

の言葉かけ」について工夫していたことを挙げる保育士がほとんどであった。参加者同士が交流しながら、自分たちで解決を導くことができるよう、見守る姿勢を心がけたという記述が多かった。

(3) 指導する上でうまくいった点について

参加者に笑顔がみられ、言動や現状把握表の内容が前向きになり、参加者同士の交流が活発化していくといった変化をみたときにうまくいったと思う保育士が多かった。

(4) 指導する上で難しかった点

最も多く挙げられていたのは参加者への言葉かけの難しさであった。全体の指揮を担当した場合には、参加者に対して課題を提示する際の説明の難しさが挙げられていた。グループ運営を担当していた場合には、参加者の話し合いにどうやって言葉を挟めばよいのか、自分のアドバイスが参加者にとって有効であるかどうかの判断に不安になるという内容が挙げられていた。

(5) 各回での感想

第1回目から第5回目の各回における感想をたずねた。具体的な内容は Table2 参照。

初回や第2回目では、現状把握表の書き方に関する説明の難しさなどが挙げられていたが、第3回目以降になると、参加者同士の交流が活発化してきたことや参加者が前向きになっていく変化を見て、保育士達が達成感を感じている様子が挙げられていた。一方、徐々に回が進むにつれて参加者の能力の差への気づきや、ドロップアウトする参加者が現れることによる進行の難しさも挙げられていた。

(6) ペアレントトレーニングの指導上のポイントに関する自己評価

ペアレントトレーニングの指導をする上

で必要な3つのポイント(①ペアレントトレーニングの目的、②現状把握表の書き方、③参加者同士の話し合い)についてどの程度意識できていたのか自己評価を求めた。平均値、標準偏差、度数分布については Table 3 参照。

全ての項目において、平均値は高く、保育士がポイントについて意識しながらペアレントトレーニングの指導を行っていたことが示されていた。

D. 考察

本研究の結果から、ペアレントトレーニングの研修に参加した保育士は、ある程度共通したカテゴリーについて、疑問や難しさを感じ、同時に工夫したり達成感を感じていることが明らかになった。これらのカテゴリーは、ペアレントトレーニングの指導を行う初心者が陥りやすい問題や実施可能な打開策を示したものであり、今後のペアレントトレーニングの研修プログラムを精査していく上で、重要なポイントを提示することができたといえるだろう。

ただし、今回の研修参加者は、保育士(園長補佐)であり、乳幼児期の子どもや保護者に対する知識と経験が特に豊富な方たちであった。さらに今回は、グループでの研修であったため、お互いに相談しあい、知識を補いあいながら進めていくことが可能であった。今後、地域に根差した支援者を育成していく上で、知識や経験の差を考慮することや、複数ではなく一人でも指導を行えるようスキルを向上させることや、支援者同士で相談し合う機会を整えるなど、さらに研修プログラムを洗練させていくことが求められる。

E. 結論

ペアレントトレーニングの研修を経験した保育士は、難しさを感じながらも、工夫しながら研修を進め、参加者たちの肯定的な変化をみることで最終的には達成感を感じている様子がみられた。今回の研修は、地域に根差した子育て支援者を育てる試みの第一歩となったと思われる。今回の結果を踏まえて、今後研修プログラムを充実させていくことが必要である。

F. 健康危険情報

（該当なし）

G. 研究発表

1. 論文発表

（該当なし）

2. 学会発表

松岡弥玲・辻井正次 子育て期の母親に対するペアレントトレーニングの効果-事前事後の理想-現実自己のズレの変化について-日本発達心理学会第21回発表論文集,印刷中,2010.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

（該当なし）

Table1 ペアレントトレーニング研修における感想(全体の感想,工夫した点,良かった点,難しかった点)

(1)ペアレントトレーニングの指導を経験してどのように感じましたか。

全体の指揮を担当した場合	グループ運営をした場合
<p>進行について</p> <p>例・方向性を見失いそうで不安だったが,他のスタッフの意見をききながら進めていくように努力した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・話し合いをどう進めていくかが不安だった。 ・タイムキーピングをすることが難しかった。 ・一回目の研修とは違うタイプのグループだったため,進行の仕方が異なっていたことが勉強になった(その分判断が難しいが)。 ・見通しを立てることが難しかった。 	<p>進行について</p> <p>例・参加者によって子育てに対する困り感に温度差があるように感じた。ペア決めはさりげない配慮が必要だと思った。</p>
<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・司会が2人だったので,事前に打ち合わせができ,心強かった。 	<p>参加者への言葉かけ</p> <p>例・会話に息詰まる参加者がうまく話せるよう仲介した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加者同士の話がスムーズにいくように,できるだけ見守るようにした。 ・参加者の話はどうやってことばを挟んでよいか,そのタイミングが難しかった。補助していくという立場が難しかった。 ・2回目の研修であったため,以前よりも参加者の問いかけに対してうまく答えることができた。
	<p>参加者の変化</p> <p>例・子どもに対する見方が良い方へ変わったり,自分たちで子育ての仕方に気づいたりする姿がみられた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの個性を受け止め,お育てに対する「今はこれでいいんだ」という前向きな考え方に変わっていた。
	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の園長補佐の方が司会をしているのを見て,言葉の使い方や時間配分などを客観的にとらえることができた。

(2)指導をするうえで工夫した点,気をつけた点などはどのようなところですか。

全体の指揮を担当した場合	グループ運営をした場合
<p>参加者への言葉かけ</p> <p>例・話し合いがうまくいくように,笑顔でゆっくり話すようにした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加者に対してまず共感するようになった。 ・なるべく個人的な話に立ち入りすぎず,一方であまり一般的,機械的にならないよう言葉を選んだ。 ・司会の際に,参加者に対して必ず相槌をうつようにした。 ・参加者の言葉を否定しないようにした。 	<p>参加者への言葉かけ</p> <p>例・話し合いの補助という立場で,参加者たちの話が途切れた場合にのみ言葉を発し,できるだけ聞き手にまわるようにした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・笑顔でうなづいたり,相槌を打ったりした。 ・ついアドバイスをしてしまいがちになるが,できるだけ保護者同士で言葉を返しあうように促した。 ・参加者同士が自分自身で発見し,具体的な姿をとらせることができるように助言した。
<p>進行について</p> <p>例・時間配分を明確にすることを気をつけた。</p>	<p>進行について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じ人ばかりが話さないように注意した。 ・話が脱線しないように注意した。
<p>現状把握表の書き方</p> <p>例・母親が自分や子どもの「行動」を具体的にあげてもらうように気をつけた。</p>	
<p>その他</p> <p>例・事前に司会係同士で打ち合わせをして役割分担をするように話し合った。</p>	

Table 1 (続き) ペアレントトレーニング研修における感想(全体の感想, 工夫した点, 良かった点, 難しかった点)

