

博士論文

ダウン症児の母親におけるリアリティショックに
及ぼす影響過程の検討

令和6年9月

広島大学大学院総合科学研究科
総合科学専攻

上地玲子

目次

はじめに	1
第1章 序論	3
1-1. 障がい児とは	3
1-1-1. 障がい児の分類	3
1-1-2. 障がい児に対する福祉の変遷	4
1-1-3. ダウン症とは	5
1-2. 定型発達児の母親の育児ストレスに関連する要因	7
1-2-1. 子どもの問題	8
1-2-2. 母親の問題要因	9
1-2-3. 環境の問題要因	9
1-2-4. 幼児・児童虐待	10
1-3. ダウン症児の母親の育児ストレスに関連する要因	10
1-3-1. 子どもの問題	11
1-3-2. 母親の問題	11
1-3-3. 家族の問題	13
1-3-4. 環境の問題	14
1-4. ダウン症児の母親のリアリティショック	15
1-4-1. RS とその測定尺度	15
1-4-2. ダウン症児の母親に生じる RS	16
1-5. ダウン症児の母親の RS の影響過程を検討する上での課題	17
1-6. 本研究の目的	18
1-7. 要約	20
第2章 研究1 ダウン症児の母親が経験するリアリティショック項目の作成	
2-1. 序論	21
2-2. 目的	22
2-3. 方法	22
2-3-1. 調査対象者	22
2-3-2. 調査時期	22
2-3-3. 手続き	22
2-3-4. 分析方法	23
2-3-5. 倫理的配慮	23
2-4. 結果	23

2-5. 考察	27
2-6. 要約	29

第3章 研究2 ダウン症児の母親が経験するリアリティショック尺度 (RSMD) の信頼性と妥当性について検討

3-1. 序論	30
3-2. 目的	31
3-3. 方法	31
3-3-1. 調査対象者	31
3-3-2. 手続き	31
3-3-3. 調査時期	32
3-3-4. 質問項目	32
3-3-5. 分析方法	33
3-3-6. 倫理的配慮	33
3-4. 結果	33
3-4-1. 因子の抽出	33
3-4-2. RSMD と各尺度との相関	40
3-5. 考察	42
3-5-1. RSMD の因子構造	42
3-5-2. RSMD におけるネガティブな側面とポジティブな側面	44
3-5-3. RSMD の信頼性の検討	45
3-5-4. RSMD の妥当性の検討	45
3-6. 要約	46

第4章 研究3 ダウン症児の母親が経験するリアリティショックを引き起こす規定要因及び反応の因子の確定

4-1. 序論	47
4-2. 目的	48
4-3. 方法	48
4-3-1. 調査対象者	48
4-3-2. 手続き	49
4-3-3. 調査時期	49
4-3-4. 質問項目	49
4-3-5. 分析方法	52
4-3-6. 倫理的配慮	52

4-4. 結果	52
4-4-1. 規定要因の分析	52
4-4-2. RS 短縮版の α 係数	58
4-4-3. 反応の確認的因子分析及び α 係数	58
4-5. 考察	59
4-5-1. RS を引き起こす既定要因	60
4-5-2. RS の結果から引き起こされる反応	62
4-6. 要約	62

第 5 章 研究 4 ダウン症児の母親が経験するリアリティショックの影響 過程の検討

5-1. 序論	64
5-2. 目的	65
5-3. 方法	66
5-3-1. 調査対象者	66
5-3-2. 手続き	66
5-3-3. 調査時期	66
5-3-4. 質問項目	66
5-3-5. 分析方法	66
5-3-6. 倫理的配慮	67
5-4. 結果	67
5-5-1. 「子どもの問題」が引き起こす RS の下位因子と反応への影響 過程	67
5-5-2. 「母親の問題」が引き起こす RS と反応への影響過程	69
5-5-3. 「家族の支援」が引き起こす RS と反応への影響過程	72
5-5-4. 「周囲からの支援」が引き起こす RS と反応への影響過程	74
5-6. 考察	77
5-6-1. 「子どもの問題」の影響過程	77
5-6-2. 「母親の問題」の影響過程	78
5-6-3. 「家族の支援」の影響過程	79
5-6-4. 「周囲からの支援」の影響過程	79
5-7. 要約	80

第 6 章 研究 5 リアリティショックの年齢階層別比較

6-1. 序論	82
---------------	----

6-2. 目的	84
6-3. 方法	85
6-3-1. 調査対象者	85
6-3-2. 手続き	85
6-3-3. 調査時期	85
6-3-4. 質問項目	85
6-3-5. 分析方法	85
6-3-6. 倫理的配慮	85
6-4. 結果	86
6-4-1. RS, RS の規定要因, 生じた反応における程度の年齢階層別比較	86
6-4-2. RS の規定要因から RS, 反応に至る影響過程の年齢階層による相違	89
6-5. 考察	105
6-5-1. 年齢階層による RS, RS の規定要因, 生じた反応における程度の違い	105
6-5-2. RS の規定要因から RS, 反応に至る影響過程の年齢階層による相違	107
6-6. 要約	111

第7章 総合考察

7-1. 研究の要約	112
7-2. 本論文から得られた知見に関する考察	114
7-2-1. 子どもの問題が RS および反応に及ぼす影響過程	116
7-2-2. 母親の問題が RS および反応に及ぼす影響過程	116
7-2-3. 家族からの支援が RS および反応に及ぼす影響過程	118
7-2-4. 周囲からの支援が RS および反応に及ぼす影響過程	118
7-3.本研究の独自性	119
7-4. ダウン症児の母親の RS 軽減に向けての支援	119
7-4-1.子どもの問題に焦点を当てた対策	119
7-4-2.母親の問題に焦点を当てた対策	120
7-4-3.家族の支援に焦点を当てた対策	121
7-4-4.周囲からの支援に焦点を当てた対策	121
7-4-5. 啓発活動	121
7-5. 研究の限界と今後の課題	122

7-6. 要約	123
引用文献.....	124
Appendix.....	134
Appendix 1 研究2 で使用した WEB 調査項目	135
Appendix 2 研究4 で使用した WEB 調査項目	142
Appendix 3 第6章（研究5）の「子どもの問題」年齢階層別の相 関表	147
Appendix 4 第6章（研究5）の「母親の問題」年齢階層別の相関 表	150
Appendix 5 第6章（研究5）の「家族の支援」年齢階層別の相関 表	153
Appendix 6 第6章（研究5）の「周囲からの支援」年齢階層別の 相関表	156

はじめに

子どもを育てる母親にとって、我が子はかけがえのない愛しい存在であり、育児を通して親としての幸せを実感することができる。しかし、育児は良い面ばかりだけではなく、ストレスを感じることもある。乳児期では、夜中でも子どもの世話や夜泣きのために睡眠不足になりやすく、イヤイヤ期の子育てでは通常以上に手間がかかり十分な休息を取ることができない。幼少期は病気にかかりやすいことから通院や世話への対応など、母親には大きなストレスがかかっている。さらに、母親には洗濯や炊事、買い物などの家事仕事も併せて行わなければならないことが現状であり、大きな負担となっている。家族からのサポートが得られない場合は、母親への負担はさらに大きなものとなる。児童虐待の主要な原因の一つに育児ストレスがあることから考えても、いかに母親に大きな負担がかかり、そのことが強いストレスに結びついているかは容易に想像できよう。

生まれた子どもに障がいがある場合、一般的な育児ストレスに加えて、さらに大きなストレスを抱えることになる。障がいのある子どもは、知的発達や身体的発達に遅れが認められ、発達上の障がいによる問題を抱えやすい。また、抱えている障がいの影響によって身体的疾患を抱えることが多いために、障がいのない子どもと比べて医療措置等への対応もしなければならず、母親にかかる心理的・身体的な負担も大きい。障がい児の母親は、出産前に抱いていた一般的な子ども像や子育てイメージと異なる体験をすることが多く、そのことを受け止めきれずに強いストレスを抱くことにもなりかねない。しかもこうした負担は、子どもの成長を通して継続して経験することになるため、母親が休まる時がないのが現状である。

子どもに障がいがあると出産前に抱いていた子ども像と異なることから、想像していた子育てイメージが崩落し、直面した現実との間に大きなギャップを母親は実感する。しかも、子どもが成長していく過程において、同年齢の子どもの発達と比較することで、我が子の発達の遅れを母親は実感することになる。子どもの成長が遅れていることを認めざるを得ない現実には、母親にとって非常に辛い体験といえる。障がい児の中でも、知的な障がいを伴うことの多い染色体異常では、21番目の染色体が3本あるタイプのダウン症が最も多い。ダウン症児を出産した母親は、妊娠早期に検査を受けずに出産するケースが多く、生まれた我が子がダウン症であると診断を受けることに大きなショックを受け、産前に抱いていた育児イメージと現実の体験との「ずれ」を経験する(関, 2010)。ダウン症児の母親が出産後に定型発達児との成長の開きを実感することを田

中・丹羽（1990）は「幻想の崩壊」と呼んだ。この「幻想の崩壊」とは、期待と現実との「ずれ」であり、リアリティショックに相当する。障がいのある子どもを持つ母親にとっては、子育てをしていく中でこのリアリティショックを繰り返し体験することになると考えられる。しかし、ダウン症児の母親が抱くリアリティショックの内容やそれを規定する要因については、いまだ検討がなされていないのが現状である。

本研究は、ダウン症児の母親が育児過程において感じるリアリティショックの内容を明らかにするとともに、それらを規定する要因を明らかにすることを目的とする。そのことにより、ダウン症児を抱える母親に対する心理的支援を行うための知見を得ることができると期待できる。

第 1 章 序論

1-1. 障がい児とは

「障がい児」とは、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第四条において「身体に障がいのある児童，知的障がいのある児童または精神に障がいのある児童」とされていたが，平成 24 年の改正により，「精神に障がいのある児童（発達障がい児を含む）」が追加されている。

「障害」の表記については，内閣府が 2009 年に，障害者制度の集中的な改革を行うための「障がい者制度改革推進本部」が設置され，本部内で『「障害」の表記に関する作業チーム』を発足させて検討が行われた。2010 年に『「障害」の表記に関する検討結果について』というレポートが発表され，「障害」の表記については，「障害」のほか，「障碍」，「障がい」，「チャレンジド」等の様々な表記が提示されたものの，法令等における表記は，当面，現状の「障害」を用いると結論づけている。各学会における表記については個人の見解に委ねられているのが現状である。そこで，本研究では，法令等の用語については原文通り記載するが，それ以外は「障がい」と表記することとした。また，障がいを持たない子どもたちのことを「健常児」と称する場合もあるが，本研究では「定型発達児」と称する。

1-1-1. 障がい児の分類

障がい種別は，内閣府の「障害白書」において「身体障がい，知的障がい，精神障がい」と 3 つに区分しており，厚生労働省によると，以下のように定められている。

身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）（身体障害者）第 4 条では，身体障害者の定義を以下のように定めている。すなわち「『身体障害者』とは，身体上の障害がある 18 歳以上の者であつて，都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」である。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）（定義）第五条では，精神障害者の定義を以下のように定めている。すなわち「『精神障害者』とは，統合失調症，精神作用物質による急性中毒又はその依存症，知的障害，精神病質その他の精神疾患を有する者」と定義されている。

発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）（定義）第 2 条では，「『発達障害』とは，自閉症，アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であつてその症状が通常

低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。この法律において『発達障害者』とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、『発達障害児』とは、発達障害者のうち18歳未満のものと定義されている。

『知的障害者』については、法律における定義規定がない。厚生労働省では、知的障害を精神医学の領域における「精神遅滞」と同じものと定め、法令上の用語もその基準に準じている。

これらの障がいを重複して持っている者が多いのが現状である。障がい種別（身体障がい、知的障がい、精神障がい）の3区分における障がい者数の概数は、内閣府令和5年度「障害者白書」によると、身体障がい児・者436万人、知的障がい児・者109万4千人、精神障がい者614万8千人となっている。そのうち、家族が日常的にケアをしていると思われる在宅の知的障がい児・者は、18歳未満が21万4千人（22.2%）、18歳以上65歳未満が58万人（60.3%）、65歳以上が14万9千人（15.5%）となっており、身体障がい児・者の在宅者数は、18歳未満6万8千人（1.6%）、18歳以上65歳未満101万3千人（23.6%）、65歳以上311万2千人（72.6%）となっている。知的障がい児・者は身体障がい児・者と比べて18歳未満の割合が高いものの、65歳以上の割合が低くなっている。さらに、施設入所者の割合は、知的障がい児・者が12.1%と最も多くなっていることから、高齢者になるまでは、在宅で家族がケアをしているのが現状といえる。

1-1-2. 障がい児に対する福祉の変遷

日本における障がい児施策は、以下のような変遷を辿っている。

戦前において、精神障がい者は「路上の狂癲人の取扱いに関する行政警察規則」（1875）の対象であり犯罪者として扱われていた。盲・聾に対する教育施設として「京都盲啞院（現在の京都府立盲学校）」が1878年に設立された。知的障がい施設としては、1891年に石井亮が一設立した「孤女学園」（1897年に「滝乃川学園（現在の社会福祉法人滝乃川学園）」と改称）がある。病弱児を対象にした教育施設として、1909年に現在の千葉県に「東京市養育院安房分院（現在の社会福祉法人東京都船形学園）」が設立されている。整形外科学と教育を合わせた療育施設として、肢体不自由児の療育が行われたのは、1921年に柏倉松蔵によって東京都に設立された「柏学園」がある。

日本最初の公立の知的障がい者教育校としては、1940年に大阪に設置された「大阪市立思斉学校（現在の大阪市立思斉特別支援学校）」がある。戦後、本格的に障がい児・者の保護を目的として、「生活保護法（1946）」、「児童福

祉法（1947）」、「身体障害者福祉法（1949）」が制定された。これらは、「福祉三法」とも呼ばれている。さらに、福祉事業を民間が行う受け皿として、社会福祉事業法（1951）が制定された。

国連総会において1981年が「国際障がい者年」と宣言され、「世界の人の関心を障がい者が社会に完全に参加し融和する権利と機会を享受することに向けることを目的」として制定された。これを受けて、日本では関連施策推進のため、「国際障害者年推進本部」を総理府に設置し、障がい者施策が大きく進むこととなり、2006年には国連総会において「障害者権利条約」が採択された。これは、障がい者の人権や基本的自由の享有を確保し、障がい者の尊厳を尊重するために規定した初めての国際条約であり、市民的・政治的権利、教育・保健・労働・雇用の権利、社会保障、余暇活動へのアクセスなど、様々な分野における取組を締約国に対して求めたものである。日本では国内の法整備を整え、2014年1月に障害者権利条約に批准し、障害者基本法の改正（2011年8月）、障害者総合支援法の成立（2012年6月）、障害者差別解消法の成立、障害者雇用促進法の改正（2013年6月）が行われた。

このように福祉制度は充実してきているものの、障がい者の賃金が著しく低いなどの課題が多く残されている（遠山, 2015）。また、厚生労働省（2002）が委託事業で放課後等デイサービスの実態把握調査をした結果によると、放課後等デイサービス施設が設置されていない自治体が多く存在しているために、全ての地域で同一レベルの利用が可能になっているわけではなく、専門家がアセスメントをする制度も整っていない現状が明らかとなった。さらに、2022年の国連による初の障害者権利条約に関する審査では、インクルーシブ教育の保障をすべきであるという勧告が出されており、障がい児を育てる環境が十分に整っているとは言い難い状況にある。知的障がいのある者は、高齢になるまで自宅で過ごしており、福祉のリソースを充実させることが求められている。

知的障がいの先天性要因として、染色体異常がある。その中で最も多いのは、21番目の染色体が3本あるタイプのダウン症である（Wellesley et al., 2012）。

1-1-3. ダウン症とは

ダウン症という名称は、最初の報告者であるイギリス人のジョン L.H. ダウン博士の名前に由来し、染色体の突然変異によって21番目の染色体が1本多くなることから「21トリソミー」とも呼ばれている。ダウン症の特徴としては、知的な発達や身体的な発達に遅れが認められ、筋肉の緊張度が低く、特有の顔貌、先天性心疾患、消化器系の奇形、眼科屈折異常、中耳炎、白血病などの合併症を伴うことが挙げられる。ダウン症のある人の知能指数（IQ：Intelligence

Quotient) の平均値はおよそ 50 で、精神年齢は 8 歳から 9 歳程度と言われているが、個人差が大きい。また、ダウン症児の約 50% が心臓疾患を抱えているといわれるが、合併症の種類やその有無、程度についても個人差が大きい (玉井, 2015)。青年期以降には、うつ的な症状を示す割合が増えることも指摘されている (竹之下, 2023)。

現在は医療や教育、療育が進歩し、豊かな社会生活を送る環境が整いつつあるものの、育児をする母親にとって十分な環境が整っているとは言い難い。江尻 (2013) は、障がい児の育児をする上で必要な支援を得るための社会的資源が不足しているために、障がい児の母親の就労は困難であることを指摘している。保育所利用を希望していても、子どもに障がいがあることを理由に断られたり、就学後も学童保育を利用できなかったりするなどの問題がある (上地, 2011) ことから、子どもの面倒を見なければならない時間が長くなる。そのため、フルタイムでの就労が難しい母親が多く、経済的困難を抱えやすいことが指摘されている (江尻・松澤, 2014)。このように、障がい児の母親は、我が子の障がいの問題による負担を抱えることに加え、育児をする上で必要な支援を得るための社会的資源が不足することによって、さらに負担を抱えることになる。また、「障がいのある我が子を受容しなければいけない」という考えを、社会や家族そして母親自身が抱いており、そのプレッシャーによって苦しみを感ずるといった精神的な問題も母親は抱えることになる (上地・松浦, 2021)。

2022 年から日本に導入された無侵襲的出生前遺伝学的検査 (以下, NIPT) によって、妊娠初期に胎児が 13 番, 18 番, 21 番の染色体トリソミーである可能性について高確率で判定できるようになった。これらの染色体異常のうち、21 番染色体トリソミーであるダウン症が最も多く生まれているため、メディア等において命の選別の対象とされるようになった (NHK クローズアップ現代, 2021)。厚生労働省 (2021) の「NIPT 受検者アンケートの結果について」によると、2019 年に NIPT を受検した妊婦は 14,000 人を超えているものの、妊婦全体の 5% 未満にすぎない (佐々木, 2019)。しかし、胎児の命の選別は障がい者の生存権を脅かす問題であり、優生思想がその背景に存在していることの問題でもある (八藤・水谷, 2005)。NIPT 検査を受けずにダウン症児を出産したり、検査によって胎児の異常を示す「陽性」判定を受けたのちに出産したりした母親の判断に対して、周囲からの心無い言葉が浴びせられることがあり、それによって母親の心が傷つけられることもある (坂井, 2013)。

ダウン症児の育児においては、乳児期、幼児期、児童期などの発達段階で様々なストレスが母親に生じることが多い。例えば、乳幼児期であれば、生まれた直後に先天性心疾患、消化器系の奇形などの合併症を緊急治療するために長期

入院を余儀なくされることがある。また、ダウン症児は筋力が十分でないために哺乳力が弱く、授乳に時間がかかるため、定型発達児よりも育児に手間がかかる。さらに、母親や祖父母らが、生まれてきた子どもがダウン症であることを周囲に告知することをためらう時期でもある（金泉他, 2013）。歩行開始時期や発語時期も遅いために、医療機関に加えて療育機関にも通うことが必要となる（安藤, 2002）。幼児期では、発語ができるようになっても口腔周囲筋が弱いために発語が不明瞭であり、言語による意思疎通が困難である。また、トイレトレーニングも進まず、乳児と同様のケアが必要となる。児童期になると、多くのダウン症児は、普通学校の特別支援学級あるいは特別支援学校へ進学することになる。通常学級に就学したとしても、支援員のサポートがなければ通常の授業に参加することは難しい場合が多い。小学校では学校行事が多いことから、保護者として学校に行くたびに、他の子どもと我が子を比較してしまうことで、自分の子どもの発達の遅れを実感することになる。また、行事ごとに特別配慮について学校と話し合う必要も出てくるため、時間的、精神的な負担が増えることも多い。こうした保護者としての担い手の多くは、母親である。

このように、子どもがダウン症児であるがゆえに、母親の抱える負担は定型発達児よりも重くなると予想される。定型発達児であっても子育てにはさまざまな苦勞が伴い、母親はさまざまなストレスを抱えていることから、ダウン症児の母親のストレスを理解するためには、定型発達児の母親が抱える育児ストレスについて理解することが必要である。ダウン症児の母親が抱える負担は、定型発達児の母親の育児不安に加えて、子どもが障がいを持つがゆえの負担や苦勞も背負い込むことになると考えられる。

1-2. 定型発達児の母親の育児ストレスに関連する要因

特定の障がいがない定型発達児においても、育児においてストレスを感じることは多い。育児ストレスとは、子育ての役割を与えられたものが、育児を通して経験するストレスのことを指し（Abidin et al., 2022）、子育てをしている親、特に母親が抱えているストレスといえる。清水・西田（2000）は母親の育児ストレスを引き起こす要因を以下の8つに分類をしている。①「子どもに対するコントロール不可能感」（子どもの行動を統制しようとしても意図通りにできないことに対して困惑したり心配したり怒ったりするようなストレス）、②「育児への苦手意識」（母親が育児に対して得手不得手を認識していることによるストレス反応）、③「夫の育児態度に対する不満」（夫の子育てへの協力や理解や育児方針の違いなどから生じるストレス）、④「育児環境の不備に対する不満」（社会的な事件や現実の教育問題から我が子への影響を心配する

ものや住宅環境・公園・歩道等の物理的環境の不備)、⑤「周囲の人々への協力や理解不足」(祖父母などの周囲の人との育児観の違いや非協力的な態度)、⑥「アイデンティティ喪失に対する脅威」(社会や行政からの配慮の低さや社会から取り残された思い)、⑦「子どもの発達に対する懸念」(子どもの発達に対する不安)、⑧「体力・体調の不良」(育児と家事の両立困難さや睡眠不足などの身体的な問題)が挙げられる。

このように清水・西田(2000)の分類から、育児ストレスの要因としては、⑦「子どもの発達に対する懸念」は「子どもの問題」に、①「子どもに対するコントロール不可能感」②「育児への苦手意識」⑥「アイデンティティ喪失に対する脅威」⑧「体力・体調の不良」は「母親の問題」に、③「夫の育児態度に対する不満」④「育児環境の不備に対する不満」⑤「周囲の人々への協力や理解不足」は「環境の問題」に分けることができる。

1-2-1. 子どもの問題

山口・遠藤(2009)によると、産後1か月は育児不安が特に高い時期だとされている。特に第一子の場合には初めての育児であることから、赤ちゃんのケアに対する自信のなさや理解の難しさから、強い不安感を抱きやすい。その結果、母親の負担が大きくなり、育児ストレスを引き起こすことになる。生後間もない時期は夜間であっても授乳やオムツ交換などのケアをしなければならない上に、夜泣きのために母親は熟睡できないことが多い。また、離乳食の準備やトイレトレーニング時のお漏らしなど、世話をしなければならないことが多く、その負担の重さがゆえにストレスを抱くことになる。

「魔の2歳児」ともいわれる「イヤイヤ期」では、子どもの自己主張が強くなるために、親の言うことを聞かないために育児しにくいと感じることが多い。松井(2023)は、「イヤイヤ期」の子どもがいる父親・母親にストレス度を聞いたところ、10点満点中8点以上という高い得点を回答した母親は39.7%、父親は24.3%であり、父親に比べて母親のストレス度がかなり高い状態にあることを指摘している。博報堂こそだて家族研究所(2018)によると、子どもの性別、きょうだいとストレス度との関係は、男児か女児かによる違いはほとんどなく、双子以上の多胎児がいる場合は親のストレス度がさらに高くなることが報告されている。

また、就学前の子どもはさまざまな病気に感染し、突然の発熱をすることも多く、苦しんでいる我が子を目の当たりにして心配に思い、病気が重いものではないかと不安になる。早く治ることを祈りつつ看病にあたるため、看病や通院に伴う親の負担はとても大きい。就労をしている母親は仕事を休まざるを得

なくなる（田中, 2012）ことから、職場の人たちに迷惑をかけているのではないかという気持ちも重なり、大きなストレスを感じることになる。

1-2-2. 母親の問題要因

育児をする上で、母親側の要因で育児ストレスを感じる場合がある。清水・西田（2000）の育児ストレスの要因のうち、母親自身の問題から生じるものとして、①「子どもに対するコントロール不可能感」、②「育児への苦手意識」、⑥「アイデンティティ喪失に対する脅威」、⑧「体力・体調の不良」が挙げられる。

6歳未満の子どもを持つ夫婦の家事・育児関連時間は、母親の方が長く、母親の負担が大きいのが現状である（男女共同参画白書令和2年版）。そのため、育児に苦手意識を持つ母親にはストレスを感じやすい。また、2021年度に実施した「結婚と出産に関する全国調査」（国立社会保障・人口問題研究所, 2023）によれば、第1子を生んだすべての母親のうち、就業を継続した母親の割合（就業継続者割合）は53.8%と、以前よりも高くはなっているものの、約5割弱は退職をしているのが現状であり、家事や育児の負担は母親にかかっていることがわかる。出産によって退職することは、仕事がアイデンティティの基盤であると考えている母親にとっては、アイデンティティの危機をもたらすことにつながる。育児主体の生活になり、社会との関わりが希薄になり、家庭に閉じこもることが、さらに育児ストレスを増長させることになると考えられる。

1-2-3. 環境の問題要因

母親が安心して育児をするためには、育児環境も重要である。清水・西田（2000）の育児ストレスの要因のうち、環境の問題から生じるものとして、③「夫の育児態度に対する不満」④「育児環境の不備に対する不満」⑤「周囲の人々への協力や理解不足」が挙げられる。夫の育児参加や祖父母からの育児サポートが不足することは、母親の家事や育児の負担が増えることによって休養をとる時間もなくなり、結果として育児ストレスを高めることになる。子どもの数が増えるとさらに育児負担がさらに増えるため、夫や祖父母からのサポートが十分でないと、母親にとっては過重負担となってしまう。夫が育児参加をしないことによって、母親が育児に専従しなければならなくなり、母親が自由になる時間が失われることになる。そのため、夫の協力が得られないと母親のストレスが高まることとなる（田中, 2019）。育児の負担が母親にとって大きくなると、バーンアウトをして子どもに対して不適切な関わりになる（Mikolajczak, 2019）。

また、家族以外の他者との関わりには、「ママ友」との関係が問題となることがある。ママ友とは、子ども同士の友人関係から作られていく母親同士の付き合いのことであり、ママ友との関係性において負担を感じることもある（宮坂, 2000）。また、子どもを通した母親同士のコミュニティに馴染めないのではないかという不安を感じることや、うまく仲間に入れずに仲間外れにされることでストレスを感じることもある（木田・鈴木, 2020）。さらに、居住地域の行政による支援や地域での育児支援が行われていても、地域や母親のニーズに合わないために（久木元, 2016）、そのことがストレスとなる。

1-2-4. 幼児・児童虐待

育児ストレスが原因である社会的な問題の典型が子どもへの虐待である。令和4年版「犯罪白書」（法務省, 2022）によると、児童虐待に係る事件の検挙件数は令和3年度が2,174件と、平成15年と比べて約10倍に増えており、実母が加害者となる割合が94.4%と最も多い。育児ストレスの要因である育児困難感や不安・抑うつ傾向は、虐待リスクを高めることが指摘されている（望月他, 2014）。また、子どもが低出生体重児である場合、病気や障がいがある場合には、医療ケアが必要であることや育児困難さを伴うために母親に過重な負担を強いることになるため、虐待に結びつくことが多いことが指摘されている（大野, 2009）。ストレスは攻撃的衝動を高めることから、育児ストレスにより母親の攻撃的衝動の一過的な高まりは、子どもへの虐待という形で現れることになるのである。

1-3. ダウン症児の母親の育児ストレスに関連する要因

ダウン症の子どもを持つ母親は、定型発達児の母親が抱えるストレスに加えて、子どもがダウン症であるがゆえに生じるさまざまなストレスを抱えることになる。

ダウン症児の母親が抱える育児ストレスの要因は、定型発達児の育児ストレスの問題の分類に倣って、「子どもの問題」「母親の問題」「家族の問題」「環境の問題」に大別して捉えることができる。環境の問題から家族の問題を独立させるのは、家族からの支援がないことが特にストレスを喚起することにつながる。ダウン症児は、体調管理などの医療ケアをしなければならない上に通院や通所のための送迎が必要となる（大久保他, 2016）ことから、定型発達児以上に子育てに手間がかかることになり、家族によるサポートが欠かせないからである。家族は、ダウン症児とともに生活をする人たちであり、育児への支援を期待される存在である。その人たちからサポートが十分に得られないことは、直接母親の育児負担を増やすことにつながることから、「家族の問題」を「環

境の問題」と分けて検討することで母親の負担を増やす原因を明確に捉えることができる。また、ダウン症児を育てていく上で、医療機関や療育機関にかかることが多いため、定型発達児以上に手間がかかることになるため、家族の問題とは独立させて「環境の問題」を検討する必要がある。以下、一般的な育児ストレスに加えて、ダウン症児の母親が抱える子どもの問題、母親の問題、家族の問題、環境の問題について列記する。

1-3-1. 子どもの問題

ダウン症児は定型発達児と比べて発語の時期が遅く、知的な発達にも遅れが認められるなど、総じて発達が遅いことが特徴である（玉井, 2021）。乳幼児期のダウン症児は、知的発達の遅れがあるために、定型発達児と比べて親からの働きかけに対する反応や応答も希薄であることが多い。声掛けやスキンシップを行っても声を出して笑う頻度が少ない（安藤, 2002）というようにダウン症児は母親からの働きかけに反応をあまりしないことから、適切な母子関係を築きにくい面がある（田中・丹羽, 1988）。また、親子通園施設に通うことも必要になってくるため、親にかかる負担は大きくなる（関, 2010）。

ダウン症児は定型発達児と比べて筋力が弱いため哺乳力が弱く、授乳に時間がかかること（水上, 2021）や離乳食を与える際には口の発達を見ながら適切な時期に始めていく必要がある（金泉他, 2013）。また、定型発達児よりも歩行時期が遅い（藤田, 2000）というように、身体的な発達にも遅れが認められる。

ダウン症児には心臓疾患、白血病などの悪性腫瘍、十二指腸閉鎖や鎖肛などの消化器疾患があり、時間の経過とともに難聴や白内障、斜視、糖尿病、肥満といった問題も抱えることがある（玉井, 2021）ため、病気にかかる危険性が高いという問題を抱えている。合併症にかかると医療的ケアが必要となるために、通院のための送迎や入院の付き添いの負担が母親にかかることになる。このように、ダウン症児は体調を崩しやすいことから体調管理も定型発達児以上に気を使わなければならない。

このように、子どもの問題としては、知的や身体的発達の遅れ、また合併症などの健康面の問題が挙げられる。

1-3-2. 母親の問題

我が子が障がいを持っていることについて医師から告知を受けた母親は、否定的に受け止めることが多く（中垣, 2009）、出産という喜ばしい事態から一転して不幸のどん底に突き落とされたような気分になる。診断を受けるまでは健康で健やかに育つ我が子を想像していたため、生まれてくるはずの健常な我が

子ではなかったことによる喪失感とともに、深い悲しみを抱えることになる(中田, 1995)。また、紫藤・松田(2010)は、障がいのある子どもの自立に関する不安、社会の偏見に対する不安、母親自身の加齢に関する不安、社会保障制度に関する不安、親亡き後の子どもの生活に関する不安、子どもの生活の場所に関する不安、子どもの健康に関する不安、子どもの進路に関する不安などの多くの不安を母親が抱えることを指摘している。このような心理状態に陥ることで、好ましい育児ができなくなることが考えられる。

ダウン症児の母親は、健常ではない子ども産んだことに対する罪悪感を抱くことがある(藤井・青木, 2003)。この罪悪感には、生まれてきた我が子に対して健常に生んでやれなかったことに対する申し訳ない気持ちと家族に対して今後負担をかけてしまうことに対して申し訳ない気持ちが含まれている。また、障がいを有している我が子を受容して愛さなければならないという母性的かわりを母親が強いられることで負担に感じる場合には、母親は苦しめられることになる(上地, 2021)。また、子どもが障がいを持って生まれたことに対する罪悪感を軽減しようと、宗教への信仰心を深めることも指摘されている(Finkelstein et al., 2023)。重篤な病気により死の告知を受けた末期患者は、死に直面して神との取引(Kübler-Ross, 1969 川口訳, 1971)を行い、死から免れようとすることが指摘されている。これと同様、ダウン症児の母親は我が子の症状が悪化しないように神に祈り、宗教に癒しを求めようとする者もいるのではないかと考えられる。神や仏を信じるのが母親の心の拠り所になり、宗教団体の人たちと話をすることで子育ての悩みを解消することや、その人たちから心理的に支えてもらうことは、子育てをしていく上でのエンパワメントになることもある一方、宗教団体の中には、家族や子孫等に不利益が生じるなど不安をあまり、病気を治すためには信心が試されているとして地蔵や壺などの購入や献金を要求することが問題となっている(文化庁, 2023)

母親が抱く子どもに対する否定的な感情は、障がい児に対する虐待として現れることもある。Sullivan & Knutson(2000)は、障がいのある子どもは、障がいのない子どもよりも虐待を受ける可能性が3.4倍高いと報告しており、障がい児の母親は思うようにいかない育児が原因で感じるストレスが強く、そのために攻撃的衝動を高めることになり、虐待に拍車をかけているのではないかと考えられる。子どもを虐待してしまうほど、母親が追い込まれているというのが実態ではないだろうか。

その一方で、母親が楽観的でおおらかな性格傾向の場合、子どもを褒めておおらかな子育てをする(藤永他, 2005)ことから、母親自身がストレスをためることがないと考えられる。我が子がダウン症児であっても、将来に対して楽観

的な展望を抱くことができることは、母親にとって子育て意欲につながるといえる。

このように、母親の問題としては、我が子の障がいによって多くのストレスを抱えるネガティブな側面だけでなく、楽観的に育児を捉えることで子育て意欲につながるというポジティブな側面もあることがわかる。

1-3-3. 家族の問題

障がい児の誕生は、「家族にとっての一つの大きな危機」（藤永他, 2005）であるため、家族が障がい児に対して拒否的な関わりをすることもある。その場合には、母親は家族から孤立してしまうことになる。道原（2012）は、近親者からのサポートが十分でないことが障がい児を持つ母親の抑うつ感を増大させること、特に一番身近な存在である夫が育児に十分参加しないことで、母親の精神的・身体的負担が増すことにつながることを指摘している。夫が育児に積極的に関わることで、母親の育児負担感を下げ、育児によるバーンアウトや孤独感を抑制することにつながるため（香川他, 2006）、夫が育児に参加することは重要である。夫が自分は「障がい児の父親」であるという自覚を持ち、母親を支える役割を担うキーパーソンになることで、母親が安心して障がい児の子育てに取り組むことができるように支援することが重要なのである（藤井・青木, 2003）。

祖父母との関わりも重要である。今野（1992）は、生まれた子どもに障がいがあることで祖父母は葛藤を抱えていることを指摘している。この葛藤が母親に対する圧力につながることもある。また、横山（2004）も、ダウン症児の母親がなぜ出生前検査をしなかったのかを祖父母から責められることで、心理的にも辛い思いを抱くことを指摘している。このように、祖父母との関係性が悪いと、母親の精神的苦痛を引き起こすことになる。

その一方で、祖父母と良好な関係性を築くことができれば、祖父母が通院や通所の送迎を手伝うとか他のきょうだい児の面倒を見るといったように、障がい児の育児に協力的になることから、母親の負担を軽減することにつながる（丸山, 2013）。祖父母が育児に協力的で、夫が育児に参加してくれることで、母親の負担を軽減することができる。母親のキャリア形成として就労もできるようになり、社会とのつながりによって、ストレスの発散に結びつくことになると考えられる。

このように、家族の問題としては、夫と一緒に育児にかかわったり、祖父母との良好な関係性を築いたりして育児のサポートを得られることが挙げられる。

1-3-4. 環境の問題

ダウン症児の母親にとって、家族以外のサポートも必要となる。多くは地域にある福祉サービスや医療機関との関係性が重要である。ダウン症児の母親が最初にサポートを受ける機関は医療機関である。生まれてきた子どもに障がいがあることから、母親が出産前に描いていた子ども像が崩れしまい(中田,1998),母親は強いショックを受ける。しかも告知する医師や看護師からの伝え方によっては、母親がさらに辛い思いをすることがあるため、母親の気持ちを支えるような伝え方がすることが大切であり、医療機関による母親への心理的サポートは不可欠である。さらに、ダウン症児は合併症を抱えやすく、その治療や療育を受けるために医療機関や療育機関にかかることが多くなることから、医療機関のスタッフに対する不満や心が傷つくような言葉をかけられることもあり(片田他,2016;横山,2007),療育機関においても同様のことが起きている(横山,2007)ため、母親はさらにストレスを高めることになる。ダウン症児は、成長が遅いために療育を受けることが多いことから、療育を受けるために通所する施設との関わりも重要となる(森近,2023)。

子育てをする上で友人や知人からの支えは大切であり、ダウン症児を出産するまえからつながりのある友人や知人とのかかわりは、出産した後に生じる母親のショックや不安な気持ちを支えてもらうために重要な役割をする。また、同じダウン症児を育てる家族同士のつながりが、育児への前向きな参加に結びつくことがある。居住地にあるダウン症の家族会では、ダウン症を育ててきた親たちの多様な経験がメンバー間で共有され、メンバーへのアドバイスに活かされることや、子育てで辛くなった親たちの心の拠り所としての「基地」的な機能を果たしていること、親と関係者をつなぐ取り組みを行ったりしている点において、ダウン症を育てる親にとって重要な役割を果たしていることが指摘されている(東村,2006)。また、上地(2021)は、ダウン症児を育てている仲間からのピアサポートは、同じ立場だからこそ理解し得る共感的関係性を築き、子育てに有用な情報共有ができると述べている。

2013年に「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(通称「差別解消法」)が施行されたが、障がいのあるものが社会参加するための環境整備が不十分である(廣田,2014)。長谷川・石田(2021)は、障がい児の母親が外出時にじろじろ見られることや発作のたびに近隣から怒鳴られ嫌がらせを受けることがあるという指摘しており、障がい児に対する理解は浸透していないのが現状である。周囲の人たちからの偏見のまなざしに母親は悩まされ、周囲の理解不足が障がい児の子育てをする上でストレスとなっている。

このように、環境の問題としては、周囲の人たちからのサポートや差別的な扱いによる傷つきが挙げられる。

以上のように、子どもの問題、母親の問題、家族の問題、環境の問題などによって、母親は子育てに対するストレスを抱えることになる。

1-4. ダウン症児の母親のリアリティショック

ダウン症児の母親は、出産後に我が子が障がいを持っているという現実と直面した際、子育てにイメージしていたことや予想していたこととの「ずれ」を感じる。この「ずれ」はリアリティショック（以下、RS）と呼ばれる（Kramer, 1974）。

1-4-1. RS とその測定尺度

Drotar（1975）は、先天性奇形を持つ親は最初に「ショック」を受け、やがて段階を追ってそれを受容していく過程を経ると述べている。ダウン症児の母親も、子育てをする過程において出産前に抱いていた育児イメージと直面した現実との「ずれ」を強く実感するという RS を受けていると考えられる。RS は Kramer（1974）が提唱した概念であり、当初は「新卒の看護師が就職後数か月以内に予期しなかった苦痛や不快さを伴う現実と直面し、身体的、心理的、社会的なショック症状を表わす状態」として定義されている。その後、看護分野だけでなく、大学生（半澤, 2007）や保育士（松浦他, 2019; 松浦他, 2020）、新人教員（杉原, 2012）といった対象にも RS の概念は拡大して適用されるようになった。

岡本・岩永（2015）は、主観的なギャップの認知は認知的不整合、すなわち、「自分の経験した状況・刺激が予測とは異なるために、予測や構えが崩壊することで不安が喚起される状態」（Epstein, 1972）として捉えることができると指摘している。厚生労働省も「事前情報と現実の乖離」という定義で RS を使用している。このように、RS は、予想していたこと現実とのギャップ、ないしは予測や構えが崩壊するという認知的不整合状態が RS の中核的な概念だといえる。

RS は予測と現実とのずれであることから、ストレス尺度で測定することはできない。そのため RS を測定する独自の尺度はいくつか開発されてきた。ここでは新人看護師を対象とした岡本・岩永によるリアリティショック尺度について説明する。

