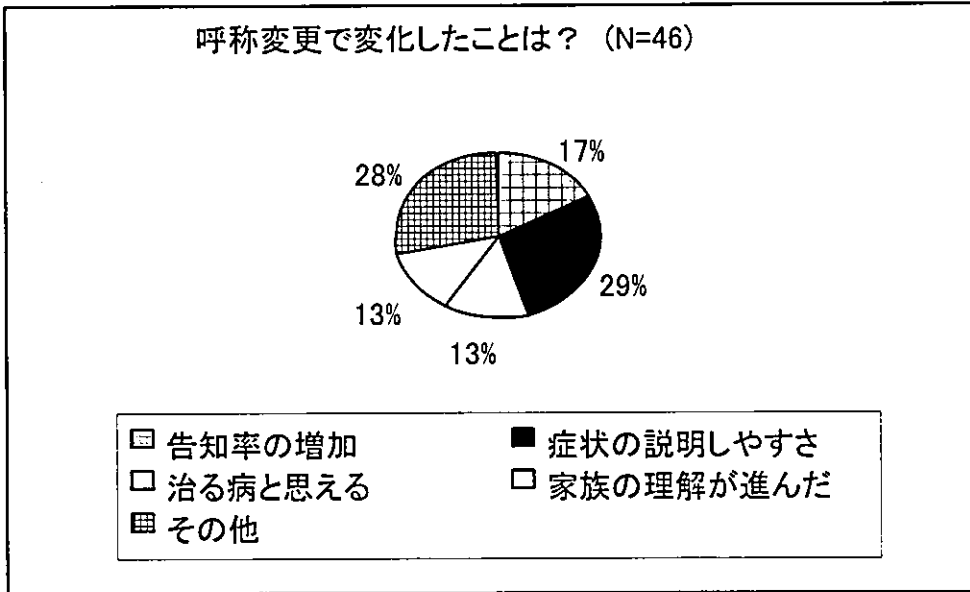
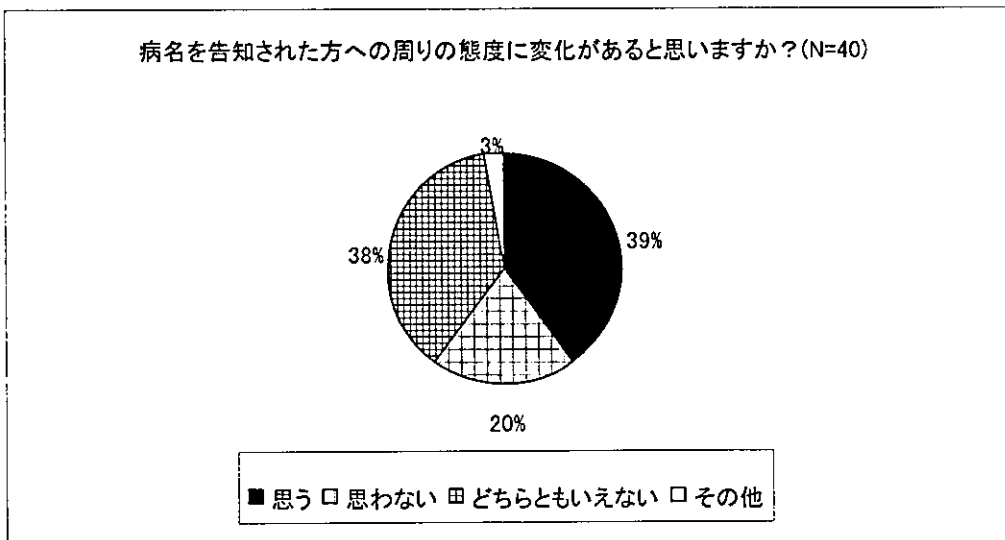


1) 病名変更による変化

①呼称による波及効果

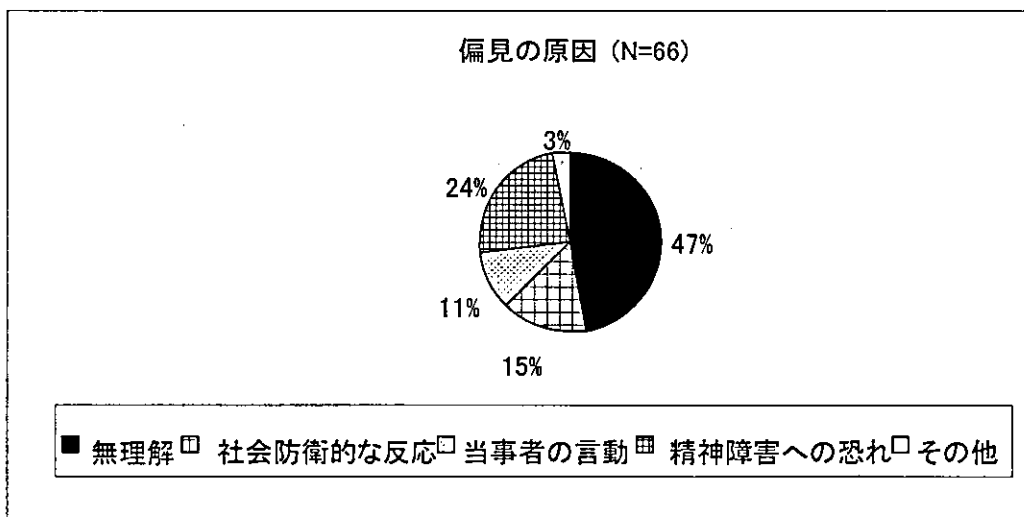
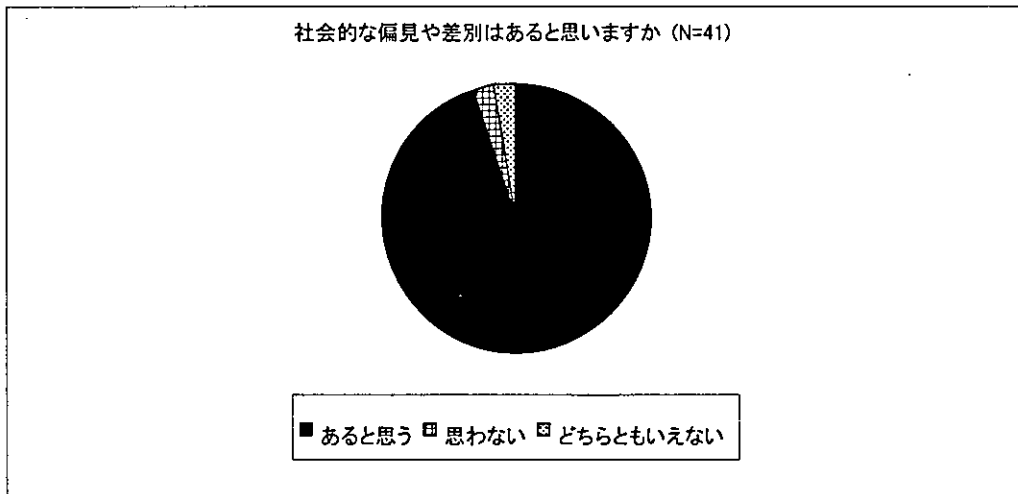


