

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2013年度（後期）在宅医療研究への助成 報告書

在宅療養者とその家族への心理的支援の在り方に関する研究

研究代表者 水上 喜美子
仁愛大学人間学部心理学科
〒915-8586 福井県越前市大手町 3-1-1
Tel : 0778-27-2010 FAX : 0778-27-1990

共同研究者 加藤 のぞみ
仁愛大学附属心理臨床センター

提出日：平成 26 年 3 月 2 日

【研究の背景】

我が国は少子化とともに高齢化が進む中で、国の政策方針として「可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護が受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す」という目標のもと在宅医療体制の整備が推進されてきている。この在宅医療の対象となる患者は小児から高齢者までと年齢層は幅広く、疾患も癌から認知症や難病および精神障害までと多岐の領域にわたる。居宅が医療の場と位置づけられ、療養計画に基づく訪問診療と訪問看護を主たる要素としておこなわれる在宅療養を選択する者の割合が増加する中で、良質な在宅医療の実践が求められている。

杉本・河原ら（2005）は、在宅ホスピスケアを受けた患者と家族のニーズ調査を実施した結果、在宅では主介護者をはじめとする家族は、身体的負担だけでなく心理的負担も大きいことを明らかにした。福井（2012）は、末期がん患者が抑うつや不安といった精神症状を有した状況での在宅移行は難しく、病院だけでなく在宅における心理的ケア提供の体制構築が急務であると指摘している。さらに、看取り後の遺族ケア（グリーフケア）の実践の必要性も指摘されており（小野,2011）、このケアにおいて情緒的サポートだけでなく、日常生活の問題に対する直接的な援助である道具的サポート、悲嘆や悲哀のプロセスなどについての知識を提供する情報的サポート、グリーフセラピーなどの治療的介入が必要であると言われている（坂口,2005）。すなわち、在宅療養中だけでなく療養後も患者だけでなく家族も心理的な問題を抱えることが予測され、心理的ケアや心理教育および家族支援などを専門的におこなう医療従事者として臨床心理士が果たす役割は大きいと考えられる。しかし、在宅医療の現場で活躍する臨床心理士は少なく、その役割も明確にされていないのが実状である。

終末期患者に対する在宅緩和医療のクリニックで臨床心理士としての経験をもつ川居（2009）は、在宅では目の前にいる人物の視点（ミクロ）だけでなく、包括的な視点（マクロ）で問題を捉える必要があり、在宅における心理士の存在は医療者と家族という主役を支える黒子のようにであると指摘している。そして、臨床心理士は顕在化する問題だけでなく、潜在的な問題も含めてこれから起こりうる問題を予測しそれらを回避できるように家族や医療者に対して予防的にはたらきかけることも大きな役割だと述べている。つまり、患者を含む家族全体の不安や混乱を援助するだけでなく、家族システムやライフサイクルも視野に入れた家族療法的視点をもってアセスメントをしながら、心理的支援をおこなうことが重要だと考えられる。このように、在宅療養という医療チームの中での臨床心理士はコンサルテーションやコーディネーターとしての役割を求められることが多いことが推察される。しかし、療養中に生じてくるころの問題に自らの意志で向き合うことを望む患者や家族もいると考えられ、心理士がカウンセリングという形での直接的な心理的支援を提供することには意義があると考えられる。

そこで本研究では、在宅医療の現場で、在宅医療を利用する患者や家族がどのような心理的支援を求めるのかを明らかにすることを目的とした。本研究は、研究Ⅰと研究Ⅱからなり、研究Ⅰでは、臨床心理士がカウンセリングという形での心理的支援を提供することを伝えた時に、患者や家族からどのぐらいのニーズがあるのかについて検討した。対象者は、短期的に在宅療養を利用する可能性の高い患者とその家族、さらに在宅療養中に看取りを終えた家族とした。研究Ⅱでは、長期的に在宅療養を利用する可能性が高い難病児や重症心身障害児（者）を抱える両親を対象とし、両親がどのような心理的支援を求めているのかについて質問紙調査によって検討することを目的とした。

