

令和 2 年 6 月 16 日現在

機関番号：32621

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2016～2019

課題番号：16K15936

研究課題名(和文) 精神病早期介入における包括的家族支援ケアプログラムの開発

研究課題名(英文) Program development of integrated early family intervention for early psychosis

研究代表者

小高 恵実 (Kodaka, Megumi)

上智大学・総合人間科学部・准教授

研究者番号：90275321

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,700,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、精神疾患の発病初期における専門職による家族への支援への初動研究として、子どもの発病初期の家族の体験やニーズについてインタビュー調査を行い、その分析結果から尺度開発を目的に尺度案を作成し量的調査を実施した。また本邦における早期介入の家族支援の方法論を模索するために、すでに公的に制度化を行った英国に訪問し、その実際について観察を行った。

インタビュー調査では15名の親から協力が得られ、分析の結果から全68項目を抽出し、早期介入における家族支援の評価尺度案を作成した。量的調査においては、外的妥当性を図るためにZaridの介護負担尺度、ならびに家族の体験(ECI)も同時に調査した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究は、現在制度化されていない精神疾患の発病初期における専門職による家族支援のあり方を探求するために、子どもが精神疾患を発病した当初、家族がどのような体験をし、どのような支援を求めているかを明らかにした。本研究は、支援を受ける家族側からデータを収集しているため、支援者側の必要性ではなく、支援を受ける側が実際に求めている内容が反映されていることに意義がある。

本研究結果は、今後の精神保健・医療における、初期介入の政策的提言や公的支援制度の構築を行うための基礎的な資料になると考えている。同時に、実際に家族支援を行うプログラムの評価を測定するための尺度としても、活用できることが示唆される。

研究成果の概要(英文)：As a first action study to the support to the family by the specialist in the early stage of the mental disease, an interview investigated an experience and the needs of the family in the attack early days of the child, and I made standard plan for the purpose of standard development from the analysis, and this study carried out a quantitative investigation. In addition, visit the U.K. which already institutionalized publicly to explore methodology of the family support of the early intervention in this country.; was actually accompanied, and observed it. Cooperation was provided from 15 parents in the interview investigation and extracted all 68 items from the result of the analysis and made evaluation standard plan of the family support in the intervention in an early stage. In the quantitative investigation, I investigated family's experience-based (ECI) and care burden standard of Zarid to test external validity at the same time.

研究分野：精神看護学

キーワード：精神疾患 早期介入 家族支援 初回エピソード 前駆期

1. 研究開始当初の背景

1) 背景

精神疾患に関するパラダイムは慢性期のリハビリテーションから、初期段階でのリカバリーへと急速に変容している。精神疾患は治療的介入が早いほど予後が良いという研究結果が報告されているが、日本の DUP(Duration of Untreated Psychoses, 精神病未治療期間)は、平均約 2.9 年と諸外国と比較して長く、発病後も未治療のまま長期間経過し、精神疾患の初期段階には専門職の介入が行えていないのが実情であり、入院長期化の一因と言われている (Nishii et al, 2010, Yamazawa et al, 2004)。本邦の DUP が長い原因として、受診行動への動機付けや情報の不足があげられる (小高, 2010)。精神病の発病当初は子どもの異変に気付いてから受診に至るまで、母親が一人で対応している事が多く、受診後も子どもへの対応に困惑し、よりよい治療・支援を受けさせるために一人で奔走している姿明らかになっている。特に受診前にはどうしたら良いか、その情報や援助を求める場の見当もつかず、援助を必要としているながらも困惑の中いることが明らかとなり、受診前から専門職の支援が強く求められていることが、研究者のこれまでの調査から明らかとなっている。

早期介入を制度化している英国では、患者が受診する前から医療専門職によるアウトリーチを中心とした家族介入が実践されており、特に発病初期には患者への介入と同様に重視されている (Onwumere, 2011)。また、家族に対して心理教育を行ったほうが、患者本人に対して心理教育を行うよりも再発率が大幅に低くなるという報告が多数なされており、発病初期の段階から再発予防に至るまで、包括的な家族支援が求められる。しかし、本邦では系統的な家族支援・介入は行われておらず、その基盤となる研究が必須である。

