

精神障害者の家族支援についての文献研究

ー歴史的経緯と当事者研究から支援の方向性を探るー

佐々木裕子・早川 由美

要旨 社会福祉基礎構造改革の中、精神障害者福祉も地域福祉へ・利用契約制度へとパラダイム転換が図られ、利用者主体が大きくうたわれている。しかし精神障害者福祉の分野は歴史も浅く、地域生活の支援・推進も困難な状況にある。その精神障害者支援の鍵を探すため、家族の支援という視点から、論じていきたい。

精神障害者の過去の歴史は、人権が踏みにじられたものだった。近代以降、歴史的にどのように処遇を受けてきたのか、最近研究も増えている。しかしその影で、家族にとっても困難な歴史であったことが隠されている。第1章では、精神障害に関する法や制度の流れを家族の視点で経過を辿り、家族がどのように捉えられてきたのかに注目する。第2章では、心理教育と家族会という視点から、家族が病因として捉えられた時代から治療の対象を経て、支援の対象へと移行した経過を辿った。さらに家族会の変遷を法制度との関連に着目し辿り、その上で家族会が担った役割に注目し、現在の課題と今後の支援のあり方について提言した。第3章では、当事者研究という取り組みに注目し、研究当事者とその家族の関係を考察し、その研究内容から家族支援に生かす方向性を模索し、家族支援の新たな視点の鍵を提言したい。

【はじめに】

社会福祉基礎構造改革の中、様々な分野で市場原理が導入され、措置から利用契約制度へと大きくパラダイム転換が図られている。その中で、精神障害者福祉の分野も地域福祉へ・利用契約制度へと転換され、利用者主体が大きくうたわれている。

精神障害者福祉の分野は、諸外国からの意見と人権に関する考え方の変化や、高騰する医療費の削減目的と精神医療の進歩などと環境が変化し、精神障害者を入院治療中心・社会的入院生活から、自宅や地域で生活することができるように、社会復帰・社会参加・地域生活を支援する方針に、政策転換されている。それは、1999年に改正された精神保健福祉法に基づいて、利用契約制度による様々な社会復帰事業や、地域対策・居宅支援事業などが開始されていることにも表れている。

しかし、「施設収容から地域支援」を推進するという流れはあるものの、現状の制度では地域生活を送る精神障害者へのサービスは充足しているとはいいがたい。その結果、精神障害者の地域生活を支援・推進する上で、精神障害者を支える家族に大きな負担を与えているといえる。社会資源の不足から選択肢は少なく、いまだ地域で暮らす精神障害者の生活において、家族の役割

は規定され、様々な面で負担を強いられている。改めて家族について考え直すことは、今後の精神障害者福祉を考える上で意味があると考ええる。

こうした状況の中、様々な精神障害者福祉に対する取り組みや、精神障害者自身がサバイバーという当事者として自身を講演で語るという機会なども増えている。そうした実践の一つに、精神障害者が「自立」を図る際に、家族から物理的・心理的に距離を保ち、精神障害者が「強められていく」過程がある。この自立の過程はどのようなもので、家族はその過程にどのように関われば良いのだろうか。

これまでの家族療法や家族支援のアプローチとされたものと、この当事者の自立の過程は異なる関わりが述べられており、この家族支援過程の具体化の必要性を感じる。

そこで本稿では、第1章では、精神障害者の方の流れを家族の視点で追いながら、どのように捉えられてきたかを捉え直す。そして前章では、家族会とその支援の変遷から、家族病因論から家族支援への移り変わりと、家族会のあり方を検討し、家族の負担を浮き彫りにする。第3章で、精神障害者の当事者研究を検討し、精神障害当事者・家族関係に着眼し、当事者研究を家族支援に生かす方向性を模索する。

【第1章 歴史的背景 精神障害者の家族に注目した法と制度の流れ】

ここでは精神病者に関する法や制度の流れを家族の視点でその経過を追い、家族がどのように捉えられてきたか、注目する。

1. 精神病者監護法以前

わが国最古の法典・大宝律令の再編成版「養老律令」（718年）には、障害者に関する記載も含まれている。「残疾」という軽度障害・「癡疾」という中度障害・「篤疾」という重度障害の3区分で、「癲狂」として「人が妄につかれ狂におかされ止むときがない」という精神障害も重度に含まれ、税制上の優遇処置や犯罪時の減刑が記載されている。家族に関しては「看護人は一人、子孫ないしは近親の者をあてる」とされ、障害者の対象規定や「福祉的処遇」とともに、家族看護の方針がこの時代にすでに規定されていたといえる⁽¹⁾⁽²⁾。

江戸時代に入ると、精神病者には、加持祈祷や冷水療法、日常生活・作業療法などが行なわれ、数人から数十人の精神病者が寺の宿坊や近くの茶屋・宿屋・民家に滞在し世話を受ける「保養所」も始まった。こうした保養所で家族は、患者を保養所に連れてきたり、「患者の様子を見かねて縛り付けた」「実父が患者に付き添い起居を共にし、熱心に看護」など、実際に患者と寝食共にした家族もあったようだが、詳細は不明である⁽³⁾。

1874（明治7）年「恤救規則」が、「扶養する者のいない者」を自活不能な救貧対象ととらえ自助・相互扶助を勧め、本人・家族・周囲の責任で救貧の努力を促すという公的責任を回避する最初の制度として制定された。また1875（明治8）年最初の公立病院・京都癲狂院が設立され、宿屋の精神病者預かりは廃止となった。

2. 「精神病患者監護法」制定：1900（明治33）年

精神病患者から人と社会を守るという、社会治安・防衛的視点により私宅監置を合法化という、精神病患者に関する近代最初の法律として制定。この法律では、家族に「監護義務者」として、精神病患者を保護拘束する責任を持たせた。

「監護義務者」とは、後見人・配偶者・親権を行う父母・戸主・親族会で選任した4親等以内の親族とされた。「監護義務者」の家族は、警察を経て行政に願い出て許可を得なくてはならなかった。さらに監護に関する費用は、被監護者（当事者）負担で、困難なときは「監護義務者」である家族の負担となった。その結果、私宅監置は増加した。

