

家族ピア教育プログラムの精神科病院での採用と継続に関連する 要因の検討：ケーススタディ

カゲヤマ マサコ^{*,2*} ヨコヤマ ケイコ^{2*,3*} コバヤシ サヤカ^{2*,4*} ナカムラユカヨ^{2*,5*}
蔭山 正子^{*,2*} 横山 恵子^{2*,3*} 小林 清香^{2*,4*} 中村由嘉子^{2*,5*}

目的 精神障害者の地域における生活を継続するためには、身近な家族への支援が欠かせない。近年、家族会を中心に精神障害者家族ピア教育プログラム「家族による家族学習会」が普及している。本プログラムは、家族と専門家からなる企画委員が中心となって全国展開している。2015年度は、ある企画委員家族の働きかけによって、家族会が精神科病院の中に入り、プログラムを実施する試みが実現した。本報告は、企画委員の家族がどのように病院に働きかけ、プログラムがどのように病院で採用され、継続の判断がされたのか、そのプロセスを検討し、採用や継続に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

方法 ヘルスケア提供組織におけるイノベーション普及の理論枠組みを基盤としたケーススタディとした。プログラムを採用した精神科病院2か所で主にプログラムに関与した職員およびプログラムを実施した家族にインタビューを実施した。インタビューデータは、逐語録を意味のあるまとまりごとに区切り、理論枠組みに沿って分類し、採用・継続プロセスを比較した。

結果 企画委員家族が日頃から病院と関係性を構築していたこと、病院のニーズを的確に把握したこと、病院と家族会のニーズが両立していたことは理論枠組みと一致していた。入院患者の家族のニーズに応えたいという企画委員家族の強い動機が今回特徴的だった。また、既存プログラムとの違いがわかりにくかったため、企画委員家族が院内で事前学習会を開催し、病院職員にプログラムを理解してもらう努力をしていた。家族会と病院が定期的に会う会議が開催されていたこともプログラムの採用に影響していた。プログラムの継続に関しては、両病院の精神保健福祉士から、参加してほしい非協力的な家族には参加してもらえないという対象像の不一致を指摘され、継続実施の判断に影響を与えていた。参加家族15人中、発病後経過年数が1年以内の患者の家族2人と入院患者の家族4人が含まれていた。

結論 家族会が病院に出向いてプログラムを実施することで、発病間もない患者の家族や入院患者の家族といった従来の方法ではアプローチが難しかった家族を支援する機会になり得る。プログラムの採用には、日頃から病院と関係性を構築し、社会的役割を果たそうとする家族の熱意と地道な努力が関連していた。プログラムの継続には、患者の関わりに消極的な家族にもプログラムに参加してもらうことが重要だった。

Key words : 精神障害, 家族教育, 家族支援, 家族会, ケーススタディ

日本公衆衛生雑誌 2016; 63(10): 627-636. doi:10.11236/jph.63.10_627

I 緒 言

本邦の精神保健医療福祉施策は、入院医療中心から地域生活中心へと移行すべく進められており、1年以上の精神科長期入院患者数は漸減傾向にある¹⁾。一方で、毎年約5万人の精神障害者が新たに1年以上の長期入院に移行している¹⁾。長期入院の解消は容易ではなく、その障壁の一つには、家族の不安や抵抗がある²⁾。

長期入院患者の家族の約6割が心的外傷後ストレ

* 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野

2* 家族による家族学習会普及事業企画委員会

3* 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科

4* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

5* 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

責任著者連絡先：〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-7

大阪大学大学院医学系研究科統合保健看護科学分野
パブリックヘルスケア科学 蔭山正子

ス障害のハイリスクだと報告されている³⁾。精神科入院患者の過半数を占める統合失調症⁴⁾では、患者の約6割で家族への身体的暴力が起きると言われ⁵⁾、身体的暴力を受けた家族の精神的健康度が低いことも示されている⁶⁾。よって、家庭内暴力を含めた過酷な経験をしている家族は少なくなく、その過酷な経験が精神障害者の退院に家族が抵抗する一因になっている可能性がある。新たな長期入院患者を増やさないためにも、家族に十分な支援を提供することが重要である。

精神障害者が地域で生活する場合、彼らの6-8割が家族と同居し^{7,8)}、半数以上が家族から日常的なケアを受けている⁹⁾。つまり、精神障害者の地域生活は、同居家族によって支えられている現実がある。精神障害者の地域生活を実現するためには、家族の理解と協力が欠かせない。精神障害者の家族が、発病間もない時期に最も必要とする支援が疾患や対応に関する教育である¹⁰⁾。しかしながら、約2割の家族は、疾患に関する十分な情報を得られるまでに発病後3年以上を要しており⁹⁾、家族が教育を受ける機会が十分にあるとは言い難い。

