わが国における精神保健サービスの現状と課題： 精神障害者とその家族のための地域ケアの発展

三 野 善 央

岡山大学医学部衛生学教室

Mental Health Services in Japan: Development of Community Care for Mentally Ill Patients and Their Families

Yoshio MINO

Department of Hygiene and Preventive Medicine, Okayama University Medical School, Okayama

Abstract Psychiatric care in Japan has received criticisms not only within Japan but from other parts of the world. In contrast, the services for the mentally ill in England are considered to be superior, despite serious criticisms. Psychiatric services in Japan and England are compared using government statistics. In Japan, the number of inpatients per 100,000 population has increased from the 1950s, while that of England has decreased since 1954. Since 1972 the prevalence of inpatients has been higher in Japan than in England. The history of psychiatric services in England where, after World War II, deinstitutionalization has been occurring is briefly described. For developing community care of the mentally ill in Japan, alternatives to inpatient care are thought to be important. These include primary care, day care and residential service in the community. Studies on families of mentally ill patients are crucial in community care and, among them, Expressed Emotion (EE) study is promising. Twenty cohort studies on EE and schizophrenic relapse, most of which successfully replicated the relationship between EE of the family and the course of the disease, are reviewed. Finally, some important aspects of EE study in Japan are discussed.

Key words : Mental health service (精神保健サービス), Community care (地域ケア), Expressed emotion (感情表出)

I. はじめに

わが国の精神保健サービスは様々な立場から問題点を指摘され、国際的にも様々な形で批判が行われてきた^{1, 2)}。その主な内容は、1) 精神病院在院患者が非常に多く、なおかつ彼らが閉鎖的な処遇を受けていること、2) 精神障害者の地域ケアのための社会的支援が乏しいこと、3) 精神障害者の人権が十分に擁護されていないこと、

などであった^{1, 2)}。そうした批判に応えるかたちで1987年に精神衛生法が改正され、1988年に現在の精神保健法が施行された³⁾。こうした流れは精神障害者の地域ケアを重視し、彼らの人権を擁護する立場から、より良い方向への改革と評価されている^{4, 5)}。しかしながら、わが国の精神保健サービスの国際的視野の中での特徴や問題点が明らかになっているとはいえない。

そして、地域ケアのための社会的支援体制が不備な中

Reprint requests to : Yoshio Mino, Department of Hygiene and Preventive Medicine, Okayama University Medical School, 2-5-1 Shikata-cho, Okayama 700, Japan

で、地域で生活する精神障害者のケアは多くの場合、家族に任された形となっており、家族の被るケアの負担が余りに大きいことが問題視されている⁶⁾。これまでも精神疾患とそれを取り巻く環境との関連に関しては、上記のような精神保健サービスの供給のあり方、職場、文化的側面などに注目した研究があるが、家族も重要な環境の一つとして取り上げられるようになってきている。その代表的な研究が家族の感情表出 (Expressed Emotion, EE) に関する研究⁷⁾である。ここで分裂病を取り上げる理由は、分裂病は最も重篤な精神疾患の一つであり、現在のわが国の精神病院在院患者の60%をしめている³⁾という状況があるからである。精神障害者の地域ケアの発展のためには、家族も視野にいたしたサービスの展開が必要と考えられる⁶⁾。

本論では、わが国の精神保健サービスの特徴、特に問題点を英国イングランドの精神保健サービスの状況と比較することによって明らかにしたい。さらに、精神障害者の地域ケアの展開の中での、分裂病と家族のEEに関する研究の歴史と現状について述べて行きたい。

II. 精神保健サービスに関する日本とイングランドとの比較研究^{4, 8, 9)}

1) 政府統計による比較

まず、わが国の精神保健サービスの現状をイングランドの状況と比較することによって、わが国の特徴を明らかにする。ここでイングランドを選んだ理由は、様々な問題をはらみながらもイングランドの精神保健サービスは国際的に高い評価を受けているからである⁴⁾。比較検討の資料については、わが国の資料として主に「患者調査¹⁰⁾」および「医療施設調査・病院報告¹¹⁾」を、イン

グランドの資料として政府統計資料である「精神保健調査 (Mental Health Enquiry)¹²⁾」および「イングランドの精神病院の施設とサービス」 (The Facilities and Services of Mental Illness and Mental Handicap Hospitals in England)¹³⁾」を用いている。

わが国とイングランドの人口10万人当りの精神疾患在院患者数の年次推移をFig. 1に示したが、イングランドでは1954年の354をピークに人口10万人当りの在院患者数は減少し続け、1990年には120にまで低下していた。こうしたイングランドの動向とは対照的に、わが国においては精神疾患での在院患者は増加し続け、1987年には人口10万人当りの在院患者数は268に及んでいる。ここでの在院患者数は患者調査での精神疾患での在院をあげており、医療施設調査などでの在院患者数より少なくなっている。これはわが国の精神病院にはてんかんなどの神経疾患患者が少なからず入院しているためであると考えられるが、国際的な比較のため、ここでは精神疾患による在院に限って検討している。

性、年齢別の人口10万人当りの在院患者数の年次推移をTable 1に示したが、わが国においては男性の在院患者が女性と比較して多く、イングランドでは逆となっていた。これに関しては、わが国では精神障害者の地域支援システムが十分ではなく、男性は女性と比較して家庭の中で役割を持つことが難しいことを反映したものと考えられている⁴⁾。また、イングランドでは高齢者の在院患者が多いが、高齢者では女性の割合が大きいこと、女性での有病率の高いうつ病をはじめとする感情障害での入院が多いことが指摘されている⁸⁾。

