

想実現会議)の動向などが絡み、過去2回に匹敵する改革前夜の様相を呈しているように見える。

したがって、このような時点で「家族支援」の方向性について検討することは、とりもなおさず、今求められている日本の精神保健福祉改革の方向性を見定めることにつながる。

## □ II キーワードとしての「家族支援」□

過去2回のうねりが家族にもたらした影響を見ると、第一回目は家族会という自助組織の全国組織化(全国精神障害者団体連合会(全家連))があり、第二回目には自助に至るエンパワーメント過程を支援する心理教育の登場があった。第三回目のうねりが家族に与える影響を占うポイントは、もっぱら使われている「家族支援」という用語にある。この言葉の字面からは、今回の注目されているポイントが、「支援されるべき存在としての家族」であると読める。それは、自助とエンパワーメントを志向したこれまでの流れを180度転換させたようにも見えるが、それは正しくない。むしろ、これまでの流れの延長線上で、さしあたって自助の力がなく、支援を必要とする家族の存在を正視するところまで、家族を見る視野が広がったと見るべきところである。

さて、ここで改めて「家族支援」という用語について考えてみたい。この用語がいつから使われ出したか定かにできなかったが、少なくとも、最近に至るまで、今日ほど高頻度に用いられた形跡はない。むしろ、従来論文にしばしばあらわれたキーワードは、「家族援助」「家族看護」などであった。「家族支援」を辞典で引くと「家族の抱えている問題を理解し、家族の解決の目標を確認し、家族とともに問題解決の過程を歩むこと」<sup>12)</sup>と記されている。ここで、前に挙げた二つのキーワードとの決定的な違いは、「家族とともに」という専門家の姿勢を強調するところにあるのではないだろうか？ 私見では、紹介した定義では、「家族とともに」が「問題解決の過程」とのみ関係するように見えるが、実際には、「家族の抱えている問題を(家族とともに)理解し」「家族の解決の目標を(家族とともに)確認し」でなければならない。そこから見て取れることは、家族を専門

家の援助の客体としてではなく、自ら援助を受ける権利を有する主体として捉えるという思想である。専門家に問われているのは「パートナーシップ」である。精神障害当事者とスタッフの「パートナーシップ」については、「より仲間に近い存在」「大人と大人の関係」「人間としてはあくまで平等であるが、対等ではない」などと言われる<sup>13)</sup>が、「家族支援」の方向性を検討する際には、まさに家族と専門家間の「パートナーシップ」のありようを具体的に描くことを避けて通れない。そして、それは、当事者の支援のゴールとして人口に膾炙している「リカバリー」を家族にももたらすものでなくてはならない。ある家族は「家族である私にとっての回復(リカバリー)とは、トコトン失ったあとに、失うものが何もなくなって与えられた「恵み」のようなものである」<sup>6)</sup>と述べている。パートナーとして家族支援を行う者は、こうした言葉の意味と背景を十分に理解しなければならない。

また、あらゆる支援についていえることであるが、「家族支援」においても、制度的支援と臨床的支援を分けて検討する必要がある。制度的支援は、その制度の効力の及ぶすべての対象が享受する権利を持つべきものであり、臨床的支援は、制度的支援を個別事例に確実に適用する過程である。一般に、制度と臨床は、対人サービスにおける補完し合う両輪であり、どちらが欠けても効果はあがらない。

なお、第三のうねりとしての、今回の家族への注目の高まりの特徴がもう一つある。それは、前二者の場合、家族といえは、多くの場合「統合失調症の患者を身内に持つ家族」であったが、今日の家族はそれに限らない。先に挙げた専門誌の家族に関する特集でも、対象は認知症、発達障害、うつ、アディクション、ひきこもり等と非常に多彩となっている。今般、この事実を無視して「家族支援」の今後のあり方を語ることは不十分であることを指摘した上で、本稿では当面統合失調症の「家族支援」を念頭に置いて論を進めることをお許しいただきたい。それは、著者の能力の限界によることが最大の理由ではあるが、それに加えて、この疾患がとりわけ強制的な治療の対象とな

ることが多く、また一般に経過が長期にわたるなど家族に与える影響が大きく、さらにこれまでの精神科医療、法制度の歴史の遺産を引きずっていることによるためである。

本稿では「家族支援」という言葉とその範囲をこのように設定した上で、以下の論述では括弧を外し、今後の精神保健福祉改革におけるあり方を論じてみたい。

### □Ⅲ 精神障害者家族と 家族支援をめぐる今日の状況 □

#### 1. 精神障害者家族の現状と課題

最近、統合失調症の患者と暮らす家族に対する大規模なアンケート調査（有効回答数；4,419）が全国精神保健福祉社会連合会（みんなねっと）の会員に対して実施された<sup>14</sup>。その結果の詳細とその結果を踏まえての家族の提言については、本特集において別の著者が論じる予定であるので、ここでは、精神障害者と家族のおかれた状況について簡単に要約しておくにとどめる。

- ・回答者は親が85.1%を占め、その大多数が本人と同居していた。本人の病名は統合失調症が82.1%を占め、平均年齢は42.4歳、平均罹病期間は20年を越えていた。
- ・本人の多くが在宅で、就労（自営業・アルバイト含む）している人が少なく（7.3%）、デイケアや地域の通所施設を利用していない人が3割近く存在していた。
- ・回答者の多くは自身の健康問題を抱え、回答者自身の高齢化の問題に不安を持つ人が64.1%と高率で、本人の他に要援護者がいるとの回答が31.7%に上った。本人のために平均6万5千円を支出していた。
- ・家族の過去の困難な経験については、本人の状態が悪化した時に近隣とのトラブルなどが生じ、肩身の狭い思いをしたり、孤立感を覚えたりしたことがある（約5割）、本人が1カ月以上治療を中断したことがある（約3割）、本人がいつ問題を起こすかという恐怖心が強い（6割強）などの回答が得られた。精神的不調のために服薬治療を受けたことがあると

の回答が4割近く見られた。また、約7割の家族が、必要な情報が得られず困惑した経験を有し、きめ細かく家族の相談に乗ってくれる存在を求めているが、安心して相談できる専門家を容易に見つけることができなかつたと回答した。また、本人の療養のために就労状況に影響がでた人や、趣味などを行う余裕がなくなった人もいた。

この結果を見るに、精神障害者と暮らす生活上の負担が長期にわたることで家族にさまざまな影響が出ること、特に病状悪化時に対応が困難になること、将来に対する不安、などが家族に共有されていることがわかる。こうした状況は、これまで全国精神障害者家族会連合会が1985（昭和60）年、1991（平成3）年、1996（平成8）年、2005（平成17）年と会員に対して行ってきた全国調査でもつとに指摘されてきたことであり、今回の調査でそれが一向に改善されていないことに加え、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。この調査結果は、家族会会員の状況を反映したものであるが、家族会に属していない多くの家族の現況や過去の経験も、今回の調査によって示されているものと同様であると推定される。

