原 著

精神障害者の家族のケア提供上の対処： 家族の応答性と自己配慮

岩 崎 弥 生^{*1}, 石 川 かおり^{*1}, 清 水 邦 子^{*1}
宮 崎 澄 子^{*2}

Coping in Family Caregiving for Relatives with Mental Illness: Family Responsiveness and Self-Nurturing

Yayoi Iwasaki ^{*1}, Kaori Ishikawa ^{*1}, Kuniko Shimizu ^{*1}
Sumiko Miyazaki ^{*2}

^{*1} Chiba University School of Nursing

^{*2} Previously at Chiba University School of Nursing

キーワード：精神障害，家族，ケア提供，対処

Key Words : mental illness, family, caregiving, coping

Abstract

A qualitative study was conducted to identify an explanatory model which describes coping in family caregiving for relatives with mental illness. Thirty four family members provided written consent to be interviewed. Analysis of data revealed four coping styles in family caregiving.

- a) Co-prosperous style: family caregivers empathically attend to needs of the ill relative in addition to their own.
- b) Fused style: family caregivers are deeply involved with the ill relative, sometimes at the cost of their own needs.
- c) Self-protective style: family caregivers are primarily concerned about their own needs.
- d) Demoralized style: needs of both the ill relative and the family caregiver are disregard.

The four styles are explained by “family responsiveness” to the welfare of the ill relative and “family self-nurturing” of their own well-being. Responsiveness and self-nurturing are both high in the co-prosperous style and both low in the demoralized style. Responsiveness is high and self-nurturing is low in the fused style, while responsiveness is low and self-nurturing is high in the self-protective style. Family coping style is not static, and family caregivers move between coping styles to resolve conflicts between family responsiveness and self-nurturing. These findings suggest the need to assist families in finding a balance between responsiveness and self-nurturing. The findings also indicate the importance of improving the well-being of both the ill relative and the family.

^{*1}千葉大学看護学部, ^{*2}元千葉大学看護学部

要 旨

精神障害者をケアする家族34名を対象に、ケア提供上の対処の特徴を明らかにすることを目的として、インタビュー調査を実施した。

データ分析には、質的分析方法である分析的コーディングの技法を用いた。家族の基本的な対処様式として、①障害者と家族双方のニーズが満たされている共栄型、②障害者のニーズを優先する一体型、③家族のニーズを優先する自己保存型、④障害者と家族のニーズどちらも満たされない無力型が析出された。

家族の対処様式は、家族が障害者のニーズに共感的に応じる『家族の応答性』と、家族が家族自身のニーズに配慮する『家族の自己配慮』という二つの軸の組み合わせで説明されると考えられ、家族と障害者双方の生活の質を保障する働きかけの必要性が示唆された。

また、家族には『応答性』と『自己配慮』間の葛藤が潜在し、家族は、ライフサイクル等の影響による葛藤の顕在化に伴い、対処様式間を移動すると考えられた。

I はじめに

平成8年(1996年)の精神保健福祉法への改正をもって、精神障害者の地域ケアがより一層重視されるようになり、精神障害者のケアは施設内から地域へ、長期入院から短期入院集中治療へと変遷している。また、「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～」のもとに、精神障害者の社会参加を中心とした地域保健福祉が推奨され、2002年までに達成すべき社会復帰施設や福祉施策の具体的な目標が提示されている。ただしこれらの数値目標は絶対的に不足しており(浅井, 1998)、地域在住の精神障害者の多くは家族のもとで生活している(黒田他, 1997)。そして家族が精神障害者のケアの中心的な役割を担っている。しかし、家族は精神保健福祉従事者から適切なサポートを受けていることは少なく、自分たちの知識や力量に不足を感じながら単独でケアを続けているのが現状である(岩崎, 1998)。

地域ケアの潮流の中で、家族が今後もケア提供上重要な役割を果たしていくと考えられるが、その一方で、地域資源が未整備である現状では、家族の困難は増大することが予測される。精神障害者の家族に対する適切な支援システムの開発が望まれるが、そのためには、精神障害者の家族がケア提供上どのような困難に直面し、ケア提供上どのように対処しているかを明らかに

することが必要になる。

精神障害者の地域ケアが1950年代半ばから推進されてきた英米においては、精神障害者の家族の困難に着目した研究が数多く存在し、家族が日常生活のさまざまな局面で負担を経験していることが1960年代から報告されている。家族の負担として、ケア提供、障害者の病状や問題行動、精神障害に対する偏見、保健医療従事者の家族に対する態度等が明らかにされている(Francell et al., 1988; Hatfield et al., 1994; Iwasaki, 1995; Noh & Turner, 1987)。我が国においても、家族が抱える困難として、将来に見通しがたない不安、心身の疲労、経済的負担、結婚問題の気苦労、家族関係の不安定化等が明らかにされている(石原, 1981; 岡上他, 1988; 丹下他, 1998)。

