

〈原著論文〉

## 標準版家族心理教育による入院率減少効果 - FAS (Family Attitude Scale) からの考察

北村 直也<sup>1, 2)</sup>, 嶋山 東志子<sup>1)</sup>, 村尾 卓嶺<sup>1)</sup>, 海老原 慶<sup>1)</sup>, 土井原 一輝<sup>1)</sup>  
矢部 達也<sup>1)</sup>, 児玉 健次<sup>1)</sup>, 南條 千鶴子<sup>1)</sup>, 三枝 敬幸<sup>1)</sup>, 持田 顕<sup>1)</sup>  
久保 尚美<sup>1)</sup>, 井上 湧斗<sup>1)</sup>, 川上 英輔<sup>1)</sup>, 深井 光浩<sup>1)</sup>

1) 医療法人千水会 赤穂仁泉病院

2) 川崎医科大学精神科学

**抄録** 家族心理教育は、統合失調症患者を持つ家族の感情表出 (Expressed Emotion: EE) を低下させることによって患者の再入院を減少させることが証明されているプログラム (EBP: Evidence Based Program) である。日本ではこのプログラムの普及を目指し、心理教育・家族教室ネットワークが研修を行い、標準版家族心理教育を普及させてきた。今回 EE を FAS (Family Attitude Scale) で評価しながら標準版家族心理教育を行った結果をまとめ、考察した。プログラム前後で FAS の有意な改善は見られなかったが、患者の入院率 (年あたりの入院回数) はプログラム前後で有意に減少した。プログラムへの参加を中断した家族では FAS が有意に高く、プログラム開始時に患者が入院している割合が有意に高かった。プログラムの参加を継続した家族およびプログラム参加率の高かった家族、クロザピンを使用した患者の家族において、患者の入院率が有意に減少した。参加が継続できた家族でプログラム前の FAS が高い群では患者の入院率が有意に減少した。FAS が高くプログラムへの参加を中断せざるをえない家族を、いかに支援してプログラムにつなげるかが重要と考えられた。

doi:10.11482/KMJ-J202147049 (令和3年2月2日受理)

**キーワード**：標準版家族心理教育，家族の感情表出 EE (Expressed Emotion)，  
FAS (Family Attitude Scale)，入院率，プログラム参加中断

### はじめに

家族の感情表出 (Expressed Emotion, 以下 EE) は、統合失調症患者の病状に対する家族のかかわり方の影響を研究する中で得られた知見である。EE が高い家族と低い家族を比較すると、高 EE の家族と生活する統合失調症患者は低 EE と比べて再入院率が高いことが明らかとなっている<sup>1, 2)</sup>。

家族心理教育は、家族の EE を低下させることで患者の病状や予後を改善させるという目的だけでなく、家族自身が問題や困難を抱えながらも、自分らしい生活や人生を取り戻せるよう支援することにある<sup>3)</sup>。「気持ちが楽になり、自分が持っている力に気づけるようになる」「いくらからでも希望が持てるようになり、問題を抱えていても「何とかやっていけそう」と思

別刷請求先

北村 直也

〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学精神科学

電話：086 (462) 1111

ファックス：086 (464) 1193

Eメール：n-kitamura@med.kawasaki-m.ac.jp

〒678-0173 赤穂市浜市408

医療法人千水会 赤穂仁泉病院

電話：0791 (48) 8087

ファックス：0791 (48) 1066

Eメール：kitamura@sensuikai.or.jp

えるようになる」「自分がどうしたいかを具体的に考えられるようになり、自分に必要なことを自分で選び取れる力がつく」など、家族の健康な力を引き出して高めるエンパワメントが家族心理教育の目的である。その結果、家族のEEが低下し患者にも好影響が期待できる。

医療法人千水会 赤穂仁泉病院（以下、当院）では、2010年より標準版家族心理教育を実施し、現在も継続している。実施に当たってはFAS（Family Attitude Scale）を使用し家族のEEを評価している。今回、10年間のプログラムを振り返り、FASを中心に結果を考察した。

## 方 法

本研究は川崎医科大学および川崎医科大学附属病院倫理委員会にて承認された（承認番号5040）。

心理教育・家族教室ネットワークでは2009年度より同ネットワークが認定したインストラクターが、家族心理教育を効果的に実施できる人材を幅広く育て、広く心理教育の普及を図ることを目指して標準化した研修会を開催する標準版家族心理教育研修会をスタートした<sup>4)</sup>。この研修会は、主として統合失調症に関する家族心理教育に焦点を当てたもので、心理教育ネットワーク関係者のこれまで積み重ねられた家族心理教育研修会の実践や、専門家としての経験に基づいて、幅広くわが国で行われている研修会の共通部分を取り出したものである。国府台モデルを中心とする日本版ツールキットプロジェクト、そして米国版EBPツールキットの家族心理教育も参考にされている。

国府台モデルは、現在日本の家族心理教育の標準的な普及モデルとして位置づけられている。これはMcFarlaneら<sup>5)</sup>の方法を基に独自に開発された複合家族グループタイプのものである。標準版家族心理教育研修会で強調されていることは、困難を抱えながら生活している際に人が感じる怒りや悲しみ、あるいは虚しさや生きづらさを饅頭の餡に例え、頑張りや強さ、したたかさやほどほどのいい加減さなどを饅頭の

