

統合失調症をもつ人々の家族を いかに地域精神医療のなかで支えるか？

伊藤 順一郎

統合失調症の家族支援については、多くのエビデンスの蓄積がある。Expressed Emotion (EE)、家族心理教育の研究から、家族支援は、統合失調症の治療に欠かせない要素であることは明らかにされている。しかしながら、リアルな精神医療の現場では、日本の家族は十分な支援を受けていないという認識にある。例えば、全国精神保健福祉会（みんなねっと）で行われた調査にはそのことが如実に表れている。このような背景には、短い診療時間、さらには、診察には「自分が主体的に関与できる対話の場がなかった」という実態があるのではないかと推測した。そこで、家族と「共に」治療過程を進める対話の実現が重要であることを主張し、そのための研修の1つとして、日本心理教育・家族教室ネットワークで実施されている、「まんじゅう理論」に基づく研修の趣旨を述べた。さらに、Assertive Community Treatment (ACT) における家族支援のありようについて、著者らの体験をまとめたものを紹介し、アウトリーチ活動における家族支援の具体的な姿を詳述した。英国のNICEガイドラインでは、あらゆる位相のケアに必要なこととして、①当事者の体験の尊重、②人種、文化、民族性への配慮、③身体的健康への配慮、④包括的なサービスを提供すること、⑤ケアラーへの支援、⑥ピア・サポートと自己管理、が推奨されている。精神保健におけるあたり前のサポートとして家族支援が求められているのである。

<索引用語：家族心理教育，統合失調症，ACT，地域精神医療，双方向性の対話>

はじめに

統合失調症の家族支援については、多くのエビデンスの蓄積がある。

家族が患者のことを語るときに表出される批判や敵意、巻き込まれなどの感情を評価し、患者の再発予後との関連を調べた Expressed Emotion (EE) の研究は環境要因としての家族と患者との関係性が、再発に深い影響を与えていることを示した¹⁾。また、家族に統合失調症の病態や治療、支援の方法など、彼らが求めている情報を提供し、家庭での対処の方法などを共に考える対話の場をもつ家族心理教育は、家族の EE を下げ¹⁰⁾、患者の再発・再入院を抑止する¹⁾というエビデンスが1990年代後半にはすでに出ている。これは、

単家族に対して個別に実施するものも、複数の家族のグループをつくって行うものも同様である。また、治療法の組み合わせが統合失調症の再発率に影響を与え、薬物療法のみでなく、SST との組み合わせ、さらに家族心理教育との組み合わせが長期予後によい影響を与えることは1990年代から主張されている(図1)^{2,3)}。これは、21世紀になっても、包括的な治療のなかに家族支援も包含される治療ガイドラインとして確立されている。

多くのリサーチから、家族支援は、統合失調症の治療に欠かせない要素であることは明らかにされているのである。

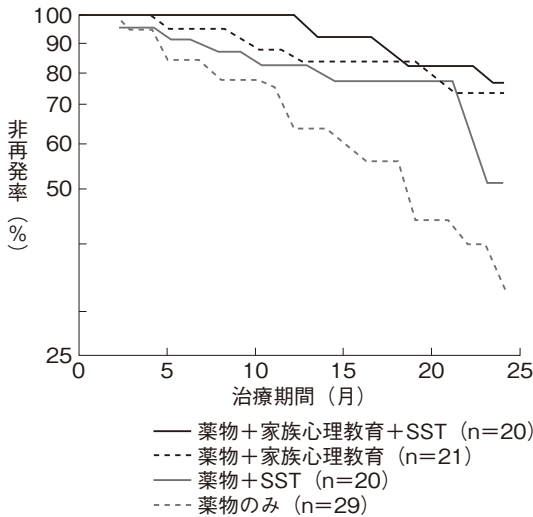


図1 治療法の組み合わせによる統合失調症の再発率の差

薬物+家族心理教育+SST が最も効果的。1年までは薬物+SST は薬物+家族心理教育と同程度で社会適応では上回っていたが就労や家族内葛藤のため再発→効果の長期的維持には家族心理教育が必要。(文献3より引用)

I. 家族支援の現状

しかしながら、リアルな精神医療の現場では、日本の家族は十分な支援を受けていないという認識にあるようである。

全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）が2010年に上梓した報告書¹²⁾の巻頭にはイギリスの家族支援の実態と比較して「わが国の精神保健福祉の制度では、家族は無支援状態にある」と認識するに至った、との当時の理事長川崎の言葉がみられる。