このように家族の困難に関しては研究が蓄積されているが、家族がケア提供に際してどのように対処しているかについて着目した研究は限られている。精神保健福祉の専門家は、障害者とその家族がそれぞれの体験から編み出してきた対処の力を生かしていけるように関わる必要があるとされている(Spaniolら, 1987)にもかかわらず、家族の対処の全貌は明らかになっていない。そこで、本研究は、精神障害者をケアする家族成員のケア提供上の対処の特徴を明らかにして、家族への援助の方向を見出すことを目的とした。

研究を進めるにあたり、家族成員、ケア提供及びケア提供上の対処については、次のように用語を定義した。家族成員は、精神障害者と血縁ないし婚姻や養子縁組による関係で結ばれている者とした。ケア提供は、精神障害をもつ家族成員の日常生活及び社会生活上のニーズを満たすために行われる世話、介助、気配り、支持、保護、監督と定義し、ケア提供上の対処は、家族の視点から語られたケア提供における認知上・行動上の努力と定義した。

Ⅱ 研究方法

1 対象

対象は、地域在住の18歳以上の精神障害者を1年以上ケアしている成人した家族成員34名で、平均年齢61歳、平均ケア歴11.6年であった(表1)。親の占める割合、並びに障害者との同居率は8割前後と高かった。対象者がケアしている障害者の平均年齢は38.9歳で、大多数が分裂病の診断を受けていた。

2 倫理的配慮

研究に先立ち、精神保健福祉機関や家族会の関係者に研究計画書を提出し、調査の許可を得て調査参加者を募った。志願者には調査参加中の権利等を書面を用いて説明し、同意を得た。精神障害者の同意は、調査者自身または調査参加者が口頭で得た。調査中は、プライバシーの権利、参加中断の権利及び「答えたくない質問には答えない」権利等を保障し、調査参加者が敏感になる話題の取り扱いには慎重にして、信頼関係が十分にできてから質問するなどの配慮をした。また、録音・記録したものは厳重に保管した。

3 データ収集

データ収集は調査参加者に対するインタビューを主としたが、家族会や家族勉強会での参与観察も併用した。インタビュー内容は、①ケア提供の内容と方法、②ケア提供上の困難と対処方法、③ケア提供に伴う家族の生活上の変化を中心とした。インタビューは、調査参加者が自

表1 対象の概要

ケア提供者 (34名：男11, 女23)	
平均年齢	61.0歳 (SD=10.3)
平均ケア期間	11.6年 (SD= 7.1)
障害者との同居の割合	82.4% (28名)
家族会所属者の割合	38.2% (13名)
老齢年金生活者の割合	55.9% (19名)
年収250万円以下の割合	14.7% (5名)
最終学歴：大学	17.6% (6名)
短大	8.8% (3名)
高校	29.4% (10名)
義務教育	35.4% (12名)
その他	8.8% (3名)
障害者との続柄：父親	20.6% (7名)
母親	58.8% (20名)
同胞	14.7% (5名)
配偶者	5.9% (2名)
障害者 (34名：男21, 女13)	
平均年齢	38.9歳 (SD=13.5)
平均初発年齢	23.2歳 (SD= 6.9)
平均入院頻度	1.8回 (SD= 1.7)
平均総入院期間	4.3年 (SD= 9.1)
診断名「分裂病」の割合	91.2% (31名)
有職者(パートタイム)の割合	5.9% (2名)
作業所通所者の割合	41.2% (14名)
最終学歴：大学	23.5% (8名)
短大	11.8% (4名)
高校	47.1% (16名)
義務教育	17.6% (6名)
障害者の自立度(家族判定)：	
家庭管理等の自立	17.6% (6名)
日常生活の自立	32.4% (11名)
声掛けが必要	38.2% (13名)
半介助が必要	8.8% (3名)
ほぼ全介助が必要	2.9% (1名)

由に具体的に体験を物語るができるように進めた。また、できごとを比較する質問や例外的なできごとに関する質問を準備し、他に、ケア提供に関する記録や思い出の品があれば、それらを題材にして話を聞いた。

データ収集は1999年1月から12月にかけて行った。面接の回数は一人あたり1回から4回までとばらつき、面接時間も、対象の都合により、一人あたり2.5時間から8時間とばらついた。平均面接時間は3.6(±1.6)時間であった。インタビュー内容は、参加者から録音の許可を得ることができた場合録音したが、録音許可を得ることができなかった場合は、許可を得て面接中にメモをとった。参加者34名中27名(79.4%)が録

音を許可した。

4 データ分析

分析はLoflandとLofland(1995)による分析的コーディングの技法に準拠して行った。分析的コーディングは質的な分析方法であり、初期コーディングと焦点を絞ったコーディングからなる。

初期コーディングでは、データのコード化と、類似したコードのカテゴリー化を行った。そして、複数の事例や場面に共通したコードやカテゴリーが繰り返し出現してきた時点で、焦点を絞ったコーディングに移った。

焦点を絞ったコーディングでは、複数の事例や場面对比・関連させ、類似したパターンを示す事例からはカテゴリーの特性や出現条件を同定し、対照的なパターンを示す事例あるいは相違点の明瞭な事例間の比較からはカテゴリー間の境界を同定した。並行して、複数のカテゴリーのうち現象を最も包括的に説明しうる中核的なカテゴリーを発見し、仮説を生成する作業を行った。生成された仮説でデータを再分析し、仮説とデータ間の適合具合を検討した。適合具合が悪い場合は、仮説の修正及びデータの補充を行い、修正された仮説でデータを再分析する過程を繰り返した。

