

〔第20回 学術集会会長講演〕

変容する家族への支援

静岡県立大学

式守 晴子

本学会は1994年（平成6年）に設立して20年になります。この20年間にグローバル化や高齢化が進み、社会の変化に伴って、家族の在り方が大きく変わりました。本日は大会テーマの変容する家族への支援について、私の専門である精神看護と家族看護の視点からお話ししたいと思います。

I. 1970年代の大学院時代の家族研究・家族療法の学びから

精神科臨床において家族は常に大きな課題でした。その一つは病因との関連です。1940年代後半にフロムーライヒマン、Fが「精神分裂病を作る母」という用語を提唱した前後から、統合失調症の家族に関して多数の研究がなされました。ベイトソン、Gの「ダブルバインドセオリー」など今ではだれもが知っている用語が次々とでてきました。そして1960年から70年代には海外の家族研究の本が日本に紹介され、日本でも精神分裂病の家族研究が報告されるようになっていました。また1970年代までに日本にもサティア、Vの合同家族療法、アッカーマン、Nの家族生活の精神力学など家族療法も紹介されていました¹⁾⁻³⁾。

私が大学院にいた1970年代の精神療法の事例検討会でも、家族の病理や治療が話題となったり、読書会をしたりしていました。特に日本家族療法学会の設立メンバーである広瀬恭子先生に家族の見方について深くお教えいただきました。そのころ、3歳児検診で“包丁やまな板がない”家庭、つまり家で調理をしない家族に出会い、カルチャーショックを受け、自分の価値観とは異なるライフスタイルの家

族を受け入れる難しさと必要性を実感しました。

II. 臨床における家族への対応の困難

大学院修了後、東京都心から特急列車で1時間半の地にある単科精神病院に勤務しました。この病院では集団精神療法を中心において治療を展開しており、家族に対しても医師が家族だけに会うことはほとんどなく、入院から退院まで本人・家族・スタッフの合同面接を行っていました。また私は他院から紹介患者さんのご家族の入院相談も受け持っていたため、多くの家族に会いました。そのなかで家族は患者さんの病状だけでなく、家族自身の事情、姉妹が出産するという理由で患者さんの入院を望んでいたたり、直接言えない事柄、たとえば小遣いの制限、本人への家族に電話の制限、さらにはダイエットするようにおやつ制限といった注文をする、家への外泊は受け入れず、旅行に連れて行く、電話連絡の際には病院名を出さず、担当者氏名を名乗ることなどの要求があり、患者本人を家族の一員として認めなかったり、時には本人の障害年金を家族が生活費にあてていることがわかった事例もあり、家族への対応は本当に難しいと感じていました。

家族への対応の困難さの背景には、先に述べた家族病因論に加えて、精神衛生法の同意入院、精神保健法による医療保護入院という家族の意思決定による入院形態が規定されていたこともあります。精神障害者は自己判断ができないという理由で、家族のなかから家庭裁判所で保護義務者（現在保護者）が選任され、その方の同意で患者さんは入院されます。そのため、入院患者さんのケアや退院の方向性

を考えるうえで家族の意向を常に念頭において対応しなければなりません。その結果「家族 对患者さん」という構図で家族を見るようになり、家族に対して苦手意識をもっていました。

その後家族看護教育に携わり、精神科以外の家族について検討する機会を得て、上述した家族の問題、家族成員の家族内の病者への否定的位置づけ、コミュニケーションの不足、家族の操作性などは、精神科患者の家族に特有のものではなく、どの家族にもありうるものと捉えられるようになりました。

III. 精神科臨床における家族の変容

1970年代には旧来の家父長制度の家族は少なくありませんでした。本家・分家といった関係が継続しており、家で問題が起これば本家に相談する。また問題があると、本家は分家の家族をサポートし、また介入もします。意思決定に際して分家は最終的に本家の意見に従います。精神科への入院も本家と相談し、その協力により入院させることもありました。家庭では父親が決定権をもっていました。絶対的な父親に逆らうことができず、長男が精神的な病を発症する事例や、家族の一員が発症すると、一族が患者を囲い込み、存在そのものを否定し、それが家族の秘密となっている事例もありました。

同時代に核家族化が進み、高度経済成長に伴い企業戦士が誕生し、全国、世界へと働く場が広がると、父親が遠隔地や海外へ単身赴任し、父親の不在が家族に影響を与えました。核家族の場合、父親の不在によって母親の子育ての責任は増大します。一方で家制度の下では母親は嫁の立場に立たされ、舅、姑に対して一人に対応しなければならず、時には舅、姑から子どもの教育に関して意見されて、母親は重圧を感じることも起きました。子どもが精神的病を発症すると、母親の自責の念からか孤立感が深まり、一人で面会することができず、スタッフの同席を求める事例もありました。

家父長制や家制度の名残のある家族は、父親の権

威が認められ、母親は父親をたてつづ家族の世話をする、子は長男をはじめとする序列がありそれに従うという家族内役割が明確で、家族の問題はこの家族内役割のパターンからどれくらい逸脱しているかを捉えることで大方は理解できました。

IV. パターンでは捉えられない家族の出現と家族が注目される時代へ

1970年代後半から80年代にかけて、上述のパターンでは捉えられない家族が出現してきました。家父長制が薄れ、一つの枠組みでは理解できないほど、家族は多様性に富むようになったともいえます。また女性の就業率が高まり、家族内役割が変わってきたこともありました。精神科と言えば統合失調症が中心でしたが、摂食障害や境界例の数が少しずつ増えてきました。これらの疾患患者さんは気分変動が激しく、衝動コントロールが困難で、言語的交流は可能であるにもかかわらず、情緒的な交流が難しい患者さんたちで、その場その場の対応が必要でスタッフは苦慮しました。家族も同様にその場の対応に追われていたのであろうと考えられますが、これまでのパターン化した理解では家族を捉えられず、かといって共通した特徴も見いだせず、つかみどころのない印象でした。