3. 「精神病院法」制定：1919（大正8）年

呉秀三により「精神病患者の私宅監置の実態調査」が行われ、その悲惨な結果を基に公立精神病院の設置が求められ制定された。この調査結果を5段階に区分され、その区分の事例は以下の通りである⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

「最佳良」区分の事例は、裕福な家庭の男性・戸主で、妻が監護義務者で妻子が世話していた。「普通」の事例は、中流家庭である。「不良」「はなはだ不良者」の事例は、不潔な環境に起居し衣服もなく、栄養状態も資産状況も悪い家庭である。「はなはだ不良者」のある事例は、監護義務者の高齢の母親と二人暮らしである。さらに「市区町村長の監護扶養・補助を受けるもの」は、精神病患者と身体障害者の親子で恤救規則の対象者で、「患者は家族によって一室に閉じ込められている」と表現された。以上の結果より、家族は「患者の入院により家族は物質的・精神的に利益を得る」とされ、国家は「患者を入院収容することで犯罪を防止でき、国家・社会はその安寧・秩序が守られる」とされ、公立病院の設置が促された。

4. 「精神衛生法」制定：1950（昭和25）年

精神病患者・精神薄弱者・精神病質者を対象とし、精神病の発生予防・精神的健康の保持向上の考え方を導入した。精神病院法の隔離収容主義を受け継ぎ、都道府県に精神病院・精神衛生相談所の設置を義務化した。

家族に関しては、精神病患者を保護する者の名称が「保護義務者」になり、①治療を受けさせ、②自傷他害を起こさないよう監督し、③財産上の利益を保護し、④診断が正しく行われるように医師の指示に従うことと、治療協力者としての義務内容が示された。加えて、自傷他害のおそれがある精神病患者を「保護義務者」が保護拘束できるとし、「医療保護・同意・仮入院」については、本人の同意がないままに、保護義務者の同意で入院「できる」とされた。これらは、一見家族の権利が増えたように見えるが、実は精神病患者の入院に家族対処を要求する、治療協力者の義務役割規定の新たな明文化と言える。

また、精神病患者やその疑いのある者を知った者（一般の人）は誰でも、その者の診察や保護を都道府県知事に申請できたが（23条）、その申請書類は保護者の住所氏名の記載が必要で、家族に精神病患者の処遇への関与を要求したものである。

5. 「精神衛生法」改正：1965（昭和40）年

1963（昭和38）年、精神病者の全国実態調査が行われ、放置患者の多さが指摘され、地域精神医療を理想として法改正された。疾病の発生予防から治療・社会復帰までの一貫した施策で、①保健所を地域医療の第一線機関とし、②精神衛生センター設置、③在宅者の医療確保のため通院医療費公費負担制度、④措置入院制度の改善が行なわれた。この改正を基に「保健所における精神衛生業務について」の厚生省通達1963（昭和38）年が出され、1966（昭和41）年～1968（昭和43）年にかけて、各都道府県や名古屋市に精神衛生相談員が配置され、保健所で精神保健事業や社会復帰事業、デイケアや集団療法が開始された。

家族に対しては、患者に関する支援としての危機的介入は行われたが、あくまでも精神病当事者を対象とした精神保健業務であり、直接的な家族支援の事業ではなかった。名古屋市においても、1979（昭和54）年「保健所精神衛生業務運営実施要綱」が策定され、精神病者の「家族教室」が開始された。その目的は、精神病者の社会復帰のため、家族を含めた地域への「普及啓蒙活動」であり、家族への教育・支援ではなかった。ここから家族は、治療協力者に加え、援助者（ケアの提供者）という役割も担ったと言えよう。

この精神衛生法改正の年に、全国精神障害者家族会連合会（全家連）が設立し（後述）、1985（昭和60）年名古屋市にも精神病者の家族会が成立した。（以下の記述では「精神障害者」とする）⁽⁷⁾。

6. 「精神保健法」成立：1988（昭和63）年

1980年代、地域リハビリテーションが立ち後れている現状に対して、「精神障害者の社会復帰と福祉に関する法制度の改正・整備を要求する草の根運動」が活発化した。また患者虐待・死亡事件が起これば法改正を余儀なくされ、人権擁護と適正な医療と保護の確保と、社会復帰の促進と、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る観点から成立した。精神障害者の人権と社会復帰の促進を柱として、施設福祉一辺倒から社会復帰制度に関する制度；コミュニティへという方向性が初めて示された。

家族に関しては、改定されている項目はなく、名古屋市では1989（平成元）年、家族交流会を催している。

7. 「精神保健法」改正：1993（平成5）年

主な改正点は、①社会復帰に配慮し、地域に即した創意工夫と地域住民の理解と協力を得る、②グループホーム法定化、③精神障害者社会復帰促進センター設立、④対象の定義が「精神分裂病・中毒性精神病・精神薄弱・精神病質その他の精神疾患」であった。

家族に関しては、保護義務者は「保護者」になり（20条）、精神障害者を引き取る際は、精神病院・社会復帰施設の長に「精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談援助を求めることができる」と権利が設けられた。さらに「精神障害者と同居の保護者」は、「負担軽減のため」、保健所が訪問指導するというケアの対象化とされた。しかしこの対象は、母子家庭・要介護高齢者・発達障害児など、家族構成員に何らかのケースワークを必要とする事例がいる場合など、限定されていた。

8. 「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法) 制定：1995 (平成7) 年

ノーマライゼーションの考え方・国連主義を踏まえ、1993 (平成5) 年「障害者基本法」、1994 (平成6) 年「地域保健法」、1995 (平成7) 年障害者プランの策定が行われ、本法は制定された。「精神障害者の自立の促進と社会経済活動への参加の促進のために必要な支援を行う」という福祉理念が加えられ、精神障害者を福祉対象者とし、障害手帳が交付された。社会復帰施設・福祉・教育施設や地域生活援助事業を充実させ、国民は精神障害者に協力するように努めることとされた。家族に対する相談指導などの、地域精神保健福祉施策が盛り込まれた。

