

21日)。

- ・東京都リハビリテーション病院研修会(2月21日)

D. 考察

高等学校以降の連携では、前段階の教育機関や進路先との連携が課題であり、支援の移行が難しい状況にある。さらにこれまで教育と医療、福祉、労働等の他機関との接点がほとんどなかったため、ネットワーク支援を実現する方法が見いだせない学校も多いことがわかった。卒業後も教育機関の情報が就労機関に引き継がれていない。また、教育期に得た高学歴や資格が必ずしも就労につながる現実もある。連携を困難にしている要因として、教育機関には関係機関に関する情報や連携方法についての知識が不足していること、さらには、保護者や本人の理解が得られにくいことが指摘された。将来の就労や生活支援を見通しながら、問題を先送りせず、教育期からネットワーク支援の構築が望まれる。高等学校以降の特別支援教育の体制整備が推進される中で、当面は特別支援教育コーディネーターの機能を強化しながら、教育期のネットワーク支援を構築することが有効と考えられた。

E. 結論

教育から就労にスムーズに移行する上で、就労支援の早期開始や継続のために複数の機関によるネットワークの存在(図1参照)が重要であり、教育機関と就労支援機関の相互理解の促進が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

・鳥海順子:高等教育機関における特別支援教育. 山梨障害児教育学研究, 第5号, -, 2011.

・鳥海順子:障害の気づきから相談機関に至る準備期間—ニューヨーク州周辺の邦人障害幼児事例を通して—. 教育実践学研究(山梨大学教育人間科学部附属教育実践総合センター研究紀要), Vol. 16, 2011.

2. 学会発表

・磯貝順子:「障害の気づきから相談機関に至る準備期間—ニューヨーク州邦人障害幼児事例を通して—」, 第48回日本特殊教育学会大会(長崎大学), 『日本特殊教育学会第48回大会発表論文集』, 364, 2010年9月。(磯貝順子は鳥海順子の学会名である)

3. 文献

- 1) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター(2009)発達障害者の就労支援の課題に関する研究. 調査研究報告書 No. 88.
- 2) 近藤直司(2009)青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業平成20年度総括・分担研究報告書.
- 3) 近藤直司(2010)青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究. 厚生労働科学研究補助金障害保健福祉総合研究事業平成21年度総括・分担研究報告書.
- 4) 日本LD学会研究委員会研究プロジェクトチーム(2008)大学における発達障害のある学生支援事例の実態調査報告—試行的取り組みにみる支援の実際とサポートの充実に向けて—. LD研究, 17(2), 231-241.
- 5) 野口和人(2009)高等学校における特別支援教育の現状と課題—全国調査および訪問調査より—. 発達障害研究, 31, 3, 148-156.
- 6) 高橋知音・篠田晴男(2008)米国の大学における発達障害のある学生への支援組織のあり方. LD研究, 17(3), 384-390.
- 7) 富安芳和(1996)日本発達障害学会第30回研究大会国際シンポジウム「はじめに」. 発達障害研究特集, 17(4), 242-243.
- 8) 鳥海順子・橋本創一・土肥満・竹井ひとみ(2009)発達障害者支援センターなどの福祉分野と教育分野との連携についての研究. 厚生労働省科学研究教育班平成20年度報告書.

9) 鳥海順子(2009)高等学校における特別支援教育の取組. 山梨障害児教育学研究紀要, 3, 64-83.

10) 上野一彦(2010)「発達障害」学生を取り巻く課題と今後の展望について. 大学と学生, 81, 15-21.

11) 山梨県教育委員会(2008)よりよい連携と支援のための特別支援教育コーディネーターハンドブック.

