

原著

沖縄県における精神障害者家族の社会的および健康状況と生活の実態 —地域家族会会員調査から—

伊礼 優¹⁾ 栗栖瑛子¹⁾ 當山富士子¹⁾ 田場真由美¹⁾ 大川嶺子¹⁾ 新城正紀¹⁾ 宮城政也¹⁾

要 約

目的：精神障害者を抱える家族の社会的経済状態・生活状況の実態を把握し、今後の効果的な支援方法を知るために本調査を行った。対象者は全国精神障害者家族会（全家連）に属する沖縄県の家族437名で、回答者は148名（33.9%）であった。結果及び考察：低い回収率の限界を踏まえた上で、沖縄県内の家族会に属する家族の社会的・健康状態と生活の実態を捉えた。

- 1) 家族が抱える精神障害者は、在宅群82.4%、平均年齢は41.4歳であった。家族の平均年齢は64.8歳で、その48%が高齢の母親であり、平均年齢は76.3歳であった（表1、2）。
- 2) 家族の多くは年金生活であり、年収は沖縄県民一人あたりの平均より低かった（図1）。
- 3) 家族は精神障害者の世話に追われ、家族自身の生活を犠牲にしていた（図2、3）。
- 4) GHQ28を用いて家族の精神健康度を調べた結果、家族の健康度は障害者の入院期間に関連し、特に在宅群では障害者の病状が家族の精神健康度と関連がみられた（表5、6）。これは家族の障害を受容するプロセスと関連し、受容には長い時間を要することが考えられた。

キーワード：精神障害者家族 家族の社会・経済的状況 家族の満足度 GHQ28 地域ケア

I. はじめに

我が国では、2005年9月に「障害者自立支援法」が成立し、精神障害者を施設から地域ケアに移行させる施策が急速に進められている。日本の精神障害者・患者総数204万人の中33万人が入院治療中であり、この中「条件が整えば退院可能」な社会的入院患者は6万9千人に及ぶと報告されている¹⁾。その理由として、精神障害者に対する差別や偏見、地域社会の受け皿の不足、家族の支援力の弱さ等があげられている。

精神障害者の入院の大半を占める統合失調症は、社会環境のストレスが病状に影響を与えと言われ、社会に戻った場合の家庭環境の整備の必要性も述べられており²⁾、最近では、家族の負担を軽減させ、家族の力を高める心理教育も活発に行われつつある³⁾。

精神障害者の家族に関する主な調査には、全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連と略）による過去3回の全国調査があり、家族の高齢化や困難な生活の状況が明らかにされた⁴⁾。しかし、偏見やプライバシー等の問題も複雑に絡み、回収率も低いために、同様な調査は最近行われておらず、沖縄県を含めて都道府県別の精神障害者を抱える家族の実態はこれまで把握されてきていない。

そこで、われわれは、沖縄県下の精神障害者をもつ家族の実態やニーズを把握し、家族の抱える問題点を抽出して、今後の効果的な支援に役立てるため本調査を行った。

II. 方法と対象

方法：障害者の家族についての全国調査は、プライバシーの保護や高齢などの問題から頻回には実施されていない。最も新しいものは、全家連による1997年の全国調査である。そこで、沖縄県内の精神障害者の家族の現状を、全国調査と比較するために、全家連の許可を得て、「精神障害者の健康状況と福祉ニーズ97」⁴⁾を参考として自記式調査票を作成した。

調査項目は、対象者の基本属性・病状、家族の基本属性・精神健康調査（GHQ28）などを含む心身の健康度・家族の生活や健康状況などである。

調査票は、沖縄県下、各地域家族会経由で配布し、郵送にて回収した。

分析は統計ソフトSPSS10.0Jを用い、統計的有意性の検討は有意水準0.05以下とした。

対象：2004年度の沖縄県精神障害者家族会福祉連合会に属する地域家族会20ヶ所の登録会員で住所の確認できた会員437名、この中回答の得られたものは148名、回収率33.9%であった。

倫理的配慮：本調査を実施する前に、研究計画書とアンケート用紙を本大学の倫理審査委員会に提出して審査を受け、同委員会の承認を得た。

調査の実施に際しては、調査の主旨を説明し、個人の調査への参加は自由であり、拒否した場合でも患者及び家族には不利益は生じないこと、調査結果は本研究以外に使用しないこと、調査は無記名で、データの処理はコード化して行い、個人のプライバシーの保護に努めること等を各家族会会長に伝えて承諾を得た。その上で家族に

