

【特集】メンタルヘルスにおける家族支援の意義

## 統合失調症患者の家族支援

Family interventions for patients with schizophrenia

伊藤順一郎<sup>1)</sup>

Junichiro Ito

### はじめに

日本における、統合失調症患者の家族に対する支援は、実は歴史が浅い。

「精神病者監護法」の昔から、精神病者の「監護」は「私宅監置」という、家族の手による処遇にゆだねられてきた。戦後、精神衛生法になり、治療は「精神科病院」のなかで行われてきたが、家族には「保護義務者」規定が課せられ、社会防衛的な意味も加味されるなか、監督義務、「介護者」としての役割が、明確に求められていた。しかしながら、そのような家族に対する支援は、正式には何も存在しなかった。さらに、家族同居率が8割を超え、その多くが親や兄弟姉妹であるという、文化的な特徴があり<sup>1)</sup>、家族は支援のないまま「患者の介護を行うのがあたりまえ」の存在として、長い間とめおかれてきたのである。

むしろ、家族の相互支援のほうが、先に始まったと言ってよい。昭和39年、世界でもまだ家族の相互支援の団体がなかった頃に、「全国精神障害者家族会連合会（通称：全家連）」は発足し、家族会という家族の自助組織が全国組織として姿を現した。全家連を通じて、家族のとめおかれた困難な状況は「家族会」運動の中で、具体的に声となり、地域家族会、病院家族会が、保健師やソーシャルワーカーの支援も受けながら、定着した。そして、精神障害をもつ者は、地域福祉の対象になっていなかった頃から、作業所運営などが、家族の手によって始められた。しかし、当時は、それらの活動を保証する制度はなく、家族は身銭を切りながら、患者のために尽くしてきたと言ってもよい。

時が移り、精神衛生法は、精神保健法、そして、精神保健福祉法となり、精神障害をもつ人々の地域福祉はようやく、福祉スタッフの手にゆだねられるようになった。また平成11年には、家族の自傷他害防止監督義務が廃止され、保護義務者は保護者と名称を変えた。そして、平成26年4月、保護者の責務規定は廃止され、精神保健福祉法にあった、家族の義務規定は姿を消したのである。

しかしながら、これらの歴史的な流れのなかで、どれだけ家族の負担が減り、家族のおかれた孤立した状況は解消されたか。後述するように、臨床の現場で、家族支援が統合失調症の治療やケアにおいて、大変、有効で重要な取り組みであることは、効果研究が明らかにしているが、その普及となると、今でもきわめて心もとない。家族を支援の対象とみなすことは、診療報酬や障害者総合福祉法などの体系で適切には評価されておらず、日常の精神保健医療福祉の実践の中で十分に行われているとは言い難いのが現状である。いまや、有効な家族支援の取り組みについて、いかに日常実践に普及・定着させるかということについての具体的な戦略が求められていると言っても過言ではない。

これらのことを、前置きとしながら、今までの統合失調症の家族支援研究を、世界の動向をみながら、主として我が国での実践を中心に振り返り、今後の糧とすることとしたい。

### EE 研究－家族支援研究の萌芽

家族支援を「科学的根拠に基づく実践」として考えるとき、EE 研究は欠かすことのできない基礎的な研究である。家族のEE (Expressed Emotion) とは、統合失調症などの慢性疾患患者と家族間に存在する家族関係の一側面を評価・表現したものである。統合失調症では、再発を予測する主要な社会心

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会復帰研究部  
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

理的因子として1960年代から認知されてきた。

当初のEE研究は、イギリスの脱施設化施策のもと、家族のもとに帰った患者よりも、身寄りがなく、アパートなどで暮らすことになった患者のほうが再発率が低かったという事象から検討が始まったことは興味深い<sup>15)</sup>。初期EE研究では、批判的コメント、敵意、情緒的巻き込まれ過ぎという家族の感情表出が一定レベル以上（高EE状態）であると、9か月後の再発率が40%ほど高まることが明らかにされた。さらに高EE状態の下では、家族との対面時間が長いほど再発率が高くなることがわかった<sup>35)</sup>。これらの知見は世界各国で追試され、良好な成績が得られている<sup>4)</sup>。我が国でもIto<sup>10)</sup>らのいくつかの追試研究が行われ、同様の成績を収めた。