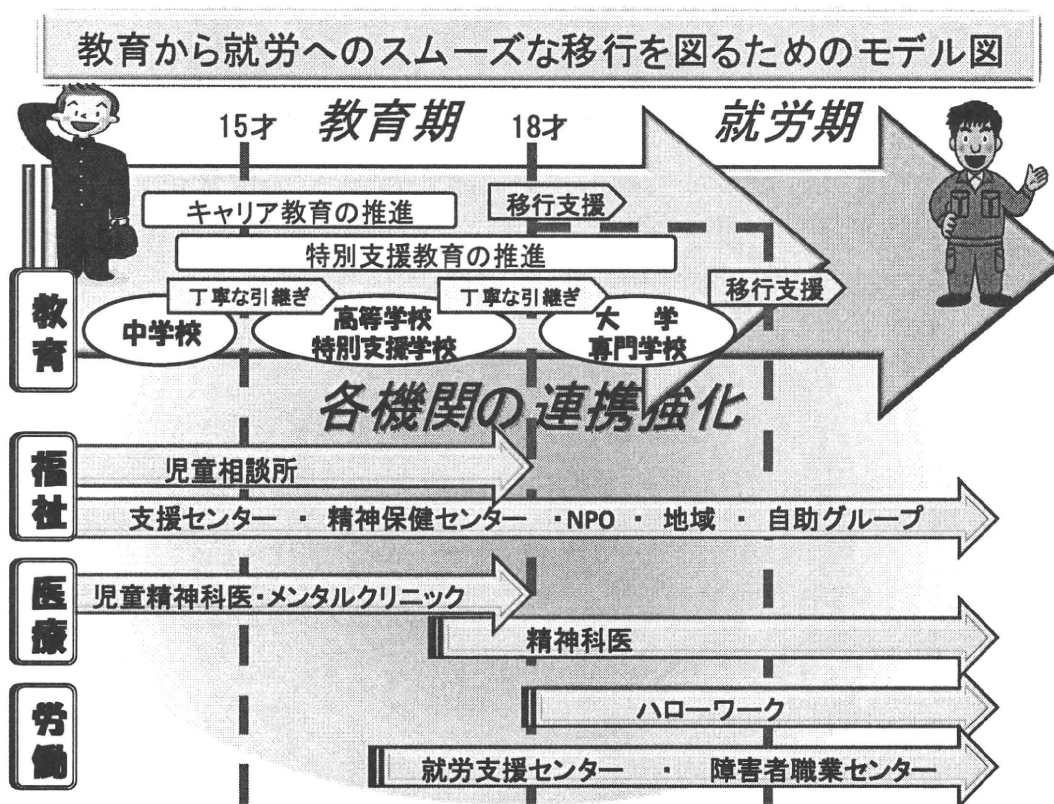


図1. 教育から就労へスムーズに移行するネットワーク支援モデル

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

- ・近藤直司：青年期における発達障害と精神科医療。精神神経学雑誌 111(11):1433-1438,2009
- ・近藤直司、小林真理子、富士宮秀紫、萩原和子：青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて。精神科治療学 24(10):1219-1224,2009
- ・近藤直司、小林真理子、宮沢久江、宇留賀正二、小宮山さとみ、中嶋真人、中嶋 彩、岩崎弘子、境 泉洋、今村 亨、萩原和子：発達障害と社会的ひきこもり。障害者問題研究 37(1):21-29,2009
- ・近藤直司：青年のひきこもり。児童青年精神医学とその近接領域。50(50周年記念号):156-160,2009
- ・近藤直司：ひきこもり。精神科臨床サービス 9(4):507-511,2009
- ・近藤直司：発達臨床とネットワーク支援。精神科臨床サービス（印刷中）
- ・近藤直司：思春期精神科医療に関連する諸機関および連携のあり方。精神科治療学（印刷中）
- ・志賀利一：就労を希望する発達障害者の最近の傾向。梅永雄二編著—発達障害のある人の就労支援ハンドブック、金剛出版。2010.
- ・志賀利一：広汎性発達障害の人たちの就労支援、精神科治療学第 24 卷 10 号、星和書店。2009
- ・塚本千秋、五島淳、住友佳代、池上淳也、中島豊爾：ひきこもって母親を支配していた広汎性発達障害の青年への入院介入。精神科 17(2), 2010.
- ・塚本千秋：大人の都合、大人の安心—児童精神科からみた学校の風景—。こころの科学 151, 2010. pp.41-18.
- ・鳥海順子：障害の気づきから相談機関に至る準備期間—ニューヨーク州周辺の邦人障害幼児事例を通して—。教育実践学研究（山梨大学教育人間科学部附属教育実践総合センター研究紀要）, NO. 16, 38-43, 2011.
- ・鳥海順子：高等教育機関における特別支援教育。山梨障害児教育学研究, 第 5 号, 101-112, 2011.
- ・鳥海順子・古家貴雄・谷口明子・長谷部美佐子・萩原ひろみ・古屋あゆみ・岡村太郎・風間俊宏・山本摂・大脇博・赤岡玲子・望月陵・手塚雅仁・青木洋子・金丸実奈江・花形章・角田修・石井敬・山本英寿・澤登義洋・望月之美・泉晋一：山梨大学教育人間科学部と附属 4 校園との連携に関する研究Ⅱ。山梨大学教育人間科学部紀要, Vol.12, 300-307, 2011.
- ・鳥海順子：高等学校の特別支援教育を進めるために。せいしんほけん。2011
- ・鳥海順子：発達障害事例における関係機関との連携。教育実践学研究（山梨大学教育人間科学部附属教育実践総合センター研究紀要）, Vol.14, 1-8, 2010.
- ・鳥海順子：山梨県内の高等学校における特別支援教育の実態。山梨障害児教育学研究, 第 4 号, 42-49, 2010.

V. 研究成果の刊行物・別冊


症例

ひきこもって母親を支配していた 広汎性発達障害の青年への入院介入*

塚本千秋** 五島 淳** 住友佳代**
池上淳也** 中島豊爾**

Key Words : pervasive developmental disorder, social withdrawal, family violence, obsessive compulsive disorder, involuntary admission

はじめに

近年, 社会的に広汎性発達障害(pervasive developmental disorder; 以下PDD)が注目されているが, なかでも知的障害がない/少ない「高機能」群への支援について多方面で研究が進んでいる。医療のみならず福祉・教育・司法など各分野で知見が集められているが, 今日では, ①早期発見・早期療育, ②発達に応じた環境設定, ③当事者とその養育者の正しい障害受容, ④生涯にわたる継続的な支援, の重要性が共有されている¹⁾。

実際, 早期療育や特別支援教育によって問題なく成長するPDD児/者がいる一方, 発見・介入できないまま思春期を迎え, 二次障害や挫折経験から家庭にひきこもり, しだいに家庭内暴力や触法行為などの不適応を呈する群も存在している。

筆者らは以前本誌で, 不登校から家庭内暴力を呈した広汎性発達障害の中学生に対する入院治療の報告²⁾をしたが, 本稿では10代後半の症例を報告する。この症例は学童期には不適応が目立たなかったが, 思春期になって集団に入れな

くなり強迫症状も強くなって家庭にひきこもった。その後, 母親と弟を支配し, 自分の思いどおりにならないと暴力を振るうようになっていた。

非社会性が顕著な広汎性発達障害者がひきこもったまま青年期を迎えてしまうと, 問題行動が固定化しその修正には強力な介入が必要となる。この症例では, 入院導入までに約1年の両親面接が, 本人の入院治療にも約1年半が必要であった。また, 退院後の状態維持のために現在も定期的な合同面接を続けている。

本稿では, 治療の流れを概観しながら, ひきこもって家族を支配する広汎性発達障害青年へのかかわりの要諦について述べる。なお症例提示に際し, 両親から書面で同意を得たほか, プライバシー保護の観点から本質を損わない範囲で事実関係に大幅に改変を加えている。

症例の概要

症例は, 両親が筆者のもとに相談に来た時点(X年)で18歳の青年A(男性)である。2人同胞の第1子で, 3歳下の弟は当時中学生であった。なお, これより以後, 父親をF, 母親をM, 弟

* Therapeutic intervention to a high-teen-age boy of the developmental disability performing social withdrawal and family violence.

** Chiaki TSUKAMOTO, M.D., Jun GOSHIMA, M.D., Kayo SUMITOMO, M.D., Jun-ya IKEUE & Toyoji NAKASHIMA, M.D.: 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター(☎700-0915 岡山県岡山市鹿田町3-16); Okayama Psychiatric Center, Local Independent Administrative Agency, Okayama 700-0915, Japan.

をB,同居していた父方祖母をGM,同じく父方叔母をCと略記する。

1. Aの発達歴・問題歴

周産期・新生児期には特記すべき問題はない。おとなしく静かな乳児で、1歳半健診や3歳児健診でも問題を指摘されたことはない。Aが3歳のときに弟のBが生まれたが、Bが多動で手がかかったため、MはいらいらしてAやBを叩くようになった(頻回ではなかったが、そのことをAは怨んでいた)。保育園では他児とはあまりかかわれず、遊び相手はBであることが多かったが、小学校では少ないながらも友人ができた。成績もまずまずで行事にもまじめに取り組み、教師の評価も悪くなかった。小学校3年からスポーツ少年団に入ったが運動能力は拙劣で、入院後の本人の話では「劣等感を感じていたが、やめることを言い出せなかった」とのことである。小学校5年頃から、特に誘因なく父親を避けるようになり、家族の中では母親としか話をしなくなった。

中学校に入ると、もともとの内向性に加えて頑固さが顕著になり、徐々に登校を嫌がり始めた。「自分の部屋には自分が認めた清潔なものしか入れない」という不潔恐怖症も発生し、部屋が汚れたと感じるとMに拭き掃除を強要するようになった。中学2年から不登校となり、それ以後、後述するような家族支配が始まった。

2. Aの両親

父親Fは三交代で工場に勤務する工具で、性格的には頑張り屋である。ひきこもって何もしないAが「だらしない息子」に思え、入院して診断の告知を受けた後もなかなか許すことができなかった。Fの父親(数年前に死去)は家庭に無頓着で、Fは「あまりかかわってもらった記憶がない」。そのためFもAを可愛いと思いがながら、「どんな風にかかわればよいかわからなかった」と述懐する。一方A本人は、Fを拒否する理由を「幼児期からのFの体罰」と言っていたが、Fによれば「最近(入院前)、AがMを殴ってそれを制止したとき以外、一度もAを殴っていない」とのことであった。

Mはパート勤務をしていたが、Aの家族支配が強まるにつれほとんど出勤できなくなっていた。面接室では穏和で愛想も良いが、些細な刺激でパ

ニックになりやすい性格である。子育てについては「Aの育児にはあまり困らなかったが、Bの育児では疲れていた」と振り返り、AやBを叩いていたことを認めている。これについてMは(Aに執拗に追求されたこともあって)罪悪感が強く、「Aが自分を殴るのはやむを得ない」という考えをなかなか捨てることができなかった(その点についてFは、「確かにMに体罰はあったが常識の範囲だった」と述べている)。後述するが、Mには常識的な判断がうまくできない上Aとの心理的境界があいまいで、Aからの巻き込み行動にすすんで応じてしまう傾向があった。

3. 問題歴(家族の離散)

入院前の数カ月は、A,M,Fの3人暮らし(Fも離れで生活していたのでAとMは密着)となっていたが、もとはGM,F,M,A,B,Cの6人が一緒に住んでいた(図1)。

