

2018 年度

東洋大学審査学位論文

精神障害者の家族支援に関する研究

—包括型地域生活支援プログラム（ACT）利用家族と

チーム職員へのインタビュー調査を通して—

福祉社会デザイン研究科ヒューマンデザイン専攻博士後期課程

4730140001 佐川まこと

目次

序章 背景と目的	1
第1節 研究の背景と問題意識	1
1 精神障害者家族に関する全国調査	1
2 家族会からスタートした家族支援	2
3 家族支援の現在	4
4 家族支援に有効なサービスとは	5
第2節 研究の目的と方法	6
1 実施した研究の目的	6
第3節 論文の構成と概要	8
1 論文の構成	8
2 本研究の概要	9
3 本研究の意義	10
第4節 用語の解説	11
第1章 精神障害者と家族を取り巻く法制度と精神科医療政策	12
第1節 精神障害者を取り巻く法制度の歴史と精神科医療制度	12
1 法制度の歴史	12
2 精神科医療制度の背景要因	16
第2節 保護者制度の廃止と医療保護入院の問題点	18
1 保護者制度の廃止と医療保護入院の要件の変更	18
2 「法改正」の論議の経過	19
3 入院制度改革の課題	20
第3節 精神保健医療の課題と改革の方向	23
1 1980年以降の精神科医療政策	23
2 日本の精神科医療の歴史的構造問題	24
3 今後の精神科医療の方向	28
第2章 家族の実態と家族支援の研究	30
第1節 日本の精神障害者の家族の実態	30
1 全国家族会アンケート調査から見る家族の困難	30
2 4つの調査からみえてくること	32

第2節 家族支援に関する先行研究	34
1 家族の位置付けと家族支援の変遷	34
2 家族の抱える困難に関する研究	38
第3節 精神障害者家族の活動	40
1 精神障害者の家族会の誕生	40
2 全国精神障害者家族連合会の設立とその歴史的役割	41
第3章 ACT の取組み	44
第1節 日本における ACT の必要性	44
第2節 ACT の特徴と援助理念	45
1 ACT のプログラムの特徴	45
2 ACT の援助理念	46
3 ACT の開発の背景	48
4 日本における ACT	48
5 ACT の全国的展開	50
第3節 ACT による家族支援	52
第4節 ACT を利用した家族の変化の研究	53
第4章 ACT の家族支援における経年的効果	55
第1節 ACT を利用していない家族の面接調査（調査Ⅰ）	55
1 目的と方法	55
2 結果	58
3 考察	71
第2節 ACT を利用している家族の面接調査（調査Ⅱ）	73
1 目的と方法	73
2 結果	75
3 考察	93
第3節 ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族の比較検討	98
1 ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族の変化の違い	98
2 考察	108
第5章 ACT の家族支援の効果の背景となる要因	111
第1節 ACT チームへのグループインタビュー調査（調査Ⅲ）	111

1	本調査の位置付け	111
2	目的と方法	111
3	結果	112
第2節	ACT チームのチームリーダーへのインタビュー調査（調査Ⅳ）	126
1	本調査の位置付け	126
2	目的と方法	127
3	結果	128
第3節	考察	153
1	ACT のサービスの特徴の要因	153
2	大カテゴリーを構成するカテゴリー	154
3	ACT の家族支援を有効たらしめている要因	156
第6章	ACT における家族支援の有効性が確認された要因の検証	162
第1節	要因の検証のための家族が作った ACT への面接調査（調査Ⅴ）	162
1	本調査の位置付	162
2	目的と方法	162
3	結果	163
第2節	考察	183
1	第1の要因「当事者と家族の生活全体に関わる」の検証	183
2	第2の要因「フラットな関係」の検証	184
第7章	総合考察	187
第1節	ACT における家族支援の有効な3つの要因	187
1	第1の要因—当事者と家族の生活全体に関わる	187
2	第2の要因—フラットな関係	190
3	第3の要因—支援システムの存在	198
第2節	ACT における家族支援とは	200
1	生活支援とは	200
2	精神障害者をもつ家族にとって生活支援とは	201
3	今回の調査から見いだされた ACT における家族支援	202
4	精神障害者の家族にとっての家族支援の基本	205
終章		209
第1節	研究のまとめ	209

第2節 本研究の限界と今後に向けた課題.....	212
引用文献.....	216
参考文献.....	224
謝辞.....	234
資料Ⅰ <ACT を利用していない当事者と家族の生活状況>	235
資料Ⅱ <ACT を利用している当事者と家族の生活状況>.....	254

序章 背景と目的

第1節 研究の背景と問題意識

1 精神障害者家族に関する全国調査

今日の日本における精神医療の利用者は、患者調査（平成26年）によると392万人で、3年前の前回より約20%、72万人増加、この15年間で約2倍となっている。内訳は外来患者が74万増で361.1万人、入院患者が1万減の31.3万人。精神疾患の分類では、統合失調症が77.3万人と横ばい、アルコール依存患者（専門医受療者）も5～6万人で横ばい、気分（感情）障害は111.6万人と増加している。全国精神保健福祉会（以下「みんなねっと」）の平成29年度の全国調査（全国精神保健福祉会2018）を見てみると障害者総合支援法のサービス利用している当事者は、約6割で拡大傾向にあるが、一方では約20%の当事者が日中何もしていない「無為自閉」とも言うべき状態にある。平成21年度「みんなねっと」の調査でも当事者の引きこもり状態が約3割であった。重度の人は15.7%おり、「重度かつ慢性」状態でも75%が入院せずに地域生活を送っている。こうした重度の障害があるにもかかわらず44.5%が障害者総合支援法のサービスを利用していない。次に家族の状況を見ると、うつ病や不安障害の発生の可能性が高い割合は5割～7割であり（K6日本語版で調査）、本人の状態悪化で、危機的状況のとき「特に苦労や不安はない」と答えた家族は8.5%に過ぎず多くの家族は負担に感じていることが分る。また、信頼して相談できる専門家がいる家族は67.7%、相談相手が、主治医との回答は63.7%と高くなっている。反面、相談できる人がいないとする家族も3割いた。そして、現在家族を最も悩ます問題として、親亡き後の問題があるが、これに対しては「本人を支援する家族がいなくなったとき、入院していれば安心か」との問いに「ある」との答えた家族が4割を超えていることが明らかになった。みんなねっとでの全国調査は、第1回の1985年以来「全国精神障害者家族連合会」（後に全国精神障害者家族会連合会と改称、以下全家連）、今回の2017年まで計6回行われ、すでに第1回目から30年以上が経過している。1回から6回までの調査を総括的に見ると次の点を指摘することが出来る。

第1に当事者は、社会資源の広がりに伴い、一定の制度利用は進んだが、今も2～3割が「無為自閉」または引きこもりの状態であり、この割合が1985年の全家連の家族の福祉ニーズ調査以来改善されていないのは、精神障害者が地域で生活を送る上での生活支援体制が今もなお、確立整備されていないことを示している。

第2に家族にとって、平素から信頼できる専門家としての相談者が少なく、相談体制が整備されていないため、当事者の緊急の時、状態悪化で家族の対応が限界まで高まること、さらに家族に十分な情報が行き届いていない可能性が示されている。

第3に、1985年以来、心身の疲れが一貫して6割を超え、うつ病や不安障害を発症する可能性も高いこと、さらに家族の高齢化で親亡き後への不安が高まっていることが明らかになっている。繰り返しになるが、こうした状態に置かれた家族が、今回の調査で、親亡き後の問いに対して「本人が入院しているのが安心である」との思いを抱く家族が4割を超えていることは、いまだに当事者が地域で自立して生活することに家族は希望を持ってないであることを示しているといえる。

2 家族会からスタートした家族支援

平成25年6月13日に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正法」）が成立した。これにより精神病患者監護法(1900年)以来、実に連綿と114年間続いてきた保護者制度が法規定上から削除されることになった。家族には「精神病患者監護法」以降「保護義務者」としての規定が課せられ、精神病患者の生活上の介護を含む全ての対応を家族に委ねられてきた。しかし、家族への公的支援は一切存在しなかった。

昭和30年代に抗精神病薬が広く使われるようになり、精神医療の飛躍的といわれるほどの発展（小俣2005：196；全家連1997：9）が遂げられ、こうした背景のもと家族会の活動が始まった。最初、家族会は家族による自主的なものではなく、一部の病院で病気に対する理解を深め、「患者の家族を積極的に治療に参加させよう」という動きの中で、医師が中心になって運営されたこともあり、病院の家族会が中心であった（全家連1997：10）。

しかし、集まった家族の活動はやがて学習、治療への協力から家族間の悩みや支え合いへと広がって行った。1965年に全国精神障害者家族連合会（後に全国精神障害者家族会連合会と改称、以下全家連）が結成され、全国に精神障害者家族会の活動が広がって行った。

1970年代に全家連が家族の勉強会という形で家族のみの参加による家族教室が行われ、その多くは地域の保健所や精神保健センターで行われるようになっていった。一方、全家連は「本人を治したい」との一心で、社会復帰への運動を強化、厚労省への要請にも取り組んだ。しかし、社会資源の開発が遅々として進まない中で、地域の家族会は自ら、作業所づくりを担い、更に活動を広げて行った（全家連1997：138）。その後、1990年代に入り、全国的に家族支援プログラムへの関心が高まる中、家族心理教育・家族教室が各地の保健所、また3割以上の医療機関で取組まれるようになった。ところで、日本の精神障害者の家族支援を考える上で、EE研究（注1-1）は研究の点でも、現場の家族支援プログラ

ム実施の点でも、その影響は大きかった。EE 研究とは、高 EE 状態では統合失調症患者の再発の可能性が高まることを実証した研究で、日本でも追試され、良好な成績が得られている (Ito ら 1995)。EE 研究は、高 EE 状態を家族の生来の属性とせず、精神的に困難な状態に置かれた家族の一種のストレス反応であると考えた (伊藤 2015)。したがって、本人の環境を改善することが、再発防止になるとの仮説に立って、家族心理教育プログラムの確立へと繋がって行く。家族心理教育の最大の特徴は科学的根拠に基づく実践 (BPE) であるという点である。日本においても、家族心理教育の介入研究 (塚田ら 2000) が行われ、再発率の低下をみている。家族心理教育は、①孤立した家族への慰労、敬意を示す、②情報の提供、③対処方法の提供から構成される。これによって、家族のあり方が変わることで、当事者の病状への理解や当事者との関係が変わり、患者の安定、家族の生活の質が変わることが期待され、家族のエンパワメントに繋がると報告されている (心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会ら編 2009)。また 2007 年より NPO 法人 地域精神保健福祉機構 (コンボ) が開発した家族同士で学び合う「家族による家族学習会」が取組まれている。1 日専門家の研修を受けた担当者が、各家族会に戻り、参加者と小グループに分かれてテキストを基に、知識の提供、対処の仕方、ピアならではの体験交流を行う。2013 年までに 1,100 名以上が受講し、2010 年に実施した全 18 ヶ所の参加者のアンケート結果では、「家族学習会をマニュアルにより忠実に実施した家族会において参加者の不安が軽減し、エンパワメントが向上し、プログラムの効果を認めた」(二宮ら 2016) としている。

今後のことに言及すると、日本ではまだ実施には至っていないが、新しい潮流として、アウトリーチサービスとしての家族支援がある。メリデン版訪問家族支援 (Family Work) である。メリデン版訪問家族支援は英国の NHS プログラムの一部部門である Meriden Family Programme によって開発された家族支援である。この家族支援の中核は心理教育の一種で Family Work と呼ばれる行動療法的家族支援 (Behavioral Family Therapy) で、「単家族に対する」、「訪問による」、「本人も含めた家族全体への支援」である。現在、日本において「一般社団法人メリデン・ジャパンファミリーワークプロジェクト」が立ち上がり、日本に導入するために専門職の研修も進んでいる。海外の取組みとしては、米国の精神障害者や当事者団体の連合会である National Alliance on Mental Illness (NAMI) が 1991 年に作成した「Family to Family Education Program (FFEP)」がある。FFEP は 12 回連続の構造化されたプログラムで、1 回 2.5 時間のセッションよりなる。各セッションは 2 人の研修を受けたトレーナー (家族) が行う。NAMI はこのプログラムを全米に普及し、海外にも伝えている。Dixon らは、318 人の参加者に対する調査で、家族の病を受容し、ストレスを減らし問題を解決する領域で、情緒的な対処が向上することを明らかにした。但し病気の負担感に関しては対照群と有意差はなかった。この他、海外の取組みとしては、

香港で開発された Family Link Education Program (FLEP) がある (Dixon et al. 2011) 。 FLEP は、家族同士の学び合いによる、心理教育的プログラムで、アジア各国に普及している。 FLEP は週 1 回の 8 週間の構造化されたプログラムで研修を受けた家族が運営に当る。

Chiu らの FLEP を受けた 109 名の調査では、FLEP は心配や不愉快な感情を減じるには効果的で、とりわけ内的な緊張や抑うつを変化させ家族のエンパワメントに役立っていたとの結果が出ている (伊藤 2015) 。

3 家族支援の現在

以上、家族のおかれた状況や家族会を中心とした家族支援の流れを海外や、今後の計画なども含めて概括してきた。国の政策上のレベルで見ると、2004 年に「精神保健福祉医療の改革ビジョン」で「入院医療中心から地域生活中心へ」を掲げ 10 年間の基本的方向性が決定された。さらに 2009 年には「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」とした最終報告書が出され、「地域を拠点とする共生社会の実現」という理念が掲げられ、精神保健福祉医療の改革の加速化を促した。この報告書では、統合失調症の入院患者について、17 年度は 19.6 万人だったが、目標として 26 年度までに 15 万人程度に減少させるとし、対策として人員配置の向上、地域移行、精神救急医療、訪問診療や訪問看護等のアウトリーチ型の精神医療などが掲げられた。また、国は平成 23 年度より 2 年間、モデル事業として病床削減とリンクすることを条件とするアウトリーチ推進事業を事業化し 24 都道府県 37 ヶ所で実施された。その後、平成 26 年度診療報酬改定において「精神科重症患者早期集中支援管理料」が診療報酬化されたが、人員体制の確保や採算の面でハードルが高く、実施機関は 3 組織 (平成 27 年度) に留まった。退院促進事業以外の地域生活自立支援の取組みとしては、保健所による訪問指導、ホームヘルプ、訪問型自立訓練、精神科訪問看護、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : ACT) の取組み等があるがどれも現時点では状況を変えるような取組みにはなっていない。保健所の訪問指導以外は ACT も含めて、医療の受診が前提で、本人の同意が得られない場合、対応は極めて困難である。未治療も含めて、現在、日本において、地域で生活 (家族と同居か 1 人暮らしかは別に) しているが、安定して既存の事業所へ通えない引きこもり状態の精神障害者への自立生活支援のための本格的サービスは、存在していないのが現状である。こうした現状に対して「みんなねっと」では、平成 21 年の全国調査を基に「本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現」、「24 時間・365 日の相談支援体制の実現」等を「わたしたち家族の 7 つの提言」としてまとめ、その実現をはかるよう厚労省に要望している (全国精神保健福祉会連合会ら編 2010) 。

平成 30 年までに、全家連発足から半世紀以上が経過した。家族は最初、医師を含めた専門家の働きかけで、家族自身の学習と治療への協力者としてはじまり、やがて家族自身の共感、支え合いを通じて、本人の社会復帰の活動に奔走し、作業所作りを通じて、現在の就労支援事業の黎明期の社会的基盤を築いたのである。家族会は本人の代弁者としての役割を担い、日本の精神障害者の社会参加のための活動に大きな貢献をした。また、家族支援は、先に見たように家族教室から始まり、家族心理教育、セルフグループとしての家族学習など、さまざまな試みと実践が行われて来た。そして、現在、訪問型の家族支援が志向されている。こうした半世紀の歩みを俯瞰して、改めて家族支援の本質に立ち返ってみると、冒頭に紹介した「みんなねっと」の「平成 29 年度家族支援のあり方に関する全国調査」の中での家族が親亡き後の問題に対して、「本人が入院しているのが安心である」という思いを抱く家族が 4 割を超えている現状は、今日の日本の精神保健医療福祉における家族支援の到達点を象徴的に示しているように思われる。すなわち半世紀を経てもなお、精神障害者の家族の半数近くが、当事者と地域で共に暮らすことに、不安を抱えている。これまでも多くの家族支援プログラムや家族支援について論じられ取組まれてきたが、家族は未だにまだ有効な家族支援に出会えていないことがうかがわれる。

家族は、今も孤立し、地域で当事者が自立して生活することに希望を見出し得ていないように思える。

4 家族支援に有効なサービスとは

そこで、筆者は、既存のサービスでは、重篤な精神障害者の自立への道とその家族を支援するには極めて不十分ではないかとの認識のもとに ACT に着目、このプログラムが当事者及び家族のリカバリーに繋がる可能性を秘めているのではないかとの思いから、本研究を進めることとした。

ACT は、重篤な精神障害者が地域で安心して暮らしていけるように多職種の特 門家のチームによる訪問型のサービスを提供するプログラムである。ACT は、1970 年のアメリカで始まり、今日では世界各国で取組まれ、世界標準となっている。欧米の研究では、入院期間の減少、居住安定性の改善、サービスに対する満足度の向上が認められ (Bond et al. 2001)、また家族支援では、McFarlane らの ACT と家族心理教育を統合することの効果 が明らかに なっている (McFarlane et al. 1992)。日本においても ACT の有効性の研究が 2003 年度、国府台 (千葉県市川市) で 43 名を対象に取組まれ、その結果「ACT の支援で精神症状や社会生活機能・生活の質の低下を招かず重い精神障害をもつ人たちの在宅期間が長くなる可能性が示唆された」 (西尾 2008) としている。現在、日本には全国 28 ヶ所で ACT プログラ

ムが展開されている（ACT 全国ネットワーク 2017）。筆者は、白石（2018：262-270）の指摘するように当事者の自立への歩みと家族の精神的安定を一体として捉え、ACT の家族支援を有効たらしめる要因が何かを明らかにするべく、研究を行い、その結果の一部を修士論文「ACT 導入における家族の変化とその要因」にまとめた。その論文で著者は ACT 利用 9 家族、ACT を利用しない 4 家族に対して面接調査を行い、以下のような結論を得た。すなわち、ACT 利用家族全員に好ましい心的変化が生じ、その好ましい心的変化の特性は「変化の実感」、「明日の希望を語る」の 2 つであり、背景要因としては「どんな相談にも対応、助言」、「多様な取組み」、「医師・スタッフへの強い信頼」、「一緒に行動、一緒に考える」の四つが得られた。筆者の研究により、ACT 利用後半年から 1 年後の時点での ACT の有効性は確認できたが、家族の心的態度の変化をさらに長期に渡って見た場合、その後も継続的に有効性が維持されているであろうか。もし有効であることが確認されれば、そこで働いている要因を普遍化し、精神障害者の家族に対する他の支援プログラムへにも適用することにより、多くの精神障害者家族が、より効果的な家族支援を受けることが可能になるのではと考えた。

第 2 節 研究の目的と方法

1 実施した研究の目的

- ① 日本における精神障害者の家族の置かれた歴史的経過を踏まえ、今日の家族支援の現状と課題を明らかにする。
- ② ACT 利用の家族、当事者、スタッフ 3 者の関係を基本 3 年以上の時系列で調査し、その時間経過の中で ACT の家族支援の有効性及びその要因を明らかにする。
- ③ 以上で得られた結果を踏まえて、家族支援が有効となる要因を普遍化し、ACT を利用しない家族にも有効となる家族支援のあり方を追求する。

2 研究方法

1) 研究の課題

- (1) 先行研究において、日本における家族支援の先行研究と家族支援の変遷を振り返ることと、家族支援の果たしてきた役割と課題を整理する。

(2) 仮説

○仮説 1 1 時点での ACT の家族支援の有効性の可能性を示唆することが出来た（佐川 2014）研究結果を踏まえ、今回は一定期間においてもその有効性は継続される。

○仮説 2 その有効性を生み出した要因は他のサービス機関の家族支援においても有効である。

(3) 以上の仮説に立って、ACT を利用後、最低 2 年以上の期間を置き、ACT を利用している家族への聞き取り調査を行い、利用していない家族との比較を行うことにより、その有効性の継続可能性について検証する。

(4) 有効性が継続していることが明らかになった場合、スタッフへの聞き取りを行い、その有効性を生み出す背景要因を明らかにする。

(5) その有効性の要因を使って他のサービス機関で、展開可能かどうかを検討するために訪問サービスを前提に、生活支援、家族支援を方針に掲げている ACT 以外のサービス組織に面接調査を行い、その可能性を明らかにする。

(6) 家族支援にとって有効な要素の普遍化に向けて検討し、今後の家族支援のあり方に対しての提起を行う。

2) 調査方法

調査 I ～調査 VI まで半構造化インタビューを行って、データとなる情報を収集した。

(1) 調査 I、II ACT を利用していない 4 家族と ACT を利用している家族 6 家族への面接調査を行い、結果を比較、分析し、家族支援の効果の有効性を明らかにする。（仮説 1 の検証）

(2) 調査 III、IV ACT のスタッフのグループとリーダーの 2 組への面接調査を行い、調査 I、II の有効性の背景となるその要因を明らかにする。（仮説 2 の検証）

(3) 調査 V 家族が作った ACT の家族、スタッフ、事業責任者への面接調査を行い、調査 III、IV の効果の要因（仮説）の検証を行う。（仮説 2 の検証）

3) 分析方法

ACT を利用している家族、ACT を利用していない家族の分析に際しては、家族の苦悩や混乱、これからの安心や希望など家族のリカバリーを家族自身の語りの中から見出すのに適切と考えられた「質的データ分析法」（佐藤 2008）及びその中の「事例－コード・マトリックス」を参考にした。

第3節 論文の構成と概要

1 論文の構成

本論文は、序章、終章を含めて9の章から構成される。

序章では、みんなねっとの平成29年度の全国調査から家族のおかれた生活状況と心身の状況を明らかにする。また、戦後から今日までの精神障害者を持つ家族の歩んだ道と家族支援の変遷を振り返り、家族支援の問題点と今後の課題を示す。

第1章では、精神障害者を取り巻く国の法制度の歴史を精神病者監護法以降の今日までの流れを概観し、保護者制度の問題と課題を明らかにする。今日の日本の精神医療の課題と改革の方向を示す。

第2章では、精神障害者の家族の生活の実態の変化を家族会の全国調査のアンケートから歴史的に概括すると同時に、家族会の果たした歴史的役割を明らかにする。また心理教育を含めた家族支援を中心にした家族の先行研究をまとめる。

第3章では、日本におけるACTの必要性和日本での取組みの現状を示し、ACTによる家族支援の調査・研究をまとめ、本研究に至った流れを明らかにする。

第4章では、ACTを利用していない家族とACTを利用している家族の面接調査と考察を行う(調査I、調査II)。2つの家族についてそれぞれ分析した後、両者を比較分析し、ACTの家族支援の有効性について明らかにする。

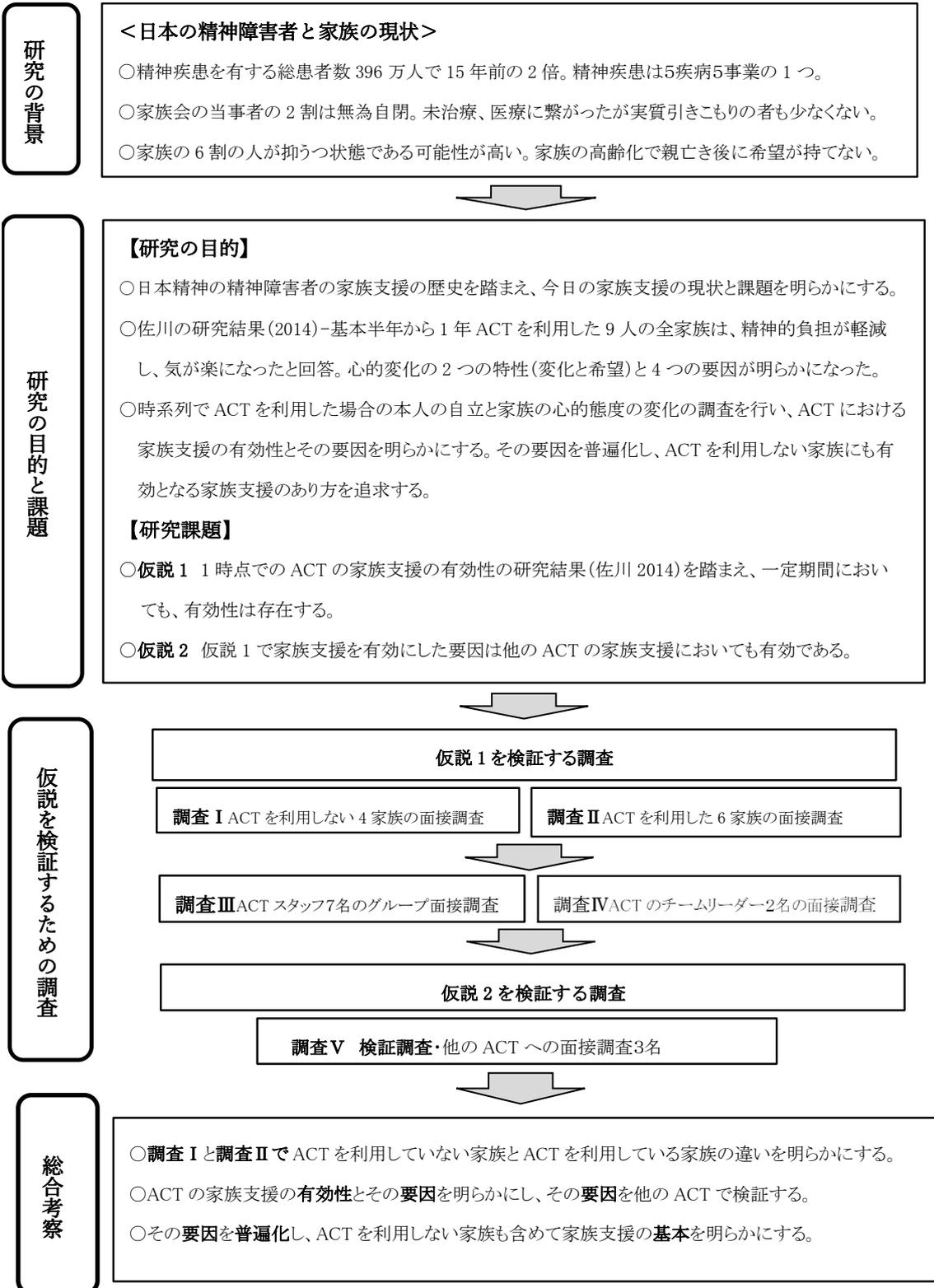
第5章では、ACTチームのグループインタビュー(調査III)とACTチームのリーダーの面接調査(調査IV)を行い、第4章で家族支援を有効とする要因を明らかにする。

第6章では、家族が作ったACTのスタッフ、家族、事業責任者へのグループインタビューと考察(調査V)を行い、第5章で明らかになった要因の有効性を家族が作った他のACTにおいても認められるかどうかを検証する。

第7章では、調査I～VIまでの結果を踏まえ総合考察し、ACTの家族支援において有効と検証された要因を普遍化し、家族支援のあり方を明らかにする。

終章では、全体のまとめと研究の成果と限界、今後の研究課題を明らかにする。

2 本研究の概要



3 本研究の意義

2018年は、1900年に「精神病患者監護法」が施行されてから118年、1918年に呉秀三が報告書『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』を提起してから100年、全家連が発足して53年となる。近代における日本の精神病が国の管理下に置かれ、1世紀が経過したが、精神病を精神保健医療福祉の視点に立って見た場合、当事者とその家族はどのような処遇にあったのか、また現在、歴史の教訓が生かされて、新しい時代の共生社会に位置づけられ、どのように処遇されているのか、今日、家族の視点に焦点を当て、歴史を振り返ることは意義のあることである。日本の精神障害者の家族支援について、今、何が不十分なのか、何が生かされるべき過去の教訓なのか、それらの検討が求められている。以下に本論文の意義を箇条書きに示す。

- 1) ACTの利用家族に焦点を当て、2年間の時系列での面接調査を行い、ACTを利用していない家族と比較し調査し、それをもとに家族支援の有効性の検証を試みた研究は国内では初めてである。
- 2) その有効性の要因を明らかにし、ACTにおける家族支援とは何かを明らかにすると同時にその要因の普遍化を行い、他のサービス機関での展開の可能性を明らかにすることは、家族支援の実践上重要である。

以上の2点において、本研究は、日本における精神障害者の家族支援研究において、意義のある研究と考える。

第4節 用語の解説

1. 精神障害者

「精神障害者」の定義については、国際的にも様々である。本論文では、精神保健福祉法第5条の定義を使用する。すなわち、精神保健福祉法第5条の「精神障害者」の定義は「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害者、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」である。

2. 精神障害者家族

家族に精神疾患をもつ家族を含む家族。本研究では精神疾患は主に統合失調症をもつ家族を対象にしている。精神疾患を持つ家族は子どもであり、親であり、兄弟であり様々であり、精神障害者家族の続柄も親、兄弟、子ども様々である。本研究の調査対象では親が殆どであるが、子どももおり、続柄を限定せず、精神疾患の患者の世話をしている家族という意味で使用する。

3. 当事者

本研究では、精神障害者本人を指している。インタビューでは家族が精神障害者を「本人」と表現する場合がある。

第1章 精神障害者と家族を取り巻く法制度と精神科医療政策

第1節 精神障害者を取り巻く法制度の歴史と精神科医療制度

本節では、精神障害者を取り巻く法制度について、精神病者監護法から保護者制度を廃止した直近の精神保健福祉法までを振り返り、今日の精神科医療制度の主要な問題点をまとめる。

1 法制度の歴史

1) 精神病者監護法以前

養老律令（718年）には、障害者に関する記載事項がある。わが国の障害者の処遇を定めた最古の記述は大宝律令（701年）といわれている。しかし、この大宝律令は散逸し、現在でみることが出来るのは、内容がほぼ同じと考えられている養老律令がある。ここでは障害の程度が3段階に分けられ、程度の軽い順から、残疾（ぜんしち）、癡疾（はいしち）、篤疾（とくしち）とよばれ、今日で言う知的障害は中度の癡疾に、精神障害は重度の篤疾に分類されている。癡疾と篤疾は不課（ふくわ）といって労役が免除され、また篤疾には侍（じ）という看護人もつけられていた。しかし、この大宝律令、養老律令に基づいて直ちに、奈良時代に精神障害者に対する人権思想が芽生えていたとするのは、もともと律令が「儒教的な道德社会の実現を理想に掲げた法体系」で障害者の福祉社会の実現を意図したのではないと考えると、善意に解釈しすぎると橋本は述べている（橋本2002）。

その後、明治に至るまでも障害者を対象とする規則は存在したが、割愛する。

恤救規則（注1-1）は、1874（明治7）年に制定された我が国最初の国家的救貧制度である。救貧の対象者は、①極質の癡疾者、②70歳以上の重病もしくは老衰者、③病気の者、④13歳以下の者それぞれ独身で労働能力がない場合に限る。基本は親族や住民同士の相互扶助を強調し、救済対象を助ける者が誰もいない『無告の窮民』に対して、1日当たり5合弱の程度の現金を国家が給付した。恤救規則の特徴の一つとして、恩恵的救済であり、国の救済責任を認めていない点は大きい。1931（昭和6）年、救護法制定とともに廃止された。

2) 精神病者監護法制定：1900（明治33）年

精神病者から人と社会を守るという、社会的治安・防衛的視点から私宅監置を合法化した精神病者に関する日本における最初の近代的法律である。この法律で家族は「監護義務者」として、精神病者を保護拘束する責任を持つこととなった。

「監護義務者」とは後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会で選任した4親等以内の親族とされた（精神保健福祉研究会監修 2016：4）監護に関する費用は被監護

者負担で、当事者が支払困難なときは「監護義務者」である家族の負担となった。この法律の制定以降、私宅監置は増加した。

3) 「精神病院法」制定：1919（大正 8）年

1916（大正 5）年、内務省保健衛生調査会の精神障害の全国一斉調査が行われ、その結果精神患者数 65,000 人、精神病院入院患者数 5,000 人という実態が明らかになった。また 1918（大正 7）年に呉秀三が「精神病者の私宅監置の実態調査」を発表し、その悲惨な状況が世に明るみに出た。そうした実態を改善するために公立病院の設置が求められ、1919（大正 8）年精神病院法が審議可決された。その内容としては、①道府県に精神病院の設置、②地方長官による精神障害者の入院の必要性の可否判断の権限、③患者の入院費用は公費扱いなどであった。この時は入院に際しては家族の同意は条件とされなかった。

4) 「精神衛生法」制定：1950（昭和 25）年

日中戦争前の 10 年間の松沢病院での年間死亡率は 10%以下であったが、1939 年には 12.48%となり、その後増え続け 1945 年には 40.7%、478 名に達していた（岡田 2002:186）。精神衛生法はこうした戦後の精神障害者の置かれた状況の改革を意図して制定された。精神衛生法では私宅監置が禁止され、「精神病者監護法」、「精神病院法」を廃止し、精神病院への入院・保護が目指された。法案の主要条項は以下の通りである。

①都道府県に精神病院設置義務（猶予規定あり）、②私宅監置の廃止（1 年間の猶予期間）、③措置入院の設置、④対象となる疾病の定義、⑤精神衛生相談所、訪問指導の規定、⑥精神衛生審議会の新設、⑦精神衛生鑑定医制度の新設（任意）、⑧知事に対する医療、保護の申請・仮入院、仮退院の新設。⑨保護義務者制度の設置。

精神衛生法は、精神障害者が精神病院で医療を受けることができる法律としては、治療を進める上で大きな前進であったが、その反面、措置入院と同意入院が法的に規定され、精神障害者は自宅から精神病院へ保護の場所が移動したに過ぎず、依然として、治安維持的な要素が色濃く残った。また都道府県は精神衛生相談所を任意で設置できるようになったが、実際にはほとんど発展しなかった。内容的には入院に関する条項が多く、精神障害者福祉や在宅医療の条項は少なく、いわば精神病院への入院法の色彩が強かった。精神衛生法は理念としては高いものがかかげていたが、実際の運用では、具体化されるものは少なかった。

特に「精神病院」の位置付けが曖昧にされ、結果として精神障害者を単に収容しておくだけの存在を許すこととなったことが後に日本の精神医療の構造的問題を生み出す要因となった（川上編 2002:406）。

家族の法的な規定は「監護義務者」から「保護義務者」となり、①治療を受けさせ、②自傷他害を起こさないように監督し、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、など治療協力者としての義務内容が示された。

5) 「精神衛生法」改正：1954（昭和29）年

改正点は以下の2点である。

①覚醒剤の慢性中毒者で精神障害者でないものも対象とした。②非営利法人が設置する精神病院に対する設置および運営に要する費用について国庫補助の規定を設けた。

これ以降精神病院は増床していくこととなった。

6) 「精神衛生法」改正：1965（昭和40）年

1964（昭和39）年3月24日、ライシャワー米駐日大使が精神に障害を持つ少年に刺されるという事件が起き、これを契機に精神衛生法の見直しが行われた。政府はこの事件で翌25日に早川国家公安委員長を辞任させ、警察庁から厚生省公衆衛生局長に「精神衛生法改正等についての申し入れ」を行わせた（川上編 2002：414）。この申し入れにより厚生省は精神衛生法改正に取り組まざるを得なくなるが、その背景にある方針は「危険な精神障害者」への隔離と排除であった。精神障害者の治療に長年携わってきた人々がめざしてきた社会復帰と自立への動きと全く逆行するのであった。こうした政府の改悪の動きに対して日本精神神経学会が中心になり反対運動が起きた。1963（昭和38）年に精神病患者の第2回の全国実態調査が行われ、放置患者の多さが明らかにされた。

こうした経緯から「精神衛生法」は地域医療を理想として法改正された。疾病の発生予防から・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1線機関とし、②精神衛生センターの設置、③在宅者の医療確保のための通院医療費公費負担制度、④措置入院制度の改正が行われた。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年（昭和38年）が出され、1966（昭和41）年から1968（昭和43）年にかけて、各都道府県に精神衛生相談員が配置され、保健所で精神衛生業務や社会復帰事業、デイケアや集団療法が開始された。

1979（昭和54）年「保健所精神衛生業務運営実施綱」が策定され、精神病の「家族教室」が開始された。その目的は、精神病患者の社会復帰のため、家族を含めた地域への「普及啓発活動」であり、家族への支援ではなかった。家族は、治療協力者に加え、援助者（ケアの援助者）という役割規程も事実上なされたといえるであろう。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）が設立された。

7) 「精神保健法」成立：1988（昭和63）年

宇都宮病院内で生じた患者虐待の死亡事件等の不祥事を契機に、人権擁護と適正な医療と保護の確保と、社会復帰の促進を図る観点から法改正が行われ、入院中心の精神医療から、地域精神医療へと新たな方向を示すことになった。主な改正点は①任意入院制度の新設、②精神医療審議会の新設、③応急入院制度、③社会復帰施設制度新設だった。精神障害者の人権と社会復帰の促進を柱として、入院医療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、特に既定の変更はなかった。

この法改正で、入院する精神障害者の権利擁護のために精神医療審査会や退院請求制度などが取り入れられことは、画期的なことであった。精神障害者の社会復帰施設が制度化され、精神衛生鑑定医を精神保健指定医に名称を改め、精神障害者の人権擁護するために厳しい要件と職務規定が設けられた。人権擁護の観点から精神障害者の医療に関して学識経験を有する者（精神保護指定医）、法律に関して学識経験を有する者（弁護士など）、その他の学識経験を有する者で構成される精神医療審査会が設けられた。入院制度は、任意入院の新設、同意入院の医療保護入院への名称変更、応急入院などの改訂が行われた。

任意入院は、原則、開放処遇、入院時の書面による人権尊重の権利等告知や定められた事項の診療録への記載の義務化が行われた。退院等の請求審査、行政による精神科病院の定期的な実施指導や改善命令等が規定された。その他、入院患者の処遇において、隔離や身体拘束などを行うことができる行動制限と、信書の発受の制限、行政機関等の職員との面会の制限などを行うことが出来ない行動制限について規定したことは、入院患者の人権擁護という課題に積極的に取り組んだ結果といえる。そして精神保健法は、制定後5年を目途に見直しを図るという付帯決議に基づき、以降定期的な改正が行われることとなった。

8) 「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「精神障害者」の定義が「精神病者（中毒性精神病者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者」から「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を有する者」となったことなどであった。また、保護義務者は「保護者」になり（2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」の条文（22条の2）が設けられた。

9) 「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、精神保健法が改正され、改称されて本法が制定された。この改正で「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」という理念が加えられ、初めて精神障害者を法的に福祉の対象者と規定し、障害者保健福祉手帳が制度化された。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、家族に対する相談指導などの地域精神保健福祉施策なども盛り込まれた。

10) 精神保健福祉法改正：1999（平成 11）年

本改正では、社会復帰の一層の促進を図り、在宅精神障害者に対する福祉事業を市町村に促進する体制の整備、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、地域生活援助事業（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。

しかしこれらの設置は努力目標であり、個々の自治体の裁量に任された。

11) 精神保健福祉法改正：2013（平成 25）年

1900（明治 33）年の「精神病者監護法」に規定された監護義務者を引き継ぎ家族の義務を定めた保護者制度が、当初から 113 年ぶりに廃止となった。

主な改正点は①保護者制度の廃止、②医療保護入院の見直し、③精神医療審査会に関する見直しであった。①に関しては、家族の高齢化等に伴い、家族の負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除した。②については、医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等のうちのいずれかの者の同意を要件とするとした。

家族等とは配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人を指す。該当者がいない場合等は、市町村長が同意者となるとし、また精神科病院の管理者には本人の退院後の生活環境の相談、指導を行う者の設置を義務付けた。③については、精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」（精神保健福祉士）を規定、及び精神医療審査会に、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定した。

保護者制度が廃止されたことは大きな進歩であるが、保護者に代わる者として、本人の権利擁護を担うのは専門職ではなく家族とされ、実態としては変らない、中途半端なものであった。その結果、かえって家族間での調整トラブルを懸念する声も挙がった。

2 精神科医療制度の背景要因

以下、戦後の精神医療制度のあり方を規定する歴史的施策や出来事について概観する。

1) 措置入院制度の拡大解釈

厚生省は、衛発 311 号（1961.9.11）で精神衛生法の一部を改正して措置入院に対する国庫負担率を上げて措置入院を拡大強化した。これは「経済的ボーダーライン層の利益をはかる」という名目で、措置入院を拡大解釈して、生活保護患者を措置患者に移し替えたものである。これにより措置患者が急増し、病院建設が始まり、指定病院、精神科病床が急増した。その結果、措置入院を主体とした精神衛生体制が強化されていった。また、厚労省は「精神衛生法の一部を改正する法律等の施行について」（衛発 729 号、1961.9.11）で以下の内容「1.入院させることについて患者の保護義務者等の関係者が反対しており、同

意入院を行うことが不可能な場合には、最優先的に措置に付すること。2. 患者の保護義務者が、入院それ自体には賛成しているが経済的理由から措置を希望している場合には、原則として所得の低い階層に属する者を優先すること」を通知した。

これにより、「自傷他害のおそれ」が拡大解釈され、措置入院患者が増加した。1957年8455人、1961年には34829人と急上昇した。精神障害者を抱える家族の経済的配慮から救済の目的も含みいわゆる経済措置と言われたが、しかし、この処置は社会的防衛のために強制入院の拡大強化の流れを加速したとの批判を招くこととなった。

2) 精神科特例

1947（昭和22）年制定の医療法施行令第4条の6において、「精神病、結核、その他厚生大臣が定める疾病の患者を収容する病院は医療法第21条によって厚生省令で定める従業員の基準によらないことができる」とされ、1958年10月2日の厚生事務次官通知132号は特殊病院としての人員基準を定めたが、同年10月6日の医務局通知809号は、この基準は事情によって満たされなくてよい、とした。このいわゆる精神科特例は、看護人員を減らして、治療より収容を意図する病院が多数、生まれてくる背景となった（氏家2008：81）。

3) 病院病床の増加

明治時代から呉秀三らによって精神障害に関する配慮や施策がきわめて貧弱であると指摘され、その強化が要望されていたのであるが、現実には精神障害者に対する施策は見るべきものがなく、精神病床は戦後の10年間は2万台から4万台にとどまっていた。それが、昭和30年代以降急速に精神病院数・病床が増加したのは、必ずしも精神障害者が実際増えたからではなく、何といたっても結核病床が空いていたという事情が最大の要因として働いていることは否定できないと川上編（2002：411）は指摘している。当時、「精神病院ブーム」という言葉がはやったが、このブームの主演は結核病床の衣替えであったといえる。

総括的にみれば、戦後の精神病床の増加は、国民の要求に応じて、国が行政の立場から積極的な計画にもとづいて実現したものではなかった。

4) 家族に課された歴史的役割

日本に於いて精神障害者を持つ家族は、すでに養老律令の頃より社会治安のため当事者の監護及び当事者の治療と生活の世話をする立場におかれ、患者を看護する者と見なされてきた。近代になってからは、家族の役割は明文化されたが、その役割は変らなかった。

呉は『精神病者私宅監置ノ實況』（呉ら＝2012）で精神障害者の実態調査を行い、その中で酷い監護状況や不完全な民間療法、病院施設の貧困を批判している。精神衛生法の成立で、家族等の役割は「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なかった。また精神衛生法改

正、精神衛生相談員が配置され支援業務が開始されたが、家族は支援の対象ではなく、精神保健業務の普及啓発活動や社会復帰や社会参加の地盤作りの役割を担わされた。

家族を初めてケアの対象として規定したのは精神保健福祉法である。すなわち、第 47 条に「相談指導等」と規定されたが、抽象的な表現に留まり具体的支援策は示されなかった。

佐々木は精神障害者家族の歴史を振り返り次のように述べている。「家族の視点で歴史を見たものは少ない。人権を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、家族は障害者の陰で、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』というスティグマの中で生きることを強いられ、個人としての生活も奪われ、多くの困難を抱えて生きざるを得ない状況に置かれてきた。家族を社会的死に追いやる状況においた歴史や法制度が、家族を支援対象としてこなかった過去を反省し、今後の家族支援を考えることが必要である」（佐々木ら 2003）。

第 2 節 保護者制度の廃止と医療保護入院の問題点

1 保護者制度の廃止と医療保護入院の要件の変更

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下、「改正法」という）が平成 25（2013）年 6 月 13 日に成立し、同年 6 月 19 日に公布され、平成 26 年 4 月 1 日に施行された。同法は精神病者監護法（1900 年）の「監督義務者」、精神衛生法（1950 年）の「保護義務者」、精神保健法改正（1993 年）の「保護者」へと連綿と 114 年続いてきた保護者制度が、法規定上から削除された。このことは、日本の精神保健福祉の法制度において歴史的意義のあるところである。しかし、一方では、医療保護入院の要件から「保護者」の同意を外す代わりに「家族等のうち何れかの者の同意」を必要とするとして、依然として家族に入院の同意の要件を残したことは、保護者制度の廃止の趣旨からすると中途半端であり、論理の一貫性に欠けるものである。白石は今回の改革を「過渡期の改正と位置づけられよう」と指摘している（白石 2014）。

では今回の法改正で保護者制度の廃止とは具体的に、何が廃止されたのであろうか。保護者制度に関しては、すでに保護の対象から任意入院者や通院患者を除外し、精神保健福祉法の平成 11 年度改正法で自傷他害を防止する監督義務が削除される等の改正が行われた。

それでも、入院の同意や退院後の引き取り義務などを家族に課するのは、家族の高齢化などの家族変化に対応出来ていないのではないかとの論議がなされてきた。今の法改正で廃止されたのは、これまで精神保健福祉法によって、保護者の義務とされていた、①治療を受けさせる義務（旧 22 条 1 項前段）、②医師に協力する義務（旧 22 条 2 項）、③医師の指示に従う義務（旧 22 条 3 項）、④措置患者等を引き取り、精神病院の管理者の指示に従う義務（旧 41 条）、⑤財産上の利益を保護する義務（旧 22 条 1 項後段）である。これまで「保護者」であった者は、これからは病人に近い人として精神障害者に寄り添いサ

ポートする存在となる。これは精神医療における保護者が一般医療における家族等と同じ存在になったことを意味する。しかし、現実には「保護者制度」が「家族等制度」に変わっただけで、精神障害者の退院後の支援を中心になって行なうバックアップ・システムが抜け落ちている。治療者側からすると家族等のうち誰の協力を得て、退院準備を進めれば良いのだろうかとの戸惑いがある。また、退院請求権のみ、改正後も存置され、その範囲が「保護者」から「家族等」に拡大されたため、退院請求数の増加が生じ、現行の精神医療審査会の体制では対処しきれないとの懸念の声もあるという。

2 「法改正」の論議の経過

2008（平成 20）年 5 月 3 日、障害者権利条約が正式に発効したことを受け、わが国も障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備を行う必要に迫られた。2010（平成 22）年 6 月 29 日に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」では、「精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度の見直しも等も含め、そのあり方を検討し、平成 24 年内を目途にその結論を得る」とされ、保護者制度、入院制度のあり方、退院支援・地域生活支援等の検討を進めるところとなった。

それに加え、2004（平成 16）年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の数値目標を達成するため、2008（平成 20）年に今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会が発足した。厚労省の報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、「家族の同意による入院制度のあり方」、「医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方」が今後の検討課題とされたことも追い風となった。これらの流れを背景に、厚生労働省は、今後の精神保健医療福祉施策の具体化を目指し、地域精神保健医療体制の整備に関する検討に重点を置いた議論を行うため、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を立上げ、その第 3R として「保護者制度と入院制度」について 2010（平成 22）年から検討を開始した。検討チームの論議の結果、保護者制度の廃止、保護者の義務規定の廃止の提案を行った。任意入院、措置入院以外の本人の同意によらない入院制度は維持しながら、「保護者の同意」を要件から外し、指定医 1 人の判断で入院させる制度に改めることで、合意された。

2013（平成 25）年 6 月 13 日に成立した「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正する法律」の概要は以下の 4 点である。

第 1 点は精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定。第 2 点は保護者制度の廃止。第 3 点は医療保護入院の見直し。第 4 点は精神医療審査会に関する見直しである。

第 2 点については、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由で保護者制度を廃止し、保護者の義務規定の全てを削除した。これまで保護者（家族）という非専門家がこの業務を委ねてきたことが地域精神保健福祉の活性化を拒んできたことは明らかである（白石 2014）ことを考えれば、保護者制度の廃止は当然といえる。しかし、第 3 点の

医療保護入院については、「保護者の同意」の要件を外し、「家族等のうちのいずれかの者の同意」を要件とする制度とした。今回新たな取組みとしては、精神科病院の管理者に、1) 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置、2) 地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携、3) 退院促進のための体制整備、を義務付けている。また、精神医療審査会に関しては委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を入れることを規定した。また、精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定するとした。しかし、医療保護入院に関して、今回の改正についていうならば、チーム会議での論議では、旧法の医療保護入院を廃止する方向にはいかず、保護義務規定の廃止に伴い見直しが必要になる部分についての論議を進めることでの合意が得られたと取られた(白石 2014)。それを前提に、法改正の内容を見ると、法改正後の33条2項では、「家族等」を「当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう」としており、改正前の「保護者となりうる者」(20条1項)の範囲と全く同じであり、「保護者」が、「家族等のうちのいずれかの者」という言葉に変わったにすぎない。さらに、改正前の保護者と異なり、家族等の順位が法定されず、家族の者全員が同じ立場で、入院の同意、退院請求が行なえることとなり、そのため家族間で意見の不一致が出た場合、その調整も必要になり、家族の負担は増えることになる。

保護入院の要件に「家族等」とその間口を広げ過ぎたことが、濫用の危険性をはらむとの指摘もある(柑本 2015:327)。本来ならば、医療保護入院の要件充足、妥当性の検証は、精神医療審査機関で迅速かつ適正な事後審査を行い、精神障害者の権利擁護を行うこと、また家族が権利擁護する立場になり得ない場合があることを念頭におき、患者の声を代弁する制度を創設する必要があった。

しかし、今回の法改正では、検討チームが提案していた精神医療審査委員会の機能強化や、代弁者制度の創設は実現しなかった。以上のように家族と当事者との間で利害衝突状況が解消されないままでは、今回の法改正によって医療保護入院者の退院促進・地域移行支援の措置はいくつか新たな取組みが講じられているものの(33条の4~6)、地域への移行が円滑に行われるかは疑問が残る。

3 入院制度改革の課題

1) 家族の同意を要件としない入院制度

柑本(2015:328)は、検討チーム第3Rも、「自らが病気であるという自覚を持ってないときもある精神疾患では、入院して治療する必要がある場合に、本人に適切な入院治療を受け入れるようにすることは、治療へのアクセスを保証する観点から重要である」との視点のもと、「措置入院、任意入院以外の本人の同意に基づかない入院制度は維持しつつ、現在の医療保護入院に替えて、保護者の同意を要件としない入院手続き」は存置するとの

結論に至ったと述べている。しかし、その際は当事者の権利擁護のための第三者の構成による機関、そのための専門職による体制が保証されていることが必要となる。

1991（平成3）年に国連総会で採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（以下、国連原則）も非自発的入院が許される場合として、精神障害者に自傷他害の危険がある場合と判断能力が阻害された精神障害者について深刻な状態の悪化を防ぐための入院が必須であるとした場合とを並列して規定している（原則16）。2014（平成26）年2月よりわが国でも施行されている「障害者権利条約」も精神障害の重篤な判断能力の欠如を理由に強制入院の存在を、一定の場合には認める余地を残している。他国の例を見ても病識のない精神病患者を本人の医療のために強制入院をさせる制度を有する国は少なくないといわれている。例えば、イギリス、カナダ・アルバータ州でもみられる（柑本 2015：328）。問題は、こうした自傷他害のおそれとしての措置入院ではなく、医療保護入院で、はたして家族の同意が必要かということである。医療保護入院における家族の同意をその要件としてきた大きな理由は、強制入院である医療保護入院の濫用を防止し、精神障害者の人権の擁護することにあると説明されてきた。しかし、核家族化が進み、世界で最も少子高齢社会となったわが国において、家族が常に精神障害者の権利擁護者であるかは疑問である。逆に家族が入院に同意を与えることで、家族関係に軋轢を生じさせ、権利擁護ができない事態も出現している。

国連NGOである国際法律家委員会(International Commission of Jurists,以下ICJ)が1995（平成7）年に発表した第三次調査団報告も、国連原則を「日本における精神病患者の人権保護とケアに取っての明確な指針」と位置付けたうえで、医療保護入院について、患者を入院させるという家族の役割は、入院させられる本人と家族との間に痛ましい利益衝突を生みだし、患者の治療を著しく阻害していると評し、時代遅れの保護義務者制度は廃止すべきであると勧告していた（国際法律家委員会編）。家族の同意の要件は、精神障害者の権利を擁護することにはならない。入院の決定の要件である権利擁護は、別システムの構築で行うべきである。従って、医療保護入院における入院判断の恣意性を防止するためには、指定医1名で入院判断を可能とした上で、精神医療審査会による迅速かつ本人との面会も含めた実質的事後審査を行えるようなシステム改革を行うことが、指定医2名を確保することが困難である現状からみると現実的な提案と思われる。審査に1ヶ月近くを要する現状は改めなければならない。国連原則は、非自発的入院患者としての入院決定に関する審査機関の最初に審査は、入院決定後出来るだけ速やかに実施されなければならないとする（原則17第2項）。医療保護入院の事後審査は、本来であればもう1名の指定による入院必要性の判断が為されることが最も妥当なあり方である。さらに国連原則によれば、審査委員会の公正さの鍵は、患者に委員会の委員との面接を通じて意見表明の機会が与えられるべきである（原則18第5項）としている。審査委員会の決定は、書面審査だけでなく、出来る限り合議体によるヒアリングを伴う実地審査を行う実質的な審査によらなければならないのである。精神医療審査会も一定に経験年数を有する指定医から審査員

を集め、現行の5名から、医療・法律・福祉の代表各1名の計3名に削減、地域における精神科病床数・検査数に比例した合議体数を確保するなどの効率化が必要との提案がある（柑本 2015）。

2) 家族の同意を要件としない移送制度

今回の法改正により、移送制度においても「保護者の同意」でなく、「その家族等のうちいずれかの者の同意」が必要との要件の変更が行われた。しかし、これでは、家族等の同意が必要で、入院の前段階から家族と本人との間に軋轢を生じる状況には何ら変わりはない。したがって、医療保護入院の要件と同様に、移送の要件から「その家族等のうちいずれかの者の同意」を削除する必要がある。家族が行うことができるのは、医療を受けさせるべき状態であることを医療者へ伝えることであり、それ以降は、家族とは別のシステムによって組立てることが必要で、家族は当事者の権利の擁護者として存在することである。

3) 権利擁護

医療保護入院の要件から家族の同意が外され、各種義務規定が廃止されても、家族が精神障害者の権利擁護者であることに変わりはない。ただし、家族だけに権利擁護の全てを担わせるのは妥当ではなく、家族の負担を軽減しながら、権利擁護を行う仕組みが必要である。家族が精神障害者の権利擁護者であるという点については姜（2015：55）は家族が権利擁護者である正当性は現在の他の法制度との整合性は全く取れていないという。そうした点からもその解決の1つの方法として精神障害者の気持ちを代弁し、病院に伝える役割を担う代弁者を選任する制度が考えられる。ICJの第三次調査団報告書は、患者に対する人権侵害防止のために、権利に対する情報提供、精神医療審査会への請求等に関する援助を行う病院とは独立した存在である Patient's Counselor 制度の創設を勧告していた。

本人の同意に基づかず、病院に入院を強制されている患者にとって、家族や病院関係者以外の独立した第三者が、患者の立場でその権利擁護を行うことの必要性は高い。海外においては非自発的入院、非自発的治療の対象になる人々のために、病院から独立した権利擁護制度が整備され、患者への情報提供、意思伝達、意思決定支援、権利行使支援などが行われている。イギリスにおいては最近、親者（nearest relative）と呼ばれる家族が、治療のために入院を拒否する、そのために患者に関する情報提供を受けるなど、非自発的入院から患者を保護する権利を有しアドボケートの役割を果たす一方で、家族とは別に、独立精神保健権利擁護者（Independent Mental Health Advocate）という第三者が、強制入院、強制通院命令等を受けている患者に対して、患者の権利・患者の治療に関する情報提供や、権利行使支援を行う制度も整備している（1983年精神保健法 130A、130B）。

IMHA 制度は、患者から高く評価されている。しかし、この制度も現実には本来の機能を果たしていないとの指摘もされ、実際の運用上の問題点を批判する声も出されている。

上記の通り、患者は、権利擁護者からさまざまな情報提供、手続き等の支援を受け、相談をしながら自己決定を行い、家族や病院関係者と共同しながら早期かつ円滑に地域移行を進めていくことになる。非自発的な入院となった人々には、家族だけに権利擁護を担わせるのではなく、国がこのような制度を整備して、財政的支援も含めて行うべきと考える。権利擁護の主体者は、有資格者のみならず、相当のトレーニングを受けた専門団体のスタッフや家族等とすべきとの意見もある。

4) 治療段階でのインフォームド・コンセント

改正後の精神保健福祉法 41 条に基づき、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）が告示され、その中では、インフォームド・コンセントに関する規定が設けられた。我が国の判例でも強制入院イコール強制治療でないことは明らかにされているが、今回、法律に基づき策定された指針において、精神障害者の権利擁護は入院の決定時のみならず、治療の段階においても行使されることが、明示されたのは極めて意義のあるところである。国連原則においても「患者のインフォームド・コンセントなしには、いかなる治療も行なわれないことが原則（原則 11）であるとされ、ただ例外的に、非自発的入院患者について、独立した機関が患者に同意能力が欠如しており、治療計画が患者の最善の利益にかなっていると判断した場合、個人的代理人が代わって同意する場合などは、インフォームド・コンセントなしで治療を行うことが出来るとされている（原則 11 第 6 項、7 項、8 項）。この点を踏まえ、医療観察法では、法律自体にインフォームド・コンセントに関する記載はないものの、入院処遇ガイドラインにおいて、「病棟倫理会議」の設置を義務化し、会議には精神医学の専門家の外部委員 1 名以上を招聘することとし、同意によらない治療や隔離拘束の妥当性判断を行うこととしている。

今回、指針では、インフォームド・コンセントが得られていない時の仕組みについて何も触れられていない。しかし、「家族等のうちいずれかの者」の同意で医療保護入院が可能となり、「家族等の同意」＝「本人の同意」といった考えで治療が行われるとすれば、それは精神障害者本人の自己決定権を無視するものになりかねない。また、このことは、措置入院者も同様である。医療保護入院と措置入院という非自発的入院においては、医療観察法における病棟倫理会議のような倫理会開催の義務付け、あるいは個人代理人制度の設置等、強制入院に対する人権擁護の仕組み作りが必要である。

第 3 節 精神保健医療の課題と改革の方向

1 1980 年以降の精神科医療政策

先進国では病院から地域へ精神医療の変化が起きて、すでに半世紀以上が経過しているが、日本では未だ病院中心型の精神医療が続いており、人口対病床数は先進国中で最も多く、世界の精神病床の約 20%を占めている。日本での変革は、精神障害者を法的に障害者と初めて認めた 1993 年成立の「障害者基本法」から始まり、その後「精神保健法」の「精神保健福祉法」への改正、「障害者プラン-ノーマライゼーションの 7 ヶ年計画」、「新障害者プラン」へと繋がった。2004 年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が出され、そこでは「入院医療中心から地域生活中心」のテーマが掲げられた。この「改革ビジョン」に先立つ 2003 年の中間報告で「包括的地域生活支援プログラム (ACT 事業)」とし ACT が日本で初めて公的に取り上げられた。さらに 2009 年には「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」とした最終報告書が出され、「地域を拠点とする共生社会の実現」という理念が掲げられ、精神保健福祉医療の改革をさらに後押しする動きがみられた。この報告書では、統合失調症の入院患者について、17 年度は 19.6 万人だったが、目標として 26 年度までに 15 万人程度に減少させるとし、対策としては人員配置の向上、地域移行、精神救急医療、訪問診療や訪問看護等のアウトリーチ型の精神医療が掲げられ、2011 年に厚労省で、アウトリーチ推進事業がスタートした。しかし、実現したのは、全国で実施されているのは、わずか 3 ヶ所で、現実には目標数値には遠く及ばず、この事業は短期間で廃止された。

2 日本の精神科医療の歴史的構造問題

1) 世界の病床の約 2 割を占める民間病院主導

2016 年の時点で、日本における精神病院 1616、病床数 334,975 人、入院患者数 297,436 人（平成 25 年度精神保健福祉資料）である。そのうちの 84%が私立精神病院である。

病床数で比較すると私立が 33 万 4975 床の内 90%を占める。私立の精神病院は平均 250 床を有している。多くの病院は独立の事業体で精神科医が理事長となって経営されている（資料平成 16～25 年度精神保健福祉資料）。このように、私立の精神病院が圧倒的多数であることは、政府が精神病の医療保健政策を変更することが非常に困難であることを意味する。変更を行えば、①日本の精神病院を代表する各協会から強力に抗議をうける、②精神疾患を持った患者を受け皿がまだできていない地域へ放り出すことになる。日本政府はアメリカの失敗の経験を踏まえ、急激な病床削減には消極的である。また、精神病床を先進国と人口万対（人口 1 万人に）で比較するとアメリカ 2.5 床、イタリア 1.0 床、カナダ 3.5 床、スウェーデン 4.7 床、イギリス 5.4 床、フランス 8.9 床で OECD 平均が 6.8 床である。これに対して日本は 26.9 床（主要国の人口対精神科病数 2001 年）と OECD 平均の約 4 倍である。では、このように多数の精神科病院が存在するようになった要因はどこにあるのであろうか。すでに第 1 節で述べたように、それは、入院中心の隔離・収容と精神科特例、

精神科差別を基本としてきた政策に由来するものと考えざるを得ない。その要因と経緯を再掲すると以下の通りである。

① 1958年の精神科特例で、少ない職員体制を認めた。

医師は一般医療の1/3 看護師2/3 職員1/2。

② 医療金融公庫で資金調達を優遇した。

1960年に公庫を設置。

③ 措置入院の「経済措置」を認めた。

1961年の事務次官通達。

④ 精神科特例よりさらに低い水準の「無類」を設けた。

1980年代 民間病院の半分が「精神科特例」残り半分は「無類」という状況だった。

ちなみに、無類とは、「精神科特例看護」が「患者5人または6人に看護職1人、6対1」であるのに対し、無類の場合は「7対1以下」である場合である。

2) 平均入院期間の長さ

2014年日本精神病院の平均入院期間は281.2日（平成26年病院報告）で他の先進諸国に比較して依然として飛び抜けて長くなっている。これに対してアメリカの平均入院期間は6.9日である。アメリカには国民健康保険制度がなく、本人の意に反して長期入院させることを禁止しているので、この数値は人為的に低くされていると思われる。しかし、それ以外の国についてもイギリスは57.9日、ドイツ22日、スウェーデン16.5日、カナダは15.4日、イタリア13.3日、フランス6.5日、デンマーク5.2日で日本の次に長いのは韓国の105日である（WHO2005年）。

長期入院には病院の問題以外にも、家族、当事者、政府、財源問題等さまざまな要因が関連している。例えば、家族も長期入院患者の受け入れを拒否している場合があることが各種データから読み取れる。現実問題として長期入院の解消は容易ではないことが分る。しかし、地域で精神障害者が生活するためには、障害者のための地域生活支援プログラムと社会資源が必要不可欠であり、それが今の日本においては極めて不足していることは明白である。この結果、医療以外の理由で入院している社会的入院の患者が多くなっていると考えられるのである。

3) 多剤多量の向精神薬の投与

日本の向精神薬の使用は、諸外国に比較して剤数・量とも多く、多剤大量の処方が続いて来た。「多剤投与」とは複数の薬剤を同時に使用することで、それぞれの薬の分類から1種類だけ処方することで2つの抗うつ剤を使用した場合に起こるかもしれない薬同士の相互作用を防ぐことが出来る。1952年に抗精神薬のクロルプロマジンが世界に出て、日本では1954年使用可能となり1960年代から1990年代の中頃までかつてないほどの高用量で投与が行われるようになり、最終的には大量投与処方へと発展していった歴史がある。

吉尾（2013）によると日本でも多剤大量の時代になったのは1970～90年代である。1970年代は約40%が単剤処方だったが、割合は年々減少し、2000年には20%を切った。逆に、3剤以上の多剤処方全体の半数を占め、4剤以上も20%を超えた。

多剤大量の副作用での問題として最近では、全国家族会が突然死や自殺への影響を問題視している。日本の多剤大量の実態として、吉尾が2010年行った精神科臨床薬学研究会(PCP研究会) 会員を対象に行った153施設/25,246名の調査によると、統合失調症の患者に対して、向精神薬の1日平均投与剤数では、抗精神病薬2.0剤/802.8mg、抗パーキンソン薬0.7剤/1.9mg、抗不安薬/睡眠薬1.5剤/15.0mgであった。また、抗精神病薬の処方状況では、抗精神病薬の単剤処方率は35.2%、多剤併用率は64.8%でそのうち1日平均1,000mgを超える大量処方に該当する症例は30.7%であった。この調査は5年前から毎年実施しており、5年前と比較すると単剤処方率が5%ほど上がり、多剤併用率が5%ほど低下している。また統合失調症の患者に対して、抗パーキンソン薬58.2%、抗不安薬/睡眠薬77.5%、気分安定薬34.1%が処方されていた(吉尾2012)。国際比較で見えてみると、東アジアの共同研究である「抗精神病薬の処方についての国際比較研究」では、抗精神病薬の1日の投与量の平均値をクロルプロマジン換算で比較している。それによると2001年の場合、中国が402.7mg、台湾472.1mg、韓国が763.4mg、日本が1003.8mgとなっており、日本が飛び抜けて大量の処方を行っている。また併用薬剤数比較では、中国が5剤、台湾7剤、韓国7剤、日本15剤とこれも突出し一番である(藤井2003)。ここまで広範囲に、日本精神医療界に定着した多剤大量の習慣を変えることは、簡単なことではない。しかしながら先の調査や副作用の問題が年々明るみになる中、減薬の取組みは少しずつ進んでいる。

平成28年診療報酬で向精神薬減算に関する改定が平成26年の改定よりさらにきびしく制限された。従来は、抗精神病薬、抗うつ薬は3種類まで投薬可能であったが、2016年4月以降、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬すべてが、それぞれ2種類までしか処方できなくなった。また、今回の改定でどのグループのいずれかでも3種類以上処方された場合、特別な例外を除いて、通院・在宅精神療法が50%減算になるというペナルティが科せられた。

4) 地域における精神保健の生活支援プログラムの不在

1965年のクラーク勧告でも地域における精神障害者のための支援のプログラムが欠けていることが指摘されていた。1980年代になってもその状況は変らなかった。

1960年代初期の精神科のソーシャルワーカーは、病院と保健所の内部の実践を変えていくことに力を注いでいた。施設を出た後の患者の受け入れを助けるためのプログラムを病院の外に作る必要があると気づき始めたのは後の事である。精神障害者が地域で生活するための精神保健ケアプログラムの初期のもので最も成功したものに埼玉県の大宮にある「やどかりの里」がある。やどかりの里は1970年、病院からの退院する統合失調症の患者が地域で生活していくのを援助しようという先進的な精神科のソーシャルワーカーによっ

て設立されたものである。この組織を立ち上げた谷中は「ごく当たり前の生活」の視点で、当事者とともに生活支援に取り組んだ。

まずは住居探しから始まり、やがて生活を支えるネットワークの形成、就労への支援、地域社会との繋がり形成さらに、いろいろ議論の末 1990 年に施設を作りエリアを 4 つのブロックに分け、生活支援センターをその地域拠点とした（谷中 2013）。

その他、ベストプラクティスと言われる各地の取り組みは以下の通りである。

- ・ べてるの家（北海道）
- ・ 帯広ケアセンター（北海道）
- ・ JHC 板橋（東京）
- ・ 麦の郷（和歌山）
- ・ ACT の取り組み（千葉）

1987 年に精神衛生法が精神保健法へ改正され、精神障害者の社会復帰の促進を図るための社会復帰施設（精神障害者生活訓練施設および精神障害者授産施設）に関する規定が設けられ、共同作業所が各地に作られた。2005 年障害者自立支援法が成立して以降、自立と社会参加のための環境整備が進められ、各地に地域活動支援センターが作られるようになった。

5) 精神科病院の経営の崩壊の始まり

病床利用率は・95%以上「青信号」・94~90%「黄色信号」・80%以上「赤信号」と言われている（氏家編 2017:22）。1970 年代より、全国の精神科病院の経営数値は、以下の通り、悪化の一途をたどっている。1970 年 104.3% 1990 年 97.4%、2000 年 93.2%、2015 年 86.0% 2016 年 2 月 85.7%となっており、現状では、すでに赤信号で「経営上の危険ライン」のレベルである。

6) 精神医療政策の行き詰まりと破綻の現状

1996 年に「障害者プラン」が発表された。そこでは 2 万数千人の社会復帰の目標が掲げられたが、結果は 1 万人弱と目標の半数にも届かなかった。

2002 年に「新障害者プラン」が「障害者プラン」の失敗を受け、作成された。そこでは「7 万 2 千人の社会的入院を 10 年間で解消」と目標が掲げられたが、社会的入院の解消は実現せず失敗に終わった。

2004 年精神保健福祉医療の改革をめざす「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が発表される。そこでは、(1)入院医療中心から地域生活中心へ、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年間で進める。(2) 受入れ態勢が整えば退院可能な者（約 7 万人）の社会的入院は病院の機能分化、地域支援体制の強化などで 10 年後の解消を図るとしたが、10 年後に成果は出せなかった。その結果、社会的入院という言葉が使われなくなり、また、入院医療中心から地域生活中心への基本転換も進まなかった。「障害者プラン」、

「新障害者プラン」、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の失敗の原因は何であったのであろうか。氏家は、2つのプランと改革ビジョンの失敗について、それぞれの計画を具体的に進めると「障害者プラン」では病床利用率が80%後半、「新障害プラン」では病床利用率が70%前半となり、その経営マイナス分の対応策が無ければ精神科病院は経営崩壊となるため、実現不可能だと指摘する（氏家 2016：15）。プランやビジョンを確実に成功させるためには、退院促進と同時に病床削減に伴う経営的保障、地域での社会復帰施設の体制整備など精神保健医療福祉政策の総合的抜本的改革が必要である。

3 今後の精神科医療の方向

今後の日本の精神医療を考えると、政策的、制度的な面での抜本的な転換とその実施のための具体的な財源的裏付けも含めた提案がなければ、精神保健医療福祉の改革は困難であろう。これまで問題を先送りしてきたツケが今、国民生活の一番弱い分野である精神保健医療福祉に現われており、選択の余地のない状況に追い込まれつつある。事態は極めて深刻である。問題の本質は、現状の深刻な事態を認識できないこと、及びそれに対する危機感が国民の中に希薄であることである。

この原因を、国民だけに求めるのは問題把握の客観性に欠けるものであり、むしろ、政府が事態を正しく認識し、国民に現状の正確な情報とその判断材料を提供してこなかったことが主要な要因と考えるのが妥当である。危機を危機と見ようとせずに政府も国民もその場限りの対処法で、現実と対峙せず、回避してきたことこそが、危機の本質である。

現状、福祉に関しては、わが国には、国民のセフティーネットが確立しておらず、年金、医療保健福祉が現状のまま推移するならば、国家の財政破綻の危機が生じた時、国民生活全般に及ぶのは必至で、最初に最も混乱に陥るのは、精神も含めた医療、介護、福祉分野であろう。こうした事態を回避するために選択肢は極めて限られたものであるが、今後の選択肢を考えたい。

第1の道

精神科病院の経営的自壊が進行する中で、現状の精神科医療政策を変えずに精神科病院、病床を維持し、存続するための、生き残りの対応策を進める。

その一つが「病床転換型居住系施設」構想である。精神科病院の病棟をグループホーム等の居住系施設に転換し、長期入院患者を病院敷地内の施設で長期的に生活させるという選択である。2014年には大きな社会問題となり、2018年現在、実施されていない。

もう一つは、年々入院が減少する統合失調症患者に代わってその穴埋めに大量の認知症の患者を本格的に入院させる構想である。現在認知症患者は約5万人程（厚労省患者調査

2016)で推移しており、ここ数年は増加していないのが現状である。2015年の新オレンジプランで認知症の人達への循環型支援として精神科病院が本格的に介入する道が開かれた。

いずれにしろ、2つの方法は、35万床の精神科病床体制の形を変えた維持である。これらの結果、精神科病院の精神科特例は温存され、精神科差別は解消されず、精神科医療、精神科病院の問題は未解決のまま残る。先進国が取組んでいる精神医療や国内の一般医療からもますます解離し、国際社会からの批判が高まることになる。精神科病院の隔離収容政策は国際社会の時代の流れに逆行しているものであり、いずれ破綻の道は避けられないと考えられる。

第2の道

入院中心の隔離・収容の現状の精神科医療を改め、当事者が地域で自立して生活することが出来るように地域医療改革を行う。精神科病院の精神科特例、精神科差別は廃止し、一般医療と同水準の医療体制にする。また、まだ点ではあるが、日本の中の地域精神保健医療福祉のプラクティス（先進的活動）を行っている地域から学び、広げていくことは可能であろう。精神科病院の90%の財源を地域資源に配分を変えるが必要である。

現在、日本は世界最大の「精神病症大国」で人口万床対約27床（35万床）だが、氏家はこれを世界先進国並みの人口万対床5床（6万4千床）に変えることで精神科特例と精神科差別は解消が可能になるという。6万4千床とするとその財源は現在の精神医療費総額1兆4千億円の54%、7千560億となる。その結果、残りの46%、6千440億円が地域で使用可能となる。

医師の配置は、現在病院で働いている8千800人の45%、約4千人を病院に、残りの55%、約4千800人を地域医療に振りむける（氏家 2017：30）。道のりは簡単ではない。様々な既得権や利害関係を越え1つの流れを作ることが必要である。また地域の福祉と医療の総合的な社会資源の受け皿が出来なければ、入院医療中心から地域生活中心の実現は不可能である。その受け皿とは具体的に何か、その一つとして包括型地域生活支援（ACT）を次章から検討していく。

第2章 家族の実態と家族支援の研究

第1節 日本の精神障害者の家族の実態

1 全国家族会アンケート調査から見る家族の困難

全家連の1985年、全国精神保健福祉会連合会（以下みんなねっと）の2009年、京都精神保健福祉推進家族会は2010年、みんなねっとは2017年で、それぞれ家族についての生活上の困難と支援に関する調査を行っている。生活上の困難という視点からその結果を外観してみたい。4つの調査の概要は以下の通りである。

A 1985年の全家連の「家族福祉ニーズ調査」と「本人福祉ニーズ」（有効回答9540名）

B 2009年のみんなねっと「家族支援に関する調査」（有効回答4419名）

C 2010年の京都精神保健福祉推進家族会の調査（有効回答252名）

D 2017年のみんなねっと「家族支援等のあり方に関する全国調査」（有効回答3129名）

これらの調査を見るとこの四半世紀で、変わったニーズと全く変わらないニーズがある。個別に調査の内容を見てみたい。

第1に1985年の全家連の家族福祉ニーズ調査は、精神障害者と家族の生活実態を全国的規模で系統的にまとめた最初の調査である。調査は、家族を対象にした「家族福祉ニーズ調査」、精神障害者を対象にした「本人福祉ニーズ調査」、家族会リーダーを対象にした「施策に関する意識調査」からなる。この「家族福祉ニーズ調査」の「家族生活上の困難」についての回答から見てみたい。ここでの家族生活上の困難についての問いに対して、親亡き後の問題を中心とした「将来の見通しが立たない不安」71%、「病気が回復しても働ける職場や訓練の場所がない」55%、「心身ともに疲れる」53%、「医療費などの経済負担」49%、「結婚問題で気苦労」45%、「一家だんらんの機会が少なくなる」44%、「服薬を続けさせる苦労」41%等が挙げられている。又役立つ制度として家族は「障害年金」63%、「身近に相談できる専門家」56%、「勤められる職場」54%、「悩みを気楽に話たり、相談できる集まり」48%、「毎日通えるデイケア・作業所」43%、「患者が友達作り出来る集まり」43%、「家族に急用が出来たときあずかる場所」34%、「週に1日通えるデイケア」30%を挙げた。家族自身の生活の困難の問いに対して家族自身の介護負担感等の相談等よりも当事者の自立へ向けた対策を求めているかが分かる（岡上ら編 1988:60）。

第2に2009年のみんなねっと「家族支援に関する調査」については、まず、家族が直面してきた困難については大きく7つに分類し、それぞれの分類でさらに詳しく、困難な問題点を明らかにしている。7つの大きな家族の困難とは、1) 病状悪化時に必要な支援が無い、2) 困った時いつでも相談でき、問題解決してくれる場がない。3) 本人回復に向けた専門家による働きかけがなく家族まかせ、4) 利用者中心の医療になっていない、5) 多く

の家族が情報を得られず困った経験を持つ、6) 家族は身体的・精神的健康への不安を抱えている。7) 家族は仕事を辞めたり、経済的な負担をしている、である。

1) では①本人がいつ問題を起こすか恐怖心が強くなった 64.8%。②家族自身の精神状態・体調に不調を生じた 58.7%。③早期の訪問による支援が必要 88%。2) では①現在信頼して相談できる専門家は少ない 30.8%。②専門家が多忙で、相談をためらう 63%。③本人の精神的・身体的不調に初めて気が付いた時、訪問を開始してくれる専門家がいたらより早く治療が開始されたと思う 72.2%。3) では、サービスの利用や就労状況ではどれも利用していない 29.4%。4) では、現在の診察時間 5分 30.4%、10分間診療 34.8%。5) では家族が情報を得られず困った経験ある 87.5%。6) では今後予想される困難や不安として上げられているのは、①家族の高齢化 84.7%。②家族の病気 56.5%。③収入の減少 52.3%である。こうした現状を踏まえて、みんなねっとは、家族のニーズに対応し、家族の直面する課題や長期的な展望も含めて、家族の7つの提言をまとめている。

第3に2010年の京都精神保健福祉推進家族会の調査であるが、こちらも結果を7つにまとめている。結果1. 本人の異変を感じてから初診まで平均1年10ヶ月経過している。結果2. 初診時には本人の混乱も大きいため、家族は大きな苦勞と困難を経験する。本人も家族も、この時期に度々傷つき、不幸な形で医療と出会うことになっている。結果3. 初診から病状の安定まで平均13年8ヶ月経過している。結果4. 家族自身の困難を主治医や他の専門職に尋ねたことがない家族は49.6%。結果5. 家族とともに「一緒に行動してくれる支援」「訪問して支援」は不十分である。結果6. 気軽に相談できる専門家がほしい。その緊急事態のSOSに対して対応してくれる相談機関や医療機関がほしいが家族の希望。結果7. 困難や苦しみをくぐり抜けてきた家族は、もう二度とあの困難を味わいたくないと感じている。

そのことは家族の人生や本人のケアに対して強く影響している可能性がある。又、「症状が安定するまでの家族の困った経験」との問いに対しては①本人の病状がいつ不安定になるのか心配が強くなった 62.1%、②家族自身の不調 45.3%、③家族自身の就労に影響が出た 22.4%、④家族自身の危険を感じるが増えた 15.9%、⑤近所との関係が疎遠、悪化した 15.1%と報告されている。

この調査は有効回答252名と他の2つの調査に比較すると調査数としては少ないが、前年の質的調査によって生成された2つの仮説(困難の中心と支えになったもの)に基づき、2010年に行った量的調査では、困難や支援の内容が丁寧に紹介され、解説されている。

第4に2017年度に行われたみんなねっとの「家族支援等のあり方に関する全国調査」である。調査の結果報告として10項目にまとめられている。そのうちの家族の現状や要望を中心にみていく。1) 病状悪化時には続柄によらず3割ないし4割が暴言や暴力を経験し、5、6割の人が「いつ起こるか分からない恐怖心」、「家族自身の精神的・身体的不調」を訴えている。危機的状況では「同じ病気を体験した人が訪問してくれる」(68.4%)、「24時間相談に乗ってくれる」(51.4%) 要望が出ている。親亡き後の対応の中で「緊急時の対応」を求める声が高く、特に訪問型の精神科医療の整備が必要。2) 地域生活している人

で本来入院の可能性のある「重度かつ慢性に相当する人」が15.7%存在する。そのうちの44.5%が障害者総合支援法のサービスを利用していない。3) 本人の2割が日中何もしない「無為自閉」の状態にあると危惧される。4) 家族の状況では、うつ病や不安障害発症の可能性が高いと考えられる人が5~7割(K-6日本語版用での評価で5点以上)、家族が居なくなった後の心配としては「生活支援」(74.8%)、「経済面で問題」(60.1%)。5) 「信頼して相談できる専門家がいる」は67.7%、専門家の中では「主治医」63.7%が高くなっていった。「情報提供に不満足」が約半数、「相談できる人がいない」3分の1。6) また支援する家族がいなくなった時に入院していれば安心かとの問いに「ある」が44.3%、「ない」が28.8%、分らないが26.9%であった。7) 家族会については「苦勞を話し合い」(77%)、病気や医療の知識(73.1%)、障害年金や制度の知識(68.9%)が上位を占めた。まとめとしては、現状に満足している家族は少なく、家族が本人の世話でかなり疲弊、親の高齢化で親亡き後の不安が強いこと、家族へ十分な情報が届いていないことが示唆された。また信頼できる相談者がいないこと、相談できる体制が整備されていないため、状態悪化時の対応では、家族の負担が限界まで高まることが示された。

2 4つの調査からみえてくること

第1には、1985年度全家連の当事者、その家族への生活実態調査は、この種の調査としては初めて行われたものである(岡上ら編1988:50)が、この中では家族自身の生活の困難の問いに対して、家族自身の要望よりも当事者の現状の改善の要望の方が強く出ている。これは、他の3つの調査と比較すると明らかである。家族自身の問題に対しても3番目に「心身ともに疲れる」(53%)が出てくるが、それ以上に他に要望するような家族自身の困難を訴える積極的内容は読み取れない。その後のみんなねっとの2009年度、2017年度の調査、京都精神保健福祉推進家族会の2010年度の調査では、家族の精神状態を含む生活上での困難や問題点について丁寧に質問する中で、家族の心身の状態や要望が具体的に明らかにされてきている。家族の回答の変化の背景には、四半世紀の障害者と家族を取り巻く環境と家族自身の意識の変化が大きく影響していると思われる。1985年度の全家連の調査当時では、まだ家族が自らの生活実態を語り、他に援助を積極的に求めることが躊躇される時代であったと思われる。

第2点は、家族の生活上の困難や困りごとについての問題である。項目としては、困難についての問いとなるが、そこで出てくるのは、1985年度の全家連の調査では「心身ともに疲れる」53%、2009年度のみんなねっとの調査では「疲れやすい」47.4%で精神的不調で処方箋を服用した経験ありが37.9%、2010年度の京都精神保健福祉推進家族会の調査では、「心身不調」55.6%である。又、今後の相談や困りごとでは、1985年度の全家連の調査では「将来の見通しが立たない」71%、2009年度のみんなねっとの調査では相談内容として「自立の準備のために働きかけてくれる」62.4%、2010年度の京都精神保健福祉推進

家族会の調査では「気苦労や将来の心配」は78%でその内訳は、「心身の疲れ」では約50%以上、「将来の心配、見通しが立たない」約60%以上、また2017年度のみんなねっとでは、家族(親)の心配事や苦労では「問題をいつ起こすか恐怖心」62.8%。「精神状態・体調に不調」60.2%、「仕事を休んで対応」39.6%、が明らかになっている。その背景には家族でうつ病や不安障害発症の可能性が高い人は5~7割と示されている。今も昔も悩み苦しんでいる家族の割合は同じである。客観的には、当事者の利用可能な社会資源が徐々ではあるが増え、サービスが向上した面もあるが、一方で、最新の2017年のみんなねっとの調査でも半数から7割の家族が依然として精神的に不安定な状態に置かれていることが示されている。これは、家族の置かれた状況への支援が単に量的に不十分という問題だけでなく、今の制度も含め家族の求めるニーズに適切に対応できていないことを示していることからくる問題とみるべきであることを示唆している。

第3点は、四半世紀過ぎて、家族自身のニーズはどのように変わったかという点について、家族の相談という項目に絞って、見てみたい。1985年度の全家連の調査では役立つ制度として「身近に相談できる専門家」56%、「悩みを気楽に話たり、相談できる集まり」48%が出てくるが、生活上の困難というところでは、相談や悩みを聞いてもらう要望は出てこない。これに対して、2009年度のみんなねっとの調査では「早期の訪問による支援の必要」88%、相談支援として「本人病状悪化の時、危機状態脱出までの支援」53%や、その裏返しとして「信頼して相談できる専門家いない」30.8%（逆に69.2%はいると答えている）がある。2010年度の京都精神保健福祉推進家族会の調査では、「家族自身の相談にのってくれる家族支援専門家」52.6%である。2017年度のみんなねっとの調査では「信頼して相談できる専門家がない」32.3%、「家族の相談で訪問してくれる専門家」不満足55%、「最新の精神科情報」不満足68.5%、「親亡き後のライフプラン」不満足73.9%、「本人危機的状況の時の24時間相談」51.4%、「同じ病気を体験した人が訪問」68.4%が示されている。

今日、家族自身の要望を家族会という組織を通じて、社会的にも明らかにし、訪問型を含めた地域で精神障害者を支える精神医療福祉サービスの創設や充実を強く要望しているといえる。しかしながら、家族の側から見ると、四半世紀前と殆ど改善されていない面も多い。これまで全家連で、当事者と家族の生活実態の全国調査は、1985（昭和60）年、1991（平成3）年、1996（平成8）年、2005（平成17）年の4回行われその後はみんなねっとで2009（平成21）年、2017（平成29）年と2回、計6回行われた。2005年の調査の結果について白石（2011）は「今回の調査でそれが一向に改善されないことに加え、これも以前から指摘されていた家族の高齢化が一段と進み事態がいつそう深刻化している状況がうかがえる」と見解を述べている。今回の2017年の調査結果を見ると同じようなことが言えるであろう。確かに、この四半世紀で見ると社会的資源の量的条件整備は進んでおり、地域差はありながら、精神障害者へのサービスは着実に前進していると言えよう。しかし、現状では、精神障害者の家族は生涯、本人のためにケアに専念せざるを得ない状況から基本的

には変わらず、いまだに十分な社会的支援と理解を得られず、大きな負担を抱えている実態が示されている。家族は患者本人にとって最も身近で最大のケア提供者であるが、そのケア提供者自身が多く困難を抱えながら生きており、今も「危機に直面している人々」（中坪 2009）として支援を必要としていると言えよう。2009 年度の調査を踏まえ、みんなねっつとでは以下の「わたしたちの家族の 7 つの提言」をまとめている。

