

「はい」と答えた方にさらに質問を追加した結果は以下の通りである。

家族構成では、子供と同居が半数を越えていた。家族に恵まれている入所者であっても、嫁姑関係の不仲を具体的に追記している家族が多かった。3世代にわたる家族同居というシステムが受け入れられない現状が反映されていた。

3. 老人保健施設や福祉サービスの利用法をご存知ですか

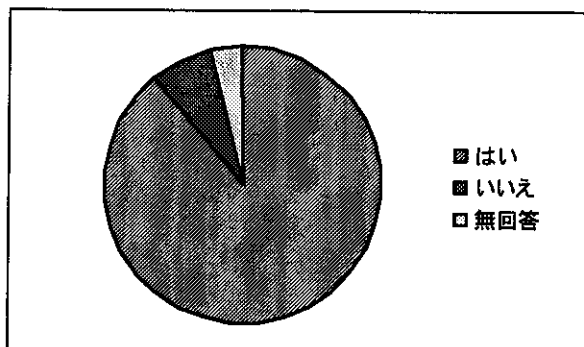


図1 利用施設やサービスの知識
(N=55)

入所者を抱える家族においては、利用施設やサービスを知っているのは当然であるが(89%)、面会へ訪れた親類を含めると、まだ7%が、このような施設を知らないという現状がある。施設やサービスの啓蒙活動をさらに広げていく必要がある。

表3 施設やサービスの知識 (N=49)

デイケアとはバスの送迎があり、老人保健施設で6時間を過ごし、入浴サービス・昼食・レクリエーション・おやつなどがある。(84%)

ナイト・ケアとはバスで送迎し、入浴サービス・昼食・レクリエーション・おやつ・夕食が終わった後、夜8時に自宅へ送迎する。(62%)

ショート・ステイ入苑とは、最高14日間入苑できるサービスである。(72%)

ナイト・ケアについては、約40%が知らないと答え、ショート・ステイ

ィ入苑においても、約 30%が知らないと答えており、痴呆老人にサポート体制に関する情報が十分に一般市民に広がっていない可能性が示唆された。さらに、「知っている」と答えた者に対して、施設やサービスに関する情報をどのような知ったかを調べると、図 2 の結果が得られた。

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、市政だより 29%、新聞 5%、テレビ 1.8%の順であった。痴呆老人の介護に関する情報は、実際には「人を通じての情報」が最も有効であることを示唆している。

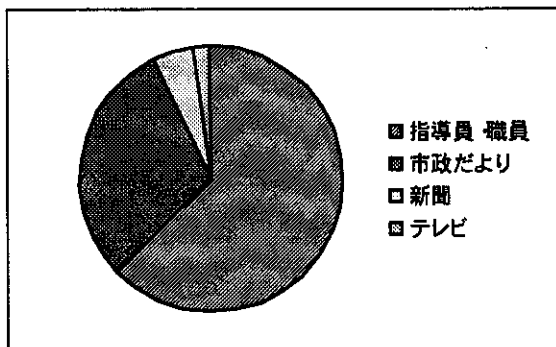


図 2 利用施設やサービスの情報源 (N=49)

4. 自宅復帰をお考えでしょうか

「はい」と答えた家族は、51%、「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は、悲し

い現実を物語っている。

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は以下の通りであった。

表 4 自宅で介護できない理由 (N=55)

介護困難	29%
世話をするものがない	18%
共働きで昼間みれない	9%
嫁姑の不仲	1.8%
歩行できないため	1.8%

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。

5. 老人保健施設への意見や要望

さらに、老人保健施設に対して、意見や要望を自由に記載できる欄を設けた結果を集計すると、表 5 の通りであった。

表5 老人保健施設への要望 (N=55)

3 ヶ月毎に更新ではなく長期にわたって預かってほしい (8名)
急な入苑も受け入れてほしい (6名)
リハビリをもっと充実してほしい (1名)
福祉施設を紹介してほしい (1名)
デイ・ケアの車椅子を増やしてほしい (1名)
病院受診は施設で連れて行ってほしい (1名)

すなわち、家族は老人保健施設への長期入所が可能となることを望んでおり、さらには、身体疾患に罹患しても、家族が自らの手で受診する機会を設けるのではなく、施設まかせを希望する家族もいた。老人保健施設の役割がどこまでの範囲なのか、過剰な期待と、一度入苑すると、家族離れという問題も生じる現実があり、すでに現在もこの問題に直面している。

