

琉球大学学術リポジトリ

統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセス

メタデータ	言語: 出版者: 琉球医学会 公開日: 2020-11-25 キーワード (Ja): キーワード (En): schizophrenia, mothers, M-GTA 作成者: 高原, 美鈴, 古謝, 安子, 宮城, 哲哉, 高原, 大介, 豊里, 竹彦, 與古田, 孝夫, Takahara, Misuzu, Koja, Yasuo, Miyagi, Tetsuya, Takahara, Daisuke, Toyosato, Takehiko, Yokota, Takao メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016914

統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセス

高原 美鈴¹⁾, 古謝 安子¹⁾, 宮城 哲哉²⁾, 高原 大介³⁾, 豊里 竹彦¹⁾, 與古田 孝夫¹⁾

¹⁾ 琉球大学医学部保健学科

²⁾ 玉木病院

³⁾ 沖縄県中央児童相談所

(2019年1月17日受付, 2019年2月28日受理)

Changes in awareness among mothers in relation to caring for their schizophrenic sons

Misuzu Takahara¹⁾, Yasuko Koja¹⁾, Tetsuya Miyagi²⁾, Daisuke Takahara³⁾,
Takehiko Toyosato¹⁾, Takao Yokota¹⁾

¹⁾Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus

²⁾Tamaki Hospital

³⁾Okinawa Prefectural Central Child Guidance Center

ABSTRACT

Purpose: The present study aimed to provide an understanding of how mothers of male schizophrenia patients handle their son's behaviors and acute symptoms prior to diagnosis, as well as their changing medical conditions. **Methods:** In-depth interviews were conducted with mothers of male schizophrenia patients in a family support group at a psychiatric hospital. The modified grounded theory approach using the constant comparative method was used for analysis. **Results and Discussion:** Eight mothers (mean age: 70 years) participated in the study. The mean age of their sons was 43 years, mean treatment duration was 20 years, and mean duration of untreated psychosis was 5.3 years. The results of the analysis revealed 28 concepts, 10 subcategories, and three categories. Mutual correlations were observed among: 1) treatment and isolation due to the son's pathological behavior; 2) handling of relapses; and 3) mothers' commitment to and hope for living with their son. The mothers initially became suspicious, worried about their son's odd behavior, and became certain that they were ill. With feelings of isolation due to noncooperative husbands and siblings, they then took their sons to visit a specialist. The participants constantly had to deal with their son's relapses, repeated refusals to accept treatment, and aggressive behavior requiring police intervention. Eventually, the participants acknowledged their son and their illness and began to have confidence in dealing with the disease as they confronted various difficulties in the long term. They also began to express commitment to and hope for living with their son through family improvements and encouragement from the family support group. The results showed that mental health professionals must do the following: 1) understand the difficult situations of schizophrenic patients while they are still in the non-treatment stage; 2) provide appropriate information to the community to allow easier access to psychiatric interventions; and 3) to encourage their family members to participate in a family support group once treatment has started. **Conclusions:** The results of the present study suggest that mothers have to handle the entire situation involving their schizophrenic son's behaviors and acute symptoms alone while having to determine the cause of their son's odd behaviors. They also have to endure repeated instances of their son's ongoing aggressive actions while undergoing specialized treatment. After a long period of time, they were finally able to acknowledge their sons through their family and a family support group, and even began to express commitment to and hope for living with their son. *Ryukyu Med. J., 38 (1~4) 73~82, 2019*

Key words: schizophrenia, mothers, M-GTA

Corresponding Author: 高原美鈴. 琉球大学医学部保健学科精神看護学分野, 沖縄県西原町字上原 207 番地.
Tel : 098-895-3331 (内線 2620). E-mail : takahara@med.u-ryukyu.ac.jp

I. 緒言

わが国の精神保健医療福祉は、長期にわたり入院医療中心であったが、2004年に厚生労働省より「入院医療中心から地域生活中心へ」という障害保健福祉施策が示された¹⁾。こうした基本方策が掲げられて以降、精神疾患を抱える者の地域生活を支える体制づくりの重要性は高まっている。地域で精神疾患患者が生活していく基盤は家族との同居が前提であり²⁾、その7割近くは家族と同居しており³⁾。精神疾患患者を支える家族の負担は大きい。Loughlandら⁴⁾の調査では、患者をケアする家族の77.4%が中程度から重度の暴力を経験しており、Kageyamaら⁵⁾の調査では、家族の7~8割では心理的や身体的暴力を経験していた。このように患者から家族に対する暴言や暴力は高い頻度で発生しており⁶⁾、暴力行為を受けた家族は心的外傷を抱える可能性が高く⁷⁾、患者をケアするうえで負担感および抑うつ、不安などのストレス反応に影響を及ぼしているため、家族を対象とした支援は重要な課題となっている^{4,7)}。

Libermanら⁸⁾は、患者の回復には、家族が支持的な関わりへと変容することの重要性を指摘している。また、Reay-Young⁹⁾は、適切で効果的な家族支援を提供していくためには家族のケア状況を連続的にとらえたうえで各段階にあわせた支援方法の検討が重要と述べている。精神疾患患者を抱えた家族のなかでも、母親の役割は大きく^{10,11)}、暴力を受ける対象も、家族のなかで母親が5割以上と高い割合を占めており¹²⁾、家族支援を検討するうえで母親を対象とした支援策が求められる。とりわけ、統合失調症患者の母親は急性期症状の予測がつかず、緊張感を維持しながらケアを継続しているため、母親がもつ恐怖体験に対して、早期に心理的ケアなどの介入が必要とされている¹³⁾。加えて、家族の介護負担感に関する患者の性差研究では、娘よりも息子が統合失調症である母親の方が、介護負担感は深刻であると報告されている¹⁴⁾。しかし、母親が息子に対するケア状況を連続的にとらえた報告や母親の体験に沿った研究はほとんどなされていない。

