

ケアラーアセスメント票

—家族のためのセルフチェック票—

ガイドライン

Ver. 1

京都府

社団法人 京都精神保健福祉推進家族会連合会

目 次

1 はじめに	P1
2 本票の作成経過と把握できた家族の現状	P1
(1) ケアラーアセスメント票の作成経過	
(2) 精神障がい者家族の現状	
3 家族の相談を受けるポイント	P7
(1) ご家族の直面する苦労をどうとらえるか	
(2) 親だけでなく、きょうだい、配偶者、子どもたちも悩み混乱している可能性	
(3) 家族の相談をどう受け止めるかー本人も家族もともに支える視点	
(4) どう解決すればよいのかを、ご本人、ご家族、支援者とともに悩み家族に決定していただく	
(5) ご本人とご家族の「できるならばともに暮らしたい」願いも尊重する	
4 とともに悩みや直面している課題を解決していくための相談のポイント	P10
(1) 助言ではなく、ご本人やご家族に決定・選択してもらうための相談支援を	
(2) 継続して相談する	
(3) 工夫をわかちあう観点からの「同じ経験をした者同士の思いや工夫の分かち合い」の勧め	
5 ケアラーアセスメント票の活用	P14
(1) 使用方法	
(2) 各アセスメント項目の留意点と対応ポイント	

1 はじめに

京都府では、平成 30 年度精神障害者家族等専門支援事業として、ケアラーアセスメント票(家族のセルフチェック票)を京都精神保健福祉推進家族会連合会(以下、「京家連」)、京都ノートルダム女子大学現代人間学部佐藤 純准教授、京都文教大学臨床心理学部松田美枝准教授とともに作成しました。

今年度は、保健所、市町村、医療機関、福祉施設等で効果的に活用してもらえるようガイドラインを作成しましたので、各機関の家族相談において積極的に活用をお願いします。

2 本票の作成経過と把握できた家族の現状

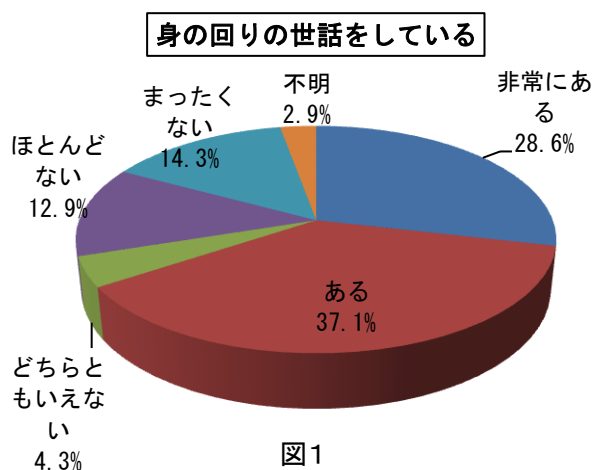
(1)ケアラーアセスメント票の作成経過

「ケアラーアセスメント票」は、精神に「障がい」のある本人をケアする家族が、家族自身の困難に気付いて相談に赴き、支援を得られるように作成されています。本アセスメント票作成の経過として、まず、京家連に所属している家族会を通して、京都府内在住の精神障がい者家族にアンケート調査を行いました(2018 年 11 月アンケート回答家族数 70 名)。質問項目は、京都府と京家連が検討を重ねて作成しました。まず、基本的属性や病歴、現在の生活状況について尋ねた上で、ケアの内容(問 3)、家族自身への影響(問 4)、家族自身の思い(問 5)、ケアする中で大変だと思うこと(問 6、記述式)、本人と家族との関係(問 7)、家族と社会との関係(問 8)、家族自身の悩みや心配事(問 9)、家族自身が望む生活(問 10)について、「非常にある(5)」から「まったくない(1)」までの 5 段階で尋ねました。

質問項目のうち、「非常にある」「ある」と回答している人が多い項目を中心とし、加えて精神障がい者家族が抱えている困難を端的に表していると考えられる項目を取り上げて、「ケアラーアセスメント票」に掲載する項目を 14 項目に絞りました。また、その中の 2 つのデータをケアラーアセスメント票の裏面に情報として掲載しました。

(2)精神障がい者家族の現状

①本人に対して行っているケアの内容(問 3)



本人の「身の回りの世話(食事、洗濯、買い物等)をしている」家族は、「非常にある」20 名(28.6%)、「ある」26 名(37.1%)で、合わせると 65.7%の家族が、同居している本人の身の回りの世話をしていることが分かりました。

本調査では、主に 30 代から 50 代の統合失調症の本人を、60 代、70 代の母親を中心として、ケアしている様子が見えてきます。精神障がいにより自立の機会を得られずにいる本人も、ケアを続ける家族も、どちらもストレスを抱えやすい状態であるといえます。

本人の「通院に同行している（または家族だけで受診している）」家族は、「非常にある」17名（24.3%）、「ある」19名（27.1%）で、合わせると51.4%の家族が、本人の通院に同行するか、または家族が代わりに受診していました。

精神科の通院は2週間に1回、1ヶ月に1回など、長期にわたって定期的に行われるため、家族は日常的に本人が医療を受けるための手助けをしていることになります。送迎や待機などを含めて1日がかかりになることも少なくありません。

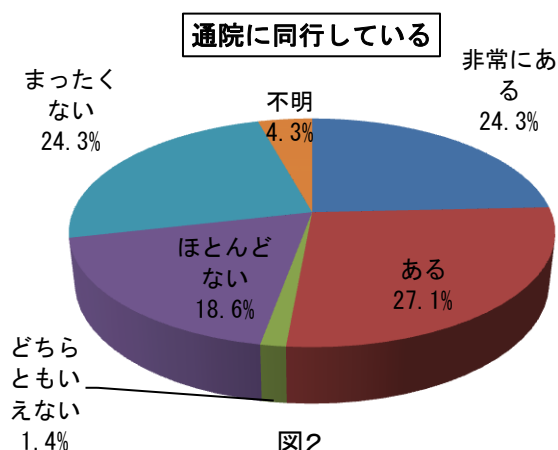


図2

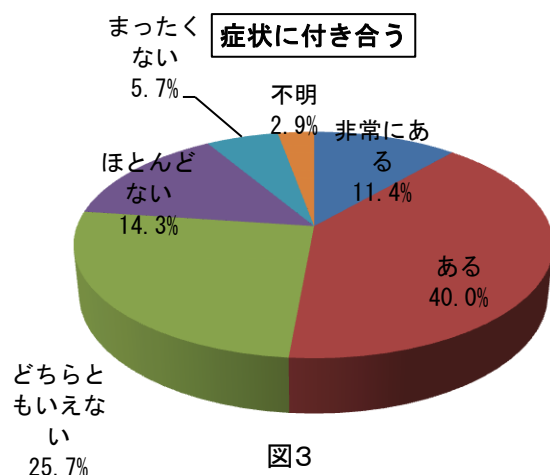


図3

本人の「症状に付き合う（こだわり・妄想など）」家族は、「非常にある」8名（11.4%）、「ある」28名（40.0%）で、合わせると51.4%の家族が、本人のこだわりや妄想などの症状に付き合っていました。

不潔と感ずるものや不確かなものに対する強迫的なこだわり、物事の細かな点についての強い思い入れ、主観的な事柄に対する強い確信など、本人が辛いと思っている内容に家族が寄り添い、否定せずに、場合によっては夜間などに長時間にわたって付き合っている様子がうかがえます。

②本人のケアを行う上での家族自身への影響(問4)

「負担感がある」と感じる家族は、「非常にある」12名（17.1%）、「ある」31名（44.3%）で、合わせると61.4%の家族が本人のケアを行う上で負担感を感じていました。