②当事者に対する周囲の態度の変化

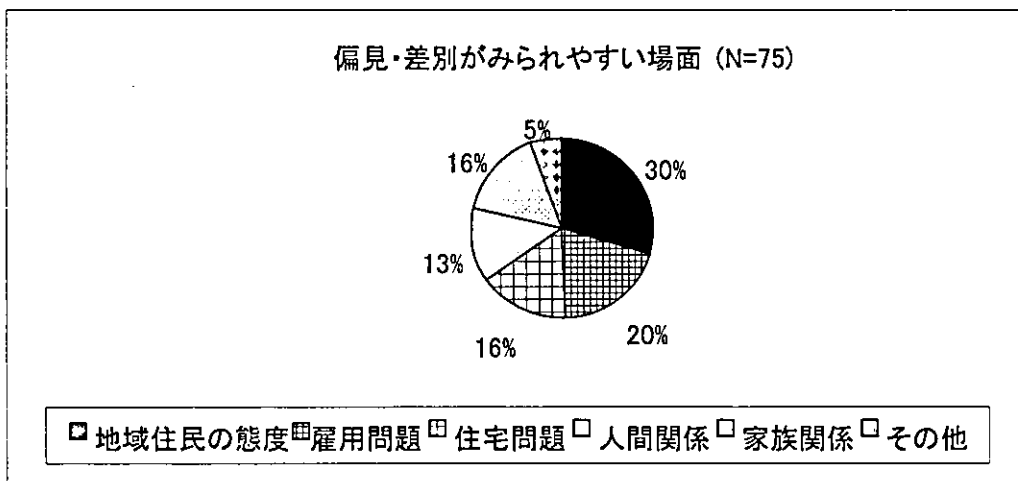


2) 病気に対する偏見と差別に対する病名変更の影響

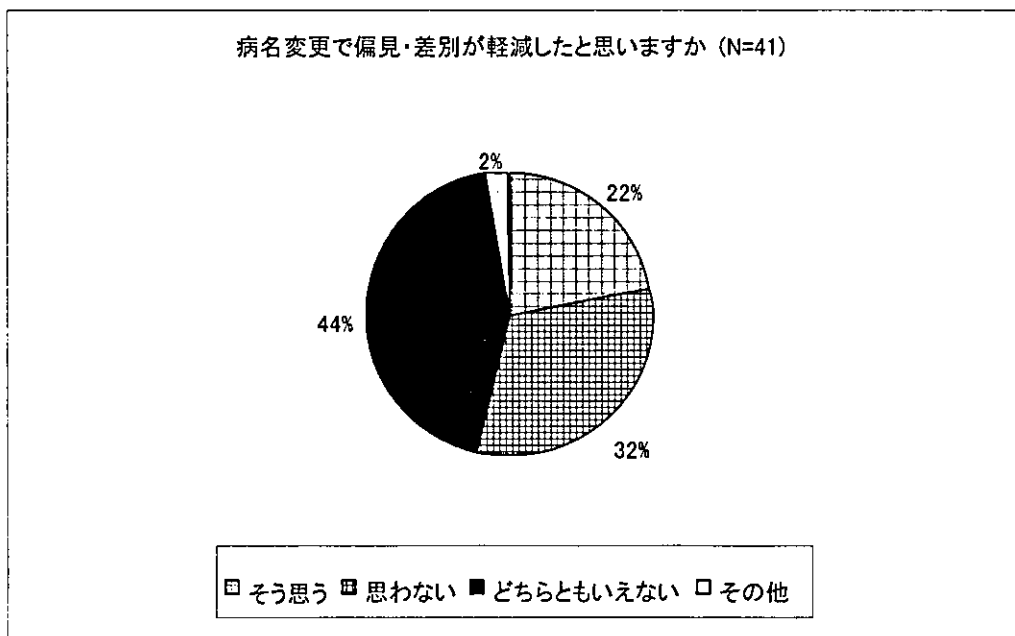
① 社会における偏見と原因



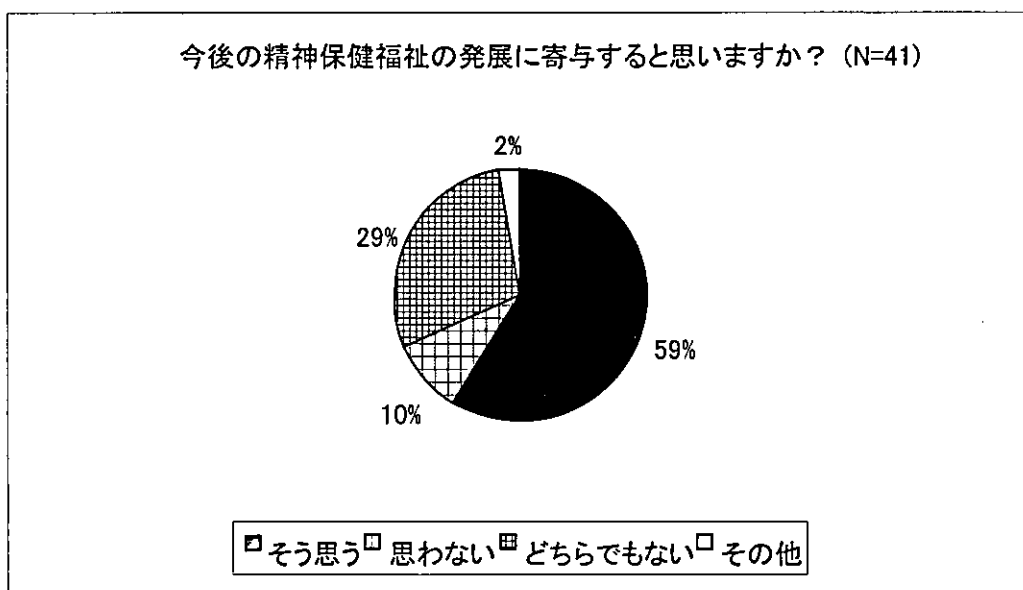
② 偏見や差別がみられやすい場面



③ 病名変更と偏見・差別の是正



④病名変更が今後の精神保健福祉に及ぼす影響



3) 自由記載欄

- ・小学生や中学生の頃から精神障害について「知る」機会が授業などにあると、身近なものとして案じてくれる人達が増える
- ・誰でもなりえる病気であることを学校教育に取り入れる
- ・“他人を理解する”“病気を理解して欲しい”という善意や他力本願的なものではなく、誰の心にも少なからず悩みやストレスはあり、発症もだれにでも起こりうるという「自分にも」「自分のこととして」「よりよい生活」をみんなの実体験として感じてもらえるような知識の普及・講演会などが有効と思う。逆に知識なしにみかけで判断されてしまう危険なところもあると思う。
- ・偏見是正に関してバザーの開催の案内や施設内行事の開放、研修会、当事者活動の発表に取り組んでいる。しかし今ひとつ手ごたえがないのは何故か。たぶん関心のある人はすべてに参加していて、いつでも同じ参加者(顔ぶれ)のように見受けられるからだろうか。参加しない関心のない方々に理解を深めてもらう手段を講じる必要があると思うが、なかなか難しいのが現実です。

当事者の中には「生活保護をもらっているから働かなくてもよい」「病気だから罪にならない」等と平気で口に出したり、「やってもらうことが当たり前だ」と権利ばかり主張し、そのことが偏見を生む原因になっている場合も多くある。

