

保健所における精神障害者家族教室

三野 善央^{*、5*} 大島 巖^{2*,5*} 後藤 雅博^{3*,5*} 植木ひろ子^{4*,5*}
津田 敏秀^{*} 松岡 宏明^{*} 岡上 和雄^{5*}

保健所における精神障害者の家族のための教育、いわゆる家族教室の実施の頻度とその内容、問題点などを明らかにするために、全国の852保健所を対象として郵送法による質問紙調査を行った。有効回答のあった742保健所のうち約7割で家族に対する教育的プログラムを行っていた。一定の構造化された家族教室では保健婦、精神保健（福祉）相談員、外部講師などがスタッフとして関わり、スタッフの研修では精神保健（福祉）センターや全国精神障害者家族会連合会が大きな役割を果たしていた。今後の保健所における家族教室の発展のためには、1) 研修会や出版物による情報の伝達、2) 精神保健福祉相談員や専門の保健婦などのスタッフの確保、3) 予算の獲得が必要と考えられた。家族教室のさらなる発展は保健所の機能強化のためにも重要と思われる。

Key words : 家族教室, 保健所, 精神障害, 分裂病

I はじめに

わが国の精神保健サービスは、多くの精神障害者を精神病院に入院させていること、それに関連して地域ケアのためのシステムと社会資源が不足していること、精神障害者に対する人権侵害がおこなわれたことなどのために国際的に批判されてきた¹⁾。こうした批判にこたえるかたちで1987年に精神衛生法が精神保健法に改正され、その後も何回かの改正が行われてきた²⁾。それに伴い、精神障害者のケアの流れは病院入院中心から地域ケア中心へと変化し^{3,4)}、多くの分裂病者をはじめとする精神障害者が地域で生活するようになり、その数は今後も増加していくと考えられる。こうした状況の中で家庭環境が分裂病の経過に及ぼす影響が注目されるようになった。そうした研究の代表が家族の感情表出（Expressed Emotion, EE）研究^{5,6)}であり、それに基づく家族への心理社会的介入によって分裂病者により良い経過をもたらすことが明らかになっている⁷⁾。一方、精神

障害者の地域ケアのためのシステムと資源が不足している事実は、家庭で精神障害者をケアする家族に過大な負担をもたらしていることが指摘されている⁸⁾。したがって家族の側のケアの負担を軽減するための方策が求められている。

保健所は地域保健法の成立によってその役割がますます充実していくことが期待されており⁹⁾、精神保健分野においても重要な役割を担うと考えられる。しかしながら、精神保健分野における保健所の具体的な役割は明らかになっているとはいえない。そうした中で、少なからぬ保健所が精神障害者家族会への援助や家族個人への援助を続けてきた。近年、とりわけ前述したような家族への援助の重要性が認識される中で、保健所における精神障害者の家族教室が行われていることが知られるようになった。しかしながら、保健所での家族教室の普及の程度やその内容や頻度に関しては明らかになっていない。これについてこれまでに中間的な報告を行った¹⁰⁾が、さらに回収率をあげることができたこと、またより詳細な資料を提供することは、今後の保健所での精神保健活動、ひいては保健所活動の発展に寄与できると考えられることから本報告を行う。

II 研究対象と方法

研究対象は94年10月現在での全国の852保健所であり、自記式の質問紙を用いて郵送法による配

* 岡山大学医学部衛生学教室

2* 東京大学医学部精神保健学教室

3* 新潟県精神保健福祉センター

4* 神奈川県精神保健福祉センター

5* 全国精神障害者家族会連合会精神保健福祉研究所
連絡先：〒700 岡山市鹿田町 2-5-1

岡山大学医学部衛生学 三野善央

布、回収を行った。調査は全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連とする）が実施主体となつて、94年10月から12月に行われた。回答は各保健所の精神保健担当者に依頼した。

