原　著

# パーキンソン病患者の主介護者を対象とした介護負担感と患者の主治医による情緒的サポートとの関係
## ～主介護者が認知する家族機能に着目した多母集団同時分析～

# Relationship between caregiving burden in primary caregivers of patients with Parkinson's disease and emotional support by patients' attending physicians: Simultaneous analysis of several groups focusing on the cognitive evaluation of family function by primary caregivers

仲井　達哉[1)、2)]、杉山　京[1)、3)]、倉本　亜優未[4)]、竹本　与志人[4)]
Tatsuya NAKAI[1) ,2)] , Kei SUGIYAMA[1) ,3)] , Ayumi KURAMOTO[4)] , Yoshihito TAKEMOTO[4)]

1）岡山県立大学大学院　保健福祉学研究科
2）川崎医療福祉大学　医療福祉学部
3）日本学術振興会　特別研究員 DC1
4）岡山県立大学　保健福祉学部
1）Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University
2）Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare
3）Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science DC1
4）Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

## 抄　録

【目的】本研究は、パーキンソン病患者の主介護者の介護関連ストレスの軽減に寄与する公的サポートの存在を明らかにすることをねらいに、主介護者の介護負担感と患者の主治医による情緒的サポートとの関係を、主介護者が認知する家族機能を考慮して検討することを目的とした。

【方法】研究対象者は、A 県内および B 県内の 4 医療機関の外来へ通院ならびに通所介護事業所 1 施設を利用するパーキンソン病患者の主介護者 381 名とし、無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査内容は、主介護者の基本属性のほか、介護負担感、患者の主治医による情緒的サポート、家族機能に関する項目などで構成した。分析には 134 名のデータを用い、患者の主治医による情緒的サポートと主介護者の介護負担感の関係については、主介護者が認知する家族機能を考慮した多母集団同時分析によるパス解析を用いて検証した。

【結果】家族機能良好群では、患者の主治医による情緒的サポートは介護負担感の 2 因子（「社会的活動の制限の認知」、「否定的感情の認知」）双方と有意な関連は認められなかった。家族機能不良群では、介護負担感の 2 因子双方に対して、患者の主治医による情緒的サポートが有意に関連していることが明らかとなった。

【考察】家族機能を不良と認知している主介護者においては、患者の主治医による情緒的サポートが介護負担感の軽減に対して有効に機能することが示唆された。今後は、サポートの前提となる患者の主治医との関係性を考慮した研究が求められる。

## Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate the relationship between caregiving burden in primary caregivers of patients with Parkinson's disease and emotional support by patients' attending physicians from the

standpoint of cognitive evaluation of family function by primary caregivers. This was expected to shed light on the existence of public support that contributes to reducing caregiving-related stress in primary caregivers of patients with Parkinson's disease.

Methods: The subjects of this study were 381 primary caregivers of Parkinson's disease patients using the outpatient clinics of four medical institutions and one adult day care center located in Prefectures A and B. Subjects answered an anonymous, self-administered questionnaire, which included questions about caregiving burden, emotional support by the patient's attending physician, family function as well as the basic attributes of the primary caregivers. The data of 134 subjects were subject to an analysis of the relationship between emotional support by patients' attending physicians and caregiving burden in the primary caregivers, in which a path analysis by means of simultaneous analysis of several groups was used to investigate this relationship from the standpoint of cognitive evaluation of family function by primary caregivers.

Results: In the group with good family function, emotional support by patients' attending physicians was not found to be significantly associated with the two factors of caregiving burden, "awareness of restrictions to social activity" and "awareness of negative feelings." In the group with poor family function, emotional support by patients' attending physicians was significantly associated with both caregiving burden factors.

Discussion: The results of this study suggest that emotional support by patients' attending physicians functions effectively to reduce caregiving burden among primary caregivers who are aware of poor family function. A future study will need to consider the relationships of patients with their attending physician based on this support.

キーワード：パーキンソン病、主介護者、介護負担感、主治医による情緒的サポート、家族機能

Key words：parkinson's disease, caregivers, care burden, emotional support by patients' attending physicians, cognitive evaluation of family function

## Ⅰ．緒言

パーキンソン病（以下､PD）は､黒質ドパミンニューロンの障害により、振戦、筋強剛、無動・寡動、姿勢反射障害などの運動症状を主体とした神経変性疾患である。加えて、自律神経症状や精神症状などの非運動症状を高い割合で併発することも指摘されており[1)]、極めて多彩な臨床症状を呈する疾患といえる。加齢とともに有病率は増加し、65 歳以上人口においては 10 万人あたり 300-500 人と推定され、現在の国内患者数は 14-15 万人と推計されている。

PD 患者の主介護者は、これら患者の運動症状、非運動症状への対処やそれに伴う介護や療養の支援はもとより、患者自身が抱える疾患受容過程の葛藤や生活上の苦悩を「病の伴走者」として同様に体験し、不安や葛藤に向き合っている[2)]。さらに PD 患者の主介護者を対象としたメンタルヘルスに関する疫学調査においては、その精神的健康度は一般人口に比して高い割合で障害されていることも報告されており[3)、4)]、主介護者の介護負担感に着目することの重要性が指摘されている[5)、6)]。

PD 患者の主介護者における介護負担感に関する国内外の研究レビュー[5)、6)]では、その関連要因の多くが PD 患者の症状や障害に由来する医学的要因であることが整理されている。また、仲井ら[7)、8)]は PD 患者の主介護者を対象に、介護負担感の関連要因を探索的に検証し、従前より報告されてきた疾患重症度や ADL といった患者の心身要因に加え、新たに主介護者を取り巻く人的環境・人的資源との関連性を指摘している。そのなかで、主介護者に介護代替者が存在する場合、その介護負担感は低く、また主介護者による家族機能に対する認知的評価が良好であれば、介護負担感は低いことが報告されている。しかし、その成果を踏まえた具体的介入策には言及しておらず、家族機能に対する認知的評価が不良である場合の対処および支援策の検討については課題を残しているといえる。

さらに、仲井らは前述した研究において、PD 診療

に携わる医師と主介護者との関係性が介護負担感に何らかの関与を及ぼしている可能性についても示唆している[7)、8)]。医師の診療姿勢やサポートの様相、関係性に焦点をあてた研究は、慢性疾患患者を対象に心理面への作用との関連が散見される程度であり[9)、10)、11)]、家族や介護者を対象とした研究においては、その視点から実証を試みた研究は見当たらない。しかし、難病医療においては、患者はもとよりその家族と医師との関係性は強固で、長期継続的な関係性が存在することが指摘されている[12)]。とりわけ PD 診療においては、患者への薬物治療といった手技にとどまらず、医師の態度や診療姿勢、また家族や介護者への情緒的な配慮が QOL を含む診療全般の成否に影響を及ぼすことも報告されている[13)、14)]。

