

2018年度 博士論文

家族の感情表出（expressed emotion）と知的障害を合併した自閉スペクトラム  
症児の問題行動との関連

Family expressed emotion and aberrant behaviors of youths with both autism  
spectrum disorder and intellectual disability.

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科  
保健福祉学専攻 博士後期課程

学籍番号	1510404
氏名	相良 由美子
指導教員	上原 徹

## 目次

### 第1章 背景と目的

第1節 知的障害や発達障害の子ども達の問題行動 .....	1
第1項 発達障害及び知的障害の定義	
第2項 発達障害者及び知的障害者の人数	
第3項 本研究における発達障害	
第4項 知的障害を伴う自閉スペクトラム症(ASD)児の問題行動	
第2節 障害児の問題行動と家族のかかわり .....	6
第1項 障害児の家族支援の法的根拠	
第2項 障害児の問題行動とその家族	
第3項 発達障害児の母親が抱えるストレスとその要因	
第3節 家族の感情表出 expressed emotion(EE)の概念・評価法・先行研究 .....	9
第1項 概念	
第2項 評価法	
第3項 先行研究	
第4節 障害児の家族の EE.....	13
第5節 研究目的と方法 .....	15
文献.....	16

### 第II章 第1研究

第1節 緒言 .....	24
第2節 対象と方法 .....	25
第1項 対象	
第2項 方法	
第3項 調査項目	
第4項 分析方法	
第5項 倫理	

第3節 結果 .....	29
第1項 基本属性の記述統計量	
第2項 EEと基本属性との関係	
第3項 EEと問題行動プロフィールとの関係	
第4節 考察 .....	33
第5節 結論 .....	36
文献 .....	37
第III章 第2研究	
第1節 背景と先行研究 .....	40
第2節 FMSS (Five-Minute Speech Sample) の概要.....	40
第1項 FMSSとは	
第2項 FMSS評価の詳細	
第3項 FMSSの先行研究	
第4項 EEと関連するさまざまな心理社会的要因と家族のQOL	
第3節 第2研究の目的 .....	43
第1項 FMSS-EEの詳細とABC-Jによる問題行動プロフィールとの関連	
第2項 EEと家族のQOL	
第3項 家族のニーズ把握と保健福祉支援に関する質的な分析	
第4節 対象と方法 .....	44
第1項 対象	
第2項 方法	
第3項 解析	
第4項 倫理	
第5節 結果 .....	49
第1項 基本情報	
第2項 FMSSで評価されたEEの特徴	

第3項	FMSS-EE で評価された EE と ABC-J で評価された問題行動プロフィールとの関連	
第4項	FMSS で評価された EE と QOL との関連	
第5項	半構造化面接による語りの質的分析	
第6節	考察	63
第1項	FMSS-EE 分布の特徴と症状プロフィールとの関連	
第2項	EE と家族の QOL	
第3項	インタビュー結果の検討	
第4項	まとめと課題	
文献		70
第IV章 総括		
第1節	本研究の要約	75
第1項	第1研究から得られた知見と課題	
第2項	第2研究から得られた知見と課題	
第2節	本研究からの提言	79
第1項	問題行動を呈する ASD 児の家族への支援	
第2項	心理教育的アプローチによる家族支援	
第3項	施策への提言	
第3節	本研究の限界と展望	80
文献		82
謝辞		83

## 第 I 章 背景と目的

### 第 1 節 知的障害や発達障害の子ども達の問題行動

#### 1 発達障害及び知的障害の定義

発達障害は、英語の Development disorders 或いは, Developmental disabilities の訳語である。この 2 つの英語の意味やニュアンスは異なり、前者は医学の文脈で後者は教育と福祉の文脈で使用されることが多いが、日本語の「発達障害」は、発達期（18 歳以前）に生じた心身の機能的な不調が長期間にわたって持続する障害のことを広く一般的に指している<sup>85)</sup>。自閉症、アスペルガー症候群などの発達障害は、生来の脳の機能的障害に起因するため、子どもの発達早期から症状が現れ、その後の発達過程に大きな影響を与える。日常生活や人との関わり、家庭や学校生活などに影響が生じ、本人は「生きづらさ」を感じ、親は「育てにくさ」を感じることもあるとされている。他方、発達障害は優れた能力が発揮されている場合もあり、周囲からみてアンバランスな様子が理解されにくい障害ともいわれる。

平成 17 年 4 月に施行された発達障害者支援法は、障害者の権利に関する条約（以下「障害者権利条約」という）の署名(平成 19)年・批准(平成 26 年)<sup>注1)</sup>、障害者基本法(昭和 45 年法律第 84 号)の改正(平成 23 年)<sup>注2)</sup>を経て、施行後約 10 年が経過したことを踏まえ、発達障害の一層の充実を図るため、法律の全般にわたって所要の改正が行われ平成 28 年 8 月 1 日に施行された<sup>74)</sup>。

注1) 障害者の人権や基本的自由の享有の確保など障害者の権利を実現するため措置等を規定した障害者に関する初めての国際条約。

注2) 改正前の障害者基本法では、「障害」の範囲について、「身体障害、知的障害又は精神障害」と規定されていたが、改正後は、「身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害含む)その他の心身の機能の障害」と規定。

同法第 2 条による発達障害とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現する障害」と規定され、同条第 2 項において、発達障害者のうち 18 歳未満を「発達障害児」としている<sup>19)</sup>。

一方、発達障害がこのように法的に明確に規定されているのに対して、知的障害については法令上一般的な定義は存在していない。厚生労働省（以下：厚労省）における平成 17 年度知的障害児（者）基礎調査結果の概要（平成 19 年 1 月）に示される定義によれば、「知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳まで）に現れ、日常生活に支障が生じているため、何

らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」としている。また、知的障害であるかどうかの判断基準は、知的機能の障害及び日常生活能力水準とし、知的機能については、標準化された知能検査（Wechsler: ウェクスラーによるもの、Binet: ビネーによるもの）によって測定された結果、知能指数（IQ）が概ね 51～70 までを軽度、IQ36～50 を中度、IQ21～35 を重度、IQ～20 を最重度と判定している<sup>36)</sup>。

2013 年のアメリカ精神医学会「精神疾患の診断と統計のためのマニュアル第 5 版 Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5<sup>th</sup> edition: DSM-5」では、知的障害（Intellectual Disabilities）は神経発達障害に分類され、知的障害（知的発達障害: Intellectual Developmental Disorder）・全般的発達遅延（Global Developmental Delay）および特定不能の知的障害（Unspecified Intellectual Disability）の 3 群が含まれている。この DSM-5 では、知的障害は単に知能指数での分類ではなくなり、知的障害の重症度評価の指標として、生活適応能力を重視、それらは主に学力領域、おもに社会性領域、おもに生活自立能力利用域に関して、それぞれ具体的な状況から重症度の判定を行う形に変化するという大きな変更が行われた<sup>78)</sup>。なお、知的障害の併存症は広く存在するとされ、たとえば、IQ30 未満の知的障害において自閉症スペクトラム<sup>注3)</sup>の依存率は 8 割にのぼるとしている<sup>48)</sup>。本研究でいう知的障害は、標準化された知能検査（ウェクスラー、ビネーなど）によって測定された結果、知能指数が 70 以下の児を対象とする。

注3) DSM-5 による自閉症は、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder: ASD）と呼称され、生来の社会性の発達障害を示すグループ（自閉性障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、非定型自閉症）を指している。重症の者から軽症の者まで、境界線を引かずにその症状はスペクトラム=連続体とされる。

## 2 発達障害者及び知的障害者の人数

身体障害者、知的障害者及び精神障害者と異なり、固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていない。厚労省が平成 26 年 10 月に全国の病院及び診療所を利用した患者を対象として実施した「患者調査」（平成 27 年 12 月公表）の結果では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害等の患者の総数(推計値)は、19 万 5,000 人(自閉症、アスペルガー症候群 14 万 4,000 人、注意欠陥多動性障害等 5 万 1,000 人)となっており、平成 23 年度の前回調査総数 11 万 2,000 人から増加している<sup>74)52)</sup>。また、厚労省による「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査(全

国在宅障害児・者等実態調査)結果の概要」<sup>37)</sup>。によると、医師から発達障害と診断された者の数(本人・家族等からの推計値)については、48万1,000人と示されている。

知的障害者(児)の数(推計)については、108万2,000人とされ、そのうち在宅者(児)数については96万2,000人、施設入所者(児)数は12万人で総数の11.1%となっている。また、18歳未満の在宅児は21万4,000人と示され、いずれも前回調査<sup>35)</sup>15万2,000人から増加している

### 3 本研究における発達障害

発達障害について前述の法律による定義上では、幾つかの障害を包括しているが、本研究の研究対象者は、在宅の知的障害を伴う自閉症児及びその家族である。そのため本稿では、自閉症の概念について述べる。

自閉症の疾患概念は、1943年にアメリカの児童精神科医 Kanner が、「情緒的接触の自閉的障害」という表題の論文を報告したことがその始まりであり<sup>85)</sup>、他者への関心の乏しさ・言語発達の遅れ・周囲の変化への過敏さ、<sup>94)</sup>の3つの症状をもつ子どもについて報告した。Kanner は、11例の報告の中で、基本的な障害は生まれたときから背負っている、人と状況に普通の方法で関わりを持ってないこと、生来性であることを、この当時すでに記述している<sup>86)</sup>。自閉症が発見された頃のアメリカの精神医学は、子どもの精神疾患を精神分析的に理解しようという考えが趨勢であった。子どもの情緒や行動に異常があれば、それはより早い時期の養育環境に子どもをそのような状態に追い込む問題が必ずあったはずと考えられており、その原因は親の態度や性格に求められていた。このため、「自閉」は心因に対する防衛であり、その原因は家族関係、とりわけ母親のパーソナリティに求められるとする神話が生まれた<sup>63)</sup>。

Kanner が発表した翌年の1944年、ウィーンの小児科医である Asperger も「小児期の自閉症的精神病質」というタイトルで論文を発表した。Asperger の論文では、社会的な障害あり方が、奇妙でナイーブ(世間知らずの意)、不適切、情緒的に孤立しているとしている。Kanner タイプの場合は孤立が特徴的であったが、Asperger タイプの場合は社会的に奇妙な接し方、不適切な接し方をする、なかなか気持ちは通わないが接触はしてくる、等の特性が見出されている。また、優れた文法力、語彙力、流暢な会話をして言葉には困らないが、話し方としては回りくどい、独語的で総合的な会話が成立しないなど、知的には正常で境界あるいは優秀だが、社会的なコミュニケーションに総合的な主な問題があるとまとめられて

いる<sup>86)</sup>。しかし、Kanner や Asperger の発見の結果は、現在の自閉症研究の基礎を構築したといえるが、当初は発見に対する反響はほとんどなかった<sup>49)</sup>。その後 1979 年、イギリスの児童精神科医 Wing による論文で、三つ組みの発見が発表された。Wing の提唱した三つ組は、社会性の障害（対人関係の適応障害）・コミュニケーションの障害（言語機能）・想像力の障害（ふり遊びの障害）の 3 つが一緒になって現れているというものである<sup>86)</sup>。Wing は、自閉症児の親に向けた療育書を書き、世間の自閉症児の親に対する啓発活動をとおして自閉症の家族を支え、自閉症の原因を根本的に転回することに影響を与えた<sup>49)</sup>。

1980 年代になると、操作的定義の普及とともに広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder: PDD）が確立する。これらの症状を 3 歳から認める場合に自閉性障害（自閉症）と診断され、アスペルガー障害に関しては言語発達に遅れを認めないことが PDD の診断基準で規定されていた<sup>94)</sup>。PDD は、その後 DSM-5 の改訂により、神経発達症群／神経発達障害群のカテゴリーに分類され自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder: 以下 ASD）の呼称に変更された。DSM-5 では、ASD の診断基準について、社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害、限定された反復する様式の行動、興味、活動の 2 つの領域にまとめられ、さらに臨床上の特徴としてよく観察される知覚過敏性・鈍感性など知覚異常の項目が追加され、これらの問題が幼児期を過ぎて初めて見いだされる可能性に関して言及しており、従来の幼児期の症状を中核とした診断基準から、どの年齢でも用いることが可能となった<sup>48)</sup>。近年、米国および米国以外の諸国において報告されている ASD の有病率は、人口の 1% に及んでおり、子どもと成人のいずれのサンプルも同様の値としている。また、ASD を有する人の 70% が併存する 1 つの精神疾患を、40% が併存する 2 つ以上の精神疾患をもっている可能性があるとし、注意欠如／多動症と ASD の両方の診断基準を満たす場合、両方の併存診断が認められるといった大きな変更も加えられている<sup>78)</sup>。

ASD の最初の発見から 80 年近い変遷において、自閉症児の母親らの不適切な子育てが原因であると誤解を受けた時代を経過し、数々の研究者らの成果によって、ASD の原因は脳の機能的障害であることがほぼ明確であるとされる。また、多くの遺伝子が関係している「多遺伝子疾患」であることも分かっているが、ASD を引き起こす特定の遺伝子変異や多型性については、未だ確定されていない<sup>62)</sup>。

#### 4 知的障害を伴う自閉スペクトラム症(ASD)児の問題行動

ASD 児者は、時として自傷、他害、攻撃的行動、器物破壊などの行動上の問題を呈する。



十一は、「自閉症者が持つ中核的なハンディキャップ」いわゆる診断基準上にある行動上の問題を一次障害、「成長過程で二次的に身につけた反応や行動により新たな不適応を生じている状態」を二次災害型問題とした<sup>84)</sup>。いわゆる二次障害と呼ばれる。また、重度知的障害者が示す自傷、他害、奇声、パニックなどの激しい行動上の問題（以下：問題行動）<sup>注4)</sup>を示す約8割がASDであるという報告もある<sup>12)21)</sup>。問題行動を示す人にASDが多いことは、ASDそのものの障害特性が一つの要素となっていると考えられる。ASDの特徴どれもが、普段の社会生活をしていく上で不適切な行動を生じさせ易くしたり、周囲の理解を得にくい要素となるため、さまざまな問題行動を生じさせ、強固にさせていく可能性がある<sup>51)</sup>。

ASD児は、生後初期の段階から母親を主とする養育者と極めて感覚的なレベルでの相互作用によって築いていく関係が育ちにくく、精神発達の最初の時点における躓きが既にあり、人とのやりとりが成り立つ機会も生じにくい。このことは、コミュニケーションの困難性から情報処理機能の歪みをもたらし、人や物に対する認知の乱れや周囲の世界に対する特有な構えを引き起こしていくことに繋がる。特に養育者との相互的な関係が育ちにくいということが、人間関係の育ちにくさという問題だけに留まらず、ASD児の自我の未熟さにも繋がっていく場合がある。つまり、一般的には、乳幼児は不快でイライラしているときに母親が宥めていくことによって、母親の持っている健康な感情に引き込まれ、子どもの気持ち（感情）が鎮められたり・宥められたり・落ち着かされ・安心が得られ安定する（調律される）。この繰り返しの中で子どもの自我の機能は強化されていくが、母親や養育者との関係が育ちにくいASD児は、母親や人からの感情調律による自我が育ちにくい。この自我機能の弱さが、その後ASD児者が出会う心理的な危機や発達上の課題を克服する対処力の脆弱性に繋がる。

2歳頃のASD児は発達上の遅れのほか、多動、過敏さ、偏食、睡眠障害、おかしな物への興味や固執などがみられ、周囲との違和感が大きくなるため、周囲の人はどうしても抑制、排除、叱責といったASD児の行動を阻害するような関わりが多くなる。そのため、かなり早期のうちから、自分の行動を養育者から強制的に修正されるといった侵略的な関わりをされることになる結果、ASD児は人の接触、介入、さらには人の存在自体に不信感を持ち、自分を守るために防衛・攻撃・逃避などの行動をとったり、引きこもりや感覚遮断を生み出していく。このことが、具体的には、他害、自傷、器物破損、こだわり等の問題行動として現れることになる<sup>12)</sup>。

ASDの障害特性と併せて挙げられる問題行動の要因として、ASDの特性を理解しないま

ま周囲が接することで生じるもの、また、精神疾患との関連で生じるものがあり、これらが複雑に絡み合った複合的な問題行動も指摘される。ASD や知的障害の人の思春期には問題行動が著しく現れやすいといわれるが、新たな問題行動が出現する場合には、精神疾患の合併に注意を払う必要があり、その合併症にはカタトニア、気分障害、離性障害の例が挙げられる<sup>22)</sup>。

前述の厚生省「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査結果の概要」<sup>37)</sup>からは、施設入所者（児）は、総数の 1 割程度であることが分かる。すなわち、こうした問題行動を抱える ASD 児のその多くが、家庭で家族との時間を過ごしているといえる。そのため、障害児本人だけではなく問題行動を抱える子どもの家族への支援も重要な課題といえる。

注4) ここでいう問題行動とは、単一の臨床的疾患や精神障害概念ではない。広く発達障害児が示すさまざまな心理行動上の問題や気分障害、ひきこもり、非行、精神病様症状などから生じる自傷、他害、攻撃行動等も問題行動として捉えられている<sup>30)</sup>。しかし、本研究では、知的障害を伴う ASD 児が示す問題行動について対象とするため、知的機能の制約や遅れのない発達障害児が呈する問題行動は検討しない。

## 第 2 節 障害児の問題行動と家族のかかわり

### 1 障害児の家族支援の法的根拠

改正後の発達障害者支援法第 13 条では、「都道府県及び市町村は、発達障害者の家族その他の関係者が適切な対応をすることができるようにすること等のため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族その他の関係者に対し、相談、情報の提供及び助言、発達障害者の家族が互いに支え合うための活動の支援その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。」と規定している<sup>19)</sup>。この改正法においては、発達障害者の家族等の支援の強化を図るための必要な措置として、都道府県及び市町村が発達障害者の家族等に対し、情報の提供や発達障害者の家族が互いに支え合うための支援を適切に行うことが新たに追加されており、発達障害児・者への家族支援は、法的にもより強化、明確化された。また、「発達障害者支援法の施行について（通知）」（平成 17 年 4 月 1 日付 17 文科初第 16 号厚生労働省発障第 0401008 号文部科学事務次官・厚生労働事務次官通知）においても、都道府県及び市町村に対して、発達障害者の支援に際しては家族も重要な援助者であるという観点から、発達障害者の家族を支援していくことが重要であり、特に、家族の障害受容、

発達支援の方法などについては、相談及び助言など、十分配慮された支援を行うことが、より求められている<sup>74)</sup>。

## 2 障害児の問題行動とその家族

前述の発達障害の領域における家族支援（family support）は、障害のある人を対象にしたアプローチだけでなく、家族全体を視野に入れて家族に対する様々な支援を包括的に捉える枠組みとして認識されつつある<sup>98)</sup>。とりわけ緊急な課題は、問題行動を示す発達障害児者の本人と家族に対する支援である。家庭生活における発達障害児が示す問題行動は、養育や本人の社会参加の制約や社会的孤立、養育や生活上の困難をもたらし、本人および家族の生活の質を低下させる。ひいては、本人をより制限のある環境へと隔離する主要な原因であり続ける<sup>15)</sup>。発達障害児の保護者と定型発達児の保護者の養育スタイルを検討した研究<sup>54)</sup>では、発達障害児の保護者は定型発達児の保護者に比べて肯定的な関わりが少ないこと、叱責が多くなっていることが指摘されている。日本における障害児者の家族に関するテーマは、1970年代前半までは障害児者の背後にある問題としてあまり論じられてこなかった<sup>1)</sup>。

1970年代以降になると、障害児者の家族に関する主な研究が発表されている。家族の特定のメンバーが障害をもつことによって、家族に多様な影響をもたらすことが考えられることから、障害児者の家族に焦点をあて、その家族におよぼす影響や家族が経験するストレスについての研究が数多くなされている<sup>29)</sup>。特に発達障害児の家族については、健常児の家族に比して様々な心理的な負担感や困難を抱えていることが指摘されている<sup>53)</sup>。特に、直接的な養育者となる母親の精神的健康に関する研究は多く報告されている。

## 3 発達障害児の母親が抱えるストレスとその要因

注意欠如／多動症（AD/HD）児の母親と健常児の母親を対象にして心理的プロセスを検討した報告では、AD/HD群の方が育児ストレスは有意に高く、併せて、（不満、非難、厳格、矛盾、不一致）をとる傾向が有意に高い。さらにAD/HD群は、AD/HDに特徴的な行動（親を喜ばせる反応が少ない、不注意/多動）が母親の児に対する愛着を減少させ、ひいては、厳格で非難的な養育態度と結びついていることが示唆されている<sup>41)</sup>。また、発達障害児の家族は、感覚過敏などの発達障害特有な特性から医療機関への受診に際しても多くの困難を抱えていることが報告されている<sup>79)</sup>。ASD児者を対象に関東地方の家族の受療に関してニーズ分析をした報告においては、対象児者のうち定期受診を必要とする者が54%を占め、

診察前の長時間の待ち時間が子どもの多動等により、家族の心理的・身体的負担を増大させ、ストレスの原因になり得ることを指摘している<sup>32)</sup>。併せて、核家族や児が通院や服薬をしている家族ほどストレスが高いことも報告されている<sup>55)</sup>。

本研究において検討を加える ASD 児の母親についても、健常児の母親あるいは、他の障害をもつ親よりもストレスが高いことが多く報告されている<sup>18)83)93)</sup>。ASD 児の母親のストレスに関する精緻な研究として、就学前の知的障害児の通所施設に在籍する ASD 児を養育する母親（自閉症群）とそれ以外の母親（非自閉症群）を対象にストレスについての報告がある。その結果、ASD 児の親には「行動問題」「サポート不足」「愛着困難」「否定的感情」の4因子が見出され、自閉症群特有なストレスとして「行動問題」「愛着困難」が非自閉症群と比較して有意に高いことが示唆されている<sup>71)</sup>。このことは、ASD 児が示す行動特性や問題行動は、母親のストレスを高める要因になり得ると予測できるとともに、ASD 児と生活する家族は、ASD 児の特有な障害特性から高いストレスにさらされることが分かる。このように定型発達児にはない ASD 児者の家族が抱える心理的な問題として、まず ASD 児者の障害特性への理解や対応の難しさが挙げられる。さらに、ASD に対する社会の理解不足によって引き起こされる家族の否定的な感情が複雑に絡み合い、結果として ASD 児者を含めた家族の生活が制約されることになる<sup>101)</sup>。このような結果から、家族が ASD 特性の理解を深め、その対応方法について知識を習得できる心理社会的支援の機会の設定は、家族にとって養育の負担軽減に繋がる重要な課題であると推察される。

ASD 児は、その中核的症候ゆえに対人相互交流の質的な偏り、社会的コミュニケーションの困難、感情や想像力の乏しさ、他者との関係を築くことの難しさがあり、これらはなかなか周囲の理解を得にくい。また、時として環境刺激などに容易に反応し、自傷や他害、攻撃的行動、器物破壊などの非機能的な行動を呈する。そのため、家族は対応の難しさに苦慮するばかりでなく疲弊し、さらに児の不適切な行動がエスカレートするといった悪循環を呈する場合も少なくない。つまり、ASD 児が家族に影響をおよぼすのと双方向に ASD 児のその家族の問題が ASD 児に影響し合っている。こうした悪循環を改善するには、家族全体に焦点をあてる必要がある<sup>10)</sup>。問題行動の軽減や支援の質的向上にあっては、当事者のみならず環境因子となる家族への支援も必要不可欠といえる。したがって、ASD 児が示す様々な問題行動や症状の軽減には、服薬や構造化療育のみならず、養育者の思考スタイルの変容を重視した働きかけが重要となる。実際に児への療育的対応だけではなく、母親の定期的な面接をとおして子どもへの肯定的関わりを支持した結果、母親の児への見方が変

化し行動障害が軽減したという報告もある<sup>22)77)</sup>。児の問題行動は家族との双方向での関係性から捉えらるとするならば、母親の肯定的関わりによって ASD 児が示す問題行動は軽減できる可能性が想定される。そのため、本研究では、家族が表出する感情や態度を実証的に評価する代表的な家族関係性の指標である、家族の感情表出 (expressed emotion: EE) に着目した。