(3) うまくいったと思った点はどのようなところですか。

全体の指揮を担当した場合	グループ運営をした場合
<p>参加者の変化 例・自分のこと, 子どものことを整理していく中で, いいところを見つけたら具体的な目標を持ち, 前向きに取り組もうとする姿がみられたこと。 ・参加者の笑顔がみられたり, うなづいているところがみられたこと。 ・参加者が自分なりの解決を見出していたとき。</p>	<p>参加者の変化 例・子どものある行動について, はじめはそれが「いいところ」だとなかなか思えなかった参加者が, 参加者同士で話し合う中で, それが「いいところ」であると思えるようになったこと。 ・参加者同士で話し合うなかで「気になるところ」が「努力しているところ」なのではないかと気づくことができたところ。 ・参加者が自分なりに解決を見出そうとしていたところ。</p>
<p>参加者同士の交流 例 グループの中で参加者同士が互いの思いを聞き, アドバイスをしあっているとき。 ・参加者が活発に意見交換していたところ。</p>	<p>参加者同士の交流(参加者の変化とも重複する) 例・参加者同士で話を進めてくれたところ。</p>
<p>その他 例 保育士同士で役割分担をして助け合った。</p>	<p>参加者への言葉かけ 例・うなづいたり相槌をうつようにしたことで, 参加者同士が話しやすい雰囲気をつくることができた。</p>
	<p>進行について ・時間配分に工夫し, グループ内での話し合いが時間内でなんとなくまとまったことがあった。</p>

(4) 難しかったと思った点はどのようなところですか。

全体の指揮を担当した場合	グループ運営をした場合
<p>参加者への言葉かけの難しさ 例・伝えたいと思ったことが実際にはなかなかうまく伝えられなかった。 ・参加者に話してもらいたい内容をうまく伝えられなかった。 ・参加者の発言に対してどうやって返答するのが難しかった。</p>	<p>参加者への言葉かけの難しさ 例・参加者の話にどうやってことばを挟んでよいか, そのタイミングが難しかった。 ・自分のアドバイスが本当にそれでよかったのかが不安になった。 ・参加者の書き方が間違っているように思ったときの声のかけ方。 ・あまり話さない方がいて, 参加者みんなに話してもらえるようにするのが難しかった。</p>
<p>進行について 例・話し合いの進め方が難しかった。 ・タイムキーピングが難しかった。</p>	<p>進行について 例・参加者同士の話し合いが盛り上がってきたときに軌道修正することが難しかった。 ・限られた時間の中で参加者みんなが話せるように時間配分をすることが難しかった。</p>
<p>現状把握表の書き方の指導 例・行動を具体的にとらえることの指導, 現状把握表のカテゴリー分けについて, 具体的な小目標の設定について</p>	
<p>グループの構成の仕方 例・どの参加者同士をグループにするかが難しかった。 ・グループによって話の進み方が様々だったため, それを把握しながら時間を区切っていくところが難しかった。</p>	

Table2 ペアレントトレーニング研修 各回における保育士の感想

(1) 第1回目 導入・現状把握表の書き方

参加者の特徴について

例・自分のいいところがすぐに出てこない人が多いことに驚いた。その固執した考えをいかに「適応しているところがいいところ」と思えるように伝えることが大切だと思った。

現状把握表の説明

例・ベアトレがどのようなものなのかを分かりやすく説明することが難しかった。

・10人を相手にして、表の書き方の説明やアドバイスをすると、それぞれのお母さんの理解度に差があつて悩む。どこに基準を合わせるかの判断が難しかった。

例・具体的な行動としてとらえるという考えがとてわかりやすいように思った。

・行動としてとらえるということの意味がどの程度参加者に伝わったのかが気になった。

・自分も実際に現状把握表を書いたので、書きにくそうな参加者に対してアドバイスができた。

(2) 第2回目 現状把握表の書き方をマスターする

現状把握表の書き方

例・「やろうと思っていることならば努力していること」、「良いところは適応しているところ」など、行動を具体化していくことの難しさや面白さを感じた。

・形容詞ではなく同土で書くように伝えることが難しい。

・具体的に、行動で、説明することが思ったよりも難しかった。

参加者の変化

・前回よりも参加者が現状把握表の書き方を理解することができているように思った。

(3) 第3回目 現状把握表をカテゴリーごとに分ける

現状把握表の書き方

例・カテゴリーごとに見ていくことやつながりを意識していくことを伝えるのが難しかった。

参加者の変化

例・カテゴリーに分けて考えていき、記入することを意識し始めると、参加者の中で少しずつ自分と子どものとらえ方が整理され始めるように感じた。

・カテゴリーに分けることで、母親が、自分自身がどの部分に比重を置いて物事を考えているのかに気づくことができるようになったと思った。

参加者同士の交流

・カテゴリーに分けると、一人ではわからないことでもグループで話し合いをすることで理解できた参加者が多かった。参加者同士の交流が有効であると感じた。

(4) 第4回目 親子の具体的なやりとり(うまくいったやりとり・うまくいかなかったやりとり)への発展

参加者の変化

例・うまくいかなかったやりとりについての話し合いで、「うちもそうだった」と共感する参加者が多く、その時の対応について参加者同士の中で活発に意見交換ができていた。

・参加者同士のやりとりがここから活発になってきたように感じた。

・うまくいかなかったやりとりを話すとき、保護者が「こういう理由でうまくいかなかった」と自分の行動を分析できている人が多くいたと思った。

参加者の能力差

例・参加者が現状把握表をあまりかけていないように感じた。子育てに難しさを感じているお母さんたちなので、もう少し時間をかければいくらでも例題があがりそうだが・・・

・お母さんたちの能力に差があることを感じた。

進行の難しさ

例・うまくいったやりとりに比べてうまくいかなかったやりとりの解決で話が進まないことがあった。

・参加者が少なくなってくることに伴っては進行の難しさを感じた。

(5) 第5回目 まとめ 現状把握表の完成

参加者の変化

例・参加者から「こまったところがほとんどなくなった」という意見が聞かれ、参加者が工夫をして子育てをし、参加者自身が変わろうとしているところにペアレントトレーニングの意義を感じた。

・自分を肯定する気持ちの低かった参加者が「自分にも子どもにもいいところがある」「前向きにやっていきたい」と話してくださった。

・4回繰り返ししてきたので、比較的内容がまとまってきたと思った。

・5回参加し、行動を把握していくことで自分は頑張っていると思えたり、自己肯定感を持てるようになった母親がいた。

達成感

例・参加者同士の話が弾んでいる姿をみて、研修に参加した自分たちもハッピーな気持ちを味わえた。

・母親の肯定的な変化を見て、嬉しくなった。

進行の難しさ

例・リタイアしていく人もあり、書くことに抵抗があったり、手間だと感じている人が多いように思う。初回の頃は楽しいが回を重ねるごとに苦痛になってしまう場合もあると思う。3回目のカテゴリー分けの部分うまくいくと比較的書きやすくその後続けていけるように思った。

