

# 家族心理教育の効果と課題に関する一考察

—— 東北福祉大学せんだんホスピタルにおける実践を通して ——

石 黒 亨<sup>\*1</sup>・西 尾 雅 明<sup>\*2</sup>

**要旨：**統合失調症の家族に対する心理教育（Family Psycho-education：以下 FPE）は、そのエビデンスが明確であることから、科学的根拠に基づく心理社会的援助プログラム（Evidence-Based Practice：EBP）のひとつとされている。

FPE は、家族が病気への理解を深めること、そして対処法を考えることによる、家族のエンパワメントを目的としている。その結果、家族の当事者への接し方が安定することにより、病気の再発率が減少するというエビデンスを示すことができている。

本稿では、東北福祉大学せんだんホスピタル（以下せんだんホスピタル）における実践を通して、FPE の効果と課題について検討を加えた。FPE とりわけグループセッションへの参加は、家族に「選択肢の増大」・「ゆとりの増加」そして「変化の場所がわかる」という変化をもたらし、こうした変化が参加者のエンパワメントにつながっているように思われた。他方、その課題としては、① 平日開催による参加者層の限定、② FPE への参加自体にサポートが必要な場合もあること、③ 参加者が提供された情報を活かすためには個別化が必要であること、④ フォローアップのあり方、⑤ ドロップアウト、をあげた。

**キーワード：**統合失調症（Schizophrenia）、家族心理教育（Family Psycho-education）、エンパワメント（empowerment）

## I. は じ め に

心理教育（Psycho-education）という言葉は初めて用いたのは、Anderson（1980）と言われる<sup>1)</sup>。心理教育とは「精神障害者やエイズなど受容しにくい問題をもつ人たちに対して、個別の療養生活に必要な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や工夫をともに考えることによって、主体的な療養生活を営めるように援助する技法」である<sup>2)</sup>。

後藤は、「心理教育とは疾病についての知識を、患者、家族と治療者が共有することと、支持的援助及び対処技能の増大をはかることで、患者本人の不適切な行動や家族の対応のうちストレッサーとなるものを減少させることにより再発を予防しようとするアプローチ」と定義している<sup>3)</sup>。

---

<sup>\*1,2</sup> 東北福祉大学

尚、本研究の構想は西尾・石黒が行った。また、本稿は西尾の監修のもと執筆を石黒が担当した。

ここで知識や情報の「伝達」ではなく「共有」としているのは、知識をもっているのは専門職だけでなく、患者や家族もそれぞれの立場で経験した知識をもっており、心理教育はそれぞれの知見を持ち寄り、学び合う場であることを示している。すなわち、パターンリスティックな専門職から患者や家族への一方的な指導ではなく、双方向のコミュニケーションが展開されることが肝要となる。

統合失調症の心理教育では、特に家族に対する心理教育（Family Psycho-education：以下FPE）において、そのエビデンスが明確であることから、科学的根拠に基づく心理社会的援助プログラム（Evidence—Based Practice：EBP）として広く普及されることが求められている<sup>4)</sup>。

FPEにおけるエビデンスとは、家族が病気への理解を深め、適切な対処を知り、家族がエンパワメントされることで、当事者への接し方が安定し、そのことによる①病気の再発率・入院率が減少する再発予防<sup>5)</sup>、②薬物療法に対する積極的参加<sup>6)</sup>などがあげられている。

FPEの必要性は、家族の状況が精神障害者の地域ケアの成否に関する重要な因子であること、そして家族自身も支援を必要としていることによる。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つことが、Expressed Emotion（EE）研究<sup>7)</sup>などにより明らかになっている。したがって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べきことがらといえる。また、本人が病気になる、障害をもつ、あるいは介護が必要な状態になることが家族などの身近な人々に及ぼす悪影響を「第三者の障害」というが、この意味で、家族も当事者であり、サポートを要する場合が少なくない。全国精神保健福祉会が平成21年度に精神障害者の家族に対して行った調査は、苦慮する当事者としての家族の姿を具体的に浮き彫りにしている<sup>8)</sup>。

心理教育や家族教室は家族のストレスマネジメントであり、援助者への援助である<sup>9)</sup>。ただし、家族を援助者という側面だけで語ることは慎重にならなければいけない。逆説的になるが、家族自身が援助者という役割にのみ規定されず、自分自身の暮らしも手に入れることが、結果、精神障害者への援助となるという理解も必要と思われる。家族ケアに関わる家族機能には、障害のある人に対する援助機能（「援助者としての家族機能」）、そして家族自身の生活機能（「生活者としての家族機能」）がある<sup>10)</sup>。「生活者としての家族機能」については、「援助者としての家族機能」に対する期待が大きい一方で、ともすれば専門職や社会から軽視されがちであった。しかし、家族ケアの長期間の継続を考えると重要な視点であるのはもちろん、家族が自分自身の生活を楽しみ、自ら自己実現を図ることは家族の当然の権利である<sup>11)</sup>。

本稿においては、東北福祉大学せんだんホスピタル（以下せんだんホスピタル）におけるFPEの実践をとおして、このプログラムの効果（参加家族の何がどう変化し、それはどのようなにしてもたらされるのか）そして、プログラムを展開するうえでの課題について検討を加えたい。

## II. 東北福祉大学せんだんホスピタルにおける FPE

### 1. プログラム開始に至る経緯

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る。地域での実践としては、新潟県の糸魚川市や守門村における実践<sup>12)</sup>や茨城県土浦保健所における「こころのビタミン講座」の開催<sup>13)</sup>などがある。これらは、それぞれ有効な援助を提供しうるものであるが、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いうことになる<sup>14)</sup>。

せんだんホスピタルにおける FPE は、平成 23 年度の同院の診療部およびリハビリテーション部各室の業務目標として、このプログラムの実施が掲げられたことが契機となった。その設定理由は、日々の実践をとおして「家族が病気についての理解を求めている」と思われたこと、家族に対する支援として、ひいては患者の回復のためにも「家族同士の力をもっと活かす」必要があるという課題意識であった。

FPE を展開するにあたり、はじめに職員を対象に家族心理教育についてのアンケートを実施した結果、配布数 100 に対して 73 名からの回答を得、関心の高さともっと学びたいという職員のニーズが明らかになった。この結果をうけ、家族の心理教育勉強会が企画・開催され、外部講師を招いての勉強会が開催された。勉強会参加者に対するアンケートの結果、さまざまなセクションに所属する参加者の多くが、家族の心理教育についての理解を深め、かつ当院での実施に対する意欲をもったことが確認できた。

2012（平成 24）年 7 月より、心理教育委員会が院内の正式な委員会として位置づけられ、2013（平成 25）年 7 月から FPE が実施された。

### 2. 実施目的

こころの病（統合失調症）を抱える方のご家族を対象に、病気の仕組みや経過、薬の作用・副作用、社会資源などさまざまな情報を共有し、病気や障害の理解を深めることで、また、同じような体験をした家族が集まり、不安や悩みを語り、分かち合うことによって、ご家族が少しでも楽に暮らしていけること、ひいてはご本人の回復に寄与することを目指している。

### 3. 実施体制

平成 27 年 4 月 1 日現在の心理教育委員会は、精神科医を委員長として、病棟看護師 6 名（各病棟から 2 名参加）、精神保健福祉士が 3 名、作業療法士が 1 名、臨床心理士が 1 名、計 12 名の多職種により構成されている（薬剤科より薬剤師の参加もあったが、この時点では、欠員となっている）。各委員が、教育セッションの受付や司会を、またグループセッションでは、リーダー・コリーダー・板書係・記録係などの役割を分担している。教育セッションでは、病院全体での取

