〔報　告〕

若い統合失調症患者をもつ父母の生活困難度および家族機能

甘佐　京子[1)]　泊　祐子[2)]

要　旨

若い統合失調症患者をもつ父母の抱える生活上の困難感や，患者の病状および経過がどのように影響しあっているのかについて検討する事を目的として，家族機能及び患者と生活する上での困難の度合いについて調査を実施した．さらに，そこから家族支援についての何らかの示唆を得るために若干の考察をおこなった．

対象は，統合失調症患者の父母35組68名であった．家族機能については，日本語版 Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III（以下 FACES III とする）を用い家族の親密性を示す家族凝集性と家族の問題対処能力を示す家族柔軟性を測定した．また，家族の生活における困難の度合いについては家族困難度尺度[11)]を用いて測定した．

結果，父母が示した家族機能は高い凝集性を示し密着傾向にあった．また，家族の適応性は，混沌群とバランス群，混沌群と硬直群の間に有意差が認められた．混沌群の親には，親自身の発達危機と子どもの病状が影響している可能性が考えられた．生活困難度については，全体の6割が高値の困難群に属し，中でも若年の患者をもち，それに伴う若い父母の困難度が高かった．

これらの結果より，発病後期間を経ていない若い患者をもつ父母は，混乱も強く生活に強い困難感を感じているため，こうした状況にある家族への看護支援が必要であることが示唆された．

キーワード：統合失調症，青年期・若年成人期，家族機能，生活困難

I. はじめに

1995年に制定された「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」は，精神障害者の社会復帰や，その自立と社会経済活動への参加の促進を目的としている．1999年の改正ではさらに推進の一途をたどり，精神保健福祉の現状は「病院」から「地域社会」へと，まさにその方向を定めつつある．そうした背景を受けて，再発を防ぎ在宅で過ごしていくことを目的とした，患者家族に対する看護支援についての報告が数多くされている[1)~4)]．なかでも，統合失調症の場合は，家族の患者への否定的な感情表出（Expressed Emotion）が病状の悪化に関係していることが既に明らかにされており[5)6)]，その家族支援がより重要視されている．特に症状が不安定である青年期から成人前期の若い統合失調症患者をもつ家族は，生活上多くの困難を抱えていると推測され，家族への看護介入が望まれている．

適切な家族介入を展開するためには，対象となる家族がどのような家族機能をもっているかを把握することが重要である．そこで，統合失調症患者家族の家族機能の傾向および患者家族が感じている生活上の困難感と家族機能との関連について検討を試みた．

[1)]滋賀県立大学人間看護学部
[2)]岐阜県立看護大学

II. 研究目的および意義

青年期から成人前期の統合失調症患者である子どもと同居している父母の家族機能と父母の抱える生活上の困難感を明らかにする. また, 家族機能や家族の困難感に患者の病状および経過がどのように影響しているのかについて検討することを目的とする.

今回の調査により, 父母の見解を通し青年期から成人前期にある比較的若い患者を抱える家族の特徴や家族機能について, 何らかの傾向を見出す可能性がある. さらに, その結果から家族に対する看護介入の方向性について示唆を得ることが期待できる.

III. 用語の定義

本研究における主要な概念について次のように定義した.

1. 若い統合失調症患者

Eriksonの発達分類による青年期から若年成人期の発達段階にある統合失調症患者であり, 入院治療時以外は父母のもとで生活を共にしていることを前提においた個人と定義する. 本調査ではその年齢を10代後半から30代前半に限定する.

2. 父母

婚姻により新たな生殖家族を築き, 経済面や育児等の家族機能の中核をなす男女である. 本研究では, 入院・在宅という状況の違いはあるものの, 基本的に統合失調症患者である子どもと同居していることを前提においた父親および母親と定義する.

3. 家族機能

本研究では家族機能を示すモデルのひとつとして, Olson[7]の円環モデルを用いて家族機能を凝集性・柔軟性で示される家族の状態と定義する. 家族凝集性は家族の親密性を表し, 凝集性が高い場合は家族の密着状態を示し, 低い場合は離散状態を示す. 家族柔軟性は家族の問題対処能力を表し, 柔軟性が高い場合は問題対処において混沌状態を示し, 低い場合は硬直状態を示す.

4. 家族の生活困難度

若い統合失調症患者と共に暮らす父母が, 日常生活の中で感じている苦労の度合いを示すものと定義する.

IV. 研究方法

1. 研究協力者

単科の精神科病院(100床)の病棟および外来において病院側から紹介された家族の中で, 調査目的を理解した上で調査に応じてくれた, 思春期から青年期に発病した統合失調症患者で, 現在10代後半～30代前半の患者を子どもにもつ父母35組68名である.

