東女医大誌　第86巻　臨時増刊1号
頁　E59～E66　平成28年1月

原　著

主治医から見た統合失調症家族心理教育の意義に関する検証

東京女子医科大学医学部精神医学講座（主任：石郷岡純教授）

辻（ツジ）　かをる・小林（コバヤシ）　清香（サヤカ）・大下（オオシモ）　隆司（タカシ）・石郷岡（イシゴウオカ）　純（ジュン）

（受理　平成28年1月6日）

An Empirical Study of Attending Psychiatrists' Views on the Significance of Family Psychoeducation for Schizophrenia

Kaoru TSUJI, Sayaka KOBAYASHI, Takashi OSHIMO and **Jun ISHIGOOKA**

Department of Psychiatry, School of Medicine, Tokyo Women's Medical University

Objective: Few studies have reported on how attending psychiatrists evaluate family psychoeducation for schizophrenia. We aimed to evaluate the significance of family psychoeducation in a clinical practice from this particular perspective, by showing how attending psychiatrists recognized changes in the families who participated in psychoeducation.

Subjects and Methods: Ten attending psychiatrists of the patients whose 24 family members participated in family psychoeducation carried out in our hospital during April 2013 to December 2014. Data on the family evaluations of attending psychiatrists were obtained by semistructured interviews and a visual analog scale (VAS).

Results: Using the modified grounded theory approach, family changes recognized by the attending psychiatrists fell into one of the five core categories: (1) increase in appropriate knowledge concerning the patient's illness, (2) progress in the understanding of the specific condition of the patient and illness, (3) improvement in the psychological condition of the family members, (4) improvement in the independent relationship of the patient, and (5) better co-operation with medical staff. In these categories, the families underwent positive changes after participation in family psychoeducation. VAS scores were raised significantly in all questions.

Conclusion: Subjects found family psychoeducation to be effective and worthwhile.

Key Words: schizophrenia, family psychoeducation, outcome evaluation, grounded theory approach, psychosocial-intervention

緒　言

心理教育は精神医療におけるひとつの理念であり，『精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持った人たちに，正しい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への対処法を取得してもらうことにより，主体的な療養生活を営めるよう援助する』[1]と定義される．心理教育には患者を対象にするものもあれば，患者の家族を対象とするものもある．日本では統合失調症の家族支援から家族を対象とした心理教育（以下，家族心理教育）が発展し，さまざまな疾患の治療ガイドラインにおいて，上位に位置づけられている[2)~4)]．特に，統合失調症の家族心理教育は，患者の再発率の減少や治療継続，アドヒアランスの向上に寄与するだけでなく，心理教育を受けた家族自身の心理的負担軽減などにも効果がみられ，強いエビデンスが示されている[5)6)]．

我が国でも統合失調症の家族心理教育の効果がい

✉：辻かをる　〒162-8666　東京都新宿区河田町8-1　東京女子医科大学医学部精神医学講座
E-mail: tsuji.kaoru@twmu.ac.jp

くつか報告されている．たとえば統合失調症初発時の家族心理教育で参加家族の抑うつ得点の低下など心理的負担の軽減が示唆され[7]，回復期以降の患者の家族を対象としたデイケアにおける家族心理教育で家族の生活困難感が軽減すること[8]などが示されている．こうした効果は家族による自記式質問紙への回答結果が中心であり[7][8]，患者の主治医をはじめとする医療者，家族心理教育の実施に携わらない者からの効果評価の報告はほとんど知られていない．

一方で，実際の臨床の場において医師が感じる効果は，各種ガイドラインに心理教育が収載される根拠となった患者の長期経過での有効性や，統計的に検出されうる有効性，参加家族の高い満足度のみではない．個々の臨床場面で家族心理教育に望まれることがらは，目の前の家族に対する直接的な介入やサポートの提供であろう．また，家族心理教育の持つエビデンスに関わらず，精神科医療機関に十分普及していない理由として，スタッフの理解不足などが指摘され[9]，家族心理教育を担当する医療者以外への理解促進も重要な課題といえる．