り組みとするためにも心理教育委員以外の職員も講師として依頼し、さらには地域ネットワークづくりも意識して、他機関スタッフも招聘している。

#### 4. プログラム概要

プログラムの概要を表1に示す。

当院におけるFPEは日本心理教育・家族教室ネットワークの標準版家族心理教育<sup>15)</sup>に準じている。

FPEは基本的に次の2つを柱として実施される。ひとつは病気や障害についての知識や情報を伝える「情報提供の場」(教育セッション)、そして問題への対処や工夫をともに考える「対処について相談できる場」(グループセッション)である。「情報提供」は家族が力量を高めるための必要条件、「対処について相談する」は十分条件である<sup>16)</sup>。

教育セッションでは、主に統合失調症に関する知識を提供するが、これはある程度精神障害一般に関する知識として援用できるものであることから、参加対象について診断名による線引きは行っていない。一方、グループセッションの対象は、基本的には統合失調症で、できれば初発の方を対象とした。これは病歴が短いほど、病気に関しての知識も不足しており、対処においても困難を抱えている可能性が高いと推定されたためである。また、精神障害者本人、家族共に病名告知を受けている方を対象とした。グループ内に、すでに告知をうけている家族と未告知の家族が混在することは、グループの運営がしづらいことが予想されたためである。

実施頻度については、間隔が短いと参加家族にとってはかなりの負担となり継続的参加が望めなくなってしまうかねない。逆に間隔が長くと危機介入が不十分となり、タイムリーな行動を練習しにくくなる<sup>17)</sup>。当院では、参加者がグループセッションで検討された対処アイデアを施行する期間を保障すること、さらには心理教育専属のスタッフはいないため、短い間隔ではスタッフの時間がとれないこともあって、1ヶ月間隔で開催している。

グループの構成の仕方は、その目的によって、構成員が異なるが<sup>18)</sup>、せんだんホスピタルでは家族のみが参加する複数家族グループで展開している。

表1 FPEプログラムの概要

対 象	統合失調症患者等の家族(教育セッションは、統合失調症患者の家族に限定していない)
頻 度	月1回開催 7月～翌年2月 8回開催
時間配分	教育セッション(1時間)11:00～12:00(講演はおおよそ45分程度、残りの15分を質疑応答の時間にあてる) グループセッション(2時間)13:00～15:00(途中、休憩を10分程度とる)
定 員	教育セッション:30名程度(設定理由:会場の収容人員) グループセッション:グループ数は1つ/家族数は最大6つ、参加人数は最大8人までとした(設定理由:スタッフのマンパワー)

## 5. 実施状況

### 1) 教育セッション実施状況

2014（平成26）年度における教育セッションの参加実人数は46名、のべ参加人数136名、平均17名の参加であった。

教育セッションの内容は次のとおりである。#1「統合失調症について」（医師）、#2「統合失調症の治療について」（医師）、#3「統合失調症 対処の工夫」（看護師）、#4「統合失調症薬物療法」（薬剤師）、#5「利用できる社会資源」（精神保健福祉士）、#6「統合失調症の再発予防」（看護師）、そして#7が「家族会について」、#8が「当事者の体験から学ぶ」であった。

1回目～6回目の講師は、せんだんホスピタルのスタッフが務めた。その内、2回目～5回目は心理教育委員以外のスタッフであった。7回目、8回目はいずれも外部講師にお話しをいただいた。7回目は仙台市の地域家族会の役員の方から、家族会の活動、とくに精神障害の当事者を抱える家族同士の集いである「懇談会」について、さらにはエンパワメントについてお話しをいただいた。8回目は仙台スピーカーズビューロー（以下SB）<sup>19)</sup>の方々より当事者の方2名に登壇いただいた。

### 2) グループセッション実施状況

2014（平成26）年度におけるグループセッションのエントリー人数6名、のべ参加人数35名、平均4.4名の参加であった。

#### (1) プログラムエントリーの流れ

- ① 心理教育委員会および各病棟師長・副師長が候補者をリストアップ
- ② 主治医にエントリーの可否等について確認
- ③ 本人および家族に声がけ（プログラムのアウトライン説明）
- ④ 心理教育委員によるプログラム説明とニードアセス面接
- ⑤ エントリー

尚、プログラム説明に使用したフライヤーを図1に示す。

#### (2) グループセッションの進め方

グループセッションの流れについて表2に示す。またグループのルールについて表3に示す。

グループセッションの導入は、毎回このプログラムを効果的なものをするためのコツとしてのルールを全員で確認することからはじまる。次に「よかったこと探し」を行うが、これはグループの雰囲気や和らげるアイスブレイクの意味だけでなく、グループ内の相互作用を活性化させる練習の場であり、参加者個々の状態を確認するアセスメントの場面でもある。状況の明確化では、

# 家族教室へのお誘い

ご家族がでることに一緒に考えてみませんか？  
 こころの病を抱える方のご家族を対象に、病気や障害の理解を深め  
 さまざまな支援などについて学びます。  
 他のご家族との交流も得ながら、ご本人、ご家族が少しでも楽に暮  
 らしていけることを目指しています。

## 情報を共有する場

お子さんやご家族の病気についてご存知ですか？

病気についてよくわからなかったり、何となくわかっていてもまだ  
 知りたいことがあったりすると思います。また、ご家族が病気を正しく  
 理解することは、治療やリハビリテーションにおいて欠くことがで  
 きないもので、症状の安定や回復に役立つことが分かっています。  
 家族教室では、一人で学ぶのではなく、同じ悩みを抱える家族や専  
 門家とともに、病気の仕組みや経過、薬の副作用、地域資源などさま  
 ざまな情報を共有しあう場でもあります。

## 支え合いの場

1人で不安を抱えていませんか？

病気に対する不安や、子どもの将来に対する不安など、誰にも相談でき  
 ずに、一人で悩んでいるご家族が多いようです。  
 家族教室では、同じような体験をした家族が集まり、他では言えない不  
 安や悩みを語り、分かち合うことで気持ちが楽になる場でもあります。  
 これまで、一人で抱え込んできた思いを話してみませんか？

## 対処法を学ぶ場

お子さんと接する際に、感情的になっていませんか？

親は、自分の子どもを思うあまり、ついカッとなってしまふことがあ  
 ると思います。しかし、親の感情的な言葉や行動は、治まっていた症状  
 を悪化させる大きな原因となります。また、お子さんだけでなく、ご家  
 族にとっても大きな負担になってしまうのです。  
 “話し方”や“感情の表し方”など、受け入れやすい対処法について  
 他のご家族の体験なども聞きながら学ぶことも家族教室の特徴です。  
 ご家族のあり方は病気の原因にはなりません！  
 しかし、ご家族の関わりは回復の大きな手助けになるのです。

図1 FPE プログラム説明用フライヤー

表2 グループセッションの進め方

① ルールの確認	グループのルールを読みましょう。
② ウォーミングアップ	「よかったこと」を言いましょう。 よかったこと・報告した ことなど
③ 話題の設定	話題を出しあいましょう。 相談してみたいこと・他の参加者 に聞いてみたいこと
④ 話題の選択	どの話題から進めるか、みんなで決めましょう。
⑤ 休憩	スタッフは意識的別の場所に移動する。 目的は参加者同士の交流を促進と後半にむけグループの状態を スタッフ間で共有することにある。
⑥ 状況の明確化	他の参加者の体験も参考にしながら状況を整理しましょう。 誰がどのような状況にあるのか・その状況に対して自分はどの 向き合ってきたか。
⑦ テーマの絞り込み	話し合ってもらいたいことを皆に伝えましょう。
⑧ アイデアの抽出	みんなで方法・選択肢をだしあう。
⑨ アイデアの選択	相談者に自分にあった、できそうな方法を選んでもらう。
⑩ 感想	グループの感想を言って終わりにしましょう。

伊藤順一郎監修 心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会 大島巖  
 福井里江編集(2009)『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』  
 p.61 一部改変