近年、新しい家族向けの教育プログラムが開発され、精神障害者家族会（以下、家族会）を中心に全国に普及している。2007年に開発された、そのプログラムは、精神障害者の家族ピア教育プログラム「家族による家族学習会」（以下、家族学習会）である。プログラムに参加した家族（以下、参加家族）と運営・進行する家族（以下、担当家族）双方の不安軽減と、エンパワメント向上に効果が示されている¹¹⁾。家族学習会は、筆者ら専門家の他、家族を含めた「家族による家族学習会普及事業企画委員会」（以下、企画委員会）がプログラム開発、プログラム評価、実施体制構築、普及戦略を行う中枢機関となって展開されている。プログラムは、2015年12月までに全国23都道府県で実施され、合計2,000人以上が参加している。一方で、家族会につながらない発病間もない患者の家族になかなか参加してもらえないことがプログラム普及の課題になっていた。そこで、企画委員会では、発病間もない患者家族にアプローチする一つ的手段として、プログラムを精神科病院（以下、病院）内で実施することを検討してきた。2015年度に大阪府精神障害者家族会連合会（以下、大家連）所属の企画委員1人の働きかけにより、府下2病院で本プログラムが実施された。地域の家族会が病院に出向き、入院および通院患者の家族に本プログラムを提供する初の試みとなった。本報告は、企画委員の家族（CA氏）がどのように病院に働きかけ、プログラムがどのように病

院で採用され、継続の判断がされたのか、そのプロセスを検討し、採用と継続に関連する要因を明らかにすることを目的とする。本報告が他の地域で同様の取り組みを進める際の参考になることを期待する。

II 方 法

本報告は、家族学習会の普及戦略の一環として行った。筆者全員が企画委員である。

1. 研究デザイン

研究デザインは、Yinのケーススタディとした。データ収集・分析の指針となるすでに開発済みの理論命題から便益を受けることを技術的特徴の一つとする¹²⁾。インタビューデータをGreenhalghらのヘルスケア提供組織におけるイノベーション普及の理論枠組み（以下、理論枠組み¹³⁾に沿うと仮定した。この理論枠組みは、開発・普及側と採用側両者を含めて採用・継続プロセスを捉える。ケースの単位は、プログラムを実施した病院であり、2病院の複数ケーススタディである。プログラム採用と継続のプロセスは自然経過であり、研究者がプロセス自体に介入することはなかった。インタビューの実施と分析の段階で理論枠組みを用いた。

2. プログラムの概要と運営体制

本プログラムの概要を表1に示す。本プログラムは、認定NPO法人地域精神保健福祉機構が補助金を獲得し、企画委員会を設置して実施してきた非営利事業である。2016年4月からは家族会の全国組織である全国精神保健福祉会連合会（通称：みんなねっと）に実施主体が移行し、同企画委員会を中心に実施している。企画委員は、専門家の他、プログラムの実績が豊富な家族会連合会7か所からの家族会会員（大家連からのCA氏を含む）で構成されている。家族や専門家ともに企画委員になることや企画委員としての活動は、任意であるとともに無償である。

3. イノベーション普及の理論枠組み

Greenhalghらの理論枠組みを用いた。イノベーションとは、「個人あるいは他の採用単位によって新しいと知覚されたアイデア、習慣、あるいは対象物」¹⁴⁾を指し、本報告では家族学習会という新しいプログラムである。「採用」とはプログラムの実施を決めること、「継続」とは一度実施したプログラムを再び実施することとする。「イノベーションの普及」は、本報告において「プログラムの採用および継続」を指す。

この理論枠組みでは、図1に示すように、プログラムを採用する側と開発・普及側の相互作用によって、プログラムが普及する。ここで【】内を理論枠

組みの構成要素とする。本報告では、今回の取り組みに合わせ、理論枠組みの「イノベーション」を「プログラム」、「システム」および「クライアント」を「病院」と表現した。

表1 「家族による家族学習会」プログラムの概要

運営・進行する人	精神障害者の家族
対象者	
参加する人	精神障害者の家族
疾患等の制限	精神疾患であれば疾患名の限定はない
グループの人数	10-15人程度
時間と回数	1回3時間, 5回
参加者の入れ替わり	入れ替わりなし, 固定メンバーによるクロースド方式
テキスト	
基本テキスト	統合失調症の家族心理教育用 約85ページ
追加テキスト	他疾患の知識など含む独自テキスト 約30ページ
基盤とする概念	セルフヘルプ・グループ
重要な構成要素	専門的知識と体験的知識の組み合わせ学習 (テキストを2-3ページ輪読し, 関連した体験を共有)
実施主体	地域精神保健福祉機構 (2016年3月まで) 全国精神保健福祉会連合会 (2016年4月から)
補助金	非営利事業であり, 補助金は主に運営・進行する人の研修や運営アドバイザーの養成・派遣に充てられる
参加する人が負担する費用	テキスト代や茶菓子等の実費のみ
質を保証する取り組み	運営・進行する人の研修 運営アドバイザーの養成と派遣

