

1に、器質性か機能性かという疾患の性質を反映し、痴呆症の中核症状である記憶や認知の障害は持続的であり、アルツハイマー病にみられるようにしばしば進行性である。この点、再発することはあっても寛解することも多い統合失調症の症状の出現の仕方と異なる。第2に、痴呆の発症が高齢期に多く、その主要な家族は配偶者か子ども、あるいは子の配偶者である場合が多いのに対し、青年期に多発する統合失調症の主要な家族は親であることが多い。第3に、入院治療の意義である。痴呆症においては入院治療を行っても中核症状からの回復は困難であり、入院や施設入所が家族を介護負担からの解放するために行われることが多いのに対し、統合失調症では入院治療によって症状からの回復が可能となることが多い。

本研究は、こうした特徴をもつ痴呆症における家族の感情表出研究の現状と得られた成果を概観し、今後の研究課題を明らかにすることを目的としている。研究のレビューに当たって問うべき課題は以下のようなものである。(1) 痴呆性高齢者の家族介護者のEEレベルを高める要因は何か。介護負担感が高いことがEEを高めているのだろうか。(2) 痴呆性老人の介護者のEEレベルが高い場合、それが原因となって痴呆の症状の悪化が生じるだろうか。(3) 痴呆性老人の介護者のEEレベルが高い場合、それが原因となって痴呆性老人の入院は促進されるだろうか。

B. 研究方法

National Library of Medicine の PubMed によって論文検索を行った。キーワードに dementia と expressed emotion を入れて検索したところ 13 編の論文が選択された。このうち家族の感情表出に関して痴呆症を対象に行われたオリジナルの EE 研究は 6 編であった。これに expressed emotion のみをキーワードに入れて検索した際に見出された論文 1 編 (organic psychoses の再入院の要因を調べた研究) を加え、7 編について考察を加えた。発表時期 1987 年 11 月から 2002 年 5 月までの論文である。なお、下寺、三野ら (1998) が、すでに「老人精神疾患と家族の感情表出」という総説論文をまとめており、そこでは 1996 年までのオリジナル研究がレビューされている。今回対象とした 7 編の研究には、EE の評価方法として Camberwell Family Interview (CFI) の原法と短縮版、Five Minutes Speech Sample (FMSS) が含まれていた。EE の評価方法 (CFI の原法と短縮版、FMSS、高 EE・低 EE の区分の仕方など) については下寺らの総説に詳しく述べられている。

C. 痴呆性高齢者の家族介護者の EE レベルを高める要因は何か

Orford J ら (1987) は、精神科患者の主要な家族メンバーが示す EE を面接によって評

価し、同時に家族関係に関する質問紙(Family interaction questionnaire)へ回答してもらった。患者の疾患や年齢によって4群(①18歳から46歳の精神科疾患25名、②60歳以上の痴呆症12名、③60歳以上の機能性精神障害12名、④60歳以上の慢性身体疾患12名)を区分し、4群の比較を行った。その結果、痴呆症の家族では、家族関係質問紙への回答に特徴がみられ、他の群に比べ敵意のレベルが高く、愛情のレベルが最も低かった。しかし面接にもとづくEEでは家族関係の特徴の違いを検出できなかった。この研究ではEEと関連する因子の分析は行われていないが、質問紙法によって、痴呆症家族では他の疾患に比べ敵意レベルが高いという結果が示されている。

Gilhooly MLら(1989)は、痴呆症の介護者の感情表出(EE)と介護者のさまざまな要因との関係を調べている。批判的コメントの頻度は、介護者にとって支援を頼める人の数、介護者と痴呆性老人の関係、専門家からの支援と相関していた。分析の結果、EEは介護者の性別、介護者の心理的健康度、友人との接触の機会、介護者と痴呆性老人との関係と統計学的に有意の関連が認められたが、老人の障害の程度、年齢、性別、サービスの利用とは関連していなかった。

Bledin KDら(1990)は痴呆症の患者の主要な介護者である娘25名に感情表出(EE)の評価を行い、11名の低EE群と14名の高EE

群に区分した。両群間で、親である患者の認知障害の程度には差が認められなかったが、認知障害の程度も調整して両群間で自覚的な負担とストレスの程度を比較すると、高EE群において負担感のレベルが高かった。批判的コメントが少なく肯定的言辭が多い介護者では、より効果的な対処方法がとられていた。高EE群では、生存する兄弟姉妹がおらず一人娘である割合が高く、レスパイトケアを利用する率も高かった。また、9ヶ月間の追跡調査を行ったが、EEのレベルとケアの継続性に関連はみられなかった。

