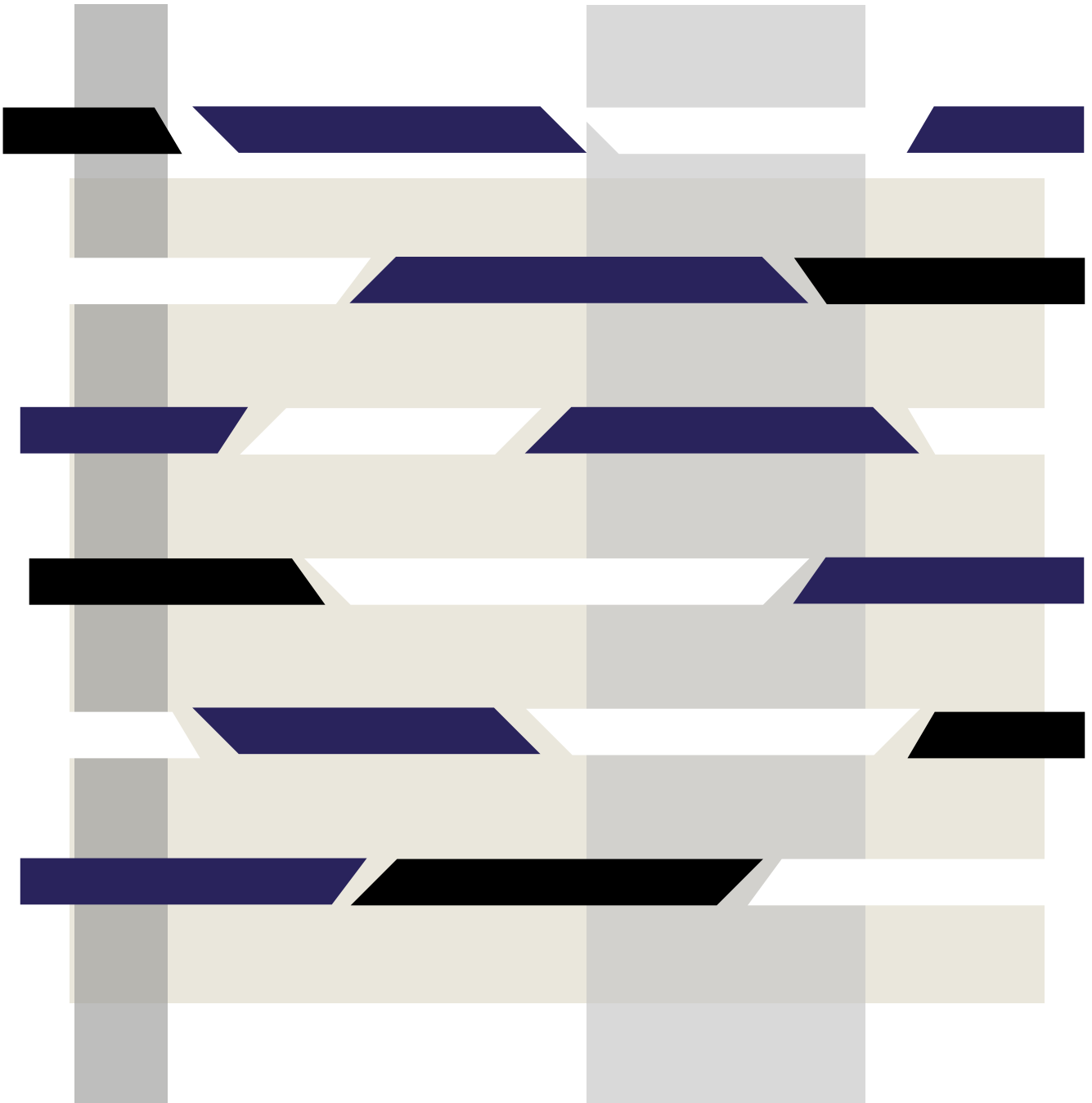


委員提出資料

提出者 岡田 久実子 委員



2024年度精神障害者と家族の生活実態と意識調査 ～全国家族ニーズ調査～報告書(完成版)



公益社団法人 全精神保健福祉会

もくじ

1. 目的	1
2. 調査概要	1
3. 本調査の結果	
1) 本調査の特徴	2
2) 調査結果①：分析と考察	5
3) 調査結果②：家族のケアによる経済的損失	17
4) 調査結果③：全体集計データと要約	19
5) 自由記述の分析	46
4. 本調査結果からみえてきたもの	49
5. 本調査への家族の意見	53
あとがき	58
資料（調査票）	62

はじめに

この度、公益社団法人全国精神保健福祉会（みんなねっと）では、精神障害者本人および家族が安心して社会の中で生活することができるために「2024 年度精神障害者と家族の生活実態と意識調査～全国家族ニーズ調査～」を実施いたしました。本調査は、当会が 2009(平成 21)年度に実施した全国調査をとりまとめた「7 つの提言」に続き、2022 年に全国の家族会員のみなさまから意見を募り作り上げた「精神保健医療福祉への提言」（通称、みんなねっと提言）の実現に向け、政策提言を行うことを目的としています。

精神障害者の家族はいまだにケアラーとしての役割を強いられ、家族を含めた家庭全体を支援する（＝家族支援）施策は皆無だといえます。家族依存という形で精神障害者のケアの多くを家族に任せている日本の現状に、社会は甘えている実態があります。このような現状を変えていくためには改めて家族支援の必要性を共有し、働きかけの機運を高めたいと考えます。

精神障害者の多くは障害福祉サービスにつながらずに家族が医療、日常生活、経済等といったさまざまな負担を背負う中で生活せざるを得ない状況です。このような家族依存の現状を変え、本人も家族も社会の支えを得ながら、それぞれに自立した生活を送れる仕組みを構築していく必要があります。そのためには、本人を支えながらも懸命に暮らす家族全体（家庭）の生活実態を明らかにし、必要な施策の構築に結びつけることが現状を変えることにつながります。全国の家族の「声」を集め社会を動かす力にしたいと考えております。

2023 年度より当会では各都道府県家族会連合会（以下、各連合会）を訪問し、各連合会の役員や会員の方々から精神障害者本人や家族のおかれている困難な実態や今後への不安、必要な支援等について直接生の声をお聴きしてきました。加えて行政等への要望等を行う上で根拠となる全国的な状況のわかる材料が必要だという声も多く聞かれました。このような声に応える意味でも、本調査の意義があると感じております。

また、これまでの国連の障害者権利条約日本審査（勧告）や精神保健福祉法の改正、障害者総合支援法見直し等のさまざまな社会情勢を踏まえ、精神障害者本人と家族の今後「未来」に向けた望むべき姿を描くために本調査結果を通して提言していきたいと考えております。

最後に、本調査にご協力いただきました多くのみなさまに、深く感謝申し上げます。

2025 年 6 月

公益社団法人 全国精神保健福祉会

理事長 岡田久実子

1. 目的

- ①精神障害者とその家族がおかれた状況の継続的変化を調査し、現行の制度や障害福祉サービス等についての周知や利用状況、課題等について明らかにしていきます
- ②本調査結果を分析することで、障害者権利条約日本審査(勧告)も踏まえた、今後のよりよい精神保健福祉および医療等に関する施策推進に向け、具体的な提言を発信します

2. 調査概要

1) 事業名

2024 年度精神障害者と家族の生活実態と意識調査～全国家族ニーズ調査～

2) 調査対象

みんなねっとサロン（精神疾患・障がいがある方の家族向けコミュニティサイト）の会員 18,217 名
都道府県精神障害者家族会連合会に所属する家族会会員

3) 調査期間

2024 年 12 月 2 日～2025 年 2 月 28 日

4) 調査方法

みんなねっとサロンの会員と都道府県精神障害者家族会連合会に所属する家族会会員を対象に Web 調査（インターネットを使ったアンケート調査）を実施した。
Web 調査での回答が困難な方には、都道府県精神障害者家族会連合会を通して自記式による質問紙調査を配布し、郵送で回収した。

5) 調査体制

調査委員／伊藤千尋(淑徳大学)
稲沢公一(委員長・東洋大学)
鈴木秀(日本医療政策機構)
中村喜久男(富山県精神保健福祉家族連合会)
オブザーバー／ 林晋吾（株式会社ベータトリップ）
事務局／小幡恭弘、高村裕子 (50 音順)

6) 調査の倫理審査について

本調査は東洋大学の倫理審査委員会にて審査いただき、承認された調査になります。
(承認番号：F2024-017S)

3. 本調査の結果

1) 本調査の特徴

これまで精神障害者家族を対象とした全国規模の家族ニーズ調査が6回行われている。いずれも精神障害者家族会の全国組織である全国精神障害者家族会連合会（2007年に解散）とその後発足した全国精神保健福祉会連合会（以下、みんなねっと）が47都道府県の精神障害者家族会連合会に協力を依頼して実施したものである。

表3-1) -1 精神障害者家族を対象とした全国調査

調査名	調査対象者	有効回収数	調査年
家族福祉ニーズ調査	15,673名	9,541票	1985年
全国家族福祉ニーズ調査	17,228名	8,645票	1991年
第3回全国家族調査	6,665名	3,362票	1996年
第4回家族ニーズ調査	9,243名	2,877票	2005年
2009年度全国家族調査	9,312名	4,506票	2009年
2017年度全国家族調査	7,130名	3,129票	2017年
2024年度全国家族ニーズ調査	18,217名	1,619票	2025年

本調査は、みんなねっとでは初めてとなるWeb調査（インターネット使ったアンケート調査）方式で実施した。初めての試みであるため、高齢の家族やWebに慣れていない方でも回答できるように、希望者には都道府県精神障害者家族会を通して質問紙での回答もできるように配慮した。本調査の有効回答数は、Web回答1,067名 質問紙回答552名の合計1,619名である。

これまでの全国調査から回答者の特徴をみると、①本人との続柄は「親」が多く、特に母親の占める割合が多い、②本人の病名は「統合失調症」が多い、③本人と同居している家族が多いことが挙げられる。

本調査においても同様の傾向がみられるが、これまでの調査と比較すると、本人との続柄は「親」が67.1%（2017年調査では85%）、「きょうだい」11.1%（2017年調査では8.5%）、「配偶者（パートナー）」8.5%（2017年調査では4.2%）、「子ども」8%（2017年調査では1.6%）となっており、親以外の回答が増加している。

本人の病名については、「統合失調症」が70.8%（2017年調査では80.3%）となっており、これまでの調査と比較すると「気分障害（うつ病、躁病、双極性障害）」13.8%（2017年調査では7.9%）と「発達障害」6.1%（2017年調査では3.7%）が増加している。

また、本人と家族の同居については、「同居している」が62.8%（2017年調査では75.6%）となっている。これまでの調査と比較すると、同居の割合が減少しているが、第8回世帯動向調査（2019）では18歳以上の子どもで親が65歳以上の同居率は43.7%となっており、一般世帯と比較すると同居の割合が高いことがわかる。

これまでの調査と大きく異なるのは、家族会未入会者の回答が得られたことである。本調査は、主にみんなねっとサロン※の会員を対象として実施したため、家族会に「入会している」65.9%（990名）、「入会していない」34.1%（513名）と、これまで調査対象とすることが難しかった家族会未入会者の回答を得ることができた。

本調査では、回答者（家族）の平均年齢が64.4歳（2017年調査では69.3歳）となっており、若年層の回答が増加している。回答者の平均年齢と家族会入会の有無をみると、家族会に入会している群（以下、入会群）の回答者の平均年齢は69.5歳、家族会に入会していない群（以下、未入会群）の回答者の平均年齢は54.6歳となっている。

家族会入会・未入会群と回答者（家族）及び本人の年齢の分布について、図3-1）-1から3つの層（親子／きょうだい、配偶者／子どもと親）に分かれていることがわかる。入会群では、全体の平均年齢は69.5歳、本人との続柄は「親」が77.7%であり、高齢の親の立場が多い。未入会群は「親」が46.7%であり、比較的若い年齢層の親や親以外の続柄（きょうだい、配偶者、子ども）が増加しているため、全体の平均年齢が54.6歳と若年化している。

※みんなねっとサロン

2020年より開設。精神疾患・障がいがある方の家族向けコミュニティサイト。登録者21,898名。（2025年3月末現在）<https://minnanet-salon.net/service>

図3-1）-1 回答者（家族）及び本人の年齢と家族会入会の有無の分布

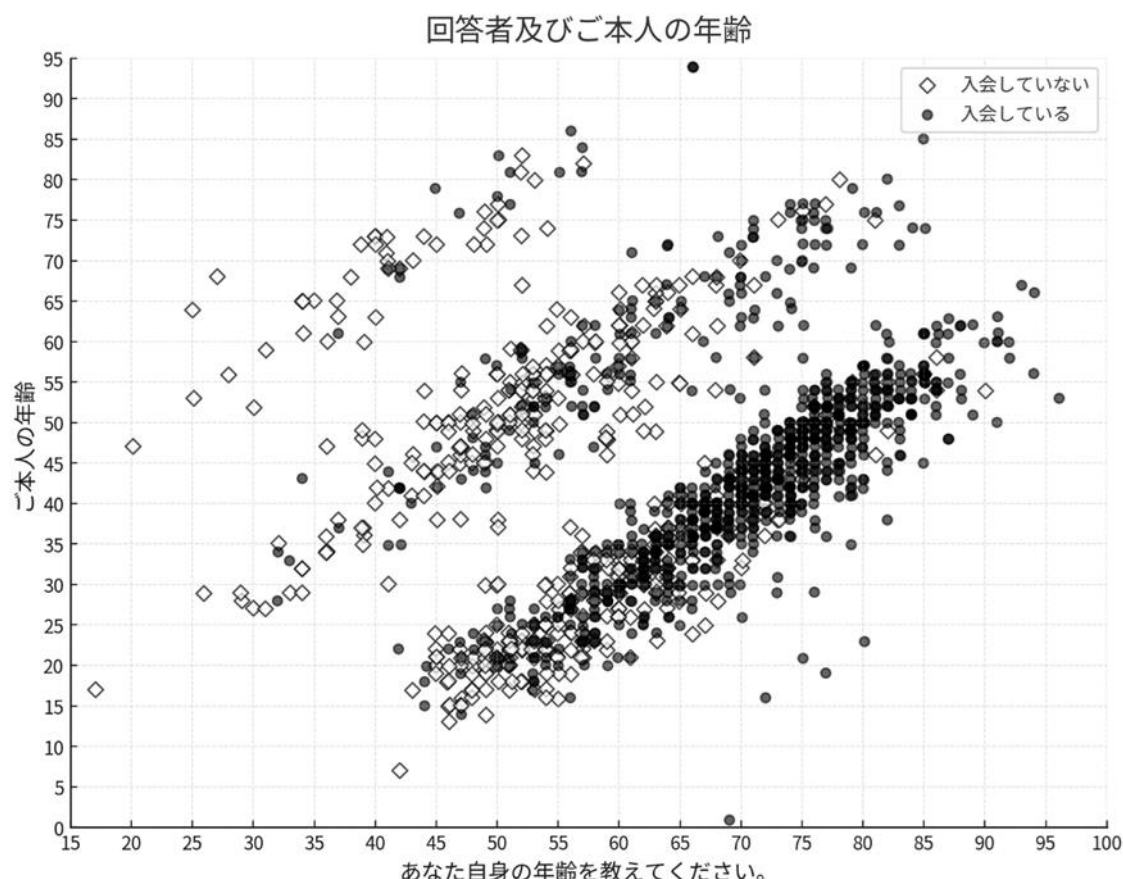
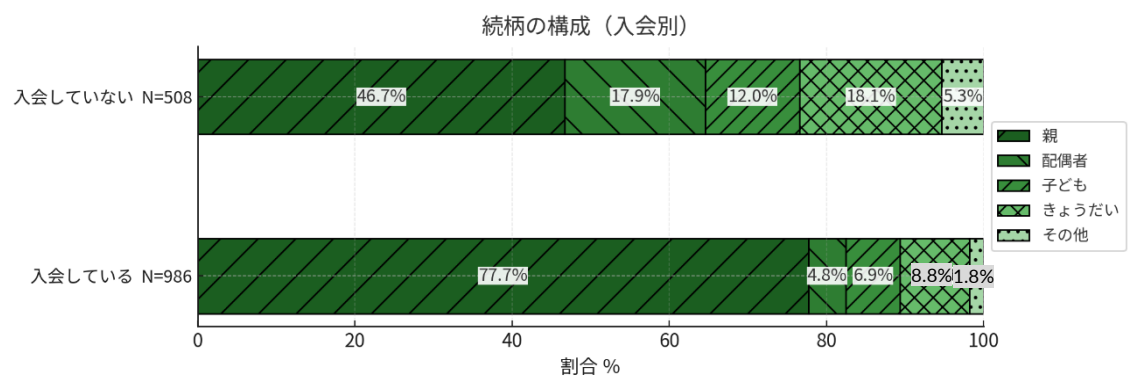


図 3 - 1) - 2 回答者の続柄×家族会入会の有無



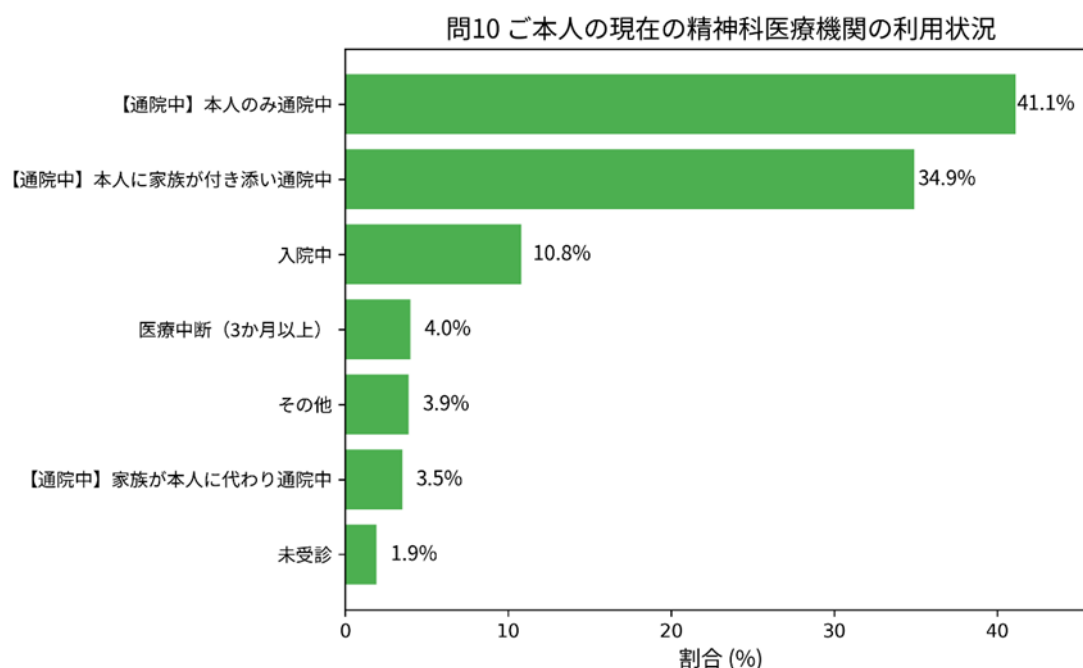
2) 調査結果①：分析と考察

本調査の結果をもとに、①精神科医療への協力、②危機的状況への対応、③本人の状況、④生活状況の変化、⑤就労状況の変化、⑥家族会への期待の6つの側面から精神障害者家族の生活実態を概観する。

