

ケア提供者が高齢者を介護する家族のメンタルヘルスの支援において留意すべき要因

橋爪祐美

【目的】本研究の目的は、高齢者を介護する家族のメンタルヘルスの支援に関わるケア提供者が留意すべき要因を文献検討により整理することである。

【方法】「介護うつ」をキーワードに和文献を検索し、抽出した14の論文をもとに、家族介護者のメンタルヘルスの支援においてケア提供者が留意すべき要因を抽出した。分析にあたり、質的記述的分析法を用いた。

【結果および考察】社会的背景、健康状態、行動・認識の特徴、価値観、介護の準備、高齢者との関係性に関する要因、高齢者以外の家族との関係性に関する要因、否定的体験、医療福祉専門職の支援・ソーシャルサポートシステムに関わる要因が整理された。

キーワード：ケア提供者，高齢者，介護，家族介護者，メンタルヘルス

I. 緒言

高齡者を介護する家族のこころの健康は危機に瀕している。近年の調査によれば在宅介護者の4人に一人が抑うつ状態にあり、高齢介護者では5割の者が介護にネガティブな感情を持っているとの報告がなされている¹⁾。近年女優や有名タレントによる老親介護体験の公表を契機に、「介護うつ」に関する調査報告が増えている^{2,3)}。「介護うつ」という用語は、某女優が介護が原因でうつ病となり、その体験を公表したことから普及したとされている⁴⁾。

要介護高齢者の家族介護者で、高齢者と同居する者の約7割は女性で、その約3割は40代から50代の年齢層にある⁵⁾。この年齢層を含む中高年女性は生殖内分泌機能の変化を迎える年代であり、ライフイベントとして、子どもの巣立ちや職業生活と家庭との両立、夫婦間の問題等の心理社会的ストレスを多く抱えることから、介護を契機にうつ状態に至る可能性が高まる^{6,7)}。一方、通院中のうつ病患者のうち、最初に専門医を受診した割合は1-3割程度であること^{3,6)}、その理由として他国と比べて日本人の精神科受診に対する抵抗感が高いとの指摘がある^{6,8-10)}。うつ病は自殺の要因であり、がんに次いで社会的損失の大きい疾患であることから、疾患に関する情報啓発による早期受診と発症予防が重視されている¹¹⁾。介護殺人や心中の報道が増えつつある今日、介護うつも同様に捉えられるべきであろう。介護者対象の介入研究では、とくに心理社会的要因に関する介入が比較的多く取り組まれている¹²⁾。医療費介護費の高騰を背景に高齢者の早期退院と在宅療養が推進されており⁴⁾、家族介護が地域場を中心に営まれる点も考慮すると、特に保健師や訪問看護師をはじめとする地域ケア提供者（以下、ケア提供者）が心理社会的要因をはじめとする家族介護者側の要因を留意することは有用であると考えられる。

本稿は「介護うつ」に関する既存の文献を概観し、高齢者を介護する家族のメンタルヘルスにおいてケア提供者が留意すべき要因を整理することを目的とした。

II. 研究方法

1. 論文の選定

介護うつは日本の造語と解されることから、和文献を中心に検討した。2016年12月にデータベースを用いた文献検索を行った。検索エンジンとしてJ Dream III, CiNii, 医学中央雑誌を用い、「介護うつ」をキーワードに投入した。書誌情報をみて一般大衆向け商業誌、会議録、家族介護者自身による報告と重複検索を除いた14件の論文を選定した。14件の論文は2009年から2016年3月の間に報告されていた。論文種別の内訳で最も多いものは解説で10件^{3, 4, 15-18, 20, 26, 29, 31)}あったが、このうち3件^{3, 18, 20)}はデータベースによっては文献レビューと分類されていた。文献レビュー³⁰⁾、大学紀要²⁾、短報²³⁾、原著論文²⁸⁾は各1件であった（表1）。

表1 データベースを用いた文献検索数
(検索期間：2016年12月24日)

