

精神障害者のリカバリーと地域精神保健福祉活動に関する試論：ヤングケアラーに関わる諸課題も含めて

著者	松浦 智和
抄録	<p>本稿の目的と関心は、精神障害者のリカバリーの概念について諸家の知見を整理するとともに、筆者が日頃親交のある当事者やその家族との交流の中から、リカバリーやあわせて精神障害者の家族支援についていくつかの試論を述べることにある。リカバリーの概念はソーシャルワーク領域も含め精神保健福祉領域では以前から盛んに用いられている。そして、リカバリーを考えるなかでは、家族支援を取り巻く課題にも目を向ける必要がある。リカバリーを促進させるためには、地域精神保健福祉活動のありようも検討していく必要があり、支援や土壌づくりは多くの人々が様々な視点を持って関わることが求められる。その点においては、社会福祉学科のみならず、栄養学科、看護学科、社会保育学科を擁す大学に課せられる使命は決して小さくはないことを再確認する。</p> <p>The purpose and goal of this paper are organization of the researechers' information ...</p>
雑誌名	紀要 = Bulletin of Nayoro City University
巻	13
ページ	73-83
発行年	2019-03-31
出版者	名寄市立大学
ISSN	1881-7440
書誌レコードID	AA12272535
論文ID (NAID)	40021916005
URL	http://id.nii.ac.jp/1088/00001789/



精神障害者のリカバリーと 地域精神保健福祉活動に関する試論

—ヤングケアラーに関わる諸課題も含めて—

松浦智和¹⁾,

¹⁾名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

【要旨】 本稿の目的と関心は、精神障害者のリカバリーの概念について諸家の知見を整理するとともに、筆者が日頃親交のある当事者やその家族との交流の中から、リカバリーやあわせて精神障害者の家族支援についていくつかの試論を述べることにある。リカバリーの概念はソーシャルワーク領域も含め精神保健福祉領域では以前から盛んに用いられている。そして、リカバリーを考えるなかでは、家族支援を取り巻く課題にも目を向ける必要がある。リカバリーを促進させるためには、地域精神保健福祉活動のありようも検討していく必要があり、支援や土壌づくりは多くの人々が様々な視点を持って関わることを求められる。その点においては、社会福祉学科のみならず、栄養学科、看護学科、社会保育学科を擁す大学に課せられる使命は決して小さくはないことを再確認する。

キーワード：精神障害、リカバリー、地域精神保健福祉活動、家族支援、ヤングケアラー

I. 緒言

本稿の目的と関心は、精神障害者のリカバリーの概念について諸家の知見を整理するとともに、筆者が日頃親交のある当事者やその家族との交流の中から、リカバリーやあわせて精神障害者の家族支援についていくつかの試論を述べることにある。これまで本学が所在する北海道名寄市や周辺自治体の精神障害当事者や家族、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士を中心とした支援者、行政担当者との出会いの機会を得て、リカバリーや当事者の地域生活支援、家族支援の現状や諸課題を示していただいた。これらについて、先行研究の動向も検討しながら、地域精神保健福祉活動の展開・実践の視座も含めて筆者の私心を中心に述べていく。したがって、内容について、学術研究として質が担保されていないことは明白であるが、精神障害当事者や家族、支援者、市民そして学生たちを中心に、支援のありようやリカバリーの概念、地域精神福祉活動に関してより多くの人々に議論に参加してほしいことや、これまでの議論の記録として本稿を提示していきたい。

翻って、近年、リカバリーの概念がソーシャルワーク領域も含め保健医療福祉領域で盛んに用いられている感がある。諸家の知見を勘案すれば、このリカバリー概念は、米国等の精神保健領域を中心に 1980年代後半から用いられ、1990年代頃から広く知られるようになり、その後わが国に導入された。野中によれば、この概念は、1980年代に精神障害をもつ当事者の手記活動から生まれたとされる¹⁾。これらは、病や障害が残ろうが、生活や人生を取り戻すことができるという希望に満ちたメッセージとして捉えられる。やがて、1990年代にアメリカのみならずイギリスやニュージーランドなどの多くの国でその価値が認められるようになり、精神保健福祉政策の基本方針として採用されるようになっていく¹⁾。この点については、新海らも、「1980年代以降、それまで医療モデルの中で用いられていたリカバリーが、医療モデルにおける支配的な言説に対抗する新しい意味を含むものとなり、1990年代後半には当事者らの手記活動によって全米に広がっていった。新しく意味づけされたリカバリー、すなわちただ単に病気が治ることや元の状態に戻るということではなく、疾病や症状の有無にかかわらず、自分の人生や価値を取り戻すという新しい意味が広がった」とみている²⁾。

野中はリカバリー（論）の全体像について、以下の6点を示しており、これを事前に押さえておくことは有益と思われる³⁾。すなわち、「(1) 生物学的な

2018年11月30日受付：2019年1月28日受理

責任著者 松浦智和

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1

E-mail : matsuuura@nayoro.ac.jp

意味で病や障害は完治しないかもしれないが、人が生きるという実存的な意味で、自分の生活や人生を回復することができる。後者の回復をリカバリーと呼ぶ。「(2) もちろん、基礎的な医療や福祉の制度を最大限に活用することが前提である。リカバリーは当事者の問題だとしても、専門職側が手を抜くわけにはいかない。むしろ、専門職自身も当事者の回復によって自らが成長する」「(3) 症状や障害などの弱点に焦点を当てる医療的な視点ばかりではなく、望みや喜び、仕事や友というストレングスに着目する。リハビリテーションは『良いところ』探しでもある」「(4) 人は身体と心と社会関係をもって生きる存在である。脳を含む身体的な回復、家族や仲間との関係構築、そして自分の自尊心や人生を取り戻す過程がリカバリーである」「(5) 誰であってほしい、自分の回復過程を見守ってほしい。その伴走する存在がいないとリカバリーは難しい。伴走者は希望であり、伴走者にとっても回復する当事者は希望である」「(6) 専門職は、従来の一方向的な上下関係から離れて、当事者の力を信じるパートナー関係に至る。リカバリーを志向するとは、専門職教育を変革し、治療や支援をめぐる従来の考え方を変えることを意味する」の6点である。

