

2015年度 青森県立保健大学大学院博士論文

統合失調症者家族の生きがい感と家族機能に
影響を及ぼす要因

分野名	地域保健福祉学分野
学籍番号	1091001
氏名	川添 郁夫
指導教員名	大山 博史 教授
提出日	平成27年7月17日

2015年度 青森県立保健大学大学院博士論文要旨

統合失調症者家族の生きがい感と家族機能に影響を及ぼす要因

分野名	地域保健福祉学分野
学籍番号	1091001
氏名	川添 郁夫
指導教員	大山 博史 教授

I はじめに

統合失調症の発生頻度は0.7%と高く、精神疾患の中でも中核を占めている。症状は多彩で再発を繰り返し慢性的に経過し、社会生活に深刻な影響を与える。

精神障害者の治療は入院から地域社会へとシフトしつつあるが、偏見は根強く残り、福祉施策の遅れが指摘されるように、家族の孤立や高負担の状況に大きな変化は見られない。

近年では、統合失調症者家族への支援の重要性が明らかとなっているが、十分されているとはいえない現状にある。

統合失調症者家族は、援助者として役割を果たす一方で、生きがい感のある生活を願って暮らす生活者である。援助の提供と生きがい感のある生活を送れる条件を明らかにすることは重要である。また、家族機能は統合失調症の再発に影響を与え、家族機能の改善が統合失調症者の予後を改善することが知られている。

本研究は、統合失調症者家族の生きがい感の程度と生きがい感に影響を与える要因を明らかにする(モデル1)。さらに、統合失調症者家族の家族機能に着目し、家族機能の現状と特徴、家族機能に影響を与える要因を明らかにする(モデル2)ことを目的とした。

II 研究方法と対象

1. 対象は東北地方 A、B 県に居住し統合失調症者を持つ家族で同意が得られた109名。無記名自記式質問調査を郵送回収法にて実施。調査時期は2013年1月から2013年4月。
2. 質問紙構成は基本属性(年齢、性別、就業状況、他)。生きがい感スケール、家族機能測定尺度は、主観的統制感尺度、抑うつ度尺度、健康関連 QOL 尺度、ストレス尺度、他。
3. 分析方法は、t 検定、相関係数、重回帰分析、多重ロジスティック回帰分析、コレスポンデンス分析を使用した。統計処理には SPSS21J を使用し、有意水準は5%未満とした。
4. 倫理的配慮

協力依頼には研究の趣旨、方法を記載し、研究参加への自由意思を尊重した。所属する施設の倫理審査を受け、ヘルシンキ宣言に基づき実施しプライバシーを厳守した。データ管理は施設場所に保管した。

Ⅲ 結 果

1. 分析 a：統合失調症者家族の生きがい感を構成する要因

- 1) 統合失調症者家族の生きがい感は一般成人と比較して有意差はなかった。
- 2) 母親は父親より生きがい感が高かく ($p<0.05$)、「意欲」は母親の方が高かった ($p<0.01$)。
- 3) 母親の年代が高くなるにつれて、「現状満足感」「存在価値」が高くなっていった ($p<0.01$)。
- 4) 生きがい感に影響を与えた要因は、「主観的統制感(自分自身)」($\beta=2.03$, $p<0.00$)、「抑うつ度尺度」($\beta=0.45$, $p<0.00$)、QOL 尺度(体の痛み)($\beta=0.37$, $p<0.00$)、ストレス尺度(不安不確実感)($\beta=-1.32$, $p<0.00$)、QOL 尺度(活力)($\beta=0.34$, $p<0.05$)であった。

2. 分析 b：統合失調症者家族の家族機能

- 1) 凝集性(絆)と適応性(柔軟性)はかなり正の相関があった($r=0.49$, $p<0.01$)。
- 2) 家族機能得点を効果的機能群、中間群、非効果的機能群に分類すると、母親は効果的機能群(51.4%)が多く、非効果的機能群(20.3%)であった。父親は中間群(51.4%)が多く、効果的機能群(45.7%)に比べて非効果的機能群(2.9%)は少なかった。
- 3) 家族機能について非効果的凝集性に影響を与えた要因は「子どもに注意が必要である」(オッズ比 17.8 倍)、「主観的統制感(自分自身)」(オッズ比 1.2 倍)、「QOL(日常生活役割機能：身体)(オッズ比 1.1 倍)」の各要因であった。

Ⅳ 考 察

1. 分析 a：統合失調症者家族の生きがい感を構成する要因

- 1) 母親の生きがい感が高かった。母親は家事を子どもと一緒にやる機会が父親より多く、家事に関わりや会話の機会となり、関わる行動がそのまま子どものための自立訓練となる。子どもの自立訓練に関わり合うことにより母親が自身の「存在価値」を感じ、置かれた状況に「現状満足」を得ると考えられた。
- 2) 生きがい感は加齢に伴い低下するといわれる。しかし、本研究では年齢が高くなるほど親の生きがい感が高まっていた。「体の痛み」や「活力」の低下、心理的「抑うつ」など親自身の QOL の低下を自覚しながらも子どもへの支援を提供できている認知が、親の生きがい感獲得に影響していると考えられた。

2. 分析 b：統合失調症者家族の家族機能

- 1) 家族機能は中庸を維持することが再発予防に必要である。本研究では家族は統合失調症者の苦しみを和らげるために、凝集性(家族の絆)を高めて結束して対処していることが推察された。したがって、高い凝集性や非効果的家族機能状態を示す家族は、支援が不足し孤独状態に置かれていると捉えることが必要である。非効果的家族機能を示す親に対して医療者は家族を尊重しながら支援することが必要である。
- 2) 「子どもに注意が必要である」場合は、非効果的家族機能となるリスクが高まった。「子どもに注意が必要」だと親が認識している場合は、効果的家族機能を維持し再発を予防するために医療者等による親への支援が必要だと考えられた。

目 次

第1章 序論	1
1. はじめに	
1) 統合失調症者家族と生きがい感	1
2) 統合失調症者家族と家族機能	2
2. 問題の所在	4
1) 統合失調症者家族のストレス	4
2) 家族病因論仮説	6
3) 感情表出 (Expressed Emotion : EE) と心理研究	6
4) 家族の QOL・負担感	7
5) 統合失調症者家族における家族機能の重要性	8
3. 研究の意義	9
4. モデル	12
5. 研究目的	12
第2章 研究の方法と対象	13
1. 研究対象	13
2. 研究デザイン	13
3. 評価	13
(1) 生きがい感スケール	13
(2) 家族機能評価尺度 (FACESIII)	14
(3) 患者の精神病理上の得点 (GAF)	16
(4) 精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI)	16
(5) 日本版 HLC 尺度	16
(6) SF-8	17
(7) SDS	18
(8) 自尊感情尺度	18
(9) ストレスチェックリスト・ショートフォーム	18
(10) 介護負担感尺度 ABC-16	19
4. 統計的分析	19
5. 倫理的配慮	20
第3章 結果	
1. 対象者の基本属性	21
2. 分析 a 統合失調症者家族の生きがい感を構成する要因	23
3. 分析 b 統合失調症者を支援する親の家族機能	35
4. 小括	43
a) 統合失調症者家族の生きがい感について	43
(1) 統合失調症の親の生きがい感の特徴	43
(2) 親の生きがい感の性差	44

(3) 子どもの年齢・親年齢と生きがい感の変化について	46
(4) 父親の生きがい感の特徴について	47
(5) 母親の生きがい感と介護負担感・ストレス度・抑うつ度 との関係	49
(6) 親としてのアイデンティティと生きがい感の獲得について	51
(7) 親の生きがい感に影響する未来志向性と現実志向性	52
b) 統合失調症者家族の家族機能	53
(1) 家族機能尺度の各質問項目の性差について	53
(2) 乳幼児を持つ親との家族機能の比較	54
(3) 凝集性と適応性との関連について	55
(4) 凝集性と適応性の連続性について	55
(5) 非効果的家族機能の適応と不適応の意味について	56
(6) 統合失調症者を持つ親の家族機能の特徴	57
(7) 統合失調症者の親への支援の不在	59
(8) 家族の凝集性に影響を与える要因について	59
(9) 家族の適応性の特徴について	61
(10) 現代家庭における家族機能の意味	62
(11) 家族機能の変化について	64
(12) 「粗暴な言動」と適応性との関係	64
第4章 考察	66
1. 統合失調症者家族の現状について	66
2. 統合失調症者家族への支援の在り方について	66
第5章 結論	69
1. 統合失調症者家族の生きがい感について	69
2. 統合失調症者家族の家族機能について	69
謝辞	70
引用文献	71

資 料

表 目 次

表 1	対象者基本属性	22
表 2	親の生きがい感尺度の度数分布	23
表 3	親の生きがい感の一般成人との比較	23
表 4	親の生きがい感の性別比較	24
表 5	親の生きがい感下位尺度の性別比較	25
表 6	親と子どもの生きがい感の年齢別得点	26
表 7	親年齢と子ども年齢による生きがい感の下位尺度得点	26
表 8	親性別毎と年齢毎の生きがい感得点と下位尺度得点の比較	28
表 9	子ども性別毎と年齢毎による親の生きがい感得点と 下位尺度得点の比較	30
表 10	親の生きがい感への影響要因	32
表 11	母親の生きがい感への影響要因	33
表 12	父親の生きがい感への影響要因	34
表 13	家族機能得点	35
表 14	家族機能の母親と父親の比較	35
表 15	家族機能尺度質問項目別の母親と父親の平均値の比較	36
表 16	配偶者の有無別の凝集性と適応性の得点比較	36
表 17	凝集性と適応性との相関分析	37
表 18	凝集性に影響する変数	40
表 19	適応性に影響する変数	41
表 20	母親の凝集性に影響する変数	41
表 21	母親の適応性に影響する変数	42

図 目 次

図 1	円環モデル	15
図 2	親の年代別生きがい感下位尺度の多重比較法	27
図 3	子どもの年代別生きがい感の下位尺度の多重比較法	27
図 4	母親の年代別生きがい感の下位尺度の多重比較法	28
図 5	父親の年代別生きがい感の下位尺度の多重比較法	29
図 6	子ども（男）の年代別生きがい感の下位尺度の多重比較法	30
図 7	子ども（女）の年代別生きがい感の下位尺度の多重比較法	31
図 8	家族機能（凝集性）の性別毎分布	37
図 9	家族機能（適応性）の性別毎分布	37
図 10	家族機能の性別毎の内訳	38
図 11	「凝集性」と「適応性」のコレスポンデンス分析布置図	38
図 12	粗暴な言動に注意が必要とする母親の適応性の分布	42

質 問 紙

対象者用依頼文	i
家族会用依頼文	ii
自記式質問紙表紙	iii
基本属性	iv
日本版 HLC 尺度	v
自尊感情尺度	vi
SDS	vii
PHRF ストレスチェックリスト・ショートフォーム	viii
FACESIII	ix
ABC-16	x
生きがい感スケール	xi
GAF	xii
LASMI	xiii
SF-8	xiv

第1章 序論

1. はじめに

1) 統合失調症者の家族と生きがい感

わが国において「生きがい」という言葉は、古く万葉集で「かい」との表現で使用されている（井上、1997）ように、人間が生きて行くために重要なものだと古くからとらえられてきた。生きがいを失った人は人生からあぶれた失業者（神谷；1980）だと述べられたように、人間が生き生きと生きて行くために不可欠な要素が「生きがい感」だといえる。

「生きがい」に関する研究も、心理学、社会学、社会福祉学などの領域において、学童期から成人期、高齢期の人々やそれに至る発達段階に関して、幅広く研究（青木・鎌田、2002、長谷川・藤原・星、2003；柴崎・青木、2011）が行われており、「生きがい」は人々の大きな関心事だといえる。近藤・鎌田（2004）は、生きがい感が高齢になるほど低下し、女性に比べて男性の方が生きがい感は低く、生きがいを支える要因は男性・女性ともに外向性の高さであったと述べている。生きがい感の喪失の危機に関して、農村地帯と大都市近郊地域の高齢期の人を対象として「生きがい感」を比較してところ有意差はみられず（長谷川ら、2003）、「生きがい感」に関して地域差は影響しないと述べている。

生きがい感を意識するために必要な個人の特性に関して杉山ら（1998）は、他人と一緒にいることが好きであることが要因だと報告し、齋藤（2008）は、生きがい感について“相手の役に立つ”ことが生きがいにつながり、何らかの役割が自分にあると思うことが、生きがいとなり、他者や社会とのつながりを深めることを指摘している。

さらに、杉山（1998）は、生きがいを持つことの効用として、個人のストレス対処を高め、心身のストレス反応を弱めることを明らかに、他人を援助してポジティブな感情を体験することが主観的幸福感につながる（妹尾・高木、2004）ことが報告されている。これらは、生きがい感を獲得するためには、他者との交流を避けるのではなく、むしろ積極的に地域に出て、多くの人と出会い、多様な人と触れ合う豊かな人間関係を構築することが生きがい感の形成につながることを示唆しているといえる。

このように、生きがい感に係る地域差や性差などを把握する研究が行われているが、「生きがい感」を構成する要因についてはこれまで検討されていないことから、構造を明確化することが望まれている（長谷川、2003）。

同様に、統合失調症者を支援する親の「生きがい感」を構成する要因は何か、「生きがい感」を低減させたり高める要因は何かを明らかにする実証的調査は行われていない。これらについて調査し把握することが統合失調症者を支える親に対して効果的な支援を提供するために必要である。

統合失調症者を支える親にとって「生きがい」とは、突然、何の契機もなく突然感じられるものではなく、家族がおかれている環境や人的サポート資源、統合失調症者の精神医学的な状態や家族本人の認知の在り方などの多くの要因が絡み合って「生きがい」に影響を与えていると考えられる。生きがい感にはどのよう

な要因が影響しているのか、それを明らかにすることは、統合失調症をもつ子どもを支援する家族が生きがいのある生活を送るために必要である。

2) 統合失調症者の家族と家族機能

人間の生活にとって「家族」という存在は最も身近であり、人間の誕生から成長の過程において不可欠な存在である。しかし、家族は身近な存在であるために、その機能について意識することは少ない。家族機能が生活の中で意識されるときは、子どもの出生や進学、もしくは家族員の病気に伴う介護が必要となった場合など、家族内に何らかの変化がみられた場合であることが多い。家族員の病気に伴う変化によって家族が初めて、それまで担当していた役割を誰が果たすのかなど家族機能の在り方の問題が提起されることとなる。家族には新たな状況に適応するために、それまでに構築され安定していた家族機能をいったん解体して、新たな家族機能の構築を図る。そのような出来事の積み重ねの結果として、それぞれの家族独自の家族機能が形成され維持されていると考えられる。

家族の機能として期待されていることは、家庭内における精神安定機能である。しかし、現代社会においては高度に機械化がすすみ、業績至上主義となり競争原理が強まり、多くの就労者は業績のために過度な緊張状態にある。家庭内においては、家族揃って団欒することは少なくなり、それぞれの家族員が別々の部屋で過ごし、食事すらも別々で、同じ家に生活しながらも家族として機能が弱まっている現状がある。このような現代社会においては、家族が本来持っている精神安定機能への期待は高まり、家族機能が果たす重要性は増しているといえる。しかし、現実の家族機能は徐々に失われつつある。

現在の家族は核家族であることが多く、小さな集団の中で毎日の生活を共に暮らし密接に関わりあうため、家族員同士は互いに大きく影響を与え合っている。長年にわたって暮らしてきた家族は、容姿だけでなく、思考パターンや行動様式なども似かよってくる。

また、問題発生時に際しては、その家族独特のパワーバランスに基づく対処パターンが形成されることも多い。対処パターンを確立することによって、普段通りの対処行動をとれば問題の解決につながることから家族機能を維持するためには有効となる。しかし、それまで構築した対処パターンでは解決困難な大きな問題が発生した場合には、普段からの話し合いや意思決定を行う機会を十分に持っていない家族にとっては家族機能が危機状態に陥ってしまう。

近年の精神医療は、統合失調症者を中心とする精神障がい者の生活主体を病院から地域へとシフトしつつあり、地域における統合失調症者への支援の重要性が増している。統合失調症者への支援の主な担い手は家族であることが多く、家族自身も統合失調症を持つ子どもの援助は親の責任であると意識していることが多い（全家連保健福祉研究所，1997）。

向精神薬の発達により、統合失調症者の症状は軽症化し予後や社会復帰については大きく向上している。統合失調症者のADLも向上しているが、統合失調症に伴う症状から生活障害を有する人も多く、病状によって日常生活の多くを他者からの助けを要することも少なくない。日常生活への支援は、病状による多彩な症状への対応が求められることとなる。例えば、生活リズムが乱れ昼夜逆転がみら

れる場合には、家族の睡眠が乱されることとなり、易怒的である場合には、外出時など近隣への迷惑行為を心配することとなる。統合失調症をもつ子どもと暮らす親の負担は耐えがたく、家族に大きな影響を与えている（Noh & Turner, 1987）といわれ、統合失調症者を支援する親はさまざまな困難を体験し、長期にわたる支援に疲弊しながらも（Eakes, 1995）、子どもがより良い人生を送ることができることを心から願っている（Howard, 1994）。

統合失調症者の親もまた、地域の生活者として自分自身の生活や娯楽を楽しむことが必要であるが、親自身が人生を楽しむことはできず、社会からの偏見のために孤立する（Francell, 1988）状態となりがちである。そして、しばしば親自身が子どもを病気にしたのではないかと悩んだり、悪化させたのではないかと自責感を抱く（田上, 1998）ため、自責感が強く、発症の原因を自分に帰属させる場合には、親が自己犠牲的に要求を全て過剰に受け入れようとするなどして、家族機能の不全状態となり結果として子どもの自立の妨げとなることも多い。この傾向は、家族機能を悪化させ親自身と家庭全体へと影響を与えて家族員を疲弊させてしまうと考えられる。家族機能の悪化は統合失調症者の回復や地域参加、親自身の人生の在り方にも大きな影響を与える。

統合失調症が家族機能に及ぼす負担について大島ら（1995）は、病気の始まるのが 20 歳前後であり、親の第二の人生を歩みだす時期に重なっているために、人生設計の変更を余儀なくされること、また年月の経過に伴って家族周期上の後期に位置するようになり、親の高齢化や兄弟への世代交代、健康障害、経済的な困難などさまざまな問題が顕在化してくること、さらに、社会的な偏見や孤立などこの障害特有の困難を、子どものみならず親も抱えていることを指摘している。家族機能が効果的であれば、親は子どもにとって有効な援助資源となりうることは、家族の感情表出に関する研究（Expressed Emotion:以下 EE と略す）などから明らかになっている（伊藤ら、1992）。しかし、精神障害者の地域ケアにおいて家族は重要な位置にあるものの家族ケアには限界があり、大きな問題がある（大島ら、1995）と指摘されるように、親は子どもの障害への対処に限界を感じながら、できる限りの支援を行っている。

統合失調症者を地域において親が援助するためには、親同士が絆によって結ばれ、状況に応じて対応修正する柔軟さを持っていることが、統合失調症者の回復へと資する家族機能だといえる。家族機能が効果的でない場合には、親そのものが高い感情表出（高 EE）となり、統合失調症者への心理負担となり、再発の原因となってしまう（伊藤ら、1992）。統合失調症を持つ子どもを支援する親の家族機能が重視される。

以上のように親の支援を考えると、親に対する二つの視点に注目する必要がある。一つは「援助者としての家族」の視点であり、もうひとつは「生活者としての家族」の視点である。一般的に医療職側から家族を考える時、とかく「援助者としての家族」の視点が強調される傾向がある。しかし家族の立場に立って考えると、家族生活のすべてが患者のケアのためにあるのではない。家族にも、自分の趣味を楽しみ、自分の自己実現を図っていく権利があり、生活者としての精神障害者家族を尊重する視点が必要となる。加えて、高齢社会に伴い、統合失調症者を支

える家族もまた高齢となり、統合失調症者をどのように援助できるのかという問題がある。家族機能が非効果的な場合には、親や家族員が疲れ果ててしまうことも少なくないと考えられる。

統合失調症者が地域での生活を維持するためには、不得手な日常生活の一部を、他者に依存せざるをえないことから、身近で援助する親の存在が極めて重要となる。Caplan（1979）は、統合失調症者の日常生活の介助を行うという側面に加えて、統合失調症者を持つ子どもを精神的に支え、統合失調症に立ち向かい、治療を継続するための力を与えうる存在としての意味を親は持っている論じている。また、親による援助が重要である理由として、親が持つ継続的な援助と、必要に応じて相談に乗り、助言や援助を提供できることだと述べている。

統合失調症者を援助する場合、親や家族同士からの支援がある場合は、家族の対処能力が効果的に働いているとも考えられる。しかし、統合失調症の経過は長期の及ぶために、家族の対処能力が効果的なバランスを保ち続けなければ統合失調症者への援助能力自体が不足すると考えられる。そのため、統合失調症者を家庭内で援助する場合に家族機能をアセスメントして、家族の対処能力を把握することが必要であり、統合失調症者を家庭内で援助する家族に対する効果的な支援の在り方を見出す基礎資料となる。

先行研究においても、統合失調症者を援助する親たちを対象とした研究は感情表出に関する効果を検討した研究が多く、家族機能そのものについて検討した研究は見当たらない。統合失調症者が地域で生活する際の援助者である家族の家族機能について分析されてこなかったといえる。そのような統合失調症者を援助する家族の家族機能を明らかにし、どのように支援していけばよいのかということを提案することが必要である。

2. 問題の所在

1) 統合失調症者家族のストレッサー

わが国における文化的背景のもとで、子どもが統合失調症を発症するという事態を家族のストレッサーとして捉えると、以下の特徴がある。

第一に、発病時期が患者の思春期、親の中年期であることが指摘できる。統合失調症は、思春期から 30 歳頃までに発病するきわめて頻度の高い病気である（遠藤、田辺、1994）。親が若く元気なうちに発症する疾患であれば対処するエネルギーは大きい。思春期以後の発症により、親は中年期以降に達していて対応力が弱くなっている。また親の退職時期と重なることにより家庭の経済力低下が予測される。家族の大多数は高齢で病弱な親たち（岡上、大島、荒井、1988）だと言える。

第二として「問題行動」としての精神症状の現れ方である。統合失調症発病の初期には、几帳面さが失われ、だらしなくなり、疲れているのだろうか、怠けているのだろうかなどと受け止められることがある（岡上、清水、福井、他、1988）。

やがて被害妄想などが出現し実際には危害を加える意思の全くない人に対して「自分を殺そうとしている」と感じてしまう（田上、2004）など急性期の病的行動が出現する。家族は「明らかな精神分裂病といえる状態に対してもノイローゼ

という当たり障りない言葉」で解釈を試みる（秋元、上田、1990）が、脈絡がつかめず、対応困難な状態に陥り、「長年にわたる累積ストレスが家族の心理的負担感に結びついている（羽山、1989）」。

第三には、根強いスティグマと差別的風潮についてである。精神障害には、統合失調症者自身や、統合失調症者家族を含めた一般住民に偏見が広く存在しており、「一緒に住みたくない」「一緒に働きたくない」「犯罪を犯す」「子どもをつくらない方がよい」といった形で偏見が見られ、類似の調査項目を基にアメリカ、イギリスの偏見度と比較した際には、日本のほうが社会的距離については高い値を示している（町沢、1990）。統合失調症者家族も偏見を持っていることから、社会的に孤立することを恐れ外部には知られたくない事実となっている（古谷、神郡、1999）。

第四に、統合失調症の難治性と慢性化である。統合失調症の予後は治癒、軽症・欠陥状態、重症・欠陥状態、荒廃状態がそれぞれ 1/4 ずつと考えられている（蒲川、2005）。多くは完治といえる状態にはなにくく、抗精神病薬による治療で安定を保ちつつも何らかのきっかけで、高い確率で再発・再入院を繰り返すことが少なくない（中安、2004）ため生涯的にケアが必要になる。

第五として、将来の見通しの立たない不安が指摘できる。家族の困難の中で最も訴えの多いのが「将来の見通しの立たない不安」である。療養の中で順調に回復に向かっている中で急に病状再燃悪化して入院せざるを得ない事態を繰り返し経験する中で、家族は困難感を感じている（石原、1981）。

このように子どもが統合失調症を発症した家族は、混乱した気持ちを持ち、家族自身にも存在する偏見から社会から孤立することによって、十分な社会的支援と理解を得られずに、大きな負担を抱えている。昨今では、統合失調症患者の家族を支援することの重要性が指摘されてきている（青木、2005）。それに伴い、看護領域を中心に、家族自身の心理内面が十分に明らかにされていない反省から、家族へのインタビュー調査によって、統合失調症患者の家族の体験の意味を明らかにする質的帰納的研究が行われている（六鹿、2003）。統合失調症家族の研究初期に行われた「家族の情緒的反応（感情表出：EE（Expressed Emotion）」が患者の再発に影響を及ぼす（伊藤、1994）」という実証研究や「家族の介護体験・負担感」に関する量的実証研究（全国精神障害者家族会連合会、1993）では把握しきれないでいた事象について、体験を質的な研究方法を用いて明らかにする試みである。

精神科治療が病院から地域へとシフトする時代にあって、退院後の受け皿とならざるを得ない家族が、少しでも幸福感を持って生活できることが必要であり、それは家族の感情表出（EE）を低減させ、結果として統合失調症をもつ患者の再発予防につながる（伊藤、他：1994）と考えられる。困難を感じている多くの患者家族が、幸福感をもった生活を送るための要因を解明することが重要な課題だと考えられる。

研究対象となる統合失調症には、統合失調症者自身、統合失調症者家族もまた疾病に対して偏見を持つという特徴があるが、本研究の知見は、他の慢性疾患を持つ家族への啓蒙活動においても援用可能性があると考えられる。

本研究では、「統合失調症を持つ子どもの精神症状・疾患の重症度・行動上の問題とそれを支える家族とが影響を及ぼし合い、媒介として家族の抑うつ度・ストレス度に影響し、QOLの低下、主観的幸福度の低下につながる」と仮定する。また、「患者家族が体験への何らかの意味付けをすることにより心理的安定が図られ、生きがい感の高まりなどにつながる」という仮説についても検討する。

2) 家族病因論仮説

1940年代から1960年代にかけて、統合失調症の原因が家族内のコミュニケーションの歪みにあるとの主張がなされた。Fromm-Reichmannの「Schizophrenogenic mother(精神分裂病をつくる母親)」に代表される、母子関係に注目した統合失調症の病理に関する知見が発表された。このような母子関係の理論は、家族全体にまで広がる理論となった。その代表的な理論として、Batesonらの研究によって統合失調症患者の母親のコミュニケーション特徴を概念化した「double bind theory (二重拘束理論)」が挙げられる。他にLidzらは、「家族社会化説」を提唱し、特徴的な家族構造として、家族を「分裂した家族」と「歪んだ家族」に分類し、そのような家族では「violation of generation boundary (世代間境界の混乱)」が生じるとした。

Wynneらは、個性を犠牲にして全体が調和するような形態にある家族関係「pseude-mutuality (偽相互性)」理論を提唱し、統合失調患者の親のコミュニケーションは、漠然としていて不明確であり、一貫した意図が欠けている点が特徴であると述べている。Bowenは統合失調症の治療に家族を含める治療形態を採用し、患者家族を統合失調症治療に欠かせない対象としてとらえた。その後、これらの家族病因仮説は、養子研究などによって正しいものではないことが証明されている。Wenderの研究によって、統合失調症の発症には、遺伝的要因が大きく関わっており、家族関係の要因は必須ではないと示される。

本邦においても、田上ら(2005)や川添(2005)が「家族を病因として捉える考え方は、根拠のないものとして否定されたものの、今なお、地域社会の理解は深まったとは言いきれず、家族はスティグマに苦しみ、『育て方が悪かった』という罪悪感を抱いている」と述べているように、統合失調症の発症に対する「親の責任」という認識は、現在でも多くの家族、それを取り巻く社会に根強く残っている。統合失調症の患者家族は、発症の原因とみなされてきたという特殊な文脈の中に生きざるを得なかったと言える。

3) 感情表出(Expressed Emotion: EE)と心理教育

Brownらによってはじめられた感情表出に関する研究は、家族生活によるストレスが、統合失調症の患者を心理的に不安定にし、再発を生じさせるというものであった。英国に始まった家族のEEと統合失調症の経過との関連が本邦においても確かめられている(伊藤、1994)。感情表出の高さについて、Birchwoodらは、見解を示している。感情表出とは、患者の発症に関するコーピングであり、高EEとは、患者の発症によるコーピングの困難さを表しているとする見解である。

日本においても、家族への心理教育に関する論文が増えてきている。家族への心理教育は、知識や情報の提供という意味で、大きな意義のある方法である。

心理教育の取り組みとして **Expressed Emotion** 研究を背景とした研究 (Anderson, Reiss, Hogarty, 1986 ; 石毛、平賀、鈴木、須賀、江畑、1997) が行われ、「心理社会的介入が分裂病の再発予防に有効である (三野ら、1995)」ことを示唆しており、生活者としての家族を支援する大切な社会資源となっていることを述べている。

Dyck ら (2000) は統合失調症を持つ家族に関する論文において陰性症状には、再発、貧困、低い主観的 **QOL** が要因として関連しており、集団心理教育を実施し調査した結果、対照群に比較して介入後の患者の陰性症状が改善したことを報告している。

Sellwood (1999) は、リハビリテーションプログラムを自宅に訪問して実施し、満足度と **QOL** を調査した結果、訪問より自宅で支援を行う方が社会適応能力、対人機能、再入院率、満足度において良い結果が出た。しかし、入院費を含めた支援コストを計算すると、入院中に行うプログラムと有意な差は無かったと述べている。

4) 家族の **QOL**・負担感

わが国では、本研究に類似する精神障害者の家族に関する研究は統計調査 (全国精神障害者家族会連合下位, 1993, 1997a, 1997b, 1998a, 1998b, 2000 ; 岡上、大島、荒井、1989) が散見されるが、精神障害者を持つ親の適応過程をテーマとした原著論文および成書はほとんど見られない。

精神障害の子供を持つ家族に関する研究について Schene ら (1994) が統合失調症の子どもを持つ家族や介護者の体験に関する研究は必ずしも系統的に組み立てられた状態にないことを指摘しているが、南山 (1995) は家族負担の構造について「ケア負担」「ケア代償負担」「ケア継続過程負担」「家族・社会関係負担」の 4 つに区分し、ケア負担には性差が見られ、「女性のほうが、ケア行動も多くとられ、それゆえに、自己の欲求充足の機会が抑制される可能性が高い」(南山、1995) ことを示唆している。

精神障害者を抱える家族の **QOL** に関する調査 (畑、阿蘇、金子 2003a, 2003b) では、世帯収入の低さが家族の **QOL** の低さに有意に相関しているという結果が出ている。

