

アルツハイマー病患者家族介護者へのサポートグループを用いた対処技術指導について

College of Health and Human Development The Pennsylvania State University Andrea Streit Schreiner

日本赤十字九州国際看護大学 さえき 佐伯あゆみ 公立大学法人奈良県立医科大学医学部看護学科 もりもと 守本とも子

はじめに

20 世紀、わが国の人口構成には大きな変化が見られた。公衆衛生や医学の進歩、出生率の低下がいまって、85 歳を超える人口が他の年齢層を抑えて急増した。

平均寿命も長くなったが、アルツハイマー病などの疾病とともに生き長らえる率も高まった。65 歳を過ぎるとアルツハイマー病は急増する¹⁾。85 歳を超えた人口の 50% が、なんらかの形でアルツハイマー病を発症していると推定されている²⁾。病気とともに 20 年間生存する場合もあるものの、発病後、平均して、8 年から 10 年の余命が見込まれる。現状では、家族介護者、特に配偶者が、アルツハイマー病患者の主な介護者である。家族介護者が患者を介護施設に入れる唯一かつ最大の理由は、介護者の極度の疲労と、介護施設への入所以外に選択肢が見つからないためである³⁾。在宅で介護するためには最も重要な要因は、家族介護者が介護を行なうにあたって支援——特に精神的支援——を受けられる状態にあるか否かである。

介護保険制度は、さまざまな慢性症状を持つ患者を介護する家族介護者を支援することを重要視し、訪問看護、ホームヘルパー、介護用品

のレンタル、施設への短期入所、デイケア、入浴サービスなどの費用を負担している。このようなサービスは介護者と患者に物理的支援を提供する。しかし、介護役割によって発生する心理的ストレスにどう対処すればよいかを介護者に指導する正式なサービスはない。実際、最近行なわれたデータ分析によると、現行制度はアルツハイマー病患者の介護者のニーズを過小評価しているという⁴⁾。

認知症介護のガイドラインは多くあるが、最近の調査によると、サポートグループや緩和ケアを介護者や患者に紹介した医師は 33% のみで、行動問題にどう対処したらよいのかを介護者に指導した医師は 30% に満たなかったという。これは米国の調査で、現在わが国で統計を取れば、さらに低い数字となるだろう。介護役割を引き受けるうえで生じる深刻なストレスに対し精神的にどう対処すればよいか、介護者を支援する情報はほとんどない。

数十年の研究により、ストレスのために家族介護者の精神衛生と QOL が低下することがはっきりと証明された⁵⁾。次段階は、介護者の現状をどのように改善すれば、介護者自らが望む介護提供を健全な方法で継続可能とできるか

である。そのためには、家族介護者に患者の症状への対処技術を指導する必要がある。実際、家族介護者による対処技術習得は可能で、そのおかげで介護者の健康状態が改善されることが研究により明らかになっている^{6), 7), 8)}。

本稿は、対処技術とQOL改善のための、家族介護者支援グループの組織運営にかかわるさまざまなステップを紹介することを目的としている。保健所勤務であれ病院勤務であれ、看護師が家族介護者のケアを看護ケアプランに盛り込むべきときが来たと考えられる。アルツハイマー病患者の家族介護者のためのサポートグループを看護師が立ち上げ指導していくことを、著者一同望んでやまない。

サポートグループは、新技術を学び、貴重な情報や実際のアイデアの交換をし、気持ちを表現し分かち合う場を提供する。また、多くの介護者が苛まれる孤独感を緩和する場ともなる。

本稿は、対処技術を指導するうえでのサポートグループ利用法に注目する。サポートグループは本稿では十分に網羅しきれない集団力学的内容も含むので、支援グループを指導する看護師はグループセラピーの経験を持つことを推奨する。グループセラピー理論およびそのテクニックについては、Yalom, 野島, 鈴木などいくつかすぐれた論及がある^{9), 10), 11)}。看護師は、

支援グループを始める前にグループセラピー理論とその技術を学び、看護師同士でロールプレイを実践すべきである。

介護者・患者・環境特性と介護負担の関係

以上のように、数十年にわたる介護者研究により、あらゆる家族介護者がいわゆる「介護負担」と呼ばれる経験を経ることが明らかとなった。さまざまな介護負担を計る有名な方法にZarit Burden Interview¹²⁾を用いたものがある。一般的に、負担の程度が重ければ重いほど介護者の心身の健康が強く損なわれる。自分の健康状態や活気が患者である両親に劣ると答える介護者が多い¹³⁾。