さて、わが国におけるリカバリーに関する記述は、Anthony, WA のものが多く採用されている。Anthony, WA によれば、「精神疾患または障害からリカバリーするという考え方は、苦しみが消えたり症状の全てがなくなったりすること、完全に病気が回復するという意味ではない」「病気が原因となって生じる制限があるにしろないにしろ、充実し、希望に満ち、社会に貢献できる人生を送ることである」「リカバリーは、人が精神疾患からもたらされた破局的な状況を乗り越えて成長するという、その人の人生における新しい意味と目的を発展させることである」という3点がリカバリーに含まれるとしている⁴⁾。

また、リカバリーをめざすのは当事者のみではない。臨床で出会う精神障害者の家族は、ときに悲嘆にくれ、悩み、それでも愛情、優しさ、さらに逞しさをもって患者を支えようとする意志とともに、このままでは本人のみならず家族の疲弊しきってしまうのではないかという焦りに満たされていたように思う。筆者がかつて勤務していたような急性期の医療機関でソーシャルワーカーが出会う家族像は、決して穏やかな場面ばかりではなく、悲しみ、不安、怒りに満たされていることも多い。精神障害者を支

援する過程において、その家族もまた支援対象になり得ることは今日では諸家により示され、実践家の間でも異を唱える者は少ないであろう。

一方で、家族のリカバリーも含めてリカバリーを検討するならば、昨今の家族支援に存在するいくつかの課題にも目を向けなければならない。先行研究では支援者としての家族や当事者としての家族を概観するなかで諸課題が示されているが、筆者がもっとも根が深いと思うものは支援者側の「家族観」であると推測する。この点については、元来、精神医療においては、精神障害者家族には何らかの問題があり、病気の発病、再発、経過に望ましくない影響を与えているとされてきた歴史がある。1948年に、精神分析家である Frieda Fromm-Reichmann が「分裂病（統合失調症）を作る母親（Schizophrenogenic mother）」という概念を発表し、その実証はなされぬまま、母親たちを非難する侮辱的なラベルになり、その後も、さまざまな概念で家族の病理が説明されていった。こうした考え方は否定されたが、今なお、家族を苦しめ、専門家の中にも生き続けているように思われる⁵⁾。これを支持する見方は精神医学のみならず他の学問領域でも散見される。

有効な手立てを望み、必死に専門職に半ばすがるように助けを求めてくる家族も少なくない。家族が“愛で治す”という言葉に至るまでには、その言葉だけでは表せない苦悩と苦労の日々が凝縮されている。それでもなお、家族病因論、家族責任論は当事者、家族、専門職すべての成長を阻害する。今日、家族の責任を問うことはエビデンスが十分に積み重ねられている錯覚を起こす上、家族が反論できないという深まらない支援を固定化する。

以上のような私心の下、臨床に身を置いていた時期も振り返り、自省の意味も含めリカバリーや家族支援、地域精神保健福祉（活動）について思うところを述べることにする。

II. リカバリー、家族支援、地域精神保健福祉（活動）に関するトピックスと先行研究の概況

1. リカバリーの構成要素・要件

アメリカでは、2006年に保健福祉省薬物乱用精神保健管理庁 (SAMHSA) がリカバリーを「精神保健リカバリーとは、癒しの旅であり、精神保健上の問題を持った人が自分の可能性を実現しようと努力をす

る中で、意味のある人生を送ることができるように変化することである」と定義している。また、リカバリーの構成要素として以下の10項目を提示している^{2,6)}。

- (1) 自己決定が前提として欠かせない
- (2) 個別的でその人中心のありようである
- (3) エンパワメントの過程である
- (4) その人の全体的な現象である
- (5) 経過は非直線的である
- (6) ストレngthsに注目する
- (7) 仲間の存在が欠かせない
- (8) 尊厳が重要な要素である
- (9) 自分の人生に対する責任を取る
- (10) 希望の存在が最も重要な要素である

わが国におけるリカバリーの構成要素に関する研究は、新海らの報告²⁾に詳しく、当事者へのインタビューおよび参与観察によって明らかにしようと試みている濱田、大崎らの研究^{7,8)}や「パーソナル・リカバリーの重要性をスローガンとして掲げるだけでは、当事者のパーソナル・リカバリーの促進を手伝うリカバリー志向型 (recovery-oriented) のサービスは展開できない」「リカバリー志向型のサービスを提供するためには、パーソナル・リカバリーに関連するアウトカムを明確にして、そのアウトカムに関するサービス効果を明示しながらサービスを展開し、サービス効果を維持・向上できる組織調整を行う必要がある」と指摘している山口らの研究⁹⁾を紹介している。そして、その山口らの報告によれば、パーソナル・リカバリーの原則を、1) 当事者にとっての人生のゴールでありプロセスでもあること、2) 希望や主観が重視されること、3) 個性・独自性が高いこと、4) 当事者主体の決定や自己管理が尊重されること、5) 臨床アウトカムだけでは測れないこと、6) 就労アウトカムを含む社会的なアウトカムが含まれることなどが推測されるとし、パーソナル・リカバリーに関連するアウトカムを提示しようとしていることは重要な視座である⁹⁾。

また、さらに、新海らは、臨床的リカバリーに関する研究として、精神科リハビリテーションの評価尺度を用いた研究を紹介しており、たとえば、藤田らの、IMR (疾病管理とリカバリー) というリカバリープログラムを実施した統合失調症患者に対して、精神科リハビリテーション評価尺度 (GAF, BPRS 等) に有意な改善があることを認め、プログラム満足度