同報告書の調査項目のなかには、「初めて精神科医療機関を受診したときに受けた、継続して受診・相談したいと思えないような体験」のトップに「病名や治療方法について、家族への十分な説明がなかった」ということが挙がっている。また「本人が受診して診断を受けた後、家族が本人の病気について十分な情報を得られるまでにかかった時間」については「3年以上」が23.2%、次の

で「3ヵ月以内」が22.6%、「2～3年」が19.8%となっている。現在の精神医療ではいまだ家族は情報弱者という状態におかれているという認識の強い回答である。

家族支援は有用であるというエビデンスがあるにもかかわらず、少なくとも家族の側の認識では、行われていないも同然という現状が浮き彫りになる。

II. 家族支援の現状の背景

このような現状をわれわれはどのように受け止めるべきだろうか。

1つには、われわれは家族とかかわることに十分な時間を使っていないことを挙げざるを得ないであろう。平均診察時間が5分ちょっとという悪口を言われる医療である。診療報酬上、家族に対する精神療法は評価されているが、その時間を十分に確保できている精神科医は稀なのではないだろうか。

さらには、診療場面での会話では、家族が十分自分の意見を話せたという感覚をもちにくいのではないかということが挙げられる。「家族への十分な説明」という言葉から、医療者は「統合失調症の病態や治療についての専門家としての説明」に時間を費やすことを想像しがちである。しかし、一方的な説明はしばしば「よくわからなかった」と言われやすい。治療関係での情報のやりとりが「説明と同意 (informed consent)」から、「共同意思決定 (shared decision making)」に変化しているといわれているように、「安心して対話のできる、双方向性の関係性」のあることが、診療を受ける側からは求められている。「家族への十分な説明がなかった」という言葉には、「自分が主体的に関与できる対話の場がなかった」という意味が含まれているのではないかと、求められているのは、一方向の情報伝達ではなく、相手の意見や考えを聴き、そこに自分の意見や気持ちを載せた言葉を返す、双方向性の対話のプロセスの存在ではないかと著者は考える。

SAMHSA (アメリカ連邦保健省薬物依存精神保

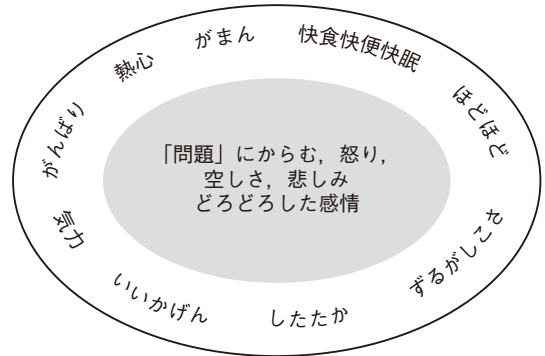
健サービス部) の EBP (Evidence-Based Practices) 実施・普及ツールキットの家族心理教育の部では以下のような説明がある⁹⁾。

家族心理教育モデルでは(略)基本的なコミュニケーション・スキルや問題解決技能を強調している。これは「家族病理」を責めるモデルではない。(略)家族や当事者は参加を要請されて、治療過程のパートナーとなる。つまり、治療を助けるのであって、治療の対象となるのではない。(略)この言い回しの違いは心理教育の中核的な考え方を表している。つまり家族や当事者と「共に」取り組むのであって、「対して」取り組むのではない。(略)知識を共有して「一緒に」精神症状に対処するこの協働的アプローチは、心理教育モデルの中核である。この協力関係が、リカバリーと社会的成功への本質である。

Ⅲ. 心理教育ネットワークの研修で重視していること

医療スタッフの家族支援の研修を担っている日本心理教育・家族教室ネットワークでは、単家族や複数家族によるグループでの家族心理教育の実践に役に立つよう、標準版家族心理教育研修会を全国各地で開催している。また研修会の講師を務めるスタッフをインストラクターとして認定し、彼らの技術と臨床への理解を深めるためにインストラクター研修、スキルアップ研修を毎年実施している。

著者は、その研修の担当幹事であるが、近年重視していることは、家族と「共に」治療過程を進める、対話のありようである。どのようなやりとりがあれば、良好な関係のなか協力しつつ治療に取り組めるかということを経験を交えて研修のなかであつかっている。この基本的な考え方を当ネットワークでは「まんじゅう理論」と呼んでいる。ここではそれを、著者が監修した「心理教育の立ち上げ方・進め方ツールキットⅡ」⁴⁾を引用して、やや長いが解説する。



