

## 精神障害者の家族ケアとRole Captivity

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-10-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 南山, 浩二 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.14945/00006778">https://doi.org/10.14945/00006778</a>

# 精神障害者の家族ケアと Role Captivity

南 山 浩 二

## 1. 問題の所在

「家族は障害者の自立を阻む存在である」。これは、家族、特に親が、障害者にとって最善の配慮と思いき行いが、結果として障害者の主体性を剥奪し、障害者をく家族>という閉ざされた空間に囲い込むことにしかならないとする言説である（安積・岡原・尾中・立岩, 1995）。留意が必要なのは、この言説が、単に家族の営みを非難するものではなく、家族がそのようにふるまうことを強く要請する社会的構造の存在を告発している点である。

障害者は家族によってケアされ保護されるべきとする障害者観。更に、精神障害の場合、家族は、障害者の監督者たることが法制度的に要請されている<sup>(1)</sup>。また、社会の偏見の強さとともに家族自身が内面化している精神病イメージが、家族を社会に閉じた空間としてしまうのだ（南山, 1996）。そして、精神障害者の地域生活を支援する資源の脆弱さ、家族の自助努力を優先する残余的福祉制度のもとでは、必然的に、多大な期待が家族に向けられることになるのである（岡上・大島・荒井, 1988）。つまり、家族／障害者を、一定の関係性の元へと強く導こうとする社会的圧力の中で、親たちは、「親なるが故」に、障害者をケアする位置に自らを置き、「障害者の親としての義務」を引き受けざるを得ない、あるいは、引き受けようとしてきた（石原・南山, 1993）のである。

近年、家族ケア研究<sup>(2)</sup>において、精神障害者のケアがストレスに満ちたものであり、家族が、生活全般にわたって深刻な問題に直面していることが実証的に確かめられている（石原, 1982a, 1982b；大島, 1984；岡上・大島・荒井, 1988；全家連, 1997a）。家族のケア機能を自明な前提とし、家族を障害者のコミュニティケアシステムの一要素として見なすことが、楽観的かつ安易な発想でしかないことが明らかになってきているのである。では、精神障害者の親たちは、自らが置かれた状況をどのように捉えているのか。あるいは、ケアをめ

ぐるストレスプロセスは如何なる様相を呈するのか。本論は、ケアストレス研究の枠組みを通じ、精神障害者家族を対象とした調査データから、その解釈過程の一端とストレス生成のメカニズムを、読み解く試みである。

さて、人々の日常生活を様々な社会的役割によって構造化されたものとして把握するならば、親たちが障害者をケアするという営みも役割を媒介にして説明されうる。この視点に立てば、〈障害者をケアするという親たちの日常生活と彼／彼女たちの安寧 (well-being) との関連解明〉が主要な目的である本論にとって、有用な概念とし、役割ストレイン (role strain) に着目することができよう。役割ストレインとは「通常の社会的役割に従事する中で経験する困難、挑戦、そして葛藤、あるいは、その他の問題」(Pearlin, 1989) であり、抑うつ・身体的症候・不安などといった個人が主観的に経験する不快な状態、つまり、ディストレス (psychological distress) を引き起こすものである。本論では、役割ストレインの構成要素である幾つかのディメンジョン<sup>(3)</sup>のうち、Role Captivity — 個人が社会的役割の不本意な担当者となっている状況 — をとりあげることにしたい (Pearlin, 1983, 1989)。ある個人が役割へと導かれたシナリオには関係なく、不本意にも役割の担い手となっているケア提供者は存在する (Aneshensel et al, 1993) のであり、既述したような圧力に対する親たちの内なる対抗に目を向けることにもなる。そして、この事は、依然として根強い、家族ケアに対する信頼を、相対化するという点においての一助となるはずである。その際、父親／母親による差異に注目したい。なぜなら、周知の通り、近代家族の成立原理によって、父親、母親には、障害者のケアに対し、それぞれ固有な関わり方が課されてきたのであり<sup>(4)</sup>、当然、彼ら／彼女らの間で、Role Captivity が生起する文脈に、大きな違いが生じることが予想されるからである。

なお、本論では、障害者にとって家族ケアが持ちうる意味についても考えていくことにしたい。先行研究では、ケアの受け手—ケア提供者の相互関係において、ストレス—としてのケアの受け手→ストレスの受け手としてのケア提供者という、一方向の規定関係のみに着目してきた傾向が見られた<sup>(5)</sup>。このようなアプローチにより導出された知見は、あくまでも、家族ケアの問題を「ケアを提供する家族側にとっての問題」へと収斂させたものであり、「家族ケアが孕んでいる障害者にとっての問題」を示していないという批判に対し、充分な反論を用意することはできないのである。「ケアの受け手にとっての家族ケアの意味」にも焦点を向けていくことによっても、家族への過大な期待を相

対化することができるはずである。具体的には、ケア提供者である親が、Role Captivityに陥ることで、障害者・親双方に如何なる結果がもたらされるのか、という問いである。これが、本論に与えられた今一つの課題となる。

## 2. 家族ケアと Role Captivity

### (1) 家族ケアと Role Captivity

Aneshenselらは、アルツハイマー症老人をケアする家族を対象とした調査研究<sup>(6)</sup>において、患者の問題行動が深刻であるほど、患者の日常生活動作におけるケア提供者への依存度が高いほど、ケア提供者の役割過重が高いほど、Role Captivityが高くなることを明らかにしている (Aneshensel et al, 1993)。ケア提供者に要請される課題の内容と程度は、ケアの受け手の障害・疾患の種別は、もちろんであるが、ケアの受け手の心身の障害の程度によっても大きく規定される。障害が重度であるほど、ケアの必要性も高まり、ケア役割を担い遂行することが重荷となって、Role Captivityが生じる可能性を示したものである。またケア提供者が配偶者の場合よりも成人の子供の場合の方が、Role Captivityが高いことが明らかになっている。ケアの受け手と同様に高齢者である配偶者に比べ、子供の場合、中年層であることが多く、ケアを担うことで、家族や職業にむけた関心とコミットメントから撤退しなければならない時、囚われているという感覚に陥りやすくなるのだ、と解釈している (Aneshensel et al, 1993)<sup>(7)</sup>。

稲葉の論考を参照に、「役割遂行自体の負担」と「役割を担うことで制約を受ける他の欲求充足機会」をあわせて、役割のコスト (稲葉, 1992) と呼ぶならば、彼女らが示したこの2つの文脈は、ケア役割のコストの高さが、ケア提供者のRole Captivityを生起させるパターンとしてくられる。ただし、後者に関しては、ケア役割を誰が担うべきかを指し示す親族関係とジェンダーを基準とする社会文化的に定義された階層的順位 (Cantor, 1983) についても考慮する必要がある<sup>(8)</sup>。つまり、老人介護について言うならば、現状ではまず配偶者そして子といった順序が想定されやすく、配偶者に比べ順位が低い子供からすれば、そもそもケア役割を受容しにくいという場合も考えられるからである。