また、年齢階層別の在院患者数はイングランドではすべての年齢階層で減少しているのに対して、わが国では

Fig. 1 Resident inpatients in Japanese and English mental hospitals on annual census days (rates per 100,000 population)

Table 1 Resident inpatients in Japan and England

	Japan					England				
	1970	1975	1980	1984	1987	1970	1975	1980	1984	1986
Total	200	220	245	258	268	233	188	161	141	128
Sex :										
Male	239	264	288	298	303	206	166	—	—	—
Female	163	181	203	220	233	260	209	—	—	—
Age (years) :										
15-24	142	133	96	81	64	48	50	36	29	31
25-	324	310	297	264	218	110	88	74	65	64
35-	368	413	412	396	371	190	131	102	79	76
45-	302	362	425	471	487	292	227	156	114	99
55-	244	288	356	406	459	391	311	253	205	176
65-	186	232	329	356	394	599	479	388	352	306
75-	141	212	406	484	581	1208	918	870	775	693

Sex- and age-specific rates per 100,000 population

45才以上の年齢階層で増加し、44才以下の年齢階層で減少していた。また、在院期間を比較すると、わが国では在院患者の48%が5年以上継続して在院しており、この割合はイングランドの36%と比較して大きかった。こうした比較検討から、わが国における精神保健サービスは病院入院主義に偏っており、長期在院が大きな問題となっていることが明らかとなった。特に、中年期以降の男性の問題、さらには今後は65歳以上の高齢者の在院患者の問題が深刻となる可能性がある。

年間の人口10万人当りの入院回数を比較すると、イングランドにおいては増加傾向にあるのに対し、わが国では1970年以降横ばい状態であり、1984年ではイングランドの半数となっていた。この結果と在院期間の比較をあわせて考えると、イングランドでは、より早期での治療と退院が行われていると推測される。

また、医療施設の側面、サービス供給の側面から見てみると、病床数の推移は在院患者数と同様の推移だったが、病床利用率(占有率)がわが国で高いことが特徴となっていた(Table 2)。また、病床規模別に病院数の推移を見てみると、わが国では300床から499床までの規模の病

院が増加していた(Table 3)。一方、イングランドでは50床未満の病床の医療機関が増加していた(Table 4)。わが国の資料では、精神病院とは精神病床のみを持ち、20床以上の収容施設を持つものとされているので注意が必要であるが、イングランドのような病院規模の縮小はわが国では見られず、100床から499床の病院が主となっている。

2) イングランドにおける脱施設化と地域ケアの発展

これまでに検討してきたように、イングランドにおける精神障害者のケアは病院中心主義から地域ケアに基礎をおいたものと変化してきた。この背景には、National Health Service (NHS)¹⁴⁾を基礎にした脱施設化(Deinstitutionalization)¹⁵⁾の過程があり、これは政策的に行われたものであった。また、この脱施設化の理論的根拠を形成したのがWingとBrownの「施設症と分裂病(Institutionalism and Schizophrenia)」の研究¹⁶⁾であったことを指摘しておきたい。すなわち、彼らは3つの精神病院の在院患者を8年間にわたって追跡し、社会的環境の貧困が患者の状態、とりわけ陰性症状に悪影響を及ぼすことを疫学的に明らかにし、こうした施設での刺激の乏しい生

Table 2 A comparison of numbers of beds for patients with mental illness

Year		1970	1975	1980	1985	1989
Japan :	Number of beds	247,265	278,137	308,554	333,570	355,743
	Rate per 100,000 population	238.4	248.5	263.6	276.5	288.6
	Bed occupancy (%)	104.7	102.0	102.3	101.9	97.6
	Percentage of private beds	84.9	85.6	86.8	87.8	88.5
		(1965)				
England :	Number of beds	135,000	99,000	87,000	76,000	63,000
	Rate per 100,000 population	300	212	186	161	132
	Bed occupancy (%)	89.6	87.6	86.2	85.5	—

Table 3 Distribution of psychiatric hospitals by size (Japan)

	Year	1970	1975	1980	1985	1988
All hospitals :		n=896	n=929	n=977	n=1,026	n=1,048
20- 49 beds		2.3%	1.1%	0.9%	0.8%	0.7%
50- 99		7.1	6.7	5.7	5.4	4.7
100-299		73.7	72.0	69.2	68.2	67.1
300-499		13.4	16.1	20.0	21.1	22.6
500-899		3.3	4.0	4.1	4.5	4.8
900-		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Total		100	100	100	100	100

Table 4 Distribution of psychiatric hospitals by size (England)

	Year	1970	1975	1980	1985	1989
All hospitals :		n = 334	n = 401	n = 424	n = 511	n = 484
with under 50 beds		21.3%	31.7%	35.8%	49.5%	50.4%
50-249		29.9	27.9	26.4	22.5	24.8
250-499		10.5	12.7	13.9	13.5	14.5
500-999		19.5	16.7	17.7	12.1	10.0
1000-		18.9	11.0	6.1	2.3	0.2
Total		100	100	100	100	100

