

論文

## 早期療育におけるソーシャルワーク

### —グループワークを中心に—

一 瀬 早百合

#### Social Work in Early Habilitation of Disabled Children

#### —Focusing on Group Work—

Sayuri Ichise

本稿は、障害のある乳幼児をもつ母親に対して早期療育の段階におけるソーシャルワークのあり方について考察したものである。母親に対するより実践的な支援を導き出すためには、主観的な経験と行動の双方の変容プロセスを明らかにする必要がある。本稿の分析結果からは、子どもの障害特性と他者との関係のもち様から主観的な経験と行動に4つのパターンが認められた。早期の段階ではマイクロレベルが援助対象の中心となることは4つのパターンに共通であるが、それぞれのパターンによって最優先されるソーシャルワークの援助技術や対象とすべき関係が異なることが明らかとなった。特にグループワークはアセスメントおよびプランニングの機能を有するものの、あるパターンに対しては自己のポジショニングの場としては適応がないことが判明した。

キーワード 障害のある乳幼児、早期療育、家族支援、ソーシャルワーク、グループワーク

### 1. はじめに

2011年8月に障害者総合福祉法の制定に向けた骨格が提出された。その中の障がい者制度改革推進会議総合福祉部会「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言—新法の制定を目指して—」では、障害児に対してもケアマネジメントと「個別支援計画」の必要性が明記されている。さらには、乳幼児期の「個別支援計画」は保護者・きょうだいへの支援を含むものとして策定され、家族が支援対象として具体的に位置づけられた。

ふりかえってみれば、1992年に北沢が「家族は障害児・者の背後の存在として研究が進んできた」こと（北沢 1992）、1995年に安藤が1990年代までの障害児の家族支援研究に関して「障害をもつ子どもの障害克服に付随した副次的な性格のものである」ことを指摘している（安藤 1995）。2005年には藤原が障害児の育児、介護を担う当事者という視点で母親の問題を捉えなおす必要を提示している（藤原 2005）。施策的には、2005年に発達障害者支援法が施行され、法律の中において初めて家族への支援が明記されたことは画期的

---

本稿は、2011年3月に日本女子大学において博士（社会福祉学）の学位を授与された論文『障害のある乳幼児をもつ母親の変容プロセス—早期の段階における4つのストーリー—』をもとに執筆されたものである。

であったが、この法はいわゆるキックオフと言われ、具体的な福祉サービスへの言及まではされていなかった。

20年前は、副次的な存在であった障害児の家族が、具体的に支援の対象になったことは、ある意味においては大きな前進と考えられる。しかし、障害のある乳幼児をもつ家族の問題が明らかにされているのかといえは充分ではないというのが現状であろう。さらに言えば、具体的な支援を実践するに際して療育分野のソーシャルワーク研究はほとんど構築されていない。そこで本研究では、早期療育の段階における母親の変容プロセス—特に主観的な経験と行動との関連—を明らかにした上で、この時期に必要なソーシャルワークを提示する。特にソーシャルワークの援助技術のひとつであるグループワークに着目する。その前提として、療育機関で実践されているソーシャルワークを援助技術との関連で整理を試みる。

## 2. 先行研究

### (1) 家族支援論

1970年代後半から、障害児（者）の家族のストレスが明らかになるにつれて（橋本 1979、新見・植村 1981、渡辺 1997）、これまでの障害をもつ個人に向けた改善や支援から、家族全体を視野に入れた援助の必要性が認識され、「家族支援論」として展開してゆく。しかし「わが国における1990年代までの家族支援研究は、結局のところ、実践的にも、障害をもつ子どもの障害克服に付随した、副次的な性格のものという指摘（安藤 1995：150）があり、援助する側の要求色が強いものであった。1990年以降、「家族支援プログラム」や「Family Support Service」（Duneら 2001）などの実践や研究が行なわれるようになってきた。

家族支援の実践分野における2つのプログラム

は「レスパイトサービス」と「親教育」である（渡辺 1999）。レスパイトサービスとは、家族内で行なわれているケアを一時的に代行することによって、日常的にその責任を担う家族員を解放し、家族の安定・維持を目指すサービスである。もうひとつの「親教育」とは、障害児の早期治療・療育を目指す一貫として、いずれも親を「家庭における療育者」あるいは専門家の「共同治療者」と位置付けているのが特徴である<sup>1)</sup>。この流れは、現在の療育システムに着実に組み込まれている。

障害児の家族について、実践の立場からさらに踏み込んだ指摘もある（蔦森・清水 2001）。「共同治療者」としての役割だけでなく、親は親であるがゆえに甘受せざるをえない苦しみやストレスがあるとし、「苦悩・葛藤する存在」の二重性を示唆する見方である。蔦森に先立って、久保は、「共同治療者としての親」と同時に「生活者としての親」という視点を描き出し、子どもの世話の時間肥大が睡眠や余暇といった生活時間を圧迫している実体を指摘している（久保 1982a）。

### (2) 家族支援論への批判—ソーシャルワーク研究の立場—

1982年に久保（久保 1982b：51）によって「障害児をもつことの『意味』や『価値』『苦悩』などに人間学的なアプローチが必要である」との指摘があるにもかかわらず、それ以降ソーシャルワークの領域からこの問題についてはほとんど手がつけられていない。この論調と同じくするものとして、松倉（松倉 2000）は、実証主義に頼ってきたソーシャルワークはクライアントの「なぜ私が？」という客観化されない計量不可能な苦しみを排除してきたことを指摘する。クライアントの「不条理さ」、「苦しみの意味」を人間の価値的側面や主観的側面を含めた「全体としての人間」として母親を取り扱うべきであるとの批判であ

る。その視点こそがソーシャルワークであるが、ドミナント・ストーリーからオルタナティブ・ストーリーへと書き換えというナラティブ・アプローチの有効性の言及が中心である。

そこで本稿では、上記の批判に立ち、障害のある乳幼児をもつ母親の不条理さ、苦しみの意味とは何かを明らかにした上で主観的な変容プロセスに基づく早期療育の段階で必要なソーシャルワークを提示したい。

### 3. 研究方法

#### (1) 研究方法調査の手続き

2004年に日本女子大学北西研究室よりA市B療育センターへ研究協力機関としての依頼をし、B療育センターの倫理委員会にて承諾を受ける。2004年5月から2008年3月に開催される月1回、5カ月間の育児支援グループに4クール分の参与観察<sup>2)</sup>を行った。そのグループに参加した25名のうち23名母親に2004年12月から2009年2月の間にフォローアップ面接を実施した<sup>3)</sup>。

#### (2) 調査対象者

障害が乳児期に発見される早期介入の段階の母親、23事例を対象とした。詳細は表1にて整理をした。これらの障害群は親の感度に左右されにくく、受診時期がほぼ一定の範囲内になる。そのため親の早期の段階の経験を明らかにできるという利点がある。

本調査の障害群は乳児期に発見される障害群の全てを網羅し、おおむね4つに類型できた。ひとつは出生直後に発見されるダウン症が8例、ふたつは運動発達が早期に認められる原因不詳である精神運動発達遅滞群（自閉症を合併する群）が4例、三番目はケースによっては医療ケアを要する重症心身障害児が6例、四番目は脳性麻痺群（知的障害が軽度から正常域）が4例である。1例は