1) 沖縄県立看護大学

文書にて説明をし、同意を得て調査を行った。

・調査期間は、2004年12月1日から2005年2月末日である。

Ⅲ. 結果

1. 障害者の治療状況別にみた性別・年齢別比較

表1は、調査に回答した家族が抱える障害者（以下、障害者）の治療状況別にみた性別・年齢別分布を示したものである。1997年に実施された全家連の全国調査の結果を参考として併記した。

障害者の治療状況をみると、入院群が16.9%、在宅群が82.4%を占めていた。全国調査と比較してみると、沖縄県の障害者は在宅群が有意に多かった。

障害者の年齢分布では、30歳代が36.5%で最も多く、次いで50歳代、40歳代の順であり、その平均年齢は41.4（±10.8）歳であった。沖縄県の30歳未満の障害者の占める割合は全体の49.3%を占め、全国調査より有意に多く、また、50歳代の障害者も全国調査と比べて有意に多かった。

障害者の性別では、男性が68.9%と高い割合であるが、これは全国調査と同じ結果であった。

2. 障害者の治療状況別にみた家族の性別・年齢別比較

表2は、障害者の治療状況別にみた家族の性別・年齢別分布を示したものである。全国調査の結果を参考として併記した。

対象となった家族の性別は、男性25.7%、女性63.5%で女性が多く占めていたが、全国調査と比べて有意な差は認められなかった。治療状況別に分けた家族の性別をみると、在宅群の女性が有意に多かった。

家族の年齢分布は、60歳代(33.1%)が最も多く、次いで70歳代(20.9%)、50歳代(17.6%)と続き、その平均年齢は64.8(±10.6)歳であり、全国調査と同様な分布であった。

全国調査では入院群の家族の高齢化が指摘されていたが、障害者の治療状況別にみた沖縄県の家族の年齢分布では、両群の間に有意な差は認められなかった。

表3は障害者と家族との続柄を示したものである。障害者の母親が48.0%と最も多く、父親が18.9%であり、親による支援は全体の66.9%を占めていた。次いできょうだいが10.8%で、全国調査とほぼ同様な結果であった。

30歳以下と50歳代の障害者を支える家族の続柄は、それぞれ48.1%、42.9%が母親であり、特に50歳以上の障

表1. 障害者の概要：障害者の治療状況別にみた性別・年齢別比較

性 別					年 令								
	男性	女性	無回答	計	～19歳	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～	60歳～	70歳～	無回答	合計
入院群	19 (76.0)	6 (24.0)	0 (0.0)	25 (16.9)	0 (0.0)	4 (16.0)	9 (36.0)	5 (20.0)	4 (16.0)	1 (4.0)	1 (4.0)	1 (4.0)	25 (16.9)
在宅群	82 (67.2)	40 (32.8)	0 (0.0)	122 (82.4)	1 (0.8)	14 (11.5)	45 (36.9)	25 (20.5)	31 (25.4)	5 (4.1)	0 (0.0)	1 (0.8)	122 (82.4)
無回答	1 (100)	0 (0.0)		1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)
計	102 (68.9)	46 (31.1)	0 (0.0)	148 (100)	1 (0.7)	18 (12.2)	54 (36.5)	31 (20.9)	35 (23.6)	6 (4.1)	1 (0.7)	2 (1.4)	148 (100)
	沖縄				全国調査(1997)					Fisherの直接確率法			
入院群	25(16.9)				886(26.4)					* *			
在宅群	122(82.4)				2399(71.4)								
30歳代以下	73(49.3)				1371(40.8)					*			
50歳代	35(23.6)				442(13.1)					* *			
男性	102(68.9)				2156(64.1)					n.s			
女性	46(31.1)				1141(33.9)								

