

## 報 告

# 就学前の障害のある子どもの家族心理教育実践 — 「まめっこ教室」の効果に関する検討—

Study of psycho-educational intervention for families with preschool children with developmental difficulties.

米倉裕希子

**要約：**【研究目的】統合失調症の家族研究からはじまった家族の感情表出（EE）研究を障害のある子どもの家族へ応用し研究してきた。本研究は、就学前の発達遅れのある子どもの家族のEEおよびQOLを調査するとともに、就学前の発達遅れのある子どもを対象に実施した親子教室の効果を検討する。【方法】対象者は、A市の療育機関に協力を得て、募集した親子で、全5回のプログラムを実施。5回のうち前半3回は親子同室で、後半2回は親子分離型で、親に対して障害についての知識や対応方法等を学ぶプログラムを提供し、介入の前後で評価した。評価には、簡便なEE評価の質問紙であるFAS（Family Attitude Scale）、健康関連のQOL指標であるSF-36v2、子どもの行動評価としてCBCL（Child Behavior Checklist）の3つの質問紙を用いた。【結果】分析対象者は8名であり、介入前後で、ノンパラメトリック検定を用い、Wilcoxonの符号付順位検定を行ったが、FAS、QOL、CBCLそれぞれにおいて、有意差はなかった。しかし、幼児期においても、家族のEEは低く、また、「身体的機能」や「日常役割機能（精神）」を除く他の6つの下位尺度でQOLが低いことがわかり、学齢期とは違う傾向があることが示唆された。【考察】今後、さらに対象者を増やすとともに、子どもの発達段階に応じた介入方法や内容等を検討していく必要がある。また、昨今の障害福祉制度改革の中で、障害児支援が強化され、家族支援が位置付けられる中で、根拠に基づいた家族への実践モデルを示していく必要がある。

**Key Words：**感情表出（EE） 障害のある子ども 家族 心理教育

### I. はじめに

家族の感情表出（Expressed Emotion, 以下 EE）研究は、1950年代の脱施設化政策の中で、地域へ戻った精神障害者の生活に焦点をあてたもので、それまでの統合失調症の原因を家族にあるとする家族病因論が家族を苦しめてきたことへの批判から、客観的かつ疫学的な方法論をもちいて家族の影響を評価することを特徴とする<sup>1)</sup>。

統合失調症患者の家族のEE研究では、高EE家族とともに生活する統合失調症患者の再発率は、低EE家族と比較して高いという知見が得られている。Brownらのロンドンでの研究では、1年の追跡調査の結果、統合失調症の再発率が高EEで56%、低EEで21%であった<sup>2)</sup>。その後も、世界各国で追試研究が行われ、同様の結果が得られている<sup>1)</sup>。また、EE研究は、統合失調症以外の精神疾患や慢性的な病気などにも応用され、障害のある子どもの家族へ応用したEE研究も増えてきてい

る<sup>3)</sup>。筆者は、統合失調症患者の家族研究から始まった家族の感情表出研究を障害のある子どもへ応用し研究を行ってきた。

障害のある子どもの家族のEEに関する先行研究では、障害のない子どもの親に比べて高い、障害の種別によるEEの違いはあるが、障害の重篤度による違いは明らかではない、EEが障害の予後に関連するかどうかは追試研究が必要であることなどがわかっている<sup>3)</sup>。以上のような知見をもとに、児童デイサービスを利用している学齢期の障害児の家族を対象にした調査を行ったところ、地域のサービスを利用しながら生活している家族は、高EEよりも低EEの方が多い、高EEと障害の重篤度との関連は明らかではないが、子どもの行動特性と関連する可能性がある、高EEと家族のQOLが関連しているといったことが明らかになった<sup>4)</sup>。

統合失調症患者の家族のEE研究では、その知見をもとに、家族への心理教育に予後改善効果があることが明らかになっている<sup>5)</sup>。家族心理教育は、「知識・情報」「対処技能」「心理的社会的サポート」の3点を基本にした

