

# 在宅失語症患者の家族介護者に対する教育的介入効果

——予備研究報告——

辰 巳 寛<sup>\*1)</sup> 田 中 誠 也<sup>\*2)</sup> 杉 山 裕 美<sup>\*2)</sup> 高 津 淳<sup>\*2)</sup>  
浜 田 広 幸<sup>\*2)</sup> 木 村 航<sup>\*2)</sup> 山 本 正 彦<sup>\*1)2)</sup>

特有のコミュニケーション障害を呈する失語症患者をケアする家族介護者の心理社会的負担は大きい。本研究の目的は、失語症患者を支える家族を対象に、失語症ケアに関する教育的介入を行うことで、失語症患者とのコミュニケーションにおける家族の自己効力感や介護負担感、精神的健康に及ぼす効果を確認することである。今回の予備研究では、11組の失語症患者の家族に対して、失語症に関する情報提供やコミュニケーション障害への対処法など短期の教育的介入を行い、複数の自記式質問紙（コミュニケーション自己効力感尺度：CSES、コミュニケーション介護負担感尺度：COM-B、情緒・気分評価：GDS-15）を用いて評価を行った。その結果、CSES 総得点と下位項目の「会話環境への配慮」に関する自己効力感に有意な改善を確認したが、COM-B や GDS-15 には著変を認めなかった。教育的介入効果の判定には、家族の個別性を配慮した上で、長期間にわたる無作為化比較研究による検証が必要である。

キーワード：失語症，家族，自己効力感，介護負担感，コミュニケーション障害，心理的支援介入

## I. はじめに

失語症は、脳の器質的損傷によって引き起こされる後天性の言語障害である。「聴く」「話す」「書く」「読む」の全ての言語機能が低下するため、日常のさまざまなコミュニケーション場面で種々の問題が生じる。失語症の発現率は、脳血管疾患において約30% (Bersano ら2006) 程度であり、脳損傷後に惹起する後遺症としては決して稀な障害ではない。現在、本邦の失語症患者数は約50万人以上と推計されているが、失語症の原因疾患の一つである脳血管障害は、加齢に伴い発症率が高くなる疾患でもあることから、本邦の超高齢社会を背景に、失語症の患者数は今後ますます増加の一途をたどることが予想される。

失語症は特有のコミュニケーションの障害を呈するため、患者と家族が抱える心理社会的問題は複雑かつ多彩である。失語症患者は、脳損傷に由来する一次的

な精神症状に加えて、病気に罹患したことによる「心理的問題」や、コミュニケーションの不全から生じる「人間関係性の問題」、さらには、家庭や職場復帰に伴う「環境の問題」など二次的な問題が重層する。一方、患者を在宅でケアする家族介護者（以下、失語症家族）は、日々の介護において絶え間のない緊張感や不安感、束縛感を抱き、慢性的疲労感を訴える場合が多い。病気や後遺症から引き起こされる深刻な社会的問題（近隣関係、経済問題、就業問題など）は、失語症患者と家族に過重なストレスを与える (Draper 2007)。こうした家族の精神的健康を保守するためには、失語症患者とのコミュニケーションに対する家族の自己効力感を高め、介護負担感を低減させることが重要である (辰巳ら2012)。

国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) の理念に準じれば、患者の生活の質 (Quality of life : QOL) の維持・向上のためには環境調整が重要であり、失語症家族へ

\*1) 愛知学院大学心身科学部健康科学科

\*2) 愛知学院大学大学院心身科学研究科健康科学専攻

(連絡先) 〒470-0195 愛知県日進市岩崎町阿良池12 E-mail: ta23@dpc.agu.ac.jp

の適切な支援と、彼らの心身健康を保守することは、言語治療に携わる臨床家にとって最重要の臨床的課題の一つである。しかし、失語症家族の精神的健康を保守するための系統的な介入プログラムは十分に検討されていない。失語症家族の心理社会的問題は多層的で個別的であるため、どのレベルに焦点を当てた介入が効果的であるのかは、個々のケースにおける実証的検証が必要である。そうした介入の知見を蓄積した上で、失語症患者とその家族に対する全人的アプローチを目指した系統的支援システムが構築できるようになると考えられる。