以上の検討から、Role Captivityが生じる経緯として、主に2つの文脈が想起しうる。一つは、ケア役割を担うこととなった時点では、自らが役割担当

者であることを本意と思っけていても、時間経過の中で、ケア役割のコストが上昇し、役割担当者であることへの疑義が生まれ、徐々に蓄積される場合である。もう一つは、家族成員がケアを必要とする状態になって、その必要に迫られて、もともと本意ではないが役割担当者となった場合である。

ところで、精神障害者の家族ケアについて考える場合、特に考慮しなければならない点は何であろうか。過去に実施された家族の全国調査の結果や、本論で用いたデータからも、精神障害、とりわけ精神分裂病の場合、20歳前後の発病可能性が高く、病気の経過が長期に渡る傾向がみられる(岡上・大島・荒井, 1988; 全家連, 1997a)。このような発病年齢と経過の特性を考えると、親に扶養されている年齢での発病、あるいは、親から自立してまもない時期での発病が多いことから、家族の中では、親が障害者をケアする可能性が高い。そして、障害者が既に成年期に達していたとしても、経過の長期化に伴って自らが高齢者となったとしても、親が障害者をケアする立場にあり続けることになりやすいのである。以上のような傾向を考えた場合、他の家族成員に比べ、相対的に、ケア役割への自発的関与の程度が高いことが想起できる親であっても Role Captivity に陥りやすいことが考えられる<sup>(9)</sup>。

## (2) 父親／母親間における Role Captivity が生じる文脈の違い

障害者との関わりで、家族を論ずる時、母親との関係に焦点が当てられる場合が多い。なぜなら、障害者のケアは、母親の仕事であり、障害者と母親を深く融合するシナリオが、近代家族の成立原理に潜んでいるからである。「家族であれば自然に愛情を感じるはずである」「家族による諸行為は愛情の証である」。この2つの言説の相補的な関係によって、家族における諸々の行為は、愛情との関連で統制される。そして、家族責任の負担は、強制ではなく、自発的に個人によって担われていくこととなるのである。そして「女性は情緒的存在である」という神話が、性別役割分業を正当化し、男性を市場／女性を家庭内へとふりわけ、愛情による統制を支持する。ここに、情緒的存在としての女性一本能的に備わった家族への愛情一家事労働への自発的関与、という強制の連鎖が成立する(山田, 1994; 岡原, 1995)。

そして、このような強制の連鎖が「障害者は家族によって保護されるべき」とする障害者観と融合することによって、障害者－母親は、深い情緒的絆のもとに強固に結びつけられ、ケアに関する全責任が母親に課されることとなるのである。父親は、このような強制の連鎖の外にあり、障害者のケアに積極的に

関与しないことが許容され、稼得役割を担うことが、父親の家族への責務の中心となる<sup>(40)</sup>。

以上のような原理が保持されているとするならば、父親／母親間で、Role Captivityが生じる文脈には、以下に示すような差異が生じる可能性が高い。父親の場合、経済的責務が家族責任の中心をなすため、そもそも、日常的ケアは、自己の責務の範囲を超えるものとして認識されやすいだろう。そして、家族への経済的貢献度が高いほど、より一層、ケアを担う事への疑義が生じやすいことが想起される。一方、母親の場合はどうであろうか。先に示した、強制の連鎖のもとでは、ケアは母親の仕事となりやすいと考えられた。よって、主として、このような配分原理を通じて担っているケア役割への自発的関与を可能とするような動機づけが失われた時、Role Captivityが生じやすいことが考えられる。

### 3. 分析対象の概要と操作化

#### (1) 分析対象の概要

分析対象となるのは、(財)全国精神障害者家族会連合会が、1996年1月4日から4月にかけて実施した『精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズに関するアンケート』の結果である。本調査は、全国の地域家族会（保健所や小規模共同作業所を拠点にする家族会）から、家族会を1／5無作為抽出し、抽出された221家族会に属する会員6665名を対象とした。回収票3362票、回収率50.4%であった（全家連、1997a）。なお、本論の目的を達成するため、分析対象を、回答者（世話中心者）が「親」、調査時点において「在宅」で「同居」という条件でセレクトしている（ $n=1641$ ）。では、分析対象データの特性をみてみよう。

まず、障害者本人の概要であるが、「男性」67.9%と男性が約7割をしめ、「30歳代」が36.2%と最も多く、次いで「40歳代」34.2%、「20歳代」18.5%の順で、平均年齢は、38.3歳（ $\pm 10.1$ ）であった。発病年齢は、「20歳未満」46.2%、「20歳代」43.6%と20歳前後の発病が約9割に及ぶ。発病からの経過年数は、「10-15年未満」19.0%、「15-20年未満」17.4%、「20-25年未満」16.8%、「5-10年未満」15.1%、「25-30年未満」11.0%、「30年以上」10.5%、「5年未満」7.2%の順であり、経過が長期に渡っているケースが多く、平均経過年数は、実に17.4年（ $\pm 9.9$ ）であった。過去の入院経験については、「入院はしていない」が9.8%と約1割近くいたものの、「1年未満入院」27.5%、「1～

3年未満入院」22.2%、「10年以上入院」13.3%、「5～10年未満入院」12.5%、「3～5年未満入院」12.1%と過去に入院経験があるものが9割をしめる。なお、のべ入院回数は、3.4回(±3.9)であった。調査時から1年以内での生活状況(複数回答)は、「作業所・デイケア」46.9%と最も多く、ついで「身の回りのことならできる」39.3%、「家事・家業手伝い」20.0%、「家事・家業中心」10.5%「職親・パート・アルバイト」10.2%、「身の回りのこともできない」6.4%、「正規の社員・従業員」3.2%であった。

ついで、回答者(親)・家族の概要である。「母親」が71.8%と圧倒的に多く、年齢は、「60歳代」が37.8%と最も多く、次いで「70歳以上」36.1%、「60歳未満」25.4%の順であり、平均年齢は、65.3歳(±9.8)である。本論のデータは、家族会に入会している家族を対象としている。精神障害者家族会は、知的障害・自閉症の場合と同様に、「親の会」であるという性格が強い。しかも、先に概観したように、精神障害、とりわけ、分裂病の場合、発病年齢が、青年期に集中しており、親は、中年期以降に「障害者の親」となるわけである。そして、親は、発病後、すぐに家族会に入会するのではなく、病気が慢性化し、容易に「治る」とは言い切れない体験を経た上で、入会するケースが多く、親の年齢は一層高くなる傾向を示すのである(石原・南山, 1992)。

世帯年収は、「200～400万円未満」が38.9%と最も多く、ついで「～200万円未満」26.4%、「600万円以上」13.6%、「400～600万円未満」13.1%の順であり、低額層が多い。こうした経済状況や、年齢分布を反映し、世帯の主な収入源は、「無職一年金生活」が45.7%と約半数をしめ、ついで「給与・賃金収入」が30.5%と多い。親世代以外のものが同居している割合は、46.0%と約半数である。家計中心者および家事中心者については、家計－父親・家事－母親といった分担パターンが、53.3%と最も多く、ついで、父親・母親が両方の役割を担っている家族が24.4%と多い。なお、分析に使用した統計パッケージは、SPSS/Windows版、SPSS/PC版である。

