

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 8 月 30 日現在

機関番号：32401

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2016

課題番号：25380938

研究課題名(和文) 気分障害患者の家族を対象としたテイラーメイド型支援プログラムの開発に関する研究

研究課題名(英文) Development of tailor-made family support program for families living with mood disorder patients.

研究代表者

酒井 佳永 (SAKAI, Yoshie)

跡見学園女子大学・文学部・准教授

研究者番号：60349008

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,500,000円

研究成果の概要(和文)：気分障害患者の家族が医療機関に期待する支援には、医療者と家族のコミュニケーション改善、症状への対処、家族への心理的、経済的なサポートや社会資源に関する情報提供があげられた。また配偶者の負担にもっとも大きく寄与していたのは患者の抑うつ症状の重症度であった。これらの結果を考慮し、患者のアセスメント、患者と家族への心理教育、家族へのサポートを組み合わせた包括的な支援プログラムを開発し、実施した。

研究成果の概要(英文)：Family members living with a mood disorder patients have various support needs for 1) improvement of communication between medical staffs and families, 2) learning how to deal with patients' symptoms, 3) information on social resources, 4) psychological, financial, and economic support for families. The severity of depressive symptoms had the greatest impact on the burden of spouses living with mood disorder patients. Considering these results of our study, we developed tailor-made comprehensive program in which patients, families, and medical staffs cooperate to achieve recovery of patients. This programs contains 1) patient assessment, 2) psychological education about depressive disorders and bipolar disorders for patients and families, 3) counseling for patients and family.

研究分野：臨床心理学

キーワード：家族支援 介護負担 気分障害 双極性障害 心理教育

1. 研究開始当初の背景

気分障害患者は年々増加している。平成 20 年の患者調査によれば、うつ病患者数は平成 8 年比で 3.4 倍となっており、地域における自殺既遂者の 48% が気分障害の可能性がある (川上、2002)。

従来、気分障害の治療においては、薬物療法と休養に重点がおかれてきたが、最近の研究では、薬物療法と休養により症状が軽減しても、その後の社会復帰過程において再発を繰り返し再適応が困難となっている事例が少なくないことが報告されている。こうした状況は社会経済的な損失が大きいことに加え、気分障害からの社会復帰過程は自殺の危険が高まる時期でもあり (黒木、2002)、自殺予防という観点からも社会復帰過程における十分かつ包括的なケアが必要である。

気分障害の社会復帰過程におけるケアにおいて、同居家族へのサポートは重要である。家族関係が気分障害患者の予後に影響を与えることは、臨床的には古くから指摘されている。また最近の研究でも、統合失調症患者の家族研究において提唱された概念である家族からの否定的な感情の表出 (Expressed Emotion) が気分障害患者においても再発の危険因子であるという報告 (Kim et al., 2004) がある。よって医療機関等における専門家が、同居家族が患者を安定して支えられるように支援することは、社会復帰支援において重要な役割をもつ。

しかし気分障害患者の家族への支援に関する報告は少なく、統合失調症患者や認知症患者の家族への支援と比較しても活発に行われていない。気分障害患者家族への支援の実態に関する調査 (酒井、2013) では、調査に協力した機関の 77% が家族への支援を「必要だ」と考えているにも関わらず、実際に支援を行っている機関は 18% にすぎなかった。

気分障害患者の家族を対象とした支援が、その必要性が認識されているにもかかわらず実施されにくい理由は明らかにされていない。下寺らは「筆者の経験からは、うつ病患者の主要な家族は配偶者であることが多く、子育てや仕事に追われている世代が多いことがあげられる」と述べている (下寺ら、2010)。また前述した復職支援を実施する医療機関を対象とした調査においても、家族支援の必要性を認識しながらも実施できない理由として「家族や本人のニーズが低い」、「家族が参加しやすい日時の設定が難しい」、「家族のニーズをまず把握しなければならぬので簡単には始められない」など家族の支援ニーズが十分に把握できていないことを挙げている (酒井、2012)。

