

日本における精神障害者訪問家族支援技術の普及の必要性

The Need of the Spread of Home-visit Behavioral Family Therapy for Mental Patient and Their Family in Japan

佐藤 純

SATO Atsushi

Family intervention in Japan for mentally ill patients and their families and the difficulties experienced as a result of this intervention are described. The need for the spread of behavioral family therapy through home visits is considered. It is expected that the model of family work of the Meriden Family Programme, adopted by Minna-Net (The National Federation of Mental Health and Welfare Party in Japan), will spread in Japan.

1 日本で行われている家族支援の現状

長きにわたり精神障害者の家族支援の研究を続けている白石（2011）は、わが国において精神障害者の家族及び家族支援が注目されたのは3度ある¹⁾と指摘する。1度目は1965年の家族会の全国組織化（全国精神障害者家族会連合会の結成）、2度目は日本における1990年代のEE研究による家族に対する心理教育の発展、そして3度目は改めて家族支援が取り上げられるようになった近年としている。この白石（2011）の指摘に沿って、これまでの精神障害者の家族及び家族支援の変遷について概観してみよう。

(1) 家族会の全国組織化（1965年、全国精神障害者家族会連合会の結成）

向精神薬が普及し精神科治療が進む中、自宅に退院する患者も出てくることから、家族への関わりが検討されるようになり、1960（昭和35）年には、青森県弘前病院、茨城県友部病院、東京都烏山病院において病院の働きかけにより通院、入院患者の家族による病院家族会が結成された。また、同年、京都府立洛南病院の働きかけにより京都府舞鶴保健所で同じ地域に住む精神障害者の家族が集まる地域家族会として精神衛生懇談会（現在の家族会）が結成された。これらの動きは次第に広まり、全国の各所で家族会が結成されるようになっていった²⁾。その後、各家族会の会員らは、1965（昭和40）年、精神保健医療福祉の充実を行政やさまざまな関係機関に働きかけていくには全国組織の家族会が必要であるという認識となり、全国精神障害者家族会連合会（全家連）を結成した。

家族会は自助グループとして自らの体験を分かち合い、学び合うことでこれまで多くの家族の支えとなっている。また、精神障害者の社会的偏見と差別の克服、医療費の負担軽減、精神

医療の改善、社会復帰・社会参加などわが国の精神保健医療福祉のあり方について、地方自治体や国などの行政機関や関係団体に対し署名運動、請願活動などを行うとともに、施策や法改正に伴う審議会・委員会等の委員等として意見を述べ具体的な施策の提言を行うなど、全家連をはじめとする各家族会の精神保健医療福祉の推進に果たした役割は大きい。

さらに、1980年代から精神障害者共同作業所が急速に拡大していったが、この作業所運動に対し大きな役割を果たしたのも家族会である。行政や議会等に要望・陳情を繰り返してもいっこうに進まず「自ら作るしかない」と決意した家族会の会員らが、精神保健医療福祉関係者と話し合いをしながら協力者を増やし、街頭に立って募金活動をし、行政などに再び働きかけ、共同作業所を作り運営する。1996（平成8）年の全家連の調査³⁾では、全国に1000カ所ある作業所のうち7割が家族会の運営であった。それらの作業所は、以降、障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）が成立した頃から、家族会から社会福祉法人やNPO法人などの運営へと急速に移行していったため、家族会は目立たなくなっているが、精神障害者共同作業所を拡大していった大きな原動力は家族会の力であった。

なお、このようにわが国の精神保健医療福祉の推進に大きな役割を果たしていた全家連であったが、2002（平成14）年に補助金の目的外使用が発覚し、2007（平成19）年4月に東京地裁に破産手続き開始を申し立て解散となった。現在は、2007（平成19）年5月に発足した特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと、現在は公益社団法人）が全国組織として活動している。

(2) EE 研究に基づく心理教育の発展

2度目の注目は、家族の「感情表出（Expressed Emotion、以下EEとする）」に関する研究とそれに基づく心理教育の発展であった。

それまで、精神障害者の家族は、「家族病因論」という、統合失調症等の精神疾患の発症に家族が影響しているというようにとらえられ、その考えをもとに本人や家族に対する精神科治療や支援が行われていた（Bateson, G., 1956, Fromm-Reichman, F., 1948, Lidz, T., 1965, Wynne, L.C., 1958）^{4) 5) 6) 7)}。