プログラムが立てられており、「ファミリーワーク」や「構造主義的家族療法」の内容と大きな違いはないと言われている<sup>6)</sup>。統合失調症の家族心理教育に関する最新のメタアナリシスによるシステムティックレビューにおいても、家族心理教育による1年再発率リスク比は0.71（その95%信頼区間(CI)0.6 - 0.8)となると報告されており、家族心理教育の再発予防効果は確立した知見とされている<sup>5)</sup>。家族心理教育によって、家族を継続的に支えることで、知識や病気の理解が促進されるとともに、不安の軽減や孤立の予防につながり、それが患者への態度の変化、家族のメンタルヘルスの改善をもたらし、最終的には再発予防や家族のQOLの改善といった効果があると考えられている<sup>7)</sup>。障害のある子どもの家族に対する心理教育については、家族と並行して子どもの行動へアプローチすることで、子どもの行動の改善や家族のQOLの改善などの効果が期待される。障害のある子どもの家族への心理教育に関する先行研究レビューでは、心理教育によって高EEから低EEへ変わる、心理教育プログラムの形態による効果の違いはないといったことがわかっている<sup>8)</sup>。

以上のような先行研究の結果をもとに、児童デイサービスを利用する学齢期の障害のある子どもの家族に対して、2回からなる心理社会的介入プログラムを実施し、その効果を検討するため、介入群と対照群との比較対照試験を行った。その結果、両群間において明らかな差は得られなかったものの、介入によって、著しいEEの上昇やQOLの低下といった結果もみられなかった<sup>9)</sup>。さらに、家族や子どもの発達段階を考慮し、家族のQOLに焦点をあてた心理教育プログラムの内容を検討していく必要が示された。地域でサービスを利用しながら生活する家族のEEは低く、安定しており、家族の心理教育プログラムの内容も、障害の理解や対応方法といった内容よりも、将来への見通しをもち、不安を軽減させるため、社会福祉制度の説明などを取り入れていく必要がある。

本研究では、発達段階に応じた家族支援を考えていくため、幼児期における家族のEEや心理教育に着目し、(1)就学前の障害のある子どもの家族のEEやQOLの状況を明らかにする、(2)就学前の障害のある子どもの家族への心理教育プログラムの効果、の2点を検証することを目的とする。これらのことを明らかにすることで、各発達段階における障害児者の地域生活の基盤となる家族支援のモデルを示していく。

## II. 方法

### 1. 対象者

対象者はA市周辺に在住の障害あるいは発達に遅れのある児童ときょうだいを含む家族で、B大学の地域貢献および研究の一環として独自に実施した「まめっこ教室」に申し込みされた方である。「まめっこ教室」の申込書には、その対象を「発達がゆっくりあるいは障害のある就学前のお子さん」と明記し、市内にある療育機関を通して、参加者募集の案内を配布した。申し込み者に、研究の趣旨を説明し、同意書に署名した方のみを分析対象とした。「まめっこ教室」申し込み者は13組の親子で、うち研究に同意したのは10組で、介入の前後で質問紙を回収できたのは8組である。

### 2. 倫理的配慮

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」に則し、関西福祉大学社会福祉学部研究倫理審査委員会に研究計画を提出し、審査していただいた上で実施している。インフォームドコンセントの観点から、(1)事前に、研究の趣旨及び方法に関する説明文を渡し同意書に署名した方のみを対象とする、(2)研究への参加を強制しないため、同意しなくとも教室に参加できることを強調する、(3)個人情報保護の観点から、個人が特定されないようID番号で処理する、といった点に配慮した。

### 3. 手続き

2011年の9月より、療育機関へ案内を配布し、参加者の募集を行った。案内にも研究の一環として実施する旨を明記した。申し込み者へ研究の趣旨を書いた説明文および質問紙を郵送し、同意書に同意していただいた10名のみ、初回参加時に質問紙を回収した。まめっこ教室は、2011年10月から2012年3月まで実施され、最終的に2回目の質問紙を配布し、郵送にて回収した。