表3 グループセッションのルール

- ① 毎日の生活で、自分ができるようになりたいこと、工夫したいことを相談しましょう。
- ② 心配や不安などの気持ちはご家族として当然の反応です。決して欠点ではありません。お互いの気持ちを認めあい、助け合しましょう。
- ③ 自分がやれていること、工夫していることに注目し、前向きに考えてみましょう。
- ④ 実現できそうな、小さくて具体的な目標を見つけましょう。
- ⑤ 自分に合ったよい対応方法を見つけていきましょう。
- ⑥ 時間は2時間です。みんなが話せるように、ポイントを短くまとめて話しましょう。

伊藤順一郎監修 心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会 大島巖 福井里江 編集 (2009)  
 『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』 p. 61

多くの場合、本人の障害によって相談者自身が困っていることが語られるが、それに対してこれまで取組んだこと、工夫してきたことも確認することが大切となる。

(3) スタッフの役割について

グループセッションにおける、スタッフの役割は以下のとおりとなっている。当院では、この役割を心理教育委員がローテーションを組み、様々な役割を経験できるように行っている。

- ① リーダー：グループのルール・進め方にそって、進行役をする。
- ② コリーダー：リーダーや板書係を助け、グループ内の相互作用が活性化するように関わる。  
 (参加者が共通の話題にのれるように配慮する。発言のない人がいたらその人に話を振る。など)
- ③ 板書：ホワイトボードに参加者の発言をわかりやすく整理して書く。(板書係が要約するのではなく、「何と書けばよいか」家族に尋ね、家族自身の言葉でまとめてもらうことが大切)
- ④ 書記：グループ記録・個人記録の作成

グループセッションにおけるスタッフと参加者の座り位置を図2に示す。

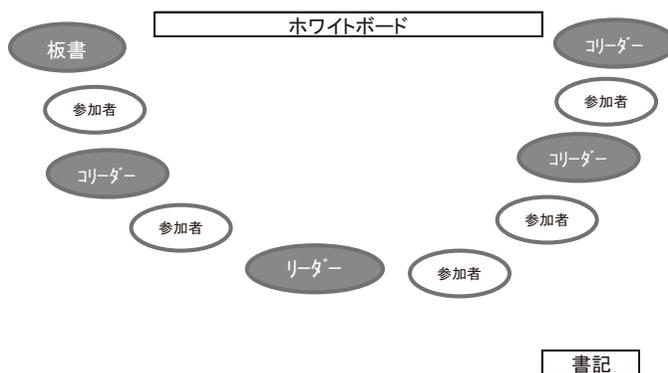


図2 グループセッションでのスタッフと参加者の座り位置

## (4) 各回のグループ全体の状況

各回のグループセッションにおけるグループ全体の状況（雰囲気・グループダイナミクス等）を表4に示す。

表4 グループセッション 各回におけるグループ全体の様子

- 
- # 1 初回とあって参加者だけでなく、スタッフも緊張気味。グループ全体の雰囲気はまだ硬く、沈黙となることもままあった。
- # 2 自ら積極的に発言する家族はまだ少ないが、いずれもスタッフに促されれば発言できる。「家族以外でこのような話ができる機会は外にはなく、発散できた」という感想が複数の家族よりでている。参加者相互のちがいを強調するような場面もあったが、基本的には他の家族の発言を共感的に聴き、参考にしようとする雰囲気はある。  
『本人が具合が悪いとき親としてどう対応したらよいか?』について話し合った。
- # 3 スタッフの促しでセッションが進行され、参加者からの積極的な発言はまだ少ない。「よかったこと探し」の際には笑顔もみられるが、「相談したいこと」になると一転、グループ全体に張り詰めた空気となる。状況の確認作業が進むと、それぞれの体験・思いが語られ、徐々に雰囲気も柔らかくなる。参加者同士の対応を評価し合う場面もある。  
『本人はいろいろ～がしたいと言うが、親としては無理をして具合が悪くなるのが心配。どう対応したらよいか?』について話し合う。
- # 4 「自分としても相談したいことはいろいろあるが、これまでまだ一度もテーマとして話していないご家族がいるので、今日はその方の話題をとりあげてほしい」というように他の参加者を気遣う様子が相互に見られ、参加者同士の関係性が深まっている印象がある。そのこともあってか、話のテーマがより深いものになってきているように思われる。グループセッションで対処アイデアを試してみても、グループで報告する動きもあった。  
『本人の病気のことを兄弟にどのように説明するか?』と『自信を失っている本人に家族としてどのように寄り添うことができるか?』がテーマとなる。
- # 5 「よかったこと探し」の際には、お互いの話に質問したり、自分の場合はどうかを紹介したりして盛り上がっていた。「相談したいこと」になると、沈黙が続き、あまりの雰囲気の変り様に自然と笑いが起きていた。これまで発言が少なく、うつむき加減だった参加者が自ら「前回の振り返りをしたらどうか」と提案があり、ここからグループが動き出したのが非常に印象であった。  
『苦しい毎日のなかでいかに自分を保つか?』がテーマとなる。これまで本人のための家族として何ができるか、ということ話し合ってきたが、ここにきてはじめて自分自身のために何をするか、できるかテーマとなった。ある参加者が、寝る前にアロマを焚いたりボディクリームを塗るなどの癒しの時間を『極楽タイム』と名付けて行っていると紹介。各自にとっての『極楽タイム』について話し合う。このような状況で自分のことを考えていて良いのか?という疑問が語られ、他方ではこれが本人にどんな影響がでてくるか期待したいという意見もあった。
- # 6 昼食を参加家族と一緒に、メインエントランスのロビーでとっていた。(開始時間に少し遅れて、会場入り)ははじめから和やかな雰囲気であった。スタッフの声がけがなくとも、積極的に発言する場面が増えた。午前中の教育セッションの話のなかにあった「巻き込まれ」(家族が本人に感情的に巻き込まれる過ぎることが再発にリスクを高めること)が話題となり『巻き込まれすぎないようにするためにはどうするか?』について話し合った。
- # 7 終始和やかな雰囲気、大きな笑いに包まれることもままあった。「よかったこと探し」では、仙台市内の七福神めぐりにいけたという自分なりの「極楽タイム」をもつことができ楽しかったという報告があった。グループセッションも残り少なくなったためか、これまでの場面を振り返り、まとめようとする動きがある一方で、グループセッションが終わったらまた『荒波』に放り出されるのかという不安も語られた。
- # 8 グループセッション前の院内ランチは恒例となった。セッション終了後も集まれるように連絡を取り合っている様子もうかがえた。グループ中は終始リラックスしたムードであった。「よかったこと探し」では、以前から読みたかった本をお気に入りのハーブティーを飲みながら読むことができるとき、自然と『極楽』とつぶやいたという話や、別の参加者からは自分も本人も好きなアーティストのコンサートに一緒にいけたというエピソードの紹介もあった。  
話題は午前中の教育セッションでの当事者の話をうけ、「希望」や「リカバリー」に関連した話題もでていた。8回のグループを振り返り、自分にとってどういう意義があったかを確認する場となった。
-

### III. 研究方法

#### 1. 対象者

せんだんホスピタルにおいて、2014（平成26）年度（2014年7月～2015年2月 毎月1回）に実施されたFPEの参加者を対象とした。

教育セッションの参加実人数は46名であった（グループセッション参加者は基本的に教育セッションも参加という設定であり、うち、6名はグループセッションにも参加している）。また、事前登録や予約不要のオープンな場であるため、必ずしも本人の疾患が統合失調症とは限らず、一部には家族と本人が連れ立って参加する場合もあった。

グループセッションは、エントリー人数6名で全員母親であった。うち、実際にプログラムに参加したのは5名であった。参加者の平均年齢54歳、本人の疾患名は自己臭恐怖症の1名を除き統合失調症であり、平均年齢25歳、罹病期間は平均7年間（最短2年間、最長で10年間）であった。全員が本人・家族ともに病名告知は受けていた。（自己臭恐怖症の方は、統合失調症の亜型という形で告知）

