

特集 医療機関で求められる心理社会的治療——モデルプログラムの提案——

急性期やデイケアなどの多様なニーズに対して
心理教育プログラムをどう組み立てるか

内野 俊郎

家族心理教育あるいは患者本人を対象とした心理教育の有効性についての evidence は十分な蓄積が進んでいる。特に統合失調症の家族や当事者への心理教育については再発率の低下や再入院期間の短縮に代表されるような臨床的にインパクトの高い効果も明らかにされているし、感情病やトラウマ関連疾患などでも心理教育を実施することの有用性についてのコンセンサスは得られたといえよう。しかし、evidence のある心理教育プログラムは実施の回数や期間が重厚なものが多く、本邦の実臨床で医療制度などの異なる諸外国のプログラムをそのまま実施するのはやや負担感が大きいのも事実である。また、実施するプログラムの質の担保を保証する技法の標準化や質の高い研修を提供するための組織的な取り組みも端緒についたばかりであるなど、検討すべき課題は少なからず残されている。

そのような中でも、医療機関において心理教育を提供される機会は増えてきており、各医療機関や地域の中でその実情に応じた様々な心理教育プログラムのモデルが示されている。IMR (Illness Management and Recovery) のように他の心理社会的な技法と組み合わせた心理教育のパッケージなども開発され、それらの技法を研修する機会は着実に増えつつあり、心理教育のみにとどまらず、包括的な心理社会的支援を実践していくことが重要であるという認識も広まっている。今後、患者や家族のリハビリや希望に焦点をあてた支援へと心理教育がつながっていくことが期待される。

〈索引用語：心理教育，リハビリ，統合失調症，デイケア，急性期治療病棟〉

はじめに

患者家族や本人を対象とした心理教育によってもたらされる臨床効果については多くの evidence の蓄積がある。特に統合失調症の家族や当事者への心理教育については再発率の低下や再入院期間の短縮に代表されるような臨床的にインパクトの高い効果も明らかにされているし、感情病やトラウマ関連疾患などでも心理教育を実施することの有用性についてのコンセンサスは得られつつある。それらの evidence については筆者の小論⁸⁾で統合失調症を中心に概観しているため本稿では割愛するが、統合失調症や感情病の治療ガイドラインでも患者家族や本人への心理教育プログ

ラムが強く推奨されていることは周知の事実である。しかしながら、いわゆる evidence のある構造化された心理教育は実施の回数や期間が重厚なものが多いことや、本邦においては診療報酬の裏付けが十分でないことなどから、その実施にあたっては臨床現場への負担感が大きいのもまた事実である。また、実施するプログラムの質を担保する技法の標準化や質の高い研修を提供するための組織的な取り組みも端緒についたばかりであるなど、検討すべき課題は少なからず残されている。その一方でまた、環境が十分に整わない中であっても多くの臨床機関が様々な工夫をしながら患者家族や本人を対象とした心理教育プログラムを実

践してもいる。本稿では、それらの工夫を紹介しながら、いかにして現場のニーズに合った心理教育プログラムを組み立てていくかについてのモデルを提案することを試みたい。

1. ニーズに応じた心理教育の提供

統合失調症や感情病などのいわゆる重症精神障害 (Severely Mentally Illness) では、急性期や社会復帰期、地域生活期のいずれにあっても心理教育のニーズは高く、心理教育から得られる情報が不要な時期があると言いはし難い。したがって、現在いかなる時期にある患者であっても、これまで心理教育を提供される機会がなかった人たちにはすべからず心理教育を提供することが理想的なのであろう。しかし、実際に全ての患者に心理教育を提供することは困難であり、患者側の参加を引き出すことが困難な事例も少なからず存在する。様々な医学的・社会的な事情によって超長期の入院になっているケースや治療抵抗性の思考障害が残存するケースなどでは心理教育の導入そのものが容易でない。現状の限られた時間的・人的な医療資源を割いて心理教育を行うにあたっては、よりニーズの高い人々から提供することを考える必要がある。では、よりニーズの高い人々とはどういう人を想定すべきであろうか。