以上のことから，家族心理教育を参加家族の主観的評価以外の第三者的視点から検証すること，特に，家族心理教育を施設内で普及実践させる上では，家族に接し，患者の治療を方針だてる主治医がその意義をどのように評価しているかを明らかにすることは重要と思われる．本研究では，主治医の立場から「家族心理教育を通して，家族の変化をどう感じたか」を明らかにし，家族心理教育がどのような意義を持ち，治療のなかでどのように位置づけられているのか，を検証することとした．

対象および方法

1. 家族心理教育プログラムの概要

当院の統合失調症家族心理教育プログラム（以下，家族会）は，1回90分のセッションを全6回，2週に1回の頻度で行う．情報提供のテーマを病気，薬，急性期治療，リハビリテーションの4点に絞り，各1セッションを割り当て，参加者とスタッフの意見交換に十分な時間を設けている．担当スタッフは医師，臨床心理士，精神保健福祉士，薬剤師，看護師，作業療法士の多職種で構成される．

2. 対象

2013年4月から2014年12月の間に実施した家族会全4クールに参加した家族24人の家族員である患者の外来主治医を対象とした．依頼できなかった1名を除き，10名から協力を得た．対象者の属性はTable 1に示した．対象者には研究の趣旨と拒否の権利について説明したうえで，協力の同意を得た．

3. データ収集方法

家族会参加前後の家族に対する評価について，対象者に半構造化面接を行った．心理教育は情報提供，対処技能の獲得を通して，参加者自身の主体性を回復させることを目指す[1]．こうした側面に焦点が当たるよう，家族会に参加した家族の「病気の知識」「患者さんへの対応」「医療（病院・医療者）との関係」「家族自身の疲弊」を質問項目として設定した．面接は2015年1月から2月にかけて個別に行った．所要時間は10～20分であった．面接および結果の分析は，医師と臨床心理士が共同で実施した．また，上記4項目について，家族会参加前および参加後の家族の様子をそれぞれvisual analog scale（以下VAS）を用いて量的にも評価した．さらに，総合評価として「当該家族に対し家族会がどのくらい有益であったか」についてもVASによる評価を得た．VASはいずれの項目も「悪い」を0，「よい」を10とした．

4. データ分析方法

1）面接内容の質的分析

質的分析手法の一つである修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いた．M-GTAは，人間の行動や他者との社会的相互作用の説明や予測に有効な分析方法であり，プロセス的性格を持つ研究対象に適しているとされる[10]．看護，保健，医療，福祉，教育などの対人実践的な領域での臨床研究に活用されており，本研究に適した手法と判断された．M-GTAによる分析手順[11]を以下に述べる．M-GTAにおけるデータとは調査対象者によって語られた言葉である．データの収集後に，リサーチクエスチョンを絞り込みどの角度からデータ分析に入るかを方向づけるために，分析テーマを定める．分析テーマはおのずとリサーチクエスチョンとは異なる文言として設定される．分析ではまずデータを概観し，そこから見出せる解釈を検討し，現象の多様性を一定程度説明できる言葉でコード化する．これが概念と呼ばれる．さらに各々の概念の関係を検討し，関連しあう概念のまとまりが見出されればそれを上位項目であるカテゴリーとする．新たな概念が生成されなくなるまでこの作業を続ける．本研究ではさらに，関連しあうカテゴリーをまとめてコアカテゴリー，コアカテゴリーをまとめて上位コアカテゴリーとした．分析結果では，抽出された概念やカテゴリーの関連を記述し，またそれを結果図とし