キーワード	J Dream III (1946-2016)	CiNii (1984-2016)	医中誌 (1983-2016)
介護うつ	20	19	12

2. 分析の進め方

文献を読みケア提供者が留意すべき介護者側の要因と解されるものを抽出し分類して表にまとめた。分類の際は質的記述的研究手法を用い、同様の事柄を説明すると解される文言を集め、それらについて包含するカテゴリー名を付与した。カテゴリー名の検討にあたり、文献で使用されていた文言で包含できると解される場合は、それを使用した。以上は質的記述的研究手法の継続的比較分析法である^{13,14)}。この手法ではカテゴリー名にデータにある文言の採用を望ましいとしている¹⁴⁾。

III. 結果および考察

社会的背景、健康状態、行動・認識の特徴、価値観、介護の準備、高齢者との関係性に関する要因、高齢者以外の家族との関係性に関する要因、否定的体験、医療福祉専門職の支援・ソーシャルサポートシステムに関わる要

因が整理された（表2）。以下に上位カテゴリーを《》、下位カテゴリーを〈〉で示し、適宜文献を引用しながら、家族介護者のメンタルヘルスにおいてケア提供者が留意すべき点等を意味づけた。

1. 社会的背景

このカテゴリーでは、介護者の性別として〈男性¹⁵⁾〉であること、〈女性¹⁶⁾〉であること、続柄として〈妻による夫の介護¹⁷⁾〉が抽出された。冒頭で高齢者と同居する介護者に女性が多い傾向について触れたが、これは近年の嫁介護者の減少、単身者の増加に伴う男性が配偶者や親を介護する場合¹⁵⁾、さらに夫婦間介護に見受けられる老々介護の増加の実態を反映したものと解される。また年齢では、介護者が〈65歳以上高齢者である¹⁷⁾〉場合に限らず、〈65歳未満¹⁸⁾〉も抽出された。男女問わず幅広い年齢層の介護者にとって、高齢者の介護に携わることは、何らかのインパクトをもたらすものであることといえる。

介護者の性、年齢別にケア提供者が留意すべき点を述べると、介護者が中高年女性の場合は、冒頭でも触れたが、更年期症状として特徴的な不眠、抑うつ気分等の不定愁訴や、子どもの独立等のライフイベントに伴う心理社会的ストレスを抱えやすい点である⁷⁾。65歳以上の介護者では、核家族化の進行を背景に、高齢介護者による高齢者の介護（老老介護）や、認知機能の低下した介護者による、認知症のある高齢者を介護する場合（認認介護）がある⁹⁾。高齢介護者自身の心身機能の低下や、何らかの健康問題を抱える可能性があることから、介護を担うことそのものが相当の負担となり得る^{15, 17, 32)}。また定年退職を迎えて社会的に孤立した状況で介護に専念する場合も想定され、高齢介護者の場合は、より大きなストレスを抱えることに留意する必要がある¹⁾。この年齢層であれば介護予防制度の適用対象となることから、制度の活用を視野に入れた健康状態の維持も留意される必要がある¹⁸⁾。

男性介護者では、「他人に弱みを見せない」

「責任感の強さ」等の男性性に関わる社会的制約を意識するために、女性と比べて介護上の困難を他者に相談する等の対処行動をとらずに抱え込みやすい傾向が指摘されている^{15, 33)}。さらに、体調不良、介護に伴う退職や経済的困窮、被介護者の状態悪化など解決困難な要因が複合的に絡んで、介護者自身が追いつめられる状況におかれると、介護心中や殺害という、被介護者や介護者自身に危害の及ぶ可能性が高まることが指摘されている^{15, 33)}。

現行の施策では、65歳以上で認知症のある人の介護者対象の支援として、平成27年1月に策定された「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)によって、認知症サポーターと、認知症サポート医・かかりつけ医養成が着手された³⁴⁾。前者は、一般市民を対象に、認知症について正しい知識を身に着ける機会を設け、出来る範囲で、認知症のある人やその家族を手助けする人の養成を目的とする事業である³⁴⁾。後者は医師対象に、高齢者の主治医(かかりつけ医)に認知症の診断や家族支援に関わる知識・技術等の習得のための研修の実施と、かかりつけ医へ研修・助言の機会を設け、認知症に係る地域医療体制において中核的役割を担う医師の養成を目的としている^{35, 36)}。後述する医療福祉専門職の支援と関連するが、ケア提供者はこれら事業による当該介護者対象のインフォーマル、フォーマルサービスを念頭に、ソーシャルサポートの構築を推進する必要がある。