### 4. 調査票

評価方法は、簡便なEE評価の質問紙である(1)FAS (Family Attitudes Scale, FAS) と、健康関連のQOL指標として標準化されている(2)SF36v2、子どもの行動評価として(3)CBCL (Child Behavior Checklist, CBCL)の3つを用いた。

#### (1) FAS

EE評価の一般的な方法は、CFI (Camberwell Family

Interview, CFI) と呼ばれる約1時間半の半構造化された面接を行い、その面接内容の逐語録であるトランスクリプトを用いて、一定の基準で高EEもしくは、低EEに評価する。一般に高EEに評価されるカットオフポイントは、批判的コメントが6個以上、敵意が1点以上、EOIが3点以上である。しかし、これは、家族への負担が大きいことから、現在では5分間のモノログで評価するFMSS (Five Minutes Family Interview, FMSS) や質問紙で評価するFASやLEE (Level of EE) などがある。本研究では、家族への負担を考えFASを用いた。FASは、Fujitaら<sup>10)</sup>によって、その日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。また、筆者らも、障害のある子どもの家族を対象に調査したところ、とくに「批判」の感度が高いことがわかっている<sup>11)</sup>。FASは30項目からなり、それぞれの項目について、0～4の5段階で評価し、点数が高くなれば高くなるほど、高い感情表出を意味する。FASにおいて、何点以上を高EEと評価するかというカットオフポイントは、統合失調症患者の家族においては、原著で50点以上としているが、Fujitaらは、比較文化的な視点から60点に挙げた方が良いとしている。しかし、障害のある子どもの場合、子どもであることを考慮し、さらにカットオフポイントを検討する必要がある。

## (2) SF-36v2

SF-36v2は、健康関連のQOLを評価するため、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50に設定されており、それぞれの尺度得点が50以下の場合、平均以下の健康状態であることを示しており、対照群がなくとも、測定した対象集団のQOLの特性について解釈することができる<sup>12) 13)</sup>。SF-36 v2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 perception, GH)」「活力 (Vitality, VT)」「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<sup>14)</sup>。

## (3) CBCL

子どもの行動を評価するため、Achenbackら<sup>15)</sup>によって作成され、日本においてもすでに標準化の手続きを終えその信頼性及び妥当性が確かめられている<sup>16) 17) 18)</sup> CBCL

を用いた。CBCLは、年齢によって異なり、2-3歳を対象にしたCBCL/2-3、4-18歳を対象にしたCBCL/4-18があり、約100項目からなり、0～2の3段階で評価し、それぞれ8つの下位尺度がある。CBCL/2-3の下位尺度は、「依存分離」「引きこもり」「不安神経質」「発達」「睡眠・食事」「攻撃」「注意集中」「反抗」であり、CBCL/4-18では、「ひきこもり」「身体的訴え」「不安/抑うつ」「社会性の問題」「思考の問題」「注意の問題」「非行的行動」「攻撃的行動」がある。また、上位尺度になる「外向尺度」「内向尺度」「総得点」があり、それぞれT得点が、59点以下を「正常域」、60点から63点を「境界域」、63点を超える場合は、「臨床域」とされている。

## 5. 介入内容

介入1回のセッションは、60分で、全5回を月1回で実施した。全5回のうち、前半3回は親子同室で子どものプログラムを一緒にしてもらい、後半2回は親子分離で、親と子どもそれぞれ別のプログラムを実施した。子どものプログラムは、①あいさつ、②たいそう、③サーキット、④かつどう、⑤クールダウン、⑥えほん、⑦さよならで構成した。④の「かつどう」では、毎回内容を変え、探検隊、ロケット遊びやそり遊びなどを行った。それ以外の内容は基本的に流れを変えないよう配慮した。後半の2回で実施した親へのプログラムは、1回目は、「障害のきほんのきほん」というテーマで、障害や発達障害などの障害特性について、情報の伝達と共有を目的とした内容だった。2回目は「子どもの発達のきほん」をテーマに障害特性に合わせた対応方法について考えた。

