

みなさんのギモンに専門の先生がズバリとお答えします

聖路加国際病院がん看護専門看護師

回答者

高橋美賀子
Takahashi Mikako

Question

癌性疼痛に用いるフェンタニルパッチですが、貼付部位によって効果に差はないのでしょうか？ どのように貼付部位を決めればよいのでしょうか。

Answer

貼付部位による効果の差

フェンタニルパッチは足の裏以外、どこに貼っても基本的に効果に差はありません。足底部は吸収率が低いため避けますが、それ以外の部位であればどこに貼っても皮膚から吸収されて体循環に移行し中枢に作用するため、効果に差はありません。疼痛部位の近くに貼る必要もありません。

特に貼付に適した部位 (図)

特に貼付に適している場所は、観察しやすく、しわが寄りにくい安定した部位で、胸部、腹部、上腕部、大腿部前面などです。ただし、胸部への貼付は、やせすぎて肋骨が突出している場合には向かないでしょう。また、腹部でも肋骨下縁など、体位によってしわが寄りやすい部位は避けた方がよいでしょう。また、体毛があると吸収が低下したり剥がれやすくなるため、体毛のない部位に貼るようにします。放射線照

射部位や、創傷面、活動性の皮膚疾患などが見られる部位には貼付を避けます。発汗が多い患者さんでは、貼付後に汗によってパッチが浮いてくることがあるため、密着しているかどうか確認が必要です。リンパ浮腫が強い部位も吸収率が低い可能性があります。

入浴時の注意点

フェンタニルパッチでは、皮膚温の上昇に伴いフェンタニルの放出量が増加することが確認されています。皮膚温が3℃上昇すると最高血中濃度が25%も増加することが予測されています。すなわち長時間の入浴を好む患者さんでは、入浴中に放出量が増加する可能性が高いため、上腕部や前胸部の上方などお湯につからない部位に貼付しておく、放出量の増加が多少抑制されると思われます。また、入浴後はパッチが汗や水で剥がれる可能性があるため、必ず確認します。

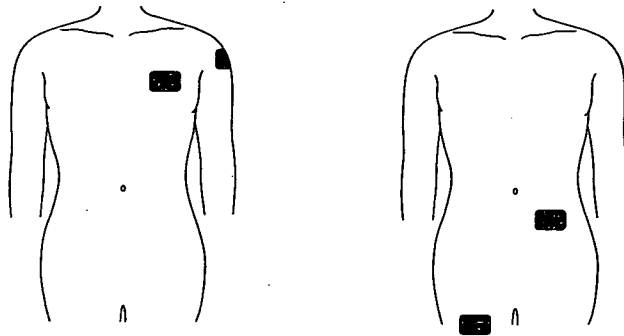


図 フェンタニルパッチの貼付に特に適した部位
観察しやすく、しわが寄りにくい、胸部、上腕部、腹部、大腿部
前面などが貼付に適しています。

せん妄患者・認知症患者へ貼付する場合

せん妄患者や認知症患者などで、貼付中に自分で剥がしてしまう可能性がある場合には、患者さんが気になりにくい背部や腰部などに貼付する場合があります。このような患者さんでは、特に各勤務帯ごとに剥がれていないかを確実にチェックした方がよいでしょう。

貼付時の注意点

貼付部位は、皮膚刺激（かゆみやかぶれ）を避けるために毎回替える必要があるため、右腕に貼ったら次は左腕、といったように貼ります。2枚一緒に貼付する場合には、2枚の間に皮膚が挟まれて痛くなることがあるため、少し間隔をあけて貼付します。また、貼付部位が濡れていると十分に密着しないため、乾燥させた状態で貼付し、貼付後は手のひらで30秒間しっかりと押さえて密着させます。パッチが十分に皮膚に密着していないと、皮膚への吸収量が低下し、効果が減弱するためです。

頻繁に貼付部位を確認する

いずれにしても、頻繁に貼付部位を確認することが大切です。フェンタニルパッチは、貼付してから最高血中濃度に達するまでに12～48時間（個人差）かかるため、貼付後すぐに効果が現れるわけではありません。逆に、剥がれても血中濃度が半減する（半減期）までに17時間以上かかるため、すぐにその影響は出てきませんが、剝離していたら速やかに貼り替え、痛みの出現に注意します。フェンタニルパッチを貼付する際には、このような薬物動態も理解したうえで、観察を怠らないようにしましょう。

引用・参考文献

- 1) デュロテップ®パッチ添付文書。 http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/8219700S1020_1_11/
- 2) 高橋美賀子監。看護師の皆様へ—デュロテップ®パッチについて—。ヤンセンファーマ/協和発酵, 2003.

高橋美賀子（たかはし・みかこ）
●聖路加国際病院
〒104-8560 東京都中央区明石町9-1

「がんと共にゆったり生きる会」の活動と課題*

高橋 美賀子**

聖路加国際病院・がん看護専門看護師

I. はじめに

当院では、がん患者のサポートグループ（以下、SG）として「がんと共にゆったり生きる会」を始めて10年になる。今回、この会の活動と課題について報告する。このプログラムは、米国の“I Can Cope”を参考に開発された聖路加看護大学の研究プロジェクトをもとに始められた。米国のものは患者教育に主眼を置いているが、当院では情緒的支援のために集団精神療法的アプローチを前面に出しているが特徴である。

II. プログラムの目的とコンセプト

プログラムの目的は、がん罹患や告知というストレス状況に対する患者のコーピング能力の向上を目指すことで、以下の3つのコンセプトに基づき構成されている。

①情報提供：ストレスとがんの関係、食事や日常生活など、問題解決に役立つ情報提供を中心とし、再発・転移・死への恐怖、怒りなどの精神的苦悩に対する養生法、各種社会資源に関する情報提供なども取り入れている。これらは患者が無力感に圧倒されず、セルフコントロール感覚をもちながら療養するための支援と位置づけている。

②ストレスマネジメント：がん患者の多くが慢性的なストレス状態に置かれている。その対処法としてリラクゼーション技術の習得を提案している。

③集団精神療法：Yalomのグループ療法を基盤に行っている。グループ療法では「この不幸は自分

だけに起きたのではない」「気持ちを分かち合う」「ケアされるだけでなく情報提供することで他者の役に立つ」といったさまざまな相互作用が生じ、参加者の精神の健康に促進的な環境になる。

III. プログラムの構造

プログラムの構造は、1回120分のセッションを5回（5週）連続で行い、参加は任意だが、閉鎖型で5回連続の参加が原則である。プログラムの構成は表1のとおりである。会の運営は看護師が中心となり、栄養士、医師、MSWなどが随時参加している。費用は1コース1万円である。

IV. サポートグループで語られる内容

SGで語られる内容を分類すると以下のとおりである。

1. 死の不安や転移の心配

がん患者は病期にかかわらず、再発や転移に対する不安、死に対する恐怖などを常に抱えている。医療者はこの話題を避けたり、無理に前向きにさせようとせず、つらさを受け止めるようにしている。

2. 医師への両価感情

患者は主治医に頼りたい気持ちと同時に、現在受けている医療が最善であるかという不安をもつことがある。また、説明が不十分といった医師への不満、怒りもよく表出される。これに対し、医療者は防衛的な回答をしがちであるが、むしろ患者の気持ちをしっかりと聴き、患者の立場に立って受け止めるこ

* Activity of Support Group for Cancer Patients in St. Luke's International Hospital