①精神科医療への協力

本人の精神科医療機関の利用状況については、「家族が付き添い通院中」34.9%、「本人の代わりに通院中」3.5%と合わせて38.4%が本人の通院を継続するために家族が協力していることが明らかになった。また、「医療中断（3か月以上）」4%、「未受診」1.9%を合わせると、5.9%が受療に関する支援を必要としていることが示唆されている。

図3-2) - 1 本人の精神科医療機関の利用状況



本人が初めて精神科を受診するまでの家族の経験については、[本人に病識がないため、精神科を受診を嫌がった]は「あった」「ややあった」を合わせると50.1%、[本人に精神科に対する拒否感があり、精神科を受診を嫌がった]は「あった」「ややあった」を合わせると48.6%と約半数の家族が受診につなげるための困難を経験していることが明らかになった。家族会入会群と未入会群を比較すると、[受診先を探すことに苦労した]では、家族会未入会群の62.9%が経験ありと回答しており、入会群の53.2%よりも約10ポイント高く、統計的にも有意な差が認められた。[家族に精神疾患についての知識がなかった]でも、未入会群の50.2%が経験ありと回答し、入会群の43.6%を上回っている。いずれも本人の精神科医療を継続するために、家族が多くの負担を担っていることが推察される。

図 3 - 2) - 2 初診までの家族の経験

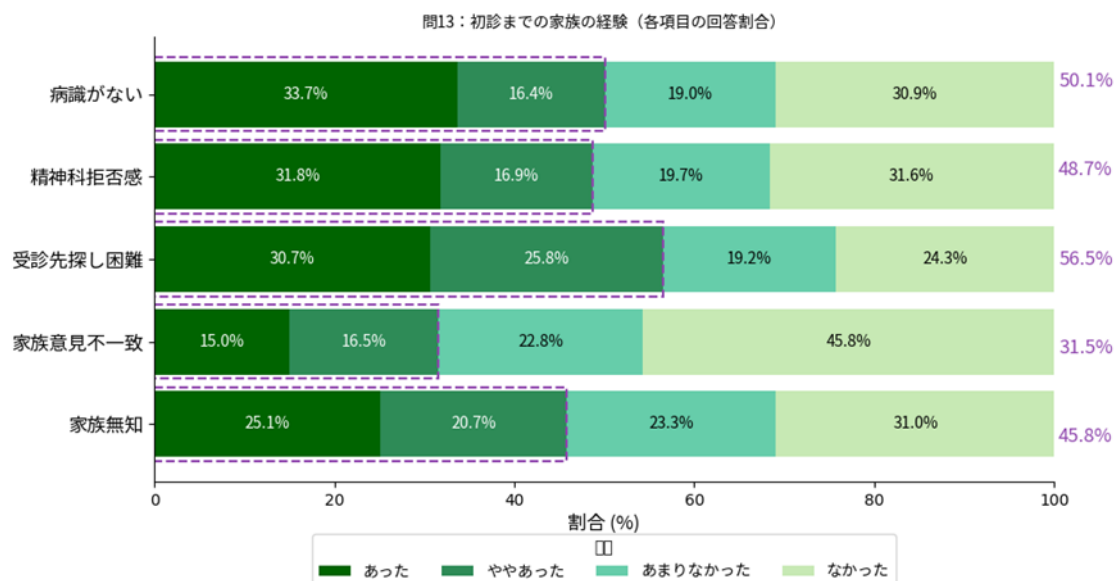
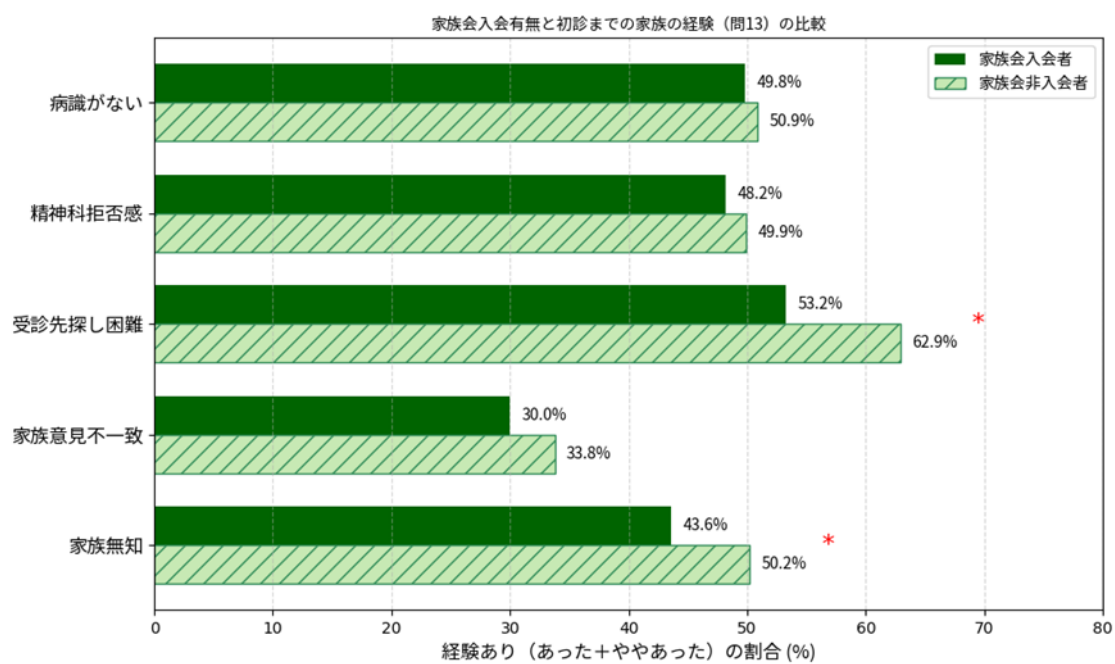


図 3 - 2) - 3 初診までの家族の経験×家族会入会の有無



②危機的状況への対応

本人の症状悪化に伴う危機的状況に関する家族の経験については、[暴言・暴力等により、身の危険を感じるがあった]は「あった」「ややあった」を合わせると57.7%と半数以上の家族が本人からの暴力・暴言を経験していた。[自傷・自殺等のリスクを考え、本人から目が離せないがあった]は「あった」「ややあった」を合わせると60.9%と6割以上の家族が経験していた。本人の病状悪化時には、本人だけでなく、家族も張りつめた状況の中で生活していることが推察される。

また、[警察に通報せざるを得ない状況になった]についても「あった」「ややあった」を合わせると42.8%の家族が経験していた。自分の家族を警察に通報せざるを得ない状況は、家族の心身面に大きな負担を与え、本人との関係にも大きな影響を及ぼすことが推察される。

[近隣とのトラブル等が生じた]についても「あった」「ややあった」を合わせると27.1%が近隣とのトラブルを経験しており、さらに[近隣とのトラブル等が生じ、転居を余儀なくされた]と回答した家族が7.6%存在することも明らかになった。

危機的状況に関する家族の経験については、「なかった」以外の回答を含めると、実際にはもっと多くの家族が危機的状況を経験していることが推察される。危機的状況への対応は、家族自身の健康状態や就労状況だけでなく、家族が住み慣れた地域で暮らしていくことにも影響を与えていることが明らかになった。

また、危機的状況の家族の経験について、家族会入会群と未入会群を比較すると、[自傷・自殺等のリスクを考え、本人から目が離せないがあった]では、未入会群の66.5%が経験ありと、入会群(58.4%)を大きく上回っており、統計的にも有意な差が認められた。未入会群の方が回答者(家族)及び本人の平均年齢が若いことが影響していると考えられる。

図3-2)-4 危機的な状況の家族の経験

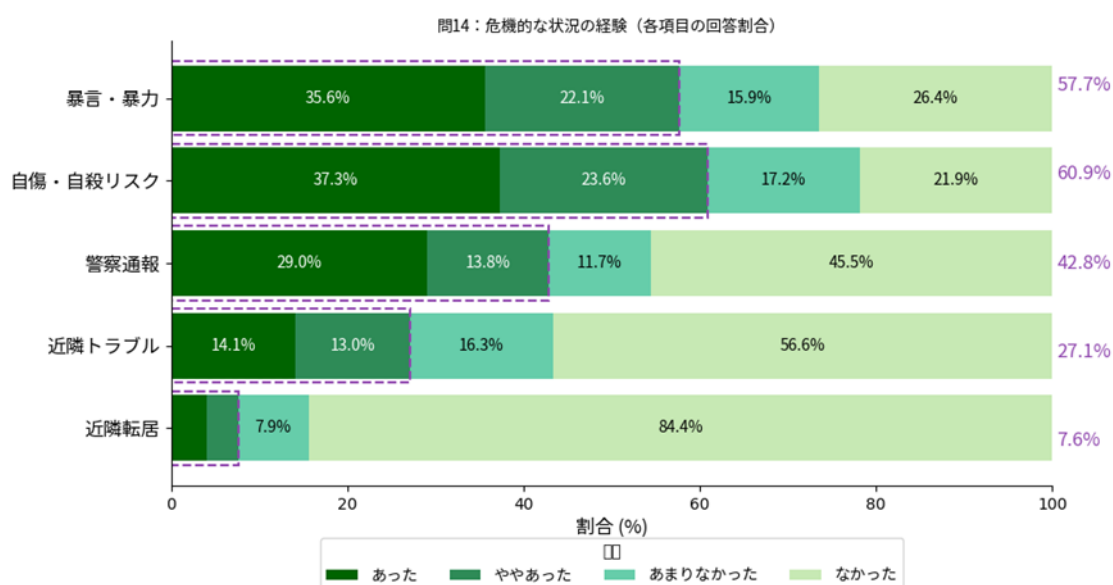
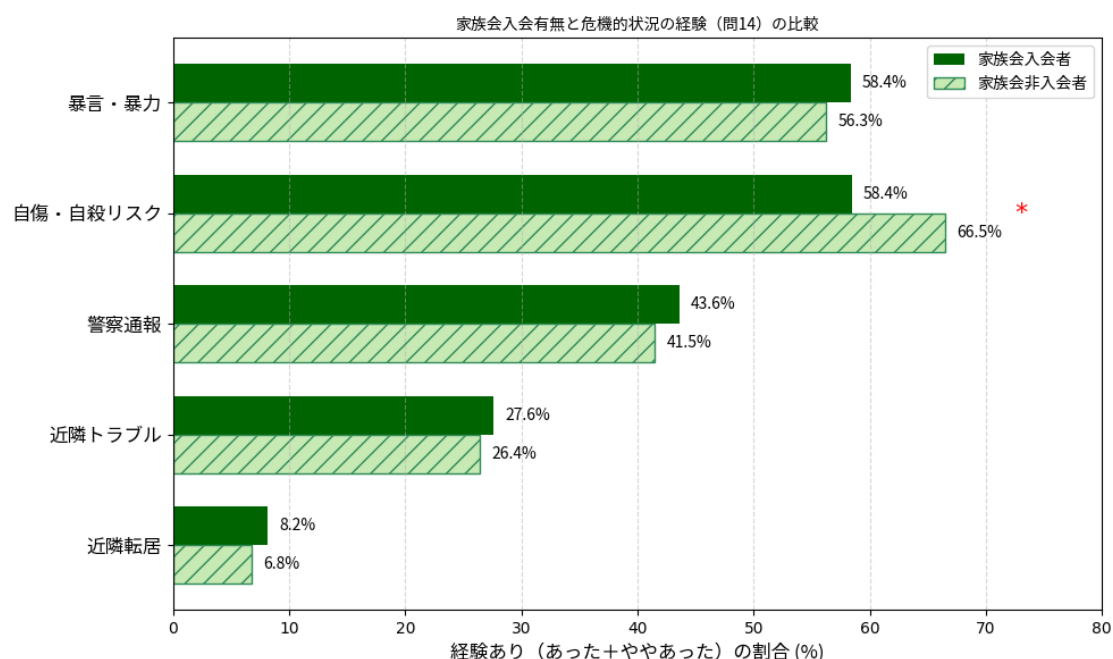


図3-2)-5 危機的な状況の家族の経験×家族会入会の有無



③本人の状況

前項でも述べたように、本人の病名については「統合失調症」が70.8%となっており、これまでの調査と比較すると「気分障害（うつ病、躁病、双極性障害）」と「発達障害」が増加している。家族会入会の有無を比較すると、入会群は統合失調症が80.7%に対し、未入会群は51.1%となっており、未入会群では統合失調症以外の疾患の割合が増加している。

また、本人と家族の同居については、「同居している」が62.8%となっており、これまでの調査と比較すると、同居の割合が減少しているが、第8回世帯動向調査（2019）では18歳以上の子どもで親が65歳以上の同居率は43.7%となっており、一般世帯と比較すると同居の割合が高いことがわかる。家族会入会の有無を比較すると、入会群は64.6%が同居しており、未入会群よりも同居の割合が高い。

本人の社会資源の利用状況については、多い順に〔精神科医療機関（定期受診、入院等）〕91.1%、〔自立支援医療〕80.3%、〔精神障害者保健福祉手帳〕73.7%、〔障害年金〕72.8%、〔訪問看護〕34.9%、〔就労支援施設〕34%と続いている。これまでの調査では、日中活動の場として障害者総合支援法の福祉サービスを選択肢としているものが多く、医療サービスとしては、デイケア・ナイトケア以外は含んでいなかった。今回訪問看護が34.9%となっており、生活面を支えるサービスの中で最も多く利用されていることが明らかになった。

本人の社会資源の利用状況と本人の病歴（3年未満／3-10年未満／10年以上）について比較すると、自立支援医療や障害年金、精神障害者保健福祉手帳などの経済面を支える制度は、病歴が長いほど利用率が高くなる傾向が顕著であり、10年以上の群では約8～9割が利用していることが明らかになった。精神科訪問看護やデイケア、就労支援施設など生活面を支えるサービスも、病歴が長くなるほど利用率が段階

的に上昇し、病歴3年未満の利用率は低いことがわかる。

本人の精神障害者保健福祉手帳の等級と家族会入会の有無を比較すると、入会群は83%が手帳を取得し、1級と2級を合わせると76%となるのに対し、未入会群は44%であり、統計的にも有意な差が認められた。入会群の方が本人の障害程度が重いことが推察される。