も高いことを明らかにしたものを紹介している¹⁰⁾。臨床的リカバリーは、主体的な疾病の自己管理能力を高めることに重きを置いたものであり、精神症状や疾病自己管理に必要な知識・技術等に注目した研究になっていることが特徴であるとしている²⁾。

2. リカバリーの促進・阻害因子

Onken, SJは、膨大な数の当事者インタビューから、リカバリーを促進・阻害する要因を抽出している¹¹⁾。そして、それらも含めた野中のまとめ³⁾によれば、リカバリーに影響する要因としては、1) 社会的基盤、2) 当事者の個人要因、3) 希望や目的、4) 治療や資源の選択、5) 父権主義を自己選択、6) 家族を含めた社会的関係、7) 仕事や教育、8) ピアサポート、9) 専門家サービスの9点を挙げている。そして、殊に、専門家サービスに関する促進・阻害要因については、促進要因として、①リカバリー志向の見方をする、②組織改革が奨励される、③全人的対応が基本である、④多様性に対して耐性がある、⑤パートナーシップの関係を基本とする、⑥待ち時間が少ない、⑦早期介入に熱心である、⑧対応が柔軟である、⑨案内人システムをもっているなどがあるとしている。

一方で、阻害因子とされたものは、1) 病理中心主義、2) 組織改革への意識の低さ、3) 危機対応の未熟さ、4) サービスの断片化、5) 個別化の欠如、6) 職員教育の欠如、7) ケアの継続性への無配慮であり、野中はわが国の精神科医療機関における長期入院、社会的入院の課題もこれらに背景がある旨を説明している。

上記のような指摘については、Lieberman, RPも精神障害リハビリテーションに関わり、原理によって打ち立てられ、すぐれた実践の計画のなかで用いられる10の「C」と題する指針を示している¹²⁾。すなわち、1) 包括的であること (Comprehensive)、2) 継続的であること (Continuous)、3) 連携されていること (Coordinated)、4) 協働的であること (Collaborative)、5) コンシューマー志向であること (Consumer-oriented)、6) 障害の段階に適合していること (Consistent)、7) エビデンスに基づいた援助を用いる能力によること (Competence)、8) 患者のストレngths、スキル、および障害に関連付けられていること (Connected)、9) 思いやりがあること (Compassionate)、10) 地域社会の機関や資源の協力と、プログラム責任者や政策立案者の方針表明があること (Cooperative) である。これらはリカバリーをめざす当事者や支援者の標識灯

であるとしており、先に述べた Onken, SJ の指摘を含めてリカバリーの道程に欠くことのできない事項であると推測される。

また、わが国における研究についても、新海らが整理している。たとえば、心光は、当事者の捉えるリカバリー促進要因として、症状管理、生活安定、ソーシャルサポート、ストレスマネジメント、生活のうらおい、対人関係の工夫、仕事、回復への積極性を挙げ、リカバリーを進めていくには自分自身のあり方や工夫、姿勢を重視していることがわかったと述べている¹³⁾。木村らは、①人や場として「仲間」「家族」「スタッフ」「デイケアの場と人」「居場所」があげられ、②自らの行動として「努力する」「明日への希望をもつ」「愛情を注ぐ」「自然体でいる」「自分を否定しない」「ほめられる」「自分の価値を認めてくれ、他者から必要とされる」「共感を得る」ことが役立ったと当事者は語っている。③その他「医療や薬」「病状の管理」「対処法を身につけること」「楽観主義」「開き直り」「ゆとり」「自由な感情表現」を挙げている¹⁴⁾。

3. 家族のリカバリー

わが国は入院中心の精神科医療の仕組みを継続している⁵⁾。振り返れば、2004年に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられた。この潮流により退院支援、地域移行支援は進捗するものかと多くの人々が期待したものの、実際には地域の受け皿の問題、患者の希望・意思の問題、家族の意向の問題など多くの乗り越えるべき課題があり、十分な成果をあげていないとはいえない。そもそも、わが国では、諸外国に比べて家族と同居する精神障害者が多く、85%の精神障害者が家族と同居し、家族が服薬管理など日常のケアを行っていると言われる。地域サービスの不足とともに、サービスに繋ぐ適切な支援がなされないために、家族もまた地域の中で孤立し、自分自身の生活や人生を犠牲にしてケアをしている。このような状態は、家族を疲弊させるだけでなく、本人自身の回復を遅らせ、さまざまな問題を起こしている⁵⁾。

家族会の調査^{5,15)}によると、家族の85.1%が本人と同居し、本人の病名は統合失調症が82.1%、平均年齢は42.4歳で、病気になってからの期間は20年を超えていた。本人の多くが在宅で、就労している人は少なく(7.3%)、デイケアや通所施設を利用

していない人が3割近く存在していた。回答者の多くは高齢化や自分自身の健康問題を抱え、疲弊している実態が明らかになった。

また、近年では精神障害当事者がいる家庭のなかで起きる暴力の問題も社会でようやく認知されるようになってきた。家族会の暴力に関する調査によれば、統合失調症患者の6割で家族への身体的暴力があり、発病後20年経過しても、過去1年間に25%の親が身体的な暴力を受けていた¹⁶⁾。この家族への暴力の日常化によって、親が追い詰められ、障害をもったわが子を殺してしまう事件が全国で起きている。読売新聞の調査¹⁷⁾によると、加害者は65歳以上が7割を占め、子どもの「ひきこもり」や暴力など、長く周囲から支援を受けられなかった高齢の親であったという。大島らは、専門職の家族支援においては、「援助者としての家族機能」を向上させるとともに、「生活者としての家族機能」もバランスよく維持・向上できるよう支援することが目標であると述べている¹⁸⁾。障害を持った当事者の支援は、家族にとって慢性的なストレスであり、専門家が「援助者としての家族機能」ばかりを期待して支援すると、「生活者としての家族機能」が障害される。この状況は家族を苦しめるとともに、本人の回復にも悪影響を及ぼすのである⁵⁾。

