

## 統合失調症の本人を治療につなげる際の行政専門職による家族支援

カゲヤマ マサコ シロタ ユミ トウガミエコ  
 蔭山 正子\* 代田 由美<sup>2\*</sup> 藤賀美枝子<sup>3\*</sup>  
 カワバタカナコ タグチ アツコ  
 川畑佳奈子<sup>4\*</sup> 田口 敦子\*

**目的** 統合失調症の本人を治療につなげる際の行政専門職による家族への支援内容を明らかにすることを本研究の目的とした。

**方法** 質的記述的研究法を用いた。協力者は、関東近郊の保健所および市町村に所属する精神保健福祉士と保健師で経験年数5年以上の者10人である。半構造化面接を行い、統合失調症未治療・治療中断の本人の家族から受診に関する相談を受けて本人と家族を支援した結果、本人が医療保護入院となった支援事例のうち、適切に家族を支援できたと自らが判断した一事例をあげてもらい、その支援内容をとくに家族への支援に着目して質問した。逐語録から家族への支援という視点で意味のまとまり毎にコード化し、コードの類似性・相違性を比較しながら、抽象度を上げてカテゴリ化を行った。

**結果** 統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による家族への支援内容として、6つのカテゴリ【介入の見通しを立てる】、【家族と相談関係を築く】、【家族の決心を待つ】、【家族による説得を見守る】、【入院までの体制を整える】、【入院後も本人と家族を支える】と19のサブカテゴリが抽出された。

**結論** 専門職は、統合失調症の本人と家族の長期的な家族関係と本人の予後への肯定的影響を見据えて、家族が本人に受診を説得することおよび家族が本人を入院につなげる決心をすることを支援しており、これらは重要な支援であることが示唆された。本研究の結果は、統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による家族への支援の質を高めることに寄与できる。

**Key words** : 精神障害, 統合失調症, 家族支援, 受療行動, 精神保健福祉士, 保健師

### I 緒 言

我が国の精神保健医療福祉は、入院医療中心から地域生活中心へとという方針のもとに進められている<sup>1)</sup>。障害福祉サービスは、障害者自立支援法施行前から精神障害者社会復帰施設等として整備が進められ、精神科救急・精神科訪問看護等の医療サービス利用者も増加傾向にあり<sup>1,2)</sup>、精神障害をもつ本人（以下、本人とする）が円滑に地域生活を送るために必要なサービスは充実しつつある。しかし、その一方で、家族の多くは、本人と同居して<sup>3)</sup>日常生活のケアや通院・服薬のケア等を行っており<sup>4)</sup>、事実上ケアの主な担い手になっている。よって、本人

が地域で生活する上で、家族を支援する必要がある<sup>5)</sup>、効果的な家族支援のあり方を検討する必要性が指摘されている<sup>1)</sup>。

精神障害は、疾病と障害をあわせ持ち、地域での生活には何よりも先ず病状が安定していることが前提となる<sup>6)</sup>。平成20年患者調査によると精神疾患外来患者は290万人に上る。また、精神科病院在院患者は平成19年6月30日現在、約32万人であり、入院形態別にみると任意入院が約19万人、ついで医療保護入院が約12万人になっている<sup>2)</sup>。精神保健および精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）第33条は、医療保護入院について、精神保健指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要があり、当該精神障害のために（本人の同意に基づいた）任意入院が行われる状態にないと判定された場合は、保護者の同意があれば、本人の同意がなくても入院させることができると規定している。統合失調症は再発を繰り返しやすい疾患である上に、自身では治療の

\* 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野

<sup>2\*</sup> さいたま市役所総務局人事部

<sup>3\*</sup> さいたま市立病院

<sup>4\*</sup> さいたま市保健所

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地域看護学分野  
 蔭山正子

必要性を理解できずに本人を治療につなげることに困難を伴うことが多い<sup>6~8)</sup>。統合失調症圏の医療保護入院患者は約7万人であり<sup>2)</sup>、統合失調症を患う本人を治療につなげるために苦勞している家族は、相当数存在すると推測できる。実際に、本人が治療中断や病状悪化となった際に多くの家族が専門家による支援を求めているという報告がある<sup>9)</sup>。

未治療や治療中断の本人を治療につなげることは、長期的予後の観点から臨床的に非常に重要である<sup>10,11)</sup>。一方で、保健所や市町村の精神保健相談の現場で、受診の相談に対応している精神保健福祉士や保健師（以下、専門職とする）にとって、その支援は、時に困難を極める難しい支援だと認識されており<sup>12,13)</sup>、支援技術習得の必要性が指摘されている<sup>14)</sup>。未治療や治療中断の本人を治療につなげる方法については、平成11年の精神保健福祉法の改正により創設された第34条医療保護入院等のための移送制度をめぐる、民間移送業者を含む本人の搬送方法が議論されてきた<sup>6,15)</sup>。また、専門職が本人を治療につなげるための日常相談業務における支援方法については、精神保健における危機介入の手引き<sup>16)</sup>や支援のガイドライン<sup>13)</sup>が作成され、事例報告<sup>12,17)</sup>もある。しかしながら、調査研究の蓄積は少なく<sup>18)</sup>、保健師や看護師による支援についての質的研究<sup>19,20)</sup>がわずかに認められるのみである。また、これらは家族への支援を一部含んではいるが、本人を中心に分析されている。医療保護入院に至るような統合失調症の本人は病識が乏しいため、本人を治療につなげる相談は、多くの場合、本人よりもむしろ家族を中心に進められる<sup>21)</sup>。そのため、たとえ本人を治療につなげる相談であっても、家族に焦点を当てた支援のあり方に着目することは重要である。以上より、統合失調症の本人を治療につなげる際の支援について、その支援内容を家族への支援に焦点を当てて明らかにすることを本研究の目的とする。