質問紙の内容は、「現在、精神障害者の家族を対象とした教育プログラムを実施しているか」、実施していない場合には「今後の実施予定の有無」、実施している場合にはその「形式」、「参加人数」、「運営方法」、「家族教育の方法」、「教材」、「目的」、「役立つと思われる点」、「スタッフの構成」、「研修の有無」、などとした。最後に、全保健所に対して「保健所で家族教育プログラムを実施しにくい理由」をあげてもらった。

分析に際しては、回収率、教育プログラムの実施割合を各県別に算出した。その他の項目については全体としての該当の割合を算出するとともに、家族教室実施の形式別に比較検討を行った。その際、一定程度構造化されたプログラムと考えられるA型「各回ごとにテーマの定まった数回1コースのプログラム」、B型「毎月あるいは隔月に定期的に行われるプログラム」と講演会形式のC、D型との間の有意差検定を行った（表2参照）。本研究の対象は全数であったが無限母集団を想定して χ^2 検定（両側）を採用した。最後の実施しにくい理由に関しては、実施群と未実施群の間で同様の比較検討を行った。

Ⅲ 結 果

対象とした852保健所のうち742保健所より有効回答を得た（有効回答率87.1%）。有効回答のあった742保健所のうち509保健所（68.6%）が精神障害者家族を対象とした教育プログラムを実施していた。また未実施の231保健所のうち43保健所が来年度実施予定と回答しており、これらを合計すると552保健所で実施あるいは実施予定となっており、回答のあった750保健所のうち73.6%に及んだ。

家族教育プログラムの実施状況を都道府県別に比較検討したものが表1である。10%程度の県があるのに対して100%の県もみられ、ばらつきが大きかった。

表2には家族教室の実施形式別割合を示した。最も多かったのはB型の「毎月あるいは隔月に定期的に行われるプログラム」であり、ついで

表1 都道府県別、保健所の家族教育プログラムの実施状況

保健所数		回答数(%)	家族教育プログラム 実施数（実施割合%*）
北海道	56	51 (91.1)	34 (66.7)
青 森	11	11 (100)	8 (72.7)
岩 手	15	14 (93.3)	12 (85.7)
宮 城	14	11 (78.6)	7 (63.6)
秋 田	8	7 (87.5)	4 (57.1)
山 形	8	8 (100)	6 (75.0)
福 島	18	14 (77.8)	7 (50.0)
茨 城	18	14 (77.8)	12 (85.7)
栃 木	11	11 (100)	7 (63.6)
群 馬	12	11 (91.7)	5 (45.5)
埼 玉	24	21 (87.5)	18 (85.7)
千 葉	19	19 (100)	13 (68.4)
東 京	71	59 (83.1)	36 (61.0)
神奈川	40	28 (70.0)	25 (89.3)
新 潟	15	12 (80.0)	7 (58.3)
富 山	10	9 (90.0)	6 (66.7)
石 川	10	9 (90.0)	9 (100)
福 井	8	7 (87.5)	5 (71.4)
山 梨	8	5 (62.5)	4 (80.0)
長 野	17	17 (100)	10 (58.8)
岐 阜	14	12 (85.7)	4 (33.3)
静 岡	18	14 (77.8)	8 (57.1)
愛 知	42	37 (88.1)	35 (94.6)
三 重	11	10 (90.9)	4 (40.0)
滋 賀	9	8 (88.9)	4 (50.0)
京 都	23	15 (65.2)	13 (86.7)
大 阪	53	43 (81.1)	38 (88.4)
兵 庫	41	39 (95.1)	30 (76.9)
奈 良	6	5 (83.3)	5 (100)
和歌山	10	9 (90.0)	4 (44.4)
鳥 取	5	5 (100)	4 (80.0)
島 根	10	9 (90.0)	4 (44.4)
岡 山	17	17 (100)	11 (64.7)
広 島	22	16 (72.7)	12 (75.0)
山 口	16	15 (93.8)	2 (13.3)
徳 島	8	8 (100)	1 (12.5)
香 川	7	6 (85.7)	6 (100)
愛 媛	14	14 (100)	14 (100)
高 知	10	9 (90.0)	4 (44.4)
福 岡	36	33 (91.7)	24 (72.7)
佐 賀	8	7 (87.5)	5 (71.4)
長 崎	16	16 (100)	13 (81.3)
熊 本	16	14 (87.5)	9 (64.3)
大 分	13	11 (84.6)	7 (63.6)
宮 崎	10	9 (90.0)	2 (22.2)
鹿児島	17	16 (94.1)	9 (56.3)
沖 縄	7	7 (100)	2 (28.6)
全 国	852	742 (87.1)	509 (68.6)

