

4.【子育て支援のなかでの発達支援の取り組み～自閉症スペクトラムが疑われる子どもの母親の精神的健康の検討～（永田雅子）】

<目的>

本研究では、発達に明らかな遅れがないものの、多動やコミュニケーションのとりにくさなど何らかの発達障害が疑われる就園前の幼児（1-2歳児）とその親の精神的健康度を検討するとともに、「育てにくい子」を育てる親への育児支援の枠組みの中で実施可能な、早期介入の在り方について検討を行った。

<研究方法>

地域の母子保健の流れの中に、発達障害が疑われる子どもとその親への早期介入プログラム（フォローアップ教室）を位置づけについて検討を行った。また、教室参加者の親の精神状態および育児ストレスについて調査をおこない、同じ地域にすむ同年代の子どもを持つ親と比較することで、発達障害が疑われる親の精神状態についての検討を行った。

<結果>

（1）「早期介入プログラムの開発」

①教室開催の経緯

保健センターや市内通園施設で開催している月1回の親子教室とは別に、親子のニーズにあわせた支援をより有効におこなうための親子フォローアップ教室を開催した（平成17年より）。

②教室の形態

教室は、親自身の不安が強く場にでてく

ることから支援する必要のある親子を対象とした“ぱんだ教室”と、子どもがかかわりにくさをもっており、親が“育てにくさ”をある程度感じていて、具体的な支援のニーズがある親子を対象とした“こあら教室”を並行して開催した。各教室とも、月に2回、午前中の開催で、子どもにとってわかりやすいプログラムを設定して実施した。

③教室体制の検討

フォローアップ教室は、親が子どもの特徴をつかみ、子どもにあった対応を身につけながら、前向きに子育てにとりくめるように支援していくことを目的とした。親子がまずはゆったりと一緒にいるところからその中でさりげなく子どもとのかかわりを支援する段階の“ぱんだ教室”と、親に、子どもの特徴を意識してもらい、子どもにあったかかわり方を教室の体験の中で、スタッフと一緒に共有していく段階の“こあら教室”を別で位置づけ、プログラムを作成した。

④教室参加までの経緯

教室の参加者は、健診の事後教室や、子育て支援センターのプレイルームなどから紹介をうけ、教室のスタッフが教室で行うことの意味をオリエンテーションしたうえで、参加してもらった。

⑤教室のプログラムの検討

二つの教室の1日の流れは同一のものを使用し、子どもにとってわかりやすい流れと、できるだけ親と一緒にやりとりを楽しめる内容のプログラムを設定した。一方で、それぞれの教室にあわせていくつか体制や内容を変更し実施した。特に、“こあら教室”は親に子どもの特徴やかかわり方のコツを意識してもらえるように、それぞれの回に、

かかわりポイントとして課題を提示し、その課題をもとに意識してこどもにかかわってもらうように設定した。また、スタッフはお母さんと子どもとのやりとりを支える形での介入をおこなっていった。

また親同士の交流の場として、親子分離した形でのグループワークの回も設定し、悩みや思いを親同士が共有し、お互いがサポートできるように実施した。

⑥教室の効果の検討

平成 19 年度に行った参加終了後のアンケートを分析したところ、「言葉がけだって大事だなと思った」82%「伝えることの難しさを感じた」71.4%、「工夫して声をかけるようになった」がそれぞれ71.4%であり、子どもの変化も「子どもが落ち着いて遊べるようになった」は60.1%、「母親や友達を求めるようになった」が36%と母親自身が効果を感じているようだった。また親も子どもも「楽しむことができた」という回答は全例であり、親子が楽しくゆったりと過ごせる場として機能できたことも明らかになった。実際の教室の参加時の様子も、親子のやり取りがスムーズになっていくことを臨床実感として感じており、事例研究によってこの教室の取り組みが、親の育児への自信を取り戻す機会につながることを明らかにした。

(2) 教室参加者の母親の抑うつと育児ストレスの検討

①調査の概要

教室参加者が、どういった精神状態で子育てに取り組んでいるのかについて検討を行った。母親の精神状態を図る尺度として日本版ベック抑うつ式自己評価尺度 (BDI)

を、母親の育児ストレスを図る尺度として日本版育児ストレス尺度 (PSI) を使用した

②対象者

平成 20 年 8 月～平成 21 年 3 月までに新規に参加となった母親 16 名を対象として、教室参加前に質問紙を配布し、任意で回収を行った。

③母親の抑うつ

BDI 得点はぱんだ教室参加者の平均は 16.0 ± 6.8 、こあら教室参加者 11.9 ± 9.5 で、全体的に高値だった。軽症のうつとされる 14 点以上の方は、ぱんだ教室 2 名、こあら教室 7 名だった。

④母親の育児ストレス

PSI 得点では、両教室ともに、PSI 総点、子どもに関する育児ストレス得点、親自身に関するストレス得点ともに 2・3 歳児の平均より高く、ぱんだ教室はすべてにわたって平均値より 1 SD 以上得点が高かった。また下位尺度の検討では、両教室とも、「子どもの機嫌の悪さ」が平均値より 1 SD 以上高く、ぱんだ教室では、「親としての有能さ」「子どもに愛着を感じにくい」という下位尺度も 2・3 歳児の平均値より 1 SD 以上高いという結果を得た。

(3) 同年代の子を持つ母親の抑うつと育児ストレスとの比較検討

①調査の概要

教室参加者の抑うつと育児ストレスの高さが、同じ地域にすむ同年代の子どもをもつ母親と比べても高いのかを明らかにするために質問紙調査を実施した。母親の精神状態を図る尺度として日本版ベック抑うつ式自己評価尺度 (BDI-II) を、母親の育児ストレスを図る尺度として日本版育児スト

レス尺度 (PSI) を使用した

②対象者

平成 20 年 8 月～平成 22 年 3 月まで育児支援教室 (こあら教室) に参加した母親のうち回答のあった 29 名を教室参加群とする。

平成 21 年 6 月および 7 月に当該市で実施された 1 歳半児健診および 3 歳児健診を受診した親 170 名を対象とした。郵送法によって回収を行った。また、子育て総合支援センターで主催する 2 歳児を対象とした教室に参加する親 20 名に、担当保育士より協力を依頼し、次回参加時に回収をおこなった。回答があったのは 51 名であり、全対象者の 26% であった。

教室参加群の子どもの平均年齢 2 歳 5 ヶ月 \pm 5.1 ヶ月 (1 歳 11 ヶ月～3 歳 6 ヶ月) 統制群の子どもの平均年齢は、2 歳 2 ヶ月 \pm 8.1 ヶ月 (1 歳 5 ヶ月～3 歳 6 ヶ月) であり有意差は認められなかった。母親の年齢も、33.14 \pm 4.77 歳および 33.04 \pm 4.45 歳でありほぼ同値であった。