筆者がこれまで出会った当事者、家族においても以上のような指摘が当たると考えられ、殊に、暴力が存在する家族においては喫緊の対応が求められるものの、医療機関では、本人の現時点での精神症状から緊急性を判断することになるため、必ずしも暴力に焦点を当てた対応を行うことが難しいこともある。そして、未だ根強い家族病因論仮説のような考え方もあり、原因探しのなかでまた家族を追い詰めてしまう危険性も少なくない。先の大島の指摘のように、「治療協力者としての家族」「支援者としての家族」に限局した家族観では、どこかで「家族は耐えることができる」というような判断につながるリスクもある。本気で家族のリカバリーを考えるならば、支援者側が自身の家族観を点検した上で、家族のニーズを明らかにし、置かれている現状を事細かに把握し、家族の希望やストレングスに焦点を当てた支援プランを組み立てていくことが求められることになる¹⁹⁾。

4. 地域精神保健福祉活動とリカバリー

リカバリーを考えるとき、当事者が過ごす場所と

しての地域社会、リハビリテーションが行われるステージとしての地域社会、スティグマが発生する根源としての地域社会など様々な“地域社会”づくりやその支援を検討していく必要がある。それらがまさに地域精神保健福祉であろう。先に述べた Liberman, RP も精神障害リハビリテーションを検討するなかで、地域社会への支援、精神保健福祉に関する地域活動の重要性を述べている¹²⁾。

たとえば、大塚は行政医師だった立場から自治体の地域精神保健福祉活動について述べている。そのなかでは、「リカバリーに焦点を当てた地域保健福祉活動として、自治体に取り組めるものの代表がセルフヘルプ活動への支援である」「直接的な行政サービスとして実施できるものには、当事者や家族の集いの場・分かち合いの場の提供、『〇〇教室』等の名称で呼ばれている心理教育的要素を含んだ集団療法的サービス、ピアサポーターの養成、ピアサポーターの活動や雇用の場の確保、セルフヘルプグループの育成、既存のセルフヘルプグループへの人的・経済的支援、相談業務等の事業委託などがある」「普及啓発活動としては、当事者を対象とした研修会や、医療保健福祉の専門家や行政職員向けの研修会の開催、一般住民向けの当事者活動のアピールを目的としたイベントなどがある」「さらには、自治体が事務局をつとめる各種協議会や行政計画策定委員会のメンバーにセルフヘルプ活動を行っている当事者を積極的に登用するといったことも重要な試みである」など現状や具体的な提言を記している²⁰⁾。

また、自治体が実施するセルフヘルプ活動について担当者が留意することとして、「自治体が実施する集団療法的サービスとセルフヘルプグループの区別すること」や「ピアサポーター養成に関して活躍の場が十分に開拓されていないことの問題」について触れている¹⁵⁾。そして、リカバリーに焦点を当てた地域保健福祉活動を展開するに当たって、自治体の担当職員や責任者が持つべき姿勢について、2つの提案を行っており、「その人が病的体験や逆境体験、様々な困難に遭遇しながらも、生き抜いてきていること、そのものに敬意を払いながら最大の関心を持つという姿勢である」「自分自身が同様の困難に遭遇した際に、どれほど圧倒され、混乱し、不安に苛まれ、希望を失うかといったことを想像し、そしてその時に自分がどのように振る舞えるか真剣に考えてみるとよい」「そのような困難に対して、タフさを持って見事に克服することなどは決して容易ではな

く、恐怖や不安、怒りで対処したり、逃避傾向、無気力、社会活動能力の低下や対人関係困難など、社会適応上はあまり望ましくない行動様式をとってしまう可能性が予想できるはずである」「自尊心や自己有用感の回復につながる環境設定に努めるという姿勢がある」「自分は価値がない、役に立たない人間になってしまったという『主観的障害』からの回復には、その人が所属している集団や社会の中で“自分が意味ある役割を果たしている”という実感や“他人のために自分が役立つ”という体験をより多くすることが必要だと言われている」などの指摘を行っている。そして、重要なこととして、“特別な配慮や涙ぐましい努力をすることなく他人のために自分が役立つ”という体験ができる環境を設定が必要とし、その環境設定のひとつとして「セルフヘルプ活動」をあげている。セルフヘルプグループの主たる活動は、自分の体験談を語り、他のメンバーの体験談を聞くということである。自分の体験談を語ることは、勇気さえ持てば誰でも出来ることであり、しかも、同様の体験を有する仲間の中であれば、体験談を話すことはさらに容易となる。そして、その体験談を聞いた他のメンバーからは、「自分と同様の体験をしたあなたの話を聞いて良かった。自分一人ではなくて安心した」といった反応が返ってくる。そうすると、「今まで誰にも話せないような不名誉で恥ずかしい自分の体験が、ここでは役に立つんだ」という実感が得られるのである。以上のようなセルフヘルプ活動の推進が自尊心や自己有用感の回復につながる環境設定のひとつであることを強調している²⁰⁾。

筆者も公立大学（市立大学）の教員ゆえ、市の職員としての顔も持ちながら日々活動をしている。無論、教育・研究に関わる大学の教員と市職員は明確な業務や役割の分担が必要であることを承知しているが、それでも地域精神保健福祉活動を考える際には、役割・業務分担を越えた当事者、家族、専門職、地域住民など多くの人々の発信・受信が安定的に行われる仕組みがつかれないものかと案ずる毎日である。諸家の指摘を勘案し、当事者の理解の深化、セルフヘルプ活動の支援は元より、やがてスティグマの解消にもつながるようなシステムを人口3万人のコンパクトな町だからこそ取り組んでいきたいと考えている。