岡本・岩永（2015）は、新人看護師におけるリアリティショック尺度を開発し、「生活の変化に関するギャップ」「看護の実践に関するギャップ」「職場

の人間関係に関するギャップ」「新人教育に関するギャップ」「患者・家族との関係に関するギャップ」「就職後の満足感に関するギャップ」の6因子を抽出している。このうち、「新人教育に関するギャップ」「患者・家族との関係に関するギャップ」「就職後の満足感に関するギャップ」の3因子がRSのポジティブ面を反映した因子となっており、予測と現実とのギャップによって生じたショックであるネガティブな側面だけがRSではないことを指摘している。

RSを測定する尺度においては、RSによって生じるネガティブな側面とポジティブな側面があることから、ネガティブな側面を測定するストレス尺度とは異なる側面をも測定しているといえる。ネガティブな側面はストレスの喚起に関連するものの、ポジティブな側面は子育てをする上での満足感や充実感につながり、前向きな気持ちで子育てにつながるものと考えられる。

1-4-2. ダウン症児の母親に生じるRS

ダウン症児の母親が出産前に抱いていた子育てイメージは、ダウン症児の出産後に直面する現実との間にギャップを引き起こすことになる。ダウン症児の発達はゆっくりであるが故に、子どもの発達に伴って母親は周囲の定型発達児との発達の違いを繰り返し経験することになるため、このギャップは出産直後に一過的に実感するものではない。例えば、安定した独立歩行を獲得する時期は、定型発達児は1歳ごろであるのに対してダウン症児は2歳から4歳ごろと遅いため、歩くことのできない我が子を目の当たりにして定型発達児とのギャップを実感することになる。また、小学校への就学時では、多くのダウン症児は通常学級ではなく特別支援学級や特別支援学校に就学することになるために、母親は定型発達児との違いをより強く実感することになる。さらに小学校に入学したのちも、学力や体力の面で定型発達児との差が大きく開いていくことになるために、我が子の現実に直面することになる。このように、ダウン症児が成長する過程を通して、母親が子どもに期待していたことと現実とのギャップを実感することになり、RSを引き起こすことにつながるのである。ダウン症児の母親が経験するRSは、出産直後だけに留まらず、子どもの成長過程のさまざまな場面で実感することになると考えた方が、ダウン症児の母親が感じるRSの実態に沿っているといえよう。

そのため、Kramer (1974) が新人看護師を対象とした研究のように、就職直後という一時期の一過的な現象としてRSを捉えるのでは不十分であり、子どもの発達過程において継続的に体験する現象として捉える必要がある。RSが成長過程で繰り返し起きると考えられることから、Table 1-1に示すように、ダウ

ン症児の母親が抱く RS は Kramer の定義とは異なる面を有した現象であるとみなす必要がある。

Table 1-1. Kramer (1974) と本研究の定義の比較

	Kramer	本研究
対象	看護師，保育士などの専門職	ダウン症児の母親
期間	就職後数ヶ月以内の一過的な現象	出産後から育児の全過程
状態	予期しなかった苦痛に直面したことによる身体的，心理的，社会的なショック症状	ギャップの認知に限定 長期に及ぶ不安や抑うつ症状は測定しない

ダウン症児は発達の遅さや身体上の問題を抱えているため、ネガティブな RS を実感することが多いと思われるが、ポジティブな RS を実感することもあると考えられる。ダウン症児のイメージと我が子が示す行動や学びが期待以上であることに驚かされ、嬉しいと感じる場面も少なからずあるからである。中田（1995）は、障がい児の親が我が子を受容する過程において我が子の障がいを肯定する気持ちと否定する気持ちの両方が存在し、2つの感情が交互に現れるとする連続過程を通して子どもを受容する方向へ推移していく「螺旋形モデル」を提唱している。この螺旋形モデルは、障がいの我が子を受容するプロセスは一樣ではなく、親はネガティブな気持ちとポジティブな気持ちの感情の間で揺れ動きながら我が子の障がいを受容できるようになるプロセスを描いたものであり、親の抱く複雑な心情を表したものといえる。我が子の障がいを受容する過程について、田中（2010）は、葛藤や望みの敵わない悲しみを経験しながら受け止めていくことになると述べており、山根（2012）は、受け入れと受け止めきれなさを繰り返して体験するという複雑な心情に置かれることを述べている。また、このように、ダウン症児の母親は、子どもの受容と否定という相反する感情の中で揺れ動きつつ子育てをしていくのである。

このことから、ダウン症の母親の抱く RS においても、現実と予想とのギャップによるショックからもたらされるネガティブな側面に加え、子育てをしていく上で実感するポジティブな側面も含まれるものと考えられる。この点が従来の育児ストレスとは異なっている。

1-5. ダウン症児の母親の RS の影響過程を検討する上での課題

ダウン症児の母親が経験する RS を引き起こす規定要因として、子どもの問題、母親の問題、家族の問題、環境の問題が挙げられることは前述したとおりである。しかしこうした規定要因が、RS とどのような関連性を示すのかについて

ては明らかにされていない。また、RSの結果、子育てをしていく上での将来にする不安や抑うつ、ストレスに加え、ポジティブな側面である満足感も生起すると考えられるものの、これらの反応とRSがどのような関連を示すのかについても明らかにされているわけではない。特にRSにはネガティブな側面とポジティブな側面とが想定されるため、これらの二側面がRSによって引き起こされる反応とどのように関連しているのかを明らかにする必要がある。RSの規定要因、RS、生起する反応との関連性を検討することで、RSの影響過程の全容を明らかにすることができる。

また、この影響過程は、子どもの発達によって変化する可能性もある。そのため、子どもの発達段階ごとに影響過程にどのような違いが認められるかを明らかにすることで、その発達段階で効果的な介入を行うことができるものと考えられる。ダウン症児の発達段階を検討する上で、定型発達児の発達段階ではなく、ダウン症児の発達上および生活上の大きな変化が生じる段階に着目した検討が必要である。

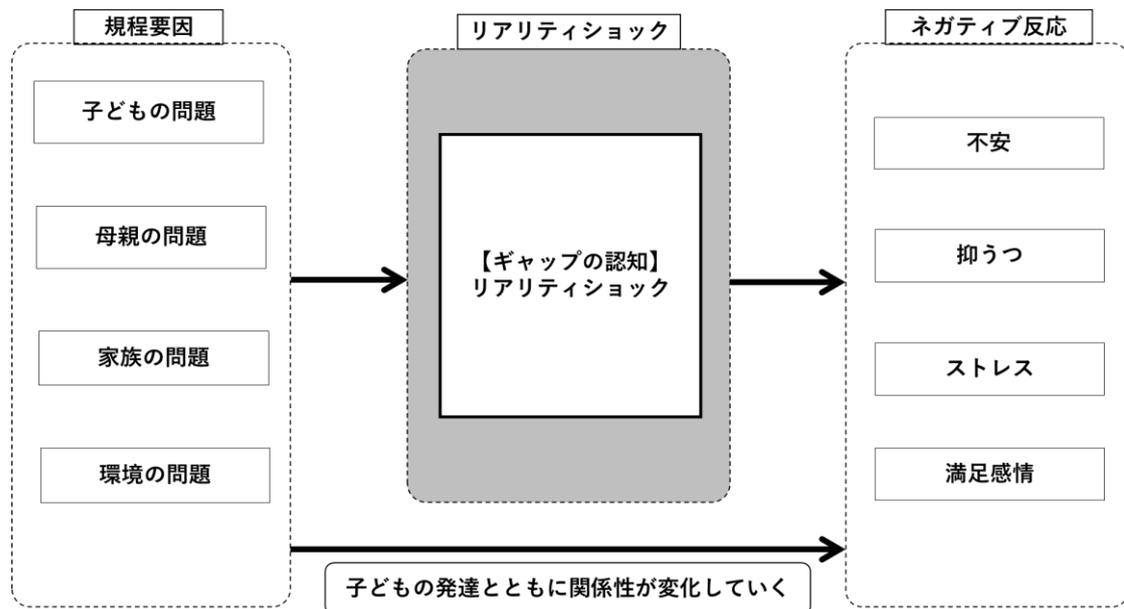
RSを引き起こす規定要因とRSの関係、そして反応への影響過程を明らかにすることができれば、ダウン症児の育児をする上でストレスを軽減し、また育児の満足感を高めるための示唆を得ることができ、ダウン症児の母親に対する効果的な介入ができるものと思われる。

1-6. 本研究の目的

本研究は、RSの各下位因子に影響する規定要因およびRSが生じた結果生じる反応との関連性について検討する。そのために、ダウン症児の母親が抱えるRSの内容を明らかにするために母親のRSを測定する尺度を開発して検討を進める、また、ダウン症児の恋例によって引き起こされるRSが異なると考えられることから、RSの影響過程に年齢階層による違いが認められるかも合わせて検討する。全体の関係性仮説モデルは、Figure 1-1に示す。

以上の目的の検討を行うため、以下の1から5の研究を行う。

Figure 1-1. 全体の関係性仮説モデル



第2章（研究1）ではダウン症児の母親が経験するRSの内容を明らかにするために、ダウン症児の母親に対してインタビュー調査を行う。出産直後と4歳頃の時期を回想して回答してもらうことにより、出産前後のギャップと子どもの成長発達によって引き起こされる心理的变化を明らかにする。4歳頃までを回想してもらう理由は、ダウン症児の最初の大きな発達的变化として安定した独立歩行が獲得される時期であるためである。

第3章（研究2）では、研究1で抽出された項目をもとに、ダウン症児の母親が経験するRS尺度の信頼性と妥当性について検討する。妥当性を検討するために、一般的な育児ストレスを測定する「育児不安尺度」と障害児育児のストレスを測定する「発達障害児・者をもつ親のストレサ尺度」を用いる。

第4章（研究3）では、ダウン症児の母親が経験するRSを引き起こす規定要因及び反応の因子を確定する。RSを引き起こす規定要因として「子どもの問題」「母親の問題」「家族の問題」「環境の問題」の観点から検討を行う。また、RSを経験したのちに生じる反応として不安や抑うつといったネガティブな反応と満足感や充実感といったポジティブな反応が想定されるため、ネガティブ・ポジティブの2側面から検討を行う。

第5章（研究4）では、ダウン症児の母親が経験するRSプロセスの解明をする。「子どもの問題」「母親の問題」「家族の問題」「環境の問題」の規定要因がRSを引き起こし、その結果として不安やストレス及び満足感情などの側面に影響を与えるプロセスを共分散構造分析によって明らかにする。

第6章（研究5）では、ダウン症児を0～4歳、5～8歳、9～12歳の3つの年齢階層に分けた比較検討を行う。規定要因、RS、反応の程度が年齢階層によって異なるかどうかを一元配置分散分析によって検討する。また、RSの影響過程が年齢階層によりどのように異なるかについて共分散構造分析によって検討する。

第7章では総合考察として、研究1から研究6の結果に基づいて最終的なモデルの検討を行い、ダウン症児の母親のRSのメカニズムの解明を考察する。さらに、今回の知見を持ちに、ダウン症児の母親経験するRSへの対応についても考察する。

1-7. 要約

序論では障がい児の母親が抱える問題、RSに関する先行研究をレビューし、先行研究の限界や本論文の着眼点について述べた。RSを引き起こす規定要因として「子どもの問題」「母親の問題」「家族の問題」「環境の問題」に着目し、ダウン症児を育てる母親が育児をしていく中で体験するRSをネガティブとポジティブな側面から捉え、子どもの発達に伴ってRSを何度も経験し、変化していくプロセスに着目する必要性を述べた。

第2章

研究1 ダウン症児の母親が経験するリアリティショック項目の作成

2-1. 序論

リアリティショック (RS) とは、予想していたことと現実に起きていることとのギャップという認知的不整合が生じている状態である(岡本, 2015)。予想と現実のギャップから引き起こされる体験にはネガティブな側面だけではなく、ポジティブな側面もある(岡本・岩永, 2015; 松浦他, 2019)。ストレスとは異なり、RSにはネガティブな側面だけでなく、ポジティブな側面も含まれるのが特徴といえる。

これまでに開発されてきた障がい児の母親の育児に関する尺度は(新美・植村 1980; 山根 2013)、いずれも母親が感じるストレスというネガティブな側面に焦点を当てているものばかりである。しかし、新人看護師や新人保育士を対象としたRSの研究ではポジティブな因子やカテゴリーが抽出されていることから、ダウン症児を抱える母親が育児を通して体験するRSにおいても、予想が崩壊することによるショックというネガティブな側面だけでなく、予想していたことよりも良いことや満足できることを経験するというポジティブな側面も含まれると予想される。母親がネガティブ感情とポジティブ感情を繰り返し経験するという周期的な感情状態の交代現象を、中田(1995)は「螺旋形モデル」を用いて説明している。一度ポジティブ感情を抱いたとしても、何かのきっかけでネガティブ感情が引き起こされてしまうことで、ポジティブ感情とネガティブ感情の間で振り子のように揺れ動いている状態こそが、障がい児を持つ母親が実感する心情なのである。そのため、母親の体験する予想と現実のギャップのネガティブな側面だけでなくポジティブな側面も捉えることのできる尺度を開発することが必要である。

Kramer(1974)が提唱したRSは新人看護師を対象としていることから、RSが引き起こされるのは就職後数カ月以内という短期間が対象となっている。しかし、ダウン症児の母親の場合、我が子の発達を定型発達児と比較するたびに何度もRSを経験することが予想されることから、子どもの発達に伴って、母親が感じるRSの内容には違いが見られるのではないかと考えられる。そのため、ダウン症児の母親が抱くRSには発達的に変化する視点も含める必要がある。

ダウン症児が生まれて最初の大きな発達的变化は、歩行である。定型発達時と比べて歩行できる時期が遅いため、3歳から4歳にならないと独立歩行ができないことが多い。母親にとって、他の子どもが歩き始めているにも関わらず

我が子が歩けない状態を経験し、時間がかかっても歩けるようになるというネガティブな経験とポジティブな経験をする4歳までを対象とし、その期間に母親がさまざまに体験する事柄をもとに、ダウン症児の母親のRSを測定するための項目候補を収集する。

2-2. 目的

研究1の目的は、ダウン症児の母親に対してインタビューを行い、ダウン症児の母親が経験するRSを測定する尺度（Reality Shock scale for Mothers who have a child with Down syndrome : RSMD）で使用する項目の候補を抽出することである。母親は成長を明確に実感しやすいことから、ダウン症児の最初の大きな発達的变化である安定した独立歩行獲得ができる4歳までの期間を対象として回答を求めることとする。抽出した項目をカテゴリーに分けることで、母親が抱くさまざまな体験をどのような因子が想定できるのかを検討する。

2-3. 方法

2-3-1. 調査対象者

JDS（日本ダウン症協会）岡山支部の協力を得て、5歳児から中学校1年生までのダウン症児の母親10名（40歳代）に実施した。母親の平均年齢は41.6歳（ $SD = 3.77$ ）であった。

2-3-2. 調査時期

2018年5月～9月に対面によるインタビューを実施した。インタビューは、個室において調査対象者とインタビュアーの2人で実施した。

2-3-3. 手続き

あらかじめ用意した質問項目を用いた半構造化面接によるインタビューを行った。インタビューの内容は、調査対象者の同意を得て録音した。所要時間は約90分で、必要に応じて適宜休憩を取りながら進めた。ダウン症児の母親が抱くRSとは、「ダウン症児の子育ての過程において母親が抱く子育てイメージや期待と現実に体験することとのギャップの認知」とし、それに関連する質問を2つ行った。回答者に不明な点があれば、補足の質問を行った。

質問項目1：あなたの子どもがダウン症を持っていると分かる前（妊娠中）に、あなたが抱いていた子育てイメージと、ダウン症を持っていると分かったときの、あなたの子育てイメージの違いとして、そのときどのように思ったりど

のようなことをしましたか？どのようなものが頭に浮かんできますか。その内容を思い浮かんだ順に教えてください。

質問項目2：ダウン症のお子様が4歳になるまでのことを思い出してください。日々考えていたこと、感じていたことを教えてください。

2-3-4. 分析方法

心理学の研究者2名がインタビューで得られた内容を逐語録から1つの意味となるよう文章を抜き出してカードを作成し、類似した内容を整理して106の項目候補に取りまとめた。この106項目を対象として、心理学の研究者と心理学の博士課程に在籍する大学院生8名の合意に基づいてカテゴリー分けを実施した。

2-3-5. 倫理的配慮

広島大学大学院総合科学研究科倫理委員会の承認（受付番号：30-10）を得て実施した。調査協力者には、研究成果を公表する際には集団データとして公表されるために個人が特定されないことを説明した。また、調査に協力しなくても、回答の途中で中断をしても本人の不利益にはつながらないこと、データ使用を許可しない場合には当該個人に関わる資料は破棄されることについても合わせて説明した。インタビュー終了後、データ使用の承諾を得、承諾の得られたデータのみ分析に用いた。

2-4. 結果

ダウン症児の母親のインタビューで得られた発言をもとに、重複した内容を削除し、106項目にまとめた。この106項目に対して、心理学の研究者ら8名が論理的妥当性を確認しつつ合意に基づいてカテゴリー分類を行った。その結果、106項目を9カテゴリーにまとめた。一部の対象者のみに該当する項目や類似した内容の項目をまとめ、質問項目として使用可能であると判断できる54項目を最終的に抽出した。項目は、Table 2-1に示す。なお、質問項目では回答者が理解しやすいように「定型発達児」ではなく「健常児」と表記する。

第1カテゴリーは「運動発達の遅れがある」「心臓疾患などの合併症がある」などの15項目から構成されており、「子どもの発達上の問題」を表すカテゴリーであると解釈した。

第2カテゴリーは、「我が子に対して申し訳ない気持ちになった」「家族に対して申し訳ない気持ちになった」の2項目で構成されており、「罪悪感」を表すカテゴリーであると解釈した。

第3カテゴリーは、「障がいのある子を産んだことについて、その時は幸せな気持ちになれなかった」「出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった」など9項目で構成されており、「我が子の障がいに関するショック」を表すカテゴリーであると解釈した。

第4カテゴリーは「出生前検査を受けたかどうかについて、家族(周囲の人)から尋ねられた」「親戚や友達などにどのように報告したらよいのか悩んだ」など4項目で構成されており、「周囲とのかかわりによる負担」を表すカテゴリーであると解釈した。

第5カテゴリーは「ダウン症について、調べることが増えた」「ダウン症に関する知識が増えると、安心した」など3項目で構成されており、「障がいの知識習得による不安への影響」を表すカテゴリーであると解釈した。

第6カテゴリーは「家族が育児に協力的だった」「家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた」など3項目で構成されており、「家族の協力」を表すカテゴリーであると解釈した。

第7カテゴリーは「健常児の母親とは友達になれないと思った」「社会の中で我が子と、どう生きていけばよいのかわからなくなった」など5項目で構成されており、「子育ての不安」を表すカテゴリーであると解釈した。

第8カテゴリーは「体調管理が大変だった」「親としての忍耐を試されているような気がした」など7項目で構成されており、「子どもに障がいがあることによる辛さ」を表すカテゴリーであると解釈した。

第9カテゴリーは「ダウン症のある子どもを育てている家族と出会えて、うれしかった」「療育に通うことで発達について知ることができた」など6項目で構成されており、「子育てを通じた良好な関わり」を表すカテゴリーであると解釈した。

Table 2-1

RSMD 予備尺度項目一覧

第1 カテゴリー：子どもの発達上の問題（15 項目）	
1	運動発達の遅れがある
2	心臓疾患などの合併症がある
3	筋緊張低下の問題がある
4	言葉の発達の遅れがある
5	意思の疎通ができるようになるのか不安であった
6	強いこだわりがある
7	多動・衝動性の問題がある
8	自傷行為の問題がある
9	直接母乳で育てたができなかった
10	母乳（ミルク）の飲み方が悪くて体重が増えなかった
11	離乳食がうまくすすまなかった
12	他の子どもと比べることがあった
13	睡眠時間が長いので心配になった
14	発達を促さないといけないとプレッシャーを感じていた
15	トイレットトレーニングがうまくできなかった
第2 カテゴリー：罪悪感（2 項目）	
1	我が子に対して申し訳ない気持ちになった
2	家族に対して申し訳ない気持ちになった
第3 カテゴリー：我が子の障がいに関するショック（9 項目）	
1	障がいのある子を産んだことについて、その時は幸せな気持ちになれなかった
2	出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった
3	自分の人生で、障がいのある子が生まれるとは思っていなかった
4	我が子の障がいを受け入れなければいけないと思いつつも、受け入れることがしんどかった
5	赤ちゃんの誕生を楽しみにしていたのに、障がいがあることがわかって、ショックだった
6	我が子の顔を見るのがつらかった
7	出産前に描いていた楽しい子育てイメージが、出産後に崩れた
8	出産後に「おめでとう」と言ってくれる言葉が少なく、「お気の毒に」という雰囲気があった
9	産後の入院生活が楽しみだったのに、他の妊婦と一緒にいたくなくなった

Table 2-1

RSMD 予備尺度項目一覧 つづき

第4 カテゴリー：周囲とのかかわり（4項目）
1 出生前検査を受けたかどうかについて、家族（周囲の人）から尋ねられた
2 親戚や友達などにどのように報告したらよいのか悩んだ
3 普通の子どもが集まる場所へ行きたくなかった
4 我が子の顔を覗き込まれて、ダウン症であることを知られるのが不安だった
第5 カテゴリー：障がいの知識習得による不安への影響（3項目）
1 ダウン症について、調べることが増えた
2 ダウン症に関する知識が増えると、安心した
3 ダウン症に関する知識が増えると、不安になった
第6 カテゴリー：家族の協力（3項目）
1 家族が育児に協力的だった
2 家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた
3 夫は、我が子の障がいを受け止めていた
第7 カテゴリー：子育ての不安（5項目）
1 健常児の母親とは友達になれないと思った
2 社会の中で我が子と、どう生きていけばよいのかわからなくなった
3 毎日の暮らしが今まで通りにできなくなる不安があった
4 親亡き後の子どものことが心配になった
5 子どもが社会で生活していけるのか不安になった
第8 カテゴリー：子どもに障がいがあることによる辛さ（7項目）
1 体調管理が大変だった
2 親としての忍耐を試されているような気がした
3 障がいのある子が生まれた後、次の子どもを授かることについて不安があった
4 医療従事者から、子どものことについてショックになるようなことを言われた
5 専門医にかかることが増えた
6 療育に連れて行くとき、障がい児の母親と見られるのが辛かった
7 療育施設に連れて行かないといけないことが負担だった
第9 カテゴリー：子育てを通じた良好な関わり（6項目）
1 ダウン症のある子どもを育てている家族と出会えて、うれしかった
2 療育に通うことで発達について知ることができた
3 ダウン症のある子どもを育てている先輩ママと話をすることで、不安が解消された
4 子どもとふれあう時間をたくさん作りたいと思った
5 成長を感じるのがうれしかった
6 可愛いと思った

2-5. 考察

研究1では、RSMDの項目候補を選定することを目的に、ダウン症児の母親にインタビューを実施した。その結果、RSMD尺度の項目候補として54項目を抽出し、以下の9カテゴリーに分類した。

第1カテゴリー「子どもの発達上の問題」は、ダウン症児に特有的に認められる発達の遅さや心臓疾患などの合併症が原因で生じた身体面での問題や、知的発達の遅れや多動・衝動性などの精神面の問題に関する項目である。親にとっては子どもが抱える合併症の重症度もさることながら、子どもが病気を抱えていることや抱える可能性があることそのものについて不安を抱く(小野, 2018)ことから、本カテゴリーの項目は子どもの発達において親が感じる不安と関連する項目内容となっていることが分かる。

第2カテゴリー「罪悪感」は、子どもが障がいを抱えていることについて、我が子や家族に対して申し訳なかったと感じていることに関する項目である。我が子が障がいを抱えていることに対して、主に母親が責任を実感し(上地, 2020)、母親は子どもを健康に生んであげられなかったことを申し訳なく思い、自責の念を強く抱く(篠原・大月, 2023)。このことから、本カテゴリーは障がい児を産んだことに対する母親の罪悪感に関連するカテゴリーといえる。

第3カテゴリー「我が子の障がいに関するショック」は、母親が出産前に抱いていた子育てイメージと出産後に直面した現実とのギャップから生じるショックを感じていることに関連する項目である。母親は我が子が障がいを持って生まれることを予想しておらず、健康な我が子が生まれることを期待して将来のプランを考えているために、それが崩壊したことによって生じるショックであると考えられる。このように出産前に抱いていた子育てイメージと現実とのギャップは「幻想の崩壊」(田中・丹羽, 1990)と呼ばれ、ショックを引き起こすことが指摘されている。

第4カテゴリー「周囲とのかかわり」は、親戚や友人らにどのように報告すれば良いのかということに関する戸惑いや、報告した際に傷つくような発言をされるかもしれないという悩みや偏見に対する恐れに関する項目である。ダウン症特有の顔つきを我が子がしていることから、母親は周囲の目が気になり、子どもを連れて外出ができなくなる(片田他, 2016)ことも、周囲との関わりによって引き起こされる問題である。また、家族や親せきなどの周囲から「出生前検査」を受けたかどうかを尋ねられることは、「生まれないようにすればよかったのではないか」と言われているように母親が受け止めてしまうことになり(JDS(日本ダウン症協会)岡山支部)、母親が責められているように感じ、辛い思いをすることにつながるのである。

第5 カテゴリー「障がいの知識習得による不安への影響」は、知識がなかった「ダウン症」について調べることで引き起こされた、我が子の将来に対して感じる不安感や安心感に関する項目である。近年はわからないことをインターネットで容易に検索することができるようになったが、親が子どもの障がいに関連する内容をインターネットで検索しても、多様で相矛盾する情報が掲載されていることもあり、情報に惑わされるという問題も生じている(山根, 2021)。書籍も多数出版されており、その内容と我が子の状態と照らし合わせることで、母親は我が子の将来について安心したり不安に陥ったりというように、母親の不安定な心理状態も反映しているカテゴリーといえる。

第6 カテゴリー「家族の協力」は、家族がダウン症児の育児に予想外に協力的であることに関する項目である。家族のサポートが得られることは、母親の安心感につながることから(篠原・大月, 2023)、母親の安定に結びつくRSのポジティブな側面を表すカテゴリーといえる。

第7 カテゴリー「子育ての不安」は、ダウン症児を育てながらどのように生活を送ることができるのかという見通しが立たなくなることや、親が年老いて体力が衰えてしまい、ダウン症児の介護ができなくなった時を想像して不安を感じてしまうことに関する項目である。医師から我が子がダウン症児であることについて告知を受けたときは、どうしてよいのかわからず何も考えられなくなり、将来、親が年老いてしまい、子どもの介護ができなくなった時に、子どもが自立して生活することはできないと心配して「将来の不安」が生じることになる(篠原・大月, 2023)。本カテゴリーは、子どもの将来に関して母親が抱く子育て不安を表すカテゴリーといえる。

第8 カテゴリー「子どもに障がいがあることによる辛さ」は、体調管理や通院等による負担、次子を妊娠することの不安に関する項目である。通院や療育に連れて行く役割を母親が担うことが多いために、母親にとっては次子を妊娠することの負担感が大きい(久野他, 2006)。また、それらの負担を考えると、次子を授かっても十分な育児ができないのではないか、あるいは再び障がい児が生まれたらどうしようかという不安がある(坪田・磯山, 2021)ことを表すカテゴリーといえる。先行研究では、医療機関や療育機関に起因する問題が指摘されているものの、母親たちはインタビューでその点について触れていない。母親たちは医療機関や療育機関と良好な関係を有しており、そこでの問題を経験していないからだと考えられる。

第9 カテゴリー「子育てを通じた良好な関わり」は、同じダウン症児を育てている家族との出会いによって不安を解消したり、育児の楽しさを経験したりすることに関する項目である。子どもの成長を感じ取ることによって、満足感

を得ることができる（篠原・大月, 2023）ことから、予想もしなかったことで良い体験をしたことに関連したカテゴリーであり、ポジティブな側面といえる。

以上、ダウン症児の母親のインタビューを通して得られた反応は、9つのカテゴリーに分けることができ、その内容はネガティブな側面ばかりではなく、「家族の協力」「子育てを通じた良好な関わり」といったポジティブな側面もあることがわかった。RSはポジティブ・ネガティブの両面があるという先行研究（岡本・岩永, 2015）を支持する結果といえる。これらの項目候補は、母親のリアリティショックを測定するために使用するものとして、ネガティブな側面は母親のストレスに関する内容、ポジティブな側面は子育てを通して得られる満足感を含んでいると考えられる。

2-6. 要約

研究1では、5歳から13歳までのダウン症児を持つ母親10名にインタビューを行い、ダウン症児の母親が経験するRSを測定する尺度で使用する項目候補を抽出した。逐語録を切片化してカードを作成し、類似した内容を整理して106の項目候補に取りまとめた。さらにカテゴリー分けや特定の保護者しか回答できない項目を除き、54項目を抽出し、9カテゴリーに分類した。ダウン症児の母親が経験するRSは、ネガティブなカテゴリーだけでなく、ポジティブなカテゴリーも含まれることがわかった。

第3章

研究2 ダウン症児の母親が経験するリアリティショック尺度（RSMD）の信頼性と妥当性について検討¹

3-1. 序論

研究1では、ダウン症児の母親を対象としたインタビューを行い、母親が経験するRSを測定する尺度（RSMD）で使用する項目候補を9カテゴリー54項目抽出した。各カテゴリーは、「子どもの発達上の問題」「罪悪感」「我が子の障がいに関するショック」「周囲とのかかわり」「障がいの知識習得による不安への影響」「家族の協力」「子育ての不安」「子どもに障がいがあることによる辛さ」「子育てを通じた良好な関わり」である。ほとんどのカテゴリーはネガティブな内容であるが、「家族の協力」「子育てを通じた良好な関わり」はポジティブな内容であった。

従来のRS研究の多くでは、予想・期待と現実とのギャップによるショックというネガティブな面が注目されてきたが、思った以上に良かったというポジティブな面も含まれることも指摘されている（松浦他, 2019; 岡本・岩永 2015）。出産したのちの子どもの状態像が、期待していたものと現実との違いがある場合、そこに生じるギャップの認知がストレスや不安を引き起こしていることに加えて、予想以上に子どもが発育・発達してくれることやできないと思ったことができるようになるというポジティブな面は希望に結びつくことも指摘されている（公益財団法人日本ダウン症協会, 1999）。そのため、RSのポジティブな側面はストレスを緩和する効果を期待できる。研究1で抽出された項目候補は、ネガティブなものだけではなく、ポジティブなものも含まれていることから、RSとして体験されるネガティブ・ポジティブの全体像を測定することができる項目の候補を抽出することができているものと思われる。研究2では、研究1で抽出された項目をもとに、ダウン症児の母親が抱くRSを測定する尺度を作成し、その信頼性と妥当性の検討を行う。

ダウン症児の母親は、子どもの発達過程において定型発達児との比較を繰り返すたびに何度もRSを経験することとなることが予想される（中田, 1995）。そこで、本研究ではRSを体験する期間を広げ、最初の大きな発達的变化である独立歩行獲得の4歳までの期間を対象として、母親が経験するRSを測定する。ネガティブな側面は、一般的な育児不安を測定する手島・原口（2004）が

¹ 本章は、著者が筆頭著者である「上地 玲子・松浦 美晴・岩永 誠（2023）. ダウン症児の母親におけるリアリティショック尺度の信頼性と妥当性の検討 日本保健医療行動科学会雑誌, 38 (1), 24-32.」を加筆・修正したものである。

作成した「育児不安尺度」および障がい児の育児ストレスを測定する山根(2013)が作成した「発達障害児・者をもつ親のストレス尺度」を用いて、併存的妥当性の検討をすることとした。RSのポジティブな側面については、該当すると考えられるカテゴリーが「家族の協力」「子育てを通じた良好な関わり」という対人関係に関することであることから、その内容の観点から論理的妥当性を検討することとした。

3-2. 目的

研究1で抽出した項目候補を用いて、ダウン症児の母親が経験するRSを測定する尺度(Reality Shock scale for Mothers who have a child with Down syndrome: 以下, RSMD)の信頼性と妥当性を検討することを目的とする。

3-3. 方法

3-3-1. 調査対象者

公益財団法人日本ダウン症協会の協力の下、ダウン症児を抱える母親に対してWEBアンケート調査を実施した。会員数約5,200名のうち、522名から回答を得た。そのうち記入漏れのある回答を除外し、分析対象者数は412名であった。母親の年齢については10歳区切りで回答を求めた。対象者は全員20歳代以上で、20歳代が27人(6.6%)、30代が154人(37.4%)、40代が201人(48.8%)、50代が27人(6.6%)、60代以上が3人で(0.7%)であった。居住地域は42都道府県にまたがっており、特定の地域に偏っていなかった。子ども平均年齢は5.22歳($SD=5.36$)であり、年齢の分布は0歳から35歳、15歳以下が約9割であった。

3-3-2. 手続き

公益財団法人日本ダウン症協会に所属する会員に対して、インターネット調査を依頼した。依頼した方法は、公益財団法人日本ダウン症協会の理事会で調査をする承諾を得るために事務局担当者に相談をし、本研究の趣旨説明、アンケート調査項目を提出した。公益財団法人日本ダウン症協会の理事会の承認を経た後、協会の事務局から各都道府県にある支部および準支部のメールニュース担当者にアンケート回答先のURLをメールで通知してもらい、各都道府県の支部および準支部のメールニュース担当者が支部会員に対してメールにてアンケートの調査項目を配信した。調査対象者は、メールで届いたURLをクリックしてアンケート先にアクセスして同意をしたのちに回答をした。アンケートの

説明は、インターネット画面にて実施し、回答は任意であることや途中で中断しても不利益を被らないことを記載した。

3-3-3. 調査時期

2019年12月から2020年2月に実施した。

3-3-4. 質問項目

用いた調査項目は以下の通りである。

3-3-4-1. フェイスシート

回答者の年齢，居住地，ダウン症児の性別・年齢

3-3-4-2. RSMD 尺度項目候補 54 項目

第2章で作成した項目を用い、子どもが4歳になるまで、出産前に予想していた子育てイメージと出産後の実際の子育ての実感との違い（ギャップ）について回答を求めた。回答形式は「全く気にしない」から「とても気にする」の4段階評定であった。

併存的妥当性を検討するために、育児不安尺度と発達障害児・者をもつ親のストレス尺度を用いた。

3-3-4-3. 育児不安

育児不安については、手島・原口（2004）の「育児不安尺度（22項目）」を用いた。育児不安尺度は、乳幼児の育児に関する不安を測定する尺度であり、育児に対する全般的な不安である「中核的育児不安」因子、育児が負担に感じる「育児感情」因子、育児に手間がかかりすぎる「育児時間」因子で構成されている。このように育児不安尺度は、育児に伴う一般的な不安やストレスを測定していることから、RSMDの併存的妥当性の検討に用いることとした。回答形式は「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」までの4段階評定であった。

3-3-4-4. 障がい児育児を持つ親のストレス

障がい児の育児ストレスの測定には山根（2013）の「発達障害児・者をもつ親のストレス尺度（18項目）」を使用した。この尺度は、発達障がいのある子どもを育てている母親のストレスを測定する尺度である。「理解・対応の困難」因子、「将来・自立への不安」因子、「周囲の理解のなさ」因子、「障害認識の葛藤」因子から構成されている。山根（2013）は、各項目について経験の頻度と嫌悪性の評価を行わせ、その積を項目の得点としている。本研究においても山根（2013）に従った尋ね方を行い、各粗点の積を求めることとした。なお、RSMDの得点の次数を合わせるために積の平方根を算出してその項目の得点とし、RSMDの併存的妥当性の検討に用いることとした。

回答形式は「頻度」については、「全くなかった」から「よくあった」までの4段階評定であった。「程度」については、「全くいやではなかった」から「非常にいやだった」までの4段階評定であった。

3-3-5. 分析方法

各尺度の因子の抽出を行う前に、天井効果・床効果のある項目を削除した。RSMDは下位因子間の関連性が想定されるため、最尤法・プロマックス回転を用いた。その他の尺度については原尺度の手法に従い、育児不安尺度は最尤法・バリマックス回転を、障がい児育児ストレス尺度は最尤法・プロマックス回転を用いた。因子の抽出にあたっては、スクリープロット法によって因子数を決定し、因子負荷量.35未満の項目およびダブルローディング項目を削除し、分析を繰り返し、因子の確定を行った。内的一貫性を見るために、Cronbachの α 係数を算出した。下位尺度得点は、因子の項目の平均値を用いた。RSMDの妥当性の検討にあたって、RSMDのネガティブ因子と育児不安尺度および発達障害児・者をもつ親のストレス尺度とが中程度 ($0.4 = < r < 0.7$) の相関を示すかを併存的妥当性の基準とした。ポジティブな内容の因子については、論理的妥当性による検討を行った。相関関係は、Pearsonの積率相関係数を算出し検討した。分析には、SPSS 25 for Windowsを使用した。

3-3-6. 倫理的配慮

広島大学大学院総合科学研究科倫理委員会の承認（受付番号：30-10）を得て実施した。調査協力者に対しては、調査に回答しなくても本人の不利益にはつながらないこと、協力者の意志によって回答を終了した場合、当該個人に関わる資料は破棄されること、研究成果を公表する際には、集団データとして公表されるために個人が特定されないことを説明した。

3-4. 結果

3-4-1. 因子の抽出

3-4-1-1. RSMD

RSMDの因子分析結果をTable 3-1に示す。スクリープロットおよび因子の解釈可能性をもとに6因子を抽出した。

第1因子は「健常児の母親とは友達になれないと思った」「産後の入院生活が楽しみだったのに、他の妊婦と一緒にいたくなくなった」など12項目であり、出産前に思い描いていた育児イメージから乖離しているために現実を受け

入れることが困難である気持ちが含まれているため「現実に対する困惑感」と命名した。

第2因子は「成長を感じるのがうれしかった」「可愛いと思った」など6項目であり、ダウン症児であっても子育てを通してうれしく感じる項目から構成されていることから、「前向きな気持ち」と命名した。

第3因子は「言葉の発達の遅れがある」「運動発達の遅れがある」など10項目であり、成長発達をするものの定型発達児との比較によって遅れを認識する項目から構成されており、「子どもの発達上の問題」と命名した。

第4因子は「出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった」「赤ちゃんの誕生を楽しみにしていたのに、障がいがあることがわかって、ショックだった」など4項目であり、直面した現実から強いショックを受けていることに関する項目であることから、「障がい児の出産に対するショック」と命名した。

第5因子は「家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた」「家族が育児に協力的だった」など3項目であり、予想していなかった肯定的な対応によって生じる項目であり、「家族の理解」と命名した。

第6因子は「子どもが社会で生活していけるのか不安になった」「親亡き後の子どものことが心配になった」の2項目であり、障がいのある我が子が将来安定して生きていけないのではないかという不安と関連していることから、「将来の不安」と命名した。

各因子の α 係数は、「現実に対する困惑感」は.882、「前向きな気持ち」は .906、「子どもの発達上の問題」.824、「障がい児の出産に対するショック」.873、「家族の理解」.859、「将来の不安」.889であり、十分な内的一貫性を示していることが確認された。また、因子間相関はいずれも正の相関 ($r_s = .091 \sim .609$) であった。「現実に対する困惑感」は、「前向きな気持ち」 ($r = .092$) および「家族の理解」 ($r = .091$) の相関が低かった。

Table 3-1

RSMD の因子分析結果

因子名・項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6	共通性
第1因子 「現実に対する困惑感」							
α 係数 = .882							
社会の中で我が子と、どう生きていけばよいのかわからなくなった。外出するのがつらかった	.951	.027	-.005	-.115	-.019	-.078	.746
健常児の母親とは友達になれないと思った	.753	.097	-.022	-.129	-.064	-.036	.446
毎日の暮らしが今まで通りにできなくなる不安があった	.706	.039	-.141	.151	.057	.048	.594
普通の子どもが集まる場所へ行きたくなかった	.638	-.030	.133	.078	-.021	.031	.598
我が子の顔を覗き込まれて、ダウン症であることを知られるのが不安だった	.606	-.051	.127	.086	-.041	-.009	.528
我が子の顔を見るのがつらかった	.509	-.002	-.006	.282	-.114	-.128	.448
療育施設に連れて行かないといけないことが負担だった	.504	-.074	-.003	-.157	.081	.089	.213
産後の入院生活が楽しみだったのに、他の妊婦と一緒にいたくなかった	.501	.033	.005	.127	.012	.049	.382
出産後に「おめでとう」と言ってくれる言葉が少なく、「お気の毒に」という雰囲気があった	.494	-.096	-.094	-.006	.014	.039	.217
親としての忍耐を試されているような気がした	.466	.056	.040	-.069	.059	.079	.253
親戚や友達などにどのように報告したらよいのか悩んだ	.458	-.033	.040	.270	.093	-.027	.470
ダウン症に関する知識が増えると、不安になった	.384	-.083	.203	-.038	-.026	.080	.265