高EEが再発をもたらし機序は、統合失調症の脆弱性＝ストレスモデルから説明されている。すなわち、高EE状態にある関係性が患者の慢性的ストレス因になり、家族との長時間の対面が、患者のストレスを蓄積させ再発に結びつくと考えられているのである。このように、EEは患者が家族から受ける一般的な慢性的ストレス因子と考えられたが、大島<sup>22)</sup>らはここに注目し、高EEの家族を、「困難度が高く、拒否感が強い家族」、「協力度も高いが、困難度が高い家族」など、家族の生活機能の状態と関連付けて論じた。つまり、患者の存在は、ある状況下においては、家族に対して慢性的ストレス因子になり、家族は患者との長時間の対面でストレスを蓄積させて、高EE状態になって行く場合があるとしたのである。すなわち、高EEとは家族自身の高ストレス状態を表しており、この状態を改善することによって患者の予後改善が期待されると展望した<sup>23)</sup>。

同様の研究は、欧米でも行われ、高EEと家族の負担（family burden）<sup>14)</sup>、患者に対する観方（appraisal）<sup>2)</sup>などが高EEと関連があるとの報告がいくつか出され、次に述べる、家族心理教育プログラムの確立へと継承されていったのである。

### 科学的根拠のある実践としての 「家族心理教育」

前述したように、EE研究の臨床的な成果は、高EEという状態を、家族の生来の属性ではなく、困難な状態におかれた家族成員に生じた、一種のストレス反応であるという見解を出したことにあった。

そこから、家族にも臨床家がはたらきかけて、家族内のストレスを軽減し、本人の療養環境を改善したら、再発を防ぎうるかもしれないという仮説が立ち、家族心理教育が発展したのである。

家族心理教育は、疾病や障害など慢性で受容しにくい問題をもつ人たちやその家族が、問題や困難を抱えながらもより良く生きるために必要な知識・情報、対処技能、心理的・社会的サポートを手に入れることができるように構成された援助プログラムである。本人も含めた単家族に行う単家族心理教育、複数の家族を集めグループで行う複合家族心理教育、あるいは本人を含めない家族のグループによる心理教育などのタイプがあるが、いずれも、①ニーズに合った情報提供のセッションがあること、②本人との関係における対処行動について相談するセッションがあること、という共通の構造をもっている。

およそ、30を超えるコントロール群をおいた、無作為割り付けの臨床試験が行われ、家族心理教育は、再発率の低下、患者の回復の促進、参加した家族の生活（well-being）の改善などに有効であることが示された<sup>18)</sup>。我が国でも、塚田ら<sup>34)</sup>が当時の国立精神・神経センター国府台病院で介入研究を行い、退院後9か月予後で、高EE群、全介入群とも、再発率の低下をみている。G Pitschel-Walzら<sup>25)</sup>による、25研究のメタ分析によれば、家族心理教育が治療の中に組み込まれていることにより、退院1年後の再発率は20%低下しており、特に家族心理教育が3か月以上行われた場合に、よい効果を挙げていると報告されている。米国の科学的根拠に基づく統合失調症治療の研究という有名なPORT（Schizophrenia Patient Outcomes Research Team）研究においても、家族心理教育型の家族介入は、適切な薬物療法の使用と併用されることによって、1年後の再発率を有意に下げたものとして、実施が推奨されている<sup>31)</sup>。

このように強力なエビデンスをもつ家族心理教育であるが、このプログラムで、家族が支えられるのは、まず、第一に、家族自身が、この場では、サポートを受けることが当然の存在として扱われるということがある。家族は患者の世話をするのがあたりまえの存在としてみなされるのではなく、突然、家族の一員が統合失調症になり、驚き、悲嘆にくれ、孤立し、今後に大きな不安を抱きながら、生活してきた存在として、その苦勞をねぎらわれ、一人のひと