中学2年頃からAはFとCを拒否し、家屋の中で会っても顔を背け出会うまいよう行動していた。3年になるとMとBを支配下に置くようになった。Mに対しては、自由な外出を妨げ部屋や浴室の拭き掃除を命令し、Bに対しては「Aに不幸なことが起きないように」とAとともに祈祷することを強要した。その祈祷には「Fに不幸なことが起きるように」という文言も含まれていた。BはAのゲーム機で遊びたい気持ちもあったので、いやいやAの指示に従っていたという。

3年の2学期から、ほとんど登校できないまま中学校を卒業。私立高校の受験をして合格したが、入学式に行くこともできなかった。その後不潔恐怖症が昂じ、A自身も「自分の部屋は清潔領域(聖域)」であるとして入室できなくなり、Bの部屋で生活するようになった。また、家族が自分の部屋の近くにあるトイレを使用することも禁じてしまった。

自分の部屋を奪われた上、おかしな祈祷や拭き掃除を強要され続けていたBは、ある日ついに包丁を持ち出して「Aを殺す」と騒ぎ、Fに取り押さえられた。この事件はBが通う中学校の知るところとなり、教師がBの精神状態を心配して精神科の受診を勧め、平成X年、Bと両親が筆者の下を受診した。

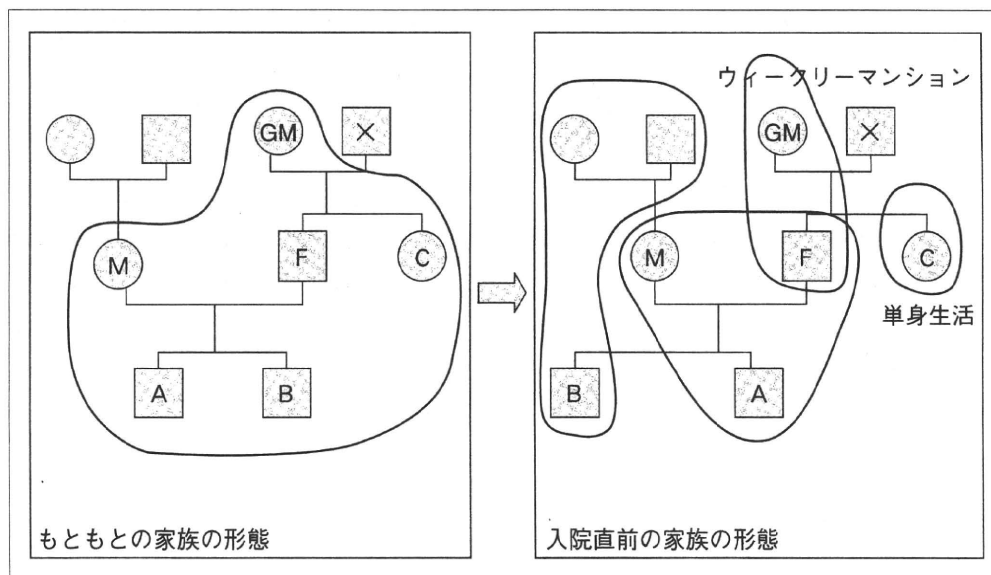


図1 同居家族の変化

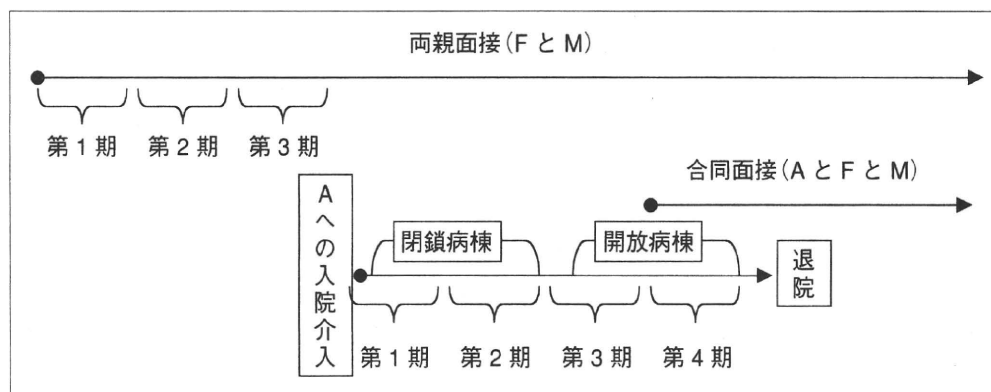


図2 治療の全体的経過(第1期・第2期などの期分けは本文参照)

このときは、長期間ストレスに曝されてきたBのメンタルヘルスが最優先の課題と考えられたため、Bを母親の実家に避難させそこから登校をさせることとした。Aの問題については今後も定期的に両親に受診してもらい、相談を続けることになった。

治療経過

治療は大きく分けて、Aの入院までの両親面接(約1年：第1～3期)と、Aの入院治療(閉鎖病棟8カ月：第1～2期、開放病棟6カ月：第3～4期)、退院後の両親面接と合同面接(約1年～現在継続中)の3つの時期に分かれている(図2)。

1. 両親面接(X年5月～X+1年5月)

a. 第1期：両親のすれ違い

両親が相談に訪れたX年は、Aが高校を中退

しひきこもってからすでに1年が経っていた。Mへの支配と暴力は顕著で、MはAのコンピュータゲームに徹夜で付き合わされたり、夜食を遠くまで買いに行かされたりしていた。

筆者は発達歴や問題歴を聴取し、「背景に発達障害がある強迫神経症」という暫定的な見立てを伝えた。そして、「Aには深刻な強迫症状に加え、心的外傷に基づく刺激過敏性があるため、今は社会参加ができない」として今のひきこもり生活を容認する一方、家族間の関係を「ふつう」に戻すよう両親に助言をした。すなわち、「家族は平等でお互いを尊重する」、「家族はできる範囲で自分の役割を果たす」などである。

何回か両親面接を繰り返したが、MはAからの脅迫(「自殺するぞ」、「火をつけるぞ」など)を含む支配に抵抗できず、Fが「言うことをきかな

くてもいい」, 「暴力には自分が対応する」などと提案しても, 「余計なことをすると(Aが)興奮するので, (Fは)近づかないでほしい」と言い出す始末であった。

FもMもともにAの障害が理解できていない点は共通で, その上でFは「Aの行動はワガママにすぎず, 自殺したり火をつけたりするはずはないから, 言うことをきく必要はない」と主張し, Mは「Aは自分の虐待や学校でのイジメで傷ついた子どもであり, できるだけ本人の希望をきいてやりたい. そうでないと死んでしまうかもしれない」と主張した。

この時期には, Fの仕事が忙しいことやMがAにかかり切りになっていることもあって両親間にコミュニケーションがなく, それぞれが勝手に行動した結果ますます事態が紛糾していることがみてとれた. そこで両親面接では, できるだけ2人の会話を促進するよう心がけた。

b. 第2期: 脱出の計画と実行

もともとAは刺激に敏感であったが, Mを脅している罪悪感を投影してか過敏性を強め, 毎日のように「Cが扉を閉める音がうるさい」, 「夜中にトイレに歩くGMの足音が気に障る」などと言いはじめた. MがCにAへの配慮を頼んだところ, Cはアパートを借りて家から出てしまった. 一方, GMはトイレを我慢し, 自分の部屋に籠もって物音を立てないようになった。

筆者は「Aのために他の家族が犠牲になるのはおかしい」, 「多少はAにも我慢してもらおう」と助言したが, MはAの言いなりになることをやめず, Aのいうとおりに家族を動かそうとした. もともとMには心理的に脆弱な面があったが, 長期にわたるAとの共生生活のために個人としての権利意識を失っているように見受けられた. Aの支配を終焉させるには2人を物理的に分けるしかないと考え, Mに逃げ出しを勧めた. Mは「私も逃げたいが, 夫(F)はともかく, 家に祖母(GM)が残ったら, 何をされるかわからない」とためらった. そこで筆者はFと相談し, 「いざというときの隠れ家(廉価なウィークリーマンション)」を確保し, MやGMが避難できるようにした。