9. 精神保健福祉法改正：1999 (平成11) 年

精神障害者の人権に配慮し適正な医療と保護を確保し、社会復帰の一層の推進を図り、在宅精神障害者に対する福祉事業を市町村で推進する体制を整備するとし、保護者の義務の軽減が挙げられた。それは、①精神障害者の自傷他害防止監督義務の廃止、②自身の意思で継続医療を受けている患者の保護者の義務免除等、である。在宅福祉事業として、地域生活支援事業(グループホーム)、精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプ)、精神障害者短期入所事業(ショートステイ)が創設された。精神障害者の居住生活を支援し、間接的に家族負担の軽減に繋がり得るであろう。しかしこれらはすべて努力目標であり、義務ではない。実施可能かは、個々の自治体の裁量に任され、様々な状況の中、どれだけ実践可能が不確かである。

10. 歴史的変遷の中、家族が背負わされたことの検討

精神障害者の家族看護に注目し、法や制度の歴史を見ると、実に養老律令の時点で「家族は看護する者」とされ、その後も、家族は常に管理・世話を期待されている。

近代においても、家族は常に社会治安のために患者を監護し、治療協力者として役割を担ってきた。法に記載の「保護者」とは＝「家族」が多く、現在もある家族の負担は、表1からも明らかである。家族は、監護義務者として自分の家族を守り、社会防衛と治安を維持し社会を守るという「ダブルスタンダード」の立場をとらされている。加えて原則家族扶養で、経済的な負担も家族が背負い、どうしても困難な場合のみ社会扶養という、恤救規則と何ら変わらない状況で、処遇は家族依存となっている。そんな状況にもかかわらず、精神障害者の実態調査では、ひどい監護状況や結果を、家族のみに背負わせ批判している。いくつもの義務が絡みあった複雑な環境の中で、障害者の人生全てを家族が背負う結果に至っている。

精神衛生法の成立で、家族等の持つ役割は、「保護義務者」という名称になり、若干印象は和らいだが、治療協力などの義務内容に変更はなく、家族が担う負担は解消されていない。具体的には、「家族は〇〇ができる」と権利規定されていても、実際には「〇〇しなさい」という義務に匹敵する内容でもある。

また精神衛生法の改正時、精神衛生相談員が配置され支援業務が開始されたが、家族は支援の対象者になり得ず、それどころか、精神保健事業の普及啓蒙活動の一貫として社会復帰や社会参加の地盤作りの役割を担い、一番身近なケア提供者となっている。家族は、精神障害者とともに、様々な苦悩が予測されるのにもかかわらず、障害者の対応・対処の責任を求められ、ケアの対象

者として歴史の中で規定されていない。社会援護策もない中で、治療上の責任・周囲への啓蒙活動・経済的扶養・活動の場作り・就労の場の確保に至るまで、まさに包括的に精神障害者の家族の人生の責務を担わされ、スティグマも負いつけている。

家族がケアの対象として初めて規定されたのは、精神保健福祉法でのことである。終わりの見えない治療協力者として期待されてきたことを思うと、家族に対しての福祉施策がないままに、これまでの経過に大きな疑問を感じ、その苦悩を思いやらずにはいられない。精神障害者の家族は、家族の発病に驚き衝撃を受け、理解困難な状況に右往左往し、手立てを考え対応し、精神障害ではないことを願い困惑しながら医療機関を受診する。病名を告知され、はかり知れない苦悩を味わい、自身の家族への関わりを後悔し、発病の理由を探し困り果てる。いつかは自然に治らないか期待しながら、近隣周囲への迷惑に頭を下げ、治療・経済・対応と行き詰まりながら、何とか治療や施策に乗れたところで、法制上の役割期待である。何らかの支援策がなければ、家族自身のエンパワメント・人権復古は起こり得ない。そこで、改正精神保健福祉法で、不十分ながら「保護者の義務軽減」という施策が挙げられたことは、重要である。しかし家族への負担はまだ存在し、治療協力者・福祉提供者として期待されていることも事実である。介護保険が導入され、高齢者介護が家族から社会介護へと価値転換を果たそうとしているように、今後精神障害者支援も、家族から社会扶養・責務・支援へとパラダイム転換が図られることが望ましいと考える。

これまで家族の視点で歴史を見通したものは数少ない。人権が奪われてきた障害当事者の歴史を考えることは重大である。しかし家族は障害者の影で、多くの責務を背負ってきた。個人としてではなく、「精神障害者の家族」というステレオタイプ化されたスティグマの中で生きること強いられ、生きる・生活に困難を生じ続け、パワレスされてきた。こうした社会的死に追いやられそうな状況にあった歴史や法制度が、家族を支援対象としてこなかった事を念頭に置き、今後の家族支援を考え実践することが必要と考える。

表 1 現在定められている保護者の役割

① 精神障害者に治療を受けさせること
② 精神障害者に財産上の利益を保護すること
③ 精神障害者の診断が正しく行われるように医師に協力すること
④ 精神障害者に医療を受けさせるには、医師の指示にしたがうこと
⑤ 精神障害者の通院医療費公費負担制度を、保健所長を経て申請できること
⑥ 精神障害者の医療保護入院について、精神病院の管理者に同意できること
⑦ 精神病院に入院中の者の退院・処遇改善を都道府県知事に請求できること
⑧ 措置入院からの退院・仮退院者を引き取り、仮退院者の保護にあたっては当該病院の管理者の指示に従うこと。必要があれば、精神病院やその関連社会復帰施設に相談し、援助を求められること

【第2章 家族会と家族支援の変遷】

精神障害者の家族は、前記してきたように支援される機会は、乏しいまま経過している。この間「家族会」の機能は、「家族が互いに癒しあい・思いを共有しあい・情報交換をしあい・学習しあう」場であると認識されてきた。