() 内%, * : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

表2. 家族の概要：障害者の治療状況別にみた家族の性別・年齢別比較

性 別					年 令								
	男性	女性	無回答	計	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～	60歳～	70歳～	80歳～	無回答	合計
入院群	11 (44.0)	13 (52.0)	1 (4.0)	25 (16.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.0)	6 (24.0)	8 (32.0)	3 (12.0)	2 (8.0)	5 (20.0)	25 (100)
在宅群	26 (21.3)	81 (66.4)	15 (12.3)	122 (82.4)	1 (0.8)	1 (0.8)	4 (3.3)	20 (16.4)	41 (33.6)	28 (23.0)	5 (4.1)	22 (18.0)	122 (100)
無回答	1 (100)	0 (0.0)		1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)	1 (100)
計	38 (25.7)	94 (63.5)	16 (10.8)	148 (100)	1 (0.7)	1 (0.7)	5 (3.4)	26 (17.6)	49 (33.1)	31 (20.9)	7 (4.1)	28 (1.4)	148 (100)
Fisherの直接確率法：p < 0.05					Wilcoxon順位和検定：W=1673.5, p = 0.76, n.s								
沖縄					全国調査(1997)					Fisherの直接確率法			
男性	37(25.7)				1086(35.2)					n.s			
女性	94(63.5)				2000(64.8)								

() 内%

表3. 障害者と家族の続柄

	沖縄	30歳以下の障害者の家族	50歳代障害者の家族	全国調査(1997)
父	28 (18.9)	12 (22.2)	2 (5.7)	708 (21.1)
母	71 (48.0)	26 (48.1)	15 (42.9)	1669 (49.5)
きょうだい	16 (10.8)	4 (7.4)	6 (17.1)	315 (9.4)
きょうだいの配偶者	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (2.9)	53 (1.6)
本人の配偶者	10 (6.8)	2 (3.7)	4 (11.4)	138 (4.1)
本人の子	1 (0.7)	1 (1.9)	0 (0.0)	227 (6.8)
本人の子の配偶者	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.1)
祖父母	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.1)
その他	3 (2.0)	0 (0.0)	3 (8.6)	56 (1.7)
無回答	17 (11.5)	9 (16.7)	4 (11.4)	190 (5.7)
計	148 (100)	54 (100)	35 (100)	3362 (100)

() 内%

害者を支援する母親の平均年齢は76.3歳と高齢であった。

3. 家族の経済的背景

図1に示した通り、家族全体の主な収入源は、「無職—年金生活」が43.9%と最も多く、次に「給与・賃金収入」29.7%であった。家族全体の年収は、「100～200万円」が23.0%と最も多く、次に「200～300万未満」が22.3%であり、沖縄県民の一人当りの年収200万円(2004年)に比べて低いものが多いことが分かった。

4. 家族の障害者のケア負担

1) 家族の日常生活のエネルギー配分

日常生活で、家族の障害者のケアに費やされるエネルギーはどのように配分されているのであろうか。

表4は、家族が費やす日常生活のエネルギー配分の合計を「10」とした場合に、「仕事や家庭」、「自分の余暇」、「障害者のお世話」、「その他」のそれぞれにどのようにエネルギーが配分されているかの回答を求めた結果である。家族は、「仕事や家庭」に5.17、「障害者のお世話」に2.36とエネルギーを消費しており、「自分の余暇」に関しては1.86という結果であった。

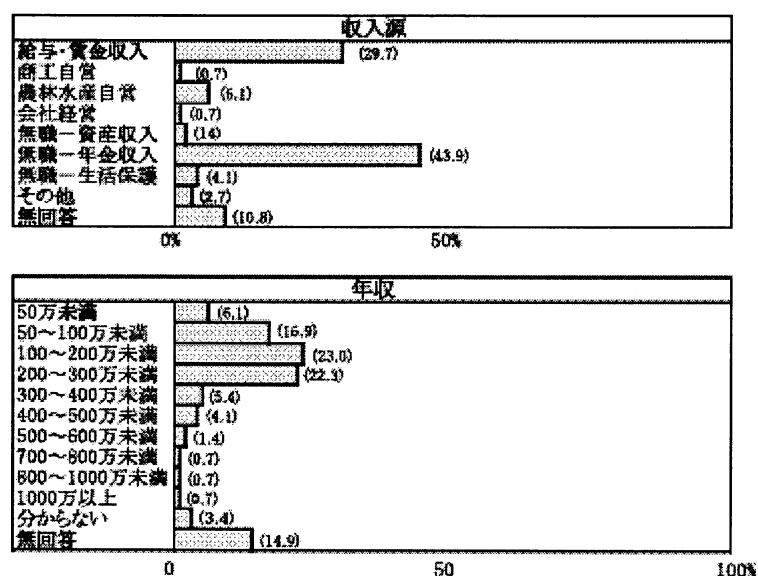


図1. 家族の収入源と年収

表4. 家族の心身のエネルギーの配分

	仕事や家庭	障害者のお世話	自分の余暇	その他	計
平均値	5.17	2.36	1.86	0.63	10.0
SD	(±1.94)	(±1.71)	(±1.38)	(±0.96)	

