

## 中高年者レジリエンス尺度 (MO-RS) 作成の試み —精神障がい者の家族を対象に—

山口 一

キーワード：レジリエンス 中高年 家族

**抄録：**中高年期は、自らの身体的、精神的衰えや病、近親者の介護や死、友人・知人との離別など解決や回避が困難な否定的な出来事を多く経験する時期である。この時期の否定的な出来事に上手に対処し、そこで得た経験を活かし残り少ない人生を豊かに過ごすための要因として、本研究ではレジリエンスを取り上げ、それを測定する尺度として中高年レジリエンス尺度 (Middle-Aged and Older Person Resilience Scale: MO-RS) を作成し、信頼性と妥当性を検討した。

対象は慢性的な困難を経験している中高年の精神障がい者の家族である。因子分析の結果、尺度は「課題解決力」、「ストレス対処力」、「体験共有力」の3つの因子23項目から成り立っていたが、それぞれの因子が有意な中等度の正の相関があり、全体としてもまとまりがある尺度と思われた。また、各項目と全体の尺度とはすべて0.39以上の有意な相関があり、すべての項目が全体の尺度に関連していると思われた。Cronbachの $\alpha$ 係数は各因子で0.8以上と高く、全体では0.907で十分な内的一貫性があることが確認された。また、テスト・再テスト法におけるPearsonの積率相関係数も各因子0.7以上で、全体では0.866と高い値が得られ再現性にも優れていると思われた。さらに、各因子と尺度全体は生活満足度とは有意な正の相関が、病的状態を表す諸尺度とは有意な負の相関があり、レジリエンスが高ければ生活満足度が高く、病的状態が低くなるという、レジリエンスにふさわしい結果が確認され、内容的妥当性を満たしていると考えられた。そして、課題解決力を除き当事者が発病してから10年以上たった対象者で有意に高かったことから、尺度で表されたものは可変的でストレス対処の経験を通じて値が上昇する可能性があると思われた。MO-RSは、心理教育等の認知行動療法やグループワーク等、今後臨床への応用が期待できると思われる。

### I 問題と目的

中高年期は、自らの身体的、精神的衰えや病、近親者の介護や死、友人・知人との離別など解決や回避が困難な否定的な出来事を多く経験する時期である。この時期の否定的な出来事に上手に対処し、そこで得た経験を活かし残り少ない人生を豊かに過ごすためには何が重要であるのかという議論において、近年レジリエンス (resilience) という概念が注目されている。

レジリエンスは、“負荷的あるいは脅威的な状況にもかかわらず、うまく適応する過程、能

力、結果” (Masten et al., 1990), “明瞭な逆境 (adversity) の中で肯定的な適応に関連した動的な過程” (Luther et al., 2000), “危機や持続する難問に成功裏に対応することやこれらを克服し、これらの問題を通じ成長すること” (Walsh, 2003), などと定義され、表現は多様であるが、逆境に直面してもそれを克服する、あるいは逆境を経てより成長する過程、能力、結果を表す。レジリエンス研究は、欧米において1970年代以降にリスク要因のある子ども、あるいは思春期の青年に関する研究から発展したため、今までは中高年期のレジリエンスに関する研究は少なかった。しかし、前述のように否定的な出来事が多い中高年においてもレジリエンスの概念は重要である。またそれは、思春期と状況や心理的発達課題が異なる以上、思春期と異なる概念が存在するはずである。

今までの研究によると、レジリエンスを導く要因は多元的なもので、様々な個人内要因と個人外要因が関連しながらレジリエントな状態が達成されるとされていて (例えばFreiborg et al., 2003), レジリエンスに関して何が重要であるのかについて統一的な見解には至っていない。今までに指摘された主な要因をあげると、Wagnild et al. (1993) の Resilience Scale (RS) では個人の有用感と自己と人生の受容、Grotberg (1995) の質的研究では、I HAVE (外的サポート), I AM (内的強み), I CAN (対人的, 問題解決スキル), Jew et al. (1999) の Resiliency Scale では活動的技法の習得, 未来志向性, 独立/リスク負担, Reivich et al. (2002) の Resilience Quotient (RQ) では感情調整, 衝動コントロール, 楽観性, 原因分析, 共感, 自己効力感, 他者とのつながり (reach out), 小塩ら (2002) の精神的回復力尺度は, 新奇性追求, 感情調整, 肯定的な未来志向, Friborg et al. (2003) の The Resilience Scale for Adult (RSA) では自分自身に働きかける力, 社会に働きかける力, 家族と結ばれていること, 親しい友人や家族がいること, 日常生活の規則性, Connor et al. (2003) の Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) では, 個人のコンピテンス・高い基準・粘り強さ, 自己本能を信じること・否定的出来事への耐性, 変化を肯定的にとらえること, コントロール, 霊的な影響, 石毛ら (2005) のレジリエンス尺度では, 自己志向性 (後に意欲的活動性), 楽観性, 関係指向性 (後に内面共有性), という具合である。