French & Raven による社会的勢力の分類[15)] を参照すると、医師は社会的規範の観点から正当性勢力を有し、且つ専門性勢力を併有しており、社会的影響を高度に及ぼす存在といえる。これらの知見を勘案しても、医師による家族や介護者の精神的側面への関与・介入が適切且つ介護者にとって良質なものであれば、その有意性は高く、介護者にとって有効な心理的作用が期待できるものと推察する。

一方で、介護負担感に対するソーシャルサポートの効果という側面からは、多くの先行研究において、家族等の私的サポートが有効であるとされ、医療および福祉専門職の関与やそのサービス等の公的サポートは介護負担感の軽減に関与しなかったことが報告されている[16)、17)]。また桾本ら[18)] も、サポート源としては家族等による私的サポートが主要であるとし、公的サポートは副次的であると指摘している。

サポート源の選択においては、Cantor[19)] が「階層的補完モデル」を提唱している。階層的補完モデルは、サポート提供者としては家族・親族を最も好み、次いで友人や近隣住民、最後に公的支援を選択するというモデルである。このモデルでは､サポートの種類やニーズの内容に関わらず、形成された序列をもとに、階層（優先）順位の高い家族・親族からのサポート提供が叶わない場合に限り、次の序列へサポートを求めていくとされている。近年、社会構造の変化に伴い、家族構造・形態にも変化が生じてきている。それは、家族内の行動様式の変容にも通じ、家族のあり方が多様化していく一方で、家族内で協働する体制が維持できないなど、家族機能そのものの低下が垣間見られている[20)、21)]。本来、サポートを期待する階層順位の高い存在である家族が、その機能を十分に果たせていない状況が、近年の課題として潜在しているといえよう。

これら先行研究を踏まえ、PD 患者の主介護者における介護負担感とその周囲の人的環境に着目した場合、家族等の私的なサポートのみでは十分に補完し得ないケースも少なくないことが想定される。主介護者による家族機能の認知的評価が低下している場合、その介護負担感は高いとした報告[8)] を考慮するならば、私的サポートとは異なる関係性からの効果的なサポートが求められる。その役割については、患者の主治医（以下、主治医）との関係性、とりわけ主治医による情緒的なサポートが期待されるが、医師等の専門職からのサポートに主眼を置いた実証的な検証は見当たらない。このように家族形態の多様化に伴う実質的な家族機能の低下が、主介護者を取り巻く環境に潜在しているとするならば、本来はサポート源として階層順位の低い公的サポート、すなわち主治医によるサポートが効果的に機能する可能性を期待し、階層的補完モデルを援用した新たな介護者支援に向けた試みが求められる。

そこで、本研究では、PD 患者の主介護者の介護関連ストレスの軽減に寄与する公的サポートの存在を明らかにすることをねらいに、主介護者の介護負担感と主治医による情緒的サポートとの関係を検討することを目的とした。なお、本研究では、ソーシャルサポートにおける階層的補完モデルを考慮して、主介護者が認知する家族機能を踏まえた検討をすることとした。

## Ⅱ．方法

### 1．調査対象および調査方法

調査対象は、A 県内および B 県内における 4 医療機関の外来へ通院ならびに PD 対応型専門通所介護事業所を利用する PD 患者の主介護者 381 名とした。調査は無記名自記式の質問紙調査とし、各医療機関ならびに通所介護事業所を受診時または利用時に患者を通じて主介護者に質問紙を手渡した。調査の実施にあたっては、書面および直接対面し、各施設長に研究の趣旨、倫理的配慮等に関する説明を行い、調査票の配付に関する同意を得た。また、主介護者に対しては書面にて説明を行い、調査研究への口頭での承諾が得られた場合のみ配付し、調査票の返信をもって、研究参加の同意が得られたものとした。調査期間は、平成 28 年 4 月から 7 月の 4 ヵ月間とした。

なお、本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：15-093）。

### 2．調査内容

調査内容は、PD 患者の属性（罹病期間、診療形態、ADL）、主介護者の属性（性、年齢、患者からみた主介護者の続柄、就労の有無、副介護者の有無）ならび

に介護負担感、家族機能に対する認知的評価（以下、家族機能認知）、主治医による情緒的サポート等で構成した。

PD 患者の ADL 評価には、Katz Index[22] を用いた。本尺度は、入浴、更衣、トイレへ行く、移乗、排泄、食事に関する全 6 項目で構成されている。回答はそれぞれ「要介護：0 点」「自立：1 点」で求め、得点が高くなるほど自立していると判断される[23]。

介護負担感の測定には、Gerritsen ら[24] によって開発された Care-Giving Burden Scale の 8 項目版（以下、CBS-8）を用いた。CBS-8 は「（介護に伴う介護者自身の）社会的活動の制限の認知」と「（要介護者に対する）否定的感情の認知」の 2 因子で構成されている。仲井ら[7] の PD 患者の主介護者の研究、竹本ら[25] の血液透析患者の主介護者の研究などにおいて、上記尺度は 2 因子斜交モデルが成り立つことが確認的因子分析により確認されており、構成概念の交差妥当性が支持されている。回答は、「全くない：0 点」、「たまにある：1 点」、「ときどきある：2 点」、「しばしばある：3 点」、「いつもある：4 点」の 5 件法で求め、得点が高いほど介護負担感が高いことを意味する。

家族機能の認知的評価の測定には、竹本ら[26] の家族機能認知尺度を用いた。この尺度は Family Assessment Device[27] の日本語版[28]、[29] をもとに開発され、Olson[30] が先行研究から演繹的に導き出した三つの領域である「家族の凝集性：4 項目」「家族の適応力：4 項目」「家族のコミュニケーション：4 項目」の 3 因子（計 12 項目）で構成されている。本尺度も CBS-8 と同様に、PD 患者の主介護者を対象とした研究[8] などにおいて、3 因子二次因子モデルが成り立つことが確認的因子分析により確認され、構成概念の交差妥当性が支持されていることから、本研究において使用に耐えうるものであると考える。回答は、「よくあてはまる：1 点」「だいたいあてはまる：2 点」「あまりあてはまらない：3 点」「ほとんどあてはまらない：4 点」の 4 件法で求め、「家族の凝集性」と「家族のコミュニケーション」は逆転項目のため得点化を逆にし、家族機能が良くないと認知しているほど得点が高くなるよう設定した。