しかし最近の医療環境の変化により、入院より外来治療へ・医療より福祉へと精神障害者福祉をシフトされているが、精神障害者が地域生活を送る上での受け皿が不足していることは、障害者プランで示されている通りである。こうした状況の中で再度家族を「ケアの担い手として」育て社会に出すことが、障害当事者に最も好ましいことであり、経済的にも効果的であるとされ、実践が試みられている。

現在もこの件に考えられている精神障害者の家族は、障害者の治療・ケアを進める上で専門的にはどのように捉えられてきたのだろうか。その「家族支援の経過」を簡単に振り返る。

1. 家族病因から家族支援へ

精神障害者を抱える家族を考えると、これまで行われた統合失調症の家族についての研究を忘れてはならない。そこには脳と遺伝を病因とする見方のアンチテーゼとして、研究が進んでいった背景がある。

統合失調症の家族の研究は、古くは1940年代に始まった、家族を病因とする考え方に由来する。Fromm-Reichmannの「分裂病を生み出す母親」(schizophrenogenic mother)は中でも有名な概念である。この概念は「親の病理」が病気を生み出すというものである⁽⁸⁾。1950年代になると、この概念は「二重拘束理論」(double bind theory)を代表とする両親との関係性が原因であるとする考え方へと発展していく⁽⁹⁾。この考え方を追求する家族研究や、家族関係の変化を図ろうとする家族療法が盛んに試みられることとなり、家族が統合失調症の病因として受け止められる傾向になっていったと言える。1960年頃になると、家族と再発との関係という新たな視点が登場する。これはBrownが否定的な感情表現が高い家族ほど再発率が高いことを明らかにし、これをEE (Expressed Emotion : 感情表出)と名づけた。1970年代になると、家族に対する研究や家族療法の理論は、家族を病因とする視点から、精神障害者の家族を、機能不全に陥っている「機能不全家族」とするものへと変化する。1980年代にはシステムズ・アプローチが活発に行われるようになり、心理教育 (psychoeducation) やSST (Social skill training) が体系化されていった。1990年代からは、家族自身が問題を解決する力を持っており、その力を引き出すエンパワメントするという考えが受け入れられるようになった。

こうしてみると、家族に対する見方の変化がわかる。当初、家族は病因から治療の対象、そして徐々に支援の対象へと移り変わっている。では現在の家族支援は、どのようなものが挙げられ、どのようなものを必要としているのであろうか。

2. 家族支援と心理教育

心理教育とは、再発に関連があると言われるEEを低下させる目的で行われるものであり、家族支援の一つとして位置づけられている。家族に対し、知識や情報の提供・コミュニケーション

や問題解決といった、対処能力の援助を目的としている。これはAnderson (1980) が最初に実践し、様々な応用が加えられた⁽¹⁰⁾。

こうした心理教育は、日本においては、家族の交流を主とした家族教室を中心として発展している。それは地域社会資源が乏しく、病院を退院した患者のその後の生活は、家族が世話をするという背景がある。当初の家族教室は、現在のあり方と異なり家族病因論の立場を取り、精神分析的な視点を重視し、疾病の学習及び家族内で発病の原因探しを行い、さらにその啓蒙活動を行っていた。1970年代後半以降、家族教室の機能は変化し続け、地域・精神保健福祉の充実のための強化策としての小規模作業所設立などの役割を担った。1980年代後半の家族教室では、心理教育的アプローチを用いた形態が主流となった。

全家連が行った全国の家族教室に関する調査では、保健所は68.8%、精神病院は34.1%、精神保健福祉センターでは64.7%で家族教室が行われている。(保健所は1994年、病院とセンターは1996年実施) そのなかでも心理教育を用いた家族教室は、保健所52.5%、病院55.4%、精神保健福祉センター75%であった⁽¹¹⁾。家族に対する支援プログラムの必要性が高まりから、心理教育が家族会という枠から、公的機関へと移行しているのが分かる。

しかし、再発防止を心理教育のみに期待することは危険である。家族が再発の可能性を高めてしまう背景には、深刻な社会資源不足の状況が指摘されていることを忘れてはならない⁽¹²⁾。家族は、当事者を支援者であると同時に、支援を必要とするケアの対象者である。したがって、心理教育を用い家族機能を社会資源として活用しようとする姿勢は疑問である。

3. 全国精神障害者家族会連合会の変遷と家族会の役割

1) 全国障害者家族会連合会とは

全国精神障害者家族会連合会（以下全家連）は、精神障害者の家族会が全国組織化されたものである。全家連の設立の背景は、1965（昭和39）年にライシャワー駐日大使殺傷事件が発生し、社会防衛を目的とする「精神衛生法」の改正が行われたことがあげられる。この法律に反対する家族会が活発な運動を展開し、それまで独自で活動してきた家族会を全国的に組織化することが必要という機運の高まりから、1965（昭和40）年に全家連が設立したのである。1967（昭和42）年には財団法人となり、活動の範囲を全国へと広げていった。

全家連の加盟団体は、全国に1609団体（病院家族会301団体、地域家族会1308団体）あり、約13万人の会員がいる。家族会の重要な機能は、①家族同士の親睦、②支えあいという自己回復、③ピアカウンセリング機能、④家族である精神障害者本人への対応や病気を学ぶ相互学習機能、⑤社会や行政へ働きかける啓蒙・社会変革機能がある⁽¹³⁾。全家連は家族心理教育に大きな役割を果たしている。この全家連の活動の一つの、学習機能としての家族教室が存在し、そこから心理教育は発展していったといえる。

2) 家族会の設立と経緯—法制度と家族会活動

(1) 全家連の設立以前

家族会の始まりは、「病院家族会」にあるといわれている。精神障害者の退院後の受け入れ先

となる家族が、病気の知識を得る必要性が重要視され、家族教育を目的とした活動が病院内で行われ始めた。退院後の精神障害者へのケアは、地域生活を支える社会資源が乏しいことから、家族にのしかかる負担は重く、家族は孤独で孤立に陥りやすい状況であった。地域で過ごす精神障害者の家族のために、苦しみをわかち合う場所が欲しいという欲求が高まり、「地域家族会」が誕生する。

