

2015年3月10日

2014年度 聖路加国際大学大学院 博士論文

論文題目

精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して  
他者から受けたエンパワメントの主観的体験

Keeping a Stout Heart:  
Empowerment for Mothers with Mental Illness through Other's Support

学生番号 10DN010

氏名 村方 多鶴子



## 目次

第1章 序論.....	1
I 研究の背景.....	1
II 研究目的.....	2
III 研究意義.....	2
IV 用語の定義.....	3
第2章 文献の検討.....	4
I 日本における精神障がい者の結婚・妊娠・出産・育児に関する動向.....	4
II 精神障がいを持つ母親に関する研究の動向.....	5
1. 精神障がいを持つ母親の特徴と育児への影響.....	5
2. 精神障がいを持つ母親の子育てにおける体験.....	7
III 母親が精神障がいを持つ子どもの体験.....	8
IV 精神障がいを持つ母親と子どものための介入.....	10
V 保健医療福祉分野におけるエンパワメント.....	11
1. エンパワメントの定義.....	11
2. 看護におけるエンパワメント.....	13
VI 文献検討による示唆.....	16
第3章 予備研究.....	17
I 精神障がいを持つ母親が体験する育児のプロセス.....	17
1. 目的.....	17
2. 研究方法.....	17
3. 倫理的配慮.....	18
4. 結果.....	18
5. 考察.....	34
II 本研究への示唆.....	37
第4章 研究方法.....	38
I 研究デザイン.....	38
II 研究方法.....	38
1. 研究対象者の条件.....	38

2. 所属機関への説明と研究依頼 .....	39
3. 対象者のリクルート .....	39
4. データ収集期間と方法 .....	39
5. 分析方法 .....	41
6. 研究の質の確保と評価 .....	42
III 倫理的配慮 .....	42
1. 所属機関への説明と研究依頼 .....	42
2. 研究対象者への事前の説明と同意 .....	43
第5章 結果 .....	46
I 対象者の概要 .....	46
II 精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けた エンパワメントの主観的体験 .....	48
1. 【人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、 幸せになるために 自分で決めていいと気づかされる】 .....	50
2. 【不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、 行動を起こすことができる】 .....	53
3. 【病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに 関わりたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ】 .....	58
4. 【何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことが出来なくても 自分が子どもを育てていきたいと思う】 .....	64
III 母親が体験しているエンパワメントに関するカテゴリーの統合 .....	69
第6章 考察 .....	73
I 精神障がいを持つパワレス状態にある女性の結婚・出産・子育てにおける 自己決断 .....	73
II パワレス状態の女性が希望を引き出された体験 .....	74
1. 希望を意思表示した後に保証され主体的な行動を支えられた体験 .....	74
2. 子育てを実践しながら学ぶ“援助つき母親業” .....	76
III 精神障がいを持つ女性にとって「子どもがいること」の意味 .....	77
IV 精神障がいを持つ母親への支援に対する示唆 .....	79

1. 母親の自己決断を支える .....	79
2. 本人の潜在能力を引き出し支えるパートナーシップ .....	80
3. 継続して見守り自立を支える .....	80
V 研究の限界と今後の課題 .....	81
第7章 結論 .....	82
引用文献 .....	83

## 付録

### 〈図表目次〉

表 1 研究対象者の概要 .....	18
表 2 対象者一覧 .....	47
表 3 精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から 受けたエンパワメントの主観的体験のカテゴリー .....	49
図 1 精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して 他者から受けたエンパワメントの主観的体験 .....	72

### 〈資料目次〉

資料 1：研究の説明書 .....	(1)
資料 2：調査へのご協力をお願い .....	(3)
資料 3：研究協力・参加連絡書 .....	(5)
資料 4：研究協力の同意書 .....	(6)
資料 5：研究断り書 .....	(7)
資料 6：インタビューガイド .....	(8)
資料 7：基礎情報用紙 .....	(9)

## 第1章 序論

### I 研究の背景

1960年代以降、欧米においては精神科病院を縮小あるいは廃止し、地域の中での医療やリハビリテーションを重視する施策（伊藤，2009）や、副作用の少ない新薬の開発、医学モデルから心理社会的モデルへのシフトが実施されるようになった（Bassett et al., 1999；Gladstone et al., 2006）。しかし、統合失調症を有する女性はそうでない女性と比較し、望まない妊娠や中絶が多いこと（Miller et al., 1996）、精神障がいを持つ母親の離婚率や母子分離が高い傾向にあることも指摘されていた（Miller et al., 1996；Ackerson, 2003；Hinden et al., 2005）。その後、母親や子どもに対する支援が実施されるにつれ、重度の精神障がいを持つ女性が親になり、子どもを育てる機会が増加してきた（Oyserman et al., 2000；Kohl et al., 2011）。

欧米では、2000年頃から、重度の精神障がいを持つ母親の体験やニーズに関する質的研究が行われるようになり、「精神障がいを持つこと」と「母親であること」は二重課題であることが明らかになった（Nicholson et al., 1998）。しかし、精神障がいがある母親にとって、子どもがいることは回復の動機づけとなり（Diaz-Caneja et al., 2004）、病気をコントロールしながら育児を行うことは、親子関係の深まりや親密化などのポジティブな体験であることも示唆されている（Stallard et al., 2004）。

日本においては、恋愛や結婚、出産、育児は、精神疾患があるという理由だけで抑圧され、不可能であるとの社会的認識が主流であったために、保健・医療関係者においても否定的な対応がなされてきた（益田，2010）。しかし、1980年代から障がい者の性についての啓発活動が活発化し、1990年代にはピアカウンセリングやピアサポートなどの当事者活動の中で「仲間作りと支えあい」の重要性が社会に認知されるようになってきた（鶴見ら，2010）とは言え、精神障がい者の既婚者は14.6%（山口，2007）とまだかなり低い。この理由として、結婚や出産が発病・再発の契機になることや遺伝の心配（松村ら，2005；伊勢田，2010）などから、支援者の価値観やパターンリズムが優先されていることが考えられる。

このように日本では、精神疾患を持つ母親とその子どもの体験にはあまり関心が向けられていなかった。しかし、2000年に児童虐待防止法が規定されて以来、精神障がい者の結婚、子育ての現状や支援のあり方をテーマとする研究論文や実践報告が飛躍的に増えたこと、2006年に障がい者自立支援法がスタートし、今まで注目されることが少なかった恋愛

や結婚、子育ての問題が関係者の中で支援の課題として顕在化してきたこと、地域移行がクローズアップされる中で、当事者の持つ力への再評価がなされるようになってきていることから、ようやく精神障がい者の結婚、子育てが注目されるようになった（向谷地ら, 2013）。また、2000年代後半頃に、精神障がいを持つ当事者やその子どもの手記などが出版され、これをきっかけに、今まで潜在化していた当事者が声をあげ始め、障がい者やその子ども達の体験が次第に明らかになってきた。そして、家族も含めた母親への支援の必要性が専門家にも認知され、学会の一マでも取り上げられるようになってきている。

そこで、精神障がいを持つ母親の育児体験のプロセスを明らかにする目的で予備研究を行った。その結果、研究対象となった精神障がいを持つ母親は、出産を機に精神疾患を発症または再燃したケースが多く、病状が悪化した状態で育児を始め、その後子どもとの関係に葛藤が生じる時期があり、パワレス状態に陥っていた。しかし、母親であることを放棄せず関わり続けることでエンパワメントされ、母親と子どもが共に成長し、新たな関係を形成し始めていたことが明らかになったが、母親がエンパワメントされた支援について注目していなかった。そこで本研究では、精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりにおいて、他者から支援を受けながらどのようにエンパワメントを体験しているのかを明らかにする必要があると考えた。

## II 研究目的

精神障がいを持つ母親への支援を行っているスタッフの実践への示唆を得るために、精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して、他者から支援を受けながらどのようにエンパワメントを体験しているのかを明らかにし、記述することを目的とする。

## III 研究意義

子育てを行いながら地域で生活をしている精神障がいを持つ母親の実態は、精神保健医療福祉関係者にもあまり知られていない。しかし、今後、入院治療から地域移行がますます進み、訪問看護などの地域サービスを利用しながら子育てを行う母親が増加すると推測される。また、精神障がいを持つ当事者やその子どもの手記などから、サポートを必要としている実態が少しずつ明らかになってきている。そのため、本研究を行うことで精神障がいを持ちながら地域で子育てを行っている母親にとって、どのようなサポートが有効で

あるのか、子育てを通してどのようにエンパワメントされているのかが明らかになり、訪問看護ステーションや精神科外来などで母親に身近に関わる援助者が、看護援助の実践への示唆を得られると考える。

#### IV 用語の定義

##### 1. 精神障がい

精神科医が患者の精神医学的問題を診断する際の指針を示すために、アメリカ精神医学会が定めた精神障がいに関するガイドラインである **Diagnostic and Statistical Manual of Mental illness (DSM) -V** にて統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群、双極性及び関連障がい群、または抑うつ障がい群と診断され（高橋ら, 2014）、精神障がい者保健福祉手帳障がい等級判定において1級及び2級に準じる者をさす。

##### 2. エンパワメント (empowerment)

精神障がいを発病後、人生に絶望していた女性が、自己決断したことを支援者に尊重され、具体的なサポートを受けながら主体的に行動し、危機的状況を乗り越えるプロセスを通して、自分の潜在能力に気づき、その力を発揮し、自信を獲得していくプロセスである。



## 第2章 文献の検討

### I 日本における精神障がい者の結婚・妊娠・出産・育児に関する動向

日本では、障がい者の性の問題についてはタブー視する傾向があり、あまり取り上げられることはなかった（黒田ら, 2008）。特に、恋愛や結婚、出産、育児は、精神障がいがあるという理由だけで抑圧され、不可能であるとの社会的認識が主流であり、保健・医療関係者においても否定的な対応がなされてきた（益田, 2010）。優生保護法（1943～96年）では、優生手術の対象を非遺伝性の精神疾患にまで拡大解釈し、本人の同意なしに、医師の申請による手術が行なわれてきた（鈴木, 2010）。これは、精神障がい者を排除する思想が根底にあったためと考えられる（高柳, 1983）。つまり、重度の精神障がいを持つ女性は、一人の女性として、結婚や出産に関する自己決定を尊重されてこなかったと言える。

1963年に Nirje がノーマライゼーションの理念を世界に広め、日本では、1980年代から障がい者の性についての啓発活動が活発化し、1990年代からピアカウンセリングやピアサポートなどの当事者活動の中で「仲間作りと支えあい」の重要性が社会に認知されるようになった（鶴見ら, 2010）。河野（1982）は、精神障がい者の結婚について、「精神障がいがあることや、再発の危険性が多いという理由だけで、安定している障がい者の結婚を止めたり、結婚すれば良くなるなど安易に勧めたりするのは控えるべきである」と述べている。日本での大規模な精神障がい者の結婚や子育てに関する調査は少ないが、2004年に行われた精神医療ユーザー1000人への実態調査によると、既婚者は14.6%であった（山口, 2007）。15歳以上の男性の有配偶率は61.1%、女性は56.9%である（国勢調査, 2010）ことから、精神障がい者の有配偶率は一般に比較するとかなり低い。このようにノーマライゼーションを拒む要因として、鶴見ら（2010）は、障がい者、家族、支援者の偏見を挙げている。障がい者自身の内なる偏見としては、特に統合失調症は対人関係の病気であるため、親密な人間関係を求められる結婚に対しては消極的にならざるを得なかったこと（松村ら, 2005）、家族の偏見としては、症状が安定していればそれ以上の期待をせず、恋愛・結婚に強行に反対する悲観論（上野, 2010）が指摘されている。最後に、支援者の偏見としては、特に統合失調症の支援において、性的関心を呼び起こすことは衝動性を引き起こすという恐れや、結婚や出産が発病・再発の契機になること、養育能力、遺伝に関する心配から、タブー視されてきたこと（松村ら, 2005; 伊勢田, 2010）が要因と考えられる。つまり、本人よりも支援者の価値観が優先されるというパターンリズムに陥っていたと言える。

下山（2005）が行った、精神科外来通院中の統合失調症を持つ慢性期の女性患者 45 例とその家族を対象とした調査によると、有配偶者は 31%、離婚者 13%であり、離婚の理由としては、ほぼ全員に DV があり、さらに刑犯法が重なったもの、夫の経済的破綻が重なったものがあった。結婚歴のある者のうち出産を経験したものは 90%であったが、出生直後より施設入所を余儀なくされた子どもが 13%、親族に引き取られた者が 7%、子どもと同居はしていたが、養育はほとんど親兄弟または夫が行っていた者が 33%であった。しかし、47%は母子家庭か夫はいても主たる養育者は患者であり、出生児のうち約半数は少ない援助者の中で患者が育てていた。その場合には子育てに問題があるケースが多かったが、ともに子育てを行う家族がいた場合には問題が少なかったことが報告されている。

家族が全国の精神障がい者家族会に所属している精神障がい者を対象とした調査（池淵, 2011）によると、対象者約 1500 名のうち既婚者はわずか 8%であったが、そのうち子どもがいる割合は 72%、自分で子育てをしているのは 38%という結果であった。また平成 25 年度の障がい者白書によると（内閣府, 2014）、精神障がい者で配偶者のある者は 3 分の 1 程度で、統合失調症の場合は 18.7%であった。これらの調査は研究方法が異なるため一概には言えないが、精神障がい者の有配偶率は一般に比較するとかなり低い一方で、既婚者の挙児率は高いことが分かる。しかし、精神障がいを持つ母親が主たる養育者となる割合は低く、離婚率が高いことは、Miller ら（1996）、Ackerson（2003）、Hinden ら（2005）の結果と同様である。

## II 精神障がいを持つ母親に関する研究の動向

### 1. 精神障がいを持つ母親の特徴と育児への影響

岡田（2011）は、診断名に関わらず、母親としてうまく機能していない母親を「シック・マザー（病める母）」と定義し、その特性として、①ネガティブな認知と感情的な過剰反応、②子どもを自分の問題に巻き込む、③潔癖さとアラ探し、④子ども自身への関心の乏しさ、⑤気まぐれで一貫性を欠いた対応、⑥管理の欠如または過剰、⑦引きこもり傾向や社会的スキルの乏しさ、⑧母性的なぬくもりや柔軟性の欠如、この 8 つを上げている。Brockington ら（2011）は、精神障がい者が育児に与える影響について以下のようにまとめている。まずうつ病の特徴として、悲しみと悲観主義が主で、笑いや快活さが欠如し、しばしばイライラし、愛情や優しさ、反応に乏しく、陰気で病的な執着があり、注意力が低下する。そのため、母親がうつ病の場合には、幼児の気質や行動が母親の気分に影響を及ぼし、悪循環

を起こす恐れがあるが、小児との相互作用を維持できる母親も存在する。慢性の精神障がいを持つ親は感受性や関わりの質が低いために、育児が不安定で断続的になりやすいが、再発を繰り返したり、長期に及んだりしなければ、親との関係は改善すると述べている。つまり、精神障がいをもつ母親は育児能力がないとみなされる傾向にあるが、サポートがあれば子育てが可能であると考えられるため、援助者は母親のネガティブな面にばかり注目せず、潜在能力を引き出すように妊娠中から女性に関わり、出産後も継続して母子に関わる必要がある。

次に、精神障がいを持つ母親の社会的特徴として、育児サポートが少ないことも指摘されている (Miller et al., 1996)。Oyserman ら (1994) は、重篤な精神障がいを持つ母親は、シングルで、生活環境が悪く、ネットワークや情報・社会的サポートが少なく、治療に関心がないと指摘している。日本での訪問看護の実践報告においても同様に、親役割モデルが希薄であり、子どもに対する安全な生活環境の保持や親の治療維持、連携が困難であることが指摘されている (辻本ら, 2009)。また、母親は自宅に閉じこもり社会から孤立していること、パートナーの不在または頻繁な交替などが根底にあり、再発からくる混乱、服薬を継続しながら行う育児の大変さを理解してほしい、あるいは自分のことを認めてほしいという思いがあると報告されている (寺田ら, 2008)。榎原らの調査 (2013) では、子育て中の精神障がい者のうち、若年層で出産し、その後精神疾患を発症した事例が半数を超え、配偶者がいない者が 8 割であり、本人の両親と同居している者は誰もいないことが報告されている。また、子育て中の精神障がい者は、社会経験の希薄さ、子育て負担、生活のしづらさ、経済的問題も抱えていた。障がいがある親を支援している者は子どもである場合が最も多く、家事におけるサポートが特に多かった。しかしそれだけではなく、子どもはライフサイクル上の発達課題に加え、子ども自身の障がい、不登校や施設入所を経験していた実態が明らかになっている。これらのことから、精神障がいを持つ母親は、精神障がいがあるだけでなく、その他に、子どもを育てる上で困難を抱えている場合が多いことも示唆されている。

## 2. 精神障がいを持つ母親の子育てにおける体験

1990年頃から、欧米では精神障がいを持つ母親の体験や、育児が母親の幸福に与える影響に関心が向けられるようになり (Nicholson et al., 1998)、母親に対する質的研究が行われ始めた。

精神障がいを持つ母親は自分よりも子どものニーズを優先する傾向にあると言われていた (Nicholson et al., 1998) が、無理をすると精神状態が悪化する恐れがあり、疾患コントロールと育児のバランスをとりながら日々の育児を行うことに困難を抱えていた (Hinden et al., 2005; Maybery et al., 2005; Davies et al., 2007; Khalifeh et al., 2009)。また、母親は、子どもが精神症状を目撃すること、親役割の代行 (parentification)、子どものメンタルヘルスの問題など、精神障がい子どもへ与える影響についても様々な不安や恐れを抱いていた (Handley et al., 2001; Diaz-Caneja et al., 2004; Stallard et al., 2004)。

一方、精神障がいがある母親にとって子どもがいることは人生の目標であり、女性としての満足や理想であり、自尊心が高まることは健康な母親と同様である (Diaz-Caneja et al., 2004; Davies et al., 2007, Tuval-Mashiach et al., 2013)。他者に責任を負うことは生活に目的を与え、子どもや家族に認められることは最も重要である反面、子どもとの分離では生活が損なわれることも示唆された (Montgomery et al., 2006)。精神障がいを持つ親は、子どもとの情緒的なつながりや、家族と一緒に居ること、子どもが身体的・情緒的に健康であることを願っており (Handley et al., 2001)、親子関係の深まりや親密化などが母親にとってポジティブな体験となっていた (Stallard et al., 2004)。そして親密であるためには、母親は健康で母親役割を行う (Montgomery et al., 2006) ことが必要となり、自ら治療を求める行動を起こすなど、子どもの存在が回復の動機づけとなっていると報告されている (Diaz-Caneja et al., 2004)。また、慢性の精神疾患を持つ母親は、子どもへの愛情だけでなく、申し訳なさも抱いていた。母親は子どもから愛情を受けることで幸福に感じ、自分が子どもに愛情を感じる時には、母親として満足する。そして、子どもとの関係は自信になり、育児の動機づけを強化する (Ueno et al., 2008) とも報告されている。その他に、子育ての苦労は「当たり前の苦労＝よい苦労」が増えることであり (伊藤ら, 2010)、出産や育児は、それに伴う様々な体験を通して、自分自身も成長していく貴重な社会生活経験となっていることが明らかになっている。

次に、親権喪失に関する体験も多く語られ、母親役割の剥奪は不全感や挫折感を伴う経験であることも報告されている (Davies et al., 2007)。精神障がいを持つ女性の子どものうち、出生時に母親と分離された者が 9%、小児期に分離された者が 77%であり、半数の子どもは最終的に母親と暮らすことができなかった (Dipple et al., 2002)。このような背景から、特に重症の精神障がいを持つ母親は親権喪失を恐れて、育児困難がある場合でも専門家に援助を求めようとしない傾向にあることが指摘されている (Nicholson et al., 1998; Bassett et al., 1999; Diaz-Caneja et al., 2004; Khalifeh et al., 2009)。このことから、支援者は、子育てにおいて母親のできない部分を評価するのではなく、母親が持つ力を引き出すというスタンスで関わる必要がある。

### Ⅲ 母親が精神障がいを持つ子どもの体験

Foster ら (2004) や Gladstone ら (2006) は、親が精神障がいを持つ子どもに関する研究の動向について整理している。1920 年代より、親の精神疾患が子どもに与える影響について広範囲な実証研究や文献レビューが行われ、親が精神障がいを持つ子ども達には遺伝の恐れがあり、「リスクがある」存在と見なされていたと報告している。しかし 1960～70 年代には、親が精神疾患を持つ子どもたちも健全に機能していることが明らかになり、必ずしもその後の心理社会的な問題へとつながるわけではないという認識がもたらされ、耐え難いストレスに直面しているにも拘らず、力強く成長する子どもたちの存在を明らかになった。これにより、レジリエンスの概念が発展し、親の精神障がいが必ずしも子どもに悪影響を与えることにはつながらないということが注目されるようになった。しかし、精神科領域の成人用カルテには子どもの存在を記載する欄がなく、子どもの有無を確認していなかったこと、あるいは、親が未治療のために、その子どもたちは専門家に認識されなかったことから、「Invisible Children」と呼ばれていた。このようなプロセスを経てようやく、2000 年頃になると、オーストラリアでは親が精神疾患を持つ子どもに関する国家プロジェクトが行われ始め、欧米においても子どもの体験に関する研究が行われるようになった。

精神障がいを持つ両親に関する研究のほとんどは母親を対象にしたものであり、その子ども達は、親の奇異な言動や逸脱行為などの予測不能な反応を目撃し、不安や恐れ、怒り、羞恥心を抱き (Davies et al., 2007; Ostman, 2008; Fjone et al., 2009; Foster, 2010; Mordoch, 2010)、親と同じような病気になる恐れも抱いていた (Meadus et al., 2000)。

また、子ども達は不十分な養育のために生活が不安定で、親の入院や母子分離による施設入所を体験し (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004)、自尊心が低下していた (Huntsman, 2008)。その上、子ども達は家事や家庭内の役割 (Meadus et al., 2000; Handley et al., 2001; Polkki et al., 2004; Valiakalayil et al., 2004; Ahlstrom et al., 2009)、年下の同胞の世話 (Riebschleger, 2004)、親の安全や服薬管理、親に対する情緒的ケアなど親に対するケアの担い手という役割も負っていた (Meadus et al., 2000; Knutsson-Medin et al., 2007; O'Connell, 2008; Foster, 2010; Fatemeh et al., 2011)。

一方、子ども達は病気の親との情緒的關係が困難 (Garley et al., 1997; Riebschleger, 2004; Ahlstrom et al., 2009; Fjone et al., 2009) であっても、親の病気が良くなることを願い (Stallard et al., 2004)、親のそばにいたい (O'Brien et al., 2011)、親の役に立ちたい (Fjone et al., 2009) など、親に対する愛情も持っていた (Mordoch, 2010)。また、子ども達にとって、親に疾患があることで、精神的な成長 (Polkki et al., 2004; Valiakalayil et al., 2004) や成熟 (Ostman, 2008) につながり、コーピング方法の獲得 (Kinsella et al., 1996; Garley et al., 1997; Polkki et al., 2004; Valiakalayil et al., 2004; Fjone et al., 2009; Foster, 2010; Trondsen, 2012) にも至っていた。家族以外との関係では、誰も分かってくれないことによる孤独、孤立、無力感 (Meadus et al., 2000; Polkki et al., 2004; Cogan et al., 2005; Ostman, 2008)、いじめ (Riebschleger, 2004) や友人と交流を回避する場合 (Cogan et al., 2005; Oskouie et al., 2011) もあれば、友人に親の病気について話すことで安心できる場合 (Meadus et al., 2000)、友人に話すかどうかが問題ではなく、サポート的な友人がいることが安心感につながる場合 (Fjone et al., 2009) もあることが報告されている。また自分と同じ状況の仲間との交流に安心を感じている場合もあった (Garley et al., 1997; Fjone et al., 2009; Mordoch, 2010)。