** Mikako Takahashi, CNS in Cancer Nursing : St. Luke's International Hospital

表1 プログラムの構成

	テーマ	内容
第1日目	自分の病気を学ぼう	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの危険因子, 病態・治療 ・ストレスとがんと免疫力, など
第2日目	毎日の健康を維持・回復する方法を学ぼう	<ul style="list-style-type: none"> ・健康的な日常生活の調整法について ・身体の異常の気づき方など
第3日目	自分の気持ちをわかり, 心身の安定を保とう	<ul style="list-style-type: none"> ・誰にでも起きる告知後の心の変化 ・つらい時期を乗り越えるための養生法 ・うつ状態のときにみられる心身の症状 ・リラクゼーション技術の演習, など
第4日目	ゆったりと生きるために活用できる資源	<ul style="list-style-type: none"> ・高額療養費還付制度 ・各種相談窓口 (リソースナースなど) ・訪問看護を受けるには ・緩和ケアとはどんなもの, など
第5日目	コースの振り返りと修了式	<ul style="list-style-type: none"> ・コースの振り返り ・ミニコンサートと修了式

とを大切にしている。

3. 日本の医療への怒り

医療者や医療システムに対する不満など、医療そのものへの怒りもよく出てくる話題である。これに対しても釈明をするのではなく、患者に寄り添うようにしている。

4. 家族・職場との関係

家族に対する気兼ねから家族と病気について率直に話ができない患者も多い。また、社会的地位の失墜や腫れ物にさわるように扱われるなど、社会からの孤立や拒絶に対する不安・恐怖が話題になる。これに対しても耳を傾けることが大切であるが、家族に率直に話してみることを勧める場合もある。

5. 代替療法とのつきあい方

代替療法は毎回出てくる話題である。医療者の意見を求められることもあるが、その背景にあるのは、治療してほしいという家族の願いや、医療から見放された気持ちである場合が多く、効果や科学的根拠について議論する必要はあまりなく、むしろなすすべがない思いに共感し、無理のない形で続けることを肯定するようにしている。

V. SGの効果に関する評価研究

2001年度～2002年度の参加者36名を対象にPOMSを測定した結果、SG参加前後で怒り/敵意は有意に減少し、不安緊張と疲労は減少傾向がみら

れ、活気も上昇傾向がみられた。一方、抑うつ、混乱に関しては統計的に変化はみられなかった。

この結果から、SGは参加者の情緒状態に対して一定の効果があると考えられる。特に怒り/敵意に関しては、スタッフが怒りの訴えを聴くことで低減につながったと考えられる。また、ストレスマネジメントの情報提供や技術の習得、グループ内で他の参加者と語り合うことなどが、不安緊張や活気にも影響を及ぼしたと推察される。

VI. ファシリテーターの育成とスタッフの体験

ファシリテーターの育成は大きな課題であるが、当院ではグループ精神療法に関する文献学習のほか、グループ終了後にプロセスを振り返り、参加者の言動の意味などを話し合い、気づきを深めることによって能力を高めるようにしている。

また、スタッフは会に参加することで、多くの貴重な体験をしている。スタッフを対象に行ったアンケート結果では、「がんとともに生きることの実態をつかむ」「医療者に対する思いを知る」「コミュニケーションを深める要因をつかむ」「グループ精神療法的アプローチの特長に触れる」「自己への還元」の5つのカテゴリーが抽出された。

Ⅶ. 今後の課題と展望

1. プログラムの継続的な評価

今後、SGを受けていない群との比較研究を含めた、評価研究の蓄積が必要である。

2. 家族対象のプログラムの実施

がん患者の家族も患者同様に多くの苦悩を抱えており、今後は家族を対象にSGを実施することも課題である。

3. コスト・人員の問題

現在、講師以外はボランティアで参加している。また、スタッフのほとんどが看護師であり、今後はより多くの職員にがん患者の生の声を聴いてもらう

ために、会に関心がもてるよう周知していきたい。

4. ファシリテーターの育成

現在、スタッフは自身の休みを利用して参加しているため継続参加できない場合も多く、ファシリテーターが育ちにくいという問題があり検討が必要である。

5. 患者を支える医療および社会全体への働きかけ

いまだ医療者の中でもがん患者の生活実態や思いが理解されていないことも多く、より多くの医療者が生の声を聴き、理解し支えていくことが重要である。



緩和医療におけるコミュニケーション

臨床心理士の立場から

岩満優美* 和田芽衣* 平山賀美*

緩和医療場面でのコミュニケーションは、患者・家族と医療者間との信頼関係を築く大切な過程である。そもそも、緩和ケアへの移行を円滑におこなうところから、このコミュニケーションの問題はすでにはじまっている。円滑なコミュニケーションのためのスキルとしては、支持的な対応、傾聴、受容などがある。ここではこれらのスキルを紹介すると同時に、感情表出の促しについて、否定的感情の抑制との関係から述べる。その他、スピリチュアルペインなどを含むエンドオブライフケア、家族の心理的苦痛、さらには医療職種間のコミュニケーションについて概説する。

はじめに

緩和ケアへの移行をはじめとして、緩和医療場面でのコミュニケーションは、患者・家族と医療者間との信頼関係を築く大切な過程である。とくに、ホスピス・緩和ケア病棟に入院する患者や家族の多くは、まるで医療者から見捨てられたかのように感じたり、病気や死の現実を目の前に絶望的になりやすく、そのコミュニケーションのとり

方には最善の注意を払う必要がある。実際に、医療者の多くが、患者や家族とのコミュニケーションにさまざまな困難を感じており¹⁾、不十分なコミュニケーションから、患者や家族への対応に苦慮することもある。ここでは、臨床心理士の立場から患者・家族との良好な信頼関係の形成に向け、そのコミュニケーションスキルなどを紹介する。

1. 緩和ケアへの移行

病気の回復を望み、治療を強く希望する患者や家族に、積極的治療を中止し、緩和ケアへの移行を伝えることは、医療者にとって強い心理的苦痛を伴う。しかし、緩和ケアを実際に紹介された遺族の約50%が、患者の死亡後に「もっと早く緩和ケアを受診したかった」と評価しており²⁾、タイミングよく緩和ケアへ紹介することの重要性が示唆される。「もっと早く緩和ケアを受診したかった」

KEY WORDS

コミュニケーションスキル
支持的
傾聴
感情表出と抑制
緩和ケア

* IWAMITSU Yumi, WADA Mei, HIRAYAMA Shigemi/北里大学大学院医療系研究科・医療心理学

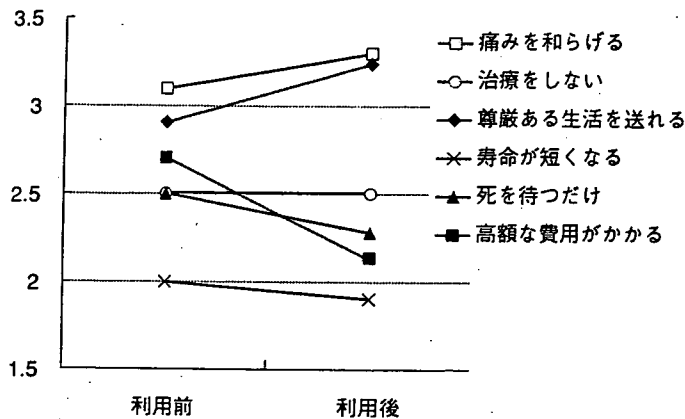


図1 緩和ケア病棟利用後の緩和ケアのイメージの変化
縦軸：あてはまらない (1.5), あまりあてはまらない (2), あてはまる (3), とてもあてはまる (3.5)
(森田達也, 2006²⁾より改変引用)

と評価した家族は、緩和ケアが寿命を短くするという思いや患者との別れが近づいていることへの悲嘆が強いだけでなく、主治医とのコミュニケーション不足から、緩和ケア受診に対して抵抗を示していたと考えられる。