・現状把握表がうまく書けているのにリタイアしてしまった人がいれば、かけていないのに参加して下さる人もいて、なかなか難しいと思った。

Table3 ベアレントトレーニングの指導上のポイントに関する研修参加者の自己評価 平均値, 標準偏差, 度数分布

	平均値	標準偏差	1「全くあてはまらない」	2「あまりあてはまらない」	3「どちらともいえない」	4「あまりあてはまらない」	5「あてはまる」
A ベアレントトレーニングの目的について							
1. 子どもはみな違う個性を持っていることを理解させること	4.80	0.42	0	0	0	2	8
2. ベアレントトレーニングの目的は、母親が自分自身の頭で考えながら子育てをする力をつけることであることを理解させること	4.00	1.25	0	2	1	2	5
3. 日本的な子育て(あまりほめない)ではなく、「できていることをほめる」子育てを目指すこと	4.80	0.42	0	0	0	2	8
B 現状把握表の書き方について							
1. 「性格(形容詞)」ではなく、「行動(動詞)」で書くことを指導すること	4.78	0.44	0	0	0	2	7
2. 具体的な内容で書けるように指導すること	4.80	0.42	0	0	0	2	8
3. 「良いところ」を「すぐれたところ」ではなく、「適応的である(なんとかうまくいっている)ところ」として理解させること	4.60	0.70	0	0	1	2	7
4. 「良いところ」「努力しているところ」は「～しない」という表現で書かないことを理解させること	4.60	0.70	0	0	1	2	7
5. まだ行動していなくても「やろうとしている」「やろうと思っている」ならば、「努力している」とすることを理解させること	4.90	0.32	0	0	0	1	9
6. 「苦手なところ」は、「できないこと」ではなく、やり方を覚えればできるようになりそうなところであることを理解させること	4.60	0.52	0	0	0	4	6
7. 「困ったところ」は、すぐには直せないところ、年齢的にまだ可能ではないところであることを理解させること	4.50	0.53	0	0	0	5	5
8. 「苦手なところ」に挙げてあるものは、常にそうではなく、例外(できている場合)もあることに気付かせること(例:歯磨きができない→10回に2回程度はできる場合がある)	4.60	0.52	0	0	0	4	6
9. 「苦手なところ」を「努力しているところ」で補っていることに気付かせること	4.40	0.70	0	0	1	4	5
10. 他の人の話を聞いていて、自分もあてはまると思ったら現状把握表に書きかわせてもよいことを教えること	4.70	0.67	0	0	1	1	8
C 参加者同士の話し合いについて							
1. 参加者の表情に目を配り、慣れていない段階ではペアでの話し合いをし、慣れてきたら3～5人程度のグループで話し合うようにセッティングすること	4.50	0.85	0	0	2	1	7
2. 他の参加者と比較して深刻度の高い参加者(例えば、参加者自身が精神的に不安定である、子どもの問題が深刻である)がいた場合、対応に配慮すること	4.70	0.67	0	0	1	1	8
3. 参加者同士のコミュニケーションを大切にし、必要以上に指導者が方向性を示さないこと	4.50	0.53	0	0	0	5	5

高機能広汎性発達障害児の母親の精神的健康状態 - 睡眠障害について

分担研究者： 野邑健二 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター 特任准教授
辻井正次 中京大学現代社会学部 教授
松岡弥玲 中京大学現代社会学部

研究要旨

広汎性発達障害児者の家族、特に母親、には、高率に抑うつ状態の方が認められることが、これまでの調査で明らかになっている。一方、精神的健康状態を考える上で重要である睡眠の問題についても、臨床を行う中で、広汎性発達障害児者の家族から不眠等の相談を受けることは稀ならずある。しかしながら、この問題についての研究はあまりなされていない。また、子どもの問題と親の睡眠状態、精神疾患とがどのように影響しあっているのかについても明らかになっていない。例えば、子どもの行動障害が母親の睡眠状態を悪化させ、その結果抑うつを引き起こすことも考えられるし、また、母親の精神疾患が原因で子どもの状態をより悪く捉え、その結果睡眠状態が悪化することも考えられるだろう。このため、①発達障害児を持つ母親の睡眠状態の把握、②睡眠障害と抑うつとの関連、③発達障害児の行動障害と母親の睡眠状態・抑うつとの関係、以上3つの点について検討することを目的として、質問紙調査を行った。本研究においても、従来の研究と同様に、広汎性発達障害の母親の睡眠状態が悪いことが明らかとなった。また、睡眠障害と抑うつとの関連は強く、抑うつが重度の場合には特に高率に睡眠障害を呈した。しかし、抑うつがあまりない群においても、一般のデータと比べて高率で睡眠障害が認められた。広汎性発達障害児の母親の睡眠障害は高率に認められるが、それには、抑うつに伴うものと、そうでないものがあるのかもしれない。また、子どもの行動障害と親の睡眠障害とは直接関連しておらず、抑うつを介して影響している可能性が考えられる。

A. 研究目的

平成 17 年に施行された発達障害者支援法により、発達障害児者に対する教育、発達の支援が重視されるようになった。それに伴い発達障害児を持つ親に対する支援の必要性が認識され、家族支援やペアレントトレーニングなど地域に根差した取り組み

が活性化している。

発達障害児は健常児と比較して日常生活や社会生活上の困難さを経験する可能性が高く、発達障害児を持つ母親の育児ストレスは高いことが報告されている（蓮郷・中塚, 1989; 刀根, 2002)。またストレスは障害の特性によって異なり、広汎性発達障害

児・知的障害児の母親は、脳性麻痺のような運動障害を主とする児の母親よりも、育児ストレス、疲労感が高く、「自分一人で子どもを育てているように思う」「育児につまずくと自分を責める」などの育児における孤立感を持っていることが示されている（渡部・岩永・鷺田,2002）。

精神疾患においても広汎性発達障害児の家族に気分障害の発症が多く認められるとの報告が海外の研究で多く報告されてきた（例えば Cohen & Tsiouris, 2006）。我が国においても野呂他（2010）によって、高機能広汎性発達障害児の母親を対象とした研究がなされ、高機能広汎性発達障害児の母親は一般群と比較して抑うつが高く、重症者の割合が多いという結果が得られている。しかしながら我が国においては、母親の精神医学的問題について焦点を当てた研究は未だ十分になされているとはいえ、もっと詳細な研究がなされるべきである。

メンタルヘルスをとらえる一つの視点として、睡眠障害がある。睡眠障害は様々な精神疾患や身体症状、生活習慣病などの随伴症状、危険因子として健康上非常に重要な問題であり（土井, 1999）、精神的健康と睡眠とは密接に関連している。睡眠障害（入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒）は大うつ病（Major Depression）や気分変調性障害（Dysthymic Disorder）といった気分障害の初期症状であり、臨床的に気分障害が顕在化する前に現れ（古田, 2007）中核症状であり続ける。また、ストレスによって発症した不眠が慢性化し、そのことによって気分障害に発展することも指摘されている（吉田, 2005）。したがって睡眠の状態を捉えることは、精神疾患の早期発見や治療を促す

上で重要な視点である。

従来の研究からは、母親の睡眠状態と子どもの状態とが関係し合っていることが示されている。例えば夜中でも授乳が必要な乳児を持つ母親の睡眠は子どものリズムに合わせることをよぎなくされる（高橋他, 2006）。また4歳の幼児を持つ育児期の母親を対象とした調査では、この時期の女性の睡眠状態が悪いことが報告されている（松田・眞鍋・田中, 2008）。特に、広汎性発達障害児は睡眠の持続の困難さや、早朝覚醒など睡眠状態の悪さを訴えることがこれまでの研究から示されており（Doo & Wing, 2006; Allik, Larsson, & Smedje, 2006）、発達障害児を持つ親の睡眠状態の質も低いことが報告されている（Polimeni et al., 2005）。Meltzer (2008) は、睡眠状態を測る国際的にも標準化されたピッツバーク睡眠質問票を用いて自閉症児を持つ親の睡眠状態を調べ、その結果、自閉症児を持つ親は一般群と比較して、起床時間がより早く睡眠時間が少ないことを示した。

