

保健所における精神障害者家族教室の効果

家族自身の生活に焦点を当てて

オオカワ 大川 ハシ 希* オオシマ 大島 イワノ 巖^{2*} ヨトウ 後藤 マサヒロ 雅博^{3*}

目的 近年の精神障害者地域ケア施策の発展に伴い、患者の家族が抱える負担を軽減するための支援の必要性が高まっている。我が国では、保健所の家族教室において家族への支援が取り組まれているが、その多くは家族の「援助者」としての機能を高めることに焦点が当てられ、「生活者」としての家族を支援するという側面は強調されていない。本研究では、家族自身の生活に焦点を当てたプログラムを設定し、それが家族に及ぼす効果を検証する。また、その効果を罹病期間別に検討し、そのニーズの違いから今後の家族支援のあり方について示唆を得る。

方法 全国10か所の保健所で行われた家族教室に、1995年9月から1996年3月の間に参加した家族を対象とし、家族教室の開始時と終了時に自記式調査票を記入してもらった。各保健所では、通常の家族教室に加えて「家族の生きがいと健康づくり」という視点のプログラムを1セッション以上設定した。

結果 家族教室の前後では、家族の「生活者」機能の障害を示す生活困難度得点とGHQ得点が減少し、「援助者」機能を示す協力度得点が増加した。罹病期間別にみると、短期群（罹病15年未満；n=35）ではGHQ得点のみが減少し、長期群（罹病15年以上；n=44）では生活困難度得点の減少と協力度得点の増加がみられた。

結論 家族自身の生活に焦点をあてたプログラムを行った結果、家族の生活者機能と援助者機能がともに改善した。罹病期間別にその効果を検討した結果、保健所は家族支援を提供するための体制を整備するだけでなく、医療機関を含めた地域全体の調整役として各機関との連携を高めることで、罹病期間の異なる対象者への適切な援助提供が可能となることが示唆された。

Key words : 家族支援, 精神障害者, 保健所, 生活者としての家族, 罹病期間別ニーズ

I 緒 言

近年、精神障害者に対する地域ケア施策の進展によって、障害者が早期から地域でケアされるようになり、地域における保健福祉サービスの体系的整備が必要とされてきた¹⁸⁾。地域では、障害者の家族が重要な援助資源の1つとなっているが¹⁵⁾、一方で地域ケア施策によって家族の介護負担がさ

らに増加するという指摘もなされており^{16,19)}、家族の重荷や過度の責任^{7,9)}を軽減するための支援の必要性は、近年さらに高まっている²⁶⁾。

他方、1970年代以降、家族が患者に対して表出する感情を測定するEE (Expressed Emotion) 尺度が開発され⁵⁾、高EE、すなわちストレスフルな家族環境が患者の再発を予測することが各国で実証されてきた^{22,35,36)}。また高EEは、家族の知識不足や適切な対処法の不足によってもたらされる家族関係の悪循環によることが明らかにされ⁵⁾、1980年代以降には家族に対して疾病や薬に関する情報、さまざまな問題への対処法などを伝える「家族支援プログラム」が発展してきた^{1,32)}。現在では、多くの研究でプログラムの再発予防効果

* 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

^{2*} 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所

^{3*} 新潟県精神保健福祉センター

連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野
大川 希

が実証され^{4,10,11,23,24,33)}、ニーズをもつすべての家族に対して適切な家族支援プログラムを提供すべきだという認識が高まっている²¹⁾。

わが国では、主に1990年以降、保健所の事業として「家族教室」が普及し、疾病や薬に関する知識を伝えるための勉強会と、同じ悩みを持つ家族同士が触れ合い、精神的負担を和らげるための交流会を中心に構成されている²⁵⁾。現在、家族教室は約7割の保健所で実施されており²⁵⁾、ニーズを持つ家族に体系的な援助プログラムを提供できる取り組みとして注目されている。しかし、家族教室の多くでは、患者や障害にどのように対応するかに焦点が当てられており、家族自身の生活や健康に視点が向けられることは少ない。地域で家族に援助提供する際には、特に「生活者としての家族」²⁷⁾を支援するという側面が重要であり^{27,28)}、「援助者としての家族」²⁷⁾を支援すると同時に、家族自身を援助するプログラムの開発が望まれている。

