

平成 26 年度 高知県立大学大学院 博士論文

精神障がい者の家族の Family Resilience

に関する研究

Research on *Family Resilience* in Families of People
with Mental Disorders

看護学研究科看護学専攻
博士後期課程

中平 洋子

平成 26 年度 高知県立大学大学院 博士論文

精神障がい者の家族の Family Resilience

に関する研究

Research on *Family Resilience* in Families of People
with Mental Disorders

看護学研究科看護学専攻
博士後期課程

11G206

中平 洋子

指導教員 野嶋佐由美教授

論文要旨

精神障がい者の家族の Family Resilience に関する研究

中平 洋子

研究目標：精神障がい者を家族員にもつ家族の Family Resilience の特性を明らかにする。

研究方法：研究デザインは、質的記述的研究。対象は、精神障がい者を内包する家族。データ収集方法は、半構造化面接。家族会、医療機関、保健センター、就労を支援する施設に家族の紹介を依頼した。データ収集期間は、2012 年 12 月～2014 年 7 月。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づいて行った。高知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果および考察：19 家族より研究の協力を得た。面接への協力者は、病者の父親、母親、姉であった。面接時間は、27～131 分、平均 90.8 分であった。病者の診断名は統合失調症（17 名）と感情障害（2 名）であり、家族が病者の世話を続けている期間は、1～5 年未満 2 家族、5～10 年未満 3 家族、10～15 年未満 2 家族、15～20 年未満 2 家族、20 年以上 9 家族、期間不明 1 家族であった。

精神障がい者の家族の Family Resilience として、6 つのコアカテゴリーとそれらを構成する 24 のカテゴリー、73 の概念が明らかになった。6 つのコアカテゴリーは、【家族の守り】【コントロール】

【社会に向かって家族を開く】【病気との対峙】【認知の転換】【希望】であり、これらのコアカテゴリーは、互いに関連しあっていた。精神障がい者の家族の Family Resilience は二つの局面から成り立っていた。第一の局面は、Living System として、上位システムである社会の影響を受けながら【家族の守り】、状況の【コントロール】を行いながら、【社会に向かって家族を開く】ことであり、Living System 力の発現であった。社会との相互作用によって傷つきもし、救われもしていたが、家族を取り巻く環境を変化さるべく上位システムに働きかけていた。

第二の局面は、家族員が長期に渡る健康問題を抱えたという状況に対して、時間経過や上位システムとの関係性の中で、【病気との対峙】【認知の転換】【希望】を持つ力、つまり家族内のエネルギーを創生するような Competency の発現であった。家族は、家族員の病気を家族なりに扱えるようになるだけではなく、厳しい状況の中に留まり奮闘し続けることを励ましたり、奮闘する意味を見いだしていた。

結論：精神障がい者の家族の Family Resilience は、6 つの特性から構成されることが明らかになった。精神障がい者の家族の

Family Resilience とは、「精神障がい者を抱えた家族が、困難状況と向き合うために、【家族の守り】、状況【コントロール】を行いながら、【社会に向かって家族を開（く）】き、【病気との対峙】、【認知の転換】、【希望】を持つという家族としての力を獲得・発揮し、家族として時々の調和を獲得し続けることであり、このように奮闘した軌跡を家族史に組み込むことである」と定義づけることができた。Family Resilience を促進するために、奮闘している家族の力を信じること、家族システムを上位システムとの相互作用の中で支援すること、家族の力の創生を支援することが必要であると考えられた。

Abstract

Research on *Family Resilience* in Families of People with Mental Disorders

Yoko Nakahira

Aim: To clarify the characteristics of *Family Resilience* in families whose members include someone with mental disorders.

Research methods: This study was of qualitative, descriptive design. Participants were 19 families that included a member with mental disorders in each family. Data were collected through semi-structured interviews. Families for the study were introduced through family groups, medical institutions, local health center and work support facilities. Data were collected from December 2012 to July 2014. Analysis was done using a modified grounded theory approach.

This study was carried out with the approval of the University of Kochi Research Ethics Review Committee.

Results and Discussion: Of the 19 families that agreed to participate in the study, family representatives, such as the father, mother, or older sister of the affected persons, participated in the interviews. The Interviews lasted between 27 and 131 minutes, with a mean duration of 90.8 minutes. Conditions of those with mental disorders included schizophrenia (17 people), and emotional disorder (2 people). The total length of time the families spent taking care of the affected persons was 1-5 years for 2 families, 5-10 years for 3 families, 10-15 years for 2 families, 15-20 years for 2 families, and over 20 years for 9 families, with 1 family as unclear.

In terms of *Family Resilience* in families of people with mental disorders, 6 core categories were elicited, comprising 24 sub categories and 73 concepts. The 6 core categories, all closely related, were as follows: “family protection”, “control”, “opening

the family to society”, “confrontation with the illness”, “cognitive transformation” and “hope”.

The *Family Resilience* in families that include someone with mental disorders was composed of two aspects: the appearance of “living system force” and “family competency”. In one aspect, influenced by society as a higher-level system, each families functioned as a living system and generated living system force by striving to protect family members, control the situation and open the families to society. Damaged and saved by interactions with society, they worked on society to improve its environment by explaining family experiences associated with the mental disorder in hopes of gaining a better understanding and promoting collaboration.

In the other aspect, with time and interactions with society, the families displayed the competency that enabled them to create energy within the families, such as “confrontation with the illness”, “cognitive transformation” and “hope”. In other words, the family competency made it possible for them not only to deal with the illness properly, but also encouraged the families to keep tackling the challenges. Moreover, they found a meaning in it.

Conclusion: The study clarified that *Family Resilience* in families including someone with mental disorders comprised 6 characteristics: “family protection”, “control”, “opening the family to society”, “confrontation with the illness”, “cognitive transformation” and “hope”.

Family Resilience can be defined as follows: in order to confront their adverse situation, families with a mentally ill member acquire and display family strengths: “family protection”, “control”, “opening the family to society”, “confrontation with the illness”, “cognitive transformation” and “hope”. By doing that, they achieve family harmony and then continue to integrate the tracks of their struggles into their lives.

In order to promote *Family Resilience*, it seems to be necessary

to believe in the strengths of the struggling family, support the family system involved in interactions with higher-level system, and provide support for the creation of family strengths.

目 次

第 1 章 序 論

I	研究の背景	1
II	研究目標	2
III	研究の意義	3

第 2 章 文献の検討

I	Resilience 概念の検討	4
1	Resilience 研究の動向	4
1)	Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究	
2)	Resilience 尺度の開発	
3)	Resilience と関連要因の検討	
2	Resilience 概念の定義	11
1)	個人の性質・能力に注目した定義	
2)	個人が適応に向かう過程に注目した定義	
3	Resilience を促進する実践と介入研究例	15
II	Family Resilience 概念の検討	16
1	Family Resilience 研究の動向	17
1)	Family Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究	
2)	Family Resilience 尺度の開発	
3)	Family Resilience と関連要因の検討	
2	Family Resilience 概念の定義	21
3	Family Resilience を促進する実践と介入研究例	23
III	Resilience と Family Resilience 概念の属性	23
1	Resilience 概念の属性	24
1)	肯定的な未来志向	
2)	逆境への意味づけと受容	
3)	自己の能力への信頼	
4)	忍耐強い対処	
5)	資源の活用と資源に繋がる力	
6)	ゆるぎない拠りどころ	
7)	調整・統制	
2	Family Resilience 概念の属性としての検討	29
IV	精神障がい者の家族に関する研究	29
1	精神障がい者の家族の捉え方の変遷	30
2	家族が直面する厳しい状況	31
3	家族に対する支援	33

4	家族の力に注目した研究の動向	34
5	脆弱性モデルから家族の力に注目したモデルへの移行	35
第3章 研究の枠組み		
I	Family Resilience 概念を用いた研究と定義	36
II	本研究で用いる Family Resilience 概念	37
III	精神障がい者の家族の Family Resilience と研究の枠組み	37
IV	用語の定義	38
V	Research Question	39
第4章 研究方法		
I	研究デザイン	40
II	研究協力者	41
III	データ収集の方法	42
1	データの収集手順	42
2	インタビューガイド	42
3	データ収集の期間	44
IV	分析方法	44
V	倫理的配慮	44
1	同意の得方への配慮	44
2	面接場面での配慮	45
3	データの取り扱いに関する配慮	46
4	面接に伴う協力者の動揺や疑問に関する配慮	46
第5章 結果		
I	研究協力者の概要と面接時間	47
II	精神障がい者の家族の Family Resilience	47
1	家族の守り	48
1)	病者の立場に立って考える	
2)	情緒的に繋がり家族として力を合わせる	
3)	家族としての役割を自覚する	
4)	家族のやり方や生活を守る	
2	コントロール	62
1)	厳しい状況に巻き込まれないようにする	
2)	不利益に巻き込まれないようにする	
3)	家族の限界を見極め超えないようにする	
4)	病気の事だけに心を奪われない	
5)	期待を高め過ぎない	

3	社会に向かって家族を開く	76
1)	家族外の力を活用する	
2)	病気を隠さない	
3)	理解しあい協働できる仲間と繋がる	
4)	社会に働きかける	
4	病気との対峙	87
1)	病状の経過を監視する	
2)	治療脱落を防止する	
3)	試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する	
4)	病者の力を補いつつ育む	
5	認知の転換	102
1)	覚悟を決めて強く前を向く	
2)	楽観的に現実と向き合う	
3)	多面的に状況を捉え新たな視点を得る	
4)	発病や発病に伴う困難を人生に意味づける	
6	希望	113
1)	将来像を描く	
2)	病者の将来の生活に見通しが立つ	
3)	医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ	
7	精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーの関係性	122

第 6 章 考察

I	精神障がい者の家族の Family Resilience	127
II	家族の守り	132
III	コントロール	133
IV	社会に向かって家族を開く	136
V	病気との対峙	138
VI	認知の転換	140
VII	希望	142
VIII	研究の限界	143
IX	看護への提言	144

第 7 章 結論

謝辞

引用文献

資料 高知県立大学看護研究倫理審査 承認書
研究依頼書－施設・ご家族
同意書・同意取り消し書

1 章 序論

I 研究の背景

厚生労働省は、2011 年に精神疾患をあらたに医療政策の基本方針に加えた。2006 年の医療法改正で、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病の 4 疾病を重点対策が必要な疾患として指定していたが、精神疾患を加えた 5 疾患へと修正した。これを受けて各都道府県は、精神疾患に関しても地域の実情に合わせて、医療計画の中に必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を明記し、地域の医療連携体制を構築、整備することが求められることになった。この背景には、精神疾患患者の増加があり、厚生労働省の患者調査において、精神疾患の外来患者数は、平成 11 年に 170 万人であったものが、平成 17 年には 267.5 万人となり、6 年間で約 1.6 倍になっている(厚生労働省 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会, 2009)。精神疾患患者と同じ数だけの家族が、病者と共にこの病を背負っている。

精神疾患患者や精神障がい者に関しては、数の増加だけでなく入院期間の長さも依然大きな問題として残っている。米国では 1963 年の「精神病と精神遅滞に関する合衆国大統領からのメッセージ」を契機として、それまでの巨大な州立精神病院での入院治療を中心とする体制から、地域精神医療センターを中心とする地域ケアを展開する方向へ大きく医療体制が変化し、脱施設化の動きが始まった(白石, 1994)。我が国では 1987 年に制定された精神保健法以降、社会復帰と患者の人権擁護が本格的に促進されることになった。その後も、精神保健および精神障害者福祉に関する法律への改定、障害者基本法や障害者総合支援法の制定によって、それまでの長期に渡る施設収容型の医療から、社会復帰に向けた医療や福祉の充実を進めてきた。また、薬物療法の進歩もこの動きを後押ししたが、平成 25 年度の平均在院日数は 291.9 日で、一般病床の 17.5 日と比較すると約 16.7 倍であり、1 日平均在院患者数は約 23 万人である(厚生労働統計協会, 2014a)。

このことを受けて、平成 16 年に概ね 10 年間の精神保健医療福祉改革の具体的方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が打ち出された。これは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいたビジョンである。ビジョンが打ち出されたのちも、基本理念に基づいた改革の歩みは遅々としたものであった。策定から 5 年が経過した平成 21 年には、後期 5 年間の重点施策群の策定に向けた報告書が取りまとめられ、報告書の中で、後半 5 年間の改革の基本的方向性として、精

神保健医療体系の再構築、精神医療の質の向上、地域生活支援体制の強化、普及啓発の重点的实施があげられた(厚生労働省 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会, 2009)。なかなか進まない改革を仕切り直し、改革を推し進めるべく方向性が再確認された。

国の後押しがある中でも、生活の場となる地域での支援体制は、なかなか整ってこなかった。このような精神医療、福祉の流れの中で、退院する患者を支えてきたのは家族である。全国精神保健福祉会連合会の調査(2010)によると、回答者(家族会会員)4419名のうち約80%にあたる3469名が患者と同居している。家族が今までに直面した困難として、病状悪化時に必要な支援がなかったこと、発病時に精神疾患に関する知識がなかったこと、病気や回復・生活に関して家族間で意見が一致しなかったこと、病者の世話が就労に影響を及ぼして経済的にも困難を経験したこと等が報告されている。また、専門家に期待する支援内容としては、本人の自立の準備に向けた働きかけ、病状・治療・回復の見通しに対する説明、病状悪化時の訪問による支援等が報告されている。さらに、家族が病気や不調を抱えながら病者を世話していること、余暇などを行う余裕が少ないことも明らかになっている。我が国では出生率の低下、核家族化、離婚率の増加により家族が縮小化している。また、女性の就業率が増加しており(厚生労働統計協会, 2014b)、家族機能は低下していると考えられる。それに加え、精神疾患の多くが思春期以降に発病するため、主に病者を世話している親は、病者の発病時点で既に中年期を過ぎている。全国精神保健福祉会連合会の調査(2010)の回答者の平均年齢も、66.7歳(±9.9歳)であった。

看護は、このような状況にある家族に関心を寄せ、家族の実態やニーズ、体験の把握に努め(岩崎, 1996/1998; 石川ら, 2003)、それを共有して支援を模索し、試みてきた(田上, 2004; 豊島, 2006)。次第に、家族が自らの力を発揮しながら奮闘している様子も明らかになり始めた(石川ら, 2003; 宮崎ら, 2001)。今後はこのような家族の発揮している力を明らかにすること、そしてこの力がどのように育まれてきたのか、この力をさらに高めるための方策がないのかを探るような研究が必要であると考えられる。

II 研究目標

精神障がい者を家族員にもつ家族の Family Resilience の特性を明らかにする。

Ⅲ 研究の意義

精神保健医療福祉の改革ビジョンの基本理念に基づき、今後も国民一人一人が住み慣れた地域で必要なサービスを選択し、利用しながら希望する生活を送ることが可能になるような地域社会の構築に向けた施策が進められることであろう。社会全体で精神障がい者を支える体制が整えば、障がい者にとっても、また障がい者を家族員にもつ家族にとっても選択肢が増え、生活や人生の質が向上してゆくと考えられる。しかし、いまだに精神疾患や精神障がいに対する根強い偏見が存在し続けている。また、家族員が精神疾患を抱えることになるという家族の体験は、どれほど社会が変わったとしても、その家族にしか向き合うことの出来ないものであり、家族が力を合わせて不安や悲しみ、衝撃を乗り越えてゆかなければならない。

これまでの厳しい状況におかれた家族のストレスや負担に着目した研究は、その成果がストレスや負担の軽減に向けた介入方法の開発に繋がり、家族支援に結びついている。本研究は、厳しい状況で発揮される家族の力に着目するものである。得られた成果は、看護が家族の力を開発し、育み、促進することを目指した介入方法の開発に貢献すると考える。看護が家族を支援する際に用いることのできる介入方法を数多く持つことができれば、家族に応じて、また状況に応じて柔軟に支援することが可能となる。

第 2 章 文献の検討

本研究は Family Resilience を中心概念としている。Family Resilience は、Resilience 概念を家族に応用したものである。

Resilience 概念について概観した後に、Family Resilience 概念について述べる。

I Resilience 概念の検討

Resilience の研究は、非常にストレスの大きい状況を経験した後に、うまく適応できる人がいる一方で、そうでない人も存在することの発見から始まっている (Bleuler, 1974 ; Werner, 1984; Rutter, 1985)。Werner(1993/1994)は、自らが報告した厳しい状況の中で健全に育った子どもたちに関する研究成果について、周産期の外傷、慢性的な貧困といったネガティブな側面に注目するのではなく、楽観的な見方を提供したことになると述べている。さらに、リスクファクターばかりを見るのではなく、肯定的なファクターにも注目する必要があることについて述べている。人間の抱えている問題や欠損、不利に焦点をあてた研究から、健康の促進やポジティブな側面に焦点を当てる研究へとパラダイムシフトしてゆく中で、Resilience 概念も発展してきたと考えられる。Resilience 研究について小花和(2002)は、従来の研究が心身へのネガティブな影響を分析することを通じてストレス反応の生起を防止しようとするのに対して、レジリエンスの概念は、逆境の中でポジティブな影響を受けた子どもの特徴を把握することを通じてストレス反応の生起に対する効果的な介入を探ろうとするものであると述べている。日本において人間を対象にレジリエンス概念を用いた研究が報告されはじめたのは 2000 年頃からである。

Resilience という用語を定義したのは、Rutter(1985)だと言われており、それ以降、約 30 年の間に、様々な年齢、状況を対象に研究がおこなわれ、尺度開発や Resilience の考え方を基盤とした予防的介入が実施されるようになった。

1 Resilience 研究の動向

小児の発達領域で Resilience 研究が始まった頃には、精神疾患を有する親の子ども、貧困、両親の離婚といったような、人生上の予測不可能で自らの力が及ばないような出来事を逆境と位置づけ、そのような出来事を体験した人々を対象に研究が進められていた。しかし、次第に逆境と捉える範囲が変化し、受験、職場のストレス、学生の実習、若くして母親になることといった日常的なストレス場

面や、思春期や老化のような通常の発達課題までも逆境に含めて研究が行われるようになった。このように逆境の解釈に変化が生じた背景には、Lazarus と Folkman(1991)の、実生活上の不確実な出来ごとや単純な日常的混乱でさえも、実験室の条件下で行われるストレスとは比較にならないほど大きな意味と意義があるという研究成果の影響も考えられる。

Resilience を強化するための介入方法を開発するためには、Resilience の要素や構造、発達の過程、影響要因について明らかにする必要がある。しかし、Resilience 研究は、厳密にコントロールされた環境下で実施することが出来ない。また、前向きデザイン/先見的デザインで行うことも困難を伴うため、実施されている研究の大半は、後ろ向きデザイン/回顧的デザインでの実施である。その理由について、Masten(1990)と祐宗(2003)が、次の2点から述べている。ひとつは、不幸な出来事に出会うことが前提の概念であるために、実験的に測定することが困難であること、もうひとつは、Resilience という現象が自然なものであり、機能している過程そのものに気づくことが出来ないことである。したがって、Resilience 研究は、多くの場合、ストレスな出来事が生じた後から、または進行している最中に実施されている。これに加えて、Gillespie ら(2007)は、逆境の定義が学問領域で異なっていること、逆境の文脈や特定の年齢群によって影響を受けること、質的な研究方法が多く用いられていることが、Resilience の測定を困難にしておき、概念を引き出す量的研究の少なさに繋がっていると述べている。

また、Resilience が、すべての逆境に共通してうまく機能するとは限らず、ある事柄にはうまく対処出来ても他の事柄に対しては、うまく機能できないかもしれないことが考えられるが、このことについて明らかにしている研究はまだ見当たらない。

さらに、今後の Resilience の研究では、時間を考慮した研究、縦断的な研究が期待されている(Tiet ら, 1998; Steinhardt ら, 2008; Wagnild ら, 2009; 石井ら, 2009; 平野, 2010)。

Resilience 研究は、質的にも量的にも取り組まれている。質的には Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究、量的には Resilience 尺度の開発、尺度で測定した Resilience と関連要因を明らかにしようとするものがある。以下、順に説明し、最後に Resilience を促進する実践と介入研究例を紹介する。

1) Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究

Resilience の要素や構造を明らかにしようとした研究者には、Wagnild ら(1990)、仁尾(2006)、石井ら(2006)、Zauszniewski(2010)、Stark-Wroblewski ら(2008)がいる。

Wagnild ら(1990)は、大きな喪失の後に上手く適応できている高齢の女性を対象にグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた研究を行い、そのような人々の特性として、運命の甘受/諦め、忍耐、自己信頼、意味深さ、実存的孤独の5つが明らかになったこと述べている。

仁尾(2006)は、先天性疾患を持ち生活に制限を抱える思春期にある人のレジリエンス要素の具体的内容を明らかにした。15-18歳の16名を対象に半構成面接を行い、レジリエンスを構成する内容を抽出した後に、Grotberg の考え方に基づき、I have、I am、I can の3要素に分類している。その結果、I have には、病気を持つ自分を支えてくれる友達がいる、病気を持つ自分を支えてくれる学校の先生がいる、自立を促してくれる親がいる、いつも見守り支えてくれる家族がいるの4カテゴリーが、I am には、将来に夢を持っている、病気をもつ自分を受け入れようとしている、病気のおかげで良い体験が出来たと思える、病気に甘えないで頑張るの4カテゴリーが、I can には、人に頼らず自分で病気の管理が出来る、健康な人と変わらない学校生活を送ることが出来る、友達関係がうまく調整できるの3カテゴリーが含まれることを明らかにしている。自分の病気を受け入れようとし、自立に向けて病気を自分で管理できると実感出来ることがレジリエンスの具体的内容のひとつとして重要だと考察している。

同時期に石井(2006)は、高齢者を介護している介護者8名に面接し、レジリエンスの構造・要素を明らかにしている。その結果、I have(6カテゴリー)、I am(6カテゴリー)、I can(4カテゴリー)の3要素に分類できたと報告している。石井は、それまでの調査や実験研究では、レジリエンスの1要因あるいは2要因だけが測定されたにとどまっており、3要素が同時に同一対象の中で機能していることを明らかにした研究報告が他にはないこと。また、レジリエンスの3側面が同時に活用可能な要素であり、あるいは3側面があってはじめて構成される概念であることが示唆されたと結論付けている。

Zauszniewski(2010)は、それまでに行われた研究を概観し、重篤な精神障がい者の家族員の Resilience として、受容、強さ、マステリー、希望、自己効力感、首尾一貫性の感覚、助けを求めることの出来るスキルを導き出している。そして、これらの家族員の Resilience が高まることは、本人だけでなく家族にも影響を与えると述べている。

Stark-Wroblewski ら(2008)は、田舎の老人がうまく老いることに焦点をあてて研究している。田舎に住む65歳以上の老人203人を対象にして、何がうまく老いることの助けになったのかを質問している。他者との交流、健康管理、心の持ちよう、積極的な生活スタイル、宗教/精神性等が抽出され、これらは老人が老いの過程に対処している resiliency であること、もっと詳しい方法でこの resiliency に寄与する要因を明らかにすることが必要だと述べている。

このように、異なる状況、異なる対象における Resilience の要素や構造が明らかにされている。

2) Resilience 尺度の開発

Resilience を性質・能力と考える研究者の多くは、それらを測定することで Resilience の程度を明らかにするための尺度を開発している。また、Resilience を個人が適応に向かう過程と考える研究者は、性質・能力だけでなく個人を取り巻く環境も含めた尺度を開発している。

Resilience を性質・能力と考え、その性質・能力を測定しようとした研究者には、Wagnild ら(1993)、小塩ら(2002)、Conner ら(2003)、平野(2010)がいる。

Wagnild ら(1993)は、大きな喪失後に成功的な適応をしている高齢女性を研究し、Resilience を構成する個人の特徴を明らかにした結果を基に、個々の Resilience の程度を測定する尺度を開発した(Resilience Scale:RS)。これは、個人の能力と自己と人生の受容の2因子25項目からなる尺度である。個人の能力の項目には、自己信頼、自立、決断力、無敵/不敗、統制、臨機応変(resourcefulness)、忍耐が含まれ、自己と人生の受容の項目には、適応性、バランス、柔軟性、人生に対するバランスのとれた見方が含まれている。

小塩ら(2002)は、Wagnild らなどのそれまでに開発されている尺度を参考に、大学生を対象に、レジリエンスの状態にある者の心理的特性を反映する尺度を開発した(Adolescent Resilience Scale)。これは、新奇性追求、感情調整、肯定的な未来志向の3因子21項目からなる尺度である。

Conner ら(2003)は、それまでに開発された尺度が、広く受け入れられているわけでもなく、卓越性が立証されているわけでもない指摘した上で、Resilience の量と臨床での治療効果を測定するための25項目からなる簡易自己評価式の尺度を作成している(Connor-Davidson Resilience Scale:CD-RISC)。幾つかの文献からレジリエントな人の特性、例えば変化やストレスを挑戦/好機と捉える、関与する、忍耐強い、楽観的といったことを抽出して、これ

を基に尺度を作成している。この尺度は5因子から成り立っており、それらは、個人の能力・高い基準・不屈の自覚、才能への一貫した確信・ネガティブ感情への忍耐・ストレスへの強さ、変化を肯定的に受容する・ゆるぎない関係性、コントロール、精神的影響であった。この尺度は、Resilience の特徴を評価しているのであって、Resilience のプロセスは評価していないと研究者が明言している。

平野(2010)は、それまでに開発された尺度が、レジリエンス概念を全体的に捉えようとしてきたために、多様なレジリエンス要因がわずかの因子にくくられてしまっており、「個人要因」と「獲得される要因」がひとつの因子の中に混在してしまっていることを指摘している。そして、レジリエンスを導く多様な要因の中には、後天的に身につけやすいものと生まれ持った気質との関連が強いものがあると考え、後天的に身につけやすい獲得的要因と、そうでない資質的要因とに分けて捉える為の尺度を開発した(Bidimensional Resilience Scale:BRS)。獲得的レジリエンス要因として、問題解決志向、自己理解、他者心理の理解が、資質的レジリエンス要因として、楽観性、統制力、社交性、行動力が明らかになっている。後に、中高生を対象とした双生児法により、資質的レジリエンス要因には遺伝的影響が大きく、獲得的レジリエンス要因には遺伝的影響が小さいことを確認している(平野,2011)。

一方、Resilience を個人が適応に向かう過程と考え、個人を取り巻く環境も含めた尺度を開発している研究者には Gartland ら(2011)がいる。

Gartland ら(2011)は、若者の Resilience を多面的に測定する12要因93項目からなる尺度(Adolescent Questionnaire:ARQ)を開発した。それまでに開発されている尺度の欠点として、狭い範囲の環境要因しか包含していないこと、定義が不明確で理論的基盤が弱いこと、開発の過程が厳密でないこと、心理特性が不十分であることについて述べている。このことを踏まえて、十分な範囲の個人要因と幅広い社会的環境要因を包含しており、若者の発達にふさわしく、理論的枠組みに基づいて新しい尺度を開発したと報告している。幅広い文献レビューとフォーカスグループインタビューを行った後に、パイロットテストを経て調査した結果、個人、家族、仲間、学校、地域の5領域から12要因が導き出されている。個人領域には、ネガティブ認知、感情の洞察、共感、社会技能、自信(自己と将来)の5つが、家族領域には、結びつき、有効性の2つが、仲間領域には、家族領域と同じ結びつき、有効性の2つが、学校領域には、支持的環境、結びつきの2つが、地域領域には、結びつきが含まれている。

このように、多くの尺度が開発されているものの、研究者によって構成要素は異なっている。にもかかわらず、開発後に検証が続いている尺度がほとんど存在しておらず、一般化可能な尺度が開発されているとは言い難い状況である。Resilience 尺度を概観した Windle ら(2011)は、15 個の尺度の中に基準となるような尺度は存在しておらず、まだ尺度開発の初期段階にあると述べている。

3) Resilience と関連要因の検討

Resilience と関連要因に関する研究では、Resilience の保護的要因、つまり影響要因を明らかにしようとする研究や影響要因に関する尺度の開発、また Resilience との相関関係を明らかにしようとする研究が行われている。

Resilience の影響要因を明らかにしようとする研究やそれに関する尺度の開発を行った研究者には、Friborg ら(2003)、Grotberg(2001)がいる。

Friborg ら(2003)は、成人の保護的資源を測定する尺度を開発した(Resilience Scale for Adult:RSA)。他の尺度は、社会的な影響要因の項目が限定されているとして、ここに焦点をあてた尺度を開発した。この尺度は、個人的能力、社会的能力、個人的構造、家族の結束、ソーシャルサポートの 5 領域から構成されている。

Grotberg(2001)は、異なる文化や年齢層における Resilience の促進について、22 カ国 27 か所で研究した。その結果、文化的な違いはあったものの、Resilience の促進を妨げるほどの違いではなかったこと、9 歳よりも小さい子どもは、Resilience の促進に外からの I have サポートがより必要であること、成長した男子と女子で Resilience 促進の頻度に違いがなかったこと、国や状況に関わらずデータの 1/3 は Resilience とその促進を示したこと、1/3 の人々は Resilience を発達させているが、2/3 の人は Resilience の促進に支援が必要であること等を報告している。

また、今後の Resilience 研究について、何人かの研究者が(Conner ら, 2003; Cicchetti ら, 2006; Rutter, 2006)、生物学的な視点を踏まえる必要があることを述べている。Conner ら(2003)は、多くの研究者が Resilience の生物学的側面に関心を持っており、他の研究者の研究成果からも Resilience がセロトニン機能と関連があるかもしれない事が示唆されていると述べたうえで、自らの尺度を用いた研究において、対象とした一般集団と不安障害の患者が Resilience の異なるレベルを示したこと、尺度を用いて差異化できそうであること、また、PTSD 状態の患者を治療したところ 25%以上 Resilience が増加したことを報告している。

これらの研究結果から、レジリエンスへの影響要因としては、家族、ソーシャルサポート、年齢、逆境からの時間経過、生物学的側面が考えられる。

Resilience との相関関係を明らかにしようとした研究者には、Wagnild(2009)、石毛ら(2005a)、若崎ら(2007/2010)がいる。

Wagnild(2009)は、自らが開発した Resilience 尺度(運命の甘受/諦め、忍耐、自己信頼、意味深さ、実存的孤独の 5 項目)を使用して実施された 12 の研究を概観し、Resilience 尺度得点との相関について、次のように述べている。Resilience 得点と正の相関が認められるのは、心理社会的 well-being、健康を促進するような活動、人生の目的、首尾一貫性の感覚、寛大、士気であり、負の相関が認められるのは、ストレス、うつ、不安、孤独、希望のなさであった。

石毛ら(2005a)は、受験期の学業場面における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャルサポートの関連について、東北、関東、中部地方の公立中学生 538 名を対象に研究している。研究に適した尺度が存在しなかった為、独自に開発した中学生用レジリエンス尺度を用いている。その結果、ストレス反応の抑制には、レジリエンスがソーシャルサポート以上に大きく影響していること、また、レジリエンスの下位尺度である自己志向性が成長感に寄与していたことが明らかになった。さらに、レジリエンスと大半のソーシャルサポートが有意な正の相関を示したことについては、レジリエンスが高い者は、他者の援助を求めるコーピングを用いている、また大きなサポートネットワークを持っているという他の研究結果とつなげて考察している。

若崎(2007/2010)は、小塩が開発した尺度を用いて、初発の成人期乳がん患者を対象に研究している。まず、乳房切除後 30 カ月未満にある患者 93 名を対象に、QOL に関連する要因を明らかにしている。レジリエンス、中でも下位尺度項目である肯定的な未来志向が、術後乳がん患者の QOL に影響を与えることが明らかになった。次に、この研究を受けて、術前から術後 1 年に渡り(術前、術後 1 週間、2 週間、3 カ月、1 年の 5 時点)、44 名の患者の QOL の経時的変化を調べたところ、レジリエンスは社会性 QOL において交互作用が認められ、レジリエンス高低 2 群で経時的変化のパターンが異なった。術前時点でレジリエンス得点の高い患者は、低い患者よりも社会性 QOL が高かったが、術後 1 年の時点で逆転している。有意差は認められなかったが、他の研究成果から研究者は、罹病期間の長期化に伴ってレジリエンスが発揮されることが予測されると述べている。

これらの研究結果から、Resilience が健康や QOL、成長と関連していることが考えられる。さらに、経時的に変化する可能性が示唆されている。

2 Resilience 概念の定義

Resilience 概念の明確な定義は、いまだ存在していない。Resilience の文献を概観した Atkinson ら(2009)は、Resilience 概念が、心理学、精神医学、トラウマ研究、教育、ソーシャルワークといった多くの学問領域で同時に発展してきたと報告している。そのことが、強さ(Hardiness)、傷つきにくい(invulnerability)、ストレス-緩衝(stress-buffering)、ストレスに関連した成長(stress-related growth)など様々な用語が用いられることに繋がったと述べている。Wernner(1984)も、厳しい生い立ちや心理的ストレスにも関わらず、まれに心理学的な強さを示す子どもを、研究者がそれぞれ、傷つきにくい(invulnerability)、ストレス抵抗性(stress resistant)、すごい子ども(superkids)という用語を用いて呼んでいることを述べている。健康、教育、ソーシャルワークの領域の実践者は、逆境から立ち直る人々に多く出会っており、そのような人々が存在することは明白であったが、Resilience の定義が曖昧であったために、Resilience だと考えられる現象が、類似した異なる用語を用いて説明されてきた可能性が示唆される。

Resilience という概念を用いた研究を概観した結果、Resilience は大きく 2 つの立場から定義されていると考えられた。ひとつは、個人の性質・能力に注目した定義、もう一つは、個人が適応に向かう過程に注目した定義である。以下、これらを順に述べる。

1) 個人の性質・能力に注目した定義

個人の性質・能力に注目した定義は、うまく適応できている人の特徴やその共通性を示そうとするものである。個人の性質・能力に注目して定義した研究者には、Wagnild ら(1990/1993)、Connor ら(2003)がいる。

Wagnild ら(1990/1993)は、大きな喪失の後にうまく適応できている高齢の女性を対象にグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた研究を行い、そのような人々の特性として、運命の甘受/諦め、忍耐、自己信頼、意味深さ、実存的孤独の 5 つが明らかになったことを述べている。運命の甘受/諦めは、逆境への極度の反応を緩和する。忍耐は、自分の人生の再建に関与し、奮闘し続けることの意志である。自己信頼には、自身の能力への信頼、そして、自分に頼り、強さと限界を認識する能力が含まれている。意味深さは、人生には意味があり関与するに値すると認識することである。そし

て、実存的孤独は、一人ひとりの人生は独自のものであり共有できる経験もあるが、一人で向き合わなくてはいけない事もあると考えることである。明らかになったこれらの特性は、Resilienceの属性と言い替えることが出来る。つまり、Resilienceを構成するのは、運命の甘受/諦め、忍耐、自己信頼、意味深さ、実存的孤独であると定義付けている。この属性を基にして、後に尺度開発へと繋げている。

Connorら(2003)は、Resilienceを厳密に定義していないが、おそらくストレスコーピング能力の指標であり、神経精神医学の疾患を予防する重要なものであり、不安、うつ、ストレス反応の治療目標でもありうると述べている。Connorらの開発した尺度は、5因子からなっており、それらは、個人の能力・高い基準・不屈の自覚、才能への一貫した確信・ネガティブ感情への忍耐・ストレスへの強さ、変化を肯定的に受容する・ゆるぎない関係性、コントロール、精神的影響である。つまりこれらがResilienceを構成する性質・能力であると定義付けている。

以上のように、Resilienceを個人の性質・能力に注目して定義するという事は、これらの性質・能力そのものが逆境からの回復力になると考えることである。したがって、この性質・能力を持っているか否か、どの程度を持っているかを知ることによって、Resilienceの程度を明らかにすることが可能になる。

2) 個人が適応に向かう過程に注目した定義

個人が適応に向かう過程に注目した定義は、特定の性質・能力だけでなく、周囲の環境との関係性も含めて捉えようとしている。人間は環境と切り離せないものであり、個人が生まれ持った遺伝的な性質・能力だけでなく、個人が環境と相互作用しながら、時間経過の中で適応に向かってゆく過程を示そうとしたものである。この過程に注目している研究者は、過程を促進する要因についても同時に述べている。個人が適応に向かう過程に注目して定義している研究者には、Rutter(1985)、Masten(1990)、Grotberg(2003)とHiewら(2000)、Werner(1984, 1993)がいる。

Rutter(1985)は、逆境となる人生経験に遭遇したにもかかわらず、比較的よい結果になっている人々が存在する現象を発見し、Resilienceを相当の逆境にも関わらず、立ち直りうまく対処する能力と定義した。そして、Resilienceはストレスを回避しては生じないもので、ストレスに向き合う中で、統制と責任を通して自信と社会性を高めることによって培われるものだ述べている。Rutterは保護的要因を、不適応な結果をもたらすような厳しい環境に対する個人の反応を緩和、改善、変化させるように影響するも

のだと説明しており、保護的要因として、次の8つが含まれるだろうと述べている。それらは、ストレスへの反応パターン、性質と経験によってもたらされる個人差、家庭外の経験で得た能力、自尊感情の発達、利用可能な機会の範囲や程度、適切な構造と統制、個人の結びつきや親しい関係の入手可能性、コーピングスキルの獲得である。これら保護的要因というのは、肯定的もしくは有益な経験とは全く違うものだと考えており、その違いを次の3つの観点から述べている。まず、保護的要因というのは楽しい出来事とはみなされないこと。2つ目に、肯定的経験が一般的に適応的な結果に傾かせる、つまり直接的に有益な効果をもたらすのに対して、保護的要因は次にストレスとなる出来事が生じなければ検知することが出来ないもので、通常の発達を促進するというよりは、後の逆境に対する反応を緩和する役割を担っていること。3つ目に、保護的要因は経験ではなく、人としての特性に関連することである。厳しい環境に対する個人の反応を緩和、改善、変化させる保護的要因は、固定的なものではなく、今、保護的要因として働いているものが、明日はリスク要因になるかもしれないし、ある人にとっての保護的要因は、違う人にとってのリスク要因になるかもしれない。つまり、常に、そして誰にとっても保護的要因である訳ではなく、状況や人によっていかようにも変化しうるものであると述べている。

Masten(1990)は、Resilienceを挑戦的で脅威的な環境にも関わらず、うまく適応する過程であり、能力であり、結果であると述べている。そして、リスク下にある子どもの逆境や挑戦に対する反応の違いを探し始めた。その中で適応を促進する保護的要因を発見している。保護的要因について Masten は、その子の傷つきやすさと環境の厳しさを緩和するものであると述べており、うまく機能する方が良い適応に向かうが、あくまでも過程を保護するものであるから、個人が傷つきやすく逆境が厳しいものである場合には、保護的要因だけでは克服するのに十分でないと説明している。そして、何をもって適応と考えるのかについて指標についても述べており、厳しい状況下で育った子どもたちの Resilience の重要な長期的指標は、その子が親になった時うまく子育てできるかどうかだとしている。その理由を、子育ては成人の主な任務のひとつであるし、理論的にいえば、見習うべき子育ての良いモデルを持っていない子どもにとっては、傷つきやすい部分であるからだと説明している。

Grotberg(2003)と Hiew ら(2000)は、Resilience を逆境、脅威、トラウマを克服する人間の能力だと定義し、誰もが保持し高めることが出来るものだと述べている。彼らが Resilience を構成する要素だと説明するのは「I am(個人内要因)」「I can(獲得される要因)」「I have(周囲から提供される要因)」の3つである。個人に元々備

わっている要因だけでなく、個人が獲得する要因や環境も含めて Resilience を構成する要素と捉えている。これらは、Resilience の属性だと言い替えることが出来る。Grotberg が作成した 15 項目の Resilience Checklist(RC)を基に、Hiew が Resilience を促進する要因を測定する尺度を開発し、予備的結果を報告している。その報告によると、Resilience は 3 つの要素または資源によって促進される。それらは、確固とした成人関係からのソーシャルサポート環境、役割モデル(自己への肯定的信念または信頼のような健康的な自己知覚)、社交的な態度を伴う目的意識である。

Werner(1984/1993)は、Resilience を明確に定義していないが、resiliency をストレスフルな人生上の出来事を経験した後の成功的な適応と述べている。厳しい状況にも関わらず強さを示す子どものことを resilient children と表現した。他の研究者が、高いリスク状態にも関わらず次の 3 つの現象ー子どもがよい成長を遂げること、ストレス下でも能力を維持していること、トラウマから回復することーを説明するのに Resilience という用語を使っている事に触れ、後に自らも Resilience という用語を用いるようになっていく。

1955 年にカウアイ島で生まれた子どもたち全員を 30 年以上に渡って観察した結果から、厳しい状況下で育ったにもかかわらず、resilient な子どもが存在したことについて報告している。彼らは、貧困、周産期のストレス、慢性疾患や親のアルコール依存症や精神疾患といったトラブルを抱えた厳しい家庭環境下で育ったにも関わらず、有能で、自信があり、優しい大人に成長した。そして、そのように成長した子どもたちを調査した結果から、保護的要因を明らかにしている。Werner(1993)が明らかにした保護的要因は、5 つである。まず、様々な人から世話を引き出すような子ども自身の気質。2 つ目は持ち備えている能力を上手く使えること。3 つ目は、子どもの能力を評価して、自尊感情を高めるような両親の養育態度、4 つ目は両親の代わりに信頼を強め、未来へのゲートキーパーとなるような支援的な成人の存在。最後に、人生上の移行場面での開かれた機会であった。子どもらが、保護的要因の影響を受けながら適応に向かっていったこと、これらの保護的要因が、年齢と共に変化することも報告している。後の論文では、保護的要因を、個人内保護的要因、家族内保護的要因、地域内保護的要因に分類している(Werner, 1995)。

Resilience を個人が適応に向かう過程に注目して定義するということは、何がその過程を支え、促進するのか、環境との複雑な相互関係をも視野に入れていることになる。したがって、この過程を

支え、促進するような要因を明らかにし、強化することができれば Resilience を高めることが可能になるという考え方である。

Resilience 研究が進むにつれて、個人内の性質・能力だけではなく、個人を取りまく環境との相互作用も含める方向で研究が進んでいる。

3 Resilience を促進する実践と介入研究例

Resilience を促進する教育プログラムや介入研究がなされている。

祐宗(2003)は、現代の子どもたちがアドバーサティ(不運な出来事)に挫折する者が少なくないとして、学校教育の現場において、レジリエンスが機能する条件を養うことを提案している。具体的には、幼児教育では探求的な態度の育成が、小学校教育では自己信頼感と建設的な探索態度の育成が、中学・高等学校教育では無力感に陥らず見通しのある態度の育成と健全な生活習慣の形成が、大学レベルでは現実検討能力の強化が基本であると述べている。祐宗の提案からは、成長発達の段階に応じて獲得すべき、また獲得が可能になる力があることが推測される。また、長尾ら(2008)は、気質、傷つきにくさ、自己調整の3因子からなる幼児用のレジリエンス尺度を開発し、尺度得点と同じであっても下位尺度の得点に違いがあることから、レジリエンスにタイプがあるのではないかと考察し、教育の方法や手段にある程度の柔軟さが求められることを提言している。祐宗と長尾らの提案から、Resilience を促進するための実践は1つの側面へのアプローチではなく、多側面からの柔軟なアプローチが必要であることが推測される。

介入研究の一例として、Steinhardt(2008)の報告を紹介する。

Steinhardt(2008)は、57人の大学生を対象に Resilience 介入を行ってその効果を報告している。対象者を2群に振り分け、介入群には週1回、1回2時間の介入を4週間行った。介入の1回目は、ストレスへの反応である、諦める、上がる、跳ね上がる、ステップアップするの4パターンについての説明、及びコーピングタイプとこれら4パターンの反応の繋がりに関する議論。2回目は、自分の行動に責任を取る(自らの力を選択と創造に注ぐ)場合とそうでない場合の説明、及び自尊感情と深く関連している、状況に責任をとるということについての議論。3回目は、エンパワーメントに繋がる状況解釈・考え方とそうでない解釈・考え方について。4回目は、意味深い関係の創造についてであり、友人や愛する人々との繋がりへの気付きを強化した。この回は、自己統率(self-leadership)という概念に焦点を当てた。なぜならば、自己のありようがストレス状況における Resilience を強化し、成長の好機にするのと同様に、

自己の環境を安全にし、跳ね上がり、ホメオスターシスや well-being を維持するからである。介入の前後で Resilience、コーピング戦略、保護的要因が強化されたか、また不安やうつといった症状が軽減したかを評価している。Resilience を測定するために用いた道具は、30-item Dispositional Resilience Scale(DRS)と 25-item Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC)の 2 つであった。コーピング戦略、保護的要因(人生志向テスト、肯定的・否定的感情リスト、自尊感情尺度、自己統率尺度)、症状(うつ尺度、肯定的・否定的感情尺度、ストレス知覚尺度、病気症状チェックリスト)もそれぞれ測定された。介入の結果、介入群は非介入群に比べ、有意に Resilience 得点が高かった。また、有意に回避型コーピング得点が低く、問題解決型コーピング得点が高かった。さらに、保護的要因の中の肯定的感情、自尊感情、自己統率得点が高く、症状の中のうつ、否定的感情、ストレスの知覚得点が低かった。研究者は、研究の限界として対象数の少なさ、用いた尺度の問題、例えば Resilience 尺度に関して言えば、DRS と CD-RISC が生まれ持った性質や一般的傾向を反映することなどに触れている。最後に全ての尺度が自記式であったことから、今後の Resilience 研究では、客観的な行動観察や生物学的指標を用いた評価が必要であると述べている。

