

〔原 著〕

退院1年未満の統合失調症患者を介護している親の介護負担感の関連要因

川口めぐみ¹⁾ 長谷川美香¹⁾ 出口 洋二¹⁾

要 旨

【目的】本研究の目的は、退院後1年未満の統合失調症患者を自宅で介護している親の介護負担感に関連する要因を明らかにすることである。

【研究方法】退院後1年未満の統合失調症患者を自宅で介護している親を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査は、A県内の精神科外来のある8病院、A県精神保健福祉家族会連合会に依頼し、78名の対象者に質問紙を配布した。親の介護負担感、精神障害を持つ患者の家族を対象としたReinhard, Gubman, Horwitz et al. (1994) の評価尺度の合計得点として求めた。親および子の属性と支援状況、親の介護状況、親の対処技能の下位尺度（情報・コミュニケーション・社会的関心・威圧・回避・あきらめ・社会的参加）ごとの合計得点、子の社会生活技能合計得点、子の治療状況を説明変数として、親の介護負担感に対する重回帰分析を行った。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

【結果】分析対象は44名であった。親の介護負担感合計得点と親の対処技能の下位尺度「情報」、「威圧」、「回避」、「あきらめ」、ならびに子の社会生活技能合計得点間にそれぞれ有意な負の相関が認められた。また、ステップワイズ法による重回帰分析では、親の対処技能の下位尺度である「あきらめ」と「回避」、子の社会生活技能合計得点が採択され、3要因の調整済み R^2 は、0.545であった。

【結論】退院から1年未満の統合失調症患者を介護している親の介護負担感、親の対処技能の下位尺度である「あきらめ」と「回避」、子の社会生活技能合計得点に有意な関連が認められた。これらのことから、親の患者に対する対処技能を高める看護援助および子の社会生活技能を高めるための看護援助が有用であると考えられる。

キーワード：統合失調症患者、親の介護負担感、退院後1年未満

1. 緒 言

我が国では、2006年の障害者自立支援法の施行により、身体・知的・精神の障害種別に関わりなくサービスを利用できるようになった。このことから、障害者自立支援法の施行以前には利用できるサービスが限定されていた精神障害者においても、地域での生活を支えるための社会資源の充実が図られ、脱施設化への取り組みが進められている。

しかし、精神障害者は症状の特徴による病識の乏しきや人間関係の未熟さから、患者自身が社会資源

の利用に抵抗感を示すことが多く、また精神障害者の家族は、疾患を受容することへの葛藤、世間の精神障害者に対する偏見から、社会資源の利用を躊躇する傾向にあるといわれている（殿村、田中、2009）。

精神障害の中でも統合失調症は、好発年齢が10代後半から20代前半であり、慢性的な経過を辿ることから長期に介護を必要とする（武井、江口、未安他、2013）。また、地域で生活する精神障害者の65%以上が退院後に親と同居し、介護を受けている（厚生労働省、2008）。しかし、患者の地域での生活を支える家族は、患者の介護により、自責感、無力

1) 福井大学医学部看護学科

感、孤立無援感、重荷感等の介護による負担を感じている（岩崎，1998）。

家族は、患者との接触時間が増えることで、患者に対する「敵意」、「批判的」、「情緒的巻きこまれすぎ」の感情を生み（伊藤，大島，坂野他，1992），これらの感情表出は、生活上のストレスが原因で症状の悪化をきたす統合失調症者にとってストレス因となり患者の再発率を高めている（大島，伊藤，柳橋他，1994）。実際に家族と同居する薬物療法を継続している統合失調症者の退院後1年未満の再発率は、38%であった（Falloon, Shanahan, Laporta, 1990）。

また、統合失調症者を介護する際に、患者が怒るようなことを言う、大声をだして患者を制止するなどの「威圧」、現在の介護状況を改善するエネルギーがないため、何か起こるのを待っているといった「あきらめ」という対処をしている親ほど、介護負担感が高いこと（半澤，田中，稲富他，2009）、日常生活上のケア（半澤，田中，後藤他，2008）の必要度が高い患者ほど家族の介護負担感が高いことが報告されている。また、患者の罹患期間が長いこと（Gopinath, Chaturvedi, 1992）や入院回数が多いこと（酒井，金，秋山他，2002）、親に対する支援の乏しさ（半澤他，2008）も、介護負担感を高める要因であった。これらのことから、親に対する介護負担感を軽減するための看護援助は、患者の再発予防のために不可欠であるとされている（半澤他，2009）。しかし、これらの研究では患者の退院からの期間を限定した調査は見当たらなかった。

統合失調症者の親は、子の病気の経過が長期にわたっても、発病前を振り返り「元に戻る」期待が大きい（鈴木，渡辺，2006）。また子の退院直後は、親は子が思うように行動できない現実をなかなか受け入れることができず、子を叱咤激励し追い込んでしまいがちである（野嶋，2002）。