さらに、レジリエンスには生得的な側面と困難を通じて後天的に獲得する側面がある (Masten et al., 1990; 平野, 2012)。特に、獲得可能な側面があるということは重要である。なぜならば、レジリエンスが高い者の体験を学ぶプログラムを通じてレジリエンスが低い者であってもレジリエンスを高めることが可能であるからである。従って、困難を経て獲得した逆境に対抗する力を同定していくことがレジリエンスに関する議論では重要ではないかと思われる。

さて、認知症の患者をケアするストレスはうつを引き起こすような慢性のストレスモデルの典型とされる (Lavretsky, 2012)。この点はまさに精神障がいを持つ当事者の家族にも当てはまる。精神障がいの家族は、当事者の発病, 病状悪化という危機的な状況に直面することに加え、ケアの負担, 当事者との関係の変質, 悪化という慢性的なストレスにも直面している。また、周囲のスティグマや偏見に悩まされ、それを援助する適切な資源も少なく、孤立した状

況に追いやられている。一方でこうした状況の中でも逆境を克服し元気に過ごしている家族がいるのも事実である。このような深刻な逆境を克服した精神障がい者の家族が持つ要因を調査することからレジリエンスが何であるのかの知見を得ることができると思われる。

以上のような議論から、精神障がい者の家族が獲得した能力は中高年者全体の困難に打ち勝つ能力を考える上で重要であるという立場に立脚し、本研究では中高年の精神障がい者の家族を対象に、中高年レジリエンス尺度 (Middle-Aged and Older Person Resilience Scale: MO-RS) を作成し、信頼性や妥当性を検討する。その際には、前述のように中高年者は青少年と異なる心理的発達状態にあると考えられるため、児童青年期と異なる中高年者独特のレジリエンス要因を捉えていきたい。なお、レジリエンス要因のうちで環境要因としての個人間の相互作用はソーシャルサポートとして別に評価することとし、今回の研究では個人内要因を取り上げる。この研究により中高年のレジリエンス要因が明らかとなり、その年代の心の健康や精神的な発達についての知見が深まることを望みたい。

## II 予備調査

### 1 目的

中高年レジリエンス予備尺度を作成する。

### 2 対象と方法

対象者は首都圏の3つの精神障がい者の病院家族会・地域家族会の40歳以上のメンバー 39名であった。

まず、中高年者の特性としてふさわしいものであること、心理教育等の認知行動療法の手法などを用いて変化しうるものであることを基準として、国内外のレジリエンスやコーピングに関する13の先行研究と、精神障がい者の家族を対象とした心理教育に参加した家族のうち、心理的に安定し当事者に適切な対応を行い関係も良好な家族をレジリエンスが高い家族とし、その人たちの心理教育中の発言から14の要因を選定し、それらの要因に関する40の設問を先行研究から選定あるいは筆者が独自に作成した。次に、14の要因を類似のカテゴリーにまとめる処理や類似の設問を減らす処理を行い、最終的に、表1の5つの分野を選定して各分野それぞれ7項目合計35項目を予備尺度の候補とした。各項目は、その通りだ4点、まあそうだ3点、いくらか2点、全く違う1点の4段階のリッカートスケールで評価することとした(逆転項目はその逆)。

