

介護家族を対象としたストレスマネジメントプログラムへのマインドフルネス・アプローチの導入

著者	風間 雅江, 本間 美幸, 八巻 貴穂
雑誌名	北翔大学教育文化学部研究紀要
巻	2
ページ	13-22
発行年	2017
URL	http://id.nii.ac.jp/1136/00002470/

介護家族を対象としたストレスマネジメントプログラムへの マインドフルネス・アプローチの導入

Mindfulness-based approach in stress management program for family caregivers

風 間 雅 江* 本 間 美 幸** 八 巻 貴 穂**
Masae KAZAMA Miyuki HONMA Takaho YAMAKI

I 問題と目的

日本は世界に類を見ない急速なペースで超高齢社会に移行し、劇的な社会変動の中にある。高齢者介護をめぐるわが国の方針として、要介護者が可能な限り在宅で暮らすことを目指すことが掲げられている。二十一世紀の日本社会における家族機能の低下が指摘されて久しいが、統計数理研究所が5年ごとに実施している、日本人の国民性についての全国調査の2013年度の結果では、一番大切なものは何かという問いに対して、「家族」という回答が44%で最も多いことが示されている（中村・土屋・前田，2015）。2000年の介護保険制度施行により利用者自ら多様な介護サービスを選択することが可能になったが、最も大切に思うものを家族とする傾向が強い日本では、介護を要する人への日常的ケアを家族が行うべきであると考え、自らの生活を大きく変えてでも家族介護の道を選ぶ人は多い。実際、平成24年就業構造基本調査の結果では、日本における介護者は約557万4千人、過去5年間に介護・看護のために離職した人は約48万7千人にも及んでいる（総務省統計局，2013）。一方で、在宅介護をめぐる様々な深刻な問題が指摘されており、要介護者と介護者のそれぞれの個人要因、介護を要する高齢者と介護家族の関係性の要因、取り巻く社会環境の要因等によって、虐待や心中等の痛ましい状況に陥る可能性がある。要介護者と介護家族の両方のウェルビーイングの維持・向上のためにも、家庭で介護を行う家族の心身の健康を保つための支援方法を整備することは喫緊の課題である。

毎日新聞「介護家族」取材班が2016年に全国の介護家族を対象に行ったアンケート調査では、要介護者への殺意や心中を考えたことが「ある」と回答した人が20%、どのような時にそう考えたかの問いに対しては、介護による疲弊が77%、将来への不安が40%を占めていた（毎日新聞大阪社会部取材班，2016）。

松本・松本（2016）は、医師として24年間にわたって3,000人の認知症のある人のケアを行った経験から、善意をもって熱心に介護をしていた介護家族が、日々のケアに疲れ追い詰められた結果として虐待を含む不適切行為に及んでしまい、生命を無くしてしまうほどの重大な

*北翔大学教育文化学部心理カウンセリング学科

**北翔大学生涯スポーツ学部健康福祉学科

事件に至ってしまう可能性があることを指摘している。松本（2013）は、要介護者への不適切行為がなされた事例数に占める死亡例数の割合は、善意をもって介護をしていた場合が16.27%に及び、そうではない場合よりもはるかに発生率が高いことを報告している。認知症高齢者を介護する家族の55%にうつ状態が認められたという海外の報告もある（加藤，2007）。厚生労働省私的研究会「2015年の高齢者介護」や2012年厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」によれば、認知症ケアは、高齢者ケア全般のなかでもより高度な専門性が要求されることが指摘されている（汲田，2016）。認知症高齢者を介護する家族に対しては、認知症の理解を深めるための知識や自身のセルフケアの具体的方法に関する知識を提供することが必要である。

