

原 著

発達障害の子どもと生活する家族の強み —強みタイプ別の面接データ分析から—

浅野みどり*

Family Strengths in Families Living with Children Who are Resistant Epileptics; Case Studies using Narrative Approach

Midori ASANO

Nagoya University School of Health Sciences

Key Words : 家族の強み, ナラティブ・アプローチ, 障害児
family strength, narrative approach, children with disability

【要 旨】

Friedmanは家族の強みに注目した家族アセスメントの重要性を提言している。本研究では、家族の強みの試験的尺度を用いた分類によるタイプ別事例を対象に、個々の家族がもつ「家族の強み」について具体的に記述することを目的としてナラティブ・アプローチによる面接を行った。対象は幼児期にある発達障害児と生活する4家族で、被面接者はすべて母親であった。家族は、さまざまなライフイベントに際して、独自の家族の強みを用いて対処してきた経験をもっていた。関西学院版FACES (FACESKG-IV) による家族機能評価ではenmeshedと問題視された凝集性も、障害をもつ子どもと生活する過程において、家族がさまざまな経験から獲得したものであり、その家族に適した独自の対処方略であれば、必ずしも否定的に捉える必要はないと考えられた。しかし、子どもの障害認識には夫婦間のズレがあり、コミュニケーション技能が家族の強みの発揮を促進する看護介入における重要ポイントと示唆された。

【Abstract】

The purpose of this study was to describe, through narrative approach interviews family strengths living with children suffering from resistant epilepsy.

Four mothers participated in this research, and their families exhibited various types of family strengths. All mothers had the experience of using their family strengths in dealing with the stress of the life events concerning their children. For example, they had the ability to negotiate well with their medical and/or welfare service staff and the ability to observe changes in the symptoms on their children. However, communication between the parents was not sufficient, especially with regard to understanding the disability of their child. On the other hand, it was judged that "bonding" of the family function was enmeshed about in 2 families. I believe, however that their strong bonding was result of stress coping for life events, so is not necessarily a functional disorder of the family in those cases.

* 名古屋大学医学部保健学科

I. 緒 言

発達障害の子ども（以下、発達障害児）と生活する家族は、日々の生活の中で子どもの障害に応じた養育の工夫を必要としている。また、療育や訓練施設の選択、きょうだいの出生、通園、社会資源の確保、就学など、さまざまなライフイベントに対処する過程において家族の負担感が大きいことが明らかにされている^{1) 2)}。したがって、看護実践においては家族全体の健康（family well-being）に焦点をおいた支援が重要と考えられる³⁾。

従来、家族の健康は家族機能によって査定されることが一般的で、発達障害児の家族機能には問題が多いとされてきた⁴⁾。しかし、近年このような病理や機能不全など不足（deficiency）やネガティブな側面に注目したモデルには異論もみられる。「成長していく場」として家族のあり方を重視する考え方では、家族をライフイベントなどの危機的課題に直面し乗り越えていく家族プロセスを通して家族が成長し変容していく力を持つ存在と捉えている^{5) 6)}。さらに、Friedman, M.は、看護のアセスメント過程で「家族の強み」を探求すべきだ⁷⁾と述べており、「家族の強み」の概念を導入することの有効性が提唱されている。家族の強みの概念を導入したアセスメントや看護介入は、発達障害児の家族全体の健康を促進するために有効と考えられるが、家族の強みの構成要素を明確かつ具体的に示した研究は国内外ともにほとんどないのが現状である。そこで、家族の強みを適切かつ効率的に把握する方法の開発に取り組み始めた。

II. 研究目的

本研究では、「家族の強み」の試験的尺度によって分類された4タイプの代表事例にナラティブ・アプローチによる面接を行い、そのデータに基づ

きそれぞれの家族がもつ「家族の強み」について、下位概念ごとに具体的に記述することを目的とした。なお、家族の強みの4タイプとは、強み強化型・標準型・強み低下型・ハイリスク型で、分類基準については研究の背景に示した。