表2は初期コーディングの作業例である。例示した事例では、医療の継続、居場所の確保、生活費の確保等のコードが療養生活の支援としてカテゴリー化された。そして、社会復帰の手伝いだけである旨を伝えるなどのケアの仕方は、一線を画すとしてカテゴリー化された。療養生活の支援に関するコードと、一線を画すというケアの仕方に関するコードから、療養生活の支援は障害者の生活を保障する機能があり、一線を画すケアは家族自身の生活を守る機能があるのではないかと解釈した。

また、この事例では、自分にも生活がある、ケアを放棄したい、とコード化されているが、類似したコードは他の場面や他の事例でも、繰り返し出現していた。ことに、障害者の生活を守らなければならないが、自分の生活も守りたいという家族の心情を示すコードと、障害者の

生活を守る対処及び家族自身の生活を守る対処を示すコードは、多くの事例に共通していた。そこで、焦点を絞ったコーディングに移り、大多数の事例に共通して出現した「障害者の生活」と「家族の生活」に関するデータに選択的に注目し、複数の事例や場面对比・関連させていった。その過程で複数の対処様式が析出された。

定性研究における妥当性は、現象の解釈が特定の学問的立場から了解可能であることで確保される(古賀, 1997)。データ分析の妥当性に関しては、修士以上の学位を持つ精神科臨床経験4年以上の看護教員5名から批評を受け、調査参加者からも意見を聞いた。

Ⅲ 結 果

1 家族の対処様式

分析の結果、精神障害者をケアする家族成員の対処として、一体型、無関与型、叱咤激励型、共栄型、空転型、諦め型6種類の対処様式が析出された(表3)。そのうち、無関与型と叱咤激励型は、障害者への関わり方に差があるものの、障害者と家族のニーズの優先具合は共通することから、自己保存型にカテゴリー化された。同様に、空転型と諦め型は無力型にカテゴリー化された。その結果、一体型、自己保存型、共栄型、無力型の4種類が、基本的な家族の対処様式として析出された。以下に、家族の基本的な対処様式について述べる。

1) 一体型

一体型は、障害者の生活に焦点がおかれ、家族成員自身の生活は従属的になっている対処様式である。一体型では、家族成員と障害者の関係は密着しており、しばしば家族成員は障害者のケアに常時全面的に関与している。家族成員の障害者に対する共感性は高く、障害者の状態の変化に一喜一憂し、障害者の苦しみに同調し、障害者の動揺と共に揺れ動いている。家族成員の関心は現時点における障害者の苦痛緩和に集中し、障害者の将来に漠とした不安を持っている。また、障害者の未来に向けた働きかけはない。また、家族成員は障害者と共に、家庭内という限られた世界に閉ざされて生活している。この