③母親の抑うつ

教室参加群の BDI 平均 10.82 \pm 8.6 (11～26 点)、統制群の BDI 平均 9.23 \pm 7.66 (0～39 点) であり、t 検定の結果、有意差は認められなかった。軽症うつと考えられる 14 点以上の得点の母親は教室参加群 43%、統制群 22.4%、と教室参加群のほうが高率に認められた。特に中等症以上とされる 20 点以上の割合は、教室参加群 18%、統制群 4.1% と差が大きく認められた。

④母親の育児ストレス

次に育児ストレス尺度の検討を行った。すべての下位尺度得点で、教室参加者の育児ストレスが高かった。総得点でも、”子ども

の側面“ ($p<.001$, t 値 5.43), ”親の側面“ ($p<.05$, t 値 2.35) とともに教室参加群のほうが有意にストレスが高かった。PSI 総点においても t 値 3.43 ($p<.001$) であり教室参加群の母親のほうが高かった。

<考察>

各地の市町村では、健診事後教室という形での経過フォローや、療育施設が開催する親子教室は報告されているものの、保育園という身近な場を使い、母子保健事業の流れのなかで位置付けられた「育てにくい」子を育てる親への育児支援の試みについての報告は見られていない。自閉症スペクトラムが疑われる子どもを抱えた親は、同年代の子どもをもつ母親に比べて抑うつ陽性率が高く、育児ストレスも高かった。とくに親としての有能さのストレスが高く、親が育児に自信を持って取り組めるような支援を整えていくことが必要であることが確認された。今回の研究結果より、親子の状態に合わせた形で教室を設定し、それぞれのニーズに合わせた形で支援の教室を開催することが有効である可能性が示唆された。今後、それぞれの育児支援の枠組みの中で可能な教室の運営の方法、参加人数や年齢構成などより効果的なプログラムについて開発を進めていく必要があると考えられる。

5.【高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつに関する研究（野呂健二）】

<目的>

これまで、海外の文献において、広汎性発達障害児（以下、PDD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なされている。しかしながら、わが国では、PDD児の家族における精神医学的問題についての研究は、ほとんど行なわれていない。そこで、本研究において以下の4つの研究を行った。1. 広汎性発達障害児の母親の抑うつと関連する要因の検討
2. 広汎性発達障害児の母親の抑うつについて — 臨床面接調査を行った結果 —
3. 広汎性発達障害児の母親の抑うつと児への養育との関係について
4. 広汎性発達障害児の母親の睡眠障害について

研究1 広汎性発達障害児の母親の抑うつと関連する要因の検討

<目的>

下記を目的に、広汎性発達障害児の母親を対象として、質問紙調査を行った。

(1)HFPDD児の母親には抑うつ状態が多いのか。(2)その抑うつ状態には、どのような要因が関与しているのか。

<方法>

(1)対象および方法

対象は、アスペ・エルデの会に所属するHFPDD児の母親のうち、調査への協力の得られた61名である。平成17年1-2月に日本語版BDI-IIおよびParental

Bonding Instrument日本語版(以下、PBI)への記入を依頼した。

また、対照群として小中学校普通学級通学児童の母親196名にBDI-IIの質問紙への記入を依頼した。対照群は、平成15年10月から平成16年2月にかけて、地域の保護者の集まりやサークルにて質問紙を配布して、記入を依頼した。

今回は、HFPDD児の母親に対して、母親自身の父母についての回答を依頼した。

(3)調査II

対象は、アスペ・エルデの会に所属するHFPDD児とその母親のうち、調査への協力の得られた100名である。

①Beck Depression Inventory日本語版(以下、BDI)(調査実施上の都合により、調査2ではBDIを用いた)。

②Family Assessment Device日本語版(以下、FAD)。家族機能を評価する自己記入式質問紙である(Epstein, 1983)。

③Temperament and Character Inventory日本語版(以下、TCI)。パーソナリティーを気質と性格とに分けて評価する構成となっている。

④Children Behavior Checklist 4/18日本語版(以下、CBCL)。子どもの行動障害を評価する質問紙である。今回は家族が記入する版を用いて母親に記入を依頼した。

⑤HFPDD児本人に、Birlsonの子ども用抑うつ自己評価尺度日本語版(Depression Self-Rating Scale for Children, 以下DSRS-C)

<研究結果>

(1)HFPDD児の母親と一般児童の母親

との抑うつとの比較

BDI-IIの結果では、HFPDD児の母親の抑うつ得点は、一般学童の母親よりも有意に高かった($t=3.81, p<.001$)。

また、BDI-IIの得点に基づき重症度ごとに対象者を分けたところHFPDD児の母親と一般学童の母親を比較すると特に重度抑うつ域がHFPDD児の母親で顕著に多く認められた。このHFPDD群と健常児群でみられた重症度別の人数の割合には有意差がみられた($\chi^2=15.37, p<.01$)。

(2) HFPDD児の母親のBDI得点と他の尺度との関連

BDIとPBIによる母親自身の親からの養育態度との間に有意な相関が認められた。抑うつ状態の強さは、父母それぞれに対しての低いcareと中等度の相関を示した。

BDIとFADによる家族機能の評価との相関を検討した。その結果、7つの下位尺度全てにおいて有意な相関が認められた($r=.239\sim.421$)。

BDIとTCIによる気質・性格との相関を検討した。抑うつ状態の強さは、損害回避(HA)との間に中程度の正の相関を、自己志向(SD)との間に強い負の相関を、協調性(C)と報酬依存(RD)との間に弱い負の相関を示した。

CBCLの総得点平均は37.6($SD 22.6$)で、内向尺度10.1($SD 7.89$)、外向尺度8.6($SD 7.87$)と、いずれも標準と比べて高い値を示した。抑うつ状態とは、すべてのCBCLの下位尺度が正の有意な相関を示した($r=.214\sim.478$)。

DSRS-Cを用いて、HFPDD児本人の自覚する抑うつについて調査を行った。21.1%がカットオフポイントを超え、先行

研究での一般小中学生での割合(9.6-13.0%)と比べるとかなり高率であった。

BDIとの相関が認められた項目に関して、重回帰分析(強制投入法)を行なった。BDIを説明変数として、FADのすべての下位尺度、TCIの中の損害回避、報酬依存、自己志向、協調性の下位尺度、CBCLの総得点を独立変数とした。FADの中の情緒的反応($\beta=-.336, p<.001$) 全般的機能($\beta=.270, p<.05$)とTCLの中の障害回避($\beta=.167, p<.1$)、自己志向($\beta=-.417, p<.01$)、報酬依存($\beta=-.193, p<.1$) CBCL総得点($\beta=.276, p<.01$)の項目でBDIへの影響が認められた($R^2=.640, p<.001$)。

<考察>

(1) 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて

広汎性発達障害の家族にうつ病の罹患が多く見られるとの研究はこれまでも見られており、本研究でも同様の傾向がはっきり認められた。発達障害児の臨床をする中で、療育相談と家族サポートは大きな部分を占める。障害受容、様々な問題行動への対応、節目での決断などに際して、家族が強い不安や動揺を示すことがあることは自然なことであり、了解可能であると考えられる。了解可能であるがゆえに、正常の心理的反応として了解され、家族自身の精神状態についての評価が見落とされがちであると思われる。