* 実施数/回答数

C型の「年に1-2回開催する家族向け講演会」となっていた。構造化された、より集中的なA型の「各回ごとにテーマの定まった数回1コースのプログラム」は20%弱で行われているのみであった。1回あたりの参加人数は、一定の構造をもつA型、B型では平均13人であったが、講演会形式のC型、D型では平均21人、28人と多くなっていた。

表3には家族教育の方法として採用しているものを家族教室の実施形式別に示した。講義・講演はすべての形式で90%以上が採用していた。「家族のための分裂病ハンドブック¹¹⁾」をはじめとするテキストの学習が30%弱にとどまったのに対して、ビデオでの学習が半数を超えていたことが注目される。また最近、精神科臨床での普及が著しく、より高い専門技術が求められる家族SST (Social Skills Training 生活技能訓練¹²⁾)も10%弱で行われ、表3では示していないが、より集中的な技法である「心理教育的アプローチ¹³⁾」も5.3%

表2 家族教室の実施形態（複数回答あり）

実施形式	該当保健所数 (n=509)
A型：各回ごとにテーマの定まった数回1コースのプログラム	96(18.9%)
B型：毎月、隔月に定期的に開かれるプログラム	215(42.2%)
C型：年に1、2回開かれる家族向け講演会	194(38.1%)
D型：数年1クールで毎年テーマを定めた講演会	11(2.2%)
E型：その他	75(14.7%)

で利用され、12.6%で参考にされていた。実施形式別比較ではビデオ、テキストの学習、グループワーク、個別家族指導において、A型あるいはB型での実施割合が講演中心のC、D型よりも大きくなっていた。

プログラムに参加するスタッフを家族教室の実施形式別に表4に示した。参加する割合の大きか

表3 家族教育の方法（複数回答あり）

方 法	実施保健所数 (%)					
	A 型 (n=96)	B 型 (n=215)	C 型 (n=194)	D 型 (n=11)	E 型 (n=75)	全体 (n=509)
講義・講演	89(92.7)	204(94.9)	188(96.9)	11(100)	68(90.7)	477(93.7)
ビデオでの学習	43(44.8)	145(67.4)***	90(46.4)	7(63.6)	40(53.3)	270(53.0)
分裂病ハンドブック などテキストの学習	32(33.3)*	90(41.9)***	41(21.1)	3(27.3)	16(21.3)	147(28.9)
家族SST	12(12.5)	20(9.3)	19(9.8)	2(18.2)	6(8.0)	46(9.0)
グループワーク	71(74.0)*	155(72.1)*	116(59.8)	9(81.8)	55(73.3)	338(66.4)
ロールプレイ・心理劇	5(5.2)	7(3.3)	6(3.1)		4(5.3)	20(3.9)
個別家族指導	8(8.3)	41(19.1)**	18(9.3)	1(9.1)	8(10.7)	63(12.4)