そこで本研究は、統合失調症を患う息子に対応する母親に着目し、息子の診断前から現在における経過のなかで、言動や急性期症状など変化する病態に母親がどのような姿勢で対応してきたのかを明らかにすることを目的とする。本研究の成果は、精神保健分野に携わる関係者が家族の状況に応じた家族支援を効果的に実践するための一助になると考える。

II. 用語の定義

本研究では、統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセスを「統合失調症の息子の診断前からの言動や生活の変化に対応し、新たに獲得した母親の行動や認識の生成過程」と定義した。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、M-GTA)を用いた質的帰納的研究である。

2. 研究協力者

A精神科病院に入院や通院している男性統合失調症患者の母親で、病院が実施している家族会に参加している12名である。

3. データ収集方法

研究協力者に対し、研究者より調査の目的や方法について説明し、同意の得られた母親にインタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。面接内容は、診断前から現在に至るまでの困難や病態変化、具体的な家族の対応や生活状況などについて構成し、自由に語ってもらえるよう配慮した。面接は、研究協力者と調整してプライバシーの確保できる場所で行い、許可を得てICレコーダーへ録音し、逐語録データとした。データ収集期間は2016年8月から2017年4月であった。

4. 分析方法

本研究は、M-GTAを用いて分析を行った¹⁵⁾。逐語録データを熟読し、本研究の分析テーマを「統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセス」とし、分析焦点者を「男性統合失調症患者の母親」とした。データから多様な具体例(ヴァリエーション)を選び、説明概念を生成した。概念を創る際に分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記入した。生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、概念間の関係を図にしながらかテゴリーを生成した。カテゴリー相互の関係を表す結果図にまとめ、それらの影響関係や変化のプロセスを説明するストーリーラインとしてまとめた。本研究のデータ収集、分析、解釈、執筆の期間を通してM-GTAによる継続比較分析手法に則って、真実性の確保に努めた。また、研究の全過程においてスーパーバイズを継続して受けることにより、質的研究の信頼性、妥当性を確保するよう努めた。

5. 倫理的配慮

研究協力者に本研究の説明を口頭と書面で行い、研究の参加は自由であり中断できること、拒否しても不

利益はないこと、データは匿名性に配慮し、厳重に保管することを説明し同意を得た。インタビューは、研究協力者の家族関係などに配慮し、言動には細心の注意を払い実施した。本研究は、琉球大学臨床研究倫理審査委員会（承認番号 866 変更 2）および A 精神科病院倫理審査委員会で承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者およびその息子の基本属性などを Table 1 に示した。研究協力者は、男性統合失調症患者の母親 8 名、平均年齢 70 歳であり、職業に関しては専業主婦が主であった。研究協力者の息子は、平均年齢 43 歳、精神病未治療期間（Duration of Untreated Psychosis；以下 DUP）は、研究協力者の面接内容から情報を得て算出し平均 5.3 年、罹病期間は平均 20 年であった。調査時点で入院中の息子は 3 名であった。面接時間は平均 102 分であった。

2. 全体像としてのストーリーライン

本研究では、27 概念、10 サブカテゴリー、3 カテゴリーが生成された。それらの全体的な関連について結果図（Fig. 1）と次に示すストーリーラインにまとめた。以下カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉, 概念は“ ”を用いて表した。

分析の結果、統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセスは、【病的言動への対応と孤立】、【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐える】、【息子と共に生きる覚悟と希望】の 3 つのカテゴリー間の相互関連を中心に構成されていた。母親は、息子の診断前から疑わしい言動に対して否定したり聞き流したりしていたが、次第に〈不可解な言動に対する

疑問と違和感〉を抱き始め、独り言や物を投げる行為などから「尋常じゃない、病気だ」という確信を得る。しかし、攻撃的言動に振り回され〈確信的症状の迷路で混乱〉の渦中のなか、〈家族の非協力的態度と社会からの偏見〉は続き、母親は意を決して医療機関に相談し、〈対応の限界（を感じ）受診〉を経て、ようやく専門医につながっていた。母親は【病的言動への対応と孤立】のなか、ひとりで息子に対応せざるを得ない状況であった。

医療機関につながり、急性期精神症状による入院治療が開始されるが、〈息子からの入院治療への責めと副作用に困惑〉する状況が続き、警察の介入が必要なほどの対応困難な場面が繰り返され、母親は〈攻撃的状況に耐え身構える〉生活を送っていた。母親は再発させない対応などの工夫を行っていき、治らないもどかしさに医療不信を抱いていた。こうして息子を注視しながら、【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐え（て）る】いた。

母親は、長期にわたり様々な困難と対峙し葛藤しながらも、息子の妄想言動をひたすら聴き現実界へ戻すことや症状悪化を予測できるようになり、〈会得した対応への自信〉を獲得していった。また、病状を認知し現実に戻れる息子に期待し、ありのままの息子を受容するという〈息子の変化に期待と肯定〉に至っていた。このような母親の姿勢により〈家族が向き合い仲間の励みを得る〉ことができ、【息子と共に生きる覚悟と希望】を見出していた。