今回の結果では、HFPDD児の母親の抑うつ得点と重症者の割合は一般の母親と比べて極めて高かった。

HFPDD児の家族(母親)には、かなり

の割合で抑うつ状態になっているケースがあるということを念頭において、その可能性を常に考えながら、関わっていくことが必要である。

(3) 抑うつに關係する要因の検討

母親自身の要因として、抑うつ家族負因、気質・性格、親からの養育態度について、母親の抑うつ状態との関連を評価した。

抑うつ状態を呈する児童は、一般集団での割合と比べて高率に見られた。このことから、HFPDD 児の家族内に抑うつ状態の家族負因が存在する可能性を考え、母親の抑うつ状態 (BDI) と HFPDD 児本人の抑うつ状態 (DSRS-C) との間の相関を見たが、今回の調査の結果からは相関を認めなかった。

気質・性格と抑うつ状態には、いくつかの下位項目で相関が見られ、一般的な大うつ病患者の傾向と一致した結果であった。今回の結果は、抑うつ状態に気質・性格が関連したと考えるよりは、抑うつ状態の時に記入された回答にその影響が出たという状況依存的な結果であると考えられ、HFPDD の母親の抑うつと気質との関係については更なる検討が必要であると考えられた。

親から受けた養育態度と抑うつ状態との間に関連が認められた。低い care が抑うつ状態と関連することは、一般的な大うつ病患者に見られる傾向と一致する。PBI の結果は状況の影響を受けにくいと言われており、HFPDD 児の母親の抑うつについても養育体験が関連していると考えられる。

環境要因として、家族機能、子ども (HFPDD 児) の行動障害について、母親の抑うつとの関連を検討した。

家族機能の低さと抑うつ状態は中程度の関連が認められた。重回帰分析でも全般的機能との間で関連が認められた。この結果からだけでは、家族機能の低さと抑うつとの因果関係を判断することは難しい。しかし、いずれにしても、母親の精神状態を考えるとときには、その個人だけでなく家族全体の状況を考慮し、その上で他の家族からの理解・援助を得ることが必要であると考えられる。

子どもの行動障害を表す CBCL のすべての下位項目と抑うつ状態との間に正の相関が認められた。これは、子どもの行動障害の程度のみが問題なのではなく、抑うつ状態が強い母親の場合、子どもに関することに悲観的な捉え方をしがちで、子どもの行動を問題視することが多く、育児への負担を強く感じていることが作用していると考えられる。子どもの行動障害に由来する育児負担というよりもむしろ、母親の感じる育児負担「感」が、抑うつ状態と関連すると考えられる。

<結論>

今回の調査では、HFPDD 児の母親に抑うつ状態が高率に見られることが明らかとなった。また、母親の生来の要因の抑うつ状態への関与は明らかにはならず、一方、母親自身の生育環境や現在の家族機能といった環境因子は抑うつ状態に関与していることが示唆された。

発達臨床に携わるものは、PDD 児の家族 (母親) に抑うつ状態が起こりやすいことを認識して支援を行なうことが必要である。加えて、他の家族へのアプローチを行なうことが必要であると考えられた。

今回の調査では、母親自身に記入してもらう自己記入式質問紙を用いた。このため、母親の精神状態が回答に何らかの影響を与えた可能性は否定できない。今後、他者からの評価も加えて検討することと、実際に面接を行うことで診断を確定するとともに支援ニーズを明らかにすることが必要である。

研究2. 広汎性発達障害児の母親の抑うつについて— 臨床面接調査を行った結果 —

<目的>

研究1において、広汎性発達障害児の母親に高い割合で抑うつ状態の方がいる可能性が示された。しかし、質問紙調査は回答者の主観が大きく影響し、実情と乖離している可能性があること、抑うつ傾向は反映されるが、うつ病かどうかの診断は明らかにならないこと、実際にうつ状態であれば適切な介入が必要とされること、などから、研究2において、研究1で抑うつ状態と考えられた方を対象に面接調査を行った。

<研究方法>

対象は研究1に協力した100名のうち、BDI-IIにて中等度以上の抑うつとされた17名である。文書にて説明し、個別面接への参加を依頼した。

面接調査では、精神障害についての構造化面接(MINI)と臨床面接を行って、質問紙調査時および面接調査時での診断について評価を行った。

精神的問題(特に抑うつ)について治療や対処が必要であれば指導・アドバイスをを行った。

<結果>

対象とした17名のうち、14名に面接調査への参加が得られた。14名中質問紙調査時点でうつ状態であったのは10名であった。このうち現在もうつ状態であるのは、4名であった。

10名のうち、1年後も4名はうつ状態にあり、それらも含めて9名は何らかの治療が必要なケースであった。実際に治療を受けていたのは4名のみであった。

PDD児出産以前からうつ状態の既往のあったケースは5名であった。発症の契機としては、PDD児本人の問題と家族の問題が半々の割合で見られた。父親の支援の無さを述べたのは10名中9名であり、父親がうつ病であると答えたのが3名であった。

<考察>

(1) 母親のうつに関連する因子について

PDD児出生以前にうつ状態の既往のあったケースはうつ病罹患10名中5名(50%)であり、もともとうつに対してなりやすさがあったと考えられる。

面接にて聞き取れたうつ病罹患の契機は、PDD児に関する問題が6名、他の家族に関する問題が5名であった。PDD児の養育に関する問題はストレスとなりうるが、他の問題が関連する場合も多いことが示された。

うつ病罹患の10名中9名で父親の協力が十分ではないとの回答が得られた。父親がうつであるとの回答も3名見られ、そのうちに2名は、母親自身のうつの要因として父親のうつを挙げている。母親のうつ状態に対して、サポートが得られるかどうかと言う点でも、発症要因としても、父親の関与は非常に重要であると考えられる。

(2) 広汎性発達障害児の養育と母親の抑うつに関する臨床的問題

広汎性発達障害児の養育と母親の抑うつは、相互に影響を及ぼしあっていると考えられる。こうした悪循環が進行することで事態が深刻な状況になりうるのである。

子どもの状態が悪いと、母親の精神状態が良くなくても当然のことであると考えられがちである。母親自身が精神的な不調を自覚していても、それを子どもの主治医や支援者に話さないことも多い。

「広汎性発達障害児の養育」と「母親の抑うつ」が相互に深く関係していることを考えたときに、広汎性発達障害児の支援をするものは、特に児をめぐる状況がうまくいっていない時に、家族（特に母親）の抑うつ状態の可能性について頭においておくことが必要である。そして、母親がうつ病またはうつ状態と考えられる時には、母親自身に対する介入が必要となる。

ひとつは、心理社会的な介入である。母親の心理的・物理的負担となっている事柄（必ずしも広汎性発達障害児に関することとは限らない）について環境調整を行ったり、支持的な心理カウンセリングを行うことは、軽度のうつ状態に有効である。