しかし医療機関に対する家族の支援ニーズについての実態調査の報告は調査開始時点においては存在せず、家族が医療機関に対してどのような支援ニーズを有しているかについては明らかになっていなかった。

また統合失調症患者の家族は、診断後の早

い段階で「患者と家族は疾患と生涯にわたってつきあっていく必要がある」とが告知されるのに対し、気分障害の初診時は「治る病気」であることが強調されることが多い。そのため気分障害患者の家族は、発症初期には困難を感じても一時的なものであると認識し、支援を積極的に求めない可能性がある。一方、一年近く休職をしている患者の家族を対象とした調査 (酒井、2012) では、対象者のほとんどが支援は必要だと回答しており、罹病期間が長くなるにつれて支援ニーズが高まる可能性が示唆された。このように発症直後の患者家族と、より長い罹病期間をもつ患者家族では支援ニーズが異なってくる可能性もある。しかし罹病期間、家族の年齢や性別、患者と家族の関係、患者の職業の有無などが、家族の困難や支援ニーズにどのような影響を及ぼすかについての報告はない。

しかし気分障害患者の家族が医療機関に期待する支援について、実証的に調査した研究は、筆者の知る限りわが国ではほとんどない。また、必要な支援を考える上で、気分障害患者の家族が体験している負担や困難について知ることは有用である。しかし気分障害患者の家族の負担や困難についての研究も、その多くは家族会や家族教室に参加した家族を対象としたものであり (全国精神保健福祉会連合会、2010)、支援が十分に届いておらず、孤立している気分障害患者の家族の負担や困難については十分に調査できていない可能性がある。

医療機関において、気分障害患者の家族支援を実施していくためには、気分障害患者の困難と支援についての実証的な調査を積み重ね、必要とされている支援を明らかにする必要がある。また多様なニーズに対応できるようにするため、また育児や仕事により多忙であり、時間的な制約の多い、中年期の気分障害患者の配偶者であっても参加可能にするために、時間、場所、内容について柔軟な構造を有する支援プログラムを用意する必要はある。

2. 研究の目的

本研究の目的は以下の 2 点である。

気分障害患者と同居する家族が医療機関に対して期待する支援、および家族の支援ニーズ、家族の困難や負担と関連する要因について明らかにする。

気分障害患者と同居する家族における多様なニーズや困難に柔軟に対応できるように、時間、場所、内容について、柔軟な構造を有する支援プログラムを開発する。

以上の目的を達成するために、以下の 3 つの研究を実施した。各研究におけるより詳細な目的は以下のとおりである。

【研究 1】「気分障害患者と同居する女性家族の支援ニーズに関する研究」の目的は、

気分障害により受診中の患者の家族における支援ニーズを把握すること、および支援ニーズと関連する要因を明らかにすることである。

【研究2】「気分障害患者と同居する配偶者の負担と関連する要因についての研究」の目的は、気分障害患者と同居する配偶者において、患者をケアする上での負担と関連する要因を明らかにすることである。

【研究3】「医療機関における家族支援を含めた包括的支援プログラムの実施報告」の目的は、気分障害患者と同居する家族における多様なニーズに柔軟に対応できるよう、時間、場所、内容について、柔軟な構造を有する支援プログラムを開発することである。

3. 研究の方法

【研究1】「気分障害患者と同居する女性家族の支援ニーズに関する研究」

1) 対象

インターネット調査会社（株式会社マクロミル）の登録モニターを対象に調査を実施した（調査期間 2015年11月28日～2015年11月30日）。まず登録モニターにスクリーニング調査を実施し、20歳から65歳の女性、

「同居している配偶者もしくは子どもがうつ病、躁うつ病で通院している」と回答した517人に調査を依頼した。このうち3日間の回答期間内に回答を得た先着318人（61.5%）を研究対象とした。このうち著しく回答速度が速いなど、信頼性に疑いのある回答3%を削除した309人を有効回答とした。さらに本研究では、患者との関係が配偶者である場合と親である場合との比較を行うため、配偶者と子どもの双方がうつ病、躁うつ病で通院していると回答した9人を除く300人を解析対象とした。