このようにレジリエンス概念を基盤とした介入が実践の場で行われはじめたが、明らかにされていないことや工夫すべき点はまだまだ多い。例えば、Atkinson ら(2009)は、個人の中に Resilience を構築するという考え方が一般的になってきたものの、介入研究において社会資源や専門家の力量というものが Resilience の測定やその発達過程にどのように影響しているか不明確なままであると述べている。介入の成果がその後どのくらい継続するのか、いつの時期にどのような介入を行うことが効果的であるのか、どの程度の期間または量の介入が行われたならば効果が出現するのか、などについては今後の介入研究の成果を待つことになる。

II Family Resilience 概念の検討

Resilience 概念は、機能不全の家族を生き抜いた家族の一員である個人に存在するものだと思われていた。しかし、危機や持続するストレスに打ち砕かれる家族がいる一方で、強さと問題解決能力を発揮する家族がいることから、Walsh(1996)が家族に応用したことをきっかけに発達した。

Family Resilience の概念は、家族の捉え方を、ダメージを受けている、酷い目にあっているという見方から、困難なことに向き合っていて、回復できるかどうか試されているのだという見方に変換

した。繰り返して言えば、家族がどうして失敗するのかという考え方から、人生への挑戦であり、家族がその挑戦に向き合うとき、何が家族をよく機能させるのかという考え方への変換である。この概念の根底には、家族というものが修復可能であり、困難に直面した時に共に努力することを通して個人と家族が成長するという考え方が存在する(Walsh, 1996)。Resilience が個人の生まれ持った特性だけでなく、環境との相互作用まで含めて考えられるようになってから後も、家族を Resilience 源だと考える人が殆どいなかったことについて Walsh(1996)は、臨床では伝統的に家族を弱さに基づいて見ていたこと、Resilience 研究のほとんどが機能不全の家族の中で生き残った人に焦点を当てていたため、そのような家族の中に Resilience やその可能性を発見し、促進しようと認識されなかったからだと述べている。

1 Family Resilience 研究の動向

Family Resilience を強化するための介入方法を開発するためには、Family Resilience の要素や構造、発達のプロセス、影響要因について明らかにする必要がある。Family Resilience 研究も Resilience 研究同様に主に後ろ向きデザイン/回顧的デザインで実施されている。

DeHaan ら(2002)は、それまでに実施されている Family Resilience 研究を概観して、次の2点について述べている。まず、多くの研究が家族員個人からデータ収集している事である。個人からデータ収集しているために、家族そのものを評価しているのではなく、個人の認知を評価していることになっている。一人の家族員に他の家族員の関係や家族全体について問うことも可能だが、それでもなお個人のデータから家族のレベルを推測しているに過ぎない。これらのデータも役立ち、使えるものであり、家族員も研究対象者となりうるのだが、Family Resilience を操作する上では利用に限界がある。Family Resilience は、家族レベルの変数なので家族レベルで操作化されるべきだという立場に立っている。次に、1時点のみのデータが収集されていることについて述べ、長期的なデザインで計画することを勧めている。長期的デザインの必要性については、Hawley ら(1996)、Patterson(2002a)も同様の提案をしている。

Family Resilience 研究は、家族をどのように捉えればよいのかについて、それぞれの研究者が工夫しながら、質的、量的に取り組んでいる。質的には Family Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究、量的には Resilience 尺度の開発の試みや Family Resilience と関連要因を明らかにしようとするものがある。以下、

順に説明し、最後に Family Resilience を促進する実践例を紹介する。

1) Family Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究

Family Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究者には、Marsh ら(1996)、DeHaan ら(2002)、高橋(2013)、Black(2008)がいる。

Marsh ら(1996)は、精神障がい者の家族について、限界や絶望、負担といったことが研究されているが、それだけでは家族の経験をバランスよく捉えていることにならないとして、家族内の Resilience を探している。131 人の家族を対象に調査しており、対象となった家族員は、病者の母、父、妻、夫、姉妹、兄弟、娘、息子であり、幅広い関係性が含まれている。家族員は病者と関係することで発達したと信じており、自分自身、家族、病者の Resilience について語っている。

DeHaan ら(2002)は、Hawley(1996)と共同研究を行った際に得た、家族の差異ばかりでなく共通性にも目を向ける必要があるという示唆に基づいて、ストレス状況にある家族が共通して示す軌道を明らかにしている。はじめて子どもを持つ夫婦 46 組を対象に(3 回ともデータ収集可能であったのは夫 37 人、妻 39 人)、妊娠 6-9 ヶ月、出産後 6 カ月、出産後 1 年の 3 時点において、質問紙調査への回答と議論場面の録画からデータ収集を行った。データは夫、妻からそれぞれ別々に収集している。その結果を得点化し、3 時点における得点変化のパターンによって 6 グループに分類できたことを報告している。この 6 グループは、resilient-安定(32 人)、resilient-成長(1 人)、resilient-回復(1 人)、nonresilient-安定(4 人)、nonresilient-低下(33 人)、nonresilient-一時的回復(2 人)であった。

高橋(2013)は、家族レジリエンスの概念分析を行い、属性として、家族の相互理解の促進、家族内・家族外の人々との関係性の再組織化、家族の対処行動の変化、家族内・家族外の資源活用、家族の日常の維持の 5 つを抽出している。

Black(2008)は、家族研究と Family Resilience の概念文献を概観し、属性として、肯定的な見通し、精神性、家族員の調和、柔軟性、コミュニケーション、経済的マネジメント、家族との時間、気晴らしの共有、日課と儀式、支援ネットワークを抽出している。

今後、研究者が家族をどのように捉えるのかについて工夫しながら、様々な状況における Family Resilience の要素や構造を明らかにしてゆく必要がある。また、家族が逆境に意味を作っていくプロ

セスを明らかにするような質的研究も期待されている (Patterson, 2002a)。

2) Family Resilience 尺度の開発

Family Resilience の尺度開発の試は、ようやく始まったところである。Family Resilience 尺度が全く存在していなかった時期には、家族員の Resilience を Resilience 尺度で測定したり、研究者が Family Resilience を測定しうると考える複数の指標を組み合わせ用いながら研究が行われていた。Family Resilience をどのように捉えるかについて研究者が試行錯誤している段階であるため、現時点ではそれぞれの研究者が Family Resilience をどのように捉えているのか、また現象に迫るためにどのような努力と工夫をした研究であるのかについて、自らの立場を明確にした上で研究を進める必要がある。

家族レジリエンスを測定しようとしている研究者には、得津 (2003)、得津ら (2006)、Shin ら (2010)、大山ら (2013) がいる。

得津 (2003)、得津ら (2006) は、家族システムを見る視点として、Walsh (1996) の Family Resilience 概念の指標を基に、9 要素 44 項目よりなる家族機能尺度を作成し、尺度開発に向けた予備調査を行っている。この 9 つの要素とは、逆境に意味を持たせる、肯定的な見通し、超越性と精神性、柔軟性、結びつき、社会経済的資源、明晰性、オープンな情緒的表現、問題解決への協働である。予備調査は、作成した尺度を用いた調査と質問項目を洗練するための聞き取り調査の 2 段階で行われている。家族機能尺度を用いた調査の結果からは、Walsh の言う超越性と精神性が日本では適応しにくかったこと、世帯主の職業との関わりが顕著であったので、個人のレジリエンスと家族のおかれた社会的状況と家族レジリエンスとの相互影響過程の検討が必要であること、家族のおかれた経済的、社会的、文化的コンテクストに焦点付けること、家族周期上の危機と調査対象者のライフサイクルを考慮することが述べられている。質問項目を洗練して信頼性を高めるための半構造化聞き取り調査の結果からは、家族を語る時の窓口は結局個人であるので、個人の家族体験になること、家族が肯定的な機能を果たしていたか否かは問わず、同じ信念を共にしているという感覚が家族の凝集力を高めること、人は一生に幾つかの家族を持つので、家族を語る時に原家族も含めた process-oriented な語りになること、家族は絶えず変遷してゆくので、家族周期上の変化を無視できないこと、家族の信念体系は子どもを支え、大きな影響を与えるので、家族の価値観を考慮すべきであることが述べられている。さらに、家族の危機への対処を尋ねる調査の困難性として、調査の窓口が誰であるかという問題が

あり、家族で話し合いながらの方法や複数の家族員の記述の比較といった調査方法の工夫を提案している。

大山ら(2013)は、日本国内に家族レジリエンスを測定する尺度が得津ら(2006)のものしか存在しないとして、新たな尺度開発を行った。得津ら(2006)の尺度には、家族が持つ強みや長所といった理想的な家族機能の特徴を反映した項目だけしか存在しないが、困難な出来事や危機を経験した時の家族の関係性や葛藤を反映した項目も盛り込んで家族を多面的に捉える必要があるとして、家族機能や家族メンバー間の相互交流を具体的な行動レベルで捉えることのできる家族レジリエンス測定尺度を開発している。この尺度は、結びつき、家族の力への信頼、個と関係性のバランス、スピリチュアリティ、社会経済的資源の5因子から構成されている。

Shinら(2010)は、尺度開発を試みているわけではないが、家族の強さ、問題解決/対処技術-助けを探す、家族のコミュニケーション、社会的技能、ストレス状況に対する家族の評価または信念の5つを測定することでFamily Resilienceが測定できると考えている。つまりこの5つをFamily Resilienceの属性とみなしていることになる。そして、これらを測定するために、それぞれFamily Hardiness Index:FHI、Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale:F-COPES、Parent-Adolescent Communication Inventory:PACI、Social Support Appraisal Scale:SSAS、Children's Beliefs about Parental Divorce Scale:CSAPDS尺度を用いている。

Family Resilienceの要素や構造に関する研究を受けて、今後、Family Resilience尺度の開発が期待される。そして、ある程度の研究がまとまった段階では、Family Resilienceの捉え方や研究方法に関する比較検討が行われる必要があると考える。

3)Family Resilienceと関連要因の検討

Family Resilienceと関連要因に関する研究では、Family Resilienceの保護的要因、つまり影響要因を明らかにしようとする研究やFamily Resilienceとの相関関係を明らかにしようとする研究が行われている。

Family Resilienceの影響要因や相関関係を明らかにしようとする研究者には、Shinら(2010)がいる。

Shinら(2010)は、離婚した家族の思春期の子178名の適応とFamily Resilienceを、主に世話する人が誰であるか(父、母、祖父母)の違いで比較している。その結果として、世話する人による違いは適応に関係しておらず、Family Resilienceの中の家族の強さ、問題解決/対処技術-助けを探す、家族のコミュニケーションには有

意な差が認められた。母親と暮らしている人は、家族の強さと家族のコミュニケーション得点が高く、祖父母と暮らしている人は、他のグループよりも助けを探し、受け入れていた。世話する人が誰であるかに関わらず、適応に対して共通する主な指標となっていたのは、両親の離婚に対する肯定的な信念であった。この結果からは、Family Resilienceの影響要因として、状況への認知が考えられる。

Family Resilienceとの相関関係を明らかにしようとする研究者には、Walsh(1996)がいる。

Walsh(1996)は、Family Resilienceが家族の健康や病気の経過に影響を与えているとして、生物学的機能の強化、例えば免疫プロセスのようなものにどのように寄与するかを調べることに価値があると述べている。

この研究結果から、Family Resilienceの測定に生物学的指標を用いるという新たな視点も提案されている。

2 Family Resilience 概念の定義

Resilience 概念を家族に応用をした Walsh(2012)は、Family Resilience を逆境に際して家族が機能するという理解を越えたものであり、家族が重大な人生上の挑戦に向き合って、回復、修復、成長する可能性を含んでいると定義している。単にストレス状況を調整する、負担を引き受ける、苦しい体験を生き抜くということを超えて、逆境を乗り越えられるような個人、関係性の変化、成長の可能性を含み、家族が奮闘することによって将来出会う挑戦に対しても、強く臨機応変になる事が含まれている。また、出来事の直後から長期的な適応までの時間経過を視野に入れている。さらに、それぞれの家族には家族独自の挑戦、抑制、資源があり、家族の困難も皆違うものであるから、家族が問題をどのように乗り越えるか、その有効なプロセスというのは、家族によって異なるものであると考えている。Walsh(1996)は、自らの臨床実践と研究の結果から、Family Resilienceの重要な過程を家族機能の3側面から明らかにしている。これは家族の静的な特性ではなく、Family Resilienceを高めるために、家族が利用し、手に入れることができる強さと臨機応変さを含む動的なプロセスであり、家族信念システム、組織のパターン、コミュニケーションプロセスからなる。家族信念システムは、逆境の見方に強く影響を与えるものであり、家族に共有されている信念は、逆境を意味づけ、希望を促進し肯定的な展望を持つことを助け、超越と精神的な価値や繋がりを提供する。組織のパターンは、家族が人生の挑戦に向き合う時に用いる方法で、柔軟な組織、結びつき、社会経済的資源によって Resilience が強められる。コミュニケーションプロセスは、コミュニケーションのあり方

で、危機状況に明快な情報をもたらし、オープンに情緒を共有し、問題解決と準備を協働で行うことによって Resilience を促進する。これら 3 側面は、ハイリスクな状況でストレスと傷つきやすさを弱め、癒しと危機からの成長を促し、家族が長引く逆境を克服することを力づけると考えられている。

Hawley ら(1996)は、家族のレジリエンスを、現在そして時の経過の中で、ストレスに直面した時、家族が適応しうまくやるための家族のやり方と定義し、Resilient な家族は、文脈、発達上のレベル、リスクと保護的因子の相互作用的な組合せ、家族の共有された見通しに応じて、積極的に独自のやり方でこれらの状態に対応すると述べている。家族がストレスに反応することで、適応だけでなく、それ以上の成長を遂げることも可能であること、強さや質といったような静的な集まりではないこと、時間や成長も Family Resilience の一助となるので短期、長期両方の見方が必要であること、成長要因、リスク要因と保護的要因、世界観を含む家族独自の文脈によって影響されるものであることを述べている。そのため、介入の効果を調べるために尺度を開発したりするのではなく、家族ストレスを考える際にもっと長期的な見方を持ちこむ必要があると述べている。

Patterson(2002a, 2002b)は、Family Resilience を重大な逆境や危機にさらされた時に、家族が適応し、十分に機能することが出来る過程と定義している。家族ストレス-コーピング理論を基盤としており、危機は家族にとってターニングポイントであり、家族の構造や相互作用に大きな変化を与えて家族機能を発達させることにも、低下させることにもなると考えている。重大な逆境というのは、家族の能力(資源、対処行動)以上の要求(ストレッサー、負担、日々の面倒)がもたらされることで、家族の能力と要求のバランスが崩れた時、危機に陥る。そして、家族単位と家族員、および家族とコミュニティの 2 つのレベルにおいて、能力と要求のバランスが回復する過程が家族の適応だと述べている。家族のコーピング能力や重大なリスクにかわりの意味や新たな意味を見いだす能力は保護的要因になると述べている。

日本国内で、家族をシステムとして捉えてファミリーレジエンスを定義しているのは、入江(2003)と得津ら(2006)である。

入江(2003)は、ファミリーレジリエンスの概念分析を行っている。概念分析の結果、ファミリーレジリエンスの属性として、能力(家族がストレスに立ち向かい、回復する能力)と適応(家族がストレスを改善し支配すること)の 2 つを導き出し、ファミリーレジリエンスを家族がストレスに立ち向かい、そのストレスから立ち直るための家族の能力であり、そのストレスを支配し適応することであると

定義している。ファミリーレジリエンスの成立には、地域のインフォーマル及びフォーマルサポートが大きく関与していること、また、ファミリーレジリエンスを測定するには、家族システムの動態を捉えなくてはならず、家族構成員個々に尺度を用いることに限界があることを述べている。

得津ら(2006)は、ファミリーレジリエンスを家族が一体となって奮闘する力。家族における適応の過程と定義している。Walsh の考え方を基盤とした尺度作成に向けた研究において、家族レジリエントの手がかりとして、楽観的協働性(家族が一丸となって前向きに未来を信じて取り組みうること)、共通性(家族がお互いに共通するものを持つこと)、対等性(家族とりわけ夫婦が対等の関係であること)、安定性(社会経済的に安定していること)の4つを述べている。

いずれの研究者も、家族が逆境の後に適応に至る過程だと定義している。

3 Family Resilience を促進する実践と介入研究例

Family Resilience を促進する介入の一例として、入江(2011)の研究を紹介する。

入江(2011)は、ファミリーレジリエンスを育成する家族介入モデルに基づく介入が、知的発達障害児を抱える家族のパラダイムに与えた影響を事例研究で明らかにしている。

ファミリーレジリエンスを育成する家族介入モデルは、McCubbinらのモデルを基盤にし、自らの先行研究の結果を用いて作成しており、「順応」段階と「適応」段階から構成されている。順応段階に対する介入には、感情表出を促す介入、関係機関との調整の介入、家族の訴えにすぐ対応する介入が、適応段階に対する介入には、選択肢の提供の介入、保健師の判断を伝える介入、疾病について説明する介入、家族相互理解の援助の介入、家族と共に共通の体験をする介入、地域と家族をつなぐ介入が含まれている。1歳6カ月児健診後のフォロー教室参加者のうち、新K式発達検査の発達指数が70未満で適応障害を示した知的発達障害児の家族4事例に1年間、月1~2回の頻度で家庭訪問や面接を行った。分析は、家庭訪問時の家族との会話を録音し、逐語録を作成した後に、介入への反応部分を抜き出して意味づけを行い、Reissらのファミリーパラダイムを用いて分析している。その結果、4事例すべてに同じ障害を抱える家族との関係を作ることによってファミリーパラダイムに変化が認められ、うち2事例は家族同士が相互関係を築きながら変化したことを報告している。知的発達障害児を抱える家族のファミリーレジリエンス育成には、家族の意志決定支援が重要であると述べたうえで、選択肢提供の介入がファミリーレジリエンスプロセスへのター

ニングポイントとして位置づけられ、地域と家族をつなぐ介入により、家族は地域の資源と繋がりながら家族の対処能力を拡大させていた。また、感情表出を促す介入が、対処行動の飛躍力へとつながる弾力性として作用していたと結論付けている。

入江の研究データとして、録音された会話が用いられたが、Family Resilience の評価に関して、観察を含めることが提案されている (Zauszniewski, 2010)。

III Resilience と Family Resilience 概念の属性

概念の属性を明らかにする為に、まず CINAHL (1986-2011.10) と医学中央雑誌 (1983-2011.10) を用いて文献検索した。キーワードは、「Resilience」「Family」「レジリエンス」「家族」とした。

CINAHL では、「Resilience」で 1633 件、「Resilience」「Family」で 409 件であった。この中で概念に関する記述のある論文は 80 件であった。医学中央雑誌 (1983-2011.10, 会議録除く) では、「レジリエンス」で 144 件、「家族」「レジリエンス」で 45 件であった。これらの文献の中から、Resilience 及び Family Resilience に関して定義されている文献や概念に関する記述があり国内で手配できる文献を抽出し、二次文献と図書を加え、最終的に、英文献 21 件 (Black ら, 2008; Connor ら, 2003; Cook, 2000; Dyer ら, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007; Gartland ら, 2011; Garity, 1997; Gillespie ら, 2007; Hawley ら 1996; Klerk ら, 2011; Livingstone ら, 2011; Lundman ら, 2010; Marsh ら, 1996; Masten ら, 1990; Paterson, 2002b; Wagnild ら, 1990/1993; Walsh, 2003; Zauszniewski ら, 2009/2010; 米国心理学会)、和文献 20 件 (石毛ら, 2005a/2005b; 井隼ら, 2008; 石井ら, 2006; 入江, 2003; 長田ら, 2006; 小花和, 2002; 小塩ら, 2002; 佐藤, 2009; 仁尾ら, 2006; 砂賀ら, 2011; 谷口ら, 2010; 得津ら, 2006; 富川, 2008; 中村ら, 2009; 長尾ら, 2008; 橋本ら, 2011; 原 ら, 2010; 平野, 2010; 三好, 2004)、図書 2 冊 (Wolin ら, 2002; Grotberg, 2003) を分析の対象とした。このうち、Family Resilience 概念に関する定義や記述のあった文献は、7 件であった。

属性と考えられる部分を抽出して、類似性と相違性に基づいてカテゴリー化した。

Family Resilience 概念については、文献が十分に存在していなかったため、まず Resilience 概念の属性を検討し、それらが Family Resilience 概念に応用できるか検討するという手順で行った。

1 Resilience 概念の属性

Resilience の属性を明らかにするために使用したのは、英文献 17 件 (Connor ら, 2003; Cook, 2000; Dyer ら 1996; Earvolino-

Ramirez, 2007; Gartland ら , 2011; Garity, 1997; Gillespie ら , 2007; Klerk ら , 2011; Livingstone ら , 2011; Lundman ら , 2010; Marsh ら , 1996; Masten ら , 1990; Wagnild ら , 1990/1993; Zauszniewski ら , 2009/2010; 米国心理学会)、和文献 18 件 (石毛 ら , 2005a/2005b; 井隼 ら , 2008; 石井 ら , 2006; 長田 ら , 2006; 小花和 , 2002; 小塩 ら , 2002; 佐藤 , 2009; 仁尾 ら , 2006; 砂賀 ら , 2011; 谷口 ら , 2010; 富川 , 2008; 中村 ら , 2009; 長尾 ら , 2008; 橋本 ら , 2011; 原 ら , 2010; 平野 , 2010; 三好 , 2004)、図書 2 冊 (Wolin ら , 2002; Grotberg, 2003) であった。これらを用いて Resilience 概念を検討した結果、次の 7 つが抽出された。それらは、「肯定的な未来志向」「逆境への意味づけと受容」「自己の能力への信頼」「忍耐強い対処」「資源の活用と資源に繋がる力」「ゆるぎない拠りどころ」「調整・統制」であった。以下、順に説明する。

1) 肯定的な未来志向

Resilience の属性として、「肯定的な未来志向」が抽出された。

「肯定的な未来志向」とは、厳しい状況の中にあっても、物事の明るい方を見ることによって、悲観しすぎず、楽観的すぎず、現実的な希望を持って未来を肯定的に志向することと定義できる。

この特性を抽出していたものに、Gillespie ら (2007)、砂賀 ら (2011)、小塩 ら (2002) らがおり、中でも重要な要素として、“目標” “希望” “肯定的な未来志向” がある。

Gillespie らは、概念分析の結果、目標を Resilience の属性の 1 つとして導き出している。目標にはストレスの影響を改善する手助けになる可能性があること、また成功的な能力の認知によって加速されうること示唆している。砂賀 らは、がん体験者のレジリエンスの概念分析の結果、対処戦略を属性のひとつとして導き出し、その中に将来への希望を持つことを含めている。小塩 らは、不安で脅威をもたらす状況にあっても先を見通し、前向きな展望をもち続けることである肯定的な未来志向を、レジリエンスを導く重要な要素として精神的回復尺度の項目に含めている。

これらのことから、目標と希望を持って肯定的に未来を志向することは、Resilience の重要な属性だと考えられる。

2) 逆境への意味づけと受容

Resilience の属性として、「逆境への意味づけと受容」が抽出された。

「逆境への意味づけと受容」とは、厳しい状況を意味あること洞察して、逆境の中に意味を見出し、変えられないことに対しては、

無力感や無能感を持たず、ある種の諦めを持って受け入れることと定義できる。

この特性を抽出していたものに、砂賀ら(2011)、仁尾(2006)、Wagnildら(1990/1993)がおり、中でも重要な要素として、“意味づける”と“受容”がある。

砂賀らは、意味づけることが肯定的変容を促進すると述べている。Wagnildら(1990)は、喪失の後に上手く適応できている80歳以上の女性を対象とした研究から、運命の甘受/諦めが、レジリエンスの要素のひとつになることを明らかにしている。後に開発したResiliense尺度においても(Wagnildら,1993)、尺度項目に自己の人生の受容を含めている。仁尾は、病気をもつ自分を受け入れようとし、病気のおかげでよい体験ができたと思うことを内的な強さとして位置づけている。

これらのことから、状況を洞察し、逆境の中に意味を見いだし、無力感や無能感をもたずに受け入れることがResilienceの重要な属性だと考えられる。

3) 自己の能力への信頼

Resilienceの属性として、「自己の能力への信頼」が抽出された。

「自己の能力への信頼」とは、過去の成功体験や現在対処出来ていることに基づいた自身の能力への信頼と定義できる。

この特性を抽出していたものに、Wagnildら(1990/1993)、佐藤ら(2009)、Gillespieら(2007)、米国心理学会がいる。中でも重要な要素として、“自己信頼”がある。

Wagnildら(1990)は、喪失の後に上手く適応できている80歳以上の女性を対象とした研究から、自己信頼が、レジリエンスの要素のひとつになることを明らかにしている。Wagnildらの自己信頼には、自身の能力への信頼、そして、自分に頼り強さと限界を認識する能力が含まれている。後に開発した尺度においても(Wagnildら,1993)、2要因のうちのひとつである“個人の能力”の中に、自己効力を含めている。米国心理学会は、自分自身へのポジティブな見方と自分の強さと能力への信頼が、逆境において上手く適応するプロセスに必要だと述べている。Gillespieらは、概念分析で導き出した属性である自己効力感が、逆境に直面した時にどれくらい努力するのか、どれくらい長くやり通すかを決心することに影響すると述べている。佐藤らは、自己効力感を目の前の課題をやり通すだけの自信につながる能力を今までにどの程度身につけているか否かだとして、不遇な境遇に出会った時にこれが重要な働きをすると述べている。

これらのことから、自己の能力への信頼は、厳しい状況下で新たな挑戦に向かう際に欠かせないものであり、Resilience の重要な属性だと考えられる。

4) 忍耐強い対処

Resilience の属性として、「忍耐強い対処」が抽出された。

「忍耐強い対処」は、対処スキルを獲得・強化し、その能力を用いて状況に立ち向かい続けることと定義できる。

この特性を抽出していたものに、Gillespie ら(2007)、Wolin ら(2002)、小花和(2002)、砂賀ら(2011)、Lundman(2010)、Wagnild ら(1993)がいる。中でも重要な要素として、“対処すること”と“諦めないこと”がある。

Gillespie らは概念分析の結果、対処を Resilience の属性の 1 つとして導き出している。どのように対処するかがレジリエントである事に必須の条件だとしており、効果的な対処は、心理社会的な危険因子を緩和すること、上手くやれた人々の多くは、問題解決型の対処を用いていたことを報告している。また、Wolin らが 25 人のレジリエントなサバイバーと面接して抽出した 7 つの要素の中に、イニシアティブが含まれている。これは、困難の中であれこれ模索したのちに、努力を一点に集中させて取り組み、何かを生み出すことと説明されている。砂賀らは、コーピングスキルを獲得することを、がん体験者のレジリエンスの属性である対処戦略に含めている。諦めないことについては、小花和、Lundman、Wagnild らが述べており、自分の人生を再建する努力を続けて逆境の中に居続けることを、根気強よさ、忍耐という言葉で表現している。

これらのことから、厳しい状況を回避せずに、向き合って対処すること、その際、諦めずに根気強くあることが Resilience の重要な属性だと考えられる。

5) 資源の活用と資源に繋がる力

Resilience の属性として、「資源の活用と資源に繋がる力」が抽出された。

「資源の活用と資源に繋がる力」は、持っている資源を活用することと、社会性を発揮して能動的に資源と繋がることと定義できる。

この特性を抽出していたものに、佐藤ら(2009)、富川(2008)、Eavrolino-Ramirez(2007)、平野(2010)らがいる。中でも重要な要素として、“資源”と“繋がる力”がある。

佐藤らは、どれだけ他者からサポートを受けることが出来るネットワークをもっているかというソーシャルサポートと、他者と協調していく能力である社会性をレジリエンスの尺度項目にしている。

富川は、統合失調症を持つ人の Resilience の概念を検討した結果、世界とつながる力、人とつながる力を Resilience の保護的な過程を促進する力として導き出している。概念分析を行った Eavrolino-Ramirez は、肯定的な関係性/ソーシャルサポートを属性のひとつにあげており、肯定的な関係がコミュニケーションや支援の機会をもたらすと説明している。平野は、他者とかかわることを好み、コミュニケーションが容易である傾向を社交性と定義して、レジリエンス要因尺度の項目にしている。

これらのことから、持っている資源を活用することと、社会性を発揮して能動的にそれらの資源と繋がる力が Resilience の重要な属性だと考えられる。

6) ゆるぎない拠りどころ

Resilience の属性として、「ゆるぎない拠りどころ」が抽出された。

「ゆるぎない拠りどころ」とは、安心や安全、安らぎがもたらされる確固とした拠りどころを持っていることと定義できる。この拠りどころは、人であったり、場であったり、神であったりする。孤独ではないことでもある。

この特性を抽出していたものに、米国心理学会、小花和(2002)、長田ら(2006)らがいる。中でも重要な要素として、“情緒的サポート”がある。

情緒的サポートについて、米国心理学会は、逆境においてよく適応するプロセスには、家族内外のケアリングまたは支持的な関係(いたわりあい、支え合う関係)が最も重要だと位置付けている。小花和と長田らは、小児を対象とした研究の結果、幼児期のレジリエンスを構成する要因として、親や家族、友人や教員による見守りや支えが存在すること、安らげる家庭があることを報告している。

これらのことから、何らかの拠りどころがあり、そこから情緒的サポートを受けていること、言いかえるならば、孤独ではないことが Resilience の重要な属性だと考えられる。

7) 調整・統制

Resilience の属性として、「調整・統制」が抽出された。

『調整・統制』とは、自己の感情や衝動を調整・統制すること、複雑な状況に巻き込まれず状況と自分の間に適度な距離を確認できることと定義できる。

この特性を抽出していたものに、米国心理学会、小塩ら(2002)、平野(2010)、砂賀ら(2007)らがいる。中でも大切な要素は、“情動のコントロール”である。

米国心理学会は、強い感情や衝動を制御する能力が、逆境からの適応を促進すると述べている。小塩らは、精神的回復力尺度の項目に、感情調整を含めている。ネガティブな出来事に遭遇し、混乱した感情が生じたとしても、うまく調整することで、新たな別の活動を開始することにつながるため、レジリエンスを導く内的特性として位置付けている。平野は、体調や感情の様な生物学的条件に規定されやすくコントロールしにくい部分を統御する力を統御力としてレジリエンス要因尺度の項目に含めている。砂賀らは、情動コントロールをがん体験者のレジリエンスの属性である対処戦略に含めて考えている。

これらのことから、自らの感情を調整・統制できることは、冷静さを持って、状況に巻き込まれず対処することを促進するため、Resilience の重要な属性だと考えられる。

2 Family Resilience 概念の属性としての検討

前述の Resilience 概念の 7 つの属性が、Family Resilience 概念の属性ともいえるかどうかを、Family Resilience に関して定義されている文献や概念に関する記述があった文献を用いて比較検討した。用いた文献は 7 文献で、内訳は英文献 5 件 (Black ら, 2008; Hawley ら 1996; Marsh ら, 1996; Paterson, 2002b; Walsh, 2003)、和文献 2 件 (入江, 2003; 得津ら, 2006) であった (Resilience 概念の検討に用いた文献との重複 1 件)。

「肯定的な未来志向」は、Black ら (2008)、Hawley ら (1996)、Paterson (2002b)、Walsh (2003) 得津ら (2006) の研究から読み取れた。

「逆境への意味づけと受容」は、Marsh ら (1996)、Paterson (2002b)、Walsh (2003)、得津ら (2006) の研究から読み取れた。

「自己の能力への信頼」は、Paterson (2002b)、得津ら (2006) の研究から読み取れた。

「忍耐強い対処」は、Hawley ら (1996)、Marsh ら (1996)、入江 (2003)、得津ら (2006) の研究から読み取れた。

「資源の活用と資源に繋がる力」は、Black ら (2008)、Walsh (2003) の研究から読み取れた。

「ゆるぎない拠りどころ」は、Black ら (2008)、Walsh (2003)、得津ら (2006) の研究から読み取れた。

「調整・統制」は、得津ら (2006) の研究から読み取れた。

以上の結果から、Resilience の 7 つの属性は、Family Resilience の属性でもあると考えられた。

IV 精神障がい者の家族に関する研究

精神障がい者の家族に関する研究を、精神障がい者の家族の捉え方の変遷、家族が直面する厳しい状況、家族に対する支援、家族の力に注目した研究の動向、脆弱性モデルから家族の力に注目したモデルへの移行という側面から述べる。

1 精神障がい者の家族の捉え方の変遷

精神障がい者の家族は、精神病患者を生み出す家族、機能不全家族の有害なコミュニケーションが発病の原因だとして、医療者からもその責任を突き付けられた時代があった。当時、精神障がい者の家族は、精神障がい者のいない家族との比較研究によって、次のように捉えられていた。神経症状の諸問題の根源は、患者たちと親との不健全な小児期の関わりに遡る。また、統合失調症者のいる家族には、二重拘束というコミュニケーション特徴がある、家族が敵対し拮抗する二つのグループに分裂している、夫婦のどちらかが家族の中ではなはだしく優位な立場をとる、偽相互性が特徴的に存在する、病者の両親は情緒的離婚の状態にあり、こうした両親の葛藤から分裂病性の障害が生じるといったようなものである(Barker, 1986)。このような考え方によって、精神疾患の発病に影響を及ぼし、家族員の病理を生み出す原因となっている家族から患者を引き離すことで患者の回復を図ろうと試みられた。また、家族の病理も治療の対象だと考えられていた。

しかしその後、ストレス脆弱性モデルの登場により、精神障がいは、生物学的、心理的、社会的な要因の相互作用によって生じると考えられるようになった。つまり、家族のありようもその中のひとつにすぎず、それだけで発病に結びつくものではないという考え方である。家族の立場はこのように変化した。家族員が慢性疾患を抱えるということは、依然家族に大きな影響を与える。基本的な家族機能には、情緒機能、社会化と社会布置機能、生殖機能、経済機能、ヘルス機能があるといわれている(Freidman, 1986)。家族員が病気を抱えることに伴う不安や心配といった情緒面への影響だけではなく、今まで病者が担っていた家族内の役割を一時的に、または長期に渡って交替する必要性が生じることによって情緒機能やヘルス機能、社会化機能への影響が、さらに治療費の発生や就業が困難になる事による経済機能への影響、また家族としての人生目標や計画の変更など多くの困難や課題に直面することになる。精神障がい者の家族は、このような困難に加え、精神疾患や障がいに対する社会の偏見と理解のなさをも同時に背負ってきた。家族の多くは、社会の無理解ゆえに孤立し、患者の呈する症状によって近隣住民に対して肩身の狭い思いをした経験があると報告している。本来であれば最も支援が必要な時さえも、誰にも相談できず困惑しているのである(全国

精神保健福祉連合会, 2010; 石川ら, 2003; 上平, 2002)。さらに、精神障がい者の家族は、国からも法による義務を課せられてきた。精神病患者に関する初めての法律である、精神病患者監護法においては監護義務者として、精神衛生法においては保護義務者として(のちの改正で保護者に)、現在の精神保健および精神障害者福祉に関する法律においても、保護者として位置づけられてきた。保護者の義務には、精神障害者に治療を受けさせ、その財産上の利益を保護するなど幾つかが含まれている。平成 11 年に改正されるまでは、この義務の中に自傷他害防止監督義務が含まれていた。つまり患者が自らを傷つけたり、他者に危害を及ぼすことがないように防止する責任が家族に負わされてきたのである。治療を拒否する患者を治療に結びつけるための知識や技術、自傷や他害を防ぐ方法など持ち合わせていない家族にその責任が負わされ続けてきた歴史がある。自傷他害防止監督義務が課せられなくなった後も保護者制度は続いていたが、家族への負担の大きさや本人と家族の関係性が様々であり、必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らないとの理由から、平成 26 年 4 月 1 日以降やっと保護者に対する負担となっていた責務規定が削除された。保護者制度は廃止されたものの、家族は患者の退院に際して、社会の支援が乏しい中で、病者や障がい者を助けることに当然尽力すべき資源として期待され、その期待にこたえるべく役割を果たしており、退院する病者を受け入れ、日常の世話をし、病者の将来への備えに心を配っている。

自傷他害防止監督義務の撤廃や精神障がい者が身体障がい、知的障がいと同様に位置づけられたことによって、社会の支援体制の拡大、一部の家族支援が診療報酬に組み込まれるなど、家族を取り巻く社会の状況も少しずつ変化してきた。看護学においては、2008 年に家族支援専門看護師の認定が始まり、家族をケアの対象として捉える家族看護学が看護の一領域として明確に位置づけられた。それまでも病者や家族の姿を身近で感じてきた看護は、家族への支援の必要性を認識していたが(古谷ら, 1999; 國方, 2005; 岩崎, 1998; 宮崎ら, 2001)、これらの動きによって、精神障がい者の家族も患者の家族としてではなく、ケアの対象者として明確に位置づけられることとなった。

2 家族が直面する厳しい状況

精神障がい者の家族が直面する様々な厳しい状況が報告されている。

岩崎(2004)は、精神障がい者の家族の主観的負担について日米の調査結果を比較しており、日本の家族の負担として、孤立、共鳴的痛み、無力感を、米国の家族の負担として、孤立、悲嘆、消耗感を

報告している。宮崎ら(2001)は、男性家族員の情緒的体験として、見通しの立たない将来への不安、自責・無力感、戸惑い、孤立感を報告している。統合失調症者の父親を対象とした Howard(1998)の研究では、病者の父親たちが、重要他者の死、失業、戦争、重篤な病気といった人生上の他の困難であった事柄と比較して、病者の世話をすることを、“最も困難な”または“最悪な”出来事であると語っている。その理由を、重要他者を失った時には、家族、友人、地域から支えられ同情されたが、統合失調症で(今までの)子どもを失うことは、孤独であり、恥ずかしく、対処が困難であるからだと述べている。家族が孤立し、見通しの立たなさに戸惑い、症状や治療の影響によって病前とは異なる様子の子どもの世話をすることで悲嘆の中にある様子が伺える。

全国精神保健福祉会(2010)は、家族が直面してきた7つの困難を報告している。それらは、病状悪化時に必要な支援がない、困った時いつでも相談でき問題を解決してくれる場がない、本人の回復に向けた専門家による働きかけがなく家族まかせ、利用者中心の医療になっていない、多くの家族が情報を得られず困った経験をもつ、家族は身体的・精神的健康への不安を抱えている、家族は仕事を辞めたり、経済的な負担をしているといったことである。石川(2003)は、ケア提供上の困難として、将来の不安、日常生活の制約、付き合い上の問題等をあげており、中でも将来の不安(病気と本人の今後)を7割以上の家族が感じていたと報告している。

ここでは、病状悪化時の困難、将来への不安、家族の身体的・精神的健康について、家族の声を中心に具体的内容を述べる。

病状悪化時に家族は、本人がいつ問題を起こすかという恐怖心を抱き(64.8%)、周囲とのトラブルを心配している。家族の半数は、近隣とのトラブルのために肩身の狭い思いをし、孤立感を覚えていた。また、仕事を休んで対応せざるを得ないことがあったり(47.3%)、家族が身の危険を感じるが増えたり(30.9%)、警察に通報せざるを得ない状況を経験したりもしていた(17.7%)。約6割の家族が、このようなことから家族自身の精神状態・体調に負担が生じていた(全国精神保健福祉会, 2010)。

将来への不安として、石川ら(2003)の研究では、本人一人を残して死ねないと思う、病気が今後どうなるかが心配、本人の将来の目途が立たず心配、という項目のすべてに75%以上の親が、わりに～大いにあてはまると回答している。また、全国精神保健福祉会連合会の調査では(2010)、家族の高齢化、病気、収入の減少が不安の上位を占めており、主に病者を世話している親自らが世話出来なくなった時のことを不安に思いながら過ごしていることが分かる。

家族の身体的・精神的健康は、決して良い状態とはいえず、疲れや

すい、腰痛、十分に睡眠が取れない、肩こりといった日常的に感じる不調はもちろんのこと、心臓病、糖尿病、呼吸器疾患、がんといった深刻な病気を抱えながら病者を世話している様子が明らかになっている(全国精神保健福祉会連合会, 2010)。10年前の調査(全家連保健福祉研究所, 1993)でも、年齢とともに健康状態が悪化している様子が報告されており、高齢の親が子どもを世話している状況での健康面の余裕のなさが伺える。

また、これまでは当事者、当事者の親やきょうだいといった立場にある人の声から家族の困難について知ることが多かったが、近年、精神障がい者の親と暮らす子どもたちにも注目が集まっている。子どもたちは、親の精神障がいについて、家族や医療者から十分な説明を受けることがないままに、親の精神症状による異常体験に巻き込まれたり、親との情緒的交流が行いにくくなるといった経験をしている。しかし、このことを人に話したり聞いたりできず、孤立感を高めたり、傷ついた心を抱えて生きていることが明らかになりはじめた(長江ら, 2013; 土田ら, 2011; 山中, 2009)。

3 家族に対する支援

家族の置かれた厳しい状況を明らかにする研究の積み重ねが、家族支援の必要性の認識と家族に必要な具体的な支援内容を明らかにすることにつながった。現在、家族への支援として、多職種が協働した心理教育や家族教室などがあり、場や時間を設定した介入が実施されている。

精神障がい者とその家族に対する心理教育の成果に関するメタ解析(Lincoln, 2007)では、心理教育単独の効果かどうかの不明確さは残っているものの、回復、症状の改善、知識、薬物療法のアドヒアランス、適切に活動する能力への効果が評価されていること、家族を含めた介入がより効果的であることを報告している。

香月ら(2009)は、国内で、うつ病家族に対する心理教育が心理社会的負担を軽減するかどうかについて報告している。家族心理教育は、1クール4回のセッションで、2週間ごとに1回2時間、実施期間は6週間である。2時間のうち最初の30分は、情報提供(1回目:疾患について、2回目:治療について、3回目:社会資源について、4回目:家族の接し方やコミュニケーションについて)で、その後90分間は、問題解決技法を用いたグループ療法を実施。参加家族3-4名に対して、スタッフは医師、看護師、臨床心理士3-4名。対照群はおかない前後比較で、心理教育開始前と4回目終了後の2回、自記式質問紙を用いて評価している。その結果、精神的健康は有意に改善し、家族の介護負担感と生活困難感は軽減傾向であったと報告されている。

しかし、看護はそれだけではなく、支援が必要な状況を察知し、タイミングを見計らい、病棟での面会時などに柔軟に家族を支援している(野嶋ら, 2000; 中野, 2002)。その際に用いられている支援方法として、次の様なものがある。家族が直面している場面を共感的に理解し、その状況乗り越えてゆけるような情緒的支援、家族が健康的な生活スタイルを確立し、健康問題を主体的に解決してゆけるよう情報や知識、技術習得を支援するような家族教育、家族関係が円滑になるよう関係を調整し、交流を促すような家族関係の調整や強化、コミュニケーションの活性化に向けた支援、家族が意思決定できるよう必要な情報を提供し、意志を明確にできるように関わったり、権利を主張できるよう援助する意思決定を支える支援等である。看護は、このような支援を日常的に実施しているが、研究の対象になることはほとんどないため、効果については明らかになっていない。さらに、看護が実践している家族支援として家族に認識されているかどうかも残念ながら明確ではない。

4 家族の力に注目した研究の動向

家族が直面する厳しい状況が報告される一方で、病者を世話することから家族員が得るものについての報告が散見されはじめた。これらの数少ない研究は、家族の体験を否定的側面から捉えるのではなく、病者を世話することの肯定的側面を積極的に捉えようと試みたものである。家族の力に注目したものとして、川添(2007a)や藤野ら(2007)の研究がある。

川添(2007a)は、発病後5年以上経過した統合失調症の子どもと同居している母親を対象にインタビューを行い、自己成長をどのように捉えているのか、またその過程に影響を与えた要因は何かについて探っている。発病により混乱し、罪の意識に苦悩しながら、がむしゃらに対処する過程を経た後、母親は自らの成長について語っている。人の痛みに対する理解が深まり、同じ病を持つ他家族への支援も行っていた。家族員の発病を自らの人生の出来事として納得するに至るプロセスには、母親が罪の意識から解放されること、そして、知識の獲得や様々な対処を行うだけではなく、他者との交流が欠かせないことが考察されている。

藤野ら(2007)は、介護経験が介護者に与える肯定的認識に注目し、精神障がいを持つ被介護者と同居している家族介護者を対象に、肯定的認識を測定する尺度の開発を試みるとともに、肯定的認識に関連する要因を検討した。介護肯定感尺度は、「介護からの学びと意義」と「被介護者との関係性」の2因子から構成されている。介護からの学びと意義には、介護期間と被介護者の履

病期間が関連しており、介護期間が長いほど、あるいは被介護者の罹病期間が長いほど、介護肯定感が強まる事を明らかにしている。

病者を世話することの肯定的側面を積極的に捉えようと試みたこれら2つの報告から、家族員を世話することが、家族に今まで報告されてきたような困難をもたらすだけではなく、学びや意義をもたらし、成長を実感させるものであることが明らかになった。また、通常病者を世話する期間が長期化するのに伴い疲弊感が増し、同時に否定的な認識も高まるものと予測されるが、藤野らの報告では、長期化する程病者を世話することへの肯定感が強まるという反対の結果が示されている。対象となった家族への専門職の支援の有無や程度、ソーシャルサポートとの関連性は明らかになっていないが、家族が厳しい状況に向き合い、その状況を生き抜く中で、育まれ、発揮することが可能となるような内なる力の存在が推測される結果である。

5 脆弱性モデルから家族の力に注目したモデルへの移行

家族は患者の背景や資源でなく、医療従事者の協働者であり、専門家が権威とコントロールを手放し、それぞれの強みを活かして共に患者を支えることが必要であることや、家族自身もケアの対象であると強調され始めた。