【研究 I】

1. 目的

生命の危機に瀕している家族や障害を抱える家族をケアする際に、介護家族はこれまで経験したことのない状況に直面し、新たな環境へ適応する柔軟性が求められる。すなわち、治療過程や治療後に生じた患者やその家族の心理的な苦悩を軽減し、幸福を追求するために臨床心理士が果たす役割は大きいと思われる。しかし、在宅医療の現場で活躍する臨床心理士は少なく、患者やその家族への心理的支援や家族ケアが十分に行われているとは言い難い。また、在宅医療における多職種連携における臨床心理士の立場も十分には確立されておらず、チームや組織のレベルでどのような役割を果たすべきかといった問題を抱えている。

在宅医療の場合、患者とその家族に対してカウンセリングといった直接的な心理的支援が望ましいのかどうかを検討するために、カウンセリングを希望する対象者の特性やニーズを明らかにし、在宅療養中に患者や家族がどのような理由で心理的支援を求めるのかを明らかにすることとした。

2. 方法

2-1) 対象者

まず、現在、Aクリニック（在宅療養支援診療所）を利用する患者 212 名とその家族を対象とした。患者の疾患の内訳は、認知症 58 名（27.36%）、悪性新生物 32 名（15.09%）、小児疾患 27 名（12.74%）、脳血管障害 20 名（9.43%）、整形疾患 16 名（7.55%）、循環器系疾患 14 名（6.60%）、神経系疾患 11 名（5.19%）、糖尿病 8 名（3.77%）、消化器系疾患 7 名（3.30%）、精神疾患 6 名（2.83%）、呼吸器疾患 3 名（1.42%）、その他 10 名（4.72%）であった。

次に、過去 1 年の間に、A クリニックを利用して看取りをおこなった患者 73 名と在宅療養を利用していたが病院で終末期を迎えた 19 名の家族を対象とした。療養時の患者の疾患の内訳は、認知症 11 名（11.96%）、悪性新生物 48 名（52.17%）、脳血管障害 7 名（7.61%）、循環器系疾患 7 名（7.61%）、神経系疾患 2 名（2.17%）、呼吸器疾患 3 名（3.26%）、その他 14 名（15.22%）であった。

2-2) 手続き

クリニックの 1 室でカウンセリングができるように環境を整備し、心理検査や心理検査用紙などを購入し設置した。A クリニックを利用している方には訪問診療の際に、対象者もしくはそのご家族に、訪問スタッフが直接説明しチラシを配布した（資料 1 参照）。また、クリニックの利用を終えた対象者には、案内文と共にカウンセリングのチラシを同封し、郵送した（資料 2 参照）。

今回のカウンセリングは有料カウンセリングとし、県内の他のクリニックなどの料金を参考に 1,500 円に設定した。初回カウンセリングは 90 分とし、現在困っていることや悩んでいること、カウンセリングに希望していることなどを聴き、今後の進め方について一緒に話し合いをすることとした。その後、継続を希望する方には、継続カウンセリングを実施することとした。

2-3) 倫理的配慮

A クリニックのスタッフに対して、研究内容を説明し承諾を得た。対象者に対しても、その権利を保護するために、守秘義務や参加の自由などについて配慮することを口頭および文書で説明し同意を得た。

3. 結果および考察

まず、療養中の患者の家族から、チラシを配布後1週間以内に電話でのカウンセリングの申し込みがあった。表1には、2件のカウンセリング申込者の内訳とその内容を示した。どちらも主介護者で、介護により生活や家族関係が変化し、そのことに上手く対応できず混乱しているという状況であった。AさんとBさん共に、介護をめぐるきょうだいとの関係について語られ、「親の介護」に向き合ったときに、これまでのきょうだいとの関係に変化が生じることが推察された。

表1 現在、在宅療養中の患者の家族からのカウンセリングの申し込み内容

申込者	相談内容	継続
Aさん：主介護者 (60代、長女)	・自分自身のことについて ・自分の生き方について	継続希望
Bさん：主介護者 (50代、三女)	・仕事と介護の両立について ・親子や兄弟間関係について	初回のみ

次に、看取りを終えた家族からも、チラシ配布後1週間以内に電話でのカウンセリングの申し込みが2件あった(表2参照)。Cさんはカウンセリングの継続を希望したが、Dさんは1回のみ面接で終了となった。Cさんは看取りを終えて8か月間経過しているが故人のいない環境に適応することに困難を抱えており、Dさんは看取りを終えて1ヶ月ほどしか経っておらず、大切な友人を亡くしたという喪失の事実を受け入れようとしている様子であった。また、自分自身の日常生活の問題に対する直接的な援助を求めての来談でもあった。