しかし, Mは青あざを多数作りながらも, 逃

げ出しをためらい続けた. その理由は, ①AがMの職場に来て同僚に暴力を振るうのではないかと, ②一人になったら家に火をつけて自殺するのではないかと, ③いったん家を出たら帰ってきたときに怖い, などである. 筆者はMの不安を一つ一つ取りあげてFに意見を求め, 対策を話し合った. Fの方は「Mが出た後は自分が何とかするから, とにかく一度は逃げ出すべき」という考えが固まっていた。

両親面接で何回もシミュレーションを行い, 書き置きの文面も検討した末, Mはとうとう家を出た. 残されたAは, 当初は落ち着かずMの実家の周りをうろうろしてMを探す行動があったものの, それ以降は平穏な様子であった. Fは家の離れから(Aは決して近づかない), 当初は徹夜でAの様子を見守ったが, しだいに安心して眠れるようになった。

c. 第3期: 再び共生生活へ

筆者としてはいったんこのAとFの生活を固定して, Aから何かメッセージが出たときに2人が約束を取り交わして, Mを帰宅させようと思っていた. ところが, 筆者の思惑とは裏腹にMは3週間ほどで戻ってしまった. Mとしては家を空ける期間が長ければ長いほど帰りづらくなると考えたようである。

Mの帰宅時, Aは「自分もつらかったがMもつらかったらう」と穏やかな態度をとり暴力を振るわなくなったが, 3カ月後にはまたさまざまな要求が復活し, 半年経つと前と同じ状態に戻り「今度逃げたら火をつける」とまで言うようになってしまった。

筆者は, 「やはりA自身が変化しようという気持ちにならないと同じだと思う」と両親に直面化をした上で, 「なぜAが今の状態に固執するのか, 一度, 第三者の目でみさせてほしい」とAを入院させるよう勧めた. Mが躊躇したまま数カ月が経過したが, X+1年6月, 暴力に耐えかねたMが再び家出をしたことをきっかけに, Fが警察の協力を得てAを受診させ当院の閉鎖病棟に医療保護入院した。

2. 入院治療(X+1年6月~X+2年9月)

a. 第1期: 入院前生活の再現

入院時, Mへの暴力について筆者らが尋ねる

と、Aは「Mが約束を守ってくれないから」と自分のルールに従わないMに責任を転嫁した。また、Aなりの弁解として「小さい頃からMに殴られたり、Fに制限ばかりされてきたので、自分を抑えこんできた。それでストレスがたまり、自分を抑えることができなくなった」というストーリーが語られた。一方、自分の命令や脅迫がMにストレスを与えていたことが理解できず、「Mがいきなり『殺してくれ』などと叫ぶから驚いた」と語った。また、不潔恐怖症については中学に入って夢精が起きて自分や性的なものが汚らわしくなり、やがて人間が触ったものに嫌悪感を感じるようになっていったとのことであった。

入院当初、スタッフから「家族といえども暴力は許されない」、「母親に頼まず自分のことは自分でしてみよう」と諭されたAは、一見素直に反省して他の患者を見習って病棟生活を送るかのようにみえた。しかし、2週間もするとデイルームには出ずに自分の部屋で過ごすようになった。理由を尋ねると「他の患者の声がうるさい」、「テレビの音が気になる」と刺激回避をしているようであった。薬物療法で刺激の緩和を試みたがあまり変化はなかった。

2カ月もすると「一緒に自立の練習をしよう」と作業を勧めるスタッフを毛嫌いし、別のスタッフが散歩に誘っても応じず明かりを消した自室に籠もって、ひたすらMにあてた手紙を書きつづるようになった。手紙の内容は病院生活についての不満と、自分の欲しいお菓子や本の差し入れを要求するものであった。また、主治医との面談では「自分を傷つける発言をした〇〇というスタッフには部屋に来ないように言ってほしい」とかかわりを拒否する発言を始めた。

社会性の獲得を勧めるスタッフを排除し、自分の思いどおりの生活と好みの品を要求するAの病棟生活は、Fを排除しMに要求を続けた入院前のパターンとまったく同じであった。主治医はAが嫌うスタッフの想いを解説し、「いつか君がづらなくなったときに彼も助けてくれる」と価値づけを続けたが、いったん否定的なイメージが湧くとそれが自分をいじめた級友や父親像と重なり、修正できなくなるようであった。

なお、当初に施行した心理検査(WAIS-IIIや投影法など)では次のような所見が得られた。「VIQ 80, PIQ 90, FIQ 83で知的には平均域ではあるが、群指数では処理速度が有意に低い。視覚認知、形態認知、目と手の協応作業が苦手である。広汎性発達障害の認知特性に加え、社会性の未熟さや家族関係の歪み、孤独感といった課題が絡み合っており、著しく不適応な状態をひき起こしていると推測される。」

b. 第2期：母子関係の再現とその理解—治療関係の成立

やがて自殺をほのめかすような手紙がAからMに届くようになった。そのような手紙の直後には「食べ物がまずいので、フライドチキンを買ってきてくれ」などという現実的な要求の手紙が届くので、Mはますます混乱し「病棟ではちゃんとAが快適に生活できるように配慮してくれているのでしょうか?」と、病院の対応に疑問を呈するようになっていった。このMの行動もまた入院前の行動の再現であり、「周りの人(家庭ではFやGM:病院ではスタッフ)がAの言いなりにならないからAが悲観して死ぬかもしれない」という思考パターンが反復されていた。

筆者はAからの手紙を一つ一つ両親とともに検討し、「死にたい。死んでしまうかもしれない」という手紙は「本人の孤独感や絶望感の表れであり、ことさら対応を要求しているわけではなく、心理的支援が欲しいのである」と解釈し、また、「フライドチキンを買ってきてくれ」というのは「単純な自己愛的欲求なので叶えてあげてもよいが、Mの財布の都合で断ってもかまわない」と指導した。

一方A本人の方には、「『死にたい』というのは君の絶望の表れだから自由に書けばよいが、それを読んだお母さんは不安になってしまうから君を受け入れることをためらうと思うよ」と指摘し、「『死にたいほどつらいから何か慰めてほしい』と書いてみてはどうか」と提案した。

この時期に至り筆者は、MとAの関係を健全で安定したものにしておかないと、変化に弱く被害的になりやすいAの社会性獲得は難しいと考えるようになっていた。すなわち、当面の治療目標を「自立の支援」から「家族の再統合」に

表1 Aからの手紙を素材とした両親面接

Aからの手紙の内容(代表例)	暫定的な分類	MとFが相談して出来上がった対応(Aへの返事)
家族は別のトイレを使ってほしい 顔を洗うのにタオルではなくティッシュを使いたい	OCDとしてある程度やむを得ない 同上	A君の希望を受け入れます A君の希望を受け入れます。でも多量に使う場合は、自分のお小遣いで買ってください。
外出はしたくない	刺激に弱いPDDとしてある程度やむを得ない	外出したくなるまで、しなくてもよいと思います。
昼夜逆転の生活を送りたい	同上	その方が過ごしやすいなら、それでよいと思います。
毎日、コンビニの弁当を買ってきてほしい	あまり意味のないこだわり(同一性の保持)	毎日だとお金がかかりすぎるので困ります。考え直してほしいです。
入院させたお詫びにパソコンを買ってほしい	怒りの持続と、常識的な判断の不足	入院させられてつらいことは理解できます。でも、お父さんとお母さんがお詫びをするのはおかしいと思います。
どうして死ぬほどつらいのに、同情の手紙を書かないのか	怒りの持続と、Mから手紙の読み取りの失敗	毎日A君のことを心配しています。心配していることを手紙で伝えているつもりです。