勤労者世代の介護者対象の施策として、21世紀における第2次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))における、働く世代のメンタルヘルス対策等に基づき、ライフイベントとストレス等に対応した「こころの健康づくり」が推進されている³⁷⁾。職場におけるケア提供者としては、産業保健サービス担当者や産業保健看護職という職種が存在する。経済財政運営に関わる衛生行政において、育児や介護等と仕事の両立促進やワークライフバランスによる女性労働者の社会進出への後押しが、経済成長に多大な効果をもたらす観

表2 家族介護者のメンタルヘルスに関わる要因

1. 社会的背景
 - 1) 男性¹⁵⁾、女性¹⁶⁾、妻による夫の介護¹⁷⁾、2) 高齢者である¹⁷⁾、65歳未満である¹⁸⁾、3) 低収入²⁰⁾、経済的問題¹⁷⁾
 - 4) 趣味²⁰⁾
2. 健康状態
 - 1) 体力・主観的健康感・疲労感^{2,20)}、食欲¹⁸⁾、家事や外出の前向きさ¹⁸⁾、2) 身体機能・社会的機能¹⁷⁾、3) うつ病の既往¹⁷⁾
3. 行動・認識の特徴
 - 1) ポジティブな考え方・ネガティブな考え方^{17,18)}、2) 会話の進みやすさ¹⁸⁾、表情¹⁸⁾、3) 判断力¹⁸⁾、物事を冷静に判断できるかどうか¹⁸⁾、4) 病識の有無・受診への前向きさ¹⁸⁾、5) 被害的言動¹⁸⁾、自己中心的²⁰⁾、他罰的怒り³⁰⁾、6) メランコリー親和型性格¹⁷⁾、自家撞着¹⁷⁾、自己犠牲³⁾と埋没¹⁷⁾、拘束と残留¹⁷⁾
4. 価値観
 - 1) 責務感¹⁷⁾、自立心¹⁸⁾、2) 専門職への気兼ね^{3,20)}、介護サービス利用控え²⁰⁾、3) 家族介護の捉え方
 - (1) 在宅介護は家族の絆・愛情をもってする²⁶⁾、(2) 世間体を気にする(介護は世間体の悪いことと捉える)²⁶⁾、(3) 緘口(介護を話題にしない)²⁶⁾
5. 介護の準備
 - 1) 準備の適切さ・準備量の妥当さ¹⁷⁾、2) 認知症の症状やBPSDの知識・対処方法を知っているかどうか³⁾
6. 高齢者との関係性に関する要因
 - 1) セパレーションギルト¹⁷⁾、サバイバーギルト¹⁷⁾、2) 高齢者との同一視の程度¹⁷⁾、心理的距離³⁾
7. 高齢者以外の家族との関係性に関する要因
 - 1) 家族関係の歴史(積極的な介護協力を得られるかどうか)^{2,15,28)}、2) 家族の絆(介護による脆弱の有無、世間体と緘口による家族関係悪化の有無)^{2,15,26)}
8. 否定的体験(以下の要因に基づく困難さ³⁾、心痛・負担感²⁰⁾、孤立・追い詰められ¹⁸⁾、拘束感・不安・ストレス²⁾、限界感^{2,15)}、自己嫌悪感^{2,15)}の有無
 - 1) 介護者になる経緯が緩徐か突然か³⁾、介護体制(一人でするかどうか)²⁰⁾、将来の見通し^{3,20)}、介護状況(悪化の程度)¹⁷⁾、高齢者の重症化²⁰⁾、看取り²⁰⁾、予期悲嘆²⁹⁾、対象喪失¹⁷⁾
 - 2) 介護に伴う臭気²⁶⁾、高齢者の精神症状(対応に追われるかどうか)³⁾、
 - 3) 介護時間(1日5時間以上かどうか)²⁶⁾、
 - 4) 介護による疲労の有無²⁰⁾、生活習慣(睡眠・食生活)の乱れの有無^{2,3,17,20)}、
 - 5) 休養欠如・医療機関未受診と体調悪化の有無^{2,4)}、6) 医療・福祉サービスへの満足度^{17,20)}、
 - 7) 介護による外出機会の減少・社会参加の機会剥奪の有無¹⁵⁾、8) 人生プランの変更¹⁵⁾、介護辞職の有無¹⁷⁾
 - 9) 介護辞職に伴う経済的困窮^{15,18)}、介護に伴う経済的負担³⁾、金銭的余裕²⁰⁾、
 - 10) 高齢者への感情(潜在的または顕在化している拒否)に伴う葛藤の有無^{2,15,17)}、
 - 11) 高齢者以外の家族との関係^{2,3,15)}
9. 医療福祉専門職の支援・ソーシャルサポートシステムに関わる要因:
 - 1) 医療費抑制策としての早期退院・在宅介護推進⁴⁾、
 - 2) 認知症の人に適切な医療福祉サービスの量的質的整備^{4,15,18,28,30)}、メンタルケアの必要な介護者が使える公的サービス¹⁸⁾、
 - 3) 介護者支援の法的体制¹⁸⁾、
 - 4) 認知症・BPSD・うつ病の正確な診断治療²⁸⁾、介護者の身体的精神的健康度への適切なアセスメント・ケア提供者がうつ病の知識をもつ⁴⁾、高齢者(被介護者)²⁸⁾・介護者の要望に即座の対応^{3,15)}、高齢者の状態に関する家族への説明不足¹⁰⁾、
 - 5) 当事者介入に関する専門職の抵抗感¹⁵⁾、専門職としてどこまで関わればよいかわからない¹⁸⁾、職員の業務多忙¹⁸⁾、
 - 6) かかりつけ医・内科医・精神科医の連携欠如^{20,30,31)}、ケアマネジャー・包括支援センター・保健師の連携欠如または保健師と関わりがない¹⁸⁾、保健師・かかりつけ医・精神科医の連携欠如¹⁸⁾、医療と福祉の上下関係・医療的介入欠如と介護サービス提供不足(医師が介護保険申請を勧めずサービス利用が阻まれる・身体合併症がある重度のBPSDは入院拒否・強制退院、施設からサービス利用を断られる)^{20,30,31)}
 - 7) 認知症のある人・高齢者虐待防止の見守り・早期発見のための地域住民参加や地域の実情に応じたネットワーク^{30,31)}