運営は、外部講師の協力の他、学生ボランティアを募集し、1組の親子に1人の学生ボランティアを配置した。

## 6. 分析方法

統計分析は、SPSS15.0 for windowsを用いた。母集団が少なく正規性がないため、介入の前後比較には、ノンパラメトリック検定を用い、Wilcoxonの符号付順位検定を行った。

## III. 結果

### 1. 対象者

まめっこ教室参加者は、就学前の障害のある（あるいは発達の遅れのある）親子13組（きょうだいの参加5名）である。うち、介入前後の分析対象者は8名である。障害のある（あるいは発達の遅れのある）子どもの平均年

年齢は4.0歳(±0.8),性別は,男子7名,女子1名である。診断名については,診断がついている子どもが5名で,診断名は,自閉症など広汎性発達障害が4名で,知的障害が1名だった。(表1)

表1 対象者のプロフィール

子ども	年齢	4.0歳(±0.8)
性別	男子	7名
	女子	1名
診断	有	5名
	無	3名
診断名	PDD	4名
	知的障害	1名

## 2. 介入の効果

FASの結果は,介入前の平均値が30.3±10.3で,介入後では32.6±9.3だった。前後を比較したところ,P値が0.5で,前後での有意差はなかった。FASのカットオフポイントは,50点以上は0名で,40点以上については,介入前で3名,介入後で5名いた。(表2)

SF-36v2の介入前後の下位尺度の平均値を表3に示す。介入前は,すべての項目で国民標準値より低い傾向にあった。介入前後の比較では,「心の健康」以外では,値が若干上昇する傾向はあるが,P値が<0.05となる有意差のある項目はなかった。(表3)

CBCLの「総得点」「外向尺度」「内向尺度」の介入前後の平均値を表4に示す。介入前後で比較したところ,P値が>0.05となる有意差はなかった。(表4)

表2 FASの前後比較

		平均値	中央値	P値
Family Attitudes Scales	前	30.3	29.5	0.5
	後	32.6	41.0	
>40	前	3名		
	後	5名		
>50	前	0名		
	後	0名		

n.s.

表3 Sf-36v2の前後比較

		平均値	中央値	P値	
SF-36v2	身体的機能	前	49.0	51.6	0.06
	後	52.1	53.4		
日常役割機能(身体)	前	42.6	42.6	1.00	
	後	42.6	42.6		
身体の痛み	前	43.4	40.2	0.78	
	後	44.9	44.6		
全体的健康感	前	40.2	38.9	0.16	
	後	42.4	39.9		
活力	前	42.6	44.1	1.00	
	後	43.0	47.2		
社会生活機能	前	44.8	47.2	0.89	
	後	44.8	47.2		
日常役割機能(精神)	前	48.1	54.4	0.40	
	後	50.2	56.6		
心の健康	前	44.9	43.8	0.33	
	後	42.8	43.8		

n.s.

表4 CBCLの前後比較

		平均値	中央値	P値	
CBCL	総得点 T 得点	前	61.1	58.5	0.35
	後	62.1	60.0		
外向尺度 T 得点	前	58.4	58.5	0.47	
	後	56.9	56.5		
内向尺度 T 得点	前	58.5	55.5	0.40	
	後	56.9	57.0		
総得点 T 得点 > 63	前	3名			
	後	4名			
外向尺度 T 得点 > 63	前	4名			
	後	2名			
内向尺度 T 得点 > 63	前	2名			
	後	2名			

n.s.