Gaite ら (2002) は主観的 **QOL** に影響を及ぼす要因として精神症状の厳しさ、家族同士の接触の頻度が影響を与えることを示唆しており、主観的 **QOL** と客観的 **QOL** との差異は社会的サービス提供の如何と生活スタイルにより生じていると述べている。Jungbauer ら (2003) は統合失調症を持つ患者の親の 12 ヶ月間の主観的負担感を調査し、対象者の 40% は研究の間、絶えず高いレベルの負担感を経験していたと述べており、Howard (1994) は慢性統合失調症患者を持つ母親は、介護のために注意や観察を休み無く続けていること、長期間にわたりケアを続け、精神的にも身体的にも働き続けながらもなお、患者の将来を心配し、絶望して何もできない状態にあっても回復を待ち続けている実態を記述している。

わが国の看護論文では岩崎（1998）が在宅で精神障害者をケアする家族の情動について分析した結果、情動的負担として「無力感」「孤立無援感」「荷重感」が抽出され、家族自身も偏見に縛られて家族だけで病気を抱え込んでいると報告している。同様に家族への継続的な支援者がおらず、病状によって相談者が変化することを原田、山根（2001）が報告している。石川、岩崎、清水（2003）らは精神障害者を持つ家族が、障害者に対してケアを提供する際の困難と対処について実態を明らかにしており、将来を頼める人がいないなど障害者を支える地域資源の乏しい現状が家族の不安の大きな要因であると示唆している。

地域での家族への支援について新井は（2003）支援技術の7カテゴリーを抽出している。Eakes（1995）は精神病の子どもに悩む両親について、慢性的悲嘆の発生率を調査し、10家族中8家族が慢性的悲嘆を経験しており、「慢性的悲嘆」は精神病患者を持つ家族への「終わりの無い介護負担」によって引き起こされると述べている。

精神障害者を抱えた家族が行うケアの特徴的な対処様式は、家族が障害者に共感的に応じる「応答性」と家族自身のニーズに配慮する「自己配慮」の2つの軸があると説明され（岩崎、石川、清水、宮崎、2002）、ケアする力を高める関わりを継続するための方策として岩崎（2000）は、家族が最適な状態でケアを継続するためには、患者と家族のどちらかの安寧を優先するのではなく、両者のバランスを保つ必要性を述べている。Berglund（2003）は家族メンバーの精神病発症により苦しむ家族に対して心理教育的介入を行うことによって、家族負担感が軽減され、更に患者の世話を続ける家族の態度が積極的になることを示唆している。

精神障害者とケアする人との関係性について Barrowclough ら（2001）は、それぞれの関係性は病気認識に関連しており、患者とケアする両方が病気についての認識を表現しあうことが回復の経過に重要な影響をすることを指摘している。

母親の情緒的体験について、上平、井上（2003）は精神障害者を持つ母親の手記から分析し、子どもの闘病を支えた長い経過の中から母親の成長がうかがえたと述べている。Veltman ら（2002）は、慢性的な精神病を介護する家族の経験进行分析し、家族は一般に言われるように、精神病による陰性体験である衝撃が見られるが、しかし、同じく愛情や誇りといった有益で満足している陽性の感情のあることを報告している。これまで慢性的な精神障害者を介護する両親の負担など陰性の側面に焦点を当てた研究に偏重している点を指摘し、精神保健専門家が家族に対して行うべき支援として、家族が状況改善のために挑戦していることを擁護することと、負担が軽減するよう助けが必要だと主張している。

5）統合失調症者家族における家族機能の重要性

a．統合失調症者家族への支援の重要性

統合失調症をはじめとする精神障がい者家族への心理的援助の重要性は増しており、当事者へのリハビリテーションプログラムとともに欠かせない（伊藤、2000）。身内に精神障がい者を抱えることは、しばしば家族に困難を生む。どのように症状に対処してよいか分からない困難や親自身が発症の原因ではないかという罪悪感といった心理的困難などを伴っている（川添、2007b）。

家族の抱える困難や負担が過度になりすぎた場合には、家族と当事者のコミュニケーションをゆがめ、互いに高ストレス状態となって、精神症状の悪化につながるものが感情表出（EE）研究（伊藤、2000）によって明らかとされており、家族から当事者に発せられる「否定的言辞」「敵意」「情緒的巻き込まれすぎ」が統合失調症者の再発率を高める要因であり、逆に再発を予防する要因は「温かみ」と「肯定的言辞」であることが知られている（塚田ら、2000）。

家族が高 EE となるのは、家族が高い困難を抱えている場合や過度に負担が強すぎる場合であることが知られている（伊藤、2000）。高 EE は、家族が高困難・高負担に苦しんでいることの証左であり、そのような家族への心理的援助の提供が必要だといえる。

b. 統合失調症者家族の家族機能と EE との関連

家族が当事者に示す感情表出(EE)は当事者の再発に影響を与える要因である。したがって、家族の当事者への感情表出と家族機能との関連を調査することが、当事者の再発予防となり、家族と当事者にとって効果的な家族機能の在り方を提案することが可能となる。

家族機能と感情表出との関連について考察する。はじめに、家族の絆の強さである「凝集性」と柔軟さを示す「適応性」がともに過度に低い場合を考える。その家族は家族間の絆が弱く、疾病に適応しようと努力しないことから、具体的に現れる行動は「否定的言辞」や「敵意」となることが予想される。逆に、「凝集性」と「適応性」がともに過度に高い場合に現れる親の例を考えると、家族間の絆を強力なものとして、家族が常に変化する病状に過剰に適応を試みて、親の行動を過度に変化させる行動であることから、現れる親の行動は「情緒的巻き込まれすぎ」であると容易に推察される。

家族の絆の強さである「凝集性」と柔軟さを示す「適応性」が中庸にある適度な場合には、適切な絆の強さを持ちながら、置かれた状況に対して適切に行動を変化させながら対応できることから、現れる親の行動は、統合失調症者の再発予防効果を持つ低 EE である「温かみ」と「肯定的言辞」だと考えられる。

このように、統合失調症者家族の家族機能を把握することによって、統合失調症者の症状に影響を与える家族の高 EE を把握することにつながるといえる。また、家族機能を把握することによって高 EE だと想定される家族に対して、早期に支援することによって再発予防とするが可能となると考えられる。

3. 研究の意義

統合失調症の発生頻度は、世界的にもあらゆる時代、あらゆる国、あらゆる民族でほぼ一定しており、わが国においても発生頻度は 0.7% 前後にあり（阿部、2002）、多くの精神疾患の中でも中核を占めている。疾患の特徴について「思春期から成人期にかけて発病し、特徴的な思考障害、自我障害、およびそれにならう行動異常を示し、多くは慢性的に経過し、自発性や対人接触が低下し、社会生活に困難をきたす疾患（阿部、2002）」と定義づけられるように、症状は多彩で再発を繰り返し慢性的に経過するために、社会生活に深刻な影響を与える重要な疾患である。

統合失調症の病因はいまだに明らかとなっておらず、社会においては偏見も根強く残っており（古谷、神郡、1999）、また、他の障がい者と比べると精神障がい者に対する福祉施策が立ち遅れており（岡上、大島、他、1988）、その差は縮まっていない（伊藤ら、2010）と指摘されている。

統合失調症者家族の置かれた状況を法律との関連からみると、精神病者に関するわが国最初の法律「精神病者監護法」では、精神病者の保護は家族の「私宅監置」にゆだねられてきた。戦後の高度経済成長期に「精神衛生法」と代わって「私宅監置」が廃止されたものの家族は「保護義務者」と規定され、家族による監督義務が課せられてきた。

時代の変遷とともに法律は「精神保健法」、「精神保健福祉法」と移り変わり、精神病者の治療主体を入院から地域社会へとシフトする動きが加速しつつあるが、精神科医療全体の変化と比較すると、家族の孤立や高負担などの状況には大きな変化は見られない。

統合失調症者家族は、自宅においては統合失調症者の身の回りの世話や金銭的な援助、自立を目指した日常生活援助を日々行い続けている。精神障害者の家族との同居率は8割を超えて高く、多くは親や兄弟姉妹との同居であり（内閣府、2012）、永らく家族に対して、過大すぎる期待と責任が集積されてきた経緯がある（岡上ら：1988）。全国精神障害者家族会連合会（1997b）の調査研究では、統合失調症患者の世話役割について「実に9割以上の家族が、世話役割を担うことを自認している」と述べられている。統合失調症者家族は、社会からの偏見に耐えながら、過大な援助を提供しており、患者の多くは家族との同居が生活の基盤となっている（田上、1997）現状がある。

わが国の精神科医療の歴史における、統合失調症者家族は高負担を抱えただけでなく、偏見のために傷つき、孤立した状況におかれながら統合失調症者への支援を提供してきたといえる。近年では、統合失調症者家族への支援は、家族のためだけでなく統合失調症者の治療においても重要な取り組みであることが研究結果から明らかとなっている（三善ら、1995）。しかし、その様な統合失調症者家族への支援が充分されているとは言い難い（伊藤、2015）現状にある。

統合失調症者家族への支援の重要性が認識されつつあり、具体的支援の方略を明らかにすることが求められている。筆者は、統合失調症者家族から「この子が統合失調症になってくれて本当に幸せだと思っている」や「この子のおかげで自分が生きがいを持って幸せに生きて行くことができる」と打ち明けられたことがあり、その発言に驚きをもって聞いたことが深く印象に残っている。すべての家族がそうではないにせよ、辛い体験の只中にいる家族の中にも幸福や生きがい感を得ている家族が存在することも事実である。

家族は援助者として辛く絶望した日々を過ごしながらも年月を経ることで次第に落ち着き、「人生の意味を再発見しようとした」（全国精神障害者家族会連合会、1997b）と前向きに対応に努力し、やがて、自分の人生に統合失調症発症という重大な出来事を統合し、生活者として幸福感や生きがいを取ことができると考えられる。

本来、人間は誰もが幸福で生きがいに満ちた生活を送りたいと願っている。も

し、幸福で生きがいを持って生活する方策があるとすれば誰もが知りたいはずである。そのおもいは、統合失調症の子どもをもつ親にとっても同様である。

統合失調症の子どもを支える親は、援助者として役割を果たす一方で、幸福を求め、生きがい感のある生活を願って暮らす生活者である。統合失調症者を持つ子どもの支援することが求められる状況で、生きがい感をもって生活できる条件を明らかにすることは重要な課題だといえる。

統合失調症者家族の中には、幸福や生きがい感を感じる人がいる一方で、統合失調症者に伴う負担感や親自身の QOL の低下や統合失調症者家族としての機能不全を感じている人も多く存在する。統合失調症者家族の生きがいを感じる要因について川添（2005）は、家族同士のつながりの重要性を示唆した。しかし、家族同士の関係性や家族機能は、生きがいを持って生活するためには必要な条件の一つであるが、生きがい感を得る要因は人さまざまである。単一の測定尺度を用いて判断するのではなく、複数の指標を組み合わせて複数の要因を多角的に評価することが必要である。統合失調症者自身の健康度や社会経済的状態などの個人状態と、家族の人間関係などの社会的環境や家族機能、住居などの物理的環境などの環境条件が複雑に影響を及ぼしあって、統合失調症者家族の家族機能に影響を与えている。

統合失調症者家族の EE（Expressed Emotion）研究は科学的な根拠に基づいた家族支援を提供に欠かすことのできない基礎的な研究である。家族機能が統合失調症者の再発に影響を与え、再発を予測する主要な社会心理的要因として認知されている（三善ら、1995）。

大島ら（1995）は、統合失調症者家族の家族機能に着目し高 EE 家族を「高困難で拒否が強い家族」、「高い協力度で高困難家族」など、家族の生活機能状態との関連を論じた。これは、家族機能状態は統合失調症者家族自身の高ストレス状態を表しており、高ストレス状態にある家族機能を改善することによって統合失調症者の予後が改善されることを示唆したといえる。

以上のことから、第一に統合失調症者家族の生きがい感の程度と生きがい感に影響を与えている要因を明らかにすること、第二に、統合失調症者の予後に影響を与える統合失調症者家族の家族機能に着目し、家族機能の現状と特徴、家族機能に影響を与えている要因について明らかにすることが必要だといえる。

昨今では、統合失調症患者の家族支援の重要性が指摘されてきている（青木、2005）。これまでも散発的に全国精神障害者家族会連合会（全家連）による全国調査が実施され、社会的支援を必要とする家族の現状が明らかにされ、あるいは、家族の長期に及ぶ負担感と「燃え尽き」との関係性について考察されてきた。しかし、統合失調症者家族の生きがい感や家族機能、QOL、ストレス、幸福感に影響を及ぼす要因について分析した研究は見られない。本研究は、患者家族にとって家族自身が回復する促進因子は何か、反対に家族の回復を阻害する因子は何かについて明らかにすることで、患者家族が幸福や生きがいを取り戻し、尊厳を持って生きる、回復モデルを提唱するものである。

4. モデル

統合失調症者家族の心理状態は、統合失調症の精神医学的病理の程度（GAF）によって大きく影響を受ける（田上、2004）。統合失調症者家族にとって最大の関心事は、親亡き後の子どもの生活（藤野ら、2009）であり、統合失調症を持つ子どもが地域で自立できるためには社会技能（LASMI）の程度が重要となる。統合失調症者は再発を繰り返す傾向が高いことから、家族は対応困難な状況に陥り心理的負担を抱えることとなる（羽山、1989）。

家族の統合失調症者への支援は長期におよぶ。ゴールが見えないまま支援を継続することにストレスと不安が生じる（田上、2004）。さらに、統合失調症による理解が難しい症状にも対処を求められるが、対処には困難と介護負担を伴う（石原、1981）。長期にわたる支援への困難だけでなく、家族自身の精神障害への偏見から社会的に孤立し、自尊感情は低下した状態（古谷、神郡、1999）となる。

しかし、統合失調症者家族の中には、子どもとの関わりを通して生きる喜びを感じている家族も存在している（六鹿、2003）。同じ統合失調症の子どもを持つ境遇にありながら生きる喜びを得る家族と得られない家族がいる。古谷野（1993）は、生きる喜びには主観的幸福統制感が関与すると指摘している。

家族心理に影響を与える要因の一つに社会資源が活用できるか否かがある。高齢の家族にとって給与所得や年金等の収入が十分かという経済的要因や家族内に統合失調症の悪化や他の疾病が発生した場合に協力を依頼できる人的資源やソーシャル・サポートがあるか否かによって家族の心理状態は大きく影響を受ける。

本研究では**分析（a）**として、統合失調症者家族の「生きがい感」に影響を与えた統合失調症者の要因、QOL やストレスナーなどの家族の要因、および社会的資源の要因に関する解析を行う。さらに、統合失調症者家族の「家族機能」は、統合失調症者家族の「生きがい感」と同様に精神病理等の本人の状況、家族の心理状況、社会的資源によって影響を受ける。家族機能の悪化は統合失調症者の再発に関係する（伊藤、他、1994）ことから、**分析（b）**として統合失調症者の親の「家族機能」に影響を与えた統合失調症者の要因、QOL やストレスナーなどの家族の要因、および社会的資源の要因に関する解析を行う。

5. 研究目的

本研究の目的は、以下の二つである。第一に、家庭で統合失調症の子どもへの支援を行っている親の生きがい感について検討することである。統合失調症を持つ子どもを支援する親の生きがい感はどのような現状にあって、性別や年代によってどのように変化するのか、生きがい感にはどのような要因が影響するのかを明らかにし、さらに生きがい感に影響を与える要因の重みについての検討を行う。その成果は、統合失調症者の親の「生きがい感」構築を推進する基礎資料となるものである。第二に、これまで分析されることがなかった統合失調症者家族の家族機能はどのような状況にあるのか、もし家族機能が効果的でないとすれば、どのように支援していけばよいのかということを提案することが必要である。そこで、本研究では統合失調症者を家庭内で援助している親の家族機能の現状とそこからみえてくる、家族への支援の在り方について検討することを目的とした。

第2章 研究の方法と対象

1. 研究対象

対象は、統合失調症の子どもをもち家庭内で支援している親である。北東北地方に位置する A 県および B 県に事務局を置く NPO 法人精神保健福祉連合会に所属する家族会一般会員とした。

調査への協力依頼は、はじめに各家族会会長に研究の趣旨、目的、方法、倫理的配慮等を記載した研究協力依頼文書を送付して協力依頼をした。研究協力の意向があった家族会会長に会員人数分の調査用紙を郵送し、家族会会長から研究対象者本人に無記名自記式質問紙調査用紙を渡していただいた。対象者本人が記載後、密封して投函していただいた。調査用紙の返信をもって研究への同意が得られたものと判断した。

2. 研究デザイン

本研究は、統合失調症の子どもをもつ家族を対象とし、家族の QOL やストレス度、幸福統制感、自尊感情、介護負担感や患者の病理的要因や家族関係要因、社会的要因と、家族の生きがい感や家族機能との関連性を明確にするため自記式質問紙調査票を用いた。

3. 評価

本研究の評価は以下の自記式質問紙による尺度を用いた。

- (1) 生きがい感スケール (31 項目)
- (2) **Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III ; FACESIII** (家族機能測定尺度 : 20 項目)
- (3) 患者の精神病理上の得点 (**Global Assessment Functioning:GAF**)
1 変数。
- (4) **精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for the Mentally Ill:LASMI)** (40 項目)。
- (5) 日本版 **HLC (主観的幸福統制感) 尺度 (Japanese Version of the health Locus of Control Scale)** (25 項目)。
- (6) **SF-8** (QOL 得点 : 8 項目)。
- (7) **SDS : self-rating depression scale** (自己評価式抑うつ尺度 : 20 項目)。
- (8) **自尊感情尺度** (10 項目)。
- (9) **ストレスチェックリスト・ショートフォーム (Public Health Research Foundation)** (24 項目)。
- (10) **ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers)** (介護負担感尺度 : 16 項目)

以上の 10 尺度に基本属性 3 項目を加え計 188 項目を設定した。次に上記尺度について概観する。

- (1) **生きがい感スケール**は、近藤・鎌田 (1998) が開発した尺度である。「現状満足感」、「人生享楽」、「存在価値」、「意欲」の 4 つの下位尺度からなる 31

項目毎に「はい（3点）」「どちらでもない（2点）」「いいえ（1点）」を加点する。31～93点で評価し得点が高いほど生きがい感を感じていることを示す。各下位尺度毎のクロンバックの α 係数は0.622～0.851で「人生享樂」尺度はやや低い値であるが、十分な内的一貫性が確認されている（近藤ら：1998）。

①測定概念

生きがい感、すなわち「自らの存在価値を意識し、現状に満足し、生きる意欲を持つ過程で感じられるもの、人生を楽しむ場合に感じられるもの」を測定する。

②生きがい感尺度選定理由

生きがい感を測定する試みは、青年期から老年期を対象とした研究まで数多く報告されている（長谷川・藤原・星、2003；柴崎・青木、2011）。しかし、これらに使用された尺度は、調査項目の選択基準は明確ではなく、生きがい感の操作的な概念定義自体も臨床家の経験に基づくもの（小川、1982）や研究者の独自の理論に基づいて構成したもの（宮城、1971）で恣意的であることが多く、客観的で実証的な検討は十分されていないことから、近藤・鎌田（1998）が自由記述調査を実施し、その結果に基づいて生きがい感の構成概念を決定し、因子構造の分析を経て作成し、信頼性と妥当性が確認されていることから、「生きがい感尺度スケール」を用いて分析することが適切であると考えられた。したがって、本研究では、統合失調症の子どもを支援する親の生きがい感を規定する要因を探るに当たり、近藤・鎌田（1998）の生きがい感尺度を使用することとした。

（2）家族機能評価尺度（FACESⅢ）は、Olson（1979）によって提唱された円環モデルに基づく測定用具である。家族機能に関して Olson ら（1979）は、家族とは直線的因果律を仮定できない存在だとして円環理論を生成し、家族凝集性と家族適応性の二つの概念を想定した。家族凝集性とは、家族の絆・結びつきの強さともいえる。絆は強いに越したことはないとの考えかたがあるのに対して、Olson らは低すぎて問題が生じることはもちろんのこと、高すぎることも問題行動につながると考えている。また、家族適応性とは、家族におこる発生する様々な危機に対して、家族メンバーが時に役割を交代しながら解決に当たる程度を示す。家族適応性も家族凝集性と同様に、硬直している場合に問題が起こりやすく、柔軟過ぎても問題解決へとつながりにくくなることから危機を乗り越えにくい機能状態と考えた。

草田・岡堂（1993）による家族機能測定尺度（Family Adaptability and Cohesion Evaluation ScaleⅢ：FACESⅢ 日本語版）は、Olson ら（1979）の円環モデル（図 1）にもとづく尺度である。現実と理想の家族機能を測定する尺度である。わが国においては草田・岡堂（1993）が、FACESⅢを和訳して作成したモデルがあり、家族の機能度を「凝集性」「適応性」「コミュニケーション」の3次元で捉えている。FACESⅢを用いた研究結果をみると、家族の凝集性と適応性が高いほど、家族の健康度や満足度が高い（茂木 1994、草田 1995）との報告がある一方で、凝集性が高い場合、強い価値観に支配さ

れ親自身が自己を見失う可能性があることが指摘されている（熊倉, 元永 1998）。

家族の機能に関する 20 項目を、全くない 1 点～いつもある 5 点で評価し、凝集性、適応性をそれぞれ 10 点～50 点で評価する。凝集性については得点が高いほど機能的な膠着状態を示し、適応性が高いほど家族機能が無秩序であることを示す。

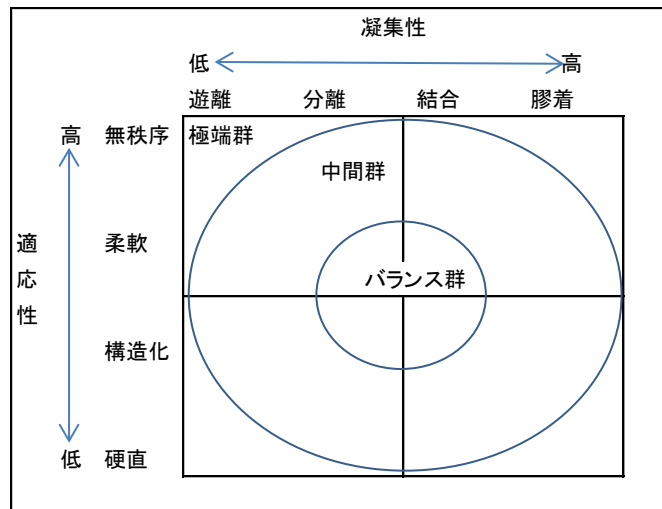


図1 円環モデル(草田・岡堂:1993)

①「凝集性」の特徴

凝集性は低い方から、「遊離」「分離」「結合」「膠着」の 4 段階に分けられ、中間のレベルである「分離」と「結合」では家族が最も機能的に働くが、両極のレベル「遊離」と「膠着」では家族の機能度が極端に働くため、結果として機能不全に陥り、問題を呈しやすくなるとされる。

②「適応性」の特徴

「適応性」は低い方から、「硬直」「構造化」「柔軟」「無秩序」の 4 段階に分けられ、これも中間レベルである「構造化」と「柔軟」では家族が最も機能的に働くが、両極のレベル「硬直」と「無秩序」では家族の機能度が極端に働くため、結果として家族に問題を呈しやすくなると言われる。

③「凝集性」と「適応性」との共通点

この両次元に共通することは、両次元とも中間のレベルで働くことが最も機能的であり、高すぎても低すぎても家族は機能的でなくなるという、相対的な中範囲理論仮説であることである。

④家族機能「コミュニケーション」の特徴

「コミュニケーション」は 3 つ目の次元であるが、「凝集性」と「適応性」の両次元を促進させる働きを持つ。コミュニケーションはそれぞれポジティブなコミュニケーション技法とネガティブなコミュニケーション技法に分られる。ポジティブなコミュニケーション技法は同情的、共感的、支持的なメッセージで構成される。ポジティブなコミュニケーション技法は、夫婦・家族の成員が凝集性と適応性に関連する変化の要求とその選択を加増成員間で共有することを可能にするために、両次元の変化を状況に応じて変化させることを促進する。ネガティブなコミュニケーション技法は、逆説的メッセージ、ダブルバインド、批判的な発言で構成される。ネガティブなコミュニケーション技法は、夫婦・家族の成員が彼らの感情を共有する能力を最小限に抑えてしまうため、状況に応じた両次元の変化の促進を妨げてしまうのである。

⑤家族機能「凝集性尺度」の判定

凝集性尺度得点により、「遊離：10～24点」「分離：25～31点」「結合：32～38点」「膠着：39～50点」と判定する。

⑥家族機能「適応性尺度」の判定

適応性尺度得点により、「硬直：10～23点」「構造化：24～28点」「柔軟：29～34点」「無秩序：35～50点」と判定する。

⑦尺度の信頼性妥当性

尺度の信頼性について Cronbach's α は、凝集性尺度 0.88、適応性尺度 0.74 であり、妥当性については因子分析で 2 因子構造が確認され、内的妥当性が認められている（草田 1995）。

（３）統合失調症者の精神病理上の得点（Global Assessment Functioning:GAF）

は、DSM-III-R/IV で用いられている DSM の多軸診断の第 5 軸として、統合失調症者の全般的機能評価を記録するために開発された被験者の機能全体を 1 点から 100 点までの間の整数値を用いた 1 変数で評価するスケールである。得点 0 は情報量不足を示し、得点が低いほど自傷他害の危険性が大きく、清潔保持が不可能の状態であることを示す。

（４）精神障害者社会生活評価尺度（Life Assessment Scale for the Mentally Ill:LASMI）

は、統合失調症者の社会生活能力を客観的かつ包括的に評価する尺度である。日常生活 12 項目、対人関係 13 項目、労働または課題の遂行 10 項目、3 つのサブスケールは社会生活能力の技能領域を、持続性・安定性 2 項目は経時的評価を、自己認識 3 項目は心理的評価を表し、合計 5 つのサブスケール、40 評価項目から構成される。評価項目ごとにアンカーポイントが設定されており、0 から 4 の 5 段階で評価される。精神障がい者の社会生活能力の重症度を得点 0 から 163 までの整数値を用いて評価し、得点が高いほど重症度が高いことを示す。

（５）日本版 HLC（主観的幸福統制感）尺度(Japanese Version of the health Locus of Control Scale)

は堀毛が Lawton による Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) Scale を日本人向けに改訂した尺度である。Lawton によれば健康や病気に関する原因は I (Internal ; 自分自身)・P (Powerfull others ; 他者)・C (Chance ; 偶然) の 3 つのどれかに帰属させられる傾向があるとしている。さらに日本人を対象とした場合には、I(自分自身)・F (あたたかな家族や身の回りの人たち)・Pr (医師などの専門家)・C (偶然)・S (超自然：報い・神仏やたたりなどの自分を越えた大きな存在) の 5 因子を想定した尺度である。設問内容は「病気がよくなるかどうかは、周囲の温かい援助による」などのからなる 25 項目でそれぞれ、まったくそう思わない (1 点) から非常にそう思う (6 点) で評価される。25 点から 90 点までの整数値で評価し、5 つの下位尺度のいずれが高いかにより対象者の健康に関する信念を知ることができる。

①尺度の特徴

心身の健康は誰しも気になるところであるが、不調を訴えるものが不調の原因をどこに求めるかによって、その後の彼らの救援行動が異なってくることが予想される。また、医療者からすると、患者の原因認知の個人差について知ることは、その個人に応じた医療を提供するうえで有益なものとなる。更に、健康教育の意味からも有用だと言える。

堀毛（1990）によれば、心身の健康に対して最も価値を置いていた群は、それ以外の群と比較して、I 尺度（自分自身）得点が高く、C 尺度（偶然）得点が高い傾向を認めている。健康に価値を置く人はそうでない人よりも、健康や病気に関して内的な原因帰属を行い、運や偶然に帰属することは少なかった。

（6）SF-8 は、世界で最も広く使われている健康状態評価表である。わが国においては福原ら（1992）が作成し 8 領域の 8 項目から構成される。一般選択肢の重みづけがなされた後、0～100 点で得点が高いほど良い健康であることを示す。SF-36 では項目が多すぎることから、健康の 8 領域を測定することができる SF-8 を用いた。SF-8 は、以下の 8 個の下位尺度「身体機能（PF）」「日常役割機能（身体）（RP）」「体の痛み（BP）」「全体的健康感（GH）」「活力（VT）」「社会生活機能（SF）」「日常役割機能（精神）」「心の健康（MH）」のほか、「身体的サマリースコア（PCS）」「精神的サマリースコア（MCS）」を得点化でき、それぞれの下位尺度毎に国民標準値（福原、鈴嶋：2004）が算出されている。

それぞれの下位尺度の得点は「身体機能（PF）」では、低得点は「入浴または着替えなどの活動を自力で行うことが、とてもむずかしい」であり、高得点では「激しい活動を含むあらゆるタイプの活動おこなうことが可能である」と解釈される。「日常役割機能（身体）（RP）」の低得点では「過去 1 か月間に仕事や普段の活動をした時に身体的な理由で問題があった」であり、高得点では「過去 1 か月間に仕事や普段の活動をした時に、身体的な理由で問題がなかった」と解釈される。「体の痛み（BP）」の低得点では「過去 1 か月間に非常に激しい体の痛みのためにいつもの仕事が非常に妨げられた」であり、高得点では「過去 1 か月間に体の痛みは全然なく、体の痛みのためにいつもの仕事が妨げられることは全然なかった」と解釈される。「全体的健康感（GH）」の低得点では、「健康状態が悪くなく、徐々に悪くなっていく」であり、高得点では「健康状態は非常に良い」と解釈される。「活力（VT）」の低得点では、「過去 1 か月間、いつでも疲れを感じ、疲れは続いていた」であり、高得点では「過去 1 か月間、いつでも活力にあふれていた」と解釈される。「社会生活機能（SF）」の低得点では、「過去 1 か月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間との普段の付き合いが、身体的あるいは心理的な理由で非常に妨げられた」であり、高得点では「過去 1 か月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間との普段の付き合いが、身体的あるいは心理的な理由で妨げられることは全然なかった」と解釈される。「日常役割機能（精神）」の低得点では、「過去 1 か月間、仕事や普段の活動をした時に心理的な理由で問題があった」であり、高得点では「過去 1 か月間、仕事や普段の活動をした時に心理的な理由で問題がなかった」と

解釈される。「心の健康（MH）」の低得点では、「過去 1 か月間、いつも神経質でゆううつな気分であった」であり、高得点では「過去 1 か月間、おちついていて、楽しく、おだやかな気分であった」と解釈される。

（7）**SDS（self-rating depression scale）**は Zung(1965)により考案された抑うつ尺度で、合計 20 点から 80 点で評価する主観的な健康度を測定する 20 項目からなる尺度である。

わが国では福田らの判定で 40 点未満は「抑うつ状態はほとんどなし」、40 点台で「軽度の抑うつ性あり」、50 点以上で「中等度の抑うつ性あり」と判定される。一般臨床においては 50 点以上になるとうつ傾向があると判断される。40 点未満は「抑うつ性は乏しい」、40 点台は「軽度抑うつ性あり」、50 点台は「中等度うつ病疑い」となり、60 点以上は「重度のうつ病疑い」と判定される。