専門職による家族への支援内容を明らかにすることは、未治療や治療中断の本人について家族から相談を受ける専門職にとって実践の示唆を得ることであり、相談する家族にとってもより適切な支援を受けることにつながると考える。

## II 研究方法

### 1. 研究デザイン

統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による家族への支援内容については、研究の蓄積が少ない上、実践への応用が求められる課題である。本研究は、基礎的研究として支援の現にある状態を理解すること、および、研究結果の実践への応用を考

慮して支援の内容を具体的に記述することを可能にする方法として、質的記述的研究法<sup>22)</sup>を選択した。

### 2. 研究協力者

地域における精神保健福祉業務を実施する行政機関である保健所および市町村<sup>23)</sup>に所属し、業務の主な従事者である精神保健福祉士もしくは保健師（専門職）で精神保健福祉に関する経験年数5年以上の者を研究協力者とした。研究目的を達成するための情報をもつ人を選定するため、質的記述的研究に適切とされる便宜的サンプリング<sup>22)</sup>を用いた。まず、本研究に関連する受診の相談や家族の支援について、研究発表や執筆経験のある関東近郊の行政機関に所属する専門職に研究協力と他者の推薦を依頼した。次に、行政機関・職種・地域性に多様性を持たせるため、広域的情報を保有する全国規模の精神保健福祉関連組織幹部と看護系大学教員から適任者を推薦してもらった。以上により、研究協力者10人を選定した。

研究協力者（以下、協力者とする）について概要を表1に示す。協力者の所属は、都道府県保健所6人、政令市保健所2人、市2人であり、職種は精神保健福祉士6人、保健師4人であった。年齢は平均 $42.1 \pm 8.0$ 歳、精神保健福祉に関する経験年数は平均 $15.9 \pm 9.0$ 年であった。

### 3. データ収集

インタビューガイドを用い、約60分から90分の半構造化面接を平成19年9月から平成20年4月にかけて、各協力者に一回行った。統合失調症（入院後の診断も含む）未受診もしくは治療中断の本人の家族から受診に関する相談を受けて本人と家族を支援した結果、本人が医療保護入院となった支援事例のうち、入院中や退院後における家族や本人への支援もしくは本人の通院治療が継続されており、本人が入院するまで専門職が適切に家族を支援できたと自らが判断した一事例をあげてもらった。面接ではケース記録等を参考に話してもらった。まずケースの家族構成等の概要を聞き、次に、「相談の開始から入院までの支援について詳しくお聞かせください。その際、家族の状況とそのときのあなたの行動（判断や考えを含む）、また、行動の目的について教えてください。」と詳細に聞き、最後に入院後協力者が把握している時期までの支援内容を聞いた。協力者の同意を得て、録音した。

### 4. 分析方法

面接を録音したテープから逐語録を作成し、家族への支援という視点で意味のまとまり毎に文章を区切って、エクセルシートで管理した。区切られた文章の中でも家族への異なる支援内容だと考えられた

表1 研究協力者と支援事例の概要

番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
研究 協力者 専門職	所属機関 <sup>1)</sup>	県保健所	県保健所	県保健所	県保健所	県保健所	県保健所	市保健所	市保健所	市	市
	職種 <sup>2)</sup>	PSW	PSW	PSW	保健師	保健師	保健師	PSW	PSW	PSW	保健師
	年齢	40歳代	30歳代	30歳代	50歳代	40歳代	50歳代	40歳代	30歳代	40歳代	40歳代
	経験年数	12年	7年	6年	34年	18年	27年	15年	7年	15年	18年
本人	年齢 <sup>3)</sup>	30歳代	30歳代	20歳代	20歳代	40歳代	40歳代	30歳代	50歳代	50歳代	20歳代
	性別	女性	男性	女性	女性	女性	女性	男性	女性	女性	男性
	治療歴	未治療	未治療	未治療	未治療	治療中断	未治療	治療中断	未治療	治療中断	未治療
	推定未治療・ 中断期間 <sup>4)</sup>	約5年	1年半	約7年	4-5年	20数年	1年 3か月	6か月	20数年	約4年	約7年
支援 事例 相談者	居住地	都市部	都市部	農村部	都市部	都市部	都市部	都市部	都市部	都市部	農村部
	続柄 <sup>5)</sup>	夫	母	母	母	子	妹	父	弟	兄	叔父
	協力家族 <sup>6)</sup>	なし	あり	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり
	困りごと	家族への 迷惑行為	周囲への 迷惑行為	精神症状	暴力行為	身体症状	子供の 養育環境	暴言	生活環境 の悪化	子供の 養育環境	独居生活 困難
支援期間 <sup>7)</sup>	10か月	6か月	2年	1年半	2日	2か月	3日	4か月	4か月	6日	