今回われわれは、在宅療養中の慢性期失語症患者をケアする家族介護者に対して、コミュニケーション自己効力感を高めるための介入プログラムを試案し、予備調査として少数事例における介入効果の検証を行った。

## II. 対象と方法

### 1. 研究の目的

本研究の目的は、失語症家族に対して教育的支援プログラムを実施し、失語症患者とのコミュニケーションに対する自己効力感や介護負担感、精神的健康における介入効果を実証的に検証することである。

### 2. 研究デザイン

本研究は、失語症家族を対象に教育的支援介入を行う実験的研究である。対照群は設定しない前後比較試験であり、評価は介入の前後に複数の自記式質問紙を用いて行った。

### 3. 研究期間

本研究は、2012年4月から12月の期間にわたって実施された。

### 4. 対象

訪問リハビリテーション（以下、訪問ST）のサービスを利用中の失語症患者とその家族介護者に対して、教育的支援サービスへの案内文書を提示し、参加の同意が得られた11組を対象とした。

失語症患者の適格条件は、1）日常生活場面において失語症に伴うコミュニケーション障害がある、2）家族介護者と同居している、とした。除外基準は、1）寝たきり状態である、2）意識障害や重度の失語症のため意思の疎通が困難である、3）高度の視覚障害や

聴覚障害がある、4）既往に精神疾患がある、5）説明内容の理解や同意書への署名が困難である場合とした。

家族介護者の適格条件は、1）失語症患者と同居している、2）主たる介護者であることを認識している、3）失語症患者と毎日1時間以上は共に過ごす、とした。

## 5. 方法

「教育的介入プログラム」（図1）は、“失語症家族が患者とのコミュニケーションに対する自己効力感を高め、より良いコミュニケーション環境を創造できるようにすること”を目的として作成した。

プログラムは、主に教育的介入であり、必要に応じて個別に心理的支援介入を行った。

回数	テーマ
1	失語症の原因と機序について
2	失語症の定義について
3	失語症の症状について
4	失語症の種類と特徴について
5	失語症に伴いやすい症状について
6	失語症のリハビリテーションについて
7	失語症の方との正しいコミュニケーション方法について
8	生活の質の向上と家族の負担を少なくするための方法について

図1 教育的介入プログラムの内容

教育的介入は、オリジナルの失語症パンフレット（appendix）を使用して、失語症に関する基礎的な知識の習得、失語症患者とのコミュニケーションに適切に対応するために必要な技法、失語症患者がどのような場面でどのような不自由感を抱えて暮らしているか、等を理解する内容である。ケアの現状を客観的に把握するとともに、失語症を生きる人の世界と、彼らの特有の心理・精神状態を理解して、心に寄り添う気持ちを促すように配慮して作成した。

心理的支援介入は、失語症家族の中で特に困惑感や不安感、焦燥感を強く訴えた場合に、家族側の希望を踏まえた上で、教育的介入とは別に、自由な懇談場面を設定した。具体的には、セラピストの傾聴的および共感的態度を基本とし、家族の感情や気分寄り添い、

家族の自尊心や自己存在感、動機づけを高め、ケアに従事している家族の立場を尊重する支援内容である。

プログラムの実施は、言語聴覚士と精神保健福祉士の資格を有するセラピスト1名が担当し、1クールは8回の個人面接（失語症家族とセラピスト）および、失語症患者を交えた3者面接で成り立っている。

頻度は、週1回の訪問STに併せて実施した。1回の介入時間は、通常の訪問ST（1時間）が終了した後の約40分間を確保した。1組に対する介入期間は全体で8週間である。