なお、スクリーニング調査および本調査に回答した人への謝礼として、インターネット調査会社内のシステムを通じての換金、または商品と交換できるポイントが付与された。

2) 調査項目

対象者の基本的情報として、回答者自身の年齢、教育歴、職業、および患者本人の年齢、初発年齢、罹病期間、入院歴を尋ねた。

次に、医療機関などで行なわれる可能性のある家族支援サービスの利用希望について尋ねた。サービスの内容として「精神科医による病気の症状、経過、治療法に関する講演会」「臨床心理士による、患者さんへの対応や接し方に関する講演会」「うつ病、躁うつ病の患者さんのご家族が集まり、経験をわかちあったり、相談し合ったりする家族会」「臨床心理士や精神保健福祉士等の医療従事者による個別相談」「ご家族自身が健康であるために役立つ知識や方法を学ぶ会」を挙げ、それぞれについて、「1. 必ず利用したい」から「5. 絶対に利用したくない」までの5段階で回答を求めた。

さらに、「医療機関でこのようなサービスがあったらよい、と思うことはありますか？自由に記載して下さい」と教示し、医療機関に期待する支援サービスについての自由回答をもとめた。

3) 分析方法

回答者の年齢、教育歴、職業、また患者本人の年齢、初発年齢、罹病期間、入院歴について、患者との関係（配偶者、親）による違いがあるかどうかをt検定および自乗検定を用いて検討した。

次に医療機関で行われる可能性のある家族支援サービスへの利用希望が親と配偶者で異なるかどうかを検討するため、Mann-WhitneyのU検定を用いて検討した。

最後に、医療機関に期待する支援サービスに関する自由記載の質的分析を行った。質的分析は以下の手順で行った。まず「医療機関に期待する支援サービス」という視点で著者が意味の分かる単位で文章を区切り、コード化した。コードの類似性と相違性を比較して抽象度を上げ、サブカテゴリとし、さらに類似したサブカテゴリを統合してカテゴリを作成した。ここでカテゴリとサブカテゴリ、およびそれぞれのカテゴリに分類された対象者の記載を、質的研究に精通した別の1名の研究者がカテゴリとサブカテゴリの妥当性について検討を行った。妥当性が確認されたのちに、それぞれのサブカテゴリに分類される記載の人数を数えた。統計ソフトウェアはSPSS Ver.21 for Windowsを用いた。

【研究2】「気分障害患者と同居する配偶者の負担と関連する要因についての研究」

1) 対象

インターネット調査会社（株式会社クロスマーケティング）の登録モニターを対象に調査を実施した（調査期間 2017年3月24日～2017年3月28日）。まず登録モニターにスクリーニング調査を実施し、20歳から65歳である、「同居している配偶者がうつ病、躁うつ病で通院している」と回答した516人に調査を依頼した。このうち446人（86.4%）から回答が得られた。自由解答欄に意味のない文字列を打ち込むなど、回答の信頼性があきらかに低い回答を削除した男性200人、女性200人を分析対象とした。

スクリーニング調査および本調査に回答した人への謝礼として、インターネット調査会社内のシステムを通じての換金、または商品と交換できるポイントが付与された。

2) 調査内容

対象者の基本情報として、配偶者と患者それぞれの年齢、性別、子どもの有無、学歴、職業の有無、年収を尋ねた。

また同居する患者の診断（抑うつ性障害、双極性障害）と初診時年齢と罹病期間についても尋ねた。

配偶者の負担については Zarit 介護負担尺度日本語短縮版を用いて評価した。

また配偶者の負担と関連する可能性のある要因として、配偶者からみた患者の抑うつ症状については (Quick Inventory of Depressive Symptomatology: QIDS-J) を、また躁症状 (Hypomania Checklist-33 External Assessment; HCL-33 EA) を用いて評価した。