図3-2)-6 本人の病名×家族会入会の有無

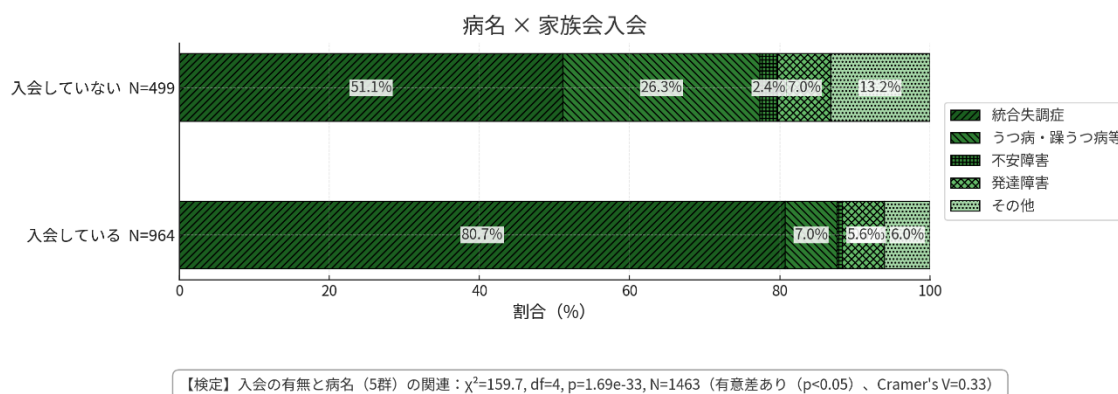


図3-2)-7 同居の有無×家族会入会の有無

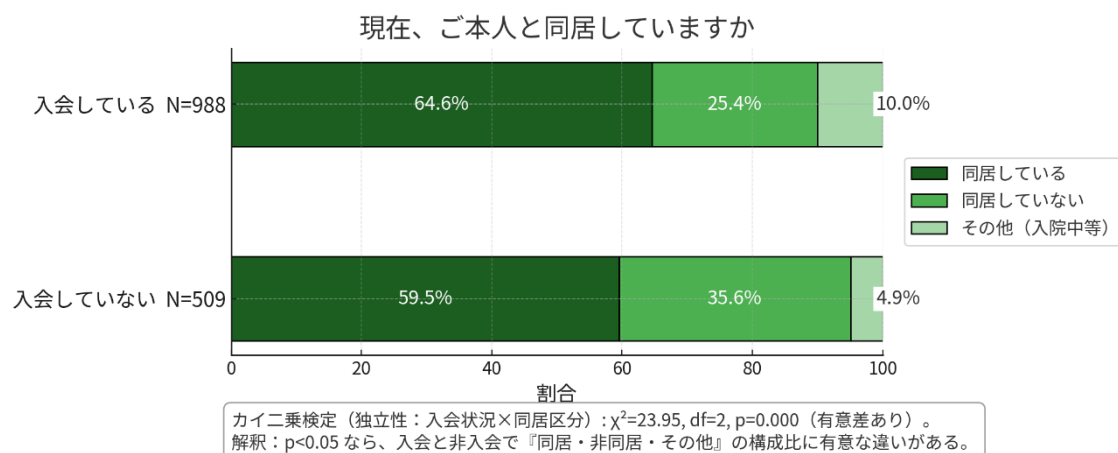


図 3 - 2) - 8 本人が利用している社会資源

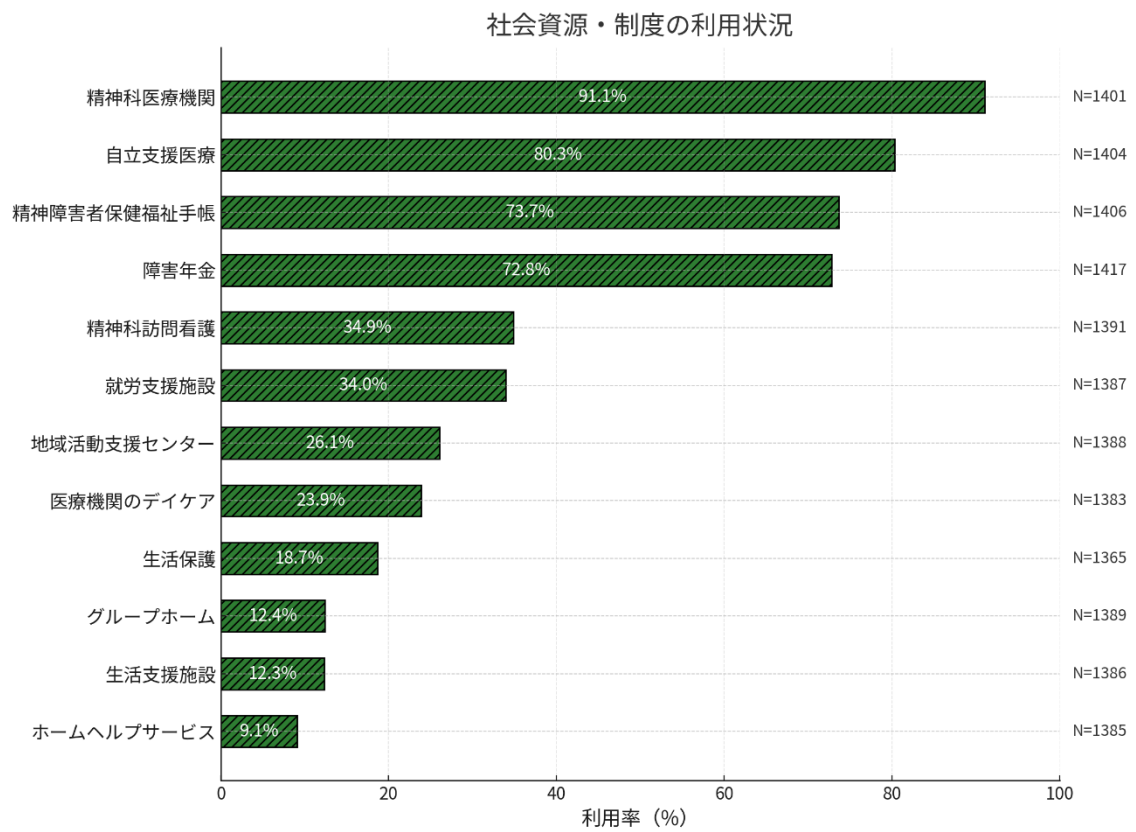


図 3 - 2) - 9 本人が利用している社会資源×本人の病歴

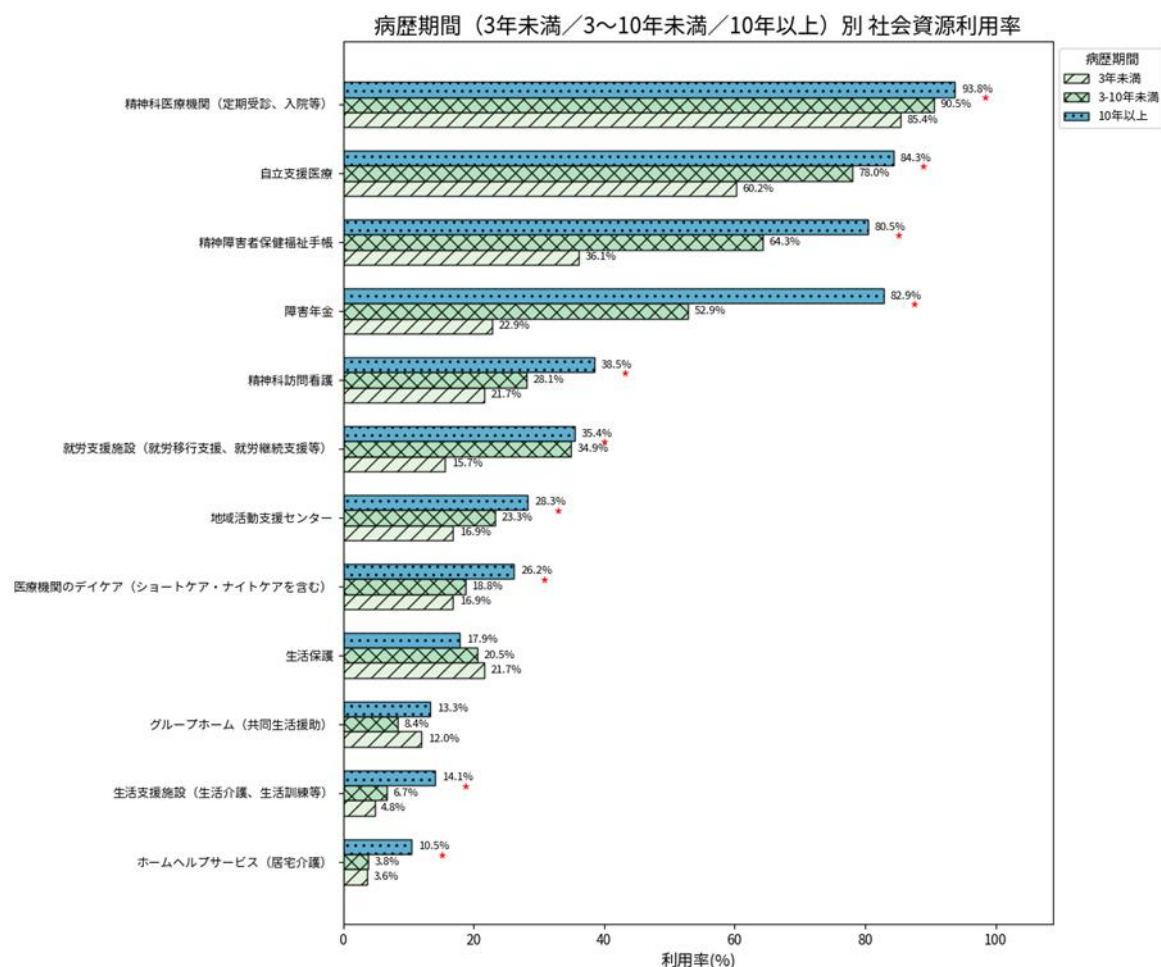
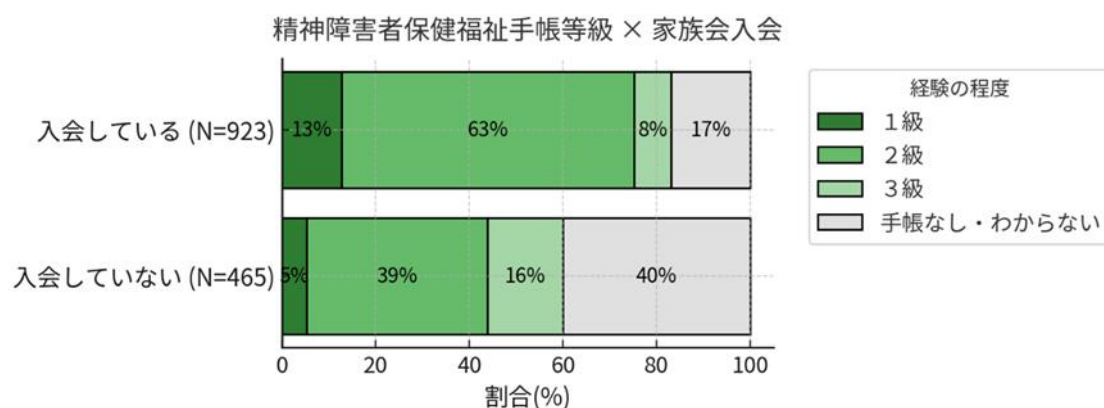


図 3 - 2) - 10 精神障害者保健福祉手帳の等級×家族会入会の有無



『精神障害者保健福祉手帳等級』と家族会入会との間には、統計的に意味のある差が見られました。
 $(\chi^2=136.9, p=0.000, \text{Cramer's } V=0.31)$

④生活状況の変化

本人発症後の家族自身の生活状況の変化については、「あった」「ややあった」を合わせると、多い順から「十分に睡眠がとれない、食欲がないなど、身体の不調を感じることがあった」77.8%、「趣味や旅行など、余暇活動を行う余裕がなくなった」69.7%、「家族間のコミュニケーションが難しくなった」69.4%、「ご本人のための支出が増え、経済的な困難に直面した」52.4%、「仕事の勤務時間を減らす、転職する、退職するなど就労状況が変化した」49%、「家計の収入が減り、経済的な困難に直面した」38.5%、「精神状態に不調が生じて精神科を受診した」32.8%、「向精神薬（抗うつ剤など）や睡眠薬を服薬した」32.2%となっている。

約8割の家族が身体面での不調を感じ、3割以上の家族が自身も精神的な不調で精神科を受診したり、向精神薬や睡眠薬を服用していることが明らかになった。

また、約7割の家族が余暇活動を行う余裕がない、家族間のコミュニケーションが困難になったと回答している。本人の発症が家族の日常生活にも大きな影響を与えており、本人だけでなく家族全体を視野に入れた支援の必要性が示唆されている。

図3-2) -11 家族の生活状況の変化

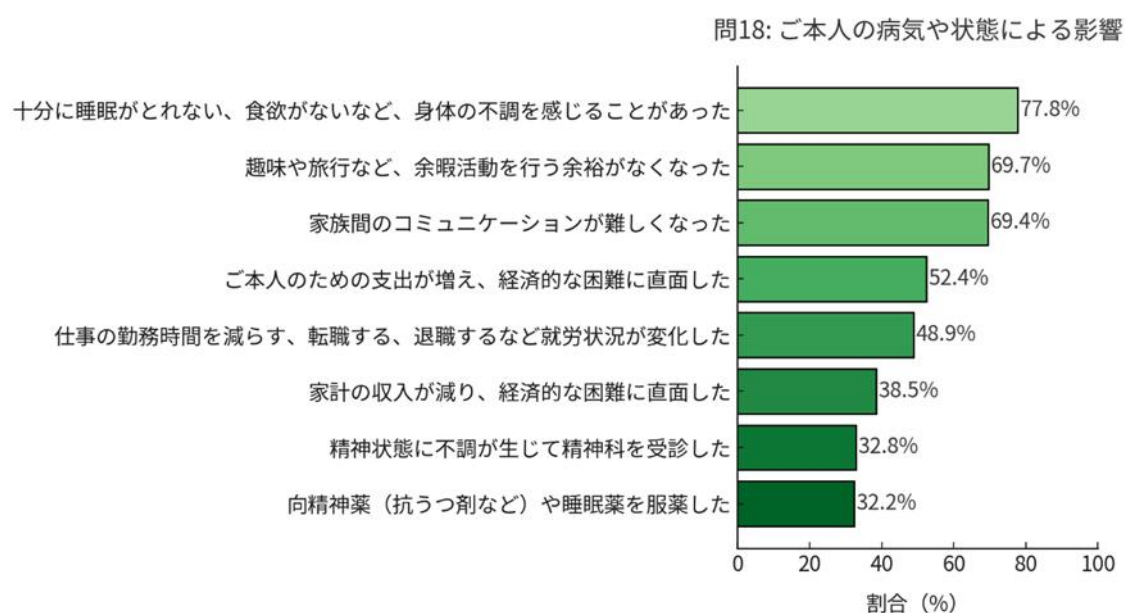
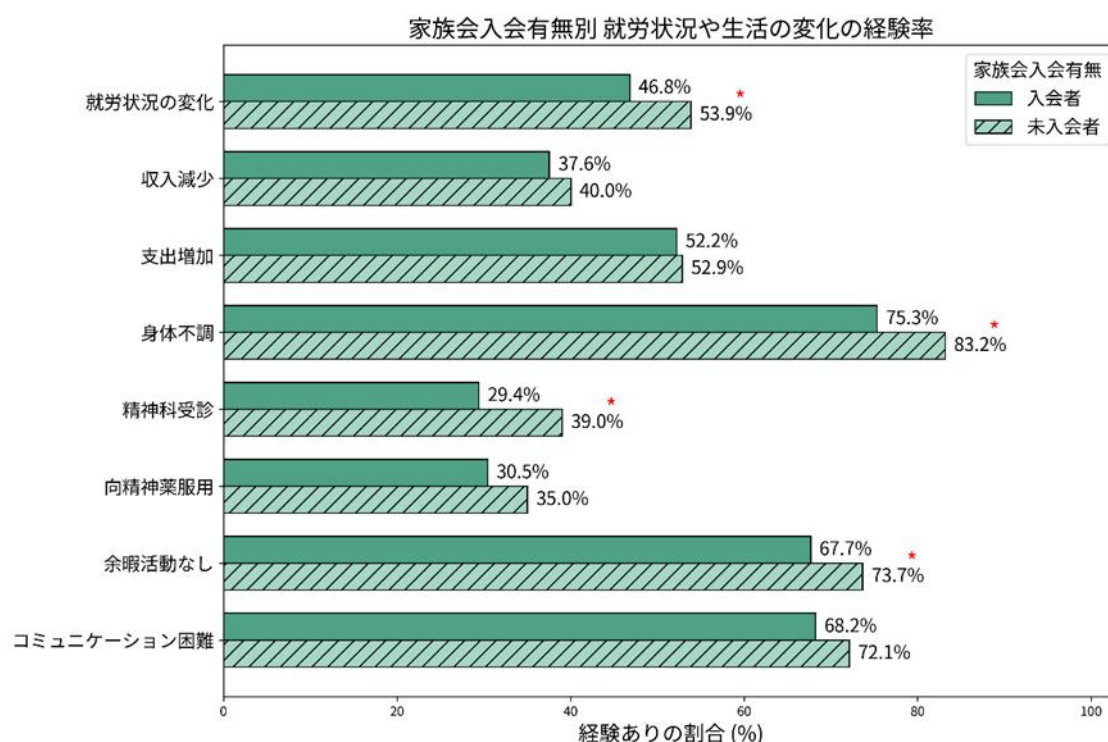


図 3 - 2) - 12 家族の生活状況の変化×家族会入会の有無



⑤就労状況の変化

経済的な負担については、「あった」「ややあった」を合わせると、[ご本人のための支出が増え、経済的な困難に直面した] 52.4%、[仕事の勤務時間を減らす、転職する、退職するなど就労状況が変化した] 49%と約半数の家族が本人のための支出が増えたり、家族自身の就労状況が変化していることが明らかになった。家族の平均年齢をみると、多くの世帯が年金収入の中から本人のための支出を捻出していることが推察される。

現在の就労状況について、家族会入会群と未入会群を比較すると、入会群は 44%が就労しているのに対し、未入会群では 73%が就労しており、統計的にも有意な差が認められた。就労状況の変化について、家族会入会群と未入会群を比較すると、家族会未入会群（若い年齢層）の 53.9%が勤務時間の減少や転職を経験しており、入会群の 46.8%より有意に高く、身体的な不調や精神科受診などの他の項目においても、未入会群の方が有意に高い割合で経験していることが明らかになった。

家族の現在の就労状況（会社員、非正規雇用、自営業等含む）については、「就労している」が 55.0%、「就労していない」が 45.0%となっており、就労している群のうち、本人の病気や体調のため、労働時間を短縮したと回答した家族が 39.8%と約 4 割の家族が就労状況に変化があったと回答している。

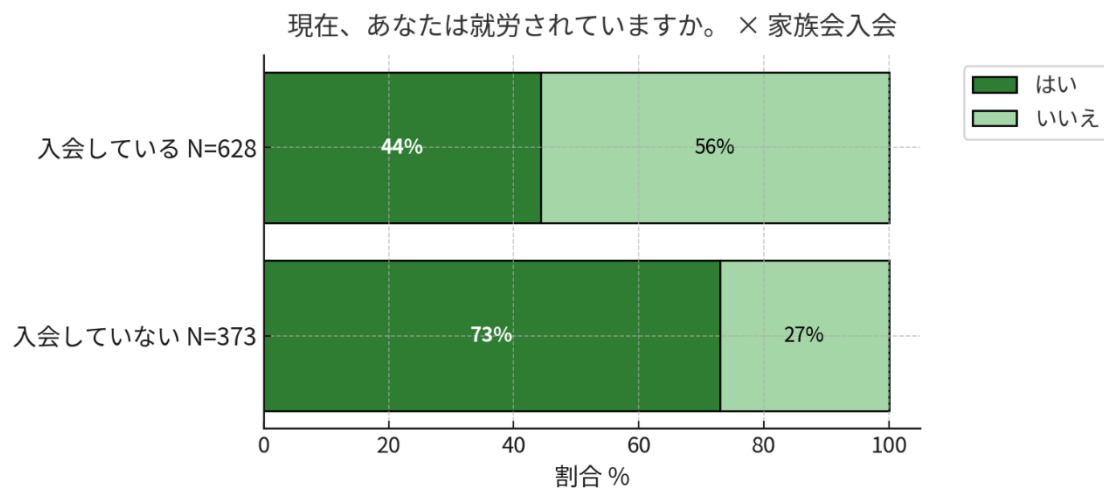
さらに、891 名の回答者のうち、4 人に 1 人（25.8%）が本人の病気が原因で仕事を退職していた。仕事を継続している場合でも、通常時と比べて約半分（平均値ベースで 49.6%）のパフォーマンス（生産性）にとどまっていることが明らかになった。家族の就労状況が変化し、収入が減ることによって経済的な負担を抱えやすいことが推察さ

れる。

また、危機的状況（暴言・暴力や自傷・自殺リスク、警察通報）を経験した家庭では、危機度が高いほど仕事のパフォーマンス点数が低い傾向が見られ、特に「自傷・自殺等のリスクを考え、本人から目が離せないことがあった」では相関係数が他項目より高く、家族の就労状況に大きな影響を与えていることが明らかになった。