#### 2. 調査方法

教育セッションについては、毎回受付にて参加者全員にアンケート用紙を配布し、プログラム終了後その場で記載いただき、回収箱を用いて回収した。

グループセッションについては、8回のセッションが全て終了した後、アンケート用紙を発送し、返信してもらった。質問項目は、グループセッション参加状況（欠席理由に関する問いを含む）、参加家族はグループセッションでどのような体験ができたか、グループセッションに参加して何が変わったか、当初の目的の達成度・プログラム参加効果、であった。

回答内容の具体化を図ることを目的に、回答者全員に再度集ってもらいグループインタビューも2015（平成27）年4月に開催した。インタビューの要点としては、FPEプログラムへのエントリー時に、プログラムの説明ツールとして使ったフライヤーを再度配布し、そこでの説明と実際の体験にズレがないか確認した。また、アンケート結果の具体化として「グループセッション参加後の変化」について再確認した。さらに、他FPEプログラムに関する意見を述べてもらった。

#### 3. 倫理的配慮

アンケート並びにインタビューは、より効果的な家族教室運営のために実施するもので、その結果は学会等で発表することがあるが、個人が特定されることはなく、拒否しても不利益が生じることはないことを対象者に口頭および紙面にて説明し、承諾を得た。

## IV. 結 果

### 1. 教育セッションアンケート結果

のべ参加者数は136名に対して総回答数は115（すべて有効回答）で、回答率は85%であった。教育セッション各回の参加者の理解度と効果に関する評価を図3-1及び図3-2に示す。また、各回の開催日とテーマについて表5に示す。

いずれの回においても、理解度、効果ともに高い評価を得た。

理解度に関する自由回答としては、「スライドが見やすかった」、「ゆっくりとお話しいただいたので、わかりやすかった」、「質問に対して的確に教えていただいた」などがあげられた。一方で、「内容は分かりましたが、実際対応するのは、難しいなと感じました」という回答もあり、「わ

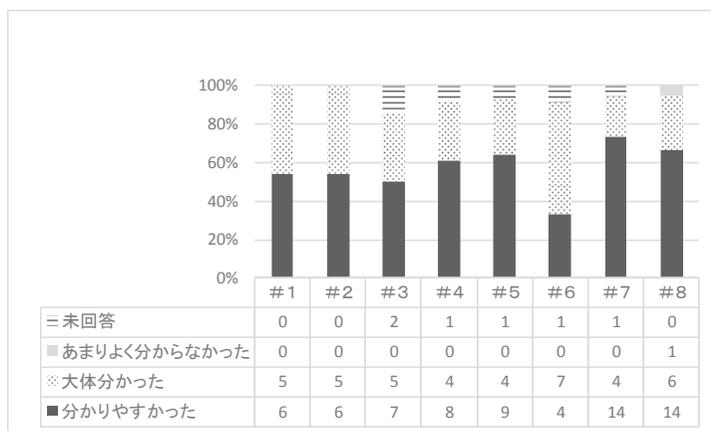


図3-1 講義が分かりやすかったか

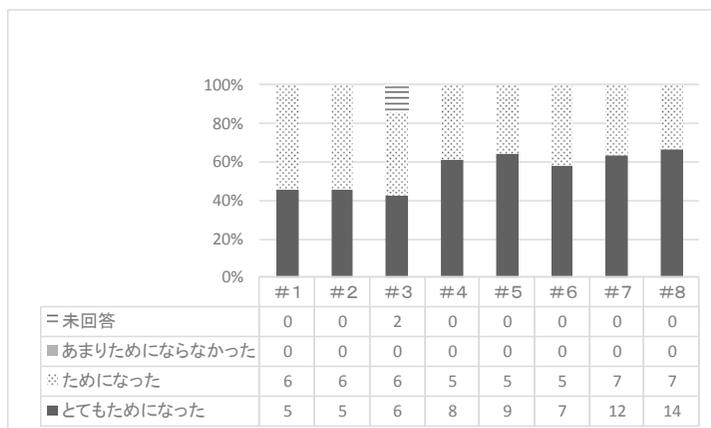


図3-2 講義がためになったか

表5 教育セッションの開催日及びテーマ

	開催日	内容
# 1	2014・7・22	統合失調症について
# 2	2014・8・19	統合失調症の治療について
# 3	2014・9・16	統合失調症 対処の工夫など
# 4	2014・10・21	統合失調症 薬物療法
# 5	2014・11・18	利用できる社会資源について
# 6	2014・12・16	統合失調症の再発予防
# 7	2015・1・20	家族会について
# 8	2015・2・17	当事者の体験から学ぶ—何が回復に役立ったのか

かること」と「かわること」のギャップもうかがえた。

効果に関する自由回答としては、「統合失調症に関する本を読んでいるが、そこにはない情報もありよかった」、「(病気の経過や薬の作用・副作用, 社会資源について情報を得たことなどから)将来への展望をもつことができた」、「当事者の方の話をきいて、もっと当人の気持ちを分かってやれるように努めたいと思った」などの回答があった。尚、未回答とは、他項目について記載あるが、当該項目は未記入という状況をさしている。それが、単に記入漏れなのか、なんらかの意味を有しているかは不明である。

## 2. グループセッションアンケート結果

### 1) アンケート回答者

グループセッションエントリー6名のうち、グループセッション参加のあった5名に対して、アンケートを依頼し、全員から回答をえた(すべて有効回答)。

### 2) アンケート結果

#### (1) グループセッション参加状況について

グループセッションエントリー6名のうちエントリーするも、全く参加のなかった方(ドロップアウトケース)が1名、1クール8回のすべてに参加した家族は3名、7回参加・4回参加がそれぞれ1名であった。欠席の理由は、「緊急の用事ができたこと」、「家族の事故による入院」であった。

#### (2) 参加家族はグループセッションでどのような体験ができたか

心理教育プログラム実施要素の家族による認知尺度 (Families' Perception toward Psychoeducation Implementation Elements scale)<sup>20)</sup> をもとに、参加家族はグループセッションを、どのような場面として認知できたかについて、質問した。各項目について、「そう思う (3点)」「ある程度そう思う (2点)」「あまり思わない (1点)」「思わない (0点)」の4段階で評価してもらい、得点化した。その結果を表6に示す。

表6 グループセッション参加者はどのような体験ができたか

具体的内容	3点 2点 1点 0点				合計点	カテゴリー
	そう 思 う	あ る 程 思 う	あ ま り 思 わ な い	思 わ な い		
自分の体験を聞いてもらった	4	1	0	0	14	サポート 体験
具体的な話ができただ	5	0	0	0	15	
家族同士で共通の体験について話ができただ	3	1	1	0	11	
自分の相談について、よいアイデアを出してもらった	3	2	0	0	13	
相談ごとを出しやすかつた	2	3	0	0	12	
これまでしてきた工夫や努力が認められた	2	3	0	0	12	対処技 能向上
自分ですでにできている対処に気づいた	2	3	0	0	12	
自分にあった解決策、対処法を見出すことができた	2	3	0	0	12	
他の家族の相談について、自分もアイデアを出した	2	2	1	0	11	適切 な情 報提 供
リラックスでき、なごやかに語れる場であつた	2	3	0	0	12	
家族教室のルールや進め方などがわかりやすかつた	3	2	0	0	13	解決志 向性
前向きに話し合うことができた	3	2	0	0	13	

※太線の枠内の数値は、回答数

FPE実施要素の家族による認知尺度（FPPIE）P 192

カテゴリーごとの平均点は、「サポート体験」で13点、「対処技能向上」で11.8点、「適切な情報提供」で12.7、「解決志向性」で13点であった。総じて、参加者は何らかのサポートをうけたという実感はあり、前向きな気持ちにもなったが、具体的なスキルが身についたかという点については相対的に低い評価となった。