日本において発達障害児を持つ母親の睡眠状態を捉えた研究は見当たらない。Meltzer (2008)では、サンプルが33名と少数であり、データの信頼性に疑問が残る点が否めず、結果を蓄積していく必要がある。またMeltzer (2008)は今後の研究として慢性的な睡眠状態の悪さと親のストレスとの関連について検討することが求められると述べており、いまだ親の睡眠状態とストレスや精神疾患との関連については明確になっておらず、また子どもの行動障害との関連については検討されていない。従って、子どもの問題と親の睡眠状態、精神疾患とがどのように影響しあっているのかについて

は明らかになっていない。例えば、子どもの行動障害が母親の睡眠状態を悪化させ、その結果抑うつを引き起こすことも考えられるし、また、母親の精神疾患が原因で子どもの状態をより悪く捉え、その結果睡眠状態が悪化することも考えられるだろう。

そのため本研究では①発達障害児を持つ母親の睡眠状態の把握、②睡眠障害と抑うつとの関連、③発達障害児の行動障害と母親の睡眠状態・抑うつとの関係、以上3つの点について検討することを目的とする。

B. 研究方法

(1) 調査対象者 高機能広汎性発達障害児の母親155名。平均年齢43.48歳(*SD*4.85)。

(2) 質問紙内容

①フェイスシート 年齢、職業(常勤、非常勤、主婦、その他)、子どもの性別、年齢、学年(普通学級、特別支援学級、特別支援学校)、他の兄弟姉妹の有無(いる場合は年齢と性別)

②ピッツバーグ睡眠質問票(Pittsburgh sleep quality index: PSQI-J) これは過去一ヶ月間の睡眠状態についてたずねるものである。標準化した得点に基づいて、個人間および群間の比較が可能であり、不眠症患者と健常者の鑑別ができる。土井(1998)によって信頼性、妥当性が検証されている。

この尺度は、睡眠の質(主観的に感じる自分の睡眠の質)、睡眠時間、入眠時間、睡眠効率(寢床にいた時間から実際に眠った時間をわったもの)、睡眠困難(早朝や朝方に目が覚めるなど睡眠の持続が困難なこと)、眠剤使用、日中の眠気などによる日常生活への支障の7要素から構成されており、これらの7要素ごとに0~3点の4段階(0:

なし、1:1週間に1回未満、2:1週間に1~2回、3:1週間に3回以上)で評価し、総合得点であるPSQIJ得点(0~21点)を算出する。得点が高いほど睡眠の質が悪いと評価され、5.5をカットオフポイントとすると、健常群と睡眠障害群とを区別できる(Buysee et al,1989, Doi et al., 2000; 土井, 2008)。

③Epworth 睡眠尺度(ESS:Epworth sleepiness scale) これは読書やテレビを見るなどの日常生活における活動の中での主観的な眠気を測定する尺度である。8項目からなるリッカート尺度で、一項目ごとに0~3点で評価し、得点の範囲は0~24点である。得点が高いほど眠気が強く、11点以上が「日中の過度の眠気(excessive daytime sleepiness: EDS)」を経験していることになる(Doi, et al, 2002; 竹上・笠島・山崎・中山他, 2005)。

④抑うつ(BDI-II) バック抑うつ質問票第二版は、抑うつ症状の重症度(極軽症、軽症、中等症、重症)を判定するための21項目からなる自記式質問調査票である。アメリカ精神医学会によるDSM-4の診断基準にそった症状の評価をするために開発され、世界中で使用されている。日本語版が小嶋・古川(2004)によって開発された。

⑤子どもの行動障害SDQ(Strengths and difficulties questionnaire) 行為、多動、情緒、仲間関係、向社会性の5つの下位尺度からなる。総合得点および5つの下位尺度ごとに、得点の高さから、Low need, Some need, High needに分けられる。

C. 研究結果

(1) アスペルガー障害児を持つ母親の睡眠状態について

PSQI の採点方法に従って得点を算出した結果、総得点の平均値は 5.41 (標準偏差 2.78) であった。Doi et al.(2001) が日本人 1871 名を対象に行った大規模な調査の結果を参照すると、本研究の対象者と同じ年代 (40-49) の女性 (139 名) の PSQI の総得点の平均値は 4.44(SD 2.09)であり、本研究よりも低かった。この平均値の差が有意なものかを検討するために、Doi et al (2001) の平均値、SD、人数を同じくしたダミーデータを作成し、*t* 検定を行った結果、有意に本研究の方が高かった ($t=3.23, p<.001$; Table 1)。

またピッツバーグ睡眠質問票のカットオフポイントを基準に本研究の調査参加者を PSQI 得点の 5.5 点以上を睡眠障害群、それ以下を睡眠健全群と分類した。その結果、睡眠障害群となった母親は 56 名であり、全体の 36.1%であった。Doi et al.(2001) の結果では、本研究の対象者と同じ年代の女性の睡眠障害者の割合は、25.9%となっており、本研究の方が 10%以上多い。さらに PSQI 総得点の度数分布表を見てみると、睡眠障害群の一手前である 5 点の対象者も全体の 20%をしめる 27 名存在していた (Figure 1)。

次に PSQI の 7 つの要素ごとの平均値を見ていく。「睡眠の質」、「睡眠時間」、「入眠時間」、「睡眠効率」、「睡眠困難」、「眠剤使用」、「日中の眠気などによる日常生活への支障」ごとに得点を算出した (Table 1)。Doi et al (2001)平均値と比較すると睡眠の質、睡眠効率、日中覚醒困難では本研究の対象者の方が有意に高く (順に、睡眠の質 $t=3.36, p<.001$, 睡眠効率 $t=2.05, p<.05$, 日中覚醒困難 $t=4.86, p<.001$), 睡眠時間、眠剤の使用に

ついては、有意傾向であった (睡眠時間 $t=1.89, p<.10$, 眠剤の使用 $t=1.66, p<.10$)。

(2) 抑うつと睡眠との関連

PSQI と BDI-II の総得点との相関係数を算出したところ、 $r=0.556 (p<.001)$ であり、抑うつが高いほど睡眠状態が悪かった。さらに、PSQI の睡眠に関する 7 つの要素別に BDI-II 得点との相関をみると、各側面によって関連の強さにばらつきがみられ、「睡眠時間」「睡眠効率」とは非常に弱い相関しかなかった (Table 2)。

睡眠障害群と BDI-II の重症度とのクロス表をみると、BDI-II の水準が悪化するほど睡眠障害群の割合が増加し、中等症の 55.0%、重症群では全員が睡眠障害群であった (Table 3)。

(3) 日中の過度の眠気 (EDS) について

Epworth 睡眠尺度の平均値は 9.38 (SD4.80) であった。竹上ら (2005) よると、ESS の得点に基づく病的な日中の過度の眠気 (excessive daytime sleepiness:EDS) のカットポイントは 11 点以上である。そのため、本研究の EDS の有症割合を算出したところ、37.9% (52 名) であった。竹上ら (2005) による北海道の地方自治体の全住民 (有効回答 4412 名) に調査を実施した結果は、ESS の平均値は、5.18 (SD3.75)であり、合計得点 11 点以上をカットオフポイントとした日中の過度の眠気 (excessive daytime sleepiness:EDS) の有症割合は、9.2%であった。竹上らの調査結果と本研究の調査結果とを比較すると、本研究の調査対象者の EDS の割合はかなり高いといえる。また、PSQI と ESS との間の相関係数を算出した