そこで本研究では、今まで見落とされがちであった家族自身の生活に焦点を当て、「家族の生きがいと健康づくり」というプログラムを保健所で提供するモデル事業を設定した。そして、このようなプログラムを取り入れることで、家族教室が家族自身にどのような効果を及ぼすかを、家族の「生活者としての機能」と「援助者としての機能」の両側面から検証することを目的とした。

家族自身の生活に焦点を当てた支援では、長期的に患者を抱え自らの生活に困難を感じている家族が主な対象者として考えられる。しかし、保健所の家族教室に参加している家族の中には、発症間もない患者を抱える家族も少なくない。家族教室の効果をより詳細に把握するには、患者家族の属性による効果の比較が必要なことから⁸⁾、本研究では家族教室の効果を罹病期間別に明らかにし、それぞれのニーズの違いから今後の家族支援のあり方について考察することにした。

II 方 法

1. 対象およびデータの収集

対象とした施設は、1995年に実施された「精神障害者家族の生きがいと健康作りモデル事業」(全国精神障害者家族会連合会および精神障害者社会復帰促進センター主催)に参加した全国10か所の保

健所で、各保健所の「家族教室」に参加した家族を対象者とした。対象となった保健所は、北海道、東京、神奈川、新潟、大阪、愛媛、佐賀(4か所)の都市部と農村部を含む10か所で、1995年9月から1996年3月にかけて、それぞれ家族教室が実施された。各保健所の家族教室開始時、および終了時に自己記入式の調査票を配布し、その場で記入してもらい回収した。

対象家族のうち、開始時調査および終了時調査を実施できた家族は、それぞれ157人、144人で、開始時と終了時の両方に調査を実施できたのは102人であった。そのうち、家族教室に3回以上出席した79人(男性23人、女性56人:平均年齢64.9歳)を分析の対象とした。患者との続柄は、母親57人、父親17人、兄弟3人、配偶者1人、その他1人であった。患者本人(79人)の平均年齢は38.5歳、平均罹病期間は16.3年で、現在入院中が20人(25%)であった。診断名は精神分裂病が52人(79%)であった。

2. 各施設での家族教室の概要(表1)

10か所の保健所における家族教室の平均開催回数は、8回(6-11回)であった。そのうち、「家族の生きがいと健康づくり」に関するプログラムは、平均2.5回、講義は平均4.2回、グループセッションは平均2.6回実施された。「家族の健康と生きがいづくり」プログラムでは、遠足(2施設)、温泉旅行(4施設)など家族自身が楽しめる企画と、血圧測定(5施設)、栄養指導や健康講義(4施設)、ストレス講座(2施設)など家族自身の生活や健康に関する講義が行われた。その他では、おしゃれ講座や運動会、映画鑑賞など、各保健所独自のプログラムが実施された。

3. 評価調査項目

1) 「生活者としての家族機能」を捉える尺度

(1) 家族の健康度

健康度の自己評価として「あなたの最近の健康状態はいかがですか」の質問を設け、「よい」に5点、「まあよい」に4点、「ふつう」に3点、「あまりよくない」に2点、「よくない」に1点を与えた。

(2) 一般健康調査(GHQ)