表2 看取りを終えた家族からのカウンセリングの申し込み内容

申込者	死亡時期	相談内容	継続
Cさん：主介護者 (70代、夫)	X年4月	・寂しさについて ・自分の生活について	継続希望
Dさん：主介護者 (50代、知人)	X年12月	・個人に対しての思い ・今後のこと	初回のみ

ウォーデン(1991/1993)は、グリーフカウンセリングとグリーフセラピィを区別しており、前者は通常の複雑でない悲嘆を対象にして、適度な期間内に悲嘆の課題が上手く成就できるように援助するものであるのに対して、後者は通常でない複雑な悲嘆反応を示す人たちへの専門的な援助であると述べている。今回の対象者は、どちらも通常の悲嘆の課題に向き合っておりグリーフカウンセリングの対象であると考えられた。近親者との死別体験は重要なライフイベントであり、死別後にみられる一定の喪失感や悲嘆反応は、ある意味正常な心理反応であると考えられ、このプロセスを経るなかで新しい生活への適応がなされていくことが予測される。Cさんは、配偶者を亡くした人の家族会などにも参加するようになり、新たな社会関係を作ることで、悲嘆に対処しようとしていた。故人との生前の関係や治療および周囲状況が一人ひとり異なることや死別後の心理過程も経時的に変遷するものではないことを考慮した上で、心理的支援をしていくことが必要だと考えられた。

【研究Ⅱ】

1. 目的

医療技術の向上や介護機器の進歩、環境の改善とともに在宅で生活する重症心身障害児（者）（以下、重症児（者））が増えてきている。三重県の小児在宅支援の現状調査からは、医療依存度の高い患児を受け入れる訪問看護やレスパイト入院先および通園施設等利用可能な社会資源が少ないことや介護にあたる母親の肉体的および精神的な負担が大きいことが報告されている（鈴木・地崎ら,2010）。菊池（2013）は、重障児（者）と家族に対する地域生活支援の現状を検討した結果、主介護者である母親の療育上の負担は、社会資源よりも悩みなどを共有できる家族会などによって軽減されていることを述べている。また、重症児（者）が在宅生活を継続するためには関係機関の連携だけでなく、その会議に家族も参加し家族が中心的な役割を果たすことが重要であると指摘している。つまり、一日でも長く家族と一緒に自宅で過ごすためには、社会資源を拡充するだけでなく家族への心理的支援も必要であると考えられる。

そこで本研究では、母親だけでなく父親も対象にした質問紙調査を実施し、両親が求める小児在宅医療の在り方を明らかにし、どのような心理的支援が必要なのかを考察することとした。

2. 方法

2-1) 調査対象者

A 在宅医療クリニックを利用する小児患者の父親 12 名、母親 14 名であった。ここで、両親のペアは 12 組であった。このうち父親 5 名と母親 10 名からの回答が得られた。なお、夫婦での回答が得られたのは 5 組であった。父親の年代は、30 代が 1 名、40 代が 2 名、50 代が 2 名であった。また、母親の年代は、30 代が 4 名、40 代が 4 名、50 代が 1 名、60 代が 1 名であった。子どもの平均年齢は 14.3 歳であったが、2 歳から 40 歳と幅広い年齢範囲であった。性別は、男性 4 名と女性 6 名であった。

2-2) 質問紙の構成内容

質問紙は次の①～⑦から構成した。ここでは、主に①～⑥について報告をする。

- ①小児在宅医療の利用のきっかけ：在宅医療を利用するようになったきっかけを尋ねた。
- ②在宅医療の継続：在宅療養を継続するために重要だと思うことを「日常の医療機関との連携」や「親同士の情報交換」といった 14 の選択肢（その他を含む）の中から 3 つを選択するように求めた。
- ③小児在宅医療を推進するために必要な条件：根津・富和（2012）などの先行研究を参考に「医療的支援の充実」や「生活・介護支援の充実」などの 12 項目を抽出し、「必要ではない」から「必要である」の 7 件法で回答を求めた。得点が高いほど必要な条件であると感じている。
- ④在宅医療や介護サービスを利用してからの変化：サービスの利用により変化したことについて自由記述で回答を求めた。また、今後も在宅医療を利用したいかどうかを尋ねた。
- ⑤家族の関わりに関する状況：支援内容や子どもと関わる時間などについて、10 ずつ目盛がふられている 100 までのスケールを用いて評価させた。
- ⑥子どもに対する思い：子どもが望む生活ができているかなどについて自由記述を求めた。
- ⑦両親の心的状態：川井ら（2003）が作成した母親用文章完成法（M・SCT）と父親用文章完成法（F・SCT）と状態自尊感情尺度（阿部・今野,2007）を用いた。

