

CAARMS 入力診断基準

	重症度	頻度	種類	開始/相殺
1.1 思考内容の異常	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2	.....
1.2 知覚の異常	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2	.....
1.3 支離滅裂な発言	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2	.....

第1群: 脆弱群

この診断基準は特徴的な危険因子の組み合わせと、精神状態、そして/あるいは、精神機能の有意な定量によって精神病罹患の危険がある若年層を特定します。

	はい	いいえ
第一度親族に精神疾患や失調型パーソナリティ障害の家族がいる	[ ]	[ ]
更に 病前よりの GAF/SOFAS スコアの 30%以上の低下が 1 ヶ月間継続	[ ]	[ ]
更に 機能変化が 1 年以内に起こり、最低 1 ヶ月続いている	[ ]	[ ]
第 1 群 (脆弱性の群) の診断基準に該当したか	[ ]	[ ]

第2群 軽度精神病症状群

この診断基準は、軽度の精神病性症状を評価して精神疾患リスクを持つ若年層を特定するものである。すなわち、通常の精神疾患の診断基準以下の重症度（症状は十分には深刻ではない程度）の場合や精神病症状の継続期間が基準以下の状況である場合（症状が十分な頻度で起こっていない状況）を判断するものである。

2a 閾値下の重症度	はい	いいえ
CAARMS における重症度評価が「思考内容の異常」のサブスケール [ ] [ ] が 3~5 に加えて、「知覚の異常」のサブスケールが 3~4、そして/ま たは、「支離滅裂な発言」のサブスケールが 4~5 である。	[ ]	[ ]
更に CAARMS における「思考内容の異常」「知覚の異常」「支離滅裂な発 言」のサブスケールが 3~6 で、少なくとも 1 週間続く。 或いは CAARMS における「思考内容の異常」「知覚の異常」「支離滅 裂な発言」のサブスケールが 2 であり、少なくとも 2 回以上続く。	[ ]	[ ]
2b 閾値下の頻度:	はい	いいえ
CAARMS における頻度評価が「思考内容の異常」のサブスケールが [ ] [ ] 6 に加えて、「知覚の異常」のサブスケールが 5~6、そして/または、 「支離滅裂な発言」のサブスケールが 6 である。	[ ]	[ ]
更に CAARMS における頻度評価が「思考内容の異常」と「知覚の異常」 [ ] [ ] そして/または「支離滅裂な発言」のサブスケールで 1~3 である。 [ ] [ ]	[ ]	[ ]
更に (重症度・頻度の双方について) 症状は一年以内に生じており、5 年以上は続いている。		
第 2 群 (軽度精神病症状群) の診断基準に該当したか	[ ]	[ ]

**第3群 BLIPS（短期間欠型精神病症状）の群**

この診断基準は1週間以内に（抗精神病薬を使わずに）自然治癒した明白な精神病性症状の最近の病歴から、精神病罹患の危険がある若年層を特定する。

	はい	いいえ
CAARMSにおける重症度評価が「思考内容の異常」のサブスケールが6に加えて、「知覚の異常」のサブスケールが5~6、そして／または「支離滅裂な発言」のサブスケールが6である。	[ ]	[ ]
更に CAARMS における頻度評価が「思考内容の異常」と、「知覚の異常」そして／または「支離滅裂な発言」のサブスケールが4~6である。	[ ]	[ ]
更に 症状のそれぞれの発現が1週間以内であり、症状は毎回自然に軽減する。	[ ]	[ ]
更に 症状は一年以内に生じており、5年以上は続いている。	[ ]	[ ]

第3群（BLIPSの群）の診断基準に該当したか [ ] [ ]

**第4群 認知的基礎症状の群**

	はい	いいえ
重症度の成績が、少なくとも2つの基礎症状において、少なくとも3以上である。	[ ]	[ ]
更に 基礎症状が過去3ヶ月続いている。	[ ]	[ ]
更に 病前より GAF/SOFAS スコアの30%以上の低下が1ヶ月間継続	[ ]	[ ]

第4群（認知的基礎症状の群）の診断基準に該当したか [ ] [ ]