#### 2. 家族をめぐる制度的支援の現状と課題

精神障害者家族に関する法制度の主なもの、精神保健福祉法に規定されるいわゆる保護者制度である。保護者は、精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど、患者の生活行動一般における保護の任に当たらせるために、精神保健福祉法に特別に設けられた制度である<sup>15</sup>。この制度は、さまざまな問題があることが指摘されている。制度論として、①精神障害者すべてが無条件に対象となる点、②保護者の任期に関する規定がない点、③本来は公法上の義務である保護義務を履行困難な家族に負わせている点（自傷他害防止監督義務が削除されても保護義務の基本的な性格は変わっていない）、④公的保護者と家族の保護者の義務の齟齬（内容が一致しないこと）、などである。「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケアの改善のための原則」（いわ

ゆる国連原則)が採択されて以降、原則に盛り込まれた個人的代理人の規定が、もっぱら本人の人権擁護に当たるのと比較して、保護者の規定は患者擁護の色合いが弱いことも問題となった。保護者制度は、精神障害者の精神科病院収容を家族の保護者を介して円滑化させ、折からの高度経済成長期に勤労世帯の負担軽減をはかるといった歴史的機能を担ったものであるが、精神科医療の諸問題を解決する上で桎梏となって久しい。池原は、皮肉をこめて、保護制度は①共倒れ促進機能、②再発促進機能、③退院消極化機能、④社会的支援・福祉的支援後退化機能を果たしてきたと述べている<sup>3)</sup>。

こうした旧態依然とした制度の改革の必要性に関する認識は1990年代以降徐々に広がり、精神保健福祉法の改正のたびに保護者制度の改革が組上に上ってきた。その結果、保護者規定はいまだに存続しているものの、保護義務者から保護者呼称規定の変更と社会復帰の際の相談援助を求めることができるとの規定の付加(1993(平成5年)改正)、自傷他害防止監督義務の削除と保護義務の対象者の限定に関する規定の付加(1999(平成11)年改正)など保護義務規定の軽減が図られた。また、以前からあった保護者がいない場合に市町村長が同意する規定に加え、保護者がいない場合、4週間に限り扶養義務者の同意で医療保護入院できるとの規定の付加(1987(昭和62)年改正)や、保護者がいない場合、移送制度の同意は扶養義務者で足りるとの規定(1999(平成11)年改正)ができたことで、たとえ一時的にせよ保護者機能を行ってできる家族の範囲が広がり、さらには成年後見制度の開始に伴い、複数後見人や法人が保護者となる実態も生じている<sup>12)</sup>。保護義務の軽減化や関連法規がもたらした変更の結果、今日ではことさら家族の一人を保護者に選任する意義も薄れてきた。

こうした中、2010(平成22)年6月29日閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」の中に、「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」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年度を目途にその結論を得る」との文言が入れられたことを以て、保護者制度の存

廃が改めて国の検討課題となるに至っている。現在厚生労働省の「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」の第3Rで保護者制度の見直しの検討が進められている。現時点までに個々の保護義務の整理が行われ(図1)、次期精神保健福祉法改正の際に、保護義務が削除される可能性が高まっている。むしろ、おおかたの関心は、保護義務規定の削除に伴い、医療保護入院の規定がどのように変更されるかに向かっていると考えられるが、この点については、いまだに方向性は見えていない。

さらに、保護者制度という「家族への法外な責任転嫁」を反省して廃止するだけではなく、本来は、家族自身をもっと積極的に支援する制度が必要である<sup>4)</sup>という認識から、イギリスにならって、「介護者支援推進法(仮称)」の制定を求め、家族など無償の介護者のためのケアラー連盟が結成されるに至っている<sup>2)</sup>。

### 3. 家族に対する臨床的支援の現状と課題

家族会の調査結果のごとく不十分の誇りはまぬがれないとしても、臨床の現場では精神障害者本人や家族の要請に応じて、あるいは専門家が提案する形で、さまざまな支援が展開されている。

しかし、個人情報保護法の施行以降、特に外来患者の場合に、患者の個人情報保護の必要性を盾に家族が主治医の診察に同席することや、家族との個人面談が拒絶される事態が一部で起きているようである。臨床に携わる者が、身内の状態を案じ、熱心にかかわろうとする家族を排除して、あまつさえ「過保護」などの非難がましい言葉を投げかけるようなことがあってはならないはずであるが、こうした体験を涙ながらに訴える家族がいまだにいるのが現状である。

家族の要望に応える一つの形として、1990年代から家族心理教育が普及してきている。心理教育の普及と技術の研鑽を目的として創設された心理教育家族教室ネットワークは、2012年春には14回目の年次研究集会を開催するに至っている。家族心理教育とは「精神障害者の家族に対して、病気の性質や治療法、対処法など、療養生活に必要な正しい知識や情報を提供することが、効果的な治療やリハビリテーションを進める上で必