## 3. プログラムの感想

プログラム終了後,質問紙に加え,プログラムの日程,曜日,時間帯,参加人数や内容に関して,3段階で評価してもらった。加えて,感想や意見を自由記述で書いてもらった。自由記述では,子どものプログラムについては「運動遊びができてよかった」,また親へのプログラ

表5 感想まとめ

		n		n		N
プログラムの日程						
月1回のペース	ちょうど良い	8	まあまあ良い	1	あまり良くない	0
開催曜日	ちょうど良い	8	まあまあ良い	1	あまり良くない	0
午前の時間帯	ちょうど良い	8	まあまあ良い	1	あまり良くない	0
ご家族対象のプログラム						
参加人数	ちょうど良い	8	もっと多い方が良い	0	もっと少ない方が良い	1
内容	とても参考になった	7	まあまあ参考になった	2	あまり参考にならなかった	0
回数	ちょうど良い	5	もっと多い方が良い	4	もっと少ない方が良い	0
お子さん対象のプログラム						
参加人数	ちょうど良い	7	もっと多い方が良い	0	もっと少ない方が良い	2
内容	とても楽しめた	6	まあまあ楽しめた	3	あまり楽しめなかった	0
回数	ちょうど良い	5	もっと多い方が良い	3	もっと少ない方が良い	1

ムとして「同じ境遇の方の意見が聞けて良かった」「もっと増やしてほしい」「もっと参加できる機会が欲しい」といった意見があった。

#### IV. 考察

本研究は、統合失調症患者の家族研究から始まった家族のEE研究を障害のある子どもの家族へ応用したものである。これまで、学齢期の障害のある子どものEE、2回からなる家族への心理社会的介入の効果を検討してきたが、今回は幼児期の障害のある子どもとその家族を対象にした親子教室参加者のEE、QOL、子どもの行動評価を教室参加前後で比較検討した。教室の前後で、統計学的に有意といえるような差は得られなかったが、今後、効果のある教室を実施していくための示唆が得られた。

筆者らの学齢期の家族を対象とした研究では、家族のEEは低く、QOLも高い傾向がみられ、地域のサービスを継続的に利用することが、EEやQOLの安定につながっていると考えられ、福祉サービスの重要性が示された<sup>9)</sup>。一方で、幼児期の家族では、家族のEEは低い傾向にあるが、QOLが「身体機能」や「日常役割機能」以外の項目では、国民標準値と比較して、著しく低いといった傾向がみられ、介入後は「心の健康」以外の尺度で若干の上昇はみられたが、QOLの状況は変わらなかった。

また、幼児期のEEを調査した研究は少ない。大学で実施される任意の親子教室へ参加する家族のEEは低い傾向にあることが推察されることを踏まえたうえで、幼

児期のEEについて述べる。学齢期と同様に地域でサービスを利用しながら生活する家族のEEは低かった。同じように地域で生活する幼児期の家族のEEを調査したPerisら<sup>19)</sup>の研究では、プレスクール期の子どもの家族のEEを1年後、追跡調査した結果、高EE家族が20.8%から35.4%へ増加しており、EEとCBCLの外向尺度が関連していると述べている。幼児期より学齢期の方が、高EE家族が多いと推察される要因として、幼児期では子どもの行動上の問題があまり表面化しにくいいため、EEが低い可能性が考えられる。これまでの障害のある子どもの家族研究では、つねに親が子どもの障害をどのように受容するかという「障害受容」の過程に焦点があてられてきた。Dortarら<sup>20)</sup>は、親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」の5段階があると述べ広く知られるようになった。また、Olshansky<sup>21)</sup>の慢性的悲哀説を発展させた中田の「螺旋形モデル」<sup>22)</sup>は、障害の否定と障害の肯定が連続し、受容を適応の過程と説明した。このような障害受容の研究では、障害への気づきがなされる幼児期は、「ショック」や「否認」、「悲しみと怒り」を感じる時期であり、子どもの障害受容をうながすような支援が必要であると言われてきた。まめっこ教室参加者の中には、障害の診断を受けている子どももいれば、そうでない子どももいるが、家族が子どもの発達の遅れや今後の子どもの発達に不安を感じている段階において、子どもに「障害」があるからといって必ずしも高い感情表出を示すわけではない。そのため、子どもの「障害」や診断の有無といったことに焦点をあてるのではなく、障

