

dren : Strengthening the human spirit. The Hague, Holland : Bernard van Leer Foundation, 1997.

[Summary]

Using longitudinal data, we examined how maternal depression approximately 7 years and 6 months after childbirth is affected by the child's behavior and other factors pertaining to the mother. In hierarchical regression analyses, the mother's depression was accounted by her postnatal depression, the acceptance of her maternal role, the child's inattention/hyperactivity and the interaction of the child's inattention/hyperactivity with

the acceptance of her maternal role. Furthermore, we confirmed that mothers with a more positive cognition of their maternal role were less likely to be depressed owing to inattention/hyperactivity in their children. These results show that the mother's acceptance of her maternal role moderates the association between the child's behavior and maternal depression.

[Key words]

the mother's acceptance of her maternal role, inattention/hyperactivity, depression, cohort study, resilience

グループに求めること
——児童精神科病棟の子どもの変化からみえてくること——

渡部 京太

【集団精神療法】
第29巻2号（2013年12月10日）別刷

シンポジウム

グループに求めること ——児童精神科病棟の子どもの変化からみえてくること——

渡部 京太*

Key words

community meetings, conductors, childhood and adolescence, shadow groups
コミュニティ・ミーティング、コンダクター、児童・思春期、裏グループ

要約

私が病棟というグループに求めていることは、仲間関係で挫折して入院してきた子どもがもう一度「グループを信頼できる」という体験をもてる環境を提供することだと思っている。入院してくる子どもの雰囲気はずいぶんと変わってきている印象がある。以前の子どもの多くは神経症圏の登校拒否児で「学校に行かなければならないけど行けない」という超自我不安に脅かされ、「葛藤」しているように見えた。一方、最近入院してきている子どもは不適切な養育環境で育ち、さらに不登校によって仲間集団の中でもまれるという「葛藤」を経験できていないことから、「欠損」という表現の方がふさわしいのかもしれない。子どもが自分を作る作業には、子どもはグループの中で大人（スタッフ）に見守られながら「からかわれ」、仲間集団でもまれる「葛藤」を体験し、「グループを信頼できる」という感覚を得ることが必要だと思う。

おばあちゃんが、「子どもをからかうと面白いね」って毎日言っていた（細野 2008）。

I. はじめに

第30回大会のテーマは「コミュニティと集団精神療法」であるが、この発表は児童精神科病棟というコミュニティからの報告である。そしてシンポジウムのテーマは「グループに何を求めるか」である。私が病棟というグループに求めていることは、仲間関係で挫折して入院してきた子どもがもう一度「グループを信頼できる」という体験をもてる環境を提供することだと思っている。私の

立場も児童精神科を統括する立場に移りつつあるところであるが、シンポジウムでは病棟ミーティングをはじめとした集団精神療法を通して見えてくる子どもの変化を報告し、「まともなことを言わない」コンダクターの私がどのように子どもに関わっているかを見直してみたいと思う。

II. 「グループを信頼できる」ということ

私は学生の時に国府台病院児童精神科病棟を見学を訪ねたことがあった。小学校高学年のトゥレット障害の男児と仲よくなった。中学生の子どもは、男児のチック症状を容赦なくからかってい

What is desired from groups: Understandings from the changes in children from a child and adolescent psychiatric ward

* 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科（〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1）

Kyota Watanabe, M.D., Ph.D.: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516, Japan

た。男児は私といることで、からかわれることは少なくなったようだった。見学の最終日に男児は「僕も中学生になったら病棟の先輩みたいなことをやってみたい」と話し、倉庫に私を連れて行き、『登校拒否大憲章』を見せてくれた。大憲章は、入院していた子どもが「登校拒否を誇りに思え」など登校拒否児の心意気を示したものだ（大上 1984）。私は、子どもが入れかわっていく病棟において子どもの作った文化が引き継がれていくことを興味深く感じた。私は出身大学の精神科に入局し児童精神医学を志すことにしたのだが、その外来にはファミコンが置いてあり、診療の合間にスタッフや子どもが過ごす「たまり場」があった。主に不登校状態の神経症と軽度発達障害の子どもがその場を利用し始めた。しばらくすると神経症の子どもがリーダーシップを発揮し、子どもの発案によってさまざまな活動が行われ、自発的な交流の場になっていった。構造が緩やかな「たまり場」であっても子どもの自然な回復力を刺激して、セルフヘルプ的なグループを新たに作り出し、予想以上の大きな効果を生み出すことを経験した。この「たまり場」の経験は私に集団精神療法への興味を呼び起こし、また「グループを信頼できる」という感覚をもたらしたように思う。「グループを信頼できる」ということは、グループに参加しているメンバーひとりひとりを信頼できるという意味ではなく、グループが問題を解決していく力をもっており、そのグループが問題を解決していくというプロセスを信頼できるということである（相田 2006）。

その後、私は国府台病院に勤務するようになり、病棟ミーティングと称したコミュニティ・ミーティングを始めた。児童精神科病棟は小学生高学年から中学生を対象とした開放病棟で、小学校、中学校の病院内学級が併設されている。病棟の子どもの7割は不登校の問題があり、入院しながら病院内学級に通学するという、いわば全寮制の学校のような入院生活を送っている。病棟には、病棟ミーティング以外にもスタッフが参加する構造化されたさまざまな活動集団療法が行われている。

もちろんであるが、スタッフの目が届かないところで子どもが集まる裏グループも存在している。

この数年に限っても入院してくる子どもの雰囲気はずいぶんと変わってきている印象がある。ひとつは子どもの中で不登校であることの葛藤が少なくなってきたということがある。さらに、家族機能が崩壊した家庭で育った子ども、注意欠如・多動性障害（ADHD）や広汎性発達障害（PDD）、境界知能といった軽度発達障害の子ども、長期に及ぶひきこもりのために対人関係のスキルの未熟さが目立つ子どもの入院が増え、入院待機者のために1人あたりの入院日数もずいぶんと短くなってきており、仲間集団を形成することが以前よりも困難になってきていることがある。子どもの変化は、①リーダーシップを発揮し大人（治療スタッフ）に対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきていること、言いかえると素直、従順に見える子どもが増えたと言えるかもしれない、②子どもは大人との交渉のやり方をほとんど知らず、大人から何か言われると「どうせ自分のことをわかってくれない」とすねることはなく、むしろ「何を言っても無駄」と初めから期待はしないというように大人に頼ってこなくなってきたこと、③自分のよいところを見つげだされることをひっそりと待っている子どもが増えてきている、というようにまとめることができるかもしれない。リーダーシップを発揮しスタッフに対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきていて、子どものグループが形成されにくくなり、子どもの自主性だけに任せておけないような状況になってきている。今年度から児童精神科病棟では、①児童ミーティングのやり方を変える、②中学3年男子のミーティングを開始するという新たな試みを行った。児童ミーティングは、病棟行事の役割を決める、ルールを確認し決めるという目的で、主に子どもが司会をして行われるミーティングである。児童ミーティングはこれまで月1回行われてきたが、月2回1回30分とし、病棟にその日勤務しているスタッフはなるべく参加し、子どもに話し合いのやり方を教えるように働きかける

ように心がけてもらった。というのは、スタッフの助言がないとなかなか進行していかないためである。そして、児童ミーティングでの話し合いのプロセスや決定したことをホワイトボードに書き残し、病棟ホールに掲示するようにした。中学3年男子ミーティングは、児童精神科医2名が参加し中学3年男子と話し合い、上級生の役割の確認、病棟文化の継承を目的に行われている。

「登校拒否大憲章」を作った子どもの多くは神経症圏の登校拒否児だった。「学校に行かなければならないけど行けない」という強い超自我不安に脅かされ、「葛藤」し悩み入院に至ったと考えられる。一方、最近入院してきている子どもは不適切な養育環境で育ち、さらに不登校によって仲間集団の中でもまれるという「葛藤」を経験できていないことから、「欠損」という表現の方がふさわしいのかもしれない。

Ⅲ. 病棟ミーティングを通してみえてくる子どもの変化

① 病棟ミーティングの構造

病棟ミーティングは週1度、1回45分の設定で病棟のホールで椅子を円く並べて行っており、45分のうち40分はテーマを特に定めず自由連想的な方式で進め、残り5分は病棟からの連絡事項を伝えるという構成である。椅子の円には入らずに、ホールのソファに座っていて発言する子どももいる。入院している参加可能な患者（基本的に自由参加）、治療スタッフとしてコンダクター（以下、Condと略す）は筆者、臨床心理士2名、児童精神科医師2～3名、当日出勤している看護スタッフ1～2名である。病棟ミーティング終了後に、参加スタッフで15分のレビューを行っている。レビューの時には、その日のミーティングの雰囲気や短い言葉でまとめ、タイトルをつけるようにしている。