なお, 研究協力者の選定にあたっては, 包含基準として若い統合失調症患者である子どもと同居しているという条件を満たすことをあげ, 除外基準としては治療上研究に協力することが望ましくない対象者をあげた. 後者についてはその選別は研究者では不可能なので, その旨を担当医・病棟師長・主任看護師に伝え, 該当する家族の紹介を受けるという有意抽出法の形を取った.

また, 研究フィールドを提供していただいた病院は, 治療の一環として家族療法を取り入れていたり, 病院独自の家族会・デイケアセンターを持っており, 訪問看護を始めとする家族に対する支援が比較的行われている施設であり, 今回の研究目的についても賛同を得ることができた.

2. 調査期間

2000年7月～9月および2002年2月～3月

3. 調査方法

質問紙を用いた自己報告法. 内容は, 家族構成, 患者である子どもの年齢, 発病時の年齢, 両親の年齢, 入院回数, 入院期間, 専門医療機関に受診するまでの期間, 両親の就業状況, 等のプロフィール調査および, 既存の尺度を用いて家族機能と家族の生活困難度を測定した. 回収は直受け取り又は個別郵送法と

した.

4. 倫理的配慮

研究協力者には研究者が口頭もしくは紙面において研究の目的を説明した上で，研究に参加しないことで不利益が生じないこと，今回の調査内容は統計処理を行い個人が特定されないことも併せて説明した．同時に担当医・看護師からも研究への協力は家族の意思に任せるもので，断っても治療関係上何ら不利益が生じないことを伝えてもらった．また，院内で調査用紙を記載される場合は個室を準備し，郵送による回答には父母が個々に投函できるように個別の返信用封筒を準備するなどプライバシーの保護を遵守した．なお，今回の結果は，調査用紙を基に収集されたものであり，研究者は診療録および看護記録等の閲覧を一切おこなっていない.

5. 測定用具

1) 日本語版 Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III（以下 FACES III とする）[8]

Olson[7]によって提唱された円環モデルを基に，家族システムの機能状態を測るため開発されたものである．先行研究においても，高い内的整合性を有しており信頼性が確保されている[9][10]．内容は家族の親密性を示す家族凝集性に関することと，家族の問題対処能力を示す家族柔軟性に関することが合計20項目の質問で構成されている．家族凝集性・家族柔軟性の結果はそれぞれ三群に分類される．また，総合した家族機能評価として，凝集性・柔軟性共にバランス域にあるものを“Balanced”，いずれか一方がバランス域より逸脱しているものを“Mid-Range”，双方逸脱しているものを“Extreme”と評価する.

2) 家族生活困難度尺度[11]

患者との協同生活に起因する家族の生活行動の障害を把握するもので，16項目の質問から構成されている．生活がどの程度障害を受けているか3段階で自己評定するものである．大島ら[11]が感情表出（Expressed Emotion）と家族の生活機能の関連性を検討するために作成した尺度の一部である．この尺度の信頼性はChronbachのα係数0.8と高い内的整合性を有している．また生活困難度と感情表出の高さは強い相関関係（$\gamma=0.417$，$p\leqq0.001$）を示している．なお，生活困難度の結果は低困難群と高困難群の二群に分類される.

6. 分析方法

統計ソフトSPSS ver. 13.0 Jを使用し量的分析を行った．分析手法としては，統計量が限られているため，t検定に加えてMann-Whitney検定（exact test），一元配置分散分析およびBoferroni検定，Pearsonの積率相関，χ^2検定を用いた．有意水準は危険率5%以下とした.

V. 結　果

1. 質問紙の回収状況

回収率は97.1%であった．回収率に関しては，調査用紙を配布した対象のみの回収率であり，説明の段階で拒否された場合は調査用紙を配布していないため対象者数には入れていない．また，有効回答率は，FACES IIIは97%（68名中66名），家族生活困難度は98.5%（68名中67名）であった.

回答者の年齢は父親（33名）が56.5±6.8歳（Mean±S.D），母親（33名）が53.9±5.8歳であった．なお両親のいずれかのみの回答が2家族あったが，今回は夫婦ペア毎の分析を行うまでには至らなかったため，有効回答とした.