家族の力に注目した概念としては、ストレングスやエンパワメントがあるが、近年、レジリエンスも注目され始めている。Resilienceとは、困難な状況から個人や家族、地域が立ち直り、回復する力やその力が発揮される過程を示す概念である。Walsh(1996)は、Resilience概念を家族に応用し、Family Resilience概念を提唱した。この概念を用いて家族を捉えることは、ダメージモデル(家族は傷ついていて、知識や対処力が不足しているために困っている)から、家族が人生上の困難な出来事に挑戦している、奮闘しながら立ち向かっているのだと考えるチャレンジモデルへと転換することを意味する。家族のこのような力は、厳しい状況にも関わらず発揮されるのではなく、逆境を通して鍛えられるともいえる(Walsh, 2012)。これまでの研究成果から、家族員の発病により、厳しい状況に置かれていることが明らかになっている精神障がい者の家族を、Family Resilience概念を用いて捉えることは、家族の姿に今までと異なる角度から光をあてることとなり、困難に挑戦する家族と共にある看護に新たな視点を提供すると考える。

第 3 章 研究の枠組み

本研究は Family Resilience を中心概念としている。Family Resilience 概念は、Resilience 概念を家族に応用したものである。

Family Resilience 概念について述べ、その後、本研究で用いる Family Resilience 概念と研究の枠組みを示す。

I Family Resilience 概念を用いた研究と定義

Resilience は、機能不全の家族を生き抜いた家族の一員である個人に存在するものだと思われていたため、家族の中に Resilience やその可能性を発見できると認識されていなかった。しかし、危機や持続するストレスに打ち碎かれる家族がいる一方で、強さと問題解決能力を発揮する家族がいることから、Walsh(1996)が家族に応用したことをきっかけに Family Resilience の概念が発達した。Family Resilience の概念は、家族の捉え方を、逆境下で家族がどうして失敗するのかという考え方から、逆境は人生への挑戦であり、家族がその挑戦に向き合う時に何が家族をよく機能させるのかという考え方へと変換した。

Family Resilience 研究は、どのようにすれば個人でなく“家族”を捉えることが可能になるかを研究者が工夫しながら質的、量的に取り組まれているが、家族をシステムとして捉えた研究はいまだ少ない。質的には Family Resilience の要素や構造を明らかにしようとする研究、量的には Family Resilience 尺度の開発や Family Resilience の関連要因を明らかにしようとする研究、また Family Resilience を促進する介入研究が始まっている。

Family Resilience 概念の定義には、次のようなものがある。

Walsh (2012) は、「逆境に際して家族が機能するという理解を越えたものであり、家族が重大な人生上の挑戦に向き合って、回復、修復、成長する可能性を含んでいる」と定義している。単にストレス状況を調整する、負担を引き受ける、苦しい体験を生き抜くということを超えて、逆境を乗り越えられるような個人、関係性の変化、成長の可能性を含み、家族が奮闘することによって将来出会う挑戦に対しても、強く臨機応変になる事が含まれている。

Hawley ら(1996)は、「現在、そして時の経過の中で、ストレスに直面した時、家族が適応しうまくやるための家族のやり方」と定義し、家族がストレスに反応することで、適応だけでなく、それ以上の成長を遂げることも可能であると述べている。

Patterson(2002a, 2002b)は、「重大な逆境や危機にさらされた時に、家族が適応し、十分に機能することが出来る過程」と定義している。危機は家族にとってターニングポイントであり、家族機能を発達させることにも、低下させることにもなると考えている。新たな意味を見いだす能力は保護的要因になると述べている。

入江(2003)は、「家族がストレスに立ち向かい、そのストレスから立ち直るための家族の能力であり、そのストレスを支配し適応することである。」と定義している。

いずれの研究者も、Family Resilienceを単なる能力として捉えるのではなく、家族が逆境の後に適応に至る時間経過を踏まえた定義、つまり過程として定義している。さらに、逆境の中で奮闘することは状況への適応にとどまらず、家族の成長に繋がることに触れている。

II 本研究で用いる Family Resilience 概念

第2章で述べたように、Family Resilience 概念について、英文献 21 件 (Black ら, 2008; Connor ら, 2003; Cook, 2000; Dyer ら, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007; Gartland ら, 2011; Garity, 1997; Gillespie ら, 2007; Hawley ら 1996; Klerk ら, 2011; Livingstone ら, 2011; Lundman ら, 2010; Marsh ら, 1996 Masten ら, 1990; Paterson, 2002b; Wagnild ら, 1990, 1993; Walsh, 2003; Zauszniewski ら, 2009, 2010; 米国心理学会)、和文献 20 件 (石毛 ら, 2005a, 2005b; 井隼 ら, 2008; 石井 ら, 2006; 長田 ら, 2006; 小花和, 2002; 小塩 ら, 2002; 佐藤, 2009; 仁尾 ら, 2006; 砂賀 ら, 2011; 谷口 ら, 2010; 富川, 2008; 中村 ら, 2009; 長尾 ら, 2008; 橋本 ら, 2011; 原 ら, 2010; 平野, 2010; 三好, 2004; 入江, 2003; 得津 ら, 2006)、図書 2 冊 (Wolin ら, 2002; Grotberg, 2003) を用いて検討した。その結果、Family Resilience 概念の属性は、「家族の肯定的な未来志向」「家族の逆境への意味づけと受容」「家族の自己の能力への信頼」「家族の忍耐強い対処」「家族の資源の活用と資源に繋がる力」「家族のゆるぎない拠りどころ」「家族の調整・統制」の 7 つ、先行要件は、「逆境」「逆境によって生じる様々なストレス」、結果/帰結は、「適応」「well-being」「成長」であった。また、これら 7 つの属性は、国内における家族を対象とした研究成果 (鈴木, 2000; 宮崎 ら, 2001; 川添, 2007a; 岩崎, 1998; 永井, 2011; 池添 ら, 2009; 中坪, 2010; 納富 ら, 2011; 藤野 ら, 2007; 渡辺 ら, 1995; 久松 ら, 2011; 松本, 2011; 大久保, 2010; 金子 ら, 2009) の中に存在していることが確認された。(中平 ら, 2013)

III 精神障がい者の家族の Family Resilience と研究の枠組み

文献検討の結果明らかになった Family Resilience 概念の 7 つの属性、「家族の肯定的な未来志向」「家族の逆境への意味づけと受容」「家族の自己の能力への信頼」「家族の忍耐強い対処」「家族の資源の活用と資源に繋がる力」「家族のゆるぎない拠りどころ」「家族の調整・統制」を用いて、本研究の枠組みを図 1 のように設定した。

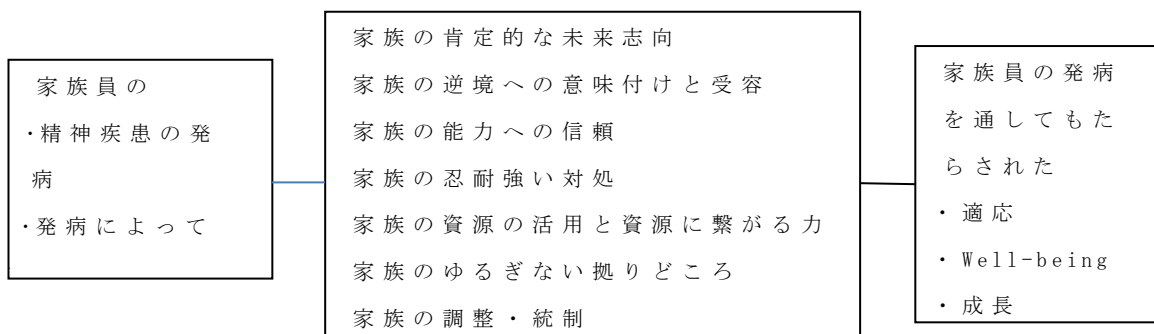


図 1 研究の枠組み

IV 用語の定義

精神障がい者を家族員にもつ家族の Family Resilience を「家族員の精神疾患の発病と発病に伴う様々なストレスに対して、家族が力を発揮し奮闘することを通して、適応、Well-being、成長がもたらされる過程」と定義する。なお、ここでいう家族の力とは、家族の肯定的な未来志向、家族の逆境への意味付けと受容、家族の能力への信頼、家族の忍耐強い対処、家族の資源の活用と資源に繋がる力、家族のゆるぎない拠りどころ、家族の調整・統制の 7 つである。これらを以下順に説明する。

「家族の肯定的な未来志向」とは、家族が希望や目標を持ちながら、肯定的に未来を志向することである。

「家族の逆境への意味付けと受容」とは、家族が厳しい状況を人生にとって意味あること洞察し、変えられないことは、ある種の諦めを持って受け入れることである。この過程では、家族内の正直でオープンな交流が十分行われると考える。

「家族の能力への信頼」とは、家族が過去の成功体験や現在対処出来ていることに基づいて、家族の能力を信頼することである。

「家族の忍耐強い対処」とは、家族が対処スキルを獲得・強化し、その能力を用いて結束して状況に立ち向かい続けることである。

「家族の資源の活用と資源に繋がる力」とは、家族に資源が存在することと、社会性を発揮して能動的に資源と繋がることである。

「家族のゆるぎない拠りどころ」とは、家族の安心や安全、安らぎがもたらされる確固とした拠りどころのことである。この拠りど

ころは、人であったり、場であったり、神であったりする。孤独ではないことでもある。

「家族の調整・統制」とは、家族が感情や衝動を調整・統制すること、複雑な状況に巻き込まれず状況と家族の間に適度な距離を確認できることである。この過程において、家族内の正直でオープンな交流が十分行われると考える。

V Research Question

家族が発揮する力については、対処や社会資源の活用に関する研究があるが(石川ら, 2003; 宮崎ら, 2001; 波多野, 2004)、それ以外に家族がどのような力を発揮しているのかについては明確になっていない。従って、精神障がい者を家族員にもつ家族の Family Resilience 研究では、まず家族が発揮している力である属性を明らかにする必要があると考える。

そこで、本研究の Research Question を「精神障がい者を家族員にもつ家族の Family Resilience の特性は、どのようなものであるか。」と設定する。

第 4 章 研究方法

I 研究デザイン

本研究は、家族員の発病やそれに伴う様々なストレスに対して、家族がどのような力を発揮しているのかについて明らかにしようとする研究であり、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的記述的研究とする。

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、社会学者である Glaser と Strauss によって、当時の社会学が理論検証重視へ向かい、新しい理論の発見が軽視または無視されるようになっていくことに対して、その状態を改善すべく、データから理論を生み出す方法として提案された (Glaser ら, 1967)。その後、認識論の違いによって、幾つかの方法へと袂を分かつことになった。もっとも大きな分岐点は、最初の提案者であった 2 人の決別であり、実証主義の立場をとり徹底的にデータに対して客観的な Glaser とシンボリック相互作用論の立場をとり解釈を重視する Strauss が、基本的な考え方の重なりを持ちつつも、異なる手法を主張し始めた。

日本の看護界には、Strauss と Corbin によるグラウンデッド・セオリー・アプローチが広く紹介されている。Strauss と Corbin のグラウンデッド・セオリー・アプローチの理論的枠組みは、シンボリック相互作用論から導かれており、個々人の行為や認識、考えや意図に焦点を当てる。行為を展開させたその行為者の目と経験を通して、個人のおかれた状況やものごとを説明しようとするものである。

グレッグら (2007) は、シンボリック相互作用論の考え方に基づいて生み出された理論が備えるべき特徴として、ストラウスとグレイザーがあげた 4 つの特徴を引用している。そして、この 4 つの特徴が、逆にいえば研究されるテーマの特徴を示しているとして、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いることがふさわしいテーマの前提について次のように述べている。

理論が備えるべき第 1 の特徴は、具体理論は、それが開発された領域にかなりある程度まであてはまらなくてはならないということ。このことより、研究されるテーマは、研究が行われる領域において現象を説明する、あるいは現象を構成する概念や要素が研究され尽くしているとは言えない状況であることが前提となる。

理論が備えるべき第 2 の特徴は、対象となる領域にいる素人にも理解しやすいものでなくてはならないということ。このことより、研究されるテーマは、研究領域で実践する人々にとって、現象の理解が十分でなく、何らかの研究によって、理解が助けられる必要がある状況であることが前提となる。

理論が備えるべき第3の特徴は、日常が様々に変化しても、その多様性に対応できるための一般性が無くてはならないということ。このことより、研究されるテーマは、多様な現場の要素が影響し合っているような複雑な状況であることが前提となる。

理論が備えるべき第4の特徴は、理論を使う人は、理論を用いて状況を分析・理解出来るだけではなく、状況に変化をもたらすことができ、理論の有効性を状況の中で実感できなくてはならないこと。このことより、研究されるテーマは、対象とする現象に取り組むべき余地があり、介入による何らかの変化を必要としていることが前提となる。

以上のことを踏まえて、本研究が明らかにしようとする精神障がい者を家族員にもつ家族の Family Resilience の特性について考えると、この現象を構成する概念や要素は研究され尽くしておらず、看護実践を行うにあたり、現象の理解が十分ではなく、家族の力には多様な要素が複雑に影響しあっており、家族支援には取り組むべき余地が十分にあり、家族は支援される必要があることから、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いたデザインが適切であると考ええる。

グラウンデッド・セオリー・アプローチには、Glaser&Strauss、Glaser、Charmaz、Strauss&Corbin、木下の方法があるが、本研究では、木下の開発した M-GTA：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチは、グラウンデッド・セオリー・アプローチの実証主義的性格を批判して、構築主義的性格に位置づけなおしたものであるが、Glaser&Strauss、Glaser、Strauss の著作から理論生成の志向性、grounded-on-date の原則、経験的実証性、意味の深い解釈、応用が検証の立場という点を基本特性として受け継いでいる。その上で、グラウンデッド・セオリー・アプローチの課題の克服として、コーディング方法の明確化、分析テーマの言語化、研究する人間の視点を中心に置くという修正を加えている(木下, 2007)。具体的には、構造主義という立場が世界やデータと研究する人間との一体性を前提におくので、データの解釈も文脈を重視した相互作用的な方法が自然であって、切片化という作業をとりいれる必要がないこと、何を明らかにしようとするのかを掘り下げ言語化すること、質的研究のデータ分析は解釈の仕方でも成り立つのではなく、解釈する人間を抜きにはあり得ないので、研究者が思考を言語化し外在化することで分析プロセスを透明化することである。

II 研究協力者

精神障がい者(統合失調症、または感情障害)を家族員にもつ家

族。別居、同居は問わない。

Ⅲ データ収集の方法

1 データの収集手順

データ収集は、高知県立大学研究倫理審査委員会の承認（看研倫12-32号）を得たのちに以下の手順で行った。

- 1) 医療機関（病院、訪問看護ステーション、デイケアセンター）、就労支援センター、家族会、保健センターに研究依頼書と研究計画書を持参し、研究への協力を依頼した。
- 2) 医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、家族会の代表者から研究協力者の条件にあった家族に対して、研究者が研究への協力を依頼したい旨を伝えてもらい、了解が得られた場合、協力者の希望する連絡方法、連絡可能な時間帯を確認してもらった。
- 3) 研究者が依頼することについて承諾の得られた家族に対して、研究者が直接連絡を取り、あらためて研究目的、意義、面接の概要と所要時間、倫理的配慮について説明した。
- 4) 研究への協力については、家族員個人ではなく、家族で相談したうえで最終決定してもらった。
- 5) 協力への了解が得られた場合は、面接の日時や場所を協力者の都合に合わせて調整した。
- 6) 希望する場所で面接を行った。
- 7) 面接は、家族員個人であっても、希望であれば複数の家族員でもよいこととした。
- 8) 面接当日に、再度、研究目的、意義、面接の概要と所要時間、倫理的配慮について説明し、口頭と書面で承諾を得た。
- 9) 面接内容は、インタビューガイドに沿って行い、協力者の許可を得て、その内容をICレコーダーに録音した。
- 10) 終了時に、次回面接への協力依頼を行い、協力が得られる場合には、今後の連絡方法の確認を行った。

2 インタビューガイド

精神障がい者の家族が、家族員の発病後にどのような力を発揮しながら困難を乗り越えて来たかについて明らかにするために、以下のようなインタビューガイドを作成し、これに基づいて半構造化面接を行った。

- ・ 基本的属性として、病者の診断名、性別、発病年齢、現在の年齢、入退院歴。家族の病者との続柄、家族構成、同居・別居。
- ・ ご家族がご病気になられてから今日までに間で、“あの時は、家族が力を合わせてよくやった”“あの時は、家族がよく奮闘した”

と思い起こされる場面はありますか。その時の事についてお聞かせください。

- ・ご家族の発病から今日までの間に、家族が変わったと思われるような、節目や出来事がありましたか。
- ・私の家族のこんなところは、病気を抱えたご家族と共に生きてゆくのに役立ったと思えることはありますか。
- ・行き詰った時に、ご家族を奮い立たせるためにやってきたことはありますか。
- ・ご病気の方をお世話するにあたって、支えになっているものは何ですか。
- ・ご苦労もあったことと思いますが、それでもお世話を続けてこられた秘訣はなんでしょう。
- ・発病から今日まで、ご家族の皆様が力を合わせてこられたことと思います。その中で、ご病気のご家族自身の頑張りについて、どの様に感じておられますか。
- ・ご自分の家族であれば、やれる(大丈夫)というような思いや自信はありましたか。
- ・ご家族にとっては、初めて対応しなくてはいけないことも多かったと思うのですが、どのようにしてそのやり方を獲得してこられたのですか。
- ・ご家族だけで乗り越えることが困難な出来事が生じた時、どうしてこられたのですか。
- ・今、振り返ってみてでよいのですが、ご病気のご家族に対して、また、ご家族皆様が置かれている状況について、見方や考え方、捉え方がいつの間にか変わっていたということはあるですか。
- ・どうしようもないような気持ちになった時、その気持ちをどのようにコントロールされたのですか。
- ・ご家族のご病気があってから、家族がこのように変わったと感じられるようなことはありますか。
- ・今、ここに家族員が発病したばかりのご家族がいらっしゃると思います。〇年お世話をしてこられたご経験を踏まえて、何かアドバイスをするとしたら、それはどんなことでしょうか。

面接では、協力者の語りをできるだけ損なわないように、話の流れや内容を大切にしました。また、面接の際には、一個人としてではなく、家族としてどうであったかを問うために、常に「〇〇さんのご家族は・・・」「ご家族としては・・・」と質問した。家族内のことだけでなく、社会との関係性や時間経過を意識しながら聞いた。データ収集と分析の進行に応じて、必要になった協力者を随時追加しながらデータ収集を行った。

3 データ収集の期間

2012 年 12 月～2014 年 7 月。

IV 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づいて分析した。分析テーマは、「精神障がい者の家族が家族員の発病や発病に伴うストレスと向き合い奮闘する中で発揮している力」、分析焦点者は、「精神障がい者を内包する家族」とした。面接が終了するごとに、逐語録を作成し、熟読した後に、精神障がい者の家族の Family Resilience に関連する語りだと思われる部分を、語りの内容が読み取れる 1 文脈単位ごとに切り取ってデータ番号を付けた。

各文脈単位の意味を表現する言葉（概念）として何が適切なのか考え、概念を生成しながらこの際に生じた疑問や着想を書きとめた。

生成した概念に照らして、類似している、または異なっているかを比較しながら新たな概念の生成を繰り返した。意味の解釈が妥当かどうか、常にデータに戻って確認した。このプロセスの間、理論的サンプリングを行った。

概念が生成できた後に、カテゴリー化し、カテゴリー相互の関係性を検討し、結果図を作成し、分析結果をストーリーラインとして記述した。

真実性を確保するために、研究協力者のプライバシーや匿名性を保護した上で、可能な限り詳しい記述を行うとともに、研究者独自の視点に偏らないよう、分析の全プロセスをグラウンデッド・セオリー・アプローチ経験者や質的研究経験者の指導を受けながら進めた。

V 倫理的配慮

研究協力の依頼に際しては、研究目的、意義、面接の概要と所要時間、倫理的配慮について文書と口頭で十分な説明を行う。また、研究が継続している間に渡り、協力者に不利益が生じないように配慮する。質的研究では、計画時に予測できないリスクが発生する可能性があることを認識し、細心の注意を払いながら研究を進めた。

1 同意の得方への配慮

- 1) 研究目的、意義、面接の概要と所要時間、倫理的配慮について、文書と口頭で十分な説明を行う。文書は、専門用語を用い

ず、家族が理解しやすい表現で作成した。

- 2) 協力しないこと、および協力を取り消すことによる不利益は一切生じないことを伝えた。さらに、紹介を受けた医療施設や家族会に対して、協力の有無について伝えないことや研究への協力は義務ではないことを伝え、研究への協力について自由意思で決めて欲しいことを伝えた。
- 3) 家族について語ってもらう必要があることから、家族員の総意に基づいた協力を依頼した。他の家族員とも話し合える時間を確保した後に協力への意思を確認し、協力が得られる家族と面接の日時や場所を相談し調整を行った。
- 4) 研究に協力することによる直接的な利益はないこと、しかし、お話しいただいた内容は、今後看護者が家族を支援する際の根拠となり、同じような経験をしている他者に貢献できること、また家族支援に関する研究推進の一助となることを伝えた。
- 5) 研究に参加することによる不利益として、面接の間の時間的拘束、家族員の発病時のことを思い出し、後悔や辛さがよみがえる可能性があることを伝えた。
- 6) お話しいただいた内容は、研究の目的以外には使用しないことを約束した。
- 7) 研究協力承諾書と同時に協力取り消し書を手渡し、協力を中止したくなった際に、研究者に直接会うことなく協力撤回の意志が示せるように準備し、協力取り消し時の心理的負担を軽減した。
- 8) 研究の成果は、博士論文としてまとめることの他に、専門学会への発表や投稿も考えていること、その際には個人が特定されないように充分注意することを伝えた。

2 面接場面での配慮

- 1) プライバシーが確保でき、落ち着ける場所で面接を実施した。
- 2) 話したくない内容については、無理に話さなくてもよいことを伝えた。
- 3) 面接の途中、また面接後であっても、研究への協力を中止することが可能であることを伝えた。面接開始時の同意だけでなく、面接の途中においてもこのまま面接を継続してよいかを確認するとともに、面接終了後にはデータとして使用されたくない語りがなければ確認した。
- 4) データを削除可能な期間の目安を伝え、その間であれば、いつでも削除することが可能であることを伝えた。
- 5) 面接によって協力者に動揺が生じた場合には、面接継続の意思について確認する。また、協力者の面接継続の意思に関わら

ず、研究者の判断で中止する事もありうる旨を伝えた。

- 6) 面接時の動揺が確認され、必要だと判断した場合には、面接を中止して気持ちの整理や安定に向けた支援を行った。

3 データの取り扱いに関する配慮

- 1) データは、他者の目につかない、鍵のかかる場所に保管した。
- 2) 逐語録は、インターネットに繋がらないパソコンにて作成した。
- 3) 個人が特定されるような語り、協力者が特定されるような固有名詞は、逐語録に起こす際、意味を損なわない程度に修正を加えた。
- 4) データと協力者の一覧は別の場所に保管し、誰の語りかが分からないようにして保管した。
- 5) 論文作成や学会発表原稿作成に記載する情報は、必要最小限の記載にとどめた。

4 面接に伴う協力者の動揺や疑問に関する配慮

- 1) 面接終了時に動揺が生じることもありうるため、終了後であっても、支援が可能であることを伝えた。
- 2) 協力者の意見や疑問に迅速に対応できるよう、研究者への連絡方法を提示した。

第 5 章 結果

I 研究協力者の概要と面接時間

19 家族から研究協力が得られた。面接への協力者は、病者の父親、母親、姉であり、年齢は 50～80 歳代であった。病者の診断名は、統合失調症(17 名)と感情障害(2 名)であった。病者を世話している期間は、1～5 年未満 2 家族、5～10 年未満 3 家族、10～15 年未満 2 家族、15～20 年未満 2 家族、20 年以上 9 家族、期間不明 1 家族であった。(表 1)

19 家族の面接時間は、27～131 分、平均 90.8 分であった。

表 1. 研究協力者の概要

ID	続柄	年代	介護期間	診断名
1	父	70	20 年以上	統合失調症
2	母	60	20 年以上	統合失調症
3	姉	70	20 年以上	統合失調症
4	母	60	10-15 年未満	統合失調症
5	母	70	20 年以上	統合失調症
6	父	70	20 年以上	統合失調症
7	父	70	20 年以上	統合失調症
8	母	80	10-15 年未満	感情障害
9	母	70	20 年以上	統合失調症
10	母	70	20 年以上	統合失調症
11	父	60	15-20 年未満	統合失調症
12	母	60	期間不明	統合失調症
13	母	50	5-10 年未満	統合失調症
14	母	70	20 年以上	統合失調症
15	母	50	1-5 年未満	統合失調症
16	母	50	1-5 年未満	統合失調症
17	母	50	5-10 年未満	統合失調症
18	母	60	15-20 年未満	統合失調症
19	父母	50	5-10 年未満	感情障害

II 精神障がい者の家族の Family Resilience

精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーとして、【家族の守り】【コントロール】【社会に向かって家族を開く】【病気との対峙】【認知の転換】【希望】の 6 つが明らかになった。

この中には、24 のカテゴリーとそれらを構成する 73 の概念が含まれた（表 2）。

精神障がい者の家族の Family Resilience は二つの局面から成り立っていた。第一の局面は、Living System として、上位システムである社会の影響を受けながら【家族の守り】、状況の【コントロール】を行いながら、【社会に向かって家族を開く】ことであり、Living System 力の発現であった。第二の局面は、家族員が長期に渡る健康問題を抱えたという状況に対して、時間経過や上位システムとの関係性の中で、【病気との対峙】【認知の転換】【希望】を持つ力、つまり家族内のエネルギーを創生するような Competency の発現であった。

精神障がい者の家族は、Family Resilience について語る中でこれらについて語った。以下、コアカテゴリーを【 】, カテゴリーを『 』、概念を< >で示し、順に述べる。

なお、() 内の言葉は、状況を補足するために研究者が書き入れたものである。

1 【家族の守り】

精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーとして、【家族の守り】を抽出することができた。

【家族の守り】とは、厳しい状況の中で家族が結束を強めて、病者を守り、家族を守り、家族の生活を守ることである。家族は、Family Resilience を語る中で、【家族の守り】について言及していた。

これにはカテゴリーとして、『病者の立場に立って考える』『情緒的に繋がり家族として力を合わせる』『家族としての役割を自覚する』『家族のやり方や生活を守る』が含まれた。

1) 『病者の立場に立って考える』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『病者の立場に立って考える』を抽出することができた。

『病者の立場に立って考える』とは、家族が病気の症状や発病によってもたらされた状況に身を置く病者のことを、共感的受容的に考えることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『病者の立場に立って考える』ことについて言及していた。

これには概念、<病者の辛さに思いを寄せる><病者の言動の意味を推し測る><病者の気持ちを尊重する>が含まれた。

表2 精神障がい者の家族のFamily Resilience		
コアカテゴリー	カテゴリー	概念
家族の守り	病者の立場に立って考える	病者の辛さに思いを寄せる 病者の言動の意味を推し測る 病者の気持ちを尊重する
	情緒的に繋がり家族として力を合わせる	オープンに十分会話する 家族に感謝する 家族を認める 力を合わせる
	家族としての役割を自覚する	病者の世話をするのは家族の責任だと自覚する 家族としての有用性を自覚する
	家族のやり方や生活を守る	病気を特別な事として扱わず、いつものやり方で取り組む 発病により変化した家族関係にまともりを付ける 家族の健康を整える
コントロール	厳しい状況に巻き込まれないようにする	家族員が発病した現実を受け入れる 家族外からの刺激を調整する 気持ちを吐き出す 状況を客観的に整理分析する 変えられない事に囚われず前に進む
	不利益に巻き込まれないようにする	社会との接点で生じるトラブルを回避する 病気について知らせない 病者に関わらせない
	家族の限界を見極め超えないようにする	限界を見極める 家族が潰れないように、エネルギーを分配する
	病気の事だけに心を奪われない	心を開放できる別の世界を持つ 家族の外にも居場所を持つ 最善を尽くした後は、割り切る
	期待を高め過ぎない	過大な期待が家族の負担になると気づく 揺れながら期待を調整する 客観的に限界を認識する
社会に向かって 家族を開く	家族外の力を活用する	求助行動を起こす 家族で抱えず社会資源を活用する
	病気を隠さない	家族自身の偏見を追い払う 病気のことを状況に応じて他者に開示する
	理解しあい協働できる仲間と繋がる	仲間と気持ちを通じ合わせる 仲間と情報を共有し、共に考える 自分の体験を他の家族に役立てる
	社会に働きかける	体験を語り、家族の姿を見せて社会に理解を求める 家族の立場で医療福祉・行政職と協働する
病気との対峙	病状の経過を監視する	病者の特徴を捉える 病状を捉える 病者の成長・変化を捉える 病状悪化時に備える
	治療脱落を防止する	入院や通院がしやすい医療機関に繋がる 受診出来るよう調整する 服薬を継続できるよう支援する
	試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する	知識を探し集める 治す手立てを必死に探す 逃げずに必死に世話をする 病状安定に役立つと思うことに取り組んでみる 病者に合ったやり方を獲得する
	病者の力を補いつつ育む	病気や症状との付き合い方を助言する 自活できるように力を育む 受診に伴って病状を伝える 無理をさせない 病者の将来のために蓄える
		病者を世話していく覚悟をする 偏見に負けず強くなる
認知の転換	覚悟を決めて強く前を向く	何とかなると考える なるようになると考える
	楽観的に現実と向き合う	厳しい状況の中の救いとなる面に気付く 病気だけが人生の困難ではないと気づく 辛いのはこの病気だけではないと気づく 発病は誰の責任でもないと感じる
	多面的に状況を捉え新たな視点を得る	この人生で引き受けるべき困難であったと意味づける 困難を経て家族になったと意味づける 発病によってもたらされた出会いがあったと意味づける
	発病や発病に伴う困難を人生に意味づける	
希望	将来像を描く	目標を持つ 諦めず希望を持続ける
	病者の将来の生活に見通しが立つ	病者の安定から将来に希望を持つ 将来を託せそうな人や場が見つかる 将来の経済的な見通しが立つ
	医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ	医学の進歩に望みを持つ 障がい理解の深まりに望みを持つ 社会福祉制度の充実に望みを持つ

(1) ＜病者の辛さに思いを寄せる＞

病者の辛さに思いを寄せるとは、発病してしまったことや精神症状を体験している病者の辛さに思いを寄せることである。

何年も自宅に引き籠っていた病者が、辛さのあまり飲酒し、限度以上に飲み過ぎた時、酔いに任せて話した言葉を聞いて、

「その時にね、言った言葉がね、“自分も辛いんや！”って。初めて心の中の叫びですね。酔っ払って後から言った。“自分も辛いんや、みんなと一緒に外に行きたいんや！”ってね。一言だけ言ったんですね。あーそうか、そりゃそうだよねーて。本当に酒の力をかりて一言言って。辛いんや、辛いんやって言うのが私にもわかった。(ID12)」

と、酔いにまかせて病者が発した言葉から病者の辛さを知り、その辛さに思いを寄せていた。

また、病気を発病して辛い状況下にある病者を支えようとしてきた家族は、

「言ってみると 1 人の障がい者を抱えた、家族が抱えたということで、まあある程度精神分裂病というのは社会的にあんまり良いイメージを持っていない中で暮らして来なければいけなかった。だからそういうことに対して、まあ家の者としては、そういう苦労があったけれども、1 番にやっぱり、本人が悪くもないのに発病したという、この何と言うか、第三者的な立場から眺めた時に、自分勝手な思いではなくて、一番つらいのは本人だと。(ID1)」

と、一番辛い思いをしているのは病者だとその辛さに思いを寄せて、家族が一丸となって支えようとしていた。

このように、病者の辛さに思いを寄せ、病者の立場に立って考えて家族を守っていた。

(2) <病者の言動の意味を推し測る>

病者の言動の意味を推し測るとは、病者の言動をすべて病気や症状のせいにはせず、その意味を家族なりに推し測ることである。病者の言動の根底には、病者なりの考えがあると認めることでもある。

発病後、ずっと服薬を継続出来ていた病者が、結婚を機に拒薬するようになり、再発して入院することになったことについて、

「主人も“絶対に、薬はやめたらいかん、飲みなさいよ”って言ってたのに。結婚をしたらもう治ったという気があったんでしょね。子どもも生まないかんというのがあったんでしょね。(ID13)」

と、病者が結婚したことでもう病気は治ったのだと思ってしまったり、服薬しながらの妊娠は子どもに薬の影響が出ると考えたために薬を止めたのだろうと病者の行動の意味を推し測っていた。

また、病者が無断離院をした理由が産婦人科受診のためであったと分かった別の家族は、

「100 kg ぐらいありましたからね、それをまあ誰かが言ったのか、テレビで見て自分がテレビの中の主人公になったのか、どうも子どもができそうなのと言ってね、産婦人科にもまた行ったんです、A 病院という所にもね。(ID9)」

と、無断離院してまで産婦人科を受診した意味を、太っていることを誰かに妊娠しているのかと言われたのかかもしれないし、テレビ番組の内容が妄想に発展したのかかもしれないと家族なりに推し測り、病者の立場に立って考えて家族を守っていた。

(3) <病者の気持ちを尊重する>

病者の気持ちを尊重するは、病院の選択や治療の進め方を決める際に、病者の気持ちを尊重することである。

病者が何度も入退院を繰り返していたため、退院させずに入院を継続した方が良いのではないかと医療者から勧められていた家族は、

「看護婦さんがね、A さんは一回連れて帰っても悪くなってしまうんだから、このまま病院に預けといた方が、お姉さん親もおいでんのだから、その方がええと思うよと言われたこともあった。でも、本人が帰りたいて言うでしょ、だからなるべく帰したいと思って連れて帰っておりました。(ID3)」

と、病院から家に帰りたいたいという病者の気持ちを尊重し、退院させていた。

また、通院と並行してカウンセリングにも通わせていた家族は、

「本人が“他人に俺のことずっとそうやって喋らないかんのは嫌だ”って(笑)。1 から 10 まで最初から説明しなきゃいけないじゃないですか。途中でね、“根掘り葉掘り、もうやめた!”って言うから、“わかった”って。(ID15)」

と、回復を願って始めたカウンセリングではあったが、嫌がる病者の気持ちを尊重し、病者の立場に立って考えて家族を守っていた。

家族は、大切な家族員である病者の立場に立って考えることで、家族を守っていた。自分達が直接経験することが出来ないような精神疾患の症状であっても、想像力を働かせながら病者の辛さに思いを寄せ、病者の言動の意味を推し測り、病者の言動が現実とはそぐ

わないものであっても理解不能な精神症状として片づけるのではなく、病者の言動を意味あるものとして、病者の立場に立って考え、理解する努力をしていた。たとえ現実とは異なっていたとしても病者にとっては真実である病気の世界への共感的理解を通して、病者が引き受けなくてはならない症状の辛さや発病に伴う困難に共感していた。また、病者を一人の個人として尊重し治療の進め方を選択する際には、かけがえのない家族の一員である本人の意見を大切にしていた。

このように、病者の立場に立って考え、共感的受容的に病者の理解を深めて家族を守ることが精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

2)『情緒的に繋がり家族として力を合わせる』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『情緒的に繋がり家族として力を合わせる』を抽出することができた。

『情緒的に繋がり家族として力を合わせる』とは、十分に隠し事なく会話すること、互いに感謝したり認め合ったりしながら情緒的に繋がり、家族が力を合わせることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『情緒的に繋がり家族として力を合わせる』ことについて言及していた。

これには、＜オープンに十分会話する＞＜家族に感謝する＞＜家族を認める＞＜力を合わせる＞が含まれた。

(1) ＜オープンに十分会話する＞

オープンに十分会話するとは、家族が隠し事なく十分に情報交換したり、相談しあったり、愚痴をこぼしあったりすることである。

ある家族は、

「だからやっぱり皆さんが話し合われるのが1番かなと、私は自分の経験上思うのですがけれど。・・・(20年間やってこられたのは)やっぱりね、話し合ったことだと思うんです、家族が。(ID9)」

と、家族でよく話し合っただけで情緒的に繋がり、力を合わせて家族を守り、厳しい状況を乗り越えたことを振り返った。

また、発病前や発病当時、細かなことまで話すことのなかった家族が変わってきたことについて、

「家族であんまり細かい事は話すことはなかったんやけど、本人が、こんな事が困るとるんやとか、自分から色々親に話し出してくれたのはやっぱり良かったかなと。・・・こんなと

ころでしんどいというのがわかる。言ってくれなかったらどこら辺でしんどいか。(ID19)」

と、オープンに十分会話するようになったことで互いの理解が深まり、情緒的に繋がってきている様子を語った。

(2) <家族に感謝する>

家族に感謝するとは、他の家族員に気遣われていることや力になってもらっていることを認識し、感謝することである。

家族会を立ち上げ、活動してきた経験を持つ家族は、

「(妻は)僕の思いのところでその都度ずっと気を利かして言ってくれるような。分かるじゃないですか、色々話しよったら。こうなんだなあと感じるんじゃないですか。こうしたらいいんじゃないのとか、甘えてばかりじゃいかんのじゃないのという風に、そういう風に前向きに建設的に支えてくれましたから。(ID1)」

と、妻が自分の思いを感じ取って気を利かせて、前向きに建設的に支えてくれたことに感謝していた。

自分の息子が統合失調症になった経験を持つ姑と同居しながら、発病した病者と暮らしていた家族は、

「姑さんはねえ、20年ほど(一緒に)住んだんですけどね、姑さんそのままが息子の病気に難儀した人です。だから、私の苦労を分かってくれとんですのよ。・・・子どもが病気になったりしてからは、姑は私の立場をよう分かってくれました。(ID14)」

と、自分の苦労や立場をよくわかってもらったことに感謝していた。このように、家族は感謝し合いながら情緒的な繋がりを深め、力を合わせて家族を守っていた。

(3) <家族を認める>

家族を認めるとは、家族が他の家族員のもつ素晴らしさや本来の姿、厳しい状況に向き合う態度を認めることである。

今現在、仕事をする事が出来ない病者について、

「あの子は家のこともしっかり思う子でしたから、あんまりお金持ちでもないのに、僕は大学入ってお金使うたらいかんと思うたんでしょう。“お母さん、A大学がある”って、“あそこは授業料は要らんけんね、A大学入るよ”とかね。それからB大学ってのがあったんですか。あそこへ入るよとかね。そんなことぎり言いよったですがね。ですからあの、本人が

ね、元気じゃったらね。真面目に働くべき人生じゃったんですけどね。ああいう病気のためにね。かわいそうはかわいそうでしょ。・・・ほんとね、憎むべきは病気。本人じゃないの。病気です。(ID14)」

と、病者の元々の人格と病気によって引き起こされた変化を混同せずに捉え、病気や症状のせいで覆い隠されて今は見えづらくなっている病者らしさを忘れることなく認めていた。

また、別の家族は、病気の受容や障害年金の受給に関して、動揺する自分と対称的であった妻に対して、

「女、生みの親は強いと言うか、お母さんは強い(笑)。貰ったらしいと。ワシは半年ぐらいかかりました心の整理をするのに。(障害年金を貰うという事は病気を)認めるということでしょう。認めることは出来んですからね。(ID6)」

と、妻の精神的な強さを認め、

「お母さんがああいう形でしょう。私にとってもね。・・・2人が同じ考えやったら、本当にこの場に居りません。(ID6)」

と、厳しい状況下にあっても揺らがなかった妻の強さを認め、その強さがあったから自分たち家族が今ここに生きていられると述べた。

さらに、別の家族は、家族一丸となって何十年も病者と共に過ごしてきたことについて、

「姉ちゃんが居るためにこうなんだああなんだというような、偏見誤解のようところが、まあ私の家についてはそういうところが、言葉のやりとりというのはなかったなあ、おかげさまでね。なかったのが良かったなど。・・・(自分がそうするようにとは)言わなかったけれど、まあお互いの気持ちは、皆が姉を支えていくというので来れたんじゃないかなーと。(ID1)」

と、家長である自分がそうするように言った訳ではないが、家族内に病者を疎むような言葉のやり取りが無く、これまで皆で情緒的に繋って家族として力を合わせてやってこられたことをよかったと認めていた。

(4) <力を合わせる>

力を合わせるとは、家族が思いを一つにして同じ方向に向かって、協力しあうことである。

病気への偏見が強い社会の中で、家族が思いを一つにして力を合わせてきたことについて、

「それぞれについては、各人には生活の希望というか、家内には家内の希望があったらうけれども、そういう障がいが出たことによって、もう、まあとにかく姉のことを中心に考えなければいけないというあれがあったのでね、社会の色々な偏見等があってもそれに耐えるというか・・・お姉ちゃんを何とかせないかんという思いが、皆が同じ思いだったから。・・・この本人を支えなくてはいけないというのが中心になって、色々と思いはあったけれども、それがあったので、私の家族としては団結と言うか、皆が助け合って。障がい者があればこそ。(ID1)」

と、それぞれの希望もあったが、病者を中心に考えて、家族として力を合わせてきたことを語った。

また、思いのほか症状が長引いている病者のために、家族ぐるみで体力づくりや気分転換に取り組んでいる家族は、

「まあ家族です。今は家族でせないかんっていう感じがなあ。力を合わさないかんというか、(他者に相談はしても)やっぱり取り組んでいくというのは家族で。(ID19)」

と、他者に相談することはあっても、取り組むのは家族だと語り、情緒的に繋がって力を合わせながら家族を守っていた。

家族は情緒的に繋がって力を合わせ、家族を守っていた。情報を隠したり歪めたりすることなくオープンに十分に行き交わせて状況を共通認識したり、互いの気持ちを理解しあっていた。また、他の家族員の心遣いや尽力を感じ取って感謝したり、互いの素晴らしさや厳しい状況に向き合う姿勢を認めあったりもしていた。

このように、情緒的に繋がり家族として力を合わせて家族を守ることが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3)『家族としての役割を自覚する』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『家族としての役割を自覚する』を抽出することができた。

『家族としての役割を自覚する』とは、家族が病者を守り、世話をしていくのは当然であり、また担うべき役割であり、避けることのできない役割であると自覚することである。家族は、Family Resilience を語る中で、『家族としての役割を自覚する』ことについて言及していた。

これには、＜病者の世話をするのは家族の責任だと自覚する＞＜家族としての有用性を自覚する＞が含まれた。

(1) ＜病者の世話をするのは家族の責任だと自覚する＞

病者の世話をするのは家族の責任だと自覚するとは、病者の世話をすることや、病者が将来社会の中で生きていけるようにすることは家族の責任だと考えることである。

病者に寄り添い、家族が潰れてしまっても病者のことを支えられないと踏ん張っている家族は、

「わからないけど、子どもを産んだらやっぱりその子どもにとっての責任が絶対あるし（語気を強める）、自分の子どもも1人の人間だし。・・・だから子どもが活着している限りは、自分たちも長生きをして、最後まで生きにゃいかんし。

(ID17)」

と、子どもを生んだ以上は、親として子どもに対する責任があると明言し、親としての責任を引き受け、その責任を果たそうとしていた。

また、自分が歳取っていくことを日々感じとりながら、病者の父親が亡くなった後、ひとりで病者を支えている家族は、

「頑張らなねえ、いけませないねえ。私1人ならどうでもなりますけどねえ。頼って生きていかないかん者がおるんですけんねえ。どんなにつろうても、やらないいけませない。・・・乗り越えんで私がくたばったらどないになりますか。私しかおらんのですから。暗闇みたいな中でも1人座っと思ってでも乗り越えていかないかんのですからな。(沈黙) 乗り越えないかんのですからね。(ID14)」

と、家族の中で一人残った自分が何としてでも、病者を世話しなくてはいけないのだと家族としての役割を強く自覚しており、その覚悟を語った。

さらに、情報が手に入りにくい時代に発病して以降、必死に病者を世話してきた家族は、

「何というか、娘を何とかしたいというだけの何十年でしたねえ。他のことをどうとかというよりもこの子の何を、娘を何とかして自分で生活していけるように何とかしたいと思うのが一杯あって。(ID1)」

と、病者を将来自活できるようにさせたいと強く思いながら、これまで取り組んできたことを語った。このように、家族としての責任を自覚し、強い覚悟を持って家族を守っていた。

(2) <家族としての有益性を自覚する>

家族としての有益性を自覚するとは、家族は病者の為に有益な判断や行動が行える、そして病者の為に役立つことができると自覚することである。

活動性が低下し、何もしていないように見える病者が「しんどい」と発言することに対して、怠けであると考えていた家族が、病者への関わり方を変えた結果、病者が変化したことについて、

「この家族（会）の人に聞いたことや、ちょっと家族教室があるんですけど、その時に習ったことを頭に入れて仕方を今までと変えた、自分としてはね、変えたような感じです。私の方も変わらないと本人も変わらないと、教室で学んだことをちょっとしてみようかということでしたら、何でも話すようになってきよるから・・・こういう病気だということのを両親がわかって、その結果、本人に接するようになったから本人も心を開いたんだなあと、今の状態は分かります。(ID2)」

と、自分たちが病者に起こっていることを理解して、対応を変えたことによって病者が心を開くように変わった。家族が変われば病者も変わる、家族が病者の為にやれる事があると気づいたことを語った。

また、しんどさを訴える病者の話を聞くことについて、

「話を聞いてあげられるだけでも良かったなと思って。きっちりした助言は出来んけど、まあ話を聞いてあげられるだけでもね(ID19)」

と、そのしんどさを直接解決することは出来ないが、話を聞くことで病者の役に立つことが出来ているという家族としての有益性を語った。

家族は家族としての役割を自覚して、家族を守っていた。病者を世話することは家族の責任であると考え、責任を引き受け、最期までその責任を果たそうとしていた。また、病者をひとりの社会人として、社会の中で何とかやっていけるようにしようと努力しており、その取り組みの中で家族としての有用性も自覚していた。家族としての責任を引き受けて、その責任を果たそうとすることや家族が病者の役に立てるという思いが、家族が厳しい状況の中を進んでいく支えにもなっていた。