しかし、介護者が感じる負担量は、介護者自身の性格、患者の性格、介護者と患者の置かれた環境といった関連要因によって変化する(図1)。たとえば、高齢の介護者は自分自身健康問題を抱えていることが多いので、通常若い介護者に比べて負担を強く感じると答える。さらに、女性は男性より多くの負担を訴える傾向がある。それは、多くの場合、家事などで女性は男性のように他人に助けを求めないためと考えられる。

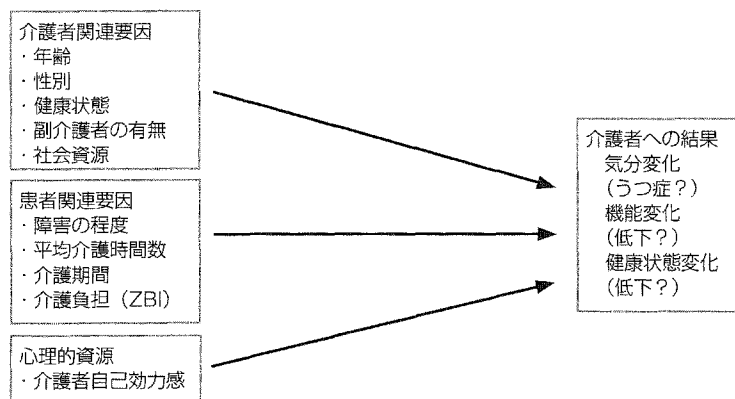


図1 家族介護者のストレス・コーピングモデル

さらに、介護者の対処技術によって介護者の負担やストレスの度合いに違いが認められることが研究により示されたのは注目に値する。特に、問題解決能力への自信が、介護者のストレスレベルに大きな影響をおよぼすことが分かった。たとえば、問題を解決できると信じている介護者は、なすすべがないと思っている介護者よりも、はるかにストレスが少なく精神衛生も健全である^{14)、15)}。自分の人生を掌握していると思えるこのような能力を自己効力と呼ぶ。

アルツハイマー病患者の家族介護者はこの病気の「知られざる被害者」であるといわれてきた。彼らは、非介護者に比べ、精神的悩みが多く、沈みがちで、全体的な健康もすぐれないということが明らかになっている。彼らの重い負担の源は、問題行動を引き起こす患者の認識力の低下と記憶問題によることが考えられる。

脳卒中患者の介護者も高い負担率を報告しているが、この負担率の高さが患者の身体的機能喪失ではなく心理的变化（脳卒中に付随する気分の変化や介護者への過度の依存など）に関連する事実は興味深い¹⁶⁾。脳卒中患者介護者の多くは、患者の世話をできるのは自分しかないという思いに囚われ、大きなストレスに悩む。また、欲求不満を感じることもしばしばある。一般に、患者の身体的問題よりも感情的問題の方が介護者にとってははるかに扱いにくい。

介護負担の程度も、環境（介護者が他者やサービスから受ける援助量）に影響を受ける。安心して頼れる人がいる介護者は負担を少なく感じる。しかし、他者の援助やサービスを見つめることは必ずしも容易ではない。

介護保険導入以来、家族介護者は負担軽減のためのさまざまな公的サービスに頼ることができるようになった。しかし、以上に述べたように、精神的ストレス要因にどう対処すればよいかを伝授するプログラムは設定されていない。

本稿で紹介する対処テクニックで、介護者は自分の現状に対する自己効力を高めることができる。ここに述べるサポートグループプログラムでは、介護者は最初にアルツハイマー病についての知識を身に付け、病気が患者に与える影響を学ぶ。一度病気を理解できれば、自分のストレス要因を特定し、社会支援要請を含めた適切な対処法の考案に集中することができる（図2・表1）。

介護者への対処法指導：サポートグループプロセス「評価」「問題解決技術」「感情対処技術」

一般的に、介護者支援グループは少数が好ましく、6人から8人が適当である。この程度の人数なら、全員がお互いの気持ちや経験を共有することができる。グループリーダーは指導者ではなく進行役であり、メンバー全員が経験や気持ちを分かち合い、話し合いやロールプレイを通して前向きに問題に取り組む団結力の強いグループを育成する。グループリーダーは各回の日誌をつけ、検討を加えたうえ次回に向けての準備材料とする。