皮に例え、餡に注目するだけでなく皮がしっかりと機能することを目指し、饅頭が饅頭らしくあること—すなわち問題を抱えながらもなんとかやっていけそうな状態を支援する「まんじゅう理論」である<sup>2)</sup>。EEについては教育セッションで扱うことはあるが、EEを下げることを直接の目的としたやり取りではなく、知識を得ることやグループワークを通じて、結果的にEEが低下することを目指している<sup>6)</sup>。プログラムは教育セッションとグループワークから成りたっている。グループワークでは特定の家族の相談を取り上げ、問題をどうするかではなく家族がどうなりたいたいに焦点を当て、スタッフが指導するのではなく、参加家族からのアイデアを促すことで結果的に参加家族がエンパワメントされるように関わることが求められている<sup>7)</sup>。

当院で家族心理教育を開始するにあたり、2010年に筆者と作業療法士、精神保健福祉士の3名が標準版家族心理教育研修会に参加した。その後、院内で有志を募ってプログラムの準備を始め、同年に初めての家族心理教育を実施した。以後ほぼ毎年プログラムの実施を続け、スタッフの研修会への参加も続けている。2019年12月までに計14名のスタッフが研修会を受講した（作業療法士2名、精神保健福祉士6名、看護師3名、臨床心理士3名）。また、家族心理教育プログラムの個別のクールの結果を、日本精神障害者リハビリテーション学会（2011年、2012年、2018年）、日本精神科医学会（2013年）で発表してきた。

プログラムへの参加家族を募集するため、主治医からの推薦とポスター掲示による公募を同時に実施した。患者の治療状況は入院・外来を問わなかった。公募の場合は当該患者の主治医が参加の可否について判断した。参加が決まれば事前にスタッフが個別に家族と面談を行い、患者の病歴や家族構成、家族の心配事について聞き取り、プログラム実施スタッフ間で情報共有した。実施セッション数は第1～4クールは全12回、第5～9クールは全10回とし、実施間

隔は第1～4クールは月2回, 第5～9クールは3週毎とした。実施日は金曜日に固定した。第5クールは文部科学省・科学研究費補助金『実践家参画型福祉プログラム評価の方法論および評価教育法の開発とその有効性の検証』に一施設として参加した。1セッション2時間で実施し, 初回から第4回目では約1時間の教育セッションをおこない, 残りの1時間でグループワークをおこなった。第5セッション以降は2時間のグループワークをおこなった。グループワークにおいては, セッションごとに特定の1家族からの相談を扱い, 参加者全員から意見を出してもらえようスタッフが関わった。その際, 標準版の方針に従い苦労している状況をねぎらうだけでなく, 出来ていることに注目しエンパワメントを高めることに留意した。全2時間のセッションの間に約15分間の休憩をとった。参加スタッフはリーダー1名, 板書1名, コリダー数名に加え, 当院ではグループワークの外からセッションを観察する記録係1名を決め, この休憩中にセッション内では見えにくい参加家族の様子(発言が少なかったり, 居心地が悪そうにしてる家族がいるなど)やスタッフの言動の工夫などについて意見を出し, 休憩後のグループワークの進め方について話し合った。飲み物とお茶菓子を用意し, 和やかな雰囲気を保てるよう工夫した。教育セッションは, 精神科医, 薬剤師, 精神保健福祉士, 作業療法士, 臨床心理士らが担当し, 「疾患」「薬物療法」「社会資源」「リハビリテーション」の内容で情報提供を行った。全セッションの中間を過ぎたタイミングで, 第1, 第3クールを除く7クールでインストラクターによるコンサルテーションを実施し, 指導を受けた。

EEは「批判的コメント critical comment」「敵意 hostility」「情緒的巻き込まれ emotional over involvement」で評価される<sup>1)</sup>。EEの評価には半構造化されたカンバウエル家族面接で評価されることが一般的であるが<sup>8)</sup>, 簡便に評価できるツールとして質問紙表であるFAS (Family Attitude Scale)がある。これはKavanaghによっ

て開発され<sup>9)</sup>, Fujita らによって日本語版が作成されている<sup>10)</sup>。FASは30項目からなり, それぞれについて「毎日ある」「大部分の日にある」「時々ある」「まれにしかない」「ない」の5段階で評価し, 0～120点で高いほどEEが高いとされ, カットオフは60点である(原著ではカットオフ50点)。

