

2015 年度 博士学位論文

主指導教員	大島 巖	学長/教授
副指導教員	藤岡 孝志	教授

高機能自閉症スペクトラム障害（ASD）圏の母親への  
子育て支援に関する効果的プログラムモデル開発  
—母親のストレングス（特性）を踏まえた協働による支援—

Development of an Effective Program Model for  
Mothers with High-Functioning Autism Spectrum Disorders  
(HF-ASD) in Raising Children

- Collaborative Support Based on Strength of Mothers -

日本社会事業大学大学院 社会福祉学研究科

Graduate School of Japan College of Social Work  
Graduate School of Social Welfare

岩田千亜紀

Chiaki IWATA



## 目次

### 【第1部 研究背景・方法】

序論 研究の背景と目的.....	1
第1節 研究の背景.....	3
1. ASDを含む発達障害の成人女性の状況.....	3
2. ASDを含む発達障害圏の母親と子育ての問題.....	5
3. 地域の子育て支援施策における発達障害の母親への支援の状況.....	6
第2節 研究の目的.....	8
第3節 用語の定義.....	9
第1章 研究方法と研究の構成.....	12
第1節 研究方法.....	12
1. プログラム評価手法.....	12
2. プログラム評価手法におけるインパクト理論およびプロセス理論.....	13
3. 本研究のニーズ評価における標的集団と標的集団に対する研究方法.....	14
4. 質的研究（グラウンデッド・セオリー・アプローチ）.....	14
第2節 研究の構成.....	16

### 【第2部 理論研究編】

第2章 文献レビューによる理論モデルの構築.....	20
第1節 発達障害児の母親に関するストレスとその要因.....	22
1. 発達障害児の母親に関するストレス.....	22
2. 発達障害児の母親のストレスと環境要因（ソーシャルサポート）.....	23
3. 発達障害児の母親のストレスと個人要因（ハーディネスおよびレジリエンス）.....	24
第2節 発達障害を有している保護者と子ども虐待.....	25
1. 子ども虐待を予防するための発達障害を抱える保護者への支援.....	25
2. 子ども虐待を予防するための母子保健活動.....	26
3. 子ども虐待と産後うつ病との関連性.....	27
第3節 フィンランドのネウボラを参考にした妊娠・出産包括支援モデル事業.....	28
1. フィンランドの家族支援「ネウボラ」.....	29
2. 「妊娠・出産包括支援モデル事業」における取り組み.....	30
第4節 成人の発達障害者への支援.....	31
1. 障害福祉サービスにおける発達障害者への支援.....	31
2. 発達障害特性に配慮した地域支援システムづくりの強化.....	33
3. ASDのスペクトラムとASDの人々の抱える「生きづらさ」を考慮した支援.....	34
第5節 発達障害等を有する母親の育児困難と育児支援.....	35
1. 発達障害等を有する母親の育児における喜びと困難.....	35
2. 発達障害を有する母親への子育て支援の実践.....	37
第6節 高機能ASD圏の母親の特徴を踏まえたソーシャルワークの実践理論.....	38
1. 生活モデルに基づいた理論.....	38
2. システム理論.....	39

3.	ストレングス/協働参画型アプローチ	39
第7節	考察	40
1.	高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論	40
2.	高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版プロセス理論	42
<b>【第3部 実証研究編】</b>		
第3章	高機能 ASD 圏の母親の手記分析によるニーズ評価	46
第1節	問題と目的	48
第2節	方法	48
1.	データの収集方法	48
2.	分析方法	49
第3節	結果	50
1.	対象者の属性	50
2.	分析結果	51
第4節	考察	59
1.	対象者の属性について	59
2.	高機能 ASD 圏の母親の子育て支援のニーズ	60
3.	結論	62
第4章	高機能 ASD 圏の母親へのインタビュー調査によるニーズ評価	64
第1節	問題と目的	64
第2節	方法	64
1.	対象者の選定方法	64
2.	データの収集方法・調査内容	65
3.	分析方法	65
4.	倫理的配慮	65
第3節	結果	65
1.	対象者の属性	65
2.	GTA による分析結果	67
第4節	考察	78
1.	結婚・出産前からの未解決な外傷体験を抱えた母親への支援	78
2.	グレーゾーンの母親も含めた早期からの包括的な支援	78
3.	「子育て世代包括支援センター」(旧「妊娠・出産包括支援モデル事業」)を活用した多職種間連携による支援	80
4.	高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論の修正	81
5.	結論	82
第5章	高機能 ASD 圏の母親に焦点を当てた「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師等を対象とした調査によるニーズ評価	84
第1節	問題と目的	84
第2節	方法	84
1.	対象者の選定方法	84
2.	データの収集方法・調査内容	85

3. 分析方法	86
4. 倫理的配慮	86
第3節 結果	87
1. 対象市町村の状況	87
2. 行政の体制	87
3. 対象者の属性	87
4. 高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験	88
5. 高機能 ASD 圏の母親への対応	89
6. 高機能 ASD 圏の母親への多職種・機関との連携	93
7. 高機能 ASD 圏の母親への支援に関する課題	95
8. 保健師への補足的インタビュー	96
第4節 考察	97
1. 高機能 ASD 圏の母親へのニーズキャッチ	97
2. 高機能 ASD 圏の母親の特性を踏まえた保健師の関わり	98
3. 高機能 ASD 圏の母親への支援における工夫	98
4. 高機能 ASD 圏の母親への多職種間連携による支援	99
5. 行政支援体制	100
6. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論およびプロセス理論の修正	101
7. 結論	104

#### 【第4部 モデル開発】

第6章 高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援モデル	106
第1節 問題と目的	108
第2節 方法	108
1. モデル構築のための追加調査の実施	108
2. 評価可能性アセスメントの実施	109
第3節 追加調査および意見交換会による評価可能性アセスメントの結果	112
1. 追加調査（子ども家庭支援センターに関する調査）の結果	113
2. 当事者・支援者との意見交換会の結果	114
第4節 先行研究レビューによる評価可能性アセスメントの結果	114
1. 子育て支援プログラムの標的集団	114
2. 母親の困り感と子育て支援プログラムの標的集団に関する支援課題	117
第5節 予備的観察による評価可能性アセスメントの結果	118
1. SFA によるワークショップの結果	118
2. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援における SFA の有効性と課題	119
第6節 考察	121
1. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論（完成モデル）	121
2. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのプロセス理論（完成モデル）	123
3. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのサービス利用計画（完成モデル）	

ル) 124

4. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの組織計画 (完成モデル) ...	133
5. 結論.....	137

## 【第 5 部 結論】

第 7 章 総合考察および結論.....	140
第 1 節 子育て支援プログラムの総括.....	142
1. 子育て支援プログラムの適用の検討.....	142
2. 効果的援助要素の検討.....	144
第 2 節 子育て支援プログラム実施のための課題.....	146
1. メゾレベルにおける支援課題.....	146
2. 制度レベルにおける課題.....	148
第 3 節 本研究の意義.....	150
1. 高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援モデル.....	150
2. 母親、子ども、子育て家族全体を対象とした子育て支援モデル.....	151
3. 当事者の視点に立った当事者との協働による子育て支援モデル.....	151
4. 高機能 ASD 圏の母親の子育て困難と支援ニーズについての新たな知見の創出.....	152
5. 高機能 ASD 圏の母親に対する支援の実態を踏まえた子育て支援モデルの構築.....	153
6. プログラム評価手法を用いた子育て支援モデル.....	154
第 4 節 本研究の限界と今後の課題.....	155
1. 研究方法に関する限界と課題.....	155
2. 支援モデルに関する限界と課題.....	156
第 5 節 結論.....	156
謝辞.....	160
引用文献.....	162

**第 1 部**  
**研究背景 · 方法**





## 序論 研究の背景と目的

### 第1節 研究の背景

自閉症スペクトラム障害 (autistic spectrum disorder : ASD) とは、注意欠如多動性障害 (attention deficit hyperactivity disorder ; ADHD)、学習障害 (learning disorders ; LD) と同じく、発達障害の一つである (千住 2014 : 7)。なお、2013 年 5 月に改定されたアメリカ精神医学会 (american psychiatric associations ; APP) による診断基準マニュアル (APP2013) では、自閉症診断に関して、さまざまな改定が行われ、これまで用いられていた自閉症障害、アスペルガー障害、広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders ; PDD) についても、ASD という単一の診断基準にまとめられた。

そこで、本節の研究の背景では、アスペルガー障害 (アスペルガー症候群)、PDD、自閉症などの ASD も含めた発達障害成人女性の状況や子育てや子育て支援の状況について、まず概観する。

#### 1. ASD を含む発達障害の成人女性の状況

まず、ASD を含む、発達障害の成人女性の状況について述べてみたい。

近年、精神科を受診する成人患者の中で ASD と診断されるケースが増加している (神尾 2012:2)。最新の ASD の有病率研究 (Braun et al. 2015 : 1) によれば、ASD は 1996 年から 2010 年の間に、年平均で 9.3%、全体では 269% 増加したと報告されている。2010 年における ASD の有病率は 1,000 人当たり 15.5 人、つまり 1.55% であり、高機能群 (IQ85 以上) では 1,000 人当たり 5.6 人、IQ50 以下では 1,000 人当たり 1.9 人と、高機能群で高くなっている。2010 年のデータによれば、男女比では男性は約 40 人に 1 人、女性は約 182 人に 1 人で、男性が女性の約 5 倍多くなっている。しかし、多くの未診断女性ケースが存在し、支援が十分に届いていないと言われている (神尾 2012:4)。

自閉症については、男性症例を基に今の診断基準や病態仮説は築かれたと言っても過言ではなく、男性基準を使う限り女性の ASD 症例を見逃す可能性があると言われている (神尾 2005:483)。Gillberg (=2002 : 71) も、現在の女性の発生率の値は実際よりも少なく、アスペルガー症候群の女性の割合は、一般に報告されているより大きいと推定すべきであるとしている。一般に、男児のアスペルガー症候群は、小児期に認知・診断されるが、女児の場合、この時期に気付かれないことが多い。うつ病性障害や反社会的行動といった併発する問題のせいで、臨床像がはっきりせず、何年間も正しい診断が行われないこともある (Gillberg=2002:43)。

臨床研究におけるアスペルガー障害などの高機能 ASD 女性については、次のようなことが分かっている。

- 高機能 ASD 女性の自閉症状は、幼児期には男児同様はっきりしているが、成長とともに目立たなくなる。本人が意識的にカモフラージュしている側面もあるが、そのためにより高レベルのストレスを感じ易い (Lai 2011 : 5-6)。
- 高機能 ASD 女性は、男性よりも感覚過敏、不器用、不注意が目立つ (Lai 2011 : 6)。
- 高機能 ASD 女性は、思春期前後から対人関係 (同性、異性を問わず) に関わる様々

な問題が顕著になってくる (Attwood 2007 : 47)。

- 高機能 ASD 成人女性は、男性よりも結婚率は高い (Wolff et al.1995 : 809)。しかし、結婚生活や育児に困難がある。子どもの誕生は、事態をより悪くする。それは、子どもの要求によって夫婦間の相互協力の必要性が高まること、乳児や幼児は規則正しい生活を乱す傾向があるためである (Wing=1996 : 243)。
- 高機能 ASD 女性の場合は、子どもを出産した後に、自分にも同じ特性があることに気づき、診断を受けることが多い (Attwood 2007 : 48)。

ASD の診断は女性の場合、難しいと言われているため、最終的な診断を受けるまでに本人が辿る過程には、次のようなものがあると言われている (Nichols=2010 : 45)。

- 誤診 (複数のこともある)。誤診例には、注意欠如多動性障害 (ADHD)、不安、うつ、気分不安定、強迫性障害、言語障害、摂食障害などがある。年齢が上がるほどに診断名が多くなる。
- 社会的不安症と診断される。あるいは社会的困難や社会的場面での動揺に対する全般的な不安があると言われる。
- 年齢が上がってから ASD 診断を受けた女性は、以前、統合失調症や精神障害と診断されたことが多い。

これらのことから分かることは、幼児期に自閉的特徴が目立ちにくいという自閉症女性の特徴は、決して成人後の社会適応の良さを保証するものではないということである。さらに結婚は、必ずしも幸せなゴールになるとは限らず、子育てや夫婦間の問題など新たな心理的問題が再浮上する可能性もある。

それでは、実際に ASD 成人女性の相談件数は、どの程度なのだろうか。東京都発達障害者支援センター (TOSCA) における 2012 年度の相談支援状況の診断分類別内訳をみると、アスペルガー障害や PDD、自閉症などのいわゆる ASD が 21%、ADHD が 4%、LD が 1%、その他 (うつ病、統合失調症等) が 17%、不明 (未受診、未診断を含む) が 57% となっている (神保 2013 : 2)。このことから、発達障害と診断された人だけでなく、その疑いのある人が多く相談に訪れていることが分かる。また、相談件数の年代別男女内訳比率では、20 代では男性 502 人対女性 293 人、30 代では男性 349 人対女性 219 人となっている (神保 2013 : 2)。TOSCA での相談件数に占める女性相談者の比率は、一般的に考えられているよりもかなり大きい。これは ASD の女性の割合は、一般に報告されているより大きいと推定すべきであるとの先行研究結果と一致している。

これらの先行研究結果から、ASD 成人女性は男性とは異なる特性および社会的困難に直面しており、特に結婚および出産後の結婚生活や育児困難のために診断を受ける女性が多いことが分かる。しかし、自閉症については長年、男性を基準に診断されてきたために、女性の診断は見過ごされることが多い。特に知的な遅れの無い高機能群の女性の場合、生活上に困難を抱えていたとしても、診断が見過ごされ易く、支援も十分でないことが多いという問題が存在している (=Nichols 2010 : 31-33)。

## 2. ASD を含む発達障害圏の母親と子育ての問題

ASD を含む発達障害と子育ての関係についての先行研究は多数行われているが、それらのほとんどは子どもに発達障害がある場合の子育て研究である。石川（2013：47）は、「発達障害者への育児支援に関する文献が存在しないという現状がある」と述べている。

発達障害のうち、ADHD の母親と子育てについての研究を行った Babinski et al.

（2012：1）は、「ADHD の子どもたちを抱える母親への支援等に関する理解は進んでいるものの、子どもが ADHD であり、母親自身も ADHD である場合の研究は驚くほど少ない」と述べている。しかしながら、ADHD の子どものうち、少なくとも 4 人に 1 人の母親は、子どもと同様に ADHD であるとの推測もある（Chronis-Tuscano et al. 2011：1057）ことから、ADHD の子どもの場合は、母親も ADHD である割合はかなり高いと考えられる。

国内外において、母親が ASD である場合の研究は少ないものの、母親の ADHD の重症度が負の養育要因となるといった研究がいくつか行われている。これらの研究では、親が ADHD である場合、しつけが不十分であり、家族機能も低下することが示されている

（Chronis-Tuscano et al. 2008：1247）。そして、ADHD と診断された母親、または ADHD 度合の高い母親は、子育てにおいて自由放任的であり、過活動であり、ポジティブ度合が低く、子どもへの注意を払うことが少なく、一貫性や計画性に乏しく、問題解決能力が低いと述べられている（Chronis-Tuscano et al. 2008：1247）。

近年行われている親自身が ADHD である場合の研究では、親のどちらかが ADHD である場合は離婚率が高いこと、子ども自身が行為障害などの問題を抱えている傾向が高くなることが分かっている（Agha et al. 2013：369）。なお、母親と父親の性差による影響については様々な見解が示されているが、Agha et al.（2013：375）の研究によれば、母親が ADHD である場合の方が、子どもに与える影響が大きいという結果が示されている。これは、母親の方が日常的な子育てに関与する割合が父親よりも大きいことによると考えられる。ADHD の子どもの子育ては、それだけでかなり大変であるが、親自身も ADHD を抱えている場合には、それ以上にストレスの度合が高くなると推測される。このようなストレスが家族内の衝突などを生み出すと考えられる。なお、Humphreys et al.（2012）の研究では、ADHD の母親の場合、母親の ADHD という特性よりも、母親のうつ症状が、子どもの内面型の問題（internalizing problem）を引き起こす要因となる可能性を示唆している。

国内においても、近年、親の発達障害が子育てに及ぼす影響についての研究がいくつかなされている。その一つが、発達障害を有している保護者の虐待についての研究である。浅井ら（2005：361-362）は、病院を受診した高機能 PDD 児の難治例のうち、母親も高機能 PDD の診断が可能であったケースについて診療録による後方視的検討を行った結果、母子症例では子どもに激しい行動障害や不登校、うつ病など二次障害をきたしたものが多く、全体の 76% に子ども虐待が認められたと報告した。杉山（2007：839）も同様に、母子ともに高機能 PDD の組み合わせが子ども虐待のハイリスクになることを指摘している。また、発達障害児を養育中の母親のうち、自身に発達障害がある母親（+群）と発達障害がない母親（-群）との比較研究を行った芳賀（2010：295）の研究では、+群では有意に心身症、不安障害、気分障害、物質使用障害が見られた。また、+群は妊娠中のうつ状態が現在まで継

続している割合が有意に多く、+群の約半数の母親たちは妊娠中の情緒が不安定であったと述べている。また、母親の虐待行為は、心理的暴力、身体的暴力がともに+群で有意であり、心理的暴力では+群の約 60%以上にもみられたと指摘している。宮本（2008：80）も同様に、特に母親が PDD 障害をもつ場合、型にはまったあるいは自分の考え通りの育児を行おうとする傾向が強いため、心理的虐待状況が起こりやすくなると述べている。

全国の児童相談所 205 か所にアンケート用紙を郵送して調査を行った橋本ら（2012：7）の研究では、発達障害が疑われる保護者の場合は、心理的虐待の割合が高いという特徴があった。これは、同調査の事例においては、発達障害の中でも PDD の保護者が多かったことが影響していると考えられる。次に、虐待を加える保護者と子どもの続柄としては、父親よりも母親の方が割合として高いという結果であった。特に、母親と子どもが同じ発達障害を抱えている時、ネグレクトが生じ易く、また周囲との協調が著しく困難なため、虐待のハイリスクとなると述べている（橋本ら 2012：9）。発達障害を有している保護者の虐待についての研究は始まったばかりであり、データの蓄積はまだ乏しい。しかし、橋本ら（2012：33）の行った研究では、保護者の特性ゆえに子育てが円滑にいかず、周囲からの支援を得られない状況にストレスを高じさせ、それが虐待の発生や深刻化に向かわせるというメカニズムが考えられると結論している。

母親が ASD である場合の研究は、子どもに発達障害がある場合と比べて国内外において十分ではない。しかし、先行研究結果からも、発達障害圏の子どもを養育している母親には同じ特性を有している母親が多くいること、母親が高機能 ASD の場合、障害特性である対人能力の障害や社会能力の障害、障害への社会の理解不足による社会的孤立等から、子育てへのストレスが高く、育児困難を背景とする抑うつなどの精神症状を発生しやすくなり、ひいては子ども虐待など、不適切な子どもの養育に繋がる場合があることが分かっている。このことから、発達障害圏の子どもの適切な養育を支援するためにも、高機能 ASD 圏の母親の障害特性や精神疾患などに考慮した支援策を講じることが必要である。

### 3. 地域の子育て支援施策における発達障害の母親への支援の状況

地域の子育て家庭への支援は、核家族化や地域のつながりの希薄化、子どもの数の減少などを背景に、子育て家庭を地域で支え子育ての孤立化や不安感・負担感を軽減していくための施策として求められてきた。地域の子育て家庭への支援の取り組みは、様々に実施されており、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、乳児家庭全戸訪問事業（こんには赤ちゃん事業）、養育支援訪問事業、ファミリー・サポート・センター事業、子育て短期支援事業（ショートステイ・トワイライトステイ）、延長保育事業、病児・病後児保育事業、放課後児童健全育成事業などが、市町村の実情に応じて実施されている。

子ども家庭福祉等の機関としては、児童相談所、福祉事務所、家庭児童相談室、保健所・市町村保健センターなどが挙げられる。2004 年 12 月の児童福祉法の改正により、児童相談に関する市町村の役割を法律上明確化し、身近な資源で対応が可能な一時的な相談は市町村で、緊急性の高い、高度な専門性を要する相談は児童相談所という役割分担が行われた。また、児童相談所では対応しきれない地域に根差したよりきめの細かい相談援助活動を行う機関として、児童家庭支援センターが都道府県において設置されている（東京都においては子ども家庭支援センターが設置）。2013 年 11 月現在、児童相談所は 207 か所

に、2012年10月現在、児童家庭支援センターは全国92か所に設置されている(山縣2014:125)。なお、2009年9月現在、東京都においては子ども家庭支援センターが都内の全ての市町村に設置されている(金子2013:45)。

さらに、地域住民に身近な対人保健支援を行うことができる拠点として、市町村保健センターが設置されている。市町村保健センターが行う基本的な母子保健支援としては、妊産婦・乳幼児(1歳6か月児、3歳児)の健康検査、母子健康手帳の交付や育児学級などの保健指導、妊産婦・新生児訪問指導などの訪問指導等がある。こうしたわが国の母子保健活動は、世界に例のない優れたシステムであると言われている(松井ら2001:10)。なお、2015年4月現在、市町村保健センターは全国2,477か所に設置されており、全国ほぼすべての市町村に、保健師が配置されている。

しかし、これらの支援は、多様化するニーズには十分応えているとは言い難い側面がある。山中(2009:103)が述べているように、日本では、精神障害のある親の育児をサポートする体制は未だ十分に整っていない。また、知的障害のある親の育児支援についても、欧米諸国と比べて劣っていると考えられる(岩田2004:33)。高機能ASDの母親を含む知的障害のない発達障害の人々への公的支援が開始されたのが2005年4月の発達障害者支援法の試行以降であること、青年期・成人期の発達障害の人たちへの支援については就労支援が中心であることから、これらの母親への育児支援は十分に実施されていないと考えられる。

なお、母子保健や子育て支援施策においては、2012年8月に「子ども・子育て関連3法」が成立し、2015年4月からこの3法に基づいた「子ども・子育て支援新制度」が開始された。この新制度では、地域の実情に応じた子ども・子育て支援の充実が挙げられており、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進していく新しい仕組みとして期待されている(木脇ら2014:35)。しかし、この新制度においても、育児や生活などに様々な困難を抱えていると考えられる高機能ASD圏の母親を含む発達障害の母親たちに対する地域における子育て支援モデルは提示されていない。

それでは、高機能ASD圏の母親への支援の場として、現時点で最も適切な場は、どこであろうか。精神障害のある母親や知的障害のある母親の子育て支援に関して、日本では従来から地域の保健師が中核となって担ってきた(高田ら2010;寺川ら2005)。保健所では、保健師や精神保健福祉相談員などにより、様々な母子保健活動や精神保健福祉活動が行われ、子育て支援が展開されている。さらには関係機関の連携による子育て支援の体制作りが地域の課題となっている。関係機関となるのは、病院、児童相談所、福祉事務所、子ども支援センター、乳児院、訪問看護ステーション、保育所、児童委員などである(高田ら2010:918)。

なお、従来から、ASDと診断されている子どもたちの一部は、障害福祉支援ではなく、母子保健や子育て支援策において、子どもたちを取り巻く関係者の工夫と配慮により自然な形で支援されることがあった(小林2014:78)。また、親の子育て支援においては、親が心配している、気にしている子どもへの行動への対応として、ASDと診断がつく前の段階から介入するペアレンティング・プログラムが行われ、育児支援の一環として乳幼児健診のなかに取り入れている市町村もある(北原2013:225)。平岩(2008:149)は、発達障害者支援センターは、まだまだ数が少なく、専門職種も十分でないという状況を考えると、

近くに発達障害者支援センターがない場合には、地域における保健部門が中心になって対応を考えていく必要が出てくると述べている。また、田中（2008：1585）も、成人期の発達障害を持つ人の支援体制整備に向けて、地域で活動する保健師にコーディネーターの役割が期待されると述べている。

これらのことから、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援の中心機関として、特に身近な地域において、母親の妊娠期からの支援を多機関連携の下展開している市町村の保健センターを活用できると考えられる。なお、精神障害のある母親や知的障害のある母親の子育て支援の先行研究から、これらの母親の多様なニーズにこたえるためには、保育所や児童委員などの地域の育児体制を整えること、福祉や医療機関との連携を促進することが必要であることが分かっている。それらを踏まえ、高機能 ASD 圏の母親の子育てを地域で支える拠点、さらには多機関連携のコーディネーションを行う機関として、市町村の保健センターを中核に置き、医療や福祉などの多機関連携を図りながら支援を行う子育て支援プログラムのモデルを構築することが必要であると考えられる。

## 第 2 節 研究の目的

第 1 節に示した通り、子どもの適切な養育を支援するためにも、高機能 ASD 圏の母親が有する障害特性や精神疾患などを考慮した子育て支援策を講じることが求められる。

本研究は、このような現状に基づき、プログラム評価の方法論（Rossi et al. =2005）を援用して、高機能 ASD と診断済みの母親および高機能 ASD の疑いのある母親の育児困難の軽減を目指し、母親の多様なニーズに合致した効果的な子育て支援プログラムのモデルを形成することを目的としている。この支援モデルは、プログラム評価の理論と方法を用いることで、科学的根拠に基づく実践（evidenced based practice; EBP）を踏まえた効果的な実践モデルを志向できる。

そのために、以下の 3 点を研究課題として設定した。

### ■ 研究課題 1

研究課題 1（第 2 章）では、理論研究編として、先行研究レビューを行い、暫定版の子育て支援プログラムのモデルを構築した。

まず、発達障害の母親では、母親と同様に発達障害の特徴を持つ子どもが生まれる可能性が一般よりも高いこと（原 2015：4）に着目し、発達障害児の母親に関する先行研究レビューを行った（第 1 節）。次に、発達障害を有している保護者と子ども虐待の関係に着目し、子ども虐待防止のための取組に関する先行研究レビューを行った。特に、子ども虐待予防のための地域の保健センターの母子保健活動に着目し、「子ども・子育て支援新制度」に関連して、2014 年度より厚生労働省により実施されている「妊娠・出産包括支援モデル事業」に関する先行研究レビューを行った（第 2 節）。

また、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害を有する母親への子育て支援に関する先行研究レビュー（第 3 節）だけでなく、ASD の診断をめぐる考え方や診断に基づく支援のあり方自体についての議論、さらには高機能 ASD 圏の母親に関する社会的支援の必要性についても先行研究レビューを行った（第 4 節）。さらに、発達障害を抱える母親への支援に資すると考えられる既存のソーシャルワーク理論についての先行研究レビューも実施した

(第5節)。そして、最終的に、高機能ASD圏の母親への暫定版の子育て支援プログラムのモデルを理論的に提示した(第6節)。

## ■ 研究課題2

研究課題2(第3章・第4章・第5章)では、実証研究編として、プログラム開発評価の第一段階として、ニーズ評価を実施した。

序論で示した通り、発達障害がある母親の育児支援についての先行研究は、子どもに発達障害がある場合と比べて少ない。発達障害の母親に関する研究としては、母親の発達障害の重症度が負の養育要因となるといった研究があるが、いずれも支援者側の視点から必要と思われる母親支援について考察しているため、当事者自身のニーズについては十分に把握できていない。このことから、様々な育児困難を抱えると考えられる高機能ASD圏の母親への育児支援を実施するために、まずは当事者に対する調査を行い、当事者が抱える育児困難やニーズについて把握することが重要である。そこで、本研究では、高機能ASD圏の母親を対象として、当事者による手記の分析(第3章)や当事者へのインタビュー調査(第4章)を行い、子育て困難の内容とその要因および支援ニーズを明らかにした。

さらに、高機能ASD圏の母親への子育て支援モデルの参考にするため、市町村を対象に質問紙調査を行い、高機能ASD圏の母親への支援の現状と課題を明らかにした(第5章)。

## ■ 研究課題3

研究課題3では、研究課題1および2の結果を基に、高機能ASD圏の母親のニーズや支援の現状を踏まえた、高機能ASD圏の母親を対象とした子育て支援プログラムのモデル開発を試みた(第6章)。なお、開発した暫定的なモデルの妥当性を検証するために、評価可能性アセスメントを行い、効果や実現可能性についても検討を行った。

なお、本研究全体の構成については、第1章第2節で述べる。

## 第3節 用語の定義

### 1) 高機能ASD圏の母親を対象とした子育て支援プログラム

まず、本研究で対象とした「高機能ASD圏の母親を対象とした子育て支援プログラム」の「プログラム」について明らかにしたい(大島2015:268;山野2015b:15)。

プログラム評価の対象となる「プログラム」とは、一般的には「社会的介入プログラム(social intervention)」、あるいは単に「社会プログラム(social program)」と呼称される。「社会プログラム」は、社会問題や社会状況を改善するためにデザインされた組織的、計画的、そして通常は現在継続中の取り組みである(Rossi et al. =2005:29)。

本研究で取り上げる「高機能ASD圏の母親を対象とした子育て支援プログラム」は、まさにこの社会プログラムに該当する。先述したように、母親が高機能ASDの場合、子育てへのストレスが高く、育児困難を背景とする抑うつなどの精神症状を発生しやすくなり、ひいては子ども虐待など、不適切な子どもの養育に繋がる場合があることが分かっている。つまり、本研究は、このような高機能ASD圏の母親およびその子どもや家族をめぐる、社会問題、社会状況を改善し、より適切な子どもの養育を目指すための体系的な取り組みと位置づけられる。

このように「社会プログラム」は、社会的に解決を目指す明確なプログラムゴールを持っている。そして、このゴールを実現するために、最も有効・効果的で、実現可能な組織的に計画された取り組みの単位（構造・機能・プロセス）、すなわちプログラム単位を明確にすることが求められる。この取り組みこそが、プログラム評価の中核的な機能である。同時にその取り組みは、プログラムの効果性と質を高め、「効果的プログラムモデル」を形成するためのアプローチでもある（大島 2015：268-269）。

## 2) 高機能 ASD 圏の母親

本研究の対象者である「高機能 ASD 圏の母親」を説明するに当たって、ASD についての説明を行う。現在、国際的に使用されている精神疾患分類体系は、アメリカ精神医学会（american psychiatric associations; APP）の診断基準マニュアルである DSM(diagnostic and statistical manual of mental disorders) と世界保健機関（world health organization ; WHO）の ICD（international statistical classification of diseases and related health problems）の 2 つである。そのうち、2013 年 5 月に改定された診断基準マニュアル（以下 DSM5）では、自閉症診断に関して、様々な変更がもたらされた。中でも、最も大きな変更点は、これまで用いられていた自閉症障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害（PDDNOS）、小児期崩壊性障害、レット障害という下位分類を撤廃し、ASD という単一の診断基準にまとめたことである（土岐 2014:104-105）。なお、DSM5 では、神経学的発達障害（neurological developmental disorder）という大分類が新たに新設され、そこに ASD のほか、知的能力障害群、コミュニケーション障害群、注意欠如多動性障害（attention deficit hyperactivity disorder ; ADHD）、学習障害（learning disorders ; LD）、運動障害群、他の神経発達障害群が置かれている（APP2013）。また、本改定により、ASD と ADHD の併存診断が可能となっている。

このように、DSM5 の改定により、自閉症診断については、ASD という単一の診断になったことを踏まえ、本研究では、これまで用いられてきた（または現在も用いられている）「アスペルガー障害」、「広汎性発達障害」を ASD と互換的に用いた。また、ASD については、ADHD や LD を合併していることも多いため、本研究では、ADHD や LD の母親も対象に含めた。一方、上述したように、DSM5 では、ASD のほか、ADHD、LD、運動障害群、知的発達障害群などを含めて、「発達障害」として分類されている。そこで、先行研究等において、ASD だけでなく ADHD や LD の母親も対象に含めていることを明示的に示した方が良いと判断した場合には、ASD ではなく、「発達障害」などの用語を使用した。

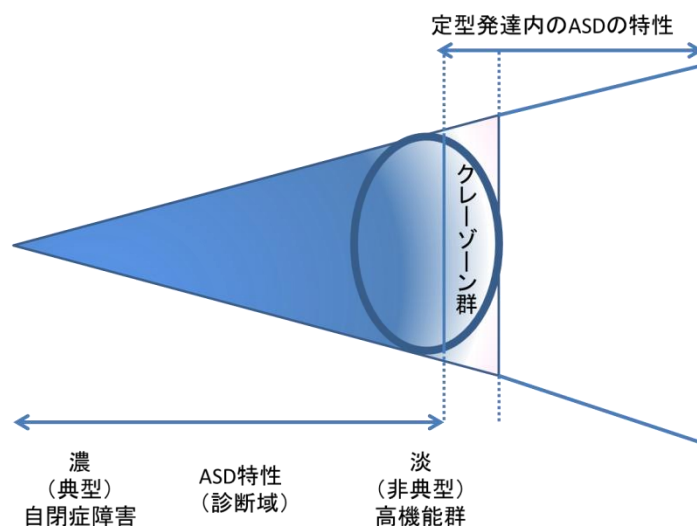
次に、本研究で対象とした「高機能 ASD 圏の母親」の意味について、説明をしたい。ここで使用した「高機能 ASD 圏の母親」とは、高機能 ASD と診断済みの母親と、未診断のいわゆる「グレーゾーン」の母親を含んでいる。

図序-1 は、ASD の概念と、本研究の対象者である「高機能 ASD 圏の母親」との関係を表したものである。ASD という概念には、重度の知的障害と結び付いた重い社会性の特異的な障害から、中度の知的障害を伴うカナー症候群（自閉症障害）を経て、低位から正常または正常の知能を持つケース（アスペルガー症候群または高機能自閉症群）など、様々なケースに及んでいる。すなわち、ASD の特性は、濃い（典型的な）カナー型の自閉症の人から、ごく淡い（非典型的な）定型発達の人々まで、連続的に分布すると想定される。



このような ASD と診断された人々のうち、特に知的水準が高い高機能群（高機能の定義はさまざまで特に定説はないが、知能指数 70 や 85 を基準にすることが多い）で、成人の女性症例の場合には、自閉的特徴が目立たないという一般的傾向がある。しかし、支援という観点からは、自閉的行動特徴が弱いと言うことは、必ずしも支援ニーズが少ないということの意味するのではない。また、知的水準と生活の質（quality of life； QOL）は、単純に連動しないという研究結果も示されている（神尾 2009:1191-95）。そのため、本研究では、研究対象として、ASD の母親のうち、特に高機能群の母親を対象とした。

ASD の特性は連続的な濃淡で分布するが、ASD の淡い帯域では、ASD と診断される場合とされない場合がある（清水 2014：14）。すなわち、ASD にも定型発達内にもなりうる帯域である「グレーゾーン」の人々が存在する。ASD に関して「グレーゾーン」という用語が使用される場合は、明らかな診断名が付きにくい、それを放置しがたく、ASD の可能性が疑われる状態である（自閉症スペクトラム辞典 2013：40）。すなわち、高機能 ASD と診断済みの母親だけでなく、いわゆる「グレーゾーン」と言われる母親においても、支援のニーズが高い場合があると想定される。そのため、本研究では、高機能 ASD と診断済みの母親に加えて、未診断の「グレーゾーン」の母親を対象に研究を行うこととした。



\* ○印で囲った部分が本研究の対象者の範囲を示す

図序-1 ASD の概念と本研究の対象者との関係（出所：清水 2014 を参照し作成）

## 第1章 研究方法と研究の構成

### 第1節 研究方法

以下では、本研究で用いたプログラム評価についての研究方法と、本研究における標的集団とその標的集団に対する研究方法を述べた上で、本研究で中核を占める実証研究編（研究課題2に対応）で用いた質的研究方法の一つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（GTA）について述べる。なお、研究方法の詳細については、各章で述べる。

#### 1. プログラム評価手法

プログラム評価は、ある社会的な問題状況を改善するために導入された社会プログラムの有効性を、①ニーズへの適合性（ニーズ評価）、②プログラムの設計や概念の妥当性（プログラム理論評価）、③介入プロセスの適切性（プロセス評価）、④プログラムの効果（アウトカム評価・インパクト評価）と⑤効率性（効率性評価）という諸側面（評価課題）から、総合的・体系的に査定・検討し、その改善を援助して社会システムの中に位置づけるための方法である（Rossi et al. =2005:28）。また、プログラム評価においては、上述した①～⑤のそれぞれの評価課題に対応して、「I. 開発評価」、「II. 継続的改善・形成評価」、「III. 実施・普及評価」の3つのステージに整理をしている。このようなプログラム評価方法は、問題解決に対する有効性が実証された科学的根拠に基づく実践（EBP）等の効果的プログラムモデルを開発して、より効果的なプログラムへと改善・形成し、さらには効果モデルの実施・普及を進めるために、世界的に確立した有効な科学的方法論である（Rossi et al. =2005:28）。

一方、こうした世界的な潮流に反して、日本では、EBP および効果的プログラムモデル形成評価アプローチに対して未だ社会的な関心が十分形成されているとは言い難い状況にある（大島 2014:18）。しかしながら、限られた社会資源を用いて、効果的な子育て支援モデルを構築するためには、プログラム理論（Theory）や科学的な根拠（Evidence）、実践現場での創意工夫に基づいたプログラム評価手法を用いることが有効である。

序論で述べたように、高機能 ASD 圏の母親たちに対する既存の支援モデルは存在していない。そのため、本研究では、プログラム評価手法の第一ステージに位置づけられる「開発評価」を実施し、新規の効果的な子育て支援プログラムのモデル構築を行うこととした。具体的には、この「開発評価」のうち、高機能 ASD 圏の母親および支援者側のニーズ評価を行い、プログラムのデザインと理論の生成（理論評価）を行うことを目指している（図 1-1 参照）。こうした厳密な科学的根拠に依拠したプロセスを踏むことで、当事者および支援者のニーズに合致した、明確なインパクト理論とプロセス理論に基づく効果的な子育て支援プログラムのモデル構築に資すると期待できる。

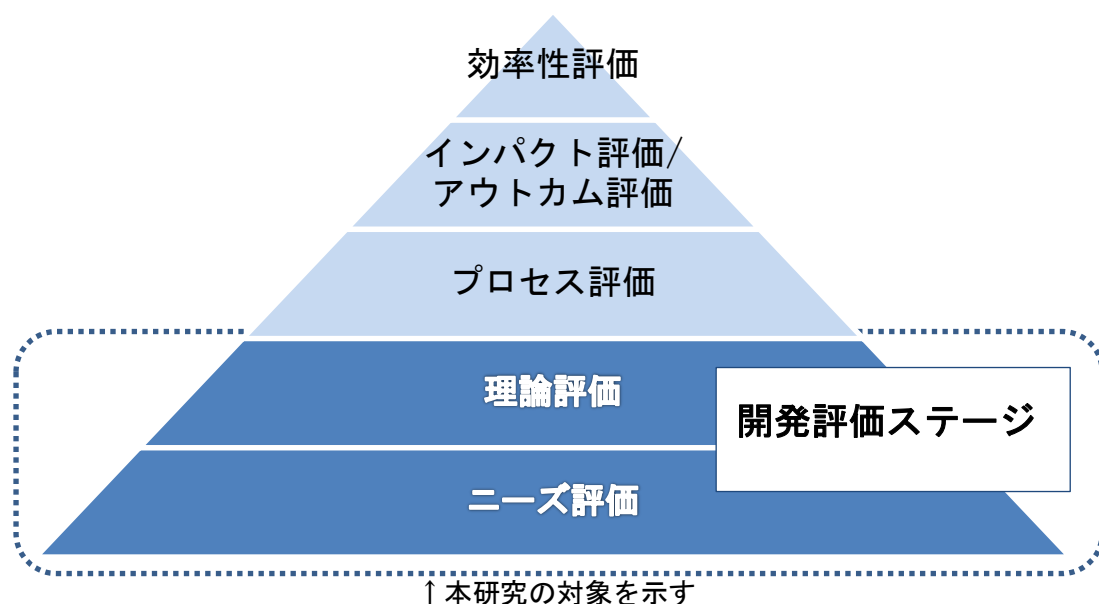


図 1-1 プログラム評価の階層と本研究の位置づけ（出所：大島 2015 を参照し作成）

## 2. プログラム評価手法におけるインパクト理論およびプロセス理論

高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援プログラムのモデル構築に当たって援用したプログラム理論（Rossi et al. =2005）は、インパクト理論およびプロセス理論から構成されている。また、プロセス理論は、サービス利用計画およびプログラムの組織計画という 2 つの要素から構成されている。そこで、本研究においても、主にインパクト理論、サービス利用計画、プログラムの組織計画の 3 つに基づく子育て支援プログラムのモデルを作成した。以下に、インパクト理論、サービス利用計画、プログラムの組織計画の定義を示す。

### (1) プログラムのインパクト理論

プログラムのインパクト理論（impact theory）は、プログラムによって生じる変化のプロセスと、結果として期待される改善状態についての仮定から構成される。この理論では、プログラム活動が実施され（原因）、その結果として社会的利益（アウトカム）が生じるような、原因—結果、手段—目的の関係といった、一連の因果関係の連鎖が記述される。

### (2) サービス利用計画

プログラムのサービス利用計画（service utilization plan）とは、サービス（支援）の利用者がどのようにしてプログラムを利用し、プログラムのインパクト理論に示された変化のプロセスが始まるだけの十分な（支援）を受けるのかという過程に焦点が当てられる。通常、プログラムの開始時点から終了時点までのフローチャートとして示される。

### (3) 組織計画

プログラムの組織計画 (organization plan) とは、プログラムマネジメントの視点から明確化される。この計画には、プログラムが実行しようとしている機能と活動、およびそのために必要な人的、財政的、物理的資源が含まれる。すなわち、社会的利益につながると期待される標的集団—プログラム活動のうち、プログラム側の役割を構成する具体的な活動である。

### 3. 本研究のニーズ評価における標的集団と標的集団に対する研究方法

社会問題の性質を理解し、標的集団の規模や特徴を推定することは、プログラムのニーズを確かめる上で不可欠なことである (Rossi et al. =2005 : 96-97)。また、この標的集団は、サービス (支援) がプログラムから直接提供されるのか、プログラムが設定した活動を通して間接的に提供されるのかによって、直接的標的集団 (direct targets) あるいは間接的標的集団 (indirect targets) の二つに分類することができる (Rossi et al. =2005:111)。

本研究の直接的標的集団は、高機能 ASD と診断された母親およびその疑いのある母親である。一方、高機能 ASD 圏の母親への支援を適切に提供するために、支援者の現状についても把握することが必要である。そこで、本研究においては、これらの支援提供者のうち中心的存在として考えられる市町村の保健師についても、間接的標的集団としてニーズアセスメントを実施することとした。

具体的なそれぞれの標的集団に対する研究方法として、直接的標的集団である高機能 ASD 圏の母親に対しては、質的研究方法の一つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) を活用し、間接的標的集団である支援者に対しては質問紙調査を実施した。

このように、本研究のニーズアセスメントでは、高機能 ASD 圏の母親とその支援者という異なる対象群を対象としており、さらに質的研究と量的研究という異なる研究方法を採用している。Flick (=1995 : 327) は、量的方法と質的方法という異なる 2 つの方法を併用するトライアングレーションという方法を併用することで、それぞれの技法の弱点を補い合うことができるとしている。また、異なるデータのトライアングレーションを行うことで、現象をより多角的な視点から把握することも可能となると考えられる。本研究では、このような研究方法を用いて子育て支援プログラムのモデルを構築することで、モデルの妥当性と質を高めることに繋がると期待できる。

### 4. 質的研究 (グラウンデッド・セオリー・アプローチ)

#### 1) グラウンデッド・セオリー・アプローチを本研究で選択した理由

本研究の研究課題 2 の第 3 章・第 4 章では、本研究の直接的標的集団である高機能 ASD 圏の母親を対象にニーズアセスメント (ニーズ評価) を実施した。

ニーズアセスメントの分析方法として選択したのは、質的研究方法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) である。質的研究方法は、現象に関する先行研究の蓄積が少なく、変数が把握されていない時に用いられる研究手法である (戈木 2006:2)。本研究のように、今まで明らかにされていなかった高機能 ASD 圏の母親の子育てにおける多様なニーズを明らかにするためには、質的研究方法が適切であると判断した。なお、質

的研究方法に関しては、ケーススタディー、エスノグラフィー、現象学、GTA など様々なものが存在する。数ある質的研究方法の中から、本研究のニーズアセスメントでは、GTA を方法論として採用した。GTA とは、アメリカの社会学者であるストラウスとグレーザーが 1967 年に出版した「データ対話型理論の発見」において示された、理論を生成するための帰納的な質的調査の方法論である(戈木 2006:8)。本研究のニーズアセスメントでは、高機能 ASD 圏の母親の多様性に着目して、当事者の多様な支援ニーズを引き出すことを目的としている。その目的に照らして、GTA を用いることが妥当であると考えた。

なお、GTA には、ストラウスとグレーザーのオリジナル版 (Glaser et al. 1967) に加えて、ストラウス・コービン版 (Corbin et al. 2008)、グレーザー版、木下による修正版 (M-GTA) (木下 1999)、チャーマツによる社会構成主義版 (Charmaz 2006) など、いくつかの方法があり、それぞれの分析方法論には違いがある (山野 2009: 76-77)。本研究では、分析方法の明確化から、ストラウス・コービン版を調査方法として採用した。

## 2) データの収集方法・分析方法

はじめに、データ収集の方法について検討を行った。GTA では、同じ問題についてタイプの異なるデータをいくつかトライアンギュレートすることが推奨されている (Corbin et al. =2008: 38)。トライアンギュレーションという言葉は、ひとつの現象に対してさまざまな方法、研究者、調査対照群、空間的・時間的セッティングあるいは異なった理論的立場を組み合わせることを意味している。これは、質的研究の質を改善する戦略としても使われている (Flick=1995: 282)。

高機能 ASD の母親に関しては、近年、当事者による様々な自叙伝や手記が国内外において出版されている。そこで、本研究では、当事者のニーズを把握するために、まず当事者による手記の分析を行った。しかしながら、手記をまとめる能力がある人は限られていることから、手記分析の結果だけでは一般化をすることはできない。そのため、手記分析の結果を踏まえた上で、高機能 ASD と診断済みの母親および ASD が疑われる母親を対象としたインタビュー調査を追加して行った。このように、手記分析とインタビュー調査という二つの異なる質的方法を組み合わせることで、現象を多角的に捉えることに努めた。

次に、データの読み込みを行い、手記やインタビューの結果を、それぞれテキストとして文字に変換した。その後、データの切片化を行い、データの分析を行った。GTA の分析は、オープン・コーディング、軸足コーディング (アキシヤル・コーディング)、選択コーディング (セレクトティブ・コーディング) の 3 つのコーディングで成り立っている。表 1-1 は、GTA の分析の流れを示したものである。分析は、①～⑩に分かれている。データを収集し、分析できる形のテキストができたなら、オープン・コーディング (図の①～④) を実施する。オープン・コーディングでは、切り分けられた切片を読み込み、抽象度が低い概念にラベル化を行う。次に、似たラベル同士をまとめて上位の概念であるカテゴリーを生成し、さらにその特性を同定していく。続く軸足コーディングでは、カテゴリー同士を関連付け、カテゴリー関連図を形成する (図の⑤～⑧)。そして、分析結果の比較を踏まえて理論的サンプリングを行い、それを基にして次のデータを収集した後、オープン・コーディングと軸足コーディングを繰り返す (図の⑨)。最後の選択コーディングでは、構成されたカテゴリーの中から、特に中心となるものを選び、より大きい現象を説明する

概念を生成する。そして、理論的飽和を迎えた時に、研究が終了する（戈木 2013）。

なお、GTA のプロセスでは、継続的比較分析によるカテゴリー・概念・関係性の見直しと精緻化、理論的サンプリングが用いられる。しかし、本研究の手記分析においては、その性質上、理論的サンプリングと理論的飽和を行うことは、困難であった。そのため、手記分析に関しては、厳格な意味での GTA ではなく、GTA を援用した分析と言える。本研究の手記分析およびインタビュー調査の詳しいデータ収集方法・分析方法については、それぞれ第 3 章、第 4 章を参照して頂きたい。

表 1-1 GTA の分析の流れ（出所：戈木 2013 を参照し作成）

オープン・コーディング	① データの読み込み
	② データの切片化
	③ ラベルの抽出
	④ カテゴリーの抽出
軸足コーディング	⑤ カテゴリーを現象ごとに分類
	⑥ カテゴリー同士の関連付け
	⑦ ストーリーライン（理論）の生成
	⑧ カテゴリー関連統合図の作成
	⑨ 理論的サンプリングに基づくデータ収集（①～⑧を繰り返す）
選択コーディング	⑩ 理論的飽和化によるカテゴリー・概念・関係性の確定

### 3) 研究結果の質確保の方法

GTA の分析結果の妥当性を確保するための方法として、本研究では、トライアングレーションを行い、手記分析とインタビュー調査という異なるデータ収集方法を用いてデータの収集を行った。また、本研究の分析作業は、筆者 1 人で行ったが、手記分析およびインタビュー調査共に、質的研究に精通した専門家のスーパーバイズを受けることで、データの妥当性の確保に努めた。

## 第 2 節 研究の構成

図 1-2 は、研究の方法と構成を示したものである。本研究は、5 部 7 章で構成されている。研究方法として、プログラム評価方法を採用し、開発評価に当たるニーズ評価とプログラム理論評価を実施した。

序論と第 1 章による第 1 部では、それぞれ研究の背景と研究の目的、および研究方法と研究の構成について記述した。

第 2 部（第 2 章）は、理論研究編であり、研究課題 1 に対応している。ここでは、先行研究レビューを行い、先行研究結果から、高機能 ASD 圏の母親を対象とした理論的かつ暫定的な子育て支援プログラムのモデル構築を行った。

第 3 部は、実証研究編であり、研究課題 2 に対応している。まず、当事者のニーズを把握するために、グラウンデッド・セオリー・アプローチを活用して、当事者の手記分析（第

3章)と当事者へのインタビュー調査(第4章)を行った結果を取りまとめた。さらに、支援者側のニーズを把握するために、市町村の保健センター等に着目をして、質問紙調査(第5章)を行った結果を取りまとめた。また、それらの分析結果を基に、暫定版の子育て支援プログラムの修正を行った。

第4部は、モデル開発であり、研究課題3に対応している。第1部から第3部までの分析結果に基づいて作成した高機能ASD圏の母親に対する暫定的な子育て支援プログラムのモデルについて、追加調査および評価可能性アセスメントを実施し、実現可能性や妥当性についての検証を行い、支援プログラムのモデルを最終化した(第6章)。

最後の第5部は、結論であり、本研究から得られた知見を基に総合考察を行い、子育て支援プログラムのモデル実現のための課題および、本研究の限界と今後の展望についてとりまとめた(第7章)。

なお、第3章の当事者の手記分析結果については、『障害学研究』11における「高機能自閉症スペクトラム障害(ASD)の母親の手記にみる子育て困難と支援ニーズ」(岩田ら2015: in press)を基に追加記述を行ったものである。また、第4章の高機能ASD圏の母親へのインタビュー調査については、『社会福祉学』56-3における「高機能自閉症スペクトラム障害(ASD)の母親の子育て困難と支援ニーズ—当事者に対する質的研究に基づく分析—」(岩田2015)を基に追加記述を行ったものである。なお、同論文の公表にあたっては、『社会福祉学』編集委員会の承認を得ている。

研究方法 ; プログラム評価方法		調査(分析)方法	本研究の構成	
		研究の背景と目的	序論	第1部 研究背景・方法
		研究方法と研究の構成	第1章	
開発評価	理論評価	先行研究レビュー	第2章	第2部 理論研究編 (研究課題1)
	ニーズ評価	当事者の手記分析(GTA) ▲岩田ら2015(in press)	第3章	第3部 実証研究編 (研究課題2)
		当事者へのインタビュー調査 (GTA) ▲岩田2015	第4章	
		支援機関への質問紙調査	第5章	
理論評価	追加調査、評価可能性アセスメント	第6章	第4部 モデル開発 (研究課題3)	
		総合考察と結論	第7章	第5部 結論

図1-2 研究の方法と構成

以下の図 1-3 は、本研究における子育て支援プログラムのモデル開発のプロセスを図に示したものである。

本研究では、先行研究レビュー（第 2 章）による理論評価の結果を踏まえ、まず高機能 ASD 圏の母親に対する暫定的な子育て支援プログラムの開発を行った。その後、当事者の手記分析（第 3 章）、当事者へのインタビュー調査（第 4 章）、支援者調査（第 5 章）によるニーズ評価の結果を踏まえ、高機能 ASD 圏の母親に対する暫定的な子育て支援プログラムの修正を随時行った。そして、追加調査、当事者および支援者との意見交換会や、先行研究レビュー、予備的観察による評価可能性アセスメントを行い、子育て支援プログラムのモデルを最終化した。

なお、子育て支援プログラムのモデル開発に当たっては、以上のプロセスのほかに、博士論文の主査、副査のゼミでも発表を行い、フィードバックを得た後、再修正を行い、最終化した。

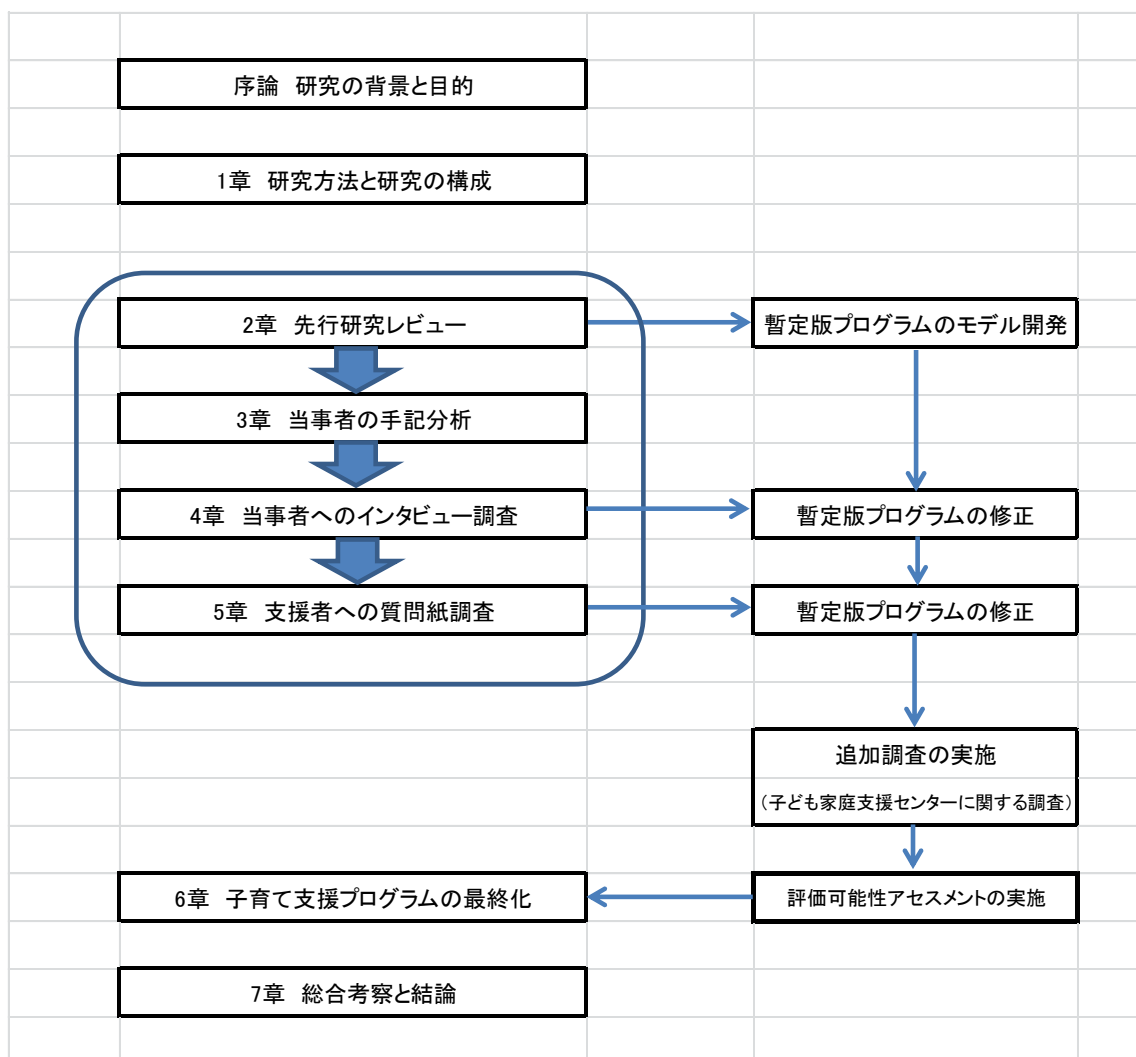


図 1-3 本研究における子育て支援プログラムのモデル開発のプロセス





**第 2 部**  
**理論研究編**



## 第2章 文献レビューによる理論モデルの構築

本章では、アスペルガー障害（アスペルガー症候群）、PDD、自閉症など ASD 圏の母親ならびに ADHD や LD などの母親を含めた発達障害の母親の子育てや子育て支援を対象に文献レビューを行った。

まず、発達障害の母親では、発達障害の特徴を持つ子どもが産まれる可能性が高いという国内外での研究結果を踏まえ、発達障害児をもつ母親に関する先行研究のレビューを行った（第1節）。第2節では、発達障害を有している保護者と子ども虐待の関係に着目し、発達障害を有している保護者と子ども虐待についての先行研究をとりまとめた。そして、続く第3節では、子ども虐待防止に関連して、2014年度より全国で実施されている「妊娠・出産包括支援モデル事業」の概要について取りまとめた。次の第4節では、高機能 ASD 圏の母親を含む、成人の発達障害者への支援の現状や課題についての先行研究のレビューを行った。そして、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害を有する母親の育児困難と育児支援についての先行研究レビュー（第5節）や、高機能 ASD 圏の母親支援に参考となると考えられるソーシャルワークの実践理論についての先行研究レビュー（第6節）を行った後、最後の第7節では、先行研究の検討を行うことを通じて、高機能 ASD 圏の母親を対象とした暫定的な子育て支援プログラムの理論モデルについて提示を行った。

### 第1節 発達障害児の母親に関するストレスとその要因

発達障害圏の母親では、発達障害の特徴を持つ子どもが産まれる可能性が一般よりも高いとされる。例えば、原（2015：4）によれば、発達障害は家族特性を背景として発生するケースが多いとして、ADHD と診断された子の親が ADHD と診断される場合は 30-40% あるとの報告を挙げている。そのため、発達障害児をもつ母親に関する先行研究を分析することは重要であると考え、これらの先行研究について文献レビューを行った。

これまで発達障害児を持つ親に関しては、多数の先行研究が実施されている。特に近年では、主に母親のストレスとその要因についての研究が国内外で展開されている。なお、ストレス反応に関連する要因としては、個人要因と環境要因の2つが考えられる。個人要因としては、その人の価値観や信念、性格特性などが指摘されている。環境要因としては、社会資源、ソーシャルサポートなどが挙げられる（工藤ら 2008：236-237）。そこで、本項では、発達障害児の母親の状況を理解するために重要な要因と考えられる、「発達障害児の母親のストレス」、「発達障害児の母親のストレスと環境要因および個人要因」に関する先行研究のレビューを行った。