調査は2011年7月に筆者が倫理上の配慮を説明した後同意が得られた対象者に質問紙を配布して実施した。得られた回答はSPSS Ver.20を用いて解析した。

表1 中高年のレジリエンスとして選定した5分野

1 自己効力感, コンピテンス
2 問題解決力, 粘り強さ
3 関係指向性, 資源活用力
4 感情調整, コーピング
5 バランス思考, 結果をあせらないこと

### 3 結果

天井効果があった項目, 他の設問と負の相関があった項目, 共通性が低い項目を不適切な設問として除き, 31項目を選定し, 中高年レジリエンス予備尺度とした。

## Ⅲ 本調査

### 1 目的

予備調査で作成した31項目の中高年レジリエンス予備尺度を用いて中高年レジリエンス尺度を作成する。また, その内的一貫性やテスト再テスト相関を調べて尺度の信頼性を検証する。さらに, 精神的不健康に関する尺度や生活満足度との相関を調べて基準関連妥当性を検討する。

### 2 対象と方法

#### 調査期間

対象者は, 首都圏の精神障がい者の病院家族会・地域家族会の40歳以上のメンバー, 精神障がい者の地域福祉施設利用者の40歳以上の家族で, できるだけ偏りが出ないように6件の家族会・施設に依頼した。約450名に調査用紙を配布し, 340名の方から回答を得た。

#### 手続き・調査期間

調査は2011年11月～2012年5月に行われた。事前に桜美林大学研究倫理委員会の承認を得た。調査用紙は, 対象者に直接配布し実施後その場で回収するか, 家族会あるいは地域福祉機関に委託し配布してもらい, 郵送にて返送してもらう方法で行った。41例に対しては, 平均して4週間間隔をあけて再調査を行い, テスト・再テスト信頼性を調べた。

#### 質問紙

##### 1) 家族や当事者の属性を調べるフェイスシート

家族の属性として, 性別, 年齢, 通院・服薬状況, 当事者との同居の有無, 他に介護者がいるか, 地域家族会・病院家族会への参加状況, 経済状況を調べた。当事者の属性としては, 性別, 年齢, 初発年齢, 病名, 入院回数, 住居, 社会資源の利用状況, 家族の一日の援助時間, ADLの程度を調査した。

##### 2) 中高年レジリエンス尺度 (MO-RS)

予備調査で作成した31項目のものを使用した。

### 3) The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

CES-Dは一般人におけるうつ病の発見を目的として、米国国立精神保健研究所のRadloffにより1977年に開発され、島ら(1985)が日本語版を作成した。有用性の高さから世界中に普及しているうつ病の自己評価尺度である。20項目からなり、4段階のリッカートスケールで評価し、抑うつが高いほど得点が高くなる。

### 4) State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

STAIは、Spielberger et al.が1970年に作成した不安を評価する尺度である。日本版は中里ら(1982)により作成され、十分な信頼性と妥当性が検証されている。その特徴は、その人がある時点でどの程度不安であるかを示す状態不安(A-State)とその人がどの位不安になり易いかを示す特性不安(A-Trait)に分けて不安を測定できることである。今回は調査時点の不安を表す状態不安(STAI-S) 20項目を用いた。4段階のリッカートスケールで評価する。

### 5) General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)

GHQは軽度な精神障害をスクリーニングするための尺度としてGoldbergが1972年に作成した。中杉らが1985年に日本語版を作成している。本調査で使用した12項目版のGHQ-12日本語版はもっとも簡便で広く用いられており信頼性が高いことが検証されている。得点が高いほど、精神的健康が害されているとされている。4段階のリッカートスケールで評価する。集計はGHQ法に基づいて行った。

### 6) 生活満足度

現在の生活に満足しているのかを尋ねる1項目を用いた。4段階のリッカートスケールである。

#### 分析

結果は、SPSS Ver.20を用いて解析した。尺度の作成には因子分析を行った。対象者の属性の違いによるレジリエンスの違いの分析にはt検定、一元配置分散分析を行った。各因子間関係、各因子と家族の様々な精神的な健康度指標や生活満足度との関係の調査には相関分析を行った。結果の解釈では5%水準で有意である場合に有意差があったとした。

## 3 結果

### 1) フェイスシートから得られた回答者や当事者の属性

回答を得た340名の方のうち、性別、年齢、中高年レジリエンス尺度に完全に回答した286名(有効回答率84%)を分析対象とした。男女別では男性90名(31%)、女性196名(69%)であった。年齢分布では、40代12名、50代37名、60代111名、70代112名、80代14名で、平均年齢は67.1歳(SD8.6)であった。当事者との関係は、母親178名、父親80名、妻3名、夫4名、姉妹13名、兄弟6名、義理の姉、叔母が各1名であった。また、当事者の罹病期間は平均17.9年(SD9.1)であった。