### 第 3 節 家族の感情表出 expressed emotion (EE) の概念・評価法・先行研究

#### 1 概念

ここからは上原らの教科書<sup>87)90-92)</sup>から引用しつつ、家族の感情表出(EE)の概念、評価方法、先行研究について概要をまとめる。EE は家族関係性を指標する概念で、慢性疾患患者を抱えた家族が、患者に対して表出する感情の内容を測定することで評価される。EE 概念が生まれた背景には、1950 年代の英国精神医療における脱施設化の動きがある。地域・家族に戻った精神障害者の再発防止が課題となる状況下で、Brown ら<sup>6)</sup>は、退院後に同居する生活集団の違いにより統合失調症の再発率が異なることを見いだした。さらに Brown ら<sup>7)</sup>は厳密な前方追跡研究を行い、家族関係と再発との関連性を明確にした。その後 1966 年、1972 年と家族測定法の研究を重ね、批判(criticism)、敵意(hostility)、感情的巻き込まれ(emotional over involvement: EOI)、暖かみ(warmth)という EE 構成要素を明確に定義した。そして、この家族測定法を用いた Vaughn ら<sup>95)</sup>の有名な EE 研究が発表され、high-EE、特に高い批判や高い敵意、高い EOI が統合失調症の再発と有意に関連することが証明された。

その後彼らは<sup>96)</sup>、high-EE 群では家族との対面時間の少なさや服薬遵守が統合失調症の再発に抑止的であるのに対し、low-EE 群ではそれらの影響が少ないことを指摘している。同様の結果は、多くの EE 研究でも追認され<sup>3)</sup>、再発との関連を検討したメタ分析の結果からも、EE の再発予測性はほぼ肯定されている<sup>9)</sup>。

EE 評価の目的は、従来客観化することが難しかった心理社会的概念である家族の感情的態度を、客観的に実証することにある。いわば、「家族のかかわり方が変われば、病気の経過や転帰に良い影響を与えることができる」という臨床的実感を、科学的に裏付ける試みであるともいえる。EE 評価は、本来 CFI (次項参照) と呼ばれる半構造化面接が用いられる。しかし後述するように、いくつかの簡便法が開発され研究・臨床に使用されている。

## 2 評価法

### 1) CFI (Camberwell Family Interview)

Brown ら<sup>7)8)</sup>が開発した標準的な面接法で、厳密には CFI により評価された尺度を EE と呼ぶこともある。CFI は半構造化面接であり、面接のすすめ方や質問項目、質問の仕方などはほぼ決められているが、状況に応じ面接者が変更を加えることができる。CFI の評価は、正式なトレーニングコースを修了した認定評価者により行われる。

CFI の施行は、面接者が家庭におもむき行われる<sup>60)</sup>。各家族成員に対しおよそ 2 時間前後を必要とする（当初のオリジナル版は 4～5 時間かかったが、現在は短縮版を一般的に使用）。通常、面接テープと記録をとり、後日スクリプトとテープをもとに認定評価者が判定を行う。あくまで面接中に「表出された感情」のみを証拠として評価を行うことに注意すべきである。それら表出された感情が、社会文化的背景からどのように定義されるかも判定に重要な要素となる。CFI では、批判的コメント (CC)、感情的巻き込まれ (EOI)、敵意 (hostility)、暖かみ (warmth)、肯定的言辞 (positive remarks)、の 5 項目が判定される。いずれも、話の内容と声の調子 (抑揚、ピッチなど) から判断する。CC は患者に対する不満、失望、嫌悪、拒否などをもとに頻度測定で評価される。EOI は自己犠牲や献身、過保護、過剰な愛情表現をもとに全般評価される。敵意は、患者全体に対して表現された強い否定的感情をいう。CC、EOI、敵意の 3 項目をもとに EE を高低に二分する (high-EE/low-EE)。ちなみに統合失調症では、CC が 6 個以上、EOI が 3 点以上 (0～5 点評価)、敵意あり、のいずれかで high-EE と判定される。EE 5 尺度の組み合わせにより、家族の特性を把握することも可能である。例えば CC と EOI が高い場合、家族のケア負担が高くかつその努力がむくわれていないことが推測される。high-EE 判定には用いられないが、暖かみは全般評価、肯定的言辞は頻度測定で評価される。

本邦での CFI の信頼性・妥当性については、Mino ら<sup>43)45)</sup>、大島ら<sup>56-59)</sup>、伊藤ら<sup>23)</sup>、Ito ら<sup>24)</sup>により詳細に検討されている。信頼性については、「肯定的言辞」で若干反応が少なく評価幅が小さいものの良好な結果が得られており、2 因子的尺度構成も確認された。CFI トレーニングによる評価者間一致率は、暖かみを除いて十分優れていた。内容妥当性、基準関連妥当性についても、英国の基準が本邦でも整合することが示され、家族機能尺度や生活機能尺度との併存妥当性も確認された。予測妥当性については、EE 総合尺度および下位尺度と統合失調症の再発との有意関連性が明らかになった。これとは別に Tanaka ら<sup>80)</sup>、Mino ら<sup>44)</sup>も再発関連性を確認している。構成概念妥当性の検討では、下位尺度間の相関傾向は

欧米化した文化圏での研究とほぼ同様であるという結果が示されている。Shimodera ら<sup>73)</sup>の統合失調症に関する検討では、日本における CC は陽性症状に関する内容が最も多いことが報告されている。感情障害の家族における評価では、感情表出が抑制される傾向があるとされる<sup>45)</sup>。

## 2) FMSS (Five-Minute Speech Sample)

FMSS は米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校の Magana ら<sup>40)</sup>が開発した EE 簡便評価法である。その特徴は、家族に患者の人柄や患者との生活について自由に 5 分間述べてもらい、録音した内容を活字化するところにある。モノログの内容と音調から、EE プロファイルをマニュアルに沿って評価する。評価は認定トレーニングを修了し、認定された評価者が行う。なお、サンプリングや評価が短時間で済むという利点がある。

FMSS-EE は、①初発陳述、②関係性、③批判 (critical)、④感情的巻き込まれ (emotional over involvement; EOI) の 4 つのカテゴリーからなる。①初発陳述と②関係性は、それぞれ「肯定的」、「中庸」、「否定的」の 3 つに分類され、「否定的」初発陳述または「否定的」関係性が評価された場合は、それだけで high-EE (critical) と判定される。③批判は、基準に該当する批判的言動や音調が 1 つでも認められた場合に high-EE (critical) と判定される。high-EE (critical) には該当しないものの、全体のサンプルを通して若干の否定的なトーンや言動が一貫している場合、不満 (境界線級の批判, borderline-critical ともいう; 以下 b-critical と略す) という判定がなされる。④EOI は、i 自己犠牲・過保護 (Self Sacrifice/Over Protection; SSOP)、ii 感情の現れ (emotional display: サンプル中に涙ぐんだり泣き出すこと)、iii 過度の詳述 (Excessive Details: 患者の子どもの頃について長々と語ること)、iv 態度表明 (Statement of Attitudes: 患者のためになんでもしてあげたいという過剰な愛情表現)、v 賞賛の言葉 (Positive Remarks: 5 つ以上患者を賞賛する言葉が認められた場合に評価される)、の 5 下位尺度からなる。「SSOP」もしくは「感情の現れ」が単独で認められれば、それだけで high-EE (EOI) と判定される。そのほかの 3 下位尺度は、いずれかが 2 つ以上同時に認められた場合に high-EE (EOI) と判定されるが、いずれか 1 つしか認められない場合は境界線級の EOI (borderline-EOI; 以下 b-EOI と略す) と判定される。例えば、「過度の詳述」と 5 つ以上の「賞賛の言葉」が認められた場合は high-EOI だが「過去の詳述」のみ認められた場合は b-EOI になる。SSOP について、high-EOI とまでは判定できないまでも巻き込まれや自己犠牲、客観性が欠如した内容が認められれば b-SSOP (境界線級の SSOP) と評価し、これ

らはプロフィール上, low-EE に含めることが推奨されている。

### 3) FAS (Family Attitudes Scale)

Family Attitudes Scale (FAS) は Kavanagh ら<sup>27)</sup>が開発した 30 項目 120 点満点の質問紙で、患者に対する否定的感情が強いほど EE (批判) が高いと判定される。原版の内的整合性や併存妥当性が確認されており、CFI の批判、敵意との高い相関も認められている。最近の研究でも、FAS と CFI-EE との相関は 0.38 で、62 名の精神病性障害の再燃を有意に予測することが示された<sup>66)</sup>。彼らのカットオフ値は 50 点で、CFI による high-EE の 65%、low-EE の 75%を正確に同定した。FAS 日本語版は、Fujita ら<sup>14)</sup>により作成されている。日本語版 FAS は CFI の批判尺度との併存妥当性が検討され、感受性 100%、特異性 83%という優れた結果が示された。しかし全般評価では感受性 57%、特異性 76%とやや低く、加えて EOI を測定するには適さないことが問題である。彼らは、日本では 60 点を最適なカットオフとして提案している。今後日本語版の内的整合性や再検査法による信頼性、因子構造を含めた妥当性、さらには経過関連性の検討が求められる。

## 3 先行研究

上原らの教科書<sup>87)90-92)</sup>から、重要な研究知見を引用する。現在まで英国<sup>39)75)</sup>など、世界各国で EE 研究が行われてきた。多くは統合失調症の短期予後との関連を追試した研究だが、米国<sup>46)</sup>、メキシコ系米国人<sup>26)</sup>、スペイン<sup>47)</sup>、ドイツ<sup>34)</sup>、イタリア<sup>5)</sup>、フランス<sup>2)</sup>、東欧<sup>25)</sup>、オーストラリア<sup>64)</sup>、インド<sup>100)</sup>、中国<sup>65)</sup>、日本<sup>24)80)</sup>などで交差妥当性・予後予測性が確認されている。統合失調症の短期予後との関連のみならず、2 年以上の長期予後との関連も追認されている<sup>42)44)</sup>。

一方で統合失調症のみならず、気分障害<sup>61)20)</sup>、老年期精神疾患<sup>97)</sup>、パニック発作<sup>13)</sup>、喘息<sup>16)</sup>、慢性身体疾患<sup>31)</sup>、知的障害<sup>4)</sup>、そして摂食障害<sup>11)88)89)</sup>などの経過と EE との関連が研究されている。いずれも、EE が経過不良因子として肯定された。生物学的要因では、患者の皮膚コンダクタンス動揺数が high-EE 家族と同室することで高くなるという研究がある<sup>82)</sup>。薬物反応性 (リチウム予防効果) と EE が関連するという研究もあるが<sup>67)</sup>、Bebbington らの研究<sup>3)</sup>では、EE は薬物療法とは独立に再発と関連しており、処方の決定に EE は無関係であると結論づけられている。

EE 研究に対する反論や問題点を挙げる。すべての研究が EE の再発関連性を肯定してい



るわけではなく<sup>76)</sup>、研究デザインの違い、再発評価法の問題、対象とする家族成員や患者サンプルの異種性、などが方法論的な問題として指摘されている。EE よりも実際の家族内コミュニケーションのひずみ(communication deviance)を指標とした方が、予後関連性が強いという研究もある<sup>70)</sup>。また慢性経過をとる統合失調症でEEの再発予測性が強いこと、むしろ気分障害の方がEEの影響が強いといわれる。EE自体が変化するか、それとも家族側の資質というべきか、議論がある。Schreiberら<sup>72)</sup>によれば、EOIや暖かみは患者の状態に依存して変化しやすいが、批判は変わりにくいという。しかし、心理教育的な家族介入で高い批判が減ずることも示されており、一概には結論づけられない。いずれにせよ、high-EEは慢性疾患を抱えた家族の対処様式としての情緒反応である、という視点<sup>28)</sup>が重要であると考えられる。

#### 第4節 障害児の家族のEE

障害児のEE研究は2つに大別できる。一つは、障害児の家族のEEと関連する要因についての検討であり、健常児や兄弟との比較、障害の重症度や症状などとEEの関連をみる。もう一つは、親のEEが子どもに与える影響、予後について検討するものであり、親の抑うつ症状や高EEが子どもの予後、問題となる行動や抑うつ症状への影響を検討するものであり<sup>104)</sup>、本研究は、いわば前者の研究に相当するといえる。

米倉<sup>104)</sup>による海外のEEを用いた文献レビューの結果では、障害のある子どもの家族のEEは障害のない子どもの親に比べて高い、障害種別によりEEに違いがある、障害の重症度によるEEの違いは明らかではないが子どもの「問題行動」の程度による違いの可能性がある、EEが障害の予後を予測するかどうかはさらに追試調査を必要とする、などが報告されており、高いEEカテゴリーの中の「批判」と児の「問題行動」の出現は関係があることが推定される。

実際に地域の通所事業所を利用しながら生活する障害児とその家族を対象とした報告によると、地域で生活する障害のある子どもの家族は、高EEに比して低EEの比率が高い、高EEは子どもの行動上の問題と関係がある、高EEと家族のQOL(quality of life:以下QOL)の項目や子どもの攻撃的行動は関係がある、行動上の問題が生じやすい障害とEEは関係する、などの知見が明らかにされた。このなかで特に注目されるのは、子どもの障害の診断名とEEの高低について分析を行った結果、高EEであった5名全てがASDの診断を受けている点である。そのうち、知的障害とASDの診断を受けているものが4名、ASDのみの診

断を受けているものが1名であったという<sup>103)</sup>。知的障害児とその母親を対象とした研究では、問題行動を示す児について、母親の高い批判 (criticism) と暖かみ(warmth)の低さが関係していることが報告されている<sup>38)</sup>。また、児の障害の対象を ASD に特定しその兄弟と比較した研究においては、ASD 児の方が兄弟よりも批判(criticism)が高かった<sup>17)</sup>。さらに AD/HD においても児の行動と母親の批判 (criticism) に有意な正の相関が確認されている。これらの結果では、EE は母親のもつ性質や特性よりも、児の問題行動に影響されるとしている<sup>68)</sup>。すなわち、児の問題行動が軽減することにより、母親の EE が低くなることが予測できる。そのためには、児の問題行動の軽減に向けた母親支援について、併せて検討することが重要となる。EE を用いた家族心理教育の効果を検査した研究では、心理教育群と対照群の EE の比較において、心理教育群の効果が得られていることが報告<sup>102)</sup>されており、障害児の家族を対象とした家族心理教育実践の有用性がうかがえる。

EE の障害児と健常児の母親の感情表出を比較検討した研究もある。この研究結果は、障害児の母親の方が健常児の母親より高 EE であること、母親の高 EE と子どもの問題行動に正の相関があること、子どもの問題行動が多い場合、母親と子どもの対面時間が長い方が高 EE であることが報告されている<sup>33)</sup>。また、子ども自身の気質が母親の養育態度に及ぼす影響についての研究<sup>50)</sup>では、パニックになりやすい男児の特徴は母親の激しい感情表出をひき起こし、情緒が安定している男児は、母親の受容的な関わりをひき起こすことが報告されている。さらに、障害児の問題行動と母親のストレス認知との関係性を示した研究<sup>81)</sup>においては、障害児の感情統制困難(興奮、パニック、奇声、大声、強いこだわり)などの問題行動が、母親の障害児あるいは育児そのものに対する否定的感情(自分の健康が損なわれる危険性、子育ての苦痛、不安など)をより直接的に高めることが報告されており、ここでの感情統制困難因子が ASD 児の示す行動障害と類似している点は大変興味深い。

以上により、これら障害児先行研究から、自閉症児が示す特異な問題行動が家族の EE に影響することが強く示唆される。さらに、EE を構成する要因である、批判と感情的巻き込まれ、それぞれに特有な問題行動のパターンが存在する可能性も指摘できる。前述のように海外では、この EE を用いて、ADHD、ASD、摂食障害、双極性障害など、様々な研究に応用され発展している<sup>104)</sup>。しかし、これまでの日本での研究において、知的障害を伴う自閉症に特定し、自宅で生活している障害を持つ子どもが示す問題行動のプロフィールとケアする家族の EE との関係性を多数例で実証的に検討した研究は、ほぼ見当たらない。

## 第5節 研究目的と方法

本研究は、知的障害を伴う ASD 児を抱える家族の EE と ASD 児が示す問題行動との関連について、また、EE が問題行動特性や頻度、障害特性の重篤度と相互に影響し合うのかを含め、問題行動と EE との関連性について、子ども自身の知的障害の重症度、ASD 特性、問題行動プロフィールなどを含めて解明することを目的とした。また、問題行動の程度や頻度などの重症度が重篤なほど EE が高まる、家族の QOL と EE は関係がある<sup>99)103)</sup>という仮説の検証も試みる。さらに、EE のプロフィール（批判と感情的巻き込まれ）とそれぞれ関係する問題行動のタイプや背景要因（家庭環境、社会資源の利用状況など）を探索することで、知的障害を伴う ASD 児の問題行動の軽減やその家族支援の端緒をつかむことを目指した。

方法について第1研究では、知的障害を伴う ASD 児をケアするその家族、および子ども自身が利用している障害児通所支援事業所（放課後等デイサービス）の職員を対象に調査を依頼する。家族には子どもに関する基本属性および EE 評価について、自記式による質問尺度の日本語版を配布して依頼する。事業所職員については、調査協力が得られた家族（対象家族）の子ども（対象児）について、対象児が通う事業所での問題行動の評価を依頼し、概括的に量的データを収集し多変量解析を行う。

第2研究では、第1研究の対象家族のうち比較的少数の家族を対象に、より精緻な EE の評価法を用いて逐語によるデータを収集し、それを活字に起こして精密な EE 解析を行う。また、対象家族に対して、半構造化面接によって、家庭環境や養育の実態、今後家族への望まれる支援の必要性やあり方など保健福祉的な側面から聴取したうえで、コメントの質的検討を加え EE との関連を補完的に考察する。加えて、EE と深く関係することが示唆される家族の生活の質（QOL）について、自記式調査票を依頼し回答を求める。これらを数量的および質的に解析することで、第1研究の結果を検証するとともに最終的な研究総括を行う。

## 文献

- 1) 有川宏幸: 自閉症児・者をもつ家族の地域支援のあり方. 特殊教育研究 40: 429-434, 2002
- 2) Barrelet L, Ferrero F, Szigetty L, et al: Expressed emotion and first admission schizophrenia: nine month follow-up in a French cultural environment. Br J psychiatry 156: 357-362, 1990
- 3) Bebbington P, Kuipers L: The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. Psychol Med 24: 707-718, 1994
- 4) Beck A, Daley D, Hastings RP, et al: Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res 48: 628-638, 2004
- 5) Bertrando P, Bressi C, Cereda G, et al: Expressed emotion and schizophrenia in Italy: a study of an urban population. Br J Psychiatry 161:223-229,1992
- 6) Brown GW, Carstairs GM, Topping G: Post hospital adjustment of chronic mental patients. Lancet 2: 685-689, 1958
- 7) Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, et al: Influence of family life on the course of schizophrenic illness. Br J Prev Soc Med 16: 55-68, 1962
- 8) Brown GW, Ruter M: The measurement of family activities and relationships: a methodological study. Hum Relation 19 : 241-263,1966
- 9) Butzlaff RL, Hooly JM: expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 55 : 547-552, 1998
- 10) Cridland EK, Jones SC, Magee CA, et al: Family-focused autism spectrum disorder research:A review of the utility of family systems approaches. Autism 18: 213-222, 2014
- 11) Duclos J, Vibert S, Mattar L, et al: Expressed emotion in families of patients with eating disorders: A review of the literature. Current Psychiatry 8: 183-202, 2012
- 12) 江草康彦, 山崎晃資, 石井哲夫,ほか: 自閉症児・者の不適応行動の評価と療育指導に関する研究. 厚生科学研究報告書: 68-78, 2000
- 13) Flanagan DA, Wagner HL: Expressed emotion and panic-fear in prediction of diet treatment compliance. Br J Clin Psychol 30 : 231-240, 1991
- 14) Fujita H, Shimodera S, Izumoto Y, et al: Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry Res 110: 273-280, 2002

- 15) 藤原義博: 発達障害児者に対する Positive Behavioral Support -今日的意義と方法論の特徴. 日本行動分析学会第 17 会年次大会発表論文集 42, 1999
- 16) Gartland HJ, Day HD: Family predictor of the influence of children's asthma symptoms: expressed emotion, medication, parent contact and life events. *J Clin Psychol* 55: 573-584, 1999
- 17) Griffith GM, Hasting RP, Petalas MA, et al: Mothers' expressed emotion towards children with autism spectrum disorder and their siblings. *J Intell Disabil Res* 59: 580-587, 2015
- 18) Hastings RP, Johnson E: Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral Intervention for their young child with autism. *J Autism Dev Disord* 31: 327-336, 2001
- 19) 発達障害者支援法. [http://www.mhiw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=83aa6591&dataType=0&pageNo=1](http://www.mhiw.go.jp/web/t_doc?dataId=83aa6591&dataType=0&pageNo=1) (参照 2018/05/04)
- 20) Hayhurst H, Cooper Z, Paykel ES, et al: Expressed emotion and depression. *Br J Psychiatry* 171: 439-443, 1997
- 21) 石川 肇: 強度行動障害を示す重度知的障害者の行動改善に関する考察. *聖泉論叢* 13: 147-171, 2005
- 22) 石川 肇: 思春期以降に行動障害が増悪する現象とその療育的支援. *四條畷学園短期大学紀要* 41: 19-25, 2008
- 23) 伊藤順一郎, 大島 巖, 岡田純一ほか: 家族の感情表出と分裂病患者の再発との関連. *精神医学* 36: 1023-1031, 1994
- 24) Ito J, Ohshima I: Distribution of expressed emotion and its relationship to relapse in Japan. *Int J Ment Health* 24: 23-37, 1995
- 25) Ivanovic M, Vuletic Z, Bebbington PE: Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Soc Psychiatry Psych Epid*: 29:61-65, 1994
- 26) Karno M, Jenkins JH, Selva A, et al: Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. *J Nerv Ment Dis* 175:143-151,1987
- 27) Kavanagh DJ, O'Halloran P, Manicavasagar V, et al: The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res* 70 : 185-195, 1997
- 28) Kavanagh DJ: Recent developments in Expressed emotion, in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 160: 601-620,1992

- 29) 河野 望: 障害児者の家族に関する研究. 立命館人間科学研究 8: 15-27, 2005
- 30) 小林隆児: 自閉症と行動障害. 岩崎学術出版社, 2001
- 31) Koeningsberg HW, Klausner E, Pelino D, et al: Expressed emotion and glucose control in insulin dependent diabetes mellitus. Am J Psychiatry 150: 1114-1115, 1993
- 32) 小室佳文, 前田和子, 長崎多恵子, ほか: 自閉症児・者の受療環境に関する家族のニーズ.小児保健研究 64: 802-810, 2005
- 33) 小関美美恵, 井上和臣: 障害を持つ母親と健常児を持つ母親の感情表出. 精神医学 50 : 93-99, 2008
- 34) Kottgen C, Sonnischen I, Mollenhauer K, et al: Group therapy with families of schizophrenic patients: Results of the Hamburg CFI study III. Int J Fam Psychiatry5:83-94,1984
- 35) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査 (全国在宅障害児・者等実態調査) 結果, 2013. [http://www.mhiw.go.jp/toukei//list/dl/sei-katu\\_chousa\\_c\\_h23.pdf](http://www.mhiw.go.jp/toukei//list/dl/sei-katu_chousa_c_h23.pdf) (参照 2018/05/05)
- 36) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 平成 17 年度知的障害児 (者) 基礎調査結果の概要, 2007. <http://www.mhiw.go.jp/toukei/saikin/hw/titeki/index.html> (参照 2018/05/04)
- 37) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査 (全国在宅障害児・者等実態調査) 結果, 2017. [http://www.mhiw.go.jp/toukei//list/dl/sei-katu\\_chousa\\_c\\_h28.pdf](http://www.mhiw.go.jp/toukei//list/dl/sei-katu_chousa_c_h28.pdf) (参照 2018/05/05)
- 38) Lancaster RL, Balling K, Hasting R, et al: Attributions criticism and warmth in mothers of children with intellectual disability and challenging behavior.a pilot study. J Intellent Disabil Res 58: 1060-1071, 2014
- 39) MacMillan JF, Crow TJ, Johnson AL, et al: Expressed emotion and relapse in first episodes schizophrenia. Br J Psychiatry 151: 320-323,1987
- 40) Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, et al: A brief method for assessing EE in relatives of schizophrenic patients. Psychiatry Res 17: 203-212, 1986
- 41) 眞野洋子,宇野宏幸: 注意欠陥/多動性障害児の行動特徴と母親の養育態度間の関連性. 脳と発達 39: 19-24, 2007
- 42) McCreadie RG, Robertson LJ, Hall DJ, et al: The Nithsdale schizophrenia surveys. XI: relatives' expressed emotion stability over five years and its relation to relapse. Br J Psychiatry 162: 393-397, 1993