このように、家族としての役割を自覚して家族を守ることが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

4)『家族のやり方や生活を守る』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『家族のやり方や生活を守る』を抽出することができた。

『家族のやり方や生活を守る』とは、通常のもの事への向き合い方や生活を守って、家族の“いつも”を継続することである。家族は、Family Resilience を語る中で、『家族のやり方や生活を守る』ことについて言及していた。

これには、＜病気を特別な事として扱わず、いつものやり方で取り組む＞＜発病により変化した家族関係にまとまりを付ける＞＜家族の健康を整える＞が含まれた。

(1)＜病気を特別な事として扱わず、いつものやり方で取り組む＞

病気を特別な事として扱わず、いつものやり方で取り組むとは、発病を特別な事象として扱わず、家族に生じる他の様々な事象と同様のやり方で取り組むことである。

家族が発病したことについて職場に話をしたことについて、

「意図的に(職場に話した)っていうのはないんです。何も隠さないんで、私。・・・(他の事と)同じように、“もう兄ちゃんがこんな病気になって、入院せないかんのよ”っていう、もう普通の会話で。(ID15)」

と、いつも何事も隠さず周囲の人に話をするのと同様に、病気のことを職場で話したと語った。

また、どの病院にかかるのか、どのような治療を選択するのかについて、母親がリーダーシップをとって決定していることについて

「この(病気の)事に関してだけじゃなく、それが生活のスタイルですよ。うちのA家の・・・。スタイルが、私が相談しない。・・・結果を報告します。事後報告。(ID15)」

と、家族員の発病を家族に生じた特別な出来事として扱わず、母親が意志決定して他の家族員に報告するという、家族のいつもの意思決定の方法で取り組んでいることを語った。このように、病気を家族に生じる他の様々な出来事と同様のやり方で扱うことで、家族のやり方や生活を守っていた。

(2)＜発病により変化した家族関係にまとまりを付ける＞

発病により変化した家族関係にまとまりを付けるとは、発病によって家族内に引き起こされた緊張や苛立ち、生じた溝に折り合いをつけることである。

精神症状が落ち着いたにもかかわらず、何もしないでいる病者を父親が受け入れられず家族間に緊張が生じた際は、

「アパートも探して、もうこれ以上お父さんの傍、やっぱおれんからで。・・・でまあ主人のヒステリーが治まるんだったらね、まあええかと思って。アパートも借りて。(ID16)」

と、家族が距離を置けるようにしたり、思うように協力しあえない状況に対しては、

「うちなんかはその主人がそんなに協力的でないからね。まあそれでもそれなりにはやってくれよるから・・・まあ皆が皆こう協力的いう事も無理かもしれんから。(ID16)」

と、家族が常に一丸となれるわけではないとして、その時の家族それぞれの有り様を認めて折り合いをつけて、緊張や苛立ちを和らげながら家族関係にまとまりを付けて家族のやり方や生活を守っていた。

(3) <家族の健康を整える>

家族の健康を整えるとは、病者の健康だけに注目するのではなく、家族全員の心身の健康が維持できるようにすることである。

家族の健康に配慮している様子について、

「みんなが、みんなが体調を壊さんと何とか健康にやっていかないかんという感じで、うん。まずみんなが元気じゃなかったら先に進めんと言うか、うん。まあ、ちょっとでも体調がえらかったら無理をせんと、何か、腰が痛かったら(父の方を見る)腰の病院に行ってちゃんと治療をすとか。寝れなかったらやっぱり寝られるように、そっちの方を気をつけたりとか。(ID19)」

と、家族全員の健康が維持できるよう配慮している様子を語った。病者だけではなく家族全員の健康を整え守ることで、家族のやり方や生活を守ろうとしていた。

このように、家族は家族のやり方や生活を守り、家族を守っていた。家族員の発病が家族にとって新しい困難であったとしても、特別なこととして扱わず、家族に生じるその他の様々な出来事と同様にいつものやり方で扱って、これまで通りやり方や生活を可能な範囲で乱さないように守っていた。病者だけではなく家族皆の健康にも配慮していた。また、発病により生じた家族関係の変化に対しては、家族員同士の距離を置いて緊張を緩和したり、病気の受け止め方に対する家族員間の温度差にも常に皆が協力的とはいかないものだし、それぞれが担ってくれていることもあるとして、家族員それぞれのありようを認めて気持ちにまとまりを付けながら毎日の生活を守っていた。

このように、家族が家族のやり方や生活をできるだけ守って家族を守ることが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

以上のように、家族は『病者の立場に立って考える』『情緒的につながり家族として力を合わせる』『家族としての役割を自覚する』『家族のやり方や生活を守る』ことで家族を守っていた。大切な家族員である病者を守り、家族としての絆を深めて家族を守りながら家族の毎日の生活も守っていた。家族の絆をゆるぎないものにして、この家族としてのまとまりのもと、力を合わせて日々の暮らしを守ることが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

【家族の守り】は、厳しい状況下での家族を守るための結束ともいえた。常に全員の気持ちが一つになり同じ方向を向ける訳ではない。家族員間の理解に温度差があったり、考え方が異なる家族員も存在するが、そのような家族員をも包含した家族の結束であった。精神障がいに関して、社会の理解が十分な状況にはないため、精神障がい者の家族の【家族の守り】は、単に家族員が健康障害を抱えた際に家族が力を合わせるということを超えた家族の守りであった。家族は、病気だけではなく家族を取り巻く社会も視野に入っていた。発病の辛さに加えて社会の無理解をも背負うことになる病者、そして家族を、社会の中で一つの家族として機能し続けられるように、強く結束することで守る意味合いがあった。ある家族が「精神分裂病というのは社会的にあんまり良いイメージを持っていない中で暮らして来なければいけなかった。だからそういうことに対して、まあ家の者としては、そういう苦勞があったけれども・・・一番つらいのは本人だと。この本人を支えなくてはいけないというのが中心になって・・・それがあったので、私の家族としては団結と言うか、皆が助け合って、障害者があればこそ。(ID1)」と語ったように、厳しい状況下にあったからこそ、結束が促進されたという一面も含んでいた。家族と家族を取り巻く社会との関係性が【家族の守り】にも関係していた。

最後に、**Family Resilience** の【家族の守り】の側面を強く語っていた家族の例として、ケース9を上げることができるので、ケース9の【家族の守り】について説明をする。

この家族は、就職して間もない頃の発病で、20年以上病者の世話をしている。家族仲がよく、隠し事なく、よく会話している家族である。家族そろって病者の面会に行くことや家族の面倒を見ること

について、周りの人に感心されるが、特別なことではなく、当たり前のことと語る。

「家族が20年間やってこれたのは、話し合った事だと思うんです、家族が。だから私はね、家族の団欒が1番、家族間の支え、それから隠さずに話せる。そうやって来た」と、自分たちのFamily Resilienceを端的に語っている。

病者が初回入院した時から「ここ（病院）に見舞いに来る時は、〇カ月間（1年近く）は弟もずっと一緒に来ましたからね。それをこの看護婦さんがね、“まー、今時珍しい、まして高校生の男の子が、こんな精神病院になんて、感心ですね”と言っていて。姉ちゃんのところに見舞いに行くのが当たり前とっていて、“今度土曜日に行く？今度日曜日に行く？”という感じで。別に違和感はないから・・・。」と語った。この家族は、病者がひとりではさびしいだろうと『病者の立場に立って考え（る）』で、『情緒的に繋がり家族として力を合わせ（る）』で、困難な状況に取り組み、乗り越えてきていた。

「まあ、弟が姉ちゃん姉ちゃんて大事にしてくれました・・・それで病気になっていることも、あの一、たまたまそうなかっただけであって、別に姉ちゃんは姉ちゃん、僕は僕やから、別に何とも思っていないよって。姉ちゃんがこうなったから僕が恥ずかしいとか、引け目は全然感じてないって言うてくれましたしね。まあ家族の協力があつたのと。そんなんで乗り越えられるところもあつたかなと。逆にあの子が、姉ちゃんが精神科になって、友達に恥ずかしいとか言う、私も余計にもっと辛い思いをするんですけどね。ありがたかったかなと思って」と、家族に感謝し、家族に支えられたことを語っていた。

〇ヶ月間の初回入院の時に、状況が辛く、命を絶とうと考えたこともあったことについて、「もう何度、このカーブを曲がらんかったら、真っ直ぐ行ったらと思いましたね。それはいまだに忘れられない（涙ぐむ）。でもやっぱりねー、下の子どもが優しい子でしたから、あー、下の子どもが残せないなあー、というのがあってね。私だけが楽になりたいくもないんですよ。この子（病者）を残してでもあるし・・・」と述べ、『家族としての役割を自覚する』ことによって踏みとどまった様子を語った。

この家族にとっては、『病者の立場に立って考え（る）』で、『情緒的に繋がり家族として力を合わせ（る）』でやってこられたこと、そして『家族としての役割を自覚する』ことがFamily Resilienceの構築に繋がっていた。

また、【家族の守り】を行いながら病者の世話をするにあたり、病者や家族に対する社会の姿勢が地区によって異なることを感じ

ていた。通院している病院近辺の地区では、精神障がい者と地域住民の交流の機会がもたれていた。その効果について、「やっぱり保育園小学校の頃から、今のG地区の子どもさんも、一緒に運動会をして、一緒に競技もされたり、盆踊りをされたりでね。だから小さい時から意識がずっと、もう偏見を持たない。地域で一緒に活動をされていることは大事だなと思うんですよね。」「家族だけがね、お姉ちゃんって庇って、仲良く過ごしても、地域に偏見持たれて、差別の目を持たれていたらね、何って言うのかなー、心がすさむだけだと思うんですよね。・・・それ（地域の理解）はもう1番です。1番ですね、やっぱりね。」と、交流することが障がい者理解に繋がっていること、家族の結束だけではなく、地域に理解されることが困難に向き合っている家族の支えになることを語った。

2 【コントロール】

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のコアカテゴリーとして、【コントロール】を抽出することができた。

【コントロール】とは、厳しい状況に巻き込まれてしまわないよう、状況から距離を置いて客観的に捉えたり調整したりすることである。家族は、**Family Resilience** を語る中で、【コントロール】について言及していた。

これにはカテゴリーとして、『厳しい状況に巻き込まれないようにする』『不利益に巻き込まれないようにする』『家族の限界を見極め超えないようにする』『病気の事だけに心を奪われない』『期待を高め過ぎない』が含まれた。

1) 『厳しい状況に巻き込まれないようにする』

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のひとつのカテゴリーとして、『厳しい状況に巻き込まれないようにする』を抽出することができた。

『厳しい状況に巻き込まれないようにする』とは、厳しい状況に巻き込まれないように、また巻き込まれたままにならないようにすることである。家族は、**Family Resilience** を語る中で、『厳しい状況に巻き込まれないようにする』ことについて言及していた。

これには、＜家族員が発病した現実を受け入れる＞＜家族外からの刺激を調整する＞＜気持ちを吐き出す＞＜状況を客観的に整理分析する＞＜変えられないことに囚われず前に進む＞が含まれた。

(1) ＜家族員が発病した現実を受け入れる＞

家族員が発病した現実を受け入れるとは、家族員が病気になったことを認識し、その現実を受け入れることである。

初診時に、医師から病名を告げられ、治らないと説明を受けた家族は、

「最初から、“治りません”って、“この病気は治りません。ただ、普通に過ごせるか、症状が出るか、それだけで一生生きていていただきます”って、最初にご説明があったので。“ああ、そうですか”と。それは受け入れるしかないのです。それを拒むことはなかったですね、もう、状態がそうになっているので。(ID15)」

と、家族が感じ取っていた病者の状態と結び付けて納得し、発病した現実を受け入れていた。

また、初診時に、即診断がついた家族は、

「その日にすぐ言われました。だから先生にしたら自信があったというか、診断ですぐ分かったんじゃないかなという感じじゃったですね。だから、それやったら仕様がないですねと。それから通院するようになったんですけどね。・・・その時に、諦めてくれというので、もう諦めて。(ID7)」

と、診断がつく速さに、よほど自信がある診断結果なのだと感じ、家族員が発病した現実を仕様がないと受け入れて状況や気持ちを整理して、厳しい状況に巻き込まれないようコントロールしていた。

(2) <家族外からの刺激を調整する>

家族外からの刺激を調整するとは、家族の外から入ってくる過剰な刺激を、扱える範囲に調整することである。

知人から心配の電話が入ることに対して、

「そやから、今んところはもう電話かけんといてって、ほっといてって言うてあるんよ(笑)。ちょっと落ち着いてしたら。一応話はしとんですけど、助けてもらえらるような事が、今は何かこう言葉にしてこうなかなか難しいから、・・・・。(ID16)」

と、まだ困難の只中にある自分たち家族は、他者の配慮を感じつつもそれに上手く頼ることができないので、暫くは電話を控えて欲しいと伝えることで、家族に入ってくる刺激を調整していた。

また、治療法をすすめるような思いで懸命に探していた時期に、よい治療法が見つからず、これ以上は自分の力でどうしようもないと無力感を感じた家族は、

「インターネットを見るのを止めようと、自分の力ではどうしようもないからと。で、インターネットを切ったんです(契約を解約した)。(ID17)」

と、インターネットを使えない状況にすることで、それ以上無力感にとらわれることがないよう刺激を調整し、厳しい状況に巻き込まれないようコントロールしていた。

(3) <気持ちを吐き出す>

気持ちを吐き出すとは、自分の気持ちをため込まずに、様々な方法で吐き出すことである。

家族や周囲に話せる人が居ない時や人に話しても分かってもらいにくいと思う時に、

「私ねー、しんどい時にはね、もうどうしようもない時にはね、これ全部そうなんです(ノートに書かれた文字を見せる)、言えない、夫もあまり理解してない時には、これ全部そうなんですよ。もう書いて書きました。(ID12)」

「日記帳なんか人に見せられないような色々な事が書いてあるんですけどね。そういう、アレもないと。自分自身を保っていくのには、私には必要な行事みたいなもんですよ。私の(笑)。(ID5)」

と、ノートに気持ちを書くことで吐き出していた。また、家族会の中で、

「それは何回も言うように、家族会で言ったら聞いてくれるからね。(ID6)」

と、同じ立場の家族に聞いてもらうことで、気持ちを吐き出して、厳しい状況に巻き込まれないようコントロールしていた。

(4) <状況を客観的に整理分析する>

状況を客観的に整理分析するとは、状況を客観的に整理し、分析することである。

医師とのトラブルの後、どうしても気持ちがおさまらなかった家族は、ノートに気持ちを全て書き出した後に、それを読み返しながら、

「子どもも悪くない、私も一生懸命したんだから、どうしてこんなに言われないかんかねーと。私も言葉が足りなかったかねーとか。あの先生も(妊娠中で)大変だったんだからねーとか思って。ここはグッと噛みしめんといかんねと思って。それで、これから先どんな事があるかもしれんけど、もしも私が逆の場合だったら、こういう言葉をかけんようにせないかんねーとか思って。(ID5)」

と、何が起きていたのか、何が原因だったのか、これからどうしたらいいのか状況を客観的に整理分析して、厳しい状況に巻き込まれないようコントロールしていた。

(5) <変えられない事に囚われず前に進む>

変えられない事に囚われず前に進むとは、努力が及ばない範囲の事に心を縛られず、それはそれとして前に進むことである。

これほど医学が進んだ時代に、病気の治療がままならない事について、

「私もいつも、これだけ医学が発達して、何でこの精神科だけは進まないのかなあー。心臓さえも今移植ができる時代でしょう。頭の中も切って移植できんのかなあーって言って笑ったことがあるんですけどね。でも、これも、どうにもしようがない。(ID9)」

と語った。家族の中に病者以外にも世話が必要な家族員を抱えていたにもかかわらず、友人に明るいと言われた時には、

「皆さん、友達なんかが“あんた病人を抱えとつても明るいねえ”とは言って下さる。私は、“後ろを向いてもどがいにもならんもん。前に向いていくしかしようがないやん”って。(ID9)」

と、後ろを向いたところでどうしようもないのだから、前に向いて進んでいるのだと友人に話していた。

また、別の家族は、幼い頃から身に付けてきた考え方について

「思想だと思います。私、A会なんです。で、A会の教えって、そんなに過去の事をぐずぐず言っているんじゃなくて、目の前を打開して行けっていう、生命力の問題だから、自分で立ち向かうしか方法がないんですよっていう教えなもので、常に前向きでっていうのがあると思います、自分の中に。だから、これを愚痴ったところで打開しないわけです。それが一番私は強いかなと思います。(ID15)」

と、◇会で培ってきた、過去に囚われず前向きに進んで行くべきだという考え方が状況を乗り越えるのに役立っていると語った。努力が及ばない事や過去に心を縛られず進むことで、厳しい状況に巻き込まれないようにして、コントロールしていた。

このように、家族は、厳しい状況に巻き込まれないようにしてコントロールしていた。家族は、家族員が発病したことを受け入れ、家族外から入って来る刺激を扱える範囲に調整し、発病や発病に伴う困難に向き合う際に生じる気持ちを吐き出していた。また、何が

生じていたのか、原因は何か、今後どうすべきかについて客観的に整理分析をして、変えられない事には囚われないようにして前に進んでいた。厳しい状況に巻き込まれないようにしてコントロールすることが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

2) 『不利益に巻き込まれないようにする』

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のひとつのカテゴリーとして、『不利益に巻き込まれないようにする』を抽出することができた。

『不利益に巻き込まれないようにする』とは、家族にとって不利益になるような状況を回避することである。家族は、**Family Resilience** を語る中で、『不利益に巻き込まれないようにする』ことについて言及していた。

これには、＜社会との接点で生じるトラブルを回避する＞＜病気について知らせない＞＜病者に関わらせない＞が含まれた。

(1) ＜社会との接点で生じるトラブルを回避する＞

社会との接点で生じるトラブルを回避するとは、病気の症状によって引き起こされると予測されるトラブルを回避することである。

病者が大きな声や音を出すことで、隣人から警察に通報された経験のある家族は、

「(夜中に)何かやりだしたらねー、それがいつ収まるかと思って。20分経ったらね、“ちょっとやめときなさい(小声でやさしく)”って言いに行かないといけない。20分位やって気がおさまったらそこで引き上げるっていう感じで。(ID12)」

と、再び隣人に迷惑をかけて警察に通報されるといったトラブルを回避するために、病者に働きかけていた。

また、病状が悪い状態で病者が遠方に出かけてしまい、詳細な行き先が分からなくなった際には、

「その時にもう夜中だったんで、次の日に警察に届け出をしたんです。こんな状態で行方不明なんですと。で、病名を言ったら、もう数時間後に見つかって。(ID16)」

と、警察に病者の捜索を依頼して、病者の身の安全を守るとともに症状が悪化した病者がトラブルを起こさないように先手を打ち、不利益に巻き込まれないようにしてコントロールしていた。

(2) ＜病気について知らせない＞

病気について知らせないとは、他者や特定の家族員に対して病気について知らせない、または、知らせる内容や時期を配慮することである。

何十年も通院以外で、病者を家の外に出すことのなかった家族は、
「だからここ2-3軒位しか知らん位。隠すという感じで、あんまり外に出さん、本人も出んしという状態じゃったね。
(ID7)」

と、症状によって迷惑をかけてしまう近所数軒にはやむを得ず、事情を伝えたもののそれ以外は、病気のことを知らせずに隠していたと語った。

また、家族員が病気である上に、受験を控えていた家族は、
「長男はちょっと病気なので、今回の事はズーっと言わなかったんですよ。言うと、受験もあったので。(ID13)」

と、長男が病気である為に、きょうだいの発病がどのように伝わるか分からなかった上に、本人が受験を控えていたこともあり、その時は病気について知らせなかったと語った。病気を知らせることによって生じる不利益に巻き込まれないようにコントロールしていた。

(3) <病者に関わらせない>

病者に関わらせないとは、他者や特定の家族員を病者に関わらせない事である。

病者のきょうだいに、病気とは関係なく自分の人生を歩んで欲しいと願っていた家族は、

「もう娘は娘で、とにかく関わらずに生活をしてほしい。気にせずに。・・・影響というのはあると思うけどね。娘には、
“何も関係がないようにしておくからな”と言ってるんよ。
(ID11)」

と、家族員の発病や家族員の世話に病者のきょうだいを関わらせないようにすることで、不利益に巻き込まれないようにしていた。

また、家族内にまだ病気理解の温度差があった時期に、理解が十分でない家族員のかける言葉で病者が傷つき、傷ついた病者が暴力を振るうような状態になった家族は、

「まだ理解も、何も家族が出来てなかったからね。そんなことを言うもんだから、お姉ちゃんの髪の毛をガーっと(病者が引っ張った)。その子は近所で生活するように外に出させて。本当に、両親、私と夫と子どもだけで(生活するようにした)。(ID12)」

と、特定の家族員を別居させて病者に関わらせないようにすることで、家族が不利益に巻き込まれないようにコントロールしていた。

このように、家族は、不利益に巻き込まれないようにしてコントロールしていた。近所に迷惑をかけないように、そして何度も警察の世話になることがないように予防的に介入してトラブルを回避していた。また、精神障がいに対する偏見が根強い社会の中で、家族が不利益をこうむらないように、また家族自身が混乱しないように、家族員の発病を隠したり、病者に関わらせないようにしていた。

このように、不利益に巻き込まれないようにしてコントロールすることが精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3) 『家族の限界を見極め超えないようにする』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリとして、『家族の限界を見極め超えないようにする』を抽出することができた。

『家族の限界を見極め超えないようにする』とは、家族が取り組むことのできる限界を見極めて、それを超えないようにすることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『家族の限界を見極め超えないようにする』ことについて言及していた。

これには、＜限界を見極める＞＜家族が潰れないように、エネルギーを分配する＞が含まれた。

(1) ＜限界を見極める＞

限界を見極めるとは、家族が扱うことのできる限界を見極めることである。

病者の暴力が始まった家族は、

「言い出したら聞かんようになって。これはいかんわいと言ったら、家内に暴力をふるい出して、これはいかん家には置いておけれん。そうじゃないと、外に出て他人にやったらえらいことじゃ。しょうがない、もう病院を探そうと。(ID11)」

と、病者の症状が家族だけで扱える限界に達した状況であると見極め、入院させることで限界を超えないようにコントロールしていた。この見極めの際には、家族だけでなく地域社会に与える影響も考慮されていた。

(2) ＜家族が潰れないように、エネルギーを分配する＞

家族が潰れないように、エネルギーを分配するとは、家族が限界を向かえて潰れないように、限られたエネルギーをその時必要なものへと振り分けることである。

予後が悪く入院していた家族員と自殺未遂をした病者の二人を抱え、どちらにエネルギーを注ぐべきか迷った家族は、

「ほだって私があなた、主人の方へ付いとして、(自殺未遂をした)息子 1 人家へ置いとけますか？私はどっちを大事にすべきかと思って考えたんです。ほしたら主人には申し訳ないけど(涙)、将来のある子どもの方に目を配らないかんと思ひましてな。ほんで主人にはね、お父さんすまんけどね、行って顔を出しといちゃ、“帰るよ”言うて、“帰るよ”言うて。

(ID16)」

と、家族が潰れてしまわないように家族なりの判断に基づいて、エネルギーを振り分けていた。

介護が必要な親と病者の 2 人を抱え、家事と仕事に奮闘している家族も、

「だから、それが、等分に分ければ、全部、仕事も手を抜きみたいな。結局そういうことですよ。・・・そっち(その時必要のところ)へ振り分けていますね、確かに。(ID15)」

と、かけるべきエネルギー量を調整したり、その時取り組むべきことを選び出して、そこにエネルギーを振り分け、家族の限界を超えないようにコントロールしていた。

このように、家族は、家族の限界を見極め、超えないようにしてコントロールしていた。家族に生じた出来事が家族に扱える範囲のことであるかどうか見極めていた。それが病気の症状の悪化によるものであった場合には、家族にだけでなく地域社会に与える影響も考えて見極めていた。また、毎日の生活の中には病者の世話以外にも家族が取り組むべきことは多々存在する。それらが複数重なった場合には、優先順位やどこにどれだけのエネルギーをかけるべきかを考えて、家族が潰れないように限られたエネルギーを振り分けてコントロールしていた。

このように、家族の限界を見極め、超えないようにしてコントロールすることが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3)『病気の事だけに心を奪われない』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『病気の事だけに心を奪われない』を抽出することができた。

『病気の事だけに心を奪われない』とは、病気の事にばかり心を奪われず、そこから心理的な距離を取ることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『病気の事だけに心を奪われない』ことについて言及していた。

これには、＜心を開放できる別の世界を持つ＞＜家族の外にも居場所を持つ＞＜最善を尽くした後は、割り切る＞が含まれた。

(1) ＜心を開放できる別の世界を持つ＞

心を開放できる別の世界を持つとは、病気の事ばかりを考えるのではなく、自分の心を開放し、遊ばせることができるような別の世界を持つことである。

長年、短歌に親しんでいる家族は、

「短歌のあの、会がありましたときに、会長さんがね、短歌はね、苦しいことの解決にはならん。けれども支えになると言うたんですが。その時まだそんなにも、えー、いう位でね、聞いとりましたけどね。それからもう 20 年も 30 年も経って。確かに、そうでした。支えになってくれた。・・・というのはね、もう息子がギャアギャアギャアギャア言って苦しいでしょ。ほんで頭の中が苦しい時にね。逃げ込む世界があるんです。短歌の世界に逃げ込めるんですが。・・・自分の心の中 1 人で、溜めてきとるでしょ。それがね、短歌の世界へ入ることによってね、他の世界に逃げられた。・・・逃げた。自分の心には違う世界がもう一つあると思って。その世界で遊ぶいうか、逃げるいうか。・・・(ID14)」

と、心を開放できる短歌という別の世界を持って、病気の事だけに心を奪われないようにコントロールしたことを語った。

(2) ＜家族の外にも居場所を持つ＞

家族の外にも居場所を持つとは、家族外に社会活動の場を持つことである。

仕事を続けながら病者の世話をしている家族は、

「家でその子とぎりおったんではね、やっぱあれだけど、仕事場へ行ったら色んな人と話すでしょ。それでやっぱ、仕事しよったけん、それが励みというかね。その子とぎり、おった訳じゃなしに。(ID18)」

と述べた。仕事を続けながら病者の世話をしている別の家族も、

「かえって仕事している分、子どもに目が行かない。で、自分に負担がかからない、だと思います。・・・1日子どもを看てなきゃいけなかったら、多分、無理な部分があるかなと思います。(ID15)」

と述べ、共に、仕事をしており、家族の外にも自分の居場所を持っていたからこそ、病気のことだけに心奪われないようにコントロールできたと言った。

(3) <最善を尽くした後は、割り切る>

最善を尽くした後は、割り切るとは、どのような選択や結果であっても、力の範囲で最善を尽くした後は、いつまでも心を奪われたままにせず、割り切ることである。

家族が納得できる施設を探し、そこへの入所を決めた家族は、

「その時に出来る最大限の事と言ったって、一個人だから知れとるんよ。何にも出来せんよ。だけど選択して、施設を選ぶというようなことは出来るからね。それ位しか出来んのやけどね。(ID11)」

と、一個人の力には限界があるが、施設は最善を尽くして選択したこと、そして、

「とにかく子どもの為に出来る最大限のことをしたらね、割り切る。それ以上のことは、考えたら前向いていかん。(ID11)」

と、最善を尽くした後は割り切って、病気のことだけに心を奪われないようにしてコントロールしたことを語った。

このように、家族は、病気の事だけに心を奪われないようにしてコントロールしていた。自分の心を開放し、遊ばせることのできる世界を持ったり、家族の外に居場所を持っていた。居場所が職場だった場合、そこには病者の世話とは関係のない社会的な役割が存在し、勤務時間帯は病者のためではなく役割遂行のために仲間と働くことになる。その結果、物理的にも心理的にも病者と距離をおくことのできる時間と場を確保することにつながっていた。さらに、一個人の力には限界があると認識して、可能な範囲で最善は尽くすが、その後の結果はどうであれ、出来る限りのことはしたのだと割り切って、病気のことだけに心を奪われないようにしてコントロールしていた。

このように、病気の事だけに心を奪われないようにコントロールすることが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

4)『期待を高め過ぎない』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『期待を高め過ぎない』を抽出することができた。

『期待を高め過ぎない』とは、病者に対する家族の期待が高まることを自覚し、期待を高くし過ぎないようにすることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『期待を高め過ぎない』ことについて言及していた。

これには、＜過大な期待が病者の負担になると気づく＞＜揺れながら期待を調整する＞＜客観的に限界を認識する＞が含まれた。

(1) ＜過大な期待が家族の負担になると気づく＞

過大な期待が家族の負担になると気づくとは、期待を高く持ちすぎると、期待する方もされる方も、共に負担になると気づくことである。

病者の病状が安定するにしたがって、家族が少しずつ期待を上げていくことについて、

「親というのは段々段々と上に持ってくるので、僕は、今は皆さんにも、僕もそうやけど目線をあんまり上げると、また当事者はものすごい重荷になるから、ここは難しいなーという話をするんです。・・・でもねー、上へ上へという思いがあるんです！(ID1)」

と、語った。そして、この期待を上げていくことが、

「自分もたまらんし、本人も負担になるし。(ID6)」

と、過大な期待が家族の負担になると気づき、期待を高め過ぎないようにしてコントロールしていた。

(2) ＜揺れながら期待を調整する＞

揺れながら期待を調整するとは、さらなる回復を期待したい気持ちと、期待しすぎてはいけないと思う気持ちの間を揺れ動きながら、期待を調整することである。

病者への高まる期待を抑えていることについて、

「難しいところです。親自身が難しい。親自身がそこは。ついつい上げたくなる。・・・だからそこはやっぱり現状揺れながら。ああ言ったからいかんのだろうかと思ったり。本当はこう上げたいのを(手を上に持ち上げる仕草)揺れながら、今もパッと割り切ったようにはいってないですな。やっぱり揺れながら揺れながら。(ID1)」

と、なかなか割り切れず、揺れながら期待を調整していることを語った。

また、病者に、将来仕事が出来るようになって欲しいと期待している別の家族は、

「私としてはね、あんまり仕事もないですから。ここ（就労支援施設）来てくれたらいいのと思うんです。・・・（別の）家族の人に言ったらね、一番しんどかった時のことを思ったらええがな、言うんですけどね。やっぱり上を見るというか、比べるというか、したらいかんのですけど。ついつい比べてしまっ、はい。仕事しておられる方を見たらね。ついつい比べてしまっ。・・・うちのは家に居るなあ。どうして？と。（ID2）」

と、良くないことだと分かりつつも、もっとやれている他者と比べては仕事をして欲しいと考えてしまい、その気持ちを家族会で話して、助言を受けながら気持ちに折り合いをつけていた。期待しすぎではいけないと思いつつも、ついつい期待をしてしまい、揺れながら期待を高め過ぎないようにしてコントロールしていること語った。

（3）＜客観的に限界を認識する＞

客観的に限界を認識するとは、病気の回復の経過を辿る中で、回復できる限界について客観的に認識することである。

統合失調症と診断されるまでに、別の病気の診断も受けていた家族は、

「先生も5年生の知能があれば社会生活には困りませんよと言ってくれたから、いくばくかの望みはあったんですけど（笑）。やはりこの病気を発病しましたらね、やはりもう叶わぬ望みかなとは思っていますけれど。（ID9）」

と、元々の病気に加えてこの病気を発病したからには、一人で社会生活を送れるまでには回復しないだろうと客観的に回復の限界を認識していた。

また、これまでに病院をいくつか替えた経験のある家族は、

「違う先生にかかりたければ、病院を替えなきゃいけないというのが現状だと思うんです。ただ、私がここに今ずっと居るのは、何人もの先生に診ていただいたっていう経験から、ここでもうお任せするしかないなって思っているの、それ以上のことは言わないだけなんですよね。・・・先生も、もう5人、6人と代わっている訳じゃないですか。だけど、それぞ

れ処方していただいたお薬で、改善された訳ではないので。

(ID15)」

と、これまでに何人もの医師の治療を受けて、思うように症状が改善されなかったことから、客観的に症状改善の限界を認識し、期待を高め過ぎないようにしてコントロールしていた。

このように、家族は、期待を高め過ぎないようにしてコントロールしていた。病者の病状が安定するに伴って、家族は更なる回復を望むが、この期待が病者の重荷になるだけではなく、望みが叶わないことで家族をも追い込む結果になると気づき、期待値をあげ過ぎないように揺れながら努力していた。また、家族の願いとは別に病者の回復には限界があるのだということを回復の過程を辿る中で客観的に認識していた。

このように、期待を高め過ぎないようにしてコントロールすることが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

以上のように、家族は『厳しい状況に巻き込まれないようにする』『不利益に巻き込まれないようにする』『家族の限界を見極め超えないようにする』『病気の事だけに心を奪われない』『期待を高め過ぎない』ようにしてコントロールしていた。客観的に状況を捉えたり気持ちを吐き出すことによって厳しい状況に巻き込まれないようにしながら、不利益を出来る限り避け、家族が扱える限界を超えないようにしていた。病気のことや今となってはどうしようもない過去に囚われすぎないようにして、現実的な期待を持って前に進み状況をコントロールし、また、その結果コントロール感を持てるようになることが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

【コントロール】は、厳しい状況の中で、家族が揺れ過ぎて、また疲弊しすぎて崩壊しないようにバランスを取り、安定させる方向に働いていた。また、情緒的にも安定できるようにしていた。家族員に健康障がいが発生した場合、これまでの生活に病者の世話が加わり、それに伴う生活上の変化が発生する。しかし、家族が社会の中で一つの家族として存在するためには、病者の世話だけではなくその他多くの役割や機能を果たし続ける必要がある。そのため、家族は、「子どもにかかると自分の生活が出来ないから (ID15)」 「ずいぶん追求すると、やっぱり私たちも鬱になったり病院に入らないかんようになったりするんで、それは困るので、切り替えをしなくてはね、仕事もせないかんし。(ID13)」 と、病者の心配や世話だけにかかり過ぎないようにしていた。また、「まあしんどい時もあんまり重く考えすぎんをやったらええかなという。ある程度、がいに重く受

け取らんようにせないかなーと、自分がえらくなってもいかんからというのもあるわなあ (ID19)」と、病者のことを考えずにはいられないが、思いつめ過ぎないようにして、病者の世話とそれ以外に家族として取り組むべき、また果たすべきことの両方に取り組めるように、家族内外の状況に応じて、コントロールしていた。精神障がい者の家族の【コントロールに】は、社会との関係の中で家族が不利益に巻き込まれないようにすることが含まれていた。単に病者の世話とそれ以外の家族の役割・機能維持とのバランスを取るだけでなく、病者を抱えたことによって家族が社会から不利益を被ったり、その不利益に巻き込まれることで、これらが果たせなくならないようにコントロールしていた。

Family Resilience の【コントロール】の側面を強く語っていた家族の例として、ケース 15 をあげることができるので、ケース 15 の【コントロール】について説明をする。

この家族は、発病後複数の病院にかかり、その都度診断名が異なっていたが、処方された薬を内服していた。4 年前に入院が可能な病院にかかることを希望して現在の病院を紹介され、それ以降、診断名は変わっていない。内服してもあまり病者の様子が改善しないと感じており、もっと良い今とは違う治療があるのではないかと考えてもいるが、異なる治療を受けるためには病院を替わらなくてはいけない現状であると思っているので、今の病院に任せると決めている。仕事をしており、介護が必要な親や他の子どももいるので、病者の世話だけにかかりきりになれないと語っている。

家族は、自分たちの限界を超える時は考え方をええたり、周囲の人を頼って困難な状況を乗り越えていた。その結果として、「(親の) 認知症にしても、(病者の) 精神障がいにしても、受け入れ先があるっていうことで、自分の中に抱え込まなければ、随分楽だと思いますよ。」と、自分たち家族は大丈夫だと感じられるようになっていたことを語った。すなわち、状況をコントロールするとともに、コントロール感をもち、Family Resilience を獲得・発揮している様相を語った。

「子どもにかかりきりになると自分の生活ができない。」と述べ、偏らない生活を目標としているために、病者との生活を一定コントロールするようにしている。「食事もばらばらです。」「必要なところにエネルギーを振り分けています。」と『家族の限界を見極め超えないように(する)』しながら、「私だって悩んでいます。だけど、ぐずぐず悩んだって解決しないでしょう。」と、ええられない事に囚われず前に進むことで、『厳しい状況に巻き込まれないように(する)』している様子を語った。

社会復帰施設に通い始めても、「しんどい」と言っても1ヶ月行けるか行けないかといった状況の病者に対しては、「半日くらい行ける状況になるのが一番いいですね。ずっと家の中に居るよりは」「そこまでいけばすごいと思います。」と、現実的な限界も踏まえて、『期待を高め過ぎない』ようにしていた。

仕事と病者の世話のバランスについても「かえって仕事をしている分、子どもに目がいかない。で、自分に負担がかからない。」「1日子どもを看てなきゃいけなかったら、多分、無理な部分があるかなと思います。」と述べており、『病気の事だけに心を奪われない』ことで破綻せずにやれていると語った。その他にも、「結局は他人のお世話にならないと、このリズムを、自分のリズムを守るためには、他の方の手助けをいただいでしか出来ない。」「使えるものは使う、看なきゃいけないものは看る」と、『家族の限界を見極め超えないように（する）』していた。

このように状況をコントロールした結果、「・・・自分の中に抱え込まなければ、随分楽だと思いますよ。」「その場その場で、全部対応していくので。」「今のところ、バランスは取れていると思います。」と一定のコントロール感を感じており、Family Resilience を獲得・発揮していた。

この家族にとっては、『家族の限界を見極め超えないように（する）』しながら、『病気の事だけに心を奪われない』ように、また『期待を高め過ぎない』ようにしながら『厳しい状況に巻き込まれないようにする』ことが、Family Resilience の構築に繋がっていた。

3 【社会に向かって家族を開く】

精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーとして、【社会に向かって家族を開く】を抽出することができた。

【社会に向かって家族を開く】とは、家族と社会との境界を緩やかにして、病者の存在を隠さず、資源や仲間と繋がったり、理解を求めて社会に働きかけることである。家族は、Family Resilience を語る中で、【社会に向かって家族を開く】について言及していた。

これにはカテゴリーとして、『家族外の力を活用する』『病気を隠さない』『理解しあい協働できる仲間と繋がる』『社会に働きかける』が含まれた。

1) 『家族外の力を活用する』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『家族外の力を活用する』を抽出することができた。

『家族外の力を活用する』とは、病気のことを家族内の秘め事にするのではなく、困った時に家族の外に向かって助けを求め、家族外の力を活用することである。家族は、Family Resilience を語る中で、『家族外の力を活用する』ことについて言及していた。

これには、＜求助行動を起す＞＜家族で抱えず社会資源を活用する＞が含まれた。

(1) ＜求助行動を起す＞

求助行動を起すとは、家族だけの手に負えない状況に直面した時、助けになってくれそうな人や場に、助けを求めることである。

長年病者の世話を主に引き受けてくれていた妻の死後、一手にその世話を担うことになって困った家族は、

「これはいかんなーということですからすぐに病院に行って、先生に“男ではこたえませんなー”と言ったら (ID7)」

と、医師に向かって求助行動を起していた。その結果、

「“そうでしょうなー”ということで、それだったらということとで、“そうしたら A (福祉職) を付けまじょうか”ということとで。(ID7)」

と、専門職を紹介されて、家族外から支援を受けることになった。これまで何事に関しても人を頼ろうと思ったことは無かったが、病者の世話はどうすることも出来ず、

「人の助けは当てにした事ないね。病気以外はね。・・・全部自分の独断で今までやってきたけど・・・病気のことは、分からなかったね。・・・まあ何でもだけど、半分知って半分知らないのが 1 番たちが悪いんで (笑)。・・・やっぱり分らん事は 100%、おんぶさせてもらった方がいいんじゃないかなと思う。僕はそう思いますよ。(ID7)」

と述べ、家族外の力を活用していた。

また、求助行動を起す先を親戚でなく、専門職に決めている家族は、その理由を

「病院が頼りです。・・・私がおらんようになって後に子どもが恥になって、親戚からそういう目で見られたんでは可哀想という気があるでしょう？ねえ。あの子はああいう事があったからじゃのいうような目で見られたんではね。ほやから話せんでしょ。(ID14)」

と、親戚を頼ることが将来病者の不利になるようなことがあってはいけないと語り、社会に向かって家族を開く際には、頼るべき相手を見極めながら、求助行動を起していた。

(2) <家族で抱えず社会資源を活用する>

家族で抱えず社会資源を活用するとは、家族の力だけで取り組めない、もしくは取り組めなくなることが予測されそうな状況に陥った際に、家族だけで抱えるのではなく社会資源を活用することである。

世話が必要な複数の家族員を抱えることになった家族は、

「そのうち家内が病気になってA病院（総合病院）に入院して、これはもうどうしようもないなあと、もう面倒みきれんでしょう。とてもじゃないけど1人で面倒みきれんですからねえ。・・・家内が手術をして、でも元気で私の車に乗ってあっちこっち一緒に行ける頃にね、A市(の施設)に入れて、そこで将来を頼もうやと(決めた)というのが1つの区切りやね。

(ID11)」

と、家族で抱えず、妻を入院させ、病者を施設に入所させることで、両者の世話をやり抜いていた。

別の家族は、病者に入浴の際に体を洗って欲しいと頼まれ、世話のためとはいえ男親が娘の体に触って良いものだろうか悩み、入浴の介助を苦痛に思っていた。専門職へ相談することによって、施設への通所が始まり、

「施設に行き出したら風呂に入れてくれるんですよ、向こうで。だから家の方では入る事がないんですよ、今は、お陰で。

入れんのは月の内の8日だけで、毎日行ったら入れてくれんですよ。だから、お陰で家の方では、もうお風呂に入りませんから、本当に助かります。(ID7)」

と、社会資源を活用することで、娘の入浴介助に伴う心身の負担が軽減されたことを語った。

このように、家族は、家族外の力を活用することで、社会に向かって家族を開いていた。家族だけでは抱えられないような状況に陥った時には家族の外に向かって求助行動を起し、社会資源を活用していた。その際にも、助けを得ることが家族にとって社会的な不利益にならないような相手を極力探しており、多くの家族は、親戚や友人ではなく専門職や公的な社会資源を選んでいった。このように、家族外の力を活用し、社会に向かって家族を開くことが、精神障がい者の家族のFamily Resilienceを構築していた。

2)『病気を隠さない』

精神障がい者の家族のFamily Resilienceのひとつのカテゴリーとして、『病気を隠さない』を抽出することができた。

『病気を隠さない』とは、病気のことを家族内の秘め事にしないことである。家族は、Family Resilience を語る中で、『病気を隠さない』ことについて言及していた。

これには、＜家族自身の偏見を追い払う＞＜必要に応じて病気のことを他者に開示する＞が含まれた。

(1) ＜家族自身の偏見を追い払う＞

家族自身の偏見を追い払うとは、世間だけではなく、家族の中にも存在する病気への偏見を努力して追い払う事である。

家族は、自分たちも家族員が発病するまで、

「恥ずかしいことですけど、人に知られたら恥ずかしい、恥ずかしいと。今考えたらもっとオープンにしてね、すればよかったんかなという感じがしますけど。(ID2)」

と、世間に知られたくない病気だと考えていたことや、

「でもあの一、偏見、これはね、まあ私も自分の子どもが(病気に)なるまでは、正直言って偏見だったんです。私が子どもの頃は、精神患者さんというのは、大きな声で路上を歩かれているというのが私のイメージでしたから。(ID9)」

と、自分自身も長い間病気について偏ったイメージを持っていたことを語った。

その上で偏見を追い払う努力をしたことについて、熱心に家族会活動をしてきた家族は、

「今のような正しい知識を勉強すると言う、分裂病というのがどういう病気かというのがわからない。昔はキチガイであるとか、そういう一般的なイメージしかありませんからね。だからものすごい偏見があって、これはもうこんな病気になって困ったもんだなあと思いました。・・・それはもう発病して、何ですよ、10年もそのころもずっと引っ張ってた。今も多少はそうですけどね。今の私らでもねえ、まだちらっとそんなものが、何かしらんまだどっかに引っかかってますけどね。それを早く追っばらわなきゃいかんのじゃけど。・・・追っ払う努力をして、僕はまあ、何とか出て行こうと思ってね、全部やりましたけどね。私はこうなんです。病気を抱えてるんです。精神分裂病の娘がおりますんです。というようなことで全部開き直って出ました。(ID1)」

と、家族自身の偏見を追い払うのにも時間が必要であり、今でもその努力を続けていること、そして、家族自身の偏見を追い払う努力をしながら病気を隠さず、家族会の活動を行って社会に向かって家族を開いたことを語った。

(2) <病気のことを状況に応じて他者に開示する>

病気のことを状況に応じて他者に開示するとは、家族の病気について説明することが必要になった時には、病気のことを隠さず他者に伝えることである。

発病後、比較的早い時期から病気をあまり隠そうとしていなかった家族は、そのことについて

「これは皆さんに言って欲しいですけど、私がオープンにしているからという訳でもないんですけど、隠すとしんどいですこの病気は。隠すとしんどいと思うんです。オープンにしておれば、あー御免なさいって言っても。・・・まあ別に、オープンにしていますからと、言って歩くほどの事はないと思うんですけど、変に隠すこともないし。(ID9)」