家族による長年にわたる介護を必要とする障害として、高次脳機能障害についてふれたい。高次脳機能障害は、記憶、言語、注意等の認知機能の障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれ、目には見えない心理的問題は複雑で広範囲に及び、他者から理解されにくいという特徴をもつ。当事者と家族は、突然の事故や発症によって生じた高次脳機能障害の理解と受容の段階で困難を抱えることが多い。家族の手記には、受障直後からしばらくの間は、どうしたらよいのか全く手だてもないまま混乱の日々が続くことが綴られ、この障害特有の問題を共有する家族が集まり、情報を共有し、共感しあいながら、相互に支えあい苦難の日々を乗り越えていく努力の姿が克明に描かれている（阿部・東川，2015；日本脳外傷友の会，2011；脳外傷友の会コロポックル，2009）。

「介護負担」という言葉があるが、介護をする人にとって、介護生活は「負担」でしかないのだろうか。確かに、家庭で家族を介護する生活に入ると、時間の使い方、過ごす場所、人間関係、家庭生活、職業生活等、さまざまな側面で大きな変化が生じ、その状況への速やかな適応が求められる。そうした変化に適応するには、心身への多大な労を要するし、長い時間がかかるだろう。さらには、家庭で病や障害に苦しむ家族の姿を日々目の当たりにするのは辛い。介護の只中にいるとき、あるいは、介護を終えたとき、介護家族の心に去来する思いはいかなるものであろうか。先に挙げた介護家族の手記では、障害のある家族を日々介護するプロセスにおいて、新たな気づきや発見があり、当事者と家族の双方において生活の質が良い方向へと変化していく様相も記されている。風間（2009）および風間・中村（2010）では、高次脳機能障害のある夫を家庭で介護する妻へのインタビューを通して得た語りをデータとして分析した結果から、要介護者の受障当初は、家族も混乱や絶望の時期が続き、その後、ソーシャルサポートや家族自身の新たな気づきの体験を積み重ねながら介護を続ける経過のなかで、過去を再解釈し現在を肯定し未来に繋げるといったポジティブティの増大があることが示された。ウェルビーイングを回復し維持し得る家族が、もともと豊かなりソースを有していたという可能性があるが、一方で、介護の体験を通して、高いレジリエンス（精神的回復力）を獲得し主観的ウェルビーイングの向上が認められた可能性もあると思われる。ストレスフルな体験を乗り越える対処法の一つとして、困難な出来事が起きた意味を探究・理解し、その出来事がもたらす

恩恵を発見する認知的コーピングである『意味づけ (meaning making)』が注目されている (上條・湯川, 2014)。困難を乗り越えた介護家族の多くは、こうした意味づけによる対処を行ったか、あるいは行い続けている場合もあるのではないかと思われる。

海外の大規模な追跡調査による知見から、介護家族の心理的ウェルビーイングの向上には「有効な知識を得るための社会活動への参加」が影響を及ぼすことが示されている (Cameron, Stewart, Streiner, Coyte, & Cheung, 2014)。現代日本の超高齢社会において、介護家族が適切にストレスマネジメントを行いつつ心身の健康を保つための情報を適切に伝える方法を開発し実践していく必要がある。風間・本間・八巻 (2016) は、介護家族を対象とし、心理教育と介護技術指導を含むセルフケア・プログラムを考案し、それを実践した結果を報告した。このプログラムは、2015年6月および7月に2回にわたって実施され、概要は、介護生活において求められる、ストレスマネジメントに関する心理学の知識をわかりやすく説明すると共に具体的なリラクゼーション法を体験するものであり、ボディメカニクス理論による介護技法の説明および演習等と組み合わせて行われた。プログラムの内容、レベル、実施時間の長さ、有用性について事後アンケートを行った結果、参加者全員から概ね高い評価を得た。本研究では、上記の風間ら (2016) で報告したプログラムに若干の修正を加え、前年同様2016年6月および7月に2回にわたって実施した。本稿では、そのプログラムの内容、および、参加者が自宅で継続的に実施したマインドフルネス・アプローチについて報告すると共に、プログラムの実施前と実施後の心理尺度得点の変化についても検討し、介護家族のウェルビーイングにもたらす効果を考察する。マインドフルネス・アプローチは、現在、医療、産業、教育を含む幅広い領域で心身の健康に寄与する方法として注目されている。特定の疾患や障害をもたない人から重度の精神疾患をもつ人に至るまで、その効果を示す科学的知見が積み上げられている (例えば、Liu, Xu, Wang, Williams, Geng, Zhang, & Liu, 2015; McManus, Muse, Surawy, Hackmann, & Williams, 2015)。介護に多くの時間を要する家族が自宅で自身で行うことができるストレス低減法のひとつとして、マインドフルネス・アプローチの効果が確認できれば、今後の介護家族支援への有効な支援方法の開発に繋がるものと思われる。