当事者に対する個別指導も行っているがなかなか改善されないし、そうし

た声の大きい当事者は地域の中でも大変に目立つ存在である。当事者自身もかなりの自助努力が必要だと思う。周囲がお膳立てするのではなく、自身が気づいて行動を起こした方が何十倍も効果的だと思う。

- ・少しでも多くの地域の方々と交流していくこと
- ・北海道「べてるの家」で行われているような活動が全国的に広まっていけばと思う
- ・広田和子さんのようなカリスマ性のある方にガンガン活動してもらおう
- ・マスメディアを使い、健常者の方が犯罪率が高いとか服薬を継続していれば患者さんは、そこそこ落ち着いている場合が多い(ことを伝える)。
- ・教育の問題を強く感じる。精神障害にかかわらず学校教育の中で障害者に関する理解を深める方策をまず考えるべきだと思う。単発的なもの(例えばボランティア・慰問 といった)ではなく、通年単位の学校内での日常的なカリキュラムとして位置つける作業が必要だと思う。
- ・私見(これこそ偏見かもしれないが)であるが、教育関係者、医療従事者の精神障害に対する認識の誤りや偏りが多いように感じる。学校教育と平行して関係者の再教育・研修も大切と思う。少なくとも私の職場では、自身が学校時代に身につけた知識で精神疾患や障害者を把握しようとしている人が多い。
- ・身近な関係者だからといって最近の知識や動向に目をむけている人は案外少ない。それだけに身近に関わる人への研

修の機会を増やし、適切な理解を深める試みも必要だと思う。地域生活に向けての様々な試みを図る中でさえ、「病院に入院している方が幸せだ」とまことしやかに周囲に吹聴する「ベテラン」といわれる職員のいるのが現状である。このような医療従事者の中に潜む偏見に対しても、意識しなければならないと考える。また、最近感じる事として、社会的な反響の大きい、あるいはそれが予想される事件に関して、精神障害者の関係性で報じられる事柄に対して関連団体としてはっきりとした見解や解説をタイミングよく公表する必要性があげられる。慎重な姿勢や配慮はもちろん必要だが、マスコミの報道に踊らされがちな気がする。

- 少なくとも関連団体がどのように理解し、対応していくか支援していくかといった方向性が示されれば漠然とした不安無知から生ずる偏見の是正につながるのではないか？
- 一つは当事者の地域に出やすい機会を作ること及び環境づくりが大事と思う。二つは民生委員、保健推進員、ヘルパーさん、ボランティア団体など保健福祉関係者への研修の開催と家族会の育成などが大事と思っている。
- 偏見を持っている人の意見を聞いてみると良いと思う。精神障害者は「こわい」というイメージを持っている方が多く、なぜ「こわい」というイメージを持つのだろうか。精神障害者が犯罪を犯しても罪にならなかつたり刑が軽くなつたりして、被害者にとってみれば気持ちが報われないと思う。精神障害者も一般人と

同様に対処すれば偏見は減少するものと思う。

- 周囲一般の人はそもそもの“統合失調症”なるもの以前に”精神障害者“でひとくくりする人が多いと思う。病気の内容や傾向その他広く知ってもらうようにした方がよいと思う。
- 新聞にて特集を組んでもらうなどがよいと思う。
- ピアカウンセリングからスタートしている。ピアトークショー、ユーザー会議。
- 学童・思春期で発症し、学校を休んでいる子に良く出会います。もう少し教師や他の子どもの理解があつたらと思う。一般住人への啓発はもちろん大事だが、小さい頃からの教育、例えば保健の科目のなかに、心の病の教育が盛り込まれていくとよいと思う。学校現場における無理解は受診を遅らせ、偏見の助長につながると思う。ここのところ地域住民（近隣者）の理解は少しずつ進んできているように感じている。障害者が街に出始め、その人なりがわかってくると、近隣の人も手を差し伸べてくれているようでうれしく思う。
- 当事者とのふれあい体験の場を増やす工夫:①小中高校での体験談の発表の機会を作る、②身近な市民センター、コミュニティセンターなどでの当事者の交流の機会を生かす機会(パソコンの初歩などの講師、手工芸の講師、楽器等の教室の講師等など)、③福祉系学生のボランティア活動を精神医療保健福祉施設での実習のみならず、義務づけるなど。
- ハンセン病に例えられるように知識啓

発に尽きるのではないだろうか

- ・ 一般市民参加型のイベント、講演会などを増やす
- ・ 中高生などにわかりやすいパンフレットを配布する
- ・ 行政と大学が力を入れて欲しい
- ・ マスコミをうまく利用していくことも大事だと思う
- ・ 呼称変更（統合失調症）について、関係領域の中で各自まちまちに説明されていると思われます。新たな偏見と差別につながらないために、説明に渡っての基本的事項を統一し（ある意味では義務付ける）周知徹底を図る必要がある。
- ・ 精神障害は病気であるという本人の問題からくることの誤解を招かないよう知る機会（意識をかえること）ができればいい。（同じ福祉関係につとめる職員の間でも）啓蒙活動（もっと仙台市以外の地域で行ってもらいたい）

（である調に改変）

D. 考察

2002年8月の日本精神神経学会総会で精神分裂病が統合失調症に変更されたのは、1993年の全家連の要請を受けた同学会委員会の数年にわたる慎重な検討結果に基づいたものであった。なかでも、Kraepelinの疾患概念と早発痴呆概念を継承してきた日本におけるSchizophreniaの概念、有効な薬物療法がないまま長期にわたり隔離収容してきた戦前の非人道的処遇の歴史、さらには精神医学の進歩に基づいた適正な知識の普及啓発の遅れなどが、精神分裂病という病名自体が人格否定的であるとするほどの根強いスティグマを刻んでいた。この精神分裂病が統合失調症に変更され、いま

や世界精神医学会(WPA)の専門部会でschizophreniaのframeworkとされているvulnerability-stress-coping modelのもとに治療ガイドラインも作成されている(論文発表欄の文献4,5に詳述)。学会が変更したこの新病名はただちに厚生労働省が承認して行政用語となった。われわれの調査では、新病名はすでに精神保健福祉法関連の公文書に約78%(全国平均、2003年3月1日時点)使用されており、遅れていた精神保健福祉法の旧病名も近く統合失調症に改正される見込みである。

統合失調症の治療ガイドラインに示されているように、その診断には多軸評価が推奨され、治療の開始には心理教育的アプローチ(病名や病気、治療法などの説明を含む)が必要とされ、急性期・回復期・安定期に応じて薬物療法と心理社会的介入をバランスよく組み合わせた治療計画が推奨されている。治療目標は精神症状を改善して社会参加を実現することであり、そこには生活障害を伴う回復者の社会支援が重要となる。精神科医療が医学モデルにとどまらず生活モデルに踏み出した今日、精神科医療と精神保健福祉活動の連携は欠かせないものとなっている。

昨年度は病名変更の精神科医療への波及効果をみるために、宮城県精神科医会医師を対象にした調査(2003年9月時点)を行った。それによると、診療録、医療情報、公的文書には原則として統合失調症が使用されており、患者と家族に病名告知が必要な場合には原則として新病名が使われていた。病気を説明しやすくなったという回答が大多数を占め、心理教育的なアプローチが容易になり、患者・家族と医療関係者の