## (2) 操作化

Role Captivityについては、ケア役割から逃れたいと思っている程度、ケア役割を担うことで自分が犠牲になっている程度、そして、ケア役割を担っていることで、自分のために自由に時間をつかえないと感じている程度の3項目の回答を得点化したものを用いており(「大いに思う」「少し思う」「全く思わない」を各3点・2点・1点、レンジは3－9、平均値4.7(±1.5)、 $\alpha=0.93$ )、

この得点が高いほど Role Captivity が高いことを示す。項目の作成にあたって、Aneshensel らの研究 (Aneshensel et al, 1993) を参照したが、ここでは、Role Captivity の概念規定に含まれる、役割からの離脱欲求・役割担当者であることの不本意さ・当該役割の日常生活に対する拘束性の 3 つの側面に着目している。

次に、ケア役割のコストおよび、ケア役割遂行を通じて得られる欲求充足である。ケア役割のコストであるが「日々、生活していくためにあなたの使う自身のエネルギーが10あるとすれば、あなたのエネルギーを、仕事や家庭、自分の余暇、ご本人のお世話にどのように配分していますか」との問いで、「本人のお世話」に記入された数値を操作化している。この数値は、ケア遂行自体の負担 (=ケアへのエネルギー配分の大きさ) を示すと同時に、ケア役割を担うことの代償の大きさ (=他の生活領域へのエネルギー配分が抑制されている程度) も示している。次に、ケア役割の遂行を通じて得られる欲求充足の程度であるが、「ご本人のお世話を通じて何か得られるものがある」との問いに「大いに思う」「少し思う」「全く思わない」の 3 件法で回答を求め、各 3 点、2 点、1 点と得点化している。これは、ケアへの自発的関与を可能とする動機付けにあたるものである。

そして、Role Captivity がケア提供者・障害者にもたらす意味であるが、ケア提供者に関しては、ディストレスの指標である精神健康調査票 (GHQ : General Health Questionnaire)<sup>(11)</sup> を用いた。身体的症状、不安・不眠、抑うつ の 3 下位尺度、各 7 項目計 21 項目を採用し (4 件法)、GHQ 採点法により得点化し合計点を操作化した (レンジ 0 - 21、平均値 7.6 (±5.6)、 $\alpha = 0.93$ )。この尺度は広くディストレスの指標として用いられており、その妥当性・信頼性も確かめられている。そして、障害者にとっての意味であるが、先行研究を参照し、ストレス状況改善にとってネガティブな効果を持ちやすいとされる 4 つのコーピングパターンを用いた<sup>(12)</sup>。通常、コーピングは、ストレスとディストレスの媒介変数として位置づけられ、ディストレスへの緩衝効果に関心が当てられる。本論では、Role Captivity が生じている状況下で、家族によって採用されやすいコーピングの内容をみることで、迂回的に障害者にとっての家族ケアの意味について考えることとする。

ところで、ケアストレス研究では、ケアの受け手の状態指標が、ケア提供者のストレーンやディストレスを引き起こす刺激要因として位置づけられるが、ここでは、障害者の状況に関する指標として「社会行動上の障害」「経過の安



定・良好化」の2つを用いた。「社会行動上の障害」については、Platらが開発したSBAS (Social Behavior Assessment Schedule) (Plat et al, 1980)を参照し、患者の行動上の障害に関する質問項目22項目の内、16項目を採用し、その得点を操作化した(「大いにある」「少しある」「ない」の3件法で各1点・1点・0点、レンジ0-16点、平均値6.7(±3.9)、 $\alpha=0.87$ )。「経過の安定・良好化」は、「良い方向で落ち着いている」「少しづつ良くなっている」と回答した場合を1とするダミー変数としている。

その他、資源要因として、家族内資源では「ケア提供者の健康状態(受療有無)」「世帯年収」「家族内の世話代替者数」を用い、外部資源では「ソーシャルサポートの有無」を用いることとした。今回は、浦の先行研究の整理(浦, 1992)を参照にサポートの機能別に、「手段的サポート」「情動的サポート」「評価的サポート」「情緒的サポート」を用いた。

#### 4. 父親・母親間でのケア状況の違い

本章において、まず、父親・母親間でのケア状況の違いの検討を行い、その上で、次章において、Role Captivityが生起する文脈の差異やRole Captivityとディストレス・コーピングとの関係について検証することとしたい。

##### 1) 結果

後の分析で使用する変数を中心に、父親がケア提供者の場合と母親がケア提供者の場合でのケア状況の違いを検討した。障害者に関する変数で有意な関係を見せたのは、障害者の性別・年齢である。父親がケアしている場合の方が、障害者が男性である割合が高く、障害者の年齢が高いことを示す(表1)。

親・家族に関する変数では、まず、親の年齢、ディストレスで有意な結果が示された。父親の方が平均年齢が高く、母親の方がディストレスが高いことが示された(表2)。

資源要因では、代替者数、世帯年収、配偶者有無、情動的サポート、評価的サポート、情緒的サポートで有意な関係が見られた(表3)。この結果は、父親の方が、家族内に世話代替者数が多く、世帯年収が高く、有配偶の割合が高く、そして、母親の方が、情動的サポート、評価的サポート、情緒的サポートを保有している割合が高いことを示す。

表1 父親・母親のケア状況の違い①——障害者に関する変数

		父親	母親	全体	検定
障害者性別	男性	332 72.2%	783 66.7%	1115 68.2%	*
	女性	128 27.8%	391 33.3%	519 31.8%	
障害者年齢	平均年齢	39.0	38.0	38.3	***
	標準偏差	9.6	10.3	10.1	
	N	455	1176	1631	
発病年齢	平均年齢	21.0	20.6	20.7	ns
	標準偏差	6.6	5.8	6.0	
	N	448	1151	1599	
経過年数	平均年数	17.9	17.2	17.4	ns
	標準偏差	9.8	10.0	9.9	
	N	446	1147	1593	
病状	不安定・悪化	227 49.1%	559 47.4%	786 47.9%	ns
	安定・良好化	235 50.9%	620 52.6%	855 52.1%	
社会行動上の障害	平均値	6.7	6.7	6.7	ns
	標準偏差	4.0	3.9	3.9	
	N	462	1147	1641	
就労	就労していない	112 24.2%	331 28.1%	443 27.0%	ns
	就労している	350 75.8%	848 71.9%	1198 73.0%	
合計		462 100.0%	1179 100.0%	1641 100.0%	

注・クロス集計は $\chi^2$ 検定、平均値の差の検定は分散分析

・欠損値を除いて集計

・就労には、作業所・デイケアなども含む

・†p<.1 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表2 父親・母親のケア状況の違い②——主要変数