と、病気ですと言って歩く必要はないが頑なに隠す必要もなく、状況に応じて病気について他者に開示していると語った。

精神症状によって病者が近所に迷惑をかけ始めた家族は、

「向かいの家にね、窓から、一番ひどいのは卵の生を投げてみたりね。で、迷惑かけて。最初のうちは隣の人も、言っていなかったからビックリして“どしたんぞな？”言よかったんだけど、その頃から順々に、近所周りに“うちのがこうこうでなっとるけん”と、初めてその頃からオープンにしたくらいかな。(ID7)」

と、病者の症状で近所に迷惑をかけたことをきっかけに、病気について近隣住民に開示し、病気を隠さず社会に向かって家族を開いていた。

このように、家族は、病気を隠さないことで、社会に向かって家族を開いていた。そのためにまず、社会だけではなく家族自身の中に潜む偏見を追い払う努力をしていた。そして、説明が必要な状況になった場合には発病した事実や病者の存在について他者に開示していた。

このように、病気を隠さずオープンにして社会に向かって家族を開くことが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3)『理解しあい協働できる仲間と繋がる』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『理解しあい協働できる仲間と繋がる』を抽出することができた。

『理解しあい協働できる仲間と繋がる』とは、気持ちが分かり合え、力を合わせることでできる仲間と知り合い、助け合うことである。家族は、Family Resilience を語る中で、『理解しあい協働できる仲間と繋がる』ことについて言及していた。

これには、＜仲間と気持ちを通じ合わせる＞＜仲間と情報を共有し、共に考える＞＜自分の経験を他の家族に役立てる＞が含まれた。

（１）＜仲間と気持ちを通じ合わせる＞

仲間と気持ちを通じ合わせるとは、同じ立場にあり、同じような悩みを抱えている仲間と互いに気持ちを分かり合うことである。

同じ立場に居る人でなければ分かってもらいにくい気持ちを分かってもらえることについて、

「そうですねー、まあ気持ちを分かってもらえる、本当の。お互いに気持ちが分かり合えるというところで自分の気持ちが楽になる部分ですね。ですから、きょうだいでも親でも、一緒に住んでなくて一緒に連れてなかったら分からんっていう部分を分かり合える人がいるっていう事は支えですね。

(ID5)」

と、仲間と気持ちを通じ合わせることで気持ちが楽になること、また通じ合わせることの出来る人が居ることが支えになっていると語った。仲間と気持ちを通じ合わせて、理解しあい協働できる仲間と繋がり、社会に向かって家族を開いていた。

（２）＜仲間と情報を共有し、共に考える＞

仲間と情報を共有し、共に考えるとは、同じ立場にあり、同じような悩みを抱えている仲間と家族を取り巻く状況や情報を交換し、共に考えることである。

家族会での交流について、

「一緒に話をしまして、情報を共有するということをやりますけどね。最後にはね、今自分の家族が何に困っているというのを聞きましてね、そして話し合って、私ならこうするけど、これもっとこうしてあげた方がいいんじゃない？とか、客観的に見た方が落ち着けるところもあるでしょ、だからね、そういうところを家族会で話をして、それを参考にしながら自分の家族と暮らすというのもいいことだと思っています。

(ID3)」

と、同じ立場の仲間と情報を共有したり、客観的な立場で助言しあったりして共に考えながら、理解しあい協働できる仲間と繋がり、社会に向かって家族を開いていた。

(3) <自分の経験を他の家族に役立てる>

自分の経験を他の家族に役立てるとは、自分達の経験を他の家族の為に役立てることである。

家族会の会長を引き受けたことのある家族は、

「(妻に)これをする事で娘もよくなるし、ワシと同じような人がA町に沢山。100人に1人位おるんじゃないから、A町でいったら何百人おると。その親戚縁者といったら何ぼもおるぞと、関係者は。それでもじーっと抱えておるんだからな、会によって1人でも2人でも肩の荷が降りたら良からうと言ったら、それはお父さんいいことじゃと。・・・(ID1)」

と、自分の経験が誰かの役に立つのであればと、妻の理解も得て、家族会の会長を引き受けようと決心をした時の様子を語った。

また、慣れない手続きに苦労した家族は、

「何かその色んな手続き、もう手間暇かかって、お願いする事やから仕方がないんやけどね、もうすごい手間暇かかる。で、それを私、今、友達に、同じように手続き色々いくつかしようとしている友達に、申立書とか、もう教えてあげた。大変やから。・・・そやからその自分が、そのある程度その乗り越えられてるところは、ところまでは、もっと難しい人たちにはこう教えてあげたいと思うんです。(ID16)」

と、自分と同じ苦労をしなくて済むように、自分の経験を他の家族の為に役立てることで、理解しあい協働できる仲間と繋がって社会に向かって家族を開いていた。

このように、家族は、理解しあい協働できる仲間と繋がることで社会に向かって家族を開いていた。気持ちの分かり合える同じ立場の家族の存在に支えられ、同じ辛さや困難を抱える家族同士で役立つ情報を共有したり、困ったことを共に考えあっていた。また、自らの体験を他の家族に役立てることで、同じように大変な思いをする家族が少しでも減るように、他の家族の助けになればと家族会の会長を引き受けたり、すでに自分が乗り越えられたところまでは、まだそこに至っていない家族に伝えることで、自らの経験を役立てようとしていた。

このように、理解しあい協働できる仲間と繋がりながら社会に向かって家族を開くことが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

5)『社会に働きかける』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『社会に働きかける』を抽出することができた。

『社会に働きかける』とは、家族としての立場から社会に働きかけ、理解を求めて社会を動かそうとすることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『社会に働きかける』ことについて言及していた。

これには、＜体験を語り、家族の姿を見せて社会に理解を求める＞＜家族の立場で医療福祉職・行政職と協働する＞が含まれた。

(1) ＜体験を語り、家族の姿を見せて社会に理解を求める＞

体験を語り、家族の姿を見せて社会に理解を求めるとは、自らの声で家族の体験を語り、家族の姿を社会に見せる事によって、精神障がいへの理解を求めることである。

理解の求め方は様々であり、ある家族(会)は、まず身近な地域社会に実情を知ってもらう事が必要だと考え、

「自分の姿を見せないかと、最初に応援してあげると言ってくれた人がね。A 君、分からんから、みんな怖いようなイメージでおるけど、怖いんじゃない。親としてこうなんじゃという生活状態を皆が話したら何ぼかは分かるから話そう。話そうやと言いました。そうやね、話しましょうと。そして話したんですよ。(ID1)」

と、地域の人々に家族の体験を話すことから始めて、社会に理解を求めたことを語った。

ある家族(会)は、行政に対して

「家族だけでなく、月 1 回の会のご案内をさせてもらって、そして保健所、保健センターの方にも来ていただくようにして、行政の方とも関わり、そして家族の思いを聞いてもらうこともしています。(ID3)」

と、行政の医療福祉担当者に家族会に参加してもらう事で行政を巻き込み、その場で家族の体験を語り、姿を見せて理解を求めたことを語った。

また、本研究への協力を引き受けた家族は、

「私はとっくに兜を脱いでおります。・・・私が恥もなんもあなたにお話しするのは、病気のために、少しでも皆さんがよ

うなる……。この病気が治るようにと思う。それですが……。だからこうやって、勉強していただいて誰かのためになれば。(ID17)」

と、自分の体験を研究成果という形に変換することを通して、広く社会に伝えようとしていた。

また別の家族は、

「僕も専門学校とか大学とかにちょっと話をしあげてくれませんかという時には、ハイハイと行ってね、僕の状況を話すんです。発病以来こうこうしてますと。そして若い皆さんにお願いしてるんですがね。……これから“どうか家族やまたは障がい者の、どうぞ皆さん味方になって下さいね、お願いします”という風に言って最後帰りましたんですけどね。願をしておいて帰りましたんです。(ID1)」

と、次の世代を担う若者に向けて家族としての体験を語り、家族の姿を見せることで社会に働きかけようとしていた。

(2) <家族の立場で医療福祉・行政職と協働する>

家族の立場で医療福祉職・行政職と協働するとは、家族としての経験を生かして医療福祉・行政職と力を合わせることである。

医療福祉職が企画した集まりに参加している家族は、

「こちらのAさん(スタッフ)に、“ああいうのもいいんだけど、家族だけ集まって、愚痴をこぼすような会なんかした方がいいんじゃないの”って言った。……だから、そこで別に解決、何かが解決するとかっていう事はないと思うんです、外科的なものじゃないので。ただ、誰かに話せる場所があったら、気が楽かな、皆、と思って。(ID15)」

と、専門職が企画した集まりに参加した後に、開催方法について提言することで、家族としての立場から医療福祉職と協働していた。

県から依頼され、家族の代表として役員になったことのある家族は、

「県の役員にもなってくれと言われて、なっておったんですよ。……(県職員と)喧嘩をしてたけど、そのうちに理解もしてくれたけどね、言うことは言っとかないかなあと思ったりしました。(ID1)」

と、家族の立場から行政に意見するという形で、医療福祉・行政職と協働したことを語った。

このように、家族は、社会に働きかけることで、社会に向かって家族を開いていた。社会の精神障がいへの理解の乏しさや根強い偏

見は、これまで病者や家族がその姿を示してこなかったことが原因であると考え、家族の体験を語り、自らの姿を社会に向かって見せることで理解を求めようとしていた。社会への働きかけは、身近な目の前の住民に対してだけではなく、行政を巻き込んでさらに広く社会に働きかけることを狙っていたり、家族支援に結びつくような研究活動に参加協力することを通して社会に働きかけようともしていた。また、家族の立場だからこそ本当に必要な支援が何なのかわかることを活かして、専門職が企画した家族支援のプログラムについて助言をしたり、行政に意見を述べていた。

このように、社会に働きかけ社会に向かって家族を開くことが精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

以上のように、家族は『家族外の力を活用する』『病気を隠さない』『理解しあい協働できる仲間と繋がる』『社会に働きかける』ことで社会に向かって家族を開いていた。社会に向かって家族を開くことで必要な助けを得たり、励まし合いながら厳しい状況を共に乗り越える仲間を得ることが出来ていた。このことが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

【社会に向かって家族を開く】開き方は家族によって異なっていた。早期から社会に向かって開いていた家族、開くことに抵抗があったが徐々に開いた家族、医療機関と社会資源は活用するが、それ以外は求めていない家族といったようにである。【社会に向かって家族を開く】契機となっていたのは、家族だけの対応の限界や精神症状による家族外への迷惑のように、家族だけでは状況を抱えられないと感じた時、その影響が家族外にも及ぶような状況になった時、病者の回復への手立てを求める時であった。社会資源の活用や仲間との繋がりに関しては、専門職からの勧めや家族がそれらに関する知識を獲得したことも後押ししていた。社会に開いた結果に満足出来たり、社会の精神障がいに対する理解の深まりを感じ取れることは、ますます家族を社会に向かって開くことに繋がっていた。また、家族は、【社会に向かって家族を開く】時、時期や相手を見極めていた。

最後に、**Family Resilience** の【社会に向かって家族を開く】の側面を強く語っていた家族の例として、ケース 1 あげることができるので、ケース 1 の【社会に向かって家族を開く】について説明をする。

この家族は、家族会を立ち上げて会長を引き受け、家族の立場から行政に意見をする役割を担った経験を持っていた。今までやってきたことは全て病者のためだったと語る。30 年あまり前の発病で

あり、病気に関する知識や病者の世話に必要な情報を得ることすら難しい時代であったが、将来病者が自分で生活していけるように何とかしたいと家族が思いを一つにしていた。

「この人が悪くて病気になったんじゃない。それを守ってやるのは家族であり社会である。隣近所であり、大きく言えば地域かもしれません」と、社会の病気に対する理解と地域全体で病者を守る必要性を認識し、家族会活動の社会的意義を見出し、リーダーとして社会に向かって家族を開いていた。自らが行ってきたこれらの活動が「生活していくうえでの糧になっている」と語り、Family Resilience を獲得・発揮していた。

自分の住む地域に家族会がなかったため、発病後しばらくの間、隣町の家族会に参加していた。家族会への参加を通してその良さを感じ取り、自分の町にも作りたいと考えた。家族会活動を行うためには、まず、家族内の偏見を振り払う努力が必要であった。そして、家族会の立ち上げを強力に応援してくれる『理解しあい協働できる仲間と繋が(る)』って、自宅を事務所にしながら『病気を隠さない』努力をして、地域に向かって精神障がい者を抱える家族の実情を語ることから始めた。このようにして立ち上げた家族会については、「お互いが情報交換。そしたら皆一緒じゃなあ、皆同じように苦労しよんじゃなあと思って。思ってたこと全部言ってしまったから、また明日から、皆も頑張りよるんじゃから、私も頑張らなみたいな。そういうエネルギーの一部にはなっていると思います、家族会の存在は。」「生きていくうえでの、生活していくうえでの糧になっている。」と病者を抱えた家族の Family Resilience にとってなくてはならないものだと言った。後に、作業所も立ち上げているが、この過程について「良かった。やりがいがあった。」と振り返っている。また、病者の家族という立場から専門学校の講師や行政に意見する役員を引き受けるといった形でも『社会に働きかけ(る)』ていた。

家族と社会の関係について、「自助共助公助ということになりますか、それぞれの立場から良い環境になるように努力もするし、お願いもしようし、そういう社会に向けて家族会として努力もしていく、活動していくことが大事」と述べている。そして、このような社会は、「老人がどんどん出ていますが、弱者に対することにも、精神だけではなくって。そういう文化は必ずやメリットとしてあるんじゃないかな」と、社会の精神障がいへの理解は、精神障がいの枠を超えて社会全体の利益になると語った。

この家族にとっては、『病気を隠さない』ようにして、『理解しあい協働できる仲間と繋が(る)』り、『社会に働きかける』ことが、Family Resilience の構築に繋がっていた。

4 【病気との対峙】

精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーとして、【病気との対峙】を抽出することができた。

【病気との対峙】とは、病気と向き合い、症状安定や病者の自立に向けた世話の仕方を獲得するために家族なりの方法で病気と向き合い努力することである。家族は、Family Resilience を語る中で、【病気との対峙】について言及していた。これにはカテゴリーとして、『病状の経過を監視する』『治療脱落を防止する』『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』『病者の力を補いつつ育む』が含まれた。

1) 『病状の経過を監視する』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『病状の経過を監視する』を抽出することができた。

『病状の経過を監視する』とは、病者の病状の経過を注意深く見て、捉えることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『病状の経過を監視する』ことについて言及していた。

これには、＜病者の特徴を捉える＞＜病状を捉える＞＜病者の成長・変化を捉える＞＜病状悪化時に備える＞が含まれた。

(1) ＜病者の特徴を捉える＞

病者の特徴を捉えるとは、病者の特徴やその人らしさが分かるようになることである。

病者が発する“調子がよい”という言葉について家族は、

「ほてね、“調子がええんよ”と言い出したら気を付けとかな
いかん。・・・やっとなんかそういうのを掴んできてねー。(ID11)」

と、特定の発言が病者にとってどのような意味があるのかが分かるようになっていた。

また、ある家族は、病者が通所施設に通うまでの様子について、

「行ける時だけは、私にも伝えてくれて、その時は早々とあ
の人のためにお昼をこしらえて、もう何せね、行く前には必
ずシャワーをして、前の日にお風呂に入ってもちゃんとシャ
ワーをして、そして 12 時半には車が来るんだけど、11 時半
には食事が出てないとね、ダメなんです。食事を食べて、ま
たちゃんと歯磨きして、気持ちを落ち着けて、そして、車が
12 時半に軽が来るまでに 10 分間位は玄関に出て、こうやっ
て(座り込んで下を向く仕草)待つ時間。そういう儀式がある
んですよ。(ID12)」

と、病者には通所施設に行くまでの決まった段取りがあることや、その段取りが上手くいかないとその日は通所施設に通えないという病者の特徴を捉えていた。

その他にも、

「顔なじみになって、場所に慣れて、本当に何か、そーれが必要。それがすぐには出来ない、1年かかって2年かかって。

(ID12)」「怒るこというたら、大体がもう、テレビで見とること。政治経済。(ID14)」「大きな音を立てたらイラっとするみたいでね。(ID12)」

のように、それぞれの家族が、病者が苦手な場面や腹を立てがちな状況など病者の特徴を捉えていた。

このように、病者の特徴を捉えて、特徴と関連付けながら病状を監視し、病気と対峙していた。

(2) <病状を捉える>

病状を捉えるとは、家族が病者の精神症状が今どのような状態であるのか、家族なりに把握することである。

ある家族は、病者の病状を目つきで捉えている様子について、

「ちょっとイライラして、この子顔つきが変わったなーって思ったら、“(薬を)飲んでる？”って聞いたら“飲んでない”って。(ID12)」

と述べ、家族が病者の目つきで捉えた病状が的を得ていることや、

「顔つきが変わってきてね、目がね、やりだしたら(物差しで音を立てて机を叩き始めたら)何か違うんですよね、目つきが変わってきて。(ID12)」

と、病者の目つきを指標にして病状を捉えている様子を語った。

その他にも、家族はそれぞれに、

「ただ私が、気になるような事は今ないし。顔つきが変わるっていうあの状態はないし。・・・(ID12)」「ひどい時は、もうほんとに、そこに座つとれんようにおらびよりましたらね。・・・(ID14)」

と、以前の病状やひどかった時の病状と比較することで今の状を捉えて、病状を監視し、病気と対峙していた。

(3) <病者の成長・変化を捉える>

病者の成長・変化を捉えるとは、様々な側面から病者の成長や変化を捉えることである。

発病以来、外来通院時しか外出することがないまま数十年が経過していた病者が、通所施設に通い始めたことによって生じた変化について、

「意見が言えだした。今まではそういう意見を言うのが無かったけど、あそこに行きだしてから、自分の意見を言い出した。そんな事構わまいが、というような事でも、意見を通しだしたね。うん。それだけちょっと変わってきたね。(ID7)」と、病者の成長・変化を捉えていた。

また、別の家族は、引きこもっていた病者が徐々に家の外に出られるようになり、外界との付き合い方が変わってきた様子について、

「外に出る時に眼鏡をかけて出られるようになったのも、何年もかかって眼鏡をかけて。一番最初は眼鏡。絶対に外を見られなくて。車に乗っていても外に出たというだけでこんな(身を縮める仕草)子が。ちゃんと眼鏡をかけて乗れ出して、窓の外から景色を見てるっていうのがわかるようになったりとか。(ID11)」

と、徐々に変化していくことを捉えており、その様子を語った。このように、病者の成長・変化を捉えて病状の経過を監視し、病気と対峙していた。

(4) <病状悪化時に備える>

病状悪化時に備えるとは、将来の急な病状悪化に向けて準備しておくことである。

クリニックに通院していた家族が、入院の必要性を感じ始めた時に、

「その前にクリニックに行った時に、“先生、どんな状態になるかこれからわからないし、もし緊急に病院に搬送と言った時にどこに行ったらいいかわからんし、だから先生、先に紹介状書いてください” って書いてもらったんです。(ID16)」と、あらかじめ紹介状を書いてもらい、病状悪化時の急な入院に備えていた。

また、物理的な準備だけではなく、

「(知り合いの救急隊員が)まあ病院でもその A 病院でも、その変な感じはないと思うでって言うてくれて、あーそうか、そしたら入院させても良いんかなって、その子にそこまではもう全部聞いて、もう準備、心の準備はしてたんです。(ID16)」と、病状が悪化して初めて精神科の病院に入院することになるかもしれない状況に対して、精神的な準備も行い、病状の経過を監視しながら病気と対峙していた。

このように、家族は病者の病状の経過を監視することで、病気と対峙していた。家族は病者の特徴や病状を捉え、長期的な視点でも病者を観察して成長や変化を捉えていた。また、病状の捉えに基づいて、悪化が予測されるような状態になったときには、症状悪化に備えて対策をとっていた。

このように、家族が病者の病状の経過を監視して病気と対峙することが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

2) 『治療脱落を防止する』

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のひとつのカテゴリーとして、『治療脱落を防止する』を抽出することができた。

『治療脱落を防止する』とは、生涯にわたり必要となる治療から病者が脱落しないように努力することである。家族は、**Family Resilience** を語る中で、『治療脱落を防止する』ことについて言及していた。

これには、＜入院や通院がしやすい医療機関に繋がる＞＜受診出来るよう調整する＞＜服薬を継続できるよう支援する＞が含まれた。

(1) ＜入院や通院がしやすい医療機関に繋がる＞

入院や通院がしやすい医療機関に繋がるとは、緊急時に入院できる医療機関、通院しやすい医療機関を選んで繋がることである。

入院できる病院に繋がっておくことを希望していた家族は、医師とトラブルになり、転院したいような状況下にあっても、

「だから、普通の病院だったら、こんなに言われたら誰でも次からは来んよねと思うけど、私たちは他に行く所がないから。何をどう言われても頭を下げてお願いするしかない。(ID5)」
「ここで断られたら・・・、あそこで断ったんだから、うちはいけませんとは言わんかも知れんけど、A病院は、こういう病院では大きい所だから、後はクリニックで入院設備がないような所だったりするから、もしもの時には入院をさしてもらわないかんから、病院は変わらないなと思って。(ID5)」

と、症状悪化時に入院できる医療機関に繋がっておくために、この病院に頭を下げても通い続けるしかないと言いつつ涙ぐみながら語った。

転勤先で新しい病院を捜すことになった家族は、

「まあ近くで、もし父親が乗せていってくれない時でも自転車をこいだら 2 人で行けるかなというので、A 病院に。
(ID12)」

と、車で送ってもらえない時でも、通院を継続できるように自転車で通院出来る病院を探して繋がっていた。

また、病状が不安定で予約通りに通院出来ず、何度も受診をキャンセルした経験を持つ家族は、

「予約だとやっぱなかなか行けにくい、そんな状態の時行けんから。予約も出来るし、待ってても見てくれる。それはすごい助かりました。・・・予約じゃないともう行けんいう所やと行けんからね。・・・それで、A 病院に聞きに行ったんかな、予約はどうか。(ID16)」

と、病者が受診できる状況になったときに、予約なしで受診することが可能な病院を探していた。このように家族は、入院や通院をしやすい医療機関に繋がることで、治療脱落を防止して病気と対峙していた。

(2) <受診出来るよう調整する>

受診出来るよう調整するとは、病状の波によって予約通りに受診しにくい病者が、継続して受診できるように受診を調整することである。

外来受診の予約をしていますが、その日の体調によって受診できないことが多かった家族は、

「何回か、私は私で先生に相談して。で、子どもに、じゃあ行くっていう返事はもらったけれども、朝行こうっていう日はトイレに閉じこもって出てこなかったり。“先生、行けそうにありません”“あーじゃあ、別に焦らなくてもいい。また次の予約をしましょう”という感じで。そういう感じで、やっと何回目かに行けて。(ID12)」

と、その日の病者の体調に合わせて、病院に断りの連絡を入れたり、次の受診を予約したりして、治療が継続できるよう病院と連絡を取り合っていた。また、医師や病院が変わる際には、

「先生が 200X 年に留学されるからといって、A 市の先生を紹介してくれたんですね。そして、私がまた。病院は何でも私が最初に行って事情説明(笑)。(ID12)」

と、新しい医療機関にまず家族が行き、これまでの経過や定期的な受診が難しいことを伝えて、スムーズに移行できるよう間をつないで受診調整することで治療脱落を防止して、病気と対峙していた。

(3) <服薬を継続できるよう支援する>

服薬を継続できるよう支援するとは、病者に代わって服薬を管理したり、促したりしながら服薬が継続できるよう支援することである。

服薬が継続できない病者に対して、

「薬を飲まなくて入院になったら、次また同じことをやったら、前よりもっと長いこと入院せないかんようになりますよと言われますんでね。飲んだか飲まんか、私確認せないかんと思ってね、そして一日3回飲むということになった時には、お薬に日にちを書いて、一服一服に、何月何日、朝昼夕って書いて、食事の後で必ずそれを飲むのを確認するようにしまして。(ID3)」

と、処方に従って服薬できるよう病者に代わって服薬を管理したり促したりすることで服薬継続を支援して治療脱落を防止していた。

また、病者が薬を焼いてしまったために、飲む薬がなくなってしまった時には、

「薬も飲まないんです。“私もう治ったから”って。家、ガスでしたからね、冬場、灯油でしたから、音がしますから、ガスの音してる！と思って行ってみたら（薬を）焼きよるんですよ。お風呂場の下へ持って行って。“Aちゃん、何しよるん！”って言ったら、“もう治ったけん、薬いらんのよ”って。焼くんですよ。それで、“先生、もらったばかりの薬をこれこれです”と。(ID9)」

と、病院に行って事情を説明し、服薬が継続できるように新たな薬の処方を依頼して治療脱落を防止し、病気と対峙していた。

このように、家族は治療脱落を防止することで、病気と対峙していた。精神疾患は慢性疾患であり、また病状に波があるため、医療機関を選ぶ際には、症状悪化時に入院できるよう入院設備を持った医療機関に繋がろうとしていた。また、定期的な通院が行えるよう医療機関への通いやすさも考慮していた。医療機関が決まった後も、病状の波によって予約通り通院できない時には、病者に代わって医療機関に連絡を入れて次の受診日を確保し治療脱落を防止しようとしていた。毎日の服薬も病者に代わって管理をしたり促したりしながら継続できるように支援していた。

このように、家族が治療脱落を防止して病気と対峙することが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3)『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』を抽出することができた。

『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』とは、家族が試行錯誤しながら病気や病者と向き合い、病者に合ったやり方を獲得していくことである。家族は、Family Resilience を語る中で、『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』ことについて言及していた。

これには、＜知識を探し集める＞＜直す手立てを必死に探す＞＜逃げずに必死に世話をする＞＜病状安定に役立つと思うことに取り組んでみる＞＜病者にあったやり方を獲得する＞が含まれた。

(1) ＜知識を探し集める＞

知識を探し集めるとは、病気に関する知識や病者を抱えた家族が生活するのに役立つような知識や情報を探し集めることである。

多くの家族にとって精神疾患は経験のない病気であるため、何十年も前に発病した家族は、

「今のように情報ありませんしね、テレビもラジオも新聞も。それから、私もなった当時は情報を求めて図書館とか本屋さんとかくまなく探して、何か関係するものがあれば、ためになるものでもあればと思ってしていました。(ID1)」

と、テレビ、ラジオ、新聞から情報を集め、また図書館や本屋を巡って役立つ知識を集めていた。

個人宅でネットが検索できる時代になると、

「まあ本を調べたり、インターネットを見たりはしましたね。病気の事を。(ID13)」

と、書籍やインターネットを用いて知識を集めていた。

それらに加えて、

「だから、情報を頂けそうな所にはなるべく足を運ぶとか、はい。(ID5)」

と、病院や施設、保健所の勉強会や家族会といった場にも出向いて知識を探し集め、試行錯誤しながら病者にあったやり方を獲得して、病気と対峙していた。

(2) ＜治す手立てを必死に探す＞

治す手だてを必死に探すとは、病気の治療法を探したり、治療によって引き起こされる副作用を何とか治したいと、懸命に方法を探すことである。

病院や治療法を懸命に探した家族は、その時のことを

「ジスキネジアも出ましたし、・・・私は病院を回って、病院を回らない時は、パソコンの前に座って、すぐるように見ていたので。・・・絶対に治してやると、ずーっと探したんだけど。(ID17)」

と、語った。病院を探し歩き、ネットを駆使して治療法を探し、

「これは A 治療というのをするんだなというのがわかったので、製薬会社に電話をして、それをやっているところを聞いて。(ID17)」

と、見つけ出した情報を手掛かりに、製薬会社にも問い合わせをして、直す手立てを必死に探していた。

家族が探すのは、医学的な治療法だけに留まっていなかった。別の家族は、

「僕はこの奥のほうに、何とか大明神さんというのがあるんですよ。ずーっと奥ですけどねー、A 村に行くほうの山の上に神社があるんです。その神社はね、脳の神様で、非常に靈驗あらたか、治ったというような話をしていたお年寄りがいて、“それどこにあるん”って問いに行ったんですよ。治したい一心で。・・・そこへでも連れて行ってやろうと思って。“今日はドライブに行こう”と言って、狭い道をずっとあがってねー、そこにお参りしてね。そんなこともしましたし。(ID1)」

と、直す手立てを必死に探し、病気に効くという情報を得れば神仏にもすがっていた。このように、現代医学の治療法だけではなく、広く病気を治すための手立ても含めて探して、試行錯誤しながら病者にあったやり方を獲得して、病気と対峙していた。

(3) <逃げずに必死に世話をする>

逃げずに必死に世話をするとは、厳しい状況の中に留まり続けて、今すべきことに懸命に取り組むことである。

病者の発病と他の家族員の病気が重なり、それぞれが別々の病院に入院していた家族は、自宅と 100km 近く距離の離れた 2 つの病院の間を、毎日、自家用車を運転して通ったことを、

「何も考える間は無い。とにかく夢中で動きよっただけ。・・・とにかく目の前のことで必死やった。追われて追われてやってきた。(ID10)」

と、深く考えることも出来ないまま、がむしゃらに毎日状況と向き合い、必死に世話をしたことを語った。

発病以前に、親を訪問看護、デイケアサービスといった社会制度を利用しながら、自宅介護した経験を持つ家族であっても、

「けど、精神面はわからないんじゃないでしょうかね。私も分かってないですよ。・・・もう必死ですよ。朝起きたら夜がきて、また朝が来て。(ID4)」

と、精神の病気のことは分からなかったもので、必死だったと語った。このような時期を経て、後に病者が就労継続支援に通えるようになったことを語った。

このように、逃げずに必死に世話をする中で、試行錯誤しながら病者にあったやり方を獲得して、病気と対峙していた。

(4) <病状安定に役立つと思うことに取り組んでみる>

病状安定に役立つと思うことに取り組んでみるとは、迷ったり期待したりしながら、病状安定に役立つと思うことに、とりあえず取り組むことである。

病者のやる気を取り戻したいと考えた家族は、

「色々家族で相談して、狭い家だけどね、折り畳みの卓球をね、少しでも興味を沸かしてやろうという発想で。ちょっとでもやる気を起こさそうと思って、卓球をやってね。(ID1)」

と、家族で相談して、病者の病状安定に効果的だと思える活動を取り入れていた。

病者をデイケアに通わせたいと思った別の家族は、まず自分がデイケアを下見に行って、

「A 病院のデイも私だけが見て、どんなんですかって聞いて、“デイというのがあるんよ”と(病者に)言ったりはしてたんだけれども。(ID12)」

と、下見をした結果、病者の病状安定に役立ち、病者が通えそうだと判断したら勧めてみたりしていた。

また、これまで受けてきた治療があまり奏効していないと感じていた家族は、治療法についても

「それ(セカンドオピニオン)もね、調べていただいたんです。うちは。(ID15)」

と、セカンドオピニオンを利用できないか医療職に相談していた。このように、日々の家族の取り組みだけではなく、治療法も含めて何か病者に良いものはないかと思考錯誤しながら病気と対峙していた。

(5) <病者に合ったやり方を獲得する>

病者に合ったやり方を獲得するとは、試行錯誤の末に、また他者のやり方や助言を参考にしながら、病者に合ったやり方を身に付けることである。

部屋に閉じこもる病者にどのように接していいかわからなかった家族は、保健師のアドバイスをきっかけに

「保健師さんが、話せない時は紙に書いて、自分が思うことを紙に書いてお盆に乗せて置きとったらって。読むか読まんかはわからんけど、それを続けてくださいねって。そしてそれをしよったらね、そのままお膳が戻ってくるんですけどね。初めて本人が書いてってね、おいしかったって書いてったんです。(ID2)」

と、手紙を書くことで病者と交流するという新しい病者に合ったやり方を獲得し、その後もこのやり方を利用しながら病気と対峙していた。

また、病者とのやり取りの中で、病者を混乱させる言葉が見つかった家族は、

「本人との会話の中で、どうしても最初、“普通に”って言ってしまいうんですよ。“普通に考えて、普通に行動して”って。たら、本人から、“普通って何？”って。・・・あの子たちはあの子たちの世界で生きてきているから、その普通って言われることが何なのか分かんないんだと思うんです。・・・“普通って何？普通って言わんといて”って言われて、そうなんだーと思って。で、ここまで出るんですよ。あっと思って飲み込むだけで。普通っていう言葉を使わないっていう。(ID15)」

と、その言葉を使わないように努力していた。同様に、込み入った深い話は病者を混乱させると気づき、

「うちの場合はね、あまり突っ込んだ話は本人出来ないんです、嫌がって。混乱しちゃうみたいで。だから、会話をしないんです。・・・本人が疑問で聞いてくれば、話せばいいだけのことで・・・、あえてそれを投げ掛ける必要もないかなと思って。だから、そういう場面になれば、話をしなきゃいけないと思うけど、あえてはもう。(ID15)」

と、病者がどの程度の会話なら混乱せずにできるのか分かってくるにつれて、差し迫って必要でない時にはあえて会話しないようにしていることを語った。

このように、家族は病者との関わりの中で、試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得して、病気と対峙していた。多くの家族にとって精神疾患は馴染みのない疾患である。家族員の発病に直面し、初めて精神疾患について知る家族も存在していた。そのため、病気に対峙するために知識の獲得は欠かせないものであり、病気や治療、病者の世話に関する知識を懸命に探していた。また、何とか完治さ

せたいと努力していた。獲得した知識を活かしながら厳しい状況の中に留まり、がむしやらに病者の世話を行い、試行錯誤を繰り返し、病者にあった家族なりのやり方を獲得していた。

このように、家族が試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得して病気と対峙することが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

4)『病者の力を補いつつ育む』

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のひとつのカテゴリーとして、『病者の力を補いつつ育む』を抽出することができた。

『病者の力を補いつつ育む』とは、発病によって発揮できなくなった病者の力を補いながら、将来病者が自立できるように力を育むことである。家族は、**Family Resilience** を語る中で、『病者の力を補いつつ育む』ことについて言及していた。

これには、＜病気や症状との付き合い方を助言する＞＜自活できるように力を育む＞＜受診に同伴して病状を伝える＞＜無理をさせない＞＜病者の将来のために蓄える＞が含まれた。

(1) ＜病気や症状との付き合い方を助言する＞

病気との付き合い方を助言するとは、病者に対して、病気や症状との付き合い方について助言することである。

病者が幻聴と上手く付き合えるようになりさえすれば施設の外で生活できるのに、それがまだ出来ないと考えている家族は、

「兎に角じっとしておったら幻聴が出るんだから、体を動かせといっつも言いよったんですよ。(ID11)」

と、どんな時に幻聴がひどくなるのか、そして、そうならない為にどうしたらよいのか、病者に症状との付き合い方を助言していた。

また、別の家族は、思考障害や記憶障害のために、受診時に医師に自分の状況をうまく伝えられない病者に対して、

「それなら日記を書いて、その日記を先生と一緒に見たら、10分か15分の（診察の）間に言い忘れたら困るので。ちゃんと控えとったらいいいんやないかって。(ID19)」

と、日記を書いて、それを短い診察時間内に自分の体調をもれなく伝えるための道具として利用してはどうかと助言していた。このように、症状との付き合い方を助言することで、病者の力を育み病気と対峙していた。

(2) ＜自活できるように力を育む＞

自活できるように力を育むとは、将来家族が病者の世話を出来なくなっても、病者が自活していけるよう病者の力を育むことである。

いつまでも家族が傍に居られる訳ではないと考え始めた家族は、
「年齢的にも、いつ死んでももうおかしくないような年齢になってきているので、“最後は1人なんだよ”って、“親がいつまでも生きている訳じゃないんだよ”っていうのを、ところどころで声掛けしているんです。(ID15)」

と、現実を伝えて意識させながら、

「最終的に自分で生きていかなくはいけないもんだから、それ以上に手を差し伸べない。(ID15)」

と、必要以上に手を差し伸べないようにして、将来自活できるよう病者自身の力を育む姿勢で向き合っていた。

別の家族は、身の回りのことを一人で十分に出来ない病者に対して、

「年々、自分の歳を感じますから、何とか自活して欲しいなと思って。昨年位からかなー、食後の食器の後片付け、そういうこと位から“あんたしてちょうだい”ってやらせて、・・・“今日ラーメンする？じゃ、あんた作ってね”って。少しでも出来る事を増やしてやらなきゃと思って。(ID8)」

と、意図的に片付けや料理をする機会を作っていた。また別の家族は、

「時には汚い格好して(外に)出る時もあるんですよ。だけど私、そこでは言わないんです。家に帰った時にね、“あなたね、外に出る時は、ちゃんとしてあげているんだから、ちょっと鏡を見てね。寝たり起きたりしたままのズボンではいかんのよ”とかね、言うんですけどね。(ID5)」

と、ひとりで時と場に応じた身なりを整えていけるようにと繰り返し助言して、将来自活するために必要な力を育み、病気と対峙していた。

(3) <受診に同伴して病状を伝える>

受診に同伴して病状を伝えるとは、受診時に自分の状態を十分医師に伝えることの出来ない病者に同伴して、代わりに、または補足して病状を伝えることである。

短い診察時間の間に病者が十分に自分の状況を医師に伝えられていないと感じた家族は、

「やっぱり毎日おるんは家族なんで、それを2週間分、10分か15分だかで本人がまとめて言ういうたら忘れる事もあるんで。これ言うて、これ言うてなかったらやっぱり家族から見た分で、こういう事をよく心配しているとフォローして言った方が先生も分かりやすいかなとか。(ID19)」

と、受診に同伴して、病者が伝えられていない内容や家族から見た病者の状態について、医師に病状を補足説明することで病者の力を補い、病気と対峙していた。

(4) <無理をさせない>

無理をさせないとは、病者に過剰な負担がかからないよう抑えることである。

アルバイトを始めた病者に、

「最初から言っていたんです。病気が出るようならやめなさいって。疲れたとかしんどいとかそれだけなら辞めるのはどうかと思うって。短い時間で条件もいいし、だけど病気が出るようになったら辞めてねって。(ID17)」

と、就労を応援しつつも無理をさせないように、努力をする限界について助言していた。

また、進学校在籍中に発病した家族は、

「進学校でしたから、勉強勉強と言われよりましたけど、そんな状態を見とりますから、勉強をせいでいいと。とにかく高校を卒業せんことには、ちょっと困るでしょ、世の中に出た時。学校さえ卒業したらいいから、勉強すなすなと抑えてきたんですが、受験勉強は。(ID15)」

と、病者が周囲の状況に流されて勉強しすぎることがないように助言し、無理をさせないようにしていた。病状悪化の引き金になりそのような場面では、病者だけの判断に任せず、助言することで病者の判断を補い、無理をさせないようにしながら病気と対峙していた。

(5) <病者の将来のために蓄える>

病者の将来の為に蓄えるとは、病者が将来金銭的に困ることがないようにと、経済的な蓄えをすることである。

障害年金を受給することは、家族を障がい者だと認めることになると心を決めかねていた家族であったが、病者の将来の為に受給の決心をし、

「障がい者年金です。だからそれは別口座にしているの。使わないで、本人の将来のためにとっておいてあるんですけど。(ID8)」

と、年金をそのまま病者の為に蓄えていた。将来、病者が経済的な困窮に陥らないようにと、病者の将来のために蓄え、経済力を補うことを通して病気と対峙していた。

このように、家族は病者の力を補いつつ育むことで、病気と対峙していた。家族は、病者が病気や症状とうまく付き合えるようになるための方法を助言していた。そして、病者一人で出来ないことを補っていた。その一方で、病者が無理をして病状が悪化しないよう抑えながらも、将来自活するのに必要となる力を育んだり、経済的な困窮に陥らないようにと蓄えを行っていた。

このように、家族が病者の力を補いつつ育みながら病気と対峙することが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

以上のように、家族は『病状の経過を監視する』『治療脱落を防止する』『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』『病者の力を補いつつ育む』ことで病気と対峙していた。

病気との対峙は、病状の安定を図ったり、病者の力を育むだけではなく、病気から発生する家族の危機を予測すること、危機に対して早期に対処すること、また危機状況を回避することにもつながり、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

【病気との対峙】は、目の前に生じた出来事を何とかしなくてはいけないといった状況から始まっていた。一般的な知識を獲得したり、専門職の真似をしたりしながら初めての出来事に懸命に向き合う中で、次第に自分達家族のやり方、病者にあったやり方を獲得していた。また、失敗体験からも工夫を生み出していた。家族は、「分かっていくのが1番です！やはり情報を頂いて、それを自分の血肉にするまでは時間がかかってアレですけどね。(ID5)」 「どんな利口な人でも対処しきれない。やっぱり人のアドバイスとか、勉強をしていかなね。(ID14)」と語り、一般的な知識を自分の家族に使える物にしていくには時間がかかること、これまで努力しながら自分の家族に合うやり方を獲得してきたことを述べた。そのように病気と向き合った結果、「コツが分かってきました。もうあなた、1人で何年もやっとなでしょ。・・・介護師さんの代理位は（出来る）(笑)。(ID14)」と熟達したことを自覚もしていた。病気との対峙には、このように奮闘しながら獲得していく側面があった。

最後に、Family Resilience の【病気との対峙】の側面を強く語っていた家族の例として、ケース 14 をあげることができるので、ケース 14 の【病気との対峙】について説明をする。

この家族は、病者の登校拒否から、病気との対峙が始まった。最初に受診した病院が小児科・心療内科であったため、きちんとした診断や治療に結びつくのに時間がかかった。その間に病者が海外旅行に行きたいと言いだし、主治医も了解をしたため送り出したところ外務省から連絡が入るほどに症状が悪化し、帰国後初回入院となり本格的な治療が始まった。今では症状の波が小さくなり、家族も病者にあったやり方を獲得し、訪問看護を受けながら生活できている。

具合が悪くなって大声を出す病者に対して、「怒られんと言ったら余計いかんからね。怒ってもいいから声を小さく怒ってね。それでまだ足らなかつたら、テレビは壊してもいいから、テレビに向かってやったらって言うんですけどね。壊しません、壊したら 20 万円が飛ぶから（笑）。」と病者の怒りに対する効果的なやり方を見出しており、また、このことについて、どうすれば怒りが「収まりやすくなるか、コツが分かってきました。もう 1 人で何年もやっているから。」と、『試行錯誤しながら病者にあったやり方を獲得(する)』して Family Resilience を獲得・発揮している様子を語った。

この家族は、病者に合ったやり方を獲得していくためには、早く専門医に診せること、病者の世話は経験がないことなので知識を得ていかないと「どんな利口な人でも対処しきれない。やっぱり人のアドバイスとか、勉強をしていかないとね。」と、知識を得ることの重要性を語った。

受診の際、病者が人を避けたがるため家族が自家用車で送迎していたが、送迎できない時には、病院までの長距離を病者が自分でバイクを走らせて通院していた。事故の心配をしながら通院を続けていたが、大学病院では慣れたところに主治医が代わることもあり、病者が主治医と合わないと言い出したのをきっかけに、父親が主治医と話をして近くの病院に転院することで『治療脱落を防止(する)』していた。

また、「怒ることというたら、大体がもう、テレビで見とることに。政治経済。」と病者がどのようなことで腹を立てがちなのか病者の特徴を捉えたり、「ひどいときは、もうほんとに、そこに座っとれんようにおらびよりましたらね。それがもう、近頃は小さな怒りになりましたね。」と、病状の変化や今の病状を捉えて『病状の経過を監視(する)』していた。

進学校に在籍していた病者が、学校の方針や周囲の友人につられて勉強をし過ぎることで症状を悪化させないように「学校さえ卒業

したらいいから、勉強しなくていいと抑えてきたんですが、受験勉強は。」と無理をさせないようにしたり、家族にあれこれ言う病者に対して、「あなた言いたいことが一杯あるでしょう、怒りたいこともあるでしょう、それはノートに書いときなさいと。後になって見たら、自分の心も分かるし。将来ね、それがね、いい事だったら本にしてあげるからって（笑）。何とかかんとか言ってね、書かすんですが。字も上手になるし、心の整理もできるし、お書きお書き言うて。書いたらね、怒りがそこへ発散できるでしょう。」と症状との付き合い方を助言していた。また、これまで培ってきた常識が消えてしまうように思える病者の言動に対して、「玄関に人がおいでたら、“お母さん、人が来たよ”言うから、ええ年しとってね、“おいでたよ、言うてよ”言うんですけどね。」と一つ一つ伝えて『病者の力を補いつつ育（む）』んでいた。

この家族にとっては、『病状の経過を監視（する）』し、『治療脱落を防止（する）』しながら『病者の力を補いつつ育（む）』み、家族なりに『試行錯誤しながら病者にあったやり方を獲得する』ことが、Family Resilience の構築に繋がっていた。

5 【認知の転換】

精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーとして、【認知の転換】を抽出することができた。

【認知の転換】とは、生じている物事の捉え方をそれまでの捉え方とは異なる捉え方へと転換することである。家族は、Family Resilience を語る中で、【認知の転換】について言及していた。

これにはカテゴリーとして、『覚悟を決めて強く前を向く』『楽観的に現実と向き合う』『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』が含まれた。

1) 『覚悟を決めて強く前を向く』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『覚悟を決めて強く前を向く』を抽出することができた。

『覚悟を決めて強く前を向く』とは、病者の世話をしていくと心に決めて、そのために気持ちを前向きに強く持つことである。家族は、Family Resilience を語る中で、『覚悟を決めて強く前を向く』ことについて言及していた。

これには、＜病者を世話をしていく覚悟をする＞＜偏見に負けず強くなる＞が含まれた。

（1）＜病者を世話をしていく覚悟をする＞

病者を世話していく覚悟をするとは、この病気は慢性疾患であり、この先長い世話が必要だと理解して、折に触れて病者を世話していくのだと覚悟をすることである。

定年と同時に、妻と病者の二人を同時に世話することになった家族は、

「ちょうど定年になるのと、家内が悪くなるのとが一緒だったからね。だからすぐに気持ちを切り替えて。もう仕事の方は終わるからね。とにかく家内と（病者の）両方を面倒みないじゃーないと。（ID11）」

