

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

A Study on Support Needs of Families Living with Mood Disorder Patients

酒井 佳永

Yoshie SAKAI

抄 録

<背景と目的>精神疾患の患者を支える家族への支援は、患者のリカバリーを達成するために重要である。しかし統合失調症患者の家族への支援と比較して、気分障害患者の家族への支援は十分に行われておらず、その理由として気分障害患者家族の支援ニーズが明らかにされていないことがあげられる。本研究は、気分障害患者の女性同居家族による医療機関に対する支援ニーズを把握するとともに、配偶者と親の間でどのように支援ニーズが異なるかを探索的に検討することを目的とした。

<方法>インターネット調査会社マクロミルの登録モニターのうち、気分障害者の配偶者もしくは子どもと同居していると回答した 20 歳から 65 歳の女性 517 人に調査を依頼し、調査期間（2015 年 11 月 28 日～2015 年 11 月 30 日）に回答した 300 人（配偶者 249 人、親 51 人）を解析対象とした。調査内容は、各種家族支援サービスの利用を希望するかどうかを問う 5 項目（5 段階評価）と、「医療機関に期待する家族支援サービス」に関する自由記載を含む調査を依頼した。配偶者と親で支援サービスの利用希望が異なるかどうかを Mann-Whitney の U 検定および χ^2 検定で検討し、医療機関に期待する家族支援サービスについて質的な分析を行った。

<結果>配偶者は親よりも年齢が若く教育水準が高かった。また配偶者と同居する患者の年齢は高く、罹病期間は長かった。親は配偶者よりも家族支援サービスの利用を希望していた。家族支援サービスへのニーズに関する自由記載の質的分析では、【医師との関係】【相談内容】【家族が集まる会】【具体的な支援】【患者本人への支援の充実】【利用しやすい相談方法】【(期待する支援は) ない】という 7 カテゴリーと 28 のサブカテゴリが抽出された。

<結論>家族の支援ニーズは医師との関係改善、心理的サポート、疾患への対処法、家族会への参加、経済的負担の軽減など多岐にわたっていた。また多忙な家族でも利用できる電話やインターネットによる支援や、支援の存在を広報する必要性が示された。一方、症状安定期には負担が軽減するため、家族支援より患者の治療を充実させ、患者の社会復帰を促進して欲しいという希望もあった。今後、家族が必要とする支援を、より利用しやすい方法で提供するとともに、患者のリカバリーを促進する社会復帰支援を行うことが家族の負担を軽減するために重要である。

Key Words

うつ病、躁うつ病、家族支援、リカバリー、負担

I はじめに

平成 23 年の患者調査によると、精神疾患の患者数は 320 万人にのぼり、その中でもうつ病性障害と双極性障害を含む気分障害は 95.8 万人と最多である。これは平成 20 年の患者調査における 104.1 万人と比較すると微減しているものの、平成 8 年の 43.1 万人と比較すると倍増しており、この十数年で気分障害が大きな社会的問題となっている。

精神疾患の治療において、患者と同居する家族は経済的、身体的、心理的な負担を抱えながら患者のケアを行っている(全国精神保健福祉会連合会, 2010)。また家族環境が患者の予後やリハビリ達成に影響を与えることが、主に統合失調症患者とその家族を対象に行われた研究で明らかになっており(Bebbington & Kuipers, 1994; Leff & Vaughn, 1985)、現在では統合失調症の治療ガイドラインに家族を対象とした支援の重要性について必ず記載がされるまでになっている。

気分障害患者の家族も同様に、多くの負担と抑うつ気分を経験していること、特に配偶者において負担は大きいことが指摘されている(Benazon & Coyne, 2000)。家族の負担は家族自身の精神的、身体的健康に影響を及ぼすことに加え(Perlick et al., 2008)、患者の症状や再発にも影響を与えることが報告されており(Perlick et al., 2004; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue, & Sirey, 2001)、気分障害患者を支える家族を支援することの重要性には異論を挟む余地はない。しかし我が国において、家族支援に関する報告は統合失調症患者とその家族を対象としたものが多く、気分障害患者とその家族を対象とした報告は少ない(下寺信次, 藤田博一, & 下寺由佳, 2010)。気分障害患者が利用者の大部分を占める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、家族への支援を行っている施設は 2 割に満たない。一方、家族支援を行っていない施設の 9 割が「家族への支援は必要だと思う」と回答しており、家族支援の必要性を認識しながらも支援を行っていない状況が示唆されている(酒井佳永 & 秋山剛, 2012)