		父親	母親	全体	検定
親年齢	平均年齢	67.9	64.4	65.3	***
	標準偏差	9.6	9.7	9.8	
	N	455	1173	1628	
ディストレス	平均値	6.5	8.1	7.6	***
	標準偏差	5.4	5.6	5.6	
	N	462	1179	1641	
Role Captivity	平均値	4.7	4.7	4.7	ns
	標準偏差	1.5	1.5	1.5	
	N	462	1179	1641	
ケアのコスト	平均値	.24	.25	.25	ns
	標準偏差	.14	.15	.15	
	N	461	1173	1634	
欲求充足	平均値	2.1	2.1	2.1	ns
	標準偏差	.6	.7	.7	
	N	462	1179	1641	
合計		462 100.0%	1179 100.0%	1641 100.0%	

注・分散分析の結果・欠損値を除いて集計

・†p<.1 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表3 父親・母親のケア状況の違い③——資源要因

		父親	母親	全体	検定
健康状況	していない	359 77.7%	870 73.8%	1229 74.9%	ns
	受療中	103 22.3%	309 26.2%	412 25.1%	
代替者数	平均値	1.7	1.3	1.4	***
	標準偏差	1.0	.9	1.0	
	N	462	1179	1641	
世帯年収	～200万円未満	99 22.8%	335 31.1%	434 28.7%	**
	～400万円未満	214 49.2%	425 39.5%	639 42.3%	
	～600万円未満	63 14.5%	152 14.1%	215 14.2%	
	600万円以上	59 13.6%	164 15.2%	223 14.8%	
配偶者	いない	104 22.5%	494 41.9%	598 36.4%	***
	いる	358 77.5%	685 58.1%	1043 63.6%	
他世代同居	なし	253 54.8%	633 53.7%	886 54.0%	ns
	同居	209 45.2%	546 46.3%	755 46.0%	
手段的サポート	なし	387 83.8%	980 83.1%	1367 83.3%	ns
	あり	75 16.2%	199 16.9%	274 16.7%	
情報的サポート	なし	198 42.9%	451 38.3%	649 39.5%	†
	あり	264 57.1%	728 61.7%	992 60.5%	
評価的サポート	なし	300 64.9%	701 59.5%	1001 61.0%	*
	あり	162 35.1%	478 40.5%	640 39.0%	
情緒的サポート	なし	234 50.6%	485 41.1%	719 43.8%	***
	あり	228 49.4%	694 58.9%	922 56.2%	
合計		462 100.0%	1179 100.0%	1641 100.0%	

注・ $\chi^2$ 検定の結果

・欠損値を除いて集計しているため、各集計のケース数の合計が、最下段の合計の数値と必ずしも一致していない。

・† $p<.1$  \* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

次に、家計支持者・家事役割の担当者（表4）であるが、父親がケア提供者の場合、父親が家計支持者である割合が85%（就労32%）と極めて多いが、父親が家事役割を担っている割合は17%あまりである。母親がケア提供者の場合、この傾向がほぼ逆転し、母親が家計支持者である割合が31%（就労8.0%）であるのに対して、母親が家事役割を担っている割合は、実に9割に近い。この結果を総合すると、父親・母親ともに、家計支持者＝父親、家事役割＝母親といった性別役割分業型が最も多いが、母親の場合、有配偶の割合が少ないこともあり、父親に比較して、性別役割分業型が少なく、2つの役割を併任している割合が30%近くと多い。

表4 父親・母親のケア状況の違い④——家族内役割

		父親	母親	全体	検定
家計支持者	他の家族	71 15.4%	815 69.1%	886 54.0%	***
	担当者	391 84.6%	364 30.9%	755 46.0%	
就労	していない	314 68.0%	1085 92.0%	1399 85.3%	***
	就労	148 32.0%	94 8.0%	242 14.7%	
家事役割	他の家族	384 83.1%	137 11.6%	521 31.7%	***
	担当者	78 16.9%	1042 88.4%	1120 68.3%	
役割配分 パターン	性別役割分業型	288 62.3%	587 49.8%	875 53.3%	***
	役割併任	70 15.2%	330 28.0%	400 24.4%	
	その他	104 22.5%	262 22.2%	366 22.3%	
合計		462 100.0%	1179 100.0%	1641 100.0%	

注・ $\chi^2$ 検定の結果

- ・欠損値を除いて集計しているため、各集計のケース数の合計が、最下段の合計の数値と必ずしも一致していない。
- ・ † p<.1   \*p<.05   \*\*p<.01   \*\*\*p<.001

## 2) 考察

まず、障害者に関する変数であるが、性別・年齢で有意な結果が示されたものの、障害者の状態に関する変数については差異はみられない。この限りにおいてだが、ケア提供の必要性をそもそも規定する障害者の状態は、父親がケア提供者の場合と母親がケア提供者の場合とでは、違いがないということである。

さて、親・家族に関する変数である。まず、年齢については、母親の場合、発病当初から日常的ケアに関わることが通例であるのに対し、父親の場合、退職後に日常的ケアに加わり始めることが多い（長山，1994）ことから、父親の方が平均年齢が高いという結果を示したものと思われる。ディストレスについては、一般人口を対象とした内外の調査研究において、女性の方が高いことが明らかになっているが、父親・母親を性別として置き換えれば、同様の結果が得られたことになる。

資源要因についてであるが、表3の結果を総合してみると、父親がケア提供者である場合の方が、家族内の資源条件に恵まれており、一方、母親がケア提供者である場合の方が、家族内の資源状況が悪く、むしろ家族外のサポートに恵まれているという傾向が把握できる。

表には示さないが、父親・母親ともに無配偶であるほど世話代替者数が少なく、世帯年収も低く、特に母親の場合、その傾向が強いという結果（世話代替者数 父親： $f=4.5^*$  母親： $f=81.9^{***}$  / 世帯年収 父親： $\chi^2=23.2^{***}$  母親： $\chi^2=210.2^{***}$ ）を得ている。過去の事例研究（石原，1994）にも示されているように、母親にとって夫を失うことの意味は極めて大きいことが理解できる。しかしながら、母親の方が、家族外サポートを保有している割合が高いという結果が示されたのは、母親がケア提供者である場合の方が、有配偶者・無配偶に関係なく、家族内の資源状況が相対的に悪いゆえに、家族外サポートの必要性が高まるからではないかと考えられる。

最後にケア役割以外の家族内の役割構造であるが、父親・母親ともに性別役割分業型が最も多いものの、父親と比較して無配偶の多い母親では、当然のことながら、役割併任型などの役割布置をとっている割合が少なくないのである。

## 5. Role Captivity・ディストレス・コーピング

### (1) Role Captivityを規定する要因

#### 1) 結果

重回帰分析を用い、Role Captivityを被説明変数とし、説明変数を一括投入することで、直接効果の検討を行った(表5)。なお、先の検討で、配偶者有無が資源状況や家族内の役割配分に関連していることがわかったため、本節での分析では、コントロール変数として投入している。また、親以外の世代が同居しているかどうか、影響が想定されるため、同様にコントロール変数として投入している。では、結果を見てみよう。