### 2) 中高年レジリエンス尺度(MO-RS)の作成

構成する31項目を、逆転項目処理した後、最尤法、プロマックス回転を用いた探索的因子分

析を行った。スクリープロット及び固有値の減衰状況から3因子構造が妥当であると判断した。そこで因子数を3と仮定し再度最尤法、プロマックス回転による分析を行った。さらに、天井効果がみられた項目、どの因子にも相関が低い項目、2つの因子に相関がみられた項目、因子内の他の項目と相関が低い項目を除外して分析を繰り返し、最終的に23項目からなる尺度とした。各因子名と因子寄与率、項目、回転後の因子パターン、共通性を表2に示す。

表2 MO-RSの下位因子と因子パターン

	I	II	III	共通性
<b>因子Ⅰ 課題解決力 因子寄与率33.7%</b>				
良い解決策を見つけるためには情報を集める	.795	-.133	.015	.527
何かを考えるとときはさまざまな角度から考える	.705	.033	-.072	.468
困ったことがあってもできるだけことは試みる	.581	.003	.096	.417
失敗してもあきらめずにもう一度挑戦する	.581	.101	-.030	.399
難しいことでも解決するためにいろいろな方法を考える	.578	.108	.011	.435
失敗したときには、自分のどこが悪かったかを考える	.576	-.087	.012	.283
自分は頑張っているほうだ	.560	-.124	-.050	.215
決めたら必ず実行する	.559	.023	-.055	.294
難しいことでも解決策はきつとある	.514	.226	.059	.518
<b>因子Ⅱ ストレス対処力 因子寄与率8.1%</b>				
困ったとき、考えるだけ考えたらもう悩まない	-.159	.870	-.091	.544
気分転換を上手にしている	-.057	.639	.027	.383
失敗を気にしたり悩んだりしてしまう※	-.097	.633	-.138	.270
ものごとは長い目で見るようにしている	.078	.573	.150	.524
問題があっても何とかなる	.230	.521	-.100	.403
小さなことにも喜ぶことができる	.096	.515	.111	.426
元気でいられれば、それ以上は望まない	.061	.514	-.002	.307
日常生活の中に楽しみがある	-.046	.491	.176	.331
普段から休息をとることを心がけている	.029	.469	.106	.307
<b>因子Ⅲ 体験共有力 因子寄与率7.0%</b>				
辛いときや悩んでいるときは自分の気持ちを人に聞いてもらう	-.145	-.060	.983	.764
寂しいときや悲しいときに気持ちをわかちあえる人がいる	-.106	.014	.853	.641
困ったときは人に相談する	.305	-.099	.525	.477
うれしいことがあったときはそのことを人に話す	.180	.031	.479	.390
人からの助言は役に立つと思う	.143	.087	.347	.258

※逆転項目

第1因子は、「良い解決策を見つけるためには情報を集める」、「何か考えるときはさまざまな角度から考える」、「失敗してもあきらめずにもう一度挑戦する」などの9項目からなり、課題を分析し、粘り強く取り組む能力であると思われ、課題解決力と命名した。

第2因子は、「困ったとき、考えるだけ考えたらもう悩まない」、「気分転換を上手にしている」、「ものごとは長い目で見るようにしている」などの9項目からなり、様々な課題がありつつもあせらず、悩みすぎないようにし、上手にストレスをコントロールする力と考えられるため、ストレス対処力と命名した。この因子の項目は、青少年を対象としたレジリエンス研究から受け継いだ項目は少なく、精神障がい者の家族心理教育に参加したレジリエンスが高いと考えられた方の発言から採択した項目が多かった。

第3因子は、「辛いときや悩んでいるときは自分の気持ちを人に聞いてもらう」、「困ったときは人に相談する」、「うれしいことがあったときはそのことを人に話す」などの5項目からなり、困ったときも嬉しいときも気持ちを分かち合ったり、人に相談したりする力と考えられ、体験共有力と命名した。