しかし、うつ病や重度のうつ状態であると考えられる時には薬物療法を含めた精神医学的な介入を行うことが必要である。

家族全体への支援も重要である。父親などの他の家族に理解とサポートをお願いする意味でも重要であるのだが、児および母親が互いに影響しながら悪循環を呈しているときには、他の家族にも影響が出ていることはしばしば経験することである。

研究3. 広汎性発達障害児の母親の抑うつと児への養育との関係について

<研究目的>

抑うつ傾向と子どもの行動障害との関係に関して、母親が抑うつ傾向であるケースでは、実際に子どもの行動障害が増悪しているのか、母親が抑うつ傾向になることで育児負担感が増え、それによって行動障害をより強く負担に感じているからなのか。

(1) 抑うつ傾向になる方は、どういうコーピングを用いているのか？

(2) 母親のストレスの要因としては、PDD児のことが主であるのか？

これらについて、明らかとするために、さらに質問紙調査を行った。

<研究方法>

対象は、アスペ・エルデの会に所属する広汎性発達障害児とその母親のうち、調査への協力の得られた112名である。

母親に対して、下記の質問紙への記入を依頼した。また、広汎性発達障害児本人および母親の年齢、同胞の数、在籍学級（普通学級か特別支援学級か）についても記載を依頼した。

(1) 母親向けの質問紙

① PDD児本人のSDQ 児童の行動障害を評価するスクリーニング質問紙で、(こどもの行動障害)。この質問紙に関してはアスペ・エルデの会のスタッフにも回答を求めた。

② ストレスに関する質問

ストレスに感じていることについて「PDDの子どものこと」「それ以外の子どものこと」「夫のこと」「自分の実の親

のこと」「義理の親のこと」「それ以外の家族のこと」「仕事のこと」「近所や学校での人間関係」「自分健康状態」「その他」の10個の選択肢から最大3個選択して、それぞれに「ほとんど負担には感じたり悩んだりしていない」～「いつも負担に感じたり悩んだりしている」の4段階から選択をするように求めた。

- ③ AQ-J (自閉傾向) 自閉症スペクトラム指数日本語版
- ④ FAS (家族の感情表出) 精神疾患の患者の家族の感情表出の特に批判の感情を測定する質問紙である。
- ⑤ TAX-24 (コーピング) コーピングを評価する自己記入式質問紙ある。
- ⑥ BDI-II (抑うつ)

<結果>

BDI(抑うつ傾向)とSDQとの関係では、母親の回答したSDQとは、行動面、多動不注意、総得点でBDIと有意な相関が見られたが、スタッフの回答したSDQはBDIとの相関は見られなかった。

FAS(子どもへの批判的な感情表出)とBDIは、強い相関を示した。BDI-IIの総得点と、FASとの相関係数を算出したところ、 $r=.504$ ($p<.001$)であった。また、BDI-IIの重症度別FAS得点の平均値を比較したところ、有意な差がみられた。

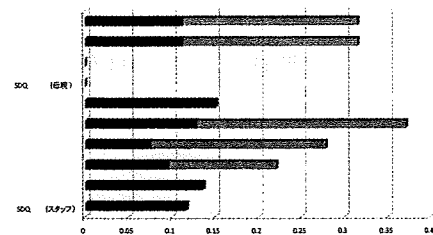
BDIとAQとの関係では自閉傾向が強いことと抑うつ傾向が強いことの相関が見られた。

TAC-24とBDIとの関係では、TAC-24の「放棄・諦め」「回避的思考」の対処法を用いる傾向と抑うつ傾向が相関した。発達

障害児を持つ母親の抑うつを軽減するコーピングがどのようなものなのかを検討するために、対処法略を説明変数、抑うつを従属変数として、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。その結果、「放棄・あきらめ」が抑うつを増加させ、「回避的思考(嫌なことを思い浮かべないようにする)」が抑うつを軽減する効果があることが示された。

次に、母親のストレス・悩みの要因について検討した。8割を超える母親が、PDD児のことを気にしていると答えたが、「しばしば負担に感じたり悩んだりしている」数は、他の家族や仕事などに関することとそれほど変わらなかった。

研究3 図1 母親の感じるストレス・悩みの対象



児のことは気になる対象ではあるが、主たるストレス・悩みの対象でない方が多い。主たるストレスの対象は、様々である。

<考察>

(1) 抑うつと子どもの行動障害、育児負担感について

母親の抑うつと子どもの行動障害の因果関係についてはスタッフが評価した客観的な子どもの行動障害のアンケート結果から、母親の抑うつが強いケースでも実際には子どもの行動障害が強いわけではないと考えられた。従って、抑うつが強くなることで育児負担感が強くなることがこのような結果を表現していると考えられた。

(2) 抑うつ傾向と自閉傾向の関連について

今回の結果から、PDD 児の母親において、抑うつ傾向と自閉傾向の相関が指摘された。

PDD 児の家族に PDD 傾向（幅広い表現型）の方が一般よりも多く見られるとの報告は以前よりなされており、一方、上述したように、PDD 児の家族に抑うつを呈する方が多いとの報告がこれまでになされている。また、PDD 児・者に気分障害の併存が見られるとの報告も以前からなされている。

これらから、PDD 児の家族における抑うつ傾向が、自閉傾向と関連しているかどうかは、遺伝的な背景を考える意味で、興味深いと思われた。

今回の結果は、これを否定するものではなかったが、実際にこの点について考察するためには、対照群における結果との比較が必要と考えられる。

(3) 母親のストレスの要因について

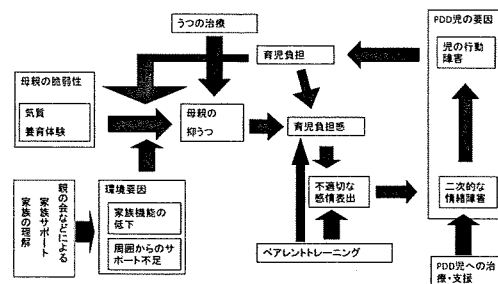
母親のストレスや悩みの要因として、PDD 児のことが8割以上の母親からあがっているが、他の家族や仕事、人間関係に関する悩みとそう変わりはない。これは、親の会に所属している母親への調査であることが影響しているのかもしれない。すなわち、PDD 児に関しては、会の中でサポートをされ、その児に関する相談は会の中である程度対処できることで、それほど悩むことなくやれているのではないかと考えられる。

(4) PDD 児の母親の抑うつに関連する要因について

PDD 児を持つ母親の抑うつに関連する要因について、これまでの結果から、図2のように模式化することができると考えら

れる。

研究3 図2 母親の抑うつへの対応



すなわち、もともと母親に脆弱性や準備性（気質や養育体験）があって、それに育児負担や家族機能の低下、周囲からのサポートの低下があって、抑うつ状態となる。抑うつ状態となると育児負担感が増大し、母親から児への不適切な感情表出が誘発される。これは相関は明らかに出来ていないが、おそらく、それが児の二次障害を誘発し、児の行動障害へと影響し、さらに育児負担を増大させる。といった円環状の因果で抑うつ状態と子どもの二次障害が悪化するということが考えられる。