（8）**自尊感情尺度(Self-Esteem Scale)**は、Rosenberg が作成し、山本(1982)が和訳した 10 項目からなる尺度である。それぞれの項目ごとに「あてはまる（5 点）」から「あてはまらない（1 点）」として加算する。10～50 点の範囲で評価し得点が高いほど自尊感情が高いと評価される。

「自尊感情」とは、人が自分自身についてどのように感じているかという感じ方のことであり、自己の能力や価値についての評価的な感情や感覚のことである(山本：1982)。質問紙法による自尊感情尺度には、ローゼンバーグの尺度の他、クーパースミスの尺度、ジャニスとフィールドの尺度がある。それぞれの自尊感情の捉え方は異なっており、ローゼンバーグ（1965）は、他者との比較により生じる優越感や劣等感ではなく、自身で自己への尊重や価値を評価する程度のことを自尊感情と捉えている。また、自信を「非常によい(very good)」と感ずることではなく、「これでよい (good enough)」と感ずる程度が自尊感情の高さを示すと考えており、自尊感情が低いということは、自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を表し、自己に対する尊敬を欠いていることを意味するとしている。

（9）**ストレスチェックリスト・ショートフォーム（Public Health Research Foundation）** 24 項目。今津ら（2006）が作成した評価表であり、ストレス反応の表出を心理的側面と身体的側面から多面的に評価する。「不安・不確実感」「疲労・身体反応」「自律神経症状」「うつ気分・不快感」の 4 因子の 24 項目から形成されている。各下位尺度のクロンバック α 係数は、0.71～0.85 であり、十分な内的整合性と構成概念妥当性が示されている。

各項目のストレス症状について「ない（0 点）」「時々ある（1 点）」「よくある（2 点）」の 3 段階評定を行い、0～48 点で評価し年代・性別ごとの平均値および標準偏差と比較する。得点が高いほどストレス反応が強いと判定される。

（1）測定概念

この尺度は、日常生活におけるストレス反応の表出を、心理的側面と身体的側面から多面的に測定するものである。

わが国では 1990 年前後より、健常者を対象とした数々のストレス反応尺度が作成されている。しかし、これらの尺度は、ストレス反応の心理的側面と身体的側面のどちらかに項目が偏っており、ストレス反応を多面的に評価しているとは言い難。それに対してこの尺度は、健常者の日常生活におけるストレス反応の表出を、多面的かつ短時間で簡便に査定するために開発された。なお、この尺度は、成人全般を対象としている。

(2) 尺度の特徴

この尺度の特徴は、

- ①心理的ストレス反応と身体的ストレス反応を同時に測定できること。
- ②簡便な内容で、短時間に負担なく回答できる項目数であること。
- ③幅広い年齢にわたって一貫した因子構造を得ている。

このため、成人全般を対象とできる。

(10) 介護負担感尺度 ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers) は、飯田ら (2004) によって作成された介護負担感尺度である。「患者負担尺度」「生活負担尺度」「経済負担尺度」「健康負担尺度」の 4 つの領域、8 つの下位尺度、計 16 項目から構成され、「とてもそう思う (2 点)」「そう思う (1 点)」「そうは思わない (0 点)」を加算する。0～32 点で評価し得点が高いほど介護負担が高いと評価される。

4. 統計的分析

統計的分析に使用したすべてのデータ尺度の正規性検定は Shapiro-Wilk 検定を使用した。

a) 統合失調症の子どもを持つ親の生きがい感を構成する要因の分析

統合失調症者を支援する親の生きがい感尺度得点と各下位尺度得点を従属変数とし、独立変数を親の QOL、介護負担感、主観的幸福統制感、ストレス度等として分析した。

統合失調症者家族の生きがい感を一般成人との比較を 1 標本 t 検定、母親と父親の生きがい感と下位尺度の差を Mann-Whitney の U 検定、親と子どものそれぞれの生きがい感の年代別比較は、Kruskal-Wallis 検定、親と子どものそれぞれの生きがい感の年代別多重比較法は Bonferroni の不等式を用いた。

親の生きがい感を従属変数とした重回帰分析では、変数の選択方法はステップワイズ法 (変数増減法) を使用した。

統計処理は統計解析ソフト SPSS21.0J を使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。

b) 統合失調症者を支援する親の家族機能

統合失調症者を支援する親の「家族機能」と各下位尺度得点を従属変数とし、独立変数を親の QOL、介護負担感、主観的幸福統制感、ストレス度等として分析した。

統合失調症者家族の家族機能について、母親と父親の家族機能とその下位尺度

の差、配偶者の有無による差を Mann-Whitney の U 検定、凝集性と適応性との相関関係を Spearman の相関分析、凝集性と適応性の下位尺度の布置図をコレスポンデンス分析、凝集性および適応性について効果的群と非効果的群の二群に分けて従属変数とした多重ロジスティック回帰分析(変数増加法、尤度比)を使用した。

統計処理は統計解析ソフト SPSS21.0J を使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

研究協力依頼文書には、研究の趣旨・方法を記載し、対象者には書面を用いて説明し、研究参加への自由意思を尊重した。

青森県立保健大学の倫理審査を受け(承認番号 1241)、ヘルシンキ宣言に基づき実施しプライバシーを厳守した。調査紙に記載されたデータはすべてコード変換して、記載者が特定できないようにした。得られたデータの管理は施設場所に保管した。質問紙はデータを抽出した後で研究者が責任を持ってシュレッダー処分後廃棄した。研究に際しては、研究計画書を順守して実施した。

第3章 結果

1. 対象者の基本属性（表1）

調査時期は、2013年1月から4月であった。調査用紙を14家族会の会員に194部配布し、回収数は137部（回収率70.6%）であった。欠損値が含まれる28部を除いた109部を調査対象とした（有効回答率56.2%）。

分析対象としたのは母親74名（67.9%）と父親は35名（32.1%）であった。平均年齢は 68.6 ± 8.0 歳で、最小値46歳、最大値85歳、そのうち79名（72.5%）は65歳以上の老年期にあった。性別毎では母親 68.2 ± 8.4 歳、父親 69.2 ± 6.7 歳であった。親の配偶者の有無では配偶者あり60名（55%）、配偶者なし49名45%で半数以上が配偶者と暮らしていた。

子どもの性別は女性36名（33.0%）で男性が73名（67.0%）、平均年齢は 40.2 ± 8.2 歳、最小値は22歳、最大値は57歳、そのうち69名（63.3%）は40歳以上の壮年期にあった。性別毎では女性 38.1 ± 8.5 歳、男性 41.3 ± 7.6 歳であった。

兄弟数は一人きょうだい5名（4.6%）、2人きょうだい62名（56.9%）、3人きょうだい26名（21.1%）、4人きょうだい14名（12.8%）、5人きょうだい2名（1.8%）、6人きょうだい1名（0.9%）、7人きょうだい2名（1.8%）であり、きょうだい2～3名が78.0%を占めた。

子どもに何らかの注意の必要性があるか否かを尋ねた質問では、109名中81名（74.3%）の親は注意が必要だと回答し、注意の詳細は多い順に「食事」41名（37.6%）、「人との関わり」42名（38.5%）、「服薬」41名（37.6%）、「外出」33名（30.3%）、「外来通院」27名（24.8%）などであった。その他、自由記述欄には、「買い物依存」、「自殺願望」、「急に暴力的になる」などが記載された。

子どもの居住形態は、独立生計が9名（8.3%）、家族と同居が98名（89.9%）、共同住居が2名（1.8%）であり、大部分が家族との同居であった。

子どもの就業状況は、就業中で収入がある15名（13.8%）、就業中だがボランティア・ワークのため収入がない7名（6.4%）、就業可能だが失業中である10名（9.2%）、就業に適さない77名（70.6%）であり、収入があるのは13.8%のみであった。

子どもの制度の利用では、生活保護を受給しているが11名（10.1%）、障害年金を受給しているが87名（79.8%）、何も利用していないも11名（10.1%）あり、多くは障害年金を受給していたが、何も受給していない人も10.1%いた。

両親の職業状況は、専業主婦34名（31.2%）、会社員等（フルタイム勤務）は7名（6.4%）、パート・アルバイト勤務は13名（11.9%）、自営業13名（11.9%）、農林水産業6名（5.5%）、その他2名（1.8%）であった。親の平均年齢は68.6歳であることから、多くは職場を退職しており、年金収入が主な収入源だと考えられた。

表1 対象者の基本属性(N=109)

		n	平均年齢±標準偏差	%
対象者全体		109	68.6±8.0歳	100
親性別	母親	74	68.2±8.4歳	67.9
	父親	35	69.2±6.7歳	32.1
		n		%
親配偶者の有無	配偶者あり	60名		55%
	配偶者なし	49名		45%
		n	平均年齢±標準偏差	%
子ども全体		109	40.2±8.2歳	100
子ども性別	女性	36	38.1±8.5歳	33.0
	男性	73	41.3±7.6歳	67.0
兄弟数	1人きょうだい	5名		4.6%
	2人きょうだい	62名		56.9%
	3人きょうだい	26名		21.1%
	4人きょうだい	14名		12.8%
	5人きょうだい	2名		1.8%
	6人きょうだい	1名		0.9%
	7人きょうだい	2名		1.8%
注意の必要性	何らかの注意が必要	81名		74.3%
	服薬への注意が必要	41名		37.6%
	食事への注意が必要	43名		39.4%
	外出への注意が必要	33名		30.3%
	買い物への注意が必要	20名		18.3%
	人との関わりへの注意が必要	42名		38.5%
	外来通院への注意が必要	27名		24.8%
	ディケア通所への注意が必要	23名		21.1%
	粗暴な言動への注意が必要	25名		22.9%
	人との交流への注意が必要	13名		11.9%
居住形態	独立生計	9名		8.3%
	家族と同居	98名		89.9%
	共同住居	2名		1.8%
子どもの就業状況	就業中で収入がある	15名		13.8%
	ボランティア・ワークのため収入がない	7名		6.4%
	就業可能だが失業中である	10名		9.2%
	就業に適さない	77名		70.6%
制度の利用	生活保護を受給しているが	11名		10.1%
	障害年金を受給しているが	87名		79.8%
	何も利用していないも	11名		10.1%
両親の職業状況	専業主婦	34名		31.2%
	会社員等(フルタイム勤務)	7名		6.4%
	パート・アルバイト勤務	13名		11.9%
	自営業	13名		11.9%
	農林水産業	6名		5.5%
	その他	2名		1.8%

2. 分析 a 統合失調症の子どもを持つ親の生きがい感を構成する要因

1) 統合失調症の子どもを持つ家族の生きがい感得点 (表 2)

対象者の平均値、中央値、最大値、最小値、最頻値、標準偏差と標本が正規分布に従っているかを確かめるために Shapiro-Wilk 検定を実施した結果を示す。生きがい感尺度の得点は表 2 のとおりであった。生きがい感得点と各下位尺度得点ともに正規分布に従わないと判断された。

表2 親の生きがい感尺度の度数分布 (N=109)

	平均値	中央値	最大値	最小値	最頻値	標準偏差	Shapiro-Wilk 有意確率
生きがい感	67.0	65.0	91.0	38.0	61.0	14.7	0.00
現状満足感	10.5	10.0	15.0	5.0	10.0	3.1	0.00
人生享楽	11.9	12.0	17.0	6.0	10.0	3.0	0.00
存在価値	24.6	25.0	33.0	11.0	27.0	5.5	0.00
意欲	20.0	19.0	27.0	9.0	26.0	5.0	0.00

2) 一般成人との生きがい感得点の比較 (表 3)

対象者の生きがい感を一般成人 (近藤、鎌田 (1998)) と比較した結果は表 3 の通りであった。一般成人と比較すると男女ともにやや低い得点であったが有意差はみられなかった

表3 親の生きがい感の一般成人との比較

	対象者 生きがい感得点		一般成人 生きがい感得点		t値	p ¹⁾
	M	SD	M	SD		
全体(N=109)	67.0	14.8	69.0	11.9	1.41	0.16 (n.s)
女性(n=74)	68.7	15.4	71.5	10.7	1.59	0.11 (n.s)
男性(n=35)	63.5	12.8	66.3	12.4	1.29	0.20 (n.s)

1): one sample t test , n.s: not significant

3) 生きがい感得点の性別比較 (表 4)

生きがい感得点を性別毎に比較すると、女性の方が男性に比べて有意に得点が高く (Z 値=2.00, p=0.04)、女性の方が生きがい感を得ていた。

下位尺度毎に性差を比較すると、意欲が女性の方が男性に比べて有意に得点が高く (Z 値=2.36, p=0.01)、女性の方が、高い意欲を示していた。

他の下位尺度、現状満足感、人生享楽、存在価値のいずれも男性より女性の方が得点は高い傾向があるものの有意差はみられなかった。

表4 親の生きがい感の性別比較(N=109)

	女性(n=74)		男性(n=35)		Z値	漸近 有意確率 ¹⁾	
	生きがい感得点		生きがい感得点				
	M	SD	M	SD			
生きがい感	68.7	15.3	63.5	12.3	2.00	0.04	*
現状満足感	10.7	3.1	10.2	3.0	0.74	0.46	
人生享楽	12.1	3.0	11.4	2.8	1.06	0.29	
存在価値	25.1	5.7	23.5	4.9	1.45	0.15	
意欲	20.8	5.1	18.4	4.1	2.36	0.01	**

1): Mann-Whitney' U test , , *: p<0.05 ** : p<0.01

4) 親の生きがい感の各設問の性別比較 (表5)

生きがい感の各設問毎に性差を比較すると、現状満足感では有意差のある項目はみられず、人生享楽では「好きな物を飲んだり食べたりする機会をよく持っている」の項目、存在価値では「私は課せられた役割をよく果たしている」の項目に有意差があり、いずれも女性が高得点であった。意欲では、「私は物事にやる気を持っている」、「わたしには目的があり、達成したいことがある」、「何事に対しても積極的に取り組んで行こうと思っている」、「夢中になって好きなことをしていることが良くある」、「私は現在自分の能力を精一杯発揮している」の各項目で女性が有意に高得点であった。しかし、「私は将来に希望を持っている」や「自分の人生に大きな期待を持っている」といった、将来への希望につながる項目では性差がなく、他の下位尺度と比べても得点は低い傾向にあった。

生きがい感尺度を構成する設問を見ると、女性より男性が有意に低い得点だったのは、人生享楽の設問「好きなものを飲んだり食べたりする機会をよく持っている」、他に存在価値の設問「私は課せられた役割をよく果たしている」、意欲の設問「私は物事にやる気を持っている」、「わたしには目的があり、達成したいことがある」、「何事に対しても積極的に取り組んでいこうと思っている」、「夢中になって好きなことをしていることが良くある」、「私は現在自分の能力を精一杯発揮している」であった。

各設問の中で性差がなかったものの、男女ともに得点が低かった設問は、現状満足感の設問「全ての物事が順調に進んでいると思っている」、人生享楽の設問「世界がバラ色に輝いて見えることがある」、存在価値の設問「皆で力を合わせ目的を達成することができる」、意欲の設問「私は将来に希望を持っている」「今やり甲斐のあることをしている」であった。

表5 親の生きがい感下位尺度の性別比較(N=109)

設問項目		女性(n=74) 各項目得点		男性(n=35) 各項目得点		Z値	漸近 有意確率 ¹⁾	p
		M	SD	M	SD			
現状満足感	今の生活に満足感がある	2.2	0.8	2.3	0.7	0.63	0.53	
	毎日が平和で楽しいと感じている	2.0	0.8	2.0	0.8	0.27	0.79	
	私は今幸せを感じている	2.3	0.8	2.1	0.7	1.32	0.19	
	私の毎日は充実していると思う	2.3	0.7	2.1	0.7	1.33	0.18	
	全ての物事が順調に進んでいると思っている	1.8	0.8	1.7	0.7	0.91	0.37	
人生享楽	暖かい日差しの中でよく昼寝を楽しむ	1.7	0.8	1.9	0.7	1.01	0.31	
	私はフカフカの布団で寝ることをよく楽しんでいる	2.2	0.8	2.1	0.8	0.55	0.58	
	好きなものを飲んだり食べたりする機会をよく持っている	2.5	0.7	2.2	0.8	2.22	0.03	*
	私は心ゆく迄買い物をする事が出来る	1.9	0.7	2.1	0.7	1.89	0.06	
	世界がパラ色に輝いて見えることがある	1.6	0.7	1.4	0.7	1.32	0.19	
	今日は一日好きなことができると思う日がよくある	2.1	0.7	2.1	0.6	0.27	0.79	
存在価値	私は他人から信頼され頼りにされている	2.2	0.7	2.3	0.6	0.45	0.65	
	私の行為で人に喜んで貰えることが良くある	2.5	0.7	2.2	0.7	1.83	0.07	
	自分が必要とされ存在価値を感じることがある	2.5	0.6	2.5	0.7	0.99	0.32	
	皆で力を合わせ目的を達成することが良くある	2.1	0.6	1.6	0.6	0.85	0.39	
	人の為に役立ったと感じることがある	2.5	0.7	2.4	0.7	0.41	0.69	
	自分は高く評価されたと思えることが良くある	1.9	0.8	1.8	0.8	0.54	0.59	
	私は課せられた役割をよく果たしている	2.5	0.9	2.0	0.8	2.72	0.01	**
	私は人間的に成長したと感じることがある	2.3	0.7	2.1	0.8	1.52	0.13	
	私は周囲から認めて貰っている	2.2	0.7	2.1	0.6	0.21	0.84	
	今まで知らなかった新しい自分を発見することがある	2.1	0.7	2.0	0.6	1.31	0.19	
意欲	努力した結果報われたと感じることが良くある	2.3	0.7	2.1	0.6	1.46	0.14	
	私は将来に希望を持っている	2.1	0.9	2.1	0.8	0.12	0.91	
	自分の人生に大きな期待を持っている	2.0	0.7	1.9	0.7	0.75	0.45	
	私は物事にやる気を持っている	2.6	0.6	2.3	0.6	2.95	0.00	**
	私には目的があり、達成したいことがある	2.4	0.7	2.0	0.7	2.14	0.03	*
	何事に対しても積極的に取り組んでいこうと思っている	2.4	0.7	2.0	0.7	2.65	0.01	**
	今や甲斐のあることをしている	2.1	0.8	2.0	0.7	0.69	0.49	
	夢中になって好きなことをしていることが良くある	2.4	0.7	2.1	0.9	2.59	0.01	*
	私は現在自分の能力を精一杯発揮している	2.5	0.7	1.8	0.8	4.83	0.00	**
	自分の趣味や好きなことに出会えることが良くある	2.4	0.7	2.2	0.8	0.99	0.32	

1): Mann-Whitney' U test , * : p<0.05 ** : p<0.01

5) 親と子どもの年代毎生きがい感得点の比較(表6)

親と子どもの年代毎に生きがい感得点を比較したところ、親と子どもの両者ともに年代が高まるにしたがって生きがい感得点も高まる傾向があったが、有意差はみられなかった。

親、子どもともに、年齢の低い親(40～59歳)と子ども(20～29歳)では生きがい感得点が低く、年代が上がるほど生きがい感得点が高くなる傾向がみられた。また、年代が高い群(親80～89歳、子ども50～59歳)では、生きがい感得点が高いことに加えて標準偏差が小さい傾向があり、年代の中間群(親60～69,70～79歳、子ども30～39,40～49歳)では、生きがい感得点は中間に位置しており、標準偏差は年齢の低い群や高い群に比較して大きい傾向があった。

表6 親と子どもの生きがい感の年齢別得点 (N=109)

親年齢	生きがい感得点		χ^2 値	自由度	漸近 有意確率
	M	SD			
40歳～59歳 (n=11)	66.0	11.1	2.18	3	0.54 ¹⁾ (n.s)
60歳～69歳 (n=50)	65.0	14.8			
70歳～79歳 (n=38)	68.4	14.7			
80歳～89歳 (n=10)	76.7	7.8			
子ども年齢	生きがい感得点		χ^2 値	自由度	漸近 有意確率
	M	SD			
20歳～29歳 (n=16)	61.4	10.0	6.95	3	0.73 ¹⁾ (n.s)
30歳～39歳 (n=24)	67.1	14.5			
40歳～49歳 (n=56)	66.9	15.9			
50歳～59歳 (n=13)	75.2	7.6			

1): Kruskal-Wallis test , n.s: not significant

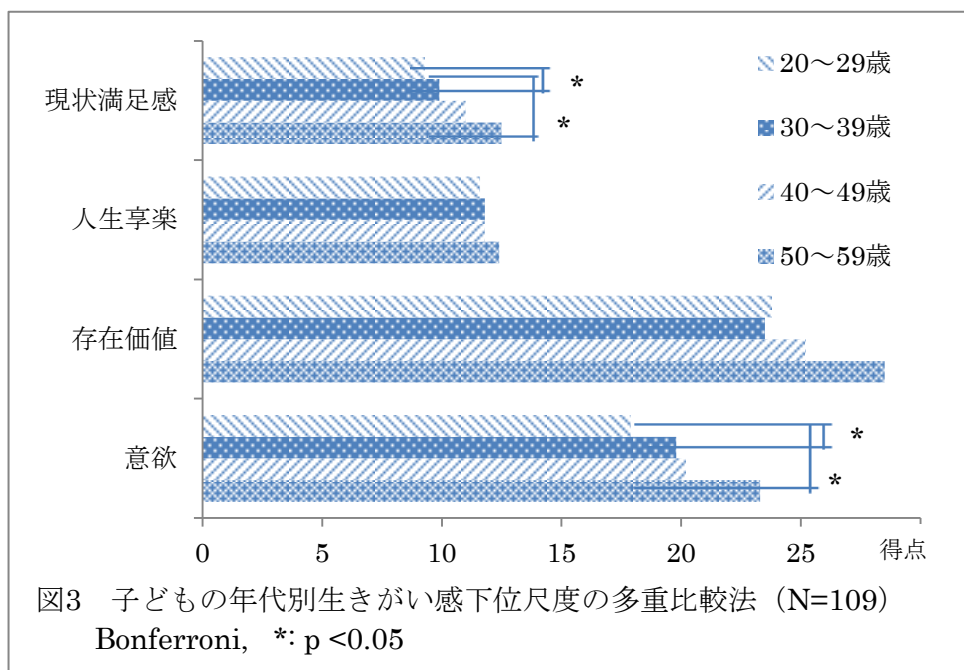
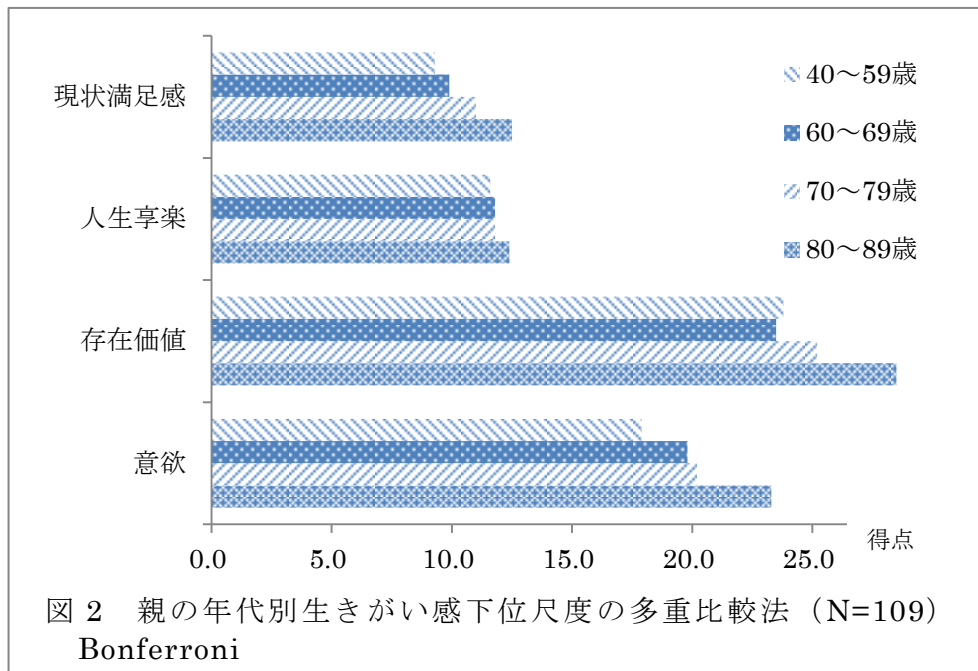
6) 親と子どもの年代毎の生きがい感下位尺度の得点比較 (表7、図2、図3)

生きがい感の各下位尺度について親の年代毎の比較では、有意差がみられたのは、現状満足感と存在価値であり、他の下位尺度得点には有意差はみられなかった。子どもの年代毎に生きがい感の各下位尺度得点には、現状満足、意欲に有意差がみられた。

表7 親年齢と子ども年齢による生きがい感の下位尺度得点 (N=109)

親年齢	現状満足感		人生享楽		存在価値		意欲	
	χ ² 値	漸近有意確率	χ ² 値	漸近有意確率	χ ² 値	漸近有意確率	χ ² 値	漸近有意確率
40歳～59歳 (n=11)	10.1	0.02 ¹⁾ (*)	0.8	0.85 ¹⁾ (n.s)	8	0.04 ¹⁾ (*)	6.5	0.09 ¹⁾ (n.s)
60歳～69歳 (n=50)								
70歳～79歳 (n=38)								
80歳～89歳 (n=10)								
子ども年齢	現状満足感		人生享楽		存在価値		意欲	
	χ ² 値	漸近有意確率	χ ² 値	漸近有意確率	χ ² 値	漸近有意確率	χ ² 値	漸近有意確率
20歳～29歳 (n=16)	9.5	0.02 ¹⁾ (*)	1.3	0.72 ¹⁾ (n.s)	5.4	0.15 ¹⁾ (n.s)	9.4	0.02 ¹⁾ (*)
30歳～39歳 (n=24)								
40歳～49歳 (n=56)								
50歳～59歳 (n=13)								

1): Kruskal-Wallis test , *:p<0.05 , n.s: not significant



7) 親の性別毎の生きがい感と下位尺度得点の比較(表8、図4、図5)

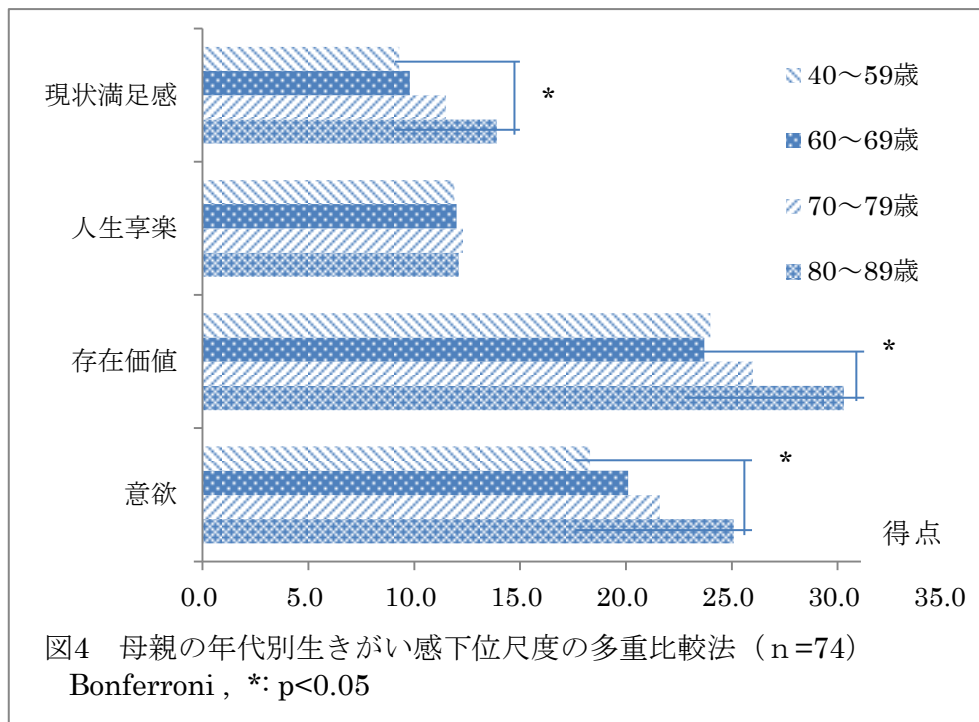
父親と母親のそれぞれを年代毎に生きがい感得点と下位尺度得点を比較したところ、父親は生きがい感尺度得点と各下位尺度得点に有意差はみられず、父親は年代によって、生きがい感が変化しないことが分かった。

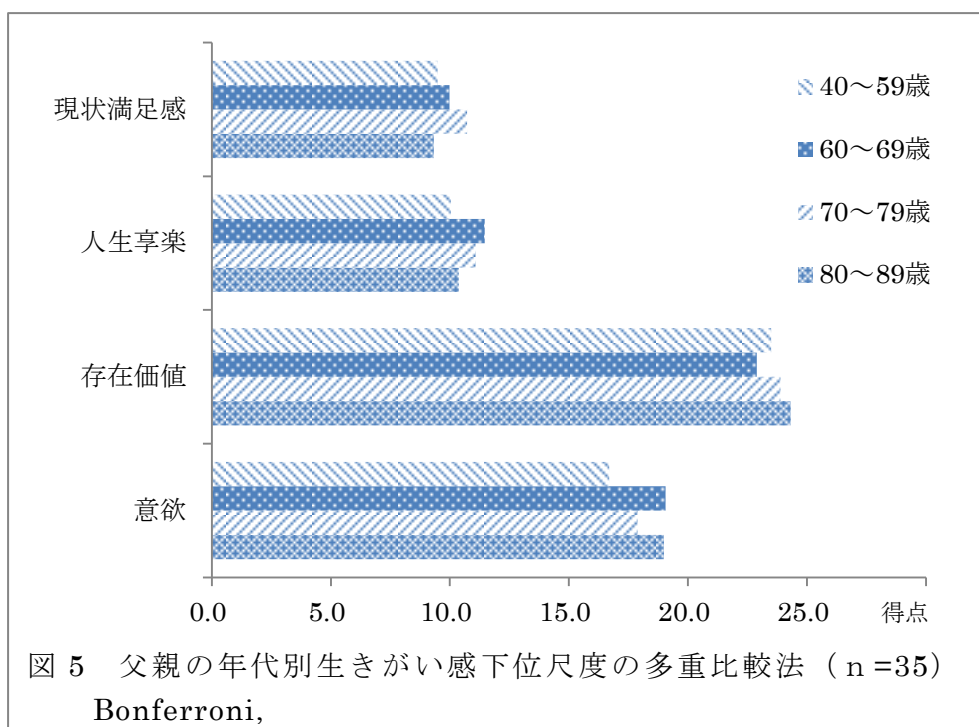
母親の年代毎の比較では、現状満足感 ($p=0.01$) と存在価値 ($p=0.02$) に有意差がみられ、年代が高くなるとともに現状満足感と存在価値は有意に高まっていた。