表5 Role Captivityの規定要因

	父親	母親
	$\beta$	$\beta$
病状の安定・良好化	-.010	-.042
社会行動上の障害	.354***	.308***
親年齢	-.035	-.043
ケアのコスト	.081 †	.243***
欲求充足	-.039	-.151***
健康状況	-.050	-.025
世話代替者	.027	-.033
世帯年収	.101*	.001
配偶者有無	-.027	.017
他世代同居	-.023	.049 †
手段的サポート	-.082 †	-.016
情報のサポート	-.004	-.002
評価的サポート	-.021	-.010
情緒的サポート	-.048	-.003
R <sup>2</sup>	.177***	.261***

注：† $p < .1$  \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

$\beta$ は標準偏回帰係数、R<sup>2</sup>は決定係数

父親・母親ともに、障害者に関する変数では、社会行動上の障害が有意な規定力を示した。この結果は、行動上の障害が重度であるほど、Role Captivityが高いことを示す。ケア役割のコストについても、規定力の大きさに違いがあるものの、Role Captivityを高める効果をもっている。

その他の変数では、父親・母親間で、大きな違いが見られた。父親の場合、世帯年収、手段的サポートが有意な規定力を示し、世帯年収が高いほど、手段的サポートを保有していないほど、Role Captivityが高いことを示す。一方、母親の場合、有意な規定力を示したのは、欲求充足度、他世代同居であり、欲求充足度が低いほど、他世代が同居しているほど、Role Captivityが高いという結果である。

## 2) 考察

われわれは、既に、障害者の状態が、日常的なケア提供のみならず、家庭生活全般にわたる諸困難の生起に強く関連していることを明らかにしている（石原, 1982；大島, 1984；南山, 1995）。障害者の良好でない、あるいは、不安定な状態は、ケア役割の遂行をより困難にするものである。その結果、Role Captivity 創出へと結びつくという過程は、父親/母親ともにほぼ共通している。こうした、いわば、実態としてのケア状況の困難さに加えて、ケア提供者がケア役割のコストをどう評定するかという主観的要素も、Role Captivityの生起に関与しているのである。

さて、父親の場合では、手段的サポートが有意な規定力を示したが、家族外サポートの存在により、ケア負担の軽減・分散がはかられ、Role Captivityが軽減されうること示していると考えられる。しかし、母親の場合、家族内外の人的資源が全く効果を示していない。つまり、母親の場合、家族内外の人的資源が存在しても、あくまでもケアの大半は母親の仕事であって、ケア負担の分散が充分に図られにくいと、効果を示さなかったものと思われる。

このような状況下にあると考えられる母親の場合、重要な意味を持つのは、専ら母親個人レベルの問題となりやすいのである。既に述べたケアのコストとともにケア役割遂行を通じての欲求の充足度の規定力は顕著である。「ケアすることは私の生きがい」「ケアすることを通じていろいろと学ぶことが多い」といった言葉で、しばしば表現されるように、ケア役割遂行を通じての欲求充足は、ケアを担っていることを肯定的に位置付ける要因となっているものであり、母親がケアを担う場合、こうした意味づけが重要な意味をもつのである。

さて、父親のみ、世帯年収が、比較的強い有意な規定力を示した結果についてである。稼得役割との役割葛藤などの問題が Role Captivity を導出している可能性も考えられるため、就労の有無をコントロールしたところ、若干、影響は弱まったものの規定力は消えなかった ( $\beta = .097^*$   $R^2 = .177^{***}$ 、表は省略)。ケア提供者である父親が家計中心者である割合は9割近くをしめており、世帯年収は、父親の年収と読みとることも出来る。年金生活者が多いという点については考慮が必要ではあるが、父親の家族への経済的責務の貢献度の高さとして理解できるだろう。既にみた近代家族的な理念のもとでは、父親の家族への責任負担は主として家計支持であり、世帯年収の高さは、この意味において「家族に充分、責任を果たしている」ことを示すものであり、よって「日常的ケア」は、自らの責任を超えるものとして把握されやすいことを示しているのではないかと考えられる。

## (2) ディストレスを規定する要因

### 1) 結果

重回帰分析を用い、ディストレスを被説明変数とし、説明変数を一括投入することで、直接効果の検討を行った(表6)。障害者に関する変数では、父親・母親ともに、社会行動上の障害が、そして、父親のみ、病状の安定・良好化が有意な規定力を示した。社会行動上の障害が重度であるほど、病状が不安定または悪化傾向をたどっているほど、ディストレスが高いことを示す。

その他、父親・母親ともに、ケアのコスト、健康状況、世帯年収が有意な規定力を示した。ケアのコストが高いほど、健康状況が芳しくないほど、世帯年収が低いほどディストレスが高いという結果である。そして、父親のみ、手段的サポートが、母親のみ、年齢、欲求充足、評価的サポートが有意な規定力を示した。この結果は、それぞれ、手段的サポートを保有していないほど、年齢が低いほど、欲求充足の程度が低いほど、評価的サポートを保有していないほど、ディストレスが高いことを意味する。

### 2) 考察

Role Captivityと同様に、病状の悪化傾向、不安定な状態といった、より客観的な意味でのケア状況の困難さに加えて、ケア提供者がケア役割のコストをどう評定するかといった主観的要因が、ディストレスの生起を大きく左右し



表6 ディストレスの規定要因

	父親	母親
	$\beta$	$\beta$
病状の安定・良好化	-.116*	-.017
社会行動上の障害	.324***	.369***
-----		
親年齢	-.046	-.095**
-----		
ケアのコスト	.126**	.163***
欲求充足	.007	-.046 †
-----		
健康状況	-.157***	-.187***
世話代替者	.019	.006
世帯年収	-.173***	-.079**
配偶者有無	.020	.015
他世代同居	-.021	.013
-----		
手段的サポート	-.129**	.008
情動的サポート	-.035	-.016
評価的サポート	.046	-.052 †
情緒的サポート	-.027	-.002
-----		
R <sup>2</sup>	.283***	.276***

注：†p<.1 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001  
 $\beta$ は標準偏回帰係数、R<sup>2</sup>は決定係数

ている。また、健康状況については言うまでもないが、世帯年収とディストレスとの関連についても、多くの先行研究と同様の結果が得られ、メンタルヘルスにおける低所得者層の深刻な問題状況が示唆される。

しかし、父親の場合、世帯年収が Role Captivity に対し、異なる効果をもっていた点に、留意が必要である。世帯年収は、Role Captivity を高める一方で、ディストレスを低減させる効果を持つのであり、この2つの効果を総合すれば、高所得層ほど、父親は、日常的ケアから距離をとる方向への対処戦略を採用する可能性が高いことが考えられる。

母親における年齢の効果は、先行研究に従えば、若いケア提供者ほど、家族内外に多くの役割を担っているゆえに、さらにケア役割を担うことで、日常生活全般が思うようにいかず、自己の欲求充足の抑圧が生じやすいからであるとの解釈が可能である(手島他, 1991)。しかし、ケアのコストの投入によって、

ケア以外の領域での欲求充足の抑圧という側面が十分に統制されているとすれば、別の解釈を検討する必要があるだろう。そして、欲求充足度も微弱ながらも有意な規定力を示し、Role Captivity への効果と同様に、低減する効果を有しており、母親の場合、ケア役割を担うことが自分のためになっていると思えるかどうか、ストレス状況を左右する一つの要因となっているのである。