## 6. 評価

失語症患者に対しては、標準失語症検査 SLTA を実施し、失語症のタイプと重症度を判定した。失語症タイプは古典分類にて行い、重症度はボストン失語症診断検査重症度尺度表（重症度0-5の6段階）にて判定した。

家族に対しては、支援介入の実施前と介入後の計2回に質問紙調査を施行した。2回の調査内容は同一である。基本属性として、年齢、性別、患者との続柄、介護期間を調査した他に、以下の3つの尺度を使用した。3つの質問紙記入に要する時間は全体で約30分である。

(1) コミュニケーション自己効力感尺度 (Communication Self-Efficacy Scale : CSES) : CSES は、辰巳ら (2012) により標準化された失語症患者との会話場面に特異的な自己効力感評価尺度である。3つの下位尺度（「会話環境」「意志確認」「コミュニケーション・ツール」）の全16項目からなり、特定のコミュニケーション行動をどれくらい確実に遂行できるかという確認の強さ（「強度」）が測定でき、各項目の「実現できる自信」に対する感覚の値を0から10の11段階評定で評価した。得点が高いほど自己効力感が高いことを示す（最低0点～最高160点）。

(2) コミュニケーション負担感尺度 (Communication-Burden Scale : COM-B) : COM-B は、小林ら (2008) によって作成された失語症患者に特化した家族の介護負担感尺度である。各項目は5段階（1点～5点）で点数化され、全30項目である。高得点ほど介護負担感が重い（最低0点～最高150点）。

(3) Geriatric Depression Scale 短縮版 : GDS-15) : GDS-15 (矢富1994) は、15項目の質問に「はい・いいえ」で答え点数化した抑うつスコアである（最低0点～最高15点）。11点以上は「非常に抑うつ」、10-6点は「抑うつ傾向」、5点以下は「抑うつ傾向なし」と判断される。

## 7. 解析方法

CSES, COM-B, GDS-15それぞれにおいて、介入前後の平均値を出した。また、対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定を用いて介入前後の得点を比較した。検定の有意水準は5%とした。統計解析には、SPSS Ver20.0 for Windows を使用した。

## 8. 倫理的配慮

失語症患者と家族に対して研究目的と方法について書面を用いて口頭にて説明し、書面による同意（署名）を得た上で調査を実施した。なお、本調査に関する倫理的配慮については、愛知学院大学心身科学部倫理委員会（健康科学科および健康栄養学科）の承認を得た。

## III. 結果

### 1. 対象の背景

対象失語症患者と家族の基本属性は表1に記述する。

失語症患者の平均年齢は64.3歳 (SD=10.6)、男性4名、女性7名であった。介護認定結果は要支援2が3名、要介護1が2名、要介護2と要介護3が3名であった。失語症のタイプは、Broca失語が6名、Wernicke失語が2名、健忘失語が2名、混同型失語が1名であった。失語症の重症度は軽度から中等度であった。介護サービスの利用状況は、訪問STのみを利用している4名以外は、デイサービスや訪問看護、訪問介護など複数のサービスを利用していた。

失語症家族の平均年齢は61.0歳 (SD=17.5)、男性4名、女性7名であった。続柄は配偶者7名、子供3名、母親1名だった。平均在宅介護月数は73.1 (SD=43.5) 月（約6年）であった。

### 2. 介入前後の変化

介入前後期の質問紙評価の変化を表2に示す。

CSES の総得点の平均は、介入前が109.3 (SD=18.7) 点、介入後は115.6 (SD=18.2) 点であった。CSES の下位項目では、「会話環境への配慮」が、介入前55.1 (SD=11.3) 点、介入後57.8 (SD=11.6) 点、「意志確認への配慮」が、介入前41.3 (SD=7.7) 点、介入後42.5 (SD=6.9) 点、「コミュニケーション・ツールへの配慮」が、介入前13.7 (SD=4.1) 点、介入後15.3 (SD=3.2) 点であった。