衣食住のケアや通院同行、服薬管理、症状に付き合うなどの日常的なケアから、近隣への気遣いや将来への不安など、気が休まらない状態が続いていると考えられます。家族が一息つける場の確保や、家族自身が相談できる場所が必要です。

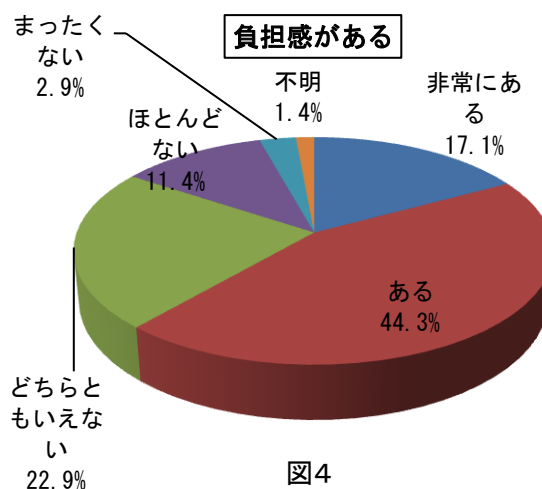


図4

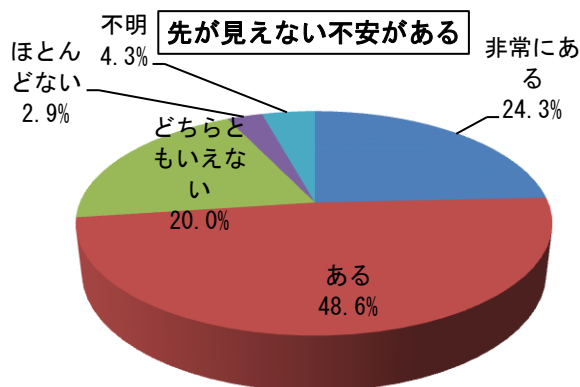


図5

「本人がまた調子が悪くなるのではないか」と不安を感じる家族は、「非常にある」10名(14.3%)、「ある」39名(55.7%)で、合わせると70.0%の家族が、本人が調子を崩す不安を感じていました。

家族は、本人の最初の異変から初診、初診から状態が一定安定するまでに、数々の困難を体験しています。本人を医療機関や相談機関に連れて行くこともままならず、調子が安定しない本人に孤立無援の状態で見守り対応した記憶が、家族の不安を掻き立てるものと考えられます。

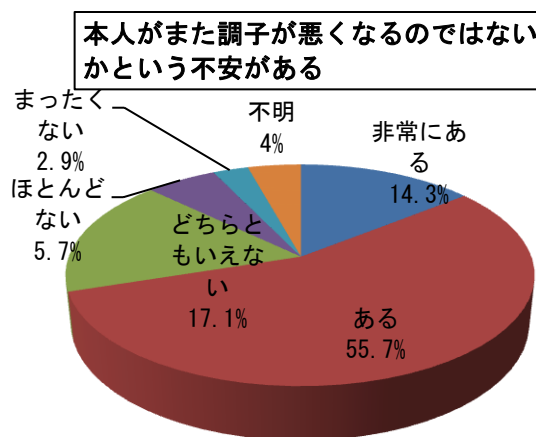


図6

③本人の状態についての家族自身の思い(問5)

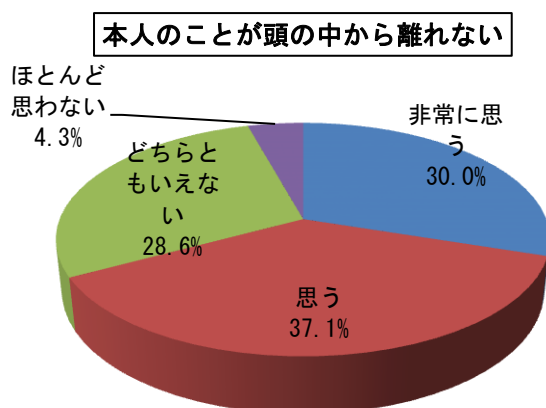


図7

「本人のことが頭の中から離れない」と思う家族は、「非常に思う」21名(30.0%)、「思う」26名(37.1%)で、合わせると67.1%の家族が、本人のことが頭から離れないと感じていました。

外出中も本人が調子を崩していないか気になったり、本人から何度も電話がかかってきたりし、また、本人の将来を思うと心配で、今のうちに何とかしなければと始終考え続けたりします。家族以外のケアの担い手が見つかり、委ねられれば良いのですが、なかなかそうならない実情があります。

「家族だからケアしないといけない」と思う家族は、「非常に思う」15 名(21.4%)、「思う」35 名(50.0%)で、合わせると 71.4%の家族が、家族だからケアしないといけないと感じていました。

家族であればこそその繋がりによって、互いに支えられている半面、責任を感じるという側面もあるものと思われます。しかし、家族であっても担えない部分や、家族であればこそ冷静に対応できない事柄などがあって当然です。また、家族がケアしなければならぬという気負いから、関係が煮詰まりすぎる危険性もないとは言えません。

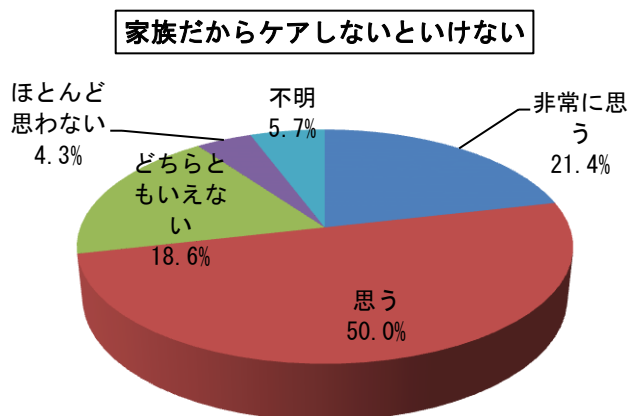


図8

自分しかいない、周囲を頼れないという感じがする

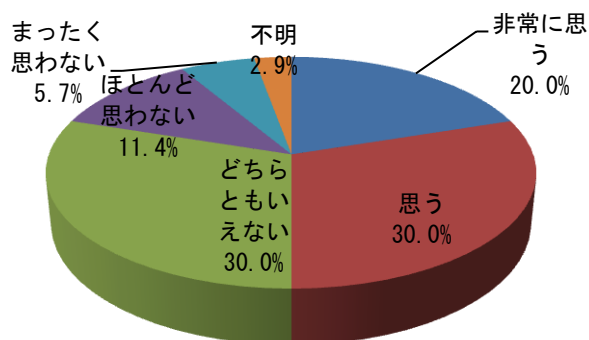


図9

「自分しかいない、周囲を頼れないという感じがする」と思う家族は、「非常に思う」14 名(20.0%)、「思う」21 名(30.0%)で、合わせると 50.0%の家族が、本人をケアするのは自分しかいない、周囲を頼れないという感じがすると考えていました。

精神障がいのある本人と同居生活を送りながら、本人が通所サービスを利用したくない、訪問サービスも拒否している、といったような場合に、本人に関わりうるのは家族だけということになり、誰の力も借りられない孤立状態に陥っていることがうかがわれます。

「試練や宿命として受け入れている」家族は、「非常に思う」11 名(15.7%)、「思う」27 名(38.6%)で、合わせると 54.3%の家族が、精神障がいのあるわが子と暮らすこの人生を、試練や宿命として受け入れています。

精神障がいのある本人の症状の苦しさ、それをケアする家族のしんどさは、誤解や偏見という壁に阻まれたり、相談が功を奏しないなど十分な支援が得られなかったりすると、誰にも相談できない状況が続き、さらに抱え込んでしまうことにつながります。そのような中で「試練」「宿命」として受け入れる“覚悟”が身についてしまうと考えられます。