実際に、緩和ケアへの紹介から死亡までの期間が、平均でおよそ40日前後と³⁾、緩和ケア受診期間が比較的短く、本来の緩和ケアの意図が十分に伝わらないままに、また本来の緩和ケア病棟の機能を十分に果たせないままに、患者は死を迎えることも少なくない。

以上より、医療者が適切な時期に、緩和ケアに対する説明を患者や家族に十分におこなうことが重要であるといえる。すなわち、緩和ケアが必要になる前から、緩和ケアについて紹介し、患者や家族が緩和ケアをこれからの選択肢の1つとして自由に考えることができるよう、あらかじめ情報を提供する。ただし、死のイメージに結びつきやすい緩和ケアだけに、そのような誤解を招かないよう、あるいはそういった誤解が少しでも減るよう、パンフレットを用いてわかりやすく説明するなど、情報提供のあり方には工夫が必要である。

図1²⁾は、緩和ケア病棟利用後の緩和ケアのイメージの変化をあらわしているが、多くの家族が、緩和ケア病棟の実際を知らないことから緩和ケア病棟に対して否定的イメージを抱いていることが

わかる。当然ながら、緩和ケア病棟利用後には、「高額な費用がかかる」「死を待つだけ」といった緩和ケア病棟に対する否定的イメージは減少し、「痛みを和らげる」「尊厳ある生活を送れる」といった肯定的イメージが増加している。緩和ケア利用前から、緩和ケアについて前もって説明し、緩和ケアに対する間違った否定的イメージがあれば、そのイメージを修正し、患者や家族に、緩和ケアに対する十分な理解を促したうえで、今後の過ごし方をともに考えることができるよう援助したい。

2. コミュニケーションスキル

緩和医療場面でのコミュニケーションでは、とくに、医療者のコミュニケーションスキルが必要とされる。ここで大切なことは、患者や家族の背景はそれぞれ異なることを念頭に入れ、患者や家族の気持ちや考えを十分に聴き、その気持ちや考え、置かれている状況を理解し、心の準備に即した形で、これからの過ごし方についてともに考えていく姿勢をとることである。

1) 支持的・傾聴・受容

緩和医療におけるコミュニケーションの基本は、個々の患者の病気とその意味に視点を置き、その人なりの方法でがんを理解し、適応していくことをめざす、「支持的」な接し方である⁵⁾。すなわち、

表① 上手に聴く方法

1. 状況設定を正しくする
2. 相手が今話したいと思っているかどうかを見分ける
3. ひたすら傾聴し、自分が聴いていることを相手に示す
4. 話をするように相手を促す
5. 沈黙と非言語的対話を忘れないようにする
6. 自分の感情を述べることを恐れないようにする
7. 自分に誤解のないことをはっきり示す
8. なるべく話題をかえないようにする
9. 早すぎるアドバイスを慎む
10. 回想することを勧める
11. ユーモアのはたらきを忘れないようにする

(Buckman R, 1989⁹ より改変引用)

患者や家族の話を受聴し、患者や家族の状況を共感的に理解し、現実的な範囲で保証を与えていくのである。

表①は、Buckman⁹が「死にゆく人と何を話すか」のなかで述べた「上手に聴く方法」をまとめたものだが、ここでも「ひたすら傾聴し、こちらが聴いているのだということを相手に示す」ことがそのスキルの1つにあがっている。傾聴するということは、決して患者や家族を質問攻めにするのではない。患者や家族と視線をあわせ、表情、身体の向き、姿勢などの非言語的サインに気を配り、話すスピードや声の大きさもその場の雰囲気によって調整し、患者や家族が話していることをよく聴き、それに自然に応答していく⁷。さらに、その理解をうなずきや言語的追跡（相手の話した言葉を1語か2語そのままくり返す）といった態度であらわしていく。つづいて、「それから…」「もう少し具体的に話してください」など、さらに話を進めるよう促し、こちらから話題を飛躍させたり妨げたりせず、話している内容に注意を払う。

ある程度話が進むと、患者や家族が話した内容をまとめ、その内容を正しく理解しているかどうか確認する、あるいは誤解のないことを患者や家族に、言葉ではっきりと示していく。ポイントとしては、患者や家族の名前をよびかけたり（例：〇〇さん）、患者や家族にとって重要な語句を用い

たり、話の本質のみを返すように心がける。これがうまくいくと、患者や家族は、自分の気持ちをよく理解していると思い、さらに話はうまく進んでいくことになる。このように、支持的な対応とは、決して患者や家族を批判したり解釈することなく、話したことをそのまま受け止め、その感情をそのままに理解し（共感的理解）、それを伝え、受容的・非指示的に接していくのである。

2) 感情表出と感情抑制

医療者は、患者が死の不安や恐怖といった否定的感情を抑制することがないように、表出したい感情は、いかなる感情でも表出するように促していくが、ただでさえ、患者は医療者に対する遠慮が強いいため、相談したいことがあっても躊躇することが多い。

一方、医療者は、患者が何もいわないことから、何の問題も感じないままに日々を過ごしていくことがある。しかし、こういった期間が長くなればなるほど、気づいたときには、患者・家族と医療者間との溝は大きくなっている。そのため医療者は、開かれた質問を用いて、患者や家族に心配事や疑問を打ち明けるように促しを心がける（表②）⁷。

患者や家族のなかには、自分の気持ちを話しても何の解決にもならないことから、話をするのをあきらめている人がいる。また、もともと社会的に望ましくふるまう傾向の人や他者にこれ以上迷惑をかけたたくないといった気持ちが強い人は、よりいっそう否定的感情の表出を抑制する。しかし、がん罹患、治療、治療の副作用、経済的問題、死などに関する不安、抑うつ、怒りといった心理的ストレスは、一人で抱えこむことも統制することもむずかしい。がん患者のように、将来に対する不確実性が高い状況の場合、否定的感情を抑制すること事態がストレスを増強することにもなる⁸。このような人には、「話をしても解決できないかもしれませんが、一緒に考えていきましょう。つらい気持ちをだれにも話さないことは、それだけで

表② 開かれた質問の効果的な場面とその具体例

効果的な場面	具体例
面接をはじめるとき	「今日はどんなことをお話になりたいですか」 「この前から状況はどのようにかわりましたか」
話を詳しく述べてもらうとき	「そのことについてもっと詳しく話していただけませんか」 「それが起きたとき、どのように感じましたか」
具体的な行動の事例を引き出したいとき	「具体的な例を話してください」 「そのとき、どのようにしましたか」
感情に注意を集中したいとき	「そのとき、どのように感じましたか」 「今、どのような気持ちですか」

(Ivey AE, 1983⁷⁾より改変引用)

うつつらく感じるようになるかもしれません。一人で悩まずに、話せることを話せるときにお話してください」と伝え、いつ、どのような話をしても大丈夫であるという保証を十分に与える。ただし、話すことに慣れていない抑制者に無理に話すことを強要せず、「話したいときに、話せることを、話せる人に」と伝えることが大切である。どのような思考や感情を表出しても受容され、支持されることを体験することによって、患者や家族は安心感を得ることができ、ひいては自己評価を高めることにもつながる。

3. エンドオブライフ (end of life) ケア

がん患者は、がんに罹患したときから、これまでと同じように社会生活を送れなくなったことや、病気や死への恐れなどから、絶望感や恐怖感におとされる。そして、これまで自分が果たしてきた社会的役割や性役割の喪失、慣れ親しんだ環境の喪失、外傷や手術で身体の一部や機能を失うといった身体的自己の喪失、自尊心を傷つけられるといった人格的自己の喪失を体験するなどさまざまな対喪失を体験し、心理的苦痛を感じる。とくに、終末期の場合、死の訪れによる家族や親しい友人との離別、身体機能の喪失、将来に対する不確実性に対する心理的苦痛が強くなる。このような心理的苦痛から、希死念慮、自殺、自殺幫助、安楽