#### 1. 発達障害児の母親に関するストレス

子どもの障害と母親のストレスとの関係性を検討した論文では、子どもの持つ障害の種類によって母親のストレスの現れ方に差があることが報告されている。発達障害児の親は、他の障害児の親に比べてストレスが高いということがいずれの研究においても指摘されている（植村ら 1985；Kasari et al. 1997；Mugno et al. 2007）。坂口ら（2007：127）による研究では、特に自閉症児の場合、他の障害児を持つ母親に比べて、「問題行動」「愛着困難」の得点が有意に高く、またストレス反応も高い傾向にあった。このことから、自閉症児が独自に持つコミュニケーションや社会性の問題が、子どもとの愛着形成を困難に

し、親のストレスの要因となると考えられる。また、Davis et al. (2008 : 1278)による ASD 児を養育する父母への調査結果においても、発達障害児の社会関係性の遅れと親のストレスや親子関係との間には相関があるとの報告がある。

なお、Mugno, et al. (2007 : 7) では、PDD 児の親は他の親と比べてストレスが高く、特にアスペルガー症候群や高機能 ASD 児の親にストレスがより高い傾向が見られることを明らかにした。このような結果について金井 (2013 : 21) は、周囲の発達障害についての理解不足を挙げている。高機能の発達障害児は、知的な問題がないために、一見、定型発達児と変わらないように思える場合がある。しかしながら、家の内外では、突然パニックになるようなことがあるため、周囲の母親からは、「育て方の問題」ではないかと追い詰められ、心身共に衰弱する恐れがある。周囲の理解不足のため、母親は周囲に相談できず孤立し、ストレスが高まり、QOL が低下する。

さらに、PDD 児の家族・親族には、うつ病を中心とした気分障害が多くみられるとの先行研究がある。野呂ら (2010 : 265) によると、高機能 PDD 児の家族 (母親) の約 4 割が抑うつ域に入っており、重症抑うつ域とされたものも約 1 割見られた。これは、一般の母親のケースと比べて、極めて高い水準である。このような高い抑うつ状態については、母親自身が親から受けた養育体験や、現在の家族機能が環境要因として関与していることが示唆されている。したがって、母親の精神状態を考える時には、母親だけでなく、家族全体の状況を考慮した支援を行うことが必要である。

なお、子どもの年齢による母親のストレスの変容については、植村ら (1985 : 235) が、障害の種類に拘らず、小学校入学後に母親のストレスが上昇し、中学校入学後に低下へと向かうと報告している。また、稲嶺ら (2004 : 51) による、発達障害児を養育する母親への研究結果でも、子どもの年齢が上がるにつれ、母親の主観的疲労感は一時的に上昇し、特に子どもの小学校入学時に主観的疲労感は一時的に高くなり、その後低下するとしている。しかし一方で、子どもの年齢が高くなるにつれ、親のストレス量も高くなるという報告もあることから、障害児を持つ親のストレスと子どもの年齢については、一致した見解は得られていないと考えられる (工藤ら 2008 : 238)。

## 2. 発達障害児の母親のストレスと環境要因 (ソーシャルサポート)

これまでの障害児を養育している親のストレス研究からは、親のストレスを引き起こす要因として、子どもの要因、親の個人的要因、家族・地域・社会的要因が関係し、それらが家族のライフステージに応じて変化することが示唆されている (小林 2008 ; 山根 2009)。これらを踏まえて、母親のストレスを軽減するような方策を考えることが必要である。

親のストレスに関係する環境要因であるソーシャルサポートの低さは、一貫して発達障害児やその他の障害児をもつ親や家族のストレスの高さに関連するとの結果が得られている (山根 2009 : 34)。北川ら (1995 : 41-42) では、障害児の母親と健常児の母親との養育ストレスを測定し、夫婦親密性サポートと近隣からのサポートが母親の日常的なストレスの緩和にとって効果的である可能性があること等が示唆された。

近年、発達障害児を持つ母親のソーシャルサポート研究も行われている。森口ら (2008 : 110-112) は、療育機関を受診している PDD 児の母親を「サポート低群」と「サポート高群」に分け、ストレス得点については「サポート低群」が「サポート高群」よりも

高いこと、夫や親せきなどの身近な人からのサポートを十分に受けている人はストレスが低く、身近な人からのサポートが重要であること、精神面でのサポートは欠かせないサポートであることを示した。山田（2010：176）は、療育機関に通う ASD 児の母親のストレスは、子どもが良い成長をすることで軽減することを指摘した。また、母親のストレスを軽減するサポート源として、夫を筆頭に家族のサポートは重要であり、定型発達児を育てる母親に比べて、より多くのソーシャルサポートを求めていることを明らかにした。道原ら（2012：82）が行った 3 歳から 25 歳までの発達障害児をもつ母親を対象とした研究では、知的障害を伴わない子どもが幼児期の場合、配偶者からの道具的サポート（アドバイスや具体的な手助け）や情緒的サポート（励ましや共感）が少ない母親は、そうでない母親よりも抑うつが高かったことを明らかにした。このことから、特に子どもが幼児期である場合、また知的障害を伴っていない場合、配偶者からの実質的・情緒的サポートを促すことが有効であることが示唆された。

これらの研究からは、発達障害児の母親に対するソーシャルサポートは、ストレスを軽減し、精神的健康を高める効果があることが示されている。また、ソーシャルサポート源としては、夫が母親にとって最も心強いサポート源であり、夫から多くのサポートを受けることは母親の精神的な安定を保つ上で有効であることが推察できる。特に、子どもの発達段階について、子どもが幼児期の場合には育児ストレスが高く、発達障害の診断告知後の親の葛藤も高いことから、子どもが幼児期の場合に配偶者からの養育に関するサポートを受けることは、母親の抑うつ軽減にも繋がるという意味で重要である。

このような国内での先行研究結果は、海外での先行研究結果とも一致している。1979 年から 1999 年の間に出版された自閉症児の母親のストレスとソーシャルサポートの文献研究を行った Boyd（2002：213）は、母親への支援のうち夫からの支援が最も効果的であったとしている。また、フォーマルサポートでは、親の会によるサポートが母親のストレス軽減に有効であったとしている。フォーマルサポートよりもインフォーマルサポートの方が母親のストレス軽減に有効であったとする結果について宋ら（2004：17）は、PDD 児の親のストレス軽減に有効なフォーマルサポートが十分に整備されていないという現状の反映ではないかと指摘している。木村ら（2009：60）は、障害者のケアが家族に委ねられるという日本社会の制度的問題を再考し、家族のニーズに合った支援を提供することが望まれると指摘した。なお、配偶者である夫からのサポートが得られない母親については、抑うつやストレスが高まる可能性があることから、夫以外の各種サポート体制を整えていく必要がある（道原ら 2012：82）。

### 3. 発達障害児の母親のストレスと個人要因（ハーディネスおよびレジリエンス）

近年、ハーディネスやレジリエンスが注目されている。「ハーディネス（hardiness）」とは、Kobasa（1979）が提唱したもので、ストレス状況に対しても健康を維持できる性格特性を有し、困難な状況や変化をチャレンジの機会として捉える能力や内的統制間の強さなどから構成されるものである（山根 2009：33）。ハーディネスに関して、Weiss（2002：115）は ASD 児やダウン症児のストレスを検討する中で、親のハーディネスとソーシャルサポートが親の適応の程度を予測することを示唆している。また、Gill et al.（1991：407）は、ASD 児の母親のストレスを改善する要因として、ハーディネスとソーシャルサポート

を検討した。その結果、ハーディネス得点の高い母親や、ソーシャルサポートの利用のし易さを認知している母親は、そうでない母親に比べて、抑うつ症状が少なく、身体的な不調も少ないことが明らかとなった。

一方、レジリエンスとは、その概念を最初に示した Rutter (1985) によれば、「深刻な危険性にもかかわらず、適応的な機能を維持しようとする現象」と定義されているものである(橋本ら 2011: 2)。障害児の母親についてのレジリエンスについての研究を行った橋本ら (2011: 9) は、障害児を育てる母親を対象とした半構造化面接を実施し、レジリエンスの要素として、「同じ立場の仲間の支え」、「家族の支え」、「友人の支え」、「専門家の支え」、「対人問題解決スキル」、「個人内問題解決スキル」の6つの要素を抽出した。これらの要素のうち、前の4つはソーシャルサポートに関するものであり、後の2つは母親個人のハーディネスに関するものであると考えられる。また、ASD 児の母親についてのレジリエンスについての研究では、22 件の先行文献研究を行った Bakhet et al. (2012) がある。Bakhet らは、ASD 児の母親のレジリエンス指標として、自己肯定感、障害受容、楽観主義、肯定的な家族機能を挙げている (Bakhet et al. 2012: 652)。母親のレジリエンスは、低い抑うつ症状や高い生活満足度等、母親の精神的健康に関係があるとしている (Bakhet et al. 2012: 653)。また、ASD 児の母親のレジリエンスを高めることは、母親だけでなく子どもの養育においても有益であるとしている。なお、母親個人のスキルは、個人がもともと持っている特性ではなく、獲得されたスキルであると考えられるという橋本ら (2011: 9) の指摘は、様々な角度からの介入によって母親のレジリエンスを高め、母親の精神的健康を向上するという意味で、重要であると考えられる。

## 第2節 発達障害を有している保護者と子ども虐待

### 1. 子ども虐待を予防するための発達障害を抱える保護者への支援

子ども虐待が発生し深刻化していく際には、複数の要因が作用していると言われる。その要因の一つとして、発達障害と虐待の関係が近年注目されている。従来、虐待と発達障害との関連についての研究では、主に子ども側に発達障害を有する場合であった。しかし、そのようなケースの中には、保護者自身も発達障害の特性が見られることが少なくないと言われる(橋本ら 2012: 1)。

こうした状況を踏まえ、親の発達障害の特性を踏まえた虐待防止のための介入研究がいくつかなされている。浅井ら (2005: 358) は、子どもの入院治療や母親への薬物療法、現実的な適応を改善させる認知行動療法的なアプローチなどの包括的な母子並行治療を行ったところ、虐待については89%に、子どもの問題行動に関しては84%に著しい改善が得られたと述べた。すなわち、発達障害を抱える母親への支援は、子どもへの虐待を予防し、子どもの適切な発達を促すために、効果的であると言える。

発達障害を抱える保護者へのサポートのあり方として、玉井 (2008: 110) は、保護者が「育児のうまくいかなさ」への自覚を得ていくことが現実的な目標設定であると述べている。橋本ら (2012: 37) は、さまざま点で子育てに苦悩している保護者の子育てを円滑にさせるサポートをするためには、援助者が保護者の発達障害の特性を把握し、保護者とのコミュニケーションを図る際には視覚化を図ったりするほか、彼らを孤立させずに家族や地域に適切な協力者を見つけたり、地域の資源の活用を積極的に取り入れることが大切

であると述べている。さらに、保護者が自身の発達障害の認識が乏しい場合や二次障害で苦悩している場合には、医療機関との連携を行いながら、事態の改善を目指していくことも重要であるとしている。

## 2. 子ども虐待を予防するための母子保健活動

発達障害を持つ子どもへの虐待防止は、母子手帳交付から開始される家族の基本的リスクの評価から始まると言われている（玉井 2008:110）。なお、従来から虐待予防のためには、保健所（保健センター）の母子保健活動が重要だと考えられている（松井ら 2001:10）。妊娠中や出生後のなるべく早い段階から、保護者と保健師との信頼関係を築くことが、子どもの虐待予防の土台となる（松原ら 2001；中板ら 2005）。

欧米諸国は、1990年代から子ども虐待の発生予防に取り組んでおり、エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と介入が行われている。Oldsら（1997:637）は、妊娠期から子育て期のリスクがある家庭に看護職が訪問を行い、訪問を行わなかった家庭では虐待発生率が19%であったが、行った家庭では4%しか発生せず、その効果が思春期まで続いたと報告している。また、アメリカのアウトカム評価研究から成る系統レビューでは、家庭訪問プログラムに参加することにより、両親らによる子ども虐待が平均40%減少したと報告されている（Kahane et al.=2012）。なお、Kempe et al.（1979）は、虐待の発生予防として、乳児期早期の公的健診と未受診児への保健師の家庭訪問を提唱している。保健師が最適職種である理由としては、乳幼児の育児についての細かい相談に具体的に応じることができ、母親が本音で相談しやすい同性であり、来所しない家族にも家庭訪問できることを挙げている（小林 2005:81）。

日本では、2002年、厚生労働省によって「地域保健における児童虐待防止対策の取り組みの推進」が出され、2003年には「地域保健法に基づく基本方針」に「児童虐待防止対策の取り組み」が重要事項として明記された。母子保健事業のなかに子ども虐待の一次予防を推進することが法的に位置づけられたことで、それ以降、子ども虐待対策に関わる様々な母子保健活動が地域において展開されている（柴原 2010:8）。

なお、日本では、2004年以降、国の主導により虐待死の死亡検証が行われている。この死亡検証では、心中を含む虐待死数は毎年約100例で推移し、心中を除く狭義の虐待死では乳児が約半数を占め、乳幼児は8割を占めると報告されている（小林 2012:959）。この死亡検証からも、子ども虐待の発生予防のためには、周産期からの発生予防が重要であることは明らかである。そのため、厚生労働省は、2007年から、生後4か月以内のすべての乳幼児のいる家庭を訪問する「乳幼児家庭全戸訪問事業」（こんにちは赤ちゃん事業）を開始した。しかし、「乳幼児家庭全戸訪問事業」は、市町村側に実施義務が無く、全国平均は約72%程度に留まっている。また、2009年からは、0～1歳児の養育支援が特に必要な家庭を対象とした「養育支援訪問事業」、「特定妊婦支援事業」を福祉事業の一環として開始している。なお、「特定妊婦支援事業」の対象者の例（厚生労働省 2013:29）では、知的障害や精神疾患については記載があるものの、発達障害については記載がない。そのため、高機能ASD圏の母親については、支援対象として見なされない場合もあるのではと危惧される。

図2-1は、妊娠から出産、そして産後4か月までの早期育児期の支援の現状を示したも



のである。妊娠が判明すると、妊娠届が提出され、母子健康手帳が保健センター等で公布される。その後、病院や産院で、妊娠健康診査が定期的実施される。出産1か月後には、病院や産院において、母子の健診が行われる。さらに、生後28日までの新生児期には、母子保健活動の一環として「新生児訪問事業」が行われるが、その訪問対象は、全例訪問ではなく、訪問率は約23%となっている（古川ら2012:25）。

なお、妊娠から出産、早期育児期の子育て支援の現状をみると、特に病産院を退院した母子の4か月間は提供される子育て支援が乏しく、支援の空白期間となっている（図2-1）。この時期は、母親の一番不安の強い時期である。特に、産後1～2週間が最も不安が高く、精神的に不安定な時期であると指摘されている（古川2010:91）。しかし、現状では、医師や専門職と顔を合わす機会が少なく、十分な育児支援は実施されていない。さらに、妊娠期から育児期の一貫した支援者が存在しない点などに、育児支援の課題が見られる（古川2010:91）。

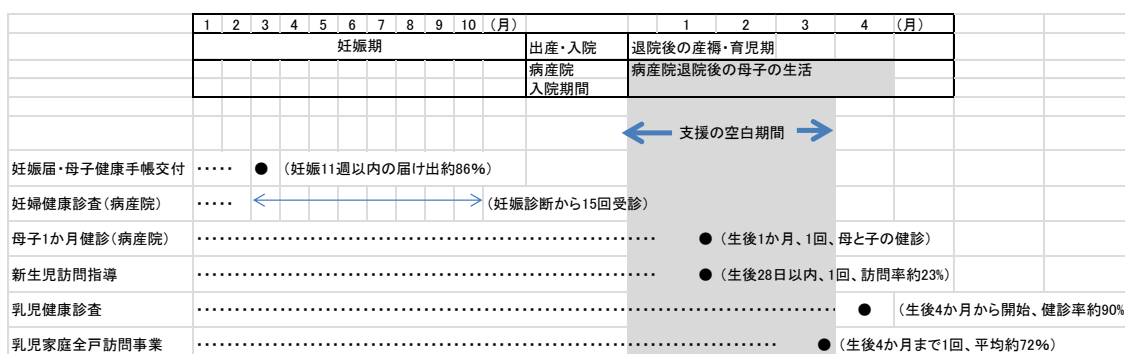


図2-1 妊娠から出産、早期育児支援の子育て支援の現状（出所：古川ら，2012）

### 3. 子ども虐待と産後うつ病との関連性

子ども虐待のリスク要因は、親の要因、子どもの要因、そして家族の要因に分けることができる（横田ら2004:14）。このうち、親の要因として、様々な精神障害や知的障害など、精神保健的な関与が挙げられる（渡邊2011:193）。中でも、母親の精神障害のうち、うつ病と薬物乱用が最も信頼性の高い子ども虐待の予測因子として指摘される（小野2001:19）。なお、発達障害の母親では、高いうつの併存など、精神保健上の問題が見られると言われている（笠原ら2007:71）。

マタニティー・ブルーや産後うつ病などは、出産後の母親には関連が深い疾患であり、虐待の予防活動では特に注意を要する。産後のうつ病障害には、産後早期（産後3～10日）に生じる一過性の軽うつ状態であるマタニティー・ブルーと、出産後数か月以内に発症するうつ病である産後うつ病がある。そのうちマタニティー・ブルーについては、通常短期間で軽快する病態であるため、その後の家庭生活や育児には大きな支障をほとんど来すことはない。これに対し産後うつ病は、数か月以上にわたって持続することもあり、育児に困難を来すだけでなく、早期母子関係にも深刻な影響を与える可能性がある。そして、ときにネグレクトや身体的虐待に至る危険もある（小野2001:19）。

子ども虐待と産後うつ病の関連について、中板ら（2012:737）は精神障害を基礎に生

じる子どもの虐待を予防するためには、出産後の精神的問題への対処では不十分であり、妊娠早期に産褥早期に好発する精神障害や産後の養育困難に関連するリスク評価を実施することが重要であると述べている。新井ら（2006：464）も、産後うつ病に対する妊娠期の予防的介入の効果についてのシステマティック・レビューを行い、その結果から、産後うつ病の危険因子をもつ母親を対象とした予防的介入効果を明らかにしている。また、北村ら（2005：7）による無作為割付による比較試験結果においても、妊娠期間中に心理的介入を行った介入群においては、対照群と比較して産後3か月の産後うつ病重症度指標が有意に低く、妊娠後期に抑うつ得点が介入群において低かったという予防効果が認められている。さらに、佐藤ら（2012：76）による母親への母子健康手帳交付から3歳児健康診査までの追跡調査結果によれば、母子健康手帳交付時には特性不安が高く、出産前からの支援が重要であること、さらに新生児においては母親のうつ傾向が高く、虐待予防として重要な時期であることが示唆されている。

なお、母親の精神障害は、子ども虐待のリスク要因の一つではあるが、実際に虐待が発生するかどうかを左右する要因として、社会的支援の有無が重要である。子ども虐待とその要因に関する研究（松本 2013：26-33）によれば、経済的困窮、家族変動、夫婦間暴力、子どもの障害、養育者の疾病と障害、社会的孤立が重なり合い、複合的な不利が形成される中で、子育ての困難が子ども虐待問題として表面化すると結論している。つまり、これらの研究結果が示すように、子ども虐待は親の精神疾患などの個人要因に由来するリスクがあるものの、個人（家族）病理だけに起因する問題ではなく、社会的背景や家族構造の変化、またそうした家庭への施策が乏しいという意味で、社会的問題として捉えた上で支援策を講じる必要がある（田中 2011：133）。このような母親が抱える複合的困難に対処するために、多職種（医療、福祉、心理、教育）から構成される統合的援助プログラムと、保健師を中心とした予防的家庭訪問サービスや、ソーシャルワーカーを中心とした家族支援のコーディネートの充実化（久保田 2010：382）、さらには支援基盤としての貧困対策などが求められる（澤田 2013：89）。

### 第3節 フィンランドのネウボラを参考にした妊娠・出産包括支援モデル事業

2000年5月に児童虐待防止法が制定されてから、15年が経過した。厚生労働省の社会保障審議会児童部会の下に設置されている「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」の報告（第1次報告から第10次報告の集計）によれば、子ども虐待による死亡事例数および人数については、2003年から2013年に至る10年間の傾向に、ほぼ変化が見られない（厚生労働省 2014a：1）。このことは、虐待予防を意識した施策や子育て支援は、この状況を変えるまで届いていないことを意味している（木脇ら 2014：36）。

このような事態を受けて、厚生労働省は、2014年9月に、「児童虐待防止対策のあり方に関する専門委員会」を設置し、「児童虐待防止対策のあり方（提言）」を取りまとめた（厚生労働省 2015a）。その提言の一つが、フィンランドの「ネウボラ」を参考にした「妊娠期からの切れ目のない支援」である。なお、厚生労働省は、2014年度新規事業として、各地域の特性に応じた妊娠から出産、子育て期までの切れ目のない支援を行うためのモデル事業「妊娠・出産包括支援モデル事業」（2014年度は全国29市町村で実施）を開始した。そこで、本項では、はじめにフィンランドの「ネウボラ」の特徴を概観し、次に国内で開始

された「妊娠・出産包括支援モデル事業」の概要をまとめ、それぞれにおける高機能 ASD 圏の母親の位置づけについても記述する。

## 1. フィンランドの家族支援「ネウボラ」

ネウボラとは、フィンランド語で「助言の場」を意味し、妊娠期から就学前にかけての子ども家族を対象とする包括的な支援制度である。1920 年代の民間の周産期リスク予防活動を出発点とし、1944 年に制度化され、運営主体は市町村、利用は無料である。今日、「出産・家族ネウボラ」は、ほぼ 100%に近い定着率であり、普遍性（無料のワンストップ）、そして支援の連続性に特徴がある。できるだけ同一の保健師が、対話を通じて母子および家族との信頼関係を築き、個別の子ども家族への的確な支援のために、専門機関・他機関（医療、子どもデイケア、学校等）のコーディネーター役となる。ネウボラ保健師は、あらゆる所得・経済階層の子ども家族にとって身近な専門職であり、ネウボラでの予防的・包括的支援は、保健師だけでなく、各種のリハビリ士、心理士、医師らのチームアプローチである（高橋 2014a : 86）。

通常、ネウボラ保健師 1 名につき、妊娠期（出産ネウボラ）では、年間約 50 名の妊婦（出産を控えた 50 組のカップル）を担当、出産後（子どもネウボラ）は年間約 400～430 人の子ども（乳幼児から就学前）とその親・家族を担当している（高橋 2014b : 2）。なお、フィンランドでは、妊娠健診や出産は無料で、生後 0 日の虐待による死亡はほとんどないと言われている（佐藤 2014 : 2）。

ネウボラの主な特徴を以下に 4 点挙げる（高橋 2014c ; 高橋 2014b）。第一に、子育て家族全体を包む家族支援である。日本の周産期における子育て支援の対象は、母子に限定されている。一方、ネウボラの総合健診では、母子だけでなく、父親やきょうだいを含め、家族全員がネウボラ保健師と面談する。面談では、乳幼児の発達状況、乳児と養育者との愛着形成、乳幼児の精神保健（発達）、養育者（特に母親）の心身の健康、家族関係など、多岐にわたる項目が対象とされる。

第二に、手厚い妊娠期から産後のケアである。妊娠期には 10～12 回の定期検診がネウボラにおいて設定されている（日本の場合は、病院で約 12 回妊婦健診が実施されている）。特に初回は、養育者をはじめとする家族関係、出産後に子育てや生活面でサポートが期待できそうな人的リソース（友人・知人など）を丁寧に聞き取り把握する。通常は 1 回 30 分程度であるが、初回は 40～50 分程度の時間をかけている。図 2-2 は、フィンランドのタンペレ市における 0～6 歳までの出産・子どもネウボラでの健診内容を示したものである。日本では、公費で実施される乳幼児健診は 3 回（3 か月健診、1 歳 6 か月健診、3 歳児健診）である。一方、フィンランドのタンペレ市では、子どもが 6 歳になるまでに、17 回の健診がネウボラで行われている。特に、生後 1～2 週目、2～4 週目、4～6 週目と生後 1 か月半までの時期に、ほぼ 2 週間おきに、さらに生後 1 か月半から 8 か月まではほぼ毎月という高い頻度でネウボラにおいて健診が行われている。前述（図 2-1）したように、日本の場合は周産期から生後 3 か月の間は「支援の空白期間」となっている。一方、フィンランドでは、ちょうど過労や産後うつといった危機が生じやすい時期に、ネウボラが母子を支えていると言える。

第三に、ワンストップの切れ目のない支援によるリスクの早期発見・早期支援である。

フィンランドでは、一貫して同じ保健師が担当することが主流となっている。妊娠の初期から（母）親とずっとストーリーを共有している保健師に対して、親は信頼を寄せ、子育てや子どもの発達、自分の心身のコンディション、家族関係、就業や経済面での問題などについて、心配、気がかり、不安や悩みを語る事ができる。ネウボラそのものが利用者にとって利用しやすいワンストップの拠点であることから、妊娠中から周産期および子育てにおいて、リスクや問題の早期発見・早期支援、虐待や産後うつなどの問題の予防に繋がっている。

第四に、ネウボラ保健師（専門職）と多職種間連携である。ネウボラ保健師は、ネウボラでの対人支援・相談援助に特化した専門家研修を重ねている専門職である。また、ネウボラ保健師が母子家族に接する場合は単独であるが、ネウボラ内には、保健師をバックアップする後方支援チーム（ネウボラ保健師の同僚や上司、心理士、巡回の医師など）がある。さらに、保育・幼児教育セクターや学校など、他の組織・機関との連携も行われている。特に、家族関係や子育て・発達における顕著な躓きや問題に対しては、出産・子どもネウボラから、家族ネウボラにつなぎ、ファミリー・ソーシャルワーカーや心理士らが、より特化した専門的な支援を行う（高橋 2014c : 117）。

このように、ネウボラにおける一貫した包括的な支援、多職種間連携に基づく支援は、産後うつや虐待などの予防にも繋がっている。フィンランドの医療やソーシャルワークの領域では、産後うつなどのほか、アルコール、薬物依存、ドメスティック・バイオレンスなどが大きな課題とされている。そのため、ネウボラにおいても、これらの問題に対応した早期支援の取り組みが行われている。なお、ネウボラにおける高機能 ASD 圏の母親への取り組みについては情報を得ることができなかったため、詳細は不明である。

回数	総合健診1					総合健診2					総合健診3						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
産後の健診	1 5 2 週	2 5 4 週	4 5 6 週	2 か 月	3 か 月	4 か 月	5 か 月	6 か 月	8 か 月	1 2 か 月	1 5 5 1 8 か 月	1 8 か 月	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳
時間	60分+ 訪問	30分	20分	グル ープ ワーク	60分	保20分 +医20 ~40分	60分	30分	20分	60分	60分	20~40 分	30分	60分	保60~ 90分+ 医20~ 40分	60分	30分
保健師	○	○	○	○	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎	○	○	◎	○	○
医師	-	-	○	-	-	◎	-	-	○	-	-	◎	-	-	◎	-	-

図 2-2 タンペレ市での出産後から 6 歳までの出産・子どもネウボラでの健診  
(出典：高橋 2014c を参考に作成)

## 2. 「妊娠・出産包括支援モデル事業」における取り組み

国内においても、フィンランドのネウボラを参考にした取り組みが開始されている。2014 年度には、厚生労働省が「母子保健医療対策の強化—地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化」として、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の実施を開始した。

同モデル事業の考え方は、以下の 3 点である（厚生労働省 2014b:359）。第一に、助産

師や保健師等による母子保健コーディネーターを配置し、母子保健コーディネーターが、各機関との連携・情報の共有を図り、妊娠期からの子育て期にわたる総合的相談や支援をワンストップで行うとともに、全ての妊産婦の状況を継続的に把握し、要支援者には支援プランを作成することである。第二に、地域の実情に応じて、助産師等による相談支援や、シニア世代が話し相手となる等の支援により、妊産婦の孤立感の解消を図る産前・産後サポート事業である。第三に、産後に宿泊・日帰り等による乳房ケア・心身のケアや休養等の支援を行う産後ケア事業である。これらの事業を通じて、妊産婦等を支える地域の包括支援体制を構築することが目指されている。

2014年度より全国各自治体でモデル事業が行われ、2015年3月までに20府県の29市町村で実施されている（福島2015a：49）。なお、「妊娠・出産包括支援モデル事業」のうち、「母子保健相談支援事業」については、「まち・ひと・しごと創生総合戦略」において、「子育て世代包括支援センター」として整備し、全国展開（日本の全市町村の約1割となる150市町村に拡大予定）を目指す方向性が打ち出されている。同センターに利用者支援事業の母子保健型を設置し、2015年度から本格実施とし、地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化を進めていくこととしている。

現在、妊娠期は医療機関、子育て期は保健機関、そして保育所は福祉機関が担い手となっている。しかし、本事業において、三者をつなぐ母子保健体制を確立できれば、「妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援」が可能になると期待されている（福島2015b：11）。

しかしながら、厚生労働省によって2014年度に実施された同事業に関する取り組み事例集（厚生労働省2015b）によれば、事業の対象者は依然として母子が中心の場合が多く、他機関との連携状況等は不明である。また、ハイリスク者へのプラン作成等を重点課題として実施している自治体等もあるものの、高機能ASD圏の母親についての記載はないため、同事業における高機能ASD圏の母親への支援状況については不明である。

## 第4節 成人の発達障害者への支援

### 1. 障害福祉サービスにおける発達障害者への支援

知的障害のない高機能の発達障害児者への公的支援が開始されたのは、2005年4月の発達障害者支援法の施行以降である。それまでは、国内における障害者支援は、長らく知的障害の水準に準拠していた。そのため、知的障害の無い発達障害の人々は知的障害者福祉法の対象ではなく、支援の対象に位置づけられなかったため、様々な公的支援を受けることができなかった。発達障害者支援法の施行以降、発達障害の概念の普及や支援体制の整備が進められている。しかし、現在、成人に達したASDの人々については、発達段階においての支援が乏しく、発達障害と分からないまま就学、成人した過程において、学業や就労等で躓くなど、社会生活に大きな困難を抱えている（市川2009：1169）。高機能ASD圏の母親も、そのような困難を抱えている人々であると考えられる。

発達障害者支援法第2条では、発達障害は、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害」とされている。さらに、2005年4月1日付の文部科学事務次官・厚生労働事務次官通知によれば、発達障害は、WHOのICD-10（疾病および関連保健問題の国際統計分類）におけるF80-98に含まれる障害として規定されている（図2-3参照）。

2013年5月に、米国精神医学会により発表されたDSM5による新しい診断基準では、「ASD」という新しい診断基準が採択され、これまでの診断基準に比べて、自閉症を抱える人の多様性、個性の幅広さが表現されていると言われている（千住 2014：51）。DSMの改定に連動してICDも見直される予定であるが、発達障害者支援法の発達障害の定義はICDの診断基準に準拠して規定されている。したがって今後、ICDの改定により発達障害者支援法における診断分類の変更が生じるものと思われるが、発達障害の定義や趣旨に大きな変更はないと推察されている（小林 2014：76）。

発達障害の定義			
広汎性発達障害(自閉症、アスペルガー症候群等)、学習障害、注意欠陥多動性障害等、通常低年齢で発現する脳機能の障害(発達障害者支援法第2条)			
*ICD-10におけるF80-98に含まれる障害			
		＜法律＞	＜手帳＞
F00-F69	統合失調症や気分(感情)障害など	精神 保健 福祉 法	精神障害者保健福祉手帳
F70-F79	知的障害(精神遅滞)		知的障害者福祉法 療育手帳
F80-F89	心理的発達の障害 (自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害など)		発達障害者支援法 精神障害者保健福祉手帳
F90-F98	小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (注意欠陥多動性障害、トゥレット症候群など)		

図 2-3 厚生労働省による発達障害の定義（出所：小林 2014：76）

次に、日本において、障害・障害者がどのようにとらえられ、定義されているのかについてみていきたい。WHOは1980年にICIDH（機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類）を発表した。ICIDHの障害観は、疾患・変調が原因となって、機能・形態障害が起こり、それにより能力障害が生じ、それが社会的不利につながるというものである。しかし、ICIDHは医学モデルであるとの批判を受けたため、2001年にICF（国際生活機能分類）として改定された。これにより、健康状態は、疾患・変調といったマイナス面ではなく、心身機能・身体構造、活動、参加の3つの生活機能面にかかわる環境因子と個人因子による相互作用によってとらえられるとする見方が取り入れられた。

このICFへの改定を踏まえ、国は、2011年7月の障害者自立支援法の改正により、障害者について、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害および社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にある者」と定義を行った。それまで「三障害」とされていた身体・知的・精神障害に「発達障害」と「その他の心身の機能の障害」が新たに追加され、障害の範囲が広がったと考えられる。また、障害者とは「障害および社会的障壁」の相互作用により制限を受ける者であるとされており、これまでの機能的な障害の分類に基づいた支給決定のあり方の見直しに大きな影響を与えることが予想される（小澤 2013：2）。

これまで医療機関を受診すればASDと診断される成人の中には、福祉支援を必要とする人たちと、生活のしづらさは感じているものの、障害福祉支援を必要とはしない人々が存在する。一方で、ASDが疑われるものの医療機関では診断されない人々の中にも、社会生

活の困難さを抱え、福祉支援を必要とする人々も存在している。このように多様性のある ASD の人の支援について検討していくため、小林（2014：78）は、「環境と特性との間の相互作用、生活機能に着目した ICF の障害観をもって、しなやかな支援の仕組みを築いていくことが重要である」と述べている。

なお、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害者への障害福祉支援による支援としては、法に基づく支援、発達障害特性を考慮してそれに特化した支援、スペクトラムとしての多様性に対応する支援が考えられる（小林 2014：78）。ASD の成人における法に基づく支援としては、障害支援の程度により、居宅介護（ホームヘルプ）や行動援護などの介護給付、就労移行支援や共同生活援助（グループホーム）などの訓練等給付などを利用することができる。また、社会との交流を行う地域生活支援事業の活用も考えられる。

## 2. 発達障害特性に配慮した地域支援システムづくりの強化

次に、ASD 特性に特化した支援についてであるが、ASD のみに特化した支援は、現在、福祉行政レベルでは実施されていない。そこで、発達障害者支援法に基づく成人の発達障害者支援施策の課題について述べていきたい。

小林（2014：79-80）は、必要な支援の一つとして、「地域支援システム作りの強化」を挙げている。ASD をはじめとする発達障害への支援は、ほかの障害者支援と比較すると歴史は浅く、専門家もまだまだ不足している状況である。また、発見されにくい障害であり、支援やそれを効果的に活用するためのネットワーク整備も立ち遅れている状況にある。このため、地域における支援システムの整備を強化する必要がある。

発達障害者支援法において発達障害者支援センターの設置が進められ、現在すべての都道府県・政令指定都市に整備されている。発達障害者支援センターは、これまでも本人や家族の相談・支援にあたり、普及・啓発などの活動の拠点となってきた。しかし、家族や当事者からの相談の増加に伴い、発達障害者支援センターの業務量が大幅に増加し、新たな人材が育たず、反対に市町村や事業所のバックアップ体制が手薄になり、その結果、支援からこぼれ落ちる人が出てしまい、困難事例にも手が届かないという悪循環に陥ってしまう（日誌 2014:9）など、様々な問題に直面している。

そこで、発達障害者支援センターの機能が十分に発揮できるように支援機能を強化し、地域支援のために有効活用していく仕組みの形成が進められている。その一つが、「発達障害者地域支援マネージャー」の導入である（日誌 2014：10）。2014 年度から本格的に「発達障害者地域支援マネージャー」が各県に設置されることとなったが、既に岡山県や長野県などでは支援体制が構築され、活動が開始されている。例えば、岡山県では、発達障害者支援センターが相談業務を丸抱えする仕組みを改め、それぞれの市町村にコーディネーターを配置し、専門窓口を設けてもらう事業を実施している。結果として、地域ごとに異なるニーズに対しても、よりきめの細やかな支援が可能となっている。このように、発達障害者地域支援マネージャーを配置することで、市町村・事業所等に対しては困難事例への後方支援を行うなど、地域支援システムの整備を進めていくことが求められている。

さらに、こうした支援システムを支える専門家（人材）の育成も喫緊の課題である。東京都発達障害者支援センターにおける課題として、神保（2013：2）は、「都内における発達障害者支援についての区市町村ごとの取り組みは、現時点においては幼児期を中心とし

た早期発見・早期支援に関する内容が主であり、青年期・成人期支援は未着手のところが多い」と述べている。これは、東京都に限った話ではなく、全国に共通する課題であると考えられる。つまり、幼児期を中心とした支援だけでなく、青年期・成人期の人々への支援の強化と、人材の育成が必要である。

### 3. ASD のスペクトラムと ASD の人々の抱える「生きづらさ」を考慮した支援

上述したように、ASD の人々への支援については、スペクトラムの概念や ICF の考えを盛り込んだ障害観や支援の視点を取り入れていく必要があるが、現在の行政の仕組みの中では、スペクトラムという多様性に対応したしなやかな支援を展開していくことは難しい（小林，2014）とも言われている。そのため、まずは ASD をはじめとする発達障害についての啓発を進め、正しい理解に基づいた支援を行うことが必要である。

それでは、ASD を抱える人々はどのような社会的困難を抱えているのであろうか。川北（2011：47）は、「現在、多様な「生きづらさ」を抱えている人の中には、発達障害に関連する特性を背景に持ちつつ、青年期や成人期特有の課題に直面している人が含まれている」と述べている。先行研究結果から、高機能 ASD 圏の母親の「生きづらさ」については、次のような 2 つの異なる「生きづらさ」が存在すると考えられる。

第一に、障害特性による「生きづらさ」である。栗山（2013：152）は、「ASD をはじめとする発達障害者は、表面上、障害がわかりにくいだけに、社会の中で生きづらさを感じても、理解されにくいという困難があった。そのため、学校生活、就労の場面では、標準とされる生活に合わせる努力を強いられてきた」と述べている。また、田中（2011：34）は、発達障害のある子どもの生きづらさとは、医療的判断が不在の間（つまり ASD と診断されるまで）は、障害を持って生まれながら、何も知らずに、健常児として育つことによって生じる「うまくいかなさ」であると述べている。高機能 ASD 圏の母親の多くも、出産するまでは ASD という診断を受けていない。そのため、成長する過程において、様々な場面で「生きづらさ」を抱え続けてきたと推測される。

第二に、母性神話等に由来する出産後の子育てによって引き起こされる「生きづらさ」である。大日向（1988：58）は、母性神話とは、「女性には本能的愛情が備わっている」という伝統的母性観を基に、自己犠牲や献身を母親の愛情の証しとみなし、育児を母子関係に限定した問題として取り扱うような考えの基盤であると述べている。家事や育児という家族へのケアは女性役割とされ、家事をし、母性本能をもって育児することが女性に求められてきた。そのような考え方から、たとえば母親による乳幼児虐待や育児ノイローゼなどは、あたかも母性喪失であるかのように当事者の母親を非難し、追い詰めてきた（大日向 1988：58）。前述したように、高機能 ASD 圏の母親では、ASD の特徴を持つ子どもが産まれる可能性が一般よりも高い。栗山（2013：145）は、ASD の特徴を持つ女性が ASD の特徴をもつ子どもを育てることにに関して、次のように述べている。「高機能 ASD 圏の母親が、ASD の特徴をもつ子どもを育てる場合、関係性のスキルを一つずつ丁寧に築いていくという困難な作業となり、医師、保健師、保育士、教師、ボランティアなど多方面からの援助が必要となる。しかし、ASD の特徴を持つ母親は、母親としての能力不足の非難と、障害を持つ子どもへの差別などの厳しい現実と直面している。彼女らに必要なのは、非難ではなく支援である。ASD の特徴を持つ母親は、本来一番支援が必要な立場にありながら、



支援でなく非難を受けている」。また、田中（2013：28）は、「発達障害のある子どもを育てる親の中に、実は発達障害があるように思われる場合がある。生きづらさを抱えた子どもに向き合い、ご苦労されている親が、みずからの生きづらさとも直面している」と看破している。

それでは、このような高機能 ASD 圏の母親が抱える「生きづらさ」に対して、どのような支援が必要とされているのであろうか。藤野（2007：51）は、「障害」や「生きづらさ」は他者や物理的環境を含む社会的システムの中で形成されるものだとした上で、「障害」や「生きづらさ」を個人の問題として語るのではなく、「問題」のある個人の変化を促す支援という見方を超越した新たな「支援」観の検討が必要であるとしている。また、発達障害当事者である綾屋（2013：58）も、発達障害当事者ばかりに困難の原因を求めて、本人ばかりに適応的な変化を求めるのではなく、社会と個人がそれぞれ持つ問題を認識した上で、支援を考える必要を示唆している。つまり、高機能 ASD 圏の母親が抱える「生きづらさ」を軽減するためには、当事者を社会に適応させようとする支援ではなく、当事者を理解しようとするコミュニティ側の変化こそが必要であると考えられる。

なお、発達障害をもつ母親の中には、「生きづらさ」や「障害」に加えて、社会的ハンディキャップを背負っている場合がある。例えば、ADHD 児の親のうち、ADHD である親とそうでない親との比較を行った Agha et al.（2013：375）は、貧困や劣悪な生活環境と ADHD の親との間になんらかの関係性が見られることを指摘している。つまり、ADHD 成人の場合には、その機能的障害のために、十分な教育機会や就業機会を得ることができない場合があり、それが貧困や劣悪な生活環境に繋がる可能性があることを指摘している。また、高森ら（2010）も、発達障害をもつ女性へのインタビュー結果から、職場の人間関係トラブルやハラスメントにより転職を繰り返すケースや、退職に追い込まれるケースなど、発達障害をもつ女性は労働市場から締め出され易いと指摘している。さらに、子ども時代の両親からの暴力や、結婚後の配偶者からの暴力等を経験したケースが多く、そのために両親や夫からのサポートにも頼れず社会的に孤立した環境で育児をせざるを得ない状況に陥るケースも多いと述べている。つまり、高機能 ASD 圏の母親への支援に当たっても、貧困などの経済状況や孤立した子育て環境などにも配慮した支援策を講じる必要がある。

## 第 5 節 発達障害等を有する母親の育児困難と育児支援

### 1. 発達障害等を有する母親の育児における喜びと困難

石川（2013：47）が指摘するように、発達障害を有する母親への育児支援に関係する文献はほとんど存在しないという現状がある。しかし、数は限られているものの、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害を有する母親が抱える育児や、それらの母親への育児支援について、いくつか先行研究が行われている。

笠原ら（2007：67）は、メンタルヘルスハイリスク群の妊産婦のうち、高機能 PDD 圏の成人女性に見られた 7 事例の特徴として、対人関係の問題、感覚過敏、興味の限局、不器用さ、衝動性、うつ併存の問題が生活上の困難を引き起こしていることを明らかにし、母親が軽度発達障害を有している場合、その特性や併存症を考慮して育児支援策を講じる必要性を指摘した。さらに、笠原ら（2008;2009）は、生後 11 か月までに観察された発達障害圏の親の育児困難として、対人相互関係・情緒的交流の困難（たとえば、子どもが笑

ったら笑い返すなどの相互性を持ったやりとりができない、子どもに合せたかかわりができない等)、中枢性統合の問題(単純なマニュアル化しないと子育てができない等)、強迫的こだわり(母子の状態に関わらず、必ず2時間おきに授乳することで、心身ともに疲労困憊する等)、想像性の欠如(泣いたりむずかる子どもに「何が言いたいのか分からない」と訴える等)、実行機能・注意力の障害(二つの連続動作ができない)等を指摘した。また、これらの問題をもつ母親の育児には、具体的かつ実践的な育児支援が有効であり、スキルトレーニングを通じて育児技能を身に着けることで、深刻な育児困難を回避しうる可能性がある」と述べている。なお、笠原(2009:1229)は、子どもの成長に伴って社会交流の場が増えてくるため、母親の対人関係機能の問題による適応困難が増えてくると推察している。したがって、ASD 圏の母親が育児を行う際には、子どもの発達に合せた育児支援を講じることが大切である。

石川(2013:49-50)も、発達障害のある人の子育ての問題点として、ASDにおける対人相互関係障害による問題(相手に合わせた行動を取り難いこと)、子どもがいる生活への変化への予測ができないこと、養育行動を実施する際の不器用さの問題を指摘している。また、発達障害という対人相互関係障害を持つ場合でも習得可能なプログラムを作成し、妊娠前から妊娠・出産後を見据えた地域における育児行動支援を実施することが必要であると結論している。

野村(2014:646-648)は、大人の発達障害特性の表れとして、コミュニケーションの困難、不注意症状(忘れ物、聞きもらし、聞き忘れ)、家事や仕事の遂行の困難、育児の困難、親の精神疾患の5つを挙げている。そして、実際の支援例として、支援・枠組みの設定、取り上げる問題の設定、親のこれまでの努力を認める、適切な対処の<理解>と<実行>、実践のフィードバックの必要性を提示している。特に、スモールステップで小さな実行しやすい目標から取り組み、一つ一つ達成していくなど、本人が<楽に><効率の良い><成果を実感しやすい>方法を提案することが必要であると述べている。

このように、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害を有する母親への育児支援についての先行研究(笠原ら 2007; 石川 2013; 野村 2014)では、いずれも「発達障害のある人の子育て困難や問題点」に焦点を当て、それらの問題点を解決するための子育て支援策について述べているという共通点がある。しかしながら、これらの先行研究からは、高機能 ASD 圏の母親が育児をする中で、困難だけでなく、どのような喜びを感じたかについては、窺い知ることにはできない。

一方、発達障害圏の母親を対象とした研究ではないが、精神疾患を有する母親の育児についての研究では、母親は育児困難を感じながらも、子どものよさや成長の部分に気付くことができ、喜びを感じているとの研究結果がある(南ら 2009:71)。なお、同研究では、「育児の喜びがあったからといって、精神障害自体が大きく軽減することはないかもしれない。しかし、喜びを認知できたからこそ、なんとか育児をやりこなすことができたのだろう」と考察している(南ら 2009:72)。そして、精神疾患を有する母親に対する望まれる支援として、「育児の喜び」の考察結果から、今後母親に困難だけを取り上げて援助するのではなく、母親の感じている喜びにも焦点を当てその喜びと一緒に感じながら、サポートを行うことが大切であると思われる」と結論している(南ら 2009:74)。

南ら(2009)の研究結果は、精神疾患を有する母親を対象としたものであるが、高機

能 ASD 圏の母親では、2 次障害として精神疾患を発症している母親が多いという事実からも、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援についても考慮すべき点があると考えられる。つまり、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援に当たっても、育児困難といった育児のネガティブな側面のみに焦点を当てるだけでなく、育児の喜びといったポジティブな側面にも焦点を当てた支援モデルを検討することが重要である。

## 2. 発達障害を有する母親への子育て支援の実践

これまで国内外では、発達障害のある子どもの親に対するペアレント・トレーニングなど、様々な子育て支援が行われてきた（原口ら 2013：106）。石川（2013：51）は、このようなペアレント・トレーニングに参加している母親のうち、参加によって自らの発達障害特性に気付く母親たちが存在するとして、育児支援の方法についても、発達障害特性を考慮したプログラムを具体化する必要性があると指摘している。

海外では、ADHD を有する母親に対しては投薬による治療が主流となっているが、Behavioral Parent Training（BPT）などの心理社会的治療の成果に関する先行研究も実施されている。しかし、それらの研究では、ADHD 度合の高い母親では、通常の BPT の効果は乏しく、否定的な養育の改善には至らなかったというケースも報告されている（Tuscano-Chronis et. al. 2011：9）。ADHD を抱える子どもの問題を改善するためにも、ADHD を有する母親への診断と科学的根拠に基づく心理社会的な支援が必要であるといえる。

なお、国内においては、まだ数は非常に限られているものの、近年、いくつかの発達障害を有する母親への育児支援についての研究や実践が行われている。たとえば、飯田ら（2013：744-745）は、母親自身に発達障害が見られる家族への子育て支援プログラムとして、「ビデオ観察法」による、夫婦の相互扶助力を高める子育て支援プログラムの開発を行っている。また、発達障害児者への支援を行う NPO の中には、発達障害を有する母親への家族カウンセリングや子育てについてのアドバイスを行っているところもある（服巻 2009）。

さらに、成人の発達障害の当事者会の中には、PDD などの発達障害のある育児中の母親を対象としたグループケアなどの実践も行われるようになってきている（東ら 2011：31）。成人期の発達障害者の当事者会について、青木ら（2011：206-207）は、当事者および支援者双方について意義があると述べている。まず、当事者の意義としては、自閉症という共通特性をお互い確認することで一種の解放感が生じていることや、当事者同士が交流することで、孤立からの解放感を味わえることである。また、支援者にとっては、日常ではなかなか知ることのできない発達障害の人たちの本音を知る場として意義があるとしている。東ら（2011：31）も同様に、発達障害のある育児中の母親を対象としたグループケアは、当事者支援に加えて、支援者が育児に現れる障害特性を理解する機会にもなっていると述べている。

しかし、これらの子育て支援は、いずれも発達障害と診断された母親に限定していること、さらには手帳が得られない場合には、公的サポートが得られないため、自費で遠方の支援を受けなければならないなど、様々な課題が存在していると考えられる。

## 第6節 高機能 ASD 圏の母親の特徴を踏まえたソーシャルワークの実践理論

ソーシャルワークの実践理論は多様にあるが、その中で、高機能 ASD 圏の母親の支援を行う上で基盤とすべきソーシャルワークの実践理論として、1) ASD のスペクトラム (多様性) を考慮した、障害の医学モデルではなく生活モデルに基づいた理論、2) システム理論、3) ストレングス/協働参画型アプローチの 3 つを以下に取り上げる。

### 1. 生活モデルに基づいた理論

障害学において、「医学モデル」と「生活モデル」という区分がなされることがある。「医学モデル」とは、障害という状態を個人の問題として捉え、病気・外傷などから生じるものであり、専門職による個別的な治療という形での医療を必要とするものである。障害を疾病と同一視して、病気や身体機能の障害といった医学的な原因へ還元して捉えている。一方の「生活モデル」では、生活の様々な側面が相互に影響しあって生み出される相互作用として捉える考え方である。単に病院で治療を行うのではなく、個人をとりまく地域の受入れ体制の充実も必要であり、そのためには社会・文化的な価値観との調整も必要になる (北原 2013 : 221)。

ASD を含む発達障害の場合、いわゆる正常と異常との境が曖昧なため、医学的な判断を下すことが困難である (北原 2013:223 ; 青木ら 2015 : 9)。発達障害については長年、男性を基準に診断されてきたために、特に女性の診断は見過ごされることが多い。そのため、高機能 ASD 成人女性に関しては、たとえ生活に困難さを感じていたとしても診断につながらないために、支援の対象から外れてしまう、いわゆる「グレーゾーン」と言われる人々が多数存在していると考えられる。このような「グレーゾーン」の母親たちは、発達障害特性ゆえに障害福祉制度や支援を必要としている場合においても、制度の対象外であるために、法律や手帳に基づいた必要な支援を利用しづらいという現状にある。

一方、宮川 (2009 : 42) は、スペクトラムな障害観・診断は、あくまで「援助するための」「援助を前提とした」診断であるべきとした上で、「どのようなレベルにあるのか」「どのようにすると良いのか」の判断の指標になるべきものであると述べている。つまり、診断は、単なる「そうであるかないか」という見立てや分類そのものを目的としているのではなく、その人の生活の困り感の実情に応じて、個別具体的な支援に繋げることを目的としなければならない。知名 (2012 : 1) も、問題に対する医学的説明を与えるのが診断の役割であるとしながらも、発達障害事例では、「診断が何なのか」ということよりも、周囲の者たちの理解と協力のもと支援を行っていくことがより重要になると述べている。青木ら (2015 : 11) も同様に、発達障害については障害の有無を分ける明確な線がないため、発達障害の診断が難しいことを前提として、発達障害を生活障害と捉えて生活障害の改善を目指した支援を行うことを提唱している。

このような ASD のスペクトラムという特性を踏まえると、高機能 ASD 圏の母親の支援に関しては、「正常か異常か」「ASD か、ASD でないか」という「医学モデル」によるカテゴリー診断をベースにした支援ではなく、ASD のスペクトラム診断や母親の困り感をベースにした「生活モデル」に立脚した支援が必要である。すなわち、ASD と診断済みの母親だけでなく、「グレーゾーン」の母親も含めた、子育てに困り感を有する全ての母親を対象とした、地域における支援プログラムのモデル構築が必要であると考えられる。

## 2. システム理論

近年、ソーシャルワーク研究において、新たな理論的枠組みとして社会構成主義 (social construction) 的な視点を重視するものが多くみられる (野口 1995 ; 狭間 2001 ; 木原 2002 など)。ASD に関連する先行研究においても、社会構成主義の観点から、ASD を抱えた人たちは、ASD という特性ではなく、相違を受け入れない社会によって無能にされるといった見解が述べられている (Molloy et al. 2002 : 10)。社会構成主義では、障害そのものを人とその環境との「相互作用関係」で捉える点に特徴がある。つまり、障害は他とは無関係に実体として存在するものではなく、すべては「関係性」の問題であると考えられる。この意味で、十島ら (2008:3) は、発達障害においても、このような「システム論的障害観」に立つ視点が決定的に重要であると述べている。

亀口 (2010 : 8) は、発達障害のような複雑な問題に対処する上で、支援対象をこれまでのように母子に限定した取組のみでは、いずれ限界が来るのではないかと指摘している。そして、戦略的に「家族システム」という概念を持ち込むことを提案している。さらに、発達障害に関わる問題を、当事者個人の「障害」としてではなく、当事者と家族の関係の問題、さらに「支援者システム」(支援組織)と「発達障害家族システム」(当事者を含む)の間の「関係の問題」として取り組む必要があると述べている。

高見 (2008 : 58) による保健師への調査によれば、保健師は従来から、家庭内のキーパーソンを見つけて、家庭全体を支援していくという専門的機能を有していることが分かっている。ASD を有する親と子だけでなく、家族全体への支援といった観点からも、保健師の果たす役割は高いと考えられる。

なお、システム論によるアプローチは、家族内システムのみを対象とするものに留まらない。社会との関係において家族を支援する際、家族を取り巻く社会環境を考慮した生態システム論的観点に立った支援を行うことが重要である (十島 2008 : 93)。ASD 圏の母親が安心して子育てできるような支援を考えるにあたっては、まさに人間と環境の相互作用を踏まえたエコロジカルな視点からのアプローチが必要である。つまり、子育ての問題を発達障害のある親子の問題としてのみ考えるのではなく、システムアブユース (system abuse) (Booth et. al. 1999 ; 岩田 2004) の問題として捉え直すことが必要である。

## 3. ストレngths/協働参画型アプローチ

上述した社会構成主義を理論的支柱として、近年、ソーシャルワークの分野でも「ストレngths視点」や「ソリューション・フォーカスト・アプローチ (解決志向アプローチ)」、「ナラティブ・アプローチ」などが注目されている。小松 (2002:147) は、このような動きに関して、ヒューマンサービスの世界では、「病理中心」から「ストレngths中心」へ、さらには「解決中心」という視点に転換が図られようとしていると述べている。

ASD をめぐる動きについても、これまでの「病理中心」から「ストレngths中心」という新しい動きや、コミュニティとの「協働」(Collaboration) といった新たな動きが展開されつつある (Milton et al. 2013 ; Wright et al. 2014)。

これらの手法がソーシャルワーク領域で展開されている背景には、問題解決プロセスへのストレngthsのいっそうの尊重と、その帰結としての協働参画が近年のソーシャルワー

クの大きな課題の一つとなっているという状況が考えられる（安達 2013：83）。パターナリズム（温情主義）から脱却し、当事者のもつ能力に着目し、それを伸ばしていくことを応援すること（ストレングス・アプローチ）や、当事者と支援者お互いが協力的な関係を構築することを目指す（パートナーシップまたは協働）が、単なる理念ではなく、具体化されることが求められている。

なお、協働参画に親近性の高い「ソリューション・フォーカスト・アプローチ（解決志向アプローチ:SFA）」をベースに 1980 年代にド・シェザーらによって生み出されたしたソリューション・フォーカスト・ブリーフ・セラピー（SFTB）は、成人のメンタルヘルスやうつ病予防、家族療法など、様々な分野で活用されており、メタアナリシスの結果から、科学的にも高い有効性が示されている（Gingerich et al. 2012：1）。そのうち、ASD 児の親 3 人を対象に行われた多層ベースライン研究では、サンプル数は少ないものの、親のストレス軽減に効果が見られたとされている（Gingerich et al. 2012：8）。これらの結果から、SFA は高機能 ASD 圏の母親に対する効果的な支援方法の一つとなる可能性も考えられる。

## 第 7 節 考察

ここでは、本章で行った先行研究結果を基に、高機能 ASD 圏の母親を対象とした暫定的な支援プログラムのモデル（仮モデル）について提示を行う。なお、プログラム理論（program theory）は、プログラムの「インパクト理論」（impact theory）、「プロセス理論」（process theory）によって構成される（Rossi et al. =2005:132-133）。ここでは支援プログラムのモデルに関して、暫定的なインパクト理論および暫定的なプロセス理論を示した。

### 1. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論

インパクト理論とは、プログラム活動と、その結果として期待される改善状況（アウトカム）の関連性を仮定した因果関係による仮説を示したものである（Rossi et al. =2005：133）。

図の 2-4 は、プログラム評価の手法を基に、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのモデルに関する暫定的なインパクト理論を示したものである。

プログラム評価理論では、介入の標的集団を定義し同定することが第一に求められる（Rossi et al. =2005：110）。そこで、先行研究結果を踏まえ、直接的標的集団である高機能 ASD 圏の母親に関しては、ASD と診断された母親だけでなく、グレーゾーンの母親も含めた、子育てに困り感を有する全ての母親を含めることとした。その理由は、第一に、ASD の成人女性の診断は見過ごされることが多く、困り感を有していても診断されず、支援を利用できないグレーゾーンの母親が多数存在すると考えたためである。第二に、ASD というスペクトラムの特性を踏まえると、医学モデルによるカテゴリー診断ではなく、生活モデルに立脚した困り感を有する全ての母親を対象とすることが適切であると考えられるためである。

次に、先行研究結果を踏まえ、暫定的なインパクト理論を構築した。先行研究結果から、高機能 ASD 圏の母親では、育児によるストレスが高く、そのことが子ども虐待などの不適

切な子どもの養育に繋がることが示唆された。そのため、本プログラムが目指すべきゴールとしての、より遠位または最終的なアウトカム (ultimate outcomes) には、(A)「高機能 ASD 圏の母親の育児や生活の困り感が減少する」、(B)「高機能 ASD 圏の母親の子育てストレスが軽減する」、(C)「高機能 ASD 圏の母親の適切な養育行動が増加する」の3つを設定した。これらは、(A)→(B)→(C)という順番に達成することが目指されている。なお、インパクト理論では明示的には示していないが、「高機能 ASD 圏の母親の適切な養育行動が増加する」ことを通じて、将来的には「子どもの健全な発達が促進される」という効果が期待できる。

なお、先行研究から、精神障害のある母親や知的障害のある母親の子育て支援に関して、日本では従来から地域の保健師が中核となってきたこと、さらには子ども虐待を予防するために、保健師を中心とした母子保健活動による母親の妊娠期から出産、子育て期までの切れ目の無い支援が有効であることが示された。また、2014年度から、フィンランドのネウボラを参考にして、国内においても「妊娠・出産包括支援モデル事業」が全国の29市町村で実施されている。現時点では、同事業を実施している市町村の数は限定的であるものの、今後、「子育て世代包括支援センター」として、全国の市町村に拡大していくと期待されている。