承認：自分で自分を助ける力を育む

図2 まんじゅう理論

あんこ(困難に伴う気持ち)の存在を承認すると同時に、皮(対処)も存在していることを認め、たたえ、励ますことを通じて、あんこが癒され、生きる力を増す。

人が生きていくうえでさまざまな対処に触れ、支えることの大切さを、人のあり方を「まんじゅう」にたとえて考えてみる。図2は、その「まんじゅう」である。ここで「あんこ」が何かといえば、困難を抱えながら生活しているときに心の中にある、怒りや悲しみ、あるいは空しさや生きづらさの感覚、である。一方、「皮」とは何かといえば、「あんこ」を抱えながらも生活を成り立たせるために機能しているところの働き、たとえばがんばりやつよさ、したたかさや、ほどほどの「いいかげんさ」などをあらわす。快食・快眠・快便といった生理的な機能の良さも、生活を成り立たせていくものとしてここにふくまれる。

このたとえでは、こころの健康な状態とは、皮があんこを上手にくるんで、まんじゅうらしくある状態と説明できる。つらさやしんどさはあるけれど、それを適当におおう、しなやかな皮の機能がしっかりしていて生活を続けている、という状態である。逆にこころが不健康なときは、皮がしなやかさを失い、あんこの勢いが強すぎて、あんこが皮から外側にはみ出た状態であるといえる。困難に伴う感情が外側にあふれ出てしまい、生活を維持していく機能が弱まっ

ている状態である。

さて、支援者の役割とは何であろうか。それは、このまんじゅうがまんじゅうらしくあるように支えることである。例えば家族に相対するときに、困難な状況にしばしば起きているのは、はみ出たあんこのみに注目して、「つらいお気持ちなんですね」とか「しんどくなっていて、何もかも投げ出したい感じなんですね」とか言葉をかけることのみが共感である、という誤解である。このような言葉かけは、あんこの存在を認める発言であるから、「わかってもらえた」という感覚を引きおこす。しかし同時に、いままであんこを抱えてきた（家族の）皮の機能はなおざりにされるので、皮はその機能を一時弱める。支援する側が相手のつらさのみに焦点をあてる関わりは、時としてその人（家族）の自分で踏ん張る力をよわめ、分かってくれた人への依存の感情をふやす事態を生じかねない。あんこも大事だが、「皮」が再び機能を働かせ、柔軟にあんこを被えるように応援する必要がある。そのためには、家族本人に、これまでの生活を維持するためにさまざまな対処や工夫をしてきたことを思い出してもらうことが必要である。「しんどい思いをしながらも生活を続けるために、あなたは〇〇というような工夫をしてみましたよね」と伝えることや「この困難ななかを、どんな工夫をしてここまでやってこられたのですか」と尋ねることは、この皮の機能を賦活するための作業である。めざされるのは、皮（困難な中でしている対処や工夫）のがんばりを認めるなかでの、まんじゅう全体の応援である。あんこの存在も皮の存在も認めて、肯定的に支えられる中で、あんこは癒され穏やかになっていくのである。

この「まんじゅう理論」を用いて研修を始めたのは十数年も前にさかのぼる。当初は家族や本人の対処や工夫に注目し、そのように頑張っている彼らを浮き彫りにするところに主眼があり、「あんこだけでなく皮にも注目」ということが研修の

肝であった。近年は、逆に家族の苦悩や怒り・悲しみに焦点をあてることをスタッフが回避している印象があるため、研修では、「あんこ皮、共に大切に扱う」ということを強調している。この際、弁証法的認知行動療法⁶⁾でいわれる、「承認（validation）」（相手に対し、相手の行動は現在の状況のなかで当然のことで理解可能であると、明確に伝えること）の姿勢を理解し会得することは、極めて有用であると考えており、この姿勢での対話の延長に「病名や治療方法について、十分な説明」があれば、家族の受け取り方も変化してくるのではないかと考えている。

IV. 地域精神医療のなかでの家族支援

先に挙げた、2010年の全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）の調査では、アンケートの結果として、以下の7点に精神障害をもつ人々の家族の直面してきた困難がまとめられていた。

- ①病状悪化時に必要な支援がない
- ②困ったとき、いつでも相談でき、問題を解決してくれる場がない
- ③本人の回復に向けた専門家による働きかけが少なく家族まかせ
- ④利用者中心の医療になっていない
- ⑤多くの家族が情報が得られず困った経験をもつ
- ⑥家族は身体的・精神的健康への不安を抱えている
- ⑦家族は仕事をやめたり、経済的な負担を抱えている

そして、そのような状況の改善のための提言が、以下の「わたしたちの7つの提言」としてまとめられた。

- ①本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現
- ②24時間・365日の相談支援体制の実現
- ③本人の希望にそった個別支援体制の確立
- ④利用者中心の医療の実現
- ⑤家族に対して適切な情報提供がされること
- ⑥家族自身の身体的・精神的健康の保障
- ⑦家族自身の就労機会および経済的基盤の保障

