

〔報告〕

精神障害者を抱える家族の精神的健康に影響を与える要因の検討

Investigation of factors that affects mental health with families of mental disorder

松田 陽子 船越 明子 北 恵都子 羽田 有紀

【キーワード】 精神障害者家族、ストレス対処行動、精神的健康、家族支援

I. はじめに

精神障害者が、病院ではなく地域での生活が送れるように、国の制度は少しずつ変化してきている。厚生労働省は、2004年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を発表し、2006年10月には障害者自立支援法が施行された。しかし、地域住民からの精神障害者に対する偏見によって、精神障害者と家族は社会的ネットワークを築くことや余暇活動を行うことに困難を感じており、社会的孤立が生じていることが明らかとなっている¹⁾²⁾。

精神障害者と、精神障害者を抱える家族（以下精神障害者家族）への社会的な支援は、十分に整えられていない。家族は24時間対応の訪問看護などを望んでいるが、24時間365日相談出来る支援機関がないと感じており³⁾⁴⁾、精神障害者を対象とした訪問看護などの地域の社会資源は充実していない。そのため、精神障害者が地域で生活するには、家族がその生活を支えている現状がみられる。精神障害者家族は、地域で生活する個人としての役割だけでなく、精神障害者を支える家族としての役割が増大している。

精神障害者家族の精神的健康状態は、精神障害者の幻覚や妄想などの症状があり病状が安定しないことや、家族の余暇時間が保てないこと等と関連し不良であるとも言われている⁵⁾。また精神疾患は、慢性の疾患であり長期間介護を必要とするため、精神障害者家族の介護負担が大きいことが明らかとなっている⁶⁾。家族の健康状態は、精神障害者の病状と互いに影響し合っていると考えられる。長期に及ぶ治療や安定しない病状によって、大きい介護負担を感じる家族の健康を保つことは大切である。

一般的に、個人がもつストレス対処行動の特徴は、その人の精神的健康と関連すると言われている。ストレス対処行動とは、ストレスという課題に対し対処する行動のことである。ラザルスは、生活上の様々な出来事に対し、環境上の要因や様々な対処行動によって個人の健康（well-being）が異なると述べている⁷⁾。三上⁸⁾は、家族システムの健康を問題焦点型コーピング、情動焦点型コーピング、回避・逃避型コーピングに分類して調査を行った。その中で三上⁸⁾は、精神障害者家族が情動焦点型コーピングの中で物事を肯定的に解釈するという対処行動は、精神障害者の家族システムの健康を高めると述べている。コーピング尺度は様々なものが存在し、使用する尺度によって測定できるコーピングの内容が異なり、測定する概念や項目が異なることがある。ストレス対処行動（コーピング）を提唱したラザルスは、問題焦点型と情動焦点型コーピングに分類した⁷⁾。また、コーピングについて調査した研究では、情動焦点型コーピングがネガティブな精神的健康に負の関連性がみられていること、肯定的解釈はポジティブな精神的健康に正の関連性がみられていることが報告されている⁹⁾。カーバーらが作成したBriefCOPE¹⁰⁾は、Nes&Segerstrom¹¹⁾や川上¹²⁾らが14下位尺度を接近コーピングと回避コーピングに分け、接近・回避コーピングにラザルスの提唱した問題焦点型と情動焦点型の各項目が加わり、今までのストレス対処行動と異なった分類方法が特徴的である。しかし、ストレスに対し自ら乗り越えられるように対処する方法をとる接近コーピングは、精神的健康に正の影響を示し、ストレスを回避的に対処する回避コーピングが精神的健康に負の影響を示すと考えられる。ま

た精神的健康は、その人の置かれている状況によっても異なると考えられ、ストレス対処行動だけでなくその人の日常生活状況の影響も考慮する必要があると考える。

そこで本研究では、精神障害者家族の精神的健康に影響している要因をストレス対処行動や家族の日常生活状況などの観点から明らかにすることは、家族が心身ともに良好な状態を保つための示唆を与えると考えた。

