

障害のある子どもの家族支援
児童デイサービスを利用している家族のE EとQ O L

米 倉 裕希子、三 野 善 央

Family Support for Children with Disability
Expressed Emotion of Family with Children Using Day Service for
Child and Quality of Life

Yukiko YONEKURA, and Yoshio MINO

近畿福祉大学紀要 第7巻 第2号
(平成18年12月)

障害のある子どもの家族支援 児童デイサービスを利用している家族の E E と Q O L

米 倉 裕希子¹⁾、三 野 善 央²⁾

Family Support for Children with Disability

- Expressed Emotion of Family with Children Using Day Service for Child and Quality of Life -

Yukiko YONEKURA¹⁾, and Yoshio MINO²⁾

Abstract

Object : Recently, Evidence Based Practice (EBP) has become important in order to improve a quality of social services and professional accountability. We spotlight Expressed Emotion (EE) of family to aim to construct Evidence based family support and demonstrate evidence for family with children with disability. EE was begun to study about family impact on schizophrenia patients, and is already established. Now it is applied to another disease and disabilities, and that studies applied for family with children with disability are increasing. This is a first study to investigate EE of family with children with disability in this country. **Methods** : Subjects were 42 mothers' EE whose children used a day service for child lived. EE was evaluated using Five Minutes Speech Sample (FMSS). Quality of life (QOL) was evaluated using SF-36v2 as subscale. **Result** : It is possible that EE of family with children with disability is different from disability, and it is necessity to change cut-off-point of high EE because of Japanese characteristic. In addition, family QOL is lower than national standard except Physical functioning (PF), and three subcategories of Role physical (RP), Mental Health (MH), and General Health perceptions (GH) is significant difference between Low EE and High EE. **Conclusion** : We obtained important evidences that it should focus disability characteristic and family QOL to support family with children with disability through this study.

Keywords : child with disability, family support, EBP

要 約

近年の社会福祉改革の中で、社会福祉サービスの質の確保、また専門家の accountability の視点から、根拠に基づく実践が求められるようになってきている。根拠に基づく家族支援の構築を目指し、障害のある子どもの家族支援の evidence を明らかにするため、家族の感情表出 (Expressed Emotion) に着目した。家族の感情表出研究は、統合失調症患者の家族の影響を調べるために始められ、すでに確立されたものとなっており、統合失調症患者以外にも応用され発展しており、障害のある子どもの家族に応用した研究も増えてきている。本研究は、国内において、初めて障害のある子どもの家族の感情表出を明らかにしたものである。調査対象は、A 県 B 市の児童デイサービスを利用する障害のある子どもの家族、主に母親 52 名である。サブスケールとして、一般的な Q O L 評価の質問紙である SF-36v2 を用いた。その結果、障害のある子どもの家族の E E は、障害によって違う可能性がある、日本人の文化的要素を考慮し、カットオフポイントを変える必要性がある、ことが明らかになった。さらに、家族の Q O L 評価では身体的機能以外は国民標準値より低く、「日常役割機能」、「心の健康」、「全体的健康感」の 3 つ下位尺度で E E との高低による有意な差が認められた。本研究により、障害のある子どもの家族への支援は、障害の違いや特性を重視し、家族の Q O L に焦点を当てる必要性があることへの重要な evidence が示された。

キーワード : 障害児、家族支援、根拠に基づく実践

受付 平成 18 年 11 月 1 日, 受理 平成 18 年 11 月 22 日

近畿福祉大学 〒679-2217 兵庫県神崎郡福崎町高岡 1966-5

1. 研究目的

(1) 研究背景

近年の社会福祉改革の中で、社会福祉サービスの質の確保、そのためのサービス評価が強調されるようになってきている。また、障害者福祉の分野においても、2003年に支援費制度のもと、措置から契約制度へ移行し、さらに2006年4月から「障害者自立支援法」施行され、定率自己負担制が導入された。このような改革の中で、社会福祉サービスは、その質の向上とともに、本当に必要で効果があるというevidenceを示さなければならなくなってきている。

