

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費

13指2 統合失調症の治療およ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（主任研究者：浦田重治郎）

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

2004年 1月

はじめに

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「統合失調症の治療およ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班」（主任研究者：浦田重治郎）では、1998年よりその前身の研究班（精神分裂病の病態、治療リハビリテーションに関する研究）から継続して、国立精神療養所を中心とした全国の13医療機関において、「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（全国試行版）」を用いて介入評価研究を行い、その成果を踏まえて医療機関において日常臨床で利用するためのガイドラインを作成しました。このガイドラインは、研究で用いた全国試行版ガイドラインに一部加筆・修正を行うとともに、心理教育を臨床現場で活用するための対象者のニーズに応じた心理教育の活用方法を加筆して（第 章、第 章）完成したものです。

このガイドラインが、全国の多くの医療機関の関係者のみならず、統合失調症を持つ人たちやそのご家族の援助活動に携わる幅広い関係者に有効に活用されることを期待します。

目 次

． ガイドラインの趣旨

． 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムの意義と原則

． プログラムの適用と対象

． 心理教育を実際に適用するには

1. はじめに

2. 急性期からの回復期にある方の家族への心理教育

0) 基本的な考え方

A) スタンダード

(2A-1) 心理教育的な家族面接

B) 推 奨

(2B-1) より技術を必要とする、心理教育的な家族面接

(2B-2) 心理教育プログラム

(2B-2-1) 家族への心理教育グループ

(2B-2-2) 単一家族心理教育

(2B-2-3) 複合家族心理教育

C) オプション

(2C-1) 心理教育関連プログラム

(2C-1-1) 家族のセルフヘルプグループ

3. 急性期からの回復期にある精神障害者本人への心理教育

0) 基本的な考え方

A) スタンダード

(3A-1) 心理教育的な面接

B) 推 奨

(3B-1) 心理教育的な面接

- (3B-2) パンフレットを用いた心理教育的面接
- (3B-3) 心理教育プログラム
 - (3B-3-1) 当事者への心理教育グループ
 - (3B-3-2) 単一家族心理教育
 - (3B-3-3) 複合家族心理教育
- (3B-4) 心理教育関連プログラム
 - (3B-4-1) 服薬教室などのオープン形式によるもの（情報提供中心）
 - (3B-4-2) 服薬自己管理モジュール

4. リハビリテーション期にある方の家族への心理教育

- 0) 基本的な考え方
- A) スタンダード
 - (4A-1) 心理教育的面接
- B) 推奨
 - (4B-1) 心理教育的な家族面接
 - (4B-2) 心理教育プログラム
 - (4B-2-1) 単一家族心理教育
 - (4B-2-2) 複合家族心理教育
- C) オプション
 - (4C-1) 家族の S S T
 - (4C-2) 症状自己管理モジュール
 - (4C-3) 家族会への参加

5. リハビリテーション期にある精神障害者本人への心理教育

- 0) 基本的な考え方
- A) スタンダード
 - (5A-1) 心理教育的な面接
- B) 推奨
 - (5B-1) 心理教育的な面接
 - (5B-2) 心理教育プログラム
 - (5B-2-1) 本人への心理教育グループ
 - (5B-2-2) 単一家族心理教育
 - (5B-2-3) 複合家族心理教育
 - (5B-3) 心理教育関連プログラム
 - (5B-3-1) 服薬教室（情報提供中心）
 - (5B-3-2) 服薬自己管理モジュール
 - (5B-3-3) 症状自己管理モジュール
 - (5B-3-4) 地域生活への再参加プログラム

C) オプション

(5C-1) 心理教育関連プログラム

(5C-1-1) セルフヘルプグループ

6. 長期入院中の方の家族への心理教育

0) 基本的な考え方

A) スタンダード

(6A-1) 家族面接

B) 推奨

(6B-1) 家族教室形態による心理教育

(6B-2) 心理教育的面接

(6B-3) 単一家族心理教育

C) オプション

(6C-1) 複合家族心理教育

7. 長期入院中の精神障害者本人への心理教育

0) 基本的な考え方

A) スタンダード

(7A-1) 心理教育的面接

B) 推奨

(7B-1) 心理教育プログラム

(7B-1-1) 長期在院患者本人への心理教育グループ

(7B-2) 心理教育関連プログラム

(7B-2-1) 服薬自己管理モジュール

(7B-2-2) 症状自己管理モジュール

(7B-2-3) 地域生活への再参加プログラム

8. 地域生活をする精神障害者本人およびその家族への心理教育プログラム

1) 心理教育の導入と適用

2) 地域における家族心理教育の具体的な進め方

(8:2-1) 医療機関における家族心理教育

(8:2-2) 地域精神保健福祉機関における家族心理教育

(8:2-2-1) コース制家族教室

(8:2-2-2) 定期開催される家族教室

3) 地域における精神障害者本人への心理教育の具体的な進め方

(8:3-1) 医療機関における精神障害をもつ方ご本人への心理教育

(8:3-2) 地域精神保健福祉機関における精神障害をもつ方ご本人への心理教育

(8:3-3) 当事者団体が行う心理教育

(8:3-3-1) 精神障害をもつ方ご本人による心理教育グループ

． **心理教育プログラムの具体例 ~ 全国試行で用いたプログラムの内容、実施手順 ~**

1. **心理教育プログラムの種類**

2. **教育プログラムの実施**

3. **グループワーク、対処技法の修得プログラムの実施**

1) 精神障害者本人および家族それぞれのグループで行う場合

家族に対する心理教育の場合

本人に対する心理教育の場合

2) 一家族単位で行う心理教育の場合

4. **プログラムの頻度と回数**

5. **ケアアセスメントと退院計画の作成**

6. **サービス提供上の留意点**

． **スタッフの体制作り**

． **効果評価調査の実施**

． **おわりに**

． **[補章] 初心者のための手引き (付記: 病名告知にまつわる問題)**

．ガイドラインの趣旨

このガイドラインは、心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムを、全国のできるだけ多くの医療機関において、心理教育のニーズを持つ統合失調症を持つ人たち本人および家族に対して、最も効果的な方法で実施するための指針を示したものです。

このガイドラインでは、医療機関で実施する心理教育を中心とした心理社会的リハビリテーションプログラムについて述べます。医療機関における心理教育は、病院内の他のプログラムと深く関連するとともに、地域リハビリテーションとも強く関わりながら進める必要があります。また、日常的にケアを提供している家族への支援や、地域のケアシステムの構築や改善を同時並行的に進める必要があります。そのため、心理教育と関連する様々なプログラムとの組み合わせについても触れ、心理教育と有機的な関連を持ちながら進める必要性を明らかにしています。

．心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムの意義と原則

1) 心理教育の意義と目標

心理教育は、精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を修得してもらうことによって、主体的な療養生活を営めるよう援助する技法です。対象者が自ら抱えた困難を十分に受け止めることができるよう援助するとともに、困難を乗り越える技術を修得すること、現実に立ち向かうことができる力量を身につけること（empowerment）、困難を解決できるという自信(self-efficacy)を身につけること、自己決定・自己選択の力を身に付けること、リハビリテーションプログラムなどの援助資源を主体的に利用できるようなること、などを心理教育では目指しています。

すなわち、単に対象者に必要な知識・情報を提供するだけでなく、その人たちが地域の各種ケアプログラムを主体的に利用できるように援助するとともに、自分らしく生き生きとした地域生活を営める力量を身につけるように援助するアプローチ、すなわち心理教育は総体としてエンパワメントの援助となるのです。

2) 医療機関における心理教育

心理教育は、現在、医療機関や地域保健機関などの専門機関、家族会などセルフ・ヘルプグループ等で行われています。これらは、それぞれ有効な援助を提供しうるものです。しかし、特に発病して間もない時期に、精神障害者に教育的なプログラムを最も提供することができるのは、日本の現状では主に医療機関と言っても良いでしょう。

医療機関における心理教育では、医療を受けた人たちに、病気に関する必要な基礎知識を提供できます。さらに、療養生活を営む自信と地域で暮らしていく力量を身につけ、医療機関で提供される各種リハビリテーションプログラムや、地域の援助プログラムを主体的に利用することを促します。医療機関における治療や援助から、精神障害者を日常的に支える地域リハビリテーションへの連続的な移行が可能になるわけです。このように、医療機関が提供する包括的なリハビリテーションプログラムの「要」に、心理教育は位置づいています。

3) 消費者重視の姿勢

近年精神科医療でも、レセプトやカルテの開示が議論されているように、消費者重視の姿勢が求められています。医療サービスの受け手として、必要な説明を受ける権利を精神障害者とその家族は持っています。心理教育には、消費者重視の立場から必要な知識・情報を精神障害者や家族に提供するといった側面があります。

4) 障害者本人および家族の双方に対する援助の必要性

心理教育は、精神障害者本人に対する援助と、家族への心理教育を組み合わせることによって、より有効性を発揮することが明らかになっています。

特に、家族への心理教育については、身近な援助者である家族の状況が地域ケアの成否を決める重要な因子であることがExpressed Emotion (EE) 研究などで明らかにされています。精神障害者を支える援助的な環境因子として、家族に対して適切な支援を提供することは、精神障害者

本人を援助するのと同様に重要な意味を持っています。心理教育プログラムは、精神障害者本人とともに、障害者を抱える家族に対しても積極的に実施される必要があるのです。

5) 他のリハビリテーションプログラムとの連携

心理教育で得た知識や、困難への対処技能、対処能力によって、他のリハビリテーションへのニーズが生み出され、それらの活用を促します。したがって、心理教育アプローチは他のプログラムと連携して運用される必要があります。

6) 地域ケアプログラムとの連携

リハビリテーションの最終的な目標は、病気や障害を持った人が、住み慣れた地域社会で当たり前の地域生活を営めるように援助することです。医療機関で行われる心理教育は、地域リハビリテーションと連携をとって進め、地域リハビリテーションへ上手に移行できるよう援助することが重要です。そのために、心理教育で得た知識や困難への対処技能・対処能力は、他の地域ケアプログラムへのニーズを生み出し、必要な援助プログラムの活用を促すものとなります。

心理教育によって知識と力量を得た対象者が、地域リハビリテーションに移行するために、その人がどの程度地域生活能力を持っているのかを適切にアセスメントし、対象者のニーズ中心に必要な援助サービスを調整する必要があります。そのための技法としてケアマネジメントは有効であり、可能な限り心理教育と併せて用いることが望まれます。

他方、地域の中で障害者本人および家族が相互に援助し合い、自信や力量を身につけていくためにセルフ・ヘルプグループが有用であり、心理教育のグループをセルフヘルプグループへ結びつけるための援助技術であるピアグループ支援も、欠くことのできない重要な援助技法です。

7) ケアシステム整備の必要性

以上の取り組みは、個人や特定の職種のみによって実現することは困難です。病院内では、多職種によるチームアプローチが必要であり、また地域リハビリテーションに移行する際は地域の関係機関との連携が不可欠となります。

・プログラムの適用と対象

統合失調症を持つ人たち本人に対する心理教育プログラムの適用対象者は、急性期がひとまず収まり、心理教育プログラムを受けられる状態になった人たちです。罹病期間が短く、年齢の若い層ほど有効と思われれます。しかし、罹病期間や年齢、入院回数、初回入院の有無に関わらず援助プログラム導入の必要性はあります。

本人に対するプログラムは、急性期が収まり、主治医の判断で心理教育プログラムの受け入れが可能と判断された時期から開始します。おおむね入院後2～3週間を目安とします。多くは、外泊を繰り返すようになっていたり、退院の日程が具体的に話題になる頃から始めることが現実的と思われれます。一方、家族に対するプログラムは、入院後から直ちに開始します。

心理教育プログラムのその他の対象は、長期入院患者で退院を考慮している統合失調症患者、デイケアなどの通所プログラムを利用している、あるいは利用し始めた統合失調症患者などです。それぞれのニーズを持つ人たちに対する適用方法は、次の第 部 に示します。

これらの対象者に対して、障害者本人に対する心理教育プログラムとともに、家族に対する心理教育プログラムをそれぞれに実施する必要があります。

対象となる家族の選定は、日常的な援助を提供している家族のすべてを考慮します。しかし、退院後の家族ケアが期待できない拒否的な家族や、家族ケアを障害者本人もしくは家族自身が望まない家族は除かれます。

病名告知は、精神障害者本人、家族ともされている方が望ましいのですが、病院の実情に応じて告知しなくとも良いこととします。告知しない場合にも、精神障害一般に関する知識の一環として統合失調症の養生に必要な情報を伝えることは可能です。障害に対する適切な対応方法も、日常生活上の具体的な場面を設定することで情報提供をしたり、話題としてとりあげて話し合うことも可能です。

．心理教育を実際に適用するには

1. はじめに

心理教育の臨床現場での必要性は、エビデンスの上からも、実践的な要請からも明らかですが、「実際に、誰にどのようにやっていけばよいのか」迷われることがあると思います。そこで、本章では、適用と実施方法を簡略に示したガイドライン作成しました。目的は、現場で心理教育の方法論を活用して、より質の高いサービスを提供していただきたいということです。また現場での裁定を縛るものではなく、それを援助するものであるということです。さらに、「絵に描いた餅」にならないよう、近未来において実現できるもの、現在の状況でも研修や現場の工夫で実行できそうなものを想定して書くことにつとめました。その特色は以下の通りです。

1) 作成方法

アメリカ精神医学会が作成した効果研究に基づくガイドラインや、エキスパートコンセンサスガイドラインといった既存のものは複数ありますが、明確な方法論を採用し、根拠が明らかである反面、細やかな臨床上の要請に答えきれない部分も多々あると思われる。今回は方法論にこだわらず、心理教育に精通した少数の専門家が、わが国の現状をふまえて、多彩な心理教育の応用を、細やかな適用に触れながらまとめています。したがって、今回作成したガイドラインは、その効用と限界があると思われる。

2) 誰が使用するか

主に医療現場で、医療専門職が使用することを想定しています。しかしいづれ地域での生活援助へとつないでいくことが必要ですから、医療現場外での心理教育や、その移行形態についても触れています。

また保健・福祉の専門職や、家族や、当事者もまた、心理教育の貴重な担い手ですので、そうした未来のユーザーも意識して書き進めています。

3) 誰に使用するか。

統合失調症の人とその家族です。心理教育はさまざまな精神障害や、それ以外の日常生活での困難をかかえた人を対象に行われるようになっていますが(例として、子供を失った母親など)、今回は統合失調症に的を絞っています。

4) いつ行うか

このガイドラインでは、急性期から回復してきた時期、デイケアなどで社会生活に戻るためのリハビリテーションを行っている時期、1年以上の長期入院の時期、作業所に通うなど地域生活を送っている時期の4期に分けて記載しています。できれば急性期からの回復期から始めて、それぞれの時期に必要な心理教育を加えていくことが理想ですが、どの時期からでもはじめることは可能です。服薬の問題ひとつをとっても、急性期からの回復期には、たとえば服薬のメリットや正確な飲み方などの知識が大切でしょうし、リハビリテーション期や地域生活では、再発防止や持続する症状への対処法などが大切でしょうし、長期入院では、規則的に外来通院するためのやり方や、服薬行動の形成が重要になるでしょう。それぞれの時期に応じた実施内容を工夫し、また繰り返し大切なことを伝えていく中で、参加者の知識や理解が深まって実際に活用できる知識や技術となるものと思われる。

5) ガイドラインの構造

どのような時期に開始されるかによって、急性期から回復してきた時期、リハビリテーション期、長期入院、地域生活に分けました。現実にはそれぞれの時期は明らかに区分されているわけではなく移行がありますし、心理教育が急性期に始まって、地域生活へ移ってから続くなどのこともよくあります。また同じ心理教育でも、急性期に参加者が得るものと、地域生活をしているときに得るものでは違って来るでしょう。わかりやすさを優先して、4つの時期に分けましたが、便宜上の区分と思って下さい。

当事者向けと家族向けに分けて記載していますが、これも便宜上のもので、本来は両者を統合した援助計画のもとで、行われるべきものです。当事者と家族がいっしょに参加する場合には、どちらにも記載してあります。

6) 心理教育の適用にあたっての分類

どの程度必須であるかによって以下の3基準を設け、その順で記載しています。

スタンダード：アウトカムがこれまでの実証的研究で明確になっている、または参加者の意向・価値観もほぼ一定で、ほぼ全例に実施可能なもの、または倫理的な理由などで全例に実施すべきもの。

推奨：アウトカムはこれまでの実証的研究で分かっているが、参加者の意向・価値観がバラエティーに富んでいたり、適用を考慮すべきであるため、必ずしも全例に実施するのではないもの。

オプション：アウトカムについて、実証的研究が不十分なもの、またはある程度適用があるため、対象を選択して実施する方が望ましいもの。

心理教育を以下の3種類に分けて、どれにあたるかを記載しています。

心理教育的な面接：個人または家族面接の中で、心理教育を実施するもの

心理教育プログラム：体系的な心理教育を、1回2時間、5回で1クールなど、明確な構造を決めて実施するもの。

心理教育関連プログラム：明確な構造を決めて実施するが、認知行動療法、服薬教室、自助グループなど、心理教育以外の要素も含まれるもの。

7) このガイドラインを適用するにあたって

臨床現場でのさまざまな患者さんや家族を目の前にして、どのような援助が必要であるのかを知って、治療計画を立てることが基本であることは言うまでもなく、したがってこのガイドラインも、「どのようなニーズがある人にはどのような心理教育メニューが望ましい」という形で書き進められています。さまざまな心理社会的治療は、「ある時期になったらある決まったメニューを適用する」という、いわばプログラム優先主義は望ましくなく、「既製服に体を合わせる」やり方は、必ずしも良い効果を生まないと考えられます。しかし現実には、多様な治療プログラムを提供することはもちろん不可能で、つまり完全な「仕立て服」は理想型であるわけで、手持ちのサービスメニューから一番合いそうなものを選ぶことを行うのがふつうだと思います。はじめにどういうサービスメニューを準備しておくといいのか、ということは、初心者のための手引きにかかれています。本人用と家族用と、基本メニューをまず準備することから始めることになるでしょう。何が基本メニューかは、目の前の患者さんや家族の多くの人の待っているニーズが優先されるべきでしょうが、治療者側からの取り組みやすさから言えば、このガイドラインに続く部分である、「国府台方式の集団プログラム—家族集団向け及び本人集団向け」がまず基本メニューとしてあげられると思いますし、このメニューがマスターされるとほとんどの心理教育プログラムはその応用型として実施可能であると思います。そうした、いわば「既製服」メニューを提供しながらも、提供しているプログラムの持つ可能性と限界を念頭に置いて援助することが必要であり、そうした場合にこのガイドラインで示した、さまざまな援助形態についての知識が役立つと思います。また、うまくプログラムにのらないケースについて、どう援助を工夫すべきか考えるヒントも提供してくれると思います。