そのため本研究では、統合失調症の場合、患者の再発率が3割を超す退院後1年未満の親の介護負担感に関連する要因を明らかにすることを目的とす

る。本研究結果より、患者の退院後1年未満の親の介護負担感を軽減するための看護援助を検討できると考える。

II. 方法

1. 用語の定義

1) 介護負担感

本研究では、Zarit, Reever, Bach-Peterson (1980)による介護負担の構成概念である情緒的、身体的健康や経済状態の障害の程度を参考に、「統合失調症者を直接、間接（見守る等）的に介護することで被る介護者自身の精神的および身体的健康の悪化、社会生活や経済状態の困難感」とした。

2) 親

「統合失調症者と同居しており、患者の主介護者として直接的または間接的な関わりをもっている父または母1名」とした。

2. 概念枠組み（図1）

先行研究から、子の罹患期間が長いこと、入院回数が多いこと、子の社会生活技能が低いこと、親へのソーシャルサポートの乏しさ、親の対処技能の低さは介護負担感を高める要因であった。

本研究では、子へのソーシャルサポートも親の介護負担感を軽減すると考え概念枠組みに追加した。また、統合失調症患者の親は子に内服させることに困難を感じていることから、服薬管理を担っている親の介護負担感が高いと考えた。さらに、先行研究において親の対処技能は親の介護負担感の関連要因であり、その対処技能は子の介護時間と関連することから、介護時間は親の介護負担感にも関連すると考えた。これらのことから、概念枠組みを構築した。

3. 対象者

退院1年未満の統合失調症の子と同居し介護を行っている親を対象とした。そのため、A県内で精神科急性期病棟をもつ全病院7施設、統合失調症者が在院している全病院10施設のうち、研究協力が

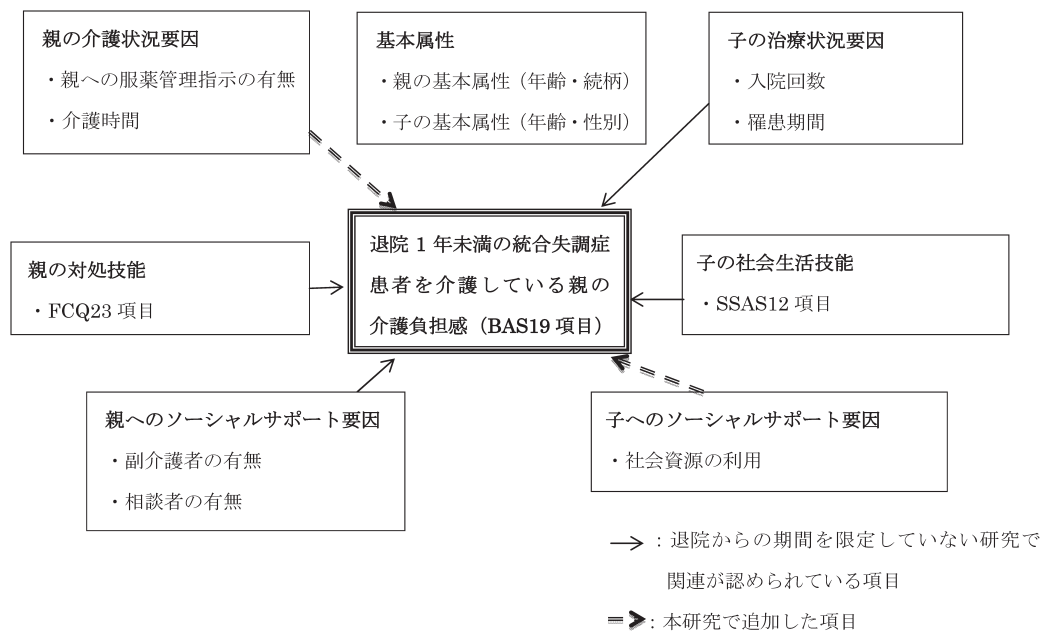


図1. 本研究の概念枠組み

得られた8施設に調査を依頼した。また、外来受診に同伴していない親に関しては、A県精神保健福祉家族会連合会の全7家族会に調査を依頼した。対象者のうち、退院後1年未満の統合失調症者の子と同居し介護を行っている親は78名であった。

4. 方法

無記名自記式の質問紙調査とした。病院では、外来主治医により選定された対象者に対し、精神科外来担当看護師より質問紙等の配布を依頼した。家族会では、各家族会の代表者に対象条件に合う対象者の選定および質問紙等の配布を依頼した。質問紙の回収は、郵送法とした。

