大阪公立大学
Osaka Metropolitan University
学術情報リポジトリ

「子育て支援に役立つスクリーニング調査票」の開発とその有効性の検証：「子育て支援質問票」の項目と整理用紙の作成の試み

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2013-11-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 川原, 稔久, 総田, 純次, 髙橋, 幸治, 川部, 哲也, 橋本, 朋広, 作田, 大輔, 長谷川, 智枝, 松本, 緑, 澤樹, 亜実, 河邑, 淑子, 石田, 暢子, 中島, 歩, 西地, まどか, 平岡, 尚子, 呉, 伽耶, 堂野, 和人, 後藤, 貴一, 岩佐, 陽子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005286

特　集

「子育て支援に役立つスクリーニング調査票」の開発とその有効性の検証

―「子育て支援 質問票」の項目と整理用紙の作成の試み―

大阪府立大学大学院人間社会学研究科
心理臨床センター紀要　第 6 号
2013年 3 月

特　集

「子育て支援に役立つスクリーニング調査票」の開発とその有効性の検証
―「子育て支援 質問票」の項目と整理用紙の作成の試み―

目　　次

序　章　「子育て支援 質問票」研究の背景と全体像

第 1 章　親子の心とからだの関係を探る尺度項目作成の試み

第 2 章　発達障がいの特徴を捉える尺度項目作成の試み

第 3 章　家族機能および虐待リスクを捉える尺度項目作成の試み

第 4 章　「子育て支援 質問票」の実施法と今後の研究課題

序章
「子育て支援質問票」研究の背景と全体像

川原　稔久・総田　純次

1．はじめに

本稿は，日本臨床心理士資格認定協会研究助成事業2010年度重点研究テーマ『地域にかかわる多様な臨床心理士活動（学校支援，子育て支援等を含む）』で採択された研究事業『子育て支援に役立つスクリーニング調査票の開発とその有効性の検証―大阪府次世代育成支援行動計画「こども・未来プラン後期計画」との連携を通して―』（研究期間3年）の一環として,「子育てについての質問票」の項目と整理用紙の作成の試みを提示するものである。

なお，研究事業タイトルにある「スクリーニング調査票」は，質問紙を構成する作業のなかで，実際にクライアントに施行する場合にふさわしい名称を検討した結果,「子育てについての質問票」というタイトルとしたため，以降本稿では「質問票」と略記する。

本研究事業は2010年11月に採択が決定し，実質的には同年12月から取組が始まった。本学心理臨床センターでの心理相談を積むなかで，子育てに関する相談が増え，それに伴って，小児心身症や発達障がい，そして虐待のリスクを来談者と共にセラピストが把握するための簡潔な質問票を開発し，来談者支援に寄与したいという意図が生じた。これが研究の出発点である。そのため，本研究の全体像は，大きく分けて，①質問票の作成，②作成された質問票の利用とその有効性に関する検証，③臨床場面での実践活用と子育て支援のモデル化,の三段階から構成される。そのなかで,3年間の研究事業においては，①と②の二段階が中心になる予定である。研究全体の最後③の段階，つまり実践活用およびモデル化は，3年事業後も継続される事例研究によって行われる見通しである。そして，本稿は3年間の計画のうち前半，つまり①段階と②段階の途中までの経過報告となる。そのため，本稿ではおもに研究の全体像とこれまでの経過を報告し，それらを踏まえた今後の事例研究等の展望を付け加えることにする。

本稿の構成は目次に示したとおりである。

序章では，研究の背景，目的，課題，方法など全体像を提示する。研究経過の中で明らかになってきたのは，心とからだの関係についての問題が基底にあることである。そこで，心とからだの関係ついての基礎文献から項目作成を試みた研究を第1章に置いた。次いで，既に発達障がいを扱った先行研究で多くの尺度項目が開発されているが，それらが発達の多様性を示している点をふまえ，発達全般の様相を詳細に検討することを通して項目作成を試みた研究を第2章とした。そして，虐待リスクのスクリーニングや家族機能のアセスメントに関する既存の項目があり，それらを統合する形で項目作成を試みた研究を第3章とした。第4章は，質問票の構成とそこから得られるプロフィールをまとめる整理用紙の作成経過と総括を示し，今後予定しているプロフィール分析と事例研究を展望している。

2．研究の背景と目的

この研究の発想は臨床実践から生じてきている。本大学院臨床心理学分野は2005年4月に創設され，2006年6月には府民からの心理相談を通じて臨床研究と大学院生の学内実習教育を行う心理臨床センターが開設された。この年に本分野はこどもの心身症を研究テーマとして小児科医療との連携を深め始め，2008年にはさらにこどもの心身症の背景にある家族関係を研究テーマに加えた。この間，地域の小児科，心療内科，教育機関，スクール・カウンセラー等から紹介されて来談する事例の数はうなぎのぼりである。そのなかで発達の問題で来談される事例も増え，近年は発達障がいに関する心理査定も研究テーマの射程に入るようになってきている。また,2010年には大阪府の「こども・未来プラン後期計画」事業の一環としての子育て相談も開始している。このような経過のなかで，来談する親子の問題を多角的に理解することに関心が及んできた。セラピストたちは親子の相談を重ねるなかで，心身症や虐待問題，発達がいの可能性をいち早く捉える必要を切実に感じるようになってきた。

そこでわれわれは，増え続ける子育て支援のニーズに対して，子育て支援を円滑にし，親子双方に個別の心理臨床活動を通じてより迅速に適切な支援を提供したいと考えた。というのも,虐待問題や発達障がい等,近年急増する子育て支援のニーズに対して，大阪府下地域の子育て支援の体制は，たとえば発達検査を受けるにも数カ月待ちとなる等，決して十分とは言えない

現状にあるからである。つまり本研究は，地域住民の急増する子育て支援ニーズに即応する臨床心理学的な支援をねらいとしている。具体的には，心理臨床センターにおける日々の心理相談を通じて，心身症，虐待，発達障がい等の問題を短時間で簡便に把握できるツールを開発し，問題の理解と問題への介入の質を高め，効果的な支援を行うということである。また，そこから心身関連・家族機能・主体形成という三つの側面による臨床心理学的子育て支援の概念化，臨床心理士活動としての子育て支援のモデル化をも射程に入れたい。

3．研究の課題と方法

以上の目的から本研究が取り組む具体的な課題は，臨床心理面接を通じた「子育て支援スクリーニング調査票」の開発とその有効性の実証である。つまり課題の第一は，臨床心理面接の初期に心身症，虐待，発達障がい等の問題を心理検査よりも簡便に把握し，支援者側が必要な支援を迅速かつ適切に見立て，なおかつ保護者側も問題の所在に自ら気づく契機となるような「質問票」を作成することである。また課題の第二は，この「質問票」に基づいたケース・マネージメントや臨床心理学的介入の意義を，事例経過から検証し，支援を受けた方への調査によりこれらの効果を検証することである。

研究は，質問票の作成・質問票の検証・実践活用による子育て支援のモデル化という三つの段階として計画されている。第1段階は，子育て支援事例と先行研究からスクリーニングに有効な項目を抽出して質問票を作成する。第2段階では，質問票の信頼性・妥当性を検証し，質問票の臨床的意義を事例研究法によって検討する。第3段階では，スクリーニングによる支援計画の策定とその検証を通して，より包括的な視点から子育て支援事例を検討し，臨床心理士による子育て支援モデルを構築する。

なお，研究組織の構成員は，心理臨床センターに所属する教員・専門相談員・研修相談員・大学院生である。研究の組織は臨床チームと研究会に大別される（図1）。

臨床チームは臨床事例を担当する専門相談員・研修相談員・大学院生で構成され，個々の担当事例の臨床を実践するなかで，質問票の実施・治療計画および経過の検討を行う。研究会はさらに上下二層構造で組織され，構成員全員が参加する全体研究会と四つの研究班（心身症班，発達障がい班，家族機能・虐待班，事例研究班）からなる研究会（心身症研究会，発達障がい研究会，家族機能・虐待研究会，事例研究会）がある。各研究会は指導を行う教員・アドバイザーの専門相談員・研修相談員・大学院生からなっている。研究活動の流れは，事例研究班以外の三つの班による当該項目の検討と全体研究会による構成作業の往復により質問票を作成し，臨床チームによる実施を踏まえて全体研究会での事例研究を継続し，全体討議を踏まえて事例研究会が事例経過との関連付けを行っている。

4．これまでの研究の状況

2010年12月に教員スタッフと大学院生リーダーによる全体研究会で上記組織および研究計画を確認して研究を開始した。これまでの研究では，心身症，発達障がい，家族機能･虐待問題に関する三つの研究班（高

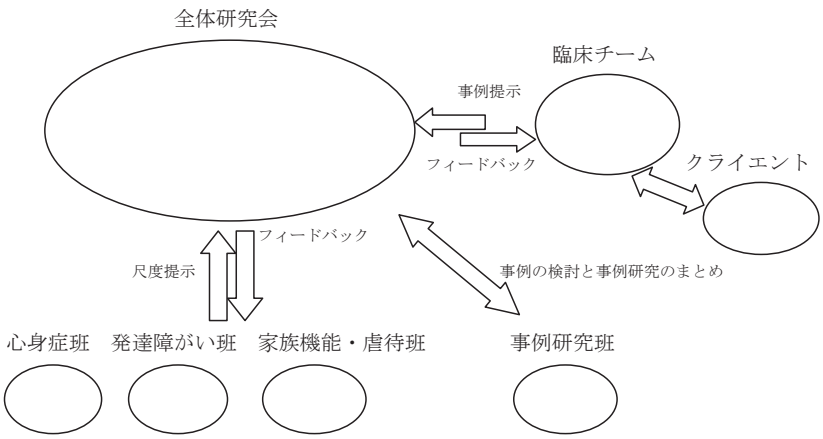


図1　研究の組織

橋班・川部班・橋本班）がそれぞれ研究会を継続開催して，子育て支援事例と先行研究からスクリーニングに有効な項目を各班30項目ほど抽出した（2010年12月～2011年7月）。その経過を踏まえて全体として質問票を構成する作業に取り組んできた。全体での議論を踏まえ，各班が，提出した項目をさらに10項目（家族機能は11項目）に絞り込み，全体として31項目により質問票を構成した（2011年7月）。本稿の第1章から第3章はそれらの研究報告である。

その上で，心理臨床センターにおける子育て支援事例に対して質問票を試行し，質問票の改訂を重ね，事例ごとのプロフィールを検討してきた（2012年1月～4月）。以上のような研究作業の初期に，プロフィールを検討するための整理用紙の作成を行ったが，その報告が本稿の第4章となる。

なお，2011年度からは新たに研究スタッフとして1名の教員が加わり，事例研究班（総田班）が構成され，上記三班に加わっている。プロフィールからの所見と面接からの所見を総合して見立てを行う解析の構造を検討し，現在はプロフィール解析の視点を整理しつつ，質問票プロフィールと事例経過との関連づけに向けた事例研究を進めている段階にある。今後は，事例経過を踏まえた検証研究と実践活用に移行する予定であるが，その展望は本稿第4章の終わりに述べる。

第1章
親子の心とからだの関係を探る尺度項目作成の試み

髙橋幸治・作田大輔・澤樹亜実・河邑淑子・石田暢子・中島　歩

1．はじめに

心身症班が，「親子の心とからだ」10項目を作成した経緯について以下に説明していく。各項目の理論的背景，つまり参考にした文献，理論については後述する。しかしその前に，10項目がどのようにして出来上がったか，その具体的なプロセスについても触れたいと思う。選び出された各項目には，背景となった理論があるが，なぜその理論だったか，その文献を読んだかということを考えると，心身症班のメンバーの主観さらにチーム全体の主観というものに考えが及ぶ。我々には，10項目それぞれの回答から実現されるものを探そうとしている，明確に言語化はできないが，項目に対する固有のスタンスがある。通常の質問紙作成では，項目の言葉は誰がいつ回答しても特定のものが測られるという妥当性，信頼性が重視される。しかし今回作成されたこの質問票は，その枠組みから逸脱したものとなっている。大阪府立大学の心理臨床センターで実施されている，実際の親が回答した質問票とその後の面接についての討議では，回答の様子から親や家族の固有の内的世界に目を向け理解を目指す，つまり親や家族をめぐる布置の一部が項目の回答に反映している可能性をみるような，多義的で柔軟な態度によって項目が扱われている。項目の言葉は，一義的には捉えられていない。このような特徴的な質問票の三分の一を占める「親子の心とからだ」10項目にどのような由来が潜在しているかについて，具体的な作成プロセスとメンバーの主観を検討することによって迫ろうとする作業は意義があると考えられる。まず，具体的な作成プロセスについて述べ，次にメンバーの心身についての主観的世界，最後に各項目の理論的背景について論じるという三部構成ですすめていく。

2．項目の作成プロセス

①　メンバー

「子育て支援に役立つスクリーニング調査票」の開発に向けて，三つの主題別の研究会が立ち上がり，心身症班は，教員である髙橋と博士後期課程の院生の中島がリーダーとして決まった。中島は，心理臨床センターの院生，研修相談員等に，心身の問題に興味関心があるメンバーを募った。作田，澤樹，河邑がメンバーに加わった。第6回の研究会後，中島は就職が決まったことで参加できなくなり，リーダーは作田に代わり，新たなメンバーとして博士論文執筆中の石田が加わった。

②　初回

メンバーはそれぞれ，どうしてこのチームを希望したか，また各自の心身症観，身体についての興味関心について語り合った。この内容は後述されている。

③　研究会のすすめ方とその特徴

1）メンバーがそれぞれ「身体」「心身症」をキーワードに自分の興味関心のある文献を探す。

2）各回の担当者は，事前に文献をメンバーに知らせる。メンバーは熟読して研究会に臨む。

3）研究会では，それぞれの印象や疑問を出し自由にディスカッションし，文献で問題となっている「身体」や「心身症」について理解を深める。

4）議論された「身体」「心身症」の特質を測る項目を考える。心身症や身体性の問題が表れている子を相談に連れてくる母親に回答してもらうという前提で項目を作成する。

5）以上のプロセスによって全27項目を作成した。その後三つの主題別の研究班が作成した項目を報告する全体会において，3項目が追加された。具体的な項目については後述する。

6）全体会であげられた3項目を加えた全30項目を心身症班全体の項目とした。その後心身症班のメンバーによって，30項目から10項目に絞る話し合いを持った。

3．研究会の特徴

本研究会は，文献の選別がメンバーの興味関心からスタートしている点が特徴的であると考えられる。しかし，文献研究が進むうちに，「もう少しオーソドックスな心身症研究を扱う文献を読むべきでは」というような文献の偏りを補完する動きもメンバー間で生じ，それによって選ばれた文献もあった。

次に特筆すべきこととして，研究会の討議中のメンバーの意識状態の特徴がある。ディスカッションは，文献を読んで印象に残ったことや疑問，また話し合う中で思い浮かぶ連想を自由に述べ合って進んでいっ

た。少々文献から離れた話題になっても，その動きを止めることなく自由に任せていた。2時間から3時間の研究会が終了すると，ディスカッションしていた内容をメンバーの誰一人として思い出すことができない，という夢でも見ていたかのような不思議な状態を毎回味わっていた。会の終わりに必ず，ディスカッションを振り返り質問項目の候補を出していたので，その項目はメモに残されたが，話し合いについては思い出せないことが多かった。我々のディスカッションは通常の会話の意識状態とは異なる状態で行われていたと思われる。ただディスカッション中に，「この話は前の回にも出たな」ということをメンバーで確かめ合うこともあり，心身に普遍的な内容であることも確認されることが多かった。

ディスカッションでは文献に書かれている論の理解に留まらず，メンバーの個人的な身体に関係する体験や臨床経験が賦活され，そのことに関しても話し合われた。つまり，文献から触発されて浮かび上がってきたメンバー各々の主観を材料にディスカッションしていたということになる。このようにして作成された項目の由来について知るために，メンバー各々が心身についてどのような主観的世界を持っているか知ることは重要である。そこで，メンバーはそれぞれ，身体や心身症についてどのような関心を持っていたか，なぜ心身症班を選んだかについて，自由に記述した。さらに，文献の選定自体がそれを選んだメンバーの主観や会の流れの中から生まれたチーム全体の主観を内包していると考えられるため，文献を選んだメンバーは文献を選んだ理由についても触れている。