Goldberg. D. PのGHQ(一般健康調査)¹⁴⁾の日本語版GHQ28項目を使用した。GHQ総得点に加え、身体症状、不安・不眠、社会活動障害、

表1 各保健所における家族教室の概要

保健所	家族教室の実施時間・回数	平均参加回数	参加家族平均年齢	勉強会(情報提供)回数	グループワーク回数	「生きがいと健康づくり」セッション回数および内容
北海道 T保健所	2時間×6回	2.4回	66.7歳	3回(講義2回・ビデオ学習1回)	5回	2回(音楽鑑賞と障害者本人との食事会・映画鑑賞)
東京都 A保健所	3時間×8回	4.5回	65.6歳	3回(講義2回・ビデオ学習1回)	3回	5回(温泉・健康講座・遠足・合唱・栄養指導)
神奈川県 T保健所	2.5時間×6回	3.5回	62.8歳	4回(講義2回・ビデオ学習1回・資料配付1回)	3回	1回(血圧測定と体操)
新潟県 N保健所	3時間×5回	3.7回	69.8歳	3回(講義)	3回	2回(心の健康講義と昼食会・血圧測定)
大阪府 M保健所	3時間×4回	2.7回	61.1歳	2回(講義)	2回	2回(ストレス講座・遠足と施設見学)
愛媛県 N保健所	2時間×8回	2.9回	63.0歳	2回(講義)	1回	6回(運動会・血圧測定と健康講義・温泉・栄養指導とケーキづくり・おしゃれ講座・ストレス講座)
佐賀県 S保健所	2時間×6回	3.3回	62.7歳			
佐賀県 K保健所	2時間×5回	2.4回	59.8歳	5回(講義)	5回	1回(血圧測定と温泉)
佐賀県 I保健所	2時間×6回	2.7回	73.4歳			
佐賀県 K保健所	2時間×6回	3.3回	64.3歳			

うつ傾向の4下位尺度に分類される。

(3) 家族の満足度

現在の生活に対する自己評価として「現在の生活にどれだけ満足していますか」の質問を設け、「満足している」に4点、「まあ満足している」に3点、「やや不満だ」に2点、「不満だ」に1点を与えた。

(4) 生活困難度

家族が患者との生活においてどの程度の困難を抱えているかを捉えるために、大島の「家族の生活困難度」²⁷⁾を用いた。質問は15項目からなり、自分の時間が持てない、などの困難の状態について、「多いにある」に3点、「多少ある」に2点、「あまりない」に1点を与え、その合計得点を生活困難度とした。

2) 「援助者としての家族機能」を捉える尺度

(1) 協力度

家族が患者の日常生活にどの程度協力しているかを捉えるために、大島の「協力度」、「協力行動数」の指標を用いた²⁷⁾。14項目の協力行動に関し

表2 短期群, 長期群対象者の基本属性および家族教室参加回数

	短期罹病群 (n=35)	長期罹病群 (n=44)	検 定
患者年齢 (歳)	32.8±7.7	43.1±9.3	t=5.17**
患者性別	男 女	25 19	ns ¹⁾
療養状況	入院 在宅	11 31	ns ¹⁾
家族年齢	59.1±8.3	69.4±7.0	t=5.65**
家族続柄	父 母 同胞 配偶者 その他	12 27 3 1 1	ns ¹⁾
家族教室参加回数	4.6±1.4	4.7±1.3	ns ²⁾

** P<0.01 ns: not significant

¹⁾ χ^2 検定 ²⁾ t検定

表3 各尺度の開始時・終了時の平均値およびその比較

尺度名 (尺度値の範囲)	全対象者 (n=79)			短期罹病群 (n=35)			長期罹病群 (n=44)		
	開始時平均値±SD	終了時平均値±SD	t検定	開始時平均値±SD	終了時平均値±SD	t検定	開始時平均値±SD	終了時平均値±SD	t検定
GHQ総得点(0-28)	7.4±5.7	6.4±6.1	△	7.9±6.4	6.1±6.7	*	7.0±5.2	7.0±5.6	ns
健康度(1-5)	3.3±1.1	3.5±1.1	ns	3.7±1.2	3.6±1.1	ns	3.1±1.1	3.4±1.2	ns
満足度(1-4)	2.5±1.0	2.5±1.1	ns	2.4±1.0	2.4±1.1	ns	2.5±1.0	2.4±1.1	ns
困難度(15-45)	21.7±5.5	20.2±4.1	**	21.6±5.0	20.5±3.9	ns	22.3±6.7	20.8±4.6	*
協力行動数(0-28)	14.3±6.5	17.8±6.0	*	15.3±7.1	17.0±5.8	ns	13.6±6.6	18.8±6.5	△
協力度(0-100)	61.4±22.6	73.7±17.8	△	70.6±20.0	73.5±18.8	ns	58.9±25.0	75.7±18.3	△
拒否度(11-33)	19.3±3.3	19.1±3.0	ns	19.2±3.8	19.4±3.8	ns	19.3±3.1	19.1±2.6	ns