2) 障害者の問題に対する家族のケア負担の程度

次に、家族は障害者のどのような問題について、負担を感じ、心配しているのかを検討した。図2は、家族の障害者に対する負担の程度を16項目あげ、それぞれ「大いにあり」、「少しあり」、「なし」の3段階で回答を求めた結果である。

ケア負担の中で「大いにあり」・「少しあり」の回答が5割以上を超えた項目は、①「服薬を続けさせる苦勞」など、③、⑤、⑦、⑪、⑫、⑮、⑯の8項目であった。

特に、「大いにあり」の回答が最も多かったのは、⑯「将来への不安や焦り」(48.6%)、⑤「働く場所や訓練の場所がない悩み」(43.2%)、⑦「医療費などの経済的負担」(37.2%)であった。

5. 家族の生活全般に対する満足度

図3は、障害者を抱える家族の生活全般に対する満足度を示したものである。図からも明らかな通り、「満足している」、「まあ満足している」と答えたものは27.5%、

「どちらかといえば不満」、「不満だ」と答えたものは49.7%を占め、障害者を抱える家族の半数近くが生活全般に満足していなかった。

「満足している」、「まあ満足している」との回答者を「満足群」として、「不満だ」、「どちらかといえば不満」との回答者を「不満足群」として、「家族の日常生活のエネルギー配分」と、「家族のケア負担」との関連を検討した。その結果、「家族の日常生活のエネルギー配分」との関連では、「仕事や家庭」、「障害者のお世話」、「その他」に有意な差は認められず、「自分の余暇」において「不満足群」は「満足群」に比べ、「自分の余暇」に費やすエネルギーが有意に少なかった(Wilcoxon順位和検定, $W=1951.5$, $p < 0.001$)。

「家族のケア負担」との関連では、「仕事、家事に手が回らない」、「外出できない」、「自分の時間が持てない」など⑧～⑭の7項目において有意な差が認められ、「不満足群」の負担は重いことが示された(Wilcoxon順位和検定: ⑧～⑪, ⑬ $p < 0.05$, ⑫, ⑭ $p < 0.01$)。