2-3) 調査手続き

施設のスタッフが、送迎時に利用者の親に調査票を配布した。対象者には依頼書と調査票および返信用封筒を同封したものを渡し、郵送法での回収とした。回答への謝礼として500円の図書券を配布した。

2-4) 倫理的配慮

本調査は、仁愛大学倫理委員会の承認を得て行なわれた。

3. 結果および考察

3-1) 在宅医療を利用するようになったきっかけについて

在宅医療を利用するようになった一番のきっかけを表3に示した。この結果、病院の医師の紹介によって在宅医療を利用する人が多いことが認められた。その他では、Aクリニックに併設する児童デイサービスを利用するた

め、他の施設を利用するために必要だったからなどの回答がみられた。父親の回答には、母親が在宅医療の利用を希望したことが利用のきっかけになったとの回答もみられ、医療や福祉サービスの利用に際し母親が主導となって選択していることが推察された。

表3 在宅医療を利用するようになったきっかけ (N=14)

内容	父親	母親	人数
病院の医師に紹介されて	2	3	5 (35.71%)
友人に紹介されて	0	1	1 (7.14%)
インターネットや雑誌でみつけて	0	0	0
病院への通院が困難だったから	0	0	0
24時間サポートしてもらえるから	1	1	2 (14.29%)
配偶者が利用したいと言ったから	2	0	2 (14.29%)
病院よりも家で過ごしたかったから	0	0	0
その他	0	4	4 (28.57%)

() 割合を示す。

3-2) 在宅療養を継続するための要因について

在宅療養を継続するために必要な要因について、14の選択肢から3つを選択するように求めた(表4参照)。この結果、在宅医療を継続するためには、日常の医療機関との連携、子どもの体力の安定、緊急時の医療機関との連携、医療者との情報交換や心理的な支援の順で必要だと考えられていた。また、心理的な支援については、母親よりも父親の方が重要だと考えていることが認められた。まずは、親が日常や緊急時の医療機関との連携関係がとれていると感じていることが、在宅療養の継続にもつながると考えられた。

表4 在宅医療を継続するための要因について (N=14)

内容	父親	母親	人数
日常の医療機関との連携	2	7	9 (64.29%)
緊急時の医療機関との連携	2	3	5 (35.71%)
訪問看護の利用	2	1	3 (21.43%)
福祉サービスの利用	0	2	2 (14.29%)
医療者との情報交換	1	3	4 (28.57%)
親同士の情報交換	2	1	3 (21.43%)
子どもの体力の安定	1	5	6 (42.86%)
家族の協力	1	2	3 (21.43%)
介護者の介護力	1	2	3 (21.43%)
経済力	0	0	0
障害者手帳の取得	0	0	0
心理的な支援	3	1	4 (28.57%)
地域住民の理解	0	0	0
その他	0	0	0

*複数回答 () 割合を示す。

3-3) 小児在宅医療を推進させていくために必要な条件について

小児在宅を推進させていくために、どのような条件が必要なのかを7件法で尋ねた結果、どの項目の得点も高く、対象者が必要性を感じていることが示された(表5参照)。特に医療的支援やレスパイトケアの充実については必要であると答える人が多かった。一方、地域住民の小児在宅医療に関する理解や障害をもつきょうだいへの支援については得点がやや低かった。心理的な支援については、母親よりも父親の得点が低く、標準偏差の値もやや高いことより支援を求める人とそうでない人に分かれることが考えられた。さらに、下記の要因の他に、支援者の質の向上や同じ病気をもった親同士のネットワーク、学校との連携、入浴サービスなどの充実も必要だという回答がみられた。

大阪発達総合療育センターが重症心身障害児のショートステイの現状と課題を調べた調査(竹本・船戸・馬場・飯島・柏木,2014)からも、ベッドの不足や急なキャンセルの対応および体調不良時の対応、同じ医療的ケアでも病院と主治医および家族によるやり方が違うことなどが課題として挙げられ、レスパイトケアを含めたショートステイの充実が、在宅支援の大切なキーになると指摘されている。今回の調査からも、レスパイトケアの充実は最も得点が高く家族が望む支援の一つであることが示された。このようなショートステイ事業所などの短期施設の充実といった社会的環境だけでなく、福祉避難所の確保などの災害時支援も地域で安心して暮らし続けるためには重要であると思われる。

