

対象に調査を行った。

教育相談担当者については、116校(公立全日制76校、私立16校、公立定時通信制12校、特殊諸学校12校)に調査用紙を配布した結果、回収できたのは101校(公立全日制66校、私立14校、公立定時通信制9校、特殊諸学校12校)であり、回収率は87.1%であった。

岐阜県A町にある小中高等学校の教師123名(小学校2校の教師51名、中学校1校の教師34名、高等学校1校の教師38名:いずれも講師を含む)に配布した。回収数は108名(小学校2校の教師44名、中学校1校の教師26名、高等学校1校の教師38名)で回収率87.8%であった。

2. 手続き

教育相談担当者を対象としたものは、岐阜県高等学校教育相談研究協議会を通じて、各学校に下記の質問紙を郵送した。調査実施期間は、2003年2月～3月であった。岐阜県A町小中高等学校の教師を対象としたものは、各学校の管理職を通じて各学校の教師に配布した。調査実施期間は、2003年6月～8月であった。

3. 軽度発達障害に関する調査内容

以下の4つについての質問紙を作成した。

(1) 軽度発達障害の子どもが問題行動を激しくする要因

軽度発達障害の子どもが問題行動を激しくする要因を何ととらえるかについての教師の意識調査である。これは、Kataoka et al. (2003)が行った、小学校の教師を対象にLD児が示す困難の要因についての意識調査(55項目)をもとに、LD以外の軽度発達障害(高機能自閉症、ADHD)にもあてはまるように項目を修正して作成した36項目の質問紙である(Table 1 参照)。それぞれの項目に対し、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因とした場合、「とても思う」「少し思う」「あまり思わない」「まったく思わない」の4件法で判断を求めた。

(2) 軽度発達障害の理解

具体的には、軽度発達障害(高機能自閉症・ADHD・LD)のそれぞれについて、「名前も聞いたことがない」、「名前は聞いたことがある」、「どのような障害か少しは知っている」、「障害の内容をある程度理解している」、「どのように対応をしたらよいのか、だいたい理解しているつもりである」の中からいずれかを選択してもらった。

(3) 軽度発達障害に関する研修の経験

以下の9項目の研修について、これまで受けたことがあるかないか回答を求めた。設問「9. その他」については記述式にて回答を求めた。

1. 校内の研修会や学習会
2. 校内での専門家を招いての研修会や学習会
3. 郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会
4. 地区の教育振興事務所や総合教育センター主催の研修会
5. 専門医や専門機関・スクールカウンセラーなどに個別事例の相談を通して学習
6. 民間の研修会や学習会
7. 本や雑誌、ホームページなどでの個別学習
8. 研修や学習をしたことがない
9. その他

(4) 軽度発達障害の子どもに対して重要だと考える対応のあり方

これについて、次の14項目からなる選択肢の中から、軽度発達障害の子どもたちの対応で重要であると考えられるものを5つまで強制選択してもらい、回答を求めた。設問「14.その他」については記述式にて回答を求めた。

1. 担任教諭の教材工夫、個人指導等による対応
2. 生徒間の協力
3. 校内研修、個別検討の充実
4. 学年主任や同僚教師間での協力
5. 養護教諭との協力
6. 小中学校との連携
7. ティームティーチングによる対応
8. 加配による教師や非常勤講師による個別指導

9. スクールカウンセラーなどの専門職との連携
10. 大学や教育研究所等の専門家との連携
11. 病院等の医療機関との連携 (情報交換を含む)
12. 市町村及び県の教育委員会との連携
13. 家庭訪問や個人懇談などによる家庭との連携
14. その他

Ⅲ. 結果

1. 軽度発達障害の子どもたちの問題行動を激しくする要因に関する教師の意識調査

(1) 有効回答数について

質問紙の回収後、軽度発達障害の理解に関する質問項目で、高機能自閉症、ADHD、LDのいずれかで無回答、もしくは「名前も聞いたことがない」と回答をした人は、本調査において分析の対象外とした。これは、本研究が、軽度発達障害についての意識調査であるため、名前も知らない場合は調査の対象とならないと判断したためである。ちなみに、「名前も聞いたことがない」と答えたものは、全回答者数209名のうち、高機能自閉症については16名 (7.7%)、ADHDについては4名 (1.9%)、LDについては5名 (2.4%) であった。また、「高機能自閉症やADHDやLDなどと言われる子どもたちの学習面や行動面の問題を激しくすると考えられる要因」の36項目のうち、無回答がひとつでもあった場合は、欠損データとして本調査において分析からは除外した。よって、以下の分析は全て、教育相談担当者(高等学校・特殊諸学校)の有効回答数81名と、A町の小中高等学校職員の有効回答数75名の計156名で行うこととする。

(2) 因子分析の結果について

軽度発達障害の子どもたちの問題行動を大きくすると考えられる要因に関する意識調査質問36項目について、「とても思う」に4点、「少し思う」に3点、「あまり思わない」に2点、「まったく思わない」に1点それぞれを与えた。よって、得点が高くなるほど、問題と捉える傾向が

高くなることになる。

因子分析 (主因子法、固有値1.0以上、Varimax回転) を行った結果、初期解における固有値 (1.0以上) は8個であった。固有値の減少のようすから判断して、3因子解を採用した。

これらの因子に対して、因子分析 (主因子法、Varimax回転) を行った。因子分析の結果、1つの因子について0.40以上で、かつ2因子にまたがって0.40以上の負荷を示さない29項目を選出した。よって、1つの因子について0.40より小さい値を示した1項目と、2つ以上の因子で0.40以上の値を示した6項目の計7項目を除外した。

選出した29項目に対して、因子分析 (主因子法、Varimax回転) を行った (Table 1)。その結果、第1因子には、「18.家庭でのしつけが十分ではないため」、「19.食生活の変化のため」、「23.物質的主義的(お金・物を与える)になっているため」、「15.生活習慣が不規則になっているため」、「26.親が子どもにかまひすぎ・甘やかしているため」に高い負荷量が付与された。これは、軽度発達障害の子どもたちの問題を大きくする要因として、家庭や家族と、それを取り巻く環境を問題と捉えるものである。よって、この第1因子を「家庭・環境因子」と命名した。