II. 目的

本研究の目的は、精神障害者家族の精神的健康に影響を及ぼす規定因子をストレス対処行動、日常生活状況などの観点から検討することとする。

III. 方法

1. データ収集方法

A県内の精神障害者の家族会会員180名を対象に、自記式質問紙調査を実施した。家族会を通して、家族会会員の自宅へ質問紙を郵送し、回答したものを研究者宛に返信用封筒にて回収した。回収先は、研究代表者の所属場所とし、調査期間は平成23年8月～10月であった。

家族会は、専門職が提供するサービスとは異なり、相互支援を行うセルフヘルプグループであり、地域での重要な社会資源となっている。そのため本研究では、専門職からの支援は受けていないが、地域資源を受けている方を対象とした。また、A県は都市部や過疎地・農村部が存在しており、一般的な地域であると考えられるため対象とした。

2. 調査内容

調査内容は、精神障害者家族の基本属性・日常生活状況、精神障害者の基本属性・現在の生活状況、家族の精神的健康（日本版精神健康度調査票短縮版：以下GHQ-28¹³⁾）、家族のストレス対処行動（短縮版理論的作成法によるコーピング尺度：以下BriefCOPE）とした。

1) 精神障害者家族の基本属性・日常生活状況

家族の基本属性・日常生活状況は、先行研究⁵⁾⁸⁾をもとに作成し、年齢、性別、職業、家族の日常生活状況について、社会資源の利用、外出の機会、仕事や家

事の時間、自分の時間、家族関係の安定の有無について、回答を求めた。

2) 精神障害者の基本属性・現在の生活状況

精神障害者の基本属性・現在の生活状況は、家族の基本属性・日常生活状況と同様の先行研究⁵⁾⁸⁾をもとに質問項目を作成した。年齢、性別、病名、精神障害者の現在の状況として同居の有無、現在の生活の場、日中の活動場所、他者との関わりの有無について調査した。

3) 家族の精神的健康 (GHQ-28)

家族の精神的健康 (GHQ-28) は、家族の健康状態を把握するために実施した。GHQ-28は、信頼性、妥当性ともに確認された上で広く用いられており、調査時点から2～3週間前までの健康状態を測定する尺度である。4つの下位尺度は、『身体的症状』、『不安と不眠』、『社会的活動障害』、『うつ傾向』で構成され、各7項目からなり全28項目である。各項目は、「まったくなかった (1点)」から「たびたびあった (4点)」の4件法で行い、得点が低いほうが健康状態は良好である。

4) 家族のストレス対処行動 (BriefCOPE)

ストレス対処行動 (BriefCOPE) は、Caver, Scheier, & Weintraubが作成した理論的作成法によるコーピング尺度 (COPE) を短縮したものを大塚が作成した日本語版である。BriefCOPEは、様々なストレス対処行動を測定するために作成され、信頼性・妥当性の検討が行われており、一部の下位尺度を除き確認されている。14下位尺度は、全28項目で構成され、それぞれの下位尺度が14のストレス対処行動となっている。14のストレス対処行動は、『気晴らし』、『積極的コーピング』、『否認』、『アルコール』、『情緒的支持』、『道具的支持』、『行動的諦め』、『感情表出』、『肯定的再解釈』、『計画』、『ユーモア』、『受容』、『宗教・信仰』、『自己非難』である。各項目では、「まったくそうしない (1点)」から「いつもそうする (4点)」の4件法で、高得点ほどそれぞれの対処行動を行っていることを示す。

3. 分析方法

精神的健康 (GHQ-28) を従属変数とし、家族の年齢、社会資源の利用、自分の時間、家族関係の安定、

接近コーピング、回避コーピングを家族の精神的健康に影響する要因の独立変数として強制投入法にて重回帰分析を行った。名義尺度の変数に関しては、「はい」(1点)、「いいえ」(2点)を与え、ダミー変数を使用した。

精神的健康状態を表すGHQ-28は、平均値を算出した。ストレス対処行動を表す14下位尺度と接近コーピング・回避コーピングは、各平均値、標準偏差と α 信頼性係数を算出した。接近コーピング・回避コーピングは、BriefCOPEの14下位尺度をラザルスの理論とCaverの理論を参考にしたNes&Segerstromや川人らをもとに、問題や感情に対して14下位尺度を接近か回避かの対処行動に分類した。各下位因子の接近コーピングは、積極的コーピング、情緒的サポート、道具的サポート、感情表出、肯定的解釈、計画、ユーモア、受容、宗教・信仰の9つの下位尺度からなり、回避コーピングは気晴らし、否認、アルコール、行動的諦め、自己非難の5つの下位尺度からなる。

