様式Ｃ－１９

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 6 月 10 日現在

機関番号：３２６６８
研究種目：若手研究（A）
研究期間：2010～2012
課題番号：２２６８３０１３
研究課題名（和文）　統合失調症の家族心理教育に家族をつなげる効果的な家族アプローチ・システムの構築
研究課題名（英文）　Development an effective approach system to family psychoeducation for schizophrenia.
研究代表者
贄川　信幸（NIEKAWA NOBUYUKI）
日本社会事業大学・社会事業研究所・准教授
研究者番号：３０５３６１８１

研究成果の概要（和文）：統合失調症の家族心理教育にニーズをもつ家族に，家族心理教育への参加を促進する効果的な家族へのアプローチ・システムを構築し，その有用性を検討した。わが国の精神科医療機関スタッフの日常的な家族との関わり内容の分析から，家族の気持ちやこれまでの対処等に焦点を当てた関わりは十分行われていないこと，家族との関わりがシステムとして体系的に行われていないこと，家族との関わりを行うための物理的負担が大きいことなどが明らかとなった。実践家との意見交換を行いながら，とくに家族支援ニーズの高い家族との関係づくりを行うためのスタッフ研修の実施と，家族との関係づくりをシステムとして取り組むための体制づくりから構成される家族アプローチ・システムを考案した。

研究成果の概要（英文）：The aim of this study was to develop an effective family approach system for schizophrenia to introduce them to family psychoeducation. Qualitative and quantitative analyses from semi-structured interview and self-administered questionnaire for staffs of psychiatric hospitals in Japan revealed that they seldom focused on family members' feelings and coping strategies in their contact with family, that systematic approach for family was limited, and that objective burden occurred in contact with families. A model for family approach system was developed taking information from the survey and discussion with practitioners into account. The model was consisted of i) workshop focusing on how to engage with family members, especially who had need for care, ii) system organization for engagement with family members from their first contact.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合　計
２０１０年度	2,000,000	600,000	2,600,000
２０１１年度	2,100,000	630,000	2,730,000
２０１２年度	900,000	270,000	1,170,000
年度			
年度			
総　計	5,000,000	1,500,000	6,500,000

研究分野：社会科学
科研費の分科・細目：社会学・社会福祉学
キーワード：統合失調症，家族心理教育，関係づくり，ニーズアセスメント，家族支援

１．研究開始当初の背景

統合失調症を中心とする重い精神障害をもつ人たちの家族に対する心理教育（以下，家族心理教育）は，精神障害をもつ本人の再発率の低下や家族の負担感軽減などの効果が，国内外の多くの無作為化比較試験（RCT）

で一貫して実証されている（SAMHSA, 2006, Drake ら, 2001，塚田ら, 2000 など）。こうした知見の蓄積から，家族心理教育は科学的根拠に基づく実践（EBP）の一つに位置付けられており，統合失調症の標準的な治療として家族に広く提供することが推奨されている（Lefman ら, 1998; Lefman ら, 2004）。しかし，家族心理教育の実施率は国内外ともに約10～30%と低く，ニーズをもつ家族に家族心理教育が十分に提供されていない状況にある（Lefman ら, 1998; Oshima, 2007）。

家族心理教育の実施率の低さの背景のひとつに，ニーズのある家族がプログラムに参加しないことが挙げられており，家族が家族心理教育に参加しない理由には, a) 家族心理教育に対する家族の認知度の低さ, b) 家族の疾病受容の欠如や支援を受けることに対する抵抗感, c) プログラム参加までの待機期間の長さ等が指摘されている（Fjell ら，2007; Lyse ら, 2007; 福井ら, 2004 ;Dixon ら, 1999）。

家族心理教育の認知度の課題は，広報活動による克服が期待されよう。一方，疾病受容や支援への抵抗の課題に対しては，関わりの初期から家族と関係づくりを行うことが有効であると考えられるが，家族心理教育を実施している医療機関を対象とした調査では，これらが十分に行われていないことが明らかにされた（贄川ら，2009）。家族への関係作りとニーズアセスメントの日常的かつ体系的な実施を促進するための細やかな方略を検討する必要がある。

また，待機期間の課題は，プログラム実施中にニーズをもつ家族が新たに現れた場合，プログラム以外での継続的な関わりが求められる。プログラムに参加していない家族にも継続的な支援を提供し，時期に応じて家族心理教育へつなげられるシステムの考案が求められよう。