第2因子には、「21.教師自身にゆとりがないため」、「33.一学級の人数が多いため」、「17.生徒への個別対応時間が、十分にとれないため」、「14.教師の人数が足りないため」に高い負荷量が付与された。これは、軽度発達障害の子どもたちの問題を大きくする要因として、教育条件の貧困さが問題と捉えるものである。よって、この第2因子を「教育条件因子」と命名した。

第3因子には、「29.教師が学習面や行動面での困難を問題していないため」、「2.学級担任の学級を統率する力の低下のため」、「25.教師の研修不足、指導力、資質の低下のため」に高い負荷量が付与された。これは、軽度発達障害の子どもたちの問題を大きくする要因として、教師の力量や姿勢に問題があると捉えるものである。よって、第3因子を「教師力量因子」と命名した。

因子負荷が0.40以上の項目は、第1因子「家

Tabel 1. 軽度発達障害の子どもたちの問題行動を大きくすると考えられる要因に関する教師の意識調査項目の因子分析結果 (主因子法 Varimax 回転)

質問項目	因子負荷量			共通性
	1. 家庭・環境因子	2. 教育条件因子	3. 教師力量因子	
18. 家庭でのしつけが十分でないため	0.80	-0.04	0.11	0.65
19. 食生活の変化のため (献立・時間帯など)	0.78	-0.01	0.10	0.62
23. 物質的主義的 (お金・物を与える) になっているため	0.78	0.06	0.11	0.62
15. 生活習慣が不規則になっているため (睡眠時間など)	0.73	0.09	0.04	0.54
26. 親が子どもにかますぎ・甘やかしているため	0.72	-0.04	0.27	0.60
22. 核家族・少人数家族のため	0.70	0.13	0.03	0.51
11. 子育てやしつけなどの面で地域の教育力がおとろえたため	0.70	0.15	0.14	0.53
28. 子どもの遊びがテレビゲームなどに変わったため	0.68	0.16	0.02	0.49
7. 家庭の事情の複雑化 (離婚・再婚など)	0.64	0.04	0.23	0.47
32. 異年齢間のまじわりが減ったため	0.61	0.30	0.03	0.47
34. 親が自分自身の生活に重点をおいているため	0.59	0.14	0.29	0.45
25. 子どものストレスが多いため	0.56	0.27	0.01	0.39
16. その子ども自身にやる気がないため	0.52	-0.03	0.27	0.34
9. 幼稚園教育要領が改訂され、自由保育などが行われたため	0.50	0.06	0.15	0.27
12. 環境ホルモンや環境汚染のため	0.43	0.05	0.06	0.19
家庭・環境因子 15項目の平均=2.4944, SD=0.585, α 係数=0.923				
21. 教師自身にゆとりがないため	0.28	0.73	0.05	0.61
33. 一学級の人数が多いため	0.31	0.72	-0.01	0.62
17. 生徒への個別対応時間が十分にとれないため	0.26	0.72	0.06	0.59
14. 教師の人数が足りないため	0.27	0.68	-0.03	0.54
27. 専門家の数が不十分なため	-0.10	0.59	0.21	0.40
1. アスペルガー症候群やADHDやLD等に対する特別な教育方法が確立されていないため	-0.12	0.54	0.14	0.33
10. 学校内の協力体制がとられていないため	0.07	0.53	0.18	0.32
35. 就学前の診断から療育までのフォロー体制が未確立なため	-0.02	0.52	0.15	0.29
教育条件因子 8項目の平均=2.8486, SD=0.596, α 係数=0.852				
29. 教師が学習面や行動面での困難を問題視していないため	0.01	0.18	0.64	0.44
2. 学級担任の学級を統率する力の低下のため	0.20	-0.07	0.59	0.39
3. 親の教師に対する信頼感がないため	0.27	0.11	0.57	0.41
25. 教師の研修不足、指導力、資質の低下のため	-0.04	0.36	0.57	0.45
30. 親が学習面や行動面での困難を問題視していないため	0.29	0.14	0.55	0.41
13. 教師の高齢化で新しいことへ取り組む意識が低下しているため	0.22	0.24	0.52	0.38
教師力量因子 6項目の平均=2.1421, SD=0.523, α 係数=0.782				
因子寄与 (二乗和)	7.08	3.76	2.48	13.33
因子寄与率 (%)	24.42	12.98	8.55	45.95
累積寄与率 (%)	24.42	37.41	45.95	

庭・環境因子」15項目、第2因子「教育条件因子」8項目、第3因子「教師力量因子」6項目の合計3因子、29項目となった。

第1因子「家庭・環境因子」は、因子寄与率より24.42%の説明ができると考えられる。第2因子「教育条件因子」は因子寄与率より12.98%の説明ができると考えられる。第3因子「教師力量因子」は因子寄与率より8.55%の説明ができると考えられる。第1、第2、第3因子の因子寄与率を合計し、3因子で45.95%の説明ができると考えられる。

平均とSDは、第1因子「家庭・環境因子」が平均=2.4944, SD=0.585, 第2因子「教育条件因子」が平均=2.8486, SD=0.596, 第3因子「教師力量因子」が平均=2.1421, SD=0.523であった。信頼性係数は、第1因子「家庭・環境因子」では $\alpha=0.923$, 第2因子「教育条件因子」では $\alpha=0.852$, 第3因子「教師力量因子」では $\alpha=0.782$ であった。

2. 各因子得点と関連する要因の分析

ここでは、1. で明らかにした3因子(家庭・環境因子, 教育条件因子, 教師力量因子)の得点と関連する要因として、以下の3点を分析した。それは、①軽度発達障害の理解、②発達障害に関する研修経験、③軽度発達障害に重要と考える対応である。それぞれについて一元配置分散分析もしくはt検定を行った。以下、それぞれについて結果を示す。

(1) 軽度発達障害の理解との関連

まず、高機能自閉症の理解(「名前を知っている」「少し知っている」「ある程度理解している」「対応まで理解している」)によって、各因子得点(家庭・環境因子, 教育条件因子, 教師力量因子)がどのように違うかを一元配置分散分析で検討した。その結果、高機能自閉症の理解による、家庭・環境因子得点を比較した一元配置分散分析でのみ、5%の水準で有意差がみられた($F(3,152)=3.531, p<.05$)。さらに下位検定としてTukey-KramerのHSD検定を行った結果、高機能自閉症について「対応まで理解している」群と「ある程度理解している」群、