サービスの質の向上を目的としたサービス評価には、施設や事業体そのものを評価する側面と、個々のプログラムを評価する側面がある。前者に関しては従来からある監査、またオンブズマン制度や第三者評価などの取り組みが導入され、周知するところとなってきているが、後者の個々のプログラム評価、つまり効果のevidenceを示す実践については、いまだ実践者の経験や主観的感覚にゆだねられているところが大きい。しかし、専門職のaccountabilityの視点から、サービス提供の根拠、プログラムの結果などを利用者に示す必要性についても重要視されるようになり、根拠に基づく実践が議論されるようになってきている¹⁾。

筆者は長年療育現場で障害児とその家族の支援に携わってきた。療育という実践現場において、親の「障害受容」は重要な関心事であり、多くの実践者が親の障害受容を支援する必要性を感じている。しかし、障害の「受容」とは、どのような状況をさすのか、またどのように「受容」の親、「非受容」の親と判断するのか不明確であり、実践者の主観的また直感的な判断によってなされている場合が多い。そのような主観的また直感的な判断にも関わらず、「障害受容が良くなった」「障害受容ができた」と療育効果の一つとして、家族の障害受容の状況を挙げることもある。

そのため、古くから家族の障害受容について研究されてきており²⁾、その代表的なものが、障害を受容するプロセスとしてのFortierとWanlasの「悲観の過程」やDrotarの「先天奇形をもつ子どもの誕生に対する正常な親の反応の継起を示す仮説的な図」などの「段階説」である。段階説は、家族が子どもの障害を受容するまでに、「ショック」、「否認」、「悲しみと怒り」、「適応」、「再起」という心理的プロセスを踏むというものである。また、近年では、同じように家族の心理的プロセスを障害の否定（落胆）と障害の肯定（適応）が連続し、ゴールとしての最終段階があるのではなく、全て

が適応の過程と捉えた「螺旋系モデル」などが受け入れられるようになってきている³⁾。

しかし、このような家族の障害受容の研究は家族の心理的プロセスであって、家族が回想的に振り返る語りの中でしか、どの過程であったか、どのような心理的段階であったかは知りえないものであり、実践家が家族の語りに寄り添っていくことはできても、本当に障害を受容したのかどうか、「今」どの段階なのかということの評価できるものではない。もちろん、これまでの研究にも「家族の障害受容の程度」を数量化しようとする研究がなかったわけではない。それにも関わらず、臨床の場でよく「親の障害受容が今ひとつだ」や「まだ受容できていない」など、実践家の非常に曖昧で、主観的経験的な考えで、その家族の障害受容の状態を評価してしまっている現状がある。

しかしながら、家族の心理状態、子どもの障害の捉え方、生活状況等が子どもの心理的な側面や療育実践に何らかの影響を及ぼすのではないかという経験的な根拠があったからこそ、「家族の障害受容」についてこれまで議論されてきたのであり、それらが子どもに、また療育実践のevidenceとなるものを示していく必要性がある。筆者は、家族の状況、療育効果の一つとしての家族の障害の受け止め方の改善に客観的根拠を与えるものとして感情表出（Expressed Emotion, EE）研究に着目した。

(2) 家族の感情表出(Expressed Emotion 以下EE)研究

家族のEE研究は、統合失調症患者の経過と再発に関わる家族の影響を調べるために始められ、現在では確立した時代に入り発展している。EEの一般的な方法は、統合失調症患者の家族に、半構造化面接であるカンバウエル家族面接（Camberwell Family Interview, CFI）を行い、その面接テープをもとに一定の基準で高EEもしくは、低EEに評価される。統合失調症患者のEE研究での主な知見は、高EEと判定された家族とともに生活する統合失調症患者の再発率は、低EEの家族と生活する者と比較して高いというものである。このようなEEの研究は、世界各国で追試研究が行われており、多くの国でその知見が確認されている⁴⁾。さらに、認知症高齢者をケアする介護者のEE、重篤な肥満患者の家族のEE、知的障害のある人の家族のEEなど統合失調症患者以外の精神疾患や慢性的な病気と家族の研究にも応用され発展しており、近年では障害のある子どもとその家族の関係に応用されたEEの研究も増えている⁵⁾。