間で分かり合った治療が行われようとしていた。

そして今回は宮城県精神保健福祉士協会の協力を得て、病名変更の精神保健福祉に及ぼす影響を調査した。その結果、新病名（統合失調症）への変更は対象の98%が知っており、職場の情報(32%)、新聞(26%)、通信誌(13%)や雑誌(9%)などでその情報を得ていた。病名変更によって病名告知率が増した(29%)、症状の説明がしやすくなった(17%)、治る病気と思えるようになった(13%)、家族の理解が進んだ(13%)という回答が得られ、精神保健福祉の現場でも病名変更によるベネフィットが明らかになり、そのリスクを指摘したものはなかった。しかし、病名を告知された当事者に対する周囲の態度の変化については微妙であり、変化した(39%)とどちらともいえない(38%)が相半ばしていた。これは、新病名が普及するだけでは十分でなく、病気の概念や回復可能性、治療内容や転帰への適正な知識の啓発が必要なことを強く示唆している。

精神障害(者)に対する偏見や差別の是正、は精神科医療と精神保健福祉活動がともに協力して行うべき重要課題である。事実、精神保健福祉に携わる対象の96%が「社会的な偏見や差別がある」と感じていた。それが精神障害への無理解(47%)や恐れ(24%)、社会防衛的な態度(15%)によるという意見が多くみられたが、「当事者の言動による」(11%)という回答も無視できないことである。また、偏見や差別がみられやすいのは、地域住民の態度(30%)や雇用問題(20%)、住宅問題(16%)、家族関係(16%)、人間関係(13%)などであった。注目されるのは偏見や差別への病名変更の波及

効果である、軽減したという回答は22%にとどまり、そう思わない(32%)、どちらともいえない(44%)を下回っていた。根強い偏見や差別の是正が容易なことではなく、世界精神医学会と協力しながら長期的なアンチスティグマ活動を展開する必要がある。今回の調査結果では、病名変更が今後の精神保健福祉の発展に寄与するという高い評価(59%)があり、今回の病名変更を機に病気に関する適正な知識の普及啓発が急務であることが改めて示された。

また、自由記載欄の意見では、精神障害に関する適切な知識の普及啓発は学校教育の段階で始めるべきであるという意見が注目された。中学生や高校生は統合失調症という言葉そのものを知らない場合が多く、平成13年の大阪・池田小学校事件当時も大学生ですら精神分裂病という病気を知らないと答えたものが約4割いたと報告した。正確な知識の教育は、教員を含めて精神障害への偏見是正に欠かせないことである。(佐藤光源：厚生労働科学研究費補助金「精神障害者の偏見除去に関する研究」平成13-15年度総合研究報告書を参照のこと)

E. 結語

精神分裂病から統合失調症への病名変更は、精神科医療のみならず精神保健福祉領域にも広く浸透しており、生活機能障害のある回復者の社会参加を促進する方向の波及効果があることが示された。しかし、精神障害(者)に対する根強い偏見と差別の是正には、病気に関する医学の進歩を踏まえた適正な知識を普及啓発(とくに学校教育における啓発)することが急務と結論した。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 佐藤光源、菅原里江、小岩真澄美：精神障害に対する偏見の是正：統合失調症を中心に。総合福祉学研究、2: 17-23, 2004
- 2) 菅原里江：精神障害者地域支援に関する研究－フォーカスグループ ミーティングによるニーズ把握を通して。東北福祉大学大学院社会福祉学専攻紀要、1:36-43, 2003
- 3) 小岩真澄美：精神障害者に対する偏見・差別とその課題。東北福祉大学大学院社会福祉学専攻紀要、2:48-62, 2004
- 4) 佐藤光源、井上新平監修：統合失調症治療ガイドライン、医学書院、東京、2004
- 5) 佐藤光源：病名変更は何を変えたか。こころの科学、120:9-13, 2005
- 6) Sato M: The Yokohama Declaration: an update. World Psychiatry, 4:60-61, 2005
- 7) 佐藤光源：統合失調症の新しい理解－偏見是正に向けて。『04 伝統と未来－八戸市民大学講座講演集』39-50 頁、八戸教育委員会

2. 学会発表

- 1) 佐藤光源：統合失調症の脆弱性モデルと治療計画
第 10 回精神保健指定医研修会
東京 2004.8
- 2) 佐藤光源：心の病は治せるか－病気と治療の正しい理解。全家連公開講座
東京 2004.9
- 3) Sato M: Review of the Yokohama

Declaration in Asia.

18th World Congress of World Association for Social Psychiatry. Kobe, 2004.10

- 4) 佐藤光源：統合失調症からみた精神医学の進歩。第 12 回日本精神障害者リハビリテーション学会、講演
前橋 2004.11
- 5) 佐藤光源：2004 年度東北福祉大学公開フォーラム「こころの科学の最前線・精神障害への偏見是正」
仙台 2004.12
- 6) 佐藤光源：こころの病気が治ること。「こころの科学の最前線・精神障害への偏見是正」基調講演 仙台
2004.12
- 7) Sato M: Advance in Psychiatry of Japan.
WPA Regional and Intersectional Congress, March 12-15, Athens, Greece

G. 知的所有権の所得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案取得
なし
3. その他
なし

病名告知を前提とした当事者向け心理教育の指針

研究担当者： 金 吉晴（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者： 松岡 恵子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

「統合失調症」への病名変更を受け、当事者がみずからの疾患名を告知されたうえでみずからの状態を把握し、よりよい治療やケアを主体的に選択してゆくことの重要性が認識されつつある。そのためには、当事者がみずからの疾患や治療、社会資源や対処法などについて知識をもてるように援助することが重要であり、当事者向けの心理教育に期待がかかっている。ただし現在まで、病名告知を前提とした心理教育の実践指針は多くない。本稿では現在までの心理教育に関する研究を展望し、病名告知を前提とした心理教育のあり方について提言を加えた。

はじめに

統合失調症の治療やケアにおいては、精神疾患という性質のため、当事者の自己決定権はほとんど顧みられることはなかった。統合失調症に一度罹患すると、急性期を脱したあとでも自己対処能力が低下しているとみなされ、患者の再発を招かないような薬物治療および環境調整といった、外からの援助が主たる治療であった。

しかし 2002 年の病名変更を受け、当事者がみずからの状態を把握し適切に治療やケアを選択してゆくという、身体疾患では当然のことが、この疾患においても重要であると認識されつつある。その実現のためには、当事者がみずからの疾患名を告知されたうえで、疾患や治療、社会資源や対処法などについて知識をもてるように援助することが重要である。

以上のような背景から、病名告知を前提とした当事者への心理教育はますますその重要性を高めてゆくことが予想される。

しかしながら、統合失調症当事者に対する病名告知を前提とした心理教育はまだ浸透しているとはいえない。近年、心理社会的援助ガイドラインが発表され（心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン、「統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成と実証的研究」厚生労働省精神・神経疾患研究委託費、2004）、心理教育の内容や方法が洗練されてゆくことは期待されるものの、現状ではそれぞれの実施主体に任されているのが現状であり、実施方法や内容については実施主体において大きく異なっている。またその考え方や理念もさまざまである。たとえば上記ガイドラインでも病名告知は必ずしも前提とはされていない。

