

論 文

家族（ケアラー）の相談継続に必要な要素と 相談の在り方

— 精神障がいや社会的ひきこもり状態の本人をケアする家族への調査から —

松 田 美 枝・佐 藤 純・田野中 恭 子・
静 津 由 子・熊取谷 晶・高 田 亮・
田 中 由記美

1. 問題と目的

家族は、親、子、きょうだい、配偶者、その他の関係において、心身の深い部分で結びつき、互いの存在を維持しているものと思われる。その家族構成員の誰かが、精神疾患・精神障がいや社会的ひきこもり状態に陥るとき、その他の家族構成員でケアを提供する人はケアラーとなる。

精神に障がいのある本人や社会的ひきこもり状態にある本人は、その状況が大きく変わらないうまま、ケアを必要とする状態が長期にわたって続くことが多い。その期間は数年から十数年、さらに長引けば数十年におよぶこともある。その間、家族（ケアラー）は、何とかしようと焦り、様々な策を講じるがなかなか功を奏さず、薬をもすがる思いで相談に赴くが、期待するような効果が得られないことも多く、失望し、傷つき、相談が中断してしまいがちである。様々な機関に赴いた結果として、相談することを諦めてしまうと、家庭内で問題を抱え込み、孤立無援状態のまま、やむにやまれず自己流の対処法で耐え忍ぶこととなる。他方、相談を受ける相談員の側も、変化の少ない相談をどのように継続すればいいのか、また、長年にわたり形成された本人と家族（ケアラー）の複雑に入り組

んだ関係をどのように整理しサポートしていけばいいのか分からず、相談が行き詰まることも多いものと思われる。

本論では、そのような慢性化した状況に置かれている家族（ケアラー）の現状について概観した上で、家族（ケアラー）を対象とした調査結果について報告し、それらを元にしなが、家族（ケアラー）が相談を続けようと思える相談の在り方について検討する。またそれと同時に、支援者が家族支援に取り組み継続することで、相談者・支援者双方にとってポジティブな効果を得られる可能性について考察する。

(1) 精神に「障がい」のある本人をケアする家族（ケアラー）の実状

- ① 最初の異変から初診まで平均 1 年 10 カ月、初診から病状が安定するまで平均 13 年 8 カ月かかっており、特に通所サービスを利用していない本人とその家族は長時間接触し、互いに疲弊している

本研究の共同研究者である、公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会（以下、京家連）と研究チーム（佐藤ほか）は、2009 年度から 2011 年度まで「家族による家族研究事業 I・II」を行った。「家族による家族研究 I

本人が精神疾患を発病してから病状が安定するまでに経験する家族の困難と必要な支援」によれば、本人の最初の異変時の平均年齢は21.3歳であり、初診までに平均1年10カ月かかっている。また、初診から病状が一定程度安定するまでに平均して13年8カ月かかっており、本人の病状や通院・服薬が安定しないことに加えて、さまざまな生活上の課題に、家族（ケアラー）が孤立無援状態の中で対応していることが明らかになった（京家連・研究チーム、2018）。また、「家族による家族研究事業Ⅱ 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」においては、調査対象者である家族（ケアラー）の3人に1人は、本人が通所サービスを利用していない状況にあり、そのような場合、本人と家族（ケアラー）の接触時間が長く、互いに疲弊すること、また辛そうな本人を家族がケアし続ける中で、互いの距離が近くなり境界が曖昧になると、本人から家族へ、または家族から本人へ、暴力が出現する可能性が指摘されている（佐藤ほか、2016）。

② 家族（ケアラー）の多くは強い責任感からケアを続けているが、負担感と不安感を抱えている。また、近隣や家族内の関係に気を遣いつつ、親亡き後の本人のことを心配している

2018年度からは京都府に家族支援事業予算がつき、京都府（熊取谷、高田、田中）と京家連（静）と研究チーム（佐藤・松田）が共同でアンケート調査を行い、その結果を元に「ケアラーアセスメント票」を開発している。その指南書である『ケアラーアセスメント票—家族のためのセルフチェック票—ガイドライン Ver.1』には、アンケート調査結果が「精神障がい者家族の現状」として挙げられており、その中で6

割以上の家族が「非常にある」「ある」と回答している項目を以下に引用する。

まず、本人に対して行っているケアの内容として、「身の回りの世話（食事、洗濯、買い物等）をしている」という項目では、「非常にある（28.6%）」「ある（37.1%）」を合わせると65.7%の家族（ケアラー）が本人の身の回りの世話をしている。本調査の回答者の家族は60代、70代の母親が多く、30代から50代の統合失調症の本人のケアをし続けていることが伺われる。次に、本人のケアを行う上での家族自身への影響として、「負担感がある」と感じている家族（ケアラー）は、「非常にある（17.1%）」「ある（44.3%）」を合わせると61.4%に上っている。日常的なケアに加えて、通院同行やこだわりや妄想などの症状に付き合うこともあり、これらのケア全般に対する負担感であるものと思われる。

家族自身への影響としては、「先が見えない不安がある」という項目について、「非常にある（24.3%）」「ある（48.6%）」を合わせると72.9%の家族（ケアラー）が先行きの不安を感じており、「本人がまた調子が悪くなるのではないかという不安がある」という項目については、「非常にある（14.3%）」「ある（55.7%）」を合わせると70.0%の家族（ケアラー）が本人の調子の悪化について不安を感じている。突然調子が悪くなる本人を孤立無援の状態でもケアしてきた記憶から、いつまたあれが起きるのかという不安と、この先どうなるかも分からない漠然とした不安を、7割以上の家族が抱えていることが分かる。そのため、「本人のことが頭の中から離れない」という家族は、「非常に思う（30.0%）」「思う（37.1%）」を合わせて67.1%に上る。

本人の状態についての家族自身の思いとしては、「家族だからケアしないといけない」とい

う項目について、「非常に思う（21.4%）」「思う（50.0%）」を合わせると71.4%の家族が責任感や束縛感を感じていることが分かっている。そして、「他人に迷惑をかけたくない」は「非常に思う（21.4%）」「思う（41.4%）」が62.8%を占め、「家族関係が悪化しないように気を遣う」は「非常に思う（12.9%）」「思う（51.4%）」が64.3%を占めている。本人のケアに身を投じつつ、近所に迷惑をかけないようにと気を遣ったり、本人のきょうだいなど他の家族構成員との関係やきょうだいの将来への影響に気を遣ったりと、多くのことに配慮している家族（ケアラー）の心労が伺われる。

最後に、家族自身の悩みや心配事として、「これから自分が病気や介護が必要になったらどうしようか心配」という家族は、「非常にある（25.7%）」「ある（47.1%）」を合わせると72.8%に上り、「親亡き後の本人の生活がとても心配」という家族は、「非常にある（51.4%）」「ある（38.6%）」を合わせると90.0%に上っている。本人が家族以外を頼ろうとしない中で、家族が行い続けてきたケアをどのように第三者に引き継いでいけばいいのか分からずに心配は尽きないものと思われる。

以上のような実状が、京都府・京家連・研究チーム合同調査により明らかになっている。詳しくは上記のガイドライン（2019）を参照されたい。

（2）さまざまな続柄と属性の家族（ケアラー）の存在

これまで精神障がい者家族といえは「親」の立場で語られることが多く、特に家族会に所属する家族といえは多くが「母親」であったと言っても過言ではない。しかしながら、今日では、精神に障がいのある親をもつ「子ども」や、同胞が思春期・青年期に精神疾患を発症したため