- 43) Mino Y, Tanaka S, Tsuda T, et al: Training in evaluation of expressed emotion using the Japanese version of the CFI. *Acta Psychiatrica Scand* 92: 183-186, 1995
- 44) Mino Y, Inoue S, Tanaka S, et al: expressed emotion among families and course of schizophrenia in Japan: a 2-year cohort study. *Schizo Res* 24: 333-339, 1997
- 45) Mino Y, Inoue S, Shimodera S, et al: Evaluation of expressed emotion status in mood disorders in Japan: inter-rater reliability and characteristics of expressed emotion. *Psychiatry Res* 94: 221-227, 2000
- 46) Moline RA, Singh S, Morris A, et al: Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients. *Am J Psychiatry* 142: 1078-1081, 1985
- 47) Montero I, Gomez-Beneyto M, Ruiz M, et al: The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients a two year follow-up study. *Br J Psychiatry* 161:217-222,1992
- 48) 森 則夫, 杉山登志郎, 岩田康秀, 編著: 臨床家のための DSM-5 虎の巻. 日本評論社, 2014
- 49) 森戸雅子, 小田桐早苗, 岩瀬百香, ほか: 自閉症スペクトラム障害児の感覚特性に着目した家族支援. *川崎医療福祉学会誌* 27: 13-25, 2017
- 50) 森下順子, 森下正康: 幼児の気質が母親の行動特徴と養育態度に及ぼす影響. *和歌山大学教育学部紀要*. *教育科学* 56: 43-50, 2006
- 51) 長畑正道, 小林重雄, 野口幸弘, ほか編著: 行動障害の理解と援助. コレール社, 2000
- 52) 内閣府: 平成 29 年度障害者白書 (全文) 第 2 編, 2018 [http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h29hakusho/zenbun/h2\\_01\\_02\\_03.html](http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h29hakusho/zenbun/h2_01_02_03.html) (参照 2018/04/29)
- 53) 中嶋和夫, 斎藤友介, 岡田節子: 母親による育児負担感に関する尺度化. *厚生*の指標 46: 11-18, 1999
- 54) 中島俊思, 岡田 涼, 松岡弥玲, ほか: 発達障害児の保護者における養育スタイルの特徴. *発達心理学研究* 23: 264-275, 2012
- 55) 中下登美子, 宮崎有紀子, 上原美子, ほか: 知的障害児の家族のストレスとニーズ, ソーシャルサポートとその関連性. *日本地域看護学会誌* 14: 101-111, 2012
- 56) 大島 巖, 伊藤順一郎, 岡田純一, ほか: 日本における expressed emotion 尺度の適用可能性に関する研究. *精神医学* 36: 697-704, 1994

- 57) 大島 巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, ほか: expressed emotion 尺度構成法再発予測性. 精神神経誌 96: 298-315, 1994
- 58) 大島 巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, ほか: 精神分裂病・家族の属性別に見た expressed emotion の特徴. 精神医学 36: 1234-1243, 1994
- 59) 大島 巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, ほか: 精神分裂病者を支える家族の生活機能と expressed emotion との関連. 精神神経誌 96 : 493-512, 1994
- 60) 大島 巖: 家族の expressed emotion 尺度. 上里一郎, 監修. 心理アセスメントハンドブック第2版第40章. 西村書店: 460-471, 2001
- 61) Okasha A, Akabawi ASE, Snyder KS, et al: Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression. A replication in an Egyptian community. Am J Psychiatry 151: 1001-1005, 1991
- 62) 大隈典子, 脳からみた自閉症- 障害」と「個性」のあいだ. 講談社, 2016
- 63) 太田昌孝, 永井洋子, 編著: 自閉症治療の到達点. 日本文化科学社, 1992
- 64) Parker G, Johnston P, Hayward L: Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenia relapse. Arch Gen Psychiatry 45:806-813, 1988
- 65) Phillips MR, Xiong W: Expressed emotion in mainland China: Chinese families with schizophrenia patients. Int J Ment Health 24:54-75,1995
- 66) Pourmand D, Kavanagh DJ, Vaughan K: Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. Aust N Z J Psychiatry 39: 473-478, 2005
- 67) Priebe S, Wildgrube C, Muller-Oerlinghausen B: Lithium prophylaxis and expressed emotion. Br J Psychiatry 154:396-399,1989
- 68) Psychogiou L, Daley DM, Thompson MJ, et al: Mothers' expressed emotion toward their school-aged sons. Associations with child and maternal symptoms of psychopathology. Eur Child Adolesc Psychiatry 16: 458-464, 2007
- 69) Romero-Gonzalez M, Chandler S, Simonoff E: The relationship of parental expressed emotion to co-occurring psychopathology in individuals with autism spectrum disorder. A systematic review. Res Dev Disabil 72: 152-165, 2018
- 70) Rund BR, Oie M, Brochgvink TS, et al: Expressed emotion, CD and schizophrenia. Psychopathology 28:220-228,1995
- 71) 坂口美幸, 別府 哲: 就学前の自閉症児をもつ母親のストレスの構造, 特殊教育研究 46: 127-136, 2007



- 72) Schreiber JL, Breier A, Pickar D: Expressed emotion-Trait or state? Br J Psychiatry 166: 647-649, 1995
- 73) Shimodera S, Inoue S, Tanaka S, et al: Critical comments made to schizophrenic patients by their families in Japan. Compr Psychiatry 39: 85-90, 1998
- 74) 総務省行政評価局. 発達障害者支援に関する行政評価・監視: 結果報告書, 2017  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000458762.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000458762.pdf) (参照 2018/05/03)
- 75) Stirling J, Tantam D, Thomas P, et al : Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up. Psychol Med 21: 675-685, 1991
- 76) Stirling J Tantam D, Thomas P, et al: Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18-month follow-up. Psychol Med 23: 771-778,1992
- 77) 高橋純一, 遊佐千尋, 鶴巻正子: 子どもの行動に対する肯定的捉え直しが発達障害幼児の 保護者の養育スタイルに及ぼす影響. 障害理解研究 17: 17-28, 2016
- 78) 高橋三郎, 大野 裕, 監訳, 日本語版用語監修. 日本精神神経学会: DSM-5 精神疾患の 診断・統計マニュアル. 医学書院, 2014
- 79) 玉川あゆみ, 古株ひろみ, 川端智子, ほか: 医療機関における発達障害児への看護の課題に関する文献検討. 人間看護学研究 13: 35-41, 2015
- 80) Tanaka S, Mino Y, Inoue S: expressed emotion and the course of schizophrenia in Japan. Br J Psychiatry 167: 794-798, 1995
- 81) 種子田 稜, 桐野匡史, 矢嶋裕樹, 他: 障害児の問題行動と母親のストレス認知の関係. 東京保健科学誌 7: 79-87, 2004
- 82) TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN CE, et al: The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with family to reduce relapse. Br J Psychiatry 153:532-542, 1988
- 83) Tobing LE, Glenwick DS: Relation of the childhood autism rating scale-parent version to diagnosis, stress, and age. Res Dev Disabil 23: 211-223, 2002
- 84) 十一元三: 自閉症の治療・教育的研究最前線. 日本評論社 1号:17, 2003
- 85) 東條吉邦, 大六一志, 丹野義彦, 編: 発達障害の臨床心理学. 東京大学出版会: 3-27, 2010
- 86) 内山登紀夫: ライブ講義 発達障害の診断と支援. 岩崎学術出版社, 2013

- 87) 上原 徹, 後藤雅博: EE; 感情表出. (分担執筆). 精神科臨床評価マニュアル 臨床精神医学増刊号 28: 340-348, 1999
- 88) Uehara T, Kawashima Y, Goto M, et al : Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion : A preliminary study. Compr Psychiatry 42: 132-138, 2001
- 89) Uehara T, Kawashima Y, Goto M, et al: Eating disorders and Family Functioning-relationships with diagnostic classifications, symptoms, and outcomes. In Swain PI (Ed): Focus on Eating Disorders Research. Nova Biomedical Books, Nova Science Publishers: 135-150, 2003
- 90) 上原 徹, 後藤雅博: 感情表出; EE(expressed emotion) (分担執筆). 精神科臨床評価検査法マニュアル. 臨床精神医学増刊号 アークメディア: 96-103, 2004
- 91) 上原 徹, 後藤雅博: 感情表出; EE(expressed emotion) (分担執筆). 精神科臨床評価検査法マニュアル改訂版. 臨床精神医学 39 増刊号アークメディア: 104-113, 2011
- 92) 上原徹, 後藤雅博: 感情表出; EE(expressed emotion)(分担執筆). 精神科臨床評価マニュアル(2016年版). 臨床精神医学 44 増刊号アークメディア: 81-92, 2015
- 93) 植村勝彦, 新美明夫: 発達障害児の加齢に伴う母親のストレスの推移- 横断的資料による精神遅滞時と自閉症児の比較を通して. 心理学研究 56: 233-237, 1985
- 94) 宇佐美政英: 思春期自閉スペクトラム症の内在化障害および外在化障害について. 児童青年精神医学とその隣接領域 57: 496-504, 2016
- 95) Vaughn CE, Leff JP : Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schiz Bull 7: 43-44, 1981
- 96) Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. Br J Psychiatry 129 : 125-137, 1976
- 97) Vitaliano PP, Becker J, Russo J, et al: Expressed emotion in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease. J Applied Soc Sci 13: 215-250, 1988-1989
- 98) 渡辺顕一郎: 心身障害児者の家族支援をめぐる現状と課題. ソーシャルワーク研究 24: 279-285, 1999
- 99) Weisman de MA, Weintraub MJ, Maura J, et al: Stigma expressed emotion and Quality of life in caregivers of individuals with Dementis. Fam Process 15: 1010-1111
- 100) Wig NN, Menon DK, Bedi H, et al: Expressed emotion and schizophrenia in North India. Br J Psychiatry 151: 156-173,1987

- 101) 柳澤亜希子: 自閉症スペクトラム障害児・者の家族が抱える問題と支援の方向性. 特殊教育学研究 50: 403-411, 2012
- 102) 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 8: 99-106, 2007
- 103) 米倉裕希子,三野義央: 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 7: 141-149, 2006
- 104) 米倉裕希子: 障害のある子どもの家族の感情表出研究の進展: 最近の動向. 関西福祉大学研究紀要 20: 137-143, 2017

## 第 II 章 第 1 研究

### 第 1 節 諸言

自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : 以下 ASD) は、社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害と著しく限定され反復する様式の行動・興味・活動により、社会的な困難や生活上の支障をきたす生来的な障害である。ASD 者の 60%以上に知的なハンディキャップが合併し、保健福祉上は知的障害と発達障害両面の理解と支援が求められる<sup>21)</sup>。こうした児は、環境刺激などに容易に反応して、自傷や他害、攻撃的行動、器物破壊などの非機能的な行動を呈することがある。自閉症特性における対人相互交流の質的な偏りや言語・非言語コミュニケーションの困難、想像力の乏しさなどは、なかなか周囲の理解を得にくく、家族は疲弊困憊し、さらに当事者の不適切な行動がエスカレートするという悪循環を呈している場合も少なくない。

様々な問題行動に影響を与える重要な環境要因として、家族の関わりが挙げられる<sup>14)</sup>。障害を抱えた子どもの問題行動や症状の軽減には、服薬や構造化療育のみならず、養育者の思考スタイルの変容を重視した働きかけが重要であると指摘されている<sup>13,14)</sup>。子どもへの療育的対応だけではなく、母親への定期的な面接を通じて子どもへの肯定的関わりを支持した結果、母親の児への見方が変化し行動障害が軽減したという報告もある<sup>13)</sup>。問題行動を家族との関係性から捉えると、養育者の肯定的関わりによって子どもの問題行動が軽減する可能性がある。

家族が表出する感情や態度を実証的に評価する代表的な家族指標として、家族の感情表出 (expressed emotion 以下: EE)<sup>33)</sup>が挙げられる。EE はケアにあたる家族が患者に対してどのような感情的態度をとるかについて、量と質の面から評価される<sup>5)</sup>。基本的には、「批判 (criticism)」と「感情的巻き込まれ (emotional over involvement:EOI)」が重要なポイントとなる。慢性疾患の患者を抱えた家族が、患者に対して表出する感情の内容を実証的に測定することによって評価され、特に高い批判や敵意、過度の感情的巻き込まれが、統合失調症の再発と有意に関連することが確認されている<sup>19)</sup>。世界各国の統合失調症の家族研究においても、退院後に同居する生活集団の EE の差異により再発率が異なるという予後予測性が確立されている<sup>6)</sup>。そして、様々な精神障害<sup>28,32)</sup>や慢性疾患<sup>8)</sup>、さらには知的障害や発達障害<sup>4)</sup>の転帰との関連も積み重ねられている。

EE を用いた障害児の家族支援の先行研究によれば、障害児の家族の EE は障害のない子どもの親に比べて高い、障害の種別により EE に違いがある、子どもの「問題行動」の程度

により EE が異なる可能性などが指摘されている<sup>35,37)</sup>。実際に地域の通所事業所を利用しながら生活する障害児とその家族を対象とした研究報告によれば、地域で生活する障害のある子どもの家族は低 EE が多いが、高 EE は子どもの行動上の問題、特に攻撃的行動と関係することが明らかにされている<sup>24)</sup>。特に、障害診断と EE の高低について分析を行った研究では、高 EE 例の全てが ASD の診断を受けていたという<sup>36)</sup>。また、障害児と健常児の母親の EE を比較検討した研究でも、健常児に比して障害児の母親の方に高 EE が多く、母親の高 EE と子どもの問題行動に正の相関があること、子どもの問題行動が多い場合は対面時間が長い方が高 EE の比率が高いと報告されている<sup>17)</sup>。これらの結果から、EE と ASD が示す行動上の問題は深い関係があると推測される。実際、母親の肯定的関わりにより子どもの行動障害が軽減したという報告<sup>13)</sup>も考慮するなら、EE で指標された家族のニーズをつかむことで、より良い ASD の家族支援に結び付けることができるかもしれない。

以上より、ASD 児が示す特異な問題行動が、家族の EE と関連することが示唆される。しかし、地域で生活する知的障害を伴う ASD に特定し、障害児が示す問題行動のプロフィールとケアする家族の EE との関係を多数例で実証的に調査した研究は、日本では極めて少ない。本研究では、まず自宅で ASD 児と生活している家族の EE の特徴を把握するため、EE に関連する因子を知的障害のレベルや合併症の有無、家族構成、社会資源の利用などを含めて探索的に検討する。次いで、「知的障害を伴う ASD 児の問題行動と家族の EE は相互に影響しあう」という仮説の検証を主たる研究目的として、実証的に評価した問題行動プロフィールの重症度を従属変数とした統計解析を行う。さらにこの結果を、知的障害を伴う ASD 児の問題行動の軽減やその家族支援に結びつけることを目指している。

## 第 2 節 対象と方法

### 1 対象

知的障害及び ASD の医学診断を受けており、放課後等デイサービスに通う在宅児（以下、対象児）と同居しケアの主体となる家族やキーパーソンで、本研究の目的や個人情報保護、守秘義務等の研究倫理に係る事項を説明し、調査協力に同意が得られた家族を対象（以下、対象家族）とした。対象児の年齢は、6 歳（小学校 1 年）から 18 歳（高校 3 年）までとし、身体障害児及び重複障害児、重症心身障害児など、障害の診断が身体機能を主とする児童は対象から除いた。研究に参加した対象家族は 58 名で、内訳は母親 56 名、父親 2 名であった。なおサンプルの均質性を考慮し、以下の解析では母親 56 名のデータについて検

討を行った。(年齢層:25~29歳1名,30~34歳6名,35~39歳11名,40~45歳21名,49~50歳13名,50歳以上4名)。

## 2 方法

### 1) 事業所管理者・職員への依頼および同意

調査機関は、X県内の放課後等デイサービスとし、2017年1月から6月にかけて、各事業所の管理者に本研究の目的、調査内容及び方法等に関する依頼状を付して説明を行い研究の許可を得た。別途、研究同意が得られた家族の対象児に関して、日頃対象児のケアを担当する支援者(以下、職員)に依頼状を付して研究の説明を行い文書で同意を得た。対象児の「問題行動の評価」に関して、職員に具体的な留意点等の教示を行ったうえで記載を依頼した。その結果、31名の職員が本研究に参加した。職員及び家族の調査回答については厳重な管理を行い、データは本研究者が匿名化の後、厳重な管理を行うことを説明した。ここでいう放課後等デイサービス事業者とは、児童福祉法第6条-2-2第4項に規定される障害児通所支援事業者であり、都道府県が指定し市町村が通所給付費を支給する。就学中(幼稚園及び大学を除く)の下校後や休業日に支援が必要と認められた場合、生活能力向上のための必要な訓練や必要な支援を行う。

### 2) 家族への依頼および同意

上記管理者の指定した日時に事業所を訪問し、家族に依頼状を付して研究の説明を行い文書で同意を得た。対象児の基本属性と家族のEE評価について説明し、家族の調査と併せて、当該事業所職員が対象児の様子を「問題行動の評価」を用いて、他覚的に調査する旨を説明した。家族から書面で同意を得た上で、記入の留意点について説明し、調査票及び閉封可能な封筒を配布した。調査票記入後は事業所管理者が施錠により保管し、本研究者が確認のうえ回収した。

## 3 調査項目

### 1) 基本属性

家族の続柄、児の年齢、児の性別、児の診断年齢、家族構成(本人及び両親、両親と兄弟姉妹、母、母と兄弟姉妹、父、父と兄弟姉妹、祖父母等と同居)と家族人数、療育手帳の判定区分(軽度、中度、重度、最重度、手帳なし)、合併症の有無、服薬の有無、社会資源<sup>注5)</sup>

利用の有無について、自記式調査を行った（添付資料）。

注5) ここでの社会資源とは、放課後等デイサービス以外に利用している施設や事業所、  
或いは機関（例えば、日中一時支援や短期入所、レスパイト事業や療育機関への  
通所など）、フォーマルな社会資源をいう。

## 2) 問題行動の評価

対象児の行動上の問題の評価について、「異常行動チェックリスト日本語版」(Aberrant Behavior Checklist-Community:ABC-J<sup>23</sup>)を使用した。Aberrant Behavior Checklist (ABC)は、1980年代の初めにニュージーランドの知的障害者施設での行動上の問題に対する抗精神薬の効果に関する研究の中で開発された。その後、入所施設だけでなく地域で生活している人たちの評定に適するように改訂され、1994年にコミュニティ・バージョンとして出版された。ABCによる行動評価は、知的障害・発達障害の人たちを対象としており、現在は世界的標準ツールとして使用されている。日本語版は小野により翻訳され、(株)じほうより2006年にABC-Jとして出版されている<sup>26)</sup>。ABC-Jの評価尺度は、「問題なし」から「問題の程度は著しい」までの4段階58項目で評定される。これらの項目は、興奮性(15項目)、無気力(16項目)、常同行動(7項目)、多動(16項目)、不適切な言語(4項目)の5下位尺度得点として表現され、問題行動のプロフィールを評価する。各下位尺度の評価項目の例は、興奮性（外傷をつくる自傷、他者に攻撃的、不適切な叫び声）、無気力（引きこもり、情緒的な反応の欠如、他者とかかわらない）、常同行動（無意味に続く体の動き、限局的で反復的な動作）、多動（過剰に活動的、騒々しい、衝動性）、不適切な言語（しゃべりすぎる、同じ単語や文節を何度も言う）である。

## 3) EE 評価

EEの評価方法には、半構造化面接であるCamberwell Family Interview(CFI)<sup>20)</sup>が標準的であるが、時間と労力から家族の負担が大きい。そこで本研究のEE評価については、Family Attitude Scale (FAS)日本語版を使用した。FASはKavanaghら<sup>16)</sup>が開発した30項目120点満点の自記式の質問紙で、「ここにいて欲しくない」や「本当にお荷物だ」等、それぞれの項目について「毎日ある」「大部分の日にある」「時々ある」「まれにしかない」「ない」までの5段階で回答し、対象児に最も否定的な回答をすると4点となり、以下0点までで評価される。点数が高くなればなるほど、負担感(burden)や否定的感情が強くなり、EE(批判)が高

いと判定される。FAS 日本語版は Fujita らにより信頼性と妥当性が確認<sup>7)</sup>されており、藤田氏に日本語版の使用許諾と教示を得て研究に用いた。

#### 4 分析方法

はじめに、対象の基本属性について記述統計量を示した。次に、EE の特徴を明らかにするため、FAS で評価された家族の批判に関連する因子を探索的に検討した。EE 評価と基本属性との関連について、カテゴリー変数（性別・家族構成・合併症有無・服薬有無・療育手帳の判定区分・社会資源利用の有無）の場合は、FAS 得点分布を Mann-Whitney の U 検定もしくは Kruskal-Wallis 検定により比較検討した。また、量的変数（児年齢、診断年齢、家族人数）に関しては、FAS 得点との Spearman 相関係数を算出した。

そして、主たる仮説である、知的障害を伴う ASD 児の問題行動と EE が相互に関連するかどうかを検証するため、まず ABC-J で評価された 5 下位尺度得点と FAS 得点との Spearman 相関係数を統計的に検証した。ついで、FAS のカットオフ値 60 点により家族の EE を high/low の 2 群に分け、ABC-J により評価された 5 下位尺度得点分布を Mann-Whitney の U 検定により比較した。なお EE の高低を決めるカットオフ値について、原版では 50 点としているが、Fujita らは日本の研究で 60 点を推奨している<sup>7)</sup>。最後に、問題行動へ直接的に影響する因子を明らかにするため、EE を含めた以下の調査項目（児の年齢、児の性別、児の診断年齢、家族人数、療育手帳の判定区分、合併症の有無、服薬の有無、社会資源利用の有無）を独立変数として投入した線形重回帰分析を行い、従属変数である ABC-J の 5 下位尺度それぞれに有意な関連を示す変数をステップワイズ法により抽出した (F 値確率 0.05 で投入、0.10 で除去)。

いずれも有意水準は 5% とし、両側検定を行った。統計解析は、日本語版 SPSS.Ver19. for Windows を用いた。

#### 5 倫理

本研究は、高崎健康福祉大学研究倫理委員会の審査と承認を得て行った (第 2831 号)。調査票配布に際しては、事業所管理者、対象家族及び職員ともに依頼状を付し、研究目的、個人情報遵守、研究参加は自由意思であることを説明し文書による同意を得た。



### 第3節 結果

#### 1 基本属性の記述統計量

本研究の対象児は56名(男性38名68%,女性18名32%)で,平均年齢(範囲,SD)は11.3歳(6~18,3.3),診断された平均年齢は3.7歳(1~14,2.7),同居家族の平均人数は3.9名,家族構成は両親(12名21.4%),両親と兄弟姉妹(35名62.5%),母(3名5.4%),母と兄弟姉妹(1名1.8%),祖父母等と同居(5名8.9%)であった。合併症が有る児は22名39.3%,服薬をしている児は23名41.1%,療育手帳の判定区分は軽度13名23.2%,中度18名32.1%,重度18名32.1%,最重度5名8.9%,手帳なし2名3.6%であった。社会資源を利用している児は28名50.0%で,利用するサービスの種類は,指定事業所による日中一時支援や短期入所の利用,行動援護や移動支援サービスの利用,また,言語訓練等,療育機関への通所であった。

#### 2 EEと基本属性との関係

FAS得点分布を,児の性別・合併症の有無・服薬の有無・社会資源利用の有無により,U検定で比較した。家族構成及び療育手帳の判定別の比較については,Kruskal-Wallis検定を用いた(表1)(グラフ1)。その結果,FASの分布に有意差を認めたのは服薬の有無で(U=187.50,p<.01),服薬をしている児と同居している家族の批判度は,服薬をしていない児と同居する家族に比して極めて有意に高かった。

表1 EEと基本属性との関係

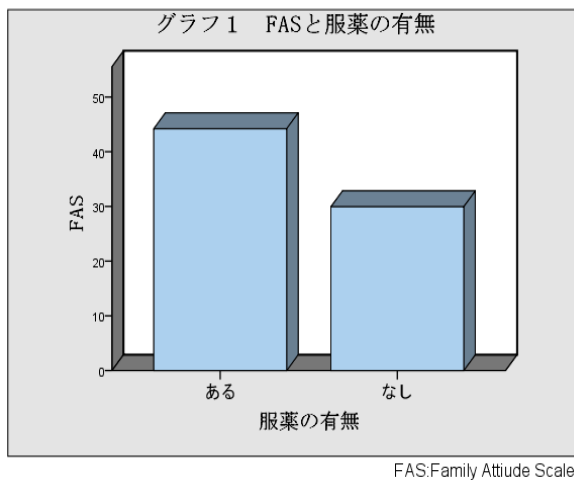
基本属性	児性別		合併症		服薬**		他の社会資源利用		全例
	男	女	有	無	有	無	有	無	
	n	38	18	22	34	23	33	28	
FASの平均値(SD)	34.6(14.8)	38.2(20.0)	37.4(17.3)	34.7(16.2)	44.2(16.0)	29.9(14.4)	35.6(14.6)	36.0(18.9)	35.8(16.5)

