［研究報告］

精神疾患を持つ当事者本人および家族に対する訪問看護支援実施のケーススタディー
～メリデン版訪問家族支援の効果の一考察～

吉野　賀寿美

五稜会病院

要旨

本研究は，行動療法学的家族療法であるメリデン版訪問家族支援を実施し，一連の支援過程を終了したケースをよく知る医療従事者に対して半構成的インタビューを行い，第３者の視点からケースの様子を明らかにし，支援の効果を検討した．

データ分析の結果，67のコードを抽出し，支援実施前として６つのサブカテゴリーから構成される『交わりのない家族内コミュニケーション』『壁のある家族関係』『本来の姿が不在の個々』の３つのカテゴリーが生成され，支援実施後として８つのサブカテゴリーから構成される『心地の良い家族内コミュニケーション』『明らかになった個々の姿』『本人－家族が共に行う意思決定』『治療的環境の現れ』の４つのカテゴリーが生成された．

考察から，メリデン版訪問家族支援は，「家族の関係性を再構築」し，「日々の生活の中に治療的環境を生み出す」効果があることが明らかになった．

キーワード

家族支援　訪問看護　精神障害者　行動療法的家族療法

Ⅰ．はじめに

日本では精神障害者の約８割が家族と同居しているという実情がある．しかし，家族を支える支援は不十分で，多くの家族が自分たちの人生を犠牲にして当事者本人を支えているのが現状である（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，2010）．2009年の厚生労働省による「今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討報告書」（厚生労働省，2009）では，地域生活支援の充実化を図るため，訪問診療や訪問看護の促進が目指された．特に訪問看護においては当事者本人や家族の視点に立った支援の強化を行うべきであることが報告されており，個別の「単家族」に対する「訪問型」の支援が求められていると言える（白石，2011）．しかし10年経った現在でも，日本で行われている家族支援の多くは「来所型」かつ「集団」が対象となっているのが主であり，つまり精神障害者を自宅に置いて来所できる家族が対象で，重症な精神障害をもつ当事者を支えている家族にとって手の届きにくい支援となっている．

メリデン版訪問家族支援（以下，ファミリーワークとする）は，イギリスのBirmingham　&　Solihullの Mental Health NHSにあるMeriden Family Programmeという研究機関が開発した行動療法的家族療法（BFT：Behavioural Family　Therapy）（Fallon・Laporta・Fadden・Graham-HoleIan，1993）の心理教育的アプローチであり，当事者・家族・専門家の３者がパートナーシップの関係で進めていくことを大切にしている，「本人」と「家族」を対象とした訪問型の支援である．BFTは，1980年代以降欧米を中心に広く普及し，再発予防に有効な手段として報告され（Falloon・Pederson，1985），現在ではアメリカ統合失調症PORT（Patient Outcomes Research Team）ガイドライン（Lehman・Steinwachs，1998）や英国王立医療評価機構NICE（National Institute for Clinical Excellence）（National Collaborating Centre for Mental Health，2010）において標準的治療法とされている．日本でもBFTを導入しようとした試みはあったものの（French　・Smith・Shiers・Reed・Rayne，2010），当時の日本の精神医療の状況においては，単家族に濃厚な支援を提供するこの方法は困難とされ（福井，2011），現在まで浸透することなく，家族への支援は家族教室などといった当事者本人を除いた家族に対する来所型かつ集団への支援という形が主流となっている．

筆者は2015年よりファミリーワークの日本導入および普及に取り組んでいるが，日本でファミリーワークを普及していくには，支援の効果を示していく必要がある．そこで，今回一連の支援過程を終了したケース

＜連絡先＞
吉野　賀寿美
五稜会病院
E-mail：yoshino@goryokai.com

について，支援の効果を明らかにする試みを行ったので報告する．

Ⅱ．研究目的

ファミリーワークを実施し，一連の支援過程を終了したケースをよく知る医療従事者に対してインタビューを行い，第3者の視点からケースの様子を明らかにし，ファミリーワークの効果を検討する一助とすることを本研究の目的とする．

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

ケーススタディー．

2．研究対象者

ファミリーワークの一連の支援過程を終了した2ケースをよく知る医療従事者2名．

3．データ収集方法

インタビュースケジュールに沿って，研究対象者にケースについて自由に語ってもらい，その会話を録音したものを逐語録にし，データとした．データの信頼性と妥当性を確保するため，面接の実施はファミリーワークに精通した者とし，バイアスをさけるため，ケースに支援を実施した者は同ケースを知る医療者に面接は実施しないこととした．

