

琉球大学学術リポジトリ

[原著]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

メタデータ	言語: 出版者: 琉球医学会 公開日: 2015-04-28 キーワード (Ja): キーワード (En): post-traumatic stress disorder (PTSD), family with schizophrenia, family burden and distress, stress response 作成者: 宮城, 哲哉, 豊里, 竹彦, 與古田, 孝夫 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002017772

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

宮城哲哉, 豊里竹彦, 與古田孝夫

琉球大学医学部保健学科精神看護教室

(2013年5月20日受付, 2013年8月12日受理)

Comparing the relationships of post-traumatic stress disorder (PTSD) in families with schizophrenics with their family burden, distress and mental health condition

Tetsuya Miyagi, Takehiko Toyosato, and Takao Yokota

Mental Health Nursing, Department of Health Sciences, University of the Ryukyus

ABSTRACT

In this research, we conducted paper-based questionnaire to families with schizophrenics; they are either in day care or mental hospital for more than 1 year. Sixty nine family members agreed to participate in this research. For screening PTSD (post-traumatic stress disorder), we used Japanese version of IES-R (Impact of Event Scale-Revised). The highest score of the test is 88 and the score above 25 is considered to have high-risk PTSD. Sixty nine people was accounted for a high-risk group 39.1% (n = 27). Regards to comparison of the two groups in FBDS, the high-risk group was significantly higher in total sum of FBDS (family burden and distress scale), subjective burden and depression resulting from the patients illness. The comparison of high-risk group and low-risk group scores of SRS-18 showed that high-risk group was significantly higher in any of the following fields: total sum of SER-18, depression-anxiety, irritability-anger, and helplessness. These results indicate that PTSD can be caused by exposure to symptoms of patients with schizophrenia, and that the burden of taking care of patients with schizophrenia affects the physical and mental health of the caregivers. *Ryukyu Med. J., 32(1,2)45 ~ 52, 2013*

Key words: post-traumatic stress disorder (PTSD), family with schizophrenia, family burden and distress, stress response

緒言

厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹⁾では, 入院医療中心から地域生活中心へという基本方策が掲げられ, 入院後1年未満の患者の残存率を24%以下とすることや, 入院後1年以上の患者の退院率を29.0%以上とするなどの具体的数値目標が示されている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は2004年から概ね10年間の精神保健福祉改革の具体的な方向性を示したものであるが, 2010年の報告では1年未満の平均残存率

は28.6%, 1年以上の平均退院率は23.9%であり²⁾, 残存率, 退院率ともに目標値に到達できない現状にある。長期あるいは短期入院に至る条件として, 家族の受け入れ意識が大きく影響していることが指摘されており³⁾, こうした家族の意識は入院患者の退院に関する意識にも影響を与える重要な要因であるとされている⁴⁾。また, 精神障害者の療養および地域生活を維持・継続するためには, 家族による患者支援が必要不可欠であるとされる一方で⁵⁾, 実際には統合失調症の陰性症状にともなう患者の日常生活上の自己管理や投薬などのマネジメントの

ほか、衛生面や外見に対する無頓着さなどの日常生活技能 (Daily living skills) の低下など、家族にかかる負担は大きい⁶⁾。このような家族の負担をはじめ、さまざまな要因が家族の退院受け入れ意識にも影響することが考えられるが、とりわけ臨床的場面においては、患者の精神症状悪化時の幻覚や妄想状態にともなう不穏や粗暴行為などの急性期の症状が家族の心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder: 以下 PTSD) の発症に関与し、家族の受け入れ意識にも影響することが報告されている⁷⁾。