基本属性	家族構成(対象児と同居家族)					療育手帳の判定区分				
	両親	両親と兄弟姉妹	母	母と兄弟姉妹	祖父母等と同居	軽度	中度	重度	最重度	手帳なし
	n	12	35	3	1	5	13	18	18	5
FASの平均値(SD)	33.2(17.9)	36.8(17.2)	21.3(11.2)	41.0	42.4(7.2)	39.6(15.8)	31.5(17.8)	37.6(17.7)	35.1(10.4)	34(14.1)

EE: expressed emotion, FAS: Family Attitude Scale, SD: 標準偏差

(U検定)\*\*p<.01 (Kruskal-Wallis検定:有意差なし)



数量変数である児の年齢，診断された年齢，家族人数については，FAS 得点との相関を Spearman 係数により検討した（表2）．その結果，FAS による EE の批判度は，同居家族人数と正の相関を示した（ $\rho=0.39, p<.01$ ）．

表2 EEと児の年齢や家族人数との相関

	対象児属性		
	児年齢	診断年齢	家族人数
平均値 (SD)	11.3 (3.3)	3.7 (2.7)	3.9 (1.0)
FASとの相関係数	-.16	-.10	.39**

EE: expressed emotion, FAS: Family Attitude Scale  
(Spearman相関係数) \*\*:  $p < .01$

### 3 EEと問題行動プロフィールとの関連

ABC-J 各尺度の平均得点(SD)は「興奮性」12.2(9.0)，「無気力」12.5(9.2)，「常同行動」4.5(4.7)，「多動」13.5(9.7)，「不適切な言語」4.5(3.5)であった．表3にはFAS得点と，「興奮性」「無気力」「常同行動」「多動」「不適切な言語」の各尺度得点との Spearman 相関係数を示した．また，グラフ2～4で各散布図を示した．家族の批判と有意な正相関を認めたのは，「興奮性」( $\rho=0.38, p < .01$ )，「常同行動」( $\rho=0.41, p < .01$ )，「多動」( $\rho=0.39, p < .01$ )の3因子であった．

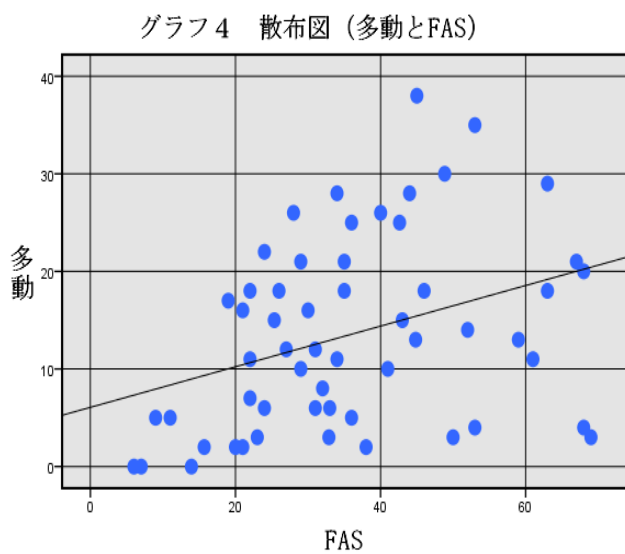
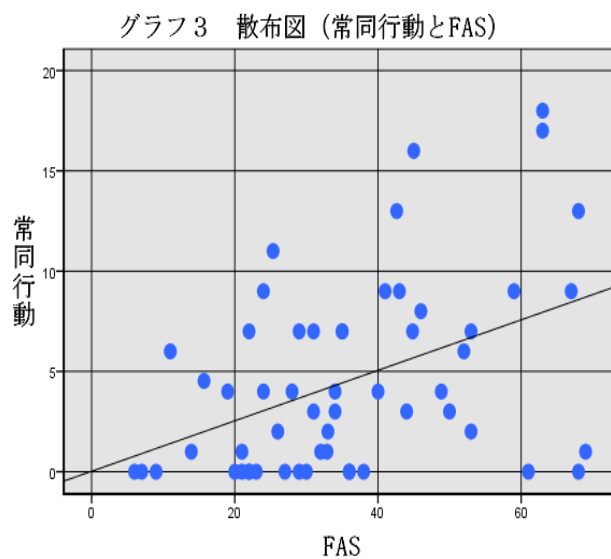
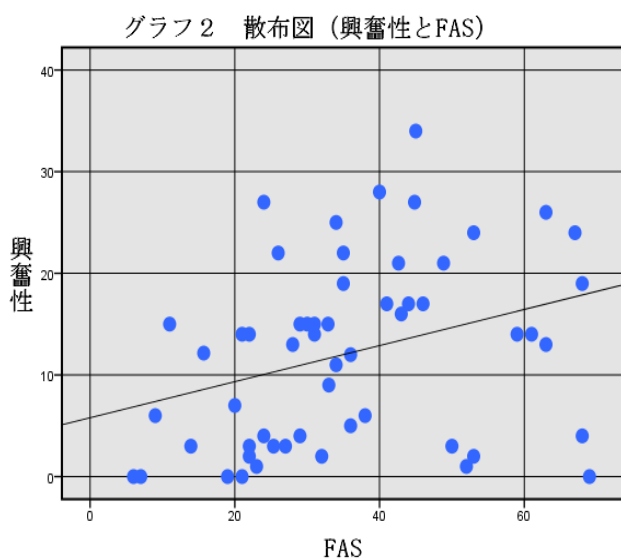
表3 EEとABC-J下位尺度との相関

	ABC-J下位尺度				
	興奮性	無気力	常同行動	多動	不適切な言語
平均値 (SD)	12.2 (9.0)	12.5 (9.2)	4.5 (4.7)	13.5 (9.7)	4.5 (3.5)
FASとの相関係数	.38**	.16	.41**	.39**	.13

EE: expressed emotion, FAS:Family Attitude Scale

(Spearman相関係数) \*\*:p<.01

ABC-J: 異常行動チェックリスト日本語版(Aberrant Behavior Checklist-Community)



家族の EE を Fujita らの推奨するカットオフ値 60 点を用いて high-EE 群と low-EE 群に分け、この 2 群間で従属変数である ABC-J 各尺度の得点分布を比較し、U 検定による解析を加えた。その結果を表 4 に示したが、high-EE 群は 7 名(12.5%)、low-EE 群は 49 名(87.5%)で、両群間で問題行動に有意な差は見られなかった。

ABC-J で評価された 5 つの問題行動プロフィールそれぞれに直接影響を与える変数を検討するため、下位尺度得点を従属変数とした 5 つの線形重回帰分析を行った (表 5)。独立変数として EE をはじめとする調査項目を投入し、ステップワイズ法で変数選択を加えた。その結果、「無気力」を従属変数とした場合を除いて有意な重回帰モデルが得られ、「興奮性」では療育手帳の判定区分が(p<.05)、「常同行動」では FAS による批判度が(p<.05)、「多動」では服薬の有無が(p<.05)、「不適切な言語」では児の年齢が(p<.05)、それぞれ直接的に関連する独立変数として抽出された。表 5 には、それぞれの回帰モデルの統計量と有意性を示した。

表 4 Low-EE群及びhigh-EE群におけるABC-J下位尺度の比較

	FASによるEE分類		
	n=56	low(n=49)	high(n=7)
ABC-J		平均値 (SD)	平均値 (SD)
興奮性		11.8 (9.0)	14.3 (9.7)
無気力		12.8 (9.6)	10.3 (6.2)
常同行動		4.0 (3.9)	8.3 (8.0)
多動		13.3 (9.8)	15.1 (9.5)
不適切な言語		4.3 (3.4)	5.9 (3.6)

ABC-J：異常行動チェックリスト日本語版( Aberrant Behavior Checklist-Community)

(U検定;有意差なし)

表5 ABC-Jの各症状プロフィールを従属変数とした重回帰分析

従属変数	独立変数	標準化係 数ベータ	t 値	p	重回帰モデルの有意性		
					調整済み R2 乗	F 値	p
興奮性	(定数)		.92	.36	.11	5.66	.02
	療育手帳の判定区分	.36	2.38	.02			
常同行動	(定数)		.56	.58	.08	4.40	<b>.04</b>
	<b>FAS合計</b>	.32	2.10	.04			
多動	(定数)		4.97	.00	.09	5.11	.03
	服薬の有無	-.34	-2.26	.03			
不適切な言語	(定数)		.02	.99	.12	6.23	.02
	児年齢	.38	2.50	.02			

服薬の有無：なし=2、あり=1のダミー変数

EE: expressed emotion, FAS: Family Attitude Scale, ABC-J: 異常行動チェックリスト日本語版(Aberrant Behavior Checklist-Community)

\*無気力を従属変数とした場合には、有意な重回帰モデルは得られなかった

#### 第4節 考察

先に述べたとおり、家族の感情表出 (EE) は様々な精神疾患の再発や再燃、病相予後、重症度と関連することが、世界各国で実証された家族指標である<sup>5,20,33)</sup>。これを理論基盤とした家族心理教育が、統合失調症の再発予防に有効性を示すエビデンスが蓄積され、米国などでは包括リハビリテーションの一つとして定着している<sup>9)</sup>。EE 概念は、持続する困難を有するアディクション<sup>18)</sup>や喘息<sup>8)</sup>などの慢性疾患に射程を広げ、看護師やキーパーソンなど支援者の感情的態度も検討されてきた<sup>15)</sup>。さらに2000年代に入り、知的障害や神経発達障害に適応した研究が発表されている<sup>2)</sup>。本研究に関係する主要な結果については諸言でも触れたが、ASDの問題行動とEEとの縦断研究<sup>1)</sup>やASD患者と同胞に対するEEの差<sup>10)</sup>、知的障害児とhigh-EEとの関連<sup>11)</sup>などが報告されている。しかし、こうしたEE研究の多くは海外で行われており、日本からの報告は米倉ら<sup>35-37)</sup>や小関ら<sup>17)</sup>を除いてほとんどない。EE評価が複雑で、認定評価者養成が滞っていることなどが理由として挙げられている<sup>34)</sup>。ただし、障害を持つ子供たちが地域で家族や仲間と暮らすことを促進する日本の保健医療福祉ビジョンに鑑みれば、神経発達障害と支援する側のEEとの関係を明らかにし、より良い家族支援や病態の安定、二次障害予防に役立てることは、社会的要請にこたえるテーマといえよう。こうしたニーズを受け、本研究では、放課後等デイサービスを利用しつつ自宅生活

をしている ASD の子どもたちを対象に、自記式ではあるが家族の EE を実証的に評価し、ABC-J を用いた問題行動との関連を解明した。

まず、背景要因と EE との関係を考察する。EE と有意な関連を示した一つの要因は、服薬の有無であった。これは、問題行動や二次障害を含めた病態が重いがゆえに服薬が必要であることを考慮すれば、病状と EE との関連を示唆する結果と言える。加えて、EE が家族の支援ニーズや困難のメルクマールになることを踏まえ、通院の負担や診察待ち時間中に児がパニックを起こすのではないかという不安や児の受診拒否、服薬管理や与薬行為の煩雑などの心理身体的負担が影響しているとも考えられる。他方、家族の人数と EE が相関を示した。これまで、家族成員が少ないとキーパーソンが担う役割が増え、EE が高まる可能性が一部で示されてきた<sup>31)</sup>。ASD の相互交流の持ちにくい特性から、日常のケアが他の家族成員に分担できず、その殆どが母親に集中する。そのため、逆に家族成員の多いことがキーパーソンである母親に多様な心理的影響を与え、EE を高めていることも推測される。

次に主要目的とした、知的障害を伴う ASD 児の家族の EE と児の行動上の問題は相互に影響を与えあうか、について考察する。予想どおり多動や興奮といった激しい症状では EE との有意な単相関が認められ、先行研究<sup>17,35-37)</sup>を支持する結果となった。これらの下位尺度で評価される騒々しさや他者への攻撃性といった病態が家族の批判を高めることは、かかわりの難しさや心理身体的負担の増加を考えれば妥当な結果である。子どもの混乱や痛癢が母親の養育態度に及ぼす影響についての研究から、いわゆるパニックになりやすい男児は母親の激しい感情表出をひき起こし、情緒が安定している男児は母親の受容的な関わりをひき起こすと報告されており<sup>25)</sup>、こうした結果を追認していると言えよう。他方、当然ではあるが、問題行動や病態には知的ハンディキャップのレベルを含めて、様々な生物心理社会的要因が関与する。今回十分にそれらを網羅できてはいないが、調査しえた合併症や服薬の有無、年齢、療育手帳の判定区分などを包含した重回帰分析の結果、家族の批判度は常同行動と直接的に影響することが示された。この下位尺度に含有される限局的で奇異な反復動作は、日常生活に持続的な支障をきたし、慢性的な関与の困難を家族にもたらす。障害児の問題行動と母親のストレス認知との関係性を示した研究<sup>30)</sup>でも、児の感情統制困難(興奮、奇声、強いこだわり)が、母親の児に対する否定的感情(自分の健康が損なわれる危険性、子育ての苦痛、不安)を直接的に高めることが報告されている。こうした問題行動の背景にある医学生理学・心理行動学的な病態理解を促進することで、批判が減じる可能性を米倉ら<sup>37)</sup>は指摘している。家族が問題行動と適度な心理的・物理的距離を取ることを促進し、

問題行動を子ども自身の意図や人柄と切り離してとらえる心理教育的支援が、家族の批判をやわらげ、ひいては相補的に問題行動への影響を軽減する可能性がある。加えて重回帰分析の結果からは、問題行動のプロフィールにより影響を与える変数が異なることが示された。「興奮性」には知的障害ハンディキャップのレベルが影響し、「多動」により服薬している児が多いことは、現場の実態と合致する。また、児の年齢が高いほど「不適切な言語」による問題が生じやすいと言えるだろう。ただし、得られた各重回帰モデルの適合度は決して十分とは言えず、今回調査した変数だけで問題行動を説明することはできない。今後、より幅広い生物心理社会因子も視野に入れた検討が必要である。

ここで、本研究の限界と今後の展望について言及する。本研究で用いた EE 評価は、簡便な自記式法であるが、本来 EE は CFI と呼ばれる半構造化面接で評価されることが望ましい。また、FAS カットオフ値 60 点を用いたカテゴリカルな EE の比較では、問題行動得点に有意な差がみられなかった。今回用いた「批判(criticism)」のみならず、「感情的巻き込まれ (EOI)」も重要な EE 構成要素であり、質問紙の評価のみで EE の高低を決定することには慎重であらねばなるまい。日本では Five Minute Speech Sample (FMSS)<sup>22)</sup> と呼ばれる精緻な EE 評価法も頻用されており、こうした方法で「感情的巻き込まれ」を含めた再検討を加える必要がある。さらに、そもそも EE がなぜ再発や病状に影響するかについては、まだ一定の結論を得ていない。ただし、子どもにおける周囲からの情緒的影響は成人より複雑で<sup>29)</sup>、極めて過酷で不安定な環境、例えば貧困や虐待、親の精神病理などにより適切な養育者の支援が持続的に欠如した場合、子どもの神経内分泌系に影響がある<sup>3)</sup>、高い批判 (criticism) は前頭前野背外側部や前部帯状回の低活動に関係する<sup>12)</sup>、といった生物・心理学的異常が生じるとも報告されており<sup>27)</sup>、これらが重層的に病態に関与しているのかもしれない。

今回は問題行動の客観評価を、十分な教示を行った上で事業所の支援者に依頼したが、評価の一致率や妥当性を厳密には検証していない。今後、ABC-J 評価のトレーニングを重ねる必要がある。調査した背景因子には、合併症や服薬、社会資源の利用があるが、その詳細まで踏み込んでいない。今回調査した合併症は雑多であり、一概に心理・行動面の障害だけではないこと、合併症があっても安定している可能性があり、より精緻な評価が必要である。また服薬の量や種類、社会資源のタイプや利用頻度なども検討の余地がある。今後、EE や問題行動とかかわる他の要因、例えば家族の QOL や家族機能、インフォーマルな社会資源（家族、友人、身近な相談者、近隣やボランティア等）の協力や活用状況など、心理社会的要因も視野に入れ、より多数例を対象にした検証が必要である。

## 第5節 結論

知的障害や ASD 児が呈する問題行動は、家族の否定的な関わりによりエスカレートする場合も少なくない。精神疾患の予後や転帰と関連する実証的な家族指標として、家族の感情表出 (EE) に着目し、放課後等デイサービスを利用しながら知的障害を伴い地域で生活している ASD の家族が表出する感情的態度を評価するとともに、問題行動プロフィールの特徴や知的障害のレベル、服薬、合併症の有無、家族構成、社会資源利用の有無などを含めて実証的に検討した。FAS 日本語版による EE (家族の批判) は、服薬をしている児と同居している家族が、服薬をしていない事例に比して有意に高かった ( $p < .01$ )。病状だけでなく、通院の負担や診察の待ち時間中に来ず不安、児の受診拒否、服薬管理や与薬行為などの煩雑さが影響している可能性がある。ABC-J 各尺度で家族の批判と有意な正相関を認めたのは、「常同行動」 ( $p < .01$ )、「興奮性」 ( $p < .01$ )、「多動」 ( $p < .01$ ) の 3 因子であった。重回帰分析の結果では、EE は「常同行動」に直接的な影響を与えていた。一方で、「興奮性」では療育手帳の判定区分が、「常同行動」では FAS による批判度が、「多動」では服薬の有無が、「不適切な言語」では児の年齢が、それぞれと関連する独立変数として抽出され、問題行動のプロフィールにより影響を与える因子が異なることが示された。今後 FMSS など精緻な EE 評価を多数例で行い、家族心理教育などの支援的方法を提案したいと考えている。



## 文献

- 1) Bader SH, Barry TD: A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 44: 2820-2831, 2014
- 2) Baker BL, Heller TL, Henker B: Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *J Child Psychol Psychiatry* 41: 907-915, 2000
- 3) Barbosa IG, Machado-Vieira R, Soares JC, et al: The immunology of bipolar disorder. *NeuroImmunoModulation* 21: 117-122, 2014
- 4) Beck A, Daley D, Hastings RP, et al: Mothers' expressed emotion, towards children with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 48: 628-638, 2004
- 5) Brown GW, Ruter M: The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Hum Relation* 19: 241-263, 1966
- 6) Butzlaff RL, Hooley JM: EE and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 55: 547-552, 1998
- 7) Fujita H, Shimodera S, Izumoto Y, et al: Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Res* 110: 273-280, 2002
- 8) Gartland HJ, Day HD: Family predictor of the influence of children's asthma symptoms: EE, medication, parent contact and life events. *J Clin Psychol* 55: 573-584, 1999
- 9) 後藤雅博, 大島巖, 遊佐安一郎 編: 第3巻家族心理教育プログラム. アメリカ連邦政府 EBP 実施普及ツールキットシリーズ. アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部: 日本精神障害者リハビリテーション学会, 2009
- 10) Griffith GM, Hastings RP, Petalas MA, et al: Mothers' expressed emotion towards children with autism spectrum disorder and their siblings: *J Intellect Disabil Res* 59: 580-587, 2015
- 11) Hastings RP, Lloyd T: Expressed emotion in families of children and adults with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 13: 339-345, 2007
- 12) Hooley JM, Gruder SA, Scott LA, et al: Activation in dorsolateral prefrontal cortex in response to maternal criticism and praise in recovered depressed and healthy control participants. *Biol Psychol* 57: 809-812, 2005
- 13) 石川肇: 思春期以降に行動障害が増悪する現象とその療育的支援. 四條畷学園短期大学 紀要 41: 19-25, 2008

- 14) Karst JS, Van Hecke AV: Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15: 247-277, 2012
- 15) Katsuki F, Goto M, Someya T: A study of emotional attitude of psychiatric nurses: reliability and validity of the Nurse Attitude Scale. *Int J Ment Health Nurs* 14: 265-270, 2005
- 16) Kavanagh DJ, O'Halloran P, Manicavasagar V, et al: The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res* 70: 185-195, 1997
- 17) 小関美美恵, 井上和臣: 障害を持つ母親と健常児を持つ母親の感情表出. *精神医学* 50 : 93-99, 2008
- 18) Kronenberg LM, Goossens PJ, van Busschbach JT, et al: Burden and Expressed Emotion of Caregivers in Cases of Adult Substance Use Disorder with and Without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder or Autism Spectrum Disorder. *Int J Ment Health Addict* 14: 49-63, 2016
- 19) Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, et al: Life events, relatives' EE and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychol Med* 13: 799-806, 1983
- 20) Leff JP, Vaughn CE: Expressed emotion in families. The Guilford press, New York, 1985 (三野善男, 牛島定信, 訳: 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版: 42-55, 1991)
- 21) Levy SE, Mandell DS, Schultz RT: Autism. *Lancet* 374: 1627-1638, 2009
- 22) Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, et al: A brief method for assessing EE in relatives of schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 17: 203-212, 1986
- 23) Marshburn EC, Aman MG: Factor validity and norms for the aberrant behavior checklist in a community sample of children with mental retardation. *J Autism Dev Disord* 22: 357-373, 1992
- 24) 三村幸恵, 金平希, 米倉裕希子ほか: 発達に支援を要する児童の家族の感情表出研究 –FMSS の評価より–. *岡山大学こころの健康相談室紀要* 10: 43-44, 2016
- 25) 森下順子, 森下正康: 幼児の気質が母親の行動特徴と養育態度に及ぼす影響. *和歌山大学教育学部紀要. 教育科学* 56: 43-50, 2006
- 26) 小野善郎 訳著: 異常行動チェックリスト日本語版(ABC-J)による発達障害の臨床評価. じほう, 2006
- 27) Peris TS, Miklowitz DJ: Parental EE and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry Hum Dev* 46: 863-873, 2015

- 28) Shimodera S, Mino Y, Fujita H, et al: Validity of a five-minute speech sample for the measurement of EE in the families of Japanese patients with mood disorders. *Psychiatry Res* 112: 231-237, 2002
- 29) Shonkoff JP: Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science* 333: 982- 983, 2011
- 30) 種子田 稜, 桐野匡史, 矢嶋裕樹, 他: 障害児の問題行動と母親のストレス認知の関係. *東京保健科学誌* 7: 79-87, 2004
- 31) 上原徹, 横山知行, 後藤雅博, 他: 日本語版 FMSS で評価された EE の信頼性, 疾患別特性および臨床要因との関連. *社会精神医学誌* 7: 113-122, 1998
- 32) Uehara T, Kawashima Y, Goto M, et al: Eating disorders and family functioning-relationships with diagnostic classifications, symptoms, and outcomes. In Swain PI (Ed): *Focus on Eating Disorders Research*. Nova Biomedical Books, Nova Science Publishers, New York, USA: 135-150, 2003
- 33) 上原徹, 後藤雅博: 感情表出. *臨床精神医学 増刊号* 44: 81-88, 2015
- 34) 上原徹, 米倉裕希子, 香月富士日: 日本の EE(expressed emotion)研究, いま, これから—障害のある子どもの家族やケアする看護職の感情表出. *家族療法研究* 33:43, 2016
- 35) 米倉裕希子, 三野義央: 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
- 36) 米倉裕希子, 三野義央: 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* 7: 141-149, 2006
- 37) 米倉裕希子, 三野義央, 金平希, 他: 学齢期の発達障害児の家族の Expressed Emotion—批判的コメントと情緒的巻き込まれすぎの分析—. *関西福祉大学社会福祉学部研究紀要* 18: 25-29, 2015

第 II 章第 1 研究の内容は, 「精神医学」第 60 巻 8 号, 881-891 頁, 2018 年に受理・掲載された. 要旨について, 第 21 回日本心理教育家族教室ネットワーク研究集会沖縄大会で発表した.