この悪循環のループに対処するには、多面的なアプローチが必要であると考えられる。「環境要因の低下には、親の会などによる家族サポート」、「不適切な感情表出に関してはペアレントトレーニングなどにより育児への自信をつけて、育児負担感の軽減を図る」、「(母親のサポートの意味でも) 児の二次障害・行動障害への治療」などを行うことで、悪循環を解消することが出来るように思われる。さらに、抑うつ傾向が強い方の中に、実際に大うつ病性障害を罹患する方がいる。調査2では、構造化面接により、全母集団の1割に大うつ病性障害の診断がつけられた。これらのケースでは、

実際に母親のうつ病への治療が必要なケースが少なからず見られると考えられ、医療機関への紹介の可能性も頭に入れて支援することが必要であると考えられる。

研究 4 広汎性発達障害児者の母親の睡眠障害について

<目的>

これまでの研究で示してきたように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ず、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、睡眠状態がある。睡眠障害は様々な精神疾患と関連し、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。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。そのため本研究では□発達障害児を持つ母親の睡眠状態の把握、□睡眠障害と抑うつとの関連、□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。

<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 (SD4.85)。

(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) 過去一ヶ月間の睡眠状態についてたずねるものである。5.5 点以上が睡眠障害群とされる。

③Epworth 睡眠尺度(ESS: Epworth sleepiness scale) 日常生活における活動中での主観的な眠気を測定する尺度である。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

④抑うつ(BDI-II) ベック抑うつ質問票 第二版

⑤子どもの行動障害 SDQ (Strengths and difficulties questionnaire)

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

PSQIJ 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、従来の研究における同年齢の一般女性(本研究と同年代の 40-49) の女性(139 名) の平均値よりの有意に高く、睡眠状態が悪かった。

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睡眠障害群、それ以下を睡眠健全常群と分類した結果、睡眠障害群となった母親は全体の 36.1%であり、これも、従来の研究における同じ年代の女性の睡眠障害者の割合(25.9%)よりも10%以上多かった。

(2) 抑うつと睡眠との関連

PSQIJ 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。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。

(3) 日中の過度の眠気 (EDS) について

Epworth 睡眠尺度の平均値と、病的な日中の過度の眠気 (excessive daytime sleepiness:EDS) の有症割合は共に、従来の研究の一般群よりもかなり高かった。

(4) 日中の眠気と抑うつとの関連について また、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。

(5) 発達障害児の行動障害と睡眠状態・抑うつとの関連

SDQの総得点と5つの下位尺度とPSQI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 $r=0.259$ ($p<.05$)、多動・不注意との間に $r=0.368$ ($p<.001$)の有意な正の相関がみられ、子どもの行動障害の悪さが、抑うつと関連している傾向がみられた。

<考察>

本研究においても、従来の研究と同様に、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。

<結論>

広汎性発達障害児者の母親には、少なくとも約1割の方にうつ病への罹患が見られた。要因としては、母親自身の脆弱性(気質、養育環境)、養育におけるストレス(育児負担)、家族や周囲からのサポートの不足が考えられた。

うつ病になる契機は、PDD児に関連することとは限らず、他の家族の問題や周囲の人間関係の問題などがかなりの部分見られた。

発達障害児者への支援を行うものは、かなりの割合で母親がうつ状態に陥ることがあることに留意して、関わるのが重要である。母親へのうつ病への対応としては、家族への支援(他の家族の理解、家族会等での家族全体への支援)、母親の育児負担を軽減する目的でのPDD児への治療・支援、PDD児への適切な見方や関わりを習得し、育児負担感を軽減する目的でのペアレントトレーニング、母親自身へのうつ病に対する治療(薬物療法、心理療法)が有効であると考えられる。

6.【保護者への診断説明についての現状と医師の意識調査（宮地泰士）】

<目的>

本研究では、特に高機能広汎性発達障害児の親や家族、本人への発達障害診断の説明に関する状況の実態と、それに関する親と支援者（医師）それぞれの意識調査を目的とした以下の4つの調査研究を実施した。

以下、これらの研究について、研究方法、結果、考察の順にまとめていく。

(1) 広汎性発達障害児の家族の診断受容状況調査： 親が子どもの発達の問題に最初に気づいた状況から、専門機関への相談、診断にいたるまでの経緯を調査した。

(2) 保護者への診断説明についての現状と医師の意識調査： 全国の発達障害児臨床を行う医師を対象に、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行った。

(3) 広汎性発達障害児本人への診断告知状況調査： 広汎性発達障害児本人への障害診断説明の実態調査を親に対する質問紙にて行った。

(4) 医師を対象とした広汎性発達障害児本人への診断説明状況調査： 全国の発達障害児臨床を行う医師を対象に、広汎性発達障害児本人への診断説明（告知）の実態把握調査を実施した。

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。本研究では、広汎性発達障害の当事者自助団体であるアスペ・エルデの会会員家族（母親）と日本小児精神神経学会の医師会員を対象にそれぞれの意識調査を行った。

<研究方法>

親への調査は広汎性発達障害の当事者自助団体であるアスペ・エルデの会（NPO法人：会員約250家族）の会員家族（母親）を対象に、また医師への調査は、日本小児精神神経学会の医師会員（現在653名）を対象とし、それぞれに郵送による質問紙調査を行った。また高機能とは知能発達検査においてIQが70以上の者とした。以下にそれぞれの調査における研究方法を調査ごとに分けてまとめる。

(1) 発達障害児の家族の診断受容状況調査 質問内容は子どもの発達の問題についての最初の気づきから専門機関にて診断を受けるまでの経緯や発達障害の診断説明についての意見を求める項目と、現在の家族の診断に対する受容状況についての自己評価によって構成されている。

自己評価は、1子どもの言動や反応が発達障害に起因していることへの理解について（理解）、2子どもの発達障害に起因する言動や反応への感情的な受け止めについて（感情）、3子どもの発達特性や個性に合わせた養育や対応の知識の習得度について（知識）、4子どもの発達特性や個性に合わせた養育や対応の実践について（実践）、5

子どもをありのままに受容できているかどうかについての5つの項目に分けて、それぞれを5段階で評価してもらった。

回答後郵送にて質問紙を回収し、120名(男児104名、女児16名)から回答を得た(内訳の詳細は分担研究報告書参照)。

(2) 保護者への診断説明についての現状と医師の意識調査

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。

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。質問への回答が困難であったものを除く230名(35.2%)の回答を有効回答とした。

(3) 広汎性発達障害児本人への診断告知状況調査

質問内容は子ども本人への診断説明(告知)が初めてされた時の状況を選択枝から選ぶ質問項目および本人への障害診断説明(告知)についての意見を自由記述式で求める項目によって構成されている。

回答後郵送にて質問紙を回収し、119名(男児103名、女児16名)から回答を得た(内訳の詳細は分担研究報告書参照)。

(4) 医師を対象とした高機能広汎性発達障害児本人への診断説明状況調査

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)調査対象期間中の診療および広汎性発達障害児本人への診断説明状況に関する質問、(3)本人への診断説明そのものについての考えに関する質問項目とによって構成されている。