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(下寺信次, et al., 2010)。ま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、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ない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が挙げられている(酒井佳永 & 秋山剛, 2012)。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は、その多くが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。

そこで本研究は、インターネット調査会社にモニター登録し、同居する配偶者もしくは子どもが気分障害で通院していると回答したものを対象に、医療機関に期待する家族支援について自由回答式のアンケートを実施した。医療機関や家族会を介してではなく、インターネット調査会社を介して対象者をリクルートすることにより、医療機関や家族会からの支援を十分に受けることができていない層の家族の支援ニーズを把握できるという利点があると考えられる。また家族である患者の治療を行っている医療機関からの調査では回答しにくいような、医療機関に対する期待や不満についても、聴取しやすい可能性がある。

また気分障害患者が支援を受けにくい理由として、家族会に参加する統合失調症患者の家族には圧倒的に親が多いことに対し、気分障害患者の主な介護者は配偶者が多いことが臨床的な見地から指摘されている(下寺信次, et al., 2010)。属性の違いにより支援ニーズがどのように異なるかを検討することは、より効果的な支援を実施する上で重要である。そこで本研究では、属性による支援ニーズの違いを明らかにするために、今回は対象を女性に限り、患者の配偶者と患者の母親において、支援ニーズにどのような違いがあるかについても検討する。

そこで本研究の目的は、第一に同居する配偶者もしくは子どもが気分障害で通院していると回答した女性を対象に、医療機関に期待する家族支援についてアンケートを実施し、気分障害患者の同居家族である女性の医療機関に対する支援ニーズを探索的に検討すること、第二に属性(配偶者、親)の違いによる支援ニーズの違いを検討することである。

II 方法

1. 対象

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)。最初に株式会社マクロミルの登録モニターにスクリーニング調査を実施し、①20 歳から 65 歳の女性、②「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、マクロミル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

1) 回答者と患者に関する情報

回答者自身の年齢、教育歴、職業を尋ねた。また患者本人の年齢、初発年齢、罹病期間、入院歴を尋ねた。

2) 各種家族支援サービスの利用希望

医療機関などで行われる可能性のある家族支援サービスとして「①精神科医による病気の症状、経過、治療法に関する講演会」「②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」「③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」「④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」「⑤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。

3) 医療機関に期待する家族支援サービスについての自由回答

「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 χ^2 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家族支援サービスに関する自由記載の質的な分析を行った。質的な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名の研究者が精査し、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をした人数を数えた。統計ソフトウェアは SPSS Ver. 21 for Windows を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は 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。

III 結果

1. 対象者の特徴

対象者の特徴を表 1 に示す。患者と同居する家族である回答者自身の特徴として、患者からみた属

性が配偶者であるもの（以下、配偶者とする）は、患者からみた属性が親であるもの（以下、親とする）と比較して、年齢が有意に低く、教育水準が高い傾向があった。職業状態については両群に差はなかった。また患者本人の特徴として、回答者と患者との関係が配偶者であるものは、年齢が有意に高く、初発年齢が有意に高く、罹病期間が有意に長かった。入院経験の有無については両群に差がなかった。

表 1 対象者の特徴

	患者との関係が配偶者 (N=249)		患者との関係が親 (N=51)		検定
回答者（家族）					
年齢 (Mean, SD)	44.7	8.4	51.6	6.7	t=6.32***
教育水準 (N, %)					
大学卒業以上	89	35.7	11	21.6	$\chi^2=3.83^\dagger$
高校、専門学校以下	160	64.3	40	78.4	
職業 (N, %)					
フルタイム	55	22.1	11	21.6	$\chi^2=1.19$
パートタイム	81	32.5	13	25.5	
無職	113	45.4	27	52.9	
患者本人					
年齢 (Mean, SD)	46.4	9.2	30.2	12.7	t=8.68***
初発年齢 (Mean, SD)	38.3	9.8	23.7	10.6	t=9.07***
罹病期間 (年) (Mean, SD)	8.8	7.6	5.9	4.1	t=3.87***
入院経験 (N, %)					
あり	187	75.1	41	80.4	$\chi^2=0.65$
なし	62	24.9	10	19.6	