表8 親性別毎と年齢毎の生きがい感得点と下位尺度得点の比較(N=109)

父親年齢(n=35)	生きがい感		現状満足感		人生享楽		存在価値		意欲	
	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率
40歳～59歳(n=2)										
60歳～69歳(n=15)	2.2	0.54 ¹⁾ (n.s)	2.0	0.56 ¹⁾ (n.s)	2.7	0.43 ¹⁾ (n.s)	1.0	0.80 ¹⁾ (n.s)	2.6	0.54 ¹⁾ (n.s)
70歳～79歳(n=15)										
80歳～89歳(n=3)										
母親年齢(n=74)	生きがい感		現状満足感		人生享楽		存在価値		意欲	
	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率
40歳～59歳(n=9)										
60歳～69歳(n=35)	7.4	0.59 ¹⁾ (ns)	12.4	0.01 ¹⁾ (**)	0.1	0.99 ¹⁾ (n.s)	9.6	0.02 ¹⁾ (*)	7.0	0.06 ¹⁾ (n.s)
70歳～79歳(n=23)										
80歳～89歳(n=7)										

1): Kruskal-Wallis test , *: $p<0.05$, **: $p<0.01$, n.s: not significant





8) 子どもの性別毎の生きがい感と下位尺度得点の比較(表9、図6、図7)

子どもの性別毎にそれぞれを年代毎に生きがい感得点と下位尺度得点を比較したところ、子ども(男性)では生きがい感尺度得点と各下位尺度得点に有意差はみられず、多重比較法でも有意な差はみられなかった。子ども(男性)では年代によって生きがい感の変化はみられなかった。

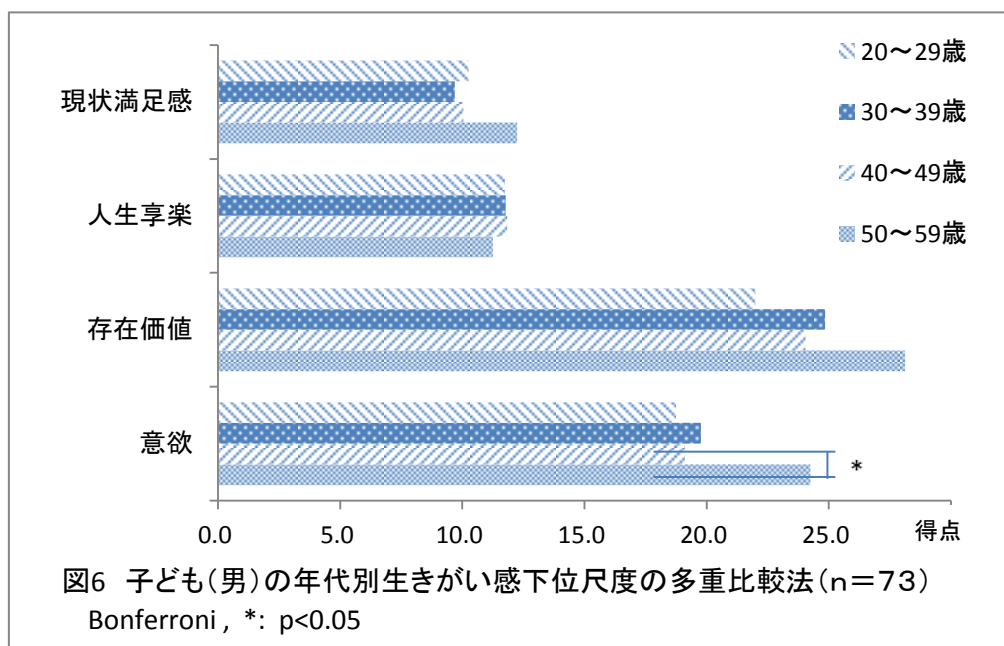
子ども(女性)の年代毎の比較では、現状満足感($p=0.02$)に有意差がみられ、年代が高くなるとともに現状満足感は有意に高まっていた。

多重比較法によると子ども(女性)の現状満足感の20歳代と30歳代、20歳代と50歳代との間に有意な差がみられた。

表9 子ども性別毎と年齢毎による親の生きがい感得点と下位尺度得点の比較(N=109)

子ども(男性)年齢 (n=73)	生きがい感		現状満足感		人生享楽		存在価値		意欲	
	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率
20歳～29歳(n=8)										
30歳～39歳(n=13)	4.6	0.21 ¹⁾ (ns)	3.6	0.31 ¹⁾ (ns)	0.4	0.94 ¹⁾ (n.s)	5.7	0.13 ¹⁾ (ns)	7.2	0.07 ¹⁾ (n.s)
40歳～49歳(n=44)										
50歳～59歳(n=8)										
子ども(女性)年齢 (n=36)	生きがい感		現状満足感		人生享楽		存在価値		意欲	
	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率	χ^2 値	漸近有意確率
20歳～29歳(n=8)										
30歳～39歳(n=11)	4.7	0.19 ¹⁾ (ns)	9.9	0.02 ¹⁾ (*)	4.2	0.24 ¹⁾ (n.s)	3.1	0.38 ¹⁾ (ns)	3.6	0.31 ¹⁾ (n.s)
40歳～49歳(n=12)										
50歳～59歳(n=5)										

1): Kruskal-Wallis test , * $p<0.05$, n.s: not significant



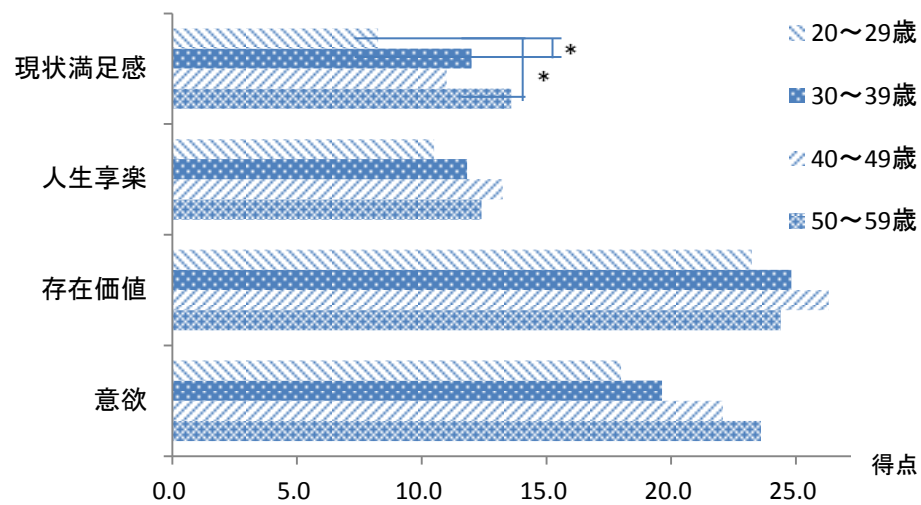


図7 子ども(女)の年代別生きがい感下位尺度の多重比較法(n=36)
Bonferroni, *: p<0.05

9) 親の生きがい感への影響要因 (表 10)

生きがい感には多くの要因が互いに関連しあいながら影響を与えていると考えられるため、生きがい感を従属変数とした重回帰分析によって各要因がどのような重みで影響を及ぼしているのかを調べる必要がある。推定される要因を説明変数とするステップワイズ法 (変数増減法) にて重回帰分析を行った。その結果は表 10 の通りであった。

対象者の生きがい感得点を高める影響を与える要因は、主観的統制感 (自分自身) であり、抑うつ度が強いことや QOL (体の痛み) と QOL (活力) の程度など QOL が低いことが生きがい感を高める影響を与えていた。生きがい感を低下させる要因はストレス度 (不安・不確実感)、の程度であった。

この結果は、自分自身がおかれた状況を統制することが可能であり、状況を自分自身の努力によって変更可能である。もしくは、自分の目標は自分の努力により達成可能であるという認知が生きがい感を高めることが示されたといえる。抑うつ度は高いほど生きがい感を高め、QOL (体の痛み・活力) に関して体の痛みを感じていること、また、自分自身に活力を感じていることが生きがい感を高め、ストレス度に関連して、不安・不確実感が生きがい感を低下させることが示された。

表10 親の生きがい感への影響要因(変数増減法)(N=109)

	偏回帰係数	標準偏回帰 係数	有意確率 (p)	95% 信頼区間	
				下限	上限
(定数)	-27.12		0.01	-47.39	-6.85
主観的統制感 (自分自身)	2.03	0.57	0.00	1.62	2.44
抑うつ度	0.45	0.23	0.00	0.16	0.73
QOL (体の痛み)	0.37	0.21	0.00	0.16	0.59
ストレス (不安・不確実感)	-1.32	-0.29	0.00	-1.97	-0.68
QOL (活力)	0.34	0.15	0.03	0.03	0.64

ANOVA $p < 0.01$; $R^2 = 0.675$; ダービンワトソン比 = 2.084

10) 母親の生きがい感への影響要因 (表 11)

母親の生きがい感に影響を与えている要因を重回帰分析によって調べた。影響を与えていると考えられる各要因を説明変数としてステップワイズ法 (変数増減法) で重回帰分析を行った。その結果は表 11 の通りであった。

母親の生きがい感に影響を与えていた要因は、ストレス度 (不安・不確実感、自立神経症状、うつ気分・不安全感)、QOL (活力、体の痛み) の程度、主観的統制感 (超自然報い、医師など専門職、暖かな家族や身の回りの人たち)、介護負担感 (生活負担、経済負担、患者負担)、抑うつ度であった。

この結果から、母親の生きがい感に影響を与えているのは、ストレス度に関連して、不安・不確実感は生きがい感を低下させ、将来にも安心できる確実性のある要因を持っている人は生きがい感を得られていた。「人を信じられない」「私の努力を正当に評価してくれる人が欲しいと思う」などのうつ気分が高いことは生きがい感を低めていた。

QOLに関しては、自ら活力を感じることができる人が生きがい感を得られ、介護負担感では、生活負担（偏回帰係数＝-3.97）、経済負担（偏回帰係数＝1.25）、患者負担（偏回帰係数＝1.35）となり、尺度の内容を含めて解釈すると、「近所の友人との付き合いができない」、「しばしば予定が立てられない」などの生活負担がない人。「万一の出費に対応できない」「出費が多く必需品も買えないことがある」などの経済負担は高い人。「患者は介護者に頼りきりである」「患者は自分では何もしようとしない」などの患者負担が高い人が生きがい感を得られていた。

主観的幸福統について超自然報いなどの対処不可能な要因によって病状が影響されると考える人。医師など専門職、暖かな家族や身の回りの人たちの支援によって現在の状況が変わると考える人の方が生きがい感を得られており、抑うつ度は高い人が生きがい感を得られていることが示された。

他のストレス度の下位尺度は生きがい感得点を低下させていたのに対して、「自分自身に疲労感やなかなか眠れない」などの自立神経症状を自覚は生きがい感を高め、QOL(体の痛み)を自覚している人が生きがい感を得ることができていた。

ストレス度に関連して、下位尺度である不安不確実感とうつ気分不全感は生きがい感を低下させる一方で、自律神経症状は生きがい感を高めていた。

表11 母親の生きがい感への影響因子(変数増減法)(N=74)

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	有意確率 (p)	95% 信頼区間	
				下限	上限
(定数)	-100.59		0.00	-127.87	-73.30
ストレス度（不安不確実感）	-0.71	-0.13	0.08	-1.52	0.09
QOL(活力)	0.51	0.23	0.00	0.24	0.78
介護負担感（生活負担）	-3.97	-0.47	0.00	-5.12	-2.83
主観的統制感（超自然報い）	2.17	0.54	0.00	1.73	2.61
介護負担感（経済負担）	1.25	0.19	0.01	0.39	2.10
主観的統制感（医師など専門職）	1.51	0.37	0.00	0.98	2.04
抑うつ度	0.85	0.39	0.00	0.57	1.14
ストレス度（自律神経症状）	2.75	0.31	0.00	1.52	3.99
QOL(体の痛み)	0.25	0.13	0.03	0.02	0.48
介護負担感（患者負担）	1.35	0.21	0.00	0.61	2.10
主観的統制感（暖かな家族や身の回りの人たち）	1.03	0.22	0.00	0.50	1.56
ストレス度（うつ気分不全感）	-1.39	-0.22	0.02	-2.53	-0.26

ANOVA $p < 0.01$; $R^2 = 0.857$; ダービンワトソン比=1.907

11) 父親の生きがい感への影響要因（表 12）

父親の生きがい感に影響を与えている要因を重回帰分析によって調べた。影響を与えていると考えられる各要因を説明変数としてステップワイズ法（変数増減法）で重回帰分析を行った。その結果は表 12 の通りであった。

父親の生きがい感に影響を与えていた要因は、自尊感情、QOL(身体機能、社会生活機能)、主観的統制感（暖かな家族や身の回りの人たち、自分自身）、介護負担度（健康負担）、ストレス（不安・不確実感）であった。

この結果から、父親の生きがい感に関して、自尊感情を高く維持できる人は生きがい感を得やすく、QOL に関しては身体機能と社会生活に問題がない人が生きがい感を得やすく、現在の状況を変化できるのは自分自身であり、暖かな家族や身の回りの人たちに依存しないで対処できるという認識を持っている人が生きがい感を得やすく、不安不確実感に関するストレスが低い方が生きがい感を得やすいことが示された。

介護負担度については健康負担が高い方が生きがい感を得やすいという結果であった。

表12 父親の生きがい感への影響因子(変数増減法) (N=35)

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	有意確率 (p)	95% 信頼区間	
				下限	上限
(定数)	-9.43		0.36	-30.26	11.40
自尊感情	0.67	0.37	0.00	0.30	1.04
QOL(身体機能)	0.35	0.27	0.00	0.18	0.53
主観的統制感（暖かな家族や身の回りの人たち）	-0.89	-0.27	0.00	-1.38	-0.39
主観的統制感（自分自身）	1.30	0.37	0.00	0.65	1.96
QOL(社会生活機能)	0.70	0.49	0.00	0.40	1.00
介護負担度（健康負担）	1.69	0.32	0.00	0.72	2.66
ストレス度（不安不確実感）	-0.78	-0.20	0.03	-1.48	-0.08

ANOVA $p < 0.01$; $R^2 = 0.910$; ダービンワトソン比=2.076

3. 分析 b 統合失調症者を支援する親の家族機能

1) 対象者の家族機能 (表 13)

対象者の家族機能の平均値と標準偏差は、凝集性は 31.5 ± 7.2 点、適応性は 27.3 ± 4.5 点であった。凝集性得点は「分離」と「結合」との中間に位置しており、効果的な家族機能の状態にあると判断された。適応性得点は「構造化」の範疇にあり、効果的な家族機能の状態にあると判断された。

表13 家族機能得点(N=109)

	M	SD
凝集性	31.5	7.2
適応性	27.3	4.5

2) 家族機能の母親と父親の比較 (表 14)

(1) 凝集性と適応性の平均値の比較

家族機能の凝集性は、母親 31.4 ± 7.7 に対して父親 31.5 ± 6.3 で有意な差はなかった。適応性は、母親 27.6 ± 4.7 に対して父親 26.5 ± 3.8 で有意な差はなかった。

表14 家族機能の母親と父親の比較(N=109)

	女性(n=74)		男性(n=35)		p値 ¹⁾	
	M	SD	M	SD		
凝集性	31.4	7.6	31.5	6.3	0.85	n.s.
適応性	27.6	4.7	26.5	3.8	0.20	n.s.

1): Mann-Whitney's test , n.s.: not significant

乳幼児をもつ親を対象として家族機能を調査した先行研究(片岡ら, 2011) 結果(凝集性: 母親 39.5 ± 6.5 の「膠着」、父親 38.3 ± 6.5 「結合」と「膠着」との中間に位置する。適応性: 母親 30.1 ± 6.3 「柔軟」、父親 28.5 ± 5.5 「構造化」と「柔軟」との中間に位置する。)と比較すると、母親と父親との間に有意差がみられないことは同じ結果であったが、本研究では、凝集性・適応性とも母親・父親がともに低い得点であった。

(2) 凝集性尺度、適応性尺度の各質問項目の平均値の比較 (表 15)

凝集性尺度と適応性尺度の各質問項目毎の平均と標準偏差は表 15 の通りである。母親と父親との比較では、適応性の項目「家族の決まりは必要に応じて変わる」が母親 3.03 ± 1.07 、父親 2.49 ± 0.92 で母親が高く、有意差 ($p < 0.01$) が認められた。これ以外の項目では母親と父親間には有意差はなかった。

表15 家族機能尺度質問項目別の母親と父親の平均値の比較(N=109)

凝集性尺度	母親(n=74)	父親(n=35)	p	
	M±SD	M±SD		
私の家族では、困ったとき、家族の誰かに助けを求める	2.77±1.24	3.11±1.05	0.10	n.s.
家族は、それぞれの友人を気に入っている。	3.16±1.28	3.11±1.13	0.74	n.s.
私の家族は、みんなで何かをするのが好きである。	2.92±1.32	2.69±1.06	0.45	n.s.
家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感じている。	3.73±1.06	3.83±1.22	0.43	n.s.
私の家族では、自由な時間は、家族と一緒に過ごしている。	3.04±1.25	3.14±0.81	0.62	n.s.
私の家族は、お互いに密着している。	3.07±1.24	3.17±1.22	0.64	n.s.
家族で何かをするときは、みんなでやる。	3.05±1.29	3.03±0.92	0.86	n.s.
私の家族は、みんなで一緒にしたいことがすぐに思いつく。	2.47±1.06	2.43±1.07	0.77	n.s.
私の家族では、何かを決めるとき、家族の誰かに相談する。	3.38±1.19	3.09±1.17	0.20	n.s.
家族がまとまっていることは、とても大切である。	3.84±1.16	3.91±0.85	0.86	n.s.
適応性尺度				
私の家族では、問題の解決には子どもの意見も聞いている。	3.04±1.16	3.17±0.82	0.53	n.s.
私の家族は、子どもの言い分も聞いてしつけをしている。	3.38±1.20	3.31±0.96	0.73	n.s.
家族を引っ張っていく者（リーダー）は、状況に応じて変わる。	2.49±1.25	2.23±0.94	0.42	n.s.
私の家族では、問題の性質に応じて、その取り組み方を変えている。	2.99±1.14	2.89±1.18	0.70	n.s.
私の家族は、叱り方について親と子で話し合う。	2.26±1.37	2.40±0.98	0.19	n.s.
私の家族では、子どもが自主的に物事を決めている。	2.62±1.28	2.83±1.07	0.31	n.s.
家族の決まりは、必要に応じて変わる。	3.03±1.07	2.49±0.92	0.00	**
私の家族では、家事・用事は、必要に応じて交代する。	3.37±1.33	2.74±0.92	0.09	n.s.
私の家族では、みんなを引っ張っていく者（リーダー）が決まっている。	2.19±1.29	2.29±1.28	0.70	n.s.
私の家族では、誰がどの家事・用事をするか決まっている。	2.47±1.41	2.11±0.93	0.34	n.s.

Mann Whitney's U test , **: p<0.01 , n.s. : not significant

(3) 配偶者の有無別の凝集性と適応性の得点比較 (表 16)

配偶者あり 群の母親 (n=38) は 31.4±7.7、 配偶者あり 群の父親		表16 配偶者の有無別の凝集性と適応性の得点比較(N=109)			
		配偶者あり M±SD	配偶者なし M±SD	p	
凝集性尺度	母親(n=38)	31.4±7.7	母親(n=36)	31.5±6.29	1.62 n.s.
	父親(n=13)	30.5±5.2	父親(n=22)	33.2±6.7	0.42 n.s.
適応性尺度	母親(n=38)	27.8±4.5	母親(n=36)	27.4±4.8	0.09 n.s.
	父親(n=13)	25.2±3.5	父親(n=22)	28.6±3.0	0.04 *

Mann Whitney's U test , *: p<0.05 , n.s. : not significant

(n=13) 30.5±5.2、配偶者なし群の母親(n=36) 31.5±6.29、配偶者なし群の父親(n=22) 33.2±6.7 で有意差はなかった。

適応性は配偶者あり群の母親(n=38) 27.8±4.5、配偶者あり群の父親(n=13) 25.2±3.5、配偶者なし群の母親(n=36) 27.4±4.8、配偶者なし群の父親(n=22) 28.6±3.0 であった。父親に関して配偶者のあり群が「構造化」であるのに対して、配

偶者なし群の得点が高く「構造化」と「柔軟」の中間に位置しており有意差(p<0.05)が認められた。

牧野(1982)は、育児不安の程度に関連して、配偶者の存在が家族機能に影響を与えると示唆したのと同様に、本研究においても、父親は配偶者がいないことが適応性に影響を与えていた。

3) 凝集性と適応性との関連(表 17)

家族機能尺度の凝集性と適応性の関連、および家族機能と自尊感情との関連を調べたところ、正のかなり相関(r=0.48, p<0.01)がみられた。

4) 効果的家族機能の内訳

(1) 家族機能(凝集性)の性別毎分布(図 8)

凝集性に関して、母親では効果的凝集性である比率は、「分離」(23.0%)、「結合」(37.8%)を合わせて、45名(60.8%)であった。非効果的な凝集性である「遊離」(18.9%)、「膠着」(17.6%)を合わせて、27名(36.5%)であった。父親では「分離」(28.6%)、「結合」(40.0%)を合わせて24名(68.6%)が効果的凝集性に位置した。非効果的凝集性である「遊離」(20.0%)、「膠着」(11.4%)を合わせて、11名(31.4%)であった。

(2) 家族機能(適応性)の性別毎分布(図 9)

適応性に関して、母親では効果的適応性である比率は、「構造化」(37.8%)、「柔軟」(32.4%)を合わせて、52名(70.3%)であった。非効果的適応性である「硬直」(18.9%)、「無秩序」(10.8%)を合わせて、22名(29.7%)であった。父親では「構造化」(45.7%)、「柔軟」(28.6%)を合わせて26名(74.3%)が効果的適応性に位置した。非効果的適応性である「硬直」(9名 25.7%)、「無秩序」(0.0%)はなかった。

表17 凝集性と適応性との相関分析(N=109)

Measure	M	SD	1	2
1 凝集性	31.5	7.2	—	
2 適応性	27.3	4.5	0.486**	—

Spearman's rank correlation coefficient, **: p<0.01

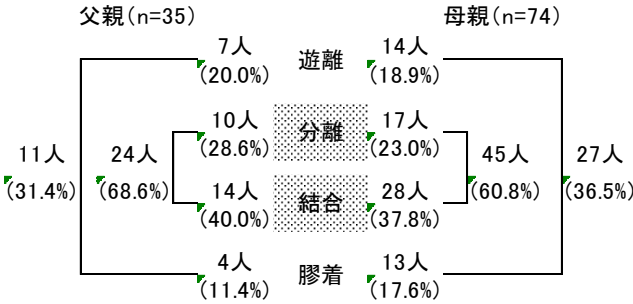


図8 家族機能(凝集性)の性別毎分布(N=109)

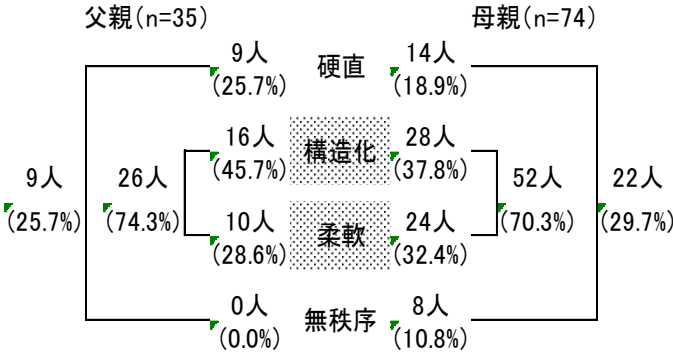
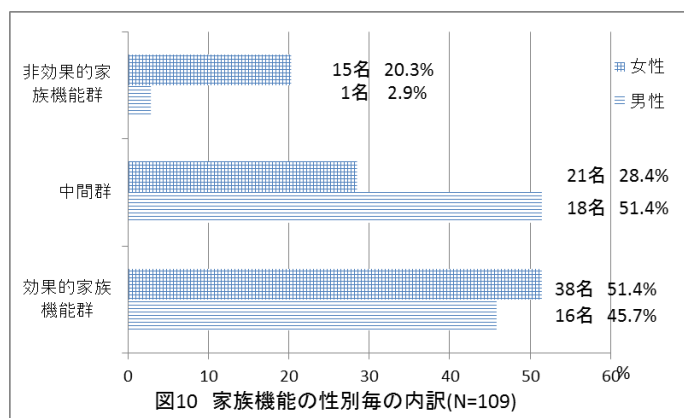


図9 家族機能(適応性)の性別毎分布(N=109)

（３）家族機能の性別毎の内訳（図 10）

家族機能の「凝集性」と「適応性」に関して、どちらも中庸に位置する場合は効果的に子どもへの支援が可能となる効果的家族機能群であり、どちらも過度に高い、あるいは過度に低い場合には問題を生じやすくする非効果的家族機能群となる。また、「凝集性」あるいは「適応性」のどちらか一方が過度で他方が中庸である場合には中間群となる。



性別毎に比較すると、女性（母親）では、効果的家族機能群は 38 名（51.4%）であり、中間群は 21 名（28.4%）、非効果的家族機能群は 15 名（20.3%）であった。男性（父親）では、効果的家族機能群は 16 名（45.7%）であり、中間群は 18 名（51.4%）、非効果的家族機能群は 1 名（2.9%）であった。

母親で最も比率の高かったのは、凝集性と適応性の両者が中庸で適切な機能を有している効果的家族機能群であった。ちらかが過度となる中間群はそれより頻度は少なく、両者が過度となる非効果的家族機能群が最も低かった。

父親では最も比率の高かったのは、凝集性または適応性のどちらかが過度となる中間群であり過半数を占めた。凝集性と適応性の両者が中庸で適切な機能を有している効果的家族機能群はそれより頻度は少なく、両者が過度となる非効果的家族機能群は 1 名のみであった。

5）「凝集性」と「適応性」とのコレスポネンス分析

家族機能「凝集性」の下位尺度「遊離」、「分離」、「結合」、「膠着」と「適応性」の下位尺度「硬直」、「構造化」、「柔軟」、「無秩序」の下位尺度をコレスポネンス分析にて布置図に示す（図 11）。

凝集性が過度に低い「遊離」と適応性が過度に低い「硬直」とは近い位置に布置された（円枠 1）。

適度な凝集性である「結合」「分離」と適度な適応性である「構造化」は近い位置に布置された（円枠 2）。

適度な適応性である「柔軟」は円枠 2 よりも次元 1 の正の方向に離れ、過度に高い凝集性である「膠着」は、

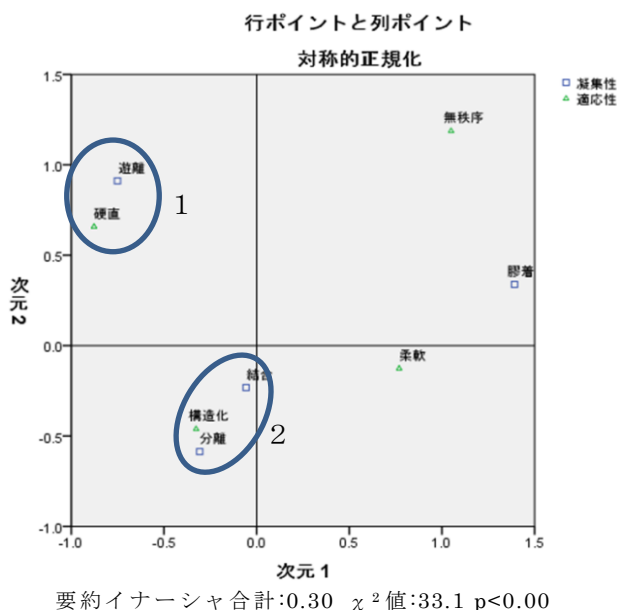


図 11 「凝集性」と「適応性」との布置図

「柔軟」よりさらに次元 1 の正の方向に離れた位置にそれぞれ独立して布置された。

凝集性は過度に弱い状態から適度な状態となり過度に強い状態に変化するにしたがって、次元 1 に対しては正の方向に順次配置され、次元 2 に対しては強まるのに従って正から負となり、さらに過度に強まると正の値を示す U 字状に布置された。

適応性は過度に弱い状態から適度な状態となり過度に強い状態に変化するにしたがって、次元 1 の正の方向に順次配置された。

過度に高い適応性である「無秩序」は、次元 1・2 とともに正の方向に独立して布置された。このことから、凝集性の低下状態と適応性の低下状態と、適度な状態とは似た特徴をもっているものの、凝集性と適応性が過度な場合にはそれぞれ特徴のある布置図となった。

6) 家族凝集性に関する多重ロジスティック分析

家族成員間の情緒的絆」と定義される家族凝集性は「遊離」、「分離」、「結合」、「膠着」で評価され、遊離と膠着では家族の機能度が極端に働くため、結果として家族に問題を生じやすくなるといわれ、分離および結合では、家族が最も機能的に働くといわれる。そこで、家族機能が効果的に働く分離・結合の群と機能不全に陥りやすい遊離・膠着群とをダミー変数化し多重ロジスティック回帰分析を行った。多重ロジスティック回帰分析の精度を高めるために事前に各変数との相関整数を確認し投入する独立変数を選択した。家族の凝集性を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析に結果は、表 18 の通りであった。

家族凝集性に関して、家族が最も機能的に働く「分離」「結合」の状態（機能的凝集性）と家族機能が極端に働き、結果として問題生じやすくなる「遊離」「膠着」（非機能的凝集性）があることが知られている。家族凝集性に相関関係が見られる変数から、家族の非機能的凝集性（「遊離」「膠着」）となる危険を予測する目的で、多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果、家族が機能的凝集性の状態から、「遊離」「膠着」といった非機能的凝集性状態と変化させる要因として「QOL (RP 日常生活役割機能:身体)」「主観的統制感 (I 自分自身)」「注意 (その他) の必要性の有無」が影響していた。「QOL (RP 日常生活役割機能:身体)」は得点が 1 点上昇するにしたがって、1.09 倍、非機能的凝集性に家族機能が陥る危険性を持っており、「主観的統制感 (I 自分自身)」は得点が 1 点上昇するにしたがって、1.20 倍、家族機能が非機能的状況（凝集性）に陥る危険性、「注意 (その他) の必要性の有無」には、17.89 倍、非機能的凝集性に家族機能が陥る危険性を持っていた。

モデル χ^2 検定は $p < 0.01$ で良好であり、各変数も有意 ($p < 0.05$) であった。Hosmer-Lemeshow 検定結果は $p = 0.80$ で良好であり、判別の中率は 65.1% と良好であった。実測値に対して予測値が $\pm 3SD$ を超えるような外れ値は存在しなかった。

表18 凝集性に影響する変数(多重ロジスティック回帰分析)(N=109)