２．研究の目的

本研究では，統合失調症をもつ人の家族を家族心理教育につなげるための体系的な関係作りやニーズアセスメントの具体的な実施モデルを考案することを目的とした。これにより，家族心理教育の普及上の「家族側の障壁」の克服が期待されるだけではなく，プログラム以外の場面でもニーズをもつ家族への日常的・継続的な支援を提供できるシステムの可能性を提示できるものと考える。

本研究では，以下の下位目的を設定した。

1) 統合失調症の家族心理教育を体系的に実施している日本の精神科医療機関において，日常実践における臨床スタッフの家族との関わりの実態を明らかにする。
2) 統合失調症の家族心理教育を体系的に実施している日本の精神科医療機関において，家族心理教育に家族を導入するまでの家族心理教育実施スタッフの関わりの実態を明らかにする。
3) 上記実態を踏まえて, 家族を家族心理教育につなげる家族アプローチ方法のモデル案を作成し，その実施可能性を検討する。

３．研究の方法

1) 家族関与の内容等の抽出

日常実践における精神科医療機関スタッフの家族関与の実態を抽出・整理するための半構造化面接を行った。

(1) 対象

家族心理教育を機関の通常プログラムとして定着させることを目的に開発された心理教育実施・普及ツールキットの有用性検証プロジェクト（厚生労働省精神・神経疾患研究委託費）の参加精神科医療機関のうち，本調査への協力が得られた 12 機関で，家族心理教育プログラムを担当しない臨床スタッフ各 2 名を対象とした。

(2) データ収集と分析方法

半構造化面接により，a) 家族との関与機会・頻度，b) 家族との関与内容，c) 家族との関与における工夫点, d) 家族との関与における困難点を中心に聴取した。加えて，米国で開発された EBP ツールキットの家族心理教育で位置づけられている関係づくりの要素を参照し，被面接者の発言にこれらの要素が認められなかった場合に，これらの要素に関連する関与の有無等を確認した。

面接での発言内容を逐語録化し，上記の 4 点ごとに KJ 法によってカテゴリにまとめた。

2) 家族関与の実態把握に関する量的調査

半構造化面接で抽出された，日常実践での家族との関わる機会や頻度，関わり内容，関わる上での困難さの認識の実態を把握するために，自記式調査票による調査を行った。

(1) 対象

ツールキット・プロジェクト参加精神科医療機関のうち，本調査研究への協力が得られた 16 機関で，統合失調症患者に直接処遇を行う臨床スタッフ 2,135 名を対象とした。

(2) データ収集

日常実践における家族との関与機会，頻度，家族支援の必要性認識，関与内容，関与における困難度の認識を問う自記式調査票を用いて，家族関与の実態を数量的に把握した。

3) 家族心理教育担当スタッフに対する半構造化面接調査

家族心理教育に家族が参加するまでの流れにおける，家族心理教育担当スタッフの関わりの実態を明らかにするために，担当スタッフを対象に聴き取りを行った。

(1) 対象

ツールキット・プロジェクト参加精神科医

療機関のうち，本調査研究への協力が得られた 18 機関で，家族心理教育プログラムを担当する臨床スタッフ各 2 名を対象とした。

(2) データ収集

半構造化面接により，a) エントリーまでの流れ，b) 関係づくりの方略，c) ニーズアセスメントの方法，d) 取り組み上の工夫，e) 取り組み上の困難・課題を中心に聴取した。

4) 家族アプローチ・システム案の構築

実態調査を踏まえて，家族との関係づくりとニーズアセスメントをシステムとして取り組むために必要となる取り組み要素を明らかにし，モデル案を構築した。

構築したモデル案の実施可能性を検討するため，自記式調査への協力が得られた 16 機関の家族心理教育担当スタッフ，および家族心理教育を担当しないスタッフ各 1 名が参加する意見交換会を開催した。モデル案に対する意見を求め，出された意見をもとに，より実施可能性の高いモデルへ修正を行った。

４．研究成果

1) 家族関与の内容等の抽出

12 機関から 23 名の臨床スタッフの協力が得られた。対象となったスタッフはすべて看護師であった。日常実践における家族との関わりの実態を，EBP ツールキットで示す関係づくりとニーズアセスメントの内容を準拠枠として，**図 1** のように整理した。