4.「身体」,「心身症」についての自由記述と文献を選んだ理由

①　中島

私は心理療法の場で出会ったクライアントから自己の身体のこと，身体を通した体験についての語りを聞く中で，身体とこころの関係性やつながりに不思議な感覚を覚えることがあった。自分の身体という一番身近で起こったことでありながら，とてもドライに淡々と語られるのである。この人はいったいどんな体験を，どんな感覚を味わっておられるのだろうかと，自分の身体，身体感覚を総動員してクライアントに会うようになったことが心身症について考えはじめるきっかけになった。また現在携わっている小児科医療の現場では，身体の不調や，触覚，味覚，聴覚，嗅覚といった身体感覚の不快感を訴える子ども，その子どもの身体感覚との関わり方に戸惑う親に多く出会う。毎日見てふれている自分の身体だが，その身体感覚の感じ方や付き合い方は非常に多様で，自分のものでありながら思うままにならないものであるということを感じさせられている。

心身症班の研究会では，“身体にまつわるものならなんでも”という広い間口で文献をメンバーが各々選ぶことからスタートした。2回目の研究会であがった文献は，“皿洗いの効率化”がテーマのものだった。皿洗いの効率化，という事を考えた時，私はそれは“あたま”が“考えている”ことだとなんとなく当たり前に思っていた。“わたし”がお皿をいかに早く洗うかを意識して行っていることだろう，と。しかしメンバーで“身体”ということに焦点をあててディスカッションしているうちに，別の考えがうまれてきた。お皿を洗う動きに無駄がなくなるということは，“からだ”が勝手に一定の所作で“うごく”ようになることではないのか。それは，意識して“うごかしている”のではなく，もはや無意識に“うごく”状態ではないか。

このような体験は，管楽器を演奏するときに私自身も味わったことがある。最初はここで息を吸って，こんな風に演奏したい等と考えて楽器を構え練習をはじめる。しかしうまく演奏できるようになった曲というのを振り返ると，息継ぎや息の量の調節などはもう勝手にどうにかなっていて，音楽と一緒に身体が自然に動き流れていく。逆に，意識して呼吸や演奏に関わる身体の動きをコントロールしようとするほど，自分のイメージ通りに演奏できないのである。

意識でコントロールしているとなんとなく当たり前のように思っていたことが，実はいかに“からだ”という無意識によって“うごかされて”いるのか。研究会で高橋先生が紹介してくださった多田富雄の『免疫の意味論』を読み，さらにその想いは強くなった。また，研究会でメンバーと様々なディスカッションを重ねながら，私は身体という一番近くにあるけれどわからない存在に対してさらに惹かれていった。それと同時に，自分のものであるはずなのに思うままにならないという不思議さを感じたり，意識の関与やコントロールを超えたわからないものに身を委ねている心もとなさ，怖さ，畏怖の念も感じている。

②　髙橋

心身について思うことはたくさんあるが，ここでは二つのことに触れたいと思う。まず，私は少年時代，腸炎に苦しんだ。腹痛，下痢がとまらないという症状で，小学6年生，中学1年生の時は，長期に渡って入院し，学校を休んでいた。状態が変わらないので，病

院を次々と変えた。中学1年のある時，大学病院での一日がかりの診察が終わり，夕方待合室のソファに座っていた私は，「この痛みは入院しても大学病院に来ても，診察されても薬を飲んでも，治まることはないのだな」，とぼんやりと思ったことがあった。それからしばらくして，また痛みがひどくなってきた時，母親の勧めで今まで知らなかった町医者に一人で行ってみた。待合室にも受付にも人はいなかった。「休みなのかな」と思っていると，一人の中年の医師がいた。その医師は私をベッドに寝かせると，私のお腹を30分ほどかけてマッサージするように両手で揉み始めた。腸をつかむようにしていた。そして「一週間後にもう一度来なさい」と言った。そうしたら，なんと腹痛は全く起こらなくなっていた。すっかり治ったという実感があった。一週間後，また誰もいない医院を訪れて，治った感動を私が伝えると「こういうのを医者というんだよ」と医師は言った。中学生の私には，衝撃的で忘れられない出来事だった。そして，医者には病を治す医者と大多数のそうではない医者がいるということ，世間の評判が当てにならないということがわかった。後で町医者は「ヤブ医者」と噂されていることを耳にした。

二つ目は，アレルギーや免疫についてである。自分の子どもが患ったアトピー性皮膚炎や喘息，親として直面した数多くのエピソードから得たことであり，免疫学者の多田富雄の論によって深められた知見である。症状の耐え難さによって親子に生じる感情と行動，症状の表出を抑える薬物治療，症状の意味，当人と関わる者の態度や覚悟，などを味わい考えたプロセスが私にはあった。身体の細胞内で起こっているアレルギー反応と，人間の生き方や存在の仕方，意識のあり方は当人に関わる布置としてながめることが可能になってくる。つまりアレルギー反応は，症状の消失を目指す治療が主流ではあるが，当人の全体性に配慮して考えるとそれ以前と全く異なる世界を味わうことになり，そこでの生き方によって，症状が治まったり，悪化したりすることがある，ということを考えるようになった。

③　石田

心理療法を通して心身症のクライエントのことを考える時，クライエントのこころと身体は切り離されているかのように感じたり，クライエントは自分の身体のことにもかかわらずどこか他人のことであるかのような，身体から遠いように感じたりしていた。そのため，心理療法の中でクライエントの訴える心身の不調を丁寧にお聞きし，そのクライエントが自分の身体の状態をどのように捉え，その症状にどのような思いを抱いているのかということをお聞きすることにしていた。そうすることによって，クライエントが自分の症状に自分の人生の物語を重ねる時，クライエントの忘れていた大事な出来事や，ある思いが浮上してくることがあり，それが面接過程において重要な転機となることが何度かあった。そのことを理解するために，野間俊一『こころという身体－青年期における存在の問いをめぐって－』は重要な視点を与えてくれていると思ったため，私は野間氏のこの報告を取り上げた。

私たちは日頃から，自分の存在について意識的に考えるということは少ないかもしれない。それはなんとなく実感として日常の中に根付いているものなのではないだろうか。その「なんとなく実感として日常の中に根付いている」ことの説明を，野間氏は「見られる身体」と「感じられる身体」を通して説明してくれている。野間氏によれば私たちは見る／見られる，感じる／感じられるという他者との相互の関係の中で，共感することができ，共存できているというのである。

自分の身体を正しく感じることから切り離されていると思える心身症のクライエントを考える時，この視点は大切なのではないかと思う。つまり，自分の身体を「感じる」ことを通して他者を感じられ，そのことによって他者との間に自分のいきいきとした存在意味を感じられるとすれば，自分の身体から切り離されている心身症のクライエントは，身体をツールとした自分と他者の位置づけがあいまいになってしまうのではないかと思うのである。それは自分という「存在」を危うくさせてしまうのではないだろうか。

野間氏の報告を読み，心身症のクライエントが症状に自分の人生の物語を重ね合わせて語る時，身体は切り離されたものではなく自分の身体として認識され，そこに他者との接点が開かれるのではないかと私は考えたのである。

以上のことが，私が心身症のクライエントとお会いしながら考えていた事であり，心身症のクライエントが自分の身体へどの程度コミットしているのかということに注目してきたつもりである。その視点をこの研究会においても持ち込みたいと思い，野間氏の報告を取り上げた。

④　作田

振り返って考えるとスポーツでは，身体を使って自己や他者をめぐる様々な体験をしてきたことに気付く。例えば，相手の選手と相対したときには，相手の

身体の動きを感知し，それに合わせて自分の身体を動かす。また，自分の身体の動きが相手に伝わって，相手も身体を動かす。そこでは，言葉では説明しきれない複雑なやりとりが繰り返されている。相手の動きや意図を意識的に考えて自分の身体をコントロールしながらも同時に，直観的にも相手の身体の動きや意図を把握しているように感じる。自分の身体を動かすのに必要な相手の情報は，目に見える身体の動きから目に見えないリズムや間合い，雰囲気といった感覚的なものまで無数にある。その情報を可能な限り相手の身体から読み取り，感じ取っている。集中しているときには，考えるよりも先に身体が動く。その瞬間に自分がそのように動いた過程を説明することはできない。ただ，身体が反応したとしか言えない。

直接身体をぶつけ合ったときには，相手の身体の「重み」と同時に自分の身体の「重み」を感じる。そして，日常では意識したことのない重みを持った身体の存在を感じる。この「重み」は体重とは違って，相手の身体との力関係と自分の踏ん張る力などの身体全体の筋力や，バランスを維持しようとする瞬間的な身体の動きなどが関係している。そのため，身体の「重み」や「存在」は，相手との直接的なぶつかりの中で，より鮮明に感じられる。

このような身体を通した体験の中で，相手の存在や自分の存在をありありと感じることがあるように思う。そのためか，試合を終えると相手との不思議な親近感が生まれたこともある。心身症グループを選んだ理由として，他者と身体レベルでのコミュニケーションが起こったり，自分自身を感じたりする場としての身体に関心を持ったことにある。

研究会では，心身症を扱う文献を読むだけでなく，身体そのものについて考えることから心身症の意味を考えていくという方針があった。私が選んだ菊池暁編『身体論のすすめ』は，一見身体とは関係のないテーマから身体について論じている。この中から，各メンバーの経験を元に議論できればと思い，「音楽」や「皿洗い」をテーマにしている文献を選ぶことにした。

⑤　澤樹

私は元々，昔から身体症状をよく呈するタイプだった。当時は自分の体質くらいにしか捉えていなかったが，その後臨床心理学を学んでいく中で，私の中で自身のその身体症状とは何なのか，どんな意味を持つのか，そうした疑問が生じ始めた。自らの“身体”について振り返ってみた時，私はまず頭で考えたり，言葉にしたりするより前に，“身体”で何かをキャッチするようで，身体の変化がサインとなって私に色々なことを教えてくれる。そしてよりその感覚が研ぎ澄まされていくと，たとえ腹痛一つをとっても色んな違い（キリキリ，ズキズキ，消化不良な感じ等）があることに気づいていく。その身体感覚はとても生々しく，ことばにすると大切な何かが零れ落ちてしまうような，そんな感覚である。しかし，身体はそれほどに，リアルに，その時感じた何かを私に伝えているのだ。そんな“身体”というものの不思議さ，すごさ。私は，“身体”はこころへとつながるチャンネルのようなものだと感じている。

そうした自らの体験や，また実際に自分が心身症の子どもたちのセラピーを受け持ったり，小児科（心身症外来）での実習などを経験していく中で，私の中で“こころと身体とのつながり”というものへの関心は高まっていき，心身症については勿論，そもそもの身体論や身体感覚についてなど，こころと身体というものの理解を深めていこうと思い，心身症グループに参加することに決めた。

文献に関しては，成田善弘『心と身体の精神療法』より二つの章（精神療法家からみた心と身体―心身症における内部と外部―，母子関係からみた心身症）を選んだ。そろそろ心身症についての古典的な文献を読みたいというメンバーの希望があったことと，各々心身症や身体などに関して興味のある文献を，と決まった時，初めにこの文献が思いついたからである。

⑥　河邑

私は以前から「身体」というものに興味があった。昔から緊張すると汗が出たり，思わぬ失敗をすることがあった。自分のものなのに，自分の思い通りにコントロール出来ない「身体」というもの―腕を曲げようと思えば曲げられる，足で蹴ろうと思えば蹴ることが出来る，しかし時に身体は全く思い通りには動かず，予想外に蠢くことさえある。こころの状態によって身体の動きや感覚に違いがでることがある，ということにやっかいな思いと同時におもしろみも感じていた。

そんな時に鷲田清一の身体論に出会った。今回私が参考文献に挙げた『ちぐはぐな身体』もその一つである。彼が何度も身体について述べていることがある。それは私たちが自分の身体を全体像として捉えられることは，実は一度もないということである。人が自分の身体について可視的に見ることが出来るのは一部分であり，鏡に全体像を映したとしてもそれは反転した姿である。写真も一部分を切り取るものであり，それに映った自分を見ても本来の自分とは遠い気がす

る。よって実は人は自分の本当の顔，身体について知ることはできない。そんな私たちは自分の身体の全体像をイメージする。イメージにより唯一私たちは自分たちの身体の全体像を掴むことが可能なのだ。イメージは豊かでもあるが，一方で非常に不安定なものでもある。この鷲田の説明を読んだ時に，今までの身体に関するコントロールの出来なさに対して少し応えをもらえたような気がしたのだ。このような経緯があり私は心身症という問題について，鷲田の本から何かヒントが得られるのではないかと思い，『ちぐはぐな身体』を選んだ。

⑦　メンバーの主観，チームの主観

以上が，メンバーそれぞれの主観である。各人には，固有の身体についての体験や思いや感受性があることがわかる。例えば，恋愛をしたことのない者が，その時の喜びや興奮や不安や苦しみを真に理解することは難しい。その意味で言えば，身をもって味わう，身体で体験，実感する，自らの身体と向き合う，他者の身体を感じる，ことに注目し，価値を見出し，不思議さに惹かれたメンバーであったと考えられる。そして，そのことが子が育つこと，親が親として生きること，人が存在すること，他者と関わることなどに，とてつもなく強く関係していることを体感しているチームであったと思われる。

5．各項目の理論的背景

ここでは，作成した項目とその理論的背景について述べる。なお，項目は表1-1として一覧にしてある。特質の欄には，その項目によって測ろうとしているものを示した。項目の候補を考える際すぐに気づいたことがあった。身体症状を主訴として来談したクライエントの場合，医師から心身症の可能性を指摘されて来談されており，主訴も当然何らかの身体症状を呈しているのであるから，心身症であるかどうかという点をスクリーニングする必要性はない，ということだった。したがって，質問紙を心理療法をおこなっていくうえで有益な情報を得る目的でおこなう方が意味があると考えた。そこで，作成した項目は，心身症であるかどうかではなく，母親や子どもの身体性について問うものにした。

項目番号1～8に関しては，野間（2008）の論を参考に作成した。野間は，Bruch（1962）の摂食障害の精神病理学的研究から，神経性無食欲症の三特徴として①ボディイメージの障害（見られる身体），②身体感覚の障害（感じられる身体），③無力感・自信の欠如（他者との関係性）を挙げている。野間はその三つの特徴は摂食障害にとどまらず，身体を考える上でも重要になってくると指摘し，Wallon（1965）やMerleau-Ponty（1966）の主張との共通性についても言及している。そこではボディイメージ（外から見える自分の身体），感じられる身体（自分の内受容的身体）は，他者との交流を通じて形成されていくという点が強調されている。つまり，養育者からのまなざしという影響によって，自分の身体が外から見られる際の共感体験や疎外体験を味わうことになるし，身体感覚や感情体験においても養育者との交流を通して共感体験や疎外体験を味わう。また，野間は，摂食障害，自傷症，境界例など青年期精神疾患の本質には，「自分がいまここに生きていること自体に対する，漠然とした強い不安感」，「自分の存在の不確かさ，危うさ」があると述べている。

ここでの質問項目として，養育者としての母親が子どもを見る際のまなざし，子どもの身体や身体感覚への共感の具合について測る項目を挙げた。

1．『子どもと目が合うと嬉しい』（見る－見られる身体経験の満足）
2．『子どもがなぜ嬉しがっているのか分からない時がある』（子と親の感情の不一致）
3．『街中で子どもが騒いでいると恥ずかしい』（子の身体を感じる阻害要因としての世間体）
4．『わが子が，なぜ甘えてくるのかわからない時がある』（子と親の身体・感情の不一致）
5．『自分自身も身体の変調をきたしやすい』（親の身体性）
6．『子どもと向き合う自信がない』（親，子の身体・感情交流の様子）
7．『子どもと二人きりになった時，どうしたらよいかわからなくなる時がある』（親，子の身体・感情交流の様子）
8．『時々わけもなく不安になる』（親自身の漠とした不安）

項目番号9～11に関しては，鷲田（2005）の論を参考に作成した。心身症の中でも，例えばアレルギー疾患などを考えた場合，アレルギーを起こしているということは免疫システムの低下が考えられる。免疫システムが非自己な物質に対して，過剰に反応してしまっている状態である。その背景について，鷲田は身体の内部から不純なものを排除していこうとするデトックスへの志向が，強迫観念のようになって意識を