しかし、「家族病因論」に代わる家族支援の必要性を指摘されるようになったのがEEの研究である。イギリスでは、1950年代の後半ごろから統合失調症の病因よりもその経過に焦点を当てた研究が始められる中で、統合失調症の再発率は、本人の精神症状や就労能力よりもむしろ退院後の生活環境、特に退院先として親や配偶者の元に戻る方が高くなることが明らかにされた（Brown, 1959）⁸⁾。さらに、この再発率の高さを検証するために「家族関係」の測定方法としてEEを開発し調査した結果、家族が本人との関係で示す敵意、批判、そして情緒的巻きこまれすぎという3つの感情表出のいずれかが高い状態である高EEを示す家族の元に戻った場合は退院後9カ月以内に50%以上再発し、さらにその家族との対面時間が週35時間以上であると69%の再発率となるのに対して、低EEを示す家族の元に戻った患者の再発率は13%から15%という結果であった（Vaughn, C.E., 1976）⁹⁾。つまり、統合失調症の再発を規定する要因

表1 高EEの心理-社会的な面からの理解

-
- (1) 高EEは慢性疾患患者を身内に抱えたことに伴う一般的な情緒的反応で、一種の対処スタイルである(大嶋, 1994)¹⁰⁾
 - (2) 精神疾患や精神の障害の予測不能性が負担感を増大させる(佐藤, 2006)¹¹⁾
 - (3) 高EEは家族成員のネットワークの断絶によって引き起こされる(佐藤, 2006)¹¹⁾
 - (4) 高EEは家族の生活困難感と密接に関与している(大嶋, 1994)¹⁰⁾
-

として、家族の高EEの関与が極めて大きいこと、さらに高EEの「暴露」時間とも言い得る家族との対面時間の長さに影響されていること、服薬よりも再発予後に影響していることが示唆された(Vaughn, C.E., 1976)⁸⁾。これらのEE研究は、再発予防に大きな貢献を果たすとともに、表1にまとめたように本人と家族の混乱した関係を、個人的な要因とせず、むしろ心理-社会的な観点からの理解を進めることにもなった。

このようなEEの改善を目指して開発されたのが、心理教育(psycho-education)である。統合失調症に関する症状、経過、治療、社会資源、家族の対応などを系統的にわかりやすく伝える教育の部分と、日常的に本人の病状や対応で困ることや起こってくるさまざまな課題に対し家族自身が課題を解決する技能の向上を目的とする部分が組み合わされたプログラムである。心理教育の再発、再入院予防(もしくは遅延)効果については多くの研究とメタアナリシスによりほぼ確実とされており、PORT勧告でも推奨されている代表的なEBP(Evidence-based practice)プログラムの一つである。2010年に改訂されたイギリスNICE(National Institute for Clinical Excellence)統合失調症ガイドラインにおいて、家族支援(ガイドラインではFamily Interventionとして記述。定義を見ると、支持的教育的治療的機能を持つ問題解決や危機マネジメントなどのプログラムを持つもの)は統合失調症に対する心理社会的治療の第一選択肢として推奨されている¹²⁾。

わが国では、1988年にAnderson, C.M.とMcFarlane, W.R.が相次いで来日し、家族心理教育(Psycho-education)の重要性がわが国に伝えられた(後藤, 2010)¹³⁾。後藤は、なぜその後家族支援が進まなかったかについて、インフォームドコンセントなど患者・家族が治療に参加することが進まなかったこと、深刻な診断名の告知は本人よりも家族中心に行われるという文化などがその背景として指摘している。しかし、その後、「日本心理教育・家族教室ネットワーク」が中心となり、「標準版家族心理教育」というガイドラインが作成され、そのガイドラインに基づき主に医療機関で行われている。このガイドラインは、米国SAMHSA(Substance Abuse and Mental Health Service Administration、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 Practice)ツールキットの中の家族心理教育(family psychoeducation: FPE)で推奨されているMcFarlaneの複合家族プログラムを日本の医療事情に合うように改変したものといわれる(後藤, 2010)¹³⁾。福井(2011)は、「当時欧米で実施されていた家族心理教育の多くは一家族単位で本人も支えながら何年にもわたって個別的に支援をするという密度の濃いものであったため、実際に導入するにあたっては、日本の実情に合った実施しやすい介

入モデルの開発が必要であった」¹⁴⁾と述べており、現在は医療機関を中心に集団による家族心理教育が普及してきている。

2 本人をケアする家族の体験—特に発病初期の経験

近年、精神障害者本人の体験について手記や体験談などが多く出版されたり、講演会や研修会でも精神障害者本人が講演するなど、精神疾患にかかることによるその深刻な体験や置かれている過酷な状況などの理解は専門職を中心にではあるが少しずつ進み始めている。しかし、その家族の体験については、出版物などは本人と比べ圧倒的に少ない。