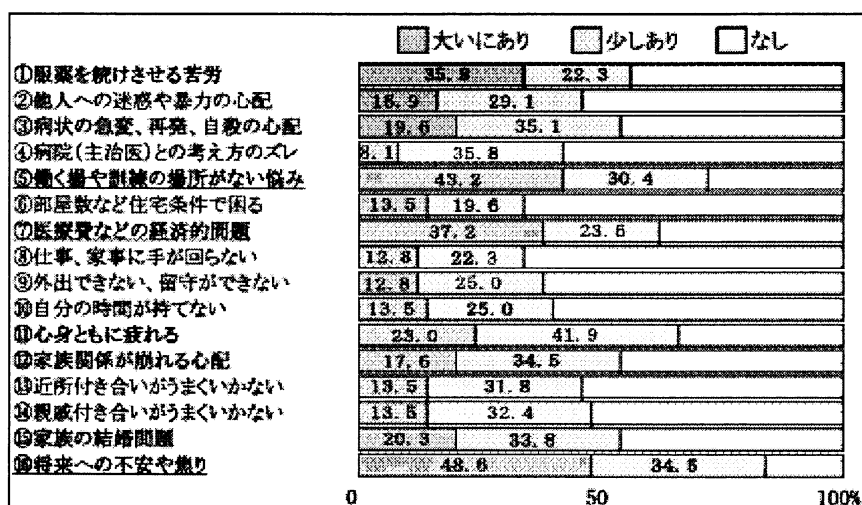


図2. 家族のケア負担

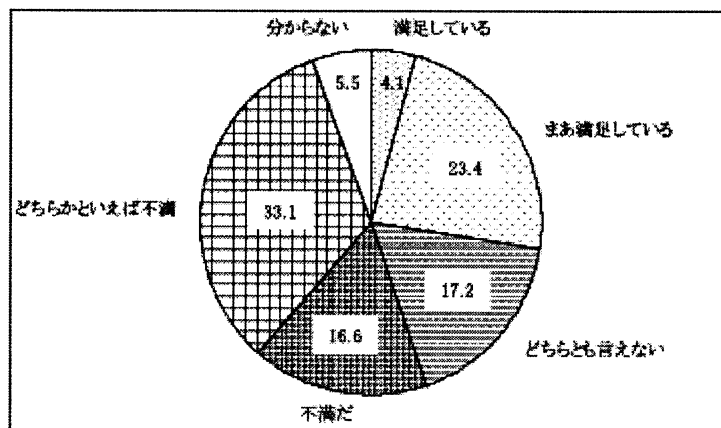


図3. 家族の生活全般に関する満足度

6. 家族の健康状態について

1) 家族の心身健康状態

家族の心身健康状態を、日本版精神健康調査表GHQ28(General Health Questionnaire28)を用いて調べた。この質問紙は、それぞれ7項目の身体症状、不眠、社会活動、抑うつ症状の4つの下位尺度からなり、得点が低得点であるほど、健康状態が良好で、高得点であるほど健康状態が悪く、神経症などの症状を呈しやすいとされており、総得点の16/17をカットオフポイントとして、低得点群と高得点群に分類できるものである⁵⁾。

表5は、障害者を抱える家族のGHQ28総得点と障害者の年齢、性別、発症からの経過年数、入院回数、延べ入院期間について、ロジスティック回帰分析を用いて関連を調べた結果である。

障害者の年齢、経過年数、延べ入院期間と家族のGHQ総得点との間に有意な関連が認められた。それぞれのオッズ比は、年齢が0.92、経過年数が1.14、延べ入院期間が1.76であり、延べ入院期間の長期化が最も家族の心身健康状態を低下させる要因になっていることが予測された。

表5. 障害者の基本属性と家族のGHQ28との関連(ロジスティック回帰分析)

オムニバス検定: 0.036		HosmerとLemeshow検定: 0.98			
	Wald	自由度	有意確率	オッズ比	
年齢	5.265	1	0.022	*	0.92
性別	1.130	1	0.298	n.s	1.95
経過年数	6.763	1	0.009	**	1.14
入院回数	0.099	1	0.753	n.s	1.01
延べ入院期間	5.807	1	0.016	*	1.76

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

2) 在宅で障害者をケアする家族の健康状態

先に述べた通り、本調査の回答者の8割が障害者を在宅でケアする家族であった。そこで、在宅で障害者をケアする家族の中、GHQ28の全てに回答の得られた84名について分析した結果、高得点群は20.2%を占めていた。

家族の精神健康状態と障害者の年齢・経過年数・延べ入院期間との関連を検討した結果を表6にまとめた。低得点群と高得点群別に、障害者の年齢との関連を表6-1に、障害者の発症からの経過年数との関連を表6-2に、障害者の延べ入院期間との関連を表6-3に示している。

在宅障害者の家族では、経過年数が短い家族に高得点群が有意に多く認められ、15年未満では52.9%を占めていた。

IV. 考察

1. 障害者とその家族の属性について

本調査対象の障害者は、地域で生活しているものが82.4%を占めており、全国調査と比べても有意に多かった。我が国は、これまでの入院中心の精神医療から、医療と福祉を包括する精神保健福祉法(1995年)を成立させ、早期退院を促進する方向を歩みつつある⁶⁾。本調査が比較した最も新しい全家連による全国調査は、この法律の施行から2年後に実施されたものであり、本調査とは8年の隔たりのあることを考慮する必要があるが、われわれの結果から、沖縄県においても精神障害者の早期退院が徐々に実現されつつあることを示しているといえる。

沖縄県の30歳以下及び50歳代の障害者の割合が全国調査より多い結果から、沖縄県の地域における障害者の年齢には幅があり、家族の負担も様でないことが推察さ

表6. 在宅群家族の健康度 (GHQ28)

()内%

表6-1. 低得点群と高得点群別の障害者の年齢

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	合計
低得点群	0 (0.0)	10 (14.9)	20 (29.9)	16 (23.9)	18 (26.9)	3 (4.5)	67 (79.8)
高得点群	1 (5.9)	0 (0.0)	8 (52.9)	4 (23.5)	2 (11.8)	1 (5.9)	17 (20.2)
合計	1 (1.2)	10 (11.9)	29 (43.5)	20 (23.8)	20 (23.8)	4 (4.8)	84 (100)
備考	Wilcoxon順位和検定: $p = 0.474$ n.s.						