PTSD は、1980年米国精神医学会診断基準 (DSM-) によりはじめて範疇化された診断概念であり、現在では原因となる心的外傷体験の種類を問わず、心的外傷後の共通の症候群として広く受け入れられている⁸⁾。PTSD はこれまで米国を中心に多くの疫学研究が行われてきた。Kessler R.C.ら⁹⁾による全米調査では、生涯有病率は男性5.0%、女性10.4%、現在有病率は男性1.5%、女性3.0%であったことが報告されている。我が国においては、阪神淡路大震災を契機に PTSD の概念が広く知られるようになり、震災後の PTSD 出現率は男性12.9%、女性9.0%であったことが報告されている¹⁰⁾。また、川上ら¹¹⁾は中国九州地方の3県4市町村の20歳以上住民の無作為抽出サンプルによる構造化面接の結果、調査時点での PTSD の診断基準を満たす生涯有病率の割合は1.1% (男性0.4%、女性1.6%) であり、調査時点から過去12ヶ月に PTSD の診断基準を満たす12ヶ月有病率の割合は0.4% (男性0.1%、女性0.5%) であったことを報告している。

一般に PTSD ないしは心的外傷性ストレス症状の測定尺度は自記式質問紙尺度と構造化診断面接尺度に大別される。自記式質問紙尺度としては、すでに改訂出来事インパクト尺度日本語版 Impact of Event Scale-Revised (以下 IES-R) が作成され、その信頼性と妥当性が検証されている⁸⁾。本邦では、阪神淡路大震災後の仮設住宅住民調査¹²⁾や性暴力被害者¹³⁾、水害被災者¹⁴⁾など、心的外傷体験に曝露したさまざまな集団を対象とした調査に IES-R が使用されている。精神疾患のなかでも統合失調症と PTSD に関連した先行研究⁷⁾では、長期入院統合失調症患者を抱える家族の57.9%に PTSD の可能性のあるとの報告がなされているが、患者家族の PTSD に関連した研究は端緒にすぎたばかりである。PTSD が QOL (Quality of life) に及ぼす影響についてみた先行研究では、交通事故被害後 PTSD を認めた者では健常者に比べ QOL スコアが有意に低いとの報告¹⁵⁾や、PTSD の中核症状が QOL の低下や生活機能障害に影響すること¹⁶⁾、また、PTSD が身体および精神的日常役割機能や社会生活機能など、日常生活全般に及ぼす影響が顕著であるとの報告¹⁷⁾もなされている。さらに、PTSD が疑われるケースでは、心理的ストレス反応の表出が強いとの報告¹⁰⁾もあり、心理的ストレス反応の表

出の程度は、心身の健康状態に大きな影響を及ぼす要因であることが考えられ、こと統合失調症患者を抱える家族においても、PTSD にともなうストレスに対する脆弱性や反応過敏性は、患者の疾患に起因するさまざまな介護上の困難感や負担感、将来の不安や抑うつ、孤独感といったさまざまな心理的現象に影響している可能性が推察できる。しかし、こうした統合失調症患者の急性期状態にともなう家族の心的外傷体験や PTSD が患者の介護にともなう困難感や負担感およびストレスなどの精神健康との関連について検討した研究は著者らの知るところほとんどなされていない。そこで、本研究は長期入院中あるいはデイケア通院中の統合失調症患者を抱える家族を対象に、患者の急性期状態が家族の心的外傷体験や PTSD を惹起し、介護上の主観的困難度・負担感、心理的ストレス反応に影響を与えている可能性について検討することを目的とした。

対象と方法

沖縄県中南部に位置する A 病院に入院中または精神科デイケア通院中の統合失調症患者の家族73名を対象に、平成22年10月から12月までの間に質問紙調査を実施し、調査協力の得られた69名 (男25名、女44名、回収率94.5%) を分析対象とした。なお、本研究では対象者の PTSD の可能性が患者の退院に関する否定的認識や退院後の受け入れ意識を困難にしている状況が、結果として患者の入院期間の長期化に影響している可能性を考慮し、入院中の患者については入院期間が1年以上の長期入院患者の家族を対象とした。

対象者の基本属性にかかる事項としては、性別、年齢、続柄、学歴、職業の有無、現病歴の有無、暮らし向き、健康感および宗教の有無について設問した。また、対象患者に関する事項として、性別、年齢、入院回数、罹病期間、抗精神病薬服薬量、通算の入院期間、入院形態について設問した。抗精神病薬服薬量は、chlorpromazine 当量への換算法²⁰⁾に基づいて算出し、統合失調症の診断は、主治医により ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10) に基づいて行った。