2) 意義

包括的な家族支援ケアプログラムが開発されれば、受診前からの家族への専門的介入を含んだ新しい方法論の提案になりうる。これにより、家族に対して精神疾患に関する必要な情報提供、早期受診の促し、その後の患者への対応など、家族のニーズに応じた援助を行うことが可能になり、さらには患者の予後をより良くし再発を予防するための一助となる。よって、患者・家族双方にとって意義があると考えられる。さらに、長期的に精神障害者の入院期間の短縮や社会参加の増大、再入院率の低下など、広く社会に還元できると考えた。

2. 研究の目的

本研究は、Early Psychoses (早期精神病) における包括的な家族支援のケアモデルを構築するための基礎的研究を目的とした。「地域での受診行動」から「受診後の集中治療」、「退院後を含めた地域における治療の継続」に至る早期介入の一連のプロセスにおいて、家族を対象とした看護職の継続的かつ包括的な専門的支援に焦点化し、家族支援のプログラムの評価となる尺度を開発し、介入プログラムを検討することを目的とした。

3. 研究の方法

精神病の早期介入における家族支援評価指標の開発を実施し、国外における家族支援の実態を観察することにより、家族支援プログラムを検討した。

1) 研究期間

- <研究 1> 2016 年 5 月 (上智大学倫理審査承認後) より 2017 年 3 月「家族支援評価指標の開発」のためのインタビュー調査
- <研究 2> 2017 年 4 月より 2018 年 3 月 国外の家族支援実態調査
- <研究 3> 2018 年 4 月より 2020 年 3 月「家族支援評価指標の開発」のためのアンケート調査

2) データ収集・分析

<研究 1> 家族支援の介入評価尺度開発①面接調査

(1) 研究デザイン

インタビューによる質的データを用いた質的記述的研究

(2) 対象者

早期精神病患者をもつ家族 10 名署名にて同意を得られた者
可能な限り理論的サンプリングにて対象者を選定した。

(3) データ収集

- ① 半構成的面接とし、インタビューガイドを作成する
- ② 内容は、家族が患者の「異常に気付いてから受診に至るまで」の期間、「受診してから集中的な治療を受ける」期間、「退院を含む継続受診と地域生活・社会復帰」の 3 期に分け、医療専門職に対してどのような支援を必要としているか、そのニーズを聴取した。
- ③ 面接は原則として 1 回とし、60 分とする。必要時、複数回実施した。
- ④ 声の漏れない個室において、対象者 1 名に対して 1 名の面接者で実施した。
- ⑤ 対象者の同意を得られた場合、IC レコーダーに録音する。同意を得られない場合は、面接中にメモをとった。

(4) 分析方法

① 面接により得られた逐語録を用いて、継続的比較分析および自然言語処理法 (データマイニング法) を用いて分析を行った。家族が患者の異変に気付いてから調査時までの期の中で、専門職の支援を必要とする場面・内容を抽出した。分析にあたっては、分析の

客観性を保持するため、複数の分析者によって実施した。

- ②継続的比較分析により抽出された項目、データマイニング手法によって抽出された結果、および先行研究を比較検討し、評価指標を構成する項目を選定し、評価尺度を作成した。
- ③自然言語処理法では、信頼性の高い JMP Pro ソフトを用いた。
- ④得られた分析結果から<研究3>で用いる質問紙項目を抽出した。

<研究2> 国外の家族支援実態調査

(1) 研究デザイン

観察及び聞き取り調査による実態調査研究

(2) 対象

早期精神病をもつ家族に対して、受診前から受診後まで継続的かつ包括的に支援を実施している海外・国内の施設のうち、同意を得られた3施設

(3) データ収集

- ①実施している支援の内容・構成について、各施設のプログラムに参加観察するとともに、5名程度の専門職に対して聞き取り調査を実施した。特に、早期介入の家族支援が系統化されている英国もしくは豪州における実態を調査した。
- ②支援プログラムおよび介入場面において、参与観察を行う。同意が得られた場合はビデオに録画した。同意が得られない場合は、支援内容や介入者の行為を逐次メモにとった。

(4) 分析方法

- ①聞き取り調査および参与観察により得られたデータについて、内容分析により具体的な支援内容および介入者の行為を抽出し、抽出した項目を構成化した。

<研究3> 家族支援の介入評価尺度開発②質問紙調査

(1) 研究デザイン

質問紙調査による量的データを用いた、関連探索研究

(2) 対象者

早期精神病をもつ患者の家族および早期精神病以外の精神疾患患者をもつ家族50名
質問紙の返信をもって同意とみなした。
研究の同意がえられ、回答された質問紙が回収できたものを対象とした。