(分担：池淵恵美)

2. 急性期からの回復期にある方の家族への心理教育

0) 基本的な考え方

急性期は患者にとっても苦しい時期であるが、家族にとっても混乱の極みである。本来は安定している家族関係でも、症状に振り回され疲弊して、感情的になっていたり、無力感が前面に出ていたりする。また、このような状態におちいった原因の一端は家族にあると考え、罪悪感に悩まされている場合もある。「なにがおきたのか良くわからない」という反応もある。あるいは、受診するまで、誰にも言えずにひた隠しにしていたという場合もある。くわえて再発時には「また、具合が悪くなってしまった」と落胆が強い場合もある。家族自体が、大変追い詰められている場合は、まれではないのである。

このような状況では、主治医をはじめ医療関係者と会っても、平常心ではいられないのがしばしばである。「なんとかこの先生に診てもらいたい、助けてもらいたい」という気持ちが前面に出て、依存的な発言が多い場合もある。安心したとたんに患者の行動に対する愚痴があふれてしまう場合もある。おもわず「もう死んでくれたら、どんなにいいか」といった深刻な発言が出てしまう場合もある。これらは、すべて、家族がいままで熱心に患者とつきあってきた証拠である。熱心につきあっていたからこそ、振り回され疲弊しているのである。主治医たるもの、まずその事情を理解して、家族の苦労を(患者に対するのと同様に)ねぎらうような姿勢でいるべきであろう。その後、家族がどのようなことを知ることが出来ると、いくらかは楽になるのか、どのようなことに対して対処をもっとうまくしたいと思っているかを、会話の中から明らかにしていくのである。これが、心理教育的面接の基本である。

A) スタンダード

(2A-1) 心理教育的な家族面接

a. 適用

基本的に全例に実施する。

b. 実施形態

入院時あるいは外来面接時に、家族との定期的な面接。可能であればキーパーソンを含む複数の家族と面接できるとよい。「スタンダード」としては、患者が安定して、1時間の面接に耐えうるまでになるまでは、この時期に患者も含めての合同面接をする必要はない。2週間に1回、60分程度で、落ち着いた部屋を確保して、ていねいにおこなう。この場合60分というのは、家族とあいさつを交わしてから面接に入り、次回の予約を取って別れるまでをいう。きちんと話をしている時間は正味50分くらいであろうか。時間が無い場合は正味30分程度になったとしても、実施しないよりはずっとましである。

面接時の要点は、援助者としての家族と同時に、生活者としての家族の姿に留意し、家族をねぎらい支えるというスタンスを保つことである。また、多くは「患者とどう接していったらよいかを考える」ために面接をするわけであるが、あくまでも、いまの家族の力量で出来ることに絞っていくこともコツのひとつである。病棟スタッフなども1名以上同席し、コメディカルスタッフと家族との関係作り、コメディカルスタッフの視点からの情報提供が出来ることは、より望ましいことである。

c. 実施内容

現在の患者の状態についての意見交換が中心になるが、目標は、家族が患者との生活において、いささかなりとも希望を膨らませられることである。従って、家族が知りたい情報について、彼らがわかりやすい言葉で説明すること、「今何をすることが大切か」についてのめどがつくこと、すでに家族が出来ていることを、きちんと抑えておくことなどが重要になる。

具体的には以下のような事がおこなわれる。

-)統合失調症という病気についての解説(ストレス-脆弱性モデル、フィルターモデルなど)、
-)現在おこなっている治療についての情報提供、とくに薬物療法がどのように役にたっているかの説明。副作用についてもきちんと説明することが大切である。
-)今後の見通し(この急性期を如何に乗り越えていけるか)についての情報提供。
-)現在、本人や家族が困っている状態を、家族の言葉から明らかにし、それについての対処方法を、共に考えること。これに関しては「正解」は無く、常に、「ためしにやってみて、良いようであったら続ける。うまくいかない場合は別のやり方を考える」というスタンスを主治医

が保つと、家族は楽なはずである。しばしば「正解」を求められるが、あくまで「主治医が今の時点で考えられる、より良い対処」であって、それ以外の可能性もありうるという含みはもたせておいた方がよい。

)すでに、家族がおこなっている、適切な対処方法などについて、きちんと「それはよい方法ですね」と、フィードバックをかえすこと。専門家からの保証は、家族の安心感につながるものである。

d. 期待できるアウトカム

家族との治療同盟の形成、家族の安心感増大・不安感の軽減を通じて、患者家族関係の安定、ひいては、患者の心理的状態の安定に寄与することが期待できる。EBP的な文献はとくにないが、治療・援助の基盤を作るものといって良いだろう。

B) 推奨

(2B-1)より技術を必要とする、心理教育的な家族面接

a. 適用

- ・発病後間もなくして若い患者の場合に多いが、家族が「何とかしたいが、うまくいかない」という焦燥感から過度に患者の行動に巻き込まれ、第三者的に見るとExpressed Emotion (EE)研究で言う、「過保護・過干渉」「自己犠牲的」(high emotional over involvement: HEOI)の状態になっている場合がある。患者のいうことはすべてかなえようとしたり、患者がかわいそうだからと、本来は本人が出来る行為も代行しているような場合である。患者のことが心配で一時もそばを離れることが難しいような場合もある。疾患を適切に理解し受容すること自体が難しいときで、家族のサポートにはよりていねいな配慮が必要になる
- ・頻回入院ケースなどでは、家族が疲れ果て、「もう一生病院に居てもらいたい」「何をしたら無駄だ」など、「拒否的・批判的言動」が見られ、患者に対する否定的な心境、敵意のこもった心境 (high critical, high hostility: HCC or HH) という状態に追い込まれている場合がある。「あなたがたはすでに充分やってきたのだから、これからは家族がすべてを引き受けなくてもよい」というメッセージも含んだ関与が必要になる。

b. 実施形態

(2A-1)に同じ。

c. 実施内容

家族が過度に情緒的に巻き込まれている行動が多くみられる場合 (HEOI例)

- ・疾病受容のプロセスに付き合うような、精神療法的態度。このようなケースとかがかわると、家族と本人の「距離」が非常に近いと第三者には感じるため、「離れたほうがよい」という指示をすぐに与えたくなくなるが、まずは、「家族がそばにいてくださったから、本人もここまでやってこれたと思う」「こんなに熱心に、ご本人の回復を願って工夫されるのは、家族でなければとても出来ないことだと思う」というような、家族がいままで対処してきたことの肯定的な側面を、きちんと押さえること。その作業をしないと家族の今までの対処を否定してしまうことになりかねず、家族の自責感を刺激してしまう。
- ・そのうえで、疾患についての医学的説明・科学的説明をていねいにおこない、treatableであることをつたえること。とくに、病気になったことは、決して「親の責任」や「子育ての問題」などではなく、ストレス-脆弱性モデルで説明できるような、多因子が複雑に絡んだものであることは、強調すること。このような家族の多くが、発病の責任を家族にあると考えており、そのために自己犠牲的な行動を取っている場合がある。治療の多くは薬物療法と本人のリハビリテーションといった、生物・心理・社会的関与で成立すること、今後については私たちと相談の上、いろいろなことを決めていこうという連携の関係作りをおこなう。家族には今後も応援をしていただくのありがたいことをも、伝える。
- ・そして、「家族が楽でいること」「ほどほどの距離があること」は、周囲に対して過剰に反応してしまうという症状を持った状態には大変好ましいので、家族の努力は、徐々に家族自身が自分の生活を楽しみ、自分のペースで動ける方向でなされるのがよい、ということ伝えること。
- ・本人や家族におきてくる小さな良い変化、家族や本人の長所をしっかりと押さえ、それを言葉に出して確認し、そしてそれを少しずつ伸ばす、支えるような関わりをおこない続けること。

家族の批判的言動が多く患者に対して拒否的な様子が見られる場合 (HCC例、HH例)

- ・家族の苦勞についての、積極的傾聴active listeningをおこなう。「家族が辛い気持ちになってしまうのも無理はない」「家族としては、充分すぎることをやってきたと思う」といった、家族の苦勞をねぎらう会話を大切にすること。しばしば家族の言葉を聞いていると「こんなふうにしていられたら患者はかわいそうだ」などと否定的な感情が湧いてくる場合があるが、それに巻き込まれないようにしたい。家族が主治医の前で安心して愚痴や不満を言えることも大切なのである。
- ・そのうえで、症状についての医学的な説明を丁寧におこなうこと。とくに「きまぐれ」と見えるような被害関係妄想や、感情の変動の激しさ、あるいは、「なまけ」や「わがまま」とみえるような陰性症状については、きちんと伝え、病気のせいで家族の期待にこたえられなくなっている部分もあることを、説明する。特に、患者に批判的になっている家族は、症状が本人にとって対処困難なものであるということを理解することが難しく、「努力すればできることを患者はやるつもりではない」と認識していることが多いものである。
- ・しばしばこのような状況で、家族は患者の暴力の被害者になっている場合がある(逆の場合もあるが)。暴力はいかなる場合でも人を傷つけつらい思いをさせるものであり、暴力は回避しなければならない、という原則は家族に伝える必要がある。自責感やあきらめなどから、暴力にひたすら耐えるという対処をしている家族も多く存在するからである。そのうえで、暴力と「精神症状」に関連があるのかを丁寧に検討し、当面の対応策についても方針が必要であれば立てるようにする。家族が避難することや本人の入院も選択肢のひとつにいれてよい
- ・今後については、「同居」ばかりが選択肢ではないことを提示する。本人の希望を聞いたうえで別居していく可能性もあることも話し、家族が常にケアの中心にいる必要はないことを明言する。今後については、私たちとも相談しながら決めていこう、という連携の関係づくりが重要である。
- ・但し前提としては、十分な地域サポート・資源について治療者が情報をもっていること。とくに住居プログラム、居宅生活支援プログラムの情報を持っていることは、可能性を膨らませるものである。医療機関自身が、ケアマネジメントや訪問看護など、生活支援に直接結びつくサービスを展開している場合は、このような業務の担当者を引き合わせることで、家族の負担を具体的に減らしていくきっかけがつけられるであろう。

d. 期待できるアウトカム

(2A-1) に同じ。家族と患者との「距離感」がより適切なものになること

(2B-2) 心理教育プログラム

(2B-2-1) 家族への心理教育グループ

a. 適用

外来などの面接だけでは充分ではなく、「ゆっくりと時間をとって病気のことを勉強したい」という動機のある家族が対象になる。仲間集団への関心と、その刺激や緊張へのある程度の耐性がある家族がよい適用となり、仲間体験の中で学習可能な利点がある。専門家の情報を集団で聞くことは、より個別的なニーズと情報とのあいだにずれが生じることはあるものの、安心して、かつおちついて話を聞けるというメリットがある。グループワークは体験の共有、問題解決をめぐる会話の中で自己効力感が増大する。また、グループの中で知り合えた家族同士が、日常生活面でも互いに相談をしあうという、セルフヘルプ・グループの様な発展を遂げることが出来る。心理教育グループが、家族にとっての新たな社会的ネットワーク作りの基盤になることが期待できるのである。

b. 実施形態

国府台方式参照(第 章)。グループは10人前後が望ましい。

スタッフはリーダー、コリーダー、板書係の3名はいることが望ましい。

c. 実施内容

国府台方式参照(第 章)。

d. 期待できるアウトカム

ここで述べている国府台方式は、家族のみを集める、月1回計8 10回の頻度で実施する、というものである。欧米の方法に比すれば短期であり、開催頻度も多いとはいえない(欧米の方法の多くは2週に1回)、また、欧米の方法がはじめから患者と家族同席の方法をとっているのに対して、患者の参加は原則無しでよしとするところなどもずいぶん異なる。しかしそれで

も、コントロールグループに比べ、患者の退院後9ヶ月の時点で、再発率を有意に下げている(9% vs. 33%)(塚田2000, Ito 2001)。また、心理教育プログラムに参加していない家族では、入院時からその後に継続する療養生活の中で患者への拒否感が高まり、その一方で患者とのかかわりに対する自己効力感が低下するのに対し、心理教育に参加した家族は低い拒否感と、高い自己効力感を維持できていた、というデータが自記式調査から得られた(小林、2001)。また、家族から見た患者の自立度や適応度の評価が、心理教育を受けた群でコントロール群に比して高い、という結果も得られた(同)。

(2B-2-2) 単一家族心理教育

a. 適用

一緒に話し合える程度には患者が安定してきた場合で、かつ家族も集まって話し合いが出来る程度には機能している場合。家庭内での共通の困難がある場合には実施にあたっての強い動機となる。また、皆が顔をそろえる物理的余裕があることが条件となる。複数の家族を集めて行う心理教育グループよりも、より個人的な問題やこれまでの家族固有の課題を取り上げることができる。家族の学習能力に合わせて、援助内容を柔軟に調整できるので、その能力にはよらない。

ただし、ファミリーワーク(J.Leff)のような方法とかBFM(Behavioral Family Management: R.P.Lieberman)、あるいはC.M.Andersonの心理教育の方法のいずれをとるかにについては、家族や本人のニーズもさることながら援助側がどのような技術に熟達しているかに依存するところが大きい。

b. 実施形態

2週間に1回、1時間半で、5回程度(必要性が高い場合にはさらに追加)。あるいは、月1回、1時間半で、計10回程度。参加可能な限りの家族全員。スタッフ2名。家族療法的面接に熟練したものであれば1名でも可である。

c. 実施内容

BFMの形式で行う場合には、2回情報提供、残り3回は家族間のコミュニケーション練習および問題解決訓練の形式でおこなう。ファミリーワーク的に実施する場合にも、情報提供のセッションと、患者をまじえての生活場面での対処方法、コミュニケーションスキルのトレーニングをわけて実施する。C.A.Andersonの方法では、情報提供は複数家族のグループで一回、半日をかけていねいにおこなう。その後単家族にわかれての生活場面での対処方法について問題解決的面接となる。

なお、いずれの場合でも、参加する家族メンバーとのていねいな関係づくりは不可欠である。とくに、家族間のコミュニケーションが困難になっているような場合、しばしば専門家が家族メンバー間の意見のくいちがいから、板ばさみのような状況になる場合がある。つねに楽観的な姿勢を維持し、それぞれの言い分に理解を示しながらも、面接の構造をくずさずに、面接の目標を維持することが大切である。

d. 期待できるアウトカム

単一家族への心理教育のデータは、Leffら(1982)、Falloonら(1982)、Anderson & Hogarty

(1986)などがきれいな介入効果(主に再発防止効果)を報告しているが、援助技法はここで紹介している方法と共通しているものの、2週間に1回程度で半年から1年の継続など、実施回数が明らかに異なるために、直ちに同じ効果が期待できるかどうかについては、留保が必要である。基本的に心理教育を継続しているあいだは、再発防止効果は維持できるが、終了したのちには、徐々にコントロール群との差異が小さくなっている傾向がある。

(2B-2-3) 複合家族心理教育

a. 適用

複合家族心理教育が、家族への心理教育グループと異なる点は、家族ばかりでなく患者にも積極的に参加を促す点である。仲間体験を希望する患者・家族によい適用となり、新しい家族のあり方を学習することが可能となる。また、グループが熟成してくると、家族同士が他の家族の患者に対しても親役割をとれるようになり、一種の拡大家族のような様相を呈することがある。このグループが社会的ネットワークの基盤になるという可能性もある。また、単一家族心理教育と比較すると、スタッフとの直接的なやりとりにくわえて、家族同士の相互交流が多いことで、家族システムの健康な側面を引き出すことができ、相互にエンパワーメントすることが期待できる。

ただし、危機の時の余裕のない家族などにはやや負担が大きい場合もある。家族も患者も参加することを推奨するが、メンバーの中には本人だけまたは家族だけの参加があってもかまわない。

b. 実施形態

国府台方式の家族心理教育グループ(第 章)に同じ。

c. 実施内容

国府台方式の家族心理教育グループ(第 章)に同じ。

d. 期待できるアウトカム

McFarlaneによれば、複合家族心理教育の著名な効果は、長期間そのグループを維持できたときに発揮できるという。たとえば、2-3年間の効果に関しては、単家族心理教育ととくに差がないが、4年目以降に有意差が出てくるという(McFarlane, 1988)。これは、グループが拡大家族的なセルフヘルプグループとして機能している成果であろう。また、McFarlane (2000)はこの複合家族心理教育とAssertive Community Treatmentのプログラムをつなげて、とくに患者の就労支援に効果をあげている。これも、家族のインフォーマルな資源なども就労のチャンスに生かすというアイデアで、セルフヘルプ的な機能を有効に活用している。但し、残念なことに、いずれも追試研究がないために、彼の主張が全面的に受け入れられるかは難しい。