親の病気に関する情報についても様々な研究報告が行われている。子どもたちは、親と一緒に暮らしていても、ほとんどが親の病気や薬について知らされていなかったが、自然と気が付いた場合や家族の会話やマスメディアを通して偶然に精神疾患について知る場合があった (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Mordoch, 2010)。しかし、家族内でも疾患について話す機会がないため、触れてはいけない話題と感じネガティブな感情を抱いていた場合もあった (Valiakalayil et al., 2004; Fjone et al., 2009)。しかしほとんどの子どもは、親の精神状態を理解し、早期に対処できるように病気について知りたいと思っていた (Garley et al., 1997; Meadus et al., 2000; Cogan et al., 2005; O'Brien et al., 2011)。

日本における研究は少ないが、18歳以下の子どもがいる重度精神障がいを持つ母親の約72%は、子どもに自分の病気について開示していたと報告されている (Ueno, 2012)。開示の内容は、メンタルヘルス状態のみを話す場合が約62%と最も多く、37%は病名とメンタルヘルス状態を伝えていたということであった。公的サポートに関しては、スティグマや親との分離を恐れてサポートを求めない場合 (Polkki et al., 2004; Cogan et al., 2005; Foster, 2010) や、アクセスの仕方が分かりにくい場合があり (Mordoch, 2010)、専門的なサポート不足が示唆された (Foster, 2010)。

Sherman (2007) は、親が精神障がいを持つ子どもにとって必要なことは、一人ではないという安心感、親の問題を認めること、疾患に関する情報、親が子どもを愛していることや彼らが悪くないということ伝えること、子どもでいられること、スティグマや友人との付き合い方を知るサポート、安心して話を聞いてくれる人の存在、エンパワメント、希望であると述べている。以上のことから、親だけでなく、子どもも支援を必要としていることから、母親と子どもを視野に入れた支援体制を整える必要がある。

#### IV 精神障がいを持つ母親と子どものための介入

20世紀末に一般的な育児プログラムが開発されたが、これらは精神障がいを持つ母親には適応困難であったために、その後精神障がいを持つ母親の育児プログラムが開発された (Craig et al., 2004)。しかし当初のプログラムは、Mother-Baby Unit における入院患者を対象としたものが多く、母親に育児技術を教えるものが中心で、心理社会的な介入は少ないことが指摘されていた (Ackerson, 2003; Craig et al., 2004)。その後、精神障がいを持つ母親の育児に関する知識・技術の開発、地域連携に基づいたサービス (Brunette et al., 2002)、ストレングスに基づいた教育 (Nicholson et al., 2002)、24時間利用可能なサービス、資金提供、アドボカシーなどのサービス (Hinden et al., 2005) や、母子を統合したプログラムの必要性 (Craig et al., 2004) が提言された。実際に精神障がいを持つ母親に関わる周産期専門家の観点によると (Wan et al., 2008)、統合失調症の母親のニーズは、育児サポート、育児技術や感受性を高める指導、ケアの継続や地域サポート、エンパワメント、子どもとの絆を作る機会の提供などであることが明らかになっている。

Huntsman (2008) は、精神障がいを持つ両親とその子どもに対する介入について広範囲なレビューを行い、親がメンタルヘルス問題を持つ子どものニーズが公的に認識されるようになったのは2000年頃であり、オーストラリアでは1998年に親が精神障がいを持つ

子どもが利用できるサービスを開発し、介入を始めたと報告している。子どもへの介入として必要なことは、親の疾患に関する情報提供、専門家への相談、話し相手、親が入院中の援助などであり、メンタルヘルス問題を持つ家族への早期介入プログラムとして、①質の高い育児、②育児改善のための育児プログラム、③家庭訪問などが行われていたことも報告している。

Beardslee ら (2003) は、親と子どもへの心理教育を開発し、Pihkala ら (2012) はそれに基づいて実践し報告を行った。その結果によると、子どもたちは疾患に関する知識が増え、疾患についてオープンに話すことができるようになり、安心感を得るとともに罪悪感から解放されたことが示唆された。その他にも、親が精神障がいを持つ子どもに対するメンタルヘルスリテラシー向上、仲間との関係強化、コーピングスキルの向上を目的とした介入により、子どもの知識や生活満足度が高まり、親に対するケアの義務感や心配・孤立感が減少したことが報告されている (Fraser et al., 2008)。Siegenthaler ら (2012) はシステマティックレビューとメタ分析を行い、子どもへの介入により、子どもの精神障がいや精神症状のリスクが低下することを明らかにした。今後は、母親に対しては、育児技術を高めるための認知行動療法、心理教育などの治療的介入 (Siegenthaler et al., 2012) や、身近なサポートや保育資源、児童福祉システム、家族関与の柔軟な育児方法が必要であることが示唆されている (Gearing et al., 2012)。しかし日本では、精神障がいを持つ母親の実態が少しずつ明らかになってきている段階であり、サポート体制もまだ整備されているとは言えない。

## V 保健医療福祉分野におけるエンパワメント

### 1. エンパワメントの定義

エンパワメントという言葉は、もともと権利や権限を与えることという法律用語であったが、1960年代のアメリカにおける公民権運動などの一連の運動を通して使用されるようになり、社会的に差別や抑圧を受けている人が、自らの主体性を持って、力を行使できるようになるプロセスを意味するようになった (狭間, 2001)。1980年代に入ると、アメリカの公衆衛生や福祉、看護、精神保健などの領域でも、無気力に陥った患者が自らの身体と生活のコントロールを取り戻し、パワーを回復していく過程を表す概念としてエンパワメントという言葉が多く使われるようになった。久木田 (1998) は、エンパワメントを、全ての人間の潜在能力を信じ、その潜在能力の発揮を可能にするような人間尊重の、平等



で公正な社会を実現しようとする価値と定義している。Ackerson (2003) は、その人が設定した目標が達成できるように、その人の能力を育成、発展、強化するために機会や資源を提供することと述べている。エンパワメントは、様々な分野で様々な定義が行われており、まだ定まったものはない。大熊 (2014) は文献検討により、エンパワメントが生じる前提条件として、「パワレス状態があること」、それを克服するために「支援者と対等なパートナーシップを形成」し、「お互いに情報共有、共同」することで、「力を取り戻し、発揮することができる状態」になるプロセスであると述べている。

次にエンパワメントとリカバリーの関係について述べる。エンパワメントの考え方が広まるのと同時期に、アメリカのソーシャルワークでは、それまでの病理欠陥モデルへの批判から、人間が本来持つ強さに焦点を当てたストレングス視点が注目されるようになった。これは、援助者が優位な立場に立つことを否定し、常に協働的で、対等な関係を保持することを求めるものである。また、1980年代後半より、アメリカで、リカバリーという概念が用いられるようになった。萱間 (2013) は、これらの新しい概念を整理し、リカバリーに向かって旅を続けるケア対象者に、エンパワメントによってエネルギーを充填し、ケースワークを通じてサポートする働きがストレングスモデルであると述べている。リカバリーとは、病気や障がいのために失ったものを回復する過程であり、病気の治癒よりも精神的な回復に重点がおかれている。Ragins (2005) は、リカバリーには①希望、②エンパワメント、③自己責任、④生活の中の有意義な役割という4つの段階があるとして、エンパワメントをリカバリーの二段階目に位置づけている。第一段階の希望とは、動機付けとなるものと考えられている。第二段階のエンパワメントとは、「自分の価値と可能性を信じること」である。希望に向かってエンパワーされるためには、情報にアクセスし、選択できる機会を持つことが大切である。メンバーをエンパワーするとは「不足」があっても本人を信じることであり、本人が自分自身に見切りをつけようとしていても、スタッフが諦めず、新しいことにチャレンジするよう励まし、本人の取り組みを支援することである。第三段階の自己責任とは、自分の生活に自分で責任をとることであり、危険と思われていることにチャレンジすること、新しく試してみること、過ちや失敗から学ぶことである。第四段階の生活の中の有意義な役割とは、リカバリーをしていくためには、病気とかかわりのない、何らかの有意義な役割を生活の中で持つことであると述べられている。本研究においては、リカバリーの二段階目に位置づけられているエンパワメントに注目した。その理由として、予備研究の結果、対象者である精神障がいを持つ母親は、育児に対する自己

評価が低くパワレス状態にあったが、子どもと関わり続けることがエンパワメントにつながっていることが示唆されたためである。

## 2. 看護におけるエンパワメント

Gibson (1991) は、エンパワメントの概念分析を行い、先行要件として、パワレス、絶望、孤立、抑圧、服従、パターンリズム、生活のコントロール感喪失、依存を挙げている。また、看護師の観点によるエンパワメント現象が生じる先行要件として、以下の6つを挙げている。①自分自身が自分の健康に責任を負う、②成長する力、自己決定する力は尊重されなければならない。人は情報や援助を必要とする時もあるが、自己決定し行動を起こす能力を持つ、③エンパワーするのはあくまでも本人であり、保健医療従事者が人々をエンパワーするのではない、④保健医療従事者は対象をコントロールしようとする欲求を放棄し、対象者との協力関係を形成し、対象者のニーズを優先する必要がある、⑤エンパワメントが生じるためには、保健医療従事者とクライアントが相互に尊重し合うことが必要である。また、医療従事者とクライアントが共に参加する関係、つまり協働 (co-operation) することが重要である、⑥エンパワメントプロセスにおいて最も必要とされるものは信頼 (trust) である。

Gibson (1991) はまた、看護師とクライアントのエンパワメントにおいて、看護師には、支持者、サポーター、カウンセラー、教育者、リソースコンサルタント、ファシリテーター、実現する人、アドボケイターの役割があり、クライアントと看護師の相互作用として、信頼、共感、参加型の意思決定、相互の目標設定、協力、協調、交渉、組織化、活動、正当性があるとしている。また、精神保健福祉分野におけるエンパワメントとは、病气や障がいによって力が弱まっている人々を支援して、本来の力を発揮するように支援する作業 (野中, 2000) と定義されている。日本の看護分野においては、野嶋 (1996) が最初にエンパワメント概念について紹介し、自己の生活をコントロール・決定する能力を開発していくプロセスと定義している。安梅 (2004) は「元気にすること、力を引き出すこと、共感に基づいたネットワーク化に発展するもの」をエンパワメントとしている。池田ら (2010) は、エンパワメントを、患者が自らの問題を自分で解決できるようにするために、患者に本来備わっている能力を引き出すよう働きかけることと捉え、他者との関係において力を奪われているのではなく、患者自身の問題が本人の力を奪っていると考えている。

久木田（1998）は、エンパワメントは特定の価値に根ざしたもので、そのプロセスは人間の発達とほぼ同一で、依存、自立、相互依存と高まりというプロセスを経ていくと述べている。また、プロセスの中で重要なのはリソースの選択、アクセスの方法、その時期などの自己決定であり、自己決定や選択はパワーのコントロールを意味すること、コントロールが可能なプロセスにおいて、個人やコミュニティは自分がコントロールしているという制御感や自分のものだという所有感を持つこと、活動を通して自己の潜在能力に気づき、うまくやれているという効力感を持つことを示している。これらのプロセスは一定の順序で起こり、エンパワメントは個人の意思や自己の潜在能力への気づき、自信の形成があり初めて起きる心理的側面の強いプロセスであると述べている。

安梅（2004）は、ケアにおけるエンパワメントの原則として、①目標を当事者が選択する、②主導権と決定権を当事者が持つ、③問題点と解決策を当事者が考える、④新たな学びと、より力をつける機会として当事者が失敗や成功を分析する、⑤行動変容のために内的な強化因子を当事者と専門職の両方で発見し、それを増強する、⑥問題解決の過程に当事者の参加を促し、個人の責任を高める、⑦問題解決の過程を支えるネットワークと資源を充実させる、⑧当事者のウェルビーイングに対する意欲を高めることという8つを挙げている。

このようにエンパワメントについて様々な概念分析が行われてきたが、2010年代に入り、各疾患や特定の対象におけるエンパワメントの概念分析が行われ始めている。村上ら（2014）はエンパワメントの概念分析を行い、医療・保健分野の文献調査から、エンパワメントの対象となる者は、常にパワーが欠如し抑圧状態にあるのではなく、自身の資質の向上を目指し、組織の効果を高める取り組みにも活用されていると報告した。西田（2010）は、養育上の困難を抱える母親のエンパワメントの概念分析を行い、先行要件として、不安定な感情や社会的孤立、生活のコントロール不足や親役割の消失か失敗などの「親役割の脆弱性」、発達上の問題、医学的問題などの「子どもの状態」を挙げている。属性として、「知識の獲得」「パートナーシップの構築」「気づき」「ポジティブな感覚」「問題解決能力の取得」「主体的な行動」があり、帰結として「親役割の成熟」「精神的な安定」「自己成長」「子どもの well-being」を挙げている。Fujiokaら（2014）は、在宅で重症心身障がい児を療育する家族のエンパワメントについて研究し、先行要件として「養育における孤立」があり、個人内の力の充足、他者への働きかけなどの「他者との関わり」を通じて「療育体制を確立」するプロセスを明らかにした。Hagiwaraら（2013）は、がん患者におけ

るエンパワメントの概念分析を行い、属性として、「モチベーションの存在」「内面的な強さへの気づきと強化」「問題解決能力を身に着けること」「自律的な独立した活動」「異なる枠組みで見ること」「パートナーシップと相互作用の確立」があり、帰結として、「ポジティブな自己概念の確立」「問題解決能力の向上」「がんと共に生きることへの価値の見出し」「サポートシステムの広がりと積極的な参加」「QOLの改善」を明らかにした。看護師と患者の観点による慢性の疾患におけるエンパワメントの概念分析（Dowling et al., 2011）においては、患者の先行要件は「変化するモチベーション」「能力（効果的にコミュニケーションを図る能力や問題解決の知識）」「積極的な参加」であり、看護師の先行要件は「力があると感じること」「効果的なコミュニケーションを行い、クライアントの情報へのフォーカス」「目標へのフォーカス」であった。患者の帰結として、「内面的な強さと変化」「ポジティブな自己概念、コントロール感、つながり、希望の感覚」「変化が自尊心である」「やる気と自立」「医療提供者と対等な関係におけるうまくいった感覚」があるとしている。看護師の帰結として、「患者との境界のぼやかしを通じた変化」「専門的な満足」があると報告している。以上の結果から、障がいがある子どもの母親やがん患者にとっては、先行要件として、社会的孤立や親役割の脆弱性などの「自分の力を十分に発揮できない状態」があると考えられる。属性と帰結においては研究により同じ内容を属性とみなしたものの、帰結とみなしたものが散見された。内面の強さへの気づき、内面的な強さの増加、ポジティブな自己概念、問題解決能力を属性と捉える研究もあれば、アウトカムとして、ポジティブな自己概念の確立、問題解決能力の向上、積極的な参加、QOLの向上、精神的な安定、自己成長をあげているものも見られた。野嶋（1996）は、エンパワメントのアウトカムとして、一般的には個人的な内的感覚として、肯定的な自己概念、個人的な満足、self-efficacy、自尊感情やコントロール感の獲得、masteryの感覚、つながり感、自己発達、希望の感覚を挙げている。表現は異なるが、エンパワメントにより、内面的な力への気づきや増加、人間としての成長などがあることは明らかである。このことから、精神看護領域におけるエンパワメントの概念分析は見当たらないが、特に精神障がいを持つ人はスティグマが強いことから、精神障がいを発症した対象者は、パワレス状態に陥っていると考えられ、他者との関わりを通して、自己決定・行動を起こし、自己の潜在能力に気づき、やればできるという自信を獲得して、内面的に強くなるパワレスからの回復のプロセスを辿ると推測される。

## VI 文献検討による示唆

以上の文献検討により、重篤な精神障がいを持つ母親の妊娠や出産は、精神症状を悪化させる恐れがあると考えられてきた。よって、子どものメンタルヘルスや生活への影響に関心が向けられており、精神障がいを持つ女性の結婚や出産には積極的な支援は行われなかった。しかし、欧米では脱施設化が進み、精神障がいを持ち母親となる女性が増えるにつれて質的な研究が進み、母親とその子どもの体験が明らかになってきた。その結果、母親にとって子育ては喜びであり、治療の動機づけとなるなどのポジティブな体験であることや、子どもにとっても、コーピング能力の獲得や成熟の機会となる面もあることが示唆された。また、子どもを育てるという責任や母親役割を持つことが、母親にとってのリカバリーやエンパワメントにもつながることも報告されている。欧米やオーストラリアでは、母親と子どもを統合した心理教育が実践され、その効果も明らかになってきているため、日本でも、母親と子どものニーズに応じたサポートがあれば、精神障がいを持つ母親が子どもを育てながら地域で生活していくことは可能と考える。しかし、日本では、精神障がいを持つ母親やその子どもの体験に関する調査は始まったばかりで、実態は明らかではない。そこで、日本において、精神障がいを持つ母親への支援を行っているスタッフの実践への示唆を得るために、精神障がいを持つ母親の出産や子どもとの関わりを通して、どのような体験をしているのかを明らかにする必要があると考えた。

### 第3章 予備研究

#### I 精神障がいを持つ母親が体験する育児のプロセス

##### 1. 目的

長期にわたり治療が必要な精神障がいを持つ母親が、病気を抱えながら地域でどのように子育てを行っているのかを明らかにし、記述することを目的とした。

##### 2. 研究方法

###### 1) 研究デザイン

長期にわたり治療が必要な精神障がいを持つ母親が、地域でどのように子育てを行っているのかという現象は明らかにされておらず、現象の記述を目指しているため、質的記述的研究方法を用いた。

###### 2) 研究対象者とその募集

研究対象者は、精神障がい（統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群、双極性及び関連障がい群、または抑うつ障がい群）を持つ 20～50 代の母親とし、現在育児中か、成人した子ども（成人後 3 年程度）を育てた母親で、子どもと別居している母親も含んだ。現在精神症状が安定しており、1 年以内に入院の経験がなく、インタビューによっても病状が悪化しないと主治医または施設責任者が判断し、自発的な同意が得られる者 4～5 名程度とした。

研究対象者の募集は、医療施設においては病院の研究倫理委員会に申請し、福祉施設においては責任者に研究依頼を行った。両者とも承認が得られれば、研究対象者の条件に該当する方を選定し、研究への協力について声をかけていただくよう依頼した。研究者から研究の説明を聞くことに同意が得られた場合に、その方の紹介を依頼した。研究対象者の紹介を受けた後、研究者が研究対象者に研究の目的、方法、倫理的配慮などについて説明を行ったうえで研究協力の確認を行った。

###### 3) データ収集及び分析方法

データ収集は、1 回につき 60 分程度の半構成的面接を実施し、詳細な分析のために承諾を得て IC レコーダーにて録音した。インタビュー内容は、子どものニーズと自分のニーズが矛盾する時の対処方法、子育てで困難/楽しいと感じたエピソード、子どもの言動で嬉しかったことなどである。分析は、インタビューにより得られた記述的データを質的に分析し、精神障がいを持つ母親の育児体験のプロセスを明らかにした。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、聖路加看護大学倫理審査委員会において審査を受け、承認を得て実施した（承認番号：13-012）。また、医療機関の対象者の場合、病院の倫理審査委員会において審査を受け、承認を得て実施した（承認番号：第13-337号）。

### 4. 結果

#### 1) 対象者概要

本研究の対象者は30～50代の5名であった。研究対象者の概要を表1に示す。

表1 研究対象者の概要

ID	研究協力者の 年齢	発症と出産の 関係	子どもの数	婚姻状況	病名 発症年齢
A	40代	発症後に出産	1人	既婚	S 20代
B	50代	第三子出産後 に発症	3人	離婚	D 30代
C	30代	発症後に出産	1人	既婚	S 20代
D	30代	第一子出産後 に発症	2人	既婚	MD 30代
E	50代	第三子出産後 に発症	3人	離婚	MD 30代（詳細不明）

注：Sは統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群、

MDは双極性及び関連障がい群、Dは抑うつ障がい群を示す

## 2) 事例の概要

育児体験は長期にわたり、そのプロセスが重要であるため、以下に全員のケースについて記述を行い、最後に5ケースをまとめた共通点について述べる。対象者の語りを「」で示す。(以下に示す個人情報、個人が特定されないように、一部事実を改変している。)

### (1) ケースA：精神症状や薬の副作用の影響を受けながら、自分なりに一生懸命子育てを頑張ってきたケース

#### ①背景

Aさんは40代で、診断は統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群である。現在、夫と子どもとの3人暮らしである。病気の事はあまり人に知られたくないため、それぞれの実家の家族には伝えていない。

#### ②精神症状や薬の影響を受けながらも自分なりに一生懸命子育てを頑張ってきた時期

結婚後身体疾患を発症し、治療中に抑うつ・幻聴が出現し、紹介にて精神科に通院を始めた。服薬治療にて生理が止まっていたが、「やっぱり子どもがほしい」と産婦人科にも通院し、「めんどくさいお薬を飲んで」、精神科では「いつ子どもができてもいいように、子どもに害がない薬に変えてもらって」、妊娠・出産に至った。

出産後母親が手伝いに来ていたため、1ヵ月間「薬は飲まなかった。」そのため、だんだん「食事もとれないし、寝てなきやいられない状態」になり、一旦母親と実家に帰るが、服薬をしていなかったため「もう寝てることしかできなかった。」実家に居ても「しょうがない」状態になり、自宅へ戻って精神科への通院を再開し、子どもを1か月ほど乳児院に預けていた。乳児院に夫と面会に行った時、子どもは「私の方には全然来なくて、主人の方にばかり」で、「逆にイライラ」した。「頑張ってきたのに、結局父親か」と思ったが、「きつくて笑うこともできなかった」ため、「しょうがない」とも思っていた。

0歳から保育園に預けることができ、Aさんが運転して送迎をしていた。「薬飲んでたんで朝きつかったんで」、保育園に行く時間を遅くしたり、迎えは「混んでない時間に行きたくて」早めにしてしたが、だんだん迎えに行くことができなくなり、「いいのか悪いのか、早い時期から延長保育にした。」延長保育になってからは頼めば夫が迎えに行ってくれたが、「調子が悪くてもしょうがないから」駅まで夫を迎えに行き、そこから夫と運転を交代して、保育園に迎えに行っていた。子どもが昼夜逆転になり、夜中に起きて遊んでいたため、「怪我がないように、夫と交代で見ている。」実際にはほとんど夫が見ていて、「夫が一番