国外の障害児の家族のEE研究に関する論文をレ

ビューした結果、障害のある子どもの家族のEEはそれ以外の家族と比較して高い傾向がある、障害によるEEの違いの可能性はあるが、症状の重篤度によるEEの違いは明らかではない、という知見を得ている。

(3) 仮説

上述したように、社会福祉サービスの質の向上、また専門職のaccountabilityが求められるようになってきた現代において、本研究は、家族支援の実践にevidenceを与えることを目的とし、国内においてはじめて障害のある子どもの家族のEEを明らかにするものである。

そして、先行研究の知見を下に、以下の仮説を設定した。

障害のある子どもの家族のEEは高い。

障害のある子どもの家族のEEは障害の重さによる違いがある。

障害のある子どもの家族のEEは、生活の質(Quality of Life, 以下QOL)による違いがある。

という3点で、これら明らかにするためにA県B市の障害のある子どもの家族を対象に調査を行い、その結果について検討した。

2. 研究方法

(1) 研究対象者

本研究における対象者は、A県B市の児童デイサービス事業(C児童デイサービス、D児童デイサービス)を利用している障害児とその家族(主として母親)52名である。

児童デイサービス

児童デイサービス事業は、2003年の児童福祉法の改正において新たに設けられた「児童居宅生活支援事業」の一つで、支援費制度の対象サービスとなったが、2006年4月より施行されている障害者自立支援法の下で、「介護給付」の一つとして位置づけられている。児童デイサービスの役割は、通園の形をとり、障害児に「日常生活における基本的な動作の指導、集団への適応訓練」などの便宜をすることである。B市では、現在4つの児童デイサービスがあり、本調査はそのうちの2つの児童デイサービスで行った結果である。

対象児の属性

対象児の年齢は3歳~12歳(平均年齢が7.77歳)で、性別は、男子35名、女子16名であった。対象児の障害については、療育手帳の保有者が36名、非保有者が6名であり、その内訳は、A判定が24名、B1判定が9名、B2判定が3名、また身体障害者手帳1級が1名

であった。障害の診断は知的障害と自閉症の診断を受けている児童が25名、知的障害が3名、自閉症が3名、ダウン症が7名、身体障害が3名だった。

(2) 調査方法

家族のEEを調べるための面接方法としては、CFIが最も一般的で信頼性が高いものであるが、面接時間が1時間から2時間程度かかり、家族の負担も強いことから、信頼性は低くなるものより簡便な面接方法であるFMS S(Five Minutes Speech Sample、以下FMS S)を用いた研究や、質問紙を用いた評価の妥当性を示す研究も増えてきている。さらに、家族のQOLとEEとの関係を明らかにするため、QOL評価尺度であるSF-36v2を用いた。

FMS SによるEE評価

FMS Sは、応答者が5分間対象となる人物について語るモノログの中に表現された感情や気持ち、態度を評価していくもので、具体的には、面接内容をICレコーダーで録音し、その録音した内容をおこしたものをを用いて、FMS S評価のカテゴリーに従って客観的に評価する⁶⁾。多くの研究でCFIとの信頼性が示されており、家族への負担が低いことから、近年ではFMS Sを用いた研究が増えてきている。本調査においても、家族の負担を考え、また児童デイサービス利用時間帯の中での面接であり、時間が限られていることから、FMS Sを用いることにした。

FMS Sには、「初発陳述(initial statement)」、関係性(relationship)、「批判(critical)」、「情緒的巻き込まれすぎ(Emotional over involvement、以下EOI)」の4つの評価カテゴリーと、批判がなかなか評価されないときに用いられる「不満(Dissatisfaction)」がある。さらにEOIのカテゴリー化には、「過保護/自己犠牲」、「感情の表れ」、「過度の詳述」、「賞賛」、「態度表明」の5つの下位項目が用いられる。

「初発陳述」は面接の最初のセンテンスを、「関係性」は面接全体を通して、否定、中庸、肯定のいずれか、「不満」「EOI」は有無をそれぞれ概括評価されるカテゴリーである。「批判」は、面接全体を通して頻度評価するカテゴリーである。