C) オプション

(2C-1) 心理教育関連プログラム

(2C-1-1) 家族のセルフヘルプグループ

a. 適用

家族心理教育グループを経験した家族で、今後も家族同士で集まって、話し合おうという動機が高まっている場合に、心理教育の終了後のプログラムとして適用になる。家族が主体になってグループを進め、スタッフはそのサポートに徹するものである。

b. 実施形態

基本的に家族のニーズに合わせる。月1回から年に4回程度など。ニーズがなくなるまで無期限でやる場合もあるが、期限を区切ってつど更新するというやり方もある。スタッフは最大2名程度。

c. 実施内容

家族が、自分たちの体験を語り、それに対するコメントを語るというような方法が一般的である。時には、共に食事会をしたり、講師を呼んで講演会を企画したり、旅行をしたりなど、家族が独自のアイデアで、活動を発展させることが出来る。

d. 期待できるアウトカム

文献的には明らかではない。しかし、心理教育を充分家族が理解できていると、お互いに肯定的なものの見方をしようと工夫したり、対処について共に考える習慣が芽生えている場合があると思われる。この場合、アウトカムは患者の再発率というようなことで測定するのではなく、家族のエンパワメントにどのように寄与しているのかという観点から考えることが、重要であろう。

(分担：伊藤順一郎)

3. 急性期からの回復期にある精神障害者本人への心理教育

0) 急性期における本人への心理教育の基本的な考え方

「心理教育の適用」にも記されているとおり、統合失調症の経過は単純に急性期、リハビリ期と明確に分けられるものではない。急性期ひとつをとっても興奮や混乱の極期から、いわゆるstabilizationが終わった時期まで病像にはかなり違いがあるし、治療を行う場所も、外来から保護室まで幅が広い。当然患者個々の違いも無視できない。したがって、心理教育的介入の方法には状況に応じた配慮が必要である。しかしながら、急性期はさらなる再発の危険も高く、その後のリハビリテーションにスムーズにつなげていかなければならない時期でもある。そういった意味から、急性期の心理教育はその後の治療を進めていく上でも重要な役割を占めているのは確かであろう。急性期、特に極期には期病名告知は必須ではないかもしれないが、可能な範囲での合理的な説明は倫理的な面からも必ず行わねばならない。その際の合理的な説明を行う上でも心理教育的な介入は有用である。

A) スタンダード

(3A-1) 心理教育的な面接

a. 適用

基本的に全例に実施

b. 実施形態

主に主治医が行う。患者との定期的な個人面接（外来なら1～2週間に1回、30分程度、入院なら可能な範囲で週2～5回程度実施）が基本形態。これらを、個人面接の流れの中で実施する。家族は、そのニーズや指向性によって、家族のみの面接、心理教育グループなどを併用する。

c. 実施内容

・本人のニーズに応えることが中心となる。たとえば外来なら、服薬を含めた治療への同意を取りつけることに始まり、服薬開始後ならば特に薬物療法についての副作用についてのニーズが高いし、時には入院の同意を得るために行う説明も心理教育的な側面を持つ。入院であれば、なぜ保護室を使用するのか、いつまでなのか、あるいはどうなれば閉鎖処遇を変えられるのかなど、その場に応じた“here & now”といった形で本人が抱えている疑問に答える形がまず必要である。

・入院形態、病名、薬の名前、当面の治療についての見通しといった基本的な情報も、本人の理解度に応じて繰り返し伝えていく姿勢が必要。

・上記に加えて、可能な範囲で精神障害の原因、症状、経過とその治療法についての情報提供を行い、治療同盟の形成を図っていく。

・発症、再燃に関して本人や家族が受けた衝撃に対しても十分な配慮をした支持的な面接が不可欠となる。

d. 期待できるアウトカム

治療同盟の形成、服薬遵守の向上などが期待できるが、これらに関する効果研究は少ない。その後の治療の成否にかかわる最も基本的な心理教育的な介入といえる。（リハビリテーション期の本人：池淵）で紹介されているコクランライブラリのエビデンスはここでも当てはまるものと思われる。

B) 推奨

(3B-1) 心理教育的な面接

a. 適用

初発、再発を問わず、急性期は心理教育的な面接の適用と考えられる。特に、グループワークへの参加が困難であるような興奮や緊張の強い症例では、個人面接の流れの中で継続的に行われる必要がある。洞察的な関わりはこの急性期においては慎重に扱われるべきである。

b. 実施形態

(3A-1)に同じ。

c. 実施内容

・発症・再燃の衝撃を和らげるような精神療法的アプローチ

・今後の治療継続をよりスムーズに受け入れることが容易になるような生物学的・心理社会的統合失調症モデルについての情報提供

d. 期待できるアウトカム

(3A-1)に同じ。

(3B-2) パンフレットを用いた心理教育的面接

a. 適用

心理教育的面接に引き続き、あるいは心理教育的面接の資料として何らかのパンフレットを用いて実施する。緊張や不安は強くとも、治療者との一対一の関係ではある程度集中して情報のやり取りを行うことが可能となった時期には良い適用となる。

b. 実施形態

(3A-1)に同じ。

c. 実施内容

(3B-1)に基本的には準じるが、パンフレットを用いることから情報提供の内容はより具体的になる。また、本人に手渡すことによって本人が情報の内容を繰り返して吟味することも可能となる。

市販されているパンフレットとしては以下のものが代表的。

- ・「心理教育テキスト当事者版～あせらず・のんびり・ゆっくりと」伊藤順一郎他、全家連制作部
- ・「統合失調症とつきあう」伊藤順一郎著 保健同人社
- ・「正体不明の声～対処するための10のエッセンス～」原田誠一著 アルタ出版
- ・「精神科の症状と薬について～心理教育ミーティング用テキスト～」久留米大学精神科編、この他にも、製薬メーカーが作成したパンフレットなどにも用いやすいものがあり、症例のニーズや病状の程度、実施者の好みにより選択の幅は広いと思われる。

d. 期待できるアウトカム

効果そのものについての実証研究には乏しいが、アンケート調査などでのユーザーの評価は高い(原田誠一他：幻聴に対する認知療法的接近法(第2報)-幻聴の治療のためのパンフレットの利用法とアンケート調査の結果。精神医学39：529-537,1997)。

(3B-3) 心理教育プログラム

(3B-3-1) 当事者への心理教育グループ

a. 適用

少人数(5人～10人程度)の集団に1時間程度は座っていられるような耐性があること、および出席者の発言を理解できないほどの思考障害がないことが最低の適用条件。自身の疾患についてまだ十分な受け入れができていない人(例えば医療保護入院などの非自発的な入院形態)でも、特に情報提供主体のグループなどでは他の出席者の発言内容に耳を傾けるだけでもある程度の学習効果が期待できる。ロールプレイなどを取り入れた行動療法的グループには、ロールプレイに参加するだけの内的動機が必要かもしれない。

b. 実施形態

週1回、1時間、全体で5回から10回程度。入院プログラムの中のSSTや集団精神療法の枠などを利用することで継続性が保たれやすい。

参加者は5～10名程度の小グループ、スタッフも参加者へ無用な緊張を招くのを避ける意味からも2～3名程度が望ましい。

c. 実施内容

- ・情報提供として、精神障害の原因・症状・経過とその治療法については必須。生活障害とリハビリテーション、社会資源についての情報提供もその後の治療継続に重要な情報であることからできるだけ伝えたい。
- ・お互いの体験の共有などの相互交流。
- ・入院患者はもとより、外来患者であっても入院治療に関する情報の提供は重要。
- ・対処法の練習については、急性期においてはスタッフ主導のほうが参加しやすいかもしれない。

d. 期待できるアウトカム

Merinderらのレビュー(Merinder LB: Patient education in schizophrenia: A review. Acta Psychiatr Scand 102: 98-106, 2000)をはじめ、本邦では本研究班での国府台病院での諸報告、久留米大学方式のデータ(連理貴司:精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果.精神医学 37: 1031-1039,1995.)などがあり、知識度の向上、治療遵守性の向上、陰性症状の改善などが報告されている。

(3B-3-2) 単一家族心理教育

詳細は2節(2B-2-2 単一家族心理教育)参照

(3B-3-3) 複合家族心理教育

詳細は2節(2B-2-3 複合家族心理教育)参照

(3B-4) 心理教育関連プログラム

(3B-4-1) 服薬教室などのオープン形式によるもの(情報提供中心)

a. 適用

仮に非同院入院による治療を受けている場合でも、服用している薬物への関心のない人は少なく、侵襲性も低いために殆どの人に参加できる。参加者のニーズや能力によって情報量や提供方法を調整することで幅広い対応が可能。

実施する側の負担も少なく、初めての心理教育的な試みとしても実施しやすい。

b. 実施形態

週1回、1時間程度とし、5回程度を1クールとした教室を開催する。オープン形式とすることで対応するグループサイズも幅広いものにできる。スタッフは2名程度。

c. 実施内容

- ・ 情報提供として、精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、生活障害とリハビリテーション、社会資源についての情報提供。
- ・ 参加者の意見交流を可能な限り行う。

d. 期待できるアウトカム

コントロールを設けたような報告は本邦にはないように思われる。

浦田班の介入研究におけるタイプAないしBがこの方式にあたる。

(3B-4-2) 服薬自己管理モジュール

一般に急性期には適用しにくい、リハビリテーション期への移行期では導入も可能である。詳細は5節(5B-3-2 服薬自己管理モジュール)の項を参照。

(3B-4-3) 症状自己管理モジュール

これも、3B-4-2の服薬自己管理モジュールと同様、急性期での適応には限界があると思われる面もあるが、リハビリテーション期への移行の段階では適応となるかもしれない。すでにリハビリテーション期の対象者に向けた症状自己管理モジュールを扱うプログラムが存在する場合などは導入も検討できる。詳細は5節(5B-3-3 症状自己管理モジュール)の項を参照。

(分担：内野俊郎)

4. リハビリテーション期にある方の家族への心理教育

0) この時期における基本的な考え方

種々のリハビリテーションプログラムへ参加していくときに、家族には回復途上にあるうれしさと同時に、今後への過剰な期待と活動することによりまた悪化するのではないかとの心配の両方が強まる。急性期からの回復の時期に、病状の経過についての情報提供や一通りの対処方法を伝えられていることが望ましい。この時期に行われる家族心理教育はその復習であるとともに、より具体的な問題についての対処方法の獲得をめざしていくことを目的とする。症状の理解から一歩進んで、生活障害の実感を含めた理解と受容や、日常生活をステップアップしていく可能性とそれとともなうリスク、そして再発防止に家族が協力できることを知ることがこの時期に特に大切な課題である。

援助者も医療スタッフから、ケアマネジャーなど保健・福祉スタッフへと主力が移動していくことになるだろう。家族としても多くの援助者と接触し、チームや地域ケアのネットワークの中で援助を受ける体験をすることにより主体的に援助やケアの一部を協働して行っていけるようになることが望ましい。

そのためには心理教育の場で、医療機関以外のさまざまな社会資源についての情報提供を重視することや、日常生活上の困難さに焦点を当てること、自助グループ的活動へつなげること、などがより大切となってくる。

A) スタンダード

(4A-1) 心理教育的面接

a. 適用

基本的に全例に実施する。

b. 実施形態

デイケアスタッフ、ケアマネジャー、主治医などの中でリハビリテーション期の主治療者が行い、そのほかのスタッフが必要に応じて同席する形態を取る。

試験的な長期外泊や退院に際して、あるいは何らかのリハビリテーションプログラム（OT、デイケア、社会復帰施設、グループホーム、就労援助プログラムなど）への導入に際しての家族への説明、あるいはそれらリハビリテーションプログラムの節目節目での説明という形式が基本。家族のみの形態と患者・家族同席面接と両方の形態が必要である。このふたつは同じ日に連続しても良いし、別の日に行っても良い。

c. 実施内容

ア) すでに家族への心理教育が実施されている場合

- ・すでに実施されている心理教育の内容でリハビリテーションに関連する部分を重点にした振り返り
- ・生活障害とリハビリテーションの情報提供
- ・社会資源についての情報提供

イ) まだ家族への心理教育が行われていない場合

- ・精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、リハビリテーションプログラムへの協力関係の形成
- ・生活障害とリハビリテーションの情報提供
- ・社会資源についての情報提供

d. 期待できるアウトカム

リハビリテーションプログラムへの協力関係の形成、プログラムからのドロップアウトの防止、プログラムへの過剰な期待と行動することへの過剰な激励の防止などが期待できるだろうが、こうした援助の単独での効果研究は乏しい。しかし他の援助の基盤として必須である。

B) 推奨

(4B-1) 心理教育的家族面接

a. 適用

以前に家族心理教育が実施されていない場合、あるいは変化に際して家族が不安を感じている場合。患者、家族、治療者側の間で、プログラムを進めるに意見の不一致がある場合。

b. 実施形態

(4A-1)に同じ。

c. 実施内容

(4A-1)に同じ

・家族心理教育プログラムに導入するための面接として実施

この場合は家族心理教育のうち単家族にするか複合家族にするかの判断のためにも行う。

d. 期待できるアウトカム

(4A-1)に同じ。

(4B-2) 心理教育プログラム

(4B-2-1) 単一家族心理教育

前節(3-2-2)に同じ。

(4B-2-2) 複合家族心理教育

前節(3B-2-3)に同じ。

C) オプション

(4C-1) 家族のSST

a. 適用

すでに、知識・情報伝達の教育的部分が終了している場合や、家族会活動があり、その例会が定期的にもたれている場合などに、家庭でのコミュニケーションの練習として家族のみのSSTグループを行うことも可能である。批判的言動が強いと思われる家族に適用がある。

b. 実施形態

実施する機関で許す限り、週1回から月1回の頻度で可能である。複合家族心理教育終了後のオプションコース、あるいは家族会例会のうち後半を使うなど、形態は比較的自由に行いうる。

c. 実施内容

通常のSSTと同様に行うが、基本訓練モデルでの課題設定のような形は難しい。他の家族員への協力の求め方や、医療スタッフ、近所の人への対応の仕方、あるいは一般的な肯定的表現の仕方など共通課題の練習が役に立つ。患者本人とのコミュニケーションの練習はBFMやファミリーワークのような単家族での心理教育形態で行う方がよい。

d. 期待できるアウトカム

BFMやファミリーワークなどの結果、効果およびSSTの効果に準じて考えられるが、単独の効果研究は見あたらない。

(4C-2) 症状自己管理モジュール

退院前、リハビリテーションに参加する前に実施することが望ましい。

前節(3-2-2)に同じ。患者本人と一緒に参加する形態である。

(4C-3) 家族会への参加

a. 適用

全例に適用がある。しかし、病院家族会は主として入院患者家族が対象のため、リハビリテーション期で外来、地域在宅の場合は、長期入院者のための家族会の感じがしたり、期待する内容ではないため参加しにくいことがある。そのため無理に参加は勧めない方がよい場合もある。

b. 実施形態と実施内容

地域家族会(市町村単位)があればそこに参加するように働きかける。もし地域家族会がなければ、複合家族心理教育のグループを母体にして、そのフォローアップグループあるいはOB会のような形でお互いが支援できる場を継続できるように援助する。デイケアであれば「デイケア家族会」のような形、社会復帰施設であれば、その単位で家族の自助グループ形成を促進する。大体月1回あるいは2ヶ月1回の場合を提供。スタッフは最初はしかい、進行の役を取ってもよいが、何回か後には会場の世話だけに限定した援助とする。

(8節(8:2-3) 家族自身が行う家族教室 参照)

そのグループとして、個人では参加しにくい保健所や市町村などの精神保健福祉活動にボランティアのような形で参加するように働きかけ、家族が精神障害者を在宅で支援するときに陥りやすい社会的孤立を防ぐ。また、適宜情報提供をそのグループを通して行う。

c. 期待できるアウトカム

家族会活動の効果に準ずる。

(分担：後藤雅博)

5. リハビリテーション期にある精神障害者本人への心理教育

0) この時期の基本的な考え方

急性期からの回復の時期に、一通りの情報提供や対処方法を伝えられていることが望ましく、それがこの時期のオリエンテーションになる。この時期に行われる心理教育はその繰り返しになる部分もあるが、より主体的に学習することが可能になる時期であり、より集中的に対処方法の獲得をめざしていくことも可能となる。生活障害の実感を含めた理解と受容や、日常生活をステップアップしていく可能性とリスク、そして再発防止など、この時期に特に大切な課題である。

また援助者主導から、相互援助への移行が徐々に可能になる時期であり、援助者も医療スタッフから、ケアマネジャーなど保健・福祉スタッフへと主力が移動していくことになるだろう。

それに伴って、心理教育を実施する場合も、医療機関から作業所や市町村へと広がっていくことになるだろう。具体的には、ケアマネジャーなど施設外スタッフにも呼びかけて心理教育プログラムに参画してもらったり、逆に社会復帰施設に医療スタッフが出向いて心理教育を行うなどの相互乗り入れが工夫できるとよい。また医療機関以外のさまざまな社会資源についての情報提供を重視することや、自助グループへの仲介など、生活支援へと切り替えていくことも大切となってこよう。

A) スタンダード

(5A-1) 心理教育的な面接

a. 適用

基本的に全例に実施する。

b. 実施形態

患者との定期的な個人面接（2週間に1回、30分程度で薬物療法についてのモニター、リハビリテーションのモニターなどを実施する）、および節目節目での患者・家族同席面接（デイケア開始時などリハビリテーションの節目と考えられる時期）が基本形態。

デイケアスタッフ、ケアマネジャー、主治医などの中でリハビリテーション期の主治療者が行い、そのほかのスタッフが必要に応じて同席する形態を取る。

なお、家族はそのニーズや志向性によって、家族のみの面接、心理教育グループ、家族会などを併用する。

c. 実施内容

・（急性期に引き続き）精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、治療同盟の形成

・生活障害とリハビリテーションの情報提供

・社会資源についての情報提供

d. 期待できるアウトカム

治療同盟の形成、服薬遵守の向上、精神症状の安定化などが期待できるだろうが、こうした援助の単独での効果研究は残念ながら見られない。他の援助の基盤を作るものといったら良いだろう。コクランライブラリによれば、体系的な個人精神療法のなかでの服薬についての教育的介入により、薬物の知識と服薬遵守率が改善することはエビデンスがある。