そのケアを行うことになった「きょうだい」、若くして近親者をケアする役割を担っている「ヤングケアラー」、精神疾患を発症した夫や妻をケアしている「配偶者」など、さまざまな立場の家族（ケアラー）の存在が社会に認識されるようになってきている。また、統合失調症を中心とする狭義の「精神疾患」「精神障がい」ばかりでなく、その境界や周辺にあるといえる「発達障がい」「社会的ひきこもり」「高次脳機能障害」等の本人をケアする家族も、慢性化した状態の中で日々の困難に対処しながら生活しているものと思われる。ここでは主に、精神に「障がい」のある親をもつ子どもの立場と、社会的ひきこもりの本人をケアする家族の実状について取り上げることとする。

① 精神に「障がい」のある親をもつ子ども（ヤングケアラー）

ヤングケアラー（家族にケアを要する人がいる場合に大人が担うような家事や家族のケアを行う子ども）は、小学生6.5%、大学生になると過去の経験を含め10.2%と、10人に1人が家族のケアを経験している。大学生の場合、ケアを要する人は母親が最も多く35.4%で、その理由の上位は精神疾患・依存症34.4%である（日本総合研究所、2022）。

また、ヤングケアラーの中で、世話に関連した相談経験のある小学生は17.3%、大学生は33.4%と限られている。相談していない理由は、「相談するほどの悩みではないから」が最も多いが、他にも「相談しても状況が変わるとは思わない」、「家族外の人に相談するような悩みではない」、「誰に相談するのがよいかわからない」（日本総合研究所、2022）が挙げられ、悩みを抱え込んでいる子どもがいることが示された。

精神疾患や障がいのある親をもつ子ども（以下、子どもと記載）には様々な困難がある（田

野中、2019)。幼少期から思春期にかけて衣食住の世話をされないと、生活面の困難が顕著であった。また、あいさつや身なりを整えるなど基本的生活習慣を教えられていない場合や学校に必要なものを用意できない場合、同級生との違いを自覚し、自己肯定感を低下させている子どももいた。

子どもの大半が親の精神疾患・障がいについて説明を受けておらず、わけのわからぬまま親の様子を不安な気持ちで見ている。時には親の症状に巻き込まれ、怖い思いをしながら過ごしている子どももいた。その状況は、親の疾患を自ら調べるようになる高校生の頃まで続いていた。

また、子どもは、大人が話題にしない親の精神疾患については、人に話してはいけないことと感じ、自分の気持ちを抱え込み、心許せる友達や安心できる場所のない苦しさがあった。家庭内外で、我慢だけを強いられ、周囲からも支えられないため、孤立感を深めていた。ある子どもは「気持ちを誰からも支えられなかったのが一番苦しかった」と語っている。成人してからは、幼少期からの愛着不足や自分の気持ちを人に話せないことによる対人関係構築の難しさ、自尊感情の低さから生きづらさを表出していた。

子どもへの支援として、生活や気持ちの支え、疾患・障がい、それらの対応や考え方の理解、子どもとして安心して過ごし成長できる時間の確保などが求められる。

精神疾患や障がいのある親自身も生きづらさをもちながら子育てをしている。周囲の大人が、親はもちろん子どもの困り事にも関心を持ち、寄り添いながらどうしたらよいかを共に考えていくことが求められる。

② 社会的ひきこもりの本人をケアする家族（ケアラー）

社会的ひきこもりとは、様々な要因の結果として、就学・就労・交友関係などの社会参加を回避し、6か月以上にわたって概ね家庭に留まり続けている状態を指す。平成27年度と30年度の内閣府の調査によれば、社会的ひきこもり状態にある人の数は、15～39歳で約54万1千人、40～64歳で約61万3千人と推計されている。かつては思春期・青年期の現象と考えられていたが、現在ではいわゆる「8050問題」という言葉に象徴されるように、高齢の親が壮年期のひきこもり状態にある子どもをケアし続けていることが社会問題になってきている。内閣府の同調査で「ひきこもりになってからの期間」は、15～39歳では「7年以上」が34.7%を占めており、40～64歳では「7～10年」以降、5年刻みで「30年以上」までの選択肢をすべて足すと44.6%となっている。中でも、20年以上のひきこもり状態の人が全体の4分の1以上を占めている。

そのような本人をケアする家族（ケアラー）は、どのような思いを抱えながらケアを続けているのだろうか。まず、本人が自宅や自室から出ようとしない、小遣いが唯一の収入源となっていて社会との接点がない、親亡き後が心配、などの点は、精神障がい者家族と似たような状況であるものと思われる。本人がひきこもり始めた初期の頃には、叱咤激励や外出刺激を加えたり、相談機関に相談して半ば強制的に家を出るように促したりしたもの、それが逆効果となって本人が家族と関わらなくなったり、過去の恨みつらみを暴言や暴力で表したりするケースもしばしば見受けられる。そのような状態で、本人と話し合うこともままならず、家族（ケアラー）は無力感や苛立ちを抱えていることが多い。こうして本人だけでなく家族も、環境や状

況を変えることに消極的になり、さらにひきこもりが遷延化するという悪循環に陥りやすくなる。

京家連では「社会的ひきこもりの本人をケアする家族の集い（みつばちの会）」を月1回実施しており、家族が集って本人の様子について話をしたり、家族自身のセルフケアを行ったりしている。すぐには解決の糸口が見つからなくても、回を重ねるごとにそれぞれ少しずつ変化があり、希望を持って次の1カ月を送ることに繋がっているように思われる。そこに関わる支援者も、多くを抱え込み過ぎずにその場にコミットすることができ、皆にとって心地よい場となっているように思われる。

(3) 諸外国および我が国の家族（ケアラー）支援の現状

Twigg & Atkin (1994) によると、ケアラーをとらえるモデルを4つに分けることができるという。①ケアラーを「主たる介護資源」ととらえるモデル、②ケアラーを「専門職の協働者」ととらえるモデル、③ケアラーは「(本人と同様に) 支援の対象」ととらえるモデルであるが、これからはケアラーを4つめのモデルである「ケアラーも社会に生きるひとりの市民」ととらえるべきであると強調されている。要介護者とケアラーを切り離し、ケアラーを「介護者」という視点ではなく、社会に生きるひとりの市民としてとらえる。このモデルでは、要介護者とケアラーそれぞれを個人として位置づけ、個別に支援する。ケアラーという見方に付随する責任や義務感などの負担を課さないようにする。また、介護による社会的排除、つまり介護の役割を担うことにより、社会で活躍したり生活を楽しんだりする機会が失われることを社会で解決すべき問題と考えるモデルである。

さすが先進的な考え方、1995年からケアラー

ズ法（日本語で言えば介護者支援法のような法律）が作られているイギリスならではのと思われるかもしれないが、少し事情は異なる。三富(2016)によれば、このように介護の役割を担うことにより、社会で活躍したり生活を楽しんだりする機会が奪われる事態は、社会で解決すべきと考える国は日本以外に多くあり、「介護者について専ら貧困に止まることなく、広く社会的排除とのかかわりにおいて分析を加える見地は、日本を除いて広く国際的に共有される」と述べる。確かに、オーストラリアにはケアラー認識法（Carer Recognition Act :2010）があり、アメリカにはRAISE 家族介護者法（the Recognize, Assist, Include, Support and Engage (RAISE) Family Caregivers Act: 2018）が存在し、フィンランドには親族介護支援法（Act on Support for Informal Care:2005）が存在している。日本はケアラー支援について、家族会の創設と連携によるサポート等、社会的排除ととらえない独自の進み方をしてきたが、現在では以下に述べるような展開を見せている。