3. プロセスを構成する要素

生成された結果図（Fig. 1）に沿って、構成要素であるカテゴリー、サブカテゴリー、概念をそれぞれ説明し、概念を生成する根拠となった語りのデータの一例を示した。データは紙面の都合上、特徴的なセンテンスのみ抜粋し斜体で表記した。

Table 1 Demographics of mothers who have schizophrenic sons and their sons

ケース	研究協力者			息子			
	年齢	婚姻状況	現在の職業	年齢	DUP (年)	罹病期間 (年)	現在のサービス活用
A	70代	離婚	主婦	50代	3.0	33	デイケア：5回/週 訪問看護：2回/月
B	60代	既婚	パート	30代	2.0	22	なし
C	60代	死別	パート	30代	10.0	10	なし
D	60代	既婚	主婦	30代	不明	8	訪問看護：2回/月
E	70代	既婚	主婦	40代	不明	27	デイケア：5回/週
F	60代	既婚	自営業	40代	2.5	17	なし
G	70代	死別	主婦	50代	7.0	30	なし
H	70代	既婚	主婦	30代	7.0	13	なし

DUP: Duration of Untreated Psychosis

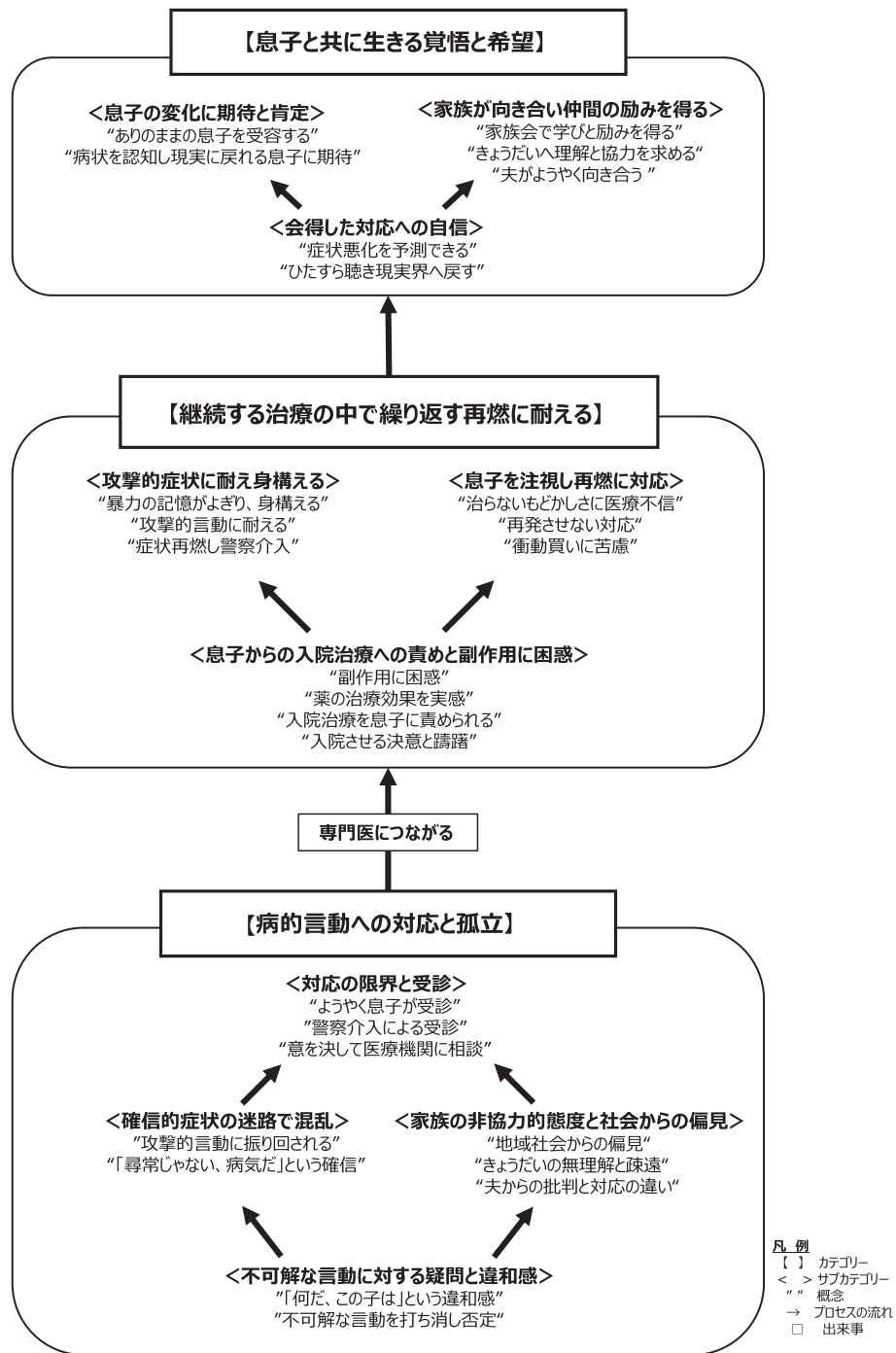


Fig.1 Changes in awareness among mothers in relation to caring for their schizophrenic sons