表 2-1 わたしたち家族の 7 つの提言

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現② 24 時間・365 日の相談支援体制の実現③ 本人の希望にそった個別支援体制の確立④ 利用者中心の医療の実現⑤ 家族に対して適切な情報提供がされること⑥ 家族自身の身体的・精神的健康の保障⑦ 家族自身の就労機会および経済的基盤の保障 |
|--|

家族の提案であるが、本人支援と家族自身の基本的権利を求める提言となっており、今までにない家族支援の内容になっている点で画期的な内容である。現在は、この実現に向けての取り組みが問われている。

第 2 節 家族支援に関する先行研究

1 家族の位置付けと家族支援の変遷

1) 家族病因論から家族支援へ

精神障害者を抱える家族を考えると、これまでの統合失調症の家族の研究を忘れてはならない。1900 年代初頭より、家族を環境因子と見なして、遺伝説や器質説に対するアンチテーゼとして、家族関係を病因とする研究が進んだ（佐々木ら 2003）。中でも米国での From-Reichman の「分裂病を作る母親」（schizophrenogenic mother）は有名な概念である。

これはある人が幼少期において「家庭内の人間関係の障害」にさらされ続けることが、発病へ結びつくとする説である。そこでは、母親の拒否的態度や過保護が問題視され、それは母子の病理的な関係に焦点が当てられ、それは家族システムで展開される相互作用の 1 つとして考えられ、やがてその理論は全体としての家族に拡張される。「患者」は「病気」である「家族」が発生させる「症状」であり、したがって治療の対象は「家族」となる。こうして「分裂病を作る家族」に対する「家族療法」が誕生するに至ったのである（南山 2006 : 24）。

アメリカでこの「家族病因論」が台頭することになったのは1950年代であるが、この中では、Batosenらの「二重拘束理論」(double bind theory)が有名である。その他Wynneらが提唱した「偽相互性(pseud-mutuality)」、Lidzらが提唱した「世代境界の混乱」などを代表的議論として挙げるができる(半澤 2005: 67)。その後、家族関係の変化を図ろうとする家族療法が盛んにおこなわれるようになり、家族研究でも家族関係を統合失調症の原因とみなす傾向になって行った。

そしてこの明確な根拠が明らかでない遺伝説や家族病因論、特に遺伝説などは精神障害者を持つ家族を反駁のできない状況に追い込み、罪悪感、自責の念をいっそう強めることになり、社会のスティグマ、偏見を助長することになったと考えられる。しかし、70年代以降、研究の限界性の露呈や臨床実験の失敗から隆盛を極めた家族病因論にも陰りが見え始める。(南山 2006: 26)

2) 病因論から生活者としての家族

統合失調症と家族に関連した研究は主として精神医学を中心に進められてきたきらいがある。しかも、遺伝論や病因論の視点から家族を見ており、家族の役割を治療のための協力者として位置付ける研究がその主流を占めていた(大島 1987)。それに対して、社会学の立場からの接近では、家族を社会システムととらえる立場からの家族ストレス論、あるいは個人のストレスを社会的アプローチで解明を試み、家族を「生活する主体」「ストレスを受ける主体」として見る視点が、現われてきた。それは、家族病因論つまり、理想的な家族像を設定し、それへの対比としてその欠如すべき点を病因として描く家族像ではなく、精神障害者のケアを担いストレスを経験する存在として家族を位置付けること(南山 2006: 29)を意味していた。日本では袖井(袖井 1974)が、こうした視点で研究を進め、身内の精神障害の存在を家族危機として捉え、精神障害者を持つことが家族の通常の課題の達成を困難にすること、あるいは、逆に家族の発達の課題の達成に失敗した家族が精神障害者をつくり出す場合もあるとした(袖井 1974: 205)。さらに1985年の全家連により行われた全国規模としては初めての当事者と家族の実態調査に社会学者が参画したことも、この流れをより活性化することとなった(南山 2006: 28)。

3) 病因論から再発防止へ—EE 研究の臨床応用

1960年頃より、病因論から退院後の再発防止という視点で、家族と再発という関係での研究が行われるようになった。これは、Brownが行った家族感情表出(Expressed Emotion: 以下、EE)の研究がスタートとなっている(Leff et al. =1996)。脱施設化が進展しつつあったイギリスにおいて、退院後に戻った生活集団の種類によって、患者の再発率が違う事実を確認したBrownは、家族が患者に対して表出する感情が患者の再発を誘発する要因であることを明らかにした。EEとは「家族が統合失調症の患者に対して表出する感情のことであり、EE(注2-1)の測定項目は、批判的コメント(critical comments)、敵意

(hostility)、情緒的巻き込まれすぎ (emotional overinvolvement)、暖かみ (warmth)、肯定的言辞 (positive remarks) の5つであるが、患者に対して批判的・敵意・情緒的巻き込まれすぎを示す家族はEEが高いと評価される。患者がEEの高い家族と生活する場合は、EEが低い家族と比較して統合失調症の再発率が高いことが示された」(高野 2010 : 544-545) と述べられている。この研究は、家族とともに生活する統合失調症患者の再発を予防するためには、家族が患者の問題に適切に対処することの重要性を示唆しており、家族の高EEをどのように改善するかが課題となった。

大島は、高EEは行動を理解しにくい慢性患者を身内に抱えたことによってもたらされる一般的な情緒的な反応であるとの仮説を提案している。この研究は、心理教育による家族支援が広く実施される出発の基盤となった。これにより、家族病因論をめぐる論争は、事実上終止符が打たれ、「病因」から「再発」へと家族への視座が転換した。このターニングポイントを全家連は「なお特筆すべきは、感情表出研究が、研究のための研究に終始するのではなく、実践的な試みである家族支援プログラムの基盤にしたということである。」(南山 2006 : 32) と肯定的評価を下している。

4) EE 研究から家族心理教育へ

心理教育とは具体的には精神障害者やその家族に精神障害の正確な知識を伝え、治療者とともに精神障害に対す適切な対処法を検討していく技法である(高野 2010)。家族心理教育の目的は、再発に関連すると言われる高EEを低下させることで、家族自身が困惑やケアの負担感を軽減し、日々の生活での精神障害者を持つことによる問題の対処能力の援助を行い、そして自分たちの生活の質を高めていけるようになることである。これはAnderson (1986) が最初に実践し、その後、様々な応用が加えられたものである。この心理教育の出現について精神医学の流れから白石は次のように述べている。

「心理教育は、統合失調症の生物学的治療の限界と、精神分析や家族療法など心理的療法のみの治療成績の限界が、専門家の認識の主流となることと密接に関係して成立した、Zubinらの脆弱性-ストレスモデルの産物である。」(白石 2010 : 31)

Anderson (1986) は心理教育の原理を以下のように4つ挙げている。

- ①患者と家族との間に支持的な協力関係を促進する治療同盟をつくり出すこと。
- ②患者と家族に疾患とその管理に関する情報を提供すること。
- ③患者が地域社会で生活できるように支援する、ゆっくりした家庭、職場、社会環境を築くこと。患者を家族や社会や職場の役割に徐々に結び付けること。
- ④患者と家族の両者に、ケアが続いているという感覚と「施設移転 (institutional transference)」をつくりあげること。

Andersonらの心理教育は特定の患者とその家族及び臨床家の三者合同での実施を主たる方法とし、家族と臨床家、あるいは患者と臨床家だけで行うのを“分割セッション”と呼

んで、それぞれ特有の効果があるものと見ている。また家族心理教育には幾つかの種類があるが、「複合家族心理教育」と「単家族への心理教育」の2つに分ける事ができる。

現在、全国の様々な医療・保健機関等で心理教育が実践されており、その内容は、①講義形式により病気や治療法等の知識を学ぶ“教育セッション”、②問題・悩みへの対処方法について話し合ったり対処方法の練習（ロールプレイ）をしたりする“グループセッション”の2つからなる。家族心理教育では、家族を治療するのではなく、家族を最も有効な治療協力者とみて援助することをねらいとしている。また、家族が専門的な知識を身に付け、専門家の提案や他の家族の経験から得られる対処法を学び合うことで患者本人への対処が上手くなり、私的な生活が充実してQOLが高まるとされている。

5) 家族心理教育の課題

現在日本では、様々な家族心理教育が行われているが、課題も多い。第1点はその実施率の低さである。その取組みは精神障害者を持つ家族全体からすると、まだ極めて不十分な状態であると言われている。家族心理教育の実施率は、アメリカで入院の場合で31.6%、外来クリニックで9.6%、日本においてもアメリカ同様低く、有床精神医療機関で36.9%、外来クリニックで14.5%であり、原因は家族心理教育が診療報酬に位置づけられていない点に加えて、多職種チームで取り組む場合、施設の支援システムの変更が無ければ困難なことが指摘されていると考えられている（福井 2011：169）

第2点は、家族心理教育の実施方法及びその実施内容である。家族心理教育が日本に導入されたのは、1980年代後半である。当時、欧米で実施されていた家族心理教育の多くは、「一家族単位で、本人も交えながら何年にもわたって個別に支援するという密度の濃いものであったため」、実際の導入にあたっては、日本の実情に合った実施しやすい介入モデルの開発の必要があった（福井 2011）。そのため、当時の国立精神・神経センター精神保健研究所と同センター国府台病院が協働して、McFarlaneらの複合家族グループをもとに「国府台モデル」という新しい方法を開発した。その後、このモデルの再発予防効果が実証され、現在ではこの集団で行われる複合グループ方式が日本における家族心理教育の標準的な普及モデルとなった。複合家族グループ方式で行われるため、その対象はその会場に行ける家族に限られる。本人のケアのためその場を離れることが心理的にも、物理的にも難しい家族は、決して少なくない。またテーマはどうしても参加者の共通の内容になるため、個別性の高い悩みや緊急性の高い課題を扱うのは難しくなる。角田ら（2012）が訪問看護の類型として示した「重症者への家族援助型」、「重症者への本人援助型」のような精神疾患が重い人とその家族に対しては、現在行われている家族心理教育では必要な家族支援が届けられないことが危惧される。

又、心理教育の持つ限界の認識の指摘もある。佐々木らは再発防止を心理教育のみに期待することは危険であり、再発の可能性を高める背景には、深刻な社会資源不足の状況があることを忘れてはならないと指摘し、家族は当事者の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り、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と述べている（佐々木ら 2003：100）。

2 家族の抱える困難に関する研究

精神障害者を抱える家族が当事者のケアをする中で持つ精神的負担感や生活上の困難についての先行研究をレビューし、本研究の意義を明らかにする。

岩崎（1998）は、5家族6名の精神病患者の調査を行い、家族が情緒的負担として自責感、無力感、孤立無援感、荷重感を挙げ、それぞれ知識の欠如、精神病に対する偏見、患者の依存や症状から派生しており、その対処方法は、患者の心理的社会的環境の調整と自分自身のケアの2つから成り立っているとした。又、家族は試行錯誤をしながらケア技術を取得し、患者へ適切な心理社会的環境を提供し、自分自身のケアでは精神面での支援や自分の時間の確保、又物事を肯定的に解釈することが含まれているとした。

栄ら（1998）は大阪府精神障害者家族連合会（大家連）に加入している家族とそうでない家族合計1155名を対象に精神障害者生活上の困難さに関する調査を、生活上の困難と障害者の年齢をクロスさせ分析を行った。その結果、半数以上の精神障害者が中年期に達しているが、生活状況は不安定で、家族の支援がなければ、現状での地域生活は非常に困難であった。又家族の高齢化で、経済的、情緒的支援を行っていくことが徐々に困難になってきており、それが「将来に対する不安」を高めている。又中・高年期にあたる精神障害者の家族は、精神障害者の今後の生活とともに、家族自身の今後の生活に対しても不安が高いとした。それを踏まえて、栄は「家族支援の立場から考えると、家族の身体的・精神的負担を軽減するために、家族からの支援・介護に重点を置かない精神障害者の自立プログラムの充実、近隣・地域に対する啓発・教育を含む家族支援プログラムの導入、家族同士に当事者組織である家族会への支援、『保護者制度』に代わり、障害が悪化した際に設定しておく公的後見人制度の導入などが求められる」とした。

田野中（2011）は、「統合失調症の家族研究の変遷」で今後の統合失調症の家族研究を明らかにする目的で、統合失調症の家族に関する1940年代以降の外国文献26件、国内の文献59件を分析した。その中で、生活上の困難についての研究が紹介されている。

それは、石川ら（2003）が家族の困難と対処の実態を量的に把握し、家族は患者本人のために積極的に情報収集をしているが、家族自身のケアに時間を持ってないことを明らかにした研究である。中坪（2008）は家族をどう見るかという視点について、家族もケアの対象として捉えていく視点が重要であり、そのためには、家族を「危機に直面している人々」という文脈で捉えたうえで、家族を対象としてアプローチを展開していくことが必要だとしている。統合失調症患者のケア体験については、家族がケア体験に囚われた状況に陥ると、ケア提供者の家族のみならず、家族、患者の双方にストレスをもたらし、ケアの質を低下させることが指摘されている（南山 2006：44）。田上はEE測定に用いられるCFIの

質的分析を通して、患者 28 名の家族 39 名の心的態度を構造的に把握する研究を行い、この中で「EE との関連」について考察した（田上 1998）。

EE との関連では「家族を援助する上では単に EE の高低ではなく、背景にある家族の心的態度を理解することが必要であることが明らかにされた」としている。又、家族員の患者の受容については、「家族は病状の不安定さの中で長期にわたり生活を続けるため、積極的な受容に至るのは難しい。家族の中には、諦めていくことで患者と距離をおき、患者や病気に対しては、中立的・合理的な態度や受身的な態度を示すものがあつた。これは「諦めの受容」といえるが、それをいかに変えていくことが出来るか、今後の課題として残される」としている。

六鹿は統合失調症の家族の受容過程について何らかの定型的な段階が見られるのではないかと仮説にもとづいて、1 病院精神科の 11 名の患者家族に調査を行っている（六鹿 2003）。

調査の結果、六鹿は考察で「ショック」→「否認」→「混乱」→「解決努力」→「受容」という受容段階があると結論付け、問題を 4 つに集約している。

それは、1. 孤立について、2. 問題の所在について、3. ターニングポイント、4. 専門家の家族に対する関わり方についてである。六鹿は「問題」は、どの段階においても存在し、いかに家族が成長しても、「問題」は存在し続けるというのが事実であり、受容とは「問題」が消失することではなく、「問題」が存在するという事実を受け入れることであると述べている。

又、精神障害の場合、他の障害よりも偏見、差別が強く、自分の家族が発病するまでは自分も差別する側にいるのが普通である。

その状態から本人の受容に至るまで大きな価値の転換が必要になる。第 4 段階の「解決努力」にこの価値の転換（ターニングポイント）が存在する。この過程は、障害者を家族に持ったからこそ与えられる尊い試練であり成長の機会ではないかとしている。

鈴木（2000）は 18 名の精神障害者を持つ家族を調査し、家族の希望を保持増進する要因とそれを踏まえた看護のありようを明らかにした。その中で「精神分裂病患者の家族の負担感、不安、うつ、ストレスに関する研究は多くあるが、家族が病を持つ身内との生活の中で、どのような希望を抱き、問題に対処し、生活を豊かにしているのかは明らかにされていない」と指摘している。

家族の悲嘆が長期にわたり、慢性的であることにより、家族はその中でどのように希望を抱き、その希望は長い経過の中で、どのように変化していくのか明らかにした。結論として、希望を保持・増進する要因として①好ましい将来を予測できる情報、②支持的人間関係の存在、③専門的能力への信頼、④生きがいや気晴らしの存在、⑤自分自身への信頼、⑥かけがえのない患者の存在の 6 つを挙げた。さらに、局面を＜治そうとする思いが先に立つ局面＞、＜諦める局面＞、＜現状を認める局面＞の 3 つの展開に分類し、各局面で起きる希望の変化の過程と要因について分析している。そして、「家族の希望は、その時々

の家族の幸福についての価値観と将来の可能性についての評価により特徴づけられており、希望は家族の価値観の変化、将来の可能性の評価の変化にともない変化していく過程があった」と述べている。

鈴木は病状悪化や家族にとって問題が起きた時、どこの相談窓口で、誰に相談すれば良いのか知っている場合、相談が的確に対応してくれるという信頼感を持てる時、家族は希望を持てるとして、「先は不確実であるが、いざというときに共に考えてくれる専門家がいるという信頼感を持てるような関係づくり、また相談窓口の掲示が家族の希望を支える援助として求められている。」（鈴木 2001）と述べている。

渡辺（2007）は精神障害を含む複合的な要因を抱え困難に直面している 15 の事例を具体的に検討する中で、家族に起きている問題の明確化のために 4 つのポイントとして、第 1、援助者側から見た「問題」でなく、家族成員の立場になりきり、その人の苦しんでいる事、困っていることを捉える、第 2、1 つ 1 つの現象に目を奪われず、その現象が何を意味しているかを抽象化し、問題の核心をつかむ、第 3、問題探しはせず、タイミングを考慮し、問題を絞る、第 4、訴えの中から真の問題を見極めることを提起し、家族に起きている問題とその背景を構造化することを示した。現在、家族を理解するために渡辺が独自に開発した「渡辺式家族アセスメントモデル」を発展させている。

家族研究のスタートは第 1 に家族をどう見るかであるが、大島（1987 ; 1989）は、ソーシャルワーカーが当事者の身近なところで日常的に支援する家族とパートナーシップを組んで支援する必要と同時に日常ストレスを受けている家族自身に対しても家族支援が求められているとして、前者を「援助者としての家族」、後者を「生活者としての家族」と規定した。さらに「家族ケア」と「家族支援」についても定義付けを明確にして、「生活者としての家族」に対する支援として、4 つの基本的な取り組みを示している。

以上、精神障害者の家族の生活上の困難に関するいくつかの研究を紹介した。鈴木は精神分裂病患者の家族の負担感、不安、うつ、ストレスに関する研究は多くあるが、家族の持つ希望について明らかにされていないと指摘している（鈴木 2000）。精神障害を抱える家族が持つ生活上の困難や、生きづらさの心理社会的側面も必ずしも十分解明されているとは言えない。現状の制度と臨床の中だけでなく、地域における新たな精神医療福祉活動の動きの中で、希望という視点を家族への支援の実践的課題と結びつけて検討することが重要と思われる。

第 3 節 精神障害者家族の活動

1 精神障害者の家族会の誕生

昭和 30 年代に入り、抗精神病薬が広く使われるようになると治療は飛躍的な効果を挙げた。従来は治らないとされてきた長期慢性の患者の中からも少なからず退院する者も出て来た。病気が良くなり退院する者が出てくると受け入れ先の家族の役割が問われるように

なったのは当然のことであった。こうした状況のなかで一部の精神病院において「患者の家族を積極的に治療に参加させよう」との動きがでてきた。家族会は、家族の自主的な活動として始まったのではなく、医療者側が当事者の治療効果を高めるために家族を治療に参加させることから始まったものである。全家連の30周年史によると1960（昭和35）年頃には、青森・弘前精神病院（現・弘前愛成会病院）、茨城・県立友部病院男子入院病棟（その後病院全体、友部病院は現・茨城県立精神医療センター）、千葉・国立国府台病院（現・国立国際医療研究センター国府台病院）東京・昭和大学附属烏山病院などで家族会が開かれている（全家連1997：10）。

こうした病院を基盤とした家族会を病院家族会、地域を基盤とした家族会を地域家族会という。地域家族会は最初、京都、栃木で結成された。京都では、京都府立洛南病院の院長と同病院の相談員が、保健所に出向き家族の個別相談や懇談に対応した。こうして、家族会は、最初、医療者側が当事者の治療的効果を考えて始められたが、集まった家族は、お互いの悩みや苦しみを自由に話合える場として交流する中で、やがて家族間の慰め合い、支え合いを基盤にして、外に向かう力となって広がり、全国的組織結成へと繋がっていった。

2 全国精神障害者家族連合会の設立とその歴史的役割

1) 全国精神障害者家族連合会

全国精神障害者家族連合会（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。全家連は、1964（昭和39）年のライシャワー事件を契機に治安対策の強化が検討された際の反対運動の中から設立された。すなわち、全家連は、この法律に対して積極的に反対運動を行った家族会の中で、それまでは各地で独自に行って来た家族会を全国的に組織化する必要があるとの機運が高まり、石川正雄氏らが中心になり、多数の人々の献身的な努力の末、1965（昭和40）年に設立されたものである。1967（昭和42）年に財団法人となり、加盟する家族会が文字通り全国に広がり、範囲を全国へと広げ、1994（平成6）年には精神保健法による「精神障害者社会復帰促進センター」の指定を受けて、調査・研究、啓発活動、研修事業に取り組むようになった。

また、全家連は設立当初から社会復帰を運動の目標に掲げ、社会復帰施設の実現に積極的に取り組んでいた。そうした全家連の運動の成果もあって、社会復帰施設は精神保健法で法制化されることとなったが、社会復帰施設の設置者が運営費を4分の1負担しなくてはならないなど、設置のためのハードルは高く、法改正4年後の1992年度に至っても全国で150程度と設置は進まなかった。

そのため、全家連は設置負担解消に向けて運動するとともに、新しい制度が出来るまで座して待つことは出来ないとして各地で草の根の運動として、作業所作りを行った。1980（昭和55）年以降、地域での精神障害者小規模作業所は、急速に拡大発展した。当時の精

神衛生法の考え方は病院中心であり、作業者の拡大はその考えに反対の意思表示をすることもあった。1996（平成8）年現在、作業所は全国に1000ヶ所以上（全家連調査）あったが、実にその7割以上が、家族が運営する作業所であった。当事者が退院して、地域で生活しようとしたとき何もないことを知った家族は、地域に着々と拠点を築き上げ、自らの手で不十分な福祉施策を補ってきたのである。

全家連30年史には「こうした地道な活動こそ、継続することで力を生み出す。当然家族会の地道な活動が、その後に行われた精神衛生法改正にも少なからぬ影響を与えたといっても過言ではないのである。」（全家連1997：138）と記述がある。さらに家族会の作業所作りの意義については、「家族会が取組んだ作業所づくりの実践活動は、わが国の精神障害者対策に強い影響をおよぼした。地域活動がさかんになる前までは、精神病院等の医療施設は医療等専門職が中心で運営されており、地域においても、精神障害者は医療の傘の下にいる以外は考えにくかった。しかし、作業所運動は家族会の家族やボランティアなどの一般市民、つまり医療職とは関係のない人たちが、精神障害者に対する理解と共感のもとに運営し、作業や行事をともに行うことによって、社会生活を維持し自立への成果をあげ、再発の防止に寄与できることを明確に示すことになったのである。これは大いに評価である」（全家連1997：141）。全家連の加盟団体は、1997（平成9）年当時、全国に1347団体（病院家族会290団体、地域会家族会1057団体）があり、67903人の会員が組織されていた（全家連1997：189-212）。

2) 全家連の破産・解散とみんなねつとの誕生

2007（平成19）年春、多額の借入金返済が出来なくなり、破産申し立てをし、解散となった。全家連が直接運営していた「ハートピアきつれ川」や授産施設等は社会福祉法人などに事業譲渡された。全家連の後を引き継いだのは、「特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねつと）であった。みんなねつとでは、家族会の支援と相談活動、精神障害者への理解促進のための普及・啓発、月刊誌の発行等が取組まれた。

家族会の主な機能は①家族同士の親睦、②支え合いによる自己回復、③ピアカウンセリング機能、④精神障害者本人への対応や病気を学ぶ学習機能、⑤社会や行政に働きかける啓発・社会変革機能がある。またみんなねつとでは家族教室が学習活動の一環として運営され、全家連時代からの家族心理教育が提供された。

3) 家族連合会における家族心理教育

日本に於ける家族心理教育の発展には、全家連の存在抜きには語れない。1965年に設立された全家連は1970年代に家族会活動の中で家族の勉強会という形態で家族のみの参加による家族教室が各地で実施され、発展していった（岩崎2000）。その多くは、地域の保健所や精神保健センターで行われ、すでに家族心理教育の実践的基礎が既に地域ベースであったと言われている（後藤2013）。1984年に日本家族研究会・家族療法学会が設立されたが、

こうした家族療法の活動分野と家族会活動との関連はしばらくの間、無かった。この時期1987年に精神保健法が成立し、1990年代に入りEE研究、家族心理教育による介入研究が行われ、1997年には日本心理教育・家族教室ネットワークが設立された。

家族心理教育の形態の一つとしての2007年よりコンボが全国的に取り組んできた「家族による家族学習会」がある。2016年からはみんなねつとに移管し、継続して取り組まれている。このプログラムは、1日研修を受けた家族が講師となり、他の家族を対象としてグループで学習を行うもので、家族から家族へ伝えるという点で、ピア活動の一環として位置付ける教育プログラムである。このプログラムでは家族向けの心理教育テキストが使用されている。

4) 全国の家族連合会の課題

みんなねつとは本来の活動だけでなく、社会資源の不足を補う上で、家族という枠組みも法制度の枠組みも越えて様々な取り組みを行ってきた。2019年現在、みんなねつとを構成する家族会は全国で約1200、会員数約3万名(全国精神保健福祉会連合会2019)である。

しかし、家族会員の高齢化に伴い家族会及び会員数は減少、その活動は停滞傾向にある。その理由としては精神保健福祉業務の市町村移管や保健所の統廃合、病院家族会の減少で家族会経験のある専門家が少なくなり、支援の必要性が認識しづらくなっていること、障害者自立支援法等の改正で家族会が施設運営から離れたことで専門家や関係機関と気楽に相談できる機会が少なくなったことなどが考えられる(伊藤ら2013;伊藤2013;良田ら2013)。多くの家族会は家族同士の交流を中心に全国で地道に取り組んでいるが、今後の課題として、家族会の限界を踏まえながらも各支援組織や医療機関と連携を取ること、また現在の家族会は家族の中の親が多くを占めているが当事者への支援は兄弟姉妹や配偶者へと移行しておりそうした実態に即したニーズに応えられるような組織の在り方の検討も求められている。

しかし、基本となるべき活動は、家族同士の交流と親睦を基本にして、親亡き後の問題や当事者が地域で自立して生活するための訪問を基本とした生活支援サービスの構築に焦点を当て、そのための環境条件整備を様々な団体・組織と協力して、行政に要望していくことであろう。同時に家族のケアラーとしての法的整備を制度として認めさせていくことも求められている。こうした要望は、当事者である家族自身が当事者性を自覚して家族自身が要求していかない限り、実現できるものではない。

また国の財源問題、医療環境の変化で「病院から地域へ」の方針が国から打ち出されて、すでに10年以上の歳月が流れたが、当初の目標から見ると精神障害者の早期退院の促進や、長期入院者の退院は遅々として進まず、問題解決の基本条件である社会資源の絶対的不足は否定しようもない。そうした現状だからこそ、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でもあることを国に認めさせ、制度の中に支援策を整備させていく社会的取り組みが必要である。

第3章 ACTの取組み

第1節 日本におけるACTの必要性

第1章の第3節「日本の精神保健医療の課題」で当事者の地域生活をする上での生活支援プログラムの不在を示したが、日本の地域精神保健医療の課題を克服する上でその実現は不可欠である。その地域での生活モデル実現のためにはACTが大きく関係してくる。この生活モデルとACTの関係及び、日本の現状の地域精神保健医療の課題との関係も検討してみたい。欧米におけるACTの成り立ちの背景には脱施設化が存在していたが、日本における精神科病院は、その歴史的成り立ちから公的施設としてではなく私的施設として作られたため欧米のように国としての動きは生まれなかった。また地域責任制も存在しない現状では、地域別に保健医療福祉が一体となって精神障害者のために地域を変えるという動きも生じにくい環境であった。

2004年厚労省は「精神保健医療福祉改革の基本的考え方」として「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくとし、そのため国民各層の意識の改革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進めるとうたった。しかし、病院から退院した重篤な精神障害を抱える人や医療機関に繋がりにくい引きこもりがちな障害者、一人暮らしの障害者へのための具体的な支援策やスキルを持った専門家の人材養成の仕組みやシステム構築もなく、民間や地方自治体への丸投げの状態で実質的に計画はほとんど進まなかった。さらに、生きづらさを抱えている重篤な精神障害者に寄り添って支援するACTのような社会資源としての生活支援サービスもまだごく一部であった。

今、日本になぜACTが必要なのであろうか。改めて検討してみたい。

第1 今日、ACTが世界の先進国の地域精神医療において、その先進性、有効性から世界標準と認められたサービスであり、重要な基本的役割を果たしたことである。ACTは、重い精神障害を長期にわたって継続的にもつ人が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、多職種の専門家のチームが行う訪問型のサービスを提供するプログラム(西尾 2004)である。また「リカバリー」(Ragins=2005;野中 2005)を目的にした包括型地域生活支援プログラム(ACT)である。そして40年以上前より、地域で生活して行く上でACTの支援効果については欧米諸国でも実証(西尾ら 2003:107-108)されており、今日では有力な科学的根拠に基づく実践(Evidence-Based Practice)の1つとして、そのプログラムの普及が行なわれている。

第2 地域で生活する当事者への訪問型のサービスを求める要望が当事者、家族から強く、

それは各種のデータで明らかになっていることである。家族との同居率が欧米に比較して高い日本において、ACTに家族支援を位置づけ取り組むことの有用性について西尾は指摘している（西尾ら 2003：108）。また、園らの家族から見たACTの必要性とその意識構造の研究報告では、ACT-Jプロジェクトを実施する国立精神・神経センター国府台病院の近隣の3つの家族会の会員152人（回収率67.9%）を対象に自己記入式質問紙調査を行いその結果を分析・考察している。結果は、①ACTの援助要素16項目に対して役立つが7割を超え②将来、家族の支援が困難になった時役立つが9割を超えていた。ACTを初めて聞いたが67.1%と依然認知度は低いものの、家族のACTへの期待、特に将来家族による支援が限界を超えた時のACTへのニーズは高いとしている。園は、家族のACTに寄せる期待は大きく、精神障害をもつ人たち・家族の側にたった地域の専門職としてのACTの果たす役割は大きいと考えられると述べている（園ら 2007）。2017年度のみんなねっと全福連の調査でも「家族の相談で訪問してくれる専門家」不満足55%、「同じ病気を体験した人が訪問」68.4%など、ACTが目指す支援の実現を求める気持ちは非常に強いものがある。

第3 日本においてACTが2001年度の厚生省科学研究としてACT-Jがスタートして以来、現在、全国ACTネットワーク参加する団体は認証ACT団体、準ACT団体、一般団体合せて32団体となっている。まだ少数であるが制度化されない現状のもとで訪問看護ステーションと精神科診療所の医療報酬を活用することで徐々ではあるが、確実に広がりを見せてその成果を現わしている。

第4 今後の日本の少子高齢社会の進展がさらに進むと、一人暮らし、または独居の精神障害者の高齢化、それを支える家族がいなくなり、精神障害者が地域で自立して生活することがますます困難になる可能性が十分予想される。また再発、再入院の繰り返しが起きる可能性もある。こうした状況を回避し、障害者が地域で自立して生きていく上で日本におけるACTの存在は強く望まれるところである。

第2節 ACTの特徴と援助理念

1 ACTのプログラムの特徴

ACT全国ネットワーク「ACTとは？」によると「ACT（Assertive Community Treatment：包括的地域生活支援）は、重い精神障害をもった人であっても、地域社会の中で自分らしい生活を実現・維持できるよう包括的な訪問型支援を提供するケアマネジメントモデルのひとつです。1970年代初頭にアメリカで生まれてから多くの国に普及し、効果が実証されています。」（assertivecommunitytreatment.jp/）と記されている。

西尾は、ACT の特徴を以下 8 点にまとめている。①重い精神障害を抱えた人、②様々な職種の専門家から構成されるチームー多職種チーム、③利用者上限を設定ースタッフ 10 人対して利用者 100 人程度、④チームのスタッフ全員で 1 人の利用者のケアを共有、⑤サービスのほとんどを、チームが責任を持って直接提供⑥積極的に訪問が行われる、⑦サービスの提供に期限を定めず、継続的な関わり、⑧ 1 日 24 時間・365 日体制（西尾 2004）。

現在、日本の場合、日本独自（日本版としていくつかの項目が追加されている）のスケールでフィデリティ調査を行い、その総合平均点が 3.8 点以上、かつ 8 項目あるミニマム・リクアイアメントを全てクリアしたチームのみ認証 ACT チームを名乗ることができる。

日本独自の基準として、ACT 全国ネットワークが作成した以下の基準がある。ミニマム・リクアイアメントとしては、下記の通り。但しこれは、あくまでも日本独自の基準で海外ではまったく通用しない。海外の学会などでの発表の場合は、日本のフィデリティではなく、DACT などのフィデリティによる評価（総合平均点）を使って発表している。

ACT 全国ネットワークとしての「ACT の必要条件」は以下の通りである。

- ①明文化された、チームの哲学・ミッションがある 【「リカバリー概念に基づいた支援」であること、「利用者のニーズを大切にす支援」であることが盛り込まれた、明文化した理念を持つ】。
- ②明確な加入基準がある【重症の精神障害者のみを対象としている】。
- ③明確なキャッチメントエリアがある。
- ④オフィスが地域の中にある【ACT オフィスが病院の敷地内ではなく、地域の中にある（建物が外にあればよく、人事・経営などの独立は問わない）】。
- ⑤24 時間 365 日体制を敷いている【夜間休日の電話対応を含め、24 時間切れ目なくサービスを提供している】。
- ⑥ストレングスモデルに基づいたケースマネジメントを実施している【6 割以上のケースで過去 1 年の間にストレングス・アセスメントの実施・リカバリープランが作成されている】。
- ⑦研修を受ける体制が整っている【1 年に 1 回以上、80%以上の臨床家が外部のあるいは外部講師を招聘しての ACT に関連する研修に参加している。※なおここでいう研修は 1 日以上 ACT 臨床に役立つ研修である】。
- ⑧多職種チームである【チームに最低限常勤かつ専従の、看護師、作業療法士、精神保健福祉士が各 1 名以上いる。※常勤かつ専従とは週 40 時間中 30 時間以上勤務】ミニマム・リクアイアメントについては以上であるが、総合平均点の他、これら 8 つの項目を全て満たしていなければ認証 ACT とならない規約を ACT 全国ネットワークが作成。

2 ACT の援助理念

どんなに重い精神障害をもつ人であっても、地域で暮らす権利がある。ノーマライゼーション理念の浸透によって、21 世紀に入り先進諸国では、施設・病院から地域へとノーマ

ライゼーションの見通しがある程度見えてきた（佐藤ら 2000：18）。今では、ノーマライゼーションの考え方は当然と受け取られるようになったが、西尾（2008）は「それを実現可能にするものの1つがACTであるといえるかもしれない」と述べている。たとえば、利用者の疾病や障害そのものが変わらないとしても、その人が「有意義な人生であった」と思えるような支援を実践することである。それは、医学モデルでなく、生活モデル、さらにそれを超えた「リカバリー」モデルの理念の実践に他ならない。

ここでリカバリーについて触れておきたい。リカバリー概念は1980年代にアメリカにおいて精神障害をもつ当事者の手記から生まれた。たとえ病や障害が残ろうが、人があたりまえに望む生活や人生を実現することはできるという希望に満ちたメッセージである。その価値の重要性に気づいた先進諸国では、精神保健政策の基本方針として、すでに1990年代後半から採用している。今日、米国においてはリカバリーを志向した支援技術が奨励され、英国ではNational Health Serviceの支援で多くの「リカバリーカレッジ」が活動しており、この10年間でも、リカバリーは、世界的に精神保健医療福祉政策において重視すべき考えとして広がりを見せている。（藤井 2018：15）

こうして広がりを見せたリカバリーであるが、「リカバリー」の言葉は非常に多義的で、最近では、リカバリーを症状減退や機能の回復を指す「臨床的リカバリー」と、当事者自身の満足ある生活や希望の実現などを包含する「パーソナル・リカバリー」とに大きく分けて使われている（山口ら 2016：15）。この10年の間に地域精神医療分野で広がったのは「パーソナル・リカバリー」である。リッジウェイPが2001年に有名な4人のラブジョイ、ディーガン、リート、アンツィッカーのユーザーの手記（注3-1）についてナラティブ分析を行い、その結果、リカバリーについて、次の8の共通項目を挙げた。それらは①希望、②理解と受容、③関心、④積極的対処、⑤（肯定的な）自己感覚、⑥意味と目的、⑦非直線的（な旅）、⑧支援とパートナーシップである（野中 2011：39）。またパトリシャ・ガーデンはリカバリーを次のように語っている。「リカバリーは過程であり、日々の挑戦の仕方である。直線的な過程ではない。ときには不安定となり、つまずき、止めてしまうが気を取り直してもう一度始める。必要としているのは、障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、健全さと意志という新しく貴重な感覚で再構築することである。求めるものは、地域で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである。」（Deegan 1988）

先人の貴重な経験から学びながら、我々が課題とするのはACTにおける当事者と家族のリカバリーである。リカバリーにはさまざまな定義があるが、ACTにおけるリカバリーとはたとえ当事者に障害があっても、人間としての尊厳を失わず、人としてごく普通の生活や人生を自分で決定して、納得して送ることである。それは人々との繋がりや支えがあって初めてできることであり、そのための社会資源が必要である。

3 ACTの開発の背景

ACTは1960年代後半にStein、TestとMarxらの手によって、米国ウイスコン州マディソン市メンドータ州立病院の研究ユニットから発展したものである。当時のアメリカでは脱施設化が強力に推し進められ、地域での受け皿が不十分な中で、重い精神障害を抱えた入院患者達は再入院を繰り返していた。「そういった現象は『回転ドア現象』と呼ばれ、当時はそれが避けられないものとして受け入れられていた」が、サービスを受ける患者側からはいくつもの問題が指摘されていた。①退院するとサービスの多様性と集中性は劇的に減少、②入院中、必要な技術を教示しても地域生活に繋がらない、③個人のニーズには無頓着で多くのサービスには時間的制約があり、退院すると何も援助が無い等である（西尾2004:28）。これに対して、Steinらは公的基金による地域精神保健サービスは重症な精神障害者のためのサービスを重点事項にすべきとの哲学に基づき、地域支援システムの改革に着手、「それまでのケアのあり方を改善した新しいモデルを採用」した（Stein 1993）。

1972年新しいプログラムTCL（Training in Community Living）が開始され、再教育を受けた病院の多職種スタッフが、多職種チームで訪問の形を取り、仲介、斡旋でなく直接チームによって提供された。「この試みは地域生活訓練（TCL10）と呼ばれ、これが現在各各国で普及されつつあるACTのモデルとなった」（Stein 1993）といわれている。米国はじめ、ACTは当初は入院医療の代替えサービスとしての側面が強く、「医学モデル」、「管理的になりがち」などの一部批判を受け、就労支援を積極的に採り入れ、医学モデルというより、リカバリーモデルのプログラムとして成長、進化してきた経過がある。西尾によれば、ACTは現在、全米の41州と多くの州で取組まれており、ACTを基本として地域精神医療が進められている。他の国々では、イギリス、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、フィンランド、デンマーク、スウェーデン、オランダなどで取組まれている（西尾2004:64）。

4 日本におけるACT

1) ACT-J

日本では1990年の半ばごろより、ACTを紹介する文献や見聞録が散見され始めた。海外でも同様の時期があり、西尾（2008）は、米国のSteinらの実践を追試しようと英国の研究者がマディソンを訪れて、「彼らの経験は、現在同様のサービスが開発されている英国にとって有用なものになるだろうと感じた」と述べているのは興味深いと述べている。

日本におけるACTは2002年度厚生労働科学研究としてスタートし、臨床活動としては2003年5月国立国府台病院でACT-Jとして開始され、2008年まで取組まれた。その後、京都のACT-K、岡山のACT-Zで活動が開始され、2017年5月現在、全国ACTネットワーク

のグループの会員として、ACT を名乗って活動している事業体は、認証 ACT 団体、準 ACT 団体、一般団体とフィデリティの基準で分類されるものの、合計で 32 団体となっている。

2) 国府台でのパイロットスタディ

2003 年度から ACT プログラムに伴う研究活動が実施された。その活動は、西尾の報告によると以下の通りである（西尾 2008）。

<対象者>

入院期間：2003 年 5 月～2004 年 4 月 ①年齢：18 歳以上 60 歳未満、②主診断：統合失調症、感情障害などの精神疾患（主診断が知的障害、認知症、薬物、アルコール依存、人格障害であるものは除外）、③入所目的：急性薬物中毒の処置や合併症治療以外の目的での入院、④入院前 2 年間と入院 1 年間の日常生活状況に関して独自に作成した基準より重症精神障害を持つと判断される、等の条件を満たした 43 名を対象に調査が行われた。

<調査内容>

・ ACT 登録の指標となった入院を基に、入院前後 1 年間の精神科入院日数・回数、国府台病院精神科救急受診回数を比較。

・ 退院 2 週間後・6 ヶ月後・1 年後の精神症状（BPRS）、社会生活機能（GAF）、CP 換算値（TRS-RG）と退院 2 週間後・1 年後の QOL（QOLI 短縮版）に関して前向き調査を行った。

・ ACT-J のチームスタッフとしては、フルタイム・ケースマネジャーがチームリーダーを含め 10 名（看護 2 名、精神科ソーシャルワーカー 4 名、心理 1 名、作業療法士 1 名、リハビリテーションカウンセラー 1 名、精神科医 1 名）。フルタイムでないが就労支援を専門にするスタッフ 2 名、チーム精神科医 1 名、プログラム、アシスタントがフルタイム換算 1 名で構成。

・ 対象者の 43 名の基本属性は男性 19 名、女性 24 名、合計 43 名、平均年齢 35.8 歳、入院時統合失調症 72%、双極性感情障害 14%、平均罹病期間 12.8 年、家族との同居率 72% 過去 1 年間の入院日数、回数、国府台病院精神科救急受診回数平均 119.4 日、1.7 回、3.0 回。

<調査の結果>

・ 41 名（1 名死亡、1 名入院継続中を除く）について、上記項目について、入院前後 1 年間の平均比較を行った。入院日数が 116.0 日→56.7 日、入院回数が 1.7→1.3 回、国府台病院精神科救急受診回数が 3.2→1.9 回へといずれも減少、入院日数・回数に関しては有意な変化が認められた。ベースライン退院 1 年後の比較では、平均値で GAF が 46.7→50.1、BPRS が 16.1→16.4、QOLI 生活全般満足度が 3.9→4.1、CP 換算が 781.4→633.2 へと推移。GAF 得点と CP 換算値は有意に望ましい方向へ変化。以上の結論として次の通りの内容が確認された。

「ACT による支援で精神症状の悪化や社会生活機能・生活の質の低下を招かず重い精神障害を持つ人たちの地域在宅期間が良くなる可能性が示唆された。」

3) システムとしての ACT

ACT はアメリカで、40 年前にスタートし、今日では在宅の重度精神障害のある人への支援としては、世界的には ACT が最も効果があるとされており、その実践的検証は欧米において、数多くの研究で示されている（三品 2010）。すでに述べた通り、我が国の精神保健福祉施策は「入院医療中心から地域生活中心」を掲げて変革が行われようとしているが、現実にはその進行は極めて不十分で、改革のためのシステムレベルでの根本的な改革はいまだに行われていない。改革推進のためには、現状の資源やシステムを超えたあらたなプログラムの導入と普及、システム化が不可欠である。「ACT」や「IPS」（注 3-2）などが、その一端を担うであろう。その意味において ACT が日本で本格的展開となるかどうかは、今後の日本の精神保健福祉改革の試金石ともいえよう。

5 ACT の全国的展開

1) ACT の全国的取組み

ACT-J の実験の展開の後、普及・啓発活動として、2005 年より「ACT を展開する実践者の交流会」、2007 年より大島が中心になって各地の ACT チームに対して標準モデルへの適合度評価を開始、2008 年より NPO 法人 COMHBO が実施主体となって全国レベルの普及活動が取り組まれた（西尾 2008）。その結果、2009 年に ACT 全国ネットワークが結成され、ACT の開設の取組みが各地で始まった。

ACT は医療保険制度の対象にはなっていないため、実際の運用は既存の診療報酬制度や自立支援法下での制度をそれぞれに利用、工夫しながらの展開となっている。佐賀 ACT plus(佐賀市)はじめ、徐々にではあるが各地での ACT の取組みが進められている。一方 ACT-J が 2008 年 3 月より訪問看護ステーションの形を取るチームに縮小し、PSW が 2~3 人しか配置されていないことに対し、大がかりな研究事業の結果がこのような形態になったことに、PSW として危機感を抱く研究者もいる（三品 2013 : 50）

現在、ACT 全国ネットワークの会員の内訳は以下の通りである。団体会員は「認証 ACT 団体会員 9, 準 ACT 団体会員 11, 一般団体会員 11 の合計 31 団体 (ACT 全国ネットワーク 2017)。

2) ACT フィデリティ評価と ACT 全国ネットワークの団体会員制度

表 4-1 【平成 27 年度 全国 フィデリティ調査の結果】

認証 ACT 団 体 会 員	チーム名	エリア	条*	準 ACT 団 体 会 員	チーム名	エリア	条
		ACT-ONE	東京都墨田区		8		AI-ACT
	ちはや ACT	福岡県福岡市	8		PORT	小平市	7
	ACT-J	千葉県市川市	8		ACT-K	京都市	7
	ACT-Zero 岡山	岡山市	8		CMHT Asahi	千葉県銚子市	7
	Q-ACT 北九州	北九州市	8		NACT	浜田市	7
	ACT 十勝	北海道帯広市	8		Teamぴあ	浜松市	7
	KUINA	ひたちなか市	8		ACT-ひふみ	大阪府	6
	ACT-Aile	千葉県鎌ヶ谷市	8		ACT-くらしき	倉敷市	6
	Q-ACT	福岡市	8		S-ACT	仙台市	5
					iACT	富山市	5
					North-ACT	札幌市	—

*認証 ACT 団体会員と準 ACT 団体会員の右端に示された「条」の欄は ACT としての必要条件の 8 つのうちのクリアした数を示している。

表 4-2

一 般 団 体 会 員	チーム名	エリア
		ACT おかやま
	リンクよこはま訪問看護ステーション	横浜市
	株式会社 円	東京都立川市
	HARE ACT	岡山市
	佐賀 ACT	佐賀市
	訪問看護ステーション leaf	ふじみ野市
	ACT ふあん	さいたま市
	富山市市民病院精神科	富山市
	特定非営利活動法人 SIEN	東京都葛飾区
	地域活動支援センター 風	東京都新宿区
	AC あいち	名古屋市

(第 8 回 ACT 全国研修会関東大会テキストより)

◆認証 ACT 団体会員、◆準 ACT 団体会員、◆一般会員の加入基準については、ACT としての 8 つの必要条件に基づいて、作成されている。詳細は（注 3-3）参照。

3) ACT としての家族支援の取り組み

文化圏の違いもあり、欧米とは違って成人後も親との同居率が高い日本においては、退院後、家族と同居する精神障害者が多いのが現状である。こうした現状において、西尾は ACT が、家族が利用者の病気についてよく理解していることを踏まえて、援助者としての家族心理教育プログラムの併用や、家族が請け負ってきたそれまでの役割を ACT チームが代替えることで家族自身の負担軽減をはかる家族支援のニーズに見合ったプログラムの設定が必要だと述べている（西尾 2004：113）。アメリカの多くの州では家族心理教育が中心に行われているが、家族へのケースマネジメントは行われていない。イギリスでは要介護者を介護している家族にケアを提供する法律（介護者法：Careas act）でケアマネジメントの対象利用者やその家族を無報酬で支援している人にはケアマネジメントを受ける権利が保障されている（三品 2013）。ACT の家族支援については章を改めて詳述する。

第 3 節 ACT による家族支援

日本では非常に困難とされている未治療・治療中断者への支援について三品らは「多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究」の中で、日本は家族との同居率が 75%と高く、初回相談は家族がほとんどであり、家族を支援することで利用者の回復は進み、したがって、わが国での家族支援は欧米よりもはるかに重要であると指摘している（三品 2010b：107-108；三品 2013：183）。そこでは、家族支援の手順と内容として具体的に①インテーク、②アセスメントと家族のための計画、③家族カウンセリング、④専門職への不信感を取り除く、⑤生活支援、⑥家族の関係の調整、⑦訪問家族療法の提供、⑧心理教育、⑨家族一人一人がその人らしい生活を築くこと、の 9 項目を挙げている。総合考察の中で三品は、重度精神障害のある人の家族は、従来の家族支援に馴染まず、訪問する中で家族と話合うこと、ときには利用者も含めた家族全員で話合うことが重要で、家族だけ切り離して教育するよりも、利用者を含めた家族全員のコミュニケーション技術を向上させ、各自のニーズを相互に理解し合うことが重要であると述べている。

三品は、地域ケアの一層の推進が求められている現在、重い障害のある人への支援システム構築と専門職の実践スキルの 2 つが大きな課題だとして、イギリスのバーミンガム、日本、アメリカの 3 ヶ国の調査を基に分析、日本に必要とされる ACT の実践スキルを提示している。その中で、家族支援に関しては、次のように指摘している。「ACT チームのスタッフによる【家族支援】スキルは、＜利用者のレジリエンスを育む環境づくり＞スキルで環境を整え、＜家族のリカバリー支援＞スキルで家族自身が個人として豊かな人生を歩め

るように支援する。そして希望する家族には〈家族へのケースマネジメント〉を提供するところにACTのスキルの特徴がある。ACTチームのスタッフは、このようなスキルによって、利用者と家族が精神的な絆を大切にしつつも、お互いが自立した生活を楽しめるよう支援している」（三品 2013：375）。

伊藤はACTの開発に関する研究で家族支援を重点的に位置づけることを挙げ、家族についての技術の進化が必要であると指摘している（伊藤 2009：317-318）。また、ACTの家族に及ぼす援助効果を目的としたアウトカム指標を用いた研究（伊藤 2008a）がある。調査は国府台病院精神科に入院した患者の退院後（又は同意日）1ヶ月と12ヶ月の二回実施された。分析の結果、「家族の負担が軽くなる」との回答が介入群で増加、一方、家族の協力行動数が減少し、自己効力感を減少させる傾向が見られた。

この結果は、本人と家族が適切な距離を保てるよう、家族関係調整を行うACTの介入が家族の協力行動を減少させ、将来の不安が軽減される一方で、これまで本人への支援が生活の大部分であった家族にとって、ある種の喪失体験として認識され、自己効力感の低下に結びついたと解釈できるとした。そして伊藤らは、これは感情的巻き込まれの強い家族が本人と物理的・心理的に距離を取っていくうえで必要なプロセスと考えられると指摘している。以上の通り、日本において、家族支援の重要性、必要性及びその技術の深化を指摘する研究は幾つか見られるが、ACTにおける家族支援で、ACTを利用する当事者の家族への利用実態や意識変化についての研究は先に紹介した伊藤らに幾つか見られるもののまだ多くはない。前節で家族心理教育について述べたが欧米ではMcFarlaneらが家族支援併用ACTと単家族に危機対応のみを行うACTとの無作割付比較研究から、ACTと家族心理教育を結合する事の有効性を示した研究がある。それは通常のACTに家族心理教育を併用し、さらに積極的な就労支援も加味した家族支援併用ACT（Family Aided Assertive Community Treatment：以下FACT）と呼ばれるものである。西尾はFACTを利用した慢性統合失調症患者の12ヶ月後の調査について、FACT群はACT群よりも再発率が低く（22%対40%）、再発後の一般雇用率が高い（16%対0%）ことが示されており、欧米に比較して家族との同居率が高いわが国の場合、精神障害者の地域支援に有効との可能性がある」と述べている（西尾 2004：61）。日本ではまだ家族心理教育とACTの併用は時間がかかるものと思われるが日本における集団での家族心理教育の持つ問題点、①集団で参加が困難 ②テーマが個別でなく一般的 ③タイムリーな個別の対応は無理 ④家族は支援者との位置づけをACTが補うことで、新たな可能性を見出すことは可能と思われる。

第4節 ACTを利用した家族の変化の研究

第3節で述べたように、日本において、ACTの家族支援における研究が少ない上に、家族の心的変化に焦点をあてた研究は殆ど見られない。ACTを利用した家族が当事者の変化をどのように受け止め、家族自身の心的変化がどのようなものであったかを見出すことが出来

れば、新たな家族支援モデルを作り上げる一助となることが期待される。筆者は以上の視点に立ち、ACT を利用した家族の心的変化を明らかにするべく ACT を利用した 9 人の家族にインタビュー調査を行いその研究結果をまとめた（佐川 2013）。9 人の家族は ACT を利用して半年から 1 年後にインタビューを行っており、その時点までの当事者の生活及び症状の変化及び家族の心的変化を調査した。同時に ACT を利用していない 4 人の家族も調査し、比較検討した。

ACT を利用している 9 人、ACT を利用していない 4 人とも安定して通所出来ないか、引きこもり状態で医療に繋がらない当事者であり、重篤な患者であった。

調査の結果は次のようなものであった。

第 1 に ACT を利用した 9 人の家族全員が ACT との出会いについて「気が楽になり、精神的に負担感が軽減した」と回答した。

第 2 に ACT を利用した家族の心的変化の特性と要因が明らかになった。すなわち心的変化の特性としては、「変化の実感」、「明日への希望を語る」の 2 つのカテゴリーが見いだされた。心的変化の要因としては「どんな相談にも対応、助言」、「多様な取り組み」、「医師・スタッフへの強い信頼」、「一緒に行動、一緒に考える」の 4 つのカテゴリーが見いだされた。

第 3 にこれらの心的変化の特性と要因の相互の関係である。最初に ACT の「医師・スタッフへの強い信頼」をベースに家族との関係作りが行なわれ、次に期限を設けずに「多様な取り組み」で「どんな相談にも対応、助言」することで家族に安心感が生まれ、その結果、家族が当事者のささやかなことにも「変化の実感」を持ち、「明日への希望を語る」ことにつながった。

第 4 に以上の結果、家族、当事者、ACT の 3 者が相互に関係し、人間としてお互いが成長する関係が存在した。ACT は、従来のサービスには存在しなかった成果をあげており、家族にとっては極めて良好な結果であった。

ではこうした良好な結果は、経年に渡って ACT を利用した場合においても、継続してみることができるであろうか、この点について検証すべく、今回、筆者は、ACT 利用平均約 1 年 2 ヶ月で得られた家族の心的変化の良好な結果が第 1 回目インタビュー調査から 2 年後においても確認されるか否かを調査することとした。以下、章を改めて今回の調査研究結果について詳述していく。

第4章 ACTの家族支援における経年的効果

本章においては、ACTの家族支援の継続効果を検証するため、ACTを利用していない家族とACTを利用している家族それぞれに2年間の期間を置いてインタビュー調査を行い、その結果を比較分析する。

第1節 ACTを利用していない家族の面接調査（調査I）

第1節ではACTを利用していない家族の面接調査の結果についての分析を行なう。

1 目的と方法

1) 目的

ACTを利用していない当事者の生活及び家族の心的態度について、約3年（2年5か月から3年）の間を置いた2時点で調査を行い、当事者の生活と家族の心的態度の変化とその背景について明らかにする。

2) 対象

表4-1-1に対象とした4家族のプロフィールを示した。

4名の居住は1名がA県、3名は隣接するB県の各市に在住、その内2名は同じ家族会の会員である。地域的に1ヶ所にするのは避けた。

表4-1-1 ACTを利用していない4家族のプロフィール

家族	家族年齢	患者年齢 (第1回インタビュー時)	病名	発病年齢	罹病期間	第1回インタビュー時期	第2回インタビュー時期	第1回と第2回の間	居住形態
J	母親60代	長男	統合失調症	20代前半	15年	2012/9/4	2015/9/2	3年	親と同居
		35歳							
K	母親60代	長男	統合失調症	20代前半	15年	2012/9/4	2015/8/26	2年 11ヶ月	親と同居
		37歳							
L	母親70代	長女	統合失調症	20代半ば	25年	2013/9/26	2016/3/6	2年 5ヶ月	親と同居
		50歳							
M	母親70代	次男	未受診	高校時に不登校	不明	2012/8/15	2015/9/23	3年	親と同居

発病して10年以上経過するも、症状、生活において改善が見られない方、引きこもりの状態の方、安定して通所事業所に通えない方、通常のコミュニケーションが取れない方の家族を対象とした。1回目と2回目の調査時点での年齢はそれぞれ、J 62-65歳、K 63-66歳、L 73-75歳、M 75-78歳であった。インタビュー対象者の平均年齢 68.3歳、その当事者の平

均年齢は40歳であった。4家族のうち3名は医療に繋がっており、2名は安定して通所事業所に通えず、1名は引きこもり状態であった。未治療の1名の引きこもり期間は、10年以上であった。4名の当事者はいずれも、慢性で重い精神障害者であった。

3) 調査期間とデータ収集

調査期間は、2012年9月～2016年3月であった。

まず、パイロットスタディとして、今回対象としなかった1名の対象者と同様な状態にある家族にインタビューを行い、①当事者の生活と症状、②医療者との関係、③家族と当事者の関係、④家族の社会的関係、⑤家族の心的態度等の項目に沿って、発病と思われる時期から現在までの状況を自由にお話いただいた。それを基に質問項目を9のカテゴリー①当事者の生活、②当事者の症状、③当事者と医療者との関係、④当事者の社会的関係、⑤家族と当事者の関係、⑥家族とサービス機関との関係、⑦家族の社会的関係、⑧家族の心的態度、⑨家族の願いに分類した。それ以降の4家族には、9つのカテゴリーの項目に基づき、インタビュー時の話の流れに沿って半構造化面接を行い、データを収集した。1回目のインタビュー以後2年から3年後に2回目のインタビューを同様に行った。1回目と2回目の間の期間が1年では統合失調症の症状の安定から見て不十分とし、全員2年以上とした。1回目と2回目の調査期間は表4-1-1に示したように、J3年、K3年、L2年5ヶ月、M3年1ヶ月であった。

4) 分析方法

(1) インタビュー結果の分析は質的分析方法（佐藤 2008）を用いて行った。

ACTを利用している家族、ACTを利用していない家族の分析に際しては、家族の苦悩や混乱、これからの安心や希望など家族のリカバリーを家族自身の語りの中から見出すのに適切と考えられたため「事例ーコード・マトリックス」（佐藤 2008）を参考にし、音声データを文字テキストデータに起こし、定性的コーディングを行った。上記の通り、9つのカテゴリー①当事者の生活、②当事者の症状、③当事者と医療者との関係、④当事者の社会的関係、⑤家族と当事者の関係、⑥家族とサービス機関との関係、⑦家族の社会的関係、⑧家族の心的態度、⑨家族の願いの内容を分析した結果、①当事者の生活 ②当事者と医療者の関係 ③家族とサービス機関との関係、④家族と当事者の関係、⑤家族の社会とのつながり、⑥家族の心的態度の6つのカテゴリー（概念的カテゴリー）が家族の心的変化に関連すると考えられたので、この6つのカテゴリーについて分析することとした。縦軸に4事例、横軸に6コードを設定し、2回の面接の内容を基に事例ーコード・マトリックスを作成した。次にこのコード・マトリックスから1回目と2回目の焦点的コード、定性的コードを作成した上で比較し、その差異を明らかにした。カテゴリー＝【 】、コード＝[]と標記した。

(2) コード・マトリックスでの時系列の調査方法について

佐藤は「漸次構造化法」に基づいて、コード・マトリックスでの時系列に調査し、分析することをコード・マトリックスの成長と深化として「個人の行動や心情の変化について時間を追って縦断的に分析していく」、「あるところで、データの収集、データの分析、問題の構造化を同時並行的に行なっていく研究の進め方を『漸次構造化法』と呼んだ」（佐藤 2008）と指摘している。今回、筆者はこの方法を参考に、2時点での行動を比較し、その変化をもとに考察することが方法論として妥当であると判断した。

(3) 家族のリカバリーの視点からの分析について

今回のインタビューの結果を、家族のリカバリーという視点から考察することとし、2つの定義を参照した。「リカバリーとは、必ずしも以前の状態に戻ること、期待される役割に戻ること、あるいは症状がなくなることを意味するのではなく、希望、自分らしさ、生の意義、周囲に対する責任性、などを実感しつつ前向きに人生を歩んでいる状態に他ならない」（Andresen et al. 2003）、及び、白石による5項目の「回復した家族のイメージ」（白石 2005:254）で、その内容は以下の通りである。

- ① 本人の精神症状が決して軽くないことは理解している。しかし、希望は持っている。
- ② 本人に温かく接することの重要性は理解している。しかし、正しい療養を行うように本人に伝えることができる。
- ③ 医療関係者に感謝している。しかし、言いたいことがあれば不安でも不満でも卒直に話せる。
- ④ 本人の世話をしている。一方で、自分の生活設計に沿って、人生を楽しんでいる。
- ⑤ 本人を世間の偏見などから守っている。しかし、いざとなれば出るところに出て意見を述べる覚悟のようなものを持っている。

5) 倫理的配慮

本研究は東洋大学大学院の「研究倫理倫理規程」に基づく適切な倫理的配慮を行った。すなわち調査対象者には、研究の目的・方法・協力の任意性・匿名性の保証・個人情報の保護等について書面及び口頭で説明を行い、同意を得て実施した。逐語録については、面接を行った対象者全員に送付し、内容確認後に分析を行った。得られたデータは分析作業後廃棄した。

2 結果

作成したコードマトリックス（資料-表 10-1）を基に、【当事者の生活】、【当事者と医療者との関係】、【家族とサービス機関との関係】、【家族と当事者の関係】、【家族の社会との繋がり】、【家族の心的態度】の6つのカテゴリーに分類した。さらにカテゴリーごとに1回目時点では11の焦点コード、2回目時点は14の焦点コードに分類し、その変化をそれぞれ比較検討した。

【当事者の生活】

当事者の生活について、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-1-2 当事者の生活

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
デイケア、地活に繋がっているが問題行動、しばしば発生	(J)・元気はいいが落ち着きが無く、部屋を散らかす。 ・夜中に冷蔵庫を開けて、肉を生そのまま食べる。 ・毎日2～3回、地活に行き、15分で帰る。	地活に繋がっている。問題行動は直らず。	(J)・夜は強引に寝かせ外から鍵かける ・風呂好きで1日3回入り、3回着替える。 ・タバコはヘビースモーカー ・買い物1人で行くが金銭管理できず。 ・相手かまわず話続ける。	1
	(L)・デイケアへはボランティアが週3回迎えに来てくれる。 ・デイケアでしばしば、事件を起こす度に注射や入院かと言われ、注射を打たれる。	→	デイケア、地活に繋がって、プログラム参加で表情明るい。	(L)・地活のプログラムに参加、以前より生き生きした表情。 ・デイケア1人で行けず、郵便頼んでも郵便ポストも分らない時あり。 ・症状は好不調あり。
引きこもりだが、生活スタイルは安定。家族と意思疎通は可能。	(K)・2階に引きこもり、食事を自分で作る時だけ下に降りてくる。 ・今までは同じ釜のご飯食べなかったが今は食べる。 ・顔が見られないので様子が分ならず。	引きこもり生活は変わらず、家族とトラブルはなく生活スタイルは安定。	(K)・本人調理のスタイルは変わらず。調味料は専用から親のに替わる。 ・外出時身なり整える。髪は自分でカット。 ・強迫性症状無くなる。幻聴も今は無。 ・宅急便利用で必要なもの自分で購入。	3
	(M)・息子、外に出るのもリハビリと言う ・息子の気持ちに喜びの変化 ・引きこもりになってから車の免許取る。		(M)・兄弟2人が引きこもり。医療は拒否。 ・朝から1日茶の間を占有する。掛ってくる電話を監視する。 M(母親)とはコミュニケーションが取れ、良好な関係	4

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化

4名の焦点的コードで見ると1回目の時点と2回目の時点では以下のように3つのグループに分かれた。

JとLの2人のグループは、3年後別のグループに分かれた。

1回目時点 [デイケア、地活に繋がっているが、問題行動しばしば発生]



2回目時点 [地活に繋がっているが、問題行動直らず]のJと
[デイケア、地活に繋がって、プログラム参加で表情明るい]のLに分かれた。

KとMの2人のグループは、

1回目時点 [引きこもりだが生活スタイル安定。家族と意志疎通は可能]

↓

2回目時点 [引きこもり生活変わらず、家族とトラブルもなく生活スタイルは安定]

○JとLの状態の説明

1回目時点で、JもLも症状としては重篤であった。Jの当事者である息子は「元気はいいが落ち着きが無く、部屋を散らかし」、「夜中に冷蔵庫を開けて肉を生のまま食べる」。Lの娘は「デイケアは1人では行けず、郵便を頼んでも郵便ポストも分らない時もあり」、家族は日常的には目を離せない。JとLは2人とも地活に行っているが、違いは、プログラムに参加できているかどうかである。Jの息子は地活で10分とじっとしていられず、誰彼となく話しかけ、落ち着きがなく、プログラムに参加できる状況ではない。Lの娘の方は、プログラムではセルフヘルプグループの勉強会やテニス（月2回）に参加し、ピア同士の交流にも参加している。

2回目時点ではJもLもデイケア、地活に通い、問題行動の改善は見られなかった。しかし、生活に基本的変化はみられていなかった。Lの娘はプログラムに参加している効果が表れているのか、人との交流を通じて、表情に明るさが出て来た。一方、Jの息子には特に変化はなかった。こうした中でも息子が地活に繋がっていることは重要である。地活のスタッフは、Jの息子の状態を良く理解しており、来所時には、コーヒーを勧め、話し相手になっていた。Jの息子の言葉は不明瞭だが、スタッフ始め、利用者から話しかけられるのは変らない。息子が地活に継続して通うのは、本人が地活の仲間に受け入れられていると感じている証拠といえる。

○KとMの状態の説明

第1回目時点で、KとMの当事者2名は引きこもりの状態であった。Kの息子は「2階に引きこもり、食事を自分で作る時だけ下に降りてくる」生活で、Kは「顔が見られないので様子が分らない」といつていた。

しかし、2回目時点では、Kの息子は医療につながり2年11ヶ月が経ち、強迫性症状や幻聴もなくなっているとのことであった。また、食事を作る時、調味料、ご飯は自分専用だったが今は家族と共用するよう変ってきた。わずかであるが変化が生まれている。一方、Mの息子は、ピアとの交流が月1回程度あり、それによって「息子の気持ちに喜びの変化」があるのを母親のMは感じていた。引きこもりになってから車の免許を取っている。2回目時点では、Mの息子は1日を自宅の茶の間の中心席に座り1日のほとんどを過ごして

いる。テレビや電話の監視をし、本人は自分の事を言っているのではないかとチェックしているという。ピアから勧められても依然、病院の受診は拒否していた。兄もほぼひきこもり状態である。家族内で母親のMとその息子とは、コミュニケーションは取れ、関係は良好であった。

2) 1回目と2回目の差異

JとLの2人の当事者の生活に大きな変化はなく、基本現状維持と評価される。しかし、僅かだがLの娘に変化が見える。2回目時点では、2人の違いはプログラム参加の有無であるが、プログラム参加のLの娘には、表情に明るさが出てきており、その点で、JとLに違いが出ている。

一方、引きこもりのKとMの当事者は、2年後も引きこもりの生活には変わらず、基本的に生活の変化はない。しかし、医療に繋がったKと繋がらないMの間では、日常生活の中で違いが出ていた。Kの息子は幻聴、強迫性症状がなくなり、調理材料を一部、自分専用から親との共用に変わった。Mの息子は依然として医療を拒否、1日茶の間においてテレビをチェックするなど被害妄想が疑われていた。

以上のことから、この2年間で当事者の生活は基本的には変わらず、特段の改善も無ければ、悪化もしておらずほぼ現状維持といえる。

【当事者と医療者との関係】

当事者と医療者との関係について、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-1-3 当事者と医療者の関係

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
	(J)・良好である。先生で特に問題は無し。		(J)・訪看でノートをつける本人の行動が分かる。 ・訪看は家に来てくれるので楽。家族も含めて話合うことあり。 ・今の先生は話を聞いてくれる。 ・薬インベェガに変え1年、副作用なく元気になる。	5
医療に繋がっており、医師との関係は良い悪い様々。	(L)・病院長から「あなたはデイケアでは一番嫌われている」と本人に言われた。訪問看護利用(2/週)	訪看で家族も入って話合う、医師との良い悪いの関係は変わらず。	(L)・病院変わる。 ・外から見ると、先生は娘を「おばさん」と言って、失礼にも見えるが、お互い気さくな関係かなと思う。娘は先生をあまり好んではない。	6
	(K)・医療に繋がる。保健所の協力で本人を説得し医療保護入院。以降通院。		(K)・本人の希望で住んでいる市の病院に変わる。 ・医者は、ぼそぼそと話して、薬を出すだけで終わり。もう少し、本人の話を聞いて欲しい。	7
かたくなに医療拒否。	(M)・息子、医者嫌いは変わらず。受診拒否。	医療拒否、支援者との交流も進まず。	(M)・医者嫌いは変わらず行こうとせず。医食同源の考えがあり、自分で治すと主張。	8

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化
4人を焦点コードで見ると1回目と2回目時点では以下のように2つのグループに分かれた。

JとLとKの3人のグループは、
1回目時点 [医療に繋がっているが、医師との関係は良し悪しで様々]、
↓
2回目時点 [訪問利用で家族も交えて話合う、医師との関係は変わらず]

Mは、
1回目時点 [頑なに医療拒否]
↓
2回目時点 [医療拒否、人との交流も進まず]

○JとLとKの3人の状態の説明

Jの息子の症状は2年後も変わらず、改善していないが、先生は話を聞いてくれるということで医師との関係は良好であった。2回目時点では訪問看護を利用。家族も交えて話合う関係が出来ていた。看護師が家に来てくれるので楽だと家族はいう。訪問看護利用のきっかけは家族会の企画で専門家との交流会に出て、その講師の医師からのアドバイスであった。

Lの娘は訪問看護を2/週利用していた。院長から「あなたはデイケアでは一番嫌われている」と言われ、デイケア利用禁止となり、その後、転院した。

2回目時点で、医師は娘を「おばさん」と呼んで親しげなつもりだが家族は快く思っていない。娘も先生をあまり好んでいないという。

Kの息子は1回目時点では、長い間ひきこもりで医療にかからなかったが、保健所の協力で本人を説得し、医療保護入院となり、退院後は通院するようになった。2回目時点で、地元の病院に本人の希望で転院した。家族から見ると「医師は、ぼそぼそと話し、薬を出すだけで終わり。もう少し、本人の話を聞いてほしい」との思いがある。引きこもりの生活から医師に繋がったのは、大きな第一歩だが、引きこもりからの脱出を願う家族としては、本人の悩みを聞いてほしいとの思いがある。

○Mの状態の説明

引きこもりの中で、人との月1回程度のピアサポーターとの交流がある。しかし、ピアサポーターから医療を勧められても頑なに拒否。第2回目の時点でも医療拒否は変わらず、変化なし。本人は「医食同源の考えあり、自分で治すと主張」していた。

2) 1回目と2回目の差異

1回目時点で医療に繋がったKの息子は、2回目時点で、近くの病院に変わり母親Kとの通院時のみの会話は実現したが、引きこもりの生活は変わっていなかった。

医師との関係が良好なJの息子は、2回目では訪問看護を利用するようになっていた。1回目でデイケアの出入り禁止で病院を変ったLの娘は、2回目でも医師との関係は改善されていなかった。Mの息子は依然として医療拒否が続き、引きこもりの生活は変わっていなかった。以上のことから、当事者と医療者との関係は、2年間経過したあと、Jの訪問看護、Kの通院同行時の親子の会話が可能になるなど、小さな変化は認められたものの、Mの息子の未治療の問題を含めて、著明な悪化とはいえないが、改善もされておらず、基本的には変化はないといえる状態であると評価された。

【家族とサービス機関との関係】

家族とサービス機関との関係について、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-1-4 家族とサービス機関の関係

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コー ド NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
家族は、デイケア、地活のスタッフと繋がり、相談出来る関係。	(J)・本人、落ち着かず1日に何度も地活に行く。地活のスタッフはよく対応してくれ、Jも地活のスタッフとは、話せる関係	地活と繋がっているが支えとなったワーカーはいない。	(J)・本人、訪問看護が好きで、Jと一緒にコーヒーを飲む。 ・ワーカーで支えになった人なし。	9
	(L)・月2回、地活のプログラムにLも参加、地活のスタッフTとの相談出来る関係。		(L)・地活のプログラムにLも引き続き参加。 ・後見人制度の利用開始 ・地活のスタッフTは親身になって相談に乗ってくれる。	10
引きこもり。最初の相談先である保健所との関係を求めて、トライする。	(K)・今、保健所と繋がっているの、多少安心。	病院のワーカーと保健所の担当と継続して相談する関係できず。	(K)・訪問看護を先生にお願いするが断られる。先生も考え変わるかもしれないと思い今後も聞く予定。 ・保健所、病院のワーカーで相談出来る関係まだ出来ず。	11
	(M)・保健所の担当者なかなか電話繋がらず。当事者と保健所のスタッフなかなか繋がらず。 ・母親本人の医療保護入院について保健所に聞く。		(M)・福祉サービス利用を本人が拒否。 ・保健所とはたまに連絡するが、進展無し。	12

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化

4人の焦点的コードを見ると1回目時点と2回目の時点では以下のように3つのグループに分かれた。

JとLの2人のグループは、3年後の時点で別のグループに分かれる。

1 回目時点 [家族はデイケア、地活のスタッフと繋がり、相談できる関係]



2 回目時点 [地活と繋がっているが支えになったワーカーはいない]のJと
[地活と繋がり、親身に相談対応してもらえる関係]のLに分かれる。

KとMの2人のグループは

1 回目時点 [引きこもり、最初の相談先である保健所との関係を求めてトライする]



2 回目時点 [病院のワーカーと保健所の担当と継続して相談する関係できず]

○JとLの2人の状態の説明

1 回目時点で、Jの息子は地活に毎日、3~4回顔を出しては、10分も滞在せずに帰っていた。しかし、暫くすると又来るので、地域活動支援センター（以下 地活）では、Jの息子の症状を知っているスタッフが飲み物を勧めるなど臨機応変に対応していた。

2 回目時点では新たに訪問看護の利用が始まっていた。看護師が来ると人なつこいJの息子は、一緒にコーヒーを飲み、不明瞭な言葉を一方的に喋る。しかし、この2年間で家族は「ワーカーで支えになった人はなし」と言った。

Lの娘は月2回の地活のプログラムと月1回のテニスに参加、当事者同士の交流に参加。病院のデイケアに通っていたが、病院のデイケアでは利用者との間で時々、トラブルを起こし、出入り禁止となる。2 回目時点では、結局、デイケアは利用できなくなり、病院も変わっていた。地域活動支援センターのプログラムの参加は継続しており、表情は明るい。母親のLは「地活のスタッフTが親身になって相談に乗ってくれる」ので、後見人制度やデイケアに代わる送迎付きの交流センターを紹介してもらい利用しているという。後見人制度、親亡き後の準備は、Tが親身になって対応してくれるので一步一步進んでいる。

○KとMの2人の状態の説明

1 回目時点では、KとMは引きこもりである。ただこの2人の違いは、保健所との関係がうまく機能したかどうかである。Kは保健所に繋がり、結局医療保護入院となり医療に繋がったが、Mの場合は母親が保健所に何度も連絡し、保健所の担当も何度か自宅訪問してくれたが、結局、当事者が受け入れず、そのうち保健所との連絡も疎遠になっている。

母親も最近では、どうやって医療保護入院を進めたら良いのではないかとの気持ちに変わり、今、保健所の担当とその相談を行っているという。

2 回目時点で、KとMは基本的にはサービス機関との関係は変わっていなかった。Kは医療に繋がり、通院となったものの、医者から訪問看護の許可が下りていない。また、保健所や、病院のワーカーらとの間で相談できる関係は出来ていない。母親のMは、その後も保健所に連絡するが担当とは繋がるのが少なくなってきたという。

2) 1回目と2回目の差異

JとLの当事者は共に通所事業所に繋がっているが、その中でも、どのような支援者に出会ったかで、利用するサービスに違いが出ていた。2回目時点ではJは訪問看護の利用が増えていた。しかし、きっかけは、現在利用しているサービス機関からではなく、家族会の研修会の講師（医師）からのアドバイスである。Jは訪問看護がある時、息子と看護師との会話に参加し、情報を共有する関係になった。しかし、Jはこの間、ワーカーで支えになった人はいないと言う。Lは、現在通っている地活のスタッフTさんが親身になって相談に乗ってくれる関係は続いていた。最近では親亡き後の「後見人制度」と娘の日常生活を支えるサービスについての相談に対応してもらっている。KとMは、1回目と2回目で、基本的には変わっていない。医療に繋がったKと医療に繋がらないMもワーカーで信頼して日常的に相談できる関係は出来ていない。以上のことから、家族とサービス機関との関係について、約3年間の経過中、地活と繋がっていたJ、引きこもりで保健所に一度繋がったKとMは、基本的には変わっていなかったと評価される。Lのみが地活のスタッフと繋がり、親身になって相談に応じてくれる関係ができ、そこでさまざまなサービスに結びついてきた。信頼できる専門家との繋がりがサービスの利用拡大に繋がったと考えられる。

【家族と当事者の関係】

家族と当事者の関係について、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-1-5 家族と当事者の関係

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コードNO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
夫婦で役割分担、当事者に寄り添う。当事者と家族のコミュニケーションは良く取れている。	(J)・息子は私の行動を理解できない。頭、脳が劣っちゃっているんだなあと思っている。夫婦で熱心にケア。	高齢化で夫婦両方でのケアは無理。当事者の生活支援困難。	(J)・父親は晩酌が始まると子供を遠ざける。2人でよく出かける。息子の帰りが遅いと迎えに行く。 ・本人早朝から起きて、動き回り、家族は眠れず。母親体調崩す。	13
	(L)・孫の結婚の事後報告あり。孫が母親になった時、母親の気持ちが分かるだろうと娘に言い聞かせる。		(L)・カラオケ、当事者も一緒に行き、楽しむ。 ・娘、母親より1日早く死ぬか、後から追いかけると言う。 ・孫から連絡しますというが実際は連絡無し。 ・夫が亡くなり、Lも足が悪くなり通院同行困難。	14
	(M)・母親と行動が一緒のことが多い。		(M)・母親との関係は良好。いつも行動を共にする。 ・当事者、兄を「いい歳して、家にいて、働かないから」と嫌う。 ・最近、兄は近所で仕事するようになった。 ・母親胸患う。	15
当事者は親へ抵抗ありと医師に伝える。家族とメモで意思確認。	(K)・親には小さい時から抵抗があると医師に答える。 ・家族と本人とはメモでやり取り。 ・メモで「お前たちが元凶、さっさとくたばれ」と書いて寄こす。	通院同行で母親と最低限の会話可能に。	(K)・3ヶ月/1回通院同行。その時最低限の会話あり。 ・父親への反発は変わらず。 ・母親、台所の利用時間、肯定的発想に切り替え気にならず。 ・遠方の母親の介護で、3日/週、家を空ける。	16

1) 1回目と2回目の時点での状態と変化

4人を焦点コードで見ると1回目時点と2回目の時点では以下のように2つのグループに分かれる。

JとLとMの3人のグループは、

1回目時点 [夫婦で役割分担、本人に寄り添う。当事者と家族のコミュニケーションは良く取れている。]

↓

2回目時点 [高齢化で夫婦両方でのケアは無理、当事者の生活支援困難]

Kは、

1回目時点 [当事者、親へ抵抗ありと医師に伝える。家族とメモで意思確認]

↓

2回目時点 [通院同行時のみ、母親と最低限の会話可能に]

○JとLとMの3人の状態の説明

JとLとMの3家族とも当事者へのケアを行っている。母親のJは、息子がうつ病から自殺企図を行い、その後統合失調症と診断されるに至り、言葉も不明瞭で会話の受け答えが出来なくなった状態を見てきて「息子は私の行動を理解できない。頭、脳が劣っちゃっているんだなと思っている」と述べている。2回目時点では、当事者の症状の改善は見られず、依然落ち着きなく早朝から動き回りその対応に母親が追われ、Jさんは体調を崩してしまっていた。

Lは当事者である娘に孫から事後報告で結婚式の知らせがあったことに対して、「孫が母親になった時、母親の気持ちがわかるだろう」と言い聞かせ、娘の気持ちに寄り添っている。2回目時点では、昔からの母親の卓球仲間と月1回、当事者の娘も一緒にカラオケを楽しんでいるが、父親が亡くなり、Lの足も悪くなり、娘と同行することは困難になってきていた。今後の話になると娘は「母親より1日早く死ぬか、後から追いかける」という。Mの息子は引きこもりで1日中家にいるが、日常の買い物以外での外出は、殆ど母親のMと一緒にいる。2回目時点では、息子の生活スタイルは変わっていなかった。同じ引きこもりの兄を「いい歳して、家にいて、働かないから」と言って嫌っていた。Mは胸を患い体調が良くなかった。

この3家族で共通しているのは、夫婦が協力して子どものケアに関わり支援してきたことである。相互の強い依存関係が形成されていた。家族の高齢化と体力低下とともに当事者の生活支援が困難になって来ていた。

○Kの状態の説明

Kの息子は長い間の未治療から、保健所に繋がり、医療保護入院でやっと医師に繋がったが、J、L、Mとの違いは、家族とはいまだ信頼関係が築けていない点にある。家族は当事者の意向を尊重し、日常生活の詳細な要求に丁寧に対応し、引きこもり生活が安定はしている。当事者は医師に「親には小さい時から抵抗がある」と答えている。家族とのやり取りは、メモだけで、メモには「お前たちが元凶、さっさとくたばれ」と書いてよこし、敵対的な意志を示している。2回目時点で、通院時の最低限の親子の会話、通院の継続が可能となっていた。

2) 1回目と2回目の差異

J、L、Mは、1回目は夫婦で役割分担、当事者に寄り添うケアをしながら、当事者と家族のコミュニケーションは良く取れている。しかし、家族の高齢化及び夫が亡くなることで、当事者へのケアが低下し、当事者の生活支援が困難になってきたことがわずかに2年の経過でも明らかになっている。

Kの息子が医療に繋がったことで、Kは息子との通院同行が可能となり、その時だけ会話が可能となる。表面的にはわずかな変化だが会話が多少なりとも可能になったのは当事者、家族には、貴重な第1歩といえる。

以上のことから、家族と当事者の関係については、3年間で、医療に繋がり親子の限定的な会話が可能になった変化はあるが、基本的には、家族の高齢化や夫の死亡等で、当事者へのケアが急激に困難になってきていることが明らかになったといえる。

【家族の社会との繋がり】

家族の社会との繋がりについて、第1回目と第2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-1-6 家族と社会の繋がり

第1回インタビュー			第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード		焦点的コード	定性的コード	
家族会への参加や趣味や仲間との交流で、ケアの息抜き。	(J)・Jは家族会の役員をやり、活動に熱心である。			(J)・家族会は行ける時は参加し人も交流をはかっている。 ・最近齢なので、体調が良くない時は、疲れる。 ・支えになったのは同じ病気を持つ家族。	17
	(K)・家族会の役員をやっている。 ・ストレス解消として、家族会、ショッピング、家庭菜園、草むしり等、家を出ると息子のことは忘れられる。		高齢化や夫婦どちらかが亡くなり趣味や社会参加が困難。	(L)・母親、卓球83歳までやるが怪我で止める。 父親がいた時は外出可能、足が駄目になり、仲良しグループとは電話だけになる。	18
	(M)・家族会との繋がりあり。ピアのAさんに息子の訪問をお願いする。	⇒		(M)・夫がカラオケ大好きで家族4人や夫と2人で高齢者施設でのカラオケに行くことがある。 母親、体調崩し、息子のケアも最近困難に。	19
	(L)・趣味の卓球は50歳から続けている。交流を通じてのお喋りはケアを進める上でのエネルギー源。		趣味の広がり でストレス解消。	(K)・趣味でウォーキング教室に参加。すごい楽しみ。草取りしていると、すごい楽で気持ちが落ち着く。	20

1) 1回目と2回目の時点での状態と変化

4人を焦点的コードで見ると1回目時点と2回目の時点では以下のように2つのグループに分かれる。

JとLとKとMの4人は、

1回目時点 [家族会の参加や趣味や仲間との交流で、ケアの息抜き]



2回目時点 [高齢化や夫婦どちらかが亡くなり趣味や社会参加が困難]のJ、L、Mと

[趣味の広がり
でストレス解消]のKに分かれた。

○ JとLとKとMの4人の状態の説明

Jは精神障害者の家族会の役員を熱心にやり、その関係でいろいろな対外的な活動にも参加してきた。2回目時点では、Jは高齢と体調が良くないので疲れるという。Mも家族会の会員で家族会の行事には、参加するように心がけ、ピアサポーターに息子の訪問をお願いしていた。2回目時点では、Mは家族4人でカラオケに行くことがあるということであったが、母親の体調が良くなく息子のケアも最近では困難になってきていた。Lは友人関係が

豊かで、娘の小学校時代のママさんの卓球仲間や幾つかのグループとの交流があり、2回目時点でも続いていた。

また、卓球の後のお喋りがストレス解消、生活のエネルギー源だと言っていた。2回目時点では、卓球を83歳までやっていたが怪我で出来なくなった。また夫が亡くなり、それまで夫に娘の世話を頼んで小学校時代の父母会の仲間との交流に出かけていたことができなくなり、電話だけの付き合いになった。Kは他の3人とは違って、趣味を広げ、新たにウォーキング教室に通うのが楽しみだという。Kは自分の息子以外にも母親と精神疾患を持っている妹さんのケアをしている。そのため、毎週、週の後半片道2時間かけて母親と妹のいる実家に行き2日間過ごしていた。夫も息子のケアには協力的で「ストレス発散と言って、殆ど外出」している。4人は家族会活動や趣味、仲間とお喋りでケアの息抜き、ストレス解消していた。

2) 1回目と2回目の差異

1回目時点では、J、K、M、Lも全員が何らかにの趣味や仲間との交流でケアの息抜きをしていた。2回目時点では、家族の高齢化や夫婦の場合、相手が亡くなり、家族の当事者へのケアが大きく低下していた。しかし、当事者のケアを優先する結果、趣味や社会参加する機会が、急速に減少していた。ただ4人の家族の中では、まだ60代前半のKは、体を動かすことが好きで草むしりなどしていたが、今はさらに趣味を広げ、新たにウォーキングのサークルに参加していた。また遠方の実家の母親の介護も新たに増えたが、そちらにも対応していた。以上のことから、家族は高齢化と夫が亡くなる等で、当事者へのケアに追われ、社会との繋がりが急速に失われる状況が出現していることが分かった。