Vitaliano PPら(1993)は、Five Minutes Speech Sample(FMSS)によって痴呆症の配偶者のEEを測定し、高EE群(15名)、低EE群(62名)を区分して、両者の比較を行っている。両群の間で、配偶者の性別、年齢、患者の罹病期間、MMSEで調べた痴呆の程度には差はみられなかった。低EE群に比べ、高EE群の配偶者は統計学的に有意に抑うつが強く、生活満足度が低く、抑圧された怒りを有していた。また、痴呆症患者の特徴を両群で比較すると、低EE群に比べ、高EE群では、より多くの否定的行動を示していた。

Fearon Mら(1998)は、痴呆性老人の介護者のEEのレベルと、老人と介護者の間の親密さ(intimacy)との関係を調べている。マンチェスター南・中央部の老年精神医学サービスを利用している痴呆性老人の介護者99名を対象に、過去および現在の老人との親密さ

についての質問紙に回答してもらった。一方で Camberwell Family Interview を実施し、介護者の EE レベルを確定した。その結果、現在の親密さが低い場合、EE レベルが高いという強い関連が見出された。すなわち親密さが低い群では、高い群に比し、批判的コメント、敵意の値が有意に高かった。高 EE は老人と介護者の親密さが希薄であることを反映しており、時間を要する家族面接の代わりに親密さに関する質問紙に回答してもらうことで、高 EE の介護者を効率的にスクリーニングすることができるであろうと著者らは述べている。

Tarrier N ら (2002) は 100 名のアルツハイマー病患者の介護者を対象に、介護負担感、感情表出 (EE)、感情を引き起こした原因、唾液の副腎皮質ホルモン濃度を調査した。41 名の介護者は高 EE 群と判定された。高 EE は、高い介護者のストレス・負担スコア、患者の認知障害についての報告と関連していたが、唾液の副腎皮質ホルモン濃度とは関連がみられなかった。高 EE の介護者は、患者が示す否定的出来事に関し、個人に原因を帰し、それによって影響されているとしていた。批判的な介護者は患者の奇異な行動に原因を帰す傾向があり、患者に温かみを示す介護者はその反対のパターンを示していた。過剰な情緒的巻き込まれを示す介護者は、患者の行動の理由を患者の外部に求め、自分自身に原因があるとしていた。唾液副腎皮質ホルモン濃度は、自覚的な負担やストレスと関連していた。

以上 6 つの研究をみてきたが、これらの結果をまとめると次のようなことがいえるであろう。痴呆症の家族の高い EE は、介護にともなう自覚的ストレス・負担感の高さと関連している。また、質問紙によって測定可能な患者と家族の間の親密さの希薄さとも関連している。またソーシャルサポートによって影響されている。家族が示す EE は、患者と家族の関係の質を表すひとつの指標であり、そこにはその家族自身の心理的健康度 (psychological well-being) やストレスへの対処方法が反映されている。

D. 痴呆性老人の介護者の EE レベルが高い場合、それが原因となって痴呆の症状の悪化が生じるか

統合失調症にみられるように家族の高 EE は痴呆症の症状を悪化させる要因であろうか。この疑問に答えるためにはコホート研究を行わなければならない。検討した 6 つの研究のなかで追跡調査を行っているものは 2 つあり、そのうち Vitaliano PP ら (1993) の研究は、この疑問を検証したものである。

Vitaliano PP らは、Alzheimer 型痴呆の配偶者において高 EE 群 15 名、低 EE 群 62 名を確定した後、15 ヶ月から 18 ヶ月後に再調査を行い、その間に認知障害、ADL 障害、否定的行動のそれぞれの変化に両群間で差がないかどうかを分析した。その結果、認知障害の悪化や ADL レベルの低下という点では、両群

間で差は認められなかった。しかし否定的行動の数の増加は、高 EE 群の方が統計学的に有意に多いという結果が得られた。

痴呆症の否定的行動はこの疾患の器質的な障害に起因するだけでなく環境因子によっても規定されていること、介護者が示す高 EE と痴呆症患者が示す否定的行動は相互に影響し、悪循環を形成していることを、彼らは考察の中で解釈として述べている。なお、彼らが調べた否定的行動とは、「非協力的」「威嚇的」「身体的乱暴」「怒り」「感謝しないこと」「妄想（物を隠す）」「徘徊傾向」などから構成されている。彼らは、これらの否定的行動の有無を介護者である配偶者から回答してもらって分析に使用している。患者に対して批判的傾向が強い高 EE の家族は、患者の否定的行動を多く報告しがちであろうという問題は、この研究において克服されているとはいえない。

E. 痴呆性老人の介護者の EE レベルが高い場合、それが原因となって痴呆性老人の入院は促進されるか

Gilhooly ML ら（1989）の研究は、老人に対する批判的傾向が強い高 EE の介護者が施設入所の希望を表明するという傾向は認められなかった、と述べている。また、Bledin KD ら（1990）の研究では、痴呆症の介護者である娘 25 名を、低 EE 群 11 名と高 EE 群 14 名に区分し 9 ヶ月間の追跡調査を行っているが、