筋ジストロフィー症（福山型）である。子どもの年齢は8カ月から2歳2カ月であり、母親は、有職者が2例で21例は専業主婦であり、年齢は23歳から43歳であった。経済状況は23事例すべてが所得税課税世帯であり、内5名は特別児童扶養手当の所得制限を越える収入があった。

#### (3) 育児支援グループ

調査対象者の利用する育児支援グループは、B療育センターの外来利用児のうち、出生から乳児期に発見される0歳から1歳児（学年齢）の親子全てにグループの案内を行う。本グループはいわゆる心理・教育的なグループでなく、「孤立の解消」を目的とした経験の共有を重視している。そのため、各回ともグループワークのテーマは設定してあるが、あくまでもグループを展開するための触媒としての機能として位置付である。テーマから離れて、メンバーの語りたことへと話題が転じていっても、ファシリテーターはそれを妨げることはしないという方法でグループ運営を行っている。

月1回、5ヶ月を期間とし、5回で1クールが終了となる。参加メンバーは固定で運営し、途中での新たなメンバーの参加は受け入れないクローズ方式である。また、いわゆるピアグループとは異なり、母子共にグループに参加し、子どもに治療者が働きかけることを通じての母親支援、および母子関係に介入できることが大きな特徴である。

#### (4) 倫理的配慮

調査の実施にあたっては対象者に対し、研究の目的と個人情報への守秘・匿名性を説明した上で書面により公表の承諾書を得て、倫理的配慮を期している。

表1 調査対象者の概要

グループ および時期	事例	母親の 年齢	子の障害・状態像	子の月齢	子の 出生順位	参加回数	経済状態 (特別児童扶養手当 の年収上限)	母親の 就業の有無
I 2004年 5月から 9月まで	1	32歳	精神運動発達遅滞 自閉症(疑)	1歳7か月	第1子	5回	以下	無
	2	32歳	精神運動発達遅滞 自閉症(疑)	1歳11か月	第2子	5回	以下	無
	3	29歳	ダウン症 精神遅滞	1歳0か月	第1子	4回	以下	無
	4	41歳	ダウン症 精神遅滞	1歳8か月	第4子	5回	以下	無
	5	29歳	ダウン症 精神遅滞	8か月	第1子	2回で 辞める	以下	有(常勤)
II 2006年 11月から 2007年 3月まで	6	43歳	ダウン症 精神遅滞	1歳7か月	第1子	5回	以下	無
	7	41歳	ダウン症 精神遅滞	1歳10か月	第1子	4回	以上	有(パート)
	8	29歳	精神運動発達遅滞 自閉症(疑)	2歳3か月	第1子	5回	以下	無
	9	23歳	重症心身障害児 てんかん性脳症	1歳9か月	第1子	3回	以下	無
	10	36歳	重症心身障害児 脳性麻痺、四肢麻痺	2歳1か月	第1子	3回	以下	無
III 2007年 5月から 9月まで	11	32歳	重症心身障害児 代謝異常、進行性 疾患、予後不良	2歳1か月	第2子	4回	以下	無
	12	34歳	重症心身障害児 先天性症候群 脳性麻痺	1歳11か月	第1子	4回	以下	無
	13	36歳	脳性麻痺 両麻痺	1歳11か月	第1子	4回	以下	無
	14	28歳	脳性麻痺 精神遅滞(軽)	1歳8か月	第2子	2回	以下	無
	15	35歳	ダウン症 精神遅滞	1歳4か月	第2子	5回	以上	無
	16	41歳	ダウン症 精神遅滞	1歳7か月	第3子	5回	以下	無
	17	40歳	ダウン症 精神遅滞	1歳9か月	第2子	4回	以下	無
	18	38歳	筋ジストロフィー症 (福山型) 四肢体幹機能障害 進行性疾患	1歳9か月	第2子	3回	以上	無
IV 2007年 11月から 2008年 3月まで	19	37歳	脳性麻痺、両麻痺 精神遅滞(軽)、斜視	1歳11か月	第3子	5回	以下	無
	20	29歳	重症心身障害児 脳性麻痺 四肢麻痺	9か月	第2子	2回	以下	無
	21	32歳	精神運動発達遅滞 先天性奇形症候群 視力障害、口蓋裂 小眼球症	1歳5か月	第1子	2回 で辞める	以上	無
	22	34歳	重症心身障害児 結節性硬化症 点頭てんかん 心臓腫瘍	2歳2か月	第1子	4回	以下	無
	23	38歳	脳性麻痺 四肢麻痺	1歳11か月	第2子	5回	以上	無

注：表1の情報は、B療育センターの診療録に基づくものである。

なお、原因疾患が脳性麻痺であっても、状態像が重症心身障害の場合は、本文中の整理においては重症心身障害を優先し、記述している。

## (5) データの分析方法

### 1) 療育センターにおけるソーシャルワーク援助技術

療育機関におけるソーシャルワークについては、筆者の臨床実践、参与観察、B療育センターのソーシャルワーカーへのインタビューなどから援助技術の方法論を枠組みとして整理を試みた。

### 2) 主観的変容プロセスと、それに関与する要因

グラウンデッドセオリーアプローチに準じて分析した。グラウンデッドセオリーアプローチには大きく分けて4つの手法<sup>4)</sup>があるとされている。その中のシンボリック相互作用論の認識に立つストラス・コービン版を援用して分析を行った分析にあたっては随時指導教授のスーパービジョンを受けるとともに、研究会でのディスカッション等や療育機関のソーシャルワーカーにフィードバックすることにより結果の分析の信頼性・妥当性の確保に努めた。

分析過程において変容プロセスに関連する要因と主観的経験そのものとの関連図で整理する中で、変容プロセスは関連する要因によって1つに統合することは困難であり、4つのパターンに分かれることが見出される結果になった。

### 3) 客観的な他者との相互関係の持ち方

参与観察を実施した5カ月間のグループでの母親の振る舞いを、録画ビデオと診療録から「我が子への対応」、「他の母親との関係」、「グループスタッフとの関係」という3つの軸でとらえ、変化を整理した。併せて、子どもの障害特性との関連も分析視点とする。

## 4. 研究結果

### (1) 療育機関におけるソーシャルワーク技術の実践

ソーシャルワークの12の技術に基づき、表2にて療育センターにおけるソーシャルワーク実践を示す。対象範囲で整理してみると、ミクロの分野では、[ケースワーク（個別援助）]として電話相談からスタートし、インテーク面接、通園施設の利用の相談、[カウンセリング]は、障害告知の直後の精神的な揺れに対して定期的な面接や訓練場面に同席して見守りなどを実施する。[ケアマネジメント]は、特に医療ケアが必要な重症心身障害児や保護者が精神疾患を有する場合に生活全体の組み立てを行う。