	偏回帰係数	有意確立 (p)	オッズ比	オッズ比95%信頼区間	
				下限	上限
注意(その他)の必要性の有無(なし→あり)	2.88	0.00	17.89	2.59	123.60
主観的統制感(1自分自身)(1点)	0.18	0.00	1.20	1.08	1.34
QOL(RP 日常生活役割機能:身体)(1ランク)	0.09	0.01	1.09	1.02	1.16
定数	-7.93	0.00	0.00		

モデル χ^2 検定 $p < 0.01$

判別の中率: 65.1%

7) 家族適応性に関する多重ロジスティック分析

家族適応性（「状況的・発達のストレスに応じて、勢力構造や役割を変化させる夫婦・家族システムの能力」と定義される）は「硬直」、「構造化」、「柔軟」、「無秩序」に分類・評価される。硬直と無秩序では家族の機能度が極端に働くため、結果として家族に問題を生じやすくなるといわれる。構造化および柔軟では、家族が最も機能的に働く。そこで、家族機能が効果的に働く構造化・柔軟の群と機能不全に陥りやすい硬直・無秩序群とをダミー変数化し多重ロジスティック回帰分析を行った。多重ロジスティック回帰分析の精度を高めるために事前に各変数との相関整数を確認し投入する独立変数を選択した。家族の凝集性を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析に結果は、表 19 の通りであった。

その結果、家族が機能的適応性の状態から、「無秩序」「硬直」といった非機能的凝集性状態と変化させる要因として「注意の必要性（ディケア通所）」の必要性和介護負担感の下位尺度である「健康負担」、生きがい感の下位尺度である「現状満足」が影響していた。「注意の必要性（ディケア通所）」がない場合に比べて注意の必要性がある場合には、5.62 倍非機能的家族機能に陥る危険性を持っていた。介護負担感の下位尺度である「健康負担」は 1 点負担感が高まるにしたがって非機能的家族適応性に陥る危険性は 1.39 倍となり、生きがい感下位尺度の「現状満足」では 1 点得点が高まるに従って、非機能的家族機能に陥る危険性は 0.80 倍（「現状満足」得点が 1 点低下するに従って非機能的家族機能（適応性）に陥る危険性が 1.25 倍に高まる）となることが示された。

モデル χ^2 検定は $p < 0.01$ で良好であり、各変数も有意 ($p < 0.05$) であった。Hosmer-Lemeshow 検定結果は $p = 0.536$ で良好であり、判別の中率は 78.9% と良好であった。実測値に対して予測値が ± 3 SD を超えるような外れ値は存在しなかった。

表19 適応性に影響する変数(多重ロジスティック回帰分析)(N=109)

	偏回帰係数	有意確立 (p)	オッズ比	オッズ比95%信頼区間	
				下限	上限
注意の必要性(ディケア通所)の有無(なし→あり)	1.73	0.00	5.62	1.88	16.80
介護負担感(健康負担)(1点)	0.33	0.01	1.39	1.07	1.80
生きがい感(現状満足)(1点)	-0.22	0.01	0.80	0.67	0.95
定数	-0.03	0.98	0.97		

モデル χ^2 検定 $p < 0.01$

判別の中率: 78.9%

8) 母親の凝集性と適応性に関する多重ロジスティック分析

(1) 母親の凝集性に関する多重ロジスティック分析

家族機能「凝集性」が効果的に働く「分離」「結合」の群と機能不全に陥りやすい「遊離」「膠着」群とをダミー変数化し多重ロジスティック回帰分析を行った。多重ロジスティック回帰分析の精度を高めるために事前に各変数との相関整数を確認し投入する独立変数を選択した。家族の凝集性を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析に結果は、表20の通りであった。

モデル χ^2 検定は $p < 0.01$ で良好であり、各変数も有意 ($p < 0.05$) であった。Hosmer-Lemeshow 検定結果は $p = 0.996$ で良好であり、判別の中率は 74.3% と良好であった。実測値に対して予測値が ± 3 SD を超えるような外れ値は存在しなかった。

表20 母親の凝集性に影響する変数(多重ロジスティック回帰分析)(n=74)

	偏回帰係数	有意確率 (p)	オッズ比	オッズ比95% 信頼区間	
				下限	上限
注意の必要性(買い物)の有無(なし→あり)	-1.97	0.03	0.14	0.02	0.79
注意の必要性(ディケア通所)の有無(なし→あり)	2.11	0.01	8.27	1.65	41.51
主観的統制感(偶然)(1点)	0.34	0.00	1.40	1.15	1.70
定数	-5.78	0.00	0.00		

モデル χ^2 検定 $p < 0.01$

判別の中率: 74.3%

(2) 母親の適応性に関する多重ロジスティック分析

家族機能「適応性」が効果的に働く「構造化」「柔軟」群と機能不全に陥りやすい「硬直」「無秩序」群とをダミー変数化し多重ロジスティック回帰分析を行った。多重ロジスティック回帰分析の精度を高めるために事前に各変数との相関整数を確認し投入する独立変数を選択した。家族の凝集性を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析に結果は、表 21 の通りであった。

モデル χ^2 検定は $p < 0.01$ で良好であり、各変数も有意 ($p < 0.05$) であった。Hosmer-Lemeshow 検定結果は $p = 0.80$ で良好であり、判別の中率は 91.9% と良好であった。実測値に対して予測値が ± 3 SD を超えるような外れ値は存在しなかった。

粗暴な言動に対して注意の必要性を感じている母親の適応性の分布は図 12 の通りであった。粗暴な言動に対して注意を必要とする場合には、母親の適応性は非効果的適応性である硬直となり、効果的適応性である柔軟、構造化となりにくい結果であった。

表21 母親の適応性に影響する変数(多重ロジスティック回帰分析)(n=74)

	偏回帰係数	有意確率 (p)	オッズ比	オッズ比95% 信頼区間	
				下限	上限
注意の必要性(粗暴な言動)の有無(なし→あり)	8.96	0.00	7812.89	15.61	39092.67
抑うつ度(1点)	-0.24	0.03	0.79	0.63	0.98
ストレス度(自律神経症状)(1点)	-2.17	0.00	0.11	0.03	0.44
介護負担感(健康負担)(1点)	0.67	0.03	1.95	1.08	3.53
生きがい感(現状満足)(1点)	-0.41	0.02	0.67	0.47	0.95
社会機能(日常生活)(1点)	-0.32	0.00	0.73	0.59	0.89
QOL(体の痛み)(1ランク)	-0.16	0.04	0.85	0.73	0.99
定数	31.80	0.00			

モデル χ^2 検定 $p < 0.01$

判別の中率 : 91.9%

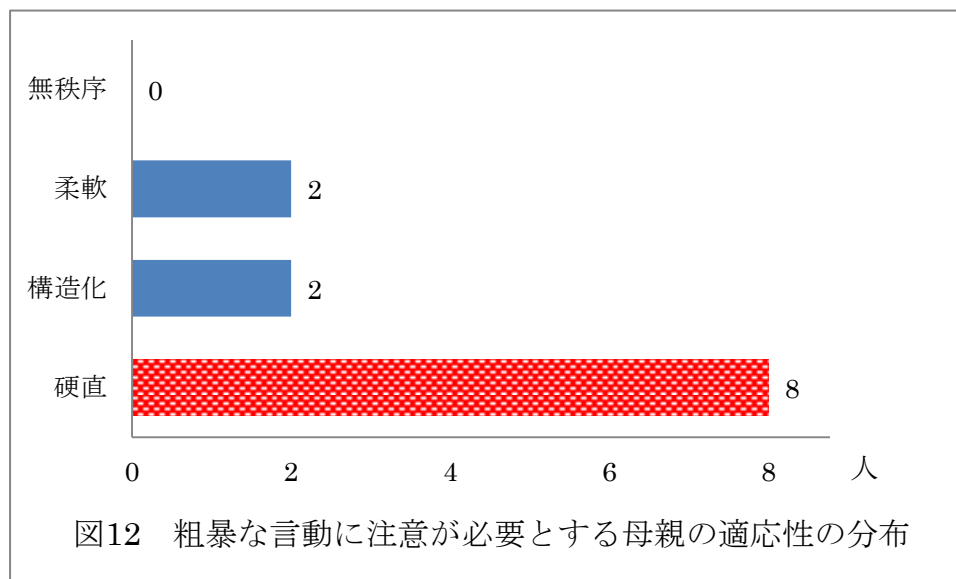


図12 粗暴な言動に注意が必要とする母親の適応性の分布

(3) 父親の家族機能「凝集性」と「適応性」に関する他縦ロジスティック分析
母親と同様に、父親の家族機能「凝集性」が効果的に働く「分離」「結合」の群と機能不全に陥りやすい「遊離」「膠着」群とをダミー変数化した多重ロジスティック回帰分析と「適応性」が効果的に働く「構造化」「柔軟」群と機能不全に陥りやすい「硬直」「無秩序」群とをダミー変数化し多重ロジスティック回帰分析を行った結果、有意な変数は抽出されなかった。

4. 小括

a) 統合失調症者家族の生きがい感について

統合失調症の子どもを持つ親の生きがい感を一般成人との比較からその特徴を述べ、父親と母親との生きがい感を比較し性別毎の特徴を述べ、生きがい感の経年変化、生きがい感とストレス要因との関連について小括する。

(1) 統合失調症者の親の生きがい感の特徴

① 生きがい感得点の分布について

生きがい感尺度とその下位尺度得点の分布は、正規分布には従わなかった。つまり、統合失調症を持つ子どもを支援する親の生きがい感は、統合失調症者家族という特定の環境の中で一定平均値を持ち、両端に行くほど度数が低くなる分布状態を示す性質のものではなく、親年齢や子供の年齢、病状や疾病の経過年数などの要因や、福祉資源の活用程度の外的要因など、置かれた状況によって多くの要因の影響を受けて増減して、個人差が拡大する性質を持つと考えられた。

統合失調症の子どもを支援する親の生きがい感得点を一般成人と比較すると、男女ともに一般成人より低い傾向にあり、標準偏差は拡大傾向にあった。このことは、統合失調症の子どもを支援する親は、生きがい感を得ている親と得られない親とが存在して、その差が大きいことを示している。したがって、子どもへの支援を通して生きがい感を強く感じている親は一般成人よりも強く生きがい感を感じている可能性がある一方で、生きがい感を得られない親の生きがい感は、極端に低い状況におかれていると推察された。

② 生きがい感得点の性差について

生きがい感得点の性差を比較すると、一般成人では男性よりも女性の方が生きがい感が高いことが知られている（近藤、鎌田、2004）。本研究の対象者においても同様であり、男性よりも女性の生きがい感が有意に高い傾向にあり、生きがい感の下位尺度である意欲も同様に女性の方が有意に高かった。

この結果は、母親が統合失調症を持つ子どもへの支援に際して日常的に行っている行動の内容や関わりの在り方に、生きがい感や意欲を高めるような行動が含まれていて、その行動や関わりの結果として生きがい感と意欲の向上へとつながっていると推察された。生きがい感尺度を構成する設問を見ると、女性より男性が有意に高い得点だったのは、人生享楽の設問「好きなものを飲んだり食べたりする機会をよく持っている」であり、これは欲求の充足行動と考えられ、他に存在価値の設問「私は課せられた役割をよく果たしている」という自分自身の役割遂行能力、意欲の設問「私は物事にやる気を持っている」、「わたしには目的があり、達成したいことがある」、「何事に対しても積極的に取り込んでいこうと思っ

ている」、「夢中になって好きなことをしていることが良くある」、「私は現在自分の能力を精一杯発揮している」という目標への能力発揮と言える内容であった。

以上の事から、女性の方が生きがい感が高い理由として考えられるのは、趣味や自分の娯楽的な行為を大切にしており、男性より女性の方が毎日の生活の中で、親として子どもへの細やかな支援と、生活者としての自分自身の趣味などの楽しみとの双方を大切にしているためだと推察された。

これらから医療者として親への生活について指導する際には配慮が必要である。親として献身的に子どもへの支援を一心不乱に没頭することは重要であるが、それだけを重視するのではなく、生活者としての親自身の趣味や娯楽、楽しみなどの気分転換となる行動を大切にすることが必要である。親が自分自身の生活を大切にすることがそのことが結果として、子どもを支援する親自身の活力源となって積極的に子どもと関わり合うことができ、生きがい感をもって子どもへの支援を継続する力となる。これは、特に生きがい感の低い傾向がみられた父親に対して伝えることが必要だと考えられた。

（２）親の生きがい感の性差

父親と母親の生きがい感と下位尺度をそれぞれの年代毎に比較したところ、父親では、生きがい感と各下位尺度に有意差はなく、年代によって生きがい感に変化はみられなかった。一方、母親は年代を重ねるにつれて現状満足感と存在価値が有意に高まっており、父親と母親とでは生きがい感に性差があることが明らかとなった。この結果は、統合失調症者の家族の心理状態には、家族の性別により差が見られたとの報告（Magliano, 2003）を支持するものであった。

本研究における父親と母親との性差の理由として考えられることは、母親は家庭内において、炊事や洗濯などの日常生活を通して、子どもと強く関わりあっていることが考えられる。毎日の炊事、掃除など日常的な生活動作や家庭内の作業を一緒に行うことは、統合失調症を持つ子どもとの会話の機会となり、関わる機会となり、関わりを継続する理由となる。母親が子どもと一緒に家事を行うことが、同時に子どもの ADL における自立訓練となり、母親自身が得意とする家事を一緒に行う機会を通して、家庭内における母親自身の存在価値を感じ取ることにつながる。また、毎日の訓練の結果、子どもが少しずつ炊事や掃除などの日常生活動作が自立に向けた成果が確認できた場合には、母親として関わったことの意義を確認する機会となる。そのために、子どもが統合失調症を持っているという事実があるとしても、母親としての存在価値を肯定的に捉えることができ、徐々に現状への満足が高まると考えられた。

また、母親が家庭内で子どもと関わり合える主たる ADL は家事である。子どもの家事への関わりは、自立した生活への能力向上に直結している。子どもの家事への能力向上は、母親にとってそれまで気付かなかった子どもが保有する能力を確認することとなり、子どもの日常生活動作の成長を確認できる機会となる。子どもが保有する能力を確認することと成長への実感に関わりを通して確認することは、母親にとっては、自分自身の存在価値を確認することとなり、さらに高い能力を獲得できるよう関わりを続ける意欲へとつながるものと考えられた。

このように、母親は子どもへの日常生活を通じた関わりが、子どもの自立を促すケアとなり、子どもの自立的な行動獲得からそのまま母親自身の成長を感じ取ることができ、自分の存在価値を感じ取ることから生きがい感を高めていると推察された。

これに対して父親の生きがい感と子どもとの関わりについて比較してみる。岩崎ら（2013）は、統合失調症の子どもを支援する父親の特徴について、母親とは異なる責任感を持って子どもと接しており、家族や周囲の人々と少し距離を置き、間接的に子どもの日常的ケアを行っていること、父親が子どもに対して考える程度と、母親が考える程度にはズレがあること、また、父親は自分の感情を表出することが少なく、専門職ともつながりにくい傾向があるため、母親や専門職に理解してもらう必要があることあり、したがって父親がケアされる場の提供が望まれることを指摘している。

父親は日常的な家事で子どもと関わり合うことは少なく、会話の内容は家事よりも、家庭外での就労やディケアや作業所などが話題の中心となり、家庭内の日常生活において子どもの ADL 向上に直結するような関わりを持つことは難しいと考えられ、このことが、父親が家庭内において距離を置き、母親の考えとの間にズレが生じる理由だと推察された。この意味において、父親は家庭内において父親として、家庭内で期待されている役割、果たすべき役割を遂行できず、父親としての存在価値を見出すことができないために、現状にも満足できず生きがい感が高まらないと考えられた。

実際に父親が家庭内で行っている支援として考えられることは、例えば子どもが定期的な外来受診を嫌がっている場合の誘導などが考えられる。この場合も、父親は子どもの自立を目標として受診の誘導をするが、直接的に子どもの自立へはつながらずに病状悪化を予防する消極的な自立の意味しか持たない。また、受診を嫌がる子どもを誘導したからといって、父親として子どもから感謝されることはなく、父親として果たした役割を肯定的に意味づけることは難しいことも、生きがい感が向上しない一因と考えられた。

Frankl(1947)が著書の中で人間の心がストレスに耐えられるのは、「精神的な支え(ハルト)を与えること、生きていることに内容(インハルト)つまり意味を与えること」だと述べ、人間の行動は「意味」に向けられて価値を見出すことの重要性を自らの体験を通して述べている。ドストエフスキー（1973）も同様に、強制された苦役であっても、目的のある仕事、自分の働く意味を見出せる仕事に耐え得るが、無目的の作業は耐えることができないと指摘しているように、父親は子どもへの支援から果たして、自らの目的や意味を見出し得ているであろうか。母親である妻や医療者など、誰からも褒められ評価されたり、理解されることがない状態にあれば、生きがい感の高まりは期待できない。父親が子どもの自立への援助となっている意味を見いだせないことが、父親の生きがい感の向上を妨げている要因だと考えられた。

岩崎ら（2013）が述べるように、父親へのケアが必要だと考えられる。父親にケアが提供されることによって、父親による子どもへの効果的な支援を可能にし、父親の生きがい感を高めることが可能となる。

具体的に父親への支援として考えられることは、父親が実施して活動に対して、肯定的に評価して支援行動の「意味」を医療者が伝えることであり、Frankl(1947)が述べたように父親としての「意味」を見出し得るような助言が必要だと考えられた。

また、父親自身が果たすべき役割とは具体的にどのような行動であるのか、その行動はどのような結果が得られた場合に目標が達成できたと考えられるのか、目標が達成できている場合には、父親自身の尽力の結果として成果が上がっていることを言語的に伝え肯定的に評価を与えることが必要である。現在の状況は物事が順調に進んでいるといえるのか、順調でないとするれば、父親としてどのような行動をとることが必要なのかと言う事を理解しやすく説明することや、父親の支援が果たしている役割、貢献度の高さなどを伝えることが必要だと考えられた。そのことによって、父親自身の自己効力感、自尊感情が高まり、創造性とやり甲斐をもって子どもの支援を継続することが可能となると考えられる。

加藤（2012）は、普通の人々も日々の暮らしの中で何らかの創造性を発揮し、生きる上での駆動力としていることを指摘し、日常生活における創造性は、様々な困難に直面する中で、これを跳ね返し、克服していく力と密接につながる営為だと述べた。

統合失調症の子どもを支援する際にも、父親としていかに創造性を発揮して関わる事ができるか、あるいは生活者としての親自身の生活の中で、いかに創造的に親自身の生活を楽しみ、状況を克服していくのか、そのような対処ができるように医療者が親を支援すること、父親と母親の互いの理解が深まるように橋渡し役となることが必要だと考えられた。

（３）子ども年齢・親年齢と生きがい感の変化について

本研究では、親の年齢と生きがい感得点との間には正の相関関係があり、子どもの年齢と家族の生きがい感との間にも正の相関がみられた。つまり、統合失調症者を支援する親の年齢と子どもの年齢が高くなるのに伴って、親が感じる生きがい感が高くなることが明らかとなった。これは、近藤（2007）は、生きがい感とは男女ともに高齢になるほど体力と気力が低下するために低下するという報告とは異なる結果となった。

本研究の対象となった親の生きがい感も加齢とともに低下するものと考えられるが、逆に加齢とともに生きがい感が高くなったことは、統合失調症の子どもを支援する親であることに関連した何らかの要因が影響を与えたために、加齢とともに生きがい感得点が高まったと考えるべきである。

統合失調症者を支援する親の生きがい感が加齢にともなって高まるとしても、それは、単に時間の経過とともに自然と高まるとは考えられない。そこで関連する要因について考察する。年代別の生きがい感得点と標準偏差を見ると、年齢の若い群では生きがい感得点が低く、中間群では生きがい感若年群よりも高くなり、標準偏差が拡大する傾向がみられた。年齢の高い群は、若い群・中間群より生きがい感が高く標準偏差が縮小する傾向がみられた。このことから、統合失調症者を支援する若い群の生きがい感とは低下していると考えられた。しかし、生き

がいを高める要因が得られた親の場合には、時間の経過に伴って生きがいは高まり、高める要因が得られなかった親の場合には、時間の経過に伴って生きがいは低下し、加えて加齢や介護負担等の影響から更に低下するために標準偏差が拡大すると推察された。

年齢の若い頃には環境に依存せず同程度の生きがい感であったとしても、その後、年数を経ることによって親の置かれた状況や子どもの症状、福祉サービス等の要因に影響を受けて、生きがい感が高まる群と低下する群へと、大きく変化するものと考えられた。年齢の高い群において標準偏差が縮小していることは、年齢を重ねることや時間が経過することによって、統合失調症の症状が安定化したり、子どもとの相互作用の中で生きがい感を得られるようになり標準偏差が縮小し、生きがい感が高まることが推察された。

以上の理由から、統合失調症の子どもを支える親の生きがい感は、年数を重ねることによって徐々に高まるものと推察された。しかし、若い年齢の親では、特に生きがい感が低いことから、疾病が発症した早期から心理的なサポートなどの支援が必要だと考えられた。仮にサポートが得られず、家族員が孤立無援の状態で状況に対処を試みた場合には、その後の生きがい感は低いままに維持されると推察された。

同様に、年齢の中間群に生じている標準偏差の拡大傾向は、発症直後からの医療者等からの支援や福祉サービスの利用など、受けた援助の内容とその充実度によって生きがい感に影響を与え、長期的な経過で比較した場合に、生きがい感が高い親と低い親との差となって現れると推察された。

（４）父親の生きがい感の特徴について

①父親の生きがい感と自尊感情との関連

重回帰分析の結果、父親の生きがい感に影響を与えている要因として、父親のみに自尊感情の高さが影響を与えていた。自尊感情とは他者と比較して優越感や完全性を感じるのではなく、自分自身の価値基準に照らして自分自身を大切にでき、自分を価値のある人間だと尊重できることである。父親の自尊感情の高まりは、父親自身の生きがい感を高めることに直結していると考えられ、父親の自尊感情の高まりは、生きがい感の向上にとどまらず、父親が子どもへの支援に自信を持って関わり合うことを可能とし、多少の困難があってもくじけない力であるレジリエンスを高めることにつながることを期待できる。

しかし、自尊感情は自然と高まるものではなく、子どもや家庭、医療者などの関係の中で徐々に高まると考えられる。父親の自尊感情を高めるためには、日常的に父親が子どもとの関わりを通して実施している支援に対してどのような効果が期待できるのかを言語的に説明し、肯定的な評価を与えることや、実施できない内容について相談に乗り、助言し、共同してどのような工夫をしたらできるのかについて一緒に考え、方略を探ることが必要だと考えられた。

②父親の生きがい感と主観的統制感との関連

主観的統制感とは、自分自身が現在の事態を変え得る能力を有しているとの認知である。

母親では、主観的統制感の下位尺度である「超自然・報い」、「医師などの専門職」「暖かな家族や身の回りの人達」が生きがい感を高める影響を与えていたのに対して、父親では「暖かな家族や身の回りの人達」への主観的統制感、母親とは逆に生きがい感を低下させる影響をもち、「自分自身」への主観的統制感、生きがい感を高める影響を与えていた。

このことは父親が、自分自身には現在の事態を変え得る能力を有している、もしくは、有することが必要だと考えているものと推察された。

自分自身には事態を変え得る能力があるとの主観的統制感の在り方は、状況によって、子どもへの支援に効果的である面と逆に効果的ではない面があるものと考えられる。

効果的である良い面として考えられるのは、自分自身の能力を信じていることができ自尊感情の高まりが期待できることである。自尊感情の高まりから子どもへの支援に対して積極的に取り組みが起こればと考えられる。しかし、岩崎ら（2013）が、父親は自分の感情を表出せず、家族や専門職と少し距離を置き、母親とは異なり間接的なケアを行っており、その行動は理解され難いと指摘しているように、父親が自ら状況を変えうる事態として想定されることは、例えば、外来受診やディケア通所を拒む場合や怠業の場面での介入など、母親や医療者との共同作業を前提としないような限られた場面である。

自分自身への主観的統制感が高いことの良い面として、主体的に取り組むことができる一方で、ややもすれば独りよがりな行動へと発展する危険性を含んでいると考えられた。

これに対して自分自身への主観的統制感が強いことの効果的でない面として考えられることは、自分自身を信頼しているのに比較して、医療者や家族同士などを信頼して頼ることができなくなる可能性を持つことである。結果として、医療者や家族に頼らずに自分一人で対処を試み、無理を強いて結果的には子どもへの悪影響となることが考えられる。

家族が医療者やピアサポートを信頼できないことの理由は、強い困難を感じて高 EE になっていると推測される（鈴木ら、1997）。したがって、主観的統制感が強く自分自身で対処を試みがちな父親に対するサポートとして、単独で問題を解決を図ることに起因する新たに想定される問題点と、問題が発生した場合の応急的な対処法、問題発生時の医療者との連絡方法などについて事前に説明すること、医療者は父親を中心とした家族との信頼関係の構築や治療への共同意識を構築することが必要だと考えられ、そのために、父親なりの判断や努力に対して尊重し心理的に支持する姿勢が必要だと考えられた。

③父親の生きがい感と QOL との関連

父親の QOL(身体機能・社会生活機能)は生きがい感を高める影響を有していた。父親として統合失調症を持つ子どもへの支援の中心となる関わりは、外来受診やディケア・作業所への通所などが考えられる。身体機能、社会生活に関する QOL が高いことは、医療者との治療協力において、適切に遂行でき子どもの病状の安定に寄与することとなる。このように、医療者との協力や子どもや母親への支援する役割を果たしている事実の積み重ねが、父親の生きがい感を高めることに影

響していると考えられた。

④父親の自尊感情と随伴経験との関連

親の生きがい感に自尊感情の高さが影響を与えていた。自尊感情とは自分自身の価値基準に照らして自分自身を大切にでき、自分を価値のある人間だと尊重できることである。また、自尊感情は、日常生活における自分の努力がその努力に見合うだけの成果につながっているという随伴経験が自尊感情を高めることが明らかとなっている（豊田，2006）。統合失調症者を支援する父親の生きがい感に自尊感情が影響していたと言う事は、父親が毎日の関わりのなかで行う支援への努力の成果として目に見えるという現れる随伴経験が報酬となって父親の自尊感情が高め、父親の生きがい感向上へと影響したものと考えられた。

父親が高い自尊感情を持つことが、子どもや家庭に関連する将来への不安を抱えながらも、子どもや母親を支援する力となり、さらに生きがい感を高めることにつながっていると考えられた。

しかし、牧ら（2003）は随伴経験の効果について、自分の努力がその努力に見合うだけの成果につながっていないという非随伴経験の原因を内的に帰属することによって学習性無力感が増すことの重要性を指摘している。つまり、親としての努力の成果として現状に良い方向に向かっている随伴経験があったとしても、その成果を自分の努力の成果と帰属しない場合には、随伴経験によって生じた喜びや生きがい感を今後の支援に活かすことにはつながらず自尊感情や生きがい感が高まることも期待できない。

統合失調症者を支援する親にとって、子どもに現れた変化が医師の治療に基づく変化なのか、親による毎日の関わりや援助の効果なのかを判断することは難しい。子どもに現れた良好な変化が果たして、医療者による治療のおかげなのか、それとも親自身の支援の成果なのかに関して、医療者からの客観的で医学的な肯定的フィードバックが親にされることが必要である。医療者からの客観的なフィードバックが親に与えられることによって、はじめて親自身が、日頃の支援の成果であり好影響を与えたのは親自身の力であることを認識し、その体験が随伴経験となって生きがい感や自尊感情を高めることにつながるものと考えられた。

（５）母親の生きがい感と介護負担感・ストレス度・抑うつ度との関係

母親の生きがい感への影響を調べた重回帰分析の結果、介護負担感（経済負担、患者負担）やストレス度（自律神経症状）、QOL（体の痛み）、抑うつ度の高さが生きがい感を高める影響を与えていることが明らかとなった。一般的に、私たちが日常生活を送る上で高いストレス状態や介護負担感が大きく、QOLが悪いことは生きがい感を低下させる要因だと認識していることから、ストレス度は低く、介護負担感は少なく、QOLは高い方がより生きがい感をもって子どもへの支援に取り組むことができ、毎日快適に過ごすことができると考えている。しかし、得られた結果は逆であり、統合失調症の子どもを支援する母親にとっては、ストレス度が高いことがそのまま生きがい感を低下させることには結びついていないという結果であった。

母親の介護負担感、ストレス度、QOLが生きがい感に影響を与えていた。いず

れも通常は心理的負担を強めると考えられる要因である。しかし、母親自身が身体的・心理的悪条件の中にあることを認識し、それにもかかわらず、統合失調症をもつ子どもへの支援ができていたり、その成果として、子どもの病状の安定や地域での生活の維持に寄与できていると認知できることが母親の生きがい感を高めていると推察された。

同様に抑うつ度の高さや QOL の低さが生きがい感を高めていた。一般的には矛盾するように考えられるが、抑うつ度が高まり、QOL が低下することで、子どもの将来への過度な期待値を低下させ、一時的に保留として現実的に達成可能な期待値を目標に設定することにより、子どもや現在の状況に見られる、少しの変化が喜びをもたらす生きがい感を高める効果をもつと推察された。

抑うつ度が強いこと QOL (体の痛み) が悪い方が生きがい感を高めていたことは、統合失調症をもつ子どもの母親の生きがい感を理解するには重要なポイントだと考えられた。

母親の抑うつ度が高い場合や体の痛みが強いことは、そのこと自体が親にとって非常につらい状況だといえる。ましてや統合失調症の子どもを長期にわたる支援がもとめられている親の場合には、抑うつ度が高い場合には、生きがい感を低下させると考えられた。しかし、QOL(体の痛み)は生きがい感を高める影響を与えていた。このことは、高橋ら(2003)は、自分自身の主観的健康感には、疾病や疼痛よりも反映されることを指摘していることをふまえて考察すると、子どもとの関わり合いなどから状況に好影響を与える行動ができていたりすることへの自覚などから自分自身への健康感を感じ取ることによって、疾病や疼痛があったとしても、過剰に囚われることなく子どもと関わり合うこととなり、疾病や疼痛をもちながらも活動できていることが、自分自身の健康状態と行動に自信と生きがい感を与えているものと考えられた。

介護負担感に関して櫻井(2013)は、自らの体験を通して、支援は一方的に支援者から被支援者に与えるものではなく、被支援者がどういう人生を生きたいと思っているかを一番大事にして、支援者が被支援者の身になって考え、実現することが重要だと述べて、更に、支援者が非支援者と同じ視線に立った時には、支援者である自分が実は、非支援者から支援されていたことに気づくと述べている。川添(2007a)が、現状への視点を変えることを契機に認知が大きく変化すると述べたように、現在の状況には何ら変化がみられないにもかかわらず、視点を変えることによって、それまで大きな心理的負担であった要因を生きがい感を導き出す力と換えている。

櫻井(2013)は、認知の変化により、それまで「ケアを与える優位な私」の視点から、「互いのために生きている私達」という視点に変化したと述べている。

状況そのものには、何の変化もないにもかかわらず、視点が変化して認知が変わったことにより、両者には上下関係がなくなり、共に与えあう対等な関係へと変化することを示唆している。