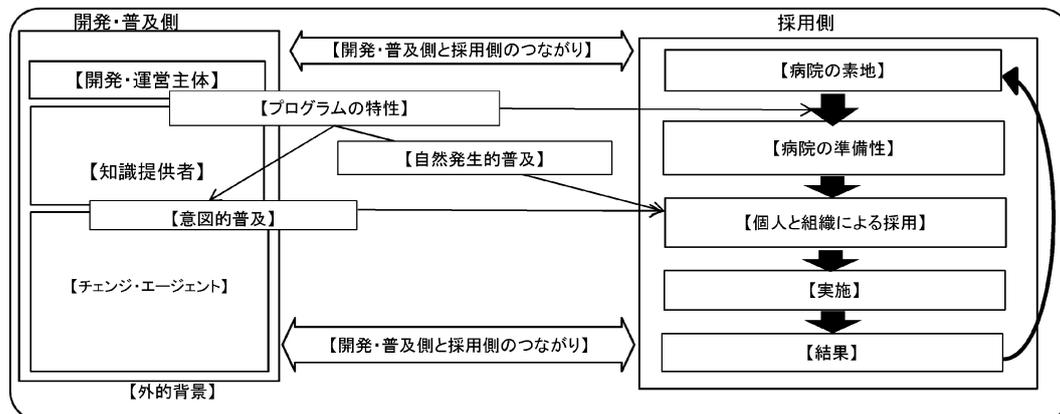
本プログラムの場合、採用側はA病院もしくはB病院、採用する個人は院長であり、開発・普及側の【開発・運営主体】が地域精神保健福祉機構と企画委員会、アイデアや知識を提供する【知識提供者】が企画委員会と運営アドバイザー（担当家族に助言をする家族）、【チェンジ・エージェント】（変化を促す人や機関）は企画委員かつ担当家族でもある大家連のCA氏である。本報告では、CA氏による病院への働きかけに焦点を当て、病院がどのように採用し、また、継続の判断をしたかに着目した。

理論枠組みを本プログラムに適用した場合、【チェンジ・エージェント】のCA氏が病院と接触努力をすること、病院のニーズや都合を優先させること、プログラムと病院のニーズが両立していること、病院からCA氏が信頼されていることなどがプログラムの採用を促進すると考えられている。

採用側の病院がプログラムを受け入れやすい体質であるかという【病院の素地】では、病院が機能分化していることや、新しい知識や変化を受け入れる体質であることなどがプログラムの採用を促進する。プログラムを受け入れやすい状況であるかという【病院の準備性】が採用の前段階となる。病院が現状に危機感をもっていること、プログラムで病院が変わると期待していることなどが採用を促進する。【プログラムの特性】として、病院に利益がもたらされること、病院運営と矛盾がないこと、複雑でないこと、試行できること、観察できること、リスクやタスクが少ないこと、必要な知識が複雑でないこと、技術的サポートがあることなどが採用を促進する。また、【外的背景】として、組織間のネットワークがあることも採用を促進する。保健所も外的背景に位置付けられる。

院長や病院によるプログラムの【個人と組織によ

図1 家族学習会に適用したイノベーション普及の理論枠組み



注) Greenhalgh らのヘルスケア提供組織におけるイノベーション普及の理論枠組み¹⁴⁾を一部改変

る採用】の段階では、院長の個人的特性や病院での意思決定プロセスが採用に関連する。病院での採用が決まると実際にプログラムを導入し、【実施】の段階に至る。本プログラムの実施者は、家族会の担当家族である。病院の実務者にプログラム実施を任せていることなどがプログラムの継続を促進する。実施した【結果】によってプログラムが継続されるかどうかが決まる。継続してプログラムが実施されれば、【病院の素地】という病院組織が変化するというサイクルになる。

上記の他、自然に広まる【自然発生的普及】や意図的に広める【意図的普及】、【開発・普及側と採用側のつながり】もプログラムの普及に関連する。

4. 調査方法

インタビュー調査とアンケート調査を実施した。プログラムは、両病院とも2015年6～7月に1回目を実施し、その後、毎月1回行い、10～11月に最終回を迎えた。

1) インタビュー調査

病院2か所でプログラムに主に関与した職員とプログラムの担当家族全員に別々に各2度、30-40分のグループ・インタビューを行った。1度目のインタビューは、プログラム2回目の開始前に行い、プログラム採用に至る経緯と開始までの準備、1回目の感想を質問した。2度目のインタビューは、担当家族にはプログラム終了直後、職員には終了後3週間以内に行い、プログラムで感じたことや変化、今後の継続の意向を質問した。院長のインタビューは、時間的制約のため、プログラム終了後に10分程度行い、プログラムを採用した理由、実施後の感想、継続の意向を質問した。質問内容について自由に語ってもらった後、理論枠組みの要素が語られていない部分については、研究者が追加で質問した。インタビュー音声はICレコーダーで録音した。

A病院は院長・事務のA課長・精神保健福祉士(以下、PSW)のA氏、B病院は院長・PSWのB氏が研究協力者だった。担当家族は、チェンジ・エージェントのCA氏の他、各病院2人が研究協力者だった。

2) アンケート調査

参加家族を対象としてプログラム1回目開始前と最終回終了直後にアンケート調査を実施した。今回は、1回目開始前に記入された属性、参加動機、参加経路の情報を使用した。

5. 分析方法

分析は、すべて筆頭著者が行った。インタビュー音声データから作成した逐語録を意味のまとまりごとに区切り、理論枠組みに沿って構成要素ごとに分

類した。担当家族のインタビューのうち、CA氏以外のデータは、分析の補完として用いた。理論枠組みの普及に関連する要因と本データが一致するか否かを判断し、本プログラムに特徴的な要因を検討した。また、理論枠組みであげられていない要因も取り出した。研究の妥当性を確保するために、メンバーチェックを行った。具体的には、筆頭著者が分析結果を病院の研究協力者全員とCA氏に文書で渡し、内容を確認してもらった。更に、信頼性を確保するために、筆頭著者以外の共著者2人が逐語録を読み、筆頭著者の結果の解釈に間違いがないかを確認した。