(2) 精神衛生法の改正頃：全家連の設立と体系化

改正精神衛生法への反対から、それまで点在していた家族会を全国組織として連合することによって国に対する発言力を強め、精神障害者や家族が置かれた状況を社会に訴え、社会福祉に反映させることが目的であった。

(3) 精神保健法成立の頃：社会資源を家族会が代替する時代

精神保健福祉法では、社会復帰施設の法定化があげられていたが、努力義務が多く、具体的な対策・社会資源不足は、深刻な状況であった。家族会はその追い詰められた状況に対して、自ら家族の為に、小規模作業所を設立するという動きが活発になっていく。

(4) 精神保健福祉法の改正：家族会の空洞化

作業所の設立・運営に疲れ果てた家族会は、家族会本来の活動・機能が停滞しているという実情を指摘されている。社会資源不足を、家族会が担い役割を果たしてきたことによって、家族会が本来持つべき家族同士の親睦、支えあいをする余裕が乏しく、機能が低下しているといえる。

3) 全家連の現況と今後の課題

全家連は本来の活動だけでなく、社会資源の不足を補う役割を担ってきた。家族会は、家族という枠組みも法制度の枠組みも超えて、機能を「肥大化」してきたといえる。その結果、家族会員の高齢化も伴い現在の家族会の空洞化・停滞している活動は、家族会の機能の限界を示しているのではないだろうか。

今後の課題として、家族会の限界を示すこと・範囲を限定することが必要である。現在の地方分権の時代の流れや、多様化したニーズに、全国組織の家族会が対応しきるのは困難が生じる。地方の家族会のニーズと、中央の家族会のニーズは異なっており当然であろう。そこで、全国組織の会としての限界を示すことで、家族会の本来の目的である家族同士の親睦・支えあいの機能を重視することにも繋がり得る。家族が再発の危険性を高めてしまう背景には、深刻な社会資源不足の状況が指摘されている。

今後、医療環境の変化の中で、精神障害者が早期退院の促進や、長期入院者の退院が進められ、ますます社会資源不足は深刻化するであろう。そのような中だからこそ、家族会が法制度の補完的役割を果たすのではなく、家族が互いのケアの担い手ではあっても、家族はケアの対象者なのである。

【第3章 当事者研究】

第2章で、これまでの家族支援の理論の変遷を述べた。しかし、ある精神障害者当事者（精神

障害者自身が当事者と呼称することが多く、以下精神障害者を「当事者」と記述する）の積極的な社会参加の実践の1つに、これまでの当事者・家族支援とは異なり、「当事者研究」という取り組みがなされている。そこでは、当事者のもつ課題について、研究としての取り組みがなされているが、その研究過程はどのようなものか考え、その過程を通して家族支援の新たな方向性を考えたい。

なお当事者研究に関しては、彼らが記述している表現を生かし記述する。それは彼ら自身により語られた言葉が、彼らの考えを最も的確に表しているからである。

1. 当事者研究の内容

当事者が語る生きにくさは、いくつかの要因に分けられる。一つ目は、彼らのもつ障害特有の症状である。幻聴・妄想などに苦しむもので、二つ目には、対人関係が困難で苦しみ、三つ目は、日常生活そのものが困難であり苦しみ、四つ目に、労働・役割を持つことが困難であり苦しむこと、などが研究で挙げられている。以下に当事者研究で、取り上げられた生きにくさの克服過程が分析されている。その研究例を挙げる。

研究例①は、「被害妄想との出会いと自立の研究」である。研究を通し、幻聴という症状に依存し、空虚さと言う心の隙間や生きることの空しさと言う現実を埋め尽くし、自身を避難させる場として、幻聴が役割を果たしていたことが分析された。また、駄目な自分にしがみつきていたが、自身でさえ受け入れることができなかった自分が、周囲に「病気のままのあなたがいい」と受け入れられることで安心でき、悩むことを諦め、失うものは何もないと気づき、自立して生きることに向かうようになったと分析している⁽¹⁴⁾。

研究例②は、「感情の爆発の軌跡研究」である。鬱積した感情を爆発させる行為が快感となり、その快感に依存し、爆発直前には行き詰まり＝息づまり（呼吸困難）を感じていたと理解している。研究過程で、感情爆発に至るまでの親への思いと、家族の対処の特徴という二点の原理を振り返り過程を明らかにし、当事者と家族との相互作用で起きていた事を客体化・外在化し、爆発に至らないですむ対処を処方箋と称して発見したと分析している⁽¹⁵⁾。

研究例③は、「どん底の状態」とそこからの「回復過程研究」である。現実世界での絶望と自己への嫌悪感を、非現実世界の症状の中でやり過ごそうとしていたとわかり、研究でこれまでの長い状況・感情を語り、苦しさから救ってほしい・周囲に理解されたい思いを訴え、ぎりぎりの選択の中ですがった対話が通じ始めたことから、どん底から這い上がることができ、サバイバー（回復者）として現実世界に戻ることができたと分析している⁽¹⁶⁾。

研究例④は、この研究を通して、「居場所・自分探し」をしていた自分と、病気は『がんばりずむ』から自分探しの標識のような役割」をしていたことがわかり、苦しい症状をなくそうとせず、逆に症状を自分自身の居場所として存在を認めた。さらに、病気になってから頑張りをやめること・関わりを持つ人が増えたこと・家族の求心力が戻ったことを肯定し、生きていくために無理をしない歯止めとしての病気と意味付けすることにより、病気である自分を肯定的に認めることに至った、と分析されている⁽¹⁷⁾。

研究例⑤は、数々の感情暴走やリストカット（手首を切る行為）などの症状は、虚しさからの逃避行動であることが理解できたとする研究である。そして、親元を離れて充実した毎日を過しても、安定した日常を壊し暴走し逃げ回る、自分の行動の特徴や背後にあるものを分析し、幼少から親の絶対的評価を勝ち取ってきた結果に依存することから、強迫的に人の評価で生きようとする自己が浮かび上がり、そうした自身の感情を自覚することが辛いために、様々な行動で回避してきたことが分析されている⁽¹⁸⁾。