そこで、高機能 ASD 圏の母親については、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の後継事業である「子育て世代包括支援センター」を活用することで、「ニーズに即したソーシャルサポートを得ることができる」と「ハーディネスの構築（特性に応じた対応ができる）」の2つの達成を目指すこととした。これらは、先行研究結果から、高機能 ASD 圏の母親に対する最終的なアウトカムである「育児や生活の困り感の減少」の達成のためには、母親のストレスの環境要因への働きかけとして、ニーズに即した多様なソーシャルサポート（社会的支援）を得ることが有効であり、同時に母親のストレスの個人要因であるハーディネスやレジリエンスを高めることが有効であることが示されたためである。

さらに、先行研究結果から、高機能 ASD 圏の母親の困り感は、適切なソーシャルサポートが得られないことだけでなく、支援者を含む周囲による無理解によっても生じることが明らかとなっている。そのため、支援者やコミュニティに対しては、地域への導入が期待されている「発達障害者地域マネージャー」が「子育て世代包括支援センター」を後方支援することで、支援者およびコミュニティの高機能 ASD 圏の母親への理解が高まることを目指した。

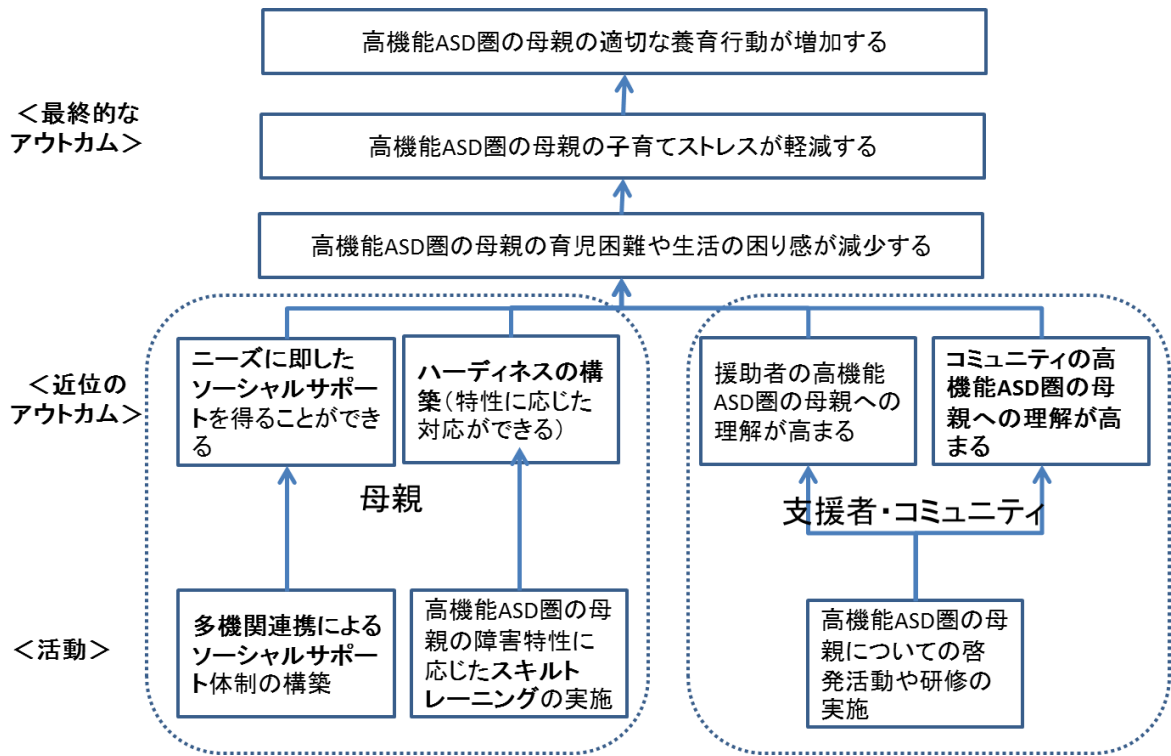


図 2-4 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論（暫定版）

## 2. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版プロセス理論

図の 2-5 は、先行研究結果を基に作成した、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定的なプロセス理論を示したものである。

高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのプロセス理論では、まず「妊娠・出産包括支援モデル事業」の後継事業である「子育て世代包括支援センター」による事業を実施し、保健師または母子保健コーディネーターらによって、全ての母親を対象とした地域における包括的・継続的な子育て支援を実施することとした。そして、それらの母親支援を行うことを通じて、困り感を抱えた ASD 圏の母親を早期発見し（“気づく”）、ニーズに応じた多機関連携によるソーシャルサポートに繋げ（“繋げる”）、ASD の特性に応じたソーシャルサポートを実施する（“支援する”）というプロセスを想定した。前者は、いわゆる全ての母親を対象としたポピュレーション・アプローチ（普遍的アプローチ）であり、後者は、ASD 圏の母親に特化した専門的なアプローチである。

なお、先行研究から、さまざまな点で子育てに苦悩している母親への円滑な子育て支援を行うためには、援助者自身が保護者の発達障害の特性を理解することが必要不可欠であることが分かっている。しかしながら、保健師による ASD 児者への理解については、十分でないとの先行研究結果がある。高見（2009:53）が行った保健師へのアンケート調査結果では、「軽度発達障害」児を支援していくなかで、困っていること・自信がないことの回答として、「具体的な支援方法が分からない」、「障害特性の理解が不十分」、「先の見通しについて不明」などが上がった。また、「軽度発達障害」児と関わる中で、保健師に欲しい支援として、「発達障害について勉強できる機会」や「スーパーバイザーが欲しい」



との回答が多く上がった。この結果は、「軽度発達障害」児と関わる保健師への調査結果を示したものであるが、成人期の高機能 ASD 圏の母親への支援を行う保健師に関しても、ASD に関する特性や支援方法に関して十分な専門性を有していない可能性が考えられる。すなわち、高機能 ASD 圏の母親への保健師による支援に関しても、ASD に関する専門性不足という問題と、専門性に関する支援ニーズが存在していると予測される。

こうした問題に対応するために、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのプロセス理論では、地域で活動する保健師に対して、発達障害の特性や支援に関する専門性を有する「発達障害者地域支援マネージャー」等が後方支援を行う仕組みを想定した。このような、従来から地域の母親と子どもの問題に深くかかわってきた母子保健活動と障害者福祉支援を有機的に連携させた支援の仕組みを新たに構築することで、高機能 ASD 圏の母親の生活上の困難に対応した支援が可能になると考えられる。

また、先行研究から、高機能 ASD 圏の母親が抱える育児困難については、感覚過敏や対人関係の問題、強迫的こだわり、想像性の欠如、実行機能・注意力の阻害、うつの併存といった障害特性に起因するものから、障害への周囲の人々の理解不足による社会的孤立、貧困などの社会的ハンディキャップなどさまざまであることが分かっている。このような高機能 ASD 圏の母親が抱える多様な問題に対応するため、保健師または母子保健コーディネーターらは、母子の健康支援に関わる地域の医療機関や保健所、保育園などの子育て支援機関、生活面での支援を行う福祉事務所など、多様な機関との連携・情報の共有を図ることが必要である。そのため、プロセス理論においては、保健師などの母子保健コーディネーターを中核として、多機関連携によるネットワーク支援に“繋げる”ことを想定した。

このように、困り感を有する ASD 圏の母親に「気づく」、「繋げる」、「支援する」という 3 段階のプロセスによって、母親の子育てにおける困り感や子育てストレスの解消、ひいては不適切な養育の軽減に繋がることが期待できる。今後は、このような支援を提供できるシステムを実際に構築できるかどうか検討することが必要である。

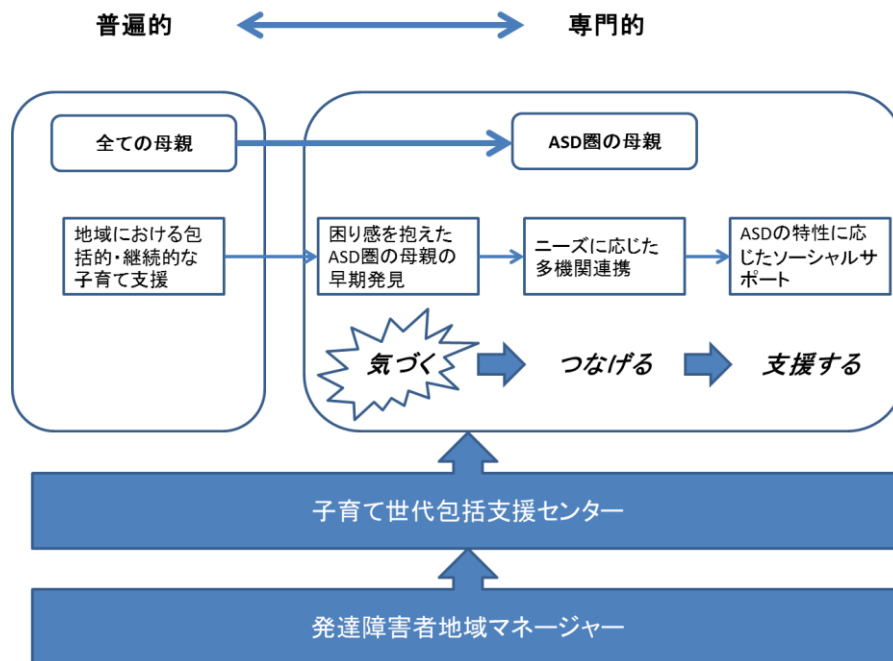


図 2-5 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのプロセス理論（暫定版）



**第 3 部**  
**実証研究編**



### 第3章 高機能ASD圏の母親の手記分析によるニーズ評価

第3章から第5章では、当事者のニーズに合致した子育て支援プログラムのモデルを構築するために、実証研究編として、ニーズ評価を行った。まず第3章では、当事者の抱える子育て困難や支援ニーズの把握を行うため、当事者による手記の分析を行った。

#### 第1節 問題と目的

近年、ASDを含む発達障害と子育ての関係についての先行研究が多数出版されている。特に、国内においては、2005年4月に施行された「発達障害者支援法」を契機に増加しているが、それらのほとんどは子どもに発達障害がある場合の子育て研究である。母親側に発達障害がある場合の先行研究は少ないながらも存在するが、いずれも支援者の視点から必要と思われる母親支援について考察しているため、当事者自身のニーズについては十分に把握することができない。

一方、ここ数年、国内外において、当事者による手記やエッセイの出版が増加し、ASDを含む発達障害の女性が抱える困難や経験を把握することが可能となっている。そこで、本研究では、当事者の視点から、高機能ASDの母親が抱える子育ての困難さとその要因を明らかにし、十分な支援を得られないそれらの母親に対する子育て支援モデル開発への示唆を得ることを目的として、手記分析を実施した。

#### 第2節 方法

##### 1. データの収集方法

1992年に出版されたドナ・ウィリアムスの本（「自閉症だったわたしへ」）を皮切りに、発達障害当事者女性が書いた自伝や手記が国内外で多数出版されている。本研究では、1992年以降に日本国内で邦訳が刊行されている、あるいは日本語で書かれた雑誌・図書から、発達障害女性による手記を収集した。

なお、2013年のDSM5により、これまで使用されてきたアスペルガー症候群はASDという一つの診断名となったこと、ADHDとASDの併存診断が可能となるなどの変更があった。そのため、分析対象については、自身がアスペルガー症候群やADHDなどと診断された母親によって書かれた手記であること、さらに子育てや子育て困難についての体験が詳細に記述されているものという基準で絞り込んだ。最終的に分析対象としたのは、2001年から2013年までに出版された全7冊である（表3-1参照）。

そのうち、イギリス人（後にオーストラリアに移住）著者によるものは1冊、米国人著者によるものは2冊、日本人著者によるものは4冊である。なお、本研究の目的は、日本国内の高機能ASD圏の母親に対する体系的な子育て支援モデル開発のための示唆を得ることであるが、国外に在住する著者による手記からも日本国内の子育て支援に関する示唆を得られる可能性があることから、国外の著者による手記も対象として分析を行った。

表 3-1 分析対象とした手記一覧

No.	書名	著者名	出版社	発行年 (注 3)
1	私の障害、私の個性	ウェンディ・ローソン	花風社	1998年 =2003年
2	アスペルガー的人生	リアン・ホリデー・ウィ リー	東京書籍	1999年 =2005年
3	アスパーガール アスペルガーの女 性に力を(注1)	ルディ・シモン	スペクトラ ム出版社	2010年 =2011年
4	わたしの家庭生活奮闘記(注2)	満石理恵	クリエイツ かもがわ	2009年
5	ADHD・アスペ系ママ へんちゃんのポ ジティブライフー発達障害を個性に 変えて	笹森理絵	明石書店	2013年
6	親子アスペルガー ちょっと脳のタ イプが違います	兼田絢未	合同出版	2011年
7	前略、離婚を決めました	綾屋紗月	イースト・プ レス	2012年

注1：本書は、アスペルガー症候群（AS）である著者が、自らの経験と他のASの女性たちの声を基にまとめられたものであるが、手記の一種として分析対象に含めた。

注2：服巻智子編著「当事者が語る結婚・子育て・家庭生活—自閉症スペクトラム青年期・成人期のサクセスガイド3」に収録

注3：翻訳本については、原本の出版年と翻訳本の出版年の両方を示した。

## 2. 分析方法

対象とした手記から、母親が抱える子育ての困り感およびその理由、さらに子育て支援に関して記述されている文章をすべて抜き出し、一文を一データとした。次に、関連する母親および子どもの属性や特徴について考察を行った。分析には、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（戈木 2006；戈木 2008）を用いた。まず、データを切片化し、プロパティとディメンションに着目して、対象者の語りの差異が生まれる要因を検討し、それらの多様性が説明されるように、カテゴリーと概念（ラベル）の関係を図に整理した。ここでいう概念とはデータの中にあるアイデアを表す言葉であり、カテゴリーとは概念の中でも比較的高次の概念である。プロパティとは概念を定義し記述する諸特性であり、ディメンションとはプロパティ内の多様性で、概念を特定化し、概念の範囲を与えるものである（Corbin et al.=2012：215）。

なお、本研究では、計画立案から結果を得るまでの全過程において、質的研究を専門とする共同研究者から、プロパティとディメンションの抽出方法やデータを比較する際の視点、図の作成を含む結果のまとめ方等についての supervision を受けた。

### 第3節 結果

#### 1. 対象者の属性

手記分析の対象者は7名で、6名がアスペルガー症候群 (asperger syndrome: AS)、1名が注意欠陥多動性障害 (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)・学習障害 (learning disabilities: LD)・AS・発達性協調運動障害と診断された母親であった。診断時期については、記載の無かった1名を除いて、いずれも子どもを出産後に診断された中途診断者であった。

また、二次的障害としての精神障害既往歴として、対象者7名のうち6名がうつ症状やパニック発作などを発症しており、1名については既往歴の記載が見られなかった。

対象者の最終学歴は、大学院博士課程修了が1名、4年制大学卒業が4名、高校卒業が1名、記載無しが1名であった。手記作成当時の対象者の就労状況については、夫と離婚したシングルマザーと思われる者が4名で、そのうち2名がなんらかの職業に就いていたと考えられた(仕事の詳細については記載なし)。残りの1名については専業主婦であり、もう1名については記載がなかった。なお、シングルマザーでない残りの3名については、すべて専業主婦であった。

挙児数は、子どもが4人いる者が1名、子どもが3人いる者が2名、子どもが2人いる者が3名、子どもが1人いる者が1名であった。そのうち、子どもにも発達障害の診断がある者は4名で、手記には明確に書かれていないものの発達障害圏の子どもをもつと考えられる者1名を含めると計5名となり、対象者の半数以上にのぼった。

家族状況と婚姻状況については、すべて核家族であり、離婚し子どもと生活していると思われる者が4名(そのうち2名は再婚)であった。離婚経験のある4名のうち2名は夫からのドメスティック・バイオレンスの被害経験者であり、そのうち1名については、手記には明確な記載がないものの、夫も発達障害である可能性が高いと推察された。たとえば、手記には夫について次のように描写されている。「トニー(夫)も私とよく似た人で、私が何を望んでいるかを推測するなんて、彼にだってひどく難しいことだったのだ」(Lawson=2003: 149)。この夫の描写からは、高機能ASD児者の特徴の一つである、相手の気持ちや考えを想像したり、感じ取ることが苦手なこと(神尾 2012: 25)が窺える。そのため、夫もASDであることが極めて高いと示唆される。

表 3-2 分析対象者のプロフィール

対象者 ID 番号	国籍	発達障害の診断	診断時期	二次的障害	最終学歴	作成当時の職業	家族構成
1	英国、豪州	AS	出産後(42歳)	自殺未遂(20歳)、うつ症状	大学	仕事?	子ども4人(長男AS?)、離婚(夫AS?)
2	米国		出産後	パニック発作、感覚性	大学院博士課程	専業主婦	子ども3人(3女が)



				大腸症候群			AS)
3			記載なし	うつ症状	大学	—	子ども1人、離婚、再婚
4	日本		出産後(28歳)	なし	高校	専業主婦	子ども2人(長男AS)
5		ADHD, LD, AS, 発達性協調運動障害	出産後(32歳)	うつ症状	大学	専業主婦	子ども3人(長男、次男ADHD、三男ASD)
6		AS	出産後(37歳)	うつ症状	記載無し	仕事?	子ども2人(長男、次男AS)(シングルマザー)
7			出産後(32歳)	うつ症状、パニック発作	大学	専業主婦	子ども2人、離婚(DV被害)、再婚

注 AS : アスペルガー症候群, ADHD : 注意欠陥多動性障害, LD : 学習障害

## 2. 分析結果

分析で得られたカテゴリーと具体例を表 3-3、表 3-4 に示す。また、生成されたカテゴリー、ラベル（概念）間の関係を図 3-1、図 3-2 に示す。図中の《 》はカテゴリー、< > はラベルを示した。また、表中の ( ) は、表 3-2 に示した対象者の ID 番号および出所を表している。さらに、文中の「 」は、手記からの引用部分を示している。

分析の結果、高機能 ASD の母親は、ASD の《 診断を受ける 》ことで《 自分の困り感の原因を理解する 》。そして、《 自分の困り感の原因を理解する 》ことをターニングポイントとして、診断前の《 普通のお母さんを目指して子育てに努力する 》段階から、診断後の自分や子どもの特性を理解した子育ての段階に至ることが分かった。以下に、①母親の診断告知に至るまでの子育ての状況、②母親の診断後の子育ての状況の観点から、結果を述べる。

### ① 母親の診断告知に至るまでの子育ての状況

母親の診断告知に至るまでの子育てに関する分析では、9つのカテゴリーの下に13のラベル（概念）が生成された（表 3-3 参照）。

- ・カテゴリー1：普通のお母さんを目指して子育てに努力する

- ・ カテゴリー2：自身の特性に悩む
- ・ カテゴリー3：子どもとの関係に悩む
- ・ カテゴリー4：夫との関係に悩む
- ・ カテゴリー5：家族以外の周囲との関係に悩む
- ・ カテゴリー6：普通のお母さんのようにできず自分を責める
- ・ カテゴリー7：孤独な育児
- ・ カテゴリー8：ひどい抑うつやパニック
- ・ カテゴリー9：診断を受ける

分析対象者は、全員が出産後に診断された中途診断者であった。母親は、出産時には自分が発達障害を有することを知らないため、出産後、「普通のお母さんを目指して子育てに努力する」。

しかし、母親は子育ての過程で、「自身の特性に悩む」「子どもとの関係に悩む」「夫との関係に悩む」「家族以外の周囲との関係に悩む」などの様々な悩みに直面した。これらのうち、「自身の特性に悩む」「子どもとの関係に悩む」「夫との関係に悩む」ことによって、母親は「普通のお母さんのようにできず自分を責める」に至った。また、「家族以外の周囲との関係に悩む」ことにより、「孤独な育児」を強いられ、「ひどい抑うつやパニック」を引き起こし、「診断を受ける」ことへとつながった。なお、「自身の特性に悩む」のうち、特に<全てを自分で抱え込む>傾向が高い場合、「夫との関係に悩む」のうち、<夫の暴言・DV>の度合いが高い場合、「ひどい抑うつやパニック」が引き起こされる可能性はさらに高まった。

#### 《自身の特性に悩む》

自身の特性に関する悩みのうち、特に子どもが生後間もない頃に発生した悩みとしては、強烈な<感覚過敏>に起因する悩みが挙げられた。<感覚過敏>の種類としては、前庭感覚のために赤ちゃんを揺すってあげられないことや、においによって感覚のオーバーロード（麻痺）の危険を冒すこと、授乳時の痛みなど、様々なものがあった。

家事については、“料理をしながら洗濯をする”、または“子育てをしながら何かをする”という“ながら作業”が難しいケースが見られた。仕事の優先順位を決めることや手順の変更が苦手なことなど、<予測・予定変更への困難>を抱えているため、家事に時間がかかり、そのために日常の家事をこなすのに時間が足りず眠れない日々が続くという<家事の加重負担>に苦しむこととなった。

しかし、誰にも迷惑をかけないことが大切だと考え、助けを求めたくても、“それは誰もが普通にわかっていること”、“自分一人でできて当たり前”と考え、結局助けを求めずに、<全て自分で抱え込む>こととなった。

#### 《子どもとの関係に悩む》

分析対象者は、発達障害の特徴を有する子どもと、発達障害の特徴を有さない、定型発達の子どもの育児を経験していたが、両者共に、<手を焼く子ども>や、<理解できない子どもの言動>などのために、子どもとの関係に悩んだ。例えば、子どもが発達障害の特徴

を有する場合には、子どもに対して、母親はなかなか愛情が持てないと悩んだり、他者に子どもの振る舞いがおかしいと指摘され不安になった。一方、子どもに発達障害の特徴がない場合でも、やはり母親は子どもの考え方や行動を理解できず苦しんだ。

また、妊娠中、育児書等を読んで道具も全て揃えるなど、それなりの想定をしていたにも拘らず、<想定通りにいかない子育て>に困るなど、情報は知っていても具体的に対応できない困難を抱えていた。さらに、努力しても他の母親のようにできないと、<想定通りにいかない子育て>に大きな疲弊感や虚しさを抱えることとなった。

#### 《夫との関係に悩む》

家庭内での夫との関係にも困難を抱えた。例えば、夫が発達障害でない場合、お互いの考え方の違いを理解することが難しいことから、コミュニケーションが成立せず、<夫との意思疎通の困難>から、激しい対立に至ることがあった。一方、夫にも発達障害の傾向がある場合、お互いにコミュニケーションを取ることが苦手なため、やはり<夫との意思疎通の困難>が引き起こされ、結婚生活の継続自体が困難となる場合もあった。また、家事や育児に疲れ切って家事が回らなくなった妻に対して、“家事もろくにできない主婦”と夫に見下され、<夫の暴言・DV>を受けることで、離婚に至る場合もあった。

そして、自分の困り感の原因が分からないため、うまくいかないことは“全て自分が悪い”と自責の念に駆られるに至った（《普通のお母さんのようにできず自分を責める》）。

#### 《家族以外の周囲との関係に悩む》

分析対象者は診断されるまで、健常児者として生活した経験を持っていた。その間、障害のため人と同じようにできないことで、“怠けている”、“努力不足”などと周囲や親から責められるなど、<周囲の無理解・差別>や<自分の親との関係に苦しむ>経験を有していた。

子どもが大きくなると、親同士の付き合いが必要になった。しかし、小さい頃から他者との付き合いが苦手なため、親同士の付き合いは ASD の母親にとっては過酷な挑戦であり、<親同士の付き合いに苦勞する>ことで、神経をすり減らし、寝込みがちになる場合もあった。

また、母親は、<専門家からの理解の足りない支援>に苦しんだ経験を有していた。例えば、子どもが産まれて間もない頃、授乳がうまくできない母親に対して、助産婦が「本当なら、これでだいじょうぶなはず」と、母親の乳首を子どもの口に押し込むことによって、母親にも子どもにもストレスになった場合などがあった（Lawson=2003：148）。このケースは、母親の感覚過敏の問題を支援者が認識できず、通常の授乳方法で支援したために引き起こされたものであった。また、精神科で何回もカウンセリングを受けたものの、どのように生活を改善すべきかなどの具体的な提案をカウンセラーにしてもらえなかったため、問題解決に繋がらなかったこともあった。さらに、夫から暴力を受け、やっとの思いでシェルターに電話したものの、「今、刃物を持ち出してけがをした。殺されそうだ。というくらいでなければ対応できません」という返事をもらうなど（綾屋 2012：179）、問題が深刻化しないと対応してくれない専門機関のあり方に苦しむケースもあった。

また、ASD は見た目だけでは障害が分かり難いため、悩みを抱えていたとしても、周

困に“あなたは普通だよ、気にしすぎない方がいいよ”と励まされることで、より一層の孤独感に繋がるなど、《孤独な育児》に苦しむこととなった。

表 3-3 母親の診断告知に至るまでの子育てに関するカテゴリーとラベル、具体例

カテゴリー	ラベル	具体例
普通のお母さんを目指して子育てに努力する		わが子には何としても行き届いた世話を受けさせたいから。(中略)だから私は、自分のふるまいや思考をモニターしようと、精一杯の努力をするようになった。なんとかしてごく普通のお母さんになりたいから。(No.2)(Willey=2005:132-133)
	感覚過敏	においがあまりに激しいと、私は真っ青になり、嘔吐したあげく、横になって休まなくてはならなかった。(No.2)(Willey=2005:132-138)
自身の特性に悩む	予測・予定変更への困難	子どもや主人に合わせることが主婦には必要なのですが、他人に合せて調整することが苦手なので、追加スケジュールやタイムオーバーはしょっちゅうでした。(No.4)(満石 2009:31)
	家事の加重負担	お母さんは、お母さんづきあいと育児と料理と掃除と食卓の片づけを終えるのでもう限界で、とても食器洗いをする体力が残っていなかったのですが、お父さんはそれが気に入りませんでした。(No.7)(綾屋 2012:102)
子どもとの関係に悩む	全て自分で抱え込む	「どんなに努力してもうまくいかない」。37歳の誕生日を過ぎたころ、家事・育児・仕事と、なにかもひとりで背負っていた私は、すべてに行き詰まり、そんな虚しさが私の全てになっていました。(No.6)(兼田 2011:22)
	手を焼く子ども	(次男は)家ではかんしゃくを起こすことが多くあり、一度癇癪を起すと、1時間以上泣いたりわめいたりして治まらず、手を焼いていました。(No.5)(兼田 2011:27)
	理解できない子どもの言動	上の二人が小さい時は発達障害の特性などは当然知らず、理解できない言動や行動に家族が互いに振り回されて、辛くなることもありました。(No.5)(笹森 2013:221) 次男(4歳)は、どうやら定型人。私にとっては、次男こそがいちばん得体のしれない生態系で、「定型人ってわかんない」という存在です。(No.4)(満石 2009:18)
夫との関係に悩む	想定通りにいかない子育て	妊娠中、育児書をよみあさり、子どもの育児雑誌も読んで、道具も、書いてあるものを全てそろえました。それなりの想定をしていたはずなのですが、その想定どおりにいかない子育てにとっても困りました。(No.4)(満石 2009:28)
	夫との意思疎通の困難	主人はやさしく、おだやかな定型人です。でも、私から見たら、コミュニケーションが成立しない人(夫)です。(No.4)(満石 2009:15) そのころ(出産した頃)の私はまだ気づいていなかった。トニー(夫)も私と良く似た人で、私が何を望んでいるかを推測するなんて、彼にだってひどく難しいことだったのだ。(No.1)(Lawson=2003:149)
	夫の暴言・DV	「また叩かれたらどうしよう。結局、お母さんの努力は報われないのか」そんな不安が一瞬で心に充満し、炸裂します。(No.7)(綾屋 2012:118)
家族以外の周囲との関係に悩む	周囲の無理解・差別	見た目には分からないので、「あなたは普通だよ、気にしすぎない方がいいよ」と励まされることが多くあり、そんな時は「やっぱり分かってもらえない」と落ち込んでしまいます。(No.6)(兼田 2011:166)

自分の親との関係に苦しむ	また発達障害以外に私自身、自分の親とのかかわりにトラウマがあったり、二次障害、三次障害に苦しめられたりして、とてもじゃないけど、子どもをゆとりを持ってみることも、成長を待つということもできず、自分のことさえ大事にできない私は毒か刃物かというくらい、自分や家族を傷つけてしまいました。(No.5)(笹森 2013:221)
親同士の付き合いに苦労する	小さい頃から、人とのつながり方もわからずに生きてきたお母さんにとって、おつきあいというのは過酷な挑戦であり、神経をすり減らして寝込みがちになっていきました。(No.7)(綾屋 2012:100)
専門職の理解の足りない支援	やっとの思いでシェルターに電話したのに、「今、刃物を持ち出してけがをした。殺されそうだ。というくらいでなければ対応できません」という返事をもらったこともあった。(No.7)(綾屋 2012:179)
普通のお母さんのようにできず、自分を責める	お母さん自身も「家の中の仕事だけ請け負って、ほかの女性のように仕事と家庭を両立せずに済んでいるのに、それでも要領よくこなせない。お父さんと仲良くできないのは、全部そんな至らないお母さんのせいなのだ」と思い、言い返すことができなくなっていきました。(No.7)(綾屋 2012:104)
孤独な育児	古井戸の底でひとぢぼっちでそう(助けて)思っただけです。(No.7)(綾屋 2012:243)
ひどい抑うつ・パニック	結局、神経科で抗うつ剤をもらって飲んでも、一向にうつは晴れず、逆に副作用がきつくて朝、起き上がることさえできなくなってしまった。(No.5)(笹森 2013:139)
診断を受ける	さらに次男が生まれて家族が増えると、使い分けなければいけないモードも増えるし、しかも子どもの成長につれてますます複雑になってきました。そして、とうとう勘すらも通用しなくなったときに、病院を訪ね、私自身のアスペルガーという診断に至りました。(No.4)(満石 2009:29)

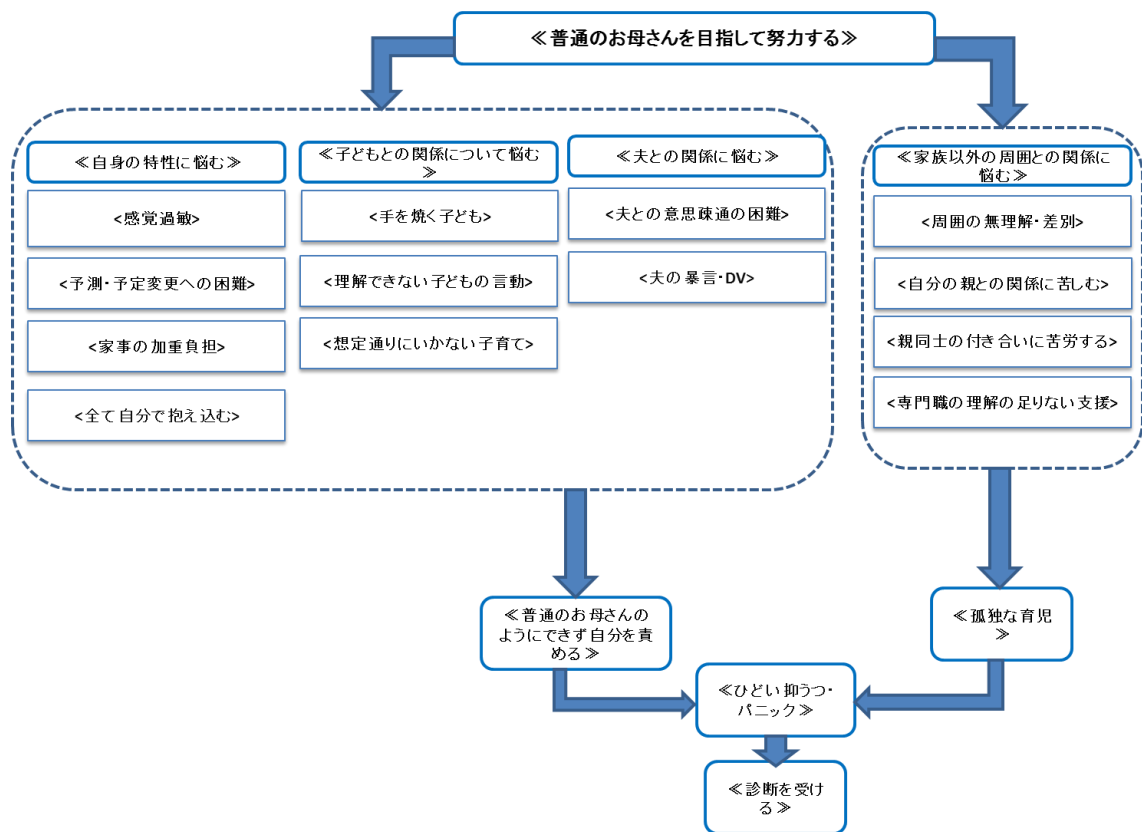


図 3-1 母親の診断告知に至るまでの子育てに関する概念図

## ② 母親の診断告知後の子育ての状況

母親の診断後の子育てに関しては、6つのカテゴリーの下に9つのラベル（概念）が生成された（表 3-4 参照）。

- ・カテゴリー1：診断を受ける
- ・カテゴリー2：自分の困り感の原因を理解する
- ・カテゴリー3：ソーシャルサポートの獲得
- ・カテゴリー4：ハーディネスの構築
- ・カテゴリー5：不安の軽減
- ・カテゴリー6：生活の改善

本研究の分析対象者は、うまくいかない子育てに疲弊し、子どもの診断を契機として、「診断を受ける」というプロセスを経ていた。これまでにわけの分からない多くの悩みに苦悩していたために、分析対象者は自身の発達障害の「診断を受ける」ことに対して、「とうとう私は手にしたのだ。理由を。説明を」（Willey=2005：158）、「これまでの生きづらさの原因が分かった」（兼田 2011：24）、「これが私の人生第二章の始まりの瞬間」（笹森 2013：144）等と、肯定的に受け止めた。

「診断を受ける」後、母親たちは、「自分の困り感の原因を理解する」という過程を経て、「ソーシャルサポートの獲得」と「ハーディネスの構築」を通じ、「不安の軽減」や

《生活の改善》に至っていた。

#### 《ソーシャルサポートの獲得》

分析対象者は、《診断を受ける》まで、常に自責の念に駆られながら生きてきた経験を有していた。しかし、《診断を受ける》ことで、本人にはどうしようもできない原因があること、“ずっと分からないままで、大変だったね”と、今までの苦しみを他者から認められ、<周囲の理解を得る>ことで、生きる道を見出していった。

ソーシャルサポート源としては、様々なものが挙げられた。ひとつは、<医師や専門機関からの支援>であった。これには、自分や子どもの精神科医や小児科医、子どもの療育施設の医師、NPOなどが含まれた。子育てのアドバイスのほか、夫と一緒にカウンセリングを受けることで、それぞれの考え方の違いが分かり、コミュニケーションが取れるようになったなど、発達障害への理解ある専門職からの支援によって、《生活の改善》に繋がった。

専門職以外のサポート源の一つとして、<夫や母からの支援>が挙げられた。家事や育児で疲弊してしまう発達障害の母親にとって、母（義母）からの家事や育児の助けは、大きな支えになる場合があった。また、ASDのことを理解してくれる夫からの支援も、穏やかな日常生活の一助となった。

家族以外の支援としては、<理解してくれる友人からの支援>が挙げられた。ありのままの自分を受け入れてくれるだけでなく、一般に「正常」と呼ばれる見方を教えてもらえる友人を得ることで、母親のこれまで抱えていた混乱が軽減された。なお、子どもが定型発達児の場合には、子どもが望んでいることを母親が予測するのが困難な場合があるため、発達障害でない同性の友人からのアドバイスが有益な場合もあった。

親の会の母親など、同じ悩みを抱える<仲間からの支援>も重要なサポート源の一つであった。「同じ目標を持っている仲間だからこそ分かり合える部分も多く、一緒に進んでいけるし、本当に助けられている」（笹森 2013：174-175）など、仲間とは共通の悩みでつながっている点が、友人とはまた別の意味で必要な存在として認識されていた。

このように、医師や専門職、友人、仲間、夫や母など、色々な場面で多様な支援を得ることで、力を与えられ、《不安の軽減》や《生活の改善》へと繋がっていった。

#### 《ハーディネスの構築》

「ハーディネス (hardiness)」とは、ストレス状況に対しても健康を維持できる性格特性を有し、困難な状況や変化をチャレンジの機会として捉える能力や内的統制間の強さ（ストレングス）などから構成されるものである（Kobasa 1979：1）。

《診断を受ける》後、母親たちは、《自分の困り感の原因を理解する》ことを通じて、<自分の特性にあった生活困難への対処方法を見出す>ことや、<自分を責めなくなる>こと、<周囲に助けをもとめられる>こと、<子どもの特性を理解する>ことなどができるようになった。すなわち、育児困難や高いストレスを抱えていたとしても、こうした能力（ハーディネス）を発揮して、自分なりの方法で《不安の軽減》に努めるようになった。ハーディネスの構築に関する具体的なプロセスは、以下の通りである。

まず、診断後、母親たちは、自分の失敗の原因が主に発達障害にあることを知り、失敗

したり、苦手なことの原因は、発達障害のどの部分から来ているかを分析することで、それをカバーする代用品や補助具を使ったり、ストレスを避けたり、無理に我慢することをやめるようになった。すなわち、<自分の特性にあった生活困難への対処方法を見出す>ことができるようになった。そして、自己分析をし、原因の追究と対処に努め、達成感を積み重ねることで、等身大のありのままの自分を認め、<自分を責めなくなる>ことができるようになっていった。

そして、これまでの“困っていない普通の人”のフリをするのをやめて、自分にできる精一杯の努力をしつつ、それでも難しいことは<周囲に助けをもとめられる>ようになることで、周囲からのサポートを得ることに繋がっていった。

さらに、医師や専門家、友人からの子育てのアドバイス等を受けながら、<子どもの特性を理解する>ことで、子どもの特性に合った子育てができるようになり、子育て等についての《不安の軽減》や《生活改善》へと繋がっていった。

表 3-4 母親の診断後の子育てに関するカテゴリーとラベル、具体例

カテゴリー	ラベル	具体例
診断を受ける		とうとう勤務すらも通用しなくなったときに、病院を訪ね、私自身のアスペルガーという診断に至りました。(No.4)(満石 2009:29)
自分の困り感の原因を理解する		診断でその後の人生がばら色になるわけではありませんが、子ども時代から抱えていた「生きづらさ」の原因が分かって少しほっとしたのです。(No.6)(兼田 2011:24)
	周囲の理解を得る	そこ(本人にはどうしようもない原因がある)を少しでも理解してあげることで、お互いにとても生きやすくなるのだということが、私も自分の育児で少しずつ分かってきました。(No.5)(笹森 2013:213)
	医師・専門機関からの支援	私のサポート陣は、主人とその家族の義理陣営や、長男の自閉症療育施設の先生方です。(No.4)(満石 2009:60)
ソーシャルサポートの獲得	夫や母からの支援	大切な二人の子どもたちと、私たちをサポートしてくれる私の母やくまちゃん(パートナー)と過ごす日常は、今の私にとってかけがえのないものです。(No.7)(綾屋 2012:273)
	理解してくれる友人からの支援	ルースという友達がいる。ルースは、私がどんなことに反応してどんな状態になるか、よく知っているし、私を落ち着かせたり、状況を見渡せるように整理してくれたりする能力のある人だ。(No.1)(Lawson=2003:184)
	仲間からの支援	地元の LD 親の会「たつの子」の懇親会に参加してみた。(中略)同じ目標を持っている仲間だからこそ分かり合える部分も多いし一緒に進んでいけるし、本当に助けられたなってつくづく思う。(No.5)(笹森 2013:174)
ハーディネスの構築	自分の特性に合った生活困難への対処方法を見出す	自分の特徴を知る機会を得て、「特徴に合ったやり方を探す」「周りの環境を変えていく」。そういう方向に考えを変えることができたのは、私や子供たちにとって、大きな収穫で転機でした。(No.6)(兼田 2011:30)
	自分を責めなくなる	そして、過去の私の失敗の原因は、私の努力不足ではなくて、生物学的理由から来る、れっきとした原因があると知ったことで、自責の堂々巡りから抜け出すこと



	ができたの。(No.5)(笹森 2013:145)
周囲に助けを求められる	逆に「どんな時に困っているか」「どんな風に助けてほしいか」を言葉にして、人に伝えていくことにしました。(No.7)(綾屋 2012:245)
子どもの特性を理解する	それから、自分と子どもの診断を受けて、困っていることの原因がわかり、短所をなんとかするよりも、長所を伸ばすことの方が大事なのだと思って以来、長所を見る、自分の長所を知ろうとすることを考えるようになって、本当に物の見方が変わったような気がしています。(No.5)(笹森 2013:213)
不安の軽減	こうして自分の正体を知った私は、こんなにも自信を持てたのは、生まれて初めてだったから。あんなに遠い昔から引きずってきた不安。不甲斐なさ。それが全部、消えて行こうとしている。(No.2)(Willey=2005:161)
生活の改善	「生活の仕方を教えてもらいたい」という私の気持ちを受け止めてくれたのが、「それいゆ」でした。(No.4)(満石 2009:34)

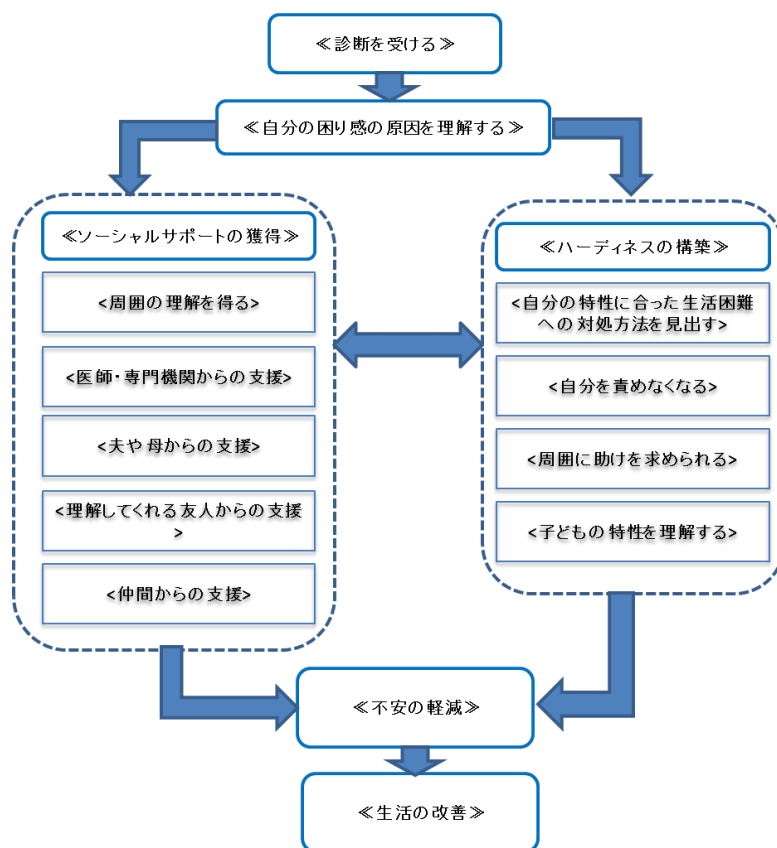


図 3-2 母親の診断後の子育てに関する概念図

## 第 4 節 考察

### 1. 対象者の属性について

対象者については、いずれも子どもを出産後に診断された中途診断者であった。この結

果は、高機能 ASD 女性の場合は、子どもを出産した後に自分にも同じ特性があることに気づき診断を受けることが多い (Attwood 2007 : 48) という先行研究結果と一致した。

## 2. 高機能 ASD 圏の母親の子育て支援のニーズ

本研究の分析結果から考えられる、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援のニーズについて、診断および障害受容、支援方法、支援形態、支援内容の 4 点から以下に考察する。

### 《診断および障害受容》

分析の結果、発達障害の《診断を受ける》ことによって《自分の困り感の原因を理解する》ことが、母親たちの子育てにおけるターニングポイントとなることが明らかとなった。このことから、母親たちが自分の困り感の原因を理解するための診断および障害受容が重要であると考えられる。

ここで言う母親たちが自分の困り感の原因を理解するための診断とは、宮川 (2010 : 40) が分析しているように、従来型の「ASD である」とか「ASD でない」を明確に区別するカテゴリー診断でなく、あくまでも「援助するための」「援助を前提とした」スペクトラム診断であり、「どのようなレベルにあるのか」「どのようにするのがいいのか」の判断の指標となる診断である。分類そのものを目的するのではなく、その先の治療や対処を目的とした診断を得ることで、自分の困り感の理解の促進に繋がると考えられる。

手記の中には、発達障害の障害告知を得て、「過去の私の失敗の原因は、私の努力不足ではなくて、生物学的事由から来る、れっきとした原因があると知ったことで、自責の堂々巡りから抜け出すことができたの」(笹森 2013 : 145) という母親の経験が記載されていた。つまり、知名 (2012 : 1) や中谷 (2009 : 74) が言うように、発達障害の診断は、問題を「外在化」する効果があり、本人を自責感や罪悪感から解放する場合があるといえる。

このように診断がいったん受容されると、問題の対応に向けての道筋がスムーズになることが多いため、「診断を受け入れればうまくいく」というように、診断を万能化したり、障害受容を前提に支援を考える可能性がある。本研究の対象者では、診断結果の受容は肯定的に行われたが、これらの対象者は強い生きづらさを出産前から抱えており、その生きづらさの原因を知るために、自らのニーズによって受診した母親たちであった。一方で、未診断のグレーゾーンの母親たちの中には、「障害」といったラベリングとそれに派生する社会的偏見・差別などを理由に、障害の受容が難しい母親も含まれる可能性がある。すなわち、全ての人々が診断を受け入れる用意があるわけではないため、診断や診断 (障害) 受容を中心に支援を組み立ててしまうと、診断を受け入れる者とそうでない者との間に溝を作ってしまう恐れがある (知名 2012 : 6)。したがって、診断や障害受容は重要であるものの、それを前提に支援を考えるのではなく、母親自身が持つ「困り感」というものを中心に、本人や周りの支援者がコンセンサスを得ながら支援に当たっていくことが有効であると考えられる。

### 《支援方法》

分析の結果、発達障害の母親は、発達障害の理解に基づく支援を活用し、自分の特性にあった方法を自らが見出すことによって、子育て不安を軽減できることが明らかとなった。

このことから、診断および障害受容で終わらせるのではなく、母親のハーディネスとソーシャルサポートを高めるような支援に繋げることが重要である。具体的な支援に当たっては、従来の子育て支援アプローチだけではなく、ASDの母親の感覚過敏やコミュニケーションの問題などを理解した上で、ASDの人たちが得意とする理論的思考や視覚的整理に基づく支援を行うことが有効である。また、障害特性を配慮したアプローチによる支援は、診断を得た母親だけでなく、程度の差はあったとしても、同じような問題や困り感を抱えると考えられるグレーゾーンの母親に対しても必要である。

次に、問題が深刻化することを防ぐための予防的措置の必要性である。手記の中には、ひどいパニックが始まりそうになり、その前に救急車や救急外来のある精神科に自分で連絡を取ったところ、「警察も同行できるレベルでないと対応できません」、「明日まで待って下さい」（綾屋 2012：122-123）と対応してもらえなかった経験が記載されていた。問題が深刻化するまで対応しないのではなく、問題の深刻化を予防するような支援が必要である。例えば、後述するように、既に妊娠中に母親のASDが疑われる場合は、妊娠中や出産後の早い段階から支援を開始することによって、問題の深刻化を予防することが可能となる。また、出産後に母親がASDと診断された場合は、診断後できるだけ早い段階で、フォーマルおよびインフォーマル支援に繋げることが重要である。

本研究の結果、他者に頼れず自分で全てを抱え込む傾向が高い場合、夫の暴言やDVがある場合などに、ひどい抑うつやパニックを発症し易いことが明らかとなった。さらに、今回のデータから、《ひどい抑うつやパニック》が続き、専門機関からの適切な支援が十分に得られない場合には、《子ども虐待》に繋がる可能性が示唆された。たとえば、手記には以下のような記載がある。「支援を受けていなければ、私は事件を起こすようなことをしていたかもしれないし、育児の面でもネグレクトや、主人に対してもDV妻になっていたかもしれません」（満石 2009：43）。なお、中板（2012：737）らによる先行研究では、親の精神障害によって生じる子どもの虐待を予防するためには、出産後の精神科的問題への対処では不十分であり、妊娠早期に産褥早期に好発する精神障害や産後の養育困難に関連するリスク評価を実施することが重要であるとされている。したがって、妊娠中や出産後のなるべく早い段階に、リスク評価を実施し、ひどい抑うつやパニックを発症し易いと考えられる場合には、ASDの可能性も視野に入れたスクリーニングや評価を再度行うことが重要である。そして、そのスクリーニング結果を基に、ASDの母親の特徴としての、家事や育児における生活上のスキルの困難さ、抑うつなどの精神症状の併存を考慮した支援に繋げることが、問題の深刻化を防ぐために必要である。

#### 《支援形態》

分析の結果、支援形態としては、医師や専門家などからのフォーマルな支援と、夫や友人、親の会や仲間などからのインフォーマルな支援の両方が必要であることが示唆された。すなわち、フォーマルおよびインフォーマル支援を含めた、包括的な支援が必要である。また、分析結果から、ASDの母親が抱える問題は、子育てに関する悩みだけではなく、夫のDV、周囲との関係等、多様であることが明らかとなった。したがって、これらの多様な悩みを解決するためには、母親に対する心理的支援だけでなく、家族全体に対する社会的・福祉的支援などの包括的な支援、母親のライフステージを通じた長期的な支援策を講

じることが必要である。

なお、高機能 ASD 圏の母親の場合は、精神障害者保健福祉手帳を交付されない場合があるため、公的なサポートを得る機会が乏しい。そのため、今後は公的支援についても検討することが必要である。さらに、子どもの成長に合わせて、母親としての役割も変わっていくため、長期間にわたったライフサポートも必要である。

#### 《支援内容》

分析の結果、発達障害の子どもおよび発達障害でない子どもへの子育てのアドバイス、夫婦でのカウンセリングなど、母親本人だけでなく、家族全員を対象にした支援が有効であることが明らかとなった。また、発達障害の母親たちには、定型人の一般的な物の観方や考え方を自然に理解することは難しいため、そのような考え方やルールを学ぶことは有益である。特に、身近で、知りたい時にすぐに聞けば教えてくれる友人や知人の存在は、母親の不安の軽減に重要な役割を果たす。

さらに、発達障害事例では、具体的な行動に着目した対応策を組み立てていくことが効果的である（知名 2012：6）。したがって、友人や知人、専門家は、カウンセリングにおける傾聴のように、ただ話を聞いてあげるだけでなく、ASD 圏の母親の多くが抱えやすい予測・予定変更への困難などに対処するための生活スケジュールの添削など、母親の生活の困り感を解消できるような“具体的なアドバイス”や、なるべく具体例を挙げた説明を行うことが有効である。

### 3. 結論

本研究では、高機能 ASD の母親の子育て困難さとその要因、さらに母親が子育て支援に抱くニーズを理解するために、当事者である母親自身によって書かれた手記を対象に分析を行った。その結果、ASD と診断される前の子育て困難の状況から、診断後の生活改善に至るプロセスおよび子育て支援ニーズについて明らかにすることができた。

本研究において手記分析を活用した利点として、2点考えられる。第一に、研究による当事者への侵襲性への配慮である。本研究では、障害による困難な経験などを明らかにすることを目的の一つとしているが、それらの内容を他者に語ることは当事者にとっては侵襲性が高い場合がある。そのため、当事者への直接的なインタビューではなく、手記分析を採用したことは、侵襲性の配慮といった視点から適切であったと考える。第二に、ASD の特性への考慮である。インタビューのような精神的負担のない、当事者の手記を用いたニーズ分析手法は、コミュニケーションに強い苦手感を有することの多い ASD 圏の母親のニーズ把握のためには有効であったと考える。

本研究の分析の結果、高機能 ASD の母親は、自身の特性、さらには夫や子どもや周囲との関係についての悩みに直面し、ASD の診断を受けることで、ようやく自分の困り感の原因の理解に至ることが分かった。そして、自分の困り感の原因への理解をターニングポイントとして、“普通のお母さんを目指した子育て”から、“自分や子どもの特性を理解した子育て”の段階に至り、母親のハーディネスとソーシャルサポートを高めるような支援の獲得を通じて、子育て不安の軽減に繋がることが分かった。また、支援のニーズとして、ASD の特性を理解した上での支援、問題が深刻化する前の支援、フォーマルおよびノンフ

オーマルな支援、母親だけでなく家族全体に対する社会的・福祉的支援などの包括的な支援の必要性などが挙げられた。

なお、本研究の手記分析は、当事者の視点から、高機能 ASD 圏の母親が抱える子育て困難さとその要因を明らかにし、十分な支援を得られないそれらの母親に対する子育て支援モデル開発への示唆を得ることを目的に実施したものである。そのため、本研究では、特に母親の子育て困難に焦点を当てた分析を行ったが、手記からは子育て困難だけでなく、母親が感じる子育ての喜びについても記載されていた。たとえば、Simon (=2011: 197-198) には、以下のような記述がある。「アスパーガール（アスペルガー障害の母親）たちは、自分の子どもを非常に愛していたと言っています。彼女たちの多くが、子どもは喜びであり、友だちであり、仲間意識を感じていたと話していました」。また、アスペルガー障害の母親の子育てにおける気持ちとして、次のような意見も紹介されている。「私は幸せです。独身で、二歳の息子がいます。息子とはすばらしい関係が成り立っています。他の誰とも築けないような絆があります。母であることはこの世で一番すてきなことです」(Simon=2011: 195)。これらのことから、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援に当たっては、子育て困難だけでなく、母親が感じる子育ての喜びといった側面についても考慮することが必要であるといえよう。

本研究の限界として、今回分析した手記の数は限られており、すべての対象者は、出産後、診断および支援に繋がり、困難を軽減できた母親に限られた点が挙げられる。また、手記としてまとめる能力がある人は限られていることから、本研究の結果のみだけで一般化することはできない。したがって、今後は今回の手記分析の対象に含まれていなかった未診断のグレーゾーンの母親等についても対象に加えた上で、研究を進める必要がある。

## 第4章 高機能ASD圏の母親へのインタビュー調査によるニーズ評価

### 第1節 問題と目的

本研究の第3章では、当事者の視点から、高機能ASDの母親が抱える子育ての困難さとその要因を明らかにし、それらの母親のニーズに合致した子育て支援プログラムのモデル開発への示唆を得ることを目的として、手記分析を実施した。その結果、高機能ASDの母親は、自身の特性、さらには夫や子どもや周囲との関係についての悩みに直面し、ASDの診断を受けることで、ようやく自分の困り感の原因の理解に至ることが分かった。そして、自分の困り感の原因への理解をターニングポイントとして、“普通のお母さんを目指した子育て”から、“自分や子どもの特性を理解した子育て”の段階に至り、母親へのソーシャルサポートとハーディネスの構築を通じて、子育て不安の軽減に繋がることが分かった。また、支援のニーズとして、ASDの特性を理解した上での支援、問題が深刻化する前の支援の必要性などが挙げられた。

しかし、この手記分析で対象とした手記の数は7冊と限られており、全ての対象者は出産後、診断および支援に繋がり、困難を軽減できた母親に限られた。また、手記としてまとめる能力がある人は限られていることから、本研究の結果だけで一般化はできない。そのため、今後の課題として、手記分析の対象者には含まれなかった出産前に診断されていた母親、未診断のグレーゾーンの母親、診断後も適切な支援につながらなかった母親も対象に加えた上で、更なる研究を実施する必要があると考えた。

そこで、本研究の第4章では、この手記分析の結果を踏まえて、高機能ASD圏の母親の結婚前までの状況、妊娠・出産後の子育て困難とその要因、子育ての困り感の変容プロセス、さらには支援ニーズを把握することを目的に、当事者へのインタビュー調査を行った。

### 第2節 方法

#### 1. 対象者の選定方法

対象者は、高機能ASDと診断済みの母親またはASDが疑われる母親である。なお、2013年のDSM5により、これまで使用されてきた広汎性発達障害(PDD)の名称が無くなり、併せてアスペルガー症候群(AS)はASDという一つの診断名となったこと、注意欠陥多動性障害(ADHD)とASDの併存診断が可能となるなどの変更があった。そのため、分析対象については、手記分析と同様、アスペルガー症候群、PDD、ADHDと診断済みまたはその疑いのある母親を含めた。また、「ASDの疑いのある母親」については、支援者ではなく、母親本人が「ASDではないか」と感じている母親を対象とした。

対象者を選定する際には、ソーシャルネットワークサービス(SNS)の「発達障害的母親達」のメンバー、当事者会である「発達障害当事者の母親の会」のメンバー、既にインタビューを行った対象者からの紹介の3ルートを通じ、最終的に14名を選定した。また、理論的サンプリングに当たっては、手記分析の対象者には含まれなかった出産前に診断されていた母親、未診断のグレーゾーンの母親、診断後も適切な支援に繋がらなかった母親も対象に加えた。さらに、理論的サンプリングにおいては、対象者の居住地(都市部・地域部)の違い、家族構成、子どもの発達障害の有無などにも考慮を行い、対象者の選定を行った。

## 2. データの収集方法・調査内容

対象者のうち、趣意書にて調査の主旨を説明し、同意が得られた方に対して、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを実施した。インタビュー時間は 45 分～120 分であった。インタビューについては、対象者の同意を得た上で録音を行い、終了後に逐語録を作成した。なお、ASD 圏の母親については、コミュニケーションに強い苦手感を有する 경우가少なくない。そこで、インタビューが困難な対象者 7 名については、本人の精神的負担を最小限に留めるために、対面式ではなく、メールベースによる調査を実施した。データ収集期間は、2014 年 5 月から 9 月であった。主な質問内容は、以下の 6 点である。

- ① 本人の障害告知について
- ② お子さんの発達や育て難さについて
- ③ 育児における困り感や辛さについて
- ④ 家族や周りの人との関係について
- ⑤ 子育て以外の困り感について
- ⑥ 支援に望むこと

## 3. 分析方法

高機能 ASD 圏の母親への子育て支援については、先行研究が乏しいことから、手記分析と同様に、理論の生成を目的とした質的分析手法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（戈木 2008；戈木 2006）を用いた。まず、逐語録を基にデータを切片化し、プロパティとディメンションに着目して、対象者の語りの差異が生まれる要因を検討し、それらの多様性が説明されるように、カテゴリーと概念（ラベル）の関係を図に整理した。

なお、本研究では、計画立案から結果を得るまでの全過程において、指導教官からの指導を受けたほか、質的研究を専門とする研究者からも助言を受けた。

## 4. 倫理的配慮

本研究は、日本社会事業大学研究倫理審査の承認（13-0306）を得て実施した。個人情報の守秘・匿名性等について、趣意書を用いて説明を行い、書面にて同意を得た。また、インタビューに関しては、侵襲性にも十分な配慮を行った上で実施した。