注) 1) 県保健所は都道府県保健所，市保健所は政令市保健所を示す。

2) 職種の「PSW」は，精神保健福祉士を示す。

3) 本人の年齢は相談開始時の年齢を示す。

4) 推定未治療期間は，本人に起きた最初の変調（退職，ひきこもり等）の時期から相談開始までの期間であり，推定中断期間は，最終受診時期から相談開始までの期間を示し，いずれも研究協力者が把握していた情報に基づいている。

5) 続柄は，主な相談者であり保護者（選任前の扶養義務者を含む）である家族の続柄を示す。

6) 協力家族は，主な相談者以外に入院につなげるまでに協力してくれた他の家族の有無を示す。

7) 支援期間は，相談の開始から本人の入院までの支援期間を示す。

ものは全て抽出し，それぞれの支援内容にコードを作成し，番号を付けた。その中で，専門職による支援の目的が家族への支援とは考えられないものは除外した。分析の途中，番号を頼りに逐語録に戻り，前後の文脈を読み返してコードの解釈を検討した。専門職による家族への支援内容のコードをその目的に留意して，類似性・相違性を比較し，複数の類似したコードを集めて名前を付け，抽象度を上げて小カテゴリを作成した。次に，小カテゴリの類似性・相違性を比較し，同様に抽象度を上げてサブカテゴリを作成し，同様にカテゴリへと抽象度を上げた。なお，サブカテゴリ名を〔 〕，カテゴリ名を【 】に標記した。

分析の信用性を確保するために，インタビュー内容が曖昧であった箇所については，協力者にデータの解釈が概ね妥当であることを確認するとともに，結果の再現性を高めるために一事例のデータを複数名が分析し，データの解釈を確認した。結果が研究者の偏りや歪みによる影響を受けていないかを質的研究に豊富な経験を持つ共著者である研究者からスーパーバイズを受け，確証性の確保に努めた。

## 5. 倫理的配慮

研究計画書を用いて，研究目的，研究方法，研究

への参加および中断の自由，データの匿名化と管理方法を協力者に説明し，書面で同意を得た。協力者が支援事例を語る際は，氏名・居住地の町名・入院先病院名等の個人の特定につながる情報を入れずに語ってもらい，研究者は支援事例の匿名化された情報のみを扱った。研究結果の公表に際しては，協力者の所属機関を含めず，協力者と支援事例が特定できないよう留意した。なお，研究計画について共著者が所属する保健所長の承認を得た。

## III 結 果

### 1. 支援事例の概要

研究の協力者が語った支援事例の概要を表1に示す。相談開始時における本人の年齢は20-50歳代であり，男性3人，女性7人であった。相談時の治療歴は未治療7人，治療中断3人であった。未治療7人について相談開始までの推定される未治療期間は，1年3か月から約7年までが6人，20数年が1人だった。治療中断3人の推定される治療中断期間は，6か月，約4年，20数年だった。居住地は，人口10万人以上の都市部が8人，人口5万人未満の農村部が2人であった。主な相談者である家族の続柄は，親4人，配偶者1人，兄弟姉妹3人，子1人，叔父

表2 統合失調症の本人を治療につなげる際の行政専門職による家族への支援内容

カテゴリ	サブカテゴリ	小カテゴリ
1) 介入の見通しを立てる		
緊急性を判断し、対応する	生命の危険性と自傷他害の恐れの有無から緊急性を判断する 緊急性がある場合は、体制や家族の事情も考慮して早急に対応する	
治療の必要性を判断する	現在や過去における本人の生活の様子から治療の必要性を判断する 本人の精神症状や治療歴、身体症状、精神科医の意見から治療の必要性を判断する	
支援の適切性を判断する	家族が抱える本質的な問題を見極め、誰に何を支援すればよいかを判断する 家族の治療させたい意向が本人の利益を中心に据えているかを判断する	
キーパーソンを見極める	家族の中でキーパーソンになり得る人を見極め、働きかける 保護者以外にも協力してくれる家族の存在を確かめ、協力してもらう	
家族の対処能力を見極める	家族の生活の様子や本人の状態から家族の違和感を感じ、対処能力を判断する 家族だけで本人を説得して入院につなげるかどうかの見通しをたてる	
2) 家族と相談関係を築く		
家族の気持ちを受け止め、支援方針を共有する	地域性から家族の支援の求め方を予測する 家族が困惑し心配している気持ちを受け止め、家族との信頼関係を築く 家族と支援方針を共有して本人の支援を進める	
対処能力の低い家族と相談関係を続ける	支援が途切れないように適宜家族と連絡をとりながら支援を進める 受診の支援よりも家族と相談関係を続けることを最も重視して関わる	
3) 家族の決心を待つ		
疾患や治療の必要性を家族に説明する	家族にとって理解できない本人の行動が精神疾患から生じている可能性を伝える 家族が現実を受け入れられるよう本人の現状と経過を家族と共有する	
家族に入院の情報とリスクを伝え、支える	家族の不安や気持ちの揺れを軽減するために入院の説明をし、協力することを伝える 入院後に起こり得る本人からの非難や攻撃も家族が受け止める覚悟が必要だと説明する	
家族の本人を入院につなげる決心を促し、待つ	家族が本人を入院につなげることを、自分自身で決められるまで待つ 家族の決心を促すために、わかりやすい目安を家族に伝えて家族からの連絡を待つ	
家族の気持ちの変化を見逃さず、支援を進める	家族の気持ちの変化を見逃さず、入院の話をするタイミングを見定める 家族の本人を入院につなげたい気持ちが高まったらタイミングを逃さず、支援を進める	
4) 家族による説得を見守る		
家族が受診の説得をすることの重要性を伝える	本人を騙さずに家族が本人と向き合って受診を説得することの重要性を説明する 家族が受診の説得ができるように効果的な方法を家族と考える	
家族だけでの受診の説得を見守る	家族が説得しようとする気持ちを支え、家族だけで説得するのをできる限り見守る 家族の誰がどのような言葉遣いで受診を説得するかは、家庭の文化を尊重する	
専門職も家族の気持ちを代弁して受診を説得する	本人の意思や気持ちを最大限尊重して、家族とともに受診の説得をする 専門職が説得するときは、家族の気持ちを伝えることを中心に据える	
5) 入院までの体制を整える		
家族と入院の準備をする	入院に必要な金銭面や健康保険等の条件を家族と整える 入院形態を予測し、事前に保護者の調整をしておく	
家族と入院までの段取りを整え、病院に向かう	入院までの段取りを家族と一緒に整える 入院当日に家族にできる範囲での行動を促し、協力して病院に向かう	
入院までの病院や支援者の体制を整える	本人と家族が安全に受診できるよう危険防止の対策を立てる 受診までスムーズに進むよう当日とそれまでの役割分担を細かく行う	
6) 入院後も本人と家族を支える		
入院後も家族と相談関係を続ける	入院後に家族の頑張りを評価し、労をねぎらう 入院した後も家族自身を支えるために家族と相談関係を続ける	
本人の生活環境を家族と整える	退院後の本人の支援方法について入院中から本人、家族、病院と話し合う 退院後、家族以外の支援者となるために入院中から本人と相談関係をつくる	