してのあり方を尊重されるのである。第二には、家族が知りたいと思っても、なかなか手に入らなかった情報を、情報提供のセッションや家族同士の情報交換の場で得ることが出来るのが、家族に力を与えている。たとえば、統合失調症をストレス脆弱性モデルで理解したり、治療や疾患のプロセスの概要を知ることが出来たり、薬物療法の意義と副作用について説明を受けたり、地域の社会資源について説明を受けたり、また、家族自身が自分の生活を取りもどすことの大切さを伝えられたりといったことが、患者と共に暮らす生活の場で起きていることへの理解を深めたり、ものの見方を変えることに役に立つのである<sup>11)</sup>。第三には、具体的な生活上の困難な場面について、対処を考え、選択肢を増やす努力を対話の中ですることによって、何かの対処可能性が見いだされると、それをきっかけに、生活の場での対処行動に変化が見られる可能性が増すということがある。このようにして、患者に障害や病の症状があっても、それと共に暮らす家族のあり方が変わることで、障害や病との共存が出来るようになり、さらに、関係性の変化から、患者の安定、そして、家族の生活の質が変化することが期待できる。このような観点から、家族心理教育は、家族のエンパワメントに役に立つ援助技法という表現もされる<sup>24)</sup>。特に、複数の家族により構成される家族グループの形の家族心理教育は、長期間の継続により、家族同士の支え合いの機能が高まり、また、ACT (Assertive Community Treatment) のようなプログラムと組み合わせることで、お互いの家族の強みを資源として、患者の就労支援に生かす試みが成功し、家族や患者の生活機能を高めるのに貢献したという報告もある<sup>17)</sup>。

さて、科学的根拠のある実践での家族心理教育だが、課題もある。それは、家族心理教育のような家族支援は一般の精神医療分野へ普及させることである。前述のPORT研究では、1998年のデータだが、家族との接触があり、統合失調症の治療を受けている者の31%しか、家族が病についての情報を得ていない、と報告している<sup>16)</sup>。家族心理教育の実践の障壁としては、プログラムの期間が研究では9か月から2年間と長い、実践では、それだけの期間維持することは多くの家族を扱うには適していないと思われることや、財源確保が難しいこと、また、スタッフの継続的な訓練を行うことが難しい

ことなどが挙げられる<sup>6)</sup>。我が国でも、研究の成果としてガイドラインが作成されたり<sup>13)</sup>、心理教育・家族教室ネットワークという団体が家族心理教育の標準版研修会を全国で開催し、スタッフ教育に努めたりしているが<sup>30)</sup>、いまだ診療報酬には反映されておらず、精神医療の日常臨床の中で、当たり前に行われるには至っていない。

明確なエビデンスをあげている家族心理教育であるが、それだけでは、家族支援が臨床の中で当たり前位置づいたとは言えず、普及のための対策が求められる。また、実用的な多様な家族支援のあり方が必要であり、以下に述べる、当事者である家族が、支援者としても機能する、自助的な家族支援の展開も、有力な選択肢となっている。

### 当事者サイドから始まった新たな試み

統合失調症の家族支援の抱えている障壁は、支援ニーズが多いにもかかわらず、家族心理教育を含め、支援が十分にいきわたっていないことであると、述べた。科学的根拠のある実践であっても、現場にとっては、あまりに複雑であったり、高い質を維持できなかったり、モニタリングのためのシステムが欠如していたり、現在行われている臨床的な枠組みに合わなかったり、財源が確保されないために、実践・維持することが困難なことがしばしばである<sup>8)</sup>。そのような状況下では、多くの人々にとって、行うことが容易な、効果的なプログラムを開発することは、重要な課題である。

一つの選択肢として、家族自身をサービス提供者として、家族会運動などとも連動しながら支援を展開するプログラムの開発がある。このようなプログラムは、精神保健の専門家によって「治療」として提供されるものとは異なり、いわゆるピア (peer 仲間) の関係にある家族同士が、自分たちの生活を取りもどすために (recovery)、あるいは病や障害をもつ者を身内に抱えながら、自分たちが支え合い元気を取り戻すために (empowerment) 開発された。近年の特徴として、このように開発・展開されたプログラムについても、一定の方法論のもと評価を行い、そのエビデンスを明らかにすることで、普及に一層力をいれようとする試みがある。以下に、国は異なるが同じような志向性で展開されている3つのプログラムを紹介する。