【家族の心的態度】

家族の心的態度について、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-1-7 家族の心的態度の変化

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード No
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
	(J)・希望は今のところ見えない。 まあ、(事業所等に) 全然行かない方もいるから少しは希望を持っていいのかと思うんですけど。		(J)・2年前と息子は変わらず、むしろ悪化。考えたってどうしようもない。 ・人のことよりも自分のことの方が大変だから、あんまり子どものことは考えない。明日は明日。大変だから、まあ、いいやという感じで。	21
親亡き後の当事者の生活の見通し立たない不安。希望見えず。	(L)・娘を残して逝くことの憐れ、人への対応ができず、病院に閉じ込められあんな嫌な思いをして嫌とも言えず、死んだ方がいいんじゃないかと思った。	家族は自己限界で半ば諦め。親亡き後の当事者の生活の不安は消えず。	(L)・親亡き後、娘がグループホームに入るのを確認してから死にたい。	22
	(M)・どうしようもない年齢まで来ちゃった ・ボランティア訪問の難しさと期待 ・訪問継続の大事さ ・警察への連絡に揺れる家族の思い		(M)・ピアサポーターに感謝、心が明るくなる。 ・親亡き後はすぐ目の前、このままだと、孤独に二人が生活するのを考えると、いても立ってもいられない。 ・当事者、親だけが頼りで、親の私(M)も弱いから、私は、びくびくしながら暮らしてますよ。	23
普通の生活を心がける。夫婦で協力、ストレス発散も工夫し、ケアを行なう。	(K)・普通の生活をと自分に言い聞かせる。 ・家を出ると本人の事は一時忘れ、心が休まる。 ・主人はストレス発散と言って、殆ど外出。	私の支えは家族会、趣味、主人の協力に感謝。	(K)・2階の音に敏感に体が反応。 ・趣味と息子の世話、母の介護は主人の協力があって可能で感謝。 ・私の支えは、家族会。人の話を聞いて、アドバイスをもらい、自分の話聞いてもらう。	24

1) 1回目と2回目の時点での状態と変化

4人を焦点的コードで見ると1回目時点と2回目の時点では、以下のように2つのグループに分かれた。

JとLとMの3人のグループは、

1回目時点 [親亡き後、当事者の生活の見通し立たない不安、希望見えず]



2回目時点 [家族は限界で半ば諦め。親亡き後の当事者の生活や住まいの不安は消えず]

Kは

1回目時点 [普通の生活を心掛ける。夫婦で協力してケア、工夫してストレス発散]



2回目時点 [私の支えは家族会と趣味、主人の協力に感謝]

○ JとLとMの3人の状態の説明

1回目時点で、Jは「今のところ、希望は見えない」と述べた。事業所に「全然行かない方もいるから少しは希望を持っていいのかと思っているのですけど」とも言った。

2回目時点では、Jは2年前に比較して息子の症状はむしろ悪化したといい、自分自身が心身ともに疲れ、「人のことより自分のことの方が大変だから、あまり子どものことは考えない」という。そして「明日は明日、大変だからまあ、いいやという感じで」だという。

1回目時点で、Lは「娘を残して逝くことの憐れ」を口にした。そして「人への対応が出来ず、病院に閉じ込められ、あんな嫌な思いをして嫌とも言えず、死んだ方がいいんじゃないかと思った」と述べた。2回目時点ではLは「娘がグループホームに入るのを確認してから死にたい」という。1回目時点で、引きこもりの息子を抱えるMは「どうしようもない齢まで来ちゃった」といい、ボランティアの訪問を受けて息子が来るのを楽しみにしているのを見ていたが、途中で続かなくなる現実を経験して、ボランティアで続けることの難しさを実感している様であった。2回目時点では、Mは、親亡き後に兄弟が「孤独に2人が生活するのを考えると、居ても立ってもいられない」と述べた。

○Kの状態の説明

1回目時点で、Kは極力、普通の生活を心掛けていると述べた。夫婦で協力して、趣味や外出で家にいない等工夫しながら、ストレスを発散。家を出ると本人のことで、一時的に忘れ、心が休まるという。2回目時点では、息子の症状、生活に変化はなかった。この時点で今、母親と精神疾患をもった妹が2人他県で暮らしており、息子の世話以外に、その母親の介護が加わり、週の後半を実家に行って世話をしていた。息子と母親の世話は主人の協力があり可能で、夫に感謝している。家族会と趣味を支えとしていた。

2) 1回目と2回目の差異

J、L、Mは1回目時点では親亡き後の当事者の生活が描けない為、不安で、希望は見えないと述べた。2回目時点でも心的態度は変わらず、当事者の自立生活の見通しが全く立たないことからくる悲観の思い、家族の諦め心境は、一層強くなっていた。

Jは自分の体力も弱ってきて、「あんまり子どものことは考えない。明日は明日。大変だから、まあ、いいやという感じ」と諦めの心境を語った。LもMも親亡き後の当事者の生活を不安がり、「娘がグループハウスに入るのを確認したから死にたい」(L)、「2人が生活(引きこもり)するのを考えると、居ても立ってもいられない」(M)と述べた。Kは母親の介護が増えたが、夫の協力と家族会、趣味を支えにしており、心境に大きな心境の変化はなかった。

以上のことから、Kは1回目と変わらず、夫と協力して当事者のケアの対応はしているが、他の3人の家族は、親亡き後の当事者の生活の不安が解消されず、家族の諦めの心境は一層強くなっているといえる。

○家族のリカバリーについて-回復した家族のイメージとの比較

抽出された焦点的コード、定性的コードを基に対象の4家族を白石の「回復した家族のイメージ」（表4-1-8）と照らし合わせると以下のような結果であった。1個該当が1名、3個該当が2名であった。4個該当が1名であった。Lは4家族の中で唯一、親身になって相談対応してくれる専門家と繋がっている。またKは4人の中では一番若い年齢で積極的に外との繋がりを持ち、夫が非常に協力的である。いずれにしろ、今回対象とした4人は回復した家族のイメージには該当しないと考えられる。

表 4-1-8 回復した家族のイメージ

	内容	J	K	L	M
①	本人の精神症状が決して軽くないことを理解している。しかし、希望は持っている。				
②	本人に温かく接することの重要性は理解。正しい療養を本人に伝えることができる。	○ 13	○ 16	○ 14	○ 15
③	医療関係者に感謝。言いたいことがあれば不安、不満を率直に話せる。	○ 5		○ 10、6	
④	本人の世話をしている。一方で、自分の生活設計に沿って、人生を楽しんでいる。		○ 20	○ 18	
⑤	本人を世間の偏見から守っている。いざとなれば意見を述べる覚悟を持っている。	○ 17	○ 11		

3 考察

以上、1回目から3年間経過後の4家族の変化をまとめると以下の5点が得られた。

第1 この2年間で当事者の生活と症状は基本的には変らなかった。

第2 当事者と家族が日常的に信頼して相談できる専門家が非常に少ない。

第3 家族は家族会、趣味やサークルなど様々な社会的活動に参加していたが、高齢化で社会との意繋がりが急速に失われている。

第4 家族の高齢化で家族の健康維持と当事者のケアが年々困難になってきている。

第5 家族の心的態度は長期に渡るストレスの影響で、希望が見出せず、4名中3名は忍耐と諦めの心境という状態であった。

以下これらの点について考察を加える。

第1 当事者の生活と症状及び当事者と家族の関係は多くの困難を抱えながらもこの2年間では大きな変化は見られない。

当事者の症状については、4名とも急性期の時の激しい陽性症状は治まり、現在、症状は安定している。この中で、Lの娘が地活に通い、プログラムに参加し、徐々にではあるが人

との交流を通じて表情に明るさが見えたのと、Kの息子がひきこもりは変わらないが、1回目時点で医療に繋がり、2回目時点でも継続しているのは特筆すべき変化と言える。

しかし、他の2名は症状の改善は見られず、あらたな社会的繋がりも見られず、低位に安定していた。また、当事者と家族の両者の関係は悪化も改善もせず基本的に変わらなかった。2名のひきこもりのうち1名は、日常会話はほとんどなく、他の3名も家族、特に母親への依存が強く、当事者が家族を離れて1人暮らしの自立生活への動きは見られない。しかし、家族の熱心なケアで事態の悪化は食い止めているが、家族の心労は強くなっていた。

第2 当事者と家族が日常的に信頼して相談できる専門家が非常に少ない。

3名は異口同音に「専門職のワーカーさんで本当に支えになる人はいなかった」と述べており、心の拠り所になるような親身になって相談に乗ってもらえる関係は築かれていなかった。他の1名だけが支援センターの責任者であるスタッフと長い間の信頼関係があり、親身に相談できる関係になっていた。3名の家族は、医療福祉専門職や関係者のサポート、社会資源も不十分な中、安心して相談できる専門家や病院、クリニック、保健所等の繋がりが少なかった。この状況は2017年みんなねっとの全国調査で家族の3割は信頼して相談できる専門家はいないと回答したと関連し、家族のおかれている一般的な状況であることを示唆している。

第3 家族は家族会、趣味やサークルなど前向きに取り組んでいたが高齢化で社会との繋がりが急速に失われている。

対象とした家族は、当事者のケア、両親の介護等、困難な状況でも積極的に人との交流や趣味に取り組んでいた。4人のうち3人までの家族が病院や地域の家族会に参加し、家族同士の共感の場としていた。その意味で、セルフグループが果たす役割の重要性を改めて確認することができた。しかし、家族は高齢化とともに家族の介護力が弱体化し、当事者のケアに追われ、4名中3名が社会との繋がりが急速に失われる状況が出現していた。

第4 家族自身の高齢化による体力、気力の低下で当事者のケアが年々困難になっている。

対象になった家族は子供の将来を思い、体力が続く限り、先の見えない将来に対して必死に努力してきた。しかし、今も先が見えない不安と悩みに疲れ果て、また自分自身の高齢による身体的衰えを自覚する中で「人の事よりも自分のことの方が大変だから、あんまり子どものことは考えない。明日は明日、大変だから、まあ、いいやって感じで」

(J) など諦めの心境を吐露していた。こうした家族の高齢化による本人への経済的、情緒的支援が困難になることはすでに20年前に栄(1998)によって指摘されていた。

第5 家族の心的態度は半ば諦めの心境である。

今回の調査で、1回目は4家族ともいつ再発するか分らない現在の日々の不安とケアの心

劣、親なき後の将来の当事者の生活への不安の心境が明らかになったが、2回目では、新たに自分自身の心身の健康への不安が出てくる中で「むしろ悲観の思いは一層強くなっている」。この結果は、平成29年度みんなねっと全国調査で家族の7割が日常的ストレスを感じている状況と符合する。さらに今回のインタビューでは「あんまり子どものことは希望が見えないので考えない。明日は明日、大変だから、まあ、いいやっていう感じ」と諦めの心境を吐露する状態に変化していた。突如出現した我が子の精神疾患の現実に対して家族は、驚き、混乱、否認、探求、諦め、受容のプロセスを経て、一時的であれ、それぞれ自分なりの心のありようを見出して折り合いを付けてきたように思われるが、そこに至るまでの悲嘆を経て、諦めと絶望との狭間を歩んできたことが語られている（L、Mの例）。日本ではこれまで、当事者が地域で自立して生活していくための必要な生活支援がないため、精神障害をもっている当事者へのケアの多くを家族が担い、家族は長期に渡るその精神的不安や無力感と戦いながら、必死に当事者へ献身的努力を行ってきた。そして、家族は自らの経験を通して「自分達がどんなに思い悩み、考えても息子や娘たちの将来はなるようにしかならない」という諦めの心境に達していた。こうした心境を田上は「諦め的な受容」と述べ、この状況を変えていくことが今後の課題だとしている（田上1998）。家族の心的態度の変化関連し、家族の最大関心テーマである「親亡き後」についても、家族は次のように述べていた。「家族が高齢で持病も進む中で子供のことまで考えが及ばない」（J）、又2人のひきこもりを持つ別の母親は「親亡き後の2人を想像すると耐えられない」（M）、さらに「ケア付きの生活支援をしてくれる施設があればそこに入るのを見届けて死にたい」（L）。このように多くの家族は当事者の自立の必要性は頭で理解できても、その要望に応じてくれる既存のサービスが身近に存在しないため、具体的なプロセスを描くことは困難であることがうかがえた。

今回の対象者は少数であったが、第3章で述べた家族研究の結果に照らして、全体的な状況をよく反映しているということができると考える。

第2節 ACTを利用している家族の面接調査（調査Ⅱ）

第2節ではACTを利用している家族の面接調査の結果について明らかにする。

1 目的と方法

1) 目的

本調査では、ACT利用開始して3年以上となる6組のACT利用家族に1回目の調査後おおむね2年以上の期間を開けて2回目の面接を行った。なを、1事例（事例C）は2回目のインタビューの実施が1年9か月後であったが、ACT利用開始から3年7か月をへており、状

況が安定していることから対象とした。調査の目的は、当事者と家族の生活と心的態度の変化と3者の関係を明らかにし、また家族のリカバリーという視点から、ACTの家族支援の継続的な有効性の有無を明らかにすることである。

2) 対象

今回対象としたACTを利用している家族のプロフィールは以下のようであった。

表 4-2-1 ACT を利用した 6 組の家族のプロフィール

家族	家族年齢	患者年齢 (第1回インタビュー時)	病名	発病年齢	罹病期間	ACT開始	第1回インタビュー日	第2回インタビュー日	第1回インタビュー時期	第2回インタビュー時期	第1回と2回の間	居住形態
A	母親70代	46歳 息子	統合失調症	10代	約30年	2011年10月	2012/10/17	2015/11/25	ACT開始後 1年	ACT開始後 4年1ヶ月	3年1ヶ月	1人暮らし→ 親と同居
B	父親80代 母親70代	51歳 息子	統合失調症	26歳	約25年	2011年9月	2012/10/17	2015/3/26	(同上) 1年1ヶ月	(同上) 3年6ヶ月	2年5ヶ月	親と同居→ 1人暮らし
C	父親60代 母親60代	31歳 息子	統合失調症	10代後半	約20年	2011年8月	2013/6/25	2015/3/26	(同上) 1年10ヶ月	(同上) 3年7ヶ月	1年9ヶ月	親と同居→ 1人暮らし
D	父親70代 母親70代	50歳 息子	統合失調症	28歳	約22年	2012年12月	2013/6/4	2015/9/24	(同上) 6ヶ月	(同上) 2年9ヶ月	2年3ヶ月	親と同居
E	父親60代 母親60代	41歳 息子	統合失調症	26歳	約15年	2012年8月	2013/6/4	2015/9/24	(同上) 10ヶ月	(同上) 3年1ヶ月	2年3ヶ月	親と同居
F	子供50代	77歳 母親	統合失調症	30代	約40年	2012年9月	2013/6/20	2015/10/1	(同上) 9ヶ月	(同上) 3年1ヶ月	2年4ヶ月	子供と同居

対象者は、A 県と B 県で活動する 2 つの ACT チームに協力を依頼し、協力の得られた①ACTを利用して半年以上、②継続して調査が可能、の 2 点いずれをも満たす利用者家族計 8 名（前者 3 名、後 5 名）とした。2 回目の調査では 2 名が継続困難になり、最終的には 6 名について分析した。継続困難となった理由は、「高齢で持病があり体力的に困難」、「対応すると辛かった過去が思い出され精神的に苦痛」などであった。

対象者と当事者の続柄は息子 5 名と母親 1 名であった。対象者（親）の平均年齢は、父親 73 歳、母親 69.8 歳、両親 71 歳であり、当事者の平均年齢は 43.8 歳であった。患者が母親が当事者（77 歳）も含めると当事者の平均年齢は 49.3 歳であった。罹病期間全体平均 25.3 年、子どもだけでは 22.4 歳であった。

3) 調査期間とデータ収集の方法

調査は 2012 年 10 月から 2015 年 12 月までの間に実施した。

データ収集方法は、インタビュー形式で「第4章 1節 ACTを利用していない家族の面接調査」と同様とした。ACT利用開始後1年前後で1回目のインタビューを行い、以後2年から3年後に2回目のインタビューを行った。

4) 分析方法

(1) 本研究では「質的データ分析法」(佐藤 2008)の中の「事例-コード・マトリックス」を参考にした。分析方法は「第5章 1節 ACTを利用していない家族の面接調査」で行なったものと同様とした。以下、面接内容等相違内がある部分のみを下記に示す。

最初得られた9のカテゴリーは①当事者の生活、②当事者の症状、③当事者とACTの関係、④当事者と社会的関係、⑤家族と当事者の関係、⑥家族とACTの関係、⑦家族の社会的関係、⑧家族の心的態度、⑨家族の願いであった。検討の結果、6つのカテゴリー(概念的カテゴリー)として①当事者の生活、②当事者とACTの関係、③家族と当事者の関係、④家族とACTの関係、⑤家族の社会とのつながり、⑥家族の心的変化が関連すると考えられた。これらについて分析した。他は、「第4章 第1節 ACTを利用していない家族の面接調査」で示した分析方法(P56)と同様である。

(2) 家族のリカバリーの視点からの分析について

前節調査と同様に、家族のリカバリーという視点から考察するに際し、Andresenら(Andresen et al. 2003)の定義と白石(白石 2005: 254)による5項目の「回復した家族のイメージ」を参照とした。後は、「第5章 第1節 ACTを利用していない家族の面接調査(調査I) 1目的と方法 (3) 家族のリカバリーの視点からの分析について」(p59)と同様であった。

5) 倫理的配慮

本研究実施に際し、東洋大学大学院の「研究倫理規定」に基づき、適切な倫理的配慮を行った。すなわち調査対象者には、研究の目的・方法・協力の任意性・匿名性の保証・個人情報保護等について書面及び口頭で説明を行い、同意を得て実施した。逐語録については、面接を行った対象者全員に送付し、内容確認後に分析を行った。得られたデータは分析作業後廃棄した。

2 結果

作成したコードマトリックス(資料-表10-2)を基に【当事者の生活】、【当事者とACTの関係】、【家族とACTの関係】、【家族と当事者の関係】、【家族の社会との繋がり】、【家族の心的態度】この6つのカテゴリーを、さらに各カテゴリーごとに、1回目時点で

は10の焦点的コード、2回目時点は14の焦点的コードに分類し、その経時的変化を検討した。以下に結果を示す。

【当事者の生活】

当事者の生活について、1回目と2回目を比較すると以下のようなものである。

表 4-2-2 当事者の生活

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
ACTを利用、1人暮らしを実現、継続。	(A)・ACTで1人暮らし実現、食事量が増え、病気悪化。透析途中より拒否。	自宅に戻り、療養生活。	(A)・腎不全で実家に戻る。透析治療、週3回積極的に受けるが、クレアチン下がると又食べて上昇の繰り返し。	1
	(B)・ACTの利用前から1人暮らしで就労。	一人暮らしで、就労、日中活動も安定	(B)・1人暮らし、本人落ち着いて就労も安定。	2
	(C)・ACTの支援でグループホームに入るが起床が遅い。		(C)・通所先が見つかり、昼夜の逆転生活直る。睡眠薬必要なくなる。平日、作業所、土日交流の場に通う。	3
引きこもりからACTで医療に繋がる。	(D)・病識無し、病院行かず。母親が10年間薬を取りに行っていた生活から脱出。	家族との会話、外出、買物可能に。既存サービスも受ける。	(D)・ACTの支援と近所の環境の変化(知人に会わない)で外出可能 ・1人で買い物可能。	4
	(F)・ヘルパー、訪看、ACT 4回/週、医師は毎週。 ・ACTと買い物。鬼のような顔付無くなる。		(F)・ACT 4→2回/週に減、デイサービス3/週、介護ヘルパー6/週に増。 ACTから既存サービスへ移行中。 ・電話で時々妄想を言う。	5
	(E)・人と接触なし。テレビ見ない。明るさを嫌いカーテンを引く。		引きこもりは変わらず。健康管理できず。	(E)・外出せず、昼夜逆転生活、歯も駄目になる。 ・食欲凄い、太ること気にせず。

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化

6人を焦点的コードで見ると1回目時点で2つのグループに分かれ、2回目の時点ではさらにそれぞれが2つのグループに分かれた。

AとBとCの3人のグループは、

1回目時点 [ACTを利用、1人暮らしを実現、継続]



2回目時点 [1人暮らしで、就労、日中活動も安定]のB、Cと

[自宅に戻り、透析治療、積極的に受ける]のAに分かれる。

DとEとFの3人のグループは、

1 回目時点 [引きこもりから ACT で医療に繋がる]



2 回目時点 [家族との会話、外出、買い物可能に、既存サービスも受ける]の D、F と
[引きこもりは変わらず、健康管理できず]の E に分かれる。

○A と B と C の 3 人の生活状況の説明

A の息子は ACT の支援を受け、1 人暮らしを実現した。しかし、1 人暮らしで食生活のコントロールが出来ず、食事量が増え、腎不全となった。その結果、2 回時点では、実家に戻っていた。2 回目時点では A が通院同行し、週 3 回の透析が実施されていた。透析の直後はクレアチンが下がると、A は本人の望むままに飲食を与え、結局クレアチンが再び上昇することの繰り返しが続いていた。A と息子は共依存の関係と考えられた。(ACT チームの評価)

B の息子は「ACT の利用前から 1 人暮らしで就労」しており、ACT 利用後もその状態は続いている。2 回時点では、B は「1 人暮らし、本人落ち着いて就労も安定」していると言う。

C は「ACT の支援でグループホームに入るが起床が遅い」日々を送り始め、昼夜逆転の生活になる。2 回目時点では、昼間の居場所を ACT より紹介された通所に通うことで、生活サイクルが確立し昼夜の逆転生活が直った。睡眠薬は必要なくなり、平日は作業所、土日は交流の場に通っていた。

○D と E と F の 3 人の生活状況の説明

D の息子は ACT と出会うまで病識が無く、病院に行かず、母親が 10 年間薬を取りに行く生活だった。ACT と出会うことで、スタッフと心を許して、何でも相談する関係になり、今までの生活から抜け出すことになった。最初はスタッフ同行でのコンビニでの買い物であったが、引きこもって 10 年の歳月ですっかり周囲の環境が変わり、外出しても昔の友人、知人にも会うこともなく、周りを気にする必要もなくなった理由で、2 回目時点で息子は 1 人での買い物も可能となっていた。

F の当事者である母親は、ACT に繋がってから定時に服薬するようになり、症状が安定した結果、既存のサービスに繋がった。ヘルパー、訪問看護、ACT で 4 回/週、そして医師は毎週来ているという状況であった。

母が患者である F は ACT との出会いで最初の大きな変化は、ACT と共に買い物で外に出たことと、そして何よりも当事者である母親の「鬼のような顔つき」が無くなったことだという。

2回目時点では、時々、電話で妄想を言うことはあるものの、ACTの訪問は4→2回/週に減り、その代り、デイサービスは3/週、介護ヘルパー6/週になり、ACTから既存サービスへ移行中であった。

Eの息子は引きこもってから人と接触は無く、テレビも見ない生活である。明るさを嫌いカーテンを引いている状態であった。ACTの利用でスタッフと外出が可能となった。

2回時点では、自分からは外出はせず、昼夜逆転生活。日常生活のリズムが狂い歯磨きもなくなり、歯が全て失われる状態であった。食欲旺盛で太ることは気にもせず歯茎で食べる一方、希死念慮があり、時々住んでいるマンションの屋上に行き、死ぬ勇気がなかったとEに話すという。

2) 1回インタビューと2回インタビューの差異

A、B、Cの当事者はACTの支援を受けて1人暮らしを実現し、2回目時点ではB、Cの当事者は就労が安定し、新たに就労継続B型への参加が可能となり好転していた。Aの息子は腎不全となり、アパートの1人暮らしから実家に戻り、療養生活になっていたが、息子はAの支えで熱心に透析治療を受けていた。D、E、Fの当事者はACTの利用で、DとFは引きこもり状態から抜け出ていた。Eはいまだ引きこもり状態から抜け出ていないが、ACTと外出同行可能となっていた。医師の丁寧な対応で、全員が医師と良好な関係が出来ており、スタッフとは、相談できる関係になっていた。

2回目時点では、Fの当事者である母親の症状は安定、既存サービスに繋がり、ACT利用終了が射程距離に入っていた。Dは1人で買い物可能となっていた。Eは依然引きこもり状態で希死念慮があり、精神的にまだ不安定な状態であった。

以上のことから、この2年間でB、Cの当事者は就労が安定し、作業所へと繋がり1人暮らしが安定するところまで改善してきたといえる。D、Fの当事者は引きこもりから買い物や既存サービスの利用が可能となり、総じて6人中4人において自立生活の改善が見られていた。残りのAとEの当事者2名は療養生活を支える関係や、人としての基本的信頼関係をACTが今後どう作っていくかが課題となっていた。

【当事者と ACT の関係】

当事者と ACT の関係について、1 回目と 2 回目を比較すると以下のものであった。

表 4-2-3 当事者と ACT の関係

第1回インタビュー			第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード		焦点的コード	定性的コード	
訪問が楽しみ、 スタッフと気を 許して話せる 関係になる。	(B)・最初1回/週、今は2回/週。息子は 訪問が楽しみ。	➡	ACTの訪問を 楽しみに、 ACTと話して、 当事者変わる。	(B)・訪問2回/週、表情が明るく、働く意 欲も出て来た。ACTとの会話でストレス発 散。	7
	(F)・先生が薬を出し素直に飲む、驚き。 ・ヘルパーやACTと会話、ストレス発散、 一番は母の顔付が変わったこと。			(C)・以前、訪問は自宅、今は息子の好き な所と言われ、喫茶店で話す。	8
	(D)・先生月1回、スタッフとは気を許し何 でも話す。			(D)・いろいろなスタッフの話聞いて、変 わった。 ・外出時は外行きの恰好。	9
ACTと繋がり、 徐々に話がで きる関係にな る。	(C)・最初、訪問の対応で疲れる。訪問 中は夢中、帰ると疲れが出る。	➡	ACTの訪問を 楽しみに、 ACTと話して、 当事者変わる。	(F)・ACTの方と合わないとかはない。AC Tの人たちとはみんな合う。	10
	(A)・内科の訪問看護からACTに繋が る。最初、本人反対。 ・アパートにACT訪問。			(A)・ACT(特にピアスタッフ)と話してリ ラックスする。 ・電話は必要に応じて。	11
	(E)・本人、先生に会って話すよにな る。ACTスタッフに話すのは過去のこと だけ。			(E)・ACTに繋がり、当事者、変わる。 ・気分が乗らないとACTと外出しないこと も。	12

1) 1 回目インタビューと 2 回目インタビューの時点での状態と変化

6 人の焦点的コードで見ると 1 回目時点では 2 つのグループに分かれたが、2 回目の時点では両者は一つにまとまっていた。以下、焦点的コードについて具体的に説明する。

B と D と F の 3 人のグループは、

1 回目時点 [訪問が楽しみ、スタッフと気を許して話せる関係になる]、



2 回目時点 [ACT の訪問を楽しみに、ACT と話して、当事者変わる]

C と A と E の 3 人のグループは、

1 回目時点 [ACT と繋がり、徐々に話ができる関係になる]



2 回目時点 [ACT の訪問を楽しみに、ACT と話して、当事者変わる]

○B と D と F の 3 人の生活状況の説明

B は ACT を利用する前から、1 人暮らしを行い、幾つかの仕事の経験していた。統合失調症の症状が安定しないため、仕事は何度も変えざるを得なかった。当初、ACT スタッフの訪問は 1/週であったが、2 回目の時点では 2/週となっていた。B は話が好きで、ACT の訪問を楽しみにしていた。事前に話題のテーマを準備し、若い女性には料理の話など相手により話題を変えていた。

2 回目時点でも、ACT 訪問を楽しみにし、会話によりストレス発散をしていた。家族の説明では、息子である当事者の表情も明るくなり、働く意欲も出て来たとのことであった。

D は 25 年以上引きこもりだったが、ACT と出会い、精神科医と気を許して何でも話す関係となった。何かあるとスタッフに電話ではなすようになり、2 回目時点では家族の評価は、「いろいろなスタッフの話を聞いて、変わった」であった。最初はスタッフと一緒に外出していたが、今は 1 人で近くのコンビニに買い物に行き、「外出時は、外行きの恰好」をするという。F の当事者である母親は ACT と出会い、薬を飲むようになった。ヘルパーも色々な人が来て、会話が増えてストレス解消になっていた。息子である F は「一番の変化は母の顔つきが変わったこと」だという。2 回目時点では、ACT から色々なスタッフが来るが、母親は誰とも会うという。

○C と A と E の状態の説明

C は ACT には前向きであったが実際は、「最初、訪問の対応で疲れる。訪問中は夢中で、帰ると疲れが出る」と言っていた。2 回目時点では「以前、訪問は自宅、今は息子の好きな所と言われ、喫茶店で話す」という。A は、「内科の訪問看護から ACT に繋がる。最初、本人は反対」であった。しかし、2 回目時点では、「ACT (特にピアスタッフ) と話していて、リラックスする。電話は必要に応じて」というように変わっていった。引きこもりの E は、最初「先生に会って話すようになる」も、「ACT スタッフに話すのは、過去のことだけ」でやや消極的だったが、2 回目時点では「ACT に繋がり、当事者変わった」と家族は評価していた。但し、今でも「気分が乗らない」と ACT と外出しないこともあるという。

2) 1 回目と 2 回目の差異

B、D、F の当事者は、最初から抵抗なく ACT を受入れ、2 回目時点では、ACT のスタッフと喫茶店に行ったり、会話を楽しんだりと積極的に対応していた。A、C、E は 1 回目時点で、最初「本人は反対」、「訪問の対応で疲れる」などと言っていたが、2 回目時点では、「ACT

(特にピアスタッフ) と話していてリラックスする」、「会話でストレス解消」と ACT スタッフと気楽に話せる関係になっていた。

以上のことから、当事者と ACT の関係では、6 人の当事者は最初、反対や対応して疲れる利用者もいたが、この 3 年間の間に ACT と関係性が出来、全員が ACT を受け入れ、ほとんどの当事者が訪問を楽しみにするようになっていた。これは大きな変化であると評価できる。

【家族と ACT の関係】

家族と ACT の関係について、1 回目と 2 回目を比較すると以下のものであった。

表 4-2-4 家族と ACT の関係

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO	
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード		
何でも相談出来るので助かり、心強い。	(A)・ACTと役割分担でお任せ。相談事はACTへ。	何でも相談出来る、当事者、家族の生活変わる。	(E)・家に来てもらう事がありがたい。ACTと家族2/月、話し合い。母親曰く「相談っていう相談はない」。 ・一家の生活保護申請の支援受ける。	13	
	(B)・ACTはどんなことでも、相談OK、患者本位。		(B)・ACTにその都度相談。ACTがあり回復できた。	14	
	(C)・ACTと1/月 話し合い、大変心強い。親もACTに接触すると安心		(C)・ACTは全体のマネジメントに関わってくれる、レクチャー受け心強い。他人の力を借りる事、今さらながら分かる。	15	
	(D)・家族はACTに、その都度相談。		(D)・家族は、ACTに頻繁に電話。 ・本人変わったのは、Hさんのおかげ。先生は雲の上の人。	16	
	(E)・私は助かっています。そうやって来ていただけることが大変だなんて、逆に思いますよ。		スタッフ当事者を良く知っているの、すぐ相談出来る家族が安心。	(A)・電話ですぐ相談でき、来てくれ助かる。訪問とACTは違う。 ・ACTと1/月話し合い。	17
	(F)・以前、症状が辛くなると警察に相談。今は落ち着き入院の必要なしと先生に言われる。ACT利用して凄く助かるんですけど。		(F)・緊急時の対応は、すごい便利。ACTに相談して、行動。 ・先生以外のスタッフも当事者を知っており指示が的確で早い。	18	

1) 1 回目インタビューと 2 回目インタビューの時点での状態と変化

6 人を焦点コードで見ると 1 回目時点と 2 回目の時点では以下の様に 2 つのグループに分かれた。

A、B、C、D、E、F 全員が

1 回目時点 [何でも相談出来るので助かる]、

↓

2回目時点 [何でも相談し、当事者、家族の生活が変わる]のB、C、D、Eと
[スタッフが当事者を良く知っているのですぐに相談でき、家族が安心]のA、
Fの2つのグループに分かれる。

○A、B、C、D、E、Fの各状態の説明

ACTを利用するには本人の同意が必要であるが、本人の利用意志が必ずしも明確でない場合など、同居している家族の同意が最低条件となる。ACTと家族の関係は全員が極めて良好な関係にあり、上記の通り、焦点的コードは[何でも相談出来るので助かる]である。この中で、B、C、D、Eは[頻繁に何でも相談し、当事者、家族の生活が変わる]という焦点的コードに変わった。

Bは「ACTはどんなことでも、相談OK、患者本位」、2回目時点では「ACTにその都度、相談。ACTがあり回復できた」と述べている。Bの息子は、今一人暮らしをして、ACTの支援を受け安定しているが、26歳で発症してから数年間、他人の自動車や塀を破壊し、警察沙汰になることもしばしばで、親として戦々恐々の日々であった。Bは、それを振り返って、「ACTがあり回復できた」と述べている。

Cは「ACTと1/月話し合い。大変心強い。親もACTに接触すると安心」と述べた。2回目の時点では「ACTは全体のマネジメントに関わってくれる。レクチャー受け、心強い。他人の力借りる事、今更ながら分かる」と述べている。

Dは「家族はACTにその都度相談」していた。2回目時点では、「家族はACTに頻繁に電話。本人変わったのは、Hさん（ACTスタッフ）のおかげ、先生は雲の上の人」と述べている。ACTに出会い、その都度相談できる関係ができ、3年経過した2回目時点で、家族は当事者が変わったと述べている。

Eは、「私は助かっています。そうやって来ていただけることが大変だなんて、逆に思いますよ」と言い、2回目時点では、ACTが「家に来てもらう事がありがたい」と言い、ACTと家族は2/月話し合いすることについて相談するという相談はない」というものの、ACTの勧めで「一家の生活保護申請の支援を受ける」など、Eさんの生活は大きく変わったといえる。

AとFは、他の対象家族がそうであったように1回目時点での焦点コードは[いつでも相談出来るので助かる]であったが、2回目時点では、[スタッフが当事者を良く知っているのですぐに相談でき、家族が安心]に焦点コードが変っていた。

Aは1回目時点で「ACTと役割分担でお任せ。相談事はACTへ」とACTと協働作業体制ができたことを述べて、ACTとの出会いを前向きに述べていた。2回目時点では「電話ですぐ相談でき、来てくれて助かる。訪看とACTは違う」と実際に経験してACTのサービスの違

いを実感したと述べた。Fは「以前、症状が酷くなると警察に相談。今は落ち着き入院の必要なしと先生に言われる。ACT利用してすごい助かるんですけど」と述べ、2回目時点では、「緊急時の対応は、すごい便利。ACTに相談して、行動。先生以外のスタッフも当事者を知っており指示が的確で早い」と述べていた。

2) 1回目と2回目の差異

1回目時点では、A、B、C、D、E、Fの全対象家族のACTに出会ったことによる焦点コードは、[何でも相談出来るので助かる]である。それが、2回目時点では、2つのグループに分かれ、そのうちの1つB、C、D、Eは[何でも相談し、当事者、家族の生活が変わる]に変わっていた。2回目時点まで、何でも相談出来る関係が続き、信頼関係はさらに深まり、家族の生活に具体的に変化が生じていた。具体的には、Eの一家の生活保護の申請、B、Dの本人が変わったとの家族の実感、Cの他人の力を借りることへの理解などがそれにあたる考える。もう一つのグループを構成するAとFでは、[スタッフが当事者を良く知っているので直ぐに相談でき、家族が安心]に焦点コードが変わった。

ACTの特徴の1つはチームアプローチである。1人の利用者に対して、チーム全員が関わることで、全ての情報、課題が基本的にACTのチーム全員で共有される。そのため、当事者に何か問題が生じた時、スタッフの誰もがスピーディに対応、ACTのチームアプローチが発揮される。こうした機能が、家族からみて「すごい便利」で「助かる」というACT評価に繋がっていると思われる。

以上のことから、家族とACTの関係は、ACTとの出会いで6人全員が何でも相談出来ることで助かると実感し、利用を継続することによってACTとの基本的信頼関係がさらに深まり、家族の生活の肯定的変化や安心感の増大に繋がっていたことが確認された。

【家族と当事者の関係】

家族と当事者の関係について、第1回目と第2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-2-5 家族と当事者の関係

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
当事者が自立的 生活に移 行、普通 の会 話が可 能に なる。	(A)・息子の1人ぐらし頭離れず。 ・今は全て自分です。責任感出 て、少し大人になった。	心を開き話 せる関 係、約 束を 守り 信 頼の 関 係が 生ま れる	(A)・母親への依存強い。透析1日おき5 時間。看護師に迷惑かけず頑張る。母親 同行。 ・1人暮らし経験後、家族への気遣いあり。	19
	(B)・1人くらしさせ、お金は週1回渡 す。		(B)・息子が父親に初めて迷惑かけたと謝 る。お互いを思いやり、心を開いて話せる ようになった。	20
	(C)・グループホームに入り、息子と 距離を持つようになった。		(C)・1人暮らし新しい気付きあり。不安で 毎日電話あり。父と子間で距離を取り、感 情的抑制を学ぶ。	21
	(F)・普通の会話が可能。 ・母は気にかけ、職場に電話をよこ す。		(F)・親孝行ができ、逆にこうなって良か ったのかもしれない。 ・母が自分でできる事は自分でやらせる。	22
会話はあ るが、 引きこ もり状 態は 変ら ない。	(D)・息子は外出しない(母親Dに は、一番気になっていた)。 ・食事は自室で1人食べる。Dが弁 当を買って日付順に冷蔵庫に入れて おく。	親亡き後 の不安 が強い。	(D)・1人外出可能になる。父親と約束文 書確認し、本人従うようになる。 ・外出する。家事労働に家族が対価払う。 ・テレビを破壊する。本人の貯金で購入。 ・今も弁当、自室で1人食べる。	23
	(E)・父親から小遣いもらう。 ・母親にCD購入依頼。退院後、病院 に戻った方が良いかと聞く。		(E)・親亡き後を不安がる。 ・親に暴言、暴力はなく、一切反抗しな い。	24

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化

対象者6人の焦点的コードで見ると1回目時点と2回目の時点では以下のように2つのグループに分かれた。

A、B、C、Fは、

1回目時点 [当事者が自立的な生活に移行、普通の会話が可能になる]から



2回目時点 [心を開き話せる関係、約束を守り信頼の関係が生まれる]のA、B、C、D、F
になった。

D、Eは

1回目時点 [会話はあがるが、引きこもり状態は変わらない]から



2回目時点 [心を開き話せる関係、約束を守り信頼の関係が生まれる]のDと

[親亡き後の不安が強い。] のEになった。

○A と B と C と F の状態の説明

1 回目の A と B と C と F の焦点コードは[当事者が自立的生活に移行、普通の会話が可能になる]であった。個別に見ていくと A、B、C の当事者は当時、1 人暮らしをしていた。

A は「息子の 1 人暮らしが頭離れず」という。「今は全て自分です。責任感が出て来て、少し大人になった」。2 回目時点では、体調を崩し自宅療養になっていた。透析 1 日置き 5 時間、看護師に迷惑かけず頑張る。家に帰ってきたが、1 人暮らしを経験後は、人への気遣いが出るようになったという。

B は 1 回目時点で「1 人暮らしさせ、お金は週 1 回渡す」という状態であったが、2 回目時点では「息子が父親に初めて迷惑かけたと謝る。お互いを思いやり、心を開いて話せるようになった」という。

C は 1 回目時点で息子が「グループホームに入り、息子と距離を持てるようになった」、2 回目時点は「1 人暮らし新しい気付きあり。不安で毎日、電話あり。父と子、距離を取り、感情的抑制を学ぶ」と述べた。F の当事者である母親は ACT と出会い、医療に繋がることで薬も飲むようになり、症状も安定した。その結果「普通の会話が可能」、「母は気にかけて、職場に電話をよこす」ようになっていた。2 回目時点で息子は、当事者の母親に対して「親孝行ができ逆に、こうなってよかったのかも知れない」と述べ、一方、いろいろ支援が入ると母親にも甘えが出ているので「自分できることは自分でやらせる」ようにしているという。

○D と E の状態の説明

D の 1 回目時点での焦点的コードは[会話はあがるが、引きこもり状態は変わらない]であったが、[心を開き話せる関係、約束を守り信頼の関係が生まれる]となる。D は「息子が外出しないのが、一番引っ掛かる。食事は自室で 1 人食べる」と述べていた。

2 回目時点では、「約束事、父親と文書確認し、本人が従うようになる」、「家事労働に家族が対価を払う」、「テレビを破壊したので自分の貯金で購入」と ACT スタッフの提案で、約束したことを文書で確認すると息子は約束を守るようになったという。また家での家事労働、風呂の掃除、部屋の掃除等に対して、金銭を払うことにした。その結果、両親への対応も穏やかになった。さらにコンビニ程度ならば、一人で外出も可能となった。

E も 1 回目時点の焦点的コードでは[会話はあがるが、引きこもり状態は変わらない]であったが、2 回目時点での焦点コードは、[親亡き後の不安が強い]となった。母親は、父親の一

家の大黒柱であることを認識させるために「父親から小遣いをあげる」行為を意図的に行っている。

引きこもり状態なので「母親にCD購入依頼」してくる。さらに息子は母親に対して「退院後病院に戻った方が良いかと聞く」という。2回目時点では息子の引きこもり状態は変わらず。息子はしきりに「親亡き後を不安がる」。両親がいなくなると自分はもう生きていけないのではないので、一人にしないでくれといい、物にはあたるが両親への「暴力はなく、一切反抗しない。」と述べた。

2) 1回目と2回目の差異

1回目の時点で、家族と当事者の関係は6人中、引きこもりの2人を除いては、全員が一人暮らしの実現や症状が安定し、家族と当事者で普通の会話が成立して意思疎通が可能となるなど、好ましい変化が出ていた。2回目時点では、信頼は深まり、Bの息子から両親へ「親父に迷惑をかけたな」と謝罪と感謝の言葉が述べられたことに象徴される好ましい変化が生まれていた。

また、Fは1回目時点で、母親がACTに繋がり、症状が安定し日常会話も可能となった。2回目時点ではヘルパーやデイケア等の既存のサービスに繋がる。小学校時代から母親が入退院を繰り返し、ほとんど会話もなかったFは、こうした変化に対して、たとえ精神病に罹ったとしても、支援が入ることで困難を乗り越え、母親との心の交流が可能になったことに感謝の気持ちを述べていた。

Eは引きこもりの状態は1回目、2日目とも基本的に変わらず、悪化もしていない。

以上のことから、家族と当事者の関係については、ACT利用後、1回目の時点ですでに4人の当事者が普通の会話が可能な状態になっていたが、2回目時点では、6人のうち5人、当事者が家族と心を開き話せる関係となり、信頼関係が深まり関係が改善されていると評価された。ただ1人Eは、家族との会話は可能であるものの、親亡き後を不安がり、希死念慮の思いが強く不安定な行動が続いていた。

【家族の社会との繋がり】

家族と社会との繋がりについて、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-2-6 家族の社会との繋がり

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
信仰、趣味、近所の人々との交流、家族会の参加で気分転換。	(A)・近所とのコミュニケーションは大切。家庭菜園で、お喋りして気分転換になる。 ・近所の人々の精神病の相談にのる。	 信仰、趣味、人々との交流が継続、安定して精神的支えになっている。	(A)・最近、畑サボっている。	25
	(B)・悩み事、牧師に相談、信仰の友もいる。家族会に3ヶ月1回、医師、看護師、区の担当者も来る。		(B)・信仰の体験が私の大きな支え。宣教師とは親子の代まで知っている。次男夫婦も教会に通っている。	26
	(C)・趣味の仲間の絆は強い。気持ちの支え。病気でなければ、私は出歩いていた。夫は畑やってるからいいけどね。		(C)・趣味は継続し、今も趣味の仲間との交流は続く。	27
	(E)・母親アルバイト、父親病気。趣味で俳句を始める。		(E)・母親の趣味、下手ながらも何かをやっていることが良かった。 ・一家で生活保護を受けるようになる。	28
仕事は家族の生活の多くの時間を占める	(D)・父親、母親とも現役で仕事をしている。	仕事は生活の励みと同時に気分転換となる。	(D)・両親共に現役で仕事。 ・精神的に仕事の方が大変。仕事の山超えたのであと残すことは無い。	29
	(F)・息子さんの仕事は午後から夜遅くまで。 ・近くの地域包括支援センターの方が結構助けてくれた。助かる。		(F)・週1回の休みなので、結構休みの日も用事が多い。 ・F(息子)自身も自分の健康で、いろんな病院へ行く。	30

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化

6人を焦点コードで見ると1回目時点と2回目の時点では以下のように分かれた。

AとBとCとEの4人は、

1回目時点 [信仰、趣味、近所の人々との交流、家族会の参加で気分転換]



2回目時点 [信仰、趣味、人々との交流が継続、安定して精神的支えになっている]のB、C、Eと

[当事者のケアに時間に追われ、趣味の時間取れず]のAに分かれた。

DとFの2人は、

1回目時点 [仕事は家族の生活の多くの時間を占める]



2 回目時点 [仕事が生活の励みと同時に気分転換となる]となった。

○A、B、C、E の 4 人の状態の説明

A は 1 回目時点で「近所とのコミュニケーションは大切。家庭菜園で、お喋りして気分転換になる」と述べた。当時は、息子が ACT の支援で 1 人暮らしを始めた頃に家族として気持ちは前向きであった。「近所の人の子の精神病の相談に乗る」余裕も出て来た。2 回目時点では、息子は腎不全で自宅に戻り療養生活を送っていた。A に取っては、意外な展開だったのではないだろうか。そんななか A は「最近、畑をサボっている。」と述べ、息子のケアに時間も取られ、家庭菜園も行く余裕はないようであった。近所との繋がりは 1 回目より弱くなっているようであった。

B は「悩み事、牧師に相談、信仰の友もいる。家族会に 3 ヶ月 1 回、医師、看護師、区の担当者も来る。」と広く繋がりを持っていることを述べていた。2 回目時点では、「信仰の体験が私の大きな支え。宣教師とは親子の代まで知っている。次男夫婦も教会に通っている」と述べ、繋がりは継続していた。

C の妻は「趣味の仲間の絆は強い。気持ちの支え。病気でなければ、私は出歩いていた。夫は畑やっているからいいけどね」と述べている。2 回目時点では、妻の膝の状態は改善せず、外出は困難であった。息子の 1 人暮らしが安定しており、その中で以前、住んでいた所の習字の仲間との交流は継続していた。E は、職人の夫が突然、病で倒れ職を失い、母親は、アルバイトをして生活を切り詰め、一家を支えていた。そうした状況で俳句教室の看板を見て何気なく趣味で俳句を始めた。2 回目時点では、母親は俳句を続けており、「趣味、下手ながらも何かをやっていることが良かった」と述べた。ACT の支援を受け、一家で生活保護を受け生活も安定してきた。

○D と F の 2 人の状態の説明

D と F の特徴は、仕事が生活の中心になっていることであった。D の両親はともに 70 代で、母親は専門職、父親も会社の役員として働いてきた。普段は日中、2 人はほとんど家にはいない。当事者の息子は 1 人自室で過ごし、ACT を利用して外出するようになった。2 回目時点でも、両親は引き続き仕事を続けていた。息子の今後のことは口出しせず、基本的に ACT スタッフにお任せしていた。「精神的には、仕事の方が大変」と時間的には夫婦ともに仕事中心に動いていた。最近、新店開設のため忙しかったがそれも「山を超えたのであと残すこない」とホッとトしているようであった。

F の仕事は飲食店関係で「仕事は午後から夜遅くまで」ある。当事者である F の母親は、薬も飲まず引きこもり状態だった。ACT に繋がったきっかけは、近所の人が大声を上げる F

の母親を見て地域包括支援センターに連絡したことであった。Fは「近くの地域包括支援センターの方が結構助けてくれた。助かる」と述べている。2回目時点では、Fは週1の休みだが、「結構休みの日も用事が多い。私自身もいろんな病院へ行く」と述べた。

2) 1回目と2回目の差異

AとBとCとEの4人の1回目時点の焦点コードは[信仰、趣味、近所の人々との交流、家族会の参加で気分転換]である。2回目時点ではAを除いて、3人の焦点コードは引き続き「信仰、趣味、近所の人々との交流が継続し、安定して精神的支えになっている」であり、社会との繋がりはず変わらず、継続していた。しかし、Aは息子が腎不全となり、1人暮らしから自宅に戻り、療養生活を送っているため、息子の1日置きに通院同行に対応していた。そのため、時間的余裕がなく、家庭菜園は「最近、畑サボっている」と述べるなど外との接触は弱くなっていた。DとFは1回目時点では、焦点的コードが[仕事が家族の生活の多くの時間を占める]状態であった。2回目時点でも[仕事が生活の励みと同時に気分転換となる]で基本は変わっていない。ACTが当事者と家族に繋がることで、ほとんどの家族の社会との繋がり維持されていた。

以上のことから、家族と社会との繋がりについては、Aのみ、息子の介護のため、畑での仲間との交流が減っていたことを除き、6人中5人の多くの人が趣味や人との交流が安定して継続していたといえる。

【家族の心的態度】

家族の心的態度について、1回目と2回目を比較すると以下のものであった。

表 4-2-7 家族の心的態度

第1回インタビュー		第2回インタビュー		コード NO
焦点的コード	定性的コード	焦点的コード	定性的コード	
ACTに出会い逃げ道が出来た。気が楽になり、安心、助かる	(A)・ACTで一息つく、逃げ道が出来た。 ・私と本人の中間のACTに感謝。 ・家族だけのケアの限界を認識。	親の気持ちは変わった。不安な気持はなくなり、前向きになった。	(B)・ACTを利用して4年前と、父親の気持が変わった。不安がなくなり、安心。ACTさんにお任せ。	31
	(B)・まめに心配していただき、親として非常に安心。		(C)・精神的負担が減った。親(C)の精神的、肉体的衰えがある。息子は遅れてきた思春期、親が外の力を借りる最後のチャンスと思っている。	32
	(F)・母が良くなって近づけた。今、お母さんがいいなあって思う。 ・うちみたいに困っている人はいっぱいいると思う。今は大分楽になった。2年間苦しんだ。こうなるとは思わなかった。		(D)・親亡き後、今焦って深刻に考えなくても良いと思うようになった。息子変わった。スタッフが充実、努力したい。 ・息子の病気、前は誤魔化した、今平気。	33
	(C)・息子の叫びは私の苦しみだった。ACTで随分楽になる。 息子がグループ・ホームに入り、夫婦はほっとする時間を持てる。		(F)・ACTさんと知り合ったのが一番。今まで、親孝行できなかったもので、今は、ホッとしている。親孝行、今まさにしてます。	34
	(D)・親亡き後、どうするのか、先生と相談中。先生のお陰で、どんだけ気が楽になったか分かりません。		(A)・前のように、眠れないことはない。 ・息子腎不全だが、ACTに助けられている。 ・親戚も友達もあまり来ない。一番頼りになるのはACT。	35
	(E)・団地の人で私を避ける人もいる。仕方ない気がする。ACTの親身な患者への対応ありがたい。今、助かっている。		(E)・辛抱は、もう、ずっと。(笑) ・息子の自殺念慮、本当笑っちゃいけないけど。 ・孫が、本当にありがたい。息子は孫には優しい。本当癒やしになる。	36

1) 1回目インタビューと2回目インタビューの時点での状態と変化

A、B、C、D、E、Fは

1回目時点 [ACTに出会い逃げ道が出来た。気が楽になり、安心、助かる]



2回目時点 [親の気持ちは変わった。不安な気持は無くなり、前向きになった]の

B、C、D、Fと

[当事者低位安定だが、家族はACTに支えられ本人を受容] A、Eに分かれた。

○A、B、C、D、E、Fの6人の状態の説明

1回目時点で、全員の焦点的コードが[ACTに出会い逃げ道が出来た。気が楽になり、安心、助かる]であった。

BはACTとの出会いで「まめに心配していただき親として非常に安心。」と述べ、2回目時点では、「ACT利用して4年前と、父親の気持、変わった。不安が無くなり、安心。ACTさんにお任せ」と気持ちの変化を明確に述べている。

Cは「息子の叫びは私の苦しみだった。ACTで随分楽になる」と自宅で症状が酷い時にACTと出会い、その後ACTの支援を受けグループホームに入り1人暮らしを実現し、「息子がグループホームに入り、夫婦はホッとする時間を持てる」ようになった。2回目時点では、「精神的負担が減った。両親の精神的、肉体的衰えがある。遅れてきた思春期、外の力を借りる最後のチャンス。」と前向きな心境を述べている。

Dの夫は「親亡き後、どうするのか、先生と相談中」と述べ、Dは「先生のお陰で、どんだけ、気が楽になったか分かりません」とACTとの出会いに感謝していた。

2回目時点では、Dの夫は「親亡き後、今、焦って深刻に考えなくても良いと思うようになった。息子変わった、スタッフが充実、努力したい」と述べ、息子の変化に期待すると共に焦って余計な不安が無くなったこと、その理由にスタッフが充実していることを上げ、「高齢だが努力したい」と明快に述べて、さらに「息子の病気、前は誤魔化したが、今、平気」と内なる差別と偏見に対して決別の宣言もしている。

Fは1回目のインタビューで、「母が良くなって近づけた。今、お母さんっていいなあと思う」と心境を吐露し、「今は大分楽になった。2年間苦しんだ。こうなるとは思わなかった」、「うちみたいに困っている人はいっぱいいると思う」と述べている。これは、FがACTと出会い、ACTに繋がったことが、事態を変えた決定的要因であることを示している。

父親は医者嫌いだったため、ACTを拒否し、結果、母親の病気に対応できないまま、日々の酒の量が増え、それが原因で亡くなった。酒に逃げる父親、病に苦しみ叫び続ける母親、Fが時々実家を覗くとそこに練り広げられる両親の生活を見て、放置できないと覚悟を決めたという。

2回目時点では、Fは「ACTさんと知り合ったのが一番」、「今まで、親孝行できなかったのも、今は、ホッとしている」と落ち着いた心境でケアしていると述べている。

Aは「ACTで一息つく、逃げ道が出来た」、「私と本人との中間のACTに感謝」、「家族だけのケアの限界を認識」と述べていた。2回目時点では息子は腎不全が悪化で、1人暮らしから実家に戻っていた。Aは息子が実家に戻ってきたことに対して「前のように、眠れないことはない」と述べている。しかしAは現在、週3回の透析に通院同行し「息子腎不全

だが、ACTに助けられている」と述べている。またケアに追われ、今は趣味を楽しむ時間が見出せない中「親戚も友達もあまり来ない。一番頼りになるのはACT」だとも述べていた。Eは、息子が退院後入院先の病院と全く関わりがなくなることを何度か経験し、今回ACTを利用する中で「ACTの親身になっての患者の対応ありがたい。今、助かっている」と述べている。2回目時点ではACTの訪問時以外は、息子は、外出できず、希死念慮に囚われ昼夜逆転生活を送っている。また、「神が俺を支配している」と言い、しばしば居住している13階のマンションの屋上に行き「死ねない」と言って戻ってきて、「自分1人ではとても生きていけない」と不安を口にするという。そうした息子の様子を「息子の希死念慮、本当笑っちゃいられないけど」と淡々と述べていた。「辛抱は、もう、ずっと。(笑)」と言い「孫が、本当にありがたい。息子は孫には優しい。本当癒やしになる」とも述べている。

2) 1回目と2回目の差異

1回目時点で、ACTを利用した人の全ての家族が、「逃げ道が出来た」と述べた。彼らは追い詰められた状況で、ACTに出会い、何でも相談できることで、ACTとの信頼関係が生まれ、気持ちが楽になり、安心の心境に至ったことが確認できた。

2回目時点では、当事者が回復に向かっている家族はACTへの信頼がさらに深まり、その安心の心境は「ACT利用して4年前と父親の気持、変った。不安が無くなり、安心」(B)、「親亡き後、今、焦って深刻に考えなくて良いと思うようになった」(D)、「ACTと出会ったのが一番。今まで親孝行が出来なかったので、今はホッとしている」(F)、「精神的負担が減った」(C)との言葉に表れているように不安がなくなり、安心感がさらに深まり、安定した心境に変化していた。

一方、Aの息子は身体疾患が悪化し、自宅療養、Bの息子は依然引きこもりから抜けだせず、希死念慮に囚われ精神的に不安定な状態のままである。そうした不安を抱えながらもAは「一番頼りになるのはACT」、Eは「辛抱は、もうずっと」と述べてACTに支えられながら、当事者に寄り添い受容していた。

以上を見るとこの2年間で4人の家族(B、C、D、F)は、今までのように日々のケアに追われ、親なき後の不安に囚われることから解放され、ACTとともに変わる当事者を見守るように変化していた。4人の当事者は就労、通所との繋がり、外出も可能な段階とレベルは様々だが2年間で確実に改善が進んでいる。家族はこうした中でACTと安心して相談し、当事者を受容し、当事者の回復を諦めていなかった。2年前には考えられない変化である。インタビューの時の家族の穏やかな表情が何よりもそれを物語っていた。

以上のことから家族の心的態度の変化については、4人の家族は、ACTとの出会いで逃げ場ができたことで、安心感が生まれ、利用を継続することで、親亡き後の不安はなくなったと述べた。明らかに家族の安心への心境の変化が見られる。また残りの2人の家族においても、当事者の心身が不安定な状況だがACTに支えられて当事者を受容しており、家族の心的態度は諦めずに当事者を見守る心境であるといえる。

【家族のリカバリー】

抽出された焦点的コード、定性的コードを基に対象の6家族を白石の「回復した家族のイメージ」と照らし合わせると、回復の段階に達すると考えられる項目が多く見られた。

またアンダーソンの定義については、ほぼ全家族が該当すると考えられた。6家族の当事者のうち2名は引きこもりや自宅療養中であったが、4名が自立的方向へ進み、ACTから既存のサービスへの転換が始まっていた。2名の当事者の症状と生活は低位安定で厳しい状況であるが、家族は、ACTに支えられて当事者を受容していると考えられた。

表 4-2-8 回復した家族のイメージとの比較

	内容	A	B	C	D	E	F
①	本人の精神症状が決して軽くないことを理解している。しかし、希望は持っている。	○	○	○	○	○	○
		35	31	32	33	36	34
②	本人に温かく接することの重要性は理解。正しい療養を本人に伝えることができる。	○	○	○	○	○	○
		19	20	21	23	24	22
③	医療関係者に感謝。言いたいことがあれば不安、不満を率直に話せる。	○	○	○	○	○	○
		17	14	15	16	13	18
④	本人の世話をしている。一方で、自分の生活設計に沿って、人生を楽しんでいる。		○	○	○	○	○
			26	27	29	28	22.34
⑤	本人を世間の偏見から守っている。いざとなれば意見を述べる覚悟を持っている。	○	○	○	○	○	○
		17	26	15	16	36	18

3 考察

筆者の研究（佐川 2014）ではACTを利用することで症状が安定、引きこもりからの脱出や一人暮らしの実現で自立生活への歩みに繋がっている事例を確認することができた。今回の調査では約3年後に、ACTの利用を継続することで当事者や家族の生活がどのように変化したのか、またACTとの関わりがどのようなものだったのかについて調査した。

本項では、その結果をもとに考察する。

第1 当事者の生活では、4人中6人の生活は自立的方向へ改善、ACTとの関係では全員がACTの訪問を受け入れ、多くは楽しみにしていた。

発症後経過が長くなった精神障害者の生活は、多くの場合問題を抱えたまま推移することが多いことがこれまでの種々の調査から明らかになっている。当事者は、不安が強く、新しいサービスを受けることに消極的で、引きこもりがちな生活を送っている人は新し支援者と出会うことを躊躇することが一般的である。そのような中、今回の調査対象者の身内であるACTの利用を開始した当事者は、当初は受け入れを躊躇した人もいたものの、まもなく訪問を受け入れ、時間の経過に従い、その多くが訪問を楽しみに待つようになっていた。多くの精神障害者がサービスを躊躇しがちなことを精神特性とってしまうのではなく、提供する側に問題があるとの認識が必要である。ACTスタッフは、未受診には受診を勧め、必要で可能なサービスのあっせんなども行っていた。必ずしも精神症状や障害の程度が大幅に改善したわけでもなくとも、ある者は就労や通所事業所を継続でき多くの場合安定した生活を送ることができていたことが今回の調査で明らかになった。こうした成果は、当事者のリカバリーを志向する支援から生じたことが推定される。ACTのスタッフの親身で、タイムリーな対応がこのような変化を生んでいたことは間違いないと思われる。

第2 家族と当事者の間に心が通じる関係が生まれていた。

今回の時系列の調査で、当事者、家族、ACTの3者の関係で特徴的な変化は、特に当事者と家族間で認められた。両者の関係は、双方の自立の成長過程に応じて様々であるが、今回、ACTを利用した当事者と家族の関係では、双方がお互いを受け入れ、自立的な関係への変化が見られた。利用者の活動的になる姿を見て家族が希望を持つ（佐藤 2012）ことが明らかにされているが、今回明らかになったのは、当事者と家族間の双方向の関係の変化である。例を挙げると、父親のBは、息子が初めて「親父に迷惑をかけたな」と素直に謝ったことに心を動かされ、その結果「お互いを思いやるようになり、お互い心を開いて話せるようになった」と語った。Bが父親として過去の思いに固執せず、長く病に苦しんだ息子を1人の人間として、受け入れたのだと判断された。また、Cの息子はACTの支援で1人暮らしを始めた。お互い距離を取ることで冷静に向き合う関係になったことで、Cは息子の現在を「遅れてきた思春期」と表現し、回復への歩みと感じていた。Dは、息子の家事手伝いの対価として金銭を支払うようにし、当事者が意欲を高めるとともにお互いの関係が改善したことを報告している。Fは母親の症状が安定して、普通に親孝行ができるようになったという。

上記では、家族がACTと繋がり、家族が当事者にゆとりを持って接するようになっていくことが示されている。このような変化はACTが当事者および家族と情報を共有し、相談対応の中で相互の信頼関係が生まれた結果、家族と当事者の双方の不安が減少し、家族は当事者の障害の面ばかりにとらわれるのではなく、良い面にも目が行くようになり、精神障害者と見るのではなくまず、1人の人間として見るようになり、日常的コミュニケーション

ョンが可能になったために生じたと思われる。一方、2回目の調査の時点で引きこもりから脱しきれない当事者や身体疾患の悪化で1人暮らしから自宅療養に移り、家族への依頼心が強くなった当事者もいる。通常なら関係が悪化することが懸念される状況でも、家族は当事者を受容し、寄り添っていた。

これらの変化は、日常的に当事者や家族の状況を知る者にとって、先のACTを利用しない家族の調査を見るまでもなく、まれなケースと考えられる。藤井は「家族は発病前の人生・生活を知っているから、家族は、今、ここで共にいる精神病を発病した家族員を理解しにくいのである」（藤井 2004）と述べている。幼い頃の過去の知識、イメージが本人への理解を困難し、さらに精神病の偏見に満ちた常識が無理解の壁になる。また、今の生活の利害関係や気付け合う関係のため、冷静さを欠き自分の立場からしか相手を見られなくなってしまうという。

では、家族のこうした関係と環境のもとで、ACTが当事者及び家族と情報を共有し、ともに行動する中で信頼関係が築かれる家族と当事者の関係は、どう説明されるのであろう。

ここで見てきたことは、精神障害者とその家族だけの生活、関係ではお互いが冷静に、余裕を持って対応し、心通わす関係にはなりにくいということである。逆に第3者が入り、支援者であると同時に支援される家族は、今の悩みを受けとめてもらい、また危機の時、当事者へともに対処してもらうことで、冷静に対応することが可能となり、精神的余裕を持てるようになると思われる。この時、当事者は「家族は変わった」と感じ、家族に安心し、語りかけてくると考えられる。

こうした変化、動向は当然のようにも見えるが、家族自身は、ACTから支援を受ける中で「寄り添う人々がいると感じる」（岡本ら 2014）援助関係があつてはじめて可能となったものと推察される。

第3 ACTの支援で、当事者と家族とACTの3者の好循環の関係が生まれ、それは家族の社会との繋がりも支えていた。

ACTによる支援の結果、当事者の症状の安定や日常生活の自立的方向への改善が進むと、家族の当事者に対する見方に好ましい影響を与え、結果として、ACTへの信頼が高まるといふ好循環が生じていた。Bは息子が「働く意欲が出てくる」、Cは息子が「被害妄想、不安で毎日、電話がある」が「表情に自信」、Dは息子が「くそ親父早く歩けと言わなくなった」、「本人が変わったのは、Hさんのお陰」と述べている。ACTの効果については「わが国においても、入院治療に代わる、重い精神障害を持つ者の地域生活の維持に役立つサービスプログラムであることが実証された。」（伊藤 2008a；伊藤 2008b）とまとめられている。佐川は家族にも効果が及ぶことを示し、その上で、ACT利用1年前後の家族の好ましい心的変化は、必ずしも当事者の変化だけに由来するものではないことを示した（佐川 2014）。今回、約3年間にわたる当事者と家族の関係の変化を見ると、ACTと繋がることで当事者の生

活と症状の安定と改善が進み、そうした当事者の変化を ACT と共有し、家族自身も ACT に支援されることで、家族と当事者の関係に好循環が生じていることが確認された。

さらにこうした 3 者の好循環の関係は家族に精神的、物理的余裕を生み、6 名中 5 名の家族に仕事、趣味、人々の交流が継続されていることが確認された。こうした家族の社会との繋がりを家族は「信仰の体験が私の大きな支え 宣教師は親子の代まで知っている。次男夫婦も協会に通っている」(B)、「趣味の仲間の絆は強い。気持ちの支え。」(C)、夫婦ともに現役で仕事」(D)、「下手ながら何か(俳句)をやったのが良かった。」(E)と日々の生活をふり返り前向きな心境に変化していることを読み取ることができる。

第 4 家族の不安の解消から安心へのプロセス

約 2 年間の間隔をあけた今回の第 2 回目の面接調査の結果、多くの家族の心的態度に好ましい変化が生じたことが確認された。その変化の内容は、主に親亡き後の不安が解消され、安心が広がっていることである。B は自分の気持ちについて「ACT 利用して 4 年前と、父親の気持、変わった。不安がなくなり、安心。ACT さんにお任せ」、D も「親亡き後、今、焦って深刻に考えなくても良いと思うようになった」と述べている。こうした親亡き後の思いを佐藤は家族の面接から「私たちが死んでも ACT さんが来てくれるから」(佐藤 2012)と紹介している。ではなぜ、このような変化が生じたのであろうか。ほとんどの家族が、ACT の利用当初から「気が楽になり、安心」と心情を語っている。それは、家族が ACT に対し「どんな相談にも対応」、「多様な取組み」、「医師・スタッフへの強い信頼」、「一緒に行動、一緒に考える」(佐川 2014)といった評価を与えていることと関係すると考えられる。今回の調査により、不安と孤独の中に置かれてきた家族が ACT に出会い、どんな相談にも対応してもらうことで「一息つき」、「逃げ道ができた」との思いを抱いた後、家族が ACT と話合の中で①家族が気付かなかった D の家事労働の報酬化、②一家の生活保護の提案、(E)、③家族が困難と思われる本人 1 人暮らしへのケア (C)、④親亡き後の相談 (A) などの具体的支援が実現していることが示された。ACT は家族の相互扶助機能を補完することにより、将来、自分たちがいなくなったあとも当事者が何とかやっていけるとの家族の見通しを強くしたと推察される。こうした家族の変化について、三品も「ACT のような支援を受けていない家族が『親亡き後』について強い不安を示すのに比して、ACT の支援を受けている家族は『ACT さん、さえいてくれれば何とかなるでしょう』という安心感を持つようになる」(三品 2013 : 383)と述べている。

ACT を利用して安定する家族を見れば、「家族は変化・成長する人びと」(三品 2013 : 384)であること、問題は、「今まで家族が安定するためのサービスがなかったため、変化や成長の機会が閉ざされてきたのである」(三品 2013 : 384)ことが改めて認識される。

一方、当事者の症状が低位に安定し、不安が解消されたとはいえ家族もいたが、こうした家族も諦めずに「一番頼りになるのは ACT」と ACT に支えられつつ、当事者を受容していた。なぜ、こうした家族は第 1 回目と比較して、当事者の生活や身体的症状が後退か

もしくは、低位に安定しているのかかわらず、諦めの心境ではなかったのであろうか。それは家族が、当事者と家族に寄り添う ACT と信頼関係を築く中で、たとえ自分たちがいなくなっても、当事者が「ACT さんに支えながらも生きていける」（三品 2013 : 383）と安心と希望を見出したからではないだろうか。なお、ACT により負担が軽減されると、それまで多大な労力を費やしてきた家族には一種の自己喪失感が見られる場合もあるとされる（大島ら 2008）。今回そうしたネガティブな事例が観察されなかったのは、事例の数が少なかったためである可能性が考えられる。

第5 ACT が行う家族支援の特徴

以上のような、ACT における家族支援の特徴をどのように考えればよいであろうか。ACT が当事者及び家族に対して行う個々のサービスは、他のサービスメニューにも存在している。しかし、ほとんどの場合、そのサービスと情報は、分断された状態で存在している。その状況で家族が、当事者に代わって必要と思われる情報を集め、サービスに繋げるとなると、そのハードルは高いと言わざるを得ない。そのような中、ACT の 1 日 24 時間 365 日体制、重い精神障害を抱えた人を対象とした多職種 of 専門家から構成されるチームの訪問サービスで、当事者、家族が何でもすぐに相談でき、しかもスタッフが当事者を良く知っていることにより、一貫した一体的サービスが提供されることは、本人のみならず、家族への支援としても有効に機能していることが、今回の調査で示唆されたといえる。

日本の精神保健福祉医療の歴史を振り返ると、地域における当事者のケアと生活援助に対してはその多くを家族に負わせていたのが実情である（伊藤 2011）。患者の立場に立ち、家族が行ってきた情報の総合化とサービスを繋げる役割を ACT が家族とともにやっていることが今回の調査で確認された。一体的・総合的に情報とサービスを把握し、対応することの重要性について、岡村は「社会福祉は、社会関係の主体的側面の困難に着目する援助として、他の社会的施策や援助と区別される」とし、主体的、個人的側面に立ち社会福祉的援助を生活困難の解決のために援助することの必要性を指摘している（岡村 1983）。

ACT はアメリカのスタート当初、当事者の生活の中に強制介入し、自立生活を強力に進める医療モデルの色彩の強いサービスであったが地域の中での当事者の自立を支え、当事者とともに試行錯誤を経る中で、やがて社会心理対応や生活支援という方向へ変わっていった。同じように今日本の ACT は日本の当事者の置かれた環境の中で、10 数年に及ぶ実践期間の中で、当事者と家族の生活全体に関わる、何でも話せる関係になる支援を実践しつつある。

第6 リカバリーについて

人の Well-being、人の生き方、リカバリーなどの概念は、時代や環境に影響される相対的なものである。しかし、ACT を利用している家族は、不安と孤独の中に置かれていた家族

が ACT に出会い、どんな相談にも対応してもらうことで、安心感を得て、ACT に支えられながら、見守られているとの実感を持つことで、自分と当事者を冷静に見るゆとりが生まれていた。やがて当事者と「家庭内の対話促進」（三品 2013：390）が進み、家族自身に回復の力が芽生え始め、「不安がなくなり、安心」と述べている。家族の口から直接「希望」という言葉は聞かれていないが、こうした心的態度の変化は白石の「回復した家族のイメージ」に照らしても、6 人のほぼ全員が該当していることから、家族がリカバリーという状況にあるとみることは妥当である。

第 3 節 ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族の比較検討

1 ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族の変化の違い

本項では、ACT を利用していない 4 家族と ACT を利用している 6 家族について、第 4 章第 1 節、第 2 節で分析した結果を基に、比較検討し、ACT における家族支援の有効性の要因を明らかにする。

ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族のプロフィールを改めて確認する。ACT を利用していない 4 人の家族のプロフィールは、当事者平均年齢 40 歳、平均罹病期間 18.3 年、家族年齢 69.5 歳。一方、ACT を利用している家族は、当事者平均年齢 43.8 歳（49.3 才）、平均罹病期間 22.4 年（25.3 年）、父親 73 歳、母親 69.8 歳、家族年齢 71 歳（69.1 才）。（ ）内数値は患者が母親である場合を入れた全数値。その場合、家族は子どもになる。ACT を利用している家族は ACT を利用していない家族に比較して 1～20%ほど数値は高くなっているが、有意に異なる対照群とは考えなくてよいと判断した。

1) ACT を利用していない家族、ACT を利用している家族の選定に当たっての考え方

ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族の選定するに当たっては、両者家族の当事者の精神疾患の症状及び障害そして、2 つグループを取り巻く治療環境がほぼ同程度と考えられることを選定条件とした。2 つ当事者の症状、日常生活の障害、家族を含めた治療環境について見ていきたい。

(1) ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族の比較の一覧表

表 4-3-1 ACT 利用していない当事者のプロフィール

家族	当事者年齢	病名	発病年齢	罹病期間	第1回インタビュー	症状 (第1回面接時)	日常生活の障害 (第1回面接時)	居住形態 (左に同じ)
J	長男 35歳	統合失調症	20代前半	約15年	・2012年 9月4日	日常会話が出来ない。独語が頻繁。	地活に不規則に出入り。作業出来ず。	親と同居
K	長男 37歳	統合失調症	20代前半	約15年	・2012年 9月4日	幻聴、独語あり。自分の部屋では大人しい。家族と会話なし。	引きこもり、10年以上。外部との接触一切無し。	親と同居
L	長女 50歳	双極性障害	20代後半	約25年	・2013年 9月26日	定期的にハイとなり、興奮し1日眠れず。	デイケアに通うが利用者とトラブル。買物1人で困難	親と同居
M	次男 38歳	未受診	10代後半	不明	・2012年 8月15日	幻聴、独語が多い。母親に依存。受診拒否。	引きこもり、15年以上。1人で時々ドライブ。	親と同居

表 4-3-2 ACT 利用している当事者のプロフィール

家族	当事者年齢	病名	発病年齢	罹病期間	第1回インタビュー日	症状(ACT利用前) (第1回面時から半年～1年前)	日常生活の障害 (ACT利用前)	居住形態 (左に同じ)
A	長男 40代	統合失調症	10代	約30年	・2012年 10月17日	妄想でテレパシーが働いと部屋中探し回る。家族へ暴力。糖尿病あり。	腎不全で食事制限あり、通院に母親同行。引きこもり。	親と同居
B	長男 50代	統合失調症	20代後半	約25年	・2012年 10月17日	幻覚、妄想。人の自動車を盗み、事故を起こす。親戚をヤクザと思いつむ。友人と酒を飲み外で大声を上げる。	1人暮らしで福祉的就労に付く、躁状態になると不安定で何度も職を変える。	1人暮らし
C	長男 30代	統合失調症	10代後半	約20年	・2013年 6月25日	幻聴、独語あり。音に敏感で自分の悪口を言っていると窓を開けて大声を出す。	マンションの上の階が気になるので、一家で引越。引きこもり。	親と同居
D	長男 50代	統合失調症	20代後半	約22年	・2013年 6月4日	幻聴あり。妄想あり。物を壊す。過去、テレビ5台壊す。	大学卒業後、22年間引きこもり。薬は母親が取り行っていた。	親と同居
E	長男 40代	統合失調症	20代後半	約15年	・2013年 6月4日	幻聴、妄想あり。壁から声が聞こえるという。部屋の物を壊す。希死念慮あり。屋上に行き死ねなかったという。	20歳頃より18年引きこもり。部屋はカーテンを引いたままで音楽大ボリュームでかける。	親と同居
F	70代 母親	統合失調症	30代	約40年	・2013年 6月20日	治療中断して20年以上。独語、妄想、幻聴あり。夜眠らず。ベランダで大声で怒鳴る。	引きこもり。大きな声で1人2日間しゃべり続ける。外で大声を上げる。	息子と同居

(2) 精神疾患及び症状について

・病名、罹病期間、症状について見ていく。i) は ACT を利用していない当事者のグループで、ii) は ACT を利用しているグループであるが、両者を比較すると以下の通りである。

i) 病名は4名全員が統合失調症、1名未治療で不明、罹病期間は最低で15年で平均18.3年。症状では幻聴・独語が3名、1名会話が通じない。1名興奮すると1日不眠となる。

ii) 病名は6名全員が統合失調症、罹病期間は最低で15年で平均25.3年。症状では幻聴・妄想が4名、2名独語。暴力4名、家族への暴力1名、1名は興奮すると1日不眠。希死念慮1名。症状から見て、両グループの当事者は重篤と考えられ両者には大きな差異はないと考えられる。

(3) 日常生活の障害

i) ひきこもりが2名、他に2名も通所に不安定ながら通所しているが、1名は日常会話が困難で周りとのコミュニケーションが取りにくい。また2名とも日常の買い物は正確には出来ない。

ii) 日常生活での障害は、ひきこもりが5名、1名のみ福祉的就労に着いていた。

引きこもりの5名は、引きこもり期間がほぼ20年以上になる。ACTを利用する前、未治療者は1名だが、もう1名も通院せず。処置入院後行かなくなり20年上になり、母親が薬を行っていた。両グループの当事者はB以外は、重篤と考えられ両者には大きな差異はないと考えられる。

(4) 居住の偏在

i) 4名のうち1名はA県、3名は首都圏S県の2市（1名と2名）に在住している当事者と家族。

ii) 6名のうち3名はA県、3名はB県に在住している当事者と家族。

ACTを利用している家族は、現在ACTが日本ではごく一部に限られて存在していることからA県とB県の2ヶ所であった。ACTを利用していない家族は同じB県であるが3ヶ所に分散していることから、両グループに大きな偏りはないと考えられる。

(5) 総合的に見て、母集団としての両グループの差異

(1) から (4) を総合的に判断すると、両グループにおいて特段の差異は認められないので両者を比較対象とすることは調査結果には大きな問題はないと考えられる。

本論文では、両グループの家族の第1回目のインタビューと第2回目のインタビュー内容を比較検討して、その変化の分析に主眼を置くのは、論文の目的からして当然の流れであるが、ACTを利用していない家族との比較も含めて総合的に比較判断する場合には、客観性を確保するにはACTを利用していない家族とACTを利用している家族のスタート時点でほぼ同一条件の出発点を再度確認することは、重要である。

なお、両グループの当事者と家族のインタビューの内容は時系列に整理して、資料Ⅰ、資料Ⅱにあるので、そちらを参照されたい。

2) 当事者の生活

当事者の生活について表 4-1-2 と表 4-2-2 を再掲すると表 4-3-3 ようになる。

表 4-3-3 当事者の生活

ACTを利用しない家族		ACT利用家族	
第1回インタビュー	第2回インタビュー	第1回インタビュー	第2回インタビュー
焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード
デイケア、地活に繋がっているが問題行動知機能安定せず。 J、L	地活に繋がっている。 プログラム参加で表情明るい。 J	ACTを利用、1人暮らしを実現、継続する。 A、B、C	自宅に戻り、療養生活。 A
	デイケア、地活に繋がって、プログラム参加で表情明るい。L		一人暮らしで、就労、日中活動も安定 B、C
	➡		➡
引きこもりで、生活スタイルは安定。家族と意識疎通は可能。 K、M	引きこもり生活は変わらず。家族とトタブルもなく、生活スタイルは安定。 K、M	引きこもりからACTで医療に繋がる。 D、F、E	家族との会話、外出、買物可能に。既存サービスも受ける。 D、F
			引きこもりは変わらず。健康管理できず。 E

<変化の違い>

両者の3年間の経過を比較すると、ACTを利用している家族の当事者の1名は身体疾患に伴う療養生活を送っているが、他の5名の生活は安定しており、全体として、自立的生活に向かっていると考えられた。一方、ACTを利用していない家族の当事者4名の生活は基本的に変わっていないといえなかった。変化は多少あるも、その幅は小さく、特に悪化はしていないという程度であった。

群として比較すると、両者の生活の質の変化の差は明らかであると考えられる。すなわち、ACTとの出会いにより当事者6名中4名の生活が自立的方向へ変化したが、ACTを利用していない家族の当事者は、それ以前と同様の支援を前提とした生活を続けており、ほぼ現状維持であると考えられる。このような状況が続き、家族が高齢化したことが、親亡き後の不安を高める原因となっていることが考えられる。

3) 当事者と医療者の関係・当事者と ACT の関係

当事者と医療者の関係、当事者と ACT との関係について表 4-1-3 と表 4-2-3 を再掲すると表 4-3-4 ようになる。

表 4-3-4 当事者と医療者の関係、当事者と ACT との関係

ACTを利用しない家族		ACT利用家族	
第1回インタビュー	第2回インタビュー	第1回インタビュー	第2回インタビュー
焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード
医療に繋がっており。医師との関係は良い悪い様々。 J、L、K	訪看利用で家族も入って話合う、医師との良い悪いの関係は変わらず。 J、L、K	訪問が楽しみ、スタッフと気を許して話せる関係になる。 B、F、D	ACTの訪問を楽しみに、ACTと話して、当事者変わる。 A、B、C、D、E、F
かたくなに医療拒否。 M	医療拒否、人との交流も進まず。 M	ACTと繋がり、徐々に話できる関係になる。 C、A、E	

<変化の違い>

ACT を利用していない家族では、医療に繋がっている 3 名のうち 1 名 (J) は医師との関係は良好だが、他の 2 名は医師と信頼して相談できる関係にはなっていなかった。また医療を拒否している 1 名 (M) は、依然、ピアサポーター以外の人との交流もない状態であった。一方、ACT を利用している家族の当事者 6 名は 1 回目では ACT との関係では、個人差が見られたが、2 回目時点では全員が ACT の訪問を受け入れ、ほとんどの当事者は楽しみにし、ACT と安定した関係を築くようになっており、さらに良い方向への変化が認められた。両者を比較すると ACT 利用家族の当事者はサービスを受ける中で、全員が良好な関係を発展させていたのに対して、ACT を利用しない当事者と医療者との関係では、特別の変化は認められなかった。このように、ACT 利用の当事者のみに認められた医療者との関係の変化は、ACT を利用したことによると考えるのが妥当と思われる。

4) 家族とサービス機関、家族と ACT の関係

家族とサービス機関の関係、家族と ACT の関係について表 4-1-4 と表 4-2-4 を再掲すると表 4-3-5 ようになる。

表 4-3-5 家族とサービス機関、家族と ACT の関係

ACTを利用しない家族		ACT利用家族	
第1回インタビュー	第2回インタビュー	第1回インタビュー	第2回インタビュー
焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード
家族は、デイケア、地活のスタッフと繋がり、相談出来る関係。 J、L	支えとなったワーカーなしとスタッフの支えでサービス量が変わった。 J、L	何でも相談出来るので助かり、心強い。 A、B、C、D、E、F	何でも相談出来し、当事者、家族の生活変わる。 B、C、D、E
引きこもり。保健所に繋がった当事者と繋がらない当事者。 K、M	病院ワーカーと相談する関係できず、保健所と繋がらず。 K、M		スタッフが当事者を良く知っているのですぐ相談出来家族が安心 A、F

<変化の違い>

ACT を利用していない家族では、親身になって対応してくれるワーカーの支援でサービスの利用が広がったケースと家族が訪問看護を要請して、サービスの利用に繋がったが、まだ相談出来る関係は出来ていないケースの2つのグループに分かれた。一方、ACT を利用している家族は、6人全員が ACT といつでも相談出来る関係から家族の生活が変わる関係とスタッフとすぐに相談が出来る関係になっていた。両者を比較すると家族と外部のサービス機関との繋がりに関して、顕著な相違があることが明らかである。

5) 家族と当事者の関係

家族と当事者の関係について表 4-1-5 と表 4-2-5 を再掲すると表 4-3-6 ようになる。

表 4-3-6 家族と当事者の関係

ACTを利用しない家族		ACT利用家族	
第1回インタビュー	第2回インタビュー	第1回インタビュー	第2回インタビュー
焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード	焦点的コード
夫婦で役割分担、当事者に寄り添う。当事者と家族のコミュニケーションは良く撮れている。 J、L、M	高齢化で夫婦両方でのケアは無理。当事者の生活支援困難。 J、L、M	当事者が自立的生活に移行、普通の会話が可能になる。 A、B、C、F	心を開き話せる関係、約束を守り信頼の関係が生まれる。 A、B、C、D、F
当事者、親へ抵抗ありと医師に伝える。家族とメモで意思確認。 K	通院同行で母親と最低限の会話可能に。 K	会話はあがるが、引きこもり状態は変わらない。 D、E	親亡き後の不安が強い。 E

<変化の違い>

ACT を利用していない家族は夫婦で協力して当事者のケアを行ってきたが、高齢化と病気等で当事者のケアが困難になってきていた。2名の引きこもりの状況は変わらず、そのうちの1名は通院の時のバスの中や診察時に最低限の親子の会話が可能となった程度であった。

一方、ACT を利用している家族の当事者は2回目では、6名中5名が家族と決めたルールを守り、信頼関係を築き、家族とのコミュニケーションが可能となる。引きこもりの2名中1名は外出、買い物が可能になり、家族と約束を守り、コミュニケーションも可能となっていた。1名のみは、大きな変化が見られず、親亡き後を不安がっていた。

以上、ACT を利用していない家族では高齢化や病気のために当事者支援が困難になっていたりと、その不安が高まっているのに対し、ACT を利用している家族では、6名中5名に当事者と心を開き話せる関係ができており、当事者は家族と決めたルールを守るなど信頼関係が生まれていた。こうした関係は、ACT 利用期間が長くなるにつれて顕著になる傾向が認められた。

6) 家族の社会との繋がり

家族の社会との繋がりについて表 4-1-6 と表 4-2-6 を再掲すると表 4-3-7 ようになる。

表 4-3-7 家族と社会との繋がり

ACTを利用しない家族			ACT利用家族		
第1回インタビュー		第2回インタビュー	第1回インタビュー		第2回インタビュー
焦点的コード		焦点的コード	焦点的コード		焦点的コード
家族会への参加や趣味や仲間との交流で、ケアの息抜き。 J、K、L、M	⇒	高齢化や夫婦どちらかが亡くなり趣味や社会参加が困難。 J、L、M	信仰、趣味、近所の人々との交流、家族会の参加で気分転換。 A、B、C、E	⇒	当事者のケアに時間に追われ、趣味の時間取れず。 A
		趣味を広げ、ストレス解消。 K			信仰、趣味、人々との交流が継続、安定して精神的支えになっている。 B、C、E
			仕事が家族の生活の多くの時間を占める。 D、F		仕事が生活の励みと同時に気分転換となる。 D、F

<変化の違い>

ACT を利用していない家族は、もともと家族会に参加し、趣味や人との交流等で社会参加を行いケアの気分転換、息抜きを行ってきた人たちであった。同じ病を持つ家族同士の交流は心の支えになっていたが、家族の高齢化や夫婦のどちらかが亡くなるなどで社会参加の機会が、急激に減少し、当事者へのケアにも支障が出てきていた。一方、ACT を利用している家族 6 名全員が信仰、趣味、人との交流、家族会そして、仕事等で社会参加し、ケアの気分転換や息抜きを行うことができていた。その中で、趣味の時間が取れなくなっていたのは、当事者が腎不全になり、自宅に戻った 1 名のみであった。