このような中で、本人をケアする家族はどのような体験をしているのであろうか。たとえば、筆者らが公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会と共同で行っている「家族による家族研究」事業において行った京都の家族会員に対する調査(2010)¹⁵⁾によれば、家族が異変を感じてから本人が精神科に受診するまでに約1年10ヵ月経過していた。その間、精神科の初診の直前、本人には「興奮・怒りっぽくなる」31.9%の他に、「自傷行為」12.9%、「他人に迷惑行為」10.3%見られるにもかかわらず、本人は精神科の受診を「まったく拒否する」13.8%、「説得してしぶしぶ受診」12.5%である。そして、家族は何とか本人を受診させられるよう精神科医療機関や保健所などの相談機関に相談に行くが「精神科医療機関において本人が受診しないと何もできないと言われた」8.2%、「保健所に相談に行っても協力が得られなかった」6.0%、「救急情報センターに相談したが協力が得られなかった」6.0%という経験をし、なかなか本人の精神科受診が可能とならない。そういった状況とあわせ、「家族自身が身の危険を感じるが増えた」15.9%、「警察に通報することがあった」14.7%という経験も加わっていく。その結果として、本人が精神疾患の治療の必要性を認めず精神保健福祉法上の家族の同意による医療保護入院となるか、あるいは精神疾患による自傷他害のおそれが認められ都道府県知事の命令による措置入院となる、いわゆる強制的な入院となる者が16.8%あった(「措置入院」7.3%、「医療保護入院」9.5%)。この経験は、それまでの間にていねいな手厚い支援を行うことによって防げるものも多くあるのだが、残念ながらわが国においてそれらの支援を行える精神保健医療福祉システム上の機関やマンパワーは十分なく、結果的に本人にとっても家族にとっても過酷な経験を重ねる状況を生み出している。

さらに精神科に通い出しても、家族の体験する困難は続く。家族の主観的なとらえ方ではあるが、現在安定してきた人の病状が安定するまで約13年8ヵ月かかっている可能性がある。これだけ長い期間、本人の精神科受診に「家族が同伴」もしくは「代わりに受診」は13.7%、精神科の薬は「家族が管理」や「服薬しない」は15.1%というような精神科治療や服薬の不安定さ、そして月1回以上の本人の突発的な行動(自分を傷つけたり、急に混乱をしたり、他人に迷惑をかけるなど)がある者が19.8%ある。

しかし、この間、「精神的な支え」、「適切な情報」、「すぐに対応」は、主治医や保健医療福祉

機関のサービス、そして家族会によって支えられているが、ともに病院に同行してくれたり、ともに関わってくれるなどの「一緒に行動してくれる支援」となると家族や親戚などが上位となり、「訪問して支援」してくれるのは専門機関ではほとんどなく、さらに家族や親戚も割合が減少し、44.4%の家族はまったく「訪問して支援」してくれる人がなし、と回答している。つまり、この時期に自らが相談に行けば相談にのってくれる機関はあるが、家族とともに行動してくれる、あるいは訪問により支援する機関やサービスは少なく、長期にわたり地域の中で孤立したまま、本人のケアを継続している家族の様子がかげあがってくる。精神障害者やその家族のそばで体験するその辛さや深刻さに寄りそい、応援してくれる人やそのシステムを本人も家族も求めている。

この状況は、本人や家族に必要な以上の混乱や家族関係の悪化をもたらし、長きにわたって本人と家族の双方に深刻な影響を与えるばかりではない。精神障害者にとって、そのケアがほとんど家族に委ねられ、家族がそのケアをさまざまな理由で継続できなくなるとやむなく強制的な入院となる事態は、南山（2014）¹⁶⁾の指摘する「障がい者の『生』が、障がい者による自己決定に基づくものではなく、『家族』といういわば外的条件に翻弄されてしまう」事態でもある。この点も、本人と家族が置かれている精神保健医療福祉システムの生み出している重要な課題ともいえる。

3 なぜ家族支援が行き届かないのか

このような苦勞をしているにもかかわらず家族支援が十分行き届かないのはどのような理由があるのか。

まず挙げなければならないのは、支援者の意識である。さまざまな職種の中でも特に家族支援に関心の高いと思われる精神保健福祉士に対する調査でも、自分の現在の仕事で、家族支援を「重視していない」13.4%、「どちらともいえない」31.9%、「重視している」52.8%、「無回答」1.8%である¹⁷⁾。他職種に対する調査は見当たらないが、地域生活支援を強くうたっている精神保健福祉士ですらこのように家族支援に対する意識は高いとはいえない。