Table 1 Basic subject information

Subject	Age	Experience as psychiatrist	Experience as psychiatrist in charge of outpatients	Family psychoeducation participant	Time treated by subject (at the time of the survey)	Subject in charge of patient during hospitalization
A	30 s	More than 5 years less than 10	Yes	1	1 year 10 months (including 4-month hospitalization)	Yes
				2	11 months (including 1.5-month hospitalization)	Yes
				3	1 year 7 months (including 1-month hospitalization)	Yes
				4	1 year 10 months (including 1-month hospitalization)	Yes
				5	1 year 10 months	No
B	30 s	Less than 5 years	No	6	8 months (including 3.5-month hospitalization)	Yes
				7	8 months (including 3.5-month hospitalization)	Yes
				8	10 months (including 1.5-month hospitalization)	Yes
				9	10 months (including 1.5-month hospitalization)	Yes
C	60 s	More than 20 years	Yes	10	2 years 11 months (excluding 1-month hospitalization)	No
				11	2 years 11 months (excluding 1-month hospitalization)	No
				12	11 months (excluding 4-month hospitalization)	No
D	40 s	More than 15 years less than 20	Yes	13	1 year 6 months (excluding 6-month hospitalization)	Yes
				14	6 years 9 months (excluding 1.1-year hospitalization)	No
E	30 s	More than 5 years less than 10	Yes	15	7 months (including 2.5-month hospitalization)	Yes
				16	5 months (including 2-month hospitalization)	Yes
F	30 s	More than 5 years less than 10	Yes	17	1 year 8 months (excluding 1-month hospitalization)	No
G	40 s	More than 15 years less than 20	Yes	18	2 years 1 month (excluding 1-month hospitalization)	No
H	40 s	More than 15 years less than 20	Yes	19	10 months (including 1.5-month hospitalization)	Yes
I	30 s	More than 5 years less than 10	Yes	20	2 years 1 month (excluding 3-month hospitalization)	No
J	50 s	More than 20 years	Yes	21	10 years (excluding 4-month hospitalization)	No

It presents basic information on the subjects, i.e., the attending psychiatrists of the patients whose families participated in the psychoeducation.

て提示する.

本研究では分析テーマを「外来主治医は家族の変化をどう感じたか」に設定した.

2) VASによる2時点比較

VASを用いた4項目は,家族会参加前と参加後の評価について対応のあるt検定を用いて比較を行った.統計的有意水準はすべて5%未満とした.分析にはJump proを用いた.

結　果

1. m-GTAによる面接内容の分析

m-GTAによる分析結果は,概念,カテゴリー,コアカテゴリーの順でより大きな分類としてまとめられる[10][11].本稿では,さらにコアカテゴリーの上位に上位コアカテゴリーをおいた.結果の記載では,「　」

