

20020279

厚生労働科学研究研究費補助金

長寿科学総合 研究事業

在宅医療における家族関係性の解析と
介護者支援プログラムの開発に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成15(2003)年3月

目次

I.	総括研究報告書	
	在宅医療における家族関係性の解析と介護者支援プログラムの開発に関する研究——	03
	保坂 隆	
II.	分担研究報告書	
1.	介護者をめぐる家族機能の分析 — 介護保険制度が介護家族にあたえる影響と 介護家族カウンセリング —	12
	渡辺俊之	
2.	要介護度分類よる介護負担の特徴および社会的支援の方法の分析	24
	眞野喜洋	
3.	施設入所者家族へのアンケート調査および在宅介護者への精神科コンサルテーションに 関する研究	37
	佐藤 武	
4.	在宅介護者への構造化された介入の長期効果に関する研究	48
	水野恵理子	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	54
IV.	研究成果の別刷り	56

I . 総括研究報告書

総括研究報告書

在宅医療における家族関係性の解析と介護者支援プログラムの開発に関する研究

主任研究者 保坂 隆 東海大学医学部精神科学教室 助教授

【研究要旨】厚生省の統計によれば、1998年の時点で介護が必要とされている65歳以上の高齢者は約200万人存在しており、その数は2000年には280万人、2025年には520万人に達すると予想されている。こうした高齢化の進展に対応するため、わが国では2000年からの介護保険制度の導入が決定し、高齢者のQOLの向上を目的とした支援体制づくりが進行しているが、その一方で介護者の負担感や心身の疲労が今日的な問題となってきた。

本研究では、まず介護保険導入が介護家族にもたらす影響を明らかにしようとした。対象は、神奈川県伊勢原市の二つの介護支援事業所と契約している家族である。A施設と契約している介護家族にはFES（家族環境評価尺度）の記入を依頼した。B施設と契約している介護家族についてFRI（家族関係インデックス）への記入を依頼した。評価は、介護保険施行前と6ヶ月たった時点の2回行い、施設ではFESを使用して介護保険制度導入前後の家族環境を検討した。その結果、すべての項目で有意差は得られなかった。つまり介護保険の導入は、家族環境までは影響を与えなかったことになる。この結果には二つの仮説を立てた。一つは、「家族環境というものは外的支援などで簡単には影響を受けない」という仮説。もう一つは、「介護保険が導入されたが故に、家族環境は導入前の環境を保持できたのではないか」という仮説である。この点については、今後詳細な検討が必要と考えている。

次に、介護者のストレスの状況を、さまざまな精神・身体疾患の有病率という点から検討を始めた。一昨年度中に、協力の得られた神奈川県Z市の、介護者のいる931世帯と、対照群として介護者のいない1,862世帯を無作為に選び、調査票を送付しておいた。回収された調査票はそれぞれ549,1140（回収率60.5%）であった。本年度の研究では、要介護度ごとに主観的健康感・現病歴・既往歴・自覚症状を整理し考え分析した結果、要介護度により、介護者の主観的健康状態の評価に差異はなく、総じて「やや不調」という評価が多いことがわかった。介護者の自覚症状は、頭痛、不眠、肩のこりや痛み、顔や足のむくみといった項目について、要介護度が高いほうで生じる傾向にあった。また要介護度に応じてさまざまなサービスを利用しているが、さらに「介護をするもの同志の集まり」といった自助的活動を行う機会や、医師や保健婦による個別の健康相談・健康教育といったきめ細かなサービスへのニーズがあることが明らかになった。

第三に、入所者を有する痴呆老人の家族（N=98）に対して、独自に作成したアンケート調査を行った。55名（回答率は56.1%）から得られた結果を分析した。約3分の1の家族が、自宅での介護が困難と述べており、一度老人保健施設に預けると、家族は退所を望んでいないことが明らかとなった。情報を得た手段に関する結果では、指導員・職員による情報が60%と最も多く、最終的には人とのコミュニケーションによって決断するケースが多かった。メンタルクリニック相談の具体例を提示するとともに、痴呆老人の在宅医療における家族の問題、それを支援する介護者支援プログラムの開発を具体化するためには、その入り口となるメンタルクリニックと実際の支援施設である老人保健施設との密接な連携が、この問題解決に大きな貢献を果たす

のではないかと考えられた。

最後に、ストレス状況にある介護者を対象とした集団介入プログラムを施行して、心理テスト上で比較検討してみた。この集団介入プログラムは、主任研究者の保坂が、乳がん患者用に開発した「乳がん患者のための構造化された介入」をベースにして、介護者用に修正したものである。具体的には1回 90 分で、それぞれの回は、ストレスと心身との相関に関係するテーマに関する心理社会的教育、それに関する自分自身の話を参加者が自由に話し、問題点が提示されたときには解決方法を話すという問題解決技法や、情緒的に励ますような心理的支持、それに漸進性筋弛緩法や自律訓練法などのリラクゼーションなどから構成されている。本年度は、家族介護者のための「構造化された介入」の長期効果を吟味するために、プログラム終了後から 2 ヶ月後、6 ヶ月後の心理社会的側面の変化について検討した。その結果、POMS と GHQ-30 の下位項目において有意な改善が持続している項目も認められたが、必ずしも効果は一様ではなかった。よって、フォローアップの意味をもったプログラムへの参加がどのような側面に影響を与えているのかを検討するために、介護者の主観的な反応を質的に分析することがさらに必要であると考えられた。