2010年6月、「一般社団法人日本ケアラー連盟」は発足された。「高齢者の介護」、「病人の看病」、「障害者・障害児の介助」、「介添え」、「世話」、「気づかい」をする家族などをケアラーとして広く定義し、ケアラーの社会的な支援のために「ケアラー支援法」「ケアラー支援条例」の制定を目指して活動されている。そのために、調査活動や市民参加型の政策提言プロジェクト、ヤングケアラー支援プロジェクトに積極的に取り組んでいる。それらの活動が実を結び、2020年3月に埼玉県で埼玉県ケアラー支援条例が施行され、全国的には、2020年8月現在で北海道、茨城県の3道県、北海道栗山町などの8市町村のケアラー支援条例が成立している。

ここまで、わが国の精神障がい者家族（ケアラー）の実情や、その支援の現状について諸外国と比較しながら見てきた。これらを踏まえた上で、家族が望む家族支援に関する調査結果について報告する。

2. 方法

(1) 調査概要

調査時期、対象者、調査方法は以下のとおりであった。

① 本調査を行った時期

2020年12月～2021年1月に実施した。

② 対象者

京家連の専門職による個別相談や社会的ひきこもりの本人をケアする家族の集い（みつばちの会）に繋がっている家族（ケアラー）に対して行った。京家連では、精神科医、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士・公認心理師などの専門職による面接相談日を設けている。日に2～5件程度の相談を月1～3日の頻度で、ボランティアで受けている。またこれとは別に家族相談員による相談活動も行われており、電話相談は家族相談員が受けている。家族相談員とは、精神障がい者家族自身が本人や家族からの相談を受ける活動であり、京都市からの委嘱により行われている。

③ 調査方法

調査票を用いた自記式アンケート調査を行った。京家連の専門職相談員から担当している相談者や集い参加者に調査票を手渡し、必要な説明を行った上で、調査対象者本人に自筆で記入してもらった。調査場所は京家連であり、記入することにより調査対象者が調子を崩した場合は、担当者が話を聴くなどすぐにフォローできる体制を取った。また、得られた数量的データはmicrosoft Excelに入力した上で、IBM SPSS statisticsにより集計および分析を行い、テキ

ストデータは類似した内容の文章を集めてカテゴリ化を行った。

(2) 倫理的配慮

倫理的配慮として、以下の点について調査票の冒頭部分に文章化するとともに、調査実施時に口頭で説明を行った。

- ・本調査への協力は任意であり、協力しなくても不利益を被ることは一切ないこと。
- ・回答中に過去の体験を思い出して、辛い気持ちになる可能性があるため、耐えがたい場合は調査を中断して構わないこと。また、その場合は、担当者が個別に話を聴くこと。
- ・調査内容は全体として分析されるため、個人が特定されることはないこと。
- ・調査結果はより良い相談環境づくりのために、学会や学会誌等で公表されることがあるため、承諾いただける場合のみ、協力をお願いしたいこと。

なお、本研究は京都文教大学「人を対象とする研究」審査委員会（倫理審査2020-3）により承認されている。

3. 結果

(1) 基本データ

調査対象者は20名であった。調査の詳細について以下に報告する。

① 本人の性別と年代

精神に障がいのある本人、または、社会的ひきこもり状態の本人の性別は、男性10名(50%)、女性10名(50%)で、男女半々であった。また、本人の年代は20代4名(20%)、30代3名(15%)、40代5名(25%)、50代3名(15%)、60代3名(15%)、70代2名(10%)と散らばっており、本人の属性が子どもだけではなく、親やきょうだい（あるいは配偶者）が含まれていることを伺わせた。

② 本人の精神疾患と通院状況、現在の状況が続いている年数

本人の精神疾患としては、統合失調症 11 名、強迫性障害・双極性障害・統合失調感情障害・双極性感情障害・発達障害・広汎性発達障害各 1 名ずつ、よく分からない 4 名、記入なし 2 名であった。また、精神科通院状況としては、本人が通院している 9 名（45%）、家族が同伴 5 名（25%）、医療中断 2 名（10%）、未受診 2 名（2%）、その他 2 名（2%）であり、約半数は家族が同伴しているか、精神科医療中断・未受診という結果であった。現在の状況が続いている年数は、平均 13.85（± 8.90）年であり、最長 40 年、最短 2 年であった。

③ 経済状況と同居状況

家庭の経済状況としては、家族と同一生計 15 名（75%）、生計は別にしている 2 名（10%）、自立している 2 名（10%）、その他 1 名（5%）であり、全体の 75% の家庭において、本人と家族が同一の生計で暮らしていることが分かった。また、同居 11 名（55%）、同居なし 8 名（40%）、その他 1 名（5%）と、同居が半数以上を占めた。

④ 家族の性別・年代・続柄

家族自身の性別は、男性 1 名（5%）、女性 19 名（95%）と女性が圧倒的に多かった。また、

家族の年代は 20 代 2 名（10%）、40 代 2 名（10%）、50 代 4 名（20%）、60 代 7 名（35%）、70 代 5 名（25%）と、50 代以上が多いものの、20 代や 40 代も見られた。本人に対する家族の続柄としては、母親 13 名（65%）、きょうだい 2 名（10%）、子ども 4 名（20%）、不明 1 名（5%）であった。

(2) 相談したことのある機関（複数回答）

相談したことのある機関は、保健所 14 名（70%）、精神保健福祉センター 7 名（35%）、精神科医療機関 15 名（75%）、相談機関 7 名（35%）、スクールカウンセラー 4 名（20%）、社会福祉協議会 6 名（30%）、福祉施設 1 名（5%）、その他 7 名（35%）であった（図 1）。その他の内容としては、障害者福祉に関わる機関や区役所等の行政機関、民間の相談機関、家族会、学校関係、個人のカウンセラーや PSW などが挙げられた。

(3) これまでの相談と家族会での相談の比較

これまで受けてきた相談と、現在の家族会での相談について、以下の 7 項目に「まったくない」から「非常にある」までの 5 段階で尋ね、その平均値を比較するために対応のある t 検定