② 最近の病棟ミーティングを通してみえてくる子どもの変化

例年、秋になると「子ども vs スタッフ (大人)」のサッカー大会が開催されるのが常であった。今年度はスポーツをする子どもが少なく、サッカー大会の開催が危ぶまれる状況だった。Condがある秋の病棟ミーティングで、「ゲーム大会を許可するから。ゲーム大会で勝った人には賞品も出すから」と懇願してサッカー大会の実施にたどりついた。サッカー大会の結果は、4対0で大人の勝利に終わった。子どもは「卓球大会だったら大人に勝てるかもしれない」と、「子ども vs 大人」の卓球大会を企画しようとしたが、師長は子どもが作成した企画書のあまりの整わなさにあきれ企画書は受理されずに、そのまま開催されることはなかった。筆者は「しょうがない男子だ」と思いながら、否定しているばかりではどうにもならないだろうと思い、中学生男子グループの2学期終了時の打ちあげで行われた焼き肉大会に差し入れをしたり、中学3年男子が企画して行われたゲーム大会の賞品を差し入れしたりした。ゲーム大会の賞品は1位とそれ以外には相当の格差をつけた。ゲーム大会は下級生が優勝し、中学3年男子は「1位の賞品がなんであんなにいいんだ」と話し、筆者は「だったらどうして1位を目指さないのか」と逆につっこみを入れたくなるような気持ちになった。結局、『ワタナベノミクス：(注：安倍晋三第96代内閣総理大臣が第2次政権で掲げた金融緩和政策の「アベノミクス」とかけた)』はなんの効果もなかった。その後、中学3年男子はだんだんと病棟ミーティングに参加しなくなり、加えて中学3年は公立高校入試を前にして早々と単位制や通信制高校への進学を決めていき、退院していった。病棟では、下級生の人数が増え、次第に発言力も増していき、残った中学3年は下級生に注意できず、看護スタッフに「下級生を注意してくれ」と頼みこむ始末だった。普段の病棟は21時の消灯以降も23時まではホールで話をしたり、図書室で勉強することは許可していた。21時以降の

ホールでは中学3年女子のAさんの周囲に下級生男子が集まり楽しそうに話をしていた。Aさんの両親は、父親が母親に暴力をふるい、母親はアルコール症となって、母子が分離できない状態になり、Aさんは長期の不登校となっていた。Aさんはどうせ何をしても無駄と院内学級にも登校せず、高校にも行かないと宣言していた。受験を控えたB君、C君などの中学3年男子は、Aさんや下級生男子を苦々しく思っているようだった。

卒業まであと1ヶ月という頃に、仲間集団の中に入れず進路について家族ともめていた中学3年や退院した中学3年のあとに新たに入院してきた子どもが連続して無断離院をすることがあった。その日の病棟医は、「21時消灯」「17時から閉鎖病棟」「勉強したい人のみ夜間の図書室の利用を認める」からなる「非常事態宣言」を発令した。

③ 冬のある病棟ミーティング

1) 病棟ミーティング (X回)

「非常事態宣言」直後のミーティングは、筆者は学会のために不在だった。多くの子どもが参加し、その回では病棟ルールの変更が話題になった。中学3年男子が「これまで図書室を使っていなかった下級生が図書室にくるようになってにぎやかになった」と発言すると、下級生男子は「中学3年優先といっても勉強していない」、さらに中学3年男子は「俺たちは学校に行って勉強している。ルールは来年の3年が決めればいい」と発言した。そのような応酬の中で中学2年のW君（不登校）が下級生を代表して、「入院の目標は交友関係を広げることだから、話をするのが大切なので話す場所がほしい。学校に行けなくて悩んで入院してきている。学校に行かなくてはいけないと思っても行けない」と発言し、下級生男子はAさんをかばっているようだった。W君の発言に対して、B君（不登校）は、「ほんとうは俺達がしっかりしなきゃいけない。注意できない俺達がいけない」と語った。C君（不登校）は「世の中いるんな人がいるのだから、苦手な人ともつきあい方、折り合いのつけ方を学ぶのも入院していることの意味

だと思う」と語ったが、C君は受験前から軽躁状態で、なんとなく浮ついているように聞こえたという。レビューではX回のタイトルは「中学3年の自覚」となった。

2) 病棟ミーティング (X+1回)

ミーティングの前に、子どもは要望書を師長に手渡した。筆者は師長から「子ども達は病棟ミーティングで話し合いたいようです」と手渡された。Condがミーティングでその要望書を読み上げると、グループの円の外にいた子どもが集まり始めた。Condは読み上げながら、おそらくAさんと中学3年の女子Dさん（不登校）が書いたのだろうと思った（要望書の内容は表1に示した）。Dさんの母親は双極性障害で感情の起伏が激しく、Dさんの誕生のために自分の人生はだいなしになったと感じていて、Dさんの成長には一切手を貸そうとはしなかった。Condは、図書室は23時まで勉強したい人は使用してもいいが中学3年を優先することを明確化し、「非常事態宣言」が発令される前の病棟では何が起こっていたのかを子どもに問いかけ、「中学3年は受験が大変になってきて、下級生が元気になってきてパワーバランスが崩れたのか」と伝えたが、子どもからははつき

表1 子どもが書いた要望書の内容

- ・23時消灯にしてください。
- ・カードゲームをやる時間があるんだったら、勉強でもすれば？（特に受験生）。
- ・受験のために先週から21時から中学3年を優先するのは別にいいんですけど、勉強しているのが2、3人って、どうなんですか？
- ・他の学年を追い出さたくせに本当に勉強する気があんのかよ。
- ・そろそろ受験も終わると思うので、下級生も図書館を使ってもいいと思います。
- ・受験が大変なのはわかりますが、下級生の居場所について責め立てすぎではないでしょうか？

Condは「下線つき」はAさん、「下線点線つき」はDさんの発言と感じた。

りした反応は返ってこなかった。さらにCondが「『子ども vs 大人スタッフのサッカー大会』をして雌雄を決し、病棟のルールを元にもどすのはどうか」と提案すると、中学3年男子は「いいねー」、下級生男子は「上手な奴がいるから、今度は大人に勝てるかも」と話し、中学生女子は「なんで男子の対決で決定されるのか?」と不服そうだった。

X+1回のミーティングのレビューでは、中学2年を中心とした下級生が成長してきているのはもちろんであるが、中学3年男子も成長してきているということが話題になった。それは、中学3年男子はCondがいる「表舞台」で発言できる一方、下級生はCondがいない「裏舞台」では発言できるもののCondがいる「表舞台」では発言できないということから見てとれた。X+1回のタイトルは「W君 vs W (Condのイニシャル)」となった。

ミーティング終了後、受験のためミーティングに出席できなかったC君が師長に「中学3年がない時にルールを変えるのはおかしい」と話し、臨時のミーティングを開催することを要求した。そして、要望書を書いたと思われるAさんに「学校に行っていないやつに勉強をしていないと言われてたくない。男子としゃべって、お前は水商売しかねない」と言い、Aさんが泣き出してしまった。師長のとりなしでAさんは泣き止み、翌日に臨時のミーティングが行われることが決まった。

臨時のミーティングでは、Dさんは「お互いにお話しあえばいいのではないか」と話してミーティングをリードし、「中学3年優先で、お願いされたら譲ったらい」ということになった。

④ 2回の病棟ミーティングについての考察

中学3年の子どもにとって、進路を決め、卒業・退院していく秋から冬にかけての時期は、不安が強まり煮つまりやすい。ふつうは家族がこうした状況を受けとめるものであるが、入院治療を必要とする子どもではその親の役割の一部をスタッフや子ども同士で引き受けている。子どもは、

「裏グループ」や夜の「裏舞台」での話し合いや活動を通して「グループを信頼できる」という体験を積み重ねて成長してきていることがうかがえた。冬には中学3年の退院が増えたためその存在感がさらに希薄になり、下級生の発言力が増した。新たに子どもがばたばたと入院し、仲間集団に入れていない中学3年や新入院患者が連続して無断離院し、病棟には「非常事態宣言」が発令された。病棟ミーティングでは、Condの「サッカー大会で雌雄を決して病棟のルールを元に戻そう」という「からかい」に、子どもはまんまと乗っかって（正確には乗っからないで）、「裏舞台」で活発に話し合いをしたり、臨時の児童ミーティングを開いたりした。臨時のミーティングでは、リーダーシップを発揮できていなかった中学3年の子どもがリードして図書室使用のルールに折り合いをつけた。X回、X+1回、臨時のミーティングの経過は、このようにまとめられるだろう。