活によって引き起こされる状態を施設症として記載したのであった。

そしてこの脱施設化の実践のためには、当然のことながら脱施設化された患者を地域で支える体制が存在しなければならない。すなわち地域ケアの展開が必要になったのである^{17, 18)}。精神障害者のための地域ケアの厳密な定義に関しては様々な議論があるが、Social Service Committee¹⁹⁾は、「地域の中で、精神障害者の個別の障害を可能な限り正常化するようにし、地域の中での生活の崩壊を最小とするための個人への適切なケア」と定義し、そして1) 患者を病院から追い出すことによる、現在の病院での費用の節約、2) 法令で定めたケアでなく家族やボランティアによるケア、3) 国から地方自治体への責任の転嫁、などを意図して地域ケアという言葉を用いてはならないとしている。このことは、今後のわが国での精神障害者の地域ケアを考える場合にも考慮しておく必要があるだろう。

イングランドにおける地域ケアの展開は、国民保健サービス(National Health Service, NHS)のもとで発展してきた^{8, 14, 17~19)}。このNHSが予防や社会復帰を含んだ包括医療の供給システムであったことは、精神障害者のケアを病院から地域へと移していく上で有利な条件となったと考えられる。NHSの仕組みの中で、精神保健サービスは1次としてGP (General Practitioner), 地域精神科看護婦(Community Psychiatric Nurse), ソーシャルワーカーなどによるサービス、2次として精神保健セン

ター、外来クリニック、デイセンター(地方自治体によるデイケア)によるサービス、3次として地域保健当局、精神科病棟、精神病院、デイ病院があり、4次として保健(社会保障)省、地方保健当局および特別病院という構造となっている⁸⁾。そして実際の地域ケアは1次から3次までのレベルのサービスの統合、協力によって行われている。この中で注目されるのは、地域ケアチームの存在とその管轄地域の設定、地域精神科看護婦の活躍、GPの精神障害者のケアへの参加などである⁸⁾。

イングランドのデイケアの受け入れ可能人員をTable 5に示した。デイケアは昼間の活動、職業訓練の中心となり、慢性患者の社会復帰には不可欠のものである。デイホスピタルとはNHSによるデイケアで、デイセンターとは地方自治体によるものである。これらは医療スタッフが関わるか否かという点で異なっているが、本質的に地域で生活する精神障害者に活動の場を保障するという意味では目的をひとつにしている。これらの受け入れ可能人員は経年的に増加し、1974年と比較して1986年には約2倍、デイセンターの受け入れ可能人員は1989年には1.8倍となっていた⁸⁾。

Table 5 Change of day care (places)

year	1974	1982	1989
Day hospital	9,412	15,310	18,661*
Day centre	3,598	5,025	6,396
Total	13,010	20,335	25,057

* data in 1986

(Mino & Ohara, 1991)

Table 6は居住施設の経年推移を示したものであるが、これは地方自治体による公的なものと、ボランティアもしくは個人の運営するものに分けられている。施設数、受け入れ可能人数ともに経年的に増加し、1988年には地方自治体のスタッフ付きホーム170カ所、スタッフ無しホーム473カ所、民間ホーム402カ所、1,045カ所が運営され、9,745名が入所していた。1施設当りの入所人員はスタッフ付き自治体ホーム16名、スタッフ無し自治体ホーム4名、ボランティアもしくは個人ホーム13名、平均9名となっている。精神病院と同規模の居住施設ではなく、地域の中に小規模の施設を数多く作る傾向が認められる⁸⁾。

このようにイングランドの精神障害者の地域ケアは発展してきたが、居住施設、デイケア施設の不足が問題視されている⁸⁾。単純に考えても、1976年から1988年の間に精神病院の在院患者数は約25,000名減少したにもかかわらず、居住施設入居者数は約5,000名の増加、デイケア受け入れ可能人員は12,000名の増加にとどまっている。こうした居住施設、デイケア施設の不足が精神障害者の家族のケアの負担につながっているとの批判がある⁸⁾。また、地域に戻った精神障害者のケアに関して、適切なケアが行われていない、継続的ケアからの脱落などの問題も指摘されている⁸⁾。また、米国ほど深刻ではないがホームレスの中での精神障害者の問題も浮き上がって来ている²⁰⁾。

3) わが国の精神障害者の地域ケアの発展のための課題

こうしたイングランドの脱施設化と地域ケアの展開の成功と失敗を、十分に吟味してわが国の地域ケアのあり方を探っていく必要がある。わが国の精神保健サービスの現状を考えた場合、精神障害者の地域ケアの発展のためには1) デイケアなどの昼間の活動の充実、2) 居住施設

の整備、3) プライマリケアの確立が求められている。

わが国でのデイケアをはじめとする活動の場としては、医療機関によるデイケア207カ所(利用者数8,400名)³⁾、共同作業所610カ所(利用者数11,000名)²¹⁾、通所授産施設32施設(定員640名)²¹⁾がある。また、保健所におけるデイケア活動も行われている。

居住施設に関しては、精神保健法に基づく社会復帰施設としては1991年段階で援護寮41カ所(定員1,155名)、福祉ホーム41カ所(定員410名)があり、少数の精神障害者が世話人のもとで共同生活をするグループホームが123カ所(利用者数783名)が開設されている²¹⁾。

今後こうしたデイケア、共同作業所をはじめとする活動の場や地域での居住施設が発展することが重要であるが、イングランドの水準にいたるには6万人以上が通所可能なデイケアに相当する施設、2万5千人が入所可能な居住施設が必要と推測される。

プライマリケアの充実に関しては、保健所が中心となり、保健所自身の活動と地域の中で先進的な訪問活動を行っている精神病院や診療所の役割を統合し、管轄区域内での精神障害者に対するプライマリケア・サービスを保障する必要がある。このプライマリケアの充実が精神障害者の地域ケアの発展の中で、しばしば問題にされる自殺²²⁾や触法行為²³⁾の予防につながると考えられる。とりわけ殺人等の重大な触法行為のリスク要因として薬物療法の中断があげられている²³⁾ことから、早急なプライマリケアの確立が求められている。本論文ではイングランドについて述べてきたが、米国やイタリアなどの経験²⁴⁾も参考になると思われる。