表2 初期コーディングの作業例

コ ー ド	状 況 の 要 約
	Gさんが、親の死後、姉のケアを引き受けることになったいきさつとケアの内容
必要時以外は親に任せる 親に姉の入院を勧める、親にすべて任せ、親から相談されれば姉と関わる	Gさんの姉は、グループホームに住み、作業所に通っている。以前は暴力が頻繁で飲酒もしていたが、最近はやや落ち着き、現在の主な問題は、他者への迷惑行為である。Gさんは両親の死後姉の面倒をみ始めた。両親の存命中、Gさんは父親に姉の入院を勧めたが、「家から精神病を出せない、家でみる」と断られた。それ以降、姉のことはすべて両親に任せ、親から相談があったとき以外は、姉のことには一切関わらなかった。
療養生活の支援 医療につなぐ： 従姉に病院のことを相談する、入院先を探す 療養を継続させる： 療養の継続方法を自分で調査する、主治医やワーカーに継続療養の方法を相談する 居場所を確保する： ワーカーや保健師を介してグループホームを見つける、保健師を介して作業所を見つける 生活費を確保する： 福祉の手続きを助ける、姉のために遺産を放棄する	父親の死後早速、従姉に病院を調べてもらい、入院先を探し、姉に治療を受けさせた。退院時には、継続療養の方法を調べ、主治医やケースワーカーにも相談した。ワーカーを通じて、姉の居住区であった保健所保健婦を紹介され、そのついで現作業所とグループホームを探し、姉の退院に備えた。また、遺産がすべて姉の方にいくように手続きし、姉が生活保護と障害年金を受給できるように手伝った。退院時、姉には、自分には自分の生活があるため姉の生活を助けるにしても限界があること、保護者になることはできないこと、社会復帰の手伝いをするだけであること、同居が無理であることなどを伝えた。Gさんによると、家族にもできることとできないことがあるので、引き受けることに線を引いているとのことである。Gさんは、そうすることで、姉のためにできることが見えてくると考えている。現在、Gさんは、姉が他者とトラブルを起こした場合には、直接出向いて調整にあたるが、普段は、電話で姉の話をじっくり聞くだけにしている。
一線を画す 自分の限界を伝える： 保護者にはなれないと伝える、社会復帰の手伝いだけと伝える、同居は無理であると伝える 援助を限定する： トラブル時には出向くが普段は電話で話を聞く	なお、Gさんは、30代の頃、姉と両親を面倒見ようと考えていたが、40代後半の今、自営業の維持も大変で、「年で」自分自身のエネルギーが低下しており、姉のことより、自分の夢を追求したいと考えている。また、これまでも何度となくトラブル処理をしてきたこともあり、これ以上トラブルを起こしたら、もう縁を切りたいと思っている。また、姉に対して「そういう病気で可哀想」という同情はあるが、姉が両親の命を縮めたと考え、姉を許せず、姉に対して愛情をまったく注げないと言う。今はただ「親孝行できるな」と思った矢先に死んでしまった」両親に対する済まない気持ちから、姉を援助している。「親父は石屋で職人気質だった。保守的なのに俺を大学にまで行かせてくれたのは、家の中に新しい風を吹き込んでくれ、俺の考えてることに反対してくれ、と思ってたからじゃないか」と考え、亡き親の供養のため、姉のことを看続けていこうと考えている。しかしその一方、もう自分としては限界だという気もしており、姉の前から「蒸発」することも真剣に考えている。
自分の生活を守りたい 自分にも生活がある： 自営業が大変、「年だ」、自分の夢を実現したい ケアを放棄したい： もう縁を切りたい、もう限界、蒸発したい	
覚書： ①『療養生活の支援』の特徴は、自分でできることをしているが、親族や専門家の力も借りている。 ②療養生活の支援は、姉の生活を保障する機能がある。 ③一線を画すケアは、自分の生活を守る機能がある。 ④自分の方が大変でもう面倒を見たくないという思いがある半面、本人の療養生活を助けるための行動をとっている。 ⑤ケアをできる自分の状況でもないし、積極的な関与は避けたいところであるが、姉の状況と親への恩を考えるとケアをせざるを得ない、と考えている。 複数の場面や事例と共通するテーマなど： ①自分の生活を守りたいが、障害者の生活も守らなければならない、という心情が頻繁に語られる。 ②自分の生活を守る対処と、障害者の生活を守る対処が頻出する。 ③一線を画している事例とは対照的に、距離をとれない事例も多い。	

表3 精神障害者をケアする家族成員の対処のタイプ

タイプ	グループ化されたコード	障害者と家族のニーズの充足具合	出現しやすい条件
一体型	障害者に駄目と言えない 障害者に代わって障害者のニーズすべてを満たす 障害者と一体化して揺れる “1日24時間世話役” ひとりで全てを背負う 障害者と共に家庭内にひきこもる	障害者のニーズを優先し、 家族のニーズは二の次	発病の初期や再発時など障害者の苦痛が大きいとき 母親に多い
叱咤激励型	自分の立場から話す 障害者のニーズには無頓着 障害者を叱咤激励する 自分の都合で関わる ケアは主たるケア提供者にほぼ任せきり 自分の社会生活は維持	家族の価値に従わせようとして、 障害者のニーズは二の次	障害や障害者を認められないとき、または世間体が気になるとき 父親に多い
無関与型	障害者に関与しない 障害者のニーズには無関心 障害者に関与しない 自分の生活に専念する ケアは主たるケア提供者に全面的に任せきり 自分の社会生活は維持	家族自身のニーズを優先して、 障害者のニーズは無視する	障害や障害者を認められないとき、または自分の家庭や職業を守らなければならない事情があるとき 父親や同胞に多い
共栄型	障害者の立場から話す 障害者ができることはさせる 障害者の気持ちを受けとめる 自分の時間を作り、健康に留意する 協力者を得る 障害者と共通の社会生活がある	障害者と家族双方のニーズを充足する	障害を受容し、障害者の未来及び社会生活が視野にあるとき 経験者や学習者に多い
諦め型	障害者の“飼育殺し”状態 障害者の様子を垣間見ながら関わる 障害者のケアも自身のケアも最小限 自分の社会生活が避難所となる	障害者と家族双方のニーズは充足されない	障害者側の拒絶が強いとき、または進展のないままケアが長期化しているとき
空転型	障害者に振り回される 障害者の様子を窺いながら関わる 障害者のケアも自身のケアも最小限 自分の社会生活が避難所となる	障害者と家族双方のニーズは充足されない	障害者側に暴力、または広範かつ深刻な問題行動があるとき

対処様式は、障害者のニーズを優先的に満たす機能を持ち、障害者の発病後間もない時期に生じやすい。以下は、娘の再発に心を痛めている50代前半の母親の話である。

〇〇もいつまでも若くないしね、ああこのまま駄目になっちゃうのかなあって、もう毎日毎晩、その事は頭から離れないから...(間)...ずーっとこれで、28、29、30と年とっていくんだけど、一体これからどうなるんだろうかなあ、本人が一番かわいそうだなあって思うんですけどね...(間)...主人の方から、お母さんはそんなに思い詰めちゃったんじゃない、絶対に体壊す