ある研究会に提出した時に、①Condの子どもをからかうようなアプローチが特徴的、②かつての病棟ミーティングのCo-Condから「病棟ミーティングが病棟で行われているグループの中心になっている」「病棟ミーティングは「表舞台」で、病棟には主治医の面接やその他にも子どものグループ＝「裏舞台」がいっぱいある」というコメントをもらった。このふたつを軸に考察する。

「からかう」という言葉を辞書でひくと、「①相手が困ったり怒ったりするようなことをしておもしろがる。揶揄(やゆ)する。②負けまいとして張り合う。争う。また、葛藤する。」と書かれている。興味深いのは、「からかう」が「葛藤すること」と関係があるということである。スーパービジョンのために録音おこしをしていると子どもを相手にまともなことをほとんど話していない自分に気づき恥ずかしくなってしまうのだが、子どもを「からかい」、まともなことを言わないCondは、子どもの目にはどのように映るのであるか? 子どもには、お説教されない、価値を押しつけられない、率直な反応が返ってくると感じられるかもしれない。大人から説教されて正論ばか

り言われると、子どもは押しつけられたと感じたり、反発したり、うのみにするということがおこるだろう。「お説教」されないと、子どもは別のやり方を考えるようになるかもしれない。また、子どもは「君の言っていることは正しい・間違っている」という大人の評価には敏感なため、「お説教」されないことで何でも話せる、かっこよく話さなくてもわかってもらえると感じるかもしれない。Condの率直な反応に、子どもは「うざい」「むかつく」「ずるい」と言うことが多いが、子どもは怒られるというおののきを感じてはいないだろう。グループでのCondの「からかい」に、中学3年の子どもが「あいつ（Cond）は、いつもあーなんだよ」と反応すれば、「空気が読めない」と言われているPDDの子どもにも「からかっている」というのは伝わっているようである。このようなやりとりを通して、病棟に長期間入院している子どもや年長の子どもから後輩にCondのミーティングのやり方が伝わっていているのかもしれない。このような形で病棟のグループの文化はできていくと思われる。

⑤ まとめ

私が児童精神科病棟というグループに求めていることは、仲間関係で挫折して入院してきた子どもがもう一度「グループを信頼できる」という体験をもてる環境を提供することである。

卒業までのAさん、Dさんの経過についてふれておく。Aさんは、主治医との面接で進路の話題について話すことを避けていたが、C君との一件の後は具体的に話せるようになった。女子グループの打ちあげ（筆者はチーズフォンデュを行うために差し入れをすることになった）の後、Aさんから「打ちあげがとても楽しかった」と感謝された。これまでAさんから話しかけられることはなかったのだが、筆者が（すごく楽しかった？）と尋ねるとAさんは涙ぐみながらうなずいた。C君から非難された時にAさんはよく無断離院をしなかったと思うが、おそらく下級生や中学生女子との仲間意識が無断離院せずに病棟に踏みとどまら

せたのではないと思う。また、Dさんは筆者が入院中の個人精神療法を担当していた。卒業間近の面接でDさんは「何人かの中学3年が退院していった。この先連絡をとらない子もいるな」と思った。Dさんは「家族みたいなもの」だから」と言っていた。私は性格が悪いかもしれないけど、こういうところで生活する人はそういうことを言うのだと思った。でも、外泊から戻ると安心するし、逆に焦りや恐怖もある。「家族みたいなもの」というのは、仲間意識みたいなものかなーと思った」と語った。入院治療を通して、Aさん、そしてDさんは、「家族みたいなもの」「仲間意識みたいなもの」を新たに経験したといえるかもしれない。筆者は、この「家族みたいなもの」「仲間意識みたいなもの」という経験は「グループを信頼できる」という経験をしないと得られないと考えている。

「欠損」状態で育ってきて入院治療を必要とする子どもには、①安心できる暖かみのある環境を提供し、子どもの中にすでにある健康な部分ややさしい部分を育てる、②一貫性のある大人が持続的に関わり、養育の不十分さのために学習していないこと、例えば家族、社会、生き物、世界についての現実的な知識の獲得を援助する、といった「欠損」を補うマネジメントが必要になる。さらに、子どもが自分を作る作業には、子どもはグループの中で大人（スタッフ）に見守られながら「からかわれ」、仲間集団でもまれる「葛藤」を体験し、「グループを信頼できる」という感覚を得ることが必要だと思う。

謝辞

スーパーバイザーとしてご指導いただいている鈴木純一先生に深く感謝申し上げます。また、本稿は2012年11月に東京で開催された小寺グループ理論セミナーに提出したケースを基にしました。討論していただいた先生方に感謝申し上げます。

《文献》

相田信男 (2006) 集団精神療法の効き目と落とし穴—集団は信じられるか—。実践・精神分析的な精神療法—個人療法そして集団療法—。東京：金剛出版, 203-208。
大上守・本間こずえ・齊藤万比古・真下弘・奥村直史・

佐藤至子 (1984) 登校拒否児の入院治療—甘えをめぐる葛藤を克服した1事例をとおして—。小児看護, 7(9), 1067-1074。

細野晴臣 (2008) 分福茶釜。東京：平凡社。

COLUMN

無題

精神科クリニックでうつ病リワークデイケア（大規模）を始めて5年が過ぎた。プログラムでは集団精神療法、集団認知行動療法、アロマリラクゼーション（マインドフルネス）、SSTといったプログラムの他に、デイケア運営会議や部署を作り上げ、模擬会社に見立てたロールプレイを行う等、様々なグループプログラムを行っている。

常勤スタッフはメンバーと共に朝のミーティングから帰りのミーティングまでの週5日、6時間、一定期間（平均6か月～8か月）グループ体験をしていると言ってよい。当然、個別面談や、プログラム以外の集まり等のインフォーマルなサブグループが有機的もしくは渾然と影響しあいながら一つの文化を作り上げている。

卒業後再休職しないで、仕事を継続される人達のほとんどは、復職という目先の目標に捉われず、その人らしさについて何か

しらの手応えを感じているように見える。例えるなら、グループ体験を通じた相互学習の中で、自分の人生をコンダクトしていくことに幾ばくかの自信を取り戻しているようだ。しかし、当の支援者である私は、復職への期待から生じる圧力と、当時グループサイコセラピストになったという気負いを感じていて、心理的探究をしなくてはいけないという専門家としての役割に縛られていたように思う。そんな折、私が担当しているグループを検討した際、スーパーバイザーから「私のグループになっていないか。他のスタッフもメンバーも含めた私達のグループになっていく必要があるのではないか。」という指摘を受け、私は役割を手放すことの悲しみと解放感を体験した。また、当学会の相互研修という理念の元で行われた、体験グループでの個人的体験と臨床場面での体験がつながり、この私もデイケア集団の中で、グループ体験を通

じ学び成長しようとするメンバーのサブグループの一員であるという意識が芽生えた。そんな風に思いを巡らしていると、私自身が、これまでも、随分このデイケアグループに育てられてきたんだということに気付かされる。

今年からは、スタッフ同士がメンバーと共に個人と集団との関係性を探求し理解していこうとする試みがようやくスタートした。丁度、このタイミングで、当学会誌で鴨澤会員が取り上げられているシステム、センター、グループサイコセラピーの研究会を東京で嶋田会員が立ち上げられ、そこに参加できたことは、私にとってまたとない機会となった。機能的サブグループを体験しただけでも多くの刺激を受けた。今後もグループの体験と理解を深め、臨床場面に生かしていければと考えている。

（あらかししょうたろう）

荒木 章太郎

医療法人爽風会 心の風クリニック

【特集 メンタルヘルスにおける家族支援の意義】

発達障害児・者をもつ保護者への支援とレジリエンス

Support for caregivers of individuals with developmental disorders and their resilience

鈴木浩太¹⁾、小林朋佳¹⁾、稲垣真澄¹⁾

Kota Suzuki, Tomoka Kobayashi, Masumi Inagaki

I. はじめに

注意欠如・多動性障害 (attention deficit hyperactive disorder; ADHD)、自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder; ASD)、学習障害 (learning disorder; LD) などの発達障害児・者に対する治療・療育において、患者である子ども・成人への治療介入だけではなく、その保護者・家族を様々な視点から支援することも欠かせない。例えば、メンタルヘルスを維持する要因として「レジリエンス」すなわち、「弾力性」や「跳ね返す力」を意味する物理学用語に由来した概念が最近着目されている。このレジリエンス概念は、発達障害児・者をもつ保護者支援においても重要な視点であると考えられる。そこで、本稿では、保護者と子どもの関係性の視点からレジリエンス研究を紹介しつつ、発達障害領域におけるレジリエンスの概念をまとめ、保護者支援におけるレジリエンスの意義について考察する。