支援グループではじっくりと話し合う時間を取るべきである。通常1回につき2時間が妥当で、時間内に問題解決対策を考え出すことができる。以上に述べた対処支援グループのような教育的支援グループは、週1回の頻度が適当である。この教育的支援グループはHebert, Levesqueら¹⁷⁾の研究に基づくもので、15週間の教育期間を推奨している。介護者にとってこの期間が、ストレス要因を突きとめ問題解決技術を習得する期間となるのである。

今日、介護者教育に最も多く利用されるストレス対処モデルを最初に開発したのは、Lazarus, Folkman¹⁸⁾である。このモデルによ

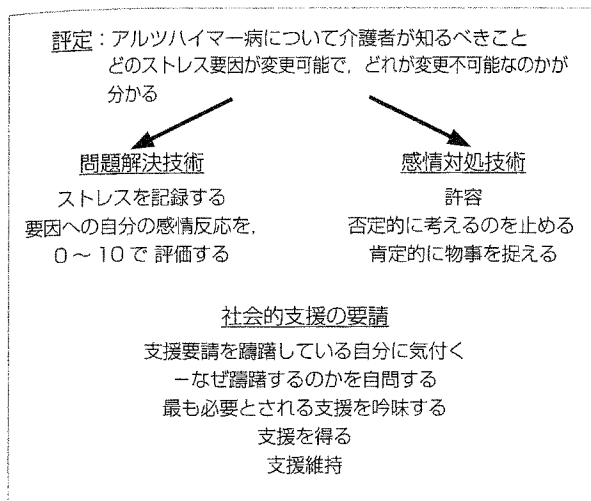


図2 サポートグループプロセス

表1 問題解決方法：変更可能な問題への6ステップアプローチ

1. 困った行動の時間、頻度、きっかけを記録する
ー行動の原因究明
2. 代替案を考える
3. 解決策の是非を分析する
4. 解決策選択、立案、解決策を実施に移した場合、予想されるすべての困難を頭でリハーサル
5. 解決策を試す
6. 結果を評価する

ると、ストレスは、自分の置かれた環境の安寧が阻害されると感じ、この脅威がとりとめのないものと感じる時に起こる。このモデルによって、介護者は、環境自体が問題なのではなく環境をどう評定するかが問題なのだという、最も重要な認識を得ることができる。ストレスが起こる原因は、環境を掌握しているか否かという介護者の気持ちの持ち様による。

セッション1：アルツハイマー病について介護者が知るべきこと

介護者はまず自分の状況を「アセスメント」しなければならない。そのためには、自分自身のストレス源を特定化し、特定したストレス要因を変更可能な形にまで細分化することができなければならない。自分のストレスをアセスメン

トするためには、介護者はアルツハイマー病の特性を理解しなければならない。一度この病気の生物学的基本を理解できれば、どのストレス要因が変更可能で、どれが変更不可能なのかが判り、自己効力感を高めることができる。

Wald, Fahy, Livingston¹⁹⁾の研究により、アルツハイマー病患者介護者は病気や周囲の人への影響について知りたいと思っていることが明らかになった。また、利用できる治療法やサービス、さらには、危機的状況にどう対処すればよいのか、どのような経済的・法的問題が起こりうるのかも関心事であるという。

対処支援グループ活動として、まず、アルツハイマー病の基本的な病態生理、この病気の経過、各段階における徴候が、看護師によって明らかに説明される必要がある。病気を理解することで、介護者は患者に対し不適切な期待（物事の記憶、決定など）を持たなくなる。介護者は、患者が自分に嫌がらせをしようとして故意に問題を起こしているという認識はなくなる。

対処支援グループを担当する看護師は、地域で利用できる全サービスと介護保険の適用の有無を心得ておかなければならない。また、最新の治療法について、家族介護者に説明し、家族介護者と話し合いができる態勢を整えておく必要がある。

セッション2～4 3つの対処策：問題解決、感情整理、社会的支援の要請

介護者は、初回終了後、1週間日誌をつけ、ストレスを感じた場面を少なくとも4件記録するように求められる。次に、ストレス要因への自分の感情反応を、0から10（数字が大きいほど強いストレスを表す）のスケールで評価する。このスコアを利用して、訓練後ストレスレベル