ACT を利用している家族は、当事者のケアの負担が軽減され、家族に物理的精神的余裕が生まれたため、信仰、趣味、人々との交流、家族会への参加等が可能になり、継続している可能性が高いと考えられたのに対して、ACT を利用しない家族は、急激に社会参加が低下していたがその原因は、家族の高齢化、夫婦どちらかが亡くなること等で家族の介護力の低下が主なものであった。このようなことから今後 ACT が親なき後の問題を解消する役割を果たすことが期待される。

7) 家族の心的態度

家族の心的態度について表 4-1-7 と表 4-2-7 を再掲すると表 4-3-8 ようになる。

表 4-3-8 家族の心的態度

ACTを利用しない家族			ACT利用家族		
第1回インタビュー		第2回インタビュー	第1回インタビュー		第2回インタビュー
焦点的コード		焦点的コード	焦点的コード		焦点的コード
親亡き後、当事者の生活の見通し立たない不安。希望見えず。J、L、M	➡	家族は自己限界で半ば諦め。親亡き後の当事者の生活の不安は消えず。 J、L、M	ACTに出会い逃げ道が出来た。気が楽になり、安心、助かる。A、B、C、D、E、F	➡	親の気持ちは変わった。不安な気持ちは無くなり、前向きになった。 B、C、D、F
普通の生活を心がける。夫婦で協力してケア。ストレス発散も工夫し、ケアを行なう。K		私の支えは家族会、趣味、主人の協力に感謝。K			当事者低位に安定、だが、家族はACTに支えられ本人を受容。A、E

<変化の違い>

ACT を利用していない家族は、親亡き後について、当事者の生活の見通しが立たず、当事者の将来を哀れに思いながら、不安で希望が見えないと心境を語っていたが、2 回目の時点では、半ば諦めの心境（J、L、M）に至っている人が少なくなかった。

一方、ACT を利用している家族は、ACT を利用することで、「逃げ道ができた」「気が楽になり、安心、助かる」と語っていたが、2 回目の時点ではさらに時間の経過する中で不安が軽減し、安心感が高まった人が多かった。腎不全になった当事者や希死念慮に囚われている当事者を抱えている 2 名は、大変な状況ながらも ACT に支えられて当事者を受容できていた。ACT を利用しない家族と ACT を利用している家族の間で、家族の心境には大きな違いがあることが確認された。

8) 大カテゴリー別の ACT 利用しない家族と ACT 利用家族の変化の比較

以上の結果をまとめると表 4-3-9 のようになる。

表 4-3-9 大カテゴリー ACT を利用しない家族と ACT を利用している家族の比較

1. 当事者の生活				2. 当事者と医療者 (ACT) の関係				3. 家族とサービス機関 (ACT) との関係			
ACT利用なし家族		ACT利用家族		ACT利用なし家族		ACT利用家族		ACT利用なし家族		ACT利用家族	
J	=	A	-	J	+	A	+	J	=	A	+
L	+	B	+	L	-	B	+	L	+	B	+
M	=	C	+	M	=	C	+	M	=	C	+
K	=	D	+	K	=	D	+	K	=	D	+
		E	-			E	+			E	+
		F	+			F	+			F	+
悪化	0	悪化	2/6,	悪化	1/4	悪化	0	悪化	0	悪化	0
改善	1/4	改善	4/6,	改善	1/4	改善	6/6,	改善	1/4	改善	6/6,
不変	3/4,	不変	0	不変	0	不変	0	不変	3/4,	不変	0
<p>○ACT利用していない当事者-通所している2名のうち1名はプログラムに参加。引きこもりの2名の1名は病院に繋がる。多少変化があるが幅が小さく、基本変わらず。 ○ACT利用している当事者-一人暮らし実現の3名中2名は就労。1名身体疾患悪化で自宅に戻る。引きこもり3名中2名は外出、既存サービス利用可能。1名引きこもり変わらず。結果、6名中4名は自立的生活に向っている。</p>				<p>○ACT利用していない当事者-医療に繋がっている3名のうち1名 (J) のみが、関係良好で、後は医師と信頼関係はない。医療拒否している1名は、ピアサポーター以外には人との交流なし。 ○ACT利用している当事者-ACTとの関係、全員良好。ACTの訪問を楽しみにして、ACTと良く対話し、当事者に変化が見られる。</p>				<p>○ACT利用していない家族-親身になって相談できる関係は1名。他、支えとなったワーカーなし。1名は訪看利用開始。 ○ACT利用している家族-全員が相談できる関係から、当事者、家族の生活が変わった4名と後2名はスタッフが当事者をよく知っているの、すぐに相談できる関係に変化している。</p>			
4. 家族と当事者の関係				5. 家族の社会との繋がり				6. 家族の心的態度			
ACT利用なし家族		ACT利用家族		ACT利用なし家族		ACT利用家族		ACT利用なし家族		ACT利用家族	
J	-	A	+	J	-	A	-	J	-	A	=
L	-	B	+	L	-	B	+	L	-	B	+
M	-	C	+	M	-	C	+	M	-	C	+
K	+	D	+	K	+	D	+	K	=	D	+
		E	-			E	+			E	=
		F	+			F	+			F	+
悪化	3/4	悪化	1/6	悪化	3/4	悪化	1/6	悪化	3/4	悪化	0
改善	1/4	改善	5/6	改善	1/4	改善	5/6	改善	0	改善	4/6,
不変	0	不変	0	不変	0	不変	0	不変	1/4,	不変	2/6,
<p>○ACT利用していない家族-家族は夫婦で協力してきたが、高齢化と病気で当事者のケアが困難になってきている。1名 (K) 診察の時に通院同行し、会話が可能になる ○ACT利用している家族-6名中5名が家族との決めたルールを守り、信頼関係出来る。1名は変わらず親亡き後不安がる。</p>				<p>○ACT利用していない家族-全員が趣味や人との交流で社会参加してきたが、1名 (K) 以外は、高齢化と家族力の低下で急激に社会参加できなくなる。 ○ACT利用している家族-ACTと役割分担ができ、5名が社会参加は継続している。1名は当事者が身体疾患となったためそのケアで畑作業での交流減少。</p>				<p>○ACT利用していない家族-3名のうち4名は親身に相談出来る関係もなく半ば諦めの心境。1名は夫と協力、障害者の妹のケアも加わるが淡々とこなす。 ○ACT利用している家族-6名中4名が親の不安は無くなった。ACTの支えがあれば何とかやっていると答えている。2名は当事者がひきこもり状態と身体疾患でケアに追われているが、ACTに支えられ当事者を受容している。</p>			

2 考察

ACT の家族支援における経年的効果については以下のことが明らかになった。

第1 大カテゴリーの全てにおいて、ACT を利用している家族の方が、ACT を利用していない家族より状況が改善されていた。

約3年間の経過で（表4-3-9）見られる様に6つの大カテゴリー【当事者の生活】、【当事者と医療者の関係】、【家族とサービス機関の関係】、【家族と当事者の関係】、【家族の社会との繋がり】、【家族の心的態度】の全てにおいて、ACT を利用している家族の方が、ACT を利用していない家族よりも状況が改善されていた。ACT を利用している家族は、第1回目と第2回目の調査で比較した場合、大カテゴリー全てにおいて改善が見られ、自立に向けての成長を当事者、家族とも確認できた。ACT の継続的な利用が当事者のみならず、家族の生活や心的態度にも好影響を与える事が示された。一方、ACT を利用していない家族は、当事者を中心とした【当事者の生活】、【当事者と医療者の関係】、【家族とサービス機関の関係】の3つにおいては、ほぼ変わらないか、やや改善にとどまっていた。しかし、【家族と当事者の関係】、【家族の社会との繋がり】、【家族の心的態度】の3つにおいては、半数又は、4名中3名が悪化と答えていた。

第2 ACT を利用していない家族は、家族の高齢化で当事者のケアが困難な傾向が出ている。ACT を利用している家族は安定してケアを継続できていた。

ACT を利用しない家族において、【当事者の生活】、【当事者と医療者の関係】が特に悪化している訳ではないにもかかわらず、【家族と当事者の関係】、【家族の社会との繋がり】が悪化するのには、家族の高齢化、病気や夫婦どちらかが亡くなる等の介護する家族の変化によることが示唆された。これらの結果は、家族が当事者のケアを全面的に担っている状況下においては避けられない帰結である。悲観的で諦めの境地といった【家族の心的態度】もそうした状況を反映し、現在の当事者があるがままに受け入れることができず、事態を深刻に受け止めることからきていることが推定される。

田上は、支援されることもない家族が孤立し、追い詰められる心境を明らかにし、家族が「積極的な受容に至るのは難しい」（田上 1998）と指摘している。

ACT を利用している家族の趣味や人との交流、家族会への参加等は継続されていた。それはACT が介入することで、ACT が当事者のケアを全面的に担い、家族とACT の間で役割分担ができ、家族に物理的・精神的余裕が生まれることから生じたと推定される。そうした関係が安定して続くなかで家族に安心感が生まれ、将来への不安が和らいだ結果が【家族の心的態度】に反映したものと思われる。

以上の結果から、高齢化している両親のもとで暮らしている慢性の統合失調症患者に取っては、ACT などの訪問を含む包括的なサービスが早急に必要であると考えるのが妥当である。

第3 信頼して相談が出来る専門家が家族の身近にいて、必要なサービスを利用できる可能性が高いと考えられる。

今回の調査で、ACTを利用する家族は、ACTといつでも、何でも相談できる関係ができ、そこから基本的信頼関係が生まれ、当事者、家族の生活に変化が生まれてくる事が確認された。ACTは家族と当事者のそれぞれに関わることで、当事者、家族にとって何が生活上の困難で、今何が必要なのか、それをともに考え、一緒に行動していた。この過程で、家族と本人とのコミュニケーションが回復することが示唆された。一方、ACTを利用しない家族ではなかなか支えになる支援者に出会う機会が得られず、適切なサービスに繋がっていないことが明らかになった。もちろん、ACT以外にも相談援助を行う専門職は増えてきている。Lの当事者である娘は、以前、病院のデイケアで、利用者とトラブルになり、病院を変わる事になった際、地域活動支援センターの所長のアドバイスで別の病院を紹介されていた。この所長は本人や家族に寄り添いながらも、その時々相談に乗り、対応していた。母親のLは、こうした丁寧な支援者の対応に全幅の信頼を置きつつも娘の症状がなかなか安定しないこともあり、娘に最も必要なサービスとして、何よりも娘の相手をして、話をじっくり聞いてくれる専門家が重要とはっきり述べていた。現在の地域で行われているマネジメントは仲介型、すなわち既存のサービスの紹介である。ACTは「サービスを仲介するのではなく、治療、生活支援、リハビリテーションを直接提供する」ところに特徴がある。現場では、既存の地域のケアマネジメントの一つである地域活動センターの支援者が親身に当事者、家族に対応すること以上の相談支援のサービスが求められていることを銘記する必要がある。

第4 ACTを利用している家族はACTと信頼関係を構築し、協働的關係を継続することで、家族に希望が生まれ、家族はリカバリーしていることが示唆される。

ACTを利用していない家族の経過を追うと、個人の限界で半ば諦めの心境に達する人が少なくないことを見てきた。当事者の親亡き後の不安は解消されるどころかますます高まる状態にある。一方、ACTを利用している家族はACTと出会い、不安な気持はなくなり、悲観的な気持ちが減少していった。その経過をみると、ACT利用開始に伴い、家族は気楽に話せるようになり、自分の思いを吐き出すことで、精神的負担を減少させた。その結果、家族は当事者と距離を持ち、自分を冷静に見ることが可能となっていた。さらに、ACTの支援を受ける中で当事者が自立に向けて動き出すのを見て、家族は、将来自分たちが関わり続けなくても、当事者が自立した生活を歩むだろうとの見通しが立ち、将来に希望が持てるようになっていった。三品（2013：397）はACTのこうした支援を「希望ある人生への歩み」として、「生活の取り戻し」することで「希望をもたらす」ことに繋がり、家族が希望をもち、未来志向で歩めるようになるための支援だと指摘している。

ACTを利用している家族がこのような心境になるに至った原因を整理しておく。

- 1) 最短2年9月、最長4年1ヶ月、当事者がACTと繋がり、生活支援を受けて自立生活を目指すことからくる安心感。
- 2) 当事者の将来の自立に向けての相談や家族自身の悩みもACTとフラットに話せる信頼関係ができていること。
- 3) ACTが当事者の生活支援に対して責任を持って対応するため、家族は、全面的にケアする負担から肉体的にも精神的にも開放され、自分らしい生活を取り戻している。

こうした変化が最終的には肯定的な心的態度の変化となり、リカバリー体験が、家族自身の言葉から聞かれるようになったことが推定される。

第5章 ACTの家族支援の効果の背景となる要因

第1節 ACTチームへのグループインタビュー調査（調査Ⅲ）

1 本調査の位置付け

第4章で、ACTを利用していない家族とACTを利用している家族の3年間の間の変化を比較分析し、ACTの介入によって、当事者と家族とACTの3者の信頼関係が構築され、その結果、家族がリカバリーしていると言えることを示した。第5章では、家族のリカバリーに至ったACT支援の要因を明らかにするために、第4章で対象とした当事者と家族が利用した2つのACTのチームメンバーへのインタビューを行った結果を分析した。

本節では2つのACTのチームのスタッフメンバーに対するグループインタビューの結果をまとめて報告する。ACTにおいては、利用者1人ひとりに対して、ケースマネージャーが責任をもって対応している。このグループインタビューの目的は、ACT経験4年以上のケースマネージャーが、当事者と家族に対してどのような考えで、生活支援を行なっているのかを明らかにすることである。

2 目的と方法

1) 目的

ACTの利用家族に直接対応しているスタッフのケースマネージャーにインタビューを行い、その結果を分析し、家族のリカバリーが生まれるに至った要因を明らかにすることを目的とする。

2) 対象

2つのACTにそれぞれ3名と4名の合計7名のスタッフにグループインタビューを行った。

対象者はACTチームで支援者となって4年以上となる人である。なおACTのチームリーダーもグループインタビューの場に同席したが、次の項で単独インタビューの結果を分析することとし、こちらでは、その発言は聞き取り調査の対象とはしなかった。

表 5-1-1 対象者のプロフィール

	ACT	メンバー	性別	年齢	役職	資格	障害者支援歴	経験歴(ACT)
1	1	A	男	40代後半	チームリーダー	精神保健福祉士	17年	13年7ヶ月
2		B	女	50代前半	ケースマネージャー	看護師	21年7ヶ月	8年7ヶ月
3		C	女	30代後半	ケースマネージャー	精神保健福祉士	14年7ヶ月	8年7ヶ月
4		D	女	30代前半	ケースマネージャー	精神保健福祉士 社会福祉士 介護支援専門員	8年	7年
5	2	E	男	40代	チームDr	医師	20年	4年
6		F	男	30代	チームリーダー	精神保健福祉士	13年	4年
7		G	女	40代	ケースマネージャー	看護師	23年	4年

ACT1 は、地方の政令指定都市にある病院の中に存在するスタッフ 6 名のチームである。

ACT2 は、首都圏にあるクリニックで展開しているスタッフ 5 名のチームである。

3) 調査期間

ACT1 に対しては 2016 年 8 月 23 日、ACT2 に対しては 2016 年 9 月 1 日にインタビューを行った。

4) データの分析方法

安梅 (2001) のグループインタビュー法を参考に分析を行った。インタビューの回答を帰納的に検討し、最終的に確定した。表示は《 》→大カテゴリー、【 】→カテゴリー、< >→焦点コード、「 」→事例コードとした。インタビューから、当事者で 5、家族で 4、スタッフを支える 3、ACT の特徴 2 の計 14 のカテゴリーを抽出した。

5) 倫理的配慮

本研究は東洋大学大学院の「研究倫理規定」に基づき適切な倫理的配慮を行った。調査対象者には、研究の目的・方法・協力の任意性・匿名性の保証・個人情報の保護等について、書面及び口頭で説明を行い、同意を得て実施した。データは分析作業後廃棄した。

3 結果

1) 大カテゴリーの設定

インタビュー結果を分析して、《当事者の変化》、《家族の変化》、《支援者の支えになるもの》、《ACT の特徴》の 4 つの大カテゴリーを設定した。大カテゴリーを構成するカテゴリーは表 5-1-2 の通りである。

表 5-1-2 グループインタビューカテゴリー一覧

大カテゴリー	カテゴリー
当事者の変化	第3者と出会う
	関係を維持する
	さまざまな積重ね
	本人と丁寧に付き合う
	スタッフもともに成長
家族の変化	専門家と繋がる安心
	家族に共感、傾聴
	本人と家族の両方への支援
	本人と家族の相互関係の回復
支援者の支えになるもの	チームに支えられる
	利用者の反応
	自分と向き合う時間
ACTの特徴	必要な時期にすばやくサービス提供
	多職種・自己完結型

3) カテゴリー別の結果

《当事者の変化》

大カテゴリー《当事者の変化》は、【第3者と出会う】、【関係を維持する】、【さまざまな積重ね】、【本人と丁寧に付き合う】、【スタッフもともに成長】の5つのカテゴリーより構成される。

表 5-1-3-1 当事者の変化

カテゴリー	焦点コード	事例コード
第3者と出会う	第3者の出会いで変化	・今までなかった第三者がご本人さんと会うということ自体が、何か変化という意味では良くも悪くも起こすのかな。
	症状、家族関係から視点が変わる	・それまではどうしても症状にとらわれていたりとか、何か家族との関係性というところばかりに目が向いていたところが、第三者の人が入ることです……。
	第3者で抑制が利く、家族だけだと歯止め利かず	・単純に第三者が入ることによって、ちょっと抑制が利くというか、そういうのはあるのかなと思いますよ。
関係を維持する	関わることで気持ちのゆとり	・何か症状、家族だけに行かない、気持ちのゆとりじゃないけれど、どこかで間が持てるようになったことで、何か目の前でやりたいこととか、やろうとしていることとか
	関わる中で本人が意思表示	・年金申請に必要な書類を取りに行くとか、そういったことを自分でやると言ったりとか、スタッフと一緒に取りに行ったりとかですね。
	関わることで変化が分かる	・関わり続けることで変化が分かる関わり続けていることが、利用者さんも変わっていつている要因なのかなって、長く関わって分かったみたいな感じ。
さまざまな積重ね	ふり返りで気づく積重ねの大切さ	・何かそういう振り返りの場というのが気づくことが多いですね。要因って、考えると、やっぱり1個1個積み重ねていることで起こっているのかな
	多職種のアセスメントの積重ね	・いろんな職種でもって、いろんな目で見ても、今、起きていることをアセスメントしながら、そのときに合った対応ができていたのが、そんなところがちょっとずつ積重ねて、変化はしてきたのかなという印象。

表 5-1-3-2 当事者の変化

カテゴリー	焦点コード	事例コード
本人と丁寧に付き合う	心身不調時に、一緒にいる	・基本、何か1人の寂しい時間だったりとかで、やっぱり病状悪化したりというところもあるんで、その辺でこう、私たちが入ること(中略)関係ができる。
	本人の意向を大切に向き合う	・ご本人がどうしたいのかということをも自分でちゃんと決めていながら、そこに付き合っていくながら、それをまた返ししながらということ丁寧にやっていくことによって、本人が気付くというか……。
	こちらの意向で変わらず、本人の気付きの時に付き合う	・こっちが変われと言っても本人は変わらないわけですよ。だと、やっぱり本人はそういう自覚をしているか分からないですけど、何かしら気付いたりとか、気付きというんですかね。そういうものがあつたときに、やっぱりちょっと少し変化していくということとはたぶんあるかなと思いますよね。
	いつでも専門職へ相談でき、安心	・何か24時間365日対応しているというあたりで、いつでも相談できるといのがすごい安心材料かな。
スタッフもともに成長	スタッフもともに変化成長	・要は関わっている私自身も一緒に変化してたりするんじゃないかなと、最近感じます。
	変化の認識は後から分かる	・変化の認識は後から分かる振り返りをしているときとかに、(中略)こういうところが変わっているとか、っていうのを気づいたりすることが多いんですよ。

【第3者と出会う】

このカテゴリーは3つの焦点コード、＜第3者の出会いで変化＞、＜症状、家族関係から視点が変わる＞、＜第3者で抑制が効く、家族だけでだと歯止めが効かず＞より成り立っている。

＜第3者の出会いで変化＞、

Cは「今までになかった第三者にご本人が会うこと自体が、何か変化という意味で良くも悪くも(変化を)起こす」という。

＜症状、家族関係から視点が変わる＞

Cは「症状に囚われ、家族との関係性にばかり目が向いていたのが、第三者が入ることで、気持ちにゆとりじゃないけれど、どこか間が持てるようになったことで何か目の前のやりたいこととか、何かの行動っていうところに少し気持ちがむけるのかな」という。

＜第3者で抑制が効く、家族だけでだと歯止めが効かず＞

Eは「単純に第三者が入ることによって、チョット抑制が利くというというか、そういうのはあるかなと思います」という。

ここでは、外部からの第3者との出会いが、「何か変化という意味で、良くも悪くも起こす」ことが全ての始まりといえる。この第3者との出会いの実現は、当事者の自発性に全て任せるのではなく、外部からの積極的な介入によって、つまりACTが訪問することで、

起きる現象であり、訪問というサービス形態が、非常に重要な要素であることが、複数のスタッフから語られていた。発病によってコミュニケーション力が弱い当事者にとって、自分の力だけでは外部とのコミュニケーションを上手く取ることが出来ず、結果として、家族と当事者だけの閉鎖的な世界に身を置かざるを得なくなる場合が多い。そこに外部から、第三者が家に入ることで、当事者、家族双方への抑制が効き、いい意味での緊張感が生じる。そうした効果についてEは「人は他者と対峙することで内から外へと視点が向き、そこで自分を客観視するのである」と述べている。ACTの訪問は本人の変化を引き出すきっかけであり、全ての始まりといえる。

【関係を維持する】

このカテゴリーは3つの焦点コード、〈関わることで気持ちのゆとり〉、〈関わる中で本人が意思表示〉、〈関わることで変化が分かる〉より成り立っている。

〈関わることで気持ちのゆとり〉

Dは「**継続的に関わる**ところで、何かちょっと発想の転換が出来たりとか、ちょっと自分自身で見通しが持てるような、余裕が少し持てるようになったというのか。何らかそういうことが、一つの要因としてあるのかなという気がします。」という。

〈関わる中で本人が意思表示〉

Cは「**関係を保つ**ようにしていく中で、ご本人さんがこうしてみたいのが出てくる(中略)Oさんみたいにずっとこう家にこもっていた方も、自分の年金(中略)を1人で(年金関係資料を)もらいに行くとかという(中略)ことができるようになるのかなということですかね。」という。

〈関わることで変化が分かる〉

Bは「私も1年目の時は全然分らないままで、2、3年関わって行くうちに、利用者さんも変わってきているので、**関わり続けている**ことが利用者さんも変わっている要因かなって、長く関わって分かったことみたい。」という。

C、D、Eの発言から、ACTが利用者と関係を維持することにより、①本人に気持ちの余裕が生まれ(Dの発言)、②何か自分のやりたいことに目が向き、意思表示と自発的行為が生まれ(Cの発言)、③継続的に関わることで、本人の意識の変化が分る(Bの発言)といった一連の成果を生み出していくことが示されている。

【さまざまな積重ね】

このカテゴリーは2つの焦点コード、＜多職種のアセスメントの積重ね＞、＜振り返りで気付く積重ねの大切さ＞より成り立っている。

＜多職種のアセスメントの積重ね＞

Dは「いろいろな職種でもって、いろいろな目を見て、今、起きていることをアセスメントしながら、そのときに合った対応をしていたのが、そんなところでチョットずつ積み重なって、変化はしてきたのかなという印象ではあるかな」という。

＜振り返りで気付く積重ねの大切さ＞

Dは「何かそういう振り返りの場というのが気づくことが多いですね。要因って、考えると、やっぱり1個1個積み重ね。」という。

ACTは本人に対してさまざまな働きかけと見守りを行っているが、多職種の専門家がそれぞれの目を見て、現状をアセスメントし、その時に合った対応をしていくとことが重要な要素である。これは多職種がチーム内に存在するACTのチームアプローチならではの特徴の一つであるが、多職種のスタッフがそれぞれアセスメントしたことについて、振り返りの場がACTに存在していることが積み重ねの重要性に気づかせやすくする契機になっている。

【本人と丁寧に付き合う】

このカテゴリーは4つの焦点コード、すなわち＜心神不調時に一緒にいる＞、＜本人の意向を大切に向き合う＞、＜こちらの意向で変わらず、本人の気づきの時に付き合う＞、＜いつでも専門職へ相談出来る安心＞より成り立っている。

これらについて、Eは以下のように4点指摘している。

＜心神不調時に一緒にいる＞

Eは「何か1人の寂しい時間だったりとかで、やっぱり病状悪化したりというところもあるんで、その辺でこう、私たちが入ること（中略）で関係ができて…」

＜本人の意向を大切に向き合う＞

「ご本人がどうしたいのかということ自分でちゃんと決めていきながら、そこに付き合っていくながら、それをまた、返しながらということ丁寧に行っていくことによって、本人が気付くというか」

＜こちらの意向で変わらず、本人の気づきの時に付き合う＞

「本人がこう、こっちが変われと言っても変わらないわけですよ。だと、やっぱり本人はそういう自覚をしているか分からないですけど、何かしら気付いたりとか、気付きというんですかね。そういうものがあつた時に、やっぱりちょっと少し変化していくということは、多分あるかなと思いますよね。」

<いつでも専門職へ相談出来る安心>

医療も含めた専門家が24時間、365日対応することは、当事者、家族にとって、Eは「いつでも相談出来るというのがすごい安心材料かな」と述べている。

以上の発言を整理すると、本人との対応で4つの指摘がなされている。第1に本人が困っているとき、辛いときに支援者が対応する。第2に支援者側の思いや願いをベースにするのではなく、本人の意向を中心に丁寧に対応する。第3に本人が自覚して気付いた時に寄り添ってサポートする。第4にいつでも専門家に相談出来るという安心感を持ってもらう、である。

Eは「こっち（支援者側）が変われと言っても（本人は）変わらないはわけですよ。」という。そして「本人はそういう自覚しているか分からない」が、そうした状況では本人が「何かしら（中略）気付きというんですかね。そういうものがあつた時に」、「少し変化していくということ」が可能となり、それに対して「返しながらということ丁寧に行っていくことによって、本人が気付くというか」と述べている。

ここには、本人が自らも容易に自己決定できない状況での支援者が取るべき対応の原則が示されている。こうした当事者への対応は家族だけでは現実に不可能である。だからこそ専門家の存在が意味を持ち、家族も「いつでも相談出来る」というACTの支えがあることにより、安心して当事者に対応出来るのである。ここにACTが行なっているケアの本質が示されているといえる。

【スタッフもともに成長】

このカテゴリーは2つの焦点コード<スタッフもともに変化成長>、<変化の認識は後から分かる>より成り立っている。

<スタッフもともに変化成長>

Dは「要は関わっている私自身も一緒に変化していたりするんじゃないかな。と、最近感じます」という。

<変化の認識は後から分かる>

Dは「変化の認識は後から分かる。振り返りをしている時とかに（中略）こういうところが変わっているとか、っていうのを気づいたりすることが多いんですよね」という。

ここでは、患者-支援者の関係ではなく、同じ目標に向かってともに歩む、人と人との対等-平等の関係の中から「一緒に変化していたりするんじゃないかな」という感覚がスタッフには生まれる。しかも、こうした「**変化の認識は後から分かる**」と述べている。患者と対等-平等で率直な関係になることで、ともに成長する感覚が持てること、そしてその認識はミーティングも含めた振り返りの中で分かる述べている。とかく家族は、良くなってもらいたい一心で目の前の変化を無意識に求めているのである。しかし、本人自身が「変わりたくても変われない自分」のふがいなさといらだちに苦しんでいる自分があるがままに受け入れることから支援は始まる。ACTのスタッフは寄り添いながら、成長していく感覚を持っているということが示されている。

長い目で見て、ふとふり返ってみる、いつの間にか変わっていたねという感覚が生まれる。家族も、あとになって初めてこのような感覚をもちことになるのであろう。

《家族の変化》

この大カテゴリーは、【専門家と繋がる安心】、【家族に共感、傾聴】、【本人と家族両方への支援】、【本人と家族の相互関係の回復】の4つのカテゴリーより構成されている。

表 5-1-4-1 家族の変化

カテゴリー	焦点コード	事例コード
専門家と繋がる安心	いつでも相談できる	どこに相談すればいいんだみたいな話で、実際、相談する、しないはまた別としても、そこ(専門家)があるというの心のゆとりにつながっていくかなということですね。
	医療の訪問で安心	そうやってきた、そういう状況の中で、単純に医療がまた入ることによって、ちゃんと医療的な評価がなされるということは安心感にはなるのかなとは思いますがね。
	アセスメントで対応	アセスメントとか、ちゃんと伝えてあげるところで、そういう理由だったのかというところで、何かちょっと慌てずに対応できたりとかいうところが、(中略)ご家族の安心材料だったりになって
家族に共感、傾聴	家族の方がいっぱい話す	・必然にそうなりますね。家族の方がいっぱい、いっぱい、わーって話すときもあるの。・ご家族自身も本当に大変なんだなっていうのを肌で感じてしまっていて
	訪問で家族の苦勞が目に入る	・初めに家族の意見をきちんと聞かなくちゃっていう前提があるわけじゃなくて、訪問というスタイルで対応させてもらっていて、そこのお家に入り込むと、もう、好き嫌い関係なく、本人だけでなく、ご家族もすごい苦勞されているというのが、どうしても、もう目に入っちゃうので。
	不安の強い家族への支援	ご本人のところに訪問行っても不安が家族の人が強い場合は、そうだよ、今の状態ならやっぱり家族の方がやっぱり、分かるなって思うと、家族の人の話では、ほとんど終わるって場合もある

表 5-1-4-2 家族の変化

カテゴリー	焦点コード	事例コード
本人と家族両方への支援	本人と家族の両方の生活を支える	家族の、本人の支援という形、話で言えば、家族にしかできないことというのはやっぱりあるんだと思うんですよ。だけど、家族も生活しているわけで、その生活自体をやっぱりしっかり支えていかなきゃいけないという部分はやっぱりありますよね。そこの両立というのが必要になってくるとは思いますけど
	生活場面での対応が必要	いくら本人から相談があったとしても本人だけでは完結しないだろうなっていうか。生活場面でどう解決していくとか、どういふふうに対処を目指すというふうになったときには、セットっていうかな。分けられないものというか
	関係性で起きる問題は家族支援が必要	ACTに来てから特に、何か困っていたり、相談のあることだったりっていう話の中で、病気の症状そのものが原因でっていうよりも、むしろ何か関係性の中で起こっていることが実は多くて。その辺りで関わっていく作業をしていると、意識しなくてもやっぱり家族支援をしていることになるかなと思います。
	生活支援は家族抜きに出来ない	私たちがいわゆる生活を支える、生活支援をするっていうときにはやっぱりご家族抜きで、ご本人の支えもできないっていうのがあって、実践の中からこうだよなっていうような話。家族支援の研究の到達とずれていない。
家族と本人の相互関係の回復	利用者の変化は家族に影響	あとは、本人さんが頑張れていることとか、何か今までできなかったことができたりとかというときは、ご家族の変化は結構大きいかなと思いますね。
	本人・家族の思いの橋渡し	直接、ご家族が本人に言わなかったり、本人もご家族に言わなかったりする「ありがとう」とか「うれしい」とかというのを、言っていましたよ、というふうに思っていることがうまくお互いに伝え合えなくなっている
	家族の当事者のストレングスの発見	実際、病状が落ち着いて、少し本人のいいところが見えてきたりすると、このFさんの息子さんも、お母さんってやっぱりいいなと、インタビューのときにつくづく思う

【専門家と繋がる安心】

このカテゴリーは3つの焦点コード、〈いつでも相談出来る〉、〈医療の訪問で安心〉、〈アセスメントで対応〉から成り立っている。

〈いつでも相談出来る〉

相談するかしないかは別にして、専門家が身近に相談に乗ってくれる関係にあることは、家族にとって安心の第一条件である。そもそも相談できる組織に繋がっていること自体が、安心感の源となっている。

医療の専門家が家に入ってきて、医療的な評価がなされ、アセスメントが行われ、その理由が分ればそれは安心材料になると、Eは次のように述べる。

「そういう状況の中で、(中略)ちゃんと医療的な評価がなされるということは安心感にはなるのかなとは思いますが、」「アセスメントとか、ちゃんと伝えてあげるところで、そういう理由だったのかというところで、何かちょっと慌てずに対応できたりとかというところが、(中略)ご家族の安心材料になって」

いるという。こうした関わりが病院ではなく、訪問で行われることにより、生活の場での支援＝支えになっている。

【家族に共感、傾聴】

このカテゴリーは三つの焦点コード、〈家族の方がいっぱい話す〉、〈訪問で家族の苦労が目に入る〉、〈不安の強い家族への支援〉より成り立っている。

支援者の支援の出発点は共感・傾聴である。訪問という形態で家に行く時には、前提として、目の前に「不安が強い家族」が存在している。選択の余地のない現実がそこにあり、必然的に支援は、話を聞くことから始まるのである。

〈家族の方がいっぱい話す〉

「必然的にそうなりますね。家族の方がいっぱい、いっぱい、わーって話すときもあるので、ご家族自身も本当に大変なんだなっていうのを肌で感じてしまっていて」(Bの発言)

〈訪問で家族の苦労が目に入る〉

「初めに家族の意見をきちんと聞かなくてはという前提があるわけじゃなくて、訪問というスタイルで対応させてもらっていて、そこのお家に入り込むともう、好き嫌い関係なく、本人だけじゃなくて、ご家族も、すごい苦労されているというのが、どうしても、もう目に入っちゃうので」(Bの発言)

〈不安の強い家族への支援〉

「ご本人のところに訪問行っても不安が家族の人が強い場合は、そうだね、今の状態ならやっぱり家族の方がやっぱり、分かるなって思うと、家族の人の話では、ほとんど終わるって場合もある」(Bの発言)

ここでは、医学モデルに示されるような患者-治す人のような関係は最初から存在せず、訪問で生活の場に入ることは理屈を超えて、共感・傾聴から始めるしかないことが語られている。

【本人と家族の両方への支援】

このカテゴリーは4つの焦点コード〈本人・家族の両方の生活を支える〉、〈生活場面での対応が必要〉、〈関係性で起きる問題は家族支援が必要〉、〈生活支援は家族抜きにはできない〉から成り立っている。

ACTは、本人の訪問を目的として行くが、目の前に家族がいてスタッフは家族の話にも耳を傾ける。そこで家族が本人に熱心に関わりながらも疲労困憊し、家族自身の生活が精神的・経済的に不安定になっている現状があることに気づかされる。

〈本人・家族の両方の生活を支える〉

「本人の支援という形、話で言えば、家族にしかできないことというのはやっぱりあるんだと思うんですよ。だけど、家族も生活しているわけで、その生活自体をやっぱりしっかり支えていかなきゃいけないという部分はやっぱりありますよね。そこの両立というのが必要になってくるとは思いますけど」 (Cの発言)

<関係性で起きる問題は家族支援が必要>

ACTに来て本人と対応する中で「何か困っていたり、相談のあることだったりっていう話の中で、病気の症状そのものが原因というよりも、むしろ何か関係性の中で起こっていることが実は多くて」、そうしたなかで「意識しなくてもやっぱり家族支援をしていることになるかなと思います。」 (Cの発言)

<生活場面での対応が必要>

特に同居している場合は本人と家族の双方の話を聞き生活全体をセットで見て、生活場面での解決が大切とCは以下のように本人と家族の両方への支援の重要性を述べている。

「いくら本人から相談があったとしても本人だけでは、完結しないだろうなっていうか。生活場面でどう解決していくとか、どういうふうに対処を目指すというふうになったときには、セットっていうかな。分けられないものというか」

<生活支援は家族抜きにはできない>

「生活支援をするといったとき、ときにはやっぱり、ご家族抜きで、ご本人の支えもできないっていうのがあって、実践の中からこうだよねっていうような話」 (Cの発言) になってきたという。

【本人と家族の相互関係の回復】

このカテゴリは3つ焦点コード、<利用者の変化は家族に影響>、<本人・家族の思いの橋渡し>、<家族による当事者のストレスの発見>より成り立っている。

ACTを利用した家族には「ごく普通の家族の関係を取戻し」、「こころが通う」関係が見られたのを佐川の調査(2013:88-92)で確認した。スタッフのインタビューからも、以下に示すように同様の内容が確認される。家族間の正常なコミュニケーションが取れない家族をACTが仲立ちすることで関係修復のきっかけができるという。

<利用者の変化は家族に影響>

「本人さんが頑張れていることとか、何か今までできなかったことができたりとかというときは、ご家族の変化は結構大きいかなと思いますね」 (Gの発言)

<本人・家族の思いの橋渡し>

「直接、ご家族が本人に言わなかったり、本人もご家族に言わなかったりする『ありがとう』とか『うれしい』とかというふうに思っていることがうまくお互いに伝え合えなくなっている」(Gの発言)

<家族による当事者のストレングスの発見>

ACTが家族の中に入り、本人の症状が安定してくると家族は本人の健康的な面、よい面が見えてくるという。それは、本人のストレングスの発見であり、家族と本人の心が通じる合うことにつながる。当事者である母をケアしている息子(50歳)の話聞いて、Gは、

「**実際、病状が落ち着いて、少し本人のいいところが見えてきたりすると、この当事者(母親)の息子さんも『お母さんってやっぱりいいな』と(聞くと)、インタビューの時につくづく思う**」と述べている。

《支援者の支えになるもの》

この大カテゴリーは、【チームに支えられる】、【利用者の反応】、【自分と向き合う】の3つのカテゴリーより構成される。

表 5-1-5 支援者の支えになるもの

カテゴリー	焦点コード	事例コード
チームに支えられる	チームで利用者との経験を共有	・情動面というか、感情面というか、大変だとか、悲しいとか、嫌だとか、あるいは逆にうれしいとか、楽しいとか、何か利用者さんと接したり、いろいろやっていくことで、そういうことも一緒に共有できていくことというのは大切なのかな。
	チームは吐き出す場であり鏡でもある	・自分の考えを出して、それを何か、みんながそれこそ鏡になってくれるじゃないですけど、なってくれることで、物事シンプルに考えればいいんだとか ・やっぱり自分で抱え込むことが少ないというか、困ったり、負の感情を抱えても吐き出せる場がいつもあるっていうのは、すごく仕事上、精神衛生上、すごく助かっているとは常々思います。
	チームで責任分散	・支えは、結構、スタッフに任せちゃっているので、責任が分散されているというか。僕は一歩引いた形での関わりという感じなので。
	チームや地域に支えられる	・やっぱり何か、自分だけで抱えない。チームで支えてもらう。地域に支えてもらうっていうか、そんな感じがします。
利用者の反応	利用者の笑顔や希望の実現	・利用者さんの希望がちよっとでもかなったりして、良かったとか、何もないよとか、そういう利用者さんの笑顔だったり、反応だったりとかは、やっぱりすごく支えだろうなと。
	家族から学ぶ	・利用者さんとかご家族に教わることはたくさんあります。
自分と向き合う	体を動かし、自分と向き合う	・ここへ来て、かなり苦しいことが本当に多いので、そこ(ヨガ)に力を借りることがすごく多くなっております。 ・僕は体を動かして、自分と向き合っとかという時間は大切にしています。
	意識の切り替え	・オンとオフの切り替えで、オフにはなるべく考えずにリフレッシュするっていうことはちよっと意識しています。

【チームに支えられる】

このカテゴリーは4つの焦点コード〈チームで利用者との経験を共有〉、〈チームは吐き出す場であり鏡でもある〉、〈チームで責任分散〉、〈チームや地域に支えられる〉から成り立っている。

〈チームで利用者との経験を共有〉

まず、利用者との情動も含めた体験をスタッフが、共有化することの大切さを次のように述べている。

「情動面というか、感情面というか、大変だとか、悲しいとか、嫌だとか、あるいは逆にうれしいとか、楽しいとか、何か利用者さんと接したり、いろいろやっていくことで、そういうことも一緒に共有できていくことというのは大切なのかな」（Eの発言）

また毎朝のチームミーティングで負の感情の面も含めて自分の考えを吐き出し、そこで他のメンバーの意見を聞くことが自分の言動を見直し、客観視する鏡となるという。

また、Cは「支えてくれるものが何なのかを考えたときに（中略）自分の考えを出して、それを何か、みんながそれこそ、鏡になってくれるじゃないですけど、なってくれることで、物事シンプルに考えればいいんだなとか」と述べている。

〈チームは吐き出す場でもあり鏡でもある〉

Dはチームが吐き出せる場として次のように述べている。

「やっぱり自分で抱え込むことが少ないというか、困ったり、負の感情を抱えても吐き出せる場がいつもあるっていうのは、すごく仕事上の精神衛生上、すごく助かっているとは常々思います。」

〈チームで責任分散〉

Eからは「支えは、結構、スタッフに任せちゃっているので、責任が分散されているというか、僕は一步引いた形での関わりという感じなので」、責任が分散されていることが挙げられた。医師として病院の時とは違って責任が分散されているという。

〈チームや地域に支えられる〉

Eはまた、困った時、行き詰った時、他組織への相談することも述べられていた。

「やっぱり何か、自分だけで抱えない。チームで支えてもらおう。地域に支えてもらってという」

【利用者の反応】

このカテゴリーは2つの焦点コード<利用者の笑顔や希望の実現>、<家族から学ぶ>成り立っている。本人や家族の笑顔や希望がかなうことがスタッフの支えになっていた。そして、本人、家族から教えられることも挙げられた。

<利用者の笑顔や希望の実現>

Gは「利用者さんの希望がちょっとでもかなったりして、良かったとか。何もないよとか、そういう利用者さんの笑顔だったり、反応だったりとかは、やっぱりすごく支えだろうなと」という。

<家族から学ぶ>

Gは「利用者さんとかご家族に教わることはたくさんありますけど」と当事者、家族と接することで学ぶことが多くあり、それが支えにもなっているようである。

【自分と向き合う】

このカテゴリーは2つの焦点コード<体を動かし、自分と向き合う>、<意識の切り替え>から成り立っている。個人的レベルでの対処方法としては、運動すること、気分転換で自分の時間を大切にすることが述べられている。Gは次のように述べている。

「ここへ来て、かなり苦しいことが本当に多いので、そこ(ヨガ)に力を借りることがすごく多くなっております。」「オンとオフの切り替えで、オフにはなるべく考えずにリフレッシュするっていうことはちょっと意識しています。」

「僕は体を動かして、自分と向き合っとかという時間は大切にしています。」

ACTの提供するサービスは、今までの日本にはないものである。またACTが対象とする当事者は、重篤な精神障害であり、中にはまだ未治療の人や長期に治療を中断している人もいる。そうした当事者への対応で、スタッフの負担やストレスも大きい。今回、そうした状況で、スタッフの支えるになるものが、①チームや地域との関係、②利用者(本人、家族)の反応③自分の時間を大切に3つであることが、インタビューで明らかになった。

《ACTの特徴》

この大カテゴリーは【必要な時期にすばやくサービス提供】、【多職種・自己完結型】の2つのカテゴリーより構成される。

表 5-1-6 ACT の特徴

カテゴリー	焦点コード	事例コード
必要な時期にすばやくサービス提供	保険外で自由度が高い	・比較的自由度が高いので、何かほんのささいなことだったりもするんだけど、その融通が利く、利かないかで、全体的な関係性だったりとか、支援だったり途切れなかったり、過不足がなかなかできる。 ・何の診療報酬にもならなくてやっていいよという話をうちの先生がまとめてくれる。
	必要な時期の集中的サービス	・それが必要な時期というのはきつとあって、そこが迷いなく提供できるというところはサービスの特徴としては大きいのかなと思いますね。
	サービス提供が早い	・必要なサービス、その個々人のスタッフが、今こういうサービスが必要なんじゃないかと思って、考えたときに実際にそのサービスを提供するまでのスピードがほかのサービスよりも早い。
多職種・自己完結型	直接サービスで本人に合ったプラン	・総合支援法だと計画相談で(中略) ばらばらとしたサービスを使うことになるんですけど、その部分で直接的にご本人さんに合ったプランを自由度が高くできる。
	自己完結型で多職種で行うサービス	・ACTは、ここで、基本的にはここで完結させて、こうで、医者もいれば、看護師もいる。異職種で、(中略)ここでアセスメントして、プランを立てて、それに従ってみんなが動くという、ある方向性を持って、多職種が関わっていく。

【必要な時期にすばやくサービス提供】

このカテゴリーは、3つの焦点コード、＜保険外で自由度が高い＞、＜必要な時期の集中的サービス＞、＜サービス提供が早い＞より成り立っている。

＜保険外で自由度が高い＞

Gは「比較的自由度が高いので、何かほんの些細なことだったりもするんだけど、その融通が利く、利かないかで、全体的な関係性だったりとか、支援だったり途切れなかったり、過不足がなくできる」、「何の診療報酬にもならなくてやっていいよという話をうちの先生がまとめてくれる」と述べている。さらにサービスが直接的、包括的であることも特徴として挙げている。これらは、包括的で柔軟な支援の有効性を意味している。

「総合支援法だと計画相談で(中略) バラバラとしたサービスを使うことになるんですけど、その部分で直接的にご本人さんに合ったプランを自由度が高くできる」

＜必要な時期の集中的サービス＞

適切なタイミングでの十分な支援である。時期としては、急性期で病状が不安定な時期か又は医療に繋がらない実質引きこもりの状態の当事者に対応できることも特徴として挙げられている。

「それが必要な時期というのはきつとあって、そこが迷いなく提供できるというところはサービスの特徴としては大きいのかなと思いますね。」(Gの発言)

<サービス提供が早い>

ACT が集中的かつ直接サービスを提供するため、結果としてそのサービスのスピードが早いことが挙げられている。

「必要なサービス、その個々人のスタッフが、今こういうサービスが必要なんじゃないかと思って、考えたときに実際にそのサービスを提供するまでのスピードがほかのサービスよりも早い」 (D の発言)

【多職種・自己完結型】

このカテゴリーは、二つの焦点コード、<直接サービスで本人に合ったプラン>、<自己完結型で多職種で行うサービス>より成り立っている。

<直接サービスで本人に合ったプラン>

ACT は仲介型でなく、直接 ACT のスタッフがサービスを行うところが大きな特徴であるが、G は次のように述べている。

「総合支援法だと計画相談で (中略) ばらばらとサービスをつかうことになるのですが、(ACT では) その部分で直接的にご本人さんに合ったプランを自由度が高く出来る」

<自己完結型で、多職種で行うサービス>

多職種・自己完結型は ACT の本質的機能であるが、その取組みが挙げられている。

「ACT は、基本的にはここで完結させて、こうで、医者もいれば、看護もいる。異職種で、(中略) アセスメントして、プランを立てて、それに従ってみんなが動くという、ある方向性を持って、多職種が関わっていく」と E はいう。

第 2 節 ACT チームのチームリーダーへのインタビュー調査 (調査IV)

1 本調査の位置付け

本節では、チームリーダーに対してインタビューを行なった結果を分析してまとめる。ACT おけるチームアプローチは重要な要素であり、一方で、ACT のチームリーダーは「プログラム管理と臨床的スーパービジョンの責任があり、利用者への直接的なサービスの提供も行う」(SAMHSA=2009: 18-32) という重要な役割を担っている。

したがって、チームリーダーが各ケースマネジャーとどのような考えと方法で情報を共有し、チーム全体の目標と行動を把握しているのかを明らかにすることが必要と考えた。特に ACT の家族支援の有効性の要因を明確にする。

2 目的と方法

1) 目的

当事者及び家族へサービスを提供していた ACT のチームリーダーがチームのメンバーに対し、どのような考えで、どのような対応を行っているのかについてインタビューを行ない、家族がリカバリーに至る支援の要因を明らかにすることを目的とする。

2) 対象

2つの ACT の各チームリーダーを対象にした。

表 5-2-1 対象者のプロフィール

番号	ACT	メンバー	性別	年齢	役職	資格	障害者支援歴	ACT経験歴
1	1	A	男	40代後半	チームリーダー	精神保健福祉士	17年	13年7ヶ月
2	2	B	男	30代	チームリーダー	精神保健福祉士	13年	4年

3) 調査時期

A：2015年3月26日、2016年12月26日

B：2015年9月24日、2015年10月1日

4) 調査方法

「家族の変化」、「当事者の変化」、「家族支援」、「スタッフの態度」、「スタッフを支えるもの」、「ACTの特徴」のテーマに沿ってお話をいただき、半構造化によるインタビューを行い、発信内容を録音し、逐語録を作成して後の分析に供した。

5) 分析方法

本研究の ACT のスタッフへの聞き取り調査の分析は、当事者及び家族のリカバリーに至る支援の要因を見いだすため、佐藤（2008）の質的データ分析法を参考に行った。定性的コーディング法を扱った研究（佐藤 2008：33）の手続きにより、作業を行った。データの集約を行い逐語化したインタビューデータから意味内容別にセグメントし、「事例」を作成、それに「焦点コード」を付け、そこから文章全体の文脈に立ち返り、「焦点コード」から「カテゴリー」、「大カテゴリー」を生成した。コードとカテゴリー、カテゴリー同士の関連や解釈の可能性について何度も繰り返す中で、データ解釈の厳密性と妥当性に努めた。表示は次の様にした。大カテゴリー＝《 》、カテゴリー＝【 】, 焦点コード＝< >事例＝「 」。

6) 倫理的配慮

本研究は東洋大学大学院の研究倫理規定に基づき適切な倫理的配慮を行った。すなわち調査対象者には、研究の目的・方法・協力の任意性・匿名性の保証・個人情報の保護等について、書面及び口頭で説明を行い、同意を得て実施した。得られたデータは分析作業後廃棄した。

3 結果

インタビューの逐語録から《家族支援の変化》、《スタッフの態度》、《ACTの特徴》、《権威性の払拭》の4つの大カテゴリーが抽出された。それらはカテゴリー16 焦点コード

50、事例コード68から構成されている。

表 5-2-2 カテゴリー一覧

大カテゴリー	カテゴリー
家族の変化	世帯を支援する
	家族が行うケアを支援
	自立のための支援
	家族と本人の相互関係の回復
	家族心理教育
	各家族へ対等な支援
スタッフの態度	肯定・受容
	自己開示
	傾聴から始まる支援
	横並びでフラットなチーム構造による家族支援
ACTの特徴	横並びでフラットなチーム構造
	ACTのメンバーの役割と教育
	ACTの歴史
	システムとしての家族支援
権威性の払拭	自由に物言えない関係
	利用者に伝わるスタッフの意識

《家族の変化》

この大カテゴリーは、【世帯を支援する】、【家族が行うケアを支援】、【自立のための支援】、【家族と本人の相互関係の回復】、【家族心理教育】、【各家族へ対等な支援】の6つのカテゴリーより構成される。

表 5-2-3-1 家族の変化

カテゴリー	焦点コード	事例
世帯を支援する	一家の生活保護の申請を支援	・ご本人さんも、障害年金を受給できない状況でいらっしゃったので。収入がないと、本人さんがしたいこともできないという状況で、私どもの方で、ご家族に提案させていただいて、ご家族としては、申し訳ないという思いで、悩まれていらっしゃいましたが、権利だとお話をして、お母さんたちも了承されて申請に至るって感じですね。
	家族支援は重要、家族担当を付ける	・ご本人さんの悩みが、家族とのことだったりって場合も結構あるので、お互いに共依存的な感じになってしまわれてる方も結構いらっしゃって、そこに支援が入らないと、ご本人さんも変わっていけないっていうのがあるので、基本的に、必要そうだなって思ったときに家族担当っていうのを付けて、本人の味方をするスタッフと、ITTのスタッフと、家族の生活の支援をするっていうスタッフを付けるって感じですかね。
	家族支援は世帯にアプローチで三角形のケア	・実際には、世帯に対してACTがかかわっていると思っているんですけど、どういふうなかかわりになるかという点、結局、家族にACTはアプローチもするし、当事者にもACTはアプローチする3つの三角形になるわけですね。基本的な考えは、世帯に対してアプローチしていく。 ・ACTは、訪問するとそこに、ご本人もご家族も、やっぱり世帯として存在するので、基本、私は、世帯に対してACTはアプローチしていると思っているんですよ。家族支援ではなくて世帯支援みたいな。
家族が行うケアを支援	家族が投げ出して大丈夫という形が出来ること	・本人を、家族が全部投げつけても、ACTに投げつけても大丈夫っていう形を取れると、家族としてもゆとりができるわけですよ。だから、共依存的ではない関係もつくれるだろうし。結局「あんたらが、やり過ぎなんだ」って言ったら「じゃあ、どうすればいいんだ」っていう話になるので、そこを1回投げるところがあって、心理的にも物理的にも距離が取れれば、家族なんて余裕が出ればもちろん関わるわけですよ。
	家族、専門家の各役割を話し合う場が必要。	・何かできて、家族の役割としてはどうしていくとか、専門家サービスとしては何をするとか、そういうことがちゃんと話し合えるんだと思うんですけど、現状、そういうサービスがないのに(笑)どうしていかって言われても、家族としてはできないじゃないですか。 ・結局、投げっぱなしにされてるので、丸抱えせざるを得なくなって、共依存だなんていうふうなことを言われたりするかもしれないですけど、でも、実際上「どうすればいいのよ」って思うと思うんですよ、ご家族は。 ・困っている家族が来なさい。だから、もうご本人と、鬱々と大変で、もう本人のケアで、家の中でもう苦労しているご家族は、それで外なんか出られる余裕なんかないわけですよ。でも、病院に、保健所に、行政の窓口に来なければ、話を聞いてもらえないというのがずっとあったわけですよ。
	適正な距離で家族も全体像が見えてくる。	・やっぱり、おかしな話で。なので、私、物理的な距離だったり、心理的な距離だったり、1回、ほかのところ任せられると、適正な距離が取れるようになるんだろうなと思うんです。近すぎて見えなくなっているんで、ちょっと離れると見えるじゃないですか、全体像が。 ・それを家族のせいになれたりしても、本当に失礼な話だなと思いますし、家族の人たちが一番頑張っている話ですね。
	家族が頑張れる時は邪魔しない。家族の役割を奪わない	・あれも、電話、私、もらって、受けてるんですけど、息子さんで対応できるなと思って、邪魔はしなかったんです、電話がかかってきても。また、状況の確認は続けてましたけど。何と言ったらいいですか、分かっているからこそ、息子さんが頑張るところっていうのもあるんですよ。(笑) 息子さんが頑張れるのも、これを、全部、自分が常にやらなきゃいけないって思っていないからだと思います。 ・家族の役割を、1回、全部、預けてもらいますけど、奪おうとは思ってなくて、余裕ができた状態で、(中略)お互い健康的なためにも、一度、距離が取れるといいんだろうなというふうには思います。

表 5-2-3-2 家族の変化

カテゴリー	焦点コード	事例
自立のための支援	父親に代わりACTが自立を支援	・ずっとお父さんを求めているが、お父さんも、応えられる容量がなくて。「お父さん、助けて」と言い続けてるんだけど、お互いに具合が悪くなっていくご家庭があり、どうしようかっていう話をした時に(中略)1回、助けを求める先をお父さんからACTにして、お父さんと別居し、お父さんのせいにはできないような状況にし自立していただいた方はいます。
	家族と距離おき、1人暮らしで症状安定	・お母さんが発達障害の方で、お母さんはその自覚がなくて、お子さんがずっと引きこもりになっちゃった人がいるんですけど、その方も、ウイークリーマンションに、1回、2週間、行ったんですけど。そしたら、すごい具合が良くなって。本人が。幻聴とかもなくなって。(中略)ずっとしゃべれなくて、筆談だったんですけど、しゃべり始めたりとかして。その方、障害年金の申請して、下りてまとまったお金が入り、今、一人暮らしをするアパートを探してるんですけど。
	人は外に安全基地を作り成長、関係成立の後独立が必要。	・今までは家族が安心できる基地だった。だけれども、成長していくうちに、友だちとか、外にも安心できる仲間だったりとか、安全基地をつかって、一人で出ていけるっていう状況。(中略)この人は安心、大丈夫だ、身が守れる、この人に相談できればっていう存在は、常に必要だなと思うんです。 ・そこがなく、完全に独立しちゃうと、頼れる人がいなくなってしまって、後悔してしまうので。(中略)うまく助けてって言えない方たちが多いので、(中略)関係性をつけた上で、独立してもらったかっていうことが必要なんだろうなとは思っているんです。 ・そうですね。最終的には特定の、その人自身がつくる、サービスではない、友人関係だったり、恋人関係だったりができるといいなとは思ってはいますけど。
	ACTと利用者が共依存関係にならない自立の目標が必要。	・日本の場合は、こういう中間的なプログラムがないので……。卒業ステップダウンが難しいっていう現状にはあると思う。それから、逆に日本のACTのように、ずっと長く、長期にわたって密に支えたとすれば…すればやはり、そういう支え方を、施設の利用者さんやご家族が(望むかも知れない)…でも、やっぱり自立を目指すことも意識していかないと、ACTチームと利用者さんとの、いわゆる共依存関係だけで終わってしまう。
家族と本人の相互関係の回復	家族と当事者のコミュニケーション不通	・当事者の方が困難を抱え、その困難ゆえに家族と当事者のコミュニケーションが、うまく取れなくなる世帯がいる。 ・息子さんとお母さんと2人暮らしで、ずっともう中学2年生のときから引きこもってお母さんと2人っきりの生活で、(中略)19歳でお母さんに体を洗ってもらっているっていうのは健康的なコミュニケーションかっていうこと。私は、そうとは言えないと思っているんですね。不健康なコミュニケーションだとも思っている。(中略)母親以外の人と外に出掛けるっていうだけで、お母さんも心配で息子が出て行ったあと玄関から2時間、離れられなかった。 ・お互いに思いやってるんだけど、うまくいかんという話なので「別居してしまえ」っていう話ではなく「どうやったら、うまくコミュニケーションができるかね」という話を、ずっとしていくこともします。どちらも家族支援かなんか思っている。
	本人と家族のコミュニケーション再開	・なぜご家族に、なぜご本人にかかわるか。それは、この2者関係だけで滞ってしまいコミュニケーションを再開するためなんです。そういう意味では、ご本人が、ご本人の口でお父さんお母さんときちんとコミュニケーションを取れるようになる。お父さんお母さんは、ご自分の口できちんと自分たちの気持ちを子どもに伝えるられるようになる。そういうコミュニケーションが、再開するために、この三角形は必要。
	家族はストレングスモデル	・なぜならば、これはストレングスモデルだと思うんです。本来的に、ご本人ないしご家族は自分たちの力で家族のコミュニケーションを取れる人たちなんだという、力があるということを前提に考えている。

表 5-2-3-3 家族の変化

カテゴリー	焦点コード	事例
家族心理教育	家族心理教育以外の家族支援	・ただ、家族心理教育以外の従来の家族支援やACTの家族支援は何が行われているかという、まず病気が、病気じゃないかは関係なく、あなたのお困り事が何であって、そこを私たちは応援したい気持ちを伝えたり、あなたのお困り事に私たちが何かお役に立てることがないかというところから始まる。
	家族心理教育は病気が前提の体系で特別	・まずは病気の仕組み、続いて、だからこそ、薬の必要性、ようやくご本人への対応の仕方、家族の在り方、社会で使える資源についてという順番になってます。これはまず病気であることを前提に、薬が必要でという流れは、たぶん製薬会社が大きく関係しているところだと思います。・まず病気の仕組みから始まって、薬の必要性から始まる家族心理教育というのはちょっと特別なないうふうには思っています。・アンダーソンの言う心理教育は必要だと思いますけれど、その前提が、スタートがまず病気が一番最初にあつてとなります。
	家族心理教育の文化の違いが家族に影響	家族心理教育。これなんかはもう、この最たるこの典型です。大先生が中央に鎮座して、ご家族を集めて、立派なことを話すわけですね。それに比べれば、ここに来たら、医者がかどうかで関係ないわけですよ。その文化の違いが、利用者さんや家族に与えている影響の違い。
各家族へ対等な支援	家族支援は本来フラットなもの	・こっちをよしとしたり、こっちをよしとしたりいろいろやっている、実はいい家族支援ってできないんですよ、訪問でも。やはり本人には本人に合わせて、お父さんにはお父さんに合わせて、お母さんにはお母さんに合わせて関わっていく。
	ACTは全てフラットに関わる	・でもACTの場合は、その現場に行くと、全部に同じように関わらなきゃいけない。でもこれはACTの支援だからではなくて、そもそも家族療法の発展してきた中では、もともと、そうじゃなきゃいけないというのは、もともとあるんですよ。なので、ACTのサービスが特別、ACTが家族支援特別だ、ではないと思います。
	日本の家族支援の独自性	・フラットではなくて、どうしても日本の単家族型の家族支援の場合には、本人に加担するか、どちらかを立てる形の家族支援か、そうでなければ、この人を除かなければ、ここを上げて、家族支援ができないという課題があるんですね。

【世帯を支援する】

このカテゴリーは、次の3つの焦点コード、〈一家の生活保護の申請を支援〉、〈家族支援は重要、家族担当を付ける〉、〈家族支援は世帯にアプローチで三角形のケア〉より成り立っている。

〈一家の生活保護の申請を支援〉

*B*は「ご本人さんも、障害年金を受給できない状況でいらっしゃったので。収入がないと、本人さんがしたいこともできないという状況で、私どもの方で、ご家族に提案させていただいて、家族としては、申し訳ないっていう思いで、悩まれていらっしゃいましたけど、権利なんだっていうお話をさせていただいて、お母さんたちも了承されて申請に至るっていう感じですね」という。こちらの家族は、父親が職人で年金に入っていなかったため、息子も障害年金の受給資格がなく、生活が困難な状態であった。本人も家族もお金がなければ、本人の希望も実現が困難な為、その旨を提案し、家族と相談した結果、申請したという。これは世帯支援の一つの具体例といえよう。

〈家族支援は重要、家族担当を付ける〉

Bは「お互いに共依存的な感じになってしまっている方も結構いらっしやって、そこに支援が入らないと、ご本人さんも変わっていけないっていうのがあるので、基本的に、必要そうだなって思ったときに家族担当っていうのを付けて、本人の味方をするスタッフと、ITT（注5-1）のスタッフと、家族の生活の支援をするっていうスタッフを付けるっていう感じですかね。」

と家族支援の担当者を付けることの必要性を述べている。家族支援と一括りにせず、担当を付けて、それぞれの要求をきちんと聞くことから始めている。

<家族支援は世帯にアプローチで三角形のケア>

Aは「結局、家族にACTはアプローチもするし、当事者にもACTはアプローチする3つの三角形になるわけですね」と述べ、「ACTは、訪問するとそこに、ご本人もご家族も、やっぱり世帯として存在するので、基本、私は、世帯に対してACTはアプローチしていると思っているんですよ。家族支援ではなくて世帯支援みたいな。」とあくまで、対象者が家族全員（世帯成員）であることを述べている。そしてそれは、イギリスのメリデン版のファミリーサポートで示されている三角形のケアと本質的に同じだという。

【家族が行うケアを支援】

このカテゴリーは次の4つの焦点コード、<家族が投げ出して大丈夫という形が出来ること>、<家族、専門家の各役割を話し合う場が必要>、<適正な距離で家族も全体像が見えてくる>、<家族がケアで頑張れる時は邪魔しない。家族の役割を奪わない>から成り立っている。

家族支援の最終目標は、「やはり、家族自身が元気になることである」、「お母さん自身も自己実現、リカバリーですね。」とBはいう。当事者と家族が健康的なコミュニケーションができれば家族支援は終了とはならず、「やっぱり、ご家族が、まあ、病を持つ子どもがいるんだけれど、自分の足で立って、（中略）私らしく生活できるようになる。」ことではないかとBは言う。家族が自分の本来の生活を取り戻し、たとえ障害者が家族にいたとしても日々を普通に自分らしく生活する上では、家族が精神的に物理的にも当事者のケアから、一旦解放されることであり、家族が行うケアを支援するのは、重要である。

<家族が投げ出して大丈夫という形が出来ること>

家族と同居し、既存のサービスを安定して利用できない当事者の場合、多くは家族が丸抱えしているのが現状である。本人が通所できないので、本人と家族の関係が共依存と言われたりすることがある。家族にとっては「『ではどうすればいいのよ』とか」思うのではないかとBは述べている。本人と家族のお互いを冷静に見られない関係、共依存になりやすい関係をどうするか、それには、家族が本人のケアを一旦投げ出して大丈夫という経験をする必要があると、それが一旦出来れば、家族は余裕を持ってまた関わるといふ。

<家族、専門家が各役割を話し合う場が必要>

専門家と家族の役割分担の話し合いの場の必要性がここで述べられている。「**家族の役割としてはどうしていくとか、専門家サービスとしては何をするとか、そういうことがちゃんと話し合えるんだと思うんですけど**」、そうした ACT のようなサービスがないところでは論議も無理である。「**現状、そういったサービスがないのに (笑) どうしていいのかって言われても、家族としてはできないじゃないですか。**」と B は言う。

<適正な距離で家族も全体像が見えてくる>

家族と本人の距離が近すぎると共依存になったり、感情的に不安定になったりでお互いが冷静に見られなくなる。B は「**1回、ほかのところに任せられると、適正な距離が取れるようになるんだろうなと思うんです。近すぎて見えなくなっているのを、ちょっと離れると見えるじゃないですか、全体像が**」と述べてお互いが適正な距離を取ることの重要性を述べている。しかしそれは、本人のケアを一度預けられるところがあって、はじめて成り立つ論議である。それが ACT のサービスでは可能になっている。こうした状況を三品はスキルとして<介護を一旦踏襲する>としている (三品 2013 : 392)

<家族が頑張れる時は邪魔しない。家族の役割を奪わない>

家族が頑張れる時は邪魔しない。「**電話、私、もらって、受けているんですけど、息子さんで対応できるなと思って、邪魔はしなかったんです、電話がかかっても**」と B はいう。また、なぜ家族が頑張れるのかという点について、次のように指摘する。

「**息子さんが頑張れるのも、これを、全部、自分が常にやらなきゃいけないって思っていないからだと思います。**」 息子は、母親に日常的に ACT の支えがあることへの安心感があり、だから自分が頑張れる時は、力が発揮できるということである。これらは本人と家族の意欲を大切にしたい取り組みといえる。「**家族の役割を、1回、全部、預けてもらいますけど、奪おうとは思ってなくて、(それは) 余裕ができた状態で、お互いに、健康的に助け合えるっていう状況をつくるため**」と述べている。

【自立のための支援】

このカテゴリーは次の 4 つの焦点コード、<父親に代わり ACT が自立を支援>、<家族と距離をおき、1人暮らしで症状安定>、<人は外に安全基地を作り、関係成立後独立が必要>、<ACT と利用者が共依存関係にならない自立の目標が必要>より成り立っている。

<父親に代わり ACT が自立を支援>

当事者が父親に助けを求めるが、対応できないため、父親に代わって ACT が対応した場合について以下のような例が語られた。「**ずっとお父さんを求めて、お父さんも、応えられるほどの容量がなくて、『お父さん、助けて』と言いつけているんですけど、お互いに具合が**

悪くなっていくご家庭があつて」、ACT が父親に代わって本人の支援を行ったと B はいう。具体的には、お父さんのせいでできないような状況を作り、その中で ACT が父親に代わって当事者の自立を促していく役割を担った。

<家族と距離をおき、1人暮らしで症状安定>

家族と距離を置き、症状が安定した例が挙げられている。当事者は、発達障害の母親と一緒にいると、幻聴が出て話もできない状態だったが、別居することで改善した。

「お母さんが発達障害の方で、お母さんはその自覚がなくて、お子さんがずっと引きこもりになっちゃった人がいるんですけど、その方も、ウイークリーマンションに、1回、2週間、行ったんですけど。そしたら、すごい具合が良くなって。本人が。幻聴とかもなくなって。(中略) ずっとしゃべれなくて、筆談だったんですけど、しゃべり始めたりとかして」と B はいう。

<人は外に安全基地を作って成長、関係が出来てから独立>

人は生まれてからは、家庭の中に安全基地を確保して成長していくが、やがて「成長していくうちに、友だちとか、外にも安心できる仲間だったりとか、人を作って、安全基地を作り、一人で出ていけるっていう状況」になると B はいう。

一人暮らしについて、何でも親から別居すればいいのではなく、「関係性をつくった上で、独立してもらっていかなくていいと思うんです」、「そこがなくて、完全に独立しちゃうと、頼れる人がいなくなってしまって、後悔してしまうので」という。それゆえ、家庭以外に関係性を作ってから独立することが大切であり、できればサービス以外に、その人自身が作る友人関係や、恋人ができることよいためという。

<ACT と利用者が共依存関係にならない自立の目標が必要>

ACT は濃厚なサービスであり、ACT からステップダウンするときに日本では次に繋げるサービスが極めて不十分なのが現状である。その時、ACT と当事者、家族が共依存にならないように自立を意識して目指すことが大切だという。

「それから、逆に日本の ACT のように、ず〜と長く、長期にわたって密に支えたとすればやはり、そういう支え方を、施設の利用者さんやご家族が(望むかも知れない) ……でも、やっぱり自立を目指せることも意識していかないと、ACT チームと利用者さんとの、いわゆる共依存関係だけで終わってしまう」と B は述べている。

【本人、家族の相互関係の回復】

このカテゴリーは、次の3つの焦点コード、<家族と当事者のコミュニケーション不通過>、<本人と家族のコミュニケーション再開>、<家族はストレングスマodel>より成り立っている。

<家族と当事者のコミュニケーション不通>

精神障害を持った後、多くの当事者は家族との間でそれまでのコミュニケーションを維持することが困難な状況に陥る。それは「**当事者の方が困難を抱えていて、その困難ゆえに、家族と当事者のコミュニケーションが、うまく取れなくなる**」からだと言っているAはいう。

これは、意思疎通が出来ない対立関係があるというだけではなく、逆の共依存関係になる場合もある。それについて、Aは息子と母親の仲睦まじいが健全とはいえない例を上げ、次のように述べている。「**19歳でお母さんに体を洗ってもらっているっていうのは健康的なコミュニケーションかっていうと、私はそうとは言えないと思っているんですね。不健康なコミュニケーションだとも思っている**」、その息子と母親はその後、ACTが介入し、やがて息子は母親から離れて1人で行動するようになり、母親も外に働きに出るようになったという。

<本人と家族のコミュニケーション再開>

本人と家族が普通のコミュニケーションが取れない関係にある時は、両方への支援が必要だと言っているAは「**なぜご家族に、なぜご本人に関わるのか、それはこの2者関係だけだと滞ってしまうコミュニケーションを再開するためなんです。そういう意味では、ご本人が、ご本人の口でお父さんお母さんときちんとコミュニケーションを取れるようになる**」ことが大切だと言っている。

また、当事者の自立が順調にいくと、家族から離れて一人暮らしになるが、問題はまず別居が絶対目標ではなく、どこにその目標を設定するか、そして、それに向けてのプロセスが大切になる。Bは、次のように述べている。「**お互いに思い合っているんだけど、うまくいかんという話なので『別居してしまえ』っていう話ではなく『どうやったら、うまくコミュニケーションができるかね』っていう話を、ずっとしていきっていうこともします**」。ここには、ACTの関わり方の基本が見られるといえる。

<家族はストレングスモデル>

家族への支援の方向性について、Aは、「**これはストレングスモデルだと思うんです。本来的に、ご本人ないし、ご家族は自分たちの力で家族のコミュニケーションを取れる人たちなんだという、力があるということを前提に考えている**」と述べている。家族支援はあくまでも家族のストレングスの発揮のサポートである。失われていた家族のコミュニケーションを取り戻し、普通の家族の関係を回復する力を家族自身が持っていることを前提にそのお手伝いをするという。

【家族心理教育】

このカテゴリーは次の3つの焦点コード、〈家族心理教育以外の家族支援〉、〈家族心理教育は病気が前提の体系で特別〉、〈家族心理教育の文化の違いが家族に影響〉より成り立っている。

〈家族心理教育以外の家族支援〉

Aは「ただ、家族心理教育以外の従来の家族支援やACTの家族支援は何が行われているかというと、まず病気か、病気じゃないかは関係なく、あなたのお困りごとが何であって、そこを私たちは応援したい気持ちを伝えたり、あなたのお困りごとに私たちが何かお役に立てることがないかというところから始まる。」という。ここでは、家族心理教育とACTの家族支援との違いが明確に述べられている。つまり家族心理教育は対象者の病気を前提として話が行なわれ、ACTの家族支援は、病気の有無ではなく困りごとの相談に応じるところから始まるのである。

〈家族心理教育は病気が前提の体系で特別〉

家族心理教育の内容は次のようであるとAは述べている。「まずは病気の仕組み、続いて、だからこそ、薬の必要性、ようやくご本人への対応の仕方、家族の在り方、社会で使える資源についてという順番になっています。これはまず病気であることを前提に、薬が必要でという流れは、たぶん製薬会社が大きく関係しているところだと思います」

家族心理教育では、まず、患者であること、病気を持っていることを認め、薬をきちんと飲むことが大前提という。ここでは、ACTの家族支援における家族への基本姿勢について家族心理教育との違いが述べられている。つまり、精神疾患への治療は今日、バイオサイコソーシャルつまり、①薬物療法②精神療法③社会心理療法が基本であることは広く知られているところであるが、その原因は様々挙げられているが、いずれにしても仮説の域を出ていない。こうした中、病気を前提に薬物療法を強調することは、結果として当事者、家族へ治療法が薬物療法中心の印象を与える可能性があると思われる。こうした危惧をAは指摘している。

【各家族へ対等な支援】

このカテゴリーは、次の3つの焦点コード、〈家族支援は本来フラットなもの〉、〈日本の家族支援の独自性〉、〈ACTは全てフラットに関わる〉、より成り立っている。

〈家族支援は本来フラットなもの〉、

Aは本人、家族への支援の関係のあり方について次のように述べている。

「こっちをよしとしたり、あっちをよしとしたりいろいろやっていると、実はいい家族支援ってできないんですよ、訪問でも。やはり本人には本人に合わせて、お父さんにはお父さんに合わせて、お母さんにはお母さんに合わせて関わっていく」

ここで、フラットという意味は、支援者-家族ではなく、家族間の平等な支援という意味で使っている。家族支援は家族全体に関わっていくのであるが、これはあくまで各家族の個人に合わせて関わり、個人ごとに基本的信頼関係ができて、初めて家族全体の家族支援ができるのである。

<日本の家族支援の独自性>

対人援助におけるサービスは、個人レベルで対応できる問題ではなく、正にチームとして組織的にどう対応できるかという点で、ACTが持つ本来のチーム機能が問われるレベルの問題である。しかし、日本の現状では多くの精神障害者の家族支援においてフラットな対応は出来ていないという。Aは「フラットではなくて、どうしても日本の単家族型の家族支援の場合には、本人に加担する形の、要するにどっちかを立てる形の家族支援か、そうでなければ、この人を除かなければ、家族支援ができないという」という。

<ACTは全てフラットに関わる>

では、ACTの場合のどのように対応していくのであろうか。

「ACTの場合は、その現場に行くと、全部に同じように関わらなきゃいけない。でもこれはACTの支援だからではなくて、そもそも家族療法の発展してきた中では、そうじゃなきゃいけないっていうのは、もともとあるんですよ。なので、ACTのサービスが特別、ACTが家族支援特別ではないと思います」

例えば組織的工夫の1つとしてACTの場合、家族に対しても母親、父親、兄弟と担当を変える場合があるという。あくまでも世帯支援、当事者と家族の両方の生活支援を進めているが、これはACTの独自の支援方法ではなく、家族療法の発展の中で広がったものであるとAはいう。ACTはそれを踏襲していると言える。

《スタッフの態度》

この大カテゴリーは《スタッフの態度》、【肯定・受容】、【自己開示】、【傾聴から始まる支援】、【横並びのフラットなチーム構造による家族支援】の4つのカテゴリーより構成される。

表 5-2-4-1 スタッフの態度

カテゴリー	焦点コード	事例
肯定・受容	どんな人でも、無駄な人生はない	・肯定できるようになってきた背景には、臨床での経験っていうのは大きいかなというふうには思っています。こう、どんな人でも、こう、駄目な人生ではないというか、その、駄目な人はいないっていうあたりで言うと、臨床用の大きなきっかけは、ACTでの臨床経験です。 ・〇〇さんの周りから、人は去っていき、否定されるばかりで。その肯定から始まりました。で、週に1回のカウンセリングをずーっと続けて、今、結局、一度もそうやって暴れるとか、私のカウンセリング、ずーっと続けて、今、まったく入院とか。
	100人中99人が敵になっても利用者の味方	・周りからも、こう何か認められずにいらした方が多いので、だから、まあ、チームのみんなは知っていますけど、ACTの利用者さんたちは、世の中の、もう……100人のうち99人がその人の敵になっても、僕らは、やっぱり最期まで目の前の利用者さんの味方でいようっていう話はするんですけど、やっぱり、そう……する、そうできるためには肯定っていうのは一つ、その人を肯定するというこつて、何かちよつとキーワードかなあという、思いますね。
	破壊するぐらい死にたかった利用者を認める	・最初に本人に話をしたのは、「コンビニを破壊するぐらい、道路に立って死にたいぐらい、それぐらいの心境だったんだよね?」と。「(中略)それぐらいのことをしたかったっていうあなたのことを僕は認めるよ」っていうところからスタートしたんです。「コンビニを破壊しても、道路の真ん中に立ってもVさんは認めてくれたんです」って、喜んで病棟で報告したんですね。私も、すぐ主治医と師長から呼びされました。「コンビニを破壊するようなことを、あなたは認めるのか!」って。
	暴力にも人薬が必要	・蔭山さんの表現を聞くとうなづいてくるかという、例えば障害を、精神障害をお持ちの方で、ある程度、病状も活発で、ひきこもっている方は、家族に暴力が向きやすい。確かに病状に対しては薬物療法が必要なんだけれども、ただ、過剰投与になってしまったり、身体拘束が先に行き過ぎると余計、暴力を再生産してしまう。人薬、人の関わりが必要だところでは、お薬の必要性を否定するわけじゃないけれども、人が関わることの意義を彼女は強調するわけですね。
自己開示	迷いも含め誠心誠意正直に対応する	・迷っているときには、そうふう迷っているってことも正直に話すようにしているんですね。(中略)一生懸命、対応したいと思っているんだけど、でも、やっぱり、今のあなたのその状態だと、どうしても、やっぱり対応するってことが難しいから、例えば電話だったらですよ、電話だったら「10分後に絶対、僕の方から電話が……するから、10分だけちよつと待ってもらえる?」とか言って間を置くこともあります。でも、その代わり約束は守って10分後に電話して「10分考えたけど、でもやっぱり特別な名案が浮かばなかった」
	病棟とACTとの違いは2つ、妄想を受入れ、自己開示する	・何か病棟とACTとの違い、かかわりの、さっき技術の話をしましたけど、技術的な面で大きな違いは、妄想もときに臨床上、妄想も受け入れる。それと、自己開示をする。この2つは病院とACTの大きな違いかなと思いますね。なぜならば、病棟は退院したら終わりなわけですよ。ACTは入院中も退院後もかかわりますね。 ・疲れている話を聞けば、「僕も、何か最近、眠れていなくて」みたい。やっぱり、そこは……少しそういう自己開示の量とか、入院病棟のスタッフの技術と、ACTのスタッフの技術。例えば具体的に違うところかなあと思いますね。

表 5-2-4-2 スタッフの態度

カテゴリー	焦点コード	事例
傾聴から始まる支援	家族の希望を聞くことが家族支援のスタート	・リデン(リデン版訪問家族支援)は、そんなことはありません。まず、大切なことは、ご本人に希望があるのと同じようにご家族の希望を、まず聞いたり、それが家族支援のスタートですって言っていました。ある意味、息子の病気のことは、息子自身が自分で理解して自分で病気に取り組む。例えばご家族が、父親が、例えば私がお父さんだとします。ただ、お父さんも例えば糖尿病とか高血圧かも知れない。それは、それでお父さんが自分で自分の病気のことを知り、自分の病気に取り組み、自分の足で、まず、ここに立つことが最初。
	家族心理教育も家族・本人の求めるものが第一	・大切なことは、日本の多くの病院などで行われている家族心理教育も行けば、まず、第1回目何かといったら病気の仕組みです。薬の効果です。まず、それが最初ではないということなんです。要するに、家族が聞きたい話が何かについていうことも聞かずに、まず第1回目、病気の仕組みの話をしちゃうっていうことではない。
横並びのフラットなチーム構造による家族支援	従来とは違うACTの家族支援	・何が一番違うかというと、従来の家族支援とACTとの違いは何かというと、スタイルが、これが基本的には来所型とか、来談型といわれるスタイルで、これがアウトリーチという違いです。 ・このチーム構造がACTの特徴であって、そういうチームがアウトリーチをして、家族支援を行っているだけなんです。 ・基本的には、家族支援ということでは、ACTも、従来の家族支援そのものも基本的には変わらないと思っています。家族支援の例えばスキルとして、特別な違いがあるわけではないと思います。やっていることは基本的には一緒。
	横並びのチーム構造を持つACTの治療効果	・ACTの家族支援というものが効果的なのではなくて、ACTを支えているというか、ACTの基盤になっているチーム構造そのものが横並びのチーム構造なので、その文化が、家族や利用者に与える治療的効果が大きいという。だから、本当にこういう形でやれているのは、だから、ACTが初めてなので、ややACTが効果的に見える。ただ、やっていることは、家族支援としてやっていることは同じなんです。技法としては、たぶん。
	コメディカルが腹を括ると、創意工夫が生まれ臨床上意義深い	・横並びのチーム構造でいえば、チームリーダーだけではないんですけど、この関係の中では、変な話、医者にだけ責任を負わせるわけにはいかないんで、コメディカルたちが結構、腹をくくるわけですよ、自分たちの支援、腹をくくって、本当に関わっていく。そのときにはやっぱり創意工夫も生まれますし、横並びのチーム構造がいろんな意味で臨床上、とても意義深いことだと思います。
	患者の枠組みを超えてフラットな付き合い	・例えば歌が上手な、例えばうちのSであれば、おいしいもの好きだよねというのあれば、利用者さんもまた映画に詳しいよねとか。こう、そういう意味では、患者や利用者という枠組みを超えて、フラットな、関係自体もフラットな関係でもって付き合いがあるわけですね。その中に、スタッフだけじゃなくて、利用者さんたちも常にこう入っている。
	臨床家として家族も医者もワーカーも同じ	・臨床家としては、もう横並びで一緒なんです。ファミリーワークか、ファミリーワーカーとしては、もう一緒なので。もちろん当事者のお父さんである方も同じように勉強して、お医者さんである方も横並びに家族支援をやったりして。
	ACTの家族支援の普遍化	・普遍化して、家族支援に一般に適用できるのかという点では、これですね、やっぱり。横並びのチーム構造というものを普遍化していくこと。

【肯定・受容】

このカテゴリーは以下の3つの焦点コード、〈どんな人でも、無駄な人生はない〉、〈100人中99人が敵になっても利用者の味方〉、〈破壊するぐらい死にたかった利用者を認める〉より成り立っている。

〈どんな人でも、無駄な人生はない〉

Aは「どんな人でも、無駄な人生はない」との思いに至ったきっかけは、ACTの臨床経験であるという。

「肯定できるようになってきた背景には、臨床での経験っていうのは大きいかなというふうには思っています。こう、どんな人でも、こう、駄目な人生ではないというか、その、

駄目な人はいないっていうあたりでいうと、臨床の大きなきっかけは、ACTでの臨床経験です。」

「〇〇さんの周りから、人は去っていき、否定されるばかりで、その肯定から始まりました。週に1回のカウンセリングをずーっと続けて、今、結局、一度もそうやって暴れるとか、私のカウンセリング、ずーっと続けて、今、まったく入院とか」はないという。

<100人中99人が敵になっても利用者の味方>

「周りからも、こう何か認められずにいらっしゃった方が多いので、だから、まあ、チームのみんなは知っていますが、ACTの利用者さんたちは、世の中の、もう……100人のうち99人がその人の敵になっても、僕らは、やっぱり最後まで目の前の利用者さんの味方だよっていう話はするんですけど、やっぱり、そう…する、そうできるためには肯定っていうのは一つ、その人を肯定するということって、何かちょっとキーワードかなあという、思いますね。」とAはいう。ここでは、周りから認められない利用者に対して、利用者の味方であるとはどのような意味であろう。利用者の味方であるということは、本人のあるがままを肯定することであり、本人のあるがままを受け入れることだと言えよう。

<破壊するぐらい死にたかった利用者を認める>

チームリーダーのAは「最初に本人に話をしたのは、『コンビニを破壊するぐらい、道路に立って死にたいぐらい、それぐらいの心境だったんだよね?』と、『(中略)それぐらいのことをしたかったっていうあなたのことを僕は認めるよ』っていうところ」からスタートしたという。その後、利用者が「『コンビニを破壊しても、道路の真ん中に立ってもAさんは認めてくれたんです』って、喜んで病棟で報告したんですね。私もう、すぐ主治医と師長から呼びされました。『コンビニを破壊するようなことを、あなたは認めるのか!』』と言われたという。

【自己開示】

このカテゴリーは2つの焦点コード、<迷いも含め誠心誠意正直に対応する>、<病棟とACTの違い2つ。妄想を受入れ、自己開示する>より成り立っている。

<迷いも含め誠心誠意正直に対応する>

「迷っているときには、そういうふうには迷っているってことも正直に話すようにしているんですね。(中略)一生懸命、対応したいと思っているんだけど、でも、やっぱり、今のあなたのその状態だと。どうしても、やっぱり対応するってことが難しいから、例えば電話だったらですよ、電話だったら『10分後に絶対、僕の方から電話を……するから、10分だけちょっと待ってもらえる?』とか言って間を置くこともあります。でも、その代わり約束は守って10分後に電話して『10分考えたけど、でもやっぱり特別な名案が浮かばなかった』と伝える」とAはいう。

ここには、人と人との信頼関係を支援の基本にする態度が見られる。

＜病棟と ACT との違いは 2 つ妄想を受け入れ、自己開示する＞

「何が病棟と病院と ACT との違いか、関わり方の、先ほど技術の話をしましたが、技術的な面で大きな違いは、妄想も時に臨床上、妄想も受け入れる。それと自己開示をする。この 2 つは病院と ACT の大きな違いかなと思いますね。なぜならば、病棟は退院したら終わりなわけですよ。ACT は入院中も退院後もかかわりますね。」

ここで A は、病院における患者へのケアの姿勢と ACT のスタッフの当事者への関わり方の根本的違いを述べている。極めて本質的な指摘で、ACT は、当事者をまず、あるがままに妄想も含めて受け入れ、そして人と人との関係を基本に支援者の自己開示も行なうという。