1) 【病的言動への対応と孤立】

母親は息子が医療機関につながるまで、【病的言動への対応と孤立】の辛い時期を経験していた。このカテゴリーは、以下の4サブカテゴリーと10概念から構成された。

(1) <不可解な言動に対する疑問と違和感>

母親は息子の奇妙な言動に対して、気にかかりな

がらも病気とは思わず聞き流し、“不可解な言動を打ち消し否定”していた。また、息子が学校や仕事にも行かず家に引きこもり、怪我や事故などを頻繁に起こす行動に対して、“「何だ、この子は」という違和感”を持ちどのような対応が良いのか困惑していた。

「みんなにいじめられてる」って言い始めて、学

校ももう面白くないのよね。私も結局はもう、まさか怠けているんだと思って、私も助けはしないさね。そのまま、ほったらかして、へっちゃらほいだと思ってたんで。(ケースB)

(2) 〈確信的症状の迷路で混乱〉

息子が夜中に外に飛び出したり、独り言を言っていたり、外へ物を投げたりすることで、母親は息子に対して“「尋常じゃない、病気だ」という確信”へと変化していた。しかし、息子の怒りをともなう言動に、どのように対処したらいいのか分からず途方に暮れており、息子の“攻撃的言動に振り回される”状況となっていた。そうした状況に、医療に頼るべきなのかどうかの判断もつかず迷路を彷徨っていた。

「こいつらが、こいつらが俺の悪口を言うんだよ」って言って、わあわあってやるもんだから、「こいつらって誰」って聞いても、私には見えないのを指さして、タンスに「こいつだよ」って。あ、これは尋常じゃないって。(ケースF)

私が運転して、お家には絶対帰らない。店の開いてるところ、あっちこっち、もうぐるぐるぐるぐる。夜中、(中略)私は「もう眠たいからおうち帰る？」って一言でも言うと、本人は怒りだす。そしたら「何か〜」って車も全部割るのよ。これが一番つらかったね。(ケースB)

(3) 〈家族の非協力的態度と社会からの偏見〉

母親は、息子への対応について夫から批判されることが多く、夫は息子に対しても非支持的姿勢で接していた。こうした“夫からの批判と対応の違い”のため、母親は夫へ憤りを感じながら一人で奮闘する状況が続いていた。また、母親は病気のことを息子の同胞に理解を求めても得られず、“きょうだいの無理解と疎遠”でさらに孤立していった。さらに、世間に対しては知られたくない思いと、差別を受けてきた経験も重なり、“地域社会からの偏見”を感じながら日々の生活を送っていた。

(夫は)もうただ黙ってテレビを見ているだけ。子どもが仕事をしないでぶらぶらしているっていう感覚しかないんです。(ケースD)

この子が、この病気であるということで、みんなが(きょうだいは)避けてしまって、家にも寄りつかなくなってしまって。(ケースF)

隣の人、この辺の人は分かってるんじゃないかね。警察が来たりしたりしたから。この辺でちょっと空き巣が入るでしょう。(中略)年輩のお巡りさんがさ、息子さんどうしてます？って聞かさ。この人は疑ってるんだねと。(中略)頭に来てただけどさ、「あ、入院してますよ」って言ったさ。(ケースG)

(4) 〈対応の限界と受診〉

母親は、“意を決して医療機関に相談”して、息

子に精神科受診を促すが、拒否が強いため受診させることができない状況が続いた。そのような中、息子の暴力行為が出現し手がつけられなくなり、近隣住民の警察通報で“警察介入による受診”になった。一方で、息子自ら不調を感じ、一般科病院に自主的に受診する例もあり、母親は息子の病的言動に振り回されながらも、紆余曲折を経て“ようやく息子が受診”にたどり着き、精神科治療が開始されることとなった。

私に暴言を吐いたり、お父さんに暴言吐いたり、あとは暴力振るうし、こんなこんなで、最終的には警察、ポリスカーで行きましたね、病院。(ケースG)

「僕は病気あるけど、胃が悪いとか肝臓が悪い」とかいろんなことというわけです。脳神経に連れていったんです。保健所にも行ったんですけど全然お手上げで、(中略)神経に連れて行って内科もあって、連れて行ったら、精神病院に行きなさいということ。で病院の紹介状をもらったんです。(ケースA)

2) 【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐える】

医療機関につながり入院することになった後も母親は、専門医による【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐える】状況は続いた。このカテゴリーは、以下の3サブカテゴリーと10概念から構成された。

(1) 〈息子からの入院治療への責めと副作用に困惑〉

母親は、精神科病院への入院を嫌がる息子への罪悪感と息子から逃げる自分への葛藤を抱えており、“入院させる決意と躊躇”があった。その上、入院治療を開始し、直後の身体拘束や薬物療法を受けた“入院治療を息子に責められる”こととなり、母親は苦悩し息子からの咎めにも耐えるしかなかった。時間が経過し、薬物療法の効果により症状が落ち着いてくると、“薬の治療効果を実感”する一方で、手の震え、姿勢などの副作用が出現し、これまでとは違う息子の“副作用に困惑”していった。

入院させること、平気じゃないのよ。すごい決意、だからすごいエネルギーを使うし、罪悪感も大きいです。(ケースF)

私が付いていいたら、私が絶対入院させるから、ずっと母親が入院させた、親が入院させたから自分はこんな病気に余計なつたと言わんばかりに母親を責めるんだけどね。(ケースB)