各因子は有意な中等度の正の相関があり ( $p < 0.01$ )、3因子は共通する概念を表していると考えられた (表3)。また、尺度全体と各項目の相関を調べたところ、0.390 ~ 0.709 とすべて有意な相関があり ( $p < 0.01$ )、すべての項目が全体の尺度に関連していると考えられた。各尺度の平均点と標準偏差を示す (表4)。

表3 MO-RSの下位因子の相関

因子名	I	II	III
I 課題解決力	1.00		
II ストレス対処力	.640**	1.00	
III 体験共有力	.606**	.551**	1.00

\*\*1%水準で有意差あり

表4 MO-RSの下位因子と全体の平均点、標準偏差、Cronbachの $\alpha$ 係数、テスト・再テスト法におけるPearsonの積率相関係数r

因子名	平均点	標準偏差	$\alpha$	r
I 課題解決力	3.07	.50	.846	.796**
II ストレス対処力	2.96	.53	.836	.829**
III 体験共有力	2.94	.65	.814	.717**
尺度全体	3.00	.45	.907	.866**

\*\*1%水準で有意差あり

### 3) 中高年レジリエンス尺度 (MO-RS) の信頼性と妥当性の検証

各因子のCronbachの $\alpha$ 係数は0.814 ~ 0.846で尺度全体では0.907と十分な内的一貫性がある。

と考えられた。また、テスト時と再テスト時の各因子のPearsonの積率相関係数も0.717～0.829で尺度全体では0.866であり、テスト・再テスト信頼性も十分であると考えられた(表4)。

続いて、レジリエンス3因子や尺度全体と生活満足度や病的状態を調査する尺度(CES-D, STAI-S, GHQ-12)との相関を見ると、生活満足度とは中等度から弱い有意な正の相関があり、病的状態を表す諸尺度とは強いから弱い有意な負の相関があった(表5)。レジリエンスが高いと生活満足度が高く、病的状態が低くなるという結果であり、この尺度はレジリエンスの機能を適切に表していると考えられた。特に第2因子のストレス対処力が生活満足度や病的状態を表す各尺度との相関が最も強く、中等度から強い相関がみられた。したがって、MO-RSの下位因子のうち、ストレス対処力が中高年者のメンタルヘルスを考えていく上では最も重要な因子であると考えられた。

表5 MO-RSの下位因子や全体と家族のメンタルヘルス関連指標との相関

因子名	生活満足度	CES-D	STAI-S	GHQ-12
I 課題解決力	.290**	-.349**	-.419**	-.291**
II ストレス対処力	.413**	-.614**	-.718**	-.606**
III 体験共有力	.228**	-.298**	-.403**	-.249**
尺度全体	.384**	-.523**	-.633**	-.479**

\*\*1%水準で有意差あり

#### 4) 男女差の検証

男女によって中高年レジリエンス尺度に違いがあるのかをt検定を用いて調べた。その結果、各因子に男女による違いは見られなかった(第1因子t(284)=1.82, p>0.05, 第2因子t(284)=0.69, p>0.05, 第3因子t(284)=1.74, p>0.05, 全体t(284)=0.53, p>0.05)。男女別の平均点、標準偏差を表6に示す。

表6 男女別MO-RSの下位因子と全体の平均値と標準偏差

因子名	男性		女性	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
I 課題解決力	3.14	.455	3.03	.513
II ストレス対処力	2.99	.456	2.95	.562
III 体験共有力	2.84	.603	2.99	.666
尺度全体	3.02	.403	2.99	.477



## 5) 年齢差の検証

年齢群を 59 歳以下, 60 歳代, 70 歳以上の 3 群に分け一元配置分散分析を行った。その結果, 各因子および合計得点に有意差はみられなかった (第 1 因子  $F(2,283) = .876, p > .05$ , 第 2 因子  $F(2,283) = 1.95, p > .05$ , 第 3 因子  $F(2,283) = .437, p > .05$ , 全体  $F(2,283) = .885, p > .05$ )。

## 6) 初診後の経過年数での比較

精神障がい者の家族の場合は, 当事者が発症した時点が大きなストレス因の始まりと考えられる。レジリエンスが大きなストレス因を受けることにより獲得可能なものであるならば発症後の年数が経過するとともにレジリエンスが増大することが期待される。