II ストレスマネジメントプログラムの概要

本研究で実施したストレスマネジメントプログラムは、介護家族にとって、自宅で手軽にできるストレス低減法の知識とスキルを体験的に学ぶものであり、身体に負担の少ない介護方法等を習得するプログラムと組み合わせて行われた。1回2時間のプログラムを、3週間の間隔で2回実施した。各回の流れは、心理学的なストレスマネジメントにかかわるプログラム (以下「こころ編」と称す)、介護技術の習得、介護予防等を体験的に学ぶプログラム (以下「からだ編」と称す) の2部から構成された。

第1回の内容は、「こころ編」が①ストレス度のチェック、②ストレスをためないもの見

方・考え方，③リラクゼーション方法（マインドフルネス・アプローチ），「からだ編」が①介護者の腰痛予防，②からだの自然な動き－ボディメカニクス，③演習1：仰臥位⇒端座位⇒立ち上がり⇒両手引き歩行，④演習2：ストレッチング；長座体前屈，⑤演習3：ラジオ体操第一であった。

第2回のプログラム内容は，「こころ編」が①ストレス対処のタイプ，②ストレスをためないコミュニケーション，③アサーション度のチェック，④マインドフルネス・アプローチ，「からだ編」が①準備運動，②からだの自然な動き－ボディメカニクス，③寝返り動作，演習1 寝返りの介助，④起き上がり動作，⑤演習2：起き上がりの介助，⑥演習3：臥位⇒端座位⇒立位の介助であった。

プログラムのうち，マインドフルネス・アプローチについては，主にKabat-Zinn（1990）およびSegal, Willams, & Teasdale（2002）を参考にし，マインドフルネス（mindfulness）の概念および態度についての解説と，リラクゼーション法としてマインドフルネス呼吸瞑想法の手順を説明し，続けて実習を行った。具体的には，マインドフルネスの概念として，「今この瞬間，瞬間の経験への気づき」を大切に，「良い悪い，好き嫌いなどの判断をしないで，ありのままに受け止めること」と説明した。また，マインドフルネスの態度として，①初心：生まれて初めて体験するかのように，物事を興味と新鮮さをもって見つめる，②評価しない：良い/悪い，正しい/間違い，公平/不公平というラベルを貼らずに，単に，瞬間瞬間の思考，感覚として意識を向ける，③受け止める：物事があるがままに認め，受けとめる，④力まない：必要以上に貪欲になったり，今の状態を無理に変えようとしない，⑤静かさ：静かに思いやりをもって変化に身を任せる，⑥あるがまま：自分自身のあるがままを認める，⑦自分に対する信頼：何が真実で何がそうではないのか，自分自身の体験から理解する，⑧自分への思いやり：自分を無意味に批判・非難することなく，あるがままの自分に対する愛を養う，とした。マインドフルネス・アプローチの手順としては，①背筋を伸ばし，肩を落として力を抜いて，楽な姿勢で椅子に座る，②足は組まずに足の裏をびったりと床につける，③（目を閉じたほうが落ち着く人は）静かに目を閉じる，④腹部に注意を向け，息を吸い込んだときは静かにふくらみ，息を吐いたときには引込むのを感じながら，呼吸を試みる，⑤呼吸の仕方を無理に変えなくていいので，ただ，呼吸をしているお腹の状態を感じてみる，⑥呼吸のすべての瞬間に注意を集中する。息を吸っている間も，息を吐き出している間も，胸やお腹の動きを感じてみる，⑦注意が呼吸から離れたことに気づいたら，呼吸から注意をそらせたものは何なのかを確認して，良い悪いなどの判断や評価をせず，静かにお腹に注意を戻し，息が出たり入ったりするのを感じてみる，⑧さまざまな思考や空想など，心があちこちさまよっても，ありのままを受けとめ，ふたたび，呼吸あるいはお腹に注意を向ける，⑨これを5分間続ける，⑩ゆっくり目をあける。座ったまま，軽く身体を動かす，とした。以上の内容については全て配布資料に記載し，それに基づき説明を行った。呼吸法の1回あたりの実施時間は，Kabat-Zinn（1990）では15分間，Segal, Willams, & Teasdale（2002）では3分間とされているが，前年