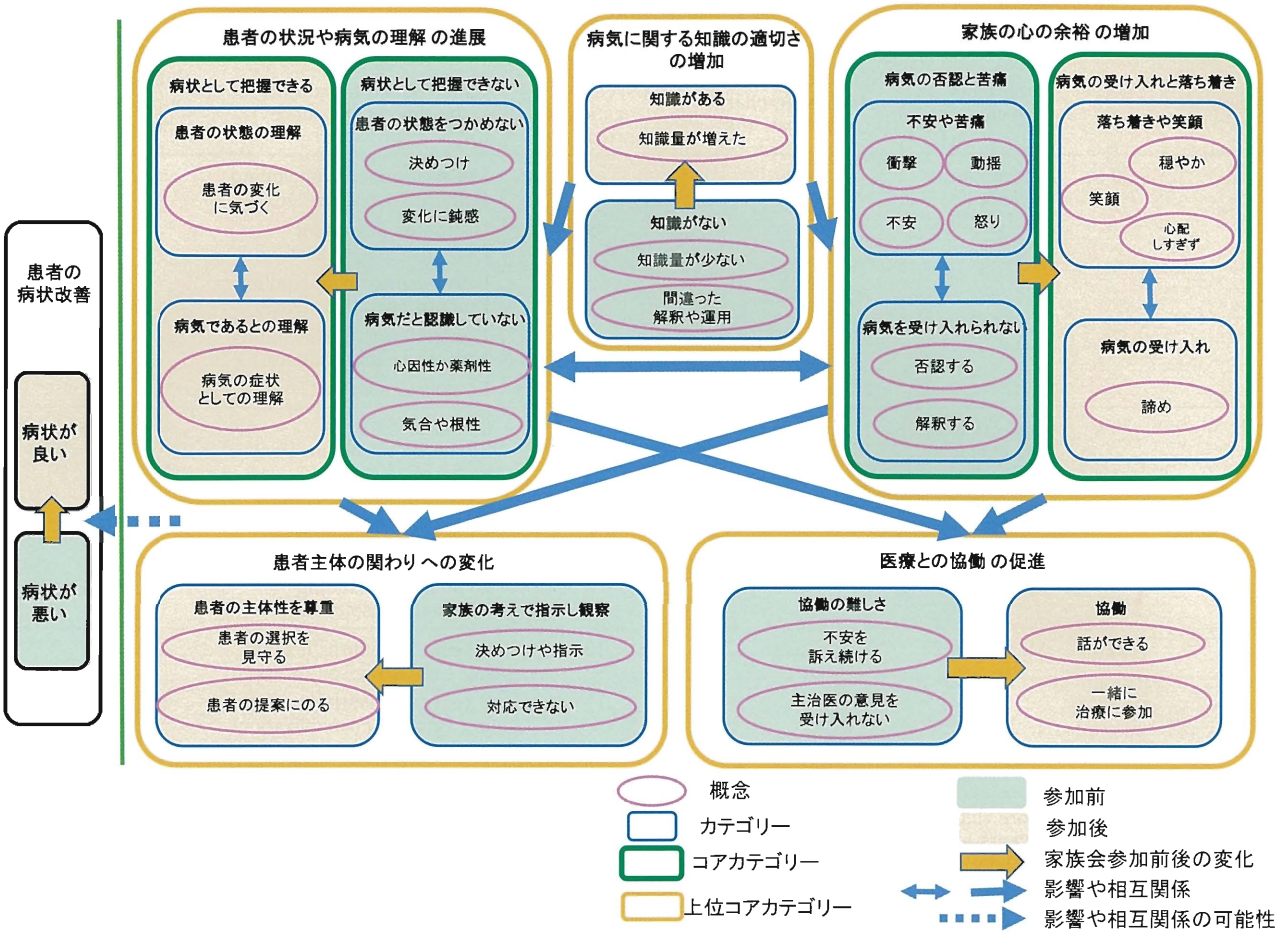


Fig. 1 Changes in families through participation in psychoeducation: an analysis of the attending psychiatrists' views
It shows the result obtained by a modified grounded theory approach analysis showing how attending psychiatrists recognized changes in the families who participated in psychoeducation.

に聴取された発言内容（データ）を記し,〔 〕に概念,〈 〉にカテゴリー,《 》にコアカテゴリー，＜ ＞に上位コアカテゴリーを示した．なおデータ中に見られる本人という表現は，患者のことを意味している．

分析テーマ「外来主治医は家族の変化をどう感じたか」に従って，家族会参加前，参加後外来主治医から見た家族のプロセスをまとめたのち，参加前後のつながりを検討し外来主治医がとらえた家族の変化として示した．そこに，患者の病像との関係を加えて，“外来主治医がとらえた，家族会に参加した家族の変化のプロセス”に関するストーリーラインと，抽出した概念，カテゴリー，コアカテゴリー，上位コアカテゴリーの関連を示した結果図（Fig. 1）が得られた．

1）家族の変化に関するストーリーライン

家族会参加前後の家族の変化として外来主治医がとらえたものから，前後各々７つのカテゴリーが生成された.「家族会参加前」には,〈知識がない〉〈病気だと認識していない〉〈患者の状態をつかめない〉〈病気を受け入れられない〉〈不安や苦痛〉〈家族の考えで指示し観察〉〈協働の困難さ〉の７つが抽出された．〈病気だと認識していない〉〈患者の状態をつかめない〉は現在患者に生じていることに対する理解に関して相互に促進的に関わっており,《病状として把握できない》というコアカテゴリーとした．患者の病気に対する家族の情緒的反応として,〈病気を受け入れられない〉〈不安や苦痛〉も同様に相互の影響が見いだされ《病気の否認と苦痛》というコアカテゴリーとした．

「家族会参加後」には，家族会参加前に得られたカテゴリーの領域が各々に改善して,〈知識がある〉〈病気であるとの理解〉〈患者の状態の理解〉〈病気の受け入れ〉〈落ち着きや笑顔〉〈患者の選択を尊重〉〈協働〉

の７つが見いだされた.〈病気であるとの理解〉〈患者の状態の理解〉は現在患者に生じていることへの理解に関して相互に支持的に関わっており,《病状として把握できる》というコアカテゴリーとした.患者の病気に対する家族の情緒的反応として〈病気の受け入れ〉〈落ち着きと笑顔〉も同様に相互の影響が見いだされ,《病気の受け入れと落ち着き》というコアカテゴリーとした.