研究例⑥は、自己虐待研究で、自己虐待と破壊行為で他者へのコントロール欲求を示していたことが明らかになった。自身のライフイベントを振り返り、自己虐待の事実と家族背景の経過と課題を明確に客体化・外在化し、現在の自己虐待への介入方法を得るまでに分析されている⁽¹⁹⁾。

この当事者研究で明らかにされた内容から、家族支援に焦点を絞り、考察する。

2. 当事者研究目的に挙げられている「家族との関係」

当事者の語る内容に、家族との関係はどう描かれているのか。生きにくさの克服過程と、家族との関係や距離はどうなのだろうか。

研究例②は、「爆発」のメカニズムを研究して自分と家族を幸せにしようという目的のものである。自身の不満・不安のはけ口を、自身の存在の根源になっている親に向け、その親が自分を愛し気を遣うがゆえに安心して「爆発」し親の愛情を確認している。そのような自身と親の関係性を認識し自己嫌悪に陥りながら、また不満・不安を蓄積していくという悪循環を呈している。

別の自己研究例でも、自己の存在価値が危うい状況に陥った当事者が、家族に「なぜ生んだ」と、無条件の愛情欲求を家族にぶつけている。研究例自身にとって、完璧で目指す存在である親への価値が変化したとき、家族との境界が曖昧な自我領域の中で、自身の存在欲求や自己実現への価値を、「夢を壊さないで」と親にぶつけているとも考えられる。また複数の自己研究例から、幼児期の様々な症状は、親を始め家族への愛情欲求のサインであり、自己研究例の取ってきた様々な行動の背後には、言いようのない不安と無条件に愛情を得たい・承認されたい欲求であったことも具体的に表現されている。

一方、家族も当事者への接し方がわからず、当事者に気を遣いハレモノに触るように接することや、当事者に感情を伝えられないことから物質的に充足させようとするなど、「そっとしておく」対応を試みるなど、間接的に関わろうとしている。非常に困難な状況にどう対応したらよいのかわからず混乱したり何とかやりすごそうと感情を抑えたり、逆に感情を表出させたりしている状況にある事が理解できる。

しかしこの対応が、逆に当事者に家族との距離を感じさせ、家族内においての自己効力感を阻害している。そして、愛情・承認・傍にいてほしい・対話がしたい・自身の決定を尊重してほしいなどの欲求を募らせている。同時にその欲求への家族の反応を確認したいという欲求・不安を募らせている。さらに家族との関係性の中で自己存在を認めてほしいなどのスピリチュアルニードを訴え対話を試み、感情が抑えきれず困難な状況をひきおこしているという状況も読み取ることができる。

このような関係性の中の生きにくさを克服する過程で、当事者がその家族と物理的・心理的に距離をおく場合も多い。しかしこうした当事者の生きにくさやその克服過程では、1章・2章で述べてきたように、家族も何らかの苦悩を共に背負っており、距離を取ればすむ問題ではなく、当事者と共にその生きにくさは克服されるべきである。そこで、ここで述べられている当事者研究から得られた結果を、家族支援に生かすことを考え以下に述べる。

3. 当事者研究から家族支援に生かす

1) 強化（ストレングス）モデルとエンパワメント

当事者研究では、「語ることで強くなる」と述べられているように、語りにより当事者が強くなる姿が顕わである。当事者の、苦悩・弱さ・葛藤というマイナス経験は、語ることでポジティブな経験になり、弱さを強さに変えることが可能になっている。自分自身の病気・人に聞こえない幻聴・理解されない妄想や、それらにより苦しみ・家族内で起きている混乱の過程を、不特定多数に語りながら、分析も文責も自分自身で行う。この考え方は、社会福祉の援助技術の一つである、強化（ストレングス）モデルに共通する。三品によると「病理や欠陥に焦点を当てるのではなく、クライアントの強さや健康な面に焦点を当てることを重視し、クライアントの生活目標を達成する事を第一とする、クライアント主導モデル」⁽²⁰⁾と、説明している。精神の病気や障害があり、苦しんでいる状況を嘆き注目するのではなく、今できることを見出し、どうすれば今のまま生きていくことが可能になるか、という可能性を引き出す方向へと視点の転換を図ることにより、当事者はエンパワメントされていくといえるのではないだろうか。

2) 「あるがままのその人を受け入れる」ストレスコーピング

当事者の研究の中で、「病気・障害から引き起こされる症状があるままの自分を受け入れてもらえ変わることができた」「症状があることで家族との相互作用で起きたことを客体化できた」「日常生活上、現実世界が苦しくなった時に、自分自身で作り上げる逃げ場としての症状・辛さからの逃げ場である症状を認める」などが起きていることがわかる。

ここから考えられることは、当事者は人生の中で、かなり長く、辛いことが起きると、病気やそこから引き起こされる症状に逃げ込むという対処（coping）を身につけ、こうした障害特有の症状にとらわれ、いわゆる一般的なストレス対処（stress coping）を持ち合わせていないと言える。また、障害特有の症状の歴史から、「その症状もあつてのその人・その病気からくる症状もその人の心の一部」となっている。であれば、障害特有の症状を排除・否定する関わりは、その人自身を排除・否定することにも通じ、当事者にとっては苦しく不安になるのではないだろうか。自身が苦しいときに逃げ込む症状がなくなると、単に楽になるのではなく、突然大きな不安に襲われ買い物衝動に駆られ、飲酒に逃げ込むなど、不安衝動は様々な反応を引き起こす。こうした事柄から考えても、精神障害特有の症状をなくすのではなく、うまくつきあう対処を考えるほうが良い。この当事者研究から、当事者同士は、決して批判・非難されないという環境で、心を開き自信を持っていく絶対的信頼の過程にあることが分かる。彼らの持つ関係性は、どこまでもどのような状況でも「自然のそのままで人を受け入れ、孤立させず、評価しあわない関係性の社

