的に自分の生活が送れるようになってほしいと願っている。

Q7：家族会の役割は何か。

- ①お互いの悩みや苦労を打ち明けて話し合い、励まし合う（69.8%）
- ②障害年金や様々な制度の内容や利用の仕方を学ぶ（64.4%）
- ③病気や医療についての知識を学ぶ（63.1%）
- ④行政や関係機関への働きかけ（60.5%）

- ⑤本人への接し方を学ぶ（58.7%）
- ⑥一般市民への精神障害者への理解を促進する活動（55.1%）
- ⑦作業所などの事業運営（38.0%）
- ⑧レクリエーションなどの活動（31.3%）

※家族会に参加して、お互いの悩みや苦勞を打ち明けて話し合い、励まし合う仲間がいることに元氣をもらっている家族が多い。

以上、家族の実態等から見えてくるものは、①経済的な負担、②身体的な負担、③精神的な負担など背負いきれない重責が課せられている。また家族会に対する役割についても様々な役割を期待していることが明らかとなった。

そこで、こうした家族の現状を変えていくために家族は7つの提言を掲げており、以下に、その内容を紹介する。

提言①訪問型の支援・治療サービスの実現である。すなわち、本人が自発的に受診ができない場合、病状が悪くなった時、支援の場やサービスにつながる時間がない時には訪問によって、本人、家族に個別化した支援・治療を継続的に提供するサービスの実現である。

提言②24時間365日の相談支援体制の実現である。困ったとき、いつでも専門家に相談できる場があれば安心である。また、日常的に相談が気軽に安心してできる場を求めている。

提言③本人が主体的に生活できるようにするための個別支援体制の確立である。引きこもって生活している本人に社会とのつながりや、本人自身の力を発揮しての生活の実現が必要である。日中活動の場の提供だけでなく、本人に対する復職、復学等に向けた個別支援体制の確立も求めている。

提言④利用者中心の医療の実現である。病気になった初期の段階から、本人が医療の主体として尊重され、納得いく医療が受けられることである。本人、家族が治療計画に積極的に関われる医療体制の実現が求められている。

提言⑤家族に対して適切な情報提供である。病気になった初期の段階で、すぐに病気に関する正確な知識、対応方法、回復の見通しなどの情報が丁寧に提供されることが必要である。また、すべての国民が精神疾患に対する正確な知識をもつことができるように、学校や職場、地域での継続的な啓発活動の重要性が求められている。

提言⑥家族自身の身体的・精神的健康の保障である。家族の身体的・精神的健康が過重な負担によって大きく損なわれている。医療や福祉の家族支援のあり方を改める必要がある。すなわち、家族が身体的・精神的に健康を維持し、有意義な生活が送れるように保障する社会的支援が求められている。

提言⑦家族自身の就労や経済的な保障である。病者の介護に縛られた生活により、就労の継続ができず、経済的不安を抱えている。そのため、家族の就労機会均等を保障する支援制度や介護労働に対する対価としての経済的保障が求められている。

以上の提言から、ミクロからマクロな家族会の役割では①家族同士の支え合いとしての役割（情緒的サポート、情動的サポートなど）と、②要求運動団体としての役割（障害者が地域社会で当たり前のように生活できるような支援体制をつくり、そして家族ではなく社会が障害者を支えるしくみをつくる。また家族支援策も実現していく。）が求められている。

また、家族支援策を実現するために、医療法や福祉法の見直し（精神医療を一般医療法に含め、精神科特例を廃止する。）や、早期支援策としての相談支援事業の充実（家族や障害者のニーズに沿った質の高い相談支援にするために訪問型も含む相談支援体制を構築する。）などがあげられる。

現在、みんなねっとでは、先に述べた早期支援策としての相談支援事業の充実に向けてイギリスの「メリデン・ファミリー・プログラム」（以下、ファミリー・プログラムと称す。）について日本に導入できないかと模索している。ファミリー・プログラムとは、わが国で実施されている家族教室のような複数の家族を同時対象としたグループワークと異なり、専門職が各家庭を訪問するところに特長がある。ま

た、その専門職のなかには、専門スキルを身につけた家族も含まれる。家族の中の特定の人だけが支援に携わるのではなく、家族全員がプログラムに参加し支援を受ける。そして、家族が3つの孤立（①情報からの孤立、②社会からの孤立、③支援からの孤立）に陥らないように、家族を支援対象の中心とする。精神障害者と家族の間に支援が入ることで、専門職と家族が協働して支援に取り組むことができるようになる。