III. 研究の背景と概念枠組み

本研究では、家族の強みを「家族の健康促進に役立つ家族の機能や能力で、家族がもつ潜在的な能力を含むもの」と捉えている。Friedman, M.は、著書「Family Nursing: Research, Theory & Practice」で「家族の強み」について記述し、PowerとDell Ortoの定義を用いている。この定義では、「家族の強み」の構成概念として、①コミュニケーション技能、②対応策を分かちあう能力、③家族内サポート、④セルフケア能力、⑤問題解決能力の5つの下位概念を示している⁷⁾。本研究においても、この5つの下位概念で構成されるものと考えている。5下位概念の定義は表1に示す。

家族機能と家族の強みの関係性を図1に示した。家族機能評価尺度として世界的によく知られるFACESでは、家族機能を家族が果たしている成果として、凝集性（cohesion）と適応力＝順応力（adaptability）の2次元で家族機能を評価する。凝集性とは家族がお互いに感じる心理的距離であり、順応力（adaptability）とは、突然の出来事に応じて家族の力構造、役割関係、関係性のルールを変化させる能力と定義され、2次元とも高からず低からずの中庸が適切とされている^{8) 9)}。例えば、関西学院版FACES⁸⁾では凝集性の希薄な順に「バラバラ」「サラリ」「ピッタリ」「ベッタリ」であるが、中庸の「サラリ」と「ピッタリ」は適度、両極の「バラバラ」と「ベッタリ」は問題ありと評価されることになる。

表1 「家族の強み」下位概念の用語の定義

家族の強み/下位概念	用語の定義
コミュニケーション技能	傾聴する能力および関心事について話し合う能力
対応策を分かち合う能力	家族内で現実的な共通認識をもつ能力および希望をもって変化の可能性を適切に評価する家族の姿勢
家族内サポート	家族員が互いに支援する能力および親密な関係を提供する能力
セルフケア能力	健康問題に対して責任を負う能力、よいケアを提供したいという前向きな姿勢および母親が自覚する子どものケアに対する負担感の少なさ
問題解決能力	家族の問題解決に交渉を用いる能力、過去の出来事や失望より現在に焦点を当てる能力および日々の経験を資源として使う能力

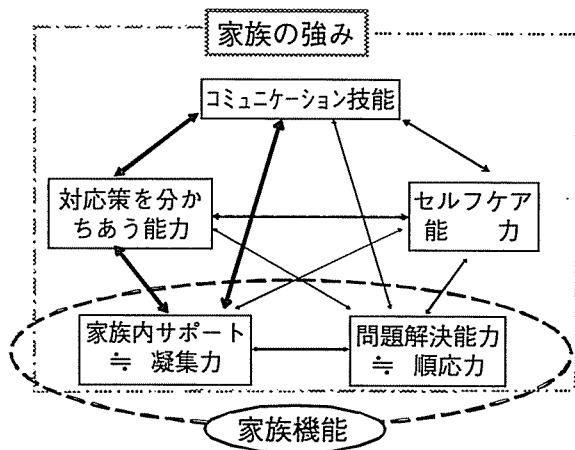


図1 家族の強みと家族機能

図1の点線の楕円形部分は、従来から査定に用いられてきた家族機能を示す。家族の強みは、破線の四角で示した従来の家族機能を含み、それに+αしたものと考えている。

著者は、Powerらの定義する「家族の強み」の5下位概念それぞれに、信頼性・妥当性の確認された既存の尺度を対応させ「家族の強みの試験的尺度」を開発し、発達障害児の家族を対象に調査を行い、2歳～8歳の難治性てんかんをもつ子どもの家族38組を対象を絞って検討を行った。その結果、①関西学院版FACESを用いた家族機能の評価では、障害児家族の60%以上が過度の凝集性を示すこと、②併存妥当性の確認のため用いたMoosらの開発による家族環境尺度(FES)日本版において、障害児の家族は「葛藤性」を除くすべての側面で機能が低いこと、③量的データの検討によって、家族の強みは4つのタイプに分類できるが、強みの評価と家族機能の評価とは必ずしも一致しないことなどが明らかになった¹⁰⁾。家族の強み4タイプの分類基準は、表2に示した。