分析はIBM SPSS Statistics 21を使用し、いずれにおいても有意水準5%未満とした。

4. 倫理的配慮

筆者らが対象者の個人情報入手することがないように配慮した。説明書にて、回答をもって調査に同意している旨を記載し、対象者は個人が特定されないよう無記名にて記入し、返信用封筒にて郵送して頂いた。

また、研究の実施にあたっては、三重県立看護大学倫理審査会の承認を得た。

IV. 結果

1. 精神障害者家族の概要

質問紙は、180名に配布し、94名の回答が得られた(回収率52.2%)。そのうち分析対象は、GHQ-28とBriefCOPEの項目において欠損値があったものを除く、61名とした(有効回答率33.9%)。

家族の基本属性・精神的健康・日常生活状況を、表1に示す。家族の平均年齢は62.7歳(SD=7.5)、精神的健康(GHQ-28)の平均値は、13.2点(SD=7.4)であった。性別は、男性16名(26.2%)、女性45名(73.8%)であった。職業は、無職・専業主婦が40名(65.6%)、有職者(正社員、パート・アルバイト、

自営業、農業を含む)が20名(32.8%)であった。

家族の日常生活状況は、社会資源を利用している者は44名(72.1%)、外出の機会がある者は35名(57.4%)であった。仕事や家事の時間が十分に取れると回答した者は40名(65.6%)であり、自分だけの時間が持てる者は45名(73.8%)、家族関係の安定している者は38名(62.3%)という結果であった。

2. 精神障害者の概要

精神障害者の基本属性・現在の生活状況を、表2に示す。精神障害者の平均年齢は、34.5歳(SD=9.1)、病気の平均経過年数は12.5年(SD=8.6)、性別は男性40名(65.6%)、女性20名(38.2%)であった。病名は、統合失調症が51名(83.6%)であり、その他の疾患と比べて多くを占めていた。

精神障害者の現在の生活状況は、同居している者が52名(85.2%)であり、入院中2名(3.3%)、単身生活4名(6.6%)、グループホーム3名(4.9%)であった。昼間出掛ける場所がある者は43名(70.5%)であったが、他者との関わりがある者は32名(52.5%)という結果であった。

3. 精神障害者家族のストレス対処行動

ストレス対処行動(BriefCOPE)の14下位尺度ごとと、接近コーピング、回避コーピングについては、各尺度の平均値、標準偏差および α 係数を算出し、表3に示した。本研究における各ストレス対処行動の α 係数は、内的整合性が示された。

4. 精神障害者家族のストレス対処行動が、精神障害者家族の精神的健康に与える影響

精神的健康の規定因に関する重回帰分析の結果を、表4に示す。精神的健康を従属変数とし、家族の年齢、社会資源の利用、自分の時間、家族関係の安定、接近コーピングと回避コーピングの6項目を独立変数とし重回帰分析を行った。精神的健康に対して自分の時間($\beta = -0.34, p < 0.01$)と回避コーピング($\beta = 0.32, p < 0.05$)が統計的に有意な影響が示された($R^2 = 0.36, p < 0.001$)。

表1. 家族の基本属性・精神的健康・日常生活行動

N=61

項目	平均 (標準偏差; 範囲)	
平均年齢 (n=54)	62.7歳	(7.5; 42~81)
精神的健康 (GHQ平均得点)	13.2点	(7.4; 2~27)
項目	n	%
性別	男性	16 26.2
	女性	45 73.8
職業	無職または専業主婦	40 65.6
	有職(会社員・パート・自営・農業)	20 32.8
	無回答	1 1.6
精神障害者の社会資源の利用はありますか (社会資源の利用)	はい	44 72.1
	いいえ	17 27.9
自由に外出できる機会がありますか (外出の機会)	はい	35 57.4
	いいえ	25 41.0
	無回答	1 1.6
仕事や家事の時間が十分取れますか (仕事や家事の時間)	はい	40 65.6
	いいえ	20 32.8
	無回答	1 1.6
自分だけの時間が持てますか (自分の時間)	はい	45 73.8
	いいえ	16 26.2
家族関係は安定していますか (家族関係の安定)	はい	38 62.3
	いいえ	22 36.1
	無回答	1 1.6