FMS Sの評価カテゴリーの内容にしたがって、「高い感情表出(High EE)」、「低い感情表出(Low EE)」にわけられる。(図1参照)また、High EEとして、ある程度の根拠はあるが基準を満たすには不十分なとき、Low EEのサブグループに入るが、「境界線級の感情表出(Borderline EE)」と評価し、「境界線級の批判(Borderline critical)」と「境界線級のEOI(Borderline EOI)」とがある。Borderline-EEは、場合

によっては高EEとして捉えられる場合もある。

SF-36v2 質問紙を用いたQOL評価

家族のQOLを評価する尺度として、SF-36v2を用いた。SF-36は、健康関連のQOLを測定するため、米国で開発され信頼性と妥当性が十分検討された尺度で、すでに日本においても標準化の手続きが終了し、国民標準値が設定されている⁷⁾⁸⁾⁹⁾。SF-36は、「身体機能(Physical functioning, PF)」「日常役割機能(身体)(Role physical, RP)」「身体の痛み(Bodily pain, BP)」「社会生活機能(Social functioning, SF)」「全体的健康感(General health perceptions, GH)」「活力(Vitality)」「日常役割機能(精神)(Role emotional,

RE)」「心の健康(Mental health, MH)」の8つの下位尺度からなる(表1)。

データ収集の時期および手順

データ収集時期は、2006年4月末～8月末で、両事業所とも、スタッフの協力を得、事前に調査へのお願いの文書を配布していただいた上で、各曜日に訪問し同意を得た上で、調査に参加していただいた。FMS面接もまた、スタッフの協力の下、子どもがプログラムに参加している間、施設のスタッフルームなどの空室を借りて実施した。面接後、QOLの質問紙を配布し、プログラムが終了するまでの待ち時間で記入していただくか、持ち帰り次回の利用時に持参していた