点から着目されていることから、勤労介護者支援に関わるケア提供者には、雇用の場におけるハザードやリスクに限らず、家庭におけるライフイベントとして高齢者の介護に着目する必要がある³⁸⁾。

65歳未満の介護者の支援に限った公的サービスはないとされ、介護者支援法設立の必要性が指摘されている¹⁸⁾。全国における若年性認知症者の数は3.78万人と推定されており³⁹⁾、要介護者が50代の場合、10代から20代の子どものが、親の介護や、就労する親に代わって祖父母の介護を担う場合が想定される。近年、晩婚化、少子化の影響と、親の離婚や死別によるひとり親家庭が増えていることから、教育機関や医療福祉専門職による、介護役割を引き受ける18歳未満の子ども(ヤングケアラー)について実態把握が着手され始めた^{32,40)}。しかし、教育現場では、子どもが家庭の複雑な事情を語る機会が少ないことや、家族全体へのアプローチの困難さや限界が指摘されている^{32,40)}。就学するヤングケアラーの支援について、高齢者の在宅介護に関わる地域ケア提供者としては、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の医療福祉専門家と、子どもの所属する学校保健管理者や養護教諭との情報共有や連携によって、支援を検討できる可能性があると考えられる。

うつ病の有病率は、教育歴や収入とは関連しないとされている¹⁹⁾。一方で<低収入²⁰⁾>、<経済的問題¹⁷⁾>が抽出されており、経済的に問題を抱える介護者の場合、メンタルヘルスへの悪影響に注意を向ける必要がある。《否定的体験》の<介護辞職¹⁷⁾>、<介護辞職に伴う経済的困窮^{15,18)}> <介護に伴う経済的負担³⁾・金銭的余裕の欠如²⁰⁾>が意味するのは、就労介護者におけるワークライフバランスと、経済的困窮への支援が欠かせない点である¹⁵⁾。一方で、退職年齢にある介護者では、年金による介護者自身の老後生活への適応と同時に、介護による支出も考慮した計画的な家計管理を要する。ファイナンシャルプランナーによる家計管理への助言を受けられる機会の勧め²¹⁾など、ケア提供者には民間サービスに関する知識も視野に入れた幅広い