III. 家族のリカバリーを考える（ヤングケアラーの現状と課題）

筆者はかつてより家族のリカバリーを検討して来るなかで、ヤングケアラーに関する検討を行ってきた。ヤングケアラーとは、「（精神疾患または身体疾患により）健康状態が良くないもしくは障害の状態にある家族員に対して、ケアの責任を有している 18 歳未満の人」とされる^{21,22)}。子どもは保護され支援される対象であると一般的に推察されることが多いと考えられるが、家族の状態によっては外部からの支援を十分に得ることが困難な場合に、子どもは通常であれば大人が行うと想定されているレベルのケアを引き受け、家族の世話や家事、感情面のサポートをこなすことがある²²⁾。こうした子どもたちが「ヤングケアラー」と呼ばれている。

土田らは「精神障害をもつ親の子育ては、その時々
の精神状態に左右される。このような親と暮らす子どもは、家事など親のできなくなった役割を担い、親のケアをしながら生活することが多いが、障害を持つ親への忠誠心、社会的偏見から、外部の者に助けを求めない傾向にあり、誰にも相談できずに一人で抱え込んでいることが予測される」と述べている²³⁾。ヤングケアラーが日本において注目されるようになったのも 2000 年以降からであり、子どもが親の介護を担う状況が今まで把握されにくい状態にあったのは、子どもが外部に相談できる機会を社会的に失っていたとも推察される。精神障害に対する偏見や差別は、日本の精神障害者の歴史の変遷において現在に至るまで深く根付いたものであり、そうした偏見や差別に対して対抗する術を子どもは持っていない²³⁾。また、精神障害者である親自身も、子どもに対して過度に反応を求めたり、逆に子どもの要求や話しかけに対して適切な返しができなかつたりなど、子どもとの情緒的なやり取りに困難を抱え、援助を必要としている。当事者自身が持つ内なるセルフスティグマなどによって、何らかの問題が生じても親子で抱え込み、地域で孤立してしまう可能性がある^{23,24)}。

そもそも、筆者もこれまで統合失調症患者の子育てについて検討するなかで、諸家が総じて統合失調症患者の子育ての難しさや支援の困難さが示していることを確認している。たとえば、山下は、統合失調症に罹患した親について、「陽性症状が強い場合は、関係者が被害妄想に巻き込まれるとその妄想の

対象になってしまうことがあること」「陰性症状が強い場合は、適正な養育がされていないことが多く、子どもに対して親としての関わりが少なくなっており、子どもの心身発達上の問題が生じることになる」としている²⁵⁾。また、森鍵らは、保健師 2 名へのインタビュー調査の結果から、「多面的な本人と環境の理解のための総合的なアセスメント」「母親の心の安定から子どもの心の安定や成長につなげるための継続的な支援」「関係機関との連携調整」の重要性を示している²⁶⁾。さらに、蔭山らは、精神障害を持つ親の半数以上が実家からの支援を受けており、育児支援のニーズが高いとしている。加えて、妊娠・授乳中に胎児・新生児への影響を心配して服薬を中断することから、病状が不安定となり、結果的に育児支援の必要性が高まっているとの見方をしている²⁷⁾。すなわち、精神障害を持つ親に育てられた子どもは、子ども自身も精神疾患のハイリスクであり、親の育児支援は、子どもの支援という意味でも重要であることを示している²⁷⁾。

このようなテーマの場合、論点はいくつかあるが、筆者はヤングケアラーに対してのリカバリーをめざす支援を行い得るかということと、子育てを行っている母親のリカバリーをめざすことが両立するかということに関心がある。いわゆる「支援する側にいる子どもの概況」を中心に検討すべく、「統合失調症患者の子育て、家庭教育の課題に関する研究～子どもの生活状況を中心に～」(公益財団法人前川財団・平成 28 年度家庭・地域社会教育研究助成)と題する以下の調査を実施した。

1. 研究テーマ：統合失調症患者の子育て、家庭教育の課題に関する研究～子どもの生活状況を中心に～

2. 目的と関心

本研究の目的・関心は、統合失調症患者に養育された子どもについて、ヤングケアラーとしての子どもに焦点を当て、生活状況の実際を検討するとともに、母親と子どもの双方のリカバリーに関する概況を検討することにあつた。この背景には、筆者が同財団平成 27 年度家庭教育研究助成により実施した「統合失調症患者の子育て、家庭教育の課題に関する研究」において得られた結果のなかで、「幼くして『支援する側』にいる子ども」の実態が示唆されたことがある。子どもによる“母親を助けるため”の子ども同士の関係構築の無意識的な軽視、母親以

外との社会関係の偏った構築などを中心に、家庭教育の観点からも早期から「支援する側」にいる子どもの状況や弊害は明らかにする必要がある。

3. 研究方法・倫理的配慮

本研究では、2名の統合失調症患者（女性）とその子（各1名）に対し、半構造化インタビューによる調査を実施した。

内容は子どもに対しては、①基本属性、②母親との関係、手助けの状況、③母親の病気への理解の状況、④学校生活の状況、⑤学習の状況、⑥友人関係の状況の6項目とした。また、母親に対しては、毎月、その月に苦労したことをインタビューし、そこから子育てに関する考え方を聞き、その変化の考察を試みる方式を採用した。ただし、被験者の状況を勘案し、各内容は項目ごとにインタビューすることを避け、雑談等を交えながら触れるように心掛けた。さらに、インタビューで得られた結果からカテゴリーを抽出し、概ねの分類を試みた。本研究では、被験者にそれぞれ5回（2ヶ月に1度程度）のインタビューを実施した。この方法を採用する事由は、実態をより実証的に明らかにする必要があるものの、被験者の記憶や表現力の限界から一時点の横断的な調査では実態が見えないことが想定されることによる。

本研究において上記2名の当事者を選定した事由は、1) 前出の前川財団の助成により2017年より継続して調査していること、2) 先に述べた調査内容に関し、すでに研修会等で当事者が成果発表等をしており、自身の実践を振り返り広く社会に発信することや調査への参加意欲が高いことがあげられる。