害の有無に関係なく、子どもの「行動特性」や表面化しやすい行動上の問題に焦点をあて、アプローチしていくことが望ましいと考える。

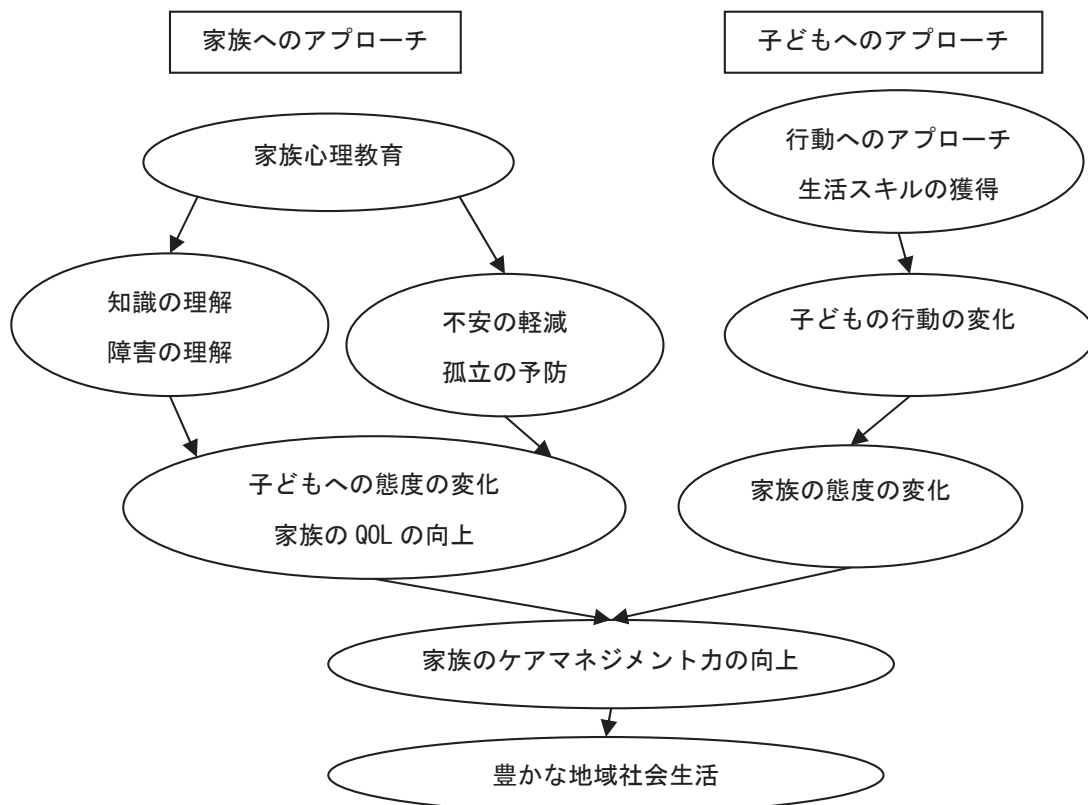
一方で、家族のQOLは国民標準値と比較して低い値を示した。障害のある子どもの家族のストレス研究においては、障害のない子どもの親と比較して、ストレスが高いこと<sup>22)</sup>がわかっており、QOLが低いことも同様の結果であると考えられる。しかし、ストレス研究では、子どもの障害種別によるストレス構造の違い<sup>23)</sup>や、子どもの加齢による影響<sup>24)</sup>を示唆する研究もある。学齢期の調査では、項目によって標準的な値を示している項目もあることから、今後、加齢によってどのように変化するか追跡調査を行い、QOLに与える要因を検討する必要がある。