変更し、ターゲットを「AとMのコミュニケーション」に絞ったのである。

さいわいAは、筆者の「無理に自立しなくても生きていけると思うけれど、お母さんとの関係が以前のままでは2人とも苦しいだけだよ」という指摘には理解を示し、「先生からの『外からの刺激に敏感だから、それに耐えて生きていくのがやっと』という言葉には救われます」と治療を維持するにふさわしい陽性転移が確立されていた。

そのときにはAはまだ閉鎖病棟に入院中であったが、たまたま筆者が開放病棟の医長であったので、「先生の病棟に早く行きたい」と言い始めた。そこで筆者は、『死にたい人』は開放病棟には行けないが、『死にたいほど苦しいから話を聞いてほしい人』なら行けると単純化して繰り返して伝えた。Aの自閉的な生活と悲観的発言は続いたが、「退院後はわからないが、少なくとも入院している間は死にません」と言えるようになったので、8カ月にわたる閉鎖病棟での治療を開放病棟に切り替えた。

c. 第3期：両親面接でのAのメッセージの理解

転棟をきっかけにAの退院意欲が高まったが、それは同時に「(退院後には)〇〇をしたい」、「Mが〇〇をするのはダメだ」などのMへの要求の

再燃を招いた。その結果、多量の手紙が頻繁にMに届くようになり、それを読んだMが入院前の状態の再現を怖れて不安になり、筆者に対応(返事の書き方など)を委ねてきた。そこで筆者は、入院治療に併行して行っていた両親面接でその手紙を題材に、Aの要求を整理しながらAの心境理解や特性理解につなげることにした。

Aの要求には、「不潔恐怖症(OCD)があり、刺激や環境変化に弱いPDD者にとってやむを得ないもの」と、「特に理由のなく始めたことへのこだわり(同一性の保持)」と、「無理やり入院をさせたMやFへの腹いせ(怒りやフラッシュバック)」が混じっていた。また、社会性の乏しさによって生じた「非常識な判断」も認められた。

筆者は、それぞれの手紙でのAの要求が上記のどれに分類されるかヒントを両親に与え、その分類に見合った対応(「返事をしないで無視する」も含む)を考えてもらった。最終的に両親が出した回答をできるだけ尊重しながら、必要な範囲で筆者が修正を加えた(表1)。

「Aの手紙の内容と、それを読んだ両親の理解」、「Mの返事の内容と、それを読んだAの理解」を全体としてみると、両者には次のようなコミュニケーションのすれ違いが見出された。

① Aは「入院生活の寂しさやつらさ」を訴えているが表現力がない上、脅し文句になるので

訴えが両親にまったく伝わらない。

②一方、Aの要求については両親は過大に読み取って不安になったり怒ったりしている。

③MはAを励ましたり力づけようとしているが、行間が読み取れないAにはまったく伝わらない。

④Mは「考えさせてほしい」と回答を留保しているだけなのに、Aは「拒絶された」と絶望してしまう。

筆者は、Aの認知の特性や反応の傾向を両親に解説する一方で、Aに対しても「(お母さんは)拒否しているんじゃないで困っているんじゃないかな」など肯定的な理解の仕方を教育し、両者のコミュニケーションが成立するよう介入を続けた。

こうした手紙の分類や返事の作成作業を通じて、Mが徐々にAに対する恐怖感を減じてきたので、開放病棟に転棟してから3カ月目、ついに「退院後の生活を見据えたA、F、Mの合同面接」をスタートすることにした。

d. 第4期：合同面接

最初の2回ではAから入院生活のつらさを話してもらい、3回目からは「退院後、Aが望んでいること」、「退院後、家族が心配していること」をテーマに話し合った。当初、問題は10個以上あったが、AやMの譲歩により数回目の合同面接で半分以上が決着した。しかし、何度話し合っても「毎日、コンビニの弁当を食べたい」、「1時間出しゃばなしでシャワーを浴びたい」、「高額なパソコンを買いたい」の3つについては(経済的な事情もあり)、なかなか合意に達しなかった。

筆者は両者に妥協を求めず、「今日は決まりませんでしたね。次回また話し合ひましょう」というように平行線を維持した。別に行われている両親面接では、Aの主張に迎合しようとするMをFと筆者とで説得し、譲らないように仕向けた。

平行線の面接を繰り返すうちに、Aは筆者の回りくどい言い方に対しぶつと吹き出すことがあった(筆者「430円の唐揚げ弁当と480円のハンバーグ弁当で合計910円だよ。だとすると(電卓で計算する)1カ月で2万7千3百円になるね。お母さんは1人分1万円で作ることができ

ると言っているから、1万7千3百円の損になるね」など)。

Aが面接中に笑うことで面接の空気は一気にほぐれ、MもFもかなり自由に発言することができるようになっていった。2週間ごとに合計10回の合同面接の末、両者はついに一致点を見出し、外泊と退院が本決まりになった。

しかし、AにはFに対する恐怖感と嫌悪感が残っていた。そこで、外泊を前に1回5分という短い時間からAとF2人だけの面会を設定した。その際には部屋の前に筆者が待機し、Aが不安や恐怖を感じたらただちに退室させることを約束した。予測に反し、初回からAとFは雑談を交わすことができた。「いろいろ迷惑をかけて済まなかった」と謝るAに対して、Fは全経過を通じてはじめて心からの涙を流した。

外泊や退院に際しての約束事も合同面接で煮詰めたが、それについては省略する。

3. 退院後の外来治療(X+2年10月～現在)

退院後のAはMへの支配や暴力はまったくなく、平等な立場での対話が成立している。Mも習い事や買い物に自由に外出できるようになった。Aは夕方に起き出してゲームとインターネットをしながら過ごしている。

MとFは2週に1回、昼間に両親面接を受け、それとは別にA、M、Fは夜間の時間枠で合同面接に通院している。家庭ではAとFの対話はほとんどないが、合同面接への道中では穏やかに言葉を交わしているとのことである。

考 察

1. 本症例の診断と現況へと至った原因について

Aには刺激に対する過敏さと社会性の遅れがあったが、幼少時期から小学校低学年までは不適応が目立たなかった。小学校高学年から徐々に社会性の乏しさや同一性への執着が露呈し、中学校では不登校となった。高校には入学するもののまったく登校できず、やがて不潔恐怖症から母親への支配を強め家庭にひきこもり続けている。