支援が求められる。政府は2014年6月に医療介護総合確保推進法、2015年10月に「一億総活躍社会」を目指す方針を新たに提示した。今後、在宅介護と介護離職防止および家族介護者支援の推進が期待されることから、ケア提供者はこれらの施策と家族介護者への効果について留意しておくことが重要である²²⁾。

<趣味³⁾>は、介護者の《健康状態》に関わる要因である。余暇活動は介護によるストレス状態から解放するために欠かせない手立てであることから、ケア提供者は介護者の余暇活動やその習慣について関心をもつことが重要となる²³⁾。

2. 健康状態、行動・認識の特徴と価値観、介護の準備

介護者の《健康状態》と《行動・認識の特徴》、《価値観》および《介護の準備》は相互に関連していると捉えられた。例えば、大うつ病性障害は再発しやすいことから²⁴⁾、<うつ病の既往¹⁷⁾>のある介護者の場合は再発に留意する必要がある。また《行動・認識の特徴》のうち、<病識の有無・受診への前向きさ¹⁸⁾>が抽出されており、この特徴は、日本人の精神科受診への抵抗感と関連して、うつ病の既往のある介護者では特に注意すべき要素となる。白人では、うつ病を疾患と捉える傾向があるのに対し、アジア人では病気よりも“過度の心配”と捉える傾向が指摘されている²⁵⁾。《行動・認識の特徴》の、<ネガティブな考え方^{17,18)}>は、後者の見方に近似したものと解される。うつ病の既往のある介護者に対応する場合、ケア提供者には、これらの行動や認識の特徴と、病識の有無や受診への積極性を関連付けたアセスメントが求められる。

介護者の《価値観》のうち、<責任感¹⁷⁾・自立心¹⁸⁾>、<家族介護の捉え方>のうち、<介護は家族の絆・愛情をもってする²⁶⁾>は肯定的要素と解釈できる反面、行き過ぎる場合は介護者の<専門職への気兼ね^{3,20)}>や<介護サービス利用控え²⁰⁾>につながり、介護の抱え込み、負担の増強を経て、メンタルヘルスに悪影響をもたらすことになる。さ

らに、このような状況下では「介護の準備」は滞りやすくなる。

今回の文献検討では抽出されなかったが、「社会的背景」として、介護者の教育的背景もしくは、介護に関わる知識や技術習得に関する反応（理解の程度や受け入れやすさ）と、「介護の準備」状況は相互に影響する可能性について留意する必要がある。ケア提供者が行う支援において比較的多く取り組まれているのが心理教育的介入である¹²⁾。高齢者の家族介護者を対象とした既存の介入研究では、とくに心理教育的介入が介護者の能力、知識に有意な影響をもたらすことが確認されている¹²⁾。

3. 介護者と高齢者・家族との関係性に関する要因、否定的体験

介護者と「高齢者との関係性に関する要因」として、「セパレーションギルト¹⁷⁾」等の心理的概念²⁷⁾が抽出された。また同様のカテゴリーとして、「行動・認識の特徴」の「メランコリー親和型性格・拘束と残留¹⁷⁾」等が見いだされている。メランコリー親和型性格とは、端的には真面目で完璧を目指す性格を意味し、拘束と残留は、メランコリー親和型性格の人が、うつ病になる前段階の状況を指す。拘束は、例えば介護者自身が「老親介護は自分がやるべき」「自分以外に誰もできない」という、矛盾する思いを抱えながら（自己撞着）自らを介護に追い込む状況である。残留は、やがて介護者一人で介護を抱え込むことに限界が訪れて、何らかの失敗が生じた際に、真面目さゆえに介護者が罪悪感を体験し、さらに過酷な介護に自身を追い込んでゆく状況を意味する¹⁷⁾。