表2 強みタイプの分類基準と対象数

強みのタイプ	基準	対象数 n = 49
強み強化型	Normal and High = 5側面	14
標準型	Normal = 5側面 HighとLowが1側面ずつを含む	15
強み低下型	Low = 1～2側面 Normal = 3～4側面	10
ハイリスク型	Low = 3側面以上 Normal = 1～2側面	10

IV. 研究方法

研究対象；A県内にある難治性てんかんで発達障害を有する子どもの親の会および通園施設を通じて研究協力を依頼し、「家族の強み尺度」質問紙には53家族の協力が得られたが、データ欠損により4家族を除外した。49家族のうち各タイプの代表的4事例に対して面接を依頼した。なお、面接対象の抽出は以下のように行った。質問紙依頼の際に、面接協力の意志がある場合は連絡先を記入していただき、質問紙回収順に協力者リストを作成した。強みタイプ別に協力者リストの若い番号から面接を依頼した。なお、49家族の強みタイプの内訳は、表2に示した。

研究手続きおよび倫理的配慮；研究については大学院研究科倫理委員会の承認を受け、研究者が書面を用いて研究趣旨を直接説明し、署名による同意を確認した。面接には、ガイドラインを用意したが、「家族の経験を教えてもらう」「会話の流れに沿って」を重要視することによって、ナラティブ・アプローチ¹¹⁾¹²⁾¹³⁾の姿勢で面接を実施した。同意を再確認したうえで面接内容をMDに録音し、逐語録を作成した。質問内容は、これまでのライフイベント遭遇時における家族の経験に関してで、子どもの妊娠期間や出生から具体的かつ自由に語っていただくこととした。

分析方法；分析は、逐語録から家族の強みの下位概念 ①コミュニケーション技能、②対応策を分かちあう能力、③家族内サポート、④セルフケア能力、⑤問題解決能力に関連するテーマを抽出し、事例間の共通性や相違性および質問紙結果との整合性について検討した。分析にあたっては複数の家族看護学・小児看護学研究者で検討し、妥当性の確保に努めた。

V. 結果

1. 事例の概要

4事例の概要については表3に示すように、いずれも発達障害をともなう難治性のてんかんを有する幼児(2歳～4歳)と生活する家族であった。面接対象は、すべて主養育者の母親で年齢31歳～44歳、平均面接時間125分、家族形態はすべて核家族であった。また、関西学院版FACESによる家族機能評価では、かじとり次元(順応力)は4事例ともキッチリ(structured)あるいは柔軟な(flexible)の中庸レベルと評価されたが、きずな次

表3 「家族の強み」 4タイプの面接事例の概要

	事例1	事例2	事例3	事例4
強みのタイプ	標準型	ハイリスク型	強み低下型	強み強化型
コミュニケーション 対応策シェア能力	標準	低い	標準	高い
家族内サポート	標準	低い	標準	標準
セルフケア能力 問題解決	標準 適度	標準 適度	標準 適度	高い 適度
関西学院版 FACES (順応性と凝集性)	キッチリと ベッタリ	柔軟なと ピツタリ	キッチリと ピツタリ	キッチリと ベッタリ
性別、年齢	3歳、男児	4歳、男児	2歳、男児	3歳、女児
家族形態	核家族	核家族	核家族	核家族
家族構成	父 47歳、 母 44歳	父 39歳、 母 35歳、 姉 10歳	父 39歳、 母 31歳、 双子の姉、 妹5ヶ月	父 45歳、 母 40歳、 双子の姉
疾患名	west 症候群	頭蓋内出血 先天性心疾患 てんかん	低出生体重児 脳性麻痺 てんかん	west 症候群 自閉症
総面接時間/回数	140分/2回	140分/1回	100分/1回	120分/1回