から、一緒になってそんなに悩んでもしょうがないからねって、言ってくれるんですけどね。でもねえ、かわいそうだなあって思っちゃうんですよね。気持ちが入り過ぎて、ともにねえ、ともに神経の方がおかしくなっちゃう。

ただし、一体型の対処様式は、家族成員自身のニーズを軽視する危険性と障害者のニーズを過多に満たす危険性を孕んでいる。

本人が不安だって言えば、夜中中ついてて背中をさすってあげたり、話聞いてゆったりするわけですよ。そんなことやってたらこっちの身も

もたないけど、親としては心配でしょ... (中略)... 面倒見過ぎて、子どもが救われる場合もあるでしょうし、かえって逆に余計なお節介をやく場合もある。私がいなければ、子どもは自分の判断で明日まで我慢しようとか、自分で乗り越えようとかできるかもしれないけど、私たちがいるために、私たちがいろんなケアをするから、依存してくるってこともあるでしょ。

2) 自己保存型

自己保存型は、家族成員自身の生活を優先し、障害者の生活は二義的になっている対処様式である。自己保存型では、家族成員と障害者の関係は疎遠で、家族成員は自分の都合で断片的に障害者と関わっているか、全く関与しない。家族成員の障害者への共感性は低く、時間は過去に逆行し、家族成員は障害者が「元に戻る」ことを期待して障害者を叱咤激励したり、時には障害者を切り捨てる。また、家族成員の社会との接点は、障害者を抜きにした形で保たれている。この対処様式をとることにより、家族成員自身の身は守られ、障害者のニーズ充足は家族成員のニーズ充足より後にくるか、軽視ないし無視される。この対処様式は、家族成員自身が障害や障害者と真正面から取り組みたくないとき、ないし障害や障害者を拒絶しているとき、あるいは家族が自分たちの課題で手一杯のときに生じやすい。以下は、障害を受け入れられなかった時期を振り返り、自分たちの視点から一方的に関わっていたという母親の話である。

病気が落ち着けばね、特に手がかかるってほどでもないんですよ。でもね、うちも商売してましたしね、親としては、やっぱり子どもが何もしないで家でゴロゴロ寝てると目障りになってくるんですね。足が悪いとか、手が悪ければ、もうあの子は障害者だからしょうがないと諦めもあるけど、五体満足の息子が家で何もしないでゴロゴロしてんのは、やっぱり親にとっては目障りなんですね。親にしたって、まだその頃は精神病を受け入れられない。怠け者にしかやっぱり見えなかったですもんねえ。今なら病気を受け入れる気持ちになってるけど、病気を発

病した当初は子どもを受け入れられなかったですもの。怠け者だってことでね、「怠け者、そんなことでどうする!」っていうふうな考えがやっぱり親の中にありますからね。父親なんかは特にね、「いやお前は病気なんかじゃない。しっかりしろ!」って叱咤してね。

3) 共栄型

共栄型は、障害者の未来を視野に含めて、障害者の生活も家族成員自身の生活も保障しようとする対処様式である。共栄型では、家族成員は障害者との間にほどよい距離を持ち、障害者の必要に応じて援助を提供している。家族成員の共感性は適度に高く保たれた状態にある。また、家族成員は障害者の未来を意識しながら、障害者の現在と未来に役立ちそうな援助方法を試みている。家族成員自身の社会との接点は障害者を含める形で保たれており、家族成員も障害者も、身内や専門職からの援助や職場の理解を得て、地域資源を活用している。この対処様式は、障害者及び家族成員双方のニーズを充足する機能を持ち、経験を積みケアにある程度の自信をつけた家族にみられる。以下は、息子との関わりにおいて「この子の役に立っているか」という視点から自分のケアを点検している母親の例である。

彼はですね、月曜日から金曜日までは作業所だけで、土曜日は作業所のオープンスペースに必ず来る。日曜日の午前中はうちで教会所「息子が喫茶店のようなものをやりたいと言っていたことから、5年前に始めたもの」。午後からはレコード聞いたりして遊んでますねえ。あと時々家族で走りに行くとか、映画を見に行くとか...(中略)... お金を自分で管理するようになったし、年金をいただくようになったから、食費として3万円下さい(笑)とか、息子からもらってます。私は午前中ちょっとだけ家族会の事務所に顔出して、外の団体との交渉とか、事務所に誰か来られないときの当番とかですね。午後はうちのすぐそばで教会所、夕方までやっています。あと、私自分もしっかり生きなければいけないし、自分が楽しければこの子にも

いいのかなあと思ったから、その頃から山に行ったり、そんな時間を持つようになりましたね... (中略)... 周囲の人にはあらためて分裂病ですとは言わないんですけど、大変なんだろうねえとか、本人悩んでんだろねえとか、おかしくなったねえ(笑)とか、なぜか開放的にしてます。他の家族が私のことを「よくそういうふうにしてオープンにできるね」って。だってあの人、地元で、あそこで生きていかなきゃいけないし、一歩出るとね、あの人パフォーマンスして歩く人だから(笑)、知られちゃうしね、そうもいかないでしょ。