「少し知っている」群、「名前を知っている」群の間に、それぞれ5%水準で有意差がみられた。高機能自閉症・アスペルガー症候群の理解度について、「ある程度理解している」「少し知っている」「名前を知っている」と答えた教師は、「対応まで理解している」と答えた教師よりも、軽度発達障害の子どもたちの問題を激しくする要因が、家庭や家族、またはそれを取り巻く環境にあるととらえていることが明らかにされた。

同様に、ADHD, LDそれぞれの理解(「名前を知っている」「少し知っている」「ある程度理解している」「対応まで理解している」)によって、各因子得点(家庭・環境因子, 教育条件因子, 教師力量因子)がどのように違うかを一元配置分散分析で検討したが、いずれも有意な差はみられなかった。

(2) 発達障害に関する研修経験との関連

発達障害に関する研修9項目について、あてはまる項目全てを選択してもらった。各項目について、研修経験の有無による、各因子得点の違いをt検定で検討した。

その結果、以下の4つについて有意差がみられた。そのうち3つは、教師力量因子得点において有意差がみられたものである。一つは、「校内の研修会や学習会」を通して研修を受けたことの有無で、教師力量因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=2.111, df=154, p<.05$)。これより「校内の研修会や学習会」を「受けたことがある」と答えた教師は、「受けたことがない」と答えた教師よりも教師力量因子得点が高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教師の力量や姿勢の問題ととらえていることが明らかにされた。二つは、「専門医や専門機関・スクールカウンセラーなどに個別事例の相談を通して学習」を受けたことの有無で、教師力量因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=1.986, df=154, p<.05$)。これより、「専門医や専門機関・スクールカウンセラーなどに個別事例の相談を通して学習」を「受けたことがある」と答えた教師は、「受けたことがない」と答えた教師よりも教師力量因子得点が

高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教師の力量や姿勢の問題ととらえていることが明らかにされた。三つは、「民間の研修会や学習会」を通して研修を受けたことの有無で、教師力量因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=2.015$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「民間の研修会や学習会」を「受けたことがある」と答えた教師は、「研修を受けたことがない」と答えた教師よりも教師力量因子得点が高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教師の力量や姿勢の問題にとらえていることが明らかにされた。それに対し以下の項目のみは、教育条件因子において有意差がみられた。それは、「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」を通して研修を受けたことの有無で、教育条件因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=2.269$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」を「受けたことがある」と答えた教師は、「受けたことがない」と答えた教師よりも、教育条件因子得点が高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教育条件の貧困さにとらえていることが明らかにされた。

(3) 軽度発達障害に重要と考える対応との関連

軽度発達障害の子どもたちの対応に重要であると考えられるものを、14の項目から上位5つまでを選択してもらった。軽度発達障害の子どもたちの対応に重要であると考えられるものとして各項目を選択した群と選択しなかった群で、各因子得点が異なるかどうかを、 t 検定で検討した。

その結果、以下の3つの項目において有意な差がみられた。一つは「校内の研修や個別検討の充実」を選択した群と選択しなかった群の間で、家庭・環境因子得点に有意差がみられた($t=-2.292$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「校内の研修や個別検討の充実」を選択しなかった群は、「重要である」として選択した群よりも家庭・環境因子得点が高いこと、すなわち、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因として、より家族や家庭またはそれを取り巻く環境の間

題を大きくとらえていることが明らかにされた。二つは「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を選択した群と選択しなかった群の間で、教育条件因子得点に有意差がみられた($t=1.989$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を「重要である」と選択した群は、選択しなかった群よりも教育条件因子得点が高いこと、すなわち、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因を、より教育条件の貧困さにとらえていることが明らかにされた。三つは、「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を重要と選択した群と選択しなかった群の間で、教師力量因子得点に有意差がみられた($t=-2.000$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を選択しなかった群は、「重要である」と選択した群よりも教師力量因子得点が高いこと、すなわち、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因として、より教師の力量や姿勢の問題を大きくとらえていることが明らかにされた。

IV. 考 察

1. 軽度発達障害児の問題を激しくする要因についての教員の意識

本研究では、家庭・環境因子と教育条件因子、教師力量因子の3因子が見出された。これは、教師が、1学級の人数規模が大きすぎることなどの教育条件の問題、軽度発達障害を指導する教師の力量不足、そして家庭や地域の変化の3つが、軽度発達障害児の問題を激しくする要因と意識していることを示している。これは、LDを持つ子どもについての校長の意識調査を行ったKataoka et al. (2003) の結果と同じ構造をもったものと考えられる。具体的にいえば、Kataoka et al. (2003) が明らかにした5因子のうち、「家族や社会状況の変化」因子は本研究での家族・環境因子に、「教師や管理職の能力」因子は教師力量因子にそれぞれ該当するものである。本研究での教育条件因子は、Kataoka et al. (2003) のいうところの、「学習と社会的環境」因子、「行政の教育的システム」因子、「不十分な教育的サポート」因子を

いっしょにしたものになっている。これは本研究の教育条件因子がそれにまつわる多様な内容を含んでいること、いかえればこの領域に関する今回の被験者である教師の意識が未分化である可能性を推察させる。これは、Kataoka et al. (2003) が、教育政策にも精通する必要のある校長を被験者としたのに対し、本研究の被験者が具体的に子どもと接する教諭であること、あるいは被験者全体の違い (例えば、岐阜県と奈良県の教員一般における、軽度発達障害や特別支援教育についての理解レベルの違い) などに関連していることも考えられる。今後の検討課題であるといえる。

2. 高機能自閉症を理解していない教師は、理解している教師より、その問題を激しくする要因を家族や地域の変化にみようとする
本研究で最も注目されるのは、高機能自閉症を「どのように対応したらよいかだいたい理解している」、つまり症状や名前の理解にとどまらず、具体的な対応・指導のあり方まで理解していると自己認識している教師と、そうでない教師の違いである。高機能自閉症の「名前は聞いたことがある」「どのような障害が少しは知っている」「障害の内容をある程度理解している」と答えた教師の方が、「どのように対応したらよいかだいたいわかっている」教師よりも、軽度発達障害の子どもが問題を激しくする要因として、「家族・環境」の問題を重視することが明らかにされた。