こうした発達歴・生育歴と症状から、Aを強迫性障害とアスペルガー障害と診断することが

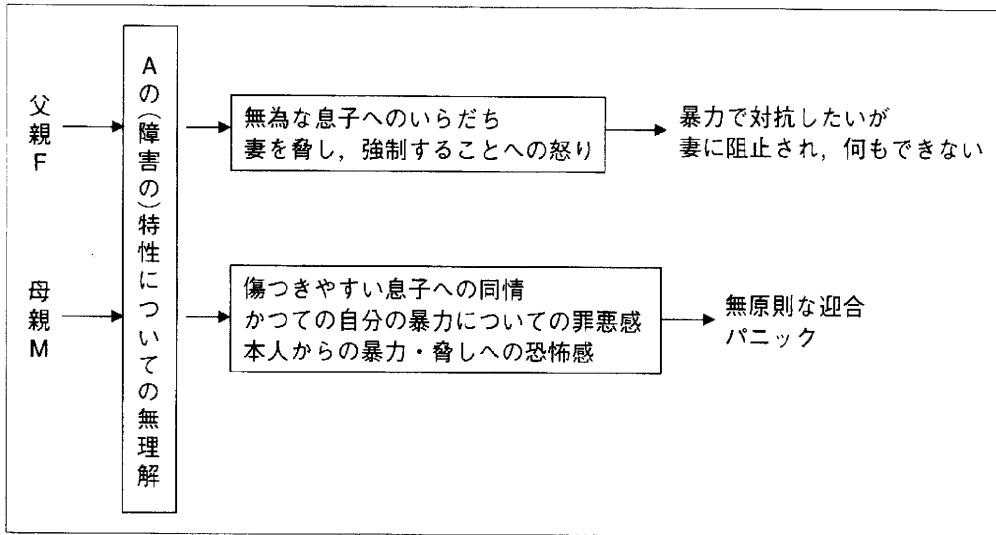


図3 両親の当初の心理状態

できる。一方、心理検査(WAIS-III)では広汎性発達障害を示唆する所見はあるものの、典型例に認めるような極端な所見はない。それにもかかわらず、Aがこれほどの不適応を呈した原因として以下の諸点があげられる。

a. 本人の特性や養育環境上の問題

① Aの対人行動特性が受動型で、幼児期から小学校低学年までは大きな問題を呈さなかったため介入が遅れた。

② 母親(M)の気分が動揺しやすく、繊細で過敏なAの心理的安全基地として機能することが難しかった。

③ 多動の弟(B)に家族の関心が向き、Bの行動やBを叱るMの行動により心的外傷を被った。

④ 父親(F)の育児への関与が少なく、Aとの関係性の基盤が脆弱であった。

b. 問題発生後の環境の問題

① FもMもAの特性(過敏性やこだわり)が理解できず、結果としての問題行動だけに目を向けていた。

② 両親間の対話が乏しいうえ「物事を相談して決める」という習慣がなかったため、不安になりやすいMがAの要求にまったく抵抗できずに支配された。

③ MやFの不安定な対応がAに不安やパニック状態を招き、それが悪循環になった。

④ 家族以外の第三者が長期間介入できなかつたうえ、発達障害についての専門的な支援がま

たくなかった。

受動的な行動特性を持ち児童期に不適応の少ないPDD児が後年、対人関係上の傷つきからひきこもりを呈することが多いことが知られており³⁾、本症例にもあてはまる。

2. 入院前の両親面接について

経過の項で述べたように、両親ともに「Aに発達障害がある」という認識がまったくなく、その「Aの特性への無理解」を前提に、Fは「いらだちや怒り」を、Mは「同情、罪悪感、恐怖感」を感じていた(図3)。

特にMは「いつ殴られるかわからない状態」に長期間置かれて疲弊しており、暴力の犠牲者として感情麻痺の状態にあった。

最終的にAへの支援を構築することが治療の目的であることは言うまでもないが、この状態でまず行うべきことは両親への支援である。特に、事件や事故を防止する体制を作り、それをMに伝えて安心を得ることが基盤となる(図4)。

筆者は両親に「当院は精神科救急病院なので、危険な場合には24時間いつでも受け入れる」ことや、「すでにAについての情報はスタッフ間で共有されている」ことを伝え、病院全体が家族を支えているという姿勢を示した。また、「AとMのような関係性にひとたび陥ると、なかなか自分たちだけで解消するのは難しい。本人を入院させて物理的に分けるのが有力な選択肢である」という認識も示した。

このような「安全保障」の基盤上で、両親のそれぞれが不安や恐怖や怒りを言語化し、感情の安定化を図るとともに、それぞれの考えやお互いに対する感情を言語化させて、2人の認識の違いを確認していった。この両親の場合は、MはAに対する罪悪感が強いのか状況を変化させる意欲に乏しく、FはAへの嫌悪感が強く懲罰的な行動を志向しがちであったので、それぞれの想いを丁寧に扱った。

このように家族の感情を安定化させそれぞれの認識を明確にした上で、Aに障害がある可能性を示唆してその特性や特性に基づく行動パターンを解説・教育した。児童期に問題がなかったこともあり2人にはAの障害がぴんとこないようであったが、刺激過敏性と不潔恐怖は理解できたのでそれへの対応方針を共有することができた。

さて、不適応行動を呈する思春期・青年期症例の親面接を行うと、家族が「話し合っ物事を解決する」という習慣がないことがよく経験される。この両親にも「話し合う」習慣がなかったので、両親面接で「Aの問題行動と対応」をテーマに話し合いを行わせ、「話し合う」習慣作りを行った。10代後半の症例の場合、良くも悪くも非常にパワーが強いため両親同盟の強化が必要であり、そのためにも「話し合い」の習慣作りは重要である。

3. 入院治療での工夫

A本人の入院治療では、当初「Aの自律(自立)性の獲得」を目標に複数のスタッフがかわろうとした。しかしAの抵抗が著しく強くスタッフが価値下げされてしまったために、目標を「家族との共存」に修正せざるを得なかった。結果として、本人の病棟でのひきこもり生活を容認し、退院後のひきこもり生活もいったん是とすることになった。

青年期に不適応を呈するPDD者は多様であり、外界への希求性がある症例の場合には入院介入後に社会性の獲得を目標にしたプランを計画し、実施することができる⁴⁾。しかし、Aのように外界への希求性が著しく低く、排他的な感情から母親にすがりついているような症例の場合には、そのようなプランを提示しても合意が得られな

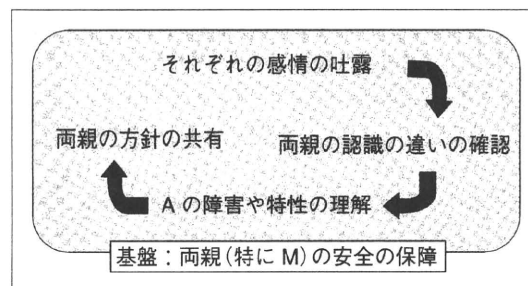


図4 両親面接で扱われたこと

い。この症例でも、社会性の獲得という課題が手つかずで残ってしまったが、一度の入院ですべてができるわけではなく時間をかけた取り組みが必要なのであろう。

むしろ、「家族との共存」を目標にしたことにより、Aの認知やコミュニケーションの特性のみならずFやMの特性が浮かび上がってきた。「Aの障害の問題」でも「Aのワガママの問題」でもなく、「家族間のコミュニケーションの問題」と捉え直すことでAに話し合いの余地が生まれ、そのことによってAの孤独感や不満感は癒されて、結果的に家族に対する支配や行動化を減じることができたのであろう。

合同面接には10回5カ月という長期間を要したが、面接中に深刻な対立や行動化は発生せず、どちらにも面接意欲の低下は認めなかった。FとMを対象とした両親面接を入院前から長期にわたって繰り返して準備してきたことと、Aと筆者の間に一定の関係性が育ったという2つの要因が合同面接を支えたものと思われる。

また、閉鎖病棟→開放病棟→外泊練習という段階を設定したことで、不安の強さから迎合的になってしまっていたMが少しずつ自分の考えや提案をAに伝えることができるようになっていった。入院前のMは、Aの歯止めのない要求に対し譲歩に譲歩を重ねては最終的にパニックに陥って(そうなるFも関与してくるから)、それがAに混乱をひき起こしていた。M自身のパニックの減少が、Aの安定にもつながっているように思われる。