米国での調査(Coursey,R.D., Keller,A.B., Farrell,E.W.: individual psychotherapy and persons with serious mental illness: the clients perspective. Schizophr Bull 21:283-301, 1995)でも、心理社会的リハビリテーションセンターに通う90%の人が平均3年の個人精神療法を受け、72%の人が「何らかのよい影響があった」としており、ユーザーにも好まれる治療法であることが推測される。わが国では、統合失調症についても個人精神療法の技術体系の伝統があり、それを基軸にさまざまな薬物療法や心理社会的治療を統合していくやり方が行われており、その基盤の上で服薬教室などの集団プログラムが組み立てられているものと思われる。

B) 推奨

(5B-1) 心理教育的な面接

a. 適用

不安・抑うつなどの苦痛をもたらす自覚症状がある場合や、精神障害のもたらした心理・社会的影響についての関心が強い場合により適用となる。自我機能の脆弱さによって、支持的・指示的なアプローチから、ある程度洞察的なアプローチまで、面接技法は幅があるだろう。対処能力の形成についても、認知能力によって、より認知的介入から、より行動的な介入まで幅があるだ

ろう。

b . 実施形態

(5A-1) に同じ。

c . 実施内容

- ・ 個人精神療法の枠組みでの挫折感からの救出
- ・ 病識形成や対処能力を標的とした面接
- ・ 障害受容への精神療法的アプローチ

d . 期待できるアウトカム

(5A-1) に同じ。

(5B-2) 心理教育プログラム

(5B-2-1) 精神障害者本人への心理教育グループ

a . 適用

仲間集団への関心とその刺激や緊張へのある程度の耐性がある人がよい適用となり、精神障害者そのものへの関心（内的動機）がさほど高くなくても仲間体験の中で学習可能な利点がある。情報提供主体のものは侵襲性が低い、言語による学習能力が要求される。ロールプレイなどを取り入れた行動療法的グループは、より学習能力が低下している人には望ましい選択である。仲間体験を強調したグループはある程度病状が安定しており、刺激から身を守る自我が機能している人には相互受容やエンパワメントのよい体験を提供することができる。

b . 実施形態

週1回、1時間、全体で5回から10回程度。デイケアプログラムの一つとして行われることも多い。

8名前後の小グループ

スタッフは2名が望ましい。

c . 実施内容

- ・ 情報提供として、精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、生活障害とリハビリテーションや、社会資源についての情報提供
- ・ お互いの体験の共有など、相互交流
- ・ 対処法の練習—スタッフ主導で問題解決法を実施することが当初は実施しやすいが、慣れてきたら、スタッフ援助のもとで参加者同士で問題解決法を行うことも可能になる。

d . 期待できるアウトカム

患者グループへの心理教育を通常の病棟治療と比較したRCTで、疾患についての知識の有意な増加と陰性症状の有意な減少が報告されている (Goldman,C.R., Quinn,F.L.: Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. Hosp Community Psychiatry 39:282-286, 1988)。20回の心理教育と問題解決訓練を施行した研究では、QOLと社会的な機能が改善したことが報告されている (Atkinson,J.M., Coia,D.A., Gilmour W.H. et al.: The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psychiatry 168:199-204, 1996)。

わが国では加瀬が、心理教育と認知行動療法を併用した8回の退院準備グループを実施して、病識の改善する一群がいることを報告している (加瀬昭彦：生活技能訓練と心理教育—民間精神病院での試み。臨床精神医学 30:507-514, 2001)。

(5B-2-2) 単一家族心理教育

a . 適用

一緒に話し合える程度には家族が機能している場合で、精神障害への興味・関心がある場合にはよい適用となる。家庭内での共通の困難がある場合には実施にあたっての強い動機となる。皆が顔をそろえる物理的余裕があることが条件となる。当事者グループに比べて、仲間集団が負担になる場合にも適用できるほか、より個人的な問題や、これまでの家族固有の課題を取り上げることができる。家族の学習能力に合わせて、援助内容を柔軟に調整できるので、その能力にはよらない。ファミリーワークかBehavioral Family Management (行動療法的家族援助) については、家族や本人のニーズもさることながら援助側の技術に依存するところが大きいのではない。後者は構造化されている分、より一般的に行いやすいものと思われる。ほかの家族を交える形と比べると、援助者—援助を受ける側という構造になりやすく、エンパワメントの視点からは不十分さがある。

b . 実施形態

2週間に1回、1時間半で、5回程度（必要性が高い場合にはさらに追加）。危機介入の時に1, 2回行うことも可能
参加可能な限りの家族全員。

スタッフ2名。

c . 実施内容

B F Mの形式で行う場合には、2回情報提供、残り3回は家族間のコミュニケーション練習および問題解決訓練。

d . 期待できるアウトカム

わが国では、高知医大が先駆的に取り組み、9ヶ月間の再発がそれまでの通常治療と比較して減少していたが、コントロール群とは有意差を認めなかった (Shimodera S, Inoue S, Tanaka S et al.: Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. Psychiatry Res 96:141-148, 2000)。

単一家族への心理教育のデータは、Leffら、Falloonらなどがきれいな介入効果（主に再発防止効果）を報告しているが、援助技法はここで紹介している方法と共通しているものの、2週間に1回程度で半年から1年の継続など、実施回数が明らかに異なるために、直ちに同じ効果が期待できるかどうかについては、留保が必要である。

(5B-2-3) 複合家族心理教育

a . 適用

（家族のシステムとしての）仲間体験を希望する患者・家族により適用となり、新しい家族のあり方を学習することが可能となる。単一家族と比較すると、スタッフとの直接的なやりとりがへって、相互交流が多いことで、家族システムの健康な側面を引き出すことができ、相互にエンパワメントすることが期待できるが、危機の時の余裕のない場合などにはやや負担が大きいかもしれない。それぞれの家族固有の問題は扱いにくいかもしれない。家族システムがうまく機能していない場合に、複合家族グループに本人だけ（または家族だけ）参加することもできる。長期的に実施すると、拡大家族のような形でのサポートグループを形成することができる。

b . 実施形態

国府台方式の家族心理教育グループに同じ。

c . 実施内容

国府台方式の家族心理教育グループに同じ。

d . 期待できるアウトカム

国内ではまだ十分なデータがない。マクファーレンがすぐれた改善効果について報告しているが、実施頻度が多く、2年にわたる長期間の介入研究であるため、効果を参考にする場合には留意が必要である (McFarlane,W.R., Dushay,R.A.,Stastny,P,et al.: A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatric Services 47:744-750, 1996)。

(5B-3) 心理教育関連プログラム

(5B-3-1) 服薬教室（情報提供中心）

a . 適用

多くの人に興味があり、侵襲性が低いのでほとんどの人が参加可能。内的動機は高くなくても参加は可能。参加者の学習能力にあわせて情報量や、提供の仕方を調節することが必要で、また参加者が受け身になりやすいので、質問を受けるなど双方向の交流を行う、スライドや図入りのテキストなど、視覚情報も工夫するなどするとよい。

グループワークの経験が少ないスタッフでも実施することができる、薬剤師など多職種チームで実施しやすい、ある程度大きなグループでも行うことができるなど、実施する側の負担の少ないことがメリットとしてあげられる。

b . 実施形態

週1回1時間で、3回から5回程度。

小グループから大グループまで実施可能。

スタッフは2名程度。

c . 実施内容

(5B-2-1)と同様の内容だが、実施方法として情報提供のみ。

d . 期待できるアウトカム

コクランの体系的レビューのよれば、30件のRCTにおいて、約半数の介入で服薬遵守と転帰の改善を認めた。効果があった介入はいずれも複合的なもので、より利便性の高いケアの併用、服薬行動への誘導、情報提供、セルフモニター、社会的強化の利用、カウンセリング、家族療法、治療者によるそのほかの援助などを含んでいた。情報提供中心の服薬教室はわが国でも多く実施されていると思われ、薬物の知識の向上や、前向きな態度の形成などに役立つだろうが、確実な服薬行動形成まではむずかしい可能性が残る。

(5B-3-2) 服薬自己管理モジュール

a . 適用

服薬に関心があり、1時間程度集団で過ごせる人であれば、ほとんどの人が参加可能。ロールプレイ、問題解決、宿題など認知行動療法の技法を多く用いるので、学習能力の障害が重い人でも参加して楽しむことができる。そのために、服薬教室に比べると、確実にコンプライアンスを高めたい場合、援助者などとの対人技能の改善も期待したい場合などにより適切なプログラムになる。グループで行うので仲間体験も一緒に経験することが可能。

宿題などで、家族や主治医、作業所のスタッフなどさまざまな援助者との連携を作ることを行うので、サポートシステムの形成をねらうこともできる。実施回数が多いこと、スタッフが認知行動療法の技術を知っていることが必要など、ややスタッフの負担が大きいかもしれない。

b . 実施形態

週1から2回で、1回1時間、合計14回から20回(幅があるのは、学習能力によって進度に差があるため)。

4名から10名程度のグループで可能

スタッフ2名

c . 実施内容

・抗精神病薬の効果、正確な服用方法、副作用とその対処法、薬についての相談のしかた、デボ剤について。

・7つの学習ステップを行う。導入(なぜ学習するかの動機付け)、ビデオ学習とロールプレイ、必要な社会資源(援助者を含む)をどう確保するか、現実起こりうる問題についての対処方法、スタッフが同伴しての実地練習、宿題。

d . 期待できるアウトカム

コクラン体系的レビューによれば、UCLAで開発された「自立生活技能モジュール(SILS)」(服薬自己管理モジュール、症状自己管理モジュールなどを含む)は、服薬自己管理など社会生活に必要な技能を学習することが可能であることを示唆している。

このモジュールは、都立松沢病院社会復帰病棟(Ikebuchi,E., Anzai,N.: Effects of the medication management module evaluated using the role play test. Psychiatry and Clinical Neuroscience 49:151-156, 1995)、帝京大学病院デイケア(池淵恵美、納戸昌子、吉田久恵他:服薬および症状自己管理モジュールを用いた心理教育の効果。精神医学 543-546, 1998)などで実施され、服薬知識と対処技能の改善が報告されている。

(5B-3-3) 症状自己管理モジュール

a . 適用

服薬自己管理モジュールにほとんど準じるが、より「自分自身」への関心がある人、セルフモニターの力がある人の方がやりやすいので一般性は少し低いかもしれない。症状をモニターできる内的動機(困っている症状がある、再発したくないなど)や観察能力がある程度必要だが、不十分でも家族や援助スタッフの協力が得られれば実施可能。救急時のサポートシステムを同時に形成していくことになるが、救急外来などの体制が整っている方が望ましい。

b . 実施形態

(5B-3-2)に同じ。

c . 実施内容

・再発の前駆症状を個人ごとに明らかにする、前駆症状のモニターや、前駆症状出現時の対応法、薬物療法抵抗性の持続症状への対処法、アルコールなど症状を悪化させるものを避ける。

・7つの学習ステップは、(5B-3-2)に同じ。

d．期待できるアウトカム

再発前駆症状の認識とそのモニターの技術は、適用のある患者に対しては再発防止や、低用量維持療法の可能性が開けるなど、利益があるものと思われる (Birchwood,M., McGorry,P., Jackson,H.: Early intervention in schizophrenia. Br J Psychiatry 170:2-5,1997)。

わが国では、帝京大学病院デイケアで、知識度および対処技能の改善が報告されている。

(5B-3-4) 地域生活への再参加プログラム

a．適用 服薬教室に近いのではないかと。退院への動機を持つ人はほとんどの人が参加可能と思われる。また退院した人でも生活障害や病状不安定などの理由で再入院のリスクが高い人に勧めることができる。

退院準備のセッションと服薬自己管理モジュールや症状自己管理モジュールを短縮したセッションを組み合わせたものであるため、より短期間に退院準備を行いたい場合により。またモジュールと比較すると、グループワークよりは治療者とのやりとりに力点が置かれているので、より障害が重い人に向いているかもしれない。

b．実施形態

(5B-3-2)にほぼ同じ。合計16セッション。

c．実施内容

16セッションそれぞれの内容：プログラム全体の目的、慢性の精神障害の症状、退院準備、地域生活への再参加計画、地域とのつながり、地域生活でのストレス対処法、毎日のスケジュールの建て方、予約を取って守る方法、薬は再発を予防する、薬の効果を評価する、薬の問題点を解決する、薬の副作用を解決する、薬の副作用を解決する、再発の注意サインを見極める、注意サインをモニターする、緊急時の対応策を立てる、緊急時の対応策を地域で実践する。

d．期待できるアウトカム

都立松沢病院で、慢性長期入院患者に実施されており、成果を上げている。Smithら、Koperowickらなど米国でのデータは、急性期治療時のものであり、直接比較は困難かもしれない。

* (5B-3-2) (5B-3-3) (5B-3-4)に共通しているが、こうした「教室形式」でのさまざまな対処能力を形成するプログラムと同時に、ケアマネジャーやグループホームのスタッフなどが、住まいで個別に、教室で学習した新たな対処スキルについて、実際の応用を援助することで、さらにプログラムの効果を増やすことが可能となる。これは、IVAST (In Vivo Amplified Skills Training) と名付けられている。医療機関などでのリハビリテーションプログラムと、住まいでの個別の援助が連携できたときに、より援助の効果が期待できることの一例である。

C) オプション

(5C-1) 心理教育関連プログラム

(5C-1-1) セルフヘルプグループ

a．適用

本人の興味や関心をもっとも優先される。集団内の交流を楽しめる人、役割を持つことで生き生きとする人などが向いている。相互学習、相互受容など集団の治療的要因を活用できるほか、エンパワメントの視点からも重要な援助方法。帰属集団としても重要。

b．実施形態、c．実施内容

多様性に富む。

d．期待できるアウトカム

さまざまな心理教育や関連プログラムを実施しやすくなる基盤や媒体としての役割があるのではないかと。

(分担：池淵恵美)

6. 長期入院中の方のご家族への心理教育

0) 長期入院者家族への心理教育の考え方

新規入院者の90%が1年以内に退院する現状では、1年以上を長期入院とするのが妥当である。しかし、長期入院者の中には、これら最近の入院者で1年～5年の長期にわたるnew long stayと言われる群と、10年余にわたる、いわゆる長期在院の群がある。また後者の中にもいわば社会的入院とされる群と、病状・生活障害重度のための退院困難群があるとされている。心理教育の目的の一つは、急性期、リハビリテーション期、地域のどの時期でも、このような3群の長期在院を予防することにある。

では長期在院してしまっている人たちの家族に対しての心理教育はどう進めるべきであろうか。

家族と全くコンタクトが取れない状態においては家族心理教育は対象ではないのは当然である。コンタクトが取れるにしても、定期的に面会や外泊がある場合とそうでない場合がある。一見定期的に面会外泊がある場合のみが対象のようだが、病棟として「家族教室」形態をとる場合は、コンタクトのない家族や滅多に来院しない家族に対してのインパクト、あるいは導入に役立つ。この場合は家族教室が先にあり、その後心理教育的面接につなげる方がいい。

長期入院者を持つ家族にどのような援助が必要なのかは多くの報告があるが、結局は「親なき後」「退院してきたときのまた迷惑抱える心配」「兄弟に迷惑かけたくない」などに帰着する。長期入院の要因として「家族の非協力」が指摘されることがあるが、「非協力的な家族」とは、治療の初期段階から「より多く困難を抱えた家族（必ずしも本人に関してだけでなく）」「余裕を持ちにくい家族」「期待度が高く努力した結果報われず疲弊してしまっている家族」なのであり、適切な援助がなかった場合であると考えておく必要がある。

故に、長期入院者を持つ家族の場合、一般的に、心理教育の目的である「退院と在宅ケアの促進」を目標にすると、参加継続が難しくなることを考えておくべきである。また長期入院が継続されているときは、病院や医療スタッフに対して家族は「入院させてもらってありがたい」という感謝の気持ちと、それまでの治療や応対に関して「自尊心を傷つけられた」「ちゃんとみてもらっていない」という相反する気持ちが存在することは当然のことと考えておくべきである。そのため、家族面接も心理教育的グループも「退院するために」という目標が表面に出過ぎないようにすることが肝心なことになる。

A) スタンダード (6A-1) 家族面接

a. 適用

可能な全例に行う

b. 実施形態

最初は、面会時や外泊の前後、病院で行われるレクリエーション行事に来院したときなど、改めてという感じでなく、その時々、30分から1時間程度の時間を取って行う。定期的面接に移行しても良いし、心理教育的家族教室が実施されていれば、その後に面接を設定する。面接者は主治医が理想的であるが、担当看護師、ソーシャルワーカーなど同じスタッフが継続する。主治医が面接する場合は他のスタッフが同席した方がよい。

他の援助形態(心理教育的面接、単一家族心理教育、複合家族心理教育、心理教育的家族教室)が可能になるまで、6ヶ月から1年は継続する。

c. 実施内容

最初は心理教育的という意識でなく、現在の思い、現在の希望、これまでの苦労、他の家族とのこれまでの関係や経過、どんな援助を受け、どんな風に努力してきたか、などの話に耳を傾ける。

病状についての質問や将来の不安などが語られれば、個別にも対応するが、家族心理教育的グループがあれば、そこに導入するように働きかける。

d. 期待できるアウトカム

治療協力、信頼の回復など、治療の進展や退院促進の基礎づくりや心理教育グループへの導入部分となることが考えられるが明確なエビデンスはない。

B) 推奨

(6B-1) 家族教室

a. 適用

月1回の開催に合わせて来院可能な家族。2ヶ月1回程度来院できる家族も可。

b. 実施形態

年間10回から12回を1クールとするか、2ヶ月に1回年間6回を1クールとするか、など比較的開催回数は参加者やスタッフの充実度により変更可能。ただし継続を主に考えるべきなので、年間通して続いていることが大事である。基本的に家族だけの参加に限定する。