これは、自閉症という障害について、親の育て方が問題であるとする誤解が永らく存在した事実を勘案するときわめて意味の大きい結果といえる。自閉症の中核となる障害は社会性の障害といわれる。社会性というものは、その場での相手の気持ちや場の雰囲気、状況などを瞬時に理解しながら、相手とのやりとりを行なっていく力である (遠藤, 2003)。それは、言語のみで定式化して説明することはなかなか難しいものである。杉山 (2002) は、大人になった方のみずからが高機能自閉症ではないかと医療機関を受診される方の中で、高機能自閉症の自伝を文章で読んで疑いをもたれた方はそうでない場

合が多いこと、しかし、高機能自閉症のドキュメンタリー映像や漫画といった視覚的教材を見て疑いをもたれた方はその診断があてはまる場合が少なくないことを指摘している。これは、社会性の障害というものが、言語によりすべてを明文化できるものとは違い、視覚的教材で初めて感じられる、その場での感覚や情動によって理解される (遠藤, 2002) ものを本質として含むことを示唆する。そうであれば、一般の人が、そういった感覚や情動で理解されるべき社会性の障害を、言語で説明してもなかなか理解しにくいことは、十分に予想される。そういった中で、高機能自閉症を十分知らない人が、「あの子は知的には高いのに、回りの気持ちを考えずに行動するのは、親がしつけていないからだ」とか、「子ども本人の性格の問題だ」という誤解を強めることにつながる場合があるのである。そして上記の結果は、こういった誤解が、教師においても生じることを明らかにしたものと見える。

こういった文脈で考えると、この結果は、教員の研修において、軽度発達障害の中でも、特に高機能自閉症の障害理解を深化させることが、重視されるべきであることを示唆する。それは、軽度発達障害の中でも、高機能自閉症の中核的な症状である社会性の障害というものの理解のしにくさに依拠している。さきほど述べた、視覚的教材の活用を含めた検討が求められるところである。

3. 軽度発達障害の子どもの問題を激しくする考える要因と、研修経験、対応のあり方の関係

これに関して注目されるのは、「校内の研修会や学習会」「専門医や専門機関・カウンセラーなどに個別事例の相談を通しての学習」「民間の研修会や学習会」の研修経験のある教師の方が、無い教師よりも、軽度発達障害の子どもが問題を激しくする要因として、教員自身の力量の問題を重視していたことである。これは、「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」の研修経験のある教師が、無い教師よりも、軽度発達障害の子どもが問題を激しくする

要因として教育条件の貧困さを重視していることと対照的であった。後者の「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」は、本研究で調査対象となった地域では、その当時、軽度発達障害の研修会があったとしてもまだ一般的・抽象的な知識や技術の伝達を主な目的としたものにとどまっていた。それに対し、前者の研修会では具体的な事例を必然的に扱うことになる(校内の研修会も個別の事例の質疑応答が含まれることは当然予想される)ため、具体性を伴う研修会となる可能性は大きいといった内容の違いが存在することが考えられる。すなわち、具体的事例を提示しながら、その理解と支援の仕方とともに検討する研修会を経験することが、教員自身の力量向上の必要性を自覚させることが示唆されたのである。

最初の問題で述べたように、子どもの持つ特別な教育的ニーズに応える教育システムを作るうえで、現在以上の条件整備が求められることは当然である(このあたりは、越野・青木, 2004に詳しい)。ただし、一方で本研究においては、軽度発達障害の子どもの対応として必要なこと「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を選択した教師が、そうでない教師よりも、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因を教育条件の貧困にみてとり、逆に教師の力量の問題にはみようとしないという結果も示された。教育条件の整備の課題と、子ども理解や支援に関する教師の力量向上の課題は、関連しながらも具体においては独立して追求されるべき課題であろう。それを相互に対立するものとして、例えば、教育条件の整備があつてから教師の力量向上を行なうという順序性でとらえることは、実態から乖離した認識とも考えられる。

今後は、具体的な教員研修のプログラムの作成と、それによる教員の意識の変容などを検討していくことが課題となる。軽度発達障害の中でも、LDやADHDにくらべて、教育以外の医療や専門家の関与がもっとも必要なのが高機能自閉症であるとする指摘(例えば、十一, 2004)も出されてきている。子どもの特別な教育的ニーズ、その中の軽度発達障害の理解を推し進める

とともに、高機能自閉症の問題に対する研修は特別な配慮と工夫が必要とされることが予想される。今後の検討課題である。

(註1) DSM-IVでは、高機能自閉症とアスペルガー症候群は、別の障害として分類されている。その診断基準の大きな違いは、3歳以前の言語発達の遅れにある。高機能自閉症は3歳までに言語発達の明らかな遅れがあるが、アスペルガー症候群は3歳時点で二語文を話せる程度の言語発達を示す。両者の異同についてはさまざまな議論があるが、一方、両者ともに、就学の1,2年前ころから言語能力が急速に発達することで言語発達の遅れがみられなくなることで、就学する時期には状態像もほぼ同じであり、対応も特にわけて考える必要はないといわれている(高橋, 2002)。

(註2) 自閉症の原因論として、自閉症の最初の症例が報告された1940年代には、それが親の育て方による後天的な環境によるものとされていた。それが、1970年代前後から、脳の機能障害という先天的な問題で、しかも情緒的なものが一次的ではなく言語や言語につながる認知の障害が一次的であるとする原因論へ変化した。それが1980年代後半より、自閉症の中で言語や認知の問題は一定改善しても社会性の問題は残存する事例の指摘などから、自閉症は脳の機能障害という先天的な障害であるという点は踏襲しつつ、その内容としては社会性を一次的障害と考える立場が主流となってきた(杉山・辻井, 1999)。