2. 子ども（患者）および家族の概要

患者である子どもの状態と生活を共にする家族の状況を表1に整理した．子ども35名の平均年齢は26.8±4.8歳．平均発病年齢は，20.5±5.8歳で全体の60%の患者が10歳代で発病していた．精神病院または精神科病棟の入院経験は，無回答の4名（11.4%）をのぞき未経験者が7名（20.0%），経験者が24名（68.6%）で，内1回の者が11名（31.4%）であった．子どもの現在の状況は，外来治療を受けている在宅の者が23名（65.7%），入院治療中の者が12名（34.3%）であった．現在，入院中の患者の平均入院期間は45.1±54.9か月であった．次に，発病してか

表1. 患者および家族の概要

患者（子ども）の概要 n = 35	男女比	男23名 / 女12名
	平均年齢	26.8±4.8歳
	平均発病年齢	20.5±5.8歳
	入院歴	有り24名（68.6%）/ 内，初回受診時の入院7名（29.1%） 無し7名（20.0%） 無回答4名（11.4%）
	現在の状況	在宅 23名（65.7%）/ 入院中12名（34.3%）
	平均罹病期間	79.0±56.8ヵ月
	出生順位	第1子 21名 / 第2子以降 13名（1名不明）
家族（父母）の概要 n = 68	家族形態	拡大家族6世帯 / 核家族 29世帯
	平均年齢	父親（33名）56.5±6.8歳 / 母親（33名）53.9±5.8歳
	現在の家族構成	子どもは患者のみ 13世帯 / きょうだい同居 22世帯
	父親の就労状況	有職 30名 / 無職4名（不明1名）
	母親の就労状況	有職19名（パート含む）/ 専業主婦15名（不明1名）

表2. 家族生活困難度の平均値と各群別の度数分布

家族生活困難度	全体 n=67	父親 n=33	母親 n=34
Mean（SD）	10.1（6.9）	9.7（6.3）	10.6（7.6）
低困難群（n）	41.3%（27）	39.4%（13）	41.2%（14）
高困難群（n）	59.7%（40）	60.6%（20）	58.8%（20）

ら現在までの平均罹病期間は，79.0±56.8か月であり，最長192か月，最短約2か月であった．家族形態は，核家族が29世帯(82.9%)と大半を占めていた．また，父親の85.7%（30名）は有職者であるのに対して，母親の有職率は54.3%(19名)にとどまった．

3. 父母の生活困難度

生活困難度の尺度得点における全体の平均得点は10.1±6.9であり，Cronbachのα係数は0.92であった．また，尺度得点を父母別にみると，父親は9.7±6.3，母親は10.6±7.6であり，平均値では母親が父親を若干上回っていた．次に，生活困難度の尺度得点から，7点未満を生活困難低値群(以下，低困難群という)，7点以上を生活困難高値群（以下，高困難群という)とし，対象をその二群に分類した．その結果は，父母全体の59.7%(40名)が高困難群に属していた．父母間で比較してみると，父親の60.6%(20名)，母親の58.8%(20名)が高困難群に属していた(表2)．

さらに，各質問項目毎に中央値の順位を父母間で比較したが有意な差は認めなかった．

各項目毎の父母別の平均点は表3の通りである．質問項目の点数は，項目の苦労が「ない0点」「少しある1点」「大いにある2点」であり，父母ともに平均点が最も高かった項目は「家族の将来設計が立てられぬ不安や焦り」，続いて「患者にかかる経済的負担」，「病状の急変や再発，自殺などの心配」の順であった．父母の項目毎の得点順位はほぼ同様であったが，順位が異なった項目は「近所に肩身が狭い．付き合いがうまくできぬ．」と「病院（主治医）と家族の考え方のずれ」であった．「近所づきあい」については母親の方が順位が高く，「主治医とのずれ」については父親の順位が高かった．

4. 家族機能

総合的な家族機能評価は図1に示す通りである．“Balanced”が13名（19.7%），“Mid-Range”が29名(43.9%)，“Extreme”が24名(36.3%)であった．

1）家族凝集性

家族凝集性の結果について表4に示した．平均得点は35.3±7.6（Min：16，Max：49）であり，Cronbachのα係数は0.9であった．父母別にみると，父親の平均得点は35.8±6.0，母親の平均得点は34.7±9.0であった．

凝集性の中間値を示すカッティングポイントを25～34点に設定し，凝集性のバランス群とした[12]．凝集性のバランス群が21名（31.8%）であるのに対して，低い凝集性(以下，離散群という)を示したものは7名（10.6%），高い凝集性（以下，密着群という）を示したものは38名（57.6%）であった．さらに，父母別でみると父親においてはバランス群が12名(36.4%)であるのに対して離散群は1名(3.0%)，密着群は20名（60.6%）であった．一方，母親においてはバランス群が9名(27.2%)であるのに対して