筆者は最もニーズの高い人たちとして、治療アドヒアランスに課題がある、あるいはその後のアドヒアランスに課題が生じる可能性が高い人たちと、新たな社会生活上の変化に備えた準備期にある人たちを想定している。具体的に前者は、再燃・再発を繰り返す人たちと初回エピソードの人たちに大別され、後者は退院を検討している時期や復学や就職あるいは結婚や出産といった生活の上での大きなイベントを控えている人たちである。

さらに初回エピソードの人たちでは、心理教育を実施するのに適した時期としてまさに治療を導入しようとする時期と、ある程度初回エピソードの症状に安定がもたらされた時期の2つの時期に患者・家族のニーズが高くなることから、それぞれに応じた心理教育的なアプローチが必要になる。

当然、治療導入の時期には構造化された心理教育を提供するだけのゆとりはなく、informed consentを得るための情報提供に準じたものになることもあろうが、治療者が考えている治療についての見通しを伝えて患者や家族の協力を求める姿勢は心理教育的な効果をもたらすことと思われる。近年は製薬メーカーが簡単なパンフレットを作成しているが、それらを用いた説明も短時間で言うアプローチには有用であろう。

入院治療になった場合には、症状が安定化した時期や退院を控えた時期が心理教育を提供する良い時期になる。後述する久留米大学急性期治療病棟で提供している心理教育は、まさにこの時期にあたる入院2か月目に実施されている。初回エピソードの人たちの治療アドヒアランスが動揺しやすく、さらに年齢が若いこともアドヒアランス不良の要因とされている^{2,10)}ことから、これらに該当する人たちや支援者たる家族には治療アドヒアランスの維持に関わる情報の提供が最も重要になる。同様に治療アドヒアランスが十分でなく、再燃・再発を繰り返している人たちも再燃エピソードが一定の落ち着きを見せた時期に心理教育を行うことが望ましい。患者プログラムの場合、初回エピソードの人たちとアドヒアランス不良のために再燃した人たちが同席することでpeer to peerの要素が生まれ、当事者間の自助性が発揮されやすい印象を受けることが多い。

新たな社会生活上の変化を控えた人たちの場合には、それぞれが直面する課題について十分に考える機会となるような情報を扱うことが望まれる。中・長期の入院を経て退院する場合であれば、ある程度均一性のある参加者構成であるほうがより具体的な課題を話し合いやすいであろうし、就職や就学、あるいは結婚・出産なども焦点を絞った情報提供が有用になる。例えば久留米大学精神科では、これまで参加者の希望で「自立のために必要なこと」、「異性との付き合い方」、「性機能障害(男女別)」といったテーマの心理教育プログラムをデイケアで行ったことがある。心理教育という手法は、必要に応じてテーマを変えても構造や技

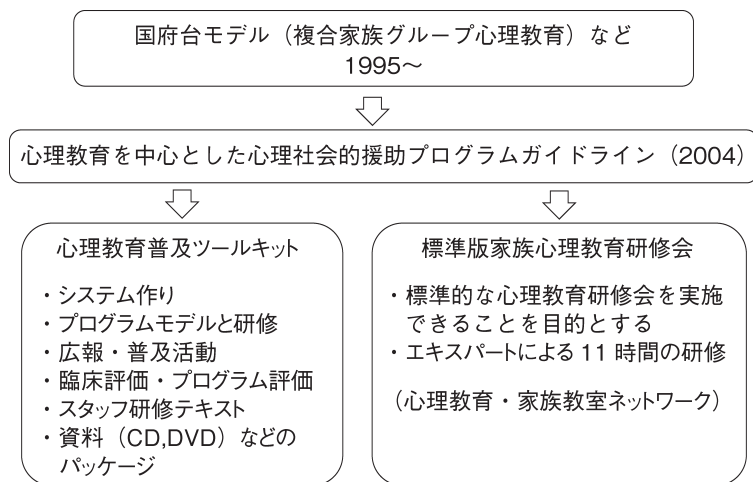


図1 本邦における心理教育の普及や研修方法の概略

法は基本的に変えることなく実践できるという利便性があり、参加者のニーズに対応しやすい点の特徴の1つと言えよう。

患者層やスタッフの構成、あるいは近隣で利用可能な心理教育プログラムの状況といった施設個々の実情によってもまた心理教育へのニーズは変化するが、最もニーズの高いところに1つプログラムを準備することで、それ以外のニーズの掘り起こしが起こり、スタッフや参加者の希望でプログラムが広がっていくという事例は多い。

