

表. [補] — 1 — 1 2つの視点から見た4つの家族療法モデル

	家族の親密度合・関与の仕方	家族の調整・方針決定
* オルソンらの円環 circumplex モデル	凝集性（家族のきずな）：家族成員相互の情緒的結合の大きさ。	順応性（家族のかじとり）：家族が変化を容認する程度、平衡を維持しようとする程度。
* ミニューチンらの 構造派家族療法	家族メンバー間の距離と親密さのパターン。 遊離状態（人々の距離が遠すぎる）← 明瞭状態 → 纏綿状態（過度の調和性）	家族階層構造（家族パワーの配分：上位階層程パワーがあると考える） 家族システム特有の人間関係のルール
* 家族機能のマクマスター・モデルとプロセス・モデル	情緒的関与の仕方 a) 関与しあわない, b) 感情抜きに関心, c) 自己愛的関与, d) 共感的関与, e) 絡み合い Enmeshment。過剰な関与、共生的関与。	コントロール ① 硬直的コントロール, ② 柔軟的コントロール, ③ 放任的コントロール：無秩序な家庭, ④ 混沌としたコントロール
* ビーヴァーズ・モデル	遠心的（家族を外側に追いやる力）と求心的（家族内に吸収し埋没させる力）	家族の機能水準（5つの側面）における家族の構造（家族の勢力構造等）

一例として、表中のオルソンらによる円環 circumplex モデルについて、その要約を以下に記す。

オルソンらは、家族の行動に凝集性（きずな）と順応性（かじとり）という二つの側面が根本的に重要であると位置づけ、家族システムの円環モデルを発表した（立木, 1999）。

順応性（家族のかじとり）とは、家族が変化を容認する程度、平衡を維持しようとする程度のことであり、権力構造（リーダーシップ）や役割関係に基づいている。順応度が極めて高い状態から極めて低い状態までを、混沌、柔軟、構造化、硬直の4段階にまとめている。

具体的なアセスメント・ツールとしては、オルソンの家族凝集性順応性測定尺度（FACES : Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale）によって数量的に把握することができる。我が国では、立木（1999）により改訂された、FACESKG（FACES at Kwansei Gakuin）によって、家族の凝集性（きずな）と順応性（かじとり）に関する認識の程度が評価できる。円環 circumplex モデルでは、バランス型、中間型、極端型の家族に分類され、この中で、バランス型もしくは中間型に位置する家族が、発生した家族間の問題に対処しやすく、円滑に機能している家族と考えられている。

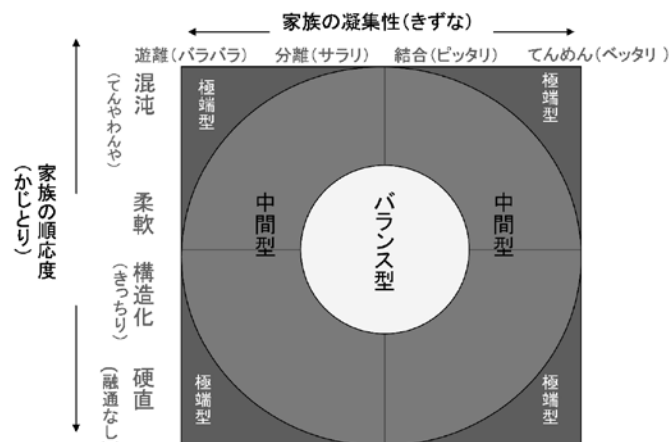


図. [補] — 1 — 3 オルソンの円環モデル

また、下図に示した、亀口(2000)による家族イメージ法 (FIT : Family Image Test)を活用すると、家族の構成員個人がどのような家族イメージ (メンバーの間のつながり、パワー等) を有しているかを視覚的に把握しやすい。