5. 調査期間

2011年7月～11月であった。

6. 調査項目

1) 基本属性

親の年齢、子との続柄、子の年齢、性別。

2) 子の治療状況要因

統合失調症による入院回数、統合失調症の罹患期間。

3) 子の社会生活技能

子の日常生活上のケアの必要度は、國方らによる日常生活を送るうえでの技能を測定する社会生活技

能評価尺度-12 (國方, 矢嶋, 中嶋, 2002) 12項目を用いた。この尺度は、専門家に加えて、統合失調症患者を介護している家族介護者にも評価できる尺度である。介護者が患者の「できない」から「一人でできる」の3件法で評価し、合計得点が高いほど、社会生活技能が高いことを示す。

4) 親と子へのソーシャルサポート要因

親については、副介護者・相談者の有無、具体的な相談相手、「家族」「友人」「近隣」「専門職」「家族会の会員」「その他」から複数回答であった。子については、現在利用している社会資源の有無を、「自立支援医療」「障害手帳」「ホームヘルパー」「デイケア」「訪問看護」「地域活動支援センター」「就労訓練施設」「障害年金」「その他」から複数回答で得た。

5) 親の介護負担感

介護負担感とは、ReinhardらのBurden Assessment Scale (Reinhard, Gubman, Horwitz et al., 1994) (以下BASと略す) 19項目を翻訳し用いた。項目の翻訳については、開発者から翻訳と翻訳後の使用の許可を得、翻訳には、看護領域の研究者2名、バイリンガルである精神科の医師、ならびに英語を母国語とする言語学の専門家が関わり、日本語

の表現が原版の表現を適切に反映しているかを検討した。回答は、「全くない」から「かなりある」の4件法で評価し、合計得点が高いほど介護負担感が高いことを示す。翻訳したBASのクロンバックの α 係数は、0.91であった。

6) 親の介護状況要因

医療者から親への内服管理についての指示の有無、1日の介護合計時間（0から24時間で回答）。

7) 親の対処技能

親の対処技能は、半澤他（2009）が翻訳したFamily Coping Questionnaire 23項目を用いた。「殆ど無い」から「殆どいつもあり」の4件法で評価し、得点が高いほど対処技能が良好であることを示す。

7. 分析方法

親の介護負担感合計得点と親の続柄、副介護者、相談者、服薬管理指示の有無および子の性別、社会資源利用の有無との関連については対応のないt検定を実施した。また、親の介護負担感合計得点と親の年齢、介護時間、子の入院回数、罹患期間と親の

対処技能の下位尺度ごとの合計得点および子の社会生活技能合計得点との関連については、Spearmanの順位相関係数を算出した。さらに、介護負担感の影響要因を明らかにするため、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。IBM SPSS 20.0 for windowsを用い、統計学的有意水準を $p < 0.05$ とした。

8. 倫理的配慮

本研究は筆者が所属する大学の倫理審査委員会、研究協力が得られた各病院の倫理審査委員会の承認を得た後に実施した。対象者には、研究の意義、目的、方法、研究への参加は自由意思であること、本研究を行うことで得られる利益および不利益等について記載した説明書を作成し、質問用紙とともに配布した。対象者からの同意は、質問紙の返信をもって得られたとした。

III. 結果

調査対象者78名のうち、本研究への参加に同意し回答したのは、49名であった（回収率62.8%）。

表1. 子の属性および子の治療状況、社会生活技能、ソーシャルサポート要因 (n = 44)

年齢	33.8 ± 8.8歳 (平均 ± SD)	範囲 (19~54)
性別	男性20名 (45.5%)	女性 24名 (54.5%)
入院回数	3.9 ± 3.6回	範囲 (1~15)
罹患期間	122.2 ± 111.3か月 (10年2か月)	範囲 (2~437)
社会生活技能	29.7 ± 6.1点	範囲 (12~36)
社会資源の利用	有 34名 (77.3%)	無 10名 (22.7%)

表2. 親の属性、ソーシャルサポート要因、介護負担感と介護状況要因、対処技能 (n = 44)

属性		
年齢	63.2 ± 9.3歳 (平均 ± SD)	範囲 (38~87)
続柄	父 13名 (29.5%)	母31名 (70.5%)
ソーシャルサポート要因		
副介護者	いる 27名 (61.4%)	いない 17名 (38.6%)
相談者	いる 33名 (75.0%)	いない 11名 (25.0%)
介護負担感 (76点満点)	44.8 ± 11.4点	範囲 (25~69)
介護状況要因		
服薬管理指示	有 22名 (50.0%)	無 22名 (50.0%)
介護時間	11.4 ± 8.1時間/日	範囲 (1~24)
対処技能		
情報 (8点満点)	4.7 ± 1.9点	範囲 (2~8)
コミュニケーション (20点満点)	12.9 ± 3.8点	範囲 (6~20)
社会的関心 (16点満点)	10.6 ± 2.8点	範囲 (5~16)
威圧 (20点満点)	15.4 ± 2.3点	範囲 (10~19)
回避 (12点満点)	10.5 ± 2.2点	範囲 (3~12)
あきらめ (8点満点)	6.8 ± 1.7点	範囲 (2~8)
社会的参加 (8点満点)	4.7 ± 1.6点	範囲 (2~8)