COM-B の得点平均は、介入前が84.1 (SD=27.4) 点、介入後は83.6 (SD=28.4) 点であった。

表1 参加家族の基本属性

ケース	年齢	性別	原因疾患	介護認定 調査結果	失語症		介護サービス利用状況 (訪問 ST 以外)	家族			在宅介 護月数
					タイプ	Boston 失語症 重症度尺度表		続柄	年齢	性別	
A	41	M	脳出血	要支援 2	A	5	デイサービス	配偶者	40	F	14
B	61	F	脳梗塞	要介護 1	B	3	訪問看護	配偶者	66	M	25
C	72	M	脳梗塞	要介護 3	M	2	訪問介護 訪問看護	配偶者	68	F	89
D	61	F	脳出血	要介護 1	W	4	なし	配偶者	70	M	101
E	74	F	脳梗塞	要介護 2	B	5	デイサービス	配偶者	75	M	60
F	55	M	脳出血	要介護 2	W	3	デイサービス	両親	80	F	110
G	74	F	脳梗塞	要介護 2	B	2	なし	子供	54	F	140
H	78	M	脳梗塞	要介護 3	B	3	デイサービス 訪問看護	配偶者	76	F	75
I	68	F	脳梗塞	要介護 3	B	5	なし	配偶者	74	M	28
J	64	F	脳梗塞	要支援 2	B	4	なし	子供	40	F	125
K	59	F	脳梗塞	要支援 2	A	5	デイサービス	子供	28	F	37

A ; 健忘失語 B ; Broca 失語 W : Wernicke 失語 M ; 混同型失語

表2 教育的介入前後の変化

評価尺度	対象者数	介入前		介入後		有意確率*
		平均	SD	平均	SD	
CSES	11	109.3	18.7	115.6	18.2	0.003
第一因子	11	55.1	11.3	57.8	11.6	0.011
第二因子	11	41.3	7.7	42.5	6.9	0.571
第三因子	11	13.7	4.1	15.3	3.2	0.151
COM-B	11	84.1	27.4	83.6	28.4	0.532
GDS-15	11	4.82	2.3	5.6	3.4	0.389

\* 対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定

CSES ; コミュニケーション自己効力感尺度  
 COM-B ; コミュニケーション介護負担感尺度  
 GDS-15 ; Geriatric Depression Screening Scale  
 第一因子 ; 会話環境への配慮  
 第二因子 ; 意志確認への配慮  
 第三因子 ; コミュニケーション・ツールへの配慮

GDS-15 の得点平均は、介入前が4.8 (SD=2.3) 点、介入後は5.6 (SD=3.4) 点であった。

介入前後で、CSES は総得点と全ての下位項目ともに数値の向上があったが、対応のある Wilcoxon の符号付き順位検定では、CSES の総得点と第一因子の「会話環境への配慮」においてのみ有意差がみられた。その他の下位項目および COM-B, GDS-15 においては、有意差は確認できなかった。GDS-15 では、有意ではないものの抑うつ傾向の微増がみられた。

## IV. 考 察

### 1. プログラム介入前後の変化について

本研究では、在宅において訪問 ST を利用中の慢性期失語症患者の家族介護者に対して、失語症ケアに特化した「教育的介入プログラム」を短期間実施し、その介入前後で失語症家族の自己効力感や介護負担感、精神的健康度にどのような変化があるのかについて検

討した。失語症患者との会話場面に対する自己効力感については、全般的に数値は向上したが、有意差を認めたのはCSESの総得点と下位項目の「会話環境への配慮」のみであった。介護負担感には著変はなく、精神的健康はわずかに低下した。