主治医による情緒的サポートについては、本調査研究の実施に先立ち、まず PD 患者 3 名および主介護者 1 名より、「患者の主治医の診療姿勢や態度、コミュニケーションの中で『嬉しかった』、『救われた』という経験」について半構造化面接を実施し、その内容を踏まえて項目を作成した。次いで、PD 患者およびその家族の支援に一定の経験を有する看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー（2 名）の計 4 名によるエキスパートレビューを経て、「自宅での患者さんの様子を説明する時間を与えてくれる」や「治療に対する希望を持たせてくれる」、「病気に対して一緒に向き合おうとしてくれる」などを含む 6 項目の設問を設定した。回答は、「全くそう思わない：0 点」「あまりそう思わない：1 点」「ややそう思う：2 点」「そう思う：3 点」の 4 件法で求め、得点が高いほど主治医による情緒的サポートを高く認識しているように設定した。

### 3. 解析方法

統計解析には回収された 168 名分の調査票のうち、介護負担感、家族機能認知、主治医による情緒的サポート等の項目に欠損値のない 134 名の資料（調査対象者の 35.2％；回答者の 79.8％）を用いた。なお、本研究では調査対象者により回答された調査データを有効に活用するという観点[31] より、PD 患者ならびに主介護者の属性等の回答に欠損値を有する標本も含め、解析を行った。

統計解析においては、第一段階として、本研究に使用する 3 つの尺度（介護負担感、家族機能認知、主治医による情緒的サポート）の構成概念妥当性を検討した。具体的には、介護負担感（CBS-8）については「社会的活動の制限の認知」と「否定的感情の認知」の 2 因子斜交モデルを、主治医による情緒的サポートについては 1 因子モデルを、家族機能認知については「家族の凝集性」「家族の適応力」「家族のコミュニケーション」を第一次因子とし、その上位概念として「家族機能認知」を第二次因子とする 3 因子二次因子モデルをおのおの設定し、カテゴリカルデータの推定法である重みづけ最小二乗法の拡張法[32]（以下、WLSMV）をパラメータの推定法に確認的因子分析を行った。

第二段階として、主治医による情緒的サポートと介護負担感の関係について、主治医による情緒的サポートを独立変数、介護負担感を従属変数とした因果関係モデルを設定した。モデルの検証においては、ソーシャルサポートの階層的補完モデルを理論的根拠に、主介護者にとってのサポート希求先として階層順位が高い家族との関係が形成不良である場合に限り、その階層順位が低位にある公的サポート、すなわち主治医からのサポートが有意なサポートとして知覚され、それにより介護負担感の軽減が図られるという仮説を設定した。そのため本研究では、主介護者における家族機能認知の合計得点を算出し、その平均点より分析対象者を高群（家族機能不良群）・低群（家族機能良好群）に分割した上で、両群ともに上記の因果関係モデルを

設定し、パス解析による多母集団同時分析（推定法：最尤法）を行った。

上記のモデル適合度の評価には、Comparative Fit Index（以下、CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEA）を用いた。これらの適合度指標は一般には CFI が 0.95 以上、RMSEA が 0.06 以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断され[32]、RMSEA が 0.10 以上であればそのモデルを採択すべきではないとされている[33]。また、パス係数の有意性は、非標準化係数を標準誤差で除した値で判断し、その絶対値が 1.96（5%有意水準）以上を示したものを統計学的に有意とした。また、構造方程式モデリングで検証された因子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなしたときの信頼性の検討には、Cronbach の α 信頼性係数を算出した。

以上の解析には、統計ソフト IBM SPSS 19.0 J for Windows ならびに Mplus version 7.2 を用いた。

## Ⅲ．結果

### 1．分析対象者の属性分布

主介護者の属性分布は表 1 に示すとおりであった。主介護者の性別は、男性 50 名（37.3%）、女性 83 名（61.9%）であり、平均年齢は 64.5 歳（標準偏差；12.3、範囲；22-88）であった。PD 患者との続柄は、配偶者が 93 名（69.4%）と最も多く、次いで子が 32 名（23.9%）であった。主介護者の就労状況は、「就労あり」との回答が 52 名（38.8%）であった。副介護者に関しては、「（代替者）あり」と回答した者が 55 名（41.0%）であった。主介護者からみた副介護者の続柄は、子が 25 名（18.7%）と最も多く、次いで兄弟姉妹が 17 名（12.7%）であった。

PD 患者の属性分布について、PD 診断後から現在までの期間を示す罹病期間は、平均 95.3 ヵ月（標準偏差；64.2、範囲；2-354 ヵ月）であった。患者の ADL は Katz Index を用いて評価し、入浴・更衣・トイレ移動・移乗・排泄の 5 項目において、6 割以上が自立と回答し、食事動作については、8 割以上が自立しているとの回答が得られた。

### 2．介護負担感の構成概念妥当性と信頼性の検討

主介護者の介護負担感（CBS-8）に関する回答分布については表 2 に示すとおりであった。2 因子斜交モデルの確認的因子分析の結果は、$\chi^2$（df）=35.674（18）、CFI=0.998、RMSEA=0.086 であり、統計学的な許容水準を満たしていた。α 信頼性係数は「社会的活動の制限の認知」が 0.964、「否定的感情の認知」が 0.731 であった。平均得点を算出した結果、「社会的活動の制限の認知」は 16 点満点で平均 5.5 点（標準偏差；5.2、範囲；0-16）であり、「否定的感情の認知」は 16 点満点で平均 4.2 点（標準偏差；3.8、範囲；0-14）であった。

### 3．患者の主治医による情緒的サポートの構成概念妥当性と信頼性の検討

主介護者の主治医による情緒的サポートに関する回答分布については表 3 に示すとおりであった。1 因子モデルの確認的因子分析の結果は、図 1 のとおり $\chi^2$（df）=12.467（8）、CFI=1.000、RMSEA=0.065 であり、統計学的な許容水準を満たしていた。α 信頼性係数は 0.924 であった。平均得点を算出した結果、18 点満点で平均 10.5 点（標準偏差；4.8、範囲；0-18）であった。