そこで初診後の経過年数とレジリエンスとの関係を調査した。発症 10 年ごとに調べた結果では 10 年以下の群 (61 名) とそれ以上経過している群 (223 名) ではレジリエンスに変化が生じていた。そのため発症後 10 年以下の群とそれ以上の群とのレジリエンスの各因子と尺度全体の値を,  $t$  検定を用いて比較した。その結果, 第 1 因子では有意差は見られなかったが, 第 2 因子, 第 3 因子, 尺度全体では 10 年以上経過している群が有意に値が大きかった (第 1 因子  $t(282) = 1.18, p > 0.05$ , 第 2 因子  $t(282) = 3.33, p < 0.01$ , 第 3 因子  $t(282) = 2.45, p < 0.05$ , 全体  $t(282) = 2.79, p < 0.01$ )。この結果から中高年レジリエンス尺度の第 1 因子を除いた各因子と全体の尺度は, 10 年経過すると有意に増大すると考えられた。

# IV 考察

## 1 中高年レジリエンス尺度 (MO-RS) とその信頼性と妥当性について

レジリエンス研究は, “本人の持つ可能性や強み (strength) に基づいた健康に対するアプローチ” (Wagnild, 2013) であり, この研究の進展がメンタルヘルスプロモーションのための鍵概念であるということができよう。中高年期は, 青少年期と比べても少なくない否定的な出来事や日常的な困難に遭遇する時期であり, レジリエンスについての研究が重要であると思われる。今回作成した MO-RS は, 今まで立ち遅れていたこの分野の進展に役立つことを目的に作成された。

因子分析の結果, 尺度は「課題解決力」, 「ストレス対処力」, 「体験共有力」の 3 つの因子から成り立っていたが, それぞれの因子が有意な中等度の正の相関があり, 全体としてもまとまりがある尺度と思われた。また, 各項目と全体の尺度間の相関はすべて 0.39 以上の有意な相関があり, すべての項目が全体の尺度に関連していると思われた。

内的一貫性を表す Cronbach の  $\alpha$  係数は各因子とも 0.8 以上と高く, 全体では 0.907 で十分な内的一貫性があることが確認された。また, テスト・再テスト法における Pearson の積率相関係数も各因子とも 0.7 以上で, 全体では 0.866 と高い値が得られ, 再現性にも優れていると思われた。

さらに, 各因子と尺度全体は生活満足度とは有意な正の相関が, 病的状態を表す諸尺度とは有意な負の相関があり, レジリエンスが高ければ生活満足度が高く, 病的状態が低くなるという, レジリエンスにふさわしい結果が確認され, 内容的妥当性を有していると考えられた。

各因子を見ると、第1因子の課題解決力は、問題を客観的分析的に見る力やあきらめずに努力をしていく力で、Grotberg (1995) の研究ではI CAN (問題解決スキル) に、Jew et al. (1999) の尺度では活動的技法の習得に、Reivich et al. (2002) のRQでは原因分析に、Connor et al. (2003) のCD-RISCでは、個人のコンピテンス・高い基準・粘り強さに、石毛ら (2005) の尺度では自己志向性に相当し、今までのレジリエンス研究でも様々な形で取り上げられた困難な問題に対処するために必要な力であると考えられる。この因子はSSTなどの認知行動療法を行うことにより高めることが可能であると考えられる。

第3因子の体験共有力は、Grotberg (1995) の研究ではI HAVE (外的サポート) に、Reivich et al. (2002) のRQでは他者をつながること (reach out) に、Friborg et al. (2003) のRSAでは家族と結ばれていることや親しい友人や家族がいることに、石毛ら (2005) の尺度では、関係指向性 (内面共有性) に関連しているが、ソーシャルサポートそのものではなく、他者との関係を求める心性、言い換えればソーシャルサポートの受け入れ準備性とも言えるものに相当する。これは中高年の精神的不健康の危険因子である孤独にならないことに関連しており、中高年者のレジリエンスを考える上で大切な要素であると思われる。