Table 3-1

RSMD の因子分析結果 つづき

因子名・項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6	共通性
第2因子「前向きな気持ち」							
α 係数 = .906							
成長を感じるのがうれしかった	.000	.893	-.017	.018	-.009	.025	.804
子どもとふれあう時間をたくさん 作りたいと思った	-.090	.873	-.084	.030	-.037	.047	.725
ダウン症のある子どもを育ててい る先輩ママと話をすることで、 不安が解消された	.015	.826	.042	-.021	-.052	-.060	.625
ダウン症のある子どもを育ててい る家族と出会えて、うれしかった	-.006	.781	.113	-.029	.016	-.041	.658
療育に通うことで発達について知 ることができた	.046	.737	.064	.057	-.009	-.033	.600
可愛いと思った	-.013	.483	-.091	-.053	.268	.155	.479
第3因子「子どもの発達上の問題」							
α 係数 = .824							
言葉の発達の遅れがある。	-.104	.050	.747	.145	-.089	-.044	.587
運動発達の遅れがある	-.090	-.036	.711	.151	.035	-.086	.524
筋緊張低下の問題がある	-.058	.013	.679	.002	.014	-.009	.430
意思の疎通ができるようになるの か不安であった	.105	.003	.622	-.040	.013	.041	.461
発達を促さないといけないと プレッシャーを感じていた	.067	.024	.584	.039	.019	-.021	.424
他のダウン症児と比べることが あった	.008	.012	.565	.034	-.049	.048	.361
強いこだわりがある	.058	-.005	.497	-.240	.072	.080	.227
トイレトレーニングがうまく できなかった	.105	.045	.416	-.160	.029	.064	.201
心臓疾患などの合併症がある	-.031	.041	.398	-.094	.061	-.022	.138
離乳食がうまくすすまなかった	.051	-.076	.383	-.022	.022	.036	.157

Table 3-1

RSMD の因子分析結果 つづき

因子名・項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6	共通性
第4因子「障がい児の出産に対するショック」α係数 = .873							
出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった	-.160	-.019	.045	.829	.039	.182	.736
赤ちゃんの誕生を楽しみにしていたのに、障がいがあることがわかって、ショックだった	.059	.038	-.041	.823	-.006	.011	.729
障がいのある子を産んだことについて、その時は幸せな気持ちになれなかった	.067	-.078	-.053	.815	.024	-.015	.656
自分の人生で、障がいのある子が生まれるとは思っていなかった	.115	.110	-.107	.657	.040	-.047	.501
第5因子「家族の理解」α係数 = .859							
家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた	.025	.061	.050	-.010	.827	-.014	.758
夫は、我が子の障がいを受け止めていた	-.007	.019	-.009	.039	.802	-.026	.662
家族が育児に協力的だった	.006	-.027	.062	.068	.777	-.071	.610
第6因子「将来の不安」α係数 = .889							
子どもが社会で生活していけるのか不安になった	.038	-.045	.048	.069	-.035	.921	.922
親亡き後の子どもが心配になった	.051	.074	.003	.040	-.059	.789	.703
因子間相関							
F1	—						
F2	.092	—					
F3	.522	.345	—				
F4	.609	.302	.535	—			
F5	.091	.540	.211	.254	—		
F6	.325	.342	.332	.404	.274	—	

3-4-1-2. 育児不安尺度

育児不安尺度の因子分析の結果を Table 3-2 に示す。スクリープロットおよび因子の解釈可能性をもとに3因子が抽出された。なお、因子負荷量の低かった「子どもを虐待しているのではないかと思う」および「毎日同じことの繰り返し

返しをしている」の2項目は削除した。その他の因子構造は原尺度と同じであったが、因子の内容をより反映させるために「育児感情」を「育児否定的感情」、
「育児時間」を「時間的拘束」という因子名に変更し、「中核的育児不安（8項目）」、「育児否定的感情（7項目）」、「時間的拘束（5項目）」5項目とした。各因子の α 係数は、「中核的育児不安」は.899、「育児否定的感情」は.827、「時間的拘束」は.830であり、十分な内的一貫性が確認された。

Table 3-2

育児不安尺度の因子分析結果

	F1	F2	F3	共通性
中核的育児不安 α 係数 = .899				
何となく育児に自信が持てない	.807	.200	.173	.721
母としての能力に自信がない	.770	.199	.096	.642
子育てに失敗するのではないかと思うことがある	.709	.221	.153	.575
この先どう育てたらいいのか分からない	.679	.302	.212	.597
育児についていろいろ心配なことがある	.622	.135	.259	.472
どうしついたらよいか分からない	.607	.234	.275	.498
よその子どもと比べて、落ち込んだり、自信をなくしたりすることがある	.584	.295	.138	.448
子どもの発育・発達が気にかかる	.559	.051	.271	.389
育児否定的感情 α 係数 = .827				
子どもを生まなければよかったと思う	.187	.715	.046	.549
育児意欲がない	.342	.670	.159	.591
子どもといっしょにいると楽しい	.102	-.634	-.021	.412
子どもと一緒にいるとき、心がなごむ	.067	-.580	-.026	.342
子どもを憎らしいと思うことがある	.158	.580	.081	.368
子どもを育てることが負担に感じる	.410	.509	.331	.537
子どもをわずらわしいと思うことがある	.335	.500	.192	.399
時間的拘束 α 係数 = .830				
自分の時間がない	.111	.022	.879	.785
1人になれる時間がない	.149	-.028	.809	.677
家事を全てする時間がない	.234	.016	.542	.349
自分のペースが乱れる	.346	.262	.535	.475
子どものために仕事や趣味を制約される	.292	.194	.531	.404

3-4-1-3. 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度

発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の因子分析の結果を Table3-3 に示す。スクリープロットおよび因子の解釈可能性をもとに4因子を抽出した。

因子負荷量の低かった「子どもが興奮して手がつけられないことがあった」および「子どもが問題を起こしたときにどうしてあげればいいのかわからなかった」の2項目は削除した。その他の因子構造は原尺度と同じであり、「将来・自立への不安（5項目）」、「理解の困難（4項目）」、「周囲の理解のなさ（4項目）」、「障がい認識の葛藤（3項目）」と命名した。 α 係数は、「将来・自立への不安」は.946、「理解の困難」は.910、「周囲の理解のなさ」は.752、「障がい認識の葛藤」は.835であり、十分な内的一貫性が確認された。

Table 3-3

発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の因子分析結果

	F1	F2	F3	F4	共通性
将来・自立への不安 α係数 = .946					
将来, 子どもが社会の中で周囲に合わせてや っていけるのだろうかと考えた	.975	-.026	-.018	-.013	.911
親がいなくなったあとの子どものことにつ いて心配になる	.932	-.080	-.019	.007	.816
この先, 子どもを理解してくれる場所がある のかと心配になる	.900	-.044	.040	-.005	.806
子どもが大人になったときに, 独り立ちでき ないのではないかと考えた	.856	.039	.026	-.018	.759
子どもが今後どのように成長していくのか 想像できないことがあった	.727	.138	.022	.038	.665
理解の困難 α係数 = .910					
子どもが何を思っているのかがよく わからなかった	.047	.932	-.035	-.046	.818
子どもの要求や望んでいることを理解 するのが難しかった	.001	.894	.032	-.059	.754
子どもの行動の意味がよくわからない ことがあった	.005	.885	-.046	.047	.812
子どもの気持ちの変化についていけない ことがあった	-.118	.595	.101	.186	.555

Table 3-3

発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の因子分析結果 つづき

周囲の理解のなさ α 係数 = .752	F1	F2	F3	F4	共通性
子どもの障害を説明しても、周囲の人から親が言い訳をしていると思われた	-.021	-.119	.903	.022	.740
子どもの不思議な行動を見て、周囲の人からしつけや教育をしていないと思われた	-.026	.068	.836	-.008	.731
祖父母に子どもの障害を理解してもらうことが難しかった	.056	.148	.502	-.109	.304
園や学校の先生は、子どもの障害に対する理解が足りないと感じた	.084	-.032	.404	.083	.219
障がい認識の葛藤 α 係数 = .835					
子どもに対して、あれはできるのに、なぜこれではできないのだろうと思った	.021	-.020	-.027	.911	.803
できないことは頭でわかっているが、ついつい子どもを怒ってしまった	-.074	.106	.008	.694	.554
子どものいいところに目を向けたいが、できないことばかり目についた	.122	.181	.011	.572	.600
	因子間相関	F1	F2	F3	F4
	F1	—			
	F2	.349	—		
	F3	.344	.429	—	
	F4	.428	.681	.425	—

3-4-2. RSMD と各尺度との相関

RSMD の併存的妥当性を検討するために、以下の尺度とのピアソンの積率相関係数を求めた。

3-4-2-1. 育児不安尺度との関連

RSMD と育児不安尺度の下位因子得点の相関分析を行った結果を Table3-4 に示す。RSMD の「現実に対する困惑感」は、育児不安尺度の全ての下位因子と正の相関を示した ($rs = .179 \sim .427$)。また、RSMD の「子どもの発達上の問題」も同様に正の相関を示した ($rs = .191 \sim .402$)。RSMD の「将来の不安」は、「中核的育児不安」 ($r = .177, p < .01$) と正の相関を示し、RSMD の「障がい児の出産に対するショック」は、「中核的育児不安」 ($r = .254, p < .01$) と「育児否定的感情」 ($r = .181, p < .01$) に正の相関を示した。

RSMD の「前向きな気持ち」は、「育児否定的感情」 ($r = -.142, p < .01$) との間に負の相関を示した。RSMD の「家族の理解」は、育児不安尺度の全ての下位因子と相関が認められなかった。

RSMD のネガティブな因子である「現実に対する困惑感」と「子どもの発達上の問題」は、育児不安尺度の下位因子とすべてと中程度以下の正の相関が認められた。また、RSMD の「障がい児の出産に対するショック」と「将来の不安」は、育児不安尺度の下位因子の「中核的育児不安」を中心とした一部の低位因子とやや弱い正の相関が認められた。一方、RSMD のポジティブな因子である「前向きな気持ち」および「家族の理解」は、ほとんど関連が認められなかった。

Table 3-4

育児不安尺度と RSMD の相関

RSMD	育児不安尺度		
	中核的育児不安	育児否定的感情	時間的拘束
現実に対する困惑感	.427**	.340**	.179**
子どもの発達上の問題	.402**	.216**	.191**
障がい児の出産に対するショック	.254**	.181**	.086
将来の不安	.177**	.063	.062
前向きな気持ち	-.004	-.142**	.049
家族の理解	.080	-.043	.064

* $p < .05$, ** $p < .01$

3-4-2-2. 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度との関連

RSMD と発達障害児・者をもつ親のストレス尺度との相関を Table3-5 に示す。有意な関連があったものは、以下のとおりである。RSMD の「現実に対する困惑感」は、発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の全ての低位因子と正の相関を示した ($r_s = .295 \sim .471$)。「子どもの発達上の問題」($r_s = .268 \sim .406$)、「障がい児の出産に対するショック」($r_s = .103 \sim .327$)、「将来の不安」($r_s = .133 \sim .423$)もすべての低位因子と正の相関を示した。

しかし、RSMD の「家族の理解」は、発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の「理解の困難」のみ正の相関であった ($r = .119$)。RSMD の「前向きな気持ち」は、発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の全ての低位因子と相関が認められなかった。

RSMD のネガティブな因子である「現実に対する困惑感」と「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」は、発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の低位因子とすべてと中程度以下の正の相

関が認められた。RSMD のネガティブな側面と中程度以下の正の相関が見られたが、ポジティブな側面はほとんど相関が見られなかった。

Table 3-5

発達障害児・者をもつ親のストレス尺度と RSMD の相関

発達障害児・者をもつ 親のストレス 尺度	将来・自立 への不安	理解の困難	周囲の理解 のなさ	障がい認識の 葛藤
RSMD				
現実に対する困惑感	.471**	.331**	.295**	.354**
子どもの発達上の問題	.377**	.406**	.268**	.400**
障がい児の出産に 対するショック	.327**	.200**	.103*	.208**
将来の不安	.423**	.133**	.158**	.175**
前向きな気持ち	.082	.008	.005	.035
家族の理解	.073	.119*	-.022	.084

* $p < .05$, ** $p < .01$

3-5. 考察

3-5-1. RSMD の因子構造

RSMD は、「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」、「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」「前向きな気持ち」「家族の理解」の 6 因子から対応していたことがわかった。研究 1 で得られたカテゴリーとの主な関連は以下のとおりである。「現実に対する困惑感」因子は、ダウン症児を出産して母親が直面した際に実感した困惑感であることから、研究 1 で示した第 4 カテゴリー「周囲とのかかわり」および第 7 カテゴリー「子育ての不安」と対応していると考えられる。「子どもの発達上の問題」因子は我が子の知的・身体的発達遅れを実感している状態であり、第 1 カテゴリーの「子どもの発達上の問題」と対応していた。「障がい児の出産に対するショック」因子はダウン症児を出産した際のショックに関する事柄であり、第 3 カテゴリー「我が子の障がいに関するショック」に対応している。「将来の不安」因子は子どもが将来生活できるようになるかについての不安であり、第 7 カテゴリー「子育ての不安」と対応していることがわかる。このように抽出された因子は、研究 1 で分類されたカテゴリーと対応しており、ダウン症児の母親が感じる RS を反映しているといえる。「前向きな気持ち」因子は、子どもの成長を実感することやピアサポートを得ることで実感されるポジティブな気持ちであり、第 9

カテゴリー「子育てを通じた良好な関わり」と対応しているといえよう。「家族の理解」因子は、夫や家族が子どもを受容し協力的であることに関連しており、第6カテゴリー「家族の協力」と対応しているといえる。「前向きな気持ち」因子と「家族の理解」因子は、RSのポジティブな側面を表している。

しかし、研究1で分類されたカテゴリーが因子として抽出されていないものもある。それが、第2カテゴリー「罪悪感」である。罪悪感の項目はいずれも因子負荷量が低く、因子に含まれないことがわかった。母親は、我が子や家族に対する不全感や申し訳なさを感じ、家族に言えない苦悩が生じることが多いと言われているが（篠原・大月，2023），本研究では他の項目との関連性が低かったことから、因子として独立して抽出されなかった。

「現実に対する困惑感」因子と「障がい児の出産に対するショック」因子は、予想していなかった現実に直面し、困惑している状態を指している。出産した我が子に障がいがあることが判明した母親は大きなショックを受ける（Droter, 1975）ことから、ダウン症児の母親も、予想していた育児イメージと現実とのギャップで困惑感やショックを抱いていることがわかる。

「子どもの発達上の問題」因子は、予想していた定型発達児の発達状態との比較を通して感じる否定的な認知に関する因子である。広汎性発達障がいと診断される前の子の母親は、言語、運動発達、生活習慣の自立の遅れに不安を感じることや、同年齢の子との発達の違いにショックを受けるという体験をしている。ダウン症児の母親においても、ダウン症児の発達がゆっくりであるがゆえに、定型発達児との比較をしてしまい、知的発達や身体的発達の遅れが意識されたことによると考えられる。

「将来の不安」因子は、障がいのある子どもが社会で生きていけるのか、親亡き後の生活などの心配を抱くことに関する因子である。母親は、障がいのある我が子の進学や就労先について適したものがあるのかといった不安や心配を抱きやすい。

「前向きな気持ち」因子は、子どもの成長を感じ取ることができ、子どもに対する肯定的な側面を感じている因子である。高機能広汎性発達障がい児の母親の中には、障がいに対する社会的意義や価値、障がいを含めた子どもの全人格に対する肯定する「成長・肯定型」が存在することが指摘されている（山根，2012）。また、発達障がい児を育てている母親同士のつながりや周りのサポートによって前向きな気持ちを持つことができるようになることも指摘されている（松井他，2016）。ダウン症児の母親においても同様に、子どもに対して肯定的な意味を見出すことや、周囲からのサポートにより前向きな気持ちにつながることでないと考えられる。

「家族の理解」因子は、ダウン症児を出産したことに対して家族から否定的な関わりをされるのではないかと予想していたが、家族が育児に対して協力的であったことに対して肯定的に捉えていることに関する因子である。配偶者や家族からの理解を得ることや育児に対して協力的な関わりを受けることが、障がい児の母親にとって支えとなるのである。

以上の因子から、子どもに障がいがあることがわかることによって、出産直後に現実に対する困惑感や障がい児の出産に対するショックを抱き、その後育児をする中で子どもの発達上の問題を実感しつつも家族の理解が得られることや子どもが発達する様子を見て、前向きな気持ちになっていくのではないかと考えられる。また母親は我が子の抱える問題や自分自らが老いた時のことを考えると、将来の不安を抱き続けているのではないかと考えられる。

このように、RSMDは出産直後のみならず、内容が変化しながら継続してRSを体験することを反映している。ダウン症児の母親が感じるRSは、新人専門職種が就職直後の短期間に感じるだけのものではないと考えられる。

3-5-2. RSMDにおけるネガティブな側面とポジティブな側面

RSMDにおける因子のうち、「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」はネガティブな側面であり、「前向きな気持ち」「家族の理解」はポジティブな側面であると解釈できる。

RSのポジティブな側面とネガティブな側面は、概念上対極にあると考えられるが、因子間相関では、ネガティブな側面の因子とポジティブな側面の因子の間において低い正の相関が見られており、負の関係になっていなかった。岡本・岩永（2015）が作成したRS尺度においても、ネガティブ因子とポジティブ因子の間において正の相関が存在している。ダウン症児の母親は、子育てを通してネガティブな側面とポジティブな側面の感情を共に体験し、両方の感情が揺れ動いている（中田, 1995; 山根, 2010）ことから、子育てにおいてはポジティブとネガティブ両面を体験しているのである。Skotko, et al. (2016)によると、ダウン症児を育てている両親は一般的な子育てをしている母親よりも幸福感を得ているというように、よりポジティブな面を抱くことも報告されている。今回得られた結果は、ダウン症児の母親が子育てをしていく上で長期間にわたって経験したことを回答していることから、ネガティブな面とポジティブな面を双方体験していると回答していることにより、正の相関が得られたものと考えられる。

3-5-3. RSMD の信頼性の検討

RSMD の各因子の α 係数は.824～.906 と高く、十分な内的整合性が認められたことから、信頼性が確認された。岡本・岩永（2015）の作成した新人看護師を対象とした RS 尺度の各因子における α 係数は.670～.830 であり、松浦他（2019）が作成した新人保育士を対象とした RS 尺度の各因子における α 係数は.630～.870 であり、本研究で得られた RSMD は、それらの尺度よりも α 係数が高く、因子として安定していることがわかる。

3-5-4. RSMD の妥当性の検討

RSMD と育児不安尺度および発達障害児・者をもつ親のストレス尺度との間において相関分析を行った。その結果、育児不安尺度との相関分析の結果から、RSMD のネガティブな側面が育児不安尺度と中程度以下の正の相関が認められ、ポジティブな側面はほとんど関連が見られなかった。発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の頻度評価との相関分析の結果から、RSMD のネガティブな側面と中程度以下の正の相関が見られたが、ポジティブな側面は相関が見られなかった。程度評価については、ネガティブな側面は中程度以下の正の相関が見られ、ポジティブな側面とは一部正の相関が見られた。このように RSMD のネガティブな評価は、育児不安やストレスとの間に中程度以下の正の相関があり、ポジティブな側面は一部で相関が認められるものの、大半で関連が認められなかった。RS から引き起こされるネガティブ感情を反映していることがわかった。

RSMD のネガティブな評価は、育児不安やストレスと中程度以下の正の相関があり、RSMD のネガティブな側面においては、不安やストレスを反映した内容になっていることから尺度としての妥当性があるといえる。

ポジティブな側面においては、不安や葛藤が高いほど家族の理解が高まることがわかった。それ以外は、相関がないことから、RS のポジティブな側面とは不安やストレスとは関連していないことがわかった。相関が認められていないのは、「前向きな気持ち」、「家族の理解」であり、従来のストレス尺度ではポジティブな側面を測定できる項目や因子が含まれていないことから、これら 2 因子との相関が低かったものと考えられる。RSMD のポジティブな側面であることから、ストレス尺度と負の相関を示す可能性も考えられるが、RSMD 内の因子間相関で、ネガティブ側面とポジティブ側面も低い正の相関であったことから、ポジティブな側面の 2 因子がストレス尺度と低い正の相関を示すことになったものと考えられる。「前向きな気持ち」については、Skotko（2015）は、ダウン症のある子どもを育てている親の多くは、子どもを愛していること

や人生の見方が前向きになったというポジティブな体験をしていることを報告しており、本研究のポジティブな側面の因子も同様の結果が表れたものと考えられる。また、家族の理解については、長谷川（2011）は、障がい児の母親にとって家族からの支えがネガティブな体験を乗り越えていく力につながると述べており、ポジティブな内容であるにとらえることができる。

以上の結果から、RSMDのうち、ネガティブな側面は併存的妥当性が認められ、ポジティブな側面はRSを測定するものとして、論理的妥当性があると考えられる。

3-6. 要約

本研究では、ダウン症児の母親が経験しているギャップを測定する尺度を作成し、信頼性と妥当性を検討した。RSMDは、「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」「前向きな気持ち」「子どもの発達上の問題」「家族の理解」「将来の不安」の6因子から構成された。そのうち、「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」はネガティブな側面であり、「前向きな気持ち」「家族の理解」はポジティブな側面であった。 α 係数は高く、十分な内的一貫性が認められたことから、本尺度の信頼性は十分であると認められる。RSMDのうち、ネガティブな側面は併存的妥当性が認められ、ポジティブな側面はRSを測定するものとして、論理的妥当性があると考えられる。

第4章

研究3 ダウン症児の母親が経験するリアリティショックを引き起こす 規定要因及び反応の因子の確定

4-1. 序論

研究1ではダウン症児の母親が経験するRSを測定するための項目候補を抽出し、研究2でRSMDの尺度開発を行った。ダウン症児の母親が経験するRSには6因子があり、ネガティブな側面（「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」）だけでなく、ポジティブな側面（「前向きな気持ち」「家族の理解」）も含まれることを明らかにした。しかし、これらの因子がどのような原因によって引き起こされ、その結果どのような反応に結びつくのかは検討されていない。RSの影響過程を明らかにするためにも、RSを引き起こす原因にはどのようなものがあり、引き起こされた結果にどのような状態になるのかを明らかにする必要がある。第4章（研究3）では、影響過程の検討に用いる変数について、RSを引き起こす規定要因とその結果もたらされる反応の因子確定を行うことを目的とする。

出産した子どもがダウン症である場合、第1章で示したとおり、RSには「子どもの問題」「母親の問題」「家族の問題」「環境の問題」が関連していると考えられる。

「子どもの問題」はダウン症児自身に起因する問題である。ダウン症児は定型発達児と比べて、全体的に筋力が弱く、身体的発達や知的な発達に遅れが認められる。また、ダウン症特有の顔貌があり、心臓疾患をはじめとして内臓疾患を伴う合併症を引き起こしやすいという問題を抱える可能性が高い（玉井, 2018; 野中他, 1998; 藤田, 2000; 田中・丹羽, 1988）。

「母親の問題」は母親自身が原因となる問題である。母親の自尊感情（Goldberg, 1986）や抑うつ的な認知傾向（速水・千々岩, 2017）が育児ストレスに関連することから、RSにも影響していると予想される。また、「どのような我が子でも愛さなければならない」という圧力を感じている母親は、ストレスを高める（大日向, 2001; 上地・松浦, 2021）。自分ではどうにもならない運命に直面した際、その苦しみから逃れるために、「神」に頼りたいという思いや信仰心が高まることも指摘されている（Kübler-Ross, 1969）。その一方、現実を楽観的に受け止めることができれば、希望を持ちながら育児を楽しむことにもつながる可能性がある（西平・玉城, 2014; 片田他, 2016）。

「家族の問題」は家族からのサポートに関連する問題である。ダウン症児の場合は、合併症の治療や定期健診をするために医療機関を利用したり、発達を

促すために療育機関を利用したりすることが多い。通院・通所に必要な書類手続き、送迎、さらに、その間にきょうだいへの対応もしなければならないことから、家族の協力が必要となる。したがって、夫の育児参加が十分でないことや祖父母による育児サポートや理解が少ない場合は、母親が孤立し育児に支障をきたすことになる（長嶋, 2008）ため、RSを引き起こし、ストレス反応を高めることになると予想される。

「環境の問題」とは医療機関や行政の問題、および周囲の人たちとの関係性に関連する問題である。ダウン症児は医療機関での治療や療育機関での療育は不可欠であることから、その対応で母親の負担は増すことになる。行政からのサポートが少ないと育児困難に陥る（中下他, 2012）ことにもなりかねない。また周囲の人からサポートは母親の負担を減らすことになるものの、差別的な言動を浴びせられることによって母親が傷つくことも多い（堀, 2017; 矢代, 1997）。一方、友人・知人や同じダウン症児を育てている母親からのサポートは、心の支えとなる（横山, 2004; 松井他, 2016）ことから、母親のストレスを軽減すると予想される。

これらの問題によってRSが引き起こされると考えられる。これらの規定要因によって生じたRSは、母親に強い苦痛を与え、ストレスを高めることになる。RSが引き起こす心理的な反応には、不安感や抑うつ感、懸念、心配などのネガティブな感情がある。また、疲労が溜まりやすい、寝付けないなど、身体的側面を含んだストレス反応も生じると考えられる。その一方で、ダウン症児の親は主観的幸福感が高いことが指摘されている（公益財団法人日本ダウン症協会, 2022）ことから、ダウン症児を育てていく中で実感する愛おしさや満足感、充実感も得られると考えられる。このように、RSの結果としてネガティブな反応に加え、ポジティブな反応も引き起こされると考えられる。

4-2. 目的

研究3では、ダウン症児の母親が経験するリアリティショックを引き起こす規定要因及び反応の因子の確定をすることを目的とする。この因子を用いて、研究4と5ではRSとの関連性を検討する。

4-3. 方法

4-3-1. 調査対象者

0歳から12歳のダウン症児を育てている母親を対象とし、公益財団法人日本ダウン症協会の協力を得て、対象になる会員数1,161人のうち581人から回答を得た。そのうち、有効回答数567人であった。母親の年齢は20歳から56

歳であり、平均年齢は 41.07 歳 ($SD = 6.31$) であった。子どもの平均年齢は 5.06 歳 ($SD = 3.66$) であった。

4-3-2. 手続き

研究 2 と同様の手続きをして公益財団法人日本ダウン症協会を介して、各支部・準支部に所属する会員に対して、インターネット調査を依頼した。調査対象者は、メールで届いたアンケート参加のための URL をクリックしてアンケート先にアクセスし、回答へ同意したのちにアンケートに回答に進むことができるようにした。アンケートの説明は、インターネット画面にて実施し、回答は任意であることや途中で中断しても不利益を被らないことを記載した。

4-3-3. 調査時期

2023 年 2 月 9 日～3 月 19 日であった。

4-3-4. 質問項目

用いた調査項目は以下の通りである。

4-3-4-1. フェイスシート

回答者の年齢、居住地、ダウン症児の性別・年齢

4-3-4-2. 既定要因に関する項目

RS を引き起こすと考えられる規定要因として、「子どもの問題」「母の問題」「家族の問題」「環境の問題」を想定して、それぞれの問題に関する項目を作成した。分析に用いて最終的に採用した項目を、Table 4-2 から 4-5 に示す。

「子どもの問題」に関する項目として、ダウン症児は知的発達の遅れや身体的発達の遅れ（玉井, 2021; 藤田, 2000; 水上, 2021; 金泉他, 2013）や健康悪化の可能性（玉井, 2021）に関する論文から質問項目として 11 項目を作成した。作成した項目例は、「知的な遅れによって、将来自立した社会生活ができないと思う」「ダウン症のある児の我が子の顔を他者に見られたくないので、外出したくないと感じる」「ダウン症児の医療や療育の付添負担が大きいと感じる」などであった。

「母親の問題」としては我が子の障がいの受け止め方（藤永他, 2005）や信仰心（Finkelstein et al., 2023）、母性的かかわり（上地, 2021）が挙げられることから、これらに関する項目を作成した。作成した項目は、「自分の将来を楽しみにしている」「寺、神社、教会などの宗教団体の教えに対する信仰心を持っている」「母親はどのような我が子であっても愛し慈しむべきだと思う」などであり、合計で 13 項目を用いた。

「家族の問題」としては、夫の育児参加や祖父母からのサポート（今野, 1992; 横山, 2004; 藤井・青木, 2003; 丸山, 2013）が挙げられることから、これら2側面に関する項目を作成した。作成した項目は、「夫は、母親の子育ての苦勞に勞いの言葉をかけてくれる」「祖父母は、子守や買い物などの育児に協力をしてくれる」などであり、家族の問題に関する8項目を設けた。

「環境の問題」としては、友人知人や同じダウン症児を育てている母親同士によるピアサポート（上地, 2021; 東村, 2006）、差別的な扱いによる傷つき（廣田, 2014; 長谷川・石田, 2021）が挙げられることから、これらに関する項目を作成した。作成した項目は、「友人知人と交流することで心の支えになる」「同じ境遇の母親と交流することで心の支えになる」「ダウン症のある子どもが抱える医学的問題について説明が少ないと感じる」などであり、合計13項目を設けた。

回答形式は「当てはまらない」から「当てはまる」の4段階評定を行った。

4-3-4-3. RSに関する項目

RSの測定にはRSMD短縮版（25項目）を用いた。研究2で作成したRSMDのうち、因子負荷量の.50以上の項目を用い、各因子が5項目を超えないように選定した。その結果、Table 4-1に示すように25項目を用いた。各因子の項目数は、「現実に関する困惑感」6項目、「前向きな気持ち」5項目、「子どもの発達上の問題」5項目、「障がい児の出産に対するショック」4項目、「家族の理解」3項目、「将来の不安」2項目であった。アルファ係数が.824～.906と十分な内的一貫性が担保された因子であることを確認している。

Table 4-1

RSMD 短縮版各因子の α 係数

現実に対する困惑感 α 係数 = .882
社会の中で我が子と、どう生きていけばよいのかわからなくなった
健常児の母親とは友達になれないと思った
毎日の暮らしが今まで通りにできなくなる不安があった
普通の子どもが集まる場所へ行きたくなかった
我が子の顔を覗き込まれて、ダウン症であることを知られるのが不安だった
我が子の顔を見るのがつらかった
前向きな気持ち α 係数 = .906
成長を感じるのがうれしかった
子どもとふれあう時間をたくさん作りたいと思った
ダウン症のある子どもを育てている先輩ママと話をすることで、不安が解消された
ダウン症のある子どもを育てている家族と出会えて、うれしかった
療育に通うことで発達について知ることができた
子どもの発達上の問題 α 係数 = .824
言葉の発達の遅れがある
運動発達の遅れがある
筋緊張低下の問題がある
意思の疎通ができるようになるのか不安であった
発達を促さないといけないとプレッシャーを感じていた
障がい児の出産に対するショック α 係数 = .873
出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった
赤ちゃんの誕生を楽しみにしていたのに、障がいがあることがわかって、ショックだった
障がいのある子を産んだことについて、その時は幸せな気持ちになれなかった
自分の人生で、障がいのある子が生まれるとは思っていなかった
家族の理解 α 係数 = .859
家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた
夫は、我が子の障がいを受け止めていた
家族が育児に協力的だった
将来の不安 α 係数 = .889
子どもが社会で生活していけるのか不安になった
親亡き後の子どものことが心配になった

4-3-4-4. 反応を確認する項目（22項目）

反応を確認する項目は、先行研究（鈴木他, 1997; 厚生労働省; 高橋・青木, 2010）で使用されている項目のうち、「不安抑うつ」「ストレス」「満足感情」の反応を測定するのに相応しい項目を選択し、文言を一部修正した 22 項目を作成した。この項目を Table 4-6 に示す。「不安抑うつ」は不安感情や抑うつ状

態を尋ねる項目で、「心配事がある」「何をするのもめんどろだ」といった8項目を設けた。「ストレス」は受けたストレスを尋ねる項目で、「毎日疲れが取れない」「頭が重かったり頭痛がする」といった反応に関する7項目を設けた。「満足感情」は、満足的な感情や生活の充実感を尋ねる項目で、「生活がすごく楽しいと感じる」「自分は伸び伸びと生きていると感じる」となどの7項目を設けた。

回答形式は「当てはまらない」から「当てはまる」の4段階評定を行った。

4-3-5. 分析方法

各尺度の因子の抽出を行うため、天井／床効果のある項目を削除したのちに因子分析を行った。下位因子間の関連性が想定されるため、最尤法・プロマックス回転を用いた。因子の抽出にあたっては、スクリープロット法によって因子数を決定し、因子負荷量.35未満の項目およびダブルローディング項目を削除し、分析を繰り返した。各因子の α 係数を算出した。下位尺度得点は、因子の項目の平均値を用いた。

反応項目については3因子を想定していることから、3因子に分けた確認的因子分析を行った。確認的因子分析の適合度の指標は、 χ^2 、RMSEA、AICを用いた。 χ^2 およびAICは値が小さいほど適合度が高く、RMSEAは.05以下、GFIは.95以上であれば適合度が良い状態であることを意味する。また、RMSEAは.10以下、GFIは.90以上であればモデルとして許容できるとされている。

4-3-6. 倫理的配慮

広島大学大学院総合科学研究科倫理委員会の承認（HR-PSY-000777）を得て実施した。調査協力者に対しては、調査に回答しなくても本人の不利益にはつながらないこと、協力者の意志によって回答を終了した場合、当該個人に関わる資料は破棄されること、研究成果を公表する際には、集団データとして公表されるために個人が特定されないことを説明した。

4.4. 結果

4.4-1. 規定要因の分析

天井／床効果の認められる項目がないことを確認した。RSの規定要因であると想定した45項目を対象に、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。スクリープロット法および因子の解釈可能性によって4因子を抽出した。因子負荷量の低い7項目を削除した。第1因子は、知的や身体的発達の遅れ、健康悪化に関する項目（9項目）から構成されている因子であったことか

ら「子どもの問題」と命名した。第2因子は、母親が我が子の障がいを受け止めるときの心情、信仰に関する事、母親としての役割に関する項目(10項目)から構成されている因子であったことから「母親の問題」と命名した。第3因子は、夫や祖父母からの育児支援に関する項目(8項目)から構成されている因子であったことから「家族の問題」と命名した。第4因子は、友人知人やピアサポートによる支援、差別を受けた時の心理的傷つきに関する項目(11項目)から構成されている因子であることから「環境の問題」と命名した。 α 係数は「子どもの問題」は.665、「母親の問題」は.799、「家族の問題」.782、「環境の問題」.633であった。それぞれの項目については、4つの因子に対して二次因子分析を行ったので、そこに採用した具体的な項目を示した。

さらに、4因子として抽出されたモデルが妥当であるかを検証するために、確認的因子分析を行った。その結果、適合指標である $RMSEA = .081$, $AIC = 31803$, $\chi^2 = 1216.752$, $df = 260$, $p < .001$ であった。一部の指標で十分な適合度とはいえないものがあったが、それぞれの項目は各因子に対して十分な負荷量を示していることが確認できた。

各因子において、内容の異なる要素が含まれていることから、さらに二次因子分析を行い、それぞれの問題における下位因子を抽出することとした。因子分析は下位因子間の関連性が想定されるため、最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。因子の抽出にあたっては、スクリープロット法によって因子数を決定し、因子負荷量.35未満の項目およびダブルローディング項目を削除し、分析を繰り返した。各因子の α 係数を算出した。

4-4-1-1. 「子どもの問題」因子分析及び α 係数

既定要因である「子どもの問題」の因子分析結果を Table 4-2 に示す。「子どもの問題」については、以下の3つの下位因子から構成されることが明らかとなった。

第1因子は、「知的な遅れによって、将来自立した社会生活ができないと思う」「知的な遅れによって、どのような子育てをして良いのか分からない」など知的な遅れに関する項目から構成されており、「知的発達の遅れ」因子と命名した。

第2因子は、「ダウン症児の我が子の顔を他者に見られたくないので、外出したくないと感じる」「ダウン症であるがゆえの低緊張によって、他者からダウン症児であると知られたくない」など身体の発達の遅れに関する項目から構成されており、「身体的発達の遅れ」因子と命名した。

第3因子は、「ダウン症児の医療や療育の付添負担が大きいと感じる」「ダウン症児は病弱なので健康が心配である」など健康面悪化可能性に関する項目から構成されており、「健康悪化の可能性」因子と命名した。

各因子の内的一貫性を検討するために α 係数を算出した、その結果、「知的発達遅れの遅れ」因子は.827と十分に高い内的一貫性を示すことがわかった。一方、「身体的発達遅れの遅れ」因子が.643、「健康悪化の可能性」因子が.609とやや低く、十分な内的一貫性があるとは言えないが、子どもの問題を測定するために必要な項目内容であると判断したため、そのまま分析に用いることとした。

Table 4-2

規定要因「子どもの問題」因子分析及び α 係数

	F1	F2	F3	共通性
知的発達遅れの遅れ α係数 = .827				
知的な遅れによって、将来自立した社会生活ができないと思う	.932	-.008	.044	.390
知的な遅れによって、どのような子育てをして良いのかわからない	.820	.022	.006	.486
知的な遅れによって、他の子と同じような学びができないと思う	.545	.092	.050	.689
身体的発達遅れの遅れ α係数 = .643				
ダウン症のある我が子の顔を他者に見られたくないので、外出したくないと感じる	.018	.775	.048	.363
ダウン症の低緊張によって、他者からダウン症であると知られたくない	-.066	.702	.177	.887
我が子は我が子なりに発達していると感じることがある	-.084	-.436	.208	.631
我が子の発達で、小さな変化に気づけることに喜びを感じる	-.154	-.358	.214	.541
健康悪化の可能性 α係数 = .609				
ダウン症のある子どもが将来大きな病気にかからないか心配である	.000	-.103	.712	.219
ダウン症のある子どもは病弱なので健康が心配である	.110	-.002	.585	.188
	因子間相関			
	F1	F2	F3	
	F1	—		
	F2	.380	—	
	F3	.277	.218	—

4-4-1-2. 「母親の問題」因子分析及び α 係数

既定要因である「母親の問題」の因子分析結果を Table 4-3 に示す。「母親の問題」については、3つの下位因子が抽出された。

第1因子は、「自分の将来を楽しみにしている」「自分の将来は、良いことが起こると思う」など楽観的な展望に関する項目から構成されており、「楽観的展望」因子と命名した。

第2因子は、「寺、神社、教会などの宗教団体の教えに対する信仰心を持っている」「信仰心や信心を持っている」など信仰に関する項目から構成されており、「信仰心」因子と命名した。

第3因子は、「母親はどのような我が子であっても愛し慈しむべきだと思う」「女性は五体満足で健康な子を産まなければならないと思う」など母性に関する項目から構成されており、「母性的かかわり」因子と命名した。

各因子における α 係数は、「楽観的展望」因子が.881、「信仰心」因子が.859、「母性的かかわり」因子が.744であり、十分な内的一貫性が認められた。

Table 4-3

規定要因「母親の問題」因子分析及び α 係数

	F1	F2	F3	共通性
楽観的展望 α係数 = .881				
将来、幸せになれると思う	.841	-.004	.016	.541
自分の将来は、良いことが起こると思う	.820	.004	.018	.680
何をしても、うまくいかないことばかりを想像する	-.721	-.004	.040	.714
今後のことを考えると、悪いことばかりを考えてしまう	-.717	-.004	.068	.420
自分の将来を楽しみにしている	.711	.003	.080	.495
何もかもが悪い方向にしか進まないだろうと思う	-.642	.015	-.025	.507
信仰心 α係数 = .859				
寺、神社、教会などの宗教団体の教えに対する信仰心を持っている	-.050	.907	.000	.817
信仰心や信心を持っている	.048	.843	.026	.729
母性的かかわり α係数 = .744				
母親はどのような我が子であっても愛し慈しむべきだと思う	-.029	-.040	.990	.955
我が子が障がいを持っていても受容するべきであると思う	.047	.076	.588	.383
	因子間相関	F1	F2	F3
	F1	—		
	F2	.086	—	
	F3	.255	.153	—

4-4-1-3. 「家族の問題」因子分析及び α 係数

既定要因である「家族の問題」の因子分析結果を Table 4-4 に示す。「家族の問題」については、次の2つの下位因子が抽出された。

第1因子は、「夫は、母親の子育ての苦勞に勞いの言葉をかけてくれる」「夫は、ダウン症児のことに関する理解を深めようとしてくれている」など夫の育児参加に関する項目から構成されており、「夫の育児参加」因子と命名した。

第2因子は、「祖父母は、母親の子育ての苦勞に勞いの言葉をかけてくれる」「祖父母は、ダウン症児のことに関する理解を深めようとしてくれている」など祖父母による育児サポートに関する項目から構成されており、「祖父母からのサポート」因子と命名した。