介護者は自らを不健康と思う傾向が強く、特に女性の介護者は、「患者予備軍」というよりも、もうすでにさまざまな精神・身体疾患を有していることがわかった。そしてそれが潜在化する可能性も示唆された。

介護家族への関わりは、介護保険の導入や老健への入所といった物理的・環境的なサービスだけでは十分ではない。介護家族は心理的な支援を求めている。訪問看護師、ケアマネージャー、往診医、ホームヘルパー、相談するクリニックなどが心理的、家族療法的、集団療法視点を持って家族に関われば、きっと多くの副次的な効果が生まれるはずである。

分担研究者氏名と所属施設と職名

渡辺俊之：東海大学 医学部精神科学教室 講師

眞野喜洋：東京医科歯科大学 医学部保健衛生学科保健計画・管理学教室教授

佐藤 武：佐賀大学健康管理センター 教授

水野恵理子：聖路加看護大学 精神看護学教室 講師

A. 研究目的

厚生省の統計によれば、1998年の時点で介護が必要とされている65歳以上の高齢者は約200万人存在しており、その数は2000年には280万人、2025年には520万人に達すると予想されている。こうした高齢化の進展に対応するため、わが国では2000年からの介護保険制度の導入が決定し、高齢者のQOLの向上を目的とした支援体制づくりが進行しているが、その一方で介護者の負担感や心身の疲労が今日的な問題となってきた。

本研究では、まず介護保険導入が介護家族にもたらす影響を明らかにしようとした。次に、要介護度分類によって介護者の負担について解析した。この負担を直接的に解決する方法のひとつが老健施設への入所であるが、その際の介護者の心理的な背景を明らかにしようとした。最後に、本研究で開発された介護者への支援システムのひとつである「構造化された介入」プログラムの効果を調査した。

B. 研究方法

(1) 介護者をめぐる家族機能の分析

対象は、神奈川県伊勢原市の二つの介護支援事業所（A施設とB施設）と契約している要介護者とその家族である。A施設と契約している要介護者にはFES（家族環境評価尺度）の記入を依頼した。B施設と契約している介護家族について、介護者にFRI（家族関係インデックス）への記入を依頼した。評価は、介護保険施行前と6ヶ月たった時点の2回行った。記入は、要介護者および介護者に依頼した。それぞれの尺度によって介護保険導入前後で比較した。

Family Environment Scale(FES)は家族環境の評価尺度であり、本尺度は、関係性、人間的成長、システム維持という3つの次元から構成されている。関係性の次元は凝集性(C)、表出性(Ex)、葛藤性(Con)の3つの下位尺度から構成

され、人間的成長の次元は独立性(Ind)、達成志向性(AO)、知的文化志向性(ICO)、活動娯楽志向性(ARO)、道德宗教性(MRE)の5つの下位尺度から構成され、システム維持の次元は組織性(Org)、統制性(Cu)の2つの下位尺度から構成されている。

Family Relation Index(FRI)はFESの短縮版であり、凝集性、表出性、葛藤性を下位尺度とし12の質問から構成されている。

(2) 要介護度分類による介護負担の特徴および社会的支援の方法の分析

神奈川県座間市在住者のうち、平成12年度公的介護保険申請者931名の家族である。2002年1月15日に調査票を発送し、同年1月31日までに返送を依頼した。

この調査票には、年齢、性別、就業状況、家族構成、健康度の5段階自己評価、20疾患の既往の有無、代表的な12のストレス性疾患の最近1年間の罹患状況、29の自覚症状、その他が含まれている。この調査票から得られる健康度を、要介護度間で比較検討した。

(3) 施設入所者家族へのアンケート調査

研究対象は、長崎県佐世保市にある老人保健施設に痴呆の高齢者を入所させている家族である。この家族に対して、独自に作成したアンケート調査の内容は、以下の通りである。・入所の理由はどのような問題があったからでしょうか。・現在の家族構成はどのようになっていますか。・老人保健施設や福祉サービスの利用法をご存知ですか。・自宅での介護をお考えでしょうか。・老人保健施設に対して、どのような意見や感想をお持ちでしょうか。

(4) 在宅介護者への構造化された介入の長期効果

平成13年度に対象となった家族介護者35名

に対し、電話によりフォローアップを目的としたプログラムを行う旨を伝えた。そして、日時を設定し、当日参加した介護者にあらためて文書による同意を得ることとし、その結果 30 名からの同意が得られた。

プログラムの内容は、1 グループ約 90 分の茶話会形式で、研究者がファシリテーターとなり、介護者それぞれの近況報告から始まり、プログラムに参加後も役立っていると思うこと、今困っていることを大枠のテーマとして、自由な話し合いを中心に進め、最後にリラクゼーショントレーニングを行った。プログラム終了時に、POMS (Profile of Mood States, 気分感情調査票)、GHQ-30 (General Health Questionnaire-30, 一般健康調査票 30 項目版) の 2 種類の質問紙に回答してもらい、2 カ月後に再び、プログラムを実施する旨を伝えた。また、6 カ月後のプログラムも、2 カ月後と同様の形式で、3 グループに対してプログラムを実施した。

C. 研究結果

(1) 介護者をめぐる家族機能の分析

A 施設の対象者の平均家族成員数は 3.36 人、B 施設の対象者の平均家族成員数 3.53 人であり、両群に有意差はなかった。A 施設の要介護者の平均年齢は 80.2 歳、B 施設では 78.06 歳であり、両施設での有意差はなかった。介護度は、A 施設に比べると B 施設では、要介護 4 が 7 人、要介護 5 が 5 人であり、要介護度の高い人が多い傾向にあった。A 施設における主介護者の続柄は「妻」が最も多く、B 施設で「娘」が多かった。主介護者の年代では、両施設とも 50 代から 70 代に集中していた。介護保険導入前後の家族環境の比較をしたところ、FES・FRI はともに介護保険導入前後で有意な変化は示さなかった。