精神障がい者をケアする家族についても、同様のことが示唆される。現在の子どもが抱えている障害そのものに大きな変化がみられなくとも、家族の子どもをみる視点の変化によって、家族自身の認知の在り方が変化して、家族が一方的に

ケアを与え続けることの心理的負担や苦悩に「互いのためにケアし合っている私達」というように、何らかの改善が期待できると考えられた。

神谷（1980）は、生きがい感を得られる変化や驚きの材料は、私達を取り巻く自然界に数多く存在していることを指摘し、細やかな感性を持った人は、普通は見逃されてしまうようなささやかな事柄の中に生存充実感を求めることを可能とし、「記憶」と「想像力」が現在を「現在」以上に充実させると述べている。

高い介護負担感や QOL の悪化など、いずれも母親にとって辛い状況である。しかし、一般的に辛いと感じられる状況であっても、母親でなければ理解できない深い悲しみや辛さがあるのと同じように、母親でなければ理解できない充実感もあるものと推察される。

高橋ら（2003）は、疾病や痛みよりも主観的健康感が身体的な痛みや負担感があつたとしても健康度に優先されると述べているように、心理的な介護負担感や抑うつ度、QOL などの悪化以上に、母親は子どもとの関わりの中で主観的健康感を感じ取り、子どもとの関わりの中で達成観や生きがい感を得られていることが推察された。

（6）親としてのアイデンティティと生きがい感の獲得について

統合失調症の子どもを支援する親にとって、年齢を重ねることは、同時に子どもがもつ統合失調症の病状や対処方法への理解を深める過程でもある。上田（1990）は、生きがい感とは、生きるに値する生き方であると述べ、生きがい感が成立する条件として、①生きる目標があり、目標に向かって全力を傾倒すること。②社会において不可欠の存在であり、一定の役割を果たしつつあるとの自覚のあること。③自己の存在が自己の価値観と一致し、それに支えられていること。④アイデンティティが確立された自己の行動や態度が自己の主体的意思や願望と一致した形で表現できることを挙げている。

上田が示した条件を統合失調症者の親に照らし合わせてみると、一般的に親は子どもの独立とともに子育てという目標を達成し、人生において新たな目標を見出すことは難しいと考えられるが、統合失調症の子どもを支援する親は①統合失調症をもつ子どもを支えるという生きる目標があり、それに全力を傾倒している。②地域生活では、統合失調症者自身と親が協同して試行錯誤しながら地域に適応しようと努力している。子どもの地域生活を支える役割を果たせるのは、親以外にはないことから、子どもにとって親の存在は不可欠であることへの自負を持っていると考えられる。③統合失調症を持つ子どもをもつ親として、子どもの自立を支援することが、親としての役割であり自己の価値観と一致する。④統合失調症を持つ子どもを支えたいという親としての願望や意思、行動が一致している。以上のことから、統合失調症者の親は、上田が示した生きがい感を持つ条件を満たしている。したがって、統合失調症の子どもをもつ親は、親自身のアイデンティティとしての生きがい感は年齢と共に高まり、時間の経過に伴って高まると考えられた。

また、生きがい感に影響を与える要因は、生きがい感の多様さを考慮すると一つと限定せず、複数の要因について検討することが必要である。親の置かれた困

難状況や子どもの統合失調症の症状、福祉サービスの利用状況などの多くの要因に影響を受けると考えられた。Magliano (2002)らの統合失調症者家族の心理的負担に関する調査で、統合失調症者の障害の程度と躁的攻撃性とは親の心理負担に関係し、心理的負担の軽減には医療の専門家や社会的ネットワークからのサポートを受けることが有効であったと述べている。

親の生きがい感を高めるためには、上田 (1990) が述べている親のアイデンティティの確立や自助努力のみによって生きがい感が高まることを期待することはできない。医療者などの専門家や地域のネットワーク、家族会等のサポート、つまり、家族外からの心理的、社会的サポートが不可欠だと考えられた。

(7) 親の生きがい感に影響する未来志向性と現実志向性

神谷 (1980) は、希望を鍵概念として生きがい感が未来志向性を持つことを指摘している。また、生きがい感尺度には「私は将来に希望を持っています」という未来志向性を持つ質問が準備されており (近藤・鎌田 ; 1998)、生きがい感とは「未来志向性」を伴うものと考えられる。さらに神谷 (1966) は、未来が希望の光に輝いている時、過去にどのようなことがあったとしても、現在がどんなに苦しいものであっても、すべてはこれからだという期待と意気込みで心に張りを持って生きることができると主張し、現在の幸福と未来の希望とのどちらが人間の生きがいにとって大切かといえば希望であると述べている。

もし仮に、統合失調症者の親が 20 歳代の若い親であれば、過去の重い荷物に制約されることはなく未来に目を向けることが可能であろう。しかし、現実に関統合失調症の子どもを支援する老年期に当たる親にとって、将来の希望を多く抱くことが可能であろうか。確かに、統合失調症の子どもを支援する親にとって、身近な生活における近い未来への希望、例えば、子どもが一人で買物に行くことができる等であれば、誰でも抱くことができても、もっと遠い大きな未来を夢、現在の困難に耐える力となるような未来への展望、例えば、統合失調症をもつ子どもが将来結婚をして幸せに生活したり、就労して自立した姿を見たいという欲求を持っている (川添、2007a) もの、それを、明るい未来展望として希望を持つことは難しい。希望としてそのまま心に留めながら、現実を基準にして未来への希望を持つことが大切である。

しかし、熊澤 (2005) によれば、生きがいの源泉の中心は、その人が現在行っている活動に関係すると述べ、未来志向性は生きがい感に直接結びつかないことを指摘し、未来志向性は、生きがい感に直接影響するのではなく、関連する要因の一つと主張している。

このことをバンデュラとシャンクの研究 (岡本、深瀬 ; 2013) から考察を加える。バンデュラとシャンクは、近い目標グループと遠い目標グループ、統制グループとで成績を比較した結果、何の介入もしない統制グループよりも遠い目標グループの方が成績と自己効力感が高まり、近い目標グループでは他の 2 グループよりもさらに成績と自己効力感が高まったことを報告している。この報告を本研究対象者に当てはめると、統合失調症の子どもを支援する親にとって、遠い未来の希望を持ち続けることは生きがい感と自己効力感を高め維持するために必

要である。しかし、遠い未来の希望に到達するためには、現在の近い達成可能な目標、具体的にはごく小さな成功体験や子どもの些細な回復の兆し、医療者からの何気ない肯定的フィードバックなど、あるいは、自分の楽しみにしている娯楽などへの参加など、ごく近い身近な小さな目標の達成に着目して、小さな成功体験を積み重ねることが近い目標達成であり、小さな目標達成の積み重ねの結果として遠い目標に到達する道であると認識することが必要だと考えられる。

生きがい感が有意に高かった女性では「今やり甲斐のあることをしています」、「夢中になって好きなことをしていることが良くあります」、「私は現在自分の能力を精一杯発揮しています」、「私は何事に対しても積極的に取り組んでいこうと思っています」などの項目得点が高かったことから、統合失調症者を支援する母親には、遠い未来にある未来志向性への期待を持ちながらも、同時に現在の生活に根差しながら現在の生活への期待を持ち、その延長線上に想定される想像可能な近くて具体的な未来を志向しつつ、その未来に向けて努力で来ている自分の姿と子どもの姿をイメージすることによって生きがい感を高めているものと推察された。また、生きがい感に関する質問のうち母親が高得点であったのは、「自分の趣味や好きなことに出会えることが良くあります」があった。子どもとも関わりのなかから、自分の生きがいとなる行動を見つけたり、同じ境遇の親同士との関わりから得られた出会いを通して生きがい感へと繋げていると伺われた。

また、このような小さな成功体験の積み重ねが得られない場合には、どう頑張っても無駄という学習性無力感の心理状態となり、子どもへの何の支援もできなくなり、親自身の生きがい感も得られなくなると考えられる。

医療者の支援の在り方として、親が子どもの将来の目標を設定する際には、遠い将来の大きな夢を考慮することによって、動機づけを高め困難に耐える力にすることと並行して、実現可能でごく小さな子どもへの願いを設定することで日々の関わりの成果を確認し、小さな目標が達成できたことを喜べるのが大切だと考えられた。また、親の毎日の生活の中で喜びを味わえる行動を行うことをすすめるのが大切だと考えられた。

b) 統合失調症者家族の家族機能

統合失調症の子どもをもつ親の家族機能について、乳幼児を養育する親の家族機能の比較、家族機能の下位尺度「凝集性」と「適応性」との関連、母親と父親との違いや特徴、親の家族機能に影響を与える要因について小括する。

(1) 家族機能尺度の各質問項目の性差について

家族機能の各質問項目に関する性差では、「家族の決まりは必要に応じて変わる」では母親が父親より柔軟に物事に適応させることで対処していた。つまり、父親は問題が発生した時に柔軟に対応することができないために、不適切な行動をとりがちだといえる。それに対して母親は、問題に適応するために柔軟に行動を変容させることはできるものの、過度に適応を図ることによって、無秩序となる危険を含んでいる。無秩序など、過度な家族機能は、結果として問題を発生させることが想定された。

家族機能の性差に関して、有意差はみられなかったが、配偶者の有無による性差では、母親は配偶者の有無によって差がなかったのに対して、父親では配偶者なしの場合に適応性が有意に高まっていた。これは、母親は統合失調症者の援助に際して父親の影響をあまり受けることなく家族機能を遂行していると考えられるのと同時に、父親は配偶者の有無によって影響を受けやすいと考えられた。このことは、父親は配偶者を有する場合には母親に依存し、父親なりに努力はしているものの、対処するために自らの行動を積極的に適応させることができていないと推察できる。また、配偶者がなしの場合に、適応性を高めて対処しようとするが、母親以外の依存対象、例えば医療者に対して依存を強めながら適応性を高めていることが推察された。

（２）乳幼児を持つ親との家族機能の比較

統合失調症者を支援する親の凝集性と適応性は性別によって有意な差はなく、乳幼児をもつ親を対象とした先行研究（片岡ら, 2011）と比較すると、凝集性・適応性とも本研究において高い得点を示した。その理由として、二つが考えられた。一つは、乳幼児の親が家族機能を高め対処することが求められる期間の違いである。乳幼児の養育において高負担となる期間は、数年感と限定されており、いずれは親の養育を離れて自立することが明確である。したがって、乳幼児の親は、“今、この瞬間”に集中して精一杯子どもの養育に努力することが求められる。突然の発熱など対処が求められる事態が発生しても、絆である凝集性を高めたり、適応性を高めて柔軟に役割を変更することによって対処することが可能である。しかし、それは親が若く、しかも健康な乳幼児を養育する場合のことであり、数年間という限定された期間の家族機能であることから、必要に応じて家族機能を高めることで対処できていることである。

これに対して、統合失調症者を支援する親では、年齢はすでに老年期に差し掛かり、期限は限定されず、偏見にさらされ、活用できる社会的資源は乏しく、加えて経済的負担など過重な負担への対処が長期間にわたって求められることとなる。

二つ目は、問題の大きさと、柔軟な役割交代の不明確さである。乳幼児を養育するのであれば、発生する問題は、母親の就業や夜間のミルクを与えることやおむつの交換、食事の準備や発熱時などの受診などに限られ、予め発生しうる問題を想定し対策を施すことができることから、絆を強めて柔軟に役割交代を果たすことによって問題を乗り越えることが可能である。しかし、統合失調症者の支援では、妄想に支配された理解困難な行動や不穏状態となった場合には、どの様に対処してよいのか困惑し、医療者のいない地域においては、近隣への迷惑とならないように考えて対処を図ることとなる。発生する問題は、家族同士がどれほど絆を強めようと対処できる範囲にはなく、不穏状態にいたっては、役割交代も難しい。このように、想像もできない問題が発生し、対処方法も分からない状況におかれてしまうことから、統合失調症者を支援する親の家族機能は、日常的に高めざるを得ない状況となる。

乳幼児の親であれば、対処が必要となる非常事態発生時の短期間に限定して家

族機能を向上させ、非常事態が収束した際には家族機能への配慮は不要となるが、統合失調症者を支援する親の場合には、母親と父親を中心として家族員全体の家族機能を長期に安定・維持できることが統合失調症の症状の安定化に直結する。

したがって、医療者は統合失調症者を支援する親の家族機能について、症状が不安定な場合だけでなく安定した状態においても配慮し、家族機能が非効果的である場合には医療者が家族員の関係性を取り持つ関わりが必要だと考えられた。

（３）凝集性と適応性との関連について

凝集性と適応性との間には正の相関関係がみられた。これは、一方が高まったり低下すると他方も歩調を合わせて高まったり低下することとなる。家族機能は、過度に高いと問題を生じやすく、また、過度に低くても問題を生じることとなるため、中庸であることが適切な家族機能の維持には求められる。しかし、凝集性とは、いってみれば家族の絆である。統合失調症の子どもが苦しんでいる際に、親が苦痛を少しでも和らげたいと願い、絆を強めて対処することは当然のことであり、問題に対処するためには不可欠なことだと考えられる。つまり、絆である凝集性が過度に強い場合などは、家族の凝集性が強いことや家族機能が非効果的である場合に、凝集性が高いことに問題の焦点を当てるのではなく、そのような状態は、家族にとってそうせざるを得ないほど、家族外からの支援が不足しており、孤立無援の状態にあって孤独に対処していることなのだと考えることが必要である。

従って医療者は、家族員同士の絆が強すぎると否定するのではなく、家族の強い絆を大切にしつつ、家族への援軍として積極的に支援し信頼関係の構築を図ることが必要である。家族機能を過度に強めた家族もそのような医療者からの援助を受けることによって、過度に家族機能を高める必要性がなくなり、中庸で適切な家族機能を維持することが可能となるものと考えられた。

（４）凝集性と適応性の連続性について

統合失調症者を支援する親の家族機能を考える際の視点として、家族機能は時間の経過での連続性を持つということに注目することが必要である。家族機能についてある一瞬の状態のみを捉えて判定するのではなく、時間的な経過を通してはじめて見えてくる統合失調症者家族として当然と考えられる経緯が見えてくるものだと考えられる。その意味においては、家族の過去、統合失調症者を支援する現在、そして未来という時間の流れの中で、連続性を持つ物語であるとの視点をもって、現在の家族の機能を理解することによってはじめて統合失調症者を支援する家族の状況が理解される。それは、統合失調症にともなう多様な障害に対処する親と子ども、他の家族員との相互作用の中で、非効果的家族機能などのある状態に至っていると理解することである。

ところが、統合失調症を発症し異常な行動がみられるなど、大きく状況が変化し、理解できないような病状を子どもが呈した場合には親は激しく混乱する。どうしてよいのかわからない状況に対して親ができることは、絆を強めて互いに協力しあって、その場の対処に没頭することである。この対処によって、多くの場

合は奏効することも多い。新たな問題が発生した場合にも、親は同様に絆を強め、役割の交代を図りながら対処を試みるが、精神病症状は、親の対処ではどうにも解決できない問題を多く含んでいる。期待される効果が得られない場合に親は、更に絆を強めるなど対処の強度を高めようと試みる。しかし、精神病症状への対処に必要なことは、家族の絆の強弱ではなく、医療的に処置など質的な変化が求められるのである。そのことにより、家族の疲弊を防ぎ、統合失調症者の精神病症状からの苦痛を和らげることにつながり、結果として効果的家族機能となる。

家族が示す非効果的家族機能状態は、統合失調症者を支援する家族の時間経過の連続性のなかで十分な支援を得られないために発生している状態であり、医療者からの支援が得られることで、効果的で安定した家族機能が維持されるものと推察された。

（５）非効果的家族機能の適応と不適応の意味について

統合失調症を発症した時には、様々な異常行動がみられることがある。例えば、叫声を発したり、汚物を家の周りに散乱させたり、植木の伐採などを突然行うこともある。しかし、これらの異常行動も、当事者なりに、その行為を行わざるを得ない意味を持っている。しかし、その意味について当事者が周囲に人が理解できるように詳細に説得力を持つ説明をすることは難しく、周囲や親には理解不可能な行動と捉えられる。

そのような異常行動に際して親は、突然の行動に脈略を理解できないことから、親がその時点で持っている資源を活用しながらできる限りの対処を行おうと努力する。親ができる対処は多くはない。家族同士が協力して絆を強めることを前提として、関わり方の方略を決めるなどで対処を試みる。そのうえで効果がみられない場合には、さらに絆と協力関係を強めることで対処へのパワーを高めようとする。しかし、精神病症状に対しては大きな効果は期待できず、親は更にパワーを強めることで対処を試みる悪循環となる。このような悪循環が、非効果的家族機能に至る過程だと考えられる。

ところで、統合失調症者が示す異常行動は、第三者から観察すると異常行動でしかないが、当事者にとっては当事者なりの根拠があり機能的な意味づけをもっている。これは、過去・現在・未来の文脈で考えると理解が容易である。当事者が叫声を発することは、統合失調症による妄想に基づいて、例えば殺し屋が隠れているのに気付いて追い払おうとする行動であり、汚物を散乱させる行動は殺し屋を家から遠ざけるためであったりする。これらの行動は一般的に困った異常行動である。しかし、当事者自身の過去から現在に至る流れから理解すると、その動機は状況への適応しようとするものであり、当事者にとっては自分の身を守るという目的を達成する意義のある行動だといえる。異常行動による問題の所在は、行動が特異であるために家族を含めた周囲の人たちからの理解が得られないことと、行動の結果として悪臭を放ち、不快感や恐怖感を与える点にある。

統合失調症者の異常行動も過去から現在までの状況を考えることで、当事者がおかれた状況や苦しみを読み取り理解することが可能となるのである。翻って、統合失調症者を支援する親の非効果的家族機能についても同様に考えることがで

きる。過去・現在・未来の流れの中で理解することが重要である。核家族が多く、偏見などにより家族内で統合失調症が発生した時に頼れる人は少ない。家庭内に保有する資源を最大限活用して対処を試みようとする適応的な行動が結果として非効果的家族機能となっている。

したがって、仮に非効果的家族機能にある場合、親の家族機能に問題がありそのために状況が悪化していると親に責任を転嫁することがあってはならない。非効果的家族機能状態は、親自身の対処過程であり適応を目的とした行動である。そこに欠けているのは、医療者をはじめとする援助であり、そのために悪循環に陥っているのである。

家族機能が非効果的な状態である場合は、援助が不足している状況におかれていると認識して医療者からの援助の提供が必要である。そのことによって、過去から現在の体験を通して未来には効果的な家族機能を果たしうる親の成長につながると思われる。

（６）統合失調症者を持つ親の家族機能の特徴

①父親の家族機能の特徴

本研究において明らかとなった父親の家族機能の特徴は、家族内の決まりなどを柔軟に変更できない点と配偶者の有無によって適応性に影響を受けやすい点、凝集性と適応性の両者が過度となることも少ないが両者ともに適切であることも母親に比較して少ないことが挙げられる。

適応性が配偶者の存在によって影響を受けるという事は、それほど大きく環境が変化しない限り父親の家族機能には大きく変化することは期待できないといえる。この様な変化に乏しい父親の状態は、一見すると父親の家族機能はどのような状況においても停滞しているように見えるかもしれない。しかし、これは、目にははっきり見えず変化を感じるとることはないかもしれないものの、次に進む準備を内行的に行っていることであるかもしれない。もし仮に、父親は子どもの統合失調症に伴って何の変化もないのであれば、停滞している状態とを感じるよりは変化する状況の中であっては、むしろ退行しているように感じられるはずである。

父親には大きな家族機能の変化は感じられないことがあったとしても、それは、決して責任逃れをしているというようなことではなく、あわてず少しずつ適応できる段階に変化させており、一足飛びに解決を図ろうとするのではなく、軸足を基の位置に残しておき、コースを外れたり、問題が発生した場合にはすぐに起点に戻れるような慎重さをもって対処し、家族機能を高めているものと推察された。

②母親の家族機能の特徴

母親の家族機能の特徴は、父親と比べると、凝集性と適応性の両者が中庸にある効果的家族機能が過半数を占める一方で、両者が過度となる非効果的家族機能である母親が多い点が特徴的である。これは、母親の家族機能は柔軟性をもっていと事が示されている。

子どもが統合失調症を発症したことにより外的環境が激変し、心理的に傷つく。理解しがたい統合失調症の症状に影響を受けやすく、子どものためにと考えて行う対処行動は、時として過度になり、逸脱しがちである。しかし、この様な母親

の柔軟さは、周囲からの適切な援助が得られた場合には、より適した方向に発展していく可能性を含んでいる。そのため、母親の心理や家族機能について、一般的な健康的な医療者自身の家族機能を基準に照らし合わせて理解しようとする、誤ることが予想される。

その個別的な家族の、個別的な母親のこころのレベルに医療者が近づいて、母親の行動や発言を理解することによってはじめて深く理解できると考えられた。

③母親と父親の役割の違いについて

柏木（2008）は、日本の母親はお節介型が多く、子どもに失敗させまいとして先走って親がやってしまう、安全な方法を親が選んでしまう。つまり日本の母親は、子どもを信頼して任せることが苦手であると述べている。このお節介行動は、ある意味では日本人の母親が持つ、深い愛情と思いやりの心や子どもに良かれと考えて行う細やかな配慮を反映しているといえる。しかし、子どもをたくましく育てることを考慮すると、子どもに任せられることはできるだけ子どもにまかせてやってもらうということが、子どもの自立した生活を可能にするためにも必要である。

日本の母親のお節介行動の結果として、子どもは親の意思を気にして自分の行動を親の意向で決めることとなり、子どもの自立を妨げることとなる可能性を含んでいる。

日本の父親は、お節介とは逆に、育児を過度に母親に依存する、父親の育児不在傾向が強かったといえる。「家族は持つ」が「家族はしない」、「父親になる」けれども「父親はしない」という育児における父親不在は日本独特のもの（柏木、2008）だといえる。しかし、父親も、子どもの統合失調症発症に際して、率先して対処に取り組むわけではないものの、無関係を決め込むわけではない。父親なりに、子どもが他人とうまく関われないことや、社会との関わりの中で失敗することを心配しながらも、安易に手助けをしたり、失敗しないように先回りしてやってしまうことはせずに、見守りつづけ必要な時には支えようとする姿勢を保っている。この母親とは異なる父親の態度は、子どもがたくましく自立して生活していくためには必要な一つの態度だといえる。

このような父親の行動特性について、母親の理解は乏しい。母親は父親に対して、母親がどれ程の困難を感じているのか感情豊かに訴えたとしても直ちに行動に移してくれない不満を持っていることなどを考慮しても、母親と父親とでは異なる対処行動をとっている。

母親と父親とを比較すると、子どもの問題行動等への対処行動は大きく異なる。しかし、行動が異なることは、決して悪いことと考える必要はない。問題行動への捉え方の違いや、問題を解決するための親としての方策などは、父親と母親が異なる意見をもっていることによって、より柔軟で効果的な対処行動を見つけることができる。母親と父親がそれぞれ考える目標やそれに至る過程などは大きく異なるが、根底にあるのは、現在から将来に至る子どもの幸せで自立した生活を願っていることは共通しているはずである。

医療者は、子どもをできる限り保護しようとする母親と、できる限り自立をめざすためには多少の苦痛も仕方ないと考える父親とのどちらかと接近するのでは

なく、両者と程よい距離感を維持して、互いの考えの違いを認め、尊重し合い、理解を深めて三者が協力し合えるよう調整役を果たす必要があると考えられた。

（７）統合失調症者の親への支援者の不在

統合失調症者の親には、家族員以外の支援者が不在であることが指摘されている（岩崎、1998）。統合失調症者の親は、精神障害をもつ人たちの支援者であると同時に、地域社会においては生活者である。子どもへの支援に没頭しながら、同時に職業人という面を持つ。

長期間にわたって支援が不可欠である統合失調症者に対する親の支援が重要な意味を持つ。しかし、重要な支援者である親の現状をみると、平均年齢は 68.6 ± 8.0 であり、加齢に伴う身体的衰えによって活動が制限されることや、慢性疾病を抱えていることも多い。また、社会的には退職し年金収入が主たる収入源となっていることが考えられる。

統合失調症者を支援する親は当然のように、子どもの援助をできる限り行うことを志向している（全家連保健福祉研究所、1997）。経済的な支援だけでなく、日常生活行動の自立などへの色々な支援をしたいと願う一方で、身体的な理由や経済的な理由から思うように支援できない現状がある。

このように、統合失調症者を支援する親は、子どもを支援して親の力で自立させたいという強い思いと、身体が若い頃のように無理ができない、支援は何でもしてあげたいが費用がない、何とか支援したいがその方法がわからないという困難を抱えている現実がある。

親として支援したという強い思いと支援できないという現実との乖離が大きいほど、現状への対処する際の親自身の心理的余裕がなくなることから、関わる際に否定的な言辞をなげかけてしまったり、その言辞を発した自分自身への卑下する感情が悪循環となり、親自身が疲弊したり自尊感情の低下への悪循環となっていると推察された。

多くの統合失調症者を支援する家族などへ提供される必要があるサポートとして考えられることは、波多江（2004）が述べるように、金銭や物資、労働力、環境整備などの「手段的サポート」、アドバイスや示唆などの「情緒的サポート」、肯定的フィードバックや社会的評価などの「評価的サポート」などを提供し、親が困難を抱えた時には相談できる人や場が存在し、有益なサポートが得られることが重要だと考えられた。

（８）家族の凝集性に影響を与える要因について

家族機能（凝集性）に影響していた要因は「QOL（RP 日常生活役割機能：身体）」「主観的統制感（I 自分自身）」「注意（その他）の必要性の有無」であった。それぞれの要因と凝集性との関連について考察する。

①QOL（日常役割機能：身体）と凝集性との関係について

QOL（日常役割機能：身体）との関連に関しては、親が若い頃の体力を維持していたり、親自身が身体的健康状態のときにはできていた子どもへの援助であっても、親の加齢に伴う身体機能の低下のために、援助できていた事柄ができ

なくなったり、援助主体としての役割を果たせなくなることが影響していると推測できる。加齢に伴う生理的な機能低下による「QOL (RP 日常生活役割機能：身体)」を受容し、適応するために親を中心とする家族員がきずなを強めて連携を強めることで問題解決を図ろうとする態度だと考えられた。

このことから、次の提言が可能となる。家族はできる限り家族員自身の手で子どもへの対処を行おうとすることが知られている（川添、2007a）。発生した課題の大きさが、中程度であれば絆を強めて課題の克服ができた場合には、家族が成長する機会となる。しかし、課題が家族の努力によっても克服できないほど大きい場合には、対処できないだけでなく、家族員が対処に疲れて燃え尽きてしまうなどの問題を引き起こす（村田ら、1999）。つまり、課題の大きさやその性質によって、凝集性に基づく対処には限界があることを意識することが必要である。したがって、課題が統合失調症症状による場合などでは、課題の克服の成否が家族の支援の適切性の問題にとらえるのではなく、家族のみでは対処できない精神病症状に基づく問題だと捉えて、医療者からの支援の介入は必要不可欠である。

課題を抱える親に対して医療者に求められる態度として、家族から発信される SOS を待って支援を提供するのではなく、親にとって困難な状況が想定される場合には率先して支援の手を差し伸べる必要がある。

②主観的統制感（I 自分自身）と凝集性との関係について

「主観的統制感（I 自分自身）」は、子どもの病気の原因や置かれている現状の課題を克服するためのキーパーソンを自分自身に求める態度の傾向である。これは子供の抱えた病気の原因を自分自身に帰属させる認知を基盤としている。親としての自分に病気発症の責任があると認識しており、過去の家族の人間関係を後悔しない親はいない（Torrey、1997）と述べているように親自身が強く責任を感じている。山田（1999）が自分の命よりも大切なものを生活の中に見出し、自分を捨てきったところに、その人が本当に良く生かされている状態が生じ、心の支えとなることを指摘している。親としての責任として子どもの生活支援に専心する過程を通して、子どもへ支援から親自身の生きる意味の再検討の契機となり、子どもへの支援の中に生きがい感を感じ取ることができていたと考えられた。

家族自身が親としての責任として子供の支援に努力することにより、病状が改善した時には、達成感を得て「生きがい感」や「自尊感情」を感じ取ることができる（川添、2007b）。

この様な親の責任の所在を“自分自身”に帰属させる態度は、親としての責任感の強さに関連し生きがい感を高めると考えられると同時に、親にとって医療者や周囲の支援者を期待しない態度とも考えられる。医療者らを期待しない理由として推察できることは、親が真に援助求めたい時に何も得られなかったという体験や、逆に医療者らの支援者から偏見を受けた心的な外傷体験を有していることが推察される。毎日繰り返される終わりのない支援や支援者等から受ける心的外傷体験が「疲労・身体反応」が誘発すると考えられた。

従って、医療者は親が援助を求める対象としての信頼を得るために、親にと

って問題が発生した時に相談相手となり、適切な助言を行うことや、問題が発生していない時にも、日頃から定期的に他愛のない会話でも交し合うことによって、医療者を信頼し困った時には直ちに相談できる関係性を構築することが必要であろう。

③「注意（その他）の必要性」と凝集性との関連について

「注意（その他）の必要性」が無い場合に比較して注意が必要な場合には非効果的な家族機能（凝集性）となるリスクが 17.89 倍高まることが示された。「その他の注意」項目の自由記述欄に記載されていた注意を必要とする具体的内容は、「自殺願望がある」「最後の対応を家族に任されたことによる医療者への不信感」「急に暴力的になること」「家族への暴言」「家族との関係がうまくいかないこと」「当事者の浪費ぐせ」などが記載されていた。いずれも記述内容も、生命に関わる重大で、対処に困難を伴う事態である。これらの事態は、医療者などの専門職の支援を受けずに対処することは難しく、緊急を要する事態であるにも拘らず、「いつまでも入院していれない」などと医療者から言われたことが、親にとって心理的外傷体験となっていた。このような体験をした親にとっては、医療者から支援を受けることがためらわれ、結果として親が孤立する（川添、2007a）。つまり、多種に及ぶ「その他の注意が必要」と訴える場合には、親に心理的な問題を生じていることが多く、医療者からの支援が必要となるが、適切な支援を得られないために家族内の絆を維持することができず非機能的家族機能状態に至るものと推察される。したがって、子どもに何らかの注意が必要だと親が認識している事実、そのまま支援が必要な家族であると認識して関わる事が必要である。

（9）家族の適応性の特徴について

家族の家族機能（適応性）には「注意の必要性（ディケア通所）」が影響していた。ディケア通所に注意が必要な状態であることは、つまり統合失調症者が一日の大半をどこへも出かけることなく自宅で過ごしている状態にあることを示している。平均年齢 40.2 歳の青・壮年期にある人が、精神科病院での入院治療を終えて退院後にリハビリ訓練として利用するディケアに通所しないということは、労働などの生産的活動をしていないだけでなく、日常生活全般を家族に依存していることを意味し、日常的な生活行動のすべてを親が負担していることである。子どもの年齢を考慮すると社会人として自立し、親の介護を担い、職場では働き盛りの年代であるはずである。そのように元気に自立してほしいという親の理想と親に依存した生活を送る現実との乖離を受け入れ難い思いがあるために、少しでも親の手で自立させようとして過度に適応性を高めて対処したり、逆に子どもの自立を無理なことで諦めてしまい適応性を過度に低下させると推察された。

