

民法の扶養義務や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）の医療保護入院等での家族の同意など、家族が本人の扶養や代理を担う法律や制度があり、さらに、家族なのだからケアするのは当然という意識が根強くある現状では、どうしても家族を、本人をケアする人という役割でしか捉えられなくなる。しかし、家族はケアする人である前に一人の生活者である。そして、権利の主体者でもある。本人の暮らしや人生も大切だが、それと同じように家族の暮らしや人生も大切であるという認識が求められる。もし家族が本人のケアによって、自分の人生をあきらめたり、著しい制限がなされている場合は、社会がケアや支援体制を整え、家族のケアしない権利も認めていくことが必要になる。あるいは、本人をケアしたいと思っているが何らかの理由があってケアをすることが難しい家族に対しては、社会が支援体制などを整えケアする権利を保障していくことが求められることになる。¹¹⁾

現時点では、家族の「ケアしない権利」も「ケアする権利」も保障されているとはいがたい状況ではあるが、いずれこれらの権利も保障できるよう社会に働きかけていくことも精神保健福祉士には求められている。

②メインケアラーだけでなく家族一人ひとりへの支援に

権利の主体者として家族を捉えていくと、その権利を保障していく対象は、本人を主にケアしている親だけにとどまらない。親に加え、配偶者、きょうだい（以下、兄弟姉妹を「きょうだい」と呼ぶ）、そして精神障害のある本人に育てられている子どもも含まれてくる。しかし、医療機関や行政等で開催される心理教育的家族教室などは、主にケアしている人のみが案内されていることが多い。その他の家族も、本人の精神疾患をもっと知りたい、どのように接するのが本人の病気のためになるのか知りたい、本人を支援する法律や制度にはどのようなものがあるか知りたいと思うであろうし、ほかの精神障害のある人と暮らす同じ立場の人が何を思いながら毎日暮らしているのだろうと思うのは当たり前なのだが、そこにはまだまだ目を向けられていない。

また、家族といつてもそれぞれの立場によって本人との関係性は異なる。親の多くは自分の人生のほとんどを費やして本人のケアをするという方向性になりやすい。しかし、きょうだいは本人と横並びの関係であり、まずは自分の人生があり、余裕があればきょうだいをケアするという関係である。さらに配偶者は唯一本人との契約によって家族となった、いざとなれば離婚も可能な特殊な関係である。そして、精神障害のある

本人に行われている子どもは、自分を育てている親を人生の早期にケアする関係となり、自分らしく子ども時代を生きられないばかりか、場合によっては安心や安全が譲られない。そして、大人としてのモデルを家族のなかで形成することが難しいままの子ども時代を送っていることが多い。さらに、きょうだいや子どもたちは、本人の病気や障害のことを誰からも説明されることがないことが多く、周囲の人が外部の人（社会、世間）に内緒にするように働きかけていることもある²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾。成年になるまで胸に秘めて誰にも相談せず何とか毎日をやりすごしていることも少なくない。現時点では一部で先駆的にグループ支援が行われているが、親をはじめ、配偶者、きょうだい、子どものそれぞれが自分らしく生きる支援をつくりだしていく働きかけが求められている。

③求められる介護者支援法

家族を権利の主体者として支援していくには、介護者支援に関する法制度の整備も重要となる。世界各国では介護者支援（ケアラー支援）の法制度が存在する。たとえば、介護者支援法のような制度は、イギリスのケアラーズ法（Care Act: 2014年制定）、オーストラリアのケアラー認識法（Carer Recognition Act: 2010年制定）、アメリカの RAISE 家族介護者法（the Recognize, Assist, Include, Support and Engage (RAISE) Family Caregivers Act: 2018年制定）、フィンランド・親族介護支援法（Act on Support for Informal Care: 2005年制定）などがある。いずれの法制度にも基本となる考え方として、介護者は家族・親族に加え、パートナーや友人あるいは隣人まで含まれており、「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」と述べる三富紀敬⁵⁾は、介護は介護者の健康はもとより、職業生活を含む経済生活、家庭生活、そして教育や余暇を含む広く社会生活へと影響がおよぶことから、社会的排除（ソーシャルエクスクルージョン）の観点からの分析が加えられ、社会的包摂（ソーシャルインクルージョン）を理念に据えた介護者支援策を整備してきていると説明している。これらの点が、残念ながら現在の日本とは大きく異なるといわざるを得ない。