**精神病の最低基準／抗精神病治療の最低基準**

	はい	いいえ
CAARMSにおける重症度評価が「思考内容の異常」のサブスケールが6に加えて、「知覚の異常」のサブスケールが5~6、そして／または「支離滅裂な発言」のサブスケールが6である。	[ ]	[ ]
更に CAARMS における頻度評価が「思考内容の異常」と、「知覚の異常」そして／または「支離滅裂な発言」のサブスケールが4以上である。	[ ]	[ ]
更に 症状が1週間以上続いている。	[ ]	[ ]

精神病の最低基準の診断基準に該当したか [ ] [ ]

SPIA 9 ITEM INTAKE SCORESHEET

A.8.4.	注意を向けることができない	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.1.	思考干渉	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.3.	思考困難	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.4.	思考妨害	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.6.	話を理解できない	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.7.	話をする事ができない	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.16.	考えをまとめることができない	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.1.17.	まとまりのない思いつき	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】
C.2.9.	視覚的な細かいことに気をとられる	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9
		3以上に当てはまる	【 】
		3ヶ月以内にあった	【 】

過去3ヶ月で3以上のスコアのついた項目が2つ以上ある

はい 【 】

いいえ 【 】

Lambeth Southwark and Lewisham Health Community

民族的分類カテゴリー及び記号

白人	アジア人又はアジア系イギリス人	民族的背景が複数
British	A インド人/イギリス系インド人	H 白人及び黒人系カリブ人 D
アイルランド人	B パキスタン/イギリス系パキスタン人	J 白人及び黒人系アフリカ E
イギリス人	CA バングラデシュ/イギリス系バングラデシュ	K 白人及びアジア人 F
スコットランド人	CB 混血アジア人	LA 黒人及びアジア人 GA
ウェールズ人	CC カリブ系アジア人	LJ 黒人及び中国人 GB
ポルトガル人	C4 イギリス系アジア人	LH 黒人及び白人 GC
キプロス人	CE シンハラ人	LG 中国人及び白人 GD
ギリシャ人	CF スリランカ人	LE アジア人及び中国人 GE
ギリシャ系キプロス人	CG タミル族	LF その他の民族グループ
トルコ人	CH 東アフリカ系アジア人	LD 中国人 R
トルコ系キプロス人	CJ その他アジア人	LK 日本人 SB
ボスニア人	CT 黒人又はアフリカ系イギリス人	ベトナム人 SA
コソボ人	CR カリブ人	M フィリピン人 SC
アルバニア人	CS アフリカ系イギリス人	PD マレーシア人 SD
セルビア人	CV アルジェリア人	PP アラブ人 SG
クロアチア人	CU アンゴラ人	PJ イラン人 SH
旅行者	CM エリトリア人	PK イラク人 SJ
アイルランド系旅行者	CL エチオピア人	PL 中東人 SF
ジブチ人	CN ガーナ人	PM コロンビア人 SJ
旧ソビエト連邦出身	CQ ナイジェリア人	PC エクアドル人 SL
旧ユーゴスラビア出身	CW ソマリア人	PA その他ラテンアメリカ系 SM
クルド族	C5 スーダン人	PH その他 SE
その他白人又は混血ヨーロッパ人	CY ウガンダ人	PQ 無国籍 Z
その他白人	C3 その他アフリカ人	N
	混血アフリカ人	PB
	その他アフリカ人	PE

# HoNOS Form

1. 患者詳細		
姓:	名:	
生年月日: 年 月 日	性別:	
Trust NO.:	NHS NO.:	
2. 評価についての詳細		
評価者氏名:	評価者の所属:	
評価をした日: 年 月 日		
評価をした状況:		
初めての接触: <input type="checkbox"/>	一度限りの接触: <input type="checkbox"/>	入院後2週間後の評価: <input type="checkbox"/>
CPA REVIEW: <input type="checkbox"/>	CRISIS REVIEW: <input type="checkbox"/>	信頼関係あり: <input type="checkbox"/>
信頼関係無し: <input type="checkbox"/>	Discharge from trust: <input type="checkbox"/>	死亡: <input type="checkbox"/>
3. HoNOS RATING		
	スコア0-4	
1. 行動障害		
2. 非偶然的な傷害		
3. 飲酒問題 または 薬物問題		
4. 認知的行動		
5. 身体的な病気/障害		
6. 幻覚/誤った考え		
7. 鬱症状		
8. その他: 最も適した障害を明記する		
A: 恐怖      B: 不安      C: 強迫神経症		
D: 精神的緊張    E: 解離      F: 身体型		
G: 摂食      H: 睡眠      I: 性別      J: その他		
その他: その他の深刻な障害を明記する—スコア0-4を記入		
9. 関係性の問題		
10. 日々の生活状況		
11. 生活状況についての問題		
12. 活動/支援についての問題		