【傾聴から始まる支援】

このカテゴリーは、次の 2 つの焦点コード、＜家族の希望を聞くことが、家族支援のスタート＞、＜家族心理教育も家族・本人の求めるものが第一＞より成り立っている。

＜家族の希望を聞くことが、家族支援のスタート＞

A は、メリデンのファミリーサポートの紹介から「まず、大切なことは、ご本人に希望があるのと同じようにご家族の希望を、まず聞くこと、それが家族支援のスタートです」と述べている。これは家族支援の原点であり、基本である。

＜家族心理教育も家族・本人の求めるものが第一＞

日本の多くの病院で行われている家族心理教育は、「家族が聞きたい話が何かということも聞かずに、まず第 1 回目、病気の仕組みの話をしてします」というのが現実であるという。家族心理教育も家族支援である限り、家族支援の原則は同じである。であるならば、「家族支援のスタート」と同じく第一に家族に「何を必要としていますか」と聞き、何よりも家族のニーズから出発すべきだとしている。

【横並びのフラットなチーム構造による家族支援】

このカテゴリーは、次の 6 つの焦点コード＜従来とは違う ACT の家族支援＞、＜横並びのチーム構造を持つ ACT の治療的効果＞、＜コメディカルが腹を括ると創意工夫が生まれ、臨床上意義深い＞、＜患者の枠組みを超えてフラットな付き合い＞、＜臨床家として家族も医者もワーカーも同じ＞、＜ACT の家族支援の普遍化＞より成り立っている。

＜従来とは違う ACT の家族支援＞

ACT の家族支援は、従来家族支援とどのように違うのであろうか。A は以下の様に述べている。まず、ACT の特徴として、以下 2 つを挙げている。

第一にアウトリーチ、訪問型であること。

「従来の家族支援と ACT との違いは何かというと、スタイルが、これが基本的には来所型とか、来談型といわれるスタイルで、これがアウトリーチという違いです。」

第二にチームが横並びのフラットなチーム構造を持っていること。

「家族支援におけるではなく、全体的に ACT の特殊性は何かといたら、チーム構造なんですね。チームがみんな、横並びで好き勝手なことを言える。フラットなチーム構造なんです」

こうした2つの特徴を持っているのが ACT であり、その ACT が家族支援を行っている。

「このチーム構造が ACT の特徴であって、そういうチームがアウトリーチをして、家族支援を行っているだけなんで」と A は述べている。

A は「基本的には、家族支援ということでは、ACT も、従来の家族支援そのものも基本的には変わらないと思っています」、「家族支援の例えばスキルとして、特別な違いがあるわけではないと思います。やっていることは基本的には一緒。」と述べ、基本的には、従来の家族支援の技法や経験の多くを踏襲しているという。

<横並びのチーム構造を持つ ACT の治療的効果>

ACT が当事者及び家族に対して治療的効果があるとすれば、それは、アウトリーチというスタイルとその前提のチーム構造だという。

「なぜ ACT の家族支援がよしと、言われるのか？ もし効果があるとして、従来の家族支援と ACT との間に違いがあるとすれば、何かといたら、アウトリーチというスタイルと、(中略) その前提にあるチーム構造です。」

さらに明確に次のように述べている。

「ACT の家族支援というものが効果的なのではなくて、ACT を支えているというか、ACT の基盤になっているチーム構造そのものが横並びのチーム構造なので、その文化が、家族や利用者に与える治療的効果が大きい。だから、本当にこういう形でやっているのは、ACT が初めてなので、やや ACT が効果的に見える。ただ、やっていることは、家族支援としてやっていることは同じなんです。技法としては、たぶん。」

つまり、A は ACT が行う家族支援に治療効果があるとすれば、それは ACT の持つ訪問スタイルと横並びのチーム構造という支援組織の在り方にその要因があると述べている。

<コメディカルが腹を括ると、創意工夫が生まれ臨床上意義深い>

日本において、横並びのチーム構造で、上の者にも自分の意見を自由に言え、自由に論議できる組織、またそうした文化を持った組織はほとんどないといえる。そのような中で ACT は特異な存在である。

Aは「たぶん、今、日本ではACTだけじゃないですかね、この形でやっているのは。もしかすると、ACTだけとは言いませんけど、基本的にはACTや、本当に数少ないところがこれを目指す」と述べている。

「横並びのチーム構造でいえば、チームリーダーだけではないんですけど、この関係の中では、変な話、医者だけに責任を負わせるわけにはいかないんで、コメディカルたちが結構、腹をくくるわけですよ、自分たちの支援。腹を括って、本当に関わっていく。そのときにはやっぱり創意工夫も生まれますし、横並びのチーム構造がいろんな意味で臨床上、とても意義深いことだと思います」

<患者の枠組みを超えてフラットな付き合い>

フラットな関係とは何か？それは当事者との関係では次の様になる。支援者と利用者、ワーカーと病気の患者さんとだけ見るのではなく、その関係の枠組みを超えてこそ、フラットな関係だと述べている。

「うん。例えば歌が上手な、例えばうちのSさんであれば、美味しいもの大好きだよねというのあれば、利用者さんもまた映画に詳しいよねとか。こう、そういう意味では、患者や利用者という枠組みを超えて、フラットな関係でもって付き合いがあるわけですよ。その中に、スタッフだけじゃなくて、利用者さんたちも常にこう入っている。」

Aの主張するところは、ACTが横並びのチーム構造を持つフラットな組織であり、そうした治療文化を持ったスタッフが、利用者さんに接する時、患者としてだけ見るのではなく、（患者の枠組を超えてフラットな関係で）1人の普通の人間として接するのであり、そうした関係が結果として治療的効果を生む可能性が高いということである。

<臨床家として家族も医者もワーカーも同じ>

臨床家として、家族も医者もワーカーも同じだと以下の様に述べている。

「臨床家としては、もう横並びで一緒なんです。ファミリーワークか。ファミリーワーカーとしては、もう一緒なので。もちろん当事者のお父さんである方も同じように勉強して、お医者さんである方と横並びに家族支援をやったりして」

このフラットな関係は、ワーカーと患者の関係だけでなく、医師と患者、家族と患者、医師と家族との関係にも広がり、臨床家を共通項とすると医師、家族、ワーカー全て同じだという。

<ACTの家族支援の普遍化>

ACTの家族支援が効果あるのものとすると、そこから何を学び、何を教訓とすべきか、換言すれば、何を普遍化すべきなのかにに関して、Aは次のように述べている。

「普遍化して、家族支援に一般に適用できるのかという点では、これですね、やっぱり。横並びのチーム構造というものが、横並びのチーム構造というものを普遍化していくこと。」

《ACT の特徴》

大カテゴリー《ACT の特徴》は、【横並びのフラットなチーム構造】、【ACT のメンバーの役割と教育】、【ACT の歴史】、【システムとしての家族支援】の4つのカテゴリーから構成される。

表 5-2-5-1 ACT の特徴

カテゴリー	焦点コード	事例
横並びのフラットな チーム構造	ACTと、日本の精神科医療の チーム構造の違い	何かACTがいいというのであれば、何が違うのかというと、詰るところ、この違い。そもそもアウトリーチが前提で、普及してきた文化の中で広がってきたACTの持つチーム構造と、従来の日本の精神科医療で培われてきたチーム構造との違い。
	オープンダイアログ、メデン 版家族支援も横並びの文化	・例えば最近はやりのオープンダイアログ。あれも横並びのチーム構造です。専門家がいろんな職種を持っていても、家族支援の専門家として横並びになってやるという。横並びの文化があるからこそ、オープンダイアログが生きてくるし、例えばメデン版の家族支援もそうですね(中略)。家族や利用者さんと横並びになって、ファミリーワークを行う。ファミリーミーティングを行う。アウトリーチがそもそも普及しているところでは、これが当たり前なんです。
	チーム構造文化のスキルと家 族支援のスキルとは違う	・最終的には、この文化を、じゃあ、どうやって作るかと。例えばこれをチームワークと言ってもいいですけど、こういう横並びのチーム構造という文化をどうつくるかっていったときには、そのつくり方のスキルが要るわけですね。それは、ミーティングのスキル、それからチームワークのスキル。でも、それはイコール家族支援のスキルではないわけですね。
	ACTの特殊性はフラットな チーム構造、老若男女、年齢 に関係なく発言	・家族支援におけるではなく、全体的にACTの特殊性は何かといったら、チーム構造なんですね。チームがみんな、横並びで好き勝手なことを言える。フラットなチーム構造なわけですよ。・こういう文化を持つ人が、さっきのこれに戻りますね。こういう文化を日常から、日頃から、横並びのフラットなチーム構造を持っている人たちがアウトリーチを行って、本人にも家族にも接していくから。ここに家族も入れますね。だから、家族であれ、本人であれ、専門家であれ、横並びに、老若男女、関係なく、自由な発言、やりとりができるということだと思っただけですね。・たぶん、今、日本ではACTだけじゃないですかね、この形でやっているのは。もしかすると、ACTだけとは言いませんけど、基本的にはACTや、本当に数少ないところがこれを目指す。
	ケアの責任はケースマネ ジャー	・ケアの責任をコメディカルであっても、個々人のケースマネジャーが責任を持って対応するということだけは、ACTが日本に入ってきた意味があるのかなと思っただけのところではあるんですね。
ACTのメンバーの役 割と教育	ACTのメンバーの勤務時間と 役割は違う	・チームリーダーは基本、常勤です。ただし、医者は、医師は、週16時間程度の非常勤の役割でいいといわれています。だから、チームリーダーは週40時間以上勤務ですね。週40時間の勤務が求められているのに対して、チームリーダーに限らず、コメディカル、ナースやOTは基本、週40時間働くことを求められているのに対して、医師は週16時間いれればいいという。だから、役割がちっちゃいんですね。・日本では、チームの責任の負い方としてはチームリーダーになります。
	英国ではACTは選りすぐりの 人間でないと出来ない。教育 システムあり	・あとはイギリスだと、経験の少ないスタッフほど施設の中、病院とか病棟で働いて、経験を積まないと、まずアウトリーチできないですね。アウトリーチスタッフの中でも、やっぱりよりすぐりの人間じゃないとACTとかそういうところができない。そういうやっぱり教育システムがしっかりあるんですね。・イギリスだと、看護師の中でも、いわゆる病院の中で働いている看護師はペイペイです。いろんな経験を積んで(中略)からACTチームのスタッフに採用される。

表 5-2-5-2 ACT の特徴

カテゴリー	焦点コード	事例
ACTの歴史	ACTに歴史あり、最初は当事者団体より嫌われる	・それはやっぱり歴史なんですよ。ACTの歴史があって、要するに一番最初にACTができた時には、ざっくりと言いますけど、やっぱりどこかで反社会的行為を犯す人たちに対して、もう強制治療だったわけですよ、どこか。どこかもう強制治療を地域に持ち込んでいる部分というのがあって、だから、例えば当時、アメリカの当事者団体からすごく嫌われたわけなんですよ。例えばそういう歴史も現実的にあったわけなんですね。
	ACTはその後、整備され日本では、本人主体となった	・いろんな歴史がある中で、それじゃいかにということで、fidelityとかいろんなものが整備され、行き過ぎた強制治療に対する反省もあって、歴史が流れて日本に来たときには、やはりご本人主体であるべきだよなというところで、30年以上たって、日本に持ち込まれたので、日本でのACTは本人主体、リカバリーだ、ストレングスだって言いますが、それはいわゆる日本に持ち込まれた今の時代のACTなんですね。
	ACTの機能は地域のケアマネジメントの中で発揮	・ACTが、全部、いいわけじゃなくて、その役割の一部分なので、全体としてどうやるか、その中でACTがこうやるんだねとかいう話が、ACTの中でできないと駄目なんですよ。
	ACTへの抱え込みの批判	・アメリカでも(中略)プログラムがしっかりしてないところがあるんです。そうなってくると、まあ、ある意味、日本と同じように、この中間がないので、ACTでも支えるしかないって人がいるんですね。そうなった場合のACTへの最大の批判は抱え込みという表現をされますね。
システムとしての家族支援	欧米はケアラーを支えるシステムあり	・基本的にはアメリカの場合は、まあ、そうですね。全部ではないです。州によって違います。で、イギリスなんかは基本的にはこうで、かつ、もう、その本人だけじゃなくて、本人を支えるケアラー、ケアをする人。ケアをするご家族を支える法律なんかもあるんですよ。何を言いたいかというと、精神疾患をお持ちの方そのものや、精神疾患をお持ちの方を支える人を、そういったもの支えるシステムが国レベルで、ないし州レベルであるってことですよ。
	いいアウトリーチには家族、支援者が余裕を持って対応できる仕組みが必要	・やっぱり、この人を支えるご家族が余裕を持って対応できるような仕組みが必要だし、われわれ支援者も余裕を持って支援に向かえる仕組みがないと、みんながギリギリのところっていっぱいばいばいで訪問に行っていたら、(中略)絶対いいアウトリーチなんかできない。 ・きちんとしたACTの制度化されていて保障されているようなことだったり、ケア法みたいにご家族がきちんと支えられるような仕組みだったり。そういう余裕が、やっぱり、特に心の病を持つ方へのサポートには、必要という。

【横並びのフラットなチーム構造】

このカテゴリーは次の5つの焦点コード、＜ACT と、日本の精神科医療のチーム構造の違い＞、＜オープンダイアログ、メリデン版家族支援も横並びの文化＞、＜チーム構造文化のスキルと家族支援のスキルとは違う＞、＜ACT の特殊性はフラットなチーム構造、老若男女、年齢に関係なく発言＞、＜ケアの責任はケースマネジャー＞より成り立っている。

＜ACT と、日本の精神科医療のチーム構造の違い＞

「何かACTがいいというのであれば、何が違うのかというと、詰まるところ、ここの違い。そもそもアウトリーチが前提で、普及してきた文化の中で広がってきたACTの持つチーム構造と、従来の日本の精神科医療で培われてきたチーム構造との違い」とAは、地域で生活する精神障害を支える生活の場でのACTの生活支援活動と診察室での診断や病棟でのケアによる入院中心の治療の病院の違いを述べている。

<オープンダイアログ、メリデン版家族支援も横並びの文化>

「例えば最近はやりのオープンダイアログ。あれも横並びのチーム構造です。専門家がいろんな職種を持っていても、家族支援の専門家として横並びになってやるという。横並びの文化があるからこそ、オープンダイアログが生きてくるし、例えばメリデン版の家族支援もそうですね（中略）。家族や利用者さんとフラットな関係になり、ファミリーワークを行う。ファミリーミーティングを行う。」とAは述べている。

<チーム構造文化のスキルと家族支援のスキルとは違う>

Aは横並びのチーム構造という文化を作るスキルと家族支援のスキルとは違うという。

「最終的には、この文化を、じゃあ、どうやって作るかと。例えばこれをチームワークと言ってもいいですけど、こういう横並びのチーム構造という文化をどうつくるかっていったときには、そのつくり方のスキルが要るわけですね。それは、ミーティングのスキル、それからチームワークのスキル。でも、それはイコール家族支援のスキルではないわけですね。」

<ACTの特殊性はフラットなチーム構造、老若男女、年齢に関係なく発言>

AはACTの持つ横並びのチーム構造、それがACTの特殊性だと述べている。

「家族支援におけるではなく、全体的にACTの特殊性は何かといたら、チーム構造なんですね。チームがみんな、横並びで好き勝手なことを言える。フラットなチーム構造なわけです。」

次にこうしたフラットなチーム構造の文化を日常的に体現している人がアウトリーチして本人、家族に接するから、そこには自由な発言、やり取りができる環境が生まれるとAはいう。

「こういう文化を持つ人が、さっきのこれに戻りますね。こういう文化を日常から、日頃から、横並びのフラットなチーム構造を持っている人たちがアウトリーチを行って、本人にも家族にも接していくから。ここに家族も入れますね。だから、家族であれ、本人であれ、専門家であれ、横並びに、老若男女、関係なく、自由な発言、やりとりができるということだと思わなくていいですね。」

そして、今の日本でこうした取組みは、ACT以外では殆ど見られないという。

「たぶん、今、日本ではACTだけじゃないですかね、この形でやっているのは。もしかすると、ACTだけとは言いませんけど、基本的にはACTや、本当に数少ないところがこれを目指す。」

<ケアの責任はケースマネジャー>

Aは、現状の日本の精神医療サービスとACTの本質的な違いの一つである、コメディカル中心の支援について次のように述べている。

「ケアの責任をコメディカルであっても、個々人のケースマネージャーが責任を持って対応するという事だけは、ACTが日本に入ってきた意味があるのかなと思っているところではあるんですね。」

また、現在、診療報酬では点数にならないが、生活支援上必要と判断したら、ACT-2では、様々なサービスを行っていた。Bは、ACTの医師の許可を得て、支援の自由度が高く、ACT-2のサービスの特徴の一つとして行なうことが出来ると述べている。このことは、日本の診療報酬では制度化されていないが独自に取組んでいるこうした生活支援が利用者に有効に働いているとも述べている。

【ACTのメンバーの役割と教育】

このカテゴリーは2つの焦点コード、＜ACTのメンバーの勤務時間と役割は違う＞、＜英国ではACTは選りすぐりの人間でないと出来ない。教育システムあり＞より成り立っている。

＜ACTのメンバーの勤務時間と役割は違う＞

「チームリーダーは基本、常勤です。ただし、医師は、週16時間程度の非常勤の役割でいいといわれています。だから、チームリーダーは週40時間以上勤務ですね。週40時間の勤務が求められているのに対して、チームリーダーに限らず、コメディカル、ナースやOTは基本、週40時間働くことを求められているのに対して、医師は週16時間あればいいという。だから、役割が小さいのですね。日本では、チームの責任の負い方としてはチームリーダーになります」。

日本において、医師は、病院でも診療所でも組織の頂点に存在し、強い権限を持っている。しかしACTにおいては、医療行為の最終判断は当然医師であるが、チームの組織運営や日常的なサービスの対応も責任はチームリーダーで、コメディカルである。医師の勤務時間も16時間でクリアしている。ACTの支援活動は、コメディカル中心の生活支援であることが分かる。

＜英国ではACTは選りすぐりの人間でないと出来ない。教育システムあり＞

イギリスの場合だとACTチームのスタッフに採用されるのは、経験があり、その中でも優れたスタッフだということ。またそういう教育システムがあるとAは指摘する。

「あとはイギリスだと、経験の少ないスタッフほど施設の中、病院とか病棟で働いて、経験を積まないと、まずアウトリーチできないですね。アウトリーチスタッフの中でも、やっぱり選りすぐりの人間じゃないとACTとかそういうところができない。そういう、やっぱり教育システムがしっかりあるんですね」。

【ACTの歴史】

このカテゴリーは、次の4つの焦点コード、〈ACTに歴史あり、最初は当事者団体より嫌われる〉、〈ACTはその後、整備され日本では、本人主体となった〉、〈ACTの機能は地域のケアマネジメントの中で発揮〉、〈ACTへの抱え込みの批判〉より成り立っている。

〈ACTに歴史あり、最初は当事者団体より嫌われる〉

ACTには歴史があり、その中でACT自身が変わってきた。Aは次のようにいう。

「それはやっぱり歴史なんですよ。ACTの歴史があって、要するに一番、最初にACTができた時には、ざっくりと言いますが、やっぱりどこかで反社会的行為を犯す人たちに対して、もう強制治療だったわけですよ、どこか。どこかもう強制治療を地域に持ち込んでいる部分というのがあって、だから、例えば当時、アメリカの当事者団体からすごく嫌われたわけなんですよ。例えばそういう歴史も現実的にあったわけなんですよ。」

〈ACTはその後整備され日本では、本人主体となった〉

そうした歴史を経て、様々な指針やガイドラインが整備され、日本に来た時には、ACTは本人主体、リカバリー、ストレングスをそのコンセプトとしていたとAは述べている。

「いろんな歴史がある中で、それじゃいかにということで、*fidelity*とかいろんなものが整備され、行き過ぎた強制治療に対する反省もあって、歴史が流れて日本に来たときには、やはりご本人主体であるべきだよなというところで、30年以上たって、日本に持ち込まれたので、日本でのACTは本人主体、リカバリーだ、ストレングスだって言いますが、それはいわゆる日本に持ち込まれた今の時代のACTなんですよ。」

〈ACTの機能は地域のケアマネジメントの中で発揮〉

「ACTが、全部、いいわけじゃなくて、その役割の一部分なので、全体としてどうやるか、その中でACTがこうやるんだねとかいう話が、ACTの中でできないと駄目なんですよ。」

欧米ではACTは、実践を通じて地域におけるケアマネジメントの中でACTの役割、位置づけが形成されてきた歴史がある。Aは、ACTだけが特別でなく、地域の中でのACTの位置づけと役割の論議がACTの内部で行われなければならないという。ただ、現在の日本において、2002年に国立国府台病院において試行事業として開始され、それ以来、広がってっはいるが、まだACTの存在は少数であり、地域の中でどのように他の組織と協力・共同の関係を作り、地域包括ケアシステムの中に位置づけて進めることができるか、まだ試行錯誤の段階で、今後の課題といえる。

〈ACTへの抱え込みの批判〉

地域ケアマネジメントとの関係で ACT の後の受け皿が出来ていないところでは ACT への批判としても抱え込みと言われることは海外でも指摘されている。現状、日本でも ACT に対する批判として言われると B はいう。

「アメリカでも (中略) プログラムがしっかりしてないところがあるんです。そうなってくると、まあ、ある意味、日本と同じように、この中間がないので、ACT でも支えるしかないっていう人がいるんですね。そうなった場合の ACT への最大の批判は抱え込みという表現をされますね」。

【システムとしての家族支援】

このカテゴリーは以下の 2 つのコード、〈欧米はケアラーを支えるシステムあり〉、〈いいアウトリーチには家族、支援者が余裕を持って対応できる仕組みが必要〉より成り立っている。

〈欧米はケアラーを支えるシステムあり〉

「基本的にはアメリカの場合は、まあ、そうですね。全部ではないです。州によって違います。で、イギリスなんかは基本的にはこうで、かつ、もう、その本人だけじゃなくて、本人を支えるケアラー、ケアをする人。ケアをするご家族を支える法律なんかもあるんですよ。何を言いたいかというと、精神疾患をお持ちの方そのものや、精神疾患をお持ちの方を支える人を、そういったものを支えるシステムが国レベルで、ないし州レベルであるってことでしょう」と A は述べている。日本においては高齢者介護の分野においては、介護の社会化が 2000 年より始まったが、精神障害者への分野では今後の課題である。

〈いいアウトリーチは家族、支援者が余裕を持って対応できる仕組みが必要〉

ACT が制度化され、保障されること、ケアラー法のようなご家族がきちんと支えられるような仕組みがあること、そういう制度的保障があって初めて、余裕が生まれいいケアができるという。やっぱり、特に心の病を持つ方へのサポートにはそうした制度的保障が必要だと A はいう。

「この人を支えるご家族が余裕を持って対応できるような仕組みが必要だし、われわれ支援者も余裕を持って支援に向かえる仕組みがないと、みんながギリギリのところではいっぱい、いっぱい訪問に行っていたら (中略) 絶対いいアウトリーチなんかできない」。

〈権威性の払拭〉

この大カテゴリーは、【上に物言えない関係】、【利用者に伝わるスタッフの意識】の 2 つのカテゴリーより構成される。

表 5-2-6 権威性の払拭

カテゴリー	焦点コード	事例
自由に物言えない関係	物言えない上下関係は危険	・例えば病院の中で、医者がコメディカル、コメディカルが患者に関わる。福祉施設でも上司がいて、部下がいて、利用者さんがいる。このときに、この構造のまま、アウトリーチをしたら、とても危険だって話。
	上に物言えない文化で訪問、その文化を持ち込む	・同じように、どんなに丁寧な言葉遣いで、作り笑顔でやっても、福祉施設にいても、上司にきちんものを言えない部下が、上司に言われればなしの、上司に言われればなしで、自分が上の者にも物言えない部下が利用者さんのお宅に訪問したらどうなるか？自分は上の者にも物言えない文化ですから、上の者にも物言えない文化を利用者さん、患者さんに持ち込むわけですね。
	この構造では患者としか見られず	・もっと極端に言えば、この構造の中では、この人は、Aさんは患者としか見られませんから。この構造の中で、Aさんは利用者さんとしか見られませんから。でも、この構造から一歩出れば、この人はコーヒー好きのお兄ちゃんだったり、統合失調症かもしれないけど、(中略)お花に詳しいハナコさんかもしれないというようなことが、こう、ぎゅっとそぎ落とされて、やっぱり患者A、利用者Aと見られがちな懸念もあるわけですね。
	日本は構造がこのままなので脱皮できない	・もともとこうい形だった日本と、そもそもこういうことが当たり前だった海外とがあって、日本でもこれがこうなってきましたけど、こうなったとはいえ、いわゆる前提になっている、基盤になっている構造がこのままなので、なかなか、何ていうか、脱皮できない。
利用者に伝わるスタッフの意識	苦手意識、慌ただしさ、フラットでないのか利用者へ伝わる	・われわれ、臨床の場面でよくあるように、この利用者さん、苦手だなんて思っ関わってれば、苦手なことというのはちゃんと伝わっているですよ。 ・例えば今、自分の所属している職場が慌ただしければ、訪問したとき、ないしは訪問じゃなくても病院で面談したときに、その慌ただしさというの伝わるわけですよ。 ・フラットな関係でスタッフ同士がミーティングできているところにいるのか、やっぱり上司にはものが言えなくて、窮屈そうに働いているのか。それは絶対伝わります。
	地域での訪問はこの形でやり切れない	・逆にこうなんです。で、地域に出て、訪問で対応しようと思ったら、この形ではやりきれないんです。だって、上の者にも物言えない文化を持ち込むアウトリーチだったら「もう要りません。来ないでください」と言われて終わります。もしここでこれをやろうと思ったら、「お医者さん、そんなに偉いんですか？ すごいですね。うちは要りません、そんなサービスは」。終わっちゃうわけですよ。

【自由に物言えない関係】

このカテゴリーは次の4つの焦点コード、＜物言えない上下関係は危険＞、＜上に物言えない文化で訪問、その文化を持ち込む＞、＜この構造では患者としか見られず＞、＜日本は構造がこのままなので脱皮できない＞より成り立っている。

＜物言えない上下関係は危険＞

「例えば病院の中で、医者がコメディカル、コメディカルが患者に関わる。福祉施設でも上司がいて、部下がいて、利用者さんがいる。この時に、この構造のまま、アウトリーチをしたら、とても危険だ」とAは指摘する。

現状、精神科訪問看護は保健医療機関が行うもの、訪問看護ステーションが行うもの2つのタイプがあるが、医療モデルとしての医師-患者の関係が存在する病院の縦の構造をそのまま訪問に適用することの危険を指摘する。なぜ危険か、それは以下の焦点コードで展開している。

<上に物言えない文化で訪問、その文化を持ち込む>

「同じように、どんなに丁寧な言葉遣いで、作り笑顔でやったとしても、福祉施設にいても、上司にきちんと物を言えない部下が、上司に言われっぱなしの、上司に言われっぱなしで、自分が上の者に物を言えない部下が利用者さんのお宅に訪問したらどうなるか？自分は上の者に物を言えない文化ですから、上の者に物を言わせない文化を利用者さん、患者さんに持ち込むわけですね。」とAはいう。

ここでは、日常の職場で物言えない縦の関係にいて、そうした文化にいるスタッフは、結局、同じ行為を利用者さんに強いることになり、それが<物言えない上下関係は危険>な理由だと指摘している。

<この構造では患者としか見られず>

次にここでは、危険の中身について具体的にAは述べている。

「もっと極端に言えば、この構造の中では、この人は、Aさんは患者としか見られませんから。この構造の中で、Aさんは利用者さんとしか見られませんから。でも、この構造から一歩出れば、この人はコーヒー好きのお兄ちゃんだったり、統合失調症かもしれないけど、(中略)お花に詳しいハナコさんかもしれないというようなことが、こう、ぎゅっとそぎ落とされて、やっぱり患者A、利用者Aと見られがちな懸念もあるわけですね」。

当事者は「患者」としか見られず、統合失調症かもしれないが普通の「コーヒー好きのお兄ちゃん」とは見られないのである。

<日本は構造がこのままなので脱皮できない>

「詰まるところ、もともとこういう形だった日本と、そもそもこういうことが当たり前だった海外とがあって、日本でもこれがこうなってきましたけど、(中略)基盤になっている構造がこのままなので、なかなか、何ていうか、脱皮できない」

こうした見方や考え方は、日本社会が持つ独自の文化的、社会的要素であり、長い間に日本社会に根付いたスティグマでもある。社会の基盤になっている構造であり、容易には変わらないとAは述べている。

【利用者に伝わるスタッフの意識】

このカテゴリーは次の3つの焦点コード、<苦手意識、慌たださ、フラットでないのか利用者へ伝わる>、<地域での訪問はこの形でやり切れない>より成り立っている。

<苦手意識、慌ただしさ、フラットでないのか利用者へ伝わる>

Aはスタッフがどのような組織や文化の下で働いているかまた、当事者にどのような思いで接しているのかは、どんなに丁寧な言葉使いをしても、その思いは伝わるという。 苦手意識だけではない。その慌ただしさも伝わりとAはいう。

「われわれ、臨床の場面でよくあるように、この利用者さん、苦手だと思って関わっていれば、苦手なことというのはちゃんと伝わっているんですよ」

「例えば今、自分の所属している職場が慌ただしければ、訪問したとき、ないしは訪問じゃなくても病院で面談したときに、その慌ただしさというのは伝わるわけです」

当事者は、自分が相手からどう思われているか、相手は自分をどう思っているのかは普通の人以上に敏感である。その時、スタッフ側の気持ちに先方への苦手意識や他の問題で迷いや蟠りがあると相手に気持ちを集中出来ない。そうした意識は「絶対に伝わる」とAは言う。

「フラットな関係で、スタッフ同士がミーティングできているところにいるのか、やっぱり上司には物が言えなくて、窮屈そうにして働いているのか、それは絶対伝わります」。

そのためにACTの持つスキルであるフラットな関係で行うチームミーティングが重要になって来る。また、チームリーダーとケースマネジャーとの徹底した情報共有と問題意識の摺合せが必要となる。朝のミーティングでは最低、利用者全員の申し送りと危機的状況が予想される問題の対応を整理して、前日の問題を引きずらずに、あらたな気持ちに切り替えて、それぞれの利用者宅に行くことが必要だという。

<地域での訪問はこの形でやり切れない>

「逆にこうなんです。で、地域に出て、訪問で対応しようと思ったら、この形ではやりきれないんです。だって、上の者にもものを言わせない文化を持ち込むアウトリーチだったら『もう要りません。来ないでください』と言われて終わりなんです。もしここでこれをやろうと思ったら、『お医者さん、そんなに偉いんですか？ すごいですね。うちは要りません、そんなサービスは』で終わっちゃうわけです」。

第3節 考察

1 ACTのサービスの特徴の要因

第4章で、調査ⅢとⅣの調査すなわち、ACTを利用していない家族とACTを利用している家族の調査を比較した結果、ACTを利用している家族において、当事者とのコミュニケーションが回復し、当事者の自立への歩みが確認されるとともに家族自身が当事者、ACTの3者の関係の中で情報を共有し、ともに行動する中でリカバリーの状態にあることが示唆された。第5章ではそれを受けて、家族支援の効果の背景である要因を明らかにすることを目的として検討した。その結果、表5-3-1に示す通り、調査Ⅲ・調査Ⅳ（共通カテゴリー）の欄に表現されている6つの大カテゴリーと26のカテゴリーに整理された。これは、調査Ⅲ、調査Ⅳで抽出されたカテゴリーで、重複するカテゴリーは一つにまとめ、それ以外は全て調査Ⅲ・Ⅳ（共通カテゴリー）の欄に書き出したものである。両者データを合わせることで、ACTのスタッフとチームリーダーが語った内容全てを対象として、カテゴリー間の関連やACTの家族支援に有効な要因の分析に供することとした。

表5-3-1 調査Ⅲと調査Ⅳのカテゴリー一覧

大カテゴリー	調査Ⅲ	調査Ⅳ	調査Ⅲ・Ⅳ	
	ACTチームのグループ	ACTチームリーダー		共通カテゴリー
	カテゴリー	カテゴリー		
当事者の変化	<ul style="list-style-type: none"> <第3者と出会う> <関係を維持する> <さまざまな積み重ね> <本人と丁寧につき合う> <スタッフとともに成長> 		<ul style="list-style-type: none"> <第3者と出会う> <当事者と丁寧に付き合う> <さまざまな積み重ね> <関係を継続する> <スタッフとともに成長> 	
家族の変化	<ul style="list-style-type: none"> <専門家と繋がる安心の提供> <家族に共感・傾聴> <本人と家族の両方への支援> <本人と家族の相互関係の回復> 	<ul style="list-style-type: none"> <世帯を支援する> <家族が行うケアを支援> <自立のための支援> <本人と家族の相互関係の回復> <家族心理教育> <各家族へ対等な支援> 	<ul style="list-style-type: none"> <本人と家族の両方への支援> <家族に共感・傾聴> <専門家と繋がる安心の提供> <自立のための支援> <本人と家族の相互関係の回復> <家族が行うケアを支援> <各家族へ対等な支援> <本人と家族の相互関係の回復> 	
スタッフの態度		<ul style="list-style-type: none"> <肯定・受容> <自己開示> <傾聴からはじまる支援> <横並のフラットなチーム構造による家族支援> 	<ul style="list-style-type: none"> <横並びのフラットなチーム構造による家族支援> <傾聴からはじまる支援> <肯定・受容> <自己開示> 	
支援者の支えになるもの	<ul style="list-style-type: none"> <チームに支えられる> <利用者の反応> <自分と向き合う> 		<ul style="list-style-type: none"> <チームに支えられる> <利用者の反応> <自分と向き合う時間> 	
ACTの特徴	<ul style="list-style-type: none"> <必要な時期にすばやくサービス提供> <多職種自己完結型> 	<ul style="list-style-type: none"> <横並びのフラットなチーム構造> <ACTのメンバーの役割と教育> <ACTの歴史> <システムとしての家族支援> 	<ul style="list-style-type: none"> <多職種自己完結早いサービス> <横並びのフラットなチーム構造> <ACTのメンバーの役割と教育> <ACTの歴史> <システムとしての家族支援> 	
権威性の払拭		<ul style="list-style-type: none"> <利用者に伝わるスタッフの意識> <自由に物言えない関係> 	<ul style="list-style-type: none"> <利用者に伝わるスタッフの意識> <自由に物言えない関係> 	

2 大カテゴリーを構成するカテゴリー

第1 当事者の変化

5つのカテゴリーを見ると【第3者と出会う】、【当事者と丁寧につき合う】、【さまざまな積み重ね】、【関係を維持する】、【スタッフもともに成長】となり、ここでは当事者とACTの信頼関係が形成されるプロセスが示されている。【第3者と出会う】とは、ACTが当事者の生活の場に介入することであり、それは、当事者と家族の世界に外部との接点ができることである。そこからACTとの関係が始まる。また訪問では、病院における専門職とクライアントという主客の関係は逆転し、訪問先では、当事者、家族の合意と納得があって初めてサービスが可能となる。【当事者と丁寧につき合う】、【さまざまな積み重ね】、【関係を維持する】はACTスタッフの当事者との関係形成のプロセスであるが、それはまた同時に【スタッフもともに成長】する過程でもあり、双方向の関係が存在し、基本的信頼関係が築かれる。基本的信頼関係とは「本人の生きづらさ、不安定さに寄り添い、ありのままを受け入れる」（的場編 2014）ことである。調査では、当事者とACTの間で「いつでも相談できる」、「心身不調時に一緒にいる」、「こちらの意向で変わらず、本人の気付きにつき合う」（調査Ⅲ.Ⅳ）関係作りが丁寧に行われている。この援助関係は、専門職的關係でなく、対等平等の關係である。

第2 家族の変化

5つのカテゴリー、【本人と家族の両方への支援】、【家族に共感・傾聴】、【専門家と繋がる安心感の提供】、【各家族へ対等な支援】、【本人と家族の相互関係の回復】は、ACTにおける家族支援の基本的性格を示す内容である。

【専門家と繋がる安心】は、専門家の知識と技術を生かした生活支援が行われていることに対する信頼感である。医学モデルであれ、生活モデルであれ、専門職の支援者は利用者が信頼と期待を寄せる存在である。それは、現に具体的な支援を求めている場合だけでなく必要があれば支援を提供してくれることからくるものであり、特にACTにおいて信頼感が高いことが伺われる。

【家族に共感・傾聴】は当然重視すべき内容であるが、訪問サービスでは、家族の苦労を聞き、本人と家族のありのままの思いを聞くことから始める以外に、支援のはじめようがないというほど重要である。

【本人と家族の両方への支援】、【本人と家族の相互関係の回復】の三つのカテゴリーは、家族全体を治療することを標榜する家族療法において基本とされているものであるが、本人支援を標榜しているACTにおいて、その目的を達成するために家族の支援も並行して行う必要があることから来る要請である。

本人と家族のコミュニケーションが取れなくなることは本人の危機的状況時では、しばしば起きることであり、家族の大きなストレスになっている（全国精神保健福祉会連合会ら編 2018：22）。当事者が重篤な場合、家族だけでは、こうした状況を変えることは、非常に困難であり、訪問型の対話を基本にした生活支援が強く望まれる。その際、家族間の不平等感による対立が生じないように各家族に合わせた丁寧な対応が欠かせない。従って、ACTが家族支援に【本人と家族の相互関係の回復】を掲げ、正面から取り組んでいることは、家族支援において重要な視点である。三品も家族のリカバリーには「家族内の対話促進」をその一つに要因に挙げている（三品 2013：395-397）。こうした家族と本人の相互理解とコミュニケーションの回復による家族と当事者のリカバリーは、ACTのような第三者の介入が大きな転機の可能性になっていることが調査で明らかになった。

しかし、医療機関等で当事者のみを支援してきた専門職には、当事者と家族を個別に見るのではなく、個別に関わりながらも家族を相互に関係する一つのものとして、全体的に関わることは必ずしも容易ではない。

第3 スタッフの態度

【傾聴から始まる支援】、【肯定・受容】、【自己開示】、【横並びでフラットなチーム構造による家族支援】から読み取れるのは、ACTの取組みが、医療モデルではなく生活モデルであり、当事者と家族の自立性と主体性を基本に据えて、当事者、家族をあるがままに受け入れ、1人の人と人との関係構築を目標にしたプロセスであるということである。

【傾聴から始まる】、【肯定・受容】は妄想も含めた受容であり、【自己開示】は同じ人間として悩み、生活している1人の人間であることを伝えることで新たな関係が生まれる。

新たな関係とは、「何でも相談できる関係」である。それは、妄想を聞くこと、自己開示することであり、訪問型の支援である特徴を生かしたACTの大きな特徴である。

【横並びでフラットなチーム構造による家族支援】は基本的信頼関係を継続する上でのACTのシステムの中核である。ACTの個々のサービスが決して特別ではないが、それを安定して、継続的に提供させる上で、ACTのチーム構造はなくてはならないものである。

第4 支援者の支えになるもの

医学モデルでは、専門職の権威性が介入の根拠となり、援助関係は非対称性を持つとされる。しかし、当事者、家族とともに歩もうと志向する日本のACTの家族支援の場合、専門職の身分と立場の担保を権威性に求めないようにする工夫が認められる。それに当たるものが以下の3つのカテゴリーである。

【チームに支えられる】は、医学モデルのような縦の関係ではなく、チーム制による専門職間の相互理解と相互支援によって、情報の共有化と実践上の認識の共同化、教訓化が可能となり、それによって支援者が支えられ、次の実践に繋がる経験が蓄積されることである。【利用者の反応】は、利用者の希望や思いを専門職の指針とすることで、当事者中心

の支援にとって基本となるものである。【自分と向き合う時間】は、リフレクション、もしくはリフレクティブシンキング、内省的思考を意味しており、専門的自己を成長させる上で必要な要素である。以上3つを踏まえることが、ACTにおける生活支援が権威性から離れ、フラットな関係性による支援の実行を支える上で重要となる。

第5 ACTの特徴

ACTの特徴は、4つにカテゴリーより成る。【多職種・自己完結・早いサービス】は専門主義でなく、チームによる超職種連携主義、仲介型でなく、直接サービス対応型であることを示している。【ACTのメンバーの役割と教育】について、医学モデルにおいては、専門職とクライアントは縦の構造のもとでの専門主義であり、そこでは、援助関係は非対称性をなしている。ACTの生活支援では、医師の専門的役割をチームの中での位置付けを明確にし、コメディカルが医師だけに任せないで自ら責任を持って対応する関係が生まれている。

【横並びのフラットなチーム構造】は、ACTの組織の核となる仕組みであり、ACTの大きな特徴である。毎朝のミーティングでスタッフ全員が経験差、年齢差に関係なく自由に意見を述べ合い、各利用者の情報とスタッフ同士の問題意識の共有を行い、チームリーダーがチームをまとめていく作業である。こうした組織基盤の上に【システムとしての家族支援】が有効に機能している。

第6 権威性の払拭

医療モデルのような権威性の縦の関係では、スタッフは自由に発言することは困難な関係になりやすい【自由に物言えない関係】、ACTはこの関係とは対極をめざし、それを実践し、成果に繋げている。医療モデルの権威性に守られた専門職の意識は、必ず利用者に対しても同じような縦の関係を押しつける【利用者に伝わるスタッフの意識】。ACTでは、この関係の転換が意識変革に繋がるとする。

3 ACTの家族支援を有効たらしめている要因

調査Ⅰ・ⅡのACTを利用しない家族とACTを利用しているACTの比較からACTを利用した家族においてリカバリーの状態が認められることが示唆された。そのような変化をもたらした要因を明らかにするために、調査Ⅲ、調査Ⅳから導き出された「当事者の変化」から「権威性の払拭」までの大カテゴリーを、有効性を生み出す要因という視点から分析した。

その結果、最終的にそれらの大カテゴリーから、ACTの家族支援に有効な要因として、第1に「当事者と家族の生活全体に関わる」、第2に「フラットな関係」、そして第3に「支援システムの存在」の3つが導き出された。以下、導き出された要因について、説明を加える。

1) 第1の要因「当事者と家族の生活全体に関わる」

第1の要因は、ACTの目的に由来する要因である。

家族のリカバリーの1つとして、家族と本人とのコミュニケーションが可能となり、相互信頼関係が回復することが挙げられる。その具体的事例を、調査Ⅱ（ACTを利用した家族の調査）からいくつか見てみると①ACTのアドバイスで家族は本人に家事労働の報酬化を行い本人は意欲を示すようになる（D）、②本人の生活援助をするためにも一家生活保護の申請（E）、③家族が困難と感じていた本人の独り暮らしの実現（C）、④発病から25年、息子が初めて「親父迷惑かけたな」と謝り、以後お互い心を開いて話すようになる（B）、⑤当事者の母親の症状が安定し、通所との繋がりもでき、親孝行ができている（F）等が上げられる。以上の成果は、いずれも短期間では成し遂げられない事ではあり、ACTが介入時からの当事者と家族の双方に丁寧で粘り強く関わり、基本的信頼関係が形成され後に実現したものである。生活支援は当事者個人のみに関するほか、当事者と家族の間で発生している懸案の解決など、当事者のみへの対応では解消が困難なものが少なくない。

今回の調査でも、「本人の相談や困りごとの原因が病気の症状そのものより、さまざまな関係性の中で起きていることが実は多く、改善のためには本人と家族の双方の話を聞き、生活全体をセットで見て生活場面での解決が大切」（C）との指摘がなされている。また、チームリーダー（B）は、家族支援の最終目標として【家族と本人の相互関係の回復】を掲げる理由として本人が自立の道を歩むには「家族だけでも、本人だけでもなく、家族と本人の両方が良くなることである」と述べている。さらに、あるスタッフはが述べたように「ご本人のところに訪問に行っても、不安が家族の人が強い場合（略）家族の人の話で殆ど終わる場合もある」（調査Ⅲ）ことから、家族の存在を抜きにして当事者の支援は困難であるというべきである。そうしたことから、【各家族へ対等な支援】、【本人と家族の両方へ支援】が必要となり、そのためには、当事者と家族の間のコミュニケーションの存在が前提となる。すなわち、生活支援を行うときに、本人と家族のコミュニケーションの改善が前提となり、その過程で【本人と家族の相互関係の回復】が実現することになるわけである。すなわち、家庭において、当事者の生活支援を行うためには「当事者と家族の生活全体に関わる」ことが必要となり、それが半ば必然的に家族のリカバリーを導く要因となっていることになる。日本には家庭に赴くサービスとしてすでに訪問看護や訪問介護があるが、生活支援全般を目標に掲げているとは言いがたく、その意味でACTのように生活支援を行ううえで【本人と家族の両方への支援】を目標として明確に位置付けているとは言いがたい。

以上の考察により、ACTにおける家族支援の有効性の要因の一つとして「当事者と家族の生活全体に関わる」ことがあげられると結論する。

2) 第2の要因「フラットな関係」

第2の要因はACTの支援方法に由来する要因である。

「利用者が障害や疾患を抱えていて、充実した価値ある人生を、地域社会の中で送ることができるようになることである」（伊藤 2009）という ACT の目的を達するためには、前節で述べたように生活支援が医療的支援に優先する。すなわち、専門家が考える医療的ニーズより、当事者の困りごとや希望がサービス提供の基本となる。よりよいサービスの提供のためには当事者の困りごとや希望をできる限り詳細に、精確に知る必要がある。そのために必要な技法は傾聴と共感である。傾聴と共感の重要性は他の支援でも同様であるが、ACT における生活支援では最優先されるべき専門家の態度というべきである。一般に精神障害当事者はコミュニケーションに困難を抱える人が多く、自ら気持ちや要望を語る事が苦手な傾向がある。そのため、さまざまな支援の出発点となるべき専門家との出会いでつまづいてしまうことが少なくない。ACT を利用していない家族の調査で 3 年の期間を経ても生活状況が改善しない一因は、支援者との信頼関係を築けないことであることが示された。ACT 利用に際しても、今回調査対象とした家族の当事者の何人かは当初サービス利用に消極的であったことが示されている。しかし、3 年後にはほぼ全員が病態の改善の有無とは別に、ACT の訪問を楽しみにして受け入れていた。その一因となったのが、ACT のスタッフが傾聴と共感の能力に由来する信頼関係の獲得であることは想像に難くない。

そのような ACT スタッフの態度を表現する用語として、今回の ACT スタッフのインタビュー調査から、人と人との「フラットな関係」という用語が浮上した。この人と人とのフラットな関係は 4 つの局面、(1) 当事者と ACT の関係、(2) 家族と ACT の関係、(3) 家族と当事者の関係、(4) ACT のスタッフ同士の関係で、出現していた。それぞれ、どのようなものを略述すると以下のようなものである。

(1) 当事者と ACT

基本の関係は「本人の意向を大切に、困難な時にも一緒にいる関係」、「患者という枠を超えて 1 人の人間として接する関係」である。効果は「スタッフの訪問を心待ちしている」、「ACT と話して当事者が変わる」である。

(2) 家族と ACT

基本の関係は「いつでも安心して、相談出来る関係」、「各家族へ対等平等に対応する関係」である。効果は「頻繁に何でも相談でき、当事者、家族の生活が変わったこと」である。

(3) 家族と当事者

基本の関係は「素直に謝り、感謝を伝えることが出来る関係」である。効果は「親子の信頼関係が回復し、心を開いてコミュニケーションが可能になる」である。

(4) ACT のスタッフ同士

基本の関係は「同じ目的に向かい、対等平等、自由に発言できる関係」である。効果は「家族、本人に対し自由な発言、やり取りが可能になる。自分で抱え込まず、精神上良い」である。

以上4つの「フラット」使われ方の背景に共通するのは、・いつでも話せる・対等平等である・相手の意向を大切にする・相手を患者や利用者としてでなく1人の人間として見る・素直に謝り、感謝を伝える、・自由に意見が言える、などが内容であると考えられる。別の表現では、「話しやすさ」「親しみやすさ」「優しさ」「親切」「包容力」「柔軟性」などという従来の支援者にともすると欠けていると批判されることがあったような態度ということに成るのではないかと思われる。このような態度は、訪問して生活を支援する上で必要となるものであるが、本人との信頼関係を構築することを可能にする言葉は、家族との信頼関係を構築する上でも効果をもたらし、ひいては家族のリカバリーを促進する要因となっていると考えられる。

3) 第3の要因「支援システムの存在」

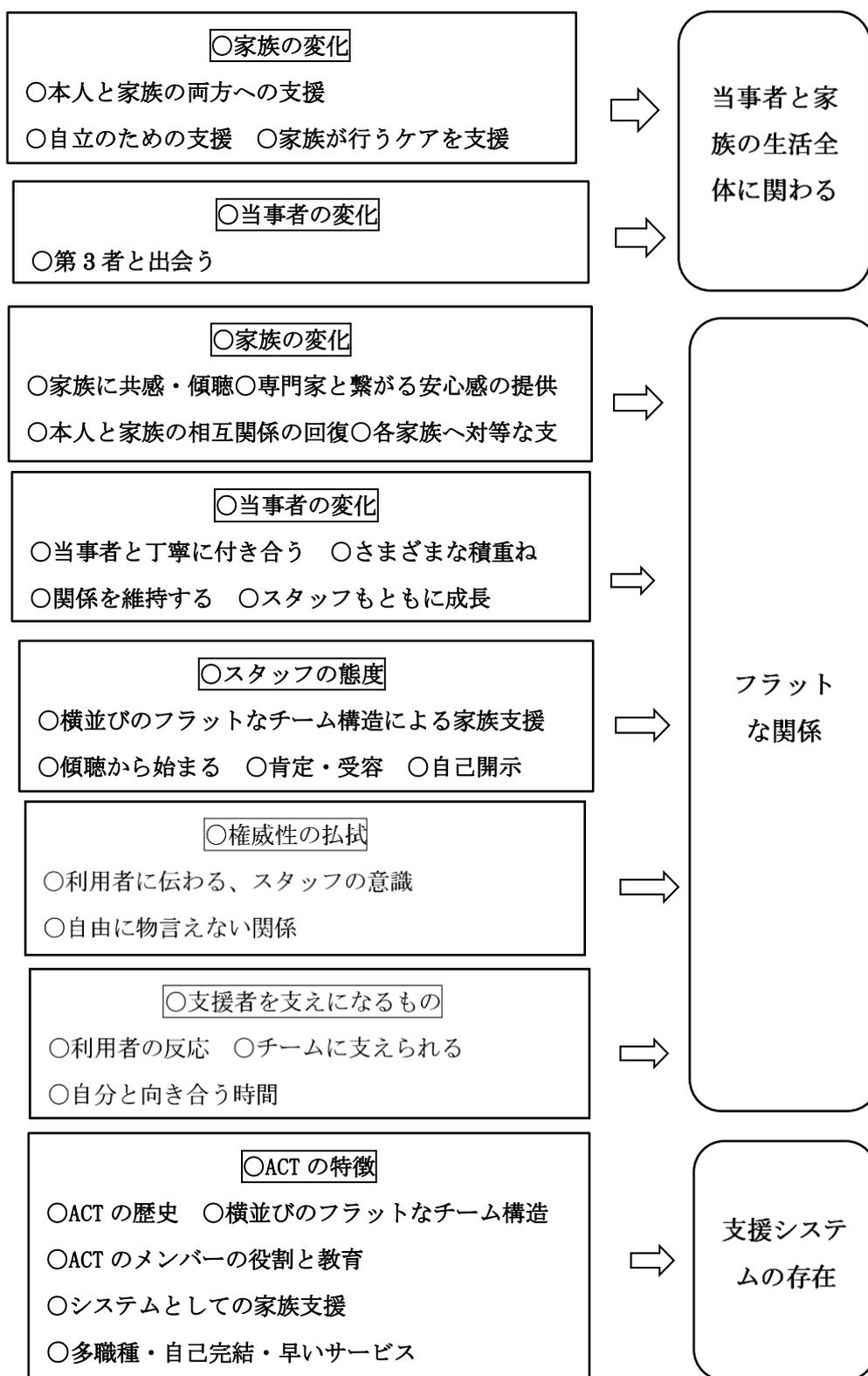
第3の要因は、スタッフを支えているACTのシステムに関する要因である。

ACTの包括的な生活支援は医師を頂点とする確固とした指示体系では達成が困難であるといわれている。ACTスタッフが当事者や家族とフラットな関わりができることは、ACTにおいて、スタッフ同士が医師主導ではないフラットな関係、すなわち横並びに自由に発言したり、情報を共有できるチーム構造を有している（梁田2018；藤田ら2018）ことに由来すると考えられる。チームアプローチは「ACTの哲学およびプログラムをいかに成功に導くかという点について中核をなすものである。」（ACT・包括型地域生活支援プログラム：アメリカ政府連邦EBP実施・普及ツール）。横並びの構造のチームで行われる具体的な作業内容としては、毎日行われるチームスタッフによるカンファレンス（チームミーティング）を挙げることができる。これに加え、スタッフ同士のミーティングは必要とあればただちに行われ、お互いの専門的な立場の違いを超えて担当する当事者や家族の生活支援という共通の目標のために合意に達することを是とする文化（梁田2018）が存在している。これらについては、すでにACTの説明の項で述べたが、こうしたチーム構造のもとで、スタッフ同士が日常的に自由に発言し合い、情報を共有し、危機対応も含め検討する経験を積んできたからこそ、訪問先で当事者や家族ら利用者の意向を汲んだ柔軟なやり取りが可能となるのである。すなわち、「フラットなチーム構造の文化を日常的に体現している人がアウトリーチして、本人、家族に接するから、そこに自由な発言、やり取りが生まれる」（調査IV：145）のであり、「フラットな関係」は、スタッフ個々人のみの努力の成果というよりはACTというプログラムのシステムの中でチームアプローチが行われている結果可能となったものといえる。ACTのチーム構造が、当事者や家族の支援に対して不断に研修の場を提供していると考えられることから、日本の精神保健医療福祉を当事者主体、あるいは必要にして十分な家族支援を行えるものに改革していくためには、支援者の側にフラ

ットな関係を生み出すことを可能にする支援システムの構築が喫緊の課題となることが理解される。

以上、第1の要因の「当事者と家族の生活全体に関わる」、第2の要因の「フラットな関係」、第3の要因である「支援システムの存在」が調査Ⅰ、調査Ⅱで示されたACTにおける家族支援の有効な要因であることが示されたといえる。これらの3つの要因は、部分的には各サービス機関や各種の組織にすでに存在していると考えられるが、当事者と家族のリカバリーという明確で一貫した目的のために、3つの要素が相互に関連し、一体として運用されているという点で存在するのはACTの右に出るプログラムはないと言っても過言ではない。

図 5-3-8 調査Ⅲ、調査Ⅳから集約された3つの要因



第6章 ACTにおける家族支援の有効性が確認された要因の検証

第1節 要因の検証のための家族が作ったACTへの面接調査（調査V）

1 本調査の位置付

第5章でACTの家族支援に効果のある要因が他のACTにおいても認められるかを検証すべく、同じACTのフィデリティを満たしているが、家族の強い要望で、家族が中心になり、多くの専門家の協力で運営されているACTのスタッフにインタビュー調査を行った。

2 目的と方法

1) 目的

5章で導き出されたACTチームにおける家族支援に効果をもたらす3つの要因、すなわち「当事者と家族の生活全体に関わる」、「フラットな関係」、「支援システムの存在」が他の家族が作ったACTの家族支援においてもその有効性が認められるか否かを検証する。

2) 対象

家族が作ったACTの事業責任者の専務、設立の中心だった家族会の会長、現場のチームリーダーの3人にインタビュー調査を対象とした。特に家族が作ったACTということで、家族会の代表の方にもインタビューに加わっていただいた。家族会の会長は、支援者という立場のほか、二人の子どもを当事者としてもつ母親の立場で経験を述べた。対象者のプロフィールは以下のようであった。

表 6-1-1 対象者のプロフィール

3) 調査時期

	対象者	性別	年齢	役職	資格	障害者支援歴	ACT経験歴
1	A	男性	50代	専務		10年	5年
2	B	女性	40代	チームリーダー	・作業療法士 ・精神保健福祉士	20年	10年
3	C	女性	80代	家族会会長	・精神保健福祉士	40年	5年

インタビュー時期は2017年1月30日に実施した。

4) 調査方法

第5章から得られた要因に関するものなどについて、あらかじめ質問を用意し、半構造化で、対象者3名に対し同時に実施した（グループインタビュー）。

得られたデータは、テープ起こしをしたうえで、以下の分析に供した。

5) 分析方法

質的データ分析方法（佐藤 2008）を参考に行った。あわせて、安梅（2001）のグループインタビュー法も参考にした。

表示は以下のようにした。大カテゴリ＝《 》、カテゴリ＝【 】、焦点コード＝< > 事例＝「 」

6) 倫理的配慮

本研究は東洋大学大学院の「研究倫理規定」に基づき適切な倫理的配慮を行った。すなわち調査対象者には、研究の目的・方法・協力の任意性・匿名性の保証・個人情報の保護等について書面及び口頭で説明を行い、同意を得て実施した。データは分析終了後廃棄した。

3 結果

1) カテゴリ設定

大カテゴリは以下7つに分かれる。すなわち、《当事者の変化》、《家族の変化》、《スタッフの態度》、《スタッフの支えになるもの》、《精神保健医療の現状》、《地域の連携》、《ACTの医師》である。また、大カテゴリは20のカテゴリより構成される。

表 6-1-2 大カテゴリ一覧

大カテゴリ	カテゴリ
当事者の変化	症状安定、現実と直面
	ACTと関わり、生活変わる
家族の変化	家族の交流とその深化
	孤立から味方が出来る
	本人、家族の相互関係の回復
	本人と家族の両方への支援
	3者共有でリカバリー
	何でも相談できる
	家族が変わる
スタッフの態度	家族の生の苦しみを聞くことから出発
	家族とは同志のような関係
	スタッフの役割
スタッフの支えになるもの	利用者から伝わる思い

大カテゴリー	カテゴリー
精神医療保健の現状	ACT認知されず、ケアマネジメント機能せず
	隔離の病院と絶対主義の医師
	病院、医師も患者の生活が見えず
地域の連携	地域からの反応
	草の根活動で信頼確得
	医師と連携し地域を変える
ACTの医師	チームの中の医師の存在

《当事者の変化》

【ACT と関わり、生活変わる】、【症状安定、現実と直面】の2つのカテゴリーより構成される。

表 6-1-3 当事者の変化

カテゴリー	焦点コード	事例
ACTと関わり、生活変わる	ACTで退院実現	<ul style="list-style-type: none"> ・ACTのサポート受け、それから変わり、退院。退院出来たACTのお陰と親も思っている。 ・長男が退院可能なら、みんな可能と言われる。 ・自分で入院するようになった。いい入院の仕方だった。
	本人、ACTとのやり取りで、生活、表情変わる	<ul style="list-style-type: none"> ・妄想の世界だが現実的関わりが出来るようになり生活変わる。 ・ACTと本人とのやり取り見て本人が変わって行くの見える。顔の表情が変わる。
症状安定、現実と直面	次男、結婚-出産-再発-離婚	<ul style="list-style-type: none"> ・弟は症状、落ち着いた時期あり。子どもが2人目の時、再発、離婚。
	長男、別人の様に落ち着く。現実と直面悩む。	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなる前、本当に別人の様に落ち着いていた。現実と直面、みんな気にしていた。最初とは、別人のよう。本人の意思で入院も大きい。
	長男、結婚願望強く、現実的苦悩始まる	<ul style="list-style-type: none"> ・結婚願望あるが出来ない自分と現実があり、苦しみ悩みも増えてきた ・結婚願望は強く、求婚。最後、物事がきちんと理解でき、苦しむ。
	長男の死	<ul style="list-style-type: none"> ・長男亡くなる。遺体で見えられた。自殺とまでいかない事故死。 ・その夜帰らず、私も夜探しに行ったが、池の近くで溺れてみたい。 ・もう深く考えてもですね。お葬式もやりみなさん来て下さいました。

【ACT と関わり、生活変わる】

このカテゴリーは次の2つの焦点コード、＜本人、ACT とのやり取りで、生活、表情変わる＞、＜ACT で退院実現＞から成り立っている。

＜本人、ACT とのやり取りで、生活、表情変わる＞

息子（50代）は、ACT と関わるようになり、母親は「ACT と本人とのやり取り見て、本人が変わって行くの見える。顔の表情が変わる」のが分ったという。「妄想の世界だが、現実的

関わりが出来るようになり生活」が変り、「ACTのサポート受け、それから変わり、退院」となる。ACT との出会いで、長男が症状はありながら表情が変わる様子を伝えている。

<ACT で退院実現>

母親は「退院出来たのは、ACTのお陰と親も思っている」という。

入院中は「長男が退院可能なら、みんな可能と言われる」程の重篤な症状であった。

【症状安定、現実と直面】

このカテゴリーは次の4つの焦点コード<次男、結婚-出産-再発-離婚>、<別人の様に落ち着く。現実と直面悩む>、<結婚願望強く、現実的苦悩始まる>、<長男の死>より成り立っている。

<次男、結婚-出産-再発-離婚>

次男の症状は一時安定、結婚、2人の子供が生まれる。しかし、その後再発、現在は入院中という。

<長男、別人のように落ち着く。現実と直面し、悩む>

退院後、一人暮らしを始め、いろいろ挑戦が始まった。

「いろいろやるけれど、できない自分だったりとか、本当に彼女が欲しいとかね、結婚したいとか、ずっとあった」という。その中で、長男が「そうはいつでも、なかなか、やっぱり、こう、踏み出せない、うまくできない、どうしたらいいんだというところが空回りってみたいのがずっとあったから、なんかね、気にはなっていたんですね、ずっと」とBはいう。

症状が安定し、1人暮らしを始めると、今まで見えなかった人間としてのごく普通の夢と希望が見えてきたのであろう。同時に彼の目の前には、厳しい現実もまた見えてきた。Bはその時の様子を次のように述べている。

「亡くなる前、本当に別人のように落ち着いていた。現実と直面、みんな気にしていた」。

<長男、結婚願望強く、現実的苦悩始まる>

「結婚願望があるが、出来ない自分と現実を知り、悩み苦しきも増えてきた」

症状が落ち着くに従い周りの物事が見え始め、新たな苦しみが生まれたのではとBは述べている。

<長男の死>

長男は、ある日、行方不明になり、その日から5日後、池の畔で発見される。自死なのか事故なのか分からない。確かなことは、亡くなる前、長男は別人のように落ち着き、これからの人生を悩んでいた。そして、周りのスタッフは、それに気が付き気になっていたという。

《家族の変化》

大カテゴリー《家族の変化》は、【家族の交流とその深化】、【孤立から味方ができる】、【本人、家族の相互関係の回復】、【本人と家族の両方への支援】、【3者共有でリカバリー】、【何でも相談できる】、【家族が変わる】の7つのカテゴリーより構成される。

表 6-1-4 家族の変化

カテゴリー	焦点コード	事例
家族の交流とその深化	境遇の似ている家族が同じ悩みで繋がる。	・家族が家族に経験を話す。スタッフでなく、境遇の似ている方が繋がるのがいい。 ・同じ悩みを抱える会が無いと駄目だと言うところからなんですけどね。
	ACTの家族交流、忌憚ない意見出る	・家族交流は忌憚ない意見がでる。病院の家族教室、地域の家族会には無い。 ・家族が自分の家族の話をする。自分のことなかなか人に言えない。
	家族交流の深化	・最初は悩みの披露、最近は行政にどう働きかけるかの話。 ・家族の方、だんだんお喋りな様子、顔の雰囲気が変わる。
孤立から味方ができる	家族は親戚にも言えず、居場所がない	・親戚が団地にて、暮らせず、逃げるように福岡に来た。 ・家族は、この病気を持っていると親類にも言えない。
	病気の偏見、家族だけが抱える	・日本で統合失調症という病気に限りサポートがなかった。これはおかしな話と最近思う。 ・この病気変な眼で見られ、家族だけで抱える病気じゃないのに。
	入退院の繰り返し、家族ぐるみの引きこもり	・49歳で入退院の繰り返し、家の中は、いつもぐちゃぐちゃ。 ・家族ぐるみの引きこもりもある。
	孤立から味方ができる、それが一番	・孤立していたのに、本当に味方になってくれる印象。それが一番。
本人、家族の相互関係の回復	本人との関係、家族と事前調整	・ケア会議は事前に家族と調整。 ・何かする時は、事前に家族に言う。見届けてやってくださいと。
	本人支援は本人、家族支援は親子関係回復の家族ぐるみ支援	・支援者の役割はACT、家族は親子の関係を築くそれが意向。 ・本人のための家族支援でなく家族のための家族支援。意識的に追及。 ・くそおやじと言うが、ACTは本人に加盟せず、家族ぐるみの味方。
本人と家族の両方への支援	家族担当は年配と同性が基本だが、ケースバイ・ケース	・家族の対応の担当はケースバイケース。 ・家族が母親の場合、私と50代の女性スタッフと行くこともある。 ・ご家族の場合、経験則としてそこそこの年輩、同性が良いみたい。 ・母親に対応できる男性スタッフは育っていない。
	本人と家族担当別々で、時に代理戦争	・うちは本人と家族は担当が分ける場合が多い。 ・家族担当と本人担当でたまに、代理戦争があります。
3者共有でリカバリー	3者の共有無しで絶対上手いかず。本人リカバリー無し	・家族抜きに、本人のリカバリー、何言っているのとなる？ ・家族と当事者とACTの3者の情報共有、それなしに絶対に上手いかず。 ・だからうちはシステムをちゃんと作りたい。
何でも相談できる	何でも相談できる、体験しないと分らない	・身近に何でも話せて、当事者ともおしゃべりができる。父親、初めてで、驚いたと思います。 ・何でも言え相談できるということはすごい、私には体験した人でないと分からない。
	スタッフが泊って飲む、みんな気負いが無い。	・スタッフが泊まる。もう、驚きでここまでやってくださるのかってね。ACTと飲んだ時から父親、変わったと思います。 ・みんな気負いが無いのです。すごいことをやってくれているのに。 ・本人が入院中でも、スタッフは家に行き、家族と話す。 ・ご家族にあまり受け入れられないのは「偉そうなんだ」だから。
家族が変わる	家族が病気の見方を変える	・イタリアの映画を家族会で見てから、病気に対する考え方が変わる。 ・家族が病気に対する考え方を変えなくては。
	家族も周りも変わる	・毎月保健所のスタッフが来る。その方が変わるのが分るので。 ・お父さんが5年目で久しぶりにギターを弾く。嬉しかった。

【家族の交流とその深化】

このカテゴリーは3つの焦点コード、〈境遇の似ている家族が同じ悩みで繋がる〉、〈ACTの家族交流、忌憚ない意見出る〉、〈家族交流の深化〉から成り立っている。

〈境遇の似ている家族が同じ悩みで繋がる〉

チームリーダーのBは、ACTの利用者による家族交流をぜひ実現したいとの思いがあった。

その理由は、精神疾患を持つ家族の交流は、病気や境遇が違っているとなかなか相互理解が進まず、話を一方的に聞くだけで、その結果はお互い「大変ですね」で終わり、それ以上話が深まらない場合が多いと感じたからである。チームリーダーBは言う。

「ご家族が、今後どうなっていくか本当に不安という時に、私たちがいろいろ言っても『またそんなこと言っちゃってさ』みたいなこともあるので、実際にこんなことがあったという実例が結構ありますので。こんな方、この人似ているねというのがあるので、そういうご家族に協力していただいて、こんな感じだったよとか話をしてもらったり、うちはこんなふうにACTさんと進めたんだけどとか、他のところはこんなところを使ったことがあるよとかですね」

これは、家族の悩みや苦しみは同じ悩みを持つ家族が最も深く理解できるという共感の当事者性に根差した取り組みがある。ACTの医師やスタッフが本人、家族に係ることで、家族の生活に変化が生じてくる可能性はあるが、まず、当事者同士の交流から共感が生まれることが重要である。専門家より、同じ境遇で、同じ悩みをもつ当事者（家族）同士が話し合う方が、最も自然に共感しあえるのである。親戚にも言えず、家族だけが抱えてきたこの気持ちを分かり合えるのは、当事者同士に勝るものはない。

調査対象としたACTは、共感度を高めるには〈境遇の似ている家族が同じ悩みで繋がる〉ことが重要と考え、家族同士の交流の場をACTの利用家族にその場を提供することをACTのプログラムの一部として取り入れている。他の家族会と違うのは、対象がACT利用者という極めて限定された家族であることである。すでに何回か実施されているが、経験の共通項が多く、双方の理解が深く、参加者に非常に好評だという。このACTでは家族に対して訪問という個別支援をしながら、同時に家族同士の横の交流の場を設定することで、共感を通じた相互支援が行われている。家族支援の有効性を踏まえた、独自でより効果を高める支援が行われている例とみることが出来る。

〈ACTの家族交流、忌憚ない意見出る〉

ACTの家族交流会では病院の家族教室、地域の家族会には見られない、忌憚のない意見が出るという。家族が自分の身内の話を自分からすることは容易なことではない。しかし、話して分かってくれる相手だと分ると人は安心して、今までの胸の内を止めどもなく語るという。ACTと家族が卒直に話が出来ると関係ができる関係の上に構築されたものといえる。

<家族交流の深化>

「最初は悩みの披露、最近は行政にどう働きかけるかの話」と交流会の話題が時間を経ることで明らかに変わってきたという。家族の意識が社会的関係に向き始めたといえる。日々の当事者のケアに追われ、家族は高齢化で体力、知力も衰え、そこまで関心が向かないのが多くの家族会の実態である。当事者のケアで追われながらも、家族会に入り交流を深めた家族が社会的関心に目を向けるのは通常、容易なことではない。このACTでは、家族会での本音の交流の深まりとともに、このような変化が生み出されていることは特筆に値する。「**家族の方、だんだん、お喋りななり、顔の雰囲気が変わる**」、「**同じ家族だから良く分かる**」と家族会の会長Cはいう。また、家族が変わり始めると家族の周りも変わるという。

【孤立から味方が出来る】

このカテゴリーは4つの焦点コード、<家族は親戚にも言えず、居場所がない>、<病気の偏見、家族だけが抱える>、<入退院の繰り返し、家族ぐるみの引きこもり>、<一番は、孤立から味方ができる>から成り立っている。

<家族は親戚にも言えず、居場所がない>

Cは以前、関東にいたが「親戚が同じ団地にいて、暮らせず、(実家のある)F市に来た」という。夫は逆に会社の関係で単身赴任となる。実家に来てCさんは身の置き場を見出したが、昔からいる地元にいる多くの「**家族は、この病気を持っていると親類にも言えない**」状態で、誰にも言えないでいるのではないかという。

<病気の偏見、家族だけが抱える>

さらに、Cはいう。「**日本で統合失調症という病気に限りサポートがなかった。これはおかしい話と最近思う**」、「**この病気変な眼で見られ、家族だけで抱える病気じゃないのに**」。

<入退院の繰り返し、家族ぐるみの引きこもり>

Cは、二人の子どもが統合失調症で、仲の良い兄弟ではあるが、喧嘩をすることもあり、「**49歳で入退院を繰り返し、家の中は、いつもぐちゃぐちゃ**」だったという。家族会の方で、「**家族ぐるみの引きこもり**」の方もいるという。

<孤立から味方ができる>

Cは、ACTとの出会いで「**孤立していたのに、本当に味方になってくれる印象。それが一番**」だという。

「**私は、とにかくY市から逃げてこっちに来ましたのでね、誰にでもいろんな話をできますけれどもね。そうじゃない根っからのF市の方はね、やっぱりそういう意味では言えない人もいらっしゃると思うのね**」。

【本人、家族の相互関係の回復】

このカテゴリーは次の焦点コード、〈本人との関係、家族と事前調整〉、〈本人支援は本人、家族支援は親子関係回復の家族ぐるみ支援〉から成り立っている。

〈本人との関係、家族と事前調整〉

「例えばケア会議に家族も参加していただく場合、その前に、ケア会議の前にきちんと、こう、どういふことを語るとか、どんなふうな思いがあるとか、じゃあ、どうしよう」と家族と良く話合うという。また、常識的（例えば、家の手伝い）なことについての ACT のスタッフは本人に「あなた違うでしょう……」とガンガン伝えると言う。それは、家族が言えば喧嘩になることである。その際、本人に伝える前、「このことを言いますからね。見届けてやってくださいね」といった感じで親と話をしておくと言う。ここに家族と本人との関係を見る視点が認められる。

〈本人支援は本人、家族支援は親子関係回復の家族ぐるみ支援〉

チームリーダーB は次のように述べている。「家族は、支援者みたいな役割を結構取らされているので、それを外して、これは(当事者支援)こっちが受けるから、家族は親子の関係を築いてもらえたらな、というのはずいぶんありましたよね」という。

また専務A は「本人を支援する付属で家族を支援するんじゃなくて、本当に家族にもリカバリーしてほしいなと思っている。残り少ない家族の自分の人生楽しんでほしいなって(中略)やっぱり、夫婦で旅行に行ってもらったりとかね、好きな時間、好きなことを楽しんでもらったりとか、子どものことを忘れてね。そういうのは大事だよね、家族全体がリカバリーしてほしいよね」と本人と家族の両方のリカバリー、すなわち家族全体がリカバリーすることの希望を述べている。

【本人と家族の両方への支援】

このカテゴリーは次の2つの焦点コード、〈家族担当は年配と同性が基本だが、ケースバイ・ケース〉、〈本人と家族担当別々で、時に代理戦争〉から成り立っている。

〈家族担当は年配と同性が基本だが、ケースバイ・ケース〉

ACT の場合、当事者と家族にそれぞれ別々に担当を付けている。別々の担当を付けることできめ細かな対応も可能となり、幾つかの経験知も生まれている。基本として、家族担当を付けるとしても、機械的に行うのではなく、「家族の対応の担当はケース、バイケース。」だと言う。いくつか紹介すると以下の様なスキルである。

「家族が母親の場合、私と50代の女性スタッフと行くこともある。」、「ご家族の場合、経験則として、そこ、その年輩、同性が良い。」、「母親の対応できる男性スタッフは育っていない」。

<本人と家族担当別々で、時に代理戦争>

訪問時に、1人のスタッフが両方の意見を聞くのは物理的にも困難であり、Aも「やっぱり、家族と本人との関係が悪いケースが多いじゃないですか。だから、分けなきや絶対無理ですよ」という。それぞれの意見をしっかり聞けず ACT の態度が曖昧だと、結局、喧嘩両成敗の対応になり、次に繋がらないという。それを避けるためには、スタッフの体制もあるが、必要な場合それぞれに担当を付けるという。

時には、「**家族担当と本人担当でたまに、代理戦争があります**」という。

1人暮らしの当事者が休みに実家に帰ることを希望する件を巡って、体調が良くない家族を気遣う家族担当と本人意向を押す本人担当でやり合うことなどもあるという。このようなことができるのは、本人、家族と各担当者に信頼感関係が存在しているからである。

【3者共有でリカバリー】

このカテゴリーは焦点コード、<家族も含む3者の共有無しで絶対上手にいかず。本人リカバリー無し>から成り立っている。

チームリーダーのBは「家族抜きに、本人のリカバリー、何言っているの」となるという。

「本人を主体にしてACTの活動はしますけれど、(中略)良くも悪くも日本は、ご家族がずっと抱えてこられている。だとしたら、ご家族をなくして本人のリカバリーとか、何、言っちゃってんのって、なるじゃないですか。」、「家族と当事者とACTの3者の情報共有、それなしに絶対に上手く行かず」と述べて、本人支援、本人リカバリーは、今まで本人を支えてきた家族抜きにはありえないと断言する。そして、代表C「だからうちはシステムをちゃんと作りたい。」と述べている。

インタビューで家族と当事者とACTの3者が情報共有することについて訪ねると、「でも、絶対それをやらなきゃうまくいかないですよ。」と言い、「え、逆にどうなっているんですか。それを知りたい。」との返事であった。すなわち、情報共有は当然のこととして行われているとのことであった。

【何でも相談できる】

このカテゴリーは2つの焦点コード、<何でも相談できる、体験しないと分らない>、<スタッフが泊って飲む、みんな気負いがいい>から成り立っている。

<何でも相談できる、体験しないと分らない>

「もう、本当に、何でも言えるし、相談できるということはすごい、私にとってそのあれはね、体験した人じゃないと分らないと思ってね。今もあんまり言わないんですよ、家族の人に、ACTね」。

ここでは、Cは何でも相談できることの驚きを語っている。それは「体験しないと分らない」という表現に見られるように、その驚きの大きさが分る。母親はもちろんだが、さらに父親がACTのスタッフと接して、ACTの存在を知り、父親が変化していく様子が以下の発言から分かる。

「父親は、そういうふうな、その、京都の活動(京都のACT)とか、そんなの知りませんからね。一緒にスタッフが飲んで一緒に過ごして下さったことなんていうのはやっぱり驚きだったと思いますね。」そして、「ええ。ですけどそれからですよ、父親としてのね。こういう人たちがいるんだって、サポートしてくれる」。

さらにCは次のように述べている。「うん。身近にね、何でも話せて、当事者と本人たちともおしゃべりができてね。そういう初めての出会いにびっくりしたと思いますね。びっくりというか、驚いたと思いますね」。

母親と同じ体験を父親も体験し、家族の中で体験が共有されている。専務はそういう家族の実際の利用の声を聞いて、「耳では聞いていたけど、立ち上げてから実際分かった」という。

<スタッフが泊って飲む、みんな気負いがなし>

ACTスタッフとの関わり合いについて、Cは次のように述べている。

「スタッフと飲んでね。そして、その晩は泊まって下さって。」「もう、そのこと自体がね。こういうあれがあるのかという。」「実際に来て下さって、もう、何ていうんですかね、驚きでしたね、そこまでやって下さるのかっていうね。お話には聞いてましたよね、いろんな、京都の話とかね。」「本人が入院中でも、スタッフは家に行き、家族と話す」

また、気負いがなしということについて次のように述べている。

「みんな気負いがなしというふうに感じますね。全然気負ってないという感じが家族から見て。」「すごいことをやってくれているのに、みんな気負っていないというのが感じですね。あります(笑)」

ここでは、スタッフが①家に泊まって、②飲んでから親が変わる、③気負いがなく、④本人が入院中でもスタッフは家族と話すことが述べられている。ここでは、支援者と家族、専門家と病人を抱える家族という関係の前に、ごく普通の隣近所の人と人との関係が存在している。また、Bは以前勤務したアウトリーチを行う精神医療サービスの経験を振り返り、家族に受け入れられなかった経験を自戒を込めて次の様に述べている。

「ご家族があまり受け入れられないのは『偉そうなんだ』だから」、「そうそう。何か下手なんですよ、コミュニケーション。」「下手だから、何か病棟とかでも「〇〇さまが来た」とか言われたりとか、私なんか。とか、ご家族にもあまり受け入れられないことがあったりと

か、結構あったんですよ。それって何なんだろうとずっと思って、『あ、偉そうなんだ』って思って」。

ACTの支援において、なぜ、当事者と家族で何でも相談出来る関係が存在しているのでしょうか。ここでは、両者の関係が治療する人、治療される人の関係ではなく、その前に1人の人と人との関係と感じられる関係が存在しているのである。

【家族が変わる】

このカテゴリーは2つの焦点コード、〈家族が病気の見方を変える〉、〈家族も周りも変わる〉から成り立っている。

〈家族が病気の見方を変える〉

「イタリアの映画を家族会で見てから、病気に対する考え方が変わった。」とCはいう。そして、さらに「家族が病気に対する考え方を変えなくては。」と思うようになったという。

〈家族も周りも変わる〉

「お父さんが5年目で久しぶりにギターを弾くようになった」

父親は息子が病気になり、しばらく趣味のギターをやめていたが5年ぶりに再開した。

そのことをACTのスタッフは素直に喜んでいたが、そこには、スタッフが家族のことを自分のことのように心配し、喜ぶ姿がうかがわれる。すなわち、ごく普通の家族関係、隣近所の関係が垣間見える。家族が人に言えない経験を踏まえ、逆に家族が若い専門職と接する中で、専門職が変わって行くのが分るとCは言う。家族が変わると周りも変わっていくことが語られている。

「毎月保健所のスタッフが来る。その方が変わるのが分るのです。」。

《スタッフの態度》

大カテゴリー《スタッフの態度》は、【家族の生の苦しみを聞くことから出発】、【家族とは同志の様な関係】、【スタッフの役割】の3つのカテゴリーがより構成される。

表 6-1-5 スタッフの態度

カテゴリー	焦点コード	事例
家族の生の苦しみを聞くことから出発	家族の生の苦しみを聞くとサマリーは一面的と気付く	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に接する機会が増え、いろんな生の苦しみを聞き相対化して聴くことが可能となる。 ・病院ではサマリーがあり、先入観を持っていたと気づく。
	家族の大切さの認識	<ul style="list-style-type: none"> ・病院で本人だけ関わるスタッフが多い。家族までの感覚無し。 ・実は家族が一番大切なんだとACTに来て気が付いたのは大きい。
家族とは同志のような関係	支援者と家族という関係でなく、同志のような関係	<ul style="list-style-type: none"> ・支援者とご家族という関係性ということではない、なんか、こう、同志のような関係がそれぞれのご家族とあって。 ・家族支援で括るとちょっとおこがましい。
スタッフの役割	本人と家族の関係を調整、誰も出来ない作業がスタッフの役割	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に家族にフォーカスすべきと伝えるのが家族担当の役割。 ・ACTは本人に「あなた違うでしょう」とガンガンします。 ・ご本人に大人の責任を教え伝えていく立場。 ・本人は親御さんが大好きだが、表現が出来ない。その紐解き作業をやるのがACTの役割。

【家族の生の苦しみを聞くことから出発】

このカテゴリーは2つの焦点コード、＜家族の生の苦しみを聞くとサマリーは一面的と気付く＞、＜家族の大切さの認識＞から成り立っている。

＜家族の生の苦しみを聞くとサマリーは一面的と気付く＞

病院にいた時とACTでは、支援する専門家から見て、家族の風景は違うかとの質問にBは自らの経験を踏まえて、次のように応えている。

「病院だどご本人のサマリーみたいな、ああいうのでご家族のところも両方が入ってきますよね。そういうときは、何か家族が悪いみたいに書かれていたり、過干渉であるとか、何かいろいろ書かれているんです。だけど、(中略)自分はそういう情報を見て、『あ、そうか』と、『家族が悪いんか』とかそんなふうに、自分はあまり知らないのに変な先入観を持ったりとか、そういうことが多かった気がするんですよね」。

またBは、専門家が陥りやすい報告書や引継ぎ書だけから判断する危険性を指摘する。

「例えば紹介されて来て、サマリーをいただいたりする時(中略)『あ、そうですか、そうなんですね』という。でも、それはあなたの医者とか、その病院のソーシャルワーカーの視点であって、それは話を聞き切っていないからでしょうとか、もっといろんな背景があるはずだというような視点ができたといいんですかね。何かそんなのはありますね。」と述べ、さらに家族の生の声を聞く大切さを、次のようにいう。

「実際に家族にお会いするという機会はものすごく増えて、『そうか、そうじゃないよね』とか、いろんな生の苦しみを聞くという体験が自分のそういう意識を変えるかなというか」。

＜家族の大切さの認識＞

病院では、本人だけ関わるスタッフが多く、家族までを支援しなければという感覚はないという。Bは自らの病院での経験をふり返りながら、次のように述べている。

「自分の見る視野が広がって、自分がやるべきことが広がったというんでしょうか。それが大きいかもしれないですね。たぶん、ご本人だけに関わるという体験の方が病院のスタッフは多いと思うんですよ」、「はい。ご家族までするという感覚はなかったですね」

そうした経験を経て、BはACTに入って初めて、家族が一番大切だと気が付いたという。

「でも、実は一番そこが大切なんだというところに、やっぱりACTに入って気付いたというのは大きいと思います」。

チームリーダーの看護師のBは、今のACTの前は、もう一つ別のACTを経験、さらにそれ以前は、長い間、病院で看護師として勤務した経験がある。したがってBが口にした言葉はBの歩んだ歴史のふり返りの言葉として聞こえる。

【家族とは同志のような関係】

このカテゴリーは焦点コード、＜支援者と家族という関係でなく、同志のような関係＞から成り立っている。

＜支援者と家族という関係でなく、同志のような関係＞

家族とACTスタッフとの関係が家族と支援者の関係だけでない関係をBは、次のように述べている。

「なんか、たぶんチームの風土だと思うんですけども。例えば、ほかのご家族だと、Bさんはこっちの出身じゃないし、『実家に帰らなければ、(中略)なんかおせちがないでしょ』といっておせちを作ってくれてとかですね、なんかF県の母的な方がそんなふうな、こう、ご家族との関係を越える、何というか、不思議な、支援者とご家族という関係性ということではない、なんか、こう、同志のような、少し、こう、関係がそれぞれのご家族とあってというイメージはありますね」。

家族と支援者の関係を「ご家族との関係を越える、何というか、不思議な、支援者とご家族という関係性ということではない、なんか、こう、同志のような、少し、こう、関係がそれぞれのご家族とあってというイメージはありますね」と述べている。

また、こうした関係をBは「何でしょうね。だから、家族支援で括るとなんかちょっとおこがましいというか」と述べているが、それに対して家族会のCは、「あんまり、考えてじゃないでしょうけど、自然でいいと思うのよ」と応えている。

ここには、人間として共感し、双方向で温かく見守るような自然な関係が感じられる。。

【スタッフの役割】

このカテゴリーは焦点コード、＜本人と家族の関係を調整、誰も出来ない作業がスタッフの役割＞より成り立っている。

Bは、本人と家族の関係の調整について、次のように述べている。

「だから、そここのところのぐちゃぐちゃしたところを紐解いていく作業というのは誰にもできないので、そこをやるのがACTのスタッフの役割で。だからこそ、あまり本人に加担せず、本人はいろいろ言うじゃないですか。何か『くそおやじ』とかいっぱい(笑)。たまに言っているんですけど、『くそおやじ』と言われて『はあ?』となるんですけど(笑)。何かそういうことって、でも、それは彼・彼女の視点からだけで、おやじさんの視点から見ると全然違う風景なんですよ。だから、そういった感覚がなければたぶん『あ、くそおやじなんですか、そうか、大変だったね』で終わっちゃうから。それは病院かなという」。

Bは本人と家族の「ぐちゃぐちゃしたところを紐解いていく作業というのは誰にもできないので、そこをやるのがACTのスタッフの役割で」とACTの役割を明快に述べている。

したがって、最初からどちらにも組みせず、一方の話だけを聞くことはしない。必ず、双方の話をよく聞いて本人と家族の関係や立ち位置を理解した上で、対応しているという。

Bはまた、一方だけの情報や見方に組みすることを「それは病院かな」と述べている。

精神障害者へのケアで重要なことは、冷静さであり、事態を客観的に見る目である。家族は深い愛情と強い精神的結びつきをもち、責任感の強い家族ほど、冷静かつ客観的に当事者へ対応するのは難しい。愛情が深く、責任感の強い家族ゆえに共依存が強まり、時として暴力に転化することにもなる。