このような状況のなかで1984年日本家族療法学会が設立されました。設立総会の特別講演は摂食障害の家族療法で有名だったミニューチン、Sでした。ミニューチンについて書かれた記事を当時ニューヨークに住む知人が送ってくれました。知人は日本の商社ウーマンでしたのでアメリカでは一般の人が精神科の専門的なものを読むのかと驚いたものです。この流れはアメリカだけでなく、日本にも押し寄せました。マスコミが家族の問題を取り上げるようになり、家族に関する本が書店に並ぶようになりました。芹沢俊介⁴⁾は「家族を対象化したいという社会における意欲の高まり」が大きくなったのは1985年前後と述べています。

1980年代半ばから家庭内暴力、ひきこもりという新たな問題が出現しました。非行や貧困といった社会の問題が家族に影響を及ぼした結果ではなく、“普通の家族”の内部で起きている問題です。90年代には離婚率が上昇し、2000年代になるとシングルマザー、シングルファーザーが特別視されなくなり、家族の役割や構造も多様化しました。さらにコンビニが急速に広がり、生活のなかで家族を単位にするよりも個人を単位としてものが増えてきました。こうした事象を踏まえて、芹沢⁵⁾は「家族内部がばらばらに個別化され統一性を欠くようになる…(中略)…一種の崩壊が起きたのだ」と述べ、家族の多様性だけでなく、家族の崩壊の危機を指摘しています。

V. 家族の多様化に伴う家族への支援

東日本大震災によって多くの家族に危機が訪れ、家族への支援を考えさせられました。私が以前勤務していた地域も津波による被害を受け、死者が出ました。被害を受けた地区だけがすっぽりなくなっているのを見て、そこに住んでいた患者さんやその家族はどこでどのように生活しているのかと案じられました。ある患者さんは高齢の母親との二人暮らしで、周囲からそれとなく気遣いされて暮らしていたからです。そして同様に住み慣れた地域から自然災害によって避難された方の話を思い出しました。2000年の三宅島の噴火により島外を余儀なくされた幼児を抱える母親です。避難後1年以上たったころ彼女が“三宅だったら、道で会えば挨拶し、声をかけてくれて話ができて、魚や野菜をもらったりできるけど、ここは違う”と話し、帰島までの5年間弱“島に戻りたい”と言い続けました。彼女一家は島民が集団避難した団地から2時間以上離れた私の当時の勤務先に近い団地に住んでおり、地域の保健師さんたちも訪問していたのですが、周囲になじめず、自宅にこもりがちでした。今回の震災後、彼女の言葉を思い出し、彼女が求めているのは人と人と

が交流する共同体としてのコミュニティであり、コミュニティのなかで、ウニコットが言う“抱えられる”ことを期待していたのではないかと思いました。どのような家族であっても、子育て中には、家族やコミュニティの人々に見守られ、支援されることが欠かせないからです。

VI. 新しいコミュニティの発展

今日、共同体的としてのコミュニティは災害だけでなく、人口流動によって、あるいは他者と距離のある生活の重視などのさまざまな理由で失われてきています。しかし、健康問題を抱える人々は新しいコミュニティを築いてきました。セルフヘルプのグループです。古くはアルコール依存に関連した当事者、家族の会に始まり、同じ健康課題をもつ当事者や家族の会が多数できました。私は脳外傷友の会しずおかに参加するようになって10年余になります。10年以上前の第1回準備会には、当事者と看護師の6名だけでしたが、その後次第に大きくなり、今では月1回の勉強会や相会を県内3カ所で開き、行政に訴えて障害者として認定されるようになり、作業所作りに取り組んでいます。脳外傷後の障害をもつ方は交通事故による方が多く20代、30代と若い方が多いことが特徴です。会合では家族も当事者も一緒になって、脳外傷になった経緯を涙しながら話したり、障害認定までの道のりについて怒りをあらわに話したりすると、会の人たちは“うちもそうだよ”と共感的に受けとめます。また、脳外傷によって感情抑制が難しく、感情的になったり、攻撃的になったりする当事者に対して家族ではないほかの会員がさらりと叱ったり、優しく諭したりと柔軟に対応するさまは表裏がなく、オープンで茶の間に座っている思いがします。従来の本家や共同体としての地域が担っていた役割を、セルフヘルプグループが作り出す新たなコミュニティが担っており、健康問題をもつ家族が支えられています。したがって、セルフヘルプグループを、そして新たなコミュニティ

作りを支援することが健康課題をもつ家族を支援することにつながると考えています。

文 献

- 1) サティア, V. 著/鈴木浩二訳: 合同家族療法, 岩崎学術出版社, 東京, 1970
- 2) アッカーマン, N. 著/小此木啓吾, 石原潔訳: 家族関係の理論と診断, 家族生活の精神力学 (上), 岩崎学術出版, 東京, 1967
- 3) アッカーマン, N. 著/小此木啓吾, 石原潔訳: 家族関係の病理と治療, 家族生活の精神力学 (下), 岩崎学術出版, 東京, 1970
- 4) 芹沢俊介: 家族という意思—よるべなき時代を生きる—, 32, 岩波新書, 東京, 2012
- 5) 前掲4), 26