4．データ分析方法

内容分析法に基づき分析を実施した．逐語録は，ケースに関する内容について，ファミリーワークの前後の記述に分類後，コード化し，意味内容の類似性を比較してカテゴリー化していった．データ分析と分析結果の妥当性を高めるため，質的研究に精通した者複数名によるデータ分析を実施した．

5．倫理的配慮

研究対象者に対して，研究開始前に書面及び口頭にて研究目的，研究経過，データ分析方法について十分な説明を行い，研究参加の同意を得た．また，①いつでも同意の撤回ができること，②対象者が話したくない内容については話さなくてもよいこと，を権利として保証した．本研究対象者は第三者としての立場にいるものであり直接の関係者ではないため，面接による大きな心的侵襲はないと考える．データの取り扱いについて，録音データは施錠できる場所に保管し，研究者以外の他者が入手できないように厳重に保管・管理を行うと共に逐語録データ内の個人を特定できる情報は記号化し，セキュリティーロック付のUSBメモリーにて管理を行った．録音データは，逐語録作成後破棄し，逐語録は研究終了後5年間施錠できる場所に保管後破棄する．また，本研究は医療法人社団五稜会病院倫理検討委員会での承認を得た上で実施した．

Ⅳ．結果

1．ファミリーワークの概要

ファミリーワークでは，①関係づくり，②アセスメント（個々の家族メンバー，家族のコミュニケーションと問題解決能力），③精神疾患や治療などの情報共有，④コミュニケーショントレーニング，⑤問題解決と目標達成，⑥再発の初期兆候の認識と再発予防計画，⑦危機介入，⑧その他の技能習得，の主に8つの内容を家族のニーズや状況に応じて柔軟に構成し，支援を提供できる（図1）．セッションは通常一家族に対して15回程度であるが，家族の構成人数やスキルレベルによりセッション回数に違いがある．また，ファミリーワークの介入の特徴は，専門家からの指導といった，専門家対本人・家族というスタンスではなく，本人・家族・専門家が協働する関係性を大切にするもので，これをtriangle of care（ケアの三角形）と呼ぶ（図2）．

メリデン版訪問家族支援の特徴
（行動療法的家族療法の内容）

エンゲージメントとアセスメント
○個々の家族構成／家族のコミュニケーションと問題解決についてアセスメント
○家族との協働作業で行う

症状やその影響についての情報共有
○「教育」ではなく「情報共有」
○「再発の危険サインとその対処方法」を本人・家族・支援者で共有

コミュニケーション・スキル・トレーニング
○傾聴（Active listening）／うれしい感情の表現／肯定的な要求／不快な感情の表現

家族による問題解決
○家族とのミーティングをもち，問題解決の練習，そして家族支援ワーカーなしでの家族ミーティングのやり方を確立

図1　ファミリーワークの内容

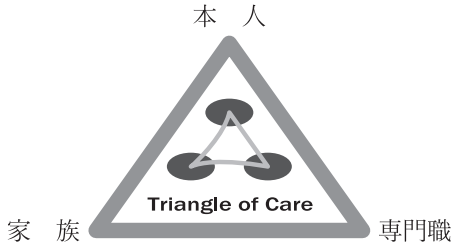

図2　ケアの三角形

2．ケースと研究対象者の概要

ファミリーワークの全セッションを終了した異なる2つの医療機関に通院する2ケースの当事者はいずれも統合失調症であり，男女1名ずつで，20代と30代であった．

ケース1の家族構成は，単身赴任中の父と地方で働いている姉を含む4人家族で，他の家族が実家に戻っ

た際以外は，通常一緒に生活している母と本人に対して支援が提供された．支援期間は6か月であった．

ケース2は，両親と兄との4人暮らしであるが，これまでの本人の病状による数々のエピソードにより本人の兄とは決別しており，数年来話をしていない状況で，今回は本人と両親を対象とした支援の提供を行った．支援期間は10カ月であった．

研究対象者は，各ケース通院中の訪問看護師2名（30代・40代）で，前者は精神科経験年数10年以上，後者は精神科経験年数は3年であるが，訪問看護師としての経験は10年以上であった．

3．ファミリーワーク実施前後の家族のあり方

データ分析の結果，67のコードを抽出し，支援実施前として6つのサブカテゴリーと3つのカテゴリーが生成され，支援実施後として8つのサブカテゴリーと4つのカテゴリーが生成された（表1）．