と、これから自分が二人の面倒をみていくのだと覚悟を決めていた。

また、病者の世話を一手に引き受けてくれていた妻の死後、仕事を辞める決心をした家族は、

「もう仕事を辞めるという決心をした以上は、もうこのままだということ。これ（世話）が大変だから辞めないかんとかいう事じゃなしに、もうこういう状況じゃったら仕様がなし。仕様が無いというのが先やね。（ID7）」

と、妻が亡くなった今の状況では自分が病者の世話をするのは仕方のないことだと考え、仕事をやめて世話をしていく決心をしていた。そして決めた以上は、これからずっと自分が病者を世話していくのだと、覚悟を決めて強く前を向き認知を転換していた。

（2）＜偏見に負けず強くなる＞

偏見に負けず強くなるとは、社会の中に根強く残っている精神障がいへの偏見に押しつぶされないよう心を強く持つことである。

病者に向けられる好奇の眼差しをあちらこちらで感じていた家族は、

「負け犬にはなりませんよね。喧嘩を売ってはいけませんけど、言われた言葉で自分が落ち込んでしまってでは家族、患者さんを支えてはあげられませんからね。やっぱし、家族が強くなる。まあ皆さん強いから、支えて来れてると思います。・・・親も一緒に、こうやって見られて恥ずかしい、嫌やなと思っていたら、この子をかばってやる人は居ないと。（ID9）」

と、社会の偏見の目に負けないよう、心を強く持つことについて語った。

また、別の家族も、講演会に参加した際、

「その先生のお話の中で、親が世間に負けたら子どもはそこで潰れますよっていうお話がありました。良いお話だったん

だけど、そこだけすごく鮮明に、頭や心に焼き付いていましたものですからね。あっ、これだ！私に足りないのはこれだ！と思いましてね。何があってもこの子を守らなくては行けんのに、私がヘナヘナなってる場合じゃないと思ってね。・・・それからですね、強く前を向いていかなければいけないと思って。(ID5)」

と、社会の偏見に負けない覚悟をして、強く前を向こうと認知を転換していた。

このように、家族は覚悟を決めて強く前を向くと認知を転換していた。精神疾患が治らない病気だということを受け止め、家族が世話する必要性を認識して、この先長く病者を世話していくのだと折に触れて決心していた。また、社会から病者自身や家族に向けられる好奇の視線を感じながらも、自分がこの視線に負けてしまったら病者を守れない、偏見に負けないよう強くならなくては行けないと心を強く持っていた。

このように、家族が覚悟を決めて強く前を向くのだと認知を転換することが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

2)『楽観的に現実と向き合う』

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のひとつのカテゴリーとして、『楽観的に現実と向き合う』が抽出できた。

『楽観的に現実と向き合う』とは、明確な根拠がない状況下にあっても、今後のなりゆきを良い方向に考えながら現実と向き合う事である。家族は、**Family Resilience** を語る中で、『楽観的に現実と向き合う』ことについて言及していた。

これには、＜何とかなると考える＞＜なるようになると考える＞が含まれた。

(1) ＜何とかなると考える＞

何とかなると考えるとは、状況は致命的でなく、大事には至らないだろうと考えることである。

長年病者の世話をしてきた家族は、

「何とかなると、命までは取られんと。私はね、何かかんかあってもね、誰っちゃ命までは取りゃーせん！命までは取りゃーせん！ってね。・・・(何とかなると)思えなかったら、前に向いて進めないと思うんですよね。どうしようどうしようどうしよう。あれはどうしよう、これはどうしようっ

て思ったらね、ならなかったら、またどうしようと思うでしょう。・・・うん、も一、何とかなるは、思わなければやっていけないし、こられなかったかもしれませぬね。これが出来なかったからどうしようって落ち込んでいてもね、これがいけんかったら何とかなるわいという位のね(笑)。(ID9)」

と、何とかなると考えていること、何とかなると思えなければこれまでやってこられなかったし、これからもやっていけないだろうと語った。

また、別の家族は、これから先、病者の世話をしていくことについて、

「自信は無いですねえ。それはないですね。どこでどうなるか分からないので。・・・まあ、でも何とかなるわと思いますね。(ID13)」

と、自信はないけれども何とかなると考え、楽観的に現実と向き合うことで認知を転換していた。

(2) <なるようになると考える>

なるようになると考えるとは、物事は落ち着くところに落ち着くのだと考えて、成りゆきにまかせることである。

家族の発病によって、病者のきょうだいの結婚問題が浮上した家族は、

「それをまたどう言って、心のしがらみをといてやる事もね、出来ないことだし、親だし。言ったって本人が受けつけない。これも自然に任せな仕方ないわと思ってね。もうね、考えても仕方のない事は考えない事にしてるんですよ。でね、考えて少しでも良くなる方向が見つかる問題ならね、それは一生懸命勉強もせないかんし、人様に頭を下げてでも聞かないかんけど、どうしようもない事はね、神様が仕組まれた自然だから、自然に任せるよりしょうがない。(ID7)」

と、考えても仕方のないことや家族の力の及ばないことは、成り行きにまかせるしかないと言った。

また、別の家族は、社会の精神障がいに対する偏見について、

「偏見も昔よりは無いと思うんですけど、まあまだ根強い根強いんだと思いますよ。けど、これもなるようにしかならないです。(ID9)」

と、精神障がいへの偏見が根強く残っている現実も、すぐにはどうすることも出来ないことであり、なるようになると考えて楽観的に現実と向き合い、認知を転換していた。

このように、家族には楽観的に現実と向き合い認知を転換していた。状況は厳しくとも命まではとられないと大局を捉えていた。細々としたことを考えすぎるとそうならなかった時にまた思い悩まなくてはいけないのだから、一つ一つの出来事に一喜一憂せず、何とかなるものだと考えるようにしていた。また、考えても仕方がないこと、自分たちの努力が及ばない範囲のことに対しては、自然の成り行きに任せて、なるようになるとその結果を受け入れる姿勢を持っていた。

このように、楽観的に現実と向き合うことで認知を転換することが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3)『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』を抽出することができた。

『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』とは、厳しい状況を様々な角度から捉えることで、今まで気づかなかったような新しい見方に気付くことである。家族は、Family Resilience を語る中で、『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』ことについて言及していた。

これには、＜厳しい状況の中の救いとなる面に気付く＞＜病気だけが人生の困難ではないと気づく＞＜辛いのはこの病気だけではないと気づく＞＜発病は誰の責任でもないと気づく＞が含まれた。

(1) ＜厳しい状況の中の救いとなる面に気付く＞

厳しい状況の中の救いとなる面に気付くとは、家族員の発病という厳しい状況下にあっても、その中に救いとなり、状況が耐えやすくなる一面があることに気付くことである。

病状が安定して就労にこぎつけた家族は、

「(病者が仕事から)何とか帰ってきてるんですけどヒヤヒヤもんですよ。でもそれは、私らは運が良かったと思って。働けない人もおるしね。(ID4)」

と、発病はしてしまったが、ここまで回復できた。仕事ができるまでに回復できない家族もあるのだから、自分たち家族は運が良かったと、厳しい状況の中の救いとなる面に気づいていた。

また、厳しい状況の中で、自分の家族だけが大変な思いをしていると感じていた家族は、口々に

「皆（苦勞）しとるんじゃないから私もと思ってね。やと思うんです。私だけじゃないと思って言い聞かすんじゃないでしょう（ID1）」

「ただでも、結構みんないるんだって思って、それが救いかもわかんないですね。（ID17）」

「1人じゃったらやっぱり、もっとアレだったと思うんだけど。大勢同じような人がいるので、助けられたと思います。（ID10）」

と、このような苦勞をしているのは自分の家族だけではない。他にも同じ苦勞をしている家族が大勢いるのだと気づいたことが救いとなったと語った。このように、厳しい状況の中の救いとなる面に気づき、多面的に状況を捉え新たな視点を得ることで認知を転換していた。

（2）＜病気だけが人生の困難ではないと気づく＞

病気だけが人生の困難ではないと気づくとは、人生には様々な辛いことがあるもので、病気になることだけが困難なのではないと気づくことである。

家族員の病気について、意を決して友人に話した家族は、

「その時に、実はなって話したんです。こうこうなんよって、息子がこうこうなんよって。そしたら、“そうなん！知らなんだ、全然知らなんだ”って。“私もな、息子のことで悩んだる事あるよー”って言うんですよね。“同じじゃないん？”と言うからね。あーそんな考えもあるんじゃないかって。 “かまんがなそんなこと”ってその奥さんが言いました。・・・うちも悩み事があるんよ。どこも悩み事がないとこなんてないよって。（ID2）」

と、身近な友人に悩みのない家族などないと言われたことをきっかけに、病気だけが人生の困難ではないと気づいていた。

また、身近な人ばかりではなく、書物などを通して

「なんかあの、ちょっと書物とかなんかにでも、色々な苦勞してる人のおいでなさいな。あんまり気にせずに生きてきたけど、あ、この人はこういう状態でも元気でやっておいでるんだからと思うことはありましたけんねえ。（ID14）」

と、人それぞれに苦勞があり、皆苦勞を抱えながらも生きているのだ。病気だけが人生の困難ではないと気付いて、多面的に状況を捉え新たな視点を得て認知を転換していた。

（3）＜辛いのはこの病気だけではないと気づく＞

辛いのはこの病気だけではないと気づくとは、精神疾患や精神障がい以外にも様々な病気があり、この病気だけが辛いわけではないと気づくことである。

入院中に他の病気で入院している人の姿に触れた家族は、

「まあ病気で苦しんでいらっしゃる方もいらっしゃるし・・・色々な癌とかもあるし、入院してる時にね、目の見えない子どもさんがお風呂に入っているのを見るとねえ、涙が出てきたりね。歩いているのを見たりすると。(ID13)」

と、世の中には多くの病気があり、辛いのはこの病気だけではないと気づき、多面的に状況を捉えて新たな視点を得て認知を転換していた。

(4) <発病は誰の責任でもないと気づく>

発病はだれの責任でもないと気づくとは、自分の家族が発病したことには何の理由も原因もなく、誰の責任でもないと気づくことである。

発病後に色々と悩んでいた家族は、医師の説明を受けることで、

「うーん、まあそれも遺伝じゃないというのを先生がはっきりおっしゃっていただいたりした時に、初めて、ああこの子が悪いんじゃない、親が悪いんでもないですよというお話もしていただいたり・・・そうなんだ、自分をいくら責めても、子どもを責めても、何も良い結果が出ることはないし、誰が悪いんでもないなっていう事に気付かされて、そうなんよ、この子が悪いんでも、私が悪いんでも、誰が悪いんでもないのよ。(ID5)」

と、発病は誰の責任でもなく、誰かを責めたところで良い結果は生まれないのだと気づいていた。

また、別の家族は、

「本人が悪くもないのに発病したという・・・考えてみれば家族の中で妹だったかもしれない、母親だったかもわからない、私だったかもわからないけれども、たまたま姉の方が宿命的にこの障害を持った (ID1)」

と、病者が発病したことに何の理由もなく、ひょっとしたら他の家族員が発病していたかもしれない。病者には何の非もなく、たまたま病者の身に起こった偶然を引き受けているに過ぎないのだと、発病が誰の責任でもないことに気づき、多面的に状況を捉えて新たな視点を得て認知を転換していた。

このように、家族は多面的に状況を捉え新たな視点を得て認知を転換していた。家族員が発病したという現実是不変だが、異なる視点から眺めてみることで新たな気づきを得ていた。発病はしてしまったが、自分の家族よりももっと苦しい状況にある家族が居るのだということ、自分の家族の苦しみは病気によってもたらされたが、そもそも悩みのない家族などないのだということ。また、精神疾患だけが大変な病気ではなく、他にも多くの病気が存在しておりそれぞれに苦しみがあることや、発病は偶然に起きたことであって誰にも責任がないのだという気づきである。

このように、多面的に状況を捉え新たな視点を得て認知を転換することが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

4)『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』

精神障がい者の家族の **Family Resilience** のひとつのカテゴリーとして、『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』を抽出することができた。

『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』とは、発病や発病に伴って生じた困難に納得できる意味を与えて、人生に組み込むことである。家族は、**Family Resilience** を語る中で、『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』ことについて言及していた。

これには、＜この人生で引き受けるべき困難であったと意味づける＞＜困難を経て家族になったと意味づける＞＜発病によってもたらされた出会いがあったと意味づける＞が含まれた。

(1) ＜この人生で引き受けるべき困難であったと意味づける＞

この人生で引き受けるべき困難であったと意味づけるとは、人は皆、一生の中で喜びも悲しみも経験するものであり、発病やそれに伴う困難もその大きな流れの中の一つの出来事であり、自分の家族がこの人生で引き受けるべきことであったと意味づけることである。

家族員の発病を、

「人生なんて終ってみんことには分からないじゃないですかねー。開き直ってるんですよ。誰だって人生のうちに必ず1度や2度はガタがあるのが当然って風にね。うちはもう一つ酷かったかな(笑)とったりもしますけども。(ID8)」

と、人生に波乱はつきものであり、自分の家族にとっては発病がその困難の一つであったと意味づけていた。

また、別の家族は、

「それで、私やっぱり、神様がね、良い事ばかりは与えて下さない代わりに、悪い事ばかりも与えて下さない。・・・今ね、ご近所で嫁姑問題が勃発してるんですよ、あちこちで。それで、私はそれが無かったものですから。子どもが結婚してないから姑にもなれてないし。だからね、その代わりが子どもの病気だったのかなと思って。お互い、人間ね、辛い事とか辛抱せないかんと事とかあるじゃないですか、一生のうちで。そうしたら神様が、嫁姑問題が無い代わりに、あんたは子どもがちょっとしんどい、頑張らないかんとこころがあってアレしたんじゃと言って下さるんかなと思って。(ID5)」

と、発病は辛い出来事であったが、その代わりに別の苦労は経験していない。人生には良い事も悪い事もあるもので、自分の家族がこの人生で引き受けるべき困難が家族員の発病であったのだと、発病や発病に伴う困難を人生に意味づけて、認知を転換していた。

(2) <困難を経て家族になったと意味づける>

発病を経て家族になれたと意味づけるとは、厳しい状況を共に乗り越えることによって、今の家族になれたのだと意味づけることである。

家族が発病するまでは、会話が少なかったり、思いを上手く伝え合えなかった家族は、

「だから今が本当の家族かなあ・・・子どもがしてくれたんでしょうねえ。だから、それが無かったら、また違う生き方をしていたと思うし、今のようない関係にはなっていなかったかもしれないなと思いますね。・・・だから、子どもが病気になった事は辛いことですし、ならないに越した事はないですけど、お互いの気持ちが、労わり合えるというかねー、家族だからこそ言い合える信頼し合えるみたいな事は言えるかなと思います。(ID5)」

と、共に話しあいながら困難を乗り越えて来る中で今の家族になれた、困難を経て家族になったと意味づけて認知を転換していた。

(3) <発病によってもたらされた出会いがあったと意味づける>

発病によってもたらされた出会いがあったと意味づけるとは、発病を機に人生にもたらされた新たな出会いがあったと意味づけることである。

病者が亡くなった今も家族会と繋がっている家族は、

「私、毎日ここに来てるでしょう。妹がいなかったらね、ここに来ることはなかったし、家族会の仲間と出会うこともないし、私は全く別の生活体系をしておるでしょう。そう思ったら、何をしてるのかな？妹がいたからこの付き合いがあって、妹が居なかったらこういうことにならなかったし、全然違うからね。(ID3)」

と、家族の発病によってもたらされた出会いがあったと意味づけ、そしてその出会いに今の生活が支えられていると語った。

また、発病当事者と思いつめて、車を運転しながらカーブを曲がらず自らの命を絶とうかとまで考えたことがあったと語った家族は、

「そのカーブを曲がらなくてよかったって思うのは、この子の病気を機会に、そういう会とか、・・・Aの会といって、精神障がい者の家族会があるんです。家族会に入りましたの、入れていただいたんですよ。そうしたらそれを機会にね、保健婦さん、それから高齢福祉課さんとかね、いろんな方とのお知り合いで、いろんなお話を聞かせて頂いた。いろんな方ともお知り合いになれて、1つはね、これは子どもが病気になって、お陰とは言いませんけれど、なったから色々な方との、勉強会とかも参加させてもらえるし、という風にいい方に取っています。(ID9)」

と、家族員の発病は辛いことであったが、発病によってもたらされた出会いがあったと考えて、発病や発病に伴う困難を人生に意味づけて認知を転換していた。

このように、家族は発病や発病に伴う困難を人生に意味づけて認知を転換していた。家族員の発病は辛く困難なことであったが、取り返しのつかないような決定的な不幸な出来事だと捉えるのではなく、その中に納得できるような意味を見出していた。人生には様々な出来事が生じるものであり、自分にとっては家族員の発病がその出来事の一つであったと意味づけていた。また、厳しい状況に向き合う中で、家族として獲得したものやこの苦しい経験をしなければ得られなかった出会いがあったとも意味づけていた。

このように、発病や発病に伴う困難を人生に意味づけて認知を転換することが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

以上のように、家族は『覚悟を決めて強く前を向く』『楽観的に現実と向き合う』『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』ことで認知を転換していた。認知を転換して、心理的狭窄に陥ることを防ぎ、覚悟を決めて状況

に向き合い、困難状況に意味を持たせていくことが精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

家族は、長期に渡る世話が必要になりそうなことや偏見のある病気だと知って心を決めて病者の世話を始めていた。心を決めたのちも揺らぎながら、「私が、辛いなあと思いながら子どもの部屋に行って寝顔をみていた。・・・でね、目を覚ました子どもが、笑顔で幸せだと言って自分を元気づけてくれたことで、ああそうよと私も我にかえってね、・・・これはしゃんとせな！と思って、自分に言い聞かせて。(ID5)」といったように、時々には決心や覚悟をし直して自らを鼓舞していた。楽観的な向き合い方や新たな視点の獲得、また困難状況への意味づけは、初めから出来ていたわけではない。家族が、「何も考える間は無い。・・・とにかく目の前のことで必死やった。(ID10)」 「もう必死ですよ。朝起きたら夜がきて、また朝が来て。(ID4)」と述べていたように、我武者羅に向き合っている最中に認知の転換をすることは難しく、病気と対峙してそれなりに奮闘した時間の後に、また他者との交流によって家族の世界に新しい風が吹き込み、新しい考え方に会ったり今まで気づかなかったことに気付いたりしながら【認知の転換】を行っていた。

最後に、Family Resilience の【認知の転換】の側面を強く語っていた家族の例として、ケース5をあげることができるので、ケース5の【認知の転換】について説明をする。

この家族は、30年あまりの病者の世話をしているが、発病当時、父親は仕事の為に週に数回帰宅する程度であり、病者の母親が中心となって世話をしていた。宗教を持っており、神が共にいてくれると感じている。

「私が世間に負けてヘナヘナしてたら・・・この子が立ち直れないと思って。それからですね、強く前を向いていかなければいけないと思って」と語っているように、『覚悟を決めて強く前を向く』という認知の転換が起こり、この事がFamily Resilienceの獲得・発揮に繋がっていった。そして、病者の発病から30年が経過した今、長年気持ちを吐き出すために書き続けて来た日記の内容が変化してきたと語り、これまでの色々な事が「少しずつ淘汰されて、少しずつ自分の人生が築けていきよるのかなと思ったりして(涙)。」と『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』ことが出来ており、Family Resilienceを獲得・発揮している様相を語っている。

受診後に診断がつくと、早い段階で「誰が悪いんでもないし、なりたくてなった病気でもない。」と『多面的に状況を捉え新たな視点を得(る)』ていた。そして、「この子を何としてでも治してやらなくては、先がある子なんだから。病名がついた限りは、後は治療

だ！」と『覚悟を決めて強く前を向（く）』こうと決心していた。その後、講演で、親が世間に負けたら子どもはそこで潰れますという言葉聞き、「これだ！私に足らないのはこれだ！と思いましてね」、「何があってもこの子を守らなくてはいけないと思ってね。これを絶対、これからやって、自分に出来るのはそれくらいしかないと。何も分からない私じゃけど、世間に負けるという事だけはしたくない！したらいけない！」とあらためて『覚悟を決めて強く前を向（く）』き、その後も「親が世間に負けてはいけない」というこの言葉が、「私の生きる、生きる指標にもなっているかなと思いますね。」と述べている。この言葉がこの家族の認知の転換の起点となったようである。

結婚について悩む病者のきょうだいについても、「心のしがらみをといてやる事もね、出来ないことだし、親だし・・・自然に任せな仕方ないわと思ってね。考えても仕方がない事は考えない事にしてるんですよ。でね、神様が仕組まれた自然だから、自然に任せるよりしょうがない。」と、考えても仕方がない事については思い悩まず、なるようになると考えて『楽観的に現実と向き合う』ことにしていた。

家族について、「（病気の）子どもがしてくれたんでしょねえ。だから、それが無かったら、また違う生き方をしていたと思うし、今のようにはなっていなかったかもしれないなと思いますね。」と家族員が病気になったことで、家族が今の家族になったと感じている。そして、「人は何か辛抱しなくてはいけないのだから、それがうちでは病気があったんかなーと思ったりしてね。」とこの人生で引き受けるべき困難であったと『発病や発病に伴う困難を人生に意味づけ（る）』ていた。

この家族にとっては、『覚悟を決めて強く前を向く』『多面的に状況を捉えて新たな視点を得る』『楽観的に現実と向き合う』『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』などの、認知の転換をすることが、Family Resilience の構築に繋がっていた。

6 【希望】

精神障がい者の家族の Family Resilience のコアカテゴリーとして、【希望】を抽出することができた。

【希望】とは、将来に対して明るい見通しを持つことである。家族は、Family Resilience を語る中で、【希望】について言及していた。

これにはカテゴリーとして、『将来像を描く』『病者の将来の生活に見通しが立つ』『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』が含まれた。

1)『将来像を描く』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『将来像を描く』を抽出することができた。

『将来像を描く』とは、これから先の人生において目指す姿を描き、その姿を諦めずに描き続けることである。家族は、Family Resilience を語る中で、『将来像を描く』ことについて言及していた。

これには、＜目標を持つ＞＜諦めず希望を持ち続ける＞が含まれた。

(1) ＜目標を持つ＞

目標を持つとは、こうなって欲しい、こうなりたいというこれから先の人生において目指す姿を描くことである。

現在、病者を施設に入所させている家族は、現実と幻聴の区別がつかない病者に対して、

「だから、(治療でなくても)幻聴が出ても本人がこれは幻聴と気づいてくれたらそれでいいと。・・・幻聴と現実が区別できるようになったら、それで生活できるんですよと言うからね、あーそうってくれたらいいんじゃないかなと思ひよったんですよ。(ID11)」

と、幻聴へのマネジメント力が付き、自分で生活できるようになることを期待し、目標にしていた。

また、別の家族は、現在まだ先の回復も見えない状況であるが、

「まあここまでいつか良くなる、良くなった時、どういう風になるんか本当わからないんですけど。えー、他の人のサポートをして欲しいと思う。でないと、えっと、あんまりにも可哀そうやから。あの一困つとる人一杯おるから。(ID16)」

と、病者の病状が安定した折には、この経験を活かして困っている他者をサポートできる人になって欲しいという目標を持ち、将来像を描いて希望を持っていた。

さらに別の家族は、薄皮を剥ぐように回復し、やっと通所施設に通えるようになったが、人前でマスクを外せない為に、ミーティングや飲食を伴う場面に参加できない病者に対して、

「絶対に皆の中では、マスクを取って飲んだり食べたり出来ないから、合同新年会とか何とかは皆パス、“今日休む。行かん”って。ミーティングも駄目。・・・まあ望みは、みんなと一緒に食べられたらね、もっと世界が広がるしね。・・・誰か友達が出来たらなーって。まあそれにはこっちが焦って

も仕方がないし、あの子が感じてね、慣れていくしかないし、ただ通い続けて欲しいなーって。(ID12)」

と、まず通い続ける事を、そして通い続けるうちに、友人が出来たり世界が広がったりすることを期待し、目標にして希望を持っていた。

(2) <諦めず希望を持ち続ける>

諦めず希望を持ち続けるとは、厳しい状況にあっても、描いた将来像に向かって諦めずに希望を持ち続けることである。

病者の回復を願いつつ、回復の限界もぼんやりと感じ始めた家族は、

「希望を持ってもしょうがないかもしれないけれど、やっぱり希望をもってそれに向かって行ったら子どもがちょっとでも、ねえ、半分くらいまでしか良くならないものがもう少しでも上に行くんじゃないのかって。(ID17)」

と、諦めずに希望を持ち続けていれば、諦めてしまった時よりもよい結果に繋がるという希望を持っていた。

また、初めて家族会に参加したところ、参加している家族が高齢であったことから、病気との付き合いが長期戦になることを感じ取り不安を抱いた家族も、

「私そこまでは嫌なんですけど。何とか回復してもらいたいという願いがありますよ。・・・願望は持っておく方がいいでしょ、無理だと思わずにね。(ID4)」

と、諦めずに希望を持ち続けていることを語った。

このように、家族は、将来像を描くことで希望を持っていた。病気との付き合いが上手くなることや発病という経験を他者のために役立てられるようになって欲しいといった目標を持ち、将来像に向かって、諦めずに希望を持ち続けていた。

このように、将来像を描き希望を持つことが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

2『病者の将来の生活に見通しが立つ』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『病者の将来の生活に見通しが立つ』を抽出することができた。

『病者の将来の生活に見通しが立つ』とは、将来病者が何とか生活していけるという見通しが持てることである。家族は、Family

Resilience を語る中で、『病者の将来の生活に見通しが立つ』ことについて言及していた。

これには、＜病者の安定から将来に希望を持つ＞＜将来を託せそうな人や場が見つかる＞＜将来の経済的な見通しが立つ＞が含まれた。

(1) ＜病者の安定から将来に希望を持つ＞

病者の安定から将来に希望を持つとは、病者の生活や病状が安定したことによって、この先もこのようにやっていけるのではないかと将来に希望を持つことである。

長い間症状と格闘してきた家族は、

「ほんと嫌になっちゃう。嫌になっちゃうけど今は私、あんな息子を抱えてるけどね、今は幸せです。本当。やっと平穏を取り戻した形という感じではあります。・・・病気を持っているといっても、一応、平たい状態になってるし、2人で二人三脚してるようなもんだねって、2人で言ってるんですけどね。それが言えるという事は幸せでしょう？(ID12)」

と、病者の症状が安定して家族に平穏な日々が戻ってきたことに安堵し、満足していた。

また、全ては病者のためにと思いを一つにして歩んできた別の家族も、

「いろんな所に顔を出していく、ボランティアさんに助けてもらったり、そうやっていろんな事にうちのは出て行ってますんでね。皆さん(病気を)知った上で色々支援をしてくださって、仲間に入れてくださっていますから、まあまあ今は、今のこれで行ってもらえれば。(ID1)」

と、長い経過を経て、障がいを持ちつつも周囲の人々に支えられながら社会の中で病者の居場所ができている様子に満足し、病者が将来何とか生活していけるのではないかという見通しが立つことで希望が持っていた。

(2) ＜将来を託せそうな人や場が見つかる＞

将来を託せそうな人や場が見つかるとは、病者の将来を見守り、支えてくれそうな人や場所が見つかることである。

長い間引きこもっていた病者を家族だけで支え続けた末に、やっと専門職や通所施設に繋がって、暖かく支えられた経験をした家族は、

「ただこんな風にして、これからどんどん歳をとるけれども、心配せんでもいいよ。あそこに行ったら助けてくれる人が一杯、沢山いるからね、全然心配せんでもいい。(ID12)」と、思えるようになり病者にも伝えていた。そして、家族の他にも病者のことを見守り、支えてくれる人や場があることが分かり、
「後はもう何年かかろうが通っていたら助けてもらえる(ID12)」

と、将来を託せそうな人や場が見つかったことで、病者の将来の生活の見通しが立ち希望に繋がっていた。

また、病状が悪化すると暴力を振るう病者を受け入れられないと考えていた時に、医師から訪問看護を勧められ利用をはじめた家族は、

「退院するといっても・・・順々に骨を折ったりどうこうしてきてるからね。肩を痛めた時もそうでしょ、腰を痛めた時も（病者は）悪気がないけどよね。そういう事があるから、これは絶対に、1対1では・・・親戚には頼られない。訪問看護という手があるのかと、これは本当に救われました。・・・親族とかそういうものを頼れない時代ですよ。そういう時代に、こういう制度というのはありがたいと思います。(ID8)」

と利用可能な資源が見つかったことでこれからの見通しが立っていた。加えて、信頼に足る看護師と出会うことが出来たことから、
「何かがあったらA看護師に頼みなさいねとは言ってるんです。(ID8)」

と、病者の将来を託せそうなA看護師が見つかったことで、病者の将来の生活に見通しが立ち、希望が持てていた。

(3) <将来の経済的な見通しが立つ>

将来の経済的な見通しが立つとは、病者が将来経済的に困らずに暮らせそうだという見通しが持てることである。

障害年金を受給している家族は、

「たぶん本人が食べるだけだったら食べられると思うんだけどね。年金生活だからね、本人は。障害者年金で。障害者年金で生活をしてもらえれば、贅沢はできんけれど。(ID11)」と、贅沢は出来なくとも障害年金で、病者一人食べていくだけであれば心配ないだろうと、経済的な見通しが立っていることを語った。

このように、家族は、病者の将来の生活に見通しが立つことで希望が持てていた。家族は、いつまでも自分たちが病者の世話をし続

けることが出来ないことを理解している。したがって、将来病者の生活が成り立っていくかどうかは、大きな心配事である。生活や病状の安定、専門職との出会いや利用できる社会資源が見つかることで、病者の将来の生活が何とかなるという見通しを持てることが希望に繋がっていた。

このように、病者の将来の生活に見通しが立ち希望が持てることが、精神障がい者の家族の Family Resilience を構築していた。

3)『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』

精神障がい者の家族の Family Resilience のひとつのカテゴリーとして、『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』を抽出することができた。

『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』とは、医学が進歩しこの病気の治療が出来るようになることや、社会全体の障がい者への理解の深まりや社会制度の充実に望みを持つことである。家族は、Family Resilience を語る中で、『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』ことについて言及していた。

これには、＜医学の進歩に望みを持つ＞＜障がい者理解の深まりに望みを持つ＞＜社会制度の充実に望みを持つ＞が含まれた。

(1) ＜医学の進歩に望みを持つ＞

医学の進歩に望みを持つとは、治療法の進歩によってこの病気が治ったり、症状が穏やかになるよう望みを持つことである。

病者を入院させた際に、治療法が変化していると感じ取った家族は、

「今までは、閉鎖ばかりだったような記憶があるんですけど。だいぶ開けてきたかなと思って。・・・計算しているのを見たり、塗り絵をさせてみたり。あーこんな事もしてるんかーと思って、もうただ入院をさせて閉じ込めているだけという昔からいうイメージがあったんですけど、それも無くなってるし。(ID13)」

と、治療法が進歩していることを感じ取っていた。

また、発病当時、一生病気と共に生きていくよう医師に説明された家族は、

「このメカニズムが解明されて、いつの日かこの病気が回復する時が。昔、結核は治らないと言ったじゃないですか、でも今はどうですか、元気に社会復帰できるようになっています。だから一概に言えないけれど、そんな例もあるわけですから、これで一生治らないと、共にしないといけないと言う

ことが、僕らには障がい者を持つ家族には、ちょっと理解ができませんと。僕は精神科の人は、お父さん頑張ってください。お母さん頑張ってください。必ずこのメカニズムを解明して、一生懸命努力をしていますし、回復できる方法がありますから、ひとつ夢を持って頑張ってくださいよと、こういう風に言っ
てほしい。親に対しては。(ID1)」

と述べ、この病気は治癒しないと言い切った医師の言葉に対して、結核を例に挙げて、今は治癒不可能な病気であっても医学の進歩によって治る時代が来るかもしれない。家族が望みを持てるように説明して欲しいと医学の進歩に望みをもっていた。

(2) <障がい者理解の深まりに望みを持つ>

障がい者理解の深まりに望みを持つとは、障がいや障がい者への理解が深まり、社会が成熟していくことに望みを持つことである。

社会の障がい者理解に対して、家族は、

「昔よりはちょっと良くなったかな、皆に知られるようになって、病気自体も少しは理解されてるんじゃないかな。見る人によってはね。そういうのが全然なかったでしょ。(ID18)」

「そうですねー、少しずつですけど、何となく、ちょっとずつ、生きているうちに変わってくれるのかなーみたいな。ほのかーな、ほのかーな、本当にね。まだ、一条の光とまではいきませんけれどね、世の中捨てたもんじゃないなみたいな気分で、はい。(ID5)」

と、少しずつ社会が変わってきていることを感じ取り、更に、

「もうちょっとね、障がい者でも普通に働いている人は働けるんだから、偏見の目で見ないで働ける職場があればねー。(ID18)」

「でも、そういう(病者をちょっと変わった目で見ると)人もね、今頃色々なイベントをして、統合失調症の劇もしてくださったりするじゃないですか。あんなのを見てくださったり、それで小さい時から教育の一環として、それを広めていくというか。何の先入観もない、綺麗な真っ白な気持ちの時に、学校でみんなを集めて言って頂いて、病気に対する理解が深まっていったら世間も変わってくるよーねと思って。(ID5)」

と、今後障がい者理解がさらに深まっていくことに望みを持っていた。

(3) <社会福祉制度の充実に望みを持つ>

社会福祉制度の充実に望みを持つとは、精神障がいに関する社会福祉制度が少しずつ充実していることを感じ取り、今後さらに充実していこうと望みを持つことである。

社会福祉制度に対して、家族は、

「今、保護義務が1番関心があるところなんですけれどもね。ああしてね、もう何十年も昔から言よる事でもね、何十年かかってね、ほんの少しでも扉が開いていきよるんじゃから、悲観したもんじゃないと思ってね。・・・少一しずつですけど、障がい者のいろんな施設とか、出て行ける場面も出来てきたりして変わってきよるから。もしかしたら悪い事ばかりないんじゃないって思ったりしてね。(ID5)」

と、家族を取り巻く社会が変化してきたことを感じ取り、社会の中で家族が心配なく生きていけるように、社会福祉制度のさらなる充実に望みを持っていた。

また、別の家族も

「なんか制度もどんどん出来てきてるっていうのを見ると、うーん（安心できる）と思って。(ID13)」

と、社会が動いている様子を感じ取り、今後も良い変化が続くであろうことを予測して望みを持っていた。

このように、家族は、医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持っていた。何よりも病気の治療法が見つかることに期待していた。それがまだ無理だとしても、少しずつ社会が変化していることを感じ取り、今後、障がいや障がい者理解が深まること、社会制度が充実することに対して望みを持っていた。

このように、医療福祉の発展と社会の成熟に期待して望みを持つことが、精神障がい者の家族の **Family Resilience** を構築していた。

以上のように、家族は『将来像を描く』『病者の将来の生活に見通しが立つ』『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』ことで希望を持っていた。希望が持てることが、厳しい状況の中に光を与え、厳しい状況の中に踏みとどまり、諦めずに前に進む原動力となって精神障がい者の家族の **Family Resilience** に繋がっていた。

家族は、病者の現状を客観的に捉えて、状況に応じた目標へと変化させて将来像を描いていた。自室にこもり食事もしなくなった病者に対して、「あーもう生きていてくれさえしたらいいわ。(ID12)」と思っていた家族は、病者の変化に応じて「(通所施設の) みんなと(食事を)一緒に食れたらね。」「誰か友達ができたらな。」と希望を変化させていた。その一方で、「まあそれにはこっちが焦っても

仕方がないし。」と病者を焦らさず、家族も焦らず気長に構えている、つまり希望を持ち続けていることを語っていた。また、家族は、障がい者理解の深まりや社会制度の変化、病者が将来何とか生活していけると思えるような安心材料を感じ取ることができると【希望】を持つことが出来ていた。病者が回復する姿はこの先の変化を予測させ家族に希望をもたらししていた。入院といった一見危機的にも思える状況であっても、入院によって家族が病者の回復を実感し、「この子なんとかなるなー。(ID2)」と希望を持つ機会になっていたり、信頼できる専門職との出会いがその後の家族の希望の種になっていたりもした。

Family Resilience の【希望】の側面を強く語っていた家族の例として、ケース 12 をあげることができるので、ケース 12 の【希望】について説明をする。

この家族は、10 歳代半ばの引きこもりから病者の世話が始まり、その間に発病していた家族。引きこもりが始まった時、布団をかぶったまま部屋から出てこられず、食事もとらずに 3 日ほど過ごした経験を持ち、その時に、もう生きてくれさえすればいいと思ったと語る。

現在、引きこもりからは、20 年あまりが経過している。引きこもりの間は、家族だけで孤軍奮闘していたが、転勤を契機に病気の診断がつき、同じような状況下にある他の家族と繋がり、病者の引きこもりも改善されてきた。

長期間自宅に引きこもっていた病者が、家から出られるようになったことについて家族は「ちょうど時期が来てたのかもしれない！自分でも何とかしなくてはという気持ちが育ってきてたんだと思う」と喜んでいた。その後も薄皮を剥ぐように変化が続いた。病者の病状が安定し、施設への通所が継続できているだけではなく、病者の中に何かしたいという気持ちが芽生えてきていると感じられたことは、家族が思ってもいなかった嬉しい変化であり、このことは家族に大きな喜びと希望をもたらしした。このような変化に加えて、周囲に自分たち家族を支えてくれる人が大勢いると認識できたことが、『病者の将来の生活に見通しが立（つ）』ことにつながって、家族に希望をもたらししていた。家族はこのように希望を基盤として Family Resilience を獲得・発揮していた。

転勤を機に保健センターに連絡をとったのが、希望への第一歩であった。それまでは、病者と父母の 3 人での奮闘だったため、他者が関わってくれたことに対して、「私本当にありがたかったの。3 人だけの世界だったから、そこに他人が入ってきてくれることがいかに嬉しかったか。もう、本当に嬉しかったの」と述べている。その

後、様々な専門職とも出会うことになり、病者は社会復帰施設に繋がった。引きこもった病者の部屋の扉が1cm開くのに1-2年かかったという経験をしてきている家族にとって、病者が1年間も施設への通所を継続できたことは驚きであるとともに大きな喜びであった。そして、通所後1年が経過し、病者が何か軽作業をやってみようと思っていると話したことに對して、「私はじめて聞いたんですよ！そんな気持ちが出てきてるって。嬉しかったですねー。」と喜びを語った。このように病状の安定とそれに伴う病者の変化は、家族にこの先も病者が変わっていける事を予測させ、厳しい状況の中に留まって諦めずに前に向いて進みFamily Resilienceを獲得・発揮する原動力となっていた。

この家族は、病者が家を出て社会復帰施設に通うためには、病者なりの儀式があり、その儀式のためには、11時半きっちりに昼食を準備する必要があると分かり、その流れを崩さないために、毎日時間通りに病者の為に食事を整え、声をかけていた。そして、この毎日の積み重ねの先に、病者が「皆と一緒に食事が出来るようになり、世界がもっと広がる」こと、「友達ができる」こと、「自分が楽しいことを見つけてやれるようになる」ことを願い、『将来像を描く』いていた。過去に孤軍奮闘した経験を持っている家族であるため、自分たちを支えてくれる人々が身近に居ると感じられることは、将来病者がこの人々に支えられながらやっていけるという希望にもなっており、このことは「あそこに行ったら、助けてくれる人が一杯、沢山いるから、全然心配せんでもいいと思えるようになった」と、『病者の将来の生活に見通しが立つ』ことに繋がっていた。その結果、「自分たちも何か今はそれで落ち着いた気持ち。それと夜、寝られるようになった」と、安寧がもたらされたことを語った。

この家族は、病者の変化や周囲からの支援によって、『病者の将来の生活に見通しが立つ』ち、『将来像を描く』ことができていた。このような希望が、厳しい状況の中にあってもその場に居続け、諦めずに前に進む原動力となりFamily Resilienceの構築に繋がっていた。

7 精神障がい者の家族のFamily Resilienceのコアカテゴリーの関係性

精神障がい者の家族のFamily Resilienceのコアカテゴリーとして、【家族の守り】【コントロール】【社会に向かって家族を開く】【病気との対峙】【認知の転換】【希望】の6つが明らかになった。この中には、24のカテゴリーとそれらを構成する73の概念が含まれた。そして、これらは家族がLiving Systemとして、上位システムである社会の影響を受けながら【家族の守り】、状況の【コント

ロール】を行いながら、【社会に向かって家族を開く】Living System 力発現の局面と家族員が長期に渡る健康問題を抱えたという状況に対して、時間経過や上位システムとの関係性の中で、【病気との対峙】【認知の転換】【希望】を持つ力、つまり家族内のエネルギーを創生するような Competency 発現の局面から成り立っていた。(図 2)

これらのコアカテゴリーの出現に、一律なプロセスは見いだせなかった。複数の同時に組み合わせられたり、時間経過の中で生じる出来事によって突然出現したり、時には行きつ戻りつしながら出現していた。プロセスというよりは、むしろ時々の家族の状況に応じた取り合わせであり、また、ひとつが発動することで、次の発動が引き起こされるような繋がりがあった。つまり、これら 6 つのコアカテゴリーは、状況に応じて柔軟に組み合わせられて出現し、全てが関連しあっていた。

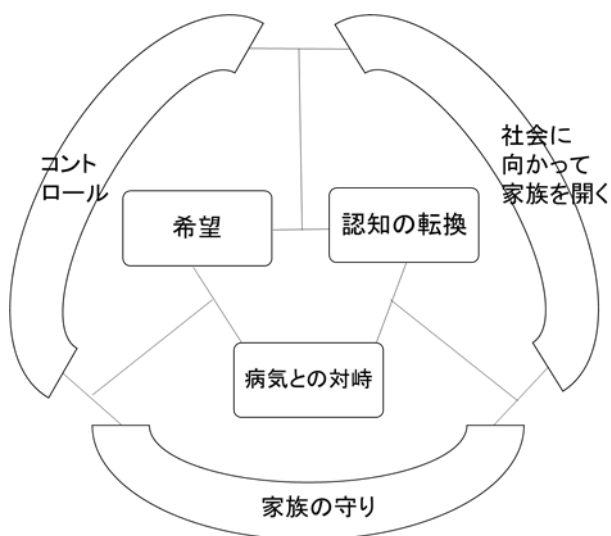


図 2 精神障がい者の家族の Family Resilience 結果図

このことを 2 つの家族を例に説明する。

まず、家族外との相互作用によって、次々に様相が変化した例としてケース 2 を説明する。

病者に変化が生じ始めたころ、家族は一体何が起きているのか理解できなかった。状態が良かったり悪かったりする上に、何もしていないのに“しんどい”と言う病者を、甘えている、怠けていると捉え、注意したり諭したりして時間が過ぎた。眠れないといって受

診・服薬を続けていたが、診断名は告げられておらず、誰も知らなかった。

そのうち自分の部屋に閉じこもり疎通が取れなくなり、「自分は役に立たない存在」「死んだ方がいい」と発言したり、アルコール多飲をするようになった。何とかこの状態を改善して直してやりたいと思いつつも、人に知られたら恥ずかしい、知られないようにと【コントロール】しながら、食事食べてもらうために、疎通を取るために家族は手さぐりで【病気との対峙】を行っていた。そのうち、家業に関する懸案事項の発生や他の家族員の介護が必要になったりといくつもの困難状況が重なり、家族が体調を崩して病院に運ばれた。様子がおかしいと気づいてから10年近く経った頃、家族だけではどうにもできない状況となって、家族で会話し、病者を気遣い【家族の守り】を行いながら【社会に向かって家族を開（く）】き、話を聞いてくれる専門家を探したのをきっかけに、保健師を紹介され訪問が始まった。保健師の病者への対応方法を真似たり、保健師に教わったりしながら、これまでの家族の【病気との対峙】の仕方を変化させ、次第に病者に合ったやり方で【病気との対峙】が出来るようになった。自分たちの対応次第で病者に変化するということを実感し、【社会に向かって家族を開（く）】いたこと、その結果新たな【病気との対峙】方法を獲得できたことを本当によかったと感じていた。その後の初回入院時に、初めて診断名を告げられた。入院して、病者が回復していく様子は、家族に【希望】を与えていた。病院から家族会を紹介され、さらに【社会に向かって家族を開（く）】いて家族会に入会し、同じ立場の理解しあえる仲間と繋がった。家族会で知識を得ることは【病気との対峙】や病者への期待を高め過ぎない【コントロール】、病者の立場に立って考える【家族の守り】に役立ち、【認知の転換】も引き起こしていた。例えば、苦勞しているのは自分たちだけではない、また、今まで恥ずかしいと思っていた病気が恥ずかしい事ではないのだという新たな視点を得ることや、家族会活動を通して内気だった自分たちが気持ちを表現できるようになった、家族員の発病は辛いことであったが、この経験を通して家族同士思いやりが持てるようになったという意味付けであった。この家族は、家族会入会後も病気のことを知られたくない思いは続いていたが、ある日、知人から体調の悪さを気遣われ、その時思い切って同じ立場の家族以外に対しても【社会に向かって家族を開（く）】き、家族員の発病を告げた。知人からの反応は、どこの家庭にも悩みはあるもので、悩みのない家庭など無い。自分にも悩みはあるというものであり、この知人の反応によって、そんな考え方もあるのかと新たな視点を得たことで【認知の転換】が起こり、それ以降、家族会以外の人にも病気の話ができるように