おわりに

広汎性発達障害(pervasive developmental disorder; PDD)の存在を背景に、集団への不適

応からひきこもり母親を支配して暴力を振るっていた症例を報告した。

こうした青年への介入には、「ひきこもり青年への支援」と「PDD特性を持つ者への支援」という両方の視点が必要である。特に受動型の行動特性を持ったPDDの場合、PDDらしさが把握しにくいために後者の視点を欠いた支援になりやすい⁵⁾。そうすると、たとえば「本人の自己認知と家族による本人理解がずれたまま、徐々に問題が修正不能になっていく」などが起き、後になって「成長を見守っていたつもりだったが、何をやってたのだろう?」となってしまう。

また、逆にPDD支援の視点だけになってしまうと、ひきこもり青年に認める多様性やその心理状態の多層性・多重性が見落とされ、ふくらの乏しい直線的な支援になりやすい。ときに「支援ではなく社会適応の強要」が発生してしまい、当事者の「言いたいけれど言えない」、「わかっているけれどできない」などという心性が置き去りになることがある。

また本稿では、両親面接と家族間のコミュニケーションへの介入を強調したが、ひきこもる青年への支援に「家族療法の技法」が必要であることは言うまでもない。このように考えると、ひきこもるPDD児/者への支援には、PDDそのものの知識に加え、目前の人への共感と受容・力動的な理解・薬物療法・強制的な入院の枠組みと手続をはじめとする、これまでの精神科医療が培ってきたノウハウのすべてが要請される、といっても過言ではないであろう。

本研究は厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者:近藤直司)

⁶⁾の助成を得て行われたものである。

文 献

- 3) 近藤直司. 在宅青年・成人の支援に関する研究—ライフステージから見た青年・成人PDDケースの効果的支援に関する研究—. 厚生労働科学研究. 研究代表者 神尾陽子. ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援の在り方に関する研究. 平成20年度 総括・分担研究報告書. 東京:厚生労働省; 2009.
- 1) 杉山登志郎, 河邊真千子. 高機能広汎性発達障害青年の適応を決める要因. 精神科治療学 2004; 19: 1093-100.
- 5) 十一元三. アスペルガー障害と高次対人状況. ころの臨床アラカルト 2006; 25: 241-5.
- 2) 塚本千秋. ひきこもりと家庭内暴力を呈する発達障害の男子中学生への入院介入. 精神科 2008; 12: 221-30.
- 6) 塚本千秋, 安松昭子, 松原 悟, ほか. 高機能広汎性発達障害の青年・成人は精神科病院をどのように利用し, どのように支援を受けているか. 厚生労働科学研究. 研究代表者 近藤直司. 青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究. 平成20年度総括・分担研究報告書. 東京:厚生労働省; 2009.
- 4) 塚本千秋, 安松昭子, 土岐淑子, ほか. 高機能広汎性発達障害の青年・成人はどのように危機を乗り切っているのか~比較的適応のよい群に注目して~厚生労働科学研究. 研究代表者 近藤直司. 青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究. 平成21年度総括・分担研究報告書. 東京:厚生労働省; 2010 in press.

* * *

障害の気づきから相談機関に至る準備期間 — ニューヨーク周辺の邦人障害幼児事例を通して —

How should we support parents who noticed their child's developmental disabilities?
— Analysis of Cases of Japanese Infants with Developmental Disabilities around New York —

鳥海 順子*
TORIUMI Junko

要約：筆者は前回の報告で、早期に障害児と関係機関との連携を促進する要因として、相談から関係機関につなげられるキーパーソンの存在、集団適応の困難さに対する周囲の理解度、保護者が教育相談に至る準備期間の支援の重要性を指摘した。今回は、これらのうち、相談機関に至る準備期間の過ごし方について検討し、その時期の支援のあり方を考察した。その結果、保護者の不安を受け入れ、継続的に関わること、相談機関や今後の支援等の情報を伝えること、保護者のその時々のお気持ちを大切にすることが重要であることが示された。

キーワード：障害幼児、障害の気づき、相談機関に至る準備期間

I はじめに

保護者が障害についての何らかの気づきを持ちながら、早期療育機関に至るまでに平均1年を要している(磯貝, 2007)。千葉市(1999)の調査においても、保護者が幼児の発達に関して何等かの不安を抱いてから、最初に早期療育の場に至る期間は、医療機関等への相談を経て約1年である。磯貝(2009)、鳥海(2010)は保護者の気づきをできるだけ早期に専門機関への相談につなぐ留意点について下記の点が重要であると指摘した。

1 相談から関係機関につなげられるキーパーソンの存在

保護者の疑問に真摯に応え、必要な関係機関に適切につなげる調整・連絡を実行してくれる専門家の存在が、保護者の不安を軽減し、適切な支援につながる。関係機関で情報を共有するためのツールとして今後期待されている「個別の教育支援計画」の作成および有効活用の実現においても、このようなキーパーソン(専門家)の存在は重要と思われる。

2 集団適応の困難さに対する周囲の理解度

集団適応を困難さに対する周囲の理解度を高めるためには、集団の場である教育機関がその困難さの要因を対象児や家族に帰するだけでなく、複数の視点を持ち、自らも指導方法やクラス運営に対する関係機関からの支援を得ることが重要である。

3 保護者の気づきから相談に至る準備期間の支援の在り方

保護者が専門機関に相談するまでの期間をできるだけ短縮するためには、この時期を相談までの重要な準備期間として捉えた。この結果は、高倉・山田(2007)が行った「相談に期待する役割に

*障害児教育講座

関する調査」結果と類似している。すなわち、発達が心配になった時期には「話を最後まで聞いてくれた。」「話をするだけでも気持ちが落ち着いた。」「保護者の意向や気持ちを踏まえて、アドバイスをしてくれた。」等相談先の姿勢であった。その上で、専門機関（医療機関、保健所、保健センター、療育機関）には丁寧な説明や情報提供を、友人・知人には心情部分のケアを求めている傾向があった。

本研究では、これまで米国に駐在する邦人家庭の邦人障害幼児が早期療育に至るまでの状況等を報告してきた。米国では既に1963年のPL88-156法で診断とスクリーニングの実施や妊婦と就学前幼児のケア・プログラムが制定され、1986年のPL99-457法（早期介入法）によって「乳幼児からの包括的なサービス」が整い、1997年のPL105-17法には、障害児家族への援助を行うために「親の訓練・情報センター」の設置等、家族支援を含む障害児支援に必要な項目が就学前から成人期まで整備されている。早期介入の中心は家族支援である。

保護者の障害の気づきができるだけ早期に相談機関につながり、早期療育を開始するために、本報告では前回の考察をふまえ、相談機関に至る期間を準備期間として捉え、準備期間にどのような点に留意することが必要であるかについて検討することを目的とする。事例としては、早期介入が制度として整っている米国ニューヨーク州周辺の邦人障害幼児事例を取り上げ、これらの事例が、具体的に準備期間をどのように過ごしていたのかについて検討する。

II 研究方法

1 研究対象

ニューヨーク周辺在住邦人幼児のための親子教室の利用者の中で、米国での査定の結果、早期介入が必要とされた米国在住の事例A、事例B、事例C、事例D、事例Eの5事例。

2 聴き取り調査

保護者が生育歴について語った録音データを起こした資料のうち、保護者の障害への気づきから相談機関に至るまでの部分を以下の視点で分析した。

- ①保護者の障害への気づきの時期
- ②保護者の障害への気づきの内容
- ③第一相談者
- ④相談機関に至るまでの準備期間の過ごし方

III 結 果

1 事例A

事例Aは男児であり、米国で生まれた。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者のAに対する障害への気づきの年齢は1歳6ヶ月であった。

②保護者の障害への気づきの内容

Aはひとりで遊んでいることが多く、親におもちゃなどを見せにこない。手がかからない子どもという印象だった。知らない所でも平気で走り回っていた。1歳8カ月になって、日本人のプレイグループに参加した。そこで他児と比較して気づきが確信に変わったと感じた。