会」である。「あなたはそのままが良い」という強烈なメッセージがある。それは、健康な状況に戻ろうと無理をせずに、今ある症状とともに生きていく力をつけていくという対処に焦点を当てている。幻聴などの症状に対して、「幻聴さん」と人称化し、その人の一部として認めることで、その症状のあるその人自身を丸ごと認めることに繋げている。そして「症状も失敗も認め受け入れる」というこのコーピングは、障害特有の症状をユーモアで笑い飛ばす力さえ持たせてしまうのである。

3) 当事者研究を家族支援に生かす

この考え方を家族支援に生かし考えてみる。当事者研究では、苦しい中から語ることで当事者は強められ、現実に向き合い折り合いをつける対処ができると理解した。当事者研究では、こうした対処を行う当事者の姿を看守することで、家族自身も強められていくことがわかる。それは、当事者が何かに躓いても家族が「転ばぬ先の杖をつく援助」をするのではなく、「転ぶことも当事者の権利」と看守姿勢でいることから生まれる強さである。こうした事を繰り返し経験することで、家族は自分と当事者との関わりを見直すきっかけを得ている。家族が苦しむ当事者を看守することは容易ではない。それは自己研究で語られているように、家族も当事者と共に悩みに踏みとどまる力が必要になる。「踏みとどまる力」とは、「待ち・忍耐する力」を意味し、「悩みに踏みとどまる力」でもある。

当事者が主体的に社会活動をしている団体では、家族会がなく、家族のかかわりが無いものもある。また家族を近くに呼び寄せることもせず、あえて遠方で離れたままに当事者への支援が行われる団体もある。当事者の自立過程において家族が傍にいと当事者の代弁を行い、当事者の自立が阻害されるという考え方をこれらの団体はもっている。

しかし当事者の自立の過程に、家族が不要なのではなく、家族のことを考えた活動であると考ええる。当事者の自立過程において、家族と物理的な距離をおくことで、同時に双方の関係は心理的距離も得られ、そのことにより互いに関係を客体化し分かち合う機会を得ることができる。また距離をおくことで、当事者の自立協力者としての家族ではなく、初めて「家族」という当事者になることが可能になり、辛かったこれまでの「家族」という当事者の歴史をふり返ることや、当事者の様々な感情を吐き出し、当事者に遠慮なく、不安も思いきりぶつけることも可能になる。そうした当事者研究より作られる過程があるように家族という当事者もまた、自己の苦悩を語るという過程を経て強められていく（エンパワメント）ことが可能になる。その過程を経験して積み上げることにより自信の回復に繋がるのが、当事者研究の中でも語られており、これも当事者としての家族にも家族支援として可能となる考え方ではないかと考える。家族は、これまでの経過から考えて、支援を受ける中で新たな対処能力を身につけ・強められる必要もある「当事者」である。当事者としての家族は、批判・非難・評価されない、孤立させない、自然なそのまま受け入れられる関係性の中で、「精神障害者という家族をもった当事者」としての苦悩を受け入れてもらうことが必要なのではないだろうか。そうした安心・絶対的信頼感のある関係性を持つことができる環境を、専門家は提供することが必要である。

【まとめ—当事者研究からみた家族支援のあり方—】

精神障害者の家族が、強いられてきた負担を、様々な方面から検証した。歴史的には治療協力者として期待され、まだ当事者の人生と偏見のスティグマを、家族という小単位で支え、支援を受ける機会は乏しい現状がある。家族は、病因という負担を背負い、精神障害を作り出すとして治療対象として経過し、支援対象者として位置付けられたのは、ごく最近である。家族会は、社会資源不足を補完することに重きをおいたため、支えあい機能不足となり、相互の支援を請合うことが困難な状況が続いている。また精神障害は、思春期に発症することが多いため、心理的な母子分離不安の状況のまま、障害のために精神的にも経済的にも家族に依存していくことになる。当事者研究者たちのように、あえて家族が当事者と物理的に距離を取り、当事者としての家族自身が「どのような人生を送りたいのか」「どんな目的・希望をもって生きていくのか」などを、真実の自分の姿と逃げ場なく向き合い、「これまでの当事者としてもつ弱さを繋ぎ絆にする」という要素で当事者としての家族の語りを聴ききり、当事者として強まるようにとことん支援される実践が行われているという発想を、家族支援にも生かすことができるのではないかと考える。

今回、当事者研究を分析し家族支援に生かそうと考えた事で、当事者と家族が「援助する家族」と「援助を受ける当事者」としての関係性ではなく、「共に強めあう・分かち合うという、新たな関係性」が家族の中で再構築されていく過程を理解するに至った。さらに当事者研究者同様、語るプロセスを通して、家族も語る楽しさ・心地よさを感じ、環境を支援に用いることにより、その心地よさをステップに力を得て、人権を再復古し人生の楽しさ・豊かさを回復することも期待できると考える。

当事者の「精神障害特有の症状をなくそうとせずに、障害とうまくつきあう姿」を知り、「病気は治すものでなく、生かすもの」「妄想はなくすより伝えるもの」として、弱さを逆に強さに変えていく過程に、家族も「生かす病気」「伝えられる妄想」として受けとり、寄り添い向き合うことができるなら、新たな家族関係としての共生が可能になる。そうした自然なあるがままを受け入れる当事者の姿から、家族自身も治療協力者としてがんばるのではなく、その過程を共に歩む一人の当事者としてのスタンスを自己の中で確立することができる。そうするためには、あえて物理的に距離を保つことも必要となる。一人の当事者という「個」としての受け入れられたという経験は、家族という当事者グループとして、互いにそれぞれの感じている弱さを繋ぎ合い認め合うことで、その弱さの絆を強さに変えることも可能になり、相互支援を行うことも可能である。援助者がこうした環境を提供することが家族支援に繋がると考える。