## 第 3 節 結果

### 1. 対象者の属性

調査対象者である母親は 14 名で、年齢範囲は 30 歳から 54 歳、平均年齢は 39 歳であった。居住地については、5 名が東京都、4 名が千葉県、1 名がそれぞれ神奈川県、愛知県、新潟県、大阪府、1 名が回答なしであった。

ASD の診断については、診断ありが 10 名、疑いありが 4 名であった。診断済みの母親の診断名については、3 名がアスペルガー障害、3 名がアスペルガー障害と ADHD、3 名が ADHD、1 名が PDD であった。そのうち、診断済みの母親の診断時期に関しては、10 名中 8 名が子どもの出産後であり、2 名が出産前であった。

また、二次的障害としての精神障害の既往歴としては、対象者のうち 13 名がうつ病や

産後うつ、パニック障害、統合失調症、強迫性障害等を発症していた。発症時期については、結婚前での発症が8名、結婚・出産後での発症が5名であった。精神障害者保健福祉手帳の取得状況については、取得済みの母親が9名、取得していない母親は5名であった。なお、手帳を取得していない母親のうち1名は、以前は取得していたと回答した。

対象者の最終学歴については、4年制大学卒業が2名、短大卒業が3名、高校卒業が7名、回答なしが2名であった。就労状況については、パートが4名、専業主婦が10名であった。また、シングルマザーである母親1名が生活保護を受給していた。

挙児数は、子どもが2名いる者が8名で、子どもが1名いる者が6名であった。子どもの年齢範囲は0歳から24歳で、平均年齢は8歳であった。子ども22名のうち、ASDの診断については、診断ありが5名で、疑いありは7名と、何らかの疑いを持つ子どもを含めると、子どもの半数以上がASD圏という結果であった。子どものASDの割合は、手記分析の結果とほぼ同様であった。診断済みの子どもの診断名については、2名がADHD、2名がアスペルガー障害、1名がPDDであり、全て知的障害のない高機能群であった。

家族状況と婚姻状況については、13名が核家族であり、離婚経験のある母親は3名であった（そのうち2名は再婚、1名は再婚と離婚を経験したシングルマザー）。離婚経験のある3名のうち、2名は夫からのDV（ドメスティック・バイオレンス）の被害経験者であった。また、夫のASDの診断については、診断ありは0名、妻から見て疑いがありは3名、疑い無しは10名であった。



表 4-1 分析対象者のプロフィール

対象者 ID番号	年齢	発達障害の診断	診断時期	精神障害者保健福祉手帳	二次的障害(精神障害等)	家族構成			離婚経験
						属性	年齢	発達障害	
1	54歳	AS	出産後		うつ病(結婚前)	夫	54歳	疑いあり	
						長男	24歳	疑いあり	
						次男	22歳	疑いあり	
2	40歳	AS、ADHD	結婚前	○	強迫神経症、うつ病、統合失調症(結婚前)	夫		なし	
						長男	4歳	なし	
3	37歳	ADHD	出産後	○	境界性人格障害、抑うつ状態と、不眠症(出産後)	長男	11歳	疑いあり	○2回
						長女	0歳	不明	
4	49歳	疑いあり			自律神経失調症(出産後)	夫	49歳	疑いあり	
						長男	19歳	疑いあり	
						長女	15歳	疑いあり	
5	33歳	ADHD	出産後	○	不眠症、うつ(結婚前)、自殺未遂(出産後)	夫	38歳	なし	
						長女	7歳	なし	
						長男	5歳	疑いあり	
6	31歳	疑いあり		○	産後鬱、躁うつ病(出産後)	夫	37歳	なし	
						長男	8歳	ASD、ADHD	
7	40歳	AS	出産後	○	強迫性障害、境界性人格障害(結婚前)、育児ノイローゼ(出産後)	夫	37歳	なし	○
						長男	9歳	疑いあり	
8	37歳	AS、ADD	出産後	○	あり	夫	38歳	なし	
						長男	11歳	AS	
9	-	疑いあり		○	躁うつ病(結婚前)	夫	-	なし	
						長男	3歳	なし	
10	40歳	PDD	出産後	○	うつ病(結婚前。出産後、精神科に入院)	夫	40歳	なし	
						長男	10歳	なし	
						長女	7歳	なし	
11	40歳	ADHD	出産後	○	パニック障害、適応障害、気分変調症(結婚前)	夫	46歳	なし	○
						長女	1歳	なし	
12	30歳	疑いあり			パニック障害(出産後)	夫	30歳	疑いあり	
						長男	3歳	AS	
						長女	1歳	なし	
13	35歳	ASD、ADHD	出産後		なし	夫	36歳	なし	
						長男	9歳	ASD、ADHD	
						次男	3歳	なし	
14	41歳	AS	結婚前		うつ(結婚前)、育児ノイローゼ(出産後)	夫	41歳	なし	
						長女	7歳	PDD	
						次女	2歳	なし	

注：精神障害者保健福祉手帳の取得状況は現時点のもの。網掛けは、ASDの疑いがあるグレーゾーンの母親。

## 2. GTAによる分析結果

対象とした14名の高機能ASD圏の母親について、①結婚前までの状況、②妊娠・出産後の母親の子育てにおける困り感、③母親の困り感の変容プロセスとその要因の3点についてGTAを用いた分析を行った。以下に、それぞれの分析結果について、カテゴリー関連図、ストーリーライン、事例の語りを紹介しながら記述する。なお、《 》はカテゴリー、< >は概念(ラベル)を表し、図中の矢印を方向づける主なプロパティ、ディメンションを斜字で示したほか、対象者の語りの一部を挿入した際には「 」を使用した。また、( )内に対象者のID番号を示した。

## ① 結婚前までの状況

以下の表 4-2 に、結婚までの状況に関する分析で生成されたカテゴリーと概念（ラベル）および具体例を示す。

分析対象者の母親は、高機能 ASD と診断された母親およびグレーゾーンの母親であり、自身が ASD であるという診断や、適切な支援を受けずに成長したという共通点があった。家庭内では、＜親から身体的虐待を受ける＞、＜親に心理的虐待を受ける＞、＜親に理解されない＞などから、《親との関係がうまくいかない》ことで悩み続けた。

また、学校生活でも、＜学校でいじめにあう＞、＜先生に理解してもらえない＞などから、《学校生活がうまくいかない》ことで悩み続けた。さらに、就職後も、＜仕事中人が言うことが分からない＞、＜仕事の人間関係がうまくいかない＞、＜仕事が続かない＞など、《仕事が悪くいかない》という悩みに直面した。細かい事務ができず、数年で仕事を辞めることもあった。また、「最初の仕事が人間関係も含めて全く上手にいかず、職場で過呼吸発作を起こすなど、精神的にも追い込まれてしまいました」（No. 14）というように、仕事が悪くいかず、トラブルも多かったことから、精神的に不安定になった。

なお、このような家庭や学校、職場での様々な辛さは、診断済みの母親だけでなく、未診断のグレーゾーンの母親も含む、すべての母親によって経験されていた。

そして、このように、家庭や学校、職場での様々な“うまくいかなさ”や、誰にも辛さを理解してもらえないことが積み重なる中で、うつ病などの《精神疾患を発症する》に至った。しかし、病院に何年か通院しても回復せず、復調と悪化を繰り返したため、＜診断名に違和感をもつ＞こととなり、「自分は現在解明できていないなんらかの障害があるのでは」（No. 2）と別の障害を疑うようになった。

表 4-2 母親の結婚前までの状況に関するカテゴリーとラベル、具体例

カテゴリー	ラベル	具体例
親との関係がうまくいかない	親から身体的虐待を受ける	（親に）殴られたりとかして。かなり厳しかったです。（No.5）
	親に心理的虐待を受ける	本当によく、（母親から）お前はダメな子だとか、頭が弱くて頭にしもやけがあるんだみたいに言われていました。（No.6）
	親に理解されない	（自殺未遂するまでは）親にはずっと理解してもらえない感じだった。（No.5）
学校生活が悪くいかない	学校でいじめにあう	恥ずかしい話ではあるんですけど、ずっといじめにはあっていますね。結構、いつも一人ぼっちな感じでした。（No.6）
	先生に理解してもらえない	当時、発達障害の概念がないから、先生も「忘れ物が多いのはなんでだ」みたいな感じなんです。（No.6）
仕事が悪くいかない	仕事、人が言っていることが分からない	仕事は、人が言っていることが分かんないですよ。（No.2）
	仕事が続かない	本屋でのアルバイトでも、人間関係が悪くいかなくて、一番短くて半年で、3～4年で辞めてしまいました。耐え続けるのができなくて。（No.7）
	仕事の人間関係が悪くいかない	最初の仕事が人間関係も含めて全く上手にいかず、職場で過呼吸発作を起こすなど精神的にも追い込まれてしまい「自分は何か違う」と思ったのが診察に行くきっかけ

かけでした。(No.14)

精神疾患を発症する	診断に違和感をもつ	精神科で強迫神経症と言われたんですけど、自分ではなんか違う気はしていました。(No.2)
	多くの精神疾患を抱える	12歳からパニック障害、29歳適応障害、34歳気分変調症など。(No.11)

## ② 妊娠・出産後の母親の子育てにおける困り感

妊娠・出産後の母親の子育てに関する分析で生成されたカテゴリーと概念（ラベル）、具体例を表 4-3 に示す。また、結婚前を含めた妊娠・出産後の母親の子育てに関する分析で生成されたカテゴリーと概念（ラベル）の関係を図 4-1 に示す。

結婚前の状況（①）で上述したように、分析対象者は、親や学校、仕事の関係がうまくいかず、様々な外傷体験が重なる中で、精神疾患を発症するに至った。これらの結婚前の経験が、母親自身の生きづらさの根底にあり、妊娠・出産後の母親の子育てにおける困り感にも影響を及ぼしたと考えられる。

妊娠・出産後の母親の子育てに関する分析では、最終的に以下の 8 つのカテゴリーの下に 20 の概念が整理された。さらに、母親の困り感については、子育てステージ別に、妊娠期・出産期、乳幼児期の子育て期、学齢期以降の子育て期の 3 つに分け、それぞれのカテゴリーに分類した。なお、母親の困り感については、自身の ASD の特性への悩みが、妊娠・出産の不安、子どもや夫、周囲との悩みなど、その他の悩みに影響し合っていると考えられた。

なお、ASD と診断されている母親と未診断のグレーゾーンの母親を比較した場合、診断済みの母親では、子どもとの関係、自身の特性に悩む度合がより高いことが示された。一方、家族以外の周囲との関係や夫との関係に関しては、診断済みの母親およびグレーゾーンの母親に共通の悩みとして挙げられた。さらに、子どもに発達障害の診断がある場合や、その疑いがある場合には、より子どもとの関係に悩む度合が高くなるという結果が示された。

- ・カテゴリー1：妊娠・出産の不安を抱える
- ・カテゴリー2：安心して出産する
- ・カテゴリー3：自身の特性に悩む
- ・カテゴリー4：子どもとの関係に悩む
- ・カテゴリー5：夫との関係に悩む
- ・カテゴリー6：家族以外の周囲との関係に悩む
- ・カテゴリー7：思うようにいかない子育て
- ・カテゴリー8：ひどい抑うつや育児ノイローゼ等になる

### 《妊娠・出産の不安を抱える》/《安心して出産する》

分析対象者のうち 8 名の母親が、結婚・出産前から、なんらかの精神疾患を発症した。妊娠・出産中も精神科で抗うつ薬などを服薬していたことから、「妊娠した時に薬を飲めなくて、それが本当に辛かったですね」(No.5) というように、<薬の服薬について不安

を感じる>など、妊娠中から《妊娠・出産の不安を抱える》こととなった。また、「自然分娩をしたかったのだけれど帝王切開になってしまって、自分が思っていたことができなかつたんですよ。そこから躓きました」(No.7) というように、妊娠期には不安はなかつたものの、思いがけず帝王切開になったり、母乳育児をしたくても赤ちゃんが母乳を飲めず、さらに赤ちゃんに心疾患があつたため体重が増えないなど、<(出産前に)思っていたのとは違つた出産>であつたために、出産時から躓き、育児ノイローゼになつた母親もいた。一方、分析対象者のうち、結婚・出産前に ASD の診断を受けた母親については、<適切な支援を得る>ことによってお産に臨むことができたため全くパニックにならず、《安心して出産する》ことができたというケースもあつた。

#### 《自身の特性に悩む》

自身の特性に関する悩みとして、<深刻な感覚過敏>が挙げられた。感覚過敏の種類としては、子どもに触れられることなどへの触覚過敏や、光過敏、聴覚過敏、知覚過敏、においに対する過敏など、様々なものがあつた。また、<苦手な家事>に苦勞する姿が浮かび上がった。特に、片づけや掃除に強い苦手感を持つことが多く、「私の場合は、作業を効率的に行うことが苦手ですし、整理整頓が下手くそですので、家の中はいつも荒れ放題」(No.14) という場合もあつた。さらに、「その日によって体調が違う」(No.5) など<困難な体調の維持>や、「自分自身の精神状態のコントロールに困っています」(No.11) など<困難な感情のコントロール>に悩みを持つ場合もみられた。

#### 《子どもとの関係に悩む》

分析対象者では、ASD と診断された子どもや、その疑いのある子どもを養育する場合と、ASD の特徴を有さない定型発達の子どもの養育する場合に分かれた。そのうち、特に ASD と診断された子どもや、その疑いのある子どもを養育する場合に、《子どもとの関係に悩む》ことが多く見られた。子どもの乳幼児期では、子どもの<癩癩>や<話が通じない>こと、「よく泣き、眠らない」(No.6) など<手がかかること>、「視線が合わない、言葉の遅れ、オウム返し、拘り、パニック、聴覚過敏」(No.14) など、<育てにくい>こと、<落ち着きがない>ことや<多動>など、「全てが他の子どもたちとは違う」(No.14) 様子に、精神的な負担を感じた。さらに、子どもが成長すると、子どもの<うつ病>や<不登校>などにも直面した。

#### 《夫との関係に悩む》

家庭内での夫との関係にも困難を抱えた。特に、妻から見て夫にも ASD の疑いがある場合、《夫との関係に悩む》度合は高くなつた。例えば、夫にも ASD の傾向がある場合、他人の気持ちを察するということが苦手なことから、「どれだけ私が寝込んでいても、体調が悪くても、助けてくれません。“助けて”とお願ひしても、“僕も疲れてるから無理”と断る」(No.12) など、<夫の無理解に苦しむ>ことがあつた。また、精神疾患を抱えて苦しんでいても、夫は病気を理解してくれず、「おまえはマイナスな存在だ。おまえの考えは異常だ。おかしい、馬鹿だ、死ねばなどと言われてきました」(No.11) など、夫からの<モラルハラスメントに悩む>場合があつた。さらに、かっとして首を絞められるなど、

夫からの＜DVに悩む＞ことで、離婚に至る場合もあった。

《家族以外の周囲との関係に悩む》

分析対象者の多くは、子どもの頃、親から心理的または身体的虐待などを受けていた。そのため、結婚・出産後も、＜自分の親との関係に苦む＞場合があった。子どもが幼稚園に通うようになると、親同士の付き合いが必要になった。しかし、小さい頃から、他者との付き合いが苦手なため、毎日顔を合わせなければならない親同士の付き合いは大きなストレスとなり、＜ママ友との関係に苦勞する＞こととなった。また、診断がないためか、保育園や病院でも厄介者扱いされるということがあり、悩むことがあった。

《思うようにいかない子育て》・《ひどい抑うつや育児ノイローゼ等になる》

分析対象者は、子育ての過程で、自身の特性や、子どもや夫、家族以外の周囲との関係など、様々なことに悩みを抱え、《思うようにいかない子育て》に、次第にストレスを高めさせ、《ひどい抑うつや育児ノイローゼ等になる》に至った。さらに、何度も入院を繰り返したり、自殺未遂を起こしたりしたほか、「子どもの予想外の行動に対して手が出ってしまった」(No.7)など、子どもへの虐待に発展しかねない状況に陥った場合もあった。また、子ども時代に親から虐待を受けたために親にも頼れず、結婚後に夫からの酷い暴力を受けたため、子どもを一人で養育することになった母親では、「なんでこの子はそうやって守られる人がいるんだろう、私にはいないのにといい葛藤がでちゃって、動けなくなってしまいました」(No.3)という状態に陥り、児童相談所に相談して、乳児院や児童養護施設に子どもを預かってもらいながら子育てを続けてきた場合もあった。

表 4-3 妊娠・出産後の母親の子育ての困り感に関するカテゴリーとラベル、具体例

カテゴリー	ラベル	具体例
妊娠・出産の不安を抱える	薬の服薬について不安を感じる	妊娠した時に薬が飲めなくなって、それが本当に辛かったですね。(No.5)
	思っていたのとは違った出産にとまどう	出産自体は、自然分娩をしたかったんですが、帝王切開になってしまって。自分が思っていたことができなかったんですね。そこから躓きました。(No.7)
安心して出産する	適切な出産支援を得る	お産も不思議だったんですよ、パニクラなかったです。(No.2)
自身の特性に悩む	深刻な感覚過敏	感覚過敏で、触れられるのが嫌いで、子どもにべたべたされると、以前ははねのけてしまった。(No.13)
	苦手な家事	私の場合は作業を効率的に行う事が苦手ですし、整理整頓が下手くそですので、家の中はいつも荒れ放題です。(No.14)
	困難な体調の維持	いつかはヘルパーさんなして、自分でやりたいんですけどね。その日によって体調が違うんで。(No.5)
	困難な感情のコントロール	子どもが育てにくいというより、子どもが泣いたり騒いだりした時の自分自身の感情のコントロールが大変でした。(No.2)
子どもとの関係に悩む	癩癩	(長男は)きれやすくて。机に傷が一杯あるんですけど、物でガンガンガン(傷をつける)。バンバンバンバン壁殴ったりとか。(No.5)

話が通じない	話が通じない。本人も、分かっていないんだけど、分かったふりをしちゃうんですよ。結局怒ることになっちゃう。(No.3)	
手がかかる	乳児期からよく泣き、眠らず、とにかく手のかかる子でした。睡眠が細切れで、4歳まで朝まで寝ませんでした(No.6)	
育てにくい	1歳頃から始まった多動、視線が合わない、名前を呼んでも気が付かない…から始まり、2歳頃の言葉の遅れ、エコラリア、3歳頃から始まった拘り、パニック、聴覚過敏…全てが周囲の子どもたちとは違うので「どうしてウチばかり」と、正直、外れクジを引いてしまった気分になってしまっていました。(No.14)	
落ち着きがない	食事中、落ち着かず歩き回り、外食時子ども用椅子に座らせると怒り奇声を発するので、抱っこして食事しなければならず、大変です。(No.11)	
多動	小さい時は多動に悩まされました。買い物に行っても直ぐに居なくなってしまって、探し回った事も一度や二度ではありません。(No.14)	
うつ病	上の子は、中3でうつ病になったんです。(No.1)	
不登校	下の子は、10年にわたって3回不登校しているんですけど、幼稚園1年、小学校2年生で1年、中1～中2にかけて1年。(No.1)	
モラルハラスメントに悩む	2歳ぐらいから、私がいずれも子育てが大変とか言いすぎるから、君は母性が無いんじゃないかと、そういう私が嫌いみたいなことを言いだして。育児困難を見ていて、夫から離婚したいとずっと言われるモラハラを受けていた。(No.6)	
夫との関係に悩む	DVに悩む	20歳で職場で知り合った人と結婚したんですけど、愛着障害なのか、相手の嫌がることをわざとしたりして、それからちょっとしたことでも夫から殴られたり、暴力を振られるようになりました。(No.7)
夫からの無理解に悩む	旦那は「相手を喜ばせたい」という感情が欠落してるので、私のお願い、助けてください、困ってます、の要求は、旦那自身の都合でスルーされることが多いです。(No.12)	
家族以外の周囲との関係に悩む	自分の親との関係に苦しむ	上の子の時も、実家には頼っていないので。もともと、数年前まで、すごい仲悪かったんですよ。父親とも。あまり子どもには関わってほしくないですよ。(No.3)
	ママ友との関係に苦労する	長女の時は、幼稚園だったんですけど。辛かったです。他のお母さんたちとかかわりが苦手なので。毎日、毎日、会わなければいけない。(No.4)
思うようにいかない子育て	出産後は、育児と家事だけしてればいいので、若いころ仕事が出来なくて悩んでいたころよりは気持ちは楽ですが、毎日、うまくいかないで、自己嫌悪に陥っています。(No.11)	
ひどい抑うつや育児ノイローゼ等になる	産後うつになる	(子どもの生後)半年ぐらいの時に、もう子どもを産んだから、役目果たしたから死ぬしかないとか、自分が生きている意味がないとか言ったりとか。そういうことがいろいろ出てきてしまって。産後半年ぐらい、うつとかあったんですよ。(No.6)
	育児ノイローゼになる	育児ノイローゼとか、子どもへの接し方が。今思えば、パニック障害だったと思うんですけど、子どもの予想外の行動に対して手が出てしまったりとか。(No.7)

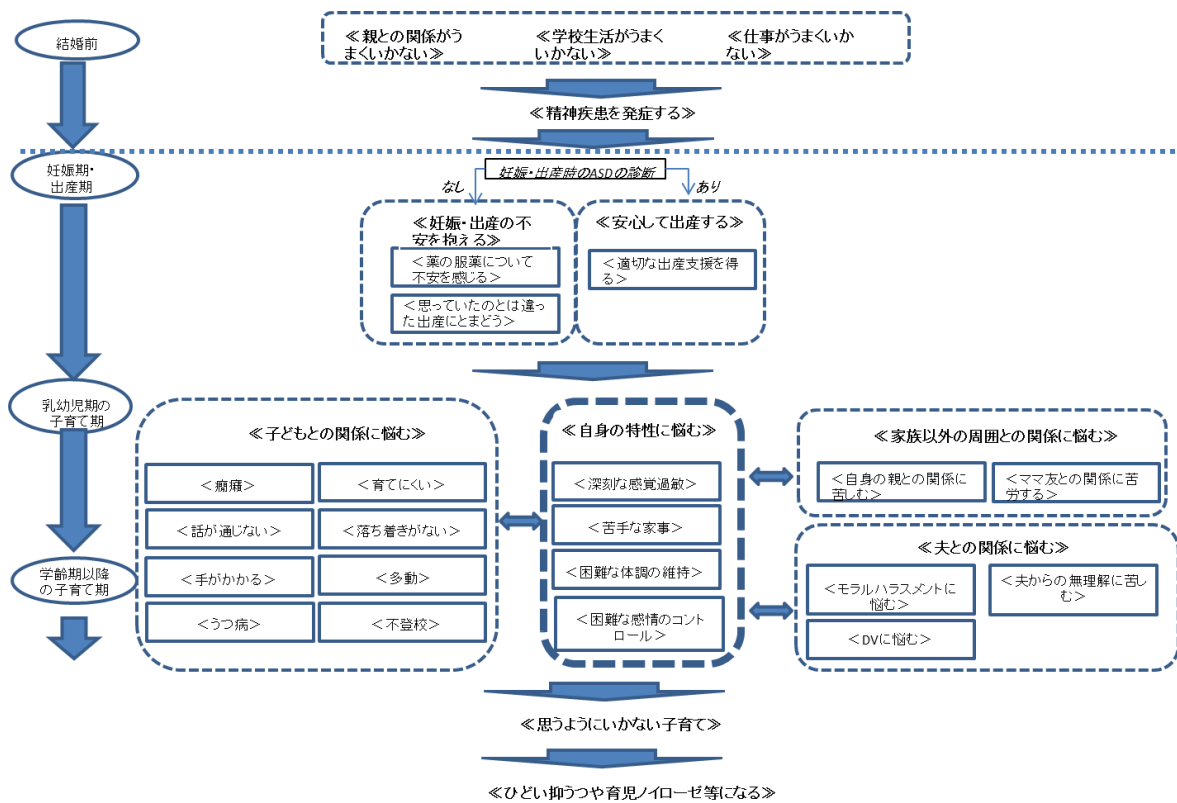


図 4-1 妊娠・出産後の母親の子育てにおける困り感に関する概念図

### ③ 母親の困り感の変容プロセスとその要因

出産後の母親の困り感の変容プロセスに関する分析で生成されたカテゴリーと概念(ラベル)、具体例を表 4-4 に示す。また、カテゴリーと概念(ラベル)の関係を図 4-2 に示す。

母親の困り感の変容プロセスとその要因に関する分析では、最終的に以下の 8 つのカテゴリーの下に概念を整理した。

- ・ カテゴリー1：ひどい抑うつや育児ノイローゼ等になる
- ・ カテゴリー2：ASD の診断
- ・ カテゴリー3：自分への支援
- ・ カテゴリー4：自分の特性の理解
- ・ カテゴリー5：子どもへの支援
- ・ カテゴリー6：夫からの理解
- ・ カテゴリー7：ストレス・不安の軽減
- ・ カテゴリー8：高いストレス・不安を抱え続ける

母親の困り感の変容プロセスについては、「ストレス・不安の軽減」に至るケースと、「高いストレス・不安を抱え続ける」ケースに二分された。母親が「ストレス・不安の軽減」に繋がるか否かは、「ASD の診断」、「自分の特性の理解」、「自分への支援」、「子どもへの支援」、「夫からの理解」によって規定された。

また、《ASD の診断》の有無に拘らず、都市部に居住している場合には、《自分への支援》等に繋がることで、《ストレス・不安の軽減》に繋がることも分かった。また、《ASD の診断》を受けたとしても、《自分の特性の理解》、《自分への支援》、《子どもへの支援》、《夫からの理解》が乏しい場合には、《高いストレス・不安を抱え続ける》状況に陥った。

すなわち、母親が診断を受けても ASD と診断されないグレーゾーンのケースや地方在住の場合、または診断をされたとしても、適切な支援を得られない場合に、《高いストレス・不安を抱え続ける》という結果が示された。

#### 《ASD の診断》

分析対象者は子どもの頃から、「人と同じことができないなっていうのは、なぜなのだろう」(No.5) など、他人とは違う生き難さを感じ続けていた。そして、母親の多くが、子どもの ASD の診断などを契機に、自分も《ASD の診断》を受け、告知されるに至った。一方、出産後、子どもの ASD が分かり、自分も該当するのではと思い、医師に相談したところ、「先生から“お母さん、おたまとか集めたくになりますか”と聞かれて、“そういうことはないです”と言ったら、“じゃあ大丈夫です”って言われたんですよ」(No.6)と言われたなど、簡単な問診で医師から ASD と診断されなかった場合もあった。

#### 《自分への支援》

ASD の診断を受けることで、様々な《自分への支援》を利用できるようになった。薬を服薬することで、今まで感じていたイライラが落ち着くなどの変化もみられた。また、＜家事支援＞を受けることで、ヘルパーに来てもらえるようになり、「生活は良くなりました。部屋はヘルパーさんが来てくれないとごみ御殿になります。家事も援助がないと成り立たないです。やはり、普通にお話ししているだけでもパワーをもらえますし。来てもらうのは楽しいですよ。」(No.2) など、生活の大きな支えになっている場合があった。しかし、ヘルパーの利用は知っていたとしても、「他人に家に入られるのがイヤなので頼みません」(No.11) と、利用を躊躇する場合もあった。

また、＜カウンセリング＞で話を聞いてもらうことも助けになった。例えば、グレーゾーンの母親であっても、問題が起こるたびに、他の精神疾患のために通っているクリニックでカウンセリングを受けることで、「子育てが大変だとか、主人のこととかを聞いてもらっているの、それが一番助けになっています」(No.6) というケースがあった。

さらに、＜当事者会＞などの仲間も大きな存在として認識されていた。「ADHD のお母さん方のコミュとかあったんですけど、やっぱりみんなで集まってという時は、すごい楽しかったし。何を言っても理解できるじゃないですか。そういう所があるのは、すごい良かったです」(No.3) など、何でも話し合える“居場所”として、＜当事者会＞が認識されていた。一方で、「言葉にこだわりのある人とか多いので、もめたりなどのトラブルがあったりとかするので、深く付き合うのは怖いです」(No.7) と、コミュニケーション等に起因する当事者間の問題から、参加を躊躇する場合もあった。

支援の更なる充実や支援者の配慮等についての課題も示された。ASD 圏の母親の多くは、周囲に助けてもらえる人がおらず、孤独な育児を強いられている場合が多い。そのた



め、「子どもが発達障害でなくても大変な時に、レスパイト的な感じで使えるところが（欲しい）」(No.6)などの要望もあった。そのほかにも、「子どもの障害を見る時に、親の障害ってしてもらえないんですよ。障害がある子にはこうしたら良いですよ、こういうことしましょうねって、言っていることが、ちょっとそれ自分には相当難しいぞっていう感じになっちゃって。障害者が障害者を育てていることに、もうちょっと目を向けて欲しいですよね」(No.3)など、支援者に健常者である親と同じことを求めないで欲しいとの要望もあった。

なお、地方在住のグレーゾーンの母親については、《自分への支援》がほとんど無いという共通点があった。「大人の発達障害の教室がないので困っています。発達障害で通えるところは、子どもしかないと言われました。地方は少ないんですかね。子どもの発達障害のように教室があるのが理想です」(No.9)など、特に地方では、ASDの大人への支援が未だ十分でないため、支援に繋がるのが難しい状況が浮き彫りとなった。

また、上から目線で接する医師や患者の気持ちを分かってくれない医師の態度や、発達障害に詳しくない保健師や行政の態度、良妻賢母を求める保育士などに不満を感じるという意見など、支援者側の障害への知識や理解不足などの問題も指摘された。

#### 《自分の特性の理解》

ASDの診断を受けることで、《自分の特性の理解》にも繋がった。ASDの特徴を有する場合、予定変更への困難を抱えていることが多い。しかし、診断を受けた母親は、自分の診断を受け入れることで、「上の子がいる分、不意打ちとかに備えて、例えば出かける時とか早くから支度を始めます」(No.3)など、＜自分の特性にあった対処＞に努めていた。また、強い苦手感を有する対人関係においては、「私は人の顔が覚えにくいので、何度も会った事のある人に対しても“どちら様ですか”と言ってしまいます。こういう時は最低3回は同じ事をやってしまう旨を、皆さんに説明させていただいています。正直に状況を伝えることで、ずいぶんとコミュニケーションは楽になった気がします」(No.14)など、無理に相手に合わせるのではなく、困難感を有することを相手に予め知らせることで、コミュニケーションが楽になった例もあった。

しかし、ASDの診断後も、「私はなんでこんな生きにくいんだと、また不安になってしまいました」(No.11)というように、診断を受けるだけでは、《自分の特性の理解》には繋がらず、依然として不安を抱え続ける場合もあった。また、グレーゾーンの母親の中には、「病名とか自分の枠組みを知りたいですね。普通に見えちゃうので、人に相談しても気にしなくてもいいと言われて終わっちゃうんですよ」(No.4)と、見た目からでは分かり難い生き辛さの原因を知りたいと望む場合もあった。

#### 《子どもへの支援》

《子どもへの支援》としては、＜保育園＞、＜親子カウンセリング/親子教室＞などが挙げられた。＜保育園＞については、「頼るところがあって救われました」(No.4)など、子どもの相談先として役に立っていた。また、＜親子カウンセリング/親子教室＞については、「自閉症とは何かとか、ほめて育てようとか、いわゆる発達障害の子育て的なエッセンスをそこですごく学んだので、子どもにもそれがすごくいい影響を与えていて、大きな

トラブルもなく学校にも通えているのは、きっとそこで早期教育だとかやったからだと思っています」(No.6)と、肯定的に捉えている場合もあった。

その一方で、「(子どもが)4歳の時は個別支援、5歳の時は集団支援を受けていましたが、それがどれくらい役に立ったのかは、親の目から見ても正直よく判りません。結局、幼児期に受けた支援はあまり役に立った気がしていません」(No.14)と、否定的に捉えている場合もあった。また、「(親子教室で)言っていることは分かるけど、実現が難しい」(No.3)と、健常者の親向けの内容を教えてもらっても、実現は難しいと感じる場合もあった。一方、子どもにASDの疑いがあり、子どもの暴力などに悩んで診断を受けても結局診断名がつかず、支援に繋がれないことで、「息子のことをやっぱり相談したいなと思って。誰に言えばいいのかなって」(No.5)と、子どものことを誰にも相談できずに辛さを抱え続けるという場合もあった。

また、困った時に子どもを預けられる支援先として、乳児院や児童相談所、里親などを挙げた母親もいた。

#### 《夫からの理解》

《夫からの理解》の度合には、対象者によってかなりの差が見られた。例えば「部屋が汚くても、主人があまり気にするタイプの人では無かった事と、どうしてもダメだった時は何も言わずに手伝ってくれていたりするので、その点は本当に幸運だったと思います」(No.14)など、<ASDを理解してくれる夫からの支援>が得られた場合には、ストレスをそれほど溜めずにすむことができた。

一方、夫にもASDの疑いがあり、《夫からの理解》が十分でない場合には、「旦那の配慮がなかったことが原因で、結婚して数ヶ月後にパニック障害を発症しました」(No.12)など、夫の心無い言動にストレスを高じさせ、体調を悪くすることもあった。

表 4-4 出産後の育児困難の変容プロセスに関するカテゴリーとラベル、具体例

カテゴリー	ラベル	具体例
ASDの診断		長男(当時小2)が不登校になり、スクールカウンセラーに相談したときに勧められ、長男が受ける時、一緒に受診し診断を受けました(No.13)。
		上の子がいる分、不意打ちとかに備えて、たとえば出かける時とか早くから支度を始めます(No.3)。
自分の特性の理解	自分の特性に合った対処	私は人の顔が覚えにくいので、何度も会ったことのある人に対しても”どなた様ですか”と言ってしまいます。こういう時は最低3回は同じことをやってしまう旨を、皆さんに説明させて頂いています。正直に状況を伝えることで、ずいぶんコミュニケーションは楽になったと気がします(No.14)。
自分への支援	家事支援	生活はよくなりました。部屋はヘルパーさんが来てくれないとゴミ御殿になります。家事も援助がないと成り立たないです(No.2)。
	カウンセリング	子育てが大変だとか、主人のこととかを聞いてもらっているので、それが一番助けになっています(No.6)。

当事者会(仲間存在)	ADHDのお母さんか他のコミュとかあったんですけど、やっぱりみんなで集まっていう時は、すごい楽しかったし。何を言っても理解できるじゃないですか。そういう所があるのは、すごい良かったです(No.3)。
子どもへの支援	<p>保育園 (保育園について)頼れるところがあって救われました(No.4)。</p> <p>親子カウンセリング 自閉症とは何かとか、ほめて育てようとか、いわゆる発達障害の子育て的なエッセンスをそこですごく学んだので、子どもにもそれがすごくいい影響を与えていて、大きなトラブルもなく学校にも通えているのは、きっとそこで早期教育とかやったからだと思っています(No.6)。</p>
夫からの理解	ASDを理解してくれる夫からの支援 部屋が汚くても、主人があまり気にするタイプの人ではなかったことと、どうしても駄目だった時は何も言わずに手伝ってくれていたりするので、その点は本当に幸運だったとおもいます(No.14)。
ストレス・不安の軽減	数年前の私は、うつ病で入退院を繰り返していましたが、今はほとんど治り、服薬も頓服のみです(No.10)。
高いストレス・不安を抱え続ける	こんな結果(ADHDはふれる程度という)になり、じゃあ私はなんでこんな生きにくいんだ?と、また不安になってしまいました。ADHDも鬱も中途半端な感じなんだなあ、と納得は出来ました(No.11)。

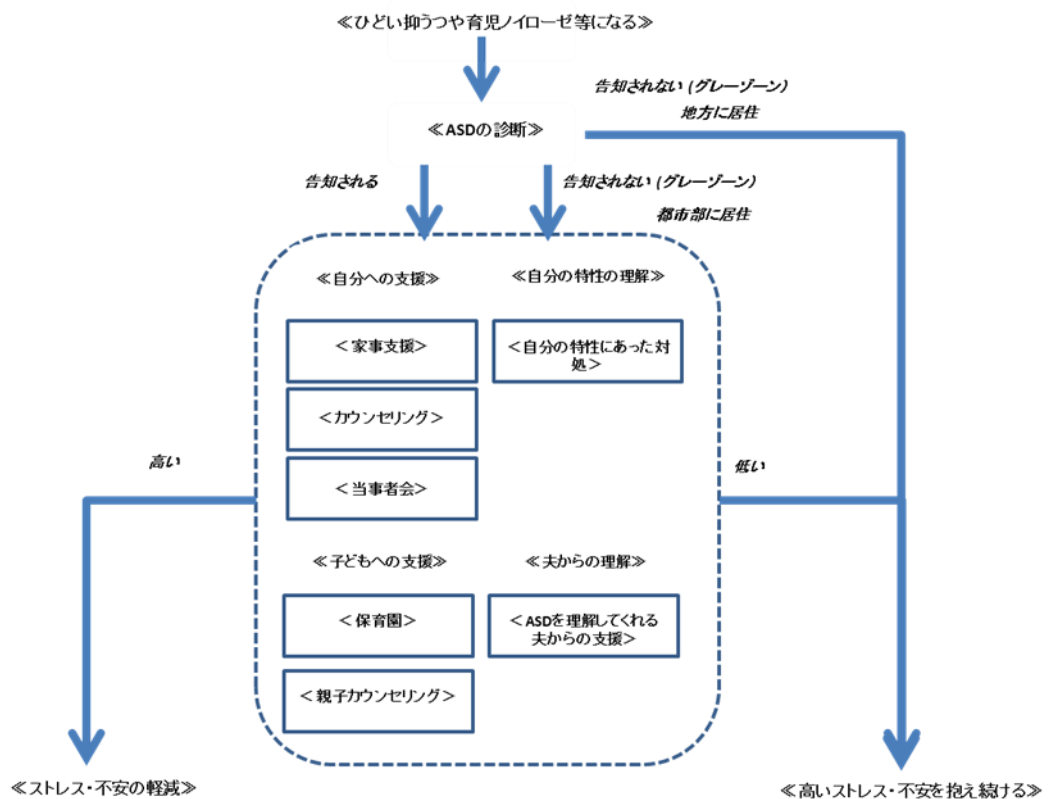


図 4-2 母親の困り感の変容プロセスとその要因に関する概念図

## 第4節 考察

### 1. 結婚・出産前からの未解決な外傷体験を抱えた母親への支援

本研究の分析対象者は、手記分析（岩田ら 2015）の結果と同様、子どもの頃から親の理解不足や虐待、学校でのいじめなど、多くの外傷体験を経験しており、その結果、結婚前および結婚・出産後に精神疾患を発症していた。精神疾患の既往歴があったのは、対象者 14 名中 13 名であり、これは非常に高い割合であると言える。

藤岡は、「養育者自身が未解決な外傷体験を有している場合、養育行動にその徴候が現れてしまう」と述べている（藤岡 2008：187）。この指摘と同様に、高機能 ASD 圏の母親は、様々な心的外傷による生き辛さというハンディキャップを結婚・出産前から有しており、そのことが出産後の養育行動にも影響すると考えられる。対象者の中には、子ども時代に受けた親からの虐待や、結婚後の夫からの DV による心的外傷の影響で、出産後、サポートがなければ養育自体が困難になったケースもあった。このような未解決の外傷体験を有する母親たちが、出産後に育児困難に陥らないようにすることが必要である。

そのための対策として、以下の二つが考えられる。第一に、精神疾患などの二次障害を予防するための発達障害の早期発見・早期予防である。杉山（2011：211）が、「早期療育を受けた者のほうが、そうでない者よりも青年期に至った時の適応は優位に良好である」と述べているように、ASD については、早期発見・早期診断が重要であると認識されている。

しかし、発達障害については、男性症例を基に今の診断基準が築かれたといっても過言ではなく、男性基準を使う限り女性の ASD 症例を見逃す可能性があるとの指摘（神尾 2005：85）がある。一般に、男児の発達障害児は小児期に診断されるが、女児の場合、この時期に気付かれないことが多い。うつ病障害といった併存する問題のせいで、臨床像がはっきりせず、何年間も正しい診断が行われなかったこともある（Gillberg=2002：43）。本研究では、ASD と診断済みの母親 10 名のうち 8 名が子どもを出産後に診断された中途診断者であった。この結果は、高機能 ASD 女性の場合、子どもを出産した後に自分にも同じ特性があるということに気づき、診断を受けることが多い（Attwood2007：47-48）という先行研究結果や手記分析結果とも一致している。このことから、第二の対策として、妊娠・出産というライフイベントの機会を通じて、問題が顕在化する前に、妊娠中・出産後のできるだけ早い段階から ASD の可能性も視野に入れた支援を行うことが必要である。

### 2. グレーゾーンの母親も含めた早期からの包括的な支援

本研究では、先行研究や手記分析からは得られなかった、高機能 ASD 圏の母親が抱える子育て困難やその要因について新たな知見を得ることができた。第一の知見は、グレーゾーンの母親の困り感を把握できたことである。手記分析では、すべての対象者は、出産後、診断および支援に繋がり、困難を軽減できた母親であった。一方、本研究の分析対象者は、ASD と診断済みの母親だけでなく、未診断の、いわゆるグレーゾーンの母親も存在した。そして、本研究の結果、診断済みの母親だけでなくグレーゾーンの母親も、子育てに多くの困り感を抱えていたことが分かった。特に、グレーゾーンの母親については、自身や子どもへのソーシャルサポート源を得ることが困難なために、高いストレス・不安を抱え続けていた。したがって、支援の対象者については、ASD の診断の有無に拘らない、

グレーゾーンの母親も含めた困り感を有する全ての高機能 ASD 圏の母親とすることが適切である。

第二の知見は、母親の困り感の変容プロセスとその要因を新たに把握できたことである。手記分析では、高機能 ASD の母親は、出産後、ASD の診断を受けることで支援に繋がり、子育て不安の軽減に繋がった。一方、本研究における出産後の母親の困り感は、ASD の診断後にストレスや不安が軽減する場合と、高いストレス・不安を抱え続ける場合に分かれた。そして、それらの違いは、ASD の診断だけでなく、自分の特性への理解、自身や子どもへのソーシャルサポート、夫からの理解の度合によって規定されていた。このことから、母親が抱える多様な困り感を解消するためには、母親に対する診断だけでなく、自身の特性への理解、さらには夫や子どもを含めた家族全体に対する包括的な支援策を講じることが必要であるとの示唆が得られた。

また、本研究では、分析対象者の困り感について、妊娠期、乳幼児の子育て期、学齢期以降の子育て期の 3 期に分けて分析を行った。その結果、母親の困り感は、出産後から始まるのではなく、妊娠期から既に始まっていること、特に乳幼児期の子育て期に困り感が集中していた。これらのことから、支援の実施時期としては、出産後からではなく、妊娠期から子どもの就学前までの切れ目の無い支援が必要である。つまり、本研究結果から、ASD と診断済みの母親だけでなく、グレーゾーンの母親も含めた早期からの包括的な支援が必要であると言えることができる。

なお、母親の多くは、思うようにいかない子育てから、ひどい抑うつや育児ノイローゼ等を発症し、入退院を繰り返したり、自殺未遂を起こしたりしたほか、子どもへの虐待に発展しかねない状況に陥った場合もあった。厚生労働省の「子ども虐待の手引き」（2013 年 8 月改訂版）によれば、子ども虐待では、(1)多くの親は子ども時代に愛情を受けていなかったこと、(2)生活にストレス（経済不安、育児負担）などがあって危機的な状況であること、(3)社会的に孤立し、援助者がいないこと、(4)親にとって意にそぐわない子（愛着形成阻害・育てにくい子等）であることの 4 つの要素が揃っていると指摘されている。ここで指摘された要素は、本研究の結果からも、高機能 ASD 圏の母親が抱える状況との関連性が高いと示唆される。すなわち、高機能 ASD 圏の母親は、子ども虐待のハイリスク・グループとなる可能性が高いと考えられる。中板らは、親の精神障害によって生じる子ども虐待を予防するためには、出産後からの対処ではなく、妊娠早期や産褥早期に好発する精神障害や産後の養育困難に関連するリスク評価を実施することが重要であるとしている（中板 2012：737）。子ども虐待や自殺未遂などの深刻な問題を未然に防ぐために、妊娠中や出産後のなるべく早い段階に、高機能 ASD と診断された母親、または高機能 ASD が疑われる母親に対して重層的な支援を行うことが必要である。

また、支援形態としては、医師やカウンセラー、ヘルパーなどのフォーマルな支援だけでなく、当事者会などのインフォーマルな支援も含めた支援が有効であることが示唆された。その一方で、ASD 圏の母親への理解は、専門家の間でも十分ではなく、適切な支援も不足している。支援者は、高機能 ASD 圏の母親に対して“困った母親”といった視点でみるのではなく、子育てに困り感を抱えながら育児をしている母親を十分に労いながら、母親が疲労感を溜めすぎないように、母親のメンタルヘルスケアやレスパイトケアを行うなどの配慮が必要である。

近年、ASD の子どもを抱える親を対象としたペアレンティング・プログラムなどが行われ、ASD 圏の母親の多くが参加している。しかし、それらは、健常者の母親向けであるために、ASD 圏の母親には実践が難しい場合もある。したがって、ペアレンティング・プログラム等を行う場合には、ASD 圏の母親にも役立つよう、ASD 圏の母親が抱える感覚過敏やコミュニケーションなどの問題を理解した上で、ASD の人たちが得意とする理論的思考や視覚的整理に基づく支援を行うなどの配慮を行うことが必要である。

### 3. 「子育て世代包括支援センター」（旧「妊娠・出産包括支援モデル事業」）を活用した多職種間連携による支援

上述したように、高機能 ASD 圏の母親への支援課題に対応するため、まず、困り感を持つ全ての母親に“気づく”、支援に“つなげる”、適切に“支援する”という 3 段階のアプローチによる支援が必要である。具体的には、近年、国内でも注目されているフィンランドのネウボラ（Neuvola）を参考にした、全ての母親への産前・産後・子育ての切れ目のない支援を活用することが有効である。ネウボラとは、フィンランド語で、「助言の場」を意味し、妊娠期から就学前までの子ども家族を対象とする支援制度である。「かかりつけネウボラ保健師」を中心とする産前・産後・子育ての切れ目の無い支援のための地域拠点（ワンストップ）そのものも指している。フィンランドでは、1944 年にネウボラが市町村自治体の運営する公的な制度となり、利用は無料である。なお、産後うつやスクリーニングや、虐待のリスク予防と早期支援の取り組みも行われている（高橋 2014：113-118）。

厚生労働省も、2014 年度から、このネウボラを参考にした「妊娠・出産包括支援モデル事業」を実施しており、2015 年 3 月末までで 20 府県の 29 市町村で実施されている。2015 年度からは「子育て世代包括支援センター」として恒久事業となり、対象となる市町村も日本の全市区町村の約 1 割に当たる 150 市町村となる予定である。この事業が展開されることで、母親に対する地域での包括的・継続的な子育て支援が地域格差なく行われ、ひいては子育てへの困り感を有する ASD 圏の母親に早期に気付くことで、リスク予防に繋がると期待される。

なお、ASD 圏の母親が抱える問題は、二次的障害としての精神疾患、自身の特性に起因する深刻な感覚過敏、苦手な家事、困難な体調や感情のコントロールなどだけでなく、子どもや夫、周囲との関係など、多岐にわたっている。また、夫からの DV などのために離婚し、シングルマザーとして子育てをするケースでは、子どもに手がかかることや自身の精神疾患のために働くことが難しい場合もあるため、経済的な支援も必要である。このような ASD 圏の母親が抱える多様な問題に対しては、専門職が単独で対応することは困難であり、多職種間の連携が必要不可欠である。フィンランドのネウボラでは、ほぼすべての子ども家族を支援の対象とする「出産・子どもネウボラ」とは別に、家族関係や子育て・発達における顕著な躓きを抱える家庭に対して、ファミリーソーシャルワーカーや心理士らがより特化した専門的な支援を行う「家族ネウボラ」も設置されている。フィンランドでの取り組みを参考に、日本国内で行われる「子育て世代包括支援センター」でも、ASD 圏の母親など、より専門的な支援が必要と考えられる母親に対しては、市町村の保健師だけでなく、より特化した専門的支援を行う機関の設置等を検討することも必要である。

#### 4. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論の修正

当事者の手記分析（3章）および当事者へのインタビュー調査（4章）の分析結果を踏まえ、先行研究の分析結果を基に作成した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論（図 2-4）について修正を行った。

まず、標的集団については「妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中」という文言を新たに追加し、「子育てに困り感を有する、妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中の高機能 ASD 圏の母親（診断済みの母親だけでなく、グレーゾーンの母親も含める）」と修正を行った。これは、インタビュー調査の結果から、母親の困り感は妊娠期から始まり、乳幼児期の子育て期に高くなることが明らかとなったためである。

次に、暫定版インパクト理論について修正を行った（修正箇所は図 4-3 の赤字で示した部分）。この修正版の暫定版インパクト理論では、「自分の困り感の根本原因に気付く」を新たに＜近位のアウトカム＞として設定し、「ニーズに即した多機関連携によるソーシャルサポートを得る」および「ハーディネスの構築（特性に応じた対応ができる）」を＜中期的なアウトカム＞として新たに設定した。これは、手記分析およびインタビュー調査結果において、母親たちは自分の困り感の根本原因が ASD であることを理解することで、ソーシャルサポートの獲得とハーディネスの構築、すなわち自らの ASD という特性に合った対処を行うことができるようになり、ひいてはストレスや不安の軽減に至るという共通のプロセスを経たことが確認できたためである。また、暫定版インパクト理論の活動については、まずは高機能 ASD 圏の母親が「相談支援に繋がる」ことが重要と考え、それを＜活動＞として設定した。

なお、＜中期的なアウトカム＞のうち、「ハーディネスの構築（ASD という特性に応じた対応ができるようになる）」とは、ASD 圏の母親自身の障害特性を変えることや、定型発達の母親たちと同じことを求めることではない。たとえば家事に負担感が大きい場合には、ヘルパーに依頼して負担感を軽減するなど、適切な支援の実施や、負担感の少ない方法を母親自らが見出すことを目指したものである。また、＜中期的なアウトカム＞のうち、「ニーズに即したソーシャルサポートを活用することができる」の“ニーズ”については、個々の母親が有する多様なニーズを示している。このような多様なニーズに対しては、ニーズの内容に即して各専門機関によって対応することが適切であると考えられる。「子育て世代包括支援センター」または保健センターの職員には、そのようなニーズを踏まえて、最も適切な機関に繋げるというコーディネーター的な役割を果たすことが求められる。

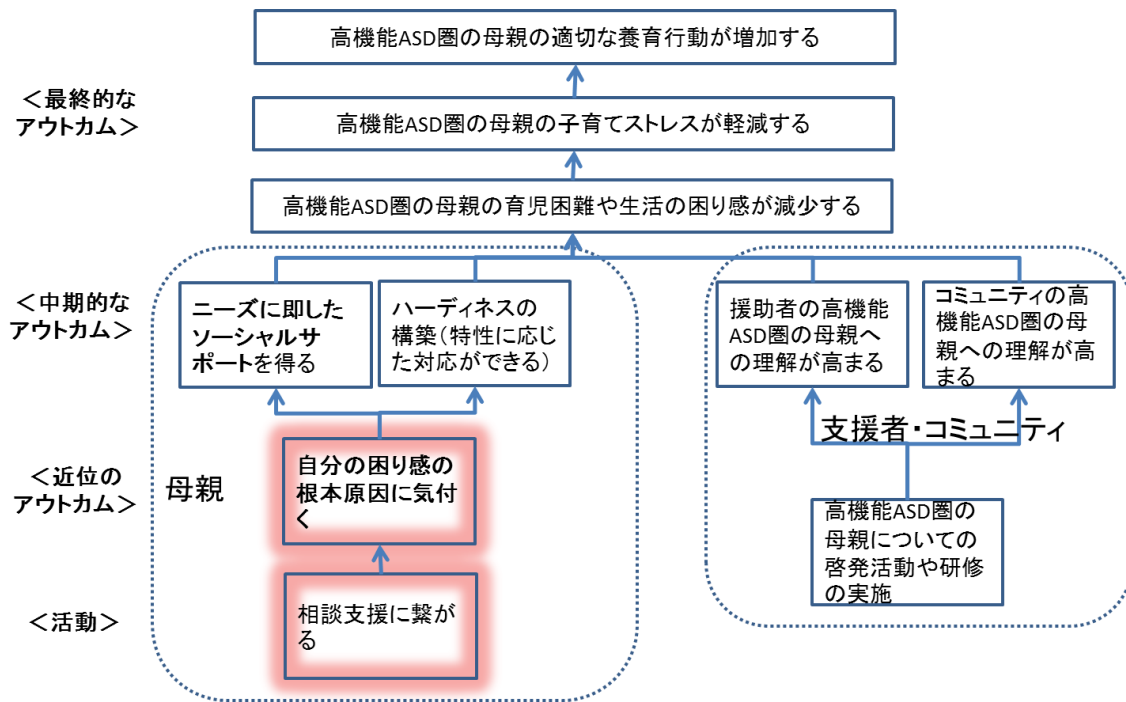


図 4-3 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論（暫定版）の修正

## 5. 結論

本研究では、ASD と診断された母親および未診断のグレーゾーンの母親に対して、結婚前までの状況、妊娠・出産後の子育ての困難さとその要因、子育ての困り感の変容プロセス、さらには支援ニーズを整理することができた。これまで、ASD の母親に関しては、当事者による手記などが多数出版されたが、それらはいずれも出産後、診断および支援に繋がり、困難を軽減できた母親に限られていた。本研究では、これまでほとんど明らかにされてこなかったグレーゾーンの母親の問題をはじめ、居住地や子どもの発達障害の有無などによる違いを踏まえた母親の子育て困難性と支援ニーズを把握するなど、その意義は大きいと考えられる。

本研究の分析の結果、ASD と診断された母親および未診断のグレーゾーンの母親は、子どもの頃から親からの身体的・心理的虐待や、学校でのいじめなど、様々な外傷体験を有しており、結婚前から精神疾患を発症していた。妊娠・出産後は、診断の有無に拘らず、妊娠・出産の不安、自身の特性に起因する悩み、子どもや夫、周囲との関係についてなど、様々な悩みを抱えた。そのうち、子どもに関する悩みについては、発達障害の子どもを有する場合に高くなっていた。そして、思うようにいかない子育てから、ひどい抑うつや育児ノイローゼ等に至った。

また、母親がストレスや不安の軽減に繋がるか否かは、診断の有無だけではなく、自身や子どもへの支援、夫からの理解、自身の特性の理解によって規定されることが明らかとなった。このことは、自身の ASD という特性を理解する、すなわち自分の困り感の根本原因に気付くことによって、自身や子どもへの支援、夫からの理解を得ることで、ストレ



スや不安の軽減に至るといったプロセスがあるということを実証的に示したものであると考えられる。

なお、本研究のインタビュー調査は、手記分析（第3章）と同様、当事者の視点から、高機能 ASD 圏の母親が抱える子育て困難さとその要因を明らかにし、十分な支援を得られないそれらの母親に対する子育て支援モデル開発への示唆を得ることを目的に実施したものである。本研究では、手記分析と同様、特に母親の子育て困難に焦点を当てた質問を行い、分析を行っている。そのため、インタビュー調査においては、当事者である母親が抱えてきた妊娠・出産後の子育てについての多様な困り感が中心であったものの、母親からは、次のような子育てにおけるポジティブな感情についても述べられたことがあった。

「昔から子どもが好き。好きなものだったら、頑張れるのかな」(No.5)。

この母親は、発達障害の疑いのある子どもの行動や、自身の精神疾患などのために、子どもとなかなか遊んであげられないことに悩みながらも、母親として子どもを大切に思い、夫と共に子育てに奮闘している日々について語ってくれた母親である。これは一例ではあるが、たとえ育児に困り感を抱えていたとしても、育児があるから、子どもがいるから頑張れるというポジティブな側面も存在している点について考慮が必要である。

一方、本研究の制約として、対象者数が14名と少ないことから、多様な特性を有する高機能 ASD 圏の母親の子育て困難さとその要因等を全て把握できたとは言い難い。なお、対象者については、「ASD と診断済みの母親」および「ASD の疑いのある母親」の両者を含めたが、全ての対象者は、強い困り感を抱えており、さらにそれらの困り感が ASD に起因するのではないかと母親自身が自覚している母親に限られた。そのため、本研究においては、ASD 圏の母親であったとしても、その自覚がない母親や、困り感について認識していない母親については対象にすることができなかつたと考えられる。また、対象者の半数については、対面式ではなく、メールベースでのインタビューになったため、情報量の偏りがあったことも否めない。

本研究では、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムへの示唆として、「子育て世代包括支援センター」(旧「妊娠・出産包括支援モデル事業」)を活用した、診断の有無に拘らないグレーゾーンの母親も含めた包括的な早期支援および多職種間連携による支援の提示を行った。今後、全国に拡大していくと考えられるこれらの取り組みについての調査を行い、高機能 ASD 圏の母親への支援の実施状況や効果、支援における課題等を明らかにする必要がある。さらに、その研究結果を踏まえて、ASD 圏の母親のための子育て支援プログラムを検討し、母親のニーズに合ったより適切な支援プログラムのモデル形成に繋げていくことが必要である。

## 第5章 高機能ASD圏の母親に焦点を当てた「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師等を対象とした調査によるニーズ評価

### 第1節 問題と目的

本研究では、先行研究結果を踏まえ、現状としては、高機能 ASD 圏の母親のみを対象とした支援モデルは存在しないことを明らかにした。そして、高機能 ASD 圏の母親への支援課題に対応するために、まず困り感を有する ASD 圏の母親に“気づく”、支援に“繋げる”、適切に“支援する”という 3 段階のアプローチによる支援が必要であることを述べた。

その上で、暫定版の高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのモデルとして、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の後継事業である「子育て世代包括支援センター」を活用した、診断の有無に拘らないグレーゾーンの母親も含めた包括的な早期支援および多職種間連携による支援の提示を行った。本事業は、「子ども・子育て支援新制度」に関連した、国の産前・産後の母子への支援策である。現状では様々な機関が個々に行っている妊娠期から子育て期にわたるまでの支援について、ワンストップ拠点を立ち上げ、切れ目のない支援を行うことが目指されている。本モデル事業は、高機能 ASD 圏の母親のみを対象とした事業ではない。しかしながら、本モデル事業が展開されることで、母親に対する地域での包括的・継続的な子育て支援が行われ、子育てへの困り感を有する高機能 ASD 圏の母親への早期発見と、多機関連携による早期支援に繋げることで、リスク予防としても機能することが期待できる。

そこで、本研究の第5章では、「妊娠・出産包括支援モデル事業」を実施した市町村を対象に、同事業における特に高機能 ASD 圏の母親への保健師の関わり方の現状と、多職種との連携についての現状や課題を把握することを目的に、郵送式による質問紙調査を行った。また、質問紙調査に先立って、関連資料の収集を行い、地域の特性や行政の取り組みについても調査を行った。さらに、質問紙調査の回答結果から、参考となる取り組みを行っている市町村を選択し、電話による補足的なインタビュー調査を実施した。

### 第2節 方法

#### 1. 対象者の選定方法

質問紙調査の対象者は、「妊娠・出産包括支援モデル事業」をこれまで実施したことのある全国 20 府県の 29 市町村の保健センター等で母子保健相談支援事業に関わる保健師である（表 5-1 参照）。なお、対象とした 29 市町村の内訳は、都市の規模別に、政令指定都市が 5 市、中核市および特例市が 5 市、その他の市が 17 市、町村が 2 町村であった。さらに、質問紙調査の回答結果から、高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験が多い 2 市を選択し、電話によるインタビュー調査を実施した。