(2) 要介護度分類による介護負担の特徴および

社会的支援の方法の分析

公的介護保険申請者のいる 931 家族より 549 名より回答が得られたが、調査時点で同居家族内に被介護者のいるもの（以下介護者とする）は 457 名であった。このうち、介護認定について、「受けている」と答えたもの 415 名を対象とした。

415 名の要介護度を整理すると、「要支援」4 名 (10.8%)、「要介護度 I」100 名 (24.1%)、「要介護度 II」117 名 (28.2%)、「要介護度 III」68 名 (16.4%)、「要介護度 IV」54 名 (13.0%)、「要介護度 VI」3 名 (7.5%) であった。

まず、主観的評価による健康状態を介護者の介護認定別に比較したところ、被介護者の要介護度により、介護者の主観的健康状態の評価に差異はなく、要介護度がいずれであれ、総じて「やや不調」という評価が多いことがわかった。また、代表的な 12 のストレス性疾患の最近 1 年間の罹患について同様に要介護度別に比べた結果、要介護度による差異は見られなかった。

次に、29 の自覚症状についても、同様に要介護度別に比較したところ、頭痛に関しては要介護度Ⅲをピークにして要介護度が高いほうで自覚症状が発生する傾向があり、不眠に関しては、要介護Ⅱについてその自覚症状が発生する傾向があり、肩のこりや痛みに関しては要介護度Ⅱをピークにして要介護度が高いほうでその自覚症状が発生する傾向があった。

今後の利用したいサービスについて要介護度ごとに分析した結果、介護者が利用したいと考えるのは、「医師による個別の健康相談」が 34.9%、「介護をするもの同士の集まり」が 25.3%、「個別の健康相談」が 18.3% と多かった。ことに「介護をするもの同士の集まり」については要介護度Ⅱ・Ⅲの介護者を抱える被介護者において要望が強い傾向 ($p < 0.025$) があつた。

(3) 施設入所者家族へのアンケート調査

98名にアンケート調査を依頼したが、55名から回答を得ることができた。まず入所の理由として、その半数が自宅での介護困難をあげている。その具体的な背景として、介護困難、共働き、狭い住居などがあげられる。

自宅復帰をお考えでしょうかという問いに、「はい」と答えた家族は、51%、「いいえ」は49%であった。一度老人保健施設に入所させた家族の半数は自宅復帰を考えていないことになる。老人保健施設に一度入所させた家族がなぜ自宅への復帰を考えない理由を尋ねた結果、約3分の1の家族が、自宅での介護が困難と述べており、一度老人保健施設に預けると、家族は退所を望んでいないことが明らかとなった。ここに在宅医療における家族関係性の問題を解決しなければならない現実が如実に反映されている。

(4) 在宅介護者への構造化された介入の長期効果

2ヵ月後のプログラム参加後と（以下、2ヵ月後とする）、前年度プログラム参加前（以下、参加前とする）のPOMS得点を比較したところ、「抑うつ」($p<0.01$)、「怒り・敵意」($p<0.05$)、「緊張・不安」($p<0.05$)、「混乱」($p<0.05$)の得点は有意に減少していた。同様にして、6ヵ月後の「抑うつ」($p<0.05$)、「緊張・不安」($p<0.05$)の項目で有意差が認められた。また、「活気のなさ」と「疲労」では、再び参加前に近づいた数値を示していた。

一方、GHQ-30では、参加前に比べて、2ヵ月後の「一般的疾患傾向」($p<0.05$)、「社会的活動障害」($p<0.01$)、「不安と気分変調」($p<0.05$)、「希死念慮とうつ傾向」($p<0.05$)の得点が有意に減少していた。6ヵ月後では、「社会的活動障害」($p<0.01$)、「希死念慮とうつ傾向」($p<0.05$)が有意に減少していた。

D. 考察

昨年度の研究で、家族に障害者や慢性疾患患者が出現すると、家族の凝集性や表出性、統制性が変化し、家族のQOLに影響をおよぼすようになることを明らかにした。家族は介護に向けて家族環境を変化させるのである。こうした先行研究の結果から、介護保険の導入が、家族環境にも影響するのではないかと仮説をたてた。さまざまな介護サービスの導入が、家族の家族環境に影響するのではないかと考えたのである。A施設ではFESを使用して介護保険制度導入前後の家族環境を検討した。すべての項目で有意差は得られなかった。B施設ではFRIを使用して検討したが、やはり前後で有意差は得られなかった。介護保険の導入は、要介護者や主介護者のQOLは改善するが、家族環境までは影響を与えなかった。この結果には二つの仮説が立つ。一つは、「家族環境というものは外的支援などで簡単には影響を受けない」という仮説。もう一つは、「介護保険が導入されたが故に、家族環境は導入前の環境を保持できたのではないか」という仮説である。この点については、今後詳細な検討が必要と考えている。