占めているという。身体内部の免疫組織を破壊してくるようなウイルスの侵入に対して，それを包囲するべく免疫システムの形成が緊急に要請されるという事態が，文化のさまざまの次元で変奏されつつあるという。しかしこの過程は自家撞着に陥る。それはウイルスの侵入に対抗して内的な免疫システムを補強すべく身体の内部環境を人工的に純粋化すればするほど，その内的免疫システムも弱体化してしまう。殺菌された環境下では，異物が存在しないので免疫システムも不要になって衰弱してゆく。以上の論から，心身症を呈している子の親は，異物に対する許容度が低く，内的免疫システムを弱体させている可能性がある。そこで，母親の異物への許容度を測定する項目を挙げた。

9．『子どもが一度履いたズボンは必ず洗濯する』（子どもから非自己を排除する傾向：ズボンは一般的に一回履いた程度では洗濯しなく，これを洗濯することは相当異物に対する許容度が低いと考えられる。）
10.『私は古着を着ることに抵抗がある』（母親自身の非自己を排除する傾向：子どもを異物から守ろうとするだけでなく，母親自身の異物に対しての接し方を測る。）
11.『子どもに公園の砂場で砂遊びさせることに抵抗がある』（子どもから非自己を排除する傾向）

項目番号13 ～ 22は，成田（1996）から，心身症を母子関係の在り方から捉えたSperling（1968）やAmmon（1974）の理論を参考に項目案を作成した。

児童精神分析医であるSperling（1968）によると，心身症の母親は子どもを無力で依存的な状態にとどめておこうとする無意識的な欲求を持っているという。その背景には，同胞や親に対して抱いていた母親自身の幼児期の未解決な葛藤，または母親自身の一部分（依存的で無力な自分）があり，母親はそれらを自らの子どもに投影することで子どもと自分を同一視し，子どもをあたかも自分自身（の身体の一部）であるかのようにみなし，支配し続ける。つまり子どもの身体は母親の自己愛的対象（自己の一部）となる。この母子関係の元では，子どもが顕在的攻撃性を示したり自立への動きをみせると，母親は子どもを叱ったり怒ったり見捨てたりするが，服従的，依存的であると愛情を注ぐ。また子どもが身体的に健全で自立しようとすれば母子の間で葛藤が生じるため，子どもは身体的病気にかかることで葛藤を処理するパターンを身につけるようになる。Sperlingはこれを「心身症タイプの関係」と呼ぶ。

さらに，この「心身症タイプの関係」は，境界例の精神病理，特にMasterson（1980）の境界例論とも関連し，境界例のもつ対象関係（境界例の母親は，子どもが成長し自立していくことをともに喜んでやることができないため，子どもは退行的・服従的であると母親が愛情を与えられると感じ，自己主張的，自立的であると母親からの愛情が撤去されると感じる）と本質的に類似している。早くからこの両者の関係に着目していた小此木（1985）によれば，境界例が情緒的未熟さと自我の弱さの結果生じる衝動性を社会適応性の悪い問題行動の形で現すのに対し，心身症者はそうした退行的な衝動の満足を容認しない母親を内在化した超自我が厳しいために，身体的な病気という形でしか超自我＝母親に受け入れられないという。

このSperlingの「心身症タイプの関係」，また境界例との関連から，子どもが母親の望む通りにしないなど，“子どもが母親から自立，分離していくことに否定的な感情を持つ”という母親の態度がどの程度であるかを測るための項目案を4項目挙げた。

13.『子どもは私の言いつけをよく守る』（母親の望む通りの行動）
14.『できないことをやろうとするので育てにくい』（子どもが主体的に動くことへの許容度）
15.『子どもは私の嫌がることはしない』（母親の望む通りの行動）
16.『これまで子育てで手がかからなかった』（母親の望む通りの行動）

各項目について，『できないことをやろうとするので育てにくい』は，“できないことをする”というのは子どもが母親から離れ，主体的に動くことであるが，それに対して高い得点を付ける，すなわち“育てにくい”と母親が感じることは，そういった子どもの主体的な動き，すなわち子どもが母親から自立，分離していくことに対して否定的な感情を持つことに繋がると考えられ，上記に述べたSperlingの「心身症タイプの関係」や，境界例の背景として考えられる母親の態度と類似する。そのため，子どもが心身症を呈しやすいと考えられ，またそうした心身症の子どもに対する母の態度をセラピストが事前に把握しておくことが可能である。『子どもは私の言いつけをよく守る』,『子どもは私の嫌がることはしない』,『これまで子育てで手がかからなかった』は，その項目に対する得点が高

いほど，子どもは母親から見て都合のよい，母親の望む通りの行動を取ってきたと考えられ，これらはその反面子どもが身体の病という形で葛藤処理のパターンを身につけていたり，身体の病という形でしか母親（＝超自我）に受けいれられず，“心身症”という症状の出し方をしている可能性が示唆される。

またSperling同様，心身症者と境界例の共通性を論じた精神分析医Ammon（1974）は，心身症の素因の形成について早期の母子関係における障害の意義を強調し，「心身症をつくる母子関係」について論じている。Ammonによれば，心身症者の母親自身が原集団（家族）およびさらに広い環境の中で固有の自己同一性を発展させることに失敗しており，その同一性の欠如を「完全なよい子どもの完全なよい母親」になることによって代償しようとしており，子どもを一時的に欠陥があり不満足なものとして体験し，子どもが何か身体的欲求を現すたびにそれを新たな（母親自身）の自己愛的損傷として体験する。つまり自分が「完全なよい母親」でありえぬことに傷つく。ここでは子どもは母親とは別個の自立した存在とはみなされておらず，心理的には母親の一部あるいは自己愛的対象とみなされており，母親はこの持続的な自己愛的損傷に対する防衛として，子どもの生命表現，身体機能を支配する規則を子どもに押し付け，子どもの内発的欲求を許さず，子どもがこれに抗議すると母親は敵意と無理解でもって反応する。このような母親は子どもが身体的な病気になって初めて「完全なよい母親」という無意識的自己像を確認することができ，それゆえに病気の子どもに献身することができる。つまり，母親はあからさまでないにせよ，子どもが健康に育っていると直ちに献身をやめ，子どもが病気になって独立と自立を求める健康な要求を諦めると再び母親として機能し始める。

このAmmonの「心身症をつくる母子関係」についての理論から，母親がどの程度「完全なよい母親」でありたいと感じているか，また“心身症を選ぶと安心する”，つまり子どもの症状は母親自身や家庭環境とは無関係であり，“子どもは病気であるからといって私（母親）は非難されない”とどの程度母親自身が感じているかを測るための項目案として6項目作成した。項目案は以下の通り。

17.『子どもが泣くととても腹がたつ』（子どもの内発的欲求に対する敵意と無理解）
18.『私はいつもよい母親でありたい』（完全なよい母親）
19.『子どもが悪いことをすると責任を感じる』（子どもの行動に対する同一視）
20.『子どもが泣いていたら泣きやむようにしなければならない』（子どもの内発的欲求の抑制）
21.『子どもの未来を切り開くのは親の役目である』（完全な子どもの完全なよい母親）
22.『子どもの症状は家庭環境と無関係ではない』（母親の自己愛の傷つきの回避）

各項目について，『私はいつもよい母親でありたい』はAmmonの「心身症をつくる母子関係」の理論における「完全なよい母親」に基づいており，母親がどの程度「いつも（完全な）よい母親」でありたいと感じているかを測る。『子どもが泣くととても腹がたつ』は，泣くという子どもの内発的欲求に対し，母親がそれを認めないという，Ammonの「子どもの生命表現，身体機能を支配する規則を子どもに押し付け，子どもの内発的欲求を許さず，子どもがこれに抗議すると母親は敵意と無理解でもって反応する」に対応する項目である。つまり，この得点が高いほど，母親は子どもの内発的な欲求に対してそれを自らの自己愛の損傷として受け取る傾向，「完全なよい母親」でありえぬことに対する傷つきが強いと考えられる。また『子どもが悪いことをすると責任を感じる』，『子どもが泣いていたら泣きやむようにしなければならない』，『子どもの未来を切り開くのは親の役目である』は，先に述べた母親の「完全なよい母親」である傾向，子どもの内発的欲求を自らの自己愛損傷，「完全なよい母親」でありえぬことに対する傷つきとして受け取ることをふまえた項目である。『子どもが悪いことをすると責任を感じる』，『子どもが泣いていたら泣きやむようにしなければならない』の2項目は，“子どもが悪いことをする”など子どもが，母親が受け入れにくい自発的な行動を取ったり，“泣く”という内発的欲求に基づく行動に対し，“責任を感じ”たり，“泣きやむようにしなければならない”と感じるなど，それらの子どもの行動を母親が自身のものとして捉えたり，その行動を抑制する方向へ動く度合いを測っている。また『子どもの未来を切り開くのは親の役目である』は，子どもの未来，人生を子ども自身ではなく，親が先導して切り開こうとしていることから，この項目の得点が高いほど，母親は子どもを自分とは別個の自立した存在とはみなしておらず，心理的には母親の一部あるいは自己愛的対象とみなして，自分自身が「完全な子どもの完全なよい母親」として生きようとする傾向が強いと考えられる。つまり，これらの項目の得点が高いほ

ど，心身症をつくる母子関係になりやすいと考えられる。『子どもの症状は家庭環境と無関係ではない』は，上記のAmmonの理論に基づく項目をふまえ，心身症，すなわち身体の病という形であれば，母親が自らの自己愛を傷つけられることなく，「完全なよい母親」として子どもに献身的に関わることができ，母親が安心するという度合いを測る。この項目の得点は低いほど，母親は子どもの症状は母親自身や家庭環境とは無関係であると捉える傾向が強く，“子どもは病気（心身症）であるからといって私（母親）は非難されない”と強く感じていることが示唆される。

項目番号23～26に関しては，岡田（2005）を参考に作成した。岡田は，音楽と身体との関係について論じている。本来，音楽は聴覚で聴くだけでなく，楽器を演奏する身振りを「見る」楽しみや，音の振動を「感じる」楽しみ，楽器に「触れる」触覚の楽しみといったような「全身的な体験」なのだという。しかし，西洋音楽では，このような身体性を排除している。その帰結が，「ノイズの排除」と「普遍性」にある。西洋の音楽で使われる音は，音階上の，音高が一定の音だけであり，客観的に書き表せられない尺八の「シャーッ」という雑音や金サンバの賑やかな金属音といったノイズ的偶然的な要素は用いられない。また，楽譜の読み方さえわかれば，誰がしても再現できるようになっている。つまり，音楽を身体という曖昧な存在から切り離し，身体が消滅しても音楽は存在し続けることができるのである。以上の岡田の議論から，身体に対する態度として，西洋音楽的な身体性を排除した在り方と非西洋的な身体を通して体験する在り方が存在していると考えられる。心身症を考えていく上で，この視点は重要である。例えば，母親が身体を通して子どもの感じていることを感じ取ることができるかどうかによって，子ども自身が自分の体験と身体の動きを一致させることができるようになるかに影響してくるのではないだろうか。しばしば心身症患者には，アレキシサイミアが見られると指摘されているが，アレキシサイミアは，身体と感情体験の不一致の状態だと言えるだろう。つまり，身体と体験が切り離されている状態である。ここから，母親の身体に対する態度を測る項目を挙げた。

23.『気持ちが不安定になると身体の調子が悪くなる』（身体と感情の一致）
24.『気難しい子である』（身体と感情の一致）

『気持ちが不安定になると身体の調子が悪くなる』は，子どもの身体の様子を見て，子どもの気持ちを感じ取れているかを測っている。『気難しい子である』は，お母さんが子どもの気持ちを感じ取れているか，あるいは共感できているかを測っている。

さらに，心身症を主訴として心理相談を受ける場合，なぜ身体の症状で，心の相談をしなければいけないのか納得せずに来談しているケースも多く見られる。医師からの指示で来談したものの，その意義が理解できていないために継続面接になりづらいケースである。こういったケースは，先に述べた身体性と関連して，身体と心のつながりに対する感性の乏しさが背景にあるのではないかと考えられる。したがって，この点を確認しておく項目として項目を作成した。

25.『ここに来ている必要性がわからない』（心理療法に対する構え）

また，身体症状と内面のつながりを感じられていない場合，とにかく身体症状さえなくなればその子の問題が解決すると思いがちである。この点を測る項目を作成した。

26.『今ある子どもの症状を一刻も早く取り除いて欲しい』（子どもの症状に対する構え）

項目番号12，27に関しては特定の論文を参考に作成したわけではないが，毎回の議論の中で考えられた項目である。

心身症の特徴を考えた場合，心の問題を身体症状として呈していることが挙げられる。身体症状は身体の不調として捉えられ，自分の内面に目を向ける機会を失ってしまうこともある。そこから身体症状で表現するということは，クライエントにとって悩まず，葛藤がない方法であるということが出来る。よって心身症者は葛藤や悩みを自分のものとして捉えることが難しく，葛藤を抱えられる器が小さいことが予想される。心身症を呈している子どもは内面的な心の問題を抱えることが難しく，その背景には，母親が葛藤を抱える力を育んでいないことが挙げられるのではないか。子どもが不快感や難しい課題に直面した時，子どもがすぐに逃げずに留まって立ち向かう力をつける前に，母親がその不快感を除去したり，子どもが乗り越えるべき課題を先取りしたりしてしまうことは子どもの成長力を阻害し，葛藤を抱える力を弱めていることが考えられる。この先取りしてしまう母親の行動は，先に述べたAmmonの「完全な母親」とも関連しているよう

に感じられる。ここから項目を作成した。

12.『子どもの不快感を取り除くことは母親の役目だ』（子どもの課題を先回りして除去する傾向）

さらに，症状を身体に出すということは，内的なところで悩まずに，心から遠いところである身体に出しているという見方もできるだろう。悩みを内面で抱えるには，それをするための母親から独立した内的世界を持つ必要があると考えられる。母親が，子どもが自分とは分離した独自の内面を持つことの許容度が低ければ，子どもも悩みを抱えるだけの内面を発達させることが難しいだろう。この点もAmmonの言うような子どもの自立や分離に対して否定的に感じる母親との関連を感じさせる。子どもの内面からの遠さを測る項目を挙げた。

27.『私に秘密にしていることがあるようだ』（内面からの遠さ）

子どもが秘密を持っていることを母親が容認しているということは，子どもが独自の世界を形成していくこととつながる。つまり，秘密がなければ内面性から遠いといえる。

心身症研究班はこれまでの議論から全27項目を作成した。その後全体会において，これらの項目について検討した際，心身症班の項目は親子(母子)関係について問うものが多く，虐待・家族機能班の項目との共通点が多いことが指摘された。そのため，心身症班としてはより“身体性”というものに焦点を当てた項目を増やしてはどうかという意見が出た。そこで全体会の中でいくつかの意見が上がり，そこから全3項目が追加された。

また，元々心身症班の項目作成のプロセスにおいて“心身症であるかどうかではなく，母親や子どもの身体性について問う”という前提があったが，実際出来上がった項目をクライエントに実施し，セラピストがプロフィールを整理，所見を書くにあたり，整理用紙では心身症班の項目カテゴリを「心身症」としていたため，セラピストが“クライエントに心身症傾向があるかどうか”という視点で解釈しがちであった。そのため，後にカテゴリ名はよりそのねらいを明確にするために「心身症」から，「親子の心とからだ」に変更された。

以下では，全体会で追加された項目とその背景を述べる。

子どもが何らかの身体の痛みを訴え，その痛む部位を母親がさすりながら“痛いのとんでけ”などと応じた時，不思議と子どもの痛みが治まることがある。これは子どもにとって自身の痛み・苦しみなどネガティブなものを身体を通して母親に抱えてもらう体験であり，そうした体験を共に味わい，取り組んでくれる他者の存在があることで，子どもは自分自身のこころと身体のつながりを少しずつ認識していくと考えられる。これは野間（2008）の「感じられる身体」の形成とも関連すると思われる。そのため，親子関係の中でそのような体験が乏しいと，子どもの心身は未分化なままとなり，こころの問題も身体の問題として症状化しやすいと考えられる。また同時に子どもが心身症という身体の症状を出すことは，母親にとって最も苦手な部分を突き付けられているとも言える。そこでそうした身体接触を通した親と子の取り組み，母親との身体を介した共感体験を測る項目として以下の項目を作成した。