うつ発症の要因のひとつに、病前性格が指摘されている¹⁹⁾。メランコリー親和型性格は、日本人の国民性に関連するものとして論じられたり、一方でドイツや米国においても観察される指摘もある⁴¹⁾。ケア提供者には、これらの心理的概念や病態の把握、医療的対応に関する知識に精通することと、関連領域の専門家と連携した上で対象にアプローチする姿勢が求められるといえる。

また、介護者と「高齢者以外の家族との関係性に関する要因」は、従来から医療福祉専門職が家族介護の支援において困難を感じる要素として報告されているものである^{15, 26, 28)}。これらの要因が複雑に絡みながら、介護者には、「負担感・不安・自己嫌悪^{2, 15, 20)}」等の「否定的体験」が蓄積し、「責任感¹⁷⁾・自立心¹⁸⁾」をもって介護に取り組む一方で「孤立し追いつめられてゆく¹⁸⁾」ように、メンタルヘルスの悪化は進行すると考えられた^{2, 3, 15, 18, 20)}。加えて、高齢者の介護で想定される現象に、「重症化²⁰⁾」、「看取り²⁰⁾」、「予期悲嘆²⁹⁾」、「対象喪失¹⁷⁾」のプロセスがある。看取り後の看病疲れや、空の巣状態もメンタルヘルスの悪化につながる。このようにケア提供者には経時的な視点を持って介護者をアセスメントし、支援を検討する対応が求められる。

4. 医療福祉専門職の支援・ソーシャルサポートシステムに関する要因

「介護サービスの量的質的整備^{4, 15, 18, 28, 30)}」や、「介護者支援の法的体制¹⁸⁾」などが抽出された。これらは、現行施策の推進や、新法制定によって解決が期待できる要因である。また「認知症やうつ病の正確な診断治療²⁸⁾」、「家族への説明³⁰⁾」、「専門職間の連携^{18, 20, 30, 31)}」等は、専門職側の自助努力や研鑽によって改善が期待される要素である。「社会的背景」で述べた、新オレンジプランに基づく、認知症サポート医・かかりつけ医養成は、これらの要因の改善に寄与するものと解される。

「当事者介入に関する専門職の抵抗感¹⁵⁾」や、「専門職自身がどこまで対象に関わればよいかわからないとの認識¹⁸⁾」は、介護者支援制度やソーシャルサポートの整備が途上にある現在、限られたマンパワーで家族介護者支援に対応する過程で、職員どうしの連携不足や業務多忙を背景に、専門職のタイムリーな支援が阻まれる可能性と、専門職自身が支援着手を躊躇する可能性があることを示唆する。さらに介護者の「価値観」のうち、「緘口²⁶⁾」として、世間体を理由に介護者が高

齢者の話題を家族以外の者に話さない傾向や、家族間でも避ける傾向も抽出された²⁶⁾。以上から、介護者のケアの支援において、専門家と介護者双方に、歩み寄りを阻む要素があることが考えられた。

IV. 本研究の限界と今後の課題

近年、「介護うつ」に関する調査報告が増え始めた点に着目し、これをキーワードに検索・選定した14の和文献をもとに、家族介護者のメンタルヘルスに関わる要因を検討した。検討に用いた論文種別の多くが解説であり、和文献のみであったため、家族介護者支援のための研究の動向と課題の検討には限界があった。今後は英文で報告された論文を含め、系統的な文献レビューを行うことを課題とする。また「介護うつ」が、介護を契機にうつ病に至った点を踏まえ、日本の「介護者」の「うつ」の文献を収集し、より広い分析を行うことを課題とする。

V. 結 語

高齢者を介護する家族のメンタルヘルスにおいてケア提供者が着目すべき要因について「介護うつ」に関する文献を整理した。その結果、うつ病が既定する特性（例えば、生涯有病率は女性に有意に多く、有病率は人種や教育年数、収入と関連しない¹⁹⁾）と比べて、性別、年齢、経済的教育的背景については、近年の社会経済情勢を反映した点が見いだされた。具体的には、生涯未婚率増加に伴う男性介護者、65歳未満の介護者（ヤングケアラー含む）、低収入や経済的問題である。ケア提供者が家族介護者に出会う際は、高齢者の介護という現象において、様々な要因が複合的に積み重なりながら、介護者に相当のインパクトをもたらしている可能性を念頭にアプローチする必要がある¹⁵⁾。また問題解決においては、個々の要因について社会全体として解決すべき課題なのか、家族介護者個人の取り組みやケアによって解決が期待できる課題なのかを吟味した上で対応を検討することが必要となる。