注) 表中の小カテゴリはサブカテゴリの説明に足るものを抜粋している。

1人であった。相談開始時の家族の主な困りごとは、暴言暴力2人、迷惑行為2人、不適切な子供の養育環境2人、その他4人であった。相談開始から本人の入院までの支援期間は、2日から約2年まで幅がみられた。

## 2. 統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による家族への支援

協力者が行った支援内容を家族への支援に着目して分析した結果、統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による家族への支援内容として、85の小カテゴリが抽出された。小カテゴリから抽象度を上げたサブカテゴリが19、更に抽象度を上げたカテゴリが6となった(表2)。以下、カテゴリごとに支援内容を述べる。なお、協力者の語りは「」に示している。

### 1) 介入の見通しを立てる

このカテゴリは、緊急性、治療の必要性、支援の適切性、キーパーソン、家族の対処能力を判断し、当面の介入の見通しを立てる支援であり、5つのサブカテゴリから成る。ここでの『対処能力』とは、福島らの定義<sup>24)</sup>を参考に、本人の統合失調症の発症や治療中断という問題を理解し対処しようとする行動力とする。

専門職は家族からの相談を受けると、情報収集を行い、生命の危険性と自傷他害の恐れの有無から〔緊急性を判断し、対応する〕とともに、現在と過去における本人の生活の様子、精神症状、治療歴等から〔治療の必要性を判断〕していた。家族が相談に来た時の主訴の中には、精神疾患とは一見関係のないものもあるが、専門職は、家族が抱える本質的な問題が本人の精神疾患の未治療や治療中断であることを見極めていた。また、専門職は、本人に入院治療の必要性が高いと判断した場合、入院によって「離婚」、「(家族が)病院に預けっぱなし」、「(家族が本人を)厄介払いする」といった本人にとって不利益な事態をもたらすことのないよう、〔支援の適切性を判断〕していた。

そして、訪問時に家族の本人への関わり方を観察することや、本人の退院後に家族がどう関わりたいと考えているかを把握すること等を通して、〔キーパーソンを見極める〕とともに、家族の生活の様子等から〔家族の対処能力を見極め〕、当面の【介入の見通しを立てる】支援を行っていた。

「本人は、ゴミを拾ってきて、それを食べて、お風呂にも何年も入ってない。家族がここまで放っておくのは、普通では考えられないと思ったので、家族の判断力と行動力の弱さを感じました。このままでは治療につながる見通しがなかったので、精神科の治療につなげてあげた

いと思いました。身体症状もあって、今日明日の命ではないけれど、早目の対応が必要だと判断しました。」

### 2) 家族と相談関係を築く

このカテゴリは、家族の気持ちを受け止めて相談関係を築き、継続する支援であり、2つのサブカテゴリから成る。「(すぐに訪問したのは)相手がすごく困っていたから」と語られたように、専門職は相談に来た家族が困惑し、本人を心配している気持ちを受け止めていた。農村部では、精神疾患を患う本人を「家の恥」と捉えて相談や受診への抵抗が強い傾向がある等、地域性から家族の支援の求め方を予測し、〔家族の気持ちを受け止め、支援方針を共有して〕、「合意がとれてから」支援を進める中で相談関係を築いていた。とくに、〔対処能力の低い家族と相談関係を続け〕、支援が途切れないように留意していた。