次にメゾレベルでは、療育センターの受診ケースが所属している地域集団へ、障害特性やそれに応じた基本的な対応について巡回相談等を通じて[コンサルテーション]し、それに留まらず、地域集団の中で気になる子どもへの理解を深めるための[コンサルテーション]を実施する。ある地域の統合保育が展開しにくい状況であれば、幼稚園協会や区保育所園長会、学校PTAと共催の形式で研修会や市民講座、家庭教育学級などを開催するのは[コミュニティワーク]として位置づけられる。組織内においても、時代の変化と共に常に新たなニーズに即したサービス提案[ソーシャルアドミニストレーション]をソーシャルワークの価値である人間の尊厳を根拠に実施する。具体的な例を挙げれば、自発呼吸が全くなく、人工呼吸器を装用ケースであっても数年前から在宅生活を送るようになってきている。そのようなケースは、療育センターのもつ医療レベルでは前例がなく、万が一人口呼吸器が外れた際の生命の危険を考えるとリスクが高いので受け入れは困難、という方針になりやすい。そのような時こそ、「人間はすべてかけがえのない存在で尊重されるべきである」というソーシャル

ワークの価値にもとづき、利用者のニーズ実現のために新たな可能性を模索できるのである。

マクロレベルにおいても、国家レベルに対しては具体的な実践の経験はないが、行政区の福祉保健計画や、政令指定都市の新たな条例策定や変更を提言する[社会計画法]や[ソーシャルアクション]という技術を活用する。療育手帳や身体障害者手帳の対象にならないグレーゾーンの児童の実

態を[コンサルテーション]の実践から調査・分析するという[社会福祉調査法]を用いて、明らかにした。その結果、A市では障害という診断や療育手帳の所持ががなくとも、保育士を加配できるという特別児童加算制度<sup>5)</sup>を成立させることが可能となった。配慮が必要な子どもたちへの保育環境が整い、ひとりひとりの子どもが尊重されることはソーシャルワークの価値の実現でもある。

表2 療育センターにおけるソーシャルワーク援助技術の実践

対象範囲	対象分野	技術の種類	具体的な実践の例
ミクロ	個人 家族	ケースワーク	個別相談、インテーク面接 通園施設をはじめ社会資源の利用に向けた説明や動機付け
		カウンセリング	障害告知後の揺れへの対応、定期的な面接、訓練場面でのwithness
		ケアマネジメント	例えば、医療ケアの必要な重症心身障害児や保護者の精神疾患ケース等の社会資源を用いた生活の組み立て
	集団	グループワーク	同じ年齢や同じ地域、療育経験年数などを軸とした保護者のグループワーク
メゾ ～ マクロ	所属集団 地域	コミュニティワーク	市民講座や民生委員・児童委員、社会福祉協議会等と連携した障害児理解の推進・啓発
		コンサルテーション	地域の幼稚園・保育所・学校に在籍する子どもへの理解と対応について保育士、幼稚園教諭、教員に対して助言
		ネットワーキング	例えば、人口呼吸器装着ケース等の災害時における電源の確保について多機関でシュミレーションを実施
	組織内	スーパービジョン	ソーシャルワーク同職種内での事例検討、業務分析を用いて定期的なスーパービジョンの場を設定
		ソーシャルアドミニストレーション	センター内における新たなサービスの開発 新たなニーズに対する療育ルートの提案
マクロ	行政区	社会計画法	行政区単位の福祉保健計画の策定に参画
	行政市	ソーシャルアクション	グレーゾーンの保育所児童に対する保育士の加配を児童福祉審議会へ提言
		社会福祉調査法*	新たな条例策定のための実態調査・報告
	社会	ソーシャルアクション	学会発表、論文投稿を通じて、社会へ問題提起

\*社会福祉調査法は3つの対象範囲、どの分野においても活用する技術である

(2) 主観的な変容プロセス<sup>6)</sup>

中核カテゴリーは、自己イメージという「自己」そのものと自己と他者、広く捉えれば自己と環境との接点である「関係」のふたつを包含して、《自己のポジショニング》とした。《自己のポジショニング》の変容プロセスには、4つの異なるストーリーが見出された。それは、障害のある子どもをもつ親はみな同じような段階を経て、適応へと進んで行くという障害受容論の段階説とは異なる結果であった。そのストーリーは、『再生』、『逃避』、『獲得』、『境界』という異なる4つの様相として捉えられた。図1にて、概念から構成されるカテゴリーで明示した。この4つはまず、大

きくふたつのストーリーに分かれた。それは、初期の段階でわが子が障害であると認識する[障害モデル]と、いずれ治療や訓練をすれば治るかもしれないと理解する[病気モデル]である。これは子どもの障害の種別や程度には関連がなく、母親がわが子をどのように認識しているかを2つのモデルと名づけたものである。前者は母親を<自己全体の崩れ>という経験に至らしめ、後者は母親に<わが子を守る>ということを中心のテーマにさせる。さらに[障害モデル]は重要な他者に受容されるか否かでさらに二分し、[病気モデル]は子どもの状態の変化の違いによって2つのストーリーに分かれていった。なお、《 》中核カ

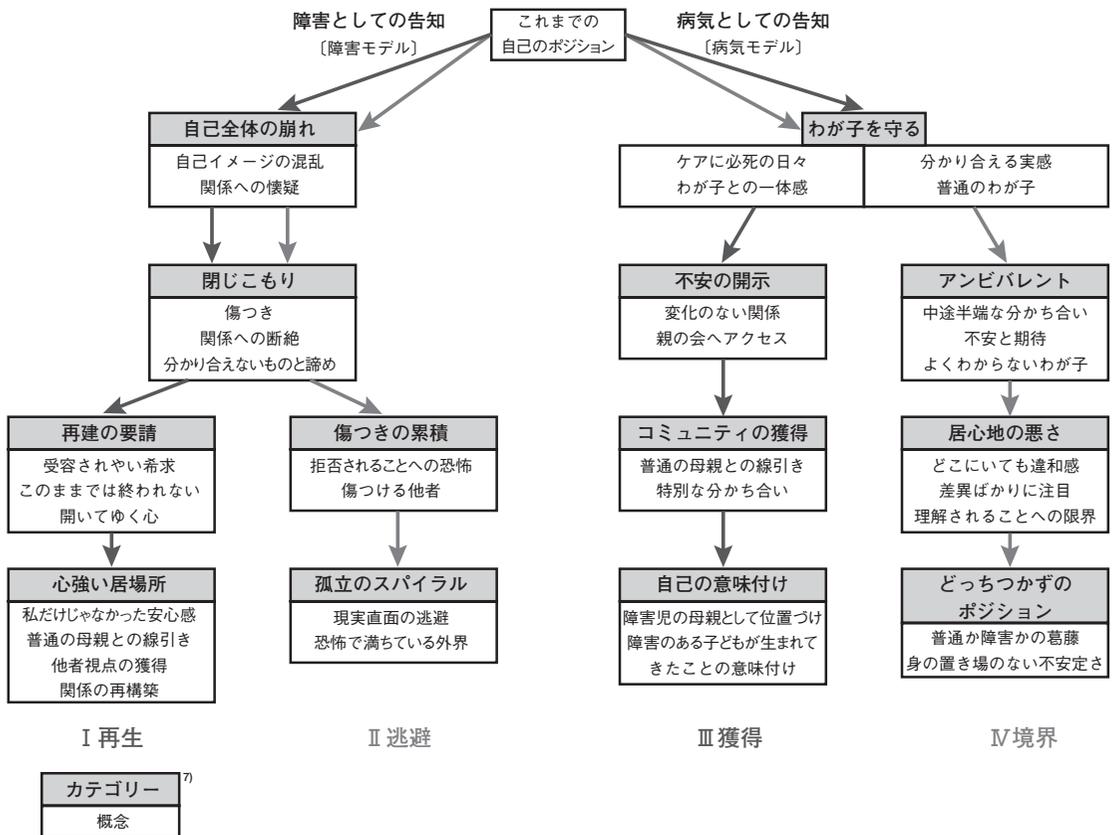


図1 カテゴリーと概念にもとづく自己のポジショニングの変容プロセス

テゴリー、< >はカテゴリー、【 】 (3) 変容プロセスと他者との相互関係のモチ  
 は概念、『 』は4つのパターン、[ ]は 方との関連  
 モデルを示す。 母親の主観的プロセスの4つのパターンとG