病院医療については、その医療の質の向上、マンパワーの充実が求められる^{25, 26)}。特に精神病院の機能分化を効率的に遂行する必要がある²⁵⁾。また、少なからぬ任

Table 6 Change of residential care

year	1976	1982	1985	1988
Premises :				
Local Authority homes				
Staffed	106	149	156	170
Unstaffed	168	352	427	473
Voluntary and Private homes	79	?	250	402
Total	353	?	833	1,045
Places :				
Local Authority homes				
Staffed	1,913	2,513	2,563	2,661
Unstaffed	825	1,555	1,800	1,895
Voluntary and Private homes	1,622	?	3,171	5,189
Total	4,360	?	7,534	9,745

(Mino & Ohara, 1991)

意入院患者が閉鎖的処遇を受けている現実があり、精神障害者の人権擁護の立場からすると大きな問題であり、改善が急がれる⁵⁾。

III. 精神障害者の地域ケアの発展と家族：とくに家族の感情表出(Expressed Emotion)研究をめぐって

1) EE研究の歴史

精神障害者の脱施設化の流れの中で、当然の事ながら、精神病院から地域へと退院した患者がどのような生活をしているかという問題意識が生まれて来る。そこから、注目されてきたのが、家族とともに生活する分裂病者が家庭の情緒的環境から受ける影響に関する研究である²⁷⁾。その中で最も注目されているのが、家族の感情表出(Expressed Emotion, EE)に関する研究⁷⁾である。この研究は、これまでの分裂病の家族研究が科学的な追試研究を行うためには不備な点が多かったこと、病因論的な立場を強調する余り、分裂病の原因に関して家族の責任を問うことにつながり、結局は精神障害者にも、その家族にも役立つことが少なかったという反省に立ったものであった⁷⁾。

1950年代に、Brownら^{7, 28)}は精神病院を退院した分裂病者を追跡し、家庭生活の形態によって社会適応や再入院率が異なることを明らかにした。家庭生活の情緒的側面に着目した彼らは、それを客観的に評価する目的で半構造化された面接であるカンパウェル家族面接(Camberwell Family Interview, CFI)を開発した²⁹⁾。そして、この面接内容から批判的コメント(critical comments)、敵意(hostility)、情緒的巻き込まれ過ぎ(emotional overinvolvement)、暖かみ(warmth)、肯定的言辭(positive remarks)の5項目の下位尺度が、定義された基準に基づいて測定されるようになったのである⁷⁾。そして一般的には、5項目のうち最初の3項目、批判的コメント、敵意、情緒的巻き込まれ過ぎの尺度によって家族は高EEと低EEに分類される⁷⁾。判定を行うためにはロンドンの社会精神医学部門グループの主催する訓練を受け、満足すべき評価の信頼性を獲得する必要がある。典型的には、高EEの家族とは、患者に対して批判や小言を言うことの多いタイプの家族(批判あるいは敵意)と患者を心配し過ぎて、揺れ動き、そのために患者に不安を与えてしまうタイプの家族(情緒的巻き込まれ過ぎ)と考えて良い²⁷⁾。

この家族のEEと分裂病の経過に関するこれまでの前向き研究^{30~49)}をTable 7にまとめた。これらの研究の

デザインは、一定期間中に病院に入院した分裂病者の家族に対してCFIによる面接を行い、上記の基準で家族のEEを判定し、一人でも高EEの家族がいた場合には高EE群、すべての生活を共にする家族が低EEの場合には低EE群として、退院後の分裂病者を追跡して行くコホート研究である。追跡期間は9カ月から2年であり、分裂病症状の再発をなんらかの基準で定義、判定し、高EE群と低EE群の再発率を比較したものである。

追試の行われた国は英国、米国、ドイツなどの欧米諸国が中心であったが、その後インド、オーストラリアなどからの報告があった。20研究のうち、家族のEEと分裂病の再発との関連を明らかにした研究は16研究にのぼっている。家族のEEと分裂病の再発との関連を否定した4研究のうち、1986年のハンブルグでの研究³⁶⁾、1988年のシドニーでの研究⁴²⁾は方法論上の問題点が指摘されており、1987年のスコットランドでの研究⁴¹⁾では入院した分裂病者ではなく、地域で生活する分裂病者を対象としたもので、他の研究とは疾病の重篤度の低い対象となっていたと考えられている。しかしながら、1991年のマンチェスターでの研究⁴⁸⁾は他の研究と同様の対象集団を設定し、研究方法も欠点の無いものであるにもかかわらず低EE群の再発率の方が高くなっていた。全体としては、家族のEEと分裂病の再発との関連は存在すると考えて良いであろう⁵⁰⁾。