図 1 の左側（関係づくりの焦点）には，EBP ツールキットの普及モデルで挙げられている，家族との関係づくりで焦点を当てるべき事項を示した。中央（家族関与の実態）には，本調査で抽出された家族との関わりの内容を，内容の類似性から EBP ツールキットでの関係づくりの焦点と対応させて並べた。また，EBP ツールキットの関係づくりでは触れられていない関わり内容は，区別して並べた。

図より，家族との関係づくりにおいて必要とされる項目の多くが，日常実践における家族との関わりで行われていると捉えることができるが，次の点で現状の課題も導き出された。ひとつは，家族が行っている患者へのサポートの状況や，家族がこれまで行なってきた対処，家族自身の強み，患者や家族の地域におけるサポート状況については，家族との関わりの中で触れられていない点である。

次に，関係づくりで焦点を当てる必要のある項目の多くが一貫して家族とのやり取りの中で行われているわけではない点である。すなわち，スタッフによって関わりの内容にバラつきが生じていた。

三点目に，家族の気持ちや体験に焦点を当てた関わりや家族との協働姿勢を示すような関わりの多くは，半構造化面接で確認質問を行った際に表明されたことである。多くのスタッフが，日常実践において家族に焦点を当てた関わりを，必ずしも意図して行っていない可能性を示唆するものと思われる。患者の状況を問う関わりは，患者の情報収集としての聴取として機能している可能性がある。

新たに導き出された関与内容は，一部は支援スタッフから家族への一方向的な関わりとなっている。家族の体験にも焦点を当て，家族に関心を示し，双方向的なやり取りの中で関係づくりを行い，協働体制を構築することが求められよう。

以上の点は，日常実践における家族関与の内容が，家族との関係づくりを行うには現状では必ずしも十分ではないことを指摘するものであるが，図の右側の点線枠内に示したような，家族関与における困難点が背景にあることに留意しなければならないだろう。

面接に協力を得られた支援スタッフの多くは，家族に対する支援の必要性を認識している者が多かった。しかし，家族とのコンタクトが困難な状況にある場合や，家族の反応にどのように対応したらよいのかが分からず十分に関わりをもてない状況にある。さらに，時間的制約から積極的な関わりが十分に行えない状況にもあることがうかがえた。家族の経験や気持ちに触れる関わりを行おうとすればするほど，その関わりは顔を合わせた継続的な関わりが必要になるであろうし，一定の関わりの知識やスキル，時間的・心理的な余裕が必要と感じるかもしれない。こうした困難要因として挙げられた点を踏まえながら，関係づくりに求められる関わりを一貫して行えるような体制づくり，一定の知識やスキルの共有が必要になると言えよう。

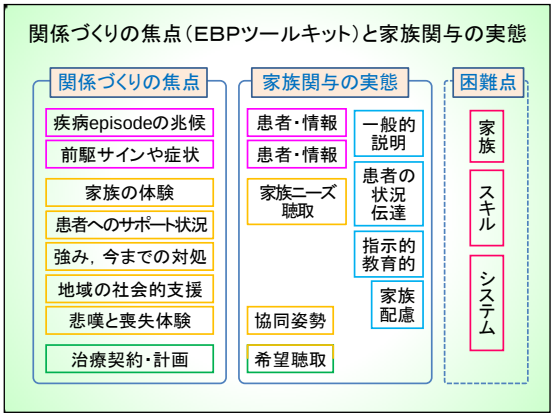

図 1. EBP ツールキットの関係づくりの焦点を準拠枠とした家族関与の実態

2) 家族関与の実態把握に関する量的調査

16 機関の 1,793 名から回答を得た（回収率：84.0%）。回答者の平均年齢（標準偏差）は 40.9（11.9）歳であり，女性が約 7 割を占めた。職種は看護師が約 7 割と最も多くを占

めた。所属部門では，慢性期療養病棟が約半数を占めた。また，これまでに家族心理教育を経験したことのある者は,約 3 割であった。

(1) 家族関与の機会と関与頻度

家族と関わる機会とその頻度の状況の特徴は，次のように記述された。

a) 急性期病棟では,約半数のスタッフが月に数回，入院時家族面接で家族に関与。
b) 外来・リハビリテーション関連部門・デイケアでは,約 2 割のスタッフが月に数回，家族に関与。
c) 退院前訪問指導での家族関与は 1 割以下。
d) 面会来院時に，急性期病棟は約 75%，慢性期療養病棟は約半数が家族に関与。