28.『痛がっている子どもの身体をさすると痛みがおさまることがある』（母親との身体を介した共感体験）

“身体性”という所に着目した際，子どもの身体の基本的営み(食事・睡眠・排便・性欲等)に対する母親の関わりを問う項目があるといいのではないか，という意見が出た。その中でも子どもの“うんち”や“おしっこ”は，それだけを取ると一見忌み嫌われるものであるが，母と子の関係においては，母親が与えた栄養が子どもの体内を通って排泄されたものであり，それは言わば母と子の“生命（いのち）の循環”である。そのように考えると，母親にとって，わが子から排泄されたものは“汚いもの”ではないのである。むしろ，オムツを取り換える作業は，母親にとってわが子と自分との繋がりを感じる瞬間になりえるものだろう。それゆえ，母がそうした子どもの排便に関わることを“ゆううつ”と感じる時，それは子どもの存在や全体性を否定することにもつながりうる。そして子どもにとっても，そうした母の関わりが続くと，自らの身体が自身から切り離されてしまう体験となったり，さらに言えば自分の存在そのものを危うくさせてしまう体験となるのではないだろうか。そこで，幼児期の子どもの生理現象に母親がどのように関わったかを測る項目として以下の項目を作成した。

29.『オムツをかえるのはゆううつだった』（生理現象に関わる体験）

人間にとって，理性が意識的なものであるとすれば，その生命―身体は無意識的なものである。相反するものではあるが，人間という存在は，本来その両面を備えており，その生命（身体）は，虫・魚・動物など野生のものと何ら変わりはない。それゆえ，そうした野生に触れることは，子どもの身体性を育むことにもつながると考えられる。にもかかわらず，虫に代表されるような野生的なものは排除されてしまうことも多い。例えば，子どもは虫が好きだが，親がそれを触ったり，飼うことを許さなかったりすることがある。これは，そうした無意識的なもの（虫）を親が理性によって意識的に分けてしまっているのであり，それは同じ無意識である“身体”を問題にすることをやめてしまう(切り離す)ということでもあるだろう。このことは，子どもが自らの身体性を育む過程において，何らかの影響があると考えられる。そこで子どもの身体性を育む，生命性に対する親の態度を測る項目として以下の項目を作成した。

30.『子どもが虫にさわるのをやめさせる』（生命性に対する態度）

表１－１　項目一覧

番号	項目	特質
1	子どもと目が合うと嬉しい	見る－見られる身体経験の満足
2	子どもがなぜ嬉しがっているのか分からない時がある	子と親の感情の不一致
3	街中で子どもが騒いでいると恥ずかしい	子の身体を感じる阻害要因としての世間体
4	わが子が、なぜ甘えてくるのかわからない時がある	子と親の身体・感情の不一致
5	自分自身も身体の変調をきたしやすい	親の身体性
6	子どもと向き合う自信がない	親、子の身体・感情交流の様子
7	子どもと二人きりになった時、どうしたらよいかわからなくなる時がある	親、子の身体・感情交流の様子
8	時々わけもなく不安になる	親自身の漠とした不安
9	子どもが一度履いたズボンは必ず洗濯する	子どもから非自己を排除する傾向
10	私は古着を着ることに抵抗がある	母親自身の非自己を排除する傾向
11	子どもに公園の砂場で砂遊びさせることに抵抗がある	子どもから非自己を排除する傾向
12	子どもの不快感を取り除くことは母親の役目だ	子どもの課題を先回りして除去する傾向
13	子どもは私の言いつけをよく守る	母親の望む通りの行動
14	できないことをやろうとするので育てにくい	子どもが主体的に動くことへの許容度
15	子どもは私の嫌がることはしない	母親の望む通りの行動
16	これまで子育てで手がかからなかった	母親の望む通りの行動
17	子どもが泣くととても腹がたつ	子どもの内発的欲求に対する敵意と無理解
18	私はいつもよい母親でありたい	完全なよい母親
19	子どもが悪いことをすると責任を感じる	子どもの行動に対する同一視
20	子どもが泣いていたら泣きやむようにしなければならない	子どもの内発的欲求の抑制
21	子どもの未来を切り開くのは親の役目である	完全な子どもの完全なよい母親
22	子どもの症状は家庭環境と無関係ではない	母親の自己愛の傷つきの回避
23	気持ちが不安定になると身体の調子が悪くなる	身体と感情の一致
24	気難しい子である	身体と感情の一致
25	ここに来ている必要性がわからない	心理療法に対する構え
26	今ある子どもの症状を一刻も早く取り除いて欲しい	子どもの症状に対する構え
27	私に秘密にしていることがあるようだ	内面からの遠さ
28	痛がっている子どもの身体をさすると痛みがおさまることがある	母親との身体を介した共感体験
29	オムツをかえるのはゆううつだった	生理現象に関わる体験
30	子どもが虫にさわるのをやめさせる	生命性に対する態度

6．項目の最終決定

以上の30項目の中から，メンバーの投票によって10項目に決定された（表1－2）。また，質問紙で被調査者が答えやすいように，質問項目の一部の言葉を変えている。

表1－2　最終項目

項目	特質
子どもは私のいいつけをよく守る	母親の望む通りの行動
子どもの気持ちが不安定になるとからだの調子が悪くなる	身体と感情の一致
子どもと目が合うとうれしい	見る－見られる身体経験の満足
痛がっている子どもの身体をさすると痛みがおさまることがある	母親との身体を介した共感体験
子どものいやな気持ちを取り除くことは母親の役目である	子どもの課題を先回りして除去する傾向
わが子が，なぜ甘えてくるのかわからない時がある	子と親の身体・感情の不一致
子どもの公園の砂場で砂遊びをさせることに抵抗がある	子どもから非自己を排除する傾向
オムツをかえるのはゆうつだった	生理現象に関わる体験
どうしてここに来ないといけないのかわからない	心理療法に対する構え
今ある症状をいっこくも早く取り除いてほしい	子どもの症状に対する構え

各項目は，親が普段の子育ての中で何気なく感じてきたことや体験してきたことを振り返りながら答えるものとなっている。あらためて項目を眺めると，そのような日常的な関わりや態度，親子の関係のありようがいかに子どもの身体性や心を育んでいるかということに気づき驚かされる。そして，研究会を通して，身体という視点から心理療法について考えることの大切さを学んだ。各回の研究会について振り返ると，イメージを扱うグループワークをしていたかのような体験であった。その中から生まれてきた項目であるので，各項目は固有の理論と測定しようと意図している特質を持ちながらも，それだけに留まらずに，親子の問題を考えるうえで，豊かな情報と視点を読み取れるものとなったように思う。

参考文献

Ammon, G.（1974）Psychoanalyse und Psychosomatik. 青木宏之（訳）（1979）．精神分析と心身医学．岩崎学術出版社．

Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine, 24, 87-194.

菊地暁(2005)．僕は，昔，皿洗いだった―技能と身体―．菊池暁(編)．身体論のすすめ (京大人気講義シリーズ)．丸善，60-75．

Masterson, J. F.（1980）. From borderline adolescent to functioning adult. 作田勉他（訳）（1982）．青年期境界例の精神療法．星和書店．

Merleau-Ponty, M（1966）．眼と精神．みすず書房．

成田善弘（1996）．心と身体の精神療法．金剛出版．

野間俊一（2008）．こころという身体．河合俊雄（編）．こころにおける身体 身体におけるこころ (こころの未来シリーズ)．日本評論社，50-98．

岡田暁生(2005)．音楽は「聴く」ものか―音楽と身体―．菊池暁(編)．身体論のすすめ(京大人気講義シリーズ)．丸善，44-53．

小此木啓吾（1985）精神分析における臨床的課題．金剛出版．

Sperling, M.（1968）. Actingout behaviour and psychosomatic symptoms : Clinical and theoretical aspects, International Journal of Psychoanalysis, 49, 250-253.

多田富雄（1993）．免疫の意味論．青土社．

Wallon, H.（1965）．児童における性格の起源．明治図書出版．

鷲田清一（2005）．ちぐはぐな身体―ファッションって何？．ちくま文庫．

第2章
発達障がいの特徴を捉える尺度項目作成の試み

川部哲也・長谷川智枝・西地まどか・平岡尚子・呉伽耶・堂野和人

1．はじめに

筆者ら発達障がい班は，子どもの発達障がいの特徴の様相を捉える質問項目を作成することとなった。まず尺度作成を行う方針について検討を行った結果，①発達障がいについての理論，②発達検査や知能検査における知見，③発達障がいについてのセラピー体験からの知見の3つを踏まえることが必須であると考えられた。そこで筆者らがとった作業の手順は以下の通りである。

1．発達障がいに関する文献を読み，発達障がいへの理解を深め，項目作成に必要な観点をまとめた。
2．発達障がいを測定するために，これまでにどのような発達検査や心理検査が用いられてきたのかを概観し，項目作成に必要な観点をまとめた。
3．発達障がいを持つ来談者（子どもも成人も含む）とのセラピー体験等を基盤として，より体験的な側面から尺度項目の作成を試みた。
4．ブレーンストーミングを経て，30個の尺度項目候補を挙げた。
5．他の研究班との協議を経て，決定版10項目の尺度を完成させた。

以下，この手順の詳細を順に記載していくこととする。

2．文献研究からの項目作成

発達障がい的特徴の様相を捉えスクリーニングに有効な項目を抽出するために，まずは発達障がいに関する文献を読み，理解を深めた。

発達障がいに関する研究は自閉症の報告に始まる。自閉症の歴史は，Kanner（1943/2000）が「感情的接触の自閉的障害」という表題で11人の子どもの症例を報告し，翌年にこれらの症例を「早期幼児自閉症」と命名したことに始まる。この報告においてKannerは，自閉症は「人生のまさに始まりから極端な孤立を示している」として，平均的な発達ののちに発症する統合失調症との相違点を示しながら，その特徴を記述した。そこには，人間関係の樹立の困難，変化に対する抵抗の強さ，言語発達の欠如または遅延，回転するもの等への異常な興味などが記されている。

Kannerが「早期幼児自閉症」を報告したのと時期をほぼ同じくして，Asperger（1944/1996）が，「小児期における自閉的精神病質」にて，独特な言語使用や思考様式をもつ4人の子どもの症例を報告した。彼らの特徴として，Aspergerは，共感能力の欠如，友人関係を築くことの困難，一方的な会話，特定の興味への没頭，ぎこちない動作などを報告した。同時に，その子どもたちは興味のある事柄について非常に詳細に語る能力をもちあわせていることも記述されている。

その後，Rutter（1978/1982）が，自閉症の定義と診断をめぐる議論を整理し，小児自閉症の定義を行うには，5歳までの子どもの行動と関連している4つの根本となる基準をかかげることが今のところ最良の手順であるように思われる，と述べた。その4つの基準とは，①生後30ヶ月までに発症すること，②社会的発達に障がいがあること。これは多くの特徴を持っており，また，子どもの知的水準とは一致していない，③言語発達が遅れかつその発達が片寄っていること。これもある定まった様相をしており，また，子どもの知的水準とは一致していない，④“同一性への固執”が見られること。これは常同的な遊びのパターン，異常な固執性，または変化への抵抗といったもので示される，というものである。

このような中，Wing（1981）は，「アスペルガー症候群」と題した論文にて，彼女が診察した児童および成人の34例の臨床像を，自閉症の連続線上にある病態として述べ，自閉症の特徴を部分的に示す症例が多数存在することを指摘した。そして自閉症とアスペルガー症候群に関係する障がいを包括する考え方として，自閉症スペクトラムという概念を提唱した。Wing（1996）は，社会性の障がい，コミュニケーションの障がい，想像力の障がいの3つの症状を，自閉症を特徴づける3つ組の症状として提示した。この，Wingの述べた3つ組の症状は，他の研究でも頻繁に指摘されており，発達障がいの特徴を整理する上で非常に重要な考えである。Wingの報告をふまえると，「アスペルガー症候群」は自閉症スペクトラムの中の軽度に位置するものと捉えられることになる。Wingの注目した自閉症スペクトラム障がいの概念の影響は大きく，その視点から「アスペルガー症候群」という概念も，1993年のICD-10，1994年のDSM-Ⅳに組み込まれ

た（広沢2010）。ちなみにWingは，Aspergerの報告した事例には言語発達が良好である例もそうでない例も存在していたことを記述しており，しばしば聞かれることのある，自閉症のうち言語発達の良好な一群をアスペルガー症候群と理解する姿勢には疑問が残る。なぜなら，自閉症の人のなかにも社会的な関わりを回避する人がいたり，求めているのにうまくいかない人がいたりするため，単に言語発達の程度によって診断名を区別する視点よりも，このような細やかなバリエーションに目を向ける視点こそが重要であると考えられる。

さて，これらの流れを経て，「自閉症スペクトラム」，「発達障がい」という概念がしだいに確立していった。そして，近年では，発達障がいと思われる人々との関わりから，より細やかな特徴を描き出そうとする研究が数多くなされるようになった。加えて，概念の広まりとともに，発達障がいと言われる人々による体験の語りにふれる機会も多くなった。例えば広汎性発達障がいと言われる人は，そうでない人と比べて感覚が敏感であり，味覚，方向感覚，空間認知においてもその特徴が顕著であることが窺える。また，彼らの運動模倣，感覚入力，身体図式の在り方などにも特徴があらわれている（ニキら2004他）。

そのような流れの中，これまで述べられてきた発達障がいにおける共通の特徴として，河合（2010）は，「主体のなさ」が本質であると主張することを試みている。河合は，発達障がいのクライアントと関わる際には，「主体の誕生」に立ち会うことが重要であることを挙げている。

このように，発達障がいと言われる人々の特徴が細やかに，あるいは包括的に記述されるようになるにつれ，彼らの臨床像が明らかになってきた反面，あまりに多岐に渡る記述によってまとまりがなくなってきた印象があるのも確かだ。また近年，発達障がいと言われる人々が非常に増加していると言われており，その印象は年々強まっていると考えられる。伊藤（2009）は，「発達障害という表現をするならば，人間はみな発達障害であろう」と述べ，人間のあり方そのものが非常に多様であり，いわば「発達スペクトラム」とも言えるものであるから，発達障がいの理解のためには，人間存在の本質を広く丁寧に理解する必要があるとしている。また斎藤（2012）は，発達障がいとは何であって，発達障がい者への支援とは何であるかを明確にする作業はたいへんな困難を伴うと述べ，その理由として，発達障がいという概念自体が，異なる伝統をもった複数の観点から扱われ，発展してきた異なる歴史をもつという事実を指摘している。このように，「発達障がいとは何か」，「そもそも発達障がいとはどのような障がいなのか」ということが，根本から問い直されているのが現状である。

このような現状にある「発達障がい」の実態を明らかにしようとする試みは，これまで数多くなされており，それに合わせて，発達障がいに特化した心理検査やスクリーニング検査の開発もすすんできた（後述）。言うまでもなく，ひとくちに発達障がいと言っても子どもたちの呈する問題や抱えている難しさはさまざまであり，発達障がいという概念自体，そもそもが多様性をはらんだものである。発達障がいについての質問項目の作成にあたっては，その多様性を繊細に捉えるものが必要であろう。既存の心理検査やスクリーニング項目を概観すると，発達障がいの多様性を捉えていくには，大きく分けて2通りの方法があると思われる。ひとつは，発達障がいに特徴的と言われる項目を挙げ，それにどの程度当てはまるかを測定していく方法である。もうひとつは，発達全般を見渡しながら，その特徴やばらつきを測定していく方法である。

筆者らがここで目指す質問項目の性質は，ある特定の項目に当てはまるかどうかによって発達障がいの程度を測定しようとするものではなく，項目間の関連や項目間の差によって，その子どもの発達のバランスを浮かび上がらせるというものである。つまり，先ほどあげた2通りの方法のうち，後者の立場に近い。加えて，筆者らが重視するのは，対象となる子どもの発達の様相を把握するだけでなく，項目への回答を通して，回答者の養育態度に働きかける可能性をもった項目を作成することである。この質問項目への回答を通して，回答する養育者が，対象となる子どものこれまでの様子，現在の様子，子どもと自分とのふれあいの様子をありありと思い浮かべることのできる，そういった養育者の気づきを促すことにもねらいを置いている。これらを踏まえ，筆者らはまず30の質問項目を作成した。