### 4．家族機能認知の構成概念妥当性と信頼性の検討

主介護者の家族機能認知に関する回答分布については表 4 に示すとおりであった。3 因子二次因子モデルの確認的因子分析の結果、$\chi^2$（df）=153.328（51）、CFI=0.967、RMSEA=0.122 であり、RMSEA において統計学的な許容水準を満たしていなかった。そこで、Mplus が算出する修正指標を参考に、「yF5：私の家族は皆、緊急事態にどうすればいいかを知っている」と「yF6：私のうちでは皆、それぞれ義務と責任を負っている」、および「yF9：私のうちでは、お互いに愛情表現をしたがらない」と「yF12：私のうちでは、お互いに愛情を示さない」の誤差間に共分散を認めて再度分析したところ、$\chi^2$（df）=102.020（49）、CFI=0.983、RMSEA=0.090 と、統計学的な許容水準を満たした。また α 信頼性係数は、「家族の凝集性」が 0.893、「家族の適応力」が 0.834、「家族のコミュニケーション」が 0.886、「家族機能認知」全体では 0.915 であった。平均得点を算出した結果、「家族の凝集性」は 16 点満点で平均 7.6 点（標準偏差；2.8、範囲；4-16）、「家族の適応力」は 16 点満点で平均 8.5 点（標準偏差；2.5、範囲；4-16）、「家族のコミュニケーション」は 16 点満点で平均 8.5 点（標準偏差；3.0、範囲；4-16）であった。全 12 項目の尺度合計得点は、48 点満点で平均 24.7 点（標準偏差；7.0、範囲；12-48）であった。

### 5．主介護者の介護負担感と主治医による情緒的サポートとの関連性の検討

先述した仮説モデルに基づき、家族機能認知の合計得点が 24 点以下の主介護者を家族機能良好群、25 点以上の主介護者を家族機能不良群として分類し、主介護者の介護負担感と主治医による情緒的サポートの関係について、主介護者の家族機能認知の高低別の標本によるパス解析（多母集団同時解析）を行った（図 2）。変数間の関連性をみると、まず家族機能認知が良好群では、介護負担感の 2 因子（「社会的活動の制限の認知」、

表１　対象者の属性分布　(n=134)

| 項目 | | 人数 | (%) |
|---|---|---|---|
| 主介護者の性別 | 男性 | 50 | (37.3) |
| | 女性 | 83 | (61.9) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |
| 主介護者の平均年齢 | 64.5歳 (標準偏差:12.3, 範囲:22－88歳) | | |
| | 欠損値 | 2 | |
| 患者との続柄 | 配偶者 | 93 | (69.4) |
| | 子 | 32 | (23.9) |
| | 子の配偶者 | 3 | (2.2) |
| | 親 | 5 | (3.7) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |
| 主介護者の就労状況 | 就労あり | 52 | (38.8) |
| | 就労なし | 81 | (60.4) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |
| 介護代替者<br>(副介護者) | あり | 55 | (41.0) |
| | なし | 78 | (58.2) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |
| 主介護者からみた<br>介護代替者の続柄<br>(複数回答) | 配偶者 | 8 | (6.0) |
| | 子 | 25 | (18.7) |
| | 子の配偶者 | 5 | (3.7) |
| | 孫 | 1 | (0.7) |
| | 親 | 10 | (7.5) |
| | 祖父母 | 1 | (0.7) |
| | 兄弟姉妹 | 17 | (12.7) |
| | その他の親族 | 4 | (2.9) |
| | その他 | 4 | (2.9) |
| 患者の罹病期間(月数) | 平均95.3ヵ月 (標準偏差:64.2, 範囲:2－354ヵ月) | | |
| | 欠損値 | 5 | |
| (患者のADL) | | | |
| 入浴 | 自立 | 89 | (66.4) |
| | 要介護 | 44 | (32.8) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |
| 更衣 | 自立 | 89 | (66.4) |
| | 要介護 | 45 | (33.6) |
| トイレ移動 | 自立 | 90 | (67.2) |
| | 要介護 | 41 | (30.6) |
| | 欠損値 | 3 | (2.2) |
| 移乗 | 自立 | 93 | (69.4) |
| | 要介護 | 41 | (30.6) |
| 排泄 | 自立 | 96 | (71.6) |
| | 要介護 | 37 | (27.6) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |
| 食事 | 自立 | 112 | (83.6) |
| | 要介護 | 21 | (15.7) |
| | 欠損値 | 1 | (0.7) |

※　%は小数点第2位を四捨五入しているため，100%にならない場合がある.

表２　主介護者の介護負担感に関する回答分布　(n=134)

| 項目 | 人数（%） | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 「社会的活動制限の認知」に関する項目 | 全くない | | たまにある | | ときどきある | | しばしばある | | いつもある | |
| yB1　患者さんの介護への協力のために，かなり自由が制限されていると感じることがありますか | 44 | (32.8) | 24 | (17.9) | 25 | (18.7) | 21 | (15.7) | 20 | (14.9) |
| yB2　家事や仕事と比べて，患者さんの介護への協力が重荷になっていると感じることがありますか | 51 | (38.1) | 26 | (19.4) | 27 | (20.1) | 20 | (14.9) | 10 | (7.5) |
| yB3　患者さんの介護への協力のため，自分の生活がないと感じることがありますか | 59 | (44.0) | 25 | (18.7) | 25 | (18.7) | 14 | (10.4) | 11 | (8.2) |
| yB4　患者さんの介護への協力のため，趣味や社会活動などに支障をきたしていると感じることがありますか | 50 | (37.3) | 34 | (25.4) | 19 | (14.2) | 18 | (13.4) | 13 | (9.7) |
| | 平均得点　5.5点（標準偏差;5.2,　範囲;0－16） | | | | | | | | | |
| 「否定的感情の認知」に関する項目 | 全くない | | たまにある | | ときどきある | | しばしばある | | いつもある | |
| yB5　患者さんの介護への協力のことで，腹を立てることがありますか | 40 | (29.9) | 47 | (35.1) | 23 | (17.2) | 17 | (12.7) | 7 | (5.2) |
| yB6　患者さんの介護に協力していて，報われないと感じることがありますか | 65 | (48.5) | 33 | (24.6) | 19 | (14.2) | 9 | (6.7) | 8 | (6.0) |
| yB7　患者さんの言動で，どうしても理解に苦しむことがありますか | 50 | (37.3) | 39 | (31.1) | 25 | (18.7) | 13 | (9.7) | 7 | (5.2) |
| yB8　患者さんの介護に協力していて，我を忘れてしまうほどカッと頭に血が上ることがありますか | 64 | (47.8) | 46 | (34.3) | 20 | (14.9) | 4 | (3.0) | 0 | (0.0) |
| | 平均得点　4.2点（標準偏差;3.8,　範囲;0－14） | | | | | | | | | |