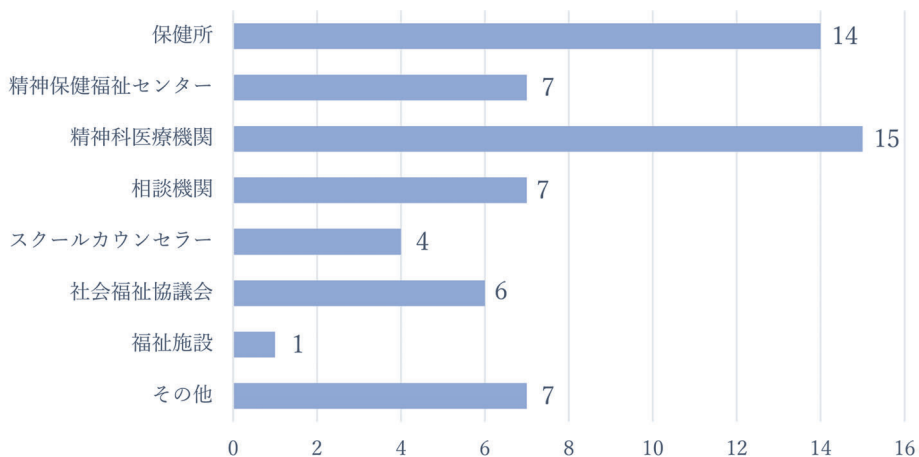


図 1 相談したことのある機関

を行ったところ、いずれの設問においても、現在の家族会での相談の方が有意に高かった(表1)。設問は「家族の話をじっくり聴いてくれる(t(17)=-3.59, p=.002)」「家族が置かれている状況に対して、理解と共感を得られる(t(17)=-4.53, p=.00)」「家族に必要な情報を提供してくれたり、該当するサービスに繋いでくれたりする(t(17)=-3.59, p=.002)」「家族が相談することにより、困っている状況が少しずつでも改善する(t(16)=-3.17, p=.006)」「家族が相談することにより、将来に希望や安心感を得られる(t(16)=-3.77, p=.002)」「家族が1回きりではなく、継続して相談することができる(t(16)=-3.54, p=.003)」「家族がどのように対応すれば良いか、具体的に教えてもらえる(t(16)=-3.24, p=.005)」の7つであった。

現在の家族会での相談や集いについては、担当している相談員が居り、そこで行われている相談についての評価となるため、平均値が高くなることはある意味当然といえる。しかしながら、本研究では、過去の相談と現在の相談のど

ちらが良いか、ということではなく、家族が相談を継続しようと思える相談にはどのような要素があるのかを明らかにすることを目的としている。それには、相談して嫌だった経験と相談を中止した経験、相談して良かったと感じた経験とこうあって欲しいと望む相談の在り方などについて尋ね、その要素を抽出する必要がある。以下ではそれらについての本調査での回答を示すこととする。

(4) 相談や支援で嫌な思いをした経験と中止した経験

① 相談や支援で嫌な思いをした経験

相談したり支援を受けたりして、嫌な思いをしたことがあるかについて尋ねたところ、非常にある4名(20%)、ある3名(15%)で、35%が「経験がある」と回答した(表2、図2)。相談者のうち3人に1人は、相談に赴いたり支援を受けたりしても、それによりかえって嫌な気持ちになる経験をしていた。

表1 これまでの相談と家族会での相談の比較

	平均値	N	標準偏差	t 値	自由度	有意確率 (両側)
家族の話をじっくり聴いてくれる	3.94	18	.802	t=-3.59	17	p=.002
	4.78	18	.548			
家族が置かれている状況に対して、理解と共感を得られる	3.67	18	.767	t=-4.53	17	p=.000
	4.56	18	.511			
家族に必要な情報を提供してくれたり、該当するサービスに繋いでくれたりする	3.44	18	.922	t=-3.59	17	p=.002
	4.28	18	.575			
家族が相談することにより、困っている状況が少しずつでも改善する	3.41	17	.795	t=-3.17	16	p=.006
	4.12	17	.697			
家族が相談することにより、将来に希望や安心感を得られる	3.18	17	.883	t=-3.77	16	p=.002
	4.12	17	.600			
家族が1回きりではなく、継続して相談することができる	3.47	17	1.179	t=-3.54	16	p=.003
	4.71	17	.470			
家族がどのように対応すれば良いか、具体的に教えてもらえる	3.41	17	.939	t=-3.24	16	p=.005
	4.35	17	.606			

表2 相談や支援で嫌な思いをした経験

	度数	割合
非常にある	4	20.0
ある	3	15.0
どちらともいえない	2	10.0
ほとんどない	5	25.0
まったくない	5	25.0
不明	1	5.0
合計	20	100.0

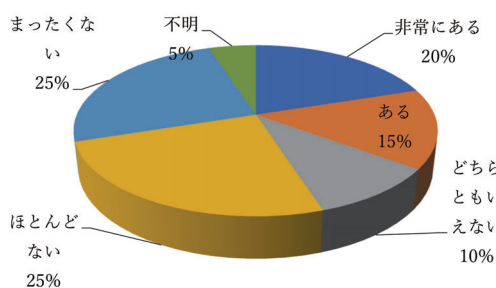


図2 相談や支援で嫌な思いをした経験

表3 相談や支援を中止した経験

	度数	割合
非常にある	4	20.0
ある	2	10.0
どちらともいえない	4	20.0
ほとんどない	2	10.0
まったくない	6	30.0
不明	2	10.0
合計	18	100.0

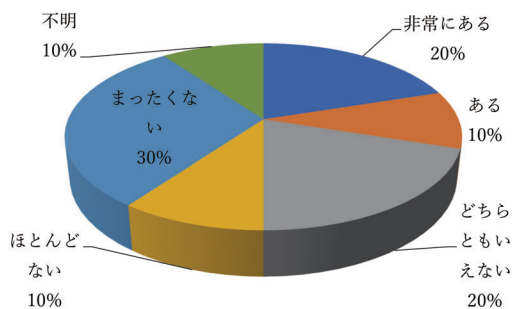


図3 相談や支援を中止した経験

② 相談や支援を中止した経験

相談したり支援を受けたりしても、うまくいかなかったため、相談や支援を中止したことがあるかについて尋ねたところ、非常にある4名(20%)、ある2名(10%)で、30%が「経験がある」と回答した(表3、図3)。相談者のうち3人に1人は、相談に赴いたり支援を受けたりしてもうまくいかずに中止した経験を持っていた。

③ 医療・相談機関で嫌な思いをした経験の内容

精神疾患・精神障がいに関して、医療機関や相談機関で嫌な思いをした経験について記述式で尋ね、得られた回答をカテゴリーごとに分類したところ、以下の結果が得られた(図4)。

医療機関で嫌な思いをした経験としては、「将来を悲観したくなるようなアドバイスをされた」「現状、変えるのが難しい要求をされた」など、医師や相談員など客観的な立場からの知見が、相談者・患者の立場からすると希望が持てなくなったり、実践不可能な内容であったり

するようであった。また、「長い待ち時間と無言の診療」「本人に対し自己責任と責めた」「勝手にキーパーソンと決める」など、専門職優位の関わりや自己責任論などもみられた。仕組み上の問題としては、「診察時間内の相談は時間が限られているので部分的な話になってしまう」「病院が開く家族会は、そこに通院していないと参加できない縛りがある」など、専門職や機関の都合が、相談者の実情と合っていないことが挙げられた。

相談機関で嫌な思いをした経験としては、「『また何かあればどうぞ』という感じで1回で終わることが多い」という、相談員の多忙を伺わせる対応についての記述や、「自分に合わない相談員が多かった。相談して良かったと思う人に出会うまでに数年かかった」「結局、無関心という本心が見えてしまう」など、相談者と相談員の信頼関係構築の難しさを感じさせる内容の記述が認められた。さらに、「社協などで『精

医療機関で嫌な思いをした経験

嫌な経験

- ・ 将来を悲観したくなるようなアドバイスをされた。
- ・ 現状、変えるのが難しい要求をされた。
- ・ 長い待ち時間と無言の診療。
- ・ 本人に対し自己責任と責めた。
- ・ 勝手にキーパーソンと決める。

仕組み上の課題

- ・ 診察時間内相談は時間が限られているので、部分的な話になってしまう。
- ・ 病院が開く家族会は、そこに通院していないと参加できない縛りがある。

相談機関で嫌な思いをした経験

嫌な経験

- ・ 「また何かあればどうぞ」という感じで1回で終わることが多い。
- ・ 自分に合わない相談員が多かった。相談して良かったと思う人に出会うまでに数年かかった。
- ・ 結局、無関心という本心が見えてしまう。