対標本t検定 △: P<0.10 *: P<0.05 **: P<0.01

て、「よくしている」に2点,「多少している」に1点を与え,その合計得点を協力行動数とした。協力度は患者が自立していない生活行動のうち,家族が協力している割合(%)を示す。

(2) 拒否度

家族が患者に対してどの程度の拒否的認識を持つかを捉える Kreissmann の尺度を用いた。拒否的認識を問う項目に対して,「多いにそう思う」に3点,「少しそう思う」に2点,「そういうことはない」に1点を与え,その合計得点を拒否度とした。

(3) 振り返り評価

参加した家族教室に対して,「プログラム全体をどのように評価しますか」の質問を設けた。また「援助者としての基本的知識を身につけた」など12項目について,今回の家族教室でどの程度経験したかを3段階で評価してもらった。

4. 分析方法

全対象者に関して,開始時と終了時の各尺度の平均値を,対標本t検定を用いて比較検定した。次に対象者を長期罹病群(罹病期間15年以上,以下長期群;n=44)と短期罹病群(罹病期間15年未満,以下短期群;n=35)に二分し,それぞれの群において開始時・終了時の各尺度の平均値を対標本t検定を用いて比較検定した。なお,罹病期間不明の7例はこの分析から除外した。また,長期群と短期群の開始時の尺度平均値をt検定を用いて比較した。解析にはSPSS ver9.01J for Windowsを用いた。

III 結 果

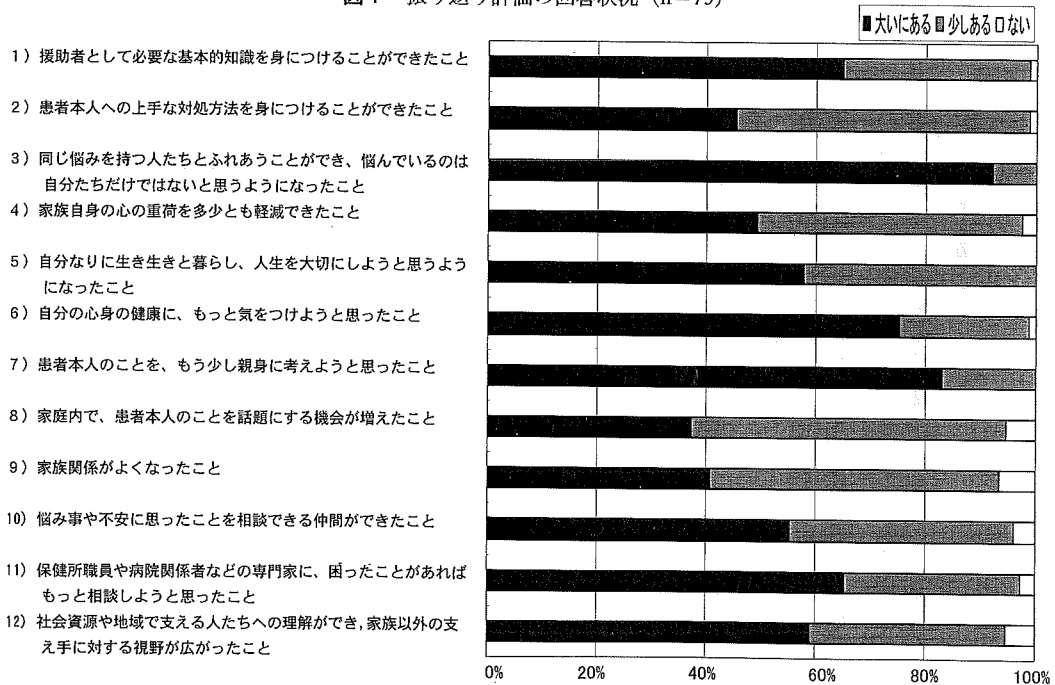
1. 各尺度の信頼性および尺度間の相関

各尺度の信頼性係数(Cronbachのα)は, GHQ総得点(α=0.91),困難度(α=0.89),協力度(α=0.87),拒否度(α=0.83)であった。尺度間の相関(Pearsonの積率相関係数)では,健康度とGHQ総得点(r=-0.69),満足度と困難度(r=-0.59)の相関が高かった。