ソーシャルサポートについてであるが、父親では、Role Captivity に対しても効果が見られた手段的サポートが、ここでも有意な規定力を示しており、父親にとって重要な資源であることが示唆された。一方、母親の場合、評価的サポートがディストレスを低減する効果をもっている。ソーシャルサポート研究において、如何なるサポートが受け手にとって有益であるかは、受け手の個体的特徴などによって規定されることが明らかにされている<sup>(10)</sup>。よって、この結果は父親・母親間での、ケアを担う文脈やケアを担っている状況の差異が関連しているのではないかと推測される。

### (3) Role Captivity とディストレス・コーピングとの結果

#### 1) 結果

ディストレス、4種のコーピングを被説明変数とした重回帰分析を行い、Role Captivity の規定力の有無を調べた(表7)。なお、表5、表6の分析で使用した諸変数もコントロール変数として投入しているが、ここでは、Role Captivity の規定力に注目しているため、Role Captivity の $\beta$ 及び決定係数のみを表示している。コーピングは、ダミー変数(採用した=1, 採用しなかった=0)である。

まず、ディストレスに対してであるが、父親、母親ともに、有意な規定力を示した。これは、Role Captivity が高いほどディストレスが高いことを示す。コーピングについては、父親、母親ともに「現実逃避」「問題の極小化」「攻撃的対処」について有意な規定力を示した。この結果は、Role Captivity が高いほど、この3つのコーピングパターンが採用されやすいことを示す。「自己非難」については有意な規定力を示さなかった。

そこで、唯一有意な規定力を示さなかった「自己非難」について、その他の変数の影響力をみた(表8)。父親では、欲求充足、世帯年収の2変数が有意な規定力を示した。この結果は、ケアを通じての欲求の充足度が高いほど、世帯年収が低いほど、「自己非難」的対処をとりやすいことを示す。一方、母親

表7 Role Captivityの規定力（ディストレス、コーピングが被説明変数）

被説明変数	父親		母親	
	$\beta$	( $R^2$ )	$\beta$	( $R^2$ )
ディストレス	.257***	(.337***)	.208***	(.308***)
①現実逃避	.129*	(.069*)	.128***	(.058***)
②問題の極小化	.180**	(.079**)	.099**	(.050***)
③自己非難	.060	(.077**)	.021	(.042***)
④攻撃的対処	.248***	(.138***)	.222***	(.125***)

注：† $p < .1$  \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

- ・ディストレス・コーピングを被説明変数とした重回帰分析における Role Captivity の規定力の  
み表示（ $\beta$ は標準偏回帰係数、 $R^2$ は決定係数）
- ・なお、表1、2で用いたその他の諸変数をコントロール変数として投入。
- ・各種コーピングは、「採用した」=1のダミー変数

表8 「自己非難」的対処の規定要因

	父親	母親
	$\beta$	$\beta$
病状の安定・良好化	.072	.016
社会行動上の障害	.079	.173***
親年齢	-.002	-.005
ケアのコスト	.029	.017
欲求充足	.150**	.086**
健康状況	.024	.005
世話代替者有無	.065	-.004
世帯年収	-.133**	-.012
配偶者有無	.019	.033
他世代同居	.027	-.010
手段的サポート	.079	-.004
評価的サポート	-.022	-.036
情緒的サポート	.059	-.004
情動的サポート	-.009	.027
Role Captivity	.060	.021
$R^2$	.077**	.042***

注：† $p < .1$  \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

$\beta$ は標準偏回帰係数、 $R^2$ は決定係数

では、行動上の障害、欲求充足の2変数が有意な規定力を示した。この結果は、障害者の行動上の障害が重度であるほど、ケアを通じての欲求の充足度が高いほど、「自己非難」的対処をとりやすいことを示す。

## 2) 考察

まずはディストレスに対する効果である。ケア提供者が Role Captivity に陥ることは、自己のストレス管理に対し、無力になっている状況を示すものでもある (Aneshensel et al, 1993)。本論での結果は、この解釈を支持するものであり、Role Captivity は、ケアの受け手の障害の種別を超えて、ケア提供者のディストレスを予測する重要な要因であることが示唆される。

次にコーピングについてである。父親・母親ともに、「自己非難」を除いた3つのコーピングに対して有意な規定力を示したが、最も強い規定力を示したのは、「攻撃的対処」についてであった。分裂病家族の感情表出 (Expressed Emotion) 研究において、家族の「批判」「敵意」あるいは「過度の感情の巻き込まれ」といった感情表出が、分裂病患者の再発をもたらす一つの要因として指摘されている (大島・三野, 1993)。「批判」「敵意」は、家族が患者を突き放す感情であり、一方、「過度の巻き込まれ」は、家族が患者に対して、情緒的に、過度に自己投入している状況を示している。こうした家族-患者間の情緒的距離の問題が患者にとってストレスとなり、再発の可能性を左右するのである。「攻撃的対処」は、「批判」「敵意」といった感情との親和性が高いコーピングパターンといえ、こうした対処行動の採用は、障害者にとってストレス源となる可能性が高いと考えられる。また、「現実逃避」「問題の極小化」という対処行動をとりやすい傾向が示された点にも留意が必要である。確かに、飲食で気を紛らわせることや、忘却することは、一時的に、ケア提供者のストレス状況を和らげることになると思われるが、ストレス状況を生起させている原因そのものの解消・軽減を意図した根本的な対処アプローチではないのである。こうした問題の先送りのな対処方略の採用は、結果として、ストレスの累積 (pile-up) に結びつきやすいといえる。

以上、Role Captivity とディストレス・コーピングとの関係に検討を加えた。先行研究において、Role Captivity は、ケア提供者に在宅ケアを断念させ、入院処置を選択させる要因の一つであり、入院処置は、ストレス状況を生起させている根源的なストレスそのものを除去する対処であるとの知見がある<sup>(4)</sup>。本論では、こうした場の移行がなされる以前の問題として、Role

Captivity が、ケア提供者・障害者双方にストレスをもたらし、家族ケアの質を低下させる可能性を示すことができたわけである。

さて、最後に、唯一、関係がなかった「自己非難」について考えてみよう。まず、欲求充足度が有意な規定力を示した点である。ケア役割の遂行を通じて充足される欲求の度合いが高いことは、ケア役割への自発的関与を高めるものである。不本意な役割の担い手となることが、採用の可能性を高める他の3つのコーピングパターンとは逆に、むしろ高いコミットメントの結果、採用しやすいコーピングであることが考えられる。

では、父親では世帯年収、母親では、社会行動上の障害が有意な規定力を示した点についてである。父親では<世帯年収の低さ→父親としての責務を十分に果たしていない→自責の念>、母親では<社会行動上の障害の高さ→母親の責務としてのケアのやり方に問題があるのでは?→自責の念>という経緯で、自己非難的な対処パターンを採用する可能性が高まるのではないかと推測される。更に、統計的な検討を必要とするが、先の欲求充足度に対する解釈を加味するならば、ケア役割に自発的にコミットしているが、父親として、母親としての責務を果たしていない自己に対する憤りのあらわれではないか。すなわち、この結果も、近代家族的な父親像・母親像を内面化しているゆえの結果であることが示唆される。