以上の結果より、今回の慢性期失語症患者の家族に対する教育的介入は、コミュニケーション自己効力感の一部に短期的効果が示唆されたものの、コミュニケーション介護負担感や精神的健康に対する直接的影響は確認できなかった。介護負担感や精神的健康度は、実際のコミュニケーション障害だけではなく、さまざまな要因が複雑に交錯した結果である。そのため、今回は介入の回数や時間が極めて短期かつ限定的であったため、実態の介護現場で家族が抱く多様なニーズには十分に答えきれなかった可能性が考えられた。

しかし一方で、失語症患者とのコミュニケーション場面に対する自己効力感には有意な向上が確認でき、介入プログラムが自己効力感の向上に寄与する可能性が示唆された。ただし、失語症に関する情報提供やコミュニケーション・スキル法、トラブル対処法などの知識の習得を意図した心理的かつ教育的な複合介入の長期的な効果については、今後引き続いての検証作業が必要である。

また、失語症患者の抑うつなどの精神症状が、家族介護者に及ぼす影響も少なくないと予想されることから、両者の心身面の健康状況を踏まえた上での専門的介入が必要である。介入プログラムの効果を検証する際には、対象となる家族の年齢や経済的社会的背景も大きく影響される。今回対象となった家族内においては、年齢や性別による差異は確認できなかったが、対象数を増やすことで、一定の傾向が見出される可能性は十分に考えられる。今回は、小数例の実践報告であり、介入効果に関するエビデンスは十分に獲得されたとは言えない。こうした研究においては、失語症の特殊性や個性、背景となる参加家族の多様性などが大きく影響するため、比較対照研究としての体制は整備しにくい。失語症のケアにおいて最も尊重すべき個別性は、多数例研究の際には大きな足枷となる。失語症ケアの現場では、失語症と伴に生きる方の人生観を尊重し、同時に失語症家族の生き方や価値観をも対象とすべきである。個別的な関与が深い次元において奏功することで、失語症患者および失語症家族は「改善への道筋」が明らかになってくるものとする。

今回、少数例からの結果であるために断定は控えるべきではあるが、家族支援の実行によって一部の自己

効力感の向上を確認しえた点で、本研究は意義があると判断される。さらに長期的経過を追跡することで、介護負担感や精神的健康度への影響が実証される余地も残されており、今後、失語症家族への介入効果の研究はより一層強力で推し進めて行く必要があると考える。

なお、GDS-15の点数が微増（悪化）した点については、セラピストからの失語症に関する情報提供で知識が増えることにより、介護の理想イメージがより高まり、責任感を強く抱き易い家族にとっては、自己内で納得できる介護レベルのハードルが高くなり、それを重荷と感じることにつながった可能性がある。今回の介入研究によって家族の精神的負担が一時的にせよ増悪する危険性があることが判明した点は、今後の研究を進めていく上で十分に考慮すべきことである。

## 2. 「介入プログラム」について

本研究で用いた「介入プログラム」は、教育的支援が主体で、必要に応じて個別に心理的支援を行った。

プログラム作成とその実施にあたっては、1) 失語症の理解、2) 自己効力感の向上、3) 非審判的かつ傾聴的態度、4) 社会参加の維持、5) 継続支援、の5本柱を重視した。

1) 「失語症の理解」は、オリジナルの失語症パンフレットを活用し、高齢者の家族に対しても十分に理解できるように極力文字数を少なくし、イラストを多用するなど内容表現に配慮した。家族に対して失語症に関する情報を提供する重要性についてはAvent (2005)によっても支持されている。

2) 「自己効力感の向上」は、Bandura (1977,1985,1995)が指摘した4つの情報源を重視した上で、坂野らの報告を参考にプログラムを作成した(図2)。「言語的説得」は、失語症とその対処法に対する教育的指導を行った。「代理的経験」では、セラピストが家族の代理となり失語症患者との実際的な日常場面のコミュニケーションを実行し、そのやり取りを家族に見学してもらった。「遂行行動達成」では、実際に家族と患者がコミュニケーションする場面にセラピストが同席し、適宜サポートを加えながら家族が患者とのコミュニケーションに成功する場面を共有した。「情緒的喚起」では、実際に患者とコミュニケーションができる感覚をつかんでもらうことで、安堵感を得られることを重視した。