家族会参加前後で,ストーリーラインのプロセスの流れは共通しており,各要素が改善方向に変化したと示された.

2）家族の変化のプロセスを構成する要素

面接内容の記録から概念を抽出して７個のカテゴリーを作成し,共通した側面を持つカテゴリーをまとめて５つの上位コアカテゴリーとしその関連を結果図として作図した.作成された結果図（Fig. 1）について,主治医から見た家族会参加前後の家族の変化のプロセスの構成要素を説明する.

（1）病気に関する知識の適切さの増加

家族会への参加前には,「統合失調症とはどういうことなのかがわかっていない」「知識がない」のように〔知識量が少ない〕,「半端に知識を持っているようで,専門用語を使うが,医師には理解しづらい「一生懸命勉強しているが,母自身の解釈になっている」など,知識の〔間違った解釈や運用〕など,〈知識がない〉状態にあった.家族会への参加を経て,「何もわからない,という状態から,知識を得て医療のサポートもある中で,安心感が持ててきた」というように〔知識量が増え〕,〈知識がある〉状態となって,＜病気に関する知識の適切さの増加＞が示された.

（2）患者の状況や病気の理解の進展

家族会への参加前には「すべて心因か薬剤性でとらえてしまう.決して病気と考えない」「父は『気合で治すしかない』と繰り返していた」のように,家族は病気を〔心因か薬剤性〕〔気合や根性〕によるものと理解しており,〈病気だと認識していない〉状態であった.従って患者に対しても,「症状の強い時でも本人の生活ぶりを大きな問題」と〔決めつけ〕,「本人が苦痛を訴えても察知せず,細かいサインに気付けない」「『本人が何をするかわからないから』と母が不安」のように本人の〔変化に鈍感〕であり,〈患者の状態をつかめない〉状態であり,《病状として把握できない》状態となっていた.

家族会の参加後には,「本人に起こっていることをすべてライフイベントのせいだととらえていたものが,それだけではないと理解できるようになった」「退院時には『気合だ』ということは修正されていた」のように,〔病気の症状としての理解〕が進み,患者に生じていることが〈病気であるとの理解〉に変化した.患者に対しても,「本人の変化に母が気づけるようになった」「病気が悪い時も,波があってみておけばよくなるのだとわかった」と表現されるように,適切に〔患者の変化に気づく〕ことができる〈患者の状態の理解〉が得られ,この全体で《病状として把握できる》状態へと変化していた.

家族会参加前後の変化から,病気そのものおよび患者の状態への家族の理解が進展していると考えられ,＜患者の状況や病気の理解の進展＞とまとめられた.

（3）家族の心の余裕の増加

病気の受容や家族自身の情緒に関する側面では,家族会の参加前の家族は,たとえ知識に基づく理解はできていても,感情において「自分の子供が病気である,ということが受け入れにくい様子」で〔否認する〕,「病気ではなく普通のことだ,と理解しようとする」など独自に〔解釈する〕など,〈病気を受け入れられない〉状態であった.これと相互作用しながら家族の情緒も家族会前には「子どもが病気になったという事実に強いショックを受け〔衝撃〕」「病状の一つ一つに動揺〔動揺〕」「泣く〔不安〕」などの情緒的反応を示し,「いわゆるHigh EE」「本人に対して批判的」「怒る」〔怒り〕など,さまざまな〈不安や苦痛〉の表出が見られた.この,病気を受け入れられず情緒的苦痛の生じている状態を《病気の否認と苦痛》としてまとめた.

しかし,家族会後には「ちょっと諦めが入るようになった〔諦め〕」という姿勢の変化が生じ,「『病気だから仕方ない』と受け止められ」「焦りがなくはないが,焦ってもしょうがないと考えがシフトした印象がある」と〈病気の受け入れ〉が生じた.さらに,「表情が穏やかになった」「笑顔」と外見表出も変り「母の不安が減った」「心に余裕が生まれた」と〈落ち着き・笑顔〉が生じ,患者の病気の受け入れとともに《病気の受け入れと落ち着き》が進み,情緒的に安定方向に変化した.

これらから,家族会を通して家族の疾病受容や情緒の安定が進んでいると考えられ,＜家族の心の余裕の増加＞とまとめられた.

