

<ノート>

## 精神保健福祉相談で近隣苦情が出た人の支援に向け 家族を支援するための課題分析の視点

吉本照子<sup>1)</sup>, 柳澤尚代<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 千葉大学大学院看護学研究科

<sup>2)</sup> 前茨城キリスト教大学看護学部

### Perspectives of public health nurses and welfare workers engaging in mental health welfare consultation on issues related to supporting families in looking after individuals who have received complaints from neighbors

Teruko YOSHIMOTO<sup>1)</sup>, Hisayo YANAGISAWA<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> School of Nursing, Graduate School of Nursing, Chiba University

<sup>2)</sup> Former Ibaraki Christian University, College of Nursing

#### 抄録

【目的】自治体の精神保健福祉相談を担当する保健師あるいは福祉職が、近隣苦情が出された人の支援に向けて、その人の家族を支援するための課題を分析する視点を明らかにする。

【方法】3中核市保健所で精神保健福祉相談に対応する保健師あるいは福祉職12名を対象とし、「住民からの苦情相談や情報提供（近隣苦情）」が支援に結びついた事例と結びつかなかった事例、各1例の計24事例への対応の判断と支援に結びつける工夫に関し、半構成的個人面接調査を行った。逐語録を作成し、家族への支援内容を示す文脈を分析単位として、行動と意図・理由を含めて支援内容を要約し、類似性と相違性をもとに、課題分析の視点をカテゴリー化した。分析結果について、先行文献による知見との整合性および実践への適用性を検証し、妥当性の確保に努めた。

【結果】(1) 家族支援の課題分析の視点として、40分析単位から、14サブカテゴリー、7カテゴリー【 】を導いた。精神保健福祉職は家族支援に向けて、【本人の病状に対する家族のとらえ方】、【家族の受診援助の役割に関する認識】、【家族の受診援助役割遂行の力量】、【保健所と家族との関係性構築の現状と可能性】を検討し、課題を導いていた。さらに、【必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性】を評価し、家族支援に繋げるために【受診援助行動に対する家族の動機付け】を行いながら評価し、地域生活の継続のために【家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いうる役割の探索】を検討し、対応していた。

【結論】【家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いうる役割の探索】、【必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性】は先行文献に示された課題分析の視点にはみられず、新たに得られた課題分析の視点である。これらを含めて7つのカテゴリーは、先行文献による知見をもとに家族支援における必要性が説明できたことから、根拠にもとづく課題分析の視点といえる。精神保健福祉相談に対応する保健師あるいは福祉職は、近隣苦情が出され、精神疾患が疑われる人を医療に結び付けるとともに、家族成員各々が役割を担い、家族機能を維持して地域生活を継続することを意図し、家族支援を行っていると考えられる。

キーワード：近隣苦情、保健師、福祉職、精神疾患、家族支援

連絡先：吉本照子

〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1-8-1

1-8-1 Inohana, Chuo-ku, Chiba 260-8672, Japan.

Tel: 043-226-2767

Fax: 043-226-2767

E-mail: yoshimt@faculty.chiba-u.jp

[平成24年4月12日受理]

## Abstract

**Objective:** To clarify the perspectives of “public health nurses and welfare workers (PHNs-WWs)” engaging in mental health welfare consultation on issues related to supporting the families of individuals who have received complaints from their neighbors.

**Methods:** (1) A semi-structured interview survey was administered to each of 12 PHNs-WWs engaging in mental health welfare consultation at healthcare centers in three core cities. For each subject, decisions regarding approaches for providing support were investigated for one case in which complaints from neighbors led to support and for one case in which they did not lead to support (total of 24 cases). A verbatim record was created. Contexts describing the support provided to each family were used as a unit for analysis, and each content of the support including action, intention and reason was summarized. Perspectives of the PHNs-WWs on analyzing issues related to providing support were successively compared and categorized based on similarities and differences in summarization. (2) To ensure the validity of the results of (1), they were compared to related references.

**Results:** (1) From a total of 40 units of analysis, 14 subcategories and the following seven categories were extracted as perspectives on analyzing issues. The PHNs-WWs approached issues by investigating “the way the family feels about the medical condition of the individual”, “the family’s recognition of their role in assisting the individual to obtain medical consultation”, “the family’s ability to fulfill their role in assisting the individual to obtain medical consultation”, “the actual situation and potential of building a collaborative relationship between the healthcare center and the family”, “agreement among family members regarding necessary medical treatment (agreement among family members)”, “the family’s motivation regarding assistance for obtaining medical consultation”, and “the continuity of each family member’s community life and search for potential roles in helping one another as caregivers (continuity of community life)”.

**Conclusion:** Including the categories “agreement among family members” and “continuity of community life”, which were newly identified in the present study, the perspectives of PHNs-WWs were found to be necessary in providing support to families based on the related references. The results indicate that PHNs-WWs support families with the intention of helping individual family members to play their roles effectively and to continue to live in the community as a family unit with individuals who have received complaints from neighbors, while encouraging individuals suspected of having mental illness to seek medical support.