PTSD 傾向の評価には飛鳥井ら²¹⁾が作成した IES-R を使用した。IES-R は再テスト信頼性 ($r_s=0.86$, $p<0.001$) および総得点を24/25cut off で感度=0.89、特異度=0.93、陽性的中度=0.80、陰性的中度=0.96と高い信頼性と尺度妥当性が検証されており、PTSD のスクリーニングとして有用であることが報告されている²¹⁾。IES-R は「どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、その時の気持ちがあぶり返してくる」、「睡眠の途中で目が覚めてしまう」や「別のことをしていてもそのことが頭から離れない」などの8項目から構成される再体験や、「そのことについて考えたり、思い出すときは、な

んとか気持ちを落ちつかせるようにしている」、「そのことを思い出させるものには近寄らない」や「そのことは考えないようにしている」など8項目から構成される回避と、「イライラして、怒りっぽくなる」、「ものごとには集中できない」や「警戒して用心深くなっている気がする」などの6項目から構成される過覚醒の3下位領域22項目から構成される。IES-Rは、地震、事件被害、事故などの強いストレスを伴う外傷的出来事を1つ記入し、その出来事に対し回答を求める尺度である。本研究においては、統合失調症の急性期症状によるPTSD発症の有無について焦点を当てるため「ご家族(患者)の症状が一番激しかった時のことをお聞きします。」との説明文を提示し、「症状が全くない」0点～「非常にある」4点の5件法より評定を行った。IES-R得点が高いほどPTSDである可能性が高いことを示している。なお、本研究におけるIES-RのCronbach係数は0.94であり、高い内的整合性を有していた。

患者の発病に伴う家族の主観的困難や負担を測る尺度には、山口ら¹⁸⁾によって内的一貫性、再現性、基準関連妥当性および構成概念妥当性が検証された主観的困難度・負担調査票 Family Burden and Distress Scale (以下FBDS)を用いた。FBDSは、「身体の疲れを感じる」、「友人や親せきの人と率直につきあえなくなった」や「よく眠れない」など10項目から構成される「患者の疾患に起因する主観的な負担や抑うつ」や、「病気の将来の見通しがつかない」や「患者さんの行動の意味がよく理解できない」、「今抱えている問題がいつ解決するか見通しがつかない」など9項目から構成される「病気の知識がないことによる混乱や将来の不安」と、「患者さんについて感情的な対応をしてしまう」や「患者さんとよく話をする」、「患者さんと一緒にいるとイライラする」などの5項目から構成される「患者との関係に関する困難さ」の24項目からなる。FBDSは4件法により「そのとおり」1点～「全くない」4点の4段階リッカート法で配点し、得点が高くなるにともない主観的な困難や負担感も高いことを示している。なお、本研究におけるFBDSのCronbach係数は0.90であり、高い内的整合性を有していた。

心理的ストレス反応は、鈴木ら¹⁹⁾によって内的整合性および弁別妥当性の検証された心理的ストレス反応測定尺度 Stress Response Scale-18¹⁹⁾ (以下SRS-18)を用いて評価した。SRS-18は「気持ちが沈んでいる」、「泣きたい気持ちだ」や「何となく不安だ」など6項目からなる抑うつ・不安、「怒りを感じる」、「不愉快だ」や「悔しい思いがする」など6項目からなる不機嫌・怒り、「根気がない」、「自信がない」や「良くないことを考える」など6項目からなる無気力の3下位領域18項目から構成されている。「そのとおりだ」3点～「全く違う」0点の4件法で評定を行い、点数が高くなるにともない心身健康状態の悪化を示している。本研究におけるCro

nbach係数は0.94であり、高い内的整合性を有していた。

解析は、先行研究²¹⁾をもとにIES-R得点が25点以上のものをhigh-risk群、25点未満をlow-risk群の2群に区分し、基本属性および各スケールとの間で、²検定ないしはMann-WhitneyのU検定により群間で統計的差異をみた。解析にはSPSS17.0Jを使用し、有意水準はいずれも5%未満とした。