- ① サポート体験について：参加者全員が「具体的な話ができただ」と回答した。また、「自分の体験を聞いてもらえて」それに対する「よいアイデアも出してもらえた」と評価している（ただし、アイデアを出したのが他の家族か、スタッフかは確認できていない）。一方で、「家族同士で共通の体験について話ができただ」という認識が低い参加者もいた。
- ② 対処技能の向上について：これまで、そして現在においても自分がなんらかの「工夫や対処をしてきたこと、できていること」を確認でき、これまでとは異なる「自分にあった対処法も見つけること」ができただが、「他の家族の相談に対するアイデアをだせた」という認識は低めとなつていた。よいアイデアを出してもらったというサポート体験としては捉えているが、他の家族のためにアイデアをだしたという効力感を持っていない参加者もいた。
- ③ グループセッション場面についての適切な情報提供はなされていたか（場面の構造化）：「お互いの気持ちを認め助け合うこと」、「実現可能な具体的な目標を見つけること」、「自

分にあった対応方法を選ぶこと」など、この場面を有効に活かすためのコツを毎回グループセッションのはじめに皆で確認したこともあり「グループセッションの進め方は、参加者から理解」されており、「なごやかに語れる場」であったことがうかがえた。

- ④ 解決志向性について：「前向きな話し合いであった」ことが確認できた。自身の体験や思いを語る場面では、参加者がときに涙ぐむこともあったが、基本的には和やかな雰囲気のなか、笑いに包まれることもままあった。

(3) グループセッションに参加して何が変わったか

グループセッション終了後の参加者の変化を表7に示す。

「本人への対応を工夫するようになった」が最も評価が高く、ついで「自分の時間を大切にできるようになった」「気持ちが楽になった」「前向きに考えることが増えた」の順に高い評価となっていた。

グループセッション参加後の変化に関する自由回答としては、「常に心の中にあった子どもに対する心配や不安が、まず自分の生活を楽しむことを意識して生活する中で次第に小さくなり何とかするのはないかと楽観的に考えられるようになった」、「自分の話ができただけで気持ちが楽になった」、「皆もがんばっていると励みになった」、「病気をもつ本人としっかりと向き合えるようになった」、「家族それぞれが楽しむ時間をもてるように、協力するようになった」「帰宅後、本人に報告するとよく聞いてくれた」などの様々なプラスの変化が確認された。

(4) 当初の目的は達成されたか、またプログラム参加の効果はあったか

参加者が、プログラムの参加目的を達成できたかについては、「できた」が2名、「少しできた」が3名であった。また効果については、「とても役立った」が3名、「少し役立った」が2名であった。

当初の目的達成度に関する自由回答としては、「他の家族が、病気の本人にどのような思いを

表7 グループセッション参加後の変化（参加者自身）

	3点	2点	1点	0点	合計点
	そう思う	ある程度 そう思う	あまり 思わない	思わない	
自分の時間を大切にできるようになった	3	1	1	0	12
自分の健康にも気を配るようになった	2	2	1	0	11
気持ちが楽になった	2	3	0	0	12
前向きに考えることが増えた	3	1	1	0	12
本人への対応を工夫するようになった	3	2	0	0	13

※太線の枠内の数値は、回答数

もちどようにかかわっているのか具体的にきけた」,「自分がどう変わるかが大切と気づくことができた」,「話し合いに参加することで、振り返れば以前より安定してきた部分もあることに気づいたが、日々変化があり、落ち込んでしまうこともある」などがあつた。

また、効果に関する自由回答では、「体験を語り合い、一歩進んで対処法・解決策をさぐることができ、毎回少しでも希望を感じて帰路につくことができ大変よかった」,「気兼ねなく話ができる所ができて少し心が軽くなった様な気がします」,「同じ立場の方と知り合えて本当に良かった。語り合える人が見つかってよかった」,「話し合うまでは気づかなかった迷いや不安に気づかされ、それを前向きにとらえられるようになった」などがあげられた。

#### 4. グループインタビューの結果

##### 1) エントリー時の説明と実際のプログラムにズレはなかったか

「単なる悩みや愚痴をこぼす場、傷のなめ合いではなく対処法や社会資源などその先のことが学べたのでとてもよかった。希望をもつことができた（このことが、他の家族教室の差異性として語られた）」,「グループセッションのメンバーはみんな違うのに仲良くなれた」,「普段の生活の支えになった」などの意見がだされ、事前説明とのズレについての指摘はなかった。

##### 2) グループセッション参加後の変化について

まず語られたのは「子供のことが心配で、いままでどこにも出られず、自分の時間を楽しんでいなかった。もっと子供に任せてもよいと考えるようになった」「以前は子供を監視しているようだったが、夫とでかけるようになった」といった自分にとっての『極楽タイム』をもつようになったことである。加えて「帰ると今日はどうだったと聞かれるので、グループの中で面白かったこと、私がこんな話をしたと本人と話すようになった」,「グループで参考になったことを夫と共有していた」というエピソードも語られた。このように、参加家族自身の変化にとどまらず、プログラム参加が家族間のコミュニケーションのきっかけともなり、その関係性に変化をもたらしていることが伺えた。

また、「以前はなんとか本人を変えようとしていたが、自分も変わることが必要と思った」「まずは自分の自立が必要だ」という意見もあった。

##### 3) FPE プログラムに関する他の意見

###### (1) フォローアップについて

「統合失調症はずっと続く。家族はずっと付き合っていかななくてはならない」,「私たちはまた『荒波』に放り出されるのか」,「私たちを見捨てないでほしい」というように、プログラム終了後もスタッフが入る形でのフォローを希望する声があつた。スタッフがグループに入ることの意義としては、「スタッフがいることで考えが整理され、伝わりやすくなる」,「スタッフの方の引き出

し方が上手で、本音を話すことができた」、 「スタッフがいてくれたので絡まった糸がほぐれるように自分の気持ちを整理でき、自分自身の心をひらくことができた」などであった。

また、「プログラムが終わってから連絡先を交換したがいざとなるとお互いの大変さがわかり連絡をとることができなかった」、 「他の家族にも私たちのように気持ちが楽になってもらえるのであれば、今後の家族教室を応援したい」という意見もあった。

#### (2) グループセッションのルールについて

「この場で話したことが、外部に伝わることはないというルールがあるから安心して共有できた」ことが語られ、

「このルールは口頭で確認されたが、掲示する紙にも追記した方がよい」という提案もあった。

## V. 考 察

### 1. FPEの効果 何が参加者のエンパワメントにつながるのか？

#### 1) エンパワメント (empowerment) とは何か

エンパワメントとは、社会的に不利な状況にある人々がその問題を自ら改善するパワーを高め主体的にその状況に働きかけること、またその過程をいう。従来のソーシャルワークが問題解決に主眼をおいたため、クライアントに無力感をもたらし、受け身で、非力な存在に追いやったという反省から生じた。無力なクライアントにワーカーが力を分けるのではなく、主体的にクライアントが問題解決にとりくむ過程に、パートナーとしてワーカーが関わるというものである<sup>21)</sup>。

FPEにおいては、家族が自分を認められる、自分の持っている力に気づき、自信をもつ、自分の方針を自分で決められるようになることであり<sup>22)</sup>、「問題を抱えていても今まで何とか対処してきたし、これからも何とかできそうな私」となることを意味している。

Tommは、エンパワメントに関する指標を図4のように整理した。これによればどこが変化すればよいか意識していて(わかっている)、なおかつそのためのメニューが多く存在していて選択ができる度合いが強いほどエンパワメントの状態にあるとされる<sup>23)</sup>。

#### 2) 何が「選択肢増大」につながるのか

グループセッションのアンケートおよびインタビューの結果から、「自分の相談について、よいアイデアを出してもらった」などのサポート体験と「自分にあった対処法を見出すことができた」などの対処技能の向上が確認された。このことから、参加者が問題にむきあう際の選択肢が増えたことが想定できる。