配偶者のソーシャルサポートについて Social Support Questionnaire を用いて評価した。

さらに配偶者が認知する精神疾患に対する公共スティグマの程度について Perceived Devaluation and Discrimination Scale を用いて評価した。

3) 分析方法

まず配偶者および患者の基本的な特徴および臨床的な特徴が、それぞれ配偶者の負担と関連するかどうかについて、カテゴリー変数については t 検定、連続変数については Pearson 積率相関係数を用いて検討を行なった。

その後、単変量分析で配偶者の負担と有意な関連が認められた変数を用いて Stepwise 変数選択法の重回帰分析を行い、それぞれの要因が独立に配偶者の負担の高さに寄与しているかどうかを検討した。

【研究3】「医療機関における家族支援を含めた包括的支援プログラムの実施報告」

1) 対象

抑うつ障害もしくは双極性障害で治療を受けており、家族支援も含めた包括的支援プログラムの利用を希望している患者を対象とした。

2) 支援プログラムの内容

プログラムの内容は以下のとおりである。入院時に、臨床心理士が患者本人および家族の治療に関わる困難や支援ニーズについての面接評価を行なう。また家族からの困難や支援ニーズについてのアンケートを実施する。患者の生涯診断、現在および過去の精神症状、パーソナリティについての評価を行なう。気分障害の症状、治療、経過、再発予防に関する心理教育、患者および家族に対して評価の結果をフィードバック、入院に聴取した問題について、家族とともに対処方法を検討する。患者の希望によりフォローアップを行なう。

入院時には、家族による患者の過去の軽躁症状の評価 (Hypomania Checklist-33 External Assessment (HCL-33 EA)、家族の負担 (Zarit 介護負担尺度日本語版、家族の EE (Family Attitude Scale 日本語版)、家族のソーシャルサポートについて評価を行なった。また文書および口頭で、家族が現在困っていることや心配していること、今回の支

援プログラムに期待することについて聴取した。

また入院期間を通じて、患者については過去の精神症状に関する評価 (Hypomania Checklist-33、Mood Disorder Questionnaire、The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale)、現在の精神症状に関する評価 (ハミルトンうつ病評価尺度、ヤング躁病評価尺度、ベック抑うつ評価票)、気質に関する評価

(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-autoquestionnaire version)、パーソナリティに関する評価 (P-F Study) を実施した。

(倫理的配慮)

【研究1】、【研究2】、【研究3】はいずれも NTT 東日本関東病院における倫理審査委員会の承認を得て実施された。

4. 研究成果

【研究1】「気分障害患者と同居する女性家族の支援ニーズに関する研究」

対象者のうち、約半数が医療機関に対して何らかの支援を期待していた。医療領域で実施される可能性のある支援サービスへのニーズは、配偶者よりも親のほうが高い傾向が認められた。配偶者においてニーズの高い支援は集団で行なわれる家族会や講演会よりも、個別に相談できるサービスであった。一方、親である家族は病気についての講演会など、疾患の症状、経過、対応方法などについての知識を得ることへのニーズが高かった、

医療機関に期待する支援に関する自由回答を質的に分析した結果、主治医からの説明を充実させるなど、医師との関係を改善すること、家族に対する心理的サポート、患者の疾患への対処法を知りたい、家族同士が共に学んだり体験を分かち合ったりする会に参加したい、経済的な負担を軽減する支援、家事や育児負担への支援に対するニーズの高さが示唆された。

また仕事や育児で多忙な家族でも利用できるよう、電話、インターネットなどでアクセスしやすい窓口を作ることや、支援についてわかりやすく広報することについての要望が高かった。一方、患者の症状が安定している時期には負担が軽減することから、家族自身への支援よりも患者への支援をより充実させ、患者の社会復帰を促進できるようにして欲しいと希望する声もあった。今後、支援を必要とする家族が利用しやすい支援サービスを実施するとともに、気分障害を患う患者のリハビリを促進する社会復帰支援を実施していくことにより、家族の負担を軽減していく必要があると考えられた。