大変だった」と捉えていた。夜間に集中して眠ることができないために、精神科医に相談して、「保育園に送って行った後に寝ればいようにするために、朝の薬を一番きつくしてもらった。」と言うように、自分で育てられるように、生活に合わせて薬の調整をおこなっていた。そのため、「子どもを送って行ったあとは誰もいないからなんとかかなった。」という体験をしていた。

Aさんにとっては家事が負担であったが、食事と掃除以外は「なんとかできた」。子どもにアトピーがあったために、「食事だけはとにかく大変」で、「離乳食を全部レトルトで済ませて申し訳なかった」と思っていた。予防接種や健診には、夫が仕事を休んで同伴してくれたため「うまくいった」が、「夫が一番苦労した」と思っていた。その反面、夫は「子どもをずっと見ているわけではない」ため、「子どものことはよく分からず」、「見るのは私」と、母親としての責任感を強く持っていると思われた。子どもが動き始める時期になると、危険な場所に柵や鍵を付け環境面を整えたが、「あとは見ているだけ」で一緒に遊ぶことはほとんどなかった。抗精神病薬を服薬すると眠くなることから、子どもがインフルエンザに罹患した時に1週間服薬を中止して看病をしたことがあったが、その後調子が悪くなったため、服薬は欠かさず行うようになった。

### ③子どもに感情的に接したり、母親として不十分な点もあり、子どもに申し訳なく思っていた時期

子どもは「あまり困らせるようなことはなく」、保育園や学童保育から帰ってくると、Aさんが「面倒見れないから」、子どもは一人で遊んでいた。「学童保育が終わったら困るから」、夫婦で話し合って子どもを塾に入れ、Aさんが休む時間を確保できるように工夫していた。子どもが「食物アレルギーで何をしたいかわからなくて」、料理がかなり負担となっていたようだが、原因となる食物を取り除けば親と同じ食事でもいいと分かったら「楽になり」、調子のいい時間帯に食事を作ることができるようになった。「ご飯とお味噌汁とメインだけでも何も言わず我慢してくれた」と、特に食事に関しては病的なこだわりがあり、母親役割が十分に果たせなかったという思いが強いと推測された。

子どもが小学生になると、Aさんは「理由は分からずむしゃくしゃして、子どもが泣くまで怒鳴る」ことがあった。しかし、「手を出さずと思った時には、別の部屋に入っていた」と言うように、自我機能が弱いため、行動としての限界を自分で設定していたと推測された。小学生高学年頃、Aさんが子どもを怒鳴りつけて「どうにもなんなくて」、子ども家庭支援センターに電話をし、スタッフが直ぐに来た時に、子どもの方からショートステイに

行くと「言ってくれた。」Aさんは施設まで付いて行かず、子どもは「緊張していたみたい」だった。そのエピソード以外にも、子どもが乳児期から小学生高学年くらいまで時々施設のショートステイを利用していたことを、「かわいそう」と思っていた。

#### ④子どもと「じゃれあう関係」から、反抗期の子どもを受け入れ、子どもの将来について考え始めた時期

以前は、子どもに「なんで笑わないの？」と言われていたが、子どもが小学校中学年くらいになると、「薬の量が増えて症状が落ち着いてきたのか、思い切り笑ったり子どもとじゃれあったりできるようになった。」この頃から、子どもは学校から帰宅すると、「ただいま」の後に「大丈夫か？」と言って、部屋に行くようになった。

勉強で「子どもの方が忙しく」なり、反抗期に入ってきたこともあり、親子の会話が減った。Aさんの家庭は「父親は絶対的」で、子どもは父親には楯突くことはない。しかし、反抗期になると、Aさんに対しては「言いたい放題言って、あとは黙りこくる」ようになった。また、家族旅行に行っても子どもは「父親の方に行っちゃう」ため、「ちょっと違うかな」と感じていた。子育てに関しては「父親がほとんどやってきてる」ことや、「もうちょっとなんか、一緒に遊んだりとかなんか色々できたんだらうけど、それもしてこれなかった」ことから、「子どもがほしくて産んだんだけど、育てられなかった」と、自分ができなかった部分に注目し、母親としての自己評価が低いと思われた。しかし、具合が悪くてAさんが横になっていると、子どもが背中をさすってくれるようになったことを、「反抗期の真ただ中にいるはずなんだけど」、「テレビを見ながらなんですけど」と言いながら、「気持ちがいい」と嬉しそうであった。このように、子どもが順調に反抗期を迎えていることや母親に対する優しい面があることで、自分の今までの子育てに関して少しずつ自信を獲得していると推察された。

現在夫と家事・育児の分担を行い、夫が帰宅してから出勤までは夫が担当し、それ以外はAさんと決めているが、Aさんは夕食後にはいつの間にか眠ってしまう。子どもはそのパターンに慣れ、自分でお風呂に入り、宿題をするという自分のペースで生活している。

子ども自身もアトピーがあり幼い頃から薬を飲んでいたので、母親が薬を飲むことは子どもにとって「当たり前という感じ」だった。「薬の量を見て何とも思っていないわけじゃないと思う」が、子どもの方から病気について質問をしないために、病気の説明は一切していない。しかし、最近子どもが眠剤だけには敏感になっており、「眠剤飲んでるの？」と質問することもあるが、嘘をついたりごまかしたりしていると、「しつこくは聞かない。」病

気のことを「話さなくては」と思う反面、「何も話さずに大きくなっていくのかな？」と病  
気について伝えることを迷っている様子である。

## (2) ケース B：子どもを取り戻すことに必死だったが、同居生活が理想通りに 行かずもがいているケース

### ①背景

Bさんは50代で、診断は抑うつ障がい群である。夫とは離婚し、大学生と高校生の子  
どもがいる。現在は第二子との二人暮らしで、第三子は児童養護施設に入所中である。

Bさんは幼児期に父親を亡くし、実母は仕事で帰りが遅かったため、祖父母に育てられ  
た。祖父がアルコール依存症でけんかが絶えず、寂しい思いをして成長した。また、実母  
が若くて妊娠したため、Bさんを「墮そうとした」と聞き、実母に不信感を抱いていた。

### ②発病後も一人で何とか子育てをしていたが、子どもを全員施設に「奪われた」と 感じていた時期

Bさんは、結婚後見知らぬ土地に転居して新しい生活が始まった。3回の流産後に第一  
子を出産、その後も流産をし、産婦人科で治療を受けて出産した。第三子を出産後、夫の  
仕事上のトラブルに自分まで巻き込まれ、子どもを「抱っこもできない」状態になり、自  
分で「おかしい」と思い、心療内科を受診し、産後うつ病と診断された。病院の勧めで第  
三子を乳児院に預けたが、いずれ「引き取れる」と思っていた。元々夫との間に葛藤があ  
り、「夫と居るとおかしくなる」と思い、第一子・第二子を保育園に通わせ始めた。しばら  
くは何とか生活していたが、「夫も帰りが遅いし、一人で子ども見て、友達もいないし、孤  
独の中で、子どもとなんかこう、閉ざされた空間で子どもと居た。」そのように「もう疲れ  
切っていた」状況で、再び夫の仕事上のトラブルに巻き込まれ、「何もできない、夫から逃  
げたい」という思いで自ら精神科に「休息入院」をした。

Bさんの具合が悪くなってから、「夫は自分が育児をやらなきゃと思ったと思うんだけど、  
仕事もあるし、無理だと思って、上の子二人も施設に入れる手続きしたみたいで」、第一子・  
第二子は施設に入所した。Bさんは「これ以上私から子どもを奪わないで下さい」と訴え  
たが、児童相談所（以下児相）の職員から「もう決まったことだから、お引き取り下さい」  
と言われ、子どもは帰ってこなかった。

### ③母親としての思いは強いが、子どもへの直接的な関わりが少なかった時期

子どもの施設入所に対して不服申し立てを行ったが、「お母さんの調子が悪い」と評価され、認められなかった。夫が「一方的に、独断で決めた」施設入所に対して、Bさんは話し合いが必要と訴えても、「夫婦だからって、何で話ししなきゃいけないんだ」と言われ、夫に対する不信感がますます募っていったようであった。離婚に関しても、「テーブルに離婚届が置いてあり」、夫に質問しても無視され、「なんで離婚したいと思ったのか分からないまま離婚になった。」離婚調停中に子どもが高熱をだし、Bさんは調停を休んで子どもを病院に連れて行ったが、夫は裁判所に行ったことがあった。Bさんは調停よりも「子どもの方が大切」と、子どもを優先して行動していた。親権はBさんが持っているが、自分で「申し込んだわけではなく」、調停委員の方から言い渡されたことを、「病気だったにもかかわらず、なんで私が親権者になれたのか」と不思議に思っているようであった。

子どもが施設に入所後、Bさんは体調が悪かったため、「面会にも行けなくなった」。施設は「生活の場で、お母さんとやり取りするというのはなかった」ため、「子どものことを知りたい」「学校の様子も知りたい」と思い、PTA役員を引き受けたが、他の母親から孤立して続けることができなくなった。またお正月で子ども達が帰省した時に、Bさんが「爆発してワーって泣いちゃって」、子どもが過呼吸になったことがあった。子ども達は、Bさんのことを「お母さんはやっぱりなんかある、健康なお母さんではないと思っているかもしれない」と、子どもに心配をかけたことを申し訳なく思っている様子であった。Bさんは子ども達が高校を卒業する前に「途中引き取りをしたかった」が、「体調に波があり、いろいろ話し合いをしたけど、なかなか引き取りまで行けなくて」、子どもたちは高校卒業まで施設に入所していた。

### ④子どもとの同居生活が理想通りに行かず、母親として模索している時期

実母や元夫、施設に対して被害感情が強かったが、主治医との信頼関係や、医療福祉関係者や同じ障がいを持つ母親との交流から、「自分の調子を話せる人が何人かできた」と感じている。また、治療を継続して症状が安定してきている。しかし、「本当は家族の支えがあったら一番いい」と思っている。

Bさんは子どもが生まれることをずっと望んでいたため、「子どもが生まれてきてくれたことがすごく良かった」と思い、「生まれてきてくれてありがとうと素直に言えるといい」と思っている。また、Bさんは子ども時代に寂しい思いをしたことや、子どもとほとんど離れた生活をしてきたために、明るい家庭を築くことを理想としていた。第一子は一番し

っかりしており、子どもの頃の夢であった仕事に関連した勉強をしており、月に一回会いに来ることを頼もしく思っているようである。乳児院からずっと施設で暮らしている第三子は高校卒業を控え、自宅に戻るかどうかを含めて進路を決める時期である。しかし、施設は自宅から近いが、第三子はほとんど帰ってくることはなく、「全然親の方に向いていなくて、友達と居る方が楽しいという感じ」であるため、母親として寂しそうであった。そして、高校を卒業した第二子とは約10年ぶりに同居を始めたが、できない部分を指摘してしまいがちであり、「いい所を認めてあげることができない」ことを、「自分で反省ていうか、注意しなきゃいけない」と、自分でも気づいているが思うようにいかないことに思い悩んでいると推察された。

第二子は「普段はぶっきらぼうな感じ」で、「部屋入ったら出てこない」ため、念願の同居が実現できたのに「寂しい」と感じている。「ほんとうは子どもをハグしてやりたいんですけど」と、今まで母親として直接的な関わりができなかった分を、第二子との新しい生活の中で取り戻したいと思い、母親としての関わりを模索していると感じられた。

子どもが卒業すると元夫からの養育費がなくなるため、経済面を考えて、「今の私だったらアルバイトできるんじゃないか」と思い就職面接に行ったが、不合格になった。また、作業所での訓練を勧められているが、「時給が安いのでテンションが上がらない」と不満を持っている様子である。また、ほとんど会話がない第二子と家に二人でいると「煮詰っちゃう」し、「ぶつかっちゃう」ので、今まで社会と関わらない生活であったが、これからは「生き生きと自分の人生を生きたい」と感じ始めている。

### (3) ケース C: 母親として認めてもらおうと必死だったが、子どものニーズを優先するように変化したケース

#### ①背景

Cさんは30代で、診断は統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群である。小学生の子どもは施設入所中で、夫と二人暮らしである。

#### ②施設に「盗られた」子どもに母親と理解してもらえるように、頑張っけていた時期

あるきっかけで精神科を受診し、当時交際していた夫が通院に同伴することもあり、「恋愛で落ち着いてきた」と思った。「彼の存在が精神的なよりどころとなっていた」が、「後から思うと依存心が強かったのかな」とも思っていた。Cさんは「理想では30代前半くら

いに、落ち着いたら産める年になるのかな」と思っていたが、20代で妊娠した。「自分が精神的に大人になりきれていなく」、「親となる準備ができていなかった」が、「彼が私の子どもがほしいと言ってくれたし、いつできても良くて、子どもが生まれたらちゃんと育てると言ってくれていた」ため、出産を決意した。一度に妻・親になるという環境の変化もあった。夫は妊娠中からCさんに身体的暴力をふるうようになり、物を投げられたり、蹴られたりしたが、子どもは無事に生まれた。子どもが生後3か月の時に、夫のDVが激しかったため、鍵も持たずに逃げだした後、夫も外出してしまい、子どもだけが数時間家の中に閉じ込められた。保健師に相談すると、ネグレクトとして児相に通報され、そのまま子どもは施設に連れて行かれた。そのため、児相や施設に対して、子どもを「いきなり盗られたというイメージしかない」と敵視しているようだった。

Cさんは子どもを「できれば自分で育てたかった」が、子どもが施設に慣れるために、施設入所後しばらくは面会も禁止であった。子どもを自分で育てることができず「希望が持てなくなった時」に、「初めての〇〇は何歳、に立ち会えないというショック」から、赤ちゃん日記を書くことを止めた。その後、面会の回数は「施設と児相で決められて、それ以上は行けなかった」が、自宅から遠い施設まで「月に4回以上は頑張って面会に通っていた。」子どもが1歳の時からCさんは仕事を始めたため、施設に面会に行く日程を決めるだけで夫と喧嘩になるなど、夫婦の衝突が多かったために、祖父母を含めて全員が子どもとの面会を禁止された時期があった。「やっぱり施設で育ってきたからか」、乳児期に面会に行っても、施設のスタッフがいなくなると、子どもに「ひっくり返ってエンエン泣かれたことがやっぱり一番衝撃的」だった。子どもが自分のことを母親と理解できるようになったのは幼稚園生になった頃で、「穴が埋まるまでがショック」だった。

「ほんとうは普通に公園デビューとか、ママ友ができたりという段階を踏むと思うけど」、母親同士の接点がなかったために、幼稚園の行事には必ず参加するよう努力していた。しかし、夫は卒園式にも入学式にも出席しなかったため、「パパの参加も多い時代だったので、心細くて不安だった。」と語っていた。

### ③子どもの立場に立つことができず、母親としての思いや感情を子どもに押し付けていた時期

子どもが小学校1年生の時に、抱っこをしたら嫌がられ、「その時から触られるのが怖くて、どう接していいか分からなかった。」「子どもは親の愛情を待っているかもしれないが、子どもを抱きしめることができず」、子どもの方も、髪の毛に触られると怒り、「ピリ

ピリしていた時期」があった。子どもを抱っこ「できていない自分がある」し、「本当の愛情を子どもは受けて育っていないんじゃないか」と、子どもを思う気持ちがあるが、親としてどう関わればいいのか分らず模索していると推測された。

子どもが施設にいるため、Cさんは子どもを「色々な所に遊びに連れて行ってあげたかった」が、小学生の頃、徐々に母親との「距離感がわかってきた時に付いて来なくなった。」Cさんは無理やり連れて行こうとしていたが、「いつもイヤイヤと言われた時があった。」自分が親から育てられたように無意識に関わっても、「そういうやり方では子どもは付いて来ない」ということに気づいてきた。

Cさんは、子どもに「習い事もさせたかった」が、子どもは「施設の友達が行ってないから行きたくない」と拒否したことがあり、「理想と現実がマッチしない時にイライラを抱えていた」と気づいてきた。また、「疲れがマックスとかイライラがマックスとかそういう時には症状が出る」ため、自分が「イライラ感とか消化しきれなくて、子どもにズバツと言う」ことがあった。「子どもと話すのが慣れていなかった」ために、子どもに対等に接して、「言っちゃいけない言葉」を言うこともあった。また、自分たち夫婦は「お互い未熟だった」ために「衝突してきた」こと、「家庭を作ろうと頑張っていたのにうまくいかなかった」ことを現在は認めていると思われた。しかし、施設が子どもを「なぜ返してくれないんだろう？普通の家でも夫婦喧嘩はあるけど」と、夫婦仲が安定するまでは、子どもの自宅への外出外泊が認められなかった理由を客観的には捉えていない様子であった。

#### ④母親一年生として子どもの立場で考え、子どものニーズを優先するように成長している時期

児相のスタッフは子どもの立場に立ち、「私の立場で考えてくれる人がいなかった」が、訪問看護師やヘルパーなどが「毎週来てくれるというのが心の成長につながったみたいで、拒否しないで、認めて下さって」という体験をし、Cさんも「子どもの立場で考えてあげるように」意図的に関わるように変化した。子どもとの関係が思い通りにいかない時には、それまでと違い、子どもが望んでいることを確認し、子どもの希望を「受け入れていくと、子どもも応えてくれるようになってきた。」小学3年生でやっと自宅への外出が認められ、最初の外泊は「すごく緊張してドキドキして、どう対応したらいいか分からなくて」、子どもも「緊張していた感じ」だった。「最初はぎこちなかったけど、普通の親子の会話らしくなってきた」し、「やっと最近ふざけたことを言うようになってきたり、アイドルの話をしたり、異性の話が出たりと、やっと打ち解けてきたかな」と、外泊のたびに子どもの成

長を感じている。外泊は徐々に増え、最高が4泊5日となり、「やっと認められた」と実感している。

Cさんは、中学入学に向けて子どもが「家庭復帰できるかとても心配」だが、子どもは小学3年生頃から「友達がいる施設から中学校に行きたい」という希望を持っている。子どもにとっては「実家と言うのがおそらく施設」で、「施設でお友達と遊ぶのが親と接しているより楽しいみたい」、とCさんは感じている。今後、施設が子どもを「返してくれたらラッキーだと思うので、私も頑張らなくちゃいけない」が、「帰ってこなかったら落ち込まないようにしよう」と思い、「自分の人生を充実させることができるような生き方をして、また面会を続けて」と考え始めている。子どもと物理的な距離があっても、「甘えてくれるように子どもがなったので、関係作りができたのかな？」と、心理的な距離が近づいたことを実感し、母親としての自信が付き、焦りがなくなってきたため、子どもの意思を尊重できるように成長したと考えられる。

Cさんは「子どもが途中からいなくなったので、親も成長がストップしてしまったのではないかと思ってしまうし、子どもだけ成長して、私は1歳児のお母さんの気持ちなのかなと思ってしまう」と、母親としての自信がない様子であったが、ピアグループのメンバーから、この1年間でCさんは成長したと言われたことが「嬉しかった」し、「認められた感じがして、頑張ったかいがあった」と感じている。また、支援者が「ある意味母親まで成長させてくれた」と、周りの人に感謝する余裕ができたと思われる。



(4) ケース D: 母親として何もできない状況から、夫や長女のサポートを得ながら  
なんとかやってきたケース

①背景

Dさんは30代で、診断は双極性及び関連障がい群である。夫と小学生、幼児の4人暮らしである。

②症状に波があり、調子が悪い時には夫の世話になりっぱなしで、母親として何もできなかった時期

第一子を出産後1年くらい経ち、育児と学業を両立させて頑張っていた時期に発症し、自分でも「やりすぎた」と捉えていた。たまたま廃校が決まっていたために休学ができず、看護学校を辞めざるをえなかった。看護師になることが目標だったため、「学校辞めたことが辛くて、どうしても諦めきれなくて」、「一番死にたいと思ったのが強く」、何度も大量服薬を行った。

第一子は22時までの保育園に預け、「夕飯食べて帰ってこさせたり」、「ほとんど保育園任せ」だった。第一子が3・4歳までは病状が良くなったり悪くなったりの繰り返しで、「悪くなるともうずっと寝たきりで、何にもできない状態が続き」、夫が食事や入浴などをかなり協力してくれて、「主人の世話になりっぱなし」だった。そのために、子育ては「一人でやってきたわけではないので、やった感がない」と表現していた。

③出産後に再燃し、夫や子どものサポートを受けて子育てを行っていたため、  
子どもに負担をかけたことを申し訳なく思っていた時期

精神科で治療を継続して調子が改善し、「先生も子ども作っていいと言って下さった」ことで、子どもに影響のない薬に変更して、妊娠・出産に至った。出産後、子どもの方に離脱症状が「出てしまって」、NICUに約1か月入院となったのが「一番辛かった。」その間、子どもが入院している病院に毎日ミルクを届けに行っていたために、「帰ってきた時に疲れていた。」しかし、「自分の体調よりも、子どもの方が気になっていた。」子どもが退院して実際に子育てが始まってからは「眠れなくて」体調を崩し、午前中は動けなかったために、新生児サービスを利用し、Dさんは他の部屋で寝ていた。そのサービスは1か月のみであったが、「無理矢理頼んで」3か月利用し、その後は保育園に第二子を預けた。

第一子は「下の子に構うのに夢中」で、ミルクを飲ませたり、離乳食を食べさせたりと面倒を見てくれた。第一子がいろいろと手伝ってくれたため、「第一子がいて良かった」と思っていた。その一方で、第一子は「しっかりしている」とよく言われることを、「私のせ

いで」とも思っていた。第一子は幼稚園の頃、一度 D さんが大量服薬をして「ベロベロになっている私を見たらしく」、その結果、第一子は「目光らしとかなくちゃ、自分がしっかりしなきゃみたいに思ったのかもしれない」と D さんは感じていた。第一子は、他の子ども達が親に甘えている頃から、「私が病気のせいでしっかりしなくちゃいけなかったところもあるだろうし」、「ちょっとかわいそう」と、子どもに対して申し訳なく思っている様子であった。第一子に「ママは薬飲んだから」と言われることで、「トラウマ」になっているのではないかと心配していた。

下の子が生まれてからは「なんとか」なると捉えていたが、「外部の人の支援がなかったら、たぶん育てられなかった」と思っている。自分の病気について保健師に相談したり、保育園・幼稚園の先生や母親達にも病気のことを話しているため、役員免除などの協力を得ることができた。しかし小学校では障がい者に対する特別な配慮はない。学校行事では、他の母親と「話とかしなくちゃいけないが、別に話すことないし、疲れる」ので、「どうしてもという時以外は行かず」、夫に PTA 役員を担当してもらっている。また、夫は会社に D さんの病気のことを伝えているため、D さんの体調が「どうしようもない時には」早退したり、休んだりしてくれるため、「主人様々」と感謝している。

#### ④症状が安定し、普通の子育ての大変さを楽しんでいる時期

転院し、診断名が変わり薬を調整したことで、今が一番いい状態で「普通の生活を送れている。」目指していた仕事をパートで始め、「結構現状で満足している。」下の子はやんちゃで、今一番大変な時期と言いながら、当たり前の育児の大変さを語っていると思われた。