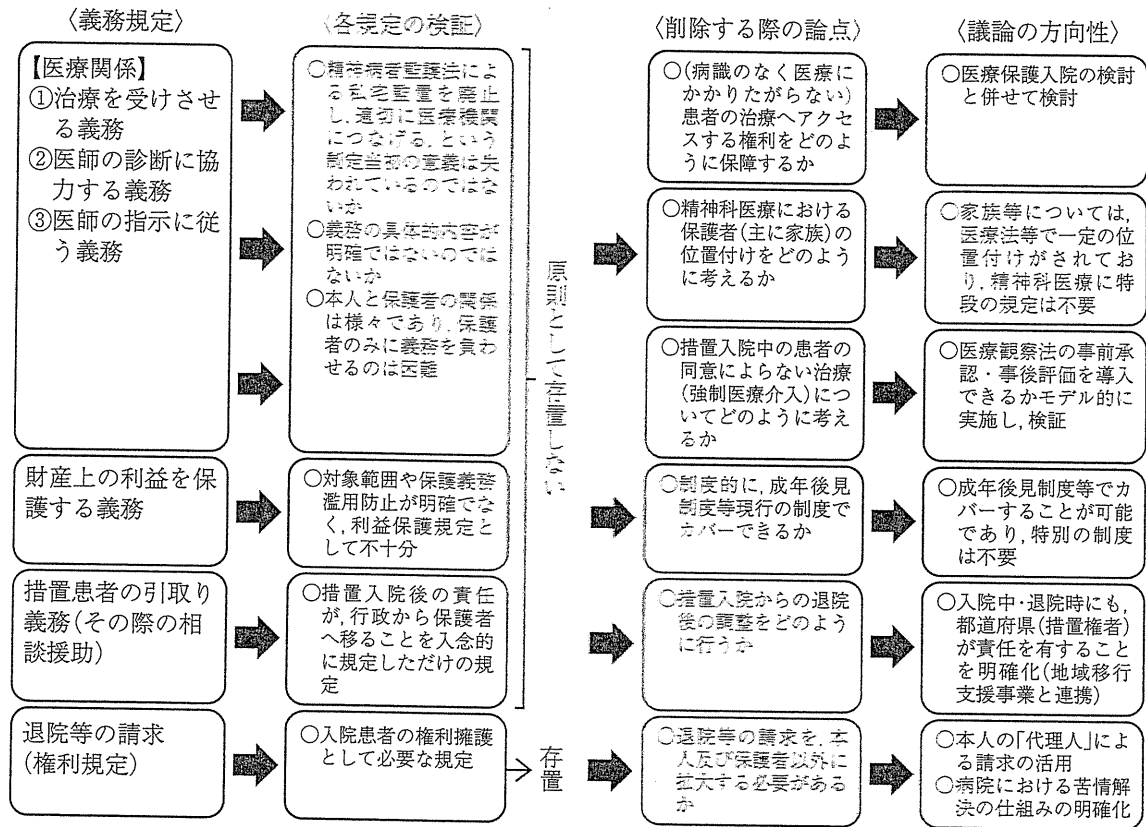


図1 保護者に課せられた各義務規定に関する整理

要不可欠であるとの認識のもとに行われる、心理療法的な配慮を加えた教育的アプローチのことである」<sup>8)</sup>。元来は感情表出の研究成果をエビデンスとする再発予防プログラムであったが、今日家族への支援の姿勢を強め、家族のエンパワーメントとリカバリーを中心に据えた修正が行われてきた<sup>9)</sup>。最近では、その実施普及に向けて、科学的根拠に基づく実践ツールキット(EBPツールキット)が紹介され<sup>9)</sup>、対象となる精神疾患も拡大してきている。さらに、「家族ゼミナール」その他の名称で家族が家族に情報提供する試みも広がってきている<sup>10)</sup>。しかし、家族心理教育は、いまだ診療報酬の対象となっていないため、誰もが求めに応じて利用できるものとはなっていない。

また、いかに情報提供を受け対処技能を磨いても、家族には困難に感じられることがある。家族会などでは、必ずといってよいほど、専門家が情報提供するだけでは解決できない家族の悩みや困難が語られる。身内の発病の衝撃を受け止め、今後生じるさまざまな可能性を理解した上で現実的に対処すること、病識のない急性期の患者を医療

につなげる方法、精神症状や能力障害を抱えた患者の退院引き取りなど、など家族の課題は枚挙にいとまがない。畢竟、家族の多くの要望の中でもっとも必要性が高いのは、自分ではどうしようもない事態に直面した家族に対し、家族の立場に立って、支援に力を貸すことができる専門家の存在であることは疑いない。家族の心情に配慮し、決して十分とはいえない地域の社会資源をやりくりして利用することで、ともかく目前の問題解決を図る臨床的支援を行うことが、家族のパートナーとしての専門家に求められている。家族の悩みを誠実に聞き取り、ともに問題解決を図ることができる立場にいて、しかも対処するに足る臨床手腕を有する専門家の支援を、誰でも必要時に利用できる体制を整えることが、喫緊の課題である。

#### □ IV 家族支援の方向性 □

以上、精神障害者家族、関連法制度、臨床的支援の現状を述べ、併せて課題に触れてきた。家族支援の方向性とは、挙げられた課題を一つひとつ改善していくことに他ならない。しかし、現時点

でもっとも大切なことは、家族に対する臨床的支援が行える枠組みを制度的に整えることである。制度を整えるということは、必要とするすべての家族がその支援の利用を保証されるということではなければならない。しかし、財政が逼迫する中、そのための人材と財源をどこから確保するかが最大のネックとなる。

国の動向を見ると、現在厚生労働省は「新たな地域精神保健医療体制の構築」に向けた検討を行っており、その中で保護者制度と医療保護入院が狙上に載せられている。現時点ではその着地点が見えていないが、著者は、今回の改正では非自発的入院の一本化を実現することで医療保護入院を発展的に解消させるよりも、医療保護入院の規定を改正し、むしろこの機会を利用して、誰に対しても家族支援が行える制度づくりと絡めることが今後の精神医療改革に役立つのではないかと考えている。すなわち、医療保護入院については、同意する者を保護者ではなく扶養義務者とするとし、あわせて①入院要件の厳密化、②入院期間の限定、③同意する扶養義務者には医療機関とは独立した相談援助者（精神保健福祉士等）を必ずつける、という要件をつける。特に三番目の要件により、保護者による本人擁護が制度上弱くなる分の埋め合わせをすると同時に、扶養義務者の負担軽減にも寄与できるのではないかと考える。

この相談援助者は入院中、本人や家族の相談に乗り、さまざまな情報提供を行い、退院に際しては、家族との調整に努めるとともに本人の「代理人」として退院等の請求を行う（図1）。退院促進事業等を通じて、地域の相談支援担当者の果たす役割が大きいことはすでに明らかである。地域の相談援助職が一人ひとりの医療保護入院患者に関与することにより、例外なく相談援助の体制がとられ、退院後の地域での生活支援につながるものが期待できるのではないだろうか？ また、増員された相談支援員を中心として、家族等の最大の関心事である本人の病状悪化や家族の困難時に速やかに相談を受けられるような体制づくりや、心理教育をあまねく行うための体制づくりを進めることも可能となるのではないだろうか？

英国では、家族支援専門ワーカーを日本の人口

に換算して1,750人投入する施策が行われたという<sup>4)</sup>が、日本で同様のことを行う可能性は医療保護入院の改正に絡めるしか、今のところないと私は思っている。医療保護入院者の全体をカバーするだけの人員を確保できるかなどの懸念はあるが、ぜひ、この機会を捉えて、家族支援を行う相談援助職を増やし、地域における精神保健福祉の体制づくりが進むことを祈りたい。

## □ V おわりに □

家族支援に関連して、一つ触れないう部分がある。それは、本人支援の成功が究極の家族支援になるということである。本人支援の在り方についても、日本の精神科医療、地域の支援体制はいまだ遅々とした歩みの中にある。困難を抱えた多くの家族は「もしかしたらもっとよい方法があるのではないか」と藁にもすがる思いで日々を過ごしている。私は以前から「家族はよくする方法を知りたい」が「専門家は悪くしない方法を伝えたい」のであると話してきた。支援方法の如何によらず、統合失調症に由来する困難を直ちに除去することは困難なことが少なくない。だからといって、本人の病状や障害が回復しなくても本人のリカバリーが生じるといわれる現在、家族の回復も本人の状況だけに左右されるものとみるべきではないだろう。

私は、本人の疾病からの回復を「今できることを自ら行い、できないことは支援を頼める人になること」と述べてきた。このことを敷衍して、家族の場合も「できることは行い、できないときには専門家などに相談支援を求めること」を以て回復の過程にあると考えたい。問題は、現在制度と臨床の両面で、家族から求められた支援の要請に行政や専門家が十分に答えられていない点にある。家族の困難や希望をしっかりと受け止めることができる体制を一刻も早く整えることが、家族が回復の道を歩むための必要条件であることを専門家は肝に銘じる必要がある。