以下，『　』はカテゴリー，＜　＞はサブカテゴリー，［　］はコードを示し，内容を説明する．また，実際の語りは斜体で記述する．

表1　ファミリーワーク実施前後の家族のあり方

カテゴリー		サブカテゴリー
支援実施前	交わりのない家族内コミュニケーション	一方的な行動
		乏しいコミュニケーションスキル
	壁のある家族関係	良くない家族関係
		家族の距離
	本来の姿が不在の個々	本人への違和感ある印象
		見た目の負の印象
支援実施後	心地の良い家族内コミュニケーション	多様な形の家族内コミュニケーション
		居心地の良い家族関係
	明らかになった個々の姿	本来のその人の姿
		自己の思いの表出
	本人－家族が共に行う意思決定	家族一緒の話し合い
		家族みんなで意思決定
	治療的環境の現れ	家族支援の治療的効果
		本人のストレスを配慮しての家族の行動変容

1）ファミリーワーク実施前の家族のあり方

⑴ 『交わりのない家族内コミュニケーション』

研究対象者は，*「お母さんは，やっぱり，Aさんには働いてほしい思いが強かったし，本人もそれを望んでいたので，何とかいいところに，何でもいいから働いてほしいと思っていたと思うんですよね．それで，色んなのを見つけてきては，まあ，半ば本人には押し付けになるような感じで色んなことをやっていたんですけど」*と語っており，ケースの＜一方的な行動＞が見られていた．更に，＜乏しいコミュニケーションスキル＞しか持ち合わせておらず，*「今までだと何か話す，注意する，それに答えるというだけの会話で，まぁ買い物も行ったりしていましたけど，お薬についてとか，今の症状についてだとか，あと，たばこの本数を減らしたいけどどうしようとか，間食をどうしていこうかとか，そういうことをお母さんはこう思っている．お父さんはこう思っている．Bさんはこう思っているというところを話し合ったことがなかったんでしょうね」*といったような［本音の家族の話し合いの不在］な状況であった．

このように＜乏しいコミュニケーションスキル＞，そのために起る＜一方的な行動＞により家族が話をしなくなっていき，『交わりのない家庭内コミュニケーション』という状況に陥っていた．

⑵ 『壁のある家族関係』

研究対象者の語りから，［良くない母子関係］というコードや*「(本人は)，お母さんとかお父さんとかに，ちょっと嫌な感じを持っていた．お母さんもBさんの行動にちょっと嫌な感情を持っていた．お父さんはちょっと分からないで，ずっと奥で黙って聞いているような人だったんですけど．実際はBさんのことを，結構怒っている人だったというのが後から分かったんですけど．だから，ちょっとこうお互いに嫌な感情があるように思えたんですけども」*といったように［両親と本人の間にある嫌悪感］により，＜良くない家族関係＞像が写し出された．そういった関係では，家族が親密な関係性を保持することは難しく，［本人を腫れ物のように扱う家族］となり，＜家族の距離＞が生まれ，他者には『壁のある家族関係』として映る状況になっていた．

⑶ 『本来の姿が不在の個々』

このカテゴリーは，第3者からみた本人と家族に対する印象で，本人たちが実際どのような人たちなのかつかめなかった状況から生成された．研究対象者は*「まず最初の印象が，若いのにすごく暗いなーっていう…．かっこいいんですけど，（中略）イケメン．サッカーもやってたっていうイケメンな若者なのに，すごく青白くって，あのー家から出てないんだなー，閉じこもっているのかなーっていう印象でした」*と語っているように，［本人への違和感ある印象］を感じていたり，ケースに対してレッテルを貼り，＜見た目の負の印象＞を抱いていた．つまり，本支援開始以前から，外来診察や訪問看護の場面でケースとの関わりがあったにもかかわらず，ケースについて良くわからない，あるいは誤った印象を抱き，『本来の姿が不在の個々』として把握されていた．

2）ファミリーワーク実施後の家族のあり方

⑴ 『心地の良い家族内コミュニケーション』

ファミリーワーク開始後，研究対象者は［母の希望にアサーティブに交渉する本人］の姿や［家族内で禁句がない状態］，［言いたい事を言える家族関係］の中，＜多彩な形の家庭内コミュニケーション＞が繰り広げられるようになっているケースの変化について語っていた．また，［家族の中で楽しむ本人］の状況についての語りや［家族の空気に変化］が見られ，＜居心地の良い家族関係＞になっている状況が伺われた．つまり，『心地の良い家族内コミュニケーション』が第三者によって感じられる，家族の相互作用が生まれていた．