(5) ケース E:自分最優先であったために子どもに勘当され関係が途絶えたが、再び子どもとの交流が始まったケース

①背景

Eさんは50代で、診断は双極性及び関連障がい群である。「物質面では過保護、精神面では虐待や放任」という両親のもとで育った。Eさんの実母は精神科受診歴はないが、Eさんは実母のことを「知的とか人格障がいとかいろんなものが混じっていた」と思っていて、子どもの時から「グチャグチャ」な生活だった。実母は「妄想を抱くみたい」で「私がボコボコにされたり」、幼児期に「なんでママが叔母さん達に苛められている時に守ってくれないの?」と言われ、「何が何だかわからない状態で育った。」実母は「変な人で、まず自分が最優先」だったが、Eさんは「母をまともな人だと思って育った」ため、「母を守ってあげなきゃ」とずっと思っていた。

最初の結婚で子ども2人、2回目の結婚で1人出産し、2回とも離婚している。現在元夫との交流はないが、2人目の夫の両親とは今でも交流がある。現在は、子どもは全員自立し、Eさんは一人暮らしをしている。

②結婚や離婚を繰り返しながら、子どもを育ててきた時期

10代で妊娠・結婚し、相手が大学生であったためにEさんの実家で「家事炊事をするわけでもなく」、「自分のことだけ考えて」暮らしていた。つわりで寝込んでいる時に、実母から「居候のくせにといびられ」、出産の準備では「あんたにやるお金はない」と言われ、産着などは手縫いで準備しなくてはならなかった。そのため、その頃は母親のことを「意地悪だと思っていた。」結婚は3年で破綻し、離婚後もそのまま実家で暮らしていたが、実母の影響を心配し、「子どもは、このままではまともな社会人にはなれないと、実家からとにかく切り離そうと必死だった。」と語った。

2回目の結婚は、地域のサークルで知り合った男性を子どもが見初めて、「お父さんになって」とプロポーズをしたのがきっかけだった。結婚を機に実家を離れ、子どもを連れて夫と暮らしていた。2人目の夫の両親は「とってもいい方で、尊敬していて」、両親との葛藤に対して、「お前はおかしいよ、子どもの頃のことを遡って考えてごらん」と言われてやっと、実母との「世代間連鎖を断ち切らねば」と思うようになった。

### ③自分最優先であったために子どもに勘当されたが、間接的な関わりを続けた 時期

Eさんは周囲の人から「変わり者」と言われていたが、「自分でおかしいと気づいて病院に行って病名がつくまでは、分からないで子育てをしていた。」第二子は小学生の頃は「ご近所で評判の子ども」だった。Eさんは離婚後母子家庭となり、「一生懸命仕事をしたい」ため、家事に関しては「お惣菜買ってきてお皿に並べるだけとか、お掃除も行き届かず、洗濯だけはしっかりしてたんだけど」と語っていた。「母子家庭なので子どもにしわ寄せがいく」が、子どもの気持ちも考えず、「自分のことが最優先の母親」であったと表現していたが、その頃既に発症していたのではないかと推測される。そのため、第二子が中学生になると「取っ組み合いの喧嘩」をし、家の中は「修羅場」だった。第一子も学校で問題を起こし、「シツチャカメツチャカ」で、「第一・二子とは相当険悪だった。」第二子には「お母さんと一緒にいると人生間違う」と言って勘当され、子どもと4人で話し合い、第二子と第三子は2人目の夫のところ、第一子はEさんの実家に行くことになり、誰も「私を選んでくれなかった。」

その後第二子とは全く音信不通となり、第三子とも6年間まったく会わず、何をしているのかわからなかった。第一子とは会おうと思えば会えたが、第一子はEさんのことを「お母さんと呼ばなくなった。」2人目の夫の両親は、血のつながりのない第二子と第三子を差別をせず養育し、時々子どもたちの様子を知らせてくれた。Eさんは、第二子と第三子に月に10万円仕送りをしていた。第一子は、Eさんの実家で暮らしていたが、実母は「かわいがってあげたい時はかわいがってあげる、お小遣いをほしいと言われればあげる、あとは何をしようが関係なし」という対応で、警察に目をつけられるようになったために「たいぶ心配し」、「どうなるんだろう」と思っていた。しかし、第一子は「自由気ままに好き勝手に生きたい」という思いがあり、2人目の父親の家風にはあわなかったようで、きょうだいと離れて生活していたとEさんは捉えていた。

Eさんは一人暮らしをしていた30代後半に、「自分でおかしいと」気が付いて精神科を受診した。その後元夫から、男親では第三子の養育が困難なため、母親のもとでのんびり育てたほうが良いという連絡があり、自信がなかったが、6年ぶりに中学生の第三子を引取り同居することになった。

#### ④長期間の別離後、成人した子どもと新たな親子関係を築き始めた時期

子どもが自立し再び一人暮らしとなるが、徐々に精神状態が悪化して一人暮らしができない状況になり、グループホーム（以下 GH）に入所となった。そこで、スタッフが「降るように、これでもかこれでもかというくらい愛情をくれた。」7 か月間何もしなかったが、「責めもせず、強制もせず、見守り待ってくれる」体験をし、体力・気力を取り戻していた。GH は「家政婦付きの優雅な生活」と他の利用者が表現するほどの所であったが、「ここに一生いたら人間としてダメになる」、「なりたい自分になるには努力しなくてはいけない」と思い、アパートを借りて一人で努力して生活した。ある時、「何かしなきゃいけない」と思い、ボランティアなど色々な活動を始めようになった。

第三子とは一番交流があり、「縁を切れそうになった」ことがあったが、「周りの方のサポートのおかげで結局親子関係も崩れず」、第三子はパートナーを連れて遊びに来ることもあった。現在は第三子の自宅近くにアパートを借りて一人暮らしをしている。また震災を機に、「家族は連絡し合った方がいい」と、2 人目の夫の両親が音信不通となっていた第二子の居場所を教えてくれて、18 年ぶりに交流が始まった。その後、写真やプレゼントを送ってくれたりするようになり、孫たちとも交流が始まった。第三子は現在 E さんが行っているボランティア活動には、「すごく協力してくれている。」

子ども達との間には様々なプロセスがあったが、E さんは現在、「子ども達にしてあげられることは、私がハッピーで楽しく、充実した毎日を過ごしていること、ベタベタしないこと」と捉えて、子どもたちと適度な距離を置いた関係を続けている。

E さんは両親との間には葛藤があったが、既に亡くなり、「すごく今幸せ」で、「ママ生んでくれてありがとう」と思えるようになった。また、「良い出会い」があり「ずっとうまく」いっているため、「子ども時代の不幸を今ものすごく取り戻している」と感じている。

### 3) 精神障がいを持つ母親が体験する育児のプロセス

上記5名のケースから明らかになった、精神障がいを持つ母親が体験した育児のプロセスについて述べる。

今回の研究対象者である母親5名のうち4名は、出産後しばらくして精神障がいを発症または再燃していた。発症時期が明らかでない母親も1名いた。診断名は、統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群2名、双極性および関連障がい群2名、抑うつ障がい群1名であった。子どもとの同居の有無では、乳幼児期から高校卒業まで或いは現在も施設に入居中の子どもがいる母親が2名、小・中学生の子どもを親戚に預けた母親が1名で、子どもと同居して子育てを行っている母親は2名のみであった。しかし、子どもと別居した母親も、自ら子育てを放棄したわけではなく、母親全員が何らかの形で子どもに関わり続けていたことが明らかになった。そして、子どもとの関わりプロセスとして、精神症状に影響を受けながらも、母親としての責任を持ち育児を継続し、その後、母子間の葛藤がある時期を経て、子どもと母親が共に成長し、新しい親子関係を築き始めたことが示唆された。以下にそのプロセスについて記述する。

#### (1) 精神症状に影響を受けながらも、母親としての責任を持ち育児を継続する

本研究の対象者である母親は、子どもを希望して産婦人科に通院したケース、精神疾患を発症後、胎児に影響のない服薬に調整をしていたケースが存在し、子どもを生むために意図的に関わっていた。しかし、4名の母親は子どもを出産後に発症または再燃していた。精神状態が悪化して夫が主に子どもの世話を担ったケースでは、自分にできる範囲で子どもの生命を守り、栄養、排泄、清潔などの身体的世話を行っていた。しかし、夫と自分の育児を比較し、できない面に注目してしまい、母親としての自己評価を低く見積もっていた。また、仕事やDVのために夫の協力が得られず、子どもが施設入所に至ったケースでは、子どもに人見知りをされても、子どもが母親を認識でき、子どもとの関係を維持するために、面会をし続けていた。

#### (2) 母子間の葛藤の時期を経て、子どもと母親が共に成長し、新しい親子関係を築き始める

子どもが幼児期後半頃になると、母親が自分の思いを子どもに押し付けるケース、感情をぶつけるケース、精神症状に巻き込むケースが存在した。そのため、積極的に母親の手伝いをする子ども、一人で遊びあまり母親に要求をしない子ども、母親と距離を取る子どもがおり、思春期頃になると子どもが自己主張をするようになり、子どもと母親との間に

は葛藤が生じていた。

しかし、母親は治療を続けて徐々に精神症状が安定してくると、家事を行う割合が増え、子どもと一緒に過ごすことができるようになっていた。また、他者からの支援を受けて心に余裕ができて子どもの立場で考えることができるようになっていくと、子どもも変化し、親子らしい関係を築くことができた母親もいた。乳幼児期から高校生までを施設で過ごし、その間に直接的な関わりが少なかった母親は、現在成人した子どもと同居を始めて間もない段階で、親としてどのように関わればいいのか模索中であった。子どもとの関わりが途絶えていた母親は、直接的な関わりが全くない時期が続いたが、仕送りを受け、養育者から子どもの情報を得るといった形で子どもに関わり続ける努力をしていた。

## 5. 考察

今回の予備研究は、長期にわたり治療が必要な精神障がいを持つ母親が、病気を抱えながら地域でどのように子育てを行っているのかを明らかにし、記述することを目的に行った。得られた結果から、ほとんどの母親が産後まもなく精神疾患を再燃・発症していたケースで、子どもと同居して育てているケース、子どもが乳幼児期から継続して施設入所中であるケース、子どもが自分の意思で母親と別れたケースが存在した。しかし、子どもとの同居・別居に関わらず、母親全員が間接的な関わりも含めて、何らかの形で子どもに関わり続けていたことが特徴であった。そして、母親は、精神症状に影響を受けながらも母親としての責任を持ち育児を行う中で、母子間の葛藤を体験する時期があるが、子どもと母親が共に成長し、新しい親子関係を築き始めていたことが明らかになった。

### 1) 精神症状に影響を受けながらも、母親としての責任を持ち育児を継続する

子どもと同居して育てているケースでは、病状により子どもへの関わり方が異なっていた。産後はホルモンバランスの変化がみられること、あるいは授乳により継続した睡眠を確保することが難しいことから、精神状態が悪化しやすい。そのため、母親は家事や育児などを行うことが困難な時であれば、無理をしてでも何とか自分で行おうとするなどの違いがあった。精神障がいを持つ母親は、自分よりも子どものニーズを優先すると言われていくように (Nischolson et al., 1998)、母親としての責任感や愛情 (Montgomery, 2006 ; Ueno et al., 2008) から、自分の体調が悪くても育児を優先する場合もあったと考えられる。また、今回研究対象となった母親は元々子どもを希望していたことから、母親としての責任が強かったと考えられる。このことから、実際に子どもと関わる時間は少ないが、

自分にできる育児を行うことで、母親役割を果たしているという実感を多少は得ることができたと推測される。

今回研究対象となった母親は、病状悪化や施設入所のために乳児期に子どもへの関わりが少なかったことから、子どもは母親との愛着形成が不十分であったと考えられる。そのため、子どもは母親よりも主たる養育者に愛着を形成しており、母親は子どもが自分になつかないことにイライラし、子どもの愛着の対象に嫉妬や敵意を抱いていた。精神障がいを持つ母親は、子どもとの情緒的なつながりや家族が一緒にいることを重要と捉え（Handley et al., 2001）、子どもから甘えられ、依存され、必要とされていると感じる時、母親としての価値を認められ、受け入れられていると感じる傾向にある（山口, 2010）。また、精神障がいを持つ母親はネガティブ思考がある（岡田, 2011）ことから、今回の研究対象である母親は、病気をもちながらなんとか子育てを行っていたとしても、主養育者や一般的な母親と比較して、最終的には十分な子育てができなかったと評価する傾向にあり、パワレス状態になっていたと考えられる。

## 2) 母子間の葛藤の時期を経て、子どもと母親が共に成長し、新しい親子関係を築き始める

子どもが幼児期後半になると、母親は自分の思いを押し付けるケース、感情を子どもにぶつけるケース、精神症状に巻き込むケースが存在し、今回研究対象となった全ての母親が、子どもとの間に葛藤を生じていた。精神障がいを持つ女性が子どもと分離された時期は小児期が約80%と最も多いとされる（Dipple et al., 2002）が、この時期は、母子関係に危機的状態を起こしやすいと推測される。その理由として、母親と子どもの両方に要因があると考えられる。母親側の要因としては、精神状態が不安定なために身近にいる子どもにストレートに感情をぶつける、あるいは曝すこと（岡田, 2011）、子ども側の要因としては、乳児期のアタッチメント形成が不十分で、子どものほうから母親に甘えることが少ないことが一因と考えられる。つまり、母親は、不十分な育児に対して子どもに申し訳なく思っている（Ueno et al., 2008）ため、子どもが甘えるなどの期待通りの反応を示さない場合には非難されているように感じ、ますますイライラや嫌悪感を抱いた（Brockington et al., 2011）と考えられる。また、子どもの幸福を願う気持ちが強すぎて自分の思いを押し付けていたケースも存在した。その理由は、親と子の接触が少なかったことにより子どもの気持ちを理解できていなかったこと、あるいは、母親から子どもへの刺激が少なかったことによる言語発達の遅れと、母親の認知機能障がいや感受性の低さ（Brockington et



al., 2011)により、母親が子どもの気持ちを察することが困難であったことが考えられる。

しかし、本研究対象者は、上記のような葛藤の時期を経て、どのケースも新たな親子関係に変化していた。この変化のきっかけとして、母親の病状安定、母親の成長、子どもの成長という三点が要因となり、それらが相互に影響し合い変化を促進していたのではないかと考える。まず、一点目の病状安定としては、母親が自ら治療を求めて病状が安定したことで、コントロール感を得ることができたと考えられる。二点目として、母親は自分の家族との葛藤があり、友人も少なく、社会の中で孤立して子育てを行っていたが、医療福祉関係者やピアの母親との交流を通して自分の理解者が増えたことで、心に余裕ができ、子どもの立場に立って考えることができるように成長したことが考えられる。三点目として、子どもが10歳くらいに成長することでターニングポイントを迎えるようである。まず、子どものセルフケアが確立し、母親の育児負担が軽減する。また、子どもの言語的コミュニケーションが発達したことで、認知機能障がいがある母親にとって子どもの気持ちを理解しやすくなったのではないかと考えられる。さらに、子どもが甘えたり、親を気遣うケースも見られた。わが子からのまなざしが、親になることを支えていた（上別府ら, 2007）と言われているように、母親は子どもに甘えられたり、子どもからの思いやりのある言動を体験することで、認められたと感じ（Montgomery et al., 2006）、母親としての自信や誇り（Ueno et al., 2008）を持つことにつながったと考えられる。

以上のことから、精神障がいを持つ母親の育児体験においては、子どもとの間に葛藤が生じる時期があるが、関わり続けることで、理解者が増えてエンパワメントされ、母親としての自信を獲得して次の段階に進んだと推測される。今回の5ケースでは子どもの人数や出産年齢により親子関係に影響があるのかどうかは明らかとならなかったため、次回検討したい。

## II 本研究への示唆

予備研究の結果から、今回研究対象者となった精神障がいを持つ母親は、出産を機に精神疾患を発症または再燃したケースが多く、病状が悪化した状態、つまりパワレス状態で育児を始めた。その後、子どもとの関係に葛藤が生じたこともパワレス体験であった。しかし、母親であることを放棄せず、子どもと関わり続けるというプロセスを経て、母親と子どもが共に成長し、新たな関係を形成し始めていたことが明らかになった。つまり、子どもと関わり続けることが、母親にとってエンパワメントになっていたことが示唆された。

予備研究においては、精神障がいを持つ母親の育児体験のプロセスに焦点を当てて研究を行い、具体的な支援については注目していなかった。そこで、本研究では、地域において精神障がいを持つ母親に支援を行っているスタッフに必要な実践についての示唆を得るために、精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して、他者からどのような支援を受けて、エンパワメントを体験しているのかを明らかにするために以下の事を行うこととした。

1. 精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して、他者からどのような支援を受けて、エンパワメントを体験しているのか詳細に記述する。
2. 地域において精神障がいを持つ母親へ支援を行っているスタッフの実践への示唆を得る

## 第4章 研究方法

### I 研究デザイン

これまで、精神障がいを持つ母親のエンパワメントの主観的体験に関する研究は見当たらなかった。そのため、このエンパワメントの主観的体験を明らかにするためには、質的記述的研究デザインが適切であると判断した。

質的記述的研究とは、現象についてはほとんど明らかになっていない領域において用いられるものであり、理論化を目指すのではなく、現象を記述することを目的とし、それを日常的な用語で記述するものである。また、質的記述的研究とは、イーミック（内部者）の視点から現実を明らかにすることを目的とするものであり、研究対象となっている現象を記述することによって、その現象を理解することを目的とするとも言われている（グレッグ, 2007）。質的記述的研究とは特定の哲学的背景を持たないが、その基礎をなす前提として、「人は様々な社会的文脈で他者と関わりを持ち、それらの経験をその人にとっての現実として語り、語られた現実を抽象化して記述することで、研究対象となっている現象を理解できる」という Parse の考えに基づいていることを紹介している。質的記述的研究は他の質的研究に比べ結果の抽象度は低い、現象を記述しうる最もふさわしい言葉だからこそ、日常的な用語で記述することが適切である（Sandelowski, 2000）。

本研究は、精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して、他者から支援を受けながらどのようにエンパワメントを体験しているのか明らかにする探索的な発見を志向したものであるため、質的記述的研究が最もふさわしいと考えた。

### II 研究方法

#### 1. 研究対象者の条件

研究対象者の診断は精神障がい（統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群、双極性及び関連障がい群、または抑うつ障がい群）を持つ 20～50 代の母親で、原則として 25 歳までの子どもに関わってきた母親（子どもと同居していない母親も含む）とした。上記の複数の診断名を選択した理由は、重度の精神障がいを持つ母親の研究は日本ではほとんど行われていないため、診断により症状の違いはあるが、いずれも長期にわたり治療を必要とするという点では共通しており、看護者は、診断名に関わらず、疾患のコントロールと子育てのバランスを視野に入れて支援を行う必要があると考えたからである。

診断以外の対象者の条件としては、現在精神症状が安定しており、原則として1年以内に入院の経験がなく、インタビューによっても病状が悪化しないと、研究対象者が利用している訪問看護ステーションや精神科クリニックなどの所属機関の責任者が判断し、自発的な同意が得られる者11名とした。

## 2. 所属機関への説明と研究依頼

研究対象者が利用している訪問看護ステーションや精神科クリニックなどの所属機関の施設責任者に「研究の説明書〈資料1〉」、「調査へのご協力のお願ひ〈資料2〉」を示し、研究者の立場や研究目的、調査内容、研究対象者の条件などを説明した。本研究への承諾を得られれば、責任者に、研究対象者の条件に該当する方を選定し、研究の対象者を募集していることをお知らせいただくよう依頼した。研究者から研究の説明を聞くことに同意が得られた場合に、その方の紹介を依頼した。

## 3. 対象者のリクルート

研究者が、紹介を受けた研究対象者に「調査へのご協力のお願ひ」を提示し、研究の目的、方法、倫理的配慮などについて説明を行ったうえで研究協力の確認を行った。同意が得られれば「研究協力・参加連絡書〈資料3〉」をもとに、面接の日時や場所について確認した。その場で確認できない場合は、面接の日時や場所について説明し、「研究協力・参加連絡書」と切手を添付した返信用封筒を渡し、郵送を依頼した。

インタビュー当日に再度、研究者が研究対象者に「調査へのご協力のお願ひ」を提示し説明を行い、「研究の同意書〈資料4〉」にサインを頂いた。同意書は2部作成し、研究対象者と研究者がそれぞれ1部ずつ保管した。

## 4. データ収集期間と方法

### 1) データ収集期間

2014年3月～2014年10月

### 2) データ収集方法

データ収集は、1回につき60分程度の半構造化面接を実施し、クリティカルインシデント技法を用いた。クリティカルインシデント技法とは、研究しようとする行動に関連する特定の出来事を調べることによって、人々の行動についての情報を集める方法である(Polit et al., 1987)。この技法は、人間の行動についての観察可能で不可欠なエピソードを特徴とする実際の出来事(インシデント)に焦点を当てる。クリティカル(重大)などという言葉は、その出来事がある結果に目に見えるほど明らかな影響を間違いなく与えたは

ずであるということの意味する。つまりそれは、研究しようとする活動の達成に、肯定的であれ否定的であれ、必ず影響するものであると言われている。そこで、本研究では、以下の項目に焦点を当ててデータ収集を行った。また、詳細な分析のために、承諾を得てICレコーダーにて録音した。

### 3) 調査項目

- (1) 対象者の年齢、家族構成と家族の年齢、子どもとの同居の有無
- (2) 病気について（病名、発症年齢、入院回数など）
- (3) 結婚・出産から現在までのプロセス
  - ・子どもを作ることに関する妊娠前の夫婦の考え
  - ・妊娠前に子どもを作ることを誰かに相談したか
  - ・妊娠が分かった時の気持ち
  - ・妊娠から出産までに役に立ったサポート
- (4) 一番病状が悪かった時に、子どもにどのように関わっていたか、その時に誰からどんな支援を受けたか
  - ・その時の子どもの年齢、どのような体調で、一日をどのように過ごしていたか
  - ・誰のどんなサポートが役に立ったか、サポートを受けた時の気持ち
- (5) 子どもとの関わりで一番頑張った事、乗り越えたと思う事
  - ・その時の子どもの年齢、頑張った内容とその時の子どもの反応
  - ・その時に誰からどんなサポートがあったか
  - ・乗り越えて今の気持ち
- (6) 子どもと関わる中で一番楽しかった事/嬉しかった事

## 5. 分析方法

本研究は継続的比較分析を用いた質的記述的研究方法である。継続的比較分析とは、データ同士を比較することによって、データに含まれる概念の普遍性と特殊性を見出す方法である。本研究では、精神障がいを持つ女性の決断前後の支援や、女性の認知や行動の変化に関連するカテゴリーの類似性と共通性を相互に比較し、データにふさわしいカテゴリーを生成し、カテゴリー同士を比較した。

### 1) 逐語録の作成

研究対象者の許可を得て、録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。

### 2) オープン・コード化

オープン・コード化とは、生のデータにコードを付けることで、データの小さい部分を概念化する作業であり、コードとは、情報に対して意味を割り当てるためのラベルである。

まず逐語録を繰り返し読み、全体の概要と流れを把握した。次に逐語録の中から、精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験に関連する記述について着目し、切片化、コード化を行った。具体的には、①発病後にうまくいかなかった体験、②結婚や出産、離婚などの人生における大きな決断をして行動を起こした体験と、その時に他者から受けた支援、③行動を起こした後の母親の認識や行動の変化というエンパワメントに関連しているデータに着目して行った。