回答後郵送にて質問紙を回収し、204名から返答を得た。質問への回答が困難であった3名を除く201名(31.1%)の回答をそれぞれの質問項目ごとにまとめた。

<結果>

親への診断説明に関する調査結果

親が最初に子どもの発達の問題に気づいた時期についてまとめたものが表1である。最初の親の気づきはアスペルガー障害や知的障害を伴わない自閉症児ほど遅くなる傾向があったため、それら高機能タイプの広汎性発達障害児103名:平均年齢11.8±3.8歳に絞って再検討したところ、最初の親の気づきの平均は子どもが27.8ヶ月時、最初に専門機関に相談に行ったのは47.5ヶ月時、診断は80.5ヶ月時であり、特にアスペルガー障害児においてそれらの時期は有意に遅れる傾向にあった(表1)。

<表1>

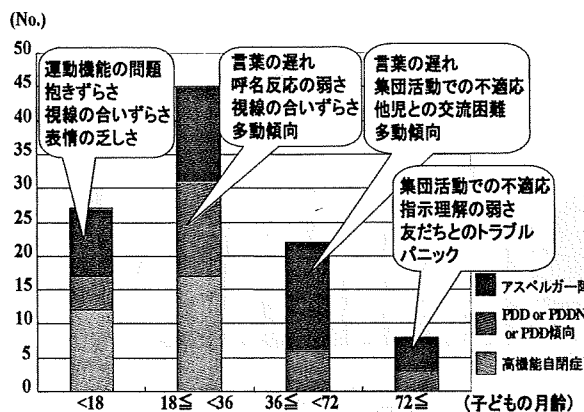
| 高機能群 N=103 | 最初の気づき (子月齢) | 最初の相談 (子月齢) | 診断の時期 (子月齢) |
|---------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| 全体 | 27.8±21.2 | 47.5±34.6 | 80.5±37.1 |
| アスペルガー障害 | 33.7±24.0 ** | 56.9±40.0 ** | 81.3±39.2 *** |
| 高機能自閉症 | 16.6±8.6 * | 32.0±17.6 * | 54.6±24.7 |
| PDD or PDDNOS or PDD傾向 | 29.9±20.4 | 48.9±32.3 | 68.0±38.0 |

(***: P<0.001, **: 0.001<P<0.01, *: 0.01<P<0.05)
using Mann-Whitney U test

また高機能広汎性発達障害群を対象に、

親が最初に気がついた子どもの問題について調べたところ、70.6%の親が、子どもが3歳未満の時期から、92.25の親が6歳未満から子どもに問題があることに気づいていたと回答していた。

<図1>



親が問題ととらえていた内容について年代順に述べると、1歳未満の時期では、対人相互反応や社会性の発達の問題と思われる内容が最も多くみられた。次に多くみられたのは体の安定性の問題、運動機能に関係すると思われる問題だった。また「一日中とにかく泣いてばかりいた。」といった気質や過敏性に関係すると思われる問題があった。その他、睡眠の問題や、興味の偏りや奇妙さなどのほかに、哺乳や離乳食を食べる時の問題を挙げた答えもあった。

1歳から2歳未満での気づきとしては、言語発達の遅れや対人相互反応や社会性の発達の問題を挙げる回答が多く、それに続いて運動機能に関係する問題を挙げるものがあった。また多動傾向やかんしゃくの激しさといった、なかなか感情が収められない様子を述べるものもみられた。

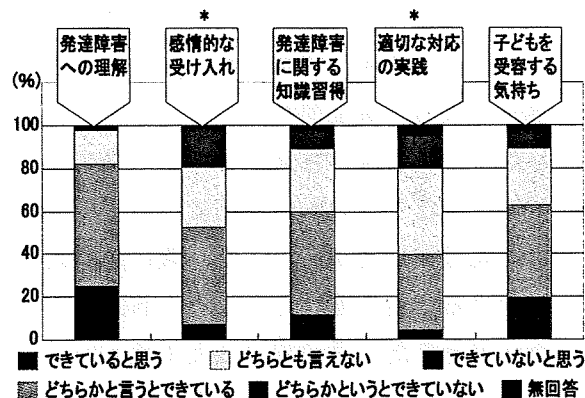
2歳から3歳未満での気づきとしては、広汎性発達障害の診断基準でもある、対人

相互反応や社会性の発達の問題、言語発達の問題、興味の偏りや奇妙さ、強いこだわりで回答が集中し、これらの問題がこの時期によく目立つ傾向にあることが伺われた。

3歳から6歳未満の時期は、保育園や幼稚園で集団生活をする時期であるため、親が気づいた内容としては診断基準の3主徴に加えて、集団活動場面や他児とのトラブルが目立つ様子だった。6歳以上の時期は、診断基準の3主徴よりも集団生活でのトラブルが多く挙げられていた。

次にこれらの親は現在子どもの発達障害特性をどのように受け止めているのかを調べたところ、発達障害に関する知識や理解の程度と比較し、子どもの言動に対する感情的な受け止めや、適切な対応の実践に自信がない親の割合が多かった(図2)。

<図2>

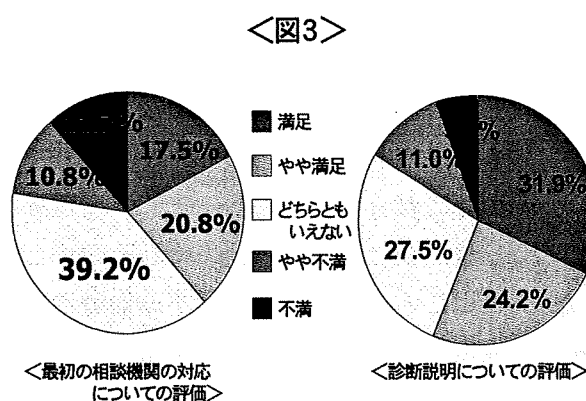


(*: $P \leq 0.01$ using Wilcoxon signed-ranks test)

また、これらの親の受容状況と親の最初の気づきから診断にいたるまでのそれぞれの時期との相関を調べたところ、弱いながらも、「感情的な受け入れ」の自己評価が「最初の気づきから調査時現在までの期間」が短いほど低くなる傾向にあった(スピアマンの順位相関係数検定にて $P=0.03$, 相関係数: 0.22)。また「感情的な受け入れ」の

自己評価は「最初の気づきから最初に専門機関に相談に行った時期までの期間」が短いほど低くなる傾向にあった。

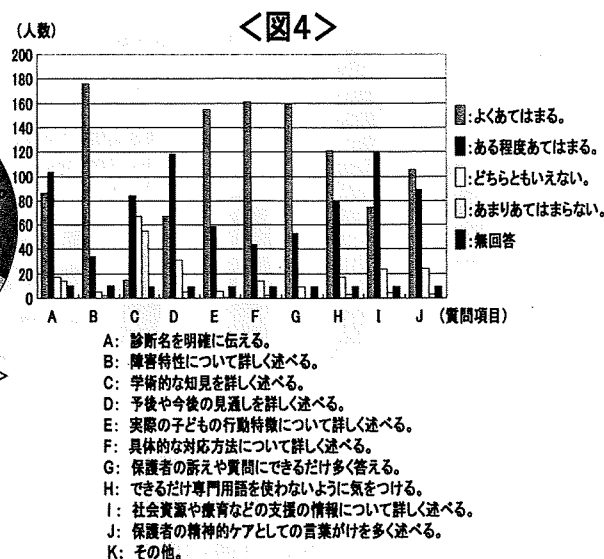
次に最初に相談に行った専門機関での対応や診断説明に対しての親の満足度を調査したところ、図3に示すような結果になった。