「相談に来た家族は、簡単な質問にも明確な答えがなくて、頼りない印象でした。主訴が受診ということではなかったし、(支援方針を)説明してもなかなか理解してもらえなくて、家族が怒って面接室から出て行ってしまったことがありました。その時は、支援が切れてしまわないように追いかけて行って、『いつでも待っています。』って伝えました。」

### 3) 家族の決心を待つ

このカテゴリは、入院治療が必要だと判断した段階で、疾患や治療の必要性を説明した上で、入院に関する情報とリスクを伝え、家族の本人を入院につなげる決心を待つ支援であり、4つのサブカテゴリから成る。家族が理解し難い本人の行動が精神疾患から生じている可能性を専門職自ら、もしくは、保健所嘱託医等の精神科医から説明する場を設け、〔疾患や治療の必要性を家族に説明〕していた。精神科医が入院治療の必要性を判断したら、入院しても治療効果が得られない可能性や、入院後に本人からの非難や攻撃を受ける可能性等のリスクをも伝え、家族にそれらを受け止める覚悟が必要だと説明していた。また、家族の不安や「気持ちの揺れをなるべく取り除く」ために必要な説明を行い、「一緒に手伝えるから」等と協力することを伝えて、〔家族に入院の情報とリスクを伝え、支える〕支援を行っていた。

「リスクとしては、本人から家族が逆恨みされることや、『人生をめちゃくちゃにした』と非難されることが予想されます。そのようなことも家族が受け止める決心が必要だと伝えました。本人の意志を無視して連れていくことには、抵抗感がありますからね。『逆恨みされることはないよ』と、嘘はつきたくないし、逆恨みされた時には、今の状況が『やっぱり入院治療が必要だった』と、

家族が本人にちゃんと面と向かって言わなければいけないと話しました。]

専門職は、知識や情報を提供した上で、[家族の本人を入院につなげる決心を促し、待つ] 支援をしていたが、家族が「もう入院させてください」等と言い、気持ちに変化がみられたときは、「家族の気持ちが冷めないうちに」早目に支援を進めるといふ、[家族の気持ちの変化を見逃さず、支援を進める] ようにしていた。

#### 4) 家族による説得を見守る

このカテゴリは、家族が本人に受診を説得できるよう見守り、家族だけでの説得が難しい場合は、専門職が家族の気持ちを代弁する支援であり、3つのサブカテゴリから成る。このカテゴリで『入院』ではなく『受診』という言葉を用いたのは、入院の決定は診察で判断されるため、家族は本人に『受診』の説得をしていたからである。家族の中には本人に「恨まれるのが嫌」で強く受診の説得ができない場合や「嘘をつく」場合があることを専門職は経験的に知っているため、本人を騙さずに「家族が受診の説得をすることの重要性を伝え」ていた。

「嘘をついたり、説明もせずに連れて行くとかすごく予後が悪いこと等、自分なりの経験を家族に伝えました。『騙された』というのは、ずっと取れない。だけど、説得しながら、例えばお母さんが涙を流しながら連れてきたりすると、入院した後に先生もフォローしてくれるし、いずれ本人も理解して、治療の継続につながるんです。」

家族だけで本人の受診の説得ができると専門職が判断したときは、家族の中で誰が「どんな言葉を使うかは、優しい言い方でも荒っぽい言い方でも家庭の文化に任せ」、できる限り「家族だけでの受診の説得を見守る」支援を行っていた。しかし、家族だけで受診の説得ができないときは、「家族が本人を心配していることを伝える」ことで「専門職も家族の気持ちを代弁して受診を説得」していた。

「『もし説得が難しいようでしたら、私からも言いますよ』とお伝えはしたんですが、『もうちょっと待って下さい』と言われたので、外で待機していました。本来的には、家族が説得して、本人がしぶしぶでも納得をする形のほうが退院した後も家族間のトラブルも防げますし、治療もうまくいきますので。それが一番望ましい形だと思います。」

#### 5) 入院までの体制を整える

このカテゴリは、入院までの準備を家族・病院等と行い、本人と家族が安心して安全に入院を迎えられるよう体制を整える支援であり、3つのサブカテゴリから成る。専門職は、「家族と入院の準備をし」、金銭面・健康保険・保護者等の条件を整えて

いた。そして、当日使用する車両や各家族成員の行動計画等〔家族と入院までの段取りを整え、病院に向かつて〕いた。また、地元警察や受け入れ病院等の他機関との調整や所属機関内で入院当日に対応する職員の役割分担等の調整を行い、〔入院までの病院や支援者の体制を整え〕ていた。

「(入院当日) 本人が妹を押し倒してしまったので、お母さんが110番しました。保健所からも前日に連絡を入れていたから、警察官が来てくれて。すごい格好いい人が『行こうよ』って手を出してくれたんです。」

#### 6) 入院後も本人と家族を支える

このカテゴリは、入院後も家族と相談関係を続け、退院後の本人の生活環境を整える支援であり、2つのサブカテゴリから成る。専門職は、家族に「あなたが頑張ったから、こうやって(本人が)入院できたんですよ」等と家族の労をねぎらい、〔入院後も家族と相談関係を続ける〕ようにしていた。また、専門職が家族以外の支援者となれるように、入院中から本人を訪ねて相談関係を築くとともに、関係機関職員とケース連絡等を行い、退院後の〔本人の生活環境を家族と整える〕支援をしていた。