表3 変容プロセスとグループにおける対人行動との関連

変容プロセスのパターン		わが子への対応	他の母親との関係	スタッフとの関係	全体的な雰囲気	グループへの意味付け	子どもの障害特性
I 再生 変容プロセスの局面が2つに大別される	【変化なし群】 <心強い居場所>に至る	本人のベースに合わせて見守る	積極的にかかわるグループワーク中は指名せずとも発言し、自由な場面でも他の母親に声をかけ、メルアドの交換をする	ジョークや雑談を交わす自然なコミュニケーションが成立	初回からリラックスしている	慣れている場所で同じ年齢の障害の子どもと出会えた良さ 特別な関係の拡大	ダウン症 3名
	【変化群】 <閉じこもり>から<再建への要請>の局面	当初は、子どもの意図を汲み取るのではなく、母親からの一方的な対応である 後半になると、子どもの立場になって考える対応へと変化	初めは緊張しているが、他の母の発言を共感的に聞き入る。 後半は、自由な場面でもコミュニケーションが成立し、私的場面へと関係の拡がりがある	当初は、個別的に話しをすることが多いが、他の母親とのコミュニケーションが成立するに伴い減少する	緊張している様子から回が進むにつれて、自己開示し落ち着いたおだやかな様子へと変化する	心強い居場所 特別な関係	自閉症併う精神運動発達遅滞の4名の内の3名 循環器に合併症のあるダウン症 1名 筋ジストロフィー症 1名
II 逃避 振る舞いとしての行動に二つの様相が見られた	<傷つき>、<拒否される恐怖>が中心	子どもの表情や機嫌の変化を読み取れず、具体的な介助も不器用でどこもない	ソーシャルワーカーが介入するグループワーク中は、指名されてようやく話すが文脈に合わない一方的な思いになりがち 自由場面ではコミュニケーションは全くなし	母親からの働きかけは少ない スタッフから関われば会話は継続	緊張が強く、どう振舞ってよいか分からない様子でどこもない  *2名は5回のグループを3回欠席	プラスにはなかったかもしれない 同じ地域にいたことがわかった	ダウン症 2名 自閉症を併う精神運動発達遅滞の4名の内1名 (多発奇形を合併)
	<現実直面の回避>が強い	見守る対応が中心 上手く対応できないとスタッフに任せってしまう等の投げやりな態度になることもある	グループワーク中のコミュニケーションは情報の交換中心で感情の交流はみられない 自由場面ではコミュニケーションはほとんどなし	グループ終了後も残って、個別的に雑談などするが、毎回のアンケートなどには辛辣な批判	まとまりに欠ける表面に現れる言動と感情が不一致である印象を受ける	障害児の母親はビリビリして傷つきやすく、疲れる 健常児の明るいママたちの元氣なパワーの方が好きで癒される	ダウン症 1名 重症心身障害児 1名  *子どもの障害をめぐる事象の共通性はない
III 獲得		てんかん発作への対応や吸引などの医療ケアを落ち着いて実施 身体接触を伴う、子どもの想いを代弁する声かけが多い	積極的にかかわるグループワーク中は指名せずとも発言し、自由な場面でも他の母親に声をかけ、メルアドの交換をする	ジョークや雑談を交わす自然なコミュニケーションが成立 子どもへの適切な対応をスタッフに対して毅然と依頼する	初回からリラックスしており、オープンな雰囲気	特別な居場所のひとつ 同じ苦勞をしている同志	重症心身障害児の6名の内の5名 障害告知が生後2カ月後と遅い循環器に合併症のあるダウン症 1名
IV 境界		子どもの意図をよく理解し、本人のベースに合わせる肯定的な声かけも多いが、出来ることを増やしたいという教育的なかわりも一部ある	グループワーク中は指名されると文脈に合った的確な内容を語るが感情を伴うことは少ない 自由場面でのコミュニケーションはなく、終了後にはサッと退室する	どこかよそよそしくスタッフから話しかければ笑顔で応じるが母親から働きかけてはこない	緊張しながらもこやかに振舞うように努めている ストレートに入り込ませない心の壁がある印象	差異への強い実感 同じ状況の人はいない	脳性麻痺4名の全て

ループにおける行動という振る舞いととの関連があるかを分析した。『再生』、『逃避』、『獲得』、『境界』という4つのパターンと行動という振る舞いの間には、明らかな相関があったことが判明した。また、4つのパターンのそれぞれの中でも、どの変容プロセスの局面にいるのかによって、振る舞いには違いが見られた。表3で整理し、4つのパターンごとに、振る舞いの変化を詳細に論じよう。

### 1) 再生

このパターンの中では、グループを利用する変容プロセスの局面によって2つに大別された。ひとつは、<心強い居場所>をすでに獲得し、自己のポジショニングが安定している群であり、このパターンの8名中3名が該当し、全てダウン症の母親であった。ふたつは、変容プロセスの<閉じこもり>から<再建への要請>の段階であり、5カ月というグループの期間で≪自己のポジショニング≫に大きな変化が訪れる。この育児支援グループが変容に関連する大きな要因として関与した。子どもの障害は、自閉症が合併される精神運動発達遅滞3名と循環器に合併症をもち入院生活が長いダウン症1名と筋ジストロフィー症1名である。

前者は、グループ初回からリラックスしている。「わが子への対応」は、本人のペースに合わせて見守ることが中心だが、物にぶつかりそう、玩具を投げるといった危険な場面に遭遇すると、さっと動き予防的な対応をとることができる。「他の母親との関係」は、慣れてくる2回目から、グループワーク中に共通話題でソーシャルワーカーが指名せずとも、積極的に発言する。さらには、スタッフが介入しない自由時間やグループ終了後にも自然と他の母親に声かけし、コミュニケーションが成立し、メールアドレスの交換を積極的に働きかけるケースもある。「スタッフとの関係」

は終始、自然な感じで成立し、ジョークや雑談などが交わせるような対等な雰囲気もある。

後者は、同じ『再生』のパターンであっても、変容プロセスの局面が異なれば前者とは振る舞いも全く異なった様相にある。初回は、非常に緊張しているが、初めての状況の中でも他の母親の話しに熱心に耳を傾けている。自分自身と共通しているものがあれば、相手の台詞を引用するという「他の母親との関係」をもつ。回が進んでくると、前者の母親や『獲得』のパターンの母親から声をかけられメルアド交換など行い、設定されたグループワーク以外の時間帯でも自然なコミュニケーションが成立する。療育センター以外の場所、自宅や地域の地区センター等の場での関係へと発展してゆく。