(2) 家族の支援必要性に対する認識

家族が支援ニーズを抱えていると想定される状況に対して，支援スタッフの家族の支援必要性認識は，次のように記述された。

a) すべての状況に,約 9 割のスタッフが何らかの支援が必要な状況と捉えている。
b) 半数以下が家族の支援ニーズが高い入院時，初診時に支援が「絶対必要」と回答。
c) 全体の 2〜3 割が，感情表出関連状況にある家族へ支援が「絶対必要」と回答。

(3) 家族関与の内容別実施状況

入院時家族面接や外来初診時，および面会来院時や外来受診時での家族との関わり内容の状況は，次のように記述された。

a) ほぼすべての内容で,「どちらかと言えばやっている」〜「常に行っている」の回答が 50%以上。
b) 家族の,本人や病気に対する認識に関するアセスメントは，比較的行われている。
c) 家族の対処に焦点を当てた関与や,継続した協働のための関与は限られる。
d) 家族との初回関わり時と継続的な関わり時での関与内容の状況はほぼ同様。

(4) 家族関与に対する認識された困難度

家族との関わりに対して支援スタッフが認識・経験している困難度の状況は，次のように記述された。

a) 時間的関係で家族への関与がとても困難と感じている割合は，約 4 分の 1。
b) 家族の受け入れ,家族との接触に関する困難感が相対的に高い。
c) 心理教育にニーズの高い家族に対する関わりの困難感が相対的に高い。

(5) 結果のまとめと考察

急性期病棟のスタッフは，入院時家族面接で約 50%，面会時約 75%が家族と関わる機会が月に数回以上あった。また，入院・初診時などの家族との最初の関わりで支援が絶対必要と認識している者が約半数を占めた。しかしこれは同時に，支援ニーズの高い状況の家族に対する支援必要性が全体で十分に共有されていない状況を示唆した。

入院時や外来初診時の家族との関わりでは，患者本人や治療・リハビリテーションに関する事項に焦点を当てたやり取りだけではなく，労いの言葉掛け，家族の思い・認識を尋ねるやり取り，家族が安心できるような関わりを約半数以上が行っていた。しかし，継続して話をできる機会の設定，家族の対処に焦点を当てる関わり，協働体制を構築できるような関わりを行っている者は一部に限られた。この傾向は，面会来院時や外来受診時における関わりにおいても同様であった。

支援スタッフが家族との関与に困難を感じる状況は，患者本人と家族との関係・距離が遠い状況にとても困難と感じる者が約半数を占めた。少し困難と感じる者も含めると,家族との関わりに関する知識やスキルが求められると思われる状況，十分時間が取れない状況に代表される，提示した項目のほぼすべてにおいて半数以上が困難を感じていた。

これらの結果から，家族との継続的な体系的な関係づくりを行うには，次のような方略を検討することが必要となろう。まず，入院時や外来初診時など，精神症状が比較的活発と思われる状況や，その際に表出されるかもしれない様々な家族の言動は，支援ニーズが高い状況を表しているかもしれないということを関係者間で共有する，教育研修の機会の設定が必要と考えられる。その際，感情表出を含む，家族の様々な言動に対して関係づくりを意図した関わりの方法を習得できるような演習を組み込む必要があると考えられる。特に，困難に感じている者の割合が比較的高かった家族が病気を受容できていない状況や支援スタッフとの関わりを避けるような状況は，先行研究で家族が家族心理教育につながらない背景として報告されている状況であり，この状況における関係づくりのための関わりの方法を習得することが必要となるだろう。

次に，こうした教育研修が奏功するためには，日常実践で体系的に家族と関わりを行う時間が保証されるシステムが必要だろう。入院時家族面接時や外来受診同行時のみでは，関係づくりに必要なやり取りのすべてを行うことは困難であることが多い。そのため，継続して家族と関わりを持てるような時間を設定する必要があるが，家族の面会来院時には十分に対応できないことが多い。特に，急性期病棟では慌ただしく業務に従事するなかで家族との関わりの時間を確保することが困難であることが，困難度の認識状況からもうかがえる。また，家族の面会来院が多い準夜勤帯などは人手が一層少なくなる時間帯でもあり，家族関与が一層困難であることが推測される。スタッフ個々人の判断で家族と関わりをもつ時間の確保を求めるのではなく，スタッフ配置や業務整備の工夫に加え，業務の中に家族との関わりを明確に位置