## 文 献

- 1) 浜田晋：閉会挨拶. NPO 法人メンタルケア協議会 第12回シンポジウム報告書. 精神障害者の

- 家族支援と Early Intervention を考える. p.89, 2008.
- 2) 堀江紀一, 粕谷嘉子, 小笠原勝二, 他: 家族ニーズから見える精神保健と医療の現状. 臨床精神医学, 40; 15-25, 2011.
  - 3) 池原毅和: 保護者制度の問題点. 第54回日本病院・地域精神医学会総会抄録集, p.131, 2011.
  - 4) 伊勢田堯, 増田一世, 堀江紀一, 他: 精神保健医療における歴史的誤りを正すための家族支援の意義と課題. 臨床精神医学, 40; 63-68, 2011.
  - 5) 伊藤順一郎: 心理教育的アプローチへの手引き. 精神障害者社会復帰促進センター「Review」, 11: 16-19, 1995.
  - 6) 丸山美枝: 家族にとっての回復. 精神科臨床サービス, 10; 466-468, 2010.
  - 7) 日本精神保健福祉士等監修: 精神保健福祉用語辞典. 中央法規出版, p.66, 2004.
  - 8) 大島巖: 心理教育: いわゆる消費者の観点から. 家族療法研究, 11; 30, 1994.
  - 9) 大島巖: 心理教育の実施普及に向けて. 臨床精神医学, 39; 743-750, 2010.
  - 10) 精神保健福祉研究会監修: 三訂精神保健福祉法詳解. 中央法規出版, p.191, 2007.
  - 11) 白石弘巳: 精神医療史における家族の位置づけ. 精神科臨床サービス, 4; 150-154, 2004.
  - 12) 白石弘巳: 成年後見と精神保健福祉法. 臨床精神医学, 33; 1185-1189, 2004.
  - 13) 白石弘巳: 統合失調症からの回復を支える. 星和書店, pp.71-78, 2010.
  - 14) 全国精神保健福祉会連合会: 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. 2010.
  - 15) 全国精神障害者家族会連合会: 家族による家族ゼミナール「実践マニュアル&テキスト」. ぜんかれん号外, 2003年3月24日.

法政大学現代福祉学部  
『現代福祉研究』第11号  
2011年3月1日 発行

## 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—

伊 藤 千 尋

# 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—

伊藤 千尋

【抄録】 精神障がい者の地域生活において、家族は精神科治療やリハビリテーションの「協力者」や、経済面や生活面を支える「支援者」など、様々な役割を担い続けている。

本研究では、精神障がい者家族の抱えている課題やニーズを把握するため、都道府県精神障がい者家族会連合会が自治体に提出している要望書の内容を検証し、これらの結果から、家族（会）が求めている支援を明らかにすることを目的とした。

その結果、総じて、精神障がい者本人への個別支援体制の確立を求める要望が多く見られ、精神障がい者の地域生活において、家族が支援の中心を担っているという構造が明らかになった。今後は、家族そのものを支援されるべき対象として捉え直し、家族の潜在化しているニーズを中心に据えた支援を検討し、実践していくことが求められている。

【キーワード】 精神障がい者家族、家族支援、要望書

## はじめに

精神障がい者の地域生活において、家族は精神科治療やリハビリテーションへの協力や、経済的な支援など、様々な支援を担い続けている。精神障がい者の地域生活は、家族の負担に支えられて成立しているというのが現状であろう。さらに、保護者制度によって、家族には“保護者”としての実施困難な任務（治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務、医師に協力する義務等）が課せられている。精神疾患に対する偏見や差別が根強い社会において、本人が自発的に受診したり、病識をもつことは容易ではなく、制度によって家族が強制的に支援を担わされることで、家族構成員同士の関係が悪化してしまうことも少なくない。

これらの状況は、家族のパーソナリティ等、個人的な問題から起こるのではなく、家族が支援を担うことを要請する社会的構造に問題があるといえる。家族は自分たちだけで支援や社会的責任を担うことに限界があることを認識しつつ、家族がやらなければ誰も代わることができないという状況を自覚して、乏しい社会資源を補完する役割を担っているのである。このように、精神障がい者



とともに家族もさまざまな困難を抱えていることは容易に想像できるにもかかわらず、家族に対する社会的な支援は決して充分とはいえない状況である。それどころか、精神保健・医療・福祉の専門家が家族の支援力を期待する傾向もあいかわらず見受けられる。

精神障がい者家族会の全国組織である「全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）」では電話相談を行っているが、そこに寄せられる相談においても、家族だけではどうにもならず、藁にもすがらる思いで相談に繋がった家族や、自分たちの苦労を胸の奥にしまい、「家族がうるたえてはいけない」と悩むことすら抑えている家族、「家族が元気でいなくては」と気持ちを奮い立たせている家族らの姿を目の当たりにする。また、家族会で話題になる「親なき後」の問題は、現在、家族が“支援者”として終わりのない役割を引き受けている、もしくは引き受けざるを得ないからこそ、出てくる問題であるともいえる。

これらの状況は、家族に過大な負担を強いるだけでなく、精神障がい者本人の側からみても、家族が支援を担えない状況になったとき、これまでの生活を維持していくことに困難が生じるということでもある（伊藤, 2010）。安心して、精神科治療や地域生活を継続していくためにも、家族による支援から社会的支援に移行するための施策や仕組みを早急に検討していくことが求められている。

これまでの精神障がい者家族に関する調査研究（全家連, 1985, 1991, 1996, 2006）では、主に“支援者としての家族”に対する家族支援が検討され、家族のE E（感情表出）研究を踏まえた家族心理教育やS S Tを初めとする家族支援研究が進められてきた。特に家族心理教育は、科学的根拠に基づくアプローチとして、その有効性が実証されている（大島, 2010）。これらの支援は家族を力づけるものになり得るが、本質的な問題が見過ごされる可能性を秘めている。つまり、家族としてあるべき姿を模索させ、「家族が変わらなければ」と家族に無理な努力を強いるメッセージともなり得るのである。伊勢田も、家族心理教育の有効性を評価しながらも、「家族の対応法がよければ再発も防ぐことができるという新たな家族バッシングになるおそれもある（伊勢田, 2010）」と指摘している。

本稿では、これまであまり焦点を当てられてこなかった精神障がい者家族の抱えている課題やニーズを把握するため、都道府県精神障がい者家族会連合会の活動状況や自治体に提出している要望書の内容を検証し、これらの結果から、家族（会）が求めている支援を明らかにすることを目的とした。

なお、現在、国や自治体において「障害」から「障がい」に表記を変更する動きが広がっていることから、本稿では「精神障害」と「精神障がい」を用語として区別する。制度・法律等の用語として存在しているものには前者を使用し、それ以外は「精神障がい」を使用する。

## 1. 精神障がい者家族会とは —家族会の動向について—

本稿を進めるにあたり、「精神障がい者家族会」について概観したい。

### （1）病院家族会と地域家族会

家族会は、約50年前に、今以上に強い偏見と差別にさらされていた精神障がい者の家族が、勇気をふるって苦しい現状を社会に訴え、精神障がい者の医療の改善と福祉対策の向上をはかるための運動を起こしたことに始まる（全家連, 1997）。家族会は、大きく分けると「病院家族会」と「地域家族会」の2つに分けることができる。