「子どもへの対応」は、子どもの障害によって差異があるが、特に自閉症が合併される精神運動発達遅滞の母親の変化は目にみはるものがある。この障害群は、いわゆる行動障害をもち、自傷やパニック、感覚刺激への没頭、因果関係のわかりにくい不機嫌などがある。当初、母親たちは子どもに対してイライラ、ピリピリしており、自分の子どもだけが泣き、不機嫌になると焦燥感が増して、子どもの意図を汲み取るというよりも、とにかく泣きやんでほしいという母親側の一方的な対応になりがちであった。その対応に子どもの不快感は増し、泣きが強くなるという悪循環に陥っていた。回が進み、母親に【私だけじゃなかった安心感】が芽生え始めると、ただ泣きやませるという一方的な対応でなく、子どもに向かって「どうしたいの？」と声かけし、子どもの立場で考えようとする言動に変化してゆく。

### 2) 逃避

このパターンにおいては、変容プロセスの段階には差異はなく、主観的な経験としては【傷つき】、

【分かり合えないものと諦め】ていても、現実の行動レベルでは、2つの様相が認められた。子どもの障害特性に共通項は見られず、他者との関係において<傷つきの累積>を経験していることが、このパターンの特徴である。

ひとつは、「わが子への対応」、「他の母親との関係」、「スタッフとの関係」どの関係においてもぎこちなく、身の置きどころないという振る舞いである。こどもの機嫌や表情の変化を読み取りや、具体的な衣類の着脱などの介助も不器用であり、スタッフに声かけされてから抱き上げ、水分補給等を行うなどの後手の対応になってしまう。母親が子どもに声かけする行動もほとんどみられない。

「他の母親との関係」は、スタッフが介入しているグループワークの場面においても、他の母親の話しを共感的に聞くという姿勢が乏しく、視線を落としていることが多い。ソーシャルワーカーが指名すると発言をするが、その場の状況や文脈からずれ、一方的に今の自分自身の想いを語り続けることが多い。「スタッフとの関係」はこちらから話しかければ、応じるが、母親の方から関わってくることはほとんどない。

もうひとつは、一見では、【関係の断絶】を具体的行動レベルからはわかりにくい、共通する特徴が何うことが出来る。社会性が高く、初回から緊張した様子は見受けられないが、どこか構えがあり真意が読みとりにくい、ひとりの人間としての感情と発言と行動のまとまりに欠ける、という印象をスタッフが受ける母親たちである。一番特徴的なのは「他の母親との関係」でグループワークの場面において、感情の共有や分かち合いよりも、あるテーマにおいて自分自身の知識や情報を伝える・受け取るというコミュニケーションが中心である。スタッフの介入がない自由な場面では、他の母親とのやりとりは成立しない。

「スタッフとの関係」は、母親の方から関わる

ことが多く、グループ終了後も残り、あれこれと雑談を交わしてゆくが、発言の片隅や毎回のアンケートには「費用をとっているのだからそれなりのことをやってもらわなくては困る」や、「マイナスの感情を吐き出しても意味がない」などのスタッフへの辛辣な批判が多く、信頼関係は成立していない。

### 3) 獲得

このパターンの母親のほとんどは、すでに<コミュニティの獲得>をし、【障害児の母親としての位置づけ】がある。5カ月の間、振る舞いに変化はなく、当初から安定している。この群の子どもの障害は重症心身障害児の6名の内の5名と心臓に重篤な合併症をもつダウン症1名である。重症心身障害児の5名は、未定頸で寝たきりという発達段階が4名と寝返りが可能な状態が1名である。その内の4名はてんかんを合併し、いつ発作がおこるかかわらない状況で、吸引などの医療ケアが常時必要である。経口摂取が困難で胃管が2名と経鼻栄養チューブ摂取が1名である。グループ中も、いつ発作がおこるかかわらない状態であり、グループワーク中の室内分離の場面でも、子どもの状態の変化に対しては常時、緊張感をもっていたことが推測される。精神発達も最重度であるため、快・不快の分化も明確でなく、生理的な理由で不機嫌な泣きに陥ることも多い。

「子どもへの対応」は、突然のてんかん発作などにも落ち着いて吸引などの医療ケアが可能である。どのパターンの母親よりも子どもへの声かけが多く、子どもが親子遊びにかかわりやすいように姿勢を変え、子どもの目線に玩具を合わせる等、子どもの立場になったかかわりが可能である。また、身体接触が多く、頬ずりや撫でるなどのスキンシップを通じて、母親の喜びや嬉しさを伝える。子どもの想いを代弁して「嫌だったね」、「ママに

会いたかったね」と話しかけ、一人二役でコミュニケーションを成立させている。これは、乳児期の子どもをもつ母親一般にも良く見られる姿である。「他の母親との関係」は、当初から緊張することなく、落ち着いている。

「スタッフとの関係」は、自然でジョークや雑談など交わし、対等である。グループの初期の段階において、てんかん発作を誘発する音を理解していないスタッフに対して、個別に母親から適切な対応についてお願いするという行動も見られた。子どもにとって、必要な事柄については専門家に対して毅然と伝える強さを持ち合わせていた。

#### 4) 境界

このパターンの母親は、5カ月の間にわたって何の変化も起こらない。それは、後のフォローアップ面接で語るある母親の台詞に端的に表現されている。「何故、自分がこのグループに誘われたか、正直言ってよくわからなかった。今も、普通になると信じているし。」と、自分の居場所として、この育児支援グループを意味づけてはいない。

この群の子どもの障害特性は、本調査の対象となった脳性麻痺の全てが該当する。脳性麻痺の中でも軽度群であり、知的障害を伴っていないため、ほぼ年齢相応の精神発達を有している。そのため理由のわからない泣きや不機嫌は少なく、グループにおいても落ち着いて楽しめることが多く、母親に過度な緊張やイライラを与えることはほとんどない。

初回から終了まで、やや緊張しながらも、にこやかにするように努めている。「子どもへの対応」は、子どもの意図をよく汲み取ることができ、無理強いはいしない。本人のペースに合わせることを重視し、集団遊びであっても本人の苦手なことは参加させないという選択をする。子どもに「がんばったね」などの肯定的な声かけも多く、子ども

と母親との間で遊びが成立している。しかし、単純に遊びを楽しむだけではなく、「出来る—出来ない」という教育的な観点からの働きかけも伺える。

「他の母親との関係」は、ソーシャルワーカーが介入するグループワークの場面では、順番や指名されれば、そのテーマや文脈に合った内容を語るが、感情を伴うことは少ない。スタッフに関わらないフリーな時間は、ほとんどコミュニケーションが成立せず、グループ終了と同時にひとりさっと退室する。3クール目の参与観察を実施した育児支援グループでは、8名中3名がこのパターンの母親であったが、お互いが感情を交流するということには至らなかった。

総括すると、主観的変容プロセスという内的な心理過程は、社会的相互作用に大きく影響されていた。母親の内的な *intra psychic* と対人社会的な *inter personal* は深く関連しあい、それらが他者との相互関係と循環しているという新たな発見があった。