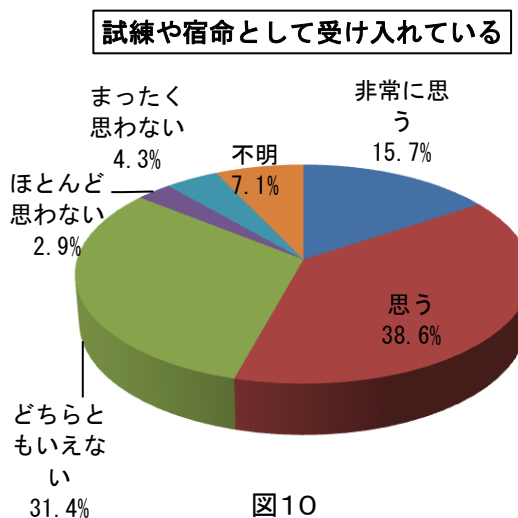


図10

本人が不憫なのでできるだけのことをしてやりたい

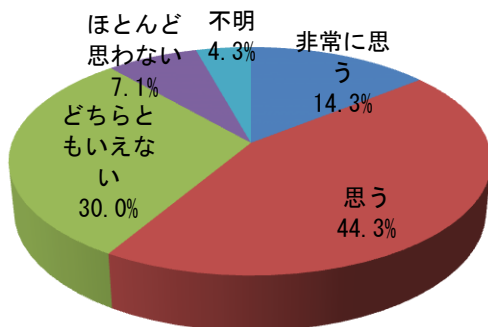


図11

「他人に迷惑をかけたくない」と思う家族は、「非常に思う」15名(21.4%)、「思う」29名(41.4%)で、合わせると62.8%の家族が、他人に迷惑をかけたくないと思っていました。

特に60代、70代の場合、わが子のことで人様の手を借りるのは申し訳ないと考えたり、世間体が悪いと考えたりすること多いものと思われます。また、本人の精神障がいのためにご近所に迷惑をかけたり、職場に配慮してもらったりすることも、家族にとって精神的な負担となりがちです。

他人に迷惑をかけたくない

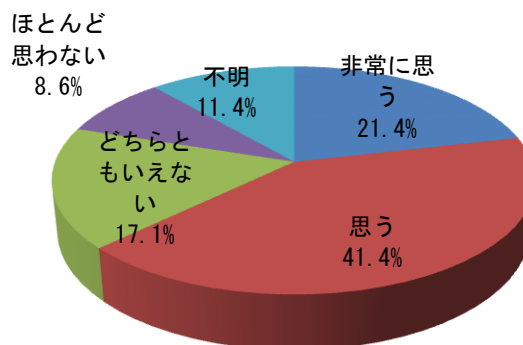


図12

家族関係が悪化しないように気を遣う

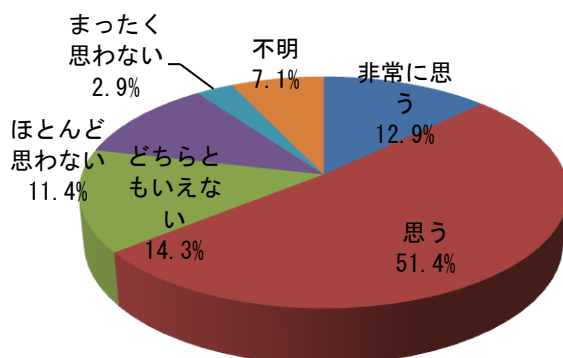


図13

「本人が不憫なのでできるだけのことをしてやりたい」と思う家族は、「非常に思う」10名(14.3%)、「思う」31名(44.3%)で、合わせると58.6%の家族が、本人を不憫に思い、できるだけのことをしてやりたいと考えていました。

思春期・青年期に発病したために、その後の人生を思い描いたように生きることが困難になっているわが子を、親の立場から不憫に思い、せめてできることを最大限してやりたいという親心の表れであると考えられます。

「家族関係が悪化しないように気を遣う」家族は、「非常に思う」9名(12.9%)、「思う」36名(51.4%)で、合わせると64.3%の家族が、家族関係が悪化しないように気を遣っていました。

精神障がいのある本人とそれ以外の家族との関係がこじれたり、複数の家族構成員が精神疾患にかかっていたりすると、些細なことでお互いに傷つけあってしまうことも見られます。一触即発の関係が限界を超えて爆発してしまうないように、ハラハラしながら見守っている家族も少なくありません。

④家族と社会との関係(問 8)

「継続して相談できる場所があれば相談したい」と考えている家族は、「非常にある」12 名(17.1%)、「ある」26 名(37.1%)で、合わせると54.2%の家族が、継続して相談できる場所があれば相談したいと考えていました。

精神保健福祉の相談機関では、精神障がいのある本人のことは相談に乗ってもらえても、なかなか家族自身のことまでは相談しづらいのが現状です。また、大きな困りごとを抱えているときは相談できても、日常的に継続してとなると、なかなか相談先がないものと思われる。

継続して相談できる場所があれば相談したい

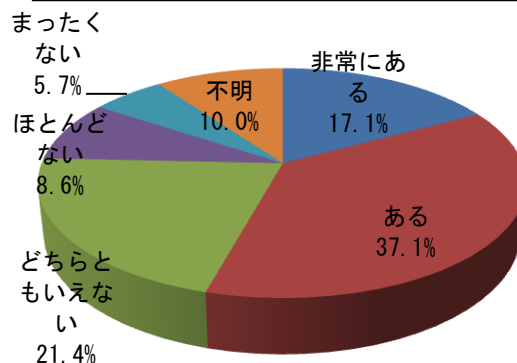


図14

⑤家族自身の悩みや心配事(問 9)

これから自分が病気や介護が必要になったらどうしようか心配

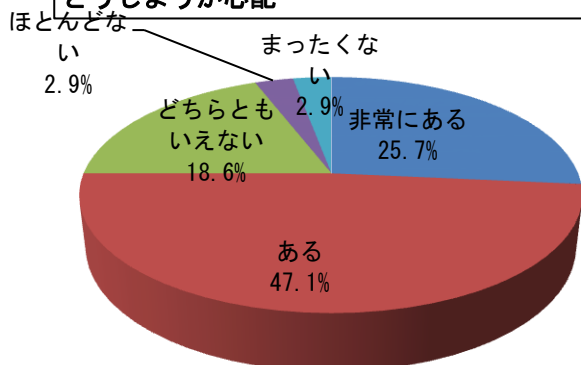


図15

「親亡き後の本人の生活がとても心配」という家族は、「非常にある」36 名(51.4%)、「ある」27 名(38.6%)で、合わせると 90.0%の家族が、親亡き後の本人の生活のことを心配していました。

第三者に支援を求めることもないまま、本人のケアの大半を親世代が担っている家庭では、親亡き後の本人の医療的ケアや家事のサポート、金銭管理など、心配なことばかりです。思いつめずに今できることを工夫しつつ、いざとなれば本人が誰かに助けを求めることができるように道筋をつけておければ安心です。

「これから自分が病気や介護が必要になったらどうしようか心配」な家族は、「非常にある」18 名(25.7%)、「ある」33 名(47.1%)で、合わせると72.8%の家族が、家族自身の病気や介護が必要になった時のことを心配していました。

家族自身が現在、60 代、70 代を迎え、今は本人のケアをできているが、今後の健康状態次第では支えられなくなるのではないかという不安を、常に抱えているものと思われます。