## Family to Family Education Program (FFEP)

米国の精神障害者やその家族の当事者団体の連合である、National Alliance on Mental Illness (NAMI) が、支援の行き届かない家族に教育の機会を提供するため、治療とは独立した、家族同士で学びあう教育プログラムとして1991年に作成した。NAMIはこのプログラムを全米に普及し、また、コロンビア、プエルトリコ、カナダ、イタリア、メキシコなどにも伝えている。3,500人を超える家族がボランティアのトレーナーとしての研修を受け、30万人以上の家族など患者にケアを提供する人々がこのプログラムを修了していると言われる。

FFEPは、12回連続の構造化されたプログラムで、毎週あるいは隔週1回の2.5時間のセッションよりなる。各セッションは、2人の研修を受けたトレーナー（家族）により運営され、精神疾患が人生に及ぼす衝撃とそれへの情緒的な反応や、薬物療法、リハビリテーションなどの、治療や支援についての最新の情報、それに最近の脳科学に基づく研究成果なども含め学ぶ。12回のセッションで、参加者は障害をもった人々の主観的な経験についての理解を深め、さらに、セルフケアや相互の助け合い、コミュニケーション技能、問題解決技法、権利擁護の技能、不安や心配への対処法、地域にある資源の使い方などの技能を深めることが出来るようになっている。

Dixon<sup>7)</sup>らは、ウエイティングリスト方式のRCTで、318人のFFEP参加者に対する調査を行い、FFEPでは、病気の知識やエンパワメントの領域で、問題への対処技能が有意に向上し、家族の病を受容し、ストレスを減らし問題を解決する領域で、情緒的な対処が向上することを明らかにした。ただし病の負担感に関しては対照群と有意差はなかった。

これらのエビデンスなどから、2012年、アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHSA) は、FFEPをNational Registry of Evidence-based Practiceに登録した。

## Family Link Education Program (FLEP)

FLEPは香港で開発され、アジア各国に普及している、家族同士の学びあいによる、心理教育的プロ

グラムである。FFEPを参照しながらアジアの文化に適合するように開発されたことあり、参加者の相互交流を図り、家族自身のエンパワメントを目指している。

FLEPは、週1回8週間の構造化されたプログラムで、そのセッションでは、病状の理解、治療、危機介入、リハビリテーションと資源、コミュニケーション技能、心理的な負担を扱う方法、などを学ぶ。FLEPは、FFEPよりも集団力動を重要視し、家族同士の相互交流が促される。研修を受けた家族が、グループの運営にあたるが、グループの中で共に学びあう (trainee-turned-trainer) プロセスが生じ、プログラムが進むにつれて、生活をしていくのに有用な知識が増え、自己効力感が増し、家族の対処や自身の権利擁護に意識的になるなかで、罪悪感や情緒的な巻き込まれが減っていくことが期待されている。

Chiu<sup>5)</sup>らによる香港、台北、バンコクの3つのサイトでFLEPを受けた109名の家族らに対する、前後および6か月後の比較調査では、FLEPは心配や不愉快な感情を減じるのに効果的で、とりわけ、内的な緊張や、抑うつ感を変化させ、家族らのエンパワメントに役に立っていたという結果が出ている。

精神科医療やリハビリテーションに十分な財源がまわっていないアジア各国で、FLEPは、適用可能なプログラムとして歓迎され、トレーナーとしての研修では精神保健の専門家との連携が図られている。また、このプログラムを受けた者が、たとえば、マレーシアやバンコク、台北では、国レベルの家族会の活発なメンバーとして活動している。

## 家族による家族学習会

我が国においては、各県に家族会の県連（連合会）があり、全国精神障害者家族会連合会が平成19年に破産・解散してからは、全国組織として全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）が活動をしているが、活動メンバーの高齢化や新規入会者数の低下などもあり、家族のセルフヘルプ活動は今後の活性化が求められている。