死の要求へとつながることもある。

死に関連した恐怖から、孤独感や疎外感を感じ、不安や焦燥感が強まり、「なぜこんなに自分が苦しまなくてはならないのか」「自分の一生は何だったのか」「自分の人生にどんな目的や意味があったのか」といった「人生の生きる意味・目的、生きがい」や「信念」といった「自己の意味の消滅から生じる苦痛」、すなわちスピリチュアルペインを抱きやすい⁹⁾。これらのスピリチュアルペインに対するケアには、前述した傾聴・支持的療法やライフレビューなどが有効であるとされている。

森田¹⁰⁾は、終末期のがん患者の心理的苦痛を少しでも和らげ、QOL (quality of life) を向上させるために、「基盤となる7つのケア」(①患者との関係の確立、②現実を受け入れることの援助、③感情を受け入れることの援助、④ソーシャルサポートの強化、⑤環境整備、⑥症状緩和、⑦チーム医療)と「個別の精神的苦悩に対するケア」を提案している。終末期のこのような包括的アプローチを円滑に進めるためには、医師や看護師だけでなく、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー (MSW)、チャプレンなど多職種によるチーム医療が不可欠である。このように、とくに終末期になると、病気から生じる身体的痛みだけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みを強く伴うようになる。そのため、身体的、精神的、社会的、スピリ

チュアルな痛みに対して、全人的視点による「全人的ケア・エンドオブライフケア」が必要とされる。

4. 家族

がん患者の家族は「第二の患者」ともいわれるほど¹¹⁾、患者同様、さまざまな心理的苦痛を感じている。家族は、終末期になると、もうすぐ大切な家族を失うという不安や悲しみ、残される家族の将来に対する不安や恐れ、経済的な問題、十分なケアをおこなえないという自責感などを感じている一方、患者の前では、そういった悲しみ、苦しみ、および不安を抑制し、患者に心配をかけまいとする。そのため、その心理的苦痛はよりいっそう強くなる。家族は患者の支援者であるため、家族に対する心理的援助が見過ごされがちであるが¹²⁾、患者の死によって訪れるであろう悲嘆に対するケアをも含めた心理的援助が望まれる。

5. 医療職種間のコミュニケーション

患者・家族と医療者とが十分なコミュニケーションをとることはもちろんのこと、医療職種間のコミュニケーションも重要である。担当医師、担当看護師、精神科医、薬剤師、心理士、MSWなどさまざまな職種により構成されるチーム医療では、病名や病状、告知内容など、患者や家族の情報を共有し、患者や家族の状況をそれぞれの専門的立場から把握し、その理解を深めていく。しかし、さまざまな職種ゆえに、そのコミュニケーションがうまくいかないこともある。チーム医療を円滑におこなうためには、お互いの専門性を理解・尊重し、かつその専門性に固執することなく、柔軟に対応し、包括的に援助していくことが望ましい。また、患者や家族は医療職種によって話す内容をかえることがあり、担当医師が忙しそうにしているのを見て、質問や相談を躊躇することもある。しかし、このような場合でも、チーム医療の取り組みにより、担当医師以外の医療者、たとえば心理士やMSWが、患者や家族の不安や疑問、質問な

どを聴き、整理し、担当医師に伝えることができるように援助することが可能となる。

最後になるが、医療者のバーンアウトの問題も、この緩和医療領域における大きな今後の課題である。「情緒的消耗感」や「個人的達成感の欠如」などのバーンアウト症状が少しでも軽減するように、医療職種間のコミュニケーションを十分におこない、医療者自身も一人ですべてを抱え込まないように、適度な感情表出が必要であろう。

おわりに

緩和医療場面でのコミュニケーションでは、患者と家族の立場に立って十分なコミュニケーションをとるように心がけることはもちろん、自分自身の専門家としての立場を忘れずに、その専門性を活かした客観的な態度で心理的援助をおこなうなど、この両方の姿勢をバランスよくあわせもきたい。

■ 文 献 ■

- 1) 奥山徹, 保坂隆: がん専門医へのコミュニケーショントレーニング. *Depression Frontier* 2: 39-43, 2004
- 2) 森田達也: 遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期: 日本の実態調査. *血液・腫瘍科* 52: 205-210, 2006
- 3) Costantini M, Toscani F, Gllucci M *et al*: Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* 18: 243-252, 1999
- 4) Morita T, Akechi T, Ikenaga M *et al*: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637, 2005
- 5) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介: 進行・終末期がん患者に対する精神療法. *精神神経学雑誌* 106: 123-137, 2004
- 6) Buckman R: "I don't know what to say...": *How to help and support someone who is dying*, Little, Brown & Company, Boston, 1989 (上竹正躬訳: 死にゆく人と何を話すか, メヂカルフレンド社, 東京, 1990, pp.23-24)
- 7) Ivey AE: *Introduction to Microcounseling*,

- Wadsworth, California, 1983 (福原真知子, 相山喜代子, 國分久子ほか訳編: マイクロカウンセリング, 川島書店, 東京, 1999)
-) Iwamitsu Y, Buck R: Emotional distress in breast cancer patients. Suppression of negative emotion and social support. In: *Mood State and Health*, ed by Clark AV, Nova Science Publishers, New York, 2005, pp.87-119
-) 野口海, 松島英介: がん患者のスピリチュアリティ. 臨床精神医学 33: 567-572, 2004
- 10) 森田達也: がん患者の精神的苦悩. 臨床精神医学 33: 559-565, 2004
- 11) Lederberg RD: The family of the cancer patient. In: *Handbook of Psycho-oncology*, eds by Holland JC, Rowland JH, Oxford University press, New York, 1989, pp.585-597
- 12) 佐伯俊成: がん患者と家族に対する心理社会的介入. 心身医学 44: 495-501, 2004

◆研究報告◆

精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識とその関連要因

藤野 成美^{1,2)} 岡村 仁¹⁾

抄録：本研究は、精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識を明らかにし、肯定的認識に関連する要因を検討することを目的とした。対象は、精神科訪問看護ステーションの利用者30名とその家族介護者30名であり、質問紙を用いた聞き取り面接調査を行った。まず、介護の肯定的認識を評価する尺度について、その信頼性と妥当性を確認した。因子分析で得られた第I因子「介護からの学びと意義」に関連する要因として介護期間と被介護者の罹病期間が、第II因子「被介護者との関係性」に関連する要因として介護継続意思が抽出された。本結果より、家族が介護肯定感を持ちつつ介護を継続していくためには、介護知識や技術習得のための具体的な介護援助方法を示すと同時に、介護者自身が介護を担当しながらも心身ともに健康を維持できるような支援策を講じる必要があることが示唆された。

臨床精神医学 36 : 781 ~ 788

Key words: 介護 (care), 家族介護者 (family care giver), 肯定的認識 (positive perception)

(2006年9月7日受理)

1 緒言

精神障害者の脱施設化は全世界的な流れとなっている。本邦においても2004年に厚生労働省が、精神保健医療福祉の改革ビジョンとして、社会的入院患者の解消に取り組むことを明示している。一方、社会資源の質や活用性の問題から、在宅ケアにおける介護のほとんどは家族によって行われているのが実情である²⁰⁾。社会的入院と家族の関係性については、精神医学領域で多くの先行研究^{6,14,19)}がみられる。また、精神障害者の家族が、家族生活全般にわたって深刻なストレス状況にあり、地域社会から孤立化しやすいこと¹⁸⁾、こうしたストレス状況に介護への負担感が関与していることを示唆する研究^{5,7,13)}も多く報告されている。

このように、家族介護者に対する否定的影響についての研究はさまざまなテーマで行われてきた。しかし、介護者が介護そのものに否定的であったり負担を強く感じるようでは、在宅ケアはうまく機能しない。