(3) データ収集

- ①面接調査で得られた結果を用いて質問紙項目を設定し、各項目を5段階のリッカートスケールとし、自己記入式質問紙を作成した。
- ②対象者の属性については、別途項目を設ける。
- ③協力を得られた施設において、対象者の基準を満たすものに対して、説明書、質問紙、返信用封筒を配布した。
- ④質問紙は、外的妥当性の検証のため、本研究で作成した用紙および Experience of Caregiving Inventory (ECI) の日本語版、Zarit の負担尺度の日本語版を配布した。
- ⑤質問紙の回収は郵送にて行い、回収された質問紙をデータとした。

(4) 分析方法

- ①信頼性・内的妥当性の検証
 - ・早期精神病患者をもつ家族について、作成した評価尺度を用いて探索的因子分析(主因子法・主成分分析)を行い、分別的妥当性を高めるために確認的因子分析を実施した。構成概念および下位概念を決定し、文献レビューによって抽出された項目と比較検討し、構成概念妥当性を検証し、評価項目を洗練させた。
 - ・ α 係数および ω 係数(オメガ係数)により各項目間の信頼性を検証した。
 - ・対象者の属性および影響要因について、各項目および構成概念との間の検定を行い、文献レビューによって抽出された項目と比較検討した。
- ②外的妥当性の検証
 - ・3つの尺度について、早期精神病患者をもつ家族及び早期精神病以外の患者をもつ家族間の相関を検証した。
 - ・早期精神病患者をもつ家族について、作成した評価尺度および外的指標である ECI、負担尺度の尺度間の相関を検証した。
 - ・早期精神病患者をもつ家族および早期精神病以外の患者をもつ家族について、対象者の属性および影響要因による差の検定を行った。
 - ・①~③の結果を統合的に検討し、尺度項目を吟味し、決定した。

4. 研究成果

<研究1>

1) 対象者の概要

インタビューの対象者は3施設における15名で、平均年齢は69歳、母親が14名、父親が1名であった。対象者の子どもである患者は、男性が9名、女性が6名、平均年齢は37.9歳であった。患者である子どもの疾患名は、統合失調症が14名、強迫性障害が1名で、発病年齢は平均で17.8歳であった。

インタビューの回数は対象者全員1回で、インタビュー時間は平均75分であった。(表1)

2) 子どもの発病当初の親の体験と支援ニーズ

分析は対象者ごとにコード化し、その後共通点や相違点について対象者間で比較検討しながら、概念化を行った。その結果、支援の評価の指標となる 68 項目が抽出された。親の体験やニーズを通して、「精神疾患・保険医療サービスに関する知識・情報」の不足とニーズが特徴的に明らかとなった。

(1) 親の体験

子どもが発病した当初、親は何か変だと子どもの異変に気づきながらも、「病気だとは思わなかった」、「思春期特有のものだと思っていた」など、直ぐには精神疾患と結びつけることなく経過していた。その理由として「知識・情報がなかった」、「仕事や家事が忙しかった」が挙がっており、一般的に精神疾患に関する知識や情報がしていないことが明らかとなった。同時に、子どもが思春期に発病しやすいことから、親自身が「仕事や家事が忙しい」時期であることや、「思春期という発達段階の子どもの難しさ」が挙がっていたと考えられた。時間経過とともに子どもの言動の波を経験しながら病気かもしれないと思うようになり、「本で調べる・周囲の人からの情報」で自分の子どもが「精神疾患かもしれない」という確信に至っていた。そのため、多くの親が「今思うともっと前に発病していたと思う」という経験をしていた。明らかに子どもの精神症状が悪化してゆくと、子どもの「病的な言動に振り回される」体験もしていた。

(2) 支援のニーズ

親が社会的に忙しい年代であることから、家で十分に子供を観察したり接したりする機会も少ないため「学校での子どもの様子を知らなかった」、「学校から精神科への受診を勧めてほしい」など学校との連携が必要であることが示唆された。

子どもが精神疾患であることを「知られたくない」というスティグマも親には存在し、そのため「どうして良いかわからなかった」、「本で調べた」など、周囲に相談したり助けを求めたりできず、親だけが子どもの異変に対して自分で本を調べたり情報を集めたりしていたことから、気軽に相談できる窓口や公的機関が必要であることも考えられた。