II. 保護者と子どもの関係

保護者の養育態度や行動が子どもの発達に影響を与えることが様々な研究により指摘されている。例えば、双生児をもつ母親の養育態度と子どもの行動を検討した Tully et al.¹⁷⁾ は、低出生体重児群では5歳時点の行動が、体重正常群 (2500g 以上群) に比べて ADHD 特性が高い傾向があることを見出した。さらに、児の出生体重が将来の ADHD 症状出現に対して及ぼす影響は母親の養育態度の暖かさに

よって和らぐことも指摘した。また、出生時から学童期まで追跡した縦断的なデータを分析することで、乳幼児期の母親の養育態度が学童期の子どもの行動特性に影響を与えていることを明らかにした研究¹³⁾ もある。その研究では、幼児期での母親の養育態度が暖かいと学童期に至った子どもの向社会性は増加することが判明している。

また一方、保護者の養育態度・行動も子どもの影響を受けるものと考えられる。発達障害児の子どもの行動上の問題は、保護者のストレスを高め、メンタルヘルスを悪化させることが報告されているからである^{6)・8)}。また、子どもの外向的問題行動を主訴として相談機関に受診・来談した保護者は、保育園、幼稚園、小学校に通う子どもの保護者よりも不適切な養育を行っていたという⁹⁾。これらの知見は、子どもの問題行動が顕著な場合には、保護者が子どもを取り巻く問題に円滑に対処することができず、自身のメンタルヘルスが悪化することや児に対して不適切な養育を行ってしまうことがあることを示唆している。

以上のように、①保護者の不適切な養育が子どもの行動に悪い影響を与えることと、②子どもの問題行動が保護者の養育に悪い影響を与えること、という相互関係が想定され、発達障害児の養育においては子どもと保護者の関係性が悪循環に陥ってしまう可能性があると考えられる。

III. レジリエンスについて

レジリエンスは、一般的に、メンタルヘルスを著しく悪化させる状況や環境に関わらず、良好に適応する過程として定義される。レジリエンスの要素には、自身の能力や性格だけではなく、家族や社会など、周囲からの支援が含まれる。レジリエンスは、当初、コホート研究の中で検討された概念である。

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
知的障害研究部

Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP)

精神疾患の発症リスクが高い状況においても良好に適応した子どもはレジリエンスが高い者 (resilient) として調査され、レジリエンスの各々の要素が明らかになってきた^{5), 12), 20)}。その後、レジリエンスは、パートナーとの死別や災害など、メンタルヘルスを著しく悪化させる様々な要因に適用されてきている^{2), 3)}。

このようにレジリエンスが様々な領域に適用されてきたが、領域によってメンタルヘルスに影響を及ぼす環境、状況、要因、または良好に適応した状態が異なるため、すべての対象に適用可能な形でレジリエンスの要素を明らかにすることは不可能であろう¹⁸⁾。一方、発達障害児・者の保護者においては、レジリエンスの明確な定義が確立されておらず、定義を模索しながらレジリエンスの要素が研究されている状況である。

IV. レジリエンス概念の適用

前述したように、発達障害児・者をもつ保護者は、子どもの行動特性からメンタルヘルスが悪化する傾向があるため、レジリエンスを適用できる状況に置かれていると考えられる。現在、発達障害児・者のレジリエンスを扱っている研究として、Bayat¹⁾と鈴木ら¹⁵⁾の研究があげられる。それぞれ異なるレジリエンスの定義を用い、構成要素について調査している。以下に、これら2つの研究で示されたレジリエンスの概要について簡潔にまとめていく。

Bayat¹⁾は、ASD児をもつ家族に対して、家族が危機やストレスを乗り越える要素である家族レジリエンス (family resilience)¹⁹⁾を適用した。患者家族への質問紙調査を行い、自由回答データをまとめ、ASD児をもつ家族レジリエンスとして以下のカテゴリを抽出した。すなわち、「家族が団結すること」、「困難な状況から前向きな意味づけを得ること」、「世界観を変えること」、「強みを肯定し、障害の困難さを共有すること」、「宗教的な体験と信仰」の5つである。

鈴木らの研究¹⁵⁾では、発達障害児・者をもつ保護者においてレジリエンスを適用するにあたり、文献研究を行い¹⁶⁾、“養育困難があるにも関わらず、良好に適応する過程”として養育上のレジリエンス (養育レジリエンス) を定義した。そして、ASD児・者をもつ母親における養育レジリエンスの構造を明らかにするため、母親に半構造化面接調査を行い、

子育ての様子を聞き取り、逐語記録について質的に分析した。その結果、「親意識」、「自己効力感」、「特徴理解」、「社会的支援」、「見通し」の5つのカテゴリで構成される養育レジリエンスのモデルを示した。親意識は、子育てに取り組む姿勢に関連し、自己効力感は、これまで行ってきた養育に対する自信や達成感を表すものである。鈴木らの養育レジリエンスモデルでは、子どもを取り巻く問題が生じた時に、これら2つの要素 (親意識、自己効力感) がキーとなり、母親の対処行動を促すものと想定している。また、子どもの特徴を理解し、相談相手を得て専門機関とのつながりなどの社会的な資源を把握し、今後の見通しを持ちながら、適切に対処する方法を母親自身が導き出していると仮定している。

両研究においては研究対象がそれぞれ家族¹⁾、母親^{15), 16)}というように異なっているものの、子どもに対する養育態度や子どもの捉え方が保護者レジリエンスに含まれるものと考えられる。また、「家族が団結すること」や「社会的支援」のように、養育者が一人で対応を考えるのではなく、子どもに関わる者たちが協力できる体制があることもレジリエンスを高める構成要素のひとつと想定される。両研究とも、質的分析に基づいたレジリエンスの仮説であるため、今後は、実践的な検証や定量的な解析による検証が必要となると考えられる。

V. レジリエンスの意義

先行研究においては、レジリエンスという用語が使用されていないものの、養育や子どもの捉え方や社会的支援によって保護者の抑うつやストレスが軽減されることが示唆されてきた。例えば、養育に対して肯定的な感情を抱く保護者もおり、その肯定的な感情が養育困難に良好に適応する要因となることが報告されている⁷⁾。また、子どもの多動・衝動性が高いほど母親の抑うつ傾向が高まる関係があるが、母親役割を肯定的に受容している母親では、子どもの多動・衝動性が抑うつ傾向に及ぼす影響がみられないという指摘もされている¹⁴⁾。自閉症児をもつ保護者において、社会的支援の不足が抑うつやストレスの増大に影響することが示されている⁴⁾。このようにレジリエンスの構成要素は、保護者のメンタルヘルスの維持につながるため、保護者のレジリエンスの向上が子どもと保護者との関係性の悪化

を解決するための手がかりとなることが期待される。レジリエンスとして統合的にその効果が検討されていないので、今後、更なる検討が行われることで、保護者支援における有益な情報が得られていくものと期待される。

レジリエンスは、保護者が行っている対応方法を直接的に表しているのではなく、発達障害児・者に関わる様々な問題に良好に適応するための要素である。そのため、発達に伴う子どもの変化によって大きく変わるものではない。一方、子どもの発達に伴い、保護者に要請される対応も変わっていく（例えば、乳幼児期の子どもに対して適切とされる養育を青年期の子どもに行った場合、不適切とみなされることもある）。支援者が保護者の現在の対応方法に着目することは必要であるが、それに加え、レジリエンスを踏まえた長期的な視野をもつことも重要になると想定される。

発達障害児・者をもつ保護者を対象とした研究や実践では、「障害受容」についても注目されてきた。「ショック」、「否認」、「悲しみと怒り」、「適応」、「再起」など、段階的に障害受容が経過することも仮定されるが、障害受容後に子どもの障害を認めたくない気持ちや、障害に対する負の感情が再燃する慢性的悲哀が考慮されることもある^{10)・11)}。慢性的悲哀は養育困難に適応するための自然な反応であることが多いので、保護者の慢性的悲哀を悪い症状として捉えて過剰に適応を促すべきではないとする意見もある¹¹⁾。レジリエンスは、保護者を障害受容とは異なる側面から捉えることができるので、支援者の慎重な判断につながるものが期待される¹⁵⁾。