2) EE研究の今後の課題

今後の課題としては、まず第1に介入研究での知見の確立がある。介入研究の意義は2つあると考えられる。まず、家族のEEと分裂病の再発の因果関係を明確にするためには家族への介入によってEEを低下させ、それによって再発率が低下することを明らかにする必要がある⁵¹⁾。また、EE研究が実際に患者と家族の利益をもたらすためにも介入研究による再発予防の知見の確立が求められている⁵¹⁾。これまでにいくつかの家族介入の成功が報告されているが、例えばLeffら⁷⁾は、分裂病に関しての知識を家族に獲得してもらう家族教育、家族同志で悩みを出し合い、対処方法が討論し合う家族グループ、家族の個別的問題に対処する家族療法の3つのパッケージを用いての家族介入によって、対象家族のEEの低下をもたらし、その家族と生活する分裂病者の再発予防に成功したことを報告している。今後、家族介入方法の確立が求められている⁵¹⁾。ただ、家族のEEの変化を人為的にもたらすことの倫理上の適否に関しては未だ論議は十分ではない。しかしながら、これまでのEE研究をもとにした家族介入の方法は、患者が患っている疾患

Table 7 Relapse data from prospective studies on Expressed Emotion

		city or country	number of subjects	follow-up period	relapse percentage	
					high EE (%)	low EE (%)
Brown et al	(1962)	London	97	1 year	56	21
Brown et al	(1972)	London	101	9 months	58	16
Vaughn & Leff	(1976)	London	37	9 months	50	12
Leff & Vaughn	(1981)	London	36	2 years	62	20
Vaughn et al	(1984)	Los Angeles	54	1 year	56	17
Moline et al	(1985)	Chicago	24	1 year	91	31
Dulz & Hand	(1986)	Hamburg	46	9 months	58	65
MacMillan et al	(1986)	London	67	2 years	63	39
Nuechterlein et al	(1986)	Los Angeles	26	1 year	37	0
Karno et al	(1986)	California	44	9 months	59	26
Leff et al	(1987)	India	70	1 year	31	9
McCreadie et al	(1987)	Scotland	141	1 year	17	20
Parker et al	(1988)	Sydney	57	9 months	48	60
Hogarty et al	(1988)	Pittsburg	70	2 years	31	23
Tarrier et al	(1988)	Salford	48	9 months	48	21
Tarrier et al	(1989)	Salford	47	2 years	59	33
Leff et al	(1990)	India	60	2 years	50	33
Barrelet et al	(1990)	Geneva	36	9 months	33	0
Stirling et al	(1991)	Manchester	33	1 year	31	47
Vaughan et al	(1992)	Sydney	87	9 months	53	24

(Mino et al, 1993)

についての教育, カウンセリング, 問題解決, 患者の症状や問題行動への対処方法の獲得を目的とし, その結果としてEEの自然な変化をもたらそうとするものである。決して, 家族に対して感情表現の禁止や抑制の強制を行うものではない。したがって, 倫理上の問題は少ないと考えられる。ただ, 家族介入を行う場合に十分な告知同意を行うことは, 当然必要なことである。

第2には比較文化的研究^{50, 52)}である。これまでのEE研究は欧米での研究が主であったが, インドでの研究^{40, 46)}をはじめとして, 世界各国で追試研究が行われている。その中で, 言語や文化が異なれば, 批判的コメント数や情緒の巻き込まれ過ぎ尺度得点の分布が異なることが報告されている⁷⁾。また, 再発と関連する下位尺度も異なる可能性がある。例えば, インドでは再発と敵意との関連が報告された⁴⁶⁾。

第3には何が高EEを引き起こすのか, という問題である。これまでに患者の重篤な症状との相互作用などの指摘がなされている⁷⁾が, 注目されているのは, 家族のケアの負担(burden of care)のEEに与える影響²⁷⁾である。このことは家族への介入を行う場合にも, 考慮しておくべきことである。したがって, Fig. 2に示したモデ

Fig. 2 Hypothetical relationship between EE and schizophrenic relapse

ル²⁷⁾を念頭においておく必要がある。

第4には他の疾患でのEE研究である。これまでに抑うつ神経症, うつ病, 双極性感情障害, 精神遅滞, 痴呆, アノレキシア, 肥満などでの研究が報告されている^{7, 27)}。

第5には病因論についての研究である。これまでのEE研究は分裂病の発病後の経過とEEの関連に焦点を絞ってきた。しかしながら, 病因論に踏み込んだ研究の必要性が指摘されている⁷⁾。これまでに明らかになっている遺伝負因なども考慮にいれたうえでの研究が待たれる。

3) わが国におけるEE研究

わが国におけるEE研究は次のような点で国際的に注目された。すなわち、わが国では分裂病者の地域における社会的支援体制が不十分であることから、ほとんどの分裂病者は病院から家族のもとに退院し、家族とともに生活している。それゆえ、家族から受ける影響が大きいと考えられる。そして、家族への介入の成功は他の国々と比較して、より大きな効果をあげる可能性がある⁵⁰⁾。

第2には、比較文化的な側面である。いわゆる先進国の中でただ一つアジアに属し、宗教的背景も他の先進諸国とは異なるわが国においては特徴的な家族のEEが観察される可能性があるのである。具体的には、日本人の感情表現は欧米人と比較して、控え目で、抑制されたものであると考えられており、これが分裂病者の家族にも当てはまるならば、わが国においては批判などによって高EEと判定される家族は少ない可能性がある。一方、もし家族のケアの負担が高EEと関係するならば、異なった見方が必要となる。前述したように、わが国では精神障害者のケアの負担が大きいことが予測され、そのために家族のEEが高まっている可能性がある。また、わが国では、欧米諸国と比較して家族間の結合が強いことから、情緒的巻き込まれ過ぎスコアが高くなっている可能性がある⁵⁰⁾。