見舞いに行くと、「俺たちみたいなのはこうやって動かないようにしておけばいいだろう」っていうようなことを投げかけられたことがある。(ケースF)

薬を飲むとね、やっぱり障害者の表情になるんですね。親としてあれは耐えられない感じで、(中略)一種の副作用もあるらしいんですけど、もうこの副作用をどうにかしないといけないと思ってね。(ケースD)

(2) 〈攻撃的症狀に耐え身構える〉

息子の治療は継続できているものの、病気を受け入れることができないため、内服拒否などもあり症状が再燃し入退院を繰り返していた。また、妄想に基づいた攻撃的な言動がエスカレートし、“症状再燃し警察介入”する事態となっていた。さらに、息子は妄想と現実の境が区別できず、攻撃的な症状を伴っていたため、母親は息子に恐怖を感じ“攻撃的言動に耐える”という緊張感が続く生活を送っていた。そのような日常生活の中で、母親は暴力を想起させる場面や物を見ると、“暴力の記憶がよぎり、身構える”など過敏に反応してしまう心理状態となっていた。

一番大変な時期は、「俺はおまえのせいでこんなになったんだ」って、髪の毛を引っ張られて、病気を診断された後は、やっぱりすごかったですよ。(中略)魔法瓶を私に向かってバーンと、流しが引込むぐらい。後から考えて、そのときは、いー、もう殺されるって。(ケースD)

ハサミ使ったりする時がありますでしょ。このときはやっぱりチラッと頭をよぎったりはしますよ。状態が悪いときにはちょっとドキッとします。(ケースA)

(3) 〈息子を注視し再燃に対応〉

日常生活においては、高価な買い物や大量買いという息子の“衝動買いに苦慮”しており、金銭管理をどのように行えばいいのか悩んでいた。また、何気ない会話の中でも気を使いながら、“再発させない対応”を行い、現状維持を保てることを望みとしていた。しかし、息子の治療が長期化していくに従い“治らないもどかしさに医療不信”を抱き、精神科医療に対して回復過程の道筋をきちんと示してほしいとの強い思いを持っていた。

いろんなの買ってくるんですよ。スプーンとかフォークとか、スリッパもまた買ってきてるさ〜って。カゴなんかも、高いものではないけど。(ケースH)

回復の道筋っていうのをちゃんとやっていくのが治療じゃないかと思うんですよ。だけど、お薬で安定したら結局家に帰ってきたら、家族の責任ってなると、この回復の段階っていうのを家族が責任持つんですかということなんです。(ケースF)

3) 【息子と共に生きる覚悟と希望】

治療が長期化していく中で、母親は家族からのサポートや同じ境遇の仲間が励みとなり、【息子と共に生きる覚悟と希望】を感じていた。このカテゴリーは、以下の3サブカテゴリーと7概念から構成された。

(1) 〈会得した対応への自信〉

息子の幻覚妄想状態での暴言や意味不明な言動に対し、母親は“ひたすら聴き現実界へ戻す”という対応ができており、病態を事前に察知し“症状悪化

を予測でき(て)る”いた。

ひどいときは、とにかく話を聞いてあげる。そうだったね、あんたはそう思ってたの?みたいな。今はもうちゃんと言って、一応理解、納得してもらって、それはできるようになったので。(ケースD)

彼の場合は状態が悪くなると荒れるんですよ。外から見た目にもわかるんですよ。大きな声だしたり、あの、形相まで違ったり。頑張っているというのを褒めてほしいみたいなんです。(ケースA)

(2) 〈息子の変化に期待と肯定〉

母親は、症状と現実の区別ができるようになった息子の変化に対して、“病状を認知し現実に戻れる息子に期待”を持ち、疾患や症状の有無に関係なく“ありのままの息子を受容(し)する”肯定する境地に至っていた。

「そろそろ現実に戻らないとまた入院だ」とかって言ったんですよ。自分で一応は、現実と今のは病状、っていうふうに振り分けられることができるようになったんだって。ある程度の期待、今までそうしてくれたらってずっと願ってたものだから、その期待があって。(ケースF)

自分の子どもを自分で褒めていますよ。今までは褒めないけどさ、私が褒めてあげないと、褒める人いないさねと思ってから、もう褒めています。(ケースG)

(3) 〈家族が向き合い仲間の励みを得る〉

母親は、夫との意見の相違は依然としてあるが、“夫がようやく向き合う”ようになり、夫が息子のことを理解し受け止めようとするなど、夫の変化がみられるようになった。また、母親は息子の病気や関わり方について、他の“きょうだいへ理解と協力を求める”ことで、家族からのサポートも得られるようになっていった。さらに、母親は家族会へ参加することで、病気の知識や対応を学ぶだけではなく、辛い経験や愚痴を素直に吐き出せる機会となり、“家族会で学びと励みを得る”ことができていた。

妹はね、当初嫌がってました。自分の子どもたちにもできたら会わせたくないみたいな感じかな。口では言わなかったんですけど。でもね、(甥っ子たちが息子に)懐くんですよ。今はもうだいぶ良くなってきました。(ケースD)

家族会とか、周りの方たちから学ぶことが多いですよ。息子はこんなこともできるんだと励まされることがけっこうあるんです。だから家族会にちゃんと出られるように計画をたてて、この日は時間を取っておこうという感じで。(ケースA)