*** 講演中心であるCおよびD型（n=205）との比較 χ^2 検定（両側）にて $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

表4 プログラムに参加するスタッフ（複数回答あり）

ス タ ッ フ	保健所所数（％）					
	A 型 (n=96)	B 型 (n=215)	C 型 (n=194)	D 型 (n=11)	E 型 (n=75)	全体 (n=509)
精神保健相談員（専任）	60(62.5)***	116(54.0)***	64(33.0)	6(54.5)	32(42.7)	230(45.2)
同（兼任）	55(57.3)	131(60.9)	120(61.9)	6(54.5)	35(46.7)	303(59.5)
保健婦（上記以外）	69(71.9)	134(62.3)	135(69.6)	7(63.6)	48(64.0)	327(64.2)
嘱託医師	38(39.8)	110(51.2)	97(50.0)	8(72.7)	32(42.7)	246(47.7)
保健所長・次長	23(24.0)	45(20.9)**	65(33.5)	6(54.5)	17(22.7)	129(25.3)
外部講師	64(66.7)	141(65.6)	121(62.4)	6(54.5)	39(52.0)	309(60.7)

*** 表3と同様の比較 χ^2 検定（両側）にて $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

ったのは保健婦，外部講師，兼任の精神保健相談員であり，保健所長や次長が参加する保健所は 25％程度であった。これを実施形式別に見ると，集中的で密度の濃い A，B 型では専任の精神保健相談員の参加が多くなっており，講演会中心の C 型，D 型では保健婦の参加の割合は同様に高いが，嘱託医師や保健所長などの参加が多くなり，専任の精神保健相談員の参加が少なくなっていた。

スタッフの研修に関しては，「受けた人がいる」と回答した保健所は 217 保健所（42.6％）となっていた。その研修の種類を表 5 に示したが，最も多く参加していたのが精神保健センター（現在は精神保健福祉センター）の研修で 70％を越えており，それに全家連の研修会が続いていた。一方それ以外の精神保健研究所の研修，家族療法・家族研究学会の研修への参加は少なかった。

表 6 には家族教育プログラムの目的としていることを示した。基本的知識の習得，上手な対処方法の獲得，重荷の軽減などを目的とする保健所が多く，80％以上がこれらの目的をあげていた。実施形式別には，A 型，B 型では C，D 型と比較して，家族が生き生きと暮らす，家族会へのワンステッブを目的とする割合が大きかった。

表 7 には実際に役にたったと思われると判断された項目を示した。効果としてあげられた内容で

表 5 研修の種類（複数回答あり）

	保健所数（％） （n=217）
精神保健センターが開催した研修	156(71.9)
精神保健研究所が開催した研修	17(7.8)
全家連の家族教室指導者研修会	53(24.4)
家族療法・家族研究学会の研修	15(6.9)
その他	19(8.8)

多かったものは，援助者としての基本的知識が増えた，家族の認識が変わった，家族が外に目を向けるようになった，などで，半数を超える保健所があげていた。実施形式別に効果が異なることが期待されたが差は認められなかった。

家族教育プログラムを実施しにくい理由を表 8 に示した。理由としてあげた割合の大きかった項目は，知識・情報の不足，他の業務で手一杯，予算がない，などであった。この項目は全保健所に回答を依頼したことから，家族教育プログラムの実施群と未実施群に分けて示した。未実施群の方があげた割合の大きかった項目は，他の業務で手一杯，担当職員がいない，予算がない，であった。また C 型では A 型，B 型比較して，知識や情報の不足，他の業務で手一杯，関われる職員がいない，必要な予算がないという理由をあげる割合が大きくなっていた。

表 6 家族教育の目的（複数回答あり）

目的	保健所数（％）					
	A 型 (n=96)	B 型 (n=215)	C 型 (n=194)	D 型 (n=11)	E 型 (n=75)	全体 (n=509)
1) 基本的知識を身につける	93(96.9)	197(91.6)	183(94.3)	10(90.9)	69(92.0)	470(92.3)
2) 上手な対処方法を身につける	82(85.4)	181(84.2)	156(80.4)	5(45.5)	61(81.3)	416(81.7)
3) 家族の重荷を軽減	84(87.5)	185(86.0)	156(80.4)	8(72.7)	63(84.0)	418(82.1)
4) 家族が生き生きと暮らす	68(70.8)**	157(73.0)***	109(56.2)	4(36.4)	48(64.0)	323(63.5)
5) 地域や社会資源接点	58(60.4)	121(56.3)	104(53.6)	5(45.5)	43(57.3)	273(53.6)
6) 家族会へのワンステッブ	63(65.6)**	124(57.7)	100(51.5)	3(27.3)	37(49.3)	271(53.2)
7) 活動への理解者・協力者	15(15.6)	58(27.0)	49(25.3)	1(9.1)	17(22.7)	111(21.8)
8) 家族自身への治療	17(17.7)	53(24.7)	35(18.0)	3(27.3)	15(20.0)	100(19.6)