4つのパターンそれぞれの、主観的変容プロセスのどの局面にあるのかということと、育児支援グループでの振る舞いには深い関連があった。端的に論じてゆけば、『獲得』も『再生』の母親もパターンという違いはあっても<心強い居場所>をもち、<コミュニティの獲得>をしている段階では、リラックスしてオープンな雰囲気であり、わが子、他の母親、スタッフ全ての関係において自然で親和的である。『再生』のパターンであっても、育児支援グループに参加した際の主観的な変容プロセスの局面が<閉じこもり>であれば、緊張した様子であり、わが子、他の母親、スタッフ全ての関係において不安なかかわりである。そしてこのパターンの母親は回を重ねるごとに、自己開示し、分かち合いを経験することによって変

容してゆく。一貫して変容しないパターンは、『逃避』と『境界』である。また、『逃避』のパターンの母親の5名中の2名はグループに継続して参加することが困難となった。『逃避』の母親は終始、緊張が強く、わが子、他の母親、スタッフ全ての関係においてぎこちなく、自分自身がどう振舞ってよいかわからない状況が続く。『境界』の母親は、社会性が高く、子どもへの対応も落ち着いているが、他の母親やスタッフに対して心を開くことはない。

内的心理と対人社会的な行動との関連を前提にすれば、客観的にみてとれる対人行動から母親の主観的な経験をアセスメントすることが可能である。それは、全体的な雰囲気だけでは不可能であり、子どもへの対応や他の母親との関係の持ち様という視点が必要である。さらに言及すれば、他の母親との関係に情緒的な分かち合いが生じているかまで分析することが重要である。

また4つのパターンによってグループへの意味付けも大きく異なる結果となった。『再生』の母親は、<心強い居場所>と意味付け、『獲得』の母親も特別な居場所がもうひとつ増えたと言位置付ける。しかし、同じ状況・同じ時間を共有していても、『逃避』の母親にとっては、特別な意味はなく、傷つきが再燃するケースや、同じ障害をもつ母親同士であってもビリビリしていて疲れると関係の継続をする希望はおこらない。『境界』の母親は、差異ばかりを強く実感し「自分と同じ状況の人はいない」とこもまた、自分の居場所ではないと言意味付けをすることになる。

## 5. 早期療育におけるソーシャルワークへの示唆

### (1) グループワークの可能性とその限界

グループワークは、ソーシャルワークのミクロの分野の直接援助技術のひとつとして位置づけら

れており、集団を通じて個人と環境との関係に介入する方法である。早期の段階の母親の経験が<自己のポジショニング>をめぐる物語であれば、グループワークは自己と関係の双方に作用できる有効な支援の可能性を秘めている。

### 1) アセスメントとプランニング

前章の分析結果において、障害のある乳幼児をもつ母親への早期介入におけるグループワークはアセスメントの機能を有することが明らかとなった。グループワーク場面での他者との関係の持ち方から、母親の主観的な経験や日常的な家族や社会的ネットワークとの関係のありようが予測可能である。

グループワークの機能はアセスメントに留まらない。母親の主観的な変容プロセスの局面やパターンの類型が明らかになれば、その後の支援プランがより当事者の経験に即したサービス展開が可能になる。例えば、『逃避』のパターンの母親の主観的な経験は、子どもの障害とは関連性が全くないため、子どもの障害特性にだけに着目していても正しいアセスメントをすることは困難である。また、個別の診察や訓練場面だけでは関係をアセスメントするには限界がある。グループワークの場面において、母親の関係の持ち方を知ることによって初めて、<孤立のスパイラル>という主観的な経験をアセスメントすることが可能となった。その結果、次の段階においては、ミクロレベルのケースワークやカウンセリングを中心に母親という自己との重要な他者である夫や原家族との関係を対象にするプランニングへと展開ができる。

### 2) 自己のポジショニングが可能な心強い居場所

育児支援グループを契機に変容プロセスが進んだ『再生』の母親たちは、グループを<心強い居場所>と位置付けていた。すでに<コミュニティ

の獲得>をしていた『獲得』の母親たちにとっても、「またひとつ自分の所属できるコミュニティが増えた、それも同じ地域の中で、同じ年齢の子どもをもつ母親同士で。」と肯定的な意味付けを行っていた。これらの感覚は、例えば療育センターに週1回という高い頻度で訓練や療育グループに通っていてもけっして起こり得ない経験である。それは、「子どもの発達支援」が第一の目的であることを専門家が明言することはなくとも、母親たちは強く認識しており、その場で自分自身の想いを語ることは「療育」ではないと自覚している。事例1は、「自分だけがこんなに悩んで、気にしているのかなって思いがあったから、やっぱり聞いてもらうのが一番だと思います。子どものことしか相談しづらいけないみたいな感じで、『療育』って名前がついているから自分の愚痴を聞いてもらうところじゃないという遠慮みたいなのがあった」と療育へのイメージを語っている。この母親の想いは、中川（中川 2003：5）の「母親の感覚は専門職から療育最優先の圧力を認知し、これらに対して拘束感や負担感を感じている」という批判とも通底している。

《自己のポジショニング》を安定させるためには、情緒的な分かち合いや居場所が必要である。専門家は、療育最優先の支援から、【特別な分かち合い】が生まれる土壌—母親たちが自由に語り合える環境—を整える支援へと変化させる必要がある。グループワークは、<心強い居場所>として、機能することが可能性を秘めている。社会的ネットワークをもちにくい精神運動発達遅滞群（自閉症を合併）の母親に対しては、グループワークはより有効な支援となろう。

### 3) 新たな「自己のポジショニング」の創出

早期の段階での経験が《自己のポジショニング》の変容プロセスとすれば、新しい居場所を得

た関係が、新たな自己の創出につながる物語でもある。

障害のある乳幼児をもつ母親の《自己のポジショニング》の新たな獲得には、わが子の障害をめぐる感情や想いを情緒的な分かち合いをもって表明しあえる関係が不可欠である。グループワークは、障害のある子どもをもつ母親同士というメンバー間との相互援助システムが機能すると、他者との相互作用や他者による承認を通じて、自分を支える意味の確認が起こりうる可能性を十分に秘めている。シンボリック相互作用論<sup>8)</sup>が論ずるように、障害のある子どもの母親であるという自己を語り、それを他者から承認されることで自己イメージや自己への意味付けが新たに構築されてゆくのである。

畠瀬は、（畠瀬 1982：98－99）もまたロジャースを引用しながら、エンカウンターグループについて「個人が受容的風土の中で自己の感情を探求し、おもいやりのあるグループメンバーから厳しく、しかもやさしいフィードバックを受ける時、自分自身の自己概念をかなり変えてゆく」と述べている。そして、その条件として二つ挙げている。ひとつは、個人が重要な他者から無条件の肯定的配慮を経験するとき、もうひとつは、個人の照合枠についての共感的理解が完全で、しかもそれが伝えられるような関係のなかにあるときである。繰り返しになるが、新たな《自己のポジショニング》がなされるプロセスには、自己—自己イメージ—と関係が循環してゆくという条件が必ず必要である。

### 4) グループワークの限界

前章で論じたように、母親の変容プロセスやそのパターンによってグループワークの意味付けが大きく異なっていたという結果から、グループワークは早期の段階の母親にとって万能なソー