表6-2. 低得点群と高得点群別の障害者の発症からの経過年数

	0～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20～25年未満	25～30年未満	30年以上	合計
低得点群	5 (7.5)	5 (7.5)	14 (20.9)	6 (9.0)	8 (11.9)	12 (17.9)	17 (25.4)	67 (79.8)
高得点群	2 (11.8)	4 (23.5)	3 (17.6)	3 (17.6)	2 (11.8)	2 (11.8)	1 (5.9)	17 (20.2)
合計	7 (8.3)	9 (10.7)	17 (20.2)	9 (10.7)	10 (11.9)	14 (16.7)	18 (21.4)	84 (100)
備考	Wilcoxon順位和検定: $p < 0.05$							

表6-3. 低得点群と高得点群別の障害者の延べ入院期間

	0～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20～25年未満	合計
低得点群	44 (77.4)	2 (3.2)	2 (3.2)	7 (11.3)	3 (4.8)	62 (79.8)
高得点群	10 (62.5)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.3)	16 (20.2)
合計	58 (74.4)	3 (3.8)	2 (2.6)	7 (9.0)	8 (10.3)	78 (100)
備考	Wilcoxon順位和検定: $p = 0.123$ n.s.					

れ、負担に応じた支援が求められていることが示唆された。

家族会に入会している家族が支えている障害者には男性が多く、30歳未満と50歳代の障害者を高齢の母親が支えている構図が見えてくる結果であった。精神障害の多くを占める統合失調症の発生頻度は国や性別を問わず恒常的で性差は認められていない⁷⁾。このことから母親の心身の加齢による体力・気力の減退に加え、親が亡き後の将来の不安に脅える母親への対策は急務であると考えられる。Jungbauer, J⁸⁾は、母親は精神障害者のケアに父親より強い負担を経験していると報告しているが、母親が主となって障害者を支援する要因には、文化差を超えた共通する要因が存在するのではないかと考えられる。

家族の主な収入に関しては、年金生活者が多く、年収は100～200万円で、沖縄県民の一人当りの年収よりも低かった。少ない収入で障害者をも援助する家族の経済的背景は苦しいと推察されるが、近年施行された障害者自立支援法は⁹⁾、障害者の自立に向けた訓練に対して応分の費用の負担を求めるものであり、高齢化した家族は、更に経済的負担をせまられる恐れがあると考えられる。

2. 家族の障害者へのケア負担について

比較できる一般家庭における日常生活のエネルギー配分のデータは見あたらないが、障害者の家族は、「自分の余暇」を犠牲にして障害者を支えていることが考えられる。後藤¹⁰⁾は、我が国では障害者のケア問題を家族のみに負わせる傾向のあることを指摘しているが、本調査結果も後藤の指摘を裏付けている。また、大島は、精神障害者の家族について、「援助者としての家族」と「生活者としての家族」という二側面を考慮すべきであるとしている¹¹⁾。本調査結果からみた個人の余暇を犠牲にした家族の現在の状況は、「家族は生活を楽しむ生活者でもある」という大島の見方は存在せず、障害者のケアのみに明け暮れている家族像が伺える。

特に家族は、「将来への不安や焦り」、「働く場所や訓練の場所がない悩み」、「医療費などの経済的負担」についての負担感が強い。この3項目は、全国調査と同様な結果であり、精神障害者を抱える家族の長年の悩みであり、早急な支援対策が求められている点である。我が国では、精神障害者を福祉の対象とする障害者基本法(1993年)が成立し¹²⁾、就労問題の解決策として授産施設が制度化した。しかし、授産施設の効果は実質1%と言われており¹³⁾、精神障害者の就労問題は解決されていない。相澤¹⁴⁾は、障害者の就業支援について、「就業の継続」が目的であり、その為に生活技能を高める過程が大切で、就職の結果にとらわれず、働く場の提供が障害者支援に繋がると述べている。われわれの結果からも、障害者の「働く・就職」という問題を改めて問い直し、この問題の検討を深めることが、家族の「将来への不安や

焦り」の解決に繋がると考える。

3. 家族の生活満足度と健康状態について

家族の生活全般に対する満足度で、不満足と答えた家族は半数を占めており、精神障害者を抱える家族の満足度は低く、家族の日常生活のエネルギーの中、「自分の余暇」に費やされる割合の低いもの程、生活への満足度は低い結果であった。