本稿では、現在までの心理教育に関する研究を展望し、病名告知を前提とした心理教育のあり方について提言を加えた。

考え方の変化 —患者の保護から信頼へ

従来、「統合失調症の心理教育」といった場合は、家族相談や家族教室で展開できる家族支援の方法とみなされてきた(後藤、1995)。たとえば伊藤らは、心理教育というさいには「主として家族教室や家族座談会で展開できる家族支援の方法を念頭に置く」と述べている(伊藤ら、1997)。一方、当事者のみを想定した心理教育は家族教育ほどは主流でなかったように思われる。たとえば金ら(2002)は、心理教育テキストを詳細に分析したレビューを行ったが、心理教育といった場合に、家族向けや家族と当事者の双方に向けたものはあるが、当事者のみを対象としているものは多くなかった(金ら、2002)。

「家族への心理教育」は、当事者の疾患との関連で考えると「当事者の療養環境の調整」という側面を持っており、いわば間接的な支援である。しかしながら、本稿で問題にしている「当事者への心理教育」の目的とは、そのような間接的な支援ではなく、当事者自身が療法環境を調整できるように支援する、いわば直接的な支援を目指している。これが従来の心理教育の考えと異なっている点である。

かつては「統合失調症に罹った当事者には何を言ってもわかってもらえない」という悲観的な考え方が主流を占めていたこともあって、当事者の対処能力を信頼してそれを高めるという発想そのものがなかったように思われる。代わりに、パターンナリズム的に当事者を保護することが人道的な援助とみなされ、安全で保護的な療養環境を作ることが専門家には望まれた。

しかし、対処行動に関する研究によれば、当事者は疾患に圧倒されるばかりではなく、さまざまな対処方略を用いていることが明らかとなっている(Kindgon et al., 1994)。加えて、当事者がみずからの疾患をよく知り、病識が高まることで、再発率などの社会的予後が改善されることが示されている(Kemp, 2001)。従来、専門家の保護なしには疾患を管理出来ないと考えられていた当事者にも、教育次第では主体的

な治療生活が過ごせる可能性があること、そして教育を受け入れるだけの高い能力を有することが示されたのである。

そして我が国においても、統合失調症の当事者に対する見方が変わりつつある。2002年8月の「統合失調症」への病名変更を受け、当事者自身が知識や対処法を身につけ、みずからの疾患に主体的に関わってゆく必要性およびそのような援助技術の発展の重要性が認識されつつある。この背景には、当事者がみずからの治療や疾患を知る権利が認められてきたこと、精神科臨床で治療のバリエーションが増加したこと、そして知識を高めることで再発を減らせることが認識されたこと(伊藤ら、1997)があげられている。

その後出版された堀川らの一般向け説明では以下のように述べている:「私たち専門家が統合失調症に対して正しい情報を皆さんと共有し、理解を求めようとしたことなどほとんどありませんでした。(中略)研究や治療法の進歩は“自信”や“希望”をもたらし、本人にも告知される機会が増えるようになったのです。」(田中ら、2004)この言には、現在まで統合失調症に対する対処が悲観的であったのは専門家の責任であることを率直に表現するとともに、治療者の側が患者の潜在能力に対して寄せる信頼が高まっていることを感じさせる。

このように考えると、当事者を「守る」のではなく「エンパワーメントする」というのは新しい視点であり、心理教育を行うさいには、その考え方がスタッフ側にきちんと浸透しているかを検討しなくてはならない。

インフォームド・コンセントとの関連

このような考え方の変化も、欧米からもたらされた「インフォームド・コンセント」の考え方に影響されている。

前田らは、「心理教育の目的とは、パターンナリ

ズム的に洗脳するものではなく、むしろ当事者の自己決定を促すべきである」と述べている。すなわち、教育といっても知識伝授という形に上から押しつけるような形にすべきでなく、当事者と治療者集団と、当事者集団との交通の便をよくする効果を期待している(前田ら、1997)。前田はまた、米国での心理教育の目的である「治療遵守性」というのが、我が国では「上から言われたことを守る」という受動的なものであるのに対し、米国では「当事者は自らの疾患を知る権利があり、それにより当事者は自らの疾患を克服すべき義務、あるいはそうした権利を行使すべき主体的義務が生じる」という、非常に積極的かつ能動的な意味が込められていることを指摘している。このように、当事者への心理教育は欧米から輸入された概念を下敷きとしており、心理教育を行う際にはその背景にある考え方も含めて理解される必要がある。

臨床精神医学 26 号 (1997 年) にはサイコエデュケーションの特集が組まれており、このころから、当事者への心理教育が本格的な試みとして立ち現れてきたことが示唆される。その特集のなかで安西は、「医療に対する時代の要請ともいうべきインフォームド・コンセントとエンパワーメントへの対応として、疾病についての知識・情報の提供が求められている」と述べている(安西、1997)。そこでは心理教育(サイコエデュケーション)という用語は、なにも精神疾患に限った行為をさすわけではなく癌や頭部外傷などにおいても用いられており、医療の中で、当事者が治療者と好ましい関係をつくるのに必要な、適切な情報提供と説明される。つまりそこでの心理教育とは一義的には「自らの疾患についてきちんと説明されたうえで治療を選択する」ためのものであり、精神疾患における心理教育でしばしば主要なテーマとなる「治療環境を良くするための周囲の配慮」という観点は、重要ではあるが付随的なものであるとみなされる。

また、近年作成された、統合失調症をターゲットにした「心理社会的援助プログラムガイドライン」(2004)においても、「消費者重視の立場から必要な知識・情報を精神障害者や家族に提供するという側面がある」と述べている。PL法が施行されレセプトやカルテの開示が議論されているように、消費者が受動的な受け手ではなくなった現在、当事者や家族に内容を開示しない治療行為は行いえなくなっている。当事者向け心理教育に期待がかかるのは、そのような消費者重視の時代の流れという側面もあるだろう。

心理教育の内容は知識伝授形が多い

心理社会的援助プログラムガイドラインでは、心理教育で伝えるべき重要なものとして、「参加者のニーズを知りそれに応えること」「わかりやすい統合失調症モデル」「問題解決に役立つもの」の3点をあげている。

しかしながら我が国における心理教育の現状としては、疾患についての知識伝授というのがもっとも多いだろう。金らのレビューによれば、疾患の症状やそれが生起するメカニズムに重点がおかれており、これからどのように治療してゆくかということや、患者自身の疾患に対するコーピングスキルに関する情報は多くなかった(金、2002)。具体的には、心理教育で教えられる内容としては、当事者むけには「疾患の性質(頻度、陽性症状、陰性症状)、一般的な疾患経過、および薬物治療に関する一般的な情報」が多い。家族が含まれる心理教育ではそれらの内容に加え、ほとんどのテキストに「感情表出 Expressed Emotion: EE」に関する記述がある。

一方、「あなたのこの症状にはこのような対処方法が考えられる」といった情報や「地域社会にヘルプシーキングするための具体的手法・場所」といった、広い意味でのコーピングに関する教育は多くなかった。それでも近年、「正体不

明の声-対処するための10のエッセンス」(原田、2002)といった、各症状への対処方法に焦点をあてた当事者むけの良書も出版されており、心理教育の目的が「当事者が主体的に症状に対処するための援助」という視点に変わりつつあることが示唆される。