## 標準的パーソナリティ評価 - 簡易スケール

### Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS)

あなたの普段の状態について次の質問に答えてください。

次に書かれていることがほとんどの状況でほとんどの場合当てはまると思う場合に、「はい」に（3については「いいえ」に）○をつけてください。

○をつけてください  
(はい=1、いいえ=0)

1. 普段、友人を作ったり、友人関係を維持することについて難しいと感じますか？ はい/いいえ
2. 自分のことを淋しがり屋だと思いますか？ はい/いいえ
3. 普段、他人を信頼できますか？ はい/いいえ
4. カツとなりやすいですか？ はい/いいえ
5. 衝動的な性格ですか？ はい/いいえ
6. 心配性ですか？ はい/いいえ
7. 普段、他人にしばしば依存しますか？ はい/いいえ
8. 普段、完璧主義ですか？ はい/いいえ

# リスク評価ツール

## Risk Management Tool (AMH)

患者名:				Trust ID number:			
<b>1. リスク評価</b>							
<b>自殺</b>	はい	いいえ	わからない	<b>暴力</b>	はい	いいえ	わからない
過去の自殺未遂歴				<b>現在</b>			
家族の自殺歴				敵意または脅迫的なふるまい			
精神病				暴力的な考えまたは幻覚			
最近自殺を試みようとした				感情をコントロールできない			
最近薬物またはアルコールを誤用した				使用目的の武器を持っている			
絶望またはコントロールを失った感覚				薬物またはアルコールを乱用			
最近の断薬や治療中断				暴力の危険を増加させるような症状			
喪失感または喪失に対する恐れ				暴力について心配している人がいる			
大きな悩み				<b>過去</b>			
身体的な病気または障害				暴力を振るった過去がある			
一人暮らし(もしくは退院後その予定)				施設からの退院歴がある			
社会的孤立				暴力を目撃または被害を受けた、 または子供時代に精神的虐待を受けた			
最近病院を退院した							
身近な他人が心配している							
その他個人的な事項 (例:有害因子、対処方法、関係)				その他個人的な事項 (例:有害因子、特有の症状)			
その他の危険要素(他者からのものも含む) 自己無視、偶発的傷害、身体的健康、意図的な自己への危害、 乱用の傾向などを詳細に記してください				周りの人間にとってのその他の危険要素 子供への危険(意図的または非意図的な)、意図的または偶発的な放火 などを詳細に記してください			
情報源 患者 資料 介護者/友人 その他							
さらに情報が必要ですか?	はい	いいえ		どの情報源からですか?			
さらなる詳細なリスク評価は必要ですか?	はい	いいえ					
次頁の「2. ケースのリスク関連情報」にも記入してください							

## 2. リスク関連情報

次のことに考慮してください

- ・確認できるリスクの本質と程度：誰がリスクにさらされているか？ 起こる可能性は？
- ・リスクと精神疾患、社会的環境または他の前後関係の因子との関連
- ・リスクを増大させる要素とリスクを減少させる保護的な要素。過去になされた効果的な介入
- ・患者、介護者、その他の人のリスクについての考え
- ・情報の食い違い

記入者：

記入日：



<資料7>

妄想性人格障害

妄想性人格障害診断

注：統合失調症、精神病性特徴を伴った気分障害、他の精神病性障害の経過において妄想性人格障害が発症する場合、あるいは妄想性人格障害が、一般的な医学的健康状態によって生理学的に及ぼされる直接の効果が原因となる場合には、行動は特異的でないと考えるべきである。