⑵ 『明らかになった個々の姿』

ファミリーワーク開始前のカテゴリーである『本来の姿が不在の個々』と対照的に，支援開始後は『明らかになった個々の姿』というカテゴリーが生成された．このカテゴリーは，*「これからどうしたいのっていう話を何回もしたみたいで．その中でAさんが，こう涙を流しながら，なんかね，このままじゃ嫌だって言ってというのがあって．で，お母さんが困る場面があって，なんかそういう中で三角形を（支援実施者が）うまく作ってくれた」*といった＜自己の思いの表出＞をした場面から，徐々に明らかになっていった＜本来のその人の姿＞を研究対象者が理解し，『明らかになった個々の姿』が映し出されたのであった．

⑶ 『本人－家族が共に行う意思決定』

研究対象者は，［母子２人の時間］や［家族の話し合い］の機会が増えたことについて語っており，＜家族一緒の話し合い＞の時間が生まれていたことが窺われた．そして，家族の話し合いを重ねることで，［母の目標が母子共通の目標へと変化］していく過程や［家族間での話し合いによる治療選択］を行うといったような＜家族みんなで意思決定＞を行えるようになっていた．研究対象者は，この意思決定をできるようになったケースの変化について以下のように語っていた．

「家族の問題は家族で話し合って決めるというところは，当たり前と言えば当たり前なんですけど．それを意図的に作り出すという支援の方法はなかなか新しかったですね」

⑷ 『治療的環境の現れ』

このカテゴリーは，＜家族支援の治療的効果＞＜本人のストレスを配慮しての家族の行動変容＞の２つのサブカテゴリーから抽出された．研究対象者の語りから，ケースは，［対人関係の練習として家族支援］を捉えていたり，ファミリーワークのセッションを積み重ねることにより［本人との現実時間の共有］の場が増えている事を認識しているようであり，本人にとっての治療的効果を感じとっていた．また，*「お母さんね，ガーっと喋ってしまう方なので，何かにつけて，（中略）ワードとして，就職，働くって話を一切出さないことをやってみましょうって，（中略）お母さんそれをすごく頑張ってくれて，毎回会う度に，目標の確認をした時に，どうだったお母さんって言ったら，Aさんもそれを聞いていて，“お母さん言わなかった”って言っていたり，“ちょっと言いそうになったよね，あの時”って，そういう会話があって」*といった語りから把握されるように＜本人のストレスを配慮しての家族の行動変容＞が見られていた．

Ⅴ．考察

１．家族の関係性を再構築

ファミリーワーク実施前のケースは，『交わりのない家族内コミュニケーション』を行っており，『壁のある家族関係』にあった．これは，その人個人が何を思い考え，あるいは何を望んでいるのか不明であるが故に『本来の姿は不在の個々』となっており，表面上の個々の家族の姿と真のその人の姿との間にギャップができてしまったと思われた．しかしそのギャップは，その人の思いを知り，その人本来の姿への理解が深まっていくにつれ，埋められていった．家族がお互いの理解を深め，本来の姿とのギャップの解消に一役かったのがコミュニケーションである．コミュニケーションの構成要素の一つには，“何をきき，何を見たのかを理解する内的プロセスのいくつかの部分（Lambie・Daniels-Mohring，2001）”がある．ファミリーワークのベースはコミュニケーションであり，情報共有，問題解決，家族ミーティング，そしてコミュニケーション・スキル・トレーニングのセッションを通して家族内のコミュニケーションが促進されたと考えられる．また，単にコミュニケーションをとる機会をファミリーワークが提供しただけではなく，実際にアセスメントで把握されたニーズに合わせて，コミュニケーション・スキル・トレーニングのセッションを組み立てたことで効果的なコミュニケーションが促進され，お互いの理解を深める事につながったと考える．野村（2017）はコミュニケーションが日々の安心できる生活をもたらすと述べている．つまり，コミュニケーションが促進され，家族がお互いを理解していくという過程を通して家族の関係性が再構築されていったと考察できる．

２．日々の生活の中に治療的環境を生み出す

ファミリーワーク実施前のケースは，就職や病状の悪化による入院など，当事者本人に関わる事柄に関しても本人と家族が話し合うことなく，『交わりのない家族内コミュニケーション』であった状況から窺われるように，一方的な家族の意向により進められていた．しかし，ファミリーワーク導入後はコミュニケーションを取って話し合いを行い，様々な決定がなされるようになっている．この変化は，家族ミーティングを実践していく中で，徐々に当事者本人と家族が共に話し合って日々の生活上の目標や課題に合意していくとい