表 5-1 本研究の対象市町村

市町村の区分	府県	市町村
政令指定都市	神奈川県	横浜市
		川崎市
	京都府	京都市
	大阪府	堺市
中核市・特例市	兵庫県	神戸市
	愛知県	春日井市
	大阪府	枚方市
	鳥取県	鳥取市
	島根県	松江市
その他の市	宮崎県	宮崎市
		茨城県
	茨城県	古河市
		群馬県
	埼玉県	和光市
	千葉県	君津市
		浦安市
	山梨県	北杜市
		甲州市
	長野県	駒ヶ根市
		須坂市
	静岡県	三島市
	愛知県	高浜市
	三重県	津市
		名張市
滋賀県	長浜市	
和歌山県	有田市	
香川県	普通寺市	
その他の町村	青森県	鱒ヶ沢町
	鳥取県	日吉津村

## 2. データの収集方法・調査内容

郵送法による自記式質問紙調査については、各市町村の部署担当者へ、調査依頼書、質問紙、返信用封筒を送付した後、電話で研究の主旨、調査方法について説明を行い、所属長を通じて質問紙への回答依頼を行った。また、質問紙調査への回答をもって、調査への同意を得たこととみなした。データ収集期間は、2015年6月から8月であった。

主な質問内容は、以下の通りである。質問紙の作成に当たっては、困り感を有するASD圏の母親に“気づく”、支援に“繋げる”、適切に“支援する”という3段階のアプローチ

による支援の実態把握を目指した質問内容を設定した。

なお、ここで対象とした「高機能 ASD 圏の母親」とは、当事者の手記分析（第 3 章）およびインタビュー調査（第 4 章）と同様、PDD、自閉症、アスペルガー障害、ADHD、LD などと診断された母親および「(支援者から見て) ASD が疑われる母親」と定義した。すなわち、ASD が疑われる母親に関しては、あくまでも支援者の見立てであり、母親の自覚の有無については不問とした。

- ① 回答者（保健師・助産師・ソーシャルワーカーなど）の属性
- ② 高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験
- ③ 高機能 ASD 圏の母親に気付いた時期
- ④ 高機能 ASD 圏の母親からの具体的な相談内容
- ⑤ 高機能 ASD 圏の母親への具体的な支援内容（子どもや夫などへの支援も含む）
- ⑥ 高機能 ASD 圏の母親の障害特性を配慮した支援の経験
- ⑦ 高機能 ASD 圏の母親への支援に対して困難を感じた経験の有無と内容
- ⑧ 高機能 ASD 圏の母親への支援に関する多職種との連携
- ⑨ 高機能 ASD 圏の母親への支援に関する今後の課題

さらに、質問紙調査の補足調査として、高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験が多い市町村の保健師を対象に、インタビュー調査を実施した。当初予定していたのは対面式での複数の市町村保健師へのインタビュー調査であったが、日程調整等の問題から、実際には電話による市町村保健師 2 名へのインタビュー調査となった。データ収集期間は、2015 年 8 月であった。主な質問内容は、以下の通りである。

- ① 支援提供組織（支援体制）
- ② 高機能 ASD 圏の母親支援に関するニーズキャッチ
- ③ 高機能 ASD 圏の母親支援に関するアセスメント
- ④ 高機能 ASD 圏の母親支援に関する支援計画の作成
- ⑤ 高機能 ASD 圏の母親支援に関する支援内容
- ⑥ 高機能 ASD 圏の母親支援に関するネットワーク
- ⑦ 高機能 ASD 圏の母親支援に関する今後の課題

### 3. 分析方法

質問紙調査における自由記述による回答は、内容分析によって分析を行った。選択肢による回答については、データを入力後、単純集計を行った。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、日本社会事業大学研究倫理審査の承認（15-0102）を得て実施した。

調査依頼書では、本調査の主旨のほか、回答内容についてはプライバシーの保護を厳重にすること、協力が任意であること、協力拒否による不利益を被ることがないこと、研究結果を公表すること、研究結果は本研究以外には使用しないこと、研究終了後には回答内

容は責任をもって処分することなどを記載し、調査への協力を依頼した。質問紙は無記名とし、回収は回答者各人で封筒に入れ、調査者に直接返送とした。

### 第3節 結果

質問紙は、全国20府県の29市町村の保健センター等に29部送付し、17市町村の19名より回答があった。回収率は58.6%であった。

#### 1. 対象市町村の状況

都市の規模により、大都市である政令指定都市・中核市・特例市が3市3名(17.6%)、その他の市町村が14市16名(82.3%)と分類された。

回答者の自治体が管理する人口の全体平均は139,876.6±49,565.0人、年間の出生数の全体平均は1,160.2±428.1人、保健師数の全体平均は28.1±7.1人で、いずれも地域による差が見られた(データについては、厚生労働省2015b参照)。政令都市・中核市の人口、年間出生数、保健師数はいずれも、その他の市町村よりもかなり多かった。

表 5-2 地域の状況

	人口(人)	出生数/年(人)	保健師数(人)
	中央値 平均±SD	中央値 平均±SD	中央値 平均±SD
政令都市・中核市 n=3(17.6%)	402,572.0 482,649.7±18,7312.1	3,783.0 4,204.3±1,529.0	67.0 80.7±22.7
その他の市町村 n=14(82.3%)	50,451.5 66,425.2±12,773.0	425.0 507.9±106.6	18.5 16.8±1.8
全体 n=17(100%)	78,360.0 139,876.6±49,565.0	555.0 1,160.2±428.1	19.0 28.1±7.1

#### 2. 行政の体制

行政体制としては、相談から支援までを1か所で担うワンストップ型と、身近な地域拠点等で情報提供・相談を担い、支援の提供はより広域の拠点で行うタイプがあった。地域子ども・子育て支援システム研究会(2014)や厚生労働省(2015b)によれば、比較的人口規模が大きな市町村では、身近な地域拠点等を日常生活圏にいくつか設けるタイプが多く、比較的人口規模が小さい市町村では、ワンストップ型で支援を行う場合が多いと考えられる。

#### 3. 対象者の属性

質問紙調査の全回答者19名についての属性を表5-3に示す。

##### ■ 職種および勤務先

調査回答者の職種については、「保健師」が18名(94.7%)と多く、「助産師」は1名

(5.3%)であった。

勤務先については、「市町村」が18名(94.7%)であり、「県・中核市保健所」は1名(5.3%)であった。

#### ■ 年代および経験年数

調査回答者の年代については、「30歳代」が9名(47.4%)で最も多く、次いで「40歳代」が6名(31.6%)、「20歳代」と「50歳代」がそれぞれ2名(10.5%)であった。経験年数については、平均13.6年(±2.2年)であった。

#### ■ 発達障害に関する研修などの経験

調査回答者の発達障害に関する研修などの経験については、「子どもの発達障害に関する研修経験」は18名(94.7%)と高い一方で、「成人の発達障害に関する研修経験」は3名(15.8%)であった。また、「なし」は1名(5.3%)であった。

表 5-3 回答者の属性 (n=19)

項目		人数	割合 (%)
職種	保健師	18	94.7
	助産師	1	5.3
年代	20歳代	2	10.5
	30歳代	9	47.4
	40歳代	6	31.6
	50歳代	2	10.5
勤務先	市町村	18	94.7
	県・中核市保健所	1	5.3
発達障害に関する研修などの経験 (複数回答)	なし	1	5.3
	成人の発達障害に関する研修の経験がある	3	15.8
	子どもの発達障害に関する研修の経験がある	18	94.7

経験年数：0年～30年（平均13.6±2.2年）

#### 4. 高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験

質問紙調査の全回答者19名のうち、「高機能 ASD 圏の母親に関わった経験がある」と回答したのは13名(68.4%)であった。また、「診断済みの母親に関わった経験がある」とした回答者は6名(31.6%)で、「医師の診断はないが(支援者から見て)疑いのある母親に関わった経験がある」とした回答者は13名(68.4%)であった。

「高機能 ASD 圏の母親に関わった経験がある」と回答した13名のうち、高機能 ASD 圏の母親が見受けられる程度については、「あまり見受けられない」という回答者は4名(30.8%)、「ある程度見受けられる」という回答者は9名(69.2%)であった。なお、「顕

著に見られる」という回答者は0名（0.0%）であった。

また、高機能 ASD 圏の母親に関わった回答者 13 名のうち、関わった診断済みの母親の人数は平均 6 名（幅 1 名～15 名）であった。一方、関わった疑いのある母親の人数は平均 9.3 名（幅 1 名～30 名）であった。

高機能 ASD 圏の母親に関わった回答者 13 名について、高機能 ASD 圏の母親に気付いた活動場面を表 5-4 に示す。「乳幼児・母親への家庭訪問」が最も多く 8 名（61.5%）、次いで「保健センター・市への来訪による相談」と「母子保健手帳交付時」がそれぞれ 7 名（53.8%）であった。

なお、全回答者 19 名のうち、高機能 ASD 圏の母親に関わった経験について「なし」と回答した 6 名（31.6%）のうち 2 名（10.5%）は年間出生数 50 人以下の町村の保健師であった。一方、「なし」と回答した人のうち 1 名（5.3%）は、年間出生数 3,783 人の中核市の保健師であった。この市では、モデル事業の対象者はハイリスクまではいかないまでも自ら支援を求めない対象者等、一定の期間のみフォローが必要と判断される妊産婦であり、ASD の妊産婦等のフォローについては地域の保健センター保健師により把握される体制を取っているため、モデル事業では実績を把握していないとのことであった。

表 5-4 高機能 ASD 圏の母親に気付いた活動の場面（n=13、複数回答）

場面	人数	割合 (%)
乳幼児・母親への家庭訪問	8	61.5
保健センター・市への来訪による相談	7	53.8
母子保健手帳交付時	7	53.8
他の関係機関などからの相談・連絡	6	46.2
新生児訪問時	5	38.5
1 歳半健診時	5	38.5
出産した医療機関からの連絡	5	38.5
3 歳児健診時	5	38.5
乳幼児健診時	4	30.8
電話相談	4	30.8
妊娠・出産・育児関係の教室	3	23.1
その他（他市からの転入）	2	15.4

## 5. 高機能 ASD 圏の母親への対応

質問紙調査において高機能 ASD 圏の母親に関わったと回答した 13 名について、高機能 ASD 圏の母親への対応の結果を以下に示す。

### ■ 相談内容

母親からの相談内容を表 5-5 に示した。「子どものこと」が 12 名（92.3%）と最も多く、次いで「夫のこと」が 9 名（69.2%）、「母親自身のこと」が 8 名（61.5%）、「経済面・就労」が 5 名（38.5%）、「その他」が 3 名（23.1%）であった。

「子どものこと」に関しては、「子どもへの対応がうまくいかない。一緒にうまく遊べない。かんしゃくの対応がうまくいかないでストレスになり、たたいてしまう。」など、子どもへの対応に苦慮する内容があげられた。「夫のこと」に関しては、「夫が子のこと、自分のことを分かってくれない」など、夫とのコミュニケーションの悩みが挙げられた。

表 5-5 高機能 ASD 圏の母親からの具体的な相談内容 (n=13、複数回答)

相談内容	相談事例	回答数
子どものこと (n=12)	子どもも発達障害があるため、どのようにすれば対応すれば良いか	2
	子どもへの対応がうまくいかない	2
	予防接種の実施時期と種類	2
	子どもの発達障害の疑い	1
	外に連れて行くと他人に迷惑がかかるのではないかと 思ってしまう、外出し辛い	1
	子どもの食生活の問題	1
	離乳食について	1
	子どもが生まれたら、その子どもをかわいく思えるかど うか心配	1
夫のこと (n=9)	夫から言っていることが分からないと怒られる	2
	夫に子どもの育児について理解してもらえない	2
	夫が育児をしてくれない	1
母親自身のこと (n=8)	母親自身に気分の浮き沈みがあり、不安定、イライラす る	1
	家事・育児の段取りがうまくいかない	1
経済面・就労について (n=5)	経済的に苦しいが子育てと仕事を両立できる自信がな い	1
	職の内容や時期	1
その他 (n=3)	本に書いてあることに当てはまらないが良いのか	1
	祖父母と子育てのことで意見が合わない	1

### ■ 母親への支援内容

母親からの支援内容を表 5-6 に示した。「相談支援」が 13 名 (100.0%) と最も多く、「支援計画」の作成が 5 名 (38.5%)、「産前・産後サポート事業」が 1 名 (7.7%) で、「その他」が 4 名 (30.8%) であった。「産前・産後ケア事業」を挙げたものはいなかった。また、「その他」の回答としては、「関係機関と連携したサポート」、「家族 (キーパーソン) とつながる」、「緊急時・平常時のサポート体制の構築」、「変化への対応支援」、「うつ傾向のある方に受診をすすめる」、「事例検討により、精神科医より助言を得る」などが挙げられた。

支援内容のうち、最も多く挙げられた「相談支援」については、「母親へ説明した内容



が十分に伝わっているか確認が必要なケース（言語での説明や指示が入らないケース）だったため、口頭の説明プラス文書など、後に残る物での説明を訪問して伝えるようにした」といった回答が複数挙げられた。

表 5-6 高機能 ASD 圏の母親への支援内容 (n=13、複数回答)

支援内容	人数	割合 (%)
相談支援	13	100.0
支援計画の作成	5	53.8
産前・産後サポート事業	1	7.7
その他	4	30.8

### ■ 支援の効果

支援の効果を表 5-7 に示した。「継続した母子への関わりの形成」が 10 名 (76.9%) と最も多く、次いで「母親の妊娠・出産・育児の悩みや不安、ストレスの軽減」、「乳幼児の健やかな成長発達」がそれぞれ 9 名 (69.2%)、「親子の愛着形成の促進」、「子ども虐待の早期発見・予防」がそれぞれ 8 名 (61.5%) であった。また、「その他」の回答としては、「母親が地域で育児ができる」、「サポート体制の構築」が挙げられた。

支援の効果のうち、最も多く挙げられた「継続した母子への関わりの形成」については、「赤ちゃん訪問時、子どもを通して、発達障害ということを知り、健診は受けていないが、自分が発達障害かもしれないとわかったら、気持ちが落ち着いた」などの回答が挙げられた。さらに、「母親の妊娠・出産・育児の悩みや不安、ストレスの軽減」に関しては、「里帰り先市町村と情報共有し、母親の不安やストレスの軽減につなげられた」、「それぞれの職種が役割を持って関わってくれており連携もとることで、母自身も安心して子育てできている」などの回答が挙げられた。

表 5-7 高機能 ASD 圏の母親への支援の効果 (n=13、複数回答)

支援の効果	人数	割合 (%)
継続した母子への関わりの形成	10	76.9
不安・ストレスの軽減	9	69.2
乳幼児の健やかな成長発達	9	69.2
親子の愛着形成の促進	8	61.5
子ども虐待の早期発見・予防	8	61.5
産後うつ予防	7	53.8
孤立感の軽減	7	53.8
母親の健康面での不安の軽減	4	30.8
その他	1	7.7

### ■ 支援において戸惑いや困難を感じた経験

高機能 ASD 圏の母親に関わりがあった回答者 13 名のうち、母親との関わりで戸惑い

や困難を感じた経験があると回答したのは 12 名 (92.3%) であり、多くの回答者が母親への対応に難しさを感じていた。

高機能 ASD 圏の母親を支援する際に感じる戸惑いや困難さを表 5-8 に示した。「母親とのコミュニケーションの取り方が難しく、関わり方が分からない」が 8 名 (61.5%) と最も多く、次いで「母親との信頼関係が構築できない」、「母親の言動そのものが理解できず、考え方が分かり難い」がそれぞれ 4 名 (30.8%)、「その他」が 3 名 (23.1%) であった。また、「その他」の回答としては、「戸惑いや困難さまでは感じていないが、保健師の話をどこまで理解されているか分かり難かった」、「本児の育児の主体が家族（父親や父方祖父母、父方姉・・・）だったため、今後母親が育児を担えるのか不安が残る」などが挙げられた。

母親とのコミュニケーションに関しては、「母親の話の内容が次々と変わっていくために、結局何が言いたかったのか分からない」、「その場は納得するが、また同じ繰り返して、何度も同じことを相談してくる」などが挙げられた。相談を受けている最中に、「本に書いてあることに当てはまらないが良いのかなど、育児に関する心配ごとを細かいところまで何度も繰り返し尋ねてこられる」ために相談に時間がかかる一方で、「母の考え方の傾向は変わらないので、次から次へと問題がでてくる」といった問題に苦慮しているとの回答が寄せられた。

表 5-8 高機能 ASD 圏の母親を支援する際に感じる困難さ (n=13、複数回答)

支援の際に感じる戸惑いや困難さ	人数	割合 (%)
母親とのコミュニケーションの取り方が難しく、関わり方が分からない	8	61.5
母親との信頼関係が構築できない	4	30.8
母親の言動そのものが理解できず、考え方が分かり難い	4	30.8
その他	3	23.1

## ■ 効果的な対応

高機能 ASD 圏の母親を支援する際に効果的であったと感じた対応の内容を表 5-9 に示した。「家族や周囲の者に母親の理解者や援助者を見つけ、その協力を得た」が 10 名 (76.9%) と最も多く、次いで「母親とのコミュニケーションの円滑な取り方が分かった（視覚化の工夫など）」、「母親の生活のつまづきを理解し、それを円滑にさせる介入に心がけた」が 7 名 (53.8%) であった。また、「その他」の回答としては、「見守りの目をたくさん持つことで、状況が変化した時に、すぐ対応できるようにする」、「母の質問に対しては、具体的に対応する」、「困った時にどこに相談すればよいのかを母に知って頂く」などが挙げられた。

前述したように、回答者の多くは母親とのコミュニケーションの取り方に苦慮していたが、「父親が調整をしてくれて、訪問や相談ができた」など、「家族や周囲の者に母親の理解者や援助者を見つけ、その協力を得た」ことで順調に関わることができたなどの回答が

挙げられた。「母親が育児を担えるのか不安」な場合にも、「入院中は家族も一緒に育児指導を受け、産後は家族が主体となり育児を行うようにした」など、やはり家族や周囲の者に理解者や援助者を見つけるといった対応を行っていた。コミュニケーションに苦慮した場合でも、「信頼関係が築けてくると、その人の特性に気付くことができ、コミュニケーションの取り方が少しずつ分かった」など、母親との信頼関係の構築がコミュニケーション改善に繋がるとの回答もあった。

また、「母親に受診を勧め、自身の障害の理解と受容をさせた」との回答に関しては、「受診をすることで自身の苦手なところを理解してもらえ、そこをサポートしていった（例：ヘルパー利用など）」など、母親自身に特性を理解してもらうことで、社会資源の利用に繋がったとの回答が挙げられた。

表 5-9 高機能 ASD 圏の母親への支援で効果的であったと感じた対応の内容  
(n=13、複数回答)

効果的であった対応	人数	割合 (%)
家族や周囲の者に母親の理解者や援助者を見つけ、その協力を得た	10	76.9
母親とのコミュニケーションの円滑な取り方が分かった（視覚化の工夫など）	7	53.8
母親の生活のつまずきを理解し、それを円滑にさせる介入に心がけた	7	53.8
母親の特性を把握し、行動パターンを見つけ出せた	6	46.2
母親に受診を勧め、自身の障害の理解と受容をさせた	5	38.5
当事者会などに繋げた	2	15.4
その他	1	7.7

## 6. 高機能 ASD 圏の母親への多職種・機関との連携

質問紙調査において高機能 ASD 圏の母親に関わったと回答した 13 名における、高機能 ASD 圏の母親への多職種・機関との連携の結果を以下に示す。

### ■ 多職種・機関との連携

高機能 ASD 圏の母親に関わりがあった回答者 13 名のうち、多職種・機関との連携を行った経験があると回答したのは 13 名（100.0%）全員であった。

高機能 ASD 圏の母親への支援に際して連携を行った機関を表 5-10 に示した。「保育園・幼稚園」が 9 名（69.2%）と最も多く、次いで「精神科クリニック（病産院）」が 6 名（46.2%）であった。その一方で、「発達障害者支援センター」との連携経験があるとの回答は 2 名（15.4%）のみという結果であった。また、「その他」の回答として、「民生委員」、「主任児童委員」、「健康推進員」、「医療機関」、「保健所の精神クリニック」、「市の精神保健福祉

士」、「助産師」、「地域の子育て広場」、「チャイルドパートナー」、「子ども支援センター」、「市の障害担当」、「福祉部門」、「子ども担当（虐待予防）」、「(里帰り先)の市町村」などが挙げられた。しかし、「発達障害者地域マネージャー」と連携を行っているとの回答はなかった。

なお、多機関連携の回答に関しては、「子のことでケース会議を行ったり、母親への対応についてもケース会議を適宜行っている。各機関同じ歩調で関わらないと母親自身の不信感につながったり、納得が得られないため」など、意見交換の重要性が挙げられた。

表 5-10 高機能 ASD 圏の母親への他職種・機関との連携 (n=13、複数回答)

連携を取った機関	人数	割合 (%)
保育園・幼稚園	9	69.2
精神科クリニック (病産院)	6	46.2
学校	5	38.5
療育センター	4	30.8
発達障害者支援センター	2	15.4
保健福祉センター	1	7.7
その他	8	61.5

#### ■ 多職種・機関との連携の工夫

多職種・機関との連携において工夫していることに関する自由記述では、7名(53.8%)から以下のような回答が得られた。

##### <関係機関による意見交換会・情報共有の実施>

- 母親、妊婦の状況によって、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会にて話し合いフォローする。
- ふだんより連携を密にし、情報共有を行う。
- 変化があった時は、当事者会を開き、再度支援を検討。
- 児童の所属(保育園・幼稚園・小中学校)との情報交換をし、親子を関係機関で支援するようにしている。

##### <母親以外のキーパーソンとなる援助者と支援を行う>

- 母親の理解力・育児能力の低さなどを感じた場合は、母親以外のキーパーソンとなる援助者と共に保健指導を行う(ただし、援助者については、母親が心をゆるせる人を選びたいと考える)。

##### <他機関連携についての本人同意の確認>

- 他機関との連携について、本人同意を得ること。

### ＜必要に応じた連携＞

- 高機能 ASD の母親といってもひとくくりではないので、必要に応じて連携している。

## 7. 高機能 ASD 圏の母親への支援に関する課題

高機能 ASD 圏の母親への支援についての今後の課題に関する自由記述では、全回答者 19 名のうち 10 名（52.6%）から以下のような回答が得られた。

### ＜専門職自身のスキルアップ＞

- 専門職自身がスキルアップしていく。
- 高機能 ASD 圏の子どもの特徴・対応等の研修は多くあるが、高機能 ASD 圏の母親の特徴・対応等について勉強する機会はあまりないように感じる。相手を理解することが支援の一步につながると思う。

### ＜コミュニケーションの工夫＞

- コミュニケーションの取り方の工夫が必要（視覚的に訴えるなど）。具体的に短く示す等。
- 育児に対する思いや子どもへの対応に苦慮されると思われるので、より具体的に分かり易く伝える工夫が必要である。

### ＜保健師間の情報共有＞

- 担当者が変わっても継続支援できるような保健師間の情報共有。

### ＜他機関との連携＞

- 学校・関係者間の連携が必要。

### ＜母親自身が自分の特性を理解すること＞

- 診断を受けている母親ならば、ある程度、自身の特性を理解し、分かろうとするが、診断を受けていない母親が多いと思われる。今は、発達障害について周知されつつあるため、幼少の頃からの発見は可能だが、母親の年代は、まだ発見されていない人が多いと思う。まず、母親自身が自分の特性を理解することが必要と思われる。

### ＜子どもの ASD の受容＞

- 子どもが ASD であるという自覚をもつことに抵抗のある母親も多く、支援につながらない場合もある。

### ＜子どもへの対応への工夫＞

- 母子関係が悪いことが多いので、児への対応についても工夫しなくてはいけない。

### ＜（母親の）子どもの頃からの支援＞

- 母親自身が子どもの頃から愛情をしっかりと受けて育つために親子ともに支援を受け

ること、成長とともに自分の特性に気付いて、育児のような自分の思い通りにいかない状況になっても誰かに SOS を出せたり、自分の中でうまく対応できるようになるために、できれば子どもの頃からの支援が大切だと感じる。

### ＜サポート体制の構築＞

- それまで日常生活や仕事を大きな支障もなくこなすことができていたが、妊娠・出産・育児をきっかけに、困り感を強くもつようになるケースが多いと思われる。そのため、このような母親たちが、困り感を軽減し、安心して妊娠・出産・育児ができるようなサポート体制が必要と感じる。
- 母親一人での育児は負担があると思われるので、支援体制を整える必要がある。また、できるだけ妊娠期からの関わりが必要と感じる。

### ＜地域での見守り体制の構築＞

- 地域での見守りが大事なのだが、地域のつながり自体が弱くなってきているように思う。また、民生委員や主任児童委員などの地域のつながりのために動いてくれる人たちの発達障害への認識も十分でない。保健師が十分にそのような人をうまくつかうことができていないことも課題と考える。

## 8. 保健師への補足的インタビュー

高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験数が際立って多い市町村の保健師に電話インタビューを行い、高機能 ASD 圏の母親への支援プロセスについての質問を行った。

ニーズキャッチについては、高機能 ASD の診断のある母親については、子ども発達支援センター内にある発達障害の支援窓口を通じて、そのような母親のケースを把握しているとのことであった。また、高機能 ASD の疑いのある母親に関しては、特にアセスメントなどを実施しているのではなく、母親との関わりから、ASD の疑いがあると感じることが多いとのことであった。また、マタニティ・ブルースや産後うつ傾向などが見られる母親に対しては、医療機関への受診などを勧めており、保健師自身がアセスメントなどをすることはないとのことであった。

支援計画については、特に母親に ASD 傾向があるということを意識して計画を作成することはないものの、個々の家庭が抱える問題（例えば、子どもの発達の遅れなどの育てにくさや不安を抱える家庭など）に応じて個別の支援計画を作成しているとのことであった。

支援の一環として、ペアレンティング・プログラムなどを実施するに当たっては、やはり母親に ASD 傾向があるということを意識して支援をするのではなく、母親の理解に合わせてプログラムを実施しているとのことであった。さらに、書類の作成などに関しては、母親に高機能 ASD があるか無いかにかかわらず、どのような母親の方に対しても分かり易く記載することなどに配慮しているとのことであった。

## 第4節 考察

### 1. 高機能 ASD 圏の母親へのニーズキャッチ

本研究では、全回答者の約 7 割が、「高機能 ASD 圏の母親に関わった経験がある」と回答した。また、「高機能 ASD 圏の母親に関わった経験がある」と回答した人では、高機能 ASD 圏の母親が見受けられる程度について、「ある程度見受けられる」という回答者が約 7 割に上った。同様の先行研究が無いため、この割合が高いか低いかについて比較はできないが、市の保健師が高機能 ASD 圏の母親に関わったり、出会ったりする機会は比較的多いと考えられる。

高機能 ASD 圏の母親に気付いた活動の場面としては、乳幼児・母親への家庭訪問、来訪による相談、母子保健手帳交付時、他の関係機関などからの相談・連絡と、様々であった。また、子どもの頃から ASD と診断され支援を受けている母親に関しては、発達障害の支援機関と連携することで、スムーズな関わりに繋げられるケースもあった。現状としては、多機関連携のための「情報の一元化」システムは構築されていないが、高機能 ASD 圏の母親への気づきを促進するために、保健師だけでなく、関係機関が持っている情報を保健師に集約するなど、ネットワークを活用した「情報の一元化」システムを構築することが重要であると考えられる。

保健師は、様々な活動場面で、母子に関わることができると同時に、活動を通して他関係機関と協働してケースに関わったりするなかでネットワークを構築できるメリットがあると言われている（宮内 2007：177）。保健師は、立場上、様々な活動場面において母親と関わる中で、高機能 ASD 圏の母親である可能性も視野に入れて関わり、必要な場合に他の専門機関につなげていくことが可能である。

一方で、未診断のグレーゾーンの母親に関しては、発見しにくい場合が多く、母親が問題を抱えていたとしても、それが ASD に由来するのかどうか簡単に判断でき兼ねる場合が多いと考えられる。質問紙調査の結果においても、「高機能 ASD 圏の母親に関わった経験があるか」という質問に関して、全回答者の約 3 割が、「ない」と回答していた。仮に未診断の高機能 ASD 圏の母親と出会ったとしても、保健師側に高機能 ASD の母親に関する認識が低い場合には、その母親が高機能 ASD 圏の母親であると判断することは困難である。質問紙調査の結果から、高機能 ASD 圏の母親に関する知識が十分でない保健師も一定の割合で存在すると考えられる。その一方で、本調査の結果から、高機能 ASD 圏の母親を支援する際に、母親の特性に応じた対応を行うなど、高機能 ASD 圏の母親についての高い専門知識や豊富な経験に基づいて、母親の ASD の可能性を視野に入れた支援を行っている保健師も存在している。このように、支援に携わる保健師の有する ASD に関する知識や経験度合いには、かなり幅があると考えられる。

保健師らの高機能 ASD 圏の母親についての専門的知識に関して、本調査で発達障害に関する研修などの経験を聞いたところ、子どもの発達障害に関する研修経験は約 95% と高い一方で、成人の発達障害に関する研修経験はわずか約 16% であった。また、本調査で、高機能 ASD 圏の母親に関わった経験が無いと回答した 6 名のうち 4 名（66.6%）に成人の発達障害に関する研修経験は無かった。自由回答からも、高機能 ASD 圏の子どもの特徴・対応等の研修は多いのに対して、高機能 ASD 圏の母親の特徴・対応等について勉強する機会はあまりないように感じるとの課題も挙げられている。この結果から、未診断の

グレーゾーンの母親に気付くための成人の ASD に関する知識や経験が不十分な保健師が一定程度存在すると考えられることから、高機能 ASD 圏の母親に関する研修の必要性は高いといえる。したがって、高機能 ASD 圏の母親の早期発見や早期支援のために、モデル事業の母子保健マネージャーを養成するための研修等において、高機能 ASD 圏の母親の特徴・対応等を講義項目に取り入れることなどが重要である。

## 2. 高機能 ASD 圏の母親の特性を踏まえた保健師の関わり

高機能 ASD 圏の母親への支援について質問をしたところ、高機能 ASD が疑われる母親に関して、特にアセスメントは実施されておらず、支援計画の作成やペアレンティング・プログラムの実施などに関しても、特に母親に ASD があるかないかということを意識するのではなく、個々の母親の状況や母親の理解に合わせた支援を行っている姿が浮き彫りとなった。高機能 ASD 圏の母親だけに限らず、母親の多くが子育てに関する悩みを抱えている。そのため、全ての母親に関して、それぞれの母親の理解・特徴に合わせた支援を行うことは、支援者としてのあるべき姿である。

一方、これまで行った先行研究レビュー、当事者の手記分析およびインタビュー調査で明らかになったように、高機能 ASD 圏の母親は、ASD という障害特性のために、独自の子育てに関する問題を多数抱えており、支援者には母親のそうした障害特性に応じた支援を行うことが求められる。英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE) による ASD 成人への診断等に関するガイドライン (2012:4) によれば、成人期の ASD 者が適切な診断やアセスメントを得ることができれば、専門家も家族も当事者も、最初から適切なコミュニケーションを取ることができるようになり、ニーズに合った支援を行うことができるとしている。しかしながら、高機能 ASD 成人の 5 人のうち 4 人は、適切な診断やアセスメントを得ることができず、たとえ診断を得たとしても、適切な支援が存在しないために、適切な支援を得ることができず、そのため精神的および身体的な健康問題などを引き起こしている (NICE2012:4)。このことから、高機能 ASD 圏の母親に対して、適切な診断やアセスメントに基づいて支援計画を作成し、母親の ASD という障害特性を考慮した子育て支援を行うことが重要である。

高機能 ASD 圏の母親を早期発見し、適切な支援を行うためには、母親の話を丁寧に聞き、母親と信頼関係を築く中で、母親の特性に気付き、母親が抱える問題の背景として ASD が存在する可能性に気が付くというプロセスが考えられる。つまり、母親が抱える問題の背景に、ASD の存在があるのではという問題意識を保健師が持つことが必要である。Wing (=1996:32-33) は、ASD の診断を行うためには、社会的相互交渉の障害、コミュニケーションの障害、そして想像性 (イマジネーション) の障害および硬直した反復的な行動パターンに注目することが重要であると述べている。しかし、これには十分な時間の確保や、具体的な診断用の質問票も必要である。つまり、高機能 ASD 圏の母親の早期発見・支援のためには、十分な保健師数、アセスメントの時間、アセスメント方法、保健師の知識やスキルアップが必要である。

## 3. 高機能 ASD 圏の母親への支援における工夫

保健師への母親からの相談内容としては、子どものこと、夫のこと、母親自身のこと、



経済面・就労のことなど、様々な内容についての相談を受けていることが窺えた。当事者への手記分析（第3章）および当事者へのインタビュー調査（第4章）においても、母親は多様な問題を抱えていたが、この結果はそれらの結果と一致していると考えられる。つまり、母親の抱える多様な問題を解決するためには、多職種連携によって、それぞれの職種が役割を持って連携を行うことが不可欠であると考えられる。

なお、保健師の多くは、高機能 ASD 圏の母親への関わりに戸惑いや困難を感じていた。特に、保健師の多くは、母親といかに信頼関係を構築していくのか、あるいはその関係を築き上げていく際のコミュニケーションがうまくいかないことに苦慮していることが分かった。

その一方、保健師の多くは、母親とのコミュニケーションの問題がある場合には父親に調整を頼むなど、家族や周囲の者に母親の理解者や援助者を見つけ、家族とのパートナーシップを形成することで、母親への支援に繋げるなどの工夫を行っていた。

また、保健師が母親の ASD の特性を把握し、母親の言動や思考のパターンを見つけ出すことで、母親といかにコミュニケーションを図って関われば良いかなどの気づきにつながっていた。具体的には、口頭だけでなく、文章で記述するなどの視覚化を図ったり、母親の質問に対しては具体的で分かり易い説明を心がけるなどの対応を行っていた。さらに、母親自身に ASD の認識が乏しい場合や二次障害に苦悩している場合には、医療機関への受診を勧めることで、母親自身の障害理解と受容につなげ、ヘルパー利用などの具体的な支援に繋げるなどの支援を行っていた。

これらのことから、母親への支援に関しては、以下の2点が必要であると考えられる。第一に、保健師および母親の「障害特性への気づき」である。保健師に関しては、まず信頼関係を構築することで、母親の特性に気づき、コミュニケーションの改善や事態の改善に繋げることが可能となる。母親に関しては、保健師が医療機関との連携や活用を勧めることで、自身の障害特性に気づき、特性に応じた対応や社会資源の利用を通じて、問題の改善に繋げることが可能となる。

第二に、「家族との関わり」である。家族の中で母親以外のキーパーソンを見つけ、パートナーシップを形成することで、効果的な支援に繋げることが可能となる。しかし一方で、夫からの理解が乏しく、子どもの育児に協力を得られないなど、家族との関係に苦慮している場合もある。その場合には、家族に母親へのサポートを求めることは困難であることから、家族以外に見守りの目や母親を支える体制を構築し、母親の育児負担の軽減を図ることが不可欠である。また、面談などを通じて家族の関係性を調整するなど、家族療法を活用した支援なども必要である。

#### 4. 高機能 ASD 圏の母親への多職種間連携による支援

保健師の多くは、多職種間による連携を行っており、連携先機関としては保育園・幼稚園が最も多く挙げられた。母親からの保健師の相談内容では、発達障害のある子どもへの対応方法などに苦慮する場合や、母子関係が悪いことなどが挙げられていることから、保育園や幼稚園と情報交換を行い、親子を関係機関で支援することが必要であると考えられる。

なお、保健師が形成しているネットワークの現状を見ると、子どもの相談機関（保育園・

幼稚園・学校・療育センター）、相談機関（保健福祉センター・子ども支援センター・市の福祉事務所・主任児童委員）、地域関係機関（医療機関・民生委員や健康推進委員などの住民）、子育て支援機関（子育て広場・チャイルドパートナー）、その他（発達障害者支援センター・他市の福祉所管課など）に分類することができる。

しかし、身近な子どもの相談機関や医療機関などの連携に比べて、発達障害者支援センターとの関わりは少ないことから、保健師へのバックアップ方法を検討する必要がある。また、地域での見守りの目を多くするという視点からは、民生委員や主任児童委員など地域のために動いてくれる人たちの活用が重要であるが、それらの人たちの発達障害への認識は十分でなく、保健師がそれらの人々をうまく活用しきれていないことも課題である。多職種間連携に関しては、各機関が同じ歩調で関わらないと母親自身の不信感に繋がる。そのため、複数の関係機関との連携を密にし、情報共有や意見交換を行うほか、母親にアプローチする機関やタイミングについて保健師が適切にマネジメントすることが重要である。

## 5. 行政支援体制

モデル事業の取組に関しては、市町村の規模等によってかなり異なっていた。行政体制としては、相談から支援までを1か所で担うワンストップ型と、身近な地域拠点等で情報提供・相談を担い、支援の提供はより広域の拠点で行うタイプがあった。また、モデル事業の支援の対象者については、妊娠期から主に1歳までの子育て期の母親とするなど、ある一定期間の母子のみを主な対象とする市町村もあった。さらに、市町村の中には、ハイリスク層は保健センターが直接個別に関わり、モデル事業の対象者は、ハイリスクを除いた中間層リスクを対象としているという市町村も存在した。これは、全ての母親を対象に、ワンストップ型で妊娠期から子どもの就学期までの切れ目の無い支援を特徴とするフィンランドの「ネウボラ」（高橋 2014b : 1）とはかなり異なっている。

母子および家族保健サービスに特化したフィンランドのネウボラとは異なり、日本の保健センターの保健師には、母子保健サービスだけでなく、多様な地域住民のニーズに即した保健サービスが求められており、その業務は非常に繁雑で多忙である。また、市町村の保健センターは、母子および家族保健サービスを担う機関であるが、そこでの基本的な母子保健サービスは、妊産婦および乳幼児の健康健診や、母子健康手帳の交付、両親学級、育児学級などの保健指導、妊産婦・新生児訪問指導であり、支援の対象は主に妊産婦から保育園等に入園するまでの乳幼児やその母親である。そのため、従来、子どもが保育園に入園するようになると、支援の中心は、保健センターから、より身近な子どもの保育の場に移ることが多いと考えられる。

日本はフィンランドに比べて、面積ではほぼ変わらないものの、総人口では約 23.5 倍多いことから、フィンランドと同様の支援体制を構築することは困難である。また、日本版の「ネウボラ構想」である「妊娠・出産包括支援モデル事業」の実施に当たっては、「市町村の規模や現行体制を踏まえて、地域における行政支援体制を構築する」（地域子ども・子育て支援システム研究会 2014 : 5）ことが課題の一つとして挙げられている。モデル事業に関しては、地域の実情に合わせた支援体制を構築することはもちろん重要である。しかし、同時に、「普遍性」や「支援の連続性」などの「ネウボラ」の特徴および日本独自

の現状を踏まえて、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの実施体制を検討することが必要である。

## 6. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論およびプロセス理論の修正

### ■ 暫定版インパクト理論の修正

まず本研究では、先行研究レビュー（第 2 章）を基に、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論を提示した（図 2-4 参照）。さらに、当事者の手記分析（第 3 章）および当事者へのインタビュー調査結果（第 4 章）を基に、暫定版インパクト理論の修正を行った（図 4-3 参照）。

図 5-1 は、支援者への調査結果を基に、さらに暫定版インパクト理論の修正を行った結果を示したものである。この図では、高機能 ASD 圏の母親が目指す課題解決の方法を左側の囲みに、母親の課題解決を支える支援者の活動を右側の囲みに示すことで、高機能 ASD 圏の母親と支援者の関係の整理を行った。なお、図の赤字で記載した箇所が修正部分である。

支援者への調査結果から、保健師の高機能 ASD 圏の母親の特徴への理解および母親自身の ASD の特性の理解が、支援の重要課題であると考えられた。なお、高機能 ASD 圏の母親に対する手記分析およびインタビュー調査結果からも、母親が自分の困り感の根本原因である ASD の特性に気付き、その特性を理解することによって、ストレスや不安の軽減に至るというプロセスが確認できた。すなわち、「母親の困り感の根本原因である ASD 特性への理解」については、当事者の手記分析、当事者へのインタビュー調査、支援者への質問紙調査の 3 つの研究において共通の概念として抽出されている。そのため、実証研究の上から、母親のソーシャルサポートの獲得と並んで「母親の困り感の根本原因である ASD 特性への理解」に基づくハーディネスの構築が、子育て支援プログラムのキー概念として位置付けられると考えられる（インパクト理論においては、中期的なアウトカムとして設定）。

しかし、「母親の困り感の根本原因である ASD 特性への理解」を促進するために、まず保健師が高機能 ASD 圏の母親の特徴を理解し、特性に応じた適切な支援を行う必要がある。そのために、保健師のスキルアップのための支援ガイドラインやアセスメントツールの開発などが必要不可欠である。さらに、適切なソーシャルサポートを獲得するためには、保健師だけでなく、コミュニティの ASD 圏の母親への理解を促進するための啓発活動の推進も不可欠である。

そこで、修正版の暫定版インパクト理論における支援機関による〈活動〉については、支援ガイドライン、アセスメントツール、情報共有システムなどの「支援システムの整備」を行い、コミュニティへの啓発活動を実施するとともに、母親に対しては支援者が「高機能 ASD 圏の母親の把握」を行い、それによって母親が「相談支援に繋がる」ことを目指した。次に、〈活動〉を実施することで効果が期待される高機能 ASD 圏の母親の〈近位のアウトカム〉としては、支援者が親子アセスメントを行い、支援計画を母親と一緒に“協働”で作成していくことを通じて、高機能 ASD 圏の母親自身が「自分の困り感の根本原因に気付くこと」とした。さらに、支援者によって多機関連携による継続的支援を行い、

コミュニティの ASD 圏の母親への理解を促進することで、＜中期的なアウトカム＞である「ニーズに即したソーシャルサポートを得る」および「ハーディネスの構築（特性に応じた対応ができる）」を達成することを目指すこととした。

なお、本研究の子育て支援プログラムの標的集団は、「妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中の高機能 ASD 圏の母親のうち、特に生活や子育てに困り感を有する母親」である。また、それらの母親の状況は、診断の有無、ASD の障害特性の強弱、母親を取り巻く社会的環境、表出されている本人の支援ニーズなど、多様である。しかし、それらの母親の多くは、生活や子育てに困り感を有しており、その結果、子育てのストレスが高くなり、適切な養育行動に支障が出るといった共通の問題を抱えていると考えられる。そのため、＜最終的なアウトカム＞については、診断の有無、ASD の障害特性の強弱、母親を取り巻く社会的環境、表出されている本人の支援ニーズによって大きな違いはないと考え、それらの母親に共通のゴールとして設定した。

さらに、実施体制についても、「子育て世代包括支援センター」と「発達障害者地域マネージャー」を中核とすることに代わって、「子育て世代包括支援センター」と「市町村の子ども関連部署」を中核とする体制へと修正を行った。その理由としては、質問紙調査の結果から、第一に、「発達障害者地域マネージャー」との連携が現状では難しいと考えためである。第二に、「子育て世代包括支援センター」では、その前身事業であった「妊娠・出産包括支援モデル事業」と同様、産前・産後の母子への支援が中心となる場合が想定されるためである。そのため、切れ目のない子育て支援という観点から、乳幼児期の子育てを行う母親への支援機関である、地域の市町村による子ども関連部署と連携することが適切であると考えられる。

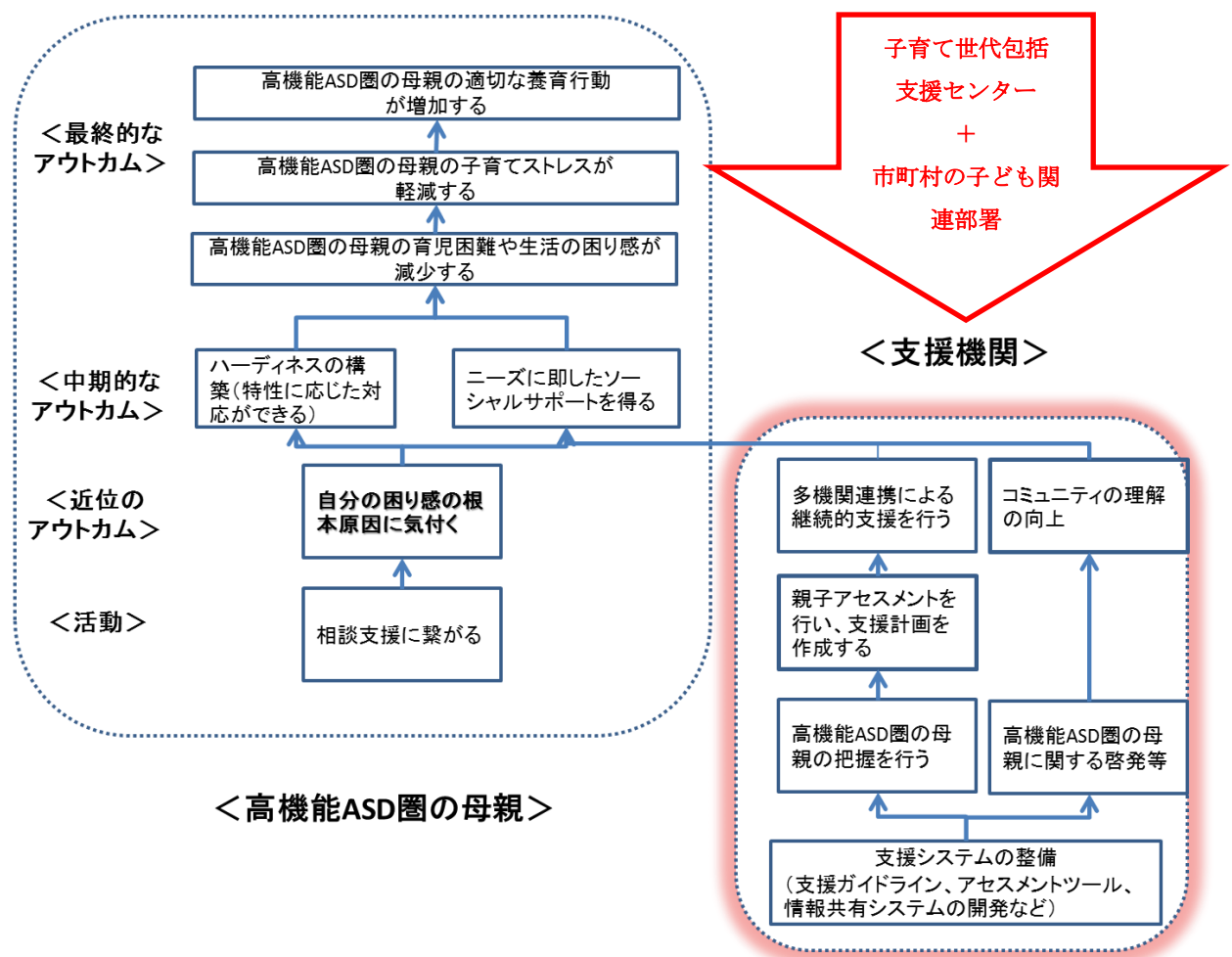


図 5-1 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版インパクト理論の修正

■ 暫定版プロセス理論の修正

次に、先に作成をした高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版プロセス理論についても、修正を行った。図 5-2 において、赤字で示した部分が修正箇所である。

支援の実施体制については、修正版のインパクト理論（図 5-1）に示した通り、妊娠期からの支援については「子育て世代包括支援センター」または同センターが設置されていない地域においては「保健センター」が、そして産後の切れ目の無い子育て支援については、「市町村の子ども関連部署」が中核機関として機能する体制へと修正を行った。そして、それらの機関と諸機関である病院、保育園、療育機関、福祉事務所、ヘルパー、当事者会、地域（コミュニティ）などが連携して、問題が深刻化する前の予防的支援として機能する体制へと修正を行った。

なお、本研究における子育て支援プログラムでは、問題の深刻化を予防するための地域における支援システムを想定していることから、問題が深刻化したケースについては、専門的機関である児童相談所への通告や協力した支援活動が必要である。さらに、支援を必要としている高機能 ASD 圏の母親では、二次障害や抑うつ、不安などの精神疾患を有している場合が多いことから、そのような場合には医療機関が併存・合併症の治療を行う必

要がある。このように、保健、福祉、医療など各領域の役割分担を明確化することで、高機能 ASD 圏の母親の困難状態の改善を目指した、より有機的な支援体制を構築していくことに繋がると考えられる。そのためにも、支援の中核機関として位置付けられる「子育て世代包括支援センター」の支援者には、多機関連携におけるコーディネーターの役割を担うことが求められる。

さらに、プロセス理論においては、「困り感を抱えた ASD 圏の母親への気づき」について、支援者による「困り感を抱えた ASD 圏の母親へ気づき」と、それによる「母親自身による困り感への根本原因である ASD 特性への気づき」の促進という、支援者および母親双方への気づきへと修正を行った。すなわち、支援プロセスにおいては、支援者の高機能 ASD 圏の母親への気づきと同時に、支援者がどのように母親と協働して母親の特性への気づきを促し、ASD の特性に応じたソーシャルサポートを展開していくのかという点が、重要であるといえる。

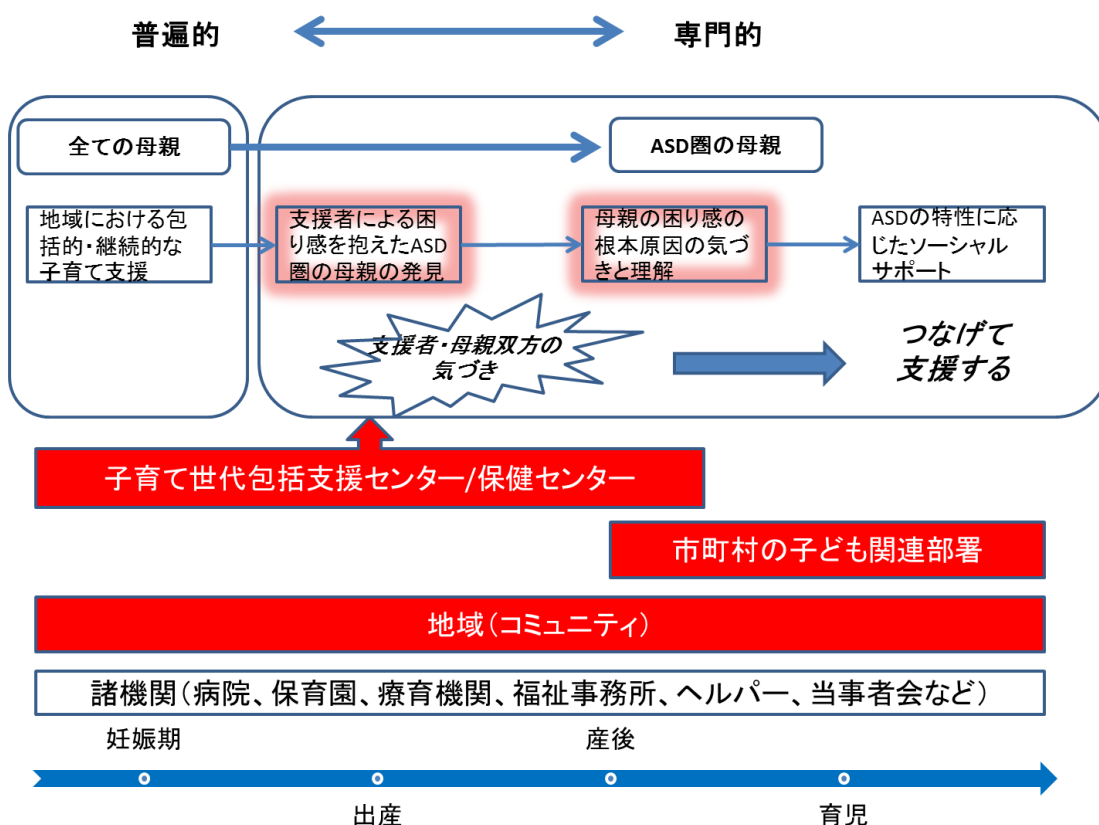


図 5-2 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの暫定版プロセス理論の修正

## 7. 結論

本研究では、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの中核機関の一つとして位置付けている「子育て世代包括支援センター」の前身であった「妊娠・出産包括支援モデル事業」を実施した市町村の保健師を対象に、高機能 ASD 圏の母親への関わりや多職種との連携についての課題を把握することができた。「妊娠・出産包括支援モデル

事業」において、高機能 ASD 圏の母親への関わりに焦点を当てた調査研究としては、初めてのものであると思われる。

本研究では、「妊娠・出産包括支援モデル事業」を実施した市町村の保健師の多くが、高機能 ASD 圏の母親に関わったり出会ったりする機会は比較的多いことが分かった。保健師の多くは、高機能 ASD 圏の母親と関わる中でコミュニケーションの問題などを抱えていたが、母親の ASD の特性に気付くことで、コミュニケーションの改善を図り、事態の改善に繋がる場合があることが分かった。また、保健師の多くは、多職種間による連携を行っていることも分かった。

また、本調査により、同モデル事業の後継事業である「子育て世代包括支援センター」を活用した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムを形成することに関して、いくつかの課題が存在することが明らかとなった。課題の一点目として、保健師らの高機能 ASD 圏の母親についての専門的知識の問題が挙げられる。高機能 ASD 圏の母親は、ASD という障害特性のために、独自の子育てに関する問題を多数抱えており、支援者には母親のそうした障害特性に応じた支援を行うことが求められる。高機能 ASD 圏の母親は、適切な診断やアセスメントを得ることができず、たとえ診断を得たとしても、適切な支援を得ることができない場合には、精神的および身体的な健康問題などを引き起こす可能性がある。このことから、高機能 ASD 圏の母親に気づき、それらの母親に対して、適切な診断やアセスメントに基づいて支援計画を作成し、母親の ASD という障害特性を考慮した子育て支援を行うことが重要である。高機能 ASD 圏の母親への適切な子育て支援のために、保健師に対して高機能 ASD 圏の子どもだけでなくその母親の特徴・対応についての研修機会や勉強会などの機会を設けることで、専門職自身のスキルアップを図ることが必要である。

課題の二点目は、支援の実施体制である。本調査結果から、国内で行われた「妊娠・出産包括支援モデル事業」の実施体制は、フィンランドのネウボラの体制とは異なる点が多いことが分かった。高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルの実施体制としては、日本独自の現状を考慮した上で、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の後継事業である「子育て世代包括支援センター」による支援体制を支えるような、子どもと家庭に係る関係機関がより深く関与した実施体制を構築することが必要である。

なお、本研究の限界として、全体の回収率は 58.6%、都市の規模別の回収率は、政令市・中核市については 30%、その他の市町村では 73.3%と、大規模な政令市・中核市からの回収率が特に低かった点が挙げられる。大規模な政令市・中核市では、その他の市町村と比べて、発達障害に関する研修などの経験や、高機能 ASD 圏の母親に関わった経験、母親への支援内容、多職種・機関との連携の状況が異なっている可能性もあるが、その点については実態を十分に把握することができなかった。

身近な市町村の保健師は、多領域にわたるネットワークを活用することで、様々な困り感を有する高機能 ASD 圏の母親に長期的に関わることができ、問題の深刻化への予防のための支援を行うことが可能となる。保健師には、専門的な資質の向上だけでなく、このようなネットワークをマネジメントするという役割も担うことが重要である。今後は、日本独自の状況や、各地域の実情を考慮しつつ、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのモデル構築を行うことが必要である。

## 第 4 部

### モデル開発





## 第6章 高機能ASD圏の母親を対象とした子育て支援モデル

### 第1節 問題と目的

本研究の第1部（研究背景・計画）、第2部（理論研究編）、第3部（実証研究編）では、高機能ASD圏の母親の子育て支援に関する現状や課題、当事者の子育て困難や支援ニーズを明らかにすることができた。そして、それらのニーズ評価の結果を踏まえ、高機能ASD圏の母親に対する子育て支援プログラムのモデルについて、随時改定を行った。

本章では、構築された子育て支援プログラムのモデルに対して、追加調査および評価可能性アセスメントを行い、より有用で実現可能性の高い、効果的な支援プログラムのモデルに改定することを目指した。

### 第2節 方法

#### 1. モデル構築のための追加調査の実施

プログラム理論の構築の際の情報源としては、①プログラム書類、②プログラムの利害関係者へのインタビュー調査、③現場訪問、④社会科学の文献などがある（Rossi et al. =2005）。本研究では、先行文献レビュー、当事者の手記分析およびインタビュー調査、支援者への調査を、子育て支援モデル構築のための主な情報源として活用した。また、調査の結果、必要が生じた場合には、新たに先行文献レビューや、関係者への聞き取り等を追加的に実施することとした。

本研究の第5章では、支援者調査として、高機能ASD圏の母親への子育て支援プログラムの中核機関として位置付けた「子育て世代包括支援センター」の前身である「妊娠・出産包括支援モデル事業」に従事する市町村の保健師らを対象とした調査を実施した。その結果、高機能ASD圏の母親への子育て支援モデルの実施に当たっては、「妊娠・出産包括支援モデル事業」（2015年度からは子育て世代包括支援センター）や市町村の保健センターだけでなく、子どもと家庭に係る市町村の子ども関連部署がより深く関与した実施体制を構築する必要があるとの示唆が得られた。

市町村の子ども関連部署にはさまざまなものがある。たとえば、東京都では、1997年の児童福祉法改正の動きに先駆けて、1995年から「子ども家庭支援センター」事業を開始している。そこで、高機能ASD圏の母親への子育て支援プログラムの実施体制についての示唆を得るため、東京都の全ての市町村において設置されている「子ども家庭支援センター」の役割と機能に着目し、追加調査を実施することとした。

東京都福祉保健局による「子ども家庭支援センター ガイドライン」（2005：2）によれば、「子ども家庭支援センター」は、市町村の児童相談を担う機関として、児童福祉に関する必要な調査や指導を行い、子どもと家庭に関わるあらゆる相談に応じて、さまざまな支援の提供や調整を行う機関としての役割を担っている。同センターの基本的な役割と特徴は、以下の5点である。①すべての子どもと家庭を対象にする、②子どもと家庭に関するあらゆる相談に応じる、③子どもと家庭の問題へ適切に対応する、④地域の子育て支援活動を推進する、⑤子どもと家庭支援のネットワークをつくる。同センターが対象とする支援者は、すべての子どもと家庭であるが、要支援家庭の一部には、高機能ASDと診断された母親またはその疑いのある母親とその家庭が含まれる場合もあると考えられる。

そこで、市町村の子ども関連部署による高機能ASD圏の母親への支援の実態の一端を

把握するため、東京都内の「子ども家庭支援センター」を選定し、職員を対象とした対面式による簡易なインタビュー調査を追加的に実施した。なお、時間等の制約のため、対象としたセンターは 1 機関のみであった。インタビューの実施に当たっては、「子ども家庭支援センター」に対して、調査依頼書、インタビューガイドを送付し、調査への依頼を行った。データ収集期間は、2015 年 8 月である。主な質問内容は、以下の 2 点である。