最後に、介入について検討する。今回は、前半親子同室、後半親子分離で実施し、家族への心理教育セッションは2回のみであった。Fristadら<sup>25)</sup>による双極性障害のある子どもの家族に対して情報提供等のワークショップを行うことで、EEの低下が報告されている。またUslu<sup>26)</sup>らは、学習障害のある子どもの親に対して8回の心理教

育セッションを行ったところ、介入群と対照群で十分な違いが合ったことが報告されている。家族からも希望が出ているように、今後は、さらにセッションの数を増やして検討する必要があるが、一方で回数が増えれば、家族や提供機関への負担も増すことになる。誰でも身近な場所で参加できる形態、あるいは誰もが実践可能なプログラムにしていくことも検討しなければならない。

三野<sup>7)</sup>は、家族心理教育は、家族を継続的に支えることで、家族が知識や病気の理解を深めるとともに、不安の軽減や孤立を予防し、それが統合失調症患者の態度の変化や家族のメンタルヘルスの改善へつながり、最終的には再発予防や家族の生活の質の改善にたどり着くとしている。このメカニズムをもとに、障害のある子どもの家族心理教育のメカニズムを図1に示した。今回実施したまめっこ教室では、図1に沿って、親子それぞれへのアプローチを実践することにした。前半に親子同室のプログラムを実施し、後半に親子分離型で家族へのプログラムを実施した。前半、同室でのプログラムを実施したことで、子どもがスムーズに家族と分離し、安心して参加することができた。また、前半で子どもの状況を共

図1 障害のある子どもの家族心理教育のメカニズム



有することができたため、具体的な対応方法について話すことができた。今後も、継続して実施し、発達段階における家族の EE や QOL、子どもの行動がどのように変化するか、追跡調査を行い、各発達段階における家族への心理教育セッションの内容や方法を検討していきたい。

## V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、介入の前後で比較したが、実践研究のため、分析対象者が少なく対照群との比較検討を行っていないことから、介入による影響かどうかの厳密な結果が得られていない。今後は、有効な分析対象者を増やすため、質問紙の回収方法等に工夫が必要である。さらに、エビデンスの高い介入方法である対照群を用いた比較検討が必要である。また、大学という社会資源を活用しての運営が本研究の限界であり、とくに附属病院や療育機関を併設しておらず、地域貢献の一環として実施した。そのため、実施場所や専門スタッフの確保が難しく、継続したフォローができていない。先にも述べたように、専門機関でなければ心理教育ができないということではなく、より心理教育を身近なものにしていくためにも、限られた状況の中でも効果のある実践モデルを示していくことが必要である。

2012年4月から、障害児支援が強化され、これまで障害者自立支援法のもと提供されてきた児童デイサービスは廃止され、児童福祉法のもと児童発達支援あるいは放課後等デイサービスとして提供されることになった。児童発達支援では、通所利用の障害児やその家族に対する支援を行うこととされており、障害児への支援だけではなく、地域の障害児とその家族を対象とした支援が位置付けられた。このような改正の中で、家族支援の実践モデルを示していくことは重要だと考えている。

## 謝辞

調査にご協力いただきました児童デイサービス事業所の施設長ならびにスタッフの方々、まめっこ教室の運営にボランティアとして協力いただきました学生ボランティアの皆様へ感謝いたします。また、まめっこ教室に参加いただき、調査にご協力いただきましたご家族の皆様、おひとりおひとりに感謝いたします。