そのようななか、NPO法人 地域精神保健福祉機構は、2007年から家族同士の学びあいよりなる、「家族による家族学習会」プログラムを開発し、家族会の活性化の一助となる試みをしている。

このプログラムは、1回3時間程度、1コース5回のプログラムである。開催しようとする家族会では、会員の中から担当者を3～6人選び開催の準備をする。担当者は精神保健の専門家とすでに家族学習会に熟練した家族よりなる講師陣から、1日の研修を受ける。研修後、担当者は家族会に戻り、企画を立て、家族会外に参加者を募り、プログラムを実践する。毎回のセッションでは、チームとなって参加者を迎え入れ、小グループによる話し合いをテキストの学びあいをしながら進めていく。コミュニケーションは常に肯定的であり、ねぎらいや、努力や工夫の賞賛、お互いの苦労を尊重する姿勢が大切にされる。そこで生まれることが期待されるのは、参加家族が孤立感から抜け出すこと、お互いの情報交換から対処可能感が生まれること、そして、家族それぞれの人生を取り戻すというエンパワメントである<sup>30)</sup>。

家族学習会は2013年度までに1,100名以上の家族が受講し、実施した家族会の数も2007年度の0.2%から、2012年度には4.9%へと、徐々にではあるが増加している。また、2010年度に家族学習会を実施した全18か所で参加者した家族と進行した家族の事前事後調査を実施し、プログラム忠実度との関連を検討した結果、家族学習会をマニュアルにより忠実に実施した家族会において、参加者の不安が軽減し、エンパワメントが向上し、プログラムの効果を認めた<sup>21)</sup>。また、家族学習会を2012年度までに実施した全国の家族会59か所に質問紙による調査をしたところ、回答があった56か所のうち、42か所は会員外の対象者に呼びかけて実施をしたことがあり、参加者793人のうち、300人(37.8%)が家族会未入会の家族であり、155人(51.7%)がプログラム参加後に家族会に入会していた。会員外対象者への実施コース数が多いほどプログラムからの入会者数が多く、家族学習会が家族会の会員数の増加や、新しい会員・若い会員の増加に寄与している可能性が示唆された<sup>12)</sup>。

このように、我が国でも、家族会を核に、ピア関係の中での学習活動が徐々に発展している。家族や当事者が、精神障害に対する対処力を高め、また、活動を通じてネットワークが強化されることは、単に、人々の生活力を高めるだけでなく、市民としての発言力を増すことにもつながり、精神保健福祉行政への影響力も高まることが期待される。

今後の活動の発展が期待される分野である。

## 新しい潮流：

### アウトリーチ・サービスとしての家族支援

脱施設化が進み、精神科医療へのアクセスが良くなっている地域では、家族支援においてもアウトリーチの要素が多く取り入れられている。以下の2つの実践は、そのようなアウトリーチ型の家族支援が臨床実践の中に取り入れられている実例である。一般的な精神科臨床の中に家族支援も含めたプログラムを定着させた、好事例と言えよう。日本における同様の取り組みはまだ見られないが、今後、ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) などの、多職種アウトリーチチームの定着とともに、活用することが期待される方法である。

### メリデン家族支援プログラム

#### (The Meriden Family Work Programme)<sup>3)</sup>

メリデン家族支援プログラムは、英国のNHSプログラムの一つとして、西ミッドランド地方で1998年より活動している精神障害者の家族支援技術の研修機関である。ここでは、家族支援プログラムの開発と研修が行われており、今までに4,500人を超えるサービス提供者が基礎研修を終了し、また330人を超えるトレーナー研修修了者も輩出している。この種の研修機関としては世界有数の規模である<sup>9)</sup>。研修機関のスタッフには、当事者である家族も雇用され、専門家も家族も対等な立場でこのプログラムの普及に努めている姿勢が打ち出されている。