「病院家族会」は、病気の理解や再発防止、リハビリテーションに協力を求めることを目的に、病院が中心となって運営されてきたものである。病院家族会は、1960（昭和35）年頃から青森・弘前精神病院（現・弘前愛成会病院）、茨城・県立友部病院、千葉・国立国府台病院、東京・昭和大学付属烏山病院などの一部の地域で始まったといわれている。その後、病院家族会は、「学習、治療への協力を目的として始まり、その自立性は、家族間のなぐさめ合い、支え合いを基盤として、これが外に向かう力となって急速に広がり、全国的に結びあって、わが国の精神科医療の問題点を追及していく力を示すようになるまで発展していった（矢野, 1971）」のである。つまり、当時の家族会は家族による自主的な活動ではなく、医療関係者が中心となって運営されており、滝沢は「医療スタッフから家族へという縦の関係づくりであり、家族同士の横の関係づくりを目指したものではなかった（滝沢, 2010）」と指摘している。

一方、病院を基盤とするのではなく、地域を基盤とする家族会が「地域家族会」である。当時の家族は今以上に偏見と差別にさらされ、地域から孤立していた。このような状況の中、病院関係者が保健所を訪れ、家族に対する相談、懇談の場を持ったことがきっかけで、家族同士が初めて出会う場となり、家族が自主的に運営する家族会に発展していった。1960（昭和35）年に京都・舞鶴地区で結成された家族会が先駆けて、1962（昭和37）年には栃木・小山地区にも同様の家族会が発足している。

1969（昭和44）年頃までは、病院家族会が主流であったが、全国各地で地域家族会が急速に広がっていった。1970年代半ばには、その数が逆転し、1988（昭和63）年の時点では、「病院家族会」272か所、「地域家族会」768か所と「地域家族会」が増加している（滝沢, 1993）。その後、地域家族会はさらに広がりをみせ、1995（平成7）年には、「病院家族会」290か所、「地域家族会」1,057か所と合わせて、1,347か所の家族会が活動している。

また、こころの健康科学研究事業調査（竹島ら, 2010）によると、現在は「病院家族会」209か所、

「地域家族会」1,181か所と合わせて、1,390か所の家族会が活動しており、現在においても「地域家族会」が微増していることが示されている。

但し、これらの調査は、都道府県精神障がい者家族会連合会に登録している家族会数・家族会員数である。近年は、地域の障がい者施設を基盤とする家族会や、地域の枠を超えて有志で結成した家族会、インターネットでの交流を主とする家族会など、そのスタイルも多様化している。また、法人格を取得している家族会から、少人数での定例会を中心とする家族会まで、その規模も様々であるため、実際にはもっと多くの家族会・家族会員が活動している可能性がある。一方で、家族会のルーツである「病院家族会」の数が減少傾向にあることも示されている。

### (2) 都道府県精神障がい者家族会連合会

病院家族会や地域家族会が集まって、県単位で組織されているのが「都道府県精神障がい者家族会連合会」である。現在、47都道府県全てに「都道府県精神障がい者家族会連合会（以下、都道府県連）」が組織されている。都道府県連では、家族会（単会）同士の情報交換・親睦、行政や議会への要望・請願活動や会議への参加、啓発・広報活動、家族会育成事業、家族相談事業などの活動を行っている。

### (3) 全国精神保健福祉会連合会

全国組織としては、1965（昭和40）年に「全国精神障害者家族会連合会（全家連）」が結成されたが、財政状況が悪化し、2007（平成19）年4月に解散した。その後、新たな全国組織として、2007（平成19）年5月に「全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）」が結成され、47都道府県連が加入している。全国精神保健福祉会連合会では、国や行政への要望・請願活動や会議への参加、機関誌による情報提供、啓発・広報活動、家族相談事業（技術向上のための支援）などの活動を行っている。

【表1】家族会数・家族会員数

	家族会員数		家族会数		病院家族会数		地域家族会数	
	1995年	2010年	1995年	2010年	1995年	2010年	1995年	2010年
合計	61,903	37,456	1,347	1,390	290	209	1,057	1,181
増減	▼24,447		□43		▼81		□124	

参考資料:『みんなで歩けば道になる－全家連30年のあゆみ－(1997)』『平成21年度精神保健医療福祉体系の改革に関する研究 総括・分担研究報告書 (2010)』

## 2. 精神障がい者家族会に所属する家族の特徴

次に、精神障がい者家族会に所属する家族の特徴を概観したい。

これまで精神障がい者家族会に所属する家族を対象に大規模な調査(全家連他, 1985, 1991, 1996, 2006, 2010)が行われている。それぞれの調査の概要を表2に示す。

【表2】精神障がい者家族に関する調査研究一覧

調査名	調査対象	有効回収数	回収率	調査年
家族福祉ニーズ調査	15,673名	9,541票	57.3%	1986年
全国家族福祉ニーズ調査	18,135名	8,322票	45.9%	1991年
第3回全国家族調査	6,665名	3,362票	50.4%	1996年
第4回家族ニーズ調査	9,243名	2,844票	30.8%	2005年
平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査	9,320名	4,506票	48.3%	2010年

最も新しい「平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査」から、精神障がい者家族会に所属する家族の特徴を概観すると、①本人との続柄は「親」が85.1%（3,672名）と多く、回答者の性別をみると特に母親の占める割合が多い、②平均年齢は66.7歳と高齢である、③本人の病名は「統合失調症」が82.7%（3,493名）である、④家族のうち、77.2%（3,317名）が本人と同居している、ことが挙げられる。

家族福祉ニーズ調査（1986）と比較すると、家族の特徴に大きな変化は見られないものの、少しずつ次のような変化も見てとれる。①続柄では「親」の割合が増加している、②「60歳以上」が増加している、③本人との同居率が高くなっている。

これらの状況から、家族会に所属する家族は、主に「統合失調症の子どもをもつ高齢の親（特に母親）が多く、そのほとんどが本人と同居している」といえる。

## 3. 都道府県精神障がい者家族会調査について

本稿で使用する調査は、厚生労働科学研究（こころの科学研究事業）「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究（研究代表者：竹島正/分担研究者：白石弘巳）」として実施したものである。筆者は研究協力者として、本調査に参加している。以下に調査の概要と結果を示す。

(1) 調査の概要

調査対象：47都道府県精神障がい者家族会連合会 (回収率100.0%)

調査期間：平成21年10月20日～11月15日

調査方法：自記式による質問紙調査

調査内容：家族会の活動状況、家族会が自治体に提出している要望書とその回答状況

倫理的配慮：みんなねっとの協力を得て、都道府県連に趣旨を説明し、了解を得てアンケート調査を実施した。アンケートの内容は精神障がい者家族の個別的なプライバシーを侵すものではないが、回答のうち、都道府県連の許可が得られた項目のみ分析の対象とした。