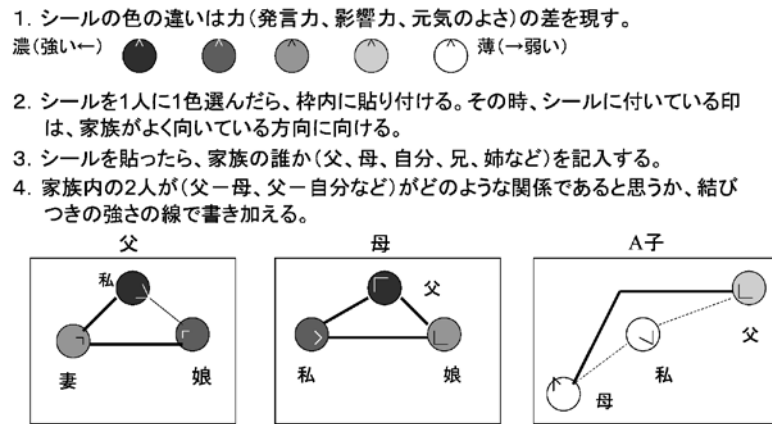
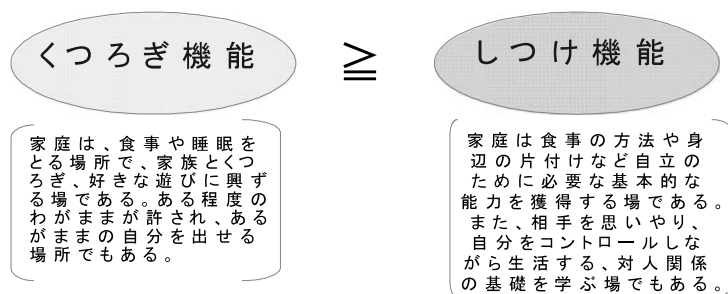


図. [補] — 1 — 4 家族イメージ法 (FIT)

(2) 家族の「くつろぎ機能」と「しつけ機能」

千葉(1999)は、現代家族の主要機能について、「子どもの第一次的社会化(しつけ)」と「成人パーソナリティの安定化(やすらぎ)」の二つにほぼ集約できると考えており、村瀬(1997)によれば、家族には、「教育的機能(しつけ)」対「憩い、甘えの場(やすらぎ)」の矛盾した二面性を担うべく期待されているとしている。



参考「児童心理」編集委員会:「気がかりな子」の理解と援助(2005)

図. [補] — 1 — 5 家族のくつろぎ機能としつけ機能

また、「児童心理」編集委員会(2005)によれば、くつろぎの機能を維持するために、親は子供に可愛いというメッセージを絶えず送り、何とかしないといけないと無理しすぎず、のんびりとした時間を親子共に持っていることが重要であるとしている。さらに、しつけの機能を健全に活性化させるためには、過ちを修正するよりも、良さを伸ばす指導に変化させ、少しでもできたらほめて自信をつけさせ

ることや、身につけて欲しいことを一つずつ具体的に取り上げて、それを子どもとの交流の機会としながら、いつも決まった方法で指導することが重要であるとしている。

（３）家族の障害の理解・受容の度合い

（ア）先天性障害

1) 先天性障害の場合、多くの親は子供の障害を告げられた時、大きな衝撃を受け、妊娠中に期待していた健康な子供を失った対象喪失による障害の受容過程を経る（泊ら,2005）。

2) Drotar D らによる家族の悲哀の反応過程は、①ショック→②否認→③悲しみと怒り→④適応→⑤再起の 5 段階となっている（一ノ渡,1996）。尚、障害の受容は一直線ではなく、行きつ戻りつしながらその過程で親が変容し、成長していくと考えられている。

3) 鑪（1963）は、知的障害児を持つ親の障害受容を 8 段階の過程で説明している。

- ①子どもが知的障害児であることを認知するまでの過程
- ②この間の親自身の苦悩の過程
- ③何とか現状を打開しようとする数々の努力（又は、無駄な骨折り）の過程
- ④このような子どもを持っているのは自分だけではないという同胞発見の過程
- ⑤本格的な努力の過程
- ⑥知的障害児への見通しと努力する道を知り、希望を抱く過程
- ⑦親自身の人格的成長を感謝する過程
- ⑧これらの喜びや感謝を、苦しんでいる人に啓蒙していく過程

このように先天性障害については、子どもが青年期に達していれば、親は子どもの障害を受容できている場合が多いと考えられているが、S.オーシャンスキーの「慢性的悲観説」によれば、子どもが歩き始める時期や言葉を話すようになる時期、あるいは学校に入る時期等、成長の節目ごとに親は落胆するものだという考えもある（玉井,2002）。尚、ADHD 等、発達障害の子ども親にも同様な行動特性があり、障害受容ができにくい場合もある（緒方,2006）。

（イ）後天性障害

1) 大島ら（1900）によれば、後天性の障害である統合失調症の家族の受容プロセスは、①病認知過程→②現実容認過程（否認・重大さの認知）→③希望発見過程→④本格的取り組み→⑤共に生きる喜びという受容過程を経るというが、対象喪失による障害の受容過程としては先天性障害と類似している。また、後天性の障害であれば、受障後の経過に伴って、徐々に障害受容が進むことが多いと考えられるが、受容の度合いはそれぞれの家族や本人によって様々であるという。