では、何が「選択肢増大」につながったのか、について考察してみたい。

森は、問題は見つけようと思えばいくらでも見つけることができ、その原因を解明したところで、その多くは過去に発生しており除去することは不可能で、できることといえば、責任追及と

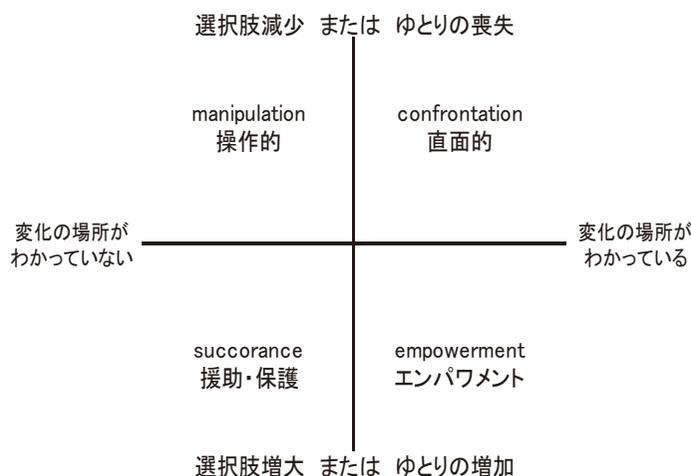


図4 治療におけるエンパワメント [Tomm, 1991]

むしろ問題を大きくするという副作用をうむことのみであると述べている。そのうえで、コペルニクス的転回としての「問題志向」から「解決志向」転換、すなわち「～できない自分物語」から「～できる自分」となることの必要性を説いている<sup>24)</sup>。

FPEにおけるグループセッションも解決志向型のグループワークといえ、参加家族が「私はやっつけられる、私はできる“I can cope”」という対処可能性の向上を図ることが眼目となり、「問題を解決する」ではなく、「問題を抱えている中で、その人のできることを見つける」ことがグループセッションを有効に機能させるための鍵となる<sup>25)</sup>。状況の明確化において、参加者がどのような状況にあって、どれほど困っているか、つらい思いをしているかということの理解に留まらず、自分なりにこれまでどのように対処してきたか、について確認することの意義はここにある。

アイデアの抽出における、できるだけ多くの対処法を皆でだしあおうとする姿勢によって、「正解」ではなく、複数の多様な「提案」や「問いかけ」が生じて、相談者は自らの意志で対処法を選択し、これまでとはちがった仕方でも生活を再組織化できることになる<sup>26)</sup>。

スタッフが「問題」解決に躍起となり、その決着点を用意しなければならないと考えるとすれば、スタッフ自身を追い込むだけでなく、参加家族をむしろディスパワメントしかねない。問題解決の落としどころを見つけることがスタッフの役割であるかのような陥穽にはまらないように、十分に留意することが、「選択肢増大」を図るうえで大切となる。つまり、グループセッションが「選択肢増大」につながるためには、スタッフがパターナリスティックな従来の専門性から脱却し、参加者が自らの状況を自らが把握し、それに向き合うためのさまざまな対処法を自分で選び取ることができるような場面を構造化するという新たな専門性を獲得する必要がある。

### 3) 何が「ゆとりの増大」につながるのか

グループセッションに参加したことでの変化として、「自分の時間を大切にできるようになった」「気持ち楽になった」「前向きに考えることが増えた」ことがあげられた。これらは参加者の「ゆとりの増加」の表れといえる。

グループセッションでは、ウォーミングアップとして「よかったこと探し」を行う。これは日常生活のなかで感じたちょっとしたうれしい出来事やほっとしたことなどを順番に話すというものである。グループを始めるにあたり、近況報告をしあって雰囲気をはぐくむことができるとともに今の生活のなかにある肯定的な要素に目をむけるエクササイズにもなっている<sup>27)</sup>。

グループセッションは、語らないことも保障されたうえで「自分自身を語るができる場」であり、と同時に「自分の話を聞いてもらえる場」でもある。「こんなことで実は困っている」という話を家族以外でできる機会はきわめて少なく、語ることである種のカタルシス（ガス抜き効果）が得られ、それが「ゆとり」につながっていることは想像に難くない。

なによりも「ゆとりの増加」につながったのは、「仲間との出会い」だったように思われる。グループセッションに関する目的達成度や効果についての回答においても「同じ立場の方と知り合えて本当に良かった」「語り合える人が見つかった」「皆もがんばっていると励みになった」「グループセッションのメンバーはみんな違うのに仲良くなれた」など様々な表現でこのことが語れている。

グループの回がすすむなかで、他の家族の経験も聞き自分の体験と比較するうちに、「自分だけが特別ではない」、「同じような苦労を他の人々もしているのだ」、という理解、問題の共有化が行われ、孤立感が和らぎ連帯感が芽生えるのであろう<sup>28)</sup>。

磯谷は、自身が属する家族会会報で次のように述べている<sup>29)</sup>。「もし、相手の苦労話を真剣に聞くことができれば、自分も楽になります。～中略～真剣に聞くには、自分のことを忘れなければなりません」、「自分の家族も大変だけど、この方も本当に大変だと、ふうとため息をつきます。すると、忘れていた自分の家族の問題が再び心に戻ってきます。そのとき、重荷の重さは変わらないけれど、不思議なことにほんの少しだけ、隙間ができ、息が楽になったことに気づくのです」。

ここで語られている「隙間」とは、スペイシング (spacing)、すなわち問題と自分のあいだにスペースを置くことができたことを意味しているのではなかろうか。そして、このような「間」をつくることは、なかなか一人ではむずかしく、「仲間」とつながることができずなし得ることのように思われる。このように社会的孤立の減少 (WANA = We are not alone) は家族が FPE に参加することの大きな意義として位置付けられる。

仮に、参加者がどれほど困っているか、つらい思いをしているかということの傾聴・共感にスタッフが終始することは、つかの間のゆとりを参加者にもたらすがエンパワメントにはつながらないように思われる。

#### 4) 「変化の場所がわかる」とはどういうことか

グループセッションでは、参加者が一端話をはじめると、日ごろの不安や不満がとめどなく出てくる場合もあるが、スタッフの板書係から「どのようにホワイトボードに書いたらよいですか?」と確認することで、発言者自身に要約してもらい、それを板書し可視化することになる。このプロセスは、参加者自身が誰にとって何がどのように問題なのかについて整理する、いわばセルフアセスメントをする大切な機会となっている。この状況の明確化は「変化の場所」すなわち今後誰が何をどのようにしていけばよいのかをわかるための、きっかけといえる。

グループセッションのアンケートでは、参加者全員が「具体的な話ができた」ことを高く評価していた。

問題がなくなるにはどうしたらよいかという大きなテーマではなく、家族自身がどうなりたいか、できることはないか、という具体的なテーマに焦点をしぼり、役に立ちそうなヒントやアイデアを出し合うこと、すなわち「問題を解決する」ではなく、「問題を抱えている中で、その人のできることを見つける」ことがグループセッションを有効に機能させるための鍵となる<sup>30)</sup>。

たとえば「親亡き後にはどうするか」といった変化させにくい総論的な問題を扱うのではなく、「どういう声かけをしたらよいか」「どのように接したらよいか」といった生活場面で生じる、変化させやすい部分化された小さな目標をあつかうことが肝要となる<sup>31)</sup>。

グループインタビューでは、グループセッション参加後の変化として「私自身が変わっていきこうと思った」「私自身の自立が必要だ」、ということも語られた。はじめ、精神障害者本人のために、どうしたら本人を変えることができるのかということを目的としてFPEに参加した家族は少なくない。しかし、グループセッションにおいては、病気をもつ本人にどうなってほしいかではなく家族自身がどうなれるとよいか焦点が当てられ、自分主語で語ることを求められる中で<sup>32)</sup>、「誰が変化するのか」という視点に変化が生じたように思われる。