これに対して、介護経験が介護者に与える影響は必ずしも否定的なものばかりではなく、肯定的認識(家族介護者が介護から得られる喜びや学び、人間的成長や満足を感じる認識)が介護者の心身の健康や介護者および被介護者への転帰に影響を与えていると主張する研究が最近報告されている²²⁾。また、「ケアを通じて得るものがある」と介護を役割遂行とみなし、肯定的認識として捉える側面からの研究もみられるようになってきた¹⁷⁾。しかし、本邦では高齢者や認知症患者の介護者を対象にした研究が多く^{12,20,23)}、精神障害者の家

Positive perception of care by family care givers for the mentally ill and factors associated with it

FUJINO Narumi and OKAMURA Hitoshi

¹⁾ 広島大学大学院保健学研究科 [〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3]²⁾ 県立広島大学保健福祉学部看護学科

族介護者における肯定的認識の研究は皆無に等しい。

精神障害の場合、慢性化および再発可能性が高く、長期にわたってケアを必要とするケースが多い。そのため、精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識は、その構成概念自体が異なると推測されるため、精神障害者の家族介護者に対する介護の肯定感認識を測定する尺度が必要になると思われる。また、肯定的認識が介護者の介護継続意思、被介護者への生活満足度や社会生活能力などの転帰にどのように関連するかを検討することは、精神障害者を地域で支える家族介護者の諸問題を検討し、今後取り組むべき課題を明らかにすることにつながり、地域ケアにおける実践的ニーズに新たな知見を提供するものと考えられる。そこで、本研究は精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識を明らかにし、さらにその介護の肯定的認識に関連する要因を検討することを目的とした。

2 対象および方法

1. 調査対象

対象者は、精神科訪問看護ステーションの利用者(以下、被介護者と略す)とその家族介護者のうち、①被介護者と家族介護者が同居している、②被介護者、家族介護者とも、質問紙への記入が可能で言語的コミュニケーションがとれる、③被介護者については、精神科に入院経験を持つ20歳以上とし、精神遅滞、認知症、アルコール依存、薬物依存、その他の器質的要因がない、の適格条件を満たす者とした。

2. 調査項目およびスケール

1) 家族介護者

①基本属性：年齢、性別、被介護者との続柄、就労状況、家族構成、介護に関するデータ(1日の介護時間、介護期間、副介護者の有無、介護継続意思)を調査した。

②介護の肯定的認識評価尺度：高齢者における家族介護者の、介護から得られる喜びや満足の認識を評価するために作成された肯定的認識尺度(Positive Appraisal of Care; PAC)²³⁾を参考に、精

神障害者における家族介護者の肯定的認識を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検討した後、評価に用いた。

尺度の作成にあたり、まず精神障害者家族会のメンバー20名に対して介護から得られる喜びや学び、人間的成長や満足を感じる認識について半構成的面接を行い、特徴的な表現を30項目収集し尺度原案とした。これを過去の調査研究や文献をもとに、精神科医、精神看護学研究者、精神科病棟勤務の看護師、訪問看護師との協議によって、項目内容の検討を行った。項目選択の基準として先行研究を参考にして以下の条件を設定し、すべての条件を満たすと判断された項目を選択した。その条件とは、①介護から得られる喜びや学び、人間的成長や満足を表現している、②介護に対する自信を表現している、③被介護者に対する愛着を表現している、④判断に迷う曖昧な表現が入っていない、⑤他の項目と意味内容が重複していない、の5つの条件であった。その結果、17項目からなる尺度原案が作成された。

次いで、精神障害者家族会メンバー10名に対して予備調査を実施し、内容妥当性、判別妥当性、内的一貫性、評定者間信頼性の検討を行い、内容妥当性に問題があった項目、該当率が10%の項目、評定者間の一致度が低い項目を削除し項目数を洗練した。構成概念妥当性の検討は、まず全項目の基本統計量とSpearman's rank correlation coefficientの算出で不良項目を確認し、次いで因子分析を実施した。内的整合性は最終的に導き出した尺度の全体と下位尺度ごとのCronbachの α 信頼性係数を確認した。本研究対象者におけるCronbachの α 信頼性係数は0.81であった。以上の過程を経て、最終的に2領域、14項目からなる尺度が作成された。なお、回答の選択肢は「全くあてはまらない」0点から「とてもよくあてはまっている」3点の4段階リカート型選択肢によって構成されている。得点が高いほど肯定的認識が高いことを示す。領域ごとに0(すべての項目で0)～100(すべての項目で3)のスケールで平均得点を算出した。すなわち、平均項目得点=(項目ごとの点数の合計/項目数×3)×100となる。

③Zarit介護負担尺度日本語版(Zarit Caregiver

Burden Interview) : 介護負担感の測定は、荒井ら¹⁾が作成し信頼性・妥当性が確認されている Zarit 介護負担尺度日本語版を用いて評価した。Zarit ら²⁾は介護負担を「家族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して困難になっていると感じている程度」と定義している。22項目の質問から構成されており、総得点は0～88点で、負担感が大きいほど高得点になる。なお、この尺度は老人介護の分野で開発されたが、他疾患の介護者にも適応できるようデザインされている。本研究対象者における Cronbach の α 信頼性係数は0.92であった。

2) 精神科訪問看護利用者(被介護者)

①基本属性：年齢、性別、婚姻歴、就労状況および診断名、発症年齢、罹病期間を調査した。

②精神障害者社会生活評価尺度(Life Assessment Scale for the Mentally Ill; LASMI) : 精神障害者の社会生活能力を客観的かつ包括的に評価する目的で作成されたものである。生活経過の不安定性や現実離れといった既存の評価尺度にはない経時的、心理的評価項目を含んでおり、入院生活から社会的自立まで社会生活の多様な場面において簡便に使用でき、信頼性・妥当性が確認されている³⁾。この尺度は日常生活(12項目、身辺整理、社会資源の利用、自己管理などを含む)、対人関係(13項目、会話、集団活動、人づきあいなどを含む)、課題遂行(10項目、課題への挑戦、自主性、ストレス耐性などを含む)、持続性・安定性(2項目、社会適応度などを含む)、自己認識(3項目、障害理解、自己評価などを含む)の5つのサブスケール、40項目で構成されている。5段階評価とし得点が高いほど社会生活に問題が多いことを示す。本研究対象者における Cronbach の α 信頼性係数は0.98であった。

③生活満足度スケール：地域で生活する精神障害者のQOLを簡便に測定する目的で作成された尺度であり、角谷⁴⁾によって信頼性・妥当性が確認されている。身体的機能、環境、社会生活技能、対人交流、心理的機能と生活全般について満足度を尋ねる1項目の計31項目で構成されている。-3から+3点の7段階で評価され、得点が高いほど生活満足度が高いことを示す。生活満足

度スケールは利用者の主観的満足度の観点から評価するものであり、生活状況に応じた治療的機能の検討に活用されている。本研究対象者における Cronbach の α 信頼性係数は0.94であった。

3. データ収集

調査に先立ち、訪問看護師と対象者の選定を行い、電話にて事前に調査協力の意志を確認した。その後、調査同意の得られた対象者の自宅へ訪問看護師と研究筆頭者が同行し、質問紙を用いた聞き取り面接調査を行った。面接は家族介護者と被介護者それぞれ30～40分を要した。LASMIは、被介護者である精神障害者本人の生活状況を十分に把握している担当の訪問看護師に依頼した。なお、本研究は西南女学院大学倫理審査委員会で承認が得られた後に実施され、家族介護者および被介護者からは参加についての同意を文書にて得た。

4. 解析方法

1) 介護の肯定的認識尺度の因子構造を検討するために因子分析を行った。主因子法で因子を抽出した後、プロマックス法により因子軸の回転を行った。因子数は累積固有値寄与率が60%に達したところで決定した。