レジリエンスは、発達障害児・者をもつ保護者支援において重要な視点となり得るものであるが、レジリエンスに含まれる要素が発達障害児・者をもつ保護者支援で考えられていなかったということではなく、要素の多くは支援者が考慮しているものと推察される。レジリエンスという枠組みの中で様々な要素を総合的に検討することで、治療・療育法を裏付ける基礎的な知見に発展する可能性が予測される。最近、発達障害領域の支援者としてペアレントメンターが注目されている。メンターを養成するという取り組みにとっても、支援の多様な要素として捉えるよりもレジリエンスとして総合的に捉えた方が理解しやすいとも考えられる。

VI. まとめ

本稿では、発達障害児・者をもつ保護者と子どもの関係性を考察し、保護者の不適切な養育が子どもの行動に悪い影響を及ぼしうること、子どもの問題行動は保護者の養育を悪化させること、という悪循環の相互作用による悪循環を指摘した。また、発達障害児・者をもつ保護者のレジリエンス要素として、養育や子どもに対する捉え方や社会的支援があると考えられた。先行研究から、保護者と子どもとの間の悪循環を断ち切る要因として、レジリエンスが重要な視点になり得ることが予測された。発達障害児・者をもつ保護者のレジリエンスに関する研究的知見はまだ不足しており、今後、レジリエンスの構成要素の更なる検討や、メンタルヘルスまたは養育態度との関係の調査研究を進展して実施する必要性があるものと考えられた。

謝辞

本研究の一部は、平成26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（障害政策総合研究事業（身体・知的等障害分野））H24身体・知的—一般—007）「発達障害児を持つ家族の支援ニーズに基づいたレジリエンス向上に関する研究（研究代表者：稲垣真澄）」の援助を受けた。

文 献

- 1) Bayat M: Evidence of resilience in families of children with autism. *J Intellect Disabil Res* 51: 702-714, 2007.
- 2) Bonanno G A, Moskowitz J T, Papa A et al: Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *J Pers Soc Psychol* 88: 827-843, 2005.
- 3) Bonanno G A, Galea S, Bucchiarelli A et al: Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol Sci* 17: 181-186, 2006.
- 4) Boyd B A: Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. Focus on

- Autism and Other Developmental Disabilities 17: 208-215, 2002.
- 5) Garnezy N, Masten A S, Tellegen A: The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Dev* 55: 97-111, 1984.
 - 6) Harrison C, Sofronoff K: ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 703-711, 2002.
 - 7) Hastings R P, Taunt H M: Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 107: 116-127. 2002.
 - 8) Hastings R P, Kovshoff H, Ward N J et al: Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of preschool children with autism. *J Autism Dev Disord* 35: 635-644, 2005.
 - 9) 井潤知美: Parenting Scale 日本語版の作成および因子構造の検討. *心理学研究* 81: 446-452, 2010.
 - 10) 中田洋二郎: 子どもの障害をどう受容するか: 家族支援と援助者の役割. 大月書店, 東京, 2002.
 - 11) Olshansky S: Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework* 43: 190-193, 1962.
 - 12) Rutter M: Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 147: 598-611, 1985.
 - 13) 鈴木浩太, 北 洋輔, 井上祐紀他: 豊かな出産体験が母親の養育態度と学童期における子どもの行動に与える影響. *脳と発達* 44: 368-373, 2012.
 - 14) 鈴木浩太, 北 洋輔, 加我牧子他: 子どもの行動特性と母親の抑うつ傾向の関連性: 母性意識の効果について. *小児保健研究* 72: 363-368, 2013.
 - 15) 鈴木浩太, 小林朋佳, 森山花鈴ほか: 自閉症スペクトラム障害児・者をもつ母親の養育レジリエンスの構成要素に関する質的研究. *脳と発達*: 印刷中.
 - 16) Suzuki K, Kobayashi T, Moriyama K, et al: A framework for resilience research in parents of children with developmental disorders. *Asian Journal of Human Services* 5: 104-111, 2013.
 - 17) Tully L A, Arseneault L, Caspi A et al: Does maternal warmth moderate the effects of birth weight on twins' attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and low IQ? *J Consult Clin Psychol* 72: 218-226, 2004.
 - 18) Tusaie K, Dyer J: Resilience: a historical review of the construct. *Holist Nurs Pract* 18: 3-8, 2004
 - 19) Walth F: The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family process* 35: 261-281, 1996
 - 20) Werner E E: High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry* 59: 72-81, 1998.

報 告

発達障がい診療における保護者支援のあり方

—母親が振り返る「子育て」の視点から—

小林 朋佳^{1,2)}, 鈴木 浩太³⁾, 森山 花鈴³⁾
加我 牧子⁴⁾, 稲垣 真澄⁴⁾

〔論文要旨〕

発達障がい診療における保護者支援のあり方を検討するため、発達障がい児を15年以上育ててきた母親23名に半構造化面接を行った。子育てのポイント、母親が自分に対して心がけていることや専門家と社会に求める点について検討した。母親は子どもとコミュニケーションをとり、子どもの良いところを発見し伸ばす養育態度を持ちつつも、子ども自身に苦手な点を認識させ、助けを求めることなどの代替手段を教え、目先のことより先を見据えた子育てを心がけていた。このような子育てを促すために、医療従事者は母親の心情に配慮し、正しい診断と適切な治療を提供することが重要と考えた。生涯を通じた発達障がい児・者と保護者を支援する体制の充実が求められていた。

Key words : 発達障がい, 自閉症スペクトラム, レジリエンス, 保護者支援, 子育て

I. はじめに

発達障がい児が示す症状、例えば落ちつきのなさ、指示の入りにくさなど注意や社会性の問題を改善するためには、本人への治療・介入に加えて、本人を取り巻く環境因子の調整を行うことも重要である¹⁾。一般に、発達障がい児をもつ保護者は、健常児の保護者に比べて育児ストレスを多く経験すると指摘されており²⁾、養育の中心的役割を果たす保護者、とくに母親のメンタルヘルスの維持向上は、発達障がい診療に欠かせない視点と言える。

われわれは先に、発達障がい児の診療経験が豊富な医師（小児神経科医、児童精神科医）8名に対して半構造化面接調査を行い、医師が保護者へ働きか

けることにより子どもの症状や社会生活が好転するケースや診療に苦慮するケースの保護者の共通点を医師に尋ねた。その結果、子どもの症状や社会生活が好転するケースに共通する因子として、①積極的な思考を持ち、未来に肯定的な期待を持つ母親、②子どもの長所を育て、子どもに合わせた対応をする母親、③専門家や家族とコミュニケーションがとれる母親の3点が見出された³⁾。

本研究では、発達障がい児を15年以上育ててきた母親に対する面接調査を実施した。そして保護者の特性や養育態度および母親が求める支援ニーズについて検討し、養育者のレジリエンス（困難に打ち勝つ力、しなやかな強さ）の向上に寄与する保護者支援方策を考察した。

Support for Parents of Children with Developmental Disabilities :

[2561]

Effective Attitudes and Parenting Skills Based on 23 Mothers' Experiences

受付 13. 9.20

Tomoka KOBAYASHI, Kota SUZUKI, Karin MORIYAMA, Makiko KAGA, Masumi INAGAKI

採用 14. 4. 7

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部（医師／小児科）

2) 地域医療機能推進機構東京山手メディカルセンター（旧 社会保険中央総合病院）小児科（医師／小児科）

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部（研究職）

4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部（研究職／医師／小児神経科）

別刷請求先：小林朋佳 地域医療機能推進機構東京山手メディカルセンター小児科

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-22-1

Tel : 03-3364-0251 Fax : 03-3364-5663

II. 対象と方法

対象は発達障がい児の子育て経験がある母親23名で、小児科クリニックあるいは病院小児科に通院中もしくは通院歴があって、知能が正常域にあるものの社会的スキルの獲得困難な自閉症スペクトラム（以下、ASD）の児を育ててきた母親である。方法は個室で母親と個々に面談し、出生時の子どもの様子から現在までの子育てについて、時間軸に沿って尋ねた。具体的には、「元気に生まれましたか」、「どんな赤ちゃんでしたか」、「乳幼児健診は受けましたか」、「集団生活はいつから始めましたか」、「園生活ではどのようなことが印象に残っていますか」等の質問を通じ、子育てについて母親が語られるように、半構造化面接を行った。母親との対話はICレコーダに録音し、そこで行われた対話を文章に起こした後に解析した。このようにして得られた逐語録が録音内容と完全に一致していることを、面接者2名と面接に立ち会わなかった1名が少なくとも4回確認して正確性を確保した。なお、面接者に主治医は含まれなかったが、医師が1名参加した。

23名の母親の語りの内容をまとめて、類似性のある語りの特徴から「子育てのポイント」や「自分に対する心がけ」と「専門家や社会に求めること」を解析テーマとした。

本研究の目的・内容については、筆者らの所属施設における研究倫理委員会での審査を受けて、承認された（倫理委員会承認番号 A2012-006）。面接当日に面接者（インタビュアー）は母親に研究目的を説明し、書面で同意を得たのちに実施した。