そこで、現在までに心理教育における情報として扱われてきたもの、あるいは扱われるべきと考えられるものを表1に示した。

心理教育で症状が扱われる場合には、幻覚、妄想のような陽性症状や、「意欲が湧かない」といった陰性症状について扱われることが多い。しかしそれと同様に重要なのが、主観的に感じている症状、たとえば「頭がつまった感じ」「考えがまとまらない感じ」などの主観体験である。また、気にしやすさ、不安、不眠、頭部不快感、パニック症状といった神経症症状も当事者によってしばしば報告されるものである。それらの症状は、幻覚・妄想から二次的に派生している場合も多い。これらの症状に関しては、原田の幻聴への対処方法の基盤にあるような、認知行動療法的アプローチでの改善が示唆されており、認知行動療法の考えを取り入れた心理教育で改善する可能性が考えられる。またターゲットとなる症状は陽性症状ばかりではなく、二次的な神経症症状への対処を行うだけでも当事者の苦痛は軽減されるだろう。

治療へのコンプライアンスを高めることは、多くの心理教育で主要な課題とされている。UCLAで開発された「自立生活技能モジュール」にも含まれ、重要視されている部分である。これは従来の服薬遵守教育と類似しているが、目標が遵守であるにせよ、なぜその薬物を用いるのかを、薬物が効くメカニズムの観点のみならず、症状生起システムと関連させて説明することを目的としている。あるいは当事者が服薬を拒む場合にはそれがなぜなのか理解し(たとえば服薬による肥満を気にされている場合)、当事者の理解と妥協点を見いだすことも含まれる。

その効果として Kemp らは、コンプライアンスだけでなく病識、治療への態度、社会機能も改善したと報告した(Kemp, et al., 1996)。

再発の前駆症状を知りそれに対する対処行動を学ぶことで再発を予防しようという試みもそのような主体的な治療を推進する援助の一環であろう。このような試みもさまざまな形で行われている (Ameson, 1998)。

心理教育の効果は？

いままで述べてきたように、心理教育的アプローチによって、いくつかのアウトカムの改善がみられた研究も多い。

当然ながら、疾患に対する知識は改善する(連理ら、1995; 前田ら、1997)。また、単に知識にとどまらず、病識が改善されたという報告もある(加瀬、2001)。Merinder らのランダム化されたコントロールスタディーでは、ヴェロナ尺度の満足度において心理教育の効果がみられている。また Rund ら (1994) は、2年後の再発率と、心理社会的尺度での改善を報告し、またコストの面から心理教育は Cost-effective であると述べた。

陰性症状の改善がみられたという報告もいくつかある (Goldman et al., 1988; 前田ら、1997)。陽性症状に対する介入研究は認知行動療法が多いのに対し、陰性症状は心理教育で結果的に改善されたという報告がみられるのが興味深い。また、ストレスマネジメント的介入を行った群では一年後の再入院が少なかったという研究もある (Normal et al., 2002)。

これらの研究のなかでは、改善しなかったアウトカムも多いが、純粋に研究室的手法で心理教育の効果を抜き出すことは困難でもあろう。臨床的に心理教育が不必要と考えるスタッフはほとんどいないと思われ、また心理教育を行う効果として、当事者と援助者との関係が良くなり、なんでも話し合える雰囲気になる、といっ

たことをあげる専門家もいる。研究的なアウトカムでも効果性は示されているが、援助活動の基盤としての効果がむしろ現場のほうで認められているというのが現状のように思われる。

適切な病名告知がなされていること

心理教育では、疾患の具体的な説明が欠かせない。そのようなことから、当事者が正確な病名を告知されていることが前提となることは、予想に難くない。実際、欧米では、告知と心理教育がセットになっていると考えられているが、一方我が国では、告知なしに行う心理教育もありうる（あるいは、告知の前段階としての心理教育）という考え方が一般的である（心理社会的援助プログラムガイドライン、2004）。ただ、ガイドラインのなかでも病名告知なしに行う心理教育の弊害について議論されてきており（内野、2004）、病名告知と心理教育とは切り離せない問題であることは認識されつつあるように思われる。

現在はメディアの発達により雑多な情報が手に入りやすく、当事者が自分でいろいろ調べて情報を得ていることも臨床でしばしば経験されることである。その際、当事者が自らの症状について、かつての病名である「精神分裂病」と思いこんでしまったり、予後が悪い疾患であると思ひこむなどの正確でない情報を得ている可能性がある。告知されないままだと心理教育で自分の症状との類似性に気づき、不安などの症状が出てくることも危惧される。また逆に心理教育で話されていることが自分自身の問題と認識されないまま終わるのは、大変もったいないことでもある。

今後は病名告知を前提とした心理教育になってゆくだらう。その際には、もはや告知の有無ではなく、告知方法や告知にまつわる問題と心理教育との関連について議論されてゆくものと思われる（金ら、2003）。

安定した医療的ケアを継続していること

心理教育は一度きりの場ではない。その内容は、当事者が継続的に受けているケアと呼応する形で連携して行われることが望ましい。このようなことから、治療のベースとして安定した医療的ケアを受けていることが必要である。もしも医療や福祉の場に継続して参加出来ないほどの症状の増悪や医療への不信感があれば、心理教育も成功しないだろう。そのような当事者に対しては、安定した医療ケアを提供するための個別の関わり合いが必要となる。

これは入院中の当事者にかぎらず、地域で生活する当事者に対してもいえることである。

より一般的な症状から説明されるほうが導入しやすい

症状対処型の認知行動療法においては、たとえ統合失調症の症状対処（たとえば、妄想に対する介入）が最終目的であったとしても、まずはそれ以外のより一般的な精神・身体症状（たとえば、不安、抑うつ、不眠、疲労など、当事者が感じていると思われる症状）に焦点をあて、そこから導入することが多い。その理由としては、認知行動療法の枠組みに慣れるためもあるが、当事者にとってはより一般的な症状への対処方法のほうが、認知行動療法に対して構えることなく導入しやすいようである。

この点は心理教育においても参考になる。すなわち、心理教育導入時には、それぞれの当事者のもつ個別の問題や統合失調症そのものに特化した内容ではなく、精神疾患全般にあてはまること（たとえば、疲労や睡眠不足や過剰なストレスは精神状態を悪くさせるので、それらを改善すると“こころの健康”も良くなるかもしれないよ、などの一般的な内容）から入ることで、当事者が心理教育に対して有するかもしれ

ない疾患への構えを軽減できるかもしれない。

病名告知を前提とした心理教育であっても、統合失調症が特別なわけではなく、他の精神疾患と共通することも多いのだ(たとえば、ストレスコーピングの重要性)と伝えることは、患者が持つ疾患への拒否感を軽減してくれるかもしれない。

理解力が低下していることへの配慮

心理教育の目的が、統合失調症の疾患の全容を知ることであれ、幻聴など個々の症状を知ることであれ、もっとも重視されるのは、当事者の理解度が低下している可能性を考え、わかりやすい表現を心がけることである(伊藤ら、1997)。質問しやすい雰囲気をもった、リラックス出来る雰囲気を作ること、図表やパンフレットなどで理解を促すなどが、工夫としてあげられている(伊藤ら、1997)。加えて、どんなによい教育を行っても、認知状態の低下した当事者においては、なかなか定着しないことが予想されるため、同じ内容を繰り返し伝えることも有用であろう。