表3. 生活困難度尺度項目の父母別平均点数

尺度項目	父親平均 n = 33	母親平均 n = 34
家族の将来設計が立てられぬ不安や焦り.	1.12	1.21
患者にかかる経済的負担.	1.03	1.09
病状の急変や再発，自殺などの心配.	0.82	1.03
家族の結婚問題など気苦労が絶えぬ.	0.72	0.85
世話で心身ともに疲れる.	0.69	0.82
留守ができぬ．外出ができぬ.	0.67	0.79
自分だけの時間が持てなくなった.	0.7	0.76
服薬を続けさせる苦労.	0.67	0.7
本人の世話で仕事に出られない.	0.52	0.67
近所に肩身が狭い．付き合いがうまくできぬ.	0.45	0.61
病院（主治医）と家族の考え方のずれ.	0.52	0.44
家族に迷惑や暴力.	0.45	0.48
本人の世話で家事に手がまわらない.	0.42	0.42
口論が増えて団欒の機会が少ない.	0.44	0.39
親戚と隔たりができ，付き合いがうまくできぬ.	0.3	0.42
家族以外に迷惑や暴力.	0.21	0.24

Cronbach-α : 0.92

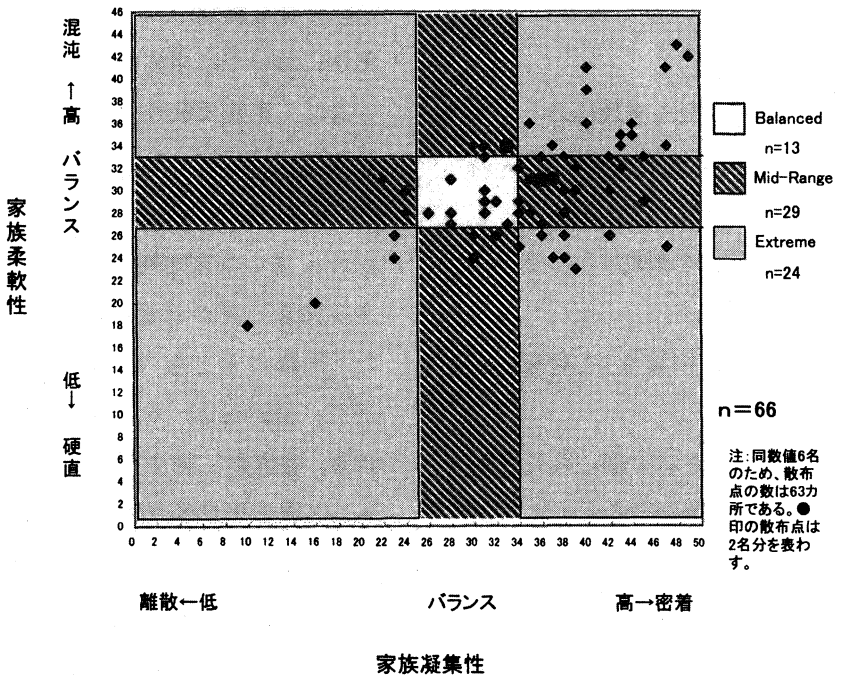

図1. FACES Ⅲによる家族機能分類

離散群は6名（18.2%），密着群は18名（54.5%）であった.

2）家族柔軟性

家族柔軟性の結果を同じく表4に示した．平均得点は30.4±5.0（Min：20，Max：43）であり，Cronbachのα係数は0.60であった．父母別にみると，父親の平均得点は31.2±5.0，母親の平均得点は29.5±5.2であった.

柔軟性の中間値を示すカッティングポイントを33～27点に設定し柔軟性のバランス群とした[12]．柔軟性のバランス群が34名（51.5%）であるのに対して低い柔軟性（以下，硬直群という）を示したものは15名（22.7%），高い柔軟性（以下，混沌群という）を示したものは17名（25.8%）であった．さらに，父母別でみると父親においてはバランス群18名（54.5%）であるのに対して硬直群は5名（15.2%），

表4. 家族機能の平均値と各群別の度数分布

家族機能（FACES）	全体 n=66	父親 n=33	母親 n=33
家族凝集性平均値（SD）	35.3（7.6）	35.8（6.0）	34.7（9.0）
離散群（n）	10.6%（ 7）	3%（ 1）	18.2%（ 6）
バランス群（n）	31.8%（21）	36.4%（12）	27.2%（ 9）
密着群（n）	57.6%（38）	60.6%（20）	54.5%（18）
家族柔軟性平均値（SD）	30.0（5.0）	31.2（5.0）	29.5（5.2）
硬直群（n）	22.7%（15）	15.2%（ 5）	30.3%（10）
バランス群（n）	51.5%（34）	54.5%（18）	48.5%（16）
混沌群（n）	25.8%（17）	30.3%（10）	21.2%（ 7）