このような中で、現在わが国では2グループによるEE研究が進行中である。その中で、現在、高知県で行っているEE研究^{53, 54)}の概略を紹介したい。研究対象は、1991年8月より1992年12月までの間に土佐病院、高知医科大学神経精神医学科に入院した分裂病者のうち、1) 入院以前に家族、親族と同居しており、また退院後同居の予定である、2) 年齢15歳以上65歳未満、という条件を満たす者全員とその家族とした。患者の入院後、2週間以内に患者の家族、主には父母および配偶者に対してCFI

面接を施行し、面接を録音し、さらにテープを起こし原稿を作製した。録音テープとテープ起こし原稿をもとにEE評価の正式認定を受けた評価者がEEの高低の判定および各下位尺度の判定を行った。

対象患者を退院後9カ月間追跡した。再発の判定は各主治医の臨床的判定、およびBPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)得点で少なくとも1項目で3点以上の悪化と定義し、再発が疑われた時点、および追跡終了時点でBPRS評価を行った。これらの再発の判定は、EE評価とは独立に行った。

本年2月までに追跡の終了した対象者42名とその63名の家族についての結果を示す。EEの各下位尺度の分布に関しては、比較文化的に興味深いと言われているが、Fig. 3に今回の対象家族63名の批判的コメント数の分布およびインドとロサンゼルスでの分布を示した。わが国の分布は1970年代のロンドンでの研究⁷⁾の分布に近似したものであり、1980年代のロサンゼルスでの研究³⁴⁾の分布とインドでの研究⁴⁰⁾の分布の中間的なものとなっていた。この批判的コメント数の分布が分裂病者をめぐるある文化的特性を反映していると考えらるなら、先進欧米諸国とインドのような国との中間的な位置にわが国は位置していると推測される⁵⁴⁾。

次に対象患者42名でのEEと再発との関連に関しては、主治医の臨床判断による再発率は高EE群22名中の11%であり、低EE群20名中の20%であった。BPRSでの再発率は、高EE群22名中の54.5%、低EE群20名中の20%で、高EE群が有意に高率となっていた($p=0.03$, Fisher's exact test, both sided)。このCummulative Incidenceを用いたRelative Riskを求めると2.73(95%信頼区間1.05~7.1)であり、Incidence Rateを用いたIncidence Rate Ratioを求めると3.76(95%信頼区間1.2~11.6)となっていた。すなわち、家族のEEと分裂病の再発との間の関連

Fig. 3 Comparison of distribution of critical comments

が認められた⁵³⁾。

また、千葉グループによる報告によっても、EEと分裂病の再発との関連が明らかとなっている。彼らは34名の分裂病患者を9カ月間追跡し、高EE群12名中の再発は6名(50%)だったのに対して、低EE群22名中の再発はなかったと報告している⁵⁵⁾。

このようにわが国においても、家族のEEと分裂病の再発との関連が明らかにされつつあり、これらの知見を基礎として、わが国における家族介入のあり方が模索され始めている。その一環として、家族教育のためのハンドブック⁵⁶⁾が著された。そして、特にわが国における家族介入を考えた場合、家族のケアの負担⁶⁾の問題を忘れてはならない。このケアの負担の結果として、家族の重篤な抑うつ症状が指摘されている⁵⁷⁾が、こうした家族の精神健康をも考慮した総合的アプローチが求められている。

EE研究は分裂病患者の地域ケアにおいて、分裂病の再発予防のための薬物療法とならぶ有効な社会心理的介入を確立する基礎となりつつある。今後、EE評価の簡便化、家族介入の確立を通して、日常の精神科臨床や保健所での活動に活用できることが期待される。

わが国の精神保健サービスの現状を考えると、EE研究に基づく家族介入が患者と家族に大きな利益を与えるためには、前述した精神障害者の地域ケアの発展が基礎となることが前提条件である。

IV. おわりに

わが国とイングランドの精神保健サービスに関する比較研究を通してのわが国の特徴と問題点を明らかにし、今後の課題を述べた。特にわが国において、精神障害者の地域ケアを展開していくために、1) 精神障害者のためのプライマリケア、2) 昼間の活動の場としてのデイケア、3) 地域居住施設、の充実、発展が不可欠であることを述べた。また家族の感情表出(EE)に関する研究などを概説してきた。これまでの家族のEEと分裂病の再発を検討した前向き研究を紹介し、今後のEE研究の課題を指摘した。また、わが国でも家族のEEと分裂病の経過との関連が明らかになりつつあること、それに基づいて、わが国の文化的背景、精神保健サービスの現状を考慮した家族介入方法が確立されつつあることを述べた。

謝 辞

一連の研究に際し、終始ご懇切なご指導を賜った岡山

大学医学部衛生学教室青山英康教授、高知医科大学公衆衛生学教室大原啓志教授に深甚なる謝意を表します。内地留学以来、ご指導をいただいている福岡大学医学部精神医学教室西園昌久教授、東京慈恵会医科大学精神医学教室牛島定信教授に感謝します。また、桑原治雄先生をはじめとする公衆衛生精神保健研究会の諸先生、岡山大学医学部衛生学教室の諸先生、高知医科大学公衆衛生学教室の諸先生に謝意を表します。