EE のレベルとケアの継続性に関連はみられなかったことを報告している。高 EE 群において自覚的な負担感のレベルは高かったが、そのために高 EE 群で入院率や入院期間が増加するという結果は得られなかった。

したがってこれまでの痴呆症における EE の研究では、高 EE 群において入院率が高くなるという結果は得られていないといえるであろう。ただ、PubMed の検索から得られた次の文献では、器質性精神障害において介護者の高 EE が頻回の入院と関連していると述べている。

Cortes-Padilla MT ら（2001）は、メキシコシティのある病院に 2 回以上入院をした 33 名の器質性精神障害の介護者に 5 分間の会話による EE の評価と質問票調査を行なった。その結果、61% の家族介護者が高レベルの EE（批判的コメント、敵意、過度の情緒的巻き込まれ）を示した。また高 EE の家族と週 35 時間以上過ごす者が 64% を占めていた。このことより著者らは、高 EE が精神科病棟への頻回の入院と関連していると結論づけている。

この論文はスペイン語で書かれており、筆者は英文抄録しか入手しておらず、詳細な検討はできていないが、この研究が断面調査であり、しかも対照群が設定されていないという限界を指摘することができるであろう。高 EE の介護者のもとで痴呆症患者の入院率や施設入所が増加するかどうかについては、一貫した結果は得られていないといえる。

F. 結語

本研究では、痴呆症の介護家族の感情表出（EE）に関してこれまで報告された研究論文をレビューした。家族が示す EE は、患者と家族の関係の質を表すひとつの指標であり、痴呆症の家族にみられる高 EE は、介護にともなう自覚的負担感の強さや、患者と家族の間の親密さの希薄さと関連していた。

またソーシャルサポートが希薄な場合に高 EE はもたらされやすく、高 EE には、その家族自身の心理的健康度（psychological well-being）やストレスへの対処の仕方が反映されていた。したがって、何らかの介入によって痴呆症の家族の高い EE レベルを低下させることことができれば、それは介護者の心理的健康度を改善することを意味すると考えられる。そのための介入方法の開発およびその効果の測定は今後の研究課題である。

痴呆症家族の高 EE が、痴呆症患者の示す行動障害などの随伴症状の発現頻度に影響するかどうかについては、まだ明確な根拠が示されていない。コホート研究によって今後検証すべき課題である。同様に高 EE と入院や施設入所との関連についても、研究結果は一貫しておらず、今後の検討が必要な課題である。

文献

下寺信次，三野善央，高橋正彦，真田順子，田中修一，井上新平：老人精神疾患と家族の

感情表出．臨床精神医学 1998, 27(1): 99-105.

Orford J, O'Reilly P, Goonatilleke A: Expressed emotion and perceived family interaction in the key relatives of elderly patients with dementia. *Psychol Med* 1987 17(4): 963-970.

Gilhooly ML, Whittick JE: Expressed emotion in caregivers of dementing elderly. *Br J Med Psychol* 1989, 62(Pt3): 267-27

Bledin KD, MacCarthy B, Kuipers L, Woods RT: Daughters of people with dementia. Expressed emotion, strain and coping. *Br J Psychiatry* 1990, 157: 221-227.

Vitaliano PP, Young HM, Russo J, Romano J, Magana-Amato A: Dose expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? *J Gerontol* 1993, 48(4): P202-209.

Fearon M, Donaldson C, burns A, TARRIER N: Intimacy as a determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychol Med* 1998, 28(5): 1085-1090

TARRIER N, Barrowclough C, Ward J, Donaldson C, Burns A, Gregg L: Expressed emotion and

attributions in the carers of patients with
Alzheimer's disease : the effect on carer burden.

J Abnorm Psychol 2002, 111(2): 340-349

Cortes-Padilla MT, Rascon-Gasca ML:
Psychosocial factors associated with hospital
readmission of patients with organic psychoses.

(Article in Spanish) Salud Publica Mex 2001,
43(6): 529-536.