「全くない:0点」,「たまにある:1点」,「ときどきある:2点」,「しばしばある:3点」,「いつもある:4点」

## 表３　患者の主治医による情緒的サポートに関する回答分布　(n=134)

| 項目 | 人数（%） | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 全くそう思わない | | あまりそう思わない | | ややそう思う | | そう思う | |
| yS1　自宅での患者さんの様子を説明する時間を与えてくれる | 11 | (8.2) | 35 | (26.1) | 46 | (34.3) | 42 | (31.3) |
| yS2　治療に対する希望を持たせてくれる | 14 | (10.4) | 41 | (30.6) | 48 | (35.8) | 31 | (23.1) |
| yS3　病気に対して一緒に向き合おうとしてくれる | 10 | (7.5) | 25 | (18.7) | 58 | (43.3) | 41 | (30.6) |
| yS4　安心できる話をしてくれる | 12 | (9.0) | 39 | (29.1) | 54 | (40.3) | 29 | (21.6) |
| yS5　自信をつけてくれるようなアドバイスをしてくれる | 13 | (9.7) | 48 | (35.8) | 48 | (35.8) | 25 | (18.7) |
| yS6　日頃のお世話についての努力を認めてくれる | 15 | (11.2) | 53 | (39.6) | 45 | (33.6) | 21 | (15.7) |
| | 平均得点　10.5点（標準偏差;4.8,　範囲;0－18） | | | | | | | |

「全くそう思わない:0点」,「あまりそう思わない:1点」,「ややそう思う:2点」,「そう思う:3点」

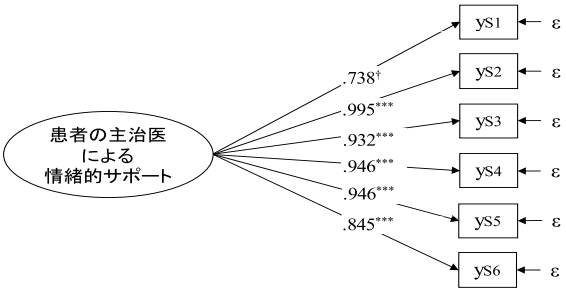



図１　パーキンソン病患者の主治医による主介護者に対する情緒的サポートに関する因子構造モデル（標準化解）

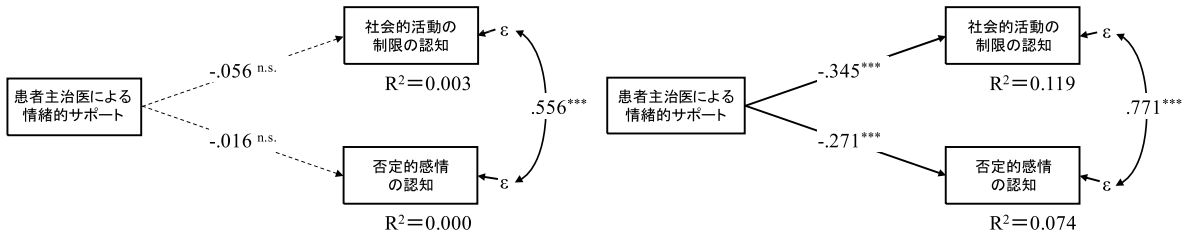
$n$＝134：$\chi^2$(df)＝12.467(8)　CFI＝1.000　RMSEA＝0.065（推定法;WLSMV）

※εは誤差変数　※†はモデル識別のために制約を加えた.　※***; p<0.001, **; p<0.01, *; p<0.05

## 表４　主介護者の家族機能認知に関する回答分布　(n=134)

| 項目 | 人数（%） | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | よくあてはまる | | だいたいあてはまる | | あまりあてはまらない | | ほとんどあてはまらない | |
| 「家族の凝集性」に関する項目　※ | | | | | | | | |
| yF1　私のうちでは，皆があまりにも自己中心的だ | 6 | (4.5) | 23 | (17.2) | 66 | (49.3) | 39 | (29.1) |
| yF2　私のうちでは，何か自分の興味を引くときしか、お互いに関わりあわない | 7 | (5.2) | 27 | (20.1) | 58 | (43.3) | 42 | (31.3) |
| yF3　私の家族は，自分に何か得るものがなければ、お互いに興味を示さない | 4 | (3.0) | 23 | (17.2) | 55 | (41.0) | 52 | (38.8) |
| yF4　私のうちでは，ルールやきまりがあっても、それが守られない | 3 | (2.2) | 18 | (13.4) | 64 | (47.8) | 49 | (36.6) |
| | 平均得点　7.6点（標準偏差;2.8,　範囲;4－16） | | | | | | | |
| 「家族の適応力」に関する項目 | | | | | | | | |
| yF5　私の家族は皆，緊急事態にどうすればいいかを知っている | 24 | (17.9) | 76 | (56.7) | 28 | (20.9) | 6 | (4.5) |
| yF6　私のうちでは皆，それぞれ義務と責任を負っている | 28 | (20.9) | 74 | (55.2) | 29 | (21.6) | 3 | (2.2) |
| yF7　私のうちでは，問題をどのように解決するか，決めることができる | 26 | (19.4) | 75 | (56.0) | 26 | (19.4) | 7 | (5.2) |
| yF8　私のうちでは，感情的な問題も正面から扱うことができる | 23 | (17.2) | 61 | (45.5) | 41 | (30.6) | 9 | (6.7) |
| | 平均得点　8.5点（標準偏差;2.5,　範囲;4－16） | | | | | | | |
| 「家族のコミュニケーション」に関する項目　※ | | | | | | | | |
| yF9　私のうちでは，お互いに愛情表現をしたがらない | 12 | (9.0) | 46 | (34.3) | 56 | (41.8) | 20 | (14.9) |
| yF10　私のうちでは，恐れていることや心配ごとについて，話しあうのを避けている | 7 | (5.2) | 29 | (21.6) | 62 | (46.3) | 36 | (26.9) |
| yF11　私のうちでは，やさしい気持ちについて話しあうことはむずかしい | 9 | (6.7) | 27 | (20.1) | 59 | (44.0) | 39 | (29.1) |
| yF12　私のうちでは，お互いに愛情を示さない | 11 | (8.2) | 21 | (15.7) | 66 | (49.3) | 36 | (26.9) |
| | 平均得点　8.5点（標準偏差;3.0,　範囲;4－16） | | | | | | | |
| | 全12項目の平均得点　24.7点（標準偏差;7.0,　範囲;12－48） | | | | | | | |

「よくあてはまる:1点」,「だいたいあてはまる:2点」,「あまりあてはまらない:3点」,「ほとんどあてはまらない:4点」（※を付した項目は逆転項目）




左図：家族機能良好群68名　　右図：家族機能不良群66名

図2　パーキンソン病患者の主介護者における介護負担感と患者の主治医による情緒的サポートとの関係
【主介護者の家族機能に対する認知的評価の高低による多母集団同時分析】

注1）統計学的に有意なパスを実線で示し，非有意なパスは波線で表示している
注2）***; p<0.001
注3）n.s.; not significant
注4）小数点以下 第4位を四捨五入