本研究における解析は, 2010年から2019年に実施した家族心理教育のうち, 多施設共同研究だった第5クールを除く全8クールに参加した家族および患者で, 患者の年齢, 性別, 診断名, 病歴, プログラム前の入院回数, プログラム後の入院の有無と回数, クロザピン使用の有無, プログラム実施時に入院中か外来通院中か, 参加家族の患者との続柄, 参加家族の性別, 家族に行ったプログラム前後のFASの値, プログラムへの参加率, 参加中断の有無, プログラム実施後から本研究までの観察期間である。患者情報は当院のカルテから収集し, 患者ID, 名前やイニシャル, 住所など, 本人を特定できるデータは削除した。家族情報はプログラム前の個別面談から得られた情報から収集し, 同じく氏名, イニシャル, 住所などの個人を特定できるデータは削除した。データは連結可能匿名化処理を行った。参加家族には, 本プログラムで得られた情報を学会および論文で発表することに対し, すべてのクールで書面による同意を得ているが, それに加え, 本研究の趣旨について, 当院にて継続加療中の患者とその家族には直接紙面で説明し拒否の機会を与え, 治療でない場合は当院のホームページに研究内容を掲載し, 拒否を希望する場合には連絡ができるように対応した。統計解析にはJMP 14 (SAS Institute Inc.) を使用し, 性別, プログラム実施時の患者の外来通院・入院の別, 参加中断の有無の比較には $\chi^2$ 検定を, 年齢, 罹病期間, 参加率, FAS, プログラム実施後から本研究までの観察期間, 入院率(年あたりの入院回数)の群間比較にはWilcoxon 順位和検定を, プログラム前後における群内のFASの変化, 入院率の変化の比較にはWilcoxon 符号付順位検定

表1 セッションおよび参加者、スタッフの概要

クール	1	2	3	4	6	7	8	9	計	平均
セッション数	12	12	12	12	10	10	10	10	48	11
参加家族	6	5	7	6	6	4	7	7	51	6
参加人数	8	5	7	6	6	4	7	8	51	6.4
参加中断家族	1	1	1	2	1	1	0	0	7	0.88
参加率 %	83.3	65	77.4	44.4	66.7	85	75.7	67.1		70
コンサルテーション	—	○	—	○	○	○	○	○		75%
患者診断 Sc%	100	80	85.7	50	100	100	100	85.7		86.4
参加スタッフ数	6	6	7	8	5	5	6	7	50	6.3
参加者 1 人当たりの スタッフ数	0.75	1.2	1	1.33	0.83	1.25	0.86	0.75		0.98
OT	1	1	1	1	1	1	2	2	10	1.1
PSW	3	3	3	3	2	2	2	2	20	2.5
Ns	1	1	1	2	0	0	0	0	5	0.6
CP	1	1	2	2	2	2	2	3	15	1.9

※ SC：統合失調症 OT：作業療法士 PSW：精神保健福祉士 Ns：看護師 CP：臨床心理士  
 実参加スタッフは OT 2 名、PSW 6 名、Ns 3 名、CP 3 名の計 14 名

表2 患者情報 N=44

性別 男 (%)	年齢 (歳)	罹病期間 (年)	入院回数 (回)	通院／入院 (通院 %)	プログラム実施後			診断
					処遇	クロザピン使用		
	平均	平均	平均	32/12 (72.7)	外来継続 23例 52.3%	6 例 13.6%		統合失調症 38 (86.4%)
	36.5±9.7	15.3±10.4	3.6±4.4					双極性障害 2 (4.5%)
61.4	中央値 34.5	中央値 15	中央値 2		入退院 17例 38.6%			自閉スペクトラム症 + 強迫症 2 (4.5%)
	最小 18	最小 1	最小 0		入院継続 4 例 9.1%			アルコール使用障害 1 (2.3%)
	最大 62	最大 42	最大 25					社交不安症 1 (2.3%)

※繰り返し参加した 4 家族の該当患者は初回の情報で算出

を用い、有意水準 5 % を統計学的に有意とした。

## 結 果

参加家族はのべ 48 (うち 2 家族が 2 回、1 家族が 3 回参加)、実参加家族 44、参加人数はのべ 51 名で、内訳は母親 41 名 (80.4%)、父親 8 名 (15.7%)、祖母、兄それぞれ 1 名 (2.0%) だった。途中で参加中断した家族は合計 7 家族で、全体の 14.6% だった。各クールへの参加率は 44.4% ~ 85% でクール間において有意差はなかった (表 1)。各回における参加スタッフは平均ひと家族に約 1 人 (0.98) のスタッフが相当し、延べ 50 名、実参加 14 名だった。患者情報を表 2 に示す。年齢と罹病期間に有意な正の相関を認めた (図 1  $p < 0.0001$ )。実参加 44 家族中、プログラム実施前の FAS 値のデータ欠損を 1 家族 (参加中断、クロザピン使用) に、参加中断 7 家族を除いた 37 家族中、プログラム後

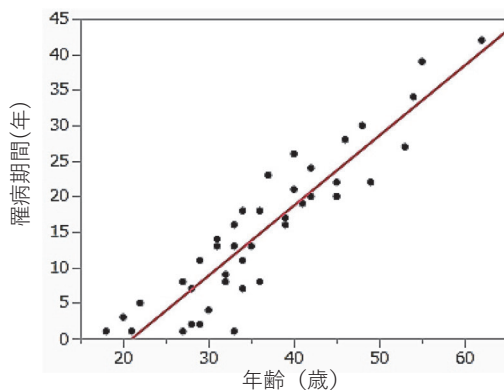


図1 年齢と罹病期間の相関 (N=44)

※複数回参加の場合は初回のみ

罹病期間 =  $-20.8 + 0.99 \times \text{年齢}$ ,  $R^2 = 0.84$ ,  $p < 0.0001$

の FAS 値のデータ欠損を 2 家族に認めた。

プログラム後に継続入院した 4 例を除いた 40 家族において、プログラム前と後の患者の入院率を比較したところ、全体として有意な減少を認めた (図 2  $p = 0.0057$ )。