### 3) 継続的比較分析

上記コードを、相違点、共通点について比較することによって分類した。そして複数のコードが集まったものに共通するふさわしい名前を付けた。共通するコードをまとめてサブカテゴリー、サブカテゴリーをまとめてカテゴリーとすることで、概念の抽象度を上げていった。この過程で、特定のサブカテゴリーやカテゴリーに含まれない異質なものがあつた場合は、無理にまとめるのではなく、1つであってもサブカテゴリーやカテゴリーを形成した。

本研究では、精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験において、特に決断に注目し、決断前後の支援や、支援を受けた後の母親の変化に関連するカテゴリーの類似性と共通性を比較しながらカテゴリーを生成した。

#### 4) 軸足コード化

軸足コード化とは、オープン・コード化の後で、新たな方法で諸カテゴリーを相互に関係付けることにより、データをまとめ直すことで現象を表す方法である。本研究では、精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して体験したエンパワメントの主観的体験に関連するカテゴリーを関係付け、概念を生成した。この段階で図を作成しながら、カテゴリーを関連付けた。

#### 5) 選択コード化

選択コード化とは、中核となるカテゴリーを選び、他のカテゴリーと体系的に関係付け、それらの関係が妥当なものかを確認していくプロセスである。さらに精錬し、発展させていく必要のあるカテゴリーを加えていくプロセスでもある。

#### 6) カテゴリーの統合データの表示（ストーリーライン）

生成したすべてのカテゴリーとその関連性を使ってコアカテゴリーを説明できるようにストーリーラインを図式化、記述した。

### 6. 研究の質の確保と評価

データの解釈・分析にあたっては、そのプロセスにおいて、質的研究および精神看護学を専門とする大学教授によるスーパービジョンを受けながら実施した。

## III 倫理的配慮

本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会において審査を受け、承認を得て実施した（承認番号 13-066）。

### 1. 所属機関への説明と研究依頼

研究を依頼した施設は、子育て中の精神障がいを持つ母親への支援について実績がある訪問看護ステーションや精神科クリニックなどであった。それらの施設の責任者に、研究者の立場や研究目的、調査内容、研究対象者の条件などを説明し、本研究への承諾を得られれば、研究対象者の条件に該当する方を選定していただいた。特に本研究の対象者は、対人関係に障がいを持つ精神障がい者であるため、研究協力によっても対象者に不利益がないと判断される方であることを強調し、研究への協力について声をかけていただくよう、施設責任者に依頼した。研究者から研究の説明を聞くことに同意が得られた場合に、その方の紹介を依頼した。

## 2. 研究対象者への事前の説明と同意

研究に関する説明を聞くことに同意が得られた紹介者に対し、インタビューを承諾していただけるかどうかを確認するために、研究者が「調査へのご協力のお願い」と「インタビューガイド」を示しながら口頭で説明し、最終的に同意が得られた場合に、「研究協力の同意書」への署名をいただいた。なお、協力の意思を示した対象者が、利用機関の代表者を通して日程の調整をすることを希望した場合には、対象者の希望を確認して日程の調整を行い、代表者に日程の連絡を依頼した。

「調査へのご協力のお願い」の説明内容は以下の点である。

- 1) 研究の目的・意義
- 2) 研究方法・期間
- 3) 研究への参加・協力の自由意思
  - 研究への参加は自由意思に基づくものであること
  - インタビューの日時や場所は研究対象者の都合を考慮して決めること
  - 質問内容（インタビューガイドも渡す）
- 4) 研究への参加・協力の拒否権
  - 参加に同意しなかった場合であっても不利益は受けないこと
  - 研究に同意後、またはインタビューの途中・終了後であっても、協力を断ることができること（その場合、インタビューのデータは使用しないこと）
  - 研究の参加を取りやめることによって不利益を受けないこと
  - 答えたくない内容には答えなくてもよいこと
  - 対象者からの申し出がなくとも負担になっていると判断される場合には、研究者のほうから中止を申し出ること
- 5) プライバシーの保護
  - インタビューは、プライバシーの保護ができる施設もしくは大学の面接室などの個室、または希望があれば自宅で行うこと
  - 対象者の氏名および連絡先等は研究者のみが把握すること
  - 個人情報保護法およびその他関連諸法規を遵守すること



6) 個人情報の保護の方法

- 責任者から研究対象者の紹介を受けるが、最終的に研究対象者になったかどうかについては、責任者には知らせないこと
- 個人情報は連結可能匿名化とし、個人が特定できないように配慮し保存すること
- インタビュー内容のテープ起こしを業者に依頼する場合には、プライバシーを守ることができる信頼できる業者を選定して依頼すること
- インタビューの内容は研究対象者の同意を得て録音し、録音内容や資料はパスワードで保護された USB フラッシュメモリに保存し、研究者のみがアクセスできる施錠された鍵のかかるキャビネットにて管理すること
- 録音内容や資料は分析のために卒業後 3 年間保存し、その後はシュレッダーにかけ破棄すること
- この研究は、博士論文としてまとめ学会などで公表する場合も、対象者の個人情報は記号化し、秘密は保全されること

7) データ収集方法（協力依頼内容、所要時間）

8) 研究に参加・協力することにより期待される利益

- この研究に参加することで、自分の子どもとの関わりを振り返り、新たな人生の意味を考えるきっかけとなるよう配慮すること
- 同じ立場で育児を行う母親への今後の支援方法の検討において、役立てることができること

9) 研究に参加・協力することにより起こりうる危険性並びに不快な状態とそれが生じた場合の対処方法

- インタビューが、対象者にとって危険または負担になっていると研究者が判断した場合には、ただちにインタビューを中断/中止する。
- インタビュー中止の場合は、研究対象者の心理状態をよく観察し、疲労の軽減を行い、対象者が落ち着いた後に「研究協力断り書〈資料 5〉」に対象者が 1 部サインをし、研究者が保管する。その場で録音内容、連絡先などを消去する

#### 10) 研究中の対応

インタビューは、「こころの電話」において 7 年間電話相談員として実績を積んだ。また、日本産業カウンセラー研修において、日本産業カウンセラー（初級）の資格を取得した。本研究の対象者は精神障がい者本人であり、インタビューにより辛い体験を思い出す可能性がないとは言えない。よって、インタビューを実施する際には、カウンセリング技術を用いながら、相手に負担がかからないように、以下の点に注意して面接を実施する。

- インタビューによる悪影響を及ぼさないように、また、心理的影響が最小限になるように十分配慮して行う。
- インタビュー中は支持的、受容的な態度で接し、研究対象者が話しやすい雰囲気を作るよう配慮する。
- インタビューの影響を考慮し、研究対象者の表情、視線、沈黙などを注意深く観察する。
- インタビューの途中で研究対象者が協力を断った場合は、ただちにインタビューを中断/中止する。
- インタビュー中断の場合は、対象者の希望・状況に応じて、録音またはインタビューの中断を行い、引き続きインタビューが可能であれば時間をおいて再開する。
- インタビュー終了後は、語りによる負担感や疲労の軽減に努める。
- インタビュー終了後の会話内容は録音には含めない。
- インタビュー終了後に協力を断る場合に備え、断わりの連絡方法を確認し、最終的に「研究協力断り書〈資料 5〉」を交わすことで正式な中止となることを説明する。その場で〈資料 5〉と切手を添付した返信用封筒を手渡しておく。
- インタビュー終了後に協力を断った場合には、保存していた録音内容や記録物は、ただちに消去またはシュレッダーにて破棄することを再度約束する。

#### 11) インタビュー終了後の対応

- 研究対象者から参加の取り消しや追加の面接の希望があれば、速やかに応じる。
- 研究対象者から研究内容についての開示の希望があれば、研究内容を開示する。
- 研究対象者から内容の相違の指摘があった場合には、加筆修正を行う。

#### 12) 研究を行う看護者および研究責任者の氏名、所属、連絡先、連絡方法

#### 13) 日付および研究対象者の署名欄

## 第5章 結果

### I 対象者の概要

本研究では、精神障がい(統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群、双極性及び関連障がい群、または抑うつ障がい群)を持ち、原則として25歳までの子どもを育ててきた母親11名に半構造化面接を行った。対象者一覧を表2に示す。一人あたりの面接時間は52~208分で、平均面接時間は約90分であった。うち4名は2回面接を行った。複数回の面接を行った理由は、インタビューの初めに対象者に緊張が見られたり、話が飛躍したりと、研究者が対象者の本質的な語りを十分に引き出すことができなかつたと判断した場合であった。対象者の年齢は20代が1名、30代が5名、40代が3名、50代と60代が各1名であった。診断名は、統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群が7名、双極性及び関連障がい群が1名、抑うつ障がい群が3名であった。発症年齢は10代が3名、20代が6名、30代が2名であった。発病と出産の関係は、10名は発症後に出産を体験していた。1名は出産前にも精神科受診歴があつたが診断名は明らかではなく、うつ病と診断されたのは出産後であつたが、本人は違和感を抱いていたため、全員が発症後に出産をしているとみなした。既婚者が7名、離婚している者が4名であった。既婚者のうち夫も精神障がいがある者は5名で、夫が抑うつ障がい群の2名は妻の出産後に発症していた。既婚女性の夫の年齢は、20代が1名、30代と40代が各3名であった。離婚した母親の元配偶者には全員、DVやアルコール依存症、浪費、無職などのいずれかの問題が複数存在した。子どもの数は一人が8名、二人が3名であった。面接を行った時点での子どもは、乳幼児が7名、小学生が3名、高校生が1名、成人が3名であった。家族構成は、既婚者のうち6名は夫と子どもとの核家族、1名は本人の両親も含めた3世代であった。離婚している母親は、成人した子どもがいる2名はすでに自立しており独居、未成年の子どもがいる母親は子どもと同居していた。出産後精神科病院への入院経験があるものは3名で、最短2週間から最長では本人も覚えていないほど数年間にわたり10数回の短期入退院を繰り返していた。母子分離経験がある母親は6名で、最短で2週間から、最も長い場合は12年であった。母子分離の理由は、母親または子どもの入院や、養育困難と判断されたために子どもを乳児院や児童養護施設、家族に預けざるをえなかつたケース、夫との別居の際に子どもを夫に連れて行かれたケースであった。

夫と出会ったきっかけは、お見合い1名、家族や友人の紹介3名、職場等の出会い3名、デイケアなどの精神障がい福祉施設での出会い3名、同級生1名、ネット上の出会い

1名であった（再婚のケースがあるため延べ人数）。妊娠・出産に至るプロセスには、いくつかのパターンがあった。交際中に妊娠をして結婚をした者が3名で、出産と結婚の決断を同時に迫られていた。結婚後、具体的に妊娠を計画していない段階で妊娠をした場合が3名で、そのうち、夫は子どもを欲しがるが、子育ての自信がなくてまだ欲しくないと思う女性が1名、女性は子どもを欲しいと思うが、夫は妻の病状を考慮し積極的でない場合が2名であった。最初は夫婦ともに病気のために子どもを作ることを躊躇していたが、夫婦間で子どもを作るかどうか話し合い、妊娠に至った女性が1名、子どもを作る前に医師に相談し、薬の副作用や子どもへの遺伝や障がいについて十分説明を受けた女性は1名のみであった。

表 2 対象者一覧

ケース	年齢	疾患	発症年齢	家族構成・年齢	子どもとの別離状況（期間）	精神科入院歴
B	50代	S	20代	離婚 子ども2人（20代）	なし	なし
C	40代	D	30代	離婚 子ども1人（高校生）	なし	なし
E	40代	S	20代	夫40代 子ども1人（小学生）	乳児院 （2年3ヶ月）	妊娠中：3ヶ月 出産時：12日間
F	30代	S	20代	夫20代 子ども1人（幼児）	誕生後離脱症状 にて入院（40日）	なし
G	60代	MD	20代	離婚 子ども1人（30代）	児童養護施設 （12年）	10数回 （詳細不明）
H	30代	S	10代	夫40代 子ども1人（幼児）	なし	なし
I	40代	S	30代	夫30代 子ども1人（幼児）	夫の実家 （11ヶ月）	9ヶ月
J	20代	S	10代	夫30代 子ども1人（乳児）	なし	なし
K	30代	D	20代	離婚 子ども2人（幼児、小学生）	別居時の連れ去り （8ヶ月）	なし
L	30代	D	10代	夫40代 子ども2人（幼児、小学生）	乳児院 （4ヶ月、2週間）	2週間
M	30代	S	20代	夫30代 子ども一人（幼児）	なし	なし

注：Sは統合失調症スペクトラム障がいおよび他の精神病性障がい群、

MDは双極性及び関連障がい群、Dは抑うつ障がい群を示す

## Ⅱ 精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験

分析の結果、精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験とは、《母親であり続けたいという思いを引き出し保証され続ける体験》であった。本研究の対象者である精神障がいを持つ女性は、精神障がいを発病後人生に絶望していたが、結婚をきっかけとして幸せになるチャンスに巡り会えた。そして、子どもとの関わりを通して他者からサポートを受けることで、自分で決断し行動を起こす体験をしていた。しかし、病状が悪化して危機状態に陥ることもあり、自信をなくすこともあるが、子どもに関わりたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を凌いでいた。そして継続したサポートを得られる安心から、育児に追われながらも子どもに関わり、エンパワメントされ続けて自信を獲得し、母親として少しずつ成長していた。つまり、精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験として、【人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、幸せになるために自分で決めていいと気づかされる】、【不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、行動を起こすことができる】、【病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに関わりたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ】、【何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことが出来なくても自分が子どもを育てていきたいと思う】の4つのカテゴリーが抽出された。

本研究で抽出された4つのカテゴリーは、パワレスな状態にあった女性がエンパワメントされることにより、自信を獲得するプロセスを表すものである。しかし、時間の経過とともに自信が高まるわけではなく、成功体験や失敗体験を行きつ戻りつしながら、少しずつ自信を獲得し、母親として成長していた。この4つのプロセスは、1回きりで終わるのではなく、長い子育て期間において、子どもと自分の発達課題や自分自身の病状の変化により、今後も同じようなプロセスを繰り返して進んでいくと予測される。そこで本研究では、この基本的な4つのカテゴリーの関連について説明し、最後に、コアカテゴリーである《母親であり続けたいという思いを引き出し保証され続ける体験》の構造について論述する。なお、本文中の《 》はコアカテゴリー、【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「斜体」はデータを示す。データ中の（ ）は、意味がわかりにくい部分に関して、研究者による補足を表す。カテゴリー一覧を表3に示す。

表 3 精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験のカテゴリー

コアカテゴリー: 母親であり続けたいという思いを引き出し保証され続ける体験	
カテゴリー	サブカテゴリー
人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、幸せになるために自分で決めていいと気づかされる	うまくいかない体験を繰り返し人生に絶望する
	自信がないからやりたいことを決断できない
	ありのままの自分を受け入れられると幸せになるチャンスがあると思う
	自分の希望は当然の欲求で、自分で決めていいと気づかされる
不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、行動を起こすことができる	大事な子どもを守らなければと思い決断をする
	決断した事を応援してくれる人がいるので次の行動を起こすことができる
	決断した事がうまくいくように周りの人から具体的な援助を受ける
	決断に対する周りの冷たい反応で不安になる
病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに関わりたいたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ	不安な気持ちに共感し、絶えず大丈夫と保証され心強くなる
	病状悪化で子どもを育てる余裕がなくなる
	思うように子育てができない自分に自信をなくす
	助けを求めて何とか辛い時期を乗り越えようとする
	育児が重荷にならないように、エネルギーを充電する時間を作ってもら
	親身に関わってくれる人がいるから、子どもに関りたいたいという思いが引き出される
	愛おしい子どもと一緒にいたいという思いを支えられる
元気付けてくれる人がいるので、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ	
何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことが出来なくても自分が子どもを育てていきたいと思う	子育ての辛い時期に愛おしい子どもの笑顔や成長に支えられたと感じる
	子どもが一番だからのんびり病気をしている場合ではないと思う
	病気のために十分なことが出来ないことや将来のことを心配し子どもに申し訳なく思う
	何かあればずっと助けしてくれる人がいるから安心できる
	日々頑張っていることを認められると、母親として自信が持てる
他者との関わりで強くなり自分が子どもを育てていきたいと思う	

## 1. 【人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、幸せになるために自分で決めていいと気づかされる】

対象者のほとんどは 20 代までに精神疾患を発病し、その後、対人関係やリハビリ、就職などにおいて〈うまくいかない体験を繰り返し人生に絶望する〉体験をしており、将来の希望を描くことができない状態であった。そのために、〈自信がないからやりたいことを決断できない〉時期が続いていた。しかし夫になる人と出会い、病気を持つ〈ありのままの自分を受け入れられると幸せになるチャンスがあると思う〉ように変化していた。そして、周りの人に意思表示をしたことをきっかけに、〈自分の希望は当然の欲求で、自分で決めていいと気づかされる〉体験をしていた。

### 1) 〈うまくいかない体験を繰り返して人生に絶望する〉

本研究の対象者の中には精神疾患の発病前後に不登校の体験、あるいは病状悪化により親や友人など身近な人との関係においてうまくいかない体験、就職・リハビリ・恋愛などが続かない体験を繰り返す女性や、結婚後も夫との関係がうまくいかない女性がいた。さらに、発病してうまくいかない体験を繰り返すことで、人生に絶望し夢や希望を持つことができない体験をしている女性もいた。

あたしが発病した時も、発病前の状態に戻れないという、絶望感みたいなのがずーっと付きまわっていて、ただ単純に言えば後ろ向きの性格というか。それで調子悪くなると、もう死にたくなるとか。ちょうど思春期が重なったからか、何か色々闇の中をぐるぐる回っていた。(ケース F)

妄想の世界から現実の世界に段々分かるようになってきたんです。そうすると、(中略)新しい自分になって、そういう時がものすごく大変です。やっぱり変わるという、自分を変えるというのがすごく大変で、辛かったです。20代はほぼリハビリで、いいことなんて何にもないという感じで、リハビリしてもしても結果が出ない、頑張っても頑張っても成果が出ないという時代でした。(ケース H)

## 2) <自信がないからやりたいことを決断できない>

対象者は全員、精神障がいを発病して自信をなくし、決断することを躊躇していた。出産に関しては、病気があることで自分自身にスティグマがあり、子どもを産んではいけないと思っている女性や、自分の病状さえコントロールできないため子どもを育てる自信がない女性、子どもを希望しても、夫は妻の体調を優先して子どもを作ることに積極的でないため最終的な決断ができない女性もいた。離婚に関しては、長期にわたり夫から暴力を受けていても、一人で育てる自信がないことから、夫と別れる決断ができない女性もいた。

私は欲しいけど、口では要らないはずと言いつづけていたので（中略）、子どもを産んではいけないんじゃないかと思って、病気もあるし。なんか…子育てできる自信がないと言うか。主人も、病気を持ってるので育てられないだろうからというのもあって要らないって思ってたみたいです。（ケース I）

（夫は）すごくかわいがる反面、いうことを聞かなくなると、蹴っ飛ばしたり。それがお酒を飲んでも飲まなくても、日常でも。私が言うことを聞かなくなったりすると子どもに手を出すんです。怖くて反抗できなかったです。で私にも 1 回暴力を振るってきて、殺されるかなと思うくらいの暴力があったんです。私も一人で育てていく自信がなかったから、なかなか離婚するていう、3 歳半まで離婚するという決断ができなくて。（ケース C）

## 3) <ありのままの自分を受け入れられると幸せになるチャンスがあると思う>

人生に絶望した対象者が、自信がなくて行動を起こすことができなかつた段階から、次の目標ができる段階であった。対象者の中には、発病により一旦結婚を諦めていたが、発病後に夫と出会い、病気があることを受け入れられて結婚に至った女性、長く交際をした後に発病して結婚に至った女性、妊娠が先となり家族から反対されても彼と支えあい結婚に至った女性がいた。つまり、ありのままの自分を受け入れてくれるパートナーに出会うことで、結婚や子どもを作ること、出産という次の目標に挑戦しようという気持ちを引き出された体験であった。その他に、施設のスタッフから母親としての力を認められ、子どもを引き取る可能性を示されると、希望を持つことができる女性もいた。



(彼は) すごい優しかったんで、私がどんなにマイナスなことを言っても受け止めてくれて、こんな人もいるんだって。病気の自分も、向こうも病気だけど、私よりは軽いなと思えて、私のひどい部分を知っても受け入れてくれる人なんだと思った。(ケース F)

児童相談所のベテランのワーカーさんが、「(乳児院に預けている) 赤ちゃんを返せと言ってくれるな」と言ったのよ。なぜですかって聞いたら、「ろくなことも出来ないくせに返せ返せと言う当事者が多すぎて」と言われたから、(中略) 一言もそのことに触れなかったの。そしたら逆に乳児院の先生に、「なんで返してほしいって言わないの？返してほしくないの？」と言われたから、「実はこう言われて」と言ったら、そうだったんだという話になって。(ケース E)

#### 4) 〈自分の希望は当然の欲求で、自分で決めていいと気づかされる〉

対象者の中には、精神障がいを持つことで子どもへの遺伝や服薬の影響を心配し、子どもを作るかどうか迷う母親がいた。また、計画的でない妊娠の場合に子どもを産むかどうか決断に迷い、精神科医療従事者に相談をすると、決断を任されたことで、障がいがあっても子どもがほしいという希望は当然の欲求であること、障がいがあっても自分には子どもを産むかどうかを決める権利があることに気づかされた体験であった。

妊婦が見れるような医学書があるんです。(中略) この薬はどのくらい危険かというのがちゃんと載ってて、それを見て「最終的にあなたたち二人が決めなさい」って(主治医に) 言われて、で「大丈夫だよ」とか言われて妊娠した。(ケース H)

主治医は反対されるかと思ったけど、されませんでした。(二人目) 産むことに対して。はっきりとは言わなかったですけど、反対もしていないし、自分で決めていいという感じなんです。ビックリしました。いいのかなって。(ケース L)

## 2. 【不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、行動を起こすことができる】

対象者の中には、結婚や妊娠・出産に関してまだ具体的に考えていなかった場合や、子どもが夫から暴力を受けている姿を目の当たりにしても一人で育てる自信がない場合が多かった。しかし、母親としての責任から、〈大事な子どもを守らなければと思い決断をする〉ことで、出産や離婚に踏み切っていた。母親は自信がなくとも意思表示をすることで、〈決断した事がうまくいくように周りの人から具体的な援助を受ける〉、〈決断した事を応援してくれる人がいるので次の行動を起こすことができる〉体験もしていた。その一方で、本研究の対象者は精神障がいを持つため不安が強く、〈決断に対する周りの冷たい反応で不安になる〉こともある一方で、〈不安な気持ちに共感し、絶えず大丈夫と保証され心強くなる〉体験もしていた。