アンケート調査の集計にはSAS version 9.4を用いた。

6. 倫理的配慮

調査は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した(平成27年4月9日10146号)。研究協力者に研究の主旨、方法、参加および中断の自由、データの匿名化と管理方法を説明し、書面で同意を得た。

III 結 果

採用と継続のプロセスを理論枠組みの構成要素に沿って整理したものを表2に示す。

1. 採用と継続のプロセスの概要

大阪府では、1993年に大和川病院事件が発生し、精神障害者の人権侵害の実態が明らかになった。以後、人権擁護の観点から精神科医療環境の改善や、社会的入院の解消に向けて取り組んでおり、大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会が2か月に1回開催されている。B院長は、人権センター、弁護士、医療機関、家族会等が「一堂に会する」協議会があることで「病院も頑張って家族も支援していこうよという気持ちがある」と話した。協議会には、CA氏も大家連役員として時々出席していた。CA氏は、大家連でプログラムを普及する上での中心人物であり、2年前より全国のプログラム普及の中核機関である企画委員になっている。「病院が地域に出て退院促進を進める中で、家族の理解がなく、大変苦労している」一方で、入院患者の家族は「不安や病気を知りたい思いがいっぱいあるけど、現実的に病院の対応が十分ではない」ことをCA氏は知っていた。そのため、家族会が病院に出向いて、プログラムを実施すれば、「家族会も社会貢献の一翼を担える」と考えていた。2013年には、大規模な精神科病院勤務の熱心な若手PSWに、院内での本プログラムの実施を打診したが、「組織内の共通理解ができなかった」という理由で実施に至らなかった。

表2 2病院における家族学習会の採用・継続プロセス：インタビュー内容の整理

		A 病院	B 病院
枠組みの 構成要素	主要な人物	A 院長：院長，採用者 A 課長：事務職，課長 A 氏：精神保健福祉士 CA：企画委員家族，チェンジ・エージェント	B 院長：院長，採用者 B 氏：精神保健福祉士 CA：企画委員家族，チェンジ・エージェント
	枠組みのうち，事例から把握した項目 ◎：枠組みにない特徴		
チェンジ・エージェント	病院との接触努力	3年前から家族会主催の講演会を病院で実施	病院とのつながりがあった，院長と会議で面識があった
	病院のニーズや都合の優先	家族の理解を促したい 入院中の家族のニーズに応えたい，月1回ペースという希望に合わせた	家族の理解を促したい 入院中の家族のニーズに応えたい，月1回ペースという希望に合わせた
	プログラムと病院のニーズとの両立		病院主催の家族教室を運営する参考になる/家族のためになるプログラム
	病院の目から見た信頼性	CA氏は真面目に取り組んでいる	
	◎アプローチする病院の選択	院長が家族を応援してくれている	院長が家族を応援してくれている
	◎家族のニーズを重視	家族の不安や学習ニーズが満たされていない	家族の不安や学習ニーズが満たされていない
病院の素地	組織的要素	病床500床台，福祉職17人，単独部署あり	病床200床台，福祉職8人，単独部署あり
	新しい知識や変化の受け入れ	先駆的なプログラムを導入	新しいことに挑戦
病院の準備性	変化への緊張		家族教室の参加者が少ない
	病院が変わることへの期待		「新しい風」で家族教室の活性化を期待
	従事する時間と資源	場所や人員程度なので問題ない	1日3時間，2人とられるのが「しんどい」
プログラムの特性	関連する利益	家族会が病院に入ることで地域に開かれた病院になる	家族を応援できる
	矛盾がない	既存のプログラム（家族のサポートグループ）と同類	家族支援プログラムの一つ
	複雑でない	「ややこしい話ではない」	
	試行できる		新しい試みとして1回やってみる
	観察できる	担当者養成研修会を見学	講演会で学んだ
	リスク	専門的な説明を家族ができるか不安	様々な疾患に対応できるか不安
	タスク	場所，必要経費，参加者募集，人員配置	場所，必要経費，参加者募集，人員配置
	必要な知識の性質	家族の担当者が運営・進行する	家族の担当者が運営・進行する
	技術的サポート	研修会，マニュアルなどがある	研修会，マニュアルなどがある
	◎既存プログラムとの違いがわかりにくい	家族同士「通じる言葉」での語り合いに意味がある	家族教室との違いがわからずに困惑，テキストの使用やクローズド形式が新鮮
外部背景	組織間のネットワーク	精神科病院院長と家族会代表が会議で定期的に会う	
個人と組織による採用	院長の個人的特性	院長は家族支援の重要性を認識，意識的に病院を改革している	院長は家族支援，地域密着を大切にしている，また，新しいことに挑戦する
	院内の意思決定プロセス	CA氏から相談されてA課長は，A氏に相談して，その後すぐに院長に相談した。A氏は部署内で報告した	CA氏から相談されたB氏は，部署で話し合ってから，院長に相談した
実施	実務者に権限委譲	院長はスタッフに任せている	院長はスタッフに任せている
	使える資源	人員，資源，会場	人員，資源，会場
	内部のコミュニケーション	病院全体で参加者募集に協力した実施報告は部署内で共有	病院全体で参加者募集に協力した実施報告は部署内で共有
結果	◎プログラムの参加者への効果を評価	非協力的な家族にも効果が見込める	家族が賑やかに話す姿を久しぶりに見た
	◎実施の負担はあるが，大きくない	月1回ならそれほど負担ではない	場所の管理が難しかった
	◎スタッフが学びと気づきを得た	家族の疾患の受け止め方など理解できた，利害関係なくフラットに意見交換できた	家族のことを良く理解できた
	◎病院運営に役立った		家族教室や日頃の相談業務に活かせる
	◎参加者像の不一致	非協力的な家族は来てくれない	非協力的な家族は来てくれない