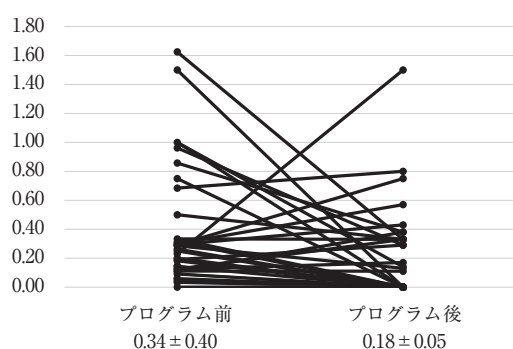


図2 プログラム前後の患者の入院率 (回数/年)  
プログラム後に継続入院しなかった N = 40  
p = 0.0057 Wilcoxon 符号付順位検定

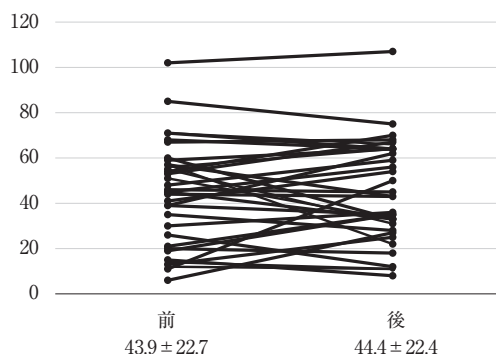


図3 FAS 前後比較  
参加中断, FAS 前・後値が欠損した家族を除いた N = 35

表3 プログラム参加継続群と参加中断群の比較

		継続 N = 37	中断 N = 6	検定
FAS 前値		44.4 ± 22.2	73.0 ± 12.1	p = 0.0027
患者情報	年齢	36.4 ± 9.8	38.5 ± 10.0	n.s.
	性差 (男%)	62.2	66.7	n.s.
	罹病期間 (年)	14.5 ± 10.3	21.2 ± 10.5	n.s.
	外来・入院 (外来%)	81.1	33.3	p = 0.0293
	※継続入院を除く 観察期間 (月)	(N = 35) 60.2 ± 34.9	(N = 4) 70.8 ± 26.4	n.s.
	プログラム前入院率 (回/年)	0.32 ± 0.36	0.11 ± 0.16	n.s.
	プログラム後入院率 (回/年)	0.18 ± 0.32 *	0.18 ± 0.21	n.s.

プログラム前 FAS 値のない 1 家族を除いた N = 43

\* p = 0.0079

プログラムに参加中断した 7 家族とプログラム後の FAS 値が欠損した 2 家族を除いた 35 家族において, プログラム前と後の FAS 値を比較したところ, 全体として有意な変化を認めなかった (図 3)。

プログラム前の FAS 値が欠損した 1 家族を除いた 43 家族において, プログラム参加継続した 37 家族 (継続群) と参加中断した 6 家族 (中断群) を比較したところ, プログラム前の FAS 値は継続群の方が中断群よりも有意に低く, プログラム実施時の患者の状態は, 継続群の方が外来通院している割合が有意に高かった (表 3)。プログラム後に患者が継続入院した 4 家族を除き (継続群 N = 35, 中断群 N = 4), プログラム前および後の患者の入院率を両群間で比較したところ有意差は認めなかったが, プログラム前と後の入院率を群内で比較したところ,

継続群で有意に減少した (p = 0.0079) のに対し, 中断群では有意差を認めなかった。

プログラム参加率が 50% より高い 35 家族 (高参加群) と 50% 以下の 8 家族 (低参加群) を比較したところ, 参加中断は低参加群に有意に多かった (表 4)。プログラム後に患者が継続入院した 4 家族を除き (高参加群 N = 32, 低参加群 N = 7), プログラム前および後の患者の入院率を両群間で比較したところ有意差は認めなかったが, プログラム前と後の入院率を群内で比較したところ, 高参加群において有意に減少した (p = 0.0213) のに対し, 低参加群では有意差を認めなかった。

患者が統合失調症である 38 家族中, プログラム前の FAS 値が欠損した 1 例を除いた 37 家族において, 患者がクロザピン使用である 5 家族 (クロザピン群) とその他の 32 家族を比較した

表4 プログラム参加率50%で分けた高参加群と低参加群の比較

		高参加群 N = 35	低参加群 N = 8	検定
患者情報	参加率 %	80.2 ± 13.0	28 ± 15.7	P < 0.0001
	FAS 前値	45.8 ± 22.8	55 ± 26.3	n.s.
	参加中断 (%)	3 (8.6)	3 (37.5)	p = 0.0331
	年齢	36.5 ± 9.3	37.5 ± 12.3	n.s.
	性差 (男%)	68.6	37.5	n.s.
	罹病期間 (年)	15.1 ± 9.8	17.1 ± 13.6	n.s.
	外来・入院 (外来%)	74.3	75	n.s.
	※継続入院を除く 観察期間 (月)	(N = 32) 61.2 ± 34.7	(N = 7) 61.6 ± 33.0	n.s.
	プログラム前入院率 (回/年)	0.27 ± 0.32	0.42 ± 0.50	n.s.
	プログラム後入院率 (回/年)	0.18 ± 0.33	0.17 ± 0.17	n.s.