他人の行動を悪意のあるものと解釈してしまうといった他人に対する不信感や疑惑の念を概して持つ。この傾向は青年期から始まり、様々な状況において症状が見られる。後述の項目の四つ（あるいはそれ以上）において当てはまれば、診断を付けることができる。

41,あなたはしばしば、他人が自分を利用したり傷つけたりするのを阻止するために、十分注意深くなっていると言いました。

(1)根拠がないにも関わらず、他人が彼あるいは彼女を利用したり害を及ぼそうとしたり騙そうとしていると疑う

? 1 2 3

3=特徴が少なくとも一例を認める

そのことについて話してください。

42,あなたは友達や同僚を信じてよいかどうか悩んで、随分長い時間を費やしたことがあると言いました。

(2)友達や同僚の誠実性や信頼性について筋の通らない疑惑で頭がいっぱいになる

? 1 2 3

3=これがほとんど全ての人間関係においての特徴であることを認める

そのような気持ちになった状況を説明して下さい。

(このように感じる事が頻繁にありますか?)

43,あなたは、他人は自分を利用するだろうから、自分のことについてあまり他人には知らせないのが最善だと思うと言いました。

(3)情報が彼あるいは彼女に対して悪意をもって用いられるのではないかと不当な恐れを抱いてしまうので、他人に打ち明け話をするのは気が進まない

? 1 2 3

こういうことが起こったのはいつですか。それについて話してください。

?=情報不十分 1=皆無か誤り  
2=閾値以下 3=閾値以上か確実

44,あなたはしばしば、他人の発言や (4) 貶め脅かす意味合いを含むものが ? 1 2 3  
行為の中に、隠された脅威や侮辱を見 慈悲深い言葉や出来事に隠れている  
破ると言いました。 のを読み取ることがある

いくつか例を挙げて下さい。

3 = 特徴あるいは少なくとも一  
例を認める

45,あなたは恨みを抱きやすく、自分 (5) 執拗に恨みを抱き続ける (侮辱や ? 1 2 3  
を侮辱し軽蔑した人を許すのに長い 中傷、軽蔑をどうしても許せないな  
時間がかかるタイプの人であるとい ど)  
言いました。 3 = 特徴あるいは少なくとも一  
例を認める

それについて話して下さい。

46,あなたは、ずっと前にされたこと  
や言われたことのせいで、許すこと  
できない人がたくさんいると言いま  
した。

それについて話してください。

47,あなたは、誰かが何らかの方法で (6) 他人にも明白ではない人物の性 ? 1 2 3  
自分を批判したり侮辱した場合には、 格や評判に対して攻撃的に  
しばしば怒り、非難すると言いました。 なり、すぐさま怒りを感じて  
反応したり、反撃行動にでよ  
うとする。

いくつか例を挙げて下さい。

(他人は、あなたはしばしば簡単に攻  
撃的になると考えていますか?)

48,あなたは、配偶者や交際相手が不  
実を働いているとしばしば  
疑うと言いました。 (7)配偶者や交際相手が誠実であるに ? 1 2 3  
もかかわらず、正当な理由な  
しに、何度も疑いを持つ

それについて話して下さい。

(何か根拠があるのですか？それについて何かしましたか？あなたは正しかったですか？)

3=数人の交際相手や同じ相手  
で数回の場合において不当  
な疑いを持った例がある、あ  
るいはそのような特徴を認  
める

少なくとも四項目で 3 を記録してい  
る。

1 3

↓

妄想性  
人格障害

注：統合失調症、精神病性特徴を伴った気分障害、他の精神病性障害、あるいは広汎発達障害の経過において、統合失調症型人格障害が発症する場合、行動は特徴的でないと考えるべきである。

概して社会性や人間関係において問題を抱えており、認知や知覚の歪み、奇怪な行動だけでなく、親密な人間関係に対する強い不快感や、それを築く能力の減退が特徴的である。青年期に始まり、様々な状況において症状が見られる。後述の項目の五つ（あるいはそれ以上）において当てはまれば、診断を付けることができる。

49,あなたは、公の場において他人が話をしているのを見る時、しばしば自分のことを話しているように感じることもあると言いました。

(1) (幻覚を除外する)