しかし，子育て支援に役立つスクリーニング調査票全体の中に割り当てられた発達障がいに関する質問項目の数は10であった。そこで，30項目選定の時点では，発達全般を見渡しながら，その特徴やばらつきを測定していく立場をとっていたが，そこから10項目を選定する際には，発達障がいに特徴的と言われる項目にしぼり，それにどの程度当てはまるかを測定していくという立場，すなわち先ほどの2通りの立場のうち前者の立場に移行した。

このような考えに基づいて項目を選定した経緯と項

目の詳細について，以降に述べていくこととする。

3．心理検査からの項目作成

A．発達障がいに特化した心理検査より

発達障がいのスクリーニングの項目を作るにあたって，発達障がいに特化した質問紙である精研式CLAC-Ⅱ，ⅢとPEP-3を概観した。

精研式CLAC-Ⅱ，Ⅲは，梅津（1980）が，自閉症の子どもの療育に役立てることを目的として開発し，自閉症の行動特徴と精神年齢を大まかに把握し自閉症の子どもの療育方針を明確にするための検査である。CLAC-Ⅱ，Ⅲは，保護者や教師が回答する質問紙検査であり，食習慣・排泄・着衣・遊び・対人関係・言語の発達・表現活動・ハンドリング・行動の自律を評価する。

PEP-3は，自閉症の子どもの個別の特性を把握し，療育計画を作成するために開発された発達検査である（Schopler et al. 1979/1981）。PEP-3での，対象の子どもの年齢は，2～12歳であり，専用の用具を使って子どもが遊ぶ場面の観察と，養育者レポートによって評価を行う。PEP-3では，観察の中で，子どもが共同注意を向けるかという事や，視線を合わせるかといった対人相互性の他に，型にはまった動きや繰り返し，物への固執，音への反応などの特徴が見られるかということにも注目している。

CLAC-Ⅱ，ⅢやPEP-Ⅲは，生活面での発達とはどういうものかということや，養育者や療育者にとって，発達障がいの行動面でのどういった特徴が目に付きやすいのか，日常生活においてどこが注目されるのかを考える上で，参考になった。

B．一般的な発達検査より

発達障がいの評価として最も用いられる検査はWISC-Ⅲであると考えられるが，水野（2007）はWISC-Ⅲを例に挙げながら，検査結果の特徴を機械的に解釈することは危険であると指摘している。その理由の一つは，「検査場面という特定の枠組みで発揮できる能力と，雑多な社会的刺激があふれる生活場面という状況で発揮できる力に大きな乖離がある」（水野2007）可能性があるため，刺激の少ない検査場面においては発達障がい的な特徴が見られないことがあるということ。またもう一つの理由としては，言語性検査については，得点よりも内容を重視する必要がある。定型発達の場合は，言語性尺度の得点が高いことは，言語能力が高いことを意味するが，発達障がい（特に高機能自閉症）の場合は，言語的な知識や耳から入ってきて機械的に蓄えられた知識を当てはめて回答していることがあり，そもそも言語能力が高いか否かは検査結果のみでは判断できない（水野2007）ということである。むしろ重要なのは，検査中の行動観察により実行機能の障害や社会的認知の障害を把握することであると述べられている。このことは，上野ら（2005）が発達障がいに対する支援を考えるうえで「WISC-Ⅲによって，行動上の特性を直接，評定することはできず，また行動上の問題を持つ子どもに特有のプロフィールがあるわけでもない」と述べていることとも重なるであろう。

一方で，これまでの研究において，発達障がいのある人はWISCの言語性IQが動作性IQよりも低いといわれる研究が一部にあった。その流れを受け，新版K式発達検査2001（以下，K式）においても，自閉症スペクトラムの子どもの反応特徴を論じた研究がある（服部2008）。国松（2010）もまた，発達障がいとの診断，もしくは疑いのあるケース23例にK式を施行した印象から，認知適応領域の方が言語社会領域よりも発達指数が高い印象があると論じている。ただし，国松（2010）は「大小比較」が苦手であるものの，後に遅滞の程度が改善してくる例が半数いること，また，言葉の発音のたどたどしさや，鉛筆の使用に代表される指の使用が不器用であるなど，検査項目には挙がってこない運動機能の不調について指摘している。伏見ら（2009）は，自閉症スペクトラム障がいの子どもの反応の典型例の研究は，マニュアル的に使用される危険性があると指摘している。K式において重要なのは反応の典型例を知ることではなく，他の何者でもないその子独自の特徴を見ることである（そのプロセスを通して，結果的にある診断名に結びつくことはあるかもしれない）と論じている。これらのことを考慮すると，発達検査の結果のみから発達障がいを診断することには限界があり，その検査の過程などに現れる，子どもの細やかな質的特徴を捉える観点が重要であると考えられる。

ゆえに次に筆者らが着手したのは，発達の質的特徴というものをどのように細やかに捉えうるかを考えることであった。代表的なものとして，津守式乳幼児精神発達検査（以下，津守式検査）と，KIDS乳幼児発達スケール（以下，KIDS）を参考にした。津守式検査は，0歳から7歳までの子どもを対象とし，心身発達レベルを，運動・探索・操作・社会・食事・生活習慣・言語の各領域から総合的かつ網羅的に理解しようというものである。検査は，保護者が質問紙に回答するという形で実施される。KIDSは，0歳から6歳の子どもを

対象とした検査であり，保護者が質問紙に回答するという形で実施される。子どもの発達について，運動・操作・理解言語・表出言語・概念・対子ども社会性・対成人社会性・しつけ・食事の9領域を評価する。

項目を作成するにあたって，これらの領域を念頭に置き，それぞれの領域における発達的な特徴を評価することが重要であると考えられた。また，これらの質問紙は項目記載が非常に具体的であることから，保護者が子どもについての該当場面を細やかに想起・回答しやすくなっていた。このことも重要であると筆者らは考えた。

C．発達障がいスクリーニング質問票より

筆者らは発達障がいをスクリーニングするための質問票も参考にした。まずAQ（自閉症スペクトラム指数，Autism-Spectrum Quotient）日本語版（若林ら2004）を挙げる。この尺度は自閉症とアスペルガー症候群と一般健常者が，同一直線上にあるという，自閉症スペクトラム仮説に基づいて作成されたスクリーニング検査であり，自閉性障がいに当てはまるかどうかの概略的な評価に加え，一般健常者の自閉症傾向の個人差も測定することができる。AQの項目構成は，自閉性障がいの症状を特徴づける5つの領域，社会的スキル，注意の切り替え，細部への注意，コミュニケーション，想像力について，各10問，全部で50項目となっている。この尺度は成人本人が回答することができる点が大きな特徴である。ゆえに発達障がいのある人の主観的感覚に沿った項目が多数あり，筆者らの研究会活動でのディスカッションが大いに刺激された。これが次節に述べるブレーンストーミングの原動力となり，セラピーの中で発達障がいの子どもや成人とかかわった筆者らの体験が想起され，発達障がいのセラピー体験を考えるきっかけとなった。

以下は，特にセラピー体験の想起を促した項目である。

- 何かをするときには，一人でするよりも他の人といっしょにするほうが好きだ。（社会的スキル）
- ほかのことが全然気にならなくなる（目に入らなくなる）くらい，何かに没頭してしまうことがよくある。（注意の切り替え）
- 新しい友人を作ることは，むずかしい。（社会的スキル）
- 誰かと話しているときに，相手の話の“言外の意味”を理解することは容易である。（コミュニケーション）
- 同じことを何度も繰り返していると，周囲の人からよく言われる。（コミュニケーション）
- 新しい場面（状況）に不安を感じる。（注意の切り替え）
- 子どもと‘○○ごっこ’をして遊ぶことがとても得意だ。（想像力）

また，近年の代表的な尺度としてPARS（Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale）が挙げられる。これはPARS委員会（2008）が作成した質問紙であり，広汎性発達障がい（以下，PDD）の特性の判定と支援に関係する困難度を母親（養育者）に面接し評定する57項目の尺度である。57項目のうち，34項目は幼児期，33項目は児童期，33項目は思春期成人期に見られる行動を尋ねており（いくつかの項目は複数の時期にまたがっている），幼児期から成人期までのすべての年齢段階を通して，PDDに特徴的な行動をカバーしている。幼児期，児童期，思春期・成人期まで広い年齢層の人をカバーしているのが大きな特徴である。PDDスクリーニングのため23項目に絞ったPARS短縮版（安達ら2008）も作成されている。項目は，対人・コミュニケーション・こだわり・常同行動・困難症・併発症・過敏症・その他（不器用）の8つの領域から作られている。評定には，幼児期ピーク評定（幼児期の症状が最も顕著な時の評定：PDD特性の判定に必要）と現在評定（最近の症状についての評定：困難度の把握に必要）があることが特徴である。

上記の心理検査や尺度を参考にし，筆者らは，簡便でかつ，項目を答えているうちに養育者自身が自分の子どもや子育てについての気付きを得るような項目を作ることを目指した。

4．セラピー体験からの項目作成

A．体験を重視するということ

発達障がいについて理解を深めるためには，理論・検査・体験の三つが重要と考えられることはすでに述べた通りである。本節ではそのうちの「体験」を重視したブレーンストーミングによって，スクリーニング項目第一段階としての30項目を作成した過程を概観したい。

筆者らの述べる「体験を重視した」ということには二つの意味合いが含まれる。そのひとつは，発達障がいの診断を受けた子どもや成人の心理療法を行ったセラピストとして，あるいはそうした子をもつ親の語り

を聴いた親面接者または調査者として，臨床的視点から発達障がいというものに触れた筆者ら自身の体験をもとに項目を作成していったということである。そしてもうひとつは，このスクリーニング項目が“発達障がいのある人はどのように世界を体験して生きているのか”という，発達障がいにおける体験世界を描き出すことを目指したものだということである。筆者らは先行研究や既存の検査項目のほか，発達障がいの診断を受けた人々自身によって書かれた手記を概観することで，彼らの世界の体験のしかたにできうる限り近づこうと試みた。発達障がいのある人のとる行動からまとめられた理論だけでなく，その行動の背後にあるだろう体験のレベルまでおりて考えを深めることが，発達障がいの理解のためには不可欠であると考えたためである。

心理臨床家が子育て支援を目的として尺度を作成する以上，その尺度は必ず支援の対象となる人の体験世界の理解にもとづいたものでなければならない。対象となる人の体験世界を抜きにしての支援は，一歩間違えば支援者側の見方や枠組を対象にただ押しつけることにもなってしまうかもしれず，心理臨床家にとって，支援しようとする人の体験世界を理解すること，その世界に添おうとすることはもっとも重要なことである。そのためにも，スクリーニングの項目内容は，回答者が具体的な生活場面を思い描くことができ，回答者にとっても子育ての体験に根ざして答えられるものであることが望ましいと思われた。

以上の考えから，発達障がいのある人が生きている世界を，筆者ら自身のセラピー体験や回答者と子どもの生活場面など，体験的な実感に立ち返って考えようとする姿勢は，スクリーニング項目作成において常に筆者らの核となっていた。また，これまで発達障がいについての理論や検査を概観する中で見えてきたのは，発達障がいというものが一定の決まりきった特徴をもつものではなく，個々の場合によってさまざまな形に発達のアンバランスを呈する，非常に広がりをもった状態像であるということだった。筆者らのスクリーニング項目は，いわゆる典型的な発達障がい的特徴の有無を見ようとするのではなく，対象となる子どもの発達のバランスを描き出すことを目的としている。そうした広い視野に立って発達的特徴の多様性を浮かび上がらせるためにも，具体的な項目作成にはブレーンストーミングの方法を用いることとしたのである。

B．運動機能

筆者らがブレーンストーミングに取りかかったとき，まず浮かび上がってきたのは発達障がいにおける運動機能のありかたであった。発達障がいのある子どもによっては，ただまっすぐ立っているだけでも左右のバランスがどこか偏っている子もいれば，普通に歩くにも身体の動かし方がぎこちない子もいる。

高機能自閉症の診断を受けているGerlandは，体育の授業について「何から何まで怖かった」「人とぶつかりあうのも怖かったし，ボールが飛んでくるのも怖かった。自分の身体は信用できないし，五感も信用できない」と述べている。もし動いている人や飛んでくるボールとの距離感をうまくつかむことができず，どう動けばどれくらいの強さでどの人とぶつかるか，ボールがどこに飛んでくるかといった予測が立てられなければ，たくさんの人が動き回りボールが飛びかう状況は恐怖を喚起するものになるのではなかろうか。彼女はまた，一人ではしごを降りられないというエピソードの中で「自分の腕や脚がどこにあるかという感覚もないのに」と述べ，目で見えない自分の手足がはしごのどこをつかんでいるかを身体感覚として感じることができず，それゆえはしごを降りるという運動ができない体験も語っている（Gerland 1997/2000）。

前述のGerlandのような，自分の身体を見失うかのような身体感覚からくる身体運動の難しさは，発達障がいの診断を受けた人々の手記の中にたびたび登場する。たとえばアスペルガー障害の診断を受けている綾屋紗月は，バスケットボールのドリブルの動きにおいて，手の感覚，ボールの上下運動の視覚，ドリブルの音と振動，その反響音といった多種の感覚刺激をまとめあげることができず，結果として自分が世界に存在している感覚までも失う事態に陥るという例を挙げる（綾屋・熊谷2010）。運動場面に限らず日常生活場面においても，たとえばアスペルガー障害の診断を受けているニキ・リンコは，「コタツに入ると脚がなくなる」「腕の感覚じゃなくて傘の柄を見て自分が傘をさしているかどうか確かめる」といった体験例を語っている（ニキ・藤家2004）。

上記のような身体感覚からか，発達障がいのある子どもの中には，ちょっとした段差を越えることにも強い恐怖を示す子もいる。しかしその同じ子どもが，他の人にとっては段差よりもよっぽど怖いはずの，たとえば車が猛スピードで行きかう道路などに平気で突っ込んでゆくなど，恐怖のアンバランスとも言える状態を呈することもある。

C．感覚知覚

発達障がいにおける運動機能について考えてゆくと，発達障がいのある人の運動の困難には身体を動かすための純粋な運動機能以前に，外界からの刺激を受容しみずからの身体感覚へつなげるところにも困難があるのではないかと考えられ，議論は発達障がいにおける感覚知覚のありかたへ及んでいった。発達障がいのある子どもの中に強い偏食を示す子がたびたびいるが，こうした子どもは味覚や嗅覚，触覚の敏感さのために，受け入れることのできる食べ物が極端に限られてきているとも思われるのである。前述のGerlandは偏食について「私は歯もひどく過敏だったし，固さや食感によっては，口に入れるだけでも全身が苦しくなるほど不快な食べものがいくつもあった」と述べる（Gerland 1997/2000）。どんな触れられかたでも触れられると痛い（Williams 1992/2000），「物から伝わる暖かさ（壁や床を暖める暖房：筆者注）と空気の暖かさ（エアコンやファンヒーターの暖房：筆者注）にすごく差があるとダメ」（岩永ら2009），大きな騒音を聞くと耳が痛くなる（Grandin 2008/2010）など，発達障がいのある人々の手記の中には，五感のあらゆる感覚において，極度の敏感さが日常生活に支障を生むことが述べられている。

極度の敏感さと同様に，極度の鈍感さもまた感覚知覚上の問題となることがある。発達障がいのある人に暑さ寒さの感覚を感じ取りにくい人がいることや，「コタツに入ると脚がなくなる」という前述のニキの例などはそのひとつの表れであろう。「感覚過敏と感覚鈍麻のあいだには，それほど本質的な違いはない。どちらも『身体内外から細かくて大量の情報を感受し，それを絞り込み，まとめあげることがゆっくりであるために生じている』という一言で説明がつくのである」と綾屋・熊谷（2008）は述べている。