注) Greenhalgh らのヘルスケア提供組織におけるイノベーション普及の理論枠組み¹⁴⁾を参考

その教訓もあり、職員ではなく、家族支援に熱心な院長にアプローチすることにした。CA氏は、以前から交流のあったA病院とB病院にプログラムの実施を打診した。

1) A病院

A病院は、病床500床台の精神科単科の病院であり、管理職PSWのA氏をはじめ17人の福祉職がいる。A院長は、「病院での治療の限界」を認識し、「どうしても閉鎖的」になりやすい病院を「開かれた病院」にするために当事者支援を中心に数々の新しい取り組みを行っていた。

CA氏は、3年前から年1回、家族会主催の講演会をA病院で実施したり、A氏が家族会の勉強会に講師で行くなど、職員とは交流があった。また、院長が家族を応援していることをCA氏は知っていた。CA氏は、プログラム実施場所の確保が難しいといった事情もあって、面倒見のよい事務のA課長に講演会の代わりに、病院でプログラムを実施させてほしいとお願いした。

A課長は、「ややこしい話ではない」し、既存の家族サポートグループに類似しているから「問題ない」と思った。すぐにA氏と院長に相談し、3人でCA氏から説明を受けた。院長は、「真面目に取り組んでいる」と信頼を寄せているCA氏が外部から来て、交流してくれるということに対して、「願ってもないこと」だとすぐに了解した。A氏は、他のPSWにプログラムについて報告したが、特に意見はなかった。研修を受けた家族が進行するプログラムだということで、A氏は、「専門的な部分をご家族さんがどこまで話ができるんやろ」と不安があった。そこでプログラムの担当者養成研修会に見学参加したところ、「思った以上に、専門的でちゃんとしてはる。だから、逆に口出しせんほうがいいかな」とプログラムに信頼を持った。また、「僕らと家族さんが使う言葉もやっぱり違うだろうから、家族さんが通じる言葉で語り合ってもらえばいいんじゃないかな」と家族同士のプログラムの良さを理解した。また、CA氏の提案でプログラムの事前学習会を時間外に開催したところ、医師や看護師など約20人が集まった。その後、プログラムの開発・運営主体が挨拶に訪れた。

日程、会場、参加者募集の方法を話し合って決めた。CA氏は隔週の開催を希望したが、職員の都合で月1回の日曜日になった。A課長が会場や担当家族の交通費を手配した。参加者は、A病院の入院・通院患者の家族を優先するが、定員に満たない場合は他病院を利用する家族も対象にした。他病院患者の家族が参加することについて、A氏は、「全然全

然全然（問題ない）」と話した。参加家族は、看護師やPSWが入院患者の家族に直接声をかけたり、外来にチラシ等を置いて募集した。人数がなかなか集まらなかったため、家族会で把握している家族にも声をかけた。

参加家族は合計9人であり、1人が途中から来なかったが、その他は脱落なく参加し、最終回には「良かった」と感想を述べた。A氏は、プログラムの構成や進行方法が細かく、「ここまでやりはるんや」と思ったと、高く評価していた。また、「病院は、患者さんのこと以外でも立ち寄ることが出来る、地域に開かれた場所であることを知ってもらえたのでは」と当初の目的が達成されたと評価した。一方で、「不適切な対応をする家族さんとか、全然理解のない人に是非参加して聞いてほしいし、テキスト見てほしいって内容なんですよね。でも、そういう家族は概して参加したからない」と参加して欲しい家族像と、実際に参加した家族像が一致していないことを指摘した。A氏は、全回見学参加しており、参加者や担当者の会話から、家族の考え、生活、苦勞などをより深く知ることができたと話し、また、会の終了後に担当家族と「患者さん抜きで利害関係なくフラットに」精神医療保健福祉のあり方を議論できたことを「新鮮だった」と話した。院長は、プログラムの実施をすべてA氏やA課長に任せている。CA氏から今後の実施について打診があれば、院長は「是非また」、A課長は「もちろん全然問題ないです」と了承の意向を示したが、A氏は実施の方法について検討が必要だという意見だった。職員のマンパワーや資料コピー代・担当家族の交通費等の費用を病院が負担することは、対応可能な範囲内だと話した。