家族支援は精神科リハビリテーションの一部であり、家族自身の時間を確保することは大切とも言われており¹⁵⁾、家族支援において、生活にゆとりを持って障害者のケアにあたるように配慮する必要があることを、われわれの結果は示しているといえる。

家族の心身健康状態に関するGHQ28の結果から、障害者の延べ入院期間の長いことが家族の心身健康状態を低下させていた。Tweedell, D¹⁶⁾らは、障害者の病状が家族に影響を与え、障害者の回復状態(リカバリー)の程度により、家族が異なる経験をする報告しているが、延べ入院期間の長期化は障害者が治療を要する病状の悪化や再燃を意味しており、障害者の病状が家族の受容に影響していると推察される。

回答者の8割を占める在宅障害者の家族では、約2割が神経症状を呈しやすい高得点群にあり、障害者の発症からの経過年数が短い家族に高得点群が多かった。家族が精神疾患を受容するプロセスは、「喪の作業」mourning workに類似して、「ショック」「否認」「抑うつと怒り」「適応」を通して「再起」といわれる過程の中で様々な感情が働くと言われている¹⁷⁾。在宅で障害者を支援する家族は、障害者の病状の変化によって見られる特異な行動を観察する機会が多く、その結果、「ショック」「否認」「抑うつと怒り」の段階にあると考える。経過年数が15年未満に高得点群が多くを占めたことは、精神疾患の受容は時間を要すると言われているように¹⁸⁾、長期の期間を必要とすることの裏付けと推察された。

以上、沖縄県における障害者を抱える家族の実態を把握してきた。統合失調症の身内を抱えた家族は、障害者の妄想や暴力行為に不安を抱く一方で、自分を発症の一因と疑い、罪責感を抱くと言われている¹⁹⁾。障害者を支援する家族はストレスを抱え、特に在宅で支援する家族のストレスは大きいと推察されるが、実際には家族はサポートを得ることは少なく、自分の時間を犠牲にしてきたと伊藤¹⁴⁾は述べている。

また、精神障害者を抱える家族は、障害者の支持的環境として働く一方、障害者に心理的緊張を与え得る²⁰⁾ことを考えると、障害者と同居する家族に対して、家族の問題解決能力を強化する支援が必要であることを、この調査結果は示しているといえる。

本研究の限界と今後の課題として、全国調査と同様に本調査の回収率は33.9%に留まった。その要因として、

プライバシーの侵害や偏見を恐れること、高齢化などの要因が影響していると考えられる。また、地域で精神障害者を支える家族が全て入会しているとは限らず、本研究の対象となった家族会会員は、その一部であると推察され、われわれの結果を一般化するには限界がある。

今後、対象を拡げる努力を重ね、精神障害者家族の実態をよりよく把握し、得られた結果を踏まえた効果的な支援を行いたいと考える。

V. まとめ

沖縄県精神障害者家族会の登録会員437名に調査票を配布した結果、回収率は33.9%であった。この限界を踏まえた上で、以下の沖縄県内の家族会に属する家族のニーズを明らかにした。

- 1) 沖縄県の精神障害者を抱える家族は、入院群16.9%、在宅群82.4%を占めていた(表1)。
- 2) 障害者の平均年齢は41.4歳で、30歳以下は半数を占め、50歳代の割合も多い(表1)。
- 3) 高齢の母親が男性障害者を在宅で支援する割合が多く、母親の負担は大きい(表2)。
- 4) 家族の収入源は年金が主で、年収は「100～200万円」が多くを占めていた(図1)。
- 5) 家族は、ケアに負担を感じ、生活満足度は低い状態にあった(図2、3)。
- 6) 家族の生活満足度を高めるには、家族が余暇を楽しむ時間的ゆとりを確保する支援が必要である(表4)。
- 7) ロジスティック回帰分析の結果、家族の精神的健康度は障害者の延べ入院期間と関連していた(表5)。在宅群についてみると、発症からの経過年数の短い家族の精神健康度は低かった(表6)。これは家族が障害を受容するプロセスと関連し、受容には長い時間を要することが考えられた。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力頂いた沖縄県精神障害者家族会福祉連合会の会長、事務局長をはじめ、家族会会員の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、沖縄県立看護大学・平成16年度「学内共同研究」の助成金を頂いて、実施した調査の結果を報告しています。

文 献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向，51(9)：109-114，東京，2004。
- 2) 西尾雅明：家族支援／心理教育，日本臨床・別冊精神医学症候群1，216-219，2003。
- 3) 後藤雅博：心理教育の歴史を理論，臨床精神医学，30(5)：445-450，2001。