倫理的配慮として、対象病院の院内倫理規定委員会の承諾を得て後、対象者には調査の目的や調査は無記名であり、回答は任意であり随時拒否することができること、調査協力を拒否した場合においても一切不利益を被ることはないこと、調査データは統計的処理ののち処分されることを文書あるいは口頭により説明を行い質問紙への回答をもって同意を得たこととした。

結果

今回の対象患者の医療形態別(入院群29名、デイケア群40名)のIES-R、FBDS、SRS-18の各総得点の平均比較では、IES-R平均得点(入院群 23.2 ± 14.7 、デイケア群 18.6 ± 14.9 、 $P=0.187$)、FBDS平均得点(入院群 51.4 ± 9.7 、デイケア群 49.3 ± 13.7 、 $P=0.362$)、SRS-18平均得点(入院群 11.3 ± 9.7 、デイケア群 11.2 ± 9.6 、 $P=0.808$)、いずれにおいても統計的差異を認めなかった。そこで、以下の解析においては、入院およびデイケアの対象家族をあわせて、IES-R得点によりhigh-risk群、low-risk群の2群に分類し、比較検討した。

対象者のIES-R得点によるhigh-risk群の占める割合は全体の39.1%(27名)を占めおり、IES-Rの群間による基本属性との比較結果では、性別、年齢、続柄、学歴、職業、現病歴、暮らし向き、健康感、宗教の有無いずれにおいても統計的差異を認めなかった(表1)。

IES-Rと対象患者の臨床的背景要因との比較結果では(表2)、性別、年齢、入院回数、抗精神病薬服薬量、通算の入院日数(過去の入院期間の総数)、入院形態いずれにおいても統計的差異を認めなかった。

IES-RとFBDSとの比較結果では(表3)、FBDS総得点はhigh-risk群(54.7 ± 9.9)がlow-risk群(47.3 ± 12.7)に比べ有意に高値を示した($P=0.012$)。同様に、FBDSの下位尺度のうち「患者の疾患に起因する主観的な負担と抑うつ」では、high-risk群(19.1 ± 4.0)がlow-risk群(15.9 ± 5.7)に比べ有意に高値を示した($P=0.002$)。なお、他の2つの下位尺度である「病気の知識がないことによる混乱や将来の不安」、「患者との関係に関する困難さ」では群間で統計的差異を認めなかった。

IES-RとSRS-18との比較結果をみると(表4)、SRS-18総得点はhigh-risk群(14.2 ± 9.1)がlow-risk群(9.4 ± 9.5)に比べ有意に高値を示していた($P=0.019$)。

Table 1 Background of family members with relation to IES-R

		Low-risk	High-risk	n (%)	P value
Sex	Male	17 (40.5)	8 (29.6)	0.445	
	Female	25 (59.5)	19 (70.4)		
Age	Mean \pm SD	61.81 \pm 12.3	63.7 \pm 12.2	0.580	
Relationship	Parents	14 (33.3)	11 (40.7)	0.914	
	Partner	2 (4.8)	2 (7.4)		
	Brother/Sister	20 (47.6)	11 (40.7)		
	Etc.	6 (14.2)	3 (11.1)		
Education	Elementary	4 (9.5)	3 (11.1)	0.906	
	Junior High	10 (23.8)	9 (33.3)		
	Senior High	14 (33.3)	9 (33.3)		
	College	4 (9.5)	2 (7.4)		
	Vocational	6 (14.3)	3 (11.1)		
	Etc.	4 (9.5)	1 (3.7)		
Occupation	Yes	23 (54.8)	19 (70.4)	0.217	
	No	19 (45.2)	8 (29.6)		
Present illness	Yes	24 (57.1)	11 (40.7)	0.222	
	No	18 (42.9)	16 (59.3)		
Subjective economic status	Yes	13 (31.0)	11 (40.7)	0.446	
	No	29 (69.0)	16 (59.3)		
Well-being	Good	35 (83.3)	20 (74.1)	0.374	
	Bad	7 (16.7)	7 (25.9)		
Religion	Yes	20 (47.6)	13 (48.1)	1.000	
	No	22 (52.4)	14 (51.8)		