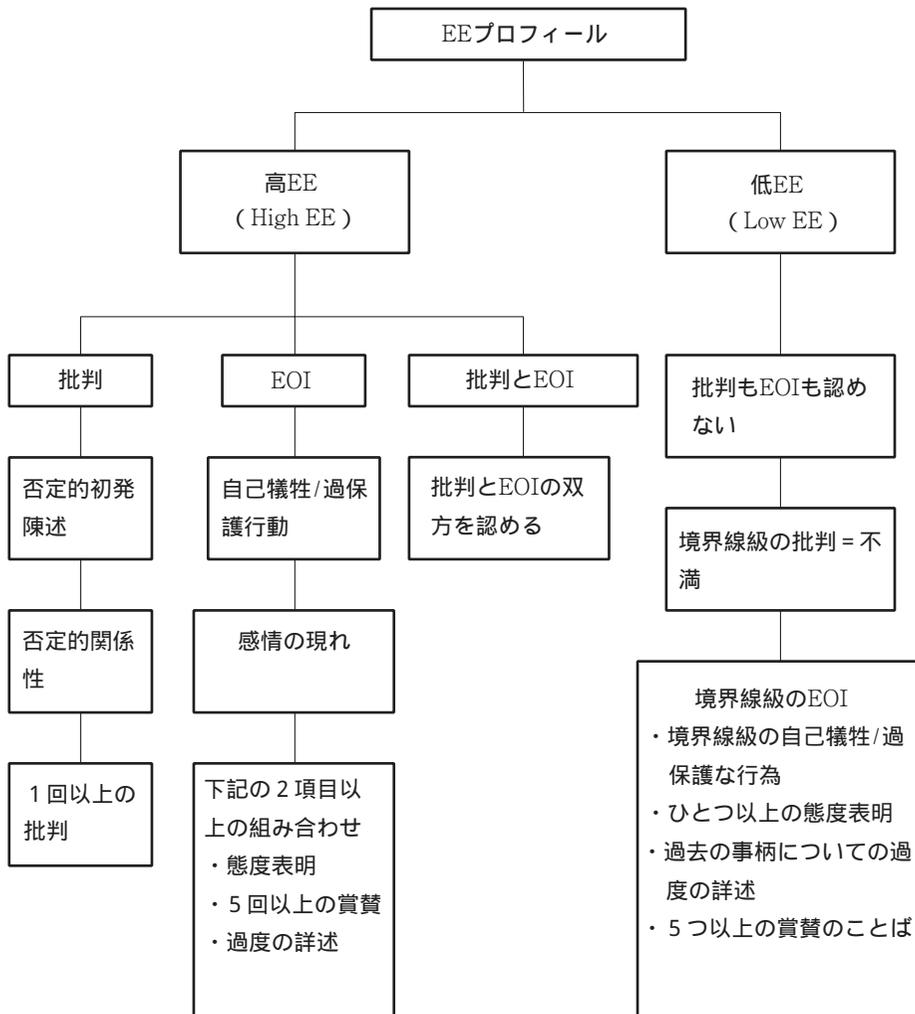


図1 FMSSの評価カテゴリー (後藤⁶⁾1998, p234より引用)

表1 SF-36v2の下位尺度 (福原⁷⁾ 2004, p8より引用)

下位尺度	得点の解釈	
	低い	高い
身体機能 (Physical Functioning) PF	健康上の理由で入浴または着替えなどの活動を自力で行うことがとても難しい	激しい活動を含むあらゆるタイプの活動を行うことが可能である
日常役割機能 (身体) (Role pain) RP	過去1ヶ月間に仕事やふだんの活動をした時に身体的な理由で問題があった	過去1ヶ月間に仕事やふだんの活動をした時に、身体的な理由で問題がなかった
身体の痛み (Body pain) BP	過去1ヶ月間に非常に激しい体の痛みのためにいつもの仕事が非常にさまたげられた	過去1ヶ月間に体の痛みはぜんぜんなく、体の痛みのためにいつもの仕事がさまたげられることはぜんぜんなかった
社会生活機能 (Social functioning) SF	過去1ヶ月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で非常にさまたげられた	過去1ヶ月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由でさまたげられることはぜんぜんなかった
全体的健康感 (General health perceptions) GH	健康状態が悪くなく、徐々に悪くなっていく	健康状態は非常に良い
活力 (Vitality) VT	過去1ヶ月間、いつでも疲れを感じ、疲れはてていた	過去1ヶ月間、いつでも活力にあふれていた
日常役割機能(精神) (Role emotional) RE	過去1ヶ月間、仕事やふだんの活動をした時に、心理的な理由で問題があった	過去1ヶ月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題がなかった
心の健康 (Mental health) MH	過去1ヶ月間、いつも神経質でゆううつな気分であった	過去1ヶ月間、おちついていて、楽しく、おだやかな気分であった

だくようお願いした。そのためFMS S面接対象者数52名に対し、質問紙の回収数に違いが生じた。

分析方法

統計学的な分析には、SPSS 11.0 for windowsを用いた。

(3) 倫理的配慮

研究の倫理的配慮は、文部科学省と厚生労働省が2002年に出した「疫学研究に関する倫理指針」に沿い、また「大阪府立大学社会福祉学部研究倫理に関する内規」に従って、同大学社会福祉学部研究倫理委員会に研究計画を提出し、審査していただいた。

具体的には、本調査での面接にあたって収集したデータは、番号で処理され、個人が特定されないように配慮した上で、厳重に保管し、外部へ持ち出されることがないようにするなどを対象者に説明し、インフォームド・コンセントを取り、面接内容の録音につ

いて同意書に署名していただいた方にのみ面接させていただいた。

3. 研究結果

(1) FMS SによるE E評価

FMS SによるE E評価を行った52名のうち、低E Eが47名、高E Eが5名で、割合にすると、90%が低E Eで、10%が高E Eだった。また、低E EのうちLowが35名、Borderline Critical (B-C)が10名、Borderline EOI (B-EOI)が2名だった。さらに、高E Eのうち、「批判」の評価で高E Eになったものが4名、「E O I」でなったものが、1名だった(図2)。

FMS Sの4つの評価カテゴリーと「不満」について、それぞれ具体的に見ていく。「初発陳述」は、否定2名、中庸48名、肯定2名で、また「関係性」は、否定1名、中庸42名、肯定9名だった。「批判」は、有3