親亡き後の本人の生活がとても心配

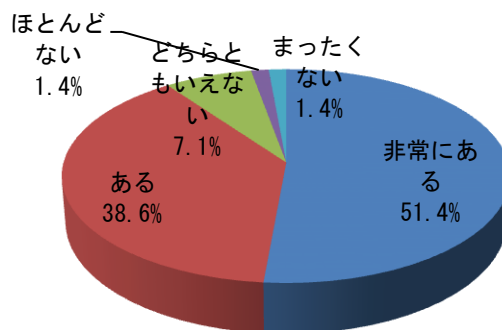


図16

3 家族の相談を受けるポイント

(1) 家族の直面する苦労をどうとらえるか

精神疾患を発病すると、本人は気分や感情、考えがまとまらず混乱し、さらにさまざまな症状に振り回されてしまいます。その振り回され方は非常に大きく、周囲からみると「人が変わってしまったのではないか」と不安になるほどの混乱と変化です。

そういった混乱に巻き込まれる本人の苦労は想像以上だと思われますが、その様子を近くで見ている家族も相当混乱します。そして、多くの家族は精神疾患の正しい知識が少なく、精神的に混乱している本人への対処の方法もわからず、何とかしてあげられないかと思っても何もしてあげられない強い無力感を感じています。さらに、本人の混乱が大きい場合は、物に当たったり、暴言や暴力が出てしまうこともあり、そのことで家族も深く傷つきます。

さらに、何とか本人が精神科に受診し処方された薬を飲み始めたとしても、治療後すぐに病状が安定するわけではなく、安定と不安定を繰り返しながらゆっくりと回復していくものですから、安定されるまでの間、家族はさらに混乱と無力感と、誰にも相談したり頼ることができない孤立感を味わいながら、本人の回復することを願って一生懸命寄りそっているのです。

支援者はこのような本人と家族を支援する上で、どのように家族をとらえているでしょうか。Twigg and Atkin (1994)¹⁾によれば、支援者が家族のケアをとらえるモデルを4つに分類し、説明しています。

第一のモデルは「ケアする資源としての家族」、家族を「主たる介護資源」と位置づけるモデルです。このモデルでは家族が本人のほとんどをケアしていても当然とみなされ、あくまで支援の関心は本人に置かれています。

第二のモデルは「ケアする協働者としての家族」、家族を支援者の協働者にとらえるモデルです。このモデルもあくまで関心は本人にあり、家族は本人に対し良きケアがなされているかどうかにおいて支援者より関心が払われます。家族の負担は考慮されるもののあくまで関心はよいケアが提供されることに焦点付けされます。

第三のモデルは「クライアントとしての家族」、本人も大変なのですが、家族も本人と同様に大変な状況にあるので支援が必要ととらえるモデルです。本人のケアによるストレスを減らし、支援者が家族も含めてサポートする視点を持つモデルです。家族もケアに関する知識を持ち、意欲をもって本人のケアをすることを期待されているとともに、それが継続されるよう本人が短期入所を利用し休息や休養することも勧められます。

それに対し、第四のモデルは「ケアする家族を超えた個人としての家族」です。このモデルは家族を「ケアする人」として見るのではなく、あくまで個人としてとらえ、ケアをすることによって個人として、社会で活躍したり、生活を楽しんだり、学ぶ機会を得ることを妨げられない、いわゆるケアによる社会的排除をなくすために、ケアにまつわるさまざまな課題を社会で解決すべきものとしてとらえていくものです。

¹⁾ Twigg, J. & Atkin, K. (1994), Carers perceived: Policy and practice in informal care. Open University Press.

本人だけでなく家族ひとりひとりもそれぞれ「権利主体者としての家族」としてとらえ²⁾、家族ひとりひとりも自分らしく生き活きと暮らすことを保障しようとするモデルです。

これからの家族支援には、本人はもちろん家族をもひとりの市民としてとらえていく第四のモデルにたった支援が求められているといえるのではないのでしょうか。このことは、本人の支援と家族の支援を分けて考え、本人のニーズを中心に考えていく支援を改め、本人も家族ひとりひとりも丸ごと支援していく視点にもつながっていく考え方もあります。

(2) 親だけでなく、きょうだい、配偶者、子どもたちも悩み混乱している可能性

また、家族支援というと、相談場面に訪れることが多いのが「親」の立場の方ですので、その「親」を対象として想定してしまいがちです。しかし、精神疾患に巻き込まれていく混乱している本人を心配しているのは「親」だけではありません。「きょうだい(兄弟姉妹)」、「配偶者」、「子ども」、それぞれが心配し、本人の混乱に大なり小なり巻き込まれています。

一般的に「親」は自分の人生をなげうっても何とかしてあげたいと言われることも多く、自分の人生をほとんど費やして本人のためにケアをしている場合も少なくありません。それゆえの善し悪しもある、親子関係がとてに近い感じになってますます混乱している場合もみられます。

心配しているのは「きょうだい(兄弟姉妹)」も同じです。「親が居なくなったら自分がケアを代わらなければならぬだろうか」といつも頭の片隅で思っていますし、自分の人生への影響(就職、結婚や親亡き後など)もあわせて心配しています。しかし、「親」とは異なり自分の人生をなげうってまでとは思うことはむしろ少なく、自分の人生がまずあってそれに余裕があればできるだけケアしたいと思っていることが多いです。ご兄弟もどうしたものか悩みますが、本人の精神疾患のことは誰かに相談できる内容ではありませんから、誰にも話せずひとり悩んでいることも少なくありません。

また、「配偶者」は唯一、家族の中で血のつながっていないいわば「他人」ですので、その悩みも複雑です。離婚のことを考えたり、こんなときに離婚するなんてと思い直したり、とさまざまな複雑な要素が絡み合うようです。

そして、おそらく最も深刻なのは「子ども」の立場です。本来、「子ども」は本人から世話をされる立場であり、本人が安定して世話されることによって「子ども」は安心して育っていけるのですが、「子ども」が物心ついた頃には親である本人が精神疾患を発病し巻き込まれて混乱が続いていたとすると、「子ども」であるのにもかかわらず親をケアする役割を担います。さらに、「子ども」は主な養育者である本人(あるいは別の親など)を通して社会を知っていくのですが、本人などの混乱が大きければ大きいほど、「自分はふつうなのだろうか」、「これでいいのだろうか」ということを自分で確認し自分で保証し安心させてあげる必要性にも迫られます。さらに、自分のことよりもまずは「親の精神的安定」を第一に考える生活を続けていくことは、「子ども」自身が成長後に自分の人生を第一に考えることを難しくしていきます。

こういった異なる家族のそれぞれの立場にあって、その苦労や困難を把握し、どうすればよいかをそのひとりひとりの立場から考えていくことが家族まるごと支援には求められていきます。

²⁾ 佐藤純(2019)、「日本の精神保健福祉領域における家族支援の現状と課題(特集 ケアラー支援:新たな家族支援のあり方を考える)」、『精神保健福祉』、50(2)、136-139

(3) 家族の相談をどう受け止めるかー本人も家族もともに支える視点

これまでの多くの支援者の相談のあり方は、本人を中心に置き、本人の病状や生活上の困難を解決するために、主なケアする家族をキーパーソンと定め、そのキーパーソンがカバーしきれない困難等があれば、オフィシャルな支援(障害者総合支援法などの支援)を導入するような支援の仕方であったと思われます。

しかし、上述の第四のモデルに立ち、それぞれの立場を踏まえた家族の相談を進めていくためには、「本人の状況や現状の悩みや困難を把握する(アセスメント)。さらに本人の将来の希望や夢に沿って支援の方向性を決めていく(プランニング)」のではなく「本人と家族それぞれの状況や現状の悩みや困難を把握する(アセスメント)。さらに本人と家族の将来の希望や夢に沿って支援の方向性(プランニング)を決めていく」としていくことが必要ではないでしょうか。