4) 無力型

無力型は、障害者の生活も家族成員自身の生活も保障されない対処様式である。無力型では、障害者との関係は遮断され、家族成員の共感性も失われている。家族成員の社会との接点は、一時的な避難所という形で維持されているが、通常、職場等の狭い社会に限られている。この対処様式は、障害者が家族やケアを拒絶している時、障害者の暴力行為や問題行動が深刻・広範な時に生じやすい。時には、家族の抱える課題が大きい場合にも生じる。この対処様式では、障害者と家族成員双方のニーズは充足されず、両者が共倒れになる危険性が高い。以下は、障害者本人から拒絶され、自分では対処の仕様がなく、一時期は仕事も手につかず、食欲も落ち、不眠にもなったという配偶者の例である。

自分ではどうしたらいいのかとは思うんだけど、結局、まるっきり拒絶されているような感じだから、全然向こうは受け入れようとしなないし... (間)... 成す術がないって感じでしたよね。仕事から帰って来ても、出掛けるときも、ずっと音楽を聞きっぱなしで。それで亡霊が見えるとか、何かの声が聞こえるとかって、ずっと起きてる。んー、どうしたらいいのかわかってたんだけど、どうして欲しいのか、どういうことがいやなのか、全然わからない状態だから、どうにもできないですよ。何事にも拒絶されちゃってるわけだから。どんなことしてあげればいいのかは全然わからないし。たとえば、どっか

足が痛いとかいう状態だったら足さすってあげるとかなんかできるだろうけど... (間)... 実際に自分自身何もできないのが歯痒くて辛いんだけど、かと言って、こうしようと思っても、実際には無視されてる状態だから、どうしようもないですよ。だから結局、自分としても、自分のどこが悪いんだろうってことばかりでね、仕事してても、いつもそんなこと考え込んで。他のこと[自分の生活や子どもたちの生活に気を配ること]まで全然頭が回らなかったですよ。

2 対処様式間の移動

家族成員の対処様式はひとつに固定されているわけではなく、対処様式間の移動が生じることもある。例えば、一体型の家族成員が障害者への長期間の全面的関与によって消耗した結果、無力型や自己保存型に移行する場合がある。ある母親は一体型の対処をとっていたが、障害者の広範な問題行動に振り回され続けた結果、精神的にも身体的にも疲弊し、障害者への共感も低下し、「自殺でもしてくれればいい」と願ったことがあることに言及した。この母親は一時期自己保存型の対処様式に移行したが、現在では周囲からのサポートとケア提供上の知識を獲得し、障害者当人の状態もある程度落ち着いていることから、共栄型に移行している。

同様に、自分の生活を優先していた自己保存型の家族成員が、障害を受け入れるようになった結果、共栄型に移行することもある。以下は、専門家による働きかけにより、自己保存型から共栄型に移行した70代の同胞の語りである。この同胞は、現在、兄の地域生活を支援するかたわら若年の障害者たちの自立に手を貸している。

できれば病院でこのままお世話していただきたいというのが当時の私の意見でした。これは極めて現実的な考えで、兄が入院する前とは家の状況が変化してるし、生家に連れて帰るわけにはいかないですよ。病院で預かってもらえば、環境にも恵まれてるし、治療もしてもらえ。患者にとっても家族にとっても総合的にい

いと思ったんですよ。しかし今考えると一つの逃げだったかもしれないなあと思います。真に患者の立場に立っていなかったなあと反省しています。本人には本人の生活があるんですよ。入院させておきたいというのは、こちら本意な考え方であって... (中略)... でも患者が自立して生活していけるという体制が整っていないと、こちらとしてもいいとは言えない。その点は、病院のスタッフが訓練してくれました。「お兄さんは食事は作れる、タバコは吸うけれども火の始末もできる、洗濯もできる」などなど、ちゃんとできるんだということを丁寧に説明してくれました。それで「住まいも病院の近くで、こちらの作業に通ってくれば生活のリズムもできる、家にこもりきりってことにはならない、食事は職員食堂で食べればいい、病院と関係が切れるわけではない」などと丁寧な説明を聞くと、決断を迫られるわけですよ。彼には彼の人生があるわけですからね。私は守旧派的な考え方だったのですが、意識改革を迫られるのですよ。

V 考 察

1 家族の対処様式

析出された基本的な対処様式を比較すると、一体型と共栄型の対処には、障害者に代わってニーズを満たす、障害者と一体化して揺れる、障害者の立場から話す、障害者の気持ちを受けとめる等の特徴があり、家族が障害者のニーズに共感的に応える働きが内包されている。また、自己保存型と共栄型の対処には、自分の社会生活を維持する、自分のことに専念する、自分の時間を作る、自分の健康を守る等の特徴があり、家族が自分自身のニーズに配慮する働きが内包されている。一方、無力型の対処は障害者への共感性も家族自身への配慮も欠いている。つまり、各対処様式は、家族が障害者のニーズに共感的に応じる『家族の応答性』と、家族が家族自身のニーズに配慮する『家族の自己配慮』という二つの軸の組み合わせによって説明でき、その組み合わせが家族の対処様式を決定してい