元(凝集性)においては、事例1、4の2事例が過度に高いレベルであるベッタリ(enmeshed; 膠着)と評価された。

2. 事例における家族の強み

「家族の強み」の5つの下位概念ごとに、抽出された具体的内容を以下に示した。

1) コミュニケーション技能

事例1、2、3では、「どうなんだろう? お父さんは、今どう思っているんだろう?」などのように、子どもの障害に対する父親の認識について「よくわからない」と述べていた。例えば、障害の告知に関して「説明はふたりで聞いたけど、父親の方はちゃんと聞いていたのかどうか? あまり感情を表に出さない。父親は冷静だった。」など、「子どもの障害の認識」について、気がかりではあるものの十分には話し合えていないことが明らかになった。

また、「Tちゃんの良い所を話したり、こんなことができるようになったよとか……」など、母親は子どもに関するよい情報を選択して父親に伝達していた。このように「よい情報を選んで伝える」ことが、父親と子どもの関係をより近づけるのではないかと母親は考えていた。

一方、強み強化型の事例4ではネガティブな情報も含めて情報の共有を図り、お互いの考えに相違があっても繰り返し夫婦間で話し合っていた。

この事例4は、質問紙の結果においてもコミュニケーション技能が「高い」と査定されていた。

2) 対応策を分かち合う能力

事例1、2、3においては、「父親は仕事」「母親が育児」と役割分担する事で現実的な同意をしていた。一方、事例4では家事・育児の一部を父親が分担し、休日は家族のために時間を使う事に決めていた。事例4には、不妊外来の通院経験者であること、双子の出産であること(障害はひとりのみ)、出生前診断で障害がわかっていたなどの背景があった。母親自身が「出産までの方が大変だった」と語るような妊娠期間を経験し、対応策を分かちあいながら危機的状況を乗り越えた家族であった。

事例1、2、3では、障害や療育について具体的に話し合うことがないかわり、「夫は自分より母親の方がよくわかっているからって、わたしが決めたことには反対しない」のように「母親の意思決定には反対しない父親像」が語られた。

さらに、母親は子どもの障害や療育に対する両親間の認識のズレを意識していた。事例2では「通園施設の父母会で、子どもについてどう考えているかを聞かれた夫が『わからない』と答えたことに腹が立ったことがある。家に帰って『私がかんなに子どものことで頑張っているのに、何がわからないの?』と聞いたら、『今の状態は分か

るが、どうって言われてもわからない」と夫が……」と語った。母親は「(父親は)子どもの将来について考えたくないのでは?」「子どもの将来を知るのが怖いのではないか?」と推測していたが、夫婦間のズレを解消するための積極的な解決策はとっていなかった。

3) 家族内サポート

事例2、3では、[抱いて寝かせるのは父親の方が上手]など父親の実質的サポートは認識されているが、父親の情緒的サポートは母親にあまり認識されていなかった。とくに、事例2では父親が夜勤のある仕事に従事していたにも関わらず、母親の疲労に配慮して自然発生的に「日勤時には、夜間の子どもの体位交換をする」という実質的サポートを提供していた。また、[母親の話を書く]行動も示していたが、父親の情緒的サポートに対する母親の満足は認められなかった。母親は、不満を聞くだけでなく、より積極的な情緒的サポートを父親に求めていた。一方、事例1では父親の実質的サポートがほとんどないにも関わらず、母親は父親の情緒的サポートに感謝していた。

4) セルフケア能力

質問紙結果におけるセルフケア能力は4事例とも標準以上であったが、面接においても同様に、すべての事例でセルフケア能力が抽出できた。具体的には、「子どものケアに前向きな姿勢」と「夫(父親)の健康管理への気遣い」が事例に共通してみられた内容であった。