度5分間で実施した際の参加者の評価が高かったため、本研究では5分間とした。

ストレスマネジメントにかかわる心理教育は、中村（2005）、高橋（2010）、小杉（2006）、田中・戸田（1998）を参考にし、ストレスとは何か、ストレス事態への認知的評価とコーピングのタイプ、ストレス反応としての心身の状況、バーンアウトとは何か、認知行動療法の観点からストレスをためないもの見方・考え方、ポジティブ心理学および脳科学の知見に基づくポジティブ感情の効果についての解説を行った。さらに、平木（2013）を参考にしたアサーションについて解説や自身のアサーション度のチェックおよび実習も行った。

Ⅲ 方法

本研究のストレスマネジメントプログラムは、北翔大学における地域貢献事業の一つである一般市民対象の無料講座「介護をする人のためのセルフケア講座」として実施された。このテーマでの筆者らによる講座の開催は、2015年に引き続き2年目（2回目）であった。

講師は、「こころ編」は第一著者、「からだ編」は第二著者および第三著者が担当した。講義資料として、A4版で、第1回は10ページ、第2回は8ページのイラスト付き資料を独自に作成し、参加者に配布のうえ、それに基づいて講座を進めた。

講座の実施日は、第1回が2016年6月18日（土）、第2回が2016年7月9日（土）、実施時間は、両日共に13時30分開始、15時30分終了の2時間であった。開催場所は、北翔大学介護実習室であった。

参加者は成人女性7名で、年齢層による内訳は50歳代3名、60歳代4名であった。この中に前年度実施した講座に参加した人は含まれていなかった。講座に先立ち、本研究の目的、概要の説明およびインフォームドコンセントにかかわる説明を行い、研究協力者を応募したところ、参加者全員から協力の申し出があった。そこで、全員に対して、講座の第1回の冒頭と第2回終了時に、質問紙調査への回答を求め、さらに、第1回終了時に、第2回参加時までの期間、可能な範囲でマインドフルネス・アプローチを実施し、所定の項目について記録用紙に記載するように依頼した。

質問紙は、日本語版GHQ12（General Health Questionnaire, Goldberg, 1978；中川・大坊, 2013）12項目、および精神的回復力尺度（小塩・中谷・金子・長峰, 2002）21項目から構成された。日本語版GHQ12は4件法で心身の健康状態の把握するものであり、得点が高いほどストレスの程度が大きく、心身の健康の問題を抱える可能性が高いとされる。精神的回復力尺度は5件法で回答を求めるものであり、「新奇性追求」（例：色々なことにチャレンジするのが好きだ、困難があっても、それは人生にとって価値のあるものだと思う）、「感情調整」（例：動揺しても自分を落ち着かせることができる、ねばり強い人間だと思う）、「肯定的な未来志向」（例：自分の未来にはきっといいことがあると思う、自分の将来の目標がある）の3領域から成る。

第1回終了時に、プログラムの中で説明と実習を行ったマインドフルネス・アプローチを次回までにできる範囲で継続的に日常生活の中で行うよう依頼し、その記録表として、実施日、実施時刻、実施時間、実施後の感想を記載する用紙を配布し、自宅で実施後の記載を求めた。目標とする日数や1回あたりの時間は指定せず、参加者の状況に合わせて任意とした。