付記

本研究は第一筆者が2003年度に岐阜大学教育学研究科へ提出した修士論文を大幅に加筆修正したものである。論文の内容については三者で協議しながら執筆したが、文責は、方法と結果については第一筆者(竹林)、問題と考察については第二筆者(別府)にある。なお、調査にご協力いただいた岐阜県高等学校教育相談協議会、A町の小中高校の先生方にこの場を借りて厚くお礼申し上げます。

引用文献

- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. Macmillan. 黒丸正四郎・花田雅憲・島田照三(訳). (1973, 1975). 自閉症：うつろな砦1・2. みすず書房.
- 遠藤利彦. (2002). 発達における情動と認知の絡み. 高橋雅延・谷口高士 (編), *感情と心理学*, pp.2-40, 北大路書房.
- 遠藤利彦. (2003). 子どもに育てたい社会性とは何か. *児童心理*, 799, 1-16.
- 香川大学教育学部附属教育実践総合センター・学習困難児への教育支援研究プロジェクトチーム. (2000). 学習困難児に対する教育支援活動；実態と意識調査. *香川大学教育実践総合研究*, 1, 151-164.
- Kataoka, M., van Kraayenoord, C. E., & Eikins, J. (2003). Why do students experience learning disabilities? A study of principal's perceptions in Japanese primary schools. Vadeboncoeur, J. A., & Rawolle, S. (Eds.), "Educational Imaginings.", pp. 269-293, Brisbane: Australian Academic Press.
- 小枝達也 (編著). (2002). ADHD, LD, HFPDD, 軽度MR児保健指導マニュアル—ちょっと気になる子どもたちへの贈りもの. 診断と治療社.
- 越野和之・青木道忠 (編). (2004). 「特別支援教育」で学校はどうなる. かもがわ出版.
- 長澤正樹. (2000). 学習障害のある児童への支援事業に対する小学校教師の意識. *新潟大学教育人間科学部紀要*, 5(1), 55-49.
- 清水貞夫. (2003). 特別支援教育と障害児教育. かもがわ出版.
- 杉山登志郎・辻井正次 (編著). (1999). 高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症. プレーン出版.
- 杉山登志郎 (編著). (2002). アスペルガー症候群と高機能自閉症の理解とサポート. 学習研究社.
- 杉山登志郎. (2004). 軽度発達障害によって変わる教育・福祉・医療. *実践障害児教育*, 374, 2-9.
- 高橋脩. (2002). 高機能自閉症児の幼児期から青年期の発達. *障害者問題研究*, 30, 118-126.
- 十一元三. (2004). 広汎性発達障害の神経学的基盤—扁桃体-辺縁系仮説を中心に. *実践障害児教育*, 374, 10-15.
- 渡部昭男. (2004). 「特別支援教育」への転換とその課題—学校教育法の改正を中心に. *教育法*, 140, 4-9.

1. 母親から子どもへの愛着形成

—心理社会的検討—

かねこ ひとし ほんじょう しゅうじ わらせ さとみ のむら けんじ
金子 一史*1・本城 秀次*1・村瀬 聡美*1・野邑 健二*2

KEY WORDS ▶ 愛着形成, 親子関係障害, 心理社会的要因, 児童虐待

はじめに

近年, 児童虐待に代表されるように, 親子関係の障害が大きく取り上げられている。それに伴い, 母親から子どもへの愛着形成について, 関心を持たれるようになってきた。その背景には, 自分の子どもに愛情を持つことができず苦しんでいる母親は珍しくないということが, だんだんと認識されてきたことがある。

子どもから母親への愛着については, 発達心理学の領域で盛んに検討されてきた。一方, 母親から子どもへの愛着については, 驚くほど研究が少ない。児童虐待の背景には, 母親から子どもへの愛着の問題が考えられる点から, 母親から子どもへの愛着を検討することは, 非常に重要であると思われる。

ここでは, 母親から子どもへの愛着形成の要因について, ①母親の要因, ②子どもの要因, ③社会環境要因の3つに大別して検討する。

1. 母親の要因

1. 妊娠に対する態度

母親から子どもへの愛着形成の障害要因に, 望まない妊娠が指摘されている(ブロッキントン, 1999)。大日向(1988)は, 母性発達に関する調査の中で, 妊娠を知ったときの態度と母性発達についての関連を検討している。調査対象者156人中, 20人(12.8%)の母親が, 妊娠を知ったときに「どちらかと言えば困った」もしくは「非常に困った」と回答していた。これらの, 妊娠に対して困惑を示した群は, 妊娠しているために行動上の制約を受けることに対して, 「妊娠していない人がうらやましい」と回答している人が, 妊娠を「非常にうれしい」と答えた積極肯定群よりも有意に多かった。また, 資格取得を途中で断念したり, 仕事を休んだり, 店を持つことを開店直前で断念したことなど, 生活設計そのものに変更を余儀なくされた者が多かった点を指摘している。

また, 積極肯定群の83.3%は, 妊娠後期においても肯定的な態度を維持していた。一方

*1: 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター (〒464-8601 愛知県名古屋市千種区不老町), *2: 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療部

で、妊娠を「どちらかと言えばうれしい」と答えた肯定群の70.4%は、中期あるいは後期の時点で、否定的な態度に変化していた。困惑群は、50%が妊娠に対して否定的な態度のままであった。しかし残りの半数は、出産を待ち遠しく思ったり、赤ちゃんが大きくなっていることを楽しみにしたりして、肯定的な態度に変化していた。

妊娠判明時と妊娠後期ともに肯定的であった群は、妊娠の初期から強い愛着を抱いていた。また、出産後の愛着形成もスムーズであり、分娩直後には52.6%の母親が、初めて我が子を見たときに73.7%の母親が、「とてもかわいい」と評定していた。これに対して、妊娠判明時と妊娠後期ともに否定的であった困惑群では、出産後の子どもへの愛着形成が鈍かった。初めて見たとき、初めて乳首を含ませたときに「とてもかわいい」と評定した母親は40%であり、他の群に比べて最も低かった。

妊娠を知ったときに肯定的に思えなかった困惑群の母親でも、半数は後に肯定的な態度に変化しているように、妊娠や子どもに対する態度は変化していくことも事実である。とはいうものの、妊娠を知ったときに肯定的な態度をもてない場合は、その後の親子関係に微妙な形で影響を及ぼすことも考えられる。妊娠は親子関係の始まりとも考えることができ、妊娠に対する態度が肯定的でないことは、親子関係の開始時点から不安定要因を持つことになるのかもしれない。