子どものケアでは、**発作コントロール**や**訓練に積極的**であること、**障害軽減のためにできることはする**、**家族に適した方法を選択**すること(ex. 朝のリハビリ通院)、**内服の工夫や習慣化**(ex. 食事の前に薬を飲ませる)など家族によってユニークな方法があり、これまでの生活経験からそれぞれの家族が自分の家族に適したセルフケア能力を獲得できていた。家族の健康管理では、複数の事例で夫の仕事に差し支えないように[夫の**休息・睡眠の確保のために子どもや自分と寝室を分ける**] [互いの健康を崩さないよう**配慮する**]などが認められた。

しかし一方で、母親自身の健康管理については[**薬剤(鎮痛剤や精神安定剤)で対処する**]など、休息の確保が困難な現状や心身負担の大きさがうかがえた。また、障害をもつ子どものきょうだい

に関しては、「この子の訓練や通院のたびに、きょうだいを連れまわしてしまった」「子どもそれぞれとの時間を大切にしたいけど、その時間の確保が困難」などが述べられた。

5) 問題解決能力

問題解決能力は、質問紙結果ではすべての事例が「**適度**」と評価されていた。面接においても、これまでの養育経験を資源として『**子どもの変化に対する観察能力や判断力**』を獲得していると考えられた。例えば、「主治医が変わってから、先生に薬の量を間違えられたことがある。ちょっぴり不信感があつて……。『よく眠るなあ』と思つていて、これはおかしいと思つすぐに受診したら、先生が薬の間違いを認めた。」など、医師の処方ミスに母親が気づいた経験が2事例にあった。**子どもの症状をよく観察し、受診の必要性の判断力に優れ、問題認識能力の高さ**が認められた。

また、行政や医療者との交渉能力が高いことを示す経験も、複数事例で語られた。貴重な具体例として、事例1の予防接種を巡る経験を以下に紹介する。

「それと予防注射。S大に入院した時に先生と相談して、まず麻疹の(予防接種)をうってもらいました、〇月×日に。これまで(接種が)済んでいるのは3種混合の2回目までとポリオの1回目。それが、うちはずっと(けいれんのために予防接種が)受けられなくて、保健センターに『S大でうってもらっていいか』と相談したんですよ。そしたら、N市では市外になるから(無料では)できないから市民病院で受けてくれと言われて……。わたし、『そんな答えは期待していない』つて言ったんです。『ずっと、S大で診てもらっているのに、何かあつたら責任とってもらえるんですか?』つて言ったら、慌てて事情を詳しく聞き始めて……。それから、すぐに書類を作つて持ってきましたよ。『これを持ってN保健所へ行ってください』つて。それで無料で受けられました。本当は(市外でも無料で)できるんですよ、(みんな)あまり知らないけど。」

この他にも、[**住居環境や治療・訓練アクセスを考慮した住居の選択をする**]などの**環境調整への関心の高さや意思決定能力**、子どもの障害認識に関して、「手術して治るものではない」と考える**認知的努力**もみいだされた。

VI. 考 察

家族の強みの試験的尺度を用いたタイプ分類別の4事例に、家族のライフイベントにまつわる経験を母親から自由に語っていただいた。その結果、FACESなど従来の家族機能評価では「問題あり」あるいは「機能不全」とされるケースであっても、安易に「良好」「不良」と判断すべきではなく、それぞれ独自の家族の強みをもっていること、それぞれの経験を通してユニークな対応策の分かち合いやセルフケア能力や問題解決能力を有する¹⁴⁾ことが確認できた。

一方、強みを促進するために介入が必要と示唆される側面として、「コミュニケーション技能」を見いだすことができた。家族の強みをより促進するための看護介入について、下位概念ごとに述べる。