- ① 高機能 ASD 圏の母親（診断済みおよび疑いのある母親）に関わった経験
- ② 高機能 ASD 圏の母親への支援の実態、グッドプラクティスおよび課題

## 2. 評価可能性アセスメントの実施

評価可能性アセスメント (evaluability assessment) とは、プログラム理論を明確にし、プログラムの実態を探り、必要があればデザインを修正するプロセスである。

プログラム理論をアセスメントするには、以下のような 4 つのアプローチがある (Rossi et al. =2005 : 144-154)。

- ① 社会的ニーズに関連したアセスメントとして、ニーズ評価を行うこと
- ② 利害関係者による評価パネル (a panel of reviewers) を組織すること
- ③ 先行研究や実践との比較によるアセスメントを行うこと
- ④ 予備的観察を通じたアセスメントを行うこと

本研究では、当事者への手記分析 (第 3 章)、当事者へのインタビュー調査 (第 4 章)、支援者への調査 (第 5 章) を実施することで、ニーズ評価を行い、作成したインパクト理論およびプロセス理論のアセスメントを実施した (第 5 章)。したがって、上述した評価アセスメント方法のうち、①については既に実施済みである。そこで、②の利害関係者による評価パネルおよび、③の先行研究や実践との比較により、作成されたインパクト理論およびプロセス理論のアセスメントを実施することとした。また、④の予備的観察として、高機能 ASD 圏の母親を対象とした解決志向アプローチを基盤においた参加型ワークショップの試行的結果について記述を行った。そして、それらの結果を踏まえて、プログラムのインパクト理論およびプロセス理論についての再検討を行った。

以下に、評価アセスメントとして実施した、②の利害関係者による評価パネルおよび、③の先行研究や実践との比較、④の事例についての方法を示す。

### (1) 利害関係者による評価パネルの実施

通常、このプロセスには、評価者だけでなく、プログラムスタッフやその他の主な利害関係者の参加を得ることが推奨されている (Rossi et al. =2005 : 147)。

本研究では、筆者によって作成された暫定版子育て支援モデルに関して、利害関係者へ意見の聴取を行うことで、形成されたモデルの明確さ、妥当性、実現可能性、適切性について評価を実施した。また、その評価結果を基に、暫定版子育て支援プログラムのモデルの見直しを行った。利害関係者からの意見聴取においては、Rossi ら (2004 : 147-149) を参考に、以下の観点等について検討を行った。

- ① プログラムのゴールと目標は十分に定義されているか。明確で具体的か。
- ② プログラムのゴールと目標は実現可能か。
- ③ プログラム理論が仮定している変化のプロセスには説得力があるか。理論を支持するエビデンス（科学的根拠）はあるか。
- ④ 標的集団を同定する、標的手段への支援の開始から終了までの手続きは、よく定義され十分であるか。
- ⑤ モデルの構成要素、活動、機能はよく定義され、十分であるか。
- ⑥ 目指す効果について合意がなされているか。

2015年9月に実施した利害関係者との意見交換会および意見聴取の方法は、以下の通りである。

#### ■ 高機能 ASD 圏の母親との意見交換会

参加者は、第4章で実施したインタビュー調査に協力をいただいた当事者の母親のうち、4名である。本研究の子育て支援プログラムの対象は、高機能 ASD と診断された母親およびその疑いのある母親であることから、診断済みの母親（3名）および疑いのある母親（1名）の両者を対象者として選定した。また、支援プログラムでは主に乳幼児期の子どもを養育中の母親を対象としていることから、乳幼児を養育中の母親を含む小学生以下の子どもを養育中の母親を中心に選定した。実施に当たっては、まず意見交換会の主旨等を対面または書面で説明し協力依頼を行い、同意を得られた方を対象に実施した。意見交換会の所要時間は、約2時間である。内容は、筆者が事前に作成した暫定版子育て支援プログラムについて説明を行った後、プログラムに対する意見を交換し、全員で検討を行った。

#### ■ 支援者への意見聴取

対象は、第5章で実施した「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師らを対象とした調査に協力をいただいた保健師のうち、協力に同意を頂いた1名と、追加調査として行った都内の「子ども家庭支援センター」の職員3名である。保健師への意見聴取に関しては、時間等の制約のため電話にて行い、筆者が事前に作成した暫定版子育て支援モデルについて書面で説明を行った後、プログラムに対してコメント等を得た。また、「子ども家庭支援センター」の職員に関しては、対面式での意見交換会を約1時間半実施し、筆者が事前に作成した暫定版子育て支援プログラムについて直接説明を行った後、プログラムに対する意見を聴取した。

#### ■ 倫理的配慮

追加調査および意見交換会に関する調査依頼書では、本調査の主旨のほか、回答内容についてはプライバシーの保護を厳重にすること、協力が任意であること、協力拒否による不利益を被ることがないこと、研究結果を公表すること、研究結果は本研究以外には使用しないこと、研究終了後には回答内容は責任をもって処分することなどを記載し、調査への協力を依頼した。

## (2) 先行研究や実践との比較によるアセスメント

プログラム理論をアセスメントするときの有益なアプローチの一つは、研究や実践から得られた所見と比較する方法である (Rossi et al. =2005 : 147)。

そこで、本研究の支援者への質問紙調査 (第 5 章) では、高機能 ASD 圏の母親を支援する際に効果的であったこと、つまり実践現場でのグッドプラクティスについて質問を行った。なお、グッドプラクティスについては、インタビューおよび現場踏査によってより詳細に調査を行う計画であったが、さまざまな制約により、現場踏査による詳細調査は実施することができなかった。

また、追加調査として実施した「子ども家庭支援センター」職員へのインタビュー調査においても、高機能 ASD 圏の母親への支援のグッドプラクティスについて、質問を行った。

さらに、現場で活用できる、より実現可能性の高いプロセス理論を構築するための示唆を得るために、先行研究レビューを追加的に実施した。

## (3) 予備的観察を通じたアセスメント

プログラム理論を詳細にアセスメントするには、なんらかの直接観察を盛り込むべきであり、論理的分析や机上の空論のような検討にすべて頼ってはならない。直接的に観察しようとすることで、記述しようとしているプログラムがプログラム理論と一致しているかどうか、事実を確認することができる (Rossi et al. =2005 : 152-153)。

なお、本研究における子育て支援プログラムのインパクト理論においては、自分の困り感の根本原因である自身の特性に気付くことを通じて、特性に応じた対応ができるようになり、ソーシャルサポートを活用することで、困り感の軽減に至ることを目指している。栗山 (2013 : 147) は、「自閉症を障害としてとらえればネガティブなものになるが、特性としてとらえれば、ASD はポジティブなものになる」と述べている。このような、障害を問題としてとらえる視点ではなく、特性またはストレングスとして捉える視点による支援方法が、先行研究レビューでも記載した「ストレングス」や「協働参画型アプローチ」である。このような「ストレングス」や「協働参画型アプローチ」に基づく支援を行うことが、本研究における子育て支援プログラムの支援方法として有効である可能性が考えられる。

そこで、高機能 ASD 圏の母親を対象とした支援プログラムにおける「ストレングス」や「協働参画型アプローチ」に基づく支援方法の有効性を検討するために、高機能 ASD と診断された母親および疑いのある母親を対象とした協働参画に親近性の高い解決志向アプローチ (solution focused approach : 以下 SFA) をベースにしたワークショップを実施し、考察を行った。

2015 年 3 月に実施したワークショップの方法は、以下の通りである。

### ■ 参加者

ワークショップの参加者は、高機能 ASD と診断された母親または ASD が疑われる母親である。手記分析 (第 3 章) やインタビュー調査 (第 4 章) と同様、アスペルガー症候群、PDD、ADHD と診断済みまたはその疑いのある母親を含めた。また、「ASD の疑いのある

母親」については、支援者ではなく、母親本人が「ASD ではないか」と感じている母親であった。

参加者については、ソーシャルネットワークサービス（SNS）の「発達障害的母親達」のメンバー、当事者会である「発達障害当事者の母親の会」のメンバー等を通じて応募を行い、最終的に 5 名が参加した。

### ■ ワークショップの目的・内容

2015 年 3 月 30 日の半日（計 4 時間）を活用して、「自分が望む未来を創る：解決志向アプローチによるワークショップ」というタイトルの下、参加型ワークショップを開催した。ワークショップでは、SFA についての研修経験およびファシリテータの経験を有する筆者が、ファシリテータを務めた。

SFA の最大の特徴は、「問題やその原因、改善すべき点」を追求するのではなく、解決に役立つ「リソース＝資源（能力、強さ、可能性等）」に焦点を当てて、それを有効に活用することにある。ワークショップでは、「何がいけないのだろう？」と考える代わりに、「自分が望む未来を手に入れるために、何が必要なのだろう？何ができるのだろう？どうやったらできるのだろう？」と考え、一緒に解決を創り上げることを目的とした。

具体的なワークショップの内容は、以下の 4 点である。

- ① 今、自分が抱えている課題は何でしょうか？
- ② 今、自分が考えていることで、一番実現したいことは何でしょうか？
- ③ 課題を解決するために、自分が持っている強みや良い所は何でしょうか？
- ④ 実現したいことを達成するために、すぐに実行できることは何でしょうか？

また、ワークショップでは、参加者の参画を高めるために、以下のような 4 つのルールを設けた。

- ① 互いの発言をちゃんと聴き合きましょう
- ② 前向きに参加しましょう
- ③ 出た意見はどんどん書きましょう
- ④ 楽しく（でも疲れないように）参加しましょう

### ■ 倫理的配慮

ワークショップでは、本研究の主旨のほか、ワークショップの内容についてはプライバシーの保護を厳重にすること、協力が任意であること、協力拒否による不利益を被ることがないこと、研究結果を発表すること、研究結果は本研究以外には使用しないこと、研究終了後には回答内容は責任をもって処分することなどを記載し、研究への協力を依頼した。

## 第3節 追加調査および意見交換会による評価可能性アセスメントの結果

ここでは、追加調査の結果と、当事者および支援者への意見交換会および意見聴取による評価可能性アセスメントの結果を示す。なお、先行研究レビューによるアセスメントの

結果については第4節に、ワークショップの結果については第5節に記述する。

## 1. 追加調査（子ども家庭支援センターに関する調査）の結果

高機能 ASD 圏の母親への市町村の子ども関連部署による支援の実態を把握するため、東京都内の「子ども家庭支援センター」1 か所を選定し、職員を対象とした対面式による簡易なインタビュー調査を追加的に実施した。

追加調査の結果から、「子ども家庭支援センター」の職員が“気になる母親”と感じる母親の中に、支援者自身が高機能 ASD 圏の母親と思われる母親が存在することが明らかとなった。そして、それらの母親の多くは、未診断のいわゆるグレーゾーンの母親であり、本人に ASD の自覚感や困り感が乏しいため、支援を行ったとしても、改善に至るには長期の関わりが必要であることが分かった。たとえば、それらの母親の場合、育児に目が向いておらず、離乳食をこぼして子どもが汚すことばかりに気をとられたり、時間通りに泣いてくれない赤ちゃんに苛立つなど、思い通りにいかない子育てに強い困り感を有している傾向が強いとのことであった。

また、母親だけでは、どうしてもできないことを子どもに要求していることなどについてうまく気付けないため、支援者は母親の話を聞きながら、母親自身が何に困っているのか、自分の困り感の根本原因は何なのかを見出せるように手助けすることで、自らの力で問題改善に繋がることができるとのグッドプラクティスの事例が挙げられた。

なお、本研究で行った支援者への質問紙調査（第5章）における、高機能 ASD 圏の母親を支援する際のグッドプラクティスについての回答結果でも、「(支援者が) 母親の障害特性を把握し、行動パターンを見つけだすこと」および「母親に受診を勧め、自身の障害の理解と受容をさせたこと」が挙げられた。これらのことから、追加調査および質問紙調査において、ほぼ同様のグッドプラクティスが得られたといえる。特に、追加調査において、母親が ASD の確定診断を得ることが無かったとしても、自分の困り感の根本原因に気付き、その特性への理解を促進することを通じて、問題改善に繋がることができるというグッドプラクティス例を得たことは、子育て支援プログラム形成にとって、大きな示唆であったと考えられる。

また、追加調査においては、支援の過程ではアセスメントが最も重要であるものの、アセスメントの具体的なツールなどはないため、そのようなアセスメントに役立つ具体的なツールの開発などがされることが望ましいという支援ニーズが述べられた。その際、母親の子育てにおける困り感は個人個人でかなり異なるため、そのような個別性に配慮することが必要であるとのことであった。

さらに、組織体制などは地域によってかなり違っており、東京都の各区市町村の子ども家庭支援センターの場合には、個々の職員がほとんどすべての業務を担当していること、他部署や他の職員とはケース会議などで協力をしているとのことであった。

これらの追加調査の結果から、「子ども家庭支援センター」においては、困難事例の多くが高機能 ASD 圏の母親である可能性が高い一方で、支援者は診断の有無で区別することなく、母親の困り感に合わせて手探りで支援を行っている状況が浮き彫りとなった。

以上から、「子育て世代包括支援センター」と並んで、市町村の子ども関連部署に関しても、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援の中核機関としての機能を発揮できるような

子育て支援プログラムを開発することが望ましいと考えられる。

## 2. 当事者・支援者との意見交換会の結果

本研究では、筆者によって作成された暫定版子育て支援プログラムのモデルに関して、妥当性および実現可能性を検証するために、当事者および支援者との意見交換会または意見の聞き取りを実施した。

まず、「子ども家庭支援センター」および「妊娠・出産包括支援モデル事業」に携わった支援者への意見交換会および意見の聞き取りをそれぞれ実施した。そこでは、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムへのインパクト理論やプロセス理論に関して、特にアセスメントを中心とすることの必要性が語られた。また、標的集団に関しては、自分の困り感の根本原因である ASD について自覚の乏しい母親などが参加をし易いように、ASD に特化しないペアレント・トレーニングの実施などが有効であるとの意見が述べられた。さらに、支援体制などについては地域差が大きい点について考慮すべきとの意見が述べられた。

次に、当事者との意見交換会においては、まず標的集団について診断済みの母親だけでなくグレーゾーンの母親を含むことと、高機能 ASD 圏の母親の抱える多様な悩みに関して同意を得ることができた。また、標的集団に関しては、支援者との意見交換会と同様、自分の困り感の根本原因である ASD について自覚の乏しい母親などが参加し易いように、ASD の母子など特別に対象を設けるのではなく、間口を広くした方が良いとの意見が述べられた。また、高機能 ASD 圏の母親では、夫の無理解などに苦しむケースも多いため、母親という括りでの支援ではなく、家族全体を対象とした支援が必要との意見も述べられた。

これらの当事者・支援者との意見交換会の結果から、作成した暫定版子育て支援プログラムの標的集団、インパクト理論、プロセス理論については、一定のコンセンサスを得ることができたと考えられる。また、意見交換会での意見を踏まえて、地域差を考慮したサービス利用計画や組織計画を作成する必要性についての示唆が得られた。特に、両者との意見交換会を通して、「自分の困り感への根本原因である ASD（または ASD 傾向）への気づき」という高機能 ASD 圏の母親支援に当たってのキー概念と、その気づきを目指した ASD にあえて特化しない支援の有用性について明確化されたことは、大きな成果であったと考えられる。

## 第4節 先行研究レビューによる評価可能性アセスメントの結果

### 1. 子育て支援プログラムの標的集団

次に、追加的に先行研究レビューを行い、高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援プログラムの標的集団について、評価可能性アセスメントを実施した。

第 1 部理論研究編および第 2 部実証研究編の分析結果から、本研究の標的集団については、「子育てに困り感を有する、妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中の高機能 ASD と診断された母親およびその疑いのある母親」と設定を行った。

なお、これまで行った研究結果から、高機能 ASD 圏の母親の状況は、ASD のスペクトラムという多様な特性と、母親を取り巻く他者や物理的環境といった、個人要因と環境要



因に大きな影響を受けていることが分かっている。つまり、このような多様性を踏まえて、支援の対象者と社会的支援の必要性を再検討することが必要である。

追加的な先行研究レビュー結果から、ASD と診断またはその疑いのある成人には、以下のような3種類のタイプが存在することが分かった(本田 2013: 17-18)。一つは、ASD の特徴が強く目立ち、それにより社会参加が妨げられ、なんらかの福祉や医療の支援を必要とする人たちであり、本田(2013: 17-18)はこれらの人たちを、狭義の「自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD)」と定義している。二つ目は、自閉症の特徴は強くはないが、うつや不安などの併存する二次障害のために、生活の支障が出ている人たちであり、広義の「自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD)」と定義されている。この二つ目のタイプには、グレーゾーンの人たちも含まれるのではないかと考えられる。三つ目は、ASD の特徴を残しながらも、特に障害者向けの行政支援や薬物療法などの密な医療的ケアを受けることなく、自立的な社会生活を送っている ASD の人たちであり、「非障害自閉症スペクトラム (Autism spectrum without disorder: ASWD)」と定義されている。

図 6-1 は、本田(2013: 17-18) の ASD 成人の類型化を参考に、高機能 ASD 圏の母親の分類結果を示したものである。この図では、縦軸に ASD の度合を、横軸に母親の困り感の度合を設定した。

まず、タイプ A は、既に高機能 ASD と診断済みの母親である。ASD の特徴が強く目立ち、それにより子育てにも強い困り感を有していることから、なんらかの支援を必要とする人たちである。本田の類型では、狭義の「自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD)」に該当する母親たちである。

タイプ B は、未診断のグレーゾーンの母親である。ASD の特徴は強くはないが、うつや不安などの併存する二次障害のために、強い困り感を抱えている人たちであり、本田のいう広義の「自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD)」に該当すると考えられる。

タイプ C は、ASD と診断済みの母親であるが、特に支援を受けることなく、自立的な社会生活を送っている ASD の人たちであり、本田のいう「非障害自閉症スペクトラム (Autism spectrum without disorder: ASWD)」に該当すると考えられる。また、タイプ E は、未診断のグレーゾーンの母親であるが、タイプ C と同様、特に支援を受けることなく、自立的な社会生活を送っている ASD の人たちである。本田の類型では、タイプ C と同様、「非障害自閉症スペクトラム (Autism spectrum without disorder: ASWD)」に該当すると考えられる。

最後に、本田(2013: 17-18) には記述が無い、タイプ D の母親たちである。これらは、タイプ A と同様、ASD の特徴が強く目立つものの、未診断のグレーゾーンの母親であり、本人たちは特に困り感を感じていないか、または困り感を感じていたとしても、支援を必要としない母親である。しかし、これらの母親の多くは、支援者から見ると「気になる母親」であることが多く、仮に支援に繋がったとしても、本人の子育てにおける困り感の自覚が乏しいなどのため、最も問題解決が難しい母親たちである。なお、タイプ A、B、C は ASD であるという自覚が高く、一方タイプ D、E は ASD であるという自覚が乏しいという違いがある。

この類型に基づいて、本研究の子育て支援モデルの標的集団、すなわち対象者を考える場合、「強い困り感を有する母親」であるタイプ A および B については、支援の対象者とすることが適切である。タイプ C および E については、困り感も弱く、自立的な生活ができていることから、支援の必要性は高くないと考えられる。しかし、タイプ D については、本人はそれほど困り感を感じてはいないものの、支援者から見て支援が必要と思われる母親たちであることから、支援の対象にする必要がある。つまり、本研究の子育て支援モデルの標的集団、すなわち対象者については、ASD の特性の強弱、診断の有無ではなく、まず一義的には特に生活や子育てに「本人」が困り感を感じている母親たち（タイプ A および B）となる。さらに、「本人」がそれほど困り感を感じていなくても、育児機能や子どもたちに与える影響を考慮して、「支援者」から見て気になる母親（タイプ D）を対象に加えることが必要である。つまり、困り感については、母親本人の困り感への自覚の度合を基準にするだけでなく、場合によっては支援者による支援の必要性の見立てが重要となる。

以上から、本研究の子育て支援モデルの標的集団、すなわち対象者は、タイプ A、B、D となる。そのうち、タイプ A や B は、子育てや育児に強い困り感を有している母親であるが、タイプ D は、そうした困り感を本人は感じていない母親である。したがって、本研究の子育て支援モデルの標的集団として、「子育てに困り感を有する母親」に限定してしまうと、タイプ D のような母親が対象外となる可能性が生じる。そのため、本研究の子育て支援モデルの標的集団については、「子育てに困り感を有する母親」に限定せずに、「妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中の高機能 ASD 圏の母親」とすることが適切であると考えられる。

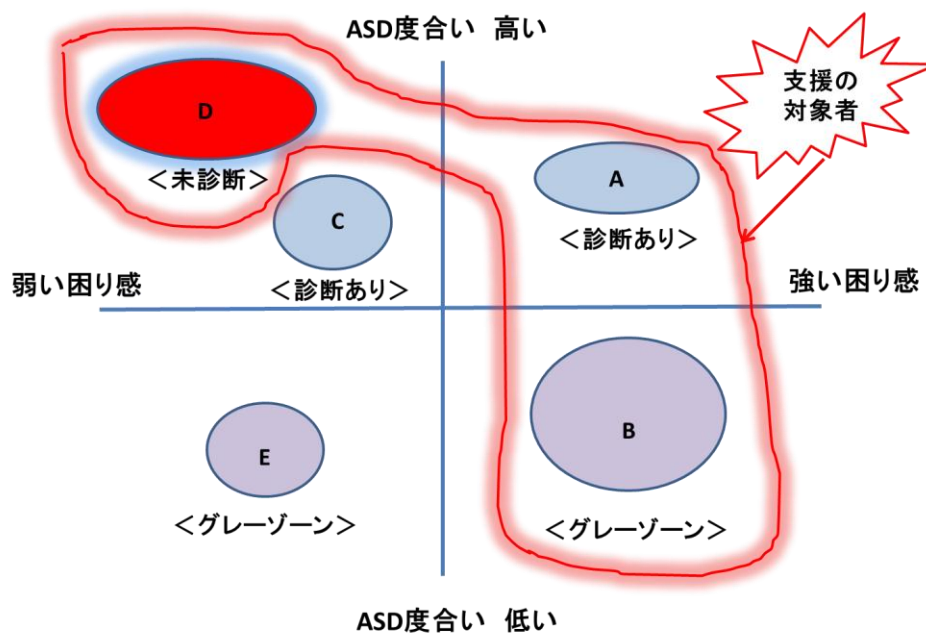


図 6-1 高機能 ASD 圏の母親の類型と子育て支援プログラムにおける支援の対象者

なお、高機能 ASD 圏の母親の中には、子ども虐待の問題が顕在化している母親も含まれる可能性がある。しかし、子ども虐待の問題が顕在化した後の支援については、児童養

護施設など、かなり専門性の高い支援が必要となる。そこで、本研究では、いわゆる虐待を行っていると思われる母親を対象とした問題が起こった後の事後対応的な支援や、回復支援を目指したものではなく、子育てに何らかの課題や困り感を抱えている母親等を対象とした、課題や困り感の深刻化を防ぐための、地域による身近な支援機関による予防的支援を目指すこととした。

## 2. 母親の困り感と子育て支援プログラムの標的集団に関する支援課題

本研究による分析結果から、特に重要な支援課題として、以下のような“母親の困り感”に関する課題が浮き彫りとなった。

### ① 母親の困り感の根本原因である自身の特性への気づき

高機能 ASD 圏の母親の場合、知的能力が高いため、困り感の根本原因である自身の特性を理解することができれば、自身の特性に合った対処方法を自分で見つけていくことが可能である。一方、本人に障害特性の理解が乏しい場合には、仮に育児に問題を引き起こしているため支援を行ったとしても、うまくいく例が少なく、改善までかなりの年月を要する。また、支援者に関しても、母親の特性を理解することで、母親とのコミュニケーションが改善され、適切な支援に結びつくことが多い。

### ② 個別性が高い母親の困り感

高機能 ASD 圏の母親の場合、物にこだわる母親や、人にこだわる母親など、個性がかなり高いため、子育ての困りごとに関しても千差万別である。従って、単一のモデル的対応では、十分な対応をすることは難しい。

### ③ 母親の困り感だけでなく、子どもの状況をみる複眼的な視点

高機能 ASD 圏の母親からは、自分の困り感（疲労など）を主訴とする場合がある。しかし、そのような場合においても、母親の困り感のみに対応するのではなく、その母親の困り感によって子ども、または親子関係がどのような状況にあるのか、また支援を行うことで、どのような状況となる可能性があるのかについて検討していくことが必要となる。

このように、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムにおいては、母親の抱える自身の障害特性に起因する悩みや、子ども、夫、周囲の人々との関係に関する多様な困り感などに着目することが重要である。

しかしながら、高機能 ASD 圏の母親の中には、図 6-1 で示したように、「強い困り感を有する母親」であるタイプ A および B の母親だけでなく、「本人たちは特に困り感を感じていないか、または困り感を感じていたとしても、支援を必要としない母親」であるタイプ D のような母親も存在することに留意が必要である。それらの母親のうち、「強い困り感を有する母親」であるタイプ A および B の母親であれば、自身の抱える「困り感」や「問題」を解決したいという「強い動機」を持っているため、本人自身が問題解決に向けた行動を開始することが比較的容易である。一方、「本人たちは特に困り感を感じていないか、または困り感を感じていたとしても、支援を必要としない母親」であるタイプ D のような

母親に関しては、本人が困り感を感じていないため、「困り感」や「問題」を解決したいという「動機」そのものをほとんど持っていない可能性が高いと考えられる。そのため、それらの母親に対して、「困り感」や「問題」に焦点を当てた支援を行うことは、問題解決のための方法として適切ではないと推察される。

それでは、タイプ D のような本人が困り感を感じていない母親に対しては、どのような支援方法が適切なのであろうか。先行研究レビューでは、「困り感」や「問題」に焦点を当てた「問題解決型」思考ではなく、当事者がもつ能力に着目し、それを伸ばしていくことを応援する、当事者の「ストレングス」に焦点を当てた「ソリューション・フォーカスト・アプローチ（解決志向型アプローチ：以下 SFA）」が、高機能 ASD 圏の母親に対する効果的な支援方法となる可能性について述べた。そこで、本研究では、高機能 ASD 圏の母親を対象とした SFA によるワークショップを実施し、その効果を検証することとした。

## 第5節 予備的観察による評価可能性アセスメントの結果

### 1. SFAによるワークショップの結果

ここでは、高機能 ASD 圏の母親を対象とした SFA によるワークショップの結果を示す。方法で記述したように、SFA は元来当事者のもつストレングスや対処能力に着目し、それを会話の中で引き出すとともに、現実化することを目指した支援技法であり、その「非難しない」「悪者をつくらない」というスタンスは、そのまま協働につながる土壌をもっているといえる（安達 2013：85）。

しかし、状況変化や問題解決プロセスにおける主体性をより強め、参画を実質的なものとするためには、参画を具体的に保障するための工夫や仕掛けがさらに求められる（安達 2013：85）。そこで、話し合いの促進とその結果導かれるプランングのために、大型用紙やペンや付箋紙を活用して、各自の意見をファシリテータがその場で書き込みながら、話し合いを進行した。また、青木（2013）による「SFA の基本要素」を参考に、以下のようなステップによって、ワークショップを進行した。

まず、オープニングで各自の自己紹介を行い、ワークショップの流れをファシリテータが説明をした後、課題を整理することを目的としたグループワークを行った。ここでは、「自分が今、抱えている課題や、現在悩んでいることは何でしょうか？」という問いかけに対して、参加者からは、自身の健康に関する心配や、夫との関係、子どもの不登校、子どもたちの親との関係など、さまざまな悩みが語られた。

次に、問題描写から解決へのベクトルを創るために、次のような質問を行った。「色々な課題があることは分かりました。それでは、皆さんはどんな状況になったら良いと思いますか？」。この質問に対する各自の意見を大型用紙に書き出した後、次にフューチャーパーフェクト（理想の未来）に焦点を合わせるために、「もし、良い方向にいったら、皆さんはどんな風になっているでしょう？周りのひとたちはどうでしょう？子どもたちはどうでしょう？」という質問を投げかけた。この質問に対して、参加者の語る理想の未来を紙に書きだした後、ソリューション・パーフェクト（ミニ・パーフェクト）を探すために、「皆さんが望む状態に少しでも近いことは、最近ありましたか？」「それはどうやったのでしょうか？」「他には？」というような質問を投げかけた。参加者は、この質問に対して、過去にあった、ほんの少しでもうまくいったことのような「ミニ・パーフェクト」

を探することで、望む未来に向かっての好材料を探した。また、意見が出された後に、「他には何かありましたか？」と質問することで、さらに新たな好材料を見つけることができ、参加者の「できるかもしれない」という感覚を膨らませることにつながっていった。

解決に向けた好材料が見つかった後の次に、「1を最低、10を理想的な状態だとすると、いまはいくつでしょう？」「その数値だと思われたのは、どんなことがあるからですか？」という質問を行った。これは、「1から10までの段階のなかで、今どの位置にいるのか」というように、現状を測る「ものさし」づくり（スケーリング）を行うことを目的としている。参加者は、この質問に対して、各自、スケーリングを行い、その結果を皆に発表をした。各自のスケーリングについては、「3」などの小さな値から、「8」などの大きな値まで幅があった。しかし、仮に「3」という値であったとしても、「3しかできていない」というのではなく、「3までできているのですね」と肯定的に捉え、「何があったから、3までくることができたのか」と、出来ていることに焦点を当てることで、現状はマイナスではなく、プラスであると確認することができた。

そして、スケーリングの結果、その人が今、「3」まで来ていることが分かったら、その目盛をひとつ上げるにはどうしたら良いか、たとえば「10のうち、今が3だとしたら、4にするためにできることは何でしょう？」と、質問を行った。ここでは、本人のやりたい気持ちや、できる感を大事にするため、すぐに実行できる具体的な行動である「スモールステップ」に焦点を当てた。「スモールステップ」であるため、小さな行動であるが、「これならできる」という目標を掲げるため、プランニングしても疲労感やプレッシャーを感じることなく、前に進むことが可能になる。参加者は、それぞれ「自分ができそうだ」と思うことについて語り、皆で共有を行った。

最後は、ワークショップのリフレクション（フィードバック）である。「今日のワークショップに参加してみて、良かったこと何ですか？」「どんなことがあれば、もっと良かったと思いますか？」という質問をしたところ、以下のように、ワークショップに対してほぼ肯定的な感想が寄せられた。

「いつも、“ちょっと”と言われても良く分からないのだけれど、スケーリングでは数字で表すため、良く分かった」

「親の会では、困っていることを話すので、落ち込んでしまった。でも、今日は枠組みがあったのと進行係（ファシリテータ）がいたので、分かり易くて良かった。流れが明確であると、話に戻ってこれる」

「今後もまたやりたい」

## 2. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援における SFA の有効性と課題

本研究では、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援における SFA の有効性と課題を検証するために、高機能 ASD 圏の母親を対象とした SFA をベースにしたワークショップを実施した。その結果、SFA には、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援において、さまざまな有効性があることが示唆された。

第一に、支援のスタートライン構築における有効性である。本研究におけるワークショップの参加者は、全員、ある程度、「問題」や「困り感」をはじめから抱えていたが、「問

題」や「困り感」を感じていない母親に対しても、SFAは有効であると考えられる。むしろ、周囲や支援者は「問題」を抱えていると思われるのに対して、本人は「問題」が見えず、むしろ「困っていない」という状況にある母親たち（図 6-1 のタイプ D の母親たち）に対して、SFAは最も有効であるといえる。なぜならば、SFAでは、「うまくやれていること」に目を向け、「どのようになりたいか」という観点で関与を勧めるため、「問題」や「困りごと」に本人が気づいていなくても、課題解決のための話し合いをスタートすることができるからである。このように「問題」や「困りごと」の焦点化から出発するのではなく、今できていることや、活用しうる当事者のストレングスに焦点を合わせることで、無用な対立を回避し、継続可能な課題の解決に向けた話し合いを進めていくことが可能となる。

第二に、当事者と支援者との良好な関係の構築についての有効性である。Bliss(=2011)は、アスペルガー症候群とソリューション・フォーカスト・ブリーフ・セラピー(以下 SFTB)によるセラピーについて、「相談に来た全員の問題が、SFTBによってすべて解決された訳ではありませんが、クライアント全員とビッキー(支援者)との間に良い関係ができていくことに気づきました」(Bliss=2011: 104)と述べている。SFAでは、クライアントである当事者側の枠組みの中で協働作業をすることに重点が置かれ、当事者は無力で無能な存在ではなく、有能な人として遇される。ソーシャルワーク・プロセスにおける主体化の徹底は、当事者が自己効力感を維持しながら、能動性・自立性を発揮するうえで極めて重要であり、このような条件が備えられることが、当事者との協働に不可欠である(安達 2013: 91)。本研究のワークショップにおいても、参加者から、「またこのようなワークショップに参加したい」「よかった」との感想が寄せられたが、支援者に責められたり、非難されることなく、当事者と支援者が良い関係を構築しながら、当事者が望むことの具体化の実現を目指す点に、SFAの有効性があると考えられる。

第三に、スケーリングなど、視覚化や数値による、高機能 ASD 圏の母親への有効性である。本研究の支援者調査(第 5 章)でも、高機能 ASD 圏の母親への支援で効果的であったと感じた対応について、「視覚化の工夫などを行うことで、母親とのコミュニケーションの円滑な取り方が分かった」「口頭だけでなく、文書で記述するなどの視覚化を行ったことが有効であった」などの回答が寄せられた。また、手記分析(第 3 章)でも、ASD の人たちが得意とする論理的思考や視覚的整理に基づく支援を行うことの有効性が示されている。本研究のワークショップでも、参加者から、「いつも、“ちょっと”と言われても良く分からないのだけれど、スケーリングは数字で表すため、良く分かった」などの感想が寄せられた。SFAのスケーリング・クエッションのように、見解を言語ではなく、数値で表明・共有する方法は、高機能 ASD 圏の母親たちの論理的具体的思考のパターンに合っており、課題解決へのプロセスへの参画を高めるために有用な手法であると考えられる。

最後に、当事者によるワークショップの有効性である。通常、ASD の人たちを対象とした SFTB では、支援者と当事者の一対一のセラピーという形式を採用しているが、今回は当事者たちによるワークショップという形式を採用した。本研究の手記分析(第 3 章)やインタビュー調査(第 4 章)においても、親の会や仲間などによる当事者会などの有効性が示されている。ワークショップにおいては、他の参加者との意見交換を通じて、自分自

自身が持っている課題解決のための方法（たとえば家族の協力など）に改めて気付くなど、他者との相互作用を通じて、課題解決のための具体的な方法を見出す場面が見られた。これは、同じ当事者同士だからこそ、新たな気づきを促進したと考えられる。また、単に自由に話し合いをするのではなく、SFA という枠組みを示し、ファシリテータによる進行係を置いてワークショップを実施したことは、見通しが無いと不安になってしまう ASD の人たちにとっては、理解促進に役立ったと考えられる。

このように、ワークショップの結果から、SFA には、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援において、さまざまな有効性があることが示唆された。しかし、このワークショップに参加した人数は少数であり、無作為デザインを用いていないことから、予備的調査として扱われるべきであると考えられる。

## 第6節 考察

### 1. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論（完成モデル）

ここでは、上述した追加調査および当事者・支援者との意見交換会、先行研究レビュー、予備的観察による評価可能性アセスメントの結果を踏まえて検討を重ねた、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論の完成モデルについて記述する。

本研究で作成したインパクト理論およびプロセス理論は、当事者および支援者との意見交換会において、一定のコンセンサスを得たものである。しかし、意見交換会に参加した当事者および支援者は限られていることから、多様な当事者や支援者のコンセンサスを得たものであるとはいうことはできない。さらに、評的集団についても見直しを行ったため、再度、インパクト理論およびプロセス理論について検討を行い、完成モデルを作成することが必要であると考えた。図 6-2 が、完成版のインパクト理論である。なお、赤字で示したところは、主な修正箇所である。

まず、インパクト理論の完成モデルを作成するに当たり、高機能 ASD 圏の母親へのアウトカムについての検討を行った。第 5 章に示した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論の修正版では、最終的なアウトカムとして、(A)「高機能 ASD 圏の母親の育児や生活の困り感が減少する」、(B)「高機能 ASD 圏の母親の子育てストレスが軽減する」、(C)「高機能 ASD 圏の母親の適切な養育行動が増加する」の 3 つを設定した。これらは、(A)→(B)→(C)という順番に達成することが目指されている。しかし、標的集団について検討した結果、評的集団である高機能 ASD 圏の母親の中には、困り感を抱えている母親だけでなく、困り感を感じていない母親も含まれることが明らかとなった。したがって、設定した最終的なアウトカムについては、「高機能 ASD 圏の母親の育児や生活の困り感が減少する」という、困り感を抱えた母親の有する「困り感の軽減」のみを目指すのではなく、「高機能 ASD 圏の母親のウェルビーイング (Well-being) の向上」といった、困り感のみを焦点化しない目標を設定することが適切であると考えた。そこで、最終アウトカムについては、先に挙げた(A)、(B)、(C)に加えて、(D)として「高機能 ASD 圏の母親および家族のウェルビーイングの実現」を新たに設定した。なお、ここで掲げたウェルビーイングとは、WHO (2014) による、「精神的健康 (Mental Health) とは、人が自身の能力を發揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、地域に貢献できるようなウェルビーイング (Wellbeing) の状態を示す」との定義や、「ウェルビーイング (Wellbeing)

とは、ただ単に困難が無い状態を意味するのではなく、仮に困難があったとしても、それに対処しながら幸福を追求していくことである」(Milton et al.2013:64)との意味で用いている。

次に、最終的なアウトカムを目指す中期的なアウトカムについて見直しを行った。そして、中期的なアウトカムを、「ソーシャルサポート」と「ハーディネスの構築」の2方向から捉えた。その理由は、最終的なアウトカムを目指すためには、「母親の多様なニーズに沿ったソーシャルサポートの活用」と、「ハーディネス (hardiness) の構築、すなわち自分の特性 (ストレンクス) を踏まえた対処方法を見出すこと」の2つが必要不可欠なためである。

中期的なアウトカムに向かう近位のアウトカムには、「ASDの母親が相談支援に繋がる」と、それによって、「ASDの母親が自分の特性 (ストレンクス) に気が付く」と整理し直した。なお、上述したように、評的集団である高機能 ASD 圏の母親の中には、困り感を抱えている母親だけでなく、困り感を自覚していない母親も含まれることから、困り感のみに焦点化することは適切ではない。そのため、近位のアウトカムについては、「困り感の根本原因」ではなく、「特性」への気づきに修正を行った。なお、「困り感の根本原因」とは困り感の背景として存在する ASD であることから、「(ASD) 特性」とほぼ同じ意味であると考えられる。しかし、「困り感の根本原因への気づき」という用語を使用することで、困り感を探すことが必要であるとの誤解を招く恐れがあるため、ここでは「困り感」という用語は敢えて用いず、「特性」という用語を用いることとした。母親が相談支援に繋がることで、支援者との協働を通じて、自分の特性 (ストレンクス) に気付くことこそが、最終的なアウトカムや中期的なアウトカムの基盤となる重要なアウトカムである。

さらに、近位のアウトカムを達成するための支援機関の目指すべき目標については、「コミュニティの理解の向上」、「関係機関とのネットワークの向上」、「支援者の資質の向上」と整理し、それぞれの目標を実現するための活動として、「広報・啓発活動」、「関係機関との連絡・調整・情報共有の促進」、「支援ガイドライン・アセスメントツール・研修の実施」を設定した。



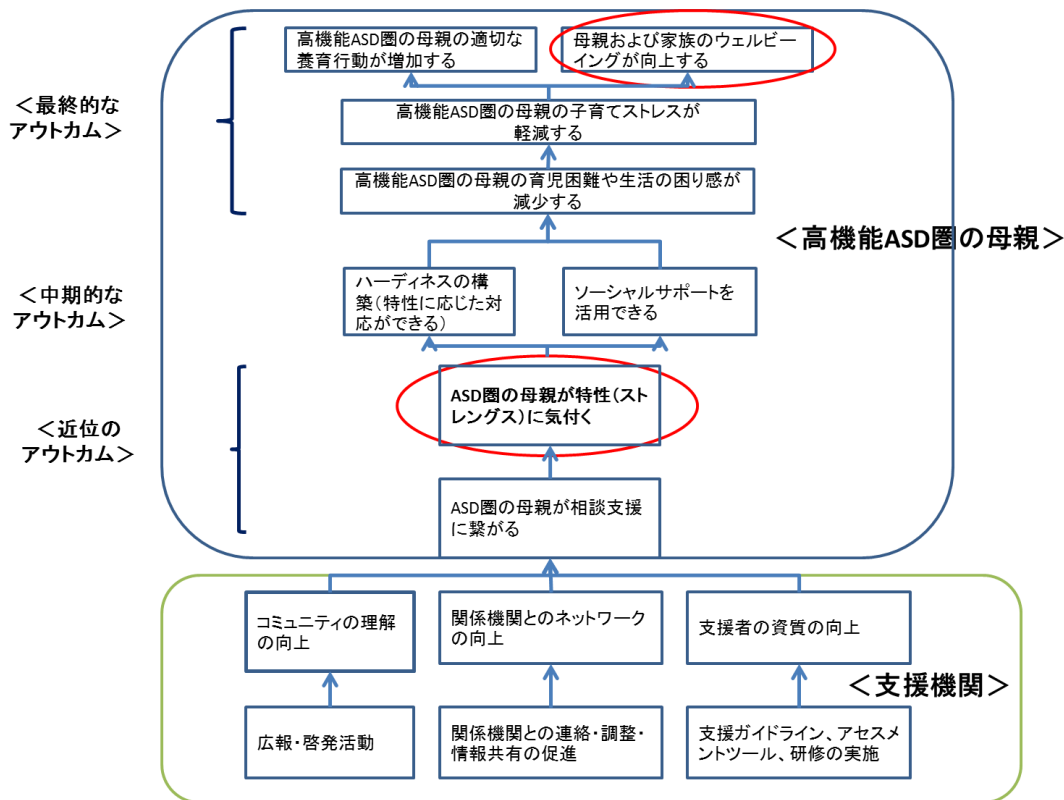


図 6-2 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのインパクト理論 (完成版)

## 2. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのプロセス理論 (完成モデル)

次に、インパクト理論の完成モデルを踏まえて、暫定版プロセス理論について検討を行い、完成モデルを作成した。図 6-3 において、赤字で示した部分が修正箇所である。

暫定版プロセス理論では、「支援者による困り感を抱えた ASD 圏の母親の発見」を行い、「母親による困り感の気づき」を促進し、「ニーズに応じた多機関連携に」に繋げ、「ASD の特性に応じたソーシャルサポート」を提供するというプロセス理論を想定していた。しかし、このプロセス理論は、困り感に焦点化し過ぎていたため、その点について修正が必要であると考えた。そこで、プロセス理論については、「ASD 圏の母親を把握する」、そして「母親の特性に対する気づきを促進する」、そして「ニーズを踏まえたソーシャルサポートにつなげる」というプロセスに修正を行った。図 6-3 が、完成版のプロセス理論である。

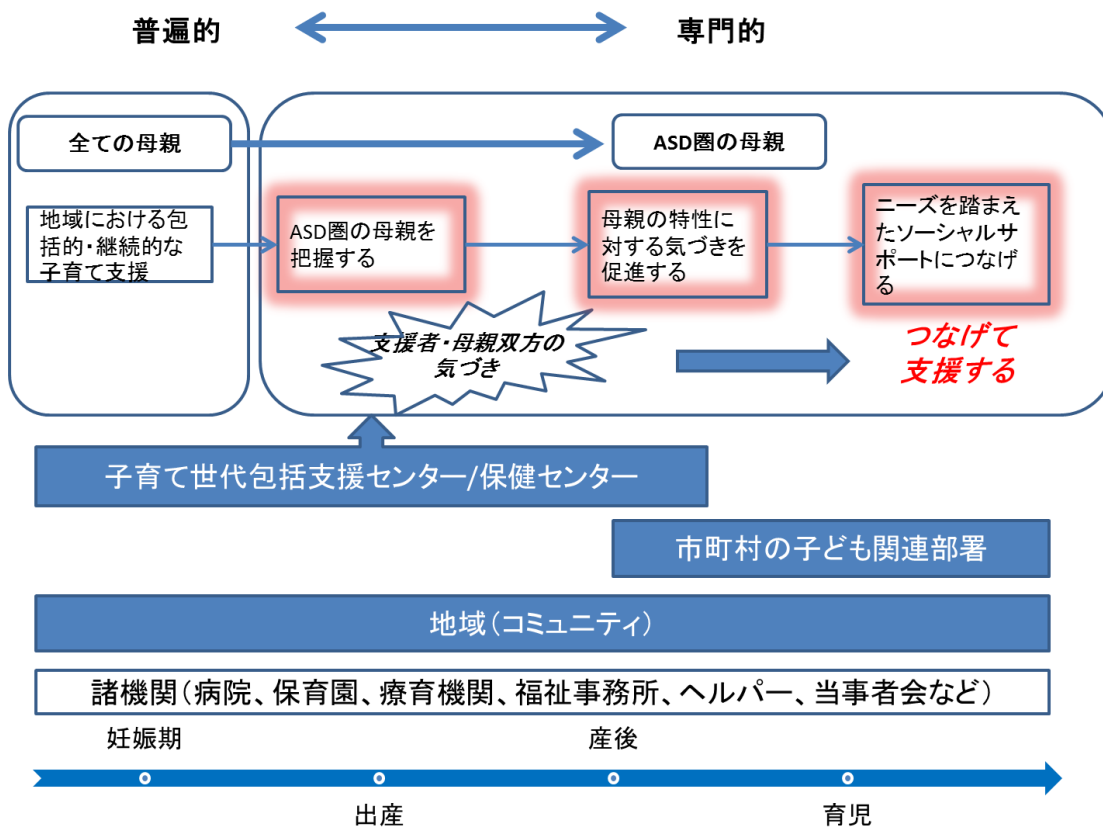


図 6-3 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのプロセス理論（完成版）

### 3. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのサービス利用計画（完成モデル）

上述したインパクト理論とプロセス理論の完成モデルを基に、次にサービス利用計画について検討を行った。サービス利用計画とは、インパクト理論において示された効果を実現するために、どのようにして標的集団に支援を行うかといったプロセスを示したものである。

図 6-4 は、「子育て世代包括支援センター」または保健センター、市町村の子ども関連部署を中核とした、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムをサービス利用計画として示したものである。この図では、ASD 圏の母親に「気づく」、「繋げる」、「支援する」という 3 段階のプロセスについて、(1)ニーズキャッチ、(2)相談面接、(3)アセスメント、(4)支援計画の策定、(5)支援の実施、(6)モニタリング・評価という流れに沿って示している。なお、サービス利用計画では、ASD 圏の母親にまず支援者が「気づく」ことが重要であると考え、(1)ニーズキャッチ、(2)相談面接を中心に記述を行った。

以下に、サービス利用計画のそれぞれのプロセスについての考察を述べる。

#### (1) ニーズキャッチ（高機能 ASD 圏の母親への気づき）

まず、問題の深刻化を予防するために、できるだけ妊娠期などの早期から、標的集団である「妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中の高機能 ASD 圏の母親」に“気づく”こと（ニーズキャッチ）が重要である。

既に ASD の診断を受けている母親の場合（図 6-1 の標的集団の “A”）には、療育・医療・福祉機関などから情報を得ることが必要である。

また、グレーゾーンの母親（図 6-1 の標的集団の “B” および “D”）に関しては、出産後の乳幼児訪問や母親一般を対象とした産後うつ病などの 1 次スクリーニングによって気付く場合も考えられる。さらに、医療機関や保育園、療育機関などにおいて、子どもと共に母親にも同じ ASD の疑いがあると気づく場合もあると考えられる。

なお、高機能 ASD 圏の母親の中には、支援を自ら求める母親だけでなく、生活や子育てに困り感を有していたとしても、自らは支援を求めない母親も存在する（図 6-1 の標的集団の “D”）。そのような母親の場合には、仮に支援者が支援の必要性に気が付いたとしても、当事者である母親の支援への拒否感が強く、自らは相談に訪れる機会も乏しい場合もあると考えられる。そのため、このような母親に対しては、保健師などの支援者による訪問（アウトリーチ）が特に重要になる。

発達障害圏の人たちは、周囲に助けを求めたり相談すること自体を苦手としていることが多く、その結果、地域から孤立し、居場所を消失するといった状況が浮かび上がるという指摘もある（近藤ら 2014 : 296）。そのような母親が、育児などの困り感からストレスを高め、問題を深刻化させないためにも、関係機関との情報共有を進め、問題が深刻化する前に、できるだけ早期にニーズをキャッチすることが必要である。

## (2) 相談面接

ASD の診断済みの母親や既に療育・医療・福祉機関などの支援を受けている母親（図 6-1 の標的集団の “A”）に関しては、母親からの相談や関係機関からの連絡を受けた後、すぐに支援のためのアセスメントに繋げることが可能である。その一方で、ASD の疑いのあるグレーゾーンの母親（図 6-1 の標的集団の “B” および “D”）に関しては、母親本人の ASD の自覚の有無を踏まえた、より丁寧な面接やアセスメントが求められる。

ASD の疑いのあるグレーゾーンの母親で本人が ASD を疑って受診した場合（図 6-1 の標的集団の “B”）には、2 次スクリーニングを経て、ASD についての話題を出し、支援のためのアセスメントに繋げていくことが可能である。また、これらの母親については、医療機関での医療的診断を得て、障害者福祉サービスなどの公的な支援に繋げていくことが有効な場合もある。

一方、本人は ASD などとは思っていなかったり、ASD のことを知らない場合（図 6-1 の標的集団の “D”）には、ASD の話題を持ち出すことには慎重さが求められる。本人や家族の強い怒りや反発、否認や絶望を招く可能性があるためである。このような場合には、一般論的な説明を控えて、具体的に生活にどんな困難を抱えているのかといった話から始める方が良いとされている（青木ら 2015 : 20）。本人の辛さをまず受容して支持すると、その特性を本人が受け入れ易くなると言われる。何が得意で何が苦手かを尋ねながら、ASD の特性の各々の有無を同定していく。このようにして ASD の特性の有無の確認が進めば、仮に医療的な診断には進めなかったとしても、一気に支援のアセスメントに繋げていくことが可能となる。

なお、保健センターなどの相談面接で扱う問題には、次の 3 段階の要因があるとされている（西園 2011 : 162-163）。一つ目は、相談のきっかけとなった直接的な要因、二つ目

は、間接的に影響している要因で、本人にも意識されていること、三つ目は、根底にあると考えられる要因で、本人には必ずしも意識されていないことである。保健センターや一般の子育て相談では、一つ目か二つ目の段階に焦点を当てた援助が行われている。一つ目の直接的要因については、環境を整備したり、周囲の理解を促進するなど、現実的対応を行うことが必要である。二つ目の間接的に影響している要因については、気持ちの整理や具体的な問題解決を行うことが必要である。三つ目の要因に関しては、一つ目や二つ目とは違い、本人には意識されていない根底にあると考えられる要因である。ASDについて本人は自覚していないものの、ASDに起因すると考えられる困り感を抱えている場合（図6-1の標的集団の“D”）には、この要因を明らかにしていくことで、自己洞察や自己理解に繋がると考えられる。そのため、一つ目の段階から三つ目の段階に至ることが理想であるが、かなりの時間や年月を要する場合もあるため、継続的な関わりが求められる。

高機能ASD圏の母親のうち、支援者から見れば支援が必要なのに支援を拒否する母親が存在する。ASDの疑いはあるものの、本人が困り感を表出せず、ASDの自覚も乏しい母親（図6-1の標的集団の“D”）が、特にこのケースに該当すると考えられる。高機能ASD圏の母親へのインタビュー調査（第4章）では、上から目線で接する医師や患者の気持ちを分かってくれない医師の態度、相談しても良妻賢母を求める保育士や行政の職員の指導を受けることで、「誰も自分の気持ちを理解してくれない」と思うようになり、支援を求めなくなった経緯が当事者の母親から語られることがあった。このような経験から支援を求めなくなった母親に対しては、まずは「相談したら困りごとが解決した」、「支援を受けたら楽になった」という体験を積み重ねることが大事だと考えられている（青木ら2015：25）。そのために、支援者は、まずは相談のきっかけとなった直接的な要因の解決に焦点を当てて、「支援を受けて良かった」という体験を積み重ねることが必要となる。高機能ASD圏の母親の手記分析の結果（第3章）においても、「周囲に助けを求めることができる」ようになることで、困り感の軽減に繋がることが示されていた。困ったことが起きた時に、気軽に相談できる場、もしくは人がいることは、それまで誰にも助けを求めることができなかつた高機能ASD圏の母親にとって、大きな助けとなると考えられる。なお、高機能ASD圏の母親の相談者としては、医師や専門的な公的な支援者だけでなく、夫や身近な友人なども有効である。従って、母親に対しては、何か困ったことが起きたら、周りの人に相談をすること、そしてできないことは助けてもらえるようになることを目指すことが、困り感の軽減にとって重要である。

### (3) アセスメント

高機能ASD圏の母親へのアセスメントにおいては、以下の二つの視点が必要であると考えられる。一つ目の視点は、母親および支援者が、自分の特性に気付くためのアセスメントである。高機能ASD圏の母親のうち、特にASDの疑いのある母親（図6-1の標的集団の“B”および“D”）では、これまでの生活歴や発達歴を聞いていくことで、その人らしい特性やASDの特性を見出すことができるようになり、適切な支援計画の作成に繋がっていくと考えられる。先行研究（杉山2008：118）や、本研究におけるインタビュー調査の結果（第4章）からも、高機能ASD圏の母親では、子ども時代の親からの虐待やいじめなどの経験により、二次的障害を生じている可能性が高い。そのため、生育歴などに

ついて本人に聞き取りを行うことによって、困り感の背景としての ASD の可能性が見えてくると考えられる。

障害特性の把握や気づきを行うことを目的とした、成人を対象とした ASD の客観的なアセスメントツールには、自閉症診断面接改訂版 (Autism Diagnostic Interview: ADI-R) 日本語版、自閉症診断観察検査 (Autism Diagnostic Observation Schedule: ADOS)、自閉症スペクトラム指数 (Autism Spectrum Quotient: AQ) 日本語版などがある。しかし、ADI-R は養育者を被面接者とすることから、養育者への聞き取ができない場合には実施が困難である。ADOS は、本人を対象とした半構造化面接であるが、ADOS を使用する場合には、研究者資格を持つことが必須条件となっている。一方、AQ 日本語版は、16 歳以上の知的障害のない成人に使用でき、実施時間は 10 分程度、採点も簡便であることから、一般の精神科でもよく使用されている。この尺度は、自閉症障害に当てはまるかどうかという概略的な診断に使用できると共に、その障害の程度や、より精密な診断を行うべきかといった臨床的スクリーニングに使用できることに加えて、ASD 仮説に基づいて一般健常者の自閉症傾向の個人差を測定できると言われている (Baron-Cohen et al. 2001 : 5)。しかし、女性よりも男性が高得点を示すため (Baron-Cohen et al. 2001 : 5)、高機能 ASD 圏の母親のアセスメントとして使用する際にはその点に留意する必要がある。

このような心理検査の活用は、多くの情報を与えるものであるが、その一方で、心理検査をただけでは、母親本人が抱えている生活の困り感の軽減に自動的に繋がるものではない (青木ら 2015 : 11)。したがって、心理検査を行うこと自体を目的とするのではなく、心理検査をすることで、母親の特性や障害の度合い、生活における困り感を把握し、それを本人と共有することで役立つような必要に応じた活用が望ましいと考えられる。

二つ目の視点は、「今、何をすれば良いのか」を明らかにするためのアセスメントである。本研究におけるインタビュー調査の結果 (第 4 章) から、高機能 ASD 圏の母親の場合には、メンタルヘルスに課題を抱えている場合が高い。母親のメンタルヘルスの状況は、子育てにも大きな影響を与える (西園 2011) ことから、母親のメンタルヘルスの既往歴、治療歴、現在の精神症状、メンタルヘルスの問題が発見された経緯について注目することが必要である。また、母親のメンタルヘルスが子どもに与える影響や、将来的に懸念されることについても聞き取りが必要である。さらに、本人が困り感を抱えた場合に相談できるかどうかに加えて、本人が持っている適応能力や、家族関係や生活環境などの資源について聞き取ることは、本人を主体とした支援計画を作成する上で、重要な要素である。なお、高機能 ASD 圏の母親の適応能力のアセスメントツールとしては、ASD に特化したものではないが、標準化された信頼妥当性の高い Vineland-II 適応行動尺度の利用などが考えられる。

なお、ASD については、その程度や表れ方は多様ではあるが、どのような特性が強く、それがどのような影響を子育てに与えるのかなどについて、いくつかのタイプに分類することが可能である。例えば、橋本ら (2012 : 18) による研究では、発達障害が疑われる保護者の虐待の事例から、保護者のタイプについて以下の 5 つに分類を行っている。

- ① 非社会性タイプ
- ② コミュニケーション・共感不全タイプ

- ③ 柔軟性欠如タイプ
- ④ こだわり頑強タイプ
- ⑤ 見通し不全タイプ

橋本ら（2012：9-10）による事例の保護者については、発達障害が疑われる母親だけでなく父親も含まれており、高機能群だけでなく知的障害のある保護者も含まれている。そのため、上記に示した保護者のタイプのうち、①の非社会性タイプなど、高機能 ASD 圏の母親の場合には、あまり該当しないと考えられるものもある。しかし、②～⑤については、高機能 ASD 圏の母親の場合にも、かなり該当する可能性が高いと考えられる。

たとえば、②の「コミュニケーション・共感不全タイプ」の母親としては、子どもの気持ちを読み取れなかったり、自分の意図することが相手に理解されないとイライラし、高いストレスを抱える母親などが該当すると考えられる。③の「柔軟性欠如タイプ」については、自分のペースを厳格に守らなければ落ち着かないといった特性を持っていたり、子育てが育児書通りにいかないと不安になるといった母親が該当する。④の「こだわり頑強タイプ」については、こだわりが強く、予定通りに物事が進まなかったり、きちんとしていないと気が済まず、子どもが意にそぐわない行動を取ると暴力をふるってしまう母親などが含まれる。また、本人にも子どもにも ASD の特徴があるため、お互いが自分の考え方に固執して臨機応変な対応ができずに、パニックになってしまう母親も、これらのタイプであると考えられる。そして、⑤の「見通し不全タイプ」には、家事全般の見通しが立てられなかったり、段取りや計画ができないため、日常の家事や育児に支障をきたす母親が含まれると考えられる。

このように、母親の困り感の背景には、ASD の特性が関係している場合がある。母親が、どのようなタイプに分類されるのかを分析することで、どこに焦点を当てた支援が必要かを検討することができるようになる。例えば、⑤の「見通し不全タイプ」の母親に対しては、次回の相談予定の日程と時間、内容を書面に記入して渡し、ステップごとの課題を明確にするなど、今後の見通しが良くなるように支援することで、母親の不安な気持ちが改善する場合もあると考えられる。

アセスメントは支援の基盤となるものであるが、単なる情報収集や、診断名をつけるだけの道具になってはならない。また、アセスメントから得られた情報は、一つの個人情報ファイルに一括管理し、ASD 圏の母親本人、家族などの周囲の人たち、そして支援者が共有することによって、連携したより良い支援に繋げることが重要である。