2. 来るべき出産や育児への不安

妊娠中に、出産や育児をうまくやれるかどうかと不安に思っている母親は、出産後の子どもへの愛着が低くなるようである。我々名古屋大学の研究グループでは、妊娠期からの母親から子どもへの愛着形成に関する縦断研究を行っている。そこでは、妊娠期の母親から胎児への愛着は、将来の出産育児への不安と関連があることが見いだされている。つま

り、妊娠期に出産や育児への不安が高い人は、母親から胎児への愛着が低いことが示された。また、妊娠期に出産や育児への不安が高い人は、出産直後の母親から子どもへの愛着が低いことも示されている。妊娠期に、出産に対しての不安が高かったり、子どもが生まれてからの育児をうまくこなすことができるか不安になっている場合には、母親から子どもへのスムーズな愛着形成を阻害する可能性がある。

3. 出産時の状況

Robson & Kumar (1980) は、出産直後の母親の愛着について検討している。それによると、初産婦の40%は、出産直後に自分の赤ちゃんを抱いたときに愛着を感じることができなかった。経産婦では25%が同様に、出産直後に初めて自分の赤ちゃんを抱いたときに、愛着を感じることができなかった。つまり、出産直後に初めて子どもを抱いたとき、愛情を感じないことは珍しいことではないようである。ただし、出産直後に愛着を感じることができなかった母親の大多数は、我が子に対する愛着が1週間後には、生まれてきたとしている。

また、Robson & Kumar (1980) は、母親から子どもへの愛着形成の阻害要因に、産科的問題を示唆している。それによると、愛着の阻害要因として、人工破水、母親が予想していたよりも出産時の苦痛が大きかったこと、鎮痛薬ペチジンの使用量が多かったことを指摘している。産科的要因については、出産時の苦痛が大きいと母親から子どもへの愛着形成の阻害要因となることを指摘している研究が他にも存在する。分娩時の医療的処置や分娩様式の選択には、主として医学的な理由により選択される。ただし、母親や夫（パートナー）の心理的要因が関与する可能性もある。さらに、産科的問題が直接愛着の形成に影響を及ぼしているのか、それとも医学的処置によって引き起こされた状況（例えば母

子分離など)が、愛着の形成に影響を及ぼしているのかの判断は非常に難しい。これらの点については、慎重に判断する必要があると思われる。

4. 母親の精神障害

子どもへの愛着形成を阻害すると思われる要因に、母親の精神障害があげられる。なかでも、比較的発症率が高いのは、うつ病である。

産後うつ病は、出産後数週から数カ月以内に発症する。頻度はおおむね15%前後とする報告が多い (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Stein, 1980)。出産した女性の少なくとも10人に1人は産後うつ病を発症すると考えられている。日本では、里帰り分娩など伝統的なサポート体制の風習があり、欧米より産後うつ病の頻度は低いと考えられていた。ところが、近年になって欧米と同じ評価方法を用いると、同程度の頻度であるとの報告がある (Yamashita, Yoshida & Nakano et al, 2000)。育児ノイローゼとして産科や小児科から精神科へ紹介されることがある。少数ではあるものの、自責感から母子心中や嬰兒殺しへとつながる可能性がある。したがって、母親が、ゆううつ気分やいらだち、不眠等を訴えた場合、うつ病の可能性を見逃さないよう、十分注意する必要がある (ダルトン, 2000)。

産後うつ病のスクリーニング法としては、「エジンバラ産後うつ病自己評価表」(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)がよく使用される。10項目から構成されており、簡便で母親への負担も少ない。日本語版も開発されている (岡野, 村田, 増地ら, 1996)。

山下 (2003) は、九州大学周産母子センターにて出産した88人の母親に対し、出産直後から産後3カ月にわたって、自己記入式質問紙と精神医学的診断を行うための面接を組み合わせ合わせた調査を行った。自己記入式質問紙に

は、子どもへの肯定的および否定的感情を検討するボンディング質問紙が含まれていた。その結果、出産後3カ月の時点で、88人中15人 (17%) の母親が、うつ病と診断された。うつ病群の母親は、非うつ病群の母親に比べて、乳児を否定的にとらえていた。

母親にうつ病や統合失調症などの精神障害がある場合は、子育てが大きな負担となりやすい。母親は自分のもつ精神障害に対応するのに、多大なエネルギーを必要とする。その意味で、精神障害を持たない場合に比べて、ハンディを背負ってしまう。使用可能なエネルギーが少ないところに、子育てをしなくてはいけなくなる。子育ては、一般の母親にとっても大仕事である。ましてや、母親にハンディがある場合は、対応可能である仕事の範囲を超えてしまうこともある。したがって、母親に精神障害が認められるときは、できるだけ母親自身に適切な援助を受けさせることが望ましいと思われる。

精神症状が重篤である場合は、精神科などの適切な治療機関につなげることが、母親にとって利益となることがある。精神障害に対する薬の進歩も目覚ましいものがある。治療方法の進歩に伴い、産後のうつ病であれば、数カ月で軽快するようになってきている (吉田, 2000)。また、精神科や心療内科などの、こころの問題を扱う治療機関への偏見はだんだんと少なくなってきており、以前に比べれば、気楽に利用できるようになってきつつある。とはいうものの、精神科や心療内科を受診することに対して、現在でも当事者には抵抗がある場合も多い。

さらに、実際に精神障害を持っている人が、専門機関にかかる受診率は、かなり低いことが知られている。精神障害を抱えたまま、治療的な援助を受けずに過ごしている人が、まだまだ数多く存在する。これらの人々に対して、いかに治療的なサポートを供給するのかについては、大きな課題となっている

る。

また、母親の負担をできるだけ減らすことが求められる。夫（パートナー）や、実母などの近親者に対して、母親の状況を説明し、子どもの世話に対して可能な限りの分担をお願いすることがある。