この家族支援の中核をなすのは、心理教育の一種で、すでに再発率の低下などで科学的根拠が立証されている、Family Workと呼ばれる行動療法的家族支援 (Behavioral Family Therapy) である。これは、患者の自宅にアウトリーチしていくことによって行うプログラムで、10～14のセッションより構成されている。この支援には、患者や家族ばかりでなく、患者とかかわりのある人々 (carer) として、隣人や友人の参加も歓迎される。訪問時に、ファミリーワーカーと呼ばれるスタッフは、本人や家族などの参加者に対して、心理教育として情報提供を行ったり、家族と協働で、再発の初期サインを

認識して、その時の対処プランを作成したりする。Family Workは肯定的なコミュニケーションが家族の中で増えることを促進し、また、問題解決の技能やストレス対処の技能を伸ばすよう働きかける。すべての家族成員のニーズが聞き取られ、家族成員のそれぞれが自分たちの目標を達成することが励まされる。そして、ゆくゆくはファミリーワーカーが介在しなくても、家族が本人と共に困難への対処に取り組め、それぞれの生活を送れることが目指される。

メリデン家族支援プログラムでは、Family Workが成人の統合失調症治療において包括的なケアの一部として位置づくように、活発な情報発信と研修活動を行ってきた。その成果として、たとえば、地元のバーミンガムでは、地域精神保健を担っているCommunity Mental Health Team (CMHT) や Assertive Outreach Teamのスタッフが、メリデン家族支援プログラムでFamily Workの研修を受け、家族支援の実践に応用している<sup>26)</sup>。また、英国のNICE統合失調症ガイドライン<sup>20)</sup>やThe National Service Framework for Schizophrenia<sup>32)</sup>のなかでFamily Workが、重要な支援の方法として推奨されるようになり、全国への普及が図られている。

### オープン・ダイアログ (Open Dialogue)

オープン・ダイアログはフィンランドの西ラップランド精神保健圏域で発展、定着した、精神病患者の急性期対応のプログラムである。これは、起源を家族療法にもち、治療であると同時に家族支援でもあり、ネットワーク療法とも呼ばれるような姿をしている。

人口7万2千人のこの圏域における有床の精神科病院はケロプダス精神科病院 (Keropudas Psychiatric Hospital) のみで、急性期対応の入院ユニットと外来ユニット、および看護師、精神科医、心理士からなる危機介入チーム (以後、「治療チーム」と呼称する) を有している。この治療チームは患者単位で構成され、所属部署を問わず、全ての有資格スタッフが要請に応じてチームに入る。1つのチームは、2名から3名で構成され、個々の患者に対し、同じチーム員が一貫して治療に関わる。各地域の精神保健クリニックのスタッフも治療チームとしての責任を負い、もし患者がクライシス時に、すでに複

数の機関の支援を受けている場合は、例えば社会福祉事務所のソーシャルワーカーや小児科クリニックの心理士など、他機関のスタッフもチームの構成員として呼ばれる<sup>29)</sup>。

こうした多職種および多施設横断的治療チームによる急性期対応の優先事項は、できる限り早急に「治療ミーティング (treatment meeting)」を実施することである。初回の治療ミーティングは、クライシスの連絡を受けたスタッフがチームメンバーを集め、本人や家族と場所を決めて、24時間以内にセッティングする。この治療ミーティングには、患者のほか、その家族、しばしば友人、隣人、同僚等も招かれる。治療が行われる場所は多くの場合、患者本人の自宅が選択されるが、希望によっては、診療所の一室で行われる場合もある。

このようなミーティングで、治療チームは患者、家族を含め全ての参加者が発言できるように声をかけ、語られたことには誠意をもって反応する。治療チームメンバーには対話的 (dialogical) な態度が求められるが、これは患者や家族、友人、隣人などの語りを聴くことに重きが置かれており、「聴く」ために治療メンバーは質問やコメントをする<sup>27)</sup>。参加者全てが安全と感じられる開かれた対話の場において、患者自身も家族も、それまで表現しなかった感情を表出したり、苦悩の体験を言語化したりするような余地ができると、それが、回復を促進する環境になるというのが基本的な考え方である。