#### (4) 支援計画の策定

次に、包括的なアセスメントの所見とそれに基づいた個別支援計画の策定を行うことが必要である。支援計画に関しては、主に以下の 2 つの側面から策定する必要がある。

第一に、母親個人としての目標を明確にした、当事者との協働による支援計画の策定である。野村（2014：648）は、支援計画の策定に関して、継続できる支援のために、時間とマンパワーを考慮した支援計画を策定すること、母親自身の力（ストレングス）を引き出し、母親が子どもの支援者として力を発揮できるように支援していくことが望ましいと述べている。SFA を活用することで、母親と協働し、母親のストレングスを引き出すこと

が可能になると考えられる。そのうえで、母親本人と、現在の状況の確認、長期的な目標、短期的な目標と、現在何をすべきかという事項を話し合い、整理を行うことから始める。

母親への支援計画の策定の際には、母親の特性に十分考慮することが重要である。ASDの特性をもつ人とのコミュニケーションでは、しばしば支援者の説明を意図とは違う捉え方をしたり、誤解が生じる場合がある。本研究の保健師らを対象とした調査結果(第5章)においても、「母親とのコミュニケーションの取り方が難しく、関わり方が分からない」、「母親との信頼関係が構築できない」、「母親の言動そのものが理解できず、考え方が分かり難い」など、支援において戸惑いや困難を感じた経験を多く有することが分かった。しかし、保健師が母親の特性を把握し、母親の言動や思考のパターンを見出すことで、文章で記述するなどの視覚化を図ったり、母親の質問に対しては具体的で分かり易い説明を心がけるなどの対応を行うことで、コミュニケーションが改善するなどの例も見られた。具体的に記述することは、特に口頭でのやり取りが苦手な高機能ASD圏の母親にとっては、課題を整理する助けになると考えられる。

また、母親とのコミュニケーションに苦慮した場合でも、信頼関係を築くことで、コミュニケーションの改善に繋げることができる。母親との信頼関係を構築するためには、まずは母親のこれまでの努力を認め、尊重しながら、<共に><楽に><成果を実感しやすい>方法を一緒に探していこうというメッセージを伝えていくことが必要である。そのため、目標については、できるだけスモールステップで設定し、一つ一つできることを積み上げていくことが望ましい。

第二に、個々の母親への支援に当たっては、関係機関との連携についての支援計画の策定である。高機能ASD圏の母親への支援に当たっては、時間やマンパワー、専門性などを鑑みて、医療、教育、福祉などのさまざまな機関と連携して支援を行うことが必要である。このような多機関連携による支援の実施に関して、金子(2013:57)は、ネットワーク目標を設定し、役割分担を明確にしながら、関係機関による重層的な包括的計画を策定すること、そのために常に情報を共有化するなどの調整を図ることが重要であると述べている。このように、支援計画の策定に当たっては、「ネットワーク目標」、「役割分担」、「包括的計画」、「調整」などの観点に留意しながら、多機関との連携によって、より適切な支援計画を策定することが必要である。

## (5) 支援の実施

本研究の調査結果から、高機能ASD圏の母親への支援に際しては、ASDの特性への理解に基づく支援を行うことが最も重要であると考えられる。

英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE)による「ASD成人への診断等に関するガイドライン」(2012:10)では、ASD圏の人たちへの支援の基本姿勢として、以下の3つを挙げている。

- ① 本人、さらに必要な場合には、家族や支援者とのパートナーシップ(協働)
- ② 母親自身を尊重した支援
- ③ 支援の基本は信頼構築に時間をかけること

NICE ガイドライン（2012：30）では、精神疾患を併発している場合や家族支援などについても記載しており、高機能 ASD 圏の母親への支援に際して参考にてできる。

高機能 ASD 圏の母親の悩みは、母親自身の特性に関する悩み、家族についての悩み、子どもについての悩みなど、非常に多様である。また、当事者へのインタビュー調査結果（第 4 章）から、母親の子育てに関する悩みは出産後からではなく、妊娠後から始まっていることが分かっている。そのため、妊娠中のできるだけ早い時期から、出産に関する知識を身に付けたり、出産までに準備しておく物や行政的な手続きの方法などについて教えるなど、具体的な支援を行うことが望ましい（本田 2014：236）。また、出産後には、育児に関する長期的な支援が必要となる。ASD では、通常の意味での子どもとのアタッチメント形成が難しい場合や、本能的・直感的に子どもの気持ちを汲み取れず、自分の思い通りに子どもが行動することを強いてしまう場合などがある（本田 2014：237）。また、子どもにも多少なりの発達障害の特性が見られる場合には、母親の固く融通のきかない要求に子どもが反発するという構図に発展するため、母子関係がギクシャクしてしまうことが多い。このような事態を予防するため、育児の具体的なノウハウを教えることが重要であるが、多くの場合は、母親本人だけで育児を行うことは限界があり、心理的負担がかかり過ぎる。できれば、夫や母親などの家族の協力を得ながら育児をしていくことが望ましいが、夫や母親などの家族の理解を得られない場合には、家族だけでなく、社会的支援に繋げることが重要となる。

また、高機能 ASD 圏の母親では、子どもの頃から抱えていた障害特性による生きづらさに環境等の要因が加わり、二次障害としての精神疾患を発症していることが多いことから、二次障害の問題への対処も必要である（安藤ら 2014：316）。その場合には、まず医療機関に繋げて、二次障害の治療をしながら、背景にある ASD の特性をアセスメントし、アセスメントの内容に基づいて生活環境を整える必要がある。

このように、個々の母親への支援に当たっては、多機関連携による切れ目の無い支援が必要となる。その際、支援の中核的機能を担う、「子育て世代包括支援センター」または保健センター、市町村の子ども関連部署については、関係機関との調整や、情報の共有化を図る役割を担うことが必要である。また、地域によって、そのような資源が乏しい場合には、それらのネットワークを開発していくことも必要となる。

厚生労働省「青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン」（2011：12）では、ネットワーク支援の留意点として、①的確なアセスメント、②コスト意識、③情報管理、④スピード・時間感覚、⑤対等性という 5 項目を示している。このうち、①と③においては、「説明と同意」が必要であると述べている。特に、母親本人や家族が支援者と同様の問題意識をもつに至っていない場合や、他の支援・サービスの利用の利点を理解していない場合には、新たな機関・サービスの利用を拒否する、あるいはいったんは繋がったとしても、すぐに利用を中断するという事態が生じやすくなる。そのため、他機関を利用する場合においては、その必要性を母親本人と家族に十分理解してもらうことが必要となる。

なお、手記分析（第 3 章）やインタビュー調査（第 4 章）に記した通り、支援形態としては、医師や専門家、専門機関などによるフォーマルな支援だけでなく、夫や友人、親の会や当事者会などからのインフォーマルな支援も含めたソーシャルサポートが有効であ



る。また、支援に当たっては、ASDの人たちが得意とする論理的思考や視覚的整理に基づく支援を行うなどの工夫が必要である。

## (6) モニタリング・評価

適切な支援の実施に当たっては、支援が計画通り行われているかを確認するために、定期的なモニタリングを実施する（プロセス・モニタリング）と共に、支援によって期待された成果が出ているかを確認すること（アウトカム・モニタリング）が必要である。また、モニタリングに際しては、関係機関、また可能な場合には母親自身と協働して行うことが望ましい。さらに、モニタリングの結果についても、関係者によって共有を行い、必要に応じて、支援の終結または再アセスメントを行うことが必要である。

プロセス・モニタリングとは、プログラムが意図した通りに、もしくはある適切な標準にしたがって運営されているかどうかをアセスメントするものである（Rossi et al. =2005 : 62）。具体的には、プロセス理論であるサービス利用計画と組織利用計画を基に測定が実施される。関係者の認識が共有できているか、関係者間で共通の目標に向かって協働しているかなど、ネットワークとしての機能について評価を行うことも必要である。

一方、アウトカム・モニタリングとは、プログラムが意図するアウトカムの達成度合いについて継続的に測定することである（Rossi et al. =2005 : 161）。具体的には、インパクト理論を基に測定が実施される。また、計画時には意図されなかったプラスまたはマイナスの影響についても測定を行うことも必要である。

信頼できる測定結果を産出するために、アウトカム測定尺度には、信頼性と妥当性、感度が必要である（Rossi et al. =2005 : 205-207）。そこで、本研究で提示された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルのインパクト理論における最終的なアウトカムについて、標準化され妥当性が認められている定量的なアウトカム指標の一例を示す。

以下の例は、定量的に測定可能な尺度であるが、アウトカムのモニタリングや評価に当たっては、定量的（量的）な指標だけでなく、定性的（質的）な指標による測定も必要である。質的な指標を用いることで、量的に数値として示された変化の詳細な要因を知ることにも繋がる。

### ■ 高機能 ASD 圏の母親の子育てストレス :

高機能 ASD 圏の子どもを養育する母親の育児不安や育児ストレスについては、国内外において多くの尺度が開発されている。たとえば ASD の子どもを養育する親のストレスに関する研究では、Beck (1988) によって開発された抑うつ性尺度 (The Beck anxiety inventory) や、Radloff (1977) によって開発された抑うつ状態自己評価尺度 (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D)、Abidin (1990) によって開発された育児ストレスインデックス (The Parenting Stress Index-Short Form: PSI/SF) が用いられている。

また、その他にも、Holroyd et al. (1976) によって開発された質問紙による親のストレス尺度 (Questionnaire on resources and stress; QRS) などがある。Boyd (2002 : 209) による ASD の子どもを養育する母親のストレスとソーシャルサポートに関するレビューによれば、親のストレス研究においては、特に PSI と QRS を用いる研究が多いとの結果

が示されている。なお、QRSについては、稲嶺ら（1980）が、日本語版 QRS を開発している。

■ **高機能 ASD 圏の母親の適切な養育行動：**

親の養育行動を測る指標としては、Arnold ら（1993）によって開発された Parenting Scale (PS) がある。PS は、不適切な養育行動を測定するために開発され、信頼性と妥当性が認められている。30 項目による自記式の質問紙で、短時間で実施可能である。不適切な養育行動をとっている親を早期に発見すること、子どもの問題行動が深刻化する前に予防的に親の対応に介入することが可能となると言われている（井潤 2010：447）。

また、Robinson et al.（1995）が開発した養育行動尺度（the Parenting Styles Dimensions Questionnaire: PSDQ）も、ADHD の親の養育行動を測る研究によって用いられている。PSDQ は親や子どもの様々な特性と関連を持ち、親の養育行動を測定するための優れた尺度であると言われている。

■ **その他の関連指標：**

その他の関連指標としては、家族関係に関する指標として、Moos によって開発された家族環境スケール (Family Environment Scale: FES) がある (Moss, 1974)。Agha (2013：371) による親の ADHD と家族関係についての論文では、FES のうち家族の結びつきを測る結合性のサブスケール 9 項目と、家族間の葛藤度合を測るサブスケール 9 項目を用いてアセスメントが行われている。なお、FES は、妥当性と信頼性が確認されている。

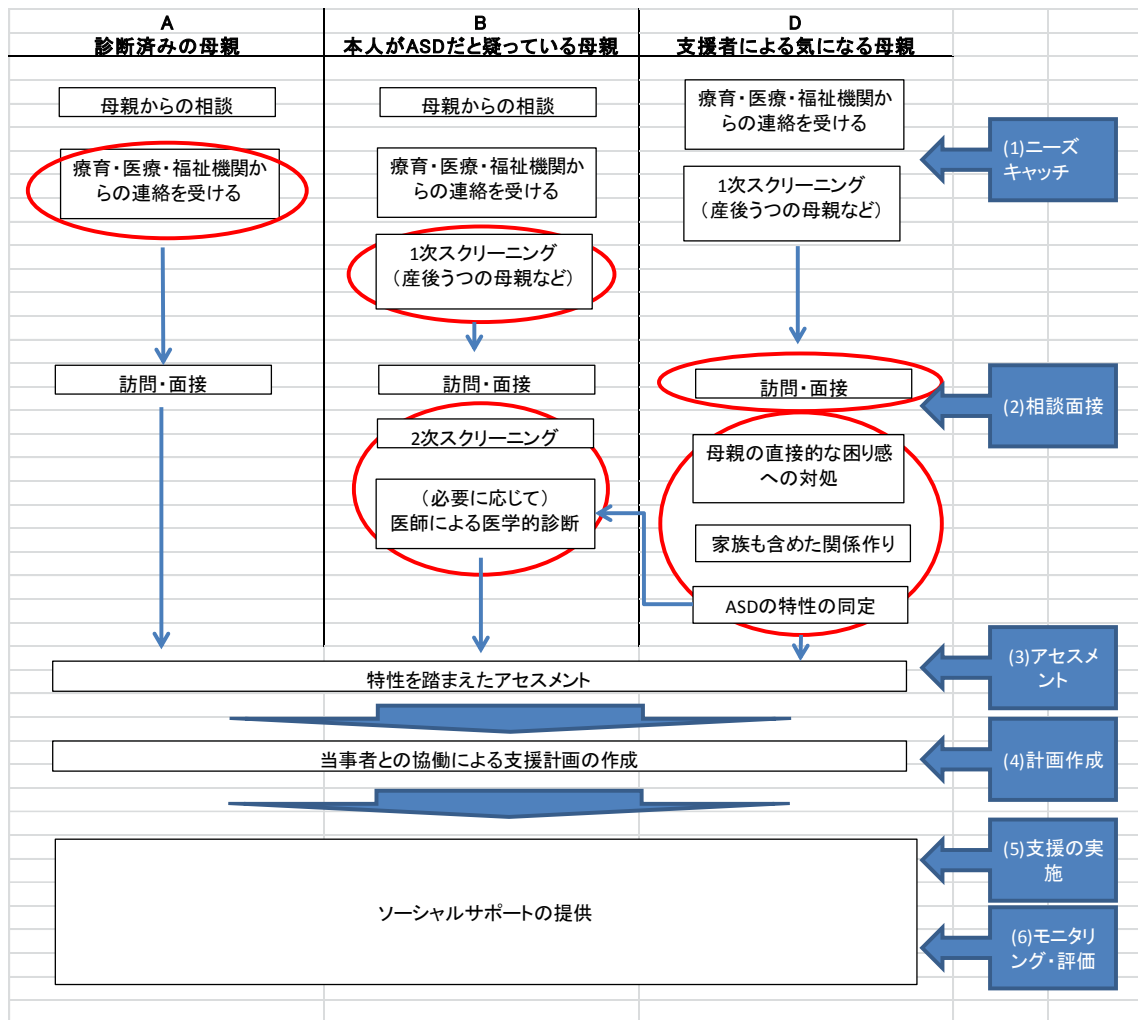


図 6-4 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムのサービス利用計画

#### 4. 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの組織計画 (完成モデル)

##### (1) 地域における支援機関

以下の表 6-1 は、本研究の当事者の手記分析とインタビュー調査結果を基に、高機能 ASD 圏の母親の子育てや生活上の困り感と、困り感を解消するための必要な支援(ニーズ)、地域の支援機関についてまとめたものである。妊娠期から乳幼児期の子どもを抱える高機能 ASD 圏の母親の悩みとして、母親自身の障害特性、家庭の問題、子どもの問題と、大きく 3 つに分けて記述を行った。なお、母親が抱える悩みは、高機能 ASD と診断済みの母親および未診断のグレーゾーンの母親の両方に、ほぼ共通した悩みであったことから、診断の有無によって記載を分ける必要はないと考えた。

表中で示した母親の子育てや生活上の困り感と、困り感を解消するための必要な支援は、手記分析とインタビュー調査によって当事者自身が表明した悩みとニーズを記述したものである。一方、地域の支援機関については、当事者の意見だけでなく、先行文献レビューを参照して、筆者が考察したものを記述している。しかしながら、第 5 章で記述したように、支援の実施体制については、地域によってかなり異なっているため、この表で表し

たものについては、すべての地域で同一であるとはいえない点に留意が必要である。なお、必要性はあるものの、現状では十分に実施されていないと考えられる支援については、★印を付記している。

この表からも、高機能 ASD 圏の母親の困り感の軽減を目指した地域の支援機関のうち、保健分野では「子育て世代包括支援センター」または保健センターが、福祉分野では市町村の子ども関連部署が中心的な機能を果たすと考えられる。そこで、次項(2)(3)については、「子育て世代包括支援センター」または保健センター、市町村の子ども関連部署を想定した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルの組織計画について考察を行った。

表 6-1 高機能 ASD 圏の母親の抱える困り感と必要な支援、地域における支援機関

母親の抱える悩み	必要な支援	地域の支援機関				
		保健	福祉	医療	保育	その他
<自身の障害特性>						
妊娠・出産の不安を抱える	妊娠時からの相談支援	子育て世代包括支援センター、保健センター		医療機関		
精神疾患	医療的ケア	子育て世代包括支援センター、保健センター	障害支援センター	医療機関		
困難な体調の維持	レスパイトケア、子どものショートステイ		障害課		保育園	託児所、ヘルパー
苦手な家事	家事支援(ヘルパーなど)		障害課			ヘルパー
養育困難(緊急時・入院時)	子どもへの長期間の家庭外での養育(施設)		子ども関連部署、児童相談所、乳児院、里親			
深刻な感覚過敏	自身の特性に応じた対処方法の取得★					
苦手な感情のコントロール	自身の特性に応じた対処方法の取得★					
養育方法が分からない	母親の障害特性を踏まえた子育てのガイドライン、親子教室★	子育て世代包括支援センター、保健センター	子ども関連部署、		保育園	
相談相手がいない	身近な相談者、メンター、当事者などの仲間★	子育て世代包括支援センター、保健センター	子ども関連部署、主任児童委員	カウンセリング	保育園	メンター、当事者会
<家庭の問題>						
経済的不安定	経済的支援(生活保護など)		福祉事務所			
夫のDVなど夫婦不和	夫婦カウンセリング、母子生活支援施設への入所	子育て世代包括支援センター、保健センター	子ども関連部署、福祉事務所			警察
孤立家庭		子育て世代包括支援センター、保健センター	子ども関連部署、主任児童委員			メンター、当事者会、コミュニティ
<子どもの問題>						
行動・発達問題	子どもへの療育	子育て世代包括支援センター、保健センター	子ども関連部署、児童相談所	医療機関	保育園	療育機関

## (2) 相談支援業務

組織計画とは、プログラムが設定した目標を効率的に達成するために、またプログラムを行っていく上で必要とされる、組織の形態とその役割・資源の仮説を示したものである。図 6-5 は、「子育て世代包括支援センター」または保健センター、市町村の子ども関連部署を想定した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの組織計画を示したものである。以下に、相談支援業務とマネジメント業務のそれぞれについて、その役割を記述する。なお、前述したように、実施体制については地域差が大きいことから、その点について考慮が必要である。

まず、母親への相談支援業務では、さまざまな役割を担うことが求められている。

まず支援の導入期においては、利用者またはその家族との円滑な信頼関係を築くことが必要である。高機能 ASD 圏の母親へのインタビュー調査の結果から、利用者である高機能 ASD 圏の母親の中には、支援者側の障害への知識や理解不足などの問題のために、支援者に対して不満を抱えている母親も存在することが分かっている。発達障害をもつ人たちの特徴として、初回の面談時にマイナスのイメージを抱かせてしまうと、その後の支援が滞ってしまうことがあるため、慎重な対応が求められる（近藤ら 2014：296）。まず、本人に会う場面についての配慮として、来所が良いのか、自宅に訪問するのが良いのか、家族と同席が良いのか、一人の時の方がよいのかなどについて事前に確認しておき、そのときどきの状況や本人の意向に合わせて面談を設定することが必要である（近藤ら 2014：296）。

支援が始まると、未診断のグレーゾーンの母親の場合には、精神障害者保健福祉手帳や福祉サービスの利用の提案や説明を行うことが必要になる場合がある。母親本人と家族から同意が得られれば、診断書作成のために必要な医療機関への受診についても抵抗なく受け入れてもらえることが多い一方で、福祉サービスの利用を躊躇する場合もある。なお、高機能 ASD 圏の母親の場合には、公的な支援を受けなくても、身近に相談できる人がいることが助けになる場合も多い（青木ら 2015：25）。説明に工夫を凝らしても頑なに支援を拒絶する場合には、家族や周囲の人に母親の理解者や協力者になってくれる人を見つけ、母親以外のキーパーソンと共に継続的に支援を続けることが効果的であると考えられる。

このように、支援の実施に当たっては、まずは母親本人または家族との間に良好な信頼関係を構築することが重要であり、それぞれのケースに合せて具体的かつ丁寧に関わり続け、母親の状況に関して定期的にフォローしていくことが求められる。そして、支援のプロセスや支援の結果として期待されるアウトカムについて、定期的にモニタリングを実施し、その結果を支援の改善に繋がるようにフィードバックし、計画を見直すことが重要である。また、支援の実施や支援の終了に当たっては、“協働”の理念の下、利用者である母親やその家族にも支援のプロセスや結果の共有を図り、母親と家族の理解の下、継続的な支援の実施または支援の終了を行うことが必要である。

## (3) マネジメント業務

相談支援業務のほかに、支援者には、マネジメント業務も求められる。その一つが、関係機関との連絡・調整である。特に、本研究で構築された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルに関しては、保健分野である「子育て世代包括支援センター」または保健セ

ンターと、福祉分野である市町村の子ども関連部署が中核的機能を有することを想定していることから、両機関の連携による母親への継続支援を行うことが重要である。しかし、妊娠期からの母親のメンタルヘルスや育児支援には多職種が関わるものの、職種間での連携はうまくいっていないとの指摘もある（立花ら 2013：18）ことから、関係機関が連携して対応する仕組みづくりを行うことが不可欠である。なお、本来であれば同じ保健師らが継続して支援を行うことが望ましいが、担当者が変わった場合にも継続支援ができるように、保健師間での情報共有を行うことも必要である。

第二に、支援者の資質向上と維持を図ることである。特に未診断のグレーゾーンの高機能 ASD 圏の母親の存在に支援者が気づくためには、支援者の資質の向上が必要不可欠である。そのための方策としては、高機能 ASD 圏の母親の特徴・支援等に関する研修を実施するほか、関係機関・者による意見交換会や事例検討会の開催、スーパーバイザーの配置などを行うことが考えられる。また、民生委員や主任児童委員など、地域での見守りを行う支援者についても大人の発達障害についての認識が十分でないため、地域資源の開発などを行う必要もある。

第三に、総合的なマネジメントである。適切な職員の配置や事業計画の策定をはじめ、高機能 ASD 圏の母親や地域に対しての支援についての広報や啓発活動のほか、事業の発展のための効果の発信などが必要である。これらのマネジメント業務は、適切な支援を行うための重要な役割を担っているといえる。

マネジメント	相談支援
A. 関係機関との連絡・調整 他機関/他部署/他職種/保健師間との連絡・調整・情報共有	F. 高機能ASD圏の母親のニーズキャッチ ・他機関からの情報・連絡を受ける
B. 支援者の資質向上と維持 ・スーパーバイザー体制の構築 ・研修・事例検討会の実施	G. 相談面接・アセスメント ・本人・子ども・家族のアセスメント
C. 適切な人材の配置	・ASDのアセスメントツールの活用
D. コミュニティへの広報・啓発	・本人の適応能力やストレスの把握
E. 事業のモニタリング・評価および効果の発信	H. 支援計画の策定 ・本人・家族との協働による計画の策定 ・関係機関と連携した計画の策定
	I. 支援の実施 ・特性に基づく支援 ・必要に応じた関係機関への紹介・調整
	J. モニタリング・評価 ・モニタリング・評価結果に基づく見直し ・本人・家族・関係者/機関へのフィードバック

図 6-5 高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの組織計画

## 5. 結論

本章では、第 1 部から第 3 部までの分析結果を踏まえて構築した、高機能 ASD 圏の母

親に対する子育て支援モデルについて、追加調査および評価可能性アセスメントを実施した結果を示し、考察としてインパクト理論、プロセス理論の完成モデルについて検討を行い、さらにプロセス理論であるサービス利用計画および組織計画について記述を行った。

まず、本研究のプログラムの標的集団の選定については、本人は困り感を感じていない母親も存在していることから、母親本人の困り感への自覚の有無や度合いを基準にするだけでなく、育児機能や子どもへの影響を考慮した、支援者による支援の必要性の見立ての必要性について記述した。このように、本研究では、標的集団である高機能 ASD 圏の母親に関して、診断の有無、母親の困り感、そして ASD の自覚の有無や度合いを基準にせずに、グレーゾーンの母親を含めたすべての「妊娠期から乳幼児を養育中の高機能 ASD 圏の母親」を支援対象として選定した。

そして、それらの高機能 ASD 圏の母親を対象とした支援プログラムのインパクト理論においては、当事者との協働によって、高機能 ASD 圏の母親の特性（ストレングス）への気づきを促進し、それによって母親のハーディネスの構築とソーシャルサポートの活用につなげ、母親の育児困難の軽減、ウェルビーイングの向上を目指した理論的モデルを構築した。

また、プロセス理論においては、支援者によって「(グレーゾーンの母親を含めた) ASD 圏の母親を把握する」、そして「母親の特性に対する気づきを促進する」、そして「ニーズを踏まえたソーシャルサポートにつなげる」という 3 段階のアプローチを採用した。さらに、サービス利用計画においては、母親の診断の有無、困り感の認識などの違いに基づいた、丁寧なニーズキャッチやアセスメントを行うことについて記述を行った。また、SFA を活用した当事者との協働による支援計画の策定や、母親の感覚過敏、理論的思考などの特性への理解に基づいた支援、当事者会などの活用による支援などについても記述を行った。

さらに、組織計画に関しては、マネジメントの側面から、支援の中核機関である「子育て世代包括支援センター」または保健センターと、市町村の子ども関連部署の連携による継続支援の必要性、支援者の資質向上、コミュニティへの啓発活動の重要性についても記述を行った。

なお、序論で述べたように、高機能 ASD 圏の母親たちに対する既存の支援モデルは現状では存在していない。そこで、本研究では、プログラム評価手法の第一ステージに位置づけられている「開発評価」を実施し、高機能 ASD 圏の母親および支援者側へのニーズ評価および理論評価を行い、EBP を志向した効果的な支援モデル構築を目指して実施した。

なかでも、本研究の子育て支援モデルの開発においては、母親への支援を行う実践家(保健師など)と、当事者である高機能 ASD 圏の母親という、実践家および当事者の参画による評価可能性アセスメントを実施し、モデルの開発を行った点が特筆できる。このような当事者および支援者の参画を経ることで、形成されたモデルの明確さや妥当性、実現可能性、適切さなどをより高めることに繋がったと考えられる。

しかし、本研究の結果示された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムは、まだ開発段階のいわゆる暫定版の理論モデルである。また、モデルの運用に当たっては、さまざまな支援を行うための環境整備、いわゆる支援体制の基盤を整えることからまずは開始する必要がある。さらに、実践現場におけるコンセンサスや、予算や人材の適切な配置



など、実際の運用に際しては、さまざまな課題もある。しかし、これまで十分な支援を受ける機会もなく、子育てにおけるさまざまな困り感を有してきた高機能 ASD 圏の母親に焦点を当てて支援環境を整備することは、そのような母親の困り感を解消するだけでなく、母子のウェルビーイングの促進、子どもの健全な成長にも資するものである。

そのため、今後はこのモデルを実際に運用し、まずはモデルの運用結果についての継続的改善・形成評価（プロセス評価およびアウトカム評価）を行い、理論的モデルの改善を図る必要がある。さらに、次の段階である実施・普及評価のステージでは、実践からのフィードバックを基に、モデルの具体的実施項目である効果的援助要素を検討の上、同定し、実践現場でのモデルの普及を目指していくことが必要である。

## 第 5 部

### 結論



## 第7章 総合考察および結論

本研究の目的は、国内外においてほとんど研究が進んでいない高機能 ASD 圏の母親を対象に、それらの母親の多様なニーズに合致した地域における効果的な子育て支援に関する理論的な支援プログラムのモデルを形成することである。そのため、本研究の第1部から第4部では、先行研究のレビュー、当事者の手記分析と当事者へのインタビュー、支援者調査を行い、高機能 ASD 圏の母親の子育て支援に関する現状や課題、当事者の子育て困難や支援ニーズを明らかにした。そして、それらの分析結果を踏まえ、プログラム評価手法を用いて、高機能 ASD 圏の母親に対する支援プログラムのモデル構築を行った。

本研究で目指した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルの結果は、プログラム評価理論におけるインパクト理論およびプロセス理論（サービス利用計画および組織計画）として提示した。この理論的モデルは、プログラム評価の理論と方法を用いることで、科学的根拠に基づく実践（evidence based practice：EBP）を踏まえた効果的な実践モデルを志向したものである。

本章では、まず、本研究で構築した子育て支援プログラムについて「総括」を行う。そして、「実施のための課題」、「実践上の意義」と「研究の限界と今後の課題」について考察し、最後に本研究の結論について述べる。

### 第1節 子育て支援プログラムの総括

#### 1. 子育て支援プログラムの適用の検討

##### ① 子育て支援プログラムの適用について

まず、本研究で構築した子育て支援プログラムの適用（支援機関、支援専門職、実施地域）について、検討したい。

本研究における高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムでは、プロセス理論に示した通り、「子育て世代包括支援センター」（設置されていない市町村では保健センター）および「市町村の子ども関連部署」を中核として、関連機関と連携を行うネットワーク支援を想定している。具体的には、妊娠期からの支援については、「子育て世代包括支援センター」または保健センターが、産後の切れ目の無い子育て支援については、「市町村の子ども関連部署」を中核としている。そして、それらの機関と、地域（コミュニティ）や諸機関である病院、保育園、療育機関、福祉事務所、ヘルパー、当事者会などが連携して、問題が深刻化する前の予防的措置として機能することを目指している。

厚生労働省によれば、「子育て世代包括支援センター」については、2015年度中に、日本の全市町村の約1割に当たる150市町村に整備し、おおむね2020年までに地域の実情等を踏まえながら、全国展開を目指していくと位置づけられている（厚生労働省2015c）。

本研究で構築した子育て支援プログラムについては、特定の地域での適用ではなく、全ての地域を対象としたものである。しかしながら、本研究の子育て支援プログラムの実際の適用に当たっては、中核機関である「子育て世代包括支援センター」の整備状況が大きく影響することから、「子育て世代包括支援センター」がある程度整備された地域において、まずは実施することが考えられる。

なお、一例として、東京都においては、文京区や世田谷区などにおいて、既に「子育て世代包括支援センター」のあり方等についての検討が進められている。また、第6章で記

述した通り、東京都のすべての市町村においては、「子ども家庭支援センター」が設置され、すべての子どもと家族を対象とした支援が実施されている。さらに、東京都世田谷区では、発達の気になる子どもおよびその家族のために、心理士による発達支援コーディネーターや地区担当ケースワーカーが、相談支援業務を行う体制を構築している（世田谷区 2015 : 7）。東京都では、現状では「子育て世代包括支援センター」の検討が開始された段階である。しかし、今後、センターの整備が進めば、「子ども家庭支援センター」と連携して、本研究の子育て支援プログラムを実施することが可能になると考えられる。このような地域をまずはパイロット的に選定し、本研究で構築した子育て支援プログラムを施行することが、今後の課題として考えられる。

最後に実施機関であるが、本研究では上述したように、「子育て世代包括支援センター」（設置されていない市町村では保健センター）および「市町村の子ども関連部署」を中核機関としている。しかし、高機能 ASD 圏の母親の特性（ストレングス）を踏まえた、当事者との協働を中核とした本研究の支援モデルの内容は、その他の機関においても適用可能であると思われる。

その一方で、本研究では、研究の制約から、既に行われているグッドプラクティスについて十分な調査ができなかった部分があったと考えられる。本研究で提示した支援モデルは、その他のグッドプラクティスを排斥するものではない。今後はその他のグッドプラクティスの経験も取り込んだ形でのモデル化が必要であろう。

## ② 子育て支援プログラムの適用範囲について

次に、本研究で構築した子育て支援プログラムの適用内容について、検討を行いたい。

プロセス理論に示した通り、本研究の高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムは、まず ASD 圏の母親を早期発見し（“気づく”）、ニーズに応じたソーシャルサポート機関に繋げ（“つなげる”）、特性に応じたソーシャルサポートを実施する（“支援する”）という 3 段階のアプローチによって構成している。しかし、第 6 章のサービス利用計画および組織計画に示した通り、本研究の高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムでは、特に“気づき” “つなげる” という、支援のいわゆる“入口”段階を中心としている。そのため、“気づき” “つなげる” 後の“支援する”段階における「支援プログラム」のあり方についての、さらなる検討が必要である。

そのような支援段階における ASD の特性に応じたソーシャルサポートの一例としては、当事者会などのほか、高機能 ASD 圏の母親に配慮したペアレント・トレーニングの実施などが考えられる。国内では、主に発達障害をもつ子どもの親への養育支援として、ペアレント・トレーニングが実施されている。実施主体は、発達障害に関わる医療機関、市町村の保健センター、公立の教育相談機関、さらに家族会や発達障害支援センター、発達障害に関わる NPO 団体などである。しかし、全国各地で実施されているペアレント・トレーニングは、その内容、構成、参加者の対象、参加者数などは統一されておらず（原口ら 2013 : 124）、一律的な普及はされていない。

「市町村で実施するペアレント・トレーニングに関する調査について」（アスペ・エルデの会 : 2015）では、国内の 5 地域 6 施設で実施されているペアレント・トレーニングの現状を取りまとめている。そこでは、ペアレント・トレーニングの参加者や内容などは様々

であるものの、いずれも参加者の子どもの障害から生じるストレスと精神的負担感や家庭での困難さを軽減できるなど、参加者の精神的状態を改善する点において有効であることが認められている。しかし、ここでは親の発達障害については考慮されておらず、発達障害のある親への効果を検証したのも見当たらない。今後は、海外で行われた発達障害のある親へのペアレント・トレーニングについての効果を検証した先行研究(Babinski et al., 2014)などを参考に、高機能 ASD 圏の母親にも効果があるのか、また効果が乏しい場合には、どのように改定することが望ましいのかなどについて検証を行い、検証結果を基に、高機能 ASD 圏の母親への効果的なペアレント・トレーニングについて検討を行うことが必要である。

また、先行研究レビュー(第2章)に記載したように、数は限られているものの、先行研究の中には、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害を有する母親への子育て支援プログラムや育児スキルトレーニングについて記載したものがある。笠原ら(2009)は、軽度の発達障害を持ち育児困難を有する母親に対して、妊娠期から産後11か月間、育児支援を実施した経験を基に、具体的かつ実践的な育児スキルトレーニングについて提案を行っている。野村(2014)も、発達障害特性をもつ親に対して実際に支援した例を挙げながら、支援・相談の枠組みの設定方法から実践のフィードバックのポイントについて示している。また、飯田ら(2013)では、母親自身に発達障害がみられる家族への子育て支援プログラムとして、ビデオ観察法による、夫婦の相互扶助力を高める子育て支援プログラムの開発について報告している。今後は、これらの先行研究結果を踏まえながら、より体系的かつ実践的で効果のある、高機能 ASD 圏の母親に配慮したペアレント・トレーニング(または育児マニュアル)を開発することが望まれる。

なお、これらのペアレント・トレーニングは、高機能 ASD 圏の母親に配慮したものはあるが、高機能 ASD 圏の母親のみを対象とするものではない。たとえば、高機能 ASD 圏の母親に配慮して、視覚化した教材を活用したり、分かりやすく説明することは、高機能 ASD 圏の母親以外の定型発達の母親に対しても効果的であると考えられる。また、“発達障害”に特化したアプローチを取らない方が、高機能 ASD 圏の疑いのある母親のうち、その自覚が乏しい母親(図6-1の標的集団の“D”)の参加を、より高めることも考えられる。

## 2. 効果的援助要素の検討

大島(2010:36)は、EBPプログラムでは、有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのプログラムモデルを同定し、その定式化・標準化を行うことを重視すると述べている。そして、効果的普及モデルの定式化・標準化のためには、個別プログラムに対してプロセス評価を実施して、効果的なプログラム援助要素(critical components)のリストを作成する必要があるとしている。

本研究で提示した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムは、まだ開発段階のいわゆる暫定版の理論モデルである。そのため、プログラムの運用結果についての継続的改善・形成評価(プロセス評価およびアウトカム評価)を実施していないことから、現段階では効果的援助要素を提示することは困難である。しかしながら、本研究で提示した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの今後の実施・普及のためには、効果的援

助要素の構成要素となりえる項目について検討し、提示することが求められると考えられる。そこで、図 6-5 に示した本研究の組織計画におけるマネジメント領域と相談支援領域別に、効果的援助要素となりえる項目例について整理した結果を以下に示す。なお、効果的援助要素の検討に当たっては、中越ら（2015）などを参考にした。

## ① マネジメント領域に関する効果的援助要素の例

### A. 関係機関との連絡・調整

- A-1. 他機関との連絡・調整・情報共有の実施
- A-2. 他部署・他職種との定期的な連絡・調整・情報の共有
- A-3. 保健師間の定期的な連絡・調整・情報の共有

### B. 支援者の資質の向上と維持

- B-1. スーパーバイザー（社会福祉士、臨床心理士、発達障害者マネージャーなどの専門家）体制の構築
- B-2. 高機能 ASD 圏の母親支援に関する研修会・事例検討会の実施

### C. 適切な人材の配置

- C-1. 個別支援を担当する専門性を持った人材の配置

### D. コミュニティ（地域住民）への広報・啓発活動の実施

- D-1. ASD への理解向上を目指したコミュニティの地域住民等への広報・啓発活動の実施

### E. 事業のモニタリング・評価および効果の発信

- E-1. 事業の改善・拡充のためのモニタリング・評価の実施
- E-2. 事業の発展のための事業効果の発信

## ② 相談支援領域における効果的援助要素の例

### F. 高機能 ASD 圏の母親（グレーゾーンの母親を含めた）のニーズキャッチ

- F-1. 他機関（療育・医療・福祉機関等）からの情報・連絡を受ける
- F-2. 1次スクリーニングの情報を経て、必要に応じて2次スクリーニングを実施する
- F-3. 1次スクリーニングの情報を経て、訪問（アウトリーチ）を実施する

### G. 相談面接・アセスメント

- G-1. ASD の診断の有無、本人の ASD の自覚の度合、本人の困り感の内容に応じた、丁寧なアセスメントの実施
- G-2. 本人の生活歴・発達歴を踏まえた ASD の特性の把握
- G-3. 本人・子ども・家族のアセスメント
- G-4. ASD のアセスメントツールの活用

- G-5. 本人の適応能力やストレングスの把握
- G-6. アセスメント情報の本人・家族・支援者の共有化

## H. 支援計画の策定

- H-1. アセスメントの所見に基づいた ASD の特性を踏まえた支援計画の策定
- H-2. 母親の適応能力・ストレングスを踏まえた支援計画の策定
- H-3. 母親との信頼関係構築、母親の意見を尊重した支援計画の策定
- H-4. 母親・家族との協働（パートナーシップ）による支援計画の策定
- H-5. 関係機関との連絡ケース会議による包括的な支援計画の策定

## I. 支援の実施

- I-1. 必要に応じた関係機関（医療・福祉機関等）への紹介
- I-2. 必要な地域資源の開発
- I-3. 特性への理解に基づく支援（視覚化・コミュニケーションの工夫等）の実施
- I-4. 当事者会の開催

## J. モニタリング・評価

- J-1. 支援状況のモニタリングと、モニタリングに基づく支援の見直し
- J-2. モニタリング結果についての関係者間での共有・フィードバック

## 第2節 子育て支援プログラム実施のための課題

前述したように、高機能 ASD 圏の母親に対する体系的な子育て支援モデルは現状では存在しないため、今後、本研究により構築した子育て支援プログラムを実施するためには、メゾレベルの支援改善からマクロレベルの制度的改善と、広範囲にわたる多くの課題が存在すると考えられる。そこで、メゾレベルの支援課題と、マクロレベルの制度改善に関する課題に分けて、以下に記述を行う。

### 1. メゾレベルにおける支援課題

#### ① 高機能 ASD 圏の母親支援のための具体的なガイドラインまたはアセスメントツールの開発、研修の実施

本研究の分析結果から、高機能 ASD 圏の母親への支援の中核として想定している「子育て世代包括支援センター」の前身である「妊娠・出産包括支援モデル事業」や市町村の子ども関連部署で働く保健師や職員らは、対応に苦慮する母親または気になる母親への支援を行う中で、高機能 ASD と診断された母親またはその疑いのある母親に関わってきた経験を有していた。しかし、高機能 ASD 圏の母親が抱える問題やその支援のあり方については十分な研究もなされていないため、母親の ASD についての専門的な研修も実施されないまま、高機能 ASD 圏の母親に関わる支援者はそれぞれの過去の支援経験などを基に、さまざまな工夫や配慮をしながら支援を行ってきた。未診断の ASD 圏の母親に支援者が気づくためには、支援者に成人の ASD についての知識や経験があることが必要不可欠である。しかし、職員の知識や経験については、大きな地域差や個人差が存在する



と考えられる。

また、本研究で明らかになったように、高機能 ASD 圏の母親は、ASD という障害特性のために、独自の子育てに関する問題を多数抱えており、支援者には母親のそうした障害特性に応じた支援を行うことが必要である。英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE）による ASD 成人への診断等に関するガイドライン（2012：4）においても、成人期の ASD 者が適切な診断やアセスメントを得ることができれば、専門家も家族らも当事者も、最初から適切なコミュニケーションを取ることができるようになり、ニーズに合った支援を行うことができるとしている。

本研究においても、高機能 ASD 圏の母親への支援に当たっては、特に支援の導入期における当事者との関係構築の時期が重要であり、アセスメントを重視することが有効であることが示唆された。そのため、高機能 ASD 圏の母親に関わる支援者が活用できるような、具体的な支援ガイドラインまたはアセスメントツールの開発を行うことが必要であると考えられる。

現状では、高機能 ASD 圏の母親のみを対象とした支援のガイドラインは作成されていないが、発達障害者への支援のガイドラインがいくつか作成されている。海外では、NICE による ASD 成人への診断等に関するガイドライン（2012）が作成されている。このガイドラインでは、支援の基本、アセスメントの方法、モニタリングの方法、介入の方法、家族支援などについて簡潔にまとめられている。

また、国内においては、厚生労働省の障害者総合福祉推進事業の一環として、「発達障害者支援とアセスメントに関するガイドライン」（アスペ・エルデの会：2013）や、「発達障害者支援に関わる専門家のための研修テキスト・ガイドブック」（AOZORA 福井：2013）が作成されている。前者のアセスメントに関するガイドラインでは、発達障害児者の心理アセスメントの現状と有効な活用の仕方、アセスメントツール、アセスメントツールの活用の仕方について詳細な説明がなされている。また、後者の研修テキスト・ガイドブックでは、発達障害に関するいわゆる「総論編」に加えて、それぞれのライフステージ別に支援のポイントが記載されている。そのうち、「成人期編」では、成人期における発達障害の特徴、二次的な問題と併存障害、観察のポイント、支援の基本的なあり方をはじめ、結婚および家庭生活への支援、成人期による福祉の支援などについても概要がまとめられており、支援のポイントを短時間で学習することが可能である。

なお、高機能 ASD 圏の母親では、二次障害として精神疾患を発症している母親が多いことから、精神障害のある親とその子どものための支援についてのガイドラインも参考になると考えられる。このようなガイドラインとしては、オーストラリアの保健省によって作成された「精神疾患を有する親のメンタル・ヘルス支援のためのフレームワーク」（NSW Department of Health：2010）などが挙げられる。このフレームワークは、精神疾患を有する親の精神疾患の改善と、その子どもたちを含めたウェルビーイングの改善を目指したものである。精神疾患を有する親のニーズを尊重した支援、母親、その子どもたち、家族を含む支援を基本姿勢として掲げている。

さらに、これらに加えて、高機能 ASD 圏の母親の個々の困り感や、母親のタイプ（コミュニケーション・共感不全タイプなど）、母親自身の ASD の自覚の度合などの違いに基づいた、具体的なアセスメントツールの開発が有効であると考えられる。高機能 ASD 圏

の母親への支援についての事例を基にした効果的な支援のあり方や、当事者自身が見出した効果的な対応についての事例をまとめたものなどを支援者が活用することで、高機能 ASD 圏の母親に対する効果的なアセスメントに繋がると期待できる。

また、ASD 圏の育児中の母親を対象としたグループケア（当事者会）は、支援者が育児に現れる障害特性を理解する機会にもなっているとの報告がある（東ら 2011：31）。そこで、グループケアを実施し、そこから得られた支援者の当事者理解について、さらに多くの支援者の支援に反映させることを目的としたマニュアルにまとめることも一案として考えられる。

今後は、このような既存のガイドラインや、当事者および支援者のニーズを踏まえながら、支援者への研修等において、高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害の母親へのアセスメント方法、支援計画の策定、関係者との連携、よくある支援の課題と対応例などについても講義の一部に取り入れることなどの検討を行うことが望ましいと考えられる。

## ② 関係機関（子育て世代包括支援センター・市町村の子ども関連部署・その他関係機関）との連携の強化

本研究で構築された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムでは、保健分野である「子育て世代包括支援センター」または保健センターと、福祉分野である市町村の子ども関連部署が中核的機能を有することを想定している。そのため、両機関の連携による母親への継続支援を行うための仕組みづくりを行うことが不可欠である。

具体的な関係機関による連携システムとしては、先行研究から以下のような方策が考えられる。第一に、「子育て世代包括支援センター」または保健センター、市町村の子ども関連部署の連携のために、お互いの情報交換や、実際の連携の仕方などを定期的に協議する連絡調整会議を保健センターがコントロールタワーとなって設置することである（福永 2006：690）。また、このネットワークでは、母親のみならず、子どもの養育支援も対象にすることで、養育不全や子ども虐待の予防についても期待ができる。

第二に、母親の情報の一元化を行うことである。そのために、現行制度上では、妊婦健診、新生児訪問、母親のメンタルヘルスのスクリーニング結果等や、「子育て世代包括支援センター」で作成される個別支援計画を活用して、「子育て世代包括支援センター」または保健センターに情報を集約し、医療機関や市町村からの情報を加えてデータベースを構築し、市町村や関係機関が利用可能な形態を取ることが求められる（福永 2006：690）。

なお、このような関係機関の連携システムの構築に当たっては、画一的に進めるのではなく、医療資源の状況や地域特性に合わせて行っていくことが重要である。また、関係者各人が各々の役割を主体的に果たしていくようなネットワークの構築が重要である。

## 2. 制度レベルにおける課題

### ① 診断済みの母親だけでなく、グレーゾーンの母親も対象とした福祉サービスの提供

高機能 ASD 圏の母親を含む発達障害児者への支援については、2005 年の発達障害者支援法、そして 2011 年の障害者自立支援法の改正などにより、過去 10 年間において拡充されてきた。それらの法律の施行によって、発達障害との診断を受ければ、精神障害者保健福祉手帳の交付など、公的な障害福祉支援を得ることが可能である。その一方で、未診断

のグレーゾーンの母親の場合には、さまざまな社会的困難を感じていたとしても、制度の対象外であるために、法律や手帳に基づいた必要な支援を利用することは困難である。

なお、ASD の場合、いわゆる正常と異常との境目が曖昧なため、医学的な判断を下すことが困難であることに加えて、発達障害については長年、男性を基準に診断されてきたために、特に女性の診断は見過ごされ易いことが多い。そのため、高機能 ASD 圏の母親に関しては、たとえ生活や子育てに困難さを抱えていたとしても診断に繋がらないために、支援の対象から外れてしまう、いわゆる「グレーゾーン」と言われる母親が多数存在していると考えられる。このようなグレーゾーンの母親たちは、発達障害特性ゆえに障害福祉制度や支援を必要としている場合においても、制度の対象外であるために、法律や手帳に基づいた必要な支援を利用しづらいという現状にある。

本研究における当事者へのインタビュー調査においても、高機能 ASD と診断された母親だけでなく、未診断のグレーゾーンの母親も、生活や子育てに関する困り感を有していることが明らかとなった（第 4 章）。本田（2014:237）が、「表面的な症状の軽さに惑わされることなく、必要な支援を躊躇することなく提供することが臨床家の責務である」と述べているように、診断の有無や症状の軽重を基準にするのではなく、生活や子育てに困り感を有する全ての高機能 ASD 圏の母親を対象とした支援を行うことが重要である。

その意味で、支援のニーズがありながらも、従来の発達障害者施策や子育て支援施策では十分な支援が届かなかつたと考えられるグレーゾーンの母親を考慮した、新たな支援策を講じることが必要である。この新たな支援策とは、「ASD か、ASD でないか」という「医学モデル」によるカテゴリー診断をベースにした支援ではなく、ASD のスペクトラム診断や母親の困り感などをベースにした「生活モデル」に立脚した支援策である。従来の機能的な障害の分類や診断に基づいた支給決定のあり方を見直し、福祉支援を必要とするすべての人々を対象とするような制度に改善することで、グレーゾーンの母親を含めた高機能 ASD 圏の母親の支援ニーズに合致した子育て支援を行うことが可能になると考えられる。

## ② ソーシャルワーカーを含めた支援体制の改善

前述したように、本研究の子育て支援プログラムでは、「子育て世代包括支援センター」（設置されていない市町村では保健センター）および「市町村の子ども関連部署」を中核として、関連機関と連携を行うネットワーク支援を想定している。

厚生労働省（厚生労働省 2015c:1-6）は、今後、「子育て世代包括支援センター」の全国展開を目指す上で、同センターの事業展開のあり方として、「利用者支援事業（母子保健型）」、「従前の市町村保健センターにおける妊娠・出産期の支援の取組み」、「利用者支援事業（基本型）」の 3 事業に分け、各事業を同一施設・同一事業者が一体的に実施する方法または、各事業を別施設で密接に連携して実施する方法の二つの事例を示している。なお、この事例では、「利用者支援事業（母子保健型）」および「市町村保健センター」については、「保健師等の専門性を活かした相談支援を行うこと」とあることから、専門職としては保健師を想定していると考えられる。一方で、「利用者支援事業（基本型）」については、「主として、地域子育て支援拠点等身近な場所で、日常的に利用でき、かつ相談機能を有する施設で実施」とのみ記載されており、どのような専門職が関わるのかについては明記されていない。そのため、この資料からは、「子育て世代包括支援センター」で

は、主に保健師らが中心となって、関係機関と連携した仕組みを想定していることが窺える。

一方、厚生労働省（厚生労働省 2014c : 7）による、「妊娠・出産包括支援事業の展開図」によれば、「ワンストップ拠点には、保健師、ソーシャルワーカー等を配置して、きめ細やかな支援を行うことにより、地域における子育て世帯の「安心感」を醸成する」と記されている。つまり、ここでは保健センター等に設置することを想定している「ワンストップ拠点」には、保健師だけでなくソーシャルワーカーも配置することが想定されているのである。

本研究の先行研究レビュー（第 2 章）に記したように、ASD の人々の抱える「生きづらさ」は、他者や物理的環境を含む社会システムの中で形成されるものである。つまり、ASD の人々の抱える「生きづらさ」を軽減するためには、当事者を社会に適応させようとした「医学モデル」による支援だけでなく、当事者を理解しようとするコミュニティ、社会の変化を目指した、「社会モデル」への移行を目指した支援が必要である。さらに、高機能 ASD 圏の母親の中には、貧困や社会的孤立など、さまざまな社会的ハンディキャップを背負っている場合もある。すなわち、高機能 ASD 圏の母親が置かれた状況をふまえ、問題改善のための適切な支援を行うためには、保健師らを中核とした母子保健型事業だけでなく、ソーシャルワークによる人々のウェルビーイングを高めるような社会変革を目指した取り組みが必要である。具体的には、「子育て世代包括支援センター」の専門職については、保健師だけでなくソーシャルワーカーについても明示し、ソーシャルワーカーによるコミュニティとの連携の促進、啓発などを推進することが必要であると考えられる。

### 第 3 節 本研究の意義

#### 1. 高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援モデル

本研究の意義は、第一にこれまでほとんど注目されてこなかった高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援プログラムのモデル構築を行ったことである。

中西（2012:11）は、女性と障害という問題に関して、「女性障害者は、障害、女性、貧困という三重の差別に直面しているために、現状へのフラストレーションや劣等感が強く、自己の向上に結び付いていたり、人間としての尊厳を認められるエンパワメントに必要な機会がない」と述べている。また、DPI（障害者インターナショナル）障害者権利擁護センター（2012 : 17）は、障害女性をめぐる日本の状況として、「女性はこうあるもの」という性別役割分業の意識が特に根強い日本では、従来からの画一的な女性観や母親観によって、障害のある女性は不利益や差別を被り、さらに障害女性自身も、そのような価値観を内面化してしまうため、自分を責め、他者による差別に気付かないこともあると述べている。障害のある母親の場合、母親が期待される役割を担うことが困難になると、周囲からは非難を受け、さらに母親自身も自分自身を責め続けることになる。このような障害をもつ女性や母親の抱える問題への社会的な認知は低く、当事者自身、声を発することも少ないが、DPI（障害者インターナショナル）障害者権利擁護センター（2012 : 17）が述べているように、表面化しないということは、決して問題がないということではない。

特に、高機能 ASD 圏の母親の場合には、表面上は障害が分かりにくいだけに、社会の中で生きづらさを感じても周囲から理解されにくいという ASD 者に特有の困難さと共に、母

親としての能力不足の非難といった厳しい現実直面するなど、母親としての困難さにも直面している（栗山 2013 : 145）。その意味で、本来支援を必要としながらも、必要な支援を得ることができなかった高機能 ASD 圏の母親を対象にした子育て支援プログラムのモデル構築を目指した本研究の意義は大きいと考えられる。

## 2. 母親、子ども、子育て家族全体を対象とした子育て支援モデル

本研究の意義は、第二に高機能 ASD 圏の母親と子ども、子育て家庭全体を対象にした子育て支援プログラムのモデル構築を目指したことである。本研究の子育て支援プログラムの対象は、「妊娠期から乳幼児期の子どもを養育中の高機能 ASD 圏の母親」である。しかし、支援を行うことで、母親自身の抱える障害特性に起因する問題だけでなく、家庭の問題や子どもの問題の改善を目指すなど、本プログラムは、「子ども、子育て家族全体」を対象とした支援プログラムを志向したものである。

一方、本研究における支援者への調査においては、保健師は主に子どもの発達の遅れや育て難さといった側面に焦点を当てて支援を行っている傾向が強いことが明らかとなった（第 5 章）。しかし、子ども側に発達障害の特性を有する場合には、親にも発達障害の特性が見られることが少なく（橋本ら 2012 : 1）、母親と子どもが高機能 ASD 圏という場合には、親と子のそれぞれのリスク因子と補償因子が相まって、子育てや親子関係、子どもの精神衛生や発達に、より複雑な影響を及ぼす。そのため、子どもだけでなく母親にも ASD の症状を認める場合またはその疑いがある場合には、どちらか片方にだけでなく、双方に対してリスク因子を弱め、補償因子を強めるような社会的支援を講じる必要がある。

支援の現場では、育て難さを感じる子どもに対してさまざまな支援を行ってみても、なかなか効果が現れない場合も多くみられる。しかし、そのような場合に、子どもだけでなく、母親にも発達障害の特性が見られるかどうかのアセスメントや、子育て家庭全体を対象としたアセスメントを行うことで、子どもの問題や子育ての問題、親子の問題などの改善に風穴を開ける可能性もある。

支援の対象を「児童」とする伝統的な「児童福祉」の考え方ではなく、支援の対象を「子ども、子育て家庭」とする本子育て支援プログラムの考え方は、まさに「子ども家庭福祉」の理念（高橋 1998）に基づくものである。

以上を踏まえ、本研究における子育て支援プログラムでは、高機能 ASD 圏の母親に焦点を当てて、それらの母親や家族に対する適切な社会的支援を講じることで、母親の抱える子育てや親子関係の問題の改善を図り、ひいては子どもの健全な発達にも繋がる可能性を示したものであり、「子ども家庭福祉」の観点からも意義が高いと考えられる。

## 3. 当事者の視点に立った当事者との協働による子育て支援モデル

本研究の意義は、第三に当事者の視点に立った、当事者との協働による子育て支援プログラムのモデル構築を志向したことである。

レオ・カナリー（Leo Kanner）が「早期乳幼児自閉症」に関する論文を 1943 年に発表して以来、自閉症に関する様々な研究が世界中の多くの研究者によってなされてきた。しかし、それらのほとんどでは、自閉症者は研究のための対象（objects）に過ぎず、自閉症者自身の声を聞こうとした研究は少なかったと Milton et al.（2013 : 62）は述べている。

また、近年、発達障害と子育ての関係についての先行研究は多数出版されているが、それらのほとんどは子どもに発達障害がある場合の子育て研究である。母親側に発達障害がある場合の先行研究は少なく、それらの多くは支援者の視点から必要と思われる母親支援について考察しているため、当事者自身が持つニーズについては十分に把握することができない。

ここで、子育て支援という“支援”を考える上で不可欠な当事者と支援者の関係について考えたい。アンダーソンとグリーシャンは、「クライアントこそが専門家である」という考え方にに基づき、当事者の体験そのものを受け止め、支援者がそこから学ぶ姿勢を主張した(Anderson et al. =1997 : 59)。コラボレイティブ (Collaborative) アプローチでは、支援者側の判断によって特定のゴールを設定するのではなく、あくまでも支援者がクライアントとの対話の中でゴールを探していくことが基本とされている (荒井 2014 : 15)。志賀 (2013 : 11) は、支援-被支援関係は支援者から被支援者への一方向のかかわりではなく、相互に欠くべからざる関係として展開されること、そしてその中でこそ当事者の意思・ニーズを確認し尊重していくことができると論じている。すなわち、支援を考える際には、まずは当事者の意思・ニーズを確認すること、さらには当事者と支援者お互いが協力的な関係を構築することを目指す (パートナーシップまたは協働) ことが重要であると言える。ASD をめぐる動きについても、ようやく、これまでの「病理中心」から「ストレングス中心」という新しい動きや、コミュニティとの「協働」(Collaboration) といった新たな動きが展開されつつある (Milton et al. 2013 ; Wright et al. 2014)。

そこで、本研究における実証研究では、まず、当事者の視点から、高機能 ASD の母親が抱える子育ての困難さとその要因を明らかにすることを目的として、当事者による手記分析および当事者へのインタビュー調査を実施した。さらに、パートナーシップまたは協働の観点から、子育て支援モデルの構築過程においても、支援者だけでなく当事者との意見交換会を実施し、当事者の視点を踏まえた支援プログラムのモデル開発に努めた。

本研究の子育て支援プログラムで用いたプログラム評価手法による参加型評価の例としては、実践家が参加する実践家参加型評価の例 (実践家参画型効果的プログラムモデル形成評価研究班による事例 ; 山野 2015a など) に比べて、当事者が参加する参加型評価の例 (藤島 2014) はまだ多くはないと考えられる。藤島 (2014 : 25) は、当事者が評価に参加することによって、当事者の権利意識と主体性が促進され、エンパワメントとリカバリーの実現、そして事業やプログラムの改善に繋がることが期待されると述べている。その意味で、本研究において実践家だけでなく当事者の参加を得て子育て支援モデルを構築したことは、コラボレイティブ・アプローチの視点からだけでなく、当事者のエンパワメントとリカバリーの促進に繋がるものであり、社会福祉実践の上からも意義があると考えられる。