*** p < 0.001, † p < 0.10

2. 医療機関で行われる可能性のある支援サービスの利用希望

①精神科医による病気の症状、経過、治療法に関する講演会、②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、③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、④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、⑤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のそれぞれについての利用希望の平均 (SD) と Mann-Whitney の U 検定の結果を表 2 に示した。

平均値は、全ての項目において親の方が配偶者よりも低く、医療機関で行われる可能性のある支援サービスへの参加希望が高い傾向があったが、Mann-Whitney の U 検定の結果、有意に差が認められたのは、①精神科医による講演会、②臨床心理士による講演会、⑤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の 3 項目であった。

配偶者においては、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が、もっとも利用希望が高く、集団で行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が求められているこ

とがうかがわれた。これと比して、親である家族は、医師や臨床心理士による講演会の利用希望が配偶者よりも高く、疾患の症状や経過、患者への対応方法についての知識を得ることへのニーズが相対的に高いことがうかがわれた。

表 2 様々な家族支援サービスの利用希望^{a)}

サービスの内容	配偶者		親		Mann-Whitney U 検定
	Mean	SD	Mean	SD	Z
1. 精神科医による、病気の症状、経過、治療法に関する講演会	2.80	0.91	2.41	0.98	2.75**
2. 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	2.68	0.97	2.37	0.96	2.22*
3. 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	2.99	1.05	2.76	1.07	1.39
4. 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	2.51	0.97	2.39	1.00	0.78
5. うつ病、躁うつ病の患者さんのご家族のためのグループ療法(ご家族自身が健康でいるために役立つ知識や方法を学ぶ会)	2.94	1.05	2.63	1.00	1.84†

a) 得点が高いほど、利用希望が低いことを示す

** p < 0.01, * p < 0.05, † p < 0.10

3. 医療機関に期待する支援サービス

アンケートの自由記載から「医療機関に期待する支援サービス」を表す内容の抽出を行った結果、【医師との関係】【相談内容】【家族が集まる会】【具体的な支援】【患者本人への支援の充実】【利用しやすい相談方法】【ない】の7つのカテゴリと28のサブカテゴリが作成された。カテゴリとサブカテゴリ、そして代表的な記載の内容を表3にまとめた。以下、カテゴリを【】、サブカテゴリを<>、記載された内容を「」で示す。

【医師との関係】については18件の記載があった。このうち10件が<主治医からの家族への説明>についてであり、配偶者8人、親2人による記載があった。「家族への説明。こちらから言わなければ情報が無い。患者が嫌がるので付き添っていけない」「休日に主治医による説明会があるとよい」など、仕事や患者との関係など、様々な事情により診察に同席できない家族に、主治医とのコミュニケーション不足への不安と不満があることがうかがわれた。また<セカンドオピニオン>を希望して、主治医以外の専門家からの意見を希望する配偶者が5人いたほか、3人の配偶者が<合う医師を探せるサービス>を期待しており、患者の症状改善に不安を感じたり、医師とのコミュニケーションに不満を感じたりした結果として、より安心感の得られる医療を求めるようになっていくことが示唆された。

【相談内容】について触れている記載は48件であった。23人の配偶者と3人の親が<家族の心理

的サポート>を期待していた。「ただ話を聞いてくれるだけでうれしい。愚痴をこぼせる場所が欲しい」など、話を聞いてもらえる場所が乏しく、受容的に話を聞いてくれるカウンセリングの場を求めている家族が比較的多いことが示唆された。また<患者への対処法>（配偶者10人、親5人）、<緊急時の相談>（配偶者4人、親2人）、<薬を減らす方法の指導>（配偶者1人）など、患者への対応に迷った時に、どのようにしたら良いかについてのアドバイスを求める声も多かった。

【家族が集まる会】に関する記載は17件であった。9人の配偶者と4人の親が<家族同士の集い>により「同じ状況の人たちとの交流」をして、「家族の辛い気持ちを分かち合いたい」という希望を表明していた。また2人の配偶者と2人の親が<家族を対象とした講演会や勉強会>に出席して、病気について学びたいと記載していた。一方、家族会に参加することが患者を傷つけるのではないかと懸念や、患者の疾病について周囲に知られてしまう事への懸念から、参加を躊躇する意見も複数認められた。