理解度の低下した相手に対してわかりやすく教えることはひとつの専門技法でもあり、単に教える側が伝える内容を理解しているだけでは不十分である。教授法についてはいかなる場合にもスーパーバイズやフィードバックが必要であろう。通常の教育現場で得られた知見や工夫が役に立つかもしれない。

情報伝達だけでなく、フィードバックの場を設けること

心理教育においては、情報を効率よく伝達するために、たとえば「情報伝達以前の時間」「情報伝達以後の時間」が設けられていることがふつうである。心理教育には「情報を伝える場」と「対処技法について話し合い、工夫を伸ばす場」

の2つの場があり、それらを組み合わせてゆくさいには「教育セッション」→「グループセッション」という流れが自然であると述べられている(伊藤ら、1997)。

また、一度聞いただけでは流れてゆく情報も、パンフレットなどの形にすれば反復出来て有用である。優れたパンフレットはいくつかあるが、それらをもとに教育する側が独自に作成することも推奨される(心理社会的援助プログラムガイドライン、2004)。また、たとえば金らの告知のガイドラインでは、各項目だけが決められた白紙の用紙が用意され、ひな形をもとに医師が告知する際に独自に書き込み、最後は当事者に手渡す形式を採用しているが(金ら、2003)、心理教育でもプログラムを行いながらテキスト・パンフレットを作り上げ、それを配布するような形式が出来ればより知識が浸透するであろう。

心理教育はなるべく早めに開始した方がよい

心理教育を、疾患のどの段階で行うかという問題については、「発病からあまりに時間が経過しすぎると、教育効果が低下する」という意見が主流である(McGorry, 1995)。連理らは、「心理教育は、なるべく早いほうがよい」と述べ、入院中からの心理教育も検討している(連理ら、1995)。

Feldmann らの試みでは、発病から4~7年の群が、もっとも心理教育によって再入院率を減らす効果がみられたという。この結果は、「あまりに疾患発症から時間がたっていると心理教育の効果が出にくい、逆にあまりに発病初期であっても疾患の受け入れができておらず、教育効果が出にくい」と解釈されている。これらの結果から、心理教育的精神療法は一般的には早めに行うことが推奨されるが、あまりに発症初期であると効果が出ない可能性も言及している(Feldmann et al., 2002)。

しかし全般的にみれば、心理教育の効果を得るためには、なるべく疾患早期に行うことを多くの研究が支持している (Birchwood et al., 1997; Garety et al., 2001)。

疾患時期に応じた内容の工夫

疾患経過が長期的であり、その治療生活が層状になっている統合失調症では、各病期に応じて心理教育も工夫する必要があるかもしれない。

たとえば「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」では、「急性期から回復した時期」「リハビリテーション期」「長期入院期」「地域生活期」に分けたガイドラインを作成している。そこでは「急性期から回復した時期」では、「さらなる再発に留意しながら、その後のリハビリテーションにつなげてゆかねばならない時期」、「リハビリテーション期」は「一通りの情報提供や対処方法を伝えられることが望ましい時期」と位置づけられ、それぞれの目的にあった心理教育案が提案されている (心理社会的援助プログラムガイドライン、2004)。

長期にわたる必要はない

前述のように、スケジュールやチーム構成は、教育内容や病期によって推奨される形が異なる。

Penn らのレビューによれば、SST は週に 3～4 セッション、あるいは 3～10 時間といったように、比較的高頻度、長めの時間数で行うことが多い一方、家族への心理教育の場合は、週に一度から 2 ヶ月に一度程度の頻度で、その期間も 6 週間から 2 年間と、さまざまであった。

認知行動療法に限れば、報告された継続期間は 3 ヶ月から半年程度が多く、また全セッション数は 4 回から 12 回程度であることが多い。Kemp の Compliance Therapy では、10～60 分のセッションを 4～6 回行ったとある。これ

らを見ると、先行研究における認知行動療法は、概してあまり長くないようである。

心理社会的援助プログラムガイドラインでは、当事者への心理教育は「4 回程度から 20 回程度までニーズや現場に応じて様々に考えて良い」、「頻度としては週に一度から 2～3 回程度」、「時間は 60 分から 90 分程度が現実的であろう」としている。

しかしいずれにしても、漫然と継続するのではなく、開始から終了までの計画と見通しをたてて行うことが前提となる。

目的に応じたチーム構成を行うこと

個人でなくチームを組んで心理教育を行う方が望ましく継続させやすいのは明らかである。たとえば石毛らの報告したサイコエデュケーションでは、医師、精神保健福祉士、臨床心理士によって講義と質疑応答がなされている (石毛ら、1997)。心理教育は現在のところ医療ベースで行われることが多いと思われるので、実施の責任を負うのは医師となることがほとんどであろうが、服薬に関する教育の際には看護師や薬剤師を参加させるなど、内容に即したチームスタッフ構成が望まれる。

心理社会的援助ガイドラインでは、病期に応じたチーム構成を提案している。たとえば、「急性期から回復期」には医療現場のスタッフが想定されているが、「リハビリテーション期」においては、ケアマネージャーなどの保健・福祉スタッフへと主力が移動してゆくことになるだろうと述べている。

一般的には、地域社会でのノーマライゼーションに向けた、医療・福祉サービスの合理的選択という目的上、精神保健福祉士が教育チームに含まれていることが望ましい。加えて、当事者の認知心理面への配慮が特に要される場合や、認知行動療法的に思考の枠組みへの介入などを行う場合には臨床心理技術職の関与が有用とな

るだろう。また、家族など当事者を支える立場の人が同席することも、時には有用であろう。

専門家の養成

家族への心理教育指針においては、以下の三領域をカバーするべきであると述べられている：(1) 疾患知識の包括的な情報、(2) 家族のニーズに関する情報、(3) 特定の治療的スキル (Anderson et al., 1986)。

当事者むけの心理教育でも同様のことがいえる。疾患の知識に関しては、つねに最新の情報を、一貫した形で提供することが重要であるので、それを実現させるためには、心理教育的な視点からの研鑽が必要となるかもしれない。McFarlaneらは近年家族教育をレビューしたが、専門家のコンサルテーションと養成が今後望まれると述べた (McFarlane, 2003)。心理教育にたずさわるさまざまな職種において心理教育の目的に特化したトレーニングが行われることが望まれる。

多くの職種が心理教育を軸に知見を発揮することは、当事者に知識を提供するばかりでなく、多くの職種が理解し合い、共同で治療過程にあたるという観点からもプラスになるであろう。

おわりに

以上、当事者への心理教育の現状についてレビューし、今後望まれることを述べた。当事者に疾患名を告知し、エンパワーメントするという目的から知識と気づきを与え、自己の疾患に対する責任を持たせる、という観点は、統合失調症に限らずいかなる分野においても我が国ではまだ根付いているとは言い難い。心理教育のエビデンスや治療における効果性は多くの研究で示されているが、臨床的に実践している専門家達がもっとも実感しているであろう。診療報酬等の後押しにより、より心理教育が多くの現