本調査では経済的負担に関する項目として、就労状況や経済状況に関する項目を追加している。結果の詳細については次項を参照されたい。

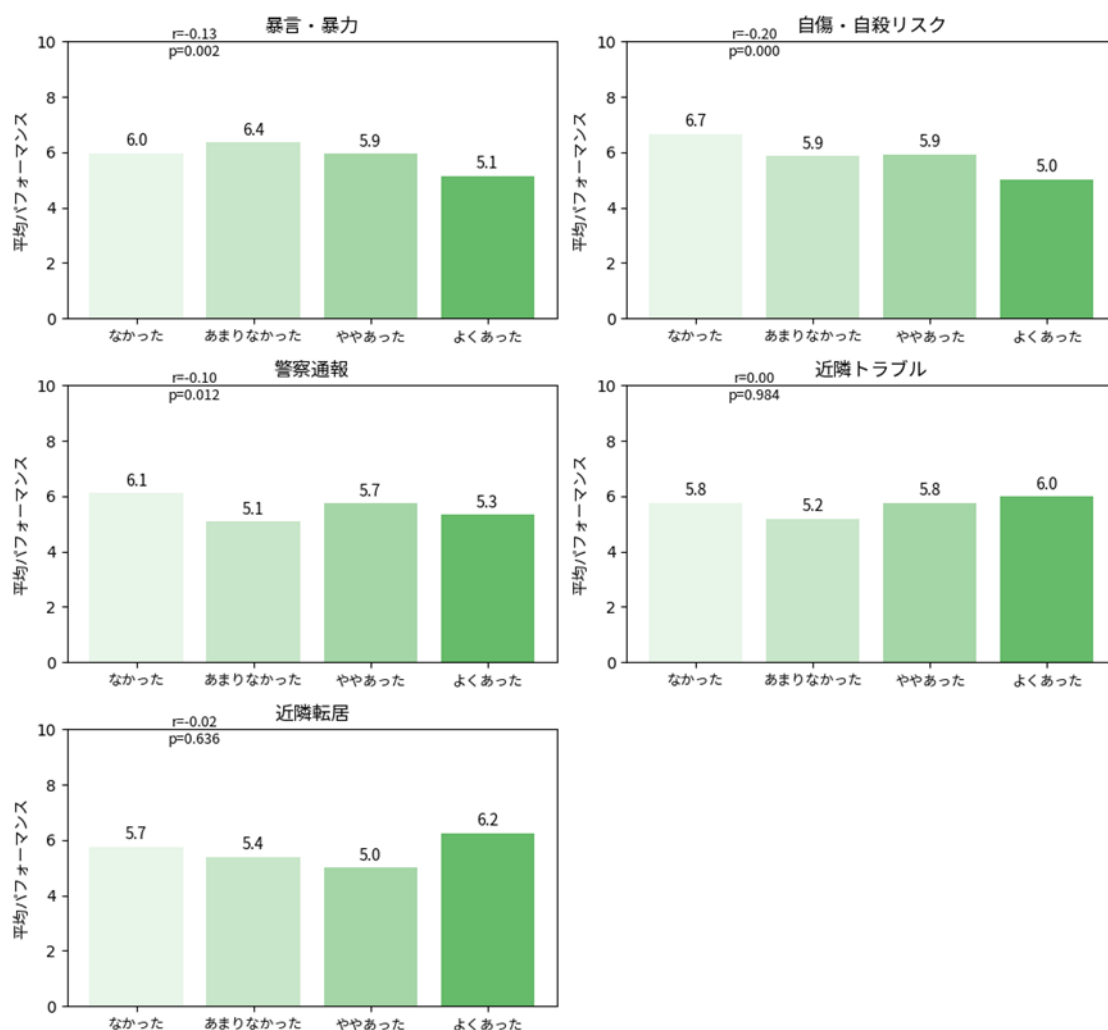
図3-2)-13 現在の就労状況×家族会入会の有無



『現在、あなたは就労されていますか。』と家族会入会との間には、統計的に意味のある差が見られました。
 $\chi^2=76.5$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.28$

図3-2)-14 危機的な状況×仕事のパフォーマンスの相関

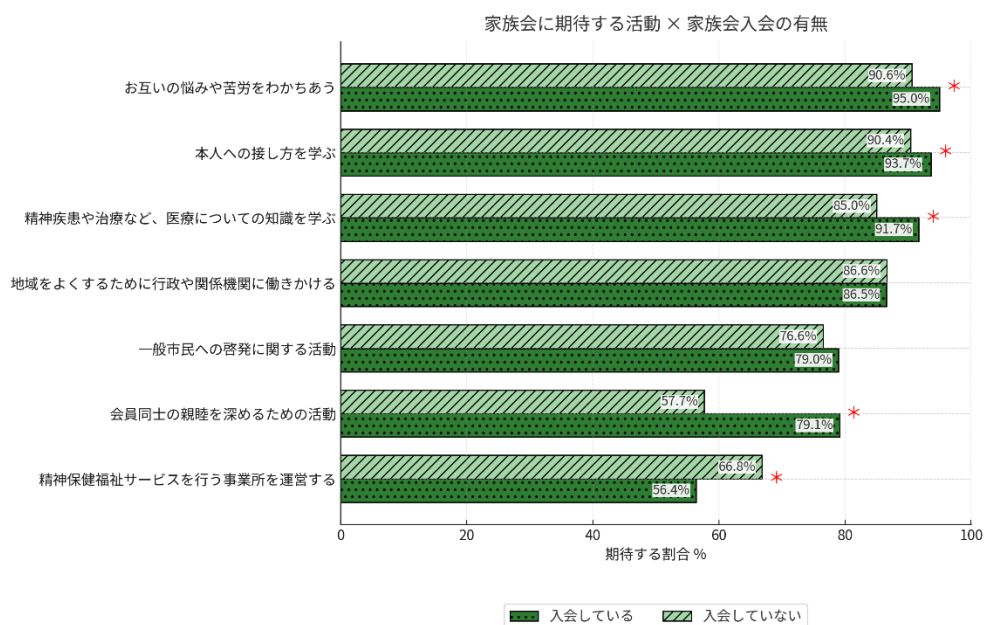
危機的な状況（問14）とパフォーマンス変化（問30）



⑥家族会への期待

家族会に期待する活動については、「あった」「ややあった」を合わせると、多い順から「お互いの悩みや苦勞をわかちあう」93.5%、「本人への接し方を学ぶ」92.5%、「精神疾患や治療についての知識を学ぶ」89.7%、「行政や関係機関に働きかける」86.5%、「一般市民への啓発活動」78.1%、「親睦活動（茶話会や旅行など）」72.3%、「精神保健福祉サービスの事業所を運営する」60.1%と全ての項目で6割を超えている。家族会入会群と未入会群のいずれも「お互いの悩みや苦勞をわかちあう」が最も期待が高い項目となっている。「わかちあい」は家族会の原点であり、「わかちあい」は世代や立場を超えても変わらず、家族を支え続けていることが示唆されている。

図3-2)-15 家族会に期待する活動×家族会入会の有無



分母Nは項目により異なる：入会している N=869-914、入会していない N=433-438。*は2×2の χ^2 検定で $p<0.05$ 。並び順は全体の期待率が低い順。

3) 調査結果②：家族のケアによる経済的損失

本調査では経済的負担に関する項目として、就労状況や経済状況に関する項目を追加している。国への提言を行っていく上で重要な項目であるが、給与などの個人情報を含むため、全体の回答率が下がらないように継続の意思を確認できた方のみを回答対象としている。以下では、①家族の労働生産性の低下による年間損失額、②家族の年収低下の分析結果を示す。

①家族の労働生産性の低下による年間損失額

家族の労働生産性の低下による年間損失額の推計については、精神障害を有する方の家族のうち、現在就労状態にあり（就労家族）、有効な回答が得られた126名の分析結果と、公的統計データに基づき、全国規模の年間損失額を算出したものである。調査では、プレゼンティーズム（本人が精神疾患を発症後における仕事のパフォーマンスの変化）を、0から10までの11段階のスケールで測定し、回答者の年収と労働時間から労働生産性の年間損失額を算定した。就労家族における年間損失額は、中央値が71.6万円、平均値が119.5万円であった。（損失額が非正規分布になっていることを考慮し、代表値として中央値を記述し、参考値として平均値を併記する）

推計対象として、精神障害を有する患者約603万人のうち、家族が就労している可能性が高い65歳未満の患者（382.8万人）の家族に焦点をあてた。今回の調査では、就労率は55%であった。また、精神障害を有する方の家族に関する統計情報はこれまで存在していないが、2022年就業構造基本調査（総務省）では、介護をしている者に占める有業者の割合が58%であることが示されている。精神障害を有する本人が65歳未満の場合でも、回答者は65歳以上のケースが想定されるため、家族のうち50%が就労していると仮定した。これにより、推計対象となる就労家族の総数は約191.4万人となる。（なお、精神障害を有する方1名につき主要な同居就労家族は1人と仮定する）

上記の前提に基づき、全国の65歳未満の精神障害者の家族における年間労働生産性損失額は、以下の通りに推計された。

- 中央値ベース：約1兆3,716億円
(= 191.4万人 × 71.6万円 = 13,716億円)
- 平均値ベース：約2兆2,878億円
(= 191.4万人 × 119.5万円 = 22,878億円)

本推計により、精神障害者の家族が直面する労働生産性の年間損失額が、約1.4兆円から約2.3兆円に上ることが示唆された。これは、家族1名分に対する算出であり、就労家族が複数いる場合には、さらに上振れすることが想定される。

また、本推計はパフォーマンスの低下による直接的な経済的損失に過ぎず、家族の精神的・身体的負担といった間接的なコストを含めると、社会全体の負担はさらに甚大となると考えられる。

②家族の年収低下

精神障害のある方の家族の年収が、一般就労者の平均年収と比べてどのような差があるかを統計的に比較した。分析方法として、本調査の回答者のうち就労中の家族を対象とし、厚生労働省「賃金構造基本統計調査（2024）」の年齢階層区分に基づき、一般就労者の平均年収との比較を行った。検定には、一標本t検定（one-sample t-test）を採用した。なお、男性の回答者はサンプル数が少なく、統計的検定に適さなかったため、本分析では、一定以上のサンプル数を有する40～69歳の女性に限定して解析した。仮説 $H_0: \mu = \mu_0$ （Caregiverの平均年収＝一般人口の平均年収）。 μ_0 には賃金構造基本統計調査（2024）の該当年齢階層の平均年収を用いた。

分析の結果、40歳から69歳までのすべての年齢階層において、精神障害を有する家族をケアする就労家族平均年収は、一般就労者の平均年収に比較し、有意に低いことが示された。

この結果は、精神障害のある家族をケアする就労者が、ケアの負担や関連するライフイベント等によって、キャリア形成や収入増加の機会を阻害されている可能性を統計的に裏づけるものである。なお、本調査では、地域別の収入差や企業規模、就労業界等は考慮されておらず、今回のサンプルが賃金構造基本統計調査と同様な地域分布をしているか不明である。このため、サンプリングバイアスが生じている可能性がある点には留意されたい。

表3－3）－Ⅰ 各年齢層の分析結果（補足）

年齢層	対象ケース数	平均年収	t 値	p 値
40-44 歳	6	115.3 万円	-6.04	0.0018
45-49 歳	12	83.6 万円	-13.86	<0.001
50-54 歳	22	90.9 万円	-15.54	<0.001
55-59 歳	20	109.6 万円	-9.98	<0.001
60-65 歳	21	126.5 万円	-6.33	<0.001
65-69 歳	10	92.6 万円	-3.91	0.0036

4) 調査結果③：全体集計データと要約

問 1. 回答者（家族）の性別

「女性」が77.9%（1176名）、「男性」が21.7%（328名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
女性	1176（77.9%）
男性	328（21.7%）
その他	5（0.3%）
未回答	110（-）
N（割合算出のベース）	1619（1509）

問 2. 回答者（家族）の年齢

回答者（家族）の平均年齢は64.4歳であり、年代別にみると、「70才以上」が40.3%（606名）、「60代」が24.6%（370名）、「50代」が22.2%（334名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
10代	1（0.1%）
20代	9（0.6%）
30代	41（2.7%）
40代	143（9.5%）
50代	334（22.2%）
60代	370（24.6%）
70才以上	606（40.3%）
未回答	115（-）
N（割合算出のベース）	1619（1504）

問 3. 回答者（家族）の都道府県

回答項目	回答数（割合）
北海道	22（1.5%）
青森県	4（0.3%）
岩手県	22（1.5%）
宮城県	10（0.7%）
秋田県	13（0.9%）
山形県	7（0.5%）
福島県	6（0.4%）
茨城県	47（3.1%）
栃木県	20（1.3%）
群馬県	19（1.3%）
埼玉県	91（6.1%）
千葉県	59（3.9%）
東京都	188（12.5%）
神奈川県	99（6.6%）
新潟県	10（0.7%）
富山県	71（4.7%）
石川県	5（0.3%）
福井県	4（0.3%）
山梨県	8（0.5%）
長野県	12（0.8%）
岐阜県	33（2.2%）
静岡県	56（3.7%）
愛知県	46（3.1%）
三重県	21（1.4%）
滋賀県	13（0.9%）
京都府	95（6.3%）
大阪府	58（3.9%）
兵庫県	72（4.8%）
奈良県	61（4.1%）
和歌山県	36（2.4%）
鳥取県	2（0.1%）
島根県	4（0.3%）
岡山県	12（0.8%）
広島県	8（0.5%）

山口県	2 (0.1%)
徳島県	1 (0.1%)
香川県	4 (0.3%)
愛媛県	37 (2.5%)
高知県	23 (1.5%)
福岡県	106 (7.0%)
佐賀県	23 (1.5%)
長崎県	12 (0.8%)
熊本県	11 (0.7%)
大分県	7 (0.5%)
宮崎県	2 (0.1%)
鹿児島県	35 (2.3%)
沖縄県	7 (0.5%)
未回答	115 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1504)

問 4. 本人との続柄

「母親」が 55.0% (825 名)、「父親」が 12.1% (181 名)、「きょうだい」が 11.9% (179 名) となっている。

回答項目	回答数 (割合)
母親	825 (55.0%)
父親	181 (12.1%)
きょうだい	179 (11.9%)
配偶者 (パートナー)	138 (9.2%)
子ども	130 (8.7%)
親戚	7 (0.5%)
その他	39 (2.6%)
未回答	120 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1499)

問 5. 本人との同居

「同居している」が62.8%（944名）、「同居していない」が28.8%（433名）、「その他（入院中等）」が8.3%（125名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
同居している	944（62.8%）
同居していない	433（28.8%）
その他（入院中等）	125（8.3%）
未回答	117（-）
N（割合算出のベース）	1619（1502）

問 6. 家族会入会の有無

「入会している」が65.9%（990名）、「入会していない」が34.1%（513名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
入会している	990（65.9%）
入会していない	513（34.1%）
未回答	116（-）
N（割合算出のベース）	1619（1503）

問 7. 本人の性別

「男性」が55.5%（821名）、「女性」が44.0%（651名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
女性	651（44.0%）
男性	821（55.5%）
その他	7（0.5%）
未回答	140（-）
N（割合算出のベース）	1619（1479）

問 8. 本人の年齢

本人の平均年齢は 43.8 歳であり、年代別にみると、「40 代」が 27.5% (404 名)、「50 代」が 21.5% (316 名)、「30 代」が 19.7% (289 名) となっている。

回答項目	回答数 (割合)
10 歳未満	2 (0.1%)
10 代	42 (2.9%)
20 代	222 (15.1%)
30 代	289 (19.7%)
40 代	404 (27.5%)
50 代	316 (21.5%)
60 代	112 (7.6%)
70 歳以上	80 (5.5%)
未回答	152 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1467)

問 9. 本人の病名

「統合失調症」が 70.8% (1044 名)、「双極性障害 (躁うつ病)」が 8.1% (119 名)、「発達障害」が 6.1% (90 名) となっている。

回答項目	回答数 (割合)
統合失調症	1044 (70.8%)
うつ病	79 (5.4%)
躁病	5 (0.3%)
双極性障害 (躁うつ病)	119 (8.1%)
不安障害	19 (1.3%)
発達障害	90 (6.1%)
てんかん	12 (0.8%)
依存症	5 (0.3%)
知的障害	19 (1.3%)
病名がわからない	19 (1.3%)
その他	64 (4.3%)
未回答	144 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1475)

問 10. 本人の精神科医療機関の利用状況

「【通院中】本人のみ通院中」が 41.1% (595 名)、「【通院中】本人に家族が付き添い通院中」が 34.9% (506 名)、「入院中」が 10.8% (156 名)となっている。

回答項目	回答数 (割合)
【通院中】本人のみ通院中	595 (41.1%)
【通院中】本人に家族が付き添い通院中	506 (34.9%)
【通院中】家族が本人に代わり通院中	50 (3.5%)
入院中	156 (10.8%)
医療中断 (3 か月以上)	58 (4.0%)
未受診	27 (1.9%)
その他	57 (3.9%)
未回答	0 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1449)

問 13_1. 初診までの体験[本人に病識がないため、精神科の受診を嫌がった]

「あった」とする回答は 50.1% (697 名)、「なかった」とする回答は 49.9% (693 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	469 (33.7%)
ややあった	228 (16.4%)
あまりなかった	264 (19.0%)
なかった	429 (30.9%)
未回答	229 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1390)

問 13_2. 初診までの体験[本人に精神科に対する拒否感があり、精神科の受診を嫌がった]

「あった」とする回答は 48.6% (675 名)、「なかった」とする回答は 51.4% (713 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	441 (31.8%)
ややあった	234 (16.9%)
あまりなかった	274 (19.7%)
なかった	439 (31.6%)
未回答	231 (-)
(割合算出のベース)	1619 (1388)

問 13_3. 初診までの体験[受診先を探すことに苦労した]

「あった」とする回答は 56.5% (785 名)、「なかった」とする回答は 43.5% (604 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	427 (30.7%)
ややあった	358 (25.8%)
あまりなかった	267 (19.2%)
なかった	337 (24.3%)
未回答	230 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1389)

問 13_4. 初診までの体験[家族の中で、精神科受診に対する考えが一致しなかった]

「あった」とする回答は 31.4% (435 名)、「なかった」とする回答は 68.6% (949 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	207 (15.0%)
ややあった	228 (16.5%)
あまりなかった	315 (22.8%)
なかった	634 (45.8%)
未回答	235 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1384)

問 13_5. 初診までの体験[家族に精神疾患についての知識がなかった]

「あった」とする回答は 45.8% (647 名)、「なかった」とする回答は 54.2% (767 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	355 (25.1%)
ややあった	292 (20.7%)
あまりなかった	329 (23.3%)
なかった	438 (31.0%)
未回答	205 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1414)

問 13 「初診までの体験」に関する統合比較表（再掲）

項目	あった	ややあった	あまりなかった	なかった	あった 合算 (再掲)	なかった 合算 (再掲)
受診先を 探すことに 苦労した	427 (30.7%)	358 (25.8%)	267 (19.2%)	337 (24.3%)	785 (56.5%)	604 (43.5%)
病識がない ため受診を 嫌がった	469 (33.7%)	228 (16.4%)	264 (19.0%)	429 (30.9%)	697 (50.1%)	693 (49.9%)
精神科に対 する拒否感 があり受診 を嫌がった	441 (31.8%)	234 (16.9%)	274 (19.7%)	439 (31.6%)	675 (48.6%)	713 (51.4%)
家族に精神 疾患につい ての知識が なかった	355 (25.1%)	292 (20.7%)	329 (23.3%)	438 (31.0%)	647 (45.8%)	767 (54.2%)
家族の中で受 診に対する考 えが一致しな かった	207 (15.0%)	228 (16.5%)	315 (22.8%)	634 (45.8%)	435 (31.4%)	949 (68.6%)

問 14_1. 危機的状況[暴言・暴力等により、身の危険を感じることがあった]

「あった」とする回答は 57.7% (809 名)、「なかった」とする回答は 42.3% (594 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	499 (35.6%)
ややあった	310 (22.1%)
あまりなかった	223 (15.9%)
なかった	371 (26.4%)
未回答	216 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1403)

問 14_2. 危機的状況[自傷・自殺等のリスクを考え、本人から目が離せないことがあった]
「あった」とする回答は 60.9% (860 名)、「なかった」とする回答は 39.1% (552 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	527 (37.3%)
ややあった	333 (23.6%)
あまりなかった	243 (17.2%)
なかった	309 (21.9%)
未回答	207 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1412)