なっていた。現在、病者のやさしさやまじめさを認めて情緒的に繋がって【家族の守り】を行いつつ、就労支援施設への通所もままならない病者を他者と比べてはつい期待してしまうことに対して、期待を高め過ぎてはいけないと【コントロール】していた。そして、あれだけ苦しい事を乗り越えたので、これ以降ちょっと苦しい事があっても耐えられると【コントロール】できる感覚も語った。

このように、ひとつの変化が次の変化を呼び起こしたり、満足できる結果が得られることによって、ますますその力の発揮が強化されていた。また、病者の入院のように、一見家族の危機にさえなりうるような出来事であっても、その家族の文脈によっては、希望を持てることに繋がったりもしていた。

次に、介護者の交替で取り組み方が変化した例としてケース7を説明する。

発病時、病者の世話は母親がしており、働き盛りだった父は、帰りが遅く病者の顔を見ない日もあった。病気に対して、父親は診断直後から治らないと受け止めていたが、母親は、いくら通院を続けてもよくならず、むしろ悪化していく病者の様子から、次第に治ることはないのだと受け止めていった。母は、周囲に病気のことを知られることで家族が不利益に巻き込まれることがないよう【コントロール】して、家族としての役割を自覚する【家族の守り】のもと、通院の付き添いのみを続けていた。病者も外に出たがらず、家の中で家族だけが【病気との対峙】をしていた。

母親の死後、父親が病者の世話と家事を一手に引き受けることになった時を境に、この家族はこれまでのやり方を大きく変化させた。父親も家族としての役割を自覚する【家族の守り】は母同様であった。また、妻が亡くなり自分が病者の世話をしていくのだと、覚悟を決めて【認知の転換】をしていた。別に隠す必要のない病気だとして、近隣には病気のせいで迷惑をかけることがあるかもしれないと説明をして回り、仕事仲間には事情を話し、仕事を調整して病者を世話する環境を整えた。このように、一気に【社会に向かって家族を開（く）】いた。異性の娘の【病気との対峙】に戸惑うことも多く、早々に医師に対して求助行動を起こした。その結果、福祉専門職に繋がり、分からない事は全面的に専門職の支援を受けた方がよいとの考えから、助言に従う形でさらに【社会に向かって家族を開（く）】き、困難状況に応じた社会資源の活用が始まった。家族外の施設に初めて通所することになった病者に、これまでとは異なった好ましい変化が生じていることを嬉しく感じ、【社会に向かって家族を開（く）】いた結果だと満足できている。この結果、助言してくれた専門職への信頼もますます高まった。何か困った時にはその

人に相談すると述べており、【社会に向かって家族を開く】ことへの準備性がさらに高まっていた。この家族の【社会に向かって家族を開く】開き方は、助求行動を起こすことと社会資源の活用という点のみであり、同じ立場の仲間と繋がりたい、社会に働きたいと考えている訳ではなかった。発病当初から現在まで、病気が治るということは考えたことも無いと述べ、完治に関する期待は抱いていなかった。唯一の気がかりであった、自分がいなくなった後の病者の世話については、医師に相談したところ、色々な方法があるので心配しなくてもよいとの返答を得て、病者の将来の生活に見通しが立ったことで【希望】が持っていた。【社会に向かって家族を開く】き、家族に適した社会資源を活用し、病者の成長・変化や病状を捉えて病状の経過を監視する【病気との対峙】を行いながら病者との生活を続けている。

このように、家族構成員の変化や主に世話をする家族員が変化することによって、家族の様相は随分と変化していた。

この家族は、家族員の変化によって生じた困難を、主に【社会に向かって家族を開く】ことによって乗り越えたが、新たな次の挑戦が待ち受けていることを語った。発病からの時間経過に伴い、病者のきょうだい結婚し、病者の甥や姪が誕生した。甥や姪の成長に伴って、この新しい家族に病気のことを伝える時期がやってきたと感じている。誰が、いつ、どの様に伝えるべきか、これがこの家族にとって、今直面している新しい挑戦であった。

この2家族の様子からも分かるように、コアカテゴリーの出現に、一律なプロセスはなく、それぞれの家族、また時々の家族の状況に応じた取り合わせであり、状況に応じて柔軟に組み合わせられて出現し、ひとつが出現したことで次を出現させるといったように互いが関連しあっていた。

第 6 章 考察

I 精神障がい者の家族の Family Resilience

精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な構成要素として、【家族の守り】【コントロール】【社会に向かって家族を開く】【病気との対峙】【認知の転換】【希望】の 6 つが明らかになり、これらの要素は、互いに関連しあっていた。(結果 図 2 参照)

そして、精神障がい者の家族の Family Resilience は、大きく二つの局面から成り立っていた。第一の局面は、Living System 力の発現、第二の局面は、家族内のエネルギーを創生するような Competency の発現である。以下、順に考察する。

第一の局面は、家族がひとつのシステムとして、社会というより大きなシステムと相互作用しながら、Living System 力を発揮している局面である。

家族は上位システムと相互作用しながら、ひとつのシステムとして生き残ることが出来るようにその時その時の調和を獲得し、状況に応じて様相を変化させていた。本研究では【家族の守り】【コントロール】【社会に向かって家族を開く】という要素が主にこの役割を担っていると考えられた。

家族は、家族員の発病という出来事に遭遇した際、家族内の凝集性を高め、辛い経験をしている病者の立場に立って考え、家族として情緒的に繋がり、家族の役割を自覚し、家族の生活を守るという【家族の守り】を行っていた。同時に、家族内外の状況を【コントロール】していた。病気とは向き合わなければならないが、状況に巻き込まれ過ぎないように客観的に状況を整理分析したり、家族が潰れてしまわないよう家族の限界を見極めて、限界を超えないようにしていた。また、家族自身が病者に対して抱く期待を高め過ぎないようにも【コントロール】していた。さらに、精神障がいについて十分な理解が得られない、家族に不利益が生じると判断した状況下では、家族外との境界を閉ざして【社会に向かって家族を開く】事はしていなかった。

境界を硬くして外のシステムと関わりを絶つことは、時に厳しい状況を乗り切るために必要なエネルギーを蓄える有効な手段であるが、ひとつのシステムとして考えた時には、外界との交流なしに存続し続けることはできない。家族は、自分たちの力だけでは向き合えないと感じた時や状況への構えが変化した時に、また家族外から理解や支援が得られると感じられることによって次第に【社会に

向かって家族を開く】ことを行っていた。そして、【社会に向かって家族を開く】いた際に、外のシステムが示す反応によって、その後の反応の仕方を変えており、相互作用の有様が Family Resilience に影響を与えていた。Hawley (1996) や Walsh (1996) は、Family Resilience が家族員同士の関係性を超えて他の環境との相互作用の影響を受けることを、また、Walsh (2003/2006) も Family Resilience が多くの変数のユニークな構成に影響される家族ごとに独特なものであることを述べている。

入江 (2012) は、「家族のゆらぎ」に関する日本の家族の質的研究をメタ統合した結果、家族は、ストレスターとなっているライフイベントを基軸としてその周辺をゆらいでいること、「家族のゆらぎ」は、家族システムの変化を促進するための家族の力動的変化のプロセスであるから、ゆらぎを肯定的に捉えて、家族が揺らげる環境を作るよう支援することが必要だと述べている。また、家族は困難な出来事に遭遇した際、ゆらぎながら変化に対応しており、この家族のゆらぎには家族と環境、つまり家族の外的構図（地域社会、社会資源等）との相互作用が影響しているとも述べている。地域社会と家族の間にある境界のバリア機能が働くと、家族は地域との情報のやり取りが無く、閉鎖したシステムとなり、揺らげない家族になってしまう。また、境界のフィルタとしての機能が弱まると揺らぎすぎる家族になってしまう。精神障がい者の家族は主に【家族の守り】、【コントロール】、【社会に向かって家族を開く】ことをしながら、Living System として、適度に揺らぎながら社会というより大きなシステムの中で存続することが出来るように奮闘していると考えられる。

さらに、Living System として存続するためには、一時的な適応状態に留まるのではなく、状況に応じて変化し続けることが求められる。つまり、奮闘した軌跡を家族史に組み込みながら上位システムとの関係を再調整、再構築して調和を獲得し続ける必要がある。Family Resilience は、頑強で厳しい状況下で家族がダメージを受けないことでも、元通りに修復されることでもなく、しっかりとものがいた結果、より資源に満ちた状態となることである。その結果、将来の挑戦に備えることが可能となる (Walsh, 2006)。遊佐 (1984) は、家族システムの適応過程を、システム内外の変化に対応して、モーフオスタシス（システム内外の変化に対応して自ら変動していく）とモーフोजェネシス（システムとしてのある程度安定したアイデンティティを保持する）とが均衡状態を作り出そうとする過程とし、家族システムの安定状態に危機を及ぼす可能性のある発達的变化や偶発的变化に適応する過程は、システムに何らかの代償を伴うが、システムが存続していくためには必然的なプロセスであり、システ

ムの存続の為に有意義だと述べている。入江(2012)が述べている家族の揺らぎもこの力動的変化の過程といえよう。この過程は、家族が Living System として存続することが出来るように安定と変化を繰り返して調和を獲得し続けている姿である。このように奮闘した軌跡を家族史に組み込んでいく結果、一時的な適応状態を獲得するだけではなく、次の必然的・偶発的变化に備えることが可能な、資源に満ちた力強い家族へと変化していくと考えられる。このことについて、家族レジリエンスの概念分析を行った高橋(2013)は、帰結として「家族機能の新しいパターンの確立」をあげている。また岡野(2009)は、レジリエンスを「ストレスをポジティブな刺激として用いる力」と定義している。

野嶋(2005a)は、家族看護学では、家族を「個人-家族-地域社会」のダイナミズムの中で理解することが不可欠であると述べている。家族を一つの Living System として捉え、より大きな社会システムとの相互作用の中で Living System 力が発揮できるよう支援することが求められる。家族を Living System として捉えることが、看護にもたらしてくれる有効な視点は、いつ誰に働きかけても家族全体に影響を与えうる、つまり支援することが出来るということ、また、より上位のシステムである社会に働きかけることによって家族を支援することが出来ることである。実際、臨床の現場で、家族全員に出会う機会は少なく、また看護者が介入にふさわしいと考えるタイミングで出会うことも難しい。そのような限界の中で、可能な時に可能なやり方を選択してアプローチできるということは心強い。また、上位システムである社会への働きかけが家族への支援になるという点も、個人、家族への介入にとどまらず地域社会や行政に働きかけることの出来る看護職としては、支援の可能性が広がる場所である。

第二の局面は、家族内のエネルギーを創生するするような Competency の発現である。家族は長期に渡る健康問題を抱えたという状況を時間経過や上位システムとの関係性の中で、家族なりのやり方で扱えるようになるだけでなく、厳しい状況の中に留まって奮闘し続けることを励ましたり、奮闘する意味を見いだしたりしていた。家族内のエネルギーを創生する結果、家族は状況に向き合い続けることができ、また、向き合い続けられるからこそ Family Resilience の獲得・発揮が可能になっていた。Competency の古典的な定義は、ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性(Spener, 2011)のように、行動として表れる顕在的特性と行動を引き出す動機や思考パターンといった潜在的特性の両方を含

んでいた。しかし近年、この概念が用いられる領域が広がり、行動特性のみを Competency と定義している領域も存在している。概念の定義は多様であるが、好業績もしくはすぐれた業績につながる特性という点は共通している(加藤, 2011)。精神障がい者の家族に置き換えると、家族が困難な状況乗り越えることに貢献する特性と言える。本研究では主に、【病気との対峙】【認知の転換】【希望】を持つという要素が主にこの役割を担っていると考えられた。

森下(2012)は、慢性疾患をもち医療処置を行いながら1年以上在宅療養中の家族員と生活を共にする家族における Family Strengths として、9つの力を明らかにしている。家族は、家族特有な問題への探求行動や健康問題に適切に対処する「問題に対応する力」を発揮するにとどまらず、「信念を作る力」「家族の誇りを育む力」といったように、家族システムの内的エネルギーを生み出すような力も発揮していた。

精神障がい者の家族も、健康問題に対して【病気との対峙】を行い、【病気と(の)対峙】する力を獲得・発揮していた。家族員の突然の発病に揺るがされた家族は、家族員が呈する精神症状にがむしやらに向き合っていた。病状を慎重に捉え、治療脱落を防止し、知識を獲得しながら試行錯誤して病者にあつたやり方を獲得し、長期間に渡る世話を続ける一方で、病者の自活を目指して自活に必要な力を育てていた。奮闘することを通して【病気と(の)対峙】する力が獲得・発揮されていた。また、精神障がいの個別性の大きさ、先の見通しの立ちにくさは、いつも病気のことや病者の将来が気にかかり、家族が安堵できないことに繋がっていたが、このことに対しても、状況が不確定であり、この状況を変えることが出来ない以上、状況を受け入れ、状況に沿いながら、状況への構えを変化させるしかない。家族は、覚悟を決めたり、楽観的に向き合ったり、状況を異なる角度で捉えたりしながら、意味あることとして人生に意味づけて【認知(の)を転換】していた。さらに、将来に対して希望や目標は持つものの、発病前と同じ希望や目標ではなく、病者の状況に応じた現実的な希望・目標へと変化させ、これからの社会の成熟を望むといった【希望】を持ちながら、先の見えない不確かな状況の中に留まり、奮闘していた。三上(2010)は、精神障がい者を抱える家族のシステムとしての健康とコーピングとの関係性を一般家族と比較した結果、精神障害者の家族は問題焦点型コーピング(問題や状況を解決する)を用いる頻度が一般家族より多いにも関わらず、このコーピングだけでは家族システムの健康に影響を与えられず、主に影響を与えたのは情動焦点型コーピング(自らの情動を調節する)であり、物事の肯定的解釈が家族システムの健康を高める可能性があること、また、回避・逃避型コーピング(問題から

逃げたり諦めたりする)は、一般家族が用いても家族システムの健康に影響をもたらさないが、精神障害者家族が用いると「環境への適応性」という家族システムの健康を促進することを明らかにしている。家族が厳しい状況と向き合うことになった直接の契機は、家族員の発病であるから、病気と向き合い、病気を扱えるようになる力を高めることは当然必要である。しかし、精神障がいのように家族の奮闘が長期間に及ぶ時には、Walsh(2006)も、Family Resilienceを考える上での鍵の一つに、家族の価値信念システム(逆境の意味づけ、肯定的な捉え、超越性と精神性)を含めているように、認知の転換によって物事の捉え方を変化させたり、楽観的に向き合ったり、希望を持ち続けるといったように、自らを鼓舞して厳しい状況の中に留まり奮闘し続けることを励まし、厳しい状況の中にあっても奮闘する意味を見いだせるような力を高めていくことが不可欠である。これらは、森下(2012)も明らかにしている家族内のエネルギーを創生するような力であり、状況の中に踏みとどまって奮闘し、立ち上がっていくFamily Resilienceにとって非常に重要な力であると考えられる。これらの力が時間経過とともに様相を変えていたことは、奮闘によって獲得されうるものであることを意味する。古川(2004)は、コンピテンシーは学習できると述べている。この学習は必ずしも経験の種類や回数に影響されず、大切なのは経験の質であり、経験についての意識的で継続的な振り返りによって促進されること、自分自身の経験だけでなく他者の経験を取り入れることによって学習が進むことを述べている。

野嶋(2005b, 2012b)は、看護者が家族の力を信じることの重要性について繰り返し述べている。その上で、家族の力だけで解決できない状況下においては、看護者が家族の主体性を尊重し、潜在的な能力をエンパワーするという姿勢で支援する必要性があるとし、家族看護エンパワーモデルの中で看護介入の一つとして、家族の力の強化(育成)をあげている。精神障がい者の家族の力を強化するために、病気と向き合うための知識獲得を支援することは不可欠であるが、家族が【病気との対峙】【認知の転換】【希望】を持つといった力を発揮できている現状をフィードバックすることも役立つかもしれない。また、家族に体験を語ってもらう場を設けることもよいだろう。ビジネスの場の人材育成にレジリエンスの考え方を応用している久世(2014)は、人は他者に物語ることによって逆境の意味に気付くことが出来ると述べている。辛い体験に直面した時に近視眼的になることは、目の前のことにフォーカスを当てるという意味で問題解決にとっての役割があるが、次につながる知恵の学習をする意味では役に立たず、俯瞰的な見方が必要であるとして、他者に語ることによって体験を俯瞰し振り返ること、つまり内省することをレジリエン

ス・トレーニングに含めている。フィードバックによる発揮できている力への気づきや語りによる新たな意味の創生といった視点から精神障がい者の家族の Family Resilience を促進することが可能になると考えられる。また、精神疾患は慢性疾患であり少なからず再発が繰り返されることから、家族の自信や希望は揺るがされることが多い。1 回きりの支援ではなく、潜在的な力の活性化という意味も含めて長期的な視野での支援が必要だと考える。

精神障がい者の家族の Family Resilience を二つの局面から考察してきたが、精神障がい者の家族は、6 つの要素を家族の構造変化に応じて、また、その時々家族内の状況や社会との関係性に応じて、柔軟に取り合わせて発揮していた。

II 【家族の守り】

精神障がい者の家族は、困難な状況に立ち向かい乗り越えるために、『病者の立場に立って考え(る)』で『情緒的に繋がり家族として力を合わせ(る)』、『家族のやり方や日常を守る』ようにしていた。つまり、大切な家族の一員である病者を守り、絆を深め力を合わせて家族を守り、家族の毎日の生活を守っていた。また、『家族としての役割の自覚』をしていた。このようにして家族を守ることが、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であった。

家族員が突然の病に見舞われ健康問題を抱える事になった際、それまで家族の中でそれぞれが果たしてきた役割を再分担したり、移行する等の様々な家族調整を行うことで、病者の世話で家族が崩壊しないように調整していることが報告されている(安部ら, 2012; 田中ら, 2002)。精神障がい者の家族も同様に、病者の立場に立って考え、力を合わせながら家族の毎日の生活を維持して家族を守っていた。

高橋(2013)は、家族レジリエンスの概念分析を行い、属性として、家族の相互理解の促進、家族内・家族外の人々との関係性の再組織化、家族の対処行動の変化、家族内・家族外の資源の活用、家族の日常の維持の 5 つを抽出している。この中の、家族の相互理解の促進、家族内・家族外の人々との関係性の再組織化、家族の日常の維持がこの家族の守りと関連している。Black(2008)の行った Family Resilience の概念分析でも、属性として家族員の調和、コミュニケーションを抽出されており、Walsh(1996)も Family Resilience を捉える際の重要な視点として、オープンに情緒を共有する事を述べている。また、得津ら(2006)の家族機能尺度や大山ら(2013)の家族レジリエンス尺度においても、家族が共に支えあい協力することに関する「結びつき」が尺度の構成要素の一つになっている。野嶋(2005a)は、家族の特性として絆、情緒的な親密さ、情緒的巻き込

まれをあげ、家族の中で肯定的な情緒交流がなされると家族員はエネルギーを獲得することが出来ると述べている。このように、家族が病者の立場に立って考え、情緒的に繋がって互いの理解を促進することは、家族の凝集性を高め、力をあわせて困難状況に向き合うことに貢献する。そのため、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素だと考えられる。

また、家族のやり方や日常には、家族の信念や価値観が反映されている。家族がこうありたいと願うようにあれること、大事にしたいと思うことを大事に出来ることは、家族らしさを守り、厳しい状況下で生活を立て直すことに役立つと考える。何より、困難に立ち向かうためには、足場となる家族の毎日の生活が崩壊してしまうことなく成り立っていくことが不可欠である。家族や家族の生活を守るためには、以前と全く同じ形で守るだけではなく、状況の変化に応じて家族の信念や価値観に反しない形で生活を変化させる、言いかえるならば米国心理学会がレジリエンスを形成する方法の一つとしてあげているように、変化を生活上の一部分として受け入れていくことも必要である。この結果、家族がこれまでなかった新たな力を獲得することになる。

さらに、精神障がい者の家族は、病者の世話をし、病者が何とか社会でやっていけるようにすることを家族が当然担うべき役割、避けることの出来ない役割であると強く自覚し、その責任を引き受けて果たそうとしていた。精神疾患が慢性疾患であり、将来的に障がいが残るであろうことや社会の病気への無理解・誤解による偏見を肌で感じる事がこの自覚を強めていた。病者の世話や病者の自活に向けた力の育みを自分たち家族の役割だと自覚してその責任を引き受け、果たそうとすることは、Wagnild(2009)が述べている、運命の甘受/諦め、また人生の再建に関与して奮闘し続ける意思である忍耐にも相当する。

このように、家族の守りは、愛情や責任、共通の信念によって家族が一つに強くまとまることを通して、状況と向き合う足場となる家族と家族の生活を守る。そういう意味で、精神障がい者の家族の Family Resilience にとって欠かすことの出来ないものである。家族が必死に行っている家族の守りを尊重し、家族らしいやり方で家族を守れるように見守り励ますことが大切である。

Ⅲ 【コントロール】

精神障がい者の家族は、状況に立ち向かい乗り越えるために、『厳しい状況に巻き込まれないように(する)』、『不利益に巻き込まれないように(する)』、『家族の限界を見極め超えないように(する)』といったように状況をコントロールしていた。また、『病気の事だ

けに心を奪われない』ようにしながら、病者の病状安定に伴って次第に高まる回復への期待によって、病者と家族が苦しまないように『期待を高めすぎない』努力をして情動のコントロールもしていた。つまり、家族は病気の事を考えずにはいられないが、心を奪われ過ぎないようにする。立ち向かう努力はするが、家族の限界を超えないようにするといったように、立ち向かいつつも限界や限度を超えないようコントロールしていた。このように、状況や情動をコントロールすることが、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であった。

精神障がい者の家族は、不利益や困難に巻き込まれないように状況をコントロールしていた。具体的には、病気によって引き起こされることが予測される問題を事前に回避し、発病したことを周囲に知らせず、病者に関わらせないといったことであった。家族員の病気が公になることで被る不利益を回避しようとするのには、精神障がいに対する根強い偏見が影響していると考えられる。病気に対する理解の乏しさは、人々に病気に対する不安や恐れを抱かせる。平成 21 年度厚生労働科学研究こころの研究科学研究事業の一環として、精神障がい者の家族会に属する家族 1500 人余りを対象に早期支援・家族支援ニーズ調査が行われ(岡崎ら, 2010)、次のような結果が報告されている。この調査に回答した 87% の家族が、家族が病気になるまでに精神疾患について学ぶ機会が無かったこと、また、約 70% の家族が、まさか自分の家族が精神疾患にかかるようなことはない、病気のことを近所や親戚に知られてしまうのではないかと、本人が学校や職場で差別を受けるのではないかと等の思いから医療機関への受診を躊躇していたことが明らかになっている。家族だけではなく、社会全体が精神疾患に関する学習の機会に恵まれていないことが分かる。精神障がい者の家族は、家族員の発病という辛さに加えて、社会の病気への無理解・誤解による偏見という重荷も併せて背負うことになる。家族員の発病を受け止めて、病者と共にこのような社会の中で生きていくには、多くのエネルギーが必要となる。まだ状況に向き合うだけのエネルギーが満ちていない時期にある家族にとって、不利益や困難に巻き込まれないようにコントロールしてエネルギーを温存することは重要なことである。薬師寺(2002)は、心身症に伴う行動障害を持つ子どもとその家族が、困難を乗り越えるために 4 つの内的な強さと耐性を生み出していたことを報告している。その内的な強さの一つとして、家族が抱える問題の優先順位を修正して、受容の限界を設定するコントロール能力をあげている。このように状況をコントロールすることが、精神障がい者の家族の Family Resilience にとって重要だと考える。

状況に立ち向かい乗り越えるためには、その状況への一定ののめり込みが必要である。しかし、その一方で、状況に巻きこまれてしまわないように、また押しつぶされてしまわないように、状況との間に適度な心理的距離を保てることも必要である。米国心理学会は、強い感情や衝動を制御する能力が、逆境からの適応を促進すると述べている。また、Resilience 尺度を作成している小塩ら(2002)は感情調整を、Gartland(2011)は感情の洞察を、平野(2010)は、体調や感情などの条件に左右されコントロールしにくい部分を統御する力である統御力を尺度項目に含めている。情動をコントロールすることは、巻き込まれすぎず冷静さをもって状況と向き合うことを助け Resilience を促進する。

精神障がい者の家族は、家族ゆえに高まる病者への期待を調整する努力をしていた。森川ら(2004)は、当事者・家族は医療関係者と比べて、自立目標に対する欲求水準が高い事を報告している。家族は病者の病状が安定するにしたがって、病者への期待を高めがちになるが、高すぎる期待が病者にとっても家族にとっても負担になると気づき、現実的で無理のない期待を持つよう努力していた。川添(2007b)は、統合失調症の子どもを持った母親が、子どもの結婚、孫の出産、自立などを夢見ていたが、発症によって将来に抱いていた夢を諦める。しかし、諦めた夢を忘れることはなく、病状に回復の兆しが見える度に夢が膨らみ、病状悪化の度に夢を諦めることを繰り返していたと報告している。同様に、中坪(2010)も、家族が病状の波によって期待と不安の間を揺れ動いていることを報告している。期待が現実と乖離したものになると病者も家族も苦しい思いをすると分かるからこそ、家族は期待を高めすぎないようにコントロールしているのであろう。時に諦めることが必要にもなるが、期待や諦めない気持ちを持ち続けることは、家族の希望にも繋がり、家族が状況に立ち向かうことを後押しする。従って、家族が将来に期待はするが、期待通りにいかないことが繰り返されて無力感を抱く結果に終わらないように、より現実的な期待へと家族が期待をコントロールできるような支援が必要であろう。発病前に抱いていた家族の期待と全く同じではないかもしれないが、今の、この現実から持つことのできる新しい期待や夢もある。病者の小さな変化を捉えて家族に伝えることができれば、もう一歩先の変化が現実的な期待や夢になりえる。また、家族が抱いている期待や夢の方向に向かった小さなステップを提案することで現実的な期待や夢に形を変える事も可能である。それぞれの家族が、病者の回復状況に応じた期待や夢を持てるよう支援することが精神障がい者の家族の Family Resilience に重要である。

精神障がい者の家族の Family Resilience には、これまで述べてきた状況や情動をコントロールすることに加え、それらを一定コントロールできているというコントロール感を持てるようになることも重要だと考える。Zauszniewski(2009)は、コントロールできるという評価が、Resilience の保護的要因になると述べている。組織行動学を専門とする高木ら(2002)は、バンデューラが自己効力を集団に適応できる可能性について論じているとして、チーム効力感という考え方を提案し、事前計画型では対応できない仕事に取り組む社員のモチベーション理論として用いようとしている。企業と性質を異にする部分があるが、家族も同じ方向に向かって力を合わせる一つのチームとして捉えることができる。また、家族員の慢性疾患の発病という先の見えない状況への取り組みという点においても共通している。バンデューラ(1995)は、効力に関する信念は4つの主要な影響力によって育てることが出来ると述べており、その中の一つが他者から能力があると説得される社会的説得である。竹内ら(2013)は、健康障害のある子どもと家族のレジリエンス特徴と援助に関する文献を検討し、有効なサポートの一つに家族に備わるレジリエンスの認識の促進を挙げている。これは、家族に対して備わっている Resilience について言語的な説得をすることに等しい。このように、家族が自身の力に気づき、コントロール感を持てるようにすることも有効な支援となる。

状況や情動を家族が扱える範囲へとコントロールすること、また自分たち家族は何とかやれているというコントロール感を獲得していくことは、厳しい状況に立ち向かいやすくするとともに、向き合い続けることを後押しするという点において、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であると考えられる。

IV 【社会に向かって家族を開く】

精神障がい者の家族は、状況に立ち向かい乗り越えるために、家族だけで対処できない時やこのままでは対処できなくなりそうだという時に、相手を見極めながら『家族外の力を活用(する)』していた。家族自身の偏見を追い払って『病気を隠さない』努力をして、『理解しあい協働できる仲間と繋が(る)』っていた。そして、体験を語り、家族の姿を見せるといったように、家族としての体験を生かす形で『社会に働きかけ(る)』ていた。このように、社会に向かって家族を開くことが、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であった。

家族が社会の中で孤立しないことや、周囲から支援されるという体験をすることは、Family Resilience にとって重要である。家族レジリエンスの概念分析を行った高橋(2013)は、属性として家族

内・家族外の人々との関係性の再組織化、家族内・家族外の資源の活用を抽出している。また、家族レジリエンス尺度を作成した大山ら(2013)や得津ら(2006)は、家族が家族以外の人や社会的経済的資源を活用して家族の外とのつながりを獲得する社会的経済的資源を尺度項目に含めている。さらに、佐藤ら(2009)は、レジリエンス尺度に、ソーシャルサポートと社会性を含めており、入江ら(2011)は、知的発達障害児を抱える家族のファミリーレジリエンスを育成するための介入として、適応段階にある家族に対して、地域と家族を繋ぐ支援が効果的だとし、実践している。このように、家族が社会と繋がることは、Family Resilienceにとって欠かすことのできない要素の一つである。

しかし、家族が社会に向かって家族を開き、社会と繋がっていくには、時として勇気や決心が必要である。家族自身が病気を恥だと感じたり(六鹿, 2003)、スティグマによる困難(蔭山, 2012)を感じていたからである。家族を対象とした調査結果において、半数の家族が実際に近隣とのトラブルの為に肩身の狭い思いを経験し、1割程の家族は、そのために転居を余儀なくされていた(全国精神保健福祉会連合会, 2010)。これらのことを反映するように、家族の負担や経験の一つとして、孤立感・孤独感・孤立無援感(岩崎, 2004; 宮崎, 2001; 川添, 2005; 六鹿, 2003; 田中, 2008)が報告されている。また、精神障がいの場合、社会的な不利益に巻き込まれないようにしようと、発病を契機に家族の方から社会との繋がりを希薄にすることもあるため、発病初期の辛く混乱した時期に必要な支援が得られにくい。学校教育においても、精神疾患について教育されることが少なく、未だに精神疾患を一つの病気として理解する社会になっていないことが、家族を孤立させる結果を生んでいる。この事を示すように、岡崎ら(2010)の調査で、87%の家族が、家族や本人が学校教育の中で精神疾患について学ぶ機会があったら、病気になった時の初期の対応が違っていた、つまり学校教育の中では精神疾患について学ぶ機会がなかった、そして知識を獲得する機会があったならば今とは違った対応をしていたと回答している。家族は、孤立無援感を抱くような経験をしつつも、次第に社会との繋がりを取り戻し、自分の家族だけでなく他の家族の為に活動したり、社会に向かって働きかけるようになっていた。このように進んでいけるには、それぞれの家族に、そうしても良いと思えるきっかけが存在すると考える。越智(2010)は、ターニングポイントの概念分析を行い、構成概念として、喪失感を伴う感情、現実の認識、対処、過去のとりわれからの解放の4つを導き出し、移行、離脱、喪失を伴う出来事に対して、喪失感を示す感情が起こり、その出来事に対処する過程で、現実認識を繰り返し、過去のとりわれからの解放がおけると述べて

いる。これを精神障がい者の家族に当てはめて考えてみると、家族員の発病という出来事に直面し、家族で試行錯誤する中で、これまでのやり方だけでは通用しない現実や限界を認識し、信頼でき安心できる他者との出会い、助けられる経験をする事等によってこれまでこだわっていた考え方ややり方から解放されるということではないだろうか。

家族員に精神障がい者を抱えた家族として、社会とこれまでとは異なる関係を築き直すことは、家族が必要時に十分な支援を獲得することや励まし合える仲間との出会いを通して孤独感を解消することを可能にする。また、そのような中で状況への有効な向き合い方を獲得してゆく。これらのことが精神障がい者の家族の Family Resilience にとって重要だと考える。家族が境界を緩めて上位のシステムと交流すること、つまり【社会に向かって家族を開く】ことによって、多くの家族は前に向かって進む助けを獲得していた。しかし、このことは家族にだけメリットがある訳ではなく、社会にとっても大きな意味を持つ。家族が社会の精神障がいに関する理解を促進しようと意図的に上位システムに向かって働きかけている時にはなおのことである。家族が社会に向かって働きかけることによって、社会も精神障がいへの理解を深める事が出来る。統合失調症に関しては、精神病未治療期間（DUP）を短くすることの重要性が示されるようになった（鈴木ら, 2009; 辻野ら, 2010）。社会の精神障がいへの理解の深まりは、精神障がい者の家族が社会と繋がりながら、回復し立ち直っていくことに役立つだけでなく、他の家族を身体疾患同様に精神疾患に対しても備えさせ、早期の治療開始に結びつくことで、病者の臨床症状や社会機能の悪化を予防することにもつながる。

V 【病気との対峙】

厳しい状況に立ち向かい、それを乗り越えるには、家族の困難の源となった病気に対峙することが不可欠である。精神障がい者の家族は、病気に対峙するために注意深く病者の『病状の経過を監視(する)』しながら、ややもすれば通院や服薬が中断しがちになる病者の『治療脱落を防止(する)』していた。こうして医学の力の及ぶ範囲は、医学の力を借りつつ、医学の力が及びにくい範囲、つまり障がいとして残った部分に対しては、『病者の力を補いつつ育む』ことを続けていた。そして、『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得(する)』していた。このようにして病気と対峙することが、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であった。

家族が病状の経過を監視し、治療脱落を防止することは、病状の安定に欠かせないことである。病状の安定は、病者が入院を回避し

て地域で家族と生活することを可能にし、家族が病者の力を補いつつ育むことや試行錯誤しながら病者にあったやり方を獲得する機会をもたらす。高橋(2013)は、家族レジリエンスの概念分析を行った結果、属性として、家族の対処行動の変化を抽出し、危機的状況に対して家族がそれまでのやり方とは異なった方法が取れるようになることを述べている。家族が病者の力を補いつつ育もうと試行錯誤する中で、病者にあった世話の仕方を獲得し、より効果的なやり方へと変化させて病気と対峙することは、精神障がい者の家族の Family Resilience に重要である。病者にあったやり方を獲得するには、とにかく厳しい状況に向き合うことが必要であり、Rutter(1985)は、Resilience はストレスを回避しては生じない、ストレスに向き合う中で培われると明言し、状況に向きあい関与し続けることの重要性を指摘している。

精神疾患は身体疾患と比べ、病の軌跡に幅があるため、家族が一律に効果的な世話の方法を学ぶことは難しい。病者の注意深い観察に基づいて、試行錯誤を繰り返す中でコツを獲得していくことになる。逆に言えば、試行錯誤なくして、病者に合ったやり方を獲得することは出来ないということである。試行錯誤してコツを掴んでいくには、注意深い観察と同時に、知識を得て病気を理解していくことが非常に重要である。川添(2011)は、病気への理解の深まりが、統合失調症の子供を持つ母親の適応へのターニングポイントになっていることを報告している。近年、精神科においてもインフォームドコンセントが比較的丁寧に行われるようになったが、疾病や障害の受容のプロセスの初期に、混乱やショック、否認の段階があることを考えると(三沢, 1985; 上田, 1985)、家族の発病という衝撃的な出来事に直面している状況で、馴染みのない診断名が告げられても、自分たち家族に生じていることを理解するのは難しいと考える。精神障がい者を介護している家族に対する訪問看護師の支援内容を明らかにした豊島ら(2013)の研究では、8割強の訪問看護師が家族に対し、病状について納得するまで説明する、繰り返し説明するということを行っていた。この事からも、家族の病気の理解が簡単には深まらない事が推察できる。家族自身も知識を獲得するために努力をしているのだが、病気の事を容易に他者に聞いたり相談したりできないために、本やネットを駆使している家族も多い。渡部(2010)は、同じ立場の家族との交流を通して、家族の心の調整が出来て初めて、勉強した知識に血を通わすことが出来るのだと述べている。知識は言葉を介し、言葉は心を介して伝わるもので、人の心が知識に命を与えるのだと加えている。野嶋(2012a)は、看護職の教育的機能について述べる中で、対象を身近で支援できる強みを活かし、看護職が状況にアンテナを巡らし、適切な時と場を見定めて、

時の到来を逃さないよう援助していることを述べているが、知識が本当の意味で力になる時や場というものが存在している。病気との対峙に欠かせない知識を、適切な時に獲得し、見通しを持てるようになることは、病気との対峙を有効な方向へと向ける。また、病気から発生してくる家族の危機を予測し早期に対処すること、またそのような危機状況を回避することを可能にする材料を提供する。従って、家族が十分に力を発揮して病気と対峙できるよう、病気についての説明を折に触れて、繰り返し丁寧に行い、家族の心を整え、本当の意味で使える知識を獲得できるようにすることが、精神障がい者の家族の Family Resilience に重要である。

VI 【認知の転換】

精神障がい者の家族は、厳しい状況に立ち向かうために、この先長く続く病者の世話を偏見に負けず行っていくと『覚悟を決めて強く前を向(く)』いていた。そして、過去を振り返って悔やんだところで状況が変わらないし、この先何とかなるだろうと『楽観的に現実と向き合(う)』っていた。辛い状況下で近視眼的になり、自分の家族だけが大変な困難に見舞われていると思いがちになる中であっても『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』ことで、状況をこれまでとは異なった見方で捉えていた。そして、この人生で引き受けることになった『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』ことを行っていた。このように認知を転換することが、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であった。

物事の捉え方を転換することは、厳しい状況に向き合う際の有効な戦略である。Resilience や Family Resilience 研究において、逆境に意味を持たせる(Walsh, 1996)、意味深さ:人生には意味があり関与するに値すると認識すること(Wagnild, 1990)、心の持ちよう(Stark-Wroblewski, 2008)、楽観性(平野, 2010)といった様々言葉で、Resilience や Family Resilience に認知が関与していることやその重要性が述べられている。

家族は、精神障がいへの偏見が強い社会の中で、この先長く続くであろう病者の世話をしていくと決心し、腹をくくっていた。変える事の出来ない家族員の発病という現実を、捉え方を変えることで、耐えやすく転換していた。鈴木(2000)は、精神分裂病者の家族の幸福に関する価値観が、“人生での人並みの成功・才能の発揮が重要”から“人と比べない各々の幸福と安寧が重要”へと変化していたことを報告している。家族が病者を抱えたという状況は変わらないが、家族の価値観、つまり認知が変化したことで、家族が状況に応じた希望を持ち続けられていた。ラザルスとフォルクマン(1984)が、人と環境との相互作用がどの程度ストレスフルかを決めるのは、出来

事そのものではなく出来事に与える意味であると述べている。この考え方で説明すると、家族員の発病をストレスフルな出来事として一時的な評価をした後、楽観的に向き合ったり、多面的に状況を捉えたりしながら、人生にとって意味のある出来事であったと再評価していることになる。楽観的に物事を捉えることがレジリエンスにとって重要であることは、これまでの研究で明らかになっている(井隼, 2008; Zauszniewski, 2010)。今回の結果でも、家族は何とかなる、なるようになると楽観的に現実と向き合っていた。石川ら(2003)の精神障がい者の家族対処に関する研究においても、52-65%の家族が対処の方法として、楽観視(良い方向に考えるようにする、運命だと思って受け入れる、他者と比べて自分はよい方だと思うようにする、ユーモアを持つようにする)を行っていた。また、岩崎ら(1998)の同様の研究でも、家族が自身のケアとして、肯定的に解釈していることが明らかになっている。例えば、肯定的側面を認識したり、病者の状態が悪かった時と比較をしたり、もっと悪くなり得た可能性と比較することで、現在を肯定的に捉えるようなやり方である。そして、この事がケアへの取り組みを促進していたと報告している。本研究においても、多面的に状況を捉えることで、厳しい状況の中にある救いとなる面に気付いたり、精神疾患だけが辛いのではないこと、病気だけが人生上の困難ではない事に気付くといったように、あらたな肯定的な視点や大局的な見方を獲得しており、岩崎ら(1998)や石川ら(2003)と同様の結果が示された。

どれだけストレスフルであるかを決めるのが認知であるとする、認知の仕方や認知を転換する事は、ストレスフルな出来事に向き合う際の有効な戦略になり得る。野中は(2002)、家族の肯定的評価を導く7つの介入方法を述べているが、その中で、同じ体験者に支えられパワーを得られるように介入することや人生の意味を考え積極的に捉えられるように介入することについて述べている。誰しも自らの物事の捉え方には、癖や傾向があるため、この癖や傾向に引っ張られず、新たな見方に出会うには、同じ経験をしている仲間や専門職といった他者の力が有効かもしれない。野中(2002)は、仲間との繋がりについて、仲間と出会いたいと思う時期が家族によって異なるうえに、是非仲間が欲しいという家族もあれば、自分達だけで十分という家族もあるので、ニーズを判断し家族のタイミングに合わせる必要性があることを述べている。家族の気持ちやタイミングに合わせて、必要時には、異なる見方が存在するのだということを提案できるような支援が必要である。

以上のように、認知を転換して楽観性を持つことで家族が状況に行き詰ることを防ぎ、今までになかった新たな視点で状況を捉えて認知を転換することで心理的狭窄に陥るのを防ぎながら、自ら見出

した意味ある状況に向き合うことが、精神障がい者の家族の Family Resilience に重要である。

VII 【希望】

精神障がい者の家族は、目標を持ったり、諦めずに希望を持ち続けることで、『将来像を描(く)』いていた。『将来像を描(く)』きながら、『病者の将来の生活に見通しが立つ』ことや、『医療福祉の発展と社会の成熟に希望を持つ』ことで希望を持っていた。このように希望を持つことが、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素であった。

希望は、Family Resilience に欠かせないものである。それを示すように、多くの研究で希望の重要性が示されている。得津ら(2006)は、家族機能尺度の項目に肯定的な見通しを含め、小塩ら(2002)も精神的回復力尺度項目に肯定的な未来志向を含めている。砂賀(2011)は、がん体験者のレジリエンスの概念分析の結果、対処戦略の一つとして将来への希望を持つこと、人生の目標・生きがいをもつことを導き出し、Wagnild(2009)は、Resilience 尺度を用いて行われた 12 の研究を概観した結果、希望のなさは尺度得点と負の相関があり、人生の目的は正の相関があったと報告している。Zauszniewski ら(2010)は、精神障がい者の家族員の研究を概観した結果、希望を Resilience の一つの特性として報告している。

精神障がい者の家族研究動向を概観した半澤(2005)、中坪(2008)、田野中(2011)は、ともに精神障がい者の家族研究が、家族病因説に基づく研究、感情表出研究、ストレス・コーピング・モデルに基づく研究を経て、家族の体験を内面から理解しようとする研究が進められるようになってきていることを述べている。そして、今後は、専門職のケアによる家族の介護負担感の変容プロセス(半澤, 2005)、家族のケアを支えている要因(中坪, 2008)、家族のエンパワーメント、回復力、望みを支える要因(田野中, 2011)を明らかにする必要があると述べている。同様に、精神障がい者の家族研究を概観した高橋(2014)も、家族の持つストレスに焦点を当てた研究の必要性に触れている。家族を支え、家族の強みとなるものの一つが希望であろう。

鈴木(2000, 2001)は、家族の希望に焦点を当てた研究を行っている。その中で、家族が何らかの希望を持ち続けており、患者の回復への希望を失うことは無かったと報告している。そして、家族は幸福についての価値観の転換によって、時々患者の状態に応じて、柔軟に希望の内容を変化させ希望を持つことのできる能力を獲得していったこと、この希望が困難な状況にある家族への打撃を緩和し、現実に圧倒されることを防ぎ、家族の力を維持する役割を果た

していると考察している。また、岩崎ら(2003)も、時間軸上の展望が持てることが、家族のケアを支えていると報告している。時間軸上の展望には、障害者のよりよい未来の実現に対する願いが含まれている。具体的には、本人の未来の幸せを保証してやりたい、仲間と支え合いながら生きていけるといい、障害者が住みやすい地域にしたいといったことであった。そして、障害者のよりよい未来の実現に対する願いは、家族亡き後の障害者の将来に対する不安や悲観を内包しており、家族の不安に裏打ちされたものであるが、家族のケアに目標を与えることでケア継続を支えていると考察している。さらに、川添(2007b)は、統合失調症を持つ母親の対処過程を概念化した結果、未来に託す希望を導き出している。病気の易再発性や難治性を理解し、夢を実現することは難しいと知りつつも希望を持ち続け、将来の希望を留保して現実に向き合ってケアしていることを明らかにし、田中ら(2008)も、通院に家族の同伴が必要な程の状況にある病者を抱えた家族も希望を持ち、希望をつないでいたことを報告している。本研究でも、家族が希望を持って将来像を描いていることやこの先の医療福祉の発展や社会の成熟に対して希望を持っていることが明らかになった。さらに、米国心理学会は、レジリエンスの形成に、希望に満ちた見方を持つことが必要だと述べている。

これら多くの結果から、希望が実現可能なものであるか、またその希望の根底に何があるかは、家が置かれている状況によって様々であるが、家族に希望があること、あるいは希望を持ち続けることが出来るという能力を獲得することは、厳しい状況の中にいる家族の光となり、諦めずに前に進む原動力となるという意味で、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素だといえる。

家族が精神障害者をケアする経験に関する国内外の文献をレビューして、ケア過程における 12 の共通段階を明らかにした蔭山(2012)は、ケア過程の最終段階として、“現実的な希望”の段階を導き出している。その前段階には、“効果的な対処方法やシステムの活用”“病状の安定・慢性化”等が明らかにされており、病気を家族なりに扱えるようになることや病状の安定が希望に繋がっていくと推察される。

VIII 研究の限界

Family Resilience には、時間的経過が影響していると考えられたため、研究協力者の病者を世話している期間がばらつくよう協力依頼を試みた。しかし、病者を世話している期間が短い家族の中には、研究に協力するような心的状態には至っておらず、協力の得られないご家族も存在した。そこで、病者を世話している期間の長い