## 第 III 章 第 2 研究

### 第 1 節 背景と先行研究

EE 概念を広く現場で生かすためには、第 1 研究で用いた FAS のような自記式質問尺度などの日本語版を使用することが現実的である。ただし、すでに述べたように、各簡便法や自記式質問紙で評価された結果は、EE の一側面のみを反映している可能性が高く、方法論の限界を理解した上で結果を解釈し考察する必要がある。同時に、障害児をケアする家族の「生活の質 quality of life(QOL)」に着目することも、今後の家族支援を考える上では重要な視点と考えられる。したがって、第 2 研究では精緻な EE 評価法である FMSS (Five-Minute Speech Sample) を概観したうえで、批判とともに EE 構成要素である EOI とを含めた詳しい EE 評価を導入し、第 1 研究の結果を追認することを目的とした。さらに EE と深く関係することが示唆される家族の生活の質 (QOL) も視野に入れ、家族への直接的な面接により保健福祉的な支援の必要性や生活実態の把握と質的な分析を目指した。

### 第 2 節 FMSS (Five-Minute Speech Sample) の概要

#### 1 FMSS とは

FMSS は米国のカリフォルニア大学ロサンゼルス校において Magana ら<sup>22)</sup>が開発した EE 簡便評価法である。その方法の概要は、家族に患者の人柄や患者との生活について自由に 5 分間述べてもらい、録音した内容を活字化する。その内容と音調から、EE プロフィールを FMSS 評価マニュアルに沿って評価する。評価は認定トレーニングを修了し、認定された評価者が行う。FMSS-EE は、i) 初発陳述、ii) 関係性、iii) 批判 (critical)、iv) 感情的巻き込まれ (emotional over involvement; EOI) の 4 つのカテゴリーからなる。サンプリングや評価が短時間ですむという、大きな利点がある。なお従来は、2 名以上の認定評価者が合議の上で決定することになっていたが、本邦および UCLA では認定研修が 20 年近く行われておらず認定評価者が極めて少ないため、2 名以上の研究参加は現実的でない。海外でも状況は同じで、研究機関でトレーニングを行ったうえで研究グループ評価者が決定しており、本研究もその方法に倣った。

#### 2 FMSS 評価の詳細

「否定的」初発陳述または「否定的」関係性が評価された場合は、それだけで high-EE (critical) と判定される。iii) 批判は、基準に該当する批判的言動や音調が 1 つでも認めら

れた場合に high-EE (critical) と判定される。iv)EOI は、①自己犠牲・過保護 (Self Sacrifice/Over Protection; SSOP)、②感情の現れ (Emotional Display: サンプル中に涙ぐんだり泣き出すこと)、③過度の詳述 (Excessive Details: 患者の子どもの頃について長々と語ること)、④態度表明 (Statement of Attitudes: 患者のためになんでもしてあげたいという過剰な愛情表現)、⑤賞賛の言葉 (Positive Remarks: 5 つ以上患者を賞賛する言葉が認められた場合に評価される)、の 5 下位尺度からなる。「SSOP」もしくは「感情の現れ」が単独で認められれば、それだけで high-EE (EOI) と判定される。そのほかの 3 下位尺度は、いずれかが 2 つ以上同時に認められた場合に high-EE (EOI) と判定される。後述のように、基準を満たさないレベルの批判と EOI に関しては、境界線級の EE (borderline-EE) として暫定的に評価することが可能である。

### 3 FMSS の先行研究

FMSS は、最近に至るまでさまざまな臨床研究で用いられている<sup>9)28)35)47)</sup>。例えば精神障害患者の家族における入退院時の FMSS-EE 評価は 2 年間の再発と関連しないが、境界線級 EE を含めると有意水準に達することが示されている<sup>17)</sup>。イスラエルの大規模研究では、統合失調症および統合失調感情障害の 9 カ月間再入院と FMSS-EE との有意関連性 (オッズ比 2.6) が支持されている<sup>23)</sup>。追跡研究でも、経過の長期化と FMSS-EE が関連することも示唆された<sup>24)</sup>。双極性障害 I 型に関しては、境界線級 EE を含めた場合のみ、1 年経過観察における抑うつ状態の再燃と有意に関連を示したが、躁状態とは関連しなかった<sup>55)</sup>。青年期双極性障害における自殺念慮が、親の high-EE と関連するという研究があり、EE は重症度や診断亜型、併存症、家族機能などとは独立して影響を与えている<sup>9)</sup>。Shimazu ら<sup>35)</sup>は、うつ病に対する家族心理教育の有用性を示した無作為対照研究で FMSS を用いており、ベースラインの EE にかかわらず 9 か月間の極めて高い再発予防効果を認めている。注意欠如多動症における反抗挑戦的な行動障害を緩衝するコルチゾール反応性と、FMSS-EE との関連をテーマにした野心的な研究もある<sup>6)</sup>。性的違和 (Gender Identity Disorder) 少年少女の両親の EE を調査し、母親の high-EE 率が高いこと、特に男児の母親は、high/borderline EOI かつ低い批判のパターンが多いことも示唆されている<sup>32)</sup>。その他、Otsuka ら<sup>31)</sup>は FMSS-EE プロフィールが示す文化的差異についても言及している。上原ら<sup>49)</sup>は疾患別特性について検討し、アルコール症や摂食障害と、うつ病や統合失調症とでプロフィールのパターンに違いがあると述べている。また予備的ながら、摂食障害の家族心理教育による EE や情緒状態へ

の影響を検討し、EOIの変容可能性を示唆している<sup>50)</sup>。他方、Hooleyら<sup>12)</sup>も指摘するように、FMSS-EEの予後予測性はうつ病に対して鋭敏で、統合失調症に関してはやや信頼度が劣る傾向がある。Perisら<sup>33)</sup>は最新のレビューで、偽陰性の高さに鑑み、境界線級EEをhigh-EE全般評価に的確に組み込むことの重要性を、改めて指摘している。以上より、FMSSによる精緻なEE評価は、臨床研究において大変有望な手法であると考えられる(図1)。

#### 4 EEと関連するさまざまな心理社会的要因と家族のQOL

EEに関連する要因として、家族の負担度や困難度、情報、社会資源、パーソナリティ、レジリアンスなど様々な因子が想定される。EEに関連する諸要因の解明にも興味注がれ、その領域は多岐にわたっている。他の心理社会因子との関連では、low-EE家族と同居する患者においてはライフイベントの再発に対する影響が強いこと<sup>20)</sup>、家族の負担度(burden)とEEが関連するという研究<sup>16)</sup>や、ソーシャルサポートの低さと批判が関連する<sup>31)</sup>という指摘がある。病歴が長く家族の苦悩度が高いほどhigh-EEを示しやすいという報告もある<sup>2)</sup>。病因帰属の観点からは、high-EE家族が病気の原因を「個人的」で「制御可能」なものにとらえやすい傾向が示唆されており<sup>4)</sup>、陰性症状をより「全般的」かつ「制御不能」なものにとらえることでEEが減ることが示された<sup>5)</sup>。家族の病因帰属と批判は疾病予後に有意に影響するといわれる<sup>21)</sup>。本邦の研究でもhigh-EE家族は、疾病理解度に乏しいという結果が報告されている<sup>18)</sup>。家族内相互コミュニケーションを制御性、構造化、動的パターンの観点から調査した研究では、high-EE家族のコミュニケーションはlow-EEに比してより強固に密着し、競合しあう傾向が認められており、家族内葛藤の責任を誰かに押しつけやすいことも推測されている<sup>53)</sup>。親の言語表現との関連では、high-EE家族は言語表現上の理解しやすさや内容の一貫性に乏しいと言われ、親の側の認知的脆弱性がEEと関係することが示唆されている<sup>8)</sup>。患者側の家族に対する認知とEEとの関連についても検討されており、high-EE群の患者ほど家族を批判的にとらえやすく、また家族を批判的に受け止めやすい患者ほど予後不良と言われる<sup>45)</sup>。幼少期の養育体験に関する認知との関連では、敵意によりhigh-EEと評価される親ほど、患者がその養育態度をより拒否的と受け止めていることが示された<sup>25)</sup>。患者の社会機能との関連では、low-EE家族と同居する患者では社会的に期待される行動や自由時間の活動が高まるのに対し、high-EE群では逆にそれらが低下傾向を示すといわれる<sup>13)</sup>。こうした中で、家族のQOLは最も重要な関連因子と言える。海外の研究報告もまだ少ないが、high-EEは認知症のstigmaや家族のQOLの低さと大いに関係する<sup>52)</sup>、初回

入院の早期発症精神病患者において家族からの criticism が親子関係上の低い QOL と有意に関係する<sup>51)</sup>、といった報告が散見される。一方でパニック障害においては、EE と QOL の関係は否定的であるという結果も報告されている<sup>7)</sup>。本邦の先行研究では、米倉ら<sup>56-57)</sup>が障害のある子どもの家族の EE を調査し、家族の QOL における physical functioning や mental health, general health perceptions を除いた尺度は low-EE 群で有意に低かったと述べているが、例数も少なく解析も予備的である。そこで本研究では、家族の QOL にも焦点をあて、EE との関連を検討した。

### 第3節 第2研究の目的

#### 1 FMSS-EE の詳細と ABC-J による問題行動プロフィールとの関連

以上のように、批判だけでなく重要な EE 構成要素である EOI を含めて、問題行動との関連を精緻に検討する必要がある。そこで、まず FMSS-EE の分布 (low/high) と、境界線級の批判や EOI も高 EE に含めた比率、さらに EOI 下位項目である①自己犠牲・過保護 (Self Sacrifice/Over Protection; SSOP)、②感情の現れ (Emotional Display)、③過度の詳述 (Excessive Details)、④態度表明 (Statement of Attitudes)、⑤賞賛の言葉 (Positive Remarks) の割合、「肯定的関係性」の有無や「賞賛の言葉数」について詳細に分析した。そのうえで、ABC-J で評価された問題行動 5 下位尺度について、FMSS-EE の全般的分類 (low/high) による比較、境界線級 EE も高 EE に含めた比較、ついで批判および EOI のレベルとの関係を検討し、第 1 研究の結果を検証する。特に第 1 研究で示された「常同行動」に対する批判の影響に加え、EOI は異なった問題行動プロフィールと関連することが予想される。また、FMSS で評価された段階的な EE 評価 (low~境界線級~high) は問題行動と有意に相関する可能性もあり、別途検証を加える。

#### 2 EE と家族の QOL

本研究では、家族の生活の質 QOL にも焦点をあて、EE との関連を検討する。世界保健機構による QOL 調査票を用い、FMSS-EE との関連を検討する。同時に、QOL に関連する児の要因 (合併症や問題行動など) や家族の背景 (家族成員など) も分析する。仮説として、EE が昂じるほど QOL が低下することが推測される。特に、EOI に比して批判の影響が強いことが先行研究から予想される。また、QOL には児の行動障害の重症度や社会資源の利用なども関係することが推測される。

### 3 家族のニーズ把握と保健福祉支援に関する質的な分析

今回は上記の実証的評価に加え、直接家族に対して半構造化面接を行うことで、実際の生活において子供のケアで困っていること、家族への保健医療福祉支援で必要なこと、今後望まれる家族ケアに関するコメントを質的分析し、EEとの関連を補完的に考察する。

## 第4節 対象と方法

### 1 対象

知的障害及び自閉症の医学診断を受けており、放課後等デイサービスに通う在宅児と同居しケアの主体となる家族（キーパーソン）で、本研究の目的や個人情報保護、守秘義務等の研究倫理に係る事項を説明し、調査協力に同意が得られたものを対象とした。児童の対象年齢は、6歳（小学校1年）から18歳（高校3年）までとし、身体障害児及び重複障害児、重症心身障害児など、障害の診断が身体機能を主とする児童は対象から除いた。当事者である児童本人の同意能力が限定されていることが予想されるため、調査は家族と担当支援者を対象とし、児童への介入などの負担は一切生じないこととした。家族に依頼状を付して口頭で研究の説明を行い、文書で同意を得た。一連の関連研究全体に協力同意が得られた家族は全58名であったが、本論では以下の面接調査について同意のうえで参加した母親20名が対象になった。

行動評価機関は相良ら<sup>34)</sup>の研究で用いたX県内放課後等デイサービスとし、各事業所の管理者に本研究の目的、内容及び方法等に関する依頼状を付して説明を行い研究の許可を得た。研究同意が得られた家族の対象児に関して、日頃対象児のケアを担当する支援者（以下、職員）に依頼状を付して研究の説明を行い文書で同意を得た。対象児の「問題行動の評価」に関して、職員に具体的な留意点等の教示を行ったうえで記載を依頼した。職員及び家族の調査回答については厳重な管理を行い、データは本研究者が匿名化の後、厳重な管理を行うことを説明した。

### 2 方法

#### 1) FMSS（図1）

FMSSは、2018年5月～6月に同意が得られた母親20名に対して実施した。このFMSSは、米国のMaganaら<sup>22)</sup>が開発したEE簡便評価法で、半構造化面接であるCFIに比べ、サンプリングや評価が非常に短時間で行える。対象家族に児の人柄や児との生活（児について



の考えや気持ち、普段の仲や二人がどのようにしているかなど) について、5分間述べてもらい、研究者が録音した内容を活字に起こした。その内容と音声のトーンをもとに、UCLAの認定トレーニングを修了し承認されたエキスパート評価者がブラインドでEE評価を行った。上述したように研究グループで認定評価者によるFMSSトレーニングを行った後に、最終的に合議の上で以下に示したEEプロフィールを決定した。なお、FMSS日本語版の信頼性、妥当性や経過関連性は本邦で詳細に検討されてきている。Ueharaら<sup>50)</sup>はFMSSの評価者間一致率を検討し、境界線級のEEを除いて十分な一致率と下位尺度構成を確認している。Shimoderaら<sup>37-40)</sup>はCFIとの併存妥当性、基準関連妥当性を検討し、全般評価において感受性54%、特異性65%と、FMSSの偽陰性の高さを指摘した。彼らは境界線級のEEをhigh-EEとして扱った場合、感受性は92%と上昇し、スクリーニング特性が向上したと示唆している。また、EOI下位尺度の一致率はあまり高くなく、この方法のもう1つの問題点といえる。Ueharaら<sup>46)47)</sup>は経過関連性について検討し、FMSSで評価されたhigh-EEが統合失調症およびうつ病の有意な経過不良因子であったと報告し、境界線級のEEをhigh-EEとして扱うことも提案している。Shimoderaらによる感情障害におけるFMSS妥当性検討の結果からも、境界線EEを高EEに含めた場合に感受性が100%、特異性が90%と上昇することが指摘されている<sup>40)</sup>。

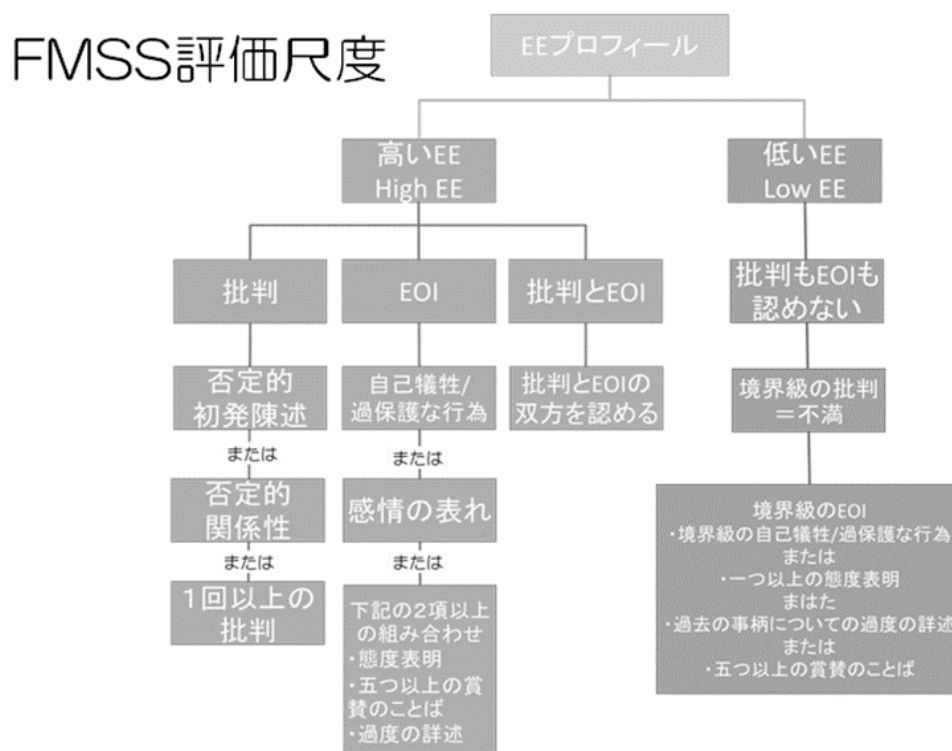
FMSS-EEは、i) 初発陳述、ii) 関係性、iii) 批判(critical)、iv) 感情的巻き込まれ(Emotional Over Involvement; EOI)の4つのカテゴリーからなる。i) 初発陳述とii) 関係性は、それぞれ「肯定的」、「中庸」、「否定的」の3つに分類され、「否定的」初発陳述または「否定的」関係性が評価された場合は、それだけでhigh-EE(critical)と判定される。iii) 批判は、基準に該当する批判的言動や音調が1つでも認められた場合にhigh-EE(critical)と判定される。high-EE(critical)には該当しないものの、全体のサンプルを通して若干の否定的なトーンや言動が一貫している場合、不満(境界線級の批判、borderline-criticalともいう；以下b-criticalと略す)という判定がなされる。iv) EOIは、①自己犠牲・過保護(Self Sacrifice/Over Protection; SSOP)、②感情の現れ(Emotional Display：サンプル中に涙ぐんだり泣き出すこと)、③過度の詳述(Excessive Details：患者の子どもの頃について長々と語ること)、④態度表明(Statement of Attitudes：患者のためになんでもしてあげたいという過剰な愛情表現)、⑤賞賛の言葉(Positive Remarks：5つ以上患者を賞賛する言葉が認められた場合に評価される)、の5下位尺度からなる。「SSOP」もしくは「感情の現れ」が単独で認められれば、それだけでhigh-EE(EOI)と判定される。そのほかの3下位尺度は、いずれかが2つ以上

同時に認められた場合に high-EE (EOI) と判定されるが、いずれか 1 つしか認められない場合は境界線級の EOI (borderline-EOI; 以下 b-EOI と略す) と判定される。例えば、「過去の詳述」と 5 つ以上の「賞賛の言葉」が求められた場合は high-EOI だが「過去の詳述」のみ認められた場合は b-EOI になる。SSOP について、high-EOI とまでは判定できないまでも巻き込まれや自己犠牲、客観性が欠如した内容が認められれば b-SSOP (境界線級の SSOP) と評価し、これらはプロフィール上 low-EE に含めることが推奨されている。以下の解析では、境界線級の EE を high-EE に含めた場合 (偽陰性を少なくする方法)、および「肯定的な関係性」の有無に関しても検討を加える (図 1)。

## 2) ABC-J (第 1 研究参照)

対象児の行動障害評価は、本研究に協力の同意が得られた調査機関に勤務する職員 (対象児を日頃ケアしている担当支援者) によって客観的に行われた。用いた方法は第 1 研究と同様、「異常行動チェックリスト日本語版」(Aberrant Behavior Checklist-Japanese: ABC-J) である。ABC (Aberrant Behavior Checklist: ABC) は、精神遅滞の人たちの治療効果を評価するため、1980 年代の初め Aman と Singh によって、ニュージーランドの知的障害者施設で行動上の問題に対する抗精神病薬に関する研究の中で開発された。その後、多くの研究で利用され入所施設だけでなく地域で生活している人たちの評価に適するように改訂され、1994 年にコミュニティ・バージョン (Aberrant Behavior Checklist-Community) として出版された。日本語版は小野により翻訳され、(株)じほうより 2006 年に ABC-J として出版<sup>29)</sup>されている。ABC の評価尺度は、0 (「問題なし」) から 3 (「問題の程度は著しい」) まで、4 段階 58 項目で評価される。これらの項目により、「興奮性」、「無気力」、「常同行動」、「多動」、「不適切な言語」の 5 つのサブスケールで行動障害を評価する。得られたスコアがどのような場合に極端なもので、あるいは臨床的に有意であるかを判断する厳密な規則はない。しかし、小野らは、得られたスコアがその対象児が所属する集団の 85 パーセントタイル (T スコア 60) を超えている場合は、その問題に注意を払う必要があると述べている。ABC-J による行動評価は、基本的には平均以下の認知発達を伴う知的障害・発達障害の人たちを対象としており、現在はその有用性から薬物療法の評価尺度として世界的標準法の一つとして使用されている。

図 1



後藤雅博編(1998)「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」金剛出版より抜粋

### 3) QOL

世界保健機構 WHO では、Quality of Life を『個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識』と、健康を『身体的精神的社会的に良好状態であり、単に疾病にかかっておらず、衰弱していない状態ということではない』と定義している。WHO は創立 50 周年を契機に、これまでの健康の定義に『靈性(spirituality)の良好状態』を加えた。WHOQOL 評価はこれらに基づき、6 領域(身体的領域、心理的領域、自立のレベル、社会的関係、環境、精神性/宗教的/信念)によって QOL を構成している。今回は、短縮版自記式調査票である WHOQOL26 を用い、被験者の主観的幸福感を測定した。過去 2 週間の全体的な生活の質を問う 2 項目(全体 QOL)と、身体的領域(7 問)・心理的領域(6 問)・社会関係性(3 問)・環境領域(8 問)の 4 尺度 24 項目(5 段階評価)から評価する。各尺度評価はその合計点を項目数で除した平均値を算出することで相互に比較可能で、本研究でも単純加算得点を項目数で除した値で議論する<sup>44)</sup>。本法は世界各国で広く用いられており、回答は 10 分程度で日本語版は金子書房より出版されている。

#### 4) 半構造化面接

対象の基本情報(家族および児の年齢・家族および児の性別, 家族構成, 療育手帳の判定, 合併症(てんかんや睡眠障害, 聴力障害, アレルギーや花粉症, ほか精神症状)の詳細, 服薬の有無と詳細, 社会資源利用の有無(日中一時支援, 短期入所, 行動援護, 移動支援, 訪問ヘルプ, 療育機関の利用)や詳細)を面接により確認しながら聴取する. また, 家族の自由な語りを通じて, ケアの困難さや負担感, 対象者との関係性, 求められる家族への保健福祉的支援に関する個別的ではあるが実践に直結した実態や意見, 心情を把握するため, 以下のインタビューガイドを用いて研究者が面接を行った. 結果は質的記述的手法に則り相違点と共通点から分類し, カテゴリー化を行った. 保健福祉観点から重要かつ貴重なコメントに着目し, カテゴリーを概念化した. 実際用いた質問内容は, 資料として以下および論末に添付した.

##### インタビューガイド

- |  |
|--|
| <p>① 現在, お子さんとのかわりでお困りのことは何ですか?</p> <p>② 本人に対する何らかの心理社会的援助や医療福祉的支援は必要だと思いますか?<br/>今後に向けて望ましいお子さんへのサポートがあれば, ご意見をお聞かせください</p> <p>③ ご家族に対する何らかの心理社会的援助や医療福祉的支援は必要だと思いますか?<br/>今後に向けて望ましい家族サポートがあれば, ご意見をお聞かせください</p> |
|--|

### 3 解析

以下, 1)から 3)については統計的な分析を加え, 4)については質的記述分析を行った.

1) FMSS で評価された EE の特徴について記述統計量を示し, i)high-EE と low-EE の 2 群間, ii)境界線級 EE を high-EE に含めた 2 群間, iii)肯定的関係性の有無の 2 群間, それぞれについて基本情報変数を統計的に比較分析した.

2) FMSS で評価された EE から, i)high-EE と low-EE の 2 群間, ii)境界線級 EE を high-EE に含めた 2 群間, iii)批判の程度, iv)EOI の程度, v)肯定的関係性との関連, それぞれについて ABC-J で評価された問題行動のプロフィールとの関係を統計的に比較検討した. なお批判・EOI の程度については, それぞれ high/border/low の 3 段階尺度として扱った.