倫理的配慮では、研究の概要、プライバシーの配慮を書面にて説明し、参加の自発性を口頭と文書にて確認した。また、結果を公益財団法人前川財団への成果報告や関係学会での発表、学術論文として投稿することの許諾を得た。

4. 結果

本稿では、本研究で得られた結果について、②母親との関係、手助けの状況、③母親の病気への理解の状況について報告する。なお、分析にあたっては、内容分析（content analysis）の方法論に準拠し、頻回に語られる語や話題が移り変わる契機となったフレーズを抽出した。

(1)②「母親との関係」について得られたカテゴリー

以下の15カテゴリーを抽出した。

1	「好きだけど困ることもある」
2	「信じたいけど信じられない」
3	「自分が何か違う」
4	「友達いない」
5	「毎日2人きりだからどうしたらよいかわからない時もある」
6	「いじめられる」
7	「抱きしめられる」
8	「周囲への不信任感」
9	「あまり遊んでいないから友達がほしい」
10	「よく泣いている」
11	「祖母が助けてくれる」
12	「ちゃんとしないと祖父が怒る」
13	「叔父が助けてくれる」
14	「恐怖感」
15	「母の具合が悪いと追い出される」

(2)③「母親の病気への理解」について得られたカテゴリー

以下の14カテゴリーを抽出した。

1	「幻覚がある」
2	「いろいろ説明されたけどわからない」
3	「自分(子ども)も受診したほうがいいと言われた」
4	「受診への恐怖」
5	「自分の気持ちを伝えていない」
6	「母親の気持ちはよく聞く」
7	「口に出して言えた」
8	「緊張」
9	「期待」
10	「不安」
11	「頑張らないように頑張る」
12	「祖父母が教えてくれる」
13	「祖母がよく母親を怒っている」
14	「祖父がよく母親を怒っている」

(3) 母親の「子育てに関する考え方」について得られたカテゴリー

以下の16カテゴリーを抽出した。

1	「自信がない」
2	「うまくいかない」
3	「自分に育てられるのか」
4	「思うように子育てができない自分に自信をなくす」
5	「子どもに申し訳ない」
6	「具合が悪くなると何もできない」
7	「ストレス発散の方法がわからない」

8	「誰かに助けを求めていいと思った」
9	「両親に助けられている」
10	「理解してくれる看護師、医師がいる」
11	「私が頑張らないといけない」
12	「子どものいない生活は考えられない」
13	「みんなはどうしているのか」
14	「子どものいない人生は考えられない」
15	「私の人生は困難が多い」
16	「自分で選んだ道」

4. 小括

(1) ケアを担う子どもと精神障害当事者の母親との関係

本調査の結果では、まさに揺れ動く子どもの様相が明らかであった。母への愛、不安感、そして、自身の人間関係や学校等での状況が因果関係も含めて子どもなりに分析し、説明しようとしている様子がみてとれた。

そもそも、子どもがケアを担うことについて、日本では「親（家族）の世話は子どもがするもの」であるという考え方が今でも広く根付いており、福祉的な制度において家族の有無は非常に重要視されている。「家族＝支援を担うもの」として認識されているため、子どもが親の支援をしている姿を見ても深刻に捉えられない環境に日本のヤングケアラーは置かれている²⁸⁾。青木は「日本では、家族の介護を担うのは中高年者であると捉えられており、介護をする子どもがいても『よくできた子』とみられ、未成年の子どもが介護を担うことそのものへの関心は薄い。さらに子どもがその介護による負担から子どもらしい時間を過ごすことや必要な支援を受けることができずにいるということは、見過ごされがちである」と述べている。子どもが介護を担うことによる、子どもが子どもらしい時間を過ごせないことに対する問題が注目されずにいる²⁹⁾。

精神障害のある親を持つヤングケアラーは、親の病気についてはっきりと知らされていない場合が多く、親が苦しんでいる精神症状に対してどのように対応すればよいのかわからず戸惑ったり、何もできない無力感と自責感に苦しむ子どももいる。また、自立し自分が家になくなった場合に、親の精神症状が悪化したり、親の生活が成り立たなくなることを心配して、進学する学校や就職先の選択を自ら狭めてしまう場合もある³⁰⁾。精神障害のある親をケアする子どもは「ケアラー」である前にまず「子ども」

であるということを認識する必要がある。そして、「ケアを選ぶ権利」、すなわちケアをしない権利とケアを主体的に担う権利のいずれかを、選択することができることを意味している^{30,31)}。子どもは、子どもである時間を過ごす権利がある。ヤングケアラーを支援することに関して、澁谷は「成長途中にあり、社会経験や人間関係を広げていくことが求められる子どもにとっては、その意義はより大きいといえるだろう。子どもは大人に比べ、自身のニーズを言語化することも難しい。こうした子どもがかなりの規模にいることをまずは認識し、子どもの話を丁寧に聞けるような仕組みを制度としてつくっていくことは、予防的福祉という観点からも重要である」と述べている²¹⁾。年齢に対して担う負担の多いヤングケアラーについて、支援が必要な当事者とは別に、支援をする側のニーズについても考え、子どもであり、なおかつケアの提供者であることを十分に理解した支援が望まれる。また、精神障害を持つ親の支援を担う子どもをについて、病院などの医療機関以外にも、学校などの教育関係機関または住んでいる地域において、抱える困難を相談できる場所と機会をつくる必要があると考える^{21,29)}。

(2) 母親の「子育てに関する考え方」とリカバリー

調査を実施した約半年間のなかで、母親の子育て観は目の前の子どもとの関わり次元から始まり、やがて自分の人生観をも含めた価値意識の変化が見えたと思われる。本稿は試論であることから、今後これらの時系列的な変化を実証的に検討していく必要があるが、筆者の印象は、たとえば、Deegan, PE のリカバリーの定義や Ridgway, P が指摘するリカバリーの過程にも通ずるものがある³²⁾。