に変化があったかどうかを判定する。ストレスを起こす場面の例として、患者が物を隠す、介護者が盗みを働いたと責める、徘徊するなどがある。介護者の孤立と患者の介護者依存も大きなストレスを起こす。初回以降4週間をかけて、介護者は、ストレスを感じる状況について他の介護者と話し合い、ストレスの構成要素を明確化し、変更可能な要素と不可能な要素を突きとめる。変更可能な場合は、「問題解決技術」を習得する。変更不可能ならば、「感情の最粋組み化」に取り組む。

訓練プログラムを始める前に、介護者は自分のストレスについて普通の言葉で語る。たとえば、「私しか介護をする人がいない」「重圧を感じる」「心もとない」「希望を失って解決の糸口がつかめない」など。リーダーは介護者にストレス対処モデル(図1)を紹介し、介護者は、自分が語った未解決ストレスを、対処ができるレベルまで具体的な構成要素に細分化することを学ぶ。

問題解決法：変更可能な問題への6ステップアプローチ

介護者は以下に述べる6ステップ問題解決対策を学ぶ。

1. 困った行動の時間、頻度、きっかけを記録するー行動の原因究明

これは、ほとんど四六時中感じているストレスの原因がいったい何なのかを介護者が理解する手がかりになる。自分のストレスが広範な現象ではなく患者の特定の行動に関係していると分かれば、その行動を具体的な構成要素に分解してそれぞれの要素に対処することができる。

たとえば、ある介護者は、自分の夫が台所にいるとひどくストレスを感じることに気が付いた。夫が、火の不始末で火事を起こしそうにな

るからだった。

2. 代替策を考える

彼女は、夫を台所から締め出そうとしても不可能で、夫は調理が楽しくてしかたがないのだと悟った。彼女は夫が台所で安全に調理を続けることができるような方法を見つけることにした。

3. 解決策の是非を分析する

台所を使用できれば、夫の不穏が減少する。彼女は台所をより安全にリフォームすることにした。

4. 解決策選択、立案、解決策を実施に移した場合予想される全困難を頭でリハーサル

彼女は台所から先の尖った物や壊れやすい物を除いた。食器棚には幼児用安全ロックをつけ、ガスレンジには患者が勝手に火を点けないように特製のスイッチを取り付けた。そのうえ、火を使わなくてすみ、夫が料理をしたくなる食品も見つけた。一緒に料理ができる時は、電気コンロを使い温度も低く設定した。

5. 解決策を試す

6. 結果を評価する

解決策実施によって、彼女のストレスは大幅に減少し、夫とともに食事の用意を楽しむこともできた。レンジの火をつけることができなくて夫がいらいらすることもあったが、彼女は夫の気をそらしたり他のコミュニケーション方法を使ったりして夫の注意を何か前向きな物に向けた。

私たちは、対処は継続的プロセスであることを介護者に念を押し、理解してもらう必要がある。介護者は、変化に応じて自分の状況を評価し続けなければならないし、具体的な問題解決対策を考え続けなければならない。

感情の再粋組み化：変更不可能な問題に対処

感情の再粋組み化の焦点は、変更不可能なこと(たとえば大切な人がアルツハイマー病だと

いう事実)に起因する感情を処理する介護者に対する支援である。アルツハイマー病患者の介護者は、強い悲しみ、悲嘆、憤慨、怒りなどのさまざまな感情を経験する。愛する人を失うことで起こる感情を受け入れて、悲嘆のプロセスを開始すれば、介護者のストレスは緩和される。

介護者はこれらの否定的な感情を整理するために次の3つの方法を学ぶ。

1. 許容

以上に述べたように、もし介護者がアルツハイマー病の基本的な病態生理を理解していなければ、患者が嫌がらせのために故意に問題を起こしていると思い込み、患者にフラストレーションや怒りを感じがちになる。それは、非難や批判といった不適切なコミュニケーションに繋がっていく。さらに、介護者がアルツハイマーという病気を理解していなければ、いわれたことを、もはや理解したり覚えていたりできなくなっている患者に、訳を話したり説明したりする努力を継続するだろう。感情の再枠組み化は、この病気の生物学的病理を受け入れ、病気を理解することに伴う悲しみや喪失感も許容するよう介護者に求める。介護者は患者の変更不可能な事実を受け入れるのである。

2. 否定的に考えるのを止める

感情の再枠組み化をするために、介護者は、否定的な考え方のパターン「結論を急ぐ」「全て悲劇だと捉える」「過剰な一般化」といったことを認識することを学ぶ。否定的な考えをしていたらそれを書き留めるようにし、肯定的な考え「対処できる」「何とかなる」「悪いことばかりじゃない」に転換するよう求められる。