シャルワークの方法とは言えない。

特に重要な他者である夫や原家族と情緒的に【関係の断絶】をし、＜孤立のスパイラル＞に陥っている母親に対しては【拒否される恐怖】にもつながりかねず、適応がないと判断すべきである。特に『逃避』のパターンが予測される場合には、重要な他者との関係において、情緒的な分かち合いが成立しているか否かを可能な限りアセスメントすることが重要である。また、『境界』の母親は、子どもの脳性麻痺という障害特性ゆえアンビバレントな状態であることから、導入に際しては、グルーピングに一定の条件が揃わなければ慎重にすべきである。

### (3) 4つのストーリーに即した支援とは

早期の段階においては4つのストーリーに即して、ミクロな範囲を中心に介入方法を検討する必要がある。

他者との関係という観点で、4つのパターンに即して支援方法を検討してみると、介入の次元（ディメンション）には順番が必要である。他者との関係のディメンションにはわが子、夫・原家族、友人・地域、障害児の母親仲間がある。

〔障害モデル〕である『再生』や『逃避』の＜自己の土台の崩れ＞の段階では、母親にとって重要な他者となる夫・原家族との分かち合いを支援すべきである。重要な他者との間で情緒的な分かち合いが困難な『逃避』のパターンの母親には、自己を支える居場所や足場として機能するカウンセリングやセラピーが必要であろう。浅野（浅野2001：150）は、自己の変容について、「一般的に言えば、人がなにかを変えようとするときには、その間自分自身が立っているための足場を必要とする。人の働きかけによって対象が変わっていても、その人の立っている足場の方は相対的に安定していなければならない。それが『変える』と

いう働きかけを続けるための条件だからだ。」と論じる。この足場という機能を、母親にとって重要な他者が果たすことが不可能なのが『逃避』のパターンの状況と言いかえることができよう。このパターンの母親についての支援方略を療育現場で積極的に構築しなければならない。＜孤立のスパイラル＞で苦しんでいる母親を放置してはならないはずである。関係への介入の前に母親の自己に焦点化したサービスを早急に開発する必要がある。そして、自己、重要な他者：夫・原家族、の次の段階で、ようやくわが子との愛着関係に介入するタイミングとなる。最後に障害児の親・仲間との関係作り、グループワークなどに適応する段階となろう。

一方、〔病気モデル〕の母親へのディメンションの介入の順序はあるのであろうか。『獲得』の母親は、専門家の介入をほとんど受けないまま障害児の親・仲間という関係を得て、【特別な分かち合い】を経験している。その前提には、わが子との愛着関係が成立し、重要な他者である夫・原家族との間にも情緒的な分かち合いがなされている。この早期の段階においては、危機的な問題は出現しない。しかし、早期の段階以降、子どもの成長につれて、どのような問題に直面するかを継続的に見守る必要がある。先行研究では、わが子との強い一体感が、社会資源を利用するに際しての障壁になることが指摘されている。

『境界』の母親に対しては、ディメンションの順序という視点だけでは、支援の方略を立てることは困難である。むしろ、関係への意味付け【傷つき】、【受容—非受容】、【分かち合い】、【居場所】という観点からの理解が重要である。子どもの障害特性に起因することが大きいのが、【分かち合い】も【居場所】もないわけではなく、どこにいても中途半端でどっちつかずであることがこのパターンの母親のテーマである。重要な他者である夫・

原家族との【分かち合い】もどこか中途半端なのである。唯一、わが子との関係は、分かり合える実感があり、母親としてのポジショニングは安定している。この強みを、介入のディメンションとして検討することは可能であろう。[病気モデル]の母親には、子どもとの愛着関係への積極的な介入の必要ない。子どもとの相互作用が自然に成立し、そのことが母親のポジショニングの安定に寄与するひとつになっているからである。

#### (4) ソーシャルワークの援助技術の対象範囲との関連から

ソーシャルワークの援助技術や対象範囲から、改めて整理してゆく。4章の表2で整理したとおり、ソーシャルワークの援助技術は12の方法があり、対象範囲をミクロ・メゾ・マクロと分類している。4つのパターンそれぞれには、支援の優先される関係の対象が異なる。『逃避』では関係以前に自己そのものへのアプローチが優先されるため、カウンセリングという援助技術の活用が中心となる。一方、[病気モデル]の母親たちは、自己そのものの大きな揺らぎはないため、自己への洞察を深めることをカウンセリングという方法を用いる必要は少なく、関係への支援が中心となる。しかし、忘れてはならないのは自己へアプローチしながらも、それが関係へも関与することにつながり、また、その逆もあるという自己と関係をひとつとして捉える《自己のポジショニング》という人間理解である。

さらに考察してみると、本研究対象の母親の語りは、わが子、重要な他者である夫や原家族、地域や友人、障害のある子どもをもつ母親仲間といったミクロな範囲での関係をめぐるストーリーであった。福祉制度の不備や資源の不足、社会からの差別といったメゾからマクロとなる範囲との関係の語りは全くなかった。しかし、関係にはミ

クロだけでなく、メゾからマクロの範囲があり、ソーシャルワークとはその循環性に基づいた人間理解をする実践学である。

その循環性を、物語療法を必要とする家族療家の主張を浅野（浅野 2001：65）はこう解説する。「本当の困難は、このようなことを十分によく知っていてもドミナントストーリーを離れることができないということではないだろうか。例えば「母性」が近代の神話（イデオロギー）だと『知って』いても、幼い子どもをおいて仕事に出かける母親はしばしばどうしようもない罪悪感に捕らえられてしまうことがある。困難は外側（諸制度・諸慣行）にあるだけではなく、そもそもそれに挑戦しようとしている当の本人の内側に染み込んでしまっているのではないだろうか」とマクロな社会的言説がミクロな個人の感情を揺さぶる関係をみごとに表現する。早期の段階の母親からはマクロとの関係に対する葛藤が聞かれなかったものの、ミクロの範囲の問題点を指摘し、改善しようとするだけでは、個人の苦しみは消えることがないことは、その循環性からは明白である。中川（中川 2003）によれば、個人というミクロレベルがマクロレベルの社会的言説や専門家の態度から「役割的拘束」を感じているという指摘もある<sup>9)</sup>。

浅野の論ずる「母性」という神話を「療育」に対象を置き換えてみるとどんな神話があるのだろうか。障害受容論のもつメッセージ性を夏堀（夏堀 2003）は「望ましい親像への拘束」、藤原（藤原 2005）は「ケア役割の強制」と論じている。障害児の母親は無条件に子どもを愛し、子どものもつ可能性を最大限に発揮させるように献身的に尽くすべきであるという、社会的言説としてあることがみてとれる。この価値観をマクロとすれば、療育センターにおける保護者の療育目標—子どもの障害特性を正しく理解し、それに応じた対応方法を

学ぶ一は、メゾレベルになり、杉野の言う「ローカルな制度」(杉野 2007: 254)として母親一人ひとりに影響を与えることになる。マイクロレベルの母親という自己と家族への実践の改善とともに「ローカルな制度」という中間項—ここでは障害の正しい理解から分かち合いへ—を併せて見直すことが療育ソーシャルワークへの提言である。

## 6. おわりに

本研究の限界は、大都市の早期発見・早期療育の地域療育システムが整備されているエリアに在住する少数事例を対象としたものであり、ある一定の範囲においてのみ説明力をもつものである。