《スタッフの支えになるもの》

大カテゴリー《スタッフの支えになるもの》は【利用者から伝わる思い】より構成される。

表 6-1-6 スタッフの支えになるもの

カテゴリー	焦点コード	事例
利用者から伝わる思い	会えない当事者からの手紙	・5年目に入ったけど、ご本人には1回しか会えてなくて。だけど、2年目からは私がお手紙を出せば読んでくれて、3年目になったらお手紙を壁に貼ってくれて、誕生日にはこうやってプレゼントをくれたり。
	支えるものは、利用者の声の一言	・モチベーションは本人、家族に「そんなこと言ってくれるんだ」という時。やりがいても違う、何でしょう。

【利用者から伝わる思い】

このカテゴリーは2つの焦点コード<会えない当事者からの手紙>、<支えるものは、利用者の声の一言>から成り立っている。

<会えない当事者からの手紙>

5年間、ACTとして関わりながらまだ1回しかご本人と会えていない当事者との関係についてBは次のように述べている。

「いい意味で、何か本当に拒否されていた方とか、ずうっと何か言われていた方からお手紙をいただいたりとか、プレゼントをもらってとか。これもそうなんですけどね。5年間1回しか会えていないという人がいるんですよ。5年目に入ったけど、ご本人には1回しか会えてなくて。だけど、2年目からは私がお手紙を出せば読んでくれて、3年目になったらお手紙を壁に貼ってくれて、誕生日にはこうやってプレゼントをくれたり、Bさんが来るんだからと準備してくれたりとか」

「カップを準備してくれてとか、何かそういうことを積み重ねる中でそういう『あ、ありがとう』とほっとする何かがあるんですよね」。

本人の何らかの理由で人と会うことが出来ない現状で、ACTの働きかけで心が通じ合う関係が維持されている。Bは、当事者への感謝とホッとする何かを感じるという。

<支えるものは、利用者の声の一言>

Bは自分を支えるものは利用者さんの一言だという。「でも、何か、別に格好つけているわけとかでもなくて、一番自分にとってモチベーションになっていることは、ご本人でもご家族でも、たまに『そんなこと言ってくれるんだ』ということを書いてくれるときがあるじゃないですか」

「ご家族の方からとかも、普段は全然言ってもらえないけど、『本当にいつもありがとうね』とかそういうのを言われると、『はあ、ありがとう』となって、泣いちゃいそうなんですけど。そんなんですかね。何かすごくそれが自分にとっては、うん。やりがいとも違う。何でしょう？ やりがい？ 違う。やりがいじゃないんでしょうね」。

この二つの例は、人間関係を従来の形式や条件にこだわらずに個別性を重視した、長期に渡る粘り強いACTからの働きかけの結果生まれたと推測される。ここでは、ACTスタッフと当事者の関係は、援助する人、援助される人との関係を越えた人と人との関係(稲沢 2017)が生まれているといえる。

《精神保健医療の現状》

大カテゴリー《精神保健医療の現状》は、【ACT認知されず、ケアマネジメント機能せず】、【隔離の病院と絶対的医師の指示】の2つのカテゴリーから構成される。

表 6-1-7 精神保健医療の現状

カテゴリー	焦点コード	事例
ACT認知されず、ケアマネジメント機能せず	医師、行政はACTを知られず	・行政はACTを分かってない。家族じゃないから分らないと思う。 ・医師はACT知らず、でも、いい主治医。
	区の相談機能不足、ケアマネジメント機能していない	・全体的なケアマネジメントが上手く機能していない。 ・区の相談員の機能強化が本質、現状では力量不足。 ・病院での(家族教室)何をしているのかと思う。
	講義だけではサービスの内容分らず	・家族にACTの説明するが、みんな学習していても分らない様だ。 ・訪問看護も具体的なことになると分らない。 ・ACT立ち上げの時も、総論賛成、具体的にになると噛み合わず。
隔離の病院と絶対的医師の指示	生活から隔離した病院	・病院では、現実から離れ、どんどん病気に。 ・何で隔離になっているのか、分らない。ACTは聞いていない。
	土地柄か医師の指示は絶対的	・土地柄か、こちらは先生の指示が強い。
	病院の医師も患者の地域での生活が見えず	・医師が地域で暮らす患者の風景が見えていないか、見ようしない。

【ACT 認知されず、ケアマネジメント機能せず】

このカテゴリーは3つの焦点コード、＜医師、行政はACTを知らず＞、＜区の相談機能不足、ケアマネジメント機能していない＞、＜講義だけではサービスの内容分らず＞から成り立っている。

＜医師、行政はACTを知らず＞

「行政はACTを分かってない。家族じゃないから分らないと思う。」とBは述べ、専務のAは、「医師はACT知らず、でも、いい主治医（ACTに関わってくれた医師）」だと言う。

この地域でACTを展開して4年が経過しているが、まだ地域の医師で、ACTについて正しく活動は知られていない。時間がかかることが示唆された。

＜区の相談機能不足、ケアマネジメント機能していない＞

この地域でのACTの実践経験を踏まえてBは「全体的なケアマネジメントが上手く機能していない」と述べる。Aも「区の相談員の機能強化が本質、現状では力量不足」と指摘する。これは地域ケアマネジメントが上手く機能していない為、また個々の社会資源が不十分なため、ACTが地域の他の機関との連携が充分取れず、その本来の機能を発揮できないのが現状で、今後の課題である。

＜講義だけではサービスの内容分らず＞

家族会の会長のCは「病院（家族教室）で何をしているのかと思う」と言って病院の家族会のありかたに疑問を投げかける。BはACTのスタッフとして設立以来、家族の方々と接してACTや訪看の説明をふり返り、次のように述べている。「家族にACTの説明をするが、み

んな学習していても分らないようだ」、「訪問看護も具体的なことになる」と分らない」、専務のAも「ACT立ち上げの時も、総論賛成、具体的になると噛み合わず」と述べている。

そして、具体的なサービスの利用について、Bは次のように述べている。

「やっぱり、今日もですけど、いつも感じるんですけど、ご家族が、いろんなサービスがあるけど、これをうちの家族に照らし合わせたら、じゃあ、今、何を使ったらいいのかとか、そういうのが分かりづらいじゃないですか」

「みんなACTの話を知ったら『それは、ACTがいいよね』となるんですけど。そもそも、じゃあ、本当に自分らの家族にACTが必要なのかとか、じゃあ、訪問型の生活訓練の方がいいのかなとか、訪問にもいろいろあるので」。

問題は利用者側だけでなく、提供側にも問題があると指摘する。

「だから、そういうのは、実際、F県ではここだけかもしれないですけど、そういったちゃんとしたケアマネというか、全体的なのはうまく機能してないんですよね」

利用する当事者や家族、つまりこの障害の当事者にとって、サービスを受けようとする場合、その目的のサービスに繋がらないのが現状であり、課題である。

【隔離の病院と絶対的医師の指示】

このカテゴリーは3つの焦点コード、＜生活から隔離した病院＞、＜土地柄か医師は絶対＞、＜病院、医師も患者の地域での生活が見えず＞から成り立っている。

＜生活から隔離した病院＞

「病院では、現実から離れ、どんどん病気に」なっていくとBはいう。

現実の社会の日常生活から隔離され、当事者への個別の対話が殆どない病院では、病気がさらに進むとCも言う。

＜土地柄か医師の指示は絶対的＞

Cの現在入院している次男は、隔離になっているという。しかし、「何で隔離になっているのか、分らない。ACTは聞いていない」支援しているACTにも連絡がなく、Bも聞いていないと言う。

＜病院の医師も患者の地域での生活が見えず＞

Bは医師の当事者に対する見方、その見方の問題点を次のように述べている。

「先生たちが地域で暮らすその方々の風景が見えていないんですよ、全然。見ようとしていないのもあると思うけれど」

医師にもよるが多くの精神科医は診察室の中だけのやり取りで、薬物療法中心の治療で行われているのが現実だとBは言う。

《地域の連携》

大カテゴリー《地域の連携》は、【地域からの反応】、【草の根活動で信頼確得】、【医師と連携、地域を変える】の3つのカテゴリーから構成される。

表 6-1-8 地域の連携

カテゴリー	焦点コード	事例
地域からの反応	病院からもACTにリピート	<ul style="list-style-type: none"> ・完全なアウェイで始めたが2年目からリピートが来る。 ・クリニックだけでなく病院からも来るようになった。
	応援の医師は確実に増えている	<ul style="list-style-type: none"> ・確実に応援してくれる先生は増えている。 ・往診もしてくれる先生も増えたりとかして。 ・困ることが一切なくなっただですよ。
草の根活動で信頼確得	飲み会等の草の根活動で信頼・繋がり獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・うちは医師がいないので、地域に知られている方。 ・立上げ時、いろんな飲み会に顔を出し繋がりを作る。草の根運動、それが日本の真実です。 ・繋がりが出来、今は地区割りで飲み会対応。 ・ACTは逆風の中、草の根活動で信頼を作る。
医師と連携、地域を変える	医師と連携し、変えるのが良い	<ul style="list-style-type: none"> ・うちはチームドクターがいない利点を生かして先生と繋がる。 ・病院で絶対無理という方を引取り、まる2年地域生活続けてます。 ・ACTのスタッフ、病院の中のチーム作り頑張る。 ・最初でステップダウンを目指して、関係機関と一緒にやるのが良い。 ・最初は、私も腐っていたが、少しずつ関わりを変えていことが出来ればと思う。
	未治療、先生にお願い	<ul style="list-style-type: none"> ・未治療のオーダーはちょっと困る。往診の核になるに先生に相談。・未治療の方、引きこもりの方は先生に入っていた。

【地域からの反応】

このカテゴリーは2つの焦点コードより<病院からもACTにリピート>、<応援の医師は確実に増えている>より成り立っている。

<病院からもACTにリピート>

チームリーダーのBは、ACTをこの地で開設して4年の間に、「外から来た者に何が分かるか」等さまざまなことを言われたという。最初、何も分らないままに始めたが、いろいろと人的繋がりを積極的に求めたという。その結果、完全なアウェイで始めたが2年目からクリニックだけでなく、病院からもリピートが来る状況になったという。

「そうですね。やっぱり、最初の、さっき話した完全にアウェイな状態で始めたけれど、2年目からリピートが出るようになって。だいたい医療機関で訪看をもっていたりするから、

普通、出さないじゃないですか。ですけど、訪看を使いつつ『やっぱり、これはACTさんだよ』というのでうちに来たりとか、そんなような医療機関が(増えてきた)」という。

保健所も「このケースはうちだけじゃ行けないから一緒に行きましょう」となるなど、2年目あたりから徐々に本来の形の使い方がされるようになってきたという。

<応援の医師は確実に増えている>

無からのスタートだった。しかし、今は「確実に応援してくれる先生は増えている」と実感、Bは現実の変化を目の当たりにしている。

「そうですね。時間はかかるけれど、でも、確実に応援してくれる先生は増えていって、応援だけじゃなくて、往診もしてくれる先生も増えてたりとかして。困ることが一切なくなったんですよ。スタートして」。

Bは「すごい、だから飲み会も無駄じゃなかったねとか」と笑顔で述べていた。

【草の根活動で信頼確得】

このカテゴリーは、焦点コード<飲み会等の草の根活動で信頼・繋がり獲得>から成り立っている。

<飲み会等の草の根活動で信頼・繋がり獲得>

家族が作ったACTはチームには医師がいない。そのため、利用者の通院している精神科医と連絡を取り、その医師と相談、了解を得て生活支援としての訪問活動を行っている。

そのため、医師との関係は医師のいるACTに比較して、こちら側から医師への連絡、相談は、はるかに多いという。Bはそのことを「うちは医師がいないので、(地域に)知られている方。」という。そのためにこのACTでは、チーム全員が地域の精神医療保健福祉関係の飲み会にも積極的に顔を出し、繋がりを作ったという。そして、飲み会について次のように言っている。

「立上げ時、いろんな飲み会に顔を出し、繋がりを作る。草の根運動、それが日本の真実です」。

「繋がりが出来、今は地区割りで飲み会対応」しているというが、その積み重ねが「逆風の中、草の根活動で信頼を作る」ことに繋がっているという。ACTがこの地域で信頼を得てきたのは、この分野の人たちとの繋がりが構築できたからであろう。

【医師と連携、地域を変える】

このカテゴリーは2つの焦点コード<医師と連携し、変えるのが良い>、<未治療、先生にお願い>から成り立つ。

<医師と連携し、変えるのが良い>

ACTはこの地域でACTを展開し、その取組みの実践から、「**うちはチームドクターがいない利点を生かして先生と繋がる**」、「**病院で絶対無理という方を引取り、まる2年地域生活続けています**」、「**ACTのスタッフ、病院の中でチームを作り頑張る**」と実績を示して地域で信頼を築き、「**最初でステップダウンを目指して、関係機関と一緒にやるのが良い**」という。この2年間で、医師と信頼関係を築き、医師と連携して行く流れを確信しつつあると述べている。そして、チーフ自身が、地域の医師と信頼関係を築き、地域を変えていく手応えの心情を次のように述べている。

「**最初は、私も腐っていたが、少しずつ関わりを変えていくことが出来ればと思う**」。

<未治療、先生にお願い>

ACTの場合、他のACTと違ってチームに医師がいないので、未治療の方、引きこもりの方の場合、ちょっと困るという。その場合は、往診して核になってくれる先生がいるのでその先生に相談しながら、進めているという。

「その先生もACTの活動がよく分かっておられるので、『**それさあ**』とか、『**ACTじゃない？**』とか、『**むしろこうじゃない？**』とかいろいろ言ってくれるので、その意見を参考にしながら、『**じゃ、先生、往診に行けますか？**』とかそんなふうにして」。

また、「**医療中断だったら、もとのところにまたつながればいいので、そことつながれるまで頑張って私たちがつなぐ**」という。

《ACTの医師》

大カテゴリー《ACTの医師》は【チームの中の医師の存在】のカテゴリーよりなる。

【チームの中の医師の存在】

このカテゴリーは<医師がいないチームでの責任感と踏ん張り>、<構造的な医師の位置>、<医師への診療報酬への依存>の3つの焦点コードから成り立っている。

表 6-1-9 ACTの医師 ACTの医師

カテゴリー	焦点コード	事例
チームの中の医師の存在	医師がいないチームでの責任感と踏ん張り	・チームに医師がいないとスタッフの責任は50倍違う。 ・医師がいると甘えがある。精神的にすごく強くなる、
	構造的な医師の位置	・先生が引き努力しても最終的に意見するのは先生です。 ・医師であり経営者であることが構造的に立て付けない。
	医師への診療報酬への依存	・ドクターは40時間働き、不必要な往診が増え、利用者さんの力奪う。 ・往診も毎月必要はない。ポイントは、先生と情報共有し進める。

<医師がいないチームでの責任感と踏ん張り>

チームリーダーBは以前、所属していた医師がいるACTチームと今のACTと比較して「責任感と踏ん張りが、100倍いや100倍は言い過ぎだが、50倍は違う」という。医師のいない環境に身を置いて初めて、自分が甘えていたことが理解できたという。その中で自分の領域がすごく変わったとも述べている。そして、覚悟をすることで、精神的に強くなったという。

「やっぱり自分の責任でやらなきゃという、自分が最後の踏ん張りの土俵際の人間だと」

「そうです。だから、今まではそんなことは思ってなかったんですよ。前の訪問サービスにいた時もそんなにチームドクターに頼っていますという気分はなかったんですけど、いや、甘えてました、すみませんという、本当にこっち来てからは、本当に自分で判断して、自分で動いて、自分で本当に守らなきゃいけないということが増えたので。たぶん、精神的にすごく強くなったと思います。頑張りがきくようになりました」。

専務は、こうしたBの発言に対して「依存体質はないからな。」と答えている。

<構造的な医師の位置>

Bは、「先生が引く努力しても最終的に意見するのは先生です。」、「医師であり経営者であることが構造的に盾突けない」という。

「だけど、絶対に最終的に意見するのは医者なんですよ。どこへ行って見てもそうなんですけど、『何々さん、何々さん』と言って話して、『この人こうこうだからこうしたらいいよ』と先生が言うと、みんな『はっ、はっ』となるんですよ。だけど、それは先生がいかに努力して、引く努力をされていたとしても、何かね、そうなっちゃうみたいです。いろんなフィデリティ調査でいろんなチームに伺って現場を見ると、いつもそう思います。『あ、そうだよ』と思います」。

医師の専門性としての権威さらに、経営上の責任者としての立場も自由な意見交換がしにくい条件との指摘に対し、Bは「あると思いますね。構造的に」と答え次のように述べている。

「構造的に盾突けないというのもあると思いますね。どうしても医者というのも大きいけど」、「そうですね。やっぱりどんなに人格者で、どんなに意識されていても」。

またそうした雰囲気は必ずしも、本人だけの責任ではなく周りがそうさせている面もあるという。

「何かありますね。どこのチームに行っても感じるから、みんなそうなんだと思います」

ここでは医師の専門性の他に経営者としての立場が、構造的に医師を絶対的立場に置く条件になっている。

＜医師への診療報酬への依存＞

Bは医師が不必要に訪問すれば、それはかえって本人の力を奪うという。医師の役割は、つまり医療は、あくまでも当事者の生活支援の1つであり、ACTは精神病の医療訪問サービスではないということである。

「ドクター40時間働き、不必要な往診が増え、利用者さんの力奪う」

「往診も毎月必要はない。ポイントは、先生と情報共有し、進める」

「家族も本当に苦しい思いをされてきて、そういう方は往診に行きますし。でも、往診もそんなに毎月必要ないんですよね、実は。そんなに変わらなかったりするから（笑）。だから、ポイントは行っていただくけれど、それ以外のところは私たちが先生と情報共有しながら、『今、こんなですよ』とか言いながら、そこでちょっと調整していただいたりとか、するということですね」とACTの基本は本人の生活支援であると述べている。

第2節 考察

調査Vの「家族が作ったACT」の面接調査を分析した結果、大カテゴリーでは《当事者の変化》、《家族の変化》、《スタッフの態度》、《スタッフの支えになるもの》、《精神保健医療の現状》、《地域の連携》、《ACTの医師》の7つとなり、それらは20のカテゴリーから構成されている。

この結果をもとに、調査Ⅲ、Ⅳで明らかになったACTにおける家族支援で有効性が確認された3つの要因、「当事者と家族の生活全体に関わる」、「フラットな関係」、「支援システムの存在」が家族が作ったACTにおいても家族支援の有効な要因なのかどうかを検証した。

1 第1の要因「当事者と家族の生活全体に関わる」の検証

第1の要因「当事者と家族の生活全体に関わる」に関連するいくつかの事例を挙げて検証する。【ACTと関わり、生活変わる】では、ACTが長男と入院中から関わり、「長男が退院可能ならみんな可能と言われる」なかで退院、その後1人暮らしを実現。母親は＜ACTで退院実現＞で「退院出来たのはACTのお陰と親も思っている」と述べている。またACTと長男とのやり取りを見て＜本人、ACTとのやり取りで、生活、表情変わる＞と述べている。【本人、家族の相互関係の回復】では、チームリーダーは日本においては従来、家族が今まで支援者のような役割を取らされていたので「本人支援はACTが受けるから、家族は親子の関係を築く」ことだという。親子の関係は将来に渡って影響する問題（鈴木2017）であり、関係構築は重要である。【本人と家族の両方への支援】についてACTは、明確な方針を持っていた。具体的に家族担当者の配置は＜家族担当は年配と同性が基本だが、ケ

ースバイ・ケース>ときめ細かく行われて、「3者の共有なしで絶対に上手くいかず、本人のリカバリーはなし」、「本人が入院中でも、スタッフは家に行き、家族と話す」、「本人と家族の関係調整、誰も出来ない作業をやるのがスタッフの役割」とチームリーダーは述べている。

以上の事例の通り、家族で作ったACTは本人とは病院、地域に限定せずシームレスに関わり、また家族と本人の双方と繋がり、両者の生活全体にも関わっていた。こうした取り組みは、家族、事業責任者、チームリーダー、ケースマネジャーで共有され、組織全体の方針となっていた。さらに、チームの中でも共有化され、日々の実践に具体化されていた。こうしたことから「当事者と家族の生活全体に関わる」は、家族が作ったACTにおいても、方針と実践の中で確認することができたといえよう。

2 第2の要因「フラットな関係」の検証

1) 家族の立場から何でも相談できる関係

何でも相談で出来る関係がACTと家族の間で成立していた。家族会の会長Cは「**何でも相談できるということはすごい、私にとってそれはね、体験した人じゃないと分らないと思っ**てね」という。いろいろ相談する関係は、時には父親とスタッフが一緒に飲むこともあった。今まで、息子のケアにあまり熱心でなかった父親が「**飲んだ時から父親変わったと思います**」とCはいう。ACTのスタッフの対応についても「**みんな気負いが無いのです。すごいことをやってくれているのに**」と述べている。

【何でも相談できる】は、精神障害者を持つ家族にとって、簡単なことではなく、特別の意味を持つと思われる。現在の日本の精神医療福祉の分野で、当事者に関わる相談をすること自体が、非常に高いハードルとなっている。その要因は、精神障害者を長い間、社会から隔離することで生まれた社会的偏見や差別、自らも抱えるスティグマ、対応する機関や施設の絶対的不足、さらに法制度などの不備等多岐に渡り構造的歴史的である。Cは<親戚にも言えず、居場所がない>、<病気の偏見、家族だけが抱える>中で、ACTとの出会い、家族が「**孤立していたのに、本当に味方になってくれる印象。それが一番**」と述べている。家族とACTの間には①何でも相談できる関係、②時にはACTは家族と一緒に食事をする等、隣近所のような感覚の関係、③ACTには気負いが無い関係が見られた。Cはその思いを<孤立から味方ができる、それが一番>と述べている。

2) ACTのスタッフの立場から家族とは同志のような関係

ACTのスタッフは、家族支援は【家族の生の苦しみを聞くことから出発】すると述べ、家族支援では括れない、専門家としてより、人と人との自然の交流が行われていた。チームリーダーは、支援者と家族との関係性について「**ご家族との関係を越える、何というか、不思議な支援者とご家族という関係性ということではない、なんか、こう、同志のような、関係がそれぞれのご家族とあってというイメージがあります**」と述べている。ACTのスタッ

フは、ACT と家族との関係を①支援者と家族という関係を超える、②専門家としてより自然な交流、③同志のような関係と述べている。

家族、ACT のスタッフそれぞれの立場から両者の関係が語られた。双方の共通するところは、専門職的關係ではない、支援する支援される関係からお互いが立場を超えて、何でも相談できる関係である。同じ目標に向かう同志のような関係であることが家族自身から語られた。この言葉は、従来の精神保健医療の世界では見られなかった貴重な語りといえるであろう。

3 第3の要因「支援システムの存在」の検証

第1要因と第2要因を支えるシステムと思われるものを今回のインタビューからは3点上げる。第1点に、医師がいないチームでの医師に頼らず、コメディカルの覚悟と責任で主体的に取り組むチームのあり方、第2点に、スタッフを支える利用者の声、第3点に地域の医師と連携し、地域を変える取組みである。

第1点は、ACT チームに医師がいないことで、コメディカルスタッフの責任感と踏ん張る力は大きく違くと述べ、チームリーダーは、チームで対応することの重要性を指摘する。

さらに、リーダーは、医療モデルで示される医師を頂点とした縦の関係のもとでは、看護師等、スタッフが当事者の立場に立って主体的に関わって行くのは困難だという。結局、最後は医師の考えで決まるという。もちろん、今の医療制度では治療は医師の権限と判断で行うことは当然であるが、どこまでコメディカルが腹を据えて自らの責任で日常から当事者と関わり対応するか、まさにチームの力である。リーダーは、「今、医師のいないチームでスタッフとして働いて気が付くことは、医師がいるチームにいた時よりも50倍以上の力を発揮し、精神的にも強くなった」と体験的に語っている。全員がコメディカルであり、コメディカルの責任で、まさに横並びのチーム構造での取組みが行われていた。

ここでのミーティングは3つから構成されている。①朝のミーティングは毎朝、1時間15分、利用者全員の情報の共有と対応方法の検討。②毎週水曜日午前中の課題別ミーティングを行う。課題別とは「カンファレンス」、「学習」、「経営」、「利用者対応」について月1回サイクルで回している。③月1回のピアを含めた交流である。

こうしたフラットな関係とシステムとの関連では、多機能型精神科診療所においても組織の組み立て方や会議運営の工夫がされているのを見ることができる。多機能型精神科診療所では、法人の同一グループ内でのリハビリと医療と福祉が包括的に機能する仕組みを垂直統合型と呼び、当事者との関わりではスタッフが部署が変わっても全組織体から情報を活用できる仕組みがあり、スタッフと当事者の関わりでは一貫している例をみることができる（原2016）（注6-1）。また、窪田は「治療共同体の理念」（注6-2）から学び、ミ

ーティングで何かを決める時は、多数決を優先するのではなく、十分論議を尽くして全員で納得できるゴールを目指して『揉む』ことを重視する姿勢が必要であり、その問題について十分な論議をし、個々人が大切にされている感覚を生み出すことが重要であると指摘している。

第2点はスタッフを支える利用者の声である。リーダーは「一番自分にとってモチベーションになっているのは利用者の声」だという。5年間通い続けて、まだ一度しか会えない当事者の話―当事者がリーダーの手紙を2年目には読んでくれ、3年目にはそれを壁に貼っている―は、利用者と心が繋がっているという。そして、それはやりがいとは違う、心を通わせる何かだともいう。調査Ⅲ・Ⅳで確認された利用者の反応がここでも見られる。

第3点は地域の医師と連携し、地域を変えていく取組みである。ACTは、困難な中でも地域に働きかけ人間関係を築いた結果、応援の医師は確実に増えている。今後は、地域の医師と連携して地域を変えていくという。さらにACTは逆風の中、「草の根活動で信頼獲得」では、いろいろな飲み会に顔を出し、繋がりを持つことに努めた。また重篤な患者も無理に引取り、当事者はまる2年間地域生活を続けている。草の根運動は効果を発揮したという。チームリーダーは今後も地域の医師と連携し、地域を変える動きにつなげたいという。

以上の通り、家族が作ったACTの取組みでは、先の3つの要因がこちらのACTの家族支援においても有効に働く要因として存在していると推測することは十分に可能である。

第7章 総合考察

第1節 ACTにおける家族支援の有効な3つの要因

本項では、調査ⅠからⅤまでを通してACTの家族支援において有効性が示唆され、検証された3つ要因、第1の要因、当事者と家族の生活全体に関わる、第2の要因、フラットな関係、第3の要因、支援システムの存在について考察を加える。

1 第1の要因—当事者と家族の生活全体に関わる

1) 当事者と家族の生活全体に関わることの有効性の根拠

第1の要因は、「当事者と家族の生活全体に関わる」である。ACTが本人と家族に繋がり、家族全体に関わることで生活問題が具体的解決に至っていることが、今回の調査で確認された。ACTが当事者及び家族に対して行う個々のサービスは、他の組織でも存在している。しかし、多くの場合、そのサービスと情報は、行政の縦割り組織の枠の中で存在しており、利用者の生活の立場で使いやすいように組み立てられてはいない。現状では同居又は一人暮らしをしても家族が、当事者に代わって必要な情報を集め、該当するサービス関係先に繋げているのが実態である。今回、ACTが、当事者と家族の両方に繋がることで、家族全体に関わる問題が具体的解決に繋がった例をいくつも見る事が出来た。

具体的には以下の通りである。

事例A) ACTによって、家族が気付かなかったDの息子の家事労働を報酬化することで息子が作業意欲を高め、息子と家族との関係が改善し、日常的会話も外出も可能となる(調査ⅡのD)。

事例B) 一家は、3人暮らしで当事者である息子は障害者年金を受けている。しかし、父親は職人で、年金が無く、母親のアルバイトだけで生活している状況であった。一家の生活が安定しなければ当事者への自立の援助は不十分と判断したACTは、一家に生活保護申請を提案、Eも受け入れたため、実現に至った(調査ⅡのE)。

事例C) 当事者は、ACTの援助で暮らし始めたグループホームで2階の住居人とトラブルになり、アパートに転居した。しかし、そこで日中過ごす場がなく、引きこもりがちとなり、親も対応できずにいたところ、ACTが対応、日中過ごす作業場、週末の創作活動の場所を探し、当事者の日中の居場所を確保した(調査ⅡC)。

こうした生活支援の実現自体が家族に対する支援でもあるが、さらに、その過程で生じる家族支援の要素についても考察していきたい。

第1に、当事者の症状や障害の問題、及び家族の抱える問題は、当事者固有の問題だけでなく、様々な人間関係や生活上の問題から発生している可能性が高く、したがって、生活上の困難や課題を明らかにする上では、当事者と家族を全体として生活環境も含む様々

な関係性の中で見る視点が、欠かすことが出来ない。スタッフは「本人の問題は、病気の症状そのものが原因というより、関係性の中で起きていることが多いので、特に同居の場合は、世帯単位で生活全体を見る必要がある、本人だけでは解決しない」（調査Ⅲ）と述べている。一般に、家庭内では当事者が困難を抱えて、その困難ゆえ個々のコミュニケーションが難しくなっており、意思疎通ができない対立関係だけでなく、逆に共依存関係になっている場合がある。特に当事者がストレスの増大で危機的状況に陥り、暴力的になった時、家族は当然巻き込まれ、家族だけの対応では極めて困難な場合が多い。また家族関係の問題は世代間に渡って影響し、一過性で済まない可能性をはらんでいる。例えば、当事者と家族が親子の場合、親子関係の修復ができないと、将来当事者が親となった場合、子供との関係を築き上げることができず、その子供にも影響する問題でもある。鈴木は「症状がなくなっても、当事者が成長できていない、対処力が育っていないと、社会の中で対応できず、苦しみ、再発します。将来を見据えての対応が必要です」（鈴木 2017：30）と述べている。対処力とは、まず家族とのかかわりの中で経験され、身に付けるべきものと考えられる。

また「本人、家族との相互関係の回復」を具体的に進めていく上で、重要なことはACTが「各家族それぞれに合わせて対応」することである。どちらかを立て、あるいはどちらかを排除する形での家族支援は解決に繋がらないためACTによっては、家族それぞれに個別に担当者を付けて対応するなど、効果を生み出すための工夫が行われていた。

第2に、当事者や家族の関係全体を見るためには日常生活の場に行くことが必要となる。そのためには家庭を訪問することが最も有効である。来所先で会うのと異なり、家庭訪問は当事者と家族の生活の場で行われ、そこには当事者、家族の生き方や歴史が刻み込まれた多様で、誰一人として同じではない個別の世界が広がっている。同時に訪問先では、病院の時とは違って、主客の関係が逆転する。訪問先では当事者や家族が主である。病院の時のように治療する人一される人という上下関係、職業的権威の主従関係は通用しない。伊藤（2017）は、訪問は生活の場に一方的に侵入するものではない。あくまでも当事者や家族が、どのような人生を送っているのか教えてもらい、共にこれからの生活を考えて行こうとする姿勢なくしては成り立たないという。

したがって、生活全体を把握するためには、訪問が重要となり、訪問を行うためには、当事者や家族の信頼を得る必要が生じ、その結果、病院での支援者 - 被支援者という関係ではなく、むしろ主客が逆転した関係となり、そうした状況が成立した時に初めて、当事者や家族が本音で語る状況が生まれ、そこで行われる支援を家族は今までとは違う支援と受け取るに至るということである。

以上のように、ACTの訪問により、当事者と家族の生活全体に関わることで、家族の相互扶助機能が補強され、当事者、家族の日常生活の対応処理能力が向上し、家族全体に関わる問題も具体的解決に繋がることなどを通じて、家族は有効な支援をされていると感じるようになることが示唆された。こうした当事者、家族の生活全体に関わるACTの技術につ

いて、三品はサブカテゴリーの「家族生活の安定化」スキルで、「24時間安心を届ける」、「全員の生活支援」、「多様な相談に応じる」、「ぬくもりのある家庭づくり」の実現のプロセスを紹介している（三品 2013：381）。

2) 家族支援を生活者の立場で総合的に見る視点

生活者の視点に立って生活問題を論じているのは岡村（1983：68-70）である。また窪田は福祉の専門性として、生活問題の全体把握の視点を指摘している（窪田 1979：13-15）。

今まで、家族が取組んでいた情報の総合化とサービスに繋げる役割を今回、ACTが行っていた。こうした、生活問題を生活者の立場に立って一体的・総合的に捉えて生活の改善に結び付けて行くことの必要性和重要性を社会福祉の視点で理論的に提示したのが岡村

（1983）である。現代の分業社会では、全ての個人は、「社会生活の基本的要求」を満たすには、社会制度との間に多数の「社会関係」を結ばなくてはならない。その場合、それぞれの社会制度は、社会構成員全員に利用を認めている訳では無く、一定の条件を満たすこと即ち、「社会的役割」を求めているという。これは社会制度の側からは「役割期待」であり、生活主体者からは「役割遂行」となる。岡村は特定の制度が構成員に求める役割期待を社会関係の「制度的側面」または「客体的側面」と名付け、それに対して、もう一方を相互に無関係な多数の社会関係を1人の生活主体者として統合調和していくことを「個人的側面」または「主体的側面」と呼んだ。社会関係は社会制度の側から規定される客体的側面と生活主体者の側から規定される主体的側面が絡み合った「二重構造」であるという（岡村 1983：84-92）。ここからが岡村の中心的主張である「社会福祉」の展開となる。

社会福祉固有の視点として、社会福祉は、社会関係の主体的側面の困難に着目する援助として、他の社会的施策や援助と区別される固有の対象領域が存在するとして、「社会福祉はこの社会関係の主体的側面に独自固有の視点を据えて、新しい生活問題と援助対策を提起することができる」（岡村 1983）としている。

また、窪田は生活問題把握における専門性について、生活問題を捉える時、「生活の全体性を見失わず、さらにその中で現代における生活の重層性をきちんと把握すべき」でそれが「福祉の専門性の1つ」とであると指摘している（窪田 1984）。

生活の重層性と何か、窪田は4つ挙げている。①諸問題間の相互関連性、②生活問題の世代的、生活史的累積、③問題状況の固定化、長期化による人間関係の深刻な利害の絡み合いと情緒的な色彩の濃い悪循環の成立、④関係者たちの人格形成上の歪みである（窪田 1984）。岡本理論及び、窪田の主張するところの生活問題の把握とは、生活を生活者の視点に立ち全体的、総合的に把握することの重要性である。こうした社会関係から最も関係が希薄になっているのが精神障害者、当事者であり、その家族である。この現状に対して、ACTが生活支援の視点で本人と家族の両方に繋がり、地域での制度の利用、人々との繋がり

にともに実践的に関わっていることは、岡村理論、窪田理論との共通性を見出すことにつながると思われる。

こうして、ACT の実践的取組みを検証する中で、その理論的根拠を岡本理論と窪田の生活問題の視点で深めることは意味のあることである。

2 第2の要因—フラットな関係

家族支援の有効性に関わる第2の要因として導き出されたのが「フラットな関係」である。この言葉は、ACT スタッフに対するインタビュー調査の中で使われ、ついで家族の有効性にも関連するキーワードとして浮上したものである。本項では、まず。「フラット」という言葉の出現とその社会的背景を探り、それを手がかりに ACT の家族支援の文脈における「フラット」の意味を考察する。

1) フラットという言葉の出現のその社会的背景

フラットという言葉自体は、1986年にP・F・ドラッカーが使用しており、ドラッカーのフラットの定義に触れてみたい。ドラッカーは新しい情報化社会にふさわしい企業のこれからのあるべき姿として「情報が地軸となり構造体となる組織、つまり情報化組織である」と述べ情報化組織とはフラットであると述べている。そこでは、マネジメントの階層が圧倒的に少ないこと、またイメージとして、従来の組織が軍隊をモデルにしているのに対し、情報化組織はオーケストラに似ているとしている。これまでの組織は、指揮命令の権限に基礎を置き、流れは上から下へだが、情報化組織は責任に基礎を置き、流れは下から上へ向かい再び下に向かって循環する。そこでは、組織内の個人と部門が、自らの目標、優先順位、他との関係、コミュニケーションに責任をもつときにのみ機能する。したがって目標と自己規律によるマネジメント、すなわち目標管理が情報化組織を統合する原理となる。かくして、情報化組織は高度の自己規律を要求する。だからこそ迅速な意思決定と対応、そして、多様性と柔軟性が可能となるという。さらに情報化組織のこうした利点は相互理解と価値観の共有、とりわけ相互信頼が現実となり、また自己規律と責任の上に立つ強力かつ決定的なリーダーシップが必要と述べている（Drucker=2004：173-177）。

「フラット」という言葉が、日本の社会で耳にするようになったのは、おそらく「組織のフラット化」という表現で、バブル景気崩壊後の1990年代の後半である。1980年代後半から1990年代、初頭のバブル期は、右肩上がり企業売り上げが伸びそれに伴って、人員やポストの増加で人件費は増大した。だがバブル景気の崩壊後、環境の急速な変化に対して、企業の生き残りをかけた対応が求められ、その企業再生の経営手法の1つとして、組織のフラット化が登場した。そのフラット化を後押ししたのが1990年代に入り急速に普及したインターネット、電子メール、イントラネットであった。企業組織のあり方として、安定成長期には、分業と標準化の組織原理を基本にした高階層組織が最も効率的な情報の

流れを提供する組織であった。しかし、そうした高階層組織も、情報技術の発達や急激な企業環境の変化、そして、日本企業の大前提となってきた年功序列の崩壊という実情に耐えられなくなってきたのである。

横田（2003）は組織のフラット化の目的を、中間管理職を排除し、現場と経営陣を直接結びつけ企業のコスト削減と環境変化にすばやく対応するという柔軟性を備えた組織にする為の組織改革であり、それを支えるのが企業内の情報の進展と指摘している。

さらに、横田はフラット化の心理面に注目し、フラット化を成功させる上で重要な要素として、現場の自主性、自律性、現場への権限移譲を挙げている。意思決定の迅速化とは、上層部の判断待ちでなく、中間管理職排除後、グループ単位での現場の責任者1人1人が迅速に判断して行動することを意味していた。単純にコスト削減を目的に、中間管理職を削減すると、部長に膨大な業務が集中し、管理範囲が拡大し、業務が回らなくなる可能性がある。したがって、組織のフラット化とは社員の1人1人に主体的自律的に対応出来る能力を求めるものであった。

以上が日本社会における「組織フラット化」の言葉の意味とその社会的背景である。近年、大企業中心に組織のフラット化の見直しが出ている。しかし、これらは組織のフラット化それ自体を否定するものではないと考えられる。横田はこの点について組織のフラット化は万能ではないとし、フラット化組織の課題として3点-第1点は責任者の役割と動機づけ、第2点は従業員の能力、第3点は組織全体の方向性-の徹底を上げている（横田 2003）。

以上をまとめると、「組織のフラット化」の意味するところは、組織としてのあり方として、急激な環境の変化の中で企業が生き残るための1つの手段であったといえる。このことはコストカットに伴う犠牲と痛みと引き換えに人間の新たな可能性を引き出したともいえる。以下、企業が選択した意思決定の分権化、強力なリーダーシップ、対話によるコンフリクトの解消、情報の共有化、個人の自立性、自主性といった価値観が対人援助の組織作りにも有効であるか否かを検証していきたい。

2) 調査ⅠからⅤにおけるフラットの使われ方とその意味

今回の調査、ACTのスタッフのインタビュー（調査Ⅲ～Ⅴ）から、「フラットな関係」がどのような文脈で使われているのか見ていきたい。まず、フラットを構成するカテゴリーから見ていく。調査Ⅲ、Ⅳのカテゴリーからは【家族に共感・傾聴】、【専門家に繋がる安心感の提供】、【本人、家族の相互理解の回復】、【各家族への対等な支援】、【当事者と丁寧につき合う】、【さまざま積重ね】、【関係を維持する】、【スタッフもともに成長】、【横並びのフラットなチーム構造による家族支援】、【傾聴から始まる】、【肯定・受容】、【自己開示】、【利用者に伝わる、スタッフの意識】、【自由に物言えない関係】、【利用者の反応】、【チームに支えられる】、【自分と向き合う時間】が、調査Ⅴからは【何でも相談できる】、【家族とは同志のような関係】、【利用者から伝わる思い】が挙げられる。調査の中での「フラット」の使われ方は、大きく分けて2つである。第1は人

と人との関係の中での使われ方、第2については、そうしたフラットな関係を維持する組織のあり方システムである。ここでは、第1の人と人との関係の中でのフラットの使われ方について検討したい。第2については、「3 第3の要因-支援システムの存在」で論じたい。

人と人との関係の中でのフラットの使われ方として調査の結果、以下4つのケースが見られた。

A：家族とACTの関係、B：当事者とACTの関係、C：家族と当事者との関係、D：ACTのスタッフ同士の関係に分けられる。以下の表に通りである。

表 8-1-1 調査で明らかになった「フラットな関係」の一覧

	関係	カテゴリー	事例	効果	関係性
A	家族とACT	【家族に共感・傾聴】、【専門家と繋がる安心感の提供】、【各家族へ対等な支援】、【フラットなチーム構造による家族支援】、【何でも、相談できる】、【家族とは同志のような関係】	スタッフ：「家族の方がいっぱい、いっぱい話す」家族：「電話ですぐ相談でき、来てくれ助かる」、「ACTにその都度相談」、「いつでも相談できる安心感」、「こっちをよしとしたり、いろいろやっていると実はいい家族支援は出来ない」、「本人には本人に合わせ、父親には父親に合せ関わる」、「臨床家として家族も医者もワーカーも同じ」	・頻繁に何でも相談でき、当事者、家族の生活が変わった。 ・親の気持ちは変わった。不安な気持ちは無くなった。	・家族がいつでも安心して、何でも相談出来る関係。 ・各家族へ対等平等に対応する関係。 ・支援者-家族の関係を超えて、1人の人と人との関係。 ・同じ目的向って歩む同志のような関係
B	当事者とACT	【当事者と丁寧に対応】、【さまざまな積重ね】、【肯定・受容】、【自己開示】、【利用者の反応】、【スタッフもともに成長】、【利用者から伝わる思い】	スタッフ：「心身不調時に一緒にいる」、「本人の意向を大切に向き合う」 スタッフ：「破壊するぐらい死にたかった相手を認める」、「妄想を受入れ、自己開示する」、「私自身も一緒に変化している」、「患者や利用者という枠を超えて1人の人として接する」	・スタッフの訪問を心待ちしている。 ・ACTと話して当事者が変わる。	本人の意向を大切にしている関係。 ・患者という枠を超えて1人の人と人との関係。
C	家族と当事者	【本人、家族との相互関係の回復】	家族：「親父、迷惑かけたな」と息子が初めて謝ってくる。障害者の母を持つ息子：「親孝行ができ逆にこうなると良かったのか知れない」	親子の信頼関係が回復し、心開いてコミュニケーションが可能に。	・素直に謝り、感謝を伝えることが出来る関係 ・普通の母と子の会話が出来た関係。

D	ACTの スタッフ 同士	【自由に物言えない関係】、【横並びにフラットなチーム構造による家族支援】【チームに支えられる】、【自分と向き合う時間】	スタッフ：「チームで、老若男女年齢に関係なく発言」、「物言えない上下関係は危険」、「チームは吐き出す場であり、鏡でもある」、「この構造では患者としか見られず」	家族、本人に対し自由な発言、やり取りが可能。自分で抱え込まず、精神衛生上良い。	・同じ目的に向かい、対等平等、自由に発言できる関係。・年齢、経験、立場、地位に関係なく自由に発言、行動できる関係
---	--------------------	---	---	---	--

ACTの家族支援における「フラットな関係」は、以下のような特徴を有している。

- (1) いつでも安心して何でも相談できる関係
- (2) 専門職—家族、支援者—当事者の枠を超えて、人と人としての関係
- (3) 支援者と家族の関係ではない、同じ目標に向かって歩む同志のような関係
- (4) ACTはそれぞれの家族に合わせて対等平等な関係
- (5) スタッフ間で専門性、立場、経験年数、年齢に囚われず、自由に発言できる関係
- (6) 特定の関係だけでなく、外と内に分け隔てなく、家族とACT、当事者とACT、家族と当事者、ACTのスタッフ同士のそれぞれの関係で成立している。

3) フラットな関係の全体像

表8-1-1に示されたような、フラットな関係をACTの実践の中から概括すると次のようにいえるであろう。まず、ACTが当事者のケアに全面的に対応しながら、家族の言葉に傾聴し、寄り添い、家族をあるがままに受け入れた。そこでは、家族は家族としての自責の念や戸惑いの行為も決して批判・非難されることがなく、精神障害者を抱える家族の苦悩が受け入れられたと感じたのである。こうした関係性は、家族が当事者を自分達だけで抱えることの不安から解放され、安心感が生まれて、やがて家族とACTの間では、何でも相談できる信頼が生まれていた。こうした変化は、家族と当事者とのコミュニケーションをも可能とし、家族内での信頼関係が回復、当事者と家族とACTの3者の基本的信頼関係（的場編 2014）の構築に繋がっていた。さらにACTと家族の間では、当事者や家族の生活上の問題や困難、そこから生じる感情を共有することで、さらに信頼関係が深まっていた。自分の思いや考えを自由に伝え、何でも相談できる関係が構築されていた。こうして、当事者と家族とACTは一緒に考え、協働する中で当事者の自立生活へ向けての変化が始まり、家族は将来への見通しを持つことが可能となったと思われる。以上のような関係がACTにおけるフラットな関係の全体像である。三品はこうした関係を「平場の関係」、「発言しやすい雰囲気醸成」のスキルとして提示（三品 2013：230-231）している。フラットな

関係ということばはこうしたスキルの結果と考えられ、当事者、家族のリカバリーにとって不可欠な要素となっている。

4) フラットの関係を援助論からみる

次にフラットを援助関係論の理論史からその位置について考えてみたい。稲沢（2017）の援助関係論によると、援助関係と援助モデルにはそれぞれ4つのパターンがあり、それぞれが関連し合っている。具体的には個人モデルと「専門職的關係」、環境モデルと「ポスト専門職的關係」、物語モデルと「アンチ専門職的關係」、文化モデルと「プレ専門職的關係」である。この順番は理論史的な流れでもある。まず、個人モデルと呼応する「専門職的關係」から説明したい。表8-1-2「援助関係の4パターンとモデルの一覧」を見ると、個人モデルの援助対象は、個人的側面であり、客観的なものである。援助対象の内容は、本人に直接帰属するものであり、援助者とクライアントの関係性は上下関係で、援助者の立場は援助する主体となる。主として医療が個人的側面を援助対象にしているため、この個人モデルは「医療(医学)モデル」とも言われる。次に出てきたのが環境モデルと呼応する「ポスト専門職的關係」である。個人モデルの援助対象はクライアント本人に属していたが、このモデルではクライアントを取り巻く環境に位置づけられる。そのため、クライアントと援助者は対等な立場でともに、援助対象の改善を目指すことが容易となり、より協働的な関係性を結びやすくなるとされている。この横並びの関係はパートナーシップとも言われ、1950年代のアメリカの福祉権運動を背景にして出てきもので、クライアントの権利を擁護することをソーシャルワーカーの責務として宣言し、従来の専門職とクライアントの上下関係（専門職的關係）を否定する意味が含まれている。

次に出て来たのは、物語モデルと呼応する「アンチ専門職的關係」である。「アンチ専門職的關係」とそれ以前の「専門職的關係」と「ポスト専門職的關係」との違いを述べる。

それ以前の「専門職的關係」と「ポスト専門職的關係」の2つの援助対象はクライアント本人に属するのか、クライアントの外に属するのかは別にしていずれも第3者によって客観的に把握可能なものを援助の対象に設定していた（稲沢2017:93）。

これに対して物語モデルと呼応する「アンチ専門職的關係」は援助対象を客観的に把握可能なものから本人の主観的な物語へと「物語的転回」が行われた。それは社会的強者や多数派の人々によって構成されてきた社会的現実に対して、1人ひとりが自分の独自のことばで、自分の物語を語ることに重視される世界である。

この物語モデルの成立の背景には、今までの個人モデルや環境モデルでは客観的側面に焦点が当てられ、結局は「正しい答」が唯一の答として他人から押し付けられていたのではないかとの批判がある（稲沢2017:95）。アンチ専門職的關係は、1980年代後半から精神障害者の地域生活支援の理論的視点として打ち出されてきたストレングスモデルとも呼応して、クライアントの自主性、主体性、独自性を積極的に評価して、自己肯定感を高めようとする動きだといえるであろう。

次に文化モデルと呼応するプレ専門職的關係が出てくる。稲沢（2017：98-99）は、文化モデルの展開とは「フツウの物語＝援助者」と「クライアント本人の物語」との違いに気づいて、そこから、援助者がクライアントの物語を受け止め、クライアントと援助者が物語を共有化し、偏見という社会の物語に対して、ともに改善をめざしていく同志という立場をとることだという。そこでは、援助者はクライアントに直接的に働きかけることがなく社会に向けて発信し、援助者である前に、友人や人としての関係性となる。文化モデルの場合、社会的常識になっている「偏見」をあらためようとするため、時間軸では世代単位のような長期も有り得る。

以上、稲沢の指摘する援助関係を参考にその理論史を辿ってみた。援助者はA) 友人、B) 専門職、C) パートナー、D) アンチ専門職として関わってきて、今また再びA) 友人の立場の帰って来ているのが流れである。では「フラットな関係」とはこの流れの中ではどこに位置づけられるのであろうか、またその際のクライアントと援助者の関係はどのような関係になるのであろうか。援助関係を理論的に見ると「フラットな関係」は文化モデルと呼応する「プレ専門職的關係」に位置していると思われる。家族の物語とは精神障害者を抱える家族としての苦悩である。家族が求める支援者への期待は、家族が誰にも打ち明けられない苦悩の物語に対する支援者の共感であり、この支援の対象が主観的という意味では、フラットな関係は、物語モデルと呼応する「アンチ専門職的關係」にも通じるところがあるが、今回の調査からは社会の偏見ともいべき文化と極めて不十分な制度、社会資源に対してともに改善を目指していく同志のような関係（調査V）である。それは、専門職が家族を一人の人間として接し、生活全体を共に考え、共に行動する「生涯を通じて関わって行く友人のような関係」、「プレ専門職的關係」といえるであろう。

図 8-1-1 援助関係の4パターンとモデルの関係「出典：稲沢（2017：86）をもとに筆者作成」

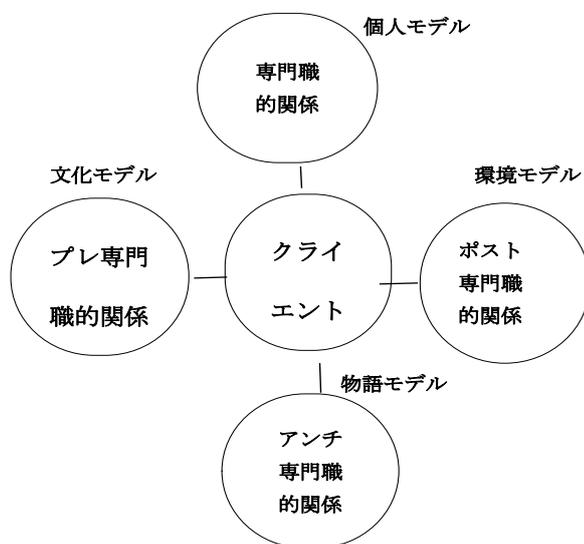


表 8-1-2 援助関係の4パターンとモデルの一覧(稲沢の「援助関係論入門」の図7-2(P88)を元に筆者が作成)

	援助関係	モデル	援助対象	援助対象の内容	関係性	援助者の立場
1	専門職的関係	個人モデル (医学モデル)	個人的側面-客観的	本人に直接帰属	上下関係	援助する主体
2	ポスト専門職的関係	環境モデル	環境的側面-客観的	援助関係の外に位置づけられる	ともに、一緒に、協働的	対等の立場、パートナーシップ
3	アンチ専門職的関係	物語モデル	物語的側面-主観的	物語的転回で1人ひとりの物語	援助者は教えてもらう	教えてもらう立場
4	プレ専門職的関係	文化モデル	文化的側面-主観的	偏見、不当な社会の物語	援助者の前に友人や人間	物語の同志の立場

5) 「パートナーシップ」と「フラットな関係」との違い

当事者、家族がリカバリーを指向する際に支援者の視点としてよく「同伴者」、「パートナーシップ」(野中 2011:63)が上げられるが「フラットな関係」と何が違うのか検討する。「パートナーシップ」の支援の対象は客観的に把握可能なものであり、「フラットな関係」のように援助対象が主観的でないという点において、両者は違うといえる。しかし、援助者の立場としては「パートナーシップ」は「対等」であり、「フラットな関係」は「同志」である。援助者と当事者との関係で見ると両者の距離の違いはあるが、両者はある目標に向かって協力・共同の関係にあるという点では共通している。また「パートナーシップ」の場合の協力関係は、ある限定された目的との関係であるのに対して「フラットな関係」は期間や目的に限定されず、友人のような関係となり、そこに違いがある。こうした、「パートナーシップ」と「フラットな関係」の違いについて、増子(2016)は次のように述べている。パートナーシップは「協力関係」「提携」「連携」と表現され、自分が所属する組織・立場と自分が所属しない他の組織・立場が何らかの協力をする、力を合わせるという意味であり、両者の間には両者を分け隔てる境界線(境界壁)が存在し、踏み越えることはなく、あくまでも違う組織・立場の両者が協力するイメージだという。これに対して「フラットな関係」とは、境界線はあるが、境界壁はない。私とあなたは境界線によって分け隔てられているが、壁がないので、お互いの立場を行ったり来たりが可能である。それは時に支援者・被支援者という関係性も越え、例えば支援者が訪問の利用者さんに励まされ、助けられる。それを「支援のプロだから」と言って妨げることはない、支援者も職業人の前に一人の人間であり、人と人との関係を構築すれば利用者や家族から逆に支援されることもあるという。また、フラットな関係は「共支援」で「双方向」の関係であり、「1人1人がお互いに素性の分からない何者かであることを止め、1人の人間として、お互いにゆるく支え合う『共支援』の関係性の構築」であるという。それゆえ「自己開示」なしでは、そうした関係が生まれる可能性は少ないという。

6) 援助論の変化する境界

ACT が当事者、家族との関係で実践的に到達した、家族支援のリカバリーは、一人の人間としての人と人との関係の「回復」にあるといえる。三品はこうした関係を次のように述べている。サブカテゴリー〈家族とのチームング〉では、家族の「気持ちに共鳴」し、スタッフが「さりげない自己呈示」する中で、家族はやがて「心の窓を開く」ようになり、ACT は家族を「チームの一員として迎える」という。さらに、〈変化する境界〉では、最初は専門職と利用者という確固たる「境界」を持って関わっていたが、お互い一人の人として向き合うことで〈「人」と「人」としてのかかわり〉で、生身の人間同士として交流する中で〈素の関係〉となる。「専門職としての鎧を脱ぐ」ことで、専門家と利用者としての境界を低くするという。(三品 2013 : 408-410)。

こうした専門家と利用者の境界の関係について、三品 (2013 : 470) は次のように述べている。

「ACT は、利用者とスタッフの関係を確実に低く薄くする。それをしなければ利用者のリカバリーはできない。『人間と人間として接してほしい』。そのことばに込められるチームをつくれるかどうか、ACT の理念に最も近い価値と倫理を掲げている精神保健福祉士の努力にかかっている。」

7) ACT で使われているフラットの定義

フラットについて、ACT の日常活動での使われ方と意味、そして援助論の理論史における位置、精神保健医療福祉分野での使われ方などを見てきたが、これらを前提に、ACT における「フラット」について定義したい。

基本定義

フラットな関係とは、社会的地位や立場や権威に基づかない、対等平等の関係であり、主観的な相手の物語を共有し、共感し、受容する。また自己開示し、双方方向の関係で、自由に対話できる関係である。ある限定された時間や範囲での共同・協力の関係ではなく、生活全体で繋がり、継続する関係であり、一人の人と人との関係である。また、同じ改善の目標に向かってともに歩む同志の関係でもある。

援助関係論としては

- (1) 基本的には、プレ専門職的關係に呼応する文化モデルに位置する。
- (2) 援助者とクライアントはクライアントの物語を共有、共感、受容、偏見ともいうべき不当な社会物語に対して、ともに改善を目指していく同志という立場を取る。

具体的な関係としては

- (1) いつでも安心して自由に話せる関係
- (2) 相手があるがままに受け入れ相手に変容を求めず、自己開示、共有、共感の関係

- (3) 共通の目標に向かって共にあゆむ同志の関係
- (4) お互いの立場や意見の違いがあっても尊重し、承認する関係
- (5) 一人の人と人との関係でお互い共支援で成長する関係

3 第3の要因－支援システムの存在

1) ACTの原則及びチームアプローチにおけるACTのシステム

家族支援で有効性を生み出す要因として抽出された「当事者と家族の生活全体に関わる支援」及び「フラットな関係」は、ACT原則、チームアプローチの原則に見出すことができる（SAMHSA＝2009：本編）。

ACT原則及びチームアプローチの原則は、「アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 2-1（SAMHSA＝2009：7-12）に示されているものである。

(1) 「当事者と家族の生活全体に関わる」に関しては次のACTの原則及びチームアプローチが一致する。

1) ACT原則（SAMHSA＝2009：8）としては

- ・治療やサービスの範囲は、包括的で柔軟である。
- ・介入は病院やクリニックでなく生活の場で行われる。
- ・ACTチームはサービスを仲介するのではなく、治療、生活支援、リハビリテーションサービスを直接提供する。
- ・24時間体制でサービスが提供される。
- ・サービスを受けるのに決まった期限はない。

2) チームアプローチ（SAMHSA＝2009：10）としては

- ・利用者の一般的実践に利用者と一緒に一般的な支援活動に参加する。

例えば紛失した小切手について電話したり、家主に話に行ったりである。このことは、生活全体に関わる支援及び生活支援という視点から見ると重要な支援要素を含んでいる。すなわち、チームスタッフ全員が各利用者を知って、チーム全体で支援に必要なものは何でも提供する責任を持っていることである。

(2) 「フラットな関係」に関しては次にACTの原則（SAMHSA＝2009：8）が一致する。

- ・チームスタッフはサービスを受ける人への責任を共有する（横並びのチーム構造・個人ではなく、チームとして論議、行動、ふり返り）。
- ・治療、生活支援、リハビリテーションは個人ごとに決められる。

こうしたチーム内で自由に「ACTは結束力のあるチームである必要があり、コミュニケーションはその要である」として、ACT経験者の声（マイケル・ニール・スタッフとしての経験）を次のように述べている。

「安心してあなたの頭と腹のなかにあることを言えなくてはならない。協働するチームの人々に対してさえそれが出来ないなら、効果的なサービスを提供することにはならないだろう。早い時期からチーム内で、開かれた形でのコミュニケーションの関係を築くことは、特に重要である」(SAMHSA=2009:40-41)、また「チームリーダーとしては、誰もが不安で心配を感じたときに、それを自由に表現し、話題にすることができる雰囲気をつくらなければならない。それが、個人で単独で働くよりも。チーム制をとる理由である」(SAMHSA=2009:38)とチーム内でのスタッフ同士の自由な発言、情報の共有、協力、連携、チームとしての結束力を基本にしていることが示されている。

(3) 「支援システムの存在」に関してはACTの原則及びチームアプローチが一致する。

「当事者と家族の生活全体に関わる」と「フラットな関係」を支える「支援システムの存在」はACTの10の原則に示されているが、特にサービス機関のプログラムと区別されるのはチームアプローチといえよう。

アメリカ連邦政府EBPでは次のように述べている。「ACTチームは、専門家の共同体や個々のケースマネジャーの集団ではない。統合化され、自己完結した援助プログラムであり、チームスタッフはその中で協力しあって働くのである。」又「一人のスタッフでなくチーム全体が利用者らの精神疾患からのリカバリーを支援するために必要なものを何でも提供する責任をもつ。このケースロード共有アプローチは、ACTの重要な要素であり、他の地域に根に根差したプログラムと区別される特徴である」(SAMHSA=2009:10)。その要素として6点を挙げている。

- ・協働的なアセスメント及び援助計画
- ・実施可能な限りのチームスタッフ間の職種を超えたトレーニング
- ・毎日のチームミーティング
- ・オープンなオフィス配置
- ・24時間体制の支援
- ・一般的実践、すべてのスタッフが、一般的な地域での支援活動に参加する。

以上、調査の結果から得られた3つのACTにおける家族支援に有効な要因は「ACT・包括型地域生活支援プログラム」(SAMHSA=2009)からもその妥当性が見出されると考えることができる。

2) 横並びにフラットなチーム構造

第三の要因である支援システムとしての存在である「横並びにフラットなチーム構造」について考察する。

家族支援の有効な要因として導き出された2つの要因、①当事者と家族の生活全体に関わる支援と②フラットな関係は相互に影響を与え合っており、表裏一体の関係ともいえ

る。それを支えているのが「横並びのフラットなチーム構造」である(調査IV)。調査IVでチームリーダーは次のように述べている。「こういう文化を日常から、日頃から、横並びのフラットなチーム構造を持っている人たちがアウトリーチを行って、本人にも家族にも接していくから、(中略)だから家族であれ、本人であれ、専門家であれ、横並びに、老若男女関係なく、自由な発言、やり取りができるということだと思うんですね」。

ACT チームにおいて「横並びのフラットなチーム構造」を維持するうえで重要な役割を果たすのが、毎朝行われるカンファレンスである。そこでは毎朝、多職種のスタッフ全員で前日の24時間の利用者全員の申し送りが行われる。こうした毎日のカンファレンスの取り組みの結果、利用者に急変があった時もチーム全体でサービスの質を落とさず対応することが可能となるわけであるが、利用者に接触した際に感じるチョットした違和感を若い経験の浅いスタッフであっても委縮することなく発言できる雰囲気が必要なる。

梁田はここで重要なことは、ACTで教育基盤や社会経験のことなる多職種の専門家が対等な立場でチームを構成していることだという(梁田 2018)。ACTのチームアプローチではお互いの意見や持ち味を尊重しない合いながら、地域生活を送っている利用者の論議を進めていく。例えば、入院の判断も現行医療制度の下では最終的には医師の判断に委ねられるが、医療的ニーズと生活支援ニーズが拮抗している場合でも、医師を中心に論議を進めるのではなく、チームのスタッフが全員横並びとなってチーム全体で支援方針を論議していく。立場や意見の違うスタッフでいたとしてもまずお互いの違いを認めて、「その違いを承認し合える文化」(梁田 2018)が必要となる。こうした①チームとしての横並びの構造のシステムのもとで、②お互いに違いを認め合える関係を共有したメンバーが③実際の臨床場面で、当事者や家族と接するときその専門職にとられることなく一人の人と人との関係、フラットな関係を生み出すのである。フラットな関係は、それを維持し、育成する支援システムの存在によって支えられている。一方こうしたACTの様な包括型はステージの進んだ利用者を抱え込む危険性があるとの指摘はあるが、「ACTという構造に守られているからこそ、チームのスタッフが燃え尽きることなく、必要な人に濃厚な支援を届けることができた。」(吉田ら 2018:149)といえる。

以上のように、ACTが2つの機能を有効足らしめている支援システムの存在、すなわち【横並びのフラットなチーム構造】は本人支援のみならず、有効な家族支援を行う上で重要である。

第2節 ACTにおける家族支援とは

1 生活支援とは

生活支援という言葉が、日本の社会福祉において用いられるようになったのは1990年代前後と言われている。背景としては90年代にはじまる社会福祉基礎構造改革のそれまでの

わが国の社会福祉のありようをほとんど変えるような動き（古川 2007）の中で、在宅福祉が発展し、地域福祉が本格化、「生活」という言葉が大きく取り上げられたことである。これはまた「生活者」という言葉の流行と並行していた（藤井 2004）。精神障害の分野で「生活者」という言葉を使ったのは1970年やどかりの里を創設した谷中輝雄である。

ここで、谷中輝雄の生活支援に触れたい。谷中輝雄は、精神障害者が社会復帰するために生活者の主体性を回復するための様々な実践に取り組んだ。こうして生活者、生活支援は、谷中の場合精神障害者の自立支援の関係で生活の主体者としての意味合いで使われていた。精神障害者は長期入院による隔離収容で生活を奪われ、社会と断絶し、病院から与えられた生活の中で過ごし、やがて施設症を生み、精神障害者の生活力が奪われることになる。精神障害者が地域で主体的に生活していこうとすると「生活のしづらさ」が顕在化してくる。しかし、「生活のしづらさ」は地域という環境の中で生活を続けることで解消させるべきものである。谷中（2013）はこうした精神障害者の側からの「生活のしづらさ」を理解し、精神障害者の生活者として復権・復活を当事者とともに発展させること、その支援環境を豊かに整えていくことの重要性を認識し、「生活支援」モデルを活用し、実践していったのである。

谷中輝雄の生活支援論は、ありのままの生活の相互援助中心の支援であり、それを「あたりまえの生活の実現」と表現した。谷中の生活支援は、従来の精神病患者が社会復帰する福祉モデルとは違い、精神障害者の生活者としての面を第一とし、環境・生活を整えることに焦点をあて、生活者としての精神障害者が望む生活を支援する生活支援モデルである。

田中は、谷中の生活支援理論を踏まえて、精神科医療や精神科リハビリテーションと生活モデルを統合する「統合的生活モデル」（田中 2001）を主張した。また稲沢は、支援モデルと変容モデルを対比させ、両者の優位性は援助モデル自体からは導き出されず、様々な要因が関係するとしているが、精神障害者の主体性を最大尊重する支援モデルこそが、精神障害者の生活支援に必要とされるとしている（稲沢 1999）。ここでの変容モデルとは、何らかの形でクライアントを変えることで、支援モデルとは、その逆でクライアントの変容を目的と位置付けない援助モデルである。

2 精神障害者をもつ家族にとって生活支援とは

さて、今ここで論じなければならないのは、精神障害者をもつ家族に取っての生活支援である。精神障害者の生活支援は谷中の例を上げると、生活者である当事者が主体、援助対象は生活のしづらさ、関係性はともに歩む、問題性は環境・生活を整えること、取組みは相互援助・補完的が上げられており、これらは実践の中で作り上げられてきたものである。では、精神障害者を持つ家族の生活支援はどのように考えたらよいのであろうか。精神障害者の家族支援について、大島（1987；1989）は「生活者」、「生活」という言葉を用いて体系的な家族支援のあり方を論じた。大島は、家族には「援助者の家族」と「生

活者の家族」の2つの機能があると指摘し、この2つを支援対象として、ソーシャルワーカーは援助展開すべきとした。家族のニーズを知るために「家族のニーズアセスメント」からスタートして、支援内容を3つに分けて、①家族会などのサポート作り、②緊急時及び随時の家族支援、③家族ケア以外の選択肢（社会資源）の準備と家族との役割分担を上げている。身近な援助者として「援助者の家族」への期待は大きく、その支援方法としては、家族心理教育が挙げられている。

一方、家族アセスメントが適切に行われず、家族ケア（当事者に対して家族が行うケア）継続が困難な状況にある家族に対して、家族ケアを強いるとすると本人・家族双方に良い結果とならない。その場合は家族ケアが限界に達していると判断し、中止が必要で、「援助者の家族」と「生活者の家族」の両方のバランスを見極めて対応することの難しさも指摘している（大島 2010）。

では、家族と当事者への有効性が確認されている家族心理教育においては、家族はどのように位置付けられるのであろうか。FPF・家族心理教育プログラムには「家族心理教育とは、家族との協働関係のもとで、疾患に関する最新の情報を伝え、本人の精神疾患によってもたらされたさまざまな問題にうまく対処できるよう、家族の対処技能を高める援助方法である」と書かれてある。これは、家族の変容を目標に掲げた「変容モデル」といえる。現在、各地で行われている家族教室、みんなねっとの「家族による家族学習」、今日本に導入を進めているメリデン版訪問家族支援も家族心理教育を基本にしている。

方法論に多少の違いはあるが、同じ家族心理教育の流れであり、例えば、メリデン版訪問家族支援は、呼称の通り訪問を基本にしている。学習とSST等のスキルを身に付けることで、当事者への家族の対応力を付け、家族が変わることを目標としている。今後、日本で展開されるプログラムにおいては、すでに第2章で述べた通り家族心理教育の役割と課題の実践的な検証を含めて丁寧な対応が求められている。

3 今回の調査から見いだされたACTにおける家族支援

先行研究における生活支援は以上の通りであるが、今回の調査から、生活全体の視点から見たACTにおける家族支援はどのようなものであろうか。ACTにおける家族支援は支援モデルである。当事者と家族がACTと出会い、関係が成立し、生活支援が進む中で当事者と家族がリカバリーに至るまでの流れを今までの調査を元に検証してみたい。

第1 家族を「あるがままに」受け入れ、家族に変容を求めない。

ACT利用家族は、多くの困難とさまざまな試行錯誤を重ねて、ようやくACTに出会うことができた人々である。長い間のストレスで精神的ダメージは大きく、ほとんどの家族は孤立し、絶望の状態にあると考えられる。ACTは、そうした家族に対し、寄り添い、傾聴し、これまでの家族の生の苦しみを聞き、そして、今までの苦勞に対して、人間として心から

の慰労の気持ちを伝える。家族に先を考える余裕は全くない。そこでは、家族は家族としての自責の念や戸惑い決して批判・非難されることがなく、悩み、迷う今のあるがままの状態理解され、安心感を得たとき、初めて精神障害者を抱える家族の苦悩が受け入れられたと感じるのである。

一方、家族心理教育では通常「まずは病気の仕組み、続いて、薬の必要性、ようやく本人への対応の仕方、家族の在り方、社会的資源という順番になっている。ここでは、最初に「病気であることを前提に、薬が必要という流れ」（調査Ⅳ、P135）のシナリオで、家族を当事者の治療の協力者として位置付け、家族が変わることが期待される。

家族心理教育では、「疾病」を「患者」から一旦切り離して、外在化し、それに対する家族、当事者、専門家が対処を身に付けることを基本としている（伊藤順 2017：8）。

ACTの場合は、家族が変わることを期待し、家族を治療のパートナーとして見るのではなく、今の家族をありのままに受け入れることが全てに優先する。変容モデルではなく、支援モデルである。家族がACTとの最初の出会いで「ACTで一息つく、逃げ道ができた」（調査Ⅱ：93）、「先生のお陰で、どれだけ気が楽になったか分かりません」、（調査Ⅱ）と述べている。これはあるがままに受け入れられた家族の心境を表していると考えられる。

第2 ACTは家族と生活の場で、ともに時間を過ごす中で馴染む

最初ACTに出会う多くの家族は医療への不信感が強い場合が多い。しかしACTスタッフは、繰り返し生活の場に足を運び、何度も傾聴し、対話する中で、じっくりと家族と向き合い、家族の生活と家族の人間関係を知る。時には家族と共に食事をし、ある時は酒を飲みかわすこともある。たとえ1回の訪問は短時間でも家族と関わり続けともに時間を過ごすことで、家族にとっては、ごく普通の隣近所の付き合いのような感覚や身内のような感覚が生まれ、冷え切った孤独な気持ちが癒され、やがて今まで誰にも話せなかった胸の内を開いて話すようになる。ある家族は「ACTと飲んだ時から、父親変わったと思います」と述べ、またあるスタッフは、当事者が「5年間関わりながらまだ1回しか会えてなくて、2年目からは私が手紙を出せば読んでくれて、3年目になったらお手紙を壁に貼ってくれて、誕生日にはこうやってプレゼントをくれる」（調査Ⅴ、P175）と時間はかかるが徐々に当事者、家族が心を開いていく様子を述べ、馴染みながら、時間をかけて支援することの大切さが示されていた。窪田は「治療の中心は自然治癒力の発動であり、その基本は自発性にある」とし、待つことの大切さを述べている（窪田編 2016：180）。

第3 ACTが当事者のケアを引受け、家族はACTと何でも相談できる関係になる

ACTのチームには医師を含む多職種のスタッフがいて、当事者のケアが行われる。ACTの場合の家族支援とは、家族に焦点を当て、家族の相談に応じるだけではない。まず、家族

が今抱えている当事者のケアを全面的に引受け、24時間対応で安心を提供し、その上で、ACT、当事者、家族の3者の関係を築くことで、当事者と家族全体への生活支援が始まる。

当事者のケアを行いながら、当事者と家族の両方に繋がりながら、家族の生活の相談に応じるのであり、ここがACTが他サービス機関が違う特徴である。家族の苦労や心配で大きな位置を占めるのは、当事者の状態が悪化して危機的な状況になった時の対応である。当事者の状態悪化の時、家族は当事者とコミュニケーションが取れず、多くは敵対的関係になり、警察へ連絡、強制入院となる場合も多い。このような時、当事者と日常的に関係性があり、当事者を良く知っているACTが対応することで、危機を乗り越えることができる可能性が高まる。この点について家族は「緊急時の対応はすごい便利、先生以外のスタッフも当事者のことを知っており、指示が的確で早い」、「電話ですぐ相談でき、来てくれ助かる」と述べている。家族とACTが当事者の情報を共有し、自分が受け入れられている安心を家族が実感すると、家族はACTと本音で話ができる関係が生まれる。こうして、ACTと家族の関係は「安心」から「変化の実感」を持つ段階へと進む。ある家族はそうした心の動きを次のように述べている。「一番は孤立から味方ができる」（調査Ⅴ：168）「何でも言え、相談できるということはすごい、体験した人でないと分らない」（調査Ⅴ：170）。また当事者や家族が本音で話せることが治療者から見てもプラスであることは明らかである（夏莉2018）。

第4 ACTと当事者と家族の三者が一緒に考え、一緒に行動することで、安心と信頼の関係が築かれる。

家族がACTと何でも相談できる関係が出来ることで、ACTと当事者と家族の三者の関係が築かれ、情報を共有しながらその都度、問題を三者で共同して対応していく関係が作られる。これは、谷中が述べた精神障害者のあるがままを受入れ、生活を崩さずに、その人の望む生活を認めて具体的に支えていくことにつながる。そして、問題が生じたら、その人を変えようとするのではなく、その生活環境を調整して望む生活を支えていくという谷中の「あたりまえの生活の実現」（谷中2013）である。

ACTと基本的信頼関係が構築され、日々起きる日常の様々な問題について、当事者、家族、ACTの三者で対処していくことを積重ねることで、家族は本人の望む生活が見え、「明日の希望」（佐川2013）を抱くことができるようになる。この段階では、家族は、先の見通しが立つことで、不安はなくなっていた。不安があっても、ACTと一緒に歩むことで孤立の思いは聞かれず、信頼の関係は維持されていた。三品（2013：398）はこの段階で、希望がなかった家族に「希望をもたらすこと」、それがACTの家族支援だと述べている。

今回の調査ⅠからⅤまでの調査で明らかになったACTの家族支援の原則をもう一度振り返ると、以下の通りとなる。

- ① ACTは、家族をあるがままに受入れる。家族は今のままでいいと受け入れられることで安心感が生まれる。ACTは、家族を当事者のケアの協力者として、そのために家族に変容を求めない。家族に寄り添い、家族をありのままに受け入れることから始まる。
- ② ACTは当事者、家族の生活の場に共にいて、家族に馴染むことで、隣近所のような人と人との関係、身内のような人と感じる関係が生まれる。
- ③ 今まで家族だけで抱えていた当事者支援をACTが代わって行なうことで、当事者と家族とACTの三者が情報を共有し、対話が生まれる。安心して自分の体験を語り、悩みや生活の困難など何でも相談できるが関係が生まれる。
- ④ 当事者と家族とACTの三者で情報の共有と共感の関係が生まれ、生活上の問題を三者の協力・共同で対応する関係が生まれる。家族がACTと対話し、何でも安心して相談できるフラットな関係が生まれ、ACTとともに歩むことで、将来の見通しが立ち、家族はやがて希望を見出すようになる。

こうした支援を組織的、継続的、総合的に行うためのシステムをACTは有している。ここがACTと他のサービス機関の家族支援を進める上での最大の違いであり、特徴である。

4 精神障害者の家族にとっての家族支援の基本

今回の調査で、ACTの一定期間における家族支援の有効性が確認されたが、ここからその有効性の要因に注目し、家族支援の普遍化について検討したい。

今回の調査研究で明らかになったことは、ACTの家族支援を有効足らしめる要素として当事者と家族の生活全体に関わること、当事者、家族、ACTのスタッフ及びスタッフ同士でフラットな関係にあること、そして、それらを支える支援システムの存在である。

本研究の目的は家族の心的変化を時系列に調査することで、3年上の一定期間においても家族支援の有効性は存在するのか、また存在するとしたら、その要因は何かそれを明らかにすることであった。そのための研究方法としては、仮説Ⅰ：ACTの家族支援は、一定期間においても有効性は存在する。仮説Ⅱ：仮説Ⅰにおいて有効とされる要因は他の家族の作ったACTにおいても有効である。この2つの仮説を証明するために調査Ⅰから調査Ⅴまでが行われた。ACTを利用していない家族4名、ACTを利用している家族6名、ACTのスタッフは2チームで合計7名の合計17名に方に2年間の間隔をおいて、2度以上のインタビューを行った。その他、家族が作ったACTの家族1名、事業責任者1名、スタッフ1名、その他訪問看護のスタッフ1名、多機能型精神科診療所のスタッフ3名の総合計24名にインタビューを行った。この調査の結果、3年以上ACTを利用した家族の6名中4名からこの病

に罹った時の戸惑いと混乱と絶望の心境から気持ちが変わり、「今、不安は無くなりました」と迷うことのない感想が聞かれた。また残りの2名は当事者の不安定な状態が続く中でも「一番頼りになるのはACT」と答え、ACTに支えられて本人を受容していた。またACTを利用している家族は、社会との繋がりが継続していた。家族が作ったACTには、ACTを利用している家族同士で交流の場があり、そこでは、最初、家族は自分たちの悩みの交流が中心だったが、やがて外に目が向き、今では行政への要請等社会的な取組みが多くなってきたという。一方、ACTを利用していない家族の場合4名中3名は、高齢化で家族自身の生活力が低下し、当事者のケアに追われ、急速に社会との繋がりが失われていた。この変化の違いをもたらした要因は何であろうか、この要因について検討した。第1の要因は家族がACTと何でも相談出来る関係になっていたことである。対人援助関係において傾聴はどれほど強調しても強調し過ぎることはないと言われるほど重要であるがACTを利用している家族では、そうした関係が生まれていた。そして、ACTを利用している多くの家族に取って、そうした何でも相談できる関係が家族のリカバリーへの転機になったと思われる。

ACTとの出会いで、当事者、家族はあるがままに受け入れられることで、今の状態で安心を得たと述べている。現状の精神保健医療では、当事者と医療者、家族と支援者の関係は、支援される人とする人のように、専門職的關係の上下関係がほとんどなのが実態である。

しかし、ACTの場合に見られるのは、1人の人と人と関係からはじまるのである。従来、日本の精神保健医療にはなかった関係である。

第2の要因は、訪問含めて当事者と家族の生活全体に関わることである。訪問自体が生活の全体に関わる第1歩あり、当然、訪問と生活全体の関わりは表裏一体のものである。

当事者と家族とACTの3者が一体となって共同で生活問題の解決に関わらなければ、例え一時的にできたとしても基本的な解決に至るのは極めて困難である。問題は複雑で構造的である。軽度のうつ病などの精神疾患の場合には、医療に掛かりながらも家族の協力で回復は可能な場合が考えられるが、統合失調症のように重い精神疾患の場合には、家族だけの対応では、当事者の回復への歩みは極めて困難であるのが現状である。

ACTのような第3者が、当事者と家族の生活全体に関わることで、殆どの当事者と家族は回復の歩みを始めていることが今回の調査で明らかになった。つまり、ACTという第3者が関わることで、家族と当事者は情報と感情を共有し、相手を客観的、冷静に判断することが可能になり、思い込みや一面的な理解が避けられたのである。

しかしながら、この要因Ⅰ、要因Ⅱを導くために支援者が当事者、家族と関係を築くのは容易なことではない。支援者の経験と教育は前提であるが、最も本質的なことはこうしたACTの力の源泉はACTのチーム力にあるという理解が必要である。それは要因Ⅲとしての「支援システムの存在」である。以上の要因は、家族が作ったACTにおいてもその存在

を確認することができた。この3つの要因は、家族支援に限定されず、対人支援の基本となるものである。

日本に1900年「精神病患者監護法」が施行されて以来、今年で118年経つが、日本の精神医療で最も欠落しているものは精神障害者やその家族を1人の人と人との関係で見ない、1人の人としてその人権が認められてこなかったことである。人権意識の欠如である。明治の時代から社会治安・社会防衛的視点から私宅監置が合法化され、当事者は社会から隔離された世界に封じ込められてきた。これらの関係から発生した社会の偏見は連綿と続き、今も実態として存在している。

序章でみんなねっとの平成29年度の家族支援の全国調査で親亡き後の問題に対して「本人が入院しているのが安心である」との思いを4割の家族が抱いていることを紹介し、半数に近い家族が当事者の地域生活に希望が持てない現状を示したが、これに対する今回の研究の結果の回答は、ACTが当事者と家族の生活全体に関わることで、当事者、家族、ACTの3者が一体となり、当事者と家族はリカバリーに近い状態に近づくことが示唆された。

家族支援に3つの要因が機能すれば当事者、家族はリカバリーへの道を歩むことが可能であることが示されたのである。

今後の課題は3つの要因を現状の精神保健医療福祉の実践の場でどのように実現していくかである。その基本を述べる。

第1に当事者と家族と専門家が、お互いに人としての尊厳を持って生きていくために、相手の人格と人権を認めと同時に安心して、何でも相談できるフラットな関係が必要である。家族と専門家は、支援する人とされる人の関係ではなく、まず、一人の人と人との関係であることが基本である。第2に家族に取っての家族支援とは、当事者と家族と専門家が生活の場で出会い、生活全体の中で関わり、そうした関係の中で生活支援を受けることである。第3に当事者と家族が孤立するのないように専門家が生活全体に関わり、三者が情報と生活の課題を共有し、一緒に行動し、一緒に考えながら、当事者の自立に向けて歩み続けることである。第4に家族は、保健医療福祉の専門機関以外にも家族会のようなセルフグループのような組織と繋がることで、信頼して相談できる人と人との繋がりを大切にすることである。第5に精神障害者同士が支え合いながら活動できる領域をコミュニティの中でふやしていくこと。家族も当事者とともに協力して、この動きを進めていくこと。第6に以上の関係を地域に作っていくには、安定して継続できる地域包括支援のシステムとそれを支える社会的基盤整備が必要である。以上を基本にして、具体的には以下の組みが考えられる。

A：地域の圏域ごとに包括・多機能型の精神保健医療福祉の拠点が必要である。そこには多職種の訪問チームを置き、1日24時間365日対応する。家族相談対応、各当事者には支援者が付く。家族、ピアのスタッフが必要な研修を受けて参加する。ACTでなくてもアウトリーチという基本で、訪問看護で多職種によるチームによる支援で対応は可能なサービスもある。

B：地域の精神保健医療福祉に関わる人々、行政の人々とネットワークを築き、一般の人々も含めた当事者と家族に関わる学習と情報交流の場を作る。地域の情報発信基地が必要である。ここでは2つの機能を持つ交流の場が必要である。1つは当事者、家族の相談、分からないことを聞いたり、話したりできる場であり、家族会も含む交流の場である。もう1つは学習を基本にした情報交換の場である。

C：地域の中で当事者、家族、健常者が共に交流の場をともに働く場作りを行う。一般市民との生活を通じた交流の場が必要である。

D：権擁護制度の確立。医療機関や行政から独立した第三者の人権擁護機関を設立する。人権擁護機関は、全ての市民の人権を守ることを義務とする。憲法、障害者権利条約、障害者基本法に記されている基本的人権を守ることである。また、制度として精神障害者をケアする家族を法的に支援することが必要である。

終章

第1節 研究のまとめ

序章では、全国精神保健福祉会連合会（以下「みんなねっと」）の平成29年度の全国調査の結果から家族のおかれた生活状況と心身状態を明らかにし、その後の家族が歩んだ社会に向けての歴史的取組み、専門家とともに取り組んださまざまな家族支援をふり返った。

今日の日本において、いまだに精神障害者をもつ家族は当事者が地域で自立した生活を送ることに希望を持ってないでいる現状を明らかにした。さらに本論文の研究の目的と方法について示した。

第3節では本論文の構成と概要を述べた。研究の背景、目的と課題と仮説、仮説を検証するための調査、総合考察を示した。研究の目的は、家族の心的変化を時系列に調査することで、3年上の一定期間においても家族支援の有効性は存在するのかまた存在するとしたら、その要因は何かそれを明らかにすることであった。そのための研究方法としては、仮説Ⅰ ACTの家族支援は、一定期間においても有効性は存在する。仮説Ⅱ 仮説Ⅰにおいて有効とされる要因は他のACTにおいても有効である。この2つの仮説に基づいて、この仮説を証明するために調査Ⅰから調査Ⅴまでが行われた。

第1章は精神障害者と家族を取り巻く法の歴史と今後の日本の精神保健医療福祉の課題について整理した。精神病者監護法以来、家族は一貫して社会的治安・防衛的視点により当事者の隔離拘束の監護の責任を全面的に負わされ、戦後も保護者制度の下で監督責任は、2013年まで続いた。その保護者制度がなくなるまでの法的な流れを示した。

保護者制度の廃止と医療保護入院の問題点について、平成25年精神保健福祉法の改正の論議の経過を踏まえてまとめた。2013年保護者制度の廃止は、長い間の当事者、家族、関係者の努力の結果であり、歴史的な成果であるが、実態は保護者が家族等に置き換わっただけのものであり、道半ばである。また精神保健医療福祉の歴史をふり返り、その歴史的教訓と現状の課題と精神保健福祉法以降の改革の方向を明らかにした。宇都宮病院事件があり、国際的悲劇を浴び、精神保健医療福祉の改革が進められ、「入院医療中心から地域生活中心」のテーマも掲げられたが、現状では当事者が地域で自立して生活するための地域生活支援プログラムは確立していない。そうした歴史経過を踏まえ、現状における精神保健医療の課題と改革の方向を示した。

第2章は、精神障害者の家族の生活の実態の変化を家族会の全国調査のアンケートから歴史的に概括すると同時に、家族会の果たした歴史的役割を明らかにする。また家族支援を中心とした心理教育を含めた家族の先行研究をまとめた。1960年代から各地で家族会の動きが始まり、ライシャワー事件による法案改正の反対運動をきっかけに全家連が生まれた。全家連は地域の作業所作りや家族心理教育に大きな力を発揮し、日本の精神保健医療福祉の分野で貢献した。現在、家族会は家族の高齢化で人数、組織数とも減少し、また、

専門職との関わりも歴史的には減少している（伊藤千 2017）。今後は時代のニーズに合った運動と組織作りが求められている。

家族支援の研究については、先行研究から家族の位置付け、家族支援の変遷を明らかにし、現状の家族支援の課題についてまとめた。家族研究の歴史は家族病因論からスタートし、遺伝説や器質説に対するアンチテーゼとして家族を病因とし、家族を治療するというスタンスであった。しかし家族病因論は根拠が不十分なため、その後は、EE 研究から再発防止へと研究が進み、家族を再発防止のための「治療の協力者」と見て、家族心理教育へと繋がった。