IV 結果

第1回の冒頭と第2回終了時に参加者に記載を求めた二つの心理尺度の平均値の差の検討を行った結果を Table 1 に示した。

本研究では、参加者7名中6名において、第2回のGHQ12の得点が第1回より低くなっており、残り1名はGHQ得点が第1回と第2回共に0点であった。GHQ得点の平均値について対応のあるt検定を行ったところ有意差が認められ、第1回冒頭よりも第2回終了時の方が有意に低かった ($t(6) = 3.219$, $p < 0.01$, Hedgesの g (以下 g とする) = 1.272)。この結果から、プログラム参加後に心身の健康状態の自己評価が良好になっており、ストレスマネジメント教育で扱った内容、ならびに、自宅で実施したマインドフルネス・アプローチが、参加者のウェルビーイングにポジティブな影響を与えた可能性が示唆された。

精神的回復力尺度についても、第1回冒頭と第2回終了時の得点の比較を行った。対応のあるt検定の結果、平均値には有意差が認められなかった ($t(6) = -0.433$, $p = .34$, $g = -0.110$)。先行研究では、小塩ら (2002) は合計得点を項目数で除した得点を精神的回復力得点とし、対象の大学生207名の平均値は3.35、また、介護職を対象とした風間ら (2013) では平均値は3.41であった。本研究の参加者を同じ算出法で求めると、第1回および第2回共に3.50であり、統計的な比較検討はできないが、本研究の参加者は先行研究よりも高い平均値を示していた。

Table 1 GHQ12と精神回復力尺度の介入前後の平均値と対応のあるt検定の結果

	介入前		介入後		介入前後の差	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	t	g
GHQ12	4.43	3.780	0.86	1.215	3.219**	1.272
精神的回復力	73.57	8.658	73.43	6.754	-0.433 <i>n.s.</i>	-0.110

第1回から第2回までの21日間、マインドフルネス・アプローチを可能な範囲で自宅等で行った記録を集計した結果、参加者7名全員が5日から21日の範囲で実施していた。平均実施日数は11.29日 (SD=6.50)、1日あたりの平均実施時間は6.46分 (SD=2.15) であった。実施後の感想としての自由記述には、「深い呼吸はなんとも落ち着く」「一日のやる気がでた」「何も考えずに、ゆったりとした良い時間」「忙しかった日は特にこの時間を作ると良い」「呼

吸法のあとに血圧を測ると数値が良くなる」「体が暖かくなってきた」等の効果を実感するという記載が多かった。一方で、「つつい考えごとをしてしまう」「何も考えずに集中するむずかしさを感じた」「お腹に意識をもっていくのがうまくいかない」といった実施法の難しさについての記載もあった。参加者のうち1名は実施した17回中8回を電車の中で行っており、「家にいると次に何をしようかと考えてしまいますが、電車の中では他にすることがないので集中でき終わるとスッキリ感じる」という感想が述べられていた。

V 考察

本研究では、介護家族を対象に、ストレスマネジメント教育、マインドフルネス・アプローチの継続的实施、および介護技術の説明と実習を含むプログラムを実施した前後における、参加者の心身の健康度と精神的回復力の変化について検討を行った。その結果、心身の健康度については、参加者全体として、健康度が上昇していたが、精神的回復力については、変化が認められなかった。本研究では、対照群を設定しておらず、また、フォローアップの実施と再測定を行っておらず研究計画において不十分な点が多いという限界があるものの、参加者への全体を通じた感想を求める事後アンケートではプログラムの内容について肯定的な意見が多く、満足度の高いものであった。マインドフルネス・アプローチが介護家族にとって、手軽に実施できるストレス低減法として有効であることが、今後、精査した研究手法によって確認されれば、介護家族のメンタルヘルス、ひいては心身の健康の維持向上に寄与すると考えられる。

今回の参加者において認められた参加後の心身の健康度の上昇は、プログラムの中で紹介しかつ継続的に実施されたマインドフルネス・アプローチの効果によるものであった可能性があるが、その他のプログラムの影響もあった可能性もある。2回の講座はそれぞれ、「こころ編」と「からだ編」の2部で構成され、心身の両方に働きかけるものであった。心理的なストレス対処と日常の介護に有効な技術を習得することも可能であり、こうした特徴が参加者のニーズにみあったものであったと思われる。心身の健康度の上昇が認められた一方で、精神的回復力には変化がみられなかったが、今回の精神的回復力尺度の構成因子である「新奇性追求」「感情調整」「肯定的な未来志向」といった特性は短期間のマインドフルネス・アプローチで変化し得ないものであるのかもしれない。