V. 考察

1. 【病的言動への対応と孤立】

本研究協力者の母親は、息子の症状を病気と認識せず思春期特有の一時的な症状であると捉えていたと考えられる。田上¹⁶⁾によると、母親は息子の精神疾患を受け入れられず、病状を過小評価してしまう否認の態度をとることを報告しており、本研究と同様の結果であった。本研究対象者の息子の病的症状発現から精神医療サービスを受けるまでの最短期間は2年、最長は10年であり、不明が2名であった。こうした陽性症状の顕在化から薬物療法や入院加療が開始されるまでの期間をDUPといわれており、諸外国におけるDUPの平均は約1年¹⁷⁾、東京都内2施設の調査では平均1.2年¹⁸⁾であり、本研究協力者の息子らの平均5.3年は、DUPの測定方法において違いはあるものの長期であった。DUPを含めた統合失調症の早期治療介入が長期予後に関連しており、DUPの短縮を図ることが精神医療の課題となっている¹⁹⁻²¹⁾。DUPに影響を与える要因については、家族からの援助不足や精神疾患へのスティグマによる精神医療への回避などの関連²²⁻²⁴⁾の他、家族においては、ひきこもりや陰性症状などの非特異的症状が一過性・思春期特有の症状と認識されており²⁵⁾、精神疾患や精神医療に関する知識の乏しさ²⁶⁾が考えられる。本研究の母親も家族からの孤立、精神疾患に関する知識不足、さらに、精神疾患に対するスティグマや偏見を強く感じており、DUPの長期化に影響を及ぼしたと考える。

次に、母親は息子が医療機関へつながらず前後においては、誰にも相談できず一人で抱えこんでいた。統合失調症に対する社会の偏見が親の恥辱感や自責の念をいっそう強め孤立する¹⁰⁾が、若い時期に発病した統合失調症患者を持つ両親は年齢も若いため、子供の病状に伴う問題行動に対してどう対処すべきか迷い、社会的孤立に至る可能性が高い²⁷⁾ことが、本研究においても明らかになった。一方、統合失調症患者の同胞は、病気と患者を受け入れることに葛藤を抱え、患者の同胞であることを不名誉に感じており²⁸⁾、関わりを閉ざす行動が母親を孤立させていた。

母親のみが子どものケア役割を担い負担が大きくなってしまふ要因として、諸外国と比較してもわが国の父親の子育て分担は最下位であり、育児に携わる時間が少なく、父親と母親の役割分業の意識が根強い²⁹⁾。こうした役割分業の意識の強さは、世代や地域性も影響することが考えられ、本研究の母親は、世代性、地域性の側面からも孤立しやすい状況にあり、さらに、前述したように精神疾患に対するスティグマや偏見なども重なり、母親を孤立へと追い詰めていったものと考えられる。

2. 【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐える】

息子は入院や薬物治療に対して強い抵抗を示し、攻撃的な言動がエスカレートして、警察介入が必要な危機的状態を繰り返すが、母親は息子に対し恐怖を感じ、暴力を想起させる場面や物を見ると、過度に反応してしまう心理状態になっていた。統合失調症と心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder；以下PTSD）に関連した先行研究では、患者の急性期の症状が家族のPTSDの発症に関与することや、統合失調症患者家族の半数以上にPTSDの可能性があり⁴⁾、精神健康の悪化に伴い主観的困難感や負担感をきたしやすいと報告されている³⁰⁾。また、恐怖体験を背景にもつ母親は、子どもの何気ない行動に過敏に反応する不安な心理状態が長期にわたり持続していた¹³⁾。このことから、母親は息子との関わりにおいて、攻撃的言動に耐えるという緊張感が続く生活を送っており、家族を対象とした心理的ケアの介入の重要性が示された。

次に、母親は精神科医療に対して行き場のない不満や不信を抱いていた。親は医療者に対して、忙しそうに働いていると感じ、否定されているように捉えており³¹⁾、加えて、医療者からの情報提供や相談指導の機会が少ないことが家族の孤立を深め³²⁾、家族と医療者との隔たりやコミュニケーション不足が医療に対する不信感に影響を及ぼしていると推察された。

3. 【息子と共に生きる覚悟と希望】

母親は息子との長い闘病の歳月を経て、息子の状態変化を予測できるようになり、対応への自信も持てるようになっていた。精神障害者をケアする家族はケア提供を通して効果的な対応方法を習得していく³²⁾ことが本研究の母親においてもみられ、精神症状の悪化や安定に関係なく息子を受容し肯定する境地に至っていた。石飛らは、統合失調症患者は、親が病気を理解していくと、病気をもつ自分と折り合いをつけ自立へと向かっていくと報告³³⁾されており、本研究対象者の息子においても、母親の支持的な姿勢への変化が、息子自身の現実界への戻りを促し、徐々に安定してきたと考えられる。こうした患者に対する親の受容と肯定の姿勢は、患者の回復および自立に影響していることが明らかになった。

加えて、夫や息子の同胞についても長い歳月を経て、息子の苦悩を知り、母親のサポートをするなど周囲の支えが母親に息子への余裕ある対応をもたらしていた。一方、統合失調症の子どもをもつ父親は、母親とは異なる責任感を持っており、父親として経済面など間接的に子どもの日常的ケアを行う³⁴⁾が、本研究においては、父親と同胞が息子に向き合うまでに長期間を要しており、母親は孤軍奮闘の中で対応技術を取得していた。その母親を支えたのは家族会であり、疾患に対する正しい知識を学ぶとともに、息子の症状や対応の困難さを互いに吐き出し、安心できる仲間と思いを共