第3章は、日本における ACT の必要性、ACT の理念と目的、基本方針、組織構造、生まれた歴史的経過等、日本での取り組みの現状を示した。ACT による家族支援の先行研究としての調査・研究をまとめ、本研究に至った流れを明らかにした。

第4章は、ACT による家族支援の効果を明らかにした。「ACT を利用していない家族の面接調査」と「ACT を利用している家族の面接調査」の結果と分析についての報告である。「ACT を利用していない家族」と「ACT を利用している家族」の比較分析を行い、その結果 ACT を利用していない家族は、高齢化による家族自身の生活力の弱体化で当事者と家族の関係や家族の社会との繋がりが弱まり、生活困難が増大する中、家族の心的態度も半ば諦めの心境を示していた。一方、ACT を利用している家族は、ACT が当事者のケアを全面的に担うことで、家族は ACT に支えられて、物理的・精神的余裕が生まれ、比較した大カテゴリー全てにおいて、プラスに転じていた。家族の心的態度においても今後、不安が無くなったと多くの家族は述べ、これからの生活について前向きな考え方に変わっていた。

結果、ACT を利用している家族は、ACT を利用して半年から1年の時点で家族の心的態度の効果は確認されたが、今回の調査でさらに約3年以上の期間においてもほぼその効果は持続し、さらに改善が進み、当事者と家族がリカバリーしている状態であることが示唆された。また、ACT を利用している家族の中で、当事者の症状や障害の程度が安定せず、不安定な状態である家族も ACT 支えられていると感謝の言葉が聞かれた。このことは、家族の心境として、長い間のこの病気にかかることでの絶望の思いから距離が取れるようになったという意味では、家族はリカバリーへの道を歩み始めていると考えられる。

第5章は、ACT の家族支援の効果の背景であるその要因を明らかにするインタビュー調査である。「ACT チームへのグループインタビュー調査（調査Ⅲ）」と「ACT チームのチームリーダーへのインタビュー調査（調査Ⅳ）」の結果を分析し、考察した。

その結果、ACT における家族支援の効果の要因として、6つの大カテゴリーと26のカテゴリーに整理された。最終的には、当事者と家族のリカバリーの要因としては、「当事者と家族の生活全体に関わること」、「フラットな関係」、「支援システムの存在」の3つに集約された。

第6章は、ACT における家族支援の効果の要因の検証である。家族が作った ACT に第5章で効果が明らかになった要因の検証を行う為に、家族が作った ACT チームに家族、チームリ

一ダー、事業責任者の3人の方にグループインタビュー（調査V）を行った。分析では、7つの大カテゴリー＝《 》と20のカテゴリー＝【 】に集約された。ここで見出された代表的なカテゴリーは次の通りである。《当事者の変化》では、【ACTと関わり生活が変わる】、《家族の変化》では【何でも相談できる】、【孤立から味方ができる】、【本人と家族の両方への支援】、【本人、家族との相互関係の回復】、《スタッフの態度》では【家族とは同志のような関係】、【家族の生の苦しみを聞くことから出発】、《スタッフの支えになるもの》では【利用者の声】、《地域の連携》では、【医師と連携、地域を変える】が見出された。これら一連のカテゴリーは、調査Ⅲ、調査Ⅳで明らかになった主要カテゴリーと共通するものであった。

第7章では、第4章からの第6章までの取組みをまとめた。ACTの家族支援はACT利用家族とACT利用しない家族との2年間の時系列の調査から、ACTによる支援が、当事者と家族のリハビリに繋がる有効性があることを示唆することが出来た。そのACT利用家族とACTを利用していない家族での違いの要因としては（1）当事者と家族の生活全体に関わる（2）フラットな関係（3）支援システムの存在が導き出され、ACTにおける家族支援の有効性は、この三つの要因であることが示唆された。

次に当事者と家族の生活全体に関わることとフラットな関係の考察を行った。

当事者と家族の生活全体に関わることについては、家族支援における必然性とその根拠を示し、理論的な背景としては、岡村理論及び窪田が展開する生活問題を提示した。

フラットな関係の援助論の理論史としての位置は「文化モデル」に呼応する「プレ専門職的關係」に位置すると思われる。支援者、被支援者の社会的関係は前提としてありながらもその立場にとらわれず、まず1人の人と人との関係に立つことの重要性が確認された。

さらに、ACTにおける生活支援について考察を行った。ACTの生活支援と他の生活支援モデルとの違いである。違いの第一は、今ある家族をどう見るかである。ACTは当事者及び家族をその生活の場で「あるがままに」受け入れ、その時、家族は、何が困っているのか、ともに悩みともに行動する中で、ACTは家族の環境調整に働きかけ、当事者及び家族が望む生活の実現のため支えていく。ACTは、相手が変わることを目標にしない、まず「あるがままに」受け入れることから出発する。ここにACTと他の生活支援プログラムとの違いがあることを示した。

今回の研究で明らかになったことは、ACTは家族をあるがままに受け入れ、その状態でACTのスタッフは自己開示し、何が家族の困り事か聞きながら、一緒に行動、一緒に悩むとことでACTと家族の間でフラットな関係が生じていた。ACTが家族と向き合い、家族のリハビリが生まれるには、1つはACTが当事者と家族の生活全体に関わること、1つは家族、当事者、ACT、そしてACTスタッフ間でフラットな関係であること、さらにそれらを支える支援システムの存在が必要であることが明らかになった。こうした一連の条件が一括して揃っているところにACTの最大の特徴があり、そのことを明らかにしたところに本研究の

意義がある。ACT の家族支援は一定期間で、はたして有効性はあるのか、その有効性の要因は、他のサービス機関でも可能なのか、この問いに対する答えが以上の通りである。

第2節 本研究の限界と今後に向けた課題

本研究では、約3年間、ACT を利用していない家族と ACT を利用している家族にインタビュー調査を行い、この3年ほどの間に ACT を利用している家族にリカバリーと言える心的状態が出現し、家族支援の有効性を確認することができた。

本結果は対象者の人数や地域制限、また継続的利用者に対する調査であることなどによって、ACT に対して肯定的な意見を持った対象者の選抜されたデータの偏りが存在する可能性は否定できない。したがって、今後は、この点の課題を克服するための研究が求められている。今後は、地域、調査期間の検討、ACT を離れた人、うまく繋がらなかった人、自立に至らなかった人のデータも含め、さらに対象範囲や期間を広げて総合的に分析することを通じて、より有効な家族支援を追求していく必要がある。今回の研究成果が何らかの形で実践に応用され、当事者、家族が希望をもって前向きに生活できる社会が来ることを切に願うものである。

表 10-1

ACTを利用しない家族の時系列 コードマトリックス												
			当事者の生活と症状			家族・当事者・医療者の関係			家族・当事者の社会的関係		家族の心的態度と願い	
家族	年齢	月・日	(1)当事者の生活	(2)当事者の症状	(3)当事者と医療者との関係	(4)家族とサービス機関との関係	(5)家族と当事者との関係	(6)当事者の社会的関係	(7)家族の社会的関係	(8)家族の心的態度	(9)家族の願い	
Jさん	母親63歳	2014年9月2日	<ul style="list-style-type: none"> 元気はいいが着きが無く、部屋を散らかす。 夜中に冷蔵庫を開けて、肉を生のまま食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> 金と薬の管理が出来ない。 新しい車に変えたら、頭の切り替えが出来ず、運転できなくなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 良好である。HA先生で特に問題は無し。 	<ul style="list-style-type: none"> 地活に1日何度も行き5分ほどいてまた帰る。 地活では、スタッフが対応してくれる。 	<ul style="list-style-type: none"> 息子は私の行動を理解できない。頭が脳が劣っちゃっているんだなあと思っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 地活に通うのが社会参加。 	<ul style="list-style-type: none"> 母親、家族会の役員をやっている。活動に熱心である。 	<ul style="list-style-type: none"> 希望は今のところ見えない。 まあ、全然行かない方もいるから少しは希望を持っていいかと思ってるんですけど。 	<ul style="list-style-type: none"> 今の希望は入院して薬を見直し、治ること。 	
		2015年9月2日	<ul style="list-style-type: none"> 夜は強引に寝かせ外から鍵かける。風呂好きで1日3回入り、3回着替える。 タバコはヘビースモーカー 買い物1人で行くが金銭管理できず。 	<ul style="list-style-type: none"> 話が繋がらず、どこでも相手かまわず話続ける。 昔の歌は良く覚えて歌う。読める。 1人でしゃべり続けるので親も疲れて寝る。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪看でノートを付けてくれ本人の行動が良く分かる。訪看は家に来てくれるので楽。家族も含めて話合うことあり。 今の先生は話を聞いてくれる。 薬インプエガに変え1年、副作用無く元気になった。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人、訪問看護が好きで、一緒にコーヒーを飲む。 ワーカーで支えになった人なし。 	<ul style="list-style-type: none"> 父親は晩酌が始まると子供を遠ざけ寄せ付けないが2人で良く出かける。 息子が帰りが遅くなると父親は必ず迎えに行く。 	<ul style="list-style-type: none"> 好きな時間に自由に出て必ず帰ってくる。 コンビニ1人で買う物に行く。 ・援護寮の見学に行くが1人暮らしに全く興味を示さず。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族会へ行ける時は参加し人とも交流をはかっている。 最近年齢なので、体調が良くない時は、疲れる。 支えになったのは同じ病気を持つ家族。 	<ul style="list-style-type: none"> 2年前と息子は変わらず。むしろ悪化。考えたってどうしようもない。 人のことよりも自分のことの方が大変だから、あんまり子どものことは考えない。明日は明日。大変だから、まあ、いいやっていう感じで。 	<ul style="list-style-type: none"> 障がい者でうちの子みたいな何もできない子のために、病院ではなく、援護寮の様な自由な施設があると良い。 	
Kさん	母親63歳	2012年9月4日	<ul style="list-style-type: none"> 2階に引きこもり、食事を自分で作る時だけ下へ降りてくる。 今までは同じ釜のご飯食べなかったが今は食べる。 顔が見られないので様子が分からない。 	<ul style="list-style-type: none"> 以前は、音には敏感で犬の鳴き声に対して鳴き止むまで壁を叩いていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療に繋がる。保健所の協力で本人を説得し保護入院。 	<ul style="list-style-type: none"> 今んとこ、保健所と繋がっていることで多少安心。 	<ul style="list-style-type: none"> 親には小さい時から抵抗があると医師に答える。 家族と本人とはメモでやり取り。 メモで「お前たちが元凶、さっさとくたばれよ」こす。 	<ul style="list-style-type: none"> インターネット以外なし。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族会の役員をやっている。 ストレス解消として、家族会、ジョギング、家庭菜園、草むしり等、家を出ると忘れられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 普通の生活をと自分い言い聞かせる。 家を出ると本人の事は一時忘れ、心が休まる。 主人はストレス発散と言って、殆ど外出。 	<ul style="list-style-type: none"> ACT講演会で聞いて絶対必要と思う。 本人が第3者と繋がりが、話ができたら本人楽になると思っている。本人との意思疎通、親は無理かなと思う。 	
		2015年8月26日	<ul style="list-style-type: none"> 食事は親が材料用意。本人が調理のスタイルは変わらず。調味料は専用から親のに替わる。 外出時はきちんとしている。髪は自分でカット。 宅急便利用。肉は買わなくなった。 	<ul style="list-style-type: none"> 強迫性症状無くなる。大きな声も出さず。水だしばなし。 2階の部屋すこい静かです。 幻聴は今はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人希望で住んでいる市の病院に替わる。 医者は、ごそそと話して、薬を出すだけで終わり。もう少し、本人の話聞いて欲しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護を先生をお願いするが断られる。先生も変わるかもしれないので再度聞く予定。 	<ul style="list-style-type: none"> 3ヶ月/1回通院同行。その時多少の会話あり。 父親への反発は変わらず。 台所の利用時間、肯定的発想切り替え気にならず。 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的関係は全くない。前と変わらず。 自立支援申請、検診は本人が行うようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 趣味でウォーキング教室に参加。すこい楽しみ。草取りに追われるが、草取りしている、すこい楽で気持ちが落ち着く。 	<ul style="list-style-type: none"> 2階の音に敏感に体が反応。 趣味と息子の世話、母の介護は主人の協力があって可能。感謝 私の支えは、家族会。人の話を聞いて、アドバイスをもらい、自分の話聞いてもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> 親亡き後を考えると病院以外のどこかに繋がってほしい。 本人親には自分の気持ちを伝えたいと思って親を見捨てたかもしれない。 	
Lさん	母親80代	2016年9月9日	<ul style="list-style-type: none"> デイケアへはボランティアが週3回迎えに来てくれる。 デイケアで事件を起こす度に注射か入院かと言われる。 	<ul style="list-style-type: none"> 1人では外出できず。 バスの中で、男性とトラブルになり入院。 1人暮らしは無理との言われれば死を待つ様なもの。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院長から「あなたはデイケアでは一番嫌われた」と言われる。 	<ul style="list-style-type: none"> 地活に参加。月2回隔週土、ふれあい、月1回テニス。 病院のデイケアに通う 	<ul style="list-style-type: none"> 孫が母親になった時、母親の気持ちが分かるだろうと娘に言い聞かせる。 	<ul style="list-style-type: none"> デイケアに通う。地活のプログラムに月2〜3回母親と通っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 趣味の卓球(50〜82歳やっている)とその後のお喋りはエネルギー源。 	<ul style="list-style-type: none"> 娘を残して逝くことの悔れ、人への対応のできず、病院に閉じ込められあんな嫌な思いをして嫌とも言えず、死んだ方がいいんじゃないかと思った。 	<ul style="list-style-type: none"> 娘と一緒にいてじっくり話を聞いて分かってくれる人と薬で抑え過ぎているのでそれを見極めてくれる人。 ACTは聞いたことないが、あれば希望。 	
		2016年3月6日	<ul style="list-style-type: none"> 本人、以前より、生き生きした表情。 ピアとの交流も楽しむ。 デイケア1人で行かず、郵便頼んでも郵便ポストも分らない時あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 症状は少し穏やかになってきた。薬は減らず。 調子のよい時は良いが、分らなくなる時あり。 	<ul style="list-style-type: none"> T病院の先生、外から見ると、患者を「おばさん」言っ、失礼にも見えるが、お互い気さくな関係。あまり先生は好きではない。 後見人の制度を利用。 	<ul style="list-style-type: none"> 地活のプログラムに参加。訪問看護、リハを利用。 一番の相談相手は地活のスタッフTさん。 後見人の制度を利用。 	<ul style="list-style-type: none"> カラオケ、当事者も一緒に行く楽しむ。 娘、母親より1日早く死ぬか、後から追いかけると言う。 孫から連絡しますというが実際はなし。 	<ul style="list-style-type: none"> カラオケ、絵手紙、母親の友人と一緒にいく。 	<ul style="list-style-type: none"> 母親、卓球83歳までやるが怪我で止める。 父親がいた時は外出可能、足が駄目になり、仲良しグループとは電話だけになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 親亡き後、娘がグループハウスに入るのが確認してから死にたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 条件の合うグループハウスが欲しい。自分で生活管理で出来ない目と断られる。 	
Mさん	母親75歳	2015年8月	<ul style="list-style-type: none"> 息子、外に出るのもリハビリと言う 息子の気持ちに喜びの変化 引きこもりになってから車の免許取る。 	<ul style="list-style-type: none"> 今、妄想がある。 息子が病院に行かず。 保健所の訪問も拒否 	<ul style="list-style-type: none"> 医者嫌いである。 	<ul style="list-style-type: none"> 電話繋がらない保健所の担当者 母親、医療保護入院を保健所の担当に聞く。 	<ul style="list-style-type: none"> 友達が出来ればと大学に行かせた 母親と行動が一緒の事が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ピアのAさんが息子を外に連れ出してくれた。息子ピアとの交流楽しむ。 その後、ピア連絡途絶え息子は意気消沈。 	<ul style="list-style-type: none"> Aさんに訪問をお願いする 	<ul style="list-style-type: none"> どうしようもない年齢まで来ちゃった ボランティア訪問の難しさと期待 訪問継続の大事さ 警察への連絡に揺れる家族の思い 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問のお願いに迷う母親の気持ち 	
		2015年9月23日	<ul style="list-style-type: none"> 兄弟2人が引きこもり状態。病院行かず、拒否している。 朝から1日茶の間を占有する。掛ってくる電話を監視する。 	<ul style="list-style-type: none"> 妄想、幻聴は頻繁に出る。テレビに監視されていると言う。 医療機関は利用拒否。 	<ul style="list-style-type: none"> 医者嫌いはず変わらず行こうとせず。食食同源の考えがあり、自分で治すと主張。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービス、本人拒否。 	<ul style="list-style-type: none"> 母親との関係は良好。いつも行動を共にする。 本人、兄を嫌う。兄は「いい年して家において、働かないから」。 最近兄は近所の出前作業の仕事に行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人は新たなピアサポーターとカラオケに2、3ヶ月に1回程度行く。 母親と家族会主催のバス旅行に参加。 	<ul style="list-style-type: none"> ご主人がカラオケ大好きで家族4人やご主人と2人で高齢者施設でのカラオケに行くことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ピアサポーターに感謝、心が明るくなる。 親亡き後はすぐ目の前、このままだと、孤独に二人が生活するのを考えると、居ても立ってもいられない。 親だけが頼りで、自分も弱いから、びくびくしながら暮らしてますよ。 	<ul style="list-style-type: none"> ACTを早く正式に立ち上げて、行く末を見守ってほしい。 将来、親がいなくても見守っていただきたいのが希望ですね。 	

表 10-2

ACT利用家族の時系列に見る生活の変化 コード・マトリックス							
	3年1ヶ月	(1)当事者の生活と症状	(2)当事者とACTの関係	(3)家族とACTの関係	(4)家族と当事者との関係	(5)家族の社会的関係	(6)家族の心的態度
Aさん	2010年2月	・ACTで1人暮らし実現、食事が増え、病悪化。透析途中より拒否。	・訪問看護からACTに繋がる。最初、本人反対。 ・アパートにACT訪問。	・ACTと役割分担でお任せ。相談事はACTへ。	・息子の1人暮らし頭離れず。 ・今は全て自分です。少し大人になった。	・近所とのコミュニケーションは大切。 ・近所の人の精神病の相談にのる。	・ACTで一息つく、逃げ道出来た。 ・私と本人の中間のACTに感謝。 ・家族だけのケアの限界を認識。
	2011年5月	・腎不全で実家に戻る。透析再開、週3回、クリアチン下がるが、又食べて上昇。	・ACT(ピアスタッフ)と会話しリラックス。電話は必要に応じてかける。	・電話ですぐ相談でき、訪問、助かる。訪看とACTは違う。 ・1回/月話合い。	・手かけすぎで母親への依存強い、透析母親同行。 ・1人暮らし経験後、人への気遣いあり。	・最近、畑サボっている。	・前の様に、眠れない事は無い。 ・息子腎不全だが、ACTに助けられている。 ・親戚も友達も来ず、一番頼りになるのはACT。
Bさん	2年8ヶ月	(1)当事者の生活と症状	(1)当事者とACTの関係	(6)ACTと家族の関係	(5)家族と当事者との関係	(5)家族の社会的関係	(9)家族の心的態度
	2010年2月	・ACTの利用前から1人暮らしで就労。	・訪問1回→2/周へ。息子は訪問が楽しみ。	・ACTはどんなことでも、相談OK、患者本位。	・1人暮らしさせ、お金は週1回渡す。	・悩み事、牧師に相談、信仰の友もいる。家族会に3ヶ月1回、医師、看護師、区役所の担当者も来る。	・まめに心配していただき親として非常に安心。
	2011年5月	・1人暮らし、本人落ち着いて就労も安定	・表情が明るく、働く意欲も出て来た。ACTとの会話でストレス発散。	・ACTにその都度相談。ACTがあり回復できた。	・息子が父親に初めて迷惑かけたと謝る。お互いを思いやり、心を開いて話せるようになった。	・信仰の体験が私の大きな支え。宣教師とは親子の代まで知っている。次男夫婦も教会に通っている。	・ACT利用して、4年前と、父親の気持、変わった。不安が無くなり、安心。ACTさんにお任せ。
Cさん	1年9ヶ月	(1)当事者の生活	(3)当事者とACTの関係	(6)ACTと家族の関係	(5)家族と当事者との関係	(5)家族の社会的関係	(9)家族の心的態度
	2010年6月3日	・ACTの支援でグループホームに入るが起床が遅い。	・最初、訪問中は夢中、帰ると疲れが出た。	・ACTと1回/月の話合で大変心強い。	・GHに入り、息子と距離を持てるようになった。	・趣味の仲間の絆は強い。気持ちの支え。病気でなければ、私は出歩いていた。夫は畑やってるからいいけどね。	・息子の叫びは私の苦しみだった。ACTで随分楽になる。息子がグループ・ホームに入り、夫婦はホットする時間を持てる。
	2011年3月5日	・昼夜の逆転生活直る。睡眠薬必要なし、平日は作業所、土日は交流の場。	・以前訪問は自宅、今は息子の好きな所で話す。	・ACTは全体をマネジメント。他人の力を借りる事、今さらながら分かる。	・1人暮らし新しい気付きあり。毎日電話あり。父と子の距離を取り、感情的抑制を学ぶ。	・趣味は継続。	・精神的負担が減った。両親の精神的、肉体的衰えを感じる。遅れてきた思春期、外の力を借りる最後のチャンス。
Dさん	2年2ヶ月	(1)当事者の生活と症状	(3)当事者とACTの関係	(6)ACTと家族の関係	(5)家族と当事者との関係	(5)家族の社会的関係	(9)家族の心的態度
	2010年6月3日	・病識無し、病院行かず。母親が10年間薬を取りに行っていた生活から脱出。	・先生1回/周、スタッフと気を許し何でも話す。	・家族はACTに、その都度相談。	・息子が外出しないのが一番引っ掛かる。食事は自室で1人食べる。	・父親、母親とも現役で仕事をしている。	・親亡き後、先生と相談中。先生のお陰で、どんだけ気が楽になったか分かりません。
	2011年9月	・ACTの支援と近所の環境の変化(知人に会わない)で外出可能 ・1人で買い物可能。	・いろいろなスタッフの話聞いて、変わった。 ・外出時は外行きの恰好。	・家族は、ACTに頻りに電話。 ・本人変わったのは、ACTのHさんのおかげ。	・コンビニでの振込最初だけと父親と文書確認、後確認事項に本人従う。 ・家事労働に対価払う。壊れたテレビ自分の貯金で払う。	・両親共に現役で仕事。 ・精神的に仕事の方が大変。仕事の山超えたのであと残すことは無い。	・親亡き後。今、焦って深刻に考えなくても良いと思う様になった。息子3年間で変わった、スタッフが充実、これから今まで以上に変わる。努力したい。 ・息子の病気、以前は誤魔化した、今は平気。
Eさん	2年3ヶ月	(1)当事者の生活と症状	(3)当事者とACTの関係	(6)ACTと家族の関係	(5)家族と当事者との関係	(5)家族の社会的関係	(9)家族の心的態度
	2010年6月3日	・人と接触無し。テレビ見ない。明るさを嫌いカーテンを引く。	・本人、先生に会って話す。スタッフに話すのは過去のことばかり。	・本人は、ACTに穏やかに対応。購入希望するとACT対応。関係は良好。	・父親から小遣いもらう。 ・母親にCD購入依頼。退院後、病院に戻った方が良かったと聞く。	・母親アルバイト、父親病気。	・団地で私を避ける人がいる。仕方無い気もする。 ・ACT親身になって患者の対応ありがたい。今、助かっている。
	2011年5月9日	・外出せず、昼夜逆転生活、歯も駄目になる。 ・食欲無い、太ること気にせず。	・ACTに繋がって、本人変わる。 ・気分が乗らないとACTと外出しない。	・訪問はありがたい。 ・ACTと家族2回/月話合い。母親、相談しても特にはないとのこと。	・両親亡き後を不安がる。 ・親に暴言、暴力はなく、一切反抗しない。	・母親の趣味、下手ながらも何かをやっていること良かった。 ・一家で生活保護を受けるようになる。	・辛抱は、もう、ずっと。(笑) ・息子の自殺念慮、本当笑っちゃいられないけど。 ・息子は孫には優しい。本当癒やしになる。
Fさん	2年4ヶ月	(1)当事者の生活	(3)当事者とACTの関係	(6)家族とACTとの関係	(5)家族と当事者との関係	(5)家族の社会的関係	(9)家族の心的態度
	2010年6月3日	・ヘルパー、訪看、ACT 4回/周、医師は毎週。 ・ACTと買い物。鬼のような顔付無くなる。	・先生が薬を出すと素直に飲む、驚き。 ・ヘルパー、ACTと会話、ストレス発散、一番は母の顔付が変わったこと。	・以前、症状悪化で警察に相談。今は落ち着き、入院必要なし。	・普通の会話が可能。 ・母は気にかけて、職場に電話をよこす。	・息子さんの仕事は午後から夜遅くまで。 ・近くの地域包括支援センターの方が結構助けてくれた。助かる。	・母が良くなって近づけた。今、お母さんていいなって思う。ACT、すごい助かる。家みたい困っている人はいっぱいいると思う。2年間苦しんだ。こうなるとは思わなかった。
	2011年5月10日	・ACT 4→2回/周に減、デイサービス3/周、介護ヘルパー6/周に増。ACTから既存サービスへ移行中。 ・電話で時々妄想を言う。	ACTの方と合わないとかはないですね。ACTの人たちとはみんな合う。	・緊急時の対応は、すごい便利。ACTに相談して、行動。 ・先生以外のスタッフも当事者を知っており指示が、適格で早い。	・逆に、こうなって良かったのかもしれない、親孝行ができて。 ・自分でできる事は自分でやらせる。	・週1回の休みなので、結構休みの日も用事が多い。息子さんもいろんな病院へ行く。	・ACTさんと知り合ったのが一番。今まで、親孝行できなかつたんで、今は、ホットとしている。 ・逆に、こうなって良かったのかもしれない、親孝行ができて。

引用文献

A

ACT 全国ネットワーク (2017) 「第 8 回 ACT 全国研修会関東大会 配布資料」 ACT 全国ネットワーク.

Anderson, C., Hogarty, G., Reiss, D. (1986) Schizophrenia and the Family, The Guilford Press. (=1988, 鈴木浩二・鈴木和子監訳『分裂病と家族 上・下』金剛出版.)

Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37 (5) , 586-594.

安梅勅江 (2001) 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法』医歯薬出版.

B

Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., et al. (2001) Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredient and impact on patients, Disease Management Health Outcomes, 9 (3) , 141-159.

D

Deegan, P. E. (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11 (4) , 11-19.

Dixon, L. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., et al. (2011) Outcomes of a Randomized Study of a Peer-Taught Family-to-Family Education Program for Mental Illness, Psychiatric Services, 62 (1), 591-597.

Drucker, P. F. (1986) The Frontiers of Management, Harper & Row. (=2004, 上田惇生編訳『実践する経営者』ダイヤモンド社, 173-177.)

F

藤井千代 (2018) 「統合失調症のリカバリーを支える精神保健医療福祉政策を考える」『精神保健研究』31 (64) , 15-20.

藤井千太 (2003) 「抗精神病薬の処方についての国際比較研究 東アジアにおける向精神薬の国際協同処方調査 (REAP: Research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern) の結果から」『臨床精神医学』32, 629-646.

藤井達也 (2004) 『精神障害者生活支援研究』学文社.

藤野成美・山口扶弥・岡村仁 (2009) 「統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩」『日本看護研究学会雑誌』32 (2) , 35-43.

- 藤島芙美子 (2018) 「ACT との出会い」『精神科臨床サービス』18 (4) , 351-352.
- 藤田大輔・佐藤さやか (2018) 「薬物療法」小林茂・佐藤さやか編『病棟に頼らない地域精神医療論』金剛出版, 115-123.
- 福井里江 (2011) 「家族心理教育による家族支援」『精神障害とリハビリテーション』15 (2) , 167-171.
- 古川孝順 (2007) 『生活支援の社会福祉学』有斐閣.

G

- 後藤雅博 (2013) 「家族心理教育」日本家族研究・家族療法学会編『家族療法テキストブック』金剛出版, 128-131.

H

- 橋本明 (2002) 「“精神病患者”の権利はなかったのか?—ヨーロッパ精神医療史の落ち穂拾い」 (<https://www.manabi.pref.aichi.jp/contents/10001880/0/index.html>, 2019.02.13)
- 半澤節子 (2005) 「精神障害者家族研究の変遷—1940年代から2004年までの先行研究」『人間文化研究』(長崎純心大学・長崎純心大学短期大学部) 3, 65-89.

I

- 稲沢公一 (1999) 「生活支援の援助モデル—変容モデルと支援モデル」谷中輝雄・三石麻友美・仁木美知子・ほか『生活支援Ⅱ—生活支援活動を創り上げていく過程』やどかり出版, 279-300.
- 稲沢公一 (2017) 『援助関係論入門』有斐閣.
- 石川かおり・岩崎弥生・清水邦子 (2003) 「家族のケア提供上の困難と対処の実態」『精神科看護』30 (5) , 53-57.
- 伊藤千尋 (2011) 「精神障がい者家族(会)が求める家族支援に関する研究—都道府県精神障がい者家族会連合会の要望書の分析を通して」『現代福祉研究』11, 177-190.
- 伊藤千尋・高村裕子 (2013) 「『家族会』全国調査報告第1回 精神障がい者家族会の現状」『月刊みんなねっと』75, 26-29.
- 伊藤千尋 (2013) 「『家族会』全国調査報告第2回 家族会活動の支援者・協力者の現状」『月刊みんなねっと』76, 26-29.
- 伊藤千尋 (2017) 『精神保健福祉領域における家族支援のあり方に関する研究—統合失調症の子をもつ母親の語りから』東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科 2017年度博士論文.
- Ito, J. and Oshima, I. (1995) Distribution of EE and its relationship to relapse in Japan, International Journal of Mental Health, 24 (2) , 23-37.

伊藤順一郎 (2008a) 『ACT-J の利用が重度の精神障害を抱える人たちの家族に及ぼす効果—家族自記式アウトカム評価』厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」協力研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所.

伊藤順一郎 (2008b) 『ACT-J における生活の質 (QOL) に関する研究—ランダム化対照試験 1 年後のデータの分析』厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」協力研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所.

伊藤順一郎 (2009) 「ACT のわが国での可能性—ACT-J の実践報告から」『精神神経学雑誌』11 (3) , 313-318.

伊藤順一郎 (2015) 「統合失調症患者の家族支援」『精神保健研究』61, 13-21.

伊藤順一郎 (2017) 「家族支援の基本的な考え方—家族が必要な情報の提供, 交換についての考察」『精神科臨床サービス』17 (1) , 5-10.

岩崎弥生 (1998) 「精神病患者の家族の情動的負担と対処方法」『千葉大学看護学部紀要』20, 29-40.

岩崎弥生 (2000) 「精神看護と家族のかかわり」『精神科看護』27, 8-12・27-31.

K

川上武編 (2002) 『戦後日本病人史』農山漁村文化協会.

柑本美和 (2015) 「精神科入院制度の改革に向けて」『臨床精神医学』44 (3) , 325-331.

窪田彰編 (2016) 『多機能型精神科診療所による地域づくり』金剛出版.

窪田暁子 (1979) 「社会福祉の方法・技術を考える」『福祉研究』(日本福祉大学社会福祉学会) 40, 6-32.

窪田暁子 (1984) 『日本の子どもと児童相談所 第10回児童相談セミナー報告書』児童相談所問題研究セミナー実行委員会.

呉秀三・榎田吾郎 (1918) 『精神病患者私宅監置ノ實況及ビ其統計的視察』内務省衛生局.

(=2012, 金川英雄訳『【現代語訳】呉秀三・榎田吾郎 精神病患者私宅監置の実況』医学書院.)

姜文江 (2015) 「精神保健福祉法になぜ『権利擁護』が必要なのか—精神医療ユーザーの権利が守られる法であるために」『精神医療. 第4次』80, 53-60.

L

Leff, J. and Vaughn, C. (1985) Expressed Emotion in Families, The Guilford Press.

(=1996, 三野善央・牛島定信訳『分裂病と家族の感情表出』金剛出版.)

M

McFarlane, W. C., Stastny, P., Deakins, S. (1992) Family - aided assertive community treatment: A comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders, New Directions for Student Leadership, 53, 43-54.

増子徳幸 (2016) 「キーワードで語る『かな研』の姿 共支援」『精神科看護』280, 15-16.

的場由木編著 (2014) 『「生きづらさ」を支える本』言視舎.

南山浩二 (2006) 『精神障害者一 가족の相互関係とストレス』ミネルヴァ書房.

三品桂子 (2010a) 「成功する ACT チームを創るための重要なステップとスキル」『花園大学社会福祉学部研究紀要』18, 61-80.

三品桂子 (2010b) 『多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究—新たな地域精神保健システムの構築 報告書』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), 京都メンタルケア・アクション.

三品桂子 (2013) 『重い精神障害のある人への包括型地域生活支援』学術出版会.

六鹿いづみ (2003) 「統合失調症の家族の受容過程」『臨床心理学研究』(関西学院大学) 29 (1), 22-29.

N

中坪太久郎 (2008) 「統合失調症の家族研究の展望」『東京大学大学院教育研究科紀要』48, 203-211.

夏苺育子 (2018) 「『精神科担当医の診察態度』を患者・家族はどのように評価しているか—約 6,000 人の調査結果とそれに基づく提言」『精神神経学雑誌』120 (10), 868-886.

二宮史織・中村由嘉子・蔭山正子・ほか (2016) 「精神障害者の家族ピア教育プログラム (家族による家族学習会) が家族のエンパワメントに与える効果—プログラム実施者と受講者の効果の比較」『精神医学』58 (3), 199-207.

西尾雅明 (2004) 『ACT 入門』金剛出版.

西尾雅明 (2008) 「日本における ACT の実施状況」『精神医学』50(12), 1157-1164.

野中猛 (2005) 「リカバリー概念の意義」『精神医学』47 (9), 952-961.

野中猛 (2011) 『図説リカバリー—医療保健福祉のキーワード』中央法規.

野田香織 (2008) 「広汎性発達障害児の家族支援研究の展望」『東京大学大学院教育学研究科紀要』48, 221-227.

O

岡田靖雄 (2002) 『日本精神科医療史』医学書院.

岡上和雄・大島巖・荒井元傳編 (1988) 『日本の精神障害者』ミネルヴァ書房.

- 岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会.
- 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』89（3），204-241.
- 大島巖・伊藤順一郎（2006）「家族心理教育の普及に向けたツールキットプロジェクト」『最新精神医学』11，515-520.
- 大島巖・園環樹・贅川信幸・ほか（2008）『ACT-Jの利用が重度の精神障害者を抱える人たちの家族に及ぼす効果—家族自記式アウトカム評価』「厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」協力研究報告書，国立精神・神経センター精神保健研究所.
- 大島巖（2010）「なぜ家族支援か—「援助者としての家族」支援から、「生活者としての家族」支援、そして家族のリカバリー支援へ」『精神科臨床サービス』10（3），278-283.

- 小俣和一郎（2005）『精神医学の歴史』第三文明社.
- 小澤温（2008）『障害者の「リカバリー」に関する概念整理とケアマネジメントの実証的研究（第1報）』平成19年度科学研究費補助金（基礎研究（C））研究成果報告書，東洋大学ライフデザイン学部.

R

- Ragins, M. (2002) A Road to Recovery, MHA. (=2005, 前田ケイ監訳『ビレッジから学びリカバリーへの道』東京出版.)
- Ridgway, P. (2001) ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives, Psychiatric Rehabilitation Journal, 24 (4) , 335-343.

S

- 佐川まこと（2013）『ACTに導入における家族の変化とその要因—9人の精神障害の家族のインタビューの分析を通して』東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科2012年度修士論文.
- 佐川まこと（2014）「ACT導入における家族の変化とその要因—8人の精神障害者の家族のインタビューの分析を通して」『東洋大学大学院紀要』51，265-292.
- 栄セツコ・岡田進一（1998）「精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究」『大阪市立大学生生活科学部紀要』46，157-167.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) ed. (2008) Assertive Community Treatment (ACT) Evidence-Based Practices (EBP) KIT, SAMHSA. (=2009, 地域精神保健福祉機構訳『アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ2

ACT・包括型地域生活支援プログラム』地域精神保健福祉機構.)

佐々木裕子・早川由美 (2003) 「精神障害者の家族支援についての文献研究—歴史的経緯と当事者研究から支援の方向性を探る」『人間文化研究』(名古屋市立大学) 1, 93-108.

佐藤久夫・小澤温 (2000) 『障害者福祉の世界』有斐閣.

佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社.

佐藤純 (2012) 「何をすることが家族の支援になるのか：精神に『障害』のある人の家族支援の経験から」『精神医療. 第4次』(65), 47-55.

精神保健福祉研究会監修 (2016) 『四訂 精神保健福祉法詳解』中央法規.

心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会・大島巖・福井里江編 (2009) 『心理社会的介入プログラム実施・普及ガイドラインに基づく心理教育の立ち上げ方・進め方ツールキットII 研修テキスト編』地域精神保健福祉機構.

白石弘巳 (2005) 『家族のための統合失調症入門』河出書房新社.

白石弘巳 (2010) 『統合失調症からの回復を支える』星和書店.

白石弘巳 (2014) 「保護者制度廃止—精神医療改革から見た達成点と課題」『司法精神医学』9 (1), 61-66.

白石弘巳 (2018) 『家族のための統合失調症入門』河出書房新社.

袖井孝子 (1974) 「家族危機としての精神障害」『現代日本の家族』培風館, 202-216.

園環樹・大島巖・伊藤順一郎 (2007) 「精神障害をもつ人たちの家族から見た包括型地域生活支援プログラム (ACT) の必要性和その意識の構造」『日本社会精神医学会雑誌』16 (1), 29-38.

Stein, L. I. (1993) *Creating change: A case study*, Dean, C. and Freeman, H. eds. *Community mental Health Care: International perspective on Making it happen*, Gaskell, 18-34.

鈴木啓子 (2000) 「精神分裂病患者の家族の抱く希望の内容とその変化の過程」『千葉看護学会会誌』, 6 (2), 9-15.

鈴木高雄 (2017) 「社会復帰するために必要な家族支援」『精神科臨床サービス』17 (1), 28-30.

T

高野佳也 (2010) 『精神医学ハンドブック』創元社.

田中英樹 (2001) 『精神障害者の地域生活支援』中央法規.

田野中恭子 (2011) 「統合失調症の家族研究の変遷」『立命館人間科学研究』23, 75-89.

田上美千佳 (1998) 「精神分裂病患者をもつ家族の心的態度に関する研究」『お茶の水医学雑誌』46 (4), 181-193.

塚田和美・伊藤順一郎・大島巖・ほか（2000）「心理教育が精神分裂病の予後と家族の感情表出に及ぼす影響」『千葉医学雑誌』76（2），67-73.

角田秋・柳井晴夫・上野桂子・ほか（2012）「精神科訪問看護ケアの類型化の検討—訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供するケアの類型と対象の特性」『日本看護科学会誌』32（2），3-12.

U

氏家憲章（2008）『迷走する精神医療』萌文社.

氏家憲章（2016）「日本の精神科医療 現状と問題点と展望」
(<http://nagano.dee.cc/20160227ujiie.pdf>, 2019.02.13)

氏家憲章編（2017）『精神医療の危機』やどかり出版.

W

渡辺裕子（2007）『渡辺式家族アセスメントモデルで事例を解く』医学書院.

WHO（2001）The world health report 2001, WHO.

Y

山口創生・松長麻美・堀尾奈都記（2016）「重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期アウトカムとは何か?」『精神保健研究』29, 15-20.

谷中輝雄（2013）『あたりまえの生活の実現をめざして』谷中輝雄さんを偲ぶ会実行委員会.

梁田英磨（2018）「ケースマネジメント」小林茂・佐藤さやか編『病棟に頼らない地域精神医療論』金剛出版, 153-164.

横田絵理（2003）「組織フラット化の本質」『月刊自治フォーラム』524, 16-21.

良田かおり・伊藤千尋（2013）「『家族会』全国調査報告第3回 わたしたち家族の提言」『月刊みんなねっと』77, 26-29.

吉田光爾・金井浩一（2018）「アウトリーチ」小林茂・佐藤さやか編『病棟に頼らない地域精神医療論』金剛出版, 136-152.

吉尾隆（2013）「薬と安全につきあうためにどうすればよいか」地域精神保健福祉機構編『統合失調症の人が知っておくべきこと』地域精神保健福祉機構, 91-114.

吉尾隆（2012）「抗精神病薬の多剤併用大量処方の実態—精神科薬学臨床研究会（PCP研究会）処方実態調査から」『精神神経学雑誌』114（6）, 690-695.

Z

全家連30年史編集委員会編（1997）『みんなで歩けば道になる—全家連30年のあゆみ』全国精神障害者家族会連合会.

全家連保健福祉研究所編（1998）『地域における家族支援プログラム』全国精神障害者家族会連合会.

全国精神保健福祉会連合会（2019）「みんなねっととは？」

(<https://seishinhoken.jp/profile>, 2019.02.13)

全国精神保健福祉会連合会・1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編（2010）『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』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，全国精神保健福祉会連合会.

全国精神保健福祉会連合会・「精神障がい者の自立した地域生活の推進と家族が安心して生活できるための 効果的な家族支援等のあり方に関する全国調査」調査委員会編（2018）『平成29年度精神障がい者の自立した地域生活の推進と 家族が安心して生活できるための効果的な家族支援等のあり方に関する全国調査 報告書』全国精神保健福祉会連合会.

参考文献

A

安梅勅江 (2003) 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅱ』 医歯薬出版.

安梅勅江 (2010) 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ』 医歯薬出版.

新井信之 (2003) 「精神障害者を抱えた家族の自立に向けた看護支援の特徴と構造—地域における保健師の個別支援活動に焦点をあてて」 『順天堂医療短期大学紀要』 14, 75-84.

B

Bateson, G. (1972) Steps to an Ecology of Mind, Ballantine Book. (=2000, 佐藤良明訳 『精神の生態学』 新思策社.)

Brown, C. (2002) Recovery and wellness, Taylor & Francis Inc. (=2012, 坂本明子監訳 『リカバリー』 金剛出版.)

C

Chang, K. and Horrocks, S. (2006) Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives, Journal of Advanced Nursing, 53 (4) , 435-443.

Chiu, M. Y. L., Wei, G. F. W., Lee, S. et al. (2013) Empowering caregivers: impact analysis of FamilyLink Education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok, International Journal of Social Psychiatry, 59 (1), 28-39.

D

堂下陽子・一瀬豊子・日野出悦子・ほか (2005) 「精神障害者家族が経験する困難に対する対処行動に関連する要因」 『県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要』 5, 61-70.

F

Falloon, I. R., Laporta, M., Fadden, G., et al. (1993) Managing Stress in Families, Routledge. (=2000, 白石弘巳・関口隆一監訳 『家族のストレス・マネージメント』 金剛出版.)

藤田大輔 (2011) 「ACTにおける危機介入—緩やかな介入の意義」 『精神神経学雑誌』 113 (6) , 601-604.

藤田英美・加藤大慈・内山繁樹・ほか (2013) 「統合失調症における疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery ; IMR) の有効性」 『精神医学』 55 (1) , 21-28.

G

後藤雅博 (2010) 「統合失調症の家族心理教育の実際」 伊勢田堯・中村伸一編 『専門医のための精神科臨床リュミエール 17 精神科治療における家族支援』 中山書店, 179-189.

H

英一也・伊藤順一郎 (2010) 「訪問による家族支援の新たな方向性」『精神科臨床サービス』10 (3), 327-330.

原敬造 (2016) 「精神科デイケアは多機能型診療所の核である」窪田彰編著『多機能型精神科診療所による地域づくり』金剛出版, 47-58.

原田小夜・山根寛 (2013) 「高齢精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケア困難感と多職種連携の課題」『精神障害とリハビリテーション』17, 50-59.

春見静子 (2009) 「医療的ケアを必要とする障害者と家族に対する支援」『医療福祉研究』(愛知淑徳大学医療福祉学部) 5, 1-12.

林眞帆 (2014) 「高次脳機能障害者の社会生活上で生じる『生活のしづらさ』がもつ意味に関する研究—ソーシャルワークにおける働きかけの焦点の明確化」『社会福祉学』55 (2), 54-65.

I

池原毅和 (2013) 「精神科における強制医療介入」『精神神経学雑誌』115 (7), 759-766.

石川かおり・葛谷玲子 (2012) 「イタリアにおける地域精神保健医療システム」『岐阜県立看護大学紀要』12 (1), 85-92.

石渡和美 (2015) 「地域移行における『意思決定支援』のあり方—障害者権利条約の批准を踏まえて」『社会福祉研究』124, 22-31.

伊藤順一郎 (2004) 「コミュニティにおける家族支援—技法・哲学・システム」『家族療法研究』21 (3), 205-209.

伊藤順一郎 (2008c) 『重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究』厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」総括研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所.

岩永可奈子 (2009) 「精神障害者の一般就労に関するニーズ調査—求職活動を抑制している心理的要因」『精神障害とリハビリテーション』13 (2), 174-181.

K

葛西久志 (2014) 「精神障害者の地域移行支援の今日的課題—青森県精神障害者アウトリーチ事業評価検討委員会を通して」『弘前学院大学社会福祉学部研究紀要』14, 78-87.

片山(高原)優美子・山口創生・種田綾乃・ほか (2013) 「精神障害の援助付き雇用および個別職業紹介とサポートに関する効果についての長期的な追跡研究のシステマティック・レビュー」『社会福祉学』54 (1), 28-41.

- 萱間真美・松下太郎・船越明子・ほか (2005) 「精神科訪問看護の効果に関する実証的研究—精神科入院日数を指標とした分析」『精神医学』47 (6) , 647-653.
- 香田真希子 (2013) 『リカバリーを促進する人材育成のあり方に関する研究』東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科 2013 年度博士論文.
- 久保千春 (2013) 「現代医療の課題と方向」『精神医学』55 (1) , 4-5.
- 窪田彰 (2011) 「アウトリーチをサービス全体にどう位置づけるか」『精神科臨床サービス』11 (1) , 24-29.
- 窪田暁子 (2013) 『福祉援助の臨床—共感する他者として』誠信書房.
- 久保田純 (2016) 「地域で暮らす母子家庭へのソーシャルワークの構造と課題—M. Payne のソーシャルワークの構造からの検討」『社会福祉学評論』16, 15-27.
- Kuipers, L., Leff, J., Lam, D. (1992) Family work for schizophrenia. (=1995, 三野善央・井上新平訳『分裂病のファミリーワーク』星和書店.)
- 李恩心 (2012) 「利用者からみた介護サービスへのアクセス時の困難」『社会福祉学』53 (3) , 18-30.
- L**
- Lieberman, R. P. (2002) Recovery From Disability, American Psychiatric Publishing Inc. (=2011, 西園昌久総監修・池淵恵美監訳・SST 普及協会訳『精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーション・マニュアル』星和書店.)
- M**
- 前田信彦・大島巖・石原邦雄 (1987) 「精神障害者を抱えた家族の認知と適応—家族ストレス論からのアプローチ」『家族研究年報』13, 50-65.
- McFarlane, W. R. (2002) Multi Family Groups—in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders, The Guilford press.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., et al. (2003) Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature, Journal of Marital and Family Therapy, 29 (2) , 223-245.
- 南山浩二 (1999) 「精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究」『人文論集』(静岡大学人文学部) 50 (1) , A1-A19.
- 三品桂子 (2008) 「ACT を日本に導入するための課題—英国から学ぶ」『花園大学社会福祉学部研究紀要』16, 11-33.
- 三品桂子 (2009) 「重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル—英国バーミンガムの質的調査結果と結果が示唆すること」『精神保健福祉』40 (4) , 341-351.

三品桂子 (2011) 「ACT のスキルー日本の ACT のスキル分析」『花園大学社会福祉学部研究紀要』19, 15-36.

N

夏苺郁子 (2012) 『心病む母が遺してくれたもの』日本評論社.

夏苺郁子 (2014) 『もうひとつの「心病む母が遺してくれたもの」』日本評論社.

夏苺郁子 (2018) 「どうして、こういつまでも変わらないのか？」地域精神保健福祉機構編『リカバリー全国フォーラム 2018 プログラム』68-71.

仁王進太郎 (2013) 「双極性障害概念のこれまでとこれから」『精神医学』55 (1), 7-19.

西尾雅明・伊藤順一郎 (2003) 「ACT がわが国で必要とされているのはなぜか?—欧米諸国で行われた効果研究をもとに」『精神障害とリハビリテーション』7(2), 105-110.

野中俊介・境泉洋・大野あき子 (2013) 「ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果—Community Reinforcement and Family Training を応用した試行的介入」『精神医学』55 (3), 283-291.

O

岡本亜紀・谷垣静子・長江弘子 (2014) 「ACT プログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化」『日本看護研究学会誌』37 (2), 25-34.

大島巖 (1989) 「精神障害者の家族」滝沢武久・村田信男編『精神保健実践講座 6 精神保健と家族問題』中央法規, 163-188.

小澤温 (2014) 「障害者ケアマネジメント総論—精神障害者に対するケアマネジメントの展開と課題」『ケアマネジメント学』13, 5-10.

S

佐藤純・三品桂子編著 (2010) 『日本で始める ACT チームの立ち上げ方』久美.

精神保健福祉研究会監修 (2000) 『改訂精神保健福祉法詳解』中央法規.

塩満卓 (2015) 「離れて暮らすことを選択した精神障害者家族の意識変容プロセス—予備調査 3 名の TEM 分析から」『福祉教育開発センター紀要』12, 17-35.

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』15 (2), 141-147.

Sono, T., Oshima, I., Ito, J. (2008) Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62, 584-590.

鈴木啓子 (2001) 「精神分裂病患者の家族の希望を保持・増進する要因に関する研究」『千葉看護学会会誌』7 (2), 24-31.

T

高砂裕子 (2014) 「訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の現状—ケアマネジメントの視点から」『ケアマネジメント学』13, 18-26.

玉田明子・櫻庭繁・廣島麻揚 (2012) 「小規模作業所における精神障害者の通所目的と関連要因—目的に沿った効果的な支援」『精神障害とリハビリテーション』16 (2), 160-170.

田巻義孝・堀田千絵・宮地弘一郎・ほか (2018) 「知的障害の理解についての新しい方向性 (1) —知的障害概念に影響を及ぼした福祉制度を中心に」『信州大学教育学部研究論集』12, 187-211.

豊島泰子・大坪昌喜・鷺尾昌一 (2010) 「精神障害者を在宅で介護している家族への支援方法の検討」『聖マリア学院大学紀要』1, 35-40.

鶴野隆浩 (2003) 「家族支援理念の再考—家族福祉論の再構築のために」『社会福祉学』44 (1), 3-12.

U

内村祐之 (1972) 『精神医学の基本問題』医学書院.

W

渡邊久美・折山早苗・國方弘子・ほか (2009) 「一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援へのニーズ」『日本看護研究学会雑誌』32 (2), 85-92.

Y

横田絵理 (1998) 『フラット化組織の管理と心理』慶応義塾大学出版会.

吉井初美・光永憲香・齋藤秀光 (2013) 「我が国の初発統合失調症患者の母親に関する研究動向と支援課題」『東北大学医学部保健学科紀要』22 (1), 1-6.

注釈

注 1-1

◆恤救規則

新たな統一的救済制度として、1929年の救護法が制定されたが、両者の大きな違いは、その対象者である。以下の通りである。（精神保健福祉用語辞典 P240）

恤救規則は、

◎市町村内あるいは隣保の情誼によって助け合える場合はその範囲で助けること。

つまり、親族や住民同士の相互扶助を強調し、救済対象を、助ける者が誰もいない「無告の窮民」に制限。

◎対象者：①極質の廢疾者、②70歳以上の重病もしくは老衰者、③病気の者、④13歳以下の者それぞれ独身で労働能力がない場合に限る。

つまり、国は救済責任を認めず、恩恵的に行ったにすぎない規則である。

一方、救護法は…

「国民生活の不安と思想の動揺を防止する」ためとして制定される。

◎社会連帯の精神に基づき、国が公的扶助の義務を認めて救護費用の1/2を負担、また、申請主義を採用。「従来の恤救規則と同じく、家族制度・隣保相扶を尊重しつつ救護することが、我が国古来の醇風美俗であること」とし、・救護を受けることを権利として認めず、・対象を貧困であって、労働できない者に限る、とした。

◎対象者：①65歳以上の高齢者、②13歳以下の幼者、③妊産婦、④疾病・障害等で労働不可能である者。（『現代社会と福祉(新・社会福祉士講座1)』中央法規出版、2014、P100、P105

注 2-1

◆EE（感情表出）

英 (expressed emotion) 家族のEEとは、統合失調症などの慢性疾患をもつ本人と家族間に存在する家族関係の一側面であり、家族が患者本人に対して表明する感情の内容から把握したもの、あるいはその把握に使用する評価尺度をいう。EEの測定項目は、批判的コメント (critical comment)、敵意 (hostility)、情緒的巻き込まれ過ぎ (emotional overinvolvement)、暖かみ (warmth)、肯定的言辞 (positive remarks) の5つであり、家族に対する半構造化面接の中で表出された家族の感情を測定する。

とくに統合失調症については、批判、敵意、巻き込まれすぎのいずれかに一定水準以上の感情表出がある場合、高感情表出 (ハイEE) と測定され、9ヶ月後あるいは2年後の再発を予測する主要な社会心理要因として世界的に認知されている。歴史的には、1950年代に始まった英国の脱施設化の動きの中で、患者の地域ケアを維持し「回転ドウ現象」を防

止する条件を探る Brown らの研究の中から EE 研究は誕生した。(EE (感情表出)『現代精神医学事典』弘文堂 43)

EE は精神分裂病などの慢性疾患患者と家族の間に存在する家族関係の評価法であり、これによって患者の予後予測が可能となったものである。

注 3-1

◆4 人のユーザーの手記

Ridgway.2001 : 25 編の手記中 4 編をナラティブ分析

注 3-2

◆IPS (Individual Placement and Support : 以下 IPS)

IPS は、1990 年代前半に米国で開発された就労支援モデルであり、日本語では「個別就労支援プログラム」と訳されている。IPS では、就労は治療的効果があり、ノーマライゼーションをもたらすと考えられている (COMHBO、HP、コンボの活動紹介 ACT-IPS センター)。わが国の精神障害をもつ人たち人たちに対する職業リハビリテーションの領域ではこれまで一般的に行われていた、「職業訓練」モデルや「福祉的就労」モデルとは異なるものである。IPS はどんなに重い障害をもっている、本人の希望があれば一般就労は可能であるという強い信念に基づいている。米国では数多くの無作為化比較研究が行われ、一般就労率や就労継続率の向上などの有効性が実証されており、科学的根拠に基づく実践 (EBP : Evidence Based Practice、以下 EBP) のひとつである。(香田 2008 : 6)

注 3-3

◆ACT 全国ネットワークの団体会員

3 つのグループに分かれている。グループの基準は以下の通りである。

① 認証 ACT 団体会員

当ネットワークの哲学・理念・目的に賛同し、世界標準の ACT の実践を臨床活動として実施しているチームを対象。

条件：「ACT としての必要条件：全 8 項目」をすべて満たし、かつ、フィデリティ調査において、総合評価 3.8 以上を得たもの。

義務：フィデリティ調査をうけることなど

② 準 ACT 団体会員

当ネットワークの哲学・理念・目的に賛同し、世界標準の ACT の実践を臨床活動として実施しているチームを、または、それに準じるものを対象。

条件：「ACT としての必要条件」のうち、最低 5 項目を満たすこと。

義務：フィデリティ調査をうけることなど

④ 一般団体会員

当ネットワークの哲学・理念・目的に賛同し、世界標準の ACT の実践を臨床活動として実施しているチームを対象（精神科他職種アウトリーチチーム、精神科訪問看護、訪問型生活訓練など）

注 6-1

H 多機能型診療所の地域医療部の T（精神保健福祉士）に対して、H 多機能型診療所の組織とミーティングの関係について以下の質問をして、回答を得た、（20180918）。

質問 1 組織のフラット化やチームミーティング等で自由に話せる関係はありますか？

→ 多機能の良さかどうかはわかりませんが、確かに、沢山の施設を運営し、関わる人が増える事で、得られる情報の量は、診察だけでは分からない、圧倒的な量により、質はおのずと上がります。そして、かなり「抱え込み」ということで、私たち地域医療部の先輩方は、福祉の業界からは叩かれていたようです。なんといってもスピーディです。他機関と連携するよりも、自社の中で回すわけなので。必要な時に、さっと支援に繋がられることが多機能の良さです。障害者総合支援法になってからさらにひどくなり、計画相談を嘯ませなければなりませんので、タイムリーな支援は難しくなりました。

質問 2 ミーティングに関する質問では以下の様に答えている。

①地域医療部では時間帯は？ 何分ぐらいですか？

→地域医療部では、毎週木曜日の午前中 9：30～12：00 の週 1 回半日かけてミーティングの時間を設けています。

②地域医療部では、何を話されますか？

→新規オーダーの情報共有（当番が先生に情報詳細確認さらっと）

・アセスメント（当番が、カルテから、初診から分かることをまとめ、他部署で利用歴が見つかれば、その資料を集め、話しを聞いたりして、今後の見通しを立てる）

・担当を誰にするか決める。

・報告（その週に訪問や面接をした人について、情報共有や方向性の確認）

・その他検討事項など（サロンのシフト決めや研修・家族会に出た時など情報共有や、事務的な事を確認）。

③全体のミーティングはありますか？

→Hクリニックでは、月 1 回 15：30～17：30 で職員会議（全体）をしています。

(先生・受付事務代表1人のみ・地域医療部・心理・就労移行事業所・就労継続支援事業所B型の各部署参加できる人全員)で、記録・司会が当番制で各部署から、報告(利用状況や調子の悪い人など情報共有)や検討事項(事務的なものから雑多な事に関して)。

上記以外では、毎週金曜の朝、3階のスタッフルームでミーティングがあります。平均すると月に2回ないし3回。これは3階のスタッフルームにいる人+各部署代表(B型と移行は5階なので)(受付事務は参加しない)だいたい15分前後で、報告が中心。

さらに、地域医療部の様な各部署ごとにミーティングと、就労移行とB型の合同で、個別支援会議があります。

⑤ ミーテングは効果があると感じていますか？

→あると感じます。全体で把握した方が良いことに関しては全体で。細かなことに関しては、会議を待てないので、隙間時間を見つけ、スタッフルームにいるときや、昼休憩、訪問の移動時間中などに。暇なしケースの話をしています。先生にも、必要であれば、診察中でも内線することもあれば、診察と診察の合間を待って報告したり、メモを残したりします。

質問3 職場の配置換え、協働に関する質問

①職場の配置換え、職員の相互の相互乗り入れはありますか？ 定期的には？

→先生の判断で、配置替えです。産休・育休のスタッフが常時3人程度いるので、小さい職場ですので、1人抜ければ、産休に入った時点で誰かがフォローに入らなくてはなりません。人が足りず、そのまま、育休明けを待つこともあります。足りないなどの声はもちろん現場サイドでも上げます。異動の多い人、動かない人など人によって違います。

②各部署と共通して行う仕事はありますか？ 仕事が固定化するとし、各職場が閉鎖的集団になり易いのですが、それを防ぐ工夫はありますか

→受付事務は全体で毎日1人ずつ遅番のフォローに入ります。研修なども、各部署から一人ずつ参加の形を取ります。家族会も当番制で、デイケアと地域医療部・就労移行のスタッフで回しています。Hクリ全体で、忘年会や歓送迎会等、年1~2回飲み会もあります。兼務は、地域+デイケア以外にも、移行+B型、心理+デイケアをしているスタッフがいます。とくに工夫ということは意識して行っておりません。ケースも、地域医療部とデイケアと心理・地域医療部とB型とデイケアなどと複数部署をまたにかけている場合も多々ありますので、自然と話しかける機会も、他の階に行って話すことも多いように思います。

注6-2

◆治療共同体の理念

概念と特徴

「治療共同体」とは、ある個人の直接的な環境あるいは生活環境を変えることで、その環境の圧力とそこに生活している個人の欲求との相互関係を組織的・意図的に組み合わせることにより、そこで生活している個人の行動そのものを変えることを目的とする組織をいう。今日世界各地の治療共同体は、それぞれの地域の文化環境を生かしそれぞれの施設の特色をもつが、治療共同体の理論的リーダーである George De Leon は治療共同体の共通項として以下を挙げる。

・ 包括的な介入とサービス提供 ・ 主要な治療主体としてのコミュニティ（共同体）と回復の具体的モデルとしてのリカバード（回復者）スタッフの重視、今日的には加えて専門他職種との協働 ・ 物質依存問題の本質と回復に対しての独自の視点

治療共同体では協働的で科学的に裏付けられた処遇プログラムの配分が必要であり、また、環境と一体となってこれらのプログラムを操作し、そこでの経験全体が、自然に改善効果が上がるように意識的にデザインされた施設を用意することが必要となるのである。したがって、治療共同体とは、施設内処遇の一断面を問題とするのではなく、施設全体を問題とするところに特徴がある。（内閣府）

謝辞

本研究の調査にご協力くださいました6人のACTを利用しているご家族のみなさま、また4人のACTを利用していないご家族のみなさま、さらに3つのACTのチームの9人のみなさまに心より感謝申し上げます。多忙な中でも何度もインタビューにご同行いただいたACTのチームリーダーのみなさまに心より感謝申し上げます。みなさまのご協力がなければ、この研究は到底完成できなかつたものです。今後ともこの研究をさらに深め、今もなお多くの苦しみにある精神障害を持つ方とそのご家族に少しでもお役立ちできるように一層の努力をしたいと思います。

また、あたたかくご丁寧にご指導くださいました白石先生、吉浦先生、稲沢先生、是枝先生、小澤先生、そして、福祉社会デザイン研究科の諸先生に厚く御礼申し上げます。

また大学院の諸先輩、共に研究した友人たちに感謝いたします。

また陰ながら、研究に協力してくれた家族に感謝いたします。

最後にACTを利用したご家族の言葉を紹介致します。

「一卵性双生児の息子たちとともに歩んできた道。私より先に長男は逝ってしまったけれど、親も子もACTの支えがあって一生懸命暮らし、生きてきた。いま、そう感じている。」

(藤島 2018 : 352)

資料 I <ACT を利用していない当事者と家族の生活状況>

1 Jさん

<うつ病から自殺未遂後、一時安定したが生活機能が後退と感じている Jさん>

○基本属性

Jさんは63歳母親。父親66歳、子どもは精神疾患を持っている男性で35歳。兄弟は2人で既婚の姉がいる。20歳頃よりうつ病を発症し、23歳の時飛び降り自殺未遂。幸い命は助かるが咽頭を損傷、発声が困難となる。5年間は自分で運転して通院していたが、その後、うつ症状はなくなるが統合失調症と診断され、金銭管理、日常の認知機能の退行が見られる。

○時系列のストーリー

I 発病前

小学校時代の成績は優秀だった。中学に入りいじめに合い、不登校となる。中2年で60日休む。中学3年の時、友人が家に迎えに来てくれたが、それは不登校専門の先生が配慮してくれたお陰だとJさんはいう。中学3年は11日のみの休みだった。高校もいじめに会うが迎えに来てくれる友人がいた。高校卒業後は自動車整備関係の専門学校に行くが、対人恐怖症で、1ヶ月で行けなくなる。その後、自分で夜勤の電気会社、印刷工場等いろいろな仕事をするがいずれも長続きせず。やがて、うつ病になる。「自殺マニュアル」の本を購入、睡眠薬を100錠一気に飲んで、市内にある総合病院で胃の洗浄のため、1週間入院。23歳の3月の末、眠れない日々が続く、殺虫剤を口に吹きかけた1週間後、通院中の精神科病院に行く朝、Jさんが目を離した一瞬の隙に向かいのマンションの14階から飛び降り自殺を図る。幸い一命は取り留める。

II 発病後

自殺未遂後、隣県にある医療センターに7年通い、その後安定してきたので、地元の精神科病院に移る。3年程前から生活支援センターにも行っている。日中は、家から出て自転車や歩いて動き回り、落ち着きがない。同じところに30分とこない。自宅から徒歩、20分程の所にある生活支援センターに、1日に何回も出入りしている。自殺未遂の事故で咽頭を損傷し、何度かの手術でようやく発音は出るまでに回復したが会話できるレベルではない。子どもの症状は3年前より悪化しているとJさんはいう。

「最近の様子は、表情が、元気はいいんですけど、元気がよすぎて、落ち着きがなくて。部屋の中に、やたらめったら、散らかすって症状がとて多いです。（中略）それは、本当に半年くらい前の症状で。同じ薬を飲んでいても、そういう症状に。」

今の症状は、以前の自殺未遂の後遺症かと医者に聞いたが、後遺症 - 高次機能障害の症状ではないと言われる。

「特に最近、トイレは汚すし、部屋に紙くず、こういうチラシとかピリピリピリピリ切っ
てね、やたらめったら、散らかすんですよ。」

また、タバコのパッケージをちぎっちゃって、部屋中、細かく紙吹雪のように散らかす。
「脳が薬で抑えられちゃってるのかなあ、とか、どんどん悪化して、自然に痴呆になって
いっちゃうのかなあ」

とJさんは心配する。医者に相談するが、入院の対象でないと言われる。又、自動販売機
の釣銭の取り忘れが最近、頻繁だ。

「素直、素直つつ〜より、言っていることが理解できない、最近はなんかね、お金を500
円玉持ってジュースの自動販売機に買いに行くと、ジュースは持ってくるけどお釣りを持
ってこないみたいなんです。」

さらに、歯医者への支払いに持たせたお金でジュース買ってしまうこともある。

「だから、最近工夫して、100円玉1個と、あと10円玉、それだけをやるように心がけて
います。」そのお金の管理も、来る度に渡すのも「けっこうストレスにはなりますけど」
とJさんは言う。又、薬も今は、Jさんが管理している。

「あの子薬好きなんですよ。だから、自分で預けて飲むとお菓子のようにたぶん飲んじゃ
うんじゃないかなあと思って。」

「お金の大事さが全然わからない、だから少し病院入院すれば、お金のこととか少しは勉
強になるかなあと思いつながらね。」

金と薬の自己管理が出来ないことが悩みでもある。火災報知器、警報機の問題もある。
タバコを部屋の中で連続して吸うので、煙でも鳴ったこともある。さらに、お風呂にも鍵
を付け、夜中は使わせないようにした。夜、戸を開ければなしにしてシャワーやると蒸気
が廊下に流れ、警報機が鳴って起こされたことがあった。一時は警報機ノイローゼみたい
になったという。

「だから、本当に目に見えない、障害者っていうのは。たぶん、言わないけど、（みなさ
ん）困ってる方も。」

生活支援センターで警報機の話をするとうちも同じだという親がいた。以前、夜にタバ
コを吸うのに玄関から出て外で吸っていたが、玄関の鍵の音が煩いので他の家族の迷惑に

なるので、今はJさんの部屋の吐き出し窓から出入りさせている。以前、タバコも本人に預けて、自己管理出来たが、今は、全くできなくなった。

Jさんが1階で寝るようになったのは、息子の不祥事で、夜火事にあった時の事を考えてだ。「だからいつも、こうやって出歩いて帰っても今日は火事になってないかなとか、いつも思いながらも。」

夜中の対策はまだある。夜、冷蔵庫の肉も魚も食べてしまうので、別に小さい冷蔵庫をカギ付で用意し、そこには、飲んで食べていけないのを入れている。救いは、妹が同じ敷地にいて、いつでも、世話してもらえること、そして唯一本人が、毎日通所していることだ。

「同じ敷地に私の妹、年子で住んでいるんですよ。（中略）その人が、朝から晩まで。兄弟だから。自由自在に入って、見てくれているから、けっこう出歩くことができるんですよ。」

「唯一、△△っていうところ、生活支援センターなんですけど、そこには嫌がらずに喜んで行ってはいますけど。少しでもそこで、自立…はできないんですけど、長く作業できるようになって欲しいなあと思うんですけど。」

息子は人の話を聞く耳を持たないが、スタッフが対応してくれる。

「まあ全然行かない方もいるから、少しは希望を持っていいのかなと思ってはいるんですけど。」

症状の改善を求めていくつかの病院にも行った。国立大学の総合病院や医大病院等で今の症状と薬の処方箋が合っているのかどうかを聞いてみたが、精神科の先生がその薬は無難で、安全な薬だから「その薬（リスベリドン）をずっと飲んで2mg、朝晩ってのは一番いい方法」と言われたと言う。

「まあ、いいのかな、とか。それとも、長い間、10何年同じ薬を飲んでいるから、副作用で頭が鈍いのは、なってるのかなとか。」

今、なぜこうした症状になったのかJさんは納得できていない。息子は投身自殺を試みた後退院して回復し、息子の運転する車で片道1時間以上かけて大学病院に通院していた。病気になって5～6年は、車も運転して、その頃は安定していた。長年、薬の蓄積で頭が鈍くなってきたのではとJさんは思っている。

「だから、認知症になったんじゃないかなーとかって、病院の先生にも聞いたけど、認知症はこういうんじゃないよ、とかって。認知症なら脳の検査、レントゲン撮ればすぐわかる、」とは言われた。今度、レントゲンを希望している。

Ⅲ これからのこと

Jさんは今、入院を希望しているが、通院している病院は受け入れてくれない。

「今の希望としては、本当は入院して、一から薬を…で、治ればいいなあといつも思っています。以前なんでもできた子だから、何かの薬のきっかけで治ればいいかなあ、とは思うんですけど。」

「精神科も、家族が希望したら本当は、まあいいですよって順番待ちで入院さしてくれるくらいの、精神なんだから目に見えないんだから、家族しか、分からないんだから。先生なんかいくらそういうふうに言ってくれたって、ちっとも解決にはつながらないなあと思っています。」

Jさんは、入院して薬の見直しを希望している。薬のこと、入院のこと他の家族に聞きたいという。そしてもう一つは他の親が入院させた経過や、入院基準を知りたいと思っている。息子は凶暴なところが無いので、措置入院にはならないことは分かっている。

「3年も入院している人がいて、本人は退院したいんだけど、先生が許可しないって。だから、どういう状態なのかなあ。うち以上に大したことじゃないのに入院してんのかなあ、なんてね。悪いことするのかなあ、とかね。だから、長く入院している人の症状とか家族の様子とかも逆に聞いてみたいと私いつも思ってるんだけど。」

これからの希望はとお聞きすると次の様な答えが返ってきた。

「そうですね。希望は今のところ全然見えないですよ。作業所でがんばって、たとえひとコマでも作業をやってほしいと思う。たぶん2年半くらいあそこに行ってるんですけど、ひとコマも1円ももらったことはない、ただ行ってコーヒーをもらって、ただ向こうの職員の方が優しい人ばかりいるんで、行って相手にしてくれて、気分が乗ったときは1時間ぐらいいるようですけど」

家族会は熱心に参加し、役員もされている。ACTはご存じで、ACTへの期待を言われた。「だから、それこそACTの方にいろいろ根気よく、その子に対して、親が言ったら聞き入れないから、他人のことなら少しは聞き入れてくれるかなって。」

IV 家族自身のこと

自分の健康管理について聞くと、自分はためない方なので、

「そうですね。でも私は腹が立ったらあの子に怒鳴りつけて、耐えてることはしないから。腹が立ったときは言って、怒ってやっても効果はないけど一応は言ってみて、ごんごん文句を言う。」

そして、本来の健康では、

「あと唯一自分は、いま、〇〇っていう、健康体操を心がけて週3回通っていったり、大変だけど、こういういろんな精神障害の活動、頼まれた時、大変だけど、一応行ける、動

ける限りは、そっちのけでも、出てたほうが幾らか、気分が紛れるんでなるべく参加するようにはしています。」という。

妹夫婦と毎年旅行し、家族の様に親しく付き合っている。毎年、隣の妹夫婦とJさんご夫婦と息子さんの5人で、この2～3年行くようになった。妹の旦那さんはちょっと脳梗塞患ったため長距離運転ができなくなったので、運転はもっぱらJさんの旦那さんだ。「妹はずっと、仲良く付き合ってるから、料理作っても持って行ってやったり。どこにお財布が置いてあるかってそこまでお互い分かっているんで」というJさんには欠かせない親族の支援者でもある。

2 Kさん

＜22歳頃から引き籠り音に敏感で服薬は再開したが、親を避ける息子をケアするKさん＞

○基本属性

Kさんは63歳母親、父親64歳、子どもは精神疾患を持っている男性で37歳。一人っ子。

専門学校卒業後、次第に人との交流も無くなり、22歳には友人がいなくなり、完全に引き籠る。周りの音に敏感になり、親を避けるようになる。周りの物に当たり、破壊するようになる。20代後半家を建てる関係で前の家に息子は、1人暮りする。その間、家に引きこもり連絡つかなくなる。33歳の時、医療保護入院。退院後、親子3人で新築のための仮のアパートに住む。その間の1年半は安定し、親子の会話もあったが、新築に引越した後、また、親を徹底して避けるようになる。医師が事前の連絡もなく、急に変わったため医師を不信し、以後受診しなくなる。1年前に措置入院となる。

○時系列のストーリー

I 発病前

Kさんの息子に反抗期は無かった。小学校の時は5～6年サッカー教室に通い、中学に入ってサッカーへの熱は高まり、サッカー部では無欠席、無遅刻、無早退で表彰された。ところが、高校に入ると途端にやる気を失くし、勉強もしなくなり、遅刻もしばしばするようになった。それでも高校を卒業、専門学校と進み、専門学校までは友人は何人かいて、家にも遊びに来ていたという。22歳の時に、引き籠りが始まる。今までの息子は一軒家に3年半住み、親はアパートに住む。その間、音信途絶えるが、生活費は送っていた。保健所には相談していた。

II 発病後

33歳の時、医療保護入院となり、その時に統合失調症と診断される。3ヶ月で退院、その後、親子3人で1年半ほど過ごす。食事と一緒に取り、比較的穏やかに過ごす。新居の2階に住んでから次第に親を避けるようになる。ワーカーさんに「薬は、本人まかせでいい」と言われ、親も勉強不足で、本人に薬は任せていたが、実際は吞んでいなかった。その後、通院しなくなり、時々荒れるようになる。隣に引っ越してきた家の犬の鳴き声が気になり、犬の鳴き声に反応し、2階からドンドン音を出すようになる。息子が犬の件で隣の奥さんに苦情の電話をした時「親とのコミュニケーションがうまく取れない」と話していたという。

Kさんも病院を勧めたが、メモで「お前たちが元凶だろうとか、さっさとくたばれ、」とかいろいろ書いてくる。親だけで、新しい主治医の先生に相談するが、先生は、「薬出しますか出しませんか、(中略)そういうグズグズした話はワーカーさんにしてください(中略)、私は薬出すのが仕事ですから、忙しいんですから」

と言われ、「申し訳ございませんお忙しいのに」と言って帰ってきた。

Kさんも、新しい先生へは相談出来ず、医師不信となる。ワーカーにアドバイス貰うが当事、親はおどおどし、本人の言いなりの状態で、その時は結構辛かったという。一度、暴れて、警察を呼ぶが、警察が来た時は、息子は落ち着き、それ以上の対処は出来ずに終わる。その後も時々、暴れて、物壊し、2度目の時は措置入院となる。その時も、息子は落ち着いて、坦々と対応し指示にしたがった。入院中は家に居る時とはまるで違い、よく話し、ごく自然の親子の会話だった。ところが「退院して二三日後にコロッと変わり、会いたくないとメモ状態」になる。そこで「自分の部屋に来ないでとか、声をかけないでとか、食事の時間は何時から何時とか」要求ではないがメモで来た。ワーカーさん、先生からも、「本人中心の生活から親中心の生活へ」変えるよう「何もかも受け入れてはダメって」、「本人と向き合ってください」とアドバイスがある。Kさんは息子から、「親と同じ空間にいることすら抵抗がある」、「親が台所にいると、行けないので時間を決めた」という旨のことを言われ、それぞれの台所の使用時間を決め、すみわけをしている。保健所の方(本人との接触一時あり)息子の件で「本人は薬の効果を認めていないが、薬を飲むことに抵抗はない」と聞く。昔は、外の犬の鳴き声がするとそこまでしなくてもと思うほど、鳴き止むまで床とか壁を叩いていた。今は、先生に息子は聞かれて「気にしないようにしている」と答えているという。1ヶ月に1回病院に行く。3ヶ月に1回は親も同行。子への声掛け難しさにいつも頭を痛めている。先生から「やっぱり幻聴があったようです」と言われる。入院中、保護室にいて、犬の鳴き声が聞こえているようだ先生の説明で、「統合失調症の可能性は高いです」と言われたという。また医師は、外来のときに、発達障害という言葉と統合失調症という言葉は使わないが、「そういうことがあなたはありますねとか、コ

コミュニケーション、他人との交流が苦手ですね、親の遺伝ではないし、親をうらまないでねって」話をしていたという。

Kさんは「本人にどう伝えていいとか、なかなか伝わっていないんじゃないかっていうのがあって、そのへんが難しい」という。息子との連絡伝達はほとんどメモ。しかし、息子への心配は尽きない。Kさんは先生から「発達障害がある様だ」と話を聞いて、息子が人とのコミュニケーションが取り難いのに納得したという。他人との交流が苦手なので、出来ないものを無理にする必要はないと思い、デイケアも勧めてない。

「私は家を出ると本人のことを忘れることが一時できるので少し心が休まるのと、家族会とかそういうところで聞いてもらってストレス発散するとかできますが、本人は家にいてストレスためないようにしてほしいんですけど大丈夫なのかなと、ほとんど野菜食べないのでそれも心配なんですよ。親として、だから、通じはあるのかな一大丈夫なのかなという思いはあるの」という。

「こういう状態になって。でも、病院に結び付けられたから、あまりいい状態ではないんですけど、（中略）入院になって、本人そこで、薬が入って落ち着いてきたので、最低よかったのかなと思うしかないんですよ。そういう方法しかできなかったのかなあとは思ってますけど」

「本人に（中略）先生が、親と抵抗があるって、その抵抗とはなんですかって聞いたら、本人は、小さい時からそうだった、って言うんですよ。それしか言わないんですよ。」Kさんは「小さい時から何かあるのかなあって思いが親としてはある。」という。いろんな方に普通の生活をしてくださいって言われ、その普通の生活が忘れ去られている状態で、普通の生活ってどんなだったかなってKさんは思う。こういう状態が長く続くと分からなくなる。保健所さんからのアドバイスもあり本人の好きそうなものを、親が時々買ってくる。そして、テーブルに置いて、「買って来たよ食べてとか」ときどきメモを置いておく。食べたのを見て、ああよかったって。」親がそんなことで喜んでいる。保健所の訪問職員がそれはお小遣いなんですかって聞いたら、「本人が、いや、これは食事代ですってはっきりと言った」と聞く。食材は本人が宅急便で取り寄せている。残ったら自分のお小遣いになっている。最近、ご飯の食べ方に微妙に変化が出て来て、以前はレトルトのご飯だったが、今は、両親と同じ釜の飯を食べている。玉子も親と同じ引き出しの物を使う、以前は卵が2段あるので、下のバラに置いてあるのでなく上の引き出しのパックのままのを出していたが、今は親と同じ下のバラのものを食べている。出かける時、「出かけてくるね」と声掛けして行く。帰ってきたら、玄関から、ただいまって聞こえていようが聞こえていまいが、とりあえず声かけるという。メモも出かける時、書いて置く。

「反応はなくてもいいと思って。とりあえずかけられるってことをまず先にして。かけてオッケー、じゃないけど、聞いてるかな、って思ってかけるんですけど。」

Kさんは、今ようやく息子が通院するようになり、薬を呑むようになりほっとしている。今は、息子との関係で、普通に生活できるようにしたいと思っている。今、通院している病院でACTの立ち上げの準備をしており、ACTの利用を強く希望している。

Ⅲ これからのこと

本人と向き合ってくれる人が必要とKさんは痛感している。以前、ACTの講演会に行った時「あ、うち絶対必要だなって」思ったという。なんとか本人とうまい具合につながって、親抜きで、本人を外連れだすとかそういうこともあるけれど、

「本人の胸につかかった気持ちを聞いてくださるというか、本人が（中略）話せるような状態になってきたら、聞いてくださって、本人の心の底に溜まっているものを消化できたら本人が楽になるのかなあって思いは、ずっとあるんですよね。」

と思っている。今は無理だが、いずれ親は先に死ぬので、親が元気なうちに第三者とつながってくれることを願っている。

「普通の生活をしなければと自分い言い聞かせている。主人も普通に生活しようねとは言っているんですけどね。」という。本人が台所にいる時間に帰っても、玄関から入ったって構わないはずなのだが、いざ、実行するとなるとなかなか難しい。親も、普通じゃなくなっている部分が離れないという。

Ⅳ 家族自身のこと

協力的なご主人ですねとお聞きすると「そうですよね」との答え。体調が悪いとか疲れている様だが「あいつは、言って来なければしらん」と言いながらいろいろ協力してくれるという。

「私のストレス解消は、K会とか、家族会に行ってお喋りして聞いてもらったりとか、あと、ウィンドーショッピングしたりとか。要するに、家から出ると忘れられるのね。それで、一般の人とは、病気のことを話してもしょうがないから、全然違う話をしたりとか、あと、お店の人と話したりとか。買い物しても、全然知らないおばちゃんとかで話乗ってくる人いるんですよ。そういう人と話したりとか。私こんな調子だから全然知らない人とも話せるし。あとは、家庭菜園したりとか草むしりしたりとか。でもね、草むしりしているとね、何となく（息子が）近くにいるから気になることは気になるんですよ」

電車に乗って、毎月母親の介護の世話に行く。母は今、妹と二人暮らし。妹は精神障害を持っている。息子が、落ち着いたら、今度は、母親と妹の面倒を本格的に看なくてほという。

3 Lさん

<娘が出産後発病、離婚、子どもは夫の元に、今も不安定な娘を世話するLさん>

○基本属性

Lさんは73歳母親、父親は1年前亡くなる、子どもは精神疾患を持っている女性で50歳。1人娘。私立有名女子大を卒業後銀行に勤め、職場のストレスで鬱になる。職場結婚し、出産後発病し、離婚。子供は夫の元に引き取られ以後年数回会うのみ。その後、症状は段々不安定になり、その都度入退院を繰り返す。今では娘の認知機能も徐々に低下し、Lさんが夫と共に世話してきたが、その夫も1年程前に亡くなる。そして孫娘からから24歳で結婚したと式の終わった後に知らされる。

○時系列のストーリー

I. 発病前

最初、Lさんの娘さんに会った時、育ちのいい物静かな品のいい御嬢さんという印象であった。一人娘で、有名私立女子大卒業後、金融関係の会社に勤務。最初の職場は緊張する職場で何人もの先輩が辞めていた。頑張り屋の娘さんはその職場で2年間頑張ったが、ある日、急に寝れない、食べれない、喋れなくなる。最初、普通の病院に連れていくが、その後は精神病院へ入院。退院して、9ヶ月で職場復帰する。学生の頃から付き合っていた人と結婚したいということになり、先生に相談すると「大丈夫ですよ」と言われる。妊娠した時、もう完全に薬は吞まなくなっていたが、「子どもなんか生んで大丈夫なんですか」で聞くと、「大丈夫」との答えであった。赤ん坊は無事生まれたが、娘が多量出血で赤ちゃんより、母親の処置の方が大変だったと後から、病院から説明を受ける。出産時の母体保護のため、赤ん坊は取り上げられたため娘は混乱し、病院中をうろうろ歩き回る。産院では精神科の医師を呼び、精神病薬を処方してもらう。赤ちゃんに母乳を与えられないので、引き続き赤ん坊を引き離したため、娘の精神的混乱と不安は続くが、先ず、退院となる。

II 発病後

産院から退院して自宅に帰って来ても、目も離せない手も離せない状態が続く。

「ちょっと見ても赤ん坊抱いておっぱい飲ませようとしてんですね。赤ちゃんに何かあったら困っていうんで、入院しなさい」と言われ、1週間入院となる。その後、保健所へ相談すると、駅前のクリニックを紹介され、そこに通院。月に1回ぐらいハイになる時期があった。そこから、普通の時はクリニック、ハイになると入院のパターンの繰り返しとなる。クリニックの先生はベテランの先生で、「入院したって治らないことは分かってるんだから、お母さん、あんまり入院させない方がいい」って言って、ハイになる時は、先生が帰り道だからといって、夜、自宅に寄って注射してくれ、それだけで治まっていた。

しかし、娘の結婚生活は続かなかった。子どもと別れることになる。その別れる直接のきっかけは旦那が「この泥棒」と言った言葉だ。娘さんが「朝起きたらなんにも用意してなかったもんだから、旦那の財布持って買い物に行ってきた、朝ごはんの用意をしたら、何だ、お前それ持って買い物して来たのか。この泥棒って」言われたという。娘が後になり「旦那の財布から買い物して泥棒かなあ〜」とか言うので、Lさんは「あるいは泥棒かもしれないよ」と答えたという。それで夫から離婚請求があり、娘は抵抗したが、納得しないまま印鑑を押す。

「どうしても離婚はいやだって娘は言う、向こうは離婚しろ離婚しろって言う。俺はもう、お前が嫌になったんだからもう、なんて、言われても。もう、何してももう、教会でちゃんと、死ぬまでいっしょにいるって誓いしたでしょう、とか何とか言いながらね、へばってたんですけどね、そんなこと言っても一方的にね、結婚は一方的な好きなのは絶対まともじゃないんだから、見限られてるんだからもう早く離婚したほうがいいよっていうこともさんざん聞かせて、離婚のハンコをね、あたしは押したくないけども、って言いながら離婚したのは、何年だったんだろうなあ」と母親は述懐する。離婚が成立すると9ヶ月の赤ん坊は「お母さん、病院とアレとで大変でしょう」と元娘婿の母親に言われ、引き取られる。連れて行く際は「引き取るんじゃないで預かる」と言って連れて行った。娘が自分の子と共に過ごしたのは、生まれて9ヶ月か10ヶ月ぐらいだった。娘は子どもとは月1回定期的会っていた。幼稚園、小学校までは、お母さん、お母さんと言って来たが、中学ぐらいから高校へかけての時期は、孫娘が母親との関係に悩んでいる様子が分かったという。「中学ぐらいの歳ではなるでしょう、子ども自身も。ものすごく。それで、良し悪しっていうか物の判断なんかちゃんとつくようになると、やっぱり母親が変だっていうのが、こう、分かりだしてきて、なんか義務的に会いにくるみたいな感じにね、一時期あったんですけど。やっぱり中学高校になると大人になってくると分かって、しっかり優しくなっ