う，対処パターンの変更によるものと言えるだろう．

ファミリーワークを通して，当事者本人と家族は，病気や治療法の理解の深まり，効果的なコミュニケーションスキルの獲得や新しい問題解決や目標達成の方法知ることで，日々の困りごとに対する対処法のパターンが変化し，先行研究（Jhadreay・Fadden・Atchison・Conneeky・Danks・Lee・Mansel，2015）でも示されているように，以前より困りごとを解決できる力が育まれていた．Rapp・Goscha（2011）は，その人が日々の困難を乗り越え，願望の達成に向かっていくことがリカバリーであると述べている．つまり，過去ではなく“now and here”（今ここ）という前向きなアプローチに基づくファミリーワーク（Falloon・Fadden・Muser・Gingerich・Rappapoat・Mcgill・Graham-Hoke・ Gair ，2015）を通じて，自分たちの問題や目標を解決していく，まさにリカバリーの過程を経験していると考える．そして，当事者本人と家族が，それぞれのリカバリーを目指す中，ファミリーワークを通して獲得した知識とスキルを活用し，当事者本人の病気の症状により引き起こされる困りごとに，自分たちで対処していくといったことが日常的に行われるようになっていた．つまり，彼らの日々の生活の中に『治療的環境の現れ』が認められたと言えるであろう．

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本研究は，開始したばかりの支援の効果を検討しようと試みたものであり，従って研究対象者２名のみからのインタビューデータに基づいての考察であるため，一般化は難しい．しかし，本支援終了ケースが増えるごとに，ケースを増やした中での継続研究を行うことで，今回の小規模な研究で得られたエッセンスを基に，ファミリーワークの効果の理解を深めていくことは重要である．また，今回は，第三者の立場から映る本支援の効果について検討したが，現在別の研究で進められている本人と家族を対象とした支援効果の検討も行っており，将来的に多角的視点を含めた効果の検証を行っていく必要がある．

謝辞

本研究実施に当たり，快くインタビューの実施をしていただきました研究協力者の皆様に，深く感謝いたします．なお，本研究は日本精神保健看護学会第27回学術集会で発表したものに加筆修正を行った．本研究は宮城大学指定研究費の助成を得て行われたものである．

利益相反

本研究における利益相反はない．

引用文献

Falloon，I. R. H., Fadden, G., Muser, K., Gingerich, S., Rappapoat, S., Mcgill, C., Graham-Hoke, V. and Gair，F.（2015年度版）. Family Work Mannual, The Meriden Family Work Programme.
※一般社団法人ジャパンファミリープロジェクトによる日本語訳版あり．同プロジェクトによる基礎研修修了者のみに配布.

Falloon，I. R. H., Laporta, M., Fadden, G. and Graham-Hole, V.（1993）/白石弘巳・関口隆一監訳（2000）．家族のストレスマネージメント－行動療法的家族療法の実際，金剛出版，東京.

Falloon, I. R. H. & Pederson, J.（1985）．Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment family unit, British Journal of Psychiatry, 147, 156-163.

French, P., Smith, J., Shiers, D., Reed, M. and Rayne, M.（2010）. 岡崎祐士編著，笠井清登監修，針間博彦監訳（2011）．精神病早期介入―回復のための実践マニュアル，日本評論社，東京.

福井里恵（2011）．家族支援教育による家族支援，精神障害とリハビリテーション，5(2)，31-35.

Jhadreay, R., Fadden, G., Atchison, M., Conneeky, P., Danks, J., Lee, A. and Mansell, C.（2015）. Applying the Behavioural Family Therapy Model in Complex Family Situations, Social Science, 459-468, 2015.

厚生労働省（2009）．精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）.

Lambie, R. & Daniels-Mohring, D.（2001）/斉藤利朗訳(2002)．教育カウンセリングと家族システムズ：特別なニーズのある子どもを理解するために，409-412，現代書林.

Lehman, A. F., Steinwachs, D. M., co-investigatiors of the PORT projects（1998）. At issue : Translating Research into Practice : The Schizophrenia Patients Outcome Research Team (PORT) Treatment Recommendations, Schizophrenia Bulletin, 1-10.

National Collaborating Centre for Mental Health（2010）. Schizophrenia ; Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care.

野村忠良（2017）．苦境に立たされる家族と社会改革の必要性，精神科臨床サービス，17(1)，16-21.

Rapp, C. A. R. & Goscha, R. J. G.（2011）/田中英樹訳（2014）．ストレングスモデル・リカバリー志向の精神保健福祉サービス第３版，18-44，金剛出版，東京.

白石弘己（2011）．精神保健福祉における家族支援の方向性，精リハ誌，15（2），141-147.

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（2010）．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在り方に関する調査研究（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），5-62.

受付：2018年11月16日
受理：2019年１月28日