家族にも発病当時の様子について語っていただいたが、時間経過とともに過去の記憶に歪みが生じている可能性、及び何十年も経過した後まで強く記憶に残っている事のみ語られている可能性がある。従って、発病後、間もない時期にある家族の Family Resilience が結果に十分に反映されていないと考える。

また、精神障がい者の家族の Family Resilience にとって、社会に向かって家族を開くことは重要な要素の一つであった。本研究は、家族会、医療機関、保健センター、就労を支援する施設に家族の紹介を依頼したことから、今回協力の得られたご家族は、信頼できる仲間や支援者との出会いを得ることの出来た家族であったといえる。家族が病者へのケアの担い手としてではなく、病者同様に支援を必要としている対象であると認識されるようになった時代に実施されている、全国精神保健福祉会連合会の調査においてさえ、信頼して相談できる専門家がいないと答えた家族が約 3 割存在していた。したがって、そのような状況下にある家族の Family Resilience には、今回の結果とは異なる要素が存在している可能性がある。

最後に、本研究に用いた概念からの限界である。本研究の主要概念は、「Family Resilience」である。Family Resilience を明らかにするという視点からデータを収集し、結果を導き出し、考察を述べた。これまでに報告されてきた家族のストレスや負担に関する研究とは異なった枠組みで家族の状況を捉えており、肯定的、前向き、建設的な意味合いを持った要素が多く導き出されている。これらの要素は、家族の語りから抽出されたものではあるが、大切な家族員の発病に困惑し、厳しい奮闘の只中にある家族や終わりの見えない世話を続けていると感じている家族からすると、家族の状況や心情を十分に反映していない、もしくはそれらから乖離していると思える部分が存在する可能性がある。家族員の発病という厳しい現実の中で、家族が悩み苦しんでいないのではない。真剣に悩み苦しむ奮闘した経験無くして、家族の Family Resilience はない。本研究の成果を実践に応用する際には、この点を踏まえた活用が求められる。

IX 看護への提言

精神障がい者の家族が、家族員の発病の後、その家族なりの力を発揮しながら厳しい状況を乗り越えていることが明らかになった。本研究の結果から、4 つ看護への提言を行う。

1. 家族が自らの力を創生することができるよう支援する

健康問題の種類を問わず、家族員が健康問題を抱えることは家族にとって危機に陥る可能性を秘めた出来事である。まして、健康問

題が長期化・慢性化する場合、一時的な対応だけでは乗りきれない。また、慢性疾患の症状が軽快、憎悪を繰り返す中で疲れ果てたり、無力感を抱いたり、どこに向かって進むべきか分からなくなることも多いと考える。

状況が厳しく、その状況に向き合うことが家族の力を超えると思えるような時に、適切な相手に支援を求められることは家族の重要な力である。このような力に加えて、自らを勇気づけて厳しい状況下に踏みとどまって奮闘を続け、家族にとっての意味を見出して現実的な希望を持ち続けるといったように家族の内的エネルギーを生み出す力も重要である。

家族がそのような力を育み発揮できるように、看護は、家族が発揮できている力のフィードバックを通して自身の力への認識を促進することが必要である。また、家族が語れる機会を設け、状況を家族なりに意味づけられるための効果的な発問者やよき聞き手となる必要がある。厳しい状況下で意味を見出すことは簡単な事ではなく、決して性急に行うべきことではない。しかし、家族が家族史を踏まえて、今置かれている状況に対して家族なりに納得できるストーリーを紡ぎ、意味づけることが出来れば、さらなる力を創生することが可能になる。看護は、日々生老病死に寄り添いながら、目の前で生じている現象の理解や個人、家族の全体像の把握を行っている。この強みを発揮して、効果的な発問を行えるよき聞き手となることが出来れば、家族の力の創生に大きく貢献できるはずである。

2. 地域社会への支援を通して家族を支援する

精神障がい者の家族は、大切な家族員が発病したことで、戸惑い、困惑し、ショックを受ける。それに加え、多くの家族は、地域社会からの反応を憂慮しながら家族員の病気と向き合っていた。従って、家族システムが属しているより上位の地域社会システムへの働きかけを通して家族を支援することが必要である。

人は後天的にセルフケア能力を獲得する。生命を維持し安寧を獲得するために必要なこのセルフケア能力は、知識なくして獲得することができない。しかし、我が国において、自然の流れの中で精神疾患に関する知識を獲得することは難しい。身体健康については、教育機関や家庭の中で、また何気ない日常の中で怪我をしたり、身近な人が体調を崩して医療機関を受診するといった事を通して学ぶ機会があるものの、精神疾患について同様に学ぶ風土はいまだ醸成されていない。このことは、精神面の健康に関して、人々がセルフケア能力を十分に発揮することが出来ない事を意味する。近年、精神疾患についても早期発見、早期治療の有効性が強調され、薬物

療法だけではなく、その他の効果的なアプローチも試みられるようになったが、どれほど認知されているであろうか。多くの家族が、家族員が発病するまで病気のことを知らなかった、知っていたならば対応が違っていたと述べている。この現状が、家族を取り巻く地域社会の無理解や誤解の源にもなり、同時に精神疾患に対する社会の備えを不十分にさせている。近年、徐々にではあるが精神疾患や精神障がいに関する啓蒙普及が進んでいる。急速な情報化の中で、情報格差が問題になっているが、看護職には、地域や行政で活躍することができる職業的な基盤がある。この波を大きくして、そして偏りなく届けることで、人々がセルフケア能力を存分に発揮し健康的な生活を維持、促進することに貢献できる。さらに、精神障がい者を抱えた家族は、上位システムである地域社会の変化を感じ取っており、これが家族の希望にも繋がっていた。精神障がいに関する制度の変化や取り組みの実際等、社会が少しずつであっても確かに動いていると思える情報を家族に届けることも必要である。

3. 家族の力を信じつつ、奮闘に伴う苦労や痛みを十分に認識して支援する

本研究は、Family Resilience という概念を用いた研究であり、精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な要素を明らかにすることができた。しかし、Family Resilience という概念が、家族を強みの視点から捉えているため、実践の場で用いる際には、家族の状況や心情を十分に考慮した上での活用が求められる。これまでに家族のストレスや負担に関する研究で明らかになった家族の姿や心情、つまり奮闘にともなう苦労や痛みについて十分認識したうえで、家族が立ち上がる力を信じるという姿勢が必要である。また、Family Resilience を発揮できないことが家族の不十分な奮闘のせいであるという認識に至らないよう注意しながら、アセスメントの視点として、また支援の手がかりとして活用したい。

4. あらためて、きちんと家族と出会う

訪問看護のお蔭で穏やかな暮らしを取り戻せた、看護者を頼りにしているという声が聞かれた一方で、相談したい、または相談できる相手として看護が十分に認識されていないようでもあった。看護者が学び活用する理論は年々増加しているが、そのような中であっても対人関係に関する理論は変わらず大切にされている。互いの関係が出会いから始まることや信頼関係の大切さ等々、この道を進む者は必ず学び自らの実践に織り込んでいる。しかし、あまりにも自然に行われる看護が、その自然さゆえに対象者から支援として認識

されていなかったり、十分に家族の心に届ききらない場面があるのかもしれない。

家族が家族員の異変に気づき、もうこのままにはしておけないと感じた時点で医療に繋がっていることから、看護師は、早期に家族と出会い、支援することが可能な専門職だと言える。本当に困っている時に他者に理解され助けられるという経験は、その時だけではなく、その後、家族が看護と、そして社会とどのように向き合っていくのかの方向性を決める礎になる。家族に、安心でき、信頼できる相手として、また助けを求めることが出来る相手として看護の存在を認識してもらえるように、家族に看護職の姿を見せ、きちんと出会い、支援の可能性について繰り返し伝えていくことが、今の家族だけではなく長期的な家族の支援にも繋がると考える。

以上の提言も踏まえ、今後は精神障がい者の家族の Family Resilience 獲得への影響要因を明らかにすること、および、熟練看護師の臨床実践にちりばめられている Family Resilience 育みや獲得・促進に向けた支援を明らかにして積みあげることを通して、精神障がい者の家族の Family Resilience を促進するための看護支援ガイドラインを作成することが必要であると考えます。

第 7 章 結 論

精神障がい者の家族の Family Resilience の重要な構成要素として、【家族の守り】【コントロール】【社会に向かって家族を開く】【病気との対峙】【認知の転換】【希望】の 6 つが明らかになり、これらは互いに関連しあっていた。

そして、精神障がい者の家族の Family Resilience とは、「精神障がい者を抱えた家族が、困難状況と向き合うために、【家族の守り】、状況【コントロール】を行いながら、【社会に向かって家族を開く】き、【病気との対峙】、【認知の転換】、【希望】を持つという家族としての力を獲得・発揮し、家族として時々の調和を獲得し続けることであり、このように奮闘した軌跡を家族史に組み込むことである」と定義づけることができた。

精神障がい者の家族の Family Resilience は二つの局面から成り立っていた。

第一の局面は、Living System として、地域社会、社会といった上位のシステムの影響を受けながら【家族の守り】、状況の【コントロール】を行いながら、【社会に向かって家族を開く】ことであり、Living System 力の発現であった。社会との相互作用によって傷つきもし、救われもしていたが、家族を取り巻く環境を変化さるべく上位システムに働きかけていた。

第二の局面は、家族員が長期に渡る健康問題を抱えたという状況に対して、時間経過や上位システムとの関係性の中で、【病気との対峙】【認知の転換】【希望】を持つ力、つまり家族内のエネルギーを創生するような Competency の発現であった。家族は、家族員の病気を家族なりに扱えるようになるだけではなく、自らを鼓舞して厳しい状況の中に留まり奮闘し続けることを励ましたり、奮闘する意味を見い出したりしていた。

このような力を発揮して、変化と安定を繰り返しながら家族システムとして存続することが出来るよう調和を獲得し続け、奮闘した軌跡を家族史に組み込むことで一時的な適応状態の獲得にとどまらず、次の必然的・偶発的变化に備えることの出来る家族へと変化していると考えられた。

看護は、奮闘に伴う家族の苦労や痛みを十分に認識した上で、家族の力を信じ、奮闘することの出来る家族であるという捉え方をすることが必要である。その上で、肯定的なフィードバックを行うことによって、家族が発揮できている自らの力を認識することが出来るようにする、また、家族の語りを助けることによって厳しい状況

の中で奮闘を続ける意味を創生できるようにするという視点から精神障がい者の家族の Family Resilience を促進することが可能だと考える。出会うことのできた家族員に対する支援を積み重ねることが家族全体への支援に結びつくということを認識し、一時的な支援ではなく家族は変化していくという視点を持って、継続的に支援することが求められる。

今後は、精神障がい者の家族の Family Resilience 獲得への影響要因を明らかにすること、および熟練看護師の臨床実践にちりばめられている Family Resilience 獲得・促進に繋がる支援を明らかにして積みあげることを通して、精神障がい者の家族の Family Resilience 獲得・促進に向けた看護支援ガイドラインを作成することが必要であると考ええる。

謝 辞

研究の主旨をご理解いただき、貴重な経験を語ることを通して研究に参加してくださいましたご家族の皆様、大変ありがとうございました。研究への参加にあたって、皆様から「この病気のことがもっとわかるようになってほしいと思って」「この体験が誰かの役に立つのなら」「家族が早いうちにもっときちんと医療に繋がれるように」「もっと病気のことを理解してもらえる社会になるように」といったお声を聞かせいただきました。沢山の皆様のお力添えをいただき、研究として一つの形にまとめることが出来ました。この成果を看護が今後ますますご家族の皆さまのお力になれるよう実践と教育の場に還元し、社会への働きかけにも生かせるよう取り組んでまいります。

ご家族をご紹介くださいました家族会、医療機関、保健センター、就労支援施設の皆様、お忙しい中、大変ありがとうございました。皆様がお仲間やご家族と丁寧に築いてこられた信頼関係があっからこそ、ご家族と出会うことができ、お話をお聞かせいただくことが出来ました。

主研究指導教員としてこの日まで忍耐強くお導きくださいました野嶋佐由美先生、深く感謝申し上げます。先生の学問に対する真摯な姿勢に触れながら、身が引き締まる思いでした。折々に伝えてくださった言葉や論してくださった事柄一つ一つが、長い道のりの途中で思い出され、私の支えとなりました。これからも心して進んでまいります。先生の学生ひとりひとりに合わせた絶妙な伴走はとても真似できるものではありませんが、先生に添っていただいたようにこれから看護の道を志す学生の皆さんに添う努力をして、共に看護を考えていきたいと思います。

副研究指導教員として、研究計画書発表、中間報告、一次審査、最終審査といった大切な節目に、貴重なご助言と暖かな励ましをくださいました、宮上多加子先生、長戸和子先生、時長美希先生、田井雅子先生、大変ありがとうございました。ご助言を通して研究の過程に新たな風を吹き込んでいただきました。その風を感じながら研究を進めることが出来ました。

学生生活と研究を支えてくださいました、同期の皆様、高知県立大学の先生方、事務局の皆様、職場の皆様、友人・家族に深謝いたします。

引用文献

- 安部志穂、森本弥生、井崎亜紀ほか：病気の家族員を持つ家族の役割移行における役割遂行、高知女子大学看護学会誌、38(1)、77-86、2012
- American Psychological Association (APA): Assessing resilience The Road To Resilience.
(<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> 2012.01.26)
- Atkinson, P. A.、Martin, C. R.、Rankin, J. : Resilience revisited、Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing、16(2)、137-145、2009
- Bandura, A: SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES、1995、本田寛ほか、激動社会の中の自己効力感、金子出版、1997
- Barker, P. : Basic Family Therapy(second edition)、1986、中村伸一ほか、家族療法の基礎、23-45、金剛出版、1993
- Black, K.、Lobo, M. : A Conceptual Review of Family Resilience Factor、Journal of Family Nursing、14(1)、33-55、2008
- Bleuler, M. : The offspring of schizophrenics、Schizophrenia Bulletin、8、93-107、1974
- Cicchetti, D.、Blender, J. A. : A multiple-level-of-analysis perspective on resilience. Implication for the developing brain, neural plasticity and preventative interventions、New York Academy of Science、1094:248-258、2006
- Connor, K. M.、Davidson, J. R. : Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)、Depression And Anxiety、18(2)、76-82、2003
- Cook, K. V. : “you have to have somebody watching over your back, and if that’s god, then that’s mighty big” : the church’s role in the resilience of inner-city youth、Adolescence、35(140)、717-730、2000
- DeHaan, L.、Hawley, D. R.、Deal, J. E. : Operationalizing Family Resilience: A Methodological Strategy、The American Journal of Family Therapy、30、275-291、2002
- Dyer, J.、McGuinness, T. : Resilience: Analysis of the concept、Archives of Psychiatric Nursing、10(5)、276-282、1996
- Earvolino-Ramirez, M. : Resilience: a concept analysis、Nursing Forum、42、(2)、73-82、2007

- Freidman, M. M. : FAMILY NURSING Theory and Assessment、1986、野嶋佐由美ほか、家族看護学 理論とアセスメント、74-77、へるす出版、1993
- Friborg, O.、Hjemdal, O.、Rosenvinge, J. H. et: A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?、International Journal Of Methods In Psychiatric Research、12(2)、65-76、2003
- 藤野成美、岡村仁: 精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識をその関連要因、臨床精神医学、36(6)、781-788、2007
- 古谷智子、上郡博: 精神障害者の家族の心理的経過に関する研究、富山医科薬科大学看護学会誌、2、29-29、1999
- 古川久敬: チームマネジメント、156-174、日経文庫、2004
- Garity, J. : Stress, learning style, resilience factors, and ways of coping in Alzheimer family caregivers : American Journal of Alzheimer's Disease、12(4)、171-178、1997
- Gartland, D.、Bond, L.、Olsson, C. A. et: Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire、BMC Medical Research Methodology、11、134、2011
- Gillespie, B. M.、Chaboyer, W.、Wallis, M. : Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis、Contemporary Nurse、25(1-2)、124-135、2007
- Glaser, B. G.、Strauss, A. L. : The Discovery of Grounded Theory、1967、後藤隆ほか、データ対話型理論の発見、新曜社、1996
- グレッグ美鈴、麻原きよみ、横山嘉美江: よくわかる質的研究の進め方・まとめ方、73-84、医歯薬出版株式会社、2007
- Grotberg, E. H. : Resilience programs for children in disaster、Ambulatory Child Health、7(2)、75-83、2001
- Grotberg, E. H. : Resilience for Today: gaining strength from adversity: What Is Resilience? How Do You Promote It? How Do You Use It?、Praeger Published、1-29、2003
- 原郁水、水野由佳里、村田育世ほか: ブラジル人児童と日本人児童のレジリエンス(精神的回復力)の比較、IRIS HEALTH: 愛知教育大学保健環境センター紀要、9、7-15、2010
- 橋本真規、橋本陽介、熊井正之: 障害児を育てる母親のレジリエンスの実態 半構造化面接調査による質的研究、教育情報学研究、10、1-13、2011
- 波多野陽子: 精神障害者家族が認識しているソーシャル・サポートの実態、日本精神保健看護学科誌、13(1)、72-80、2004

- Hawley, D. R. 、 DeHaan, L. : Towerd a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives、Family Process、35、283-298、1996
- Hiew, C. C. 、 MORI Toshiaki, SHIMIZU Masuharu et: Measurement of Resilience Development、広島大学大学院教育学研究科学習開発専攻学習開発研究、1、111-117、2000
- 平野真理:レジリエンスの資質的要因・獲得的要因の分類の試み 二次元レジリエンス要因尺度(BRS)の作成 パーソナリティ研究、19(2)、94-106、2010
- 平野真理:中高生における二次元レジリエンス要因尺度(BRS)の妥当性 双生児法による検討、パーソナリティ研究、20(1)、50-52、2011
- 久松美佐子、丹羽さよ子:末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因、日本看護科学学会誌、31(1)、58-67、2011
- Howard, P. B. : The experience of fathers of adult children with schizophrenia、Issues in Mental Health Nursing、19、399-413、1998
- 池添志乃、野嶋佐由美:生活の再構築に取り組む家族の介護キャリアの形成困難における悪循環、家族看護学研究、14(3)、20-29、2009
- 入江安子:ファミリーレジリエンスの概念分析、四天王寺国際仏教大学紀要、35、短期大学部第3号、95-105、2003
- 入江安子:知的発達障害児を抱える家族のファミリーレジリエンスを育成するための家族介入モデルの開発、日本看護科学学会誌、31(4)、34-45、2011
- 入江安子:質的研究のメタ統合 家族看護学研究における「家族のゆらぎ」の検討、家族看護学研究、17(3)、135-145、2012
- 石川かおり、岩崎弥生、清水邦子:家族のケア提供上の困難と対処の実態、精神科看護、30(5)、53-57、2003
- 井隼経子、中村知靖:資源の認知と活用を考慮した Resilience の4側面を測定する4つの尺度、パーソナリティ研究、17(1)、39-49、2008
- 石毛みどり、無藤隆:中学生における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャル・サポートとの関連、教育心理学研究、53、356-367、2005a
- 石毛みどり、無藤隆:中学生におけるレジリエンシー(精神的回復力)尺度の作成、カウンセリング研究、38(3)、235-246、2005b
- 石井京子、近森栄子:高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析、ヒューマン・ケア研究、7、64-72、2006

- 石井京子：レジリエンスの定義と研究動向、看護研究、42(1)、3-14、2009
- 岩崎弥生：分裂病患者をケアしている家族員の情動的負担とコーピング：質的研究、日本看護科学学会、16(2)、114-115、1996
- 岩崎弥生：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、1998
- 岩崎弥生、石川かおり、清水邦子ほか：精神障害者の家族のケア提供を支える要因－聞き取り調査の定性分析－、病院・地域精神医学、45(4)、460-467、2003
- 岩崎弥生：精神看護における文化と家族看護：家族看護学研究、10(1)、52-56、2004
- 金子智美、野嶋佐由美、長戸和子：筋委縮性側索硬化症（ALS）病者の主介護者による家族コントロールのプロセス、家族看護学研究、14(3)、11-19、2009
- 加藤恭子：日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱、西脇暢子ほか、組織流動化時代の人的資源開発に関する研究、産業経営プロジェクト報告 一般報告、34(2)、1-23、2011
- 香月富士日、佐々木恵、竹内浩ほか：うつ病家族に対する家族心理教育の心理社会的負担軽減効果 予備研究報告、名古屋市立大学看護学部紀要、8、17-23、2009
- 川添郁夫：統合失調症発症による家族の適応過程の質的研究、青森県立保健大学雑誌、6(1)、123-125、2005
- 川添郁夫：統合失調症の子供を持つ母親が体験する自己成長過程、日本精神保健看護学会誌、16(1)、23-31、2007a
- 川添郁夫：統合失調症患者をもつ母親の対処過程、日本看護科学学会誌、7(4)、63-71、2007b
- 川添郁夫：統合失調症の子供を持つ母親の適応に影響を与えた要因、青森県立中央病院医誌、56(3)、91-101、2011
- 木下康仁：ライブ講義 M-GTA、弘文堂、2007
- Klerk, H. D.、Greeff, A. P.：Resilience in Parents of Young Adults with Visual Impairments、Journal of Visual Impairment & Blindness、105(7)、414-424、2011
- 厚生労働統計協会：国民衛生の動向 2014/2015、61(9)、227-228、2014a
- 厚生労働統計協会：国民衛生の動向 2014/2015、61(9)、49-59、2014b
- 厚生労働省 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて、2009
- 國方弘子：精神障害者の家族員の Quality of Life、日本看護科学学会誌、25(3)、96-101、2005
- 久世浩司：「レジリエンス」の鍛え方、233-238、実業之日本社、2014

- Lazarus, R. S.、Folkman, S. : Stress, Appraisal, and Coping、1984、
本明寛ほか、ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究、85-
90、実務教育出版、1991
- Lincoln, T. M. 、 Wilhelm, K. 、 Nestoriuc, Y. : Effectiveness of
psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge,
adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-
analysis、Schizophrenia Research、96(1-3)、232-345、2007
- Livingstone, W. 、 Mortel, T. F. 、 Taylor, B. : A path of perpetual
resilience: Exploring the experience of a diabetes-
related amputation through grounded theory、A Journal for
the Australian Nursing Profession、39(1)、20-30、2011
- Lundman, B. 、Alex, L. 、Jonsen, E. et: Inner strength-A theoretical
analysis of salutogenic concepts、International Journal
of Nursing Studies、47、251-260、2010
- Marsh, D. T. 、 Lefley, H. P. 、 Evans-Rhodes, D. et: The family
experience of mental illness: evidence for Resilience、
Psychiatric Rehabilitation Journal、20(2)、3-12、1996
- Masten, A. S. 、 Best, K. M. 、 Garmezy, N. : Resilience and
development: Contributions from the study of children who
overcome adversity、Development and Psychopathology、2、
425-444、1990
- 松本啓子、池田敏子、羽井佐米子ほか: 在宅認知症高齢者の家族介
護者が家族の集いに参加することの意味、Journal of Nursing
Investigation、9(2)、9-14、2011
- 三上勇氣: 一般家族と比較した精神障害者を抱える家族のシステム
としての健康とコーピングとの関連性、家族看護学研究、15(3)、
30-39、2010
- 三沢良一: リハビリテーション医学講座 障害と心理、38-43、医歯
薬出版、1985
- 宮崎澄子、岩崎弥生、石川かおりほか: 精神障害者を家族に持つ男
性家族員のケア内容及びケア提供に伴う情緒的体験、千葉大学
看護学部紀要、23、7-14、2001
- 三好和子: 家族をリソースとするレジリエンス尺度作成の試み、日
本サイコセラピー学会誌、5(1)、45-50、2004
- 森川三郎、中谷千尋、野澤由美ほか: 「精神障害に対する意識」につ
いての当事者・家族と医療者との比較、病院・地域精神医学、
47(1)、66-69、2004
- 森下幸子: 家族の強み(Family Strengths)を支援する看護、野嶋佐
由美ほか編集、家族看護学選書 第4巻、2-12、日本看護協会出
版会、2012

- 六鹿いづみ:統合失調症の家族の受容過程、臨床教育心理学研究、29(1)、21-29、2003
- 長尾史英、芝崎美和、山崎晃:幼児用レジリエンス尺度の作成、幼年教育研究年報、30、30-39、2008
- 長江美代子、土田幸子:精神障がいの子の親と暮らす子どもの日常生活と成長発達への影響、日本赤十字豊田看護大学紀要、8(1)、83-96、2013
- 永井眞由美:在宅認知症高齢者の介護者におけるストレス対処様式の構造、看護学研究、16(3)、178-184、2011
- 中平洋子、野嶋佐由美:Family Resilience 概念の検討、家族看護学研究、18(2)、60-72、2013
- 中村有吾、梅林厚子、滝野揚三:発達段階別にみた本邦におけるレジリエンス研究の動向-幼児期から青年期まで-学校危機とメンタルケア、2、35-46、2009
- 中野綾美:“家族の生活の質”という概念、看護、54(7)、82-87、2002
- 中坪太一郎:統合失調症の家族研究の展望、東京大学大学院教育学研究科紀要、48、203-211、2008
- 中坪太一郎:統合失調症患者の家族の心理的プロセス「期待」と「不安」を繰り返す構造に着目して、臨床心理学、10(5)、713-723、2010
- 仁尾かおり、藤原千恵子:先天性心疾患を持つ思春期にある人のレジリエンスの特徴、日本小児看護学会誌、15(2)、22-29、2006
- 野嶋佐由美、西岡史子:病者を抱えた家族に対する家族看護の展開、インターナショナルナーシングレビュー、23(2)、41-46、2000
- 野嶋佐由美:家族看護学における家族の概念化の特徴、野嶋佐由美監修、家族エンパワーメントをもたらす看護実践、1-4、へるす出版、2005a
- 野嶋佐由美:家族看護学と家族看護エンパワーモデル、野嶋佐由美監修、家族エンパワーメントをもたらす看護実践、1-15、へるす出版、2005b
- 野嶋佐由美:看護とは、野嶋佐由美編集、看護学の概念と理論的基盤、8-9、日本看護協会出版会、2012a
- 野嶋佐由美:家族の力を支える看護、野嶋佐由美ほか編集、家族看護学選書 第1巻、41-50、日本看護協会出版会、2012b
- 野中邦子:家族の肯定的評価を導く7つの介入方法、看護、54(7)、89-95、2002
- 納富史恵、兒玉尚子、藤丸千尋:小児がん患児の父親が困難な状況を受けとめていくプロセス、日本小児看護学会誌、20(3)、59-66、2011

- 小花和 Wright 尚子:幼児期の心理的ストレスとレジリエンス、日本生理人類学会誌、7(1)、25-32、2002
- 越智百枝:ターニングポイントの概念分析、香川大学看護学雑誌、14(1)、1-8、2010
- 岡崎祐士、西田淳史、野中猛ほか:平成 21 年度厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業 思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究 平成 21 年度総括 分担研究報告書、29-41、2010
- 岡野憲一郎:心的外傷とレジリエンスの概念、トラウマティック・ストレス、7(2)、52-60、2009
- 大久保明子:子どもを亡くした母親にとっての SHG という「場」の意味、家族看護学研究、15(3)、40-46、2010
- 大山寧々、野末武義:家族レジリエンス測定尺度の作成および信頼性・妥当性の検討、家族心理学研究、27、1、57-70、2013
- 長田春香、岩本文月、大秦加奈子ほか:中学生の日常的ストレスにおけるレジリエンスの意義、小児保健研究、65(2)、246-254、2006
- 小塩真司、中谷素之、金子一史ほか:ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性-精神的回復力尺度の作成-、カウンセリング研究、35(1)、57-65、2002
- Paterson, J.M.: Integrating Family Resilience and Family Stress Theory、Journal of marriage and Family、64、349-360、2002a
- Paterson, J.M.: Understanding Family Resilience、Journal of Clinical Psychology、58(3)、233-346、2002b
- Rutter, M.: Resilience in the Face of Adversity、British Journal of Psychiatry、147、598-611、1985
- Rutter, M.: Implications of Resilience Concept for Science Understanding、Annals of the New York Academy of Science、1094、1-12、2006
- 佐藤琢志、祐宗省三:レジリエント尺度の標準化の試み、看護研究、42(1)、45-52、2009
- Shin, S.H.、Choi, H.、Kim, M.J. et: Comparing adolescents' adjustment and family resilience in divorced families depending on the types of primary caregiver、Journal of Clinical Nursing、19(11-12)、1695-1706、2010
- 白石大介:精神障害者への偏見とスティグマ、27-30、中央法規出版、1994
- Spencer, L.M.、Spencer, S.M.: COMPETENCE AT WORK: models for superior performance、1993、梅津祐良ほか、コンピテンシー・マネジメントの展開、11-19、生産性出版、2011

- Stark-Wroblewski, K.、Edelbaum, J. K.、Bello, T. O. : Perceptions of aging among rural, midwestern senior citizens: signs of women's resiliency、Journal of Women & Aging、20(3-4)、361-373、2008
- Steinhardt, M.、Dolbier, C. : Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology、Journal Of American College Health、56 (4)、445-453、2008
- 祐宗省三: ウェルビーイングの発達学、18-19、北大路出版、2003
- 砂賀道子、二渡玉江: がん体験者のレジリエンス、The Kitakanto Medical Journal、61(2)、135-143、2011
- 鈴木啓子: 精神分裂病患者の家族の抱く希望の内容とその変化の過程、千葉看護会誌、6(2)、9-16、2000
- 鈴木道雄、高橋努、田中耕大: 統合失調症の早期介入・初期治療と予後、Schizophrenia Frontier、10(3)、186-191、2009
- 高木晴夫、高田朝子: 「チーム効力感」がカギを握る、Leadership Strategy Summer、70-77、2002
- 高橋和巳: 人は変われる、74-76、三五館、1992
- 高橋未来、葛谷玲子、石川かおり: 精神科看護領域における家族看護研究の動向、岐阜県立看護大学紀要、14(1)、3-12、2014
- 高橋泉: 「家族レジリエンス」の概念分析ー病気や障害を抱える子どもの家族支援における有用性ー、日本小児看護学会誌、22(3)、1-8、2013
- 竹内淳子、津島ひろ江: 健康障害のある子どもとその家族のレジリエンスの特徴と援助に関する文献検討、医学と生物学、157(3)、298-306、2013
- 田中いずみ、川中淑恵: 精神科外来に通院する患者を抱える家族の思いの検討ー生活困難を有する状況で家族が話した内容ー、富山大学看護学会誌、8(1)、11-20、2008
- 田中小百合、泊祐子: 健康問題の発生による家族員間の役割移行 患者夫婦を軸として、25(5)、71-82、2002
- 谷口清弥、宗像恒次: 看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響 共分散構造分析による因果モデルの構築、メンタルヘルスの社会学、16、62-70、2010
- 田野中恭子: 統合失調症の家族研究の変遷、立命館人間科学研究、23、75-89、2011
- 田上美千佳: 精神分裂病者を持つ家族の心的態度に関する研究、お茶の水医学雑誌、46(4)、181-194、1998
- 田上美千佳: 家族にもケア、精神看護出版、2004

- Tiet, Q. Q.、Bird, H. R.、Davies, M. et、: Adverse life events and resilience. Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry、37(11)、1191-1200、1998
- 得津慎子: 家族レジリエンス尺度作成に向けて、関西福祉科学大学紀要、7、119-132、2003
- 得津慎子、日下菜穂子: 家族レジリエンス尺度(FRI)作成による家族レジリエンス概念の臨床的導入のための検討、家族心理学研究、20(2)、99-108、2006
- 富川順子: 統合失調を持つ人の resilience、高知女子大学紀要、看護学部編、58、53-71、2008
- 豊島泰子: 在宅で精神障害者を介護している家族を支援する家族支援方法の検討、在宅医療助成最終報告書、2006
- 豊島泰子、大坪昌喜、鷺尾正一: 精神障がい者を介護する家族に対する訪問看護師による支援内容の検討、日本精神保健看護学会誌、22(1)、78-84、2013
- 土田幸子、長江美代子、服部希恵ほか: 精神に障害を持つ親と暮らす子どもへの支援-「精神障害の親との生活」を語る講演会の開催と参加者の反応-、三重看護学誌、13、155-161、2011
- 辻野尚久、水野雅文: 早期介入・初期治療の意義、薬局、61(1)、27-30、2010
- 上田敏: リハビリテーションを考える-障害者の全人的復権、212-219、青木書店、1985
- 上平悦子: 精神障害者の親の体験世界の分析、第33回成人看護Ⅱ、295-297、2002
- Wagnild, G.、Young, H. M.: Resilience among older women、Image--The Journal of Nursing Scholarship、22(4)、252-255、1990
- Wagnild, G.、Young, H. M.: Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale、Journal of Nursing Measurement、1(2)、165-178、1993
- Wagnild, G.: A Review of the Resilience Scale、Journal of Nursing Measurement、17(2)、105-113、2009
- 若崎淳子、田口敏代、掛橋千加子ほか: 成人期初発乳がん患者の術後のQOLに関わる要因の探索、日本クリティカルケア看護学会、3(2)、43-55、2007
- 若崎淳子、田口敏代、掛橋千加子ほか: 成人期初発乳がん患者の術後のQOLに関する縦断的研究(その1)、日本クリティカルケア看護学会、6(1)、1-15、2010
- Walsh, F.: The concept of family resilience: crisis and challenge、Family Process、35(3)、261-281、1996

- Walsh, F. : Family Resilience: A Framework for Clinical Practice、Family Process、42(1)、1-18、2003
- Walsh, F. : Strengthening Family Resilience (2nd ed.)、49-82、The Guilford Press、2006
- Walsh, F. : Normal Family Processes: Family Resilience: Strengths Forged through Adversity、399-427、THE GUILFORD PRESS、2012
- 渡部 和成: 統合失調症に負けない家族のコツ、21-22、星和書店、2010
- 渡辺 裕子、鈴木 和子、佐藤 禮子ほか: 終末期にある家族成員を含む家族の変化と家族対処、千葉大学看護学部紀要、17、21-30、1995
- Werner, E. E. : Resilient children、Young Children、1、68-72、1984
- Werner, E. E. : Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the kauai Longitudinal Study、Development and Psychopathology、5、503-515、1993
- Werner, E. E. : Overcoming the odds、Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics、2、131-136、1994
- Werner, E. E. : Resilience in Development、Current Directions in Psychological Science、4(2)、81-85、1995
- Windle, G.、Bennett, K. M.、Noyes, J. : A methodological review of resilience measurement scales、Health and Quality of Life Outcomes、9:8、2011
- Wolin, S. J.、Wolin, S. : The Resilient Self: How survivors of troubled families rise against adversity、1993、奥野 光ほか、サバイバーと心の回復力 逆境を乗り越えるための七つのレジリエンス、162-192、金剛出版、2002
- 薬師寺 裕子: 心身症に伴う行動障害を持つ子どもとその家族の再生過程と家族の耐久力の特徴、日本看護科学学会誌、22(3)、10-19、2002
- 山中 亮: 精神障がいのある親とその子どもの支援、北海学園大学学園論集、139、97-105、2009
- 遊佐 安一郎: 家族療法入門 システムズ・アプローチの理論と実際、53-59、星和書店、1984
- 吉井 初美、香月 富士日: 初発統合失調症の子を持つ母の心理、日本精神保健看護学会誌、17(1)、113-119、2008
- Zauszniewski, J. A.、Bekhet, A. K.、Suresky, M. J. : Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: the role of positive cognitions、Archives of Psychiatric Nursing、23(6)、412-422、2009

Zauszniewski, J. A. : Resilience in Family Member of Persons
with Serious Mental Illness、The Nursing Clinics of North
America、45(4)、613-26、2010

全国精神保健福祉連合会：精神障害者の自立した地域生活を推進し
家族が安心して生活出来るようにするための効果的な家族支援
等の在り方に関する調査研究報告書、2010

全家連保健福祉研究所：全国精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ’
93、1993

資料

< 高知県立大学看護研究倫理審査 承認書 >

様式 4

平成 24 年 9 月 20 日

承認書

高知県立大学研究倫理審査委員会

委員長

川村美笑子



下記の研究課題について、高知県立大学研究倫理審査委員会規程及び研究倫理審査に関する取り扱いについての迅速審査（オ）に基づき、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の審査結果を承認いたします。

高知県立大学看護研究倫理審査委員会

委員長

森下 利子



申請者 中平 洋子 様

研究課題 精神障がい者の家族の family resilience

承認番号 看研倫 12-32 号

高知県立大学看護研究倫理審査委員会において、上記の研究計画における倫理を審査した結果、審査基準の全てを満たしていると判断しましたので、看護研究倫理委員会規程 8 条 7 項により、本研究計画を実施することを承認いたします。

< 研究依頼書－施設用 >

年 月 日

〇〇病院/〇〇会

看護部長 〇〇 様/会長 〇〇様

研究へのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。私
は、高知県立大学大学院 健康生活科学研究科で学んでいる学生です。
現在、「精神障がい者の家族の family resilience」というテーマで、研究に取り組んでおります。精神障がい者のご家族が、発病から今日までどのような力を発揮してこられたのかについて、お話をお聞かせいただきたいと思いますと考えております。つきましては、貴院に通院、または入院しておられる方の(〇〇会に所属しておられる)ご家族をご紹介いただきたく、ご協力をお願いいたします。

本研究の成果は、精神障がい者のご家族が、障がい者とともに家族としての力を獲得し、育み、発揮していくために看護職が行える支援を開発するのに役立つと考えております。

ご多忙中恐縮ではございますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認（看研倫 12-32 号）を得ております。

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科

中平 洋子

連絡先：***-***-***

〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-***-***

《ご協力をお願いしたい具体的内容》

1. ご家族の紹介

ご紹介いただきたいご家族は、精神障がい者（統合失調症、気分障害）のご家族です。同居・別居は問いません。20名程度ご紹介いただけますようお願い致します。

研究者に紹介しても良いかをご家族に聞いて頂き、紹介することを了解していただけた場合、電話番号と研究者が連絡させていただいても構わない時間帯の確認をお願いいたします。

2. 面接場所

家族会参加の前後や受診の前後等に、貴院での面接を希望するご家族がいらっしゃる場合、施設の一室を面接場所として使わせていただけないでしょうか。

《研究の概要》

【面接の内容】

家族員の発病以降、ご家族がどのような力を発揮してこられたかについて。

【面接の所要時間】 1時間～1時間半程度の面接を1～2回。

面接の日時や場所は、ご家族の御都合に合わせます。

【調査期間】 2012年10月～2014年7月を予定しています。

【倫理的配慮】 ご家族に対して、以下の倫理的配慮を行うことをお約束します。

- ① ご家族に協力を依頼する際、無理をお願いすることはありません。研究への協力は、自由意志です。協力の有無について、ご家族皆様に相談していただきます。お話し頂く方だけでなく、精神障がいを持つご本人の了解、さらに、お話し頂くご家族が必要だと考える他の家族員の了解も得たうえで、お話を伺います。
- ② 研究協力に同意された後であっても、自由に協力の撤回ができます。協力を撤回することによる不利益はありません。
- ③ お聞かせ頂いた内容は、本研究の目的のみに使用し、外部には一切洩らしません。話したくないことを無理にお聞きすることはいたしません。プライバシーの守れる場所で面接を行います。
- ④ 得られたデータの管理や処理は、厳密に行います。
- ⑤ 本研究の成果は、博士論文としてまとめる他、専門学会に発表、投稿を行います。その際、ご家族のプライバシーや匿名性を厳守し、個人が特定されないよう配慮します。
- ⑤ お話しいただいた内容は、今後、看護が同様の体験をしておられる他のご家族を支援していくのに役立つことをお伝え

します。

- ⑥面接の中で辛い体験を思い出すことがあるかもしれません。
動揺がみられた場合には、ただちに面接を中断または中止します。その上で、お気持ちが落ち着かれるよう支援致します。
- ⑦ご家族には、研究者および指導教員の連絡先をお知らせし、いつでも質問にお答えできる体制を整えます。

< 研究依頼書 - ご家族 >

年 月 日

〇〇様

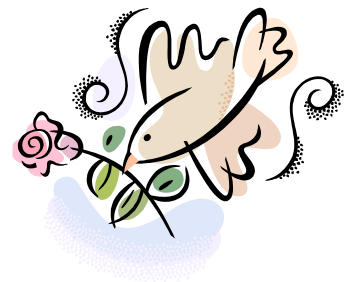
研究へのご協力をお願い

さわやかな秋風が吹く季節となりました(季節に応じて変更)。皆様におかれましては、日々、ご病気のご家族の方に寄り添い、温かくお世話をなさっていることと存じます。

私は、高知県立大学大学院 健康生活科学研究科で学んでいる学生です。現在、「精神障がい者の家族の family resilience」というテーマで研究に取り組んでおります。ご家族の発病以降、今日までの間、時に厳しく困難な状況もありだったかと思います。この研究は、皆様ご家族が、そのような状況をどのようにして乗り越えてこられたかについての研究です。皆様のお話をお聞かせ頂くことで、今後、家族員が精神障がいを持つご家族が、家族としての力を獲得し、育み、発揮していけるために、看護職が行える支援を開発するのに役立つと考えております。

ご多忙中恐縮でございますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。研究の詳細は以下の通りです。

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認（看研倫12-32号）を得ております。



【お話し頂きたい内容】

ご家族の発病以降、皆様がどのようにして厳しい状況を乗り越えてこられたかについて。

【面接の所要時間】 1時間-1時間半程度の面接を1~2回。

面接の日時や場所は、ご家族の御都合に合わせます。

【調査期間】 2012年10月~2014年7月を予定しています。

【倫理的配慮】 以下の倫理的配慮を行うことをお約束します。

①研究への協力は、無理にお願いするものではありません。

協力の有無については、精神障がいを持つご本人や必要だと考える他のご家族と御相談いただき、ご納得頂いた上でご自

由にお決めください。

- ②研究協力に同意された後であっても、自由に協力の撤回ができます。協力を撤回したことが、病院（〇〇会）に分かることはありません。撤回したことによる不利益ありません。また、2014年7月まででしたら、お話頂いた内容の一部を削除することも可能です。
- ③お聞かせ頂いた内容は、本研究の目的のみに使用し、外部には一切洩らしません。話したくないことを無理にお聞きすることはいたしません。プライバシーの守れる場所で面接を行います。
- ④得られたデータの管理や処理は、厳密に行います。
- ⑤本研究の成果は、博士論文としてまとめる他、専門学会に発表、投稿を行います。その際、ご家族のプライバシーや匿名性を厳守し、個人が特定されないよう配慮します。
- ⑥面接の中で辛い体験を思い出すことがあるかもしれません。そのような時は、面接を中断、または中止します。その上で、お気持ちが落ち着かれるようにお手伝い致します。
- ⑦この研究に関してご質問がある場合には、ご遠慮なくいつでも下記にご連絡下さい。すぐに電話にでられない場合は、1日以内にこちらから折り返しご連絡させていただきます。

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科

中平 洋子

連絡先：***-****-****

〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-****-****

<同意書・同意取り消し書>

承諾書

(施設用)

私は、この度、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名

研究依頼者

平成 年 月 日

署名

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科

中平 洋子

連絡先：***-****-****

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-****-****

この承諾書と別紙の「研究へのご協力のお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間（2015年3月31日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾書

(研究者控え)

私は、この度、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名

研究依頼者

平成 年 月 日

署名

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科

中平 洋子

連絡先：***-****-****

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-****-****

この承諾書と別紙の「研究へのご協力をお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間（2015年3月31日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

同意書

(研究協力者)

私は、この度、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

平成 年 月 日

研究協力者

署名

研究依頼者

署名

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科

中平 洋子

連絡先：***-****-****

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-****-****

この同意書と別紙の「研究へのご協力をお願い」は、研究期間（2015年3月31日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

同意書

(研究者控え)

私は、この度、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

平成 年 月 日

研究協力者

署名

研究依頼者

署名

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科

中平 洋子

連絡先：***-****-****

〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-****-****

この同意書と別紙の「研究へのご協力のお願い」は、研究期間（2015年3月31日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾取り消し書

(施設用)

高知県立大学 健康生活科学研究科
中平 洋子 宛

私は自由意志に基づいて、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者) _____

署名 (研究依頼者) _____

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科
中平 洋子

連絡先 : ***-***-***

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員 : 野嶋 佐由美 (高知県立大学看護学部教授)

連絡先 : ***-***-***

承諾取り消し書

(研究者控え)

高知県立大学 健康生活科学研究科
中平 洋子 宛

私は自由意志に基づいて、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者) _____

署名 (研究依頼者) _____

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科
中平 洋子

連絡先 : ***-****-****

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員 : 野嶋 佐由美 (高知県立大学看護学部教授)

連絡先 : ***-****-****

同意取り消し書

(研究者控え)

高知県立大学 健康生活科学研究科
中平 洋子 宛

私は自由意志に基づいて、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究への協力に同意しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

署名 _____

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科
中平 洋子

連絡先：***-***-***

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-***-***

同意取り消し書

(研究協力者用)

高知県立大学 健康生活科学研究科
中平 洋子 宛

私は自由意志に基づいて、「精神障がい者の家族の family resilience」の研究への協力に同意しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

署名（研究協力者）

本文書を受領したという確認のため、研究依頼者が署名し、貴方に返送致しますので、下記に返送先を記載して下さいよう、お願い致します。

ご住所

署名（研究依頼者）

高知県立大学大学院 健康生活科学研究科
中平 洋子

連絡先：***-***-***

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

指導教員：野嶋 佐由美（高知県立大学看護学部教授）

連絡先：***-***-***