### 1) 〈大事な子どもを守らなければと思い決断をする〉

対象者の中には、交際中に妊娠をした女性、病状のコントロールさえできない状況では子どもを産む自信がなかった女性、もともと子どもは苦手と感じていて、子どもを望んでいなかった女性がいた。しかし交際をするうちに子どもがほしいと気持ちに変化したり、妊娠をするとお腹の子どもを守らなくてはという母親としての気持ちが引き出されたりしていた。しかし、精神科医や家族から育児困難と判断され、中絶か施設に預けるかの二者択一を迫られた母親もいれば、病状悪化や育児ストレスから一緒に暮らすことで虐待を起こす不安がある母親もいて、いずれも、子どもの生命や成長を優先し、子どもを乳児院に預けるという苦渋の決断をしていた。通院中の産科から重症であることを理由に転院を要求された母親は、自分が怒りや不安を持つことで胎児に影響することを心配し、気持ちを切り替えて転院を決断していた。また、子どもに暴力を振るう夫に立ち向かうことができなかった母親は、先の見通しがいい状況で、一人で子どもを育てる自信がなくて、家を出るという決断がなかなかできなかった。しかし、子どもを暴力から守り、子どもには楽しい人生を送ってほしいという思いが強まり、離婚の決断に至っていた。つまりこれらの決断は、母親が望んだものではない場合もあったが、「子どもを守る」という思いは共通していた。

精神科の患者さんが妊娠したら、色んな病院をたらい回しにされるという事は何件も聞いたことがあったし、‘やっぱり来たかみたいな感じと、(中略) そんなことで動揺してられないと思って、動揺したら娘に伝わるし、で心がもう半分お母さんになっていた感じ。」「じゃ違う病院で産むからね」という感じでお腹に話しかけていました。(ケース H)

(子どもをかくまってくれる近所の) おじさんにも迷惑かかるし、自分達ももうやっていけないのよ。毎晩(夫の暴力に) 怯えて。子どもも怖い怖いで学校に行くようになって、夜逃げ同然で。(中略) やっぱり子どもが大事。子どもさえいれば私は何にもいらぬ。この子が生まれなかったら、私子どもいなかったんだから。だからこの子だけは大事だった。(ケース G)

## 2) 〈決断した事を応援してくれる人がいるので次の行動を起こすことができる〉

対象者の中には、自信がないため決断ができない、あるいは、障がいがある自分には自己決定をする権利がないと思っている人もいたため、意思表示することを躊躇する母親が多かった。そのため、意思表示をした場合に、一緒に喜んで応援や協力をしてもらえる体験だけでなく、反対はされない体験も後押しをされているという自信になり、次の行動を起こすことにつながった。計画的でない妊娠の場合、出産をするかどうかが大きな決断であり、家族や精神科医療従事者、福祉施設スタッフの言動が決断に影響を与えていた。子どもを生むことを周りから認められると、母乳で育ててみたいという次の目標を持つ母親もいた。一方、離婚の場合は、離婚する意思表示をした場合に、子どもや親きょうだいから応援をしてもらえたことで、自信のない母親が家を出るという行動を起こすことができた。一般に DV の場合は、一旦家を出ても再び家に戻るケースが多いが、本研究の対象者は、決して家に戻ることはなかった。

逃げられる場所というのは、とりあえず妹のところしかなかったもので、妹のところへ逃げて、「どうする、どうする？」って言って。でも 1 週間くらいしかそこに居れなくて、もう限界で。母もとにかく帰ってきなさいって、で帰るしかなくて。帰りたくなかったんですけど、でも情報もなくて。やっぱりもし(夫が) 刃物でも持ってきて襲われたら怖い。(ケース C)

上の子が小学校 6 年で下の子が小学校 4 年生の時です。「お父さんとお母さんとどちらでもいいから選べ」って言ったんですよ。残るか、お母さんと一緒に付いて来るか。そして二人ともお母さんと一緒に行くって、で付いて来て 3 人でアパート暮らし始めて、で私がパートの仕事出たりして、本当苦しい生活でした。(ケース B)

### 3) 〈決断した事がうまくいくように周りの人から具体的な援助を受ける〉

対象者は、出産や離婚、子どもを施設から引き取る決断に対して、それがうまくいくように、周りの人から具体的な援助を受けていた。出産の場合は精神科医に相談し、母親の病状と胎児への影響を考えて減薬や休薬などの服薬調整を行う母親や、母乳育児について相談する母親がいた。離婚の場合は、警察や福祉施設に保護を求める母親、家族や福祉施設のスタッフ、民生委員などに相談し、安心して暮らせるように住居や仕事の紹介、生活保護の情報を受ける母親もいた。その他に、施設にいる子どもを引き取るための話し合いが開かれ一緒に参加する母親もいた。

妊娠が分かってすぐに休薬しまして。(精神科医には) 母乳で育てたいと言っていたので、(出産後) 1 か月くらいしたら薬を飲むように言われていたんですけど。で母乳で育てるために、出産前も減薬した。(ケース I)

(家を出て実家に) 帰った時に母がすぐ生活保護を受けてすぐに母子寮に入りなさいって。親も、独り立ちさせたい、すごいわがままな部分もいっぱいあったので、一人で育てさせたいという思いもあったと思うんです。甘やかしてはいけないっていうのもあったと思うんです。(ケース C)

#### 4) 〈決断に対する周りの冷たい反応で不安になる〉

対象者の中には、妊娠をしても祝福されない、あるいは不安になるような情報を提供される母親がいた。また、育児能力がないと判断され、精神科医や家族から中絶を要求される母親もいたが、夫婦で出産を決断すると、家族の支援を得られなくなり孤立していた。重症という理由で、出産予定のクリニックから大学病院に転院を要求された母親もいた。その他に、子どもを施設から引き取る際に、夫や児童相談所、乳児院のスタッフの言葉に傷つき孤立する母親もいた。本研究の対象者は、意思表示をした後の周りの反応に敏感である母親が多かったため、このように家族や医療福祉関係者に自分の決断を認められないこと、または脅されたと感じる言動により孤独や不安を抱いていた。

妊娠中は奇形児が生まれるんじゃないかとすごい不安で、夢に見たり、色々調べてみた。姑さんがすごく心配してそういうことを言ったのか、あと産科の看護師さんに、「子どもを生んだら小児科がある病院に行ったほうがいいから、子どもがもしかしたら病気になって」と言われたので、何かあったらどうしようとすごく不安でした。(ケース M)

「●ちゃん(子ども)を帰しますけど、今お母さんの精神状態大丈夫ですか？」っていうことを、児相(児童相談所)の担当官が何回も(精神科外来に)来てドクターとだけ話して。旦那(精神疾患あり)のドクターの方には誰も行かないのよ。それもすごい差別というか。だって旦那の先生のところに「お父さんの状態どうですか？」って聞きに行ったこと1回もないし。子どもなついているのはお父さんの方なのにと思ったりした。(ケース E)

#### 5) 〈不安な気持ちに共感し、絶えず大丈夫と保証され心強くなる〉

このカテゴリーはすべて出産に関する語りであった。対象者は一旦出産を決断しても、出産までの長い期間に、障がいがある子どもが生まれるのではないかという不安、自分に子育てができるのかという不安、出産そのものに対する不安を拭い去ることはできなかった。しかし身近な家族や福祉施設スタッフから絶えず「大丈夫」と保証されて、心強くなる体験をしていた。対象者の中には、今まで関わってくれていたスタッフも同時期に妊娠し、支援者－利用者という関係ではなく、同じ妊婦という立場で絶えず大丈夫と保証され安心する母親もいた。また家族自身も子どもが無事に生まれることに対する不安が強かったが、対象者が不安にならないように、「一緒に頑張ろう」というスタンスで家族から精神的に支えられていた。「大丈夫」「一緒に頑張ろう」という言葉は、不安の波に襲われる母親にとって心の拠り所となり、その言葉を言われる度に心強く感じていた。

(グループホームの) 交流室のスタッフの一人が、予定日がほとんど変わらない時に妊娠して、それで後々妊娠中の生活の時はそのスタッフとすごい一杯喋って、結構色んな悩み事とか心配事とかも。すごい状況が似ていたので、それがすごいよかった。交流室に遊びに行って喋って、妊娠友達みたいになって。(ケース F)

(出産予定の産科クリニックから大学病院に転院した時) 「統合失調症なんですけど、大丈夫ですか」って先生に確認した時、「大丈夫ですよ」って言われた時とか、もうどんな産婦人科医も神様に見えるという感じでした。(ケース H)

### 3. 【病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに関わりた という思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ】

対象者は、出産や離婚などの決断を行動に起こした後に、再発や睡眠不足による〈病状悪化で子どもを育てる余裕がなくなる〉という危機状況に陥り、〈思うように子育てができない自分に自信をなくす〉体験をしていた。しかし母親は、幼い子どもの生命を守らなくてはならないという母親としての責任から、〈助けを求めて何とか辛い時期を乗り越えようとする〉努力もしていた。それに対して支援者から、〈育児が重荷にならないように、エネルギーを充電する時間を作ってもらおう〉、〈親身に関わってくれる人がいるから、子どもに関わりたという思いが引き出される〉体験をすることで、母親は心身ともにエネルギーの充電ができた。また、〈愛おしい子どもと一緒にいたいという思いを支えられる〉体験もエネルギーの充電となり、〈元気付けてくれる人がいるので、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ〉ことができると、少しずつ自信を獲得するというエンパワメント体験をしていた。

#### 1) 〈病状悪化で子どもを育てる余裕がなくなる〉

対象者の中には、入院を余儀なくされる程の病状悪化により子どもを育てることができない体験をした母親もいた。最も入院期間が長い母親は、数年間に渡り短期の入院を繰り返したために、子どもを施設に預けて子どもと離れた生活を余儀なくされた。対象者のほとんどは入院の必要はなく、子どもと一緒に暮らしていたが、育児による睡眠不足、身体的疲労や身体症状、不安やイライラにより、子育てを辛く感じて子どもを育てる心の余裕がない、または子どもを生んだことを後悔する母親もいた。病状悪化や子どもを育てる余裕がない期間や程度は対象者により様々であったが、子育てに余裕がないと感じる時期は、出産直後から子どもが6ヵ月頃までの期間に集中していた。

服を着た子どもを抱っこしたままぬるま湯でシャワー浴びたりして。幻聴が聞こえてそうしないといけないと言われて。それで子どもの関節が外れていく幻覚があるし、おっぱいあげ続けると大丈夫というか、あげて離すと元に戻るといふ幻覚を見ていて、おっぱいあげなくてはいけないという思い込みがあって、ずっとおっぱいあげたり。でもその関節外れる感覚があるから、怖くなって抱っこもできなくなったりして。(ケースI)

精神的な体調良かったんですけど、(身体的)体調は崩していたような気がします。やっぱり疲労が重なったりしていたのかな、今思うと。(中略)確かに2ヶ月くらい下痢が続いていた。悲鳴上げて実家に帰って。子ども連れて。(中略)(実家で母が)ミルクあげてくれたり、ご飯作ってくれたり。それは助かりました凄いです。私は寝てるだけ。(ケースF)

## 2)〈思うように子育てができない自分に自信をなくす〉

対象者の中には、睡眠不足によるイライラや体力の限界から子どもと居ることが苦痛になる母親や、不安が強くイライラして子どもを叩く自分が嫌になる母親もいた。また、施設に預けている子どもとの愛着形成がうまくいかず、自分になつかない子どもに対して葛藤を抱く母親、自己主張をする子どもに対して、どのように関わればいいのかわからず、自信を失くし、子どもから逃げたくなる母親もいた。

イライラして物をこぼしたかなんかでぶち当たって、2-3回で済んだんだろうか、何回か子どもに当たることがあって、叩いて思い切り叩いて。今でも覚えているんですけど、叩いてしまったことを後悔して。なんか止められないんです、止まらなくなっちゃうんです。どうしようもなく。そういうのもあって“変だな私って”というのがあって。(ケースC)

娘は旦那の方になつっちゃったのよ。て言うか私がどうしていいか分からなくて、子どもに対して。だから変な風に距離をとったんだ、私が。(中略)ご飯をあげるのも、おむつ替えるのも、お風呂に入れるのも、寝かしつけるのも旦那ってなって、あたし何もできないじゃないっていうことになって。(ケースE)

## 3)〈助けを求めて何とか辛い時期を乗り越えようとする〉

対象者の中には、危機的状態においても自分にできることは自分で行動するように気持ちを切り替える母親もいた。しかし、自分だけではどうしようもない状況になると、家族や医療福祉関係者など、頼れる人に助けを求めて何とか辛い時期を乗り越えようとしていた。ほとんどの母親は、特に乳児期を辛いと感じていて、子育てに限界を感じて子どもに辛く当たる恐れがあると感じた母親は、子どもの安全や健康な成長を願い、施設に預ける相談をするために自ら福祉関係者に助けを求めていた。



吐いたり、物をこぼしたりがすごい几帳面で嫌で、それをしてしまうとありえないくらい逆上して、「どうするのよこれ」で何回もありました。その度に冷静になって「あなたは悪くないのよ。怒ったママが悪いから」と抱きしめて。で病院の先生に相談したり、小児科に行った時に、「先生実はこういうことがあって、大丈夫でしょうか」と。(ケース C)

ヘルパーとか頼む前に、預けたことありますね。やっぱり一杯一杯になったことがあって、乳児院に 4 か月くらいです。(中略) 寝不足と疲れと、イライラです。その時も子家セン(子ども家庭支援センター)も入ってました。あと保健センターの人とか、こっちから助け求めたのもあります。(ケース L)

#### 4) 〈育児が重荷にならないように、エネルギーを充電する時間を作ってもらおう〉

対象者は、育児を重荷と感じないように、支援者から家事や育児の援助を受ける間に身体的エネルギーを充電していた。家族が協力的な場合には、夫や両親、姑などから家事や育児を手伝ってもらえる場合が多く、家族の協力が得られにくい場合には、訪問看護師やヘルパー等の福祉施設スタッフから家事や育児の支援を受け、その間に母親が休息する時間を作っていた。また、家族以外の信頼できる人や保育園に子どもを預けて睡眠時間を確保する母親も多かった。向精神薬を服用しながら夜間の授乳をする母親にとって、昼間に睡眠時間の確保をすることがエネルギーの充電になり、育児を重荷に感じず、新たに子どもと関わる力となっていた。母親が入院を余儀なくされた場合にも、子どもを施設や夫の実家に預け、治療に専念できる体制を整えていた。

もう二人で看れないというので、私里帰りしなかったの、家事もやって、(中略)母が昼間見に来てくれて、その間になるべく疲れを取るために、昼寝をする。毎日来ていましたその時は。で母が夜ご飯とかも適当に作って持ってきたりして、それを夫と食べて、すごく助かりました。(ケース H)

夫は基本ほっとくタイプで、私が調子悪くて、気分的に落ち込んで寝てたりしてもあえて励ますことは言わないんです。ほっといたら浮上してくるから。それまで家事とかやらないといけないことをやる感じで、(中略)頑張れとか言わないので、それはそれでいいかなど。(ケース M)

5) 〈親身に関わってくれる人がいるから、子どもに関りたいという思いが  
引き出される〉

対象者は、辛い体験をした時やストレスが溜まっている時に、身近にいる家族や福祉施設のスタッフに、あるいは身近に相談相手がいない場合には電話相談などの周りの人に親身に話を聴いてもらっていた。また、一人では十分な子育てができない場合には、そばにいる夫や両親、看護師や福祉施設のスタッフから絶えず励まされ、さりげないサポートを受けると、気遣ってもらえていると感じる母親もいた。このように親身に関わってくれる人がいることで、自分の大変さや辛さを理解されたと感じて心のエネルギーを充電でき、自分も頑張っって子どもに関わり続けたいという思いを新たにすることができた。また同じように精神障がいを持ちながら子育てをしている母親がモデルとなり、頑張ろうという意欲を引き出される母親もいた。

初めて単独で（施設に預けている子どもに面会に）行った時、（お金がなくてお寿司を食べさせてあげられなかった）あの悔しさは何年経っても…、（中略）もう泣くに泣けなかったです。（面会から）帰ってきて（母親が入居している女性保護施設の）寮長に、その話してワンワン泣きました。（寮長が）「今度行ったら、必ず食べさせられるように頑張ろうね」て。人に聴いてもらおうとすっきりする。モヤモヤしてるじゃん、一人で考えてたら。寮長先生の場合は、結構親身になってもらえるし。（ケース G）

（\*Gさん：子供を施設に預け、自分も女性保護施設に入居中であった。）

あの時の自分は入院する程の症状ではなかったと思うので、ただ育児から逃げたいだけで。一度夫が、「子どもを看てるから実家に帰ったら」という時があって、子どもと夫を置いて、実家に帰ったことがあるんですけど、でもすごく寂しくて、子どもに会いたいし、ですぐ帰って来て、自分は子どもと離れるのは止めようと思った。（ケース M）

## 6) 〈愛おしい子どもと一緒にいたいという思いを支えられる〉

このカテゴリーのほとんどは、再発により入院をせざるを得なかった母親や、育児困難により子どもを施設に預けざるを得なかった母親、別居の際に夫に子どもを連れて行かれた母親など、子どもと離れた体験がある母親から語られた。怠薬による再発で入院に至り、子どもと離れた生活を余儀なくされた母親は、子どもに会いに行くと責められているように感じながらも、逢いたいという思いが強かった。子どもと離れて暮らしていた母親全員が、家族や福祉施設スタッフ、弁護士などから、子どもに会いたいという思いを支えられて、母子関係を形成・維持できるように定期的に面会をする機会を作っていた。子どもと離れていた期間が12年に及ぶ母親もいたが、継続したサポートがあり、子どもと一緒に暮らす希望を諦めず持ち続けることができた。また、育児から逃げたくなるほどの辛い気持ちを夫に共感され、実際に子どもと離れる体験をしたことで、子どもの存在の大きさに気づき、子供と一緒にいたいという思いを新たにした母親もいた。

父と弟が頑張ってくれて、▲県から主人の実家に連れて行ってきて、入院中も子どもにはたまに会えていました。2か月に1回くらいのペースだったと思います。子どもに会うと、「何で会いに来てくれないんだ」とか、「一緒にいてくれないんだ」とか言われているような、泣き声にそういう声に乗ってきて。でごめんなさいと思ってずっと泣いていました。(中略) 悲しくて早く会いたくて。(ケースI)

(女性保護施設の) 先生が「お子さんところ行きませんか」って言うから、「行きたいです」って言って。小学校2,3年で、向こうからも泊まりに来るようになった。ここ(女性保護施設)に小さい一軒家があって、そこで2泊、3泊したかな? 私にとって4回(1年のうちに会える回数)が4回でなくもっと会っているよう。要するに、日にちは少ないんだけど、何日経ったら来るっていう楽しみがあるじゃないですか?(涙) ソワソワだった。ドキドキもあるし、今日から3日(子どもと)一緒に居れるんだな〜って。(ケースG)

### 7) 〈元気付けてくれる人がいるので、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ〉

対象者の中には、入院中に子どもがいる母親ということを理解して関わってくれる看護師の言葉に元気づけられたり、医師から具体的な問題解決方法を教えてもらったり、家族や福祉施設のスタッフ、同僚から気楽になるアドバイスをもらい、子育てから逃げたくなる程の辛い時期を何とか凌ぐ母親もいた。その他に、自分と同じように精神障がいを持つ母親から話を聞いたり、ピアの母親が子どものために頑張っている姿を見て目標となり、自分にも子育てができそうだという期待を持つことができる母親もいた。

お兄ちゃんの高校に行って先生が「(子どもが) タバコ吸ったのが見つかった」とか。「何やってるんだよお母さんは一体。片親で育てると思うんならば、それなりの覚悟もして別れたんだろうから、もうちょっと子どものこと面倒見ないとダメだよ」って言われて。担任の先生から、学年主任の先生から、校長先生から。(中略) 学校と私と担任の先生との連絡を通して卒業までこぎつけたと言う感じ。(ケース B)

担当の看護師さんが、「まだ 1 才だったら大きくなって記憶がないから、今入院して、しっかり治して戻った方がいいよ」って言われて、元気づけられていました。(ケース I)

#### 4. 【何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことが出来なくても自分が 子どもを育てていきたいと思う】

対象者は、危機状態を乗り越えたことで自信がつく体験をした後にも、再び不安になることもあった。対象者は、まだ乳幼児期の子どもを持つ母親が多かったため、発言の数は少なかったが、〈病気のために十分なことが出来ないことや将来のことを心配し子どもに申し訳なく思う〉母親がいた。この罪悪感は母親にとって拭い去ることはできない感情であり、自信の低下に影響していた。その一方で、〈子どもが一番だからのんびり病気をしている場合ではないと思う〉、〈子育ての辛い時期に愛おしい子どもの笑顔や成長に支えられたと感じる〉という体験もしていた。子どもの気遣いや感謝の言葉がエネルギーになる場合もあるが、子どもの存在そのものが、母親役割を引き出し力が湧く体験となっていた。また、〈何かあればずっと助けてくれる人がいるから安心できる〉、〈日々頑張っていることを認められると、母親として自信が持てる〉、〈他者との関わりで強くなり自分が子どもを育てていきたいと思う〉体験をしていた。

##### 1) 〈子育ての辛い時期に愛おしい子どもの笑顔や成長に支えられたと感じる〉

対象者の中には、施設に預けている子どもと一日でも早く一緒に暮らしたいという目標があり、辛い時期を乗り越えたと感じる母親もいた。また、自分のことは疎かにしていた母親も、子どもがいるから母親としての責任を引き出され、子どものためだと頑張ろう、頑張らなくてはという思いが湧いてきて、危機状況を凌いだ母親もいた。子どもから感謝の言葉や労いの言葉をかけられて、精神的に助けられたと感じる母親もいた。母親は育児を負担に感じることもあったが、それ以上に自分の子どもだからかわいいと思い、子どもの笑顔や成長を見ることを幸せや喜びと感じ、子どもの存在そのものが、生きる上でのエネルギーとなっていた。対象者の中には乳児期に危機的状況を体験し、その時期を一番大変と感じていた母親が多かったため、乳児期を何とか凌ぎ、現在安定して何とか子育てを行っていることから、自信を獲得していた。

調子悪いとやらなかったりすることを、息子のためだと泣きながらでもやったり。守ろうとか、これをしないとこの子は生きていけないとか、そういうのから見えない力といますか湧いてきて、もう眠くてもミルク作ってあげて、この子が喜んでミルク飲んでくれるんだったらいいやとか、本当に笑ってくれてると、産んで良かった～って。(ケースJ)

「お母さん大好き」と言われた時はすごい嬉しかった。まだアイウエオがよくわかっていなかった時代に、「うかさん（お母さん）が元気になったら、一緒に遊ぼうね。応援しているから、早く良くなってね」と書かれた紙があって、それを初めて見つけた時には、びっくりしたけど、すごい嬉しくて、一番大事な物が入る所に入っている。（ケース E）

## 2) 〈子どもが一番だからのんびり病気をしている場合ではないと思う〉

対象者の中には、幼い子どもの命を守る責任があると感じる母親や、子どもに必要とされていると感じる母親がいた。そのため、子どもと一緒に暮らし続けるためには、自分が治療を続け、健康な状態を維持する必要があると自覚する母親もいた。特に怠薬による再発をした母親は、子どもと離れた生活を経験したことで、治療の必要性を強く感じていた。その他に、子どもの言葉から健康な状態を維持する必要があると自覚する母親もいた。