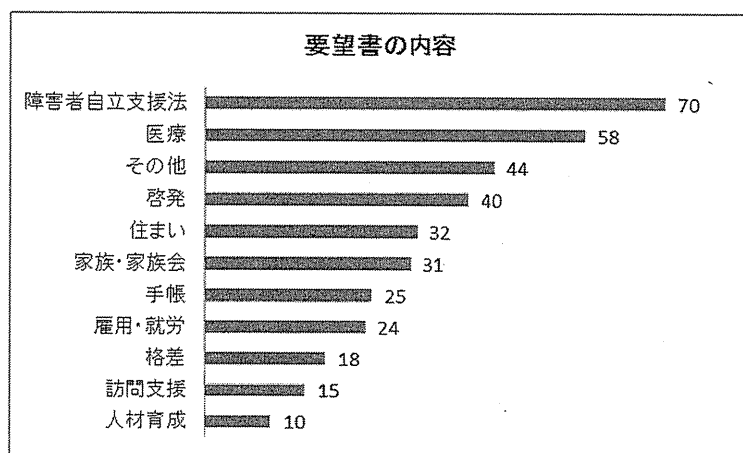
(2) 家族会が都道府県に提出している要望書とその回答状況

47都道府県連のうち、39か所が都道府県に要望書を提出していた。39か所のうち、提出先の都道府県より回答があったのは34か所で、そのうち文書で回答があったのは22か所であった。

(3) 要望書の内容

要望書を提出していた39か所の県連のうち、28か所から、実際に提出した要望書のコピーを回収した。要望書の内容から、キーワードを抽出し、同項目への分類を繰り返すカードワークを行った。分類したキーワードのうち、10個以上集まった項目をカテゴリー化した。分類にあたっては、4名のPSWが共同で作業を行った。その結果、①障害者自立支援法 (70)、②医療 (58)、③その他 (44)、④啓発 (40)、⑤住まい (32)、⑥家族・家族会 (31)、⑦精神障害者保健福祉手帳 (25)、⑧雇用・就労 (24)、⑨格差 (18)、⑩訪問支援 (15)、⑪人材育成 (10)、に分類された。なお、数値はキーワードの数を示している。【表3】

【表3】 要望書の内容



本稿では、これらのカテゴリーの中から「住まい」と「家族・家族会支援」に着目する。前述したように、平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査（2010）でも約8割の家族が精神障がい者本人と同居しており、医療や福祉サービスを利用できていない人が3割近くいることが示されている。また、平成18年度障害者自立支援プロジェクト調査（2007）でも、本人の日中活動の場を「自宅」と回答した人が4割を超えており、多くの本人が「引きこもり」に近い状況であることが推察される。

家族教室等では、家族に対して「巻き込まれないように」「適度な距離を取るように」といわれるが、四六時中顔を突きあわせている状況においては、心理的な距離が近づきすぎてしまうのは当然である。全国の家族・家族会向けに発行している「月刊みんなねっと」の創刊号でも、「自立と住居」をテーマとして取り上げており、その後も数回にわたって「子離れ親離れ」「親子関係」などの特集が生まれ、本人と物理的に離れることが強調されている（みんなねっと, 2007～2010）。これらの状況からみても、家族にとって「住まい」は必要不可欠なニーズであり、本人が地域で自立して生活するための絶対条件であるといえる。

また、「家族・家族会支援」を取り上げる理由については、これまで家族（家族会）は、精神障がい者本人への個別支援体制の確立を求めてきたため、「家族・家族会」に対する支援を求めるところにまでニーズが及ばない状況があったことが挙げられる。家族会が結成された当時と比較すると、精神障がい者本人のための社会資源については、少しずつ拡充が進められてきた。また、精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいても「入院医療から地域生活中心へ」という基本方針が掲げられ、他障害に大きく後れをとっているものの、本人の地域生活を支えるための支援が検討され続けている。しかし、残念ながら、家族に対するサービスや社会資源は整備されているとは言い難い状況である。

これまで本人の背後に隠れてきた家族の状況、家族のニーズを明らかにするために、2009（平成21）年に“家族のための家族支援”を求めることを目的とした調査（平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査）をみんなねっとが実施している。そして、調査の結果から家族会の全国組織として、「わたしたち家族の7つの提言」をまとめている。この提言では、精神障がい者本位の精神科医療や地域生活支援の実現だけでなく、「家族自身の身体的・精神的健康の保障」や「家族自身の就労機会および経済的基盤の保障」が盛り込まれており、少しずつではあるが、家族自身が“支援される”対象として認識され、また家族自身も“地域で普通に暮らす”権利を認識し、自分たちへの支援を求めるようになってきたといえる。さらに近年、こころの健康政策構想会議においても、重点改革のひとつに「家族支援」が掲げられ、家族が支援の対象として位置づけられている。世間においても、「家族支援」に対する認識が高まっていることが見てとれる。これらの理由から、本稿では

「住まい」と「家族・家族会支援」に着目し、考察を深めていく。

#### (4) 「住まい」に関する要望

「住まい」に関する要望は、主に①グループホーム、②公的保証人制度、③ケアホーム、④家賃補助、⑤居住サポート、⑥公営住宅、⑦その他、に分類することができる。なお、数値はキーワードの数を示している。【表4】

【表4】「住まい」に関する要望

項目	具体的な要望内容		件	計
グループホーム	グループホームの整備促進	公営住宅のグループホーム活用	9	32
公的保証人制度	公的保証人制度の整備促進	公的保証人制度の創設	7	
ケアホーム	ケアホームの整備	ケアホームの新設・充実	4	
家賃補助	家賃補助制度の確立	公営住宅の家賃減免化	4	
居住サポート	居住サポート体制の充実	入居のための関係機関への働きかけ	3	
公営住宅	公営住宅の優先入居	公営住宅の整備	3	
その他	住まいの場の充実	障害者住宅設備資金の貸付制度	2	

塩満 (2009) は、「精神衛生法まで法定の居住系施設はなかった」と指摘しており、特に退院にあたっては、“家族の受け入れ”を前提としてきた歴史がある。前述したように、平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査 (2010) によると、8割近くの家族が本人と同居していることが示されている。第5回世帯動態調査 (国立社会保障・人口問題研究所, 2004) では、18歳以上の子との同居率は親が65歳以上で48.1%となっており、一般世帯と比較しても同居の割合が高いことがわかる。一般世帯では子による親の介護により、65歳以上の同居率が高くなっているが、精神障がい者家族の場合、高齢の親が子の生活を支えるための同居であると考えられる。

本調査では、「住まい」のなかでも、居住系施設の整備に対する要望が多く見られた。厚生労働省の資料によると、2008 (平成20) 年の利用者数はグループホーム8,449人、ケアホーム3,041人となっている。グループホームは3障害合わせて9万人分に増やすことが見込まれているが、微増しているもののニーズに対して十分な供給ができていないという現状がある (田尾, 2008)。8割近くの家族が精神障がい者本人と同居し、食事の世話や服薬の声かけなどといったインフォーマルな支援

を担っていることから、“親なき後”を心配し、一般アパートや公営住宅等での単身生活よりも、グループホームやケアホーム等、家族に代わって近くに見守る人が必要だと感じ、職員の配置基準がある居住系施設の整備を求める家族が多かったと考えられる。