*** 表 3 と同様の比較 χ^2 検定（両側）にて $p<0.001$ ，** $p<0.01$

表7 家族教育で役だったこと（複数回答あり）

役だった内容	保健所数（％） （n=509）
援助者としての基本的知識が増えた	310(60.9)
家族の対応が上手になった	229(45.0)
家族の認識が変わった	309(60.7)
家族関係が良くなった	105(20.6)
当事者の再発が少なくなった	56(11.0)
家族の表情が明るくなった	253(49.7)
家族が外に目を向けるようになった	291(57.2)

Ⅳ 考 察

87年の精神衛生法から精神保健法への改正，その後の度重なる精神保健法の改正に示されるように，わが国の精神保健サービスは病院入院中心のケアから，地域社会におけるケアにその重心を移してきた^{2~4)}。これに伴い，これまでは精神病院への入院でケアされてきた多くの精神障害者が地域社会で生活することとなる。とりわけ精神分裂病は精神病院在院患者の約60％を占めており²⁾，彼らの地域ケアのあり方が大きな問題となっている。分裂病の経過に関してはこれまでに多くの研究がなされ，薬物療法の継続などが分裂病の再発予防に役立つことが明らかになっている¹⁴⁾。その一方で家族環境の影響に関しても研究が行われ，家族環境のある側面を測定したEEが分裂病の再発と関連していることが明らかとなり^{5,6)}，これはわが国においても実証されている^{15,16)}。したがって，分裂病者の援助者としての家族への心理社会的介入が広く行われることが期待されている⁷⁾。

一方，生活者としての家族という見方をした場合，家族は多くの生活上の困難，精神障害者のケ

アを行う上での負担をかかえ⁸⁾，身体的，精神的
不健康状態を患っている¹⁷⁾。したがってこうした生活上の困難やケアの負担を軽減するための方策が求められており，それは健康状態の改善につながると思われる。またより良い援助者であるためには，家族自身の生活の質が満足すべき状態にあることが必要と思われる。

このような状況の中で，わが国においては精神障害者，特に分裂病者の家族に対しての心理社会的介入が盛んに行われつつある。これは精神科臨床を行う精神病院や精神科診療所だけでなく，保健所，精神保健福祉センターにおいても実施されている。保健所における精神保健福祉業務は度重なる精神保健法の改正の中でその内容が曖昧となっていたが，1996年1月の「保健所および市町村における精神保健福祉業務運営要領¹⁸⁾」によって明らかにされた。それによると保健所は「地域における精神保健福祉業務（精神保健および精神障害者福祉の業務）の中心的な行政機関」とされ，他の関連機関と連絡協調のもとに「入院中心のケアから地域社会でのケアという流れに福祉の理念を加え」，「精神障害者の社会復帰および自立と社会経済活動への参加の促進を図る」とされている。具体的業務としては，1) 企画調整，2) 普及啓発，3) 研修，4) 組織育成，5) 相談，6) 訪問指導，7) 社会復帰および自立と社会参加への支援，8) 入院および通院医療関係事務，9) ケース記録の整理および秘密の保持等，10) 市町村への協力および連携，があげられている。その「第三，業務の実施」の中の「普及啓発」において「家族や障害者本人に対する教室」が規定されており，精神病等の疾患の患者の「家族や障害者本人に対する教室等を行い，疾患等についての正しい