49名のうち回答に記入漏れがあった5名を除外し、44名を分析対象とした（有効回答率56.4%）。

1. 親と子の基本属性（表1）（表2）

親の平均年齢は63.2歳，子との続柄は父29.5%，母70.5%であった。子の年齢は，平均33.8歳，性別は男性45.5%，女性54.5%であった。

2. 子の治療状況要因と社会生活技能（表1）

入院回数は，平均3.9回，統合失調症罹患期間は，平均122.2か月（10年2か月）であった。

子の社会生活技能合計得点は，36点満点中平均29.7±6.1点であった。

3. 親と子へのソーシャルサポート要因（表1）（表2）

副介護者がいる者は，61.4%，相談者がいる者は，75.0%であった。現在利用している社会資源がある子は77.3%で，福祉型である「自立支援医療」79.4%，「精神障害者保健福祉手帳」76.5%，「障害年

金」58.8%，通所型である「デイケア」26.5%，「地域活動支援センター」23.5%，「就労支援・移行施設」23.5%，居宅支援型である「訪問看護」20.6%の順に多く「ホームヘルプ」は0%であった。

4. 親の介護負担感と介護状況要因，対処技能（表2）

親の介護負担感合計得点は，76点満点中44.8点であった。

服薬管理の指示を受けている者は，50.0%，介護時間は平均11.4時間で，介護時間を24時間と回答した者は20.5%であった。

親の対処技能の下位尺度ごとの合計得点は，「情報」4.7点，「コミュニケーション」12.9点，「社会的関心」10.6点，「威圧」15.4点，「回避」10.5点，「あきらめ」6.8点，「社会的参加」4.7点であった。

表3. 親の介護負担感と親および子の要因との関連（n = 44）

要因	(n)	親の介護負担 平均得点±SD	有意確率（p値）
続柄	父（13） 母（31）	42.3±11.4 45.8±11.5	0.341
子の性別	男（20） 女（24）	42.5±10.7 46.7±11.9	0.223
副介護者	有（27） 無（17）	44.4±12.0 45.3±10.8	0.801
相談者	有（33） 無（11）	44.3±10.7 46.0±13.8	0.720
社会資源の利用	有（34） 無（10）	45.3±11.2 43.0±12.8	0.620
服薬管理指示	有（22） 無（22）	44.2±11.8 45.3±11.3	0.746

要因	順位相関関係	有意確率（p値）
親の年齢	-0.042	0.787
子の年齢	-0.181	0.241
入院回数	0.030	0.846
罹患期間	-0.108	0.721
介護時間	0.255	0.095
親の対処技能		
情報	-0.439	0.003
コミュニケーション	0.070	0.653
社会関心	-0.255	0.095
威圧	-0.343	0.023
回避	-0.659	0.0001
あきらめ	-0.592	0.0001
社会参加	0.117	0.449
子の社会生活技能	-0.421	0.004

対応のないt検定およびSpearmanの順位相関係数

5. 親の介護負担感と親および子の要因との関連 (表3)

親の介護負担感合計得点と親の対処技能の下位尺度「情報」、「威圧」、「回避」、「あきらめ」、ならびに子の社会生活技能合計得点間にそれぞれ有意な負の相関が認められた。子の対応についての情報を集める努力をしている親ほど介護負担感は低く、子に対して威圧する、回避する、あきらめる対処をしている親ほど介護負担感が高かった。また、子の社会生活技能が低いほど親の介護負担感が高かった。子の入院回数、罹患期間、社会資源利用の有無、また、親の副介護者、相談相手、服薬管理指示の有無、介護時間との間に有意差は認められなかった。

6. 親の介護負担感の関連要因についての多変量解析 (表4)

重回帰分析の結果、親の介護負担感と親の対処技能の下位尺度である「あきらめ」($\beta = -0.336$)と「回避」($\beta = -0.329$)、子の社会生活技能合計得点($\beta = -0.319$)と有意な関連が認められ、重相関係数0.738、調整済み $R^2 = 0.545$ であった。親が子に対して「あきらめ」「回避」をするほど親の介護負担感が高かった。また、子の社会生活技能が低いほど、親の介護負担感が高かった。

IV. 考 察

本研究の分析対象者数は44名と少なかったが、先行研究では統合失調症者の退院後1年未満の子を介護している親を対象に介護負担感を調査した研究は見当たらなかった。そのため、退院後1年未満の統合失調症者を介護している親の介護負担感に関連する要因を検討するうえで、貴重な結果が得られたと考える。