なぜ精神保健福祉士をはじめとする支援者がこのように家族支援に対する意識が低いのか。そこには現在の精神保健医療福祉システムが、家族の苦勞が支援者に分かりにくいシステムとなっていることが影響していると思われる。現在の精神保健医療福祉システムは、入院中心であると同時に来所・来院中心の支援システムである。本人や家族自らが治療や支援を望み、提供する機関に向くことを前提として精神保健医療福祉システムは作られている。精神科治療や支援を望んでいない、もしくは精神科治療や支援を自ら受けに行かない人への支援はマンパワーの少ない公衆衛生の領域に委ねられている。そのために、前述のような精神疾患の発病が疑われ、家族が精神科医療機関や保健所などに相談に行っても「精神科医療機関において本人が受診しないと何もできないと言われた」8.2%、「保健所に相談に行っても協力が得られな

かった」6.0%ということが起こるのである。

この現状を解消するために、「アウトリーチ」の重要性がさまざま指摘されている。アウトリーチは、「サービスやサービスの有効性に関する情報を、家庭あるいは日常的な場にいる人々に届ける方法」¹⁸⁾であり、接近困難な人（福祉サービスの利用に不安を感じていたり、否定的あるいは拒否的感情をもっており、支援者が関わるのが困難な人）に対して、当事者からの要請がない場合でも積極的に向かい合い、信頼関係を構築したり、サービス利用の動機付けを行う、あるいは直接サービスを提供するアプローチである。

アウトリーチを行うには、これまでの支援技術とは異なったオフィススペース（来談者を対象とする）の支援を単に宅配することとは本質的に異なるアプローチ（堀越、2004）¹⁹⁾が求められる。それはなぜかという点で ACT (Assertive Community Treatment) や訪問支援実践者（伊藤、2004）²⁰⁾が述べているように、在宅支援はこれまでの支援の関係性が逆転する。支援者は、クライアントやその家族の来客にすぎない。クライアントやその家族は治療を拒否する権利や、家庭の中に入るのを拒否する権利がある（Nancy, 1997）²¹⁾。つまり、クライアントやその家族の理解が得られない限り、支援どころか接触することすらままならないことがある。

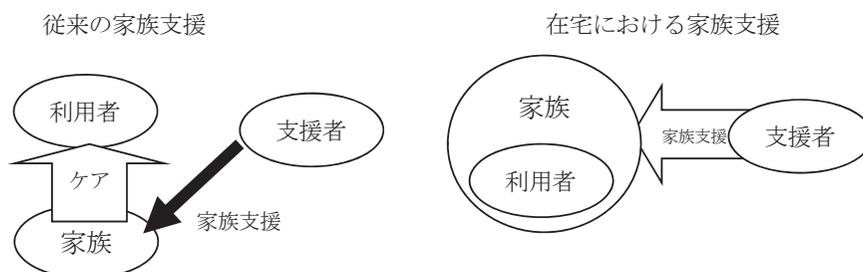


図1 従来の家族支援と在宅における家族支援

在宅における支援を始めるには、上の図のように家族が支援のカギを握っており、まず家族に受け入れられることがなくては支援が始められない。在宅をベースとした地域生活支援において、75%の人が家族と同居するわが国においては、まずは家族との『支援関係づくり』が重要であることが理解できる。

さらに、多くの家族はこれまでの傷つき体験から「支援者や支援機関を信用していない」不信の関係（佐藤ら、2008）²²⁾からの『支援関係づくり』であるため、繊細な配慮とともにいい関係づくりを形成することが求められる。

近年、訪問看護や居宅介護、その他さまざまな生活支援に訪問による支援が増加してきている。そこで多くの支援者は、本人や家族の置かれている状況の過酷さを実感するとともに、本人と家族の支援関係づくりの難しさを実感している。本人と家族を訪問によりどのように支援してよいかの地域生活支援ベースの家族支援の方法と技術が求められているといえる。

しかし、残念ながら、前述したように現在の精神保健医療福祉システムは、いまだ入院中心

であり、基本的には来所・来院中心の支援システムであるため、本人や家族の置かれている状況の過酷さを実感することが難しい。このために、支援者の家族支援に対する関心が十分でない可能性がある。

4 求められる濃密な家族支援の技術

すでに述べたように、日本の家族支援を大きく変えることとなった家族心理教育は大きな効果がある一方で、その限界もある。医療機関等において集団で行われるものであるため、その場に行くことができる家族に限られる。本人のケアのために物理的にあるいは心理的に（あるいは両方のために）離れることが難しい家族は決して少なくない。あるいは家族心理教育が扱えるテーマはどうしても参加者の共通する内容にせざるをえず、個別性の高い悩みや直面している課題は扱うことが難しい。角田ら（2012）²³⁾ が示す訪問看護の類型として示した「重症者への家族援助型」「重症者への本人援助型」に類型されるような精神疾患が重い、またはその障害が重い人とその家族に対しては現在行われている家族心理教育ではなかなかうまく家族支援が届けられないことが推測される。