2) 介護の肯定的認識に関連する要因を検討するために、影響を与えると思われる要因のうち、家族介護者の年齢、介護期間、1日の介護時間、被介護者の年齢、被介護者の罹病期間、被介護者の発症年齢、また介護負担感、被介護者の生活満足度、被介護者の社会生活能力の各合計得点は連続変数として、介護継続意思はダミー変数を用いて、まず因子分析で得られた因子それぞれの得点との関連を Spearman's rank correlation coefficient により評価した(単変量解析)。

すべての検定におけるp値は両側であり、 $p < 0.05$ を有意とした。統計解析はSPSS 11.0Jを用いて行った。

3 結果

1. 対象者の参加状況と基本属性

適格条件を満たした対象者のうち、調査への同意が得られ調査が可能であったのは、被介護者

表1 対象者の基本属性

性別	数 (%), mean ± SD	性別	数 (%), mean ± SD
男性	4 (13)	男性	15 (50)
女性	26 (87)	女性	15 (50)
年齢 (歳)	61.67 ± 13.02	年齢 (歳)	44.07 ± 16.29
被介護者との続柄		発症年齢 (歳)	29.40 ± 16.18
母親	21 (70)	罹病期間 (年)	14.83 ± 9.84
父親	2 (6.7)	診断名	
配偶者	2 (6.7)	統合失調症	22 (73)
娘	2 (6.7)	うつ病	3 (10)
姉妹	2 (6.7)	不安性障害	3 (10)
嫁	1 (3.3)	パーソナリティ障害	2 (7)
就労状況		就労状況	
常勤	4 (13)	有職	3 (10)
非常勤	4 (13)	無職	27 (90)
無職	22 (73)		
家族構成			
夫婦のみ世帯	3 (10)		
2世代同居	22 (73)		
3世代同居	5 (17)		
持病の有無			
有	17 (57)		
無	13 (43)		
1日の介護時間 (時間)	6.60 ± 7.06		
介護期間 (年)	14.71 ± 9.48		
副介護者の有無			
有	6 (20)		
無	24 (80)		
介護継続意思			
継続したい	30 (100)		
継続したくない	0 (0)		

家族介護者 n=30, 被介護者 n=30

30名とその家族介護者30名であった。家族介護者の性別は女性26名(87%), 男性4名(13%)であり, 続柄は母親21名(70%), 父親2名(7%), 配偶者, 娘, 姉妹がそれぞれ2名(6.7%), 嫁1名(3.3%)であった。被介護者の性別は男女ともに15名であった。対象者の基本属性を表1に, 各尺度の得点を表2に示す。

2. 介護肯定感認識尺度の因子構造

因子分析の結果, 17項目のうち解釈可能な2因子14項目が抽出された(表3)。累積寄与率は46.15%で十分な説明力を持っていた。第I因子において負荷量の高かった項目は, 10「○○さんを介護することで私は人間的に成長した」(0.84), 9「介護することで私の人生にも意味があると思えるようになった」(0.77)などの8項目であった。これらは被介護者を介護することに伴い獲得した

表2 各尺度の得点

	mean ± SD	範囲
家族介護者		
介護負担感	44.5 ± 18.5	10 ~ 74
被介護者		
LASMI	127.5 ± 85.5	14 ~ 294
日常生活	17.3 ± 14.0	0 ~ 45
対人関係	19.4 ± 15.2	1 ~ 48
課題遂行	19.0 ± 13.7	0 ~ 40
持続性・安定性	4.6 ± 2.7	0 ~ 8
自己認識	6.5 ± 4.1	0 ~ 12
生活満足度	11.6 ± 45.5	-151 ~ 91
生活全般	0.2 ± 1.5	-3 ~ 2
身体機能	1.4 ± 5.7	-15 ~ 10
環境	2.8 ± 7.6	-17 ~ 14
社会機能	2.2 ± 6.5	-18 ~ 13
対人交流	0.9 ± 3.7	-12 ~ 8
心理機能	-1.6 ± 7.7	-24 ~ 9

表3 精神障害者の家族介護者における介護肯定感尺度のプロマックス回転による因子分析 (n=30)

	Factor 1	Factor 2
1. あなたを〇〇さんは大切にしてくれますか	0.025	0.699
2. あなたは〇〇さんがいないと困りますか	-0.327	0.693
3. あなたは〇〇さんをととても大切に思いますか	0.228	0.712
4. あなたは〇〇さんと気が合いますか	-0.219	0.633
5. あなたは〇〇さんの介護には自信がありますか	0.381	0.524
17. あなたが介護することで、〇〇さんが入院せずに自宅で過ごすことが嬉しいですか	0.103	0.622
6. あなたは自分の介護の仕方に満足していますか	0.627	0.017
7. 〇〇さんの介護を一番上手にできるのはあなたですか	0.733	-0.156
8. 〇〇さんの困った行動に対してあなたは上手に対応できますか	0.577	0.226
9. 介護することであなたの人生にも意味があると思えるようになりましたか	0.766	-0.089
10. 〇〇さんを介護することであなたは人間的に成長したと思いますか	0.838	-0.012
11. あなたは介護を通して人間関係が広がったと思いますか	0.624	-0.332
14. 〇〇さんの介護をあなたがするのは当たり前のことだと思いませんか	0.407	0.266
15. 〇〇さんの介護はあなたのつとめだと思いませんか	0.414	0.151
累積寄与率 (%)	31.006	46.153

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

介護方法の学びや人生において意義あるものとして捉えていることを表現していることで、『介護からの学びと意義』因子と名づけた。第Ⅱ因子において負荷量の高かった項目は、3「〇〇さんをととても大切に思う」(0.71)、1「〇〇さんは私を大事にしてくれる」(0.7)などの6項目であった。これらは被介護者との人間関係を通して経験する内容を示しているため、『被介護者との関係性』因子と名付けた。第Ⅰ因子8項目におけるCronbachの α 信頼性係数は0.83であり、第Ⅱ因子6項目におけるCronbachの α 信頼性係数は0.81であった。

3. 介護の肯定的認識に関連する要因について
精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識に関連する要因についての単変量解析の結果を表4に示す。その結果、第Ⅰ因子に関連する要因として介護期間と被介護者の罹病期間が、第Ⅱ因子に関連する要因として介護継続意思が抽出された。

4 考察

1. 第Ⅰ因子「介護からの学びと意義」

本因子は、被介護者に対する具体的な介護方法を習得することによって得られた満足感を表現し

た項目(6, 7, 8)、介護することで人生の意義を見いだしたことを表現した項目(9, 10, 11)、被介護者に対して介護をするのは当然であるという義務感を表現した項目(14, 15)によって構成されていた。本結果は、介護による学びとして、介護知識や技術の習得、周囲の人とのかかわりに伴う心の成長であると報告した高原や山本の見解と一致している。土井ら²⁾も、介護者が介護を通し自分の人生を豊かにし人間的成長や満足を感じるといふ介護に伴う正のアウトカムの重要性を示唆している。つまり、家族介護者が自分の存在価値を見だし、自分自身に満足感や納得が得られ精神的安定をもたらしたことが介護肯定感につながった一因と考えられる。これは、家族介護者が介護することに伴い自分の存在の意味を認識できたといふMaslow¹⁵⁾の示す人間の基本的欲求である「承認の欲求」に該当し、それが満たされたことで介護肯定感につながったのではないと思われる。

第Ⅰ因子の関連要因として、介護期間と被介護者の罹病期間が抽出され、介護期間が長期間に及ぶ、あるいは被介護者の罹病期間が長いほど家族介護者の介護肯定感が強くなることが明らかとなった。本研究の対象者である精神障害者の平均罹病期間は14.8年、家族介護者の平均介護期間