問 14_3. 危機的状況[警察に通報せざるを得ない状況になった]

「あった」とする回答は 42.8% (604 名)、「なかった」とする回答は 57.2% (807 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	409 (29.0%)
ややあった	195 (13.8%)
あまりなかった	165 (11.7%)
なかった	642 (45.5%)
未回答	208 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1411)

問 14_4. 危機的状況[近隣とのトラブル等が生じた]

「あった」とする回答は 27.1% (381 名)、「なかった」とする回答は 72.9% (1025 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	198 (14.1%)
ややあった	183 (13.0%)
あまりなかった	229 (16.3%)
なかった	796 (56.6%)
未回答	213 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1406)

問 14_5. 危機的状況[近隣とのトラブル等が生じ、転居を余儀なくされた]

「あった」とする回答は 7.6% (107 名)、「なかった」とする回答は 92.4% (1293 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	57 (4.1%)
ややあった	50 (3.6%)
あまりなかった	111 (7.9%)
なかった	1182 (84.4%)
未回答	219 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1400)

問 14 「危機的状況」に関する統合比較表 (再掲)

項目	あった	ややあった	あまりなかった	なかった	あった 合算 (再掲)	なかった 合算 (再掲)
自傷・自殺リスクにより本人から目が離せなかった	527 (37.3%)	333 (23.6%)	243 (17.2%)	309 (21.9%)	860 (60.9%)	552 (39.1%)
暴言・暴力等により身の危険を感じた	499 (35.6%)	310 (22.1%)	223 (15.9%)	371 (26.4%)	809 (57.7%)	594 (42.3%)
警察に通報せざるを得ない状況になった	409 (29.0%)	195 (13.8%)	165 (11.7%)	642 (45.5%)	604 (42.8%)	807 (57.2%)
近隣とのトラブル等が生じた	198 (14.1%)	183 (13.0%)	229 (16.3%)	796 (56.6%)	381 (27.1%)	1025 (72.9%)
近隣とのトラブルにより転居を余儀なくされた	57 (4.1%)	50 (3.6%)	111 (7.9%)	1182 (84.4%)	107 (7.6%)	1293 (92.4%)

問 15. 本人が現在利用している精神保健医療福祉制度・サービス（利用率）

本人が現在利用している精神保健医療福祉制度・サービスの利用率については、「精神科医療機関（定期受診、入院等）」が91.1%、「自立支援医療」が80.3%、「精神障害者保健福祉手帳」が73.7%となっている。

制度名	利 用 率 (%)
精神科医療機関（定期受診、入院等）	91.1
自立支援医療	80.3
精神障害者保健福祉手帳	73.7
障害年金	72.8
精神科訪問看護	34.9
就労支援施設（就労移行支援、就労継続支援等）	34.0
地域活動支援センター	26.1
医療機関のデイケア（ショートケア・ナイトケアを含む）	23.9
生活保護	18.7
グループホーム（共同生活援助）	12.4
生活支援施設（生活介護、生活訓練等）	12.3
ホームヘルプサービス（居宅介護）	9.1

問 15. 本人が現在利用している精神保健医療福祉制度・サービスの満足度

制度名	満足	やや満足	やや不満	不満	利用していない (わからない)
生活保護	48 (3.5%)	92 (6.7%)	67 (4.9%)	48 (3.5%)	1110 (81.3%)
障害年金	248 (17.5%)	402 (28.4%)	247 (17.4%)	135 (9.5%)	385 (27.2%)
精神障害者 保健福祉手帳	291 (20.7%)	459 (32.6%)	195 (13.9%)	91 (6.5%)	370 (26.3%)
自立支援医療	482 (34.3%)	443 (31.6%)	129 (9.2%)	74 (5.3%)	276 (19.7%)
精神科医療機関 (定期受診、入院等)	277 (19.8%)	524 (37.4%)	302 (21.6%)	173 (12.3%)	125 (8.9%)
医療機関のデイケア (ショートケア・ナイトケアを含む)	63 (4.6%)	133 (9.6%)	80 (5.8%)	54 (3.9%)	1053 (76.1%)
精神科訪問看護	135 (9.7%)	226 (16.2%)	80 (5.8%)	44 (3.2%)	906 (65.1%)
グループホーム (共同生活援助)	41 (3.0%)	59 (4.2%)	42 (3.0%)	30 (2.2%)	1217 (87.6%)
ホームヘルプ サービス(居宅介護)	28 (2.0%)	48 (3.5%)	37 (2.7%)	13 (0.9%)	1259 (90.9%)
就労支援施設 (就労移行支援、就労継続支援等)	116 (8.4%)	171 (12.3%)	107 (7.7%)	77 (5.6%)	916 (66.0%)
生活支援施設 (生活介護、生活訓練等)	41 (3.0%)	59 (4.3%)	42 (3.0%)	29 (2.1%)	1215 (87.7%)
地域活動支援 センター	67 (4.8%)	137 (9.9%)	97 (7.0%)	61 (4.4%)	1026 (73.9%)

問 16. 精神障害者保健福祉手帳の等級

「2級」が54.7%（768名）、「手帳を取得していない」が19.1%（268名）、「3級」が10.7%（150名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
1級	142（10.1%）
2級	768（54.7%）
3級	150（10.7%）
手帳を取得していない	268（19.1%）
わからない	75（5.3%）
未回答	216（-）
N（割合算出のベース）	1619（1403）

問 17. 相談したことがある専門家等（利用率）

相談したことがある専門家等の利用率については、「医療機関の主治医」が92.5%、「医療機関の看護師」が69.8%、「行政の職員（保健師、障害福祉担当者など）」が65.4%となっている。

相談先	利用率
医療機関の主治医	92.5%
医療機関の看護師	69.8%
行政の職員（保健師、障害福祉担当者など）	65.4%
家族会員（家族相談員を含む）	54.0%
医療機関のソーシャルワーカー	52.7%
障害者支援施設の職員	46.5%

問 17. 相談したことがある専門家等の満足度

相談先	満足	やや満足	やや不満	不満	利用していない (わからない)
医療機関の主治医	282 (20.0%)	521 (36.9%)	336 (23.8%)	166 (11.8%)	106 (7.5%)
医療機関の看護師	226 (16.2%)	481 (34.5%)	186 (13.3%)	82 (5.9%)	421 (30.2%)
医療機関の ソーシャルワーカー	160 (11.5%)	309 (22.2%)	167 (12.0%)	97 (7.0%)	657 (47.3%)
障害者支援施設の職員	170 (12.3%)	288 (20.8%)	116 (8.4%)	71 (5.1%)	741 (53.5%)
行政の職員（保健師、 障害福祉担当者など）	140 (10.1%)	335 (24.1%)	257 (18.5%)	178 (12.8%)	481 (34.6%)
家族会員 (家族相談員を含む)	251 (18.0%)	381 (27.4%)	84 (6.0%)	35 (2.5%)	641 (46.0%)

問 18_1. 家族の生活状況の変化[仕事の勤務時間を減らす、転職する、退職するなど就労状況が変化した]

「あった」とする回答は 49.0% (671 名)、「なかった」は 51.0% (697 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	437 (31.9%)
ややあった	234 (17.1%)
あまりなかった	180 (13.2%)
なかった	517 (37.8%)
未回答	251 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1368)

問 18_2. 家族の生活状況の変化[家計の収入が減り、経済的な困難に直面した]

「あった」とする回答は 38.5% (533 名)、「なかった」は 61.5% (851 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	235 (17.0%)
ややあった	298 (21.5%)
あまりなかった	302 (21.8%)
なかった	549 (39.7%)
未回答	235 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1384)

問 18_3. 家族の生活状況の変化[ご本人のための支出が増え、経済的な困難に直面した]
「あった」とする回答は 52.4% (729 名)、「なかった」は 47.6% (661 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	287 (20.6%)
ややあった	442 (31.8%)
あまりなかった	327 (23.5%)
なかった	334 (24.0%)
未回答	229 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1390)

問 18_4. 家族の生活状況の変化[十分に睡眠がとれない、食欲がないなど、身体の不調を感じるがあった]

「あった」とする回答は 77.8% (1087 名)、「なかった」は 22.2% (310 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	644 (46.1%)
ややあった	443 (31.7%)
あまりなかった	156 (11.2%)
なかった	154 (11.0%)
未回答	222 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1397)

問 18_5. 家族の生活状況の変化[精神状態に不調が生じて精神科を受診した]

「あった」とする回答は 32.8% (454 名)、「なかった」は 67.2% (930 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
あった	316 (22.8%)
ややあった	138 (10.0%)
あまりなかった	120 (8.7%)
なかった	810 (58.5%)
未回答	235 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1384)

問 18_6. 家族の生活状況の変化[向精神薬（抗うつ剤など）や睡眠薬を服薬した]

「あった」とする回答は 32.2%（446 名）、「なかった」は 67.8%（937 名）であった。

回答項目	回答数（割合）
あった	310（22.4%）
ややあった	136（9.8%）
あまりなかった	81（5.9%）
なかった	856（61.9%）
未回答	236（-）
N（割合算出のベース）	1619（1383）

問 18_7. 家族の生活状況の変化[趣味や旅行など、余暇活動を行う余裕がなくなった]

「あった」とする回答は 69.7%（971 名）、「なかった」は 30.3%（422 名）であった。

回答項目	回答数（割合）
あった	542（38.9%）
ややあった	429（30.8%）
あまりなかった	195（14.0%）
なかった	227（16.3%）
未回答	226（-）
N（割合算出のベース）	1619（1393）

問 18_8. 家族の生活状況の変化[家族間のコミュニケーションが難しくなった]

「あった」とする回答は 69.4%（970 名）、「なかった」は 30.6%（427 名）であった。

回答項目	回答数（割合）
あった	486（34.8%）
ややあった	484（34.6%）
あまりなかった	225（16.1%）
なかった	202（14.5%）
未回答	222（-）
N（割合算出のベース）	1619（1397）

問 18 「家族の生活状況の変化」統合比較表（再掲）

項目	あった	ややあった	あまりなかった	なかった	あった 合算（再掲）	なかった 合算（再掲）
身体の不調を感じた	644 (46.1%)	443 (31.7%)	156 (11.2%)	154 (11.0%)	1087 (77.8%)	310 (22.2%)
余暇活動を行う 余裕がなくなった	542 (38.9%)	429 (30.8%)	195 (14.0%)	227 (16.3%)	971 (69.7%)	422 (30.3%)
家族間のコミュニケーションが難しくなった	486 (34.8%)	484 (34.6%)	225 (16.1%)	202 (14.5%)	970 (69.4%)	427 (30.6%)
支出が増えて経済的困難に直面した	287 (20.6%)	442 (31.8%)	327 (23.5%)	334 (24.0%)	729 (52.4%)	661 (47.6%)
仕事の勤務時間が変化した	437 (31.9%)	234 (17.1%)	180 (13.2%)	517 (37.8%)	671 (49.0%)	697 (51.0%)
家計の収入が減少した	235 (17.0%)	298 (21.5%)	302 (21.8%)	549 (39.7%)	533 (38.5%)	851 (61.5%)
精神状態に不調が生じ受診した	316 (22.8%)	138 (10.0%)	120 (8.7%)	810 (58.5%)	454 (32.8%)	930 (67.2%)
向精神薬や睡眠薬を服薬した	310 (22.4%)	136 (9.8%)	81 (5.9%)	856 (61.9%)	446 (32.2%)	937 (67.8%)

問 19. もっと充実してほしい支援（最大 3 つ）

「本人の希望にそった個別支援体制の確立」が 56.9%（792 名）、「本人・家族に対して適切な情報提供がされること」が 41.9%（584 名）、「本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現」が 40.3%（562 名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現	562（40.3%）
24 時間・365 日の相談支援体制の実現	537（38.5%）
本人の希望にそった個別支援体制の確立	792（56.9%）
本人・家族中心の医療の実現	355（25.5%）
本人・家族に対して適切な情報提供がされること	584（41.9%）
家族自身の身体的・精神的健康の保障	415（29.8%）

家族自身の就労機会および経済的基盤の保障	302 (21.7%)
当てはまるものがない	64 (4.6%)
未回答	226 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1393)

問 20_1. 家族会に期待する活動[精神疾患や治療など、医療についての知識を学ぶ]

「期待する」とする回答は 89.6% (1209 名)、「期待しない」は 10.4% (140 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
期待する	794 (58.9%)
やや期待する	415 (30.8%)
やや期待しない	112 (8.3%)
期待しない	28 (2.1%)
未回答	270 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1349)

問 20_2. 家族会に期待する活動[本人への接し方を学ぶ]

「期待する」とする回答は 92.5% (1250 名)、「期待しない」は 7.5% (101 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
期待する	889 (65.8%)
やや期待する	361 (26.7%)
やや期待しない	78 (5.8%)
期待しない	23 (1.7%)
未回答	268 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1351)

問 20_3. 家族会に期待する活動[お互いの悩みや苦労をわかちあう]

「期待する」とする回答は 93.6% (1278 名)、「期待しない」は 6.4% (88 名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
期待する	932 (68.2%)
やや期待する	346 (25.3%)
やや期待しない	68 (5.0%)
期待しない	20 (1.5%)
未回答	253 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1366)

問 20_4. 家族会に期待する活動[精神保健福祉サービスを行う事業所を運営する]

「期待する」とする回答は 60.1% (791 名)、「期待しない」は 39.9% (526 名) であった。

回答項目	回答数 (割合)
期待する	432 (32.8%)
やや期待する	359 (27.3%)
やや期待しない	314 (23.8%)
期待しない	212 (16.1%)
未回答	302 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1317)

問 20_5. 家族会に期待する活動[地域をよくするために行政や関係機関に働きかける]

「期待する」とする回答は 86.5% (1158 名)、「期待しない」は 13.5% (180 名) であった。

回答項目	回答数 (割合)
期待する	751 (56.1%)
やや期待する	407 (30.4%)
やや期待しない	134 (10.0%)
期待しない	46 (3.4%)
未回答	281 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1338)

問 20_6. 家族会に期待する活動[一般市民への啓発に関する活動]

「期待する」とする回答は 78.2% (1049 名)、「期待しない」は 21.8% (293 名) であった。

回答項目	回答数 (割合)
期待する	603 (44.9%)
やや期待する	446 (33.2%)
やや期待しない	215 (16.0%)
期待しない	78 (5.8%)
未回答	277 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1342)

問 20_7. 家族会に期待する活動[会員同士の親睦を深めるための活動（茶話会や旅行など）]

「期待する」とする回答は 72.3%（983 名）、「期待しない」は 27.7%（377 名）であった。

回答項目	回答数（割合）
期待する	521（38.3%）
やや期待する	462（34.0%）
やや期待しない	275（20.2%）
期待しない	102（7.5%）
未回答	259（-）
N（割合算出のベース）	1619（1360）

問 20 家族会に期待する活動（期待度）

家族会に期待する活動の期待度については、「お互いの悩みや苦勞をわかちあう」が 93.5%、「本人への接し方を学ぶ」が 92.5%、「精神疾患や治療についての知識を学ぶ」が 89.7%となっている。

活動内容	期待度
お互いの悩みや苦勞をわかちあう	93.5%
本人への接し方を学ぶ	92.5%
精神疾患や治療についての知識を学ぶ	89.7%
行政や関係機関に働きかける	86.5%
一般市民への啓発活動	78.1%
親睦活動（茶話会や旅行など）	72.3%
精神保健福祉サービスの事業所を運営する	60.1%

問 20 家族会に期待する活動統合表

活動内容	期待する	やや期待する	やや期待しない	期待しない
精神疾患や治療についての知識を学ぶ	794 (58.9%)	415 (30.8%)	112 (8.3%)	28 (2.1%)
本人への接し方を学ぶ	889 (65.8%)	361 (26.7%)	78 (5.8%)	23 (1.7%)
お互いの悩みや苦勞をわかちあう	932 (68.2%)	346 (25.3%)	68 (5.0%)	20 (1.5%)
精神保健福祉サービスの事業所を運営する	432 (32.8%)	359 (27.3%)	314 (23.8%)	212 (16.1%)
行政や関係機関に働きかける	751 (56.1%)	407 (30.4%)	134 (10.0%)	46 (3.4%)
一般市民への啓発活動	603 (44.9%)	446 (33.2%)	215 (16.0%)	78 (5.8%)
親睦活動 (茶話会や旅行など)	521 (38.3%)	462 (34.0%)	275 (20.2%)	102 (7.5%)

問 21. 「患者・市民参画」を知っているか

「知らない」が75.2% (1019名)、「言葉だけ知っている」が16.1% (218名)、「意味も含めて知っている」が4.6% (63名)となっている。

回答項目	回答数 (割合)
知らない	1019 (75.2%)
言葉だけ知っている	218 (16.1%)
意味も含めて知っている	63 (4.6%)
参画経験がある	55 (4.1%)
未回答	264 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1355)

問 22. 「患者・市民参画」の活動をしたいか

「少しそう思う」が42.3%（564名）、「とても思う」が26.3%（351名）、「あまりそう思わない」が22.0%（293名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
とても思う	351（26.3%）
少しそう思う	564（42.3%）
あまりそう思わない	293（22.0%）
思わない	125（9.4%）
未回答	286（-）
N（割合算出のベース）	1619（1333）

問 23_1. 「患者・市民参画」のための支援[参画機会の情報を簡単に得られる]

「そう思う」とする回答は79.9%（1040名）、「そう思わない」とする回答は7.1%（93名）、「わからない」とする回答は12.9%（168名）であった。

回答項目	回答数（割合）
とてもそう思う	457（35.1%）
そう思う	583（44.8%）
あまりそう思わない	75（5.8%）
そう思わない	18（1.4%）
わからない	168（12.9%）
未回答	318（-）
N（割合算出のベース）	1619（1301）

問 23_2. 「患者・市民参画」のための支援[参画の場に応じた知識やスキルが学べる]

「そう思う」とする回答は77.9%（1013名）、「そう思わない」とする回答は8.7%（113名）、「わからない」とする回答は13.5%（175名）であった。

回答項目	回答数（割合）
とてもそう思う	414（31.8%）
そう思う	599（46.0%）
あまりそう思わない	93（7.1%）
そう思わない	20（1.5%）
わからない	175（13.5%）
未回答	318（-）
N（割合算出のベース）	1619（1301）

問 23_3. 「患者・市民参画」のための支援[参画時の困りごとを相談できる場がある]

「そう思う」とする回答は80.4%（1047名）、「そう思わない」とする回答は7.5%

(97名)、「わからない」とする回答は12.1% (158名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
とてもそう思う	495 (38.0%)
そう思う	552 (42.4%)
あまりそう思わない	71 (5.5%)
そう思わない	26 (2.0%)
わからない	158 (12.1%)
未回答	317 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1302)

問 23_4. 「患者・市民参画」のための支援[参画時の金銭的な支援 (謝礼金、交通費など)]