「入院後ケースワーカーから『本人がだいぶ変わったから見に来て下さい』と連絡が入り、面会に行きました。薬がよく効いて、本当にびっくりする位変わっていました。入院中、本人との関係作りと退院に向けたカンファレンスのために4回面会しました。退院した今も家族の希望で定期的に本人を訪問しています。」

## Ⅳ 考 察

### 1. 支援内容と疾患および入院の特性との関連

本研究で、統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による家族への支援内容として6つのカテゴリが抽出された。その中で、【介入の見通しを立てる】支援に該当する家族のアセスメントおよび介入の予測や判断<sup>25)</sup>、【家族と相談関係を築く】支援に該当する家族の気持ちの受け止め<sup>26,27)</sup>や相談・信頼関係の構築<sup>25-27)</sup>、【入院後も本人と家族を支える】支援に該当する退院支援<sup>28)</sup>については、精神疾患に限らず、他疾患の患者家族への支援でも報告がある。

【家族の決心を待つ】、【家族による説得を見守る】、【入院までの体制を整える】という支援は、いずれも本人を入院につなげる直接的な支援である。このような患者を在宅から入院につなげるという支援に焦点を当てた研究報告は、精神疾患以外の疾患では、ほとんどみられない。医療保護入院は、保護者の同意を必要とするため、入院するのは家族ではなく本人であるにもかかわらず、家族に本人を入院につなげる決心が必要になる。そのため、【家族の

決心を待つ】支援は入院形態の特殊性に関連した支援と考えられる。【家族による説得を見守る】支援は、治療の必要性を理解することが難しい病識欠如や治療拒否<sup>29)</sup>という病状悪化時に必要とされる支援だと考えられる。【入院までの体制を整える】支援の中で、安全に病院に向かう体制を整えているのは、統合失調症の本人が妄想に左右されて時に暴力的となることがある<sup>30)</sup>という疾患特性に関連した支援と言えるであろう。

## 2. 長期的な家族関係と本人の予後への影響を見据えた支援内容

【家族による説得を見守る】支援の中で、嘘をついて入院につながると、家族に騙されたという本人の気持ちとれず、長期的な家族関係や本人の予後に悪影響を与えてしまうため、涙を流しながらでも家族が必死に本人に向き合って説得することが重要だと語られていた。この他にも家族による説得をできる限り見守る理由として、入院後の家族間のトラブルの予防と治療効果への影響が述べられている。また、【家族の決心を待つ】支援の中で、家族の決心を待つ理由として、入院後も本人の治療が継続できるような家族関係を重視することが語られていた。

これらは、家族が本人を騙して精神科病院に連れて行くと、本人の不信感、悔しさ、怒りがなかなか消えず、治療効果が上がりにくく<sup>5)</sup>、治療中断にもつながりやすい<sup>12)</sup>という報告や、民間移送業者を使って家族が強く説得できなかった場合に家族関係の悪化が懸念されたという報告<sup>15)</sup>に一致する。以上より、本研究で抽出された、本人を入院につなげるという【家族の決心を待つ】支援と【家族による説得を見守る】支援は、統合失調症の本人と家族の長期的な家族関係と本人の予後への肯定的影響を見据えた支援であり、本人を入院につなげる際に重要な支援であると考えられる。

## 3. 家族の本人を入院につなげる決心と受診の説得を支援する

統合失調症を発症したとき、急性期の異常行動や症状の捉えにくさは、家族に強い不安<sup>31)</sup>と混乱<sup>32)</sup>を与え、家族が常に本人の言動に気を使う緊張感は、本人との間に心理的距離を生じさせる<sup>32)</sup>。その心理的距離があるにもかかわらず、専門職は、入院後に起こり得る本人からの非難や攻撃をも家族が受け止める覚悟をもって、本人を入院につなげる決心をし、受診の説得ができるよう家族を支援していた。専門職は、家族に本人の疾患を説明すること等で、心理的距離を縮めるよう支援していたと考えられる。しかし、家族は本人を入院につなげることへの負い目<sup>33)</sup>や罪悪感に駆られ、入院につなげるという

確固たる決意を維持していくことは並大抵のことではない<sup>34)</sup>という意見がある。専門職は、家族の混乱・不安・緊張から生じている本人との心理的距離や、医療保護入院の決定の一端を担う家族の負い目や罪悪感を踏まえて支援する必要があると考える。

また、家族は強い不安と混乱の中<sup>31)</sup>、専門職に早期の訪問や病院への搬送を求める<sup>9)</sup>。しかし、本研究において専門職は、本人を入院につなげるという家族の決心を待ち、家族による説得を見守っており、その支援は、家族の期待に合致しない可能性がある。今回、支援事例の入院までの支援期間は、2日から2年まで幅があり、入院までの対応は、臨機応変に行われていた。また、専門職が家族による説得を見守る際も、できる限り見守るが、家族だけで受診の説得ができないときは、家族の気持ちを代弁して受診を説得していた。よって、専門職は、柔軟な支援を心がける必要がある。