【具体的な支援】には、具体的で問題解決につながる支援への期待が述べられている19件の記載が分類された。このうち8人の配偶者と1人の親が経済的負担への支援を期待しており、「お金が欲しい」「金銭的な補助の拡充」と直接的な経済的支援を望む記載や、「公的な経済援助のサービスの存在を教えてほしい」と公的制度についての情報提供を希望している記載が認められた。また3人の配偶者が<子育て世帯へのサービス>を期待しており、子どもへの説明、育児支援など、育児しながら夫のケアをしている世帯が必要としている支援を求めている。その他、<家事に関するサービス>、<家族のプライベートが守られる空間>、<家族がリフレッシュできる機会>を求める記載があった。

一方、【患者本人への支援の充実】というカテゴリが抽出され、家族への支援よりも、むしろ患者への支援を充実させることが家族の負担軽減につながるという記載が26件あった。中でも<本人の社会復帰支援>の充実を望む声が多く（配偶者9人、親2人）、「個人個人で状態が違うと思うので医療機関で就労支援のサービスがあると助かります」など、医療機関で本人の精神症状に合わせた就労支援を求めていることが示唆された。また6人の配偶者が<本人の診察利便性の向上>により、働きながらも無理なく診療が受けられることへの期待、4人の配偶者が<本人のカウンセリング>をより充実させることが症状の改善につながるという期待を記載していた。また<ショートステイ>では本人の具合が悪くなった時や配偶者が疲弊してしまった時に「物理的に離れて休みたい」という希望があることが示された。

【利用しやすい相談方法】について触れる記載も34件あった。9人の配偶者、1人の親が<電話相談>を期待しており、7人の配偶者が「24時間いつでも」相談できるサービスを求めている。また6人の配偶者が<メールやインターネットを利用した相談>を期待していた。そのほか<支援サービスについての情報提供>、<気軽に相談できること>、<無料もしくは低料金であること>などが、サービスの利用しやすさに関連していた。

表3 家族が期待する支援に関する質的分析

カテゴリ	頻度		代表的な記載
サブカテゴリ	配偶者	親	(親)：親の記載 (配)：配偶者の記載
医師との関係			
主治医から家族への説明	8	2	・家族への説明。こちらから言わなければ情報が無い。患者が嫌がるので付き添っていけない(親) ・家族、親戚などへの状況説明の強化(配) ・参加しやすい休日に主治医によるサポートの説明会があればよい(配)
セカンドオピニオン	5	0	・主治医には聞きづらい治療についてのセカンドオピニオンのようなサービス。(配) ・主治医だけでなく複数の専門家の意見を同時に聞く機会(配)
合う医師を探せるサービス	3	0	・何人もの精神科医と話をして本当に合っている信頼できる医師を探せるサービスがあるといい(配)
相談内容			
家族の心理的サポート	23	3	・家族が共倒れにならない為に、心を休めるようなことが、出来るとよい(親) ・家族も受けることが出来るカウンセリング(配) ・話をきいてくれるだけでうれしい。愚痴をこぼせる場所が欲しい(配)
患者への対処法	10	5	・患者への対処の仕方を教えてほしい(親) ・患者個人の状態をしっかりと見てもらった上で具体的なその日からできる対応策を教えてほしい(配) ・どう接していけばいいのか教えてほしい(配)
緊急時の相談	4	2	・調子が悪くなった時に対処してくれる病院が無い(親) ・体調の良くないときにすぐ診察してほしい(配) ・緊急の相談ができるコールセンター(配)
薬を減らす指導	1	0	・薬を徐々に減らす方法を指導して欲しい(配)
家族が集まる会			
家族同士の集い	9	4	・同じ状況の方たちとの交流が増えれば気持ち的に楽になるとおもうので家族会など気軽に参加できる交流の場が増えてほしい(親) ・同じ病気を持った家族同士の会があったら参加したい 家族のつらい気持ちを分かち合いたい(配)
家族対象の講演会や勉強会	2	2	・うつについてよくわからないので、勉強する所があったらいい(親) ・病気を知るための勉強会など。 本人が鬱であることを恥ずかしく思っている、 あったとしても本人の自尊心を傷つけそうで参加しづらい(配)
具体的な支援			
経済的負担への支援	8	1	・医療費が安くなるなど、国や自治体サービスの紹介など(親)。 ・保険のことなどお金に関すること(配) ・利用できる手当などの説明(配)
子育て世帯へのサービス	3	0	・働き盛りの人が多いと思うので子供たちにも理解できる紙芝居やお話を聞かせてほしい(配) ・小さい子供のいる家庭向けの相談サービス(配)
家事に関するサービス	1	1	・ヘルパーを呼んでもらいたい。(親) ・調理が楽で、経済的で、栄養のある患者向けの献立メニューを作ってほしい(配)