表5. 家族生活困難度得点と「患者の年齢，父母の年齢，発病年齢，罹病期間」との相関

	n	（家族生活困難度） γ	p値
患者の年齢	66	− 0.35	0.015
親の年齢	66	− 0.47	0.005
発病年齢	55	− 0.20	0.073
罹病期間	66	− 0.10	0.280

混沌群は10名（30.3%）であった．母親においてはバランス群が16名（48.5%）に対して硬直群は10名（30.3%），混沌群は7名（21.2%）であった．

5.「子ども（患者）および家族の属性」と生活困難度ならびに家族機能との関連性

1)「子ども（患者）および家族の属性」と家族生活困難度の関連

患者の年齢と生活困難度の高さには弱い負の相関（$\gamma = -0.35$，$p<0.05$）が，また，親の年齢と生活困難度の高さにはやや強い負の相関（$\gamma = -0.47$，$p<0.01$）がそれぞれ認められ，父母の生活困難度得点が上昇するにしたがい，親の年齢および子どもの年齢が低くなる傾向がみられた．患者の発病年齢，罹病期間や変化から初めて受診するまでに要した期間等は相関を認めなかった（表5）．しかし，発病年齢と生活困難度得点との相関関係はみられなかったものの，高困難群・低困難群の二群間で発病年齢を比較すると，高困難群の方が発病年齢が有意に低く（$U=239$，$p<0.05$），父母別にみても父親において高困難群の方が発病年齢が有意に低かった（$U=41.5$，$p<0.05$）（表6）．今回，変数間の相関関係はみられなかったが，グループ間での関係性が認められたことから発病年齢と生活困難度において，何らかの関係が存在すると考えられる．

さらに，子どもの現在の状況（入院あるいは在宅）と生活困難度の高さについては，子どもが在宅中の方が生活困難度は有意（$U=287.5$，$p<0.01$）に低く，父母別にみても父親において在宅中の方が生活困難度は有意（$U=66.5$，$p<0.05$）に低かった（表6）．

2)「子ども（患者）および家族の属性」と家族機能の関連

患者の年齢と家族柔軟性の高さには弱い負の相関（$\gamma = -0.36$，$p<0.01$）が，また，親の年齢と家族柔軟性の高さにはやや強い負の相関（$\gamma = -0.40$，$p<0.01$）がそれぞれ認められ，父母の家族柔軟性得点が上昇するにしたがい，親の年齢および子どもの年齢が低くなる傾向がみられた（表7）．しかし，家族凝集性においては相関関係はみられなかった．

次に，家族柔軟性の三群間（バランス群，混沌群，硬直群）において父母の年齢を比較したところ有意差（$F(2, 63)=5.62$，$p<0.01$）が認められた．Bonferroni法の多重比較の結果，混沌群より硬直群に属する父母の方が有意に年齢が高いことが示唆された．同様に子どもの年齢の比較においても有意差（$F(2, 63)=6.32$，$p<0.01$）が認められ，多重比較の結果，硬直群に属する父母がもつ子どもの年齢はバランス群および混沌群より有意に高いことが示唆された（表8）．一方，家族凝集性の三群間（離散群，バランス群，密着群）については，子どもの年齢の比較において有意差が認められた（$F(2, 63)=3.51$，$p<0.05$）．多重比較の結果，離散群に属する親のもつ子どもの年齢の方がバランス群に属する親の持つ子どもより有意に高いことが示唆された．

3) 家族生活困難度と家族機能の関連

生活困難度の二群（高困難群・低困難群）と家族機能の家族凝集性三群（密着群・バランス群・離散群）および家族柔軟性三群（混沌群・バランス群・硬直群）においてχ^2検定を実施したが有意差は認められず，生活困難度と家族機能との関連性は見いだせなかった．

表6.「低困難度群と高困難度群の子どもの発病年齢の比較」および「子どもが在宅の場合と入院中の場合の親の生活困難度の比較」

	回答者		n	Mean (SD)	t値	p値	Me	U値	exact test
子どもの発病年齢	全体	(生活困難群)							
		低困難群	23	22.8 (7.2) 歳	2.64	0.013	33.7	238	0.025
		高困難群	32	18.5 (3.7) 歳			23.9		
	父親	低困難群	11	23.7 (7.0) 歳	2.73	0.011	18.2	41.5	0.020
		高困難群	16	18.0 (3.6) 歳			11.1		
	母親	低困難群	12	22.1 (7.7) 歳	1.28	0.217	16	78	0.410
		高困難群	16	19.0 (3.7) 歳			13.3		
生活困難度	全体	(子どもの現在の状況)							
		在宅	43	8.1 (5.5)	−3.38	0.001	28.7	287.5	0.002
		入院中	24	13.7 (7.8)			43.5		
	父親	在宅	21	7.8 (5.3)	−2.47	0.019	14.2	66.5	0.024
		入院中	12	13.0 (6.6)			21.9		
	母親	在宅	22	8.5 (5.8)	−2.30	0.028	15.1	78.5	0.053
		入院中	12	14.4 (9.0)			21.9		