3) 「非審判的かつ傾聴的態度」は、家族の感情を尊重し、家族の態度に対して非難的な指摘は控え、家族

情報源	意味	具体的内容
1 言語的説得	失語についての教育, 対処法	失語症の定義 失語症状への対処法 コミュニケーション障害の特徴 失語症パンフレットの配布 失語症ケアの知識 コミュニケーション技法
2 代理的経験	ライブモデリング 実際の会話での直接指導	失語症患者との実際の会話 シミュレーション体験 (喚語困難, 理解困難の体験) 具体的な失語症状に対する接し方についてモデル提示 コミュニケーション態度の是非についてディスカッション 家族とセラピストとの相互ロールプレイによる疑似体験
3 遂行行動の達成	参加モデリング 自己教示による遂行 成功体験	セラピストのサポートにて患者との実際の会話 モデリングしつつ, コミュニケーションの成功体験を重ねる 家族の自信とコミュニケーションのコツの獲得
4 情緒的喚起	帰属の修正	リラクセーション 会話中の生理状態の感覚を認識 対話者側の忍耐強い対応の心掛け 失語症者の情緒的問題 (焦燥感や不安感) を惹起させない対応

図2 自己効力感を高める4つの情報源と具体的内容

が自分の気持や考えを自然に述べられるように配慮した。

4)「社会参加の維持」は、早期の段階から介護サービスの利用を積極的にすすめ、家族が介護労働に疲弊しきらないように、趣味や買い物、友人との会合などの気分転換を上手にできるようにアドバイスした。担当ケアマネージャーと密に連携し、必要に応じて短期入所サービスを積極的に活用しながら、家族が孤立せずに社会とのつながりを保つことができる環境作りを行った。

5)「継続支援」では、セラピストの連絡先(メールアドレスや携帯電話番号)を伝え、いつでも相談ができる体制を整えた。実際に数件の夜間連絡があり、その内容は、患者と家族の言い争いの仲裁や、失語症以外の高次脳機能障害に関する情報提供、介護保険サービスの利用方法などであった。

介入プログラムの実施状況については、失語症家族の事前知識の有無や家族からの直接的要望などにより多少とも内容に差異が生じた。統一すべき内容について今後さらに検討を加え、より効果的なプログラム内容へと発展させていく必要がある。

なお、介入プログラムの回数と時間についても、大きな課題が残されている。今回は試験的介入であったため、極めて短期かつ限定的な介入であった。こうした介入に対しては、訪問看護ステーションを運営する

組織側の深い理解と支援がなければ実施することは不可能である。在宅サービス利用者の家族介護者の支援に対しては、介護保険制度では点数に反映されていないため、家族指導を行う場合は、全てサービス提供側のボランティアとなる。その限りにおいて、将来、在宅における家族支援サービスが拡充していく可能性は乏しい。今後は、在宅での家族支援介入効果に関するエビデンスを高め、支援体制を整備していくことが重要である。今回、少数データではあるが、訪問STを介した失語症家族への教育的介入で一定の効果を確証し得た点で、訪問STと家族アプローチの重要性ならびに必要性を明確化できたと考える。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、予備的研究として11組の失語症患者と家族のデータについて解析を行い報告した。その結果、訪問STの一環として実施した教育的介入プログラムは、家族のコミュニケーション自己効力感の向上に効果があることが示唆された。

本研究の限界としては、対象組が少数であったこと、失語症患者の精神的状況や身体的活動状況、日常生活動作能力、家族の年代や経済的状況、社会的支援状況などの調整が不十分であったこと、介入回数と期間が限定しており、介入プログラムの長期効果が不明であること、介入内容の統制が不十分であった点、などが