また、EE 理論を考慮すると、一日の大半を自宅で過ごすということは、1 週間当たりの家族と過ごす時間が週 35 時間を超えることとなる。家族の高 EE の原因として、接触時間 35 時間以上で再発リスクを高める（伊藤ら、1992）ことを考慮すると、家族機能（適応性）を高める要因が「ディケア通所に注意が必要」であったことは、統合失調症者がディケアに通所せず在宅で過ごすことが結果的に家

族との接触時間が長くなり、家族機能（適応性）が非機能的となる場合には、問題を生じやすくなる一因として関わりの時間が週 35 時間を超えることが関連すると推察された。

したがって、ディケアへの通所をせず親の適応性が過度となっている場合の医療者の家族への助言として考えられることは、一つには、親自身が自分の趣味や楽しみを大切にして、時々外出するなど気分転換を図ることで、接触時間が週 35 時間を超さないことや、訪問看護師を通して、家族と統合失調症者双方への日常的な困難事への援助や心理的援助の提供、あるいは両者が良い関係性を維持できるよう調整を図ることが必要だと考えられた。

（10）現代家庭における家族機能の意味

近年、少年犯罪や児童虐待に関連する事件が続発し、少年が関係する犯罪や虐待への注目がそそられる機会の増加に伴って、一般家庭における家族機能への関心が高まっている。

私達にとって家族とは、精神的安定をもたらす心の拠り所ともいえるべきものであり、大切であることに異論はない。しかし家族機能は弱い場合にも問題が発生するばかりでなく、強過ぎる場合にも問題を発生することから、中庸であることが重要であり複雑である。

「家族は大切である」ことに異論をはさむ人は居ないであろうが、では、家族を大切にしたら、少年犯罪や児童虐待がなくなるということは考えられない。家族大切にすることが、直線的に少年犯罪や児童虐待の発生率の低下に結び付くことはなく、家族が大切だと主張しても、裏目に出てなかなか効果がみられないという傾向がある（小沢、2006）ように、家族の一人一人が「家族のため」と考えて献身的な努力を行うことがしばしばあるが、結果は必ずしも期待通りというわけではない。家族機能とは、直線的な因果律ではとらえられないことが難しい点であるといえる。

家族機能は、「凝集性」と「適応性」の二つの次元で評価される。二つの次元の意味について具体的な状況を想定して考察を加える。

①家族機能「凝集性」の意味

家族機能「凝集性」は、絆の強さと表現される。家庭内に問題が発生したときに、家族員同士が絆を強めて協力し合い、問題への対処を行うものである。

家族機能「凝集性」が不足している場合には、問題への対処は、家族の責任者や母親など特定の家族人が問題を一人で抱え込むこととなる。特定の家族員だけで長期的な支援を継続することは困難であることから、家族機能「凝集性」が不足している場合には、家族での支援は困難となる。

家族機能「凝集性」が高まるにつれて、家族員同士が協力して対処できることから、家族員の生きがい感が高まる。しかし、家族機能「凝集性」が過度に高まった場合には、生きがい感が高く維持されるものの、問題を発生しやすい状態といわれることから、長期的支援を継続することは難しくなる。

絆の強さと表現される「凝集性」も、統合失調症者への長期的支援の継続を考える時には、疾病に対していわゆる根性論を前提として「協力して諦めずに

立ち向かう」ことと同義だと考えられる。根性論ではどうにも対処できないからこそ、医療者による治療や支援が不可欠である。絆の強さである「凝集性」が不足することも問題であるが、疾病のもつ症状や長期に及ぶ点などの特性を考慮すると、絆を強めて何とか対処できるものではない。家族内の「凝集性」を大切にしながら、家族の絆の深さを、疾病への対処に向けるのではなくて、本来の家族機能である、家族員同士の精神安定機能などの心理的癒しに向けることが長期的な支援が求められる家族に必要だと考えられた。

②家族機能「適応性」の意味

家族機能「適応性」は、家族がおかれた問題状況に、家族同士の役割を変更しながら、いかに柔軟に適応するかが鍵となる。具体的に述べれば、例えば母が病気を患い入院したと仮定したときに、それまで母が行っていた炊事、掃除、洗濯などの家事を母に代って代用することが求められる。食事はスーパー等で弁当を購入することができ、洗濯も多少粗末であっても父や子どもの協力で対処可能である。では、掃除はしないからといって直ちに生命に影響はないことから放置されがちである。母の入院が短期間であれば掃除をしなくとも問題とはならないが、長期間に及べば、いずれその家はゴミ屋敷と化してしまう。この場合に、家がゴミ屋敷となった契機は、母の入院であり、母親が掃除をできない状況がそのまま家をゴミ屋敷と代えることにつながったのである。

筆者が精神科臨床に在籍して居た頃にも数多くのゴミ屋敷と地域で呼ばれる統合失調症者宅に遭遇してきた。そのうちの一事例について例示する。母親が疾病を患ったあと、第一次産業に従事する父親は家の片付けする余裕がなく、食事の準備と洗濯、子どもの世話は行うが掃除は行っていなかった。高等教育で学ぶ子どもたちも、掃除は母親の仕事と認識しており、自分の部屋の掃除は行うことがあっても、自宅の周囲やトイレなどの掃除には行わなかった。疾病に伴って、「あいつらが来ないように」と腐敗したご飯を家の前に並べておくなど異常行動が現れたころには、子どもたちも家に寄り付かなくなっていた。そのうちに、徐々に異臭を放つゴミ屋敷と化すこととなった。

この事例を振り返ると、家庭内の重要な役割を担う母親に疾病が発症したときに、父親や子どもたちは、自分たちが生きて行くための最低限の家事を行うが、家族全体を維持するために必要な、家の掃除などは行おうとしなかった。

本来、家庭内で母親が疾病を持つこととなった場合には、父親や子どもたちの誰かが、母親が果たしていた役割を代替することが必要となる。しかし、家族員の誰もが自分の仕事ではないと決め込み手を出そうとしなかった。あるいは、一旦手を出してしまうと自分一人が永遠に担当することになるかもしれないという危惧があったのかもしれない。

この状態は、家族がおかれた問題状況に、家族同士の役割を変更しながら、柔軟に適応する「適応性」が不足している「無秩序」の状態にあったといえる。

家族内に問題が発生した時に、家族員のうちの誰かが問題状況に適応するために役割を変更し柔軟に行動することが必要である。「掃除は母親の仕事」とか、「誰かがするだろう」と自分とは無関係のことと装うのではなく、父親であろうが、性別によらず子どもらが、自分のできることを、誰のためでもなく自分

の仕事として認識できること、あるいは、家庭の仕事であっても自分の義務として、日頃の行動パターンを変化させて新たな役割を粛々に行えることが、効果的な「適応性」の意味であり重要な点だと考えられた。

③家族機能と「自己効力感」、「自尊感情」との関係

一般的に、自分の役割ではないことも率先して実行するためには、自己効力感の「効果予期」と「結果予期」の高さと、自尊感情が高いことが必要だといわれる。

本研究においては、凝集性は自尊感情と正の相関がみられた。問題に対処するために、凝集性を高めて絆を深めその結果として、自尊感情が高まり更に凝集性が高まる好循環になることが推察された。

今後は、家族機能と自己効力感や自尊感情との関連を調査するとともに、家族の自己効力感や自尊感情を高めるために必要な要因は何であるのかを調査することが必要である。

(11) 家族機能の変化について

家族機能が子どものアイデンティティ発達に大きく関与しているという報告は多い（白石・岡本、2005）。内田・広田はアイデンティティ達成群の特徴として、小学生の頃よりも大学生の家族凝集性が高く、かつ拘束性が低いことを見出している。このことから、家族機能の重要性は子供が幼少時のみだけでなく、青年期などにおいてもその重要には変わりがなく、子どもの発達状況や疾病の状況、親の健康状況などによっても、置かれた状況に適応できるように柔軟に変化することが必要だと考えられた。これらの発達過程に応じた家族機能の在り方や疾病の状況、親の健康・経済状況等に伴う変化などに関する検討が今後の課題だと考えられる。

(12) 「粗暴な言動」と適応性との関係

「粗暴な言動」に対する注意が必要な場合には、そのような注意の必要がない場合と比較して、過度な適応性となるリスクが 7812.89 倍高まることが示された。統合失調症者が示す「粗暴な言動」には、親をはじめとする家族に対する言語的・身体的な粗暴性や、被害妄想に基づく近隣に対する言語的・行動的な粗暴性をもつ異常行動などが含まれる。この状況に直面する親の適応性が、過度となりやすい理由として二つのことが考えられる。

①「粗暴な言動」の破壊性について

「粗暴な言動」の破壊性には、二つの側面への破壊性を持つと考えられる。一つは、「粗暴な言動」の行動そのものが破壊性を持つことである。この破壊性は、身体・心理・関係性の三つの面に対して破壊性を持ち、親と統合失調症者や支援者と統合失調症者との援助関係の維持を難しくしてしまう。

二つ目には、家族の存在意味の崩壊をもたらす危険性である。家族を取り巻く環境はその時代によって大きく変化してきた。「分裂病を生み出す母親」の言葉に代表される家族自身が発病の原因であるとの理論が実しやかに主張され

た時代が存在した。その一方で、統合失調症者が地域で生活する援助者役割を果たす存在としての家族がある。

地域において家族員以外に統合失調症者を援助できるのは、地域保健師や訪問看護師がわずかに機能しているのみであり、地域社会において統合失調症者を支援する資源は不足している。この状況において家族は統合失調症者が入院している時には、外泊先となり外泊中の援助役割を果たし、退院後には統合失調症者の地域生活を援助する役割を果たしている。親が医療者からの援助を必要とする状況にあっても十分な援助を受けることができず、家族員だけで試行錯誤の対処を図り乗り越えてきているという現状がある。

このように統合失調症者の地域生活での適応に大きな役割を家族は果たしているが、医療者等からの十分な支援は得られておらず、自宅への外泊や退院に際して、親が渋ることがあれば、非協力的な態度として責められるなど肩身の狭い思いをしている。それにも拘わらず、労力や金銭を惜しむことなく、親は心理的・身体的・経済的に限界点まで努力していたことに対しても統合失調症者による「粗暴な言動」は、親をはじめとする家族・支援者の努力に対する裏切りともいえる行為であり、それまで積み重ねた努力や熱意を容易に無にしてしまう程の破壊性をもっている。

②「粗暴な言動」の克服について

統合失調症を持つ子どもを地域で援助している親にとって、悩みを理解しあい、互いに協力し合える存在である配偶者が存在することの意味は大きい。本研究において、父親は配偶者の有無によって適応性に影響がみられたことから配偶者が存在することの意味は大きいといえる。

牧野（1982）は、育児不安に関して夫婦関係が大きな要因の一つになっており、夫婦関係が良好な場合には充実感と幸福感を感じることができ望ましい育児態度をとることができると報告している。このように、夫婦関係において強い絆の基で協力関係が形成されている場合には、統合失調症を持つ子どもに対して援助を行う場面においても、夫婦間でサポートし合えることから安心して援助することが可能になると考えられる。

この結果は、統合失調症者への援助は、家庭内で完結できるものではなく、医療者の存在や他の他者による家族員への影響が大きいために、配偶者に対する優位さが見られなかったものと考えられた。しかし、配偶者の存在は、夫婦にとって親戚にも相談しづらいような悩み事さえも、不安を表出し受け入れてもらえる安心感を与える。

統合失調症をもつ子どもと関わる際の多くの困難は、配偶者間の良い関係性によって事態もよい方向に変化する。しかし、「粗暴な言動」が発生する事態は、直ちに具体的な対処行動が求められる状況に直面しており、配偶者間で不安を表出するだけでは現実には発生している粗暴な言動に対処することはできない。

「粗暴な言動」に対して、親のみで対処することは困難であり、訪問看護師など医療者との連携を図りながら対処することが不可欠である。「粗暴な言動」への克服は、親や家族のみの努力では対処できない。医療者との協同や支援なしに「粗暴な言動」を克服することは不可能であると考えられた。

第4章 考察

1. 統合失調症者家族の現状について

子どもが統合失調症になった親には、スティグマの存在や親の養育への責任感を感じているために、子どもの統合失調症を隠す傾向があることが知られており、親のきょうだいにも知らせていない（川添、2004）こともある。これらは、統合失調症を持つ子どもへの心配や生活上の問題、親自身の生活上の困難や心身の不調に際して援助を求め難くする態度だと考えられる。その結果、親は必要な時にも支援を得られておらず、結果として親自身の手で子どもを支援しようと努力していた。家族が医療関係者にさえも支援を期待せず親自身の手で何とかしようとしたことの理由として挙げられることは、①親の養育が悪かったために統合失調症を発症したとの自責の念があるために、親がどんなに苦勞するとしても、子どもの苦しみを考えると、親として当然の苦しみであり、家族員以外の誰かに頼ることはできないと考えていること、②友達や近所の信頼できる人に相談してみたが、聞いてもらえないどころか疎遠になったような経験を持つこと、といった子どもの統合失調症に直接関係する心理的負担ではなく、他者に頼ろうとした結果として傷ついた体験や親自身の統合失調症に対する偏見などによる経験であった。

このような統合失調症者家族を支援できる人的資源として期待できるのは、医療者、家族、親戚、友人、近隣住民、上司、同僚などが考えられる。しかし、同時にこれらの支援が期待される人達から、悪意のない心無い発言から深く傷つくことも少なくない。つまり、統合失調症者家族にとっての人的資源は、親を支え思慮してくれる存在であると同時に、親を深く傷つける可能性を持つ人でもある。したがって、統合失調症者家族は、誰かに個のつらい気持ちを聞いてほしい、分ってほしいと切望すると同時に、誰も分ってくれない、むしろ話すべきではなかったとの思いという二次的な心理的傷つきの体験は、親として支援を必要としているにもかかわらず、支援を求めることで更に自分自身が傷つく可能性をもつことから、支援が必要であるにもかかわらず支援を受けてはいけないという乖離した心理状態となってメンタルヘルスに影響を及ぼし、さらには支援を継続することが負担となり、子どもの病状を良い方向に向けてやりたいとの思いとは裏腹に、結果として高い感情表出となりやすくなり子どもの病状も改善しないという悪循環に陥ると考えられた。

このような問題の背景には、統合失調症や精神障害に対する偏見の問題や社会制度上の問題をみることができる。これらは家族や医療者らの力だけではどうすることもできる問題ではないため、本稿において言及しないが、統合失調症者家族が困難な状況におかれていることの重要な側面であることを忘れてはならないことである。

2. 統合失調症者家族への支援の在り方について

1) 統合失調症の理解について

困難な状況に統合失調症家族は置かれているが、どのような支援を提供することができるかについて考える必要がある。第一に大切なことは、適切な情報提供

が行われることである。田上ら（2004）によって、統合失調症を発症後、初めて入院を体験する家族に対する解説書が出版されている。田上ら（2004）は初回の入院を想定して、症状の理解、入院の手続き、外泊、本人との接し方や支援資源の活用などを理解しやすく解説している。しかし、統合失調症の症状や対処方法、接し方などは個別性に富んでおり、千差万別である。基本的な知識として成書から参考になることは多々あるが、その知識をどのように現実抱えている問題に応用して適応するまでを判断することは難しい。

医療者等が情報提供を行うに際しては、患者それぞれの個別性に応じて具体的に説明をすること、統合失調症を発症した直後の受診時から継続的に行うことが必要である。症状についての理解や接し方、また何らかの変化がみられた時などには親が不安に駆られることから相互の情報提供と情報の共有化が必要である。さらに、医療者が面接する際には、可能な限り個室等の静かな環境を準備して面接形式で行うことが必要だと考えられる。

情報提供に際しては、言語的に説明することが不可欠であり、その後も繰り返して確認できるようにパンフレットなどの印刷物を準備して配布することが効果的だと考えられた。

2) 経済的問題への支援について

福祉制度を全く利用していなかった 10.1%の中には、入院費用を捻出するために年金の支払いができなかった例や障害年金の受給条件について知識がなかった例などがあるものと考えられた。福祉制度の利用に際しては、精神保健福祉士などの専門家の支援が有効であることが多い。相談に際しては、受療している医療機関であれば費用は掛からずに外来看護師等への依頼により日程の調整が期待できる。もちろん、病状に関する不安や疑問点、治療に関する問い合わせ先は主治医であり、接し方などの具体的な助言は看護師が適切であるように、経済的な問題をかかえた家族の相談先として精神保健福祉士を積極的に活用することが必要である。

3) 家族機能と統合失調症症状との関係について

非効果的家族機能であることと子どもの統合失調症症状との関係について、非効果的家族機能であることが統合失調症症状の悪化に影響を与えているとの考え方と、それとは反対に、統合失調症症状の悪化が家族機能に影響を与えて非効果的なものになっているとの考え方が想定される。前者の非効果的家族機能が統合失調症症状に悪影響を与えているとの考え方は、**Fromm-Reichmann** の「**Schizophrenogenic mother**」に代表される理論であり、後者の統合失調症症状の悪化が家族機能を非効果的なものになっている考え方は **Brown** らの **EE** 研究に基づく知見に代表される。

Fromm-Reichmann の統合失調症の原因は母親にあるとの理論はその後否定されている。**Brown** らの **EE** 研究によると家族が高 **EE** となるのは、決して家族に問題があるためではなく、統合失調症症状による家族の高負担感のバロメータであることを証明しており、その後の各国における追試によっても確認されている。

(Ito&Oshima、1995)。つまり、家族機能と統合失調症症状との関係は、家族機能の非効果性が統合失調症症状を悪化させるのではなく、統合失調症症状にともなう家族の負担感の高まりが非効果的家族機能となるものと考えることが自然だと考えられる。

したがって、家族機能が非効果的な状態にあることは、親への支援が必要であることの証となる。また、統合失調症という事態にあっては、家族機能が非効果的となることは自然な反応であって決して異常なことではない。そして、例えば風邪などのように短期間のうちに完治が期待できる疾患では家族機能の変調は疾患からの回復と並行して回復していくものであるから、特段支援の必要性は生じない。しかし、統合失調症のような慢性的に長期間にわたり、理解しがたい症状を呈し、対処方法や接し方に困難を伴う疾患である場合には、親の不安や負担感は増強し、家族機能は非効果的となり悪化の一途をたどることとなる。さらに、統合失調症者の示す異常行動や受診への抵抗から、必要な支援を受ける機会を損なっている可能性があるものと考えられる。

4) ピアサポートの有効性について

現在の精神科医療においては、医療従事者が最も有効な支援者であることに疑いはないが、他に有効な支援者として家族教室や家族会等で接する家族によるピアサポートが効果的に支援できる資源として有効である。

家族教室や家族会への参加は、疾患の知識や接し方を学ぶことができるだけでなく、同じ悩みをもち苦しんだ経験を持つ参加者から、経験に基づく助言を得ることができ、同じことに悩んでいることを知って勇気づけられるなどの効果が期待できる。統合失調症の子どもを持つ親同士の出会う場は、親を癒す機能を持つ大切な資源だといえる。

家族教室や家族会への参加に関しては、参加することに心理的な抵抗を感じる親がいることや、家族会や教室の開催時間、場所等の都合により不都合な人や、社会的な偏見や、親自身の自責の念が強すぎるなどの理由から参加しづらい人やそのような会への参加を好まない人もいる。

このような親に対する支援として、リーフレットなどによる案内が有効である。長い経過の中で問題となることが想定される、年金の問題や接し方の問題など多岐にわたるテーマを取り上げて、要点をまとめた資料を配布するなど、自宅で時間があるときに一人でも目を通すことができる資料の提供が必要である。

統合失調症者の親は支援を必要としている。統合失調症を発症して初めに必要な援助は医療者から提供される医学的なサポートである。しかし、サポート提供の主体は徐々に、医療者からピアサポートへと移る。この意味において、統合失調症の親としての存在は、支援を受け手からいずれは、新たに統合失調症を発症した子どもを持つ親への支援の与えてとなる。

子どもが統合失調症を発症したという事実から学び、新たに統合失調症の子どもを持ち悩み苦しむ親への支援に貢献しうる主体であることも医療者として確認しておきたい。

第5章 結論

1. 統合失調症者家族の生きがい感について

本研究は、家庭で統合失調症の子どもへの支援を行っている親の生きがい感は、どのような現状にあって、性別や年代によってどのように変化するのか、生きがい感にはどのような要因が影響するのか、さらに影響を与える要因の重みについての検討を行うことを目的として実施した結果、以下の示唆が得られた。

- 1) 統合失調症を持つ子どもを支援する親の生きがい感は、一般成人と比較して差はみられなかった。
- 2) 親の生きがい感は年齢を増すごとに高まっており、先行研究とは逆の結果となった。
- 3) 親の生きがい感を比較すると、母親の方が父親より有意に高く、下位尺度を比較すると意欲が女性の方が有意に高かった。
- 4) 親の年代毎に比較した結果、親の年代が高くなると現状満足感と存在価値が有意に高くなっていた。
- 5) 親の生きがい感には多くの要因が影響を与えていた。
- 6) 生きがい感に影響を与える要因は、母親と父親とでは大きく異なっており、同じ尺度が母親では生きがい感を高め、父親では生きがい感を低下させる影響を与えるものもみられた。
- 7) 母親の場合、ストレス度が高いことやQOLが低いことなども生きがい感を高める影響を与えていた。

2. 統合失調症者家族の家族機能について

統合失調症者を支援する親の家族機能について、乳幼児を養育する親の家族機能と比較し、性別毎に特徴があるのか、家族機能にはどのような要因が影響するのか、さらに影響を与える要因の重みについての検討を行うことを目的として分析した結果、以下の示唆が得られた。

- 1) 母親は決まりを必要に応じて変化させる適応性が父親よりも高かった。
- 2) 配偶者がいない場合には、父親の適応性が高まっていた。
- 3) 家族機能「凝集性」と「適応性」との間にはかなり正の相関があり、情緒的絆である凝集性が強まると適応性も高まる。
- 4) 母親に非効果的機能群が多い傾向があり、統合失調症をもつ子どもへの支援に際して情緒的に反応する傾向が強い傾向があった。
- 5) 父親の「凝集性」・「適応性」のいずれかが過度に反応する中間群が最も多く、凝集性と適応性の両者が共に中庸となることに困難を伴う。
- 6) 「子どもに注意の必要性がある」場合は、非効果的凝集性となるリスクが17.8倍高くなっていた。

謝辞

本博士論文作成に当たり、研究デザインから分析、執筆に至るまで熱心にご指導いただきました青森県立保健大学の大山博史教授、講義等を通じてご指導いただきました青森県立保健大学大学院の諸先生方に心より感謝いたします。

また、研究実施にあたり調査にご協力いただいただけでなく、励ましのお手紙を同封して、私を励ましてくださいました統合失調症のお子さまを持つご家族の皆様心よりお礼を申し上げます。

引用文献

- 阿部裕（2002）：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害、太田保之・上野武治編、学生のための精神医学 第3版、pp.74、医歯薬出版。
- 青木秀幸・鎌田元弘（2002）：中山間地域における20代社会人の住み易さ意識と生きがい感から見た生活環境—農村部における若者の生活実態と農村環境の志向に関する研究 その3—、日本建築学会計画系論文集、551、189-196。
- 青木典子（2005）：統合失調症の病者と共に生きる家族への看護ケア、野嶋佐由美（監修）・中野綾美（編集）、2005 家族のエンパワメントをもたらす看護実践、へるす出版。
- Boye B, Bentsen H, Ulstein I, et al (2001): Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours : a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives, Acta Psychiatr Scand, 104(1), 42-50.
- Caplan, Gerald (1979) : 近藤喬一他訳 : 地域ぐるみの精神衛生、135-163、星和書店。
- Devaramane V, Pai NB, Vella SL. (2011) : The effect of a brief family intervention on primary carer's functioning and their schizophrenic relatives levels of psychopathology in India, Asian J Psychiatr, 4(3), 183-187.
- ドストエフスキー（著）、工藤 精一郎（翻訳）（1973）：死の家の記録、pp40、新潮文庫。
- Eakes GG(1995) : Chronic sorrow , the lived experience of parents of chronically mentally ill individuals , Arch Psychiatr Nurs, 9(2), 77-84.
- Erikson EH (1959) : Identity and the life cycle、New York, International Universities Press, 小此木啓吾訳編（1973）：自我同一性 アイデンティティとライフサイクル、誠信書房。
- Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986) : Vital involvement in old age. NY : W.W.Norton & Company. 朝長正徳、朝長梨枝子 訳（1990）：老年期 生き生きとしたかわりあい、pp. 9-77、みすず書房、東京。
- 遠江少妃子、小松洋平、青山宏（2014）：統合失調症患者を抱える兄弟・姉妹の介護負担感に関する研究、病院・地域精神医学、57（1）、74-77, 79-80.
- Francell CG, Conn VS, Gray DP(1988): Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives, Hosp Community Psychiatry, 39(12), 1296-1300.
- Frankl, V, E., (1947) Trotzdem ja zum Leben sagen, 山田邦男, 松田美佳訳 : それでも人生にイエスと言う, 1993, 133-134, 春秋社。
- Friedrich F, Unger A, Freidl M, et al (2012): Risks for Burden among Relatives Caring for Schizophrenia Patients, Psychiatr Prax, 39(7), 339-44.
- Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, et al (2002): Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study, Acta Psychiatr Scand, 105(4), 283-292.
- Hannah ME, Midlarsky E. (1999) : Competence and adjustment of siblings of

- children with mental retardation. Am J Ment Retard, 104(1), 22-37.
- 長谷川明弘、藤原佳典、星旦二、他（2003）：高齢者における「生きがい」の地域差—家族構成、身体状況ならびに生活機能との関連—、日本老年医学会雑誌、40（4）、390-396.
- 波多江陽子（2004）：精神障害者家族が認識しているソーシャル・サポートの実態、日本精神保健看護学会誌、13（1）、72-80.
- 半澤節子（2005）：精神障害者家族研究の変遷—1940年代から2004年までの先行研究—、長崎純心大学・長崎純心大学短期大学部人間文化研究 3、65-89.
- Hatfield AB(1978)：Psychological costs of schizophrenia to the family, Soc Work, 23(5), 355-359.
- 羽山由美子（1989）：精神障害者の社会復帰における家族の役割と家族支援 英米圏の研究動向と看護職の課題、看護研究、22(5)、10-26.
- Howard PB(1994)：Lifelong maternal caregiving for children with schizophrenia, Arch Psychiatr Nurs, 8(2), 107-114.
- 堀毛裕子（1990）：Health Locus of Control Scales の検討(Ⅳ)、東北心理学研究、40、89-90.
- 堀毛裕子（1991）：日本版 Health Locus of Control 尺度の作成、健康心理学研究、4、1-7.
- Howard PB(1994)：Lifelong maternal caregiving for children with schizophrenia, Arch Psychiatr Nurs, 8(2), 107-114.
- 藤野成美、山口扶弥、岡村仁（2009）：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.
- 福原俊一、鈴嶋よしみ（2004）：SF-8 日本語版マニュアル、55-65、健康医療評価研究機構.
- 飯田紀彦、小橋紀之、岡村武彦、長尾喜一郎（2004）：新しい介護負担度評価尺度 ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers) の信頼性と妥当性、日本老年医学会雑誌、42（2）、209-213.
- 今津芳恵、村上正人、小林恵、他（2006）ストレスチェックリスト・ショートフォームの作成-信頼性・妥当性の検討-、心身医、46（4）、301-308.
- 井上正代、川上憲人、清水弘之、他（1997）：地域高齢者の活動志向性に影響を及ぼす要因及び実際の社会活動との関連、日本公衆衛生雑誌、44、984-900.
- 石毛奈緒子、平賀正司、鈴木理恵、須賀一郎、江畑敬介（1997）精神分裂病患者を持つ家族へのサイコエデュケーション、臨床精神医学、26(4)、441-447.
- 石川雄一、中田康夫、田村由美、他（2005）：神戸大学における現代大学生の健康に関する意識と人生観、神戸大学医学部保健学科紀要、21、41-52.
- 伊藤順一郎、大島巖、坂野純子、他、（1992）：EE (expressed emotion) と再発、Brain Science and Mental Disorders、3（2）、163-173.
- 伊藤順一郎、大島巖、岡田純一、永井将道、榎本哲郎、小石川比良来、柳橋雅彦、岡上和雄（1994）：家族の感情表出（EE）と分裂病患者の再発との関連—日本における追試研究の結果、36（10）、1023-1032.
- Ito J, Oshima I（1995）：Distribution of EE and its relationship to relapse in

- Japan, International Journal of Social Psychiatry, 24, 23-37.
- 伊藤順一郎 (1995) : 特集 メンタルヘルスにおける家族支援の意義 統合失調症患者の家族支援、精神保健研究、61、13-21.
- 伊藤順一郎 (2000) : 一週一話 精神障害者の家族への心理社会的援助、日本醫事新報、3987、pp.101.
- 伊藤千尋、杉本豊和、森谷康文、他 (2010) : 精神障害のある人と家族のための生活医療・福祉制度のすべて Q&A 第8版、pp.3、萌文社.
- 岩崎みすず、水野恵理子 (2013) : 統合失調症の子どもを持つ父親一病気への対処と向き合い方、日本健康医学会雑誌、22 (1)、36-42.
- 岩崎弥生 (1998) : 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.
- Julian BR(1966) : Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement, APA Journals 、80(1)、1-28.
- Jungbauer J、Wittmund B、Dietrich S(2003): Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia, Arch Psychiatr Nurs、17(3)、126-134.
- 蔭山正子 (2012) : 家族が精神障害者をケアする経験の過程—国内外の文献レビューに基づく共通段階—、日本看護科学会誌、32(4)、63-70.
- 柏木恵子 (2008) : 子どもが育つ条件—家族心理学から考える、pp. 37-102、岩波書店.
- 片岡理恵、内藤直子 (2011) : 乳幼児をもつ母親、父親の家族機能と子育て支援、日本女性心身医学会雑誌、15(3)、294-304.
- 加藤敏 (2012) : レジリアンス・文化・創造、pp. i -iv、金原出版.
- 加藤知可子 (2014) : 心理教育後の初発の統合失調症で急性期にある患者の家族の自己効力感の変化 グループ療法による心理教育を用いて、日本看護学会論文集 精神看護、44、109-112.
- 神谷美恵子 (1980) : 神谷美恵子著作集 1 生きがいについて、みすず書房.
- 川出英行 (2003) : デイケア通所者の通所前後における生活能力及び入院日数の変化・外来のみの都市型クリニックにおける検討、精神科治療学、18、1087-1092.
- 川口めぐみ、長谷川美香、出口洋二 (2014) : 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、家族看護学研究、20 (1)、2-12.
- 川添郁夫 (2005) : 統合失調症発症による家族の適応過程の質的研究、青森県立保健大学雑誌、6 (1)、123-125.
- 川添郁夫 (2007a) : 統合失調症の子供を持つ母親が体験する自己成長過程、日本精神保健看護学会誌、16 (1)、 23-31.
- 川添郁夫 (2007b) : 統合失調症患者をもつ母親の対処過程、日本看護科学会誌、27 (4)、63-71.
- 金恵京、甲斐一郎、久田満 (2000) : 農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感、老年社会科学、22 (3)、395-404.
- 小橋紀之 (2006) : 介護負担度 ABC-16 の有用性、日本リハビリテーション医学会