介護者は、自分にとって助けになる考え方を書き留め、生産的な考え方かあるいは否定的な考え方をしているかを自問し、グループで自分の考えを公表するよう求められる。現在の否定的考え方を転換するにはどう考えればよいのか

を考えるよう求められる。女性介護者は、夫がアルツハイマー病になると、深い自己喪失を感じるが多い。このような女性介護者は、夫を通じて自己認識をする世代に育った女性である。したがって、夫がアルツハイマー病を発症すると、自分のアイデンティティ喪失の危機に直面したりもする。夫に長い年月頼りきりだった場合は、自ら意思決定ができるよう、学びなおさなければならない女性もいる。しかし、それは実現可能で、このような介護者には、毎日自分の時間を持つよう奨励する。

3. 肯定的に物事を捉える

感情の再枠組み化の3つめは、介護のもたらす良い面に目を向けるよう、介護者に求めることである。課題として、介護者は介護の肯定的な面とその意義について考えるよう求められる。介護者に、彼らがしていることは価値のある重要な素晴らしいことで、介護こそが人間を人間足らしめるものだと言及し、家族が介護者の助けをどうしても必要としているということを想起させる。介護は負担ではあるが、介護者が受け取る成果もある。多くの介護者が、介護をすることで自分の存在価値が高まったように感じると答えている。介護をすることで、生活に重要な意味づけが持ったという意見が報告され³⁾、患者に対し思いやりと敬意を表す機会になったともいっている。介護者が、否定的考えを肯定的態度に転換することができれば、患者の抱える問題の程度にかかわらず、介護者の訴える負担は通常少なくなる。

社会的支援の要請

対処策の最終段階は、社会的支援を求めることである。多くの介護者にとって、これが最も難しい。介護者はだれに頼ることができるのかを把握し、ある種の介護を見つけるよう求められる。多くの介護者は支援の要請をためらいがちだが、支援は大きな助けとなるので、ためら

わず要請するよう介護者に強く勧めるべきである。この支援は、情報の形であったり、精神面の支援であったり、実際の介護支援であったりする。

問題解決法アプローチは、ためらいがちな介護者が社会的支援を見つける手助けとなる。

1. 支援の要請を躊躇している自分に気付く

ーなぜ躊躇するのかを自問する

多くの介護者は助けを求めるのはわがままだと感じるが、自分を大切に扱えば、長い目でみれば結局、より良い介護者になれるのだということに気付かなければならない。介護者によっては、他人のいいなりになるのではないかと恐れたり、他人には適切な介護はできないと疑ったりする。支援を求めるのは、自分の介護がうまくいかなかった証拠だと感じる介護者もあるだろう。しかし、このような考えは改めるよう介護者に伝える必要がある。

2. 最も必要とされる支援を吟味する

介護者に、必要とする理想的支援は何か、精神的支援なのか、物理的支援なのか、情報がほしいのかをはっきりするよう求める。介護者によっては、誰かと交流する時間が欲しいだけだったりすることもある。

3. 支援を得る

支援者として誰がベストなのかを決定する。はっきりと率直に支援を要請しなければならぬと介護者に説明する。支援をはっきりと求められない介護者が多いので、何を望むのか分かってもらえない場合が多いからである。介護者がある種の支援のある場面で具体的に要請する状況を設定してロールプレイを行なう。介護者は、支援の要請は決して容易な対処行動ではないという説明を受けるべきだ。さらに、看護師リーダーも支援の要請を簡単なプロセスと捉えてはいけない。支援の要請にあたってどのような問題が発生し得るかを介護者自身が考え、

拒否された場合にも介護者が対処できるよう看護師は助力しなければならない。看護師は、あらゆる潜在的問題を探る必要がある。

4. 支援維持

支援が得られたら、どれだけの期間支援が継続するのか、現実的評価をしなければならない。他の支援を探す必要があるか、この支援を維持継続させるために何ができるかなどの問題には、介護者グループで取り組み、解決を目指す。

セッション5～15

これから11週間、介護者は、課題としてはっきりさせた4つの問題に対し、以上に述べた3つの対処策を実行する。その結果を他の介護者と話し合い、介護実施にかかわるストレス要因の統制力改善に引き続き取り組む。毎週、以上のステップを試してみることが課題となる。この11週間という十分な時間をかけて、介護者は、変更可能なストレス要素に取り組む具体的問題解決技術を習得し、変化不可能な状態には感情処理の肯定的態度を養う。