また、感情病の場合については、初回エピソードや初回入院ならびに再燃・再発時に心理教育を提供する最適な時期があることについては統合失調症と違いはない。加えて、近年はリワークのプログラムをデイケアで提供する施設が増えてきており、そこに心理教育を実施することは有用と思われるし、筆者の知る限りすでに多くのリワーク・デイケアでは心理教育が組み込まれている。感情病の場合には後述する標準的な心理教育プログラムが統合失調症と比べてまだ十分に検討されていないという課題はあるものの、高知大学が先駆的に実践してきたモデル⁹⁾が良い指標になるであろう。また各地のリワーク・デイケアで実践されているプログラムの検証が進んでいくことが期

待される。

2. 技術を担保するための研修・トレーニング

心理教育プログラムを立ち上げる時、あるいは立ち上げたプログラムに生じる問題の解決を目指す時など、しばしば心理教育の技術研修に関する情報の不足が課題となる。また、諸外国のいわゆるevidenceのある心理教育プログラムが時間的にも内容的にも重厚であるのに比べて本邦の心理教育プログラムはより簡便なものであることが多く、本邦における標準的な心理教育の構造については課題も残されている。これらは日本に心理教育が導入されて以来の課題とも言え、心理教育家族教室ネットワークが年に1回開催する研究集会でそれらを検討する受け皿として機能するとともに、本邦における心理教育の臨床的課題を解決する方法を模索してきた。

図1に示したのは、心理教育の普及や標準化についての取り組みの概略である。1995年以来、国府台病院で取り組まれてきた複合家族グループ心理教育をはじめとした先駆的で質の高い心理教育を基本として2004年に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⁹⁾が策定された。そこから心理教育普及ツールキットと呼ば

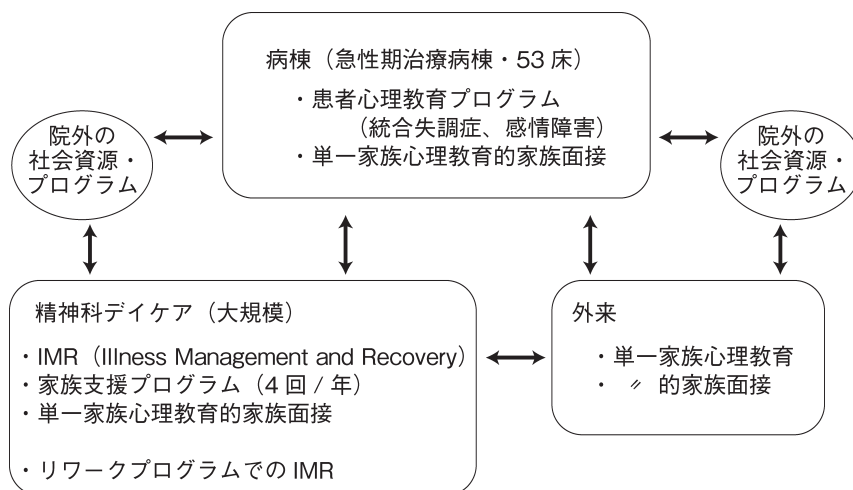


図2 久留米大学精神科における心理教育

れる心理教育プログラムの立ち上げから維持，そこで利用できる様々な資料を網羅したパッケージの作成と，それらを用いて心理教育を学ぶための研修会の整備が多くのエキスパートによって作り上げられた。

標準版家族心理教育研修会は，家族心理教育の標準的な研修会を実施できる人材を育成するための研修であり，年間に複数回，全国各地で実施されている。この研修会は，心理教育を行う目的や内容，実施方法といった心理教育を学ぶ上での基本的なことが網羅されたものであり，さらにはこういった標準版の心理教育研修を地域で実施するインストラクターを育成するための研修会も年に1回程度開催され，これらによって心理教育プログラムを実践する専門職や，さらに心理教育のすそ野を広げていく専門職の育成が図られている。詳細は，心理教育・家族教室ネットワークのホームページを参照いただきたい。