このように、これから家族支援には、本人のケアをする家族という面を捉えるだけでなく、家族一人ひとりが自分らしく生き生きと生きる「権利をもつ主体者」であるといった捉えかたが求められている。

Active Learning

日本にケアラーズ法
がない理由について
考えてみましょう。



エビデンスベースドの家族支援

現在の日本においては、精神保健医療福祉の施策の議論、あるいは精神保健福祉士の実践では科学的根拠に基づいた実践をもとに議論されることは多くない。しかし、多くの国では科学的根拠に基づいた EBP (evidence-based practice : 根拠に基づく実践) を重視した施策立案や実践が行われている。EBP とは、「入手可能な最良の研究・調査結果(エビデンス)を基にして、医師や実践者の専門性とクライエントの価値観を統合させることによって、臨床現場における実践方法に関する意思決定の最善化を図るための活動」とされ、一部の個人的で偏った経験を根拠にした臨床実践を行うのではなく、多くの人間を対象に行う実践研究の成果、つまり科学的根拠を重視して臨床実践を行うことをいう。しかし、科学的根拠に基づいて行う EBP をもってしても、その実践が効果のある場合は 60~90%ともいわれ、EBP がすべての者、すべての場合に有効と考える必要もない。こういった点から EBP は、科学的根拠に基づく「有効性の高い治療やリハビリテーション」の重要な情報として捉えるのが望ましい。

それでは、科学的な根拠に基づく有効性の高い家族支援とはどのようなものであろうか。例としてアメリカやイギリスの統合失調症ガイドラインで推奨されている「有効性の高い家族支援」の情報を確認しておこう。それぞれ、どのような家族支援が推奨されているのだろうか。

2020 年夏に刊行された APA (アメリカ精神医学会) の統合失調症治療ガイドラインでは、良好な精神医学的治療には、患者本人の生活に重要な役割を果たしている配偶者、親、子どもの家族、そして家族以外の友人なども含めることが推奨されている。⁷⁾ そして、提供される家族支援 (family intervention) には、構造化された問題解決アプローチ、病気の症状に対処する方法のトレーニング、家族のコミュニケーションを改善する支援、感情的サポートの提供、ストレスを軽減しソーシャルサポートネットワークを強化するための戦略が含まれていることが推奨されている。

また、家族支援は統合失調症の初期の段階で特に重要になる可能性があるが、治療のどの段階でも役立つ可能性があると指摘され、家族支援の効果としては、病気の中核症状の減少と再入院を含む再発の減少、そして一部の研究では、家族の負担や苦痛のレベルの低下や家族間の関係

の改善など、家族にとっての利点も示されているとしている。さらに家族支援の推奨される期間や回数としては、少なくとも7か月間に10回以上のセッションが行われた場合、家族支援の利益が最大になることが示されており、第5章第1節「3 家族による家族支援」に詳述されているアメリカの精神障害者家族会 NAMI (National Alliance on Mental Illness) で取り組まれている FFEP (Family-to-Family Education Program) (p.215 参照) については、それぞれ2~3時間の週単位のセッションで構成される12週間のプログラムの利益が最大になることが指摘されている。

また、イギリスの NICE 統合失調症治療ガイドラインでも、APA と同様に家族支援が推奨されている。家族支援は、①精神疾患患者本人を含めて実施する、②実施期間3か月から1年の間で少なくとも10の計画的セッションを含んでいる、③本人や家族が一つの家族への支援か複数の家族の支援を選べる、④主なケアラーと精神疾患患者本人との関係を考慮する、⑤支持的、教育的または治療的機能をもち、問題解決または危機的状況を切り抜けるプログラムが用意されていることが推奨されている。