指摘される。

特に、介入内容については、失語症家族が既に獲得されていた知識の程度差や、個別的要望などを反映したため、指導内容と時間の割当ては家族間で相違があった。介入内容の格差は効果判定に大きく影響を及ぼす可能性がある。基本的に、家族アプローチの実践は、当該家族とセラピストとのローカルな関係を基礎とし、特定の状況や関係性、場面背景などが色濃く反映する。従って、介入プログラム内容の完全な一般化は困難ではあるが、科学性を高めるためには、一定の基準は必要であろう。その基準の作成は今後の大きな課題の一つとして残されている。

今後は、対象家族を増やし、失語症の重症度やタイプ、家族の性別や統柄などを調整した上で詳細な検討を加えることにより、より有益な情報が得られるのではないかと考える。また多数検討においては、ランダム化（無作為化）された介入群と対照群との比較研究を実施することで、介入効果の臨床的妥当性や信頼性を検証することが重要である。

## 文献

1) Bersano A., Burgio F., Gattinoni M., et al. Incidence of aphasia in

acute stroke patients: PROSIT study. Stroke, 37: 691-691, 2006.

- 2) Draper B., Bowring G., Thompson C., et al.: Stress in caregivers of aphasic stroke patients; a randomized controlled trial. Clin Rehabil, 21: 122-130, 2007.
- 3) 辰巳寛, 山本正彦, 仲秋秀太郎, 他. 失語症者の家族介護者におけるコミュニケーション自己効力感評価尺度 (Communication Self-Efficacy Scale:CSE) の開発. 高次脳機能研究, 2012.
- 4) 小林久子, 綿森淑子, 長田久雄: 在宅失語症者の家族における介護負担感の評価—非失語片麻痺者の家族との比較—. 総合リハ, 36: 57-64, 2008.
- 5) 矢富直美: 日本老人における老人用うつスケール (GDS). 短縮版の因子構造と項目特性の検討. 老年社会学, 16: 29-36, 1994.
- 6) Avnet J. Family information needs about aphasia. Aphasiology, 19: 356-375, 2005.
- 7) Bandura A. Self-efficacy ; Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev, 84: 191-215, 1977.
- 8) Bandura A. 自己効力感 (セルフ・エフィカシー) の探求. 佑宗省三ほか (編著), 社会的学習理論の新展開. 金子書房, 1985.
- 9) Bandura A.: Self-efficacy in changing societies. New York. Cambridge University Press, 1995.
- 10) 坂野雄二, 前田基成 (編著): セルフ・エフィカシーの臨床心理学, 北大路書房, 2002.

(最終版平成 25 年 12 月 20 日受理)

## Appendix 失語症パンフレット (一部抜粋)



## Effectiveness of Psychological Instructional Intervention for Family Caregivers of Adults with Aphasia: A Preliminary Report

Hiroshi TATSUMI, Seiya TANAKA, Hiromi SUGIYAMA, Jyun TAKATSU, Hiroyuki HAMADA,  
Wataru KIMURA, Masahiko YAMAMOTO

### **Abstract**

**Background:** Aphasia causes peculiar communication disorders. Therefore, the psychosocial burdens of the families of persons with aphasia are vast.

**Purpose:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of an educational intervention program for the family caregivers of persons with aphasia.

**Method:** The subjects were the families of 11 aphasiac patients. The educational intervention programs consisted of information supplements regarding aphasia and coping with communication disorders. Verification of the intervention's effectiveness was performed using the CSES, COM-B and GDS-15.

**Results:** The effectiveness of the intervention was affirmed by the significant improvements in the total CSES score and one subordinate-position item (concerning conversational environment). However, there were no significant differences in the COM-B and GDS-15 scores before and after the intervention. Decisions regarding the effectiveness of educational interventions should be verified using a randomized, comparative, long-term study with consideration of the unique situation of each family.

**Keywords:** aphasia, family, self-efficacy, caregiver's burden, communication disorders, psychological instructional intervention