プログラム前 FAS 値のない 1 家族を除いた N = 43

\*p = 0.0213

表5 プログラム後にクロザピン使用となった群とそれ以外の比較

		クロザピン群 N = 5	その他 N = 32	検定
患者情報	参加率 %	85 ± 12.3	70.0 ± 24.6	n.s.
	参加中断 (%)	0 (0)	4 (12.5)	n.s.
	FAS 前値	62.2 ± 6.53	43.5 ± 22.6	p = 0.031
	年齢	31 ± 8.6	38.3 ± 10.3	n.s.
	性差 (男%)	60	65.6	n.s.
	罹病期間 (年)	13.2 ± 10.8	16.7 ± 10.9	n.s.
	外来・入院 (外来%)	60	71.9	n.s.
	※継続入院を除く 観察期間 (月)	(N = 5) 96.6 ± 10.5	(N = 28) 53.1 ± 33.3	p = 0.010
	プログラム前入院率 (回/年)	0.59 ± 0.48	0.28 ± 0.33	n.s.
	プログラム後入院率 (回/年)	0.18 ± 0.15	0.18 ± 0.35	n.s.

統合失調症のみ、プログラム前 FAS 値のない 1 家族を除いた N = 37

\*p = 0.0313

ところ、プログラム前の FAS 値はクロザピン群の方が有意に高かった (表5)。プログラム後に患者が継続入院した 4 家族を除き (クロザピン群 N = 5, その他 N = 28), プログラム前および後の患者の入院率を両群間で比較したところ有意差は認めなかったが、プログラム前と後の入院率を群内で比較したところクロザピン群では有意に減少した ( $p = 0.0313$ ) のに対し、その他では有意な減少を認めなかった。この比較においてプログラム終了後から本研究までの観察期間がクロザピン群の方が有意に長かった ( $p = 0.010$ )。

プログラム参加継続した 37 家族中、プログラム後の FAS 値が欠損した 2 家族を除いた 35 家族において、プログラム前の FAS 値が 60 以上の 7 家族 (高 FAS 群) と 60 より低い 28 家族 (低 FAS 群) を比較したところ、プログラム

後の FAS 値は、高 FAS 群の方が低 FAS 群より有意に高かった (表6  $p = 0.0029$ )。ここからプログラム後に患者が継続入院した 2 家族を除き (高 FAS 群 N = 7, 低 FAS 群 N = 26), プログラム前および後の患者の入院率を両群間で比較したところ有意差は認めなかったが、プログラム前と後の入院率を群内で比較したところ、高 FAS 群では有意に減少した ( $p = 0.0391$ ) のに対し、低 FAS 群では有意差を認めなかった。

## 考 察

標準版家族心理教育は統合失調症の家族に対する支援として開発されたものである。本研究においてもほとんどの患者の診断が統合失調症であった (38例, 86.4%)。全体として年齢と罹病期間に非常に強い有意な相関を認め、平均して 20 歳前後で発症している患者群であった。

表6 プログラム参加継続家族における高 FAS 群と低 FAS 群の比較 (カットオフ60)

		高 FAS 群 N = 7	低 FAS 群 N = 28	検定
患者情報	参加率 %	71.9 ± 12.3	74.5 ± 21.1	n.s.
	FAS 前値	74.9 ± 14.1	36.1 ± 17.2	p < 0.0001
	FAS 後値	68.1 ± 21.7	38.5 ± 18.5	p = 0.0031
	年齢	33.7 ± 10.0	36.9 ± 10.0	n.s.
	性差 (男 %)	71.4	57.1	n.s.
	罹病期間 (年)	15 ± 10.2	14.6 ± 10.6	n.s.
	外来・入院 (外来 %)	85.7	82.1	n.s.
	※継続入院を除く 観察期間 (月)	(N = 7) 70.3 ± 38.8	(N = 26) 55.0 ± 34.1	n.s.
	プログラム前入院率 (回/年)	0.40 ± 0.41	0.29 ± 0.36	n.s.
	プログラム後入院率 (回/年)	0.12 ± 0.13 <sup>*</sup>	0.21 ± 0.36	n.s.

参加中断とプログラム後 FAS 値なしを除いた N = 35

<sup>\*</sup>p = 0.0391

罹病期間は平均15.3年, 入院回数は平均3.6回であり, 入退院を繰り返す, 軽症ではない患者群であったと考えられる。

継続して参加できた家族において, プログラム前後での FAS 値は全体として有意な改善は認められなかったが, プログラム前後の患者の入院率は有意に減少した。

西尾ら<sup>11)</sup>は多施設共同研究の家族心理教育プログラムをまとめ (標準版ではない, 実施形態は統一されていない), 家族のプログラム参加状況に関連する要因として, 継続して参加できた家族においては参加家族の年齢がより若いこと, プログラム参加1年前に患者の治療状況が変化していること (入院→外来, もしくは外来→入院), 過去に同プログラムに参加していないことを挙げている。本研究においては家族の年齢は調べていないが, 参加継続と参加中断および参加率の高・低比較において, 患者年齢に有意差は認めなかった。また複数回参加の家族は3家族だけであったため, 初回参加家族との検討はできなかった。有意差を認めたのは中断群では外来通院の割合が少なかった (入院が多かった) ことと, 家族のプログラム前の FAS 値が高かったことであった。渡部は FAS を用いた「家族教室」の報告において<sup>12)</sup>, すべてのセッションに参加した家族とそれ以外を比較し, FAS に差はなかったとしている。本研究では全セッションに参加しなくても最後まで参加を継続した群と, 参加中断となった群を比較し