表3 つづき

カテゴリ	頻度		代表的な記載
サブカテゴリ	配偶者	親	(親)：親の記載 (配)：配偶者の記載
具体的な支援(続き)			
プライベート	2	0	・プライベートが守れる空間(配)
リフレッシュ	1	0	・スポーツ施設の無料開放(配)
患者本人への支援の充実			
本人の社会復帰支援	9	2	・就労支援が一番必要なのですが、個人個人で状態が違うと思うので、お役所ではなく医療機関で就労支援のサービスがあると助かります(親) ・主治医と会社とリワークと連絡が大変行き届いていて本当に感謝しております(配)
本人の診察の利便性向上	6	0	・診察のネット予約(配) ・診療時間の拡大(配)
本人のカウンセリング	4	0	・もっと本人がカウンセリングを受けやすくできる体制を充実してほしい(配) ・確かに色々なケースがあるので、薬や対処することが必要な場合もあるので、きちんと医療機関で見て判断して、カウンセリングは別枠で対応を(薬に頼るだけでない)してもらえるサービスを求める(配)
ショートステイ	4	0	・患者のショートステイ。物理的に離れて休みたい(配) ・症状がひどいとき2、3日預かってほしい(配)
家族への理解	1	0	・うつ病患者の家族が弱音を吐けない、吐いちゃいけない風潮がある気がするの、その風潮をなんとかしてほしいと思います(配)
利用しやすい相談方法			
電話相談	9	1	・親身になって聞いてくれる電話相談センター(親) ・電話で愚痴や悩みを聞いてくれる(配)
利用しやすい時間設定	7	0	・24時間いつでも相談出来る窓口があると安心(配) ・悩みをいつでも相談できる、聞いてもらえるサービスがあったらいいと思う(配)
メールやインターネットを利用した相談	6	0	・メールでの相談(配) ・当事者に知られずにできるだけチャットやメールなどでの相談ができる機関がほしい(配) ・メールとかだと時間も気にせず相談しやすい(配)
支援サービスに関する情報提供	2	1	・講演会も聞きに行きたいが何処でいつやってるか分からない(親)
気軽に相談	4	0	・サービスを知る機会がなさすぎる、もっと積極的に案内してほしい(配) ・相談が気軽にできること(配) ・かかりつけの医療機関内で(配)
無料・低料金	2	0	・無料あるいは低料金で相談できること(配)
訪問	1	0	・訪問相談サービス(配)
匿名であること	1	0	・匿名で相談しやすいサービス(配)
ない	117	27	・思いつかない ・医療には期待していない ・彼が躁の時なら色々と思いが浮かぶが今は比較的安定してるので何も思い浮かばない(配)

様々な支援への期待が抽出される一方で、【ない】と回答した対象者は配偶者では 117 人 (47.0%)、親では 27 人 (52.9%) であり最も多かった。【ない】という回答には、「ない」以外の記載がないもののほか、「思いつかない」「何が必要かまで考えられない」という、支援を期待していること自体は否定していない回答と、「医療には期待していない」など支援への期待そのものを否定している回答が含まれていた。また「彼が躁の時なら色々と思いつかぶが今は比較的安定しているので何も思いつかばない」「今は重篤な状態ではないので思いつかない」など、患者の症状が安定している時期には支援の必要性が低下することを示唆する回答も複数認められた。

IV 考察

1. 対象者の特徴

インターネット調査会社にモニターとして登録している、気分障害患者と同居する配偶者もしくは親を対象に、医療機関に期待する支援を調査し、気分障害患者の家族の医療機関における支援へのニーズについて量的、質的の両側面から分析し、家族の属性による支援ニーズの違いについて探索的な検討を行った。