講義の部分は多人数の参加もかまわないが、継続的参加は15人程度を上限とする。

約2時間を予定し、スタッフは司会・進行役と副司会、記録者が最低限必要だが、できるだけ家族の体験の実態を経験するため固定スタッフだけでなく病棟からの随時スタッフ参加も心がける。他に講義の予定があればその日の講師役も必要。

グループの後もしくは前に心理教育的面接を組み込む。

c. 実施内容

複合家族心理教育(国府台方式)に準ずるが、高齢の家族が多く、長期入院で家族のみの参加であることを考慮すれば、8節の(8:2-2-2)に近い形で行う必要がある。

最初の3回から4回(6回シリーズなら2,3回)は知識、情報提供の回であり、中でも経済的なことや福祉的援助については最も情報提供が必要である。ここでは「症状」と「生活上の不自由さ」の違い、「障害を持ちながらの生活」という概念をある程度受容できるようになることが目標である。家族グループの場面では経験の分かち合いを主にする。

「親亡き後」が大きなテーマであるので、ライフサイクルの変化の時点(兄弟の結婚や出産、親の定年)などへの対応が重要で、そこが話題になることが大切である。

入院者本人の参加はないが、退院者、社会復帰施設で生活している当事者、自助グループの回復者などにきてもらって話をしてもらうのは効果的である。

目的は家族の社会性が増大(する方向つまり話す人が増えたり出かける機会が増えたりすること)へ促進することにある。その第1は他の家族員(夫や妻、本人の兄弟姉妹)との関係が協力的になることであり、そのような方向性への芽があれば積極的に推進する。

d. 期待できるアウトカム

退院促進、外泊が増えることや主たる介護家族以外の家族との関係がよくなり、入院生活のQOLが向上すること等が想定される。対象が長期在院者である心理教育は日本に特有のものであり欧米の文献にエビデンスは求められない。

「長期入院者家族に対する心理教育的複合家族療法」(後藤)では、他の家族の治療参加などQOLの向上が指摘されている。

(6B-2) 心理教育的面接

a. 適用

心理教育的家族教室参加者に対して行う。必ずしも全例ではない。

また1年~5年程度の長期入院者家族の場合は家族教室に参加していなくても実施対象であり、この場合は単一家族心理教育へ移行する目的を持つ。

b. 実施形態

実施者は担当看護師あるいは担当ケースワーカーや心理技術者で家族教室に参加しているスタッフということになる。適宜主治医が同席することが望ましい。

家族教室の前あるいは後に30分から1時間。

c. 実施内容

リハビリテーション期の心理教育的面接に準ずるが、本人の変化よりも家族のライフサイクル上の変化や家族のライフイベントに即した対処行動や本人への対応をどうするかが基本となる。

d. 期待できるアウトカム

「障害を持ちつつ入院生活を送る」本人への理解が進み、退院や外泊受け入れの基礎作りとなることが想定される。エビデンスはないが、伊勢田(「10例の分裂病者の父親」)らは家族史や家族ライフサイクルを考慮に入れた面接法による家族理解の進展を報告している。

(6B-3) 単一家族心理教育

a. 適用

(6A-1)と(6A-2)がある程度継続され、長期在院者家族主体の継続的な家族教室に参加しに

くい比較的在院期間が短い長期入院者あるいは個別の困難な問題を抱えた家族、医療不信が強い
か逆に医療への依存が強く極端に退院の話題すら拒否する場合。

b. 実施方法

(6B-2)に本人が参加するかたちがやりやすい。

c. 実施内容

B F Mあるいはファミリーワークの枠組みで行うが、外泊時や面会時のコミュニケーション訓練という形態である。

d. 期待できるアウトカム

家族・本人・治療スタッフ関係の改善に役立ち、退院促進やリハビリテーションプログラムへの参加を促進する。面会、外泊の増加、長期化などQOLの改善。

C) オプション

(6C-1) 複合家族心理教育

比較的入院期間が短い new long stay の場合に選択できる。

(分担：後藤雅博)

7. 長期入院中の精神障害者本人への心理教育

0) 長期在院患者の特徴

1年未満の在院患者と比べて1年以上の患者では退院率が極めて低いことが知られているので、長期在院のリスクファクターを有する患者に対しては入院時から対策を講じ、早期に地域移行を実現して長期在院を避けることが長期在院対策の根本である。諸外国においては地域ケアの充実により長期在院を防ぐ対策が講じられてきた。しかし、わが国においては地域ケア体制整備の遅れがあり、「歴史的長期在院患者」と呼ばれる高齢・長期の在院患者が精神科在院患者の過半数を大きく超える状況にあり、人権上も、また社会的にも問題があることが認識され、改善の方策が求められている。長期在院患者本人への心理教育を考える際には、わが国の実情を踏まえて、長期在院患者の退院促進の一翼を担うという視点が必要である。

精神科長期在院患者の実態については、すでにくつつかの調査が実施され、一定の条件が満たされれば半年から1年以内に退院可能と判断される患者が在院患者の20～30%にのぼることが明らかにされている。このうち精神神経学会の実態調査(黒田ら,1999)は、長期在院者(1年以上在院)の約60%が退院先の住居を持たず、半年以内の退院可能性があると医師が判断した患者についても退院のためには約79%に訪問援助が必要であり、食事サービスが必要な者も46%にのぼるなど、地域生活を支援する環境側の対策が必要なことを明らかにしたが、同時に、患者本人側の改善の必要性も明らかにした。すなわち、条件付き退院可能と判断された28.5%の患者のうち、環境側の改善で退院が見込まれるのは約30%で、本人側の通院・服薬等の問題の改善が必要な者が約7%、環境側と本人側の両方の改善が必要とされた者が約62%にのぼった。条件付きで退院可能な患者の約69%が通院・服薬の問題の解決や生活能力の向上が求められていたことになる。退院の可能性を現実のものとするために心理教育を組み入れたリハビリテーションが必要とされるわけである。

諸外国の脱施設化の過程でも同様のことが指摘されている。たとえば、Leffら(2001)は英国における病院閉鎖に伴う脱施設化(TAPSプロジェクト)の経験を踏まえて、1950年代に退院した第一波の退院者たちは生活力があり地域でも自立して生活することができたが、次第に生活障害の強い患者の退院が課題となるにつれて、病院外の地域生活に対応できるセルフケア、食物、金銭管理等の生活技能を高めるためのプログラムが求められるようになったことを述べている。諸外国で統合失調症患者の病識に関する研究が発展した背景には病院から地域ケアへの移行があったことが知られている。

長期入院化しやすい統合失調症患者については橋詰ら(1991)により、入院前の社会適応の悪さ、家族の非協力とともに、陽性症状の改善がみられないこと、病識の乏しさ、退院の意思表示が認められないなどの特徴が明らかにされている。これにより、家族に代わる住居サービスの提供や薬物療法改善とともに、本人の病識改善や退院の意欲を高める治療の必要性が示されていると考えられる。

在院の長期化は、地域生活を困難にする下記のいくつかの要因が組み合わされて生ずることが多い。

家族の退院支援の力が乏しかったり退院後の住居がない

陽性症状の改善が不十分であったり社会生活を妨げる行動上の問題がある

病識が乏しく疾病の自己管理ができず退院後の通院・服薬継続が困難

食事や金銭管理、火の始末、公共機関の利用等の日常生活技能が乏しい

施設症(ホスピタリズム)に陥り自発性を失い退院の意欲が乏しい

対人関係が不良で自分からSOSを出せず援助者との協力関係が出来にくい

在宅では治療が困難な身体合併症があったり日常的な介護サービスが必要

上記のうち、は居住サービスにより、は薬物療法などの治療方法の工夫により改善が期待されるが、欧米ではかなり重症の患者もA C T等によって地域生活を行っていることからみても、これらは相対的なものであり、の要因は相互に関連し合っていると考えられる。心理教育の実施に当たっては、対象者の特性とニーズに応じて実施することが必要なもので、事前のアセスメントが必要である。については今回の検討から除外する。

上記の諸要因のうち、の服薬継続についてはR C Tによる検討が行われており、短期の心理教育が有効であったという報告や、行動療法(特に服薬行動の形成に重点を置いたもの)、認知行動療法(服薬自己管理モジュールなど)が有効との報告があるが、どのタイプがどの療法に適するかのエビデンスは得られていない。そこで経験的な事実にもとづき、疾病や治療法の理解が不十分で心理教育が必要であるが本人にある程度の関心と理解力がある群、過去に服薬中

断による再発・再入院や行動上の問題があったり日常生活技能の低下や治療者との協力関係が得にくいなどの問題のある群に分けて、それぞれに対して推奨される心理教育のあり方の整理を試みる。

A) スタンダード

(7A-1) 心理教育的面接

a. 適用

基本的に全例に実施する。

b. 実施形態

患者との定期的な個人面接（1～2週に1回、30分程度）、および節目節目での患者との面接や患者・家族の同席面接により実施。

c. 実施内容

- ・支持的精神療法と治療同盟の形成を基本とする
- ・精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供
- ・生活障害を改善するためのリハビリテーション方法と効果についての情報提供
- ・退院のために利用できる社会資源についての情報提供
- ・本人の生活上の希望を聞き、可能であれば本人との間でリハビリテーション目標を話し合い合意を得る

d. 期待できるアウトカム

治療同盟の形成、服薬遵守の向上、精神症状の安定化などが期待されるが、これのみでは顕著な効果は期待できない。

B) 推奨

(7B-1) 心理教育プログラム

(7B-1-1) 長期在院患者本人への心理教育グループ

a. 適用

リハビリテーション期の本人への「心理教育グループ」と同じ。長期在院患者においては言語的に表現されることは少なくても、投与されている薬物の効果や副作用等への関心は高く、疾病への関心も高いことが多いので適用範囲は広い。疾病や治療法の理解が不十分で心理教育が必要であるが本人にある程度の関心と理解力がある群に有用。

b. 実施形態

週1回、1時間程度。全体で5～10回程度。注意の集中や持続に問題があることが多いので、ビデオ教材を使用したり板書やポスターを適宜用いるなどの工夫が求められる。人数は5～8名程度、スタッフは複数であることが望ましい。

c. 実施内容

リハビリテーション期の「当事者への心理教育グループ」と同じ。普段の病棟生活ではお互いに関心がないように思われても特有の仲間意識や相互の影響があることが多いので、グループ力動の活用を心がける。適宜、退院した患者に参加してもらって体験談を聞いたり、実例を紹介することは自分の退院後の生活のイメージ作りに役立つ。一般的な情報を自分の体験に結びつけて理解することが困難な場合が多いので、たとえば薬物療法のセッションでは、それぞれの患者の処方薬を渡して、実際に服用している薬剤を確認した上で、その薬剤についての説明をするなど、実際に即した進め方の工夫が必要である。

d. 期待できるアウトカム

関心と理解力のある患者には服薬遵守等への効果が期待できる。患者同士の支え合いが生まれることがある。

(7B-2) 心理教育関連プログラム

(7B-2-1) 服薬自己管理モジュール

a. 適用

リハビリテーション期の本人への心理教育の「服薬自己管理モジュール」と同じ。長期在院患者では副作用が重い場合でも本人から積極的に訴えない場合があるので、じっくりと訴えや希望を聞き、理解を確かめながら進めることが必要である。過去に服薬中断による再発・再入院や行動上の問題がある群にも有用。

b. 実施形態

週1回から2回、1回1時間程度。合計14～20回程度(学習能力により適宜進行の速度を変える)。4名から10名程度のグループで、スタッフは複数が望ましい。ビデオ教材やポスター、板書、ワークブック等を用いて実施する。

c. 実施内容

下記につき情報提供や解説のほか、ロールプレイによる実技演習、実際の治療者に質問するなどの宿題を実施する。

- ・抗精神病薬等についての知識
- ・正確な服薬方法
- ・副作用の種類とモニタの方法
- ・副作用があったときの対応の仕方

d. 期待できるアウトカム

都立松沢病院、帝京大学での実施結果、EckmanらのRCT結果(Eckman TA et al.: Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. Am J Psychiatry 149 (11): 1549-55, 1992)など

(7B-2-2) 症状自己管理モジュール

a. 適用

リハビリテーション期の本人への心理教育「症状自己管理モジュール」と同じ。長期在院患者では陽性症状が残っていて日常生活に支障がある場合が多いこと、退院するとアルコールやその他の薬物乱用のリスクも高いので、適用患者は多い。過去に再発があるが再発防止の対策が理解されていない患者にも有用。

b. 実施形態

週1回から2回、1回1時間程度。合計14～20回程度(学習能力により適宜進行の速度を変える)。4名から10名程度のグループで、スタッフは複数が望ましい。ビデオ教材やポスター、板書、ワークブック等を用いて実施する。

c. 実施内容

下記につき解説のほか、ロールプレイによる実技演習、普段の生活の中で対処方法を実施してみるなどの宿題を実施する。

- ・再発前駆症状(注意サイン)を見つける方法
- ・注意サインを管理する(セルフモニタリング)の方法
- ・持続症状に対処する方法
- ・アルコールなどの使用をさける方法

d. 期待できるアウトカム

前駆症状を同定し、経過を観察できるように患者と家族に心理教育を行うと再発の予防に役立つ(Liberman RP, Corrigan PW: Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry. 56(3): 238-53, 1993)

(7B-2-3) 地域生活への再参加プログラム

a. 適用

退院が目標となる長期在院患者は対象となる。退院後の生活に何らかの不安があったり、自分の病気や薬物療法への疑問がある患者は参加の動機づけが容易なことが多い。1時間程度集団の中での会話や学習活動に参加できる状態であれば、陽性症状が残っていても実施できる。学習能力が高い患者の方が理解が早く応用も利きやすいが、知的に問題のある患者でも理解を確かめながら進めることを心がければ参加できる。逆に、本人に退院の希望があっても、過去の重大な問題行動などにより退院が実現困難な場合には途中で関心が続かなくなることがある。過去に服薬中断による再発・再入院や行動上の問題があったり日常生活技能の低下や治療者との協力関係が得にくいなどの問題のある群にも有用。

b. 実施形態

週1回から2回、1回1時間程度。合計16～20回程度(学習能力により適宜進行の速度を変える)。4名から10名程度のグループで、スタッフは複数が望ましい。ビデオ教材やポスター、板書、ワークブック等を用いて実施する。

c. 実施内容

下記につき情報提供と解説のほか、ロールプレイによる実技演習、普段の生活の中で対処方法

を実施してみるなどの宿題を実施する。

- ・入院の契機となった問題（症状や行動）を再確認し、入院中に改善する目標を設定
- ・退院後の住居さがしなど地域移行の技能を練習
- ・服薬自己管理：自分が服用している向精神薬とその効果の理解、副作用の同定と対処法を知る
- ・症状自己管理：個人ごとの再発徴候「注意サイン」の定義とモニタ、緊急時の連絡をリハーサルして練習する
- ・退院後の日中の活動と余暇の過ごし方を日課表を作って計画する
- ・退院後の金銭管理や社会資源の利用方法を知る

d. 期待できるアウトカム

退院後の治療継続(Kopelowicz A et al.: Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: A brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services* 49: 1313-1316, 1998)や退院促進(松沢RCTデータ)に役立つ。

(分担：安西信雄)

8. 地域生活をする精神障害者本人およびその家族への心理教育プログラム

1) 心理教育の導入と適用

(1) 導入の契機

地域生活維持期（回復期）において精神障害をもつ方本人およびその家族に対する心理教育が開始される契機は、統合失調症をもつ方ご本人が退院して地域生活に移行するに当たって、医療スタッフから地域プログラムの一つとして紹介される、統合失調症をもつ方ご本人が、地域プログラムのニーズを持って医療機関あるいは地域精神保健福祉機関（精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター、精神障害者地域生活支援センターなど、以下同）を訪ねた時に、精神障害をもつ方ご本人への心理教育、および家族に対する心理教育が紹介される（ご本人に対するケアマネジメントの一環として行われる場合がある）、家族自身が援助のニーズを持って医療機関あるいは地域精神保健福祉機関を訪ね、家族支援プログラムの一つとして家族心理教育を紹介される、地域精神保健福祉機関がケースに関わる中で心理教育の必要性があると判断して紹介される、心理教育の実施案内が広報などに掲載され、あるいは口コミで伝わり、ニーズが顕在化して心理教育に参加する、その他などが考えられる。

以下、主に家族心理教育の場合について述べる。

～ のように医療機関や地域精神保健福祉機関がニーズを判断して、家族心理教育を紹介する場合は、専門職は最初の2～4回のコンタクトの間に家族と良い援助関係を形成（ジョイニング）するとともに、家族のニーズを適切にアセスメントする。その上で、家族心理教育および家族コンサルテーション、その他の家族支援（家族カウンセリング、ショートステイ・ホームヘルプなどの家族支援）の必要性を判断して、その家族に必要な家族支援プランを作成する。その後も家族コンサルテーションは継続し、モニタリングのプロセスの中で家族支援プランが適切に行われているかどうかを確認をする。

なお、地域における精神障害をもつ方ご本人に対する心理教育の導入と適用は、家族の場合と同様にケアマネジメントの方法を用いて行う。

(2) 家族ケアマネジメント等の実施

家族心理教育へ導入するに当たって、家族ニーズを適切にアセスメントし、家族支援プランを作成して、その後の家族支援プログラムの実施状況を確認する機能は重要であり、これは家族に対するケアマネジメントに相当する。

「家族ケアマネジメント」（あるいは類似機能）の実施担当者は、の場合は病棟看護師や精神保健福祉士、は医療機関あるいは地域精神保健福祉機関の保健師、看護師、精神保健福祉士、その他の人たちが該当する。精神障害をもつ方ご本人に対するケアマネジメント従事者がそのような役割を取る場合もある。