ているため渡部らの報告と直接比較はできないが, 患者が入院しかつ FAS が高い家族は, 家族心理教育プログラムに参加できないほど余裕がなかった状態であった可能性が考えられる。

さらに, 渡部は「家族教室」のすべてのセッションに参加した群は中断群と比較して, EE が有意に低下し, 患者の再入院率が有意に低下したと報告している<sup>12, 13)</sup>。本研究ではプログラム前後において FAS の有意な低下を認めなかった。渡部が報告している「家族教室」は標準版家族心理教育に準拠したものではなく, 「家族に low EE の大切さに気づいてもらい, 参加家族が low EE になれるように全セッションを通じて毎回指導することを主眼としている」とある<sup>13)</sup>。先に述べたとおり, 標準版家族心理教育は家族のエンパワメントを高めることが目的であり, 直接 EE をテーマとして扱ってはいないため, 渡部の「家族教室」と比べ FAS を低下させる効果は乏しかった可能性がある。本研究において, プログラムへの参加継続群と参加中断群, 高参加群と低参加群の群間比較においては, プログラム後の患者の入院率に有意差はなかったが, 参加継続群および高参加群においてのみ, 群内でのプログラム前後の入院率に有意に減少した。入院の有無は患者の病状で異なり, 入退院を繰り返す患者やほとんど入院せずに経過する患者, 逆に長期に入院する患者など, 病状の重さには個人差が大きい。そのため入院率を群間で比較すると有意差が出なかったもの

の、群内での比較においてプログラム前後で有意な減少を認めたことには十分意味があると考ええる。直接 EE を扱わない標準版家族心理教育においても、患者の入院率が低下したことは有意な結果であったと考えられる。

FAS が評価できるのは EE の中でも特に「批判的コメント」と「敵意」であり、「情緒的巻き込まれ」を評価することには適していない<sup>10)</sup>。また日本人は海外と比べ高 EE が少なく、高い場合も「情緒的巻き込まれ」が優位と言われている<sup>14)</sup>。Shimodera らは EE の種類による家族介入の効果の違いについて、「批判的コメント」や「敵意」は家族介入の効果が大きく、「感情的巻き込まれ」は効果が小さいと述べている<sup>15)</sup>。本研究において、プログラム前の FAS 値が高い群（すなわち、批判的コメントと敵意が高い家族）において、プログラム後に患者の入院率が有意に減少していることも、この報告と合致する。

クロザピンは治療抵抗性統合失調症患者に適応のある唯一の薬剤で、わが国でも2009年より投与できるようになったが、システム導入の煩雑さや導入医療機関が少ないこと、致命的な副作用に対する危惧などから十分な患者に使用されていないことがたびたび指摘されている<sup>16)</sup>。当院もクロザピンの導入ができる体制になっておらず、導入には県外の医療機関に転院をしてもらうことになっており、患者および家族の負担は大きい（導入後の通院、再入院には対応している）。このハードルを越えてクロザピンを導入できた患者および家族は、患者の病状が重いものの家族の支援が手厚く、患者と家族の関係が維持できているという特徴が考えられる。本研究において、クロザピン使用群ではプログラム前の FAS 値がそれ以外と比較し有意に高かったが、プログラム参加率は高く（平均 85%）、プログラム後の患者の入院率はプログラム前と比較して有意に低下しており、家族心理教育の効果が高い群と考えられる。もちろん、入院率の低下にはクロザピンの薬効によるところも十分考慮が必要である。治療抵抗性統

合失調症と家族の EE および家族心理教育についての報告は、検索した限りにおいて見当たらなかった。

患者の入院率はプログラム前と比べプログラム後は全体として有意な減少を認めた。これについては罹病期間が平均16年であり、プログラム後の観察期間は最長10年、最短1年であることから、より長期間の観察を経て初めて評価できると考えられる。平賀ら<sup>17)</sup>は全18クルールの心理教育プログラム（教育セッション3回、グループワーク2回、標準版ではない）をまとめ、プログラムを受講した群では非受講群と比べ、受講後92週以後に通院継続期間が有意に高くなることが示されていることから、本研究においては観察期間についての課題が残る。なお、プログラム前後における入院率の群内比較において観察期間に有意差があったのはクロザピン群とそれ以外との比較のみであり（表5）、他の比較では認めなかった。より観察期間の長いクロザピン群で有意な入院率の低下が認められたことから、観察期間が短いために入院率が低下した可能性は考えられない。