（ウ）自己受容と社会受容

南雲（2002）によれば、障害を負った後の心の苦しみを緩和するには、自己受容と社会受容が必要であるが、社会受容の問題に対しては十分に焦点が当てられていない現状がある。自己受容が不十分で

あることにだけに焦点を当てるのではなく、社会受容がなされていないと捉え、家族支援をしていくことも重要であるとしている。

(4) 家族のサポート体制

渡辺(2000)によれば、家族には、①障害者の状態を常に把握して合併症の早期発見や健康維持に努める観察者としての機能、②障害者の心身の状態に応じて医療機関・福祉機関等に相談して交渉する管理者としての機能、③障害者の身体的ケアや情緒的サポートを行う介護者としての機能が求められるとしている。

(5) 家族の状況の把握

(ア) ヒアリング及び観察

家族の障害者に対する支援への動機付け等については、ヒアリング及び観察で捉えることができる。ヒアリング及び観察の際に把握する必要のある事項に関し、以下の通り整理できると考えられる。

①家族がそれぞれの役割を担う上での負担度を把握する。

②家族間の交流パターンを観察する。

③家族の役割分担等を意思決定するリーダーは誰か、また、家族の中で支援の主協力者となり得る者は誰か等を把握する。

(イ) 質問紙等のアセスメント

1) 家族の精神的疲労度を数量的に把握するためには、ぜんかれん編集委員会(2000)「生活困難度チェック表」を活用することができる。合計点が7点以上になると「高困難」のグループとなり、休息が必要と考えられている。

表. [補] — 1 — 2 生活困難度チェック表

	苦労の内容	なし	少しある	大いにある
(1)	本人にかかる経済的負担	0	1	2
(2)	本人の世話で仕事にでられない	0	1	2
(3)	本人の世話で家事に手がまわらない	0	1	2
(4)	家庭内で口論が増えてくつろげない、一家団欒の機会が少なくなった	0	1	2
(5)	本人をおいて留守ができない、自由に外出ができない	0	1	2
(6)	近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	0	1	2
(7)	親戚との隔たりができ、親戚付き合いがうまくいかない	0	1	2
(8)	自分だけの時間が持てなくなった	0	1	2
(9)	本人の世話で心身ともに疲れる	0	1	2
(10)	他の家族の結婚話などで気苦労が多い	0	1	2
(11)	家族の将来設計が立てられない不安やあせりがある	0	1	2
(12)	服薬を続けさせる苦労がある	0	1	2
(13)	家族に迷惑をかけたり暴力をふるったりすること	0	1	2
(14)	家族以外の人に迷惑をかけたり暴力をふるったりすること	0	1	2
(15)	病状の急変や再発、自殺など心配	0	1	2
(16)	病院(主治医)と家族の考え方がずれている	0	1	2

(出典: 全家連保健福祉研究所/モノグラフNo.19)

2) Burns, R.C. & Kaufman, S.H. (1972) による動的家族画 (KFD-Kinetic Family Drawing) も家族状況の把握に役立つ。「あなたも含めて、あなたの家族の人たちが何かをしているところを描いて下さい」と指示し、描かれた画によって現実の相互関係に根ざした家族イメージを把握できる。

3. 家族アセスメントのまとめ

家族アセスメントの要点を簡略化して下表にまとめた。

表、「補」－1－3 家族アセスメントの要点

家族の構造（何が）
家族構成はどうなっているか？（ジェノグラム・エコマップで把握）
→ 家族のサブシステムはどうなっているか？
→ 家族ライフサイクルはどの段階か？
家族の機能（どうなっているか）
家族の「きずな」と「かじとり」の視点で、親密度と方針決定はどうなっているか？（オルソン円環モデルではバランス型・中間型・極端型のいずれか？）
家族の各メンバーはどのような家族イメージを持っているか（家族イメージ法など）
家族では、「くつろぎ」と「しつけ」バランスがとれているか？
家族の障害の受容ができていないか？
家族のサポート体制がとれているか？
家族状況はどうなっているか？（課題への動機付け、主協力者は誰、家族の疲労度など）

第2節 障害特性別の家族支援アプローチ

家族支援を行う上での配慮事項について、障害特性別に整理する。

1. 知的障害・発達障害

（1）支援者の留意事項

- 1) 知的障害児の発達への援助と家族の発達への援助は車の両輪のようなものである。しかし、知的障害児に対しては、早期発見・早期療育が援助が中心であり、母親にのみ多大な負担を課すものになりがちであった。知的障害児の療育や相談は圧倒的に母親に負担がかかってしまうが、支援者は