通常、ストレス要因はどれも、以上の両アプローチを必要とする。たとえば、アルツハイマー病のため金銭的決断を下せない夫にストレスを感じる妻がいるかもしれない。それでも金銭面での意見を夫に求め続けて、夫の理解力欠如と記憶障害でフラストレーションが続くこともあるだろう。アルツハイマー病の特性を理解できれば、介護者は「感情の再枠組み化」に取り組んで、夫の精神能力の欠如を受け入れることができる。そうなれば、夫に経済的問題を解決してほしいとは思わない。次に、具体的な問題解決技術を活用して、経済面へのアドバイスを安心して求められる人物を探さなければならない。代替策を考え、その評価には6ステップモデルを利用すればよい。

もちろん、リーダーである看護師は、問題行動、意思疎通改善、アルツハイマー病患者の安

全性確保を処理するさまざまなテクニックに精通していなければならない。本稿では、該当する情報を網羅することはできないが、安全性と意思疎通に関する有益なアドバイスはアルツハイマー病看護に関する多くの文献に掲載されている。

結論

家族介護者に対処技術を伝授するための、支援グループの組織・実施を簡潔に説明したものが本稿である。要約すると、介護者教育への支援グループの活用といえる。

1. 一般的ストレス要因の特定細分化の方法
2. 変更可能・不可能なストレス要因の見分け方
3. 変更可能なストレス要因と対処策選択の正しい組み合わせの設定法

支援グループ運営には、ストレスとその対処法、アルツハイマー病、その治療法、患者の問題行動を管理するテクニック、利用可能な支援サービスなどに関する知識以上のもの、すなわち、精神的強さと心理的意識が要求される。グループリーダーは、介護者の経験する、悲しみ、悲嘆、怒りという強い感情を受容しなければならない。我々は、介護者にこれらの感情を表出させ、それを受容しなければならない。介護者にはこの感情面での支援が必要で、介護者にも介護が必要なのである。さらに、グループリーダーは、グループの性格を理解して、グループを団結させ、誰もが前進し自分の問題に解決を見出していけるように運営を進めなければならない。問題解決に消極的で、グループを停滞させたり、他の参加者に「失敗」のメッセージを送ったりしたがる難しい介護者もいるだろう。グループリーダーは、強い意志と積極性を保ち、その介護者のグループ内での効果的活動を促さなければならない。

今日の社会は、家族介護者に多くを要求して

いる。家族介護者が社会の安寧のために大きな貢献をしている。多くの介護者は在宅介護を続けたいと思うが、疲労困憊して諦めてしまう。家族を介護施設に入れた後は、罪の意識に苛まれ、できるだけ多くの時間を割いて施設に面会に訪れるかもしれない。このような状況を回避し家族介護者の QOL を改善するために、介護者が自分の役割に対処するための新技術を学ぶ場となる支援グループを立ち上げなければならない。

最後に、家族介護者にサポートグループの利用を呼びかけるために、介護者に会った時には、その必要性を家族介護者が認識できるようにしなければならない。こちらから手を差し伸べる必要がある。現在、わが国の病院では、患者の医療的問題であれ自分自身の問題であれ、何らかの形で介護者は医師に会っている。しかし、せいぜい新たに起こった症状のために処方箋を書いてもらうか、あるいは別の検査をしてもらうかで終わっている。介護者がどのように介護の日々を過ごしているのかを病院担当者が知ることはめったにない。それはなぜなのか、そして、必要かつ受けるに値するケアを介護者が受け取るまでどれだけの時間が経過しているのだろうか。我々は、今こそ看護師が家族介護者支援グループを立ち上げる時であると考えている。本稿がその実現に有益であるよう望んでいる。

引用・参考文献

- 1) Yamada M, Saski H, Mimosir Y, Kasagi F, Sudoh S, Ikeda J et al. : Prevalence and Risks of Dementia in the Japanese Population — RERF's Adult Health Study Hiroshima Subjects, Journal of the American Geriatric Society, 47, p.189-195, 1999.
- 2) Evans D.D., Funkenstein H.H., Albert M.S. : Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons, Higher than previously reported, JAMA, 262 (18), p.2551-2556, 1989.
- 3) Narayan S, Lewis M, Tornatore J, Hepburn K, Corcoran-Perry S : Subjective responses to caregiving for a spouse