そこで1990年代に日本に導入されることが見送られたいくつかの「密度の濃い」家族心理教育を概観してみよう。その家族心理教育は行動療法的家族療法（BFT: Behavioral Family Therapy）とも呼ばれるものである。1980年代以降、統合失調症に対する心理社会的介入の有効性については、Falloonらの研究をはじめ様々な類似の検討がなされ、欧米を中心に継続的な行動療法的家族療法が再発防止に有効であるとの報告が多数なされている。代表的なものとして、Leffら（1985）²⁴⁾ の「Family Psychoeducation (FPE)」、Barrowclough, Tarrierら（1997）²⁵⁾ の「Needs-based Cognitive-Behavioral FPE」、Anderson, C.ら（1986）²⁶⁾ の「Family Psychoeducation and Treatment Program (FPTP)」、Lieberman, R. & Fallon, I.ら（2008）²⁷⁾ の「Behavioural Family Therapy」、McFarlane, W.ら（2002）²⁸⁾ の「Multi-Family Group Psychoeducation MFG」、Kuipers, L., Leff J., Lam, D.ら（1992）²⁹⁾ の「Family Work for Schizophrenia」などがある。

上記のいわゆる「濃密な家族支援技術」を概観してみると、必要なプログラムの構造としてあげられているものは、①エンゲージメント、②教育、③グループ等による心理的サポート、に加え、④個々の家族の状況やニーズに合わせた家族セッションが行われていることである（Kuipersのプログラムは個別訪問家族支援を基盤に家族グループの同時運営を推奨）。わが国の紹介されている家族心理教育の紹介にはこの個別家族セッションについての記載はわずかしみられないために誤解されがちであるが、これらの家族心理教育には、個々の自宅へ訪問するなどして本人と家族がコミュニケーション技術や問題解決の技法を獲得するとともに、各家族のそれぞれの特有な課題を解決する個別家族セッションを必ず設けているのである。さらに、McFarlaneら（2003）³⁰⁾ が指摘するように、家族心理教育の効果はEEの軽減を媒介してい

るものの、それは患者と家族への共感的サポート、コーピングとコミュニケーション・スキルの訓練及び社会的ネットワークとサポートの強化によって促進されていると考えられる地域生活支援を基盤にした効果的な家族支援プログラムであるというのも重要な指摘である。

改めて確認してみれば、統合失調症における家族支援「BFI (Behavioural Family Intervention)」は、たとえばアメリカのPORT (Patient Outcomes Research Team) の統合失調症治療ガイドライン³¹⁾、イギリスの王立医療評価機構 NICE (National Institute for Clinical Excellence) 統合失調症治療ガイドライン¹²⁾ では、本人も含め3ヶ月間から1年間継続し、少なくとも10回、一家族かグループによるものかを選ぶことができ、具体的・支持的・教育的な働きかけや家族の中での問題解決の話し合いや危機の際のマネジメントの仕方などが含まれている。特に精神疾患が重い、または精神障害が重い人とその家族への支援については、集団による家族心理教育に加え、本人も交えながら継続的に個別に支援する家族支援が求められているといえる。

5 訪問による家族支援技術とは—メリデン版訪問家族支援の概要

そこで筆者らが注目しているのがメリデン版訪問家族支援 (Family Work)³²⁾ である。Family Work は、1975年に当時 NIH International Research Fellow として採用された Falloon, I.R.P. が中心となり、Lieberman, P. を含む人々らによって Maudsley 病院に入院中の患者へ試行により開発された (Lieberman, 2008)²⁷⁾ もので、社会学習理論 (Social learning Theory) に基づき、さらに目標設定やモデリング、行動リハーサル、コーチング、強化、そして宿題というような構造的・指示的な行動療法の技術をも含んだものである。

特に Falloon らによって開発された家族介入プログラムについては、支持的個人療法を対象とした場合、治療開始9カ月後の再発率が、家族介入群6%と対照群44%より有意に低く、さらに月1回の家族のフォローアップを続けたところ家族介入群17%と対照群83%と、再発予防効果は2年後に維持される結果であった^{33) 34)}。