対象者の特徴は、配偶者は平均 44.7 歳、親は平均 51.6 歳と配偶者の方が親よりも有意に年齢が低く、患者本人の年齢が高かった。また配偶者と同居する患者のほうが親と同居する患者よりも初発年齢が高く、罹病期間が短かった。これは発症年齢が遅い場合は、発症時にはすでに結婚していることが多いために、主たる介護者が配偶者になりやすいこと、また発症時には結婚しておらず、主たる介護者が親であっても、罹病期間が長くなる間に結婚し、主たる介護者が配偶者になっていく傾向があることを表していると考えられる。

2. 医療機関で実施される家族支援サービスについての利用希望に関する量的分析

医療機関で実施されることのある様々な家族支援サービスについての利用希望は、どのサービスについても親のほうが利用希望が高く、特に講演会への参加や、家族自身が健康であるための方法を学ぶ会については有意に親の方が利用希望が高いという結果が得られた。この結果には、配偶者は年齢が低く仕事や育児などで忙しい世代であることが影響している可能性、配偶者群の方が患者本人の罹病期間が長いこと、すでに症状や経過などについての知識は十分に得ていると考えている可能性がある。配偶者群でもっとも利用希望が高かったのは「個別相談」であり、家族が抱える困難に個別に対応して欲しいというニーズがあった。

3. 医療機関に期待する支援に関する質的分析

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、【医師との関係】【相談内容】【家族が集まる会】【具体的な支援】【患者本人への支援の充実】【利用しやすい相談方法】【ない】の 7 つ

のカテゴリが抽出された。

【医師との関係】では、＜主治医から家族への説明＞に対する不安と不満が示された。近年、個人情報保護法の施行により、たとえ家族であっても患者の許可なく主治医が患者についての情報を第三者に伝えることができなくなってきた。今回の調査対象者においても「本人が嫌がるので病院に付き添えない」「平日は病院に行けない」などの理由により患者の通院に付き添えず、主治医から治療や経過についての説明を十分に受けることができない、もしくは患者の症状や治療についての不安や疑問を主治医に連絡する手段がない、という不安や不満が示された。こうした問題から生じる不安や不満は、＜セカンドオピニオン＞や＜合う医師を探せるサービス＞などへの期待へとつながっていた。

希望する【相談内容】としては、家族の心理的サポートが最も多く挙げられた。「ただ話を聞いてほしい」というコメントが多く、家族が困難について周囲に相談できずに抱え込み、心理的に負担を抱えている現状が示された。また心理的サポートへの期待を記載したのは配偶者 249 人のうち 23 人 (9.2%) であるのに対し、親は 51 人のうち 3 人 (6%) であり、配偶者がより心理的サポートを必要としていた。精神疾患となったのが子どもであれば、夫と協力して子どものケアを行うことが可能であるが、一方で夫が精神疾患を患った場合、ともに患者のケアをする相手がおらず、働き手である夫が体調を崩すことによる経済的な負担、育児や家事の負担、そして夫の病気について相談したり共有したりする相手がおらず抱え込んでしまう状況が心理的負担を高めていると考えられた。双極性障害の患者を対象とした量的な調査においても、配偶者は親よりも介護負担が大きいことが指摘されており (Perlick et al., 2007)、配偶者には特に心理的サポートが必要となる。また＜患者への対処法＞＜緊急時の相談＞＜薬を減らす方法の指導＞など、患者の症状およびその変化に対してどう対応すべきかわからずに困っていることが示唆された。

家族同士が体験や気持ちを分かちあう家族会や、病気やその治療について学ぶための会など【家族が集まる会】を期待する家族も存在していた。選択式の質問項目を用いたアンケートでは、家族会や講演会については利用希望がもっとも低いという結果であったことや、家族向けのプログラムを実施しても参加者が集まりにくいという報告があることを考慮すると、一つの医療機関だけでは、十分に参加者が集まらない可能性があるため、地域コミュニティに開かれた家族会とすることが解決策となるかもしれない。また【家族が集まる会】への参加を望みながらも、患者本人の病気について周囲に知られてしまうことや患者本人を傷つけてしまうことを恐れて参加を躊躇する意見もあった。

心理的サポートや情理的サポートではなく、＜経済的な負担への支援＞をはじめとする【具体的な支援】を望む声も多く認められた。家族会参加者を対象とした調査においても、精神疾患患者家族が多くの経済的負担を負っているという調査結果があることとも一致する結果である (全国精神保健福祉会連合会, 2010)。医療機関が直接的な経済的支援を実施することはできないが、家族からの医療相談窓口を拡充し、精神疾患患者が利用できる公的サービスについての情報を積極的に提供していく