名、無49名で、また「不満」は、有14名、無38名だった。「E O I」に関しては、サブカテゴリーの中で評価されたものの中で、「過保護/自己犠牲」が有1名、無51名で、「態度表明」が有2名、無50名だった(表2、3)。

カットオフポイントを変え、Borderlineを高E Eとしてとった場合、低E Eが34名、高E Eが17名で、割合にすると、67%が低E Eで、33%が高E Eとなる。

(2) SF-36 v 2によるQOL評価

SF-36v2の8つの下位尺度の国民標準値(平均=50、標準偏差=10)に基づいたスコアリングの平均は、PFが50.89、RPが43.17、BPが47.53、SFが45.59、GH、VTが同じで46.18、MHが45.39だった(図3)。PF以外は全て平均以下の値を示し、中でも低い値がRPで、次にMH、GHであった。

(3) 家族のE Eと障害

E Eの高低と子どもの障害の診断名についてクロス集計を行った結果、高E Eであった5名全てが自閉症の診断を受けており、そのうち、知的障害と自閉症の診断を受けているものが4名で、自閉症の診断を受けているものが1名だった。

カットオフポイントを変え、Borderlineを高E Eとした場合、身体障害で、低E Eが33%、高E Eが67%と高E Eの割合が多かった。それ以外の障害では、身体障害とは逆で、全体と同じような低E Eが約60~70%、高E Eが約30~40%という割合だった。

(4) 家族のE EとQOL

E Eの高低とQOLの8つの下位尺度について、平均値の比較と独立したサンプルのT検定を行ったところ、E Eの高低と8つの下位尺度全てにおいて有意な差が認められなかった(表4)。

カットオフポイントを変え、Borderlineを高E Eとしてとった場合、8つの下位尺度のPF、GH、MHで有意な差が認められた(表5)。

4. 考 察

児童デイサービスを利用している障害児の母親のE Eは、通常のF M S S評価によると、ほとんどが低E Eであった。カットオフポイントを変え、Borderlineを高E Eとした場合、低E Eが63%で、高E Eが37%だった。先行研究で、F M S Sを用いた研究の結果を表7にまとめた。他国と比較してみると、高E Eが少なく、低E Eが多い傾向にある。Stubbleらが行った研究¹⁰⁾で、地域の子どもの無作為抽出し、その中で診断を受けた子どもの家族のE Eは、本調査と同じような結果であった(表6)。他の研究¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾は、病院など

表2 F M S Sのサブカテゴリーの結果1

	初 発 陳 述	関 係 性
否 定	2	1
中 庸	48	42
肯 定	2	9
合 計	52	51

表3 F M S Sのサブカテゴリーの結果2

	批判	不満	過保護 自己犠牲	感情の 表れ	過度の 詳述	賞賛	態度 表明
無	49	38	51	52	52	52	50
有	3	14	1	0	0	0	2
合計	52	52	52	52	52	52	2