精神の専門でない機関で

- ・ 社協などで「精神は分からない」と言われた。
- ・ 消費生活センターなどで「なぜ〇〇しなかったの！」と怒られた。

その他、嫌な思いをした経験

- ・ 上から目線。
- ・ 偉そうだった。
- ・ 理解してもらえない気がしなかった。
- ・ 専門用語と答えのみで、冷たく感じた。
- ・ 担当者の変更や、担当者によるやり方の違い。
- ・ 親が悪いと責められた。
- ・ 家族は支援の対象外と言われた。
- ・ あなたがここに来てどうにもならないと言われた。
- ・ (受診できないと伝えても)本人を病院に連れていくようにとばかり言われる。
- ・ 本人の症状が軽いつか、できることがあると、そんなに問題がないという捉え方をされる。

図4 嫌な思いをした経験

神は分からない』と言われた」「消費生活センターなどで『なぜ〇〇しなかったの!』と怒られた」なども挙げられた。

その他には、「上から目線」「偉そうだった」「専門用語と答えのみで、冷たく感じた」など、専門職と相談者・患者という立場の違いや相談員が持つ価値観等が与えているであろうネガティブな印象や、「家族は支援の対象外と言われた」「あなたがここに来てどうにもならないと言われた」など、家族(ケアラー)を相談対象とみなさない対応などが挙げられた。さらに、「担当者の変更や、担当者によるやり方の違い」「親が悪いと責められた」「(受診できないと伝えても)本人を病院に連れて行くようにとばかり言われる」「本人の症状が軽いつか、できることがあると、そんなに問題がないという捉え方をされる」なども挙げられた。

④ 相談や支援を中止した理由

相談や支援がうまくいかなかったため、相談や支援を中止した経験について記述式で尋ね、得られた回答をカテゴリーごとに分類したところ、以下の結果が得られた(図5)。

相談や支援を中止した理由として、「相談員とのトラブルで2:1で患者・困った人扱いされた」「理解してもらえないか分からなくなった。安心して話せると思わなくなった」「担当者と本人が信頼し合えなかった」など、相談継続の基盤となる相互の信頼関係を築けていない場合や、「次に繋がらなかった」「カウンセラーがどうしたら良いか分からない状態だった」「本人の病状が重く信頼関係が途切れた」など、本人の病状や相談員の力量などにより、相談をうまく継続して展開できない場合などが挙げられた。また、「横柄な態度で嫌な気分になった。

相談や支援を中止した理由

- 相談員とのトラブルで、2:1で患者・困った人扱いされた。
- 理解してもらえないか分からなくなった。安心して話せると思わなくなった。
- 次に繋がらなかった。
- カウンセラーがどうして良いか分からない状態だった。
- 担当者と本人が信頼し合えなかった。
- 横柄な態度で嫌な気分になった。二度と連絡しないでおこうと思った。
- 本人の病状が重く信頼関係が途切れた。
- デイケアのプログラムに強制的に参加させられ、症状が悪化した。

家族は...

どこに相談すればいいのか

- 家族はまず、どこに相談していいか分からない。
- 今まで、どこに何を相談すれば良いかも分からなかった。

柔軟に考えて欲しい

- 「こうしてみたら」と責められ、追い込まれる。
- 家族が具体的な動きができなかったときは、受け止めて一緒に考えて欲しい。
- 問題解決の提案だけでなく、なぜそれができないのか考えて欲しい。
- うまいかなかったら、別の方法を考えて欲しい。

図5 相談や支援を中止した理由

二度と連絡しないでおこうと思った」「デイケアのプログラムに強制的に参加させられ、症状が悪化した」など、不適切な関わりについても挙げられた。

家族としては、そもそも「どこに何を相談すればいいのか分からない」ことが多く、何が問題となっているかも分からない状態で困惑しているものと思われる。そのため相談に繋がっても、『『こうしてみたら』と責められ、追い込まれる』と感じ、「家族が具体的な動きができなかったときは、受けとめて一緒に考えて欲しい」「問題解決の提案だけでなく、なぜそれができないのか考えて欲しい」「うまくいかなかったら、別の方法を考えて欲しい」と思っていることが明らかとなった。

(5) 相談して良かったと感じられた経験

望んでいる相談について思うことを自由記述式で尋ねた中で、相談して良かったと感じられた経験について得られた回答をカテゴリーごとに分類したところ、以下の結果が得られた（図

6）。

① よく話を聞いてもらえる

「困ったときにタイムリーに話を聞いてくれる」「とにかくよく話を聞いてくれて、本人も家族も安心できる」「（症状、仕事、家族関係など）どんな内容の話でも受け止めてくれる」「色々なタイプのカウンセラーがいるが、傾聴は一緒でも、どこまで精神の病気を理解しているかにより違いを感じた」「家族自身、心が折れることが多く、それを吐き出す場がなかったので、家族会や相談で話を聞いてもらえることに感謝している」などが挙げられた。精神障害や社会的ひきこもり状態とそれらに伴う生きづらさは、周囲から理解されにくいことが多く、理解してもらえるだけでも救われることが多いものと思われた。

② 熱意がある・親身になってくれる

「概ね、親切で熱心、職責を越えたご尽力を頂いてきた」「いつも親身で温かく接して頂き、感謝している」「困っていることを分かりやすく丁寧に説明してくれる」「『今、何が必要です

相談して良かったと感じられた経験

よく話を聞いてもらえる

- 困ったときにタイムリーに話を聞いてくれる。
- とにかくよく話を聞いてくれて本人も家族も安心できる。
- 色々なタイプのカウンセラーがいるが、傾聴は一緒でも、どこまで精神の病気を理解しているかにより違いを感じた。
- (症状、仕事、家族関係など)どんな内容の話でも受け止めてくれる。
- 家族自身、心が折れることが多く、それを吐き出す場がなかったので、家族会や相談で話を聞いてもらえることに感謝している。

熱意がある・親身になってくれる

- 概ね、親切で熱心、職責を越えたご尽力を頂いてきた。
- いつも親身で温かく接して頂き、感謝している。
- 困っていることを分かりやすく丁寧に説明してくれる。
- 「今、何が必要ですか?」という質問がすごく嬉しかった。

前向きになれる・希望を持てる

- 本人の生活は良い方向に向かわなくても、前を向けるような話をいつもしてもらえる。
- 相談することにより希望を持てる。前進しようと思う。

家族同士の分かち合い

- 不登校の親の会などは、親の立場をよく理解していただき、相談に伺うのが楽しみだった。
- 同じ立場の人がお茶などを囲んで自由に語れるのが良かった。

本人の支援も同時に行う

- 一歩踏み出すのをためらっている本人の背中を押してくれる。
- 本人もいつも何かプラスになることがあるようで、感謝している。
- (本人・家族の並行面接では)相談の時に本人から初めて聴くこともある。

アドバイスをもらえる

- 皆さんの話や先生からのアドバイスがとても参考になっている。
- 親がどの方向で動き、対応していけば良いかを教えてもらい、それが安心感につながっている。
- 病院など迷っているときにアドバイス頂いたことで、病気の改善につながっている。