## 4. 本研究の意義

本研究は、統合失調症の本人を治療につなげる際の専門職による支援について、支援内容を家族への支援に焦点を当てて分析した点と、協力者の行政機関・職種・地域性に多様性を持たせ、複数の支援事例を統合して分析した点において、数少ない研究の一つとして、意義があると考えられる。

分析の結果、本人を入院につなげるという家族の決心を待つ支援、および、家族による説得を見守る支援が、統合失調症の本人と家族の長期的な家族関係と本人の予後への肯定的影響を見据えた重要な支援であることを示唆することができた。これまで精神保健における危機介入の手引き<sup>16)</sup>や支援のガイドライン<sup>13)</sup>は存在したものの、本研究で重要な支援要素を示したことは、専門職による家族への支援の質を高めることに寄与すると考えられる。

## 5. 現場に応用する際の留意点と本研究の限界

本研究では、未受診もしくは治療中断の本人の家族から受診に関する相談を受け、家族を支援した結果、本人が医療保護入院となった支援事例を取り上げた。しかし、本人が安定した地域生活を送るためには、通院医療が重要であり、たとえ通院が中断されても通院医療の再開や本人の同意に基づく任意入院が先に検討されるべきである。本研究結果を現場で応用する際には、本人を治療につなげる際、安易に医療保護入院につなげることのないよう留意する必要がある。

本研究の限界として、研究の協力者が関東近郊の限定された自治体の行政専門職だという点がある。統合失調症の本人を治療につなげる際の行政専門職による家族への支援は、所属する自治体の組織体系

や方針、地域の状況による影響を受けると考えられる。したがって、この結果を全国的に一般化するには限界がある。今後、より多くの自治体に結果を示し、妥当性を確認していく必要がある。

本研究にご協力いただいた、精神保健福祉士および保健師の皆さまに心よりお礼申し上げます。本研究は、財団法人大同生命厚生事業団平成19年度地域保健福祉研究助成（研究代表者：代田由美）によって実施されたものである。

(受付 2011. 3.18)  
採用 2012. 2.20)

## 文 献

- 1) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会。これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）。2008。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-5b.pdf> (2012年4月2日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所。精神保健福祉資料：平成19年度6月30日調査の概要。東京：独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部，2010。  
[http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data\\_h19/h19\\_630\\_all.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h19/h19_630_all.pdf) (2012年4月2日アクセス可能)
- 3) 千葉県精神障害者家族会連合会。千葉県における在宅精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ2008：ひきこもる当事者への支援を中心として。千葉：地域精神保健福祉機構，2009。
- 4) 第4回全国家族ニーズ調査委員会，編。第4回全国家族ニーズ調査報告書：精神障害者と家族の生活実態と意識調査。東京：全国精神障害者家族会連合会，2006。
- 5) 野坂達志。精神科受診を勧める際の難しさ。こころの科学 2004; 115: 66-71。
- 6) 益子 茂，計見一雄，中島節夫，他。精神障害者の受診の促進に関する研究。平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）分担研究報告書，2000。
- 7) 中村光子，中井和代。精神科受診を家族が考えるとき。こころの科学 2004; 115: 72-76。
- 8) 富永泰規，太田保之，塚崎 稔，他。初発分裂病者の精神科施設初診までの経路について。精神医学 1990; 32(10): 1079-1085。
- 9) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会，平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会，編。平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト『精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究』報告書。東京：特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会，2010。  
<http://seishinhoken.jp/files/research/2009.pdf> (2012年4月2日アクセス可能)
- 10) 小口芳世，藤井康男。未受診例への対処・受診への誘導。水野雅文，編。専門医のための精神科臨床レビューミエール5：統合失調症の早期診断と早期介入。東京：中山書店，2009; 96-105。
- 11) McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophrenia Bulletin 1996; 22(2): 201-222。
- 12) 小椋芳子。精神障害者の初期受療援助の重要性。創発：大阪健康福祉短期大学紀要 2005; 3: 35-48。
- 13) 精神保健福祉自主研究グループ福井県坂井健康福祉センター「すこやか会」。精神障害者に対する保健師による支援のガイドライン：未治療，治療中断者へのアプローチを中心に。福井：坂井健康福祉センター，2007。
- 14) 塙 和徳。精神保健・医療・福祉は岐路に立っている?!：現場の精神保健福祉相談員から見えるもの。病院・地域精神医学 2006; 49(1): 51-56。
- 15) 大塚直子，川口真知子，菊池 健，他。民間移送会社による「移送サービス」を利用した受診導入に関する実態把握：患者と家族からの聞き取り調査をもとに受診援助を考察する。精神保健福祉 2009; 40(4): 353-357。
- 16) 全国保健所長会精神保健福祉研究班。平成18年度地域保健総合推進事業「精神保健対策の在り方に関する研究」保健所精神保健福祉業務における危機介入手引。2007。[http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18seisinkiki\\_kainyu\\_tebiki.pdf](http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18seisinkiki_kainyu_tebiki.pdf) (2012年4月2日アクセス可能)
- 17) 柏木由美子。未受診精神障害者への受診援助を通して保健婦（士）の役割を考える。へるす出版生活教育 1998; 42(10): 7-11。
- 18) 相澤和美，廣川聖子，片平伸子，他。地域に生活する精神障害者の危機介入に関する研究の動向と今後の課題：看護職の支援機能を中心に。神奈川県立保健福祉大学誌 2007; 4(1): 121-129。
- 19) 吉岡京子，荒井澄子。治療中断のおそれのある精神障害者を医療につなげる際の保健師の技術の解明：保健師による対象への個別支援の展開過程に焦点を当てて。日本地域看護学会誌 2010; 13(1): 68-75。
- 20) 伊藤恵美子，相澤和美，風間真理，他。地域支援における精神障害者の危機に対する看護者の判断・実施過程の構造と特徴：入院に至る過程に焦点をあてて。山梨県立看護大学紀要 2004; 6: 33-46。
- 21) 和久純子，鈴木智子，栗原活雄。家族相談をめぐって。精神保健福祉 2000; 31(4): 64。
- 22) グレグ美鈴。質的記述的研究。グレグ美鈴，麻原きよみ，横山美江，編。よくわかる質的研究の進め方・まとめ方：看護研究のエキスパートを目指して。東京：医歯薬出版，2007; 54-72。
- 23) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長。保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（通知）。障第251，2000。