（4）患者主体の関わりへの変化

家族が持つ他者とのコミュニケーションに関して

も，家族会の前後で大きな変化が生じていた．家族会参加前には，患者に対して二通りの関わりが見られた．一つは「母の思い込みが激しいので本人にも『あなたは～だから～しなさい』と決めつけてしまう．独断的」で「批判的・過干渉」な，家族主体の〔決めつけや指示〕による関わりであり，もう一つは，「再燃・怠薬の経過中，母は対応できなかった」「本人にどう接していいのかわからない」のように接し方や対処法がわからず，あるいは家族なりに考えて対応しても「これでよいのか確証が持てず」「能動的ではない」など〔対応できない〕というものであった．

これらの背景には，〔決めつけ〕〔変化に鈍感〕〔気合や根性〕などの《病状として把握できない》状態と，〔解釈する〕〔不安〕〔怒り〕などの《病気の否認と苦痛》の関与があり，理解や受容の進展に伴って，こうした家族のコミュニケーションは変化した．

家族会参加後には，患者への関わりに際して，家族主体の指示的な関わり方は残存しているものの，「今までよりも，母自身の不安による過干渉を抑えることができる」「干渉しすぎず距離を取ってよい，ということを知って」「本人が選択することを見守る姿勢ができてきた」と〔患者の選択を見守る〕ようになり「本人の発案した活動に家族が喜んで付き合うようになった」など〔患者の提案に乗る〕《患者の主体性を尊重》する関わり方があらわれるようになった．これらは＜患者主体の関わりへの変化＞とまとめられた．

(5) 医療との協働の促進

家族会参加前の家族は，医療との関わりにおいても二通りの関わりが見られた．一つは「自分の意見と違う医療者の意見を聞くと，シャットダウンしてしまう」「医師の診察に対して怒る」という，〔主治医の意見を受け入れない〕姿勢で，「診察室で本人の言うことを代弁」されて「本人と主治医が話すことができない」ために「本人が何に困っているのかを主治医が把握できない」治療上の支障が生じることもみられた．もう一つの関わりは，「不安が強く，すべてを確認，報告しようとする」「連日2～3時間の電話．母の不安を延々と訴えた」など，〔不安を訴え続ける〕ものであり，いずれも《協働が困難》であった．

これらの背景にも〔心因性か薬剤性〕〔決めつけ〕などの《病状として把握できない》状態と，〔解釈する〕〔不安〕〔怒り〕など《病気の否認と苦痛》の関与があり，理解や受容の進展に伴って，医療に対しても家族のコミュニケーションは変化した．

家族会参加後には，医療との関わりにおいても，「『余計なこと言ってしまうから』と外来にはついてこなくなった」「医師の対応に怒らなくなった」「医師の話も少し聞いてくれる．母の一方的な話ではなくなっている」など，自身の意見のみに執着せず医師の意見を否定しない〔話ができる〕姿勢が生じた．「母が，自分にできることは何か，と考え，行動するようになった」と，家族の適切な主体性が生じ，「〔家族も一緒に治療に参加〕しているという姿勢が強くなった」など，《協働》できるようになった．こうした変化は＜医療との協働の促進＞とまとめられた．

また，カテゴリーには含まれていないが，会を通じて家族同士が知り合いとなり，家族会参加後には同じ家族同士の仲間を得るという状態が生じていた．

3) 家族の変化のプロセスと家族会の関係

主治医の多くは，このような家族の変化は家族会への参加によるものと受け止めていた．入院を機に家族会へ参加した家族が多く，家族は家族会担当スタッフ以外の医療者（病棟スタッフ）と関わる機会もあったが，家族会以外の要因による変化の可能性を挙げる意見はごくわずかで，また家族会の関与を否定するものではなかった．結果図（Fig. 1）の結果からも「（家族が）知識を得て対処がわかって安心した」「自分だけではないとわかって」など，家族会が提供した情報や場，またそこから生じた家族の状態変化が，相補的に関わりあって，主治医から見た全体の変化のプロセスを形成していることがわかる．