表8 保健所で家族教育プログラムを実施しにくい理由（複数回答あり）

実施しにくい理由	保健所数（％）		
	実施群（n=509）	未実施群（n=231）	全体（n=742）
知識や情報の不足	244(47.9)	101(43.7)	346(46.6)
他の業務で手一杯	187(36.7)***	120(51.9)	309(41.6)
関わる担当職員がいない	54(10.6)***	53(22.9)	107(14.4)
関係機関との連携が不十分	56(11.0)	23(10.0)	79(10.5)
実施に必要な予算がない	123(24.2)**	78(33.8)	202(27.2)

全体には実施未実施無回答の2保健所の回答も含めている。
*** 未実施群との比較 χ^2 検定（両側）にて $p<0.001$ ，** $p<0.01$

知識や社会資源の活用等について学習する機会を設ける」とされている。

今回の調査はこの要領の公布以前に行われたものであるが、回答した保健所のうちで7割弱が家族教室を実施しており、実施予定も含めると75%近くに達していた。この割合は上記要領の公布、その後のさまざまな家族教室実施のための研修会の参加状況などからすると、現在ではより大きなものとなっていると考えられる。これは保健所が地域の精神保健に関するニーズを確実に把握しつつあることの反映と考えられる。しかしながら、実施の形態を見ると、4割程度が年1、2回程度の講演会中心のものとなっており、最低限の分裂病に関する知識を獲得するためには不十分な頻度と思われる。今回の調査で2割程度が行っていた数回1コースの教育プログラム¹⁹⁾をより多くの保健所が採用することが期待される。

また、家族教育の方法としてはプログラム化されたA、B型では講演中心のC、D型と比較して、ビデオ、分裂病ハンドブックなどのテキスト、グループワークなどを採用している割合が大きかったが、積極的に効果的手段を活用して家族教育のプログラムを作成したものと考えられる。一方、家族SSTを採用している保健所は1割弱であったが、これはコミュニケーションの改善に効果的とされており¹²⁾、今後これを採用する保健所が増加することが期待される。参加スタッフに関しては、保健婦の割合が最も大きかったが、実施形式別に比較するとA、B型ではC、D型と比較して専任の精神保健相談員の関わる割合が大きく、逆に保健所長、次長などの医師の割合が小さくなっていた。より構造化され、頻回の家族教室では保健婦と精神保健福祉相談員が中心となってプログラムを進めている状況が明らかとなった。保健所で家族への支援を行う場合にどのようなスタッフに関わるかが問題となっていたが⁷⁾、保健婦、精神保健福祉相談員、および外部講師（家族教室、教育の専門家）を中心としたグループでの運営が最も効率的なのであろう。またそれらスタッフの研修では精神保健（福祉）センターの研修会の参加者が約7割と多かったが、これは県外出張の困難性を反映したものとも考えられる。したがって、実際にプログラム参加する保健婦、精神保健福祉相談員に対しての研修をより積極的に行うた

めには、身近に研修することのできる各県の精神保健福祉センターにおいて基礎的な研修を行い、さらに全家連などの家族教室指導者研修会でより高度で、専門的な研修を行うといった研修実施主体別の役割分担も必要となるであろう。

家族教育の目的に関しては知識の獲得、対処方法の習得、負担の軽減などが高率で8割を越していたが、実施形式別に比較するとA、B型ではC、D型と比較して「家族が生き生きと暮らす」ことを目的とした保健所の割合が大きくなっていた。近年、家族自身の生活の質の向上がより良い援助者として不可欠であるとの視点、生活者として家族を見るという視点が重視されるようになっており、より構造化されたプログラムを持つA、B型では、こうした先進的な考え方を家族教室に持ち込んだものと考えられる。

