

研究資料

ICT を活用したうつ病者家族支援システムの試作

¹木村 洋子 ²田嶋 長子¹同志社女子大学・看護学部・看護学科・准教授²元大阪府立大学・看護学研究科・教授

Prototype of a family support system for depressed people using ICT

¹KIMURA Yoko ²TAJIMA Nagako¹Department of Nursing, Faculty of Nursing,
Doshisha Women's College of Liberal Arts, Associate professor²Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University, Former professor

【はじめに】

厚生労働省の報告（2008、2014）ではうつ病性障害を含む気分障害であると診断された人は2005年以降増加傾向にあり、2008年度の報告では104.01万人と100万人を突破した。2014年では110.6万人とさらなる増加がみられる。2004年WHOのThe Global Burden and Diseaseによると、あらゆる疾患の中で、うつ病性障害を含む気分障害が第3位に位置づけられているが、2030年にはすべての年齢層・性別において第1位になるだろうと予測されている。国立社会保障・人口問題研究所は、うつ病性障害による疾病費用は2008年度時点ですでに3兆円に達したと報告している。

つまり、うつ病性障害による社会的・経済的損失は高血圧や糖尿病などの慢性疾患をしのぐ甚大なものになりつつある。

うつ病性障害はSSRIなどの薬物療法によって、3か月でおよそ60%、6か月で98%の人が以前の元気な状態に戻る「寛解」状態を迎えることができる。「寛解」状態を迎えて直ちに薬物療法が中止になるわけではなく、症状の出ない状態を維持しながら、徐々に薬の量を減らしていく「維持期」が必要となる。うつ病性障害の再発率は60%と高く、再発を繰り返すことによって、再発率は2度目以降が75%、3度目以降が90%と高くなる。つまり、うつ病性障害には再発予防が重要な課題であり、長期的な治療および支援が必要な疾患であるといえる。

うつ病性障害を含む気分障害と診断された方の年齢構成は35歳から64歳の働き世代が57.3%とほぼ半数を占める。

内閣府による調査では35歳以上の婚姻率は男性65%、女性76.1%と報告されている。つまり、うつ病性障害を含む気分障害と診断された人は社会的にも、家庭においても中核的な役割と重責を担っているといえる。さらに、家庭においては親・配偶者など少なくともひとり以上の家族がうつ病性障害を含む気分障害と診断された人を日常的に支えなければならず、うつ病性障害に関係する家族は潜在的に約110万人以上存在することになる。

Coyne (1987) は「うつ病者との相互作用により家族は有害な影響を受け、うつ病を発症させるリスクが高い」と報告している。また、Keitner (1986) は「うつ病性障害者の家族は非うつ病者の家族に比べて、家族機能が不全状態にあり、Family Assessment Device (以下FADと示す)の【コミュニケーション】と【問題解決】において有意な差がみられる」と報告している。これらの報告からうつ病者家族は非常に高いストレス状態にあり、家族機能は不全状態になると考えられる。うつ病性障害に関係する家族に対するケアは喫緊の課題であるといえる。

家族の心理教育は講義形式による情報提供や体験の共有としてのグループワークで構成され、1回の実施に2時間程度を要する。実施回数・頻度は2週間に1回から月1回まで、6から10回実施される。医療施設内等で実施されることが多く、参加者は施設までの移動手段や所要時間、交通費など多くの時間の制約と費用面の負担がある。さらに、時間の制約等から参加を希望しても、参加できない家族もいると考えられる。

本研究はInternet and Communication Technology

(以下、ICT) を活用することにより、従来集合対面型で実施してきたうつ病者家族を対象とした心理教育プログラムを、居住地や時間の制約をうけず「パソコン、携帯、タブレット端末から、どこからでも繋がる」心理教育プログラム・システムを開発することである。これまで様々な制約から十分なケアを受けることができなかったうつ病者家族に対して、地域や時間的制約を受けずに、疾患、治療や経過についての情報や、うつ病者を支える家族自身へのサポートを提供するものである。

本稿では、ICT の看護への活用事例から得た知見や ICT を活用して家族支援を行う上で必要と考えている機能を明確にし、再現した開発プロセスについて紹介する。

【家族支援システムの開発プロセス】

〈看護実践への ICT の導入：先行研究からの知見〉

医中誌 WEB を用いて、「ICT 活用」「支援」「原著」「看護」をキーワードとして検索を実施し、42件が該当した。タイトル及び要約を確認したところ、「看護教育での活用」や「卒後教育での活用」、「教育プログラム」について、「情報共有」などが大半をしめ、最終的に5文献を分析対象とした。

「目的」「活用しているデバイス」「実施内容」「対象者」「回数」「調整の必要性」「効果」「課題」についてそれぞれ整理した。「目的」は見守りや保健行動の確認、びあサポートの促進であった。「活用しているデバイス」はパソコン、マルチデバイスであった。「実施内容」ではリアルタイムなコミュニケーション、血圧値・主観的な健康状態の報告に対するコメント、メールの送信、掲示板へのコメントであった。「対象者」では遠隔地の居住者や高血圧を持つ人、糖尿病患者であった。「回数」は毎日から5回であった。「調整」はメール等での日程調整が必要な場合もあった。「効果」は安心感の提供や QOL の向上、健康意識の向上、情緒的サポートであった。「課題」としてマニュアルの整備や実施体制、非対面であることへの躊躇いが挙がっていた。以上のことから、[マルチデバイス方式であること] や [メール等での日程調整が必要であること]、[繋がる安心感を提供できること] [マニュアルを整備すること] 等が示唆された。