家族自身が感じる変化

- 孤立感がだいぶなくなった。
- 本人が発する言葉への対応が、以前よりは冷静にできるようになった気がする。

図6 相談して良かったと感じられた経験

か?』という質問がすごく嬉しかった」などが挙げられた。対人援助専門職には熱心な人や、親身になって対応する人も多く、そのような相談員と出会えた時に、相談して良かったと思えるようであった。

③ 前向きになれる・希望を持てる

「本人の生活は良い方向に向かわなくても、前を向けるような話をいつもしてもらえる」「相談することにより希望を持てる。前進しようと思う」などが挙げられた。ことさらに問題を取り上げるよりも、希望を持って生きられるような相談が望まれていることが分かった。

④ 家族同士の分かち合い

「不登校の親の会などは、親の立場をよく理解していただき、相談に伺うのが楽しみだった」「同じ立場の人がお茶などを囲んで自由に語れるのが良かった」などが挙げられ、個別相談と

並行して、グループやピアサポートの場に繋がることには効果があるものと思われた。

⑤ 本人の支援も同時に行う

「一歩踏み出すのをためらっている本人の背中を押してくれる」「本人もいつも何かプラスになることがあるようで、感謝している」「(本人・家族の並行面接では)相談の時に本人から初めて聴くこともある」などが挙げられた。本人の状態が良くなれば家族(ケアラー)の状態も良くなることが多いものと思われ、両者への働きかけは連動しているものと思われた。

⑥ アドバイスをもらえる

「皆さんの話や先生からのアドバイスがとても参考になっている」「親がどの方向で動き、対応していけば良いかを教えてもらい、それが安心感につながっている」「病院など迷っているときにアドバイス頂いたことで、病気の改善

につながっている」などが挙げられた。話を聴くだけでなく、必要な時にはアドバイスも欲しいことが伺われた。

⑦ 家族自身が感じる変化

「孤立感がだいぶなくなった」「本人が発する言葉への対応が、以前よりは冷静にできるようになった気がする」などが挙げられた。家族（ケアラー）がひとりで抱えるのではなく、継続して相談できる人がいることで、孤立感や本人への関わりが改善されることが示唆された。

(6) 家族が願う相談の在り方・要望と期待

望んでいる相談について思うことを自由記述式で尋ねた中で、家族が願う相談の在り方や、要望と期待について得られた回答をカテゴリーごとに分類したところ、以下の結果が得られた（図7）。

① 定期的な相談の声掛け

「『キャンセルしても構わないから、また相談に来ませんか?』と次の予約を取ってから終了」「相談員の方から『最近、どう?』と連絡をくれる」「助けを求めている、困っている声を掴まえて欲しい」「介護者の定期的な相談を選択できると良いと思う」などのことが挙げられた。家族（ケアラー）のケアは日々連綿と続いているものであり、単発の相談だけで手応えのある変化を得られるわけではないため、相談員からのさりげない声掛けが家族（ケアラー）にとっては嬉しいものであることが挙げられた。

② 具体的な情報と支援

「具体的に実現できることを一緒に取り組んでもらいたい」「様々な事例を聞かせて欲しい」「親として勉強して、活用できる社会資源を使っていきたい」「障害や病気関係の家族会に参加したい希望はある」などが挙げられ、抽象的な助言よりも具体的な情報や支援が求められてい

こうあって欲しいと願う相談の在り方・要望・期待

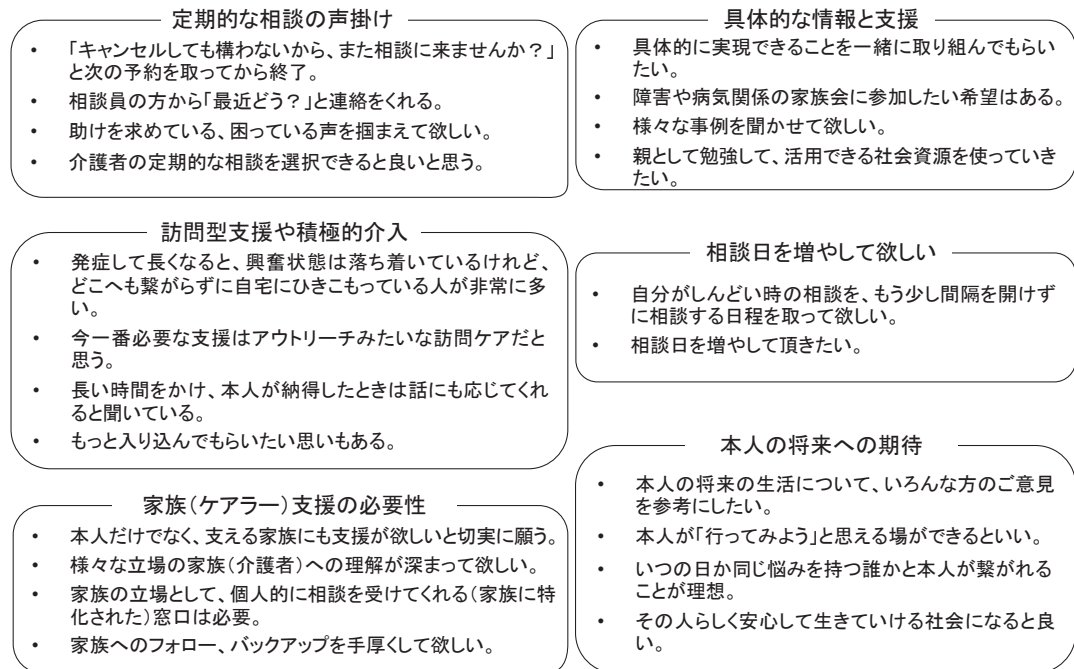


図7 家族が願う相談の在り方・要望と期待

た。

③ 訪問型支援や積極的介入

「発症して長くなると、興奮状態は落ち着いているけれど、どこへも繋がらずに自宅にひきこもっている人が非常に多い」「今一番必要な支援はアウトリーチみたいな訪問ケアだと思う」「長い時間をかけ、本人が納得したときは話にも応じてくれると聞いている」「もっと入り込んでもらいたい思いもある」など、相談者の方から相談機関に出向くことが難しい状態が続くと慢性化しやすいため、訪問支援等の積極的介入が求められていた。

④ 相談日を増やして欲しい

「自分がしんどい時の相談を、もう少し間隔を開けずに相談する日程を取って欲しい」「相談日を増やして頂きたい」などが挙げられ、家族（ケアラー）に特化した相談機関は少なく、物理的な日数の増設が求められていた。

⑤ 家族（ケアラー）支援の必要性

「本人だけでなく、支える家族にも支援が欲しいと切実に願う」「様々な立場の家族（介護者）への理解が深まって欲しい」「家族の立場として、個人的に相談を受けてくれる（家族に特化された）窓口は必要」「家族へのフォロー、バックアップを手厚くして欲しい」など、家族（ケアラー）への専門的な支援の必要性が指摘された。

⑥ 本人の将来への期待

「本人の将来の生活について、いろんな方のご意見を参考にしたい」「本人が『行ってみよう』と思える場ができるといい」「いつの日か同じ悩みを持つ誰かと本人が繋がれることが理想」「その人らしく安心して生きていける社会になると良い」など、本人の将来に希望が持てるような社会の実現が求められていた。

4. 考察

(1) 家族（ケアラー）が置かれている現状と相談し続けたいと思う相談

本論では、精神障がい者家族や社会的ひきこもり状態の本人をケアする家族が置かれている現状についてレビューした上で、家族（ケアラー）が相談し続けたいと思う相談の在り方についての調査結果を報告してきた。ここで概略をまとめて考察することにした。