Mann-Whitney U test or Chi-square test

Table 2 Clinical background of patients with relation to IES-R

		Low-risk	High-risk	n (%)	P value
Sex	Male	31 (73.8)	20 (74.1)	1.000	
	Female	11 (26.2)	7 (25.9)		
Age		50.6 \pm 12.3	51.5 \pm 12.4	0.740	
Number of hospitalization		5.6 \pm 6.1	5.9 \pm 8.5	0.630	
Duration of disease (year)		25.1 \pm 13.9	26 \pm 13.6	0.850	
Chlorpromazine reduction (mg)		701.0 \pm 535.5	578.5 \pm 366.9	0.472	
Length of hospitalization (year)		8.2 \pm 10.8	10 \pm 11.9	0.468	
Medical form	In hospital	16 (38.1)	13 (48.1)	0.460	
	Day care	26 (61.9)	14 (51.8)		

Mann-Whitney U test or Chi-square test

Table 3 Comparison of successive transition and their score of FBDS between IES-R

	Low-risk		High-risk		Z-value	P-value
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median		
Subjective burden and depression resulting from the patients illness	15.9 (5.7)	14.5	19.1 (4.0)	20.0	- 3.15	0.002
Confusion resulting from lack of knowledge of the illness and anxiety about the future	21.3 (6.8)	22.0	24.6 (6.7)	24.0	- 1.80	0.072
Difficulties in the relationship with the patient	10.1 (3.5)	10.0	10.9 (3.2)	11.0	- 1.08	0.283
Total Score	47.3 (12.7)	45.5	54.7 (9.9)	53.0	- 2.52	0.012

Mann-Whitney U test

Table 4 Comparison of successive transition and their score of SRS-18 between IES-R

	Low-risk		High-risk		Z-value	P-value
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median		
Depression-anxiety	3.4 (3.6)	2.5	5.2 (3.8)	5.0	- 2.17	0.030
Irritability-anger	3.1 (3.6)	2.0	4.6 (3.5)	4.0	- 2.18	0.030
Helplessness	3 (3.4)	2.0	4.4 (3.1)	5.0	- 2.22	0.027
Total Score	9.4 (9.5)	8.0	14.2 (9.1)	15.0	- 2.35	0.019

Mann-Whitney U test

SRS-18の3下位尺度との比較結果をみると、「抑うつ・不安」(high-risk 群 5.2 ± 3.8 , low-risk 群 3.4 ± 3.6 , $P=0.030$), 「不機嫌・怒り」(high-risk 群 4.6 ± 3.5 , low-risk 群 3.1 ± 3.6 , $P=0.030$), 「無気力」(high-risk 群 4.4 ± 3.1 , low-risk 群 3.0 ± 3.4 , $P=0.027$) のいずれにおいても high-risk 群が low-risk 群に比べ有意に高値を示した。

考察

本調査における対象家族の IES-R 得点 high-risk 群が占める割合は39.1%と4割近くを占めていた。統合失調症の急性期症状には、幻覚や妄想、自我障害のほか、滅裂思考や連合弛緩といった思考形式の障害や緊張病候群などの症状も一般にみられる²²⁾。本研究においては、統合失調症の急性期症状にともなう PTSD の状況について検討するため、対象患者の一番激しかった症状を想起しての設問であり、その時期や具体的な精神症状の評

価、あるいは再燃・再発の頻度等についての評価はなされていないが、慢性疾患である統合失調症の病態の特徴から、再燃・再発を繰り返す過程での幻覚・妄想状態、不穏や粗暴行為などの急性症状の発現が予測される。加藤ら²³⁾は幻覚・妄想状態にともなう不穏や粗暴行為などの外傷的出来事の強さは PTSD の経過に影響を及ぼすとし、それには他覚的な程度のみならず、自覚的な認知と反応も大きく影響することを指摘している。また、戦後20年経過しても心的外傷の症状は増加し、その後遺症はストレスに対する脆弱性と相互作用に関連している可能性があるとの報告²⁴⁾にもあるように、PTSD 症状の遷延化あるいは慢性化も指摘されており、今回の対象者においても患者の急性期状態にともなう発症初期から現在に至るまでの主観的外傷体験の状況やそれに随伴する身体および精神的浸襲の程度が、PTSD 傾向に影響した可能性が考えられる。