さらに、専門職（ケア提供者含む）が介護

者に早期介入し、介護者が専門職に積極的に支援を求めるといような、双方の望ましい歩み寄りを阻む要素や、専門職自身の自助努力や研鑽によって改善が期待できる要素も見いだされた。一方、心理的概念や精神病理現象の理解、医療的対応に関する新たな知識・技術の習得は、地域ケア提供者にとっては時にアクセスしにくいものと捉えられている可能性も考えられた⁴⁾。以上からケア提供者は、関連領域の専門家と連携・共同して家族介護者に対応することと、新たな知識・技術習得の機会をもつことが重要になる。

本稿は科学研究費補助金、基盤研究(C)、課題番号26463482、中高年女性ケア従事者と夫の老親介護生活適応を促す夫婦間の心のケア（研究代表者：橋爪祐美）による平成26-30年度の研究助成を受けて行った。本研究の一部は、第1回日本高齢者ケアリング学研究会学術集会一般演題において発表した。

参考文献

- 1) 町田いずみ, 保坂隆: 高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点—8486人の介護者自身の身体的健康感を中心に—. 訪問看護と介護, 11(7), 686-93, 2006
- 2) 飛田さやか: 家族介護者の介護うつを予防するための方策について. 天理大学社会福祉学研究室紀要, 18, 27-45, 2016
- 3) 高原昭: 認知症の人と暮らす人の"介護うつ". 老年社会科学, 34(4), 516-521, 2013
- 4) 保坂隆: 在宅介護者のうつ病とその対策. 保健師ジャーナル, 67(3), 250-253, 2011
- 5) 内閣府: 平成28年度版高齢社会白書. 3 高齢者の健康・福祉(2) 高齢者の介護. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w_2016/zenbun/28pdf_index.html
- 6) 内藤宏, 江崎幸生: プライマリケアにおけるうつ病診療. 産科と婦人科, 81(9), 1057-62, 2014
- 7) 小石清子, 加藤聖子, 檜垣仁美, 山元美沙子, 山本浩之, 藤原葉一郎他: 更年期抑うつ気分障害に対する治療法についての検討. 産婦の進歩, 57(1), 79-81, 2005