? 1 2 3

3=数例を挙げる

これについて詳しく話して下さい。

50,あなたは、ほとんどの人にとって全く意味を成さないことが、実際には非常に意味深いことで、あなたに啓示を与えているとしばしば感じることもあると言いました。

これについて詳しく話して下さい。

51,あなたの周りに他人がいる時、自分は監視され、凝視されているとしばしば感じることもあると言いました。

これについて詳しく話して下さい。

52,あなたは、願ったり考えたりするだけで物事を実現することができると感じたことがあると言いました。(2)奇異な考えや呪術思考が行動に影響を与えており、下位文化の標準には一致しない。 ? 1 2 3

それについて話して下さい。

(それはどのようにあなたに影響を  
しましたか?)

(迷信深く、千里眼、テレパシー、第六感を信じている;児童期や思春期に特有の、奇抜な空想をしたり何かにひどく没頭したりする様子が見られる)

3=行動に影響を与え、下位文化の標準には一致しない現象のいくつかの例

53,あなたは、霊的な個人体験をしたことがあると言いました。

それについて話して下さい。

(それはどのようにあなたに影響を  
しましたか?)

54,あなたは、自分には第六感があり、他の人がわからないことや予測できないことを知ることができると信じていると言いました。

それについて話して下さい。

(それはどのようにあなたに影響を  
しましたか?)

55,あなたは、物体や影が本当は人や動物のように見えたり、ただの音が実際には人の声のように聞こえたりすることがしばしばあると言いました。(3)身体的な錯覚を含め、異常な知覚体験をしたことがある ? 1 2 3

いくつか例を話して下さい。

(あなたはその時、お酒や薬を飲んで  
いましたか?)

3=薬物や治療条件が原因でない異常な知覚体験の例

56,あなたは、自分の周りに、会うことなどできないはずの大人物や権力者が出没するような感覚に陥ることがあると言いました。

それについて詳しく話してください。

(あなたはその時、お酒や薬を飲んでいましたか?)

57,あなたは、人の周りにオーラやエネルギーがしばしば見えると言いました。

(4)奇異な思考や言動がある(漠然としている、儀式的である、比喩的である、過度に精緻である、固定観念が強い、など) ? 1 2 3

それについて詳しく話して下さい。

(あなたはその時、お酒や薬を飲んでいましたか?)

(5)疑り深いあるいは妄想性の思考がある ? 1 3

(6)不適切あるいは緊張性のある愛情を持つ ? 1 2 3

58,あなたは、直に関係する自分の家族以外に非常に親しい人はほとんどいないと言いました。

(7)行動や外見が奇異、奇抜、特徴的である ? 1 2 3

あなたには、親しい友人が何人いますか?

(8)近い親戚以外に親しい友人や相談相手がない ? 1 2 3

3=親しい友人が一人もいない(近い親戚以外で)

59,あなたは、他人と一緒に過ごす時、(9)過度の社会不安は、慣れに従って ? 1 2 3  
しばしば神経質になると言いました。軽減することはないし、自身について  
そんなことに対して神経質になるのもむしろ、妄想による恐怖に関係す  
ですか? る

(長い期間の知り合いとなっても、まだ不安を感じますか?)

3=他人の行動に対する疑り深  
さに関係する過度の不安を認  
める

少なくとも五項目において「3」が当 1 3  
てはまる ↓

統合失調症  
型人格障害

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)

「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」

分担研究報告書

早期介入サービスにおける家族支援の役割の紹介～英国を中心に～

分担研究者 伊勢田堯 東京都立松沢病院非常勤医員

研究要旨:

目的:本研究では、精神疾患の早期介入サービスに不可欠の家族支援の導入・強化に向けて、英国の家族支援の発展過程の情報収集を行い、今後の本邦での取組みにおいて参考とすべき要点を明らかにした。