IES-R と主観的困難・負担感を測る FBDS との関連をみると、総得点および下位尺度の「患者の疾患に起因

する主観的な負担と抑うつ」との間で、high-risk 群が low-risk 群に比べ有意に高値を示していた。本結果から、患者家族の PTSD 傾向はストレス対処能力の減弱さを惹起し、患者の疾患に起因した問題解決能力の低さに影響を及ぼし、主観的介護負担感も大きくなったことが推察される。患者の介護に伴う負担は生涯にわたり継続し、患者の間近で生活する家族は、患者との距離感ともあまって患者を支える負担により慢性的な疲弊状態に陥る。また、患者自身の疾患にともなう能力障害は、病勢の進行とともに、思考の貧困、情動の鈍麻や平板化、無為・自閉などの陰性症状をきたし²²⁾、就労や日常生活においても困難を生じることが多く、これらは統合失調症特有の疾患に起因した障害であるにもかかわらず、家族は患者に原因を帰属させることができず、事態が改善される期待をもてない実情があるとされる⁶⁾。このことから、患者家族では、PTSD 傾向にともなう不安に加え、手を尽くしてもどうにもならないという「あきらめ感」からくる精神的な負担の増大や、精神障害に対する社会の偏見やスティグマが親の罪悪感や自責の念をいっそう強め、周囲に相談できずに独りで抱え込んでいる実情⁵⁾が、家族の主観的介護負担感に影響した可能性も推察される。Bleich A.²⁵⁾は PTSD とうつ病との発症について、両疾患が同時に発症する率が最も多く、次に PTSD が先に発症した例が多かったことから、抑うつ症状は PTSD に続いておこる二次的な反応であると結論づけている。また、患者家族の PTSD 傾向に伴う状態として、病気に対して悲観的であきらめやすく、不安や抑うつに陥りやすい対処行動をとりやすい傾向にあり、そのことが PTSD 症状の発現と相互に影響を及ぼしている可能性も指摘されている²⁶⁾。以上のことから、今回の結果は、対象者の PTSD 傾向に起因した抑うつ状態の可能性も推測され、PTSD のみならず家族の抑うつ症状にも焦点をあてた取り組みの必要性を示唆する結果であると考えられる。

IES-R と SRS-18 得点との関連では、総得点ならびに下位尺度の「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」のいずれにおいても high-risk 群が low-risk 群に比べ有意に高値を示した。加藤ら²³⁾は、外傷的出来事を受ける家族自身の性格や精神障害の家族歴、精神障害の既往、過去の外傷体験などによる側面の脆弱性は、PTSD の発症と経過に影響し、外傷的出来事への遭遇しやすさ、対処行動の問題として寄与する場合のほか、準備性の亢進あるいは反応閾値の低下などにつながる可能性に言及している。本調査結果においても、high-risk 群が low-risk 群に比べ、SRS-18 総得点および 3 下位尺度のいずれにおいても有意に高値を示したことから、家族の PTSD 傾向がストレスへの対処または対処能力の低下に影響する可能性が示唆された。尾鷲ら²⁷⁾は PTSD とストレスへの脆弱性との関連について、PTSD が慢性の経過をたどる場合には、新たな外傷体験を 5 倍体験し

やすいとしている。このことから長期にわたる PTSD 傾向の状況は、新たな外傷体験を惹起しやすいことが考えられ、PTSD 傾向にともないストレス耐性が減弱しストレス反応を生じやすい状況が推察された。Birchwood M.ら²⁸⁾は、統合失調症者を抱える家族の感情表出は患者の発症に対するコーピングであり、高い感情表出とは患者の発症に対するコーピングの困難さを示しており、このような高い感情表出を行う家族では、患者の精神疾患発症の際の原因帰属に関して、疾患や症状としてとらえるのではなく、患者本人自身の問題として考える傾向のあることが指摘されている。本調査結果も、こうした家族の PTSD が「不機嫌・怒り」などのストレス反応として、家族の高い感情表出に影響した可能性が推察される。