「否定的感情の認知」）双方に対して、主治医による情緒的サポートは有意な関連を示さなかった。一方、家族機能認知の不良群においては、「社会的活動の制限の認知」に対して主治医による情緒的サポートは、有意な負の関連を認め（$\beta$ = -0.345、p<0.001）、また「否定的感情の認知」に対しても主治医による情緒的サポートは、有意な負の関連が確認された（$\beta$ = -0.271、p<0.001）。なお、主治医による情緒的サポートが介護負担感に対して有意であった家族機能認知の不良群における介護負担感 2 因子それぞれへの説明率は、「社会的活動の制限の認知」が 11.9%、「否定的感情の認知」が 7.4%であった。

## Ⅳ．考察

従来の研究では、要介護高齢者の介護者を対象とした介護負担感に関する研究、およびソーシャルサポートに関する研究は盛んに行われてきた。しかし、PD は難病のなかにあって、その患者数は多い。加えて、症状は運動症状を主症状としながらも、精神症状や自律神経症状など非運動症状に至るまで、多彩な臨床症状を呈することから、その療養支援や介護場面における対処の実態には、疾患の特異性が大きく関与しているといえる。これらを勘案しても、PD に焦点をあて、その介護者の介護環境や心理的変調に着目した研究は、臨床的にも社会的にも有用な意義があると考える。さらに、PD 患者の主介護者の心身状態および介護環境を適切に評価し、且つそれらの安定に向けた支援策の検討は、在宅療養が推進される昨今の難病医療においてより重要な意味を持つものと考える。

### 1．主介護者の介護負担感の特徴

本研究における PD 患者の主介護者の介護負担感の特徴を確認するため、本研究同様に介護負担感の測定尺度に CBS-8 を使用している先行研究と比較した。PD 患者の主介護者を対象とした仲井ら[7]の研究での介護負担感の平均得点は、「社会的活動の制限の認知」が 5.2 点、「否定的感情の認知」が 4.0 点であり、本研究対象者と比して、2 因子ともに本研究対象者の方がわずかに高い結果であった。しかし、特筆すべきは全 8 項目中 7 項目において、「全くない」と回答した割合と「いつもある」と回答した割合が、本研究対象者において高い結果であった。このことから、本研究対象者の介護負担感が先行研究に比して、介護負担感を認知していない層が一定数いる一方で、介護負担感を強く認知している層が多数存在していることを表しているといえよう。

### 2．患者の主治医による情緒的サポートの構成概念妥当性とその特徴

先述の確認的因子分析ならびに信頼性分析の結果より、主治医による情緒的サポート尺度は妥当性ならびに信頼性を備えた尺度であることが確認された。

医師によるコミュニケーションについては、その効果的なコミュニケーション法として SPIKES[34)、35)] や SHARE[36)] などが開発され、主として精神腫瘍学の領域で発展してきた。とりわけ診断や治療経過の告知という極めて繊細なコミュニケーションの場面において、効果的に患者やその家族と意思疎通を図ることに奏功する技術といえよう。近年では、神経難病の診療においてもこのようなコミュニケーション技術の応用が積極的に取り入れられている[37)、38)]。

本研究で用いた主治医による情緒的サポート尺度の特徴について確認するために、SPIKES および SHARE の構成要素となっている視点や技法と比較を行った。SPIKES を構成する技法のカテゴリーに、「Knowledge：情報の共有」がある。ここでは患者や家族とのコミュニケーションを通じて、相互に正確な

情報を共有することが目的とされている。「yS1：自宅での患者さんの様子を説明する時間を与えてくれる」は、主介護者からの患者情報や自宅状況を説明するために十分な時間を与えるという点で、情報の共有に有用なコミュニケーションとなる。また SPIKES の「Empathy：共感」のカテゴリーには、傾聴し、心情が表出できるような配慮の視点がある。その点からも、説明する時間を十分に設けることの効果が期待できるといえる。次に、「yS2：治療に対する希望を持たせてくれる」、「yS3：病気に対して一緒に向き合おうとしてくれる」、「yS4：安心できる話をしてくれる」、「yS5：自信をつけてくれるようなアドバイスをしてくれる」は、SHARE の「Reassurance and Emotional support：安心感と情緒的サポート」の視点に近似している。このカテゴリーでは、「希望をもたせる」や「一緒に頑張る」、「安心させる」、「励ます」といった具体的な医師の姿勢とコミュニケーションが挙げられており、本研究において設定している上述の 4 項目（yS2、yS3、yS4、yS5）の内容はこれらの要素を包含していることから、これら項目の有用性が確認できる。「yS6：日頃のお世話についての努力を認めてくれる」はその行為・行動の肯定的な評価であり、支持である。この視点は情緒的サポートを構成する重要な視点[39]の一つであるものの、SPIKES および SHARE においてこれを評価するカテゴリーは認められない。しかし慢性疾患領域のソーシャルサポートに関連した先行研究においては、支持的な関わりや肯定的評価の重要性が説かれており[10)、40)]、情緒的サポートに焦点を当てた尺度の構成項目としては重要な意義をもつものと考える。

これら本尺度の 6 項目は、主治医によるコミュニケーションやその態度に主眼を置いた内容で構成されている。このコミュニケーションや配慮が円滑に展開されることで、関係形成の中核的概念である信頼を高め、それが主介護者のケアされている実感をもたらす[41)、42)、43)]と推察できる。これが主介護者にとって、主治医による情緒的サポートとして認知されたと考える。

### 3. 主介護者の介護負担感と主治医による情緒的サポートとの関連

本研究の結果、家族機能認知の良好群では、介護負担感の 2 因子（「社会的活動の制限の認知」、「否定的感情の認知」）双方に対して、主治医による情緒的サポートは有意な関連を示さなかったが、家族機能認知の不良群においては、介護負担感の 2 因子双方に対して有意な負の関連を認めた。従来の研究では、家族等の私的なサポートが有効であるとされ[17]、医師をはじめ専門職による関与やサービスといった公的サポートは、主介護者の介護負担感の軽減に関与しないとする知見が多く報告されてきた[16)、44)]。とりわけ、サポート源が家族や親族といった私的な関係性において、そのサポートを主介護者自身が有用と認知していたといえる。これら先行研究を勘案すると、本研究における家族機能認知の良好群における検証結果は、その知見を支持する結果であったといえる。主介護者自身が家族機能を良好と認知している場合、身近で私的な関係性において、既にサポートを享受している、またはサポートを享受でき得る環境があったことで、公的な存在からのサポートは副次的な位置づけ[18]となったものと考える。椙本ら[18]は、在宅介護サービスを利用している主介護者を対象とした研究において、「家族外からのサポート享受は無い」との回答が半数を超えたという結果を踏まえ、多数の主介護者が提供されている介護サービスをサポート源として認知していない実態を報告している。Wethington ら[45]は、サポートの在り方については、サポートを有しているという事実ではなく、サポート源を対処資源として認知しているか否か、さらには提供されているサポートをサポートとして認知しているか否かを考慮する必要性を説いている。つまり、本研究における家族機能認知の良好群の検証結果は、主治医による診療上の言動や態度に対し、主介護者が診療行為としてのみ認知している可能性が示唆されており、そのために所謂サポートとして認知されなかったといえよう。