4) 家族の変化のプロセスと患者の病状との関係

家族の変化が患者の病状改善に寄与したか否かは，寄与したとの回答とわからないとの回答が見られた．

2. 家族会参加前後の家族の様子の量的評価

対象者の担当する家族会参加家族21名のうち，参加後の様子がわからない（2名），家族と接する機会がない（1名）として回答困難であった3名分を除き，計18名（85.7%）について，対応のあるt検定を行った（Table 2）．「病気の知識」「患者さんへの対応」「医療（病院・医療者）との関係」「家族自身の疲弊」の全項目において，家族会参加前に比して，参加後の平均値が有意に高かった．また，「家族会はこの家族にとってどのくらい有益でしたか」という総合評価への回答結果をFig. 2に示した．0が悪い，10が良いの基準値で，回答の平均値は7.9（SD2.0）であった．

Table 2 Mean and standard deviations on answers to four questions assessing the effectiveness of psychoeducation

Paired t test n=18

	Pre		Post		t	p
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
Knowledge about the disease	2.5	(1.9)	5.8	(1.9)	5.95	<0.0001
Relationship to the patient	2.3	(1.8)	5.6	(2.9)	5.16	<0.0001
Family exhausion	2.3	(2.3)	5.8	(2.7)	5.14	<0.0001
Relation with medical resource	4.5	(1.7)	5.9	(2.0)	3.40	<0.005

It shows the visual analogue scales on answers to four questions regarding change before and after family psychoeducation evaluated by the attending psychiatrists. A paired t-test was used to compare the significant differences between the scores before and after family psychoeducation. All statistical significance standards were less than 5 %. All four scores significantly increased after family psychoeducation.

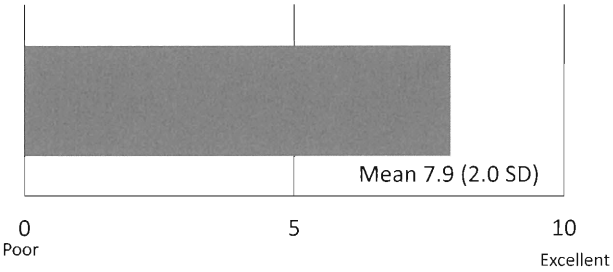


Fig. 2 Mean and standard deviations of the effectiveness of family psychoeducation evaluated by the attending psychiatrists
It shows the attending psychiatrists' evaluation by visual analog scale of the total effectiveness of psychoeducation in 18 participants. The result is the mean of all 18 participants combined.
VAS: Visual Analog Scale.

考　察

家族心理教育は，元来は，患者の治療アウトカムの改善に寄与するものとされ[5]，再入院率などの指標が効果として報告されていることが多い．また，参加した家族における効果も，家族自身の自己記入式質問紙への回答による主観的評価がほとんどである[7][8]．本研究では，家族心理教育には直接関与しない主治医の視点から見た家族会に参加した家族の様子の変化を明らかにすることで，日常臨床における家族会の意義を新たな側面から検証することを目的とした．M-GTA のデータ分析に当たっては，分析テーマを「外来主治医は家族の変化をどう感じたか」に設定し，家族心理教育の介入対象である家族の状態変化に焦点を当てた．

質的分析を通して，主治医から見た家族会参加前後の家族の変化のプロセスが明らかとなり(Fig. 1)，家族会への参加により，家族の状態は改善したと評価された．その変化が患者の病状改善に寄与したかはわからないとする回答もあったが，家族の変化そのものを根拠として家族会全体は有益と評価された(Fig. 2)．患者アウトカムへの寄与がなければ家族会の意義がないという発言は見られなかった．すなわち主治医は，介入対象たる家族のアウトカムを期待し，家族心理教育は家族の状態改善をもたらすという役割を持つものと位置づけられていると考えられた．

主治医から見た家族会参加前の家族像では，患者への不適切な対応および医療との協働困難がみられ，家族会後にはそれらが適切に変化したことが示された．主治医は患者の生活環境改善と，医師と患者の治療環境の機能向上，に着目していたと考えられる．また，「心の余裕」を失っていた家族が患者のペースに合わせて「適切な対処」を行いうることは，家族を患者の支援者として位置づける心理教育の考え[12]にも沿うものである．