III. 結果

1. 対象の属性および文字起こしの概要

面接は2012年10月～2013年3月の間に、対象児が受診している（していた）病院・クリニックの一室で実施された。母親一人あたりの面接所要時間は平均1時間17分12秒（55分40秒～2時間20分7秒）であり、逐語録の文字数は32,130±8,397字であった。

面接時点の母親対象者は42～62歳で、平均50.4±4.9歳（平均±標準偏差、以下同じ）であった。また、対象児・者（男性18名／女性5名）は面接時16～31歳で、平均21.7±3.5歳であった。母親が対象児・者を出産した時の年齢は平均28.7±3.4歳であった。正期産であり、出生体重は2,476～3,730gの間に分布していた。うち

1名は骨盤位分娩で出生した。対象児・者の兄弟姉妹について、一人っ子は1名のみであり、兄弟姉妹がいる者は22名と多かった。内訳は、2人兄弟姉妹が16名（対象児・者が第1子10名、第2子6名）、3人兄弟姉妹が6名（対象児・者が第1子3名、第2子3名、第3子0名）であった。

対象児・者が発達障がいの診断を受けた年齢は2～25歳と幅広く、平均8.3±6.0歳であった。23名中15名（65.2%）は、幼児期（9名）ないし就学後から10歳まで（6名）に診断されたが、2名は成人期に初めて診断された（各々、20歳と25歳）。なお6名（26.1%）は初診時に発達障がいの診断が下されず、2～9年後にASDの診断を受けた。

対象児・者の現在の状況から社会人として就労中（11名）、もしくは学齢期で登校できている者（5名）を社会適応良好群（I群）とした（合計16名）。一方、社会人であるが無職（5名）もしくは学齢期で不登校の状態にある者2名を社会適応不良群（II群）とした（合計7名）。各群の面接時年齢（歳）に差はみられなかった（社会適応良好群21.4±2.3歳／社会適応不良群22.5±5.6歳）。両群における母親の語りの内容を比較した。

2. 分析テーマ

母親が述べた言葉を分析するにあたり、社会適応良好群（I群）の母親16名に子どもの診断年齢順にA～Pの文字を当て、社会適応不良群（II群）の母親の7名にも同様にQ～Wまでの文字を当てた。文章中の《 》内は項目の内容を記載し、母親の語りの要約は「 」に示した。A～Wのプロフィールを表1にまとめた。

1) 子育てのポイント（表2）

社会適応良好群（I群）16名の子育てのポイントの共通点として、以下の4項目《1：母親が、子どもとコミュニケーションをとれる》、《2：母親が、子どもが困っている時には子どもを助ける一方、子どもに自分自身の苦手な点を認識させ、助けを求めることなどの代替手段を教える》、《3：母親が、子どもの良いところを見つけ、得意を伸ばせるよう応援し、子どもは学校以外に生きる場があり、人生の楽しみがある》、《4：目先のことを気にする子育てではなく、先を見据えて育てる》が抽出された。

表1 対象のプロフィール

	現在の		性別	診断時 年齢	兄弟姉妹 数	現在の 社会適応
	母親の 年齢	子どもの 年齢				
A	49	20	M	2	1	I群
B	53	25	M	2	2	I群
C	49	22	M	2	1	I群
D	56	24	M	2	2	I群
E	52	20	M	2	2	I群
F	47	19	M	3	1	I群
G	42	18	M	3	1	I群
H	55	23	M	8	1	I群
I	44	22	M	9	1	I群
J	52	22	F	10	1	I群
K	45	19	F	10	2	I群
L	50	22	M	10	1	I群
M	48	22	M	11	2	I群
N	50	22	F	11	1	I群
O	50	25	F	12	1	I群
P	52	18	M	12	1	I群
Q	62	26	M	2	1	II群
R	47	20	M	4	1	II群
S	50	16	F	8	0	II群
T	42	17	M	11	1	II群
U	52	21	M	12	2	II群
V	53	27	M	20	1	II群
W	59	31	M	25	1	II群

《1：母親が、子どもとコミュニケーションをとれる》

「会話でたくさんのことを教える (A)。豊富な会話は重要。最近、いじめや自殺が多いので本人がどう思っているのかを把握しなければならない (I)。怒った時に、パニックになっても、あなたが怒る理由はこれであると、繰り返し、こちらの言うことを落ち着いて少し理解しようとするまで、2時間ぐらい気を直しながら、話をしたり、なだめたりして教えた (P)。」

《2：母親が、子どもが困っている時には子どもを助ける一方、子どもに自分自身の苦手な点を認識させ、助けを求めることなどの代替手段を教える》

「パソコンで最初に作文し、内容を印刷した用紙を該当の所に貼って提出したこともあったが、最終的にはお願いをして手書きではなくパソコンでも良くなった (D)。浮く自分に気づき、努力してもできないことから、自分は馬鹿であるとぼつりと言ったことがきっかけで、アスペルガー障がいの本を渡し、こういうところが弱いからという話をした。マイナスばかりではなく、このような特徴を持っていて、いいところもあることを理解させた (G)。集団に入れない時は、親と一緒にその中に入ってお手本となり、ちょっと手助けをしてあげると後は自分でやれることもある (I)。自分が障がい者であることを理解し、本人に時間配分やコミュニケーションが苦手であることを周

表2 子育てのポイントとして重視してきたこと

	語りから抽出できた人数	
	I群(n=16)	II群(n=7)
《1》母親が、子どもとコミュニケーションがとれる	16	4
《2》母親が、子どもが困っている時には子どもを助ける一方、子どもに自分自身の苦手な点を認識させ、助けを求めることなどの代替手段を教える	16	2
《3》母親が、子どもの良いところを見つけ、得意を伸ばせるよう応援し、子どもは学校以外に生きる場があり、人生の楽しみがある	16	2
《4》目先のことを気にする子育てではなく、もっと先を見据えて育てる	16	2
《5》子どもに善悪を教えて社会のルールを教育する	15	1
《6》本人をまるごと受け入れて本人に合わせる	15	5

囲に伝えることを教え、気づかないところがあったら指導して下さい、と言うように教えた (O)。集中力がなく、忘れっぽいという自分の悪いところを改善させるために、メモをとる癖をつけ、本人が困らないようにした (P)。」

《3：母親が、子どもの良いところを見つけ、得意を伸ばせるよう応援し、子どもは学校以外に生きる場があり、人生の楽しみがある》

「発達障がい児は嫌なことをきっとたくさん経験する。子どもが寝る時に、嫌なことよりも、一つ楽しいことを感じて寝られるように工夫をする。つまり、楽しい場を作ってあげることが必要である。この子の場合、それが剣道だった (D)。学年が上がると周囲が異質のものとしてうちの子を見るようになり、自分は受け入れられていないということが段々わかってきたため転校させた。しかし高校2年の時に転校先の養護学校も学校でのトラブルのため中退した。その後すぐに自分でアルバイトを見つけたので様子を見ることにした。それがとてもうまくいき、自分でお金を稼げるようになり、3年目から職場近くで一人暮らしをしている (E)。患者会に入ったことで学校とは違っていじめや嫌なことを言われる心配がない同じ世代の仲間ができたのがありがたかった (H)。工作や絵は幼稚園の頃から発想が面白いためか、賞を必ずとってきたので、私はこの子はこういうことが好きなのだろうと思い、陶芸や紙すきを習わせた。将来的に人間関係が崩れることがあっても、芸術や伝統工芸が身につければよいと考えた。高

校は美術に力を入れている学校に、父親の反対を押し切って進学させた (K)。我慢だけの人生ではかわいそう。我慢もいっぱい、嫌なこともいっぱいあるけれども、これをしている時は楽しい、というものがあるから頑張れる。こういうのが、何か一つあったらありがたいと考え、興味を持ったピアノを続けた (M)。小学校高学年と中学校の学校生活は暗黒時代でしたが、その時期は「運動が苦手な子の体操教室」という教室に週に1回通いました。スタッフもわかっている人ばかりだったので、とても本人は喜んで通えました (N)。」