研究方法:英国の関係者からの聞き取り、文献資料収集、および既存資料の分析に基づき、英国の家族支援の発展過程と到達点の要点を検討した。

研究結果:英国では、家族支援が必要とされる理由と根拠を明確にし、家族支援の臨床実践、調査研究、家族支援法(Carers Act)の法整備という包括的な対策を進展させている。2004年の時点で700名(わが国に換算するとおよそ1800名)の家族支援専門ワーカー(carer support worker)を配置し、多様な支援を行っている。家族心理教育、医療・保健・福祉サービスなどの専門的サービスの提供とともに、就労、教育、休息という家族の生活そのものを支えるニーズに正面から応える政策を実行していることが印象的であった。休息サービスにあつては、ショートステイなどとともにマッサージを受ける補助もするという徹底振りであった。特に、統合失調症の発病初期の家族支援を強化していた。わが国にあつても、発病初期の家族支援の体制作りに取り組みなければならない。医療保健制度が異なるとはいえ、わが国でも理念の上でも具体的サービス開発という実践面でも、英国のような包括的家族支援の実現に向けて、政策立案を図っていかなければならない。当面、モデル地域を選定し、精神障害者家族会・学校・児童相談所・福祉事務所・診療所・精神科病院などが連携する早期介入家族支援プロジェクトを実施し、経験を蓄積していくことが期待される。

まとめ:今後、本邦でも重度の精神障害者をもつ家族、なかでも発病したての統合失調症患者



を抱える家族への本格的支援を展開するに当たって、英国の経験を深く分析しつつ、その方策を検討することが期待される。特定の地域で、家族会・学校・児童相談所・福祉事務所・医療機関と連携した早期介入家族支援プロジェクトを実施し、経験を蓄積していくことが期待される。

#### A. 研究目的

統合失調症患者をもつ家族に対する見方は、伝統的には、病因や治療の障害になるものと捉える傾向があった。

このような傾向に対して、英国のEE研究は、家族を病因として捉えるのではなく、病気の経過に影響する役割を果たすとし、高EE家族への心理教育により、統合失調症の再発率を著しく低下させることができることを明らかにした。

英国では、こうした家族介入の再発予防効果のエビデンスが蓄積する中で、心理教育にとどまらない家族支援を発展させている。この家族支援は、早期介入サービスでは、特に重視されている。

早期介入サービスをわが国に導入する際には、家族支援は欠かすことができない。そのために、英国の家族支援を推進する根拠、その方法、発展過程を詳しく調べる必要がある。

以上の英国での経験を分析し、わが国の早期介入サービスにおける家族支援の方策を提案することである。

#### B. 研究方法

本報告の研究手法の第一は、平成19年2月国立精神保健研究所竹島正精神保健計画部長を団長とする英国保健省視察に同行した際のプレゼンテーションと提

供された資料を分析することである。すなわち、スティーブ・シュラブ(Steve Shrubbs イングランド精神保健研究所所長、NIMHE)による英国の精神保健政策に関する報告、マイク・ファーム(Mike Firm ロンドン開発センターサービス改善委員会責任者、積極的アウトリーチ全国フォーラム会長)による積極的アウトリーチチームおよび早期介入サービスについての報告である。

第二の研究手法は、平成20年6月NPOメンタルケア協議会の招きで訪日した英国の早期介入サービス責任者のジョー・スミス(Dr. Jo Smith)のプレゼンテーションと提供された資料を分析することである。

第三の研究手法は、平成20年11月英国の家族・当事者・友人の組織であるリシンクRethinkの視察、家族支援を強力に推進する保健省を視察した際に提供されたアップルビー教授(保健省精神保健担当局長)によるプレゼンテーションと資料を分析することである。

#### C. 研究結果

<統合失調症治療において家族支援が必要とされる理由と根拠>

##### 1. 家族支援には、顕著な再発予防効果がある

Falloon & Shanahanの1年後の再発率を調べた結果によれば、偽薬では70%、至適な薬物で38%、至適な薬物と患者中心のストレスマネジメントでは36%と変化はなかったが、至適な薬物と援助者(carer) 中心のストレスマネジメントを実施すると13%に低下した(1990)。

なお、'carer'が具体的に誰を指すのかを把握しておく必要がある。保健省の公式文書の用語解説を見ると必ずしも確定した記載があるわけではないが、概ね、「病氣、障害をもつ人々を職業としてではなく、世話をする親族または友人」で、具体的には、両親、息子または娘、兄弟または姉妹、夫・妻・同棲者、親族、友人または近隣者で、職業としてではなく世話する人と定義している。従って、carerの訳語としては、家族あるいは家族等と訳すことが適当であると考えられる。