井上は、家族心理教育の効果は参加家族がどれだけプログラムに参加したかが重要になると述べている<sup>18)</sup>。これは参加家族が少なければ総プログラム実施時間は少なくとも効果があるが、参加者が多くなると十分な総プログラム実施時間が必要であり、その時間をおおよそひと家族1時間程度（総プログラム実施時間／参加家族）としている。本研究をこれにあてはめて計算すると、1セッション2時間、セッション数10～12、全参加人数51人、参加率平均70%であることから、参加一人当たり5.0時間となり、十分な時間が確保できたと考える。ただし時間が長すぎることの影響については検討が必要である。

FAS には様々な要因が影響する。本研究においてプログラム実施中に患者の処遇が変化する家族が数例あった。外来から入院に至る場合は、多くは症状が悪化しており、それに反応して家族の EE は上昇するだろうし、入院から外来に

移行する場合は、今後の家庭生活への不安から家族の EE は上昇することもあるだろう。このように家族心理教育の介入以外で家族の EE は変化するが、プログラム介入以外の要因をすべて取り除くことは困難である。

家族心理教育においては、家族の困りごとを聴くだけでなく、家族のエンパワメントを高めるため出来ていることを探し褒め合ったり、家族自身の時間を持つことを勧めて家族の QOL を高めるような取り組みを話し合う。そのため、プログラム参加前は誰にも言えず家族が抱えていた悩みや苦しみを表現する機会になることに加え、他の家族の話を聴くことにより「抱え込まずに表明してもよい」という気持ちの変化が起ることが予想される。これが結果的に FAS の点数を押し上げる可能性も考えられる。FAS の「敵意」や「批判的コメント」に関連した設問に「そう思う」とチェックしたとしても、プログラム参加後の実際の患者とのやり取りにおいてはうまく関わるようになっていく可能性がある。結果的に患者の入院率が減少すれば、FAS が明らかに低下しなくてもプログラムの効果はあったと判断できるのではないだろうか。

最後に、プログラム前の FAS 値が高い家族について検討したい。参加中断群では有意に FAS が高いが、プログラムに参加継続できた高 FAS 群では、プログラム後においても FAS は平均60を超えており、有意な低下を認めなかったが、プログラム後の患者の入院率はプログラム前と比べ有意に低下した。このことから、プログラム前の FAS が高い群が何とか中断せず継続することができれば、患者の入院率の低下につながられる可能性がある。この群に対してはプログラムの参加すら出来ないほどの負担を抱えているとすれば、標準版家族心理教育の介入だけでは不十分で、個別のニーズを把握してプログラム以外の細やかな支援を要する可能性がある。患者背景として唯一有意差があったのはプログラム実施時に患者が入院している割合が高いことであった。FAS が高く、患者が入院している家族には、プログラムへの参加中断を

防ぐ更なる支援が必要と考えられた。

## 研究の限界

本研究では患者の病状評価を行わなかったが、患者の病状と家族の FAS との関連や、プログラム後の再入院との関連が十分想定できる。加えて、家族心理教育以外の社会的支援－訪問看護、個別カウンセリング、デイケアの参加、作業所への通所などは検討しておらず、これらが入院率に影響している可能性は十分あると思われる。またデータ欠損があったことで、参加家族のすべてを解析できなかった。対照群がないことからデータの有意差を正しく評価することには注意が必要である。またプログラム後の観察期間を十分長くとることで、より正確にプログラムによる入院率の変化について確認できると考えられる。EE における「感情的巻き込まれ」を評価すれば、標準版家族心理教育によるすべての EE に対する効果をより詳細に検討できると考えられる。

## 結 語

当院における10年間の標準版家族心理教育に準拠したプログラムを実施した結果をまとめ、考察を行った。本研究では観察期間に一定の限界はあるものの、プログラム前と比べ患者の入院率が減少することを明らかにした。標準版家族心理教育における FAS とその変化、家族のプログラム参加率と参加中断、患者の治療抵抗性と入院率の変化との関連について初めて言及した。

## 謝 辞

家族心理教育は現在のところ医療点数がつかないプログラムである。地域の一般精神科病院でこのようなプログラムを実施するために、10年にわたってスタッフを充当してくれている深井光浩 病院長に改めて感謝したい。また当院のプログラムにコンサルテーションに来ていただいた万成病院 柏原謙造氏（2回）、同 菅原明美氏、希望が丘ホスピタル 中岡恵理氏（2回）、慈恵病院 外山敬氏、関西青少年サナトリウム 中島千恵美氏、馬場麻里子氏に深く感謝申し上げる。最後に、