一方で、家族機能を不良と認知している主介護者においては、主治医による情緒的サポートが介護負担感の軽減に関与することが明らかとなった。前述した先行研究および知見を踏まえると、家族機能認知の不良群にある主介護者は、主治医による診療上の言動や態度を、情緒的サポートとして認知しているため、そのサポート効果をもって介護負担感の軽減が図られたものと推察する。本研究モデルの理論的根拠として、Cantor の階層的補完モデル[19]を援用している。階層的補完モデルは、様々なサポート源の間に当事者との関係の遠近に基づく序列が存在し、課題の内容とは無関係に、その序列にしたがってサポート源が選択されるという理論である[46]。本来サポート源としての序列のなかで優先的に選択される階層に家族が存在しているが、家族機能認知の不良群においては、主介護者がその家族力動に対し十分に機能していないと認知しているために、サポートが享受できていない、または家族機能の低下によりサポートを授受でき得る環境に

ないことが推察される。このように優先順位の高いサポート源からの支援が十分に享受できない場合には、優先順位の低いサポート源がその支援の機能を代替し、補完することになる。主治医は、主介護者からの遠近の序列としては遠く、優先順位の低い階層にある公的サポートの位置づけではあるが、家族機能が不良であるために、その主介護者のサポート源の代替・補完を担う存在として認知されたと考える。主治医の診療態度や言動を、診療行為としてのみ捉えるのではなく、主介護者に向かうサポーティブな関わり、ケアとして認知されることにより、その主治医の関わりをサポートとして主介護者が解釈したことが、介護負担感の軽減に関与したといえよう。また家族による私的サポートにおいても、情緒的サポートが介護負担感を軽減するという知見が報告されており[16]、とりわけ本研究においても、主治医による情緒的なサポートに焦点化したことが、その効果を顕在化したことにつながったものと考える。

また、主介護者の介護負担感の軽減に、主治医による情緒的サポートが有用であるとする本知見が、臨床的トピックスとしても注目されることを期待する。近年では，神経内科医等の難病医療に従事する医師を対象として，難病医療についての教育普及を目的に，厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業「難病患者への支援体制に関する研究」班の支援による神経難病緩和ケア研修会が開催されている[47]。研修プログラムには，患者 - 医師間の関係性の理解や患者・家族とのコミュニケーションの在り方に焦点をあてた講義と演習が盛り込まれている。加えて，国立保健医療科学院による「医師・歯科医師に対する継続的医学教育のための資料集」[48] においても，患者等の視点に配慮したコミュニケーションに関する単元が設けられている等，医師による患者やその家族とのコミュニケーションや応対姿勢についてはその重要性が認識されてきている。今後の PD 診療に携わる医師をはじめとする専門職においては、主介護者を取り巻く私的な人的資源やサポートネットワーク、家族機能認知を適切に評価し、私的なサポート体制が不十分である場合には、その支援策として主治医による情緒的な配慮、サポートを期待するとともに、主介護者が主治医との関係形成を育めるような仲介機能を果たす関係多職種の介入が望まれる。

### 4. 本研究における限界と課題

本研究における限界と課題については、第一に分析対象者が小規模であったことが挙げられる。今後は、一般化に向けて、調査地域の拡大はもとより、受診医療機関の規模や診療形態を考慮するなど、多様な受療状況を勘案した調査を実施する必要がある。第二に、主治医によるサポートについては、当該主治医との関係性、例えば通院期間などの時間的要因などを考慮した検証も必要であると考える。また、本研究結果においては、家族機能認知の不良群において、患者の主治医による情緒的サポートが主介護者の介護負担感に有意に関連したものの、その説明率は「社会的活動の制限の認知」で 11.9%、「否定的感情の認知」で 7.4%と決して高値であったとはいえない。多くの先行研究において介護負担感の関連要因として PD 患者の ADL 障害が強く関与していることは指摘されており[5)、6)、7)、8)]、本研究においてもその影響は否めない。しかし、このような実態を踏まえても主治医による情緒的サポートが介護負担感の軽減に対し、一定の寄与が認められたことに本研究結果の意義があるものと考える。今後は、疾患由来のストレス要因や心身障害の重症度等を詳細に精査し、サポートの有意性についての検証を進展させることが望まれる。

## V．結論

本研究では、PD 患者の主介護者を対象に、家族機能に対する認知的評価の高低を考慮した上で、介護負担感と主治医による情緒的サポートとの関係を検討した。その結果、家族機能認知の良好群においては、介護負担感の 2 因子（「社会的活動の制限の認知」、「否定的感情の認知」）双方に対し、主治医による情緒的サポートは有意な関連を認めなかった。一方、家族機能認知の不良群においては、介護負担感の 2 因子双方に対し、主治医による情緒的サポートが有意な負の関連を認め、主治医による情緒的サポートが介護負担感の軽減に寄与することが明らかとなった。主介護者の身近な私的サポート層の機能やサポートの享受環境を適切に評価することを前提に、そのサポートが十分でない場合に、階層的補完モデルの視点をもって、主治医による情緒的サポートが奏功することは、主介護者の支援策を講じる上で、新たな知見が得られたといえよう。

## 謝辞

本調査研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました A 県および B 県の 4 医療機関の外来へ通院されている PD 患者の皆様ならびにご家族の皆様、また PD 対応型専門通所介護事業所を利用される PD 患者の皆様ならびにご家族の皆様、医療機関および通所介護事業所の職員の皆様に深謝申し上げます。

## 引用文献


1）Barone P, Antonini A, Colosimo C, et al. The PRIAMO study: A multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. Movement Disorders 2009; 24（11）: 1641-1649.

2）出村佳美、岩田浩子、中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験．日本看護研究学会雑誌．2012；35（2）：103-112.

3）Jolyon M, Eurian M, Peter H. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. Age Ageing 1999; 28（1）: 35-38.

4）Washio M, Inoue N, Arai Y. et al. Depression among caregivers of patients with Parkinson disease. International Medical Journal 2002; 9(4): 265-269.

5）仲井達哉、パーキンソン病患者の家族介護者における介護負担感に関する要因の文献的検討．日本在宅ケア学会誌．2013；17（1）：33-40.