- 8) 村上成明：精神科外来の診療科名変更が与える受診の抵抗感への影響. 青森県立保健大学雑誌, 6 (3), 426-427, 2005
- 9) 川上憲人：こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/epi/Reports/H18WMHJR/H18WMHJR01.pdf>, 2006
- 10) 赤澤正人：わが国の自殺対策. 人間福祉学研究, 3 (1), 31-42, 2010
- 11) 尾崎紀夫, 笠井清登, 加藤忠史, 神庭重信, 功刀浩, 久保千春 他：うつ病対策の総合的提言. http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/img/100522_2.pdf, 2010
- 12) Sorensen S., Pinquart M. and Duberstein P: How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42 (3), 356-372, 2002
- 13) 萱間真美: 質的研究実践ノート, 医学書院, 2007
- 14) 萱間真美: 質的研究のピットフォール, 医学書院, 2013
- 15) 湯原悦子: 追い詰められる介護者の心理的・社会的背景: 「介護者支援」の意識とシステムを. *訪問看護と介護*, 17(2), 124-129, 2012
- 16) 高瀬義昌, 五十嵐中, 小林慶鑑: 在宅医療の立場から. *治療*, 91(8), 2056-2062, 2009
- 17) 渡辺俊之: 介護ストレスが引き起こすこと介護者と精神疾患. *現代のエスプリ*, 519, 135-144, 2010
- 18) 湯原悦子: 介護うつ: 認知症介護における介護者支援のための課題: 司法福祉の立場から. *老年社会科学*, 34(4), 525-30, 2013
- 19) 大橋優子, 山田和男: うつ病の概念と分類. *調剤と情報*, 19 (10), 1332-1339
- 20) 谷向知, 坂根真弓, 酒井ミサヲ, 吉田卓, 藤田君子, 豊田泰孝, 他: 介護うつ. *老年社会科学*, 34(4), 511-515, 2013
- 21) 太田差恵子: 遠距離介護をスムーズに行うために (特集 単身高齢者の親を持つ「子」のためのファイナンシャル・プランニング). *Journal of financial planning: 日本版 FP ジャーナル*, 14 (151), 8-11, 2012
- 22) 厚生労働省: 平成 28 年版厚生労働白書. 第一部第 4 章第 3 節地域で安心して自分らしく老いることのできる社会づくり. http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo.kousei/16/dl/1-04_03.pdf
- 23) 橋爪祐美: 要介護高齢者を介護する勤労女性の精神的健康支援に関する研究: 『私の介護ノート』を用いた女性の介護うつ予防プログラムの試行. *研究助成論文集*, 47, 172-184, 2011
- 24) 大橋優子, 山田和男: うつ病診療の最新動向. *産科と婦人科*, 81(9), 1051-6, 2014
- 25) Suda Y: Depressive Symptoms and Care Problems in Japan. *International Medical Journal*, 17, Suppl. 1, 19-26, 2010
- 26) 南雲直二: 「家族」は今. *臨床作業療法*, 9(5), 454-458, 2012
- 27) 岩田昇, 堀口和子, 鈴木千枝: 家族介護者の介護生活影響尺度の開発. *看護研究*, 49(7), 604-614, 2016
- 28) 日野和子, 手嶋真由美, 多田功文, 片倉扶美子: BPSD が家族関係を悪化させ「ネグレクト」「心理的虐待」に至った事例 訪問看護師の立場から. *訪問看護と介護*, 18(6), 456-459, 2013
- 29) 橋爪謙一郎: これからの施設ケアに求められるグリーンケアの視点. *臨床老年看護*, 18 (6), 14-20, 2011
- 30) 大野篤志, 深津亮: 認知症の医療と介護における地域多職種連携協働. *Dementia Japan*, 26, 177-184, 2012
- 31) 大野篤志, 静野智隆: 高齢者虐待防止のためにまず「医療」が果たすべきこと「医療的虐待」とは何か. *訪問看護と介護*, 18 (6), 446-449, 2013
- 32) 青木由美恵: 介護を担う子ども (ヤングケアラー) に関する文献検討. *ヒューマンケア研究学会誌*, 7(2), 73-77, 2016
- 33) 津止正敏, 斎藤真緒: 男性介護者白書, 22-24, かもがわ出版, 2007
- 34) 厚生労働省: 認知症サポーター. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508.html>
- 35) 厚生労働省: 認知症サポート医・かかりつ

- け 医. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/d01.html>
- 36) 厚生統計協会：第3編保健と医療の動向 第2章保健対策 2. 老人保健 2] 認知症施策のあゆみ. 国民衛生の動向 2016/2017年, 63(9), 120-121, 2016
- 37) 厚生統計協会：第3編保健と医療の動向 第1章生活習慣病と健康増進対策 2. 健康増進対策 1] 対策のあゆみと国民健康づくり (1)21世紀における第2次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次)) 3) 社会生活を営むために必要な機能の維持および向上. 国民衛生の動向 2016/2017年, 63(9), 99-100, 2016
- 38) 厚生統計協会：第1編わが国の社会保障の動向と衛生行政の体系 第1章わが国の衛生を取り巻く社会状況と保健医療 1. わが国の衛生を取り巻く社会状況 2] わが国の経済の動向と国家財政 (2) 政府における経済財政運営の動向 2) 「日本再興戦略」改訂2015の内容(少子化対策、医療・介護・ヘルスケア産業関連部分). 国民衛生の動向 2016/2017年, 13-14, 2016
- 39) 厚生労働省：若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>
- 40) 北山沙和子, 石倉健二：ヤングケアラーについての実態調査. 兵庫教育大学学校教育学研究 27, 25-29, 2015 <http://hdl.handle.net/10132/15410>
- 41) 大前晋：Tellenbachのメランコリー論再説 - その構築過程と理論的意義 -. 精神神経学雑誌, 115(7), 711-728, 2013

連絡先：橋爪祐美
〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学医学医療系
TEL: 029-853-3986
E-mail: hashizume.yumi.gu@u.tsukuba.ac.jp