一方で発達障がいのある人々の感覚は，敏感・鈍感というひとくくりでは述べることの難しいような，非常に独特の様相を呈することもある。たとえば高機能自閉症当事者であるWilliamsの，「家の中は色彩の洪水のように見え，物も人もすごいスピードで流れるように動いており」「わたしの目に映るものは，皆飛んでいた」「人の姿はいつも一部分だけで浮遊していて，頭のてっぺんからつまさきまで『全部のそろった人間』は，どこにもいない」という感覚や（Williams 1992/2000），前述の綾屋紗月の「自分の声が水に吸収されて，自分にも人にも届かなくなるため，自分が消えるように思われる」からプールが怖いという感覚などがその例である（綾屋・熊谷2008）。

D．他者関係に開かれること

発達障がいのある子どもは迷子になりやすいと言われることがある。そのことから筆者らは，発達障がいのある子のどのような特徴が迷子につながりやすいのかを討議することを試みた。その結果，迷子につながりやすい要因として，感覚知覚の問題の延長として方向感覚をもちにくいこと，ふと道端の何かに目を奪われるともうそれしか見えなくなってしまうような，興味の移ろいやすさや没頭しやすさ，母親がそばにいるかいないかということに頓着しない，他者との愛着関係のもちにくさといったことが挙げられた。迷子になるという現象の背後には発達障がいと言われる子どものさまざまな特徴がかかわりあっていることが示唆されたが，これについて考えたことから，発達障がいを考えるにあたり，他者とどのように関係を結ぶことができるかという他者関係の視点をもつことは重要だというところへ議論は及んでいった。

他者との関係の中で生きるということには，自分の抱いている思いや感覚を他者と共有しようとすること，またある程度共有できることが必要になってくる。そうしたありかたが日常生活の中に現れてくるときには，自分のしたいことを他者に許可してもらおうとする，ユーモアや楽しさを他者と共有できるということになるのではないだろうか。発達障がいのある子どもがごっこ遊びなどをするとき，模倣が得意なためにものまね自体はとても上手なのだが，何かこちらが一緒に楽しめない，おもしろいと思えないという感覚を，筆者ら自身も臨床の中でセラピストの体験として抱くことがある。

E．発達障がいにおける体験世界の独特さ

筆者らが発達障がいの人の生きる世界についてブレーンストーミングで考えをめぐらせたとき，浮かび上がってきたのは発達障がいにおける運動機能，感覚知覚，他者関係の特徴的なありかたであった。運動機能および感覚知覚についての議論から，発達障がいのある人々は，他者と共有することの難しい，非常に独特な世界に生きていることがうかがわれる。このような体験世界に生きているのであれば，他者関係のもちかたが他の人々とは違った形になることも，ある意味では当然と言えるのではないだろうか。Wingによって三つ組としてまとめられた，社会性の障害，コミュニケーションの障害，想像力の障害といった状態像も，こうした体験世界の独特さを背景にしてこそ起こってくるものもあると思われる。そのように運動機能や感覚知覚への視点をもった上でWingの三つ組に

ついて捉えなおしてみることも，発達障がいを理解するためには重要なことであろう。

Wingによる三つ組の障がいという概念は専門家にも一般の人々にも現在よく知られており，社会性の障害，コミュニケーションの障害，想像力の障害は発達障がいの中核的特徴であるように認識されている。しかし，一口に社会性，コミュニケーション，想像力とまとめられている概念の下には，一体どのような発達障がい的世界の要素が含まれているのだろうか。筆者らのセラピー体験にもとづいたブレーンストーミングは，三つ組の概念のもうひとつ下の層におりてゆき，発達障がいのある人々の具体的な生活場面やセラピー場面の体験を討議することを通して，外から見える行動的側面ではなく発達障がいのある人自身の体験世界から，発達障がいの中核的特徴と言われているものを捉えなおそうとする試みでもあったように思われる。

具体的な体験に根ざしたところからの討議を試みたこと，また項目作成においては発達のばらつきを広い視野からとらえようとする立場をとったことから，このブレーンストーミングからは30という多様な項目が生まれることとなった。これらの30項目には捉えようとする特徴が重なっているように見えるものも多いが，例えば運動機能にかかわる項目が複数あったとしても，個々の項目はどれも少しずつ異なる運動機能的側面を見ることを想定している。複数ある項目はどれも，その子どもの発達の傾向やバランス具合をとらえるために必要なものだと考えられたのである。

5．決定版10項目の作成

前述のように，テストのねらいを発達障がいに絞るのではなく，もう少し広く子どもの発達を捉えようという姿勢で，項目作成に臨んでいた。つまり，「発達障がいかそうではないかを調べるテスト」というよりは，子どもの発達そのものに目を向け，「ひとりひとりの子どもの発達的な特徴が見えてくるようなテスト」を作ることを目標としていた。この目標の下，ブ

表2－1　発達に関する30項目

1	片足ケンケンができる
2	泳ぎが得意だ
3	スキップが上手にできる
4	段差を怖がる
5	キャッチボールが苦手だ
6	よく迷子になる
7	ごっこ遊びやモノマネが上手だが一緒に楽しめない
8	一定の動きやリズムを好む
9	友達と遊ぶより１人で遊ぶ方が好きだ
10	リレー遊びができる
11	野球遊びなど組織だった遊びをする
12	集団の中で妥協しながら遊ぶ
13	友達をなぐさめる
14	遠足に連れて行きにくい
15	自由時間が苦手である
16	ふとしたことで取り乱し，落ち着くのに時間がかかる
17	運動会で自分のチームが勝つと喜ぶ
18	ほめられると嬉しい
19	困った時に母親のもとに行ける
20	くすぐり遊びを楽しむ
21	食べ物の好き嫌いがある
22	何かに熱中してしまうと呼んでも来ない
23	同じ遊びを延々としている
24	友達と仲良くしたい気持ちがあるが，友達関係を上手く作れない
25	話し言葉よりも書き言葉の方がわかりやすい
26	含みのある言葉，嫌味を言われても言葉通りに受け取ってしまう
27	独り言をよく言う
28	標準語が多い
29	自分のことを「ぼく」「わたし」と言う
30	「やってもいい？」と許可を求める

レーンストーミングを経て作成されたのが，表２－１の30項目である。

当初の予定よりも項目数が多くなったが，項目数が多いことで項目間の差異を見ることができ，そこから，子どもの発達のばらつきであったり，回答者の特徴を見ていくことができると考えていた。

しかし，プロジェクト全体において，３つの研究班の合計で30項目の尺度を作成する方針となったため，それだけの項目数を設けることは難しく，ばらつきや差異に注目していくというここまでのスタンスを軌道修正することとなった。そこで，広く発達を見ていくというスタンスから，より子どもの発達障がい的な傾向をみるということにねらいを移し，項目自体をもっとシンプルなものにすることで，30項目をもとにしつつ10項目にまで絞っていった。ただ，より発達障がいに特化したとはいえ，「この項目が当てはまるならば発達障がいである」とか，「○が何個以上つけば発達障がいである」というようなテストを念頭に置いているわけではなく，あくまでも発達障がい的な傾向や可能性を探る目安として，このテストがひとつの指標になったり，手掛かりになったりすることを目指して作成しているということを述べておきたい。

そうしてできたのが表２－２の10項目である。また，各項目を作り上げるもととなった，30項目の中の項目も表中に示した。なお，これら10項目は来談した子どもに対する質問となったため，childの頭文字を

表２－２　発達に関する30項目版と10項目版との対応表

10項目版番号	質問
	質問
c1	運動が得意だ。
c6	手先が不器用である。
	1　片足ケンケンができる
	2　泳ぎが得意だ
	3　スキップが上手にできる
	4　段差を怖がる
	5　キャッチボールが苦手だ
c2	感覚（見る力、聞く力など）が敏感なときがある。
	20　くすぐり遊びを楽しむ
	21　食べ物の好き嫌いがある
c3	言葉の使い方に特徴がある。
	25　話し言葉よりも書き言葉の方が分かりやすい
	26　含みのある言葉，嫌味を言われても言葉通りに受け取ってしまう
	27　独り言をよく言う
	28　標準語が多い
	29　自分のことを「ぼく」「わたし」と言う
c4	ルールのある遊びを楽しめる。
	9　友達と遊ぶより１人で遊ぶ方が好きだ
	10　リレー遊びができる
	11　野球遊びなど組織だった遊びをする
	12　集団の中で妥協しながら遊ぶ
	17　運動会で自分のチームが勝つと喜ぶ
c5	何が面白いのかよく分からない遊びを延々とする。
	7　ごっこ遊びやモノマネが上手だが一緒に楽しめない
	8　一定の動きやリズムを好む
	22　何かに熱中してしまうと呼んでも来ない
	23　同じ遊びを延々としている
c7	ふとしたことで取り乱し、落ち着くのに時間がかかる。
	14　遠足に連れて行きにくい
	15　自由時間が苦手である
	16　ふとしたことで取り乱し，落ち着くのに時間がかかる
c8	友達と仲よくしたい気持ちがあるが、友達関係をうまくつくれない。
	13　友達をなぐさめる
	24　友達と仲良くしたい気持ちがあるが，友達関係をうまく作れない
c9	人からのちょっとした働きかけ（声かけ、手助けなど）を嫌がる。
c10	私とのコミュニケーションがスムーズである。
	18　ほめられると嬉しい
	19　困った時に母親の元に行ける
	30「やってもいい？」と許可を求める

とり項目番号をc1-c10とした。

【各項目について】

・c1運動が得意だ

まず，1～5の項目で聞いていた，身体を使う難しさや，運動機能の特徴を，この項目にまとめている。シンプルな質問ではあるが，発達を捉える上で運動機能は外せない項目であると考えられる。この項目では粗大運動の様子を，c6では微細運動の様子を，それぞれ聞いている。また，身体のことを聞いている，比較的回答しやすいと思われるこの項目を，質問紙の最初の項目としている。

・c2感覚が敏感なときがある

発達障がいの子どもの特徴のひとつであると考えられる感覚の過敏さを，「c2感覚が敏感なときがある」という項目で取り上げている。その過敏さは，「20.くすぐり遊びを楽しむ」ことができないという，身体接触を受け入れにくい様子であったり，「21.食べ物の好き嫌いがある」というような，味覚や嗅覚の過敏さであったりと，どういった感覚の過敏さであるかというのは様々であると考えられる。

・c3言葉の使い方に特徴がある

30項目の中の25～29をまとめて，「c3言葉の使い方に特徴がある」としている。この項目は，独特の言葉づかいだけではなく，言外の意味を受け取りにくい感じも含んだ項目となっている。

・c4ルールのある遊びを楽しめる

この項目では，集団の中での自分の役割やルール自体を理解することや，周りの様子を見て動いたり妥協して遊んだりすることができるかということを捉えようとしている。また，「17.運動会で自分のチームが勝つと喜ぶ」というような，自分が一員として所属している集団の成果を，自分と結びつくものとして受け入れることや，その集団に属している実感みたいなものについても，この項目には含まれている。

・c5何が面白いのかよく分からない遊びを延々とする

同じ遊びを延々とやっていたり，一緒に楽しむということが難しかったり，一度熱中してしまうと切り替えにくかったりする様子を，ここでは捉えようとしている。また，反復的で常同的な動きや行動があるかどうかということも，この項目と繋がりがあると思われる。

・c6手先が不器用である

c1で身体の使い方や粗大運動の様子を見ていたのに対し，この項目では微細運動の様子を捉えようとしている。また，この項目は，30項目の段階では抜け落ちていた項目でもある。30項目から10項目にするという手順を踏んだことにより，そのことに気が付き，補足している。

・c7ふとしたことで取り乱し，落ち着くのに時間がかかる

この項目は16.の項目がそのまま残った形となっているが，14.15.の項目や，c2の項目とも関係が深い項目である。見通しを持ちにくかったり，きっちりとした枠組みのない状態に置かれたときに取り乱すことがあったり，一度取り乱すとそれを収めることが難しかったりする様子をここでは掴もうとしている。また，感覚の過敏さゆえに，些細な刺激に反応して取り乱すということも考えられる。

・c8友達と仲良くしたい気持ちがあるが，友達関係をうまく作れない

友達との関係をうまく作れない，ということの背景には様々なものが考えられ，他の項目との関連も深いと考える（c3,c4,c5,c7,c9等）。そのため，この項目ひとつで多くのものを拾うことができるのではないかと考えている。

・c9人からのちょっとした働きかけを嫌がる

この項目は，他者からの関わり･他者との関わりを，受け入れたり頼ったりすることの難しさについて触れている。また，他の項目（c2,c3,c5等）との関連も深いと考えられる。

・c10私とのコミュニケーションがスムーズである

この項目では，3つ組のひとつであるコミュニケーションについてについて聞いている。ここで筆者らが重視したのは，子どもと回答者（養育者）との間でのやりとりがどうであるのか，回答者（養育者）自身の実感はどのようなものなのか，ということを聞こうとしたことである。

以上，30項目を元に10項目を作っていくという手順を踏んだことで，ひとつひとつの項目の背景にどういうものを想定していたのか，30項目で筆者らが見ようとしていたものは何だったのかということを，も

う一度見つめなおし，確かめるような作業となった。そうして練り直した末に完成したものが，上記の10項目であり，元となっている30項目が，その下位項目的な役割を果たしているといえる。

繰り返しになるが，このテストは決して「発達障がいであるかどうかを調べるテスト」ではなく，あくまでも，発達障がい的な傾向や可能性を探るためのひとつの目安にすぎない。しかし筆者らは，この質問紙がこちらが子どもの発達の様子やポイントをある程度おさえる役割を果たすとともに，この質問紙に回答することを通して，回答者である養育者が子どもの発達を見つめ，考えていくひとつの手掛かりとなったり，その後の面接のひとつの視点となるのではないかと考えている。

６．おわりに

以上，発達障がい班における尺度項目作成過程を報告した。当初30項目を前提として作成していた尺度項目を，作業途中で10項目に変更することとなった。しかしこのことは決してどちらかが優れているというものではない。筆者らは，作業を通して30項目版と10項目版の２種類の尺度を作成したと考えている。またこれらの項目は，慎重な検討を通して抽出されたものではあるが，現在のところ臨床事例への適用データは分析途中であるため，まだ発展途上のものであるといえる。回答データの分析結果によっては，改訂作業が必要となる可能性も高く，まだ真の「決定版」とは言えないものであるが，現時点での到達点を第一報としてここに記すこととする。今後も検討を続けていく予定である。

参考文献

安達潤・行廣隆次・井上雅彦・辻井正次・栗田広・市川宏伸・神尾陽子・内山登紀夫・杉山登志郎（2008）．広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度（PARS）短縮版の信頼性・妥当性についての検討．精神医学，50(5)，431-438.

Asperger, H.（1944）. Die ‘autistischen Psychopathen’ im Kindesalter, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136. U・フリス（編著）・冨田真紀（訳）（1996）．子どもの「自閉的精神病質」．自閉症とアスペルガー症候群．東京書籍，pp.83-178.

綾屋紗月・熊谷晋一郎（2008）．発達障害当事者研究　ゆっくりていねいにつながりたい．医学書院.

綾屋紗月・熊谷晋一郎（2010）．つながりの作法　同じでもなく違うでもなく．NHK出版.

伏見真里子（2009）．特集　発達検査を読み込む　その２．そだちと臨床，6，123-140.

Gerland, G.（1997）. *A Real Person*. ニキ・リンコ（訳）（2000）：ずっと「普通」になりたかった。花風社.

Grandin, T.（2008）. *The Way I See It: A Personal Look at Autism & Asperger's*. 中尾ゆかり（訳）（2010）：自閉症感覚　かくれた能力を引きだす方法．NHK出版.

服部隆志（2008）．新版K式発達検査2001における自閉症スペクトラムの子どもの特徴．そだちと臨床，5，123-134.

広沢正孝（2010）．成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群　社会に生きる彼らの精神行動特性．医学書院.

伊藤良子（2009）．序章　人間はみな発達障害．伊藤良子・角野善宏・大山泰宏(編)．「発達障害」と心理臨床．創元社，pp.15-27.

岩永竜一郎・ニキ・リンコ・藤家寛子（2009）．続々　自閉っ子，こういう風にできてます！自立のための環境づくり．花風社

Kanner, L.（1943）. Autistic Disturbances of Affective Contact, *Nervous Child*, 2, pp.217-250. 十亀史郎・斉藤聡明・岩本憲（訳）（2000）．情動的交流の自閉的障害．幼児自閉症の研究．黎明書房，pp.10-55.