【研究2】「気分障害患者と同居する配偶者の負担と関連する要因についての研究」

配偶者の平均年齢は 45.5 歳 (SD 9.1)、患者の平均年齢は 45.7 歳 (SD 9.1) であった。

子どもがいるものは284人(71%)であった。326人(81.5%)が「同居する配偶者は主治医にうつ病と診断されている」と回答し、88人(22.0%)が「同居する配偶者は主治医に双極性障害と診断されている」と回答した。

配偶者では212人(53.0%)が大学卒業以上、患者では192人(48.0%)が大学卒業以上の教育歴であった。

また配偶者では240人(60.0%)、患者では174人(43.5%)がフルタイムで就労していた。

Zarit 介護負担尺度の得点は、男性の平均が17.8(SD 7.6)、女性の平均が19.4(SD 8.3)であり、有意に女性の負担が高かった($t=2.08, p=0.038$)。また子どもがいる配偶者(平均19.6, SD 8.1)は、子どもがいない配偶者(平均16.1, SD 7.0)よりも有意に高い負担を体験していた($t=4.1, p<0.0001$)。双極性障害患者の配偶者は(平均20.6, SD 8.7)それ以外の配偶者(平均18.1, SD 7.6)よりも、有意に負担が高い傾向があった($t=2.62, p=0.009$)。

配偶者の年齢は負担の高さとはごく弱い有意な負の相関があり、年齢が高いほど負担は少ない傾向があった($-0.10, p<0.05$)。患者の年齢、教育歴、配偶者・患者の職業、罹病期間、患者と配偶者の収入は配偶者の負担と関連していなかった。

配偶者から見た患者の抑うつ症状(QIDS-J)と軽躁症状(HCL-33EA)は配偶者の負担と有意な正の相関があり、患者の抑うつ症状が重いほど($r=-0.38, r<0.001$)、また軽躁症状の種類が多いほど配偶者の負担が重い傾向が認められた($r=0.12, p=0.02$)。

さらに配偶者が知覚した公共スティグマは配偶者の負担とごく弱い有意な正の相関があり、公共スティグマを強く知覚している配偶者ほど、負担が大きい傾向が認められた($r=0.14, p=0.004$)。ソーシャルサポートへの満足度も負担と弱い有意な正の相関があり、ソーシャルサポートへの満足度が低いほど、配偶者の負担は高い傾向が認められた($r=0.24, p<0.001$)。

単変量分析で配偶者の負担との関連が認められた変数が、それぞれ独立に負担に寄与しているのかどうかを明らかにするために、配偶者の負担を従属変数、単変量解析で関連が認められた要因を独立変数とする重回帰分析(ステップワイズ法による変数選択)を行なった。

最終的なモデルでは、配偶者から見た患者の抑うつ症状の重さ($\beta=0.31, p<0.001$)

子どもがいること($\beta=0.19, p<0.001$)

ソーシャルサポートへの満足度の低さ($\beta=0.18, p<0.001$)、女性であること($\beta=0.13, p=0.005$)

配偶者から見た患者の軽躁症状の重さ($\beta=0.10, p=0.03$)

配偶者が知覚した公共スティグマの高さ($\beta=0.10, p<0.03$)が配偶者の負担に寄与していた。調

整済み $R^2=0.22(p<0.001)$ であり、6つの要因で配偶者の負担の分散の22%を説明していた。

これらの結果から、配偶者の負担には、配偶者から見た抑うつ症状の重さももっとも大きく寄与していることがうかがわれた。また子どもがいること、配偶者へのサポート状況、女性であること、配偶者から見た患者の軽躁症状、家族が知覚する公共スティグマが、それぞれ独立に寄与していることが示された。

家族の負担を軽減させるためには、まず患者の抑うつ症状を安定させることが重要である。また医療者は軽躁症状がないかどうかについても気をつけることが必要である。

また育児中である、女性であるなど、負担が高くなるリスクの高い配偶者に対しては、家族を取り巻く支援体制を確認し、家族へのサポート資源が少ない場合には、さまざまな社会資源を紹介することなども重要だと考えられる。