また、子どもが精神疾患を抱えることによって、経済的負担への不安も見られた。

<研究 2 >

1) 対象施設

早期介入を世界で一番初めに制度化した英国において、早期介入の実際と具体的な家族支援について、聴講・ディスカッション・視察を通して観察を行った。対象施設は、Dorset Recovery Education Center in Bournemouth、Recovery College East in Peterborough、Cameo Early Intervention Service in Peterborough の 3 施設であった。

2) 英国における早期介入による功績

英国の早期介入は、地域における保健サービスと医療の連携による、早期発見・早期治療の 2 側面から成り立っていた。英国では GP (General Practitioner, 家庭医) 制度を持っており、担当医が各家庭を訪問することも少なくなく、家族にメンタルの問題を抱えている人を早期に発見しやすい環境にある。GP がより精神的な問題を発見しやすくなるための、専門的なトレーニング制度も整えられていた。

GP が早期に発見することにより、地域の早期介入保健サービスへの紹介もスムーズに行われており、そのため医療の介入も早期に行えるという、システムティックな制度は整えられていた。症状が悪化して時間が経ってからの治療ではないため、患者の回復も早く、早期に社会復帰がなされていた。社会復帰後は、「Recovery College」という精神疾患からの回復における専門的教育施設が多数存在し、一般企業に就職する者もいるが、「Peer Supporter」という職種につき、他の精神疾患患者の回復や社会復帰支援を行う仕事につく者もいた。精神疾患から回復した患者が社会復帰をし、同じ精神障害者としての精神障害者の回復・社会復帰を専門的に支援するという仕組みが整えられていた。

3) 英国における早期介入における家族支援の実態

「心理教育」においては疾患・治療に関する知識の提供、保健・福祉サービスに関する情報の提供、患者とのコミュニケーション方法などが、集団的に個人的に実施されていた。「家族相談」においては、すでに発病が明らかとなっているケースだけではなく、家族に精神疾患の疑いのある相談なども総合的に行われており、GP による早期発見だけではなく、地域の早期介入センターにおいても早期発見・早期介入が行われていた。また、家族は患者の治療や社会復帰に関する計画の作成段階から参加し、患者の回復や変化の評価にも参加するなど、「治療者の一員としての役割」を担っていた。「家族同士の Peer Support」も行われており、家族同士で話し合える機会や場の提供が積極的に行われ、それぞれの家族が自らの体験を分かち合うと同時に、相談者にもなり、相談を受ける側にもなれるように設けられていた。

表 1 インタビュー対象者

年齢	時間(分)	関係	患者年齢	患者性別	患者疾患名	発病年齢
70	62	母	42	男	統合失調症	17
60	39	母	32	男	統合失調症	14
58	81	母	35	男	統合失調症	19
不明	50	母	27	男	統合失調症	16
80	83	母	43	女	統合失調症	18
63	58	母	30	女	統合失調症	14
73	51	母	37	女	統合失調症	15
72	78	母	44	男	統合失調症	17
65	50	母	32	女	強迫性障害	20
50	34	父	25	男	統合失調症	14
80	115	母	50	男	統合失調症	30
75	136	母	38	男	統合失調症	18
73	79	母	42	女	統合失調症	17
78	84	母	50	男	統合失調症	24
71	130	母	42	女	統合失調症	15

<研究3>

子どもが精神疾患発病当初の家族の体験とニーズに関して、<研究1>のインタビュー調査の分析によって抽出された68項目について、尺度開発を目的に質問紙調査を行った。質問紙は、作成した尺度案に加えて、外的妥当性の検証のために Zarit の介護負担尺度及び ECI の日本語版の3種類を用いた。今回の集計では、「思わない」と「たまに」を「思わない」群に、「よく」・「いつも」を「思う」群に分けて集計を行った。アンケート調査は、7診療所にて153配布し、回収率は56.2%であった。

1) 対象者の概要

対象者の平均年齢は67.3歳(±8.51)、男性が18.6%、女性が77.9%であった。子どもが精神疾患を発病した当時の年齢は、40.1歳(±16.9)で、その当時就業していた者が65.4%、就業していなかった者が34.6%であった。(表2) 調査時は、すでに子どもの発病からすでに平均で20年以上経過していた。