- 24) 福島道子, 島内 節, 亀井智子, 他. 「家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標」の開発. 日本看護科学会誌 1997; 17(4): 29-36.
- 25) 入江安子, 津村智恵子. 地域看護における家族看護のアセスメントと介入に関する研究: エキスパート保健婦が担当する事例分析より. 老年社会科学 2000; 22(2): 278.
- 26) 鳥海詩織, 庄村雅子. 終末期患者の家族のニーズと効果的な看護支援. 消化器外科 Nursing 2009; 14(4): 375-381.
- 27) 長 聡子, 川本利恵子, 永松有紀, 他. がん患者の家族に関する看護研究の動向と課題. 産業医科大学雑誌 2008; 30(2): 197-213.
- 28) 宇都宮宏子. 患者とともに始める退院支援. ナーシング・トゥデイ 2007; 22(4): 33-37.
- 29) 半田貴士. 精神科治療におけるインフォームド・コンセント. 診断と治療 1995; 83(1): 113-117.
- 30) 長谷川朝穂. 精神疾患と暴力. 治療 1995; 77(8): 2233-2237.
- 31) 川添郁夫. 統合失調症患者をもつ母親の対処過程. 日本看護科学会誌 2007; 27(4): 63-71.
- 32) 田中いずみ, 川中淑恵. 精神科外来に通院する患者を抱える家族の思いの検討: 生活困難を有する状況で家族が話した内容. 富山大学看護学会誌 2008; 8(1): 11-20.
- 33) 古谷智子, 神郡 博. 精神障害者の家族の心理的経過に関する研究: 発病から入院後まで. 富山医科薬科大学看護学会誌 1999; 2: 29-39.
- 34) ザビア・アマダー, アンナ＝リサ・ジョハンソン. 私は病気ではない: 治療をこばむ心病める人たち [I am Not Sick, I Don't Need Help!: Helping the Seriously Mentally Ill Accept Treatment] (江畑敬介, 佐藤美奈子, 訳). 東京: 星和書店, 2004.
-

## Professional mental health support provided by local government to families of people with schizophrenia in need of treatment

Masako KAGEYAMA<sup>\*</sup>, Yumi SHIROTA<sup>2\*</sup>, Mieko TOGA<sup>3\*</sup>, Kanako KAWABATA<sup>4\*</sup> and Atsuko TAGUCHI<sup>\*</sup>

**Key words** : mental disorders, schizophrenia, family intervention, patient acceptance of healthcare, social worker, public health nurse

**Objectives** The purpose of this study was to describe the content of interventions provided by mental health professionals working for local government in Japan to families of people with schizophrenia in need of treatment.

**Methods** The study was designed to be qualitative and descriptive. The subjects were ten local prefectural or municipal government professionals in the Kanto region who worked as psychiatric social workers or public health nurses and who had five or more years of experience in their professions. In semi-structured interviews, subjects were asked to choose one case from their experience of assisting both persons with schizophrenia and their families who contacted them for consultation, in which they believed that they were able to successfully assist the family in bringing the untreated person with schizophrenia or person who had discontinued treatment to hospital. Interview questions focused on the professionals' assistance to the families. The interview data were transcribed, coded by type of assistance rendered, and categorized by commonalities for comparison.

**Results** Six major categories and nineteen subcategories were extracted through the data analysis process, which focused on support for the families of people with schizophrenia that helped the latter engage in treatment. The six major categories were "Make a tentative intervention plan," "Establish relationship with family," "Wait for the family members to make their decision to hospitalize the person," "Stand by the family members and support their decision to persuade the person to receive treatment" "Make pre-hospitalization arrangements" and "Provide continual support for families and the patient after hospitalization."

**Conclusion** The most important forms of support for families were assistance in persuading the person with schizophrenia to receive treatment and in making their own decision to bring the person to inpatient treatment. This support can lead to better patient-family relationships in the future and to better prognoses. The results of this study will contribute to improving the quality of professional support for families who are trying to make decisions regarding treatment of their relatives with schizophrenia.

---

<sup>\*</sup> Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

<sup>2\*</sup> Department of Personnel Affairs, General Affairs Bureau, Saitama City

<sup>3\*</sup> Saitama City Hospital

<sup>4\*</sup> Saitama City Public Health Center