まず、対象者は精神に障がいのある本人または社会的ひきこもり状態にある本人をケアする家族（ケアラー）であり、本人の性別は男女半々であったが、回答者である家族（ケアラー）の性別は女性が95%を占めていた。続柄としては母親が多数であったものの、きょうだいや子どもの立場の人も調査に協力してくれたことが伺われた。診断名は統合失調症が半数以上を占めるものの、その他の診断名や「よく分からない」などの回答も多く、社会的ひきこもり状態にある本人の家族（ケアラー）が多く含まれていることが伺われた。現在の状況が続いている年数が平均13.85年で、最長40年というあたりは、家族会の調査ならではのというべきか、長期にわたってケアを続ける家族の実状を物語るものであった。また全体の7割以上が同一生計で暮らしており、家族（ケアラー）が経済的にも本人のケアを続けている様子が伺われた。同居はしていなくても同一生計という人もいるものと思われ、老年期にさしかかる親が青年期から壮年期にかかる子に小遣いを渡している状況があるものと思われた。

これまでに相談したことのある機関として、複数回答している回答者が多かったことは、様々な機関に相談に行ったものの、なかなか事態を打開することができずに家族会に繋がって来ておられるものと思われた。これまでの相談と家族会での相談の比較は次節に譲るとして、

相談や支援で嫌な思いをしたり中止したりした経験から読み取れる相談員の対応として、横柄な態度、無関心や無反応、決めつけらる、次に繋がらない、前向きな気持ちになれない、うまくいかない背景を考えずに同じ提案を続ける、などのことが挙げられた。また逆に、相談し続けたいと思える相談の在り方として、タイマーに・どんな内容の話でも・「精神」について理解した上でよく話を聴いてもらえること、親身になって・前向きになれる・希望を持てるような面接であることなどが挙げられた。そして、必要時には情報やアドバイスも欲しいこと、相談後も気にかけて声掛けをして欲しいこと、同時進行で本人が具体的にできることを一緒に取り組んで欲しいこと、なども挙げられた。さらに、家族会や家族教室などに参加して同じ立場で分かり合える体験も良かった経験として挙げられていた。

こうあって欲しいと願う相談の在り方としては、「本人だけでなく、支える家族も支援が欲しいと切実に願う」「家族の立場として、個人的に相談を受けてくれる（家族に特化した）窓口は必要」「家族へのフォロー、バックアップを手厚くして欲しい」との声が上がった。たとえば、依存症の場合、家族から相談に繋がることが多く、本人よりも先、あるいは同時進行で、家族向けのプログラムが提供されたり、自助グループが紹介されたりするのが通例であり、また、個人の状態により必要であれば個人面接やカウンセリングを並行することもある。つまり、依存症だと家族（ケアラー）の状態に応じて重層的なケアが提供されることが当たり前になっているが、依存症以外の精神疾患・精神障がいや、社会的ひきこもり等においては、家族（ケアラー）の苦しみは同様であるにもかかわらず、家族（ケアラー）にケアが提供されることが当たり前という風土は、現時点ではまだ形成され

ていないように思われる。

(2) 家族相談の満足度の高さに繋がる要因と相談の展開

これまでに受けてきた相談と、現在、利用している家族会での相談の比較において、現在の相談の満足度が高いという結果が得られている。今回の調査は、京家連での専門職の面接相談の相談者や社会的ひきこもりの本人をケアする家族の集い（みつばちの会）の参加者に対して行われたため、相談者や参加者と担当の専門職との関係が良好であることが前提となっており、それが結果に影響したという側面は否定できないものと思われる。しかし、たとえそうであっても、相談者の中に「相談して良かった」というイメージがあるのだとすれば、京家連での相談の何が、他機関での相談と異なるのだろうか。ひとつには、医療機関や相談機関のように専門職が行っているサービス提供の場ではなく、家族会というピアサポートの場がベースになっているということがある。つまり、本人や家族等が集まる場所に、専門職がボランティアで入り込んで行っている相談であるため、相談の受け方や時間等の枠組みが柔軟で、相談者の立場に立ちやすいということがある。相談の時間枠は、短くても1回1時間、長ければ1時間半から2時間と、十分な時間を確保してじっくりと家族の話を聴いている。物理的な時間の長さもあるが、話を聴く際に上述の調査結果のような「嫌な対応」に陥らないように、家族の立場に立って話を聴き、「相談して良かったと感じた経験」に挙げられているような対応を心掛けている、ということがあるものと思われる。また、相談員によって得意とする領域や、対応の仕方にヴァリエーションがあるため、それが有機的に作用し、家族は複数の相談員に相談してみたり、合わない時は別の相談員に替えたり

することが、家族（ケアラー）主導で行えるということが受け皿としての懐の深さに繋がっているのではないと思われる。

家族（ケアラー）の相談を受けるポイントとして、京都府・京家連（2019）は以下の点を挙げている。まず、家族（ケアラー）を「（ケアをすることによって）社会で活躍したり、生活を楽しんだり、学ぶ機会を得ることを妨げられない」個人として捉えること、そして本人と家族の「どちらの願いも叶え」るべく、「本人も家族ひとりひとりも丸ごと支援（応援）」すること、である。これは、現代では個人を対象として関わるが増えている中で、家族全体を見る視点を取り戻すということでもあるように思われる。さらに、精神疾患を体験している専門家としての本人と、ケアをし続けている専門家としての家族、精神保健医療福祉の支援に関する知識と技術を持つ専門家としての支援者が協働しながら、これまでに試してきた工夫について本人と家族（ケアラー）に尋ねるなど、家族全体のストレンクスを活かす関わりを行うことが重要であるとしている。その上で、本人と家族（ケアラー）に「とりあえずの選択」をしてもらい、次の面接まで「試してみ」てもらって、次の面接でその様子を尋ねて報告して頂く、ということを繰り返すとしている。つまり、支援者が本人や家族と個別にやり取りするだけでなく、家族内でのコミュニケーションを回復できるように働きかけるということであるように思われる。

このような相談を1回きりではなく、継続して行っていく。京都府・京家連（2019）には、「忙しいからといって継続相談を避ける支援者は意外と多いようですが、継続相談の方が「早めの」「適切な」介入をしやすいという点からも結果として支援の総量の省力化になり、本人や家族のさまざまな傷付きを減らすことも考えられま

す。長時間である必要はなく、短い時間であっても継続して相談に乗っていくという姿勢はぜひ持ちたいものです」と述べられている。そしてそれに加えて、個別面接で一定程度、信頼関係ができてきたら、家族会や家族教室など「同じ経験をした者同士の思いや工夫の分かち合い」に複数回参加してみてもらうことが推奨されている。

(3) 本人のケアについての話をじっくり聴くことから、家族（ケアラー）自身のケアとリカバリーへ

では、家族（ケアラー）からどのような話を聴けば良いのであろうか。本調査では、何よりも「家族はまず、どこに相談していいかわからない」「今まで、どこに何を相談すれば良いかも分からなかった」との声が上がっている。医療・相談機関は本人の受診や相談であれば問題なく受けもらえるが、家族（ケアラー）だけの相談となると、保険点数の問題やアプローチの難しさなどから、継続して相談を受けられる機関は限られているといえる。家族（ケアラー）自身も、家族の立場で相談を受けてもらえるのか分からずにいる場合も多い。また、渦中にいる身からすると、相談すべき状況なのかどうかや、何についてどのように相談すれば良いのか、といったこと自体が分からないということもある。その一方で、「傾聴は一緒でも、どこまで精神の病気を理解しているかにより違いを感じた」との声もあるため、相談員の側が、精神障がいや社会的ひきこもり等に伴いやすい状態感を押さえた上で話を聴くことが効果的であるといえる。