Deegan, PE はリカバリーについて、「ひとつの過程、生活の仕方、姿勢、日々の課題への取り組み方である。それは完全な直線的過程ではない。ときに私たちの進路は気まぐれで、私たちはたじろぎ、後ずさりし、取り直し、そして再出発するのだ。必要なのは障害に立ち向かうことであり、新たな価値ある一貫性の感覚、障害のなかで、あるいはそれを越えた目的を回復させることである。熱望は、意義ある貢献ができる地域で生活し、仕事をし、人を愛することである」とし、過程であり結果でもあるリカバリーの考え方を示している³²⁾。そして Ridgway, P はリカバリーを以下の要素を含む一連の旅として説明している。すなわち、「①絶望の後の希望の目覚め」

「②否認を乗り越え、理解と受容に到達する」「③引きこもりから、出会いと生活への積極的参加に変化する」「④受け身的な対応ではなく、積極的な対処へ」「⑤もはや自分自身を第一義的に精神障害者と見ることなく、肯定的な自我をよみがえらせる」「⑥疎外感から価値意識と目的意識に変化する」の6点である³⁾。

本研究の結果では、母親へのインタビューから抽出したカテゴリーでは、殊に、リカバリーの定義のなかでは、“たじろぎ、後ずさりし、取り直し、再出発する”“新たな価値ある一貫性の感覚”“人を愛すること”にニュアンスとして近いものがあることが推測される。そして、リカバリーの過程のなかでは、「⑤もはや自分自身を第一義的に精神障害者と見ることなく、肯定的な自我をよみがえらせる」「⑥疎外感から価値意識と目的意識に変化する」にニュアンスとして近く、インタビューを重ねていくなかで、母親の発言に“人生”などのいわば哲学的で達観的なフレーズが多くなる度、子育て、出産がリカバリーの過程に影響を与える可能性について検討していく必要性を再認識するのである。ただし、本研究の対象者は2名と限られた人数であったことや試行的なインタビューであったこと、複数年に渡り調査を継続してきており、筆者の研究の目的や関心を理解しているため、回答に偏りが生じた危険性が否めないことは申し添える。

IV. 精神障害者のリカバリーと地域精神保健福祉活動を再考する

本稿では、リカバリーや家族支援、地域精神保健福祉活動に関する諸家の知見を概観するとともに、筆者がプレ調査として実施したヤングケアラーに関する調査について結果の一部を報告した。かなり雑多な内容になってしまったが、今後の議論への話題提供として本稿を提示したい。

野中はリカバリーを実現するための社会の構成要素として以下の7点をあげている³⁾。

- ①関係づくり（エンゲージ・アウトリーチなど）
- ②情報提供（疾病・障害・治療・リハビリテーション・社会資源・過程や予後など）
- ③生活基盤（住居・就労・経済保障など）
- ④セルフヘルプ活動（情報・場所・資金など）
- ⑤生活改善計画（ケアマネジメント・ケアナビゲート・SSTなど）

⑥地域社会の資源（合理的配慮というバリアフリー社会）

⑦自由と責任が大切にされる社会

やはりこのなかでも筆者は「生活基盤」「セルフヘルプ活動」「地域社会の資源」に強い関心があり、これらを考えることが先に述べた地域精神保健福祉活動を考えることにもつながるものと確信している。

筆者が所属する大学がある北海道名寄市では、1980年代から、精神障害者を対象とした社会復帰活動の創出が行われてきているが、それは1960年代に設立された日本キリスト教団道北クリスチャンセンターを拠点としつつ、家族会、市立総合病院、そして市民らに支えられて可能になった活動であり、精神障害者の地域生活支援体制を形作ってきた³³⁾。そして、1989年に出された石川らの論文では、名寄地区の可能性について、以下のように述べられている³⁴⁾。

「名寄地域は、現代社会の歪みである過疎と経済的貧困の中にあるが、ただ、一地域、一保健所、一精神科医療機関という特性があり、医療と行政が連携を持ちやすく、きめこまやかな地域医療を行いやすい環境にある。さらに民間社会復帰施設である『緑ヶ丘寮』がこの連携に加わっていることは、医療と福祉が協調できるというもう一つの地域特性となるだろう」。

また、1993年4月には「緑ヶ丘授産所」が複数の事業をスタートさせ、これらは、今日であれば、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、生活訓練、地域活動支援センターと、事業種別に振り分けられていくものなのかもしれない。それが自然発生的に当事者のニーズに基づいて生じ、施設が受容していることに今日の制度に先立つ先駆性を感じる一方で、制度にない包括性もまた見えてくる。以上を考えれば、名寄地区はかなり早期から、地域精神保健福祉活動の拠点ができ、保健医療福祉だけの枠組みだけでは網羅できない総合的な支援を、クリスチャンセンター関係者により行われ、当事者のリカバリーにつながる活動を生み出してきたものと推測される³³⁾。

このように史的に小さな町で、実践家が限られた資源を活用し、そして足りない資源を創設してきたことは古くからある種の時代精神としてのリカバリーが存在してきたものと思われる。そして、今、

ここに今度は大学や学生が加わり、より未来志向で持続可能性を考慮しながら様々なシステム構築につながっていく必要がある。先に述べた統合失調症の母親と小学生のヤングケアラーの調査でも、それぞれの「生活基盤」を整え、必要な「地域社会の資源」を維持し、仲間や友人という意味での「セルフヘルプ活動」があればより大きな「希望」をもって生きていけるであろう。

いずれにしても、支援や土壌づくりは多くの人々が様々な視点を持って関わることが求められる。その点においては、社会福祉学科のみならず、栄養学科、看護学科、社会保育学科を擁する大学に課せられる使命は決して小さくはないことを再確認する。