各因子における α 係数は、「夫の育児参加」因子が.830、「祖父母からのサポート」因子が.740であり、十分な内的一貫性が認められた。

Table 4-4

規定要因「家族の問題」因子分析及び α 係数

	F1	F2	共通性
夫の育児参加 α 係数 = .830			
夫は、子守や買い物などの育児に協力をしてくれる	.839	-.027	.609
夫は、母親の子育ての苦勞に勞いの言葉をかけてくれる	.781	-.002	.590
夫は、ダウン症のある子どものことに関する理解を深めようとしてくれている	.775	-.020	.690
夫は、通院や療育の送迎を手伝ってくれる	.598	.104	.410
祖父母からのサポート α 係数 = .740			
祖父母は、子守や買い物などの育児に協力をしてくれる	-.017	.805	.385
祖父母は、通院や療育の送迎を手伝ってくれる	-.079	.635	.378
祖父母は、ダウン症のある子どものことに関する理解を深めようとしてくれている	.078	.585	.639
祖父母は、母親の子育ての苦勞に勞いの言葉をかけてくれる	.099	.580	.376
因子間相関			
F1	—		
F2	.335	—	

4-4-1-4. 「環境の問題」因子分析及び α 係数

既定要因である「環境の問題」の因子分析結果を Table 4-5 に示す。「環境の問題」については、次の3つの下位因子が抽出された。

第1因子は、「友人知人と交流することで心の支えになる」「友人知人と交流することで孤独感が軽減される」など友人知人との交流に関する項目から構成されており、「友人知人との交流」因子と命名した。

第2因子は、「同じ境遇の母親と交流することで心の支えになる」「同じ境遇の母親と交流することで孤独感が軽減される」など同じダウン症児を育てている親同士の交流に関する項目から構成されており、「ピアサポート」因子と命名した。

第3因子は、「他者から、ダウン症児に対する差別的な言動を受けたことがある」「他者から、ダウン症児をジロジロ見られたことがある」など他者から差別されることに関する項目から構成されており、「差別的な扱いによる傷つき」因子と命名した。

各因子における α 係数は、「友人知人との交流」因子が.884、「ピアサポート」因子が.826、「差別的な扱いによる傷つき」因子が.663 であり、内的一貫性が認められた。「差別的な扱いによる傷つき」因子は.663 とやや低めであったが、そのまま分析に用いる。

Table 4-5

規定要因「環境の問題」因子分析及び α 係数

	F1	F2	F3	共通性
友人知人との交流 α 係数 = .864				
友人知人と交流することで心の支えになる	.936	-.031	.002	.186
友人知人と交流することで孤独感が軽減される	.893	-.001	.000	.156
友人知人の情報はとても参考になる	.621	.118	-.028	.798
ピアサポート α 係数 = .826				
同じ境遇の母親と交流することで心の支えになる	.018	.886	.005	.725
同じ境遇の母親と交流することで孤独感が軽減される	-.024	.860	.016	.403
同じ境遇の母親の情報はとても参考になる	.080	.598	-.046	.854
差別的な扱いによる傷つき α 係数 = .663				
他者から、我が子に対する差別的な言動を受けたことがある	.011	.028	.678	.797
他者から、我が子をジロジロ見られたことがある	.066	.001	.640	.461
他者から、我が子との接触を避けられたことがある	-.017	.015	.515	.460
医療従事者の言動で傷つくことがある	-.113	-.041	.401	.406
療育専門職の言動で傷つくことがある	-.017	-.043	.391	.268
	因子間相関	F1	F2	F3
	F1	—		
	F2	.400	—	
	F3	-.093	.027	—

4-4-2. RS 短縮版の α 係数

RS の測定に用いた RSMD 短縮版 (25 項目) を用いた。各因子の項目は Table 4-1 に示す通りである。各因子における α 係数は、「現実に関する困惑感」因子が .882, 「前向きな気持ち」因子が .906, 「子どもの発達上の問題」が .824, 「障がい児の出産に対するショック」因子が .873, 「家族の理解」因子が .859, 「将来の不安」因子が .889 であり, 十分な内的一貫性が認められた。

4-4-3. 反応の確認的因子分析及び α 係数

RS を受けて生じる反応として, 不安や抑うつ, ストレス, 満足感情を想定して項目を作成したが, 不安と抑うつは高い相関を示すので, 一つの因子としてまとめることとした。その結果, 不安や抑うつ感に関連する側面として「不安抑うつ」, RS によってもたらされるストレスに関する側面として「ストレス」, 育児上の喜びの側面として「満足感情」の 3 因子を想定し, 確認的因子分析を

行った。適合指標は、RMSEA = .087, AIC = 27559.946, $\chi^2 = 1080.226$, $df = 206$, $p < .001$ であり、十分な適合度を示すことがわかった。各因子における α 係数は、「不安抑うつ」因子が.848, 「ストレス」因子が.857, 「満足感情」因子が.890 であり、十分な内的一貫性が認められた。

Table 4-6

反応の確認的因子分析及び α 係数

不安抑うつ α 係数 = .848	F1
心配事がある	.474
将来のことが不安になる	.556
思い悩むことが多い	.749
何をするのもめんどろだ	.702
悲しいと感じる	.784
急に泣き出すことがある	.634
些細なことでも判断することができない	.586
生きていく価値がないと思う	.607
ストレス α 係数 = .857	F2
毎日の疲れが取れない	.665
頭が重い	.583
なかなか寝付けない	.533
夜中に、ふと目が覚める	.490
何となく気力がない	.851
ゆううつな気分になる	.875
何となくイライラする	.695
満足感情 α 係数 = .890	F3
満足感が持てない(R)	-.791
生活が充実している	.766
自分の好きなことがやれていると感じる	.670
精神的に楽な気分である	.699
自分はこのびのびと生きていると感じる	.753
生活がすごく楽しいと感じる	.742
心から楽しいと思えることがない(R)	-.710
	因子間相関
	F1
	.940
	F2
	-.812
	F3
	-.853

4-5. 考察

研究3では、RSを引き起こす原因となる規定要因、および引き起こされる反応の因子の確定を行った。

4-5-1. RS を引き起こす既定要因

RS を生じる規定要因は、子どもの問題、母親の問題、家族の問題、環境の問題の4つの因子に分かれた。それぞれの因子は、さらに下位要素があることから二次因子分析を行い、各問題において下位因子を抽出した。

「子どもの問題」は、規定要因の「知的発達遅れ」「身体的発達遅れ」「健康悪化の可能性」の3つの下位因子から構成されていることが明らかとなった。「知的発達遅れ」因子は、ダウン症児の多くは知的発達遅れがある（Peiris, 2016; 金泉他, 2013; 田中・丹羽, 1988; 玉井, 2018）ことに起因する問題だといえる。ダウン症の小児の知能指数（IQ）には幅があるが、正常な小児のIQが平均100であるのに対して、ダウン症の小児の平均値はおよそ50である（MSD マニュアル, 2021）。また、ダウン症児は精神年齢に比べて、意思伝達をする行為であるアイコンタクトや発声や微笑などの前言語期の伝達行為に、顕著な遅れがある（長崎, 1994）。そのため、ダウン症児の母親は我が子とのコミュニケーションの取りづらさや関わり方の難しさを感じていると考えられる。また、「身体的発達遅れ」因子は、ダウン症特有の身体的な特徴である顔つきや筋力の弱さによる歩行開始の遅さがあるために、子どもの問題として親が認識しているものと考えられる。「健康悪化の可能性」因子は、健康状態が悪化していく可能性に関する項目である。ダウン症児は筋力が弱いことから哺乳力が弱く授乳に時間がかかることや、離乳食の進め方にも特別なケアが必要であること（野中他, 1998）の問題を抱えていること、また、出産直後に処置が必要となる心臓疾患、鎖肛などの疾患を併発することがあり、しかも学齢期になると肥満や高尿酸値血症などのリスクの高さ（玉井, 2018）といった問題を抱えることから、母親は常に身体的な問題を意識せざるを得ないことによるものと考えられる。

「母親の問題」は、「楽観的展望」「信仰心」「母性的かかわり」の3つの下位因子から構成されていることが明らかとなった。「楽観的展望」因子は、子育てをする上で親が楽観的な見通しを持つことを指しており、それは母親の育児意欲を高めることに結びつくと考えられる。西平（2014）は、ダウン症児の母親になるということは子どもを産んで育てること、夫婦や家族として考える過程を通して障がいのある我が子を育てる役割を引き受け入れたことを意味すると述べている。また、山根（2015）も障がい児の親として自分を意味づけることでストレスが低下すると述べている。このように、母親が障がい児を持ったことを自覚し、子育てに対して前向きな気持ちになることは、RSを低下させるのではないかと考えられる。また、「信仰心」因子は、変えることのできない現実に直面することで、神に頼るといふ信仰心を高めることつながることを

指している。Kübler-Ross (1969) は、死を受容するプロセスについて5段階で説明し、余命宣告を受けた人は神との取引をしようとすることを指摘している。特定宗派に所属していない人であっても、神や仏にすがって死を回避したり先延ばしにしたりして欲しいという強い思いを抱くのである。ダウン症児の母親も同様に、我が子の障がいの状態を少しでも軽くしてほしいと願う気持ちになり、時に神や宗教に頼ろうとすると考えられる。さらに、「母性的かかわり」因子は、母親は我が子を慈しむべきであり、障がいを持っていてもそれを受容しなければならないという認識を持っていることを意味している。母親が我が子を思う気持ちが表れている因子といえよう。

「家族の問題」は、「夫の育児参加」「祖父母からのサポート」の2つの下位因子から構成されていることが明らかとなった。「夫の育児参加」因子は、夫がどの程度育児に協力的に参加しているかということに関連する因子である。障がい児は、定型発達児よりも医療機関や療育機関に通うことが多くなるために、育児の担い手が母親だけでは対応できないことが多く、夫の育児参加が子育てをする上で重要となる。ダウン症児は心臓疾患や甲状腺ホルモン異常などの合併症を抱えることが多いため医療機関への通院回数も増えることから、障がい児の子育てにおいて、父親と母親の協力が不可欠である(阿南・山口, 2007)。夫は、育児参加をすることで母親の孤立を和らげ、母親の育児意欲を支えことになるため、重要な存在なのである。また、「祖父母からの育児サポート」因子も同様に、育児支援に関する因子である。祖父母からの子育て支援は母親の負担を減らすことになるため、RSを軽減することに結びつくと考えられる。特にきょうだい児がいる場合、ダウン症児の通院治療等できょうだいへの世話ができなくなるときに祖父母からの支援は、母親の負担を減らす上でも重要である。このように夫の育児参加や祖父母のサポートという母親の育児を支える内容であることから、これ以降は「家族の支援」と呼称することとする。

「環境の問題」は、「友人知人との交流」「ピアサポート」「差別的な扱いによる傷つき」因子の3つの下位因子から構成されていることが明らかとなった。「友人知人との交流」因子は友人・知人との交流に関する因子で、出産前からの繋がりがあった信頼できる相手から得られる励ましは、心の支えに結びつくと考えられる。出産後のサポート的な交流は、母親の孤立を避ける上でも重要である。また、「ピアサポート」因子は、同じダウン症児を育てている母親たちからの支援的な関わりのことであり、育児をする上で有益な情報を得るだけでなく、精神的にも大きな支えとなることから、RSを緩和することに結びつくと考えられる。一方、「差別的な扱いによる傷つき」因子は、周囲からの反応や対応が差別的であることを指しており、母親のストレスを高める(堀,

2017; 矢代, 1997; 横山 2007) ことに結びつくと考えられる。ダウン症児が特徴的な顔貌を有しているために、母親は我が子が周囲の人に障がいがあることを知られるのではないかと不安を抱えている(片田 2016)。そのため、周囲からの差別や偏見に恐れを抱くことで、母親の外出を減らして社会との交流を避ける要因となると考えられる。このように、友人・知人やピアサポートなどの周囲からの支援という側面と、差別的な扱いによる傷つきである否定的な側面の両方を含んでいる。しかし、「友人・知人からの支援」の平均得点が 2.38, 「ピアサポート」の平均得点が 2.66 であるのに対して、「差別的な扱いによる傷つき」は 1.33 と低いことから、ダウン症児の母親にとって、友人・知人やピアサポートによる支援の意味を持っていると考えられる。したがって、これ以降は「周囲からの支援」と呼称することとする。

4-5-2. RS の結果から引き起こされる反応

RS が生じたのちに表れる反応は、「不安抑うつ」「ストレス」「満足感情」の 3 因子から構成されることが確認できた。「不安抑うつ」因子は、ダウン症児の将来の展望について不安を抱き、悲観的に考えることで抑うつ気分が起きているものと考えられる。「ストレス」は、育児中に感じる身体的な疲労感や心理的なイライラ感情を指す。これら 2 つの因子はネガティブ感情を反映したものであるが、「不安抑うつ」因子は将来の時間的展望を描いた時に生じる継続したネガティブ感情であり、「ストレス」因子は育児中に一過的に生じる反応といえる。「満足感情」因子は、子育てを通して得られる喜びや充実感、満足感などの反応である。これはポジティブな反応であり、ダウン症児の育児をしていく上で子育て意欲を支えるものとなる。

このように、研究 3 では、RS の規定要因及び生起する反応の因子を確定できた。研究 4 と 5 では、これらの因子を用いて RS の影響過程の検討を行う。

4-6. 要約

第 4 章では、規定要因及び反応における因子の下位因子を明らかにした。RS が生じる規定要因として、4 つの問題に含まれる下位因子の確定を行った。「子どもの問題」は、知的や身体的発達の違いと、それに伴う健康悪化の可能性から構成される「知的発達の違い」、「身体的発達の違い」「健康悪化の可能性」因子の 3 因子から構成されていた。「母親の問題」は、楽観的な考え方である「楽観的展望」信心に依拠する「信心心」、母親はかくあるべきという「母性的かわり」の 3 因子から構成されていた。「家族の支援」は、夫が育児を共にする「夫の育児参加」、祖父母から育児のサポートを得られる「祖父母から

のサポート」の2因子から構成されていた。「周囲からの支援」は、母親の友人や知人との関わりである「友人知人との交流」、ダウン症児の母親からのサポートである「ピアサポート」、周囲にいる人から受ける差別的な関わりである「差別的な扱いによる傷つき」の3因子から構成されていた。RS後に生じる「ネガティブ反応」は、不安な気持ちや抑うつである「不安抑うつ」、心理的・身体的なストレスを感じる「ストレス」、子育てを楽しむ「満足感情」の3因子から構成されていた。

第 5 章

研究 4 ダウン症児の母親が経験するリアリティショックの影響過程の検討

5-1. 序論

研究 2 においてダウン症児の母親が経験しているギャップを測定する尺度 (RSMD) を作成し、6 因子から構成されることを明らかにした。これらの因子のうち、「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」は RS のネガティブな側面であり、「前向きな気持ち」「家族の理解」はポジティブな側面を反映していた。研究 3 では、ダウン症児の母親の RS を引き起こす規定要因として、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援を取り上げ、その下位因子の特定を行った。また、RS の結果として生じる反応として、「不安抑うつ」「ストレス反応」「満足感情」の各因子の確定を行った。

第 5 章 (研究 4) では、これらの変数を用いて、RS の規定要因から RS および反応の生起に至る影響過程を検討することを目的とする。RS の規定要因の内容によって生起する RS の下位要素が異なり、その結果生じる不安等の反応にも違いが認められると考えられる。

子どもの問題は、「知的発達遅れ」「身体的発達遅れ」「健康悪化の可能性」の 3 つの下位因子から構成される。これらの 3 つ下位因子は、いずれも子どもが抱える問題という現実には母親はショックを受けることから、現実に対する困惑感を抱くことになると考えられる。問題を抱える子どもの将来について不安を抱くことから、抑うつ感情といったネガティブ感情を抱くことになることが予想される。出生後に我が子に障がいがあることを告知された母親の 9 割は子どもの状態に不安を抱える (中垣, 2009) ことから、子どもの発達上の問題を懸念し、将来の不安を抱くことになり、多くの母親は不安抑うつやストレス反応を引き起こすことになると考えられる。

母親の問題は、「母性的かかわり」「信仰心」「楽観的展望」の 3 つの下位因子から構成される。母性的かかわりとは、「どのような我が子であっても母親が愛情を持って育てなければならない」という考えであり、母親は特定の母性の在り方を強要されることで育児の辛さを感じるようになる (大日向, 2015)。また、周囲からの圧力を感じたりすると、我が子の障がいを受け入れることができない場合は苦しみを感じる事となる (大日向, 2001; 上地・松浦, 2021)。我が子に障がいがあるのは何かの間違えではないだろうか、少しでも症状が改善しないだろうかと思いを募る思いで神頼みをする事や宗教への信心を深めることが、信仰心である。信仰に頼ることで、時に現実から回避するように

なり、不安抑うつやストレスを引き起こしやすくなることも考えられる。楽観的展望は、母親が物事を楽観的に捉える傾向のことを指す。楽観的な母親は、深刻に悩むことなく子どもに接することができるため、抑うつ不安やストレス反応を低減するのではないかと予想される。

家族の支援は、「夫の育児参加」「祖父母からのサポート」の2つの下位因子から構成される。障がい児を育てる母親は、家族との充実した連帯感によってストレスが低くなることが報告されている（田中，1996）。しかし、夫の育児参加や祖父母からの育児サポートが得られない場合は、母親が孤立して育児負担が大きくなる（長嶋，2008；篠原・大月，2023）ことから、抑うつ感が増大すると考えられる。

周囲からの支援は、「友人知人からのサポート」「ピアサポート」「差別的な扱いによる傷つき」3つの下位因子から構成される。母親が友人知人によるサポートや同じダウン症児の母親によるピアサポートを得られると、安心感や信頼感を抱くことができる（篠原・大月，2023）ことから、不安抑うつやストレス反応が低下すると考えられる。その一方で、周囲から差別的な扱いを受けることがあれば、現実に対する困惑感を増し、その結果、不安抑うつやストレス反応を高めることにつながると予想される（堀，2017；矢代，1997）。

以上のように、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援は、それぞれ異なるRSの下位因子と関連し、その結果として不安抑うつやストレス反応、満足感情に影響するものと予想される。

5-2. 目的

研究4では、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援といった規定要因がRSを引き起こし、その結果として生じる不安やストレス及び満足感情に及ぼす影響過程を共分散構造分析によって明らかにする。

以下の4つの仮説を元に検討を進める。

仮説 5-1. 子どもの問題は、RSのネガティブな側面を促進し、「ネガティブ反応」を促進する。

仮説 5-2. 母親の問題のうち、「楽観的展望」「母性的かかわり」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」を促進し、「信仰心」は「現実に対する困惑感」，「障がい児の出産に対するショック」を抑制し、「ネガティブ反応」を促進する。

仮説 5-3. 家族の支援は、RSの「前向きな気持ち」，「家族の理解」を促進し、「ネガティブ反応」を抑制する。

仮説 5-4. 周囲からの支援のうち、友人知人やピアサポートは、RS の「現実に対する困惑感」「将来の不安」を抑制し、「ネガティブ反応」を抑制する。差別的な扱いによる傷つきは、RS のネガティブな側面を促進し、「ネガティブ反応」を促す。

5-3. 方法

5-3-1. 調査対象者

研究 3 と同一である。

5-3-2. 手続き

研究 3 に準ずる。

5-3-3. 調査時期

研究 3 に準ずる。

5-3-4. 質問項目

研究 2 と 3 で因子確定した尺度を用いる。既定要因を確認する尺度は、「子どもの問題」、「母親の問題」、「家族の支援」の 4 つの問題からなり、それぞれの問題は 2 ～ 3 の下位因子から構成されている。各因子の項目数は、「子どもの問題」11 項目、「母親の問題」13 項目、「家族の支援」8 項目、「周囲からの支援」13 項目であった。

RS の測定には RSMD 短縮版 (25 項目) を用いた。研究 2 で作成した RSMD のうち、因子負荷量の高い項目を 25 項目選択した。各因子の項目数は、「現実に関する困惑感」6 項目、「前向きな気持ち」5 項目、「子どもの発達上の問題」5 項目、「障がい児の出産に対するショック」4 項目、「家族の理解」3 項目、「将来の不安」2 項目であった。

反応を確認する項目 (22 項目) は、「不安抑うつ」「ストレス」「満足感情」から構成される。各因子の項目数は「不安抑うつ」8 項目、「ストレス」7 項目、「満足感情」7 項目であった。

5-3-5. 分析方法

既定要因, RS, 反応の影響過程を検討するために、共分散構造分析を行った。各変数間における相関関係をもとに、最も適合度が高くなるように探索的に検討した。適合度の指標として、 χ^2 , RMSEA, GFI, AGFI を用いた。 χ^2 および AIC は値が小さいほど適合度が高く、RMSEA は .05 以下であることが望まし

い。また、GFI, AGFI は.95 以上であれば適合度が良い状態であることを意味する。さらに、RMSEA は.10 以下、GFI は.90 以上であればモデルとして許容できるとされている。統計処理ソフトは、SPSS Ver 19.0 for Windows および Amos Ver 24.0 を使用した。

5-3-6. 倫理的配慮

研究 3 に準ずる。

5-4. 結果

共分散構造分析において RS 後の反応は、「不安抑うつ」「ストレス」「満足感情」の 3 つをまとめて潜在変数の「ネガティブ反応」とした。問題ごとに共分散構造分析を行っているので、そのモデルにより若干の数値の違いはあるが、「ネガティブ反応」には、「不安抑うつ」「ストレス」は正の関連を、「満足感情」とは負の関連を示している。各問題（「子ども問題」「母親の問題」「家族の支援」「周囲からの支援」）における共分散構造分析の図に示している β 値はいずれも、統計的に有意 ($p < .001$) なものを記載しており、 β 値が.30 以上は太線、それ以下は細線で示している。

5-5-1. 「子どもの問題」が引き起こす RS の下位因子と反応への影響過程

「子どもの問題」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量について Table 5-1 に示す。子どもの問題である「知的発達遅れ」は RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。「身体的発達遅れ」は、RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。「健康悪化の可能性」は、RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。

「子どもの問題」が引き起こす RS と反応への影響過程の結果を Figure 5-1 示す。共分散構造分析によって得られた構造方程式の適合指標は、RMSEA = .039, GFI = .992, AGFI = .971, $\chi^2 = 18.414$, $df = 10$, $p = .048$ であった。モデル安定度を示す情報量基準値 (AIC) は 73.414 であった。適合指標は十分な値を示していることから、本モデルが妥当であると判断し採用することとした。

Table 5-1

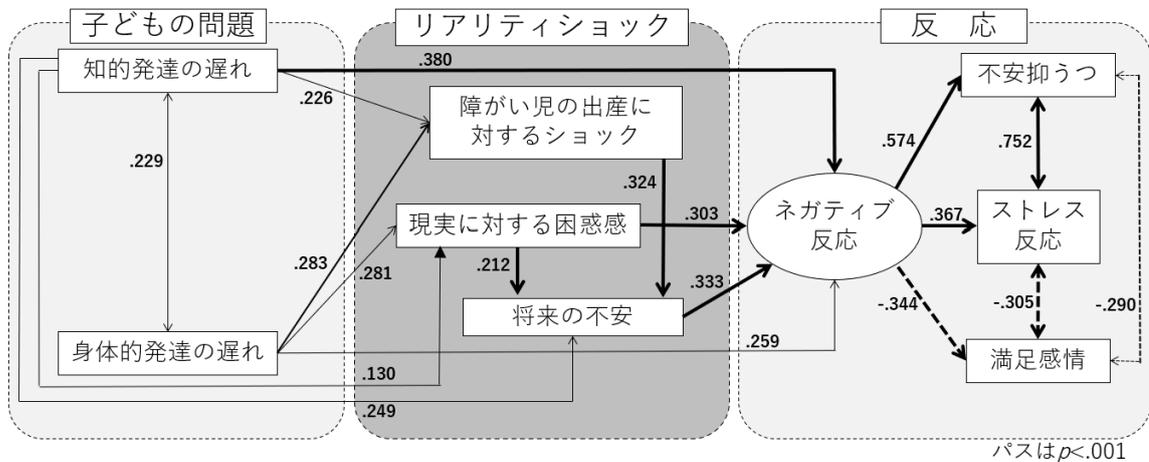
「子どもの問題」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	RSMD														
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫			
① 知的発達の遅れ	1.87	0.75	—														
② 身体的発達の遅れ	1.68	0.35	.229**	—													
③ 健康悪化の可能性	2.22	0.68	.264**	.213**	—												
④ 現実に対する困惑感	1.60	0.78	.379**	.481**	.203**	—											
⑤ 子どもの発達上の問題	2.31	0.53	.364**	.188**	.298**	.438**	—										
⑥ 障がい児の出産に対するショック	2.34	0.78	.291**	.334**	.161**	.699**	.416**	—									
⑦ 将来の不安	2.57	0.60	.417**	.244**	.294**	.545**	.397**	.538**	—								
⑧ 前向きな気持ち	2.59	0.42	-.163**	-.001	.031	-.122**	.065	-.020	-.050	—							
⑨ 家族の理解	2.52	0.58	-.004	.072	.028	.051	.063	.156**	.015	.299**	—						
⑩ 不安抑うつ	1.18	0.61	.406**	.396**	.302**	.460**	.278**	.295**	.418**	-.244**	-.135**	—					
⑪ ストレス	1.17	0.74	.291**	.257**	.207**	.266**	.199**	.120**	.257**	-.254**	-.184**	.783**	—				
⑫ 満足感情	1.90	0.71	-.341**	-.298**	-.199**	-.325**	-.200**	-.169**	-.304**	.363**	.259**	-.708**	-.704**	—			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Figure 5-1

「子どもの問題」が引き起こすRSと反応への影響過程



子どもの問題のうち、「健康悪化の可能性」はRSや反応と関連していないことがわかった。

「知的発達の遅れ」は、「身体的発達の遅れ」と正の相関が認められた ($r = .229$)。また、RSの「障がい児の出産に対するショック」 ($\beta = 0.226$) と「将来の不安」 ($\beta = 0.249$)、 「現実に対する困惑感」 ($\beta = 0.130$) を促進するとともに、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.380$) も促進していた。

「身体発達の遅れ」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」 ($\beta = 0.283$) と「現実に対する困惑感」 ($\beta = 0.281$) を促進するとともに、「ネガティブ反応」も促進していた ($\beta = 0.259$)。

RSの「現実に対する困惑感」は「将来の不安」 ($\beta = 0.212$) を促進するとともに、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.303$) も促進していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」は「将来の不安」 ($\beta = 0.324$) を促進していた。「将来の不安」は「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.333$) を促進していた。

5-5-2. 「母親の問題」が引き起こすRSと反応への影響過程

「母親の問題」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量についてTable5-2に示す。母親の問題である「楽観的展望」はRSの「現実に対する困惑感」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「信仰心」は、RSの「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。「母性的かわり」は、RSの「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。

「母親の問題」が引き起こす RS と反応への影響過程の結果を Figure 5-2 示す。共分散構造分析によって得られた本モデルの適合指標は、RMSEA = .089, GFI = .950, AGFI = .898, $\chi^2 = 18.414$, $df = 10$, $p = .048$ であった。モデル安定度を示す情報量基準値(AIC)は 205.199 であった。適合指標は十分な値を示していることから、本モデルを採用することとした。

「信仰心」は RS や反応と関連していないことがわかった。RS の「障がい児の出産に対するショック」($\beta = -0.168$)と「現実に対する困惑感」($\beta = -0.134$)を抑制し、「前向きな気持ち」($\beta = 0.288$)を促進していた。「楽観的展望」は、RS の「現実に対する困惑感」($\beta = 0.112$)と「家族の理解」($\beta = 0.171$)を促進していた。

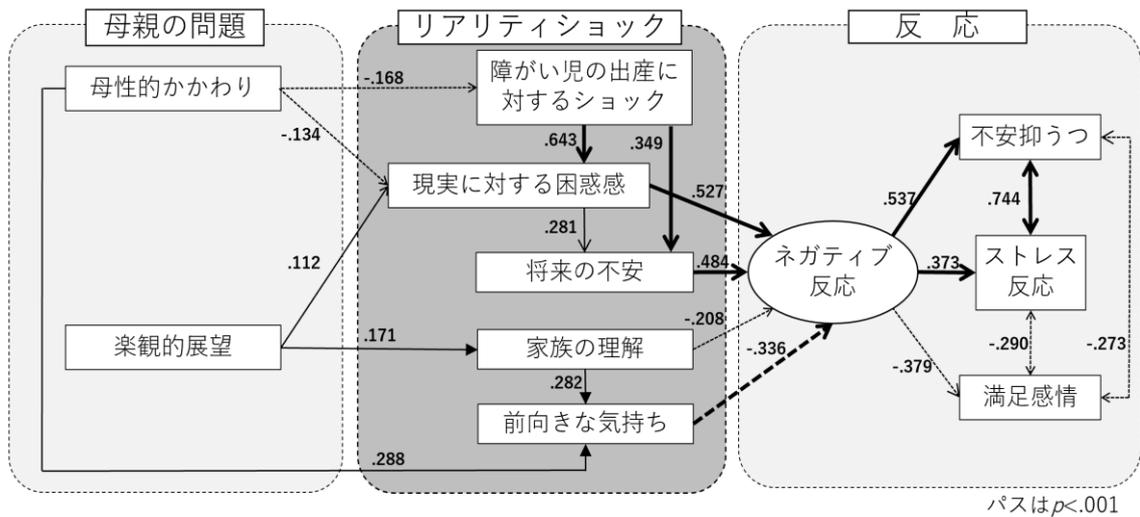
Table 5-2
「RMSD」「母親の問題」「反応」各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	RMSD														
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫			
①楽観的展望	1.37	0.33	—														
②信仰心	0.44	0.81	.036	—													
③母性的かわわり	1.91	0.83	.098*	.159**	—												
④現実に対する困感感	1.60	0.78	.134**	-.116**	-.243**	—											
⑤子どもの発達上の問題	2.31	0.53	.048	.054	-.062	.438**	—										
⑥障がい児の出産に 対するショック	2.34	0.78	.068	-.116**	-.168**	.699**	.416**	—									
⑦将来の不安	2.57	0.60	.060	-.105*	-.137**	.545**	.397**	.538**	—								
⑧前向きな気持ち	2.59	0.42	.151**	.005	.305**	-.122**	.065	-.020	-.050	—							
⑨家族の理解	2.52	0.58	.171**	-.045	.064	.051	.063	.156**	.015	.299**	—						
⑩不安抑うつ	1.18	0.61	.166**	-.014	-.191**	.460**	.278**	.295**	.418**	-.244**	-.135**	—					
⑪ストレス	1.17	0.74	.075	.098*	-.148**	.266**	.199**	.120**	.257**	-.254**	-.184**	.783**	—				
⑫満足感情	1.90	0.71	.125**	.018	.224**	-.325**	-.200**	-.169**	-.304**	.363**	.259**	-.708**	-.704**	—			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Figure 5-2

「母親の問題」が引き起こすRSと反応への影響過程



RSの「障がい児の出産に対するショック」は「現実に対する困惑感」($\beta = 0.643$)と「将来の不安」($\beta = 0.349$)を促進していた。「家族の理解」は「前向きな気持ち」($\beta = 0.282$)を促進するとともに、「ネガティブ反応」($\beta = -0.208$)を抑制していた。

5-5-3. 「家族の支援」が引き起こすRSと反応への影響過程

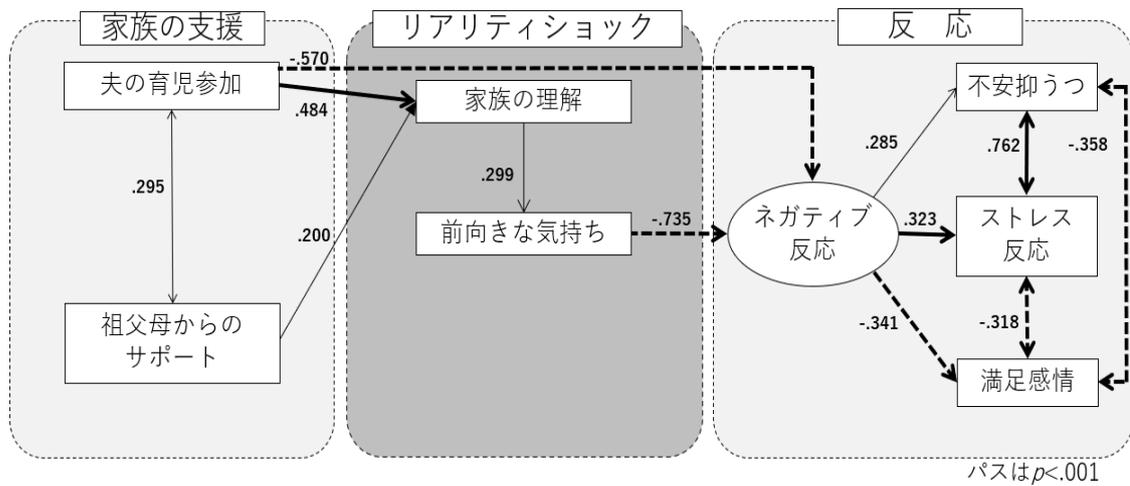
「家族の支援」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量についてTable5-3に示す。家族の支援である「夫の育児参加」はRSの「障がい児の出産に対するショック」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「祖父母からのサポート」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。

「家族の支援」が引き起こすRSと反応への影響過程の結果をFigure 5-3示す。共分散構造分析によって得られた本モデルの適合指標は、RMSEA = .030, GFI = .993, AGFI = .979, $\chi^2 = 15.183$, $df = 10$, $p = .126$ であった。モデル安定度を示す情報量基準値(AIC)は51.183であった。適合指標は十分な値を示していることから、本モデルを採用することとした。

「夫の育児参加」は、「祖父母からのサポート」との相関が認められた($r = .295$)。また、RSの「家族の理解」($\beta = 0.484$)を促進するとともに「ネガティブ反応」($\beta = -0.570$)を抑制していた。

Figure 5-3

「家族の支援」が引き起こすRSと反応への影響過程



「祖父母からのサポート」は、RSの「家族の理解」($\beta = 0.200$)を促進していた。RSの「家族の理解」は「前向きな気持ち」($\beta = 0.299$)を促進していた。「前向きな気持ち」は、「ネガティブ反応」($\beta = -0.735$)を抑制していた。

5-5-4. 「周囲からの支援」が引き起こすRSと反応への影響過程

「周囲からの支援」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量についてTable5-4に示す。周囲からの支援である「友人知人との交流」はRSの「現実に対する困惑感」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「ピアサポート」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「差別的な扱いによる傷つき」はRSの「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。

「周囲からの支援」が引き起こすRSと反応への影響過程の結果をFigure 5-4示す。共分散構造分析によって得られた本モデルの適合指標は、RMSEA = .067, GFI = .968, AGFI = .937, $\chi^2 = 98.105$, $df = 28$, $p = .000$ であった。モデル安定度を示す情報量基準値(AIC)は152.105であった。適合指標は十分な値を示していることから、本モデルを採用することとした。

「差別的な扱いによる傷つき」は、RSの「現実に対する困惑感」($\beta = 0.173$)を促進するとともに「ネガティブ反応」($\beta = 0.286$)を促進していた。

「友人知人との交流」は「ピアサポート」との相関が認められた($r = .391$)。また、RSの「現実に対する困惑感」($\beta = -0.156$)を抑制し、「前向きな気持ち

ち」 ($\beta = 0.190$) を促進していた。「ピアサポート」は、RS の「前向きな気持ち」 ($\beta = 0.435$) を促進していた。

RS の「障がい児の出産に対するショック」は、「現実に対する困惑感」 ($\beta = 0.656$) を促進するとともに「将来の不安」 ($\beta = 0.350$) も促進していた。「現実に対する困惑感」は、「将来の不安」 ($\beta = 0.278$) を促進するとともに、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.455$) も促進していた。「前向きな気持ち」は、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.410$) を抑制していた。

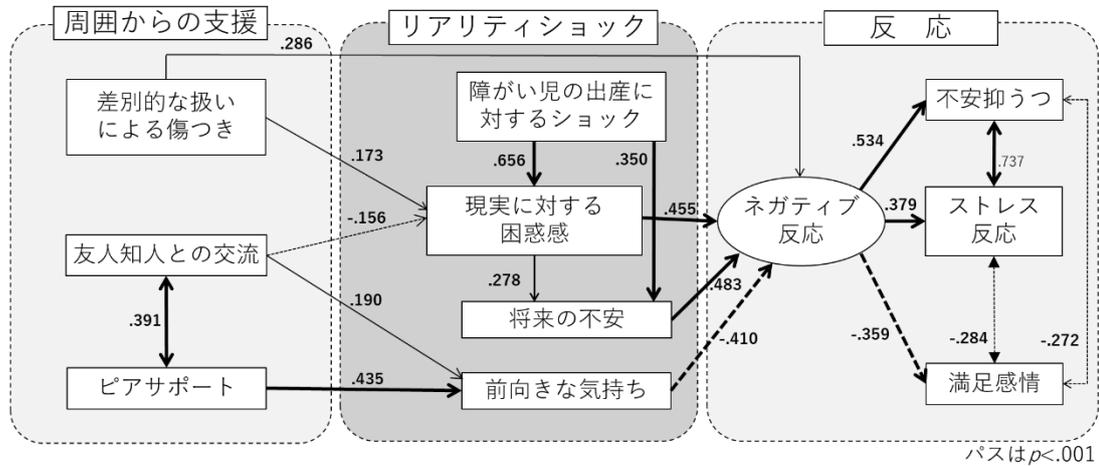
Table 5-4 「RSMD」 「周囲からの支援」 「反応」 各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	規定要因「周囲からの支援」															
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫				
「周囲からの支援」	2.38	0.72	—															
①友人知人との交流	2.66	0.53	.390**	—														
②ピアサポート	1.13	0.66	-.097*	-.003	—													
③差別的な扱いによる傷つき	1.60	0.78	-.191**	.059	.253**	—												
④現実に対する困惑感	2.31	0.53	.013	.063	.184**	.438**	—											
⑤子どもの発達上の問題	2.34	0.78	-.057	.107*	.101*	.699**	.416**	—										
⑥障がい児の出産に対するショック	2.57	0.60	-.099*	.014	.176**	.545**	.397**	.538**	—									
⑦将来の不安	2.59	0.42	.360**	.509**	-.044	-.122**	.065	-.020	-.050	—								
⑧前向きな気持ち	2.52	0.58	.122**	.171**	-.142**	.051	.063	.156**	.015	.299**	—							
⑨家族の理解	1.18	0.61	-.234**	-.073	.284**	.460**	.278**	.295**	.418**	-.244**	-.135**	—						
⑩不安抑うつ	1.17	0.74	-.189**	-.112**	.266**	.266**	.199**	.120**	.257**	-.254**	-.184**	.783**	—					
⑪ストレス	1.90	0.71	.350**	.182**	-.201**	-.325**	-.200**	-.169**	-.304**	.363**	.259**	-.708**	-.704**	—				
⑫満足感情																		

* $p < .05$, ** $p < .01$

Figure 5-4

「周囲からの支援」が引き起こすRSと反応への影響過程



5-6. 考察

研究4では、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援は、それぞれ異なるRSの下位因子との関連すること、そしてその結果として生じる不安抑うつやストレス反応、満足感情に及ぼす影響過程を明らかにした。

5-6-1. 「子どもの問題」の影響過程

子どもの問題における「知的発達の遅れ」はRSの「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」「現実に対する困惑感」を促進するとともに、「ネガティブ反応」を促進していた。「身体発達の遅れ」はRSの「障がい児の出産に対するショック」「現実に対する困惑感」および「ネガティブ反応」を促進するとともに、直接「ネガティブ反応」を促進していた。RSにおける「現実に対する困惑感」は「将来の不安」を促進し、「ネガティブ反応」を引き起こしていることがわかった。

知的および身体的発達の遅れは、RSの「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」を促進し、これらは、直接および間接的に「ネガティブ反応」を促進するという類似した影響過程を示すことがわかった。このように、「子どもの問題」は、RSの「現実に対する困惑感」を促進し、その結果、ネガティブ反応を促進していることから、仮説5-1『子どもの問題はRSの「現実に対する困惑感」を促進し、「ネガティブ反応」を促進する』は支持された。加えて、RSの「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」も同様の関連性を示していた。

健康が悪化することや合併症について心配するよりも、まずは知的や身体的な遅れを母親は問題視しているため、それがRSを引き起こし不安やストレス

に結びついたものと考えられる。先天性奇形の子どもを持つ母親を対象とした Droter (1975) は、出産後母親はショックを受けることを指摘しており、ダウン症児を持つ母親も同様に、ダウン症児の出産後に母親はショックを受けて抑うつ感情やストレスを抱くことになると考えられる。ダウン症児の多くは、知的障がいを伴うことが知られており、子どもが将来どのように生きていくことができるかを思い描くことができず、不安に陥るものと考えられる。