6. 症例提示

このような調査に加えて、地域における精神科クリニックに、痴呆を抱える家族がどのような問題で受診してきているか、1年間にみられた症例をここに提示する。

【症例1】42歳、女性、主婦

主訴：胸が苦しい、動悸、声が出ない

病歴：2002年10月頃より、声が出なくなった。精神的動揺が大きく、胸が苦しい、息しにくい、動悸がするなどの訴えで精神科クリニックを受診した。義父が脳梗塞と糖尿病になり、毎日介護に大変な日々を送っているが、義父が嫌味な態度や拒絶がつらい、自分の気持ちが義父に伝わらないことに対する自己嫌悪感、しだいに声が出なくなっていったと筆談で治療者に伝えた。初診時、義父を老人保健施設に預けるにはどのようにすればよいかという依頼が大きかったが、治療者は患者のストレスに満ちた義父との葛藤について聞き役という立場をとり、約2ヶ月後に筆談の必要がなくなるまで回復した。現在も自宅での介護が継続されている。

【症例2】48歳、女性、主婦

主訴：声が出ない

病歴：2002年11月頃より、声が出ないため、原因不明の症状として、総合病院を受診した。器質的原因がみられないために、自宅の近所にある精神科クリニックへ紹介された。3年前より、夫の両親と同居。義母は寝たきり、義父も病弱。2年前に患者自身も心筋梗塞に罹患。失声をきたしたのは、今回を含めて3回目である。元来、自分の気持ちをうまく伝えられない性格。筆談でストレスが高まると、声が出なくなることを伝えた。抗不安薬投与を行い、筆談による面接で、家庭の状況を表現するようになり、2ヶ月目の外来でしだいに自分の家庭がどのような状況にあるかを自分の声で語るできるようになった。表現できるようになった頃より、老人保健施設に関する情報を収集するにはどうすればよいかを尋ねるようになり、一緒に考えるという姿勢で現在も通院が続いている。

【症例3】40歳、女性、主婦

主訴：頭痛、家を飛び出す

病歴：元来、頭痛もち、微熱傾向があり、健康を非常に気にする性格。

1998年11月義父が突然心筋梗塞で亡くなり、義母との同居生活となった。家庭環境の変化に適応できず、頭痛が増悪した。原因不明の頭痛が

出現し、近医を受診するも特に異常は認められず、解熱剤による対症療法を受け、経過観察下にあった。しかし、家庭環境はいつこうに解決されず、患者は夜間突然家を飛び出し、深夜零時に戻ったり、自家用車の中で一晩過ごすなどの行動に発展した。家族の不安解消のために、精神科クリニックを受診し、これまで知らなかった老人を支援する老人保健施設を紹介され、ショート・ステイを利用するようになった。さらに、週2回、デイケアを利用し、家族の負担はやや軽減したが、症状は改善せず、自宅での介護に限界を感じ、義母を老人保健施設へ入所させるようになった。入所させて、家族構成が以前の状態に戻った頃より、以上の問題行動は改善したが、一度入所させて以来、現在までも長期入所となり、義母の自宅復帰の可能性はなくなっている。

いずれの症例も、現代社会の重要な課題である「老人介護」を背景に、身体化および行動化をきたした症例である。身体化は心理社会的問題への不適応の初期徴候ともいえる。問題が深刻化し、患者の言語化や問題解決の促進がなければ、行動化へ発展する。行動化の具体例として、遁走、飲酒行動、過食行動、暴力、出勤拒否などがあげられる。身体化した段階で、家族とともに話し合いの場を設け、問題解決の具体化を図る必要がある。身体化や行動化へのエネルギーが途絶えると、最終的にはうつ状態に至る。この段階では性的

な関心の低下や睡眠障害、薬物使用頻度の増加などの深刻な問題が生じる。いずれの症例も老人保健施設の存在を知らず、家庭でどうにかして介護していかねばならないと強い義務感が家族の燃え尽き状態を引き起こしており、情報の不足と相談して解決していこうというレベルまでには至っていなかった。不安や抑うつが悪化すると、援助を求めるという考えが浮かばず、最終的に深刻な状態へ陥っていく。したがって、介護老人を抱え、精神的に問題が生じた家族は精神科クリニックへ相談に訪れることができるようなシステムの確立が重要である。

C. 考察

「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、最も考えなければならないデータは、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である。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(1, 2)。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。

一方、精神科クリニックでは、症例にも提示したように、在宅介護に疲れ果てて、不安状態やうつ状態となり、受診するケースも増加傾向にある。この問題を解決するには、痴呆老人患者の施設入所という方法が最も有効な改善策になるのも現実で