治療ミーティングのなかでは、個人精神療法、および入院治療や薬物治療についても必要に応じて話し合われ、決定される。治療ミーティングは、患者と家族の孤立を防ぎ、安心を感じられるように、患者がクライシスを脱するまで毎日実施される。

オープン・ダイアログの有効性を示唆するいくつかの調査結果がある。特に、精神病初回エピソードの患者に対して、オープン・ダイアログを適用した調査プロジェクト、ODAP (Open Dialogue Approach in Acute Psychosis) プロジェクト<sup>28)</sup>では、対照とした、他のプロジェクトの治療成績に比べ、ODAP群は、2年後調査時点の入院日数が有意に少なく、BPRS総得点が有意に低く、精神病残遺症状が低い傾向にあった。興味深いのは、この治療計画では、治療初期には抗精神病薬を使用しないプロトコルで治療が行われ、かつ、患者の予後が、全般的に良いことである。ODAP群の5年間追跡可能だっ

た42名の調査結果では、5年後追跡調査で抗精神病薬を継続使用していた人は7名(17%)だった。5年間で再発した人は8名(19%)にすぎず、5年後時点で学業もしくは仕事に就いていた人は32名(76%)であり、障害者年金受給者は6名(14%)であった。

西ラップランドでは、オープンダイアログがシステムとして定着したことで、精神病性のクライシスにある人が統合失調症に至るケースがより少なくなっているのではないかと考察されている<sup>1)</sup>。このプログラムが、文化を超えて有効性が実証され、また医療経済的にも費用対効果が良いことが実証されれば、とりわけ早期介入プログラムとして有用なものであることが、期待される。

### おわりに

この半世紀余りの、統合失調症患者の家族支援の変遷と、その支援の効果に関する実証研究を中心に紹介してきた。

本文にも述べたように、患者に対する個人治療だけでなく、環境である、家族、carerに対する支援を豊富にしていくことが、患者・環境間のストレス強度を減弱させ、患者の予後や、家族のQOLの向上に有効であることは、さまざまな形で実証されている。

今後、必要なことは、それらの普及をいかに地域社会にある精神保健福祉システムのなかに普及・定着させるかであり、そのための研究活動である。

臨床的に有効なプログラムを普及・定着させるために必要な条件は、①低コストであること、②技術的には、比較的容易であること、③効果がわかりやすいこと、などがある。また、効果として、今後は臨床的な安定ばかりでなく、患者や家族の生活者としてのQOLの向上に寄与することをエビデンスとして明確にしていくことが重要であろう。

普及・定着ということでは、現在は家族会活動にも参加していない、若い家族層が支援につながりやすい環境を整えることが重要である。結局、それは、一人ひとりの臨床家が初期治療の段階から「家族を交えて話し合う」という習慣、技能を身につけられるような研修活動を研究者も参加して実施していくことかもしれない。また、ITなどを活用して、若い家族に有用な情報が届くよう、情報発信に研究者

がさらに関与することかもしれない。あるいは、患者本人のピア・サポートがあるように、家族同士のピア・サポートを一層展開できるよう、研究者も後押しすることかもしれない。

家族支援研究は、家族自身や行政、臨床家とつながりながら、より、多くの家族が恩恵を受けられるような方向に、一層強化していくことが求められている。

謝辞：文中、オープン・ダイアログに関しては、当部の研究員である、下平美智代氏に教えていただくことが大であった。改めて、お礼申し上げます。

### 文献

- 1) Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K: The comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. the incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis* 3: 179-191, 2011.
- 2) Barrowclough C, Parle M: Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry* 171: 26-30, 1997.
- 3) Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust. MERIDEN: the Meriden family programme. Mental Health NHS Foundation Trust, 2014. (URL: <http://www.meridenfamilyprogramme.com/>)
- 4) Butzlaff RL, Hooley JM: Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 55: 547-552, 1998.
- 5) Chiu MY, Wei GF, Lee S, et al: Empowering caregivers: impact analysis of FamilyLink Education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok. *Int J Soc Psychiatry* 59: 28-39, 2013.
- 6) Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 26: 5-20, 2000.
- 7) Dixon LB, Lucksted A, Medoff DR, et al: Outcomes of a randomized study of a peer-