そうすると本人よりも家族の希望が優先されるのではないかと心配される支援者の方もいらっしゃるかもしれません。確かに、本人より家族の方がパワーがあり、家族が思い通り決めてしまう心配もあるかもしれません。しかし、逆に家族より本人の方がパワーがあり、本人が思い通りに決めてしまう心配もあるといえます。この点も、本人か家族かではなく、本人と家族をまるごと支援する(応援するに近いでしょうか)という視点で考えることが求められてきます。本人か家族かどちらの肩を持つのではなく、「どちらの願いも叶えたい」姿勢で臨むわけです。家族であっても互いが互いの権利侵害をするような状況になっているようであれば、支援者は本人や家族に対し互いの権利を護るような介入をしなければなりません、そのような状況でなければ「どちらの願いも叶えたい」、それが可能となるような現実的な選択を勧めていくことが必要に思われます。

(4) どう解決すればよいのかを、本人、家族、支援者とともに悩み家族に決定していただく

本人と家族をまるごと支援する上で次に重要な点は、本人と家族の力を最大限に発揮してもらう支援(応援)を行うということです。本人は精神疾患を体験しているという「専門家」、家族は本人のそばにいてケアをし続けている「専門家」、支援者は精神保健医療福祉の支援に関する知識と技術を持つ「専門家」。この三者が力を発揮できるような関係を形成できることが良い支援につながっていきますが、本人、家族ひとりひとりのストレングス(強みや長所、得意なこと)を活かしてもらうとともに、この家族全体のストレングス(強みや長所、得意なこと)を活かしてもらうことも重要です。

特に家族全体のストレングスを活かしてもらうためには、家族の「いつもどおりの」コミュニケーションが必要になってきます。そこで思い浮かぶのが英国の家族支援の研修でよく伝えられている「本人が精神疾患を発病するとコミュニケーションが窓から逃げていく」という言葉です。たしかに多くの本人と家族は、本人が精神疾患を発病すると、本人に対する遠慮や気遣い、互いにそれぞれ余裕がなくなり怒りっぽくなっていることもあって、「そっとしておこう」「話さないでおこう」という方向に家族全体がなりがちです。そして、本人と家族それぞれのコミュニケーションが減少していくと、互いの意識や行動のすれ違いや思い違いが増え、それによってさかみや衝突が増え、さらに「そっとしておこう」「話さないでおこう」となっていくものと思われます。

そういった状況の中で、家族全体のストレングスを活かしてもらうためには、家族全体のコミュニケーション量を増やし、コミュニケーションの質を変化させていくことも求められているはずで。

そういった本人と家族に対し、支援者が選択するもっとも手軽な働きかけは、支援者が本人と家族の間に入り、「仲介役」を務めることです。ですが、支援者が「仲介役」を務めると、多少相互理解は促進されますが、

家族と支援者のコミュニケーションは増えるものの、本人と家族のコミュニケーションが増えることになかなかつながりません。本人は本人担当の支援者、家族は家族担当の支援者にお話ししていくことも同様です。

そこで SST(社会生活技能訓練)などを本人と家族が受けていただき、コミュニケーションの質を変え、それによって家族関係を変化させていくのも良い働きかけです。ただし、家族は本人とのコミュニケーションが円滑になるよう SST で練習して働きかけることについては効果がみられていますが、残念ながら本人の SST の目的は「家族のコミュニケーション」よりも「他者や知人とのコミュニケーション」を練習されることが多く、家族とのコミュニケーションは不要と思っていたり「嫌なことを言われる」と避けたりしていることが多いため、それなかなかうまくいかない場合もあるようです。

そのような場合は、たとえばメリデン版訪問家族支援(Family Work)で実践されているように、最初は支援者を交えて、そしていずれは本人と家族で行われる「家族の話し合い(家族会議)」のようなものが必要なのかもしれません。話し合いをうまく機能させていくためには、本人と家族が「病気や症状などの理解をする情報共有」、「コミュニケーションの練習」、「互いの生活や人生での目標を達成する」という練習が加わることも必要です。そういった準備があった上での「家族の話し合い(家族会議)」は、本人と家族の家族まるごと支援をしていく上で欠かせないものなのかもしれません。

(5) 本人と家族の「できるならばともに暮らしたい」願いも尊重する

本人が精神疾患を発病される前は、本人も家族も「できるならば仲良く一緒に暮らしたい」と思っていることが多いように思います。しかし、本人が精神疾患を発病し、その後コミュニケーションがうまくいなくなり、互いの気持ちや思いのずれからすれ違いが多くなり、結果として「離れて暮らしたい」という気持ちになっているかもしれません。「離れたいのだから」と本人のひとり暮らしを進めていくのもひとつの方法ですが、本人にとって本人を含めた「家族のありよう」は、結果としてご自身の自己肯定感を増すかもしれない重要な環境のひとつです。本人や家族にもともとあった気持ちや思いに思いを馳せ、その思いにも沿っていける支援が求められているように思います。

4 とともに悩みや直面している課題を解決していくための相談のポイント

(1) 助言ではなく、本人や家族に決定・選択してもらうための相談支援を

良い支援というのは、クライアントの知とワーカーの専門的知識を等価とみなす力の共有と共通の目的を基礎にしたパートナーシップ(稲沢, 2003)³⁾が必要とされます。つまり、支援者側の一方的なアセスメントや介入ではなく協働が求められています。それでは協働を可能とする相談とはどのような相談になるでしょうか。

協働を可能とする相談とは、クライアントの知、つまり相談に来ている方の経験的知識を活かす相談です。たとえば、本人や家族に現在直面している課題の背景や現状をお聞きするとともに、それに対してどのような「工夫」をしてきたかを尋ねてみることもひとつの方法です。これは解決志向アプローチ(デヤングほか、1998)

³⁾稲沢公一(2003)、「エンパワメント」、『精神科臨床サービス』、3(4)、423-427

⁴⁾のコーピングクエスチョンといわれている質問ですが、この質問によって本人や家族のこれまでの経験を伺い、さらにその課題に対しどのような「工夫」ができるかをともに考える土台作りともなります。

なぜその質問がともに考える土台作りとなるのでしょうか。それは、クライアントの「工夫」の経験をお伺いするというのがすでにクライアントの経験を尊重しているからに他なりません。その「工夫」に加え、実際にそれをしてみてどうだったかの効果や感触も伺い、さらに今回の直面している課題にも適用可能かをともに検討してみます。その検討は本人や家族に自身で検討するよう促すというよりは、支援者とクライアントが「ともに検討する」に近い感じです。まさに支援者の専門的知識とクライアントの経験的知識に基づいた検討です。もちろん内容によっては支援者の専門的知識に照らし合わせて、それはどうかと思うような場合は意見を述べる（眠れない場合、スマホを眺めていると眠れるという経験的知識については「一般的には明かりが強くて眠りにくいと言われていますが、いかがですか」と意見を差し出す感じです。専門的知識が経験的知識よりも必ずしも優れているというわけではない点に注意が必要です。さらに工夫の効果というのは極めて個別性の高いものです）。そして、支援者と本人あるいは家族（あるいは本人と家族ともに）これでいきましょうかという「とりあえずの選択」を支持し、次の面接まで「試してみる」というスタンスで進めていきます。次の面接では試してみたいかない場合もちろんありますし、そもそもその選択肢が試せなかった場合もあります。その場合は、次の面接で「それではどうすればもっとうまくいきますかね」、「別の選択肢の方が取り組みやすいですかね」とさらに吟味していくという繰り返しになっていきます。

(2) 継続して相談する

一般的に相談は1回ずつで行われ、「また困ったら相談に来て下さいね」というように終了することが多いと思われます。しかし、クライアントの「困ったら」と支援者の「困ったら」の想定しているレベルは異なることが多く、支援者が「もっと早く相談に来てくれたら」と思う状況での相談となることが多いです。そのため、次の相談の概ねの時期を支援者から示しておけるとよいと思います。たとえば「何もなくても半年くらいしたら念のために相談に来て下さいね」、「続けて相談していかないといけないと思いますので1ヵ月後くらいに」などです。実際にそのような声をかけてみると、多くの相談者はこれを目安に予約を入れて下さることが多いものです。

