

置かれている状況が厳しく困難に多く直面している場合には家族教室などに参加することが難しい。

■ 訪問による家族支援

そこで、そのような家族に対して求められているのが、訪問による家族支援である。現在、我が国の精神保健医療福祉の訪問による支援としては、医療機関からの往診、精神科医療機関からの訪問看護、都道府県や行政からの訪問指導、生活訓練（訪問型）による訪問支援、相談支援事業所による訪問相談支援、居宅介護（ホームヘルプ）などが挙げられる。訪問支援をすると、精神保健福祉士をはじめとする支援者は、家族の困難や疲弊が手に取るようになり、本人も含めた家族まるごと支援の必要性を実感する。しかし、現時点では、本人と家族の関係に介入するような支援技術は日本で十分普及していないため、p.187に述べられているメリデン版訪問家族支援やp.199に述べられているオープンダイアローグの普及が望まれている。

さらに、複雑な事情が重なり、いわゆる通常の訪問看護等だけでは支援が難しい場合、総合的・包括的な支援の提供を可能とするACT (assertive community treatment：包括型地域生活支援)などの多職種チームによる濃密な訪問支援に加え、本人と家族一人ひとりの家族まるごとを支援する家族支援が提供されることが必要であろう。

特に、日本の精神障害者の約7割¹¹⁾は家族と同居していることを踏まえても、家族支援は重要である。将来的には家族が当たり前のように家族支援を受け、しかも、ニーズや希望に応じて家族支援のメニューが選択できる精神保健医療福祉システムを目指していきたい。

4

家族支援の方法

■ 家族面接

家族一人ひとりが自分らしく生き生きと生きられるようにするために家族面接となると、どのような工夫や働きかけが求められるのだろうか。

① 家族の苦労を家族の視点で理解する

精神疾患に最も振り回され混乱しているのは本人である。しかし、その混乱する本人に関係が近い家族ほど混乱が著しくなる。多くの人は、

Active Learning

見字等を活用して家族支援プログラムに参加してみましょう。

精神疾患についての知識がほとんどないばかりか、先入観による精神疾患や治療についての偏見も加わって、本人に起こっている状況を客観的に十分理解することが難しい。

そういった知識もないなかで、家族はさまざまな感情や思いに振り回される。本人が精神疾患によって以前とは異なる別人のように振る舞う姿を見る家族は、強いショックとともに、ときには恐怖すら感じている。そして、目の前に本人がいるにもかかわらず、以前の本人がいなくなつたと感じるあいまいな喪失¹²⁾といわれる喪失感も経験している。

さらに、家族は、できることならばこの混乱は一時的なストレスによるものであって、こういった本人の状況は一刻も早く治してやりたい、そして誰にも知られることなく元の本人に戻ってほしいと願う。回復が信じられない、そして世間は偏見や差別が多いと信じている家族からすれば、そう考えるのはもっともある。そのため、家族は主治医や精神保健福祉士などに、「どうすれば早く治るのか」と迫ったり精神科の薬をできるだけ飲ませないで治る方法を探したり、あるいは必要以上に本人をかばい、少しでもストレスを減らそうとすることもある。

このような家族に対して「障害受容ができていない」とか、本人との距離が近く振り回されている家族の様子をみて「共依存である」と性急に判断し、対応することは避けなければならない。家族のほとんどは、求めている支援をタイミングよく受けることができずに混乱にいっそう拍車がかかり、周囲に本人の精神疾患を知られずにこの事態が改善できないかと必死になっている場合がほとんどである。また、できれば誰にも知られたくないと思っているため、普段であれば相談できる友人や知人などに相談することもできず、知られたら困ると思うあまり、専門機関に相談することもできず孤立している。そういった状況に置かれたほとんどの家族がとる「自然な反応」への対応として、専門職には、まずは家族と向かい合うという姿勢が求められるであろう。

②リカバリー志向の家族面接

本人および家族のリカバリーを目指していくには、家族も自分の人生を自分で決定していくことが必要となる。狭義の精神疾患の治療や精神障害リハビリテーションには、その疾患や障害に対する適切な選択肢があり、それを選択した家族の対応や解決を指導できるかもしれない。しかし、精神保健福祉士が行う支援は、その家族自身の暮らしや人生を踏まえて、精神疾患によって新たにもたらされる、本人や家族が直面する問題や課題を、自分で（自分たちで）解決できるように支援する必要が

ある。そこには本人はもちろんのこと、家族にも100人いれば100通りの自分の暮らしあり人生に対する思いや考えがある。

そして、その思いや考えに基づいた決定があるはずであり、それを尊重することが求められている。さらにいえば、支援する精神保健福祉士は、その人の暮らしあり人生の「最も適切な選択肢」を知っているわけではない。そのため、本人や家族とともに悩み、ともに解決していく伴走型の支援が求められる。

家族は、これまでの人生で、問題を解決してきた経験とそれを切り抜けていくリソース（資源）^{*}をたくさんもっている。望ましい支援のあり方は、精神保健福祉士がもつ専門的知識、そして本人がもつ精神疾患とともに暮らしてきた体験的知識、さらに本人とともに暮らしてきた家族がもつケアの経験による知識を互いに活かしあって、この困難を切り抜けていく方法を考えていくことである。そのためには、本人はもとより、これまでの家族が行ってきたケアの経験に敬意を払い、大変ななかを人と生き抜いてきた人として捉え、家族とともに目の前のいくつもの課題を家族とともに解決していく、切り抜けっていくといった姿勢が求められる。この姿勢を保つためには、受容・共感・傾聴といった面接技術に加え、クライエントとともに解決につなげていくような面接技術、たとえば認知行動療法、動機づけ面接、解決志向アプローチ、ストレングスアプローチ、ナラティヴアプローチ、オープンダイアローグというような技術を身につけることも求められるであろう。