付けるような，システム的な対応が求められると言えよう。

上記のシステムは，家族が面会や外来で来院する状況が前提となる。慢性期病棟でも適用可能な部分があるかもしれないが，長期間家族とのコンタクトが取られていない状況や，遠方のために家族との継続したコンタクトが困難な状況の場合には，別の方略，システムが必要になるだろう。この点は，半構造化面接でもスタッフから表出された困難点であり，電話や手紙等などの手段によって，家族の状況や気持ちにも配慮した地道な働きかけが必要となるのかもしれない。

3) 家族心理教育担当スタッフに対する半構造化面接調査

18 機関 37 名の心理教育実施担当者の協力が得られた。半構造化面接によって聴き取りを行った結果，家族心理教育プログラムへの導入までの家族との関わりは，概ね以下のとおりに集約された。

a) ニーズが高いと判断される家族に，プログラム紹介と説明の機会を設定。
b) 診療会議等でプログラムの募集を伝え，担当医師等から個別にプログラムを紹介。
c) 心理教育実施スタッフの担当患者の家族には，個別に関わりを実施し，紹介。

すなわち，心理教育担当スタッフのレベルでは，日常的な関与の中で担当する患者の家族に関係づくりの要素が含まれる関わりが行われている場合があるものの，体系的・継続的な取り組みは必ずしも行われていなかった。また，個別に関係づくりを行っている場合でも，精神保健福祉士等の一部の職種，立場の者に限られていた。プログラムへの参加を促すための募集の方法は，体系的に行われている機関も多かった。しかし，それらは必ずしも事前の関係づくりが意図されたものではなく，また，プログラムの募集開始時期に集中して行われる傾向にあった。

いくつかの機関において，家族との関係づくりを体系的に行うための工夫が行われていた。同時に，体系的・継続的に行うためには克服の必要がある課題が抽出された。

関係づくりやプログラム開始前の関わりを丁寧に行おうと工夫をしている機関では，特にニーズの高いと思われる家族に対して，家族の気持ちに焦点を当てた個別の関わりを設定したり，家族心理教育担当スタッフが個別の関係づくりを行えるようにつなげる仕組みを構築していた。

これらの取り組みは，家族心理教育へと家族を導入する前の関係づくりの体系的な方略に活用できると考えられる。特に，アセスメントシートの活用，オリエンテーション・セッションを兼ねた家族との関係づくり，訪問看護を活用した家族との継続的な関係づくり，入院時家族面接から担当看護師がアンケートを活用しながら家族の気持ちや対処を扱う関わりなどは，有用と考えられた。

他方で，担当スタッフや一部の職種に役割が集中することによって十分な対応ができない場合があること，急性期病棟などの多忙な部門では，家族への丁寧な関わりが行えないことがある等の課題も提示された。これらの課題は，役割の分担と共有，不在時や担当者が対応できないでも他スタッフがカバーできるような体制のあり方の構築などを検討する必要があるだろう。

4) 家族アプローチ・システム案の構築

以上より，家族心理教育プログラムに家族をつなげるための家族との関係づくりを体系的に行うためには，家族との関わりの実態を踏まえ，次のような提案を行うことができる。本案は，実態を踏まえたうえで仮案を作成し，家族心理教育担当スタッフとの意見交換会を行った。意見交換会での意見を踏まえて，より実施可能性の高いものに修正した。

(1) 統合失調症をもつ人と関わるスタッフ全体で，家族との関係づくりを意図した関わりの必要性と方法を共有する，次の内容を盛り込んだ教育研修機会の設定。
a) 入院時や外来初診時などの家族の支援ニーズの高い状況の理解。
b) 家族の感情表出関連の言動のなかに，支援ニーズが存在している可能性の理解。
c) ニーズの高い状況にある家族に対する関係づくりを意図した関わりの視点の習得や，その関わりの方法を習得するための，ロールプレイなどの実演を含む演習。
(2) 体系的で継続的に家族との関係づくりを行うためのシステムの構築。
a) 入院時家族面接や外来初診時に，家族に焦点を当てた関わりを行う役割を明確化と，その後の家族と継続して関わる機会を設定することの明確化。
b) 家族の面会来院時や外来受診時などの機会に，継続して家族との関係づくりを行うことの明確化。
c) 家族との初回コンタクト時と，継続的な家族との関わりの状況を共有するシステム（家族との関わりに関する記録様式の作成と共有化等）。