3) FMSS で評価された EE から, i)high-EE と low-EE の 2 群間, ii)境界線級 EE を high-EE に含めた 2 群間, iii)批判の程度, iv)EOI の程度, v)肯定的関係性との関連, それぞれについ

て WHOQOL26 の下位尺度および QOL 得点との関係を統計的に比較検討した。なお、批判・EOI の程度については、それぞれ high/border/low の 3 段階尺度として扱った。以上は 20 例の統計分析であるため、分布の比較にマンホイットニー U 検定、比率の検定にフィッシャーの直接確率、順序尺度・比尺度間の相関は Spearman 係数を用いた。

4) 自由な語りの質的分析については、記述的研究手法に則り指導教員とともに記述データを分析し、保健福祉的観点から重要な共通点や貴重なコメントを分類し、カテゴリー化を行った。それぞれの実態や心情を顕す概念に名称を付し、ナラティブな考察を加えた。

#### 4 倫理

本研究は、高崎健康福祉大学研究倫理委員会の審査と承認を得て行った（第 2831 号）事業所管理者、対象家族及び職員ともに依頼状により研究目的、個人情報遵守、研究参加は自由意思であることなどを説明し、文書による同意を得た。

### 第 5 節 結果

#### 1 基本情報

表 1 には記述統計量を示したが、児平均年齢は 12.5 歳、男児 15 名（75%）、母親の年齢層は、図 1 のように 30-34 歳 1 名（5%）、35-39 歳 4 名（20%）、40-44 歳 8 名（40%）、45-49 歳 5 名（25%）、50 歳以上 2 名（10%）の分布であった。服薬回数 2 回/日、家族人数平均 4 名、服薬あり 10 名（50%）、合併あり 14 名（70%）、通院負担あり 7 名（35%）、ほかの社会資源利用者は 12 名（60%）、療育手帳の判定区分は、軽度 10%、中度 25%、重度 40%、最重度 20%、判定なし 5%（図 2）であった。

表1 基本情報

	度数	最小値	最大値	中央値
児年齢	20	8	19	12.8
家族人数	20	2	6	4
服薬回数/日	10	1	3	2.0

性別	男15名	女5名
服薬有	10名	50%
合併症の有無	14名	70%
通院負担	7名	35%
他の社会資源利用	12名	60%

図1

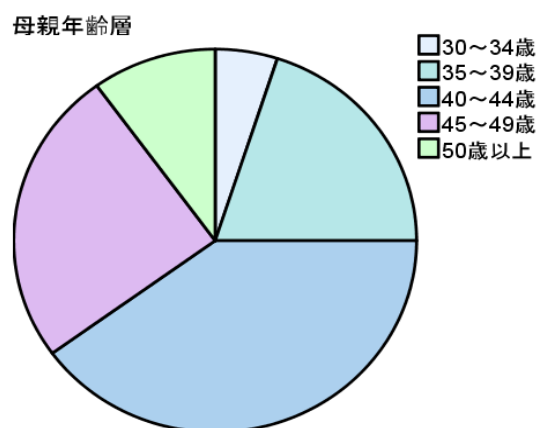
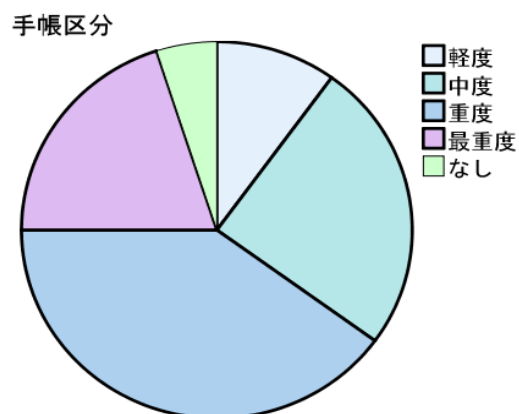


図2



## 2 FMSS で評価された EE の特徴

FMSS による high-EE は 5 名 (25%) で、境界線級(b-EE)も含めると 12 名 (60%) に増加した。下位評価の内訳は、「批判(CC)」は 4 名 (20%) でそのうち「否定的初発陳述」は 2 名 (10%)、「EOI」は 2 名 (10%) で「SSOP」は 1 名、「感情の現れ」1 名、「態度表明」1 名、「5 以上賞賛の言葉」3 名 (15%)、「過去の詳述」は認めなかった。肯定的な初発陳述は 1 名、肯定的関係性は 8 名 (40%) に認めた。境界線級 EE の分布では、「不満」のみは 6 名 (30%)、「b-EOI」が 4 名 (20%)、それぞれ認めた (図 3-4)。

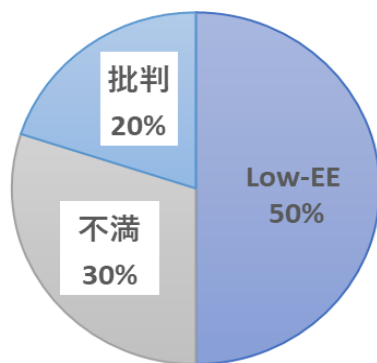


図 3 批判の程度

low 50%~不満30%~批判 20%

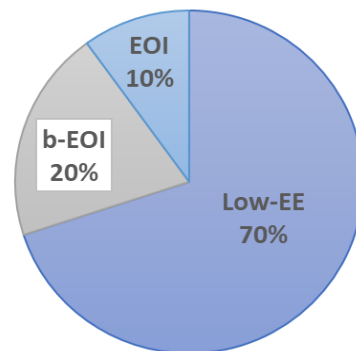


図 4 EOIの程度

low 70%~border-EOI 20%~EOI 10%

次に、i)high-EE と low-EE の 2 群間、ii)境界線級 EE を high-EE に含めた 2 群間、iii)肯定的関係性の有無の 2 群間について、上記の基本情報変数を統計的に比較分析した。母親の高年代比率は high-EE 群で有意に高く (Fisher 直接確率法;  $p=.01$ )、境界線級 EE を含めても同様であった ( $p=.03$ )。その他の因子間で、有意な関連性は認めなかった。

## 3 FMSS-EE で評価された EE と ABC-J で評価された問題行動のプロフィールとの関係

i)high-EE と low-EE の 2 群間、ii)境界線級 EE を high-EE に含めた 2 群間、iii)批判の程度、iv)EOI の程度、v)肯定的関係性との関連、それぞれについて統計的に比較検討した (表 2・3)。なお、批判・EOI の程度については、それぞれ high/border/low の 3 段階尺度として扱った。high-EE と low-EE の 2 群間で有意差を認めたのは、無気力 ( $p=.04$ ) と常同行動 ( $p=.04$ ) でいずれも high-EE 群が高かった。しかし境界線級 EE を含めると有意差は消失し

た。批判・EOI の程度とそれぞれ症状との関連では、批判の程度が興奮性(p<.05)、無気力(p<.01)、常同行動(p<.05)と有意な相関を示した。肯定的関係性の有無で各症状を比較したところ、常同行動と不適切言語は肯定的関係性を示した家族で有意に低かった(p<.05) (表4)。

表2 FMSS-EE カテゴリーによる ABC-J の比較

	FMSS-EE	度数	最小値	最大値	中央値	平均値
興奮性	low	15	0	26	14	12.3
	high	5	3	34	22	20.0
無気力*	low	15	0	24	9	9.7
	high	5	9	29	21	19.2
常同行動*	low	15	0	17	2	3.6
	high	5	3	16	7	8.4
多動	low	15	0	35	12	13.8
	high	5	3	38	13	17.0
不適切言語	low	15	0	12	3	4.0
	high	5	0	8	4	3.8

\*:p<.05(U検定)

表3 FMSS-EE 各尺度レベルと ABC-J との関連

	批判度	EOI	称賛の言葉数
興奮性*	0.49	0.04	-0.17
p	0.03	0.88	0.47
無気力**	0.59	0.20	-0.13
p	0.01	0.39	0.58
常同行動*	0.51	0.25	-0.10
p	0.02	0.29	0.69
多動	0.41	0.07	-0.11
p	0.07	0.76	0.64
不適切言語	0.12	-0.10	-0.39
p	0.62	0.69	0.09

(Spearman相関係数) \*:p<.05,\*\*:p<.01



表4 肯定的関係性と ABC-J との関連

	肯定的関係性	度数	最小値	最大値	中央値	平均値
興奮性	なし	12	2	34	17	17.7
	あり	8	0	24	6	9.0
無気力	なし	12	0	29	12	12.6
	あり	8	0	27	9	11.3
常同行動*	なし	12	0	17	6	6.7
	あり	8	0	7	0	2.0
多動	なし	12	3	38	15	17.3
	あり	8	0	35	7	10.6
不適切言語*	なし	12	0	12	7	5.5
	あり	8	0	5	0	1.6

\*:p<.05(U検定)

#### 4 FMSS で評価された EE と QOL との関連

FMSS による i)high-EE と low-EE の 2 群間, ii)境界線級 EE を high-EE に含めた 2 群間, iii)批判の程度, iv)EOI の程度, v)肯定的関係性との関連, それぞれについて, WHOQOL26 の下位尺度得点を統計的に比較検討した. なお批判・EOI の程度については, それぞれ high/border/low の 3 段階尺度として扱った. その結果, いずれの FMSS-EE 評価も QOL 下位尺度との有意な関連は認めなかった (表 5). 参考までに QOL に関連する基本情報や問題行動プロフィールを分析したところ, 社会的 QOL は手帳区分判定の分布に有意差を認め (Kruskal-Wallis 検定; p=.04), 中度・最重度・軽度・重度・手帳なしの順に低下した. また, 合併症を有する群で環境的 QOL 尺度が有意に低く (U 検定;p=.03), 服薬ありの群で身体的 QOL (U 検定;p=.003) と心理的 QOL (U 検定;p=.02) が有意に低かった. 年齢や服薬回数, 家族人数などその他の因子とは関係を示さなかった. 問題行動プロフィールとでは, 心理的/全体 QOL が興奮性と常同行動と, 身体的/心理的/全体 QOL が多動と, それぞれ有意な相関を示した (Spearman 係数=.51~.61: p<.05).

#### 5 半構造化面接による語りの質的分析

自由な語りの質的分析については, 記述的研究手法により記述データを分析し, 重要な共通点や貴重なコメントを分類し, カテゴリー化を行った. それぞれの実態や心情, 要望や提案を表す内容を概念化し名称を付し, さらに定義化して検討と考察を加えた.

表5 QOL下位尺度とEEカテゴリーとの関連

	F MSS-EE	度数	最小値	最大値	中央値	平均値	
I 身体的平均	low	15	1.7	4.1	3.1	3.2	
	high	5	3	3.9	3.4	3.5	
II 心理的平均	low	15	1.5	3.8	3.2	3.0	
	high	5	1.8	3.2	3.2	2.9	
III 社会的平均	low	15	2.3	4	3.7	3.5	
	high	5	2.7	4	3.3	3.3	
IV 環境平均	low	15	2.4	4.3	3.3	3.2	
	high	5	2.8	3.5	3.0	3.1	
全体平均	low	15	2	4	3.0	2.9	
	high	5	2.5	3	2.5	2.7	n.s

b-EEをhigh-EEに含めた場合

	b EE	度数	平均値	標準偏差	
I 身体的平均	low	8	3.1	0.74	
	high	12	3.3	0.47	
II 心理的平均	low	8	3.0	0.80	
	high	12	3.0	0.59	
III 社会的平均	low	8	3.3	0.58	
	high	12	3.5	0.44	
IV 環境平均	low	8	3.1	0.64	
	high	12	3.2	0.34	
全体平均	low	8	3.0	0.60	
	high	12	2.8	0.33	n.s

肯定的関係性との関連

	肯定的関係性	度数	平均値	標準偏差	
I 身体的平均	なし	12	3.1	0.50	
	あり	8	3.4	0.71	
II 心理的平均	なし	12	2.8	0.60	
	あり	8	3.2	0.72	
III 社会的平均	なし	12	3.3	0.53	
	あり	8	3.7	0.31	
IV 環境平均	なし	12	3.1	0.41	
	あり	8	3.3	0.54	
全体平均	なし	12	2.8	0.33	
	あり	8	3.0	0.60	n.s

5-①. 現在、お子さんとのかかわりで困っていること、困り感の実態について具体例を表6に示した。回答は児の示す問題行動そのもの、或いは、問題行動が出現する原因や対応が分からないといったことに苦慮が集中していた。語られた内容から、「困っている問題行動」と「問題行動の帰属や対処」という概念によって、「実態」がカテゴリー化された。その中でも母親に困り感を感じさせる問題行動で最も多かったのが、児の衝動性、こだわりや常同行動であった。続いて、自傷や他害に関する内容であった。

5-②. 本人に必要な何らかの心理、社会的援助や医療福祉的支援、必要な望ましい支援について、表7に示した。「生活上の実態」は、医療面の困難、社会資源の困難、日常生活や余暇の困難という概念にカテゴリー化された。医療面においては、通院中の待ち時間や診察中に抱く不安や、歯科の受診先や通院機関の距離的な負担が挙げられた。社会資源面では、急な事態発生時の預け先や母親の代替えとなる支援者がいないこと、利用できる制度はあるがコストが高いため十分に利用できないことが語られた。日常生活面では、一般の美容室や音楽教室に連れて行った際に周囲の視線が気になる、土日に児が友人たちとの関わりが持てないことなどについて、母親の困難が示された。困難解消のための「要望や提案」は、医療面の改善点、施策の改善点、療育の改善点、日常生活や余暇活動の提案という概念にカテゴリー化された。医療面では、受診機関における待ち時間の解消や母親自身の通院負担の軽減の要望が頻出した。施策面では、利用上限枠や利用可能対象の拡大、また、土日祝日の預け先が不足しているため、母親や家族の疾病や急な事態が起こった時、すぐに受け入れてもらえる預け先があると安心であることなどに集中していた。日常生活や余暇活動の提案は、障害児専用の曜日がある美容室、週末に気軽に集まれる障害児・自閉症児サークル、高校生や大学生による運動や学習支援サークル創設などの提案が語られた。

5-③. ご家族に対する何らかの心理社会的援助や医療福祉的支援、必要な望ましいサポートについて、表8に示した。語られた内容から、大きく「実態」、「心情」、「提案」にカテゴリー化され、さらに「社会的支援」、「心理教育的アプローチ」、「本人や家族への母親の思い」、「施策への要望」、「社会資源への要望」にサブカテゴリー化された。実態カテゴリーでは、地域社会や周囲への気兼ね、視線の冷たさ、児の兄弟への気遣いなどの社会的障壁に関して、また、児の要求に応えるためには経済的負担が示された。心情では、養育の現状の日常化により、困り感が感じられない問題、父親や兄弟らが互いの思いを分かち合える場所や時間が必要であることが挙げられた。また、家族、特に父親がASDについて学べる機会の設定や、ASDの対応に詳しい相談者の必要性が示された。加えて、本人や家族への母親の

思いとして、母親自身の感情面や本人の兄弟や将来についての葛藤や不安の声も聴かれた。

「提案」では、施策への要望と社会資源への要望にサブカテゴリー化された。さらに、教育分野に対しては、ASD 児の理解を推進するための啓発事業や普及の提案、福祉行政に対しては、外食先の障害児専用コーナーの創設や ASD マークの創設などが挙げられた。非常災害対策の提案として、日頃利用して児が親しみ慣れている放課後等デイサービスも福祉避難所に指定して欲しいなどの要望が語られた。社会資源の要望では、家族や母親自身に急な事態が発生した時、或いは、土日祝日に対応が可能な預け先など、いずれも預け先事業所の拡充や自分に替わりケアをしてくれるマンパワーに関することに集中していた。

表6 5-① 子どもとの関わりで現在困っていること

カテゴリ	概念	定義（・具体例）
実態	困っている問題行動	<b>衝動性</b> （衝動的に怒り出す、癇癪を起こす）
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の要求に応じて料理している間も待たず、ガンガン怒り始める</li> <li>・環境の変化がなくても怒り出したりする等、その日によって怒り出す状況が違う</li> <li>・感情の表現が激しくなり、怒った時に怒りの出し方が強くなった</li> <li>・年に1回程度、大きなパニックを起こす</li> <li>・ペットボトルを故意につぶしたり冷蔵庫の開閉をしたり「怒るぞ!」と母を試す</li> <li>・自分（母）だけに挑発的な行動をしかけてくる</li> <li>・1週間に1回程度の頻度で癇癪を起こして、物を投げたりすることがある</li> </ul>
		<b>多動</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・最近以前よりも多動になった</li> </ul>
		<b>こだわり</b> （限局的反復的行動、場面転換できない、常同行動）
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・チョットした待ち時間に床の木目に添って指を入れて遊んでしまい、指先の感覚を楽しんでいる様子である</li> <li>・連休や週末等、夕食の時間にならないのにご飯をつくって欲しいと要求し、何かなんでも母を引っ張って作らせる</li> <li>・食べるのが好きで早くお菓子が食べたい気持ちが募り、母の買物時間が待てないそのため、土日に一緒に行く買い物は大変である</li> <li>・プールに行くことに強く拘り、本人は毎日プールに行きたいが現実は無理</li> <li>・興味があること、好きなことに関しては、答が分かっているのに一方的に喋る</li> <li>・タブレットで動画を観るが1時間以上興じ続け、誘わなければ外にも出ないしかも、場面の状況に興奮してくると大音量にしてしまい周囲を困らせる</li> <li>・ルーティンの日課にしているが、指示（促し）がないと動かない</li> <li>・おもちゃを欲しがり、自分の欲しい物は必ず買ってもらえると思っている</li> </ul>
		<b>自傷・他害</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・自傷がある</li> <li>・大人（両親）が就床すると怒り出し（本人はまだ起きていたい）壁に頭突きする</li> <li>・部屋の壁を蹴り陥没させてしまった</li> <li>・友達をつねる</li> <li>・本人にとって怖いTVを見たりした時、物にあたる</li> <li>・壁叩きや物を投げる</li> </ul>
		<b>コミュニケーション</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・不明瞭な言葉を発するが、母（自分）がよく分からない場合がある</li> <li>・話し言葉をよく覚えていて、嫌なことが呼び起こされる様子</li> </ul>
		<b>睡眠</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝、眠いことが原因で騒いだりする</li> <li>・眠りが浅い（新聞配達で音で眼覚めたりする）</li> </ul>
		<b>食事</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・食べ過ぎている、お茶碗を持ってきて「食べたい」と何回も要求してくる</li> <li>・偏食で身体も細くパンやご飯は絶対食べない、スナック菓子等買ったものばかり食す</li> </ul>
		<b>清潔・排泄</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯磨き、洗髪の際にキレイや汚いの区別が分からない</li> <li>・トイレに誘っても従わず、その後失禁することがある</li> </ul>

カテゴリー	概念	定義（・具体例）
実態	問題行動の	原因が分からずに困っている
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 痛癢の原因がハッキリ分らない</li> <li>・ 自傷をする原因が分かる時もあるが、分らないことがある</li> <li>・ 自傷, 他害, パニックになる原因が分らない</li> </ul>
		帰属
	帰属や	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストレスの発散がプールに行くことになっている</li> <li>・ 不安な時に独り言が多くなる</li> </ul>
		対応
	対処	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ こだわりの改善にタイマーも使ってみるが、あまり効果がない</li> <li>・ 上の兄弟とのバランスもあって、物を買ってあげて良いのかどうか困る</li> </ul>

表7 5-② 子どもへの必要な支援

カテゴリー	概念	定義（・具体例）
実態	医療面の困難	通院先の心配
		・決まった小児科医院しか通院できない ・年齢が大きくなった時の小児科の後の通院先が分からない
		待ち時間や診察中に抱く不安
		・受診は予約して行くが、予約しておいてもすぐに診てもらえるわけではないので、待ち時間中に自傷やパニックを起こさないか不安である ・自傷（頭突き）があるので心配（歯科は診察室に入れなかった）
		歯科受診の困難さ
		・身体を拘束して治療を行うため1時間先のA歯科センターに受診している ・歯科は自宅から遠い
		通院の負担
		・通院付添いの負担が大きい ・本人の受診には学校の送迎と通院先と、両方必要になるので負担を感じる
	社会資源の困難	コスト
		・移動支援は助かって良いが、コストが高いためそれほど使えない
		グレーゾーン
		・療育手帳がまだもらえないグレーゾーンにいる。生活面はIQ値よりも出来ないことの方が多いため、実際にはケアの手を必要としている
		預け先
		・預け先や預けられる人がいたらいいな、と思っているが本人が同じパターンやサイクルが心地良くなっているので、受け入れないと思う ・障害児の預け先はできてはいるが、まだ少なくデイ以外の預け先も必要である
	日常生活や余暇の困難	代替えの支援者
		・自分（母）自身の体調不良の時に送迎（デイや通院等）が難しくなる不安がある ・外出の際、本人の支援をしてくれる人が欲しい （兄弟ともっと関わってあげたいがそれができないため）
		美容室や趣味の教室
	・一般の美容室や音楽教室は周囲の視線が気になる	
	休日の友人との関わり	
	・土日等、友達と遊ぶのが難しい ・本人の姉の友達が家に来たりしているのを見て羨ましがっている	
	要望や提案	医療面の改善
・着いたら待たなくてもすぐに診てもらえる医療機関があると良い		
診療科		
・一人の医師がオール科目診てくれると親と子の時間も負担も軽くなる		
通院負担		
・通院の大変さが改善できると良い ・通院時、待たなくてもすぐに診てもらえる機関があると良い		

カテゴリ	概念	定義（・具体例）
要望 や 提案	施策の改善点	利用上限枠や利用可能対象の拡大
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「行動援護」は有り難いが利用の上限枠の縛りがある、もう少し多く利用したい</li> <li>・療育手帳がないと利用できない障害福祉サービスもあり、その狭間にいる (手帳がなくても各種サービスが利用できると良い)</li> </ul>
		土日祝日のサポート
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・土日に移動支援を（誰かに連れ出したり）してもらいたい</li> <li>・土日にも預けられる所があると良い</li> <li>・土曜や祝日にデイなどの預け先があり、さらにそこが毎週利用できると良い</li> </ul>
		急な事態への対応
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・葬式ができた時に本人の学校を欠席させたことがある</li> <li>このような突然のアクシデントの際の預け先があると良い</li> <li>・母自身の体調不良、頭痛やギックリ腰等の時にすぐ受けてくれる先が必要である</li> <li>・急な時（突然）でも一時支援で預かってもらえる所があると良い</li> <li>（一寸した急な出来事が起こった時の預け先が見つからない、あると安心できる）</li> </ul>
	療育の改善点	専門の言語訓練機関
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・言葉（言語訓練）専門の療育機関があると良い（言葉の訓練をして欲しい）</li> </ul>
	日常生活や余暇 活動の提案	美容室
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・週1回は、障害児専用の曜日がある「美容室」があると良い</li> </ul>
		音楽教室
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ピアノの音色を好むので楽器に馴染める、好きな楽器で遊べる場所が欲しい</li> <li>（障害児の「音楽教室」みたいなイメージ…技術指導でなくて音楽あそびの場）</li> </ul>
		週末に気軽に集まれる障害児・自閉症児サークル
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・土日は家族と一緒に過ごすことが多いため、外で過ごせる（障害児同士が集まれる）場所があると良い</li> <li>・休みの日に気軽に遊びに行けて、そこに行く和学校の友達に会える場所が欲しい</li> <li>（そこに行くスタッフがみてる子育て支援センターの障害児版）</li> </ul>
運動・学習支援		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・学生（高校生・大学生）に運動や勉強をみてもらえるサークルがあると良い</li> <li>学生の方が、子どもとの年齢が近いので子どもが自然に接することができる</li> <li>自閉症なので、できれば毎回同じ学生が良い（バスケとかバドミントンサークル等）</li> <li>・自閉症の子ども同士が集まれる、運動ができるサークルがあると良い</li> </ul>		



表8 5-③ 家族に対して望む支援

カテゴリ	サブカテゴリ	概念	定義（・具体例）
実態	社会的支援	社会的障壁	地域社会や周囲への気兼ね
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・プールで周りの子どもにバシャバシャ水がかかったりすると周囲の視線が厳しい</li> <li>・レストラン等で大声を出したりするので、周囲の視線に気遣いする</li> <li>・自閉症は周囲からみて分からないので騒いだ時の視線が気になる</li> </ul>
		経済的支援	兄弟姉妹への気遣い
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の夏祭り等で本人が周りから注目されるので、兄弟に対して「悪いな」と感じる</li> </ul>
心情	心理教育的アプローチ	家族への心理的サポートの必要性	経済的負担
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの要求を満たす定期的なドライブは金銭的にかかる</li> <li>・毎日のオムツ代ほか、ドライブの要求はガソリン代等の費用が高む</li> <li>・スクールバスの迎えが9時頃と遅いため、以前仕事を辞めたことがある</li> </ul>
			日常化して困り感が感じられない問題
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・今の生活があたり前過ぎるあたり前感で、困り感がなくなっている</li> <li>・今の生活があたり前になってしまっている</li> <li>しかし、夫にはもっと助けてもらいたいと思っている</li> </ul>	
		父親や兄弟が思いを分かち合える場所や時間の必要性	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の誰かが受けることができる、話を聴いてもらえるようなカウンセリングの場所があると良い</li> <li>（障害児を抱えた父は父なりに、兄弟は兄弟なりの悩みを抱えている）</li> <li>・障害児の兄弟へのフォローが必要である</li> <li>・兄弟を対象にした「パン教室」の参加は非常に良かった</li> <li>・兄弟同士にしか分からない悩みや思いを共通に分かち合える場所や時間が必要である</li> </ul>	
	自閉症の理解	家族が自閉症について学習する機会	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・父親が自閉症の対応や接し方を学べる機会があると良い</li> <li>・父親は、年齢相応の接し方や自閉症の特徴を分かって接していない</li> <li>また、自分（母）が伝えても聞き入れないので他の人から伝えてもらいたい</li> </ul>	
		自閉症の対応に詳しい身近な相談者の必要性	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・自閉症の対応は概ね分かるがパニック時等、いつでも相談できる人が身近にいると良い</li> <li>・自閉症の対応方法、発作時の対応などを教えてくれる人の存在が必要である</li> <li>・子どもが大きくなると母親同士の繋がりがなくなる</li> </ul>	
本人や家族思いへの母親	母親の葛藤や不安	感情面について	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・対応に困ると自分の感情が高まる</li> </ul>	
		兄弟について	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・下の子ども（兄弟）との関わりが心配である</li> </ul>	
将来について			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・将来は入所施設を希望、今の自由な日課から縛りがある日課となるので、パニックを起こすのではないかと、今から心配である</li> <li>また、本人が好むプールにも連れて行ってもらえるか不安である</li> <li>・将来の就労を考えると指先が不器用で模写が苦手、なぞり描きしかできないため心配である</li> </ul>			