この単家族による家族 (本人も含む) 心理教育のマニュアルや教育媒体が整えられているものがメリデン版訪問家族支援である。英国 The Meriden Family Programme によって、精神障害をもつ人を含めた家族の精神保健福祉サービス開発とそのサービス提供者へのトレーニングを目的に1998年に開始され、Falloon が中心になり構成した、認知行動療法を中心とした「訪問による」、「単家族」への心理教育的家族支援モデルで、概要は次のとおりである。

(1) 目的

①今ある課題を家族が解決しストレスへの対処能力を高めることで、家族内のストレスを軽減し再発率を減少する、②将来、家族が自分たちの力で困難を乗り越えていくためのより効果的な問題解決や目標達成のスキル習得の機会を提供する、③精神障害をもつ人を含めた家族が自立し、それぞれの生活を生きることを支援する。

(2) 方法

精神障害のある人を含めた「単家族」に対して、支援者1名ないしは2名の訪問によって支援を提供する。

(3) 内容

通常、10から14のセッションが提供される。セッションでは、①関係づくり、②アセスメント（個々の家族メンバー、家族のコミュニケーション方法、問題解決方法など）、③精神疾患や治療などの情報共有（心理教育とは表現されない）、④コミュニケーショントレーニング（傾聴、肯定的な感情の表現、好意的な要求の仕方、肯定的でない感情の表現など）、⑤問題解決と目標達成、⑥再発の初期兆候の認識と再発予防計画、⑦危機介入、⑧その他の技能習得、について家族同士のポジティブコミュニケーション技術の獲得をベースに介入される。それらには本人を含めた家族メンバー全員が参加し対応することを奨励され、家族の個々のニーズや状況に応じて組み合わせて提供される。

この支援技術を筆者らがこの技術に注目しているのはもう一つの理由がある。それは確立した研修プログラムの存在である。

たとえばこのメリデン版訪問家族支援を日本に導入するには、まずは英国バーミンガムでの研修プログラムを受講し、この研修においてトレーナーとなることが必要である。つまり、5-Day Behavioural Family Therapy (BFT) Training Course において、ケアラーへの理解、アセスメントの重要性、基本的な支援スキルに加え、心理教育とコミュニケーションスキルトレーニングの技術、そして家族会等の役割理解を修得する。その研修の終了後は実際に日本において Family Work を用いた実践を行い、その実践について Skype 等で英国 Meriden Family Programme スタッフがスーパービジョンを行う。それらのスーパービジョンを経た上で、その後 Family Therapy Training Trainers Course の受講を終了すると、そのスタッフはトレーナーとしてはじめて日本で日本語による研修を行うことが可能となる。さらにそのトレーナーは継続的に受講者に対しスーパーバイズを行っていく。

この Family Work を普及する手法について Meriden Family Programme では Cascade Model と呼び、英国で短期間に多くの専門職に、しかもその地域にあった効果的な方法として実践することにつながり、実際に効果的であることを明らかにしている³⁵⁾。

なお、5-Day Behavioural Family Therapy (BFT) Training Course を受講した青野（2011）によれば、「BFT は、ケアコーディネーターが当事者を含めた家族の中に入り（訪問してセッションを行う）、家族の抱えている問題を抽出し、それを家族の中で共有し、当事者がよい状態を保てるように働きかけ、家族自らがスキルを獲得し、自立していけるようにするためのものである」とメリデン版訪問家族支援を紹介している³⁶⁾。さらに、その研修センターである Meriden Family Programme について「このような家族を支援するための人材を育成するシステムや体系的な教育機関は、日本には存在しない。メリデンプログラムは経験と研究とに裏付けられた包括的で効率のよいプログラムであるといえる」として、その有用性について述べて

いる。

また、内山（2014）は Meriden Family Programme 所長の Grainne Fadden の文献を紹介しながら「現在、個々の家族に対する訪問による家族全体への家族支援技術である英国メリデン版訪問家族支援の日本への導入が具体化されてきており、その効果が期待されている」と結んでいる³⁷⁾。

そして、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の発行する「精神保健研究」においても、伊藤（2015）により「新しい潮流：アウトリーチ・サービスとしての家族支援」としてメリデン版訪問家族支援が紹介されている³⁸⁾。

6 Nothing about us without us —みんなねっと（全国家族会）のチャレンジ

このようにわが国にメリデン版訪問家族支援という精神障害者とその家族への支援技術の導入が進み始めているが、その導入を担っているのはみんなねっと（特定非営利活動法人全国精神保健福祉会）という家族会の全国組織である。今回のみんなねっとのチャレンジは以前の共同作業所運動の時のように「自らやるしかない」という英断であろうし、それは障害者権利条約の合い言葉でもあった「Nothing about us without us」（自分たち抜きで自分たちのことを決めるな）の具現化でもあろう。Meriden Family Programme にも、Peter Woodham という家族がスタッフとして働いている。Peter 氏は英国の精神疾患治療ガイドライン NICE³⁸⁾の作成メンバーにも含まれているほどで Meriden Family Programme でも大きな役割を果たしている。「Work With Families」はその職員体制にも貫かれている。わが国のこれからの家族支援はこのように家族とともに進められなければならない。