以上のように、FPEに参加することは、「選択肢やゆとりの増加」、そして、「変化の場所の明確化」を参加者にもたらしめていることが確認された。こうした変化が家族のエンパワメントに連動しており、その具現化したもののひとつが、自分自身の時間も大切にしようとすることであり、『極楽タイム』という言葉として表現されたように思われる。ある参加者が自分自身の生活を楽しむことを、このように名付けたことから、他の家族も自分なりの『極楽タイム』をみつけ、それを行ったという報告がなされるようになったことは非常に印象的であった。

## 2. せんだんホスピタルにおけるFPEの課題

### 1) 教育セッション／グループセッション共通の課題

#### (1) 開催曜日について

せんだんホスピタルにおけるFPEは平日開催となっている。そのため、平日働いている家族(とくに父親)の参加は非常に困難な状況となっている。土日開催を望む声は少なくないが、職員体

制を組めずにいる。

統合失調症患者の家族（親）の接し方は病気の経過に大きな影響があり、特に父親が問題解決に参加することは大きな力となるため、心理教育に両親が参加することにより患者を取り巻いている家族関係は良い方向に変化しやすくなる、という指摘がある<sup>32)</sup>。

松岡らによれば、仕事を持つ人でも参加しやすいように、家族教室を月に1回のペースで土曜日に開催したが、参加者の8割は母親であり、父親の参加は極めて少なかった、という<sup>33)</sup>。父親の参加の阻害要因、促進要因については更なる検討と工夫が必要と思われる。

## (2) 参加すること自体へのサポートが必要であること

本人を一人で家においておけない状況があること自体、FPEに参加する必要性があることを示唆しているが、それゆえ参加できないというパラドックスがおきている。

わが国は、精神障害者の隔離収容体制を支えるために家族への監督義務を課すことに終始し、支援らしい支援、援助らしい援助が展開されてきたとは言いがたい。そして、その義務とは明らかに国・専門精神科医療の責務に属する問題を、家族に課すという責任転嫁であった<sup>34)</sup>。

1960年代以降、諸外国では精神病床を削減し、入院治療から地域ケアに移行、すなわち脱施設化が推進されていった。その過程でおきた回転ドア現象を解消するためにケアマネジメントの手法が編み出され、EBPとしてのACT（Assertive Community Treatment）や心理教育が標準化され普及していった<sup>35)</sup>。対してわが国における脱施設化は、その方向性こそ明確にうちだされてはいるが、まだまだ実態の乏しいスローガンにとどまっているといっても過言ではない。しかしながら、今後、地域移行・地域定着がすすむなかで、FPEを含む心理教育の必要性はますます高まるにちがいない。

本稿で述べてきたように、FPEは、さまざまな変化を家族にもたらすことができる。だからこそ、必要がある家族が無理なくこのプログラムに参加できるようになるための基盤整備が必要である。加えて、そもそも変わるべきなのは、家族をとりまく環境であることも見失ってはいけない。家族が援助者としての側面にだけ規定されることなく、生活者として自身の人生を送ることができるようになるためにも、システムとしての家族支援の構築が必要である。

## 2) 教育セッションの課題

教育セッションの参加者からは、そこで提供された知識・情報はわかりやすく、ためになったと、高く評価された。スライドを使って可視的情報とすること・話すスピード・質疑応答の時間をとり双方向のコミュニケーションとすること、などの提供方法の工夫が理解度につながっていることが伺えた。また、情報入手の意義としては、今まで知らなかった新たな情報であったこと、家族や当事者らの経験に基づく生きた情報であったことが挙がっていた。

ただ、参加者からの質問への対応が十分であったとは言いがたい。前述のとおり、質疑応答に確保できる時間はおよそ15分程度であり、この時間枠で質問に対応するという量的な課題と、

それ以上に、質問者の個別状況を把握したうえで対応できないため、一般論での返答にとどまってしまうという質的な課題がある。

教育セッションでインプットした一般的な情報を、それぞれの状況に合わせて日常生活で活用するためには、個別化が必要になる。それが、アンケート結果にもあった「話の内容はわかったが、それができるかというとなかなか難しい」という「わかる」と「かわる」の隔たりをうめることにつながる。

本来、グループセッションがこの個別化の機能を有しているが、今回の調査では両セッションの関連についての質問項目を設定していなかったため、確認できておらず、今後の課題となった。さらには、教育セッションのみの参加者に対するフォローについても検討をしていく必要がある。

### 3) グループセッションの課題

#### (1) フォローアップについて

8回終了後も、なんらかの形で集まることへの希望は高い。それは「また『荒波』に放り出されるのか」という不安として語られることもあった。

心理教育プログラムのスタッフの役割のひとつに、「次のサービスにつなげていくこと」がある。すなわち、心理教育プログラムは、それだけで完結するものではなく、次のリハビリテーションサービスへの橋渡しとしての機能も有している。とりわけ、医療機関で実施する場合、心理教育プログラムは原則として有限とし、次にどのようなサービスが利用できるのか、という情報提供や、ご家族自身が自分たちの力でやっていけるように力量を高め、次につなげていくことが役割となる<sup>36)</sup>。

参加者にリピーターがいることで、リピーターからの助言や誘導が家族教室を盛り上げてくれ、仲間づくりがより円滑に進む、という実践報告(参加家族21名のうち翌年度も参加し家族は6名。リピート率は約30%)もあるが<sup>37)</sup>、先述のとおり、リピーターが入らなくとも仲間作りはできることであり、にもかかわらず再利用を認めることは、新規参加者枠が削減されることに他ならないため、この方法はとっていない。

せんだんホスピタルとしては、FPEプログラム終了後は、病院で抱え込むのではなく、連結すべき「次のサービス」として地域家族会を予定していた。そのために、地域の家族会の役員の方々に教育セッションで講演してもらい、会の活動についてお話しいただいた。

この地域家族会では、平成25年度新規事業計画として、「家族による家族支援体制の構築」を掲げ、家族の相談支援センターを立ちあげ準備をすすめていたが、さまざまな事情が重なりいまだ実現していない。FPEプログラムの参加前後で、同会の家族懇談会に参加された方もいるが、なかなか馴染めなかったという感想もきかれた。おそらく、精神障害者ご本人の罹病期間のちがいが、家族自身の年齢層のちがいがいなど、いくつかのファクターが関係しているように思われる。

家族がかかえている様々な困難を象徴する言葉が「荒波」だとして、それを「春の海」や「凧」

に変えることができるに越したことはないが、そう簡単なことではない。少なくとも FPE の役割はそこにはなく、「波」があっても、それに立ち向かえるようになること、あるいは乗っていきえるようになること、といえよう。

家族から語られた不安は、グループセッションのアンケートおよびインタビューの結果から推察するに、FPE プログラムの効果が不十分だったというよりも、アフターケアの問題と思われる。したがって、フォローアップのあり方については、今後も引き続き検討を要すことがらといえる。

## (2) ドロップアウトの問題

2014 (平成 26) 年度に、せんだんホスピタルで実施された FPE のグループセッションへのエントリー人数は 6 名であったが、実際にプログラムに参加したのは 5 名であった。ほか 1 名はプログラム開始時点では、「参加の必要性がなくなった」ことを理由に、一度も参加されることはなかった。(2013 (平成 25) 年度においても、2 回のみ参加しドロップアウトしたケースがあった)

このような、ドロップアウトをうむ因子としては、参加者のグループ体験への耐性の程度とグループに参加する必要性の程度、翻ってスタッフ側の課題でいえば、グループ体験の負担軽減策の有無とアセスメントの精度にある、と言える。ドロップアウトの理由を、エントリーした家族の属性にのみ求めることなく、スタッフ側の関わりや姿勢の問題としても位置付けたうえで、今後におけるドロップアウトの発生を防止すべく、取り組む必要がある。