5-6-2. 「母親の問題」の影響過程

母親の問題である「母性的かかわり」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」と「現実に対する困惑感」を抑制し、「前向きな気持ち」を促進していた。また、「楽観的展望」はRSの「現実に対する困惑感」と「家族の理解」を促進していた。しかしいずれも「ネガティブ反応」と直接関連しておらず、RSの下位因子である「現実に対する困惑感」「将来の不安」「前向きな気持ち」等を介して、促進・抑制することがわかった。

このように、母親の問題は、RSの「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」を抑制し、「楽観的展望」が「現実に対する困惑感」や「家族の理解」を促進し、「ネガティブ反応」に結びつくことがわかった。よって、仮説 5-2 『母親の問題のうち、「楽観的展望」「母性的かかわり」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」を促進し、「信仰心」は「現実に対する困惑感」、「障がい児の出産に対するショック」を抑制し、「ネガティブ反応」を促進する』は支持された。

「楽観的展望」は、RSの「現実に対する困惑感」を促進するとともに「家族の理解」も促進していた。母親が楽観的な見通しを持つことが家族の理解を促し、ネガティブ反応の抑制に結びついていることは、母親が我が子に対して悲観的に考えず、なんとかなるといふ楽観的な思いが家族とのつながりや安定した関係性を持つことになり、家族からの支援を得ることになるため、不安やストレスの軽減に結びつくといえる。充実した家族の連帯感が母親のストレス低減に重要である（田中，1996）ことから、本研究でもその知見を支持する結果が得られたといえる。しかし、「楽観的展望」が「現実に対する困惑感」も促進していることから、根拠のない楽観的な考えは、現実対応を難しくさせ、将来への不安を高めることにもつながるといえる。現実的な問題を捉える場合は、先の見通しが持てずに困惑してしまうことにつながると考えられる。

「母性的かかわり」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」「現実に対する困惑感」を低減させており、ダウン症児の我が子に対して愛情深く接することで現実のショック症状を和らげる作用があるのではないかと思われる。

「どのような我が子でも愛情深く育てるべきである」という「母性的かかわり」は、ともすれば母性愛神話論として捉えられることがあり、その場合は母親にとってストレスとなる（大日向, 2015）。しかし、本研究からは「母性的関わり」がストレスに結びつくわけではなく、育児への満足感に結びつく可能性を示唆するものである。「母性的関わり」が母性愛神話論的意味合いを持つ可能性もあり、その意味においては、母性の肯定的な面ばかりではなく、否定的な面を持ちうる可能性がある。そのため、家族や周囲の人々が母性愛を母親に強要することや、また母親自身が子どもに障がいがあっても受容すべきだと強く思い込むことは、母親を追い込めることにも繋がりがかねないことを認識することが大切である。

5-6-3 「家族の支援」の影響過程

家族の支援である「夫の育児参加」「祖父母からのサポート」とはともに RS の「家族の理解」を促進し、「前向きな気持ち」を介して「ネガティブ反応」を抑制していた。このように「家族の支援」は、RS の「前向きな気持ち」「家族の理解」を促進し、「ネガティブ反応」を抑制することから、仮説 5-3 『家族の支援は、RS の「前向きな気持ち」、家族の理解」を促進し、「ネガティブ反応」を抑制する』は支持された。

夫が育児に協力的であれば、母親の精神的および身体的な疲労感を軽減することになるため、満足感情につながるものと考えられる。また、母親が仕事をしていたり、きょうだい児がいたりする場合には、子育ての担い手として祖父母の協力が重要な働きをすることになる。そのため、夫だけではなく祖父母からの支援的な関わりは、家族の理解をより強く母親に実感させ、子育てに対して前向きな気持ちにさせることから、母親の抑うつや不安を和らげ、満足感情につながるものと考えられる。

5-6-4 「周囲からの支援」の影響過程

周囲からの支援における「差別的な扱いによる傷つき」は、RS の「現実に対する困惑感」と「ネガティブ反応」を促進していた。また、「友人知人との交流」は、RS の「現実に対する困惑感」を抑制し、「前向きな気持ち」を促進していた。「ピアサポート」は RS の「前向きな気持ち」を促進していた。RS 因子の「障がい児の出産に対するショック」や「現実に対する困惑感」が「将来の不安」を促進し、「ネガティブ反応」に結びつくが、「前向きな気持ち」は「ネガティブ反応」を抑制していた。

周囲からの支援における「差別的な扱いによる傷つき」は、RSの「現実に対する困惑感」に結びつき、「将来の不安」を介して不安やストレスを高めていた。しかし、「友人・知人との交流」「ピアサポート」はRSの「前向きな気持ち」を促進することで、不安やストレスの抑制に結びつくという、ポジティブな効果も認められている。このことから、仮説 5-4 『周囲からの支援のうち、友人知人やピアサポートは、RSの「現実に対する困惑感」「将来の不安」を抑制し、「ネガティブ反応」を抑制する。差別的な扱いによる傷つきは、RSのネガティブな側面を促進し、「ネガティブ反応」を促す』は支持されたといえる。

友人・知人からのサポートやダウン症児を持つ母親によるピアサポートは、ダウン症児を育てる上で好ましい関係性を形成するとともに、母親を前向きな気持ちにさせ、不安やストレスを軽減させ、満足感を高めることにつながる。この知見は、知人から優しい声かけをしてもらったり、同じダウン症児の母親と気持ちの共有や悩みを相談できたりすることによって、心のよりどころとなり、他者から我が子の理解が得られる安心感があるという篠原・大月（2023）の考えを支持する結果といえる。本研究の結果からも、ピアサポートの役割の重要性が明らかとなった。

「差別的な扱いによる傷つき」は母親の困惑感を高め子どもの将来に対する不安を募らせ、それがストレスに結びつくことから、周囲の差別的な言動は大きな問題だと言わざるを得ない。周囲の無理解という社会的な問題がいまだに存在し、ダウン症の母親を傷つけているのである。

5-7. 要約

研究4の目的は、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援がそれぞれ異なるRSの下位因子に関連し、不安抑うつやストレス反応、満足感情に与える影響の過程を明らかにすることであった。

子どもの問題では、主に知的や身体的な問題が母親のRSを引き起こし、ネガティブ反応に結びつくことがわかった。母親の問題では、「母性的かかわり」や「楽観的展望」がRSの「現実に対する困惑感」や「障がい児の出産に対するショック」を促進し、ネガティブ反応を増加させることが明らかにされた。家族の支援については、夫の育児参加や祖父母の支援が「前向きな気持ち」や「家族の理解」を促進し、ネガティブ反応を抑制することが確認された。周囲からの支援では、差別的な扱いが「現実に対する困惑感」を促進し、直接的にまたは「将来の不安」を媒介してネガティブ反応を引き起こし、友人・知人との交

流やピアサポートは「前向きな気持ち」を促進するため、ダウン症児の母親にとって好ましい影響を与えることが明らかとなった。

第6章

研究5リアリティショックの年齢階層別比較

6-1. 序論

研究4でRSを引き起こす規定要因からRS経験後に起きる反応に至る影響過程の検討を行った。RSが引き起こされる規定要因として、子ども、母親、家族、周囲からの支援を取り上げ、それぞれの問題が異なるRSの下位因子に関連し、ネガティブ反応に影響していることがわかった。子どもの問題は、主に知的や身体的な問題が母親のRSを促すことがわかった。母親の問題では、「母性的かかわり」や「楽観的展望」がRSの「現実に対する困惑感」や「障がい児の出産に対するショック」を促進し、ネガティブ反応を増加させることがわかった。家族の支援については、夫の育児協力や祖父母の支援が「前向きな気持ち」や「家族の理解」を促進し、ネガティブ反応を抑制することがわかった。周囲からの支援では、差別的な扱いが「現実に対する困惑感」を促進し、直接的にまたは「将来の不安」を媒介してネガティブ反応を引き起こすこと、また、友人知人との交流やピアサポートは「前向きな気持ち」を促進するため、ダウン症児の母親にとって好ましい影響を与えることがわかった。このように、問題によって、RSやネガティブ反応に及ぼす影響過程が異なることが明らかとなった。

第6章（研究5）では、RSの程度やRSの影響過程がダウン症児の発達年齢によってどのように異なるのかについて検討する。ダウン症児の発達を考えると、小学校を終了するまでの12年間を3つの時期に分けて検討することとした。3つの時期とは、第1期としてダウン症児が安定して歩行できるまでの期間である0歳から4歳まで、第2期として年長から就学して小学校に慣れるまでの期間である5歳から8歳、第3期として小学校に慣れて卒業するまでの期間である9歳から12歳に分けることができる。これらの3つの時期において、ダウン症児やその母親が直面する問題が異なると考えられることから、母親が受けるRSの程度やその影響過程が異なると考えられる。

第1期（0～4歳）では、ダウン症児は安定した歩行ができず、授乳から離乳食そして通常食へ移行する時期であり、生活面で多くの介助が必要な時期である。ダウン症児は、口の筋力も弱いために、離乳食がうまく進まずに困難を

伴うことが多く、体調管理にも工夫が求められる（金泉他, 2013）ことから、身体的発達遅れの伴って、定型発達児との違いを実感しやすい時期だといえる。

第2期（5～8歳）では、小学校への就学を迎え、学校生活に慣れていくことが求められる時期である。ダウン症児の発達の程度や、地域・家庭の事情によって就学先を通常級にするのか特別支援学級や特別支援学校にするのかを決定しなければならない。公益財団法人日本ダウン症協会（2023）によると、地域にある小学校の特別支援学級に進学する割合が57.1%、通常学級への進学が24.9%、特別支援学校への進学が18.1%であり、通常学級以外の選択肢がある。定型発達児とは異なる進学も視野に入れて検討する必要がある。親は他のこと我が子が異なることを強く意識づけられる。また、小学校に入ると個別の支援計画に従って指導を受ける必要があることから、学業面や生活面での対応のために学校との綿密なコミュニケーションをとる必要がある。この段階になると、身体的な発達遅れだけでなく、知的な発達遅れを実感しやすくなる時期だといえる。

第3期（9～12歳）は、ダウン症児の学業の進展を見据え、中学校進学を決める時期となる。学業面や運動面において定型発達児と大きく差が開いてくることを意識することが増えることに加え、他者との関係性を身につけるための社会的スキルを習得する時期でもある。この時期になるとダウン症児特有の肥満傾向が見られるようになり（伊藤・武田, 2012）、体調管理の面でも配慮が必要となる。第3期は身体的・知的発達遅れに加え、体調管理面での問題も加わってくる時期といえよう。ダウン症児は合併症を伴う可能性が高いことから、すべての年齢階層を通して病気の問題は伴う可能性は高いものの、年齢を重ねるにつれて治療等が行われることで、病気面での問題は年齢階層が上がるにつれて軽減されるものと予想される。

このように、ダウン症児の年齢階層によって引き起こされる問題に違いがあるものの、それがRSや反応との影響過程においてどのような違いが認められるかの検討が行われているわけではない。また、抱える問題やRSの程度に年齢階層により違いがあるかも明らかにされているわけではない。年齢階層による違いが認められないのであれば、ダウン症児の母親への支援については年齢に関係なく行うことができるが、年齢階層によって異なるのであれば、母親のRSを軽減するために介入する規定要因を年齢階層によって変えることで、より効果的な介入を行うことができるようになるものと期待できる。

以上により、ダウン症児の発達に伴って、母親の抱える RS の内容に違いが認められるのかについて検討する必要がある。

6-2. 目的

研究 5 では、ダウン症児の年齢を 0～4 歳、5～8 歳、9～12 歳の 3 つの階層に分け、規定要因や RS、反応の程度、および RS の影響過程について、年齢階層による相違を明らかにすることを目的とする。

年齢階層による RS、RS の規定要因、生じた反応における程度の違いに関する仮説は以下のとおりである。

- 仮説 6-1. RS においては、0～4 歳のときに障がい児の出産に対するショックや現実に対する困惑感の得点が高いが、5 歳以上では得点が低くなる。
- 仮説 6-2. RS の規定要因である子どもの問題は、0～4 歳のときに健康悪化の可能性の得点が高くなり、5 歳以上では知的発達の遅れの得点が高くなる。
- 仮説 6-3. RS の規定要因である母親の問題は、0～4 歳のときに信仰心の得点が高くなり、9～12 歳では楽観的展望の得点が高くなる。
- 仮説 6-4. RS の規定要因である家族の支援は、全ての年齢階層で夫の育児参加や祖父母からのサポート得点が高い。
- 仮説 6-5. RS の規定要因である周囲からの支援は、0～4 歳のときに友人知人との交流の得点が高く、5 歳以上になるとピアサポートの得点が高くなる。
- 仮説 6-6. 反応においては、0～4 歳のときに不安抑うつやストレスの得点が高く、5 歳以上になると満足感情の得点が高くなる。

RS の規定要因から RS、反応に至る影響過程の年齢階層による相違に関する仮説は以下のとおりである。

- 仮説 6-7. 子どもの問題は、0～4 歳では合併症などの身体疾患による健康悪化の可能性が、RS の現実に対する困惑感を引き起こし、ネガティブな反応を促進するが、年齢が上がると、健康悪化の可能性から受ける影響が小さくなる。
- 仮説 6-8. 母親の問題は、0～4 歳では母性的かかわりが RS の障がい児の出産に対するショックを緩和し、ネガティブ反応を抑制するが、年齢が上

がるにつれて徐々に将来像を描けるようになることから、母親が楽観的展望を持つことによって RS の将来の不安が抑制され、ネガティブ反応は減少する。

仮説 6-9. 家族の支援は、0～4歳では夫の育児参加や祖父母からのサポートが RS の家族の理解を促進してネガティブ反応を減少させ、家族の支援に関しては年齢が上がっても影響過程に大きな変化は見られない。

仮説 6-10. 周囲からの支援は、0～4歳では RS の現実に対する困惑感や将来の不安を促進し、ネガティブ反応を促進するが、年齢が上がるにつれて、子育ての楽しさを経験することが増えるようになり、ネガティブ反応の満足感情が高くなる。

6-3. 方法

6-3-1. 調査対象者

研究 4 と同一である。子どもの年代を 3 群（0～4歳，5～8歳，9～12歳）に分けた。0～4歳は 294 人で母親の平均年齢は 37.61 歳，5～8歳は 153 人で母親の平均年齢は 43.68 歳，9～12歳は 120 人で母親の平均年齢は 56.23 歳であった。

6-3-2. 手続き

研究 4 に準ずる。

6-3-3. 調査時期

研究 4 に準ずる。

6-3-4. 質問項目

研究 4 と同一である。

6-3-5. 分析方法

規定要因，RS，反応の程度が年齢階層によって異なるかを一元配置分散分析によって検討した。また，RS の下位因子を規定している規定要因が年齢階層によって違いがあるのかについては，共分散構造分析によって検討した。統計処理ソフトは，SPSS Ver 19.0 for Windows および Amos Ver 24.0 を使用した。

6-3-6. 倫理的配慮

研究 3 に準ずる。

6-4. 結果

6-4-1. RS, RS の規定要因, 生じた反応における程度の年齢階層別比較

6-4-1-1. RS の下位因子における程度の年齢階層別比較

RSMD の下位因子ごとに一元配置分散分析を行った結果を Table 6-1 に示す。「家族の理解」因子において主効果が認められ ($F(2,564) = 3.212, p = .041$), 0～4歳において家族の理解が最も得られていることがわかった。その他の因子において有意差は認められなかった ($F_s(2,564) < 1.303, n.s.$) ことから, 母親が感じている RS に年齢による違いのないことがわかった。

Table 6-1

年齢階層別 RSMD の平均値 () 内は標準偏差

因子名	0-4 歳	5-8 歳	9-12 歳	F 値
現実に対する困惑感	1.62 (0.80)	1.62 (0.75)	1.54 (0.76)	0.50
前向きな気持ち	2.57 (0.44)	2.61 (0.40)	2.62 (0.39)	0.93
子どもの発達上の問題	2.29 (0.53)	2.37 (0.52)	2.62 (0.54)	1.30
障がい児の出産に対するショック	2.34 (0.79)	2.35 (0.75)	2.33 (0.81)	0.03
家族の理解	2.58 (0.55)	2.49 (0.58)	2.43 (0.66)	3.21*
将来の不安	2.60 (0.79)	2.54 (0.75)	2.53 (0.81)	0.79

* $p < .05$

6-4-1-2. RS の規定要因の程度に関する年齢階層別比較

年齢階層を独立変数とした一元配置分散分析を行った結果を Table 6-2 に示す。子どもの問題である「健康悪化の可能性」因子で主効果 ($F(2,564) = 14.994, p = .000$) が認められ, 0～4歳において健康悪化の可能性が最も問題であると認識されていることがわかった。母親の問題である「母性的かかわり」で主効果 ($F(2,564) = 3.538, p = .006$) が認められ, 9～12歳において最も強く母性的かかわりを抱えていることがわかった。また, 家族の支援である「夫の育

児参加」因子でも主効果 ($F(2,564) = 5.209, p = .030$) が認められ、0～4歳において最も夫の育児参加の重要性が認識されていることがわかった。周囲からの支援である「友人知人との交流」因子では年齢階層の主効果 ($F(2,564) = 4.184, p = .016$) が認められ、9～12歳において最も友人知人との交流の重要性が認識されていることがわかった。また、「差別的な扱いによる傷つき」因子においても年齢階層の主効果 ($F(2,564) = 20.398, p = .000$) が認められ、9～12歳において最も差別的な扱いによる傷つきが認識されていることがわかった。

Table 6-2

年齢階層別規定要因の平均値（ ）内は標準偏差

因子名		0-4 歳	5-8 歳	9-12 歳	F 値
子どもの問題	知的発達が遅れ	1.89 (0.72)	1.82 (0.75)	1.87 (0.84)	0.37
	身体的発達が遅れ	1.72 (0.37)	1.64 (0.33)	1.62 (0.32)	4.43
	健康悪化の可能性	2.37 (0.62)	2.07 (0.70)	2.06 (0.70)	15.00***
母親の問題	楽観的展望	1.38 (0.31)	1.35 (0.36)	1.35 (0.35)	0.56
	信仰心	0.40 (0.77)	0.48 (0.82)	0.49 (0.90)	0.73
	母性的かかわり	1.82 (0.86)	2.00 (0.80)	2.00 (0.76)	3.54*
家族の支援	夫の育児参加	2.07 (0.79)	1.80 (0.91)	1.96 (0.90)	5.21**
	祖父母からのサポート	1.94 (0.81)	1.87 (0.76)	1.99 (0.82)	0.79
周囲からの支援	友人知人との交流	2.30 (0.79)	2.44 (0.61)	2.51 (0.67)	4.18*
	ピアサポート	2.67 (0.53)	2.60 (0.55)	2.70 (0.52)	1.51
	差別的な扱いによる傷つき	0.97 (0.62)	1.30 (0.64)	1.32 (0.68)	20.40***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

6-4-1-3. 反応の程度に関する年齢階層別比較

反応について年齢階層を独立変数とした一元配置分散分析を行った結果を Table 6-3 に示す。3 因子とも有意な主効果が認められなかった ($F_s(2,564) < 2.802, n.s.$) ことから、すべての年齢階層を通してほぼ同程度の水準で推移をしているといえる。

不安抑うつとストレスは、年齢が上がるごとに減少している。満足感情は、年齢が上がるごとに増加している。

Table 6-3

年齢階層別反応の平均値（ ）内は標準偏差

因子名	0-4 歳	5-8 歳	9-12 歳	F 値
不安抑うつ	1.22 (0.61)	1.17 (0.60)	1.09 (0.62)	1.87
ストレス	1.18 (0.04)	1.23 (0.06)	1.09 (0.07)	1.17
満足感情	1.84 (0.73)	1.92 (0.67)	2.01 (0.68)	2.82

6-4-2. RS の規定要因から RS，反応に至る影響過程の年齢階層による相違

各問題（「子ども問題」「母親の問題」「家族の支援」「周囲からの支援」）における共分散構造分析の図に示している β 値はいずれも，統計的に有意（ $p < .001$ ）なものを記載しており， β 値が .300 以上は太線，それ以下は細線で示している。

6-4-2-1. 子どもの問題における影響過程の年齢階層比較

「子どもの問題」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量は，Appendix 3 に示す。

0～4歳における子どもの問題の「知的発達遅れ」は RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。「身体的発達遅れ」は，RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。「健康悪化の不安」は，RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。

5～8歳における子どもの問題の「健康悪化の不安」が 2.07 と最も高く，「抑うつ不安」が 1.17 と最も低かった。子どもの問題である「知的発達遅れ」は RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。「身体的発達遅れ」は，RS のすべてと中程度以上の相関を示していた。「健康悪化の不安」は，RS の「子どもの発達上の問題」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。

9～12歳における子どもの問題の「知的発達遅れ」は RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。「身体的発達遅れ」は，RS の「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。

達の遅れ」は、RSの「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児に出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。「健康悪化の不安」は、RSの「子どもの発達上の問題」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。

年齢階層別で共通している相関は、子どもの問題が「満足感情」と負の相関であった。年齢階層別で認められる特徴的な相関は、0～4歳および9～12歳では、「知的発達遅れの遅れ」とRSの「前向きな気持ち」は負の相関を示しているが、5～8歳では相関がなかった。

子どもの問題において年齢階層別に共分散構造分析を行った。その適合度をTable 6-4に示す。いずれの年齢階層の影響過程の共分散構造方程式の当てはまり度を示す適合指標は十分な値を示していた。

Table 6-4

子どもの問題の確認的因子分析による適合度

	AIC	GFI	AGFI	RSMEA	χ^2	df	p
0-4歳	134.329	.955	.909	.081	78.329	27	.000
5-8歳	67.720	.970	.909	.064	19.720	12	.073
9-12歳	94.145	.938	.882	.062	42.145	29	.054

0～4歳の影響過程において、子どもの問題である「知的発達遅れの遅れ」因子は、「身体的発達遅れの遅れ」因子と正の相関が認められた ($r = .271$)。また、RSの「子どもの発達上の問題」因子 ($\beta = 0.344$)、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.280$)、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.415$) を促進していた。「身体的発達遅れの遅れ」は、RSの「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.324$)、「障がい児の出産に対するショック」因子 ($\beta = 0.296$) を促進していた。「健康悪化の可能性」因子は、RSの「子どもの発達上の問題」因子 ($\beta = 0.519$) を促進していた。RSの「子どもの発達上の問題」因子は、「障がい児の出産に対するショック」因子 ($\beta = 0.343$) を促進していた。「障がい児の出産に対するショック」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.435$) を促進していた。「将来の不安」因子は「障がい児の出産に対するショック」因子 ($\beta = 0.239$) および「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.239$) を促進していた。「現実に対する困惑感」は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.606$) を促進していた。

5～8歳の影響過程において、「知的発達遅れの遅れ」因子は、「身体的発達遅れの遅れ」因子と正の相関が認められた ($r = .125$)。また、RSの「障がい児の出産に対するショック」因子 ($\beta = 0.236$)、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.355$) を促進

していた。「身体的発達の遅れ」因子は、RSの「障がい児の出産に対するショック」因子 ($\beta = 0.266$) , 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.395$) を促進していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.581$) , 「将来の不安」因子 ($\beta = 0.249$) , 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.435$) を促進していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.247$) , 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.606$) を促進していた。RSの「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.624$) を促進していた。

9～12歳の影響過程において、「知的発達の遅れ」因子は、「身体的発達の遅れ」因子と正の相関が認められた ($r = .245$) 。また、RSの「将来の不安」因子 ($\beta = 0.264$) , 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.564$) を促進していた。「身体的発達の遅れ」因子は、RSの「現実に対する困惑感」 ($\beta = 0.466$) , 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.437$) を促進していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.288$) を促進していた。「前向きな気持ち」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.351$) を抑制していた。「将来の不安」因子は、「家族の理解」因子 ($\beta = 0.239$) , 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.315$) を促進していた。

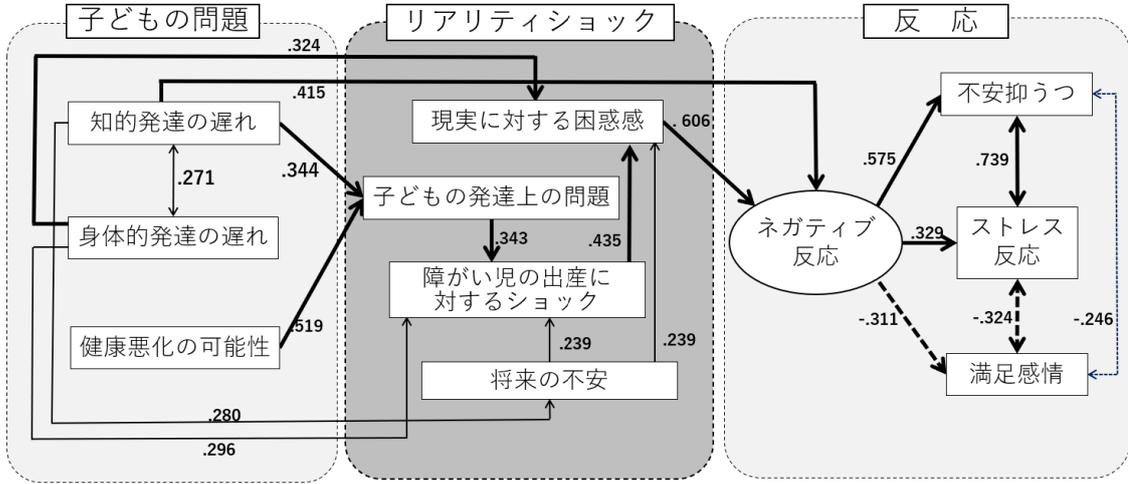
すべての年齢階層別で共通した関係性は、規定要因の「知的発達の遅れ」因子と「身体的発達の遅れ」因子が正の相関関係を示すこと、「知的発達の遅れ」因子がRSの「将来の不安」因子を促進すること、「身体的発達の遅れ」因子が「現実に対する困惑感」因子を促進することであった。

年齢階層別の影響過程で特徴的に認められた関係性は以下のとおりである。0～4歳においては、「知的発達の遅れ」因子と「健康悪化の可能性」因子が、RSの「子どもの発達上の問題」因子を促進していた。また、RSの「現実に対する困惑感」因子が「ネガティブ反応」を促進していた。5～8歳においては、「知的発達の遅れ」因子と「身体的発達の遅れ」因子が、RSの「障がい児の出産に対するショック」因子を促進していた。また、「現実に対する困惑感」因子に加えて、「障がい児の出産に対するショック」因子および「将来の不安」因子が、「ネガティブ反応」を促進していた。9～12歳においては、「身体的発達の遅れ」因子が、RSの「現実に対する困惑感」因子を促進し、規定要因の「健康悪化の可能性」因子が、RSの「家族の理解」因子および「将来の不安」因子を促進していた。RSの「将来の不安」因子のみが「ネガティブ反応」を促進し、「前向きな気持ち」因子が抑制していた。

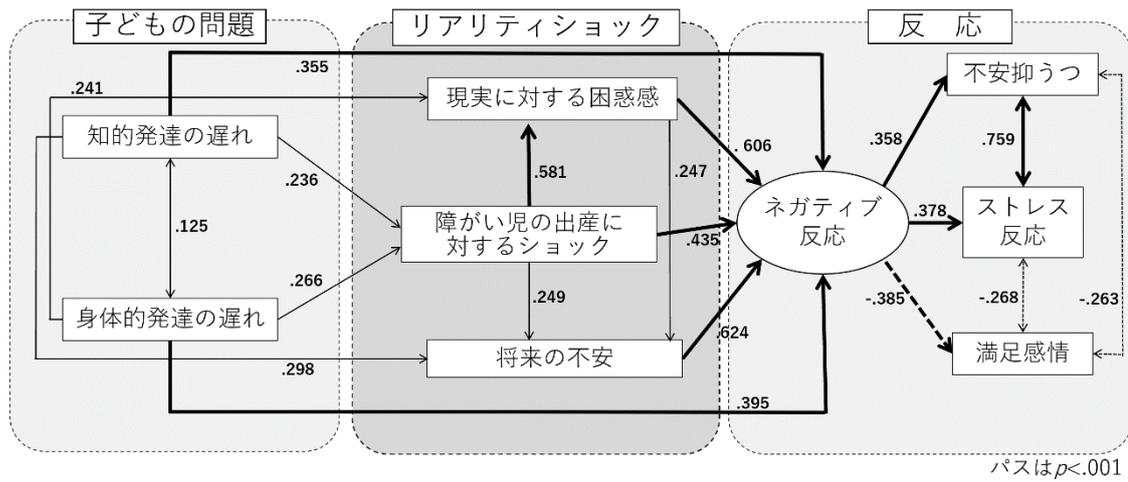
Figure 6-1

子どもの問題の影響過程

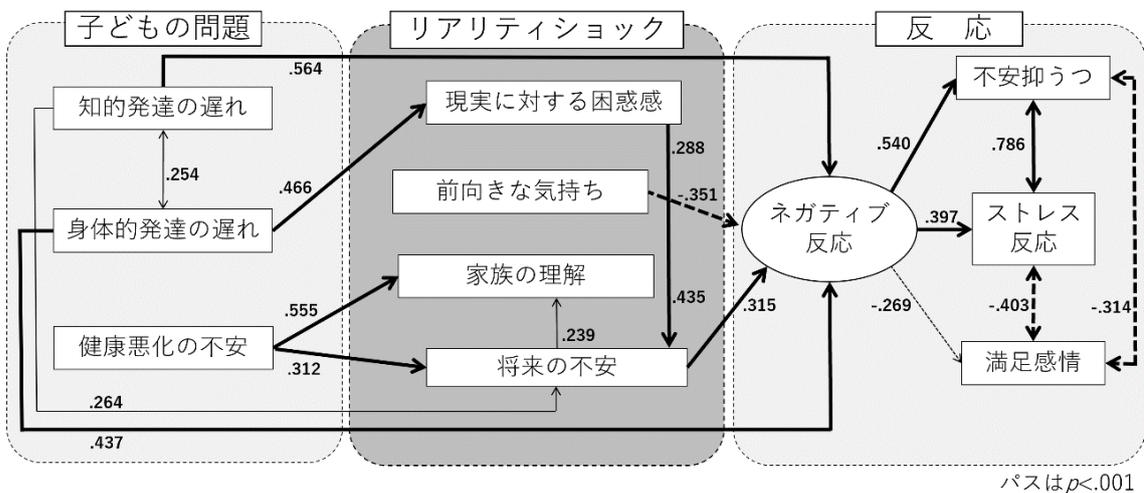
【0～4歳】



【5～8歳】



【9～12歳】



6-4-2-2. 母親の問題における影響過程の年齢階層比較

「母親の問題」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量は、Appendix 4 に示す。

0～4歳における母親の問題の「楽観的展望」はRSの「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「信仰心」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。「母性的かかわり」は、RSの「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。

5～8歳における母親の問題の「楽観的展望」はRSの「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。「信仰心」は、RSの「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「母性的かかわり」は、RSの「現実に対する困惑感」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。

9～12歳における母親の問題の「楽観的展望」はRSの「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「信仰心」は、RSのすべてにおいて相関は示されなかった。「母性的かかわり」は、RSの「現実に対する困惑感」「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。

年齢階層別で共通している相関は、「母性的かかわり」がRSの「現実に対する困惑感」と負の相関、「前向きな気持ち」と正の相関を示し、反応の「満足感情」との間で正の相関であった。年齢階層別で認められる特徴的な相関は、「楽観的展望」は、0～4歳で「家族の理解」、5～8歳で「前向きな気持ち」、9～12歳で「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「前向きな気持ち」「家族の理解」との間で正の相関を示していた。

母親の問題において年齢階層別に共分散構造分析を行った。その適合度をTable 6-5 に示す。いずれの年齢階層の影響過程の共分散構造方程式の当てはまり度を示す適合指標は十分な値を示していた。

Table 6-5

母親の問題の確認的因子分析による適合度

	AIC	GFI	AGFI	RSMEA	χ^2	df	p
0-4 歳	134.329	.960	.917	.072	55.393	22	.000
5-8 歳	67.720	.965	.929	.035	26.222	33	.242
9-12 歳	94.145	.951	.886	.068	23.212	15	.080

0～4歳の影響過程において、「母性的かかわり」因子は、RSの「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.258$) を促進し、「障がい児の出産に対するショック」因子 ($\beta = -0.267$) を抑制していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.332$)、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.691$) を促進していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.685$)、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.347$) を促進していた。RSの「家族の理解」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.215$) および「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.215$) を促進していた。RSの「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」因子 ($\beta = 0.340$) を促進していた。

5～8歳の影響過程において、「母性的かかわり」因子は、RSの「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.312$) および「将来の不安」因子 ($\beta = 0.149$) を促進し、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = -0.142$) を抑制していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.348$)、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.691$) を促進していた。RSの「前向きな気持ち」因子は、「ネガティブ反応」因子 ($\beta = -0.493$) を抑制していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.645$)、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.281$) を促進していた。RSの「家族の理解」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.215$) および「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.308$) を促進していた。RSの「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」因子 ($\beta = 0.340$) を促進していた。

9～12歳の影響過程において、「楽観的展望」因子は、RSの「子どもの発達上の問題」因子 ($\beta = 0.236$)、「家族の理解」因子 ($\beta = 0.249$) を促進していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、RSの「将来の不安」因子 ($\beta = 0.240$)、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.428$) を促進していた。RSの「子どもの発達上の問題」因子は、RSの「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.399$)、RSの「将来の不安」因子 ($\beta = 0.381$) を促進していた。RSの「家族の理解」因子は「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.652$) を抑制していた。

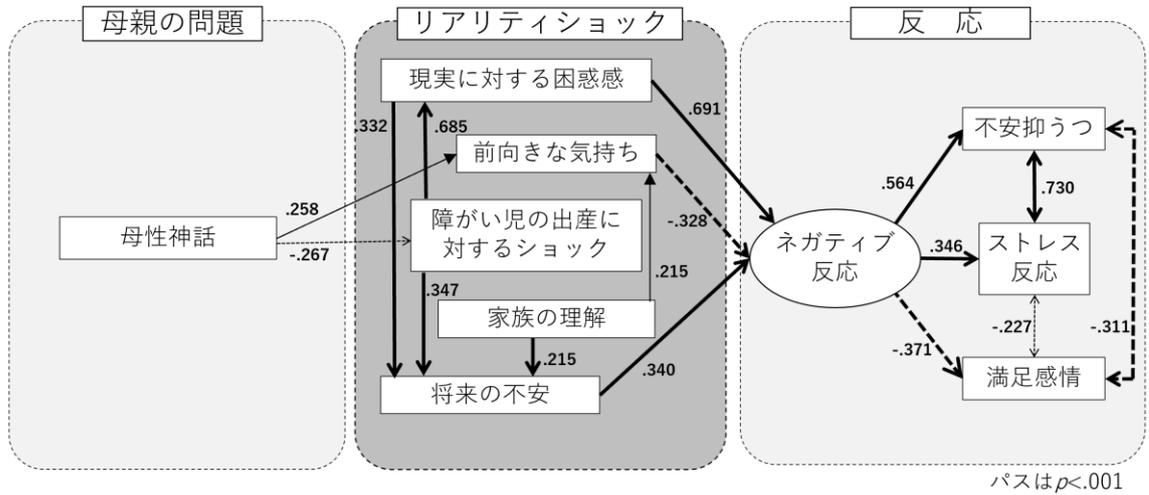
規定要因が RS に影響する過程において全ての年齢階層で共通する関係性は認められなかった。RS から反応への影響過程において、「現実に対する困惑感」因子および「将来の不安」因子が「ネガティブ反応」を促進していた。また、「前向きな気持ち」因子が「ネガティブ反応」を抑制していることがわかった。

年齢階層別で認められた特徴的な関係性は以下のとおりである。0～4歳においては、規定要因の「母性的かかわり」因子が、RS の「前向きな問題」因子および「障がい児の出産に対するショック」因子を促進していた。また、RS の「現実に対する困惑感」因子および「将来の不安」因子は「ネガティブ反応」を促進し、「前向きな気持ち」因子は「ネガティブ反応」を抑制していた。5～8歳になると、「母性的かかわり」因子が、RS の「現実に対する困惑感」因子および「将来の不安」因子を抑制し、「前向きな気持ち」因子を促進していた。また、RS の「現実に対する困惑感」因子および「将来の不安」因子は「ネガティブ反応」を促進し、「前向きな気持ち」因子は「ネガティブ反応」を抑制していた。9～12歳では、母親の「楽観的展望」因子が、RS の「子どもの発達上の問題」因子および「家族の理解」因子を促進していた。また、RS の「現実に対する困惑感」因子および「将来の不安」因子は反応の「ネガティブ反応」を促進し、「家族の理解」因子は「ネガティブ反応」を抑制していた。

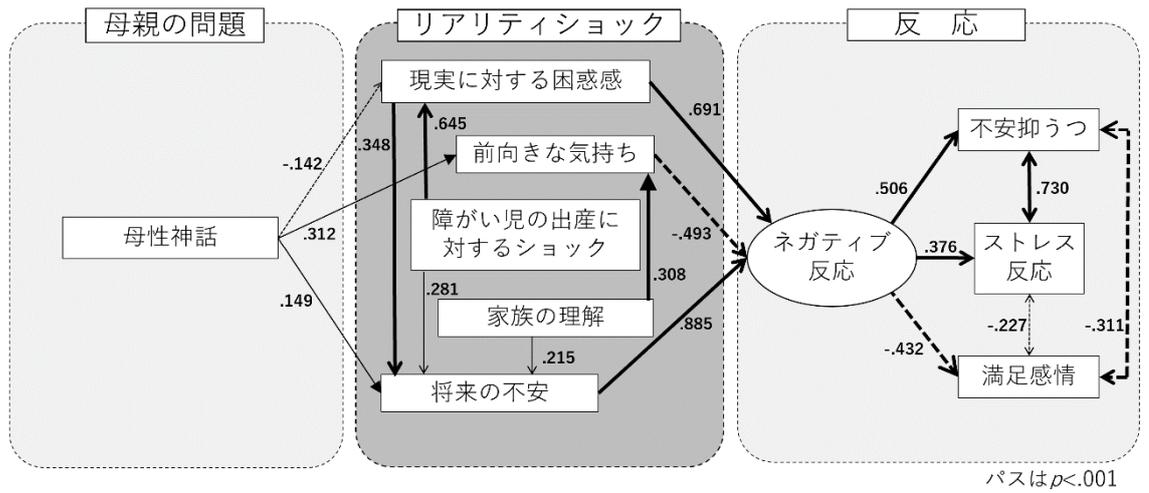
Figure 6-2

母親の問題の影響過程

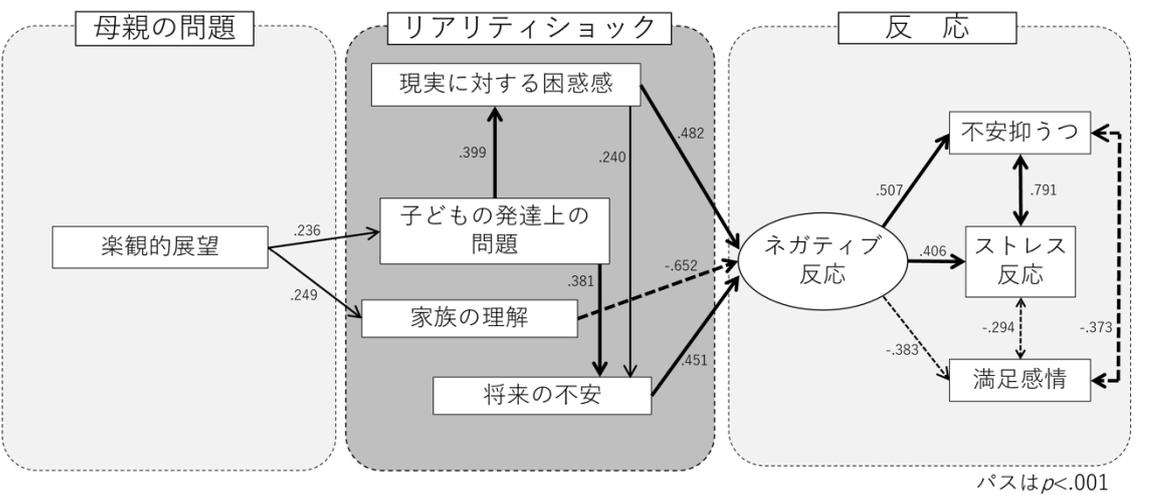
【0～4歳】



【5～8歳】



【9～12歳】



6-4-2-3. 家族の支援における影響過程の年齢階層比較

「家族の支援」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量は、Appendix 5 に示す。各因子の平均値は、

0～4歳における家族の支援の「夫の育児参加」はRSの「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「祖父母からのサポート」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。

5～8歳における家族の支援の「夫の育児参加」は、「将来の不安」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「祖父母からのサポート」はRSの「将来の不安」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。

9～12歳における家族の支援の「夫の育児参加」はRSの「障がい児の出産に対するショック」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「祖父母からのサポート」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。