今後の課題としては、早期療育の次の段階において母親たちの主観的な経験や他者との関係がどのように変容するのかを明らかにすることである。その際の射程としては、マイクロな関係に留まらず、所属集団や地域などのメゾ、社会的言説や制度・施策のマクロまで取り入れ、3者の循環性を視点に障害のある子どもをもつ母親の実態に迫りたい。その上で療育分野における家族を対象としたソーシャルワークの構築を志してゆきたい。

## 謝辞

本稿は、2011年3月に日本女子大学において博士の学位を授与された『障害のある乳幼児をもつ母親の変容プロセス—早期の段階における4つのストーリー—』の一部を加筆・修正したものである。論文執筆にあたっては、北西憲二教授に多大なるご指導を頂いた。また、久田則夫教授、小山聡子准教授、さらに岩田美香教授(法政大学)、能智正博准教授(東京大学大学院)にも貴重なご指導、ご助言を頂いた。心から感謝の意を述べたい。調査にご協力頂いた23名のお母様、ならびに横浜市リハビリテーション事業団の関係者の方にも心よりお礼申し上げたい。

## 註

- 1) 三隅ら(1991、1992)により早期療育における親援助プログラムとして「共同治療者」論が展開されている。これは、自閉症児・者の療育として代表的である米・ノースキャロライナ大学で開発されたTEACCHプログラムの影響を色濃くうけているものである。
- 2) 宮本(2003)によれば、参与観察者の類型は5つに配列される。①純粋な観察者(自然科学者)、②控え目に参与する観察者(社会学者、文化人類学者)、③参与と同等の比重をかける研究者(実践研究者)、④実践的な目的のために観察も心がける参与者(臨床家、改革の実践者)、⑤純粋な参与者(実践家)である。本研究において、筆者はファシリテーターとして本グループに関与し、臨床レベルでの改善も併せて実践していることから④の立場で参与したと位置付けている。
- 3) フォローアップ面接は、半構造化面接という方法を用いた。オープンエンドの質問項目は先行研究(一瀬 2007)で得られた仮説に基づいて作成した。その内容は、自己イメージに関すること、他者との関係への意味づけ、わが子への想いという3点である。なお、2名の母親にフォローアップ面接が出来なかった理由は、1名は循環器の合併症をもち長期入院を余議なくされたこと、もう1名はB療育センターの利用そのものを辞退されたためである。
- 4) 三毛(2002)の整理によれば、認識論や分析方法の違いでグレイザー版、ストラウス版、ストラウス・コービン版、修正版の4つに分類されている。
- 5) 横浜市における従来の障害児保育の加算は、

身体障害者手帳および療育手帳を所持していることが前提であったが、この制度は療育センターで継続的に相談していることだけを条件としている。

- 6) 変容プロセスの4つのストーリーの詳細については、一瀬 (2011) を参照とされたい。
- 7) グラウンデッドセオリアプローチではコードから概念へ、さらに抽象度の高いカテゴリーへと分析の手順をすすめてゆく。よって、カテゴリーは複数の概念から構成されている。
- 8) ブルーマー (ブルーマー 1986=1992) のシンボリック相互作用論には3つの前提があり、ものごとが自分に対して持つ意味は個人がその仲間と一緒に参加する、社会的相互作用から導き出され、発生するとされている。
- 9) この中川 (2003) の論文に調査対象者は子どもの年齢を限定しておらず、1歳から19歳、9名の重症心身障害児の母親である。よって本研究の子どもの年齢が0歳から2歳までの早期療育段階での母親とは主観的な経験が異なるのは、ある意味当然である。

## 引用文献

- 安藤忠 (1995) 「障害をもつ子どもをかかえた家族への福祉的援助の課題」『地域福祉総合化への途：家族・国際化の視点をふまえて』右田喜久恵編 ミネルヴァ書房
- 浅野智彦 (2001) 「自己への物語的接近 家族療法から社会学へ」勁草書房
- Blumer, H. (1986) *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Prentice-Hall (=1992 後藤将之訳「シンボリック相互作用論」勁草書房)
- Dunn, M.E., Burbine, T., Bowers, C. A. et al. (2001) *Moderators of stress in parents of children with autism*. *Community Mental Health Journal*, 37, 39-52
- 藤原里佐 (2005) 「重度障害児家族の生活」 明石書房
- 橋本厚生 (1979) 「障害児家庭のストレスに関する研究—ストレスの大きさとその時間的推移および家族属性との関係」『心身障害学研究』(2) 63-79
- 畠瀬稔・畠瀬直子 (1982) 「エンカウンター・グループ—人間信頼の原点を求めて—」創元社 98-99
- 一瀬早百合 (2007) 「障害のある乳児をもつ母親の苦悩の構造とその変容プロセス」『小児保健研究』66 (3) 419-426
- 一瀬早百合 (2011) 「障害のある乳幼児をもつ母親の変容プロセス—早期の段階における4つのストーリー」『社会福祉学』52 (2) 67-79
- 北沢清司 (1992) 「発達障害児・者の家族へのサポート」『発達障害研究』14 (2) 81-90
- 久保紘章 (1982a) 「障害児をもつ家族」『講座 家族精神医学 3 ライフサイクルと家族の病理』加藤正明、藤縄昭、小此木啓吾編 弘文堂
- 久保紘章 (1982b) 「障害児をもつ家族に関する研究と文献について」『ソーシャルワーク研究』8 (1) 49-54
- 松倉真理子 (2000) 「ソーシャルワークにおける『ストーリー』の思考—『障害児の親』のプロトタイプと「障害受容」の困難さをめぐって」『ソーシャルワーク研究』26 (3) 224-231
- 三毛美代子 (2002) 「ソーシャルワークの調査方法としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ」『ソーシャルワーク研究』27 (4) 18-27

- 三隅輝美子・清水康夫・本田秀夫（1991）「発達障害児の早期療育における親援助プログラムの開発（第1報）—通園療育期に入った場合の障害をめぐる親の認識」『研究助成論文集』27（1）、78-89
- 三隅輝美子・清水康夫・本田秀夫（1992）「発達障害児の早期療育における親援助プログラムの開発（第2報）—早期療育導入時期における子どもの障害をめぐる親の認識」『研究助成論文集』28（1）、106-115
- 宮本真己（2003）「臨床社会学の体験と方法—精神看護の実践・研究を通して—」野口裕二、大村英昭編『臨床社会学の実践』有斐閣選書
- 中川薫（2003）「重症心身障害児の母親の『母親意識』の形成と変容プロセスに関する研究—社会的相互作用がもたらす影響に着目して—」『保健医療社会学論集』14（1）1-12
- 夏堀撰（2003）「障害児の『親の障害受容』研究の批判的検討」『社会福祉学』44（1）23-33
- 新見明夫・植村勝彦（1981）「心身障害児をもつ母親のストレスについて—ストレス尺度の構造—」『特殊教育学研究』18（4）59-67
- 杉野昭博（2007）「障害学—理論形成と射程」東京大学出版会
- 蔦森武夫・清水康夫（2001）「親がこどもの障害に気づくとき—障害の告知と療育への動機付け」『総合リハビリテーション』29（2）143-148
- 渡辺顕一郎（1997）「心身障害児者をメンバーにもつ家族のストレスとその要因」『四国学院大学論集』95 195-214