また、本研究の結果、被介護者の要介護度によって、介護者のストレスを主観的健康感、現病歴・自覚症状という角度で分析すると、主観的健康感については、要介護度による違いがみられないことがわかった。被介護者は、その主観においては、被介護者の状態が悪いであるとか、介護の仕事量に関連して自身の健康の感じ方が違うのではないかと想定したが、こういった仮説は否定された。しかし、このことは、介護者は対照群と比較して、主観的健康感や有病率が明らかに違うといった昨年度の研究結果を踏まえると、被介護者は介護のよって自身の健康に影響がある場合、その影響について自覚しにくい状態であるとも考えることもできる。こういった状態では、自覚がないゆえに、疾患について早期発見への要である早期の受療をのがす危険性を含んでいる。今後このことについて

は検討される必要がある。

さらに、「在宅介護か？施設入所か？」という問題に対して、入所者の家族へアンケート調査を行った結果、自宅での介護困難が入所の最も大きな要因となっている事実の意味は大きい。身体的問題だけではなく、家族間の人間関係に支障をきたし、介護者が抑うつ状態となり、長期入所を余儀なくさせられていることが指摘されている。ここに在宅医療における家族関係性の問題を解決しなければならない現実が如実に反映されている。在宅介護か施設入所かの問題に関しては、総論ではなくて、個々のケースで検討されねばならないが、支援システムが何らかの基準を設定しなければならないだろう。

最後に、家族介護者のための「構造化された介入」の長期効果を吟味するために、プログラム終了後から2ヵ月後、6ヵ月後の心理社会的側面の変化について検討した。その結果、POMSとGHQ-30の下位項目において有意な改善が持続している項目も認められたが、必ずしも効果は一様ではなかった。よって、フォローアップの意味をもったプログラムへの参加がどのような側面に影響を与えているのかを検討するために、介護者の主観的な反応を質的に分析することがさらに必要であると考えられた。

E. 結論

介護者は自らを不健康と思う傾向が強く、特に女性の介護者は、「患者予備軍」というよりも、もうすでにさまざまな精神・身体疾患を有していることがわかった。そしてそれが潜在化する可能性も示唆された。

介護家族への関わりは、介護保険の導入や老健への入所といった物理的・環境的なサービスだけでは十分ではない。介護家族は心理的な支援を求めている。訪問看護師、ケアマネージャー、往診医、ホームヘルパー、相談するクリニックなどが心理的、家族療法的、集団療法視点を持って家族に関われば、きっと多くの副次的

な効果が生まれるはずである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ①保坂 隆：関連領域の基礎知識1：精神科領域。理学療法ジャーナル36：37-41, 2002
- ②保坂 隆：がん患者の家族のサポート。緩和医療学4：58-61, 2002
- ③町田いづみ, 上出晴奈, 岸 泰宏, 保坂 隆：看護スタッフ用せん妄評価スケール(DRS-J)の作成。総合病院精神医学14：1-8, 2002
- ④保坂 隆：障害受容のチームアプローチ：オーバービュー。臨床リハ11：483-489, 2002
- ⑤保坂 隆：こころの危険信号③身体症状。こころの科学106：42-46, 2002
- ⑥保坂 隆, 青木孝之, 渡辺俊之, 佐藤 武：卒後研修での精神科必修化と在院日数短縮化。日本精神病院協会雑誌21：25-28, 2002
- ⑦保坂 隆：高齢癌患者の Psycho-oncology。Geriatric Medicine 40:1409-1412, 2002
- ⑧Hosaka T & Sugiyama Y.: Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function. Psychiatry Clin Neurosci (in press)
- ⑨保坂 隆：悪性腫瘍と軽症うつ病。成人病と生活習慣病32：1469-1472, 2002
- ⑩保坂 隆：がん患者の集団療法。現代のエスプリーサイコオンコロジー。426：85-93, 2003
- ⑪保坂 隆：東海大式乳癌患者への構造化された集団介入。緩和医療学5：9-13, 2003
- ⑫渡辺俊之：家族ケアを行う訪問看護のストレスマネジメント。訪問看護と介護7：445-452, 2002

- ⑬渡辺俊之：利用者の依存と自立に援助者はどう向き合うか。月間福祉 3：90-93, 2003
- ⑭渡辺俊之：ケアのつらさ。看護展望, 4, 10-13 2002
- ⑮渡辺俊之：リエゾン精神医学とリハビリテーション。医学のあゆみ 203：841-844 2002
- ⑯渡辺俊之：メディカルファミリーセラピートレーニングに参加して：ジェノグラムと転移。家族療法研究 19：275-276 2002
- ⑰渡辺俊之：介護必要とする家族の「生活」を見る。月間ケアマネジメント 13,：18-20,2002
- ⑱渡辺俊之：精神疾患。Clinical Rehabilitation 12：336-343, 2003
- ⑲渡辺俊之：ナースとの協力関係の作り方。精神科 1：148-153,2002
- ⑳Mina OKUDA, Takashi HOSAKA, et al: A Study on Fatigue and Health Disturbance in Caregivers of the Elderly at Home：プライマリケア学会誌投稿中
- (21)松井佐知子, 佐藤 武, 大西弘高, 小泉俊三：大学病院と一般の地域支援病院のプライマリ・ケア部門における精神疾患の有病率に関する比較調査－予備調査。総合病院精神医学 14:38-43, 2002.
- (22) Maeno T, Kizawa Y, Ueno Y, Nakata Y, Sato T: Depression among primary care patients with complaints of headache and general fatigue. Primary Care Psychiatry 8:69-72, 2002.
- (23) 佐藤 武：特集 軽症うつ病の治療を巡る controversy プライマリ・ケアを受診するうつ病。臨床精神薬理 6:175-180, 2003.
- (24) 押山乃里子, 山田健志, 佐藤 武, 保坂隆：高齢在宅介護者の QOL(Quality of life)の測定－介護者と非介護者の比較。総合病院精神医学 (印刷中)
- (25) Jiang N, Sato T, Hara T, et al.: Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: Study based on the Temperament and Character Inventory. J Psychosom Res (in print)