1. 退院1年未満の介護・治療状況と社会資源活用状況

本研究の対象者は70.5%が母親であった。統合失調症者を介護している家族を対象とした調査では、対象者の約50~80%が母親であり(岩崎, 1998; 藤野, 山口, 岡村他, 2009)、本研究の結果からも、主介護者が母親であることが追認された。また、子の平均入院回数は、3.9回、平均罹患期間は10年2か月であり、本研究の対象者が介護している子の多くは再発を繰り返している患者であると考えられる。

本研究では、子の平均介護時間は11.4時間であり、親は子の介護を1日の約半分の時間担っている現実が明らかとなった。また、本研究で注目すべきは、親によって介護時間が1時間から24時間と幅があり、子の介護時間を24時間と回答した親が20.5%いたことである。統合失調症患者の家族は、

表4. 親の介護負担感の関連要因についての多変量解析 (n = 44)

変数	標準化偏回帰係数 (β)	p 値	許容度	共線性の統計量 (VIF)	重相関係数 (調整済み R^2)
親の対処技能「あきらめ」	-0.336	0.016	0.636	1.571	
親の対処技能「回避」	-0.329	0.014	0.696	1.438	0.738 (0.545)
子の社会生活技能「合計得点」	-0.319	0.007	0.894	1.119	

重回帰分析 (ステップワイズ法)

投入変数: 親の続柄 (1 = 父, 2 = 母) 副介護者 (1 = 有, 2 = 無)
 家族会所属 (1 = 有, 2 = 無) 相談相手 (1 = 有, 2 = 無)
 子の性別 (1 = 男, 2 = 女) 社会資源利用 (1 = 有, 2 = 無)
 服薬管理指示 (1 = 有, 2 = 無)
 親の年齢 (歳) 介護時間 (時間) 子の年齢 (歳) 入院回数 (回)
 罹患期間 (月) 退院からの期間 (月) 親の対処技能 (各下位尺度の合計得点)
 子の社会生活技能 (合計得点)

隣近所に迷惑をかけないようにしなくてはならないという気持ちから、本人から四六時中目が離せず、自分の身体を休めたり、自分の楽しみのために時間を費やすことが困難である(鈴木、渡辺、2006)。そのため、直接的な介護に加えて介護しているという意識が常にある親が存在したため、親の介護時間が1時間から24時間と幅のある回答になったと考えられる。

子が現在利用しているサービスがあると回答した親は、77.3%であった。しかし、利用しているサービスの利用状況は、「自立支援医療」、「精神障害者保健福祉手帳」、「障害年金」の福祉サービスは、各58.8~79.4%であり、「デイケア」、「地域活動支援センター」、「就労支援・移行施設」等の通所型サービス(各23.5~26.5%)、「訪問看護」、「ホームヘルプ」等の居宅支援型サービス(各0~20.6%)に比べて高かった。本研究の対象者の平均年齢は63.2歳であり、経済基盤が年金であると考えられる。また、統合失調症は慢性疾患であり、親は今後も治療費が必要であると認識しているため、経済的な支援である福祉サービスの利用が、通所型サービスおよび居宅支援型サービスに比べて高かったと考える。

次に、親の介護負担感の合計得点は、44.8点であった。Foldemo, Gullberg, Christina et al. (2005)の退院後の期間を限定せず、本研究と同じ尺度を用い、地域で生活している統合失調症患者の介護者を対象とした調査では、介護負担感の合計得点は34.2点であり、退院から1年未満に限定した本研究の介護負担感得点の方が高かった。統合失調症患者の入院中から退院後1年未満の家族の介護負担の内容を明らかにした研究では、家族は退院により常に患者の症状に対応しなければならないこと、家族の望む回復に患者の状態が達しないまま退院してきたことに対する苛立ちを、介護負担として抱えていた(川口、長谷川、2013)。このことより、対象者を退院1年未満に限定した本調査では、患者の症状への対応、苛立ち等が退院1年未満の親の介護負担感をより高めたのではないかと考えられる。またGutiér-

rez-Maldonado, Caqueo-Urizar, Kavanagh (2005)は、統合失調症患者の介護負担感、親の介護負担感がその他の介護者より高いことを報告している。そのため、親を対象とした本研究結果の方が高かったと考えられる。さらに、Foldemoらの調査はスウェーデンで行われている。スウェーデンでは、障害は政治的な問題であり、精神科領域は、保健福祉庁の業務の中での優先分野とされており、障害者ケアに税金が投入され、市町村の社会福祉サービスでは、訪問支援体制や住居の支援が充実している(近藤、伊勢田、2009)。そのため、我が国との医療福祉制度の違いが介護負担感得点の差に反映した可能性も考えられる。