あくまでも夫婦サブシステムを視野に入れておかなければならない（早樫ら,2002）。

2) 知的障害児を養護するスキルがない親は、子どもたちについて非常に柔軟で調和的に行動するが、学校の要請や訓練プログラムに従うことができない。また、知的障害児と関る様々な専門職との間に葛藤が高い親も存在する。支援者グループは受容と心痛の思いをもって親を支援することが非常に大切である（ローズマリーら,2002）。

3) ADHD 児については、ペアレント・トレーニング（親のためのトレーニング）としての対処法プログラムがある。このプログラムは、子どもをほめることが全ての基礎となっていることに留意する必要がある。（岩坂ら,2004）。

2. 精神障害

（1）支援者の留意事項

本人の障害認識や家族の障害認識の状況に留意した上での支援に加え、家族に対して精神障害に関する知識を付与する必要があることから、心理教育を施したり、家族教室への参加が不可欠であると考えられている。また、本人の長所に視点を置きながら、関心や能力を探し出してエンパワーメントすること（T.ワーロンら,2005）や、「Recovery」の視点に基づき「病気を持ちながら、社会生活に再起し、かけがえのない人生を送れる」ようになること（マーク,2005）についても配慮する必要があると考えられている。

（2）支援者のヘルスケア

支援する側が燃え尽きないように、支援者自らがストレスマネジメントに配慮する必要があり、それが家族に対する寛容さにも繋がる（後藤,1998）。

（3）重症・長期の精神障害を有する人の家族への配慮

重症・長期の精神障害を有する人の家族に対するアプローチの焦点は、家族療法から家族心理教育や家族支援へと変化してきており、家族を協力者として位置づけた上で、負担軽減を図っていくことが重要であるとされている。イギリスでは、重症精神疾患を持つ人々の家族が抱える課題の改善策を、国家戦略上の最重要課題の一つとして位置づけており、2004 年のケアラー法において、重度精神障害者に対しケア登録を行っている者の社会生活上のニーズを、国からアセスメントしてもらう法的権利が保障されている（伊勢田,2006）。

（4）家族心理教育

1) Hagaty ら（1986）の調査によれば、症状の再発を防止するためには、薬物療法、家族療法（心理教育）、社会技能訓練（SST）が最も効果的であるとしている。

2) EE (Expressed Emotion : 批判的、敵意、情緒的巻き込まれの感情表出) の高い家族の中に置かれる方が、EE の低い家族の中に置かれるよりも、精神症状の再発率が高い。家族が心理教育を受けることで再発率を下げられることが実証されている（高森,2005）。

- 3) 家族の本人に対する接し方のポイントは、「批判的にならないこと」「巻き込まれすぎないようにすること」の2点である（白石,2005）。
- 4) 本人に優しく接しようとするために、家族は自らの感情を抑制しようとするが、特に批判的な感情を抑制しすぎると、家族にとっても本人にとっても無理が生じる。感情をそのままぶつけるのではなく、場合によっては感情を伝える方法や対処方法を工夫することも必要である。（田上,2004）。
- 5) 家族心理教育のプログラムにおいては、①知識・情報の提供②対処技能③心理的・社会的サポートから構成され、薬の副作用の出現時期や治療経過、生化学的仮説の具体的な説明がなされるが、それぞれの家族の持つ個別の問題について触れられることはない。うつ病の心理教育的家族面接において、薬の副作用と生科学的仮説に関する情報提供がなされた家族においては治療脱落防止に効果があるが、家族の持つ個別の問題について触れられた家族に関しては、治療脱落が多い傾向にある（横山,1998）。

3. 高次脳機能障害

（1）支援者の配慮事項

四ノ宮ら（2003）は、高次脳機能障害者への家族心理教育は、統合失調症者の患者家族に対して行われてきた心理教育的アプローチの視点と合致し、家族の情緒的側面にアプローチする心理的支援と、知識や対応方法の学習をねらいとした教育的支援との両面を組み込んだ心理教育の視点が重要であるとしている。

（2）障害受容の過程

綱川（2004）は、「職業リハビリテーションにおける本人の障害認識、家族の障害理解」に関し 8 つの過程を示している。

- ①知識として障害を知る
- ②日常生活や作業で現れる状況を障害と結び付ける
- ③評価結果から当事者の課題を理解する
- ④今後の職業リハビリテーションの目的を理解する
- ⑤適切な補完手段を活用（選択、支援）することができる
- ⑥障害を受け入れることができる（障害を客観的に観察することができる）
- ⑦障害を周囲の者に説明することができる
- ⑧補完手段を他の場面やよりよい方法に工夫して活用することができる