**keywords:** complaints from neighbors, public health nurse, welfare worker, mental illness, family support

(accepted for publication, 12th April 2012)

## I. 緒言

「精神疾患を有する人あるいは疑われる人（本人）」が地域生活を継続するために、家族、近隣及び医療者の支援が必要である。家族のケアニーズや実践方法に関し、半澤 [1] は統合失調症患者の家族の介護負担感に関する国内外の研究を概観し、国内外ともに、家族内外の支援不足が介護負担感を増し、あきらめや社会的関心の乏しさをもたらすプロセスについて問題を提起している。また、大島 [2] は地域でニーズを持った家族に対する支援が困難な理由として、家族が主体的に援助希求行動を取りにくいこと、関係者間で家族支援の位置づけが不明確であること、地域で家族を支えることに対する専門職の意識が低いことを挙げている。こうした専門職による家族支援の問題と課題が報告されている一方、春日 [3] は支援者の困難感に対する方策として、アプローチを拒絶する家族に対しては関係性の維持と何とかしたいと覚悟を決めた時に介入する等の具体的な実践方法を示している。

必要な家族支援が不足した場合、本人の地域生活の継続

に必要なケアニーズを充足できずに、健康障害や生活の質の低下を生じさせる恐れがある。また、厚木保健福祉事務所における「精神保健および精神障害者の福祉に関する相談（精神保健福祉相談）」の分析結果では、近隣苦情の3割が治療中断者であった [4]、多摩立川保健所において保健師が直接入院支援を行った165事例の分析結果では、47.9%が近隣への問題行動をもち17.9%は苦情を出されていた [5] ように、地域における住民間の安全・安心、利害の対立等による近隣苦情の発生という問題が顕在化する可能性がある。したがって、本人のケアニーズの充足という視点からみた未治療・中断事例、保健師等の立場からみた対応困難事例に対し、近隣苦情は、保健師等が、支援を必要とする本人の情報を得、より早期に支援するきっかけの一つともいえる。

厚生労働省は2011年度から、認知症、統合失調症及び妄想性障害、気分障害の者あるいはその疑いのある者のうち、精神医療の受療中断等により日常生活上危機が生じている者、また家族・近隣とのトラブルが生じる等により、精神疾患が疑われ入院以外の医療導入が望ましい未受診者等を対象として、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を開始

した [6]. 保健所や精神保健福祉センターは、地域で精神保健福祉業務を中心的に行う行政機関として、実施主体の民間医療機関におけるアセスメントや支援計画作成に対する技術指導等を行う。すなわち、未治療・治療中断、近隣苦情等の事例に関し、保健所が保有する支援技術および方法を包括的・系統的に多機関に提示し、普及させることが期待されている。

近隣苦情等への対応において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第24条（警察官通報）の適用以外では、家族との協働による本人への受診支援が必要となることが多い。近隣苦情における住民間の対立への即応をもとめられる中で、文献検索（医学中央雑誌、1980-2009年）の結果、近隣苦情に関連する報告は、少数の自治体の実践に関する学会発表にとどまっている。それらの学会発表から近隣苦情における家族支援の状況を推察すると、生活支援 [7] と受診誘導 [8] といった支援における視点の違いがみられた。また、家族等の保護者を見いだせない時は、市長の同意等による医療保護入院となるが、医療保護入院の適用の判断には自治体間に差がみられた [3]。これらの結果は、精神保健福祉相談に対応する精神保健福祉職の本人の地域生活の継続に対する支援の視点や自治体の方針に違いがあることを示している。

近隣苦情 [4]、精神保健緊急・困難事例 [9]、あるいは未治療・治療中断者 [10] を対象とした、既存の「対応マニュアル・ガイドライン（マニュアル）」では、共通して、家族を受診援助役割を担う協力者ととらえ、家族の支援能力を判断するための一部の項目例を示していた。しかし、どのような視点から各項目を評価し、支援を展開するのか、また項目の網羅性について明示されていなかった。これらは、保健所等の保有する支援技術および方法が系統的に記述されていない実態を示している。また、本人の地域生活を支援するためには、生活支援と医療支援を統合し、多様なニーズを個別的に充足する必要があるが [6]、そうした多面的・包括的な支援が、まだ普及していないことを示している。したがって、本人の地域生活を支援するために、精神保健福祉相談に対応する精神保健福祉職各々が、精神保健および精神障害者福祉の知識・経験をもとに保有する実践知を、複数の自治体において収集し、1つにまとめる必要がある。

こうした研究および実践の状況と課題にもとづき、本研究の目的を、自治体の精神保健福祉相談に対応する精神保健福祉職が、近隣苦情が出された人の支援に向け、家族を支援するための課題分析の視点を明らかにすることとした。

**用語の定義**

- 精神保健福祉職：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第48条第2項および施行令第12条における精神保健福祉相談員の任用資格要件と同等以上の精神保健および精神障害者の福祉に関する知識・経験を有し、自治体で精神保健福祉相談を担当する保健師あるいは福祉職。

- 近隣苦情：近隣の住民が対象者の言動について困惑等を認識し、その解決を求めて行政機関等に情報を提供し、苦

情・相談を申し立てること。

## II. 研究方法

### 1. 方法

#### 1) 調査方法

(1) 調査対象：調査対象地域は、中核市のうち住民の苦情・相談に関する相談記録を作成・保管しており、調査の趣旨を理解し、近隣苦情に対応している職員のうち2人以上協力可能であったA, B, Cとした。調査対象地域として中核市を選択した理由は、精神保健福祉業務を行う保健所を設置し、当該自治体の近隣苦情の情報が集約されていると考えたためである。

また、各自治体の保健師記録の現状に関して研究者らが保有する情報をもとに、相談記録の作成・保管を基準とする有意抽出法を選択した理由は以下の通りである。本研究では相談記録の整備が、精神保健福祉職から得たデータの妥当性・信頼性を確保するための前提となるが [11]、各自治体の相談記録を閲覧することは困難であった。一方、研究者らが関東・中部地方の中核市等において保健師の記録改善に関する研修を行った結果では、保健師記録の整備状況及び改善への組織的取り組みに関する自治体間差が比較的大きかった [11]。以上の理由により、無作為抽出法の適用は困難と判断し、有意抽出法を適用した。