さらに寄与は大きいとはいえないが、配偶者が知覚する公共スティグマは、配偶者の負担を高めているという知見が得られた。配偶者が公共スティグマをより強く知覚していると、患者の精神疾患について外部に相談しづらく、結果としてサポートが得られにくくなる可能性がある。また患者の社会参加についてネガティブな予測をしてしまうことによる不安が高まるといった影響も予測される。社会における精神疾患のスティグマを減らすとともに、家族や患者自身が抱くセルフスティグマを改善していく介入が必要になる。

【研究3】「医療機関における家族支援を含めた包括的支援プログラムの実施報告」

2016年3月から2017年3月までの間に支援プログラムを利用した人は18人であった。平均年齢は44歳(範囲29~67歳)、男性7人、女性11人であった。同居する家族の属性は、夫が5人、妻が8人、母親が2人、父親が1人、娘が1人、友人が1人、同居する家族はいないものが1人であった。

入院時に聴取した本人および家族が包括的支援プログラムに期待する理由は以下のとおりであった(複数回答あり)。

本人がプログラムに期待する内容としては、「これまでの診断について再度確認してほしい」、「症状への対処、再発防止の方法を知りたい」、「病気を完全に治したい」、「家族との関係を調整してほしい」というものがあった。

一方、家族がプログラムに期待する内容としては、「本人の調子が悪いときどのように対応したら良いか教えて欲しい」、「これまでの診断について再度確認してほしい」、「患者の行動に困ったり負担を感じたりすることがあり、どうしたらよいか相談したい」、「患者の病気を完全に治して欲しい」、「家族としては特に期待することはなく、患者が希望し

たため一緒に来た」というものがあった。

これらの結果から、患者が受診している医療機関に対して同居家族が期待する支援の多くは、診断や症状の再評価、患者の症状改善や再発防止のための工夫など、患者の症状を改善させることであることがわかった。

その一方で、特に配偶者において、患者をサポートする中で体験した傷つきや、重い負担について語られることも多かった。

医療機関では、患者の症状を改善し、再発を防止することが最も重要であるが、平行して家族への情緒的なサポートや患者と家族の関係の調整を行なうことが求められていると考えられた。

<引用文献>

川上憲人：心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究．平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 総括研究報告書 2002．

黒木宣夫：臨床実践の視点から うつ病と うつ病．精神科治療学 17, 1111-1116, 2002．

Kim EY, Miklowitz DJ: Expressed Emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. Journal of Affective Disorders 82, 343-352, 2004.

酒井佳永、秋山剛：うつ病のリワークプログラムの現状と今後の可能性．産業ストレス研究 19(3)、217-225、2012．

全国精神保健福祉会．(2010)．「精神障害者の自立した地域生活を推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のあり方に関する調査研究」報告書．Retrieved 12, 2015

下寺信次，藤田博一， & 下寺由佳．(2010)．【患者と家族に伝えるべきこと心理教育 update】 うつ病の心理教育．[解説/特集]．臨床精神医学，39(6)，775-778．

5．主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計2件)

酒井佳永．双極性障害と家族．臨床精神医学，第 46 巻第 3 号，299-304，2017．
査読無

酒井佳永．気分障害患者の女性同居家族が医療機関に期待する支援に関する研究．跡見学園女子大学文学部紀要，第 51 号，27-40，2016． 査読無

〔学会発表〕(計0件)

〔図書〕(計1件)

酒井佳永．家族への影響．秋山剛編「はたらく」を支える！職場の双極性障害．

南山堂．2017（出版予定）．

〔産業財産権〕

出願状況（計0件）

取得状況（計0件）

〔その他〕

ホームページ等

6．研究組織

(1)研究代表者

酒井 佳永 (SAKAI YOSHIE)

跡見学園女子大学・文学部・准教授

研究者番号：60349008