2. 家族教室開始時・終了時における各尺度平均値の比較

全分析対象者における,開始時と終了時の各尺度の平均値を表3に示す。生活困難度は開始時に比べて終了時では有意に減少し(P<0.05),また協力行動数は有意に増加した(P<0.05)。

図1 振り返り評価の回答状況 (n=79)



GHQ 総得点は終了時に低下する傾向がみられ、協力度には増加傾向がみられた。健康度・満足度・拒否度には変化はみられなかった。

3. 家族教室に対する振り返り評価 (図1)

終了時に実施した家族教室に対する振り返り評価では、約70%の家族が家族教室を「とても良かった」と評価した。家族教室で経験したことを問う質問では「悩んでいるのは自分だけではないと思う」(92.2%)「自分自身の心身の健康にもっと気をつけたい」(75.3%)「患者本人のことをもう少し親身に考えようと思う」(83.1%)などの項目で「大いにそう思う」と答えた家族が多かった。

4. 罹病期間別にみた各尺度の変化

短期群、長期群の対象者の基本属性および参加状況を表2に示す。二群間で有意な差がみられたのは、患者年齢および家族年齢で、いずれも長期群の方が短期群に比べて高かった。

開始時の各尺度の平均値は、長期群と短期群で有意な差はみられなかった。それぞれの群における開始時と終了時の各尺度平均値の比較を表3に示す。短期群では、GHQ 総得点および GHQ 身体症状得点が有意に減少した ($P < 0.05$) が、その他の尺度には変化がみられなかった。長期群で

は、生活困難度が有意に減少し ($P < 0.05$)、協力度は増加する傾向がみられた ($P < 0.10$)。その他の尺度には有意な変化はみられなかった。振り返り評価の結果では、二群間に差はみられなかった。

IV 考 察

1. 家族教室の実施による効果

家族教室の前後では、「生活者としての家族機能」を示す GHQ と生活困難度が減少し、家族の精神健康面および生活行動面の負担が軽減されたことが示された。また「援助者としての家族機能」の指標では、患者に対する援助行動の種類を捉えた協力行動数が増加しており、患者への援助の幅が広がったことが示された。「生活者」機能の改善は、「家族の健康と生きがいがづくり」プログラムのレクリエーションや旅行などに参加した家族が、自分自身の楽しめる時間を持つことができ、心のゆとりができたことが大きな要因であったと考えられる。また、精神障害者を抱えたことで自分自身の生活を省みることができなかった家族に対して、自分自身の生活を考えてもよいということが伝えられ、家族の精神的負担の軽減につなが

ったと推定される。振り返り調査でも、約90%の家族が「悩んでいるのは自分だけでないと思う」と回答していたことから、同じような障害者を抱える家族と接することが、精神的負担の緩和につながったと考えられる。特に、保健所で実施したことにより、生活の場の近くで同じ地域の住民同士支え合うことが、互いの共感を高めたとと思われる。

また「援助者」機能は、勉強会で知識や対処法を伝えられたことに加え、「生活者」機能の改善によって心にゆとりができ、自分の生活の中に患者のケアをうまく位置づけられたことで、改善されたと思われる。家族の「援助者」機能が向上すると、家族のなすべき仕事量が増加し「生活者」機能が圧迫されることが知られている²⁰⁾が、本研究では家族自身の生活に焦点を当てることによって、「生活者」機能と「援助者」機能をともに向上させることが可能なことが示された。

しかし、今回変化のみられた尺度は、家族の実際の行動や健康状態を捉える尺度のみであり、健康度、満足度、拒否度といった認知面を捉える尺度には変化がみられなかった。さまざまな情報を与えられても、それまでの考えを固持することは先行研究で指摘されており^{2,3)}、特に平均罹病期間が16.3年と長い今回の対象では、月1回程度のプログラムで認知面を変化させることは、より困難であったといえる。介入によって身についた行動が、今後の生活の中で繰り返されるうちに、家族の認知も徐々に変化することが期待される。