ところ $r=.394(p<.001)$ であり、中程度の正の相関がみられた。

(4) 日中の眠気と抑うつとの関連について

日中の過度な眠気 (EDS) の総得点と BDI-II との相関係数を算出したところ、 $r=.358(p<.01)$ であり、日中の眠気が高いほど、抑うつが高い傾向がみられた。また、EDS 群と非 EDS 群とで BDI-II の平均値を比較したところ、EDS 群の方が有意に高かった (非 EDS 群 11.45, SD 8.77, EDS 群 15.94, SD 10.64; $t=-2.79, p<.01$)。

(5) 発達障害児の行動障害と睡眠状態・抑うつとの関連

子どもの行動障害を測定する SDQ 尺度の平均値を算出し、総得点、それぞれの下位尺度ごとに Low need, Some need, High need の割合を算出した。

SDQ の総得点と 5 つの下位尺度と PSQIJ との相関係数を算出したところ、すべて有意ではなかった。そして、BDI-II と PQSIJ との間の相関係数を算出したところ、総得点との間に $r=0.287 (p<.001)$ 、行為との間に $0.259 (p<.05)$ 、多動・不注意との間に $0.368 (p<.001)$ の有意な正の相関がみられた。

従来の研究結果からは、発達障害児の状態が母親の睡眠状態を悪化させていることが示唆されていたが、本研究においては、子どもの行動障害と母親の睡眠障害の間には相関がみられなかった。しかし、行動障害と抑うつ、睡眠障害と抑うつの間には関連が示されたことから、発達障害児の行動障害が母親の睡眠状態へ影響を及ぼすのは、母親の抑うつを介する場合である可能

性が示唆される。

D. 考察

本研究においても、従来の研究と同様に、広汎性発達障害の母親の睡眠状態が悪いことが明らかとなった。

また、睡眠障害と抑うつとの関連は強く、抑うつが重度の場合には特に高率に睡眠障害を呈した。しかし、抑うつがあまりない群においても、一般のデータと比べて高率で睡眠障害が認められた。

広汎性発達障害児の母親の睡眠障害は高率に認められるが、それには、抑うつに伴うものと、そうでないものがあるのかもしれない。

また、子どもの行動障害と親の睡眠障害とは直接関連しておらず、抑うつを介して影響している可能性が考えられる。

E. 結論

広汎性発達障害児者の母親に睡眠障害が高率に認められた。抑うつに伴うものと、そうでないものがあると考えられた。

支援を行うものは、母親の睡眠障害の存在に留意しながら、関わりを持つことが必要である。

<文献>

- Allik, H., Larsson, J., & Smedje, H. Sleep patterns of school-aged children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 36: 585-595, 2006
- 荒井弘和, 中村友浩, 木内敦詞, 浦井良太郎: 心身医学 46: 668-676, 2006
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., III, Monk, T. H.,

- Berman, S. R., & Kupfer, D. J. : The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28: 193-213, 1989
- Cohen IL, Tsiouris JA.: Maternal recurrent mood disorders and high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatr* 36 (8) : 1077 - 88, 2006
- 土井由利子：不眠の主観的評価方法 日本臨床, 66 : 108-112, 2008
- Doi, Y., Minowa M., Fujita T. :Excessive daytime sleepiness its associated factors among male non-shift white-collar workers, *Journal of occupational health*, 44: 145-450, 2002
- Doi Y, Minowa M. Okawa M. et al : Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population *Journal of epidemiology*, 10: 79-86, 2000.
- Doi, Y., Minowa, M., Uchiyama, M., Okawa, M. :Subjective sleep quality and sleep problems in the general Japanese adult population, *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55: 213-215, 2001
- 土井由利子, 箕輪眞澄, 内山真, 金圭子, 渋井佳代, 亀井雄一, 大川匡子：地域住民を対象とした DSM-Ⅳ診断基準による睡眠障害の有病調査について 精神医学, 41 : 1071-1078, 1999
- 土井由利子他：ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成 精神科治療学 13 : 755-763, 1998
- Doo, S., Wing, Y.K. Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: Correlation with parental stress. *Developmental medicine and child neurology*, 48: 650-655, 2006
- 古田壽一：うつ病の不眠の病態と治療 治療, 89, 66-71, 2007
- Polimeni, M. A., Richdale, A., & Francis, A. J. P. A survey of sleep problems in autism, Asperger's disorder and typically developing children. *Journal of intellectual disability research*, 49: 260-268: 2005
- 松田かおり, 眞鍋えみ子, 田中秀樹：4歳児をもつ女性の睡眠の主観的評価と精神健康との関連, 京都府医大看護紀要, 17 : 49-54, 2008
- Meltzer, L. J.:Brief report: sleep in parents of children with autism spectrum disorders, *Journal of Pediatric Psychology*, 33: 380-386, 2008
- 野邑健二他 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて 小児精神と神経 (投稿中)
- 高橋泉, 平松真由美, 大森貴秀他：乳幼児の睡眠覚醒リズムと食事および女性の睡眠 生後3ヶ月から17ヶ月までの縦断調査, 小児保健研究, 65 : 547-555, 2006
- 竹上未紗, 笠島茂, 山崎新, 中山健夫, 福原俊一：The Epworth Sleepiness Scale の性・年齢階級別得点分布と日中の過度の眠気の有症割合の推定—地域住民を対象とした調査— 日本公衆衛生学会, 52 : 137-145
- 刀根洋子：発達障害児の母親の QOL と育児ストレス—健常児の母親との比較— 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 15, 17-23, 2002
- 清水徹男：抑うつと不眠の関係 こころの科学, 119 : 53-57, 2005

渡部直緒・岩永竜一郎・鷺田孝保：発達障害幼児の母親の育児ストレスおよび疲労感－運動発達障害児と対人・知的障害児の比較－ 小児保健研究, 61 : 553-560, 2002

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

- 1、野呂健二：広汎性発達障害児の不登校。本城秀次監修：子どもの発達と情緒の障害，岩崎学術出版社，東京，228-239，2009.
- 2、野呂健二、金子一史、本城秀次、石川美都里、松岡弥玲、辻井正次：高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて

小児精神と神経，2010（印刷中）

学会発表

1. 野呂健二・天野美鈴・島垣智恵・小倉正義・吉川徹・石川直子・小島里美・能島頼子 2009 3 歳児健診における要経過観察児童のフォローアップ研究一年少児巡回を行ってー，第 50 回日本児童青年精神医学会総会.