ある。

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。痴呆老人にとって、施設が最も居心地のよい場所であるかどうかはわからないが、施設が出来ること、出来ないことの基準（施設における治療の限界性）を家族に前もって伝える必要性が生じてきている。すなわち、一旦入所させることができた家族は長期入所を希望するようになり、現実問題、長期滞在という結果に至っているケースが増加傾向にある。症例に提示したような家族の心理面を考慮すれば、仕方ないともいえるが、安易に入所を希望する家族も同時に増えている。

本調査を踏まえて考えられる解決策とは、老人保健施設と地域のメンタルクリニックおよび家庭医（卒後研修必修化が現実になれば、家庭医の増加が期待されている）の連携をあげたい(3)。現在、地域によっては、その連携が出来上がっているとは思われるが、まだ十分とはいえない。著者の知る範囲では、連携があっても、入所者におけるメンタルの問題に限定されており、介護家族の問題までは広がっているとは思えない。在宅介護の問題が深刻になれば、メンタルクリニックや家庭医へ相談し、場合によっては優先的に老人施設へ入所できるシステムの確立が必要である。この2つの医療機関の連携を深めることが、在宅介護の推し進める上で、重要な役割を果たすのでは

ないかと思われる。そのシステムは、一方向の流れではなく、相互のコミュニケーションを強化するような連携である。

本調査で明らかになったもう1つの結果は、情報収集の手段である。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、市政だより29%、新聞5%、

テレビ1.8%の順であった。痴呆老人の介護に関する情報は、実際には「人を通じての情報」が最も有効であることを示唆している。広報活動も重要であることは否めないが、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い。誰かに直接悩みを訴えて、その場で問題解決に至る方法が最も有効であることを意味している。そこでも、地域のメンタルクリニックや家庭医は有効な相談機関としての役割を果たしているのではないだろうか。その目的を達成するためにも、地域のメンタルクリニックや家庭医は痴呆老人をかかえる家族の援助に関する情報を予め十分準備しておかねばならないだろう。痴呆老人を抱える家族が最終的に施設入所に至る動機は、家族の誰かがメンタルな問題に発展した場合である。すなわち、メンタルな問題の解決のために援助を求める機関がメンタルクリニックである例は実際、増加傾向にある。在宅医療における家族関係性の問題が深刻化すれば、その解決に訪れる医療機関はメンタルクリニックである場合が多いのである。

E. 結論

総じて、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、この問題の解決に大きな貢献を果たすのではないかと考えられる。

【参考文献】

1. Hebert R, Dubois MF, Wolfson C, Cohen CL: Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(11):M693-9, 2001.
2. Margolis SA, Reed RL: Institutionalized older adults in a health district in the United Arab Emirates: health status and utilization rate. *Gerontology*, 47(3):161-7, 2001.
3. van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R.: General

practitioners on dementia: tasks,

practices and obstacles. Patient Educ

Couns, 39(2-3):219-25, 2000.

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

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.

保坂隆，佐藤 武：在院日数短縮化
をめざして<QOL 向上のために>身
体疾患患者のうつ病合併率，星和書
店，東京，pp.1-12, 2002.

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

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

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.

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.

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.

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.

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)

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)

平成 14 年度は特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

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

分担研究者 水野恵理子

聖路加看護大学精神看護学 講師

【研究要旨】

本研究の目的は、在宅介護者のストレスマネジメントを目指した「構造化された介入プログラム」の長期効果を吟味することである。昨年度の研究で対象となった介護者のフォローアップ・プログラムを2ヵ月後、6ヵ月後の時点で実施し、POMSとGHQ-30により心理社会的側面の変化を分析した。その結果、下位項目において有意な改善が続い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。プログラムへの参加がどのような側面に効果を与えているのかを検討するために、評価指標とあわせて介護者の主観的反応について質的な分析を行っていくことが必要であると考えられた。

A. 研究目的

入院中心の医療から地域ケアへと急速に移行している昨今、家族介護者が抱えるストレスの種類は多様になってきている。このような状況の中で、被介護者とともに家族介護者のQOLをいかに維持するかが、在宅介護の継続に関わってくるものと考えられ、そのための具体的方策が必要になってくる。

平成12年度に考案した「構造化された介入プログラム」は、家族介護

者のQOLの維持・向上を目的としたストレスマネジメントプログラムである。

平成13年度においては、本プログラム（1回90分計5回、心理社会的教育、問題解決技法、心理的支持、漸進性筋弛緩法と自律訓練法をベースにしたリラクセーショントレーニングから構成される）の実施、評価を行った。その結果、プログラム参加直後では、抑うつ、不安、混乱などの情緒状態が有意に改善し、NK細胞活性という側面からみた免疫機能