まず、コミュニケーション技能では、それぞれの父親は子どもに関する情報を直接的ではなく、母親を介して得ていることが多く、子どもの障害に対する認識は不明確な傾向にあると推察された。したがって、情報共有のあり方が家族の意思決定の際の判断に影響する重要なポイントのひとつと考えられた。子どものネガティブな側面の情報も含めて共有すること、夫婦間のコミュニケーションを促進すること¹⁵⁾の重要性が示唆された。

対応策を分かち合う能力では、事例4では家事や育児もルールに従って夫婦間で分かち合っていたが、この家族は不妊外来の通院経験者であること、双子の出産であること(障害はひとりのみ)、出生前診断で障害が早期にわかっていたなどの独特の背景を有していた。母親自身が「出産までの方が大変だった」と語るほどの妊娠期間の困難さ、遠距離という悪条件下であったにも関わらず手紙や電話でのコミュニケーションをはかり、対応策を分かちあって危機的状況乗り越えることができていた。対応策を分かち合う能力と夫婦間コミュニケーションの状況とが関連していることは、質問紙結果でも示されている¹⁰⁾。障害や慢性病のストレスに対処する際、家族は役割遂行や勢力の変化を経験する¹⁵⁾といわれているが、「家事や育児を夫婦間で役割分担するか、共有するか」については、家族背景が個々に異なるためどちらが正しいということではなく、家族間で十分に話し合い、お互いに納得の上でその家族に適した方法を選択すること¹⁶⁾が最も重要と考える。

家族内サポートでは、情緒的サポートに満足感をもてない母親像がみられた。母親は不満をただ聞いてくれるだけではなく、「子どもの保育園・通園施設の行事に参加する姿勢」とか「障害や養育について相談に乗ってくれる」など、子どもの養育に関わるより積極的な情緒的サポートを父親に求めていると考えられた。育児不安・育児ストレスに関する研究においても、母親の満足度は父親の実質的サポートよりも情緒的サポートの影響を受けるという報告^{17) 18)}があり、これらの知見と類似した状況と考えられた。

セルフケア能力では、どの家族も面接の時点では既に子どもの観察能力や療育上の判断能力を有していた。しかし、これらの能力を家族がスムーズに獲得できるように、できるだけ早期から積極的に看護職がサポートすることによって、家族が養育に自信をもち¹⁹⁾、家族の強みを発揮できると考える。

最後に、問題解決能力については事例1、4など、予想を遙かに超えた交渉能力を発揮した経験を語ってくれた家族があった。保健医療専門職は、専門職であるという自負から、ともすれば「すべて家族よりよくわかっている」という権威主義のパターナリズムで家族を指導するという過ちを犯す危険性がある²⁰⁾。家族が子どものwellnessの主な決定者であるということ認識し、家族の能力を尊重した家族とのパートナーシップを実践することの重要性が確認できた。

4事例について、家族がライフイベントに対処する過程で、それぞれ独自の家族の強みを用いて対処してきた経験をもっていることが明らかになった。家族機能では「過度に強い」と問題視された凝集性も、障害をもつ子どもと生活する家族が、さまざまなライフイベントとの遭遇経験から獲得した、その家族に適した独自の対処方略であれば、必ずしも否定的に捉える必要はないのだと考える。

家族の強みを見出すことは、家族のネガティブな側面にのみ着目するあまり、「機能不全の家族」「弱い家族」「口うるさい家族」など、家族に安易なラベルを貼る危険を予防できる^{21) 22)}と考える。家族の強みに着目し、家族のもつ能力を適切にアセスメントすることで、上下関係ではない家族と看護職の真のパートナーシップが形成できるものと考えられる。

Ⅶ. 結 論

家族の強みの試験的尺度によって分類された4タイプの家族を対象に、ナラティブ・アプローチによる面接を行った。その結果、それぞれの家族がもっている「家族の強み」を5つの下位概念ごとに具体的に記述することができた。とくに、子どもの観察や家族の健康管理に関するセルフケア能力は4事例とも十分獲得できていた。しかし、子どもの障害に対する夫婦間の認識のズレが解消されていないことから、コミュニケーション技能が家族の強みを発揮し、促進するための看護介入における重要ポイントと示唆された。