「お母さんは具合が悪いんだから、お父さん夕飯作ってよ」と言ったのよね、流暢に。2歳の時に。（中略）ビックリしてさ、あたしここでこんなのにのんびり病気なんかしてる場合じゃないと思って、その時は私が慌てて料理作って、何とか間に合わせて作ったんだけど。（ケース E）

上の子は、今二人お父さん出来たので、この子の方が気の毒と言うか、心開けるお父さんが今いないような気がするんですけど、悪いことしたなという気がするんですけどね。逆にそんなこと考えると、ちゃんとしてなきゃまずいなと思って、体調を崩している場合ではないし。（ケース K）

### 3) 〈病気のために十分なことが出来ないことや将来のことを心配し子どもに申し訳なく思う〉

対象者の中には、入院により子どもを長期間施設に預けて子どもと関わる時間が少なかった母親や、病状や服薬の影響で子どもの遊び相手が十分にできない母親がいて、子どもに申し訳なく思っていた。また、両親に障がいがあることで、子どもが将来傷つくことを心配したり、子どもの発症を心配したりして申し訳なく思っていた。

今誰とも思い切り遊ぶことなく、遊びに行ったりしないんですね、上の子。学校いる間遊ぶだけで。(中略) しっかり地を出せるのはお人形遊びをする時くらいかなと思うくらい出せてないで、そこがかわいそうだなと。(中略) いつも私の様子うかがって生きているのかな? どうしようって。ハハハ、ごめんと思うんですけど。(ケース K)

(薬のせいで) 夜は弱いから、9時過ぎたくらいであたし寝るの。そうすると子どもが8時半くらいにオセロやろうって言ってきても、(中略) あたしが出来ないから怒らせるのかなと。あの子の要求水準もそんなに高くはないのよ。ちょっと私が(遊び)相手したらいいんだらうって思うけど、それができなくて苦しいなというのが結構あって。(ケース E)

### 4) 〈何かあればずっと助けてくれる人がいるから安心できる〉

対象者の中には、危機状態の時に家族に被害妄想を抱いたり、家事や育児を依存したりして迷惑をかけたと思っている母親もいた。しかし現在も必要時には助けてもらえることで、安心して自分が主体的に子育てをすることができていた。その他に、母親や子どもが以前入所していた施設のスタッフから、退所後も継続して支援を受けられる関係を維持している母親もいれば、継続して担当する精神科医を頼りにし、定期的に関わる訪問看護師がいることで安心する母親もいた。また、新しい人と関係を築くまでに時間がかかるため、交代がなく同じスタッフに担当してほしいという語りが複数の母親からみられた。この段階では、サポートを必要とする頻度や程度は少なくなるが、自分の状況をよく知っている人が継続して見守る体制があることは、何かあった時にはすぐに助けを求められることができるという安心感となり、それが母親の自立を促していた。

あたしが女だから（息子は）言えないこともあるし、事件起こしたでしょ？であの事件から「男の悩みも聞けるから僕（以前入所していた施設の副寮長）が（息子の）担当になります」って。やっぱり安心よ。P先生（副寮長）がいてQ先生（精神科主治医）がいるから、私に言わなくたって男同士だから言えることもあるし。（ケースG）

なるべく一人で悩まないように、抱え込まないようにしていました。（訪問看護では）最近の様子とか、たわいのない話、愚痴とか喋って、聞いてもらって話を。訪問看護師の方が一番役に立っています、それと主治医の先生。もう6年以上今通ってて病院とか、ずっと同じ先生で、最初は話しにくかったんですけど、時間が経つにつれて親しくなって、話しやすくなりました。（ケースL）

#### 5) 〈日々頑張っていることを認められると、母親として自信が持てる〉

対象者の中には、自分では支援者と認識していなかった保育士や近所の人から、母親として日々頑張っていることを評価された時に、見守ってくれている人の存在に気づいた体験、あるいは、人生に絶望していた頃を知っている知人から、母親になり強くなったと評価された体験が自信となっていた。また、訪問看護師のアドバイスを受けて心に余裕ができ、些細な身だしなみに気を遣うようになったところ、久しぶりに会った家族が変化に気づいて肯定的な評価をされたことが、自信となった母親もいた。

保育園に通いだして1年かした頃に、知らないおばさんに「あなた大分元気になったわね」って言われて。心配されてみたい。「（子どもが）赤ちゃんの時凄く心配、疲れているとか不安そうだったから心配してたのよ。でも元気になってきたわね」と言われたんです。近所の人です。嬉しかったです。（ケースM）

徐々に変わっていったんじゃないですか？考え方とか精神的に。前の時に比べるとやっぱり。言われますね周りにもやっぱりなんか、「母親らしくなってきた」とか言われます。いや私は全然自覚はないんですけど、周りが言いますね。（ケースL）



#### 6) 〈他者との関わりで強くなり自分が子どもを育てていきたいと思う〉

対象者の中には、ピアグループの保健師から受けたアドバイスにより、考え方の幅が広がり、そのアドバイスを思い出して自分を励ましている母親もいた。また、障がいがあるから子育てが大変と思っていた母親は、健康な母親の子育てグループの仲間との関わりを通して、悩んでいるのは自分だけでないことに気づき、孤独感が減少していた。その他に、ピアグループでは、病気のことを隠さずに子育ての悩みをオープンに話すことができることで共感し合い、同じ仲間が頑張っているから自分も頑張ろうと思えていた。このように他者との関わりを通して自分が精神的に強くなると、サポートに頼らずに、これからは自分が主体的に子どもを育てていきたいという意志を持つように変化していた。

子どもが何かあった時にすぐ「お母さーん」って来るじゃないですか。なんかすごく必要とされているというか。一緒に子育てしている人に、「私の子ども、私じゃないとダメな時はダメなんですよ。他の人じゃ泣いちゃうんですよ」って。たら「大変ですね」って言われたんですけど、「でもそれも嬉しいですよ」って言われて、そうだな～って。(ケースM)

(ピアグループの)保健師さんが(中略)「家事だけやれば、三食昼寝付でしょ」って言われて。これだけやれば三食昼寝付で、これだけ贅沢な生活ができるんだと思って。子どもと一緒にだし、入院している時には子どもと一緒に居られなかったし。辛くなった時には、これだけやればいいんだって、言い聞かせています。(ケースI)

### Ⅲ 母親が体験しているエンパワメントに関するカテゴリーの統合

精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験について、他者からエンパワメントされたことで母親の自信の度合いがどのように変化したのかという観点から、母親の体験しているエンパワメントに関するカテゴリーの統合を記述する（図1）。

この階段図は、エッシャーのリトグラフの基になったペンローズの絵（Frisby,1987）を一部改変したものである。心理学でよく用いられるエッシャーの「上昇と下降」と表題の付いたリトグラフは、修道僧が永遠に終わりのない階段を上ったり下りたりしているもので、上り続けても永遠に高いところに辿り着けないということで、だまし絵としても使われている（Frisby, Hofstadter, 1987; Shepard, 1993）。本研究でこの改変図を用いた理由は、本研究結果における母親の自信の度合いが、この絵のトリックにおいて説明できると考えたからである。そのため、この階段の高さ、つまり自信の度合いを説明することにおいてのみ、この図を用いる。以下に本研究結果について、図を用いて説明する。

図の4つの面それぞれはカテゴリーを、矢印は進行方向を示す。左の側面が起点となり、【人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、幸せになるために自分で決めていいと気づかされる】から右回りに、【不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、行動を起こすことができる】、【病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに関わりたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ】、【何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことが出来なくても自分が子どもを育てていきたいと思う】のカテゴリーの方向に進む。母親は育児のプロセスにおいて常に《母親であり続けたいという思い》を持っているが、自信がなくなると挫けそうになる。そのため支援者から《母親であり続けたいという思い》を支えられ、パートナーとして伴走してもらうことで、《母親であり続けたいという思いを引き出し保証され続ける体験》というコアカテゴリーに統合された。

次にこの図のトリックについて説明する。この図は、子どもが成長しても、母親にとってはいつまでも子どもは子どもであり、子どもとの関わりは永遠に続くことを示している。この図は元々、登りつめても永遠に高い所に行く事ができないという意味であるが、本研究では、永遠に自信を獲得することができないという否定的意味でこの図を用いるのではなく、自信の度合いを説明するために用いる。精神障がいを持つ母親には脆弱性があるため、本研究の母親も病状が不安定になることもあり、母親としての自信が揺らぎ

ながら子どもと関わっていることが明らかになった。成功体験を通して自信を獲得しても、危機的状況や課題に直面すると自信を喪失しやすい。自分の足元をしっかりと見て、過去を振り返ると以前より自信を獲得していると感じますが、新しいことにチャレンジする前や将来に向かうと、不安になり自信がなくなる。しかし、自信を喪失したと以为ていても、見方を変えれば、それは次のステップに進むための充電期間となる。一方、他者から見ると自信を獲得しているように見えても、本人は自信がないと感じている場合も多い。つまり、この階段はトリックであり、どこに視点を置くかにより階段、つまり自信の度合いが異なって見える。そのため、対象者が自信を持つことができるような見方を支える必要がある。

4 つのどのプロセスにおいても、自信のレベルは低い状態と高い状態があり、単純に自信を獲得していくわけではない。このプロセスは何度も繰り返されるため、自信を獲得すると、自己決断をして主体的に行動する機会が増え、危機的状態を回避し、次のプロセスに進むこともあると考えられる。そして、成功体験を積み重ねると徐々にサポートを必要とする機会が減り、自分の力でできることが増え、たとえ危機状態に陥ったとしてもその程度が軽くて済むというプロセスを辿ると予測される。

次に、母親の体験しているエンパワメントに関するカテゴリーの統合について説明する。対象者は精神疾患を発病後、〈うまくいかない体験を繰り返して人生に絶望する〉体験をしており、将来の希望を描くことができず、〈自信がないからやりたいことを決断できない〉時期が続いていた。けれども、夫になる人と出会い、障がいを持っている〈ありのままの自分を受け入れられると幸せになるチャンスがあると思う〉。そして、周りの人に意思表示をしたことをきっかけに、〈自分の希望は当然の欲求で、自分で決めていいと気づかされる〉ことで、【人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、幸せになるために自分で決めていいと気づかされる】というように希望を持つ体験につながっていた。

対象者は、自信がなくても母親としての責任から〈大事な子どもを守らなければと思い決断をする〉、〈決断した事を応援してくれる人がいるので次の行動を起こすことができる〉ように変化していた。意思表示をしたことで、〈決断した事がうまくいくように周りの人から具体的な援助を受ける〉場合もあるが、〈決断に対する周りの冷たい反応で不安になる〉こともあった。しかし、〈不安な気持ちに共感し、絶えず大丈夫と保証され心強くなる〉というように、【不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、行動を起こすことができる】ことで、自信につながる体験をしていた。

対象者は、出産や離婚などの行動を起こした後に、〈病状悪化で子どもを育てる余裕がなくなる〉という危機状況に陥り、〈思うように子育てができない自分に自信をなくす〉体験をしていた。しかし、母親は〈助けを求めて何とか辛い時期を乗り越えようとする〉努力もしていた。そして母親は、支援者から、〈育児が重荷にならないように、エネルギーを充電する時間を作ってもら〉、〈親身に関わってくれる人がいるから、子どもに関りたいという思いが引き出される〉ことで、心身ともにエネルギーの充電ができる体験をしていた。また、〈愛おしい子どもと一緒にいたいという思いを支えられる〉、〈元気付けてくれる人がいるので、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ〉という体験を通して、【病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに関わりたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ】という、行きつ戻りつしながら母親として自信を少しずつ獲得していく体験をしていた。

対象者は、危機状態を〈子育ての辛い時期に愛おしい子どもの笑顔や成長に支えられたと感じる〉、〈子どもが一番だからのんびり病気をしている場合ではないと思う〉とともに、〈病気のために十分なことが出来ないことや将来のことを心配し子どもに申し訳なく思う〉体験もしていた。また、〈何かあればずっと助けてくれる人がいるから安心できる〉、〈日々頑張っていることを認められると、母親として自信が持てる〉、〈他者との関わりで強くなり自分が子どもを育てていきたいと思う〉体験をしていた。つまり、【何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことができなくても自分が子どもを育てていきたいと思う】まで成長する体験をしていた。

このように対象者は、他者との関わりを通してエンパワメントされ、《母親であり続けたいという思いを引き出し保証され続ける体験》をしていた。

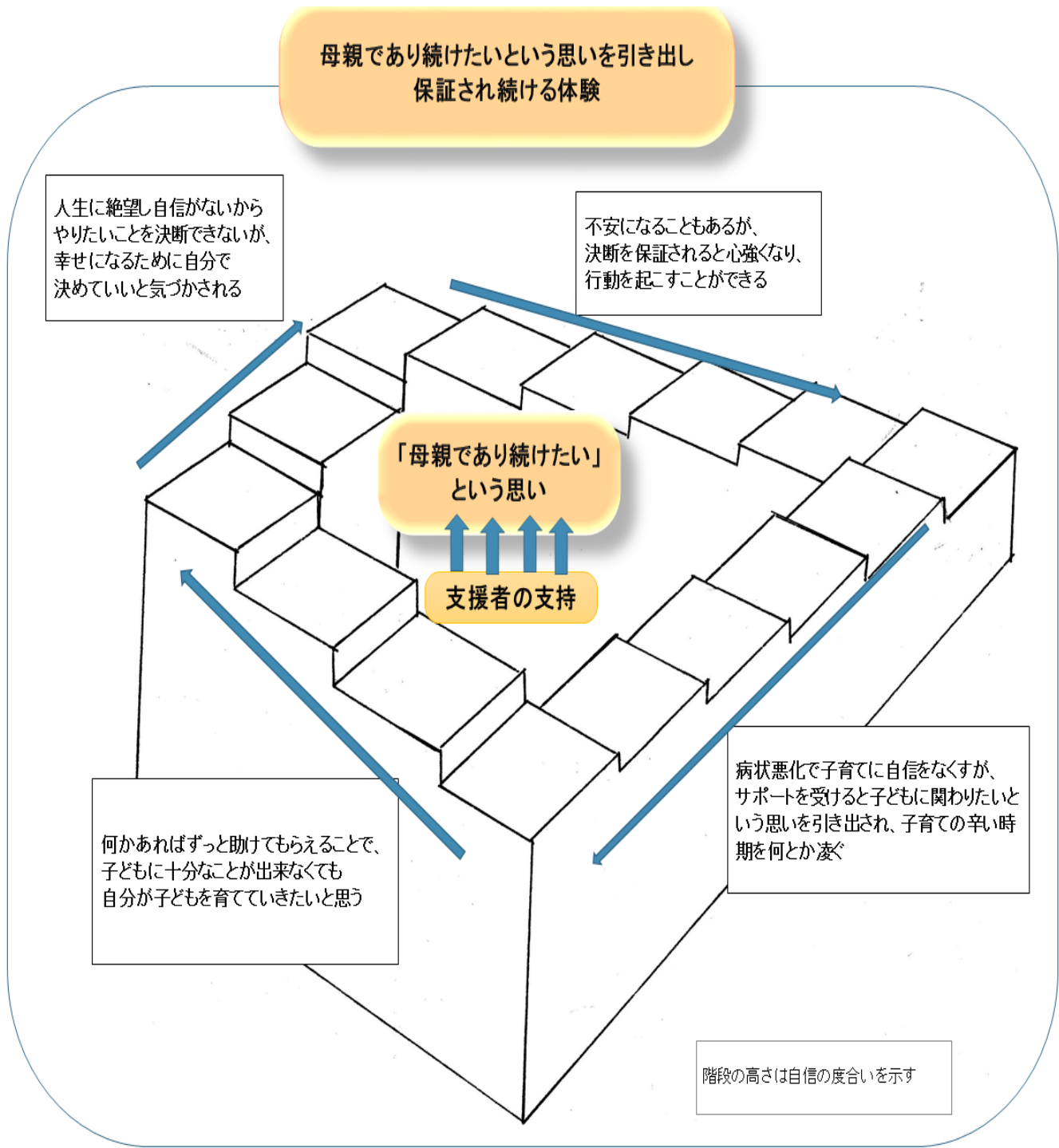


図 1 精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを  
通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験

## 第6章 考察

本研究は、精神障がいを持つ女性が、子どもとの関わりを通して他者から支援を受けながらどのようなエンパワメントを体験しているのか記述することを目的とした。分析の結果、本研究の対象者は、精神障がいを発病後人生に絶望してパワレス状態に陥っていたが、他者との関わりの中で、障がいがあっても自分の将来を自分で決定する権利があることに気づかされ、子どもとの関わりを通して、様々な行動を起こしていた。その後危機状態に陥ることもあるが、子どもに関わりたいという思いを引き出され、何とか子育ての辛い時期を凌いで自信を獲得していた。しかし、その後も葛藤や自信が揺らぐこと体験をしながら、母親として少しずつ成長していたことが明らかになった。ここでは、パワレス状態であった母親が子どもとの関わりを通して、他者からサポートを受け、自信を獲得し成長していくプロセスに焦点を当てて考察を深める。

### I 精神障がいを持つパワレス状態にある女性の結婚・出産・子育てにおける自己決断

本研究の対象者である精神障がいを持つ女性は、精神疾患を発病したことにより、〈うまくいかない体験を繰り返して人生に絶望する〉、〈自信がないからやりたいことを決断できない〉段階にあった。栄（2003）は、精神障がい者のパワレスに関連する要因として、精神疾患から生じる心身機能の低下、日常生活における活動の制限、社会資源の不足に起因する選択の機会のなさ、医学モデルにおける専門職主導型の治療関係、偏見などの抑圧的な環境などを指摘している。このことから、本研究の対象者である女性も、発病により失敗体験を繰り返して絶望し、学習された無力感（Gutiérrez et al., 2000）を抱いてパワレス状態に陥っていたと考えられる。

しかし本研究の対象者は、その後、夫になる人に出会い結婚に至っていた。希望をなくし、結婚を諦めていた女性にとって、病気を持っていることを理解されて結婚できたことで、〈ありのままの自分を受け入れられると幸せになるチャンスがあると思う〉ように、将来に対して希望を持つきっかけになったと考えられる。寺田ら（2010）の調査によると、10代後半から20代前半に統合失調症を発症し、長期間入院生活を送ってきた精神障がい者は、「人と関わりたい」という意志や「異性への関心」を持っていたと報告されている。また、川村ら（2007）は、30～50代の統合失調症の男性は、人と一緒に過ごす事で、寂しさや不安を紛らわせ、楽しさや心強さを得ていたと報告している。このことから、性別は異なるが、本研究の対象者も、恋愛や結婚、子育てのニーズを持つことはごく当然で

あり、あるがままの自分を心の底から認め受け入れられた時、初めて変化が生じる（諸富, 1997）契機となったと考えられる。つまり、これらの受け入れられた体験が、人生に豊かな影響を与えた（池淵, 2010）と言える。

本研究の対象はパワレス状態にあり、自分には自己決定をする権利がないと思い込んでいたが、意思表示をした後に支援者から決断を任されたことで、〈自分の希望は当然の欲求で、自分で決めていいと気づかされる〉体験となった。Gibson（1991）は、「人には、成長する力、自己決定する力があり、それらは尊重されなければならない。また、人は情報や援助を必要とする時もあるが、自己決定し行動を起こす能力を持つ」と述べている。また、プロセスの中で重要なのはリソースの選択、アクセスの方法、その時期などの自己決定であり、自己決定や選択はパワーのコントロールを意味する（久木田, 1998）とも言われている。このことから、【人生に絶望し自信がないからやりたいことを決断できないが、幸せになるために自分で決めていいと気づかされる】体験は、パワレス状態にあった女性が、自己決定・選択をする力があることに気づき、コントロール感を実感できる体験となり、パワレス状態から抜け出すきっかけとなっていたと言える。

## II パワレス状態の女性が希望を引き出された体験

本研究の対象者は、【不安になることもあるが、決断を保証されると心強くなり、行動を起こすことができる】、【病状悪化で子育てに自信をなくすが、サポートを受けると子どもに関わりたいという思いを引き出され、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ】という体験をしていた。精神障がい成因として、ストレス-脆弱性理論が唱えられているように、精神障がいを持つ人はストレスにより病状が悪化しパワレス状態に陥りやすいが、本研究の対象者である母親は、パワレス状態からどのようにエンパワメントされ変化していったのかについて以下に論じる。

### 1. 希望を意思表示した後に保証され主体的な行動を支えられた体験

本研究の対象者は、出産や離婚などを決断する前に葛藤があり、パワレスな状態であるために中々決断できずにいたが、最終的には、自分よりも子どもの安全や幸せな成長を願い、〈大事な子どもを守らなければと思ひ決断をする〉体験をしていた。精神障がいを持つ母親は、自分よりも子どものニーズを優先する傾向にあると言われている（Nicholson et al., 1998）が、本研究の母親も同様の結果であった。このことから、パワレス状態ではあっても、母親は子どもがいることで、母親としての責任感を引き出されたと考えられる。

本研究の対象者は、出産や離婚を決断した後に意思表示をすると、〈決断した事がうまくいくように周りの人から具体的な援助を受ける〉、〈不安な気持ちに共感し、絶えず大丈夫と保証され心強くなる〉、〈決断した事を応援してくれる人がいるので次の行動を起こすことができる〉という体験をしていた。つまり、本研究において多くの支援者は、決断が実現可能かどうかという視点ではなく、母親の希望を尊重し、母親の力を信じてサポートをするというスタンスで関わっていた。麻原（2000）は、人間には元来、自身と環境をコントロールする潜在能力が存在し、相互作用により個人の変化が起こるというエンパワーメントの概念について説明している。また、西田（2010）は、母親と専門家との関係が構築されること、共感し分かち合うことが母親をエンパワメントするパートナーシップの構築になると述べている。このことから、本研究の母親にとって、自分の決断の正当性に対する承認・尊重、応援や保証をしてもらえる体験は行動の後押しとなった。自分の潜在能力を信じ、気持ちを共有し、寄り添ってくれるパートナーがいるという安心感が、パワーを得るエンパワメント体験となり、行動を起こすことができたとと言える。つまり、自分がどんなことをし、どんなことを言っても受け入れてもらえる「空間」を他者との関係の中で体験することができる時、人はありのままの“自分自身”になれる（諸富, 1997）と考える。

一方、本研究の対象者は、自分の決断に自信がないため、〈決断に対する周りの冷たい反応で不安になる〉こともあった。支援者は、向精神薬を服用しながら生活をしている母親には育児能力がないと判断し、母親の病状が悪化することを恐れて、最善と思える決断を優先して結婚や出産に反対していたと考えられる。つまり、支援者は、母親の希望を尊重し可能性を信じるよりも、リスク回避を優先するというパターナリズムの発想であった。このことは、専門家はクライアントを方向付けしようとしてパワーを発揮することがあり、クライアントだけでなくサービス提供者もパワレスに陥りやすいという報告（Broer et al., 2012）と同様の結果であった。しかし、医療従事者が決定するのではなく、あくまでも本人が自己選択・決断し、行動をすることで、自分の生活をコントロールできると実感し、自信を獲得することでエンパワメントされる（Gibson, 1991; Rodwell, 1996）。そこで、看護師自身がエンパワメントし、相手をコントロールすることを放棄する必要がある（Dowling et al., 2011）。このことから、支援者から冷たい反応を受けることがあっても、自己決定し、サポートを受けながら自ら行動を起こすことができた本研究の対象者は、主体的な行動（西田, 2010）をとり、自分の人生を自分でコントロールできるという自信を引き出されたとと言える。