相談の時に訴えを否定されたり、自分自身やそれまでの育児を批判された親は不満度が高く、説明に曖昧さや分かりにくさを感じた親も不満度が高かった。一方、相談した時にその後の見通しをたてた説明や具体的な子どもへの対応方法について伝授された親は満足度が高かった。親に診断説明における意見を尋ねたところ、診断が果たらできるだけ早く親に伝えて欲しいという意見が多く、診断説明の際には明確さとその後の子育てに前向きになれるような話し方が求められ、療育や相談機関、利用できる社会制度や社会資源などの情報提供を求める声も多かった。

一方親に診断を説明し対応する側の医師を対象に、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4に示すように多くの項目で、「よくあてはまる。」、「ある程度あてはまる。」という回答が得ら

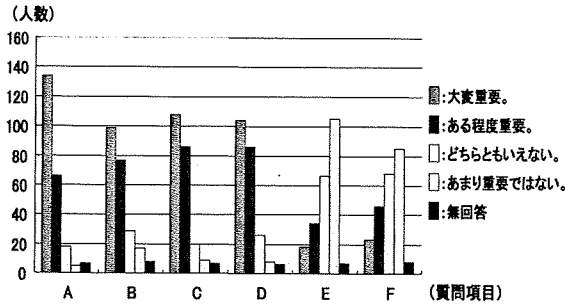
れた。また、発達障害そのものの捉え方、考え方について誤解や偏見などを抱かないようにする工夫や、親にとって明確で分かりやすく、落ち着いて理解を進められるような配慮を回答したものもあり、実際の臨床現場では、多くの医師が親への診断説明に様々な配慮を行っている様子だった。



しかし親に診断の説明を行うタイミングについて重視していることについては、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5)。それとは対象に「初診時」や「診断がいたら直ちに」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、臨床現場における医師側の傾向としては、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。

また、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

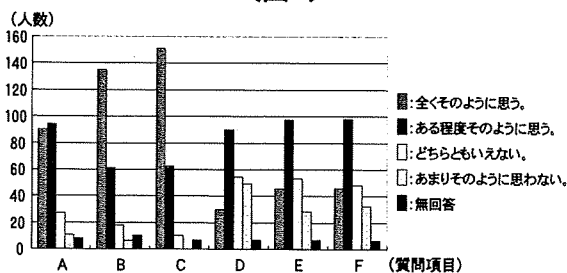
<図5>



- 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。

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。実際の伝え方を調べたところ、口頭のみでの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。そのような状況を反映してか、「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、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>



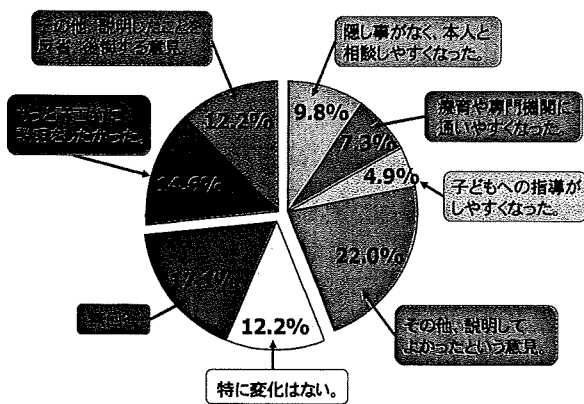
- A: 診断説明用ガイドブックがあるとよい。
- B: 診断説明後の子どもへの具体的手立てが欲しい。
- C: 親のサポートシステムをもっと充実させたい。
- D: 親に分かりやすく説明するのに苦労している。
- E: 親が前向きになれるような説明に苦労している。
- F: 発達障害に対する偏見を減らすことに苦労している。

本人への診断説明に関する調査

親を対象とした調査によると、調査時既に子ども本人が診断名を知っていると答え

たのは37名と全体(119名)の31.1%で、診断名は伝えずその特徴や傾向のみ伝わっていると回答したものが33名(27.7%)、まだ何も話されていないと答えたのが42名(35.3%)だった。また子どもに診断名を告げていない者のうち62.2%が今後子どもに診断名を伝えるつもりであると回答した。本人が診断名を知った時期については小学校高学年以上の時期との答えが多かった。本人に診断名を伝えるきっかけとなったことについては子ども自身が自分について気にするようになったことや集団生活でのトラブルなどがきっかけになったという回答もあったが、子どもが自分から尋ねてきたことがきっかけとなったという答えもあった。既に子どもが診断名を知っていると答えた者に実際に診断名が伝えられたことについてどう評価するかを尋ねたところ、親としては「隠し事がなく、本人への指導や話がしやすくなった。」などの肯定的な感想が44.0%に聞かれたが、「もっと計画的に説明をしてあげたかった。」など親自身の心の準備や十分な体制が整う前に本人が診断名を知るところとなり、そのことを悔やむ意見など、後悔や反省が残るという回答が26.8%に見られた(図7)。

<図7>



一方「子どもにとってはどうだったか。」との問いには肯定的な感想が 48.8%にみられたが、「ショックを受けかえって拒否的になってしまった。」などの問題を述べる回答が 29.3%にみられ、よく分からないという回答が 14.6%にみられた。

子ども本人に診断名を伝える際に大切なことについては、診断説明によって子どもが自己肯定感を下げないように工夫することをあげる回答が多かった。また本人への診断説明にあたっては親と専門家が協力して行うことを望む声が多かった。また「診断名を伝えることにはあまりこだわらず、あくまで自分の特徴理解を優先した方がよい。」との意見も多く聞かれた。

一方医師を対象とした調査によると、全体の 62.7%の医師が広汎性発達障害児本人に診断説明を行ったことがあると回答し、診断説明の経緯としては「計画的に行った。」との回答が 50%であり、「診療過程において説明せざるを得ない（説明した方がよい）状況となったため行った」との回答は 46.8% と、ほぼ二分する結果となった。

本人にまだ診断の説明をしていない場合の理由を尋ねたところ、「本人の理解力や年齢が不十分」、「本人への心理的影響（悲観、自己否定など）への配慮」、「周囲の理解や支援体制が整っていない」が 74.9%を占めた。

広汎性発達障害児本人への診断説明そのものについては、肯定的な意見が 69.9%あったが、否定的な意見も 30%程度だった。しかし本人への診断説明には肯定的ではあるものの、あくまでケースバイケースであるとの意見も多かった。また「どちらともいえない。」や否定的な意見の理由としては、