Ⅷ. 謝 辞

本研究にご協力いただいたご家族のみなさま、関係機関のみなさまに感謝いたします。また、研究をまとめるにあたりご指導いただきました北里大学大学院看護学研究科 森秀子博士、丸光恵博士はじめ諸先生方に心よりお礼を申し上げます。

本研究は平成12～14年科学研究費補助金萌芽研究(課題番号12877392)を受けて実施したものです。本研究はまた、北里大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆修正したものであり、第4回日本看護医療学会学術集会において発表しました。

Ⅸ. 文 献

- 1) Barnard, K.E. / 羽室俊子, 他 訳: 発達障害児の指導, 48-49, 医学書院, 1987.
- 2) 横浜「難病児の在宅療育」を考える会 編: いのちの輝き —資料編— 障害の重い子の健康と楽しい家庭生活のために「どうする医療的ケア」, 2-10, 日本小児医事出版社, 1998.
- 3) Anderson, K.H. & Tomlinson, P.S.: The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 24(1): 57-63, 1992.
- 4) Shepard, M.P. & Mahon, M.M.: Chronic conditions and the family, In: Jackson, P.A. & Vessey J.A.: *Child with a chronic condition* 3rd, Mosby, 50-65, 2000.
- 5) Feeley, N. & Gottlieb, L.N.: Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing* 6(1): 9-24, 2000.
- 6) 吉田千文: 家族看護における複雑性と看護研究. *Quality Nursing* 6(11):10-16, 2000.
- 7) Friedman, M.M.: *Family nursing research theory & practice* 4th edition. Appleton & Lange, 49-54, 1998.
- 8) 立木茂雄: 家族システムの理論的・実証的研究. 13-34, 川島書店, 1999.
- 9) 田村 毅: 日本人家族の適応力と凝集性に関する予備研究. *東京学芸大学紀要* 6 部門45集, 135-145, 1993.
- 10) 浅野みどり: 「家族の強み」の概念を導入した尺度の開発に関する研究 —難治性てんかんの子どもを養育する家族における検討—. 北里大学大学院看護学研究科博士論文, 2002.
- 11) McNamee, S. & Gergen, K.J. / 野口裕二, 野村直樹 訳: ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践, 13-83, 金剛出版, 1997.
- 12) White, C. & Denborough, D. / 小森康永 訳: ナラティブ・セラピーの実践, 245-254, 金剛出版, 2000.
- 13) 野口裕二: 物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ, 69-124, 医学書院, 2002.
- 14) 前掲書 7), p.26.
- 15) Hanson, S.M.H. & Boyd S.T. / 村田恵子, 荒川靖子, 津田紀子: 家族看護学—理論, 実践・研究, 60-63, 医学書院, 2001.
- 16) Weiss, K.L., Marvin, R.S. & Pianta, R.C.: Ethnographic detection and description of family strategies for child care: Applications to the study of cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology* 22(2): 263-278, 1997.
- 17) 尾形和男, 宮下一博: 父親の協力的関わりと母親のストレス, 子どもの社会的発達および父親の成長. *家族心理学研究* 13(2): 87-102, 1999.
- 18) 丸光 恵, 兼松百合子, 中村美保, 工藤美子, 武田淳子: 慢性疾患患児をもつ母親の育児ストレスの特徴と関連要因 —健康児の母親との比較から—. *千葉大学看護学部紀要* 19: 45-50, 1997.
- 19) Doherty, W. & McCubbin, H.: Families and health care: An emerging arena of theory, research, and clinical intervention, *Family relations* 34: 5-10, 1985.
- 20) 前掲書 15), p.152.
- 21) 前掲書 5).
- 22) Ahmann, E. & Lawrence, J.: Exploring language about families. *Pediatric Nursing* 25(2): 221-225, 1999.

受付日: 2003年3月28日
採択日: 2003年6月9日