- 誌、43、S360.
- 近藤勉・鎌田次郎（1998）：現代大学生の生きがい感とスケール作成、健康心理学研究、11、73-92.
- 近藤勉（2007）：生きがいを測る 生きがい感てなに？、pp. 6-34、ナカニシヤ出版.
- 古谷野亘（1993）：老後の幸福感の関連要因-構造方程式モデルによる全国データの解析-、理論の方法、8、111-125.
- 熊倉隆雄、元永拓郎（1998）：大学受験浪人生における家族の凝集性-同一性地位判定尺度と教育的進路態度尺度の分析を中心に-、こころの健康、13（2）、89-94.
- 熊野道子（2003）：人生観のプロファイルによる生きがい感の2次元モデル、健康心理学研究、16（2）、68-76.
- 熊野道子（2005）：生きがいを決めるのは過去の体験化未来の予期か？、健康心理学研究、18（1）、12-23.
- 草田寿子（1995）：日本語版 FACESⅢの信頼性と妥当性の検討、カウンセリング研究、28（2）、155-162.
- Magliano L, Fadden G, Madianos M, et al（1998）：Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study , Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol , 33(9), 405-412.
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, et al (2002): The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy, Acta Psychiatr Scand, 106(4), 291-298.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, (2003): The effect of social network on burden and pessimism in relatives of patients with schizophrenia, Am J Orthopsychiatry, 73(3), 302-309.
- 牧郁子、関口由香、山田幸恵、根建金男（2003）：主観的随伴経験が中学生の無気力感に及ぼす影響、教育心理学研究、51、298-307.
- 牧野カツコ（1982）：乳幼児をもつ母親の生活と＜育児不安＞、家庭教育研究所紀要、3、34-56.
- 牧尾一彦、西尾雅明、小原聡子、他（2001）医療機関における精神分裂病家族教室の効果 生活者としての家族機能に焦点を当てて、精神医学、43(8)、841-847.
- 南山浩二(1995)ケア提供者の負担の構造 在宅精神障害者を抱える家族の場合、家族社会学研究、7、81-92.
- 三野善央、津田敏秀、茂見潤、谷原真一、青山英康、馬場園明（1995）感情表出（Expressed Emotion）にもとづく分裂病の家族介入研究の効果判定 その技術と評価、日本公衛誌、42(5)、301-311.
- 宮城音弥（1971）：日本人の生きがい、pp. 69、朝日新聞社.
- 松尾洋平、渡辺三枝子（2007）：現代の中年職業人が抱く不安感と心理的危機、経営行動科学、20（2）、155-168.
- Miller F, Dworkin J, Ward M, Barone D (1990): A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients, Hosp Community

- Psychiatry, 41(12), 1321-1325.
- 諸富祥彦 (1997) : フランクフル心理学入門 どんなときにも人生には意味がある、pp. 115、コスモス・ライブラリー.
- 内閣府 (2013) : 国民生活に関する世論調査,
<http://www8.cao.go.jp/survey/h25/h25-life/2-1.html>
- 内閣府 (2013) : 障害者白書 平成 24 年版、
http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h24hakusyo/zenbun/honbun/honpen/h1_2_2.html
- 中谷陽明、東條光雅 (1989) : 家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—, 社会老年学, 29, 27-36.
- Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. (2012): The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders, BMC Res Notes, 1(5), 399.
- 村田恵子、草場ヒフミ、小野智美、他 (1999) : 慢性病児を養育する家族の燃えつきと家族ストレス・家族対処・家族機能との関連 燃えつき危険群と健全群との比較において、日本小児看護学会誌、8(2)、46-53.
- Noh S, Turner RJ(1987): Living with psychiatric patients: implications for the mental health of family members, Soc Sci Med, 25(3), 263-272.
- 野嶋佐由美 (2005) : 野嶋佐由美 (監)、中野綾美 (編)、家族エンパワーメントをもたらす看護実践、p 279-300、へるす出版.
- 小川猛 (1982) : 実践老人心理学 老人ホームの現場から、黎明書房.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H. & Russel, C. S. (1979): Circumplex model of marital and family systems : Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family Process, 18, 3-28.
- 岡本祐子(1985): 中年期の自我同一性に関する研究, 教育心理学研究, 33, 295-306.
- 岡本祐子、深瀬裕子 (2013) : エピソードでつかむ生涯発達心理学、pp. 78-80、ミネルヴァ書房.
- 岡上和雄、清水順三郎、福井進、山角博 (1988) 市民の精神医療 心の病を理解するために、勁草書房.
- 大島巖 (1987) : 精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究、精神神経学雑誌、89(3)、204-241.
- 大島巖、植木ひろこ、徳永義勝 (1995) : 家族会との関わり方・支援方法、伊藤順一郎、後藤雅博、遊佐安一郎編、援助技法の実際、星和書店、143-169.
- Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 , WHO/HPR/HEP/95.1,
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- 小沢哲史 (2006) : 「視線」は家族の何を語るか—家族紹介映像、FACESⅢ、FIT、セルフモニタリング尺度を用いた探索的検討—、岐阜聖徳学園大学短期大学部紀要、38、109-121.
- 齋藤静 (2008) : 高齢期における生きがいと適応に関する研究—ネットワークの観点から—、現代社会文化研究、41、63-75.

- 櫻井よしこ (2013) : 迷わない、220-225、文春新書。
- 妹尾香織、高木修 (2004) : 高齢者の援助行動経験と心理・社会的幸福・安寧感との関連、心理学研究、75、428-434。
- Sharif F, Shaygan M, Mani A. (2012) : Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran, BMC Psychiatry, 25, 12-48.
- 柴崎幸子、青木邦男 (2011) : 高齢者の生きがいに関する文献研究、山口県立大学学術情報、4、121-130。
- 茂木千明 (1994) : 家族機能査定に関する研究-家族円環モデルと日本語版 FACES III の関連性について-、家族心理学研究、8、95-108。
- 白石尚大、岡本祐子 (2005) : 大学生の意欲低下傾向とアイデンティティ発達 家族機能の関連性、青年心理学研究、17、1-14。
- Solomon P, Draine J (1995) : Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation , Am J Orthopsychiatry, 65(3), 419-427.
- 杉尾幸、井上桂子 (2002) : 慢性精神分裂病入院患者の社会生活障害—精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehab) を用いた評価—、川崎医療福祉学会誌, 12 (1) , 125-132.
- 杉山善朗、福井至、竹川忠男、他 (1998) : 老年期の社会適応に影響を及ぼす心理的要因—両者の関連—、老年精神医学雑誌、9、364-371。
- 鈴木丈、伊藤順一郎 (1997) : SST と心理教育、92-93、中央法規出版。
- 田上美千佳 (1998) : 精神分裂病をもつ家族の心的態度に関する研究、お茶の水医学雑誌、46(4)、181-193。
- 田上美千佳(2004) : シリーズ とともに歩むケア 家族にもケア 統合失調症 はじめての入院、精神看護出版。
- 田上美千佳、糸川昌成 (2005) 統合失調症患者の家族研究、精神科、7(2)、125-129。
- 高橋俊彦、星旦二、櫻井尚子、他 (2003) : 都市に居住する在宅高齢者の主観的健康感の実態とその構造、総合都市研究、8、97-114。
- 高橋善弥太 (1995) : 医者のためのロジスティック・Cox 回帰入門、日本医学館。
- Tan SC, Yeoh AL, Choo IB, et al (2012) : Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community, J Clin Nurs, 21(17-18), 2410-2418.
- Torrey E (1997) : Surviving Schizophrenia. 3rd、南光進一郎 (監訳)、武井教使、中井和代、分裂病がわかる本 私たちは何ができるか (1997)、pp. 271、日本評論社。
- 豊田弘司 (2006) : 大学生の自尊感情と自己効力感に及ぼす随伴・非随伴経験の効果、教育実践総合センター研究紀要、15、7-10。
- 塚田和美、伊藤順一郎、大島巖、鈴木丈 (2000) : 心理教育が精神分裂病の予後と家族の感情表出に及ぼす影響、千葉医学、76、67-73。
- 対馬栄輝 (2010) : 医療系研究論文の読み方・まとめ方、p 161、東京図書。

- 六鹿いづみ（2003）：統合失調の家族の受容過程、臨床教育心理学研究、29（1）、21-29.
- Rosenberg ,M.(1965) : Society and the adolescent self-image .Princeton Univ.Press.
- Shibre T, Medhin G, Teferra S, etal(2012):Predictors of carer-burden in schizophrenia: a five-year follow-up study in Butajira, Ethiop Med J,50(2),125-133.
- 高木修（1998）：人を助ける心ー援助行動の社会心理学ー、63-99、サイエンス社、東京.
- 上田吉一（1990）：マスローによる自己実現、現代のエスプリ、281、120-126、至文堂.
- 山本真理子、松井豊、山城由紀子（1982）：認知された自己の諸側面の構造、教育心理学研究、30、64-68.
- Wallston,K.A ,Wallston,B.S. (1978): Development of Multidimensional health locus of control Scales, Health Education Monographs, 6,160-170.
- 渡辺正樹（1986）：Health Locus of Control による保健行動予測の試み、東京大学教育学部紀要、25、299-307.
- 渡辺俊之（2003）：介護家族という新しい家族、現在のエスプリ、12、24-30.
- 山田邦男（1999）：生きる意味への問い V.E.フランクフルをめぐって、pp.6、佼成出版社.
- 山口知代、元村直靖（2009）：統合失調症をもつ長期入院患者の首尾一貫感覚・精神健康・主観的統制感の調査、大阪教育大学紀要、57（2）、33-47.
- 全家連保健福祉研究所（1997）：精神障害者家族の健康状態と福祉ニーズ 97、ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ 18、pp.26-36.
- 全家連保健福祉研究所（1997）：精神障害者家族の健康状態と福祉ニーズ 97、ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ 18、26-36、163-170.
- 全国精神障害者家族会連合会（1998b）ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ No 22、pp. 26.

【資料 1】アンケート調査のご協力をお願いします 【対象者用依頼文】

私は、青森県立保健大学大学院の学生をしています川添郁夫と申します。

私は、統合失調症のお子様をもつご家族の心理的負担感に関する研究を行っています。お子さまを支援する中で、ご家族がどのような不安や負担を感じているのか、あるいは、生きがい感や幸福感を感じているのかについて調査したいと考えています。

そこで、精神障がい者家族会に参加されているご家族に、アンケート調査をお願いしております。この調査の結果を通じて、統合失調症のお子様を支えるご家族を理解するとともに、ご家族の支援に積極的に活かしたいと考えていますので、ぜひご協力をお願いいたします。

なお、この調査に当たっては以下のことを順守します。

この調査へのご協力は自由です。調査にご協力いただかない場合でも、皆様に不利益になるようなことは一切ございません。また、調査へのご協力はいつでも取りやめることができます。

調査に当たってプライバシーはお守りいたします。調査は無記名で行います。得られたデータは厳重に管理し、研究の目的以外には使用いたしません。得られた結果は博士論文として大学に提出し、その後学会等で発表する予定ですが、データは統計的に処理するため、個人が特定されることはありません。

質問には配慮いたしましたが、疲労感や不快、不安を感じたり答えたくないと感じた場合には、お答えいただけてもけっこうです。

この調査について、ご不明な点やお気づきの点がございましたら、下記川添（かわぞえ）までご連絡くださいますよう、お願い申し上げます。

研究テーマ：統合失調症者の家族の心理的負担感に及ぼす要因

研究者：青森県立保健大学大学院博士後期課程 川添郁夫

連絡先：電話番号 □□（□□）□□□□

E-mail：□□□□@□□□□.auhw.ac.jp

指導教員：青森県立保健大学 大山博史

連絡先：電話番号 □□（□□）□□□□

E-mail：□□□□@□□□□auhw.ac.jp

また、この調査の過程で、プライバシーあるいはご自身の権利が侵害されたと感じた時は、下記の期間にご連絡ください。対応いたします。

青森県立保健大学 研究倫理委員会

連絡先：電話番号 017（765）2000（代表）

*代表番号ですので、必ず倫理委員会へとお伝えください。

【資料 2】 ご家族を対象としたアンケート調査の依頼について

【家族会用依頼文】

私は、青森県立保健大学大学院の学生をしています川添郁夫と申します。

私は、統合失調症のお子様をもつご家族の心理的負担感に関する研究を行っています。お子様の健康状態は、ご家族の皆様にとって非常に大きな関心事だと思われます。お子さまを支援する中で、ご家族が体験されている不安や負担、あるいは、お子さまを支援する体験から生きがい感や幸福感が得られるのかについて調査したいと考えています。

そこで、貴家族会に参加されているご家族に、アンケート調査をお願いしてきかないものでしょうか。この調査の結果を通じて、統合失調症のお子様を支えるご家族を理解するとともに、ご家族の支援に積極的に活かしたいと考えていますので、ご家族へのアンケート調査にご理解・ご協力をお願いいたします。

なお、この調査に当たっては以下のことを順守します。

この調査への協力は自由です。調査にご協力いただかない場合でも、皆様に不利益になるようなことは一切ございません。また、調査へのご協力はいつでも取りやめることができます。

調査に当たってプライバシーはお守りいたします。調査は無記名で行います。得られたデータは厳重に管理し、研究の目的以外には使用いたしません。得られた結果は博士論文として平成 25 年 9 月までに大学に提出し、その後学会等で発表する予定ですが、データは統計的に処理するため、個人が特定されることはありません。質問には配慮いたしました。が、疲労感や不快、不安を感じたり答えたくないと感じた場合には、お答えいただかなくても構いません。

この調査について、ご不明な点やお気づきの点がございましたら、下記川添（かわぞえ）までご連絡くださいますよう、お願い申し上げます。

研究テーマ：統合失調症者の家族の心理的負担感に及ぼす要因

研究者：青森県立保健大学大学院博士後期課程 川添郁夫

連絡先：電話番号 □□（□□）□□□□

E-mail：□□□□@□□auhw.ac.jp

指導教員：青森県立保健大学 大山博史

連絡先：電話番号 □□（□□）□□□□

E-mail：□□□□@auhw.ac.jp

また、この調査の過程で、プライバシーあるいはご自身の権利が侵害されたと感じた時は、下記の期間にご連絡ください。対応いたします。

青森県立保健大学 研究倫理委員会

連絡先：電話番号 017（765）2000（代表）

*代表番号ですので、必ず倫理委員会へとお伝えください。

【資料 3】

アンケート

☆アンケートは無記名で行います。

☆アンケートは全部で 12 ページあり、回答には 30 分程度かかりますが、
なにとぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

大変お手数ですが、アンケートをお受け取り
になりましたら、ご記入のうえ同封の返信用
封筒に入れて、**2 週間以内を目安**にポスト
に投函してくださるようお願いいたします。

青森県立保健大学大学院健康科学研究科
川添郁夫

カッコ内には数字・当てはまる言葉を記入し、それ以外は当てはまるものの番号を丸で囲んでください。

I. お子様のことについて、おたずねします。

(1) お子さまの現在の年齢はおいくつですか？ () 歳 () か月
(2) お子さまの性別を教えてください。 1. 男 2. 女
(3) 最初に診断されたときのお子さまの年齢はいくつでしたか？ () 歳 () か月
(4) お子さまは家庭で特別な注意が必要です。 1. はい 2. いいえ * 1. はい とお答えの方は、どのような注意が必要か教えてください。 (あてはまるもの全てに○をつけてください。) 1. 薬を飲むこと 2. 食事や水分摂取について 3. 外出を行うこと 4. 買い物を行うこと 5. 家族以外の人と関わりを持つこと 6. 外来診療に通うこと 7. 作業所・ディケアに通うこと 8. 粗暴な言動について 9. 人との交流 10. その他()
(5) お子さまの居住形態について教えてください。 1. 独立生計 2. 家族と同居 3. 共同住居
(6) お子さまの就業状況を教えてください。 1. 就業中で収入がある 2. 就業中だがボランティア・ワークのため収入がない 3. 就業可能だが失業中である 4. 就業に適さない 5. 退職や高齢で就業していない
(7) 生活を支えるための制度の利用状況について教えてください。 1. 生活保護を受給している 2. 障害年金を受給している 3. 何も利用していない

II. 回答してくださっているご家族の方についておたずねします。

(1) あなたの年齢はおいくつですか。 () 歳
(2) あなたの性別を押しってください。 1. 男 2. 女
(3) 現在何人家族ですか () 人 (あてはまるもの全てに○をつけてください。) 1. 配偶者 2. あなたの(義)父・母 3. あなたの子ども 4. あなたの孫
(4) お子さまはご本人も含めて何人兄弟ですか。 () 人
(5) 現在のご職業について当てはまるものをお答えください。 1. 専業主婦 2. 会社員等(フルタイム勤務) 3. パート・アルバイト勤務 4. 自営業 5. 農林水産業 6. その他()

III. 医療に関することをおたずねします。

(1) 医療者(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士)の対応で困ったことがありますか。 1. はい 2. いいえ 1. はい とお答えの方は、よろしければ具体的に教えてください。 ()
--

IV. 日本版HLC尺度 (Japanese Version of the health Locus of Control Scale: 主観的統制感尺度)

この調査は、病気や健康の原因についての、皆さんのお考えをお訊ねするものです。
以下の各文を読み、あなたの気持ちや考えに当てはまるかどうかについて、右側の回答欄の
6-1までのどこか1つを、例にならって○で囲んでください。

【例】人の人格は変わるものだ。 6 5 4 3 2 1
1 1 1 1 1 1

選択肢

1. まったくそう思わない
2. そう思わない
3. どちらかと言えばそう思わない
4. どちらかと言えばそう思う
5. そう思う
6. 非常にそう思う

	非常に そう 思う	そう 思う	ば ど ち ら か と 言 え	ば ど ち ら か と 言 え	そ う 思 わ ない	ま っ た く そ う 思 わ ない
	6	5	4	3	2	1
1. 病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による。	1	1	1	1	1	1
2. 病気が良くなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるか どうかにかかっている。	1	1	1	1	1	1
3. 病気がどのくらいでよくなるかは、医師の力による。	1	1	1	1	1	1
4. 病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている。	1	1	1	1	1	1
5. 病気がどのくらいでよくなるかは、時の運だ。	1	1	1	1	1	1
6. 病気が良くなるかどうかは、家族の協力による。	1	1	1	1	1	1
7. 健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである。	1	1	1	1	1	1
8. 病気が良くなるかどうかは、医者判断による。	1	1	1	1	1	1
9. 具合が悪くなっても、医者さえいれば大丈夫だ。	1	1	1	1	1	1
10. 健康でいられるのは、神様のおかげである。	1	1	1	1	1	1
11. 先祖の因縁などのよって病気になる。	1	1	1	1	1	1
12. 病気がどのくらいでよくなるかは、医者腕の腕しだいである。	1	1	1	1	1	1
13. 健康でいられるのは、自分次第である。	1	1	1	1	1	1
14. 病気になるのは、偶然のことである。	1	1	1	1	1	1
15. 神仏に供物をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる。	1	1	1	1	1	1
16. 病気になったのは、浮かばれない霊が頼っているからである。	1	1	1	1	1	1
17. 健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ。	1	1	1	1	1	1
18. 病気になったときは、家族などの思いやりが回復につながる。	1	1	1	1	1	1
19. 健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである。	1	1	1	1	1	1
20. 病気が良くなるかどうかは、自分の心がけ次第である。	1	1	1	1	1	1
21. 私の健康は、私自身で気をつける。	1	1	1	1	1	1
22. 健康でいるためには、よく拝んでご先祖様を大切にすることが良い。	1	1	1	1	1	1
23. 健康でいられるのは、運が良いからだ。	1	1	1	1	1	1
24. 健康を左右するような物事は、たいてい偶然に起こる。	1	1	1	1	1	1
25. 病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである。	1	1	1	1	1	1

V. 自尊感情尺度

つぎの特徴のおおのについて、あなた自身にどの程度当てはまるかをお答えください。
他からどう見られているかではなく、あなたが、あなた自身をどのように思っているかを、
ありのままにお答えください。

選択肢

あてはまる・・・5, ややあてはまる・・・4, どちらともいえない・・・3,
ややあてはまらない・・・2, あてはまらない・・・1

	あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	ややあてはまらない	あてはまらない
項目	5	4	3	2	1
1. 少なくとも人並みには、価値のある人間である。					
2. 色々な良い素質を持っている。					
3. 敗北者だと思いがよくある。					
4. 物事を人並みには、うまくやれる。					
5. 自分には、自慢できるところがない。					
6. 自分に対して肯定的である。					
7. だいたいにおいて、自分に満足している。					
8. もっと自分自身を尊敬できるようになりたい。					
9. 自分は全くだめな人間だということがある。					
10. 何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思う。					

VI. Self-rating Depression Scale(うつ状態自己評価表)

あなた自身のことについておたずねします。

以下に20個の項目があります。それぞれの文を読んで

今のあなたに、当てはまる程度を示す欄に○を記入してください

		め っ た に な い	と き ど き	し ば し ば	い つ も
1	気が沈んで憂うつだ				
2	朝がたは いちばん気分がよい				
3	泣いたり 泣きたくなる				
4	夜よく眠れない				
5	食欲は ふつうだ				
6	まだ性欲がある (独身の場合)異性に対する関心がある				
7	やせてきたことに 気がつく				
8	便秘している				
9	ふだんよりも 動悸がする				
10	何となく 疲れる				
11	気持は いつもさっぱりしている				
12	いつもとかわりなく 仕事をやれる				
13	落ち着かず じっとしていられない				
14	将来に 希望がある				
15	いつもより いらいらする				
16	たやすく 決断できる				
17	役に立つ 働ける人間だと思う				
18	生活は かなり充実している				
19	自分が死んだほうが ほかの者は楽に暮らせると思う				
20	日頃していることに 満足している				

VII. PHRFストレスチェックリスト・ショートフォーム

あなた自身のことについておたずねします。

以下の質問にあまり深く考えずにお答えください。

回答は3つの中から1つ選び○をつけてください。

		ない	時々ある	よくある
	項 目			
1	目が疲れやすい			
2	めまいを感じることもある			
3	急に息苦しくなる			
4	動悸が気になる			
5	胸が痛くなることがある			
6	頭がスッキリしない(頭が重い)			
7	好きな物でも食べる気がしない			
8	背中や腰が痛くなることがある			
9	なにかするとすぐ疲れる			
10	寝つきが悪く、なかなか眠れない			
11	不機嫌になることがある			
12	肩がこったり、首すじがはることがある			
13	体がだるくなかなか疲れがとれない			
14	ちょっとしたことで腹がたったりいらいらすることがある			
15	何か仕事をするときは、自信を持ってできない			
16	何かするときは、うまくいかないのではないかつ不安になる			
17	人を信じられないことがある			
18	将来に希望を持ってないことがある			
19	何かを決めるときは、迷って決定できない			
20	物事を積極的にこなせない			
21	職務の重さに圧力を感じる			
22	どこでも、気心があわない人がいて困ることがある			
23	環境の変化をのりきって仕事をすすめていけるか不安になる			
24	私の努力を正に評価してくれる人が欲しいと思う			

VIII. FACESⅢ(家族機能測定尺度)

以下に20個の項目があります。それぞれの文を読んで

今のあなたに、当てはまる程度を示す欄に○を記入してください

		ま っ た く な い	た ま に あ る	と き ど き あ る	よ く あ る	い つ も あ る
	質 問 項 目					
1	私の家族では、困ったとき、家族の誰かに助けを求める。					
2	私の家族では、問題の解決には子どもの意見も聞いている。					
3	家族は、それぞれの友人を気に入っている。					
4	私の家族は、子どもの言い分も聞いてしつけをしている。					
5	私の家族は、みんなで何かをするのが好きである。					
6	家族を引っ張っていく者(リーダー)は、状況に応じて変わる。					
7	家族の方が、他人よりもお互いに親しみを感じている。					
8	私の家族では、問題の性質に応じて、その取り組み方を変えている。					
9	私の家族では、自由な時間は、家族と一緒に過ごしている。					
10	私の家族は、叱り方について親と子で話し合う。					
11	私の家族は、お互いに密着している。					
12	私の家族では、子どもが自主的に物事を決めている。					
13	家族で何かをするときは、みんなでやる。					
14	家族の決まりは、必要に応じて変わる。					
15	私の家族は、みんなで一緒にしたいことがすぐに思いつく。					
16	私の家族では、家事・用事は、必要に応じて交代する。					
17	私の家族では、何かを決めるとき、家族の誰かに相談する。					
18	私の家族では、みんなを引っ張っていく者(リーダー)が決まっている。					
19	家族がまとまっていることは、とても大切である。					
20	私の家族では、誰がどの家事・用事をするか決まっている。					

IX. ABC-16(介護負担評価尺度)

以下に16個の項目があります。それぞれの文を読んで
今のあなたに、当てはまる程度を示す欄に○を記入してください

		とても そう思う	そう 思う	そうは 思わない
	項 目			
1	患者は介護者に頼りきりである			
2	患者は自分で何もしようとしない			
3	患者は訴えが多い			
4	介護の苦勞を分ってもらえない			
5	仕事が片付かない、仕事を辞めた			
6	しばしば予定が立てられない			
7	近所や友人との付き合いができない			
8	介護をしているのは一人だけである			
9	貯金が目減りしていく			
10	出費が多く必需品も買えないことがある			
11	蓄えが少なく将来が不安である			
12	万一の出費に対応できない			
13	身体が疲れ果てている			
14	健康をそこなっている			
15	イライラしてすぐに腹がたつ			
16	うつとおしくて気が滅入る			

X. 生きがい感スケール

以下のそれぞれの項目について、
あなた自身に当てはまる場合は「はい」を、
当てはまらない場合は「いいえ」を、
どちらでもない場合は、「どちらでもない」を、○で囲んでください。

		はい	どちらでもない	いいえ
	項 目			
1	私は今の生活に満足感があります			
2	暖かい日差しの中でよく昼寝を楽しみます			
3	私は他人から信頼され頼りにされています			
4	私は将来に希望を持っています			
5	毎日が平和で楽しいと感じています			
6	私はフカフカの布団で寝得ることをよく楽しんでます			
7	私の行為で人に喜んで貰えることが良くあります。			
8	自分の人生に大きな期待を持っています			
9	私は今幸せを感じています			
10	私は好きなものを飲んだ入り食べたりする機会をよく持っています			
11	自分が必要とされ存在価値を感じるがあります			
12	私は物事にやる気を持っています			
13	私の毎日は充実していると思います			
14	私は心ゆく迄買い物をするがあります。			
15	皆で力を合わせ目的を達成することが良くあります			
16	私には目的があり、達成したいことがあります			
17	全ての物事が順調に進んでいると思っています			
18	世界がバラ色に輝いて見えるがあります			
19	人の為に役立ったと感じるがあります			
20	私は何事に対しても積極的に取り組んでいこうと思っています			
21	今日は一日好きなことができると思う日がよくあります			
22	自分は高く評価されたと思えることが良くあります			
23	今やり甲斐のあることをしています			
24	私は課せられた役割をよく果たしています			
25	夢中になって好きなことをしていることが良くあります			
26	私は人間的に成長したと感じるがあります			
27	私は現在自分の能力を精一杯発揮しています			
28	私は周囲から認めて貰っています			
29	自分の趣味や好きなことに出会えることが良くあります			
30	私は今まで知らなかった新しい自分を発見することがあります			
31	努力した結果報われたと感じるが良くあります			

XI. GAF (Global Assessment Functioning)

表内の症状と機能レベルを参考にしてお子さまにコードの当てはまる箇所に○を記入して下の空欄に評価点を記入してください。

(例：45、68、72・・・のように、それが適切でしたら、中間の値を記入してください)

コード	重症度	機能のレベル
100-91	症状は何もない。	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）。 生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。	すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがない。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）。	社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学業で一時遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）。	社会的、職業的、または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある）。	社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少しかない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）。	社会的、職業的、または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥（例：会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）。	仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での重大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。 <u>または</u> 、意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）。	ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企画、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）。 <u>または</u> 、コミュニケーションに重大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）	時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、 <u>または</u> 、死をはっきりと予測した重大な自殺行為。	最低限の身の清潔維持が持続的に不可能。
0	情報不十分。	
評価点		

XII. LASMI(精神障害者社会生活評価尺度)

お子さまのことについておたずねします
以下に40個の項目があります。それぞれの文を読んで
当てはまる程度を示す欄に○を記入してください

		問題なく行える	自主的に行える	助言がなければ奇異な感じを与える	強い助言・援助が必要	大変問題がある		
	評 価 項 目							
日常生活	1 生活リズムの確立							
	2 身だしなみへの配慮-整容							
	3 身だしなみへの配慮-服装							
	4 居室掃除やかたづけ							
	5 バランスの良い食生活							
	6 交通機関							
	7 金融機関							
	8 買い物							
	9 大切な物の管理							
	10 金銭管理							
	11 服薬管理							
	12 自由時間の過ごし方							
対人関係	1 発語の明瞭さ							
	2 自発性							
	3 状況判断							
	4 理解力							
	5 主張							
	6 断る							
	7 応答							
	8 協調性							
	9 マナー							
	10 自主的なつきあい							
	11 援助者とのつきあい							
	12 友人とのつきあい							
	13 異性とのつきあい							
仕事・課題	1 役割の自覚							
	2 課題への挑戦							
	3 課題達成の見通し							
	4 手順の理解							
	5 手順の変更							
	6 課題遂行の自主性							
	7 持続性・安定性							
	8 ペースの変更							
	9 あいまいさに対する対処							
	10 ストレス耐性							
安定性	1 現在の社会適応度							
	2 持続性・安定性の傾向							
自己認識	1 障害の理解							
	2 過大な自己評価・過小な自己評価							
	3 現実離れ							

とても問題がある
非常に問題がある

あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印（☑）をつけてください。

1. 全体的にみて、過去 1 カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 過去 1 カ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	体を使う日常活動ができなかった
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 過去 1 カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに さまたけられた	少し さまたけられた	かなり さまたけられた	いつもの仕事ができなかった
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激 しい痛み
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気 だった	少し 元気だ った	わずかに 元 気だった	ぜんぜん 元 気でなかった
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	つきあいが できなかった
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん悩まされなかつ た	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩ま された
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられなかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	日常行う活動 ができなかつ た
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

調査は以上で終了です。

貴重なお時間を頂き、ご協力ありがとうございました。