また今回の調査ではプログラム終了後の追跡調査を行っていないため、今回示された効果が長期にわたって持続するかは不明である。先行研究においても、家族支援によって家族の困難や重荷は軽減するものの、その効果は持続しなかったことが示されており^{11,12,31)}、家族教室の効果の持続性や、それに関わる因子の解明には、さらなる研究が必要である。

2. 罹病期間別にみた各尺度の変化

1) 長期群, 短期群における開始時の尺度平均値

開始時の各尺度の平均値は、長期群と短期群で差がみられなかった。これは、罹病期間が長期化するほど、協力度や困難度が減少するという先行研究^{17,29)}とは異なる結果であった。この要因とし

ては、サンプル数が少なかったこと、また2群のカットオフが15年と比較的長期であり、短期群にも比較的罹病期間の長い対象が含まれたこと、が考えられる。

2) 短期群における家族教室の効果

短期群では、家族教室の前後で、GHQ得点、特に身体症状得点が減少し、家族の「生活者」機能のうち家族自身の健康状態が改善した。短期群の家族は長期群に比べて家族自身の平均年齢が低いため、障害者を家族に抱えたことで一時的に低下していた精神健康が、家族教室によって改善しやすかったと考えられる。しかし、生活困難度や協力度には変化がみられなかった。罹病期間の短い家族では一般的な助言を実際の行動に移すのを難しいと感じている⁶⁾ことから、家族教室で得た助言を実際の生活に応用できなかったことが考えられる。そのため、家族の負担が軽減せず、「援助者」、「生活者」機能ともに改善がみられなかったと思われる。

3) 長期群における家族教室の効果

長期群ではGHQの減少はみられなかったものの、生活困難度と協力度の改善がみられた。長期群では罹病期間の長期化に伴って家族自身の高齢化が進んでいるため、GHQ得点は改善しにくかったといえる。しかし、長期にわたって患者に接しているため、今までの経験をもとに、家族教室で得られた情報や助言を実際の行動に移すことができ、困難度と協力度を同時に改善できたと考えられる。特に「家族の生きがいと健康づくり」の視点を取り入れた事で、家族の生活が患者のケア中心にあるのではなく、家族自身の生活を大切にしつつ、その中に患者のケアを位置づけていく、という考えの転換が生じたことが大きな要因であると思われる。

3. 家族支援のあり方

以上の結果から、短期群と長期群には異なる視点からの家族支援を提供することが必要であるといえる。短期群では、得られた情報や技法を自分自身の生活にうまく活かせるよう、より個別の対応を中心とした支援を行うことが必要であろう。個々の家庭状況や患者の症状などを把握し、具体的な対応策を家族とともに考えることで、実際の生活に活かせる援助を提供することができる。一方、長期群では今回の支援によって「援

助者」,「生活者」機能がともに改善したことから,家族自身の健康や生活に焦点をあてた支援が効果的といえる。長期群では家族自身の高齢化によって健康状態も低下しており,家族が自分自身の健康や生活を省みることのできるプログラムを,各保健所の地域性を活かして設定することが必要と考えられる。また家族支援ではしばしば介入期間が短いことが指摘されており^{13,20)},今回効果のみられなかった認知面の負担を軽減するためにも,より長期的に家族教室を実施していくことが必要であろう。

しかし,保健所の家族教室において,個別の対応や長期的な支援を提供するには,さまざまな問題が付随する。全国852か所の保健所を対象として行われた全国調査²⁵⁾では,家族支援を実施している保健所のうち,構造化されたプログラムを実施している保健所は約20%に過ぎず,また家族支援を実施しにくい理由として,知識や情報の不足,予算の不足,スタッフの不足などが挙げられている。家族のニーズに応じた支援を提供するためには,スタッフ研修など保健所における家族支援体制を充実させることが必要である。

近年,欧米ではより早い時期から家族を支援することの必要性から²⁰⁾,患者の入院中に医療機関で家族支援を行う取り組みが多くなされている。現在,日本において家族支援を行っている医療機関は3割にすぎないが³⁰⁾,発症早期から家族を援助し,短期群で示されたような個別の対応を行うには,患者の状態も把握しやすい医療機関での家族支援が必要である。そのためには,医療機関での家族支援体制を整備することが求められる。さらに長期群で示されたように,家族を継続的に支援するためには,医療機関での家族支援を保健所の家族教室につなげ,またさまざまな地域資源と連携して援助を提供することが必要である。