また、「住まい」そのものの整備だけでなく、入居のための支援として、公的保証人制度や居住サポート事業の整備も望まれている。高齢化により、年金収入のみで生活している家族が多いため、現行の保証人制度に不安を感じている家族も少なくない。「住まい」における支援は、入居したら終わりというものではなく、継続して居住できるための支援（緊急時の対応、継続的な相談や見守り等）と一体的に提供されることが望まれている。これらの支援を家族に担わせるのではなく、家族による支援から社会的支援に移行するための仕組みづくりや制度化が求められている。現行のサービスにおいては、これらの支援を担うものとして「居住サポート事業」への期待も大きい。

また、一般アパートや公営住宅等での「住まいの確保」が進まない理由としては、不動産業者や地域住民などの精神障がい者に対する意識の問題もある。ノーマライゼーションは理念としては一般的に受け入れられても、隣に精神障がい者が住むことについては拒否的な場合が多い(田中, 1995)のも事実であり、不動産業者や地域住民などに向けた啓発を含めた施策も望まれている。

#### (5) 「家族・家族会支援」に関する要望

「家族・家族会支援」に関する要望は、主に①運営費、②家族相談員、③家族教室、④人的支援、⑤その他、に分類することができる。なお、数値はキーワードの数を示している。【表5】

【表5】「家族・家族会支援」に関する要望

項目	具体的な要望内容		件	計
運営費	家族会への助成金	家族会の事務室確保	8	31
家族相談員	家族相談員の制度化	家族相談員養成事業の実施	7	
家族教室	家族教室の強化	新規発症者への家族教室の実施	6	
人的支援	家族会活性化のための行政支援	市町村ごとに家族会を設立	6	
その他	一時避難できる住居の確保	障害者自立支援対策臨時特例交付金の実施	4	

家族会支援においては、運営費や事務所の提供といったハード面の支援だけでなく、家族会活性化のための具体的な技術や人的な支援も求められていることが明らかになった。

家族会が直面している課題として、会員の高齢化、新規加入者の減少が挙げられる。新規加入者



が減少することで会員の高齢化や固定化が進行し、会員が減少する。会員が減少することで家族会を維持することが難しくなり、さらに新規加入者が減少するという悪循環に陥ってしまう家族会も少なくない。また、障害者自立支援法によって、長年力を注いできた作業所が法人化され、運営から離れることで使命感を喪失してしまった家族会もある。

要望書を作成するにあたり、単会の意見を参考にしている県連がほとんどであり、長年の家族会運営の経験をもつ「家族会役員」と、自分の子どもに少しでも有効な情報を得たいという「一般の家族会員」の要望には温度差があるとも考えられる。家族福祉ニーズ調査(1986)においても、今後の家族会活動について「社会復帰に関する事業の運営」や「行政や議会への働きかけ」に重点を置きたいと回答しながらも、「日々の暮らしに手いっぱい余裕がない」「自分の患者のことで手いっぱい」と「運動」に消極的にならざるを得ない家族の実態が示されている。20年以上前の調査ではあるが、その後も家族を取り巻く状況は大きく変わっていないことは明らかである。また、家族が「支えあい」「学びあい」から、社会的な活動である「運動」に携わるには、「それまで隠してきた事情を世間にさらさなくてはいけないのではないか(全家連, 1997)」という葛藤があり、子どもの回復に少しでも有効な情報を得たいと藁にもすがる思いで飛び込んだ家族にとって、家族会運営や家族自身の支援を求めるようになるには時間がかかるであろう。

これらの悪循環を断ち切る糸口として、「家族・家族会支援」に関する要望のなかに、家族による家族相談や家族相談員研修の事業化など、「家族相談員」に関する要望が含まれている。相談は支援の入り口であり、家族が孤立から脱出する最初の一步になり得る。しかし、専門家の何気ない言葉や態度が家族を追い詰め、相談機関から遠ざけてしまうことも少なくない。飯塚(2010)も「最初の一步でつまづいた場合、開きかけた殻を相談者は閉じてしまうかもしれない」と指摘している。実際に、平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査(2010)でも、8割近くの家族が初めて精神科医療機関を受診した際に、継続して受診・相談したいと思えないような体験をしたと回答している。相談を担う専門家には、自分の家族が精神病に罹り、その病気と共に生きていくということがどうしたことなのかを想像し、家族に対して「困難ななかでベストを尽くしていると考え、一目置く態度で接する(伊勢田, 2008)」ことが求められている(伊藤, 2010)。

また、飯塚は、家族による「家族相談」の意義と特徴として、「仲間との出会いの場・隠さない生き方を獲得していく場・共に成長する場(飯塚, 2010)」であると述べている。家族相談の「家族である」という条件が、「同じ立場だからわかってもらえるのではないか」という家族自身の安心感につながり、家族が孤立から解放され、つながりを取り戻す第一歩になり得るのである。また、相談を受ける家族にとっても、自分の体験を伝えることで、「他の家族の役に立っている」という自己肯定感につながり、「共に回復の道に進む(飯塚, 2010)」一歩にもなり得るのである。

家族会の全国大会や家族会訪問等においても、家族教室や家族による家族相談がきっかけとなり、新規会員の獲得や後継者の育成など、家族会の活性化につながっていることが報告されている。本調査においても、47都道府県連のうち、25か所において、家族による家族相談が実施されていることが明らかになった。現在は、インターネット等の普及により、多くの情報を得ることは可能である。しかし、これらの情報は、家族の不安や家族としてどう対応したらよいかという個々の状況に合わせたものではなく、一方的に与えられる情報である。家族による家族相談は、一方的に与えられるものではなく、体験に基づいた相互支援であり、専門家による相談支援体制の充実だけでなく、家族同士が同じ立場で共感し合える家族相談の制度化も望まれている。

#### 4. 家族（会）が求める家族支援とは

本調査の結果、①障害者自立支援法（70）、②医療（58）、③その他（44）、④啓発（40）、⑤住まい（32）、⑥家族・家族会（31）、⑦精神障害者保健福祉手帳（25）、⑧雇用・就労（24）、⑨格差（18）、⑩訪問支援（15）、⑪人材育成（10）と精神障がい者本人への個別支援体制の確立を求める要望が多く見られ、「家族・家族会」自身の支援を求める要望は少なかった。また、家族・家族会が社会資源の不足を補うために事業所の運営までも担い、その運営に関する要望を提出しているという現状が明らかになった。

本調査は2008（平成20）年度に提出した要望書を分析しているため、特に「障害者自立支援法」に関する要望が多かったとも考えられる。総数367項目の要望のうち、「家族・家族会」を対象としたものは31項目である。家族・家族会が提出する要望書であるにもかかわらず、その数は全体の1割にも及んでいない。これは、家族会が専ら精神障がい者の代弁機能を担っており、家族自身に対する支援の獲得を主たる活動目標とするところまで至らなかったことを示唆している。