「そう思う」とする回答は58.8% (757名)、「そう思わない」とする回答は25.8% (332名)、「わからない」とする回答は15.5% (199名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
とてもそう思う	312 (24.2%)
そう思う	445 (34.5%)
あまりそう思わない	241 (18.7%)
そう思わない	91 (7.1%)
わからない	199 (15.5%)
未回答	331 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1288)

問 23_5. 「患者・市民参画」のための支援[参画時の物理的な支援 (参画時のご本人のサポートなど)]

「そう思う」とする回答は67.8% (868名)、「そう思わない」とする回答は16.9% (216名)、「わからない」とする回答は15.3% (196名)であった。

回答項目	回答数 (割合)
とてもそう思う	345 (27.0%)
そう思う	523 (40.9%)
あまりそう思わない	154 (12.0%)
そう思わない	62 (4.8%)
わからない	196 (15.3%)
未回答	339 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (1280)

問 23 「患者・市民参画のための支援」 統合比較表（再掲）

支援項目	とても そう思う	そう思う	あまりそう 思わない	そう 思わない	わからない	そう思う (再掲)	そう思わない (再掲)
困りごとを 相談できる 場がある	495 (38.0%)	552 (42.4%)	71 (5.5%)	26 (2.0%)	158 (12.1%)	1047 (80.4%)	97 (7.5%)
参画機会の 情報を簡単 に得られる	457 (35.1%)	583 (44.8%)	75 (5.8%)	18 (1.4%)	168 (12.9%)	1040 (79.9%)	93 (7.1%)
参画の場に 応じた知識 やスキルが 学べる	414 (31.8%)	599 (46.0%)	93 (7.1%)	20 (1.5%)	175 (13.5%)	1013 (77.9%)	113 (8.7%)
物理的な支 援がある (本人のサ ポートなど)	345 (27.0%)	523 (40.9%)	154 (12.0%)	62 (4.8%)	196 (15.3%)	868 (67.8%)	216 (16.9%)
金銭的な支 援がある (謝礼金・交 通費など)	312 (24.2%)	445 (34.5%)	241 (18.7%)	91 (7.1%)	199 (15.5%)	757 (58.8%)	332 (25.8%)

問 24 自由記述（次項の「5）自由記述の分析」を参照）

問 25. 現在、就労しているか（会社員、非正規雇用、自営業等含む）

「はい」が 55.0%（553 名）、「いいえ」が 45.0%（453 名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
はい	553（55.0%）
いいえ	453（45.0%）
未回答	613（-）
N（割合算出のベース）	1619（1006）

問 27. 本人の病気や体調のため、労働時間を短縮したか

「いいえ」が 60.2%（353 名）、「はい」が 39.8%（233 名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
はい	233（39.8%）
いいえ	353（60.2%）

未回答	1033 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (586)

問 29. 現在の仕事のパフォーマンス（生産性）への影響

※0（生産性が低い）～10（いつも通りの生産性）

本人の病気が現在の回答者の仕事の生産性に与えた影響について、自己評価の平均スコアは 10 点満点中 6.58（中央値 7.00）であった。これは通常時と比べて約 3 割(平均値ベースで 34.2%)の生産性低下があったことを示しており、本人の病気が家族の業務遂行能力への一定の影響が認識されていることがうかがえる。「10（いつも通り）」を選んだ回答者は 1 人もおらず、すべての回答が何らかの生産性低下を示していた。

「9」が 40.8%（205 名）、「7」が 14.1%（71 名）、「6」が 9.1%（46 名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
生産性が低い 0	15（3.0%）
1	14（2.8%）
2	31（6.2%）
3	20（4.0%）
4	41（8.2%）
5	29（5.8%）
6	46（9.1%）
7	71（14.1%）
8	31（6.2%）
9	205（40.8%）
いつも通りの生産性 10	0（0.0%）
未回答	1116 (-)
N（割合算出のベース）	1619（503）

問 30. 本人発症後の仕事のパフォーマンス（生産性）の変化

※0（生産性が低い）～10（いつも通りの生産性）

本人の発症後における回答者の仕事の生産性について、自己評価の平均スコアは 10 点満点中 5.04（中央値 5.00）であった。これは通常時と比べて約半分（平均値ベースで 49.6%）の生産性にとどまったことを示しており、発症後の業務遂行能力に顕著な影響が認識されていることがうかがえる。「10（いつも通り）」を選んだ回答者は 1 人もおらず、すべての回答が何らかの生産性低下を示していた。

「9」が 17.5%（98 名）、「4」が 13.4%（75 名）、「6」が 12.5%（70 名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
生産性が低い 0	40（7.2%）
1	38（6.8%）
2	60（10.7%）
3	35（6.3%）
4	75（13.4%）
5	41（7.3%）
6	70（12.5%）
7	68（12.2%）
8	34（6.1%）
9	98（17.5%）
いつも通りの生産性 10	0（0.0%）
未回答	1060（-）
N（割合算出のベース）	1619（559）

問 31. 本人の病気が原因で仕事を辞めたか

「いいえ」が 74.2%（661 名）、「はい」が 25.8%（230 名）となっている。

回答項目	回答数（割合）
はい	230（25.8%）
いいえ	661（74.2%）
未回答	728（-）
N（割合算出のベース）	1619（891）

問 33. 本人発症後の年収の減少

「変化なし」が 42.4% (375 名)、「わからない」が 17.4% (154 名)、「50 万円未満」が 10.4% (92 名) となっている。

回答項目	回答数 (割合)
50 万円未満	92 (10.4%)
50 万円～100 万円未満	85 (9.6%)
100～200 万円未満	77 (8.7%)
200～300 万円未満	31 (3.5%)
300 万円以上	44 (5.0%)
変化なし	375 (42.4%)
増えた	27 (3.1%)
わからない	154 (17.4%)
未回答	734 (-)
N (割合算出のベース)	1619 (885)

5) 自由記述の分析

本報告書では、調査結果を量的データに基づいて分析・提示してきた。しかし、数字のみでは捉えきれない当事者・家族の切実な声が存在することもまた事実である。そこで、本項では自由記述欄に寄せられた回答を整理し、量的データを補完する形で示すこととした。

自由記述は個別の体験や主観に基づくものであり、統計的な代表性を担保するものではない。他方で、制度の隙間に置かれた人々の実感や、数字には表れない「制度の機能不全の兆候」を映し出す重要な素材である。例えば、誤診や薬物治療への不信、PPI（患者・市民参画）の認知不足、親なき後の不安、支援制度の複雑さとアクセス困難など、多岐にわたる課題が繰り返し語られている。

本項では、自由記述の声と分析的整理（中立的な観点と政策的示唆）を分けて提示する。これにより、個々の声の切実さを伝えつつ、制度設計や政策立案に資する客観的な含意を抽出することを目的とする。

①PPI（患者・市民参画）

【自由記述の声】

「PPIという言葉自体を知らない」

「理念や具体的な活動について啓発してほしい」

「多剤処方の副作用で参画に動く気力すら奪われている」

【分析・考察】

PPIは国際的にも重視される概念であるが、本調査ではその認知度が極めて低いことが浮かび上がった。また、参画したくても生活基盤や医療上の制約によって困難な現状がある。

【政策的示唆】

- ・PPI普及には「啓発」と「参画可能性の前提条件整備」を同時に進める必要がある。
- ・医療現場におけるPPI周知・教育の強化と、当事者・家族が実際に参画できるような負担軽減型の仕組み（代替的ケア・交通支援・時間的配慮）が求められる。

②診断と治療

【自由記述の声】

「誤診による服薬は心身を壊す。診断名は速やかに変更されるべきだ」

「薬や電気けいれん療法で却って状態が悪化している」

「母が措置入院し、医療過誤で亡くなるまで支援がなかった」

【分析・考察】

診断や治療に関する記述は、柔軟性の不足、治療方針の透明性・合意形成の欠如を示している。薬物中心主義や入院処遇の人権問題も根強く、治療がむしろ症状の複雑化を招くケースが散見される。

【政策的示唆】

- ・精神科医療における診断名に基づく治療構造を柔軟化し、誤診リスクを低減する仕組みを制度化する。
- ・薬物治療に偏らない心理社会的アプローチの導入を診療報酬で後押しする。
- ・入院処遇における人権保護を強化し、隔離・身体拘束の削減目標を政策に明示する。

③家族支援

【自由記述の声】

「親なき後、一人で生きていけるのかが課題だ」

「後見制度に従うしかなく、本人も家族も不安が大きい」

「暴力や浪費で逃げたいとしか思えない家族がいるのも現実だ」

【分析・考察】

家族支援では「親なきあと」問題が圧倒的に多く、既存の後見制度や福祉制度の不備が露呈している。また、家族は「支えたい」と「距離を取りたい」という両義的立場を抱えており、現行制度はこうした多様性を十分に想定していない。

【政策的示唆】

- ・親なきあと問題に対応するため、地域レベルでの包括的な生活支援・金銭管理支援を制度化する。
- ・ケアラー支援法制の中で、きょうだいや配偶者など多様な立場を対象化する。

④支援制度

【自由記述の声】

「どこに行けば情報が得られるか分からない」

「支援は自ら動かないと届かない。プッシュ型の仕組みが欲「ケアマネのような支援者を付けてほしい」

【分析・考察】

支援制度は複雑でアクセス困難との指摘が多い。申請主義に依存するため、困難を抱えた本人や家族ほど支援からこぼれやすい構造がある。また、就労支援では「障害者として扱われることへの抵抗感」が見られ、制度と本人の尊厳との間に齟齬がある。

【政策的示唆】

- ・プッシュ型情報提供や伴走支援者の配置を制度化する。
- ・就労支援においては、障害者枠以外も含めた柔軟な雇用支援を整備し、本人の尊厳に沿う働き方を実現する。
- ・障害福祉サービスを利用するにあたり、セルフプランニングで対応している当事者も多いため、相談支援事業所による支援を強化する。

⑤その他・アクセス／情報

【自由記述の声】

「地域活動支援センターが閉鎖され、家の外に居場所がなくなった」

「偏見が怖くて活動に参加できない」

【分析・考察】

制度が存在しても、地域によって利用可能性に大きな差があり、情報へのアクセスが著しく制限されている。さらに、偏見やスティグマによって活動参加が阻害される現実がある。

【政策的示唆】

- ・地域間格差を是正するために、人口規模の少ない地域等を含めて体制を整備する必要がある。
- ・精神保健福祉分野におけるスティグマ解消のための教育・啓発政策を強化する。
- ・「居場所」の閉鎖を防ぐため、利用率だけに依存しない事業評価制度や収益元を設けるべきである。

⑥横断的テーマ（全カテゴリ共通）

自由記述を横断的に分析すると、以下の政策課題が複数カテゴリにまたがって確認された。

1. 薬に依存しない治療アプローチの推進
2. 親なきあとや 8050 問題への包括的対応と成年後見制度の改善
3. 参画可能性を担保する生活基盤整備（経済的支援・医療負担軽減）
4. 情報格差・地域格差是正のためのプッシュ型支援と全国標準化
5. 精神疾患に関するスティグマ・偏見解消に向けた社会的啓発

4. 本調査の結果からみえてきたもの

本調査の結果からは、多くの家族が本人との同居に伴う日常生活上のケアだけでなく、精神科医療を継続するための協力や経済的な負担も担っていることが明らかになっている。家族が本人のケアを担うことにより、家族の健康状態や就労状況等、家族自身の生活にも大きな影響を与えている。

約8割の家族が身体面での不調を感じ、3割以上の家族が精神科の受診や服薬等の精神的な不調を抱えていることが明らかになった。また、就労している群のうち、約4割の家族が本人の病気や体調のため、労働時間を短縮したと回答しており、4人に1人が仕事を退職していた。さらには、少なくない家族が本人の病状悪化により近隣とのトラブルや転居を余儀なくされる等、住み慣れた地域で暮らしていくことにまで影響が及んでいた。調査結果の背景にある家族の苦悩は計り知れず、早期支援や危機的状況に対するアプローチは、本人だけでなく、家族一人ひとりのメンタルヘルスといった観点からも重要であるといえる。

本調査では家族会未入会者の回答が得られたことで、若年層の回答が増加しているが、全体として家族の生活実態に大きな差異は見られなかった。障害のある本人だけでなく、家族自身も様々な困難を抱えていることは、第1回家族福祉ニーズ調査

(1985)以来、長年指摘されているにもかかわらず、問題は見過ごされ、家族が孤軍奮闘し続けている実態が明らかになった。この間、障害者総合支援法や保護者制度の廃止を含む精神保健福祉法の改正等、精神障害者と家族を取り巻く大きな法改正がありながらも、家族の抱える困難や負担感には変化がないとも言える。

このことから、家族が必要とする支援と既存の社会資源がマッチしていない可能性を指摘したい。本人の社会資源の利用状況をみると、精神科医療機関（定期受診等）と経済面を支える制度（自立支援医療、障害年金、精神障害者保健福祉手帳）を除くと、精神科訪問看護の利用が最も多いことが明らかになった。最新の630調査

(2024)では、精神科訪問看護の利用者数は249,398人と過去最大となっており、10年前と比較すると約5倍増加し、実施施設数も1,504か所から8,335か所と急増している。精神科訪問看護は、「個別」かつ「住み慣れた自宅等」で提供されることにその特徴がある。支援内容には本人の療養生活のサポートだけでなく、再発の兆候を家族と共有することや療養生活について家族に助言すること等が含まれており、特に本人が家族と同居している場合、家族をも視野に入れた支援が求められる。また、自立支援医療の対象であることから、経済的にも家族を支えていることが推察される。

10年間で精神科訪問看護の利用者数が急増している実態から、精神障害のある本人が社会資源につながりにくい状況は、個人の精神疾患や家族の対応が原因ではなく、社会資源が本人の障害特性にマッチしていないことが考えられる。既存の医療福祉サービスは「通所」で提供されるものが多く、デイケアや就労支援等のリハビリテーションも「集団」で提供されることが多い。精神障害の特性として、「環境変化への不安が強い」「慣れるまで時間がかかる」「対人関係が苦手」があると言われるが、その特性に合った社会資源が少ない結果が本人や家族の社会的孤立につながっているとも言える。本調

査では、もっと充実してほしい支援として「本人の希望にそった個別支援体制の確立」が挙げられている。家族によるケアから社会的ケアに移行するためには、既存の社会資源の数が増えるだけでなく、精神障害の特性に配慮した資源開発が求められるだろう。

みんなねっとでは「わたしたち家族の7つの提言」(2009,2017)や「精神保健医療福祉への提言」(2023)の中で、「24時間・365日の相談支援体制の実現」や「本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの充実」を求めている。本調査においても、特に発症間もない時期や病状悪化時の家族の困難が明らかになっており、早期支援や危機介入アプローチに関する家族のニーズは高い。訪問型の支援・治療サービスは長年家族会が望んできたものであるが、精神科訪問看護については未受診や医療中断すると利用できないこと、また急速な広がりによる質の低下も懸念されている。今後は、行政による訪問型支援の強化や家族をも視野に入れた支援スキルの開発など質の確保を求めていく必要がある。

また、本調査の特徴は家族会未入会者の回答が得られたことである。前述したように、回答者の平均年齢と家族会入会の有無をみると、家族会入会群の回答者の平均年齢は69.5歳、家族会未入会群の回答者の平均年齢は54.6歳であり、若年層の回答が増加している。家族会入会・未入会群を比較すると、全体として家族の生活実態に大きな差異は見られなかったが、いくつかの項目で統計的な有意差が認められた。

まず、初診までの家族の経験については、[受診先を探すことに苦労した]では、未入会群の62.9%が経験ありと回答しており、入会群の53.2%よりも約10ポイント高く、[家族に精神疾患についての知識がなかった]でも、未入会群の50.2%が経験ありと回答し、入会群の43.6%を上回っていた。みんなねっとの精神保健医療福祉への提言(2023)では、早期支援・重度化予防のための啓発教育の普及を求めている。

「あのとき知識があれば、何か対応できたのではないか」という家族の自責感はその人のケアを抱える要因になりやすい。8050問題の予防のためにも、精神疾患に対する普及啓発や早期介入・早期支援の充実が望まれる。

危機的状況の[自傷・自殺等のリスクを考え、本人から目が離せないことがあった]では、未入会群の66.5%が経験ありと、入会群(58.4%)を大きく上回っており、統計的にも有意な差が認められた。未入会群の方が回答者(家族)及び本人の平均年齢が若いことから、本人の症状の不安定さが家族の生活にも強く影響していると考えられる。

これまでの調査では、家族は危機的状況に対して最大限の努力をしながら対応していることが明らかになっている。こうした対応が積み重なった結果、本人と家族が分かちがたい関係に陥っていることも少なくない。長年の本人や家族に対する支援の乏しさが社会的孤立や8050問題をつくり出してきたともいえるだろう。8050問題を解消するためには、早期支援や危機介入アプローチの開発と共に、分かちがたい関係に陥っている家族が本人のケアを社会的ケアに委ねるために必要な支援も併せて整備される必要がある。

就労状況については、家族会入会群の平均年齢は69.5歳であり、多くの世帯が年金生活者であることが推察される。就労状況の変化について、家族会入会群と未入会

群を比較すると、未入会群の 53.9%が勤務時間の減少や転職を経験しており、入会群の 46.8%より有意に高く、[身体の不調を感じた][精神状態に不調が生じ受診した][余暇活動を行う余裕がなくなった]などの他の項目においても、未入会群の方が有意に高い割合で経験していることが明らかになった。

英国では、家族が果たしているケアの社会的コストを換算し、科学的根拠をベースに家族支援の必要性を打ち出し、家族自身が支援の対象者として包括的に支援されるシステムが構築されている。本調査においても、労働生産性の低下による年間損失額が約 1.4 兆円から約 2.3 兆円に上がることが示唆された。本結果はパフォーマンスの低下による直接的な経済的損失に過ぎず、家族の精神的・身体的負担といった間接的なコストを含めると社会全体の負担はさらに甚大となると考えられる。また、精神障害者家族の年収についても 40 歳から 69 歳までのすべての年齢階層において、一般就労者の平均年収に比較して有意に低いことが示された。なお、本調査では男性の回答者数が少ないため、40~69 歳の女性に限定して解析している。また、地域別の収入差や企業規模、就労業界等は考慮されておらず、今回の結果が賃金構造基本統計調査（2024）と同様な地域分布をしているかは不明である。このため、サンプリングバイアス（データの偏り）が生じている可能性がある。今後、家族によるケアの社会的コストの詳細を明らかにすることで、政策提言にもつなげていきたい。