2. 退院1年未満の子を介護する親の対処技能と子の社会生活技能

親の対処技能では、入院経験の有無や罹患期間を問わず在宅で生活している統合失調症患者の母親を対象に調査したHanzawa, Tanaka, Inadomi et al. (2008)の研究の結果(「情報」5.5点、「コミュニケーション」12.9点、「社会的関心」10.8点、「威圧」15.4点、「回避」10.7点、「あきらめ」6.1点、「社会的参加」5.4点)と本研究結果は類似していた。また、子の社会生活技能の合計得点においても、本研究29.7点と、退院からの期間を限定していない通院中の統合失調症患者の社会生活技能合計得点30.37点(國方他、2002)と類似していた。これらのことから、親の対処技能および子の社会生活技能は退院からの期間に関係しない可能性がある。そのため、初発の患者を介護している親を対象とした研究、退院後1年未満に限定せず、幅広い退院からの期間の患者を介護している親を対象とした研究を行い、退院後の期間との関係について更なる検討が必要である。

3. 親の介護負担感に関連する要因

1) 親の対処技能「あきらめ」「回避」

本研究では、子に対する「あきらめ」「回避」という親の対処技能が親の介護負担感を高めていた。退院からの期間を限定せず、親の介護負担に関連す

る要因を検討した先行研究において、親の対処技能「あきらめ」「威圧」が親の介護負担感を高める要因であった（半澤他, 2009; Hanzawa et al., 2008）ことから、「あきらめ」は、退院からの期間に関わらず、親の介護負担感を高める要因であった。また、「回避」は、退院1年未満の親に特徴的な介護負担感を高める要因であると考えられる。

まず「あきらめ」では、統合失調症者を介護している親は、子の精神症状の対応の困難性に苦悩を感じているが、同時に親としての義務感と責任感で、介護継続意志をもっている（藤野他, 2009）。しかし、親は発病前を振り返り「元に戻る」期待が大きく、現実を目の当たりにするにつけ、悲嘆の感情が高まるとされている（鈴木, 渡辺, 2006）。介護者である親にとって、子が再発を繰り返すことは、我が子が元に戻らないことを痛感する経験であると考えられる。そのため、子の回復への「あきらめ」の思いが生まれ、介護継続意志と「あきらめ」の二つの思いの間で葛藤することが親の介護負担感を高めたと考えられる。

次に「回避」についてである。親にとって子の入院は、自分の意志とは無関係に子を守る、子と二人になることを避ける「回避」の対処を行える機会となる。親は子の介護から解放されることで、「ほっとしたような、一息ついたような」感じを得ることもできる（岩崎, 1998）。しかし、子の退院は、我が子を介護する生活に再び戻ることである。そのため、退院1年未満の親においては、ほっとした生活から、また介護生活に戻りたくないため、子を守りたい、子と二人になることを避けたいという「回避」の思いと、親としての義務感、責任感である介護継続意志との二つの思いが葛藤することで、介護負担感を高めたと考える。

2) 子の社会生活技能

本研究では、親の評価した子の社会生活技能が低いほど、親の介護負担感が高かった。

岩崎（1998）は、精神障害をもつ患者を介護している親は、子の発症は自分の育て方や遺伝のせいでは

はないかと考え、自責感をもっていると報告し、また藤野他（2009）は、統合失調症者を介護している親は、親亡き後の子の将来を考え、苦悩を抱えているとしている。本研究では子の年齢は19～54歳であり、エリクソンの発達段階では青年期および成人期にあたる。青年期は、性的役割意識と職業選択による社会的な役割意識の確立、成人期は、結婚、子ども、仕事といったライフサイクルを確立し、生産活動に従事し次の世代を確立、指導することにエネルギーを注ぐ年代である（野嶋, 2002）。我が子が成人してもなお、そのような役割を担えず、親が子の役割を代行しなければならないことが親の介護負担感を高めていると考えられる。

また、子の社会生活技能評価に用いた尺度は、専門家および介護者が評価する尺度であったため、本調査の社会生活機能は親が評価したものであった。しかし、親は我が子に対し、「元に戻る」期待や発症以前の子とは違ってしまった現実を目の当たりにすることで悲嘆の感情を抱えている（鈴木, 渡辺, 2006）。親が、発症前の子と現在の我が子を比較し社会生活技能を評価することで、現在の子の社会生活技能が客観的に評価されていない可能性がある。今後は親の主観的な評価と看護師等の専門家による客観的な評価に解離がないかについても検討する必要がある。

3) 本研究において有意差の認められなかった項目

本研究においては、副介護者および相談者の有無と介護負担感に関連は認められなかったが、先行研究においては副介護者および相談者からの支援の頻度が介護負担感と関連していた（半澤他, 2008）。このことから、介護負担感には、親への支援の有無ではなく、支援の頻度が重要であると考えられる。