表7. 家族機能分類群得点と「患者の年齢，父母の年齢，発病年齢，罹病期間」との相関

	n	家族機能 Faces Ⅲ (家族凝集性) γ	p値	(家族柔軟性) γ	p値
患者の年齢	66	−0.14	0.254	−0.36	0.003
親の年齢	66	−0.24	0.055	−0.40	0.001
発病年齢	55	−0.17	0.225	−-0.26	0.063
罹病期間	66	−0.06	0.656	−0.22	0.086

Ⅵ. 考　察

1. 家族生活困難度に影響を与える要因

調査前の予想では，現在患者である子どもと共に暮らしている父母のほうが生活の困難を抱えている割合が高いと考えていた．しかし予想とは異なり子どもが入院中の父母の方が生活困難度の得点は有意に高かった．おそらく，入院治療を必要とする時期は精神症状が激しいことから父母の不安が増大したり，入院前の急性増悪期に生じた問題行動も父母の感情に影響を及ぼしていることが推測できる．また，子どもの平均年齢が低いほど生活困難度尺度得点が高いことから，そうした問題に対処していく機会が多いであろう若年で状態が不安定な子どもを抱える両親の苦労を窺うことができる．さらに，高困難群の子どもの発病平均年齢が低いことから，低年齢での発病は人格形成および社会性が未成熟な状態で成長していくため，症状以外に生じる社会的な問題も家族の困難感へと反映されていると考えられる．先行研究[11]からも生活困難度と再発に関連する家族の感情表出は強い正の相関関係にあることが証明されており，今回の結果からも生活困難度が高いと予測される入院前・中や両親および患者が共に若い時期となる発病当初から再発予防を見据えた支援が必要であることが示唆された．

また，父母の困難を示す尺度項目に順位差はほぼ見られないものの，将来への不安や経済的な問題，さらに不安定な病状の悪化やそれに伴う自殺などが，養育や扶養を必要とする若い患者と生活を共にする父母の困難感を高めていると思われる．一方，父母間で順位が逆転している項目である「病院（主治医）と家族の考え方のずれ」や，「近所づきあい」等については，今後質的データを収集するなどして，父母が持つ各々の役割に伴う困難さについて具体的に検討していく必要があると考える．

2. 若い統合失調症患者をもつ父母の家族機能

1) 強い家族凝集性から生じる問題

Wynne[13]は，統合失調症患者の家族関係において，個人のアイデンティティを犠牲にし，表面的な役割関係にとらわれる擬似相互性と呼ばれる病理的関係にあると述べている．これは，家族システムからの分

表8. 家族機能分類群における「親の年齢・子どもの年齢」の比較

	家族機能分類	n	Mean (SD)	F値	
父母の年齢	(家族柔軟性)				
	硬直群	15	60.2 (7.1)		
	バランス群	34	57.5 (6.3)		
	混沌群	17	53.0 (5.5)	5.62**	混沌群＜硬直群**
子どもの年齢	硬直群	15	30.0 (5.1)		
	バランス群	34	26.8 (3.4)		混沌群＜硬直群**
	混沌群	17	25.1 (4.2)	6.32**	バランス群＜硬直群*
父母の年齢	(家族凝集性)				
	離散群	7	60.3 (9.7)		
	バランス群	21	56.1 (6.5)		
	密着群	38	57.2 (7.4)	0.81	
子どもの年齢	離散群	7	30.4 (6.5)		
	バランス群	21	25.7 (3.3)		
	密着群	38	27.1 (4.2)	3.51*	バランス群＜離散群*

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

離・独立を妨げ，家族員間の親密性を保とうとする関係をいう．患者の発病時期にあたる青年期および若年成人期は，本来なら父母との関係を保ちながらも，徐々に家族システムからの独立を図ろうとする時期であり，父母もまたその依存と独立の関係においてバランスを保とうとする．しかし，統合失調症患者やその家族は，バランスがとれず，どちらか一方，または相互に依存し家族の親密性を固持しようとするといわれている[14]．今回の調査でも，家族凝集性においては父母を合わせた全体の約60%が強い密着性を示す傾向がみられた．慢性疾患の子どもを持つ家族の場合，野嶋[15]の研究では，患者である子どもが家族から分離したり独立することが遅れていく状況の中で，家族の社会的な孤立は進み，逆に家族内の親密性は増していくと考えられると述べている．即ち，統合失調症患者をもつ家族も，このような過剰な家族凝集性が社会的孤立を生み，社会的サポートに対して閉鎖的になる可能性があると考えることができる．