スミスは、家族介入した群とコントロール群との6ヶ月から1年後の再発率を比較した5つの研究結果をまとめた。それによると、コントロール群の再発率が40%から50%半ばであったのに対して、家族介入群では10%前後に低下していた。

以上から、家族介入は顕著な再発予防効果があることが立証されている。

### 2. 家族も精神保健上の深刻な問題を抱えている

英国の調査によれば、長期の精神障害をもつ人をケアしている人は、精神保健上の困難をもつ率は一般の人々の3倍である。(スミスのプレゼンテーション)

1987年のスコットランド統合失調症研究グループの調査によれば、患者の初診時における家族の精神状態を調べた結果によれば、78%の家族が治療の必要なレベルのうつ・不安症状を抱えていた。

マーガレット・レガッタ(Margarett S Leggatta)によれば、アクセスしにくいサービス、スティグマ、正しい情報の不足によって、発病初期の患者・家族は孤立し、患者・家族・病気が悪循環に陥る「巻き添え現象、collateral damage」があることを指摘した(2007年)。

これらのエビデンスは、長期の精神障害者を抱える家族には精神保健サービスを提供する必要があることを示している。

### 3. 家族を抜きに患者支援は出来ない

統合失調症は社会的対人関係の文脈上に理解されるので、患者にとってもっとも身近な存在である家族を

抜きにすることはできない。

### 4. 家族は患者を支えるスキルと情報をもっている

患者にとって何が有効であるかの有益な情報を家族は知っているし、患者を支えるスキルをもっている。この家族を支援することは欠かすことはできない。

### 5. 家族は無償で長期のケアをしている

家族が無償で提供しているケアは、法定サービスに換算するとイングランドでは年間870億ポンド(1ポンド200円で換算すると約17兆円、人口比を加味するとわが国では約44兆円)に相当する。

## <家族支援の実際>

### 1. 精神保健サービス、家族支援サービスへのアクセスを改善する

教育現場、一般医への精神保健問題とサービスに関する情報提供と啓発活動に取り組む。

### 2. 家族がアクセスしてきた場合には迅速に対応する。

早期介入サービスでは、連絡があってから1週間以内に家族の希望する場所で面接し、ニーズに応じた支援を行う。スミスは、90%が家庭訪問、その他喫茶店、公園などで会うという。

### 3. 1999年のNSF(ナショナル・サービス・フレームワーク)ではCarer(家族等)支援を7つの全国基準のひとつに選定し、Carerと認定された家族は、最低年に1回身体的精神的ニーズのアセスメントを受け、家族は自分自身のケアプランを文書で保持するようにした。

### 4. さらに、NSFによる家族支援のなかで、家族支援専門ワーカー(carer support worker)という職種を新たに創設し、2004年の時点で700名(わが国に換算するとおよそ1800名)の配置している。家族支援専門ワーカーの主な役割は、以下のとおりである。

- ・实际的、情緒的支援
- ・地域の法定サービスへの支援と紹介
- ・家族への精神疾患、治療についての情報提供

- ・24時間危機介入など精神保健サービスの情報提供
- ・家族会支援
- ・家族の休息支援
- ・精神保健政策決定過程への積極的参加
- ・家族の適切な権利擁護

5. 家族の休息支援(レスパイト・サービス)では、ショートステイ、ヨガ、マッサージなどのサービスが受けられるよう補助している。ショートステイの例として、イギリスの当事者・家族会組織あるRethinkが所有、運営する非営利事業のフォレスター・レスパイト・センター(for esters respite centre)がある。ハンブシャー州にあり、1週間単位で宿泊でき、スタッフからの支援も受けられる。ハイシーズンでは高くなるが、週当たりの宿泊料は550ポンドで、福祉局、地域精神保健チーム、慈善事業から補助が出る。ホームページ:www.forrester.s.info