- taught Family-to-Family Education Program for mental illness. *Psychiatr Serv* 62: 591-597, 2011.
- 8) Drake RE: Current Perspectives on Evidence-Based Practices. *Psychiatr Serv* 65: 1, 2014.
  - 9) 本條義和: イギリスの家族支援視察 メリデン・ファミリー・プログラム. *みんなねっと* 6: 6-15, 2013.
  - 10) Ito J, Oshima I: Distribution of EE and its relationship to relapse in Japan. *International Journal of Social Psychiatry* 24: 23-37, 1995.
  - 11) 伊藤順一郎監修: じょうずな対処・今日から明日へ: 病気・くすり・くらし. 地域精神保健福祉機構・コンボ, 千葉, 2001.
  - 12) 蔭山正子, 横山恵子, 中村由嘉子他: 精神障がい者家族会の組織発展と家族ピア教育プログラム「家族による家族学習会」との関連. *日本公衆衛生看護学会誌* 2014 (印刷中).
  - 13) 国立精神・神経医療研究センター: 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン. 浦田重治郎, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 総括研究報告書 統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究. 国立精神・神経センター国府台病院, 千葉, 2004.
  - 14) Kuipers L: Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 28: 207-210, 1993.
  - 15) Leff J, Vaughn C: Expressed emotion in families: its significance for mental illness. New York, Guilford Press, 1985.
  - 16) Lehman AF, Steinwachs DM: Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull* 24: 11-20, 1998.
  - 17) McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P et al: A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 47 (7) : 744-750, 1996.
  - 18) McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, et al: Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 29: 223-245, 2003.
  - 19) 内閣府: 障害者白書 平成 24 年版. (URL: [http://www8.cao.go.jp/shougai/white-paper/h24hakusho/zenbun/honbun/honpen/h1\\_2\\_2.html](http://www8.cao.go.jp/shougai/white-paper/h24hakusho/zenbun/honbun/honpen/h1_2_2.html))
  - 20) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NHS, 2014. (URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations>)
  - 21) 二宮史織: 精神障害を持つ人の家族を対象とした効果的なピアサポートプログラム「家族による家族教育」モデルの形成評価: 参加者と提供者, 双方に効果をもたらすプログラム構築を目指して. 学位論文, 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科, 2013.
  - 22) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦他: 精神分裂病者を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連. *精神経誌* 96: 493-512, 1994.
  - 23) 大島巖, 伊藤順一郎: 家族と家庭のケア力を強める. *こころの科学* 90: 83-88, 2000.
  - 24) 大島巖, 福井里江編 (伊藤順一郎監修): 心理社会的介入プログラム実施・普及ガイドラインに基づく心理教育の立ち上げ方・進め方 ツールキット II (研修テキスト編). 地域精神保健福祉機構・コンボ, 千葉, 2009.
  - 25) Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, et al: The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 27: 73-92, 2001.
  - 26) 佐藤純: 日本で家族支援をどのように実現していくか. *みんなねっと* 7: 6-15, 2012.
  - 27) Seikkula J, Olson ME: The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process* 42: 403-418, 2003.
  - 28) Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al: Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 16: 214-228, 2006.

- 29) Seikkula J, Arnkil TE: Open dialogue and anticipations: respecting otherness in the present moment. THL, Helsinki, 2013.
- 30) 心理教育・家族教室ネットワーク：心理教育・家族教室ネットワーク。  
(URL: <http://jnpf.net/>)
- 31) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment : At issue: translating research into practice. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 1998.  
(URL:<http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/schzrec/recommendations2.html>)
- 32) Thornicroft G: National service framework for mental health. Psychiatr Bull 24: 203-206, 2000.
- 33) 特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構：家族による家族学習会ガイド：精神障害をもつ方の家族のために。特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構，千葉，2013.
- 34) 塚田和美，伊藤順一郎，大島巖他：心理教育が精神分裂病の予後と家族の感情表出に及ぼす影響。千葉医学雑誌 76：67-73，2000.
- 35) Vaughn C, Leff J: The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol 15: 157-165, 1976.