しかし、1回の相談では明確な解決法が見つからないような、直面している課題が複雑で継続している場合も多いものです。相談というのは「相談している最中」に役立つかどうかだけでなく、「今回の相談と次の相談の間」の実生活で役に立つ相談でなければなりません。そのためには、先述したように面接中に支援者と相談者で吟味した方法が役立つのかどうかを「試してもらおう」、そしてそれを「報告してもらおう」、「それでいけるかどうかを評価する」、「それを継続するのか別の方法を選択するのかをさらに吟味する」機会が必要となります。そのためには継続して相談を受けるということがどうしても必要になるわけです。

忙しいからといって継続相談を避ける支援者は意外と多いようですが、継続相談の方が「早めの」「適切な」介入をしやすいという点からも結果として支援の総量の省力化になり、本人や家族のさまざまな傷付きを減らすことも考えられます。長時間である必要はなく、短い時間であっても継続して相談に乗っていくという姿勢は

⁴⁾De Jong, P., & Berg, I. K. (1998). Interviewing for solutions. Belmont, CA, US: Thomson Brooks/Cole Publishing Co. (=1998, 玉真慎子, 住谷祐子監訳『解決のための面接技法—ソリューション・フォーカスト・アプローチの手引き』、金剛出版)

ぜひ持ちたいものです。

(3) 工夫を分かち合うという観点からの「同じ経験をした者同士の思いや工夫の分かち合い」の勧め

支援者による相談でできない支援は、「同じ経験をした者同士の思いや工夫の分かち合い」です。このためにはセルフヘルプグループや同じ体験をしている人たちのグループ活動の参加がとても有効です。先述のような個別支援の経験を踏まえて、本人や家族は「他の方の工夫を聞いてみたい」というように変化してくることも決して少なくありません。本人にはサロン活動やグループ活動、作業所やデイケアなどがそれにあたります。家族には、家族会や家族教室などがあります。あまり気乗りしていない本人や家族には、「あんまり気乗りしないかもしれませんが、だめでもともとと思って 3 回行ってみませんか」とお勧めすることもあります。初めて参加した回で今ひとつだなという感覚になられた本人や家族も 2 回目か 3 回目にグループの良さに気づいてくれることも多いからです。

ともすると、個別の相談や支援を十分せずに、すぐに「同じ経験をした者同士の思いや工夫の分かち合い」の場を勧める支援者もいますが、個別の相談や支援でできることと、グループ活動でできることはその内容に大きな違いがあります。特に差し迫った課題を抱えている本人・家族には、個別の相談とグループ活動の両方が同時に利用できるよう支援を進めていく必要があります。

5 ケアラーアセスメント票の活用

(1) 使用方法

このケアラーアセスメント票はさまざまな活用方法が考えられます。相談前にインターネット上や用紙で記入してきていただき、まずは差し迫って直面している課題を伺いつつ、この票を活用して家族自身の現状についても伺いすることが可能です。

この票の質問をひとつひとつ確認しながら相談に乗ることも可能ですが、それは初回や相談開始まもなくの相談には少し無理があります。相談に来られる本人や家族は、困っている「課題」に注意がいており、なかなか自身の「状況」に目を向ける余裕がないことが多いからです。当面の課題がまずはひと段落した段階か、「家族ひとりひとりの状況についてもあわせて伺いますね」という状況で活用することが可能な方法となるでしょう。

(2) 各アセスメント項目の留意点と対応のポイント

① 本人がなかなか受診をしてくれず心配している

精神的に不安定になっていたとしても、精神科に受診することは抵抗のあることが多いのはもちろんです。ご自身の精神的な症状は客観化しにくく治療が必要と思にくいこと、精神の病気と診断されたらどのような偏見や差別を受けるかと思うと怖いこと、ご自身も精神疾患に偏見や差別意識があり精神科受診に抵抗があることなどがその抵抗に複雑に絡み合っていることが多いです。

そのため、本人が自ら精神科に受診することが難しいことも多く、精神的に不安定になってから 10 年も 20

年も経過しているが精神科に受診できない状況の人もいらっしゃいます。

精神疾患による自傷他害の恐れがあるなどの場合は、警察官が保護し、都道府県知事への通報、その後の手続きを経てから措置入院となるなどの強制的な入院により精神科治療が開始される場合もありますが、そのような状況ではない場合、多くの家族は途方に暮れていることが多いように思われます。

まずは家族の精神疾患や精神障害に対する正しい知識を深めること、偏見や差別意識を減らし必要な支援を考えること、第三者の評価(いわゆる世間体)よりも本人の少しでもやわらげるために精神科の受診を勧めること、受診の勧め方にさまざまな工夫をしてあれやこれやと働きかけてみることを、などを根気よく支援者と家族と進めていきます。事態は少しずつしか動いていないとしても、ともに困りごとに伴走してくれる支援者の存在は、家族の、ひいては本人の大きな支えとなっていきます。

②本人の病状が不安定な時、警察または救急車を呼ぶことがある

本人の精神疾患による混乱が大きければ大きいほど、第三者への SOS を出す必要性に迫られます。通常、警察署か消防署は SOS を出すと、大きなサイレンなどによって駆けつけますが、家族にすればできれば利用を控えたいくらい「おおごと」になりますし、駆けつけてくれることによって何らかの困りごとがあるご家庭と周囲に認識されるような事態となりますので忌避されていることが多いように思います。そのような方法を選択せざるを得ないその本人や家族の心情に十分思いを馳せて相談や支援に臨む必要があります。本人も家族も必死に綱渡りをしながら毎日を生きている様子がそこから見えてくるはずです。細やかなていねいな継続支援が求められます。

③ご近所から苦情があつたり、理解が得られない

ご近所からの苦情や理解が得られないという状況は、「人に迷惑をかけてはいけない」という強い意識があるわが国の文化においては特に家族の大きなストレスとなります。本来は近隣というのは「困ったときはお互いさま」であるべきなのですが、「迷惑」という感覚は個人差が大きいとともに、そこに精神疾患や精神障害に対する偏った知識や経験が加わると、その地域から「排除する」という認識にもなりかねない事態になってしまいます。そして家族は実体験も加わってそのことをとても恐れています。

まず支援者は、その家族のストレスの大きさに注目し、本人や家族ひとりひとりのストレスの軽減となるような家族丸ごとの支援の組み立て(オフィシャル及びプライベートなネットワークの強化等も含む)が求められます。さらに支援者は「社会的包摂」(「全ての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う」)を基本的な姿勢として、それが可能となるような地域への働きかけも同時に求められます。

④本人が家に居る時間が多く、通所サービス(作業所やデイケア)や訪問サービス(訪問看護やヘルパー)を利用せず心配している

本人が人の集まっているところが苦手で、主治医やその他の勧めがあっても作業所やデイケアに行かれない方がけっこういらっしゃいます。いろいろ行ってみて、やはりそういうグループや集団は苦手と、自分なりに楽しみや興味のある物を見つけ、自分らしい生活を送っているのであればそれもよいかもしれません。しかし、なかには病状が不安定だったり、これまでの人生の経験によって人や社会が怖くて家の中に籠もっている場

合は、しょうがないということではなく何らかの支援が求められていると考えていくことが求められるかもしれません。その場合は、本人はどちらかというと他人はおろか家族とも話したりすることはなく、いわば社会から隔絶した状態になっており、自分らしい人生を送ることと正反対の生活となっている場合もあるからです。家族も長時間本人と一緒にいるにもかかわらず、ほとんど話をすることがないので、思いや考えのずれがおこってしまい、結果として腫れ物に触るような対応になっていたり、暴力などが出現するような家族関係になっていたりすることもあり、本人もストレスが多く、家族も心配が続く状況です。