家族教室の効果に関しては今後さらに疫学的な検討が必要であるが、今回の調査では家族教室の効果として家族の知識の獲得や認識の変化などをあげた保健所が多かったのに対して、再発予防が達成されたと回答をした保健所は10%程度であった。分裂病の再発予防のための家族への心理社会的介入の有効性は確立したものになりつつある⁷⁾が、そのためにはより構造的なコミュニケーション改善と問題解決能力の獲得が必要とされており、より集中的な家族への心理社会的介入¹⁹⁾が必要と考えられる。一方、分裂病に関しての教育や知識の獲得の援助は倫理的にも不可欠であり、保健所での家族教育プログラムは今後のより集中的な心理社会的介入の基礎となると考えられる。

今後、保健所での家族教室の質的、量的充実を図るために解決すべき課題は、本研究の結果からすると3つである。すなわち知識や情報の不足、スタッフの不足、予算の不足である。今後、精神保健福祉センターや全家連がより積極的に研修会を行い、すでに出版されているパンフレットやハンドブック、ビデオなどを活用することによって、最初の問題は解決されると思われる。またスタッフの不足の問題に関しては、専任の精神保健福祉相談員を保健所におくこと、保健婦の専門化などによって対応は可能と考えられる。予算の不足に関しては、分裂病をはじめとする家族への援助については、現実的に非常に大きなニーズが存在することを国、地方自治体に対して説得してい

くことが必要であろう。また、今後こうした家族教室が発展した場合、「身近で利用頻度の高いサービス¹⁸⁾」となる可能性も大きく、市町村保健センターなどでの家族教室の発展も念頭に置いた保健所の活動が望まれる。

地域保健法の制定によって保健所のあり方は大きく変化したと言われており、新しい保健所としての機能強化が求められている。しかしながら新しい保健所の望ましい姿は具体的に示されているとは言い難い。であるならば、地域社会において満たされていない大きなニーズに具体的に応えていくことが最も適切な活動と考えられる。そうした意味で精神障害者の家族に対する支援は今後の保健所の発展に大きく寄与する可能性がある。なぜなら分裂病の生涯リスクは1%程度と言われ¹⁴⁾、その他の精神疾患を含めるとその時点有病率は10%を越える²⁰⁾とされていること、ほとんどすべての分裂病者をはじめとする精神障害者の家族は情報と援助を必要としていること、そしてそうした家族への援助は家族自身のみならず当事者自身に大きな利益をもたらすことが明らかにされつつあるからである。しかしながらこうしたニーズは医療機関においてははまだ十分には満たされておらず、したがって保健所はこのニーズに応える義務があると思われる。著者らはこうした満たされていない大きなニーズに具体的に応えることこそが保健所の機能強化と発展につながると信じる。

V ま と め

全国の852保健所を対象に、保健所における精神障害者の家族のための教育、いわゆる家族教室の実施の頻度とその内容、問題点などを検討した。有効回答のあった742保健所のうち約7割で家族に対する教育的プログラムを行っていた。一定の構造化された家族教室では保健婦、精神保健(福祉)相談員、外部講師などがスタッフとして関わり、スタッフの研修では精神保健(福祉)センターや全家連が大きな役割を果たしていた。今後の保健所における家族教室の発展のためには研修会や出版物による情報の伝達、精神保健福祉相談員や専門の保健婦などのスタッフの確保、予算の獲得が必要と考えられた。家族教室のさらなる発展は保健所の機能強化のためにも重要と思われる。

ご協力いただいた全国の保健所の精神保健福祉担当者の皆さんに感謝します。

(受付 '96. 9.30)
(採用 '97. 1.31)