ことが重要である。家族よりも【患者本人への支援の充実】を望む声も多く、特に<本人の社会復帰支援>の充実を求める声が多かったことも、経済的負担や不安が大きいことと関連していると考えられる。本人が回復し、家庭の働き手として機能できるようになることが、家族の負担を減らすことにつながる。

【利用しやすい相談方法】に言及する回答も多く、<電話相談やインターネット>を利用した相談、24時間相談できる相談などの希望があった。また「どこで支援を受けられるのか解らない、情報が無い」という意見もあり、支援を必要としている人に効率的に支援に関する情報を提供する必要があると示された。

一方、期待する支援について「ない」「わからない」「思いつかない」という回答をした人が、配偶者では約47%、親では約53%とほぼ半数を占めていた。この中には、「状態が悪い時であれば色々と思いが浮かぶが、今は安定しているので何も思い浮かばない」という回答が複数含まれており、これは双極性障害患者の家族を対象とした調査における、症状寛解時には家族の負担が減少するとして報告と一致する(Maji, Sood, Sagar, & Khandelwal, 2012)。周期的な経過をたどり、症状寛解期には社会適応に大きな問題が無い患者が多い気分障害では、症状悪化時に家族が負担や困難を感じても「症状が安定すれば軽減する」と考え、支援を求めないことが、家族支援がなかなか定着しない要因の1つと考えられた。上記した【患者本人への支援の充実】を望む声も、「患者が回復し、社会復帰を果たすことができれば、家族への直接的な支援は必要ない」と理解することができる。患者のリハビリを促進する社会復帰支援は、患者だけではなく家族支援としても重要な役割を持つといえるだろう。

本研究はインターネット調査会社のモニターを対象としたインターネット調査であることから、①調査に回答したのが本人であるかどうかを確認できないという本人性の問題、②回答者の同居家族の診断については回答者の申告以外に情報がないため、確認することができないこと、③インターネット調査会社のモニターは、学歴が高い、未婚者が多い、自営業・内職、専門技術職が多く技能労務職が少ない、非正規被雇用者が多いなど属性の分布に偏りがあることが指摘されていること(本多則恵, 2006)、などの限界がある。

しかし、インターネット調査を利用することにより、従来の家族会や家族教室の参加者を調査対象としてリクルートした研究や、病院で調査対象をリクルートした研究では調査対象に含まれなかった、患者に付き添って病院に行くことができない家族など、支援につながりにくい家族からも情報を得られたという大きな利点がある。また調査はインターネット調査会社を通じて実施し、患者の治療に関わっている医療機関が介在していないため、家族は患者の治療への影響について全く心配することなく自由に回答することができた可能性がある。今後、医療機関等の臨床場面においても同様に、家族の支援ニーズに関する調査を行い、本研究との結果との差違について検討することが必要である。

V 結論

気分障害をもつ配偶者もしくは子どもと同居する女性を対象としたインターネット調査において、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。支援ニーズは主治医からの説明を充実させるなど、医師との関係改善、家族の心理的サポート、患者の疾患への対処法、家族同士が共に学んだり体験を分かち合ったりする会への参加、経済的な負担の軽減、家事や育児負担への支援など、多岐にわたっていた。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の必要性が示された。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カバリー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。

<謝辞>

本研究は JSPS 科学研究費補助金基盤研究(C) (課題番号 25380938) の助成を受けた研究成果の一部である。

<文献>

- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med*, 24(3), 707-718.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *J Fam Psychol*, 14(1), 71-79.
- 本多則恵. (2006). インターネット調査・モニター調査の特質--モニター型インターネット調査を活用するための課題. *日本労働研究雑誌* 48(6), 32-41.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
- Maji, K. R., Sood, M., Sagar, R., & Khandelwal, S. K. (2012). A follow-up study of family burden in patients with bipolar affective disorder. *Int J Soc Psychiatry*, 58(2), 217-223.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., et al. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 55(9), 1029-1035.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*, 9(3), 262-273.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., et al. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis*, 196(6), 484-491.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., & Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*, 189(1), 31-37.

酒井佳永, & 秋山剛. (2012). 【リワークをめぐる問題】 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.

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. *臨床精神医学*, 39(6), 775-778.

全国精神保健福祉会連合会. (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