ただし，今回の調査では，一定期間で収集したデータのため，発病を機に凝集性が高まったのか，それ以前から凝集性が高かったのかは不明である．また，患者の年齢と家族凝集性の間に有意差を認めたが，両群において相関関係は認められず，子どもの年齢と家族凝集性のグループ間との関係性について考察するには至らなかった．

2) 家族柔軟性と父母の発達段階

家族柔軟性に基づき分類した3群では，親の年齢について硬直群と混沌群，バランス群と混沌群で有意差を認めた．硬直群の平均年齢は60.2±7.1歳，バランス群では57.5±6.3歳，混沌群では53.0±5.5歳である．Levinson[16]はこれらの時期を成人中期と名付け「中年に入る時期(45～50歳)」，「50歳の過渡期(50～55歳)」，「中年の最盛期(55～60歳)」，「老年への過渡期（65歳～)」の4つに分類し，不安定な過渡期と安定期を4～5年毎に繰り返すと述べている．家族柔軟性の三群の平均年齢はそれぞれ重なりがあるものの，これらの段階と照らし合わせて，以下検討をしてみた．

混沌群に属する親は，まさに「50歳の過渡期」にあたり，体力の衰えを感じたり，自分の人生に対する不全感や無力感を感じやすい時期である．また，バランス群は「中年の最盛期（55～60歳)」にあたり，中年期のなかでは安定した時期にあたる．さらに，硬直群は「老年への過渡期」に該当すると考えられる．老年期の過渡期には身体面の老化のみならず，人格面の変化も生じ保守性や頑固さが強化されると言われている[17]．加えて，子どもの年齢を考えると，混沌群では統合失調症の特性から踏まえると若年である分，症状は不安定であり精神症状も出現しやすく，そ

の状態がさらに父母の家族機能に影響をおよぼしているのかもしれない．しかし，一般的な成人中期にあたる父母が示す家族機能の結果が無く比較することはできないため，今回の結果が一般的な傾向に留まるのか，統合失調症患者をもつ家族の傾向なのかは判断することはできない．ただし，慢性疾患である統合失調症である子どもが急性期から慢性期に移行していく中で，家族員の発達段階の変化と共に，長期間にわたり家族機能，中でも家族の柔軟性に何らかの影響を示している可能性はきわめて高いと考えられる．先行研究[18]においても，慢性疾患の患児をもつ母親の家族柔軟性は，そうでない家族よりも有意に低く，母親の家族柔軟性は危機的状況に陥りやすいと報告されている．統合失調症患者家族においても，病状変化と家族機能の変化の関連について今後検討を進めていきたい．

VII. 結　　論

思春期から青年期に発病した統合失調症患者で現在10代後半～30代前半の患者を子どもにもつ父母35組68名に対して調査を行い，父母の家族機能の傾向および父母の生活困難感について，以下の結論を得た．

1）若い統合失調症患者を持つ父母の生活困難度は，子どもの状況に影響を受けやすく，特に社会性が未成熟な若年で発病した患者との生活や，入院前・中といった急性症状等が引き起こす問題行動が，生活上の困難さを強いものにしていると推測できる．

2）若い統合失調症患者を持つ父母は，家族内の密着性が強い傾向にあるため社会的孤立に陥る可能性が強いと考えられる．

3）家族機能の家族柔軟性は親の発達段階や統合失調症の病状の移行と関連している可能性があると考えられる．特に，父母，子どもの年齢が若いほど，直面した問題に対して，どう対処するべきかを迷い，より混沌とした状況におかれやすいと考えられる．

以上の結論より，若い統合失調症患者を持つ家族は不安定な病状に伴う様々な困難を抱えると同時に，社会と孤立しながら家族としての機能を保持しようとしている．そうした家族の個々の柔軟性に応じた看護介入を考えていく必要性が示唆された．

VIII. 本研究の限界と課題

本研究の限界としては，有意抽出法を用いており，対象の状況も配慮する必要があり，対象の選出を依頼した医師・看護師による主観的なバイヤスは否めない．さらに，医療継続中の患者を持つ家族にとって，医療者が仲介する状況での参加の決定は治療上の関係が全く影響を与えていないとは言い難い．そのことが，回答の信頼性を弱める要因となっていることは事実である．また，調査時期は精神保健福祉法公布以降であるが，2期に分かれているため，各年度により社会情勢等異なった影響が生じている可能性があるが，今回の分析にはそのことは考慮していない．さらに，量的研究としては，対象数が限られており，結果を一般化するには十分とは言えないが，全体を把握するうえで対象とする家族の傾向は確認できたと思われる．今回，研究フィールドが1カ所であり患者の置かれた治療状況に大きな差はないと思われるが，別のフィールドでの追加調査を試みることで，データの一般化を図っていきたい．そして，今後，家族の傾向に影響をおよぼす要因についてさらに検討を深め患者家族の状況（子どもの性別，罹病期間，家族構成等）を配慮した若い統合失調患者をもつ家族に対する具体的な支援について検討していきたい．