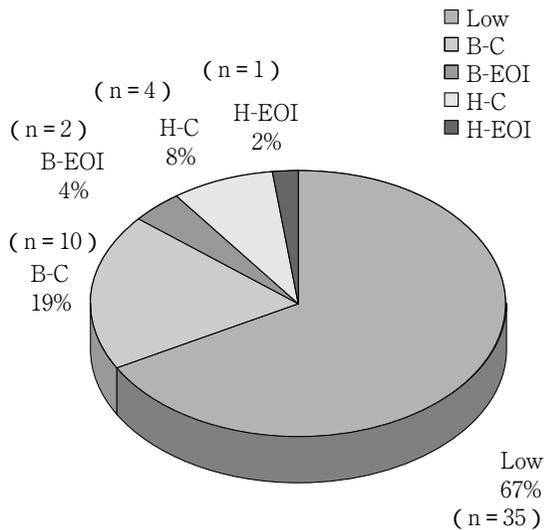


図2 F M S SによるE E評価の結果

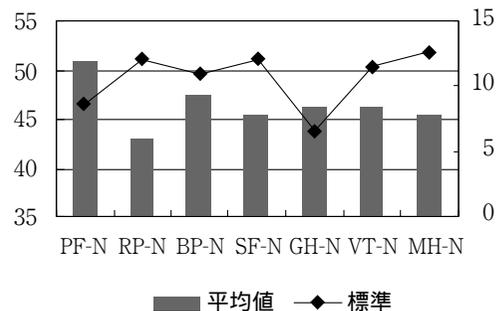


図3 SF-36 v 2の国民標準値に基づくスコアリング結果

表4 通常基準によるFMSSとQOL下位尺度のT検定

下位尺度	EE高低	
	Low	High
PF-N	50.6 ± 9.0 (n = 35)	52.3 ± 5.2 (n = 5)
RP-N	43.7 ± 12.6 (n = 36)	39.2 ± 4.8 (n = 5)
BP-N	47.1 ± 11.3 (n = 36)	50 ± 7.5 (n = 5)
SF-N	48.9 ± 12.6 (n = 36)	48.6 ± 7.9 (n = 5)
GH-N	46.3 ± 6.2 (n = 36)	40.3 ± 7.9 (n = 5)
VT-N	45.7 ± 11.8 (n = 36)	49.2 ± 8.5 (n = 5)
MH-N	45.9 ± 13.0 (n = 36)	41.2 ± 9.7 (n = 5)

MEAN ± S.D. n.s

表5 カットオフポイントをずらした場合のFMSSとQOL下位尺度のT検定

下位尺度	EEの高低	
	Low	High
PF-N	50.1 ± 9.7 (n = 26)	50.6 ± 6.5 (n = 14)
RP-N	46.5 ± 11.2 (n = 27)	36.8 ± 11.3 * (n = 14)
BP-N	47.3 ± 11.5 (n = 26)	48.0 ± 10.3 (n = 15)
SF-N	49.2 ± 13.5 (n = 26)	48.3 ± 9.3 (n = 14)
GH-N	48.0 ± 5.7 (n = 26)	41.4 ± 6.4 *** (n = 15)
VT-N	46.0 ± 12.3 (n = 26)	46.6 ± 10.2 (n = 15)
MH-N	48.6 ± 11.8 (n = 27)	39.3 ± 12.5 * (n = 14)

MEAN ± S.D.

*** : p < 0.001 * : p < 0.05

表6 FMSSを用いた先行研究との比較

論文	障害	Low	High
Hibbis et al, 1993	DBD	24%	76%
	OCD	40%	60%
Asarnow et al, 2001	MDD DD	38.6%	61.4%
	ADD	48%	52%
Marsgall et al, 1990	ADHD	44.8%	55.2%
Wamboldt et al, 2000	喘息	57%	43%
Liakopoulou et al, 2001	糖尿病	29.1%	70.9%
	軽度の身体障害	70.4%	29.6%
Stubble et al, 1993	地域の障害のある子ども	60.5%	39.5%
本調査	地域の障害のある子ども	90%	10%

DBD (disruptive behavior disorder) : 破壊的行為障害

OCD (obsessive compulsive disorder) : 強迫性障害 MDD (major depressive disorder) : 大うつ病

DD (dysthymic disorder) : 気分変調性障害 ADD (attention deficit disorder) : 注意欠陥障害

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) : 注意欠陥多動性障害

の専門機関へ診断や治療を求めて来院した家族のEEを評価したものが多く、必然的に高EE家族が多くなったと考えられる。本調査は地域のサービスを利用する家族を対象としており、無作為抽出した地域の子どもの中で、診断を受けた子どものEEを調査したStubbleらの研究と同じような結果が出たことは、重要な知見を与えてくれるだろう。

障害によるEEの違いは、カットオフポイントを変えなかった場合、高EEのすべてが自閉症児の家族であり、障害特性がEEに影響を与えている可能性が示唆された。しかし、カットオフポイントを変えた場合、つまりBorderlineのEEが多いのは、身体障害のある子どもの家族であった。先行研究では、障害によるEEの違いの可能性が示唆されていたが、本研究でも同

様に障害による E E の違いの可能性が示された。

日本人の文化的要素、子どもの E E であることを考慮すれば、カットオフポイントを変え、Borderline の E E を高 E E と評価したほうが良いだろう。