表4 家族介護者の肯定的認識との関連要因—単変量解析—

関連要因	相関係数	p ¹⁾	相関係数	p ²⁾	相関係数	p ³⁾
家族介護者						
介護者年齢(歳)	0.20	0.15	0.30	0.05	0.29	0.06
介護期間(年)	0.37	0.02	0.15	0.21	0.35	0.02
介護時間(時間/日)	-0.26	0.09	-0.05	0.40	-0.22	0.12
介護負担感得点	-0.26	0.09	-0.06	0.38	-0.15	0.22
介護継続意思		0.30		0.03		0.04
1. 継続したい						
2. 継続したくない						
被介護者						
被介護者年齢(歳)	0.15	0.22	0.25	0.10	0.24	0.10
発症年齢(歳)	0.02	0.46	0.23	0.11	0.18	0.17
罹病期間(年)	0.35	0.03	0.05	0.41	0.22	0.12
LASMI 合計得点	0.08	0.34	0.03	0.45	0.03	0.44
1) 日常生活	0.02	0.45	0.05	0.39	0.01	0.48
2) 対人関係	0.07	0.37	0.08	0.35	0.03	0.44
3) 課題遂行	-0.11	0.28	-0.12	0.27	-0.18	0.17
4) 持続性・安定性	0.15	0.21	0.02	0.46	0.09	0.31
5) 自己認識	0.04	0.41	-0.02	0.46	-0.01	0.48
生活満足度合計得点	0.01	0.49	-0.09	0.31	-0.04	0.43
1) 生活全般	-0.01	0.49	-0.11	0.28	-0.07	0.35
2) 身体的機能	0.01	0.48	-0.10	0.31	-0.01	0.48
3) 環境	-0.11	0.29	0.01	0.47	0.05	0.40
4) 社会生活技能	0.05	0.39	-0.05	0.40	0.01	0.47
5) 対人交流	0.17	0.19	0.07	0.35	0.19	0.16
6) 心理的機能	-0.24	0.10	-0.22	0.12	-0.23	0.11

家族介護者 n=30, 被介護者 n=30

1: Spearman's rank correlation coefficient または Mann-Whitney U-test

は14.7年であり、介護者の77%が両親のいずれかであった。これらの集団および精神障害という疾患の特性を考慮すると、今後慢性化、長期化の経過をたどることは大いに予測がつく。ましてや両親のいずれかが介護者の場合、「家庭環境」あるいは「遺伝」が発病の原因ではないかと罪の意識を抱き、報いという意味づけで介護継続意思を持つことは十分に推測できる。本因子で抽出された義務感が介護肯定感の要因であるとする本研究の結果は、Gubermanら⁴⁾が介護を行っていくうえでの重要な要因は義務感であることを示した報告と一致していた。しかし一方で、石原⁸⁾は精神障害者家族を対象にした研究において、義務感として規範に拘束されたケアは負担感や犠牲感を伴いや

すく、障害者に対する受容的態度としての共感性が形成されにくいという知見を示唆している。すなわち、今後介護を継続していくなかで介護肯定感の一因である義務感が、一転して介護負担の要因になり得る可能性を示唆している。したがって、今後は家族介護者の義務感がどのように形成され、介護を通じて被介護者にどのような影響を及ぼしているのかを詳細に検討していく必要がある。いずれにしる精神障害者が地域で生活していくためには、家族の支援は重要である。家族が介護肯定感を持ちつつ介護を継続していくためには介護知識や技術の習得のための具体的な介護援助方法を示すと同時に、介護者自身が介護を担当しながらも心身共に健康を維持できるような支援策

を講じることが重要と思われる。

2. 第Ⅱ因子「被介護者との関係性」

本因子は、被介護者との良好な人間関係を表現した項目(1, 2, 3, 4)、介護に対する自信を表現した項目(5, 17)によって構成されていた。被介護者が家族から適切なケアを受けられるかどうかは人間関係に依存しており、本結果は被介護者と家族介護者の人間関係の重要性を指摘した報告¹¹⁾を支持している。徳地ら²⁰⁾は、介護者は被介護者の最も身近に存在する良き治療者ともなり得ることを指摘しており、被介護者と家族介護者の良好な人間関係を構築するための介入の重要性を示唆している。しかし、家族介護者と被介護者における長期にわたる人間関係への介入は困難であるとの報告¹¹⁾もあることから、その原因を追求するため過去の人間関係の修復に働きかけるよりも、むしろ苦悩する家族介護者の思いに傾聴する、家族介護者の努力を認めるといった精神的支援を強化することが必要と思われる。精神障害者にとって信頼できる人間的絆を構築することは、自我が共同性を獲得し、心身両面で安定した平衡が創出されるため、被介護者に与える影響も重要な因子であると考えられる。

第Ⅱ因子の関連要因として、介護継続意思の有無が抽出され、介護継続意思を持っている介護者は介護肯定感が強いことが明らかになった。これは先行研究¹⁰⁾の結果とも一致している。松岡¹⁶⁾は、介護に自発的な関与を示す「介護継続意思」と単に義務感としてケアへの関与を示す「介護義務意識」からなる構成概念を「介護意識」とし、介護意識が高いほど介護ストレス反応が低いことを明らかにしている。また、精神障害者全家連²⁵⁾は、介護継続意思を含むケア役割への意識が強いほど介護負担感が低いと報告している。本調査においては、介護肯定感と介護負担感とに関連はみられなかったが、介護負担感を最小限に抑えつつ介護継続ができるように、今後さらなる介護の肯定的認識の構成概念の詳細な検討を行っていく必要があると思われる。

3. 本研究の意義と限界

自発的なケアへのかかわりを説明する理論として社会的交換理論が有用であるとされている³⁾。

すなわち、報酬への代償として介護を継続すると解釈するものであるが、精神障害者が被介護者である場合、その病気の経過の不透明さ、さらに将来的に被介護者から報酬を得にくいことから介護継続意思への自発的関与は極めて困難な状況であるとされる。その中で、確固たる意志を持ち介護を継続している家族介護者の肯定的側面を検討することは今後の介護継続に重要な意味を持つ。しかし、本研究においてはいくつかの課題と限界がある。まず、今回の調査では十分な対象者数が得られていない。また、調査施設、対象ともに無作為抽出ではなく横断的研究であり、因果関係を特定できないため、本結果を一般化することは困難である。介護肯定感認識尺度においても、いずれの領域も内的一貫性を評価する α 係数は許容範囲内であったが、対象者数を増やし再テスト法による回答の安定性の確認が必要であろう。しかし、こうした限界はあるものの精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識についての検討は日本においてこれまで不十分であったことから、新しい知見を提供しているといえる

文献

- 1) 荒井由美子, 細川 徹: 在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感—日本語版評価尺度の作成—。「健康文化」研究助成論文集 3: 1-6, 1997
- 2) 土井由利子, 尾方克巳: 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 47: 32-46, 2000
- 3) 藤崎宏子: 要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因—分析枠組みの検討. 総合都市研究 39: 61-83, 1990
- 4) Guberman N, Maheu P, Maille C: Woman as family caregivers: why do they care? Gerontologist 32: 607-617, 1992
- 5) Hill R: Families under stress. Greenwood Pub Group, Westport, 1971
- 6) 石原邦雄, 南山浩二: 精神障害者・家族の高齢化に伴う問題: 精神障害者・家族の生活と福祉—ニーズ'93 (I)——全国家族調査篇一. 全家連, 東京, 1993
- 7) 石原邦雄, 大島 巖: 患者家族の実状と施策への態度. 精神障害者福祉基盤研究会編: 精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査. 全家連, 東京, pp73-104, 1984