H. 知的財産権の出願・登録

特になし

Table 1 PQSQIJの総得点・7つの下位尺度別平均値と標準偏差 Doi et al (2001)との比較

		本研究 PDD児母親155名		Doi et al (2001) 40-49歳女性 139名		メタ分析 t値
		平均値	SD	平均値	SD	
C1	睡眠の質 自分の睡眠の質についての主観 的な評価	1.11	0.64	0.87	0.74	2.94**
C2	入眠困難 入眠に30分以上かかる頻度	0.66	0.77	0.64	0.85	0.87 n.s.
C3	睡眠時間 実際の睡眠時間	1.52	0.87	1.34	0.75	0.77 n.s.
C4	睡眠効率 実睡眠時間÷床にいた時間	0.19	0.57	0.07	0.34	1.34 n.s.
C5	睡眠困難 早朝や夜中に起きるなど朝まで に継続した眠りが得られない頻度	0.73	0.51	0.69	0.54	4.23***
C6	眠剤の使用 眠るために薬を服用する頻度	0.28	0.85	0.13	0.59	1.74 †
C7	日中覚醒困難 日中の過眠や意欲の持続の困難 と	0.98	0.81	0.64	0.7	3.16 **
PSQI総合得点	C1~C7までの合計	5.41	2.71	4.30	2.3	3.68***
睡眠障害率	PSQI > 5.5	36.1%		25.9%		

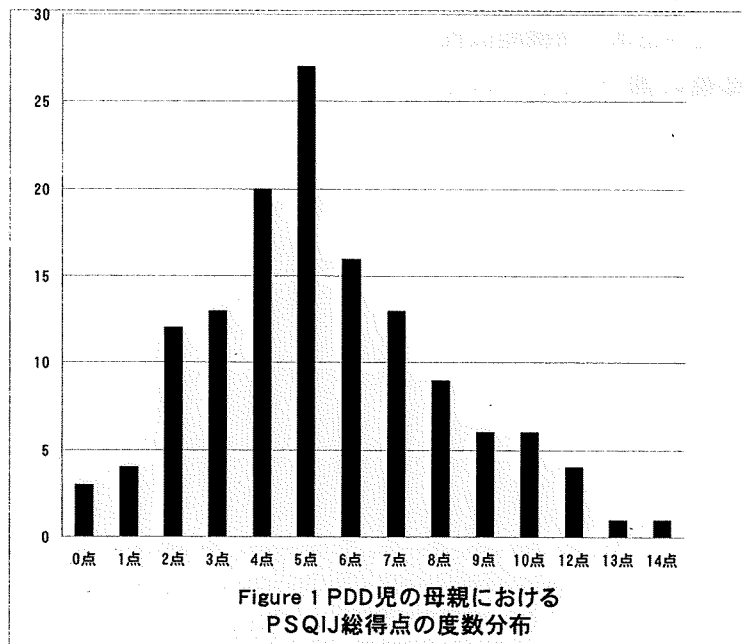


Table 2 BDI-II 総得点とピッツバーグ睡眠質問票の7要素との相関係数

PSQIG	C1睡眠の質	C2入眠時間	C3睡眠時間
0.556 ***	0.400 ***	0.366 ***	0.173 *
C4睡眠効率	C5睡眠困難	C6眠剤の使用	C7覚醒困難
0.161 †	0.313 ***	0.319 ***	0.416 ***

*** p<.001 * p<.05 † p<.10

Table 3 BDI分類と睡眠障害群別のクロス表

BDI分類	合計	BDI-IIの		睡眠障害群別	
		重症度の分布	睡眠健常群	睡眠障害群	
極軽症	78	60.0%	51 65.4	27 34.6	
軽症	22	16.9%	14 63.6	8 36.4	
中等症	20	15.4%	9 45.0	11 55.0	
重症	10	7.7%	0 0	10 100	
合計	130 (欠損25)	100%	74 56.9	56 43.1	

Table 4 保護者評定によるSDQスコア(カットオフ得点を元に群分け)

下位尺度	平均	SD	Low need	Some need	High need	PSQIJとの相関	BDI-IIとの相関	
総得点	17.04	6.29	カットオフ得点	0-12	13-15	16-40	0.127	0.287 **
			<i>n</i>	22	15	57		
			%	19.64	13.39	50.89		
情緒	3.09	2.26	カットオフ得点	0-3	4	5-10	0.088	0.114
			<i>n</i>	27	10	57		
			%	24.11	8.93	50.89		
行為	1.93	1.63	カットオフ得点	0-3	4	5-10	0.069	0.259 *
			<i>n</i>	82	7	6		
			%	73.21	6.25	5.36		
多動・不注意	4.68	2.44	カットオフ得点	0-5	6	7-10	0.112	0.368 ***
			<i>n</i>	60	12	22		
			%	53.57	10.71	19.64		
仲間関係	5.21	2.35	カットオフ得点	0-3	4	5-10	0.088	0.114
			<i>n</i>	27	10	57		
			%	24.11	8.93	50.89		
向社会性	3.90	1.75	カットオフ得点	6-10	5	0-4	-0.031	-0.072
			<i>n</i>	19	17	58		
			%	16.96	15.18	51.79		

保護者への診断説明についての現状と医師の意識調査

分担研究者：宮地泰士 浜松医科大学子ども心の発達研究センター 特任助教

研究要旨

全国の発達障害児臨床を行う医師を対象に、知的障害を伴わない高機能広汎性発達障害児の親への診断説明の実態と親への診断説明に対する意識調査を郵送による質問紙にて行った。対象は日本小児精神神経学会の医師会員 653 名で、264 名 (40.4%) から回答を得た。それによると診断説明をするタイミングのポイントにおいては、親自身に子どもの発達障害についての気づきがある（実際に困っている）かどうかを重要視する傾向が強く認められ、親の理解や受容状況、実際に診断を告げた後にどのような展開が予想されるのかに配慮しながら診断説明を進めている様子であった。また実際の診断説明においても親にとって少しでも分かりやすく、受け入れやすいように様々な工夫を凝らしている様子が伺えたが、実際の伝え方としては口頭のみで伝えているケースも少なくなく、実際に親に分かりやすく説明するのに苦労しているという答えが過半数だった。近年発達障害の捉え方や認識は大きく変容してきており、それに見合った診断説明における資料（ガイドブックなど）の作成の必要性があるのではないかと思われた。診断説明は本格的な支援の第一歩であるため、説明後に具体的な支援策が展開される必要があるが、現状ではその後の療育や支援が十分展開できないという声も聞かれ、今後子ども本人や親への支援システムの充実を願う声が多く聞かれた。

A. 研究目的

広汎性発達障害児の家族支援において、家族が子どもの発達障害特性をどのように理解し受容していくのかは大変重要な課題である。特に知的障害を伴わない高機能の児はその障害特性に気づかれにくく、親をはじめとする家族や周囲の者達がその特性を正しく理解し適切な対応を早期からとっていくためには、専門家からの障害診断の説明が大変重要なポイントとなる。

平成 19 年度に我々は、本研究の一環として当事者家族（親）を対象に実際に子どもの発達診断が告げられた時の状況やその時の親の

思い、現在の受容状況について調査し、その実態と親の率直な意見を集め報告した。そこでは診断を告げられるまでの親の葛藤や、実際に専門機関における親への対応の実態が浮き彫りになり、発達障害児の家族（親）の支援として、より良い親への診断説明とその後のフォローのあり方を模索していく必要性が指摘された。

また特に高機能広汎性発達障害児では、将来本人が自分自身について悩み、最初に自分の発達特性について相談するのは家族（親）であることが多いため、児の将来予後に重要な自己理解支援においても、家族（親）が子