6. NICEによる統合失調症の治療ガイドライン(2002年)で、再発した人、再発の危険がある人、持続的症状を持つ人と密接な関連を持って生活しているすべての家族に家族介入(Family Intervention)を提供しなければならないとした。この家族介入は、10回以上を6ヶ月かけて提供することを定めている。

7. 白書:私たちの健康、私たちのケア、私たちの主張(Our Health, Our Care, Our say, 2006)による家族支援:休息支援(ショートステイ、マッサージサービスなど)、電話相談、エキスパート家族プログラム(希望する家族に家族支援エキスパートになってもらうプログラム)、若い家族(親が精神障害者の子、兄弟姉妹)。

8. 保健省(2002年)および英国精神医学会(2004年)による個人情報保護ガイダンスで、たとえ、患者が拒否したとしても、家族は必要に応じて、ケアを効率的に提供するための十分な情報をわかりやすい方法で提供されるべきとした。

9. 家族支援法(Carers ACT, 2004年)では、家族支援

の3つの基本的サービスとして、就労、教育、レスパイトを規定した。

#### 10. 家族支援の諸形態

①家族に配慮した実践(Family Sensitive Practice): 家族と毎日、公式、非公式のコンタクトを取る

②グループ支援:自助グループ、支援を受けたグループ

③公的な家族への直接援助(家族療法):複合家族グループ、ファルーンらの家族行動療法

#### D. 考察

英国では、家族支援が必要とされる理由と根拠を明確にし、家族支援の臨床実践、調査研究、家族支援法(Carers Act)の法整備という包括的な対策を進展させている。家族心理教育、医療・保健・福祉サービスなどの専門的サービスの提供とともに、就労、教育、休息という家族の生活そのものを支えるニーズに正面から応える政策を実行していることが印象的であった。休息サービスにあっては、ショートステイなどとともにマッサージを受ける補助もするという徹底振りであった。特に、統合失調症の発病初期の家族支援を強化していた。

わが国にあっても、発病初期の家族支援の体制作りに取り組まなければならない。医療保健制度が異なるとはいえ、わが国でも理念の上でも実際の具体的サービス開発としても、英国のような包括的家族支援の実現に向けて、政策立案を図っていかなければならない。当面、モデル地域を選定し、精神障害者家族会・学校・児童相談所・福祉事務所・診療所・精神科病院などが連携する早期介入家族支援プロジェクトの設立が検討されることが期待される。

#### E. 結論

今後、本邦でも重度の精神障害者をもつ家族、なかでも発病したての統合失調症患者を抱える家族への本格的支援を展開するにあつて、英国の経験を深く分析しつ

つ、その方策を検討することが期待される。特定の地域で、家族会・学校・児童相談所・福祉事務所・医療機関と連携した早期介入家族支援プロジェクトを実施し、経験を蓄積していくことが期待される。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1)伊勢田堯、平賀正司：英国にみる地域ケアの発展と初期介入サービス。こころの科学、13 3:61-66,2007.

2)伊勢田堯：パラダイムの転換が求められる家族支援～「歴史的誤り」を正そうとする英国の家族支援政策の紹介～。響き合う街で—主体化をもとにした協働の実践。44:16-24, 2008.

3)伊勢田堯：生活臨床と家族史研究—地域活動が世界基準に 世界基準を地域に活かす。やどかり出版、さいたま、2008.

4)伊勢田堯：PHNブックレット7 自治体における精神保健活動の課題—今緊急に求められる

家族支援・自殺対策・人格障害への対策。萌文社、東京、2008.

5)伊勢田堯：家族支援政策のパラダイムシフト～日英の比較から～。NPOメンタルヘルスケア協議会 第12回シンポジウム：精神障害者の家族支援とEarly Interventionを考える～英国の経験に学ぶ～。2008年6月23日東京。(NPOメンタルヘルスケア協議会第12回シンポジウム報告書pp11-17.2008年10月.)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

#### 研究協力者

野村忠良(東京つくし会会長)

岡崎祐士(東京都立松沢病院院長)

西田淳志(東京都精神医学研究機構・研究員)

竹島正(国立精神保健研究所竹島正精神保健計画部長)

平賀正司(都立多摩総合精神保健センター・医長)

羽藤邦利(NPOメンタルケア協議会理事長)