さらには，各施設個々の実情に合わせた独自性のあるプログラム運営を支援していくことも重要な課題である。標準版研修で学べる家族心理教育を基本的な心理教育モデルと位置づけるとともに，地域に根差した新たな試みの発展にも期待したい。

3. 実際のモデル（久留米大学精神科の場合）

久留米大学精神科では，1989年よりデイケアセンターで，その後は病棟でも構造化された心理教育プログラムを実施してきた^{1,5,7,8)}。2000年からは急性期治療病棟の認可を受けたことを受けて，入院2か月目に統合失調症と感情病の心理教育プログラムを実施している。また，デイケアセンターでは現在，IMR (Illness Management and Recovery) を精神科デイケアとリワーク・デイケアとで実施している（図2）。

病棟では，心理教育プログラムの前後に，それぞれ目的を異にするとともに相補的な役割を持つ集団療法プログラムを提供する。これらは，入院1か月目に入院から4週までの患者の原則全員が病名などを問わずに参加する新入院患者ミーティングと，入院3か月目に実施され，これも病名のいかんにかかわらず参加できる退院準備グループとからなっている。詳細はすでに報告されている^{3,4)}が，新入院患者ミーティングは入院して間もない様々な疾患や課題を持つ患者の不安や怒り，あるいは万能的な期待といった反応を治療的に扱い，異文化ともいえる精神科病棟への適応を支援することが眼目となる。入院4週目の患者がより入院期間の短い患者に支持的に接する姿もしばし

ば見られ、自助的な集団の作用が急性期の早期にも機能することが興味深い。この新入院患者ミーティングを経ていることで、入院したことで生じる混乱や入院早期の不安などにある程度手当てがなされていることは、心理教育プログラムを安定的に運営することにも寄与しているものと思われる。そして、疾患別の心理教育を経た患者は退院準備グループに移行する。これは、症状自己管理モジュールなどで知られる早期再発警告サインについて学び、再発予防に利用できるようになることを目的としている。患者個々の早期再発警告サインを複数見つけ出し、それぞれへの対処行動までをディスカッションを通して明らかにすることで行われる。いずれの心理教育プログラムも、基本的には入院して2か月目にあたる全ての患者が対象となる。2か月目にあっても思考障害などのために他の参加者の発言を理解できない状態にある者やECT施行中の患者については、状態の安定後やECT終了後に実施し、ほぼ全例が心理教育プログラムを終えて退院する。構造は講義のセッションと、その復習を兼ねたディスカッションのセッションを週1回ずつ行い、4週間で計8回のクロード・グループとなっている。講義は研修の一環という意図もあって臨床研修を終えて精神科の専門医研修1年目と2年目の医師が担当している。当然、グループワークなどには不慣れであることから、実際のグループ運営は看護師が中心を担うことになる。他の集団療法との組み合わせで実施されるようになると同時にクリニカルパスにも組み込まれてからは看護師を中心とした運営が軌道に乗ったという印象を強く受けていることから、他の機関で心理教育を維持・運営する際にも参考になるかもしれない。実際、近年の心理教育関連の実践報告は看護分野など医師以外から多くなされてもいる。ここで心理教育プログラムの経験を経た研修医は家族面接の際にも心理教育的な手法を用いることができるようになり、単家族の心理教育的な家族面接を継続的に行うこともある。