河合俊雄（編）（2010）．発達障害への心理療法的アプローチ．創元社.

国松清子（2010）．K式発達検査から見る発達障がい―ある地域保健センターから―．奈良文化女子短期大学紀要，41，35-48.

水野薫（2007）．発達テストを通してみた軽度発達障害の認知特性－高機能広汎性発達障害を中心に．石川元（編）．現代のエスプリ476，59-68.

ニキ・リンコ・藤家寛子（2004）．自閉っ子，こういう風にできてます！花風社.

PARS委員会（2008）．PARS　広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度．スペクトラム出版社.

Rutter, M., Schopler, E.（eds）（1978）. *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*, Plenum Press. 丸井文男（監訳）（1982）．自閉症，黎明書房.

斎藤清二（2012）．書評　発達障害への心理療法的アプローチ．箱庭療法学研究，24(3)，pp.173-179.

Schopler, E., Reichler, R.J.（1979）. *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*. 茨木俊夫・三宅篤子（訳）（1981）．自閉児発達障害児教育診断検査　川島書店

津守真・磯部景子（1965）．乳幼児精神発達診断法．大日本図書.

上野一彦・梅津亜希子・服部美佳子（編）（2005）．軽度発達障害の心理アセスメント―WISC-Ⅲの上手な利用と事例―．日本文化科学社．
梅津耕作（1980）自閉児の行動評定．金子書房．
若林明雄・Baron-Cohen,S.・Wheelwright, S.（2004）．自閉症スペクトラム指数（AQ）日本語版の標準化―高機能臨床群と健常成人による検討―．心理学研究，75，78-84．
Williams, D.（1992）. Nobody Nowhere: *The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl*. 河野万里子（訳）（2000）．自閉症だったわたしへ．新潮社．
Wing, L.（1981）. Asperger’s syndrome: a clinical account. Psychological Medicine, 11, 115-129.
Wing, L.（1996）. The Autistic Spectrum: a guide for parents and professionals. 久保紘章・佐々木正美・清水康夫（監訳）（1998）．自閉症スペクトル―親と専門家のためのガイドブック．東京書籍．

第3章
家族機能および虐待リスクを捉える尺度項目作成の試み

橋本朋広・松本緑・後藤貴一・岩佐陽子

1．はじめに

本章では，家族機能･虐待班の研究成果を報告する。項目作成は以下の手順で行った。①虐待リスクの項目については，既に虐待リスクをアセスメントするためのスクリーニング調査票が数多くあるので，それらを概観し，そこから特に重要と思われる項目を選定して整理した。②家族機能については，それらを測定する質問紙が既に開発されているので，そこから特に家族の機能不全を測定するのに有効な項目を選定した。③虐待リスクの項目と家族機能の項目を相互に照らし合わせ，重複している項目を整理し，家族機能と虐待リスクを同時にアセスメントできる項目を作成する。以下，項目作成の理論的背景について説明したい。

2．虐待リスクアセスメント

虐待リスクをアセスメントするために現在使われている指標には様々なものがある。そのうち主なものについて概観しながら，心理臨床センターにおける親面接で虐待リスクをアセスメントするのに役立つ項目について考えたい。

まず，児童相談所で主に用いられているものに，「保護決定アセスメント指標」がある（加藤2000，加藤ほか2001，加藤ほか2002，加藤ほか2003）。これは，1995年から1999年にかけて行われた調査研究によって開発されたものである。児童相談所のワーカーが一時保護の判断で重視していることを47項目にコード化し，因子分析を行い，それらの項目を児童相談所で3ヶ月使用し，特に保護決定に関与した項目を選出している。このなかには，特に重要項目もピックアップされている。

この指標は，児童相談所における緊急一時保護の必要性を判断するためにワーカーが使用するものであり，母親自身が記入する際には使いにくい項目も多い。ただし，それらの中には母親自身が自己評価可能で，話題にもしやすく，かつ虐待リスクアセスメントに役立ちそうな項目もある。それらは以下の項目である（番号は項目番号）。

10.（子どもの）意思・気持ち：親を嫌う，帰りたがらない，アンビバレントな気持ち
15.（養育者の）子感情／態度：子ども嫌い，生まなければ，アンビバレンツな気持ち
19.（家族環境）社会的サポート：孤立，親族の対立，親族過干渉，保育なし，転居

これらの項目は，子どもとの関係に関する母親自身の葛藤，母親自身の原家族との葛藤などについて話していくきっかけとして有効であるように思われる。また，これらの要因が虐待リスクと関連していることは様々な実証研究によっても示されている（後述）。

南多摩保健所では，従来の母子保健システムを活用して子どもの虐待予防システムの構築を目指した事業を展開している（中板ほか2001，加藤ほか2003）。育児困難感を持つなど虐待の危険をはらんだ家族である「虐待予備軍」を主な対象に既存の研究を参考に虐待リスクのチェックシートを作成したところ，従来の母子保健システムで入手可能な情報と不可能な情報が明確になった。そのため，「家庭の問題」「親子の愛着形成」「育児負担」「育児上の悩み」など，既存システムでは入手困難な家族の情緒的な問題や関係性を含めた項目からなる母親へのアンケート形式のスクリーニングシートを作成した。スクリーニングの対象は乳幼児健康診査対象者で，検診当日にスクリーニングシートを持参してもらう。スクリーニングシートは，乳児健診後のカンファレンスで「虐待要因一覧表」に保健師によって転記され，アセスメント，援助目標の検討に使用される。

このスクリーニングシートの優れた点は，親が自宅で子どもとの生活が始まってからの自分をふり返り，自分の問題を抽出して記入するため，援助を受ける動機付けが高くなり，早期に相談援助関係を構築するのに効果的であるという点である（中板ほか2001）。また，このシートの項目は，虐待リスク要因に関して重要度が高い項目には得点の重みづけがなされており，虐待リスク要因について理解するのに便利である。重要度が高い項目は以下の通りである。

Ⅰ．家庭基盤
7．母親の現在の体調：疲れやすい（8点）
8．母親の現在の気持ち：よくない（9点）

12．家庭の問題：育児に対する協力が得にくい（8点），会話が少ない（8点），親族との付き合い方
13．育児体制：相談者なし（7点），協力者なし（7点）

Ⅳ．育児力
1．育児負担：負担が増え疲れる（8点），よくイライラしている（13点），自分の自由な時間がなく苦痛（8点）
4．育児上の悩み：いつも育児に自信がもてない（9点），育て方が分からない（9点），上の子への対応（7点），子を持つ親同士の付き合いが苦手（9点）

Ⅴ．子どもの健康問題
3．上の子の様子：乱暴（9点），言葉の遅れ（7点）

これらの項目を見ると，母親をサポートする人がいない，子どもに対してイライラする，子育てに自信がない，きょうだいに問題や障がいがあるなどが虐待リスク要因として考えられていることがわかる。虐待リスクアセスメントという観点からは，これらの点に注意することが大事であるとわかる。

以上の他，児童相談所に通報する立場にある保健師，保育士，民生・児童委員など，子どもに関わるあらゆる関係者が虐待を疑った時に簡便に使用できる一般的なリスクアセスメント表も開発されている（福田ほか2005）。この表は，①子どもが緊急な状態に陥っているか否かの緊急度，②子どもがどのくらい危険な状態なのかの重症度が判断でき，③虐待の起こる可能性が高い家族（ハイリスク・ファミリー）を発見できるとされている。一般の人でも簡単に利用できることを目指して専門用語の使用を避け，「リスクアセスメントの手引き」「解説シート」などが添付されている。

3．家族機能に関する尺度

Symondsによると，親子関係には，過保護（over protection）―拒否（rejection）の両極からなるX軸と，支配（dominant）―服従（submissive）からなるY軸の2つがあり，両者は直行し，2軸からなる空間のどこに位置するかで親子関係が分類できる。このSymondsの考え方にもとづき作成された代表的な親子関係検査が，「TK式診断的新親子関係検査」である（田中教育研究所1972）。この検査は親用と子用があるが，その質問項目は，例えば親に関して言えば，親の子どもに対する行動をたずねるものであり，それにもとづいて親のタイプを分類するものになっている。

これに対して，「FDT親子関係診断検査」は，親子関係の情緒的側面を重視した検査である（東ほか2002）。すなわち，TK式にみられるように，親の行動を重視し，「支配―服従」「保護―拒否」といった2つの次元によって親子関係を診断・分類していくのではなく，「子どもが親から切り捨てられる不安を持っていないか」「親を安全の基地としているか」「親が子どもを親とは違うひとりの独自性をもった人間としてみているか」「子どもの個性を好んでいるか」などといった，親や子の情緒的・認知的な側面を捉えることを主眼としている。これは，親子関係の認知的・情緒的側面が親子関係の質を規定し，子どもの性格形成や精神衛生に重大な影響を与えると考えているためである。親が子どもに対する自分の見方を振り返るきっかけにもなり，かつ親子関係や家族機能をアセスメントしていく参考となるスクリーニング調査票を考えているわれわれとしては，FDTを参考にすることが有益であると思われる。

FDTは，親子関係の一般的な次元を抽出したものであり尺度（「基本的受容」「養育不安」「無関心」）ごとの解釈を行う。そのため，得点の高低・プロフィールによって精神疾患や問題行動の特定はできない。しかし，臨床場面で評価・判断を行う際の補助資料としてFDTの結果を使用しやすいように，「臨床的に問題を抱える子どもを持つ母親に該当すると思われる項目」が臨床家15名によって10項目列挙されている。以下の項目は，10項目中7名以上(47%)が該当するとした項目である。

21．子どもの性格が，あまりすきではない（基本的受容）
23．子どものことが気になるが，どうしてよいのか分からない（養育不安）
25．子どもの欠点ばかりが目につく（基本的受容）
29．子どもに対して，もう少し違う子であったら良いのにと思う（基本的受容）
32．自分のことや他のことで頭が一杯で，子どものことに関心を向ける余裕がない（無関心）
33．自分と子どもとは，相性があまりよくない（基本的受容）

4．虐待リスク要因に関する実証的研究

虐待リスクをアセスメントするのに役立ちそうな項目をピックアップする着眼点を得るため，わが国における虐待リスク要因の実証的研究を概観する。

花田ほか（2006）は，彼女らが開発した「潜在的児

童虐待リスクスクリーニング尺度」と「母親の虐待傾向養育態度質問項目」の関連を見た。それによれば，「潜在的児童虐待リスクスクリーニング尺度」における「被養育経験」「現在の育児環境」「育児セルフエフィカシー」の3因子のうち，特に「育児セルフエフィカシー」は母親の養育態度に与える影響が大きく，セルフエフィカシーが高いものは力に頼らず，子どもの自己肯定感を育み，自己抑制を教える態度をしていることが示唆されている。

更に花田ら（2007）は，「母親の虐待傾向養育態度質問項目」と「PSI（Parenting Stress Index）」との相関を調べている。それによれば，PSIにおける「親を喜ばせる反応の少なさ」「子どもが期待通りにいかない」「刺激に過剰に反応する，慣れにくい」「親としての有能さ」「抑うつ･罪悪感」「子どもに愛着を感じにくい」などが，母親の養育態度における虐待傾向と関連が見られた。また，この研究では，「潜在的児童虐待リスクスクリーニング尺度」とPSIの関連を探っており，両者の間には高い相関が見られた。PSIにおける「社会的孤立」や「親としての有能さ」尺度との相関が高く，孤立感や親の自己効力感の低さが潜在的な虐待リスク要因となる可能性が示唆された。

「母親の虐待傾向養育態度質問項目」と「潜在的児童虐待リスクスクリーニング尺度」のどちらとも相関がみられたPSIの尺度を見てみると，子ども自身に関するものとしては「親を喜ばせる反応の少なさ」「子どもが期待通りにいかない」「刺激に過剰に反応する，慣れにくい」があげられる。親に関する尺度としては「親としての有能さ」「抑うつ・罪悪感」「退院後の気持ち」があげられる。

以上からわかるように，「社会的孤立」「親を喜ばせる反応の少なさ」「子どもが期待通りにいかない」「子どもに愛着を感じにくい」「刺激に過剰に反応する，慣れにくい」「親としての有能さ」「抑うつ･罪悪感」「退院後の気持ち」などのストレスについて質問することは，子育ての諸問題をスクリーニングするのに有益であると考えられる。PSI各尺度の項目例を以下に挙げる。

- 社会的孤立：「私は孤独で，友だちがいないと感じている」
- 親を喜ばせる反応の少なさ：「私の子どもは，思っていたよりずっと笑わない」「この子のために何かする時，この子にあまり喜ばれていないと感じる」
- 子どもが期待通りにいかない：「私の子どもは，私が期待していたほどのことができない」
- 子どもに愛着を感じにくい：「親は子どもへの親密で暖かい感情を育てるのに時間がかかる」
- 刺激に過剰に反応する，慣れにくい：「私の子どもは，新しい物に慣れるのに時間がかかり，すんなりいかない」「私の子どもは，大きな音や強い光に過敏に反応しやすい」
- 親としての有能さ：「私は子どもの世話をしている時，有能でうまくできていると感じる」
- 抑うつ，罪悪感：「私はいつも，子どもが何か悪いことをすると，私のあやまちだと思う」
- 退院後の気持ち：「子どもを連れて退院した後の約1ヶ月間，思っていたよりも悲しく，落ち込んでいる事に気づいた」

5．家族機能や虐待リスクをアセスメントするのに有効な項目

虐待リスクをアセスメントする項目としては，「保護決定アセスメント指標」の3項目，「虐待要因一覧表」の7項目，PSIの8項目などが有効であると考えられる。また，これらの項目は，FDTにおける「臨床的に問題を抱える子どもを持つ母親に該当すると思われる項目」とも関連が深い。これらの項目を似たようなもの同士まとめ，それに基づいて家族機能および虐待リスクをアセスメントするのに最低限必要と考えられる11項目を作成した（表3-1）。下線の項目は，特に虐待リスクを見るのに有益な項目であり，かつ，それらの項目に他の項目を合わせてみることで家族機能を推測していく手がかりが得られると思われる。なお，表中*1の項目「育児の相談をできる人が身近にいない」については，われわれの子育て調査票に掲載するに際して，「育児の相談をできる人がいる」という肯定的な文章に改めた。というのも，われわれの質問票は，心理臨床センターに子育て相談に来ている保護者の援助に役立てることを目的としており，その意味で，単に虐待リスクを発見すること以上に，保護者と一緒に家族機能を高めてくれるようなサポート資源を発見することも視野に入れているからである。

ちなみに，PSIにおける「退院後の気持ち」尺度は虐待傾向と関連の深い尺度とされており，「虐待要因一覧表」でも虐待リスク要因の一つと考えられている。妊娠にまつわる葛藤は，夫婦関係や親子関係の出発点であり，そこにはそれらの関係で後に生じる葛藤の萌芽があると考えられるので，取りあげるのに有意義な項目と思われる。「虐待要因一覧表」での項目は以下のようなものである。

Ⅲ．親子の愛着形成

4．妊娠時の気持ち：予想外で驚き戸惑った（5点），困った（3点），特に何とも思わなかった（4点）

5．出産時の気持ち：二度と産みたくないと思った（2点），性別が期待と違ってがっかりした（3点）

また，PSIにおける「刺激に過剰に反応する，慣れにくい」，「虐待要因一覧表」における「上の子の様子」などは，子ども本人の発達的な問題，あるいは子どものきょうだいの問題などに関する項目であるが，これらは発達障がいや心身症に関する項目，面接における家族構成の確認などによって見ることができると思われるので省略する。ただし，これらもまた虐待リスク要因であることを認識しておくことは重要である。