家族会に期待する活動については、多い順から[お互いの悩みや苦労をわかちあう] 93.5%、[本人への接し方を学ぶ] 92.5%、[精神疾患や治療についての知識を学ぶ] 89.7%、[行政や関係機関に働きかける] 86.5%といずれも 8 割を超えており、[お互いの悩みや苦労をわかちあう]が家族会入会群と未入会群のいずれにおいても最も期待の高い項目となっている。「わかちあい」は家族会の原点であり、「わかちあい」は世代や立場を超えても変わらず、家族を支え続けていることが示唆されている。[本人への接し方を学ぶ][精神疾患や治療についての知識を学ぶ]という「学びあい」に関する項目への期待も高い。「学びあい」は、社会の中で自分たちが置かれている現状を知る機会でもあり、「わかちあい」「学びあい」を通して、「運動」の重要性を認識する家族も少なくない。実際に、家族会は統合失調症の病名変更をはじめ、医療の改善を要求したり、作業所やグループホームづくり等、地域の社会資源の開発にも力を注いできた。このような「運動」は今も活発に行われており、医療費助成や公共交通機関の運賃割引等、家族会の働きかけにより実現した制度やサービスも多い。

近年は三障害一元化の方針もあり、他の障害者や家族と共に自治体の会議に参加して、意見を述べる機会も増えている。家族会がより積極的に発言できる団体に成長することが社会からも求められている。本調査では、PPI（患者・市民参画）の認知不足が明らかになっているが、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム（通称：にも包括）」等の政策を実現していくためにも、当事者・家族が参画できるような仕組みが必要であり、その足掛かりとして家族会の果たす役割は大きい。

前述したように、本調査の特徴は家族会未入会者の回答が得られたことである。家族会入会・未入会群を比較すると、未入会群では若い年齢層の親やきょうだい、配偶者（パートナー）、そして子どもの立場が増加している。また、本人の病名についても未入会群では「気分障害（うつ病、躁病、双極性障害）」と「発達障害」が増加してい

る。これまでの家族会は「統合失調症の親（特に母親）」がその中心となっていたが、今後はそれ以外の立場にある家族をどのように巻き込んでいくかが鍵となるのではないだろうか。

自由記述の分析からは、政策課題として①薬に依存しない治療アプローチの推進、②親なきあとや8050問題への包括的対応と成年後見制度の改善、③参画可能性を担保する生活基盤整備（経済的支援・医療負担軽減）、④情報格差・地域格差是正のためのプッシュ型支援と全国標準化、⑤精神疾患に関するスティグマ・偏見解消に向けた社会的啓発が示されており、これらはみんなねっとの精神保健医療福祉への提言（2023）と重複するものが多い。

障害者権利条約の前文には、障害者だけでなく、家族自身が「社会及び国家による保護を受ける権利を有する」と明記されている。精神障害者本人に主体的に生きる権利があるように、家族一人ひとりにも地域で暮らす生活者としての姿があり、その権利がある。また、8050問題をはじめとする「親なきあと」を憂える状況は、精神障害者本人の側からみても家族がケア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が困難になるということでもある。精神障害のある本人が安心して精神科医療や地域生活を続けていくためにも、家族に依存しない施策や仕組みを早急に検討していくことが求められるだろう。

“Nothing About Us Without Us”（私たちのことを私たち抜きに決めないで）は、障害者権利条約の批准において盛んに使われてきた言葉である。既存の社会資源に足りないものは多くある。しかしながら、既存の社会資源はこれまで精神障害者家族会をはじめとする当事者団体が声をあげてきたからこそ、少しずつ変化してきたものでもある。本報告書が精神障害者および家族に対する有効な支援を検討するための材料になれば幸甚である。

5. 本調査への家族の意見

1) 精神障害者への構造的ネグレクト

調査結果を見てまず思ったことは、2017年8月発行の東京大学医学部付属病院の論文「精神疾患をもつ人の平均余命は一般人口に比べて20年以上短い～精神障害者の健康格差～“です。この論文の中で、“日本では、精神障害者への構造的ネグレクト（無視する、放置する等）がある”と指摘しています。今回の調査結果は、東京大学が指摘する“構造的ネグレクト”の表れでもあると思います。そして、構造的ネグレクトの要因は、精神障害者に対する政策の遅れにあると実感しています。

政策の遅れとは、障害者権利条約で精神保健、人権及び法制度に関連し国連人権高等弁務官事務所（OHCHR）とWHOが求めている“生物学的アプローチから支援パラダイム”（※1）への転換が遅れていることです。転換に関連し、現在、厚生労働省は、“精神障害者にも対応した包括ケアシステムの構築”（通称：にも包括）を推進しています。しかしたとえば、これに関連する予算（地域包括ケアシステム構築支援事業）は2024年度8.5億円にしかすぎません。よって“にも包括”が十分に機能していないこともあり、例えば以下の事態が生じています。

- ① 近隣とのトラブル発生により転居を余儀なくされた家族7.6%。
- ② 警察に通報せざるを得ない状況になった家族は42.8%。
- ③ 約8割の家族が、身体面での不調を感じ、精神状態に不調が生じ精神科を受診した家族は、32.8%。
- ① 暴言・暴力等により、身の危険を感じるものがあつた。ややあつたをあわせると57.7%

たとえ“にも包括”が機能したとしても、支援パラダイムが実現するとは思えません。例えば、当事者の状態が悪くなり緊急事態となっても適切な支援体制が無いことに変わりはありません。日本では、1965年の精神衛生法の改正当時から、入院中心の医療から地域精神保健へ移行させる必要性が認識されていたと聞いています。しかし、60年たった現在も有効な地域精神保健の政策がとられていません。改革のためには、強力な政治的リーダーシップが必要です。

2) 精神障害者への構造的ネグレクトの背景

ここで、精神障害者に対する構造的ネグレクトについて、もう少し説明します。

①優生思想の残り

戦後の福祉行政に「劣った者は、隔離・管理すべき」という思想が残っており、精神障害者への支援もこの枠組みの中で設計されたのではないのでしょうか。そのため、1950年代より精神科病院への隔離がすすみ、1960年代より更に加速されました。現在、退

院促進(地域移行)が言われていますが、退院後の地域保健福祉に関する有効な政策が、とられていないと感じています。その為、例えば、医療保護入院の比率は年々UPしています。

②国際的批判と改善の遅れ

国連(国連人権高等弁務官事務所)や国際法律家委員会(ICJ:国際NGO)及びWHOより勧告を受けて改善は勧められましたが、精神保健福祉の根本的な構造改革に至っていません(勧告:生物学的アプローチから支援パラダイムへの転換等)。

③スティグマ(偏見と烙印)

精神障害者に対する根強い偏見があります。

一般市民の間でも「理解できない=怖い」、「予測できない=危険」という認知的不安が強く、精神障害者に対する「距離化、排除、施設化の容認」につながります。

④同調圧力・均質性志向

日本社会は「みんな同じ」が重要視される傾向があり、異質とみなされる精神障害者は、排除・無視される傾向が強くなっています。

⑤専門家中心主義

医療や福祉の現場では、「専門家が決めるべきという」文化が根強く、当事者や家族の声を政策に反映させることが難しくなっています。(※2)

⑥制度設計の後まわし

身体障害に比べ精神障害者に対する施策は医療モデルに偏り、福祉・社会参加の視点が後まわしにされてきたのではないのでしょうか。

医療モデル:①ケアの主な焦点は、診断、投薬、病状の軽減 ②施設中心のケアや隔離、強制的な治療等(長期入院、拘束、多剤・大量投薬等)。

⑦不確実性への不耐性(耐性力が無い)がもたらす構造的影響

制度設計における「予測可能性」重視

精神障害者の行動や状態は、他障害に比べ予測困難性が高いとされます。行政や医療制度は「管理可能性」「リスク回避」を優先し、柔軟性よりも画一的な対応を選びがちではないのでしょうか。その結果、長期入院や隔離処遇が「安全策」として制度化されています。

支援者側の心理的バイアス

支援者(医療、福祉、行政職員)が、曖昧さや変化に対する耐性が低い場合、対話的支援よりも「診断⇒処理⇒管理」の直線的モデルを好む傾向が強くなっています。オーブンダイアログのような多声的・非決定的(※3)アプローチが敬遠されています。

3) 精神障害者に対する構造的ネグレクトの具体例

各種制度を他障害者と比較した場合は、以下の通りです。

① 交通運賃割引制度(国鉄、JR)の導入

身体障害者：1952年、知的障害者：1991年、精神障害者：2025年に導入されており、精神障害者は、身体障害者より73年遅れています。

② 医療費助成制度（富山県の場合）の導入

身体障害者：1972年、知的障害者：1972年、精神障害者：2020年に導入されており、精神障害者は、身体障害者より48年遅れています。

③ 障害者雇用促進法（法定雇用率を制定した年）

身体障害者：1976年、知的障害者：1998年、精神障害者：2018年に制定されており、精神障害者は、身体障害者より42年遅れています。

4) 家族支援の重要性について

みんなねっとが過去に行った調査（複数）でも指摘されている家族支援の重要性が改めて確認されたのではないでしょう。

本人との同居62.8%は、家族が本人を支えており、更にその他（入院中など）は8.3%ですが、入院中で高齢者（65歳以上）の場合、親の死亡等により支援が受けられなくなり、病院で一生を終える本人が多くいることを示唆しています。これは、極めて残念なことです。危機的状況では、ほとんどの自治体で現状、警察の介入しか方法がありません。本人、本人の関係者（友人、職場の同僚など）、家族、支援者を交えた支援が無く家族だけで、本人のケアを担っていると様々な問題が発生します。

支援があっても、その支援者は、本格的な教育・訓練を受けていないと実感しています。そのため、訪問支援を受けると状態が悪化する等の事例も報告されています。一方、訪問支援が無い場合、家族は自由な外出ができません。家族会に加入していても、家族会の活動に参加できない家族の方も多くいます。第三者の介入がなく、家族が不適切な対応（批判する言動・表情、過剰な心配等）をしていると再発率が高くなります。

家族支援とアメリカ大リーグ選手との比較（MLB：野球）すると、米国大リーグの日本人選手O・Sは、打撃、盗塁、ピッチング及び日々の活動で監督、コーチ、通訳、トレーナー及び分析スタッフ等より様々なサポートを受けています。これに比べ、精神に問題がある本人を家族だけでサポートすることは、問題があります。

① 家族に負担がかかる。

就労状況が変化した（勤務時間を減らす、転職する、退職する等）：49.0%

- ・家計の収入が減り、経済的困難が生じた：38.5%
- ・身体の不調を感じる：77.8%
- ・精神状態に不調が生じて精神科を受診した：32.8%
- ・向精神薬（抗うつ剤など）や睡眠薬を服薬した：32.2%

② 本人の病状悪化に伴う、家族の危機的状況の経験

- ・近隣とトラブル発生：27.1%
- ・トラブル発生し、場合により転居を余儀なくされた：7.7%

- ・家族の身の危険（暴言、暴力）：57.7%
- ・警察に通報せざるを得ない状況：42.8%

③本人にも家族以外の適切な相談相手・対話する相手が必要

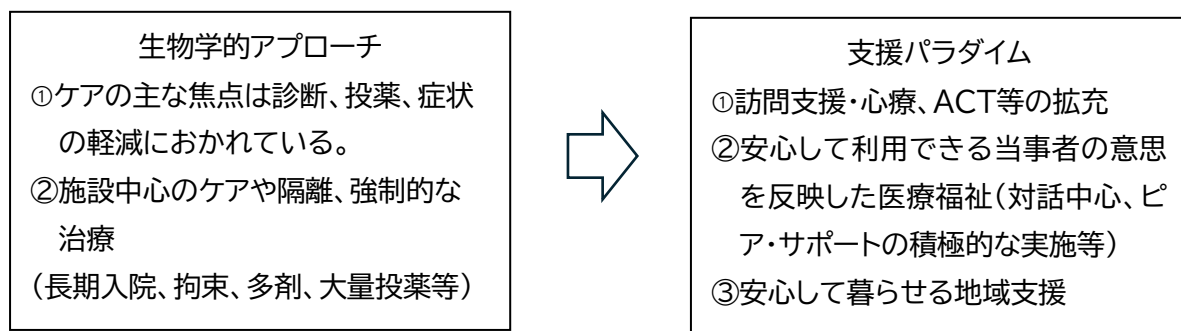
本人とその家族への支援コストに関する試算について、退院を促進し、本人とその家族に対する支援や職場や社会生活での支援強化などによりインクルーシブ社会を実現した場合、その医療コスト、社会的コストはどのようになるのかシミュレーションを求めます。欧米先進国の事例により、ある程度シミュレーションは、できていると思っています。恐らく、医療コストだけでも削減できるのではと思っています。先進のモデルはあるので是非試算し、日本の現状と比較していただきたい。例えば、イギリスでは家族支援の導入等によりその医療コストや社会的コストはどのようになっているのか知りたいところです。

5) 患者・市民参画（PPI）の活動について

PPIについて、知らないと回答した人は75.2%です。私も知りませんでした。活動をしたいかについて、とても思うが26.3%、少し思うと回答は42.3%で合わせると、68.6%で意外と高い数値であると思います。自治体の各種会議（委員会等）に参加して思うことは、開催は1回／年、多くても3回程度／年で、人数は15～30名程度、時間は90分～120分程度です。仮に20名参加の会議で、家族が10分程度意見を述べたところで、その意見を取り上げる意思を感じることはあまりありません。つまり、本人、家族の意見を聞いたというアリバイに使われているという印象です。施策について、共同で研究し、検討・立案・評価する意思は感じられません。

繰り返しになりますが、共同で研究、検討・立案・評価は、少人数（10名以内）で、少なくとも5回以上開催し、対等な立場で意思決定に関与することが基本であると思っています。

※Ⅰ生物学的アプローチから支援パラダイスへの転換について



※2 富山県の精神障害者に対する医療費助成制度について（事例）

富山県は研究会を発足させ、その結果65歳未満の精神障害者保健福祉手帳所持者Ⅰ級を対象としました。

しかし、研究会は下記について未発表です。

- ・Ⅰ級までとした根拠
- ・研究会のメンバー、参加したメンバーの意見、研究会の結果、Ⅰ級迄対象とした根拠となるデータ

※3 多声性（ポリフォニー）

参加者それぞれの「声」や視点を尊重し、どの意見にも優劣をつけずに共存させる状態を目指します。これは、患者・家族・医療者・支援者など、関係者全員が対等な立場で語り合うことを意味します。

※3 非決定性（Not-Knowing）

専門家が「答え」を持っているという前提を捨て、対話の中で意味や理解を共に探っていく姿勢です。診断やラベリングを急がず、あえて「不確実性」に耐えることが重要視されます。

あとがき

この 30 年と今後の方向性

1992 年、私事ながら、「みんなねっと」の前身である「ぜんかれん：全家連」(全国精神障害者家族会連合会)の事務局に入職した。33 年前になる。とはいえ、お世話になったのは、3 年間にとどまり、その後は、教員として精神保健福祉に関する講義を担当している。そのため、第一線の現場から離れたのだが、いわば傍観者として、精神保健福祉の動向には、常々関心を持ち、今回も含めて、機会があれば家族会調査にも参加させていただいてきた。

今、あらためて考えると、ご家族のおかれている社会的な状況は、あきらかに 30 年前とは異なっていると感じる。今回、この調査に携わる機会を与えていただき、その結果を拝見しながら、ここでは、これまでを振り返り、行く末に思いをはせてみたい。調査報告とは直接に関係がない雑感にとどまるのだが、ご容赦ください。

「ぜんかれん」の事務局員としては、当初、作業所や住居および就労の提供をはじめとした福祉的活動、家族会活動、当事者運動などにおいて、先端的な活動を展開している方々を全国から東京へお招きして、活動内容を報告していただくようなイベントを年に 1 回開催することがメインの仕事であった。メールもインターネットも携帯電話さえもなかった時代である。今でいう対面で直接会って話し合っていたき、報告書を作成して、少しでも多くの方々に知っていただくしかなかった。

そんな時代だったから、とにかく情報を手に入れるのが、今では想像を絶するほど困難であった。たとえば、自分の子どもに診断が下されても、医師から説明されるわけでもなければ、書店で本を見つけても家族だと思われるのではないかと、手にする勇気も持てず、たとえ、図書館でひっそり見たとしても専門家向けの内容をすんなり理解するのは容易ではなかった。そもそもこの病気が何なのかも、これからどうなっていくのかも、一体どうすればいいのかも、すべては闇の中であって、途方に暮れるしかなかった。ありあまる情報が手に入る現在とは、全く事情が異なっていた。

そのため、ご家族にも十分に理解できる情報を提供するために、ハンドブックの作成が急務であり、相談室スタッフを中心に、医師をはじめ、看護師や保健師、ソーシャルワーカーなど、家族支援に携わる専門職に集まっていただき、議論を重ねてメッセージを絞り込んだ小冊子を作成した。

さらに、それでも読んでもらうだけでは、理解しづらいであろうからと、ハンドブックをテキストとする家族教室をプログラム化し、それを実際に行ってくれる専門職の育成を目指して、全国各地で研修会を実施した。

おそろおそろ家族教室に集まったご家族たちが、講義を聞いた後に、まさに初めて、小グループでわが子の様子や自分のつらい思いについて、堰を切ったように話し合うのを目の当たりにしたときの感動は、今でも忘れることができない。人が集まる場の力を実感した。

あれから 30 年になる。もちろん社会は、日々刻々と変化し続けている。そんな中、印象に残っていることについて、3 点に絞って記しておきたい。

一つめは、1993 年に障害者基本法が制定されたことである。これによって、精神障害が身体障害や知的障害と並んで、福祉の対象であると明記された。いわば、三障害が同列に位置づけられたのであった。それによって、その後、手帳制度を定めた精神保健福祉法が制定され、精神保健福祉士が国家資格となる。ただし、このときの変化は、これまで福祉業界で隅に追いやられていた支援者にとっての意義あることで、ご家族には直接関係がなかったともいえる。

二つめは、2002 年に「精神分裂病」という病名が「統合失調症」に変更されたことである。個人的には、このことがここ 30 年の中で最も画期的な変化であった。今となっては、統合失調症があたりまえになっているので、この変化に立ち会っていなければ、その衝撃は理解しづらいであろうが、この病名変更は、まさに、「ぜんかれん」から、つまり、家族という立場から出された要望に対して、医学会が対応した結果なのである。いわば、ご家族の要望が医学会を変えたという、世界でも稀な例であるといえる。

そのことは、精神科医の学会である「日本精神神経学会」の HP で、「見解・提言／声明／資料」にある「統合失調症について－精神分裂病と何が変わったのか－」の「はじめに：呼称変更の経緯」にも明記されており、そこに家族会からの要望は、先の障害者基本法制定と同じく 1993 年に行われたと記されている。

それによって、1995 年、学会内に小委員会が設置され、1996 から 2000 年にかけて、学会員、評議員、当事者へのアンケート調査が実施されて、公開シンポジウムやワークショップが開催された。そして、三つに絞られた新病名候補に関する一般からの意見公募が新聞紙上で行われ、最終的には、理事会、評議員会を踏まえて、2002 年 8 月の総会で議決がなされ、病名が変更されるという、非常に慎重かつ丁寧な手続きが踏まれたのであった。