文 献

- 1) Harding, T.W., Schneider, J.J., Visotsky, H.M. and Graves, C.L.: Human Rights and Mental Patients in Japan, International Commission of Jurists (ICJ), Geneva (1986).
- 2) Totsuka, E.: The history of Japanese psychiatry and the right of mental patients, *Psychiatr. Bull.*, **14**, 193-200 (1990).
- 3) 厚生省保健医療局精神保健課: 我が国の精神保健(精神保健ハンドブック)平成3年度版, 厚健出版, 東京(1992).
- 4) Mino, Y., Kodera, R. and Bebbington, P.: A comparative study of psychiatric services in Japan and England, *Br. J. Psychiatry*, **157**, 416-420 (1990).
- 5) Mino, Y. and Inoue, S.: Recent topics in psychiatry and mental health in Japan, *Psychiatr. Bull.*, **15**, 500-502 (1991).
- 6) 岡上和雄, 大島巖, 荒井元伝: 日本の精神障害者—その生活と家族—, ミネルヴァ書房, 京都(1988).
- 7) Leff, J. and Vaughn, C.: Expressed Emotion in Families, Guilford Press, New York (1985). (三野善央, 牛島定信訳: 分裂病と家族の感情表出, 金剛出版, 東京(1991).)
- 8) 三野善央, 大原啓志: 英国イングランドの精神保健, *日本公衛誌*, **38**, 774-782 (1991).
- 9) 三野善央: 日本と英国イングランドの精神医療サービスの比較研究, 上原記念生命科学財団助成研究報告集, **5**, 32-33 (1991).
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部: 患者調査, 厚生統計協会, 東京(各年).
- 11) 厚生省大臣官房統計情報部: 医療施設(静態, 動態)調査・病院報告, 厚生統計協会, 東京(各年).
- 12) Department of Health and Social Security: In-patients Statistics from the Mental Health Enquiry for England, Her Majesty's Stationery Office, London (1970-

- 1984).
- 13) Department of Health: Health and Personal Social Service Statistics for England, Her Majesty's Stationery Office, London (1987-1991).
- 14) Raffel, M.V.: Comparative Health Systems, Pennsylvania University Press, Pennsylvania (1984). (二宮陸雄訳: 先進14カ国の医療システム, 毎日新聞社, 東京(1990).)
- 15) Thornicroft, G. and Bebbington, P.: Deinstitutionalization—from hospital closure to service development, *Br. J. Psychiatry*, **155**, 739-753 (1989).
- 16) Wing, J.K. and Brown, G.W.: Institutionalism and Schizophrenia, Cambridge University Press, London (1970).
- 17) Department of Health and Social Security: Better Services for the Mentally Ill, Her Majesty's Stationery Office, London (1975).
- 18) Wilkinson, G. and Freeman, H.: The Provision of Mental Health Service in Britain: The Way Ahead, Gaskell, London (1986).
- 19) Social Service Committee: Session 1984-85 Second Report: Community Care with Special Reference to Adult Mentally Ill and Mentally Handicapped People, Her Majesty's Stationery Office, London (1985).
- 20) Scott, J.: Homelessness and mental illness, *Br. J. Psychiatry*, **162**, 314-324 (1993).
- 21) 大島巖: 必要とされる社会的援助資源の数と整備状況, *精神医療*, **20**, 101-109 (1993).
- 22) 藤田利治, 栗栖瑛子: 精神疾患患者の自殺死亡についての人口動態調査に基づく検討, *日本公衛誌*, **39**, 858-864 (1992).
- 23) 山上皓: 精神分裂病と犯罪, 金剛出版, 東京(1992).
- 24) Mosher, L.R. and Burti, L.: Community Mental Health: Principle and Practice, W.W. Norton & Company, New York (1989). (公衆衛生精神保健研究会訳: コミュニティ・メンタルヘルス, 中央法規出版, 東京(1992).)
- 25) 森山公夫, ト部圭司, 岡利幸, 鮫島健, 関山守洋, 広田伊蘇夫, 松下正明, 道下忠蔵, 三野善央, 若狭勝太郎, 緒方剛: 今後の精神医療のあり方に関する研究, 道下忠蔵: 総合研究報告書(平成2・3年度厚生科学研究)精神科入院医療及び処遇のあり方に関する研究, p.67-91 (1992).
- 26) 公衆衛生審議会: 今後における精神保健対策について, 公衆衛生審議会, 東京(1993).
- 27) 三野善央: 家族の感情表出(Expressed Emotion)研究の歴史と現況, *精神医学*, **32**, 909-917 (1990).
- 28) Brown, G.W., Carstairs, G.M. and Topping, G.: Post hospital adjustment of chronic mental patients, *Lancet*, **ii**, 685-689 (1958).
- 29) Brown, G.W. and Rutter, M.: The measurement of family activities and relationships: A methodological study, *Hum. Relat.*, **19**, 241-263 (1966).
- 30) Brown, G.W., Monck, E.M., Carstairs, G.M. and Wing, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, **16**, 55-68 (1962).
- 31) Brown, G.W., Birley, J.L.T. and Wing, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication, *Br. J. Psychiatry*, **121**, 241-258 (1972).
- 32) Vaughn, C.E. and Leff, J.P.: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients, *Br. J. Psychiatry*, **129**, 125-137 (1976).
- 33) Leff, J.P. and Vaughn, C.E.: The role of maintenance therapy and relatives' Expressed Emotion in relapse of schizophrenia: a two year follow up, *Br. J. Psychiatry*, **139**, 102-104 (1981).
- 34) Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B. and Falloon, I.R.H.: Family factors in schizophrenic relapse: replication in California of British research in Expressed Emotion, *Arch. Gen. Psychiatry*, **41**, 1168-1177 (1984).
- 35) Moline, R.A., Singh, S., Morris, A. and Meltzer, H.Y.: Family Expressed Emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients, *Am. J. Psychiatry*, **142**, 1078-1081 (1985).
- 36) Dulz, B. and Hand, I.: Short-term relapse in young schizophrenics: can it be predicted and affected by family (CFI), patients and treatment variables? An experimental study, In "Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention" (Editors: I. Hand and K. Hahlweg), p.59-75, Springer, Berlin (1986).
- 37) MacMillan, J.F., Gold, A., Crow, T.J., Johnson, A.L. and Johnstone, E.C.: The Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia. IV. Express-