## 6. 閉塞的状况からの解放可能性

母親の方が、ディストレスが高く、メンタルヘルスにおける深刻な状況を伺いしることができる。母親がケア提供者である場合の方が、家族内の資源条件が相対的に劣悪な状況にあり、こうした資源条件の問題が、ディストレス増幅の要因となっている可能性も指摘される。また、障害者の状態が Role Captivity とディストレスの生起に大きく関わっており、言うまでもないが、Role Captivity、ディストレスの低減にとって、ケアの受け手の病状の改善や障害の軽減が肝要であることが確認された。そして、父親・母親が、ケア役割の不本意な担い手となることが、親・障害者双方にとって好ましくない結果をもたらすことも示唆された。

さて、ここで明らかになった、父親・母親間での Role Captivity が生じる文脈の差異は、2章で検討した近代家族の原理をほぼなぞる形で説明された。注意すべきは、近代社会が要請してきた父親像・母親像へのより忠実なコミッ

トは、父親が、日常的ケアから距離をとり、母親が、ケアに対し、喜びを見だし、さらに自己投入していくことに他ならない。すなわち、ケアの中断の可能性を高めたり、家族内におけるケアの不平等な負担状況をさらに顕著なものとするにしかならないのである。

今日、家族病因論<sup>(45)</sup>への反駁として、精神障害者とりわけ分裂病患者の家族を「教育」の対象と考える立場が登場している。Andersonらの心理教育アプローチを先駆けとする家族支援プログラムは、病気や障害、制度・サービスなどに関する知識、障害者への接し方などを家族に伝達していくことが、障害者のコミュニティケア継続にとって重要であるとの認識に基づいている。そして、家族の人生や生活が、障害者のためだけにあるのではなく、自らの自己実現のためにもあることを再認識する場として注目されており、近年、わが国でも、精神保健福祉センター・保健所などを中心に取組み始められている（全家連、1997b）。

こうした援助プログラムが、家族だけではなく、障害者にとっても、より望ましい実践となりうるための条件は何か。それは、初めに述べたような様々な社会的圧力や本論で明らかになった家族のあり方を、どこまで相対化できるかにかかっている。詳しくは別稿にゆずるが、家族や障害者が、相互の関係や家族のあり方を、自らの文脈の中で再構築できる諸条件の整備が必要なのである。

ところで、本論では、従来の家族ケア研究において、比較的、看過されがちだった「ケアの受け手にとっての家族ケアが持ちうる意味」に関しても議論の内容に含むことができた。しかしながら、家族を対象とした調査データの分析を通じて、その一部を議論したということであって、今後、更に、本論での立場を進めて、障害者自身の家族ケアに対する意味づけをも取り込んだ検討が必要となるだろう。また、近代家族の結合原理の根本をなす愛情の機能や、近代家族の結合原理と障害者観の融合の問題にまで、迫ることができなかった。そして、平準化された一時点の家族の営みを断片的に捉えたにすぎないともいえる。今後、家族ケアをプロセスとして把握する試みが必要であるとともに、多様な家族・障害者の営みを、より深層を掘り起こす形で記述することが必要となってくる。

その際、重要なのは、障害者一家族の関係性のある一定のあり方へと強制する社会的構造によって、家族・障害者の営みの全てが決定され尽くしてしまうとしないことだ<sup>(46)</sup>。社会的構造が指し示す文脈に翻弄されながらも、たとえそれがささやかなものであったとしても、その圧力へ対抗する営みを見だし、

その営みを導出している条件を記述していくことが肝要である。なぜなら、このことによって初めて、閉塞的状況からの解放可能性を家族・障害者双方の側から模索することが可能となるからである。

#### □注

- (1) 精神保健福祉法の保護者規定を示す。
- (2) 近年、Lazarus らのストレスモデル (Lazarus, R. S. & Folkman, S;1984) に依拠したケアストレス研究が盛んである。「ストレス」は「個人の資源に負担をかけている、あるいはその限度をこえるもの、そして、個人の安寧を危うくするもの」として個人により評価される「人間と環境との間の特定な関係」と定義される (Lazarus & Folkman, 1984)。ケアストレス研究に限らず、ストレス研究全般の傾向であるが、「ストレス」概念が、そのまま実際の枠組みの構成概念として用いられることは希である。ライフイベントやストレーンなどといったストレスラーと、抑うつ・身体的症候・不安などといった個人が主観的に経験する不快な状態である心理的ディストレス (psychological distress) に関係が見られた場合、その関係を「ストレス」と呼ぶ場合が多い (稲葉; 1995)。
- (3) Pearlin は、役割ストレーンとして、①役割過重—期待される遂行課題が役割を担う個人の能力を越えた状況、②相補的な役割セットの関係にある 2 者間で生じる問題、③役割葛藤—複数の役割により期待される遂行課題が両立困難な状況、④役割拘束—個人が役割の不本意な義務者となっている状況、⑤役割の喪失と獲得、⑥役割セットにおける役割の再構造化、をあげている (Pearlin, 1983)。
- (4) 岡原 (1995)、石川 (1997) らの論考を参照のこと。
- (5) 拙稿において、ケアストレスに関する先行研究のレビューを行い、問題点を列挙しているので参照のこと (拙稿, 1997)。
- (6) Aneshensel ら (Aneshensel et al, 1993) の調査研究での主な知見は以下に示す通りである。
  - ①患者の年齢が若いほど、患者の問題行動が頻繁にあるほど、患者の日常生活動作におけるケア提供者への依存度が高いほど、Role Captivity が高い。
  - ②ケア提供者が患者の配偶者である場合よりも子供である場合の方が、ケア提供者が白人であるほど、患者との関係における親密さや活動の共有などが失われているほど、ケア提供者の役割過重が顕著であるほど Role Captivity が高い。
  - ③ケア提供者の Role Captivity は、時間経過の中で安定して持続されやすいが、在宅ケアの断念 (入院処置) によって緩和される。ケアを提供していく中で、2 次的に生じるストレスラーである Role Captivity、あるいは経済的ストレーンは、ケア提供者に入院処置を選択させる要因の一つとなっている。入院処置は、ストレス状況を解消するための対処としての意味合いをもつ。
  - ④在宅ケア継続群と、途中で入院処置に至った群では、患者の健康状態をコント