デイケアで現在行われているIMRは、米国の

連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHSA) が作成した科学的根拠にもとづく実践 (EBP: Evidence-Based Practice) の実施・普及ツールキットに含まれた心理教育と認知行動療法、社会生活技能訓練、対処技能訓練などをパッケージとしたプログラムである。このプログラムの最大の特徴は、リカバリー概念に基づいたものであり、参加者自身の希望やリカバリーの目標が大事にされ、常に語られるところである。全セッションが42回という重厚なプログラムであることから病棟で実施することは困難な面も多いが、長期にわたるプログラムが運営しやすく、さらには自助的な雰囲気や参加者の希望を大事にする文化をすでに備えているという意味からもデイケアでの実践が本邦でIMRを行う上で最も現実的な場所であろう。この他、多職種で運営されているデイケアは家族を支援するためのプログラムも実施しやすく、年4回だけではあるが心理教育的な手法を用いた家族支援のプログラムを実施するとともに、心理教育的家族面接も適宜行われている。また、先述した参加者のニーズに応じた様々なテーマによる心理教育的プログラムを比較的容易に実施できたのは、デイケアスタッフの多くが心理教育プログラムに慣れ親しんでいることによるところが大きい。

4. 心理教育に希望やリカバリーの理念がもたらす意味

本稿の前半で述べた、まず心理教育を提供すべき高いニーズのある人たちとは、提供する側である我々の考えるニーズである。患者や患者家族を心理教育へ導入するためには、我々が必要と考えたニーズを参加者のニーズと一致させていくことが欠かせない。IMRの特徴の1つが参加者のリカバリーや希望を重視するところにあることはすでに触れたが、何のために学ぶのか、なぜ治療者は心理教育などというものを勧めるのかという疑問を、彼らのニーズに合わせる必要がある。

初発の人たちであれば、今後の見通しについての何らかの指針が得られることに潜在的なニーズ

を持っているし、再燃を経験した人たちはその理由や防ぐための工夫などへのニーズを口にせずとも持っていることが多い。仕事や学業、あるいは結婚や出産といった明確な課題あるいは希望が目の前にある人々であれば、心理教育へ参加するための動機づけは比較的容易である。そういった動機づけが最も難しいのは、長期入院にあるような慢性期の人々であろう。心理教育の内容にリカバリーや希望といった言葉を並べるだけでは、彼らはほとんど反応しない。ここでは、さらなる退院促進のためのプログラムなどと並行して実施することと、何よりも彼らが次のステップに希望を持てるような粘り強く、現実的な関わりが不可欠と思われる。

いずれにしても、心理教育は単独で実施することで成果を望む必要はない。患者や患者家族が生活していくにあたって他の心理社会的なプログラムを利用する、あるいは社会資源を利用する上での基礎工事のようなものと位置づけるのが最も正鵠を射た利用の仕方であろう。また、日々進歩する生物学的な知見に基づいたアプローチや薬物療法を患者や患者家族に橋渡しすることもまた心理教育の役割とは無縁でない。今後とも、患者や家族の希望に添える心理教育や心理社会的アプローチを生物学的なアプローチの発展とともに進めていく方法を模索していきたい。

文 献

- 1) 前田正治, 内野俊郎: 分裂病患者および家族に対する心理教育. 精神科治療学, 15; 247-251, 2000
- 2) Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., et al.: An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Nursing, 16; 1302-1312, 2007
- 3) 丸岡隆之, 山内今日子, 前田正治ほか: 治療導入期における入院集団精神療法 急性期治療病棟での試み. 精神科治療学, 19 (12); 1453-1460, 2004
- 4) 大江美佐里, 前田正治, 境 理恵ほか: 急性期治療病棟での再発予防を目的とした短期介入プログラムの実施 概要及び「注意サイン」の疾患別特徴について. メンタルヘルス財団岡本記念財団研究助成報告書集, 17; 19-24, 2006
- 5) 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, 30; 1031-1039, 1995
- 6) 下寺信次, 藤田博一, 下寺由佳: うつ病の心理教育. 臨床精神医学, 39 (6); 775-778, 2010
- 7) 内野俊郎: 統合失調症を持つ本人への心理教育. 現代のエスプリ, 489; 171-182, 2008
- 8) 内野俊郎: 治療アドヒアランスの獲得と維持—心理教育をどう利用するか—. 精神経誌, 113 (10); 1048-1054, 2011
- 9) 浦田重治郎, 安西信雄, 池淵恵美ほか: 「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の作成とその実証的研究」心理社会的協同研究班: 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラム. 2004
- 10) Valenstein, M., Blow, F.C., Copeland, L.A., et al.: Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. Schizophrenia Bull, 30 (2): 255-264, 2004