- ed Emotion and relapse, *Br. J. Psychiatry*, **148**, 133-143 (1986).
- 38) Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., Dawson, M.E., Rappe, S., Gitlin, M. and Fogelson, D.: Expressed Emotion, fixed-dose fluphenazine decanoate maintenance, and relapse in recent onset schizophrenia, *Psychopharmacol. Bull.*, **22**, 633-639 (1986).
- 39) Karno, M., Jenkins, J.H., de la Selva, A., Santana, F., Telles, C., Lopez, S. and Mintz, J.: Expressed Emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families, *J. Nerv. Ment. Dis.*, **175**, 143-151 (1987).
- 40) Leff, J.P., Wig, N., Ghosh, A., Bedi, H., Menon, D.K., Kuipers, L., Korten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N. and Jablensky, A.: Influence of relatives' Expressed Emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh, *Br. J. Psychiatry*, **151**, 166-173 (1987).
- 41) McCreadie, R.G. and Robinson, A.T.G.: The Nithsdale Schizophrenia Survey. VI. Relatives' Expressed Emotion: prevalence, patterns and clinical assessment, *Br. J. Psychiatry*, **150**, 640-644 (1987).
- 42) Parker, G., Johnston, P. and Hayward, L.: Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse, *Arch. Gen. Psychiatry*, **45**, 806-813 (1988).
- 43) Hogarty, G.E., McEvoy, J.P., Munez, M., DiBarry, A.L., Bartone, P., Cather, R., Cooley, S.J., Ulrich, R.F., Carter, M. and Madonia, M.J.: Dose of fluphenazine, family expressed emotion, and outcome in schizophrenia: results of a two-year controlled study, *Arch. Gen. Psychiatry*, **45**, 797-805 (1988).
- 44) Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C.E., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S. and Freeman, H.: The community management of schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, **153**, 532-542 (1987).
- 45) Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C.E., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S. and Freeman, H.: The community management of schizophrenia: a two year follow-up, *Br. J. Psychiatry*, **154**, 625-628 (1989).
- 46) Leff, J.P., Wig, N., Bedi, H., Menon, D.K., Kuipers, L., Korten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N. and Jablensky, A.: Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: a two-year follow-up of a first contact sample, *Br. J. Psychiatry*, **156**, 351-356 (1990).
- 47) Barrelet, L., Ferrero, F., Szigethy, L., Giddey, C. and Pellizzer, G.: Expressed emotion and first admission schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, **156**, 357-362 (1990).
- 48) Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. and Rowe, S.: Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up, *Psychol. Med.*, **21**, 675-685 (1991).
- 49) Vaughan, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszczyński, A., Fox, A. and Tarrier, N.: The relationship between relatives' Expressed Emotion and schizophrenic relapse: an Australian replication, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, **27**, 10-15 (1992).
- 50) 三野善央: 家族感情表出研究の追試と比較文化的研究, *精神科治療学*, **6**, 453-460 (1991).
- 51) 三野善央: 家族感情表出(Expressed Emotion)に関する介入研究とライフイベント, *臨床精神医学*, **19**, 543-549 (1990).
- 52) 三野善央, 田中修一, 津田敏秀, 馬場園明, 濱田裕久, 来住由樹, 内田勇人, 小河孝則, 井上新平, 青山英康: 家族の感情表出研究の最近の進歩, *臨床精神医学*, **23**, 125-133 (1994).
- 53) 田中修一, 三野善央, 井上新平, 岡村佳代子, 橋詰宏, 平川重則, 池紀子, 須藤浩一郎, 津田敏秀, 来住由樹, 青山英康: 家族の感情表出と分裂病の経過(第1報)EEの評価と再発の関連, 第13回社会精神医学会抄録集, 58 (1993).
- 54) 三野善央, 田中修一, 井上新平, 岡村佳代子, 橋詰宏, 平川重則, 池紀子, 須藤浩一郎, 津田敏秀, 来住由樹, 青山英康: 家族の感情表出と分裂病の経過(第2報)EEの評価の信頼性と下位尺度の分布, 第13回社会精神医学会抄録集, 59 (1993).
- 55) 伊藤順一郎, 大島巖, 坂野純子, 羽山由美子, 岡田純一, 永井将道, 榎本哲郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄: EE(Expressed Emotion)と再発, *脳と神経の科学*, **3**, 163-173 (1992).
- 56) 増野肇, 川室優, 伊藤順一郎, 三野善央, 岡田澄恵, 植木ひろ子, 中村昌美, 酒井昭平: 家族のための分裂病ハンドブック, 全家連, 東京(1992).
- 57) 三野善央: 抑うつ尺度から見た精神障害者・家族の健康問題, *精神障害者・家族の生活と福祉* ニーズ

日衛誌 (Jpn. J. Hyg.) 第49巻 第2号 1994年6月

'93(1), (大島巖, 南山浩二編), p.79-91, 全国精神障害者家族会連合会, 東京(1993).

58) 三野善央: 家族の感情表出 (Expressed Emotion) 研

究から見た精神保健法, こころの臨床ア・ラ・カルト, 12, 29-33 (1993).

(受付 1993年6月14日 受理 1993年12月17日)