まとめ

本研究結果から、統合失調症を抱える家族は PTSD 傾向の影響によりストレスフルな状態にあり、精神健康の悪化に伴い主観的困難感・負担感をきたしやすい可能性が示唆された。今後の方策として、患者家族の PTSD 傾向を考慮した早期の家族介入の実施や、患者ケアにともなう家族の負担軽減を図る取り組みとして、家族会などの共有する場の提供や社会資源の活用を積極的に勧めていくことが、ひいては患者の社会的入院の防止、早期退院の促進に有用であることが考えられた。

今後の課題として、本調査は沖縄県 A 病院 1 施設の家族を対象としており、対象者数も 69 名と少数であることから、今回の結果を一般化することには困難がある。また、PTSD の測定尺度は自記式質問紙と構造化診断面接尺度に大別される⁸⁾が、本調査では被面接者への負担を考慮し IES-R による自記式質問紙を採用したが、PTSD の確定診断のためには構造化面接が必要であり、今回の自記式質問紙法である IES-R による PTSD の判定には大きな限界がある。また、IES-R の測定に際し、統合失調症の急性期症状に関しては、対象患者の一番激しかった症状を想起してのみの設問であり、その時期や具体的な精神症状の評価、あるいは再燃・再発の頻度等についての評価はなされていない。さらに、今回の FBDS による「主観的困難・抑うつ」や SRS-18 による「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」は、PTSD 傾向にともない生じられた精神症状として位置づけたが、逆にこうした症状が PTSD 傾向を助長し、高めた可能性も考えられる。こうしたことを踏まえ、今後は面接調査とスクリーニング調査を併用することによって、患者家族の PTSD の診断の確度を高め、要因間との関連について詳細な検討を行うことが大きな課題としてあげられる。