「診断名よりも特徴や傾向、個性として伝えることを主とする。」といった意見や、「支援方法や体制の確立、社会啓発、診断技術の向上など診断説明の前にやるべき課題が多い。」といった意見があがり、本人への診断説明に慎重さを要するという意見もあった。

<考察>

（親への診断説明に関する考察）

今回の調査では親が最初に子どもの問題に気づいてから診断にいたるまでに平均して 4 年近くもの歳月が過ぎている実態が明らかとなった。近年発達障害の早期発見早期支援の重要性が認められつつも、知的障害を伴わない高機能広汎性発達児は早期発見が難しいという意見もある。しかし今回の調査で約 7 割の母親が子どもが 3 歳未満の頃から発達の問題に気づいていたと回答しており、高機能広汎性発達障害児であっても、今後早期徴候研究を進めることで、乳幼児期早期での発見の可能性は十分ありうるのではないかと思われた。また子どもが低年齢の頃に親が気づいた子どもの問題としては、広汎性発達障害の 3 主徴の他に「運動機能に関係する問題」が目立った。以前よりアスペルガー障害をはじめ広汎性発達障害児には不器用さや姿勢保持など、協調運動の問題が並存しやすいことが指摘されており、近年でも乳児期における反射や運動機能における様々な特徴が、広汎性発達障害の早期発見の手がかりになりうることを指摘する専門家もいる。その他親が抱こうとすると嫌がることや睡眠の問題など、ここで得られた知見は、今後の早期徴候研究において参考になる重要な情報である。

り、詳細をさらに検討していく必要があると思われた。

その一方で、親の障害受容の状況と気づきから診断にいたるまでの時期の関連を調べたところ、「感情的な受け入れ」の自己評価が「最初の気づきから調査時現在までの期間」や「最初の気づきから最初に専門機関に相談に行った時期までの期間」が短いほど低くなる傾向にあった。

子どもの行動特性に診断が告げられることで親は、その診断に従った子どもへの理解と対応を要求されることになる。ある程度子どもについて試行錯誤をした後の親はそのことについて納得し、その後の育児を始めていけるのに対し、まだ何の問題意識もない状態や子どもに対する関わりが不十分な段階で診断を告げられた親は、半信半疑の状態ですらのやり方ではなく他者から教えられたやり方で子どもに対応せざるを得ないため、子どもの発達特性について自分なりに納得(受容)するのがかえって遅延してしまうのかもしれない。このような観点から考えると、親に診断を告げる時期は遅くはいけないものの、ステレオタイプに「早ければよい。」というのではなく、それぞれの親の子どもに対する理解や心理状態を確認しながら適切なタイミングを計る必要があるのではないだろうか。そしてその一方で、診断を告げる前の段階における支援体制を検討する必要があると考えられる。つまり一般的な子育て支援をより充実させ、診断の有無に関わらず、早期から親が子どもの特徴や傾向を整理して考え理解し、具体的な関わり方を工夫(試行錯誤)することを支援する仕組みが必要であると考えられる。

また親に診断説明を行う医師達は、そのタイミングや説明の仕方などに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。しかしながら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勞していると回答する医師も多い現状が明らかとなった。特に近年、発達障害はあくまで境界不明瞭なスペクトラムの一部であり、不全状態というより非定型的であり、その特性は成長や学習、環境要因などによって変化するものと捉える考え方が深まり、発達障害そのものに対する認識が大きく変化してきている。また知的障害を伴わない高機能タイプや特性が軽度で境界域の発達障害児の存在など、従来の障害概念では理解が不十分になりつつある現在、このような発達障害概念の変遷にあわせて我々は、より良い診断説明についてこれからも創意工夫を続けていくことが求められる。このような現状を踏まえながら正しい障害特性理解を深められるようなガイドブックの作成に既に取り掛かっている。

(本人への診断説明に関する考察)

本人にとって正しく自己理解を深めることは自分の社会生活での困難さの原因を整理し適切な支援を自発的に求めたり積極的に対応の工夫を模索することになるだけでなく、誤った自己評価の低下を防ぎ前向きな気持ちでの自立を促すなどメリットが大きいことを指摘する専門家の意見も多い。しかしその一方で自分の障害診断を知ることによる心理的負荷などの様々なリスクや、

本人への診断説明が不適正な条件下や不適切な方法によって行われることによる弊害についての注意を促す意見もあり、それらへの配慮がなされなければ診断説明によって本人自身が悲観し二次的な問題を引き起こすことや、障害という言葉に甘え必要な努力を放棄するようになり、逆に極端に「普通」を意識し支援をかたくなに拒否するようになることもありうる。また同様に差別や偏見を増長してしまう危険性も伴っている。これまで、わが国において本人への診断説明は個別に行われており、個々の実践報告はあっても全体的な状況報告やガイドラインがないのが現状である。そのため今回の調査で得られたような、現状の把握や多くの関係者の知見や意見を集積し、それらを踏まえて広汎性発達障害児者本人が前向きにより良い人生を歩んでいくことができるような自己理解支援を模索していく必要があると思われる。

また多くの医師が診断説明の際に重要視していることとして、本人や周囲の理解度や支援体制の確立などを挙げている。本人への診断説明においてこれらの諸条件がどの程度そろっているのかは大変重要な検討事項であると思われる。特に地域によっては社会への啓発や支援体制の不備を挙げる声もあり、今後の重要な課題のひとつであると思われる。

本人への診断説明そのものに対しては、親においても医師においても、基本的にはそのメリットを認め肯定的な意見が多い反面、デメリットを懸念する声も少なくなく、今後どのような条件の場合にどのような対応が適しているのか議論を重ねていく必要があると思われる。

また親への診断説明においても本人への診断説明においても共通してみられる根本的な課題として、「発達障害とは何か。」といった、人の多様性に対する社会の姿勢について議論を重ねていくことが重要であると思われた。

そしてこれらの知見を踏まえて、本人への診断説明を含む自己理解支援プログラムの開発やガイドラインの作成を行っていく必要があると思われた。

今回の親を対象とした調査では、当事者の自助団体の会員家族の協力を得て行ったが、そのような団体組織に属さない家族では違った意見も聞かれる可能性もあるので、今後もより詳細な実態把握を行うためには、さらに広範囲に調査を続ける必要があると思われた。

<結論>

広汎性発達障害の当事者自助団体であるアスペ・エルデの会会員家族（母親）と日本小児精神神経学会の医師会員を対象に、親への診断説明に関する状況とそれぞれの意識調査ならびに広汎性発達障害児本人への診断説明に関する状況とそれぞれの意識調査を行った。

親への診断説明に関する調査では、発達障害の早期発見早期支援体制の確立の重要性と、診断を告げる前の段階において早期から親が子どもの特徴や傾向を整理して考え理解し、具体的な関わり方を工夫（試行錯誤）することを支援する子育て支援の充実が必要であると考えられた。

本人への診断説明に関する調査では、説明の方法や時期、内容についても個々のケースに応じて様々な考え方があり、今後も