2, 学会発表

- ①保坂 隆：在院日数短縮化をめざして－QOL向上のために。第 15 回日本総合病院精神医学会総会ランチョンセミナー。2002 年 11 月 28 日
- ②保坂 隆：リエゾン精神医学における集団療法の応用。第 15 回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2002 年 11 月 29 日
- ③Kishi Y, Hosaka T, Sato T.: Strategies to promote education in psychiatry for every rotating resident. The 49th Annual meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine, Tucson, Arizona, November 21, 2002
- ④佐藤 武：プライマリケア医の養成における精神科医の役割。第 15 回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2002 年 11 月 29 日
- ⑤渡辺俊之：リエゾン精神医学における家族アプローチ。第 15 回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2002 年 11 月 29 日

3, 著書

- ①保坂 隆：こころをとらえるナーシング。星和書店, 2002
- ②保坂 隆 (編集)：一般病棟でみられる抑うつと看護。へるす出版, 2002
- ③保坂 隆・町田いづみ・有田悦子：スキルアップのための医療コミュニケーション。南山堂, 東京, 2002
- ④保坂 隆 (監修)：在院日数短縮化を目指して－QOL 向上のために。星和書店, 東京, 2002
- ⑤保坂 隆：がん患者の情緒状態の評価。横山和仁, 下光輝一, 野村 忍 (編集) 診断・指導に生かす POMS 事例集, 53-55, 金子書房, 東京, 2002
- ⑥保坂 隆：職場におけるリラクセーション・プログラムの応用。横山和仁, 下光輝一, 野村忍 (編集) 診断・指導に生かす POMS 事例集, 60-62, 金子書房, 東京, 2002

⑦保坂 隆：在宅介護者への介入の効果。横山和仁，下光輝一，野村 忍（編集）診断・指導に生かす POMS 事例集，108-112，金子書房，東京，2002

⑧ Hosaka T & Iwasaki Y.: Consultation-liaison psychiatry in Japan. Textbook of Consultation-liaison psychiatry. Second edition. (edited) Rundell JR & Wise MG. 218-220, American Psychiatric Press. Washington DC, 2002

⑨保坂 隆：一般身体疾患による気分障害。今日の治療指針 2002。604，医学書院，東京，2002. 1. 7

⑩保坂 隆：精神的な問題。飯島克巳（編集）この1冊で在宅患者の主治医になれる。南山堂，東京，241-251，2002

⑪保坂 隆：身体疾患患者への集団精神療法。山脇成人（編集）新世紀の精神科治療④リエゾン精神医学とその治療学。321-325，中山書店，東京，2003

⑫渡辺俊之（著）：ケアの心理学。ベスト新書，KKベストセラーズ，2001

⑬保坂 隆，佐藤 武：身体疾患患者のうつ病合併率。保坂 隆（監修）在院日数短縮化をめざして<QOL 向上のために>，星和書店，東京，pp.1-12，2002.

⑭佐藤 武，岸泰宏，保坂 隆：身体疾患患者のせん妄合併率。保坂 隆（監修）在院日数短縮化をめざして<QOL 向上のために>，星和書店，東京，pp.24-31，2002.

⑮佐藤 武，岸泰宏，保坂 隆：リエゾン精神医学の経済効率。保坂 隆（監修）在院日数短縮化をめざして<QOL 向上のために>，星和書店，東京，pp.46-65，2002.

⑯佐藤 武，加藤博之（瀧健治監修）：こころ

の110番_外来における対応のポイント。永井書店，大阪，pp.1-243，2002.

4. 社会活動

①佐藤 武：本田さんとお会いして。森久美子：汗かき・べそかき・恥かき日記—介護体験記，佐賀新聞社，pp.5-7，2002.

②渡辺俊之：介護家族カウンセリング。NHK にんげんゆうゆう，2002年4月

③渡辺俊之：ケアする人のケア。読売ウィークリー，2002年8月

④渡辺俊之：がんばらない介護。週間文春，2002年11月

⑤渡辺俊之：特集：働く人の介護。日経新聞，2003年3月

⑥渡辺俊之：介護のストレス。NHK おはようホットモーニング，2003年3月

⑦渡辺俊之：その他の社会活動

・ケアする人のケアのメール相談員、スーパービジョン

・NPO アラジンにおけるケアフレンドのスーパービジョン

・がんばらない介護の相談委員

・NPO 介護支援民間団体アラジン講演会

・厚木保険福祉事務所講演会

・おでこちゃんクラブ講演会

・赤羽障害者家族講演会

・新潟 NPO メンタルフレンド講演会

など・・・

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

介護者をめぐる家族機能の分析

—介護保険制度が介護家族にあたえる影響と

介護家族カウンセリング—

分担研究者 渡辺俊之

東海大学医学部精神科 講師

研究1：介護保険導入が介護家族にもたらす影響

対象は、神奈川県伊勢原市の二つの介護支援事業所と契約している家族である。A施設と契約している介護家族にはFES（家族環境評価尺度）の記入を依頼した。B施設と契約している介護家族についてFRI（家族関係インデックス）への記入を依頼した。評価は、介護保険施行前と6ヶ月たった時点の2回行った。施設ではFESを使用して介護保険制度導入前後の家族環境を検討した。すべての項目で有意差は得られなかった。B施設ではFRIを使用して検討したが、やはり前後で有意差は得られなかった。介護保険の導入は、家族環境までは影響を与えなかった。この結果には二つの仮説を立てた。一つは、「家族環境というものは外的支援などで簡単には影響を受けない」という仮説。もう一つは、「介護保険が導入されたが故に、家族環境は導入前の環境を保持できたのではないか」という仮説である。この点については、今後詳細な検討が必要と考えている。