7 おわりに

このように家族支援を概観していくと、近年の家族支援には、EE 研究を超えた大きな潮流がみられる。それは精神障害者の地域生活支援の重要な理念であるリカバリー志向である。リカバリー志向の支援に重要なポイントはいくつかあるが、その中でも重要なことは、自分が自分の人生の主人公として生きる存在としてとらえ、「自ら援助を受ける権利を有する主体」³⁹⁾としてとらえることであろう。

家族支援についても、白石（2011）が「家族を専門家の援助の客体としてではなく、自ら援助を受ける権利を有する主体ととらえる」¹⁾ことの重要性を指摘しており、南山（2015）もリカバリー志向の家族支援の重要性¹⁵⁾を指摘している。

メリデン版訪問家族支援は、「Work with Families」というパートナーシップに基づいた支援であり、何よりもいづれ家族が自分たちでさまざまな困難を解決できるようになるように支援するという、リカバリー志向の本人を含む家族全体を支援する技術である。この家族支援の技

術の導入は、わが国の本人も含めた家族全体への支援をリカバリー志向の支援に転換する重要な取り組みであると思われる。

なお、本研究は、科研費研究課題番号：19330136「包括型地域生活支援プログラムにおけるチームづくりと効果・評価に関する研究」（2007～2009年度）、課題番号：22330174「包括型地域生活支援プログラムの効果促進の研究」（2010～2014年度）、課題番号：26380803「日本版精神障害者訪問家族支援研修プログラムの開発」の助成を受けて行われたものである。

<引用文献>

- 1) 白石弘巳 (2011)、「精神保健福祉における家族支援の方向性」、『精神障害とリハビリテーション』、15 (2)、5-11、日本精神障害リハビリテーション学会
- 2) 財団法人全国精神障害者家族会連合会 (1997)、『みんなで歩けば道になる—全家連 30年のあゆみ』、財団法人全国精神障害者家族会連合会
- 3) 財団法人全国精神障害者家族会連合会 (1997)、『精神保健地域活動の現状と課題—グループホーム・小規模作業所・社会復帰施設基礎調査報告書 (全家連保健福祉研究所モノグラフ No.16)』、財団法人全国精神障害者家族会連合会
- 4) Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. (1956), Toward a theory of schizophrenia, Behavioral Science 1; 251-264
- 5) Fromm-Reichman, F. (1948), Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. Psychiatry, 11; 263-273
- 6) Lidz, T., et al (1965), Schizophrenia and the family, University Press. (=1971, 高臣武史・鈴木浩二・佐竹洋人監訳『精神分裂病と家族』、誠信書房)
- 7) Wynne, L.C., et al (1958), Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiatry, 21; 205-220
- 8) Brown, G.W. (1959), Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types living group. Milbank Memorial Fund Quaterly, 37; 105-131
- 9) Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, British Journal of Psychiatry, 129; 125-137
- 10) 大嶋巖・伊藤順一郎・棚橋雅彦・岡上和雄 (1994)、「精神分裂病者を支える家族の生活機能とEE (Expressed Emotion) の関連」『精神神経学雑誌』 96 (7)、493-512
- 11) 佐藤純 (2006)、「精神障害者家族への支援」『関西大学教育科学セミナー』 37、81-93
- 12) National Collaborating Centre for Mental Health (2010), Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care, Royal College of Psychiatrists
- 13) 後藤雅博 (2010)、統合失調症の家族心理教育の実際、伊勢田堯・中村伸一責任編集、『精神科治療における家族支援—専門家のための精神科臨床リュミエール 17』、中山書店、pp.179-189
- 14) 福井里江 (2011)、「家族心理教育による家族支援」、『精神障害とリハビリテーション』 15 (2)、31-35、日本精神障害リハビリテーション学会
- 15) 社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会 (2010)、『本人の発病から病状が安定するまでに体験する家族の困難と必要な支援:家族による家族研究事業 I 報告書 (2009～2010年度)』、社団法人京都精