介護家族が、自身のストレスの状況を自覚し、適切な方法で対処し、さらに、介護予防に繋がる介護方法の知識とスキルを習得し活用することは、介護疲労やバーンアウトの予防のためにも重要である。本研究の結果から、「いまこの瞬間、瞬間の経験への気づき」を大切に、呼吸のすべての瞬間に注意を向けつつ、さまざまな思考で心がさまよったときも、その状態のありのままを受け止め、良し悪しの判断や評価をせずに呼吸に注意を戻す瞑想と呼吸の練習を1日5分程度行うという、短時間のマインドフルネス・アプローチの実践が介護家族のストレス低減をもたらし、心身の健康を向上させる可能性が示唆された。

本研究の参加者の中には、先に述べた高次脳機能障害の夫を長年にわたって介護し続けている家族がおり、第1回から第2回の朝まで一日も欠かさず自宅でのマインドフルネス・アプローチを実践していた。終了時には回ごとの詳細なコメントを記載した記録表の他に、詳細な感想を提出され、その中には、マインドフルネス・アプローチおよび瞑想を日常的に行うことによる「心の備え」の形成、「心と体の相互作用」、「心の落ち着きと身体的健康の連動」、実験的に試した経験を通して「呼吸が『静の運動』であることの実感」等について記載されていた。介護対象の夫は高齢ではないが、脳卒中発作による悪化を繰り返し多様な高次脳機能障害の症状を呈する状態にあり、参加された介護家族ご自身も心身の不調をきたす期間が長かった、介護初期の混乱の中では、参加したくでもこのような講座には参加する余裕はなかった、とも述べられている。

上に挙げた家族の記載内容からも、抑うつ傾向が高かったり、社会との接点が乏しい状態にある介護家族の場合は、定められた時や離れた場所での講座に参加するのは困難であることがわかる。介護家族が体験する感情を深く理解し、心のケアを行うことは、心理職のみならず、介護にかかわる全ての専門職に求められている（渡辺，2005）。在宅サービスにあたる訪問介護員をはじめ、家族介護者と接する人がストレスマネジメントの知識とスキルをもち、必要に応じてわかりやすく説明したり、心理職が介護者の家庭に出向いていくアウトリーチ等が求められると考えられる。

冒頭で述べたように、要介護者に認知症がある場合には、そのケアに高度の専門性が求められることからすると、家庭で家族が認知症のある身内の高齢者を長期にわたって介護することには非常に大きな負担がかかるものと考えられる。介護家族がもつリソースは様々であるが、介護者自身の健康を維持するための心理教育的アプローチは今後ますます要請される場が増えていくものと予測される。介護家族にはより多様なソーシャルサポートが必要である。汲田（2016）は、デンマークにおいて2007年から実施されたプロジェクトの成果に基づき、デリバリー型で認知症コーディネーターが困難事例に対応しグループでスーパービジョンを行うという認知症ケアのシステムを、当事者、家族、スタッフへの有効な支援方法として紹介している。このデンマークのシステムでは、認知症コーディネーターによる家族支援が積極的に展開されている（汲田，2016）。日本においては、認知症ケア高度化推進事業が2009年から展開されているが、全国で東京1か所の拠点という限界があり、都道府県が主体となって行うデリバリー型支援としていくつかの県が先進的な方法に取り組んでいるものの、十分とはいえない。今後は、国のシステムとして、介護家族へのサポート体制を整備していくことが求められる。

引用文献

阿部順子・東川悦子（2015）. 高次脳機能障害を生きる－当事者・家族・専門職の語り－. ミネルヴァ書房.