〈家族支援システムに欠かせないもの〉

本研究グループが ICT を活用して家族支援を行う上で必要であると考えている機能として、以下の5つの点が考えられた。まず、「双方向性を備えていること(相互作用実現性)」、「個人情報保護の観点から高いセキュリティ機

能を備えていること(安全性)」、「アクセスのしやすさ(簡便性)」、さらに、先行研究から得られた知見である「メール等を活用した日程調整ができる(調整機能)」、「本プログラム・システムを長期的に活用・維持するためには負担可能な範囲でのランニングコスト(低コスト)であること」である。

本研究グループは WEB 制作専門家や WEB 作業業者に上記の5つの要件を満たすシステム構築について問い合わせ・相談を繰り返した。

【家族支援システムの紹介】

〈HP の入り口〉(図1)



図1

〈システムやプログラムの紹介〉(図2)

システムの概要では、さまざまなデバイスからアクセスできること、許可された方のみ参加できることや高いセキュリティを備えていることを紹介している。



図2

〈プログラムの入り口〉(図3、図4)

プログラムの入り口として、「初めての方」、「プログラムの参加者募集」という簡単な入り口を設けている。「プログラム参加者募集」をクリックすると、次のような画面が現れる。

プログラムの詳細が表示される。「参加したいけど」「どのように参加できるの?」など気軽に相談していただけるように、メールアドレスを表示している。このメールアドレスをクリックするとメーラーが立ち上がり、本研究グループにメールが送られるシステムになっている。ここではプログラムの紹介(目的・実施回数と期間、参加方法)、参加する上での約束事(話したくないことは話さなくていいこと、個人が特定できる様なことは話さない、プログラム内で知り得たことについて秘密を守る)、家族教室への参加の仕方(グループへの参加か一人での参加か)、参加する上での疑問や質問の確認等を行い、プログラムに参加する上での疑問・不安を解消し、納得した上で参加していただけるようにしている。



図3

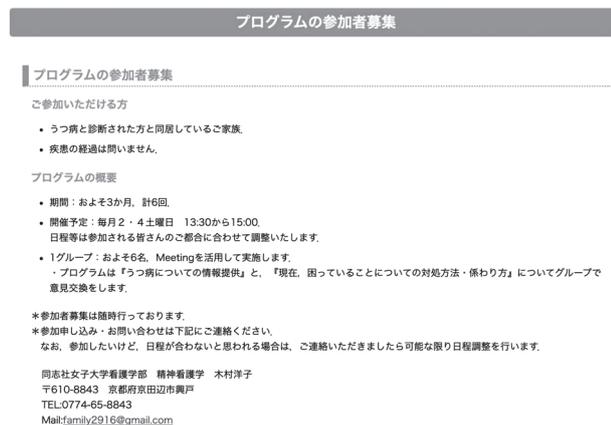


図4

〈家族教室への入り口〉(図5)

プログラムへの参加を希望され、日程調整を終えた方は上記のカレンダーに「家族教室」の予定が掲載される。参加者が予定している「家族教室」をクリックすると「Meeting」に連動しているため、「家族教室」に参加することができる。「家族教室」のセキュリティとして、予め送付したパスワードを活用して参加することとなる。



図5

【終わりに】

本稿ではうつ病者家族を支援するために、ICTを活用したシステム開発プロセスを紹介した。本システムは従来集合対面式で実施してきたうつ病者家族を対象とした心理教育プログラムを、ICTを活用して実施するための研究チームが考える「家族支援に欠かせないもの」をシステムのなかに再現できたと考えている。今後、参加者を募り、本システム・プログラムの実施を重ね、評価し、改善に努めたいと考えている。

【文献】

1. Coyne, James C. (1987): DEPRESSION, BIOLOGY, MERRIAGE and MERITAL THERAPY, Journal of Marital and Family Therapy, 13(4), 393-407.
2. Keitner, G.I., Miller, I.W., Epstain, N.B., Bishop, N.B., & Bishop, D.S. (1986). Family functioning and the course of major depression. Comprehensive Psychiatry, 28, 54-64.
3. World Health Organization (2004): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>, (最終閲覧日: 2021年10月6日)
4. 厚生労働省: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&layout=normal&toukei=00450022&kikan=00450&tstat=000001031167>, (最終閲覧日: 2021年10月6日)
5. 国立社会保障・人口問題研究所 (2008): <https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000sh9m->

att/2r985200000shcq.pdf, (最終閲覧日: 2021年10月6日)

6. 作宮洋子, 川口毅 (2010). e-mailによるコミュニケーションの促進と効果に関する研究 寒冷地冬期の高齢者の心身健康増進支援, 日本遠隔医療学会雑誌, 6 (2), 179-182
7. 内閣府: <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2017/29pdfhonpen/pdf/s1-2.pdf>, (最終閲覧日: 2021年10月6日)
8. 東ますみ (2012). 2型糖尿病患者に対する遠隔看護介入の自己管理行動への影響. 日本遠隔医療学会雑誌, 9 (2), 158-161.
9. 藤永新子, 東ますみ, 太田博, 西村治彦 (2017). ICTを利用した糖尿病患者へのソーシャルサポートシステムの導入と評価, 医療情報学, 37(4), 155-168.
10. 吉村玲児 (2007) 自殺予防の観点から見たうつ病の治療, 精神神経学雑誌, 109(9), 822-833.