文 献

- 1) 野中猛：精神障害リカバリー論，リカバリーへの道．岩崎学術出版社，2006.
- 2) 新海朋子，住友雄資：精神障害をもつ人のリカバリー概念に関する文献検討．福岡県立大学人間社会学部紀要，26(2)：71-75，2018.
- 3) 野中猛：リカバリー．中央法規出版，2011.
- 4) William A. Anthony: Recovery from Mental Illness, The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4): 11-23, 1993.
- 5) 横山恵子：家族支援の現状と展望．精神障害リハビリテーション雑誌，21(1)：147-150，2007.
- 6) SAMHSA (2006): National Consensus Statement on Mental Health. (<https://www.samhsa.gov/recovery>)
- 7) 濱田由紀：精神障害をもつ人のリカバリーにおけるピアサポートの意味．日本看護科学会誌，35：215-224，2015
- 8) 大崎瑞恵，大西アリナ，大井美紀：地域で生活する精神障がい者のリカバリーに関する要因分析，就労継続支援B型事業所における参与観察を通して．精神科看護，42(1)：57-66，2015.
- 9) 山口創生，松長麻美，堀尾奈都記：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，62：15-20，2016.
- 10) 藤田英美，加藤大慈，内山繁樹，渡辺厚彦，武井寛道，星竜平，水野直武，中村亮，中村正子，佐伯隆史，河西千秋，平安良雄：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)：21-28，2013.
- 11) Onken SJ, Dumont JM, Dornan D, et al: Mental health recovery: What helps and what hinders? National Technical Assistance Center, 2002.
- 12) ロバート・ポール・リバーマン：精神障害と回復．星和書店，2011.
- 13) 心光世津子：日本における精神障害からの「リカバリー」の包括的理解と支援のための実証的基礎研究．科学研究費助成事業 研究成果報告書，2014.
- 14) 木村真理子：リカバリーを促進する精神保健システム，専門職と当事者のパートナーシップを求めて．精神保健福祉，34(4)：309-314，2003.
- 15) 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あり方に関する調査研究．全国精神保健福祉会連合会，2010.
- 16) 蔭山正子：精神障がい者から家族に向かう暴力．精神科臨床サービス，17；100-103，2017.
- 17) 読売新聞：子の障害・病気悩み殺害……親の7割，65歳以上．（朝刊2017年4月2日）.
- 18) 大島巖，伊藤順一郎：家族と家庭のケア力を強める．こころの科学，90：83-88，2000.
- 19) 大島巖：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，10：278-283，2010.
- 20) 大塚俊弘：自治体の地域保健福祉活動とリカバリー．精神保健研究，64：63-66，2018.
- 21) 澁谷智子：ヤングケアラーに対する医療福祉専門職の認識，東京都医療社会業協会会員へのアンケート調査の分析から．社会福祉学，54（4）：70-81，2014.
- 22) Department of Health：Recognised, valued and supported：next steps for the Carers Strategy．UK，2010.
- 23) 土田幸子，長江美代子，服部希恵，鈴木大，甘佐京子，田中敦子．精神に障害を持つ親と暮らす子どもへの支援，「精神障害の親との生活」を語る講演会の開催と参加者の反応．三重看護学誌，13：155-161，2011.
- 24) 森田久美子：精神障害のある親をケアする子どもと精神保健福祉士の役割．精神保健福祉，47（2）：100-103，2016.
- 25) 山下浩：精神障害を持つ親とその子どもに対する理解，小児保健研究，72(6)：769-776，2013.
- 26) 森鍵祐子，大竹まり子，大谷和子，細谷たき子，小林淳子：子育て中の統合失調症の母親に対する保健師の支援．北日本看護学会誌，17(1)；19-24，2004.
- 27) 蔭山正子，田口敦子：精神障がいをもつ母親への保健師による育児支援技術，病状と育児のバランスを図る．日本地域看護学会誌，16(2)；47-54，2013.
- 28) 森田久美子：精神障害のある親を持つヤングケアラー．心と社会，日本精神衛生会，48(1)：66-70，2017.
- 29) 青木由美子：介護を担う子ども（ヤングケアラー）研究に関する文献検討．ヒューマンケア研究学会誌，7（2）：73-78，2016.
- 30) 森田久美子：精神障害の親を介護する子どもに関する研究の動向と展望．立正大学社会福祉研究所年報．15：89-106．2013.
- 31) 森田久美子：精神障害のある親をケアする子どもと精神保健福祉士の役割．精神保健福祉，47（2）：100-103，2016.
- 32) チャールズ・A・ラップ，リチャード・J・ゴスチャ：ストレングスマodel，リカバリー志向の精神保健福祉サービス．金剛出版，2014.
- 33) 松浦智和，永井順子：名寄地区における精神保健医療福祉の源流に関する一考察：1980年代の社会復帰活動の創出を中心に．コミュニティケア教育研究センター年報，2：55-64，2018.
- 34) 石川幹雄・柴崎淳一・中田修平ほか：精神分裂病者の社会復帰について，社会復帰施設『緑ヶ丘寮』の現状と問題点．臨床精神医学．18(3)：397-404，1989.

Tentative study on Recovery of Persons with mental disabilities and community mental health welfare services

- Young Caregivers' Problems -

Tomokazu MATSUURA ¹⁾

¹⁾Department of Social Welfare, Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University

Abstract: The purpose and goal of this paper are organization of the researchers' information related to the concept of recovery for persons with mental disabilities. From the author's experience of friendship with the parties concerned and interaction with their families, their recovery and family support are discussed. The recovery concept has been used frequently since long ago in the field of mental health welfare, including that in the field of social work. Consideration of recovery necessitates a shift of our focus from difficulties surrounding their families' support system. Acceleration of recovery requires examination of the conditions of regional mental health welfare activity. Moreover, to ensure support and the building of a public consensus, many people with diverse perspectives are necessarily involved. Given this point of view, we reconfirm that the mission of the universities having social welfare department is definitely not small, including nutritional science, social welfare, nursing, and social nursery.

Key words: family support system, mental disabilities, recovery, regional mental health welfare activity, young caregivers