有していた。母親同士が精神的苦悩を打ち明けることにより励まされ、慰められており³⁵⁾、他の家族との交流により、同じ問題を抱えている家族が大勢いることに気づき、家族の認識の幅が急速に広がって³⁶⁾ いったといえる。母親の息子に対するケア意識は、家族会での経験を経て徐々に変化していき、息子への理解を深め、共に生きる覚悟を醸成していったことが明らかとなった。

VI. 精神保健分野への応用

1. DPU 短縮を目指した支援

統合失調症患者および家族が、早期に専門医療につながるためには精神科医療への相談やアクセスしやすい体制づくりが重要である。また、広く一般社会の人々に対しても、精神疾患および精神科サービスに関する正しい情報の提供や啓発活動が必要である。そのためには、統合失調症の発症が10代の思春期に多いこと¹⁷⁾、精神病様の症状は小学校から高校へと進むにつれて発生の割合が高くなる³⁷⁾ ことなどを考慮し、学校教育の場が生徒の精神疾患の早期発見・早期介入に最適の場であると捉え、学校における生徒のメンタルヘルス教育の充実を図ることが重要と考える。しかし、学校は精神病様症状体験の対応に困難さを感じており、実際に精神科医療機関への相談件数は少ない³⁷⁾。したがって、精神病様症状を発現している可能性のある生徒に対する支援には、医療機関と学校と家庭が密に連携していくことが重要であり、その体制が精神疾患の発症予防およびDPU短縮につながっていくものとする。

今後は、保健師および一般科医師はもちろんのこと、学校の教職員、養護教諭やスクールカウンセラーおよびスクールソーシャルワーカーなどが疾患に対する正しい知識を持ち、精神疾患発症リスクのある生徒およびその家族に対して適切に支援できる体制の構築が望まれる。

2. 統合失調症患者の家族に対する支援

精神科に携わる医療者は、本研究が提示した母親のケア意識の変容プロセスである【病的言動への対応と孤立】、【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐える】、【息子と共に生きる覚悟と希望】の3つの各プロセスに応じた家族への対応が望まれる。

医療機関に初めて受診した際には、母親がこうした苦悩を経て医療につながっており、母親が孤立状態の可能性を十分に考慮して対応することが求められる。したがって、初診時の段階から家族に対して受容的な姿勢で接し、患者の受診に至るまでの過程を把握したうえで、家族背景を適切にアセスメントし、患者家族支援につなげるためのアプローチをしていく

必要がある。治療につながった後も、家族は患者の病状に一喜一憂し振り回されるため、医療に対する不信感を強めてしまう恐れがある。そのため、医療者は家族との信頼関係を構築していく必要があり、治療に対する疑問や対応の仕方などについて常に真摯な姿勢で答え、家族の不安を少しでも軽減できるような共感的な姿勢で対応していくことが求められる。また、退院後も長期的な治療が継続して必要であり、症状再燃の可能性は家族による患者への関わり方や姿勢が影響することを十分に理解して、家族を「支援を必要とするケアの対象者」としてサポートすることが重要である。

今後の精神科医療は、家族が安心して苦悩や葛藤を吐き出せるよう共感しあえる家族交流の場を提供するとともに、精神症状に対する具体的な対応方法について学べる場を提供する必要がある。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究協力者の息子は、発病して約10年から30年以上という長期の経過があり、発病10年以内の急性期精神症状に翻弄されている場合には異なるプロセスが抽出される可能性がある。また、本研究協力者の息子の疾患の重症別によってプロセスが異なる可能性も考えられる。さらに、家族会に参加しており、同じ境遇である家族の前で息子のことを話すことができる母親であったことから、肯定的発言が引き出された可能性は否定できない。したがって、今後は初発で急性期に焦点を当てた研究、疾患の重症度に応じたプロセスの解明やDPU含めた詳細な測定が必要である。加えて、今後は父親や他の同胞へのインタビューを行い、母親との認識の相違を確認することも必要であると考えられる。

VIII. 結論

統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセスは、【病的言動への対応と孤立】、【継続する治療の中で繰り返す再燃に耐える】、【息子と共に生きる覚悟と希望】の3カテゴリーが生成された。本研究から、母親は息子の不可解な言動に暗中模索しながら一人で対応していた。ようやく専門医につながりながらも、攻撃的言動は続き、繰り返す再燃に耐えていた。長い経過を経て、母親は会得した対応への自信とありのままの息子を受容し、家族や仲間の支えによって、息子と共に生きる覚悟と希望を見出すプロセスが明らかとなった。

謝 辞

本研究の実施にあたり、快くインタビューにご協力いただきましたご家族の皆さまに深く感謝申し上げます。また、本研究をご快諾いただき、ご協力いただきました協力病院の院長はじめスタッフの皆さまに深く感謝いたします。なお、本研究はJSPS 科研費16K20822 の助成を受けて行ったものです。