表5 在宅医療を継続するための要因について

項目	父親 (N=5)	母親 (N=10)	合計
医療的支援(訪問診療、訪問看護など)の充実	7.00	6.70 (0.67)	6.80 (0.56)
生活・介護支援(ホームヘルパーなど)の充実	7.00	6.20 (1.14)	6.47 (0.99)
レスパイトケア(短期入所施設など)の充実	7.00	6.90 (0.32)	6.93 (0.26)
介護サービス(ホームヘルプサービスや移動支援)の充実	6.60 (0.89)	6.20 (1.14)	6.33 (1.05)
相談支援専門員などのコーディネーターの増員	6.20 (1.10)	5.90 (1.10)	6.00 (1.07)
小児在宅診療医や看護師の増員	6.40 (0.89)	6.30 (0.95)	6.33 (0.90)
医療機関からの医学的知識の提供	5.40 (1.52)	6.60 (0.84)	6.20 (1.21)
心理的な支援(相談・カウンセリングなど)	5.80 (1.64)	6.50 (1.08)	6.27 (1.28)
医療機器の性能の向上	5.60 (1.14)	6.10 (0.99)	5.93 (1.03)
地域住民の小児在宅医療に関する理解	5.60 (1.14)	5.40 (1.35)	5.47 (1.25)
障害をもつきょうだいへの支援	5.50 (0.58)	5.40 (2.07)	5.00 (1.70)
災害時の支援(福祉避難所の確保など)	6.20 (1.10)	6.80 (0.63)	6.60 (0.83)

() 標準偏差を示す。

3-4) 在宅医療や介護サービスの利用について

在宅医療や介護サービスを利用することによって子どもや家族に変化がみられたかどうかを尋ねた結果、すべての回答者が「変化がみられた」と感じ、今後も在宅医療を利用したいと回答していた。

ここで、どのような変化が見られたのかについて、自由記述をもとに内容を分析すると4つのカテゴリーに分類することができた(表6参照)。在宅医療を利用することによって「心のゆとりが獲得」されたと感じている人が多いことが認められた。さらに、気楽に医療的な相談ができるようになり、24時間の医療サービスを利用することによって「安心した生活」が送れるようになったと感じていることが明らかになった。医療サービスなどを利用し、医療提供者が家族の生活に積極的に関与し、個別的な関わ

りがなされることによって、介護負担の軽減だけでなくオーダーメイドのケアにもつながっていることが推察される。このことが、親の時間がもてることや心にゆとりができることおよび子どもの成長に関心が向けられることにもつながっていると考えられる。

表6 在宅医療サービスを利用することによる変化 (N=14)

カテゴリー	人数	内容
安心した生活	5	相談できる分、安心感が多くなった。安心して暮らせるようになった。
心のゆとりの獲得	7	親の負担が軽くなった。気持ちのモチベーションが変わった。
自分の時間の確保	2	親の時間が増えた。自分の時間や他のきょうだいとの時間が増えた。
子どもの成長	4	笑みがみられるようになった。子どもの成長がみられる。
その他	1	他のサービスが利用できるようになった。

3-5) 在宅における親の子どもへの関わりについて

今回の対象者の子どもたちは、人工呼吸管理 (5名)、酸素療法 (4名)、吸引 (8名)、吸入 (3名)、経管栄養 (6名) などの医療的ケアを受けていた。在宅サービスについても、訪問診療 (5名)、訪問看護 (8名: 定期・不定期含む)、訪問入浴 (3名)、訪問リハビリ (3名) や福祉型発達支援センターや短期入所などの福祉サービスを利用していた。

まず、1日のうちで父親と母親がどのような関わりをおこなっているのかについて調べた(表7参照)。この結果、父親と母親ともに食事の準備や介助に関わっていることが認められた。外出に伴う着替えなどの身支度やリハビリや病院などの送迎は、母親が中心に行っていることが示された。子どもと一緒にビデオを見たりおしゃべりをしたり、遊ぶなどの項目を挙げた人は少なく、主に生活で必要なケアに関わりとして挙げている人が多かった。