年齢階層別で共通している相関は、「夫からの育児支援」はRSの「家族の理解」正の相関を示し、反応の「ストレス」と負の相関、「満足感情」との間で正の相関であった。「祖父母からのサポート」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」と正の相関を示し、反応の「満足感情」と正の相関であった。年齢階層別で認められる特徴的な相関は、「祖父母からのサポート」は、9～12歳で「子どもの発達上の問題」と負の相関を示していた。

家族の支援において年齢階層別に共分散構造分析を行った。その適合度をTable 6-6 に示す。いずれの年齢階層の影響過程の共分散構造方程式の当てはまり度を示す適合指標は十分な値を示していた。

Table 6-6 家族の支援の確認的因子分析による適合度

	AIC	GFI	AGFI	RSMEA	χ^2	df	<i>p</i>
0-4 歳	134.329	.955	.909	.081	78.329	27	.000
5-8 歳	67.720	.970	.909	.064	19.720	12	.073
9-12 歳	94.145	.938	.882	.062	42.145	29	.054

0～4歳における影響過程は、家族の支援である「夫の育児参加」因子は、「祖父母からのサポート」因子と正の相関が認められた ($r = .337$)。「夫の育児参加」因子は、RSの「家族の理解」因子 ($\beta = 0.400$) を促進し、RSの「将来の不安」因子 ($\beta = -0.111$) を抑制していた。「祖父母からのサポート」因子は、RSの「家族の理解」因子 ($\beta = 0.234$) を促進していた。RSの「現実に対する

困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.334$) を促進し、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.699$) を抑制していた。RS の「前向きな気持ち」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.333$) を抑制していた。RS の「子どもの発達上の問題」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.148$) を促進していた。RS の「障がい児の出産に対するショック」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.626$) , 「子どもの発達上の問題」因子 ($\beta = 0.359$) , 「将来の不安」因子 ($\beta = 0.351$) を促進していた。RS の「家族の理解」因子は、「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.236$) を促進していた。RS の「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.336$) を促進していた。

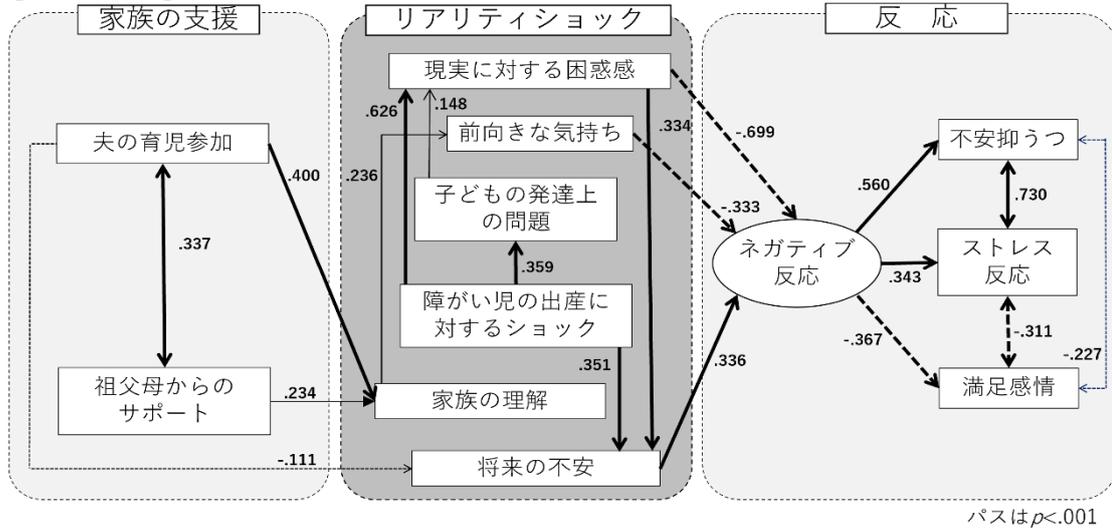
5～8歳における影響過程は、「夫の育児参加」因子は、「祖父母からのサポート」因子と正の相関が認められた ($r = .295$)。「夫の育児参加」因子は、RS の「家族の理解」因子 ($\beta = 0.484$) を促進し、RS の「将来の不安」因子 ($\beta = -0.111$) を抑制していた。「祖父母からのサポート」因子は、RS の「家族の理解」因子 ($\beta = 0.200$) を促進していた。RS の「現実に対する困惑感」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.563$) を促進していた。RS 反応の「前向きな気持ち」は、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.378$) を抑制していた。RS の「障がい児の出産に対するショック」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.699$) , 「将来の不安」因子 ($\beta = 0.538$) を促進していた。RS の「家族の理解」因子は、「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.236$) を促進していた。RS の「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」因子 ($\beta = 0.461$) を促進していた。

9～12歳における影響過程は、「夫の育児参加」因子は、「祖父母からのサポート」因子と正の相関が認められた ($r = .260$)。「夫の育児参加」因子は、RS「家族の理解」因子 ($\beta = 0.472$) を促進し、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.381$) を抑制していた。「祖父母からのサポート」因子は、RS の「家族の理解」因子 ($\beta = 0.296$) を促進していた。RS の「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = -0.240$) を抑制し、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.448$) を抑制していた。RS 反応の「前向きな気持ち」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.278$) を促進していた。RS の「子どもの発達上の問題」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.399$) および「将来の不安」因子 ($\beta = 0.381$) を促進していた。RS の「家族の理解」因子は、「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.455$) を促進していた。RS の「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.556$) を促進していた。

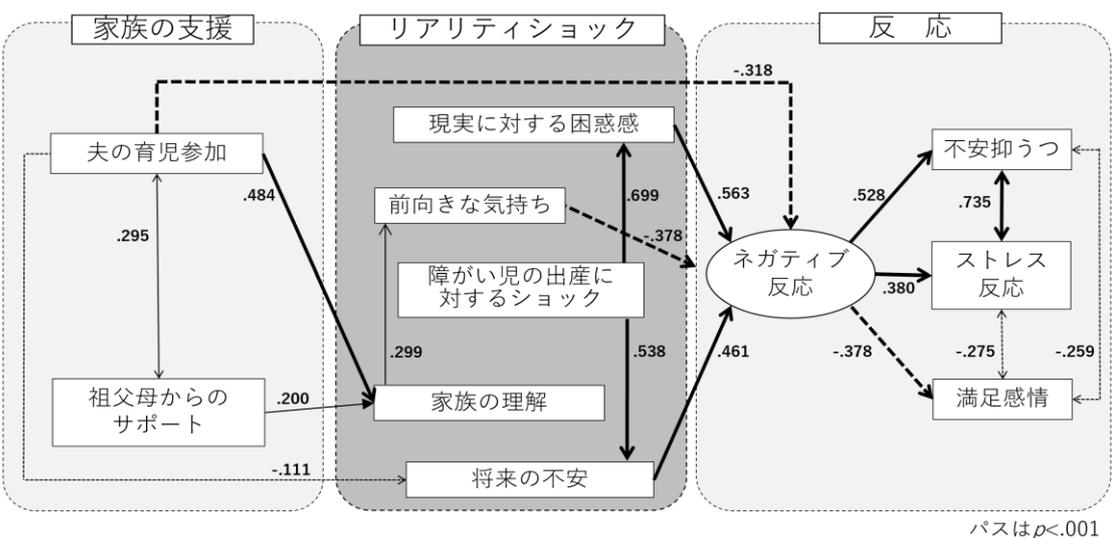
すべての年齢階層別で共通している関係性は、「夫の育児参加」因子と「祖父母からのサポート」因子は正の相関関係を示し、「夫の育児参加」因子および「祖父母からのサポート」因子はRSの「家族の理解」因子を促進していた。RSの「将来の不安」因子は、反応の「ネガティブ反応」を促進していた。年齢階層別で特徴的に認められた関係性は以下のとおりである。0～4歳および5～8歳では、「夫の育児参加」因子が、RSの「将来の不安」因子を促進していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は「ネガティブ反応」を抑制しているが、5～8歳および9～12歳は「ネガティブ反応」を促進していた。また、RSの「前向きな気持ち」因子は、0～4歳および5～8歳では「ネガティブ反応」を抑制しているが、9～12歳は「ネガティブ反応」を促進していた。

Figure 6-3 家族の支援の影響過程

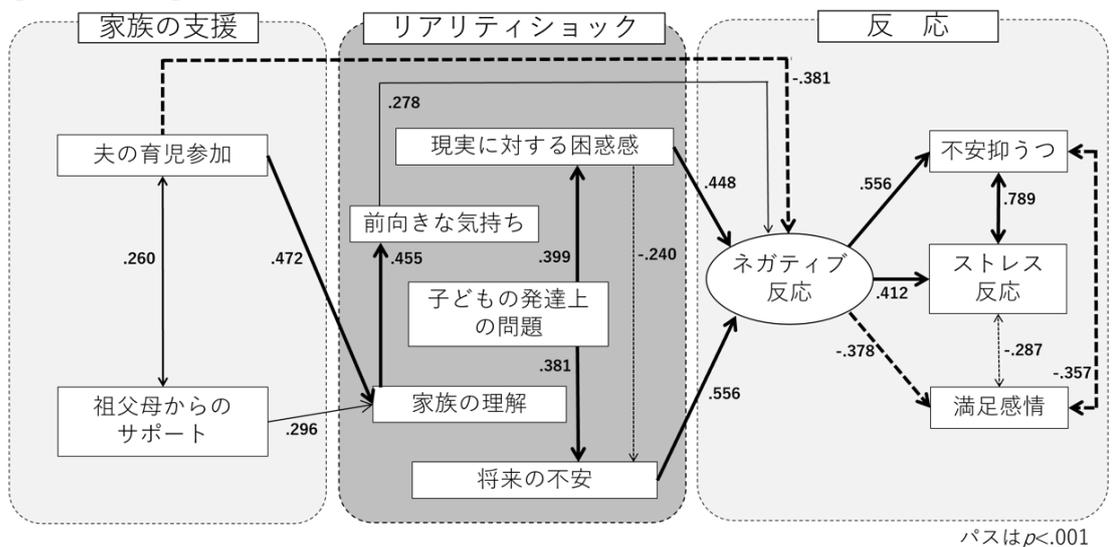
【0～4歳】



【5～8歳】



【9～12歳】



6-4-2-4. 周囲からの支援における影響過程の年齢階層比較

「周囲からの支援」「RSMD」「反応」各因子の相関および基礎統計量は、Appendix 6 に示す。

0～4歳における周囲からの支援の「友人知人との交流」はRSの「現実に対する困惑感」「将来の不安」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「ピアサポート」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「差別的な扱いによる傷つき」はRSの「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「将来の不安」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。

5～8歳における周囲からの支援の「友人知人との交流」はRSの「子どもの発達上の問題」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「ピアサポート」は、RSの「前向きな気持ち」と中程度以上の相関を示していた。「差別的な扱いによる傷つき」はRSの「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「将来の不安」と中程度以上の相関を示していた。

9～12歳における周囲からの支援の「友人知人との交流」はRSの「現実に対する困惑感」「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「ピアサポート」は、RSの「前向きな気持ち」「家族の理解」と中程度以上の相関を示していた。「差別的な扱いによる傷つき」はRSの「現実に対する困惑感」「障がい児の出産に対するショック」と中程度以上の相関を示していた。

年齢階層別で共通している相関は、周囲からの支援の「友人知人との交流」がRSの「前向きな気持ち」と正の相関、反応の「満足感情」と正の相関を示した。「ピアサポート」はRSの「前向きな気持ち」と正の相関、反応の「満足感情」と正の相関を示した。「差別的な扱いによる傷つき」は、反応の「不安抑うつ」「ストレス」と正の相関、「満足感情」と負の相関を示した。

周囲からの支援において年齢階層別に共分散構造分析を行った。その適合度をTable 6-7に示す。いずれの年齢階層の影響過程の共分散構造方程式の当てはまり度を示す適合指標は十分な値を示していた。

Table 6-7 「周囲からの支援」の確認的因子分析による適合度

	AIC	GFI	AGFI	RSMEA	χ^2	df	p
0-4歳	131.613	.951	.904	.078	77.613	28	.000
5-8歳	83.402	.960	.927	.027	146.623	30	.000
9-12歳	86.702	.945	.899	.043	36.702	30	.186

0～4歳の影響過程において、周囲からの支援である「友人知人との交流」因子は、「ピアサポート」因子と正の相関 ($r = .385$)、「差別的な扱いによる傷つき」因子との間で負の相関 ($r = -.161$) が認められた。周囲からの支援である「友人知人との交流」因子は、RSの「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = -0.151$) を抑制し、RSの「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.175$) を促進していた。周囲からの支援である「ピアサポート」因子は、RSの「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.389$) を促進していた。「差別的な扱いによる傷つき」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.158$) を促進していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.328$) を促進し、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.698$) を促進していた。RSの「前向きな気持ち」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.344$) を抑制していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」因子は、「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = 0.671$)、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.349$) を促進していた。

5～8歳の影響過程において、周囲からの支援である「友人知人との交流」因子は、「ピアサポート」因子と正の相関が認められた ($r = .386$)。また、RSの「現実に対する困惑感」因子 ($\beta = -0.151$) を抑制し、「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.246$) を促進していた。「ピアサポート」因子は、RSの「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.357$) を促進していた。周囲からの支援の「差別的な扱いによる傷つき」は、RSの「現実に対する困惑感」 ($\beta = 0.269$) を促進し、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.475$) を促進していた。RSの「現実に対する困惑感」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.313$) を促進し、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.689$) を促進していた。RSの「前向きな気持ち」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.455$) を抑制していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」は、「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.673$)、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.292$) を促進していた。RSの「将来の不安」因子は、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.715$) を促進していた。

9～12歳の影響過程において、周囲からの支援である「ピアサポート」因子は、RSの「前向きな気持ち」因子 ($\beta = 0.747$) を促進していた。周囲からの支援の「差別的な扱いによる傷つき」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」 ($\beta = 0.212$) を促進し、「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.521$) を促進していた。RSの「前向きな気持ち」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.433$) を促進していた。RSの「子どもの発達上の問題」因子は、「将来の不安」因子 ($\beta = 0.298$) を促進していた。RSの「障がい児の出産に対するショック」は、「子どもの発

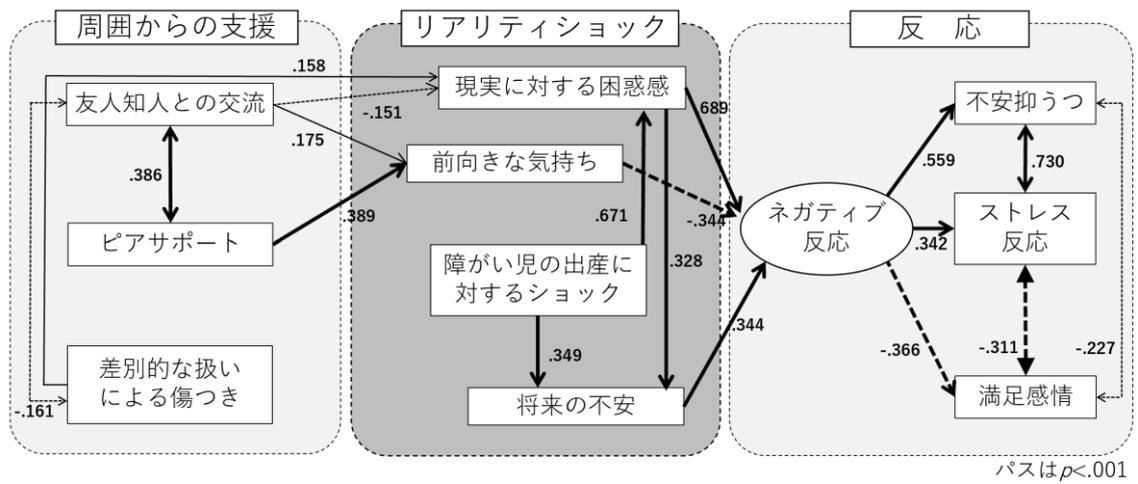
達上の問題」因子 ($\beta = 0.519$) , 「将来の不安」因子 ($\beta = 0.344$) , 「家族の理解」因子 ($\beta = 0.217$) を促進していた。RS の「家族の理解」は, 「ネガティブ反応」 ($\beta = -0.625$) を抑制していた。RS の「将来の不安」因子は, 「ネガティブ反応」 ($\beta = 0.619$) を促進していた。

年齢階層別で共通している関係性は, 「ピアサポート」因子は RS の「前向きな気持ち」因子を促進すること, RS の「将来の不安」は, 「ネガティブ反応」を促進することであった。

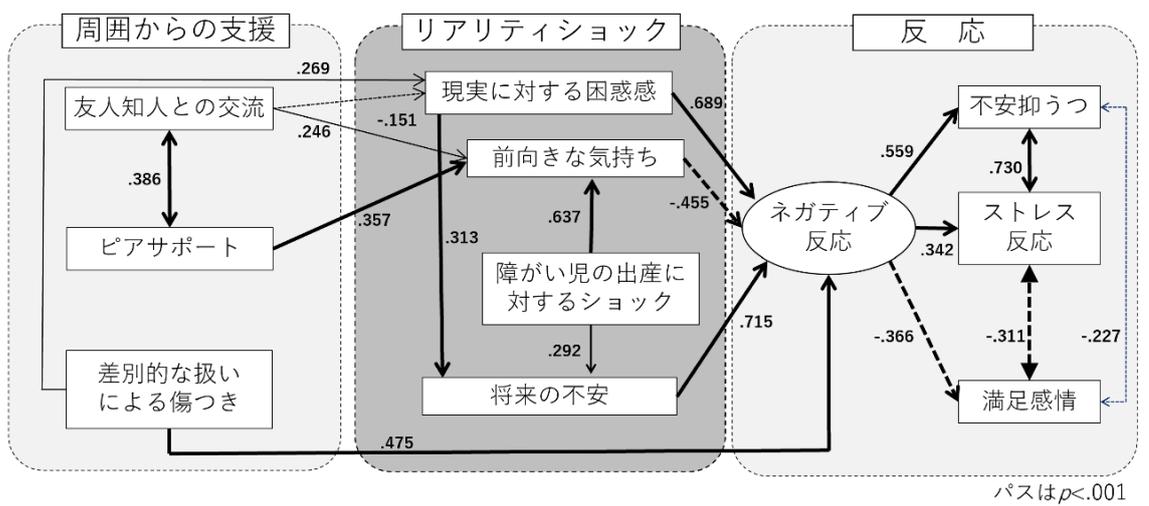
年齢階層別で認められる特徴的な関係性は以下のとおりである。0～4歳および5～8歳では, 「友人知人との交流」因子が, RS の「現実に対する困惑感」因子および「前向きな気持ち」因子を促進しているが, 9～12歳では「友人知人との交流」因子の影響が認められなくなっている。一方, 「差別的な扱いによる傷つき」因子は, 0～4歳および5～8歳では RS の「現実に対する困惑感」因子を促進するが, 9～12歳では RS の「出産に対するショック」因子を促進していた。また, 0～4歳および5～8歳では, RS の「現実に対する困惑感」が「ネガティブ反応」を促進し, RS の「前向きな気持ち」因子は「ネガティブ反応」を抑制していたが。9～12歳では RS の「現実に対する困惑感」の影響はなくなり, 「家族の理解」因子が「ネガティブ反応」を抑制していることがわかった。

Figure 6-4 周囲からの支援の影響過程

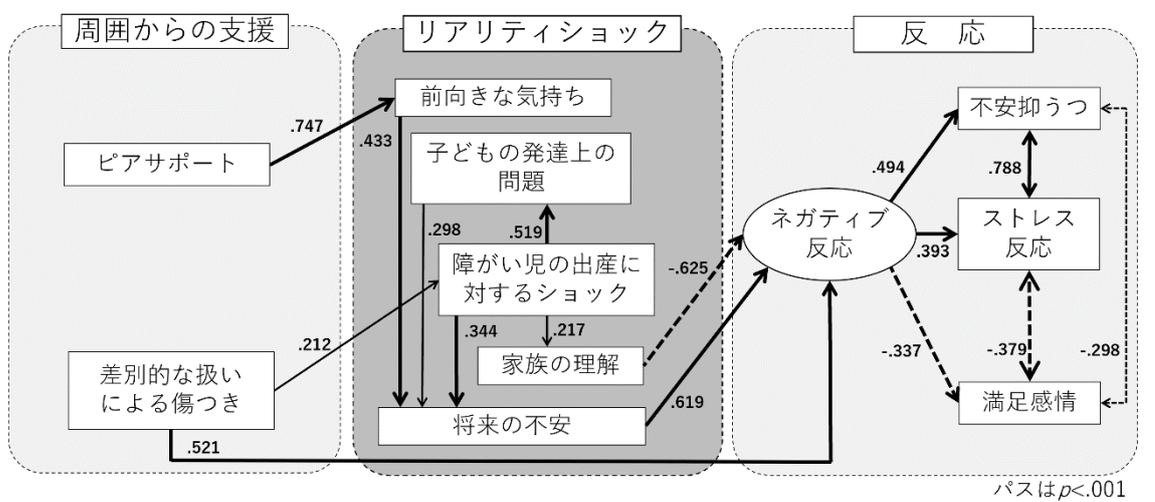
【0～4歳】



【5～8歳】



【9～12歳】



6-5. 考察

年齢階層を0～4歳，5～8歳，9～12歳の3群に分け，規定要因，RS，反応における程度や影響過程に年齢階層の違いが認められるかの検討を行った。程度の違い，関係性の違いについて以下に考察する。

6-5-1. 年齢階層によるRS，RSの規定要因，生じた反応における程度の違い

6-5-1-1. RSにおける程度に関する年齢階層別比較

RSの下位因子における年齢階層による得点の違いを検討した結果，「家族の理解」因子において違いが認められ0～4歳が最も高くなることがわかった。しかし，その他の因子においては，年齢階層による違いが見られなかった。よって，仮説6-1『0～4歳のときに障がい児の出産に対するショックや現実に対する困惑感の得点が高いが，5歳以上では得点が低くなる』は支持されなかった。

「家族の理解」因子において0～4歳で最も高くなっていたのは，ダウン症児の年齢が低い間は，母親が思った以上に家族がダウン症児に肯定的な関わりや言葉掛けをしてくれていると感じていることを示している。家族はダウン症児を暖かく向かえいれ，支えていこうとしていることの表れだと思われる。藤井・青木（2012）は，家族の理解が得られると夫が子育てに参加し，祖父母との関係が改善するという望ましい変化に結びつくとしており，家族がダウン症児の育児に対して理解を示すことが母親のストレスやネガティブな反応の低減につながるものと考えられる。

RSの得点を見てみると，「現実に対する困惑感」因子の得点は，理論的平均値である1.5よりもやや高くなってはいるものの，他の因子と比べると低い。それに対して，「将来の不安」因子が最も高く，次いで「前向きな気持ち」因子の得点が高くなっている。この傾向は全ての年齢階層で認められていることから，どの年齢階層においても将来の不安を抱きながら，前向きな気持ちも抱いているといえる。ダウン症児の母親は，不安と前向きなアンビバレントの感情を抱えながら子育てをしていることがわかる。このことは，我が子の障がい受容プロセスである「螺旋形モデル」（中田，1995）に合致する結果である。前向きな気持ちを抱きつつも，合わせて不安も感じているというように，RSが繰り返されていることがわかる。

6-5-1-2. 年齢階層によるRSの規定要因の程度の違い

問題ごとに因子の程度を比較する。

6-5-1-2-1. 子どもの問題における程度に関する年齢階層別比較

子どもの問題における年齢階層による得点の違いを検討した結果、「健康悪化の可能性」因子において0～4歳が最も高くなっていた。しかし、その他の因子においては、年齢階層で違いが見られなかった。よって、仮説6-2『0～4歳のときに健康悪化の可能性の得点が高くなり、5歳以上では知的発達の遅れの得点が高くなる』は一部支持された。

健康悪化の可能性が0～4歳で最も高くなっていたのは、生まれてすぐの時期に判明する心臓疾患などのダウン症特有の合併症の影響があるものと考えられる。玉井（2016）が、ダウン症児の特徴として健康面の問題があるために健康管理が重要であると述べていることから分かるように、乳幼児期には健康管理の問題の負担が大きいものと考えられる。

6-5-1-2-2. 母親の問題における程度に関する年齢階層別比較

母親の問題においては、「母性的かかわり」因子が0～4歳で最も低くなっていた。しかし、その他の因子においては、年齢階層で違いが見られなかった。よって、仮説6-3『0～4歳のときに信仰心の得点が高くなり、9～12歳では楽観的展望の得点が高くなる』は支持されなかった。

母性的かかわりの得点が0～4歳で低く、5歳以上で同程度であったことから、次第に行く時は母親の役割であるという意識を抱くことになり、ダウン症児の母親であるというアイデンティティが確立されるようになったのではないかと考えられる。

信仰心の得点は各年齢階層を通して低いことから、ダウン症の母親の間で、宗教への依存や信仰心が特に高いわけではないことがわかる。

6-5-1-2-3. 家族の支援における程度に関する年齢階層別比較

家族の支援においては、「夫の育児参加」因子が0～4歳で最も高くなっていた。しかし、「祖父母からのサポート」では、年齢階層で違いが見られなかった。よって、仮説6-4『全ての年齢階層で夫の育児参加や祖父母からのサポートの影響の得点が高い』は一部支持であるが、いずれの因子の得点は理論的平均値よりもかなり高く、2.0付近であった。その意味においては、家族からのサポートを得ていると母親は実感していたといえる。特に、0～4歳で夫が育児に参加していると感じていたのは、この時期は子育てをする上で最も手が掛かる時期であり、その時に夫が積極的に育児参加をしていたことをまた母親の精

神的な支えも必要であることから、この時期の夫の育児参加は非常に重要であると考えられる。

6-5-1-2-4. 周囲からの支援における程度に関する年齢階層別比較

周囲からの支援における年齢階層による得点の違いを検討した結果、「友人知人との交流」および「差別的な扱いによる傷つき」因子において9～12歳が最も高くなっていた。「ピアサポート」因子においては、年齢階層で違いが見られなかった。よって、仮説6-5『0～4歳のときに友人知人との交流の得点が高くなり、5歳以上になるとピアサポートの得点が高くなる』は一部支持された。

友人知人との交流の得点は2.30～2.51とかなり高く、母親が信頼している相手から肯定的な関わりを有しており、年齢が上がるごとに交流が増えていると感じている。また、ピアサポートは一貫して非常に高い得点であり、母親は周囲からのサポートをしっかりと得ていると実感している。このことが母親のストレスの軽減や安定につながると考えられる。差別的な扱いを受ける頻度は理論的平均値以下ではあるものの、年齢とともに増加していることから、就学に伴って傷つく体験をしているものと考えられる。

6-5-1-2-4. 反応の程度に関する年齢階層別比較

反応における年齢階層による得点の違いを検討した結果、全ての年齢階層で違いが見られなかった。よって、仮説6-6『0～4歳のときに不安抑うつやストレスの得点が高く、5歳以上になると満足感情の得点が高くなる』は支持されなかった。

不安抑うつやストレス、満足感情は、子どもの年齢に関係なく、どの年代でも同じように感じているものと考えられる。得点を見ると、不安抑うつとストレスは理論的平均値以下であるが、満足感情は理論的平均値よりも高く、母親はダウン症児の子育てにおいて満足している程度が高く、それが同じ水準で維持されていることがわかる。ダウン症児を育てる上での苦労はあるが、それ以上に喜びも母親は実感しているといえよう。

6-5-2. RSの規定要因からRS、反応に至る影響過程の年齢階層による相違

問題ごとに因子の影響過程について考察する。

6-5-2-1. 子どもの問題における影響過程の年齢階層別比較

子どもの問題である「知的発達の遅れ」因子がRSの「将来の不安」因子および「ネガティブ反応」を促進するという関係性が、各年齢階層を通して共通し

ていた。RSの規定要因とRSとの関係性において、年齢階層によって異なる関連性がいくつか認められている。

「知的発達遅れ」因子と「健康悪化の可能性」因子は、0～4歳でRSの「子どもの発達上の問題」因子を促進していたが、5～8歳では、「知的発達遅れ」因子および「身体的発達遅れ」因子が、RSの「障がい児の出産に対するショック」因子を促進していた。また、「身体的発達遅れ」因子は、9～12歳でRSの「現実に対する困惑感」因子を促進し、「健康悪化の可能性」因子が、RSの「家族の理解因子」および「将来の不安」因子を促進するという関係性を示した。最初は知的発達遅れや健康悪化の可能性が主たる規定要因であったが、小学校に上がることには身体的発達遅れとなり、小学校高学年になると、健康面での懸念が主たる規定要因となるというように、年齢階層によって問題となる側面が異なっていた。また、反応に及ぼす影響の違いとして、RSの「現実に対する困惑感」因子は、0～4歳で「ネガティブ反応」を促進していることがわかった。以上のことから、仮説6-7『低年齢のうちには合併症などの身体疾患による健康悪化の可能性が、RSの現実に対する困惑感を引き起こし、ネガティブな反応を促進するが、年齢が高くなるにつれて、健康悪化の可能性から受ける影響が小さくなる』は一部支持された。

子どもの年齢に関係なく知的発達遅れが将来の不安に関連しているのは、子どもが将来どのように生活していけるようになるのか、親亡き後に問題を抱えるのではないかとといったという思いを母親が抱いているからである。子どもの暮らしに見通しが立たないために、ネガティブな思いを抱くことに結びついたものと考えられる。また、身体的発達遅れが、RSの現実に対する困惑感を促進することも共通して認められていることから、身体的な面での発達に遅れが認められることを母親はいつも実感し、子どもが生活する上でうまくできるのかという心配を抱き、困惑しているものと考えられる。0～4歳の時には、ダウン症児は筋力が弱いために哺乳力が弱く（水上, 2021）、離乳食の進め方にも特別なケアが求められ（金泉他, 2013）、定型発達児よりも歩行時期が遅い（藤田, 2000）ことから、育児という現実直面して困惑していると考えられる。

RSの「現実に対する困惑感」因子は、0～4歳でネガティブ反応を促進していたが、5～8歳になるとRSの「現実に対する困惑感」因子に加えて「障がい児の出産に対するショック」因子および「将来の不安」因子が「ネガティブ反応」を促進していた。知的発達や身体的発達遅れのために、良好な発達を促

すための療育や健康管理のための医療機関への通院が負担となり（関, 2010）, 障がい児を出産したことに対するショックや将来への不安を高めることで（片田他, 2016）, ネガティブ反応に結びついたりと考えられる。

RS の「将来の不安」因子のみが 9～12 歳で「ネガティブ反応」を促進し, 「前向きな気持ち」因子を抑制していた。このようにネガティブ反応を規定している RS の下位因子は年齢階層によって推移をすることがわかった。

6-5-2-2. 母親の問題における影響過程の年齢階層別比較

母親の問題と RS との関係性において, 各年齢階層で共通した関連性は認められていない。「母性的かかわり」因子は, 0～4 歳において RS の「前向きな気持ち」因子および「障がい児の出産に対するショック」因子を促進していたが, 5～8 歳になると「現実に対する困惑感」因子および「将来の不安」因子を抑制し, 「前向きな気持ち」因子を促進していた。また, 「楽観的展望」因子は 9～12 歳になると「子どもの発達上の問題」因子および「家族の理解」因子を促進していた。よって, 低年齢のうちには母性的かかわりが RS の障がい児の出産に対するショックを緩和し, ネガティブ反応を抑制するが, 年齢が上がるにつれて徐々に将来像を描けるようになると考えられる。そのため, 仮説 6-8 『母親が楽観的展望を持つことによって RS の将来の不安が抑制され, ネガティブ反応は減少する』は支持された。

母親は予想していなかった現実に直面した困惑感と将来の不安が生じる（中垣ら, 2009）という知見を裏付ける結果が得られたといえよう。子どもの年齢が低い場合は, 母性的かかわりの考えを持つことが障がい児を出産したショックをやわらげ, 前向きな気持ちを持つことによって不安やストレスを抑制していると考えられる（上地, 2021）。そして, 小学校高学年になると, 母親が楽観的に将来を考えることで, 家族の理解を得て連帯感が得られる（田中, 1996）ことによってストレスを抑制しているものと考えられる。我が子の障がいを受け入れることは, 障がい児の親としてのアイデンティティを獲得していくことでもある（玉井, 2002; 西平・玉城, 2014）ため, 子どもの年齢が上がるにつれて, 母親の意識も変化し, 楽観的な考えを抱くようになるものと考えられる。

6-5-2-3. 家族の支援における影響過程の年齢階層別比較

家族の支援においては, 「夫の育児参加」因子および「祖父母からのサポート」因子が RS の「家族の理解」因子を促進することが各年齢階層を通して認められた。また, 「夫の育児参加」因子は 0～4 歳および 5～8 歳で RS の「将来の不安」因子を抑制していたが, その関係性は 9～12 歳では認められていな

い。5歳以上で「夫の育児参加」因子が「ネガティブ反応」を直接抑制することがわかった。このことから、仮説 6-9『低年齢のうちには夫の育児参加や祖父母からのサポートが RS の家族の理解を促進し、ネガティブ反応を減少させ、家族の支援に関しては年齢が上がっても影響過程に大きな変化は見られない』は一部支持されたといえる。

家族から子育ての協力を得ることは、母親の孤立を防ぐことにつながる（丸山, 2013; 阿南・山口, 2007）ことから、いつの年齢階層においても家族の支えは重要な働きをされると考えられる。また、RS の「将来の不安」因子が「ネガティブ反応」を促進することも共通して認められた。障がいがあるために自立した生活の見通しが立たず（篠原・大月, 2023）、将来、親が年老いて子どもの介護ができなくなった時に、どのように生活ができるのかが、どの年齢階層においても不安であることがわかった。

6-5-2-4. 周囲からの支援における影響過程の年齢階層別比較

各年齢階層で、「ピアサポート」因子が RS の「前向きな気持ち」因子を促進し、RS の「将来の不安」因子が「ネガティブ反応」を促進することがわかった。また、「友人知人との交流」は 0～4歳および 5～8歳で「現実に対する困惑感」因子を抑制して「前向きな気持ち」因子を促進しているが、9～12歳になるとこの関係性は認められていない。「差別的な扱いによる傷つき」因子は、0～4歳および 5～8歳では RS の「現実に対する困惑感」因子を促進しているが、9～12歳では RS の「障がい児の出産に対するショック」因子を促進していた。「差別的な扱いによる傷つき」因子は 5歳以上になると直接ネガティブ感情を喚起することがわかった。このように、年齢階層によって関連する対象が推移することがわかった。そのため、仮説 6-10『低年齢のうちには RS の現実に対する困惑感や将来の不安を促進し、ネガティブ反応を促進するが、年齢が上がるにつれて、子育ての楽しさを経験することが増えるようになり、ネガティブ反応の満足感情が高くなる』は支持された。

子どもの年齢が低いうちは、出産前からの友人や知人とのつながりが前向きな気持ちを促しているものの、小学校高学年になると、同じダウン症の母親とのつながりであるピアサポートが強い影響力を持つようになると考えられる。ダウン症児を抱える母親にとって、知人から優しい声かけをしてもらったり、同じダウン症児の母親と気持ちの共有や悩みを相談できたりすることによって、心のよりどころとなり、他者から我が子の理解が得られる安心感を得ることができる（篠原・大月, 2023）。

周囲から差別的な言動を受けることは、障がい児を出産したことへのショックや困惑感を高めるだけでなく、直接・間接的に不安やストレスも高めていた。年齢階層によって関係性は若干の違いが認められるものの、ネガティブな RS を引き起こし、母親のストレスに結びつきやすい点は、社会周囲からの支援として深く認識すべきことである。

6-6. 要約

研究 5 では RS の規定要因、RS、反応の程度およびそれらの影響過程について、ダウン症児の年齢階層を 3 群に分けて、比較検討を行った。RS と反応の下位因子の得点は一部を除いてほぼ同程度の水準で推移していたが、規定要因の下位因子では年齢階層によって得点が異なり、RS を引き起こす原因が異なることがわかった。影響過程について年齢階層別に比較したところ、年齢階層を通して一貫した関係性が認められるものはさほど多くなく、年齢階層によって RS や反応を規定する要因が異なることが明らかになった。

第7章 総合考察

7-1. 研究の要約

本論文は、ダウン症児の母親が経験する RS の内容とそれを規定する要因とその影響過程を明らかにすることが目的である。

第1章では、障がい児の母親が抱える問題、RS に関する先行研究をレビューし、先行研究の限界や本論文の着眼点について述べた。母親は育児を通して親としての幸せを実感することができるものの育児ストレスを抱えることも少なくない。子どもに障がいがある場合、一般的な育児ストレスに加えて、さらに大きなストレスを抱えることになる。子どもが障がいを抱えているために、母親が想像していた子育てイメージが崩壊し、直面した現実との間に大きなギャップである RS を実感することになる。しかも、子どもが成長していく過程において、同年齢の子どもの発達と比較することで、何度も RS を感じるようになる。本研究では、障がい児の中でも、知的な障がいを伴うことの多いダウン症児の母親を取り上げ、母親が抱きやすいストレスや問題についてレビューし、RS の観点から検討することの重要性を指摘した。

第2章（研究1）では、5歳から13歳までのダウン症児を持つ母親10名に対してインタビューを行い、ダウン症児の母親が経験する RS を測定する尺度（Reality Shock scale for Mothers who have a child with Down syndrome：以下、RSMD）で使用する候補となりうる項目を抽出した。逐語録をもとにカードを作成し、類似した内容を整理して106の項目候補に取りまとめた。さらに特定の保護者しか回答できない項目を除き、54項目を抽出し、9カテゴリーに分類した。ダウン症児の母親が経験する RS は、ネガティブなカテゴリーだけでなく、ポジティブなカテゴリーも含まれることがわかった。

第3章（研究2）では、研究1で抽出された項目をもとに、ダウン症児の母親が経験する RSMD の信頼性と妥当性について検討した。妥当性を検討するために、一般的な育児ストレスを測定する「育児ストレス尺度」（手島ら, 2004）と障害児育児のストレスを測定する「発達障害児・者をもつ親のストレス尺度」（山根, 2013）を用いた。RSMD は6因子から構成され、「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」はネガティブな側面であり、「前向きな気持ち」「家族の理解」はポジティブな側面であった。 α 係数は高く、十分な内的一貫性が認められたことから、本尺度の信頼性は十分であると認められる。また、他の尺度の因子とも中程度の相関が得られたことから、本尺度の妥当性も確認できた。

第4章(研究3)では、規定要因及び反応における因子の下位因子の確定を行った。RSが生じる規定要因である4つの問題に含まれる下位因子を抽出した結果、子どもの問題は、「知的発達遅れ」「身体的発達遅れ」「健康悪化の可能性」の3因子から構成されていた。母親の問題は、楽観的な考え方である「楽観的展望」、信心に依拠する「信仰心」、障がい児である我が子を受容する「母性的かかわり」の3因子から構成されていた。家族の支援は、「夫の育児参加」と「祖父母からのサポート」の2因子から構成されていた。周囲からの支援は、母親の友人や知人との関わりである「友人知人との交流」、ダウン症児の母親からのサポートである「ピアサポート」、周囲にいる人から受ける差別的な関わりである「差別的な扱いによる傷つき」から構成されていた。RS後に生じる「ネガティブ反応」は、不安な気持ちや抑うつである「不安抑うつ」、心理的・身体的なストレスを感じる「ストレス」、子育てを楽しむ「満足感情」の3因子から構成されていることが分かった。

第5章(研究4)では、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援がRSの異なる下位因子と関連し、不安抑うつやストレス反応、満足感情に与える影響過程を検討した。その結果、子どもの問題では、主に知的や身体的な問題が母親のRSを引き起こし、ネガティブ反応に結びつくことがわかった。母親の問題では、母性的かかわりや楽観的展望がRSの現実に対する困惑感や障がい児の出産に対するショックを促進し、ネガティブ反応を増加させることがわかった。家族の支援については、夫の育児協力や祖父母の支援が前向きな気持ちや家族の理解を促進し、ネガティブな反応を抑制することがわかった。周囲からの支援では、友人・知人との交流やピアサポートは前向きな気持ちを促進するため、ダウン症児の母親にとって好ましい影響を与えているものの、周囲からの差別的な扱いが「現実に対する困惑感を促進し、直接的にまたは将来の不安を媒介してネガティブ反応を引き起こすことが明らかとなった。

第6章(研究5)では、ダウン症児を0～4歳、5～8歳、9～12歳の3つの年齢階層に分けて、測定指標の得点値および影響過程の年齢階層別比較を行った。規定要因、RS、反応の程度が年齢階層によって異なるかどうかを検討した。その結果、規定要因については、約半数の下位因子において年齢による違いがないことがわかった。RSにおいては、下位因子のうち「家族の理解」が低年齢において高く、それ以外は年齢による違いは認められなかった。反応においては、年齢階層による違いは認められなかった。年齢階層別にRSの影響過程の違いを検討した結果、年齢が低いうちは、子どもの問題は、知的発達や身体的発達遅れが不安抑うつやストレスを引き起こすが、年齢が上がると健康悪化の可能性が影響を与えることが分かった。母親の問題は、年齢の小さい