《4：目先のことを気にする子育てではなく、先を見据えて育てる》

「小中学校の勉強はみんなと一緒になくてよい。その子が本当に生きていくうえで幸せになれるようなことを考える (B)。問題行動について、命に関わることや大きな怪我になること以外は、ある程度は経験するしかないと考え、親が謝って済むことは、謝ろうと思った。一緒に連れて謝っていると、徐々にわかってくれるようになった (D)。子どもの成長の目標は半年先の成長ですから、子どもの一歩先を引っ張る感じで育てたい (F)。高校選択や大学選択について目先の成績ではなく、大学まで手元に置いて、社会のルールに合わせることを教え続けた (H)。中学の時にカウンセリングを受けるようになったのは、友だちも少ないし、どうしても不安定要素があるから、何か起こった時に行動するのではなく、事前に場を作っておく必要があると感じたため (L)。次こうなった場合はこういう手があるかもしれない、という情報を集めて、いざという時にはそれが使えるように準備してきている (M)。」

なお、社会適応良好群の全例ではなかったが、ほとんどのケースで以下の2点の重要性についても述べられた。

《5：子どもに善悪を教えて社会のルールを教育する》

「素直に納得してもらうためには子どもに愛情を注いで、良いことと悪いことの区別をしっかりと教えて、親としての威厳を示し続ける (A)。話しかけられたら、顔を上げて返事をしなさいというのを教えた。悪いことは悪いし、社会常識的におかしいということは、きちんと伝えようと心掛けた (N)。」

《6：本人をまるごと受け入れて本人に合わせる》

「とにかくお前はお前のままでいい、という育て方を貫いた (C)。健常児の兄に対しては、勉強やスイミングはもっと努力して頑張るように言ったが、本人に対しては、

表3 自分に対する心がけ

	語りから抽出できた人数	
	I群(n=16)	II群(n=7)
《1》周りとのコミュニケーションをとる	16	3
《2》可能な限り努力し、子どものために行動する	16	7
《3》母親としての役割や育児から解放される自分自身のための時間もある	14	5

無理に押し付けないように、楽しければよいので好きなようにやりたいことをやらせた (P)。」

次に、社会適応不良群 (II群) (Q ~ W) では、母親が子どもと十分にコミュニケーションがとれないと感じている点、「私は本当に子どもを一生懸命育ててきて、大変な時も私が育てたけれども私とは関係性が悪い。子どもは父親と非常に親密で父親と馬が合い関係が良い (W)。」や、子ども自身が自分の苦手な点を認識できていない点、「発達障がいの話はそれなりにしてきたが、実際、本当に自分がそれだと多分認めたくないと思うし、わかってないと思う (Q)。」が語られた。

2) 自分に対する心がけ (表3)

社会適応良好群の共通点として、以下の2項目が抽出された。

《1：周りとのコミュニケーションをとる》

「同じ体験をした人でないとわからないことはあるので、きつかったね、と自分の話を聞いてもらうことで助けてもらった (C)。わかりあえている子どもの習い事の先生がいたので、子どもを連れて行った時にお話をしてくつろいだ (J)。学生時代からの私の友だちに何でも相談 (K)。自営業のため主人は家にいることも多く、子育てに関わってくれた。いつも夫婦で、話し合っただけで子育てをしてきた (L)。私は幼稚園、小学校、中学校、と継続して役員をやりました。役員をやると、学校の先生ともある程度話しやすいし、お母さんの知り合いが増えるので助かりました (N)。発達障がい児の母の友人を親の会を通じて得たことにより、忌憚なく話せてストレス発散できるようになった。親が安定することは子どもにプラスになる (O)。親の会は参加したことはあるが、子どもの状態がそれぞれ違うので合わなかった。夫は単身赴任なので、代わりに子どもたちとたくさん話をした (P)。」

《2：可能な限り努力し、子どものために行動する》

「健常児を育てるよりもはるかに大変。特に、①金銭、②時間と体力、③忍耐力、④親が本人をそのまま受け入

れて認める。他人との比較ではなく、自分で幸せだと決める、の4つが必要(A)。人に任せていたらいけないので、私がいろいろな所に行った。学校に対してもそれなりにお願いをした。就職も自分が動かないと開けていけない(B)。鍵のかかる部屋に家族を避難させて、私だけが子どもに対応した。ただ子どもと精一杯向き合う毎日を過ごした(C)。いじめのある学校に対して、親として私はこんな気持ちでいます、ということのを学校に伝え続けた(G)。障がいがあるということのを学校で知り合った人には言わなかったのですが、あの親は子どもをほったらかしにしているわけではないというアピールのためにも役員を面倒だとは思わずに継続して引き受けました(N)。」

社会適応良好群の全例ではなかったが、ほとんどのケースで以下の点も指摘された。

《3：母親としての役割や育児から解放される自分自身のための時間もある》

「仕事や趣味など、子どものことをすっかり忘れられる時間が一日のうちになければまいってしまう(A)。最近看護師の免許をとり、現在精神科の病棟に勤めている(G)。私は子どもが中学生の時に免許をとって、現在保育士をやっている(K)。大型犬を飼い始めて犬の散歩のため子どもや障がいのことを忘れて自由にいられる時間を毎日30分得ることができた(O)。」

社会適応不良群の結果は良好群の結果と類似しており、母親が《可能な限り努力し、子どものために行動する》は、社会適応不良群の全例からも抽出された。

3) 発達障がいの専門家や社会に求めること

母親は発達障がい児の子育てを通じて、相談機関・教育機関・医療機関等と関わってきている。社会適応良好群・不良群にかかわらず、母親との面接から抽出された項目は以下の4項目であった。

《1：共感》

「相談員さんのお子さんと比較するのではなくて、子育てが違っているのではないかと不安があったので、ちょっと寄り添って欲しいというところがあった。この先どうしたらよいかという話はなく、ただ障がいがあります、おかしいです、と言われたため、その言葉がショックだった(C)。相談にのってくれる方が、お母さんの気持ちを上手にくみ取って、専門の方でも、いったんはお母さんの気持ちに添ってあげるといのか、共感してあげる部分をお持ちの方であってほしい(D)。子どもに手をあげていたことを責められると思ったが、逆に、今までよく頑張って育ててきたね、と言っていたいただいたことですごく楽になった

(E)。個性ですからいいところを伸ばしてあげられたらいいです。そんなに心配することもありませんよ。特性を活かしてあげるようにこれから見ていかれたらどうですか、ということをおっしゃってくださいましたので、それがとても印象に残っていますし、うれしかったです(S)。」

《2：学校教育における配慮》

「いい先生にはなかなか出会えなかった。学校は行けなくても時期が来れば学校は終わる。学校と対抗するより、地域で場所づくりをするとか、大人になってからも診てもらえる、お母さんとお子さんと相性の合うお医者さんを探す方が賢明。学校に行けなくても働けるようにするには、挨拶や家のお手伝いができている方がきつといい。お墓のお掃除に、小さい時から連れて行った(J)。周りの子どもとのトラブルがとても多かったので、その子たちとうちの子とつなげるような、何かをしてほしかった。先生の方が動いてくれていたら、良かったかなと思う(U)。一人ひとりまでは、なかなか見られないということは、小中学校の先生に言われましたが、やっぱり、そこをなんとかしてほしいと思えましたね(N)。学校に対する不満は一切なく、感謝ばかり。学校とは密に連絡を取り合い、話し合いにはよく行った(R)。お医者さんは頼りにならなかったが、大学の先生と高校の先生は、すごく良かった。卒業後も相談した(W)。」

《3：発達障がいの専門家の充実》

「私も子どももきちんと日が当てられているという思いがあった。相談機関がない方は辛い。医療・医学面も、教育面も、療育の部分もオーバーラップしているが、子どもを見る時にいくつかの軸で切って見る。そのいくつかの面を総合的に親が見られる気持ちで、その内容が相反することがあったとしても、いろいろな専門の先生方と密に相談し、その子のその時の実情を、親は把握することが大事。あの子の運の良さかもしれないが、最初の先生が次の先生へとつないでくれた(D)。私は逃げのために、子どものこういうところがかおしいと言いつづけたかったが、逆に主治医は、こういうこともできるし、こういう良いところがあると、子どものいい点を指摘する形で応援してくれた(E)。小児科に行っても、あなたの器が小さい、そういう赤ちゃんはいますよ、という感じで傷つくばかりであったためここにも言える所はなかった(F)。専門家の先生に早く出会えていたら、こんなに苦勞せずに済んだ(J)。批判的な意見はあるが、診断があれば、対策がたてられるので早期診断はとても重要(O)。相談に行けと言われれば言われた相談機関に行っ

たが、わからないから様子を見ましよう、という原因探しの旅のような感じが続き、アドバイスはなかった(T)。正しい診断がほしい。そして薬が必要ななら処方をしてほしい(W)。」