きたんですけどね。小学校から中学にかけての頃なんか、なんかYちゃん、ちょっと変だよね、なんて言ってた時期あったんですけどね。」

そして、孫娘は、次第に中学、高校になると親から精神的自立への道を歩むようになる。

「中学、高校になってからは学校の友だちの方が良くなってほら、会う時間がなくなって」来た。入退院繰り返したとはいいいながらも、それはハイの時だけで、その時期以外はクリニックに1人で通院し、友だちと映画に行ったり、休みの日には遊んだりしていた。そうした状態はその後何年か続く。20年も過ぎるとハイー眠りー普通の繰り返しの中でハイの状態が激しくなり、暴力が出てくる。テレビや、そのへんの壁やふすまを蹴っ飛ばしたりするようになる。その時の攻撃対象は、お父さんだった。

「その時はお父さんを攻撃するんですね。お父さんが一番ほら、優しくて文句は言わないし、弱い人に行くんですよ、強い人にはそれやらない、絶対。弱い方に行ってね、子どもや何かにはやらなかったけども」

そうした、ハイの時に騒ぎ警察にお世話になる。親子で警察署に行き、一晩過ごし、翌日帰る経験を何度かした。騒ぎだと、どこにも頼めなくて、警察に連絡する。がっちりした二人連れの警察官が自宅に来ると娘さんは

「あ、お巡りさんどうしたの、なんて、そんな時でも、他人とかそういう人が入ると全然平気に話しててね、これで連れていく、なんて言うから連れてってください、ブタ箱でもなんでもいいから今晚ひと晩お願い、昼になったらなんとかなるから、じゃお母さんも一緒においでなんて言われて、いっしょに行つて。ブタ箱に入れるなんてことはできないけどここで遊んでなさいなんて言われて、宿直のお巡りさんと歌ったり踊ったりしてね。次の日、お母さんもう連れて帰りなさいなんて言われて帰ってきた。」

症状が収まらない時は、警察で病院探してもらい、翌日、警察に連れていってもらい、そこで入院になったこともある。しばらくクリニックとその病院を往復することになるが、近い病院が良いということで現在の病院に替わる。支援関係者から現在の生活支援センターを紹介され、そのプログラムと病院のデイケアの二つ、現在通っている。病院が幾つか変わり、現在のS病院に通院しているが、Lさんは症状がドンドン落ち込んでいると感じている。確かに、一切ハイにはならない代わりに、普通に戻らなくなった。「今まで1人で何かやっていたことが何にもできなくなる、やる気にもなれない状態が続いて。分かんないですよ、なんか。静かなだけで、こっちが怒鳴ったって前のあんな時期だったら、怒鳴ったりしたら、怒鳴り返すような勢いがあったのに、それが一切なくなって薬で抑えられてんじゃないか思って、先生に診察に行くたびについて行って言ったんですけど、これでいいんです、これで合ってる、お母さん入退院繰り返すよりはいいでしょう、ここに

来てから入退院繰り返さなくなったじゃないですか、って言われると、じゃあその方がいいのかなって思っただけ。」

「もう普通の話が通じなくなっちゃって」それで先生に相談したら、「認知症じゃないから連れていくことない」と言われる。前の病院の先生に、現在の病院の薬の処方箋を聞きに行ったこともある。先生に、「だけどあの薬飲み始めて1週間目からですよ、ガタガタガタ・・・になってきたのは」と言うと、「薬の量ってのは。難しくてね、これで減らしてまた変わると、その前に飲んでいた薬にしてみたところで元には戻らないんだよ」と言われる。今の病院で、娘は、普通の人と病状の過程が違うと言われる。

「病人らしい生活からハイになって、だんだん低下していく、っていうのがね、ちゃんと元に戻るのが不思議なぐらいだ」と言われる。

「じゃあこれでいい方なのかな、なんて思ってみたり、誰にかそれを相談したいんだけど、そういうことはっきり知ってる人いないかどうかね」

いくら症状を訴えても薬は同じで変わらず。「こういう理由で、こういう状態であって行くんですよ」というのなら分かるがその説明なしに「もこれでいいんです、これでいいんです、って、2年か3年で。あつちに、山の病院に通院してた時だって、調子がちょっと違ってくと薬変えてみたりしてくれた、それが一切、ないんですね。同じ薬なんですよ、いくら何を訴えても」との話でLさんは納得できないという。

主人は専門家任せだった。「専門家に任せてあるんだから、って。お前が騒ぐな、っていうような。」

現在、デイケアに行っているが、何か問題を起こす度に注射を打たれる。帰宅して、みんなに嫌われたから、明日からデイケアに行きたくないと言いだし、夜寝る頃にはもう鬱になっている。自宅で1人過ごすかということそれもつまらないという。翌日、地域のボランティアの人が迎えに来ると気分は変わり、行く気になる。先日、帰りのバスの中で同じデイケアの利用者の男性と言い合いトラブルとなり、バスの中で大問題となり、そのまま入院となる。「入院するか、薬増やすかって言われて、じゃあ入院しましょって自分が言ったので」そのまま入院させられたという。Lさんが病院に行くと「お母さん、なんであんな入院するなんて言ったんだろうね、うちに帰りたいよ」と娘は言う。入院では「四畳半に5人が寝る病室」だった。面会に行くと、面会室は個室で、施錠されていたという。

そこではトイレに行く場合も、その都度、電話で呼び出し、看護師さんに来てもらう。Lさんは「病院のこと詳しく聞いても、もう長々と置きたくもないしと思ってね。帰ってきてもまたデイケアに行くのは、なんか、こう、自分で、なんてんですか、あたしの個人的感覚でね、もう嫌だと思ったもんだから、なんか、何言われてもいいように取れなくてね。娘にはかわいそうだと思いつつも。そんなんでいますけども」

今は1人で外出するのは難しい状態だ。デイケアの帰り、バス停までの迎えに行けない時、娘は「うん大丈夫だよ」なんて言うけども、実際はもう、「あっちに引っかかり、こっちに引っかかり。お店と見りゃ入り込み、そこに行っちゃ喋り込み」で色々問題を起こすと言う。「今は1日のうち、朝はおだやかに出ていっても、昼そっちでやらかす。向こうでおとなしいと思うと帰りの道で、問題起こす。毎日3段階あるから、一人でなんか目も手も離せなくなったですよ」という。年末デイケアの利用者とスタッフとで初詣に行ったが、その途中の電車の乗り換え時に逸れ、1時間後に逸れた駅のホームで無事発見される。母親の願いは2つという。娘の話聞いてくれる人、薬の副作用を調べて欲しいことである。娘はデイケアの責任者にも話聞いてもらいたいと言うとスタッフは「じゃあ聞きますよ」と言うが、「あ、娘さん話変わってね、飛び飛びになっちゃうんです」と言われる。それ言われると終わりになって。だから、なんかちゃんと見てもらうのは、デイケアではちょっと無理だなと思うとLさんは感じている。

「いっしょに1日様子見て、何だか分かってくれる人。毎日見ても、分ないんだから、分かりっこはないんだろうけどもね。分かる人がいないかっていうのと、その、薬で抑えすぎてるんじゃないかっていう感じが如実に自分ではあるもんだから、みんなはそうじゃない、こういうお子さんの症状なんだっていうことを言うけども、それを見極めてくれる人がいないか、その2つなんですね。今んとこ」

今、訪問看護を週2回程利用している。Lさんは看護師に自分の愚痴を話すこともあるという。

III これからのこと

Lさんに、これからのことについて聞くと

「本当にもうこの頃になったらなんて言うんだか、これ残して逝って、こんなんでも哀れにね、人に対する対応もできなくて哀れで、病院に閉じ込められてあんな嫌な思いしても嫌とも言えないでいるんなら、死んだほうがいいんじゃないかなと思ったけど、そしたら、当人もこないだ、何かもう、私は死んだほうがいいんじゃないかしら、何て言っているから、ああそうかもね、なんつったら、どうすれば死ねるんだろうって。自分で考えな、そんなことはって言ったの。お母さんは死にかたは知らないから、って」

といい、娘の話が通じないのが、対話を難しくしているという。

「もう、何にも話は聞いてもらえないは、話したいんだけどほら、説明ができないんですよ。そうすると相手だっていらいらすのは、忙しいはでね、看護師さんなんかはね。だから、ゆっくり聞いてくれて、カウンセラーみたいに1日これと付き合ってくれる人いないかなあと思って」

Lさんは娘と一対一で話してくれるサービスがあればという。今、支援センターに娘のデイケアの送り迎えしてもらい、「帰りは迎えに行って、そのまま上がって Y子さんと話したり遊んだりなんて、決めてくれたばかりなんですよ。」という。

「みんなと一緒にではなくて、娘のことだけ見てくれるっていう人が。それ頼みたかったのよって言ったら、じゃあ訪問看護行きましょう、って（中略）家族にとってはね。なんか1日でもいいから、いっしょに遊んだり、見たりしてくれる人いないかなあって。」

今以上に症状が改善してから条件出来てから、1人暮らしの実現というのは、Lさんは無理だという。「そうなってからっていうのは、死を待つようなものでしょう。」という。娘の場合は 集団では「できないと思う。絶対できないと思います。」とも言う。孫の話が出る。

「うん。Yちゃん（孫）もそのうちお母さんになって、そうすりゃお母さんの気持ちわかるだろうから、なんつったら、（当事者の娘は）そうかなあ、なんて」
もう少し早い時期に治療していれば、ここまでになることはなかったのではと自責の念がある。

「そうなんです。もっと早い時期にね。それが今になって本当に。（中略）結局、早いうちよく見極めてもらって、ちゃんと処理してもらってればね。なんか。」

「頼れる専門家に当たればね、よかったですでしょうけど。それが、誰か、そういう、専門家のこういう、ここに行けば確実にだっていう人、知ってる人に巡り会わなくて。」

「今、いちばん不信を持っている病院にいるんですよね。その中で。回った中で。（中略）それを感じたんですね。なんかほら、これでいいんです、これでいいんですって、薬なんか探してくださいって言ってもこれでいいんですって言われると、もう、それ以上こちらは専門的な何にも知らないから、じゃそうじゃないんです、いやこうですって言えないんですよね。だから、悪い先生でもないし、もう見るからに悪いなら、アレだけど、評判がよくて、こうなると評判もアテになんないから、他の人の評判聞いてそっちに行く訳にもいかないし」

セカンドオピニオン、セカンドオピニオンっていうけど実際はなかなか、難しいという。

「なんかほら、気持ちがあるでしょう。なんとなく、その先生に不信持ってて、行くんじゃないかって思われたら、そっちに完全に移れるんならいいけどまた戻るってなると」という。

「(ACT)名前も聞いたことなかったですよ。そういうとこがあればいいなあと思ったりね。」

IV 家族自身のこと

Lさんの楽しみの1つは卓球である。夫が1年前に亡くなったが、それまでは、Lさんが出かける時は夫が娘のケアをしてくれたので娘の小学校時代のお母さんのグループのお喋り会や卓球には参加していた。

「話合いとか娘が酷い時は入院してるので、要するに、卓球を50から、ずっと82までやってる。(中略)卓球愛好会に入って、それが卓球そのものより、終わってからの食べる、おしゃべるするのが、面白くて。」

しかし、今は夫が亡くなり、代わりに娘の面倒を見る人がいなくなったので、3時には娘を迎えに行くので途中で退席となる。卓球の仲間は、みんな年下だが、家にばかり籠っては駄目だとカラオケに誘ってくれる。皆さんは午後5時だが、Lさんは午後3時までの参加。でも、その時間だけでも参加すると違うとのこと。ママの会とは娘の小学校の同級生のお母さんたちの6人グループで旅行などもしたという。発病まえからだから40年以上ものお付き合いだ。夫がいた時は、どうしても調子の悪い時以外は一晩空けるぐらいは出来た。今年、卓球愛好会40周年だが、娘の面倒見る人がいないので、参加できない。第1回目から参加している。「30周年の祝賀会には出てんですよ。」という。

Lさんは「人が好きでね。だから今のつまらないこと」という。若い頃、夫も人との交流が好きで自宅にも人が集まり、夫は平気だった。苦勞の多いケアをしていて、人の繋がり、交流の大切さを感じている。「逃げ道があるんで、ああ、これはいいわっていうような気になったんでしょうね。」といい「人の交流、これが無かったら、私はもう何もしないからねって」と夫に言ったことがある。

Lさんは、「(人の繋がり、交流)それはやっぱり今の大変なことを乗り越えるエネルギーにはなっています。」と言う。

4. Mさん

<兄弟二人の子供が引き籠り、20年 今もケアし続けるMさん>

○基本属性

Mさんは75歳母親、父親70代 兄弟は2人。子どもは男性で38歳。兄は40歳で2人とも20年上も引き籠る。今まで一度も病院に繋がらず。2年ほど前からボランティアが弟の方に接触をこころみている。

○時系列のストーリー

I 発病前

未治療なので、いつから発病とするかは決められない。

II 発病後

子どもで男性が20年近く引き籠りで、まだ一度も医療に繋がっていない。Mさんの話では幻覚・幻聴があるという。長男も長期に引き籠りで、自宅には夫と合計4人が一日家に居る。次男が今年38歳、長男が40歳。次男は20歳頃より引きこもりで一度も病院に行ったこともない。中学は何とか卒業したが、高校は行かず、大検を取り、大学受験し、大学に合格。入学の時、Mさん夫婦で出席。そこでもう主人の退職金を全部叩き、息子にかけたという。大学は4年間通ったが、年齢も一回り違った上で、なかなか友人はできず、Mさんにとってそれが、残念との思いが強い。Mさんは息子にとって楽しい大学時代ではなかったと思う。上の子は、高校2年の中途より引きこもり、病識はなし。働いた経験はないが、買い物は全てやってくれる。保健所に相談したら、KAさんが尋ねてくれ、その時、息子は一階に居たので会うことができた。2回目訪問の時、女性の方を連れて来て、部屋を強引に開けて入り、部屋で話していた。女性は保健師さんだったと思う。私は「ありがたいね～、いろいろ相談したらいいね」と言うと息子は「他の人に相談しても無駄だ、これは誰にでも話して分かるものではない」と反論される。

3回目の訪問があり。KAさんが来たが、部屋に鍵をかけて会わなかった。その後、Mさんは上の子が刀(包丁?)を持って、暴れた件も伝えた。Mさんは、KAさんにお会いして話をした。「対応をどの様にしたら、よいでしょうか?」。KAさんに「訳を話せば、救急車で連れて行ってくれますよ」、「身の危険が迫れば、警察に行くなりしなければだめですよ」とアドバイスされ、「親が同意すれば、病院に連れて行く、そのようなやり方もあります。それは息子との関係で後に残る。お母さんが納得できればできます。後は何ともならない」と言われる。2年前より、Mさんが入っている家族会のメンバーで当事者の30代前半の男子ARさん(自らも引き籠りの経験あり)がボランティアで次男を訪問してくれるようになった。

Mさんはボランティアが訪問してくれることに期待する。「そうですね。自分の中ではだいぶ期待しました。これでなんとか息子も、少しはこう、今までと違う気持ちになってくれればな、っていうのはありましたね」

家族会でARさんを紹介される。「息子に会いたってことで、ARさんも。ぜひお願いしましうってことで、お話したんですね、(中略)私は、たぶん見えても会わないと思いますよってことは最初から言ってたんですよ。でも、いいですよとにかく行ってみますよ、ってことでうちにいらっしやって」

ARさん息子の部屋に行き、「ドア越しにね、話をしてたんですよ、二言三言。ちょっと会いたいんだけど部屋入っていいと言ってAさん開けちゃったんですよ。ドアを。」

その後月に1回のサイクルで訪問が行われる。ARさんは無理せず、対応しましょうと言ってくれたとMさんは言う。

「そうですね。無理しないです、息子もそうだったから。しゃべんなくたって気にしませんよって、ARさんもそういうふうに、積極的に、プライベートなことは聞かない。」

ARさんが息子を外に誘い近所を散歩するようになる。その時の心境をMさんは次の様に語った。

「気持ち的に明るくなりました、私もう、ああよかった、外へ出られたねえっていうんで。本当にね、ありがたかったです」

次男は引き籠って30歳過ぎに車の免許取る。

「ええ。そうですね。車は大丈夫。なかなか取れないでもたもたしていましたよ。やっぱり人の倍ぐらい、時間もかかったし大変でしたけども」

「隣りの人と挨拶するのも嫌なんですよ。顔見るのが。こっち向いてこうやっちゃうんですよね。」

ARさんの訪問は半年程続くがARさんがピア活動を行っている通所での活動が忙しくなり、体調も良くなりしばらく連絡が途絶えてしまった。Mさんは、ARさんに電話しようかと思ったが、家族会の人からARさんも当事者でもあるし、本人の体調不良もあるので無理はできない話があり、連絡は遠慮する。

「そうですね。どうしたのかな、って。やっぱり、これだけ息子が待っているのは、やっぱりある程度ね、気持ちもいくらか、今までとは変化が出てきたのかなっていう感じでしたのでね。ちょっと残念でした。」

ARさんからその後、1年間音沙汰がなかった。

1年後、電話があったが、長く連絡が無かったため息子の気持ちは離れてしまっていた。不在時に電話があったので、その後、「電話してみるって聞いたら、いいよお母さんって、そういう感じになっちゃったんですよ」という。その後ARさんからメール来るようになり、又息子も気持ちの変化が出てきた。Mさんとしては今考えると、親も連絡が途絶えたところで、ただ見てるだけじゃなくて、協力した方が良かったと考えている。ただ、ボランティアの場合、仕事と違うので、自主的な取り組みをどう継続していくか、大きな課題とMさんは感じている。

「つながっていけば、なんとかまた気持ちも違うのかな、それでプツッと切れて、忘れられた存在になっちゃうっていうのはさみしいものがあるんじゃないかな。」という。

Mさんが息子に提案し、Mさんが習字、息子が絵を親子で市の芸術祭に出展して、出せたことをお互い喜んだ。

息子にARさんにまた電話するように、話すが、息子は相談を断る。

「こうやって心配してくれてるんだもんねえ、って。だから、具合悪いから、いろいろ、こういう時に相談したほうがいいんじゃない、」と言っても「う～ん、だけど、自分の病気は普通の人には分からない、分からないから話してもムダだ」との返事だという。

保健所の方が来た時、息子は会うことを拒否、「その時はもう会わないんです。カギ掛けちゃって息子が。」以後、保健所との繋がりには途絶えないが、それ以上に進展しない。

警察への連絡に揺れる家族の思い

「上の息子（病気でない息子）が包丁を持って、殺してやるって、あん時は大変なことになると話しましたでしょう。そして、私も今回は、まあ、警察入った方がいいかなって思ったんですけど、でもたまたま息子が包丁買いに外へ出たもんだから、タイミングを失って、こっちが出るハメになっちゃって、この場はなんとか収めた、っていう感じになっているんですけど」

今後のためにMさんは、医療保護入院について保健所の担当に聞いているという。

Ⅲ これからのこと

ボランティア訪問でMさんは随分気持ちが一時的にせよ明るくなった。細かいことに拘っても仕方がないと、「もっと気楽に会ったらいいじゃない」と息子に話しているが、ボランティア側の事情があり連絡が途絶えたりすると、もう気持ちが、離れてしまう難い点がある。こうした取り組みは、仕事ではなく、善意でボランティアでやってくれるので、大変だが、こうパタッと止まるんじゃないくてね、何らかの方法で、継続してもらいたかったというのがMさんの思いだ。次男は明らかに幻聴がある。何も話していないMさん夫婦を目の前で、突然、次男が大きな声で「何をごちゃごちゃ言っているのだ。文句があるなら、この家から出ていけ」といい出すという。そう考えると、本当に自分の、身の危険っていうか、そういうのが迫れば判断せざるを得ないとMさんは考えている。

その時は、思い切って、本人が嫌がっても、保健所の人との協力で無理やりに、病院へ連れて行くか、それはお母さんたちが耐えられるかどうか、Mさんは迷い続けている。

Ⅳ 家族自身のこと

次男は日中はずーと下の居間の炬燵を占拠しているの、夜、Mさん自身が運転できるので、ドライブに出かけ、次男が2階に上がった頃に帰宅することもある。

「どうしようもない年齢まで来ちゃった」とMさんは力なく、話す。昨年Mさんは肺の癌の手術をされて、肺が小さくなっている。

「ですから1年中、めまいを起こしていますしね。（中略）で、やっぱり疲れるもんね。私は他にいろんな病気を持っていますから、疲れるのは普通の人何倍も疲れるんですよ。」

ですから、本当の健康体じゃないから、やっどです。いつ、どうなってもおかしくない体をやっともたせているんです。」という。

資料Ⅱ <ACT を利用している当事者と家族の生活状況>

1 Aさん

<精神疾患と糖尿病を持ちながら、1人暮らしを経験した息子を今、ACTに支えられて自宅での療養生活を見守るAさん>

○基本属性

Aさんは70代の母親。息子は、精神疾患と糖尿病を持つ40代半の男性(第1回の面接時)。発症は10代の後半で高校時代。診断名は、統合失調症。ACTの利用は4年1ヶ月。

○時系列のストーリー

I ACT利用前

1) 発病前

Aさんの子どもは2人。障害を持っている息子とその姉がいる。息子は小学校時代、性格は優しくて、いつも女の子と一緒に遊び、一緒に登校。何かチョット変わった子だなとは思ってはいた。中学に入ってから、友人たちをいっぱい自宅に連れて来て、にぎやかにしている子で、母親の会社に来て、みんなに愛想よく挨拶していたという。

「小学校の時もちゃ〜んと、会社に来るとみんなにニコニコして挨拶してね、そういう風にしてた子なんですけどね。ここに家を建て来た時も、結構、友達に来てにぎやかにしてた子なんです。うん、友達一杯連れて来て、家庭訪問に先生が来て、『何してんだ、2階で』と言われるぐらい、(中略)それぐらい、友達もちゃんといたんですよ」

2) 発病後

子どもが、高校時代に女子に何か手紙を書き、それを誰かに冷やかされたのをきっかけに、それ以降、子どもに不可解な行動が表れる。2階から急に降りて来て外に出て、唸る。妄想も出現し、テレパシーが働いていると言って、物置の隅々まで全部探して見たり、不安定になると外で、弱そうな赤の他人のおじさんに因縁をつけたりした。

「ここでだってそうなもの、ご飯普通に食べて、なんだかんだて言って喜んで上がって行ったなって思ってた途端に、急に階段をドドドドと降りてくるんだもの、はっと思って、てね〜」

そして、家族に暴力を振うようになる。

「あんまり、うん、あの暴力って、まあ、年に1、2回は、うん、娘に当たったりはしてたんですけどね、私にはめったにそんなに暴力振るわなかったんですけど、もうすごい、びっ

くりするくらい力はあるんですよ。(中略) 結局 あの、他人に対してはすごく親切です。気を使っているんですけど、結局、はける場所って、家族しかないですよ。」

訪看を利用していたが、看護師さんからも、このままではだめだと入院を勧められる。

「あんな、弱そうに見えるけど、そして、このままではだめだっていんうんで、その前一回お陰様で、あれ、精神科にちょっと入院させてもらった経験があったから、じゃあもう一回お願いして、落ち着かせないうちどうしようもないし、家族こさ、置いたんでは大変なことになるということだね」

子どもは糖尿病もあり、そのための食事制限をするが、息子は言うことを聞かない。受診も女の先生以外は嫌がる。息子が腎不全で大病した時、医師から「あまり手を施さなくても」と言われAさんは、医師から見放されたようなショックを受ける。

「それには、チョットね、後で投書しようか、ふっと思ったんですけど、それは止めましたけどね、いくらこういう病気を持ったからって、ああいう大事な時ね、手のある程度抜いちゃうと言うのは、チョット考えられないんですよ、親としてはね、それがチョット一番ショックだったのです私」

また、看護師が行う点滴がうまくいかず、トラブルが起き、息子は点滴を拒否し、医療専門職への不信が募る。その頃、夫が脳梗塞で倒れ、一時は息子と夫の両方をケアし、そのため夜通し寝ないでケアし、そのまま仕事に行ったりして、Aさんの暇が全然ない時期もあった。亡くなった夫は、最後まで息子の病気を認めず、受け入れなかった。長い間の二人のケアの経験から学ぶこともあった。子どもの様子を見て、一晩置いたら危ないという危機一髪のところまで病院に運んで、窮地を免れたこともある。又、子こどもが暴力前の兆候であまりうるさくからんでくるので、Aさんは、1人、車で畑に行ったり、友達のところに行ったりしてストレスを避ける知恵も付いてきた。

II ACTを利用するきっかけ

家族だけではもう限界だと感じていた。ACT利用のチョット前は、Aさんは子どもが二つの病気を抱えていることで、お手上げ状態だったという。

「家族だけではとてもできませんよね。私ももう、本当にギブアップ状態だったんです。去年は、正直申し上げて、もう。それまでは何とかしたんですけど。」

子どもは、1年前に大病し、腎不全を起こし、看護師との点滴のトラブルで透析を拒否する。透析を拒否しているため、息子は体調悪化で、内科で倒れる。その時、利用した訪問看護師の方に区役所に行ってもらい今後どういうサービスがあり、どう使えるのかどうか、話し合っていた時、入院となり、入院先でACTと出会い、ACT利用に繋がる。

Ⅲ ACT 利用後

1) ACT 利用初期の頃

今まで、Aさんは娘と2人で全てをやってきたが、ACTのスタッフが、退院した後のアパート探しや1人暮らしに向けての準備を援助してくれたことは、Aさんにとっては一息つく思いだった。

「私も息がついたという感じはしたんですね、(中略) 応援してくれるっていうところがあると言うことは家族も本当に助かると思うんですね」

そして、子どもも、母親も全く頭になかった子どもの1人暮らしを、ACTの勧めや娘の意見もあり、決断する。子どももACTに説得され実現する。

「先生から言われ、私はアパートって、あの子はとてもじゃないが、そういう独立するという気持ちないだろうと思っていたのがそもそもよね。で、出したこともないから(中略) 先生とみんな看護師さんたちも、あのSさんという看護師さんも『お母さん同じこと又繰り返すと思うから、いろいろ考えた方がいいですよ』」

1人暮らし以降、息子からの電話の相談は、主体はACTさんだと息子を説得する。

「だからね、飽くまでも、今は、私が支えになっていると思うんだけど、それは絶対まずいと思ひまして、今、主体はACTさんで動いているということにして、本人には言い聞かせています」

前から、見てもらっている病院の先生に診察時に1人暮らしを褒められたと息子は喜ぶ。

「『〇〇君、独り暮らして、できると思った?』と聞くと、『出来ないと思った。偉いね～出来たんだもの』で、先生に言われて、だから喜んでいました本人もね、あれで」

家族の誘いを拒否する息子も、ACTだと一緒に行動し、外出したりした。自立への息子の歩みが始まる。今までは全部親が責任だったので対応し、本人も何もやらなかったが、ACTが入った以後、今度は、全部自分でやるようになったという。Aさんは子どもの成長を温かく見守ることに心を決めて接しているつもりだ。そして、今回不思議に一度も家(実家)に帰りたいとは言わなくなった。Aさんは、子どもが報告するたびに労いの言葉を意識して伝えている。

「お母さん、あれも終わったし、これも終わった。あらご苦労さんね、ありがとうねって、そういうのはちゃんと本人に言うしね。何かあればちゃんと言うと、得意な顔になるのね」子どもが精神病と糖尿病を持つケアのAさんの苦労は多い。一番心配なのは糖尿病の悪化。家族が飲み物や甘いものを注意するが、子どもは、なかなか止めず、運動も勧めるがしない。生活に慣れてくると、食事もルーズになるので、母親は、たまに糖尿病向けの食事療法で作ったおかずとか魚とか肉を4、5品持って行く。ACTに出会い、AさんとACTの役割

分担が出来て、Aさんは随分精神的に楽になった。そして、Aさんは「ACTで親は逃げ道が出来た」と言い、子どもも自立に向けて自覚が出てきたと感じている。

「今は本当に助かるのは、うんチョットすると、親がこれはね、これこれだし、これ以上は、ACTさんと、子どもの方でするって、逃げ道も出来たっていうか、ね、本人に対しても。どうしてもしっかりしなきゃだめっていうのがそこで出来てくるでしょう」

2) ACT利用1年後

1人暮らしを経験して、Aさんは過去を振り返り、息子への対応が間違っていたと思う。ただ、親は何もしなかった訳ではなく、市や区役所とも連絡を取って、いろいろと相談はしていたが、中途半端なうちに入院してしまった。

「だから、あの～結局はそもそもが、間違っていたのね。早めにもっと外（1人暮らし）に出せばよかったんですけど、出て行かないしね。どこか行こうていってもいやだて言うし」Aさんは又、ACTに助けられていると言う。

「でも、助けられているのはACTさんがいるから、私と本人との中間でいろいろやっていただけなのは、本当に助かっていますね。」

息子は話し方や態度に落ち着きが出てきたと娘と確認し合っている。

Aさんは精神病と糖尿病の二つを持つ息子に対して、先の見通しについて語る。まず糖尿病の対策が第1で、そのためには多少お金がかかってもしょうがないと子どもにも話している。最近、近所のおばちゃんが孫のことで相談にくる。聞くとそうひどい状態ではない様なので、早く行政に相談行くように勧める。「市とかいろいろなところに早めに相談にいった方がいいよ」とか「うちでは今こうして、助けられて、こうなんです」とアドバイスするという。

3) ACT利用4年1ヶ月後

今、息子は糖尿病が悪化し、腎不全になる。1人暮らしが困難となり、医師からの指示で自宅での療養生活となる。透析は一日おきに5時間、Aさんが運転して、通院同行している。ACTは2/週自宅へ来る。息子はACTと話して、ストレス発散になっている。一度はACTに進められて、1人暮らしが実現したが、今は自宅に戻っている。Aさんは、1人暮らしは無駄では無かったという。以前に比較し、人への気遣い出来るようになったという。また、辛い闘病生活でも看護師に文句も言わずに、前向きに取り組んでいるという。

III 家族自身のこと

1) ACT利用1年後

趣味をお伺いすると、畑に行きリラックスすることだという。最初は息子にチョット手伝わせて、喜ぶだろうと思ったのがはじめるきっかけだった。もう畑を初めて10年以上になる。土をいじり、周りの人と話しているとスッキリ、Aさんの今の生活の中では息子のことを忘れて、無心になれる欠かせないひと時のようだ。畑での知り合った仲間と話すのも楽しい気分転換になるという。野菜は食べ切れなくて、みな近所に上げる。畑はいく時は行くけど、行かない時はしばらく行かない。

「私たちは、だから、意外と近所が大切でね、だからみなさんと仲良く、かくさないでコミュニケーション取っているんですけど」

Aさんは明るい表情で語る。

2) ACT利用4年1ヶ月後

息子が糖尿病の悪化で腎不全になり、自宅療養生活になってから、Aさんは、1日おきの透析に通院同行している。Aさんは「親戚も友人もあまり来ないが今、一番頼りになるのはACTだ」という。そして、「ACTに助けられている」という。

2 Bさん

<仕事に就くが、躁状態になると度々事故を起こしていたが、ACTに出会い、対話を楽しみながら1人暮らしで、仕事に意欲を示す息子を見守るBさん>

○基本属性

Bさんは父親で80歳。妻が73歳。患者は次男で51歳。発症は26歳の時（第1回の面接時）。診断名は、非定型型躁病。ACTの利用は1年。兄弟は2人で弟がいる。結婚しており、弟夫婦は母親の誕生日に「お父さん、お母さん2人だけで抱え込まないで、みんなで支えましょう」とメッセージを添えて、毎年誕生プレゼントを送ってくる。

○時系列のストーリー

I. ACT利用前

1) 発病前

中学までは勉強も熱心で、先生から大学にそのまま行ける学校を推薦されたが部活の野球に夢中になり、成績が下がる。高校になると今度はラグビーに夢中になり、スポーツが好きで、色々やり、最後はダイバーになる。息子は何かやると夢中になるとBさんはいう。

「恥ずかしいんですけど、中学くらいまでは一生懸命に勉強して、担当の先生からは上級のね、大学に入れるような学校を推薦されたんですけどね、だんだん野球部をやっていたもんだから、部活の方がおもしろくなったのか、1年から2年、3年に従って成績が落ちてってね。だから、1つランクを下げて、それでも県立の高校に入ったんですけど、今度はラグビーに夢中になってね。だいたい部活やって、だから、勉強はまあまああってとこでしょうね。（略）水泳とかも好きで、潜りが好きで、そういうのが高じてダイバーになってしまったけどね。何かやるとやっぱり夢中になるところはあるかも分かんないね。」

2) 発病後

子どもは高専を出て、大学卒業後ダイバーの仕事に就く。半年後、社長から電話があり、次男と迎えに行き、S市に連れて帰る。国立病院に連れて行き、非定型躁病と診断され、入院となる。それからは、建設機械のリース会社、新聞配達等、様々な職業につきながら、入退院を繰り返す。独り暮らしも行い、友人を家に呼び、酒を飲むと外に出てて大声を出す、他人の車を盗み、川に突っ込み警察に保護されたり、近所の塀を壊したりと次々と事件を引き起こす。又幻覚もあり、暴力団に追われている、ヤクザが追掛けてくると言っ、伯母の旦那をヤーさんだと思い込む。両親ともに40年来の熱心なクリスチャンである。

Bさんは、息子の悩みを牧師に相談出来たのは大きかったと言う。息子も信仰しており、牧師は息子と何度も会い、悩みを聴き、励ましてくれた。実際、病院にも連れて行ってくれた。

「私も家内も、40何年前から、キリスト教を信じてね、信仰を持っていますからね。だから、悩み事も牧師に相談することができたというのが大きいですね。実際、牧師に個人的に息子も何度も会って来ていただいて、励ましてもらったり」したという。

実際、牧師に息子の状態が非常に悪い時、隣県の病院に連れて行ってもらった。

「W県の病院に行くのにね、本人は行きたがらなかったのを、うまく誘ってくださってね。ドライブに行こうっていうのでね。（中略）車の中で息子はうとうとして、え、ここどこなんて（笑）〇〇だよなんて、そのまま病院に行って。びっくりさせたけどもね。そうだったのかって（笑）で、騙されても、騙したとは言いませんでしたね。で、立派な大きい病院で。（中略）そういうふうにも、しないとだめかなと思って牧師に相談したら、いいです私が連れて行きますからということ。私だったら途中で逃げられたと思うんですよ。そういう不安もあったから。牧師のところは、高校生ぐらいからお世話になるから、信用してますからね。」

II ACTを利用するきっかけ

ACTについて、Bさんは、全然知らなかった。母親が息子は、アルコール依存症ではないかと心配している。いろいろ調べたT大学のS病院を知って通院していた個人クリニックの先生からうちは入院設備がないので、今後はS病院と紹介される。その病院に換わり、そこで先生の方からACTを紹介され、その後、チームリーダーが来て、説明があり、さっそくお願いした。それまでは、訪問看護の経験はなかった。

「先生の方からS病院にはこういう訪問チームのACTというのがございますということで、そのあとYさんがいらっしゃって、直接お会いして、訪問させていただいてよろしいですかというお話があったので、願ってもないことなのでお願いしました。」

4回の入退院を繰り返し、いまだに不安定な息子を見て、両親は、ふたりだけでは対応できないと思い、限界を感じていた。

「少しでも治療に関係する、助け手があればね、利用させていただきたいなと思っていたところでしたので。何しろ、私たち親2人だけでは対応できない問題がありますしね、実際には、できなかったです。」

III ACT 利用後

1) ACT 利用初期の頃

ACTの利用について、息子は抵抗なく、社交的な性格もあり、来る人を待ちわびていた。「息子の場合は、おしゃべり好きなもんだから男のくせに、社交的なところがあるもんだから、知り合いになってくださるの、大歓迎なんですよね。実際、訪問してくださるようになってから、心待ちして待っているという（笑）、きょうは誰来るんだろうってね。」回復に向っていると感じている両親は、今の状態を維持できればと思っている。病気が病気なので今後ストレスがかかったりするとまた悪い方向へ行くのではと過去の経験から考えたりもする。

「やっぱり、快方に向かってきたのは、落ち着いてきたのはS病院の担当主治医の先生の綿密な診断と、もう1回ごと薬を状況に合わせた処方をしてくださるのが効果的なんじゃないかと」

そして、今のACTの担当の先生に対する信頼は厚く、親として先生の考え方を知りたくて、受診の際には息子に同行する。

「そういうことを知りたいために、息子1人でも、いい歳なんだから、行ってもいいんですけども、先生の考えを知っておきたいなと思って、同行している訳ですけどね。」

嘗ては医師の薬の処方が悪く、大変な時期もあったが、Bさんは年々、薬も良くなり、病気の治療も進み、今の治療には信頼と感謝の気持ちを持っている。

「まあ最近は、精神科のお薬もだいぶ進歩したということも聞いていますけど、息子も、最初にかかった国立病院の先生の薬の処方が悪くて、さっぱり良くならなかった。薬の副作用で首振りがひどくて、せっかく就職してもすぐクビになってしまったとかね。そういうことも考えると、年々歳々薬もよくなっているし、お医者さんの治療法も改善されてきていることもあるんでしょうね。S病院を紹介していただいて、懇切丁寧な治療をしていただいて、しかも、ACTという訪問ですね。最初は週1回でしたけど、今は週2回ですね」。ACTはどんな相談にも乗ってくれるのが、大きいのではないかと、今、息子が仕事を続けられるのは、ACTのお陰だとBさんは考えている。

「1人生活していますけど、最初は不安があったと思うんですけどね、ACTが訪問してくださるのを心待ちにして、そのときは時間空けて待っててね、どんなことでも相談に乗ってくださるのが大きいんじゃないですかね。実際、仕事でもなんでも紹介してくださるとおっしゃってましたけども、自分でね、仕事、今までやっていた仕事を継続してやれているのは、ACTのおかげだと思ってますけどね」。

ACTに困った事はその質問に対して、父親は「困った事は全然ありません（笑い）大いに助かっています。本当に安い料金で驚くばかりです。こんな医療チームがあったのかと、できるのかとね。驚きですね、も。」

父親Bさんは、今までの経験を踏まえ、ACTの利用する家族として次の様に語る。

「S病院とACTのやり方っていうのは、日本でもまれなくらいだと思うんですけども、経営第一じゃなくて患者さん本位でやってるところがいちばん素晴らしいんじゃないですかね。普通の個人のお医者さんだと、どうしても経営のこと考えるでしょうからね。だから、なかなか痺いとこまで手が届くような治療体制は実際にはできないのかもしれないね。人材的にもね。なかなか。それに対してACTは、専門のお医者さんと専門チームを形成して、実施されているというのは、稀有なケースじゃないかと思いますけどね。本来ならば、もっともっと、社会的に認知されて普及されていくべきだと思いますけどね。病気はなんでもそうですけど、好きでなる人はいない訳ですからね。」

2) ACTを利用1年1ヶ月後

家族会との出会いは大きかったと振り返る。今考えると「家族会との出会いが無ければ、家族が壊れていたのでは」とBさんは言う。妻が資料をもらってきたのを勉強したのが力になった。最初の家族会は最初アルコール依存の家族会だった。

区役所の中にある障害者の家族会があり、3ヶ月に1回、年4回企画され、母親が熱心に行っていた。Bさんはたまにしか出席しないが、参加するとBさんところはうらやましいいと他の人から言われる。家族会での体験を次の様に語る。

「そんな中でも、看護師さんとか、お医者さんのお勧めは、孤立させているのはあまりよくないという話をされて、できるだけ、社会復帰をめざしてそういうところへ出してやるというのがいいんじゃないかというすすめをされたんですよ。それが私たちも考えるきっかけになりましたけど。最初は不安ですよ。病人を外へ出してやるというのは。まわりでも、昔だと気遣いと言われたかもしれませんね。それを外に出したらまわりの人が迷惑するんじゃないかと。事実、うちでもね、息子もちょっとおかしかった時は、そのへん出てって、よその家の塀を壊したりとか、そういうこともありましたから、だから、もうそうなるとね、近所に、うちの息子精神病だってことを知ってもらった方が、かえっていいかなという感じがしてきましてね。最初は隠したい気持ちありますけどね。まあ一般に、皆さん、まわりの人に知られたくないと、どうしても閉じこもりがちなんですよ。親の方もあまり周りに来て欲しくないというような感じですけど、うちは、どうせだから、むしろ、いろんな社会的な認知をしていただいて、助けていただいてね、いろんな方法、その方が、本人のためにも私たちのためにも役に立つというか、よい方向になるんじゃないかなと、いうことで、だんだん、考えね、変えられていったと思いますね」

近所に同じ統合失調症の方がいて、同じ家族会に出て、他の母親と良く話をし、いろいろと考えるきっかけになった。地域で孤立させないためには、周りの支援が大切で、その意味でも、ACTはそういう働きをしており、非常に良いのではないかと。そして、もっとACTが広まり、多くの方がこうした支援を受け、少しでも良くなれば、家族も少しは負担が軽くなるのではないかと語る。

「だから、孤立するってことがいちばんいけないってことなんですよ。孤立させないような、まわりの支援が大切じゃないかと。そういう意味でもACTの働きは、そういうことを積極的に進められているという感じでね、大変、よいのではないかと。もっともっと広まって、多くの方がこういう支援いただいて、少しでもよくなれば、本人も、家族の方もね。同じ悩みを抱えてる人が、ひとりで悩むよりもお互いの悩みを打ち明けあったほうが、少しは負担が軽くなるんじゃないでしょうかね」

Bさんが通う教会には、家族の方も来るが、心の病を持った当人が一生懸命来る。これは時代の影響だと言う。

「家族の方もいらっしゃいますけどね。当人が一生懸命来ますよ。結局これは、時代の影響もあるかもしれませんがね、社会のね。社会のひずみが弱い人に来るから、そうなるかもしれませんがね。だんだんそういう患者さんが増えてきているようなね、気がしてしょうがないですけどね」

最後に、Bさんは、家族の励ましが大切と言う。

「やっぱり、家族の励ましは必要かなと思いますよ」

3) ACT 利用 3 年 6 ヶ月後

息子は 1 人暮らし落ちついている。就労も安定し、仕事も評価され、仕事の範囲も責任も広がってきている。本人は意欲も出てきている。こうした中、息子が父親に対して初めて「親父、苦勞かけたな」と言って謝ったという。父親もその言葉を聞いて、長い間の苦勞も忘れる思いだったと言う。

IV 家族自身のこと

1) ACT 利用 1 年 1 ヶ月後

B さんご夫婦、そして障害を持っている長男、次男も信仰を持ち、信仰は一家に取って、大きな精神的慰めとなっている。教会には同じような統合失調症を抱えている方が 4~5 人いる。そして、父親は自分が弱い人間だと自覚していると言う。

「私たちにとっては大きな助けですね。息子も信仰持って、ちゃんと神さまを信じてるからイエスさまを信じているからってね、今もはっきり言っていますから、（省略）あと慰めの言葉も聖書にはたくさんありますので、それが大きな精神的な慰め、私たちにとってはですね。けっこう教会には、同じような統合失調症を抱えてる方が 4~5 人、薬飲んでる方がいらっしゃいますし、けっこう多いですよ。（中略）自分自身が弱い人間だということ自覚してるから」。

B さんご自分の若い時の苦難の体験を話す。20 歳で結核にかかり、3 年間入院、一時は、お先真っ暗だった。その中で両親や兄弟に支えられてきた。また、先妻を病気で亡くした時も自分が慰められた経験から、少しでも人を慰めることが出来ればと思ったという。

「私も結核で 3 年間入院して、挙句の果てに手術した時にはね、人生お先真っ暗で結婚はおろか長生きもできないだろうと人生あきらめて自暴自棄になったときもありましたよ。けども、両親や兄弟の支えもあって、7 人兄弟だし、両親も、親父は鉄道員で母親はそれを支えてね、父親は 91 歳、母親は 87 歳でね、天寿を全うしましたけど、親と家族に支えられてきた、そういう経験から、やっぱり、家族を大事にするってことはお互いのために大事だということで、息子は 2 人しかいませんけどね、大事にしてきたつもりですけど、息子は残念ながら、病気で結婚もできないような状況で、かわいそうだなと思っていますけど、なんとか、少しでも、自立させてよい方向に持っていくっていうのは私たちの願いでもあり、ともに、そういうことのために祈りながらきている訳ですけど。（中略）そういう信仰の交わり、輪がね、ありますので同じ、あるいは奥さんを病気で亡くされたとかね、そういう方と話をしてお互い慰めあったりね。私も先妻を早く亡くしていますからね。そんなことを経験したことが、自分が慰められた経験から、少しでも人を慰めることがで

きるかな、と思ったりして、そのためにはどうしたらいいかなとかね。少しでも人の役に立つことができればなあと思いますけどね。」

以前、日本にいて、アメリカに帰られた宣教師の方と今も交流が続いている。月に1回ほどメールのやり取りをしている。旅先でも、クリスチャンのアメリカ人と楽しく交流している。クリスチャンは世界中どこでもいると言って人々との交流を大切にしている。多くの方の励ましと支えは自分たちには大きいと言う。

2) ACT利用3年6ヶ月後

Bさんに4年前と今の心境の違いを尋ねると、次のような言葉が返ってきた。

「ええ、変わりましたよ。不安がなくなって安心して、ACTさんにはお任せでできるみたいですね。」

3 Cさん

<音に怯える息子の叫びに苦しんだ妻と共に、息子の1人暮らしのへの歩みを支えたCさん>

○基本属性

Cさんは父親67歳である。妻64歳。当事者はひとり息子で31歳。診断名は統合失調症で発病は19歳（第1回の面接時）。小中時代にいじめに会う。中学3年の時、不登校となる。親が56歳の時、一家でK県に転勤。息子はKにいる時に発病。K市で9年過ごした後、S市に戻ってくる。自宅にいても音に敏感で、幻聴が始まると不安で、部屋に引きこもる。外に飛び出し、大声を上げることがしばしばである。入院歴は無い。

○時系列のストーリー

I. ACT利用前

1) 発病前

小中でいじめに会っていた。中学2年の時のいじめに会い、それが酷くなり、中学3年2学期には学校に行けなくなる。高校は不登校。1～2年は行ったり、行かなかったりの後1年休学。高校3年、19歳の5月に統合失調症と診断される。大学の精神科病院に7年間通院。

2) 発病後

Cさんは転勤族でK市から首都圏のS市に戻って来た時、Cさん夫婦は還暦を過ぎており、近所付き合いがなかったことも悩みであった。それに加え、子どもが精神病、妻が難病を抱えて、歩行が困難な状態だった。Cさん一家に取って、2人の障害者がいる。妻は障害を持ちながら、息子のケアを行い、その対応に苦慮し、それをCさんが支えている。息子が二十歳の時、マンションの7階に住んでいたが、階の上の音が気になると言ってバットでたたいたりしたため、引っ越したこともあった。妻は歩行が困難なため、自宅にいる時間が多く、息子は音に敏感で近所の人が自分の悪口を言っていると言って、窓を開けて大声を出す。こうした幻聴で大声を上げて叫ぶのは、妻にはしばしば、耐えられない環境であった。妻は次のように言っている。

「あの～病気でなければ、私は出てったんだけど、病気で歩くのが大変なんです。だからねえ、どうしてもそうなっちゃうんだろねえ」

II ACTを利用するきっかけ

K市からS市に戻り、ACTのあるS病院と出会う。Cさんは、その病院を見学して、ACTに魅力を感じた。精神医療の関係情報誌等でACTやN先生は知っていた。S病院を利用して1年後、ACTを利用開始。

III ACT利用後

1) ACT利用初期の頃

息子は、ACTの最初の利用の時、訪問活動の対応で疲れた様子。ACTがくる2日前から気になり、ACTが来ている時は、夢中だが、帰ると疲れが出た。ACTに繋がり、息子はACTのスタッフと交流が始まったが、今まで通りの昼夜逆転がなかなか直らない。夜中起きていて、昼間もACTが来るPM2:30までぎりぎり寝ている。Cさんは、先生に相談する。

「生活リズムを変えたらどうかっていうことをね、先生からも言われていたんですよ」でもそのグループホームへの独り暮らしへの決断を決定づけたのは、昼夜逆転もさることながら、息子の叫びであった。妻の息子の叫びに対するストレスはもう限界にきていた。

Cさんの妻は

「ここで叫ぶんです。それがね、私は耐えられなかったです。（途中略）それで、なんとか、そう思って、その話をYさん（ACTスタッフ）にしたということが私は正直なところだったんですよ。生活リズムの改善というよりも、親の苦しみというのが凄かったですよ。私はもう」

「どくどくしてしまっただけ、それがもう、ほんとにこう、もう死んでくれればいいと思ったくらいにね、この子いや〜と思ってね、はあ、もう解放されたい、いや〜と、そういう思いが正直でした。私は」

Cさんは「入院させて下さい」とN先生にお願いするが、N先生に「入院させるほどではない。入院させるとますます悪くなる。」と言われる。ACTのYさんに相談すると、Cさんの妻を週末だけでも心労を癒すためとウィークリーマンションを勧められ、それも利用する。最終的にはN先生からグループホームを勧められる。本人も「近所の人と会うとトラウマが出てくるのでここに居たくない」という。こうして、ACTの勧めと援助があり、一人暮らしを開始。一人暮らしをするようになってから、人との接触する機会が増え、少し会話ができるようになった。家にいて落ちこぼれの意識が強く、引きこもりがちであったが、外に出て、一緒に生活するようになり、Cさん曰く「おもり」が減ってきたのは事実。他人との接触が多くなり、他人との話ができるようになってきた。グループホームに入り、仲間から過去の経験やアドバイスをもらうことがあり、次第に落ち着き、そして問題だった昼夜逆転生活は解消する。

「今ね、いいのはやっぱりその、(中略)ふつうのリズムになったってことですよね。朝7:30に起きなきゃいけないから、起きているっていうことと、夕ご飯ちゃんと食べて、まあ、夜昼逆転はなくなりましたね。」

だが、問題はまだ収まらない。グループホームで一人暮らしを始めたので自宅の近所の人に会うトラウマ、自宅での音からは解放されたが、一人で外に行けない。そして、今度はグループ・ホームの中の音に悩まされることになる。息子は、2階の音が大きいので、音が気になり、大変なノイローゼになる。ACTのYさんに相談する。音が気になるのなら、日中GHに居ずに外に居場所を見つけようと、通える場所を探す。そしてその年の6月にACTからA通所施設(地域活動支援センター)を紹介され、そこでの作業で3000円ぐらいは手元に残る。又それとは別に、交流センターがある。その休憩室では、音楽かけても、読書してもいい、休める通所があるという。そこも利用して日中を過ごすようになる。

「A通所はそういう意味で逃げ道ですね。(中略)今、息子はACTの提案で、最初は送り迎えもしてもらったが、今後は自分で行けるようにしようかと思っている。」

とCさんは語る。一方、音が気になる件だが、本人は我慢できずに天井を突いてしまい、2階住民とトラブルとなり、結局今後共同生活で問題を起こすようであれば、3ヶ月後のグループ・ホームの退去の勧告を受ける。Cさんは、ACTの助けを借りて、何とかこの問題を乗り切りたいという。今、から追い出されれば自宅に帰らざるを得ず、又元の木阿弥。

Cさんは「人間関係が広がってきている。難しい、難しい言いながら陶芸をいろいろチャレンジし（中略）。まあ、今またACTを通じて、ACT以外の人とも接点が少し増えてきているんですよ。」

とCさんは語り、又その都度、問題に直面した時、

「Yさん（ACTのチームリーダー）とか、ACTの方に相談をして、助言頂いてってというのは心強いですよね」

と言う。そして、Cさん夫婦は家族に取ってのACTについて次の様に語ってくれた。

「まあね、そこはね。本人、子どもの当事者もそうですけど、親もですねACTに接触すると安心ですよ。それが大きいよね。」、「本当ね、分からないから悩んでてもしょうがないと思うけど、それが話できればいいですよ。」、「そうしないと、自分だけ苦労しても答え出てこないんですよ。知らないもんですから。」

Cさんの妻も「そういう意味ではACTさんあってよかったなあって思いますよね。」。「すす、すす〜とはいきませんが時間は1つのステップかかりますけど、助言は欲しいですね。」

今はACTと月1回ぐらい子供状況を踏まえて、打ち合わせをしている。

2) ACT利用1年10ヶ月後

Cさんの妻は苦しみの空間から解放され、今は少しずつでも歩んでいる実感があるという。

「ただ、今こうしてグループホームに入ってくれている時間、私たちもほっとする時間を持てるってだけでね。少しずつこう行けた、歩いてった。それが、小っちゃいところがすごい大きい喜び」

今は、これまでの歩みを実感して、夫婦で息子の自立を目標に掲げ、自立まで死ねないという。

「なんとかそれまでにはね、われわれがまともな時にある程度自立してもらわないと困ると思って、それが一番心配なんですよね。（中略）死ぬまでにね、死にたくないけど」

Cさんは「死ねない、死ねないね。」と何度も言う。妻は「でもACTさんにしてよかったよね。そして、援助が生活の中でやってくれるのが一番だと」言う。Cさんも「生活の中でね、やってくれるのが一番いいと思いますよ」

妻は「これってすごい大きいですよ。うん。そうですね」

Cさんは「まあ、そういうこといいなれてきても、悶々としてきたんですよ。前はね。だから、こう自分で孤立していったと思いますよ。それが少しずつ話す機会ができてね、いろんな話できるから自分がこうね、心が少し、大きくなってきていると思うんですよ。それ期待しているんですけどね。」。

妻は「やっぱりあの一どうなるかっていうより、まずとにかくやってみようとか不慣れでもやったんだねえ。」と言う。

3) ACT 利用 3 年 7 ヶ月後

息子は、平日、週末の行き場が見つかり、生活リズムが戻ってきた。平日は作業所、土日は交流の場に通うようになる。昼夜の逆転もなくなる。睡眠薬も必要なくなる。

IV 家族自身のこと

1) ACT 利用して 1 年 10 ヶ月後

C さんの妻は、前の一家で住んでいた S 市の習字のサークルの繋がりは今も続いて、心の支えになっている。父親は前からやっている畑を続けている。

2) ACT 利用して 3 年 7 ヶ月後

C さんは ACT を利用して精神的負担が減ったという。自分たち親の精神的、肉体的衰えがあり、親が外の力を借りる最後のチャンスだと思う。息子の自立への歩みを「遅れてきた思春期」と呼んで手応えを感じているようである。

4 D さん

<22 年間自宅に引き籠り、母親の取りに行っていた薬を飲んで息子が ACT と出会い 1 人で外出、買い物そして、家事労働を分担するようになったのを見守る D さん夫婦>

○基本属性

D さんは父親 76 歳である。母親 60 代、当事者は息子で、高校時代に病名を告げられる。高校卒業後、大学に進学し、1 年間通うが、続かず、8 年で卒業。以後自宅に 22 年間引きこもり、その間買い物も行かず、自分が欲しいもの、必要なものは全て母親に執拗にねだり、買ってきてもらう。D さんご夫婦はお二人とも今も働いており、日常的には殆ど自宅にはいない。

○時系列のストーリー

I. ACT 利用前

1) 発病前

息子さんの症状は高校から始まった。高校は 1 年留年して卒業。高校の福祉関係の先生がよく面倒を見てくれ、色々な病院を紹介してくれ、あちこち随分病院を回った。病院で「統

合失調症ではないか」と言われたが、その時、親はまだそれを信じられず、様子見となる。息子は、1年浪人後大学に入学。1年は通い、エレキにも凝ってその関係の友達は何人かいたが、友人関係に引っ掛かり大学には行かなくなる。大学は8年かかり卒業するが、以後自宅での引き籠り状態は今も続く。

2) 発病後

一度、措置入院となる。幻聴等があり、暴力が酷くなり、家族に手に負えなくなる。家族には直接暴力を振わないが物に当り、これまでテレビ5台壊す。3人の男性が来て、車に強引に乗せ、強制的に入院させた。その時は激しく抵抗したという。

「結局何がいちばん悪いって、あの人は病気意識がないってことですよ。」と母親は語る。その後2月半で退院となる。病院では症状は安定していた。退院後、保健師の紹介で、クリニックに行くが初回で2時間待たされたので以後、行かなくなる。しかし、息子は眠れない為、睡眠導入剤が欲しいので、母親にせがみ母親に病院に薬を取りに行かせ、すでに10年以上が経過。本人は一切病院には行かない。息子の引き籠りを何とか改善したいと思ひ、保健所にも随分相談に行くが、担当が変わり、効果に結びつかなかった。父親は「(保健所の職員) この人はいい人だと思っても、すぐ辞めちゃってね。だから、その後の人が同じようにやってくれるならいいんですけど。そうじゃなかったですね。」という。退院後も、暴力は時々起き、症状も不安定で、自宅と職場が隣接のため、職員の前で大声を出す、ラジオ、テレビのボリームを大きくする等して、Dさんは役員で職場と自宅が隣接していたので辛かったと言う。ACTのK先生に出会い、今の息子の病気は「簡単に治るものではないよ、長い付き合いになりますね」と言われた。

II ACTを利用するきっかけ

今まで薬を貰っていたクリニックの医師から「もう全然来ないなら話にならない」、「このままなら打ち切りします」と言われ、最後通牒を通告される。息子を病院に行かせるのは容易なことではない。H先生から訪問サービス(ACT)教えられ、インターネットで調べ、近所にACTを発見。さんざん調べ、いろいろ見て回る。母親はACTとの出会いを「運がいいとしか言いようがない。」と何度も言う。同じ区内にある家族会は一度顔を出したことが、雰囲気合わなかったんで、1回きりで終わった。

III ACT利用後

1) ACT利用初期の頃

ACTを利用はじめて半年である。最初の取り組みは息子に電話を掛けさせるのが、先生の指導だったと母親は言う。息子は今までは他人と一切話さない、電話もしたことがない。そ

んな息子に対してチームリーダーのHさんは、兎に角何かあったらすぐ電話した。それは、O先生の指導だと母親は理解していたので息子には何でもいいから自分でチームリーダーに電話を掛けさせた。電話では、チームリーダーのHさんがやわらかい口調で対応した。息子は、この人はぼくの味方だって受け取ったのではないかとDさんは考えている。今、息子が気を許しているのは、チームリーダーのHさんだ。

「Hさんには。いちばん信用してんじゃないですか。Hさんになんか言えばなんとか答えが戻ってくる、と思ってんじゃないんですかね。両親は信用してないけど。思うように動いてくれないってことですね。」

先生と息子は月1回、会っている。先生との関係はしっかり繋がっている。「うん。O先生いろいろお話を聞いて。あの先生はしゃべりがうまいですから。高圧的なところがないから。あの人（息子）いちばん嫌うのあの子、自分をばかにしてらって、そういう言い方されるのがすごく嫌いなんです。反感持ちますね。医者だって偉ぶってって、そういうとこすごく。なんにも力がないくせに、本人は、なんていうか、自分は、そんなんじゃないって、そういう意識がすごくあるもんですから。」

母親が先生と息子の話合いを見ている、答えはしっかりしていると思う。そして「しっかりこういう先生にお会いしたのは初めてですから」と話す。又「それはもう仕方がないことかなと思うんですけど。1年1年1年、積み重ねてって、治すんじゃなくて、荒れた気持ちを直していこうって」と言われたという。

ACTについては、両親ともに知らなかったと語る。夫は「うちは知らなかった。早く、知ってればね。」としみじみと語る。

2) ACT利用6ヶ月後

筆者が、他のご家族のACTの利用で気持ちが楽になったという事例を紹介した時、それを聞いたDさんのご主人が口にしたのは奥様への労わりの言葉だ。

「そこでは家内が全部やっていたからね、本当大変だったと思うんですよ。」

父親は、ACTの初めてのサービスに接して、今までの経験したことのないようなサービスで、まだ半信半疑の様な気持ちを正直に語っていた。

父：「そうですね。まあ、もう少し時間かけるしかないとは、今、思ってますよね。チームリーダーのHさんが、そういう役もやってくれているんで。ま、そこまで面倒みてもらっていいのかなという、そういう気持ちすらありますけど。で、先生に聞くといいんだって言うんですよ。」

母親に今のACTを利用した気持ちを聞くと、

「いや、本当にね、助かりましたよ、O先生のおかげで。どんだけ、気が楽になったかわかりませんね。処方箋が、自宅に、持ってきてもらえるというのは考えられないですね。いつも1時間2時間、じ〜っと待ちに、待ってね。本当助かりました。」と言う。

そして、父親は22年間の引き籠り生活を打ち消すように、話す。

「まあ、確かに半年に満たないですけども、そういう面では、そういう、ACTって言うんですか、そういう機関ができたっていうことを初めて知ったし、時間をかけてね、少しでも、とりあえず外へ出て、自分の食べ物を買ってくるぐらいのことはできれば、何とかなるんじゃないかと。それを今、うちは期待していますけどね」

Dさん夫婦の悩みは、どこの家族会でも話題になる、親亡き後のことだ。Dさんは「だから今いちばんの悩みは、私らがいなくなった場合にね、どうするのかってことがある訳ですよ。最終的にどうするかは、決めてませんけどね。そういうふうに、まだなんですけどね。我々生きてる間は、それだけ、まだ働いてますから、どうにかなるんですけどね。」、「後、そのへんは今、O先生とも相談しながらやっています。」とはっきりと言われた。

外には一歩も出ないことについてお聞きする。

Dさんの妻は

「(息子が)だから一歩も出ないんです。根本的に出ないってことがいちばん引っ掛かってるんですね。」、「大変ですね」と答えると、「大変でもないです、慣れましたから。」Dさんは「大変でもないです、慣れましたから。」とごくさらりと答えた。その言葉に正直、少々違和感を覚えた。なぜなら前の「引っ掛かる」という言葉で半分心情を吐露しているにもかかわらず、気にしていないと言う。母親として折れそうになる気持ちをぎりぎりのところで踏ん張っていたのだらうと思う。

Dさんは、これからの見通しについてお聞きした。

「ん〜そうですねえ。基本的には、まあ、なんていうか、まだ始まって半年ですからね。やっぱり、時間かけるしかないかなど。外へ出るようになればね。そこまで持っていけばいいなと思ってますけどね。Hさんっていうのは、そういうのは、信頼関係からいけば、いずれはなるのかなっていう期待していますけどね。それしかないんじゃない。」

わずか半年前までは、引き籠りの状態の息子が時々物に当り、暴力を振る様な状態からACTが関わったことで、Dさんがある程度の根拠を持って、外出の現実的見通しを語ったことに筆者は驚いた。

3) ACT利用2年9ヶ月後

1人外出し、買い物が可能になる。またACTの提案により、家事労働の分担をして対価を払うことで、本人の家事労働の意欲が出てきた。また、父親であるDさんとの約束ごとを文

書化することにし、以後本人約束を守るようになる。また、以前テレビを破壊したが、新たなテレビを今回は本人の貯金で購入した。最近は、外出時は外行きの格好をするようになる。

IV 家族自身のこと

1) ACT 利用 6 ヶ月後

Dさんは77歳で物静かな語り口であった。息子が周りに大声を出しことに苦労したことを話された。

「ここは会社の車庫でね（自宅と職場が隣接して）、息子は（中略）怒鳴るようなこともやってましたから、そういう苦労はしましたね。私は専務取締役やっていたんですけども、そういう立場で、やはり、人を使う面でね、自分の息子がそういうのは、本当に困りましたね、で、しょうがないから手紙書いて、いずれやっぴりあなたの物になるんだから、この土地にしてもなんにしてもね、だから、それは大事にしてもらいたいなんて手紙書いた覚えはありますけどね。本当はそういう意味で苦労しましたね。」

母親に精神的に安定した気持ちを保つにはとお聞きすると

「私、言いたいことパッパッパッと言いますからね。遠慮しません。」との答えが返ってくる。

2) ACT 利用 2 年 9 ヶ月後

Dさんは。

一番に心配は親亡き後。ACTさんから「我々が面倒をみますと言われ、非常に安心」

「親亡き後、深刻に考えなくても良い」と考えるようになったという。

3年間でこんだけ変わった。これからはやっぱり変わる。スタッフの方が充実しているので、今まで以上に変わるので、今まで以上に努力していきたい。長男について聞かれると以前はごまかしていたが、今は平気。

5 Eさん

<26歳発病の息子は、18年間引き籠り自殺念慮が絶えず、夫も大病をして療養中、そんな中で、ACTと出会い、人と繋がる息子を見守るEさん>

○基本属性

母親60代後半、父親60代後半で職人。当事者は息子41歳（第1回の面接時）。26歳の時発病。病名は統合失調症。20歳ごろより幻聴で自宅に引きこもる。ACT利用して1年、入院歴3回、最後の入院先でACTと出会い、勧められる。

○時系列のストーリー

I. ACT 利用前

1) 発病前

あの小学校の3年生からサッカー始め、ずーとやっぱり中学入ってからもやっていた。高校になってからはやらなくなるが、父親は中学の頃は「結構やっぱりうまかった」という。先生の評判も「やっぱり、ずーとやっているから違うね」と言われたという。

高校時代はバイトもやった。父親が居酒屋で職人として働き、Eさんも手伝いに行ったりしていたので、息子も店を手伝いに来たこともあった。また、とんかつ屋に勤めたこともあり、高校在学中だったので、毎日でなかったがよく行き、社長に気に入られたという。

「その経営者だか社長さんなのか、気に入られたんですよね。今の高校生の子にしては言葉が丁寧で、乱暴な口利かないんですよ、あの子は。言葉丁寧だったしね。だけどほら、長続きっていうのができないところがあって、プイっと断りなしに休んじゃうところがあって、それがちょっとやっぱり欠点というかね。気に入られたんですけど、そういうふうなことしちゃうもんですから。」その後、高校卒業して、しばらく勤めたが、何れも長続きせず、いろいろ変わった。「20歳代から25歳ぐらいまでは途切れながらも、仕事をしながら、職場の仲間と話はすることがあったのだが、次第に人との交流も無くなり、家に引き籠るようになる。高校時代から音楽、サッカーは興味があり、そういう話は当時していた様だという。

2) 発病後

Eさんが息子の症状が病気だとはっきり分かる様になったのは26歳ぐらいだった。

「はっきりと分かるようになったのが1998年です。それまでは、ちょっと私にも判断、こういう病気だっていうのはちっとも判断つかなかったですね。だから、26歳くらいかしらね。」

Eさんは昼間勤めに出ていたが、息子は家に居る時間が多くなり、人との会話が殆どなくなった。人の声が聞こえると言いだし、常に部屋のカーテンを引いたままにするようになり、家族以外、他人との接触が全くなくなる。

「声が聞こえるとか、言うんですよ。壁から声が聞こえる。ガラスのほうから見えるんだよとかね。だから常にカーテンを引く、戸も閉めちゃう。又、あるときは音楽をガンガンガンガンかける訳ですよ。それはほら、声が聞こえるのがヤだからってボリューム上げて音楽かける訳ですよ。」

そして、暴力を振う様になり、部屋の壁がぶち抜かれ、ふすまがめちゃめちゃになる。又、外に出て1階まで下りて行き、4階まで聞こえるぐらいの怒鳴り声を出したり、廊下でパン

パンと叩いたりしていた。今までに入院は3回。1、2回は3ヶ月程度で、最後は10ヶ月だった。退院した後、病院には行かない。

「病院もだから、退院してから、言われても1回ぐらいは行くけども、自分からこう、そういうところへ積極的に行こうなんていう人じゃないです。ダメなんです。だからこっちが大変なんですよ。」

しかし、一方医療への不信もある。「だって、今までの2か所の病院は、退院させちゃって薬の指導してくれて、それでハイ終わりっていう感じでもんね。そんなこと言っちゃアレなんですけど。そういう感じですよ。そいじゃあなあ、って言うね、こっちもね。」入退院を繰り返し、殆どが病院と自宅以外はどこにも行かない生活が続く。

Eさんは仕方なく代わりに薬を取りにクリニックに行っていた。

幻覚・幻聴の症状は治まらず、今でも出てくる。3度目の入院の時は近所の病院が満床のため、片道2時間の病院に10ヶ月入院。その病院で、ACTを知りスタッフから退院後、利用案内の説明を聞くことになる。

「退院してきても、自分としてはやることがないからって言うんですよ。かといって、勤めにも出れる訳じゃないし、って。だったら病院にいたほうがいいかなあ、なんつって。そんなこと言ってましたよ。」

Eさんは、今、地域生活支援センターを進めている。でもなかなか行こうとはしない。

「いざ、っていう時になると、気持ちがこう、そこまで踏み込めないっていうか。なとこがあるんですね。」

II ACTを利用するきっかけ

ACTに繋がるきっかけは3度目の入院先の病院で、説明を聞いたからだ。退院が決まってから後に、ACTのチームリーダーのYさんと看護師のSさんが来て、利用を勧められたことだ。

III ACT利用後

1) ACT利用の初期の頃

インタビューでは語られなかった。

2) ACT利用10ヶ月後

ACTの訪問型のサービスは長い間、息子に変わって、薬を取りに行っていたEさんからすると驚きであった。

「先生が直に来てくださって息子とも直接会う訳ですよ。で、顔も見てしゃべる訳ですから様子が分かりますよね。今までは、私は間接的に先生に言った訳ですから。まったく、そういうところがね、違いというか。今、本当に助かってます。」

ACTを利用して1年になる。以前の様な暴力的行為は無くなり、大人しくなった。

「そうですね。そろそろ1年近くになりますよね。本人も来た時にね、別に、暴言吐く訳でもないし、おだやかに話をしていますのでね」

「以前は、壁は叩く、棒で叩くはね、それから畳のどこだってドンドンドンやっていたんだけど、それは、今はないですからね。幻聴がひどかったんですよ、（中略）薬も今回で変わったんだと思うんですよ。」

静かになり、「今、ほっとしている」という。ACTのスタッフが訪問してくるが、息子の対応を見ていると、「話の中身はいつも過去の思い出でそれしかない」ので、来る度に「アルバム出して見せてみたり、同じことばかり言っている」。

今までの世間との接触がなかったからかなと思う。そうした中でも、ACTのスタッフは、様々な対応をしてくれている。

「あと、Hさん（ACTのチーフリーダー）みたいに、ざっくばらんに、CD こういうの買いたいんだと言えばあの方がね、じゃ行ってきてあげるよ、とかって、本人を連れて行って行けば、なお、いいですしね」

今度、ACTのスタッフと店に行き、CDコンポを買に行く予定だ。人との会話や外に出る事はほとんどなかった。

「今までホントなかったんですよ。もう、それこそ退院、病院と家だけですよね。だから、うち帰ってきちゃうと全くという感じでしたからね。人との接触なんかほとんど。テレビだって付けることはないですからね」

しかし、まだ、夏でもカーテンを引くなど異常な行動は残っている。

「テレビあの、ああいう音が嫌だっつ〜んですよ。その子その子で違いますね。明るいのが嫌だと言ってカーテンを引いちゃうんですよ、だからこれから暑くなるのにね。本当に。だからカーテン引いてもいいから戸だけちょっと開けてよって、こうカーテンでアレしますけどね。以前よりは、でも良くなったかしらね。」

父親は息子が、今、一番考えているのは、要するに「お父さん、お母さんよりは早く死にたい」と言い、1人暮らしは出来ないという。両親がいなくなるのを、すごい不安がり、いなくなったらどうしようという思いが強いという。

でも徐々に変化が出ている。最近、近所の何人かの人から言われてそう感じている。「だからつい4日、5日くらい前だったかしら、下に、花壇ほら、団地の下の3階の奥さんから『お兄ちゃんこの頃変わったわよね』』とされたという。

「他人さまが見て変わっているんだから、変わったのかな、っていうふうに。いい方ですよ。いい方にね。変わったわよねって」とEさんは述べている。

ACTが自宅に来る様になり、人との接触が出て来て、今、Eさんは生活支援センターにいてももらいたいと考えている。

「だから私は〇〇みたいのところへ行って、いろんな人を見てくると違うよ、って。言うんですけどね、いまいち、こう踏み出せないっていうかね。一度や二度の失敗でね、そんなに家の中で籠ることないと思うけどね、って。お母さんだって一度や二度だけじゃないよ、失敗なんかいくらだってあったよって言うけどもね、ダメなんですよ。人間なんてね、本当にそういうことあるんですよ。叱られたりね、意地悪されたりいろんなことがあって、人間って強くなっていく訳じゃないですか。それにやっぱりしょげてるんじゃないか。そして、ACTについての次の様にいう。

「だから今、本当に、親身になってね、患者さんのことをね、していただけるんで、本当に私ありがたいなあと思ってます」

Eさんは、ACTという経験のないサービスを受けて助かっていると思う反面、今までの息子への対応の苦労を考えると、ACTのスタッフへの気遣う気持ちは自然に生じるようだ。

「まだ、ちょっとよく、でも、私は助かってますけどね。何にも、別に。そうやって来ていただけることが大変だになって、逆に思いますよ」

でもACTへの期待はある。息子が地活に是非参加して欲しいと願っている。

「だから、うまく乗って、Sさんなり、Hさんがね、乗せてくれて連れていく（地活に）雰囲気まで行ってくれば、しめたもんなんですけれど」

3) ACT利用3年1ヶ月後

外出せず、引きこもり、昼夜逆転の生活が続いている。身だしなみも構わなくなり、顔も洗わず、歯も磨かないという。そのため、歯が駄目になり、今は一本もなく、歯茎で好きな肉を食べている。しかし、食欲は旺盛で太ることも気にせず、よく食べる。夕方は早く、5時半か6時頃に食べ、そして夜中の12時過ぎぐらいに、もう一度食べるという。たばこも1日3箱吸う。

息子の幻聴は止まらない。「穴、開けられちゃって。それで、死ね、死ねって言われているんだよ」、「自殺しろって、言われてるんだよ」という。

Eさんは、この頃はなくなったというが団地の最上階の13階の屋上に息子が行き、帰ってきて「俺は、とても、上から見たけどね、とても怖くて飛び降りられねえよ」と言うという。さらに、「首を切ってくれ」って言って、迫ってくるという。

Eさんは「自分の産んだ子に、そんなことできるわけないでしょう」と答えている。

そして、息子に次のように言うという。

「自殺する人なんていうのは、そんなこといちいち親に言わないよ」、「親に、首を切ってくれだの、ひもで首を縛ってくれだのなんて、いちいち言わないよ」、「そんなことをしたらね、殺人になっちゃうよ」と。今まで、息子は、親に反抗するっていうのはないという。むしろ、

あの子は、何か買いに行くっていうことはしますよ。そこいらのスーパーへ、何か、自分が飲みたいもの、食べたいものをね。それはしますけど、それ以外の、そういう、何、施設、何と言うのかしら……

IV 家族自身のこと

1) ACT 利用 10 ヶ月後

E さんに何か趣味はと聞くと、「私は今ね、月に 2 回なんですけど、区のいきがい趣味の、タイトルはなんでしたっけ、それで俳句をやってるんですよ。平成〇年からやり始めまして、それでまだ今だに難しいですよ、やればやるほど俳句って難しいんですけど」

趣味の俳句を始めて、今年でもう、9 年になる。始めたのは息子が発病して、5～6 年の頃だ。はじめたきっかけは

「ある日、出張所に用事があってね、看板が出てましてね、生きがい趣味のなんとかなんつってね、俳句って出てたんでね、俳句って確か五七五で並べればいいんだな、なんて単純な気持ちでいてね、で、ある日、思い切って 3 階まで上がって行ってね、入れていただけますかって言った」という。本当は 60 歳からなのだが、58 歳の時入会したという。すでに 9 年が経緯している。今は、息子のケアの気分転換には欠かせない大切な趣味になっている。趣味に集中する時は、一時。日常を忘れるという。

「うん、でも、下手は下手なりにね、気が集中できるっていうことがね。」

2) ACT 利用 3 年 1 ヶ月後

E さんは、月 2 回、ACT のスタッフと会っている。

「そんなに変化ないですよ。だからね、やっぱり、毎回、会っても、おんなじことを言ってる感じでね。相談っていう相談じゃないわね。」という。

E さんの希望は、「息子は、勤めは無理だけれども、ほんの 2～3 時間でもいいんですよ。決まった、例えば 10 時まで施設があって、そこへ行ってきて帰ってくると 12 時ぐらいまで、12 時か 1 時。そういう規則正しい、何と言うのかな、月に 4 回でもいいですよ。だから、週に 1 回でもいいですよ。そういうところに出ていってもらえる」ことだという。

しかし、なかなかできないという。もう一つはEさんの心の安らぎは孫の癒やしだという。「本当に、私たちにしたらね、あの孫が、本当にありがたいなって。ありがたいというか、本当に癒やしになってますね。」という。

6 Fさん

<長い間の薬の中断で症状悪化した母親がACTと繋がることで既存サービスを利用、あらためて親子の絆を確かめているFさん>

○基本属性

Fさんは50歳で男性。精神疾患を持っているのは母親78歳（第1回の面接時）。ACTを利用して8ヶ月。母親はFさんが小学校の頃発病。Fさんが独立後、母親は服薬を拒否し、症状が悪化する。病院嫌い、医者嫌いの父親は母親のケアを放棄、Fさんが、実家の様子を見るに見かねて戻ってきたが、母親が20年間、病院に連れて行かず、薬も吞まなかったために症状は悪化し、近所との関係も最悪であった。母親の対応に苦勞し、父親の対応にも悩み中でACTと出会い、母親も生活も劇的に変化したことについて語った。

○時系列のストーリー

I. ACT利用前

1) 発病前

インタビュー聞き取りは出来ず。

2) 発病後

母親は、Fさんが、小学生か中学生くらいの時から精神病院への入退院を繰り返していた。中学、高校生の時、一番入退院の繰り返しが激しくかった。ただその時期は、薬も飲んでおり、病院にも行っていたので、家に居る時は、荒れた生活ということはないという。Fさんは、その時の様子を「そうですね。家帰っても誰も居ないみたいな。兄弟もいないし、僕は」と語る。その後、Fさんは、家を出る。その間、家は父と母の2人暮らしとなる。何年後かに、休みの日にたまに来てみると、母は病院も行かず、薬も飲まなくなっていた。Fさんは実家の近くに、住んでいた時もあり、その時は、たまに父親が一人で来て、母が暴れてしょうがないと嘆いて帰ることがあった。当時、父親は気持ちを紛らわそうとしてか、昼間から酒ばかり飲んでいて。そんな父親を見て、Fさんは、「うん。なんか、母も父も大変そうなので、（中略）僕がね、少しでも助けになればいいかなあとと思って」実家に帰ることにしたという。帰った方がいいが、それから出口のない苦しいみが始まる。母親は調子の悪い時は、独り言を大きな声で、2日間寝ずに喋り続け、しゃべり続けた後は2日間死

んだように眠り続けた。家で暴れることもあり、Fさんは「もう家に帰るのが嫌でしたね、仕事から、だって眠れない日が多かったですから。」と語る。一度、このマンションの組合の方に呼ばれ「苦情が多くて。なんとかならないのか。訴訟を起こす」とも言われた。隣の家の人からも出ていけじゃないけど、そういう言い方をされ、「すごい、困りました。悩みましたよ」と言う。母親は病院にも行かず、薬も飲まず、何年前か前、母親は2ヶ月だけ入院した。退院した後、また薬を呑まなくなっておかしくなったので、Fさんが病院に誘うが、母親は嫌がり、薬も拒否した。父親は、母を説得することもなく昼間から酒を飲んで、アル中の状態であった。Fさんはこうした生活の中で「逃げちゃえば楽だなあって。父も居たし。そういうことも考えたこともあります。」と語る。このマンションには、20年前に引っ越してたが、その後、伯母（母方）一家が同じマンションの9階に引っ越してきた。年に1、2回会うことがある。その伯母が、一度近くに住む妹（叔母）と母親を病院に連れて行いってくれたことがあった。

II ACTを利用するきっかけ

やがて転機のきっかけは訪れる。たまたまその近所の人が声を上げている母親を見て、包括センターに電話してくれてそれがきっかけで、看護師と知り合い、そこからACTを紹介される。だが、父親が医療関係者を拒否したのでその時は具体的な解決には結びつかなかった。父親がある時、普段は絶対言わない人が、自分から病院に連れて行ってくれと言って来た。それまではFさんが、何度も病院を勧めたが、拒否していた。病院に連れていくと父親は即入院となる。その時はやっと歩ける状態だった。父親は入院後2か月で亡くなる。その後、ACTが訪問出来るようになり、母へのケアが始まった。ACTに結びついたのは、近所の人の通報からであった。病院連れていくって言っても嫌がるし。連れて行こうと思えば行けるのに、本人が嫌がっていけない現実があった。そうであれば、Fさんは、訪問して、診察してくれて、薬も出してくれるのであれば、それやってみてはと思っていた。「でも、自分で探したんじゃないんですけどね。こう、その包括支援センターに。近所の人が通報して、そういうきっかけがあったんですけど」

III ACT利用後

1)ACT利用初期の頃

なし。

2) ACT利用9ヶ月後

初めての訪問で来てもらったが、母親はそんなにすごく嫌がっている感じはなかった。先生が来て、診察して、先生が、「ふって薬を出したら、飲んだんですね。」とFさんい

い、びっくりしという。長い間、薬を呑まなかった母親が薬を呑んだことに対してFさんは「なんなんですかね、それは。僕もわかんない。」と語る。薬飲む前の母親を考えると、「ちょっと一緒にいれられないですね。ふつうに会話できないですから（略）たまに、もの投げたり。家の中でも、あるもの投げちゃったりもしたし」という。今はACTのメンバーが週に4日来ている。そのうち先生に1回来ていただく。また母親はACTのスタッフと一緒に外に出るようになり、病院、美容院にも行っていつている。Fさんと母親の2人暮らしの中では、Fさんは週1回の休みなので、ACTが買い物も助けてくれるので、時間的に助かっている。もし、ACTさんのサポートが無ければ、休みの日は自分のことがなんもできないので、自分の時間が一切なくなっちゃう」という。又、母親をACTがいろいろと検査に連れて行ってきて、1回行くと細かく、根本から見てもらえるのですごく助かっている。Fさんは、ACTが来て、母親の顔つき変わったと感じている。

「それが一番大きいです。落ち着いて。薬飲んで落ち着いたし、ふつうの会話もできて。

（中略）そうですね。顔つきも全然違います。」そうした母が変わった様子を見て、父親がもし、生きている時にACTを利用していけばもっと楽だったかと思っている。

今、Fさんが特に気を付けていることは母親に薬を呑ませることだ。薬は置いて「飲んでね」ではなく、Fさん自身が毎日、仕事行く前に与えて、飲んだのを確認してから仕事に行く。だから、薬飲ませる人が居れば別だが、2泊3日はできない。母親はヘルパーさんとも、ACTのスタッフさんとも顔なじみになって、慣れてくるといい関係になっている。ヘルパーさんとふつうの会話をし、日常のストレス発散にもなっていると感じている。また以前は、調子の悪い時は母の独り言が始まっていた。ACTのスタッフが居なくなると、こう独り言をいうことが多かった。Fさんは、振り返る様に言う。

「僕もいつになったらこれが、今、ほんとにこう少し楽。だいぶ楽になって。こんななんなんと思っていなかったですからね。2年間くらい苦しみましたからね。ず〜っと」
症状がひどくなると、警察にも相談した。保護入院考えると言うことで、最悪それやろうかなとも考えたが、ACTの先生に相談すると、薬飲んで落ち着いているからいいのではと言われ考え直した。

Fさんは、母親と子供の頃、又その後は母親の入退院の繰り返しもあり、ほとんど会話しなかった。

「逆にこうやって良くなって、ほんとに母と近づけましたよね。仲良くなれたし。ほんとに。また昔って、子どもの頃のことを思い出しますね。（中略）今こうよく近づけて。本当になんか、うん。お母さんっていいなあって思いますね。つくづくね。今になって。まあ」と語る。

その理由を聞くとFさんは「気にしてくれているっていうのかな。常にこう。たまに最近電話があるんですけど。工作中でも。で、電話かけると元気〜?とか、(中略)常に気にかけてくれてるっていうか。」

家族が、お互い良いところを大切にす、それはまたお互いを元気にし、幸せな気持ちにさせる大切なことである。そこを一緒に大事にし、お母さんにもその気持ちを伝えていきたいとスタッフはいう。

Fさんは「でもうちみたいに困ってる人はいっぱい居るんじゃないですか。たぶん。(中略)いますよねえ。絶対いると思いますよ。」という。ACTを利用して、すごく助かる。後は前の様に、もうちょっと母を眼医者とか内科の病院に連れて行く時間を作ってもらおうと助かるし、それが今の希望ですねと語る。

「近くに包括支援センターがあって、あの人たちが結構助けてくれたんで。すごい助かりますね。そういうのがないと自分ひとりで何もできないじゃないですか。」

3) ACT利用3年1ヶ月後

ACTの利用は、4/週から2/週に減り、代わりにデイサービス3/週、介護ヘルパー6/週に増えていた。ACTのサービスから既存のサービスに移行しつつあった。母親は、職場に今も時々電話が来るが、その時妄想を言うという。今、こうしてACTや既存のサービス等いろいろ繋がるようになった。

「生活の中にそうしたのがあった方が変化も出るし、私と母だけなら、誰も出入りしないので、たぶん一人の時間が多くなり、ちょっと違うことを考えちゃうんじゃないかなと思います」また、「ケアさんが来たり、デイサービスに行けば、気が紛れるのでは、ないかと」という。

今は、自宅にいと、何も用事がなければ、寝てるか、テレビを見てるかぐらいで、ほとんど体を動かさない生活なので、そうした繋がりには助かるという。

IV 家族自身のこと

1) ACT利用9ヶ月後

仕事が終わった後、今もなるべくまっすぐ帰るようにしている。「休みの日ぐらい、ちょっと、なんかねえ。友達と会って、おいしいもの食べたり、お酒なんかのんだりしたいじゃないですか。(中略)家にずっといて、あと働いていて。(略)そんなの毎週毎週だったら、僕もあんまりなんかつまらないしね。ストレスたまるし」と思うという。ご自身のやりたいこととお聞きすると、自分のやりたいこともしたいし。自分の体も、病院も行き

たいし。(中略) まあ母がもっと良くなったら僕も旅行なんかに行きたいなあって思って、本当は母とも行きたいんですけどね。」という。

母親の介護について聞くと「でも2人しかいないですからね。」とのこと。世の中、精神病で家族と連絡が取れなくなるケースもあることを伝えると「でも僕はこれ、親孝行とってますよ。」「以前出来なかったから。全然。本当に。なんもしてないから。うん。」との答えが返ってきた。

2) ACT利用3年1ヶ月後

Fさんは、ACTの場合だと、ACTの誰に来ても母の症状を良く知っているの、先生じゃなくても、スタッフの方に電話で聞くと対応というか、どうすればいいとちゃんとやってくれるので大変便利だという。

そして、FさんはACTと出会ってからのことをふり返り次の様にいう。「一番は、ACTさんと知り合ったのが一番良かったってことですよね。」

今後の希望はと聞くと

「希望。変な話になるってというか、母が死ぬ前に旅行に行きたいですね、一緒に、母と。」という。

そして、最後に次のように述べている。

「親孝行できなかつたんで。今は、ほんとしてます。まさに、今、してます、親孝行。逆に、こうなって良かったのかもしれない、親孝行ができて」。