- with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, March, p.19-28, 2001.
- 4) Arai Y, Zarit S, Kumamoto K, Takeda A : Are there inequities in the assessment of dementia under Japan' s LTC insurance system?, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, p.346-352, 2003.
 - 5) Schulz R, Beach S.R : Caregiving as a risk factor for mortality — The caregiver health effects study, *JAMA* , 282, p.2215-2219, 1999.
 - 6) Huang HL, Shyu YL, Chen M, Chen S, Lin L : A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, p.337-345, 2003.
 - 7) Levesque L, Gendron C, Vezina J, et al : The process of a group intervention for caregivers of demented persons living at home, conceptual framework, components and characteristics, *Aging and Mental Health*, 6(3), p. 239-247, 2002.
 - 8) Woods RT, Wills W, Higginson IJ, Hobbins J, Whitby M : Support in the community for people with dementia and their carers — a comparative outcome study of specialist mental health service interventions, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, p.298-307, 2003.
 - 9) Yalom ID : The theory and practice of group psychotherapy, Basic Books, 1975.
 - 10) 野島一彦 : グループ・アプローチ, 現代のエスプリ, 至文堂, 1999.
 - 11) 鈴木丈編著, 伊藤順一郎著 : SST と心理教育, 中央法規出版, 1997.
 - 12) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Hisamichi S : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Burden Interview, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, p. 281-287, 1997.
 - 13) Gottlieb BH, Wolfe J : Coping with family caregiving to persons with dementia, a critical review, *Aging and Mental Health*, 6(4), p. 325-342, 2002.
 - 14) Abe K, Kashiwagi T, Tsuneto S : Coping strategies and its effects on depression among caregivers of impaired elders in Japan, *Aging & Mental Health*, 7(3), p.207-211, 2003.
 - 15) Schreiner AS, Morimoto T : The Relationship Between Mastery and Depression among Japanese Family Caregivers, *International Journal of Aging and Human Development*, 56 (4), p.307-321, 2003.
 - 16) Morimoto T, Schreiner AS, Asano H : Caregiver Burden and Health Related Quality of Life Among Japanese Stroke Caregivers, *Journal of Age and Ageing*, 32(2), p.218-223, 2003.
 - 17) Hebert R, Levesque L, Vezina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, Preville M, Voyer L, Dubois MF : E f f i c a c y of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home, A randomized controlled trial, *Journal of Gerontology*, 58B (1), S58-S67, 2003.
 - 18) Lazarus R.S., & Folkman S : Stress appraisal and coping, New York, Springer.
 - 19) Wald C, Fahy M, Zuzana W, Livingston G : What to tell dementia caregivers — the rule of threes, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, p.313-317, 2003.
 - 20) Arai Y, Zarit S, Sugiura M, Washio M : Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly-a longitudinal study in rural Japan, *Aging and Mental Health*, 6(1), p.39-46, 2002.
 - 21) Eloniemi-Sulkava U, Rahkonen T, Suihkonen M, Halonen P, Hentinen M, Sulkava R : Emotional reactions and life changes of caregivers of demented patients when home-caregiving ends, *Aging and Mental Health*, 6(4), p.343-349, 2002.
 - 22) Hebert R, Bravo G, Preville M : Reliability Validity and Reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia, *Canadian Journal on Aging*, 19(4), p.494-507, 2000.
 - 23) Morimoto T, Schreiner AS, Asano H : Perceptions of burden among family caregivers of poststroke elderly in Japan, *International Journal of Rehabilitation Research*, 24, p.1-6, 2001.
 - 24) Richards K, Moniz-Cook E, Duggan P, Carr I, Wang M : Defining "early dementia" and monitoring intervention-what measures are useful in family caregiving, *Aging and Mental Health*, 7(1), p.7-14, 2003.
 - 25) Rosen, Yesavage et al : Alzheimer Disease and Associated Disorders, 16, p.1-15-23, 2002.
 - 26) Suwa S : Assessment scale for caregiver experience with dementia — Development of an instrument in Japan, *Journal of Gerontological Nursing*, 12, p.5-12, 2002.
 - 27) Vernooij-Dassen, MJFJ, Van Hout, HPJ, Hund, KLM, Hoefnagels, WHL, Grol, PRTM : Information for dementia patients and their caregivers — what information does a memory cline pass on, and to whom?, *Aging and Mental Health*, 7(1), p.34-38, 2003.