表2 対象者の概要:アンケート調査

年齢	67.3	±8.51
性別	男性	16 18.6%
	女性	67 77.9%
発病当時の年齢	40.1	±16.9
発病当時の職業	あり	53 65.4%
	なし	28 34.6%

2) 対象者の精神疾患を持つ子どもの概要

精神疾患を持つ子どもの調査時の年齢は、平均37.3歳(±9.1)で、男性が46.5%、女性が50.0%であった。発病年齢は平均19.88歳(±7.5)で、治療を開始した年齢は平均で21.49歳(±7.8)であった。子どもの疾患名は、「統合失調症」が59.3%と最も多かった。入院経験を持つ者は52.%で、入院経緯がない者は26.7%であった。(表3)

表3 精神疾患を持つ子どもの概要

年齢		37.3	±9.1
性別	男性	40	46.5%
	女性	43	50.0%
発病年齢		19.88	±7.5
治療開始年齢		21.49	±7.8
疾患名	統合失調症	51	59.3%
	気分障害	4	4.7%
	人格障害	2	2.3%
	発達障害	11	12.8%
	その他	22	25.6%
	不明	5	5.8%
入院経験	有り	45	52.3%
	無し	23	26.7%

3) 子どもの発病当時の親の体験とニーズ

調査項目68項目のうち、特徴的だったのは、「子どもが精神疾患を発病したことは辛かった」が86%と高値を示し、親にとって子どもが精神疾患を発病したことはやはり「辛い体験」として残っていることが明確となった。子どもの発病当時は、「子どもにどう対応して良いか分からなかった」(67%)、「精神的な異変に対してどうしたら良いか分からなかった」(60%)といった様子がかげえ、「子どもの激しい精神症状に振り回されてしまっていた」(54.4%)、「病的な言動に振り回されてしまっていた」(53.8%)、「家に引きこもるようになったがどうして良いか分からなかった」(58.1%)、「子どもの症状が安定するために、子どもの望む通りにした」(50.6%)といった状況に陥っていた。それは「精神疾患に関する知識が全くなかった」(53.1%)、ことによると推察され、そのため「精神疾患に関する情報が欲しかった」(64.2%)ゆえに、「子どもの精神的な変化が病気によるものだとは思っていなかった」(45.0%)、「子どもの行動がおかしいとは思ったが病気だとは思わなかった」(45.2%)ため、「病気について本で調べた」(50.6%)という行動が見られ、それが「精神科に早く受診させないと思った」(53.8%)ことから受診につながったと考えられた。また親自身が「発病当初は仕事や家事が忙しかった」(60.8%)こともあり、早くに子どもの状態に気づくことができず、「子どもが精神症状に耐えられなくなっていたと思う」(61.7%)、「もっと早くに精神疾患であることに気づいていたらと思う」(54.8%)、「もっと早く精神科を受診させていれば良かったと思う」(48.1%)という気持ちにつながっていた。

4) Experience of Caregiving Inventory (ECI) 日本語版

ECI の項目では、発病した子どもについて「子どものことがいつも気がかりだった」(84.3%)、「子どもはどんな人生を送ることになるのだろうと思った」(73.8%)、「子どもは様々な機会を失った」(68.4%)、「子どもはいつか良くなるのだろうかと思った」(64.3%)といった項目が高知を示した。子どもの精神症状の影響から「子どもは支援(手助け)しなければならなかった」(63.0%)状態であり、「子どもの日々の生活を満たすために手助けしていた」(62.0%)、「私は子どもの幸福のために貢献した」(47.5%)と同時に、「子どもは親に依存していた」(54.2%)状況が伺えた。

また、「子どもが病気になったことは家族に影響があった」(48.8%)こともあり、「もし子どもがもっと重症になったら、家計への影響があった」(53.0%)という経済的な不安も抱えていた。

5) Zarit 介護負担尺度

Zarit の介護負担尺度では、「患者さんが将来どうなるか不安になることがありますか。」(66.7%)、「患者さんがあなたに頼っているといますか。」(65.5%)のみが45%を超える結果となった。

5 . 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6 . 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	渡邊 碧 (Watanabe Midori) (30711105)	上智大学・総合人間科学部・助手 (32621)	削除：2018年4月24日
研究分担者	原田 尚子 (Harada Naoko) (50637668)	上智大学・総合人間科学部・助手 (32621)	