精神科に通院中であれば、主治医と相談して訪問看護を利用するのもひとつでしょう。安心して会える、あるいは話ができる他者の存在がひとりいるだけで、自分を肯定的に見ることができるようになったり、何か新しいチャレンジを始めていくことができます。そういう信頼できる他者がひとりいることで、人や社会全体に対しても少しだけ安心感を増やすことができるからです。

もしかすると本人は嫌がっているかもしれませんが、試みに 2～3 週間来てもらう、相性が合わないようであれば事業所に相談して別の支援者に訪問看護に来てもらう、などをするのもひとつです。訪問してくれる支援者と笑いながら話す本人をみて、家族もホッと安心されるようです。家族自身に訪問支援に抵抗がある場合もありますが、学校の先生の家庭訪問などとは異なり、気を使わないで済む相手であることを説明することもあります。

⑤家族間でつい暴言や暴力をふるってしまう

この質問は本人と家族の双方向の質問です。つまり「本人が家族に対して暴言や暴力をふるう」場合と「家族が本人に対して暴言や暴力をふるう」という場合の両方を想定した質問です。

本人の暴言や暴力については病状に振り回されて起こる場合もありますが、むしろ多いのは周囲の人への不信感がベースにあり、それに加えて家族などの不用意なひと言がきっかけで起こる暴力や暴言です。本人が怒りの出し方やコントロールがうまくない場合が多く、結果として爆発的に怒られるというパターンです。本人が「そんな言い方されたら傷つくからやめて」などと言えれば良いのですが、そういうことを言うのが難しかったり、そういうことを言える家族関係でなかったりすることもあります。家族にすると「なんでそんなことで」と思われるかもしれないのですが、どうしても親の立場の場合、本人の将来を心配し期待もしているがゆえに、「そんなことではいつまでたっても働けない」「いつになったら一人前になるのだ」と言われることがままあります。しかし、その伝え方は、本人はご自分で分かっている（病気や障害やその他の要因で現時点では）できないところであり、自分の現在をダメだと決めつけられたように感じられる言い方なので、思わず暴言暴力となってしまうことがあるようです。支援者はその暴言、暴力が出現する経緯を家族よりていねいに伺い、その経緯に共通のパターンが見えないかをともに考え、そのパターンにならないような工夫を重ねていくイメージで相談を進めていくことが求められます。

もう一方の、「家族が本人に対して暴言や暴力をふるう」という場合はいかがでしょうか。あまり相談の場面では伺うことができないパターンかもしれません。それでも多くの家族は仮に本人に対して暴言・暴力を振るっていても心のどこかで「できることならしないで済ませたい」と思っていることも多いようです。ですので、チラッと家族は告白のようにつぶやかれた際に、それは「いけないこと」ではありますが、同時に家族自身の、そして家族全体の SOS のサインととらえてていねいにお話をお伺いし、「いけないことをやめさせる」という姿勢というよりは「やめたいと思う気持ちを増やすとともに、別の関わり方をしてもらえる」という姿勢で臨むことが、家族の立場に立った支援といえるでしょう。もちろん、暴言や暴力の程度によってはいち早く虐待事例とし

て家族全体に介入しないといけない場合もありますので、上司や同僚等とよく相談して関わっていくことです。しかし、家族が本人への関わりがうまくいかないところに対して、家族自身の努力や工夫を評価し、それを減らしていくことを伴走しながら相談に乗ってくれる人を求めていることは改めて強調しておきたいところです。

⑥本人のことが心配で頭から離れない(P. 3図7参照)

家族が相談に来られたときに、本人のことが心配で頭から離れないという家族には「本人のことがご自身の頭の中に何パーセントを占めていますか」とお尋ねすることがあります。そうすると家族の多くは「100%」とか「90%」と言われることもあります。ご自身やその他の家族などは横に置いて、まずはその家族のことが心配になっていることが多いのも無理はないのですが、それでは家族自身も倒れてしまいます。

本人の病気や障害は、数年単位で回復していく病気であることを家族と理解し合い、本人も家族もこの病を早く治すというよりはこの病とつきあいながら生きるという姿勢になっていければと思います(そう思えるだけで本人と家族に少し余裕ができ、その余裕が病気や障害をさらに改善していくことができるからなのですが)。たとえば「短距離走ではなく長距離走なので、適切なペース配分が必要である」というようにお伝えすることもあります。

そういったことを共有した上で、「本人のことがご自身の頭の中に何パーセントくらい占めるようになれると良い感じですか」とお伺いし、それに向けての工夫をともに考えていければと思います。

⑦自分しかいない、周囲を頼れないという感じがする(P. 4図9参照)

本人も家族も、相談できる人がいないと感じる状況は、確かに孤立しているということが多いです。この場合は、精神疾患や障害を隠さずに話したり相談できる支援者がひとりでもいればと思いながらかかわっていきます。

しかし、本人もそうですが家族の中には、そういう存在は周囲にはいるのだけでも自分しかいない、頼れないと思っている方もいらっしゃいます。「他人に頼らずに自分がしたい」ということなのだろうか、「頼りたい気持ち」はあるのだけれど頼り方がわからないのだろうか、「頼りたい気持ち」はあるけれど頼る経験がこれまで少ないのだろうか、などと支援者が想像しながら、本人や家族とそのあたりの自分の心のありようや仕組みをともに吟味するような相談ができればと思います。この際、支援者に望まれる姿勢は「必要な時に頼るのはとてもよいこと、ですからここは頼ってみるという選択肢はどうだろう」というくらいの姿勢で臨めることができればと思います。それでもし、本人や家族が他人に「頼らない」という選択をしても、それでは頼らない選択の中でどんな工夫をしていければいいですかねと、さらに工夫を重ねていける相談が理想です。

⑧本人のケアのために仕事に就けない、行きづらい

精神保健福祉の地域支援システムはまだまだ十分ではなく、多くのケアを家族に頼らざるを得ない状況は先述したとおりです。家族の多くは、自分の生活や人生を一部または多くを(あるいは人によっては全部を)あきらめ、本人のケアに専念していかざるをえない状況です。

その中で家族が働かれている場合、「本人のために」とその仕事を辞めたりされることも少なくありません。本人のケアに専念したいという理由もありますが、むしろ「突発的に休まないといけないことが多く同僚に迷惑をかけるから」という理由も少なくないと思います。

支援者としては、できる限り本人と家族ひとりひとりの人生が自分らしく生きられるために支援をしていくよ

う、家族にもできるだけお仕事が継続するような支援をしていきたいと思います。少しずつですが、介護をする家族に優しい職場は増えており、介護休暇・介護休業等を利用しながら、仕事は継続する方向で支援者と家族が相談していければと思います。

実は、本人のケアと仕事の両立は大変なのですが、「仕事に行っている時間は少し本人の心配から気持ちが離れられる」と家族がお話しされるように、家族にとって(あるいは本人にとっても)必要な時間であることも多く、本人のケアと仕事ができれば、それは家族のストレスにとっても、ひいては本人のストレスの軽減にもなっていきます。場合によっては、先述した「短距離走ではなく長距離走なので、適切なペース配分が必要である」ことをお伝えすることもあります。

⑨自分が病気になったり、亡くなった後の本人の生活がとても心配(P. 6図15参照)

「親亡き後」の心配はほぼすべての親の心配事、悩み事のトップにあげられます。今回の予備調査でも90%の方が「はい」と回答しており、家族のその悩みや心配の大きさを物語っています。

しかし、「親亡き後」、精神疾患や精神障害のある本人がすべて生活に困り相当の苦労を重ねているかというそうではありません。確かに親と同居しているときに比べ少し部屋が散らかったりしていることはあるかもしれませんが、多くの本人は訪問看護や訪問介護(ホームヘルプ)、相談支援や通所機関(デイケアや作業所)などの支援者に頼ったり支えられながら、自分らしく生きていらっしゃる方がほとんどです。