文 献

- 1) Mino Y, Kodera R, Bebbington P. A comparative study of psychiatric services in Japan and England. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 416-420.
- 2) 厚生省保健医療局精神保健課. 我が国の精神保健福祉, 平成7年度版. 東京: 厚健出版, 1995.
- 3) 三野善央. わが国における精神保健サービスの現状と課題: 精神障害者とその家族のための地域ケアの発展. *日衛誌* 1994; 49: 559-570.
- 4) 厚生省保健医療局精神保健課. 精神保健福祉法. 東京: 中央法規出版, 1995.
- 5) Leff J, Vaughn C. Expressed Emotion in Families, Its Significance in Mental Illness. New York: Guilford Press, 1985. (三野善央, 牛島定信 訳. 分裂病と家族の感情表出. 東京: 金剛出版, 1991.)
- 6) 大島 巖, 三野善央. EE研究の起源と今日的課題. *精神科診断学* 1993; 4: 265-281.
- 7) 三野善央, 他. 感情表出 (Expressed Emotion) にもとづく分裂病の家族介入研究の効果判定: その技術と評価. *日本公衛誌* 1995; 42: 301-312.
- 8) 岡上和雄, 大島 巖, 荒井元博. 日本の精神障害者—その生活と家族—. 京都: ミネルヴァ書房, 1988.
- 9) 厚生省健康政策局計画課, 保健医療局健康増進栄養課, 児童家庭局母子保健課. これからの地域保健. 東京: 中央法規出版, 1994.
- 10) 大島 巖. 全国保健所における家族教室の実施状況と施策発展の条件. *レビュー* 1995; 11: 1-4.
- 11) 増野 肇, 他. 家族のための分裂病ハンドブック. 東京: ぜんかれん. 1992.
- 12) 東大生活技能訓練研究会 編. わかりやすい生活技能訓練. 東京: 金剛出版. 1995.
- 13) Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the Family: A Practitioners' Guide to Psychoeducation and Management. New York: Guilford Press, 1986. (鈴木浩二, 鈴木和子 監訳. 分裂病と家族 心理教育とその実践の手引き 上下. 東京: 金剛出版, 1990.)
- 14) Gelder M, Gash D, Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- 15) Tanaka S, Mino Y, Inoue S. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Japan. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 794-798.
- 16) Ito J, Oshima I. Distribution of EE and its relationship to relapse in Japan. *Int J Ment Health* 1995; 24(2): 23-37.

- 17) 全家連保健福祉研究所 編. 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ(I) —全国家族調査編—. 東京: 全国精神障害者家族会連合会, 1993.
- 18) 厚生省. 保健所および市町村における精神保健福祉業務について. 1996.
- 19) Kuipers L, Leff J, Lam D. Family Work for Schizophrenia, A Practical Guide. London: Gaskell, 1992. (三野善央, 井上新平 訳. 分裂病のファミリーワーク. 東京: 星和書店, 1995.)
- 20) Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. Textbook in Psychiatric Epidemiology. New York: John Wiley & Sons, 1995.

PUBLIC HEALTH CENTER BASED EDUCATIONAL APPROACH FOR FAMILIES OF THE MENTALLY DISABLED IN JAPAN

Yoshio MINO^{*,*}, Iwao OSHIMA^{2*,5*}, Masahiro GOTO^{3*,5*}, Hiroko Ueki^{4*,5*}
Toshihide TSUDA^{*}, Hiroaki MATSUOKA^{*}, Kazuo OKAGAMI^{5*}

Key words: Educational program, Public health center, The mentally disabled, Schizophrenia

In order to evaluate a public health center based educational approach for families of the mentally disabled, questionnaires were sent to all public health centers in Japan. Out of 852 public health centers, 742 responded satisfactorily. At 68.6% of the 742 public health centers, some form of educational programs for families of the mentally disabled have been conducted. In a structured educational program, public health nurses and mental health counselors participated as the main staff. Training seminars for the staff were conducted by prefectural mental health centers or Zenkaren, The National Federation of Families with the Mentally Ill. In order to develop an educational program at the public health centers, the following three elements are required: 1) information transmitted through training seminars and publications, 2) trained staff members including mental health welfare counselors and public health nurses specialized in mental health, and 3) a sufficient budget. Further development of the program is considered crucial for a functional improvement of the public health centers.

* Department of Hygiene and Preventive Medicine, Okayama University Medical School

2* Department of Mental Health, Faculty of Medicine, Tokyo University

3* Niigata Prefectural Mental Health Welfare Center

4* Kanagawa Prefectural Mental Health Welfare Center

5* The National Federation of Families with the Mentally Ill, Japan