ると考えられる。図1は、『家族の応答性』を横軸に『家族の自己配慮』を縦軸にプロットして各対処様式を示したものである。なお、叱咤激励型と無関与型は自己保存型の、諦め型と空転型は無力型のバリエーションと考えられる。

先行研究においては、精神障害者の家族の対処として、受容、安心の保障、強要、放棄、諦めなどが報告されている (Birchwood と Cochrane, 1990 ; Magliano ら, 1998)。先行研究における強要や放棄は本研究の自己保存型の対処と、諦めは本研究の無力型の対処と、内容的にはほぼ相応している。また、心身障害者の家族の苦悩について言及した南雲(1998)は、障害者の家族の苦悩が家族の「同体」としての側面から生じ、家族が障害者の苦悩を我が事のように共有してしまうことを指摘している。本研究における一体型の対処では、家族は障害者の苦悩に同調し、障害者とともに揺れ動いており、南雲の言う家族の同体としての側面に通ずると考えられる。加えて、家族が精神障害者のニーズに共感的に応じかつ自分自身のニーズに配慮する対処をとっていることが報告されているが (岩崎, 1998 ; 宮崎ら, 2001 ; Spaniol ら, 1987)、これに相当する対処が本研究における共栄型の対処だと考えられる。

家族の対処を規定する要因に関する先行研究は見当たらないが、上述のとおり、複数の先行研究において、家族が精神障害者のニーズに共感的に応じると同時に自分自身のニーズに配慮していることが明らかにされていることから、

		家族の応答性	
		あ り	な し
家族の自己配慮	あ り	共 栄 型	自己保存型
	な し	一 体 型	無 力 型

図1 精神障害者をケアする家族成員の対処様式の規定要因及び基本的対処様式

家族の対処を、家族の応答性と自己配慮という二つの次元から捉えることは概ね妥当であることを示唆していると考えられる。しかしながら、先行研究において、家族の対処は障害者の状態や問題行動にも影響を受けていることが報告されており(Birchwoodら, 1990; Maglianoら, 1998), 本研究においても、障害者側の要因が家族の対処を規定する一要因であることが類推された。ただし、いずれの研究においても、障害者は研究の対象として含まれていないため、その検証は今後の課題となる。

2 対処様式間の移動

家族は対処様式間を移動するが、対処様式間の移動には、家族の『応答性』と『自己配慮』間における葛藤の顕在化が影響していると考えられる。つまり、家族には障害者の生活を優先させるか又は自分の生活を優先させるかという葛藤が潜在しており、家族が障害者の生活の質と自分の生活の質を同等に保障することが困難になったとき、『応答性』と『自己配慮』の間で葛藤が顕在化し、家族はケアをしてやりたいという思いとケアを放棄したいという思いの間で揺れると考えられる。

そして、葛藤の顕在化に影響する一要因として、ライフサイクルが考えられる。例えば、親がケア提供者の場合、障害者の発病は、職業的・社会的責任を果たすことが期待される中年期と重なることが多いが、親自身の職業生活を優先させると、障害者の生活は軽視され、逆に、障害者の生活を優先させると、親自身の職業的成功や昇進を不意にすることもありえるため、葛藤が生じると考えられる。実際、五十代を迎え息子の発病を体験したある父親は、「仕事をとるか息子をとるか」で長い間悩んだ末、「仕事よりも大事なことがある」と考え、息子との時間を作るようにしたと語っている。同様に、家族自身の身体的・精神的エネルギーが低下する老年期においても、障害者の生活を優先させると家族自身の生活が脅かされ、反対に、家族自身の生活を優先させると障害者の生活がおろそかになる可能性があることから、葛藤が顕在化すると考えられる。ある八十代の母親は、「戦争を

くぐり抜けて、いろいろなことがあって、もう今はこの年になったんですから、死ぬ前ぐらいはちょっとはね、フアーってゆうようなふうにして(伸びやかに)暮らしたいなあ」と思いながらも、「この人について、できるだけことはやってあげて、一生終えようかなあとも思ったりもするんですけども」と、相反する思いを語っている。

家族の葛藤が顕在化する時期は、家族のケア提供上の負担の増大と必ずしも一致しているわけではないため、家族負担に関する研究との比較には慎重を要するが、家族の年齢と負担の関係を調べた横断研究がある。Cookら(1994)の研究では、負担全般と家族の年齢の間には直線的な相関も曲線的な関係も認められなかったが、障害者への責任性に関する負担は高齢の親で高く、問題行動に関する負担は若年の親で高かった。Cookらの研究は、負担の一部の側面が家族のライフサイクルと関連していることを示唆しており、今回の研究結果と全面的に矛盾するものではないと考える。しかし、家族の葛藤に関する時間軸上の変化を検証するには、家族と障害者双方の発達に関する縦断的な調査が必要になる。

3 看護上の示唆

家族の『応答性』と『自己配慮』は、精神障害者の家族への看護上有用な概念となると考える。まず、看護職者が家族の応答性と自己配慮の二点に注目することで、家族が必要としている看護を短時間で的確に判断し、提供することが可能になると考える。例えば、家族の言動から、家族の応答性または自己配慮の状態を査定するのは比較的容易であろう。そして家族の応答性が低い場合は家族が障害者への共感性を高められるよう援助し、反対に自己配慮が低い場合は家族が自身の生活の質を維持できるよう援助するなど、家族の本質的なニーズに合致した看護に発展させていくことができると考える。