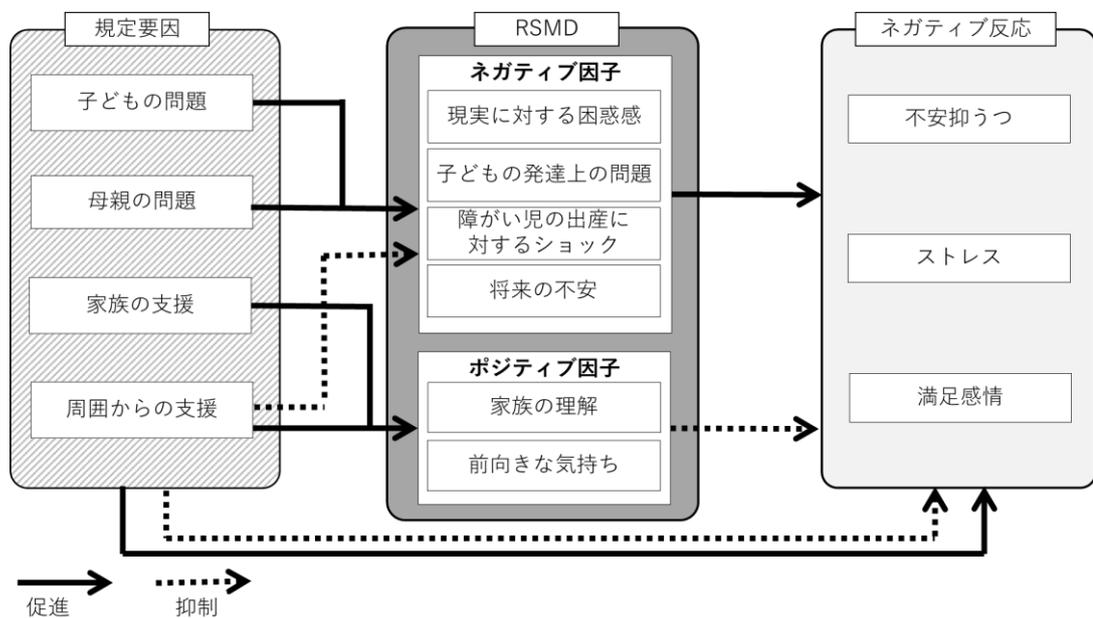
うちは母性的かかわりの考え方が現実に対する困惑感や障がい児の出産に対するショックを抑制し、年齢が上がるにつれて、楽観的思考がネガティブ反応を抑制することが分かった。家族の支援は、年齢が小さいうちは夫の育児参加が前向きな気持ちを促進し、年齢が上がると祖父母からのサポートも大きな役割を示すようになり、家族の理解や前向きな気持ちによってネガティブ反応を抑制することがわかった。周囲からの支援については、一貫してピアサポートが母親にとってネガティブなRSを軽減し、ネガティブ反応を抑制することがわかった。

7-2. 本論文から得られた知見に関する考察

ダウン症児の母親が経験するRSとしての内容とそれを規定する要因とその影響過程について主要な関係性を示したものをFigure 7-1に示す。この影響過程の図には、4つの規定要因の下位因子は記載していないが、以下では下位因子を含めて考察する。

Figure 7-1

ダウン症児の母親のRSが生じメカニズムとその影響過程



ダウン症児の母親が経験するRSは、ネガティブ4因子（「現実に対する困惑感」「子どもの発達上の問題」「障がい児の出産に対するショック」「将来の不安」）、ポジティブ2因子（「家族の理解」「前向きな気持ち」）の6因子が抽出された。母親の育児ストレスはネガティブな側面が強調され、評価を

する尺度もストレスとなるネガティブな側面に焦点を当てたものであった。しかし、本研究においては、ポジティブな側面が抽出された。ダウン症児の子育てにおいては、ポジティブな側面がネガティブな反応を抑制することから、ダウン症児の母親のポジティブな側面に介入することで、RSのネガティブな側面を抑制していくことが考えられる。

ダウン症児の母親が規定要因からRSを引き起こし、その結果に生じる反応に至る影響過程は、大きく4つにまとめられることがわかる。それを以下に示す。

(1) 子どもの問題がRSおよび反応に及ぼす影響過程

子どもの問題のうち、知的発達の違いと身体的発達の違いは、RSのネガティブ因子である現実に対する困惑感、障がい児の出産に対するショック、将来の不安を引き起こし、その結果、ネガティブ反応を促進することがわかった。健康悪化の可能性は0～4歳および9～12歳で子どもの発達上の問題を促進することがわかった。

(2) 母親の問題がRSおよび反応に及ぼす影響過程

母親の問題のうち母性的かかわりは、障がい児の出産に対するショックおよび現実に対する困惑感を抑制し、前向きな気持ちを促進していた。また、楽観的展望は、現実に対する困惑感および家族の理解を促進することがわかった。特に、年齢が上がるほど、楽観的展望が子どもの発達上の問題と家族の理解を促進することがわかった。

(3) 家族の支援がRSおよび反応に及ぼす影響過程

家族の支援である父親の育児参加と祖父母からのサポートはいずれもRSのポジティブ因子である家族の理解、前向きな気持ちを促し、ネガティブ反応を抑制していた。特に、父親の育児参加は、将来の不安を抑制することがわかった。

(4) 周囲からの支援がRSおよび反応に及ぼす影響過程

周囲からの支援である知人友人との交流やピアサポートは、RSのポジティブ因子である家族の理解、前向きな気持ちを引き起こし、ネガティブ反応を抑制することがわかった。特に、ピアサポートは、前向きな気持ちも促進させることがわかった。一方、差別的な扱いによる傷つきは、現実に対する困惑感を促進するとともに、ネガティブ反応を促進することがわかった。

これらの結果から、以下において、RSが引き起こされる影響過程を考察する。

7-2-1. 子どもの問題が RS および反応に及ぼす影響過程

子どもの問題である知的発達や身体的発達の遅れは、RS のネガティブ面である現実に対する困惑感や障がい児出産のショック、将来への不安を促進していたが、健康面での問題が RS と関連するのは 0～4 歳と 9～12 歳であり、関連する RS の下位因子も異なっていた。ダウン症児の母親が健康の悪化や合併症を懸念するのは特定の年齢階層であり、全般的には知的や身体的な発達の遅れについて不安を抱き、問題視していると考えられる。そのことにより、母親はダウン症児を出産したことにショックを受け、抑うつ感情やストレスを抱くことにつながっているといえよう。ダウン症児の多くは、知的障がいを伴うことが知られていることから、子どもが将来自立して生活できるのかについての懸念を抱き、不安に陥るものと考えられる（上地他, 2023a; 田中・丹羽, 1990; 片田他, 2016）。

年齢階層別にみると、「知的発達の遅れ」と「健康悪化の可能性」は 0～4 歳で RS の「子どもの発達上の問題」を促進していたが、5～8 歳では、「知的発達の遅れ」と「身体的発達の遅れ」が、RS の「障がい児の出産に対するショック」を促進していた。「身体的発達の遅れ」は 9～12 歳で「現実に対する困惑感」を促進し、「健康悪化の可能性」は「家族の理解」および「将来の不安」を促進していた。障がい児の母親が我が子の障がいについて受容と落胆を繰り返すことが知られているが（中田, 1995; 関, 2010）、年齢階層による詳細な影響過程は明らかにされていなかった。本研究では、年齢階層によって RS の下位因子に及ぼす規定要因が異なることから、年齢によって RS を引き起こす原因となる子どもの問題の内容が異なることが明らかとなった。そのため、母親の抱える RS を軽減するためには、年齢階層によって着目しなければならない子どもの問題の側面が異なることを認識し、対応していくことが求められる。

7-2-2. 母親の問題が RS および反応に及ぼす影響過程

母親の問題のうち「母性的かかわり」は RS の「障がい児の出産に対するショック」「現実に対する困惑感」を抑制し、「前向きな気持ち」を促進させること、また「楽観的展望」は、RS の「現実に対する困惑感」や「家族の理解」を促進していることがわかった。母性的かかわりと母親が楽観的展望をもち、母性的にかかわることは、RS のネガティブな側面を抑制し、ポジティブな側面を促進しているといえる。しかし、母親の「信仰心」は得点が低く、RS やストレスと関連していないことがわかった。信仰心がダウン症児の出産によるショックをやわらげることにつながる場合もあるが（Finkelstein et al., 2023）、宗教

や信仰心に馴染みが薄い日本人にとっては、大きな影響がなかったものと考えられる。

年齢階層別に見ると、特に、「母性的かかわり」は0～4歳でRSの「前向きな気持ち」を促進して「障害児の出産に対するショック」を抑制していたが、5～8歳ではRSの「前向きな気持ち」と「将来の不安」を促進し、「現実に対する困惑感」を抑制していた。9～12歳では、「楽観的展望」がRSの「子どもの発達上の問題」「家族の理解」を促進していることがわかった。

このように、「母性的かかわり」は、RSの「障がい児の出産に対するショック」「現実に対する困惑感」を低減させており、ダウン症児の我が子に対して愛情深く接することで現実のショック症状を和らげる働きがあると思われる。これまで母性的かかわりについては、ともすれば母性愛神話論の観点から捉えられ、「母親はどのような我が子でも愛情深く育てるべきである」という周囲からの圧力や母親自身の思い込みによって、自分自身に圧力をかけてしまうことが指摘されてきた(大日向, 2015)。しかし、本研究の結果において、母親が母性的なかかわりをしていると自覚していることがRSを軽減していることから、母性愛神話的な規範が圧力としては認識されていないことがわかった。本来、母性については、ステレオタイプ的な母性愛神話と内から湧き出る母性の二面性を持ち合わせていると考えられる。Skotko (2015)によると、ほとんどの親がダウン症の子どもについて愛情深く育てているという報告があり、ダウン症児の母親はダウン症児に対する愛情を感じていることがうかがえる。また、国内のダウン症児を育てている家族を対象とした調査でも同様に親の幸福度が高い(公益財団法人日本ダウン症協会・日本ダウン症協会, 2023)ことから、母親が母性的かかわりをすることによって母親自身のストレスを軽減し満足感に結びつくといえる。

「楽観的展望」は、RSの「現実に対する困惑感」を促進するとともに「家族の理解」も促進していた。楽観的に捉えて家族の理解を促すことは、ネガティブ反応の抑制に結びつくことになるため、家族とのつながりは母親の心理的支援にとって重要な役割を果たしていると考えられる。家族の充実した連帯感が母親のストレス低減に重要である(田中, 1996)ことから、本研究でもその知見を支持する結果が得られたといえる。また、「楽観的展望」が、RSの「現実に対する困惑感」を促進していることから、母親が楽観的に考えていても困惑感を同時に抱えていることを意味し、それが「将来の不安」を媒介して「ネガティブ反応」を促進することにもつながるのである。現実的な問題を捉える場合は、先の見通しが持たずに困惑してしまうことにつながると考えられる。

このように、ダウン症児の母親は、ネガティブな気持ちとポジティブな気持ちの相反する感情の狭間で揺れ動きながらダウン症児の育児をしていることを示しており、中田（1995）の「螺旋形モデル」に示された心の動きに同様の推移をしているといえる。障がいの我が子を受容するプロセスは一樣ではなく、絶えず揺れ動いているという現象を裏付ける結果といえる。

7-2-3. 家族からの支援が RS および反応に及ぼす影響過程

家族からの支援は、RS の「家族の理解」を促進し、「前向きな気持ち」を抱くことで「ネガティブ反応」を抑制することがわかった。年齢階層別に見ると、「夫の育児参加」は 0～4 歳および 5～8 歳で RS の「将来の不安」を抑制し、その結果生じるネガティブ反応も抑制していたが、9～12 歳ではその関係性は認められていない。

夫が育児に協力的であれば、精神的・身体的な疲労感を軽減するとともに、満足感情につながると考えられる（田中, 1996; 濱田, 2009）。また、医療の進歩によって、ダウン症児の合併症を健康に保つことができるようになったことから、母親の就業している割合が多い（上地・稲田, 2023）。ダウン症児を育てながら母親が仕事をする場合は、子育ての担い手として祖父母の存在が大きい。ダウン症児のきょうだいがいる場合は、さらにその負担が大きくなるため、祖父母による支援的な関わりは母親の抑うつや不安を和らげ、満足感情につながるものと考えられる（今野, 2003）。

7-2-4. 周囲からの支援が RS および反応に及ぼす影響過程

周囲からの支援においては、「差別的な扱いによる傷つき」が RS の「現実に対する困惑感」を促進すると共に直接ネガティブ反応を促していた。また、「友人知人との交流」は RS の「現実に対する困惑感」を抑制し、その結果として「ネガティブ反応」が抑制されている。また、「友人知人との交流」と「ピアサポート」は共に「前向きな気持ち」を促進し、その結果、ネガティブ反応を抑制することに結びついていた。年齢階層別で特徴的な関係として、9～12 歳では規定要因の「友人知人との交流」の影響は認められなくなることがわかった。

西平・玉城（2014）は、周囲からありのままの子どもを受け入れてもらう体験は、障がいのある我が子を受け入れる気持ちを促進すると述べており、ダウン症児の母親にとって、友人知人からのサポーターティブな関わりは、現実に対する困惑感や将来の不安を抱えながらも前向きな気持ちになれる重要な要因であると考えられる。年齢が上がると、「友人知人との交流」よりも、ピアサポート

からの影響が大きくなっていることから、成人期を見据えた進路を考える際には、同じダウン症児の母親同士の交流が重要となってくることがわかった。

しかしその一方で、周囲から差別的な言動を受けることは、母親に困惑感やショックを抱かせ、不安やストレスを高めることになるので、社会からの偏見に傷ついていることがわかる。そのため、社会の偏見や差別をいかにして無くすかは、社会の問題として重要な課題といえる。

7-3.本研究の独自性

本研究はダウン症児の母親が抱く RS を明らかにし、その原因との関係性について検討を行った。これまでの研究では事例をもとに障がい児教育や社会学的な観点から障がい児の問題を捉える研究がほとんどであったが、母親に焦点を当て、母親が抱える問題を RS の観点から明らかにし、その影響過程を量的に検討した研究はなされていない。本研究の独自性は、以下の4点に集約できる。

- (1) ダウン症児の母親が抱える問題を RS の観点から検討し、RS にはネガティブな側面だけではなく、ポジティブな側面もあることを明らかにしたこと。
- (2) RS は出産直後だけではなく、子どもの発達とともに繰り返し起きていることを明らかにしたこと。
- (3) 子どもが小学校を卒業するまでの年齢における RS は、年齢とともに母親の抱く内容が異なる下位因子と一貫して持続する下位因子がある子をと明らかにしたこと。
- (4) RS を引き起こす原因との関連性を明らかにし、その影響過程が子どもの年齢階層によって異なることを明らかにしたこと。

7-4. ダウン症児の母親の RS 軽減に向けての支援

ダウン症児の母親は、さまざまな問題から RS を引き起こしていることがわかった。母親の抱く RS を軽減させるためには、ネガティブな RS を引き起こしている規定要因を緩和することやポジティブな RS を引き起こしている規定要因を促すよう介入することが課題となる。ここでは、本研究で取り上げた、子どもの問題、母親の問題、家族の支援、周囲からの支援の観点から、どのような対策が可能であるのかを考える。

7-4-1.子どもの問題に焦点を当てた支援

子どもの問題では発達面の遅れや健康管理での問題が RS のネガティブな側面を促進していたことから、発達面の遅れや健康問題に関して母親が正しい情

報を持ち、適切に対応できるよう促すことが必要である。第2章のインタビュー調査においても、ダウン症についての知識が増えると安心したという回答があったことから、正しい知識を発信することが大切である。その一方で、ダウン症に関する知識が増えることで不安になる母親もいたことから、溢れる情報の中で否定的な情報に触れることでかえって不安が煽られることも起こりうる。そのような場合は、ダウン症児の将来についての問題だけでなく良い面についても併せて伝えることが大切だといえる。

発達の遅れに関する懸念に対しては、ダウン症児の療育についての情報を提供し、これから母親としてどのようなことをしなければならないのかを理解することは将来への不安や懸念を緩和することにつながると思われる。また、周囲からどのような支援を得ることができるのかに関する情報提供がなされることで、母親にかかる過度な負担を軽減することができると思われる。

健康面での問題については、医療機関からの情報に加え、治療体制を整えていくことが重要である。子どもに問題が生じた際、親として取るべき措置について学び、どこの医療機関にかかれば良いのかについての情報提供を行うことで、母親の懸念を和らげることができると思われる。

7-4-2. 母親の問題に焦点を当てた支援

母親の問題においては、母性的かかわりや楽観的展望がRSのポジティブな側面を促進し、ネガティブな側面を抑制することがわかった。そのため、母親がダウン症児に母性的かかわりができるよう促すことが大切である。しかし母性的かかわりは、ともするとダウン症児であっても母親は子どもを受容し育てなければならないという圧力にもつながりかねない。そのため、家族をはじめ周囲の人たちは、母親に対して圧力にならないよう配慮することが大切である。母親が圧力を感じずに、自分の子どもと向き合うことができるように支援していくことが求められる。

また、母親が楽観的展望を抱くこともポジティブな側面のRSを促していることから、母親自身が子育てに対してネガティブなことばかりを気にすることなく、おおらかな気持ちを持って育てることができるよう、母親の意識そのものを変えていくことも大切である。そのためには、我が子の将来に対する懸念を和らげることができるように、ダウン症児の持つ可能性について母親が理解できるような情報提供も必要になると思われる。また、母親が一人で頑張りすぎないように周囲の人や家族が母親を支援し、認めてあげることで、母親としての自尊感情を高めることができるものと考えられる。そのことで、積極的に育児に関わっていくことに結びつくと思われる。

7-4-3. 家族の支援に焦点を当てた支援

家族の支援に関しては、夫の育児参加と祖父母からの支援はいずれも RS のポジティブな側面を促していた。家族ぐるみの支援が母親を前向きに気持ちにさせ、育児不安を軽減することにつながる。そのため、夫は積極的に育児参加をすることが求められる。夫はどのように育児に参加していけば良いのかを医療機関や療育機関との協力をもとに、夫が学ぶ機会を提供することが大切である。夫が育児に参加することで、母親の育児負担を軽減することができると考えられる。

祖父母が近所に住んでいる場合に限定されるだろうが、祖父母からのサポートが受けられることで母親の負担を軽減することができる。祖父母も高齢のためにできることに限りはあるだろうが、祖父母ができることは何かを考えて、できる範囲で構わないので母親のサポートができるよう、家族で相談することが大切である。そのためにも、医療機関や療育機関の専門家からのアドバイスが行われることは大切だと思われる。

7-4-4. 周囲からの支援に焦点を当てた支援

周囲からの支援である友人知人との交流やピアサポートは母親を前向きな気持ちにさせ、育児不安を軽減することに結びつく。特にダウン症児を持つ母親からのサポートは、これからの育児を行う上で参考になる情報を数多く提供してくれるものと思われる。ダウン症児の家族会に参加するなどして、同じ悩みを持つもの同士が情報交換をし、互いに支援できる体制を整えることが母親の心理的な安定を促す上でも大切である。

周囲から差別的な扱いを受けることが母親のストレスを増大させていることから、世間の持つダウン症児やその家族に対する偏見、差別的な意識を改善し、心無い言葉掛けをなくすことが大切である。また、ダウン症児やその家族に対してサポート的な対応をとることのできる社会的な雰囲気醸成することが必要である。そのためにもダウン症を含め障がいに関する正しい知識を皆が学び、それぞれがどのように関わることができるのかを考えることが大切である。

7-4-5. 啓発活動

ダウン症児の母親にとって、周囲からの支援はとても大切である。差別的な扱いを受けることで母親はショックを受け、傷つく。事故や病気によって誰もが障がいを持つ可能性をある。身体的な障がいだけでなく、脳を損傷することで精神機能も障がいを受けることがある。また、老化に伴って身体機能や精神機能が衰えていくのは、誰もが将来経験することである。そのため、障がい

について誰しもが自分の問題として捉え、障がいを持つ人とともに生活できる社会づくりが求められるのである。ダウン症だけではなく、多くの障がいについての正しい知識を人々が持ち、障がいがあるかないかの境界線を作るのではなく、障がいのある人もない人も共に暮らすインクルーシブな社会を構築していく必要がある。そのためにも社会に向けての啓発活動が重要である。

- (1) ダウン症児のいる家族への啓発：ダウン症児を抱える家族は、子どもの発達や将来についての不安を抱えている。そのため、様々な年齢階層のダウン症のある人の生活実態を知り、ダウン症児にどのような可能性があるのかを知ること、家族の抱えている漠然とした懸念や将来への不安を軽減させ、どのように生活していくことができるかを理解させることが大切である。そのため、地域におけるダウン症児ネットワークに家族で参加するよう促していくことが大切である。
- (2) ピアサポートを促すための啓発：同じ境遇の母親からの支援は、ネガティブなRSを抑制することから、ピアサポーターとして活躍できる人材育成が求められる。そのため、ピアサポート活動に関心を持つ母親に対する研修を行うことで、適切なピアサポート活動ができる人材を増やしていくことが大切である。
- (3) 社会に対する啓発：差別的な発言をする人の影響によって、障がい児の母親が傷つくことがある。公益財団法人日本ダウン症協会などの家族会がさまざまな啓発活動を実施しているにもかかわらず、社会においては障がいのある者に対する偏見や差別が未だなお残っている。近年、日本においてもノーマライゼーションが意識されるようになってきたとはいえ、障がい者への偏見がなくなったというわけではないし、障がい者に優しい街づくりや社会になっているとは言い難い。障がいを持つ人との交流を増やし、彼らと共に生活することが当たり前の社会であるというインクルーシブな社会構築が求められる。

7-5. 研究の限界と今後の課題

最後に、本論文の限界と今後の課題について述べる。

- (1) 本研究ではダウン症児の母親を対象としたため、定型発達児の母親との比較は行っていない。定型発達児とダウン症児の母親との違いを検討することによって、ダウン症児の母親が抱える問題の特徴がより明確にすることができると考えられることから、定型発達児の母親を対象とした同様の検討が必要である。さらに、ダウン症以外の障がいを持つ母親との比較を行

うことで、子どもの障がいを超えて共通する問題や障がい特有の問題を明らかにする必要がある。

- (2) 本研究では、公益財団法人日本ダウン症協会の協力を得てダウン症児の母親を対象とした調査を行った。対象者がこの会員であることから、ダウン症に関する情報を入手したり、相談したりできるという、ピアサポートを受けやすい環境にいる人たちであった。そのため、ピアサポート等を受けていない母親については検討できていない。ピアサポートを受けていない母親は社会的に孤立をして大きな問題を抱えている可能性もある。そのため今後は、家族会に所属していないダウン症児の母親を対象として、どのような RS を経験しているのかを検討する必要がある。
- (3) 本研究では家族の支援を測定するために、夫や祖父母がいる場合を想定して検討を行った。しかし、夫や祖父母がいないなど、家族からの支援が得られていない母親についての検討ができていない。家族がいないために過度な負荷を受けており、ダウン症児の育児にも悪影響が生じる可能性もある。今後は、家族からの支援が得られない母親の RS がどのようなになっているのかを検討する必要がある。
- (4) 今回行った研究は横断調査であり、要因間の関係性といっても相関関係から得られたものにすぎない。要因間の因果的関係を検討するためには同一集団を対象とした縦断調査を行う必要がある。可能であれば、ダウン症児が未就学の段階から就学、就労に至る変化をとらえることにより、ダウン症のある人の母親が抱く RS の経過とその影響過程の変容について明らかにすることができる。

7-6. 要約

第7章では、研究1から5までの知見をまとめ、ダウン症児の母親が抱く RS とそれを引き起こす規定要因、引き起こされる反応との関係性における大枠的なモデルを提唱し、その影響過程についての考察を行った。

また、本研究で得られた知見をもとに、ダウン症児の母親の RS を緩和し、育児における心理的不安を軽減するためにどのような支援が必要となるのかを、子どもや母親に焦点を当てた提言を行った。さらに、ダウン症を含め障がいのある人やその家族に対する差別や偏見をなくすためにどのような啓発活動を行う必要があるのかについても提言を行った。最後に、本研究の限界と今後の課題について述べた。

引用文献

- Abidin, Richard R., Smith, Logan T., Kim, Hannah (2022). Parenting stress. *Wikijournal of medicine*, 9 (1), 1-4.
- 安藤 忠 (編) (2002). 新版ダウン症児の育ち方・育て方 学習研究社
- 新井 香奈子・安成 智子・太田 千寿・坂下 玲子・片田 範子 (2012). 子どもが病気になった際の就労中の母親の対応とニーズ 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 35(1),27-36.
- 朝日新聞社 (2014). 新型出生前診断, 異常確定のうち 97%が中絶 朝日新聞社, 6月28日朝刊, 2面.
- 文化庁 (2023). 宗教法人世界平和統一家庭連合の解散命令請求について Retrieved August 17, 2024, from https://www.bunka.go.jp/seisaku/shukyohojin/pdf/93975301_01.pdf
- 千島 雄太・水野 雅之 (2015). 入学前の大学生活への期待と入学後の現実が大学適応に及ぼす影響—文系学部の新入生を対象として— 教育学研究, 63, 228-241.
- 男女共同参画白書 令和2年版 Retrieved May 28, 2024, from https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r02/zentai/index.html
- Drotar,D., Baskiewicz,A., Irvin,N., Kennell,J., & Klaus,M. (1975). The adaptation of par-ents to the birth of an' infant with a con-genital malformation , A hypothetical model. *Pediatrics*, 56(5), 710-717.
- 江尻 桂子 (2013). 障害児の母親における就労の現状と課題—国内外の研究動向と展望—. 特殊教育学研究 51(5), 431-440.
- 江尻 桂子・松澤 明美(2014). 障害児を育てる家族における母親の就労の制約と経済的困難-障害児の母親を対象とした質問紙調査より- 茨城キリスト教大学紀要,47,153-160.
- Finkelstein A., Bachner, YG., Stein, E., Benisti, L., Tenenbaum, A (2023) Challenging and Facilitating Factors When Coping with the News of a Newborn's Down Syndrome Diagnosis: Perceptions of Activist Israeli Mothers, 38 (7), *HEALTH COMMUNICATION* 38(7), 1349-1358.
- 藤井 未紗子・青木 香保里 (2013). 障害児育児における父親の役割 —家庭科における障害者— 愛知教育大学家政教育講座研究紀要, 42, 99-114.
- 藤永 保・品川 玲子・渡辺 千歳・荻原 美文・佐々木 丈夫・堀 敦 (2005). ダウン症児の早期療育と母親の養育態度 発達心理学研究, 16(1), 81-91.

- 藤田 弘子 (2000). ダウン症児の赤ちゃん体操—親子で楽しむふれあいケア
メディカ出版
- Goldberg, S., Marcovitch, S., MacGregor, D., Lojkasek, M. (1986). Family responses
to developmentally delayed preschoolers: etiology and the father's role.
American journal of mental deficiency. 90(6), 610–617.
- 博報堂 こそだて家族研究所 (2018). 「イヤイヤ実態調査」第一弾の結果発表
Retrieved May 28, 2024, from [https://www.hakuhodo.co.jp/
uploads/2018/01/20180118.pdf](https://www.hakuhodo.co.jp/uploads/2018/01/20180118.pdf)
- 濱田 裕子 (2009). 障害のある子どもと社会をつなぐ家族のプロセス—障害児
もいる家族として社会に踏み出す 日本看護科学会誌, 29(4), 13-22.
- 半澤 礼之 (2007). 大学生における「学業に対するリアリティショック」尺度の
作成 キャリア教育研究, 25, 15-24.
- 長谷川 あかね・石田 賢哉(2021). 重症心身障害の子を持つ母親のストレングス
—母親のストレングスに影響を与える要因に着目して—. 日本ヒューマン
ケア科学会誌 14(1), 39-56.
- 服部 律子 (2007). 双子の母親の育児不安に影響する要因—不妊治療と育児の
実態. 母性衛生, 48(1), 38-46.
- Heshan Peiris, Michael D. Duffield, Joao Fadista, Claire F. Jessup, Vinder Kashmir,
Amanda J.Genders, Sean L. McGee, Alyce M. Martin, Madiha Saiedi, Nicholas
Morton, Roderick Carter, Michael A. Cousin, Alexandros C. Kokotos, Nikolay
Oskolkov, Petr Volkov, Tertius A. Hough, Elizabeth M. C. Fisher, Victor L. J.
Tybulewicz, Jorge Busciglio, [...], Damien J. Keating (2016). A Syntenic Cross
Species Aneuploidy Genetic Screen Links RCAN1 Expression to β -Cell
Mitochondrial Dysfunction in Type 2 Diabetes. *PLOS Genet.* 12(5): e1006033.
DOI:10.1371/journal.pgen.1006033
- 東村 知子 (2006).障害をもつ子どもの親によるピアサポート.集団力学研究所
紀要, 23, 69-80.
- 日野 雅洋・大森 眞澄・石橋 照子・高橋 恵美子・井上 千晶・松谷 ひろみ(2019).
精神疾患を有する母親の育児ストレスとサポートの関連 島根県立大学
出雲キャンパス紀要, 15, 57-64.
- 廣田 久美子 (2014). 障害者差別解消法の意義と課題. リハビリテーション・エ
ンジニアリング, 29(4), 174-177.
- 法務省 (2022). 令和4年版 犯罪白書 Retrieved May 28, 2024,from
from<https://hakusyol.moj.go.jp/jp/69/nfm/gmokuji.html>

- 堀 兼大朗 (2017). 自閉症スペクトラム障害者の母親による 障害の打ち明けの規定因の解明 保健医療社会学論集, 27(2), 38-47.
- 池田 由紀江 (2007). ダウン症のすべてがわかる本 (健康ライブラリーイラスト版) 講談社.
- 今井 しのぶ・古田 加代子・佐久間 清美 (2018). 子どもの障害に気づき広汎性発達障害と診断を受けるまでの母親の生活上の困難 日本公衆衛生看護学会誌, 7(1), 3-12.
- 伊藤 由紀子・武田 篤 (2012). ダウン症児童生徒満に関する基礎的検討-身体活動量の測定調査から- 発達障害支援システム学研究, 11(2), 53-59.
- JDS (日本ダウン症協会) 岡山支部 Retrieved May 28, 2024, from <http://www.jds-okayama.org/%e3%83%9b%e3%83%bc%e3%83%a0/%e5%b0%82%e9%96%80%e8%81%b7%e3%81%ae%e6%96%b9%e3%81%b8/>
- 香川 スミ子・西田 真由子・徳脇 朋子・長嶺 直子・赤沢 桂子・難波 朱里・松本 佳 (2006). 障害児を持つ母親の精神的健康度(Ⅱ)-乳幼児期と学齢期の比較- 総合福祉, 3, 19-31.
- 上地 玲子・稲田 正文 (2023), ダウン症児の母親における就労状況の変化に関する調査研究(1) 山陽論叢, 30, 17-25.
- 上地 玲子・松浦 美晴 (2021). 障がい児の母親に期待される「受容」について 山陽論叢, 27, 55-65.
- 上地 玲子 (2011). 全国保育問題研究協議会・田中 良三 (編) 困難をかかえる子どもに寄り添い共に育ち合う保育 (pp. 93-101) 新読書社.
- 上地 玲子 (2017). 七木田 敦 (編) キーワードで学ぶ障害児保育入門 (pp. 88-89) 保育出版社.
- 上地 玲子・松浦 美晴・岩永 誠 (2019). ダウン症児の母親が抱く出産直後と独歩獲得後の心理状況の比較-PAC 分析を用いて- 日本健康心理学会第32 回大会発表論文集, 143.
- 上地 玲子・松浦 美晴・岩永 誠 (2023a). ダウン症児の母親におけるリアリティショック-ダウン症児の年齢別比較- 日本保健医療行動科学会雑誌, (suppl) 38, 32.
- 上地 玲子・松浦 美晴・岩永 誠 (2023b). ダウン症児の母親におけるリアリティショック尺度の信頼性と妥当性の検討 日本保健医療行動科学会雑誌, 38 (1), 24-32.
- 上地 玲子・松浦 美晴 (2022). 障がい児の母親に対するピアサポートの有用性について 山陽論叢, 28, 25-31.

- 金泉 志保美・戸川 奈美・牧野 孝俊・佐光 恵子 (2013). 乳幼児期の Down 症候群児を持つ母親の育児の実態と意思 小児保健研究, 72, 72-80.
- 片田 千尋・西村 明子・藤井 真理子・末原 紀美代 (2016). ダウン症児の母親が育児に前向きな気持ちになるまでの心理過程：医療者の支援とソーシャルメディアが母親の心理に与える 効果兵庫医療大学紀要, 4(1), 1-8.
- 菊野 春雄・中野 香苗 (2010). 母親による子どもの心の理解 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要, 9, 193-201.
- 木田 千晶・鈴木 裕子 (2020). 母親間の人間関係が構築されるプロセス— 専業主婦における「ママ友」に対する捉え方を通して— 子育て研究, 10, 15-28.
- こども家庭庁 妊娠中の検査に関する情報サイト Retrieved May 28, 2024, from <https://prenatal.cfa.go.jp/>
- 公益財団法人日本ダウン症協会・日本ダウン症学会 (2023). ダウン症のある方たちの生活実態と、ともに生きる親の主観的幸福度に関する調査報告書 Retrieved May 28, 2024, from <https://japandownsyndromeassociation.org/202301report/>
- 公益財団法人日本ダウン症協会 Retrieved May 28, 2024, from <https://www.jdss.or.jp/>
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2023). 2021 年社会保障・人口問題基本調査(結婚と出産に関する全国調査) 現代日本の結婚と出産—第 16 回出生動向基本調査 (独身者調査ならびに夫婦調査) 報告書— 調査研究報告資料第 40.
- 今野 和夫 (2003). 通園施設における障害のある子どもの祖父母に対する支援 秋田大学教育文化学部教育実践研究紀要, 2, 39-52.
- 厚生労働省 (2021). NIPT 受検者のアンケート調査の結果について Retrieved May 28, 2024, from <https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000754902.pdf>
- 厚生労働省 (2018). 「障害者 (児)」の定義に関する規定の状況 Retrieved May 28, 2024, from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1031-10e.pdf>
- 厚生労働省ストレスチェック実施プログラム Retrieved May 28, 2024, from <https://stresscheck.mhlw.go.jp/download01.html>
- Kübler-Ross, Elisabeth (1969). *On Death and Dying*. Scribner
(エリザベス キューブラー ロス 川口 正吉 (訳) (1971). 死ぬ瞬間：死にゆく人々との対話 読売新聞社)
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock; Why Nurses Leave Nursing*, C. V. Mosby Co, St Louis.

- 久木元 美琴 (2016). 地方圏の子育て支援をめぐる変化と課題 地理科学, 71(3), 133-143.
- 久野 典子・山口 桂子・森田 チエ子 (2006). 在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感とそれに影響を与える要因 日本看護研究学会雑誌, 29(5), 59-69.
- 毎日新聞社 (2016). 新型出生前診断 異常判明の 96%中絶 利用拡大 毎日新聞社, April 25. Retrieved May 28, 2024, from <https://mainichi.jp/articles/20160425/k00/00m/040/119000c>
- 丸山 啓史 (2013). 障害児の母親の就労と祖父母による援助 京都教育大学紀要, 122, 87-100.
- 松井 藍子・大河内 彩子・田高 悦子・有本 梓・白谷 佳恵 (2016). 発達障害児をもつ親の会に属する母親が子育てにおける前向きな感情を獲得する過程 日本地域看護学会誌, 19(2), 75-81.
- 松井 尚子 (2023). 「イヤイヤ期」を考えるー「イヤイヤ期」の親子の実態と子育て支援の在り方を探るー. 東亜大学紀要, 36, 51-59.
- 松下 真由美 (2003). 軽度発達障害児をもつ母親の障害受容過程についての研究. 応用社会学研究, 13, 27-52.
- 松浦 美晴・上地 玲子・岡本 響子・皆川 順・岩永 誠 (2019). 新人保育士のリアリティショックを引き起こす予想と現実のギャップの抽出ーカテゴリーと分類軸ー 保育学研究, 57, 79-89.
- 松浦 美晴・上地 玲子・岡本 響子・皆川 順・岩永 誠 (2020). 保育士リアリティショック尺度の作成 保育学研究, 58, 143-154.
- 道原 里奈・岩元 澄子 (2016). 発達障害児をもつ母親の抑うつに関連する要因の研究 : 子どもと母親の属性とソーシャルサポートに着目して 久留米大学心理学研究紀要, 11, 74-84.
- Midence, K., O' Neill, M. (1999). The Experience of Parents in the Diagnosis of Autism A Pilot Study. *Autism*, 3(3), 273-285 .
<https://doi.org/10.1177/1362361399003003005>
- Mikolajczak, M. (2019). Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter?. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319-1329.
<https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- 宮坂 靖子 (2000). 育児不安と育児ネットワークー「公園づきあい」の視点からー 家族研究論叢, 6, 55-76.
- 水上 美樹 (2021). Down 症候群の子どもの咀嚼機能の獲得を目指すには 日本障害者歯科学会雑誌, 42(1), 1-6.