《4：社会システムや発達障がいに対する社会の理解》

「乳幼児期の健診項目を充実させなければならない(D)。箱だけではなくて、その中身が重要。みかけの就職100%も大事であるが、まずその障がいをもった方は何ができるのか、何が足りなくて、何が必要か、ということを見してくれる機関が必要。課題は一人ひとり違うので、それに合わせて、心を寄せあえる経験が必要だと感じている(E)。小さければ小さいほど相談に乗ってもらえる場所が多いので、相談に行って、自分なりのネットワークを作っておいた方がいい。年齢が上がると相談機関がなくなってくる。先輩お母さんで、うまくやっているモデルがほしい、話を聞きたい(H)。小児科受診では困らなかったが、成人になってから外科疾患で入院した時に困った。婦長さんが「いい歳をして何この子」という態度のため不愉快だった。病院の先生も専門にかかわらず患者さんに発達障がい者は絶対いるので、もう少し知ってほしいと思った(M)。発達障がい、障がい者手帳が取れるようになりましたのでほっとしていますが、親が亡くなったあとの面倒を見てくれる制度が不足しています。今までは残された家族が担っていた部分が多いと思いますが、本人が一人っ子、親同士も一人っ子の場合もありうるし、発達障がい者は犯罪の被害者になりやすいから制度が必要(N)。学校の先生の当時の対応は本人にとって辛かったが、成人になってからの辛さというのはそれが消えてしまうぐらい辛い。コミュニケーションが取れないから、すぐクビになる(Q)。相談機関が少ないので気楽に行ける所があるといい。やはり、早いうちにわかっていたら対処の仕方が違ったと思う(V)。特別支援教育が始まってから、小・中学校の先生は本当に頑張っているが、就労支援の場はひどい(W)。」

IV. 考 察

本研究の対象は、医療機関に通院中もしくは通院した経験がある高機能ASDの子どもをもつ母親であるため、得られた結果の一般化には注意を要する。しかしながら医療機関に所属する立場の医療従事者に求められる保護者支援のあり方を考えるうえでは示唆に富む内容である。

レジリエンスとは「精神的回復力」、「抵抗力」、「復

元力」、「耐久力」などと訳される心理学用語であり、困難な状況にもかかわらず、うまく適応(対処・回復)できる力と解釈される⁴⁾。病児自身のレジリエンスという観点もあるが、発達障がい児の保護者におけるレジリエンスに関する研究も報告されている⁵⁾。一般に発達障がい児の保護者は、乳幼児期から育てにくさを感じており、子育てがとても辛いと思ったり、子どものさまざまな行動への対処方法がわからないと感じたりしており、このような体験をした保護者は過半数を超えると報告されている⁶⁾。そして育児ストレスの結果、保護者自身の精神的健康度が低下する可能性も指摘されているが⁷⁾、筆者らはレジリエンスによって保護者自身も成長しながら困難な状況に適応し、精神健康度の低下が阻止されている可能性があることに関して報告している⁸⁾。

今回面接対象となった母親の年齢は42～62歳の間に分布しており、子どもが診断を受けてから経過している年数も面接時点で6～24年と差が大きい。従って母親が語る内容は、面接時期の子どもの状態や診断後の年数により影響を受けた可能性がある。また、対象の母親は、自分の経験を振り返り、積極的に子育てについて語る事ができると主治医が判断した、という対象者のバイアスがあるため、結果の解釈に注意を要する。以上より本研究結果は、レジリエンスが現時点で比較的高い状態の母親が共通して語った内容であると言える。実際、今回面接した母親らは、以前に、われわれが医師向け面接調査で見出した知見、すなわち①積極的な思考を持ち、未来に肯定的な期待を持つ母親であり、②子どもの長所を育て、子どもに合わせた対応をする母親であり、③専門家や家族とコミュニケーションがとれる母親である点と類似していることが確認できている。

今回の研究結果から、高機能ASDの子どもを育てるポイントとして母親が重視してきたことは、①子どもとコミュニケーションをとること、②子どもの良いところを発見し伸ばす養育態度を持ち続けること、③目先のことより、もっと先を見据えた子育てをすること、であることが明らかになっている。また、④母親は子どもが困っている時には子どもを助け、子どもに自分自身の苦手な点を認識させ、助けを求めることや代替手段を教えることも重要視している。そして、⑤子どもをまるごと受け入れ、⑥子どもに善悪を教えて、社会のルールを教育している。これら子育てのポイント

トは、子どもが社会人として就労中もしくは学齢期で登校できている社会適応良好群において、明瞭に抽出される。これらの点は、就職を進めるため、あるいは不登校状態を回避するためにはいずれも欠かせないと考えられる。

医療従事者が保護者に対して子どもの発達の状態を説明し、育てにくさなどへの対処方法を助言したうえで今後の見通しを話すことが保護者に自信や安心感を与えることは、子育てのうえで重要であると指摘する研究者もいる⁹⁾。今回の結果からも、医療従事者が行う保護者支援として、子どもをまるごと受け入れ、良い点を伸ばしつつも、子どもが困っている時には子どもを助け、子ども自身に苦手な点を認識させ、助けを求めることを教えられような養育態度を促すために専門家として発言することに加え、目先のことより、もっと先を見据えた子育てができるように母親に今後の見通しを話すことは重要と考えられる。

母親の自分に対する心がけとして、周りとのコミュニケーションをとりながら、可能な限り努力し、子どものために行動している一方で、母親としての役割や育児から解放される自分自身のための時間が持てるよう工夫していることがうかがえる。従って医療従事者は、母親が教師・心理士等の専門家、友だち、家族ともコミュニケーションをとり、子どもの行動への対処法を会得し、精神的に安定した子育てを続けることができるよう助言し、子どもに対して過保護、過干渉になり過ぎて良くない場合には、行き詰まりを感じていてもいきいきと子育てができるように、時には母親が自分のために時間を使うなど休息や充電の機会を確保するように促すことも必要であると考えられる。

面接結果から得られた母親から見た支援ニーズをまとめると図のようになる。具体的には、①医療機関や相談機関に対しては、「母親の気持ちに配慮する専門家の姿勢」、つまりこれまで頑張ってきたことを認める発言に加え、「正しい早期診断と適切な支援」を求めている。②学校教育の現場に対しては、「発達障がい理解があり指導力のある教員の増員」および子どもそれぞれの状況を踏まえた「個別性の高い配慮」を、そして③社会に対しては、「発達障がいについての理解の普及」と「生涯を通じた、発達障がい者に対するサポート」を求めている。

平成17年4月に施行された発達障害者支援法は、発達障がいを早期に発見し、発達支援を行うことに関す

る国および地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障がい者への支援、発達障がい者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることで、発達障がい者の自立および社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的としている¹⁰⁾。本法律の施行以降、発達障がいに対する社会の認知や支援の充実は徐々に図られ、発達障がい児を育ててきた母親らは、助けられて感謝していることは多いが、これまでに、それぞれのライフステージにおいて支援の不足も経験しており、現在の状況についても改善を求めている点が多いと考えられる。生涯を通じた、発達障がい者に対するサポートは、今後の重要な課題の一つであろう。

最後に、医療機関に従事する者の使命として、発達障がい児・者の正しい早期診断とそれに対応する適切な治療など必要な支援を提供し、率先して発達障がい児・者にとって利用しやすい支援機関の一つとなるよう努力し続けなければならないと考える。

V. 結 論

今回の面接対象の母親らは、子どもとコミュニケーションをとり、子どもの良いところを発見し伸ばす養育態度を持ち、子ども自身にも苦手な点を認識させ、目先のことより先を見据えた子育てを心がけていた。また、医療機関や相談機関に対しては、母親の気持ちに配慮する専門家の姿勢と正しい早期診断と適切な支援を、社会に対しては、発達障がいについての理解の普及と生涯を通じた発達障がい者に対するサポートを求めていることが指摘できた。

以上から、子どもの良い点を伸ばしつつ子ども自身に苦手な点を認識させることの重要性を母親に助言す

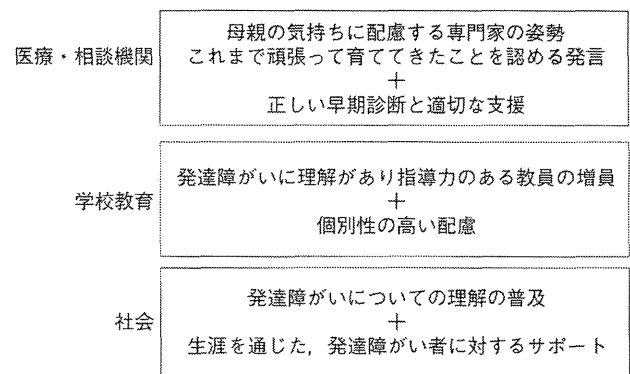


図 専門家や社会に求めること