調査対象者は、A, B, C各保健所（以下、A, B, C保健所）の精神保健福祉職の中から選択した。選択に際し、調査対象部署の管理者に、近隣苦情への対応における経験の蓄積をもとに、自分の実践における判断および行動を、第三者が理解しうるよう表現できる者の選択と紹介を依頼した。

(2) 調査項目および質問項目：自傷他害および暴力的でない事例のうち、近隣苦情から初めて精神保健福祉職が関わり、本人の支援に結びついた事例（継続支援）と結びつかなかった事例（非継続支援）各1例の計24事例をもとに、対応の判断および支援に結びつけるための工夫を調査項目とした。

支援の継続性に着目して事例を選択した理由は、以下の通りである。精神保健福祉職は、本人の支援に向けて、家族への支援さらに家族との協力に関する課題分析を行いながら働きかけ、結果的に本人の支援に結び付いた事例および結びつかなかった事例という違いが生じたと考えた。すなわち、継続支援・非継続支援いずれも課題分析の視点は共通しており、働きかけの方法や時機、および精神保健福祉職と本人・家族の交互作用等により、結果的に支援の継続性に違いが生じたと考えた。継続事例と非継続事例を含めて、共通する課題分析の視点は何かという問いをかけながら分析することにより、より多様な事例に共通する課題分析の視点を抽出しうると考えた。こうした事例の選択方法は、差異の大きい事象に関するデータ収集を行い [12]、それらの同質性・相違性に着目して分析し [8, 9]、多様な事象から質的データを抽出して「現象に一貫して存在する

概念」[13]を見出すために有効と考えた。

用いた質問項目は、「精神障害者に関する支援に結びついた（支援に結びつかなかった）事例はありますか。相談者・家族が語った事実の中で、家族および本人に対してどのような支援が必要と判断しましたか、なぜそのように判断したのですか。支援に結びつけるように、どのような工夫をなさいましたか」、「結果はいかがでしたか」とし、必要な支援に結び付けることを意図して、課題分析をもとに家族にどのように働きかけ、どのような結果を得たかという過程を述べてもらった。

(3) 面接調査方法：半構成的個人面接調査により、調査対象者に、相談記録をもとに個人名を除いて語ってもらった。研究者は、相談記録を見ないこととし、個人面接により調査対象者が語った内容を調査対象者の同意を得て録音した。調査時間は、1人につき平均40-60分であり、調査期間は、2007年5月-2008年8月であった。

## 2) 分析方法

録音内容の逐語録を作成し、質的分析におけるコード化・カテゴリー化の方法・手続きを参考にして[12,13]カテゴリー化を行った。研究者が逐語録をもとに、家族への単一の支援内容を示す文脈を分析単位として抽出し、意図・理由および行動を理解できるように、何のために、何に関し、どのように家族支援を行ったかという観点から、必要に応じて、「～に対し」と状況を含めて、一文に要約した。

逐語録は、調査対象者および保健所ごとに分析したのち、3保健所の継続・非継続事例を合わせてデータとし分析した。要約した各文章について、支援内容の類似性と相違性をもとにサブカテゴリーを導き、さらに抽象度を高めてカテゴリーを導いた。調査対象者の課題分析の視点を示す分析結果について、可能な保健所においては、調査対象者の意見を把握して、分析の妥当化に努めた。また、分析方法を具体的に記述し、分析単位およびその要約、サブカテゴリーを一覧表にまとめて分析過程を可視化した。こうした分析手続きにより、研究者2人が、一貫した分析の観点を保持して3保健所のデータを個別に分析し、一致した結果を記述することにより、分析結果の安定性、客観性の観点[14]から、質的研究における信頼性の確保に努めた。さらに、分析結果に関し、先行文献による知見との整合性および実践への適用性を検証することにより、質的研究の

質の確保[14,15]に努めた。

## 3) 倫理的配慮

2007年に岐阜大学倫理審査委員会にて承認された後、実施した。各保健所の担当部署の管理者に文書と口頭にて調査の趣旨を説明し研究協力の承諾および調査対象者の紹介を受け、研究者が調査対象者に対して、書面および口頭にて目的と具体的な方法について説明し同意を得て実施した。個室にて事例の個人情報省いて調査を行い、データ化に際しては保健所および調査対象者が特定されないように番号化した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 調査対象者の属性

A, B, C保健所は、表1に示すように近隣苦情への対応システム、対応の考え方、対応部署の職種構成について異なっていた。調査対象者は、A, B, C保健所の精神保健福祉職12名で、職種は、保健師8名および福祉職4名であった。女性9名および男性3名であり、男性はすべてA保健所の福祉職であった。現職の経験年数は、いずれも1年以上であった。精神保健福祉職は、A保健所は保健師・福祉職8名、B保健所は保健師・福祉職7名、C保健所は保健師7名（欠員を除く）で構成されていた。そのうち、今回の調査対象者は、A保健所では保健師・福祉職8名、B保健所では保健師2名、C保健所では保健師2名であった。調査時点では、A, B, C保健所いずれにも、組織的な対応を明文化したマニュアルはなかった。

A保健所では、電話相談や面接で把握された市民からの近隣苦情に対し、精神保健福祉職が協力して組織的に対応することを重視し、医療および家族支援に結びつけることを目指していた。そのために、市民からの近隣苦情は匿名か否かにかかわらず、毎日のミーティングで共有し、個人名を特定して個別支援に結びつける活動の契機にしたいと考えていた。

B保健所では、A保健所と同様に組織的対応を重視し、障害者も地域で住み続けられる地域づくりを意図していた。そのため、近隣苦情に関しては、本人が家族とともに地域生活が継続できるように、必要に応じて本人の病気や生活に関する情報を周辺住民に説明し、家族が住み続けられるように理解を求める機会を設定していた。