文 献

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン。2004. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>, (参照日 2018.1.24).
- 2) 田上美千佳：精神分裂病患者をもつ家族の心的態度 第1報 CFI の検討を通して。日本精神保健看護学会誌 6 (1): 1-11, 1997.
- 3) 厚生労働省：患者調査 平成 26 年 精神病床退院患者の退院後の行き先。2014. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000..Kikakuka/0000108755_12.pdf, (参照日 2018.1.8).
- 4) Loughland, C. M., Lawrence, G., Allen, J., et al.: Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44(12): 1031-1040, 2009.
- 5) Kageyama, M., Solomon, P., Yokoyama, K., et al.: Violence towards family caregivers by their relative with schizophrenia in Japan. *Psychiatric Quarterly*. 1-12: 2017.
- 6) Hanzawa S., Bae J, K., Bae Y, J., et al.: Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*. 6: 46-51, 2013.
- 7) Miyagi, T., Toyosato, T., Takahara, M., et al.: Psychological trauma among family caregivers of individuals with schizophrenia in relation to their subjective care burden, distress and stress response. *Ryukyu Medical Journal*. 33(1-3): 45-52, 2014.
- 8) Liberman R. P., Kopelowicz A., Ventura J., et al.: Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 14: 256-272, 2002.
- 9) Reay-Young, R.: Support groups for relatives of people living with a serious mental illness. An overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 5: 147-168, 2001.
- 10) 佐藤朝子：精神障害者を子にもつ母親の体験—女性の生活史の観点から—。日本赤十字看護大学紀要 20: 1-10, 2006.
- 11) 田中いずみ, 川中淑恵：精神科外来に通院する患者を抱える家族の思いの検討—生活困難を有する状況で家族が話した内容—。富山大学看護学会誌 8(1): 11-20, 2008.
- 12) Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., et al.: Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 27(6): 652-660, 2015.
- 13) 川添郁夫：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, 2007.
- 14) 半澤節子, 田中悟郎, 稲富宏之：統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因 患者の性別による比較。精神障害とリハビリテーション 13(1): 79-87, 2009.
- 15) 木下康仁：グランデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い。25-30, 233-238, 弘文堂, 東京, 2003.
- 16) 田上美千佳：精神分裂病患者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): 181-194, 1998.
- 17) 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登：統合失調症。日本統合失調症学会, 25-36, 645-650, 医学書院, 東京, 2015.
- 18) Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., et al.: Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 58(1): 76-81, 2004.
- 19) Clarke, M., Whitty, P., Browne, S., et al.: Untreated illness and outcome of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 189(3): 235-240, 2006.
- 20) Harris, M. G., Henry, L. P., Harrigan, S. M., et al.: The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*. 79(1): 85-93, 2005.
- 21) Yamazawa, R., Nemoto, T., Kobayashi, H., et al.: Association between duration of untreated psychosis, premorbid functioning, and cognitive performance and the outcome of first-episode schizophrenia in Japanese patients: prospective study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 42(2): 159-165, 2008.
- 22) Jansen, J. E., Pedersen, M. B., Hastrup, L. H., Haahr, U. H., et al.: Important first encounter: Service user experience of pathways to care and

- early detection in first - episode psychosis: Early intervention in psychiatry. 12(2): 169-176, 2018.
- 23) Judge, A. M., Estroff, S. E., Perkins, D. O., et al.: Recognizing and responding to early psychosis: a qualitative analysis of individual narratives. *Psychiatric services*. 59(1): 96-99, 2008.
- 24) Yamaguchi, S., Mino, Y., & Uddin, S.: Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 65(5): 405-415, 2011.
- 25) Corcoran, C., Gerson, R., Sills -Shahar, R., et al.: Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early intervention in psychiatry*. 1(4): 308-315, 2007.
- 26) Monteiro, V., Santos, J. Q. D., & Martin, D.: Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28(2): 104-110, 2006.
- 27) 甘佐京子, 泊祐子: 若い統合失調症患者をもつ父母の生活困難度および家族機能. *家族看護学研究* 12.1: 11-21, 2006.
- 28) 岩崎みすず, 水野恵理子: 統合失調症患者のきょうだいとしての体験. *日本看護研究学会雑誌* 32(4): 101-109, 2009.
- 29) 牧野カツコ, 渡辺秀樹, 船橋恵子, 中野洋恵: 国際比較にみる世界の家族と子育て. 28-51, ミネルヴァ書房, 京都, 2010.
- 30) 宮城哲哉, 豊里竹彦, 與古田孝夫: 統合失調症患者を抱える家族の心的外傷後ストレス障害 (PTSD) と主観的困難・負担感および精神健康との関連. *琉球医学会誌* 32(1-2): 45-52, 2013.
- 31) 野海直子, 蔭山正子: 精神疾患を発症した子をもつ中年期の親の経験: 家族ピア活動に参加した親の経験を踏まえた支援のあり方. *日本精神保健看護学会誌* 25(2): 41-50, 2016.
- 32) 岩崎弥生: 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, 1998.
- 33) 石飛マリコ, 越田美穂子, 尾形由起子: 高齢な親と同居している男性統合失調症患者が「自立」に向かうプロセス. *日本看護研究学会雑誌* 36(5): 13-24, 2013.
- 34) 岩崎みすず, 水野恵理子: 統合失調症の子どもをもつ父親-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, 2013.
- 35) 川添郁夫: 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, 2007.
- 36) 鈴木啓子: 精神分裂病患者の家族の抱く希望の内容とその変化の過程. *千葉看護学会会誌* 6(2): 9-16, 2000.
- 37) 板山稔, 高田絵理子, 小玉有子, 他: 青森県の小・中・高校におけるメンタルヘルス問題と精神保健教育の現状に関する調査研究. *弘前医療福祉大学紀要* 5(1): 59-67, 2014.