分担研究報告書

心理教育の実施状況とその効果

分担研究者 大島巖

東京大学大学院助教授

研究要旨

全国レベルあるいは都道府県レベルで行われた統計調査の再分析を行い、家族心理教育に関わる全国レベルの費用と医療費低減効果を明らかにするために必要な基礎分析を行った。研究初年度の本年は、①家族心理教育のニーズ量に関する分析と、②医療機関で行われている家族心理教育について、心理教育のモデル別、対象者のニーズ状況別の現状を明らかにし、対象者1人当りの費用を求めるための基礎分析を行った。

A. 研究目的

本研究では、全国レベルあるいは都道府県レベルで行われた統計調査の再分析を行い、家族心理教育に関わる全国レベルの費用と医療費低減効果を明らかにするために必要な基礎分析を行う。具体的には、①家族心理教育のニーズ量に関する分析と、②現在医療機関で行われている家族心理教育について、心理教育のモデル別、対象者のニーズ状況別の現状を明らかにし、対象者1人当りの費用を求めるための基礎分析を行う。

B. 研究方法

1. 統計資料：

家族心理教育のニーズ量に関する分析には、全国規模で精神障害者の実態を明らかにする資料として平成11

年度厚生労働省患者調査と、全国都道府県で行われている精神障害者の保健福祉ニーズ調査を用いた。また、医療機関で行われている家族心理教育の現状については、精神障害者社会復帰促進センターが行った「医療機関における心理教育実態把握調査」を用いた。また、家族心理教育の費用計算のために、国税庁の平成12年民間給与実態調査を使用した。

2. 分析方法

①家族心理教育のニーズ量分析：

家族心理教育のニーズ量は、家族類型と精神障害者本人年齢、障害の程度によって変化することが知られている。このうち、家族類型は入院・外来の別なく広域レベルの統計で明らかにした調査がないため、本人年齢と障害の程度に注目した。

平成11年患者調査では、年齢階級別、

傷病別の在宅率を明らかにした。傷病別では、重い慢性的な障害を持つ「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害(F2)」に注目した。

都道府県のニーズ調査では、各都道府県の調査を検討した結果、母集団推計が可能で、家族状況を適切に把握しており、また大都市部と農村部を含むため全国の代表的サンプルと考えられたK県のニーズ調査を用いることにした(1997年実施)。年齢階級別に通院者では「家族同居者」の割合、入院者では「家族のいる自宅」へ退院するのが望ましいと専門職に判断されたものの割合を算出した。

②医療機関で行われている家族心理教育の

現状分析

家族心理教育の類型を4つに分類し、そのモデルごとに全国実施数と費用に関わる実施状況を明らかにした。また、対象者のニーズ状況別には「主な対象疾患」および「主に対象となる患者家族の入院・通院の別」に注目し、費用に関わる実施状況を明らかにした。

心理教育に関わるスタッフの人件費を明らかにするために、民間給与実態調査の中から「医師」および「看護師」の給与を参照した。医師以外のスタッフについては「看護師」の給与を当てはめた。

C. 研究結果

1. 家族心理教育のニーズ量分析

平成11年患者調査の分析から、精神障害者の総患者数に占める通院患者の割合(在宅率)は30歳代までは90%以上だが、40歳代以降減少し、50歳代、60歳以上では75-6%になる。重い慢性的な障害を持つ「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害(F2)」でも同様

だが、減少は30歳代から始まる。そして、40歳代70%、50歳代60%、60歳以上50%と急激に減少する。この減少には家族が地域で障害者を援助する家族ケア力が関わっている。K県のニーズ調査でも同様の結果が再現された。さらに家族ケアが期待される通院者で「家族同居者」、入院者で「家族のいる自宅」へ退院するのが望ましいと専門職に判断されたものを合計した割合は、10歳代・20歳代が88%、30歳代が77%、40歳代63%、50歳代44%、60歳以上34%であった。この割合を全国の「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害(F2)」を持つ人の分布に適用すると、重い障害を持つ人の中では全国の37.3万人が家族心理教育のニーズを持つと推計された。

2. 医療機関の家族心理教育の現状分析

定義に合致した家族心理教育を1つ以上実施している精神病床を持つ病院は339施設35.9%であった。2つ以上のプログラムを持つ病院が44.2%あるため、プログラムの総計は604となる。家族心理教育は、「数回で1コースとなる各回ごとに学習テーマの定まったプログラム」(A型:22%)ほか、B型(46%)、C型(23%)、D型(10%)に分類された。また、ニーズ状況別には、疾病分類で統合失調症を主な対象にするものが66%、入院患者中心が16%、入院・外来どちらもが63%だった。それぞれについて、年間実施回数(全体平均で10回)、1回当たり時間数(同2.2時間)、参加者数(同18.7人)、参加スタッフ数(同6.7人)を算出した。参加職種としては医師と看護師、ソーシャルワーカーがいずれも90%前後を占めていた。チームの医師数を1名とすると、月の人件費費用は69千円と推計された。

D. 考 察

今回行った分析は、家族心理教育に関わる全国レベルの費用と医療費低減効果を明らかにするための予備的分析である。この基礎分析の結果に基づき、より精緻なニーズ推計と費用分析を行う必要がある。また精神病床を持たない医療機関や、保健所など地域保健機関における家族心理教育についても同様に検討する必要がある。