表2. 精神障害者の基本属性・現在の生活状況

N=61

項目	平均 (標準偏差; 範囲)	
平均年齢 (n=61)	34.5歳	(9.1; 17~55)
病気の平均経過年数 (n=55)	12.5年	(8.6; 0~40)
平均入院回数 (n=60)	5回	(13.0; 0~20)
項目	n	%
性別	男性	40 65.6
	女性	20 38.2
	無回答	1 1.6
病名	統合失調症	51 83.6
	躁うつ病	2 3.3
	うつ病	1 1.6
	認知症	1 1.6
	その他	4 6.6
	無回答	2 3.3
同居をしていますか	はい	52 85.2
	いいえ	9 14.8
現在の生活の場	自宅	52 85.2
	入院中	2 3.3
	単身生活	4 6.6
	グループホーム	3 4.9
昼間出掛ける場所がありますか	はい	43 70.5
	いいえ	16 26.2
	無回答	2 3.3
他者との関わりはありますか	はい	32 52.5
	いいえ	26 42.6
	無回答	3 4.9

表3. 家族のストレス対処行動ごとの平均値、標準偏差、 α 係数 N=61

下位尺度名	平均	標準偏差	α 係数
接近コーピング			
積極的コーピング	5.66	1.14	0.76
情緒的サポート	5.21	1.33	0.85
道具的サポート	5.34	1.26	0.90
感情表出	4.69	1.26	0.66
肯定的再解釈	5.25	1.30	0.77
計画	5.34	1.41	0.83
ユーモア	4.07	1.29	0.85
受容	5.75	1.19	0.85
宗教・信仰	3.95	1.60	0.81
回避コーピング			
気晴らし	5.25	1.22	0.69
否認	3.74	1.40	0.85
アルコール	3.61	1.78	0.90
行動的諦め	4.15	1.08	0.87
自己非難	4.30	1.38	0.79
接近コーピング	45.10	6.40	0.65
回避コーピング	21.10	3.80	0.80

表4. 精神的健康の規定因に関する重回帰分析結果

	係数 β	p値
家族の年齢	-0.06	0.57
社会資源の利用 (精神障害者の社会資源の利用)	0.01	0.94
自分の時間 (自分だけの時間がもてる)	-0.34 **	0.01
家族関係の安定 (家族関係は安定している)	-0.19	0.14
接近コーピング	0.01	0.96
回避コーピング	0.32 *	0.02
Ajusted R²	0.36	

**p<0.01 *p<0.05

V. 考 察

1. 精神障害者家族の精神的健康とストレス対処行動

精神的健康を従属変数とした重回帰分析の結果、家族の精神的健康の悪さには、回避コーピングを多く用いることと自分の時間が少ないことの影響が大きいことが示された。調整済み決定係数は0.36と高くはないが、目的変数の全体の36%が説明された。ストレス対処行動(BriefCOPE)の日本語版を作成した大塚らの研究によると、回避コーピングに含まれる『気晴らし』、『否認』、『アルコール』、『行動的諦め』は、日本人労働者の主観的健康状態の悪さと関連することが明らかになっている¹⁰⁾。また、回避コーピングは、抑うつの高さに影響することも明らかになっ

ている¹²⁾。今回の研究で、精神障害者家族の回避コーピングの平均値は21.1点であり、日本人労働者の行う回避コーピングの平均値18.9点よりも高い結果であった¹⁰⁾。また、重回帰分析の結果では、回避コーピングを用いるほど精神的健康が悪化していることが示唆された。

家族が自分の時間が少ないことは、精神的健康の悪さに影響をしていた。精神障害者と同居している家族が8割以上をしめていたが、自分の時間が少ないと感じている家族は、3割近くであった。また、調整済み決定係数が0.36であることから一部家族は、精神障害者の精神症状の状態によって、精神障害者に合わせた生活を行い、家族自身の自分だけの時間が減少し