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義（・具体例）
提案	施策への要望	教育分野への要望 (啓発・普及)	小・中学生に対する自閉症児理解の推進 ・障害児理解のため、自閉症の特性などを紙芝居等で小・中学生に伝えられると良い（先生が教える授業でなく、委員会のような身近な感じを望む）
		福祉行政への要望	外食先の障害児専用コーナーの創設 ・レストランやファミレスで気兼ねなく食べれる「障害児専用のコーナー」があると周りの視線が気にならないので良い
			自閉症マークの創設 ・買い物等の外出時、「この子は自閉症なんです」と周囲に理解を促すマークやカードがあると良い マークによつて「あの子は自閉症なんだ、騒いでも仕方ないね」と周囲に理解をしてもらいたい
			イベント ・障害児がいても気を遣わず、家族で参加できるイベントがあると良い
			非常災害対策
		社会資源への要望	緊急時や土日祝日の対応策
	自分（母）に急な事態が発生した時 ・自分（母）に何かあった時に、父親一人では対応が困難なため預け先があるとよい ・自分（母）に何かあった時、放課後等デイの送迎の代行者が必要 ・自分（母）に代わって通院に連れて行ってくれる人がいると良い		
	土日祝日や連休中の預け先 ・日曜日や大型連休（5月連休）中の預け先があると良い ・土、日、祝日、急に何かあった時に預けられる場所や人がいると良い ・放課後等デイは平日型、ファミサポもあるが原則、障害児対象ではない		

## 第6節 考察

### 1 FMSS-EE 分布の特徴と症状プロフィールとの関連

本稿第2研究では、第1研究で調査した自己記入式評価による批判尺度の結果を受け FMSS を用いて EE 構成要素である EOI を含めた問題行動との関連を精緻に検討した。まず FMSS-EE (low/high) の特徴だが、high-EE は5名(25%)、境界線級(b-EE)も含めると12名(60%)に上昇した。

海外の先行研究による高 EE の割合は ASD 児の家族で 19%<sup>11)</sup>一般幼児の親で 27%<sup>3)</sup>、本邦では米倉らの一連の研究<sup>56-59)</sup>で 26.7–35.4% (児童デイケアや学習支援の利用者) という分布が示されている。我々の結果も、ほぼ近似している。また米倉ら<sup>58)</sup>は、FMSS による境界線級 EE である不満は 20~30%前後と述べており、我々の示した「不満」6名(30%)とほぼ合致する。しかし、本研究の「b-EOI」4名(20%)は、米倉ら<sup>57)</sup>の4%に比してかなり高い。この一因は、EOI 下位尺度評定の複雑さにあるとも推測され、継続した信頼性トレーニングが求められよう。また本研究では下位評価「批判(CC)」は4名(20%)、「EOI」は2名(10%)であったが、三村らが最近行った ASD や ADHD など学習支援を利用する児の家族における調査<sup>26)</sup>では、CC が2名(7%)/EOI は1名(3%)であり、かなり差がみられる。今回我々の対象が知的障害を伴う ASD 児の家族に特定したためと考えられ、対象の特性に応じて割合が変化することが示唆される。事実疾患別に FMSS-EE の分布を検討した研究<sup>47)</sup>でも、疾病により下位尺度比率に差があるといわれる。また、先行研究では、肯定的初発陳述や肯定的関係性(40%)、賞賛の言葉数について分析した報告はなく、本研究結果が一つの指標となるだろう。

ABC-J で評価された問題行動5下位尺度について、FMSS-EE の全般的分類(low/high)による比較、境界線級 EE も高 EE に含めた比較、ついで批判および EOI のレベルとの関係を検討し、第1研究の結果を検証した。第1研究では、「常同行動」に対する批判の影響が示されたが、今回は「無気力」と「常同行動」でいずれも high-EE 群が高かった。より精緻な FMSS-EE でも「常同行動」との関連は追認され、さらに「無気力」にも関連することが示唆された。しかし境界線級 EE を含めると有意差は消失しており、特異度を上げ EE の閾値を厳しくした方が、症状との関連性が明瞭になることが示された。批判・EOI レベルを順序尺度として症状との関連を検討したところでは、批判の程度が「興奮性」「無気力」「常同行動」と有意な正相関を示した。カテゴリカルに不満を high-EE に含めて考えるより、基準に従ってディメンジョナルに扱った方が、症状重症度との関連が明瞭になることが示唆され

る。Bader らは ASD 児の縦断追跡により、高い批判と敵意が 8 歳以降の問題行動のレベルを予測することを示しており、本研究結果と関連する指摘である。他方で、肯定的な家族関係性は「常同行動」・「不適切言語」と有意な関連を示した。EE 研究ではあまりターゲットにされてこなかった肯定的側面にも着目することで、EE 全般と密接に関わる「常同行動」に加え、ポジティブな関係性と特に関連する「不適切言動」というプロフィールによる差異を明瞭にすることができた。同様の指摘は、Baker ら<sup>1)</sup>による就学前の一般の子供たちにおける問題行動と FMSS-EE との関連研究でなされており、コーディングを肯定的側面に広げることで予測性につながる可能性を報告している。一方で、EOI 単独では症状との関連性を認めず、EOI が批判とは異なる問題行動へ影響を示すのではないかという仮説を否定する結果であった。子どもの精神行動病理と EE については、対処能力を含めたより複雑で多様な家族機能が関与していると示唆されており、EOI はむしろ保護的に働く可能性の指摘さえある<sup>33)</sup>。今後のさらなる検討が求められる。

## 2 EE と家族の QOL

本研究では、EE が昂じるほど QOL が低下すること、EOI に比して批判の影響が強いことを仮説として、家族の生活の質 QOL と EE との関連を検討した。しかし、結果としていずれの仮説も否定され、QOL を構成する下位尺度は、EE との関連をカテゴリカルにも、ディメンジョナルにも示さなかった。このことは、症例数が少ないことが最も大きな理由と考えられ、今後より多数例での実証が求められる。また、地域である程度安定して暮らしている児の家族の場合、EE は QOL にあまり関係しないのかもしれない。事実付加検討では、興奮性・常同行動・多動といった問題行動が身体的/心理的/全体の QOL と、社会的 QOL は手帳区分と、環境的 QOL は合併症の有無と関係しており、こうした因子の方が家族の生活の質に影響を与えることが想定される。Narayan ら<sup>28)</sup>は問題行動を呈する子供たちの EE と養育環境、家族葛藤との関連から、EE の直接的影響を否定している。親の離婚や死別といった家族環境は直接的に maltreatment (不適切養育) と児の問題行動に関連するが、FMSS-EE は家族葛藤や問題行動に直接関係せず、間接的にこうした脆弱性に影響を与える可能性を示唆している。家族の心理社会的環境に関係する交絡要因として、EE を議論する必要がある。最後に、当然のことではあるが QOL が低下している家族に対しては、EE の高低にかかわらず支援が求められていることを明記しておきたい。

### 3 インタビュー結果の検討

「母親の困っていること、困り感」については、その実態がカテゴリー化された。母親が最も多く感じる困り感は、「児が示す問題行動そのもの」に対して、また、「その対応方法」についてであり、衝動性や拘りが頻出した。児に対する対応の仕方、行動へのイライラ感は、年齢に関わらず自閉症児を抱える母親が抱くマイナスの心情として、長期にわたり続いていく<sup>19)</sup>。しかし、困り感はあるものの「誰かに対応方法を相談したい、聞きたい」など、積極的に解決に向けて手段を模索するような意見は聴かれなかった。障害福祉サービスでは、相談支援事業所に「相談支援専門員」(H24.4.1 施行)が制度上配置されているが、当該制度の認知度が低いのか、利用の仕方が不明瞭なのか、今回の面接ではその有用性が把握できなかった。

一方、母親が最初に児の発達のおまずきについて指摘を受ける存在として、1.6歳・3歳・5歳児健診を担当する市町村の保健師が挙げられる。母親と最初に関わる保健師もこうした障害福祉サービスの相談支援事業所に「相談支援専門員」が相談者として配置されている情報を把握しておく必要がある。また、一人の子どものライフステージを鑑みれば、保育所、幼稚園、小学・中学校など、保健・医療・教育関係者もこうした福祉サービスに関する内容について情報共有し、関係機関がそれぞれ連携してASD児とその家族の支援を行う必要があることはいうまでもない。近年、幼稚園や保育所においても発達障害児或いは発達障害が疑われる、気になる幼児が増加傾向にあり対応の難しさが報告されている<sup>41)</sup>。発達障害児に関わる保育士・幼稚園教諭の不安や困りごとを調査した報告では、「集団適応」と「不適切な行動」に関すること、いわゆる、集団へのスムーズな適応を妨げる特性に対しての困り感が最も高く、その対応には、療育に関わる専門職(保健・医療・心理士・作業療法士など)との連携の重要性が指摘されている<sup>14)</sup>。

ASD児が示す問題行動は一人ひとりが異なり、衝動性や拘りの重篤度についても多種多様であり、家庭で母親一人ではその対応に苦慮することは容易に想定できる。従って、相談を受ける側も研修などの機会をとおして、ASDの理解やその対応、問題行動に対する緩和策について、家族(母親)の相談に対応でき得る療育知識や専門力が必要とされる。日頃、児が通所している放課後等デイサービスのケア職員もこうした児が示す問題行動について、身近な存在として家族からの相談に応じられる知識や専門性が求められる。

次に「子どもへの必要な支援」についてである。「実態」として語られた内容で多かったのは、医療面の困難であった。今回の面接対象者20名中10名の児が服薬をしており、う

ち7名の母親が「通院は負担である」と回答している。しかし、与薬や服薬時間の管理の大変さや負担は殆ど聴かれなかった。むしろ、「通院・受診」の大変さや、待ち時間中の自傷や他害が起こることを予期しての不安、起こった時の対処の困難さなどの不安の声が頻出し、先行研究を支持する結果であった<sup>27)43)</sup>。また、通院に係る送迎等の付き添いの課題も挙げられる。知的障害とASDを伴い問題行動を呈する児を専門に診てくれる医療機関や医師は少ない。そのため、母親らは遠距離の医療機関まで、運転や受付、診察、処方、支払いまでを一人で遂行せねばならず、そこにはかなりの心労と負担が思慮される。第II章第1研究において、EE(批判)と服薬の有無の有意差が認められたが、通院に関するこれら一連の心理的、身体的負担が、EE(批判)を高くする要因の一つであることが考えられる。併せて、感覚過敏があり触れられることが苦手なASD児の受診に関して困難を感じる診療科は、耳鼻咽喉科、歯科、眼科の順に高かったという報告<sup>43)</sup>と類似し、歯科に関しては遠距離受診の負担の声が聴かれた。こうした困難を軽減する一つの手立てとして、障害福祉サービスの事業所の一つである行動援護事業所による通院代行を含めた受療支援、家族(夫や兄弟や親など、ほかの家族成員)の協力も母親の負担軽減のために、利用や協力要請を行っていく必要がある。また、母親の通院を補助する付添者について、例えば、インフォーマルな社会資源(友人、近隣、ボランティアなど)も通院サポーターとして開拓するに値する。

加えて、検討を必要とする提案として、医療機関のASD児に対する遠隔診療(オンライン診療)や訪問診療の導入に期待したい。とりわけ、遠隔診療については、平成27.7.14付厚生労働省医政局長通知(医政発0714第4号)において、遠隔診療(オンライン診療)の対象が、当該通知の別表に記載される患者(在宅酸素療法患者、在宅難病患者、在宅糖尿病患者、在宅喘息患者など)に限定されない旨が示されている。つまり、対象とすればASD児も遠隔診療が可能な範疇と解釈できる。近年の情報通信機器の開発や普及に伴い、今後、母親が子どもを医療機関に連れて行くだけではない受療形態も、行政への働きかけ含めて実用化に向けた行動を積極的に起こしていく必要がある。

続いて、「社会資源の困難」である。最も多く聴かれた内容が、突発的な出来事や急な事態が起こった際の預け先が見つからないという物理的・人的資源に関する不足の声であった。しかし、緊急的に受け入れる事業所側においても新しい場所や人、初めての環境に馴染みにくいASD児の突然の受け入れにあたっては、対応する職員や個室確保の面でその対応が難しい現状がある。こうした事態を防ぐため、普段から事業所や施設において日中一時や短期入所の利用を少しずつ重ね、児と事業所、支援者等の双方で環境適応しておく必要がある。

ると考えられる。また、放課後等デイサービス含め、日中支援先は土日祝の閉所型が大半を占めており、当該曜日について児は多くを自宅で過ごさざるを得ない。そのため、ケアの中心である母親の負担が膨らむ。通所事業所の報酬体系に「休日特別支援加算（仮称）」等の新設や報酬単価の引き上げなど、休日に開所する事業所を増やしていく報酬体系の見直しを提言したい。また、コスト面については、自己負担額の自治体格差の声が聴かれた。例えば、サービスステーション利用時、自治体の補助額の格差（自己負担例：¥700/1h, ¥400/1h）もある。こう施策面については、「親の会」や職能団体などの組織や団体をとおして、行政に提言や要望を行う検討が必要である。

日常生活や余暇で困難を抱える実態として、美容室や趣味の教室や休日の友人たちとの関わり場の不足が挙げられた。一般の「美容室」は、周囲の視線が気になるため、障害児デイや障害児タイムを設定している所、或いは設定してくれる美容室の開拓の必要性、余暇については、土日や祝日などに障害児サークルや運動・学習支援の場の創設が提案された。サークル活動におけるサポーターには、児の年齢と近い高校生や大学生を望む声があり、こうした学生等のボランティアの力も検討の一つとなる。今回の面接では、「障害児専用」といった周囲の視線から、より気遣いがない場所や時間を望んでいる傾向がうかがえたが、既に障害児サークルとして活動を行っている団体もあるため、こうした実際の情報が家族に届いていない現状も推測できる。放課後等デイサービスの職員、或いは相談支援専門員など、より身近な人たちが、まず的確に最新情報を把握したうえで家族に対して、常に新しい情報や制度の提供ができることが望ましい。

インタビュー最後の「家族について望む支援」についてである。実態、心情、提案に大きくカテゴリー化された。家族の実態として社会的障壁が挙げられ、地域社会や周囲への気兼ね、兄弟姉妹への気遣い、経済的負担に定義化された。障害児の家族の地域生活における社会的障壁について、周囲の視線が厳しい、気遣いするなどの「保護者の主観的な考え・認識・予期不安」について、心理的障壁と表した報告<sup>54)</sup>がある。この心理的障壁により外食やプール、また地域のイベント等の参加が自ずと制限される。心理的障壁を緩和させるには、周囲のASDに対する理解不足が考えられるため、地域社会全体にASDの認知度を高め、ASD特性の理解を普及させる必要がある。

「心情」では、養育の困り感が感じられなくなっている問題、父親や兄弟への心理的フォローの必要性、家族がASD、その問題行動などへの対応について学習できる機会や、ASD対応に詳しい身近な相談者の必要性などが聴かれた。すなわち、家族への心理教育的サポー

トの必要性である。統合失調症を代表とする精神障害者の家族心理教室では、「知識・情報」、「対処技能」、「心理的・社会的サポート」の3点を基本としてプログラムが組み立てられている。結果として、正確な情報を得られスティグマや自責感の軽減や問題行動の対応技術の向上、また、グループ体験や新しい社会的交流による社会的孤立の防止、自信と自尊心が獲得できることに繋がる<sup>10)</sup>。対象をASDの家族に置き換えるとすれば、「ASDの知識および行動特性の理解」、「日常生活および問題行動出現時の対応力の増大」、「他の家族との感情交流、専門家との継続的接触による負担軽減」などを目的としたプログラムが提案できよう。特に、養育者の思考スタイルの変容を重視し、肯定的な関わりを増やすことで問題行動が軽減したという報告<sup>15)42)</sup>を踏まえると、心理教育サポートにおける「対処技能」の獲得は、児の問題行動の軽減に繋がることが大いに期待できる。

次に施策への要望についてであるが、ASD児の非常災害対策は重要な案件である。対人的コミュニケーション、感覚過敏などの障害特性を中核症状とするASD児には、現状の指定先である体育館や公民館で他の家族と集団で過ごすことは困難を極める。福祉避難所の指定先の拡充や「ASDマーク（仮称）」の創設に向けて、福祉行政やパブリックコメントによる書込みも必要である。また、小・中学生へのASDについての理解については、各自治体の教育委員会などをおし、広く連携のうえ推進する必要がある。さらに、保育所や幼稚園においても、保育士、幼稚園教諭を対象とした研修会の企画開催、或いは、自治体等の提供による「出前講座」なども活用し、発達障害やASDに対する知識や対応技術の専門性を向上させる必要がある。

社会資源の要望では、家族や自分（母親）に急な事態が発生した時、土日祝日にすぐに受け入れてくれる預け先への要望に集中しており、制度はあっても使いにくさの点での指摘が多く露呈された。一方、初めての人や場所に対して適応が難しいASD児は、受ける事業所側もすぐには対応しにくいなどの難しさを抱える。そのため、普段から利用しておくことで、事前に預け先の環境に慣れておくことが必要である。

#### 4 まとめと課題

本研究の主要目的は、自己記入式質問紙で得られたASD児の家族のEEと問題行動プロフィールとの関連を精緻な評価であるFMSSで追認することにあった。結果として、知的障害を伴うASD児の「常同行動」には、EE構成要素全般（批判のみならず肯定的関係性も含めて）が深く関係することが示唆され、特異度を上げたカテゴリー評価では「無気力」と



の関連が、批判・不満を包含したディメンジョナル評価では「興奮性」「無気力」「常同行動」との関連が、肯定的関係性は「不適切言語」とも関連することが示唆された。しかし、EOI 単独では有意な関連は示されず、2 つ目の目的であった QOL との関連性も認めなかった。こうした結果から、症例数の少なさ、EOI 尺度評価の複雑さ、ABC-J による客観尺度の信頼性、QOL にかかわる他の要因の検討、といった研究の限界と課題が示された。今後、FMSS の評価者トレーニングを向上し、縦断的な ASD 児の症状や予後、社会機能、家族機能などとの関連を、多数例で検証していくことが必要である。

最後に母親に対して半構造化面接を行い、児や家族への保健医療福祉支援として今後望まれるケアに関して質的に分析した。その結果、ASD への理解や対応の促進、受療負担の軽減、社会資源や余暇の不足、父親や兄弟の支援参画の促進と心理的サポート、社会的障壁への支援ニーズが語られた。このような結果をとおして、EE に焦点を当てた ASD の家族支援（心理教育）を構築し、その効果を質的個別的に、またエビデンスとしても蓄積していくことが求められている。

## 文献

- 1) Baker BL, Heller TL, Henker B: Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *J Child Psychol Psychiatry* 41: 907-915, 2000
- 2) Barrowclough CB, Parle M: Appraisal, psychological adjustment and EE in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 171:26-30,1997
- 3) Boger KD, Tompson MC, Briggs-Gowan MJ. et al: Parental expressed emotion toward children: prediction from early family functioning. *J Fam Psychol.* 22: 784-788, 2008
- 4) Brewin CR: Attribution and EE in the relatives of patients with schizophrenia. *J Ab Psychol*, 100:564-554,1991
- 5) Brewin CR: Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia. *Psychol Med*, 24:905-911,1994
- 6) Christiansen H, Oades RD, Psychogiou L, et al.: Does the cortisol response to stress mediate the link between EE and oppositional defiant disorder in attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Brain Funct* 15;6:45, 2010
- 7) Demir MO, Yıldız M, Batmaz S, et al: Expressed emotion in panic disorder: Relationship with demographic and clinical variables and quality of life. *Int J Soc Psychiatry* 62: 394-399. 2016
- 8) Dochery NM: EE and language disturbances in parents of stable schizophrenic patients. *Schizo Bull*, 21:411-417,1995
- 9) Ellis AJ, Portnoff LC, Axelson DA, et al: Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 15: 213-216, 2014
- 10) 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, 1998
- 11) Griffith GM, Hastings RP, Petalas MA. et al: Mothers' expressed emotion towards children with autism spectrum disorder and their siblings: *J Intellect Disabil Res* 59: 580-587, 2015
- 12) Hooley JM, Parker HA: Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *J Fam Psychol* 20 : 386-396, 2006
- 13) Inoue S, Tanaka S, Shimodera S, et al : Expressed emotion and social function. *Psychiatry Res* 72 : 33-39, 1997
- 14) 井上和博, 河内山奈央子: 発達障害児に関わる保育士・幼稚園教諭の「不安や困りごと」～作業療法士の視点から～. *鹿児島大学医学部保健学科紀要* 22: 31-38, 2012

- 15) 石川 肇: 強度行動障害を示す重度知的障害者の行動改善に関する考察. 聖泉論叢 13: 147-171, 2005
- 16) Jackson HJ, Smith N, McGorry P: Relationship between expressed emotion and family burden in psychiatric disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scand*, 82:243-249,1990
- 17) Jarbin H, Grawe RW, Hansson K: Expressed emotion and prediction of relapse in adolescents with psychotic disorders. *Nord J Psychiatry* 54 : 201-205, 2000
- 18) 兼島瑞枝, 長崎文江, 古謝淳ほか: 精神分裂病者を持つ家族の感情表出と疾病理解度との関連. *精神医学*,40:945-949,1998
- 19) 河野順子: 自閉症児をもつ母親支援を考える－母親の心理的側面に焦点を当てて. *東海学園大学研究紀要* 18: 35-47,2013
- 20) Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, et al: Life events, relatives' expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychol Med* 13: 799-806, 1983
- 21) Lopez SR, Nelson KA, Snyder KS, et al: Attribution and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 108:307-314,1999
- 22) Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, et al: A brief method for assessing expressed emotion in relatives of schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 17 : 203-212, 1986
- 23) Marom S, Munitz H, Jones PB, et al : Familial expressed emotion: Outcome and course of Israeli patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 28: 731-743, 2002
- 24) Marom S, Munitz H, Jones PB, et al: Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull* 31: 751-758, 2005
- 25) McCreadie RG, Williamson DJ, Athawes RW, et al: The Nithsdale schizophrenia surveys. XIII: Parental rearing patterns, current symptomatology and relatives' expressed emotion. *Br J Psychiatry* 165: 347-352, 1994
- 26) 三村幸恵, 金平希, 米倉裕希子: 発達に支援を要する児童の家族の感情表出研究, FMSS の評価より. *福山大学こころの健康相談室紀要* 10: 43-50, 2016
- 27) 中下登美子, 宮崎有紀子, 上原美子, ほか: 知的障害児の家族のストレスとニーズ, ソーシャルサポートとその関連性. *日本地域看護学会誌* 14: 101-111, 2012
- 28) Narayan A, Cicchetti D, Rogosch FA, et al: Interrelations of Maternal Expressed Emotion, Maltreatment, and Separation/Divorce and Links to Family Conflict and Children's Externalizing Behavior. *J Abnorm Child Psychol* 43: 217-228, 2015

- 29) 小野善郎 訳著: 異常行動チェックリスト日本語版(ABC-J)による発達障害の臨床評価. じほう, 2006
- 30) 大島 巖, 伊藤順一郎, 岡田純一ほか: 日本における EE 尺度の適用可能性に関する研究. 精神医学 36 : 697-704, 1994
- 31) Otsuka T, Nakane Y, Ohta Y: Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. *Acta Psychiatrica Scand* 89: 111-116, 1994
- 32) Owen-Anderson AFH, Bradley SJ, Zucker KJ: Expressed emotion in mothers of boys with gender identity disorder. *J Sex Marital Ther* 36:327-345, 2010
- 33) Peris TS, Miklowitz DJ: Parental expressed emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry Hum Dev*. doi 10.1007/s10578-014-0526-7, 2015
- 34) 相良由美子, 上原 徹: 家族の感情表出 (expressed emotion) と知的障害を合併した自閉スペクトラム症児の問題行動との関連. 精神医学 60: 881-891, 2018
- 35) Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al: Family psychoeducation for major depression: randomized controlled trial: *Br J Psychiatry*, 198: 385-390, 2011
- 36) Shimodera S, Inoue S, Tanaka S, et al: Critical comments made to schizophrenic patients by their families in Japan. *Compr Psychiatry* 39 : 85-90, 1998
- 37) Shimodera S, Mino Y, Inoue S, et al: Validity of a FMSS in measuring Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia in Japan. *Compr Psychiatry* 40 : 372-376, 1999
- 38) Shimodera S, Inoue S, Mino Y, et al: Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan *Psychiatry Res* 96 : 141-148, 2000a
- 39) Shimodera S, Mino Y, Inoue S, et al: Expressed emotion and family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Compr Psychiatry* 41 : 392-397, 2000b
- 40) Shimodera S, Mino Y, Fujita H, et al: Validity of a five-minute speech sample for the measurement of in the families of Japanese patients with mood disorders. *Psychiatry Res* 112 : 231-237, 2002
- 41) 白垣潤, 梅下弘樹: 発達障害児および発達障害が疑われる幼児の発達特性と家庭環境に関する研究－津守式乳幼児精神発達診断法を用いて－. 岡崎女子短期大学研究紀要 43.41-48, 2010

- 42) 高橋純一, 遊佐千尋, 鶴巻正子: 子どもの行動に対する肯定的捉え直しが発達障害幼児の保護者の養育スタイルに及ぼす影響. 障害理解研究 17: 17-28, 2016
- 43) 玉川あゆみ, 古株ひろみ, 川端智子, ほか: 医療機関における発達障害児への看護の課題に関する文献検討. 人間看護学研究 13: 35-41, 2015
- 44) 田崎美弥子, 中根允文: WHO QOL26. 世界保健機関 精神保健と薬物乱用防止部編. クオリティ・オブ・ライフ手引改訂版. 金子書房, 2007
- 45) Thompson MC, Goldstein MJ, Lebell MB, et al: Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Res* 57:155-167,1995
- 46) Uehara T, Yokoyama T, Goto M, et al: Expressed emotion and short-term treatment outcome of outpatients with major depression. *Compr Psychiatry* 37 : 299-304, 1996
- 47) Uehara T, Yokoyama T, Goto M, et al: Expressed emotion from the Five-Minute Speech Sample and relapse of outpatients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand* 95: 454-456, 1997
- 48) Uehara T, Yokoyama T, Goto M, et al : Reliability of FMSS, the five-minute speech sample, for assessing expressed emotion in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 53 : 511-514, 1999
- 49) 上原 徹, 横山知行, 後藤雅博ほか: 日本語版 FMSS で評価された EE の信頼性, 疾患別特性および臨床要因との関連. *社会精神医学誌* 7 : 113-122, 1998
- 50) Uehara T, Kawashima Y, Goto M, et al : Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion : A preliminary study. *Compr Psychiatry* 42 : 132-138, 2001
- 51) Von Polier GG, Meng H, Lambert M, et al: Patterns and correlates of expressed emotion, perceived criticism, and rearing style in first admitted early-onset schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 202: 783-787, 2014
- 52) Weisman de Mamani A, Weintraub MJ, Maura J, Martinez de Andino A, Brown CA : Stigma, Expressed Emotion, and Quality of Life in Caregivers of Individuals with Dementia. *Fam Process*. 2017 Oct 15. doi: 10.1111/famp.12325.
- 53) Wuerker AM: Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders. *Schizo Bull*, 22,671-690,1996
- 54) 山下はるか, 竹内康二: 障害児とその家族の地域での行動を制限する社会的障壁に関する実態調査. *明星大学心理学年報* 34: 41-45,2016.