謝　　辞

本研究への参加に御協力いただいた御家族の皆様に深く感謝申し上げます．また，研究のためにフィールドをご提供頂きました医療機関の皆様に心よりお礼申し上げます．

本論文は，滋賀医科大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである．本研究の一部を，第8回日本家族看護学会学術集会で発表した．

〔受付 '03. 11. 20
採用 '05. 12. 2〕

引用・参考文献

1) 緒方 明, 三村孝一, 今野えり子, 他：精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討, 精神医学, 39(2) : 131—137, 1997
2) 牧 郁代, 原田てる子：訪問看護を通し家族と共に生活している人たちへの援助を考える—クッションとしての役割—, 病院・地域精神医学, 41 (1) : 17—18, 1998
3) 萱間真美：熟練保健婦による精神分裂病患者に対する訪問ケアの臨床能力, 医療と社会, 8 (3) : 101—113, 1998
4) 萱間真美：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術—保健婦・訪問看護婦のケア実践の分析—, 看護研究, 32 (1) : 53—75, 1999
5) 大島 巌, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 他：精神分裂病者・家族の属性別にみたEE(expressed Emotion)の特徴, 精神医学, 36 (12) : 1234—1243, 1994
6) 上原 徹, 後藤雅博：感情表出(EE), 臨床精神医学, 増刊号：340—348, 1999
7) Olson, D.H : Commentary : three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III, Family Process, 30 : 74—79, 1991
8) 貞木隆志, 樋野 潤, 岡田弘司：家族機能と精神的健康 Olson の FACES III を用いての実証的検討, 心理学研究, 10 (2) : 74—79, 1992
9) 西出隆紀：家族アセスメントインベントリーの作成—家族システム機能の測定—, 家族心理学研究, 7(1) : 53—65, 1993
10) 田中正博：障害児を育てる母親のストレスと家族機能, 特殊教育学研究, 34 (3) : 23—32, 1996
11) 大島 巌, 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
12) 貞木隆志, 樋野 潤：円環モデルによる家族機能のアセスメント—FACES 質問紙の臨床場面における有用性—, 季刊精神科診断学, 8 (2) : 125—135, 1997
13) Wynne, L., et al : Pseudo-mutuality in the family relation of schizophrenia, Psychiatry, 21 : 205—220, 1958
14) 岡堂哲雄：家族心理学講義, 金子書房, 1999
15) 野嶋佐由美, 中野綾美, 足利幸乃：「家族対処行動に関する質問紙」の開発, 高知女子大学紀要, 35 : 65—77, 1986
16) Levinson, D.S.：(南 博訳), 人生の四季, 講談社, 1988
17) 服部祥子：生涯人間発達, 第9〜11章, 医学書院, 2000
18) 野嶋佐由美：日本版「Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II」の検討, 高知女子大学紀要, 38 : 79—87, 1989

Family Function and the Burden Imposed on the Parents of Adolescent and Young-adult with Schizophrenia Patients

Kyoko Amasa[1], Yuko Tomari[2]
[1]College of Human Nursing, Siga Prefectural University
[2]Gifu College of Nursing

Key words : schizophrenia, adolescence & young-adult, family function, family burden

We investigated the family function and burden imposed on the parents of adolescent and young-adult with schizophrenia. We also conducted a survey on family function and the extent of the difficulty encountered in living with such patients, in an attempt to obtain information to help us provide support for these families.

The study population comprised 68 parents of 35 schizophrenic patients. Family function was determined using the Japanese version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (hereinafter referred to as FACES III). The burden imposed on families was determined using an established scale that measures the burden imposed on family life[11].

An analysis of family cohesion revealed a tendency towards close cohesion in the subject families.

As for the adaptability of a family, there was a signficant difference between a chaotically type and a balance type, a chaotically type and rigidly types, and a development crisis of pro-and a condition of a child may influence a parent of a chaotically type. In regard to the burden imposed on families, according to the ranking scale, 60% of the subjects were categorized as falling into the high-burden group ; young parents with schizophrenic adolescent children showed especially high values.

These results suggested that the parents of adolescent & young-adult with schizophrenia who had only recently begun to display symptoms of schizophrenia might be in need of care and support because they tended to be highly confused and encountered great difficulties in living with their affected children.