場で実践され、当事者のエンパワーメントがなされることを期待したい。

文献

1. Amenson CS: Family skills for relapse prevention. Pacific Clinics Institute, 1998. (松島義博、荒井良直 訳: 再発予防のためのサイコエデュケーション<統合失調症を患う人とその家族へのサイコエデュケーション>, 星和書店、東京、2003.)
2. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE: Implementation of a psychoeducational model: training and administrative issues. *Schizophrenia and the family: a practitioner's guide to psychoeducation and management*. Guilford Press, New York, pp294-333, 1986.
3. 安西信雄、池淵恵美: サイコエデュケーションの概念と展開. *臨床精神医学*, 26: 425-431, 1997.
4. Birchwood M, McGorry P, Jackson H: Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 170: 2-5, 1997.
5. Feldmann R, Hornung WP, et al.: Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252: 115-119, 2002.
6. Garety PA, Fowler D, Kuipers E: Cognitive-behavioral therapy in Comprehensive care of schizophrenia: a textbook of clinical management. Martin Dunitz Ltd, London, 2001.
7. Goldman CR, Quinn FL: Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 39: 282-286,

- 1988.
8. 後藤雅博: 地域ぐるみの心理教育. 精神医学 37(1): 59-64 1995.
 9. 原田誠一: 正体不明の声・対処するための10のエッセンス. アルタ出版株式会社、2002.
 10. 石毛奈緒子、平賀正司、鈴木理恵、他: 精神分裂病当事者を持つ家族へのサイコエデュケーション. 臨床精神医学 26(4) 441-447, 1997.
 11. 加瀬昭彦: 生活技能訓練と心理教育—民間精神病院での試み. 臨床精神医学 30: 507-514, 2001.
 12. Kemp RA, Hayward P, Applewhaite G, et al.: Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. BMJ, 312: 345-349, 1996.
 13. Kemp RA, David AS: Patient Compliance in Comprehensive care of schizophrenia: a textbook of clinical management. Martin Dunitz Ltd, London, 2001.
 14. 金吉晴、松岡恵子、安西信雄、佐藤さやか: 呼称変更を踏まえた統合失調症の告知と心理教育の検討. 厚生労働科学研究研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 精神障害者の呼称変更と効果に関する研究 平成14年度 総括・分担研究報告書. pp34-43, 2002.
 15. 金吉晴、松岡恵子: 「統合失調症」病名変更に伴う病名告知のガイドライン(案). 厚生労働科学研究研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 精神障害者の呼称変更と効果に関する研究 平成15年度 総括・分担研究報告書、2003.
 16. Kingdon DG, Turkington D: Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. The Guilford Press, 1994. (原田誠一 訳: 統合失調症の認知行動療法、日本評論社、pp107-120, 2002)
 17. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究班: 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラム. 2004.
 18. 前田正治: なぜ精神分裂病者に対して心理教育を行う必要があるのか? 臨床精神医学 26 (4) 433-440, 1997.
 19. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted: A family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. J Marital and Family Therapy 29:2: 223-245, 2003.
 20. McGorry PD: Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. Psychiatry 58: 313-328, 1995.
 21. Merinder L-B, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B: Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 34: 287-294, 1999.
 22. Norman RMG, Malla AK, McLean TS, et al.: An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. Schizophrenia Res 58: 293-303, 2002.
 23. Penn DL, Mueser KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 153:5: 607-617, 1996.
 24. 連理貴司: 精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果・疾病・薬物知識調査の結果から. 精神医学 37(10): 1031-1039, 1995.
 25. Rund BR, Moe L, Sollien T et al.: The psychosis project: outcome and cost-

effectiveness of a psychoeducational
treatment programme for schizophrenic
adolescents. *Acta Psychiatrica Scand* 89:
211-218, 1994

26. 鈴木丈、伊藤順一郎： SST と心理教育. 中央法規、1997.
27. 田中つゆ子、堀川公平、連理貴司： 何か変だ。ぼくは狂っているのかな。統合失調症に光をあてる。美研インターナショナル、2004.

表 1 当事者向け心理教育の標準的な内容（告知のガイドラインと一部重複している部分もある）

	概要
病名	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「統合失調症」の意味：思考や感情のまとまりが失われた状態を指すこと。失調という病名は、一時的な症状であることを示すこと。 2. <以前にその病名で診断を受けていた当事者に対して必要があれば以下を説明> 以前は精神分裂病と呼ばれていたが、この病名は翻訳の誤りであり、もとの病名は連想の分裂を特徴とする精神疾患という程度の意味であること、誤解が大きいので病名を変更したこと。
頻度と遺伝	<ol style="list-style-type: none"> 1. 生涯有病率が約1%であること。 2. 一卵性双生児での一致率が約30%である。遺伝の影響もあるが、それで決定されるわけではない。
原因	<ol style="list-style-type: none"> 1. 決定的なことは不明であること。 2. 症状の発現には脳内の神経伝達物質の異常が関与していること。 3. 何らかの脆弱性に加えて、環境要因が働いていること。
予後	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医学的な予後として、現在の状態が固定するわけではないこと。寛解率（不完全寛解や寛解維持を含める）が80%近いこと。 2. 社会的な予後として、職業復帰、結婚等通常の社会活動も可能であるということ。 3. 残遺症状、再発、慢性化もあり得ること。
経過	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急性期、休息期、回復期といった典型的な回復パターンについて、そのおおよその時間スパンも含め説明。 2. 再発可能性についての説明、再発の前駆症状について。
症状	<ol style="list-style-type: none"> 1. 思考のまとまりにくさや集中力困難といった認知面の症状について。 2. 主観的に感じている症状や不応感について。 3. 過覚醒、不眠、疲労感といった精神神経的の症状について。それによって起こりうる生活上の変化について。 4. 自発性や意欲の低下について。それによって起こりうる生活上の変化について 5. 幻聴、声が聞こえてくることの障害について。 6. 妄想、思考によって苦しめられていることの障害について。 <p><5. 6 は自覚しにくい症状であり、ある程度治療関係が深まってから説明する。ただし 5. 6 のために重大な危険が迫っている場合を除く></p>
服薬への理解	<ol style="list-style-type: none"> 1. 薬物の作用機序とその種類について、服薬後の状態変化について【Compliance Therapy 的アプローチ】。 2. 薬物の副作用（短期、長期）について。
認知・社会的リハビリ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「症状」で説明された各症状に対する対処行動【認知行動療法的アプローチ】 2. 薬物の副作用に対する対処行動【Lieberman の服薬モジュール】 3. 日常的なストレス（対人関係など）に対する対処行動【社会技能訓練（SST）的アプローチ】 4. 生活における治療的視点（どのようにすれば疾患に煩わされずに生活出来るか、など）【ストレスマネジメント的アプローチ】 5. 再発の前兆に対する対処行動：自分の状態をモニタリングすること、適切に援助を求めると【Ameson らのアプローチ】
制度・支援・福祉について（知識提供）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制度・福祉について、どこに相談すればよいかということ。 2. 社会資源： 受け皿となるその地区での作業所やデイケアなどの情報 3. 金銭的援助： 通院医療費公費負担、障害年金など。 4. 制度的な援助： 障害者制度について。
その他	<p>※ 個別に問題と感じられている点の相談など ※ 病識を高めるさらなる工夫など</p>