さらに決定的だったのは、この病名変更が直ちに政府によって採用されたことである。かなり周到に準備が進められていたのであろうが、総会決議を待っていたかのように、同年 8 月、厚生労働省は各都道府県や政令都市に対し、「統合失調症」を精神保健福祉法に関連するすべての公文書や、診療報酬明細書の病名として使用するよう通知したのであった。これによって、新病名は、メディアや出版業界への浸透をも加速させたといえる。ご家族の要望が、医学会だけでなく、政府をも変え、さらには社会全体にも影響をもたらしたのであった。

ただ名称が変わっただけで、病気そのものは何も変わってないではないかと思われるかもしれないのだが、「精神分裂病」と言われれば、人格の中核を形成している「精神」が、「分裂」してバラバラになってしまった不治の「病」というイメージしか持つことができず、「心が壊れてしまった」と思い込んだご家族がどれほどの絶望に追い込まれていったかは、想像にかたくない。

それに対して「統合失調症」であれば、まとまり（統合）が崩れた（失調）状態

(症状)ということになり、いわば、一時的にバランスを崩しているので、治療によってバランスを取り戻し、回復をめざそうということになって、わずかながらに希望をもつことができるようになる。

また、この病名変更によって、医師による患者さんへの病名告知率が、3割台から7割近くに上昇したという調査結果も出され、医師にとっても患者さんやご家族とのコミュニケーションが格段に容易になったとされている。

三つめは、再びであるが、2011年に障害者基本法が改正され、「社会的障壁」に対して、その除去に「合理的配慮」を行うことが求められるようになったことである。「社会的障壁」とは、「日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの」と定義されているのだが、いずれにせよ、社会の責任で障壁を除去しなければならないと規定されたのであった。いわば、これまでのように、一方的に障害者にならなければならないのではなく、誰もが生活しやすくなるように、社会の側に変わることが求められるようになってきたということになる。

これら三つの変化から読み取れることで、今後目指すべき方向性についても三つ挙げておく。

一つめは、総合化である。三障害は同列になったのだが、今後は、そうした障害だけでなく、誰かが困っていることに対して社会が責任をもって対応するように向かっていくことが必要になる。すなわち、高齢、児童、障害、生活困窮などといった理由や種別を問わず、誰かが困っていること、立ち行かないことに対しては、一切の縦割りをなくして、制度の狭間を取り除き、あらゆることにことごとく対応する方向を目指していくことが求められる。実際、厚労省もこの方向に向けていくつかの事業を展開し始めているのだが、その延長線上で、いわば総合福祉法の制定に向けた土台を作っていく作業が始められなければならない。

二つめは、家族会の要望によって病名変更が実現できたように、声を上げ続けることである。もちろん声を上げれば、必ず聞き取ってもらえるわけではない。しかし、やはり、声をあげなければ誰も気づかないのも確かであり、今回のアンケートを含めて、今後も、声を上げることができ、それが集約されていく機会を定期的に作ることは不可欠であるといえる。

そして、三つめは、「社会的障壁」を少しでも取り除いていくことができるように、社会全体が変わっていくことである。これについては、障害者差別解消法で、「合理的配慮」が、役所等の公的機関だけでなく、民間企業にも法的に義務化されるようになったのは、ようやく昨年2024年4月1日であったため、まだまだ社会全体に浸透しているとはいえないのだが、「統合失調症」という病名が20年を経てあたりまえになってきたように、少しずつ、「合理的配慮」に何らの違和感も覚えることのない社会になっていくことを先導していくことが必要である。

ただし、そうはいっても、ご本人やご家族が抱えている苦しみやつらさは、いかな

るときも、いささかも変わってはいない。今回の調査でも、悲痛なコメントをこれほどまでにというほどいただいている。「なぜうちの子が」「どうしてこんなことに」といった誰にも答えることのできない問いの残酷さは、時代を超えても全く変わらない。

しかし、私たちを取り巻く社会は、この 30 年で確かに変わってきた。だからこそ、たとえ、今がいかにつらい状況であったとしても、「どうせ」などと投げやりになることなく、社会は変わっていくものだという希望だけは、どうか捨てないでほしいと願うばかりである。

資料（調査票）

「2024 年度精神障害者と家族の生活実態と意識調査」

アンケート調査へのご協力をお願い

趣旨の説明

精神障害者の多くは障害福祉サービスにつながらずに家族が医療、日常生活、経済等といったさまざまな負担を背負う中で生活せざるを得ない状況です。このような家族依存の現状を変え、本人も家族も社会が支える仕組みを構築していく必要があります。そのためには、本人を支えながらも懸命に暮らす家族全体（家庭）の生活実態を明らかにし、必要な施策の構築に結びつけることが現状を変えることにつながります。本調査は、当会が 2009 年度に実施し全国調査をとりまとめた「7 つの提言」に続き、2022 年に全国の家族会員から意見を募り作り上げた「精神保健医療福祉への提言」の実現に向け、調査結果を基に政策提言を行うことを目的としています。本調査結果の分析に基づき、障害者権利条約日本審査（勧告）も踏まえた上で、今後のよりよい精神保健福祉および医療等に関する施策推進に向けて、具体的な提言を取りまとめていくことを目指しております。アンケートは、**約 10 分程度で終了**する短いものとなっております。

また、調査の実施に伴い、以下の留意事項がございます。

■調査協力者への人権の擁護

- ・調査協力は自由意思によるもので、回答フォームにある「調査の趣旨に同意し、結果の公表に同意する」にチェックをつけること、そして最後に回答を完了することをもって同意とみなします。途中で取りやめることもできます。
- ・調査への協力の有無による不利益は一切ありません。
- ・調査は無記名で、そのほか事業所名、地域名（都道府県名を除く）を回答する項目はありません。
- ・自由記述欄に固有名詞が書かれた場合は一般名称に変換する処理を行います。

■個人情報の利用内容および方法

- ・調査結果は、みんなねっとの機関紙で公表する予定で、また、学会、論文等でも公表される可能性があります。
- ・結果は、コード化され、個人を特定できない数値・記号等として特定の USB メモリーに保存した上で施錠できるロッカーに保存し、成果公表までの一連の作業を終了した後は破棄します。
- ・調査協力者のデータ、および、調査結果に関して、協力者の要請があれば速やかに開示します。
- ・調査目的外でデータを使用することはありません。

趣旨説明は以上となります。本調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただけますと幸甚に存じます。

ご回答の方法

- 調査票に直接記入してご返送いただく方法と、回答フォーム <https://jp.research.net/r/89TFR95> または、QR コードを読み込んで WEB を通じてご回答していただく方法とのいずれかをお選びください。
両方を用いて複数回ご回答いただくことはできません。
- 調査票に直接ご記入いただく場合には、別添の調査票にご記入のうえ、都道府県連事務局または、直接みんなねっとにご返送ください。
- WEB を用いられる場合には、右側にある QR コードを読み込んでご回答ください。
- ご多忙なところ大変恐縮ですが、**2025 年 2 月 28 日**までにご返送いただくか、あるいは、**2025 年 1 月 31 日 23 : 59** までに WEB にてご回答いただけますと幸いです。



◆◆◆調査に関して、ご質問がありましたら、下記までお問い合わせください。◆◆◆

公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）事務局／高村裕子
mail : takamura@seishinhoken.jp
〒167-0054 杉並区松庵 3-13-12 TEL : 03-5941-6345
(調査委員会委員長 東洋大学福祉社会デザイン学部教授 稲沢 公一)

◆ 回答上のご注意 ◆

- ・ 2024 年 10 月末現在の状況をご回答ください。
- ・ この調査では、精神障害のある方を「ご本人」と呼びます。
- ・ ご家族に精神障害のある方が複数いらっしゃる場合は、最も支援を必要とする方お一人についてご回答ください。

- ◆ 回答上のご注意 ◆**

 - ・ 2024 年 10 月末現在の状況をご回答ください。
 - ・ この調査では、精神障害のある方を「ご本人」と呼びます。
 - ・ ご家族に精神障害のある方が複数いらっしゃる場合は、最も支援を必要とする方お一人についてご回答ください。

はじめに、本調査に同意いただける場合は、「同意する」をチェックし質問へ進んでください。

◆調査の趣旨に同意し、結果の公表について

☐ 同意する

問1 あなた自身の性別を教えてください。

1) 女性 2) 男性 3) その他

問2 あなた自身の年齢を教えてください。(例：〇〇歳)

歲

問3 あなた自身のお住まいの都道府県を教えてください。

都道府県

問4 ご本人（精神障害のある方）との続柄を教えてください。（ご本人からみた続柄）

1) 母親 2) 父親 3) きょうだい 4) 配偶者 (パートナー)
5) 子ども 6) 親戚 7) その他 ()

問5 現在、ご本人と同居していますか。

1) 同居している 2) 同居していない 3) その他（入院中等）

問6 家族会に入会していますか。

1) 入会している 2) 入会していない

問7 ご本人の性別を教えてください。

1) 女性 2) 男性 3) その他

問8 ご本人の年齢を教えてください。(例：〇〇歳)

歲

問9 ご本人の現在の病名は次のうちどれですか。主なもの1つに○をつけてください。

1) 統合失調症	2) うつ病	3) 躁病	4) 双極性障害（躁うつ病）
5) 不安障害	6) 発達障害	7) てんかん	8) 依存症
9) 知的障害			
10) 病名がわからない	11) その他（		）

問10 ご本人の現在の精神科医療機関の利用状況を教えてください。

また、通院中の場合、通院形態も教えてください。

1) 通院中 →（本人のみ通院 ・ 本人に家族が付き添い通院 ・ 家族が本人に代わり通院）
2) 入院中
3) 医療中断（3か月以上）
4) 未受診
5) その他（

問11 ご本人が初めて精神科医療機関を受診したのは、何歳のときでしたか。

該当しない場合は、右の欄からあてはまるものに○をつけてください。

歳	わからない ・ 覚えていない ・ 未受診
---	----------------------

問12 ご本人の精神的な不調に初めて気づかれてから、精神科医療につながるまでのおおまかな期間を教えてください。該当しない場合は、右の欄からあてはまるものに○をつけてください。

年	か月	わからない ・ 覚えていない ・ 未受診
---	----	----------------------

問13 ご本人が初めて精神科を受診するまでの、あなたの経験について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

	あった	あった やや	なかった あまり	なかった
本人に病識がないため、精神科の受診を嫌がった	1	2	3	4
本人に精神科に対する拒否感があり、精神科の受診を嫌がった	1	2	3	4
受診先を探すことに苦労した	1	2	3	4
家族の中で、精神科受診に対する考えが一致しなかった	1	2	3	4
家族に精神疾患についての知識がなかった	1	2	3	4

問14 ご本人の症状悪化に伴う危機的状況に関するあなたの経験について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

	あった	あった やや	なかった あまり	なかった
暴言・暴力等により、身の危険を感じるがあった	1	2	3	4
自傷・自殺等のリスクを考え、本人から目が離せないがあった	1	2	3	4
警察に通報せざるを得ない状況になった	1	2	3	4
近隣とのトラブル等が生じた	1	2	3	4
近隣とのトラブル等が生じ、転居を余儀なくされた	1	2	3	4

問15 ご本人が現在利用している精神保健医療福祉制度・サービスに関するあなたの満足度について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。わからない場合は「利用していない」を選択してください。	満足	やや満足	やや不満	不満	利用していない (わからない)
生活保護	1	2	3	4	5
障害年金	1	2	3	4	5
精神障害者保健福祉手帳	1	2	3	4	5
自立支援医療	1	2	3	4	5
精神科医療機関（定期受診、入院等）	1	2	3	4	5
医療機関のデイケア（ショートケア・ナイトケアを含む）	1	2	3	4	5
精神科訪問看護	1	2	3	4	5
グループホーム（共同生活援助）	1	2	3	4	5
ホームヘルプサービス（居宅介護）	1	2	3	4	5
就労支援施設（就労移行支援、就労継続支援等）	1	2	3	4	5
生活支援施設（生活介護、生活訓練等）	1	2	3	4	5
地域活動支援センター	1	2	3	4	5

問16 精神障害者保健福祉手帳の等級を教えてください。

1) 1級 2) 2級 3) 3級 4) 手帳を取得していない 5) わからない

問17 あなたが相談したことのある専門家等への満足度について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。わからない場合は「利用していない」を選択してください。	満足	やや満足	やや不満	不満	利用していない (わからない)
医療機関の主治医	1	2	3	4	5
医療機関の看護師	1	2	3	4	5
医療機関のソーシャルワーカー	1	2	3	4	5
障害者支援施設の職員	1	2	3	4	5
行政の職員（保健師、障害福祉担当者など）	1	2	3	4	5
家族会員（家族相談員を含む）	1	2	3	4	5

問18 ご本人が病気になられてから、あなたの生活状況の変化について、それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

	あ っ た	あ っ た や や	な か っ た あ ま り	な か っ た
勤務時間を減らす、転職する、退職するなど就労状況が変化した	1	2	3	4
家計の収入が減り、経済的な困難に直面した	1	2	3	4
ご本人のための支出が増え、経済的な困難に直面した	1	2	3	4
睡眠がとれない、食欲がないなど、身体の不調を感じるがあった	1	2	3	4
精神状態に不調が生じて精神科を受診した	1	2	3	4
向精神薬（抗うつ剤など）や睡眠薬を服薬した	1	2	3	4
趣味や旅行など、余暇活動を行う余裕がなくなった	1	2	3	4
家族間のコミュニケーションが難しくなった	1	2	3	4

問19 ご家族としてもっと充実してほしい支援について、3つまで（最大3つ）まで○をつけてください。

- 1) 本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現
- 2) 24 時間・365 日の相談支援体制の実現
- 3) 本人の希望にそった個別支援体制の確立
- 4) 本人・家族中心の医療の実現
- 5) 本人・家族に対して適切な情報提供がされること
- 6) 家族自身の身体的・精神的健康の保障
- 7) 家族自身の就労機会および経済的基盤の保障
- 8) 当てはまるものがない

問20 あなたが家族会に対して期待する活動はどのようなことですか。それぞれあてはまる番号に○をつけてください。

	期 待 す る	期 待 す る や や	期 待 し な い あ ま り	期 待 し な い
精神疾患や治療など、医療についての知識を学ぶ	1	2	3	4
本人への接し方を学ぶ	1	2	3	4
精神保健福祉サービスに関する制度やサービスの知識を学ぶ	1	2	3	4
お互いの悩みや苦勞をわかちあう	1	2	3	4
精神保健福祉サービスを行う事業所を運営する	1	2	3	4
地域をよくするために行政や関係機関に働きかける	1	2	3	4
一般市民への啓発に関する活動	1	2	3	4
会員同士の親睦を深めるための活動（茶話会や旅行など）	1	2	3	4

ここからは、患者市民参画について、あなたの考えを伺います。

問21 「患者・市民参画（PPI: Patient and Public Involvement）」という言葉を知っていますか。
あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1) 知らない 2) 言葉だけ知っている 3) 意味も含めて知っている
4) 参画経験がある

※患者・市民参画（PPI）：当事者としての経験を活かし、行政の会議や研究・商品開発などに参加して、当事者としてのニーズを伝えること。地域の社会資源としての家族会活動の運営、自治体と協働した研修会の運営なども含みます。

問22 行政の会議や研究・商品開発のなどに参加して、当事者としてのニーズを伝える「患者・市民参画」の活動を行いたいと思いますか。あてはまるものを1つに○をつけてください。

- 1) とても思う 2) 少しそう思う 3) あまりそう思わない 4) 思わない

問23 どのような支援や情報があれば、「患者・市民参画」をしやすくなる、あるいはしたくなると思いますか。それぞれあてはまるものに○をつけてください。

	とても そう 思う	そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない	わからない
参画機会の情報を簡単に得られる	1	2	3	4	5
参画の場に応じた知識やスキルが学べる	1	2	3	4	5
参画時の困りごとを相談できる場がある	1	2	3	4	5
参画時の金銭的な支援（謝礼金、交通費など）	1	2	3	4	5
参画時の物理的な支援（参画時のご本人のサポートなど）	1	2	3	4	5

問24 その他、ご意見などございましたら、ご自由にご記入ください。（任意）

次からは、経済的負担に関するご経験についてお伺いします。

国や社会に対して提言を行っていく上で重要な項目ですが、回答しにくい内容もあるかと思うので、可能な方は回答にご協力をよろしくお願いします。

回答が難しい方は、こちらでアンケートを終了いただいて構いません。

1) 回答に進む 2) アンケートを終了する

問25 現在、あなたは就労されていますか。(会社員、非正規雇用、自営業等含む)

1) はい 2) いいえ (いいた場合は、問 32 へお進みください)

問26 現在、週に何時間労働していますか。(例：○時間／週)

時間／週

問27 ご本人の病気や体調のため、労働時間を短縮しましたか。

1) はい 2) いいえ (いいた場合は問 30 へお進みください)

問28 労働時間を短縮する前は、週に何時間働いていましたか。

時間／週

問29 最近1週間において、ご本人の病気や状態は、あなたの仕事のパフォーマンス(生産性)にどの程度影響しましたか。

0(生産性が低い)～10(いつもの生産性)のあてはまる数字に○をつけてください。

生産性が
低い

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

いつもの
生産性

問30 ご本人が精神疾患を発症してから、仕事のパフォーマンス（生産性）はどのように変化しましたか。
 診断を受ける前のパフォーマンスを 10 とした場合、0（生産性が低い）～10（いつも通りの生産性）のあてはまる数字に○をつけてください。

生産性が 低い										いつも通り の生産性
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

問31 ご本人の病気や状態が原因で仕事を辞めましたか。

1) はい 2) いいえ（いいえの場合は問 34 にお進みください）

問32 以前は、週に何時間働いていましたか。（例：○時間／週）

時間／週

問33 ご本人が精神疾患の診断を受けてから、年収はどの程度減りましたか。
 あてはまるものを 1 つに○をつけてください。

1) 50 万円未満 2) 50 万円～100 万円未満 3) 100～200 万円未満
 4) 200～300 万円未満 5) 300 万円以上 6) 変化なし
 7) 増えた 8) わからない

問34 昨年 1 年間（1 月～12 月）の、あなたのお仕事の給与支払いは次のどれでしたか。
 また、それはおおよそいくらでしたか。月給または年俸でお答えください。

月給: 月当たり 円 または 年俸: 1 年に 円

問35 ご本人のために医療費（医療福祉サービス利用料を含む）を 1 か月だいたい、いくら支出していますか。

円

質問は以上です。最後までご協力くださりありがとうございました。

執筆分担

- 3. 本調査の結果・・・・・・・・・・伊藤千尋、鈴木秀
- 4. 本調査結果からみえてきたもの・・・・伊藤千尋、鈴木秀
- 5. 本調査への家族の意見・・・・・・・・中村喜久男
- あとがき・・・・・・・・・・稲沢公一

2024 年度精神障害者と家族の生活実態と意識調査
～全国家族ニーズ調査～

2025 年 9 月 17 日
編集 2024 年度全国家族ニーズ調査委員会
発行 公益社団法人 全国精神保健福祉会（みんなねっと）

本報告書に掲載された内容（文章・図表・写真・データ等）については、無断で複製・転載・配布することを禁じます。