地域精神医療における家族支援は、このような提言を尊重したものでありたい。

ここで強調したいのは、従来の支援に家族支援が追加されればよいということではない、ということである。まず、患者の「病を抱えながらの生活」に寄り添う支援が生活の場に展開するということが前提としてあり、その包括的な支援の一環として家族支援が位置づくのである。Assertive Community Treatment (ACT) に代表されるような訪問型の支援が地域社会のなかで柔軟に行われ、即時対応、当事者のパーソナル・リカバリーの応援に資する利用者（当事者）中心（person centered）の支援が包括的にあり、その一環として家族への情報提供、家族の身体的・精神的健康への配慮、家族の就労機会の保障などにも具体的な支援が入ることが望まれているのであろう。病を抱えながらも価値のある人生を生きる、自分の人生を自分の意思で決めることが尊重される、本人のリカバリーの旅の応援と、家族のリカバリーの旅の応援が共に行われるというのがめざす方向である。

V. 地域での家族支援

——特にアウトリーチの場合の配慮点——

以下、紙幅の許す限り、地域精神医療の肝である、アウトリーチにおける家族支援の配慮点について述べる。なお、以下の内容は著者らが2013年に著した「ACTのい・ろ・は」⁵⁾の「家族支援」の項に準拠している。

1. 同居している家族とまず会う——最初の一步——

本人がひきこもっている状態では、家族が同居をしており、ケアの担い手になっている場合がしばしばである。このようなときの訪問にあたっては、本人との関係づくりもさることながら、まずは、訪問時に応接に出てくる家族との関係づくりが重要である。

時には、家族は、訪問チームに対して安易には安心感を抱けない。長期間孤立しながらも生活を

守ってきた家族にとって、訪問スタッフはいわば「素性のわからない侵入者」かもしれない。「余計なことをして本人の気持ちを傷つけてしまうのではないか」「訪問スタッフのしりぬぐいを家族がさせられたらたまったものではない」などの気持ちをもったとしても、不自然とはいえない。かわりの第一歩は、まず、家族の信頼を勝ち得ることである。そのための重要な作業は、家族の話に、耳を傾けるということである。本人と出会うことを焦らず、まずは対応してくれている目の前の家族とどうしたら波長あわせができるか、家族の苦悩は何か、どうしたらこれから先の支援について相談し合えるかということに焦点をあわせる。家族が訪問チームのスタッフの前で安心することができ、気持ちや身体をゆるめることができれば、それは家族間の関係においても、概してよい変化が起きるきっかけになる。

2. 本人と会うときの配慮

家族に導かれて本人に会うときに重要なことは、家族から得ている本人のイメージや情報から、スタッフが一旦自由になるということである。家族の抱えている本人のイメージを考慮しつつも、理想的には白紙状態で本人と向き合い、話を聴く。本人の側からみえる景色をそのまま受け止めることが肝要である。一見、本人と家族が互いに敵対関係にあるようにみえる場合でも、長年の同居生活によって、それなりの関係を維持していることに注目したい。家族も大事、本人も大事というスタンスを、いかにバランスよくとりつけられるかが、支援者に試されているといえよう。よくいわれる「中立性」とは、このようなバランス感覚のことである。チームでかかわっている場合には、役割分担をすることでこのバランスをうまくとることもできる。

3. 支援の方向

家族・本人の両者と会えるようになってからの支援の方法は多様であるが、著者の考えるところ、大きな枠組みは「親ばなれ・子ばなれ」では

ないかと思う。障害があるがゆえに同居を余儀なくされてきた家族・本人が、改めて自分たちの人生を取り戻すにはどのような変化を希望するかを語り合うようにしてかかわると、「服薬管理」や「症状管理」を超えて、スタッフと共に本人が外出ができるのか、仲間とつながるとか、就労支援とつながるといふことが必要であることに気づく。そこではニーズに沿ったケアマネジメントが必須になるのである⁸⁾。心理的サポートとケアマネジメント、それに医学的な管理などが重なり合って、さまざまなつながりができ、包括的な支援は成立するのである。

4. きょうだいについて

同じ家族といっても親子ときょうだいでは、関係性は異なる。本来、きょうだいは本人の世話をする役割ではなく、自分自身の人生を本人と同世代の人として生きる存在だと考えたほうがよいであろう。親子の場合「親ばなれ・子ばなれ」が大きなテーマであるように、きょうだいの場合も「それぞれの個人のリカバリーの支援」という大きなテーマがあるように思う。それは本人ときょうだい、自分の生活の責任を自分に取り戻す過程でもあり、支援者の存在のもと、それぞれの生活を作り上げていく過程でもある。