標準版家族心理教育を実践し、質を高めるため日々切磋琢磨している当院スタッフ達に対し、大きな賛辞を送りたい。

### 利益相反開示

本論文に関連し、著者全員、開示すべき利益相反はありません。

### 引用文献

- 1) Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 2000; 26: 5-20. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033446.
- 2) 伊藤順一郎：〔今必要な精神医療における家族支援－家族への心理教育を軸として－〕統合失調症をもつ人々の家族をいかに地域精神医療のなかで支えるか？ *精神神経学雑誌*. 2019; 121: 116-123.
- 3) 福井里江：〔当事者としての家族への支援：主人公としての家族〕〔専門職による家族支援の実際〕家族心理教育における家族支援. *精神障害とリハビリテーション*. 2011; 15: 167-171.
- 4) 心理教育・家族教室ネットワーク JNPF. [http://jnpf.net/\(2021.1.8\)](http://jnpf.net/(2021.1.8)).
- 5) McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 679-687. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950200069016.
- 6) 伊藤順一郎（監修）、大島巖・福井里江（編集）：心理教育の立ち上げ方・進め方ツールキット II. 千葉、地域精神保健福祉機構・コンボ. 2009.
- 7) 中岡恵理、賛川信幸：家族心理教育プログラムに参加した家族の変化 困難事例に対するスタッフの対応に焦点を当てて. *病院・地域精神医学*. 2010; 53: 157-159.
- 8) Brown GW, Birley JL, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972; 121: 241-258. doi: 10.1192/bjp.121.3.241.
- 9) Kavanagh DJ, O'Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C, Rosen A. The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res*. 1997; 70: 185-195. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00033-4.
- 10) Fujita H, Shimodera S, Izumoto Y, Tanaka S, Kii M, Mino Y, Inoue S: Family attitudes scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Res*. 2002; 110: 273-280. doi: 10.1016/s0165-1781(02)00108-7.
- 11) 西尾雅明, 牧尾一彦, 小原聡子, 大島巖, 伊藤順一郎：精神分裂病家族教室への家族の参加状況に影響を与える要因. *臨床精神医学*. 2001; 30: 637-645.
- 12) 渡部和成：家族教室後の Expressed Emotion 値に影響する因子と教室参加家族における患者の予後について. *精神科治療学*. 2005; 20: 1151-1156.
- 13) 渡部和成：〔これだけは知っておきたい統合失調症 II〕 Expressed Emotion を再考する. *精神科治療学*. 2018; 33: 213-218.
- 14) 米倉裕希子, 三野善央. 簡便な EE (Expressed Emotion) 評価に関する検討－評価者間信頼性と質問紙による EE 評価の妥当性－. *社会問題研究*. 2007; 56: 117-133.
- 15) Shimodera S, Inoue S, Mino Y, Tanaka S, Kii M, Motoki Y. Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res*. 2000; 96: 141-148. doi: 10.1016/s0165-1781(00)00193-1.
- 16) 来住由樹：〔Clozapine による臨床の新たな展開〕都道府県立病院における clozapine の意義. *臨床精神薬理*. 2020; 23: 35-42.
- 17) 平賀正司, 大塚直尚, 井上幸代, 石毛奈緒子, 林直樹, 江畑敬介, 風祭元：心理教育的家族講座の精神分裂病患者の再入院予防効果についての検討. *日本社会精神医学会雑誌*. 2011; 10: 1-9.
- 18) 井上新平：家族心理教育はなぜ有効か. *統合失調症*. 2014; 7: 10-17.

〈Regular Article〉

## Reduction of admission rate after standardized family psychoeducational program: An assessment based on the Family Attitude Scale

Naoya KITAMURA<sup>1, 2)</sup>, Toshiko SHIGIYAMA<sup>1)</sup>, Takane MURAO<sup>1)</sup>  
Kei EBIHARA<sup>1)</sup>, Kazuki DOIHARA<sup>1)</sup>, Tatsuya YABE<sup>1)</sup>, Kenji KODAMA<sup>1)</sup>  
Chizuko NANJO<sup>1)</sup>, Takayuki MIEDA<sup>1)</sup>, Akira MOCHIDA<sup>1)</sup>  
Naomi KUBO<sup>1)</sup>, Yuto INOUE<sup>1)</sup>, Eisuke KAWAKAMI<sup>1)</sup>, Mitsuhiro FUKAI<sup>1)</sup>

1) Akojinsen Hospital

2) Department of psychiatry, Kawasaki Medical School

**ABSTRACT** The family psychoeducational program is an evidence-based program that prevents re-hospitalization of patients with schizophrenia by decreasing high family expressed emotion (EE). The Japanese Network of Psychoeducation and Family Support Program manages the training of the standardized psychoeducational program to expand it across Japan. We conducted a standardized psychoeducational program and assessed family EE using the Family Attitude Scale (FAS). After this program there was no significant decrease in the FAS score; however, there was a significant decrease in the patient admission rate (hospitalization times per year). In the family who discontinued program participation, the FAS score before the program was significantly high and more patients were in-hospital when the family began participation in the program compared to the family that continued program participation. In the family that continued program participation, participation was more frequent, and for patients who had clozapine, there was significant decrease in the patient admission rate. In the family with a high FAS score before the program that continued program participation, there was a significant decrease in the patient admission rate. We concluded that the family with high EE that discontinued program participation needs more support to adjust to the program.

(Accepted on February 2, 2021)

Key words : **Standardized family psychoeducational program, EE (Expressed Emotion), FAS (Family Attitude Scale), Admission rate, Discontinuance of program participation**

---

Corresponding author

Naoya Kitamura

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School,  
577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan

Phone : 81 86 462 1111

Fax : 81 86 464 1193

E-mail : n-kitamura@med.kawasaki-m.ac.jp

Akojinsen Hospital

408 Hamaichi, Ako, 678-0173, Japan

Phone : 81 791 48 8087

Fax : 81 791 48 1066

E-mail : kitamura@sensuikai.or.jp