ている。今回の調査では、平均年齢が60歳以上ということもあり、就労している割合が3割程度と少ない現状が見られた。定年後であることも考えられるが、就労できる状態の家族が少ないことから、家に居ることが多い家族が、自分だけの時間が持てない現状であることも考えられる。

精神障害者の母親の体験を明らかにした研究では、母親は、精神障害者の病状の変化などが理解されにくいことから、家族や社会の中で孤立無援の状態となる時期があることが述べられている¹⁴⁾。精神疾患は、対人関係が苦手という特徴があるため、社会復帰施設に通っていた経験がある精神障害者であっても、容易に自宅に籠りがちになる。家族の精神的健康を保つためには、家族が自分の時間が保つことが出来るように、精神障害者が参加できる社会資源の増加が望まれる。

今回の調査では、病気の平均経過年数は10年以上に及ぶことから、長期間に及び同じストレス対処行動を行っていることも考えられる。家族の習慣となったストレス対処行動は習慣化される特徴があるため、長期にわたって精神的健康に影響する可能性が高い。先行研究では、家族の物事の肯定的解釈が精神障害者の家族システムの健康を高めるといった報告が言われている⁸⁾。そのため家族を支える援助者は、家族が回避コーピングに含まれる『気晴らし』、『否認』、『アルコール』、『行動的諦め』、『自己非難』の対処行動を行っているか観察し特徴の把握を行い、家族が物事を肯定的に捉えられるよう関わっていく必要がある。

2. 精神障害者家族のストレス対処行動

精神障害者家族のストレス対処行動の結果は、表3に示す。14下位尺度、接近コーピング・回避コーピングの平均値は、積極的コーピングと計画以外は大塚らの研究⁸⁾¹⁰⁾によって行われた一般的な平均値より高い結果となった。この結果から、精神障害者家族は、様々なストレス対処行動を多く用いている傾向がみられた。

今回の調査結果の8割以上は、統合失調症の精神障害者をもつ家族である。統合失調症家族の精神的健康状態は、介護負担感に影響するとも言われている¹⁵⁾。介護負担感に影響する対処技能は、回避、あきらめ、社会的関心の低下と、ソーシャルサポートの乏しさが

挙げられている¹⁵⁾。家族が、回避コーピングを用い、精神的健康が保たれないことは、家族の介護負担感も悪化させると考えられる。家族が用いているストレス対処行動を知り、精神的な健康状態を保てるよう援助していくことは重要である。

3. 精神障害者家族の精神的健康

今回の調査では、精神障害者家族の精神的健康（GHQ-28）の平均値は、 13.2 ± 7.4 点であり、中川らの調査¹³⁾における一般的なGHQ-28の平均値7.7点よりも高く、また精神障害者家族のGHQ-28を調査した先行研究⁵⁾の得点よりも高い結果であった。すなわち、今回の調査の対象となった家族の健康状態は、極めて不良であることを示している。

今回の調査では、家族の平均年齢は 62.7 ± 7.5 歳と高齢であり、病気の平均経過年数も 12.5 ± 8.6 年と長期間に渡っていた。また、精神障害者と同居している家族が52名（85.2%）という結果であった。そのため先行研究⁴⁾⁵⁾と同様に、長期にわたり家族が精神障害者の日常生活の世話などを抱えた生活を送り、家族の高齢化によって家族自身の身体面や経済面など様々な不安が生じ、家族自身の精神的健康に影響を及ぼしていると考えられる。

精神障害者が社会資源を利用している割合は、44名（72.1%）と半数以上を占めていた結果であった。しかし、家族の精神的健康を保つことが出来るよう家族の負担を軽減するためには、利用している社会資源が不十分であるとも考えられる。先行研究⁴⁾から、「家族が休養のために利用できる宿泊施設・生活施設」は、不足・やや不足していると感じている家族が8割近い結果であった。家族の精神的健康を保つためにも、地域において当事者が利用できる社会資源の充実だけでなく、家族が利用できるサポートシステムを整えていく必要がある。