患者が医療機関での治療から地域ケアに移行するにつれ,家族も地域で支援することが必要となっている。そのためには,医療機関を含めた地域全体で家族を支援するという視点に立ち,地域における家族支援のための資源をより充実させ,さまざまな機関の連携を深めることが必要である。また,各機関とサービスの受け手である患者・家族との連携も大切であり³⁴⁾,保健所はその調整役として重要な役割を担うことになることが期待さ

れる。

最後に,今回の研究では短期群と長期群における家族教室の効果の差を明らかにしたが,短期群には罹病期間が10年以上の対象も含まれており,ごく早期の患者に対する効果を明らかにするには不十分であった。発症間もない患者家族を対象とした早期の介入評価を行う際には,対象を限定した介入研究が必要である。また本研究では,コントロール群を設定していないため,今回の介入効果の解釈には注意する必要がある。また保健所によって家族支援プログラムの内容は異なっており,プログラムによってその効果が異なる可能性も考えられる。家族教室の正確な効果を明らかにするには,より大きなサンプルでの無作為化比較研究を実施することが望まれる。

調査実施に際して,ご協力いただいた対象保健所の関係者の方々ならびに調査に応じていただいた対象者の皆様には,こころよりお礼申し上げます。なお,この研究のもとになったモデル事業評価調査は,大島巖(研究班代表),後藤雅博(研究班幹事),伊藤順一郎,遠藤雅之,清水英利,村田新平,高野百里,与儀恵子,植木ひろ子,石神文子,徳永佳勝,藤林武史,中川 薫,岩谷 潤(敬称略)の共同研究として行われました。

(受付 1999. 8. 5)
(採用 2000. 4. 17)

文 献

- 1) Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the Family: A practitioner's guide to psychoeducation and management. Guilford Press, 1986.
- 2) Barrowclough C, et al. Assessing the functional value of relative's knowledge about schizophrenia: A preliminary report. British Journal of Psychiatry 1987; 151: 1-8.
- 3) Berkowitz R, et al. Educating relatives about schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1984; 10: 418-429.
- 4) Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. British Journal of Psychiatry 1992; 160: 806-814.
- 5) Brown GW, Birly JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. British Journal of Psychiatry 1972; 121: 241.
- 6) Cozolino LT, Nuechterlein K. Pilot study of the im-