どもの発達障害特性をどのように理解しているのかは大切なポイントであることが示唆された。

家族（親）が子どもの発達障害特性についての正しい理解と受容への本格的な第一歩を踏み出すのは、障害診断の説明を専門家から受ける時であると考えられる。そこで今回、実際に親に診断を伝え、発達特性について説明する医師の側から見た、高機能広汎性発達障害児の親への診断説明の状況についての実態と、それに対する医師の意見を調査し、より良い親への診断説明のあり方について検討を行うことを行った。

B. 研究方法

対象は日本小児精神神経学会の医師会員 653 名で、それぞれに郵送による質問紙調査を行った。調査対象期間は平成 21 年の 1 年間で、質問内容は (1) 回答者の専門科名や診療状況全体に関する質問、(2) 各医師が診療した高機能広汎性発達障害児について、その親に診断名を伝える時の状況と、親に診断名を伝えなかった時の理由についての質問、(3) 親に診断説明を行う際のポイントや親への診断説明に関する現在の思いなどを聴取する質問項目によって構成されている。基本的にほとんどの質問に選択枝を用意し、その場合には最後に「その他」の選択枝を設けて、選択枝以外の回答も記入できるようにした。(1) の項目については回答者の専門科名、発達障害臨床の経験年数について尋ねた。(2) の項目についてはまず、調査対象期間中の診療経験において、親にまだ診断名について伝えていない場合の症例数を尋ね、1 人以上と回答した場合はその理由について尋ねた。また既に親に診断名を伝えている例について、どのような点

に留意して伝えたのか、どのような方法で伝えたのかを尋ねた。(3) の項目については親への診断名を告げるタイミング、伝えた後のフォローにおいて重要だと思われる点を尋ね、親への診断説明に関する現在の意見を尋ねた。

回答後郵送にて質問紙を回収し、264 名 (40.4%) から返答を得た。しかしそのうち 34 名は高機能広汎性発達障害児の診療経験がない、あるいは臨床現場から離れて久しいなどの理由で質問への回答が困難であったため、230 名 (35.2%) の回答を有効回答とし、それぞれの質問項目ごとに結果をまとめた。

倫理面への配慮

対象となった学会の役員会にて研究調査の実施の承認を受け、今回の調査研究の目的を文書により説明したうえで質問への回答の記入を無記名にて求めた。またデータの集計管理においては個人情報保護に努めた。

C. 研究結果

(対象者の内訳)

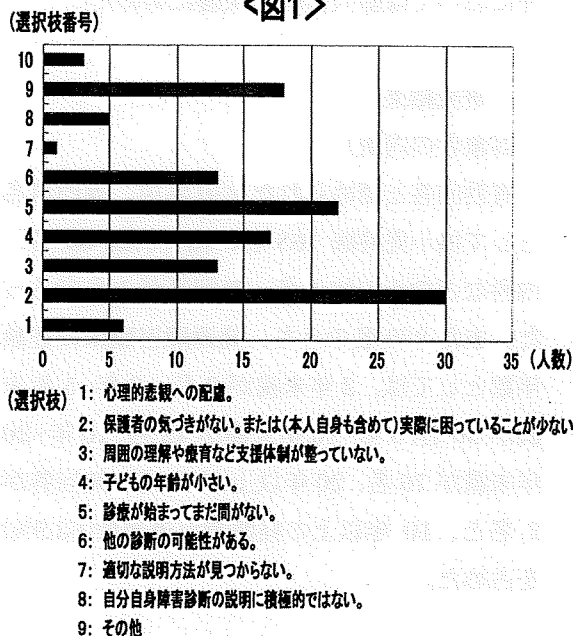
有効回答と認められた 230 名中、専門科名としては小児科医 163 名、精神科医 62 名、内科などのその他 4 名、無回答が 1 名であった。また 230 名のうち、発達障害臨床の経験年数としては、2 年未満が 9 名、2 年~5 年未満が 30 名、5 年~10 年未満が 42 名、10 年~20 年未満が 76 名、20 年以上が 71 名、無回答が 2 名と、10 年以上の経験者が過半数 (63.9%) を占めた。

(親への診断説明の現状)

調査対象期間中に、「親にまだ診断名を伝えていない例が 1 つでもある。」と回答したのは 104 名 (45.2%) だった (この質問の無回答者 3

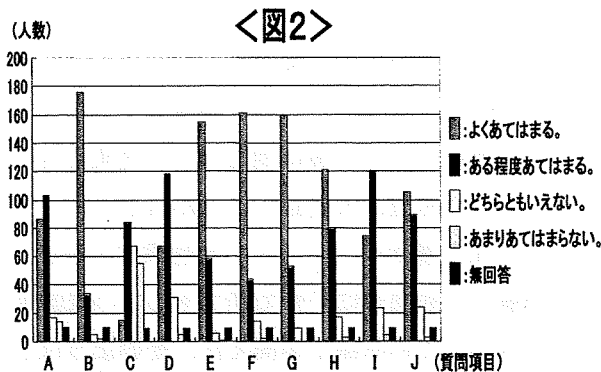
名)。伝えなかった理由として最も多いものを尋ねたところ、「保護者が子どもの発達特徴に気づいていないか（本人も含めて）実際に困っていることが少ない（23.4%）」がもっとも多く、次いで「まだ診療が始まって間がない（17.2%）」、「子どもの年齢が小さい（13.3%）」などがあった（図1）。また「その他」の理由としては、「親自身が病気や障害を抱えている（2名）」ことや、「親に子どもの障害を受け止めるだけの理解力や心理的余裕がない（5名）」など親自身が障害理解や受容が困難な要因を抱えているというもの、「障害の程度が軽度であるため、あえて障害診断を告げず対応を行っている（5名）」、「施設入所している児童なので親に会えない（3名）」、「診断を告げるタイミングを見計らっている最中（2名）」、「他の補助的評価がまだ済んでいない（1名）」といった回答があった。

＜図1＞



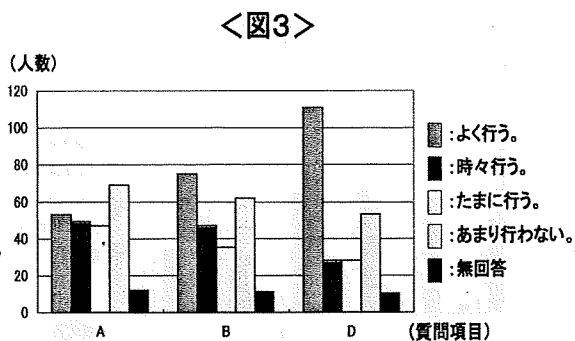
次に実際に親に診断を説明する際の留意点について調査したところ、図2に示すように「学術的な知見を詳しく述べる（質問項目

C)。」の項目以外はすべての項目で、「よくあてはまる。」「ある程度あてはまる。」という回答が大多数を占め、多くの医師が親への診断説明に様々な配慮を行っている様子が伺えた。また「その他」の回答の中には、「発達障害は病気ではないこと、スペクトラムであること（境界が不明瞭であること）、その基準や特徴は様々な要因によって変化することを伝える（21名）」といった、発達障害そのものの捉え方、考え方について誤解や偏見などを抱かないようにする工夫や、「（親が前向きに受け止められるように）子ども自身の個性をバランスよく捉えることや苦手や困難さだけでなく長所についても言及する（16名）」といった回答がみられた。また「親の状況やニーズに合わせて説明の仕方やタイミングを工夫するようにしている（16名）」や「できるだけ丁寧に伝える。」「紙に書くか資料を渡す。」「一度で全て伝えようとしない（段階的に理解を進める）。」など親にとって明確で分かりやすく、落ち着いて理解を進められるような配慮を回答したもの（11名）もあった。その他周囲の関係者や専門機関と親との連携に気を配る（11名）といった回答や、「二次障害の可能性とその対応について述べる（1名）」、「あとで親の理解度や親にとっての診断説明の有効度を確認する。」といった回答もみられた。