③第一相談者

他児との違いに不安を覚え、プレイグループの先生に相談したところ、遅れを指摘された。

④相談機関に至るまでの準備期間の過ごし方

邦人の経営する幼稚園に入園しようと事前訪問をしたところ、幼稚園から日本人の心理士を紹介され、査定を勧められた。できることは、家庭でも行っていこうと考え、排泄の自立など家庭での訓練を開始した。幼稚園に入園した翌月に相談機関にて査定を受けた。

2 事例B

Bは男児で、日本で生まれ、生後2歳6ヶ月で渡米した。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はBが生後8ヶ月の時に障害に気づいた。

②保護者の障害への気づきの内容

ハイハイ、お座り、つかまり立ちなどの気配がなく、運動面が遅れていることに不安をもっていた。また、話しかけても反応がなく、視線が合わなかった。不安はあったが、上の子もいて子育てが大変な時期だったため、Bがおとなしくて手がかからなかったことで、助かる面もあった。

③第一相談者

1歳児健診で心配な点を相談し、リハビリテーションセンターを紹介された。リハビリテーションセンターに連絡をしたところ、3カ月待ちだった。（日本）

④相談機関に至るまでの準備期間の過ごし方

健診で相談をしてから、しばしば保健師による訪問や電話連絡があり、関係機関について紹介を受け、見学などを行った。渡米が決まった時には担当医に相談し、日本語環境で育てるよう助言を受けた。

3 事例C

Cは男子で、日本で生まれ、1歳9カ月で渡米した。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はCが生後2歳7カ月頃障害に気づいた。

②保護者の障害への気づきの内容

プレイグループに参加したところ、座れない、皆とダンスをするのを嫌がる、靴下が脱げない、絵が描けない、不器用さなどが見られた。しかし、すぐには問題と感じていなかった。邦人幼稚園の面接、1日入園を経て、査定について言われた。

③第一相談者

プレイグループの先生

④相談機関に至るまでの準備期間の過ごし方

幼稚園での指摘を受けて、夫婦で相談をしたが、遅れについての認識はまだ低かった。査定のこと幼稚園から突然言われた感じだったので、説明がほしかった。その後、アメリカの特殊教育に関する保護者向けの冊子（日本語版）によってシステムを理解することができた。

4 事例D

Dは男児で、日本で生まれ、1歳9カ月で渡米した。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はDの生後1歳頃に障害への気づきがあった。

②保護者の障害への気づきの内容

保護者（母親）の気づきの内容は、人に無関心、物を額に当てたり、壁伝いに往復したりするなど奇妙な行動が見られた。落ち着かなく、自分の思うようにならないと頭を床に打ち付けた。

③第一相談者

母親が1歳半健診で相談したが、大丈夫だと言われた。

④相談機関に至るまでの準備期間の過ごし方

2歳から親子教室に通ったところ、他の同年齢の子どもとの差に驚き、ショックを受けた。親子教室で他の利用者から教育相談室の情報を得た。

5 事例E

Eは男児であり、日本で生まれ、2歳7カ月で渡米した事例である。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はEの生後1歳頃に障害への気づきがあった。

②保護者の障害への気づきの内容

保護者（母親）の気づきの内容は、ことばの発達が遅い、真似がみられないことであった。

③第一相談者

母親が1歳半健診でことばの遅れ等を相談したが、様子を見るように言われた。2歳児健診においても問題にならなかった。

④相談機関に至るまでの準備期間の過ごし方

知人等から個人で情報を集め、日本では親子教室に通っていた。渡米してから日本人向けのプレスクールに入り、査定を受けることになった。

IV 考 察

狩野(2009)は父親として、妻から生後4カ月目の我が子について「名前を呼んでも目を合わさない。」という訴えを聞き、この気づきを否定するため書物を調べ、自閉症を知ることになった。この懸念が真実になることを恐れて、我が子を1歳半健診にも連れて行けなかったという。結果、保健師の自宅訪問があり、その場で、療育センターに行くように勧められ、障害告知への不安が増幅していったと記している。「幼稚園における障害のある幼児の受け入れや指導の在り方」の研究（峡南幼稚園・増穂教育委員会, 2005）によれば、保護者の障害に関する気づきは乳児期から2歳頃までが多く、気づきの内容は「言葉」「体の成長」に集中していた。障害の気づきに対して、半数くらいの保護者は「非常に心配した」「かなり心配した」と回答し、3割から5割の保護者が保健所で指摘を受け、児童相談所や療育機関を紹介されていた。専門機関からの助言に対しては「やっと理解してもらえて安心した」「保健所で子どものことを覚えていてくれて心強かった」「早く専門家のアドバイスを受けたかった」「病気と闘おうと思った」と肯定的に受け止めた保護者がいた一方で、「信じたくなかった」「すごく衝撃を受けた」「あまり話を聞いてもらえず、目立ったり問題があったりする子はすぐに児童相談所へ行けばという感じで不快だった」と否定的に答えている保護者もみられた。このように、障害への不安を持ち始めた保護者にとって相談機関への道程は、複雑な思いを抱え、想像以上につらく長いと言えるだろう。筆者は、このような時期にある保護者こそ支援を強く必要としていると考えている。しかしながら、子どもの障害の種類や程度、保護者の個人的要因や家族の置かれた環境的要因の違いなどもあって、保護者への支援の在り方は非常に難しく、一律に論じることはできない。しかしまた、この時期の支援のあり方がその後の療育や教育への信頼に大きく影響を及ぼすと考えられる。このため、本報告では既に相談機関に至った米国の事例を通して、

この時期の支援のあり方を考えることにした。少数事例ではあるが、相談機関に至る準備期間の過ごし方については、次のようなものがあった。

- 1 保護者が今できることを始めること（事例A、事例D、事例E）
- 2 第一相談者（機関）が密に連絡をとること（事例B）
- 3 第一相談者（機関）が相談機関まで紹介すること（事例C）

保護者が今できることを始めるのは、障害の気づきの中で動揺している保護者にとって実際には難しい。野口（2001）が指摘しているように、一貫して相談機関や療育機関への連絡調整をしてくれる専門家の存在が望まれる。その意味で、第一相談者の役割は重要である。特に、今回の事例でみると、我が国の保健所や我が国および米国の親子教室や幼稚園などの幼児教育機関は、保護者が身近に相談できる専門家と言える。

V 結 論

以上、保護者の気づきから相談機関に至る準備期間の過ごし方について下記の点に留意することが重要であると考えられた。

1 相談機関や今後の支援等の情報を伝えること

米国の特殊教育に関する保護者向けの冊子には、地域の支援体制や支援に至るプロセスがきめ細かく記載されている。気づきから相談機関に至る準備期間に、支援に関する詳細な情報を伝えることは、心の準備を促し、希望につながる。

2 保護者の不安を受け入れ、継続的に関わること

保護者が訴えてきた障害に関する気づきの内容とともに、保護者のもつ不安な気持ちを受け入れながら、保護者と共に歩んでくれる支援者がいることを伝えるためには、こまめに連絡をとることが重要である。

3 保護者のその時々を大切にすること

気づきを否定してほしい、理解してほしい、説明してほしいと揺れ動き、変化する保護者のその時々を気持ちを真摯に受け止め、誠実に応えていこうとすることが大切であり、そのような支援者（機関）が傍らにすることが、相談機関に至る準備期間の意義を高めると言えるのではないだろうか。

（本論文は磯貝順子（2010）に加筆修正したものである。なお、磯貝順子は烏海順子の学会ネームである。）