これらの技術は、本人のリカバリーを促す支援技術であることはもちろん、家族面接においても有効な支援技術であり、これらは家族のリカバリーを促進することにもなることは押さえておきたいところである。家族面接を行う際に重要な原則を表4-18にまとめておく。

表4-18 家族面接の原則

- 家族のケアする役割に注目しすぎず、自分らしく生き生きと暮らす権利をもつ生活者であり主体者であることを認識する。
- 家族も必死にこの困難を切り抜けようと一生懸命であると理解する。
- 家族の混乱は、ショック、知識の不足、精神疾患を周囲に隠そうとする感情などから起ころる当たり前のことだと精神保健福祉士が認識する。
- 家族に対して、本人とともに困難を切り抜けてきた人として捉える。
- 家族が自分でいすれば解決できるよう、助言や指導ではなく、家族とともによりよい方法を考え切り抜けていくうとする伴走型の相談が求められている。
- 家族および本人が利用できる地域資源についてよく理解し、必要な場合は確実につなぐ。

*リソース（資源）
ストレングスアプローチや解決志向アプローチでいわれる「リソース」とは、その人の能力、強さ、可能性、そして使えるものを指す。その人の解決するリソース（たとえば声をかけてくれる近所の人、癒しになるペット、一緒にいるだけで楽しくなる友人など）はその人がたくさんもっているので、それを有効に使うことが支援には求められる。

■ 集団による家族心理教育

精神保健福祉士による家族面接という個別支援に加え、同じ体験をもつ家族同士が集まり、家族の相互作用を活かしながら行う集団による支援がある。これらのプログラムは個別支援としても使うことは可能であるが、集団で使うことによる効果が大きいプログラムである。

① 家族心理教育 (family psycho-education)

① 感情表出 (EE)

イギリスでは、1950年代の後半頃から、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まっていた。1959年のブラウン (Brown, G. W.) らの研究では、統合失調症の再発率は、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ほうが高くなることが明らかにされた。¹³⁾ そこで、家族関係に注目したブラウンらは「家族の相互関係」を測る EE (expressed emotion: 感情表出) を測定する家族面接をし、敵意、批判、そして情緒的巻き込まれすぎという三つの感情表出のいずれかが高い状態を高EE、そのいずれも低い状態を低EEとして、本人の再発率の差を調べた。

すると、高EEを示す家族の元に退院して戻った場合は、退院後9か月以内に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、EEの低い家庭に戻った患者の再発率は13~15%という結果であった。¹⁴⁾

つまり、統合失調症の再発を規定する要因として、家族の高EEの関与がきわめて大きいことが明らかとなり、さらに高EEは、①病気や症状、治療法、社会資源に対する知識、情報の不足によってもたらされる、②不慣れな対応方法、不適切な対処技術によってもたらされる、③家族成員のネットワークの断絶や貧困によってもたらされる、④家族の主観的な生活負担のパロメーターであるというように、心理-社会的な観点からの家族関係の理解を進めることになった。

② 家族心理教育プログラム

このような研究から高EEの改善を目指して行われた家族支援の方法が、家族心理教育プログラムである。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。再発、再入院予防（もしくは遅延）効果についても実証されている代表的なEBPプログラムの一つである。

その家族心理教育プログラムには、さまざまな特徴をもついくつかのプログラムがあるが、これらを概観して共通点を挙げると、次の五つに整理できる。

- ① 対象は、家族を基本としつつも本人の参加を含むこともある。
- ② プログラムの構造としては、個々の家族と強い結びつきをつくるために、数回にわたる面接や訪問によりエンゲージメント（両者が対等なパートナーシップをもてる信頼関係を形成していく過程）を行う。
- ③ 医療機関や施設等で開かれるグループによる教育が行われる。参加している家族の共通したニーズを中心に、精神疾患に関する知識、症状や薬物療法も含む治療に関する知識、利用できる社会資源に加えて、本人への家族の対処の工夫、家族自身のストレスマネジメントなどのテーマについて、映像などの視聴覚媒体なども使いながら、できるかぎりわかりやすく伝達する。
- ④ グループ等による話し合いや実際の場面に向けての練習が行われる。グループワークの技法や問題解決技法などを用了ミーティングを進めるが、参加家族がそれまで話題となっている課題に具体的にどのように対処してきたかに焦点を当て、その努力や工夫を賞賛し、ねぎらうとともに、さらによくなる工夫について参加家族同士が気軽に提案できるリラックスした肯定的な雰囲気をつくり出していくことが求められる。必要に応じて家族 SST (social skills training: 社会生活技能訓練) などを取り入れ、実際場面の練習をすることもある。
- ⑤ 数回にわたる面接や訪問による個々の家族の状況やニーズに合わせた個別家族セッションを行う。この個別家族セッションについては、あまり日本の家族心理教育プログラムでは強調されていないが、グループで学んだ知識や働きかけの工夫をそれぞれの家族の実情に合うように理解や工夫をするためにも、集団によるセッションの後に個別家族セッションは必要不可欠である。

このような家族心理教育の効果は、精神疾患やその治療に関する正しい理解や社会資源の知識などに加え、家族同士の支えあい、さまざまに起こってくる課題への対処、そしてコミュニケーションスキルの獲得などによって、家族のエンパワメントとリカバリーを促進すると考えられている。

我が国では、1988（昭和 63）年にアンダーソン（Anderson, C. M.）とマクファーレン（McFarlane, W. R）が相次いで来日し、家族心理