4. 身体障害等

(1) 支援者の留意事項

- 1) 身体障害児が思春期になると、親の囲い込みからの脱出を主張する場合がある。身体障害を持つ子どもの母親が有する 2 つの側面として、「訓練を施す親」と「介助する親」がある。従って、親が本人を子ども扱いし続け、子が行為主体となることを妨げることがないように支援していく必要がある（土屋,2002）。
- 2) 身体障害を持つ子どもの家族は、凝集性が強すぎ過保護になったり、本人のプライバシーが軽視されがちになり、家族との境界が纏綿状態を示すことがある。また、慢性疾患を持つ子どもの家族では、過保護によって自立が妨げられたり、怒りの表出が抑圧されがちとなることに留意していくことが重要である（ローズマリーら, 2002）。

第3節 家族の個別ニーズと支援の原則

支援者は、前述の障害特性別の配慮に加えて、家族の個別のニーズに配慮し、家族支援の原則を踏まえながら支援していかなければならないと考えられている。以下に、家族の個別ニーズへの対応と支援の原則に関する要点を整理する。

1. 家族の個別のニーズ

障害児の家族は多くの負担を抱える“大変な家族”と見られることがあるが、障害児の家族は“大変な家族”というよりも、むしろ“より多くの支援を必要としている家族”として捉え、家族に対する社会的支援を十分に整えていくことが必須の課題であるとされている。しかし、より多くの支援を必要としているとはいえ、サービスが紋切り型に提供されるのではなく、個別の家族のニーズに応じている必要がある（渡辺,2006）。

また、対人サービスの核心は、依頼人が自ら欲しているサービスを、専門家である代理人に提供してもらうところにあると見なすことができる。しかしながら、支援者は支援に関する様々な枠組みやモデルを持っているため家族の意向を確かめず、良かれと思った方法で活動を進めることがある。このような方式はしばしば独善的であり、家族から求められているサービスではないことも多い。求められているのは、家族と支援者の関係を契約関係として捉え直し、家族のニーズ（家族自身が気づいていない、隠されたニーズも含めて）に応えるための手法を確立することである（西山,2000）。

2. 家族支援の原則

(1) 家族支援の考え方

- 1) 家族に関する情報は家族自身が一番良く知っており、雇用支援制度や関係機関等の情報は支援者

側が多くを知っている。この考えは、家族療法の発展であるナラティブ・セラピーにおけるコラボレイティブ・アプローチに生かされている。すなわち、「専門的知識」を持つ専門家と、「自らのことを最もよく知る」家族という立場での対話がなされるべきである（吉川,2004）。

- 2) 家族の心理過程には、ある出来事が他の出来事を変え、順繰りに変容が生じて、最初の出来事を変えていく循環性が認められる（岡堂,1990）。

（2）家族支援のアプローチ法

数多くある家族支援のアプローチ法の中から、職業リハビリテーションの領域においても応用できると思われる技法を以下に示す。

（ア）ジョイニング

ジョイニングとは、家族支援を効果的に実施していくため、支援者が「家族になじむ」ことであると言える。親の話を丁寧になぞるように聞くことがジョイニングの始まりであり、「これまでよくやってこれた」ことへのねぎらいを伝えることを忘れてはならない（早樫,2002）。

（イ）問題の外在化

マイケル・ホワイトにより技法化された「問題の外在化」における方法論のモットーは、「本人は決して問題そのものではなく、問題が問題なのである」ということである。問題に名前をつけ擬人化し、外在化する。具体的には、「幻聴さんが、あなたをからかいにきたら、どのように相手をしますか？」等、個人を問題から切り離し、支援者と本人が共同して問題へ対処できるような取り組みを行うことになる（T・ローワンら,2005）。

また、本人がしきりに親を非難する場合は静かに聴くが、たやすくうなずいたりしてはいけない。ごくかるく頸をかしげながら聴くくらいの心構えのほうがよい。この場合、あたかも台本のように会話を丸ごと再現させると、精神分析とは異なった文脈で患者の洞察を促すことになる。親への非難に深くうなずいたりすれば、本人は支援者も親が悪いと言っていたといいかねないであろう（下坂,1998）。

（ウ）リフレーミング

ある状況に関し、家族やクライアントが解釈していた枠組みを、支援者側が問題解決に向けて、事実と適合するような枠組みに変えて解釈することである。例えば、家での作業しかできず、会社に出勤して働けない状況にあるが、働きたいという希望を持っている人に対して、在宅就労の可能性の枠組みを提示したりすることである（出典,不明）。

（エ）ナラティブ・セラピー（人生物語書き換え療法）

問題を外在化し、クライアントのストーリーを書き換える（リ・ストーリーリング）という革新的な治療介入法として、臨床現場において確実に広まりつつある（ショーナ・ラッセルら,2006）。