## VI. 結 語

FPE とりわけグループセッションへの参加は、家族に「選択肢の増大」、「ゆとりの増加」、そして「変化の場所がわかる」という変化をもたらす可能性が示唆された。これらの変化とは 問題をかかえ、ともすればそれに飲み込まれ、いわば「お手上げ状態」であるかのように思わざるをえなかった家族が、グループセッションに参加することで、実は何が、誰にとって、どのような問題で、それをどのように変化させたらよいのか、ということを整理し、そのためのさまざまなアイデア (あの手この手) を出し合い、それを選びとることができようになることであり、こうした体験がエンパワメントにつながっているように思われた。

こうした変化をうむためには、①「問題を解決する」ことよりも「問題を抱えている中で、その人のできることを見つける」ことが鍵であること、② スタッフの役割は家族に正解を授けることではないこと、③ 問いを総論的内容から具体的な日常生活の一場面での対処に絞り込むこと、④ 同じ立場の者同士が出会い、つながることで社会的孤立の減少をはかることが肝要であることを指摘した。他方、FPE の課題としては、① 平日開催のため、参加可能な家族が限定されること、② いくら必要性があってもサポートなしには FPE への参加が難しい家族がいること、③ 参加者が提供された情報を活かすためには個別化が必要であること、④ フォローアップのあり方についての検討、⑤ ドロップアウトの要因を分析し、防止を図ること、以上 5 点をあげた。

しかし、本研究は一機関における単年度の実践をとおしての調査であり、対象者数も少ないため結果の一般化には限界を有している。EBPとしてのFPE研究となるためには、更なる実践とその結果の積み重ねが必要と思われる。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました家族の皆さま、また筆者らとともに、せんだんホスピタルにおけるFPEの企画立案・運営に取り組んでいる心理教育委員の皆様、この場を借りて深く感謝申し上げます。

## 註

- 1) Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. (1980) 「Family treatment of adult schizophrenic patients : a psycho-educational approach.」 Schizophr Bull 6(3) : p. 490-505
- 2) 浦田重治郎, 池淵恵美, 大島 巖, 他 (2004) 「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) (平成 15 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費報告書「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))」 p. 7
- 3) 後藤雅博 (2012) 「家族心理教育から地域精神保健福祉まで」金剛出版 p. 79
- 4) 二宮史織, 福井里江, 齋川信幸, 香月富士日, 大島 巖, 伊藤順一郎, 塚田和美 (2009) 「精神科医療機関における心理教育普及の障壁—心理教育普及研究参加施設における現状と変化—」精神障害とリハビリテーション (精リハ誌) 13(2) p. 197
- 5) 遊佐安一郎 (2008) 「統合失調症の家族心理教育とはなにか—方法と意義」『現代のエスプリ 489「統合失調症の家族心理教育」』至文堂. p. 21
- 6) Murray-Swank AB et al (2004) Family psychoeducation as an evidence-based practice. CNS Spectr, 9(12), p. 905-912
- 7) Expressed Emotion (EE): 家族が統合失調症などの患者に対して表出する感情のことであり、1960年代にイギリスのブラウン (Brown, G, W) によって開発された評価尺度である。面接場面での家族の言葉から「批判的コメント」「敵意」「情緒的巻き込まれすぎ (心配しすぎ)」「温かみ」「肯定的言辭」の五つの項目について測定し、「批判的コメント」「敵意」「情緒的巻き込まれすぎ (心配しすぎ)」の三つの感情表出のいずれかが高い状態を高EE、いずれも低い状態を低EEと呼んだ。(精神保健福祉用語辞典より)
- 8) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉社会連合会 平成 21 年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会 (2010) 「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ができるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究」『平成 21 年度「家族支援に関する調査研究」報告 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』5-26 この調査によれば、「信頼できる専門家に相談できるようになるまでに3年以上かかった」という家族が31%、「現在も信頼して相談できる専門家がいな」と答えた家族も31%であった。また、「本人が初めて精神科を受診して診断を受けたとき、その精神疾患についての知識がなかった」と回答した家族が9割にのぼり、さらに7割の家族が、「本人が病気になる前から、趣味などを行う余裕がなくなった」、6割以上の家族が、「就労状況の変化によって経済的に困難な状況に直面したことがあった」と答えている。
- 9) 前掲3
- 10) 大島巖, 奥野英子, 中野敏子編 (2001) 「障害者福祉とソーシャルワーク」有斐閣 p.117

- 11) 前掲 10 p.118
- 12) 後藤雅博 (1995) 「地域ぐるみの心理教育」『精神医学』・37(1) : p. 59-64
- 13) 土屋徹ほか (2002) 「地域における「家族教室」の取り組み (第2報) — 『こころのビタミン講座』を開催して — 『病院・地域精神医学会』45(3) p. 349-350
- 14) 前掲 2
- 15) 伊藤順一郎監修 心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会 大島巖 福井里江編集 (2009) 『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』 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構・コンボ
- 16) 伊藤順一郎 (2008) 「“国府台モデル”というひとつのモデルとそのエビデンス」『現代のエスプリ』489 「統合失調症の家族心理教育」至文堂. p. 70-71
- 17) 前掲 3
- 18) 前掲 2 ① 単一家族グループ: 一緒に話し合える程度には患者が安定し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。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ため、危機介入に適している。② 複合家族グループ: 家族も患者も参加することを推奨するが、本人だけまたは家族だけの参加も可能。単一家族心理教育と比べ、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る。③ 複数家族グループ: 家族のみの参加。家族同士の共感やサポートが表現しやすく、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もあり、長期的なサポート体制の構築に適している。
- 19) SB とは精神疾患を経験した当事者が自身の体験を一般に向けて語る講演活動である。精神保健福祉や精神障害に関する普及啓発を目的としており、日本で初めて岡山県で発足した。仙台市では東北福祉大学が仙台市より受託した「仙台市精神障害者地域交流促進事業」にもとづくメンタルヘルスプロモーションセンターを拠点として活動している。
- 20) 心理教育実施・普及ガイドライン・ツールキット研究会 大島巖 福井里江編集 (2009) 『心理教育の立ち上げ方・進め方ツールキット I 本編』 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構・コンボ p. 192
- 21) 社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会監修 (2004) 『精神保健福祉用語辞典』中央法規 p. 46
- 22) 前掲 5
- 23) 前掲 3
- 24) 森 俊夫 (2001) 『“問題行動の意味”にこだわるより“解決志向”で行こう』ほんの森出版 22-23 p. 48-49
- 25) 前掲 15
- 26) 前掲 16
- 27) 前掲 15
- 28) 前掲 16
- 29) 磯谷裕治 (2016) 「せんだんホスピタル家族教室にて」NPO 法人みどり会会報 第 58 号 p. 4-6
- 30) 前掲 15
- 31) 前掲 16
- 32) 前掲 15 (一部改変)
- 33) 遠藤雅之, 田辺 等 (1994) 「心病む人への理解—家族のための分裂病講座—」星和書店 p. 113-117
- 34) 松岡治子ほか (2004) 「精神障害者の家族支援に関する研究 (I) 一家族のための心理教育に対する迷いと期待—」群馬保健学紀要 25 : p. 165-174 (一部改変)
- 35) 伊勢田堯ほか (2011) 「精神保健医療における歴史的誤りを正すための家族支援の意義と課題」『臨床精神医学』40(1) : p. 63-68

- 36) 古屋龍太 (2015) 『精神科病院脱施設化論』長期在院患者の歴史と現況, 地域移行支援の理念と課題 批評社 85
- 37) 前掲 15
- 38) 福島泰輔, 石井利恵 (2012) 「家族教室で実施した統合失調症罹患者へむけたアンケート調査」『病院・地域精神医学』54(3) p. 318-322