次に、1日のうちでお子さんと関わっている時間を100としてどの程度関わっているかを尋ねたところ、父親は母親が79.6 (標準偏差7.13)、父親(自分)が14.4 (標準偏差6.07) と評価していた。母親は、母親(自分)が69.7 (標準偏差17.1)、父親が27.6 (標準偏差15.2) と評価していた。この他にも、きょうだいや祖父母の関わりを挙げる人が4名であった。

重症児・者の主たる介護

表7 在宅での両親の関わり (N=14)

	父親 (N=5)		母親 (N=9)	
	人数	人数	人数	人数
者は母親であり、他の人の協力が得られず一人で抱え込む場合が多いとも言われており、家族内での介護者が複数存在できるようになることが望まれる。医療提供者が積極的に、吸入や吸引などの医療的ケアの指導を母親以外の家族にも実施していくことが必要であると考えられた。	食事の準備や介助	5	食事の準備や介助	9
	入浴やその準備	3	入浴やその準備	6
	排泄の介助や片付け	2	排泄の介助や片付け	7
	一緒にビデオを見る	1	吸入・吸引	4
	寝かしつけ	1	洗濯や掃除	5
	夜間の介護 (体温や室温の管理)	1	呼吸器装着や器具のケア	2
	外出準備	1	外出準備 (身支度)	5
			体調管理	1
			嘔吐の片付け	1
			送迎 (リハビリや病院)	7
			ストレッチ	1
			一緒に遊ぶ・おしゃべり	2
			抱っこなどのふれあい	2

3-6) 子どもの望む生活について

お子さんが望む生活ができているかどうかを尋ねた結果、「できていると思う」と回答した人は4名であった。一方、「できていないと思う」と回答した人は3名、「分からない」と回答した人は3名であった。また、子どもが望む生活はどんな生活かについて自由記述で回答を求めた(表8参照)。表より、子どもが望むことは、病院ではなく家で家族と過ごすことであり、親は子ども自身が主体となって自主的に自分の生活を築くことを望んでいることが明らかになった。しかし、母親自身が子どもに十分に接することができていないという内容もあり、もっと子どもは自分(母親)に見守っていてほしいと感じているのではないかという想いを抱くことも示された

前盛・岡本(2008)は、重症心身障害児の母親における障害受容の過程を検討した結果、「ショック」「否認」「情緒的混乱」「努力」「あきらめ」「とらわれ」「感受」「視点の獲得」「共生」「分離」の10の局面があることを指摘している。ここで、母親が子どもの障害を受容した後も、子どもの意思や感情をくみ取りわずかな発達や変化に気づく「感受」や子どもの人生と自己の人生は別のものであるという心理的な「分離」に至ることを述べている。今回の調査からも、家で家族と過ごす生活を望む親は、日常生活の中で子どもの意思や感情をくみ取る経験を通して子どもとの世界を築く楽しさを感じていることが推察された。また、子どもの自立を望む親は、ある程度自分と子どもとの分離意識が芽生え、個としての自立が意識されているとも考えられた。

介護者にも高齢化の波は押し寄せてきており、親が介護できるときには介護をおこない、介護できなくなったときには施設に子どもを預けるというのではなく、子どもが望む生活を早い段階から見据えて新たなシステム作りを検討していくことが重要だと考えられた。

表8 子どもが望む生活について (N=14)

カテゴリー	人数	内容
家で家族と過ごす生活	5	家族みんなで毎日楽しく過ごすこと。家族で一緒に暮らす生活。
子どもの自立ができている生活	4	一人での生活。日中は学校や福祉施設で過ごし、夕方は自宅。土日曜日は自宅で父や母と過ごすのが理想。日々の忙しさに100%みてあげられない。最近では、忙しく、あまり遊んであげられない。毎日のように預けられるとは思っていなかったのでは。
子どもが親に見守られている生活	3	

【総合考察】

まず、在宅医療という新たな心理臨床家の活動の場において、「カウンセリング」という形で患者やその家族に心理学的援助を提供し、どのようなニーズがあるのかを検討した。この結果、療養中の患者からのカウンセリングの希望はなく、患者を介護する娘からの申し込みがあった。また、看取りを終えた家族からは、主介護者であった家族からの申し込みがあった。どちらも2件と数は少なかったが、在宅医療という場においても、自らの意志で心理的援助を求める人がいるということが明らかになった。申し込み者は、家族介護者の方や大切な人を死別により亡くした方であり、いずれの場合も受け入れがたい困難な事態を抱えているという共通点がみられた。このような困難な事態を受け入れる時には、患者だけでなくその家族にも心理的変容が生じることが認められ、家族を視野に入れた支援が必要であると考えられた。事例からは、生活環境や性格などの個人差の問題だけでなく、夫婦や親子およびきょうだいといった家族との相互作用的な関係性が影響していることも考えられ、カウンセリングという場において個別での心理的支援を提供することは必要だと思われた。