今後も当事者である家族が強められていく過程を生かして、その家族支援と具体化することを考えている。真の家族支援やエンパワメント過程を構築・提言することができるように、様々な立場の当事者の語りを聴き、関わりを通し、実践的に考えることが必要である。

最後に当事者団体の強烈なメッセージを掲載する。ここに大きなケアリングの要素が含まれている。「精神障害者は関係の病と言われ、自分との付き合いがうまくいかなかったり、周囲との人間関係が豊かでなくなったり苦勞している。だから自分と向き合うこと・人との繋がりを大切

に日々生活している。これは全ての人のテーマであることを伝えたいと思い、地域での活動に積極的に参画し、得た人との交わりの豊かさや自分との安心できるつきあい方を伝えている」（浦河べてるの家「賛助会員募集案内」より）

引用文献

- (1) 岡田泰雄：「日本精神科医療史」，医学書院，2002，p13－p11
- (2) 『日本思想体系3「律令」』，岩波書店，1976，p39－p41，p226－p228，p467，p552，p692
- (3) 橋本明他：「戦前の京都・岩倉村における一保養所の宿泊者の動向について」『日本社会精神医学会雑誌』，Vol. 8，No. 1，1999，p15－p23
- (4) 八木剛平・田辺英：「日本精神科治療史」，金原出版，2002，p57－p113
- (5) 小林靖彦：「日本精神医学の歴史」『精神医学体系』第1巻A，中山書店，1979，p125－p151
- (6) 岡田泰雄：「呉秀三著作集・第2巻精神病学篇」，思文閣出版，1982，p195－p226
- (7) 名古屋市健康福祉局障害福祉部障害福祉課：「名古屋市における精神保健福祉」名古屋市，2001，p10－p13
- (8) 松本雅彦：『精神病理学とは何だろうか』星和書店，1996，p197－p208
- (9) ベイトソン：『精神の生態学』，新思索社，2000，p288－p319
- (10) C.Mアンダーソン：『分裂病と家族』，金剛出版，1990
- (11) 全家連保健福祉研究所：「地域における家族支援プログラム」，財団法人全国精神障害者家族会連合会，1998，p5－p68
- (12) 南山浩二：「精神保健福祉システムの変容と精神障害者研究（1）」『静岡大学人文学部人文論文集』，Vol. 50 No. 1，1999
- (13) 全家連保健福祉研究所：「全国における精神障害者家族会実態と展望」，財団法人全国精神障害者家族会連合会，1998，p3－p36
- (14) 清水里香：「当事者研究①被害妄想との出会いと自立」『精神看護』，Vol. 4，No. 6，2001，p31－p34
- (15) 河崎寛：「当事者研究②「爆発の研究」」『精神看護』，Vol. 5，No. 1，2002，p45－p48
- (16) セシュエー著村上仁他訳：「分裂病の少女の手記」，みすず書房，1981
- (17) 松本寛：「当事者研究③どのように病気に助けられているか」『精神看護』，Vol. 5，No. 2，2002，p75－p78
- (18) 水野典子：「当事者研究④「虚しさ」の研究－虚しさからの逃避行動」『精神看護』，Vol. 5，No. 4，2002，p49－p53
- (19) 吉井浩一：「当事者研究⑤自己虐待の現実。そのメカニズムと自己介入について」『精神看護』，Vol. 5，No. 5，2002，p66－p70
- (20) 三品桂子：「精神障害者のケースマネジメントとストレングス視点」『ソーシャルワーク研究』，相川書房，Vol. 27，No. 1，2001. 105，p32－p41

参考文献

- 1) 精神保健福祉研究会：『わが国の精神保健福祉』，ぎょうせい，2001
- 2) 橋本明：「Geelの精神医療史－伝承と巡礼について」『精神医学誌研究』，Vol. 5-2，2001. 10，p18－p28
- 3) 精神保健福祉研究会：『改訂精神保健福祉法詳解』，中央法規，2000
- 4) 農村山村文化協会出版会：『戦後日本病人史』，農村山村文化協会出版会
- 5) 赤須智明：「精神障害を持つ人の家族へ援助」『臨床心理学』，Vol. 1，No. 4，2001
- 6) 田中英樹：『精神障害者と家族の為の生活・医療・福祉制度の全てQ&A』，萌文社，2000
- 7) 後藤雅博：『家族教室のすすめ方』，金剛出版，1998
- 8) 全家連保健福祉研究所：『家族ケアの実状と時間の経過による変化』，財団法人全国精神障害者家族会連

合会, 1997

- 9) 全家連保健福祉研究所:『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ '93—全国家族調査編』, 財団法人全国精神障害者家族会連合会, 1993
- 10) 全国精神障害者家族会連合会:『こころの病い—私たち100人の体験』, 全国精神障害者家族会連合会,
- 11) べてるの家の本制作委員会:『べてるの家の本』, べてるの家, 1997
- 12) 浦河べてるの家:『べてるの家の「非」援助論』, 医学書院, 2002
- 13) 向井谷生良:「生きる苦勞を取り戻す」『精神障害とリハビリテーション』, Vol. 6. No. 1, 2002 .
- 14) 森実恵:『心に乗っ取られて—ある精神障害者の手記』, 潮文社, 2002
- 15) 『社会福祉研究』特集 精神障害者福祉の課題と展望, 2002
- 16) 『響き合う街で』やどかり出版, 2002
- 17) 渡嘉敷暁:「精神障害者リハビリテーションの社会的背景」『精神障害とリハビリテーション』, Vol. 4, No2, 2000, p24—p29
- 18) 谷中輝雄:「生活支援形成過程について」『精神障害とリハビリテーション』, Vol. 4, No2, 2000, p133—p136
- 19) 田中英樹:「総合的生活モデルの確立をめざして」『精神障害とリハビリテーション』, Vol. 4, No2, 2000, p137—p142

(研究紀要編集委員会は、編集発行規程第5条に基づき、本原稿の査読を論文審査委員会に依頼し、本原稿に掲載可とする判定を受理する、2002年10月3日付)。