また、子の社会資源利用が親の介護負担感を軽減すると考えたが、有意差は認められなかった。このことから、子の社会資源利用は、子の自立支援のためには必要であるが、親の介護負担感軽減には至らなかったと考えられる。

親への服薬管理指示については、統合失調症患者

を介護している家族の生活上の困難さには、子へ服薬をさせる困難があったことから(栄, 岡田, 1998), 介護負担感との関連を検討したが, 有意差は認められなかった。医療者が親に服薬管理を指示する理由として, 子の病識の乏しさ, 拒薬, 被毒妄想, 用法・用量の確認不足, 飲み忘れなどが考えられる。これらの理由は, 子の病状を示すものでもあり, 親の服薬管理は飲み忘れ防止という単純な確認から拒薬への対応まで多様である。そのため, 単なる服薬管理指示の有無だけでは, 介護負担感との関連が明らかにならなかったと考えられる。今後は, 子へ服薬をさせる困難も調査項目に追加し, 引き続き関連の有無を明らかにする必要がある。

介護時間については, 本研究において介護負担感の関連要因でなかった。このことから, 先行研究の結果の通り, 介護時間は直接親の介護負担感に関連する要因ではなく, 親の対処技能を低下させる要因であると考えられる。

子の入院回数および罹患期間と介護負担感については, 先行研究において関連があるというもの(Gopinath, Chaturvedi, 1992; 酒井他, 2002)と, ないというもの(Hanzawa et al., 2008)に見解が分かれている。このことから, 今後も入院回数および罹患期間と介護負担感との関連については, 調査を継続していくことが必要である。

4. 親の対処技能および子の社会生活技能向上のための看護援助

親の介護負担感を軽減するためには, 親の対処技能を高めるとともに, 子の社会生活技能を維持・向上すること, 親が子の社会生活技能を正しく評価できるよう支援することが有用であると考えられる。

まず, 親が「あきらめ」「回避」の対処技能を用いることなく子に対処するには, 子の初診時から親の対処技能をアセスメントし, SSTを用いて親が具体的な対処を学ぶ機会を設けることが重要である。特に退院1年未満においては, 「回避」の対処技能をアセスメントし, 親自身が子の介護で疲労困憊してしまう前に, 自ら子と適切な距離を保てるよう,

親自身の生活についても支援していくことが重要である。

次に, 子の社会生活技能を維持・向上するためには, 子の入院時には日々の病棟生活で日常的に行われている朝の環境整備や更衣の促しを通して, 退院後の生活に即した社会生活技能の訓練を行い, 技能を維持・向上していくことが重要である。また, 親が子の社会生活技能を正しく評価するためには, 家族心理教育で親と子を交えて子の日常生活における技能を繰り返し評価し, 子のできている部分を親とともに確認していくことが重要である。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では, 子の外来受診に同伴している親, 同伴していない親として家族会に所属している親を対象とした。しかし, 同伴していない親が全て家族会に所属はしていないため, 自宅で介護している親全員を把握することが困難であった。

今後は, 病院および家族会以外にも対象者を増やすこと, 退院後1年未満の子を介護している親の特徴をより明らかにするため, 初発患者や退院後1年以上の者も対象者とし, 比較検討することが必要である。

V. 結論

退院から1年未満の統合失調症患者を介護している親の介護負担感に関連する要因を明らかにするために, 患者を介護している親78名を対象に無記名自記式の質問紙調査を実施し, 44名から有効回答を得て以下の結果が明らかとなった。

1. 親の対処技能の下位尺度である「情報」, 「威圧」, 「回避」, 「あきらめ」の得点が低いほど, 親の介護負担感が高かった。
2. 子の社会生活技能の合計得点が低いほど, 親の介護負担感が高かった。
3. 重回帰分析の結果, 親の介護負担感に影響する要因は, 親の対処技能の下位尺度である「あきらめ」と「回避」, 子の社会生活技能合計得点で

あり、3要因の調整済みR²は、0.545であった。

4. 親の対処技能を高めることおよび子の社会生活技能を維持・向上することに加えて、親が子の社会生活技能を正しく評価できるよう支援することが、親の介護負担軽減に有用であると考えられる。

謝 辞

本調査を実施するにあたり、アンケートにご協力くださいました対象者、調査へのご協力を賜りました家族会役員、病院の職員の皆様方に心より御礼申し上げます。なお、本論文は平成23年度福井大学大学院医学系研究科修士論文に加筆修正したものであり、平成23年度福井大学研究育成経費の助成を受けて実施した。

〔受付 13.08.13〕
〔採用 14.07.16〕

文 献

Falloon, I., Shanahan, W., Laporta, M.: Integrated family general practice and mental health care in the management of schizophrenia, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83: 225-228, 1990