ただし、母親が心理的に不安定になると、家族にとっても大変なストレスとなることが多い。普段であったならば、たいした問題としないことに、家族の全体がイライラしてしまったり、ひいては母親を取り巻いて非難合戦となってしまうこともある。その意味では、家族全体がサポートを必要としているともいえる。したがって、スタッフは母親や子どものみではなく、時には家族全体がサポートを必要としている場合があることに注意して、働きかける必要がある。

II. 子どもの要因

1. 扱いにくい子ども

生まれたばかりの乳幼児であっても、様々な行動特徴が見られる。あやしてもなかなか泣きやまない赤ちゃんがいる一方で、あやせばすぐに泣きやむ赤ちゃんもいる。大人からの働きかけに敏感に反応する赤ちゃんもいれば、反応に乏しい赤ちゃんもいる。このように、生まれてすぐの乳幼児でも、行動様式には個人差がある。

乳幼児期における行動様式の個人差は、乳幼児の気質として検討されている。気質については、ある程度の安定性を持ってはいるが、発達の過程で養育環境などの環境要因との相互作用により変化していくとも考えられている。

乳幼児の気質を検討した研究に、トーマス (Thomas, A.) とチェス (Chess, S.) らによる、ニューヨーク縦断研究 (New York Longitudinal Study; NYLS) がある。その結果では、子どもの気質の3タイプが示された。第1のタイプは「扱いやすい子ども

(easy child)」と呼ばれる子ども達で、機嫌が良く、反応は穏やかで、生理的リズムは規則的で、新しい状況に対して積極的であり、環境の変化にも慣れやすい子どもである。第2のタイプは「扱いにくい子ども (difficult child)」である。生理的リズムが不規則で強い反応を示し、初めての事態に対しては消極的で尻込みをし、環境の変化に順応しにくく、機嫌の悪いときが多い子ども達である。第3のタイプは「エンジンのかかりにくい子ども (slow-to-warm-up child)」である。活動性が低く、初めての体験には引っ込み思案で、適応するのに時間がかかり、反応は穏やかな子ども達である。全体の約40%が扱いやすい子どもに、約10%が扱いにくい子どもに、約15%がエンジンのかかりにくい子どもに分類され、残りの約35%は、どこにも分類されなかったという。

ここで問題となるのは、扱いにくい子どもである。これらの子どもは母子関係に問題を生じやすく、後の精神的諸問題と関連するという報告がある。また、児童虐待が扱いにくい気質と関連していることも一般に認められている。とりわけ、混乱しまとまりのない家族における扱いにくい子どもに、虐待の危険性が高いといわれている。

2. 低出生体重児

厚生労働省による2002年の人口動態統計では、2,500g未満の低出生体重児の出生が、過去最高を更新した。医療技術の進歩による乳幼児の生存率向上のほか、出産適齢期の20~30歳代で特に高い女性の喫煙率や、過剰な『やせ』志向、不妊治療の影響などが指摘されている。2002年に生まれた赤ちゃん115万3,866人のうち、低出生体重児は10万4,329人で、体重別の記録を毎年取り始めた1968年以降で過去最高となる9.0%となった。

赤ん坊が未熟児状態で出生し、出生直後から新生児集中治療室 (NICU) に収容されている場合や、先天性免疫不全症候群など何ら

かの身体的異常によって無菌室に長期間隔離されているような場合、母親と子どもとの情緒的接触が妨げられることになる。その結果、子どもの情緒的発達や、母親から子どもへの愛着形成に悪影響が生じる可能性が考えられる。このため、出生早期から治療的介入を行い、母子の関わりを促して、子どもの情緒的発達や、母親から子どもへの愛着形成を促進する試みがなされている。ここでは、未熟児に対する治療的介入について述べる。

一般に未熟児は、覚醒時間が短く睡眠覚醒リズムの予測が困難なため、母子の関わりの方が減りがちである。覚醒中も活動性が低く泣くことも少ないため、大人の養育行動を誘発する行動が少なく、授乳中気が散りやすい傾向にあるという指摘がなされている。

未熟児の母子相互作用を改善し、発達を促進する介入方法としては、出生早期からの母子接触が重要であるという考え方が定着してきている。未熟児に対する早期介入としては、①乳児をより活動的、反応的にするために刺激を与える方法、②母親が乳児の発するサインに敏感となりより適切な対応ができるように、母親を教育、指導、支持していく方法、の二つが区別されている。しかし、①の乳児刺激プログラムについて肯定的な結果を報告しているものは少ない。理由として、NICUにおける乳児は治療的処置、騒音、光線など常に過剰な刺激にさらされており、さらに刺激を与えることはあまり治療的に意味がないと考えられているからである。近年では、過剰な光刺激や音刺激による外的ストレスをできる限り減らし、支えとなる布で児を囲み、子宮内の姿勢をできるだけ保つようにしてケアしていく、ディベロップメンタルケアが取り入れられつつある。

3. 未熟児に対するカンガルーケア

カンガルーケアとは、コロンビアのボゴタで最初に行われた未熟児の保育法である。おむつだけをつけた赤ちゃんを親が素肌に胸と

胸を合わせるように直接抱く方法である。その姿が子どもを胎嚢に入れているカンガルーに似ているために、カンガルーケアと呼ばれている。もともとカンガルーケアは、未熟児室の過密と院内感染による高い死亡率の解消策として始まった。カンガルーケアによって、母乳の分泌量が増加するという報告もある。また、新生児の酸素分圧が低下して安定化することや、母親から新生児への熱移動が確認されているという。カンガルーケアを受けた子どもは、生後6カ月時点でカンガルーケアを受けなかった子どもに比べて、有意に啼泣が少ないという報告もある。

もともとは、未熟児の成長発達の目的でカンガルーケアが始められたのであるが、わが国では母子の愛着形成を促進する目的で導入された。カンガルーケアを経験した母親は、我が子を身近に感じ、まさしく自分の子どもだと実感できるようになる（山内，2002）。カンガルーケアを通しての皮膚接触は、母親と子どもとの絆を形成するうえで、非常に効果的であろう。また最近では、母親のみではなく、父親にもカンガルーケアを体験してもらうよう働きかけている施設が、増えてきている。