の場合は、精神障害者の地域ケアに関わる専門職すべてが該当する。

(3) 家族アセスメント

家族アセスメントを実施する前、あるいは実施する中で、家族支援を行う専門職は、家族および統合失調症をもつ方ご本人との良い援助関係の形成、協働関係を確立（ジョイニング）するように努力する。

家族アセスメントでは以下の各領域が確認される必要がある。

(1) 精神障害をもつ方ご本人および家族それぞれの家族ケアへの意向、受け入れ姿勢

(2) 家族ケアを実施できる客観的条件（資源条件等）：

家族が高齢か、健康状態はどうか、経済状態はどうか、ケアの知識を持っているか、家族内に代わりの世話人がいるか、家族が地域の中で孤立していないか、など

(3) 家族のスティグマ感、偏見・差別経験による援助を受けることへの警戒感

(4) 家族支援プラン

家族アセスメントの結果を踏まえて、基本的には家族の希望に合わせて、その地域で考えられる家族支援プログラムを提供する。その際、家族心理教育だけではなく、継続的な家族カウンセリングの実施、ホームヘルプサービスやショートステイなどの家族ケアを補完したり代替するプログラムの提供も考慮する。

(5) スタンダード、推奨、オプション

地域における心理教育は、地域住民に対する公的な当然のサービスとして提供される場合が少なからずある。特に地域精神保健福祉機関などの行政機関における家族心理教育はそのような性格を持つ。したがって、スタンダード、推奨、オプションの区別が困難である場合が多く、以下ではこれらを一括して記述する。

2) 地域における家族心理教育の具体的な進め方

(8:2-1) 医療機関における家族心理教育

「心理教育プログラム」の「家族への心理教育グループ」「単一家族心理教育」「複合家族心理教育」が該当する。

a. 適用

大部分が、医療機関（入院部門、外来部門）あるいは地域精神保健福祉機関から紹介されてくる場合であり、原則的に全例に実施する。必要に応じて、利用者家族のニーズを確認するとともに、精神障害をもつ方ご本人およびご家族の了解を得て紹介元と連絡を取り、家族心理教育の適応、その条件、プログラム終了後のフォローアップについて相談する。

b. 実施形態：「リハビリテーション期にある方のご家族への心理教育」と同じ。

c. 実施内容：「リハビリテーション期にある方のご家族への心理教育」と同じ。

d. 期待できるアウトカム：「リハビリテーション期にある方のご家族への心理教育」と同じ。

(8:2-2) 地域精神保健福祉機関における家族心理教育

精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター、精神障害者地域生活支援センターなどで実施される家族心理教育。

(8:2-2-1) コース制家族教室

a. 適用

医療機関（入院部門、外来部門）あるいは他の地域精神保健福祉機関から紹介されてくる場合は、原則的に全例に実施する。その際、必要に応じて、家族のニーズを確認するとともに、精神障害をもつ方ご本人およびご家族の了解を得て紹介元と連絡を取り、家族心理教育の適用、その条件、プログラム終了後のフォローアップについて相談する。

地域精神保健福祉機関は、公的な性格を持つために、家族心理教育プログラムの実施は広報されることが多い。広報によって家族心理教育プログラムの実施を知り、参加する家族が少なからずいる。そのような家族に対しては、プログラムの中で家族ニーズを明らかにするように務める。可能であれば、プログラム参加前に体系的な家族ニーズアセスメントを行い、関係づくりや家族支援プランの方針を明らかにした上でプログラム参加することが望ましい。

コース制のため、プログラム開始までに待機期間がある場合がある。待機期間には、家族のニーズを(再)確認し、必要に応じて家族カウンセリングを行って家族支援を提供する。

b. 実施形態

2週から1ヶ月に1回、4～6回コース、1回当たり2時間程度行われることが多い。

参加人数は平均15人程度である。固定メンバー、原則固定メンバーが約6割を占めている。参加スタッフは平均5人。

c. 実施内容

情報提供として、精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、生活障害とリハビリテーションや、社会資源についての情報提供を行い、それらに関するお互いの体験の共有など、相互交流を行う。アンダーソン、マクファーレンなどのモデルが参考にされることや、家族SSTが行われることもある。

d. 期待できるアウトカム

家族の生活困難の軽減や精神健康の向上、家族協力行動の増加、家族のケア意識の改善が期待できる（大川希、大島巖、後藤雅博、2000）。

(8:2-2-2) 定期開催される家族教室

a. 適用

コース制家族教室と同じ。

月に1回など定期的に開催されるために、コース制に比べて待機期間を意識しなくとも良い。しかし、家族が直接地域精神保健福祉機関を訪れた場合は、可能であれば、プログラム参加前に体系的な家族ニーズアセスメントを行い、関係づくりや家族支援プランの方針を明らかにした上でプログラム参加することが望ましい。

b. 実施形態

1ヶ月に1回、定期的に開催される。1回当たり2時間程度行われることが多い。

参加人数は平均11人程度である。参加スタッフは、平均6人程度である。

c. 実施内容

情報提供として、精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、生活障害とリハビリテーションや、社会資源についての情報提供を行い、それらに関するお互いの体験の共有など、相互交流を行う。

d. 期待できるアウトカム

コース制家族教室とほぼ同じ。

(8:2-3) 家族会など当事者団体が行う家族心理教育

(8:2-3-1) 家族による家族教室(家族ゼミナールなど)

アメリカの精神障害者家族の全国組織NAMIでは家族教育について訓練された家族が、家族に対して病気についての様々な知識や情報を伝える「家族から家族へプログラム(Family to Family Program)」が成果を上げ全国に普及している。日本の家族会においても同様のプログラムが取り組まれている。

a. 適用

家族による家族教室の実施は原則的に広報されて参加者を募る。参加者家族に対しては、プログラムの中で家族ニーズを明らかにするように、家族教室のリーダーは務める。

b. 実施形態

毎週、あるいは隔週に1回開催される。1回当たり2時間(日本のモデルでは3時間も可)で、24時間(12回あるいは8回)行われる。参加スタッフ(リーダー)は2人ないし3人。

c. 実施内容

情報提供として、精神障害の原因・症状・経過とその治療法についての情報提供、生活障害とリハビリテーションや、社会資源についての情報提供を行い、それらに関するお互いの体験の共有など、相互交流を行う。科学的知識の共有と、家族相互の体験共有が重視される。プログラム終了後のセルフグループへの継続も重視される。

d. 期待できるアウトカム

家族の生活困難の減少、ソーシャルサポートの拡大、自尊感情・自己効力感の向上など家族生活面の諸条件の向上(Dixon Lら, 2001)。

3) 地域における精神障害者本人への心理教育プログラムの具体的な進め方

(8:3-1) 医療機関における精神障害をもつ方ご本人への心理教育

a. 適用

大部分が、医療機関(入院部門、外来部門)あるいは地域精神保健福祉機関から紹介されてくる場合であり、ニーズをアセスメントして必要なケースに実施する。必要に応じて、精神障害をもつ方ご本人の理解を得て紹介元と連絡を取り、心理教育の適応、その条件、プログラム終了後のフォローアップについて相談する。

b. 実施形態: 「リハビリテーション期にある方ご本人への心理教育」と同じ。

c. 実施内容: 「リハビリテーション期にある方ご本人への心理教育」と同じ。

d. 期待できるアウトカム: 「リハビリテーション期にある方ご本人への心理教育」と同じ。

(8:3-2) 地域精神保健福祉機関における精神障害者本人への心理教育

(3B-3) (5B-2)の「心理教育グループ」が該当するが、日本では、ほとんど行われていない。

(8:3-3) 当事者団体が行う心理教育

(8:3-3-1) 精神障害者本人による心理教育グループ(ピアからピアへプログラム、自立生活プログラム)

アメリカの精神障害者家族の全国組織NAMIでは精神障害をもつ方ご本人への心理教育プログラムについて、訓練された精神障害をもつ方ご本人が、同じ立場の方々に対して、病気についての様々な知識や情報を伝える「ピアからピアへプログラム(Peer to Peer Program)」が広まりつつある。日本の当事者グループでは、自立生活運動の影響も受けながら、自立生活プログラムに取り組む団体も現れるようになったが、現時点ではあまり普及していない。

a. 適用

精神障害をもつ方ご本人による自立生活プログラムは、原則的に広報されて参加者を募る。参加者に対しては、プログラムの中で参加者のニーズに合わせて教育プログラムが行われる。

b. 実施形態

毎週、あるいは隔週に1回、6～10回程度開催される。参加スタッフ（リーダー）は当事者団体のリーダーでピアカウンセラーの役割も持つ。

（分担：大島巖）

心理教育プログラムの具体例～全国試行で用いたプログラムの内容、実施手順

1. 心理教育プログラムの種類

心理教育プログラムとしては、その主要な構成要素である「教育プログラム」と「グループワーク、対処技術の習得プログラム」の、それぞれの実施方法とその組み合わせによっていくつかのタイプに分けることができる。ここでは、全国試行で用いたプログラムについて、その類型を示すとともに、具体的な実施方法を示す。

まず、家族に対する心理教育プログラムを、家族Aタイプ（国府台形式：「教育プログラム」と「グループワーク、対処技法の修得プログラム」）、家族Bタイプ（「教育プログラム：講義形式」のみ）、家族Cタイプ（「教育パンフレットによる対個人の情報伝達」）に分類した。

また、精神障害者本人に対するプログラムとしては、本人Aタイプ（SSTのモジュールなどを用いたインテンシブなプログラム）、本人B-1タイプ（講義形式の教育プログラム＋グループワーク）、本人B-2タイプ（国府台方式：質疑応答などの相互作用を含めた講義形式の教育プログラム）、本人Cタイプ（「教育パンフレットによる対個人の情報伝達」）に分類した。

下記には、教育プログラムの実施方法と、主たるグループワークの実施方法を記述する。

2. 教育プログラムの実施

教育プログラムの教材としては、国府台病院で用いているもの（家族版、本人版）、久留米大学病院のもの（本人版）、帝京大学病院のものがモデルとして用いられる。いずれも共通して、「病気・症状に関する知識」「薬物療法などの治療法」「利用できる社会資源」について触れられている。そして家族の場合は、「障害者本人への対処方法の工夫」や「家族自身のストレスマネジメントの方法」など、家族特有の話題が加えられている。

心理教育においては、単に医学的知識の解説をするだけではなく、こうした知識を当事者の側からとらえなおし、できるだけ当事者の実感や体験に沿う表現を用いることが重要である。どのような情報や表現が求められており、適切であるかは、実際のセッションの中で、当事者の言葉や反応から学ぶのがよい。心理教育をおこなう専門家に必要なのは、当事者や家族こそが何が自らに必要なをもっとも知っているものであるという、率直で謙虚な態度である。

A～Cタイプの教育プログラムのそれぞれは以下のように行われる。

【家族Aタイプ（国府台形式）、本人B-1タイプ】

このタイプでは、情報伝達を講義形式で行い、別にグループワークによる対処技法修得プログラムを行う場合と、グループワークと同じ時間内に合わせて教育プログラムを短時間で行う場合がある。家族へのプログラムで十分時間が取れるときは、のほうがプログラムにメリハリがついてよい。のメリットは時間が短縮できることで、精神障害者本人を対象とした心理教育プログラムでは後者のほうが疲労度もすくなく、勤められる。家族Aタイプの場合は、講義時間は約50分、本人B-1タイプの場合は約15分が目安である。

家族Bタイプとも同様であるが、情報伝達のポイントは以下のようなものである。

- ・教材を使いながら、耳からだけでなく、視覚からも情報が入るようにする。
- ・同様の理由で、板書やOHP、ビデオやパワーポイントなども活用する。
- ・一回に提供する情報量は少なく、家族や当事者の対処の指針になるような情報にしぼる。
- ・重要な内容の情報は、繰り返し説明する。
- ・表現から専門用語はなるべく減らし、平易な表現や家族や本人の言葉を用いて説明する。

情報内容として、以下のような内容は典型例である。

- ・精神疾患に関する知識（ストレス・脆弱性モデル、フィルター理論、一回のエピソードのプロセス、長期予後など）
- ・症状に関する知識（陽性症状、陰性症状、障害として残りうる症状など）
- ・薬物療法などの治療法（ECTなどもおこなっていれば説明する。副作用とそれへの対処）
- ・利用できる社会資源（リハビリテーションの資源、経済的なサポートなど）

くわえて、以下は家族心理教育では触れられる内容である。

- ・ 本人への家族の対処の工夫(コミュニケーションのこつ、症状への対処例など)
- ・ 家族自身のストレスマネジメント(家族の健康に留意すること、家族自身の時間を確保することなど)

情報伝達の場合は、教室形式での机の並べ方でも良いが、口の字型に机を並べたり、円卓を「披露宴」の様に数ヶ所置いたりといった工夫もよい。要は、講師のほうばかりを見るのではなく、参加者同士もお互いの顔を見合わせ、共有感をもちやすくするのが良いのである。質問の時間ももちろんとる。

【家族Bタイプ、本人B-2タイプ(国府台方式)】

Bタイプは、教材を用いて講義形式で情報の伝達をするもので、情報伝達における方法は基本的にAタイプと変わらない。しかし、一般的に人の学習能力は、受身に聞くだけよりも積極的に問いを発したり自分の意見を述べたりすることによって高まるといわれている。グループワークの時間をとらない分、教材を皆で読んだり、質問の時間を十分に取るなど、参加型の講義になるような工夫をさらにおこなうことが望ましい。とくに本人に対して実施する場合は、動機づけを高める必要があり、積極的に質問を促したり、自分の体験を語ってもらったりの工夫が役にたつ。

国府台病院では、本人への心理教育グループをこのタイプ(B-2)で実施しているが、提示した情報を話題の中心にすえたグループのような方法を用いている。スタッフは講師役のほかに司会役(リーダー)、コ・リーダーをおく。講師役はホワイトボードに図などを書きながら教材の内容を説明する。参加者はホワイトボードを囲んで本人もスタッフも同じ輪の中にはいって馬蹄形の形で座り、講義形式ではあるものの、いつでも参加者が発言できるようにしている。

グループの流れであるが、まず、講義の前にはウォーミングアップといって、参加者が「最近体験した良かったこと」を語ってもらう時間を設け、その時間を和やかにすごすことで、参加者の緊張がほぐれるように工夫している。そしてスタッフが講義をするわけであるが、一方向の情報伝達にならないように、講義の最中にも頻回に参加者の発言を求めている。たとえば、薬についての講義のときにはのんでいる薬の名前を調べてきてもらったり、自分が体験した副作用について語ってもらう。再発のサインについての項目のときには、参加者それぞれが気づいている自分の症状悪化のサインについて語ってもらうなどである。途中で出てきた質問についても、スタッフが答えるばかりでなく、他の参加者に意見を求め、そこで解決がつくような場合もある。そして、グループの終了時には、一人一人今日の感想を言ってもらうようにしている。

グループ講義時間は家族Bタイプで50分が目安、本人B-2タイプでも、途中で休憩などを入れながら50分程度をめどにおこなう。

【家族・本人Cタイプ】

Cタイプの心理教育は、個人面接の中に心理教育の要素を盛り込んでいく方法である。教材を個々の対象者に手渡し、簡単な説明を加えるわけであるが、一度にすべての説明をするのではなく、何回かに分けておこなうことが必要である。1回の実施時間は最長50分をめどにする。また、このタイプの方法のメリットは、家族や本人のニーズに合わせて進められることで、必ずしも教材を順序どおりに進める必要はない。会話の中で生じた疑問などに答えるかたちで、適宜説明を加えたり、また、家族の場合は自宅でも読んできてもらって、その上で質問に答えたり情報を提供したりする形をとることができる。

3. グループワーク、対処技法の修得プログラムの実施

(a) 精神障害者本人および家族それぞれのグループで行う場合と、(b)単一家族の障害者本人および家族で行う場合がある。

1) 精神障害者本人および家族それぞれのグループで行う場合

ここでは、例として、家族に対する心理教育としてAタイプで行われるもの(国府台版)、本人に対する心理教育としてB-1タイプで行われるものを中心に説明する。

家族に対する心理教育の場合(家族Aタイプ:国府台方式)

約10組程度の家族を1グループとする。スタッフは1グループあたり最低3人、すなわちグループを進行するリーダーとコ・リーダー、それに板書係がいるとよい。家族グループでは、参加者に一部、本人が加わってもかまわない。むしろ、その方が本人の体験に基づいた話し合いが出来るので、より有効な場合がある。

グループを進行するに当たっては、ルールや進め方などグループの構造を明確にしておくことが望まれる。また、それを模造紙に書いて張り出すなどして、参加する人々が分かりやすくする。そのことによって、グループでおこなわれることが明確になり、参加する家族や本人の安心感が増すのである。運営もスタッフだけでなく、参加した家族と協働しておこなう姿勢が必要であり、徐々に会の準備などもともにするのが良い。

グループの進め方としては、問題解決あるいは解決志向型のグループワークが安全でかつ効果的なものとして推薦できる。

これは、以下のような流れで運営される。

ウォーミングアップ（最近体験した良かったこと、ほっとしたことなど報告しあう）

参加した家族にグループの中で相談したい話題を出してもらい、今日のテーマを決める。何人かに案を出してもらい、緊急性や共通性などから決めていく。板書はそれをホワイトボードに書く。

相談をしたい人の話を少し詳しく聞きながら、質問をしたりして体験の共有をおこなう。

「この場で皆から意見を聞きたい事柄」を再度確認し、参加者が様々なアイデアを出す。板書はそれをホワイトボードに書いていく。

相談をした人は、ホワイトボードを見ながら、自分に合った解決策、対処方法をチェックする。

そのときに、選択にあたっての自分なりの意見をいう。

グループの感想を一人一人言い、グループを閉じる。

スタッフの技術としては、話し合いの方向が「原因さがし」や「非難の応酬」ではなく、具体的な対処の提案や考え方の提案になって、相談をした人の役に立つようにグループの進め方をしっかりと保つほかに、(1)テーマとなった話題について、参加者のそれぞれが自分の体験と比較して話ができるよう、話題を参加者に振って発言を促す、(2)相談のテーマが、小さく具体的なその人のニーズに合った話題となるよう（「私は～ということがしたいので、ここで、みなさんから～について意見を聞きたい」）、話題をしぼる、(3)場の雰囲気がリラックスでき、和やかに語れるよう、出来ている対処に注目したり、工夫や努力をほめねぎらうなどのメッセージを多く出す、などが大切である。