6）小田嶋裕輝、河原田まり子、パーキンソン病患者の介護者の負担に関する文献的考察．札幌市立大学研究論文集．2014；8（1）：11-17.

7）仲井達哉、杉山京、澤田陽一他、パーキンソン病患者の主介護者における介護負担感の関連要因の検討．メンタルヘルスの社会学．2014；20：45-55.

8）仲井達哉、杉山京、澤田陽一他、パーキンソン病患者の主介護者における介護負担感と家族機能に対する認知的評価との関連．厚生の指標．2014；61（7）：19-28.

9）岡美智代、透析患者の医療に対する満足の要素．東北腎不全研究会誌．2006；16（1）：1-5.

10）金澤悦子、疋田美鈴、武藤愛他、エイズ拠点病院外来通院中の HIV 感染者および AIDS 患者へのソーシャルサポートの検討．日本エイズ学会誌．2011；13（1）：33-39.

11）李孟蓉、岡美智代、医師・看護師のサポートと外来通院中の 2 型糖尿病患の自己効力感との関連．高崎健康福祉大学紀要．2013；12：105-114.

12）大瀧敦子、白井誠一朗、「患者の権利」と「生活者の権利」:「制度の谷間」難病患者の権利擁護支援を岡村理論から考える．社会福祉研究．2014；120：45-53.

13）Den Oudsten BL, Van Heck GL, De Vries J. Quality of life and related concepts in Parkinson's disease; a systematic review. Movement Disorders 2007; 22: 1528-1537.

14）石垣泰則、パーキンソン病患者の在宅ケア．Modern Physician．2012；32（2）：227-230.

15）French, J.R.P, Jr. & Raven, B.H. The basis of social power. In D. Cartwright（Ed.）Studies in social power. Michigan: Institute for Social Research. 1959: 150-167.

16）新名理恵、矢冨直美、本間昭、痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果．老年精神医学雑誌．1991；2（5）：655-663.

17）Edwards N.E, & Scheetz P.S. Predictors of burden for caregivers of patients with Parkinson's disease. Journal of Neuroscience Nursing. 2002; 34: 184-190.

18）桾本知子、佐々木実、松田俊他、家族介護者の介護負担感の影響要因－介護負担感の緩衝要因としてのソーシャル・サポートの効果－．健康心理学研究．2006；19（2）：54-61.

19）Cantor M.H. Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. Research on Aging. 1979; 1: 434-463.

20）厚生労働省、平成 27 年国民生活基礎調査の概況．2016.

21）消費者庁、平成 27 年度消費者政策の実施の状況．2016.

22）Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of Illness in the Aged ; the Index of ADL. Journal of the American Medical Association. 1963; 185: 914-919.

23）Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL. The Gerontological Society of America 1970; 10（1）: 20-30.

24）Gerritsen J.C, & Van Der Ende, P.C. The Development of a Care-Giving Burden Scale. Age and Aging. 1994; 23: 483-491.

25）竹本与志人、香川幸次郎、血液透析患者の家族における療養負担感と療養継続困難感との関連性．

社会福祉学．2008；49（1）：87-97.
26）竹本与志人、香川幸次郎、血液透析患者を対象とした家族機能の認知構造の検討．メンタルヘルスの社会学．2005；11：30-40.
27）Epstein N.B, Baldwin L.M, & Bishop D.S. The McMaster Family Assessment Device. Journal Marital and Family Therapy. 1983; 9: 171-180.
28）佐伯俊成、飛鳥井望、三宅由子他、Family Assessment Device（FAD）の日本語版の信頼性と妥当性．季刊精神科診断学．1997；8（2）：181-192.
29）佐伯俊成、横山剛、佐伯真由美他、Family Assessment Device（FAD）日本語版における回答反応－Social desirability の影響と家族成員間のスコアの相違－．季刊精神科診断学．1999；10（1）：75-82.
30）Olson D.H. Circumplex Model Ⅶ：Validation Studies and FACES Ⅲ. Family Process. 1986; 25: 337-351.
31）濵田悦生、『社会福祉学』における量的研究での統計的手法と欠損データに関する一考察－統計的観点からみたデータの取り扱い－．社会福祉学．2015；56（3）：88-98.
32）Muthen LK, & Muthen BO. Mplus User's Guide, Fifth Edition. Los Angeles, Muthen & Muthen, 2007.
33）山本嘉一郎、小野寺孝義編．Amos による共分散構造分析と解析事例．京都：ナカニシヤ出版．1996：16-17.
34）Buckman R. Breaking bad news: why in it still so difficult?. British Medical Journal. 1984; 26（288）: 1597-1599.
35）Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist. 2000; 5（4）: 302-311.
36）内富庸介、藤森麻衣子編．がん医療におけるコミュニケーション・スキル：悪い知らせをどう伝えるか．東京：医学書院．2007.
37）隅田好美、筋萎縮性側策硬化症（ALS）患者への告知．社会問題研究．2005；55（1）：53-68.
38）成田有吾編、神経難病在宅療養ハンドブック：よりよい緩和ケアのために．大阪：メディカルレビュー社．2011.
39）星旦二、櫻井尚子、社会的サポート・ネットワークと健康．季刊・社会保障研究．2012；48（3）：304-318.
40）金外淑、嶋田洋徳、坂野雄二、慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセフル・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果．心身医学．1998；38（5）：317-323.
41）ノートハウス PG ＆ノートハウス LL（信友浩一・萩原明人 訳）、ヘルス・コミュニケーション：これからの医療者の必須技術．福岡：九州大学出版会．1998.
42）Pearson S.D. & Raeke L.H. Patient's trust in physicians: many theories, few measures, and little data. Journal of General Internal Medicine. 2000; 15: 509-513.
43）Mechanic D. & Meyer S. Concept of trust among patients with serious illness. Social Science and Medicine. 2000; 51: 657-668.
44）Vrabec NJ. Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. Journal of Nursing Scholarship. 1997; 29: 383-388.
45）Wethington E. & Kessler RC. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior. 1986; 27: 78-89.
46）古谷野亘、在宅要援護老人のソーシャル・サポートシステム：階層的補完モデルと課題特定モデル．桃山学院大学社会学論集．1990；24（2）：113-124.
47）厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業「希少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援のあり方に関する研究」班、難病緩和ケア研修研究会、平成 24 年度難病緩和ケア研修研究会記録集．難病緩和ケア研修研究会．2013.
48）国立保健医療科学院「医師・歯科医師に対する継続的医学教育のための資料集」［平成 28 年 9 月 23 日検索］、インターネット＜ URL: https://www.niph.go.jp/entrance/saikyouiku.htm ＞