4. 子どもの障害

子どもに精神発達遅滞や自閉症などの発達上の障害がある場合は、児童虐待のハイリスクとなることが知られている。ここでは、自閉症を取り上げる。自閉症は、先天的な脳機能障害による発達障害の一つである。社会性の障害、コミュニケーションの障害、こだわり行動の3つの特徴を備えている。

自閉症児に親として関わることは、かなりの労力を必要とする。親の指示が子どもに聞き入れられなかったり、「何度言ってもわかってくれない」「どうしてそんなことをするのかわからない」と訴える親は多く、育てるのに独特の難しさがある。特に、幼少期はパニックの頻発しやすい子どもが多い。保育園

からの帰りの道順にこだわり、少しでも違う道に入ると怒りだしたりする子どもがいる。また、ある子どもは、電化製品のスイッチにこだわりを持ってしまい、電源を入れたり切ったりしていた。「やめなさい」と母親が声をかけても、一向にやめさせることができず、親はイライラが募ってしまう。最後には、頻繁にスイッチをいじくってしまうために、居間の高価なステレオが故障してしまったというケースもあった。

「私もついイライラしちゃって、手を上げることもあったんです」と自責的に母親が心情を述べるのを聴くたびに、これらの発達障害児に、親として関わるのがいかに大変か、しみじみと痛感させる。障害児臨床に携わる専門職は、親の精神的な負担を考慮した子育て支援や療育を考慮する必要があるだろう。

III. 社会環境要因

1. 夫婦関係

母親から子どもへの愛着形成の要因として、夫婦関係の良さが指摘されている。夫（パートナー）は、妻にとって最も頼りとなることができる存在である。時には、上の兄や姉の世話を任せることができる。育児をうまく夫と分担することで、新生児に関わる時間が増え、愛着をスムーズに築いていくことができるのであろう。また、夫は妻の最大の理解者となることができる。「夫は私のことを十分わかってくれている」と妻が思えるならば、夫は妻にとっての大きな情緒的支援も与えていることになる。つまり、夫は家事や育児を分担してもらえるだけでなく、情緒的な支援も行うことができる。一方、夫婦関係が悪ければ、子育ての分担を気軽には頼めない。したがって、母親の疲労も大きくなる。また、十分な理解を得られないまま子育てを続けられないといけない。場合によっては孤軍奮闘となってしまい、子どもへの愛着を築

く心理的余裕がなくなりやすい。

2. サポートの有無

夫婦関係の他に、周囲からのサポートの有無が、母親の愛着形成に影響を与えるという報告が多い。母親にサポートを与えることが可能な人は、夫や実母、実父、夫の両親や、親戚、友人などがある。

特に、夫と実母からのサポートの有無は重要であると思われる。何かと頼みやすい相手であり、気兼ねをする必要が比較的少ない。一方、夫や実母からサポートが得られない場合は、母親が一人でいろいろな事に対処する必要があり、母親に時間的にも精神的にも余裕がなくなりやすい。したがって、子どもと十分に愛着を形成する時間と余裕がなくなりやすいと思われる。サポートには、勇気づけたり、励ましたり、理解を示したりする情緒的なサポートと、実際に育児を手伝ったり、金銭的な援助を与えたりするなどの、道具的なサポートの両方が含まれる。

特に、シングルマザーや、実の両親との関係が疎遠な場合は、一般に期待できるサポートを、十分に受けとることができない。そのような場合は、福祉厚生面での支援や、利用可能な社会資源を積極的に使ってもらうように働きかける必要があるだろう。

おわりに

ここまで、母親から子どもへの愛着の形成要因を検討した。今回は取り上げなかったが、母親が自分の養育者からどのような養育を受けてきたかという母親自身の養育体験や、母親の一般的な対人関係のあり方なども、子どもへの愛着の形成要因となることが考えられる。このように、母親から子どもへの愛着形成には、様々な要因がある。ところが、これらの要因は実際には単独で起こるわけではないように思われる。つまり、母親が自分の子どもに愛着をもつことができずに苦悩している場合、多くは様々な要因が重なっ

ている場合が多いように思われる。その意味では、これらの問題を簡単に解決することは難しく、根気と長い時間が必要になる場合が多い。

一方で、これらの要因を持っていると思われても、一生懸命自分の子どもを育て、愛情をそそぐ親も存在する。同じような要因を持っていても、子どもに愛着を持つ場合と、持たない場合の違いは何かという問いについては、明確にはなっていない。

また、ここでは主に、母親から子どもへの愛着について検討した。しかし、「自分の子どもがかわいく思えない」「子どもにどう接したらよいかわからない」と訴える父親も数多く存在することが、広く知られている。ところが、これらの父親へのアプローチは、母親へのアプローチに比べて、ほとんど行われていない。今後は、母親に加えて父親をも視野に入れて、子どもへの愛着を検討する必要があるだろう。

文 献

- 1) ブロッキントン I F : 母性とメンタルヘルス 日本評論社, 1999
- 2) Kumar R, Robson KM : A prospective study of emotional disorders in childbearing women.

- British Journal of Psychiatry 144 : 35~47, 1984
- 3) ダルトン K : マタニティ・ブルー 産後のこころの健康と治療, 誠信書房, 2000
 - 4) クラウス M H, ケネル J H, クラウス P H : 親と子のきずなはどうつくられるか, 医学書院, 2001
 - 5) O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM : Prospective study of postpartum depression : Prevalence, course, and predictive factors. Journal of Abnormal Psychology 93 : 158~171, 1984
 - 6) 大日向雅美 : 母性の研究, 川島書店, 1988
 - 7) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子他 : 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学 7 : 525~533, 1996
 - 8) Stein G : The pattern of mental change and body weight change in the first post partum week. Journal of Psychosomatic Research 24 : 165~171, 1980
 - 9) 山下 洋 : 産後うつ病と bonding 障害の関連. 精神科診断学 14 : 41~48, 2003
 - 10) 吉田敬子 : 母子と家族への援助 妊娠と出産の精神医学, 金剛出版, 2000
 - 11) Yamashita H, Yoshida K, Nakano H et al : Postnatal depression in Japanese women : Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. Journal of Affective Disorders 58 : 145~154, 2000
 - 12) 山内芳忠 : 出生直後のカンガルーケア. NICU チームで取り組むファミリーケア メテिका出版 : 33~40, 2002

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