次に、家族の『応答性』と『自己配慮』は、家族にとっては、障害者の生活の質を保障すると同時に、家族自身の生活の質も維持することが重要であることを示唆している。また、家族

の応答性と自己配慮の間の葛藤が表面化しやすくなる時期が示唆されたことから、家族の葛藤を予測しながら、家族と障害者双方の生活の質を保障する継続的な働きかけが可能になると考える。

最後に、家族の対処様式が応答性と自己配慮の組み合わせにより変化することは、弾力的な家族の対処力をうかがわせる。家族の弾力性を生かすことで、家族と協同して障害者の生活の質を保障していくことが可能になろう。

VI 結 語

精神病障害者をケアする家族の対処に焦点を当て、その特徴を明らかにした。分析的コーディングの技法を用いてデータを分析した結果、ケア提供上の対処様式として、共栄型、一体型、自己保存型、無力型が析出された。対処様式の規定要因として、家族の応答性(障害者のニーズに共感的に應えること)と家族の自己配慮(家族自身のニーズに配慮すること)が考えられた。また、対処様式は固定されたものではなく、家族の応答性と自己配慮との間での葛藤が顕在化することに伴って変化すると考えられた。家族に対する看護に際して、家族の応答性と自己配慮に注目する有用性が示唆された。

なお、本研究の対象の大多数は親であり、結果を普遍化するには限界がある。今後は対象を拡大し、対処様式の妥当性の検証が課題となる。

謝 辞

本研究は、調査に参加してくださった御家族と御家族の調査参加を承知してくださった障害者御本人の御厚意なしには成り得なかったものである。どの御家族も障害を抱えた子どもや同胞や配偶者の悲しみをしっかりと受け止めながら、障害者の心の奥深くにしまわれた宝を取り出して分かち合ってくださった。御家族のおひとりおひとりに、そして障害者のおひとりおひとりに、心からお礼を申し上げたい。また調査を御承知くださった各組織の関係者の皆様のお力添えにも、格別にお礼申し上げたい。

なお、本研究は平成11年度文部省科学研究費

補助金〔基盤研究(C)(2)課題番号11672363〕の助成を受けて行われた研究の一部である。本研究はまた千葉大学に提出した博士論文の一部である。

文 献

- 浅井邦彦(1998)：精神科医療・福祉と法改正。精神神経学雑誌, **100** (12), 1039-1055.
- Birchwood, M. & Cochrane, R. (1990): Families coping with schizophrenia: Coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, **20**, 857-865.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A., & Cohler, B.J. (1994): Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, **64**, 435-447.
- Francell, C.G., Conn, V.S., & Gray, D.D. (1988): Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, **39**, 1296-1300.
- Hatfield, A.B., Coursey, R.O., & Slaughter, J. (1994): Family responses to behavior manifestations of mental illness. *Innovations and Research*, **3** (4), 41-49.
- 石原邦雄(1981)：精神病の長期化と家族の対応。精神衛生研究, **28**, 93-107.
- 岩崎弥生(1998)：精神病患者の家族の情動的負担と対処方法。千葉大学看護学部紀要, **20**, 29-40.
- Iwasaki, Y. (1995): Coping of family members caring for the relatives with schizophrenia: A qualitative study, pp. 1-117. Unpublished Masters Thesis. College of St. Scholastica.
- 古賀正義(1997)：質的調査法とは何か。北澤毅, 古賀正義編, 〈社会〉を読み解く技法(pp. 14-22)。福村書店。
- 黒田研二, 山下俊幸, 平野互他(1997)：外来受診中の精神分裂病患者の生活を支える社会的サービスの必要量の全国推計：日本精神神経学会・社会復帰問題委員会の全国調査から。精神神経学雑誌, **99** (2), 79-90.
- Lofland, J. & Lofland, L.H. (1995): *Analyzing*

- social settings: A guide to qualitative observation and analysis (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., et al. (1998): Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33** (9), 413-419.
- 宮崎澄子, 岩崎弥生, 石川かおり他(2001): 精神分裂病患者を家族にもつ男性家族員のケアの内容及びケア提供に伴う情緒的体験と対処. *千葉大学看護学部紀要*, **23**, 7-14.
- 南雲直二(1998): 障害受容 [意味論からの問い]. 荘道社.
- Noh, S. & Turner, R.J. (1987): Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, **25**, 263-272.
- 岡上和雄, 大島巖, 荒井元傳編(1988): 日本の精神障害者. ミネルヴァ書房.
- Spaniol, L., Jung, H., Zippel, A.M., et al. (1987): Families as a resource in the rehabilitation of the severely psychiatrically disabled. In A.B. Hatfield & H.P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill: Coping and adaptation* (pp. 167-190). New York: Guilford.
- 丹下祐子, 木村洋子, 岸田貞子, 白石美恵子, 福田知子(1998): 精神障害を持つ家族の資源的条件と日常生活上の困難. *精神科看護*, **66**, 65-71.