Foldemo, A., Gullberg, M., Christina, A. et al.: Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 133-138, 2005

藤野成美, 山口扶弥, 岡村仁他: 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩, *日本看護研究学会雑誌*, 32(2): 35-43, 2009

Gopinath, P. S., Chaturvedi, S. K.: Distressing behavior of schizophrenics at home, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86: 185-188, 1992

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Kavanagh, D. J.: Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 899-904, 2005

半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博他: 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—家族内外の支援状況と家族機能の関連—, *日社精医誌*, 16: 263-274, 2008

Hanzawa, S., Tanaka, G., Inadomi, H. et al.: Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 256-263, 2008

半澤節子, 田中悟郎, 稲富宏之他: 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—患者の性別による比較—, *精神障害とリハビリテーション*, 13(1): 79-87, 2009

伊藤順一郎, 大島巖, 坂野純子他: EE (expressed emotion) と再発, *脳と精神の医学*, 3(2): 163-173, 1992

岩崎弥生: 精神病患者の家族の情動的負担と対処方法, *千葉大学看護学部紀要*, 20: 29-40, 1998

川口めぐみ, 長谷川美香: 統合失調症患者の家族が抱える介護負担—入院中から退院1年未満に焦点を当て—, 第43回日本看護学会論文集 地域看護: 51-54, 2013

近藤智恵子, 伊勢田堯: スウェーデンの精神保健福祉の動向, *精神障害とリハビリテーション*, 13(1): 42-46, 2009

厚生労働省: 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料—精神病床の利用状況に関する調査—, 2008

國方弘子, 矢嶋裕樹, 中嶋和夫: 社会生活技能評価尺度の因子構造モデルの検討, *Quality Nursing*, 8(6): 41-49, 2002

野嶋佐由美: 明解看護学双書3 精神看護学 (2), 60-113, 金芳堂, 京都府, 2002

大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦他: 精神分裂病者を支える家族の生活機能とEE (Expressed Emotion) の関連, *精神神経学雑誌*, 96(7): 493-512, 1994

Reinhard, S. C., Gubman, G. D., Horwitz, A. V. et al.: Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill, *Evaluation and Program Planning*, 17(3): 261-269, 1994

栄セッコ, 岡田進一: 精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究, *大阪市立大学生活科学部紀要*, 46: 157-167, 1998

酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛他: 精神分裂病患者の家族の負担に関する研究, *精神医学*, 44(10): 1087-1094, 2002

鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学—理論と実践—(3), 220-224, 日本看護協会出版社, 東京都, 2006

武井麻子, 江口重幸, 末安民生他: 系統看護学講座専門分野II 精神看護学1, 160-171, 医学書院, 東京都, 2013

殿村壽敏, 田中千枝子: 精神障害者ホームヘルプサービスを利用しない家族に関する研究, *精神障害とリハビリテーション*, 13(2): 182-189, 2009

Zarit, S. H., Reever, K. E., Bach-Peterson, J.: Relatives of the impaired elderly Correlates of feelings of burden, *Gerontologist*, 20: 649-655, 1980

Factors Associate with Caregiving Burden on Parents of Schizophrenic Child, Discharged from the Hospital within One Year

Megumi Kawaguchi¹⁾ Mika Hasegawa¹⁾ Yoji Deguchi¹⁾

1) School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

Key words: Schizophrenic patients, Caregiving burden on parents, Discharged from the hospital within one year

Purpose: The purpose of this research is to clarify the factors relevant to care burden of parents who are taking in-home care of their schizophrenia patients discharged from the hospital within one year.

Method: Unsigned questionnaires were obtained from 78 parents under cooperation of 8 psychiatry hospitals and a mental health welfare family meeting joint association in a prefecture in Japan. Parents' care burden was measured as the total score of the assessment scale of Reinhard, Gubman, Horwitz et al. (1994). This scale measures mentally ill patient's burden of family. The related factors to parents' care burden was examined by the stepwise multiple regression analysis with attributes and support status of parents and patients, parents' care status, parents' coping skills (information, positive communication, social interests, coercion, avoidance, resignation and social involvement), patients' social life skill, patients' treatment status as the independent variables. The statistical significance level was $p < 0.05$.

Results: The subjects were 44 parents. Parents' care burden was significantly correlated to parents' coping skills of information, coercion, avoidance and resignation and also correlated to patients' social life skill. Stepwise multiple regression analysis showed that parents' coping skills of resignation and avoidance, and patients' social life skill were significant decreasing factors for parents' care burden (adjusted R^2 0.545).

Conclusion: Our results suggest that both parents' coping skill and patients' social life skill should be assessed and promoted before discharge in order to decrease parents' care burden at home and to prevent their patients' rehospitalization.