本人に対する心理教育の場合（本人B-1タイプ）

1グループの参加者は10名以内が適当である。スタッフは、グループを進行するリーダーとコ・リーダー、それに板書係がいるとよい。グループを進行するに当たっては、グループのルールや進め方などの構造を明確にしておくことが望まれるのは、家族の場合と同様である。シンプルで、わかりやすい構造となるように心がける。そうすると慣れるにつれて、参加者の中にスタッフ的な役割りを取れるひとが出てきて、グループがセルフヘルプグループ的な色彩をもてるもののメリットである。

障害者本人の疲労度も考えて、グループは短時間（最長でも、途中で休憩を取りつつ合計で90分程度か）でおこなう必要がある。そのため、上述した教育プログラム(情報提供)を途中にはさんでおこなうのが現実的であろう。

以下に示すのは、グループワークの進め方の一例である。

グループのルール・進め方を読む。

ウォーミングアップ：最近おきた「よかったこと」「ほっとしたこと」などを話す。

情報提供の時間（15分程度）質問なども取り上げる。

今日相談したいことを出して、テーマを決める。

<休憩時間：10分程度>

相談したいことについて、詳しく話し話題を共有する。

参加者それぞれが、アイデアを出す。アイデアはホワイトボードにすべて書く。

相談した人が、アイデアから、自分なりの対処を選択する。

一人一人感想を言って、グループを閉じる。

ここで行なうグループは、「相談したいこと」をテーマとして取り上げおたがいの体験を比較し

つつより良い対処や工夫のアイデアを出す、問題解決ないしは解決志向型のグループワークである。家族に対する心理教育で述べたスタッフの技術は、本人に対する心理教育においても必要な技術である。

プログラムの進め方に関する詳細は、鈴木文、伊藤順一郎「SSTと心理教育」中央法規出版(1997)、後藤雅博編「家族教室の進め方」金剛出版(1998)などを、また、本人のAタイプについては、リバーマン編(井上新平監訳)「自立生活技能プログラム～地域生活への再参加プログラム」丸善ニューメディア出版部(1998)、研修で用いたテキストなどを参照していただきたい。

2) 一家族単位で行う心理教育の場合(単家族心理教育)

一家族単位で行う心理教育の場合は、障害者本人と本人にとって主要な家族員が合同で話し合いに参加する。必ずしも医療機関でおこなう必要はなく、スタッフが自宅に訪問して行なう事もできる方法である。単家族心理教育の場合も、生活の上で困難となっている事柄に焦点を当て、どのように今後工夫していったらよいかを話し合う。しばしば、話題は症状への対処のことであったり、互いのコミュニケーションの工夫についてであったりする。時には、情報不足から病気の認識に誤解があったり、家族と本人の感情のずれがあるような場合もある。スタッフから伝えられた情報は、しばしばこのようなときに、ものの見方を変えていくきっかけになるのである。

セッションの進め方としては、認知行動療法的な問題解決の枠組みを用いたり解決志向の枠組みを用いるのが、安全な方法である。一般的に、複数の家族を集めて行なう心理教育よりも、単家族心理教育はその家族特有の話題が出やすく、それをめぐって過去の様々な葛藤などが語られやすい。そのため、スタッフがセッションの構造を慎重に維持し、「今からこれからのこと」に焦点をしばっていくのが必要な技術である。すなわち、家族の生活の中で生じている具体的な小さな困難な事柄に話題を絞り込み、今までの対処について整理するとともに、「どんな風に生活をしていきたいか」「どんなことが出来ると良いといえるか」といった方向の話し合いを、組み立てていく。そして、実現可能な対処の工夫を出し合って、そのときによいと思える方法を選び取っていくのである。小さな変化を起こすことに成功することにより、生活を続けていく上の自己効力感を徐々に取り戻し、より柔軟で楽観的な生活を取り戻すことがセッションの目標である。また、単家族心理教育では定期的に家族が集まり、スタッフに支えられながらともに話し合うという体験を重ねるので、そのこと自体が、家族間の関係性を変えていくのに貢献するという意義もある。

詳細は、カイパーズ他「分裂病のファミリーワーク」星和書店(1995)、ファルーン他「インテグレイテッド・メンタルヘルスケア」中央法規出版(1997)等を参照されたい。

4. プログラムの頻度と回数

障害者本人に対するプログラムの回数は、4～5回から20回程度までニーズや現場の体制に応じて様々に考えてよい。頻度としては毎週1回、大変集中的に行なう方法では、週に2～3回開催する。一回の時間は60分から90分程度が現実的であろう。本人への心理教育は原則として入院期間内に行うが、デイケアなどを活用して退院後に実施することもできる。また、規定の回数が終了したのちは、たとえば月1回のグループとしてフォローアップができるとセルフヘルプグループなどに成長していく可能性を広げるであろう。

家族に対するプログラムは、月1回程度のペースで、1回2時間から3時間というのが現実的である。このうち、教育プログラムにさく時間は、1回1時間程度で、4回から6回にわけて行なうのが標準的である。家族Bタイプのプログラムで質疑応答もていねいにするとすれば1時間半程度の時間が必要になろう。グループワーク、対処技法修得プログラムについては、月に1～2回の開催で、4～5回から10回程度継続する。先に述べたように本試行では急性期入院治療から退院後数ヶ月までの家族を扱うので、短期集中で行うよりも、定期的にある程度の期間行われることが、家族のニーズに合う。特に家族もこれからの生活に不安を抱えやすい退院直後にこのような心理教育のプログラムがあることで、家族は対処の指針を立てやすくなり、大変有用である。グループワークの1回当たりの時間は1時間半から2時間を標準とする(情報伝達のプログラムは別として)。少しゆとりを持って、生活の場面からちょっと離れ、みんなで話し合う時間といった意味合いでは、間に休息を入れながら、やや長めに時間を取っても良いと思われる。

5. ケアアセスメントと退院計画の作成

心理教育により家族や本人が精神疾患や精神障害への対処が徐々に向上すると、自分たちの生活の支援に様々な資源を使い、孤立せず、より良い生活をしたいというニーズが高くなってくる。

ケアマネジメントはこのようなニーズに応じるための必要な技術である。

今後心理教育を受けた家族や本人には、ケアマネジメントを提供し、彼らに必要な生活支援のサービスが継続的に行なわれるようにすることは、望ましいことである。ケアマネジメントでは、まず、ケアアセスメント票を用いてアセスメントを行ない、対象者のニーズに応じた必要な援助サービスを明らかにする。その上で、対象者本人の承諾を得て、また家族や地域での担当職員の了解を得て退院計画、ケア計画を作成していくのである。なお、詳細は、精神障害者ケアガイドライン検討委員会版「ケアガイドライン」を参照していただきたい。

6. サービス提供上の留意点

心理教育は、家族や本人のエンパワメントをその目標とする。したがってサービス提供に当たっては、対象者の力量形成に配慮し、障害者本人および家族の自主性、主体性を十分に尊重することが必要である。また、心理教育は、それだけで完結するプログラムでもない。先述したようなケアマネジメントとの連携ばかりでなく、適切な急性期治療、他の機能的なりハビリテーションなどが行なわれてこそ、心理教育もその効果がより発揮できる。したがって、心理教育のみですべてを解決しようとするのではなく、家族支援・本人支援の基盤整備として心理教育を位置づけるのが良い。なお、グループによる心理教育プログラムを行った場合は、終了後には自助組織への発展を考慮し、持続した支援活動が継続することを意図できることが望ましい。

・ スタッフの体制作り

心理社会的援助プログラムは個人で行うことが困難ですし、また適切でもありません。プログラム実施の成否は、スタッフの体制作りやケアのシステム作りにかかっていると言っても良いでしょう。特に、以下の点に配慮が必要です。

まず、病院内では多職種によるチームアプローチが必要です。実施準備の段階では、できるだけ多くのスタッフに準備状況がわかるように、研修会や勉強会の開催、実施準備が進んだ段階ではニューズレター等の発行や掲示板の利用などが重要となります。

地域リハビリテーションへの結びつけにおいても、地域生活支援の体制作りが重要であり、そのための研修会や、勉強会の開催は役に立ちます。

援助プログラムが開始されたら、スタッフ同士の連携はより必要になります。たとえばそれぞれのセッションの終了後に反省会を開き、援助内容に検討を加えます。また、実施された内容はニューズレター等で病院各職員に周知します。援助プログラムの内容の記録を作成しておくことも大切です。

事務局は援助チームの要ですので必ず担当を決めておきます。事務局は、援助プログラム実施チームの調整やチームワークの向上のために重要な役割を持っています。たとえば、援助プログラム対象者が継続して参加できるように呼びかけなどをするに当たって、事務局による出欠の把握があると大変便利です。特に家族グループは月一回の開催ですので、次回のお知らせや、前回グループの報告などこまめに行うほか、毎回アンケートで出欠を取るようにして、欠席する人には電話で状況を聞いたりすると、家族との関係が密になりグループの形成に役立ちます。

なお、プログラムに参加した対象者に対しても、次のプログラムまでの間に電話で状況を尋ねたり相談にのる方法が有効であることがあります。たとえば、前回プログラム以降の生活の上での収穫や、今度新たに相談したいことなどの確認、今家族や本人が工夫していることなどを話し合います。

．効果評価調査の実施

1. 効果評価調査の意義と目的

心理教育を中心とした心理社会的援助を行う場合、適切な対象者に援助を提供できているのか、援助内容は適切であるか、十分な効果をもたらされているのかどうか、について常に注意を払っておく必要があります。援助プログラムの多面的な要素が効果をもたらす可能性があり、これまで効果的な方法とされているものであっても、臨床的な振り返りが常に求められています。

2. 障害者本人および家族への説明と同意

心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムの意義と効果を説明すると共に、自発的な参加を促します。プログラムに主体的に参加する動機付けがたいへん重要となります。

3. 効果評価の内容

心理教育を中心とした包括的心理社会的援助プログラムは、精神障害者本人および家族、さらにはその援助システムにさまざまな効果や影響を及ぼすことが想定されます。そのため、その効果評価には幅広い包括的な指標が用意される必要があります。

まず、多くの心理社会的援助プログラム研究の目標がそうであるように、再発防止と症状の低減が目標となるため、精神症状が評価されるとともに、再発の有無が把握されます。また、社会適応度など社会機能の状態が評価されます。心理教育の目標である自己効力感や自尊感情の向上、知識の増加、援助プログラムの準備性の向上、QOLの改善や、サービス満足度の増加などが明らかにされる必要があります。特にプログラムの目標を明確にして、その目標を的確に捉えられる評価尺度を用意することが重要です。

さらに、家族関係の改善、家族の負担度・健康度の軽減、家族のケア機能の向上なども重要です。スタッフの連携や前向きな取り組み姿勢なども評価される必要があるでしょう。

効果評価は、援助プログラムの前後で同一の指標を比較する方法が一般的に用いられますが、援助プログラム終了後に、スタッフあるいは援助プログラムを受けた障害者本人および家族が振り返り評価で、従来の援助と比較してどの程度改善が認められたかを評価するシャドウコントロール法も用いることができます。

前後比較で評価する場合は、援助プログラム群と、対照群を無作為に割り当てて比較分析する方法が最も科学的です。

4. 結果のフィードバック

効果評価の結果は、心理教育を実施する各機関でよく検討し、次に行う援助プログラムに生かします。効果の見られなかったプログラムについては、なぜ効果がなかったのか、プログラム内容や援助目標についても検討を加えます。

． おわりに

心理教育は、近年全国各地で活発に行われようとしています。全家連保健福祉研究所(1997,1999)の調査によれば、それらのプログラムの形態は多様ですが、知識伝達・情報提供のみの援助が中心となる傾向があります。精神保健福祉サービス利用者に必要な知識・情報を伝えることは、それ自体消費者重視の立場から重要であり、またサービス利用者が必要な知識・情報を入手することによって、必ずしも恵まれていない日本の精神科リハビリテーション環境を大きく改善する手がかりになることが期待されます。

しかし、本ガイドラインで述べたとおり、心理教育は精神保健福祉サービス利用者のエンパワーメントを援助するアプローチでもあります。したがって、同時に地域ケアプログラムや他のリハビリテーションプログラムへの橋渡し機能、さらには地域のセルフヘルプグループへ結びつける機能を重視しなければなりません。

心理教育によるエンパワーメント援助、地域ケアプログラムとの連携、ピアグループ支援などを包括的に目標とするアプローチがどのような有効性を持っているのか、また、知識・情報の提供プログラムが、それ独自に精神障害者・家族および医療機関や地域のリハビリテーションシステムにどのような効果を及ぼすのか、科学的に実証する必要があります。このガイドラインに基づいて試行調査を行い、試行結果からガイドラインを科学的に見直す必要があります。他方で、ガイドラインに基づいた研修を全国で実施し、援助技術の検討と交流、共有化、そして積極的な普及を図る必要があります。これらの取り組みを通してガイドラインに見直しを加え、より効果的で、かつ臨床現場でも十分に活用可能なものに改訂していくことが必要と考えます。

・ [補章] 初心者のための手引き (付記: 病名告知にまつわる問題)

本ガイドラインは、巻頭に述べられているように精神科の臨床現場における専門職が主に使用することが想定されています。しかし、専門職といっても経験や立場によって「心理教育」という用語に対する理解の程度は様々であろうと思われます。また、実践されている心理教育場面を目にすることが可能な施設もあれば、耳にすることはあっても実際には目にする機会のない施設もあるのが実情です。いずれの場合でも心理教育の経験のない専門職が心理教育を実践しようとするときにはより具体的な指標が必要であろうと考えられます。そこで、特にここでは心理教育の経験はもとより、臨床経験も浅い専門職が心理教育を行っていく上で参考になると思われる事柄について記載することとしました。

内容については本ガイドラインの他の項目とは若干趣を異とし、あえてガイドライン作成委員会のメンバーで最も臨床経験が浅く初心者の立場に近い内野が心理教育を学んできた課程で疑問に感じたことや失敗した経験などをもとに作成しております。そのため、一般化には限界があると思われる、その点については文責が内野にあることを明らかにして御容赦いただくことをお願いするものです。

1. 所属する施設に何らかの心理教育的なプログラムがある場合

先輩スタッフが実施している心理教育プログラムに直接参加できる機会があるのは、精神科臨床の初期研修の場として恵まれているかもしれない。あらゆる場面で今後の臨床上であなたの役に立つ経験を得られるであろう（ベッドサイドで明日から使えるようなわかりやすい言い回しなど）し、当事者や家族が抱えている疑問の素朴さや不安の大きさについて学べる点も多い。

* 心構え

しかし、多忙な初期研修の期間にルーチンワークとして心理教育プログラムに組み込まれた場合やサブリーダーの立場に終始した場合にはかえって関心を持ちにくいかもしれない。プログラムに参加するに当たっては、常に「自分がリーダーを任されたなら」と仮定して参加することが勧められる。同時に、先輩スタッフの説明があなたに充分理解できるかを吟味せねばならない。初心者であってもスタッフの一員であるあなたに理解しがたいことは当事者や家族にはまず理解を得られないはずである。初心者の立場で実感した体験を忘れずにいることの大切さは臨床の全てに共通したことである。

既存のプログラムが心理教育的プログラムの全てとは限らないことにも留意する。欠点と感じられることがあればそれを改善していくのは後から実践していくものの務めである。実際、先輩が実践している内容を身につけるだけでも大変なことであるが、同時により良いものに変えていくことは初心者の新鮮な視点が有用であることが多い。

2. 所属する施設に心理教育的なプログラムがない場合

* 協力者探し

まずは協力者探しから。あなたが研修医ならば、心理教育に関心のある先輩医師か、リハビリテーションに関心を持つコメディカル。コメディカルの方が心理教育という言葉に馴染んでいる場合も多い。コメディカルの場合は同職種に協力者を見つけるのが比較的容易であるかもしれないが、いずれにせよ心理教育プログラムを立ち上げ実践していくためには、精神科臨床に携わる全てのスタッフの協力が不可欠である。たとえばグループで行う場合、最低限、「統合失調症の症状と薬物療法に関する講義」ができる人材と、集団（仮に単家族であっても数人の集団である）をマネジメントできるだけのキャリアのある人材の二人は欠かせない。

*** 抵抗**

何人かの協力者を確保する過程では、逆に心理教育プログラムの導入に抵抗する動きも現れるであろう。極論するならば、あなたが医師であったり、幸いにも指導的な立場の医師の協力があるならば今日の臨床現場の実情からは、ある程度強引に実施することが可能かもしれない。しかし、こういった心理教育プログラムに最も抵抗を示すのはまた医師であることが多いことが指摘されている。そういった場合、近年明らかにされているevidenceを示すのは一つの有効な手段であろうが、心理教育そのものが一種の治療哲学や疾病観にかかわる面を持っていることから容易でないことがある。さらに、心理教育そのものが保険点数として算定されていないことも時に大きな障害となる。