2) B病院

B病院は、病床200床台の精神科単科の病院であり、B氏をはじめ8人の福祉職がいる。B院長は、地域の保健所との関わりや家族支援を重要視しており、家族のためになることは「大歓迎」と話した。また、B氏は、院長や病院全体が「新しいことに挑戦していこう」という雰囲気だと感じていた。

CA氏は、6年以上前からB病院と交流があり、家族会主催の講演会を病院で実施したり、病院主催の家族教室でCA氏が話すなどの交流があった。CA氏は「困っている家族が相談に行くのが病院だから、病院でプログラムを実施させてもらえないか」とB氏に相談した。

B氏がPSWの部署でプログラムの実施について検討したところ、既存の家族教室との違いが不明確、人員をとられるのが「しんどい」という意見が

あり、すぐに実施したいということにはならなかった。いつも通り、院長に相談した。院長は、さまざまな疾患に担当者の家族が対応できるのか不安だった。CA氏を含めて院長とB氏で検討することになった。B氏は、テキストを使うことや参加メンバーの入れ替わりがないことは、家族教室とは異なるやり方であり、「新鮮味」を感じた。また、B氏は、病院の家族教室参加者が少ないことを気にかけており、プログラムを実施することで、家族教室に「新しい風」を取り入れて活性化させたいと思った。プログラムの開発・運営主体が挨拶に訪れた後、「初の試みだから、1回やってみたらどうか」と院長が言い、実施が正式に決まった。院内でプログラムの事前学習会を勤務時間内に開催したところ、看護師やワーカーなど20-30人が集まった。この事前学習会によって、PSW間でプログラムと家族教室の違いが明確に理解された。

B氏は、実施に向けて、他のPSWと日程、会場、交通費、参加者募集を検討した。職員の都合で月1回の土曜日に設定した。B氏は、プログラムでは個人情報を外部に漏らさないというルールがあることを知った。そのため、病院職員もその方針に則り、プログラムで知った個人情報を当人の了解なしに他職員に知らせることはしないことにした。運営や司会進行は、すべて家族が担うということで部署内でも方針がまとまった。家族会が病院で実施した、家族向けの講演会でプログラムの宣伝したところ、すぐに参加家族が集まった。B病院の入院・通院以外の患者家族でも「全然、どうぞどうぞ」といつも受け入れているとB氏は話した。

B病院の参加家族は8人であり、脱落者なく全員が最終回まで参加し、満足していた。初回に見学参加した、B氏は「家族さんが賑やかに話している姿を久しぶりに見て」その家族同士の話の盛り上がり「面白かった」と話した。終了後、同僚のPSWも「どうやった?」と関心を示した。プログラムの進行方法などをPSWの部署で共有し、活用できる部分は、病院の家族教室の運営にすぐに取り入れた。B氏以外のPSWも見学参加した。病院への肯定的な意見を聞いて「ほっと」したり、否定的な意見を聞いて「反省」し、通常業務に活かしていた。家族の困りごとや工夫を聞いたことは、「すごく勉強になった」。B氏は、「(本人の)病気を受け入れられない方や、誤った認識があって、協力してもらえない家族さん」がいて、そのような家族に参加して欲しかったが、参加の案内をしても実際には参加してもらえなかったと残念がった。そのような家族の中には、「暴力をふるわれて入院されてきた方」が少

なくなく、本人と会うことすらできなくなっている」と話した。院長は、プログラムの実施をすべてPSWに任せている。CA氏から今後の実施について打診があれば、院長は了承の意向を示したが、B氏は、もし再度実施するなら、治療に協力的でない家族にも参加してもらいたいと話した。その他、貸し出した会場の時間管理に困ったが、費用やマンパワーは対応可能な範囲内だった。

2. 参加家族の概要

A病院の1人は高齢のためアンケートの記入はできなかった。その他15人全員が記入した。参加家族の概要を表3に示す。参加家族の多くは、母親だった。本人は入院中が6人であり、4割を占めていた。発病後経過年数が1年以内の発病間もない患者の家族もB病院で2人いた。参加家族は、病院の講演会、病院職員、家族会を通してプログラムを知り、疾患や対応の勉強や家族同士の語り合いを期待して参加していた。

IV 考 察

1. 発病間もない患者家族の参加

今回の取り組みは、発病間もない患者の家族にプログラムに参加してもらいたいという理由で開始された。プログラムを実施したところ、参加家族のうち2人が発病後1年以内の患者の家族だった。また、入院中の患者家族も4割いた。2013年度に行ったプログラム参加家族への調査では、回答のあった163人全員が発病後2年以上経過しており、入院中の患者家族は6.1%だった¹⁵⁾。家族会が病院に出向いて本プログラムを実施することは、発病間もない患者の家族や入院患者の家族といった従来の方法ではアプローチが難しかった家族を支援する機会になり得ると考える。

2. プログラムの採用に関連する要因

CA氏は、院長やPSWと長年にわたって関係性を構築し、院長に家族を応援する姿勢があることを把握していた。また、病院だけで地域移行を進めるには限界があることや、入院患者の家族の高い学習ニーズに病院が十分応えられていないことをCA氏は認識していた。家族会が病院に出向いてプログラムを実施すれば、地域移行を進める上で「社会貢献の一翼を担える」と判断していた。このようにCA氏が日頃から病院と関係性を構築する努力をしたこと、相手のニーズを的確に把握したこと、病院と家族会のニーズが両立していたことは、理論枠組みと一致していた。今回特徴的だったことは、入院患者の家族のニーズに応えたいというCA氏の強い動機があったことである。CA氏は病院のニーズよりも