文献

- 1) 精神保健福祉対策本部, 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2, 2004.
- 2) 厚生労働省社会・援護局生涯保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料. 200, 2010.
- 3) 大島 巖, 岡上和雄: 家族の社会・心理的条件が精神障害者の長期入院に及ぼす影響とその社会的機序-全国家族福祉ニーズ調査のデータによる多変量解析的アプローチ. 精神医学34: 479-488, 1992.
- 4) 朝野英子, 栄セツコ, 清水由香: 精神科病院長期入院者の退院に関する要因の文献的検討. 生活科学研究誌 9: 95-106, 2011.
- 5) 藤野成美, 山口扶弥, 岡村 仁: 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痛. 日本看護研究学会雑誌32: 35-43, 2009.
- 6) 水野泰尚, 藤山直樹: 統合失調症をもつ患者を抱える家族の精神的負担と有効なサポート. 上智大学心理学年報 31: 65-82, 2007.
- 7) 梶谷康介, 中島竜一, 梶原雅史, 飯野芳子, 小方万紀子, 大本秀代, 井上雅之, 佐々木裕光, 神庭重信: 長期入院統合失調症患者の家族の精神健康度 PTSD の観点から. 精神医学50: 169-172, 2008.
- 8) 飛鳥井望, 廣幡小百合, 加藤 寛, 小西聖子: CA PS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語の尺度特性. トラウマティック・ストレス 1: 47-53, 2003.
- 9) Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. and Nelson C.B.: Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch. Gen. Psychiatry 52: 1048-1060, 1995.
- 10) 坂野雄二, 嶋田洋徳, 辻内琢也, 伊藤克人, 赤林朗, 吉内一浩, 野村 忍, 久保木富房, 末松弘行: 阪神・淡路大震災における心身医学的諸問題 () -PTSD の諸症状と心理的ストレス反応を中心として. 心身医学36: 650-656, 1996.
- 11) 川上憲人, 大野 裕, 宇田英典, 中根允文, 竹島正: 地域住民における心の健康問題と対策基盤の事象に関する研究: 3 地区の総合解析結果. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金「心の健康問題と対策基盤の事象に関する研究」分担報告書: 15, 2003.
- 12) 加藤 寛, 岩井圭司: 阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害-構造化面接による評価-. 神戸大学医学部紀要60: 147-155, 2000.
- 13) 廣幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川千秋, 森田展彰, 中谷陽二: 性暴力被害者における外傷後ストレス障害 抑うつ, 身体症状との関連で. 精神神経学雑誌104: 529-550, 2002.
- 14) 元木洋介, 井上新平: 高知水害 (1998年) による心理的影響: IES-R を用いた調査から. 臨床精神医学29: 1147-1155, 2000.
- 15) Yutaka M., Daisuke N., Satomi N., Naohiro Y., Hiroko N., Yasuhiro O. and Yoshiharu K.: Impact of psychiatric morbidity on quality of life after motor vehicle accident at 1-month follow up. Psychiatry and Clinical Neurosciences 63: 235-237, 2009.
- 16) Douglas F.Z., Charles R.M., Daniel S.W., Warren S.B., Thomas J.M., Jacqueline M.G., Anita S., William E.S. and Kenneth B.W.: Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans. Am J Psychiatry 154: 1690-1695, 1997.
- 17) 内海千種, 宮井宏之, 加藤 寛: 大規模交通災害被害者の健康被害第 報 - 被害後 2 年半における調査協力者の現状 -. 心的トラウマ研究 4: 37-48, 2008.
- 18) 山口 一, 高橋彰久, 白石弘巳, 高野明夫, 小島卓也: 家族の主観的困難度・負担調査票の作成と信頼性・妥当性の検討-統合失調症患者の家族を対象として-. 臨床精神医学35: 449-456, 2006.
- 19) 鈴木伸一, 嶋田洋徳, 三浦正江, 片柳弘司, 右馬埜力也, 坂野雄二: 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究 4: 22-29, 1997.
- 20) 伊藤 斉, 藤井康男, 開沢茂雄, 神定 守, 上島国利, 古賀良彦, 増田 豊, 三浦貞則, 鍋田恭孝, 中野嘉樹, 荻田和宏, 大塚宣夫, 斎藤文雄, 櫻井俊介, 佐藤喜一郎, 鈴木泰代, 鈴木 透, 高宮真樹, 田上 聡, 田代 巖, 立山萬里, 八木剛平, 山角駿, 吉田弘宗: 薬歴調査システムによる向精神薬療法の実態調査に関する研究. 精神薬療基金年報11: 236-244, 1979.
- 21) Asukai N, Kato H, Kawamura N, Rim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y. and Nishizono Maher A: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact Event scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. Journal of Nervous and Mental Disease 190: 175-182, 2002.
- 22) 染矢俊幸: 症状評価尺度について. 臨床精神医学23: 1297-1304, 1994.
- 23) 加藤 寛, 岩井圭司: PTSD の経過論-縦断研究の知見をとおして-. 精神科治療学13: 955-961, 1998.
- 24) Zahava S. and Mario M.: Trajectories of PTSD: A 20-Year Longitudinal Study. Am J Psychiatry 163: 659-666, 2006.

- 25) Blicich A, Koslowsky M, Dolev A. and Lerer B : Post-traumatic stress disorder and depression Ananalysis of comorbidity . Brtish Journal of Psychiatry 170 : 479-482, 1997.
- 26) 朴 順禮 : 乳がん生存者の PTSD 症状に関する研究 . ト라우マティック・ストレス 2 : 60-66, 2004.
- 27) 尾鷲登志美, Perkonigg A, 上島国利 : 縦断的疫学研究からみた PTSD の転帰-慢性化をめぐって . 精神医学49 : 890-896, 2007.
- 28) Birchwood M. and Jackson C. : Schizophrenia 2001 : 丹野義彦, 石垣琢磨 (訳) : 統合失調症 基礎から臨床への架け橋, 東京大学出版, 東京, 77-82, 2006.