研究2：介護家族へのカウンセリング

介護者を含む介護家族への心理的サポートがどのように有効であるかを2つの事例を中心に検討した。

介護に関わる専門スタッフが、心理的な側面を重視した相談業務を行っていく際には、知識と技術が必要になる。そのための方法論をまとめた。その手順は「基本的な用語や基本的知識を学ぶ」「技法を覚える」「スーパービジョンやコンサルテーションを受ける」であり、こうした技術の習得のための教育機関づ

くりが必要である。

介護家族への関わりは、物理的・環境的なサービスだけではない。介護家族は心理的な支援を求めている。訪問看護師、ケアマネージャー、往診医、ホームヘルパーなどが心理的、家族療法的視点を持って家族に関われば、きっと多くの副次的な効果が生まれるはずである。

A. 目的

ここ数年、介護者の心理的サポートは、わが国でも注目されるようになった。2001年には「ケアする人のケア」の全国集会在開催され¹⁾、介護者サポートの中心的な役割を担っている。また、NPOが中心になり、介護者同志が互いにサポートしあう体制もつくられている²⁾。著者は、在宅高齢患者と介護者のQOLと家族環境との相互作用について注目し、2年前から介護家族の研究と臨床的支援を行っている^{3) 4)}。研究では、介護保険が介護家族の家族環境にもたらす影響について検討する。

本研究は、二つの研究から構成されている。一つは、介護家族を対象にした定量的な研究であり、もうひとつは、介護家族カウンセリングについての事例研究である。

研究1 介護保険制度が介護家族にあてる影響

B. 研究の方法

1. 対象

対象は、神奈川県伊勢原市の二つの介護支援事業所（A施設とB施設）と契約している要介護者とその家族である。A施設と契約している要介護者にはFES（家族環境評価尺度）の記入を依頼した。B施設と契約している介護家族について、介護者にFRI（家族関係インデックス）への記入を依頼した。評価は、介護保険施行前と6ヶ月たった時点の2回行った。記入は、要介護者および介護者

に依頼した。

2. 評価尺度

1) Family Environment Scale(FES)

Moos⁵⁾によって開発された家族環境の評価尺度である。家族を個々の家族成員にとっての環境と位置づけ、家族が集団としてもつ心理・社会的特性を家族成員による認知と評価を通して測定するという概念的特徴を有している。本尺度は、関係性、人間的成長、システム維持という3つの次元から構成されている。関係性の次元は凝集性(C)、表出性(Ex)、葛藤性(Con)の3つの下位尺度から構成され、人間的成長の次元は独立性(Ind)、達成志向性(AO)、知的文化志向性(ICO)、活動娯楽志向性(ARO)、道德宗教性(MRE)の5つの下位尺度から構成され、システム維持の次元は組織性(Org)、統制性(Cu)の2つの下位尺度から構成されている。個々の下位尺度にはそれぞれ9問の質問項目が含まれ、合計90問がFESの総質問項目数である。個々の質問項目について「あてはまる」「あてはまらない」の2件法で回答を求め、否定設問は肯定設問に変換し、9項目の総和で評価する方法をとる。本邦では野口ら⁶⁾によって日本語版の信頼性と妥当性が検討されたが、表出性($\alpha = 0.52$)と独立性($\alpha = 0.34$)のみが米国版の信頼係数より低値であった。

2) Family Relation Index(FRI)⁷⁾

FESの短縮版であり、凝集性、表出性、葛藤性を下位尺度とし12の質

問から構成されている。

3.解析方法

A 施設の利用者と B 施設の利用者の基本属性、FES、FRI の比較には t 検定を使用した。なお、統計解析ソフトウェアには SPSS を使用した。

C. 結果

(1) 対象施設の特徴

A 施設は地域の中核的総合病院の中に併設されている。ソーシャルワーカーが二人勤務しておりケアマネージャーを兼務している。依頼は病院に入院歴や通院歴がある患者である。

B 施設は、大学病院と同じ敷地内にある介護支援事業所である。ケアマネージャーが二人勤務しており、依頼は大学病院に入院歴や通院歴がある患者が多い。

(2) 対象の記述データについての検討 (表 1)

A 施設の対象者の平均家族成員数は 3.36 人、B 施設の対象者の平均家族成員数 3.53 人であり、両群に有意差はなかった。A 施設の要介護者の平均年齢は 80.2 歳、B 施設では 78.06 歳であり、両施設での有意差はなかった。介護度は、A 施設に比べると B 施設では、要介護 4 が 7 人、要介護 5 が 5 人であり、要介護度の高い人が多い傾向にあった。A 施設における主介護者の続柄は「妻」が最も多く、B 施設で「娘」が多かった。主介護者の年代では、両施設とも 50 代から 70 代に集中していた。

(3) 介護保険導入前後の家族環境の比較 (表 1)