次に、重症心身障害児・者の両親が求める小児在宅医療の在り方を明らかにし、どのような心理的支援が必要なのかを検討した結果、在宅医療を継続するためには日常や緊急時の医療機関との連携だけでなく、子どもの体力の安定や医療者との情報交換や心理的な支援が必要であることが示された。また、在宅医療や介護サービスを利用することによって、安心した生活や心のゆとりが獲得されることが明らかになった。今回の調査から、父親も心理的支援の必要性を感じていることより、母親のみではなく夫婦単位での心理的支援を検討していくことが重要だと考えられた。ここで、真木（2004）は重症児を抱える母親に心理士へのニーズを尋ねた結果、相談するよりも自然に関われる存在であることや子どもに関わる看護師や担任などのサポート者へのコンサルテーション的役割を求めていることを指摘している。このことより、心理士は両親から顔の見える位置で心理的支援を実践していくことが望まれていると考えられる。さらに、子どもの望む生活としては、家庭で家族と共に過ごすことを基盤として子どもの自立を期待している一方で、関わりの不十分さを感じていることが認められた。このように自立と関わりの中で揺れる気持ちを聴き、整理していくことも心理士に求められる役割であると考えられた。今回は、対象の数も少なく、障害の程度や対象児の年齢による相違などについては詳細に検討することができなかったが、今後さらにデータを増やし子どもの発達に即した心理的なケアの在り方を検討していきたい。

以上のことより、在宅医療における心理士は、患者や家族だけでなく医療スタッフも心理的支援を求めやすい立場で心理士としての役割をこなすことが重要だと考えられた。川居（2009）は、在宅医療では、家庭という固有の文化をもつ場に医療者がお客として訪問し、家族とともにケアをおこなうことになるため病院の医療者よりも近い存在と認識され、患者や家族が抱える不安な思いを投げかけられることがあると報告している。このように、医療スタッフは、身近な存在として患者や家族に関われるというメリットがある一方で、危機的な状況に巻き込まれやすいというデメリットも持ち合わせている。心理士は患者やその家族だけでなく、そこに関わる医療や福祉スタッフも含めた一つのまとまりとして全体を捉える視点を持ち、様々な立場の人の思いをしっかりと受け止めながら支援していくことが大切だと思われる。また、多職種で連携をとりながら、患者や家族に応じた心理的支援の方法を構築していくことが求められていると考えられた。

【文献】

- 阿部美帆・今野裕之 (2007). 状態自尊感情尺度の開発 パーソナリティ研究, 16, 36-46.
- 福井小紀子 (2012). 地域全体をとらえた緩和ケア提供体制のあり方：緩和ケア推進のために心身医学と看護学が貢献できること 心身医学, 52, 631-637.
- 川井尚・庄司順一・安藤朗子・武島春乃 他 (2003). 父親・男性研究 (3) F・SCT (父親用文章完成法)による検討 日本子ども家庭総合研究所紀要, 40, 165-187.
- 川居利有 (2009). 在宅緩和医療サービスにおける心理士の役割 緩和医療学, 11, 223-229.
- 菊池紀彦 (2013). 重症心身障害児(者)と家族に対する地域生活支援の現状と課題 特殊教育学研究, 50, 473-482.
- 前盛ひとみ・岡本祐子 (2008). 重症心身障害児の母親における障害受容過程と子どもの死に対する捉え方との関連 心理臨床学研究, 26, 171-183.
- 真木典子 (2004). 在宅重度重複障害児・者の母親の心理とサポートのニーズに関する一研究 九州大学心理学研究, 5, 263-272.
- 根津智子・富和清隆 (2012). 重症心身障害児等の在宅医療に関する実態調査 日本小児科学会雑誌, 116, 1244-1249.
- 小野若菜子 (2011). 訪問看護ステーションにおける家族介護者へのグリーフケアの実施に関する全国調査 日本在宅ケア学会, 14, 58-65.
- 坂口幸弘 (2005). グリーフケアの考え方をめぐって 緩和ケア, 15, 276-279.
- 杉本 正子・河原 加代子・高石 純子・後藤 志保・川村 牧子・リボウィッツ 志村よし子・荒賀 直子・秋山 正子 (2005). 在宅ホスピスケアを受ける患者と家族のニーズ：在宅ホスピスを選択した遺族への調査 日本保健科学学会誌, 8, 38-45.
- 鈴木志保子・地崎真寿美・井澤貴代美・前田多見・佐々木知香・平松紘子・内田恵一 (2010). 本院における小児在宅支援の現状と課題 三重医学, 53, 1-5.
- 竹本潔・船戸正久・馬場清・飯島禎貴・柏木淳子 (2014). 療育施設におけるショートステイの現状と課題 日本小児科学会雑誌, 118, 755-761.
- Worden, J.W. (1991). Grief counseling and grief therapy : a handbook for the mental health practitioner. ウォーデン, JW. 鳴澤實 (監訳) (1993). グリーフカウンセリングー悲しみを癒すためのハンドブック 川島書店.