- Cameron, J. I., Stewart, D. E., Streiner, D. L., Coyte, P. C., & Ceung, A. M. (2014). What makes family caregivers happy during the first 2 years post stroke? *Stroke*, 45, 1084-1089.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- 平木典子 (2013). よくわかるアサーション 自分の気持ちの伝え方. 主婦の友社.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Random House. [春木豊訳 (2007). マインドフルネス・ストレス低減法. 北大路書房.]
- 上條奈美子・湯川進太郎 (2014). ストレスフルな体験の反すうと意味づけ—主観的評価と個人特性の影響—. *心理学研究*, 85(5), 445-454.
- 加藤伸司 (2007). 認知症を介護する人のための本—ケアする家族をストレスから救う—. 河出書房新社.
- 風間雅江 (2009). 失語症と介護家族がかかえる心理的問題の理解と支援. 北翔大学大学院人間福祉学研究科臨床心理センター紀要, 2, 13-22.
- 風間雅江・中村亜紀子 (2010). 介護家族の主観的ウェルビーイングについてのナラティブ・アプローチ—高次脳機能障害者の家族の語りを通して—. *北海道心理学研究*, 32, 37.
- 風間雅江・本間美幸・八巻貴穂 (2016). 介護家族を対象としたセルフケア講座実践の試み. *北翔大学教育文化学部紀要*, 1, 45-53.
- 汲田千賀子 (2016). 認知症ケアのデリバリー—スーパービジョン—デンマークにおける導入と展開から. 中央法規出版.
- 小杉正太郎 (編) (2006). *ストレスと健康の心理学*. 朝倉書店.
- Liu, X., Xu, W., Wang, Y., Williams, J. M. G., Geng, Y., Zhang, Q., & Liu, X. (2015). Can inner peace be improved by mindfulness training: a randomized controlled trial. *Stress and Health*, 31, 245-254.
- McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J. M. G. (2015). Relating differently to intrusive images: the impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (Hypochondriasis). *Mindfulness*, 6, 788-796.
- 毎日新聞大阪社会部取材班 (2016). 介護殺人 追いつめられた家族の告白. 新潮社.
- 松本一生 (2013). 認知症家族のところに寄り添うケア. 中央法規出版.
- 松本一生・松本章子 (2016). 介護のところが虐待に向かうとき—その真実を知る—. ワールドプランニング.
- 中川泰淋・大坊郁夫 (2013). 日本版GHQ精神健康調査票手引 (増補版). 日本文化科学社.
- 中村敬子 (2005). *ストレス・マネジメント入門—自己診断と対処法を学ぶ—*. 金剛出版.
- 中村隆・土屋隆裕・前田忠彦 (2015). 国民性の研究 第13次全国調査—2013年全国調査—. 統計数理研究所 調査研究リポート No. 116.
- 日本脳外傷友の会 (2011). 高次脳機能障害とともに—制度の谷間から声をあげた10年の軌跡.

せせらぎ出版.

脳外傷友の会コロポックル (2009). 救われた命のゆくえ 高次脳機能障害. 脳外傷友の会コロポックル.

小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性－精神的回復力尺度の特性－. カウンセリング研究, 35, 57-65.

Segal, Z.V., Willams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press. [越川房子 (監訳) (2007). マインドフルネス認知療法－うつを予防する新しいアプローチ. 北大路書房.]

総務省統計局 (2013). 平成24年就業構造基本調査結果. <http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf> (2017年1月5日閲覧)

高橋清久 (2010). やわらかい考え方でストレスコントロール－ひとりのできる認知行動療法の応用. フィスメック.

田中豪一・戸田まり (1998). ストレスと健康. 三共出版.

渡辺俊之 (2005). 介護者と家族の心のケア－介護家族カウンセリングの理論と実践－. 金剛出版.

付記

本研究はJSPS科学研究費（基盤研究C課題番号：24500904, 代表者：風間雅江）の助成を受けた。本研究は北翔大学研究倫理委員会の審査で承認を得て実施された。本研究の一部は第一著者が、北翔大学大学院臨床心理センター主催大学院生・若手心理臨床家セミナー（2016年8月21日、北翔大学北方圏学術情報センターポルト）で発表した。