表に示すように、FES、FRI はともに有意差は認めなかった。

D. 考察

本研究は、在宅介護を受ける人（要介護者）と在宅介護を主に行う家族（主介護者）の家族環境について介護保険導入前後で比較検討するのが目的である。

(1) 両施設における記述的データについて

両施設とも平均家族成員数は 3 人以上であり、三世帯同居が多かった。伊勢原市は人口約 10 万人、都内から約 50 km、横浜から約 45 km に位置する東京と横浜のベッドタウンである。こうした都市機能に加えて、市の北側には大山丹沢山系が、南には関東平野が広がる自然が豊富な地域であり、第一産業の構成比は 3.8% と神奈川県全体の平均 (1.2%) よりも高く、農業もさかんに行われている。こうした理由から、三世帯同居は比較的多いのが特徴である。こうしたことが平均家族構成員の数値の背景にある。介護度は、B 施設の方が高い傾向にあった。B 施設には大学病院からの依頼患者が多く、重症者やターミナルケア患者の比率が多いことに起因している。A 施設では主介護者は妻が多く、B 施設では娘が多かった。詳細な検討が必要であるが、一つの仮説としては、年齢や介護度の影響を受けている可能性が多い。

なぜならば、介護度が高まれば、高齢の配偶者よりも子世代に介護が行われることが多いからである。

(3) 介護保険は家族環境に影響するか

我々は先の研究で、家族に障害者や慢性疾患患者が出現すると、家族の凝集性や表出性、統制性が変化し、家族の QOL に影響をおよぼすようになることを研究した。家族は介護に向けて家族環境を変化させるのである。こうした先行研究の結果から、介護保険の導入が、家族環境にも影響するのではないかと仮説たてた。さまざまな介護サービスの導入が、家族の家族環境に影響するのではないかと考えたのである。A 施設では FES を使用して介護保険制度導入前後の家族環境を検討した。すべての項目で有意差は得られなかった。B 施設では FRI を使用して検討したが、やはり前後で有意差は得られなかった。介護保険の導入は、要介護者や主介護者の QOL は改善するが、家族環境までは影響を与えなかった。この結果には二つの仮説が立つ。一つは、「家族環境というものは外的支援などで簡単には影響を受けない」という仮説。もう一つは、「介護保険が導入されたが故に、家族環境は導入前の環境を保持できたのではないか」という仮説である。この点については、今後詳細な検討が必要と考えている。

研究2 介護家族へのカウンセリング

グ 事例研究

介護家族へのカウンセリング

Jacob⁸⁾は、慢性疾患患者の家族を理解する概念として、境界調節、役割の再配置、問題解決、コミュニケーション、家族の信念をあげている。慢性疾患患者や障害者を抱えた家族は、外界（親戚、病院、公的施設）との境界や世代間境界を調節し、介護のために役割を再配置して、互いのコミュニケーションを高め、問題解決に取り組むのである。身体疾患患者を持つ家族や障害者を抱えた家族は、さまざまなストレスに直面する。米国では、介護家族への支援システムがすでに構築されているが、わが国では、これから発展していく領域である。

介護者のストレスの高まっている場合に、介護家族をいかに支援していくか、介護保険をいかに活用していくかが臨床実践のポイントとなる。

研究2では、介護家族へのカウンセリングについての事例を紹介しながら、その技法や介護に関わる医療・看護・福祉スタッフへの教授方法について報告する。

事例1

Aさんは57歳女性で、夫、義母、実母との4人家族ある。実母は脳血管性痴呆となり6年前から同居していた。半年前に義母が、肝臓がんとなり義母と実母の介護は、ほとんどAさんが担当していた。Aさんは「イライラしてしょうがない」と訴える

ようになった。血圧の変動も激しく、明らかに慢性のストレスから生じた精神症状を呈していた。Aさんは精神科の外来を訪れた。焦燥感と悲壮感が表情に表れており、Aさんは神経衰弱状態であった。Aさんは治療者に「実母の介護に、義母の介護が重なりどうしてよいかわからない」と述べた。Aさんは、介護負担の高まりに圧倒されていた。Aさんは結局、自分の実母を老人ホームに入所させることを決めた。それはAさんの本心ではなく、Aさんの夫への遠慮でもあった。

1ヶ月後に訪れたAさんは、夫と一緒に訪れた。「実母を有料老人ホームに入所させて後悔している」と述べた。「施設に母親を見にいくと、つれて帰りたくなる」「施設のやり方と自分の介護の仕方が違うのが気にかかる」と実母に対する罪悪感を語った。

治療者は、Aさんの罪悪感に対して「実母をホームに入所させたことで、追い出してしまったような、申し訳ない気持ちになっているのですね」と明確化し共感した。また、全ての介護を抱え込もうとしていたAさんの態度について指摘した。具体的には、Aさんにケアマネージャーへ相談することを提案した。Aさんの家事の内容を夫婦の間で明確にし、夫に家事を分担してもらったらどうかと提案した。Aさんと娘に対しては、娘とAさんの連合を強化するために、定期的に実母を見舞いに行く

ように具体的に勧めてみた。

Aさんは、ケアマネージャーの関わりもあり、介護保険によるデイサービスやショートステイなどの社会資源を活用することを知った。介護の体制が整った段階で、Aは、実母を家に連れて帰った。Aさんは、以前より人に相談することが増えたと述べ、不安や焦燥感は改善した。

考察

介護には、主介護者の介護についての価値やイメージが影響する。Aさんの実母は、自分の母親と父親を一人で在宅介護をした経験を持っていた。そうした母親を見て育ったAさんは「家族の介護は嫁一人が背負う」という価値観を持っていた。義母のケア、実母のケアの負担は全てAさんにのしかかった。介護家族の中では、主介護者に負担が集中し、他の家族成員は、それを理解しないということがしばしば生ずる。要介護者と主介護者の連合が強化されてしまう結果、他の家族は、入り込むタイミングや時期がわからず、無意識のうちに介護を主介護者に任せてしまう。AさんとAさんの夫との関係もそうであった。夫はAさんの介護のストレスや苦悩を十分に理解していなかった。そのことも原因となりAさんは精神症状を呈したのである。