表3 病院ごとの参加家族の属性

	A 病院 n=7	B 病院 n=8
	Mean ± S.D. n (%)	Mean ± S.D. n (%)
参加家族		
年齢 (歳)	66.3 ± 9.6	60.1 ± 7.8
性別		
男性	1 (14.3%)	0 (0.0%)
女性	6 (85.7%)	8 (100.0%)
家族学習会の情報経路 (複数回答)†		
病院の講演会	1 (14.3%)	6 (75.0%)
病院職員から個人的に	3 (42.9%)	1 (12.5%)
家族会	3 (42.9%)	1 (12.5%)
家族学習会への期待 (複数回答)†		
疾患や対応の勉強	7 (100.0%)	8 (100.0%)
家族同士の語り合い	7 (100.0%)	5 (62.5%)
家族同士のつながり	2 (28.6%)	1 (12.5%)
精神障がい者本人		
年齢 (歳)	40.7 ± 7.6	31.5 ± 10.6
性別		
男性	4 (57.1%)	5 (62.5%)
女性	3 (42.9%)	3 (37.5%)
発病後経過年数 (年)	10.9 ± 4.1	10.6 ± 8.7
1年以下	0 (0.0%)	2 (25.0%)
2-4年	0 (0.0%)	1 (12.5%)
5-9年	4 (57.1%)	0 (0.0%)
10-19年	3 (42.9%)	4 (50.0%)
20-29年	0 (0.0%)	1 (12.5%)
続柄		
子	6 (85.7%)	8 (100.0%)
配偶者	1 (14.3%)	0 (0.0%)
主疾患		
統合失調症	5 (71.4%)	7 (87.5%)
気分障害	1 (14.3%)	1 (12.5%)
てんかん性精神病	1 (14.3%)	0 (0.0%)
治療		
この病院に入院中	3 (42.9%)	2 (25.0%)
この病院に通院中	3 (42.9%)	2 (25.0%)
この病院以外の医療機関に入院中	0 (0.0%)	1 (12.5%)
この病院以外の医療機関に通院中	1 (14.3%)	2 (25.0%)
精神科で治療を受けていない	0 (0.0%)	1 (12.5%)

†: 回答の多かった項目のみ掲載

家族のニーズを重く受け止めていた。これは CA 氏自身が同じ立場の家族であることによると考えられる。本プログラムで担当家族として活動すると、困難な経験をした同じ立場の家族だからこそできる社会的役割を見出していくことが明らかになってい

る¹⁶⁾。CA 氏も自分の社会的役割として家族のニーズに応えたいと強く思ったと考えられる。

病院の特徴としては、革新的な地域に開かれた病院であることや機能分化した組織であることなどが理論枠組みと一致していた。既存の家族教室などのプログラムと本プログラムの違いがわかりにくかったということが今回の特徴だったため、CA 氏が院内で事前学習会を行っていた。CA 氏が病棟看護師など多くの職員にプログラムを説明をすることで職員のプログラムの理解が進んだ。プログラムを理解してもらおうとする CA 氏の地道な努力もまた採用を後押ししたと考えられる。

プログラムの採用には、日頃から家族会と病院が関係性を構築できていたことが影響しており、関係機関による会議の定期開催という外的背景もあった。家族会は1960年頃から病院職員が中心となって、家族教育を目的として設立され始めた¹⁷⁾。その後、地域を活動拠点とする家族会が増加し、病院を活動拠点とする家族会は減少した¹⁸⁾。現在では病院と家族会が話し合う機会も少なくなったと考えられる。また、保健所管内精神保健推進会議を設置している保健所は46.5%と約半数に留まっている¹⁹⁾。関係機関会議に家族会と病院を入れて交流をもつことができれば、本プログラムを含む家族支援を発展させることにつながると考える。

本プログラムを病院で実施する今回のような取り組みは、2016年度関東や九州地方でも計画されている。企画委員会は、病院におけるプログラムの実施を新たな普及戦略として2016年度の活動方針に位置づけた。今回の先駆的取り組みを参考にして各地の企画委員がすでに病院への働きかけを始めている。

3. プログラムの継続に関連する要因

今回、プログラムは、参加家族に高い効果があると PSW に評価された。PSW 個人の体験としても、家族理解につながったと学びや気づきを得ていたことが語られた。そのようなプログラムの効果があったものの、次年度も継続して実施するかと問うと、両病院の PSW とともに懸念が示された。それは、プログラムに参加してほしい非協力的な家族には参加してもらえないという対象像の不一致であり、今後継続してプログラムを実施するか否かの判断に影響を与えていた。

PSW は、日々、患者や家族の支援に従事する中で非協力的な家族の対応に苦勞している。病院という治療機関の性質上、PSW は治療効果を期待して、非協力的な家族にこそプログラムに参加してほしいと思っていた。家族ピア教育プログラムは、本人の治療とは独立したアプローチであり²⁰⁾、職員の期