さて、家族の実態が明らかとなり、また提言されたことも踏まえ、地域における家族支援について考えてみると、大島（2004）は、「第一に家族支援導入段階の援助方法・援助技術として、①家族との関係づくり（ジョイニング）と個別家族相談、②家族のニーズアセスメントと家族ケアマネジメント、③緊急時の家族支援（家族危機介入）である。第二に日常的な家族支援も重要であり、その中で④家族を支えるサポートシステム作りにも力を注ぐ必要がある。」と述べている。提供できる家族支援は家族心理教育に限定されるものではなく、多様なものが存在する。家族支援のプロセスの中で適切な家族支援を提供することが求められる。特に家族ケアマネジメントが重要であり、また日常的な家族支援としては、家族相互の支援組織として家族会を重視する必要がある。同時に、また家族ケアに代替できる資源を用意することも考慮する必要がある。⁸⁾

5. 考察

これからの家族支援のあり方については、前述したように「援助者としての家族機能」の向上を図るとともに、「生活者としての家族機能」もバランスよく維持・向上できるよう家族支援することが必要である。これは家族が望むリカバリー支援を考慮する際にも大切な視点となる。

また、家族の実態に関する調査研究からは、「病状が悪化したときに必要な支援がない」「困ったときに相談できる場所がない」「必要な知識や情報が得られない」ということがわかった。こうしたことから家族からは7つの提言が示された。例えば、「訪問型のサービス」や「家族に対する適切な情報提供」など家族支援を具現化するための切実な意見が示された。さらに、イギリスの「メリデン・ファミリー・プログラム」⁹⁾を日本に導入できないかと模索している。それは家族の中の特定の人だけが支援に携わるのではなく、家族全員がプログラムに参加し支援を受ける。そして、家族が3つの孤立（①情報からの孤立、②社会からの孤立、③支援からの孤立）に陥らないように、家族を支援対象の中心とすることなどである。

すなわち、精神障害者と家族の間に支援が入ることで、専門職と家族が協働して支援に取り組むことができるといったものである。家族支援の導入や位置づけには様々な困難がある。家族支援の意味を十分に整理しないまま、専門職が安易に家族支援を導入しても決してよい結果が生み出されない。

「援助者としての家族機能」が過度に行われると、「生活者としての家族機能」が障害され、このような家族状況は本人の経過に悪影響を及ぼす。成人期にある人たちへの家族ケアは、決して家族に強要することはできない。「援助者としての家族機能」への支援は、家族が悩み、援助を求めることに対する専門職から家族コンサルテーションとして位置づける必要がある。

家族が望む家族のリカバリー支援に向けた家族支援では、まず家族のニーズに目を向け、家族の希望とストレングスに焦点を当てた家族支援計画を構築することが求められる。このような支援が提供されるためには、前述したイギリスの「メリデン・ファミリー・プログラム」の中で実施している「Family Work」¹⁰⁾という家族支援技術が必要である。この「Family Work」で提供される支援は、まさに「個々の家族に対する」「訪問による」「本人も含めた家族全体への支援」である。

近年、家族支援が重要視されるようになってきたが、現在の家族支援は「援助者としての家族機能」に対する支援が中心である。しかし、家族自身も地域で普通に暮らすために支援を必要としているのである。また、家族のリカバリー支援が実現するためには、家族会など家族相互の支援が形成されるよう

に、家族との関係を築いていくことも重要であると考える。

おわりに

2004（平成16）年に政府が発表した「こころのバリアフリー宣言」によると、生涯のうちに5人に1人は精神疾患に罹患するといわれている。つまり、多くの人が高い割合で精神疾患に罹患する可能性を有するとともに、多くの人その後家族となる可能性を有することになる。そのようなことから、精神障害者の家族という立場は、実際には、誰もが直面すると考えられることだと認識する必要がある。

従来の家族支援とは、家族支援というよりも、家族指導だといえるのかもしれない。それは、専門職が家族に対して、精神障害者の治療継続への協力を求めたり、精神障害者へのかかわり方を指導したりすることだったのではないだろうか。また、指導通りに実行しない家族に対しては、専門職は家族からその理由を聞くことも概して乏しかったように思われる。このような現状に対し、佐藤純は（2012）「家族の立場になって考えることが重要である。例えば、家族が精神科病院に入院している者の退院を拒むことに対して家族は精神障害者の疾患が再燃したとき、また誰も助けに来てくれないあの体験を、二度としたくないと思っているのかもしれないと、家族の気持ちに思いをはせることが大切である。」と述べている。¹²⁾