また、一方で家族の Q O L については、下位尺度のうち、身体機能 (P F) 以外は全て平均以下であり、日常役割機能 (R P)、心の健康 (M H)、全体的健康感 (G H) の値が低く、これらの下位尺度と E E の高低とに有意な差が認められた。家族の心の健康や全体的健康感については、実践現場でも経験的に強調され、家族支援の根拠として注目されてきたことであり、心の健康と子どもへの感情とに関連があるという明らかな evidence が示されたことは重要なことである。

5 . 今後の課題

本研究は、家族支援の実践に evidence を与えることを目的とし、国内においてはじめて障害のある子どもの家族の E E を明らかにした横断研究である。家族の E E が障害やその特性により異なる可能性や、家族の Q O L の一部と関連があるという重要な evidence が明らかにされたことで、障害のある子どもの家族への支援は、障害の違いや特性を重視し、家族の Q O L に視点を当てる必要性が示された。

しかし、実践の効果についての明らかな evidence が示されたわけではない。今後、さらに家族支援についての客観的で科学的な evidence を示すために、家族の E E がどのように変化するかを追跡調査し、コホート研究により、実践の効果を明らかにする必要がある。

今後、激しく移り変わる障害者福祉改革の中で、障害のある子どもとその家族に対し、本当に必要で効果のある質の高い実践が提供されることが望まれる。

謝 辞

調査にあたって、ご協力していただいた B 市の両児童デイサービスの施設長ならびにスタッフの皆様、また快く面接調査およびアンケート調査に協力していただいたご家族の皆様にご心より感謝の意を表したい。

引用文献

- 1) 米倉裕希子 : ソーシャルワークにおける根拠に基づく実践 - Evidence-based practice の現状と課題 - . 社会問題研究 , 53 , 145-163 , 2003 .
- 2) 桑田左絵、神尾陽子 : 発達障害児をもつ親の障害受容過程 - 文献的検討から . 児童青年精神医学とその近接領域 , 45 , 325 - 343 , 2004 .
- 3) 中田洋二郎 : 親の障害の認識と受容に関する考察 -

受容の段階説と慢性的悲哀 . 早稲田心理学年報 , 27 , 83-92 , 1995 .

- 4) 三野善央、田中修一、津田敏秀他 : 家族の感情表出 (Expressed Emotion) 研究の最近の進歩 . 臨床精神医学 , 23 , 125-133 , 1994 .
- 5) 米倉裕希子、三野善央 : 障害をもつ子どもの家族の感情表出研究 . 児童青年精神医学とその近接領域 , 45 , 314 - 324 , 2004 .
- 6) 後藤雅博編 : 家族教室のすすめ方 心理教育的アプローチによる家族援助の実際 . 金剛出版 , 東京 , 1998 .
- 7) 福原俊一、鈴鴨よしみ : SF-36v2 日本語版マニュアル . N P O 健康医療評価研究機構 , 京都 , 2004 .
- 8) Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, and Kurokawa K: Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. Journal of Clinical Epidemiology, 51, 1037-1044, 1998.
- 9) Fukuhara S, Ware J E, Kosinski M, Wada S, Gandek B: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. Journal of Clinical Epidemiology, 51, 11, 1045-1053, 1998.
- 10) Stubble, D. E., Zahner, G. E., Goldstein, M. J. et al: Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion; a community study of children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 34, 139-154, 1993.
- 11) Marshall, V. G., Longwell, L., Goldstein, M. J., Swanson, J. M.: Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder; A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 31, 629-636, 1990.
- 12) Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Kruesi, M. J. et al: Factors affecting expressed emotion in parents of ill and normal children. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 103-112, 1993.
- 13) Wamboldt, F. S., O'Connor, S. L., Wamboldt, M. Z. et al: the Five Minute Speech Sample in children with Asthma; Deconstructing the construct of expressed emotion. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 41, 887-898, 2000.
- 14) Asarnow, J. R., Tompson, M., Woo, S. et al: Is expressed emotion a specific risk factor for de-

- pression or a nonspecific correlate of psychopathology?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 573-583, 2001.
- 15) Liakopoulou, M., Alifieraki, T., Katideniou, A. et al: Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70, 78-85, 2001.