## 2. 子育てを実践しながら学ぶ“援助つき母親業”

本研究の対象者は、〈病状悪化で子どもを育てる余裕がなくなる〉、〈思うように子育てができない自分に自信をなくす〉体験をしていた。つまり、母親は再びパワレス状態に陥っていたと言える。しかし、危機状態に陥った母親は、〈助けを求めて何とか辛い時期を乗り越えようとする〉点が、以前のパワレス状態とは異なっていた。重度の精神障がいを持つ母親は親権喪失を恐れて、育児困難がある場合でも専門家に援助を求めようとしないと報告されている (Nicholson et al., 1998; Bassett et al., 1999; Diaz-Caneja et al., 2004; Khalifeh et al., 2009)。また、重症心身障がい児を養育する母親は、子どもに障がいがあることを受け入れることができないためにサービス提供者や行政担当者に働きかけることができず、孤立して子育てを行っていたという報告があり (Fujioka et al., 2014)、本研究とは異なる結果であった。

本研究の対象者が危機状態に陥った時に、精神保健医療福祉関係者に助けを求めた理由として、母親が子どもの生命や健全な成長・発達を優先した事、援助を求めるという自己決定を行った事の2点が考えられる。ここではその行為における母親の潜在能力という観点から分析する。1点目として、対象者が子どもの生命や健全な成長・発達を優先したことは、自分が心身ともに限界状態にあること、このままでは子どもを虐待する恐れもあることに気づく力があつたからだと言える。その他に、子どもから逃げたい・楽になりたいという思いもあつたと考えられるが、危機状態においてはそれも当然の感情である。見方を変えれば、他者に対してネガティブな感情を表現する力があつたと言うことである。2点目として、援助を求めるという行動を起こしたということは、その前に自己決定を行っていたと推測される。精神障がいを持つ親は、子どもと分離される場合には生活が損なわれると報告されている (Montgomery et al., 2006 ; 岩根, 2010)。このことから、特に、子どもを施設に預けざるを得ない母親にとって、助けを求めることは苦渋の決断であつたと考えられる。しかし、援助を求めることで子どもと引き離される結果になったとしても、子どもの生命や健全な成長・発達を優先したことは、母親としての責任という健康な側面を引き出されたと考えられる。その一方で、危機状態の体験は、自分の限界に気づかされた体験でもあつた。西田 (2010) は、自分自身の強みを認知することがエンパワメントを促進する上での動機付けとなると述べているが、反対に、自分の弱さを知ることは、次に同じ失敗を繰り返さないために失敗を分析する (安梅, 2004) 貴重な体験でもあり、支援を求める力が育つ (伊藤ら, 2013) 体験と言える。

対象者は、〈育児が重荷にならないように、エネルギーを充電する時間を作ってもら〉、〈親身に関わってくれる人がいるから、子どもに関りたいという思いが引き出される〉、〈愛おしい子どもと一緒にいたいという思いを支えられる〉という体験をすることで、母親は心身ともにエネルギーの充電ができ、〈元気付けてくれる人がいるので、子育ての辛い時期を何とか凌ぐ〉体験をしていた。上別府ら（2006）は、精神障がいを持つ女性が親になることは、自分がケアされながら自分も子どものケアをするという自他双方向性のケアだけでなく、自分自身が病を持つ自分をセルフケアしながら子どもをケアするという内向・外向という側面の二側面があると述べている。このことから、対象者は、他者から支援を得ることにより内面的な力を獲得（Fujioka et al., 2014）し、子どもに関りたいという思いが引き出されたと言える。以上のことから、野中（1997）が、能力が整ってから出産するのではなく、出産し子育てを実践しながら学んでもらうという視点を、“援助つき母親業”と呼ぶように、支援者は、母親の一步後ろから付いていくパートナーとして、母親と一緒に子育てのプロセスを歩いていくことが重要と言える。

### Ⅲ 精神障がいを持つ女性にとって「子どもがいること」の意味

本研究の対象者は、〈子育ての辛い時期に愛おしい子どもの笑顔や成長に支えられたと感じる〉体験をしていた。精神障がいは、病状に波があり、疲れやすい、不安を抱きやすい、睡眠不足になると病状が悪化しやすいなどの特徴があり、毎日続く子育ては大変な面もあるが、本研究の対象者である母親は、危機状態を何とか凌いだ段階において、パワレスな状態の時とは全く異なり力強さが感じられた。女性にとって、子どもを生み育てるという作業は大きな役割であり、それが達成されることは自分の存在を肯定的に認められる体験になる（岩根, 2010）。また、人が生きていく上で、他者の存在は途方もなく大きな力となり、我が子という存在は人が生を歩む上で重要な要素であり、健康な人も障がいを持つ人も、同じ意味を持つと言われている（鶴見ら, 2010）。また、精神障がいを持つ母親にとっても、子どもがいることは人生の目標であり、女性としての満足や理想であり、自尊心が高まること（Diaz-Caneja et al., 2004 ; Davies et al., 2007, Tuval-Mashiach et al., 2013）、他者に責任を負うことは生活に目的を与え、家族や子どもに認められることは最も重要であること（Montgomery et al., 2006）が報告されている。これらのことから、本研究の対象者も同様に、自分を必要とする子どもがいることで精神的に強くなり、母親としての責任や自覚が身についていったと言える。本研究の対象者は、〈病気のために十分な

ことが出来ないことや将来のことを心配し子どもに申し訳なく思う)、〈子どもが一番だからのんびり病気をしている場合ではないと思う〉体験をしていた。精神障がいを持つ親は、子どもとの情緒的なつながりや、家族と一緒に居ることを願う (Handley et al., 2001)、親子関係の深まりや親密化などが母親にとってポジティブな体験となる (Stallard et al., 2004)。母親は健康で母親役割を行う (Montgomery et al., 2006) ために、自ら治療を求める行動を起こすなど、子どもの存在が回復の動機づけとなることが報告されている (Diaz-Caneja et al., 2004 ; Tuval-Mashiach et al., 2013)。乳がんや頭頸部がんを持つ母親の研究結果では、母親はがんと診断を受けた時点で死を意識し、手術や化学療法などで入院が必要になり、子どもと離れざるを得ないことを申し訳なく感じていた。しかし、がんを患う母親にとって、子どもを育てることや子どもに必要とされることが「生きる意欲」になり、辛い治療にも耐えることができること、病状が悪化しても子どもの世話をしたいという思いは強く、日常のルーチンを行おうとすることが報告されていた (Billhult et al., 2003 ; Walsh et al., 2005; 茂木ら, 2010; Semple et al., 2010; Goncalve et al., 2014)。つまり、病状が悪化しても母親役割を果たしたいという思いが強く、子どもがいることが回復の動機づけになっていることは、精神障がいを持つ母親と共通している。しかし、がんの母親の場合は、将来の見通しが不確かであるからこそ、子どものために今自分にできる限りのことをしてあげたいという思いが強くなり、そのため、少しでも体調管理を行おうとしていたと考えられる。一方、精神障がいの場合は、服薬を継続し、ストレスコントロールなどを行うことで、ある程度病状を安定させることが可能な疾患である。本研究の対象者は、危機的状況に陥り、自分の限界を体験したことから学び、子どもと一緒にいるためには健康でなければならないと気付いたことが、病状をコントロールする動機づけになっていた。病状をコントロールできれば、母親として子どもと関わり続けることができ、子どもとの関わりを通して子育ての喜びや達成感を味わい、自信の獲得にもつながる体験をしていた。このことから、精神障がいの場合は無理をせず、自分なりに障がいと必死の折り合いをつけることで、新たな人生を再発見し、意味のある生を全うできる (野中, 2010) と言える。また、母親であることは内的な資源 (Soares, 2009) であり、障がいを持っている人が子育てをすることは、病気や自分自身との付き合い方が子育てに密接に結びつくことを実感できるからこそ、リカバリーにも真剣に取り組むことができる (伊藤ら, 2013) と考える。

本研究の対象者は、〈日々頑張っていることを認められると、母親として自信が持てる〉、

〈何かあればずっと助けてくれる人がいるから安心できる〉、〈他者との関わりで強くなり自分が子どもを育てていきたいと思う〉体験をしていた。Kieffer (1984) は、エンパワメントのプロセスを、人の発達である乳児期、小児期、青年期、成人期と同様の発達するプロセスと捉えている。久木田 (1998) も、エンパワメントは特定の価値に根ざしたもので、そのプロセスは人間の発達とほぼ同一で、依存、自立、相互依存の高まりというプロセスを経ていくと述べている。このことから、本研究の対象者も、パワレス状態においては依存している乳児期に相当するが、自己決断・行動を起こし、パートナーシップ関係を通して、自立していく段階にあると言える。本研究の対象者である母親は、子どもを生む前のパワレスな時と自分を比較し、自分にも子どもと関わる力があること、子どもとの関わりを通して自分の変化を感じ、【何かあればずっと助けてもらえることで、十分なことが出来なくても自分が子どもを育てていきたいと思う】と感じられるようになるまで成長していたと言える。ロジャーズは、自分の選択したことを誇りに思い、それに自信を持ち、自己指示的 (self-directed) で自律的であり、自分の生き方に責任を持つことができ、自分にとって意味のあるものを選択する人が自己実現者と述べている (DeCarvallo,1994)。このことから、本研究の対象者である母親が、葛藤し決断に迷い、自信が揺れながらも少しずつ成長しているエンパワメントのプロセスは、自己実現に向かっている途中であると考えられる。

#### IV 精神障がいを持つ母親への支援に対する示唆

本研究の結果から、精神障がいを持つ母親へ支援を行う支援者にとっての実践への示唆について述べる。

##### 1. 母親の自己決断を支える

本研究の結果、精神障がいを持つ母親は、発病により、夢や希望を持つことができないパワレス状態に陥っていたことが明らかになった。その理由として、自信がないこと、意思表示をしても正当性が認められない、あるいは自己決定をする権利がないという思い込みがあったことが考えられる。よって、まずは、本人の夢や希望は何か質問し、ない場合には夢や希望を持つことができるように引き出すことが必要である。また、夢や希望があっても表現しないこともあるため、チャレンジすることができるように背中を押すことも必要である。この自己決定や選択は自分がコントロールしているという実感を得ることができ、パワーの獲得につながる。この感覚がなければ次の行動に進むことができない。よ

って、希望がリスクを伴う場合でも、本人の希望を尊重し、応援し、情報提供をし、一緒に考え、最終的に本人が決断することを支えることが必要である。

一方スタッフは、エンパワーするのはあくまで本人であるということを理解し、自分が対象者をコントロールしようとする欲求を放棄し、対象者のニーズを優先する必要がある。

## 2. 本人の潜在能力を引き出し支えるパートナーシップ

本研究の結果から、特に出産後半年の間に危機状況に陥りやすいことが示唆された。しかし、ほとんどの対象者は、危機的状況を長引かせることはなく、サポートを受けることで子育ての辛い時期を凌いでいた。よって、うまくいかないことがあっても本人を信じ、本人が自分自身に見切りをつけようとしていても、スタッフが諦めず、新しいことにチャレンジするよう励まし、本人の取り組みを支援することが必要である。そして、本人が失敗を分析できるように、パートナーとして寄り添うことも必要である。

エンパワメントにおいては、自己決定した後の活動を通して自己の潜在能力に気づき、うまくやれているという効力感を持ち、自信を獲得する。よって、対象者が自分で「やった」と感じるためには、同居する家族の有無、家族のサポート体制をアセスメントする。そして、必要に応じて、予防的に訪問看護やヘルパー、子育てサポート、あるいは保育園などを利用することで、睡眠時間が確保でき、子どもに関わるためのエネルギーを充電できる。また幼い子どもがいる場合には外出が困難であるだけでなく、精神障がいを持つ母親は孤立しがちであるため、訪問看護は定期的に関わるという意味でも重要な役割を果たすと言える。また、危機状態を乗り越えるためには、母親の出来ている部分や頑張っている部分を認め、保証し続け、対象者が支援を求める時にタイムリーな関わりをすることも必要である。

## 3. 継続して見守り自立を支える

本研究の対象者は、危機状態を乗り越えると、自分が子どもを育てて生きたいという意志を持つことが示唆された。エンパワメントには、依存、自立、相互依存のプロセスがあることから、対象者の「自立」に合わせて、パートナーとして継続して見守ることが必要である。支援者がパターンリズムに陥り、いつまでも介入しすぎると、自立を阻害してしまう。そのため、対象者を信頼して尊重し見守りながら、何かあればいつでも支援できる体制を保持しておくことが必要である。

精神障がいを持つ母親は対人関係に障がいを持つため、人との関わりが少なく孤立しやすい。そこでピアグループなどへの参加を勧め、安心できる場所で、安心できる仲間と情

報や気持ちを共有する体験は「自分だけではない」という、仲間とのつながりを感じる体験であることが示唆された。個人を対象の訪問看護だけで支えるのではなく、母親同士のサポートグループを開催するなどして、母親のネットワーキングへの支援を行うことが有効であろう。

## V 研究の限界と今後の課題

本研究の限界について以下に述べる。

1点目として、データに偏りがある可能性から考えられる限界である。本研究は、研究目的に賛同してインタビューに答えてくださった方の体験から分析した結果であり、インタビューを承諾されていない方とは違った体験をしている可能性がある。予備研究でのリクルートの際に、本研究の条件に該当する方に主治医から研究の紹介をしていただいたが、子ども自身も精神疾患あるいは発達障がい、問題行動などを有しており、インタビューを引き受ける心の余裕がないと断られる母親が多かった。一方、今回インタビューに同意された方は、同じような障がいを持つ母親の役に立ちたいという考えで引き受けてくださった方が多かった。このことから、今回のデータは、障がいを持つ母親のうち、自分の子育てをポジティブに捉えている母親の体験である可能性がある。

2点目として、本研究の対象者11名のうち7名は乳幼児を持つ母親であるため、子どもの反抗期や思春期などの子育ての難しい時期をまだ体験していない。今後、子どもの自己主張や子どもの活動範囲の拡大により、母親も様々な役割や課題に直面すると考えられるが、その点での体験は、本研究では十分得ることができなかった可能性がある。

しかし、本邦では、精神障がいを持つ母親を対象にした質的な研究はまだ少ないため、精神障がいを持つ女性の結婚や出産、子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントのプロセスに関する語りは、支援への示唆を得るうえで、大きな意義があったと考えられる。

続いて、今後の課題について述べる。

本研究では、子どもの年齢に偏りがあったため、思春期を体験した子どもがいる母親はどのようなエンパワメントを体験しているのか、乳幼児期の子どもがいる母親との違いがあるのか、比較検討していくことも必要であると考えられる。

## 第7章 結論

本研究は、精神障がいを持つ女性が、結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験を明らかにすることを目的に、継続的比較分析を用いた質的記述的研究方法で 11 名の語りから共通する概念を抽出した。その結果、精神障がいを持つ女性が結婚・出産・子どもとの関わりを通して他者から受けたエンパワメントの主観的体験として、以下のことが明らかになった。

1. 対象者は、精神障がいを発病後、躓く体験を繰り返して人生に絶望するパワレス状態に陥っていたが、障がいを持つありのままの自分を受け入れられると、自己決断をする権利があることに気づき、希望を持つことができるようになったことが示唆された。
2. 対象者は、サポートを受けながら行動を起こし、自信を獲得していたが、危機状態に陥ることもあり、自信が揺らぎ、行きつ戻りつしながら、母親として少しずつ自信を獲得していた。
3. 対象者は他者との関わりを通して、「母親であり続けたいという思いを引き出し保証され続ける体験」をすることでエンパワメントされ、十分な自信はないが、自分が子どもを育てて生きたいと思うまで成長する体験をしていた。

## 謝 辞

本研究の実施に当たり、ご協力賜りました精神科クリニック、訪問看護ステーション、女性保護施設、地域生活支援拠点、就労継続支援施設の皆様、対象となって下さったお母様方に心より感謝申し上げます。人と話すのは緊張すると言いながら、1時間以上お話をして下さったお母様、辛い体験を思い出したり泣いたり笑ったりしながらお話をして下さったお母様など、様々な方がいらっしゃいました。お話を伺っているこちらのほうがエネルギーを貰うような、山あり谷ありのリアルな体験を教えていただきました。また施設の方々には、研究の突然の依頼にも拘らず、快く研究に同意して対象者の方を紹介してくださいましたことに感謝申し上げます。

博士論文執筆に際し、ご指導いただきました萱間真美教授には心より感謝申し上げます。また、副査としてご指導ご助言を下さいました廣瀬清人教授、堀内成子教授、上別府圭子教授にも、心よりお礼を申し上げます。

萱間先生との出会いを思い起こせば、入学前のオープンキャンパスの時に、オープン研究室に伺ったのが最初でした。まだ受験までは考えていなかった私に対して、先生が背中を押して下さったことが契機となり、入学することになりました。入学後は、研究テーマの絞り込みや研究の方向付け、分析、概念図の作成など博士論文の完成に至るまでに忍耐強く5年間もご指導をいただきました。厳しいながらも愛情のこもった励ましを受け続け、何とかここまでくることができました。

副査の先生方には、博士論文の研究計画書や1月の提出後の審査において、貴重なご助言をいただきました。広瀬先生は心理学の観点からご助言を下さり、考察を書く上で参考となる本の紹介やミニレクチャーをして下さいました。また、本研究は、出産や子育てに関するテーマであったため、堀内先生には助産師という立場からのご助言や、論旨の曖昧な部分を指摘していただき、考察を深めることができました。上別府先生は、精神障がいを持つ母親に関連した研究に関するエキスパートであり、本研究を行う上で、常に目標とさせて頂いておりました。副査を決める時期になり、無理と思いつつも、上別府先生に副査をお願いしたいと申し出ると、お忙しい中、快く副査を引き受けて下さいました。審査の時には、この分野に関する専門的な観点からご助言を下さり、データをもう一度見直すことができました。先生方には心よりお礼申し上げます。



研究分析においても、様々な学びの機会を得ました。入学2年目くらいまでは、萱間先生との1対1の面接が中心でしたが、萱間先生の「質的研究方法を用いた博士論文作成指導の技法・メンタリングプロセスに焦点を当てて」という研究の結果を受けて、途中から、「Dゼミ」を立ち上げて下さいました。これは、質的研究に取り組む博士課程の学生と、研究室の先生方で構成され、それぞれが自分のデータを分析したものを発表し、ディスカッションするものでした。自分の研究データの場合、距離が近すぎて見えなくなっていますが、他の人の発表を聞いて、分析の仕方を参考にし、同じようなところで躓いていることに気づき、大変学びの深いものでした。そして、「Dゼミ」とは別に、大熊先生、関本さんと3人で「DD会(だらだらやる会)」を立ち上げました。この会は、質的研究に関する分析などアカデミックな部分だけでなく、計画書作成までにどんなことをしたらいいのかなど、先に行く先輩から話を聞いたり、それぞれの悩みを相談したりという“ピア”の要素が強いものでした。その後この会を発展させて、「はなみずきの会」として、博士・修士の学生と一緒に学び、自分の進捗状況の発表、インタビューが進むとデータを一緒に分析し、人に話すことで自分の頭の整理になり大変有意義だったと思います。これらのプロセスの中で、特に大熊先生や関本さんには、お世話になりました。大熊先生は私より1年先を進まれているので、常に目標とし、大熊先生の研究計画書や博士論文は、ボロボロになるほど何度も読ませていただきました。修了された後も、時々電話をしてアドバイスをいただきました。また、関本さんには、研究におけるアドバイスだけでなく、ネガティブ思考になる私を常に励まし続けて下さいました。辛くても楽しい日々を過ごすことができました。

また論文執筆最終段階になり、自分の不注意から右手を骨折しギブス固定されるという事態になり、心身ともに危機状態に陥りました私を、萱間先生のご配慮により、精神看護学研究室の皆様が一丸となりサポートして下さいました。私はこの体験を通して、本研究のお母様方と同じエンパワメント体験をすることができました。つまり、「今年度で修了したい」という私の無謀な決断を尊重して、私が負担に思わないように「お手伝いします」と救いの手を差し伸べて下さいました。そして、思うように動かない右手にイライラし、分析が進まず精神的に限界とと思っている時に、常に「大丈夫」と保証し、具体的なサポートを頂きました。精神看護学研究室の角田先生と大橋先生には、年末や年始の忙しい時に考察の書く上での示唆を頂いただけでなく、母親としての立場での子どもへの思いについても教えて頂きました。木戸先生には、同じ質的研究をする立場から、分析の仕方などに

ついて教えて頂きました。先生の常に前向きな話を窺い、気持ちが楽になりました。高橋先生には、同じ2号館にいるということで、つい甘えてしまい、1時間という約束を超えて、熱心に話を聞きアドバイスをして下さいました。秘書の吉岡さんには、パワーポイントの作成やPCの専門的知識について教えて頂きました。

精神看護学教室の修士の皆様にも大変お世話になりました。花田さんと佐藤さんは、自分の修論の締め切りもある中で、年末に誤字脱字のチェックやデータのコピペなど、また木原さん武蔵さんも含めて、年始早々、審査提出用の博士論文のパンチでの穴あけと製本を手伝っていただきました。右手を自由に使えない私にとって、皆様の援助を受けて、危機状態を何とか凌ぐことができました。青木さんは、時々夜遅く2号館にやってきて語り合い、「聖路加国際大学の第1回の修了生になろう」を合言葉に、二人で励ましあってきました。

2号館のD3の皆様も、学年の違う私を暖かく受け入れてくださり、夜遅くまで頑張れたのは、「みんなも頑張っている、私だけじゃない」という支えがあったためです。

最後に、角田先生の育児休暇中に精神看護学研究室で、非常勤として働く機会を与えて下さった萱間先生に感謝申し上げます。福島での保健師さんを対象として研究では、RAとしてグループインタビューのお手伝いに始まり、分析に参加させていただきながら研究のプロセスを学びました。また、ランチタイムの雑談の中にも、萱間先生の研究に対する姿勢、演繹・帰納的思考、相手に対する細やかな気遣い、集中力や段取りの大切さなど、厳しさとともに教えて頂きました。短期間ではありましたが、その間にも、角田先生、大橋先生や木戸先生には精神科病院実習でも大変お世話になりました。また、秘書の野中さん、松長さんとは一緒にご飯を食べながらお話を聞いていただき、学生という立場に戻ってから、博士論文の進捗状況など色々心配して励まして頂きました。本当にありがとうございました。

最後に、宮崎を旅立つように背中を押して下さった草場先生、鶴田先生のおかげで、今私はここにいます。そして、一緒に宮崎を旅立ち、同じ頃に博士課程に入学した山田先生とは、1年に1回学会で会い夜遅くまで語り合い励ましあってきました。このように私は周りの支えがあって何とか博士論文を書き上げることができました。紙面の関係上お名前を書ききれなかった方も含めて、これまでお世話になった全ての方々に改めて謝意を表します。

2015.03.10 村方 多鶴子