表1 A, B, C保健所の精神保健福祉相談における近隣苦情への対応の特性

項目	A保健所	B保健所	C保健所
対応システム	・保健所保健予防課で組織的に対応 ・毎日のミーティングでクレーム情報を共有	・保健所保健予防課で組織的に対応 ・毎日のミーティングでクレーム情報を共有し、対応の方向性を確認	・プライバシー重視という組織の考えをもとに近隣苦情に対応
対応の考え方	・医療および家族支援に結びつけることを重視 ・保健福祉職が協力した組織的対応を重視	・障害者も地域で住み続けられる地域づくりを意図 ・情報共有と組織的対応を重視	・個人のプライバシー保護を重視
対応部署の職種構成	保健師・福祉職	保健師・福祉職	保健師

C保健所では、個人のプライバシー保護を重視するという担当部署の管理職の考え方にもとづき、本人および家族のプライバシー保護優先の立場から近隣苦情に対応していた。相談を受け付けた場合も、直ちに家庭訪問などで本人のプライバシーの侵害につながる危険を防ぐように、家族からの個別支援の要望が出されたときに対応するという考え方であった。

2. 半構成的個人面接調査結果

家族支援をより効果的に進めるための課題分析の視点として、40分析単位を抽出し、14のサブカテゴリーおよび7つのカテゴリーを導いた(表2)。今回、3保健所間で調査協力者の人数・職種構成に偏りがあり、A保健所の協力者の比率が大きかったが、2つのカテゴリーを除いて、複数の保健所のデータにもとづくカテゴリーを得られた。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、調査対象者の語りを「 」で示し、カテゴリーの内容をサブカテゴリーおよび調査対象者の語りをもとに示した。

1) 【本人の病状に対する家族のとらえ方】

単一のサブカテゴリーで構成された。家族自らが受診援助行動を起こすためには、病状の適切な理解を不可欠とすることから、本人の病状に関して家族がどのようにとらえているかを評価する視点である。家族が本人の病気を認めない、あるいは治療の必要性を認めない場合は支援が困難と判断し、その時点での対応を断念していた。

「弟さんは、(略) 姉は病気ではない、いま騒ぎ立てるのはやめてもらいたいというようなことを言われたので、(略) 弟さんにはアプローチしていません。」

「(両親が) 統合失調症の方の家族教室に出て、ほかの人

の話を聞いたら、うちはまだまだいいと思ったというような反応だった」

2) 【家族の受診援助の役割に関する認識】

2つのサブカテゴリーで構成された。家族が動かなければ受診に結びつけられないため、受診援助の役割認識や役割委譲に関する認識、および受診援助の相談の背景にある本音をとらえ、現時点での本人の受診の可能性、家族支援のニーズ、あるいは受診を可能にするための方策を検討する視点である。

家族が受診援助の役割を認識している場合や役割委譲が可能な場合は、受診援助役割を遂行可能と判断し、同居家族が受診援助役割を果たさず、別居家族への役割委譲に協力しない場合には代替策を探索しながら支援を保留し、遂行が困難と判断していた。

(1) 《家族の受診援助に関する役割認識の有無および役割代行者の探索に協力することへの意向》

「医療機関に再度つなげていくことが最重要課題になっているんですが、そちらに関しては姉にキーパーソンを移したいという意向もあるんですけども、父親が姉の連絡先は伝えたくないと、(略) とりあえず今のところなかなか打つ手が見出せない。」

同居家族の父親が受診援助役割を果たそうとせず、別居家族の姉に受診援助役割を期待したが、父親が同意しなかったため、代替策を探しながらもキーパーソンを見つけられず、支援を保留していた。

(2) 《家族の保健所への相談における受診援助役割以外の真の意図》

「受診(の必要性や具体的な方法)を説明しても、なかなか行動に移そうとしない。(略) できない理由を並べて、

表2 近隣苦情が出された人の家族を支援するための精神保健福祉職の課題分析の視点

カテゴリー	サブカテゴリー	保健所
1) 本人の病状に対する家族のとらえ方	(1) 本人の病状に対する家族のとらえ方	①②③
2) 家族の受診援助の役割に関する認識	(1) 家族の受診援助に関する役割認識の有無および役割代行者の探索に協力することへの意向	①②
	(2) 家族の保健所への相談における受診援助役割以外の真の意図	①
3) 家族の受診援助役割遂行の力量	(1) 本人の病状を判断する家族の力量	①
	(2) 医療機関や保健所の支援を活用し受診援助役割を遂行する家族の力量	①
4) 保健所と家族の関係性構築の現状と可能性	(1) 家族が保健所に支援を求める可能性の有無	①
	(2) 保健所と家族の関係性維持の可否	①
5) 必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性	(1) 必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性	①②
6) 受診援助行動に対する家族の動機付け	(1) 本人の病状や家族の生活に関する困り感の有無	①③
	(2) 家族の受診援助役割の行動に関する決断の有無	①
	(3) 受診援助行動に対する家族としての心情の影響	①
7) 家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いする役割の探索	(1) 家族成員各々の支援の必要性と担いする家族役割の予測	②
	(2) 近隣と家族の関係性の良否	①②
	(3) 受診援助役割を担いする未成年家族の存在	①

①：A保健所, ②：B保健所, ③：C保健所

「ただども自分の気持ちは聞いてくれということだけで(略)本当になかなか前に進まない。」

家族の相談目的は、受診援助のための相談よりも自分の気持ちを聞いてほしいことと精神保健福祉職は判断し、家族の気持ちを聞きつつ、現時点では受診援助役割の遂行が困難と判断していた。

### 3)【家族の受診援助役割遂行の力量】

2つのサブカテゴリーで構成された。家族の受診援助役割遂行に関する力量や家族機能を判断しながら、ただちに受診に導くことができなくとも家族との関係性を維持するために必要な視点である。