神保健福祉推進家族会連合会

- 16) 南山浩二 (2015)、「精神障がい者と家族」、清水新二編『臨床家族社会学』、放送大学教育振興会
- 17) 日本精神保健福祉士協会 (2014)、『精神保健福祉士の業務実態等に関する調査報告書』、日本精神保健福祉士協会
- 18) Barker, Robert L. (2003). outreach, The Social Work Dictionary, 5th edition. NASW PRESS, 309
- 19) 堀越由紀子 (2004)、「家族支援における社会福祉実践の特徴：病院ソーシャルワークの立場から」、『家族療法研究』21 (3)、222-227
- 20) 伊藤順一郎 (2004)、「コミュニティにおける家族支援：技法・哲学・システム」、『家族療法研究』21 (3)、205-209
- 21) Nancy K. Worley (1997), *Mental Health Nursing in the Community*, Mosby-Year Book Inc., (= 1999、早川和生監訳、地域精神保健看護、医学書院、173-186)
- 22) 佐藤純・横山沙和・岩井沙織 (2008)、「家族支援」、『包括型地域生活支援プログラムにおけるチームづくりと効果・評価研究 2007 年度報告書』(研究課題番号：19330136)
- 23) 角田秋、柳井晴夫、上野桂子ら (2012)、「精神科訪問看護ケアの類型化の検討－訪問看護ステーションが統合失調症を有する人への提供するケアの類型と対象の特性」、『日本看護科学会誌』32 (2)、3-12
- 24) Leff, J., & Vaughn C. (1985), Expressed emotion in families. The Guilford Press.(= レフ, J., & ヴォーン, C., 三野善央・牛島定信 (訳) (1991), 『分裂病と家族の感情表出』、金剛出版)
- 25) Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1997), Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention. Nelson Thornes Ltd.
- 26) Anderson, C., Hogarty, G., Reiss, D. (1986), Schizophrenic and the Family. The Guilford Press (= 鈴木他監訳、1990、『分裂病と家族 上下』金剛出版)
- 27) R. P. Liberman (2008), Recovery From Disability-Manual of Psychiatric Rehabilitation, American Psychiatric Publishing, Inc., 284-285 (= 西園昌久総監修、2011、『精神障害と回復－リバーマンのりハビリテーション・マニュアル』星和書店)
- 28) McFarlane, W. R.(2002), Multi Family Groups-in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders, The Guilford Press.
- 29) Kuipers, L., Leff J., Lam, D. (1992), Family Work for Schizophrenia, A Practical Guide, Gaskell. (= 三野善央・井上新平訳、1995、『分裂病のファミリーワーカー家族を治療パートナーにする実践ガイド』星和書店)
- 30) McFarlane, W. R, Dixon, L., Lukens, E. et al. (2003), Family psychoeducation and schizophrenia : a review of the literature. The Journal of Marital Family Therapy, 29; 223-245
- 31) Lehman, F., Steinwachs, D.M., co-investigations of the PORT projects (1998), At issue: Translating research into practice : The schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schiph Bull*, 24; 1-10
- 32) Ian Falloon, Grainne Fadden, Kim Muser, et al. (2014), Family Work Manual. The Meriden Family Work Programme.
- 33) Falloon, I.R., Boyd, J.L., McGill, C.W. et al. (1985), Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year Longitudinal study, Archives of General Psychiatry, 42I; 887-896
- 34) Falloon, I.R., Boyd, J.R., McGill, C.W. et al. (1992), Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia:controlled study, New England Journal of Medicine, 306; 1437-1440
- 35) Fadden, G., and Birchwood, M.(2002), British models for expanding family psychoeducation in routine

- Practice. In: H. P. Lefley and D. L. Johnson (eds). Family Interventions in Mental Illness – International Perspectives, Greenwood Publishing Group Inc.
- 36) 青野悦子 (2011)、「早期介入システムにおける家族支援 (英国)」、『精神障害とリハビリテーション』、日本精神障害リハビリテーション学会、15 (2)、36-41
- 37) 内山繁樹 (2014)、「メリデン・ファミリー・プログラム：この10年で得られた経験・文献紹介とコメント」、『精神障害とリハビリテーション』、日本精神障害リハビリテーション学会、18 (2)、89-91
- 38) 伊藤順一郎 (2015)、「統合失調症患者の家族支援」、『精神保健研究』、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、28、13-22
- 39) Daniel Fisher (2008), Promoting Recovery, T. Stickley and T. Basset (Eds.). Learning about Mental Health Practice, John Wiley and Sons. pp.119-139 (=松田博幸訳、『リカバリーをうながす』、2011、科研費基盤C 課題番号 22530607 助成
<https://www.power2u.org/downloads/PromotingRecoveryJapaneseVersion.pdf>、2015年9月23日閲覧)