- 4) 岡上和雄：精神障害者家族の健康状態と福祉ニーズ'97，第3回全国家族調査(1)，ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.18，全国精神障害者家族会連合会，東京，1997。
- 5) Goldberg, D.P. 中川泰彬，大坊郁夫訳：精神健康調査票 手引き，57-66，日本文化科学社，東京，1985。
- 6) 精神保健福祉監修：精神保健福祉法詳解，20-27，中央法規，東京，2002。
- 7) 志水彰編：精神医学入門，189，金芳堂，京都，2001。
- 8) Jungbauer, J., Wittmund, B., Dittrich, S., & Matthias C. Angermeyer: Subjective Burden over 12 Months in Parents of Patients with Schizophrenia. Arch Psychiat Nurs. 18 (3): 126-134, 2003.
- 9) 谷野亮爾，井上新平，狩俣好正(編)：精神保健法から障害者自立支援法まで，18，精神看護出版，東京，2005。
- 10) 後藤雅博：家族援助プログラムの広がりとは制度化へ向けて，精神科看護，(68)：20-25，1998。
- 11) 大島巖：地域比較から見た在宅精神障害者を支える家族の協力体勢とその形成要因—その1 都市部と農村部の比較—，臨床精神医学，21(3)：395-404，1992。
- 12) 精神保健福祉監修：精神保健福祉法詳解，688-694，中央法規，東京，2002。
- 13) 日本精神科看護技術協会：日精看ニュース，No546，2005。
- 14) 相澤欽一：就労支援，精神科臨床サービス，(3)：4-51，2003。
- 15) 伊藤潤一郎：家族支援とリハビリテーション，リハビリテーション研究，No108：18-21，2001。
- 16) Tweedell, D., Forchuk, C., Jowell, J., : Families' Experience During Recovery or Nonrecovery From Psychosis: Archives of Psychiatric Nursing, xviii, No1: 17-25, 2004.
- 17) 西園マーハ文：心理教育，臨床精神医学増刊号，287-290，2000。
- 18) 陰山正子：セルフヘルプ・グループと専門職のパートナーシップ—グループ特性とグループの課題を踏まえた関わり—，第7回「健康文化」研究助成論文集，28-34，2001。
- 19) Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss, Gerard E. Hogarty: 鈴木浩二他訳，分裂病と家族，金剛出版，1999。
- 20) 後藤雅博：親・家族支援としての心理教育，思春期青年期精神医学，13(1)：13-16，2003。

On The Consideration of the Actual Socio-economic Conditions and Health Status of the Families with the Mentally Disordered in Okinawa

Masaru IREI, R.N. P.S.W, M.H.Sc.¹⁾ Eiko KURISU, R.N., P.H.N., D.M.Sci.¹⁾
Fujiko TOUYAMA, R.N., P.H.N, D.H.Sc¹⁾ Mayumi TABA, R.N., P.H.N., M.H.Sc.¹⁾
Mineko OKAWA R.N., P.H.N., M.H.Sc.¹⁾ Masaki SHINJO, Ph.D.
Masaya MIYAGI, M.S.¹⁾

Abstract

In order to know the actual socio-economic, mental health, and daily life situations of the families with the mentally disordered and to facilitate the future effective support for them, we administered a questionnaire survey to 437 members of Japanese Family Alliance for the Mentally Disordered(ZENKAREN) in Okinawa, 143 families responded (33.9%).

Result : 1) 82% of families has been taking care of their mentally disordered (average age 41.7) in the community. The average age of families was 64.8 years and 48% of them was old mothers (average age 76.3) (Table 1, 2). 2) Almost of all the families live on an annuity and their total annual income was lower than those of average Okinawan people (Figure 1). 3) The families have been sacrificing personal lives to the care of their mentally disordered (Figure 2, 3). 4) By GHQ28 the families' mental health status significantly related with the length of hospital stay. And the mental status of the families living with the mentally disordered in the community especially related with the years from the onset of disease (Table 5, 6). It is suggested that the acceptance of the mental diseases and to overcome the difficulties need a long time and need lots of social and psychological supports to the families.

Key Words : Family with the mentally disordered. Needs of families.
Family's feeling of satisfaction. Community care. GHQ28,

1) Okinawa Prefectural College of Nursing