また、きょうだいの場合「自分も同じような精神的変調をきたすのではないか」という不安を抱いている場合もある。きょうだいの側に寄り添い話を聴く支援者の存在も大切であり、支援がチームで行われることの意義はこのようなところにも表れる。

おわりに

英国 NICE ガイドライン成人の精神病と統合失調症：予防と治療・支援の“推奨”⁷⁾によれば、あらゆる位相のケアにおいて求められることとして、①当事者の体験の尊重、②人種、文化、民族性への配慮、③身体的健康への配慮、④包括的なサービスを提供すること、⑤ケアラーへのサポート、⑥ピア・サポートと自己管理、が明記されて

いる。特別なものではなく、あたり前のこととして家族支援にあたるケアラーへの支援がガイドラインで推奨されていることに注目したい。さらに日本の現状を考えると、精神医療全般に①～⑥のすべての項目への配慮の必要性がもっと強調されるべきであろう。

人の生活のうえに医療は成り立っている。単に病の治療のみに関心をもつのではなく、患者や家族の人としてのあり方に関心を寄せ、医療者がそれぞれの受けもつケースの家族と対話する機会を見出す、家族自身の健康や疲労も案じながら、こちらから声をかけ、「一緒に話しませんか、一緒に考えませんか」という時間をつくる、このような支援の日常をつくるのが家族支援の根幹のように思う。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

1) Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., et al.: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*, 36 (1): 48-70, 2010

2) Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., et al.: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry*, 43 (7): 633-642, 1986

3) Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., et al.: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. Arch Gen Psychiatry*, 48 (4): 340-347, 1991

4) 伊藤順一郎監修, 大島 巖, 福井里江 (心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会) 編: 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—研修テキスト編一. 地域精神保健福祉機構 (COMHBO), 市川, 2011

- 5) 伊藤順一郎, 久永文恵編著: ACT のい・ろ・は (ACT ブックレット 1). 地域精神保健福祉機構 (COMHBO), 市川, 2013
- 6) Linehan, M. M.: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York, 1993 (小野和哉監訳: 弁証法的行動療法実践マニュアル—境界性パーソナリティ障害への新しいアプローチ. 金剛出版, 東京, 2007)
- 7) National Institute for Health and Care Excellence: Clinical guidance (CG178) Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. 2014 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations>) (参照 2018-11-02)
- 8) 野中 猛: 図説ケアマネジメント. 中央法規出版, 東京, 1997
- 9) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): Implementation Resource Kit for Family Psychoeducation [日本精神障害者リハビリテーション学会, 日本心理教育・家族教室ネットワーク監訳: FPE・家族心理教育プログラム (アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ, 第 3 巻 II). 2009]
- 10) 塚田和美, 伊藤順一郎, 大島 巖ほか: 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について. 千葉医学雑誌, 76: 67-73, 2000
- 11) Vaughn, C., Leff, J.: The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol, 15: 157-165, 1976
- 12) 全国精神保健福祉会 (みんなねっと): 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究報告書 (平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト). 2010

How Do We Support the Families of Those with Schizophrenia in Community-based Mental Health Practice?

Junichiro ITO

Mental Health Clinic “Si può fare”

There is strong evidence for family support for those with schizophrenia from studies on expressed emotion and family psycho-education. These studies demonstrated that family support is essential for those with schizophrenia in clinical practice ; however, many family members do not receive sufficient support from mental health services in Japan. For example, the National Federation of Mental Health and Welfare Party in Japan (Minna Net) criticized the lack of family support in the mental health system in Japan after the results of a large-scale survey in 2010.

Insufficient time with their psychiatrists and the subjective feelings of family members that the patients do not sufficiently interact or dialogue with their psychiatrists were suggested as issues in the shortage of family support.

Therefore, we advocate the importance of the implementation of an interactive dialogical process in which mental health care is provided together with family members. As an example of the training of the dialogical process, we introduced a training model of “Manju-theory (Steamed bread-theory)” conducted by the Japanese Network of Psycho-education and Family Support Program. In addition, we introduced some principles of family support that we share in assertive community treatment clinical practice as concrete examples of family support in outreach services.

According to the NICE clinical guidelines (CG178), support for caregivers (family members) should be respected in the care of schizophrenia patients across all phases in conjunction with (1)service user experience, (2)race, culture and ethnicity, (3)physical health, (4)comprehensive service provision, and (5)peer support and self-management.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : family psycho-education, schizophrenia, assertive community treatment (ACT), community mental health, interactive dialogue >