第2因子のストレス対処力は、精神障がい者の家族に対する心理教育においてレジリエンスが高いと思われる家族の発言から採用したものが多く、「小さなことにも喜ぶことができる」、「元気でいられればそれ以上は望まない」など肯定的に認知的評価を変更すること、「困ったとき考えられるだけ考えたらもう悩まない」、「ものごとは長い目で見ようとしている」などすぐにものごとを解決しようとせず長期的な視野で考えること、「気分転換を上手にしている」、「日常生活の中に楽しみがある」など気分転換ができることに関連する項目から成り立っている。加藤 (2008) は対人ストレスコーピングにおいて、ポジティブ関係コーピングや解決先送りコーピングの重要性を指摘しているが、今回の結果は加藤の結果と一致していると思われる。そして、ストレス対処力が強まることで困難を受容することにつながると思われる。このストレス対処力は従来の欧米を中心としたレジリエンス研究ではほとんど取り上げられていなかった点であるが、3つの下位尺度のうち、生活満足度や病的状態に関連する尺度と一番相関が高かったことから、重要な要素として注目する必要がある。困難にあきらめずに立ち向かうという、一見適切な対処行動を取ることが精神的肉体的疲弊につながる可能性があるのに対して、良い点に注目するように認知を変更し、長期的な視野で、気分転換をしながらものごとに対処しようという方略は、中高年に多い、簡単には変えられない、慢性的なストレスに対処する際にはストレスを減じ、病的な状態になることを防ぎ、生活の満足度を高める上で、一番大切で必要な能力、考え方であるかもしれない。また、このストレス対処力は、家族に対する心理教育の、強みやエンパワメントを増進することを目標とする考え方とも一致しており、心理教育等の認知行動療法を行うことや困難を抱えている人々同士がグループ活動を行うことにより得ることができる能力であると考えられる。

## 2 中高年レジリエンス尺度 (MO-RS) の特徴と応用

MO-RSは男女差も年齢差も認められなかったことが第一の特徴で、40歳以上の各年齢の男女に共通の点を取り上げていると思われる。この結果は、30歳代など年齢が少し下の成人にも適用できる可能性もあると考えられた。小塩ら(2002)の作成した思春期向けの精神的回復力尺度と比較すると、新奇性追求や感情調整、肯定的な未来志向といった思春期と関連が強いと思われる因子は取り上げていない。中高年はEriksonの発達段階説に拠れば、世代内あるいは世代間の交流を意識し、今までの経験を振り返り、自己・人生を再評価し肯定的に人生の統合を行う時期である。その時期のレジリエンスには、体験を他者と共有する力や、ものごとを肯定的に評価し、長期的な視野に立脚し、気分転換を図るというストレス対処力が重要であると考えられ、それが今回のMO-RSでは取り上げられている。

第2因子のストレス対処力と第3因子の体験共有力は当事者が発病してから10年以上たった対象者で有意に高かった。この2つの因子は可変的でストレス対処の経験を通じて値が上昇した可能性があると思われた。対象者が10年間にわたり困難に対処するうちに、第2因子の認知の肯定的変更、長期的な視野に立脚すること、気分転換をすることや第3因子の家族や友人知人、同じような体験を経験している人と悩みや喜びを分かち合うことが困難への対処として有効であると認識した結果、2つの因子が有意に上昇したと考えられる。10年という期間が必要であった理由としては、精神障がい者の家族は、当事者の発病という困難に対してそれを解決しようとさまざまな方法を試みるが、当事者の病状は簡単には回復せず、精神症状を疾患からくる症状として認識するにも時間がかかり、周囲の偏見にも長期間悩まされるためであろうと考えられる。第2、第3因子がたとえ10年という期間が必要であったとしても変化しようというこの結果は重要である。なぜなら、困難を抱える人に上記因子が高まるような有効な支援を行えばこの時間を短縮することが十分可能であると考えられるからである。一方で、第1因子の課題解決力は10年を経ても有意な上昇はみられなかった。課題解決力は困難な課題への対処には有効な方法ではあるが、個人が持つ元来の特性という側面があり、他者から学ぶという過程なしには時間経過に伴い増大することはなかったと考えられる。しかしこの因子も学習により獲得できることはSST等の認知行動療法が証明するところである。

レジリエンス尺度に関しては、欧米で開発された尺度の日本語版を用いた研究がいくつか存在する。Nishi et al. (2010)はRS日本語版を作成しているが、原尺度と因子構成が異なり、CES-Dとの相関は-0.28であった。また、長内ら(2004)はRQ日本語版を作成したが、原尺度と因子構成が異なり、GHQ-28との相関は、-0.02～-0.35であった。これらの研究結果と比較すると、今回のMO-RSは病的な状態を表す各尺度との相関がより高かった。この点から、レジリエンスの要因には日本独自の要因が存在している可能性があると思われた。