待とプログラムの特性は合致しない。一方で、長期入院の問題を抱える本邦にとって、本人を支援する上で家族の協力を得ることは、重要な課題である。長期入院の課題を抱える本邦の現状を鑑み、本プログラムが治療から独立したプログラムという特性を保持しつつも、職員が期待するような非協力的な家族にアプローチする方法を模索することが望まれるだろう。

V おわりに

プログラムを継続するには、患者との関わりに消極的な非協力的な家族にも働きかけ、プログラムに参加してもらうことが望まれた。しかし、非協力的な家族の中には、入院前に暴力を受けた経験がある人がいるとPSWは述べていた。そのような家族には、プログラムの参加を促すことよりも先に、家族の不安を受け止めることが必要だと考える。今回は病院職員が家族にプログラムを案内したが、今後は同じ立場の家族が案内する機会をつくることにした。家族会が病院に出向き、院内で家族相談日を設け、同じ立場の家族が直接入院・通院患者の家族と話す取り組みがすでに始まっている²¹⁾。そのことで家族に安心感をもたらし、プログラムへの参加を前向きに考えられるようになると期待する。また、両病院とも2016年度は継続してプログラムを実施することが決まった。今後、プログラムの参加者像が変化するか否かを注視したい。

川辺慶子氏・菊留利江氏・姫野常子氏（大阪府精神障害者家族会連合会）、桂田俊武院長・高岡睦昌氏・夫正彦氏（阪本病院）、木下秀夫院長・綱嶋由樹氏（国分病院）をはじめ、研究にご協力いただいた皆様に感謝申し上げます。なお、開示すべきCOI状態はない。

（受付 2016. 2.22）
（採用 2016. 6.27）

文 献

- 厚生労働省. 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html> (2016年4月22日アクセス可能).
- 杉原 努. 精神科病院長期入院者への退院支援に関する先行研究の動向 第1稿. 佛教大学社会福祉学部論集 2015; 11: 31-45.
- 梶谷康介, 中島竜一, 梶原雅史, 他. 長期入院統合失調症患者の家族の精神健康度: PTSDの観点から. 精神医学 2008; 50(2): 169-172.
- 厚生労働省. 平成26年患者調査 表56 精神科病院の推計患者数, 年齢階級×性・疾病分類(精神及び行動の障害)×入院-外来別. 2015. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001141596> (2016年4月22日アクセス可能).
- Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, et al. Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia Pac J Public Health* 2015; 27(6): 652-660.
- Kageyama M, Solomon P, Yokoyama K. Psychological distress and violence towards parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30(5): 614-619.
- 東京都福祉保健局. 平成25年度東京都福祉保健基礎調査「障害者の生活実態」. 2014. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/chosa_tokei/zenbun/heisei25/index.html (2016年7月29日アクセス可能).
- 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.
- 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: 全国精神保健福祉会連合会. 2010. <http://seishinhoken.jp/researches/view/345> (2016年4月22日アクセス可能).
- Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. "There are too many steps before you get to where you need to be": help-seeking by patients with first-episode psychosis. *J Ment Health* 2013; 22(4): 384-395.
- 二宮史織, 中村由嘉子, 蔭山正子, 他. 精神障害者の家族ピア教育プログラム(家族による家族学習会)が家族のエンパワメントに与える効果: プログラム実施者と受講者の効果の比較. *精神医学* 2016; 58(3): 199-207.
- Yin RK. ケース・スタディの方法(第2版) [Case Study Research: Design and Methods (2nd Edition)] (近藤公彦, 訳). 東京: 千倉書房. 1996.
- Greenhalgh T, Robert G, Bate P, et al. *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 2005.
- エベレット・ロジャーズ. *イノベーションの普及* [Diffusion of Innovations (5th Edition)] (三藤利雄, 訳). 東京: 翔泳社. 2007.
- 蔭山正子, 横山恵子, 小林清香, 他. 精神障がいのある家族ピア教育プログラムの質的評価: プログラム事後の自由記載の分析. *日本看護科学会誌* 2005; 35: 43-52.
- Kageyama M, Yokoyama K, Nakamura Y, et al. Changes in families' caregiving experiences through involvement as participants then facilitators in a family peer-education program for mental disorders in Japan. *Family Process* 2015 (Epub ahead of print). DOI:

- 10.1111/famp.12194.
- 17) 全家連30年史編集委員会, 編. みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ. 東京: 全国精神障害者家族会連合会. 1997.
- 18) 全国精神保健福祉会連合会. 2012 (H24) 年度「家族会」全国調査. 東京: 全国精神保健福祉会連合会. 2013. <http://seishinhoken.jp/researches/view/419> (2016年7月29日アクセス可能).
- 19) 山田全啓. 平成24年度地域保健総合推進事業 (全国保健所長会協力事業) 精神科医療と地域ケアの連携推進事業 報告書. 2013. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2012_03.pdf (2016年4月22日アクセス可能).
- 20) Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(4): 631-643.
- 21) 川辺慶子. 家族だからできる家族支援「家族による家族学習会」: 大阪2病院における家族学習会の取り組み. *月刊みんなねっと* 2016; 5: 38-39.
-