家族福祉ニーズ調査（1986）でも「国や自治体に対する要望」として、①日常生活の困難や不安、②将来への不安、③入退院時の困難、④生活の場についての要望、⑤年金に関して、⑥経済的な困難、⑦社会の偏見、⑧仕事に関して、⑨社会サービス・制度の利用、という項目が挙げられており（岡上ら、1988）、家族の置かれている状況やニーズにほとんど変化が見られない。これらの項目も精神障がい者本人を代弁した要望であり、本人の地域生活において、家族が支援の中心を担い続けているという構造が見てとれる。

また、平成21年度障害者自立支援プロジェクト調査（2010）では、4割近くの家族が精神的不調に対する処方薬を服用している（していた）と回答しており、家族自身の健康状態にも影響を与えていることが明らかになっている。先の見えない生活が続くなかで、過重な負担がかかり、家族の

身体的・精神的健康が損なわれているのである。また、家族が支援を担うことで、身体的・精神的健康だけでなく、転職や退職、就職活動ができない等といった家族のライフコース上の選択にも影響を与えていることも推察される(伊藤, 2010)。

精神障がい者本位の精神科医療や地域生活支援の実現を求めていくことは当然であり、これらの支援体制が整備されることによって、家族への支援につながることは言うまでもない。また、現在、精神障がい者本人の支援を担っている家族に対して、役割をサポートするような家族支援(家族ショートステイ、介護休暇等)も求められている。しかし、これらの支援は経過的なものであるべきで、いずれは社会的支援に移行していかなければ、家族の抱える悩みや負担は変わらない。

これらの状況から見えてきた“家族支援”とは、「“家族による支援から社会的支援へ”と家族が表明できるような支援」である。池末も「社会的支援体制への移行のイメージを家族が描けるような医療関係者の援助が必要である(池末, 2004)」と指摘している。家族福祉ニーズ調査(1986)でも、「障害者の受け皿として期待の大きい家族が、はたしてその役割を果たし得るのか(岡上ら, 1988)」と疑問を投げかけている。20年以上経った現在においても、この問いから脱しえていないことは、精神保健・医療・福祉の専門家が反省すべきことであり、「患者と同様な姿勢で家族を理解しようとする研究者は少なかったのではないか(伊勢田, 2010)」と自戒すべきことであろう。

つまり、家族の支援力を期待するのではなく、まずは家族が「これ以上家族で支援を担えない」と表明することができ、「家族も権利を行使する主体である」と主張できるための支援が必要である。その足掛かり、基盤として家族会の果たす役割は大きい。また、現在、家族が使うことのできる社会資源としては、医療機関の相談体制や相談支援事業の充実に期待するものが大きい。精神保健・医療・福祉の専門家には、家族の要望に耳を傾け、家族の潜在化しているニーズを中心に据えた支援を検討し、実践していくことが求められている。

## 5. 今後の課題

本調査は、都道府県精神障がい者家族会連合会に所属する家族会員を対象としており、精神障がい者家族のすべてを反映したものではない。平成20年度の障害者白書によると、精神障がい者の数は303万人とされている。これらの数を見ても、家族会に所属していない家族が圧倒的に多いといえる。また、家族の生活や生き方は多様で、変化していくものであり、常に家族の実態に即した支援を検討していくことが求められる。本研究は、2011(平成23)年度まで継続して行う予定であり、今後は面接調査などの質的研究を用いて、要望書の背景にある家族の思いやニーズをさらに検証することで、家族自身が支援されるシステムについても検討していきたい。

## おわりに

「他人に相談することは自らの力では解決できないことを認めて、このままではどうにもならないと観念した後でできることだと思います（飯塚, 2010）」

本研究が、本質的に家族を支援するものになり得るのか、この言葉の意味を考え続け、悩みながら、研究を進めていきたい。

本研究で使用した調査は、厚生労働科学研究（こころの科学研究事業）「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」の一部（研究代表者：竹島正／分担研究者：白石弘巳）である。

本研究を進めるにあたり、白石弘巳先生、稲沢公一先生に多大なるご指導をいただきました。また、分析にあたっては、中村江美子氏、三木良子氏、若林ちひろ氏にご協力をいただきました。最後になりましたが、本調査にご協力いただきました全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）の皆様、都道府県精神障がい者家族会連合会の皆様、ご家族の皆様に心より感謝申し上げます。

### 【引用文献】

- 池末美穂子（2004）「家族の立場から」『精神科臨床サービス』第4巻第2号, 258-260. 星和書店  
伊勢田堯（2010）「これからの家族療法」『精神科治療における家族支援』中山書店  
飯塚壽美（2010）「家族による家族相談」『精神科臨床サービス』第10巻第3号, 301-305. 星和書店  
伊藤千尋（2010）「家族支援に関する調査報告—本人・家族の安心につながる支援の実現を—」『精神保健福祉ジャーナルゆうゆう』58号, 15-23. 萌文社  
伊藤千尋（2010）「精神障害者家族の支援に向けた課題—家族会会員を対象としたアンケート調査の分析を通して—」『現代福祉研究』第10号, 161-171.  
大島巖（2010）「なぜ家族支援か」『精神科臨床サービス』第10巻第3号, 278-283. 星和書店  
岡上和雄、大島巖、荒井元傳編（1988）『日本の精神障害者 その生活と家族』ミネルヴァ書房  
岡崎祐士他（2010）『こころの健康政策構想会議 提言書』  
佐藤みずほ（2008）「居住サポート事業」『精神科臨床サービス』第8巻第4号, 488-489. 星和書店  
財団法人全国精神障害者家族会連合会（1986）『日本の精神障害者と家族の生活実態白書』全家連。  
財団法人全国精神障害者家族会連合会（1993）『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ—全国家族調査編』全家連。  
財団法人全国精神障害者家族会連合会（1995）『精神障害者住宅施策への展望』全家連。  
財団法人全国精神障害者家族会連合会（1997）『全国精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ—全国地域家族会調査篇』全家連。  
財団法人全国精神障害者家族会連合会（1997）『みんなで歩けば道になる—全家連30年のあゆみ』全家連。  
財団法人全国精神障害者家族会連合会（2006）『第4回全国家族ニーズ調査報告書—精神障害者と家族の生活実態と意識調査—』全家連。  
塩満卓（2009）「居住支援」『精神保健福祉白書2010年度版』中央法規  
田尾有樹子（2008）「グループホーム」『精神科臨床サービス』第8巻第4号, 486-487. 星和書店  
滝沢武久（1993）『こころの病いと家族のこころ』中央法規  
滝沢武久（2010）『家族という視点—精神障害者と医療・福祉の間から—』松籟社  
竹島正（2010）『平成21年度精神保健医療福祉体系の改革に関する研究 総括・分担研究報告書』国立精神・神経センター精神保健研究所。  
田中英樹（1995）「精神障害者の住居確保に必要なケアの内容」『精神障害者住宅施策への展望』全家連。  
特定非営利法人全国精神保健福祉会連合会（2007）『月刊みんなねっと5月号』  
特定非営利法人全国精神保健福祉会連合会（2008）『月刊みんなねっと11月号』  
特定非営利法人全国精神保健福祉会連合会（2009）『月刊みんなねっと7月号』