#### 4. 高機能 ASD 圏の母親の子育て困難と支援ニーズについての新たな知見の創出

本研究の意義は、第四に本研究を通して、高機能 ASD 圏の母親の子育て困難と支援ニーズについて、新たな知見を創出したことである。

高機能 ASD 圏の母親の問題については、社会的な認知は十分でないものの、ここ数年、当事者による手記やエッセイの出版が増加したことから、ASD の母親が抱える子育ての困

難さや経験を把握することが可能となっている。手記というのは、第一人称または当事者による「経験」を記述したナラティブ（物語）であると言える。しかし、それらの対象を量的に増やしていけば、個人としての物語から、社会現実という物語に変容することが可能となる。その意味で、これまで個々のナラティブな経験に留まっていた高機能 ASD 圏の母親の物語を、複数の手記を対象にして分析することを通じて、高機能 ASD 圏の母親全体の現実として映し出すことができたのではないかと考える。

しかし、本研究の手記分析の対象者は全て、出産後、診断および支援に繋がり、困難を軽減できた母親であり、手記としてまとめる能力がある人は限られていることから、手記分析の結果のみでは一般化することはできない。また、高機能 ASD 圏の母親の中には、診断を得た母親だけでなく、未診断であっても育児や生活に困り感を感じている母親が存在すると考えられる。そこで、本研究では、診断の有無ではなく、母親が抱えているであろう「困り感」という視点に立脚し、手記分析の対象者には含まれなかった未診断のグレーゾーンの母親についても対象に加えた上で、インタビュー調査を実施し、それらの母親の子育て困難と支援ニーズを明らかにした。このように、本研究では、「生活モデル」を踏まえた母親の「困り感」というものに焦点を当てることで、これまでほとんど声を発する機会もなく、明らかにされてこなかったグレーゾーンの母親を含む高機能 ASD 圏の母親の子育て困難と支援ニーズをはじめ明らかにしたものであり、新たな知見の創出という意味から、その意義は大きいと考えられる。

また、本研究の手記分析やインタビュー調査の結果から、高機能 ASD 圏の母親は、妊娠・出産後、診断の有無に拘らず、妊娠・出産の不安、自身の特性に起因する悩み、子どもや夫、周囲との関係についてなど、様々な悩みを抱えたが、自身や子どもへの支援、夫からの理解、自身の特性の理解によって、ストレスや不安の軽減に繋がることが明らかとなった。特に、母親の問題解決のためには、母親が自身の特性（ストレングス）を理解することが重要である点が浮き彫りとなった。

このことは、高機能 ASD 圏の母親の“特性（ストレングス）”への気づきを促進するための適切な介入支援が行われれば、仮に子育てや生活上の困難を抱えていたとしても、問題を改善することは十分可能であることを立証したものであると言える。また、このことは、高機能 ASD 圏の母親が抱える子育てや生活上の困難は、ASD という障害特性を変えることではなく、母親自身が自身の特性に合った対処方法を見出し、ニーズに即した適切な支援を活用し、環境を調整することによって改善が可能になるということを実証的に示しており、社会的支援の必要性を裏付ける有用な示唆を得たと考えられる。

## 5. 高機能 ASD 圏の母親に対する支援の実態を踏まえた子育て支援モデルの構築

本研究の意義は、第五に本研究を通して、高機能 ASD 圏の母親への支援の実態を把握し、その実態を踏まえて子育て支援プログラムのモデル構築ができたことである。

本研究では、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援の中核として想定している「子育て世代包括支援センター」の前身である「妊娠・出産包括支援モデル事業」を実施した市町村の保健師による高機能 ASD 圏の母親への関わりの現状や、多職種との連携についての課題を把握することができた。「妊娠・出産包括支援モデル事業」において、高機能 ASD 圏の母親への関わりに焦点を当てた調査研究としては、初めてのものであると考えられる。

本研究では、「妊娠・出産包括支援モデル事業」を実施した市町村の保健師の多くが、高機能 ASD 圏の母親に関わったり出会ったりする機会は比較的多いことや、保健師の多くは高機能 ASD 圏の母親の ASD の特性に気付くことで、コミュニケーションの改善を図っていること、多職種間による連携を行っていることが明らかとなった。

一方で、本調査により、同モデル事業の後継事業である「子育て世代包括支援センター」を活用した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの形成に当たっては、いくつかの課題が存在することが明らかとなった。その一つが、保健師らの高機能 ASD 圏の母親についての専門的知識や、支援の実施体制に関する地域格差の存在である。これらの課題を踏まえて、今後、高機能 ASD 圏の母親に対する地域の実態を踏まえた子育て支援プログラムを検討することが必要である。

また、支援の実態調査を通じて、今後、適切な支援を実施するための基盤整備として、高機能 ASD 圏の母親への支援のためのガイドラインまたはアセスメントツールの開発の必要性などが明らかとなった。このような支援の基盤整備のための活動を、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルのインパクト理論の中に明示的に示すことができたことは、本研究の成果であると考えられる。

## 6. プログラム評価手法を用いた子育て支援モデル

本研究の意義は、第六にプログラム評価の理論と方法論を用いて、高機能 ASD 圏の母親を対象とした効果的な子育て支援プログラムのモデル構築を行ったことである。

プログラム評価方法は、問題解決に対する有効性が実証された科学的根拠に基づく実践 (evidence-based practices; EBP) 等のプログラムモデルを開発して、より効果的なプログラムへと改善・形成し、さらには効果モデルの実施・普及を進めるために、世界的に確立した有効な科学的方法論である (Rossi et al.=2005)。

現状では、高機能 ASD 圏の母親たちに対する既存の支援モデルは存在していないため、本研究では、プログラム評価手法の第一ステージに位置づけられる「開発評価」を実施し、新規の効果的モデルの構築を行った。具体的には、この「開発評価」のうち、高機能 ASD 圏の母親に関する先行文献のレビューによる理論評価と、当事者および支援者側のニーズ評価を行い、モデルのデザインと理論の生成を行った。また、本研究の子育て支援モデルの開発においては、まず筆者が暫定版子育て支援モデルを構築した後、当事者および支援者 (保健師など) との意見交換会や意見の聴取を行い、その評価結果を基に、暫定版子育て支援プログラムの検討を行った。このような当事者および支援者のプログラム開発への参画を経ることで、形成されたプログラムの明確さや妥当性、実現可能性、適切さなどを高めることができたと考えられる。

また、本研究の子育て支援プログラムで示したインパクト理論では、子育て支援プログラムで目指すべき目標 (ゴール) を明確化しただけでなく、原因—結果、手段—目的といった論理 (ロジック) も示している。このようなインパクト理論を形成することで、何を目指して支援を行うのか、支援を行うことでどのような目標の達成が目指されているのかなどについて、関係者間で共有することも可能となる。

さらに、本研究の子育て支援プログラムでは、プロセス理論を構築することで、支援の目標を達成するための一連の支援プロセス (高機能 ASD 圏の母親に「気づく」、「繋げる」、



「支援する」という3段階のプロセス)の過程をより明確に示すことができたと考える。また、プロセス理論のサービス利用計画においては、ニーズキャッチ、アセスメント、支援計画の策定、支援の実施、評価、終結(または再アセスメント)という流れに沿って、標的集団の違いを踏まえた具体的な支援方法も記述しており、その意味で実践においても有用であると考えられる。

## 第4節 本研究の限界と今後の課題

### 1. 研究方法に関する限界と課題

まず、本研究の研究方法に関する限界と今後の課題について述べる。

第一点は、高機能ASD圏の母親へのインタビュー調査の対象の選定についてである。対象者の理論的サンプリングに当たっては、手記分析の対象者には含まれなかった出産前に診断されていた母親、未診断のグレーゾーンの母親、診断後も適切な支援に繋がらなかった母親も対象に加えた。しかし、インタビューの対象者数が14名と少ないことから、多様な特性を有する高機能ASD圏の母親の子育て困難さとその要因等を全て把握できたとは言い難い。また、対象者の半数については、対面式ではなく、メールベースでのインタビューになったため、情報量の偏りがあったことも否めない。さらに、インタビュー調査の対象者には、医学的なアセスメントを実施していないため、障害特性の強弱(または濃淡)と育児困難、母親のニーズとの関係性について十分に把握できていない。また、インタビュー調査の対象者は、主に母親本人にASDの自覚があり、困り感を有する母親に限られたため、ASDの自覚のない母親または困り感を認識していない母親については、ニーズの把握をすることができなかった。今後は、ASDの障害特性の強弱(または濃淡)または本人のASDの自覚や困り感への認識度合や有無を踏まえた調査の実施が必要である。

第二点は、高機能ASD圏の母親に焦点を当てた「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師らを対象とした質問紙調査の回収率についてである。本調査の限界として、全体の回収率は58.6%、都市の規模別の回収率は、政令市・中核市については30%、その他の市町村では73.3%と、大規模な政令市・中核市からの回収率が特に低かった点が挙げられる。大規模な政令市・中核市では、その他の市町村と比べて、発達障害に関する研修などの経験や、高機能ASD圏の母親に関わった経験、母親への支援内容、多職種・機関との連携の状況が異なっている可能性もあるが、その点については実態を十分に把握することができなかった。

第三点は、支援者への質問紙調査の対象についてである。本研究の暫定版の子育て支援モデルにおいては、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の後継事業である「子育て世代包括支援センター」を支援の中核機関として位置づけたため、本研究では「妊娠・出産包括支援モデル事業」に関わった市町村の保健師らを対象にした質問紙調査を行った。しかし、高機能ASD圏の母親への支援機関としては、それらの機関以外にも、保育園、地域子育て支援センター、子どもの療育機関、親子教室などさまざまなものがあり、グッドプラクティスも蓄積されている可能性がある。時間的な制約のため、本件調査においては、それらの他の機関の支援の実態については調査をすることができなかった。今後は、その他の関連機関においても調査を進め、支援の現状や課題を把握することが必要である。

## 2. 支援モデルに関する限界と課題

次に、本研究で開発された子育て支援モデルに関する限界と今後の課題について述べる。

第一に、本研究の結果示された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムでは、主に当事者である母親の育児困難に焦点を当てた分析結果を基にしていることから、母親の育児の喜びといったポジティブな側面についての分析は十分でないことである。本研究の目的は、高機能 ASD 圏の母親の育児困難の軽減を目指し、母親の多様なニーズに合致した地域における効果的な子育て支援プログラムのモデルを形成することである。その目的にしたがったために、本研究では、高機能 ASD 圏の母親が抱える育児困難やその要因についての分析が中心となった。そのため、本研究で開発された支援プログラムでは、高機能 ASD 圏の母親が感じているかもしれない育児における喜びといった感情に関しては、反映できているとは言い難い面がある。したがって、今後は、母親の抱える育児困難といった側面だけでなく、母親が感じているであろう育児の喜びにも焦点を当てて、子育て支援モデルについての検討を行うことが必要である。

第二に、本研究の結果示された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムは、まだ開発段階のいわゆる暫定版の理論的モデルに留まっていることである。プログラムの運用に当たっては、実践現場におけるコンセンサスや、予算や人材の適切な配置など、さまざまな課題もある。今後はこのプログラムを実際に運用し、まずはプログラムの運用結果についての継続的改善・形成評価（プロセス評価・アウトカム評価）を行い、暫定版の理論的モデルをより効果性の高い EBP プログラムへと改善を図る必要がある。さらに、次の段階である実施・普及評価のステージでは、実践からのフィードバックを基に、プログラムの具体的実施項目である効果的援助要素を検討の上、同定し、実践現場でのモデルの普及を目指していくことが必要である。これらの点について、今回の研究においては限界として挙げ、今後の課題としていきたい。

第三に、これらの課題に加えて、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルの基盤整備のためのメゾレベルの課題として、高機能 ASD 圏の母親への支援のためのガイドラインまたはアセスメントツールの開発等を行うことが必要である。これらの課題については、今後、支援の中核として想定している、子育て世代包括支援センターや市町村の子ども関連部署の職員などの実践家や研究者、さらには当事者の協力を得ながら調査研究を行い、現場のニーズに適した妥当性や実現可能性の高い高機能 ASD 圏の母親に配慮したペアレント・トレーニングの開発や、高機能 ASD 圏の母親への支援のためのガイドラインの開発を行うことが必要である。さらに、マクロレベルの課題として、高機能 ASD 圏の母親支援のための、グレーゾーンの母親も含めた障害福祉制度の改善が必要である。

## 第 5 節 結論

本研究は、プログラム評価方法を援用し、開発評価に当たるニーズ評価とプログラム理論評価の実施を通して、高機能 ASD 圏の母親の多様なニーズに合致した地域における効果的な子育て支援プログラムのモデル形成を目的に実施したものである。

本研究は、5 部 7 章で構成されている。

序論と第 1 章による第 1 部では、それぞれ研究の背景と研究の目的、用語の定義、および研究方法と研究の構成について記述した。研究の背景では、母親が高機能 ASD 圏の場

合、障害特性である対人能力の障害や社会能力の障害、障害への社会の理解不足による社会的孤立等から、子育てへのストレスが高く、育児困難を背景とする抑うつなどの精神症状を発生しやすくなり、ひいては子ども虐待など、不適切な養育に繋がるとの先行研究結果を示した。その一方で、ASD を含む発達障害と子育ての関係についての先行研究のほとんどは子どもに発達障害がある場合の子育て研究であり、発達障害を有する母親への育児支援に関する先行研究が少ないこと、高機能 ASD 圏の母親たちに対する地域における子育て支援モデルは提示されていないことを明らかにした。以上から、高機能 ASD 圏の母親が有する障害特性や精神疾患などに配慮した新たな子育て支援プログラムのモデル構築の必要性について論じた。

第 1 部の研究背景を踏まえ、第 2 部 (第 2 章) では、理論研究編 (研究課題 1) として、先行研究レビューを実施した。具体的には、ASD を含む発達障害児の母親に関する先行研究、子ども虐待防止の取組に関する先行研究、「妊娠・出産包括支援モデル事業」に関する先行研究、発達障害を有する母親の育児における喜びや困難等に関する先行研究や子育て支援の実践についての先行研究、既存のソーシャルワーク理論についての先行研究など、高機能 ASD 圏の母親の子育て支援モデルに関係すると思われる国内外の先行文献について、幅広くレビューを行った。

先行研究レビュー結果から、ASD の成人女性の診断は見過ごされることが多く、困り感を有していても診断されず、支援を利用できないグレーゾーンの母親が多数存在すると考えられた。そのため、高機能 ASD 圏の母親の支援に関しては、「ASD か、ASD でないか」という「医学モデル」によるカテゴリー診断をベースにした支援ではなく、ASD のスペクトラム診断や母親の「困り感」をベースにした「生活モデル」に立脚した支援が必要であると考えた。そのため、本研究の子育てプログラムの標的集団については、母親の抱える「困り感」を基軸として、ASD と診断済みの母親だけでなく、「グレーゾーン」の母親も含めた、子育てに困り感を有する全ての母親を対象とした。そこで、第 2 章の先行研究レビューの考察結果では、「グレーゾーン」の母親も含めた、子育てに困り感を有する高機能 ASD 圏の母親を対象に、母親の育児における困り感の軽減等を目的とした、暫定版の子育て支援プログラムのインパクト理論について提示を行った。すなわち、第 2 章で作成した暫定版のインパクト理論は、母親の「困り感」という視点をベースにした、母親の「困り感」を軽減することを目的とした理論であるといえる。

第 3 部 (第 3 章・4 章・5 章) では、実証研究編 (研究課題 2) として、プログラム開発評価の第一段階であるニーズ評価を実施した。高機能 ASD 圏の母親への育児支援を実施するために、まずは当事者に対する調査を行い、当事者が抱える育児困難やニーズについて把握することが必要である。そこで、本研究では、高機能 ASD 圏の母親を対象として、当事者による手記分析 (第 3 章) や当事者へのインタビュー調査 (第 4 章) を行い、子育て困難の内容とその要因および支援ニーズを明らかにした。さらに、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムにおいて中核的な役割を担うと考えられる「子育て世代包括支援センター」の前身である「妊娠・出産包括支援モデル事業」に関する調査として、同事業を実施した市町村を対象に質問紙調査を行い、同事業における高機能 ASD 圏の母親への支援の現状と課題を明らかにした (第 5 章)。これらの結果から、高機能 ASD 圏の母親の“特性 (ストレングス)” への気づきを支援の中核として、ニーズに合致した適切な介入

支援が行われれば、仮に母親が子育てや生活上の困難を抱えていたとしても、困難な状況を改善することは十分可能であることを実証データによって示すことができた。また、本研究の結果から、「子育て世代包括支援センター」を活用した高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムの形成に当たっては、保健師らの高機能 ASD 圏の母親についての専門的知識や支援の実施体制に課題が存在することを示した。

第 4 部（第 6 章）は、モデル開発の結果であり、研究課題 3 に対応している。第 1 部から第 3 部までの分析結果、さらにはモデルの妥当性や実現可能性を高めるために実施した評価可能性アセスメントの結果を踏まえ、評的集団の再検討を行い、最終版のインパクト理論およびプロセス理論による子育て支援プログラムのモデルを構築した。

まず、支援者調査の結果から、高機能 ASD 圏の母親の中には、「困り感」を感じている母親だけでなく、「困り感」の自覚のない母親も存在すること、しかし後者の母親の中には、支援が必要と思われる母親が含まれていることが確認できた。そのため、子育て支援プログラムの評的集団については、診断の有無だけでなく、母親の困り感の有無を問わない、グレーゾーンの母親を含めたすべての「妊娠期から乳幼児を養育中の高機能 ASD 圏の母親」を支援対象とすることに改めた。

さらに、評的集団の見直し結果を踏まえて、支援プログラムのインパクト理論の修正を行った。最終版のインパクト理論では、母親の「困り感」という視点ではなく、母親の「特性（ストレングス）」という視点に立脚して、母親の「困り感」の軽減だけでなく、母親および家族のウェルビーイングの向上を目指した理論的モデルへと修正を行った。すなわち、最終版のインパクト理論では、当事者との協働によって、高機能 ASD 圏の母親の特性（ストレングス）への気づきを促進し、それによって母親のハーディネスの構築とソーシャルサポートの活用につなげ、母親の育児困難の軽減、ウェルビーイングの向上を目指した理論的モデルへと改善を行った。

また、最終版のインパクト理論を踏まえて作成した最終版のプロセス理論では、支援者によって「(グレーゾーンの母親を含めた) ASD 圏の母親を把握する」、そして「母親の特性に対する気づきを促進する」、そして「ニーズを踏まえたソーシャルサポートにつなげる」という 3 段階のアプローチで構成し、そのサービス利用計画および組織計画においては、「困り感」を感じている母親だけでなく、「困り感」の自覚のない母親についても考慮したモデルを開発した。

第 5 部（第 7 章）は、結論であり、本研究で構築した子育て支援プログラムについて「総括」を行った上で、モデルの実施のための課題、本研究の意義、本研究の限界について記述を行った。本研究で構築した子育て支援プログラムの「実践上の意義」については、以下の 6 点に集約できる。第 1 に、これまでほとんど注目されてこなかった高機能 ASD 圏の母親を対象とした子育て支援プログラムの構築を行ったことである。第 2 に、母親だけでなく、子どもや子育て家族の問題解決に資する子育て支援プログラムを示したことである。第 3 に、当事者の視点に立った、当事者との協働による子育て支援プログラムを構築したことである。第 4 に、本研究を通して、高機能 ASD 圏の母親の子育て困難と支援ニーズについて、新たな知見を創出したことである。第 5 に、本研究を通して、高機能 ASD 圏の母親への支援の実態を把握し、その実態を踏まえて子育て支援モデルを構築できたことである。そして第 6 に、プログラム評価の理論と方法論を用いて、高機能 ASD 圏の母親を対象

とした効果的な子育て支援プログラムの構築を行ったことである。

しかし、本研究で構築した子育て支援プログラムは、以下の通り「研究の限界と今後の課題」も有している。研究方法の課題としては、第 1 に、高機能 ASD 圏の母親へのインタビュー調査の対象の選定が限定的であったことである。第 2 に、高機能 ASD 圏の母親に焦点を当てた「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師らを対象とした質問紙調査の回収率の問題である。第 3 に、支援者側の調査としては、「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師ら以外のその他の子育て支援機関を対象とした調査やグッドプラクティスについての調査を十分に行えていないことである。支援モデルに関しては、母親の育児困難への分析を中心に作成されたものであること、本研究の結果示された高機能 ASD 圏の母親への子育て支援プログラムは、まだ開発段階のいわゆる暫定版の理論的モデルに留まっていることである。さらに、これらの課題に加えて、メゾレベルにおける高機能 ASD 圏の母親への子育て支援モデルの基盤整備のための活動として、高機能 ASD 圏の母親への支援のためのガイドラインまたはアセスメントツールの開発や、マクロレベルにおける福祉制度改善を行うことが、今後の課題として残されている。

以上を総括すると、本研究には多くの研究課題が残されているといえる。しかし、本研究で示すことができた高機能 ASD 圏の母親が抱える子育て困難や支援ニーズ、支援の実態などは、これまでの研究では明らかにされてこなかったものであり、その意味で、本研究は、今後の実践や研究の発展にも寄与しうる重要な新たな知見を創出することができたと考えられる。

本研究を通して、高機能 ASD 圏の母親への子育て支援についての新たな道筋を示すことができたが、今後はプログラムの実践を通して継続的な見直しを行い、実践に即した効果の高い EBP プログラムモデルとして改定していく必要がある。また、今回は、当事者および支援者などの利害関係者に対して、筆者が作成した暫定版子育て支援プログラムについての意見の聴取を行ったが、参加型ワークショップのように、当事者および支援者と協働で支援モデルを構築する方法についても検討する必要がある。今後、社会的にコンセンサスを得られるモデルとして発展させていくために、より多くの利害関係者の参画を得たモデルの開発を行うことが望ましいと考えられる。今後も、当事者および支援者、研究者らとの協働による研鑽を重ねながら、高機能 ASD 圏の母親が抱える子育て困難の改善に貢献していきたい。

## 謝辞

本論文の執筆にあたりまして、多くの先生方、支援者の皆様、当事者の皆様にご指導と温かい励まし、ご協力をいただきました。この場を借りて、こころから感謝申し上げます。

主指導教員として大島巖先生には、多くの面でご指導をいただきました。大島先生からは、3年間にわたって、論文に対して適切なご助言を頂くと共に、研究とは何か、何のために研究を行うのかなど、研究者としての心構えについてもご指導して頂きました。

副指導員として1年生の時から継続的にご指導頂きました藤岡孝志先生には、実践現場を大切にすることを教えて頂くと共に、常に温かい励ましの言葉をかけて頂きました。

審査委員長としてご指導頂きました後藤隆先生には、高機能 ASD 圏の母親が抱える生きづらさや母性神話など、新しい視点を教えて頂きました。

審査委員としてご指導頂きました佐藤久夫先生、小田美季先生からも、論文執筆に当たっての基本的な姿勢も含めて、貴重なご助言を賜りました。

また、鶴岡浩樹先生には、査読付き論文への投稿の際に、突然のお願いであったにも拘らず、丁寧にご指導を頂くことができました。さらに、横浜市立大学の落合亮太先生にも、はじめての査読付き論文への投稿の際に、質的研究のありかたなどについて懇切丁寧にご指導頂きました。さらに、吉田光爾先生には、2年生の時から、ゼミでさまざまご指導頂きました。吉田先生の優しい笑顔に、元気を頂きました。

併せて、インタビューにご協力頂いた当事者の皆様、支援者の皆様に、心より御礼を申し上げます。インタビューや質問紙調査に際しては、なんの伝手もなかったことから、本当に実施できるのだろうか大きな不安がありました。しかし、一人、二人と、インタビューに協力して下さる当事者や支援者の方が現れ、インタビューを実施することができました。研究に行き詰まりそうになったこともありましたが、大変なご経験を語って下さった当事者の皆様のお話が、私の背中を常に押してくださいました。

また、仕事をしながら研究を続けたいと申し出た私に対して、3年間、温かく見守って下さった職場の武田直子社長、そして同僚の皆様に、心より御礼を申し上げます。

そして、大島ゼミ、藤岡ゼミの皆様、ありがとうございます。挫けそうになっても、励まし合い、思いを共有することができた特に同期の皆様の存在は、私にとってとても大切な支えでした。

最後に、私の研究を3年間、あらゆる面ですっと支え続けてくれた夫、2人の子どもたち、両親、姉妹、ファミリー・サポートの中島さん、地域の方がたに、最大の感謝の意を伝えます。皆様のご協力がなければ、決して私の研究は終わることができませんでした。

ここで、お一人お一人のお名前を挙げきれないほど、多くの方々のご指導・ご助言・支えにより、こうして論文を完成することができました。この場を借りて、心より御礼を申

上げます。

高機能 ASD 圏の母親への支援の現状を改善するためには、課題が山積していると感じています。私の研究は、やっとスタートラインに就いたばかりですが、今後さらに研究を深め、継続することで、現状改善のために貢献して参りたいと思います。

2016 年 3 月吉日  
日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程  
岩田千亜紀

## 引用文献

- Abidin, R.R. (1990) The Parenting Stress Index-Sort Form-Test Manual. Charlottesville: *Pediatric Psychology Press*.
- Agha, S.S., Zammit, S., Thapar, A. et al. (2013) Are Parental ADHD Problems Associated with a More Severe Clinical Presentation and Greater Family Adversity in Children with ADHD? *European Child Adolescent Psychiatry* 22, 369-377.
- American Psychiatric Association(2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Ffth Edition (DSM5) *American Psychiatric Publishing*.
- Anderson, H. and Gooloshian, H.(1992) The Client is the Expert; A Not-Knowing Approach to Therapy. McNamee, S. and Gergen, K.J. eds., *Therapy as Social Construction*. Sage. (=1997, 野口裕二・野村直樹訳『ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践』金剛出版).
- 青木安輝 (2013) 『ソリューションフォーカス 解決志向の実践マネジメント—問題にとられず、解決へ向かうことに焦点を当てる』河出書房.
- 青木省三・村上伸治編 (2011) 『専門医のための精神科臨床リュミエール 23 成人期の広汎性発達障害』中山書店.
- 青木省三・村上伸治編 (2015) 『大人の発達障害を診るということ—診断や対応に迷う省令から考える』医学書院.
- AOZORA 福井 (2013) 『発達障害支援に関わる専門家のための研修テキスト・ガイドブック』(厚生労働省 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業報告書) .  
([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisahukushi/cyousajigyousougoufukushi/dl/h24\\_seikabutsu-21c.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/cyousajigyousougoufukushi/dl/h24_seikabutsu-21c.pdf), 2016.1.18) .
- 浅井朋子・杉山登志朗・小石誠二ほか (2005) 「高機能広汎性発達障害の母子例への対応」『小児の精神と神経』45(4), 353-362.
- 東志穂・飛田幸宏・久保裕子ほか (2011) 「広汎性発達障害のある育児中の母親を対象としたグループケア～支援者からみたグループケアの意義～」『北海道公衆衛生学雑誌』25(1), 31.
- 安達映子 (2013) 「単身高齢者支援事例にみる参画型ソーシャルワークの可能性—解決志向アプローチの活用による協働と連携の促進—」『社会福祉学』54(2), 83-93.
- 安藤久美子・岡田幸之 (2014) 「発達障害と併存障害—自閉スペクトラム症の成人例を中心に—」『精神科臨床サービス』14(3), 293-300.
- 荒井浩道 (2014) 『ナラティブ・ソーシャルワーク—“<支援>しない支援”の方法』新泉社.
- 新井陽子・高橋真理 (2006) 「産後うつ病の妊娠期予防的介入におけるシステムティック・レビュー」『母性衛生』47(2), 464-473.
- Arnold, D. S., O’Leary, S.G., Wolff, L.S. et al. (1993) The Parenting Scale: a Measure of Dysfunctional Parenting in Discipline Situations. *Psychological Assessment* 5, 137-144.
- アスペ・エルデの会 (2013) 『市町村で実施するペアレントトレーニングに関する調査について』(厚生労働省 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業報告書) .



- ([http://www.as-japan.jp/j/file/rinji/26korosho\\_houkokusho.pdf](http://www.as-japan.jp/j/file/rinji/26korosho_houkokusho.pdf), 2016.1.18) .
- 綾屋紗月 (2012) 『増補 前略、離婚を決めました』 イースト・プレス.
- 綾屋紗月 (2013) 「成人期の発達障害—当事者グループの分かち合い」 『こころの科学』 171, 56-62.
- Attwood, T. (2007) *The Complete Guide to Asperger Syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.
- Babinski, D.E., Pelham, W.E., Molina, B.S. et al (2012) Maternal ADHD, Parenting and Psychopathology among Mothers of Adolescents with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 1-16.
- Babinski, D.E., Waxmonsky, J.G. and Pelham, W.E. Jr. (2014) Treating Parents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: the Effects of Behavioral Parent Training and Acute Stimulant Medication Treatment on Parent-Child Interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology* 42(7), 1129-40.
- Bakhet, A.K., Johnson, N.L., and Zauszniewski, J.A. (2012) Resilience in Family Members of Persons with Autism Spectrum Disorder: a Review of the Literature. *Mental Health Nursing* 33, 650-656.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R. et al. (2001) The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31, 5-17.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. et al. (1988) An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 29, 339-349.
- Bliss, E.V. and Edmonds, E. (2008) A Self-Determined Future with Asperger Syndrome: Solution Focused Approaches (=2011, 桐田弘江・石川元訳 『アスペルガー症候群への解決志向アプローチ—利用者の自己決定を援助する』 誠信書房)
- Booth, T. and Booth, W. (1999) Parents Together. Action Research and Advocacy Support for Parents with Learning Difficulties, *Health and Social Care in the Community* 7(6), 464-474.
- Boyd, B.A. (2002) Examining the Relationship between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children with Autism, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 208-215.
- Braun K.V.N., Christensen, D., Doernberg, N. et al. (2015) Trends in the Prevalence of Autism Spectrum Disorder, Cerebral Palsy, Hearing Loss, Intellectual Disability, and Vision Impairment, Metropolitan Atlanta, 1991-2010. *PLOS ONE*. 10(4) e0124120, 1-21.
- Charmaz, K. (2006) *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis* (=2008, 抱井尚子・末田清子監訳 『グラウンデッド・セオリーの構築—社会構成主義からの挑戦』 ナカニシヤ出版)
- 地域子ども・子育て支援システム研究会ほか (2014) 『妊娠から出産、子育てまでの切れ目のない支援～日本版「ネウボラ」構想』
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V.L., Clarke, T.L. et al. (2008) Associations between Maternal Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1237-50.

- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K.A., Johnston, C. et al. (2011) The Relation between Maternal ADHD Symptoms & Improvement in Child Behavior following Brief Behavioral Parent Training is Mediated by Change in Negative Parenting, *Journal of Abnormal Child Psychol.* 39(7), 1047-57  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715311/pdf/nihms-383299.pdf>, 2015.12.3).
- 知名孝 (2012) 「発達障害の「診断」をどう考えるか—発達障害と診断された女性へのケースワーク面接から—」『沖縄国際大学人間福祉研究』9(2), 1-11.
- Corbin, J. and Strauss, A. (2008) Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, 3<sup>rd</sup> ed., SAGE (=2012, 操華子・森岡崇訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第3版』医学書院).
- Davis, N.O. and Carter, A.S. (2008) Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics, *J. Autism Dev Disor* 38, 1278-1291.
- 土岐篤史 (2014) 「自閉症スペクトラムの特性理解の新たな視点—DSM5の改定と自閉症理解」『障害者問題研究』42(2), 100-106.
- DPI 障害者権利擁護センター (2012) 「障害女性の権利をめぐる日本の状況」『ノーモライゼーション』2月号, 14-17.
- Flick, U. (1995) Qualitative Sozialforschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg (=2002, 小田博志ほか訳『質的研究入門—<人間の科学>のための方法論』春秋社).
- 藤岡孝志 (2008) 『愛着臨床と子ども虐待』ミネルヴァ書房.
- 藤島薫 (2014) 『福祉実践プログラムにおける参加型評価の理論と実践』みらい.
- 福永一郎 (2006) 『妊娠期、周産期における児童虐待予防に関する医療機関・自治体・地域の連携に関する検討』平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の開発に関する研究」684-691. (<http://www.aiiku.or.jp/~doc/houkoku/h15/h1580518.pdf>, 2016.1.18).
- 福島富士子 (2015a) 「政策につながる観護研究の実践—少子化社会における妊娠・出産・子育てにかかわる政策に向けた研究」『看護研究』48(1), 43-51.
- 福島富士子 (2015b) 「妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援について」『地域保健』2015.1, 8-13.
- 藤野友紀 (2007) 「「支援」研究のはじまりにあたって: 生きづらさと障害の起源」『子ども発達臨床研究』創刊号, 45-51.
- 古川洋子 (2010) 「子育て支援から産み育て支援への発展」『龍谷大学大学院研究紀要・社会学・社会福祉学』17, 87-99.
- 古川洋子・金子龍太郎 (2012) 「虐待予防に寄与する産み育て支援システムの構築—病産院退院後からの母親支援の必要性を中心に—」『龍谷大学大学院研究紀要・社会学・社会福祉学』19, 19-35.
- Gill M.J. and Harris, S.L. (1991) Hardiness and Social Support as Predictors of Psychological Discomfort in Mothers of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 21, 407-416.

- Gillberg C. (2002) *A Guide to Asperger Syndrome*, Cambridge University Press.  
 (=2010, 田中康雄監修、森田由美訳『アスペルガー症候群が分かる本：理解と対応のためのガイドブック』明石書店)
- Gingerich, W.J. and Peterson, L.T. (2012) Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on Social Work Practice*, 1-18.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company. (= 1996 後藤隆ほか訳『データ型対話理論の発見』新曜社)
- 芳賀彰子 (2010) 「知的に正常な発達障害がある母親への心身医療と発達障害児の養育環境」『心身医学』50(4), 293-302.
- 橋本和明ほか (2012) 『発達障害が疑われる保護者の虐待についての研究—その特徴と対応のあり方をめぐって』子どもの虹情報研修センター.
- 橋本真規・橋本陽介・熊井正之 (2011) 「障害児を育てる母親のレジリエンスの実態—半構造化面接調査による質的研究」『教育情報学研究』10, 1-13.
- 原仁 (2015) 「神経発達障害 (DSM-5) と発達障害の診断」『発達障害研究』37(1), 2-4.
- 原口英之・上野茜・丹治敬之ほか (2013) 「我が国における発達障害のある子どもの親に対するペアレントトレーニングの現状と課題—効果評価の観点から」『行動分析学研究』27(2), 104-127.
- 服巻智子編 (2009) 『当事者が語る結婚・子育て・家庭生活—自閉症スペクトラム 青年期・成人期のサクセスガイド3』クリエイツかもがわ.
- 狭間香代子 (2001) 『社会福祉の援助観—ストレングス視点/社会構成主義/エンパワメント』筒井書房
- 日詰正文 (2014) 「地域で支える発達障害—個性や特性を尊重する、住みやすい社会に向けて—発達障害者支援の国の施策と方向性」『地域保健』2014-11, 8-13.
- 平岩幹夫 (2008) 『地域保健活動のための発達障害の知識と対応—ライフサイクルを通じた支援に向けて』医学書院.
- Holyroyd, J. (1974) The Questionnaire on Resources and Stress: An Instrument to Measure Family Response to a Handicapped Member. *Journal of Humanistic Psychology* 37, 1-11.
- 本田秀夫 (2013) 「成人期の自閉症スペクトラムをどう理解し支援するか—児童精神科医の立場から」『こころの科学』171, 16-21.
- 本田秀夫 (2014) 「発達障害の成人女性への支援」『精神科治療学』編集委員会編『発達障害ベストプラクティス—子どもから大人まで—』精神科治療学29増刊号, 235-237.
- Humphreys, K.L., Katz, S.J, Lee, S.S et al. (2013) The Association of ADHD and Depression: Mediation by Peer Problems and Parent-Child Difficulties in Two Complementary Samples. *Journal of Abnormal Psychology*. 122(3), 854-67.
- 市川宏伸 (2009) 「発達障害者支援法の現状と今後の展望—広汎性発達障害者を中心に—」『精神科治療学』24(10), 1163-1169.
- 飯田法子・佐藤晋治 (2013) 「母親自身に発達障害が見られる家族への子育て支援プログラムの開発」『第22回日本LD学会報告集』744-745.

- 稲嶺正充・西信高・小椋たみこ（1980）「障害児の母親の心的態度について」『特殊教育学研究』18(3), 33-41.
- 稲嶺裕子・三浦剛（2004）「発達障害児をもつ母親の主観的疲労感の変化—福祉的介入の効果を探る」『保健福祉学研究』2, 45-54.
- 石川道子（2013）「発達障害のある人の子育て支援」『発達障害医学の進歩』25, 47-54.
- 井潤知美（2010）「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(5), 446-452.
- 岩田千亜紀・落合亮太・大島巖（2015）「高機能自閉症スペクトラム障害（ASD）の母親の手記にみる子育て困難と支援ニーズ」『障害学研究』11（掲載予定）.
- 岩田千亜紀（2015）「高機能自閉症スペクトラム障害（ASD）圏の母親の子育て困難と支援ニーズ—当事者に対する質的研究に基づく分析」『社会福祉学』56(3), 44-57.
- 岩田直子(2004)「知的障害を持つ親への子育て支援研究の動向—Tim Booth & Wendy Booth の研究を中心に」『沖縄国際大学人間福祉研究』2(1), 33-56.
- 実践家参画型効果的プログラムモデル形成評価研究班のウェブサイト。  
<http://ppcfe.com/home/method/>
- 神保育子（2013）「発達障害のある人の就労にかかわる現状と課題—TOSCA の取り組みから」『技能と技術』1-7.
- Kahane, T. eds. (2006) *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*, WHO (=2012, 小林美智子監訳『エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と防止介入—その実践とさらなるエビデンスの創出に向けて』明石書店)
- 亀口憲治（2010）「発達障害の家族支援」『子育て臨床と心理臨床』2, 6-12.
- 神尾陽子（2005）「自閉症に見られる性差」『教育と医学』623, 481-489.
- 神尾陽子（2009）「ライフステージに応じた支援の意義と、それを阻むもの」『精神科治療学』24(10), 1191-1195.
- 神尾陽子編（2012）『成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル』医学書院.
- 金井智恵子（2013）「高機能自閉症スペクトラム障害をもつ母親の育児態度及び QOL について」『子ども教育研究 子ども教育学会紀要』5, 17-22.
- 兼田絢未（2011）『親子アスペルガー—ちょっと脳のタイプが違います』合同出版株式会社.
- 金子恵美（2013）「支援を求めない家庭に対応する子ども家庭支援ネットワークの展開：東京都子ども家庭支援センターの取り組み」『日本社会事業大学研究紀要』59, 41-62.
- 笠原麻里・小泉智恵・辻井弘美ほか（2007）「軽度発達障害者の育児支援に関する検討（平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金）『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あり方に関する研究：支援の有用性と適応の評価及び臨床家のためのガイドライン作成分担研究報告書』』67-72.
- 笠原麻里・小泉智恵・辻井弘美ほか（2008）「軽度発達障害者の育児支援に関する研究—育児困難予防のための妊産期からのとりくみ」（平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金）『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あり方に関する研究：支援の有用性と適応の評価及び臨床家のためのガイドライン作成分担研究報告書』, 85-91.

- 笠原麻里・小泉智恵・各務真紀ほか（2009）「軽度発達障害者の育児支援に関する研究—育児困難予防のための妊産期からのとりくみ」（平成21年度厚生労働科学研究費補助金）『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あり方に関する研究：支援の有用性と適応の評価及び臨床家のためのガイドライン作成分担研究報告書』, 115-118.
- 笠原麻里（2009）「広汎性発達障害の女性における妊娠・出産・育児」『精神科治療学』24(10), 1225-1229.
- Kasari, C and Sigman, M. (1997) Linking Parental Perceptions to Interactions in Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 27(1), 39-57.
- 川北稔（2013）「ひきこもり経験者への支援と発達障害への特性理解(1)—家族会参加者への質問紙調査から」『愛知教育大学教育創造開発機構紀要』1, 47-53.
- Kempe, H., and Gray, J.D. (1979) Prediction and Prevention of Child Abuse, *Seminars in Perinatology* 3, 85-90.
- 木原活信（2002）「社会構成主義によるソーシャルワーク研究方法—ナラティブ・モデルによるクライアントの現実の解釈」『ソーシャルワーク研究』27(4), 28-34.
- 木村美也子・山崎喜比古・望月美栄子ほか（2009）「広汎性発達障害児をもつ母親の次子妊娠と出産をめぐる体験—年長子の障害を認識していた母親と認識していなかった母親の比較から」『保健医療社会学論集』20(2), 50-63.
- 木下康仁（1999）『グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.
- 木脇奈智子・太田由加里（2014）「多様化する子育て支援の現状と課題：第3報—フィンランドの家族支援「ネウヴォラ」に着目して—」『藤女子大学 QOL 研究所紀要：The Bulletin of Studies on QOL and Well-Being』19 (1), 35-42.
- 北川憲明・七木田敦・今塩屋隼男（1995）「障害幼児を育てる母親へのソーシャルサポートの影響」『特殊教育学研究』33(1), 35-44.
- 北原侑（2013）「発達障害における医学モデルと生活モデル」『発達障害研究』35(3), 32-38.
- 北村俊則ほか（2005）「助産師による妊娠期間中の心理支援が産後うつ病の重症度に与える予防効果に関する研究」『厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）研究報告書』
- 工藤真由・奥住秀之（2008）「障害児を持つ親のストレスに関する文献検討」『東京学芸大学紀要（総合教育科学系）』59, 235-241.
- Kobasa, S.C. (1979) Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11.
- 小林真理子（2014）「自閉症スペクトラムの支援はどうあるべきか—行政の立場から」『こころの科学』174, 75-81.
- 小林美智子（2005）「母子保健と虐待発生予防」『保健師ジャーナル』68(11) 956-961.
- 小林美智子（2012）「児童虐待—母子保健の原点に立ち戻る取り組みへ」『保健師ジャーナル』68(11) 956-961.
- 小林倫代（2008）「障害幼児を養育している保護者を理解するための視点」『国立特別支援教育総合研究所研究紀要』35, 75-88.

- 小松源助 (2002) 『ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究』 川島書店.
- 高森明・近藤武夫 (2010) 「発達障害と貧困 (2) 発達障害女性の生活実態について」 『障害学会第7回大会』 4-3.
- 厚生労働省 (2011) 『青年期・成人期の発達障害者に対する効果的なネットワーク支援のガイドライン』 ([http://www.rehab.go.jp/ddis/発達障害に関する資料/ガイドブック・マニュアル/保健・医療/?action=common\\_download\\_main&upload\\_id=616](http://www.rehab.go.jp/ddis/発達障害に関する資料/ガイドブック・マニュアル/保健・医療/?action=common_download_main&upload_id=616), 2015.12.3) .
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課 (2013年8月改正版) 『子ども虐待対応の手引き』 ([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/dv/dl/120502\\_11.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_11.pdf), 2016.1.18) .
- 厚生労働省 (2014a) 『社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第10次報告』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000058559.pdf>, 2015.12.2) .
- 厚生労働省関係資料 (2014b) 「妊娠・出産にかかる相談・支援サービスの充実と連携強化」 地域子ども・子育て支援システム研究会参考資料6 (地域子ども・子育て支援システム研究会『妊娠から出産、子育てまでの切れ目のない支援 日本版「ネウボラ」構想』)
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2014c) 『地域の少子化対策について (平成26年10月2日)』 (<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/kihonseisaku/h26-10-02/h26-10-02-s6.pdf>, 2015.12.16) .
- 厚生労働省 (2015a) 『社会保障審議会児童部会児童虐待防止対策のあり方に関する専門委員会報告書』 ([http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000096669.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000096669.pdf), 2016.1.18) .
- 厚生労働省 (2015b) 『妊娠・出産包括支援モデル事業の取組事例集』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/h26nshm.pdf>, 2015.12.2) .
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2015c) 『子育て世代包括支援センターと利用者支援事業等の関係等について (平成27年9月)』 (<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf>, 2015.12.10) .
- 久保田まり (2010) 「児童虐待における世代間連鎖の問題と援助的介入の方略・発達臨床心理学的視点から」 『社会保障研究』 45(4), 373-384.
- 栗山恵久子 (2013) 「自閉症スペクトラムを持つ成人女性の生きづらさ—包括的支援の必要性について」 『障害学研究』 9, 132-157.
- 近藤直司・高屋敷大輔 (2014) 「成人期の発達障害ケースに対するネットワーク支援とそのため必要な告知・説明について」 『精神科臨床サービス』 14, 293-300.
- Lai, M-C., Lombardo, M.V., Pasco, G. et al. (2011) A Behavioral Comparison of Male and Female Adults with High Functioning Autism Spectrum Conditions. *Plos One* 6 (6): e20835, 1-9.

- Lawson, W. (1998) *Life Behind Glass: A Personal Account of Autism Spectrum Disorder*, Southern Cross University Press. (=2003, ニキ・リンコ訳『私の障害、私の個性』花風社).
- 松原巨子・清水京子・平野美香 (2001) 「子どもの発達障害と児童虐待—母親の SOS をどう把握し、予防的対応を行うか」『生活教育』45(7), 23-38.
- 松井一郎・谷村雅子 (2001) 「虐待予防地域システムの構築と母子保健活動 とくに強化したい機能を中心に」『生活教育』45(7), 7-12.
- 松本伊智朗編 (2013) 『子ども虐待と家族—「重なり合う不利」と社会的支援』 明石書店) .
- 道原里奈・岩元澄子 (2012) 「発達障害児をもつ母親の抑うつに関連する要因の研究—子どもと母親の属性とソーシャルサポートに着目して」『久留米大学心理学研究』11, 74-84.
- Milton, E.D. and Bracher, M. (2013) *Autistics Speak but are They Heard? Medical Sociology Online* 7, 61-69.
- 南智子・宮岡佳子・内田里華ほか (2009) 「精神疾患を有する母親の育児における喜びと困難」『跡見学園女子大学文学部紀要』43, 61-75.
- 宮川香織 (2009) 「成人後の発達障害診断にまつわる困ったことと大事なこと」『そだちの科学』13, 38-43.
- 宮本信也 (2008) 「発達障害と子ども虐待」『発達障害研究』30(2), 77-81.
- 宮内薫子 (2007) 「ドメスティック・バイオレンス (DV) 被害者への市町村保健師の支援の実態」『保健師ジャーナル』63(2), 174-179.
- 森口香・岩満優美・山本賢司ほか (2008) 「広汎性発達障害の子どもをもつ母親のソーシャルサポートの検討」『ストレス科学』23(1), 104-114.
- Molloy, H. and Vasil, L. (2002) *The Social construction of asperger syndrome: the pathologising of difference? Disability and Society* 17, 6, 659-669.
- Moss, R. and Moss, B. (1974) *Manual for the Family Environment Scale*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto.
- Mugno, D., Ruta, L., Genitori, D'A. et al. (2007) *Impairment of Quality of Life in Parents of Children and Adolescents with Pervasive Developmental Disorder, Health and Quality of Life Outcomes* 5:22, 1-9.
- 中越章乃・大島巖・古屋龍太ほか (2015) 「制度モデルを改善し、効果モデルを構築する実践家参画型プログラム評価の試み—精神障害者退院促進・地域定着支援プログラムを対象として—」『ソーシャルワーク研究』40(4), 278-284.
- 中板育美・牧野忍・東坂美穂子ほか (2005) 「児童虐待予防活動における保健師の自己評価と課題」『子どもの虐待とネグレクト』7(1), 24-30.
- 中板育美・佐野信也 (2012) 「産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究」『小児保健研究』71(5), 737-747.
- 中西由起子 (2012) 「世界での障害とジェンダー」『ノーマライゼーション』2月号, 9-11.
- 中谷洋二郎 (2009) 『発達障害と家族支援—家族にとっての障害とは何か』学研.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2012) *Autism: Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum*. NICE clinical guideline 142.

- Nichols, S., Moravick, G.M. and Tetenbaum, S.P. (2009) *Girls Growing Up on the Autism Spectrum*. (=2010, シャナ・ニコルズ・ジーナ・M・モラヴチク・サマラ・P・テーテンバウム著、辻井正次・稲垣由子監修、テラー幸恵訳『自閉症スペクトラムの少女が大人になるまで：親と専門家が知っておくべきこと』東京書籍.)
- 西園マーハ文 (2011) 『産後メンタルヘルス援助の考え方と実践—地域で支える子育てのスタート』岩崎学術出版社.
- 日本自閉症スペクトラム学会 (2013) 『自閉症スペクトラム辞典』教育出版株式会社.
- 野口裕二 (1995) 「構成主義アプローチ—ポストモダン・ソーシャルワークの可能性」『ソーシャルワーク研究』21(3), 28-34.
- 野村和代 (2014) 「発達障害特性をもつ親への支援」『臨床心理学』14(5), 646-650.
- 野邑健二・金子一史・本城秀次ほか (2010) 「高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて」『小児の精神と神経』50(3), 259-267.
- NSW Department of Health (2010) *NSW Children of parents with a mental illness (COPMI) framework for mental health service 2010-2015*.  
([http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2010/pdf/PD2010\\_037.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2010/pdf/PD2010_037.pdf), 2016.1.18).
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C.R. et al. (1997) Long-Term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect, *American Medical Association* 278(8), 637-643.
- 小野善朗 (2001) 「精神障害をもつ養育者と児童虐待—母親のうつ病を中心にその関連性を探る」『生活教育』45(7), 18-22.
- 大日向雅美 (1998) 『母性の研究』川島書店.
- 大島巖 (2010) 「精神保健福祉領域における科学的根拠にもとづく実践 (EBP) の発展からみたプログラム評価方法論への貢献」『日本評価研究』10(1), 31-41.
- 大島巖 (2014) 「科学的根拠に基づく実践とその形成評価アプローチが日本社会に定着しない現状と要因—改善への示唆—」『日本評価研究』14(2), 17-28.
- 大島巖 (2015) 「ソーシャルワークにおける「プログラム開発と評価」の意義・可能性、その方法—科学的根拠に基づく支援環境開発と実践現場改革のためのマクロ実践ソーシャルワーカー—」『ソーシャルワーク研究』40(4), 5-15.
- 小澤温 (2013) 「障害者福祉施策の改正にともなう諸状況—発達障害支援の今、そして、これから—総論「障害者福祉制度の改正と発達障害のある人への支給決定を考える」」『発達障害研究』35(1), 2-3.
- Radloff, L.S. (1977) The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Robinson, C. C., Mandlco, B., Olsen, F. S et al. (1995) Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Practices: Development of a New Measure. *Psychological Reports* 77, 819-830.
- Rossi PH, et al. (2004) *Evaluation: A systematic approach* (7<sup>th</sup> edition), Sage (=2005, 大島巖他監訳『プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・改善評価の実践ガイド』日本評論社.)
- Rutter, M (1985) *Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and*



- Resilience to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry* 147, 598-611.
- 戈木クレイグヒル滋子 (2006) 『ワードマップ グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生み出すまで』新曜社.
- 戈木クレイグヒル滋子 (2008) 『実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ—現象をとらえる』新曜社.
- 戈木クレイグヒル滋子 (2013) 『質的研究法ゼミナール第2版—グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ』医学書院.
- 坂口美幸・別府哲 (2007) 「就学前の自閉症児をもつ母親のストレスの構造」『特殊教育学研究』45(3), 127-136.
- 笹森理絵 (2013) 『ADHD・アスペ系ママ へんちゃんのポジティブライフ—発達障害を個性に変えて』明石書店.
- 佐藤拓代 (2014). 「議題(1)妊娠期からの切れ目のない支援のあり方について」に対する意見 (社会保障審議会児童部会第2回児童虐待防止対策のあり方に関する専門委員会提出資料 (資料5))  
([http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000060830\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000060830_1.pdf), 2015.12.2).
- 佐藤幸子・遠藤恵子・佐藤志保 (2012) 「母子健康手帳交付時から3歳児検診時までの母親の不安、うつ傾向、子どもへの愛着の継時的変化の検討」『日本看護研究会雑誌』35(2) 71-77.
- 澤田いずみ (2013) 「養育者がメンタルヘルス問題を抱える虐待家族への支援」(松本伊智朗編 (2013) 『子ども虐待と家族—「重なり合う不利」と社会的支援』明石書店).
- 柴原君江 (2010) 「子ども虐待予防におけるポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチの融合」『田園調布学園大学紀要』5, 1-18.
- 志賀文哉 (2013) 「支援と当事者性」『とやま発達福祉学年報』4, 11-16.
- 清水康夫 (2014) 「自閉症スペクトラムとは？」『こころの科学』174, 10-14.
- 世田谷区 (2015) 「世田谷区発達障害支援基本計画 (素案)」  
([http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/107/160/784/d00142789\\_d/fil/keikaku.pdf](http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/107/160/784/d00142789_d/fil/keikaku.pdf), 2016.1.18).
- Simon, R. (2010) *Aspergirls – Empowering Females with Asperger Syndrome*. Jessica Kingsley Publishers Ltd. (=2011, 牧野恵訳『アスパーガール—アスペルガーの女性に力を』スペクトラム出版社).
- 千住淳 (2014) 『自閉症スペクトラムとは何か—ひとの「関わり」の謎に挑む』ちくま書房.
- 宋慧珍・伊藤良子・渡邊裕子 (2004) 「高機能自閉症・アスペルガー障害の子どもたちと家族への支援に関する研究—親のストレスとサポート関係を中心に」『自閉症スペクトラム研究』3, 11-22.
- 杉山登志郎 (2007) 「高機能広汎性発達障害と子ども虐待」『日本小児科学会雑誌』111(27), 839-846.
- 杉山登志郎 (2008) 「子どものトラウマと発達障害」『発達障害研究』30(2), 111-120.
- 杉山登志郎 (2011) 『杉山登志郎著作集② 軽度発達障害への道』日本評論社.
- 立花良之・小泉典章 (2013) 「妊娠期から母親のメンタルヘルスや育児を支援する多職種地域連携システムの試み：周産期 G-P ネット」『信州公衆衛生雑誌』8(1), 18-19.

- 高田美也子・堀井節子（2010）「精神障害者の子育て支援における保健所・医療機関・乳児院の役割と連携—有機的なチーム支援体制が構築された事例を通して」『保健師ジャーナル』66(10), 918-923.
- 高橋睦子（2014a）「妊娠期から就学前の子ども家族と予防的支援—フィンランドの「ネウボラ」を中心に」『世界の児童と母性』76, 資生堂社会福祉事業財団.
- 高橋睦子（2014b）「フィンランドの出産・子どもネウボラ（子ども家族のための切れ目のない支援）」（内閣府少子化危機突破タスクフォース（第2期・第6回）提出資料（資料3））（[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taskforce\\_2nd/k\\_6/pdf/s3-1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taskforce_2nd/k_6/pdf/s3-1.pdf), 2015.12.2）
- 高橋睦子（2014c）「フィンランドにおける子育て支援（ネウボラ）—リスク予防と多職種間連携—」『社会福祉研究』119, 113-118.
- 高橋重宏編（1998）『子ども家庭福祉論』放送大学教育振興会.
- 高見知枝（2008）「「軽度発達障害」の早期発見・早期支援における保健師の役割と専門性」『滋賀大学大学院教育学研究科論文集』11, 49-60.
- 玉井邦夫（2008）「発達障害と虐待状況が絡み合う事例への援助」『発達障害研究』30(2), 102-110.
- 田中康雄（2008）「児童精神科臨床と成人期臨床を繋ぐために—生活的視点から—」臨床精神医学『』37(12), 1581-1586.
- 田中康雄（2011）『発達支援のむこうとこちら』日本評論社.
- 田中康雄（2013）「発達障害のある親子を応援する」『こころの科学』171, 28-33.
- 田中理恵（2011）「社会問題としての児童虐待—子ども家族への監視・管理の強化—」『教育社会学研究』88, 119-138.
- 寺川志奈子・溝口由美・稲垣真澄ほか（2005）「知的障害のある母親の子育て支援に関する研究—全国保健師アンケート調査—」『小児保健研究』63(2), 301-307.
- 東京都福祉保健局少子社会対策部（2005）『子ども家庭支援センター ガイドライン』（[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/kosodate/ouen\\_navi/guideline.files/centerguide.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/kosodate/ouen_navi/guideline.files/centerguide.pdf), 2015.12.3）.
- 十島真理・十島雍蔵（2008）『発達障害の心理臨床—基礎知識と家族システム療法』ナカニシヤ出版
- 植村勝彦・新美明夫（1985）「発達障害児の加齢に伴う母親のストレスの推移—横断的資料による精神遅滞児と自閉症児の比較を通して—」『心理学研究』56(4), 233-237.
- 渡邊菜菜美（2011）「「育児不安」の再検討—子ども虐待予防への示唆—」『東京大学大学院教育学研究科紀要』51, 191-202.
- Weiss, M.J. (2002) Hardiness and Social Support as Predictors of Typical Children, Children with Autism and Children with Mental Retardation, *Autism* 6, 115-130.
- World Health Organization (2014) Mental Health: a State of Well-being. ([http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/), 2015.12.9).
- Williams, D. (1992) Nobody Nowhere, A.P. Watt. Ltd. (=2012, 河野万里子訳『自閉症だったわたしへ』新潮社).
- Wiley, L.H. (1999) Pretending to Be Normal – Living with Asperge’s Syndrome, Jessica Kingsley

- Publishers Ltd. (=2005, ニキ・リンコ訳『アスペルガー的人生』東京書籍株式会社).
- Wing, L. (1996) *The Autistic Spectrum- A Guide for Parents and Professionals. Constable and Company Limited.* (=ローナ・ウィング、久保紘章・佐々木正美・清水康夫監訳『自閉症スペクトラル：親と専門家のためのガイドブック』東京書籍).
- Wolff, S., McGuire, R.J. (1995) Schizoid Personality in Girls: A Follow-Up Study – What are the Links with Asperger’s Syndrome? *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 36, 793-817.
- Wright, C.A., Wright, S.D., Diener, M.L., et al. (2014) Autism Spectrum Disorder and the Applied Collaborative Approach: a Review of Community Based Participatory Research and Participatory Action Research. *Journal of Autism*. 1-9.
- 山田陽子 (2010) 「療育機関に通う自閉症スペクトラム児をもつ母親の育児ストレスに関する研究」『川崎医療福祉学会誌』 20(1), 165-178.
- 山縣文治編 (2014) 『よくわかる子ども家庭福祉 第9版』ミネルヴァ書房.
- 山中亮 (2009) 「精神障害のある親とその子どもの支援」『北海学園大学学園論集』139, 97-105.
- 山根隆宏 (2009) 「高機能広汎性発達障害児をもつ親の適応に関する文献的検討」『神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要』 3(1), 29-33.
- 山野則子 (2009) 『子ども虐待を防ぐ市町村ネットワークとソーシャルワーク—グラウンデッド・セオリー・アプローチによるマネジメント実践理論の構築』明石書店.
- 山野則子 (2015a) 「効果的なスクールソーシャルワーク事業プログラム・モデルの開発」『ソーシャルワーク研究』 40 (4) , 285-296.
- 山野則子編 (2015b) 『エビデンスに基づく効果的なスクールソーシャルワーク—現場で使える教育行政との協働プログラム』明石書店.
- 横田恵子・今井美香子・吉留慶子ほか (2004) 「児童虐待の要因に関する研究—乳幼児発達相談・発達訓練事業の事例対象研究」『厚生指標』 51(13), 13-18.