- 55) Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, et al : Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. J Affect Disord 83 : 199-206, 2004
- 56) 米倉裕希子, 三野義央: 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 7 : 141-149, 2006
- 57) 米倉裕希子, 三野義央, 何 玲: 障害のある子どもの家族心理教育の効果: 家族の QOL  
と EE. 病院・地域精神医学 52: 159-160, 2009
- 58) 米倉裕希子, 三野義央, 金平希,ほか: 学齢期の発達障害児の家族の Expressed Emotion  
—批判的コメントと情緒的巻き込まれすぎの分析. 関西福祉大学社会福祉学部研究紀  
要 18: 25-29, 2015
- 59) 米倉裕希子: 障害のある子どもの家族の EE. 日本の EE(expressed emotion)研究, いま,  
これから—障害のある子どもの家族やケアする看護職の感情表出. 第 33 回日本家族研  
究・家族療法学会. 長崎. 9 月, 2016

第Ⅲ章第 2 研究の一部は,「臨床精神医学」第 47 巻第 12 号, 1421-1430 頁, 2018 年に  
受理・掲載された.

## 第IV章 総括

### 第1節 本研究の要約

本研究では、家族が表出する感情や態度を実証的に評価する代表的な家族関係性の指標である、家族の感情表出（expressed emotion：EE）に着目し、知的障害を伴う自閉症児を抱える家族のEEが、自閉症児が示す問題行動に影響を及ぼすのかどうか、EEが問題行動プロフィールや障害特性の重症度と関係するのかを実証的に検討した。さらに、対象家族に対して半構造化面接を行い、家族の生活の質（QOL）や養育実態、今後の望まれる支援や要望などを聴取した結果から質的検討を加え、EEとの関連を補完的に考察し、知的障害を伴うASD児の問題行動の軽減や、その家族への支援のあり方、家族心理教育の必要性を検証した。

以下、本研究結果から得られた知見および総括的な考察を行う。

#### 1 第1研究から得られた知見と課題

第II章第1研究では、知的障害を伴い自宅で生活している6歳から18歳までの自閉スペクトラム症（ASD）児とその家族を対象として、家族のEEの特徴を把握するため、EEに関連する因子を知的障害のレベルや合併症の有無、家族構成、社会資源の利用などを含めて探索的に検討、また、知的障害を伴うASD児の家族のEEは児の行動上の問題と相互に関係しあう、という仮説の検証を行った。家族に依頼するEE評価は、Family Attitude Scale（FAS）日本語版<sup>1)</sup>を使用し基本属性とともに自記式調査を行った。児の問題行動については、児が通所する事業所のケア職員に依頼し、「異常行動チェックリスト日本語版」（Aberrant Behavior Checklist-Community: ABC-J）<sup>8)</sup>による調査票で行い、基本属性や療育手帳の判定区分、社会資源利用の有無との関係や、ABC-Jで評価された問題行動プロフィールへの影響を分析した。結果、対象児は56名、平均年齢11.3歳であった。

EE（批判）と基本属性の関係では、家族の批判度は、服薬をしている児と同居する家族の方が、服薬をしていない児と同居する家族に比して極めて有意に高いことが分かった。受診の待ち時間中の予期不安、児の多動、医療への対応の不満等によって家族の心理的・身体的負担を増大させ、ストレスの原因になり得る報告<sup>5)</sup>のとおり、本結果においても同様に母親の心理・身体的負担に影響し批判度を高めることが考えられる。こうした特定の家族成員に負担が集中することを回避、軽減させる一つの方策として、障害福祉サービスの事業所の一つである行動援護事業所による通院代行、また、母自身の通院補助として、夫や兄弟らほか

の家族の協力、友人、近隣、ボランティアなどのインフォーマルサービスにおける「通院サポーター（仮称）」の開拓も母親の負担軽減のため検討に値する。加えて、医療機関の ASD 児に対する遠隔診療（オンライン診療）や訪問診療の導入も検討に値する。近年の情報通信機器の開発や普及に伴って既に慢性疾患の患者に対しては導入されている、今後、家族が子どもを医療機関に連れて行くだけではない受療形態も、行政や医療機関への働きかけ含めて実用化に向けた行動を起こしていく必要がある。

家族人数と EE とが正の相関が認められた。相互交流を持ちにくい ASD の特性からケアの負担が他の家族に分担できず、母親に集中していることから母親の批判度を高めていることも推測される。

次に EE と問題行動プロフィールとの関連である。FAS による EE は ABC-J による興奮性、常同行動、多動の 3 因子と有意な相関を示した。これにより、主要目的とした「知的障害を伴う ASD 児の家族の EE は相互に影響しあうか」については、予想どおり先行研究を支持する結果となった。これらから、EE は児の行動上の問題に何らかの影響を与える可能性があること示唆される。

続いて、合併症や服薬の有無、年齢、療育手帳の判定区分などを包含した重回帰分析の結果から、家族の批判度は常同行動に直接的に影響を与えていることが分かった。ASD 特有な限局的で奇異な反復動作は、家族の日常生活に慢性的な困難をもたらし、家族の心理身体的負担を増加させ否定的感情（批判）を高める。それが、さらに児の常同行動を増加させる、といった悪循環を来すことが推測される。また、興奮性と知的障害の判定区分、多動と服薬の有無、児の年齢と不適切な言語が、それぞれ影響を与える因子であることが確認された。

このことは、家族の関わりが変容すれば児の常同行動が軽減され、家族の慢性的な負担が緩和されるという連関の一端を示しているものと考えられる。知的障害を伴う ASD 児の問題行動を軽減させるためには、その手立てとして、家族の EE（批判度）を緩和させるための家族支援や心理的サポートが有用である可能性を示唆する。家族をサポートする側がこの影響を与え合う関係を十分認識しておくことで、家族の批判度を高じさせない予防的支援を導くことができよう。但、今回得られた各重回帰モデルの適合度は決して十分とは言えず、本調査の変数だけで問題行動を説明するには不十分であることを踏まえておきたい。今後もより幅広い生物心理社会因子も視野に入れた検討が必要である。

第 1 研究で用いた EE 評価（FAS）は簡便な自記式法であるが、「批判(criticism)」の評価が中心のため、EE の一側面を反映している可能性がある。そのため、当該 FAS のみで家族



の EE の高低を決定することには限界がある。より精緻な EE の評価法<sup>6)</sup>である Five Minute Speech Sample (FMSS)を使用し、EE の他の構成要素である「感情的巻き込まれ (emotional over involvement; EOI)」を含めて、再検討を加える必要がある。また、EE 以外に問題行動に関わる要因、例えば、家族の Quality of Life (QOL) などの広い視野からの検討も必要である。加えて、今後の家族支援に繋げるためには、家族の実態やニーズ把握が必要不可欠である。半構造化面接で家族の現状や望む支援のあり方などについて個々に聴取したうえで、質的な解析を加えることが求められる。

## 2 第 2 研究から得られた知見と課題

第 1 研究で得られた知見と課題をもとに第 2 研究第 III 章では、「批判(criticism)」だけではなく、他の EE 構成要素である「感情的巻き込まれ (emotional over involvement; EOI)」や、先行研究から報告例のない「肯定的初発陳述」や「肯定的関係性」「賞賛の言葉数」を含めて問題行動との関連を検討した。また、EE とフォーマルな社会資源の利用の有無と家族の QOL との関連を併せて検証することを目的として、家族に対して FMSS、および WHOQOL26 調査票<sup>10)</sup>を用いた QOL の自記式調査、および半構造化面接によって、家族の基本情報を聴取、また、家族の自由な語りをとおして、養育の困難さや今後求める保健福祉的ニーズについて、インタビューガイドを用いて聴取し、語られた内容からカテゴリー化し、質的な解析を加えた。児の問題行動評価については、第 1 研究と同様、「異常行動チェックリスト日本語版」(Aberrant Behavior Checklist-Japanese: ABC-J)を使用し、対象児が通う放課後等デイサービスのケア職員が評価した。家族に個別に説明のうえ、文書による同意が得られた家族 20 名の児および母親が参加した。

対象児の平均年齢は 12.5 歳、男性 15 名、女性 5 名であった。FMSS で評価された EE (FMSS-EE) については、high-EE が 5 名、境界線級(b-EE)も含めると 12 名であった。下位評価の内訳は、「批判(CC)」が 4 名、「感情的巻き込まれ (EOI)」は 2 名、「自己犠牲・過保護 (SSOP)」は 1 名、「感情の現れ」1 名、「態度表明」1 名、「5 以上賞賛の言葉」について 3 名に認めた。肯定的な初発陳述は 1 名、肯定的関係性が 8 名に認められた。high-EE の割合については先行研究と近似する結果であったが、本研究では、下位評価「批判(CC)」および「感情的巻き込まれ (EOI)」について高い比率が示され、ASD や ADHD など学習支援を利用する児の家族<sup>7)</sup>における調査とはかなりの差が認められ、対象の行動特性などに応じて EE の割合が変化することが示唆された。肯定的初発陳述や肯定的関係性、賞賛の言葉数

について分析した研究報告がない。そのため、本研究結果が一つの指標となると考えられる。

FMSS-EE と ABC-J による問題行動のプロフィールの関係で、high-EE と low-EE の 2 群間で有意差を認めたのは、「無気力」と「常同行動」でいずれも high-EE 群が高かった。批判および EOI の関連では、批判・不満を包含したディメンショナル評価において、批判の程度が「興奮性」、「無気力」、「常同行動」と有意な正相関を示した。また、EE 研究ではあまりターゲットにされてこなかった肯定的関係性の有無で各症状を比較したところ、「常同行動」と「不適切な言語」が、有意に低い結果であった。第 1 研究では「常同行動」に対する「批判」の影響が示され、今回は「無気力」と「常同行動」でいずれも high-EE 群が高い結果であった。つまり、より精緻な FMSS-EE においても「常同行動」との関連は追認され、さらに「無気力」とも関連することが示唆された。このことから、「常同行動」（限局的で奇異な反復動作）に加えて、「無気力」（人から孤立しようとする、愛情に対して拒否的に反応する）などの ASD の中核症状は、家族の EE を高める一つの要因となることが分かった。

続いて、肯定的な家族関係性が認められる場合は「常同行動」と「不適切な言語」が有意に低いという結果が示されたことから、肯定的関わりを促進する家族支援プログラムの有用性が示唆される。一方、予測に反して感情的巻き込まれ (EOI) 単独では、問題行動プロフィールとの関連性を認めず、EOI は批判とは異なる問題行動に影響を与えるのではないかという仮説は否定された。子どもの精神行動病理と EE については、対処能力を含めたより複雑で多様な家族機能が関与していることが示唆されており、EOI はむしろ保護的に働くという指摘<sup>9)</sup>もある。また、海外の ASD を対象とした FMSS 評価 (Autism-Specific FMSS: AFMSS) の研究では、EOI を除いて内的整合性や信頼性が示されたことが報告<sup>1)</sup>されている。FMSS-EE の EOI 評価については、今後もさらなる検討が求められる。

FMSS-EE と QOL の関係では、先行研究からは high-EE ほど QOL が低下することが推測されたが、本研究結果からはいずれの FMSS-EE 評価も QOL 下位尺度との有意な関連を認めなかった。QOL と基本情報との分析結果では、社会的 QOL は手帳区分判定と、合併症を有する群では環境的 QOL と、服薬ありの群で身体的 QOL/心理的 QOL が有意に低かった。また、問題行動プロフィールとの関連では、興奮性が心理的/全体 QOL と、常同行動が心理的/全体 QOL と、多動が身体的/心理的/全体 QOL とで、それぞれ有意な相関が示され、FMSS-EE は家族の QOL とは直接関係せず、むしろ、QOL に影響を与えるのは、問題行動のプロフィールである可能性が示唆された。

母親との面接結果からは、母親自身が最も困っていることは、児が示す問題行動やその対

応方法であることが分かり、家族の「実態」として、地域社会や周囲への気兼ね、兄弟姉妹への気遣いや経済的負担が語られ、実際に社会的障壁もあることが示された。今後、社会全体に ASD の認知度を高め、その特異な行動特性についても理解を拡大させる必要がある。また、家族の「心情」からは、家族自体が ASD の理解やその対応について学習できる機会や本人の余暇のニーズ、父親や兄弟への心理的サポートのニーズから、家族への心理的教育的サポートが必要なことが分かった。とりわけ、知的障害を伴う ASD の家族に対しては、ASD の十分な理解を促すとともに、児への肯定的な関わりを増やすことで問題行動の軽減を目標とする心理教育プログラムが重要であると考えられる。

知的障害を伴う ASD 児の家族の感情的巻き込まれ (EOI) は、問題行動プロフィールおよび家族の QOL とは有意な関連は示されず、仮説は実証されなかった。症例数の少なさが理由の一つと考えられる。また、人に対する共感や感情的交流の持ちにくい ASD 児に対する EOI 評価の有用性についても今後、より多数例での実証が求められる。また、EOI 下位尺度評価の複雑さ、QOL にかかわる他の要因の検討、といった課題も挙げられる。今後、縦断的な ASD 児の症状や予後、社会機能、家族機能などとの関連についても、より多数例で検証していくことが必要である。

## 第 2 節 本研究からの提言

### 1 問題行動を呈する ASD 児の家族への支援

問題行動 (常同行動, 興奮, 多動) を呈する児の家族は、EE (批判) を高じ易いこと、特に常同行動は EE (批判) と影響し合うこと、肯定的関係性を導くことにより常同行動が軽減される可能性があることなどについて、児のライフステージで関わる関係機関 (保健, 医療, 福祉サービス事業所, 保育・学校など) が共通理解したうえで、互いに連携しながら児や家族の支援を行う必要がある。特に常同行動を示す児の家族には、より心理・教育的な配慮が必要であり、このことを認識しておくことで、家族と児双方の予防的支援が可能となり、家族が悪循環に陥らないことも想定できる。ASD の中核症状とされる行動特性や日常生活, 問題行動への対応, 日常生活における留意点についての理解を丁寧に促し、児に対して「批判的」にならないようなサポートを行っていくことが重要である。

併せて、家族の負担を重積させないよう児の問題行動と適度な物理的距離を図ることが、批判や慢性的な困難を緩和させると考えられる。そのため、最大限、定期的な物理的社会資源 (日中一時支援や短期入所, 行動援護事業所など) を利用するマネジメントや家族同士の

協力、友人や近隣など身近な人たちによるサポートも必要であろう。

## 2 心理教育的アプローチによる家族支援

知的障害を伴う ASD 児が呈する問題行動は、EE を高め家族の QOL を低下させる。そのため、家族への心理教育的アプローチにより、EE を低下させることで児の問題行動の軽減と QOL の向上が期待できる。構造化された集団プログラムに則り、ASD に対する療育の知識や特性に関する情報提供、日常生活および問題行動含めた対応スキルの習得、家族同士による分かち合いや社会的交流などをおして、児への関わり方が変容し、問題行動に対応できる力と自信を培えることが家族にとって必要であると考えられる。

## 3 施策への提言

家族の語りから明らかになった実態とニーズを踏まえ本研究では、ASD 児の非常災害対策として放課後等デイサービスも福祉避難所の指定先に加える指定先の拡充、家族の社会的障壁の緩和のため「ASD マーク（仮称）」の創設、通所事業所の報酬体系に「休日特別支援加算（仮称）」等の新設及び学校休業日に開所する事業所が増える報酬単価の改正、ASD 児に対する遠隔診療（オンライン診療）の推進などを障害福祉行政に要望や提言を行いたい。また、保育・教育分野には、拡く ASD 理解の強化に繋がる事業の新設を提言したい。

### 第3節 本研究の限界と展望

第1に、本研究は知的障害を伴う ASD 児に特定、児の年齢については6歳から18歳に限定して行った。第1研究では56名、第2研究では20名が対象家族として参加したが、症例数の少なさや地域性は否めず、本研究結果の一般化、妥当化については慎重である必要がある。今後は、発達支援事業所利用の ASD 児など、低年齢の ASD 児およびその家族、知的障害を伴わない ASD 児およびその家族、或いは ASD 以外の発達障害児およびその家族を対象とした研究も求められる。

第2に、本研究で使用した評価尺度である。第1研究で使用した Family Attitude Scale (FAS) 日本語版は、自記式で簡便性の長所はあるが、EE の構成要素である批判 (criticism) が中心であるといった一側面性の短所がある。児の問題行動評価「(Aberrant Behavior Checklist-Community: ABC-J) については、各事業所のケア職員の評価に係る信頼性の問題、第2研究で使用した Five-Minute Speech Sample (FMSS) については、EOI 尺度評価の複雑さ

による評価の難しさが挙げられ、本研究の結果だけで結論づけることができない。今後、ABC-J 評価、および FMSS 評価者トレーニングをより向上させたいうえで、縦断的な ASD 児の症状や予後について、より多数例の検証が必要である。

第 3 に、EE と問題行動の軽減に焦点を当てた家族心理教育の実施前と実施後の効果の検証である。障害児の家族に対する心理教育的な関わりは、さまざまな療育機関で実践が行われているにも関わらず、実践効果を評価し根拠が示されている研究は少ない<sup>11)</sup>。統合失調症に代表される家族心理教育は、「知識・情報」、「対処技能」、「心理的・社会的サポート」の 3 点を基本としてプログラムが組み立てられる。家族に対し疾患に関する情報を伝達し知識を共有することで、患者や家族の疾患への対処技能の向上を図り、再発に繋がるような不適切な行動を防止するプロセスである<sup>3)</sup>。困難な問題を抱える家族が、混乱をしている状態から知識を持ち、日々の問題に対処できる自信があればゆとりが生まれ、本来の援助能力が発揮される<sup>4)</sup>。ASD 児の家族に置き換えるならば、「ASD の知識や情報を家族の心理面に配慮しながら正しく伝え、ASD の特性ゆえに示される問題行動への対応方法を獲得することで自信がつき、本来の養育力が発揮できる」プログラムの提供であり、効果を検証することでもある。実践にあたってはかかわるスタッフが、心理教育を提供できる知識とスキルを身につける必要がある。

今後、知的障害を伴う ASD 児の家族心理教育の効果について、質的・個別的検証を行うとともにエビデンスとして蓄積していくことが、家族の EE と知的障害を伴う ASD 児の問題行動との関連がより明らかになるとともに、障害児の保健福祉の発展に寄与できるものと考えられる。

## 文献

- 1) Benson PR, Daley D, Karlof KL, et al: Assessing expressed emotion in mothers of children with autism: the Autism-specific Five Minute Speech Sample. *Autism* 15: 65-82, 2011
- 2) Fujita H, Shimodera S, Izumoto Y, et al: Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Res* 110: 273-280, 2002
- 3) 後藤雅博: 心理教育的アプローチー再発防止のための家族プログラム. 伊藤順一郎, 他編. *精神科リハビリテーション( I ) 援助技法の実際*. 星和書店, 1995
- 4) 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, 1998
- 5) 小室佳文, 前田和子, 長崎多恵子, ほか: 自閉症児・者の受療環境に関する家族のニーズ. *小児保健研究* 64: 802-810, 2005
- 6) Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, et al: A brief method for assessing expressed emotion in relatives of schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 17: 203-212, 1986
- 7) 三村幸恵, 金平希, 米倉裕希子: 発達に支援を要する児童の家族の感情表出研究, FMSS の評価より. *福山大学こころの健康相談室紀要* 10: 43-50, 2016
- 8) 小野善郎 訳著: 異常行動チェックリスト日本語版(ABC-J)による発達障害の臨床評価. じほう, 2006
- 9) Peris TS, Miklowitz DJ: Parental expressed emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry Hum Dev*. doi 10.1007/s10578-014-0526-7, 2015
- 10) 田崎美弥子, 中根允文: WHOQOL26. 世界保健機関 精神保健と薬物乱用防止部編. *クオリティ・オブ・ライフ手引改訂版*. 金子書房, 2007
- 11) 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* 8: 99-106, 2007

## 謝辞

本論文は筆者が高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻在学中に行った研究結果をまとめたものです。

本研究の実施にあたっては、同専攻教授上原 徹先生に研究テーマの設定から、方法から結果に至る一連の研究プロセスにおいて、御時間を惜しむことなく豊富で幅広い知見から、終始きめ細かい御丁寧な御指導を賜りました。学位論文提出が実現したことは、先生の御指導のお陰であると、心から深く感謝申し上げます。

同研究科教授小澤澗司先生には総括的所見から、今後に繋がる重要な視点で御助言を賜りました。本当に有難うございました。

論文の審査をとおして、同専攻教授千葉千恵美先生、同専攻准教授池田朋広先生、医療法人崇徳会こころのクリニック ウィズ所長後藤正博先生に、それぞれの御専門分野から貴重な御助言と御教示を頂戴し、膨らみを持たせる論文の校正に繋げることができました。厚く御礼申し上げます。

本調査実施にあたり FAS 日本語版の使用について、御許諾と御教示を頂いた高知大学医学部の藤田博一先生、大変有難うございました。そして、貴重な御時間にもかかわらず回答に快く御協力頂いた保護者の皆様、事業所管理者並びに職員の皆様に心から感謝申し上げます。本研究結果を以て今後のアプローチにより、子どもたちが示す問題行動の軽減に向けて、その一助が担えたら幸いです。

本研究は、平成 28 年度群馬県健康づくり研究助成「あさを賞」による助成を受けて行われました。研究の遂行上で関わらせて頂いた全てのサポートに謝意を表します。

2019 年 3 月 15 日

相良由美子