介護家族カウンセリングでは、3つの視点で治療者は関わった。第一は、Aさんに対する精神療法的視点である。Aさんの介護を抱え込む性

格や、Aさんの罪悪感に焦点をあてて面接した。第二はAさんの家族への家族療法的介入である。Aさんの役割負担を減らし、Aさんと実母、Aさんと義母との連合と他のメンバーとの境界に働きかけた。第三は地域連携という視点である。ケアマネジャーと連絡をとり、Aさんに介護保険導入を勧めた。そして、外的支援を踏まえた協力体制を整えた。

Aさんの家族の変化は、第一に「境界の変化」である。硬直した境界（要介護者—主介護者連合と他者、世代間境界、外界との境界）が開放的になった。第二は「役割の再配置」である。夫が介護へ参加し、娘の介護へ協力するようになり、社会資源の援助を獲得した。第三が「エントロピーの低下」である。Aさんは治療者という不満が言える対象を確保し、コミュニケーションが促進されたことで、家族内のエントロピーは低下し症状の消失につながった。

事例2

Bさんは78歳の妻である。夫は脳梗塞後に痴呆症状が出現しており、在宅介護している。夫は便や尿の排泄に細かく、Bさんには不眠と焦燥感が出現した。以前から亭主関白の夫はBさんに対して「あれをしてほしい」「これをしてほしい」と要求した。それに従順に応えることがBさんの役割であった。こうした関係性は、夫が痴呆になっても続いた。Bさんの要求が、状況に応じて変わり、態度が急変することに耐えらなくな

った。その結果、精神症状を呈したのである。外来には、Bさんと娘、息子がやってきた。娘と息子は「母が何でも一人でやろうとするので、手が出せない」「母親が倒れたら困る」と述べた。治療者は最初、夫の病態について詳細に説明した。状況に応じて要求が変わり、態度が急変するのは病状のためであること、説得よりもこちらの口調や態度に反応しやすいことなどを伝えた。

「介護の家族関係には、昔からの家族関係が影響する、Bさんとご主人の関係がそのまま介護関係に影響している」と説明した。そして「娘さんと、息子さんは何ができるか考えましょう」と提案した。娘は「自分もときどき父親の面倒をみるようにする」、息子は「自分は間接的に母親の手伝いならできる」と述べた。家族全体で介護を考える機会になった。2週間後、Bさんはやってきた。以前にくらべると笑顔も増え、「自分の気持ちが家族にも理解してもらえたのでずいぶん楽になりました」と語った。

考察

Bさんの場合にも、介護によって強化された夫婦連合が存在している。そのために介護負担はBさんに集中し、Bさんはストレスから症状を出したのである。家族の関係性は、要介護者の出現で変化する。Bさんと夫との関係は介護により強化されたのである。娘や息子は、そうした状況を十分に理解していなかった。B

さんが精神症状を出したことで子世代に介護の深刻さが伝わったのである。Bさんの精神症状は介護ストレスの救済信号であったとも言える。治療者は、Bさんと夫との生活について傾聴し、どうしても自分がやらなければいけないと思ってしまう、Bさんの気持ちについて理解した。こうした理解を娘と息子に代弁して伝えた。娘と息子が介護を母親に押し付けていたことを理解したことによって、家族全体で介護に取り組むような体制になった。同時に、家族はケアマネージャーを訪れ介護保険を導入した。

この事例における治療者の役割は、Bさんへの共感と理解、娘と息子の介護への参加を促進する、ケアマネージャーとの連携等である。こうした点から、介護家族に関わる医療・看護・福祉の専門職が必要な知識は、第一に、介護者の心理的問題に対応するための精神療法・心理療法の知識、第二に、介護家族を理解するためのシステム論、家族療法の知識、第三に、社会資源の活用を促進し、関係職種と連携していく知識や能力であることを理解した。

介護家族カウンセリングのトレーニングについて

心理療法や精神療法あるいは、心理的な側面を配慮した相談業務を行っていく際には、知識と技術が必要になる。そのための方法論を経験的にまとめておく。

1. 基本的な用語や基本的知識を学ぶ

これは、書物、あるいは講演・講義などから学習することが多い。文章を書くために文字を覚えるのと同じであり、ある程度の基本的用語・知識を習得しておくことである。2. 技法を覚える

実際に、家族に関わっていく際には、「出会い」「初期面接」「面接」「終結」といった経過をたどる。重要となるのは、家族のニーズは何かを最初に把握することである。介護サービスという具体的なニーズの背景には、「いつでも相談できる専門家にそばにいてほしい」「話し相手になってほしい」「不安を解消してほしい」といった心理的ニーズが存在する。そうした心理的ニーズを最初に理解するだけで、関係性はずいぶん変わる。家族を見ていくときには、介護家族の歴史と構造と機能を理解することである。家族というものは、すべて違っている。100の家族には100の家族のあり方がある。その家族の歴史、具体的には障害者や病者についての考え方、介護についての考え方である。家族の構造においては、誰と誰の関係が強いのか、誰がキーパーソンかなどを見る。家族の機能では、何が欠如しているために機能不全が生じているのか、機能を高めるためには誰の援助が必要か機能不全にとどまらせているのは何故か・・・などを把握することが大切である。