#### (1)《本人の病状を判断する家族の力量》

「お母さんご本人さんへの対応に困って、(略)実際にお薬を飲んでなかったようで。」

家族は、本人が薬を飲まないために具合が悪くなっていることを理解し、医師に相談していたことから、精神保健福祉職は、本人の病状を判断する家族の力量を認めていた。

#### (2)《医療機関や保健所の支援を活用し受診援助役割を遂行する家族の力量》

「医療機関のほうに一度電話をしたという行動も家族はとっていましたが、それが続かない家族の力かげんなんだなというところが判断。」

精神保健福祉職は、家族が医療機関へ相談したものの継続的な相談ができないという力量の程度や、医療機関の支援を受け入れながら行動に移すための力量の有無を判断していた。

「前に保健所に相談したことがあったので、もう一度保健所に来るとい行動がとれた」

近隣苦情に対し、保健所に相談した経験があると、家族が保健所に対し、治療に向けた支援を求められると判断していた。

### 4)【保健所と家族の関係性構築の現状と可能性】

2つのサブカテゴリーで構成された。家族と保健所の関係性の構築に向けて、家族の行動を予測し、働きかけながら、家族と保健所の関係性の現状と可能性に関する課題を分析する視点である。

#### (1)《家族が保健所に支援を求める可能性の有無》

「この人が家族に言ったことについて、家族は動く可能性があるなど」

家族と相談者との間でよい関係性が構築できていれば、相談者の勧めにより保健所に相談に来るであろうことを予測していた。

#### (2)《保健所と家族の関係性維持の可否》

「(医師の説明を)受けただけでずれたままという状況は変わらなかったの、今はまたつかず離れずで訪問をして、距離を保ちながら少し状況確認しながら、また何かあったときにちょっと介入ができるかな。(略)何かあったときには力になりますよというところがないと、いざというときに相談に行こうとか困ったという発信ができないので、そこは心配しているということをつなぎをつけておいて。」

両親の治療への意見が相異している場合でも、家族の状

況を確認しながら、介入できる時機に向けて、関係性を維持していた。

### 5)【必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性】

単一のサブカテゴリーで構成された。家族間で病状に対する認識、困り感の有無や役割遂行に関する認識が一致しているか否かを判断する視点である。認識の違いがある場合には、医療行動につながらないと判断していた。

「ご両親の間で温度差がかなりあって、片方は困っている感がすごく強いんだけど、片方は薬も飲ませているし、やっていることはやっていると。(略)やっぱりそれが医療にはつながらない。」

### 6)【受診援助行動に対する家族の動機付け】

3つのサブカテゴリーで構成された。家族が、より迅速に、より適切な時機をとらえて、本人の受診に結びつけるために、受診援助行動に対する家族のいろいろな動機をとらえようとする視点であり、家族自身の日常生活における問題や困り感の有無、受診援助による本人との家族関係の障害、あるいは本人をかわいそうに思う心情を乗り越える覚悟の有無について判断し、受診の可能性や家族支援方法を判断する視点である。家族が困り感を持っている、あるいは受診しないことの不利益を感じている等の場合は、受診への主導的行動を起こす可能性が高くなると判断していた。

#### (1)《本人の病状や家族の生活に関する困り感の有無》

「ご主人の困り感があつたら受診に結びつけられるようなアプローチができるのでは」

「家族が困っていないところに入っていくことが精神障害では難しい、(略)、全然困ってないのに、(略)、介入がしづらい。」

市民からの苦情が来ても、家族が困っていないと訪問できないが、何らかの理由で家族自身が困っていると家族が動く気になることを予測し、精神保健福祉職として介入できると判断していた。

#### (2)《家族の受診援助役割の行動に関する決断の有無》

精神保健福祉職が家族支援の時機をはずさずに介入し、より効果的に進めるために必要な視点である。家族が病気の可能性が高いと感じている、具体的提案に対してできないと言わない、受診援助の覚悟を決めている等の場合は、受診援助役割を遂行することを決断し、行動に移るであろうと予測していた。

「精神科医師から、病気の可能性がすごく高いって言ってもらったこと、近隣からの苦情があったこと、やり方を説明しているときに今度こそ入ったという感じでしたね。」

家族は、病気の可能性が高いことを知り、受診のための行動を取ろうと決断したことを、今度こそと確信をもって判断していた。

「次の段階を提案すると、いつもできない理由を必ず言ってくるという意味で、行動に移そうとしていないと(精神保健福祉職は)判断していた。」

精神保健福祉職による家族への働きかけに対する反応から、受診援助の覚悟を決めることができない家族であると

判断していた。

### (3) <受診援助行動に対する家族としての心情の影響>

「病気がどうか見てほしいという言い方はするけれど、病気がないと言ってほしいというのが裏にみえた(略)入院とかすることになったら娘がかわいそうだというようなことを言っていて、家族の本音は、病気がないと言ってほしいということである。」

家族の本音は病気がないと言ってほしいこと、さらにその背景にある家族の心情を理解し、受診援助の可否を判断していた。

### 7) 【家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いする役割の探索】

3つのサブカテゴリーで構成された。近隣苦情の特徴や家族各々の状態をもとに、家族として地域生活を継続することに対する支援ニーズを見極める視点である。

### (1) <家族成員各々の支援の必要性と各々が担いする家族役割の予測>

「お父さん自身の認識の、非常にバランスの悪さだったり、お母さんの認知症の程度の強さだったり。よくよく考えてみると、一番まともなのがこの当事者じゃないかと思うぐらいですので。当事者の方は治療が加われば落ち着いてきますし、思考もまとまってきます。」