【謝辞】

調査をおこなうにあたりご協力くださいましたすべての方々に深謝いたします。

【付記】

本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団助成を受けて行われたものです。

【資料1】 配布したカウンセリングのチラシ

◎カウンセリングのご案内

ひとりで悩まずに、
お気軽にご相談ください。



そんな時
カウンセリング
では

- 自分の気持ちを整理できるように、ゆっくりと話を聴きます。
- どのように過ごしていくといいのか、一緒に考えていきます。
- 安心して生活を送るために必要な知識や、日常生活上の情報をお知らせします。

相談の流れ

- **利用可能な方**
訪問診療をご利用されている方、またはご家族
- **相談受付**
訪問診療時、もしくはお電話にてお申し込みください。
初回カウンセリングの日時を、担当者より電話にてお知らせします。
【受付時間】 月～金 12:00～16:00
- **初回カウンセリング**
今、困っていることや悩んでいること、カウンセリングに希望していることなどをじっくりお聴きして、今後の進め方について一緒に話し合います。また、「まずは一度相談したい」と思っている方には、必要に応じて情報提供やアドバイスを行います。
(内容によっては、より適切と思われる機関をご紹介する場合があります)
- **カウンセリングの開始**
期間・回数・時間などを決定し、継続的なカウンセリングをはじめていきます。

【相談日】 月曜日

【相談時間】 50分
(初回カウンセリングのみ 90分)

【相談場所】 _____
もしくは自宅など

【料金】 1,500円

- ※ 相談内容について、秘密は厳守します。
- ※ 専門の臨床心理士が相談に乗ります。
- ※ 相談は、予約制になっております。
- ※ 電話相談はおこなっておりません。

【資料2】 配布したカウンセリングのチラシ

◎カウンセリングのご案内

ひとりで悩まずに、
お気軽にご相談ください。



そんな時
カウンセリング
では

- 自分の気持ちを整理できるように、ゆっくりと話を聴きます。
- どのように過ごしていくといいのか、一緒に考えていきます。
- 安心して生活を送るために必要な知識や、日常生活上の情報をお知らせします。

相談の流れ

- **利用可能な方**
訪問診療をご利用されていた方のご家族
- **相談受付**
お電話にてお申し込みください。
受付後に、初回カウンセリングの日時を、担当者より電話にてお知らせします。
【受付時間】 月～金 12:00～16:00
- **初回カウンセリング**
今、困っていることや悩んでいること、カウンセリングに希望していることなどをじっくりお聴きして、今後の進め方について一緒に話し合います。また、「まずは一度相談したい」と思っている方には、必要に応じて情報提供やアドバイスを行います。
(内容によっては、より適切と思われる機関をご紹介する場合があります)
- **カウンセリングの開始**
期間・回数・時間などを決定し、継続的なカウンセリングをはじめていきます。

【相談日】 月曜日

【相談時間】 50分
(初回カウンセリングのみ 90分)

【相談場所】 _____
もしくは自宅など

【料金】 1,500円

- ※ 相談内容について、秘密は厳守します。
- ※ 専門の臨床心理士が相談に乗ります。
- ※ 相談は、予約制になっております。
- ※ 電話相談はおこなっておりません。