- pact of a family education program on relatives of recent-onset schizophrenic patients. *Treatment of Schizophrenia*, 1986; 129-140.
- 7) Creer C, Wing J. Living with a schizophrenic patient. *British Journal of Hospital Medicine* 1974; 14: 73-82.
 - 8) Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21(4): 631-643.
 - 9) Fadden G, Kuipers I, Bebbington P. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 285-292.
 - 10) Falloon IRH, et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: controlled study. *New England Journal of Medicine* 1982; 306: 1437-1440.
 - 11) Falloon IRH, et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 887-896.
 - 12) Falloon IRH, et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. a social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine* 1987; 17: 59-66.
 - 13) Falloon IRH, Coverdale JH, Brooker C. Psychosocial interventions in schizophrenia: a review. *International Journal of Mental Health* 1996; 25: 3-23.
 - 14) Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 139-145.
 - 15) Goldstein MJ. Psychoeducation and relapse prevention. *International clinical Psychopharmacology* 1995; 9(suppl 5): 59-69.
 - 16) Hatfield AB. The expressed emotion theory: Why families object. *Hospital and Community psychiatry* 1987; 38: 341.
 - 17) 石原邦雄. 精神病の長期化と家族の対応. 「精神衛生研究」28号国立精神保健研究所 1982; 93-107.
 - 18) 伊藤克彦. 精神保健法5年後の見直しに向けて(Ⅳ) 全国精神保健センター長会からの提言. *臨床精神医学* 1989; 18(6): 933-936.
 - 19) Katching H, Koneieczna T. What works in work with relatives? - a hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155(suppl.5): 144-150.
 - 20) Lam D. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine* 1991; 21: 423-441.
 - 21) Lancet editorial. Expressed emotion in schizophrenia. *Lancet* 1992; 34(8826): 1007-1008.
 - 22) Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 102-104.
 - 23) Leff J, et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1982; 141: 121-134.
 - 24) Leff J, et al. A controlled trial of social-intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1985; 146: 594-600.
 - 25) 三野善央, 他. 保健所における精神障害者家族教室. *日本公衆衛生雑誌* 1997; 44: 364-371.
 - 26) 西園マールハ文. 精神分裂病患者の家族へのpsyoeducation. *精神科治療学* 1995; 10(10): 1089-1094.
 - 27) 大島 巖. 精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. *精神神経学雑誌* 1987; 89(3): 204-241.
 - 28) 大島 巖. 精神障害者の家族. 「精神保健学実践講座⑥精神保健と家族問題」中央法規 1989; 164-188.
 - 29) 大島 巖. 精神障害者と家族の現状. 岡上和雄 大島 巖 荒井元博, 編. *日本の精神障害者*. ミネルヴァ書房, 1994; 46-241.
 - 30) 大島 巖, 他. 医療機関における精神障害者家族支援プログラムの取り組み状況. 全家連保健福祉研究所, 編. *医療機関における家族支援プログラム*. 全家連保健福祉研究所モノグラフ23号. 全国精神障害者家族会連合会 1999.
 - 31) Smith J, Birchwood MJ. Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with schizophrenic relatives. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 645-652.
 - 32) Tarrrier N, Barrowclugh C. Providing information to relatives about schizophrenia: some comments. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149: 458-463.
 - 33) Tarrrier N, et al. The community management of schizophrenia: A Controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 532-542.
 - 34) Tarrrier N, Barrowclough C. Family interventions for schizophrenia. *Behavior modification* 1990; 14(4): 408-440.
 - 35) Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness comparison of schizophrenic. *British Journal of Psychiatry* 1976; 129: 125-137.
 - 36) Vaughn C, et al. Family factors in schizophrenic relapse: replication in California of British Research on Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41(12): 1169-1177

THE EFFECTS OF FAMILY INTERVENTIONS FOR THE PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS IN HEALTH CENTERS FOCUSING ON THE RELATIVES' OWN LIFE

Nozomi OKAWA^{*}, Iwao OSHIMA^{2*}, Masahiro GOTO^{3*}

Key words: Family, Family burden, Family intervention, Health center, Mental illness

Recently, the burden on relatives of patients with mental illness has been recognized and the need for support to reduce such burden has increased. In Japan, family interventions have been conducted at Health Centers, most of them focusing on the family functioning as a caregiver. However, it is also important to focus on the relative's functioning to live their own life in family interventions. In this study, we executed a program focusing on relatives' life and health, and investigated the effects of this program on both family functionings.

Family intervention programs were conducted at 10 Health Centers including both urban and rural areas in Japan. A total of 102 relatives responded to the self-administered questionnaire at the first and the last session of the family interventions. We measured functioning as a caregiver using the Support for the Disabled Score and Rejective Feeling Score, and functioning to live their own life by GHQ, Distress in Daily life Score, Perceived Health Condition Score and Life Satisfaction Score.

During interventions, GHQ score and Distress in Daily Life score which indicate the disfunction in living their own life decreased, and Support score increased in all sample. In the short-term illness group (n=35), only the GHQ score decreased, while in long-term illness group (n=44) Distress score decreased and Support Score increased.

The intervention program focusing on relatives' life and health may improve both family functionings to give adequate care for patients, and to live their own daily life. Results suggested that the short-term illness group requires more intensive and personal advices, and the long-term illness group need continuous support focusing on the relative's own life. Expected roles of Health Centers are cooperation with family interventions provided at hospitals and coordination of the services in the community, as well as providing family interventions in terms of relatives' life.

* Department of Mental Health, Tokyo University Graduate School of Medicine

^{2*} Zenkaren Health and Welfare Research Institute

^{3*} Niigata Prefectural Mental Health Welfare Center