- 望月 由妃子・田中 笑子・篠原 亮次・杉澤 悠圭・富崎 悦子・渡辺 多恵子・徳竹 健太郎・松本 美佐子・杉田 千尋・安梅 勅江 (2014). 養育者の育児不安および育児環境と虐待との関連 保育園における研究 日本公衆衛生雑誌, 61(6),263-274.
- 文部科学省 中央教育審議会 > 初等中等教育分科会 > 資料 3 - 3 障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見） > 第 4 日本の障害者施策の経緯 Retrieved May 28, 2024, from https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/attach/1295934.htm
- 森近 利寿 (2023). 通所障害児施設に母子通園する母親の育児に関する意識 質問紙から育児意識の構造化及び支援体制についての母親たちの教示 人間福祉学会誌, 22(2), 49-59.
- MSD (家庭版) マニュアル (2021). ダウン症候群 (21 トリソミー) Retrieved May 28, 2024, from <https://www.msmanuals.com/ja-jp/home/23-%E5%B0%8F%E5%85%90%E3%81%AE%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%B8%8A%E3%81%AE%E5%95%8F%E9%A1%8C/%E6%9F%93%E8%89%B2%E4%BD%93%E7%95%B0%E5%B8%B8%E3%81%A8%E9%81%BA%E4%BC%9D%E5%AD%90%E7%95%B0%E5%B8%B8/%E3%83%80%E3%82%A6%E3%83%B3%E7%97%87%E5%80%99%E7%BE%A4-21%E3%83%88%E3%83%AA%E3%82%BD%E3%83%9F%E3%83%BC>
- 長嶋 聖子 (2008). ダウン症乳児の母親が期待する父親の役割 日本地域看護学会誌, 11(1), 68-75.
- 長崎 勤 (1994). 健常乳幼児とダウン症乳幼児の要求場面における前言語的伝達行為の縦断的検討 音声言語医学 35, 331-337.
- 内閣府 (2024). 令和 5 年版 障害者白書 Retrieved May 28, 2024, from <https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r05hakusho/zenbun/indexpdf.html>
- 内閣府男女共同参画局 (2020).男女共同参画白書 令和 2 年版 Retrieved May 28, 2024, from https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r02/zentai/index.html
- 中垣 紀子・間定 尚子・山田 裕子・石黒 士雄 (2009). ダウン症児を受容する母親に関する調査 (1)日本赤十字豊田看護大学紀要, 4(1), 15-19.
- 中田 洋二郎 (1995). 親の障害の認識と受容に関する考察-受容の段階説と慢性的悲哀 早稲田心理学年報, 27, 83-92.
- 中下 富子・宮崎 有紀子・上原 美子・大野 絢子・鎌田 尚子 (2012). 知的障害児の家族のストレスとニーズ,ソーシャルサポートとその関連性 : 知的障

- 害特別支援学校児童生徒の家族への質問紙調査に基づいて 日本地域看護学会誌, 14(2), 101-112.
- NHK クローズアップ現代 (2021) Retrieved May 28, 2024, from <https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4515/>
- 日本ダウン症学会 ダウン症候群のある患者の移行医療支援ガイド Retrieved May 28, 2024, from <https://japandownsyndromeassociation.org/wp-content/uploads/2021/04/jdsa-transition-healthcare-guide.pdf>
- 西平 朋子・玉城 清 (2014). ダウン症の子をもつ母親が子どもを受け入れていくプロセス: ダウン症児の親になることの受容 沖縄県立看護大学紀要, 15, 67-75.
- 野中 歩・竹辺 千恵美・藤村 良子・平野 洋子・武田 康男 (1998). ダウン症候群児の哺乳と摂食に関する研究 第1報 離乳期の栄養指導と母親へのアンケート調査結果について 小児歯科学雑誌, 36(5), 751-757.
- 大原 美知子・妹尾 栄一 (2004). 学童期の子をもつ母親の虐待行動とその要因 社会福祉学, 45(1), 46-55.
- 岡本 響子・岩永 誠 (2015). 新人看護師のリアリティショック尺度の開発 インターナショナル nursing care research, 14, 1-10.
- 尾野 明未・茂木 俊彦 (2012). 障害児をもつ母親の子育てストレスへの対処とソーシャル・サポートについて—多母集団同時分析による健常児との比較検討— ストレス科学研究, 27, 23-31.
- 大日向 雅美 (2015). 増補 母性愛神話の罫 日本評論社.
- 大久保 明子・北村 千章・山田 真衣・郷 更織・高橋 祥子 (2016). 医療的ケアが必要な在宅療養児を育てる母親が体験した困りごとへの対応の構造 日本看護学会誌, 25(1), 8-14.
- 大野 貴子 (2009). 子ども虐待と社会的養護—子どもの権利の視点から— 障害児と虐待 (解説) 小児の精神と神経, 49(1), 33-36.
- 太田 麻美子・小原 愛子・権 偕珍 (2020). ダウン症児者に対する肥満指導の現状と教育的課題に関する考察—知的障害の生理・病理の観点から— Journal of Inclusive Education, 8, 40-55.
- 坂井 律子 (2013). いのちを選ぶ社会—出生前診断のいま— NHK 出版.
- 佐々木 愛子 (2019). 特集 Down 症候群の医療管理—その他— Down 症候群の新型出生前検査 (NIPT) 小児内科, 51(6), 897-901.
- 政府広報オンライン (2024). 不当な寄附勧誘行為は禁止! 霊感商法等の悪質な勧誘による寄附や契約は取り消せます Retrieved May 28, 2024, from <https://www.gov-online.go.jp/useful/article/202303/1.html#:~:text>

- =%E3%81%95%E3%82%8C%E3%81%9F%E3%81%AE%EF%BC%9F-,%E4%B
B%A4%E5%92%8C4%E5%B9%B4%EF%BC%882022%E5%B9%B4%EF%BC%
89%E6%9C%AB%E3%81%AE%E8%87%A8%E6%99%82%E5%9B%BD%E4%
BC%9A,%E4%BF%9D%E8%AD%B7%E3%82%92%E5%9B%B3%E3%82%8B%
E3%82%82%E3%81%AE%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82
- 関 維子 (2010). ダウン症の子どもを持つ母親の「障害をめぐる揺らぎ」のプロ
セス—障害のある子どもを持つ母親の主観的経験に関する研究— 社会福
祉, 51, 67-87.
- 清水 嘉子・西田 公昭 (2000). 育児ストレス構造の研究 日本看護研究学会雑
誌, 23(5),55-67.
- 速水 恵美・千々岩 友子 (2017). 学齢期の発達障害児をもつ母親の推論の誤り
と抑うつおよび養育態度の関連 日本看護科学会誌, 37, 288-297.
- 篠原 理恵・大月 恵理子 (2023). 母親の『わが子がダウン症であることの受容』
の概念分析 日本母性看護学会誌, 23(2), 1-8.
- 白石 京子 (2018). 乳幼児をもつ母親のストレス反応に影響を与える要因の研
究 : 乳幼児発達の相談支援 文教大学生生活科学研究紀要, 40, 55-63.
- 紫藤 恵美・松田 修 (2010). 知的障害児の母親の将来不安に関する研究 東京
学芸大学紀要 総合教育科学系, 61(1), 205-212.
- 障がい児及び医療的ケア児を育てる親の会 (2022). 障害児疾患児育児と仕事の
両立に関するアンケート調査結果報告書 (概要版) Retrieved May 28, 2024,
from <https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/001074712.pdf>
- Skotko, G. Brian, Leveine P. Susan, Macklin, A. Eric, Goldstein D. Richard (2015).
Family perspectives about Down syndrome. *American Journal of Medical
Genetics*. 170 (4), 930-941.
- Skotko G. Brian, Leveine P. Susan, Goldstein D. Richard (2011) Self-perceptions
from People with Down Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*. 155
(10), 2360-2369.
- 杉原 真晃 (2012). 新人教員の苦悩に対して教員養成には何ができるか : リア
リティ・ショックを想定した教員養成のあり方 山形大学大学院教育実践研
究科年報, 3, 40-50.
- 杉山 登志郎・高橋 脩・石井 卓 (1996). 自閉症の就労を巡る臨床的研究 児
童青年精神医学とその近接領域, 37, 241-253.
- Sullivan PM, Knutson JF. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based
epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273.

- 鈴木 伸一・嶋田 洋徳・三浦 正江・片柳 弘司・右馬埜 力也・坂野 雄二 (1997). 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討 行動医学研究, 4(1), 22-29.
- 田淵 紫織・松本 千聖 (2021). 出生前検査が身近な存在に 受ける？受けない？様々な視点から 朝日新聞デジタル, October 3. Retrieved May 28, 2024, from <https://www.asahi.com/articles/ASPB262L3P9PDIFI006.html>
- 高橋 智子・青木 多寿子 (2010). 児童期からの適応感を測定できる 生活充実感尺度の開発 広島大学大学院教育学研究科紀要 第一部, 59, 69-77.
- 竹之下 慎太郎, 上地 玲子, 桑野 良三, 井上 友和, 黒住 卓, 檜原 幸二, 末光 茂, 西川 直人, 林 聡, 寺田 整司, 高木 学 (2023). ダウン症のある人に生じた急激な生活機能変化の調査. 日本発達障害学会第 58 回研究大会発表論文集, 130.
- 田杭 櫻子・川戸 仁・向井 美恵 (2010). 乳幼児反復性喘鳴の改善に対し摂食・嚥下リハビリテーションが有効と思われた 4 例 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 14(2), 162-171.
- 玉井 邦夫 (2015). ダウン症のこどもたちを正しく見守りながらサポートしよう! 日東書院本社.
- 玉井 浩 (2018). 教育・福祉と連携したダウン症総合診療の構築を目指して 脳と発達, 50(2), 98-103.
- 玉井 浩 (2021). ダウン症候群 Medical Note Retrieved May 28, 2024, from <https://medicalnote.jp/diseases/%E3%83%80%E3%82%A6%E3%83%B3%E7%97%87%E5%80%99%E7%BE%A4>
- 玉井 真理子 (2002). 障害児の親になっていくこと 心の科学, 62-66.
- 田中 千穂子・丹羽 淑子 (1990). ダウン症児に対する母親の受容過程 心理臨床学研究, 7, 68-79.
- 田中 正博 (1996). 障害児を育てる母親のストレスと家族機能 特殊教育学研究, 34(3), 23-32.
- 田中 弓子 (2012). 働く母親が子育てと仕事の両立の上で抱える問題 高松大学・高松短期大学研究紀要, 56・57, 283-298.
- 田中 るみこ (2019). 育児ストレスを抱える母親への子育て支援の取り組み 中村学園大学・中村学園大学短期大学部研究紀要, 51, 147-153.
- 谷本 公重・山下 美弥・佐々 木睦子・池内 和代・横田 妙子・松本 かおり・森本 典子・城下 利香・猪下 光・尾形 美智子 (2003). 幼児をもつ母親の育児不安と対処行動 香川医科大学看護学雑誌, 1, 65-72.

- 手島 聖子・原口 雅浩 (2004). 育児不安の構造. 久留米大学心理学研究, 3, 83-88.
- 坪田 明子・礪山 あけみ (2021). 第1子に染色体疾患のある児の親が第2子妊娠中に出生前検査を検討するにあたり巡らせた思い 日本遺伝看護学会誌, 19(2), 43-53.
- 渡部 奈緒・岩永 竜一郎・鷲田 孝保 (2002). 発達障害幼児の母親の育児ストレスおよび疲労感. 小児保健研究, 61(4), 553-560.
- Wellesley D., Dolk H, Boyd A. P., Greenlees R., Haeusler M., Nelen V., Garne E., Khoshnood B., Doray B., Rissmann A., Mullaney C., Calzolari E., Bakker M., Salvador J., Addor M., Draper E., Rankin J., Tucker D.(2012). Rare chromosome abnormalities, prevalence and prenatal diagnosis rates from population-based congenital anomaly registers in Europe, *European Journal of Human Genetics*, 20, 521-526.
- 矢部 和美 (2005). 先天性疾患を持つ子どもの母親における育児上の困難とその関連要因 日本小児看護学会誌, 14(1), 8-15.
- 山口 咲奈枝・遠藤 由美子 (2009). 低体重児をもつ母親と成熟児をもつ母親の育児不安の比較. 母性衛生, 50(2), 318-324.
- 山根 隆宏 (2012). 高機能広汎性発達障害児・者をもつ母親における子どもの障害の意味づけ : 人生への意味づけと障害の捉え方との関連 発達心理学研究, 23(2), 145-157.
- 山根 隆宏 (2013). 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 心理学研究, 83(6), 556-565.
- 山根 隆宏 (2021). 自閉症スペクトラム障害児をもつ親におけるインターネット利用と心理的ストレスの関連 自閉症スペクトラム研究, 19(1), 5-12.
- 八代 英太 (1997). 特集／これからの障害者運動 これからの障害者運動に一言 人間の尊厳を求める運動の展開 月刊「ノーマライゼーション 障害者の福祉」10月号, 17, 22-23.
- 八藤後 忠夫・水谷 徹 (2005). 障害者の生存権と優生思想—障害児教育への示唆と展望— 文教大学教育学部紀要, 39, 79-86.
- 横山 由美 (2004). ダウン症候群の子どもをもつ母親が前向きに育児・療育に取り組めるようになる要因と援助 聖路加看護大学紀要, 30, 39-47.
- 吉田 明莉・跡上 富美・中村 康香・吉沢 豊予子 (2017). 無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) 受検者が妊娠中に抱く思い 東北大学医学部保健学科紀要, 26(1), 47-56.

Appendix

- Appendix 1 研究 2 で使用した WEB 調査項目
- Appendix 2 研究 4 で使用した WEB 調査項目
- Appendix 3 第 6 章（研究 5）の「子どもの問題」年齢階層別の相関表
- Appendix 4 第 6 章（研究 5）の「母親の問題」年齢階層別の相関表
- Appendix 5 第 6 章（研究 5）の「家族の支援」年齢階層別の相関表
- Appendix 6 第 6 章（研究 5）の「周囲からの支援」年齢階層別の相関表

Appendix 1 研究2 で使用した WEB 調査項目

【フェイスシート】

1. メールアドレス

2. アンケートについての説明を理解し回答することに同意します。

同意後も回答の中止をすることが可能です。その場合、不利益はありません。

同意します

3. あなた自身について

3-1. あなたの年齢 1つだけマークしてください。

以下から選択

10代・20代・30代・40代・50代・60代以上

3-2. あなたの現在の居住地

以下から選択

北海道・青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県・茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・新潟県・富山県・石川県・福井県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県・鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・香川県・愛媛県・高知県・福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県

4. ダウン症のあるお子様について

4-1. お子様の性別

1つだけマークしてください。

男・女

4-2. お子様の年齢（学齢期の方は学年も）をご記入ください

4-3. 4歳ごろまでの合併症をご記入ください

ないかたは「なし」とご記入ください。

4-4. 4歳ごろまでの合併症をご記入ください

ないかたは「なし」とご記入ください。

4-5. 4歳ごろまでに所持していた療育手帳

1つだけマークしてください。

軽度・中度・重度・最重度・未取得

4-6. 4歳ごろまでに所持していた身体障害者手帳

1つだけマークしてください。

1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級・未取得

【使用尺度】

育児不安尺度

教示文：あなたの子育てに対する感じ方についてお尋ねします。下記の項目についてどの程度あてはまりますか。お子様が4歳ごろまでの時期についてご回答ください。

「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」までの4段階で評価して、あてはまる箇所にマークをつけてください。

1. 育児についていろいろ心配なことがある
2. 母としての能力に自信がない
3. 子どもを虐待しているのではないかと思うことがある
4. 子どもと一緒にいるとき、心がなごむ
5. 自分の時間がない
6. 子どもの発育・発達が気にかかる
7. 何となく育児に自信が持てない
8. 子どもといっしょにいると楽しい
9. 1人になれる時間がない
10. 子どもを育てることが負担に感じる
11. 子育てに失敗するのではないかと思うことがある
12. 子どもをわずらわしいと思うことがある
13. 自分のペースが乱れる
14. この先どう育てたらいいのか分からない
15. よその子どもと比べて、落ち込んだり、自信をなくしたりすることがある
16. 子どもを生まなければよかったと思う
17. 子どものために仕事や趣味を制約される
18. 育児意欲がない
19. どうしついたらよいか分からない
20. 子どもを憎らしいと思うことがある
21. 毎日同じことの繰り返しをしている
22. 家事を全てする時間がない

回答カテゴリ

1. 全くあてはまらない
2. 少しあてはまる

3. かなりあてはまる
4. 非常にあてはまる

発達障害児・者をもつ親のストレス尺度（経験）

教示文：経験と嫌悪についてお尋ねします。

お子様が4歳ごろ（4歳未満の方は現在）までのころを思い出して、下記の項目の出来事を、どのくらい経験したのかをご回答ください。

回答カテゴリー

1. 子どもの気持ちの変化についていけないことがあった
2. 子どもが何を思っているのかがよくわからなかった
3. 子どもの行動の意味がよくわからないことがあった
4. 子どもの要求や望んでいることを理解するのが難しかった
5. 子どもが興奮して手がつけられないことがあった
6. 子どもが問題を起こしたときにどうしてあげればいいのかわからなかった
7. 子どもが大人になったときに、独り立ちできないのではないかと考えた
8. 親がいなくなったあとの子どものことについて心配になる
9. 将来、子どもが社会の中で周囲に合わせてやっていけるのだろうかと考えた
- 10.この先、子どもを理解してくれる場所があるのかと心配になる
- 11.子どもが今後どのように成長していくのか想像できないことがあった
- 12.子どもの不思議な行動を見て、周囲の人からしつけや教育をしていないと思われた
- 13.子どもの障害を説明しても、周囲の人から親が言い訳をしていると思われた
- 14.祖父母に子どもの障害を理解してもらうことが難しかった
- 15.園や学校の先生は、子どもの障害に対する理解が足りないと感じた
- 16.子どものいいところに目を向けたいが、できないことばかり目についた
- 17.できないことは頭でわかっているが、ついつい子どもを怒ってしまった

18.子どもに対して、あれはできるのに、なぜこれはできないのだろうと思った

回答カテゴリー

1. 全くなかった
2. たまにあった
3. あった
4. よくあった

お子様が4歳ごろ（4歳未満の方は現在）までのころを思い出して、下記の項目の出来事でどのくらい嫌だと感じたのかをご回答ください。

1. 子どもの気持ちの変化についていけないことがあった
2. 子どもが何を思っているのかがよくわからなかった
3. 子どもの行動の意味がよくわからないことがあった
4. 子どもの要求や望んでいることを理解するのが難しかった
5. 子どもが興奮して手がつけられないことがあった
6. 子どもが問題を起こしたときにどうしてあげればいいのかわからなかった
7. 子どもが大人になったときに、独り立ちできないのではないかと考えた
8. 親がいなくなったあとの子どものことについて心配になる
9. 将来、子どもが社会の中で周囲に合わせてやっていけるのだろうかと考えた
- 10.この先、子どもを理解してくれる場所があるのかと心配になる
- 11.子どもが今後どのように成長していくのか想像できないことがあった
- 12.子どもの不思議な行動を見て、周囲の人からしつけや教育をしていないと思われた
- 13.子どもの障害を説明しても、周囲の人から親が言い訳をしていると思われた
- 14.祖父母に子どもの障害を理解してもらうことが難しかった
- 15.園や学校の先生は、子どもの障害に対する理解が足りないと感じた
- 16.子どものいいところに目を向けたいが、できないことばかり目についた

17.できないことは頭でわかっているが、ついつい子どもを怒ってしまった

18.子どもに対して、あれはできるのに、なぜこれはできないのだろうと思った

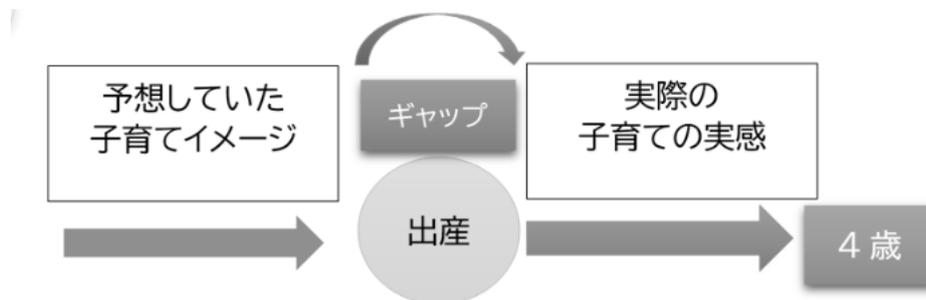
回答カテゴリー

1. 全くいやではなかった
2. 少しいやであった
3. いやだった
4. 非常にいやだった

RSMD

教示文：産前に予想していた子育てイメージと出産後の実際の子育ての実感との違い（ギャップ）についてお尋ねします。出産前に比べて、生まれてから4歳までの間に以下の内容についてどの程度気になりましたか。あてはまるところを選択してください。

ギャップイメージ図（この図を提示して説明を行った）



1. 運動発達の遅れがある
2. 心臓疾患などの合併症がある
3. 筋緊張低下の問題がある
4. 言葉の発達の遅れがある
5. 意思の疎通ができるようになるのか不安であった
6. 強いこだわりがある
7. 多動・衝動性の問題がある
8. 自傷行為の問題がある
9. 直接母乳で育てたかったができなかった
10. 母乳（ミルク）の飲み方が悪くて体重が増えなかった
11. 離乳食がうまくすすまなかった

- 12.他のダウン症児と比べることがあった
- 13.睡眠時間が長いので心配になった
- 14.発達を促さないといけないとプレッシャーを感じていた
- 15.トイレトレーニングがうまくできなかった
- 16.我が子に対して申し訳ない気持ちになった
- 17.家族に対して申し訳ない気持ちになった
- 18.出生前検査を受けたかどうかについて、家族（周囲の人）から尋ねられた
- 19.障がいのある子を産んだことについて、その時は幸せな気持ちになれなかった
- 20.出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった
- 21.自分の人生で、障がいのある子が生まれるとは思っていなかった
- 22.我が子の障がいを受け入れなければいけないと思いつつも、受け入れることがしんどかった
- 23.赤ちゃんの誕生を楽しみにしていたのに、障がいがあることがわかって、ショックだった
- 24.我が子の顔を見るのがつらかった
- 25.親戚や友達などにどのように報告したらよいのか悩んだ
- 26.普通の子どもが集まる場所へ行きたくなかった
- 27.我が子の顔を覗き込まれて、ダウン症であることを知られるのが不安だった
- 28.ダウン症について、調べることが増えた
- 29.ダウン症に関する知識が増えると、安心した
- 30.ダウン症に関する知識が増えると、不安になった
- 31.家族が育児に協力的だった
- 32.家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた
- 33.夫は、我が子の障がいを受け止めていた
- 34.出産前に描いていた楽しい子育てイメージが、出産後に崩れた
- 35.出産後に「おめでとう」と言ってくれる言葉が少なく、「お気の毒に」という雰囲気があった
- 36.産後の入院生活が楽しみだったのに、他の妊婦と一緒にいたくなくなった
- 37.健常児の母親とは友達になれないと思った

- 38.社会の中で我が子と、どう生きていけばよいのかわからなくなった。
外出するのがつらかった
- 39.毎日の暮らしが今まで通りにできなくなる不安があった
- 40.親亡き後の子どもが心配になった
- 41.子どもが社会で生活していけるのか不安になった
- 42.可愛いと思った
- 43.体調管理が大変だった
- 44.親としての忍耐を試されているような気がした
- 45.障がいのある子が生まれた後、次の子どもを授かることについて不安があった
- 46.医療従事者から、子どものことについてショックになるようなことを言われた
- 47.専門医にかかることが増えた
- 48.療育に連れて行くとき、障がい児の母親と見られるのが辛かった
- 49.療育施設に連れて行かないといけないことが負担だった
- 50.ダウン症のある子どもを育てている家族と出会えて、うれしかった
- 51.療育に通うことで発達について知ることができた
- 52.ダウン症のある子どもを育てている先輩ママと話をすることで、不安が解消された
- 53.子どもとふれあう時間をたくさん作りたと思った
- 54.成長を感じるのがうれしかった

回答カテゴリー

1. 全く気にしない
2. あまり気にしない
3. 少し気にする
4. とても気にする

Appendix 2 研究4 で使用した WEB 調査項目

【フェイスシート】

1. メールアドレス

2. アンケートについての説明を理解し回答することに同意します。

同意後も回答の中止をすることが可能です。その場合、不利益はありません。

同意します

3. あなた自身について

3-1. あなたの年齢をご記入ください

半角数字，記入例：32歳→32

3-2. あなたの現在の居住地

北海道・青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県・茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・新潟県・富山県・石川県・福井県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県・鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・香川県・愛媛県・高知県・福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県

4. ダウン症のあるお子様について

4-1. お子様の性別

1 つだけマークしてください。

男・女・答えたくない

4-2. 年齢をご記入ください

半角数字，記入例：2歳→2

4-3. 合併症をご記入ください

ないかたは「なし」とご記入ください。

4-4. 療育手帳（愛の手帳）についてご記入ください

未取得・軽度・中度・重度・最重度

4-5. 身体障害者手帳

未取得・1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級

【使用尺度】

RSMD 短縮版

教示文：以下の項目を読んで、今のあなたの気持ちに当てはまる数字にチェックをしてください。

実際にダウン症のあるお子様を育てている中で、出産前に予想していた子育てイメージとの違い（ギャップ）をどの程度感じておられるのかについてお尋ねします。

- 1.社会の中で我が子と、どう生きていけばよいのかわからなくなった
- 2.成長を感じるのがうれしかった
- 3.言葉の発達の遅れがある
- 4.出産前は元気に育つイメージだったが、子どもに障がいがあると分かって将来のことが不安になった
- 5.家族がダウン症のある子どもに温かく接してくれた
- 6.子どもが社会で生活していけるのか不安になった
- 7.健常児の母親とは友達になれないと思った
- 8.子どもとふれあう時間をたくさん作りたいと思った
- 9.運動発達の遅れがある
- 10.赤ちゃんの誕生を楽しみにしていたのに、障がいがあることがわかって、ショックだった
- 11.夫は、我が子の障がいを受け止めていた
- 12.親亡き後の子どものことが心配になった
- 13.毎日の暮らしが今まで通りにできなくなる不安があった
- 14.ダウン症のある子どもを育てている先輩ママと話をすることで、不安が解消された
- 15.筋緊張低下の問題がある
- 16.障がいのある子を産んだことについて、その時は幸せな気持ちになれなかった
- 17.家族が育児に協力的だった
- 18.普通の子どもが集まる場所へ行きたくなかった
- 19.ダウン症のある子どもを育てている家族と出会えて、うれしかった
- 20.意思の疎通ができるようになるのか不安であった
- 21.自分の人生で、障がいのある子が生まれるとは思っていなかった
- 22.我が子の顔をのぞき込まれて、ダウン症であることを知られるのが不安だった
- 23.療育に通うことで発達について知ることができた。
- 24.発達を促さないといけないとプレッシャーを感じていた。
- 25.我が子の顔を見るのがつらかった

回答カテゴリー

1. 全く気にしない
2. あまり気にしない
3. 少しきにする
4. とても気にする

教示文:あなたの子育てに対する感じ方についてお尋ねします。下記の項目についてどの程度あてはまりますか。

規定要因に関する質問項目

- 1.ダウン症のある子どもの医療や療育の付添負担が大きいと感じる
- 2.自分の将来を楽しみにしている
- 3.夫は、母親の子育ての苦労にねぎらいの言葉をかけてくれる
- 4.ダウン症のある子どもが抱える医学的問題について説明が少ないと感じる
- 5.ダウン症のある子どもは病弱なので健康が心配である
- 6.自分の将来は、良いことが起こると思う
- 7.夫は、ダウン症のある子どものことに関する理解を深めようとしている
- 8.医療従事者の言動で傷つくことがある
- 9.ダウン症のある子どもが将来大きな病気にかからないか心配である
- 10.将来、幸せになれると思う
- 11.夫は、子守や買い物などの育児に協力をしてくれる
- 12.療育専門職の言動で傷つくことがある
- 13.知的な遅れによって、親子の愛着形成が難しいと感じる
- 14.何もかもが悪い方向にしか進まないだろうと思う
- 15.夫は、通院や療育の送迎を手伝ってくれる
- 16.療育専門職の指導はダウン症のある子どもの育児や理解を深めることの参考になる
- 17.知的な遅れによって、将来自立した社会生活ができないと思う
- 18.今後のことを考えると、悪いことばかりを考えてしまう
- 19.祖父母は、母親の子育ての苦労にねぎらいの言葉をかけてくれる。
- 20.同じ境遇の母親と交流することで心の支えになる
- 21.知的な遅れによって、他の子と同じような学びができないと思う
- 22.何をしても、うまくいかないことばかりを想像する

- 23.祖父母は、ダウン症のある子どものことに関する理解を深めようとして
くれている
- 24.同じ境遇の母親と交流することで孤独感が軽減される
- 25.知的な遅れによって、将来自立した社会生活ができないと思う
- 26.出産前に、障がい児に関する知識を持っていた
- 27.祖父母は、子守や買い物などの育児に協力をしてくれる
- 28.同じ境遇の母親の情報はとても参考になる
- 29.ダウン症のある我が子の顔を他者に見られたくないので、外出したくないと感じる
- 30.出産前に、障がい児への支援活動を行っていた
- 31.祖父母は、通院や療育の送迎を手伝ってくれる
- 32.友人知人と交流することで心の支えになる
- 33.ダウン症特有の低緊張によって、他者からダウン症であると知られたくない
- 34.寺、神社、教会などの宗教団体の教えに対する信仰心を持っている
- 35.友人知人と交流することで孤独感が軽減される
- 36.我が子は我が子なりに発達していると感じることがある
- 37.信仰心や信心を持っている
- 38.友人知人の情報はとても参考になる
- 39.我が子の発達で、小さな変化に気づけることに喜びを感じる
- 40.母親はどのような我が子であっても愛し慈しむべきだと思う
- 41.他者から、ダウン症に対する差別的な言動を受けたことがある
- 42.女性は五体満足で健康な子を産まなければならないと思う
- 43.他者から、我が子をジロジロ見られたことがある
- 44.我が子が障がいを持っていても受容するべきであると思う
- 45.他者から、我が子との接触を避けられたことがある

回答カテゴリー

1. 当てはまらない
2. やや当てはまらない
3. やや当てはまる
4. 当てはまる

反応に関する質問項目

1. 心配事がある
2. 毎日の疲れがとれない
3. 何をするのもめんどろだ
4. 生活がすごく楽しいと感じる
5. 将来のことが不安になる
6. 頭が重かったり頭痛がする
7. 悲しいと感じる
8. 自分のはびのびと生きていると感じる
9. 思い悩むことが多い
10. なかなか寝付けない
11. 急に泣き出すことがある
12. 精神的に楽な気分である
13. 夜中に、ふと目が覚める
14. 些細なことでも判断することができない
15. 自分の好きなことがやれていると感じる
16. 何となくイライラする
17. 生きていく価値がないと思う
18. 生活が充実している
19. 何となく気力がない
20. 満足感が持てない
21. ゆうつな気分になる
22. 心から楽しいと思えることがない

回答カテゴリー

1. 当てはまらない
2. やや当てはまらない
3. やや当てはまる
4. 当てはまる

RSMD と 0～4 歳「子どもの問題」各因子の相関および基礎統計量

	規定要因 「子どもの問題」													
	Mean	SD	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
①知的発達の遅れ	1.89	0.72	—											
②身体的発達の遅れ	1.72	0.37	.271**	—										
③健康悪化の可能性	2.37	0.62	.318**	.246**	—									
④現実に対する困惑感	1.62	0.80	.439**	.524**	.258**	—								
⑤子どもの発達上の問題	2.29	0.53	.402**	.162**	.289**	.430**	—							
⑥障がい児の出産に対するショック	2.34	0.79	.305**	.350**	.191**	.712**	.395**	—						
⑦将来の不安	2.60	0.59	.425**	.248**	.253**	.590**	.381**	.574**	—					
⑧前向きな気持ち	2.57	0.44	-.170**	-.051	.015	-.143*	.057	-.071	-.098	—				
⑨家族の理解	2.58	0.55	.033	-.006	-.008	.038	.054	.134*	.012	.236**	—			
⑩不安抑うつ	1.22	0.61	.432**	.418**	.343**	.528**	.285**	.350**	.488**	.249**	-.091	—		
⑪ストレス	1.18	0.74	.288**	.264**	.257**	.275**	.235**	.156**	.281**	-.262**	-.143*	.762**	—	
⑫満足感情	1.84	0.73	-.353**	-.389**	-.198**	-.364**	-.222**	-.231**	-.335**	.331**	.264**	-.687**	-.726**	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

RSMD と 5～8 歳「子どもの問題」各因子の相関および基礎統計量

	規定要因「子どもの問題」													
	Mean	SD	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
①知的発達の遅れ	1.82	0.75	—											
②身体的発達の遅れ	1.64	0.33	.124	—										
③健康悪化の可能性	2.07	0.70	.243**	.117	—									
④現実に対する困惑感	1.62	0.75	.374**	.405**	.155	—								
⑤子どもの発達上の問題	2.37	0.52	.403**	.202*	.444**	.453**	—							
⑥障がい児の出産に対するショック	2.35	0.75	.299**	.304**	.091	.676**	.372**	—						
⑦将来の不安	2.54	0.59	.458**	.218**	.251**	.549**	.372**	.502**	—					
⑧前向きな気持ち	2.61	0.40	-.156	.187*	.073	-.110	.084	-.025	-.015	—				
⑨家族の理解	2.49	0.58	-.031	.159*	-.043	.031	-.007	.094	-.130	.326**	—			
⑩不安抑うつ	1.17	0.60	.320**	.361**	.291**	.400**	.322**	.335**	.466**	-.211**	-.157	—		
⑪ストレス	1.23	0.74	.255**	.252**	.202*	.273**	.208*	.182*	.301**	-.232**	-.182*	.797**	—	
⑫満足感情	1.92	0.67	-.330**	-.193*	-.215**	-.294**	-.217**	-.166*	-.373**	.401**	.194*	-.726**	-.629**	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

RSMD と 9～12 歳「子どもの問題」各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	規定要因「子どもの問題」										反応				
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩					
① 知的発達の遅れ	1.87	0.82	—														
② 身体的発達の遅れ	1.61	0.30	.232**	—													
③ 健康悪化の可能性	2.05	0.70	.197**	.106	—												
④ 現実に対する困惑感	1.58	0.72	.274**	.421**	.074	—											
⑤ 子どもの発達上の問題	2.34	0.52	.295**	.241**	.262**	.442**	—										
⑥ 障がい児の出産に対するショック	2.37	0.76	.272**	.303**	.135	.688**	.502**	—									
⑦ 将来の不安	2.54	0.59	.380**	.224**	.371**	.453**	.446**	.475**	—								
⑧ 前向きな気持ち	2.62	0.40	-.165*	.015	.061	-.108	.021	.033	.011	—							
⑨ 家族の理解	2.43	0.63	-.042	.084	.028	.054	.117	.242**	.084	.435**	—						
⑩ 不安抑うつ	1.10	0.61	.456**	.347**	.234**	.323**	.278**	.148	.341**	-.240**	-.210**	—					
⑪ ストレス	1.11	0.71	.352**	.220**	.157*	.179*	.133	-.022	.177*	-.226**	-.247**	.802**	—				
⑫ 満足感情	1.97	0.68	-.342**	-.235**	-.155*	-.252**	-.208**	-.049	-.200**	.364**	.340**	-.749**	-.719**	—			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Appendix 4 第6章（研究5）の「母親の問題」年齢階層別の相関表

RSMD と 0～4 歳「母親の問題」各因子の相関および基礎統計量

	規定要因「母親の問題」													
	Mean	SD	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
規定問題	1.38	0.31	—											
親要	0.40	0.77	.073	—										
の因	1.82	0.86	.093	.161**	—									
①楽観的展望	1.62	0.80	.103	-.105	-.284**	—								
⑤子どもの発達上の問題	2.29	0.53	-.037	.060	-.087	.430**	—							
⑥障がい児の出産に対するショック	2.34	0.79	.037	-.124*	-.267**	.712**	.395**	—						
⑦将来の不安	2.60	0.59	-.014	-.133*	-.243**	.590**	.381**	.574**	—					
⑧前向きな気持ち	2.57	0.44	.100	.043	.275**	-.143*	.057	-.071	-.098	—				
⑨家族の理解	2.58	0.55	.147*	.056	.087	.038	.054	.134*	.012	.236**	—			
⑩不安抑うつ	1.22	0.61	.182**	-.075	-.241**	.528**	.285**	.350**	.438**	-.249**	-.091	—		
⑪ストレス	1.18	0.74	.058	.082	-.189**	.275**	.235**	.156**	.281**	-.262**	-.143*	.762**	—	
⑫満足感情	1.84	0.73	.135*	.081	.233**	-.364**	-.222**	-.231**	-.335**	.331**	.264**	-.687**	-.726**	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

RSMD と 5～8 歳「母親の問題」各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	RSMD															
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫				
規定問題	1.35	0.36	—															
母親要	0.48	0.82	.032	—														
①の因	2.00	0.80	.104	.102	—													
④現実に対する困惑感	1.62	0.75	.126	-.158	-.198*	—												
⑤子どもの発達上の問題	2.37	0.52	.052	-.003	-.036	.453**	—											
⑥障がい児の出産に 対するショック	2.35	0.75	.046	-.149	-.077	.676**	.372**	—										
⑦将来の不安	2.54	0.59	.077	-.045	.052	.549**	.372**	.502**	—									
⑧前向きな気持ち	2.61	0.40	.200*	-.001	.304**	-.110	.084	-.025	-.015	—								
⑨家族の理解	2.49	0.58	.130	-.159*	.026	.031	-.007	.094	-.130	.326**	—							
⑩不安抑うつ	1.17	0.60	.146	-.012	-.092	.400**	.322**	.335**	.466**	-.211**	-.157	—						
⑪ストレス	1.23	0.74	.096	.080	-.088	.273**	.208*	.182*	.301**	-.232**	-.182*	.797**	—					
⑫満足感情	1.92	0.67	.173*	.052	.194*	-.294**	-.217**	-.166*	-.373**	.401**	.194*	-.726**	-.629**	—				

* $p < .05$, ** $p < .01$

RSMD と 9～12 歳「家族の支援」各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	規定要因 「家族の支援」																		
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪								
支援の家族	1.86	0.91	—																		
① 夫の育児支援	1.98	0.78	.272**	—																	
② 祖父母からのサポート	1.58	0.72	.095	.014	—																
③ 現実に対する困惑感	2.34	0.52	-.018	-.061	.442**	—															
④ 子どもの発達上の問題	2.37	0.76	.175*	.045	.688**	.502**	—														
⑤ 障がい児の出産に対するシヨック	2.54	0.59	-.001	-.046	.453**	.446**	.475**	—													
⑥ 将来の不安	2.62	0.40	.223**	.338**	-.108	.021	.033	.011	—												
⑦ 前向きな気持ち	2.43	0.63	.567**	.411**	.054	.117	.242**	.084	.435**	—											
⑧ 家族の理解	1.10	0.61	-.287**	-.161*	.323**	.278**	.148	.341**	-.240**	-.210**	—										
⑨ 不安抑うつ	1.11	0.71	-.261**	-.177*	.179*	.133	-.022	.177*	-.226**	-.247**	.802**	—									
⑩ ストレス	1.97	0.68	.355**	.298**	-.252**	-.208**	-.049	-.200**	.364**	.340**	-.749**	-.719**	—								
⑪ 満足感情																					

* $p < .05$, ** $p < .01$

RSMD と 5～8 歳「周囲からの支援」各因子の相関および基礎統計量

	RSMD													
	Mean	SD	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
「周囲からの支援」の														
①友人知人との交流	2.44	0.61	—											
②ピアサポート	2.60	0.55	.339*	—										
③差別的な扱いによる傷つき	1.30	0.64	-.098	.068	—									
④現実に対する困惑感	1.62	0.75	-.142	.027	.309**	—								
⑤子どもが発達上の問題	2.37	0.52	.166*	.142	.247**	.453**	—							
⑥障がい児の出産に対するショック	2.35	0.75	-.008	.076	.078	.676**	.372**	—						
⑦将来の不安	2.54	0.59	-.059	.008	.227**	.549**	.372**	.502**	—					
⑧前向きな気持ち	2.61	0.40	.368**	.456**	-.053	-.110	.084	-.025	-.015	—				
⑨家族の理解	2.49	0.58	.135	.142	-.082	.031	-.007	.094	-.130	.326**	—			
⑩不安抑うつ	1.17	0.60	-.054	.000	.371**	.400**	.322**	.335**	.466**	-.211**	-.157	—		
⑪ストレス	1.23	0.74	-.060	-.046	.314**	.273**	.208*	.182*	.301**	-.232**	-.182*	.797**	—	
⑫満足感情	1.92	0.67	.290**	.168*	-.337**	-.294**	-.217**	-.166*	-.373**	.401**	.194*	-.726**	-.629**	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

RSMD と 9～12 「周囲からの支援」各因子の相関および基礎統計量

	Mean	SD	RSMD																	
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫						
「規定 周囲 支援」 から 因子 の																				
①友人知人との交流	2.50	0.64	—																	
②ピアサポート	2.66	0.57	.400**	—																
③差別的な扱いによる 傷つき	1.34	0.64	-.034	.093	—															
④現実に対する困惑感	1.58	0.72	-.198**	-.050	.214**	—														
⑤子どもの発達上の問題	2.34	0.52	-.120	-.045	.110	.442**	—													
⑥障がい児の出産に 対するショック	2.37	0.76	-.080	.039	.174*	.688**	.502**	—												
⑦将来の不安	2.54	0.59	-.091	-.007	.127	.453**	.446**	.475**	—											
⑧前向きな気持ち	2.62	0.40	.432**	.632**	.034	-.108	.021	.033	.011	—										
⑨家族の理解	2.43	0.63	.165*	.224**	-.044	.054	.117	.242**	.084	.435**	—									
⑩不安抑うつ	1.10	0.61	-.185*	-.087	.334**	.323**	.278**	.148	.341**	-.240**	-.210**	—								
⑪ストレス	1.11	0.71	-.128	-.098	.257**	.179*	.133	-.022	.177*	-.226**	-.247**	.802**	—							
⑫満足感情	1.97	0.68	.311**	.200**	-.163	-.252**	-.208**	-.049	-.200**	.364**	.340**	-.749**	-.719**	—						

* $p < .05$, ** $p < .01$

謝 辞

本論文を作成するにあたり、多くの方々からご助言をいただきましたこと心より感謝申し上げます。

質問紙調査の実施に際しまして、ご協力いただきました公益財団法人日本ダウン症協会の皆様には深く感謝申し上げます。そして、質問紙調査にご回答くださいましたダウン症のあるお子様を育てているお母様方にも、深く感謝申し上げます。

指導教員であり、博士論文主査である岩永誠先生には多大なるご指導をいただきました。統計学や論文記述に関する知識を丁寧にご教授いただきましたこと、深く感謝申し上げます。

坂田桐子先生と長坂格先生には、博士論文の副査をお引き受けいただき、多くのご指導を賜りました。データの分析方法や考察の内容についても丁寧なご助言によって明確化することができました。厚くお礼申し上げます。また、行動系の小川景子先生をはじめ、林光緒先生、小宮あすか先生、杉浦義典先生、吉本早苗先生に感謝申し上げます。

岩永研究室の皆様には心からお礼申し上げます。本研究の尺度作成をするための項目選定においてご協力いただき、研究内容にも細やかにご助言くださり、深く感謝申し上げます。修了された諸先輩方やゼミ生の方々には温かい励ましの言葉をいただき、私の心の支えとなりました。

ゼミに出席するために、学士会館や山中会館の宿泊に関して、行動系の事務職の方々に大変お世話になりました。

最後に、いつも笑顔で支えてくれるダウン症のある長女の華蓮、グローバルな活動で楽しませてくれる次女の恵蓮、そして家事や育児を応援してくれる夫や母、本当にありがとうございました。

多くの皆様のおかげで、博士論文の完成に至ることができましたことに心から感謝申し上げます。

令和6年9月

上地玲子