家族成員各々の現在の生活状況を把握し、家族の将来への見通しを持つように、本人も治療を受けて落ち着けば、家族のキーパーソンにもなれ、家族としての役割を担えることを予測していた。

### (2) <近隣と家族の関係性の良否>

「ご本人は(その後)、24条通報で精神科の病院に措置になりましたが、まずはご両親の所に介入して行かなくちゃいけないことと、それからご近所の方達にやっぱり説明をしたりすることで、今後絶対退院してくるわけですから、受け入れていただかなくてはいけないことで、その介入をしてきました。」

家族が地域で孤立した生活を送ってきた場合は、退院後の地域生活の場を確保するために、住民と家族の話し合いおよび調整が必要であり、これらが可能となれば地域での生活の継続が可能と判断していた。

### (3) <受診援助役割を担いする未成年家族の存在>

「中学生なので、こちらとしては巻き込みたくなかったので、(略)説得も、お子さんが学校に行ってる時間帯をねらって行ったんですけど。結局、(略)具合が悪くなっていく様子も見ていて、(略)やっぱり行けなかったんだよという話を聞いて、自分がやらなきゃいけないって、すごく責任を感じる息子さんで、学校休んで、車に乗せ込んでっていうふう。」

精神保健福祉職は、同居家族が保護の対象とすべき未成年者である場合は巻き込みたくないと考え、受診場面にかかわらないようにしていた。本事例における支援をもとに、未成年であっても受診援助役割を認識し、援助の力量を有している場合もあるという課題分析の視点を得ていた。

## IV. 考察

今回抽出した課題分析の視点と、先行文献にみられた精神保健福祉職による家族支援の考え方および課題分析の視点との整合性、さらに近隣苦情が出された人の支援に向けた家族支援への適用性をもとに、課題分析の視点としての妥当性について考察する。

### 1. 今回抽出した家族支援の課題分析の視点と先行文献による知見の整合性

精神保健福祉職による家族支援の課題分析の視点に関し、D, E, F自治体のマニュアル [4, 9, 10] では、共通して家族の支援能力を判断しており、判断の視点として、問題解決能力の有無、近隣への問題行動に関し病気と捉えているか、困り感の有無 [4]、今まで家族が本人との対応に工夫したこと [9]、受診方法の選択に際し、本人の病状と家族の力量のバランス [10] 等をあげていた。本研究による【本人の病状に対する家族の捉え方】、【家族の受診援助の役割に関する認識】、【受診援助行動に対する家族の動機づけ】、【家族の受診援助役割遂行の力量】は、先行文献に示された視点と共通する、あるいは包含されると考える。さらに、各々の家族における受診援助行動の促進・阻害要因を示唆すると考える。精神保健福祉職がこうした分析の視点をもつことは、より多面的・系統的に家族支援の課題を明らかにし、より効果的な支援過程を展開するために必要と考える。

また、D, E, F自治体のマニュアルでは、家族の困り感 [4]、辛さ [9]、苦しみ [10] を支援者として受け止めることを重視していた。本研究による【保健所との関係性の構築の可否】は、これらと共通すると考える。さらに、《家族が保健所に支援を求める可能性の有無》、《保健所と家族の関係性維持の可否》を捉えることは、家族が主体的に受診援助役割を担うように支援を継続するために必要と考える。

加えて、A, B保健所の実践にもとづく【必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性】、【家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いする役割の探索】の2つの課題分析の視点は、D, E, F自治体のマニュアル [4, 9, 10] にはみられなかった。これらの視点は、キーパーソンを中心した支援にとどまらず、家族として支援しあい、家族機能を維持するという家族の捉え方と考える。以下に、これら2つの課題分析の視点について、精神保健福祉職に期待される家族支援における必要性を述べる。

小原ら [16] は、地域生活の継続性の実現には、家族成員各々を支援の対象者と位置づけ、生活者としての家族を支えていく側面を強調すべきと指摘している。また、吉岡ら [17] は、精神障がい者に対する支援の考え方として、医療につなぐことが支援の本質ではなく、精神障がい者の生活能力に応じた支援の必要性を検討することが重要と述べている。しかし、青木 [18] は保健師の立場から、近隣

苦情への対応において、苦情に関する情報収集後に、本人の生活状況における困りごとの解決を支援する立場を維持し、本人に関わることが難しいことを述べている。その一因として、近隣住民の精神的健康に関する課題分析を行いながら、本人・家族に対応していくという多重役割の遂行の困難感が考えられる。

今回新たに抽出した【必要な医療行動に関する家族間の認識の一致性】、【家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いようの役割の探索】は、先行文献で精神保健福祉職に期待されていたが、その実践には困難感が伴うような家族支援における課題分析の視点を示すと考える。また、家族が協力して受診援助役割を遂行できるように、医療と生活両面で本人と家族を支援しながら、本人・家族の地域生活の継続を支援するための課題分析の視点と考える。

具体的には、【家族成員各々の地域生活の継続性と家族として各々が担いようの役割の探索】の3つのサブカテゴリをもとに、家族の地域生活の継続が、近隣苦情により困難にならないように「近隣と家族の関係性の良否」を評価して地域環境を整え、「受診援助役割を担いようの未成年家族の存在」を意識して、年齢等を前提とせず「家族成員各々の支援の必要性と担いようの家族役割の予測」をしながら、家庭環境を整える等の支援方法を導きうると考える。以上のように本研究による課題分析の視点は先行文献の知見と整合すると考える。