※家族との関わりに関する記録様式には，次の事項が含まれている。
- 家族の疾患や症状，障害，それに関連する言動等に対する認識の状況。
- 家族の気持ちや行ってきた対処の状況。
- 感情表出の程度や疾病や障害に対する知識等の状況。
- 上記を踏まえて，支援のニーズが高さ，

より焦点を当てた継続的な関わりの必要性の有無（状況）を確認できるようなアセスメント記入欄。

d) 家族との関係づくりを行う担当者が不在の際，あるいは多忙で対応できない場合に，それをフォローできる体制構築，あるいはその認識の共有化。

体系的で継続的な家族との関係づくりを行うためのソフト面の取り組みは，教育研修の機会を設定し，家族の抱えるニーズの理解，家族支援の必要性の理解に加え，家族と実際に関わる際の視点と方法を習得できるようにすることが求められよう。家族心理教育担当スタッフに対する半構造化面接において，「周囲のスタッフは，家族心理教育は一部のスタッフがプログラムとして家族支援を行っているものという認識にある」との発言があった。この認識も考慮すると，教育研修の場を“家族心理教育のための研修”と打ち出すよりは，日常実践における家族支援，家族との関わり方に関する研修のような位置づけで行う必要があるのかもしれない。

ハード面の取り組みは，マンパワーの課題も関係してくるために一朝一夕に達成されるものではないかもしれない。しかしながら，前章に挙げたシステム構築の要素のうち，着手できる部分から取り組むことは一つの方法であろう。あるいは，ソフト面において家族との関わりのエッセンスが習得されることにより，現状において“多忙のために対応できない”とする認識に変化が生じるかもしれない。一度に十分な時間を割くことが困難であっても，継続して家族と関われる機会を予め設定し，短時間でもエッセンスを含んだ家族に焦点を当てたやり取りを行う認識が共有されることにより，克服できるのかもしれない。

今後，考案したアプローチ・システム（案）の有用性を検証し改訂をしていく必要はあるものの，同時に，本案をベースに体系的な家族アプローチが現場レベルでも普及・展開していくような取り組みが求められよう。

５．主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計１件）

①贄川信幸，精神保健福祉サービスに新しいインパクトをもたらしたプログラム評価（2）－統合失調症の家族心理教育－，リハビリテーション研究，査読なし，Vol.145, 2010, 14-19.

〔学会発表〕（計７件）

①贄川信幸，大島巌，心理教育を立ち上げ，定着させ，継続するには（パートII）～ツールキットを活用し，施設外資源と連携した取り組みの工夫～［分科会招聘］,日本心理教育家族教室ネットワーク第 16 回研究集会（岡山衛生会館）, 2013.3.1.
②贄川信幸，岡山での心理教育の広がり［シンポジウム招聘］，日本心理教育家族教室ネットワーク第 16 回研究集会（岡山衛生会館）, 2013.3.1.
③贄川信幸，精神科医療機関における統合失調症をもつ人の家族との関係づくりの方法～機関全スタッフに対する自記式調査による実態把握から～，日本精神障害者リハビリテーション学会第 20 回神奈川大会（神奈川県立保健福祉大学）, 2012.11.18.
④贄川信幸，大島巌，地域における家族支援のあり方を考える［分科会招聘］，リカバリー損国フォーラム 2012（帝京平成大学）, 2012.8.24.
⑤贄川信幸，統合失調症をもつ人の家族に対する精神科病院スタッフの関与の実態～半構造化面接による予備的検討～，日本精神障害者リハビリテーション学会第 19 回京都大会（佛教大学）, 2011.11.13.
⑥贄川信幸，プログラム評価の方法論を用いたサービスの構築と評価［教育講演招聘］，第 53 回日本老年社会科学会（京王プラザホテル）, 2011.6.17.
⑦贄川信幸，香月富士日ほか，統合失調症の家族心理教育実施促進のためのコンサルテーションのプロセス，日本精神障害者リハビリテーション学会第 18 回浦河大会（北海道浦河町総合文化会館）, 2010.10.24.

６．研究組織

(1)研究代表者

贄川　信幸（NIEKAWA NOBUYUKI）
日本社会事業大学・社会事業研究所・准教授
研究者番号：３０５３６１８１

(2)研究分担者

該当者なし

(3)連携研究者

該当者なし