一方で、家族の高齢化という問題もある。家族は精神障害者本人の今後を考え、自らの健康問題を重ねるなかで、親亡き後の問題を心配することが少なくない。もちろん、精神障害者の家族とは、親という立場の者だけではない。子、配偶者、兄弟というように、立場によって課題も異なる。子や兄弟という立場では、結婚している場合、自身の配偶者への気兼ねというようなこともある。また配偶者は血縁関係にないことから、縁を切るという選択肢を考えることもある。そのようなことから、これらの個々の家族にとっては、固有の立場ごとに参加できるセルフヘルプグループが意義深いといえる。

さらに、先にも述べてきたように、わが国では、イギリスのような家族を主人公した家族支援がない。今後は、家族を支援対象の主軸に据え、精神障害者、家族が主体的に自らの役割を考えられようになった時に、専門職を含めたケアのトライアングルが形成される。そして、各々の役割を尊重した協働的支援が成り立つものと考えられる。

引用・参考文献

- 1) 知っていますか？精神障害者問題一問一答編集委員会（2005）「知っていますか？精神障害者問題一問一答第3版」解放出版
- 2) 大島巖（2010）「家族のリカバリーをどう支援するか」『精神科臨床サービス』星和書店 第10巻3号
- 3) カプラン（1979）「地域ぐるみの精神衛生」星和書店
- 4) 前掲2)
- 5) 大島巖（1987）「精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究」精神神経学雑誌
- 6) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会（2009）「家族支援のあり方の調査」厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト
- 7) 田中英樹（2010）「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』星和書店 第10巻4号
- 8) 前掲2)
- 9) メリデン・ファミリー・プログラム（Meriden Family Programme）
Meriden Family Programmeとは、英国ウエストミッドランドにあるメリデン（Meriden）という地名にちなんでつけられた精神障害者（児童青年期や高齢期を含む）の家族支援技術の研修機関で、Birmingham and Solihull Mental Health Foundation NHS Trust内（国民医療保健サービス：National Health Service）の一部門です。1998年より家族支援プログラムの開発と支援者の訓練をおこなってきており、基礎研修修了者4120名、トレーナー研修修了者247名（2011年現在）と英国で最も多くの研修修了者を輩出している世界でも有数の家族支援に関する研修機関である。
- 10) Family Workとは、Meriden Family Programmeによってトレーニングされている家族支援技術である。特徴的なのはこの家族支援技術の目標で（1）個別に、主に訪問によって長期間にわたって本人と家族を支援し続ける、（2）

本人と家族がいずれ自分たちの力で困難を乗り越えていけるように効果的な問題解決や目標達成ができる技術習得の機会を提供する、(3) 精神障害者本人を含めた家族がそれぞれの生活を自分らしく生きることとし、本人と家族と共に支援する「Work with Families」を大切にしています。専門的には、行動療法的家族療法 (BFT: Behavioural Family Therapy) といわれるものが原型で (1) 病気や治療・社会資源などの情報について本人と家族と共に学ぶ、(2) ポジティブなコミュニケーションのあり方を練習し実践する、(3) 家族の中で話し合いがうまくできるよう練習をする、(4) 再発のサインを本人と家族とで共有しサインが出たときにどう回避するかを相談しておくなどを、訪問をしたスタッフが本人と家族を交えて、話し合いながらおこなうものである。しかも、この方法は家族一人ひとりの現状やニーズを踏まえて本人と家族と相談しながら進める。また、この方法は家族全員で参加することが最も効果的であるが、この支援を受けてみたい人が家族の中にひとりでもいれば、まずひとりからでも始められる方法である。

※ Family Work における効果 (エビデンスについて)

この Family Work については、支持的個人療法 (医師等のカウンセリング) を受けている者を対照群とした場合、開始9カ月後の再発率が、Family Work 実施群6%と対照群44%より有意に低く、さらに月1回の家族のフォローアップを続け2年後に調査したところ、家族介入群17%と対照群83%と再発予防効果は2年後にも維持される結果であった。これらの研究成果から、イギリスの国立医療評価機構 NICE (National Institute for Clinical Excellence) 統合失調症ガイドラインにおいても、Family Work をはじめとする一家族単位で本人も交えながら何年にもわたり個別的に支援する密度の濃い家族支援 (Family Intervention) は、代表的な EBP (Evidence-based practice) プログラムの一つとされており、イギリスの精神保健医療福祉の標準的な支援の一つとなっている。

- 11) 佐藤純 (2012) 「私たちが求める家族支援全国家族大会抄録集」全国精神保健福祉会
- 12) マークレーガン (2005) 「リカバリーの道～精神の病から立ち直ることを支援する」金剛出版
- 13) 野中猛 (2011) 「図説リカバリー」中央法規出版