## 2. 精神保健福祉職の家族支援における適用性

### 1) 継続的・多面的に家族支援の課題を分析し、適時支援することへの適用性

3 保健所の面接調査結果では、家族が受診援助の覚悟を決める働きかけに関し、きめ細かく対応している（A、B 保健所）、およびどちらかといえば待つ姿勢（C 保健所）という対応の違いが見られた。C 保健所では、住民のプライバシー尊重という考え方のもとに、精神疾患を有する人と家族の有する能力、および主体性を尊重する考え方に重点をおき、家族が覚悟を決めるまで待つ姿勢を取っていることが、一因として考えられた。

春日 [3] は、受診の判断について家族が覚悟を決めるまで待てばよいと指摘している。しかし、精神保健福祉職が、本人・家族の地域生活の継続及び家族支援に向けた多面的な課題分析の視点をもたずに、どちらかといえば待つ姿勢で支援するとき、家族が主体的に本人を支援していくまでの課題について見落とす可能性や、支援の時機を逸する可能性がある。また、本人・家族あるいは住民からの連絡や相談に即応するとき、精神保健福祉職間で一貫した地域生活支援が困難になることも予測される。特に、若年期の発病においては、発病当初より再発予防を見据えた支援が必要 [19] であり、予防意識の高い家族生活への援助には、家族の小さな変化を見出しながら、継続した援助を展開する鋭い洞察力 [20] が必要といわれている。したがって、精神保健福祉職には、本人・家族の有する能力と主体性を尊重する姿勢、および家族が受診援助の覚悟を決めるまで、

働きかけを継続するための課題分析の視点を合わせ持つことが必要と考える。本研究による課題分析の視点は、家族の認識や行動の変化に即して、継続的・多面的に課題を分析し、家族のケアニーズと時機を外さずに適時、家族を支援するために必要と考える。

### 2) 協働的・個別的な家族支援に対する適用性

これまでに、比較的一般的な家族評価の視点や指標 [16, 21, 22] は開発されている。しかし、住民間の対立への即応を求められる近隣苦情では、より個別的な課題分析の視点をもとに、本人と家族への支援ニーズを把握し働きかけながら、家族との協力に向けて支援することが必要と考える。そこで、より具体的な課題分析の視点を示すサブカテゴリをもとに、家族支援への適用性を考察する。

#### (1) 協働関係を構築し、家族を支援することへの適用性

保健所と家族の協働関係の基盤形成、相互の力量と役割の理解、および協働関係の構築と維持の観点から考察する。

精神障がい者の家族は援助希求行動を取りにくい [2] と報告されている。こうした問題に対し、家族が何に困り、どの程度心身の被害を受け [18]、あるいは家族が対象者の言動を病気ではなく性格や甘えとみなしていないか [23] 等を評価することにより、家族が困難や被害を、自ら解決する当事者としての覚悟 [3] を引き出し、主体的な援助希求行動 [2] を支援できると考えられる。今回、複数の保健所のデータから、先行文献を支持する評価の視点として、「本人の病状や家族の生活に関する困り感の有無」、「本人の病状に対する家族のとらえ方」が抽出された。さらに、A 保健所では、「家族の保健所への相談における受診援助役割以外の真の意図」が抽出された。これらは、保健所が家族の支援ニーズを充足しながら受診援助役割の認識を促し、主体的な援助希求行動を支援して、協働関係を築くために必要な課題分析の視点であり、適用性があると考えられる。

平山 [24] は、家族自身が自らの支援の限界を認識すれば、専門職に委ねる謙虚さが生まれると報告している。受診援助役割遂行の力量に関し「本人の病状を判断する家族の力量」が、A 保健所のみから抽出されたが、医療知識及び行動に関する自らの限界を認識するための支援方法を導くために適用可能と考えられた。

「家族が保健所に支援を求める可能性の有無」、「保健所と家族の関係性維持の可否」も、A 保健所からのデータから抽出されたが、これらは、家族を長期的に支えるシステム [2, 25] を作る上から必要と考える。具体的には、「保健所と家族の関係性維持の可否」を分析し、関係性を維持可能と判断した場合に、家族に受診の決断を迫る機会をつくり、「家族の受診援助役割の行動に関する決断の有無」を評価することは、家族が自らの力量や支援の限界を認識するために有効な支援と考えられる。その際、受診援助役割の回避に向かう可能性を評価し、さらに、病気の可能性に関する説明を行いつつ、「本人の病状に対する家族のとらえ方」を見極め、「受診援助行動に対する家族としての心情の影響」を予測して、家族が覚悟を決めるための意思決定の機会を提示する等の多面的支援を行うことにより、

家族が主体的に行動するまでに必要な時間を確保しながら、協働関係を構築し家族を支援しようと考える。

## (2) 個別的な家族支援に対する適用性

精神障がい者の未成年家族の支援役割に関し、欧米では、子どもによる親への気づかいや心配を肯定的に捉える視点 [26] が比較的多い。一方、日本では未成年家族の受診援助役割に関する報告は少なく、今回「中学生なので、こちらとしては巻き込みたくなかったので、(略)」と語られたように、役割を期待しない傾向にあると考えられる。しかし、未成年という理由で、担いする家族の役割を考慮しないことは、各々の家族が有する力量を引き出すための支援が不十分になる可能性がある。E自治体のマニュアルでは [9]、保健師が、どうにもならない家族とらえていた事例もみられ、家族のできることは必ずあるという前提で支援することが重要と述べていた。本人、高齢あるいは要介護状態の家族成員各々が何らかの家族役割を担う可能性があるという前提で支援方法を探索することは、支援をあきらめたり負担感を増さないために必要な視点と考える。したがって、《家族成員各々の支援の必要性と担いする家族役割の予測》および《受診援助役割を担いする未成年家族の存在》は、各々B、A保健所をみのデータから抽出されたサブカテゴリーであるが、各家族の個別性と主体性を尊重した課題分析をもとに支援方法を探索するために適用可能と考える。