- A: 診断名を明確に伝える。
- B: 障害特性について詳しく述べる。
- C: 学術的な知見を詳しく述べる。
- D: 予後や今後の見通しを詳しく述べる。
- E: 実際の子どもの行動特徴について詳しく述べる。
- F: 具体的な対応方法について詳しく述べる。
- G: 保護者の訴えや質問にできるだけ多く答える。
- H: できるだけ専門用語を使わないように気をつける。
- I: 社会資源や療育などの支援の情報について詳しく述べる。
- J: 保護者の精神的ケアとしての言葉がけを多く述べる。
- K: その他。

実際の伝え方としては、「市販の本や資料を用いた説明」、あるいは「医師自身が文章や図示したものを用いた説明」をしているかどうかを尋ねたところ、「よく行う。」と回答したのはそれぞれ、23.0%、32.6%であり、「あまり行わない。」と回答したのはそれぞれ30.0%、27.0%であるのに対し、口頭のみ説明について「よく行う。」と回答したのは48.3%、「あまり行わない。」と回答したのは23.0%と、実際の臨床現場では口頭のみ説明を行っている例が比較的多い傾向にある様子だった(図3)。

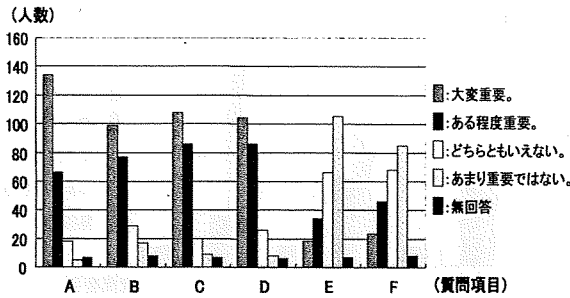


- A: 市販の本や資料を用いた説明
- B: 自身の図示や文字、資料による説明。
- C: 口頭のみ説明。

(親に診断説明を行う際のポイント)

親に診断の説明を行うタイミングとして、どのようなことを重視しているかを尋ねたところ、特に「親に子どもの障害への気づきや実際に困っている時」の質問項目に「大変重要。」の回答が集中した(図4)。それとは対象に「初診時」や「診断がついたら直ちに」ということについては「あまり重要ではない。」という回答の割合が多く、臨床現場ではあくまで親と子どもの状況やその後のフォローを考慮に入れながら診断説明のタイミングを計っている様子が伺えた。なお、「その他に重要視している点」としては、診断は親や周囲の者のためにだけあるのではないと前置きをしながらも、「親や周囲の受容と理解の状況やニーズも重要(17名)」という回答や、「投薬や具体的手立ての導入が求められる時。」といった、診断を告げることによる本人へのメリットとデメリットを考慮して決める(7名)という回答もあった。また「直ぐに言うことはしない。」と述べる意見もあり、医師自身や周囲の者が十分子どもの特徴を理解し納得がいくように促し機が熟すのを待つという回答(6名)などがあった。

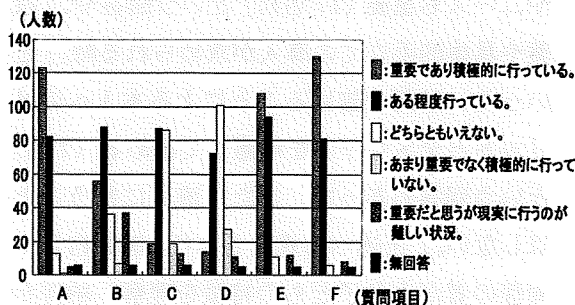
<図4>



- A: 親に子どもの障害への気づきがある。または実際に困っている時。
- B: 子どもの障害(問題)の程度が重いと判断した時。
- C: 療育など診断説明後の支援の具体的な提案がある時。
- D: 保護者との関係が十分できあがった時。
- E: 初診時。
- F: 該当する診断名が判明したら直ちに。

親に診断を伝えた後のフォローとしてどのようなことが重要だと思うかと尋ねたところ、「定期的な診療や相談対応をこまめに行う」、「親の精神的ケアを行う」、「家族や学校などの周囲の理解を促す」の各項目は「重要であり積極的に行っている。」との回答が多かった(図5)。また「子どもの療育やトレーニングを速やかに開始する」については、「重要だと思うが現実に行うのは難しい状況。」との回答が37名(16.1%)にみられ、診断がついても速やかに療育や各種トレーニングなど具体的な支援を開始するのが難しい現状もあることが判明した。

<図5>

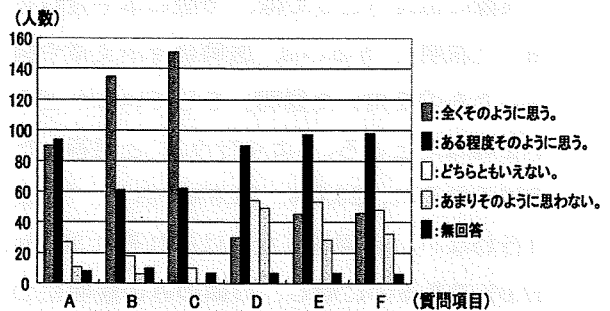


- A: 定期的な診療や相談対応をこまめに行う。
- B: 子どもの療育やトレーニングを速やかに開始する。
- C: 親の会などの当事者団体への参加を促す。
- D: 勉強会や講演会などへの参加を促す。
- E: 親の精神的ケアを行う。
- F: 家族や学校などの周囲の理解を促す。

(親への診断説明についての意見)

親への診断説明に関する現在の状況や医師の気持ちを尋ねたところ、診断説明後の子どもや親に対する支援体制をもっと充実させたいという希望が大変強いことが分かった(図6)。また親が子どものもつ発達障害を正しく理解し、前向きに子育てができるような説明に苦心している様子が伺えた。そのようなことから、「診断説明におけるガイドブックがあるとよい。」という項目に対し、「全くそのように思う。」(90名:39.1%)、「ある程度どのように思う。」(94名:40.9%)と多くの医師がその必要性を支持していることが分かった。

<図6>



- A: 診断説明用ガイドブックがあるとよい。
- B: 診断説明後の子どもへの具体的手立てが欲しい。
- C: 親のサポートシステムをもっと充実させたい。
- D: 親に分かりやすく説明するのに苦労している。
- E: 親が前向きになれるような説明に苦労している。
- F: 発達障害に対する偏見を減らすことに苦労している。

D. 考察

今回の調査により、親に診断説明を行う医師達は、様々な配慮と工夫をしながら日々の診療にあたっている様子が明らかとなった。

診断説明をするタイミングのポイントにおいては、親自身に子どもの発達障害についての気づきがある(実際に困っている)かどうかを重要視する傾向が強く認められた。また同じ質問に対して、「初診時」や「診断がついたら直ちに」ということについては「あまり