\*本研究は、科学研究費補助金若手研究 (B) の助成を受けて実施したものである。

## 文献一覧

- 1) 三野善央, 牛島定信訳. 分裂病と家族の感情表出. 東京: 金剛出版, 1991.
- 2) 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 2004; 23: 125-133.
- 3) 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 2004; 45: 4 - 14.
- 4) 米倉裕希子, 三野善央. 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 EE と QOL -. 近畿福祉大学紀要 2006; 7: 141-149.
- 5) 三野善央, 米倉裕希子. 家族支援の治療的有効性に関するレビュー. 伊勢田堯, 中村伸一編. 精神科治療における家族支援. 東京: 中山出版, 2010.
- 6) 三野善央. 分裂病と家族の感情表出 (EE) - 看護者こそが援助の主体に! -. 精神科看護 2000; 27: 32-36.
- 7) 三野善央. 家族心理教育の現状と課題. 精神科リハビリテーション 2003; 7: 22-27.
- 8) 米倉裕希子. 障害のある子どもの家族心理教育の現状と課題. 近畿福祉大学紀要 2007; 8: 99-106.
- 9) 米倉裕希子, 作田はるみ, 尾ノ井美由紀. 障害のある子どもの家族への介入研究 - 児童デイサービスにおける家族心理教育の効果 - 関西福祉大学社会福祉学部研究紀要 2011; 15 (1): 75 - 80.
- 10) Fujita, H., Shimodera, S., Izumoto, Y., et al. Family attitudes scales; measurement of criticism in the relatives of patients schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research*. 2002; 110: 273-280.
- 11) 米倉裕希子, 三野善央. 簡便な EE (Expressed Emotion, EE) 評価に関する検討 - 評価者間信頼性と質問紙による EE 評価の妥当性 - 社会問題研究 2007; 56: 117-133.
- 12) 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*. 1998; 51: 1037-1044.
- 13) 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*. 1998; 51 (11): 1045-1053.
- 14) 福原 俊一, 鈴鴨 よしみ. SF-36v2 日本語版マニュアル. 京都: 特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 2004.
- 15) Achenbach, T. M., Pecora, P. J., Armsden, G.: Using the

- child behavior checklist4-18, Teacher's report form, youth self-report, and related measures in child and family services. Le Prohn, N. S. et al. eds. : Assessing youth behavior; using the child behavior checklist in family and childrens' services, Washington, CWLA press, 2002.
- 16) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美他. 幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の日本語版作成に関する研究. 小児の精神と神経 1999 ; 39 : 305-316.
- 17) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美他. 幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の日本語版作成に関する研究. 小児の精神と神経 1999 ; 39 : 317-322.
- 18) 井潤知美, 上林靖子, 中田洋二郎他. Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. 小児の精神と神経 2001 ; 41 : 243-252.
- 19) Peris TS, Hinshaw SP. Family dynamics and readolescent girls with ADHD; the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003 ; 44 : 1177-1190.
- 20) Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, et al. The adaptation of par-ents to the birth of an' infant with a con-genital malformation: A hypothetical model. *Pe-diatrics*.1975 ; 56 (5) : 710-717.
- 21) Olshansky S, Chronic sorrow. A response to having a mentally defective child. *Social casework*. 1962 ; 43 : 190-193.
- 22) 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. 1995 ; 27 : 83-92.
- 23) 中野孝子. 家族ストレスに関する基礎的研究－心身障害児をもつ親のストレス－. 教育学科研究年報. 1993 ; 19 : 69-83.
- 24) 中塚善次郎. 障害児 (者) をもつ家族. 教育と医学 1994 ; 42 : 468-473.
- 25) 新美明夫, 植村勝彦. 心身障害幼児を持つ家族のクライシス状況の測定 ( I ) －クライシス尺度校正のための項目収集－. 社会福祉学部研究報. 1978 ; 3 : 1-14.
- 26) Frestad MA, Gavazzi SM, Mackinaw-Koons B. Family psychoeducation; an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Society Biological Psychiatry*. 2003 ; 53 : 1000-1008.
- 27) Uslu R, Kapci EG, Erden G, Psychoeducation and expressed emotion by parents of children with learning disorders. *Psychological reports* 2006 ; 98 : 731-738.