今回の調査では、家族会の会員を対象に行った。家族会は、地域資源となり精神障害者支援を行うと共に、セルフヘルプグループとして家族自身のサポートを行っている¹⁵⁾。家族会に属することは家族自身が援助されている環境であるにも関わらず健康状態は良好ではなかった。家族会などのサポートに属していない精神障害者家族の健康状態は、さらに不良であると思われる。そのため、家族会への所属の有無に関わら

ず、精神障害者家族への精神的な援助は、重要である
と考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、精神障害者家族会の会員を対象としており、何らかの支援を受けている家族であり、何も支援を受けていない家族に比べ精神的健康状態は良好であると考えられる。しかし、家族会に入会している家族は、家族会に入会する時に一度精神疾患を受け入れており、精神保健医療に対しても意識の高い方であり、治療を受けている精神障害者の家族の中で一部である。そのため、医療や福祉に繋がっていない家族や、家族自身が支援を受けていない家族の現状を明らかにし、比較検討していくことが必要である。

VI. 結論

精神障害者家族の精神的健康は、先行研究同様に悪い状態であることが明らかになった。また、精神障害者家族の精神的健康の悪さには、回避的コーピングを多く用いること、自分の時間が持てないことが影響していることが示唆された。

謝辞

本研究に快くご協力頂いたご家族の方々に深く感謝申し上げます。

尚、本研究は平成23年度三重県立看護大学学長特別研究費の助成を受けて実施しました。

【文献】

- 1) 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 岩本華子, 三野善央: 精神障害者に対するスティグマの是正の根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見, 精神障害とリハビリテーション, 15(1), 75-82, 2011.
- 2) 田上美千佳, 新村順子: 精神障害者の地域生活を促進する家族への援助に関する研究, 木村看護教育振興財団看護研究集録, 14, 51-71, 2007.
- 3) 半澤節子: 家族が求める支援とは, 精神科看護, 38(4), 4-11, 2011.
- 4) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉連合会: 精神障害者の自立した地域生活を促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報告書, 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.

- 5) 田中綾子, 築瀬誠: 精神障害者の家族の健康状態に関連する要因—精神科作業療法の新たな役割の検討—, 作業療法, 28, 536-547, 2009.
- 6) 田上美千佳: 精神障害者をもつ家族の「いま、ここで」の在りようを考える, 看護, 54(7), 59-63, 2002.
- 7) リチャード・S・ラザルス, スーザン・フォルクマン, 本明寛, 春木豊, 織田正美訳: ストレスの心理学 [認知的評価と対処の研究], pp.25-181, 実務教育出版, 東京, 2010.
- 8) 三上勇氣: 一般家族と比較した精神障害者を抱える家族のシステムとしての健康とコーピングとの関連性, 家族看護学研究, 15(3), 30-39, 2010.
- 9) 加藤司: ストレスフルな状況に対するコーピングと精神的健康, 東洋大学社会学部紀要, 43(1), 5-21, 2005.
- 10) 大塚泰正: 理論的作成方法によるコーピング尺度: COPE, 広島大学心理学研究, 8, 121-128, 2008.
- 11) Nes, L. S. & Segerstrom, S. C: Dispositional optimism and coping: A meta analytic review, Personality and Social Psychology Review, 10, 235-251, 2006.
- 12) 川人潤子, 大塚泰正: 教育実習を控えた大学生の楽観性が直接的またはストレスサー、コーピングを介して間接的に抑うつに与える影響-共分散構造分析による因果モデルの検討-, 学校メンタルヘルス, 13(1), 9-18, 2010.
- 13) Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁男: 日本版GHQ精神健康調査票<手引き>, 日本文化科学社, 東京, 1-66, 1985.
- 14) 佐藤朝子: 精神障害者の子にもつ母親の体験—女性の生活史の観点から—, 日本赤十字看護大学紀要, 20, 1-10, 2006.
- 15) 半澤節子: 統合失調症患者の家族の介護負担感—介護負担感を軽減する効果的な家族支援とは—, 日本社会精神医学会雑誌, 17(3), 287-295, 2009.
- 16) 横山恵子: 精神障害者家族会の現状と今後の課題—ある地域家族会の歴史的変遷を通して—, 東京女子医大看護会誌, 4(1), 1-6, 2009.