*** 抵抗の具体例とその対策**

しばしば見られる抵抗としては、例えば「必要なのは理解できるがうちの病院で必要とは思わない」「やりたいが人手が足りない」といった「総論賛成各論反対」式のもの、「患者や家族が理解するとは思えない」といった治療者側のstigmaなどがしばしばみられる。これらの抵抗に対して感情的な反発は避け、抵抗する側が危惧していることをきちんと吟味する。前者の場合ならば、誰がどのような形で実施するのかを明確にして紹介することだけでも「積極的な抵抗」をかなり減じることができるようである。また、当初は対象者を限定すること（自分が責任を負っている患者から開始する、より必然性の高い患者群を検討するなど）や、プログラムとして導入しやすい設定を工夫するなどして、まずは何らかの心理教育プログラムをスタートさせることが肝要である。その際に、スタッフの負担が急に増すことのないように配慮するのは大事なことである。そのためには、既存の集団療法の枠やSSTの枠を利用するといった工夫が経験的に薦められる。そしてスタートした心理教育プログラムで得られた成果を示すのが最も効果的である。現場では何よりも「参加してよかった」という患者や家族の評価が一番の説得力を持つ。

*** 治療者の持つstigma, stereotype**

また、「患者の家族は変わっている」、「患者自身がみずからの病気を理解するとは思えない」といった理由が抵抗のもとであるならば、そういった誤解の払拭自体が心理教育の対象でもある。こういった誤解を持つ精神医療関係者は少なからず存在するのが現実であるが、まずは当事者や家族に実施する前にスタッフを対象にデモンストレーションすることで理解者を得ることができるとも少なくない。

*** 開始後の問題**

さて、いったん開始にこぎつけたプログラムも最初は何かと問題が起こるかもしれない。参加者の確保に困ることは少ない。日ごろそういった疑問を口にしない当事者や家族であっても「病気や薬のことを知りたい」という思いはまず全てに共通したものである。むしろ、プログラムの対象でないケース（感情病圏や人格障害など）や初心者力量では不安を覚えるケース（極度に症状不安定であったり、著しいHigh E.E.の家族など）からの参加希望があると初心者が覚える不安は大きい。対象外の疾患の場合、マン・ツウ・マンや単家族の場合は教示内容を適宜変更することで対処できるが、グループで初心者が実施する場合は、ある程度グループに均一性が保たれていなければ実施は困難であろう。当初の段階では、疾患別のプログラムであることをきちんと説明し、遠慮していただくほうが賢明である。むしろ、ニーズが高ければその後に別の疾患を対象としたグループを作ることを検討すべきなのを言うまでもないが、まずは立ち上げたグループの確立が優先されよう。初心者では難しいと思われるケースも同様であり、あなたが運営にある程度の自信をつけてから腕試しをすることをお勧めしたい。

*** 初心者がやりやすい条件**

一般に、初心者によりやすいのは、その患者さんのことをあなたがよく把握できていて、学びたいというモチベーションが高く、症状が比較的安定しており、言語的コミュニケーションが容易、といった当たり前といえば当たりの条件を満たしていることで、グループの場合ではさらに、場を和ませてくれるような能力がある、といったメンバーを誘うことも重要である。もちろん、全ての患者さんに等しく心理教育の機会を設けるのは理想であるが、初心者が立ち上げる場合に初心者がやりやすい条件を整えることは非難されるものではない。

<本人からやるか、家族からやるか？同席でやるか？>

どちらでも良い。あなたがやりやすい方から、あるいはニーズの高い方から。最終的に両者に実施するのが望ましいのはいうまでもない。

本人の場合は、当然ながら参加者にある程度のモチベーションが必要。いわゆる病識の有無は問題とならないことが多く、「病気について知りたい」という思いがあれば充分。「私は病気ではないが薬のことは知りたい」という動機もあり得よう。ただし、本人の場合は、それぞれの病名認識の有無によりアプローチが違ってくる。また、本人の場合はスタッフの予定通りにはなかなか進まないことも多い。あちらにそれ、こちらにそれるといったことがしばしばであり、根気強く参加者の発言に耳を傾けながら流れを作っていく上でやや難しさがある。

一方、家族の場合は患者への怒りや非難、あるいは自責といった情緒的な混乱が出現されやすいことに留意せねばならない。

また、当初より同席してのセッションを持つかどうかについては、本人と家族では罹患したことの衝撃の受け入れや回復に時間的なずれが生じることを考えると、当然心理教育を受けるのに適した時期もずれると考えられる。よって、最初から同席でのセッションを持つことには、特に初心者を実施する場合はこだわらなくてよいように思われる。

いずれにせよ共通していえることは、初回入院時や初発時にしっかりと教育的介入を実施しておくことである。

<本人の場合、マン・ツウ・マンでやるかグループでやるか？>

心理教育とは単に患者や家族に疾患についての知識を教授する手法にとどまらない。心理教育的姿勢ともいうべき、患者や家族に向き合う際の専門家としての姿勢をも含むものと思われる。その姿勢とは客観的事実を重視しその事実を分かち合う姿勢であり、自律性を尊重し権利や主体性を擁護する姿勢であり、何らかの行動の変化を求める姿勢（前田2000）である。

よって、心理教育とは必ずしもグループで行うべきといった制限はない。外来や病棟での日常的なやり取りの中でも十分に心理教育的な介入は可能である。しかし、初心者にとっては、何らかのグループでの心理教育的プログラムを経験した上でなければ、マン・ツウ・マンでの実施は難しいかもしれない。グループで苦労した体験や有効であった言い回しなどがその後の心理教育的姿勢を実践していく上での財産になることが多いように思われる。

また、日常的に心理教育を実施するという観点から考えると時間的、経済的な面からもグループで実施する方が効率的であるし、当事者間の自助的な相互作用の発揮も期待できる。さらに他のスタッフが参加しやすいのもグループの利点であろう。あなたが全てを引き受ける心理教育であるより、さまざまな人の力を借りて行える構造である方が継続性という観点からも有用である。よって、まずは既存のプログラム（集団精神療法の枠やSSTの枠など）を利用してグループから実施するのが現実的であろう。

とはいえ、マン・ツウ・マンで行う心理教育も極めて意義深く、特にグループでは扱いにくい問題などがあればグループでの心理教育の後に個人で扱うことが能率的であるし、より有効なアプローチとなり得ると思われる。

<本人の場合、病名を告知して行うべきか、否か？>

病名を告知したうえで実施される心理教育と、未告知で行う心理教育での効果の差の有無についての報告はない。しかし、きちんと病名を告知した上で実施する方が望ましいのではないかという仮定には恐らく異論は少ないと思われる。しかしとりあえずは、あなたが所属する施設の実情が優先されるべきである。参加を希望する患者の多くが未告知であれば「統合失調症や心因反応など」といった表現を用いて実施することも許されようし、そういった制約のうえで実施しても効果は必ずしも減じない。むしろ、未告知で実施した場合に現れてくる問題を実感したところで病名告知の問題を検討すべきかもしれない。あまりに病名告知の問題に拘泥しては心理教育の実施を躊躇する結果につながるだけである。

この点については、巻末の付記にもう少し詳しく述べているのでご参照いただきたい。

<家族の場合、単家族でやるか複合家族でやるか？>

この差異についての詳細は 2節、5節に述べられている別項（2B-2-2、2B-2-3および5B-2-2、5B-2-3）に譲る。初心者にとっては何度も述べてきたように「やりやすい方」から始めるのが何よりも大事であることから、イメージしやすい方から始める。ただし、本人の場合と同様、初心

者にとってはグループでのプログラムを経験した上で、より細かな問題が話題になる単家族と向き合うのがやりやすいように思われる。

<病棟でやるか、外来・デイケアでやるか？>

無論、あなたがどの部署に主に所属しているかによって異なる。ただし、その部署によって対象となる患者や家族には例えば急性期、リハビリテーション期、いわゆる慢性期といった違いが生じてくることから、おのずから教示の内容にも違いが生まれてくる。最も望ましいのは、各部署ごとに対象者のニーズに応じた心理教育が周到に準備されていることであるが、初心者のあなたが全てを準備して実施することは到底不可能である。心理教育は先述のように心理教育的姿勢をも含むものであるし、一つの心理教育的プログラムがどこかで開始されることによって他の部署や他のスタッフに波及的な効果をももたらすことが期待できる。あなたがどこかの部署で始めれば、他の部署のスタッフが関心を示し、新たなプログラムを立ち上げる可能性は高い。何よりも患者や家族は一つの部署とだけ関わっていくのではなく、外来から病棟へ、病棟からデイケアへ、あるいはまたデイケアや病棟からまた外来へと動いていくものであるから、彼らが心理教育のいわば営業マンとなってもくれる。そしてまた、彼らがそういったものを他の部署やスタッフに求めていくような自律性を獲得することこそが心理教育の重要な眼目でもある。

<何を伝えるか>

最も重要と思われるのは、参加者のニーズを知ってそれに応えることと、わかりやすい統合失調症モデルを伝えること、問題解決に役立つものであることの三点である。

の参加者のニーズを知るためにも、参加者との対話には可能な限り多くの時間を割くべきであり、それは本人でも家族でも同様である。例えば薬物に関する関心はどちらも非常に高い。本人は自らが服用するのであるから今日、明日にでも出現する可能性のある副作用についての知識をなんとなくでも得ようとするし、家族は将来的な後遺症の有無について心配を口にすることが多い。あるいは本人が「今後どうしたら良いのか？」に強い関心を示すのに対して家族の場合は「家族の責任で生じる病気ではない」という教示に安堵を示す（ような心理教育であるべき）。

のわかりやすい統合失調症モデルに関しては を踏まえればおのずから導き出されるものである。当然、統合失調症の生物学的・心理社会的モデルの提示が必要である。これらを網羅したテキストは初心者が心理教育を立ち上げる上で極めて有用である。参考となるテキストは の3節「急性期にある方ご本人への心理教育」の項に示したが、あなた自身があなたの立場で実情に応じたテキストを独自に作成することも益するところは大きい。テキストを作成する過程で様々なことを学びえるものである。かく言う本項の分担者も、心理教育の先駆者の一人である先輩医師からテキストの改定を命じられ、その過程で得た経験が心理教育場面はもちろんのこと、日常臨床にまで及ぼした影響は大きかったように思う。

の問題解決に役立つものにするという視点も大事である。ともすると、特に初心者が実施する場合はテキストの内容を伝えることに追われてしまいがちであるし、それ以上の余裕はないのが当たり前であろう。最低限クリアすべきハードルは、再発防止を目標に患者や家族が利用できる資源（医療機関、薬物、そのほかの社会資源）を活用できるようになることであるし、当事者や家族が苦しんでいる誤解やstigmaから少しでも逃れられることであろう。そういった課題を常にスタッフ間で共有し、リーダー以外（リーダーは、テキストの内容を正確に伝えることで精一杯になるのがむしろ常である）がそういったサポートを心がける工夫が必要である。

以上、初心者が心理教育を立ち上げ、実践していく上でぶつかることが想定される場面や課題をいくつか挙げて具体的な対処や考え方を述べた。最初に述べたようにその対処や考え方に限界は少なくないが、こんなつまらないことで引っかかる場合もあるのだという反面教師的な意味も含め、これから心理教育にかかわりたいと思っている初心者に少しでも役に立てれば幸いである。

（担当：内野俊郎）

(付記：当事者への心理教育と病名告知にまつわる問題)

本邦で本人へ心理教育を行なう際にまず直面する課題として、心理教育の中で参加者の病名をどう取り扱うのかという点が挙げられる。本稿は、初心者が心理教育を行なう際の手引きの付記であるが、この問題は必ずしも初心者に限った問題ではない。浦田班の介入研究でも全ての施設でいわゆる告知をして心理教育を行なったわけではなく、施設の実情に応じて未告知のまま、いわば「病名不問」といった形で実施した施設も少なくない。

ここでは、これら心理教育と病名告知にまつわる問題を扱いたい。

1. 告知の有無によって効果に差があるか？

まず、病名の告知の有無によって効果に差があるかという視点は重要である。しかし、これらについて明らかにした報告はない。ただ、本邦での効果報告のほとんどはいわゆる「病名不問」で行なわれたものであり、前例原則告知という方針で実施されたものは国府台病院の一連の報告だけではないかと思われる。一方、欧米での報告はそのほとんどが告知が原則というその国の精神科医療の現状を反映したものである。両者を比較した時、報告された効果尺度（症状、病識、治療遵守性など）について諸外国と本邦との間に大きな差異があるとは言いがたい。ただ、「病名不問」の形式で実施した心理教育では病気そのものへのイメージは改善しない可能性を示唆する報告（内野俊郎、前田正治、原口健三：「精神分裂病」とスティグマ - 本邦における心理教育の臨床的課題 - . 臨床精神医学32：677 - 688, 2003）もあり、今後の検討課題の一つと考えられる。

2. 告知の現状

本邦での病名告知の現状は、95年全国調査（インフォームドコンセント研究班）によると、「患者・家族に原則として知らせる（精神分裂病）」が18.9%、「状況により患者へ知らせる」が45%、「原則として家族のみ」が28%となっている。一方、諸外国では米国での95%以上（Wirshing 1999）という数字を筆頭に、わが国よりも総じて告知率は高いとする報告が多い。ただし、米国、カナダ、ドイツなどの治療ガイドラインでは「心理教育を前提とした告知」を強く推奨しており、ここに心理教育と告知との関わりの鍵が示されているように思われる。

3. 未告知で行う心理教育の課題

現実的に心理教育を導入する際にはいわゆる「病名不問」型の心理教育を選択する場合も少なくないと思われることから、以下にこの「病名不問」型で心理教育を行なう際に起こりうる問題について述べる。

1) 自身の問題と結びつけないまま心理教育を終える

心理教育によって知識は増えるが、病名について語られないがゆえに必ずしも自身の問題として捉えることが出来ない場合がある。ここには否認といった防衛機制も関与するかもしれない。その効用を安易に軽視することは現に慎まねばならない。しかし、治療的介入として実施する以上はいたずらに放置することもまた問題であろうと思われる。

2) 自身の病気にそこで気づく（疑う）

上の1)とは逆に、たとえ「病名不問」で心理教育を行なっても、情報が伝達されていく過程で自らの症状との類似性に気づくことがあるのは当然である。当事者がその内容に極めてネガティブな印象を抱いた場合には不安、否認、怒り、悲嘆といった反応が生じる可能性は否定できない。よって実施する際には参加者が抱きうるネガティブな印象について出来るだけ言及すると共に、より解決指向につながるような情報をきちんと伝えていくといった配慮がなされることによって、重大な副作用に繋がる恐れは回避できる。

3) 治療者が告知を避ける印象を強くする

95年全国調査（インフォームドコンセント研究班）でも指摘されたように、当事者は医療者側が思っているよりも自身の病名への認識率は高い。そして「心理教育を熱心に行なってくれる」にもかかわらず「病名は伝えてくれない」という事実からは「やっぱりそんなにひどい病気？」といった疑問、言うなれば「伝えないことで伝わる」メッセージとしてとらえられる可能性を考慮しておく必要がある。

これらへの対応としては、まずこういった課題があることを念頭におきつつ、それに配慮しながら実施することが必要である。そのためには心理教育場面が単なる知識や情報の伝達にとどま

らず、本ガイドラインで繰り返し述べられている「心理教育的面接」に準じた治療的雰囲気の中で実施されることが最も重要であることを特に強調しておきたい。

4. 今後への展望

承知の通り、2002年夏にわが国では「精神分裂病」から統合失調症へ呼称変更されたわけであるが、このことが直ちに病名告知を容易にするというものではない。しかし、本邦でも正しい病名を当事者と共有できるような環境作りを望む方向で議論が進みつつあるのは確かであろう。病名告知に懐疑的な意見も、そのほとんどは当事者が持つ精神障害へのネガティブなイメージを危惧してのものであり、この危惧には当然ながら大きな注意が払われねばならない。精神神経学会でも呼称変更の際、呼称変更や告知そのものが目的ではなく、きちんと病気について治療者と患者が語り合えることが目的であると議論された。同じく心理教育もInformed Consentや告知を目的としたものではなく、それ以前の基本的な条件作りとして必須のものとして位置づけられるべきものと考えられる。

したがって、本ガイドラインではまず心理教育を実践することで統合失調症の正しい知識について当事者や家族と治療者が分かち合える環境作りを行うことを推奨したい。告知はその先にある課題として、実際的には個々のケースの状況や施設の実情に応じて検討されるものと考えられる。

(担当：内野俊郎)

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「統合失調症の治療および
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」

心理社会的介入共同研究の研究体制

主任研究者

浦田 重治郎 国立精神・神経センター武蔵病院

分担研究者(心理社会的介入共同研究班)

安西 信雄	東京都立松沢病院（現在：国立精神・神経センター精神保健研究所）
池淵 恵美	帝京大学医学部精神神経科
伊藤 順一郎	国立精神・神経センター精神保健研究所
岩崎 俊司	国立十勝療養所
岩崎 学	国立療養所賀茂病院
大島 巖	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
下原 宣彦	国立療養所菊池病院
西田 正方	国立療養所榊原病院
廣瀬 棟彦	国立療養所松籟荘
舟橋 龍秀	国立療養所東尾張病院
前田 久雄	久留米大学医学部精神神経科

研究協力者(共同研究の全体研究)

内野俊郎	久留米大学医学部精神神経科学教室
岡伊織	全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所
後藤雅博	新潟大学医学部保健学科
瀬口康昌	国立肥前療養所
瀬戸屋希	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
高橋 輝道	国立療養所賀茂病院
長直子	東京都精神医学総合研究所
中村由嘉子	全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所
福井里江	日本学術振興会
前田 正治	久留米大学医学部精神神経科学教室
遊佐安一郎	長谷川病院
吉田光爾	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

事務局

塚田和美

五十音順 共同研究責任者、 ガイドライン作成ワーキンググループ、 同責任者
所属は、研究に関与した当時の所属

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
(暫定版)

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 13 指 2
統合失調症の治療およ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 研究成果

発行日 2004 年 1 月 25 日
発行者 統合失調症の治療およ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
(主任研究者：浦田重治郎)
心理社会的介入共同研究班
事務局 国立精神・神経センター国府台病院
〒272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-1
E-mail: kohnodai@air.linkclub.or.jp