- 8) 石原邦雄：精神病長期療養者の家族に関する2地域間調査。国立精神衛生研究所編：精神衛生研究。pp28-43, 1982
- 9) 岩崎晋也, 宮内 勝, 大島 巖ほか：精神障害者社会評価尺度の開発とその意義。精神科診断学 5: 221-231, 1994
- 10) 角谷慶子：精神障害者におけるQOL測定の試み—生活満足度スケール開発—。京都府立医科大学雑誌 104: 1413-1424, 1995
- 11) 川本龍一, 岡本憲省, 山田明弘ほか：在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究。日老医誌 36: 35-39, 1999
- 12) 岸恵美子, 神山幸枝, 土屋紀子ほか：在宅要介護高齢者の介護者の介護継続意志に関わる要因の分析。自治医大看護短大紀要 7: 11-22, 1999
- 13) Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. Springer, New York, 1984
- 14) 前田信彦, 大島 巖, 石原邦雄：精神障害者を抱えた家族の認知と適応—家族ストレス論からのアプローチ。家族研究年報 13: 50-65, 1987
- 15) Maslow AH, 小口忠彦訳：人間性の心理学（改訂新版）。産能大学出版部, 東京, 1970
- 16) 松岡英子：在宅要介護老人の介護者のストレス。家族社会学研究 5: 101-112, 1993
- 17) 南山浩二：精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究 (1)。静岡大学人文学部人文論集 50: 1-19, 1999
- 18) 南山浩二：家族ケアとストレス～要介護老人・精神障害者家族研究における現状と課題。家族社会学研究 9: 77-90, 1997
- 19) 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。精神医学 34: 479-488, 1992
- 20) 高原万友美, 兵藤好美：高齢者の在宅介護者における介護継続理由と介護による学び。岡山大学医学部保健学科紀要 14: 141-155, 2004
- 21) 徳地晃二, 禅野八重子, 太田珠子ほか：高齢者の退院を阻害する家族の要因に関する研究。看護展望 25: 1449-1504, 2000
- 22) 山本則子, 石垣和子, 国吉 緑ほか：高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL), 生きがい感および介護継続意志との関連：統柄別の検討。日本公衆衛生雑誌 49: 660-671, 2001
- 23) 山本則子：痴呆高齢者家族の介護健康度アセスメントツールの開発。笹川医学医療研究財団「高齢者の医学医療に関する研究助成」平成11年度研究業績年報, pp61-68, 2000
- 24) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 20: 649-655, 1980
- 25) 全家連：精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ—全国地域家族会調査篇—。全家連, 東京, 1997

Summary

Positive perception of care by family care givers for the mentally ill and factors associated with it

FUJINO Narumi and OKAMURA Hitoshi

The purpose of this study was to elucidate positive perception of care by family care givers for the mentally ill and to assess factors associated with the positive perception. The subjects were 30 users of a psychiatric visiting nursing care station and 30 family care givers, and the study was conducted by means of oral interviews using a question sheet. First, we confirmed the reliability and validity of the scale for evaluating the positive perception of care. The duration of care and duration of illness of the recipient of the care were extracted as factors associated with the first factor identified by the factor analysis, "learning from care and its significance", and intention to continue care was extracted as a factor associated with the second factor, "relationship with the care recipient". These findings suggested that in order for the family to have a positive feeling about care and to continue care, it will be necessary to show specific care support methods for care knowledge and skill acquisition as well as to implement support measures that make it possible for care givers themselves to maintain their physical and mental health while assuming responsibility for care.

精神科における長期入院患者の苦悩

Suffering of Patients Long-Stay Admitted in Psychiatric Hospital

藤野 成美¹⁾ 脇崎 裕子²⁾ 岡村 仁³⁾
 Narumi Fujino Yuko Wakizaki Hitoshi Okamura

キーワード：苦悩，精神科，長期入院患者

Key Words : suffering, psychiatric, long-stay patients

I 緒言

Travelbee¹⁾は、苦悩は一般的に身体的ないし心理的な痛みの人間体験を記述するのに用いられると述べており、英語ではSufferingが同様の意味をもつ。不快な情動をあらわす用語には他に怒り、不安、恐れなどがあるが、苦悩は其中でも高次の精神的営みによっておこるものであり、刺激に対する不快や苦痛の上位概念として位置付けられている²⁾。Rhodesら³⁾は、苦悩の関連用語として、苦痛(distress)、痛み(pain)をあげ、これらの相違点について、苦痛はある特定のものから経験する知覚的な負の動揺として用いることが多く、痛みは患者側の認知的要素がその患者の知覚や感覚とより強く複合されたものであると述べている。近年、苦悩の緩和については、緩和医学のみならず医学一般の大きな話題となっており、がん患者の体験する多様な苦悩を明らかにしようとする試みは、現象学的な記述研究、インタビューに基づいた質的研究が行われている⁴⁾。しかし、精神科における長期入院患者が、病と向き合う過程でおこるQOLを脅かす社会環境要因、心理的要因など苦痛が複合、集積し、それらがコントロールの範疇を超えるときに経験する苦悩は計り知れないことが予測されるにもかかわらず、それらについての研究は全く見当たらない。

「Psychiatric patients」と「Suffering」をキーワードに検索した結果、精神科入院患者の苦悩についての研究は数件の報告がある。Pereiraら⁵⁾はブラジルにおいて精神病院に長期入院していた女性患者4名に対し、社会からの長期にわたる隔絶における苦悩を緩和するために、精神科における看護はどう寄与すべきかとしてインタビューを行った。これを社会説明理論を用いて解釈しており、その結果、社会から隔絶された環境で不適切な治療を続けることが、患者の苦悩を増強しているとして、オープンな環境下での治療

の重要性を示唆している。Chan⁶⁾はスウェーデンの精神科外来において、8名に対して苦悩に関するインタビューを行いPaul Ricoeurの解釈学を用いて分析した。その結果、患者が自由に自分の意志を述べることを認められる治療的環境の重要性を示唆している。その他、精神障害そのものを患者の苦悩と捉え、国民健康保険改革の重要性⁷⁾を示唆する研究や精神障害者の社会的支援の中でも情緒的支援の重要性を示唆する研究⁸⁾や、自殺未遂者の苦悩^{9),10)}についての先行研究は散見された。

一方、国内においては精神障害者の長期入院の弊害が指摘され、入院医療を中心とした治療体制から通院治療や在宅生活支援を含めた包括的なケア体制の重要性が示唆されている。しかし、精神科における長期入院患者に関するこれまでの研究では、社会復帰にむけての援助^{11)~14)}や日常生活能力の全般的障害^{15),16)}、家族関係^{17)~18)}、QOLに関連する要因^{20),21)}、看護者の役割^{22)~24)}に焦点を当てた報告が多く、長期入院患者が経験する苦悩について、その具体的内容や本質はほとんど明らかにされていない。日本における精神障害者の処遇の歴史を考慮しても、個々の患者において様々な苦悩を経験していることは大いに推測される。しかし、現在に至るまで患者が経験している苦悩についてのアセスメントや看護援助については、それぞれの看護者の臨床判断に頼ることが多く、精神科看護の専門性としては十分に確立されていない。苦悩とは生きる過程におけるその人の信念や価値態度、患者の認知的な要素と強く関連している²⁵⁾。そこで、精神科における長期入院患者の苦悩の本質の要素を患者の語りから明らかにし、苦悩を抱える患者の心理を理解することによって、患者のQOL向上の一端を担う重要な看護援助への示唆を得ることができると考える。

1) 広島県立大学 Prefectural University of Hiroshima

2) 西南女学院大学看護学部 Faculty of Health and Welfare, Department of Nursing, Seinan Jo Gakuin University

3) 広島大学大学院健康科学部 Graduate School of Health Science, Hiroshima University