以上の1、2に示したように、今回得た課題分析の視点は、先行文献をもとに整合性・適用性を説明することが可能であり、根拠をもとづく課題分析の視点として妥当性があると考える。

## 3. 今後の課題

今回得た知見は、有意抽出法による3つの中核市の保健所における、各々2-8人の担当者への面接調査結果にもとづいており、データの多様性の確保について課題が残った。今後、専門家会議等により網羅性・重要性を含めて検討し、全国の自治体の精神保健福祉職を対象に評価を行い、洗練させる必要がある。

## 謝辞

本研究をまとめるにあたり、貴重な実践をお話して下さった精神保健福祉職の皆様に、心よりお礼申し上げます。

## 引用文献

- [1] 半澤節子. 統合失調症患者の家族の介護負担感—介護負担感を軽減する効果的な家族支援とは—. 日本社会精神医学誌. 2009; 17: 287-95.
- [2] 大島巖. 「アウトリーチ家族支援」のニーズと援助方法をめぐって—課題の位置づけ—. 家族療法研究. 2004. p.8-10.
- [3] 春日武彦. 援助者必携 初めての精神科. 東京: 医学書院; 2004. p.184-85,225.
- [4] 厚木保健福祉事務所, 編. 近隣苦情に対する精神保健相談対応マニュアル2008年版~解決に向けた支援と地域生活に向けての支援—. 2008.
- [5] 多摩立川保健所保健対策課. 精神保健における治療中断予防のための地域ケアシステムづくり. 平成18-19年度研究報告書. 2008.
- [6] 精神障害者アウトリーチ 厚労省 都道府県で推進事業を試行実施へ 保健所は実施医療機関等の支援を. 週刊保健衛生ニュース. 2011; (1605): 2-5.
- [7] 平松さやか, 江森静子, 波田野房枝, 岸川康子, 蓑田朋之, 岡本直幸. 精神保健福祉相談における近隣苦情の現状分析と対応方法の考察. 第66回日本公衆衛生学会総会; 2007.10.24-26; 愛媛. 日本公衆衛生雑誌. 2007; 54(10): 550.
- [8] 菊間博子, 羽原孝子, 小山恵子, 石井健二, 田倉悦子, 佐藤七津美, 白勢貴美子, 末安民生. 厚木保健福祉事務所における「近隣苦情」への相談支援の現状と課題. 第66回日本公衆衛生学会総会; 2007.10.24-26; 愛媛. 日本公衆衛生雑誌. 2007; 54(10): 550.
- [9] 多摩立川保健所, 編. 多摩立川保健所における精神保健緊急・困難事例対応への仕組みづくり~平成13年度保健師活動の実績と分析結果から—. 2003.
- [10] 精神保健福祉自主研究グループ福井県坂井保健福祉センター「すこやか会」, 編. 精神障害者に対する保健師による支援のガイドライン. 2007.
- [11] 長江弘子, 柳澤尚代. こう書けばわかる! 保健師記録. 東京: 医学書院; 2004. p.15-8, 138-40.
- [12] 舟島なをみ. 質的研究への挑戦 (第2版). 東京: 医学書院; 2007. p.145, 181.
- [13] 萱間真美. 質的研究実践ノート. 東京: 医学書院; 2007. p.31-49.
- [14] Von Flick U. Qualitative Sozialforschung. 小田博志, 山本則子, 春日常, 宮地尚子, 訳. 新版質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論. 東京: 春秋社; 2011. p.465-84.
- [15] Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 伊藤勇, 訳. 質的研究の評価規準. 平山満義, 監訳, 伊藤勇, 大谷尚, 訳. 質的研究ハンドブック 3巻. 京都: 北大路書房; 2006. p.264-5.
- [16] 小原聡子, 西尾雅明, 牧尾一彦, 大島巖, 他. 罹病期間からみた家族のニーズと家族教室に求めるもの—全国精神障害者家族会連合会家族支援プログラムも出る事業に参加した家族へのアンケート調査から—. 病院・地域精神医学. 2001. p.44.
- [17] 吉岡京子, 荒井澄子. 治療中断のおそれのある精神障害者を医療につなげる際の保健師の技術の解明—保健師による対象への個別支援の展開過程に焦点を当てて—. 日本地域看護学会誌. 2010; 13(1): 68-75.
- [18] 青木桂子, 半澤節子. 精神保健領域で出会う相談 近隣苦情の対応. 保健師ジャーナル. 2009; 65(9): 285-7.
- [19] 甘佐京子, 泊祐子. 若い統合失調症患者をもつ父母の

- 生活困難度および家族機能. 家族看護学研究. 2006 ; 12(1) : 11-21.
- [20] 佐藤紀子. 家族のケア力を高める看護援助. 家族看護. 2004 ; 5 (1) : 30-6.
- [21] 中野綾美. 家族エンパワーメントモデルと事例への活用. 家族看護. 2004 ; 2 (2) : 84-95.
- [22] 福島道子. 家族生活力量モデルとその実践現場での活用. 家族看護. 2004 ; 2 (2) : 107-13.
- [23] 米倉陸弥, 高橋朋克, 稲葉洋恵, 岸川康子, 西村誠. 「精神保健福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の作成—相模原市保健所の取り組み—. 保健師ジャーナル. 2009 ; 65 (9) : 756-62.
- [24] 平山正美. 青少年の統合失調症患者の家族支援について. 精神科治療学. 2008 ; 23(10) : 1215-21.
- [25] 村田恵子, 宮内環, 内正子, 岩崎孝子. ハイモビックモデルの応用による家族長期ケアモデル. 家族看護. 2004 ; 2 (2) : 96-106.
- [26] Jo Aldridge. The Experiences of Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. Child Abuse Review. 2006; 15: 79-88.