も増強することがわかった。

今年度は、これまでの研究をふまえ、プログラムに参加した介護者のフォローアップ・プログラムを2ヵ月後、6ヵ月後の時点で実施し、心理社会的側面における変化を分析し、本プログラムの長期効果について吟味した。

B. 研究方法

(1) 対象と方法

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。その際、倫理的配慮として、自由意志による参加であること、中断の権利があること、個人データの秘密保持の約束について説明した。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。

2ヵ月後のプログラムは、3グループ（各グループ10名で構成）で行った。なお、この2ヶ月までの間に研究者が介護者と連絡や接触をとることは一切なかった。

プログラムの内容は、表1に示すように、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ヵ月後に再び、プログラムを実施する旨を伝えた。

また、6ヵ月後のプログラムも、2ヵ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。

(2) 解析方法

POMSとGHQ-30の各尺度別平均得点の2ヵ月後および6ヵ月後の変化はFriedman検定とScheffeの多重比較検定、2ヵ月後と6ヵ月後との比較はWilcoxon検定によって行なった。統計処理ソフトはSPSSを使用した。

C. 研究結果

(1) 対象者の背景

同意を得られた30名の介護者のうち、前年度プログラムが終了してから2ヵ月後、6ヵ月後までの間に、被介護者の死亡や施設入所、長期療養型病院への入院により在宅介護が終了した者はそれぞれ3名、1名であった。

対象者の背景については表2に示すとおり、9割が女性、平均年齢は57.8歳、平均介護期間は5.1年であり、被介護者の疾患は、脳血管性痴呆が10名(33.3%)、アルツハイマー型痴呆が5名(16.7%)、身体機能障害が14名(46.7%)、パーキンソン病が1名(3.3%)、また、ADLレベルは、ほぼ寝たきりが9名(30.0%)、車椅子が8名(26.7%)、部分介助が13名(43.3%)となっていた。

(2) POMS, GHQ-30の結果

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 カ月後の「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 カ月後の「一般的疾患傾向」(p<0.05)、「社会的活動障害」(p<0.01)、「不安と気分変動」(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 カ月後では、「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。「一般的疾患傾向」、「睡眠障害」、「身体症状」については、参加直後のレベルをほぼ保っていた（表3）。

また、参加後と2 カ月後、参加後と6 カ月後、2 カ月後と6 カ月後の得点の間には有意差は認められなかった。

D. 考察

平成12年度の準備研究では、計5回のプログラムへ参加した家族介護者20名に質問紙を郵送し、2 カ月後の評価を行ったところ、「活気のなさ」、「怒り・敵意」、「混乱」において参加前と同程度までに戻るといった結果であった。今回は、2 カ月後の「活気のなさ」と「混乱」、また6 カ月後の「怒り・敵意」の得点が、参加前のレベルに近づいていた。

怒りや敵意は、他人に対する悪意

やマイナスの見方が持続する態度といわれるが、介護者の場合は、他の家族員あるいは被介護者に対する日々抱く感情のありようが影響していると考えられる。それゆえ、この変化については、他の家族員との関係、介護に至るまでの被介護者との関係、家族ダイナミクスについても考慮する必要があるだろう。

また、GHQ-30の「社会的活動障害」の改善は、6 カ月後においても持続していた。介護者は、時間的制約もあるが、介護を要する人が家庭にいれば家族員がみることが美德とされる風潮が依然として残っていることを考えると、代替者を得ることは難しいと思われる。高齢夫婦のみの世帯であれば、その傾向はより強く、これらは社会的活動障害の要因となりうる。

対象となった介護者の中には、最初、家庭の外での集まりに参加すること自体、躊躇した者もいると思われるが、外部との接触をはかることによって、同じような立場に置かれている人々との交流が生まれ、多くの介護者が悩まされる孤独感を軽減することにつながる。

今回の結果をみると、ストレスマネジメントプログラムが介護者の心理社会的側面において、必ずしも一様に改善を呈しているとはいえない。どのような側面に影響を与え、変化に結びつくのかを検討するためには、介護者の主観的な反応、グループ・プロセスの記述内容を質的に分析することも合わせて行う必要があると考える。