では，家族会はどのように家族に作用し変化をもたらしたのか．家族の変化のプロセス (Fig. 1) に見られる各カテゴリーの連関から，家族会の作用は，心理教育の定義に合致したものであると確認される．正しい知識を得て，病気および患者の状態について理解が進み，情緒が安定し，病気を受容することで，適切な対処が可能となり，行動が変容している．これは少なくとも主体的な療養生活を営む方向での変化といえる．家族は病気の当事者ではないため，「自身の疾病に関する知識や情報を得て」という記述にはあたらないが，患者の病気は家族にとって大きなライフイベントであり社会的役割や個人のアイデンティティの変化をもたらすものである．この点で，統合失調症患者の家族は，「受容しにくい問題

を持った人たち」という心理教育の対象に矛盾しない．その意味で家族の当事者性を考え，家族のリカバリーそのものに焦点を当てる視点も有益である[13]．また，患者の治療担当者である主治医のみで家族にも対応するのではなく，多職種が関わり他の家族とも知り合える環境の提供もまたグループで行う家族心理教育の機能であり，そうした総合的な面から，家族会の効果が良好に評価された（Fig. 1）とも考えられる．

なお，この研究の限界として，以下が挙げられる．研究実施者が家族会の運営スタッフであり，半構造化面接での調査には匿名性がないため，調査対象者には，否定的な回答をすることへの困難さがあったかもしれない．ただし，すべての回答者において，質問紙および面接のデータとVASデータには評価の大きな乖離はなく，また，記述や陳述には一定の量と複雑さがあり，肯定的評価への心理的なバイアスがあったとしてもそれのみですべての陳述がなされたとは考えにくいと判断された．

結　論

家族心理教育（家族会）を患者の主治医はどうとらえているかを調べるため，患者の外来主治医を対象に調査を実施し，概ね，家族会は有益との結果を得た．また，有益性の根拠として，患者の病状改善への寄与ではなく，家族自身の知識・判断・情緒・行動の状態改善が挙げられた．あわせて，このような家族の状態改善をもたらした家族会の機能は，ほぼ心理教育の定義に沿った方向であったと見出された．

家族心理教育は，患者の主治医の立場から，家族の状態を改善すること自体に意義があると認識されていることが示された．

開示すべき利益相反はない．

文　献

1) **浦田重治郎，池淵恵美，大島　巌ほか**：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)，2004
2) 「統合失調症治療ガイドライン第2版」(佐藤光源，丹羽真一，井上新平編)，(精神医学講座担当者会議監)，医学書院，東京（2008）
3) **日本うつ病学会気分障害の治療ガイドライン作成委員会**：「日本うつ病学会治療ガイドラインII．大うつ病性障害2013 ver.1.1」，(2013) http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/130924.pdf
4) **日本トラウマティック・ストレス学会**：「PTSDの薬物療法ガイドライン：プライマリケア医のために」，(2013) http://www.jstss.org/wp/wp-content/uploads/2013/09/JSTSS-PTSD薬物療法ガイドライン第1版.pdf
5) **Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al**: Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010, doi:10.1002/14651858.CD000088.pubz
6) **井上新平**：家族心理教育はなぜ有効か．統合失調症 **7**：10–17, 2014
7) **加藤知可子**：初回エピソード急性期統合失調症者の家族へのグループ療法における検討　心理的負担の軽減を目指して．日医看教会誌　**23**：38–41, 2014
8) **渡辺厚彦，野本宗孝，小田原俊成ほか**：デイケア家族会の心理教育による家族自身の変化「生活困難感」や「生活時間の使い方」の調査から．神奈川精医会誌　**63**：49–52, 2014
9) **Corrigan PW, Steiner L, McCracken SG et al**: Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. Psychiatr Serv **52**: 1598–1606, 2001
10) **木下康仁**：「グラウンデッド・セオリー・アプローチ：質的実証研究の再生」，弘文堂，東京（1999）
11) **木下康仁**：「グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い」，弘文堂，東京(2003)
12) **後藤雅博**：【統合失調症とインフォームドコンセント】治療関係の維持　家族との関係をどう維持するか．Schizophrenia Front　**9**：92–96, 2008
13) **渡邉真里子**：【家族のリカバリーをどう支援するか】専門家が知っておきたい基本技術　心理教育家族グループへの心理教育プログラム．精神臨サービス　**10**：369–373, 2010