「親亡き後」の心配は、精神保健福祉の地域支援システムがまだまだ十分ではないことをご存じの家族がそのように心配されるのはもっともであることをまずは理解しつつ、「親が活着している間にできること」を家族とともに考えていきましょう。本人が「親亡き後」も自分らしく生きていけるために最も必要な力は何かという、「家族以外の人に頼る力」です。頼るためには「練習」が必要な人もいらっしゃいます。親が活着している間に、訪問看護などを利用し、支援者など他人に頼る練習を重ねていきましょう。「親が活着している間は親が面倒を見る、いなくなったら支援者に頼る」ではなく、「親が活着している間に他人に頼る練習をし、親が亡くなったらその人たちに支えてもらいながら暮らす」のが現実的なイメージです。親が活着している間から別居した方がよいかと考える本人や親の立場の方もいらっしゃいますが、それはできればそれがよいかもしれませんが、なかなか難しい場合も多いです。その場合は、同居しながら「他人に頼る」練習を積み重ねていくことだと思います。

もうひとつ、家族の立場によっては、現在は別の家族が本人のケアをしているので何とかなっているが、そのケアしている家族がいなくなったら自分たちはどれくらいケアをしないといけないだろうかという心配です。「きょうだい」の立場の人が「親亡き後」にきょうだいとして一緒に住まないといけないのか、あるいは実家を引き払って本人をきょうだいの家の近くに住まわせないといけないかなどの相談がそれにあたります。

支援者としては、本人のケアをしてくれる人の代わりがいればぜひお願いしたいと思うこともあって、一緒に住むか近くに住まわせるように助言するかもしれません。しかし、これまで述べているように、本人と家族ひとりひとりの人生が自分らしく生きられることを目標にするならば、一緒に住むか近くに住まわせることがよいと言えるでしょうか。それは極めて個別性が高く、どうした方がよいという正解がありません。まずは、ケアをしないという選択肢(一緒に住むとか近くに住まないという選択肢を選ばれるきょうだいさんはけっこういらっしゃいます。きょうだいはまず自分の人生があって余裕があれば本人のケアをしたいと思うものですからなどと説明を加えながら)を提示し、その選択も保障しながら一緒に住むという選択肢も近くに住まわせる選択肢もあることを説明し、どれがよさそうか吟味してみる相談が望まれます。離れて暮らしている方がきょうだいらし

いつきあいやケアをしてくださっている場合もあります(時々本人を訪ね食事をともにするとか、一緒にお墓参りなどをするなど)。もちろん、医療保護入院等の同意にはきょうだいなどに手続き等をお願いしないといけませんが、それ以外については支援者はひとり暮らしの方としてオフィシャルな支援を整えていくことは難しくありません。家族をケアの資源とだけとらえることのない相談の姿勢が望まれます。

⑩相談できる人が居ない

この質問は⑦の質問である「自分しかいない、周囲を頼れないという感じがする」という項目の留意事項に加えて、相談できる支援者や職種、仕組みをご存じなくて「相談できる人がいない」と感じている場合もあり、⑫の質問である「本人の病気・障がいや福祉サービスについてよく知らない」と重なっていることも多いです。⑦と⑫の質問を参考にしてみてください。

⑪家族会や家族教室に参加したことがない

この質問は、先述した4の(3)「工夫を分かちあうという観点からの『同じ経験をした者同士の思いや工夫の分かち合い』の勧め」も参考にしてください。

それ以外に、家族会や家族教室の情報が不足している場合、開催されている日時が平日の昼間でなかなか仕事が休めないのに参加できない場合、近所の人や知っている人に会うのではないかという不安がある場合などもその理由として挙げられることがあります。それらも踏まえた情報の提供や、工夫を考えていけるとよいのではと思います。

⑫本人の病気・障がいや福祉サービスについてよく知らない

近年はインターネット上に精神疾患や精神障害に関するさまざまな情報、そして福祉の制度やサービスの利用に関するさまざまな情報が載っています。その情報がどれくらい正確なのか、どれくらい信用したら良いのかということがなかなか分からないので、正確な情報をわかりやすく本人や家族に提供する必要があります。相談を受けながら、どこまで知っているかを確認しながら過不足なく、しかも適切に精神疾患や精神障害、そして福祉の制度やサービスの利用に関する情報を説明することが必要です。

しかし、本人や家族の中には、インターネットを使っていない、使えないという状況の方もいらっしゃいます。現代においてインターネットを使っていない方は確実に「情報弱者」となっています。たとえば、行政の資料等はほとんどがインターネットを通じての情報提供となっており、パンフレットや冊子などの発行も少なくなっているためです。ですので、インターネットを使っているかどうかあわせて確認しながら情報提供を進めていく必要があります。

そういった意味では、支援者の役割は、1)インターネットを利用していない方にはその情報を適切に伝えること、2)インターネットを利用している方については、インターネット上に載っている情報についてより正確で、信用がおける情報をお伝えすることに加え、3)インターネットには載っていない実際に利用している人たちの感想などを伝える、ことも本人や家族の求めている情報になります。「ここの作業所はこんな雰囲気です」、「ここのデイケアはこういうメンバーが多いようです」ということは、その施設を利用するかどうかを考える重要な情報ですから、支援者はまず自らが適切にそれらの情報を収集するとともに、より適切に情報を提供できることが望ましいといえます。

⑬精神的な不調が続いている(不眠や過眠、意欲減退など)

精神疾患にかかり混乱している本人をケアしている家族は、多くのストレスを抱えることは想像に難くありません。心身に多くのストレスを抱えて、心身の不調を来していることも少なくないといえます。

しかし、精神的に不安定になっても、たとえ精神疾患にかかっている方の家族であっても精神科の受診に抵抗があるのは同じです。精神疾患と診断される恐怖、精神科にかかっていることが知られたらどのような偏見の目で見られるだろうという不安などがあって、なかなか精神科を受診できないようです。まずはそのあたりの心情を十分配慮した相談が求められるといえるでしょう。

実際、相談に乗っていると、上記のような精神科受診の抵抗を割り引いても、本人の周囲にいる家族の精神科の受診は比較的多いといえます。それは遺伝的負因というよりは、置かれている環境や状況がストレスフルであることが多いからのように思えます。SOS を出しても誰も助けに来てくれない、他人に相談したいと思っても偏見等を恐れて相談できない、本人の病状次第では毎日ころころと気分や考えが変わるのでそれに合わせるだけでも大変、という状況は、誰がその状況におかれてもストレスフルです。そのあたりを相談に来られている家族と共有し、どうしていくかを考えていくことが必要となってきます。

⑭この世からいなくなりたいと思うことがある

上記のようなストレスフルな状況に、いっそう孤立感が強まってくると誰しも抑うつ的になってきます。抑うつ的になると、「将来のことが不安になる」「昔のことをクヨクヨ悩む」「寝られなかったり、朝早く目覚めてしまう」「食欲が落ちて体重が減る(増えることもある)」「頭が重く感じる」などが症状として現れてきますが、さらに抑うつが進むと「ひとりぼっちだと感じる」「生きていく希望がない」「消えてしまいたいと思う」という症状が現れてきます。考えが「抑うつ」にどんどん引っ張られていき、あらゆる考えが否定的・悲観的・絶望的になっていきます。

「この世からいなくなりたいと思うことがある」には、このような状態であることを示す SOS のサインとしてとらえましょう。早めの精神科への受診と治療の開始が求められますし、現在家族が置かれている環境・状況を改善する必要があります。積極的に手厚い支援が提供できるよう支援のネットワークを形成し、その本人と家族に支援を届けられるようにしていきましょう。