表3-1　項目対応表

PSI	FDT	虐待要因一覧表		保護決定アセスメント指標	項目（案）
社会的孤立		Ⅰ．家庭基盤	家庭の問題：育児に対する協力が得にくい，会話が少ない，親族との付き合い方	(家族環境)社会的サポート：孤立感、親族の対立、親族過干渉、保育なし、転居	誰にも育児を手伝ってもらえない。／育児の相談をできる人が身近にいない(*1)。
			育児体制：相談者なし，協力者なし		
子どもに愛着を感じにくい（親を喜ばせる反応の少なさ）	自分と子どもとは，相性があまりよくない（基本的受容）			(養育者の)子感情／態度：子ども嫌い、生まなければ、アンビバンレンツな気持ち	子どもが好きと思えない。
	子どもの性格が，あまりすきではない。（基本的受容）			(子どもの)意思・気持ち：親を嫌う、帰りたがらない、アンビバレントな気持ち	
子どもが期待通りにいかない（親を喜ばせる反応の少なさ）	子どもの欠点ばかりが目につく（基本的受容）				子どもの欠点が目につく。／子どもが期待通りにいかなくて困る。
	子どもに対して，もう少し違う子であったら良いのにと思う（基本的受容）				
親としての有能さ	子どものことが気になるが，どうしてよいのか分からない（養育不安）	Ⅳ．育児力	育児負担：負担が増え疲れる，よくイライラしている，自分の自由な時間がなく苦痛		育児に自信が持てない。／子どもに対してイライラする。／なぜか疲れやすい。
			育児上の悩み：いつも育児に自信がもてない，育て方が分からない，上の子への対応，子を持つ親同士の付き合いが苦手		
		Ⅰ．家庭基盤	母親の現在の体調：疲れやすい		
			母親の現在の気持ち：よくない		
抑うつ・罪悪感	自分のことや他のことで頭が一杯で，子どものことに関心を向ける余裕がない（無関心）				子どもが何か悪いことをすると，私のせいだと思ってしまう。／子どもに関心を向ける余裕がない。
退院後の気持ち		Ⅲ．親子の愛着形成	妊娠時の気持ち：予想外で驚き戸惑った，困った，特に何とも思わなかった		妊娠や出産の時にうれしくなかった。
			出産時の気持ち：二度と産みたくないと思った，性別が期待と違ってがっかりした		
刺激に過剰に反応する，慣れにくい		Ⅴ．子どもの健康問題	上の子の様子：乱暴，言葉の遅れ		（発達障がい，心身症，その他きょうだいの問題や障碍の確認）

文献

東洋･柏木惠子･繁多進･唐澤眞弓（2002）．FDT（Family Diagnostic Test）親子関係診断検査手引，日本文化科学社．

花田裕子・本田純久・小野ミツ（2006）．潜在的児童虐待リスクスクリーニング尺度作成についての検討．子どもの虐待とネグレクト，8(2)，247-256．

花田裕子・永江誠治・大石和代・本田純久（2007）．潜在的リスクスクリーニング尺度の基準関連尺度による信頼性・妥当性．保健学研究，19(2)，51-58．

福田直子・大津由紀・恒成茂行（2005）．子どもの虐待防止のためのリスクアセスメント票の開発．子どもの虐待とネグレクト，7(2)，238-251．

加藤曜子（2001）．児童虐待リスクアセスメント．中央法規出版．

加藤曜子・佐藤拓代・吉川敬子・津崎哲郎（2000）．重症度判断と危険度について―リスクアセスメント指標(日本子どもの虐待防止研究会分科会報告)．子どもの虐待とネグレクト，2(1)，79-86．

加藤曜子・佐藤拓代・吉川敬子・堀尾夕紀子・津崎哲郎（2001）．リスクアセスメント指標の実践と課題（分科会報告）．子どもの虐待とネグレクト，3(1)，94-99．

加藤曜子・佐藤拓代（2002）．リスクアセスメント指標に求められるもの―日本子どもの虐待防止研究会分科会の意義．子どもの虐待とネグレクト，4(2)，324-329．

加藤曜子・中坂育美・佐藤拓代・藤井東治・岡喬子・吉川敬子・三上邦彦・坂本正子（2003）．リスクアセスメント指標の取り組みとその課題（分科会報告），子どもの虐待とネグレクト，5(1)，31-36．

中板育美・東條敏子ほか（2001）．児童虐待を予防するためのスクリーニング・介入システム，保健婦雑誌，57(13)，1036-1043．

田中教育研究所編（1972）．TK式診断的新親子関係検査．田研出版．

第4章
「子育て質問票」の実施法と今後の研究課題

川原稔久・総田純次

1．はじめに

ここまでの第1章から第3章で，心身症・発達障がい・家族機能および虐待リスクそれぞれに関する項目が作成されてきた過程を述べてきた。各章にある通り，心身症・発達障がい・家族機能および虐待リスクに関するそれぞれの研究班で抽出した各項目は，2011年7月の二回の全体研究会を経て，各10項目（家族機能は11項目）に絞られ，全体として31項目が選考された。またその作業の中で質問票の構成，体裁および実施方法を検討した。その後大阪府立大学人間社会学部研究倫理審査委員会の承認を経て，2011年11月から個別事例に質問票の実施を開始し，2012年1月から4月にかけて行われた3回の全体研究会において12事例の結果をプロフィールから検討し，整理用紙の構成とその利用の仕方を検討した。この章では以下にその経過を提示する。

2．質問票の構成と実施方法

質問票の構成は，まず各項目の文言を分かりやすいものにして文意を明快にした。次いで項目間で重複が無いように調整した。そして，子育て問題で来談した親が記入するため，まず子どもに関する質問項目を前半に配置し，親に関する質問項目を後半とした。また，前半では子どもの発達についての項目から始め，子どもが示す親に対する関係の項目を継いだ。後半では家族機能，親子の心身状態に関する項目を配置している。以上の結果，出来上がった質問票の項目リストが表4-1である。実際の質問票ではこれら質問項目に対して親が5件法（まったくあてはまらない－あまりあてはまらない－どちらでもない－ややあてはまる－かなりあてはまる）で回答する形式となっている。

実施方法の実際問題で一番議論になったのは，施行のタイミングについてである。質問票の目的は，子育ての問題の可能性を見立てることと質問票に書き込むことで来談した親が問題に向き合い治療に向き合う姿勢を涵養することにあるため，最初の施行は初回面接前後だと思われた。また，来談時の心理状態によっては，自分や家族について振り返り内省する作業がそもそも難しかったり治療への動機づけに結びつかなかったりして，初回面接以降の施行が適切であると判断さ

表4－1　「子育てについての質問票」の31項目

番号	質問
c1	運動が得意だ。
c2	感覚（見る力、聞く力など）が敏感なときがある。
c3	言葉の使い方に特徴がある。
c4	ルールのある遊びを楽しめる。
c5	何が面白いのかよく分からない遊びを延々とする。
c6	手先が不器用である。
c7	ふとしたことで取り乱し、落ち着くのに時間がかかる。
c8	友達と仲よくしたい気持ちがあるが、友達関係をうまくつくれない。
c9	人からのちょっとした働きかけ（声かけ、手助けなど）を嫌がる。
c10	私とのコミュニケーションがスムーズである。
c11	子どもは私のいいつけをよく守る。
c12	子どもは気持ちが不安定になるとからだの調子が悪くなる。
p1	育児の相談を出来る人がいる。
p2	子どもと目が合うとうれしい。
p3	痛がっている子どものからだをさすると、痛みがおさまることがある。
p4	子どもが好きと思えない。
p5	誰にも育児を手伝ってもらえない。
p6	子どもの欠点が目につく。
p7	子どもが期待通りにいかなくて困る。
p8	なぜか疲れやすい。
p9	育児に自信が持てない。
p10	子どもに対してイライラする。
p11	子どものいやな気持を取り除くことは母親の役目である。
p12	子どもが何か悪いことをすると私のせいだと思ってしまう。
p13	子どもに関心を向ける余裕がない。
p14	わが子が、なぜ甘えてくるのかわからない時がある。
p15	妊娠や出産のときにうれしくなかった。
p16	子どもに公園の砂場で砂遊びをさせることに抵抗がある。
p17	オムツをかえるのはゆううつだった。
p18	どうしてここに来ないといけないかわからない。
p19	今ある症状をいっこくも早く取り除いてほしい。

c；子どもに関する質問。p；親に関する質問

れる場合もある。さらに，質問票の有効性を検証する場合でも将来完成した質問票を治療に利用する場合でも，治療経過や治療関係に質問票がどのように影響するかをみるために，最初の施行結果と初期の治療過程の検証だけでなく，それに加えて，治療経過に添った事例研究を行うことが最も実際的であるとも考えられたので，最初の施行後ある程度面接が経過した時点で再度質問票を施行することが考えられた。そのタイミングとしては経過が大きく展開する節目と思われる時点や関係性や治療動機，治療目的などが変化したと思われる時点であろう。そうしたタイミングを判断するのは当然面接を担当するセラピストであろう。

そうなると，必然的に誰が質問票を来談者である親に実際導入するのかが問題になると思われる。なぜなら，質問票を手渡す者と受け取り答える者との間には，質問を実施する者と実施される者という，評価－被評価の関係が生じ，それは治療関係とは異なるものと考えられるからである。質問票の施行が治療関係に微妙に影響を及ぼすことが感じられるゆえに，セラピストたちは治療関係を維持したいために，質問票の施行者とはなりたがらなかった。結局，タイミングと施行者という実際の問題は，来談時に受付で受付事務担当者が質問票を親に渡し，待合室で記入してもらうこととなった。二度目以降の施行の判断はセラピストであるが，二度目以降の実施の仕方は初回時と同様とした。

ことほど左様に，関係性が重視されてくるのは，この質問票が治療の動きにコミットすることで来談者の変容に与ろうとしているからである。つまりこの質問票は静的に問題を捉えるのではなく，施行自体が治療の一翼を担おうとしているからなのである。そのことは有効性の検証というこの研究の方法についても大きく影響するが，そのことは本章のまとめとして後節で論じたい。

3．整理用紙の作成

2011年11月から施行を始め，得られた12事例の回答結果を，2012年1月から4月にかけて行われた3回の全体研究会で検討し，プロフィールとしてまとめる整理用紙の作成をした。以下の表4－2が作成された整理用紙である。

表4－2　「子育てについての質問票」整理用紙

記入者（　　）

日付	回答者（母親・父親）	年齢	名前（子ども）	年齢	性別

主訴

＊　基本的にプロフィール右側が問題傾向だが，網掛けは逆転しているので注意。

		まったくあてはまらない	どちらでもない	かなりあてはまる	
発達障がい	c1　運動が得意だ。				＜プロフィール特徴＞
	c2　感覚が敏感なときがある。				
	c3　言葉の使い方に特徴がある。				
	c4　ルールのある遊びを楽しめる。				
	c5　何が面白いのかよく分からない遊びを延々とする。				
	c6　手先が不器用である。				
	c7　ふとしたことで取り乱し，落ちつくのに時間がかかる。				
	c8　友達と仲よくしたい気持ちがあるが，友達関係をうまくつくれない				
	c9　人からのちょっとした働きかけを嫌がる。				
	c10　私とのコミュニケーションがスムーズである。				
親子の心とからだ	c11　子どもは私のいいつけをよく守る。				＜プロフィール特徴＞
	c12　子どもは気持ちが不安定になるとからだの調子が悪くなる。				
	p2　子どもと目が合うとうれしい。				
	p3　痛がっている子どものからだをさすると，痛みがおさまることがある。				
	p11　子どものいやな気持ちを取り除くことは母親の役目である。				
	p14　わが子が，なぜ甘えてくるのかわからない時がある。				
	p16　子どもに公園の砂場で砂遊びさせることに抵抗がある。				
	p17　オムツをかえるのはゆううつだった。				
	p18　どうしてここに来ないといけないかわからない。				
	p19　今ある症状をいっこくも早く取り除いてほしい。				
家族機能	p1　育児の相談をできる人がいる。				＜プロフィール特徴＞
	p4　子どもが好きと思えない。				
	p5　誰にも育児を手伝ってもらえない。				
	p6　子どもの欠点が目につく。				
	p7　子どもが期待通りにいかなくて困る。				
	p8　なぜか疲れやすい。				
	p9　育児に自信が持てない。				
	p10　子どもに対してイライラする。				
	p12　子どもが何か悪いことをすると私のせいだと思ってしまう。				
	p13　子どもに関心を向ける余裕がない。				
	p15　妊娠や出産のときにうれしくなかった。				

＜総合所見と面接方針＞

＜前回の質問票から変化＞

＜感想＞

プロフィールは質問票の項目順ではなく，発達障がい・親子の心とからだ・家族機能の順にテーマごとにまとめて三領域に整理することにした。また，記入の仕方についても基本方針を以下のようにまとめた。

＜プロフィール特徴＞では項目に対する反応の特徴を内容面と形式面について具体的に記入する。たとえば，内容面では，c2とc7の回答をもとに「感覚が敏感で，ふとしたことで取り乱す傾向がある」などと子どもの具体的特徴を記入する。形式面ではたとえば「『どちらでもない』が多い」などとして反応形式の特徴を記入する。＜総合所見と面接方針＞では，①三領域のプロフィール特徴を総合した回答者と子どもの特徴を要約する。②インテーク面接で明らかになった回答者や子どもの問題点や見立ての要約を書く。③②の情報もふまえ，①の反応特徴に関する解釈などを書く。＜前回の質問票からの変化＞では，前回の総合所見をふまえての，前回からの変化について記す。＜感想＞では，質問票の結果をまとめて発見した点，質問票についての問題点，質問票を施行したことで来談者や面接に影響のあった点など，気づいたことを自由に書く。

質問票の結果をプロフィールとして整理し，面接に利用しようという視座から整理用紙を検討した議論では主に以下の三つの点が焦点になった。一つは，プロフィールの内容特徴だけでなく，『どちらでもない』反応が多いとか両極端に振れる傾向があるなどといった形式特徴が，三領域ごとに見られたり三領域全体に一貫したりする場合があって，プロフィール全体の布置や動きを，インテーク面接で得られた背景情報などと照らし合わせて読み取る必要があるという点である。二つ目は，インテーク面接での印象や情報と質問票から得られた印象や情報とが食い違う場合があって，このことこそ質問票によって事例をより深く理解することができる点であり興味深いと思われる一方，質問票に回答してから初回面接を受ける場合に質問票が面接に与える影響を考えさせる面がある。また，セラピストによっては質問票の影響を考えて質問票の実施を保留する場合もあると考えられた。これは質問票適用の問題にもなる。いずれにしても，これらの問題は治療関係への影響を考えた場合により慎重に事例研究を積み重ねて検討すべきであると思われた。三つ目はそのこととも関連して，初回実施以降のどのタイミングで二回目以降の実施を考えるかという点である。目安として半年後を二回目実施の時期と想定していたが，これも事例の経過によって判断しなければならず，事例経過を踏まえた検討の必要性を感じさせた。

4．まとめ

以上が，質問票とその整理用紙の作成経過を提示しながらの研究経過の報告である。多くの医療機関や相談機関では，はじめに問診票に回答してもらう。本研究も，そのような意味での簡便なスクリーニングのための質問票の開発という目的を持っている。ただし本研究の独自性は，回答そのものが治療の入り口となるような質問票の開発にある。そのため，質問票を構成する項目を検討する中で，発達に関しては発達の全体の様相におけるバランスを捉える作業が背景に必要であり，そのなかから発達障がいに関する項目が選定されてきた。心身症に関する項目に関してもそれを検討する過程で，背景にある親子の心とからだの関係を捉える必要から項目が選定されてきた。虐待リスクに関する項目でも家族機能を見る項目の選定が含まれる。それゆえに，質問票の実施手続きや結果の整理を検討するなかで，質問票に答える体験はその後の治療面接に影響が大きいことが予想されるようになってきた。その結果，研究の方法は，質問票の利用に関して治療経過への影響を検討しながらより慎重に事例研究を集積する方向へ重心が移行しつつある。

当初は3年間で質問票の作成・その利用の検討と有効性の検証・実践活用と支援のモデル化までを計画していたが，事例研究を慎重に積み重ねる必要があり，現在はそれに取り組んでいる段階である。そのため，統計の方法で検証することや実践活用からモデル化を図る作業は工程上後ろにずれ込む予想である。

5．今後の展望

これまで述べてきたように，今後は事例研究を重ねるなかで，質問票から読み取れることや治療への影響・有効性を検討することが中心となると考える。また，事例に関してはある程度の数でその質問票結果が集積されてきているので，事例研究に加えて，統計的な整理をすることを検討中である。それと相まって，一般的な子育て世代の回答傾向を踏まえる必要があるため，事例化していない子育て世代への質問票の実施と集計も検討中である。

【付記】本研究は，平成22年度日本臨床心理士認定協会（重点研究助成）の助成を受けました。