- ロールしても、後者の場合の方が、患者の死亡率が高い。この結果と③の結果から、入院という対処は、ケアの受け手、ケア提供者に相反する効果をもつ。
- (7) ケア役割をはじめ、稼得役割、家事役割などの家族内役割の配分を規定する要因として、役割に関する社会規範の他に、役割遂行に動員される資源の相対的分布、人間関係の要因（森岡・望月，1992）があげられる。
  - (8) わが国でも、同様な知見と解釈が散見される。手島らは、在宅脳血管障害患者をケアする家族を対象とした調査研究において、ケア提供者の年齢が低いほど、ディストレスが高いという結果に対して、若いケア提供者ほど、家族内外に多くの役割を担っているゆえに、自己の欲求充足の抑圧が生じやすいことを示していると解釈している（手島他，1991）。
  - (9) Horwitzらが、社会的交換理論の立場から、精神障害者の家族ケアの問題点について、ほぼ同じ指摘をしているので参照のこと（Horwitz et al, 1996）。
  - (10) 長山は、父一家計支者、母一家事役割という家族内役割の布置では、発病当時から障害者のケアは母親任せとなりやすいことを示している。また、父親の場合、配偶者の死去や、「患者が父親以外の人との接触を好まない」といった個別的事情によりケアを担っているケース以外では、家族会活動などの社会的活動やケアの方針の決定といったことに父親のケアへの関与が限定されがちであることを明らかにしている（長山，1994）。
  - (11) 詳細については、（中川・大坊，1985）を参照のこと。
  - (12) 「コーピング」は「人間と環境との特定な関係としてのストレスを減じたり、解消するために、個人によって行われる認知的・行動的努力」（Lazarus & Folkman, 1984）と定義される。本論で採用したコーピングは、Folkmanらの研究（Folkman et al, 1986）を参照し、精神障害者家族用に質問項目を工夫し作成したものである。本論で採用した4つコーピング（「 」内は実際の質問文）を以下に示す。
    - ①現実逃避 「食べたり飲んだ喫煙したりして気を紛らわせた」
    - ②問題の極小化 「すべてのことを忘れようとした」
    - ③自己非難 「自分に問題があると思い、自分を責めた」
    - ④攻撃的対処 「ご本人に腹をたてた」
  - (13) 浦（浦，1992）が先行研究をレビューし、その成果を概説しているので参照のこと。
  - (14) 註(6)を参照のこと。
  - (15) 偽相互性・二重拘束説・世代間境界の混乱そして反精神医学などの諸学説では、分裂病家族は「治療」の対象、ある特定の家族成員を「分裂病」としてスケープゴートとする「加害者」として位置づけられた。しかし、今日では、これらの諸説に依拠した臨床実践が目覚ましい結果を導くことはなかったと言われている。
  - (16) 石川は、近代社会が要請してきた「障害児の親」としての既成の役割像を相対化し、新しい「親性」を模索する親たちの営みを記述している（石川准，1995，「障害児の親と新しい「親性」の誕生」井上眞理子・大村英昭編『ファミリーズムの再発見』世界思想社，25-57）



□ 文献

- Aneshensel, C. R., Pearlin, L. I., Schuler, R. H., 1993, "Stress, Role Captivity, and Cessation of Caregiving," *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 54-70.
- 安積純子, 岡原正幸, 尾中文哉, 立岩真也編, 1995, 『生の技法』, 藤原書店, 改訂第1版.
- Brown, G. W., Biley, J., Wing, J. K., 1972, "Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders." , *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Folkman, S. et al, 1986, Dynamics of stressful encounter : Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes," *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Horwitz, A, V., Reinhard, S, C., Howell-White, S., 1996, "Caregiving as Reciprocal Exchange in Families With Seriously Mentally Ill Members," *Journal of Health And Social Behavior*, 37, 149-162.
- 稲葉昭英, 1991, 「家族ストレス論の再構成」, 家族セミナー編『家族社会学研究』, 1号, 34-37.
- 稲葉昭英, 1995, 「性差、役割ストレイン、心理的ディストレス」, 日本家族社会学会編『家族社会学研究』, 7号, 93-104.
- 石原邦雄, 1982a, 「精神病長期療養者の家族に関する2地域間調査」, 国立精神衛生研究所『精神衛生研究』, 25号. 28-43
- 石原邦雄, 1982b, 「精神病の長期化と家族の対応」, 国立精神衛生研究所, 『精神衛生研究』, 28号. 93-107.
- 石原邦雄, 南山浩二, 1993, 「精神障害者・家族の高齢化にともなう問題」全家連編『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 (I) -全国家族調査篇-』, 全国精神障害者家族会連合会, 92-103.
- 石原邦雄編, 1994, 『精神障害者を世話する家族の歩みと思い』東京都立大学ライフヒストリー研究会報告書, 55-60
- 石川准, 1995, 「障害児の親と新しい「親性」の誕生」井上眞理子・大村英昭編『ファミリーリズムの再発見』世界思想社, 25-57
- Lazarus, R. S. & Folkman, S., 1984, *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer.
- 南山浩二, 1995, 「ケア提供者の負担の構造～在宅精神障害者を抱える家族の場合～」, 日本家族社会学会編『家族社会学研究』, 7号, 81-92.
- 南山浩二, 1996 「精神障害者家族の認知と対処に関する研究」, 日本社会福祉学会編『社会福祉学』, 37-1, 38-55.
- 南山浩二, 1997, 「家族ケアとストレスー要介護老人・精神障害者家族研究における現状と課題ー」, 日本家族社会学会編『家族社会学研究』, 9号, 77-90.
- 中川泰彬・大坊郁夫, 1985 『日本版GHQ健康調査の手引き』日本文化科学社
- 長山晃子, 1994, 「障害者への家族の関わり方ー父親を中心にー」石原邦雄編『精神障害

- 者を世話する家族の歩みと思い』都立大ライフヒストリー研究会報告書, 55-60
- 岡上和雄・大島巖・荒井元博, 1988, 『日本の精神障害者—その生活と家族』ミネルヴァ書房
- 岡原正幸, 1995, 「制度としての愛情—脱家族とは」安積純子, 岡原正幸, 尾中文哉, 立岩真也編, 1995, 『生の技法』, 藤原書店, 改訂第1版, 75-100.
- 大島巖, 1987, 「精神障害者を抱える家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究」, 日本精神神経学会編『精神神経学雑誌』, 89巻3号, 204-241.
- 大島巖・三野善央, 1993, 「E E研究の起源と今日的課題」, 『季刊精神科診断学』, 4巻3号, 265-281, 日本評論社.
- Pearlin, L., 1983, "Role Strains and Personal Stress," in Kaplan, H. B (eds.), *Psychosocial Stress*, Academic press, 3-32.
- Pearlin, L., 1989, "The Sociological Study of Stress," *Journal of Health and Social Behavior*, 30. 241-256.
- Pearlin, L., Mullan, J. T, Semple, S. J, Skaff, M. M, 1990, "Caregiving and Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures," *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Plat, S., Weyman, A. J., Hirsch, S. R. et al., 1980, "The Social Behavior Assessment Schedule." *Social Psychiatry*, 15, 43-55.
- 浦光博, 1992, 『支えあう人と人—ソーシャルサポートの社会心理学』サイエンス社
- 山田昌弘, 1994, 『近代家族のゆくえ—家族と愛情のパラドックス』新曜社
- 全家連, 1997a, 『精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ—全国地域家族会調査篇—』, 全国精神障害者家族会連合会 (精神障害者社会復帰促進センター).
- 全家連, 1997b, 『地域における家族支援プログラム—保健所等の全国実態把握とモデル事業の試み—』, 全国精神障害者家族会連合会 (精神障害者社会復帰促進センター).