両者に共通する注目したい点は、本人と家族をともに支援することが「家族支援」と記されている点である。日本においては、「本人の支援」と「家族支援」は分けて考えられており、それぞれに支援メニューが組み立てられることがほとんどである。それに対し APA や NICE の統合失調症治療ガイドラインでは、本人を含めることが推奨され、本人を含めた family、つまり家族まるごと支援が推奨されている。この点は、日本においてもさらに推し進めなければならない支援のあり方であろう。

2008(平成20)年刊行の日本の統合失調症治療ガイドラインには、家族心理教育の具体的な記述が多くみられるが、今後改訂を重ねていくなかで、たとえば APA や NICE の統合失調症治療ガイドラインに記載されているような、具体的な推奨される効果的な家族支援の詳述を期待したいところである。

3

どのような家族支援が求められるか

■ 家族支援を求めることが難しい家族もいる

それでは、今後、本人を含めた家族支援は、どのような機関でどのよ

Active Learning

家族が求めていることについて、学生で話し合いましょう。

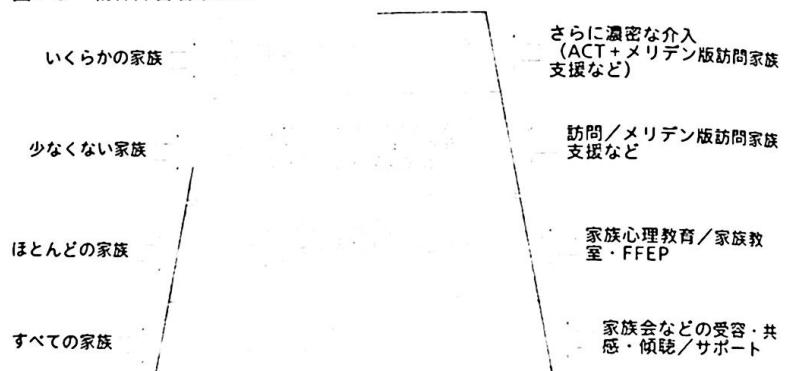
うな家族支援を提供することが求められているのであろうか。現在、精神科病院、精神科診療所、精神科デイ・ケアなどの精神科医療機関、いわゆる作業所、相談支援事業所などの障害者総合支援法の事業所、市町村や保健所などの行政機関、医療観察法の指定医療機関や保護観察所、そして、家族会などでさまざまな家族支援が行われているが、それらは各機関が必要に応じて実施しているのが現状であり、実施されているかどうかは各機関に任されているのが現状である。しかし、家族の相談から漏れ聞こえてくる家族の現状は、家族支援の質量の不足から本人と家族が悩み、困惑し、傷つき、孤立している様子が浮かび上がってくる。

こういった家族の状況に対応して求められる家族支援は、図4-8のように考えることもできるだろう。

すべての家族は孤立し、自分の気持ちを理解し受け容ってくれる場や人はなかなか見つけられないため、「自分の苦しい気持ちを聞いてほしい、わかってほしい」と願う。そのために家族会などの当事者同士の支えあいや分かちあい、そしてさまざまな機関にいる精神保健福祉士をはじめ支援者などの個別支援による受容、共感、傾聴が助けになる。

しかし、それだけではニーズを満たせない家族がほとんどである。そのため、家族会の勉強会への参加に加え、医療機関で開催される家族心理教育や行政などで開催される家族教室に参加し、知識や情報を得るとともにかかわり方の工夫を学ぶ。ところが、このような家族心理教育や家族教室に参加するには、本人の病状が少し安定し、心配がありながらも家族が外出できる、参加する家族自身が参加者の誰か知り合いに会う恐怖よりも学びたいという動機が勝る、開催されている平日昼間に時間があるなどいくつかの条件がそろわないと参加できないこともあり、

図4-8 精神障害者家族のニーズと求められる支援



出典：MFP所長のG. ファッテンが講演で示した図を参考に筆者が作成