例えば、2 カ月後のグループでは、「義母が急性肺炎で亡くなりまし

た。今はボランティアで色々なところに参加して楽しく生活しています。」

「…介護や家事はひとつの流れがあるのであまり負担は感じない。

家族会で、自主上映

会を行ったところとても反響があり、人と人の関わり合いの大切さをあらためて感じました。」

「時々ショートステイを利用して自分に休息を与えています。正直、勝手に生活を楽し

んでいると言われそうな気もしています。でも、そういう時は人にはそれぞれ歩む道があるのだからと自分に言い聞かせて、なんとかやっています。」

という3名の発言があった。在宅介護を終えてやっと楽しみのある生活を築きつつある者、家族会に携わりながら長年の介護を生活の一部として受けとめている者、自分を大事にすることも介護には必要であることに気づき前向きな姿勢をもっている者、と当然ながら介護者の背景は様々である。このような個々の介護に対する認識、価値観等が情緒面に影響することも否めない。

ストレスマネジメントプログラムには、介護者が体験を共有しあい、自由に感情を表出・吐露し、サポート的な相互のかかわりを感じながら、問題対処能力を向上する特徴がある。定期的なプログラムの提供は、介護者自身の生活の立て直し、ひいてはQOLの回復につながると考える。また、長期にプログラムを展開していく上で、ストレス状態からの回復程度に応じて、介護者が自分の判断でいったんプログラムから離れたと

しても、その後必要とあらばいつでも入ってくるような風通しの良い場として機能し、地域に根づいていくことが重要であろう。これは、まさに介護者をエンパワメントするというストレスマネジメントプログラムの根幹に通ずるものと考えられる。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 学会発表

平成14年度はなし

H. 知的財産権の出願。登録状況

平成14年度はなし

表-1 ストレスマネジメントプログラム (1回 90分)

回	内容
0	オリエンテーション, 質問紙回答, 採血
1	自己紹介, 心理社会的教育「ストレスとは」 グループ討議「日頃感じるストレス」, リラクゼーショントレーニング
2	心理社会的教育「ストレスと心と身体の病気」, グループ討議「自分自身の健康」, リラクゼーショントレーニング
3	心理社会的教育「ストレス対処法」 グループ討議「自分のストレス対処法」 リラクゼーショントレーニング
4	心理社会的教育「介護に利用できる社会資源」 グループ討議「介護に必要なサポート」, リラクゼーショントレーニング
5	グループ討議「グループに参加して考えたこと」 リラクゼーショントレーニング, 質問紙回答, 採血
2ヵ月後	近況報告, グループ討議, 質問紙回答
6ヵ月後	近況報告, グループ討議, 質問紙回答

表-2 対象者の背景 (n = 30)

介護者の平均年齢 (歳)	57.8 ± 6.12
平均介護期間 (年)	5.12 ± 3.22
被介護者の平均年齢 (歳)	75.3 ± 7.19
介護者の性別	
男性	2 (3.3%)
女性	28 (96.7%)
介護者の続柄	
実子	12 (40.0%)
嫁	10 (33.3%)
配偶者	8 (26.7%)

被介護者の基礎疾患	
脳血管性痴呆	10 (33.3%)
アルツハイマー病	5 (16.7%)
身体機能障害	14 (46.7%)
パーキンソン病	1 (3.3%)

表-3 POMS と GHQ-30 の得点結果 (n=30)

	参加前	参加後	2ヵ月後	6ヵ月後
POMS				
抑うつ	17.5±11.1	13.5±10.1**	13.1±10.7**	12.1±10.5*
活気のなさ	30.2±4.1	28.4±4.2	28.5±5.9	29.3±7.3
怒り・敵意	17.0±7.7	13.1±6.5*	13.4±5.8*	15.7±4.8
疲労	14.0±5.1	12.2±4.3	13.8±5.4	13.9±5.8
緊張・不安	15.8±7.1	11.9±6.2*	11.4±7.1*	12.0±6.6*
混乱	12.8±5.8	9.5±5.7*	10.9±5.1*	11.0±5.2
GHQ-30				
一般的疾患 傾向	3.01±1.12	1.81±1.01*	1.72±1.22 *	2.01±1.60
身体的症状	2.23±1.45	1.95±1.38	2.03±1.20	2.18±1.56
睡眠障害	2.41±0.95	2.13±1.14	2.10±1.64	2.24±1.28
社会的活動 障害	1.80±1.45	1.24±1.10**	1.20±1.00**	1.16± 1.15**
不安と気分 障害	1.95±1.75	1.02±0.99*	1.32±1.17*	1.44±1.45
希死念慮と うつ傾向	1.22±1.51	0.78±1.04*	0.67±1.34*	0.84±1.29*

(参加前との比較 **p<0.01, *p<0.05)

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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)
Mina 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			(印刷中)
Hosaka T & Sugiyama Y	Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function	Psychiatry Clin Neurosci			(in press)
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

20020279

以降は雑誌/図書に掲載された論文となりますので、
P.55の「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。