MO-RSは、中高年に関連した様々な臨床場面で応用可能と思われる。とりわけ困難な状況に置かれていてMO-RSの評価でレジリエンスが低い者とレジリエンスが高い者との相互交流を促進するような心理教育等の認知行動療法やグループワーク等のプログラムを行う際の応用が期待できると思われる。また、MO-RSは中高年のメンタルヘルスプロモーションに関する

様々な取り組みの中で目指すべき望ましい状態の指標として機能する可能性もあると思われる。

### 3 今後の課題—中高年のレジリエンスは今回の尺度で言い尽くされているのか—

MO-RSは精神障がいを持つ人の家族を対象に作成されたものであるため、中高年者一般に適用できるのかは今後の研究の成果を待つことになる。精神障がいを持つ人の家族の抱える困難は重度のストレスが10年以上にわたり続くという意味で代表的な慢性ストレスと言えるが、大災害の体験や犯罪の被害者等による急性ストレス、日常的なネガティブライフイベントによって引き起こされるストレス等と同一ではない。

また、MO-RSは中高年の、困難な問題を乗り越えるために必要な、精神的健康に関連する要因を取り上げていると思われるが、中高年のレジリエンスの要因は今回の3因子のみでない可能性があり、しかもそれはストレス状況の種類や程度により異なる可能性がある。

さらに、レジリエンスが高いと思われる対象者が、どのようなプロセスを経てレジリエントな状態に達したのかを実証するための動的、質的な研究も進展させるべきであろう。

以上、MO-RSは信頼性、妥当性に優れた尺度であるが、今回の研究で未解決な点も多い。今後さまざまな状況、分野、方法で、より一層のレジリエンス研究の発展が期待されるところである。

## 付記

本研究は日本学術振興会の科学研究費助成事業による助成を得て行われた。

本研究に協力して下さいました多くの関係者の方、特に精神障がい者のご家族の方に御礼申し上げます。

## 文献

- Connor, K., Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18, 76–82.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65–76.
- Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley Monograph No. 21, Oxford University Press, London.
- Grotberg, H. (1995). *Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. The Hague, The Netherlands, Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, H. (2003). What Is Resilience? How Do You Promote It? How Do You Use It? Resilience For Today Gaining Strength from Adversity. Grotberg, H. (Eds). Praeger Pub, London, 1–29.
- 平野真理 (2012). 生得性・後天性の観点からみたレジリエンスの展望. *東京大学大学院教育学研究科紀要*, 52, 411–417.
- 石毛みどり・無藤隆 (2005). 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, 534, 356-367.
- Jew, C. L., Green, K. E., Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 32, 75-89.
- 加藤司 (2008). 対人ストレスコーピングハンドブック—人間関係のストレスにどう立ち向かうか. ナカニシヤ出版.
- Lavretsky, H. (2012). Resilience, Stress, and Mood Disorders in Old Age. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*. Springer Publishing Company, New York, 49-72.
- Luthar, S., Cicchetti, D. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 543-558.
- Masten, A., Best, K., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- 中里克治・水口公信 (1982). 新しい不安尺度 STAI 日本版の作成—女性を対象とした成績. *心身医学*, 22, 107-112.
- 中杉泰彬・大坊郁夫 (1985). 日本語版 GHQ 精神健康調査票〈手引〉. 日本文化科学社.
- Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M., Matsuka, Y. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes*, 3, 310.
- 長内綾・古川真人 (2004). レジリエンスと日常的ネガティブライフイベントとの関連. *昭和女子大学生活心理研究所紀要*, 7, 28-38.
- 小塩信司・中谷素之・金子一史・長峰伸治 (2002). 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, 57-65.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reivich, K., Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor 7 Essential Skills for Overcoming Life's Inevitable Obstacles*. Broadway Books, New York.
- 島 悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学*, 27, 717-723.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Wagnild, G., Young, H. (1993). Developmental and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wagnild, G. (2013). Development and use of the Resilience Scale (RS) with middle-aged and older adults. Prince-Embury, S., Saklofske, D.H. (Eds.). *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice*. Springer Science + Business Media, New York, 151-160.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42, 1-18.