たとえば、家族相談を受ける際に活用できるツールとして、京都府と京家連が共同開発した「ケアラーアセスメント票」（京都府・京家連、2019）がある（表4）。アセスメント票という

表4 ケアラーアセスメント票

本人が病院になかなか受診をしてくれず、心配している	はい	いいえ
本人の症状が不安定な時、警察や救急車を呼ぶことがある	はい	いいえ
ご近所から苦情があったり、理解が得られない	はい	いいえ
本人が家にいる時間が多く、通所サービス（作業所やデイケアなど）や訪問サービス（訪問看護やヘルパーなど）を利用せず心配している	はい	いいえ
家族間でつい暴言や暴力をふるってしまう	はい	いいえ
本人のことが心配で頭から離れない	はい	いいえ
自分しかいない、周囲を頼れないという感じがする。	はい	いいえ
本人のケアのために仕事につけない、行きづらい	はい	いいえ
自分が病気になったり、亡くなった後の本人の生活がとても心配	はい	いいえ
相談できる人がいない	はい	いいえ
家族会や家族教室に参加したことがない	はい	いいえ
本人の病気・障がいや福祉サービスについてよく知らない	はい	いいえ
精神的な不調が続いている（不眠や過眠、意欲減退など）	はい	いいえ
この世からいなくなりたいと思うことがある	はい	いいえ

名前がついてはいるが、何点以上だとどのような状態かを測る尺度ではなく、ひとつでも丸がつけば家族（ケアラー）自身のケアが必要であるということに、家族（ケアラー）自身が気付いて支援を求められるようにすることを第一の目的としている。また、相談場面において専門職が家族（ケアラー）にこれを差し出し、一緒にチェックしながら話を聴いていくことで、相談者が抱えている困難を知り、対応を検討することにも活用できる。「ケアラーアセスメント票」には以下の項目が盛り込まれており、直近の1、2カ月についてチェックすることになっている。

これらの項目について、ひとつひとつ丁寧に聴いていただけても、数回の面接を要するであろうし、家族（ケアラー）はこれまでの苦労を振り返って涙することもあるであろう。そういった面接を繰り返す中で、本人の精神障がいや社会的ひきこもりについての相談というだけでなく、家族（ケアラー）自身についての相談になっていくことも多い。そうやって初めて、家族（ケアラー）が自分自身のリカバリーの大

切さに気付いて取り組むことにも繋がるのではないかと思われる。

家族（ケアラー）が置かれてきた状況は、孤立無援であったり、壮絶な努力の連続であったりすることも多いが、少しずつ変えていきたい、あるいは、希望を持って歩いていきたいという時に、サポートを得ることのできる体制の整備が望まれる。京家連・京都府・専門職の連携による取り組みはそのような体制づくりに向けての挑戦であるといえる。

5. 今後の課題

2021年に出されたイギリス心理学会の「精神障害の家族支援ガイドライン」は、「家族に優しい/繊細な/包摂的なアプローチ」が重要と指摘し、その考え方は精神保健医療福祉の支援の基礎となるべきであると主張している。支援のあらゆる部分に家族を関与させ、家族全体を対象としたケアを展開し、家族を歓迎する姿勢を提供するとまで述べている。なぜならば家族を関与させることにより、家族のケアに関する経験的知識を活かすとともに、家族の持つ

ソーシャルリソースを活かすことができるからであり、それを活かさない手はないからである。「サービス利用者が特に拒否しない限り」という例外はあるものの、サービス利用者同様に疾患や制度の説明を受け、今後の支援の計画の決定にも関与し、しかもケアラー自身の人生に対する支援を受ける権利も保障するものである。このような考え方やシステムのあり方は今後の日本のケアラー支援を一步も二歩も進める視点となろう。近年、わが国においても精神保健医療福祉システムにサービス利用者を関与させることは当然といった状況になりつつある。これからはここに家族を関与させていく工夫を重ねていくことが重要であろう。

【引用文献】

- ・公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会・研究チーム（松田美枝、佐藤純、橋本史人、渡辺恵司）、本人が精神疾患を発病してから病状が安定するまでに経験する家族の困難と必要な支援、京都文教大学心理社会的支援研究第8集、2018
- ・三富紀敬（2016）、「介護者支援政策の国際比較—多様なニーズに対応する支援の実態—」、ミネルヴァ書房
- ・日本総合研究所、令和3年度ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書、2022
- ・佐藤純・松田美枝・橋本史人・菊池彰倫・松本裕介・畚野真木、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、京都ノートルダム女子大学研究紀要第46号、2016
- ・田野中恭子、精神疾患の親をもつ子どもの困難、日本公衆衛生看護学会、8（1）、2019、23 - 32
- ・The British Psychological Society（2021）、Family interventions in psychosis Guidelines for psychologists and practitioners supporting families and social networks.
- ・Twigg, Julia, Atkin, Karl（1994）、Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care. Open University Press

【インターネット引用文献】

- ・京都府・公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会、ケアラーアセスメント票—家族のためのセルフチェック票—ガイドライン Ver.1、京家連ホームページ <http://www.kyokaren.server-shared.com/>、2019
- ・京都府・公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会、精神に「障がい」のある本人をケアする家族のために（ケアラーアセスメント票）、京家連ホームページ <http://www.kyokaren.server-shared.com/>、2019
- ・日本ケアラー連盟ホームページ <https://carersjapan.com/> 2021年9月6日閲覧

<要旨>

家族（ケアラー）の相談継続に必要な要素と 相談の在り方

—精神障がいや社会的ひきこもり状態の本人をケアする家族への調査から—

松 田 美 枝・佐 藤 純・田野中 恭 子・
静 津 由 子・熊取谷 晶・高 田 亮・
田 中 由記美

精神障がいや社会的ひきこもり状態にある本人をケアする家族（ケアラー）は、長期にわたり本人をケアしており、十分な支援を受けているとは言い難い現状にある。親、配偶者、子どもなど、立場に応じて抱える困難があるが、わが国の現状では、そのような家族（ケアラー）の相談を継続して受け続ける仕組みや支援技術は、まだまだ普及の途上にあるといえる。

このような課題に対して、本論では、先行研究や現状の分析を踏まえた上で、家族（ケアラー）への調査結果を報告し、家族（ケアラー）が相談を継続したいと思う相談の在り方について検討する。

<英文要旨>

Required elements for continued counseling of carers and varied methods of counseling

— According to a survey for carers of people with mental disabilities
and social withdrawals —

Yoshie MATSUDA, Kyoko TANONAKA, Atsushi SATO,
Tsuyuko SHIZU, Akira KUMATORIYA, Ryo TAKATA,
Yukimi TANAKA

Long-term carers of people with mental disabilities and social withdrawals struggle to find enough support from society. In Japan, the support system and support skills are insufficient for carers who face challenges, which differ for parents, partners, and children.

Based on previous studies and analysis of the current situation, in this study, we discuss how carer counseling should continue according to our survey results.

Key words : carer, family counseling, family support