

小児気管支喘息児の母親に対するカウンセリングについて

—その必要性と期待される有用性の観点から—

吉田 三紀

1. 序

小児気管支喘息（以下、小児喘息と記す）は、今まで医学、看護学、心理学などさまざまな分野で研究がなされてきた。保護者（以下、まとめて母親と記す）のQOLに関する研究（例えば、渡辺ら, 2009; 沢田ら, 2001 など）、子どもの小児喘息が家族に及ぼす影響との関連性に関する研究（例えば、石井, 2008; 白崎, 2000 など）は、今までにいくつか見られる。特に、小児喘息は、発作により死亡する可能性もある疾患であり、親が自分の子どもについて病気にかかりやすい、あるいは死ぬかもしれないと過度に心配することが、子どもの心身の発達に悪影響を与えることが明らかにされている（Green & Solnit, 1964）。

そこで家族に対する支援の重要性が明らかにされてきた。例えば、岡田（2010）は、「患者や家族への心理的援助は、ストレスを軽減させて喘息に好影響を与えることが期待される」と述べており、加藤（2011）は「患児が心配なく療養を続けるために、家族が安定することは欠かせない。そのため、ケアの負担軽減やきょうだいや家族の支援、職場での配慮が望まれる」と述べている。しかし、具体的な支援に向けての方法については提案されておらず、明らかにされていない。

そして、三沢（2003）は、Winnicott, D. W.は誰でも“ほどよい母親”になれるが、そのためにはその母親を支える必要があると述べていることに触れた上で、「これまで子どもに起こる問題は、すべて母親の育て方のせいとされる傾向があったが、“母親を支える人”がいなければ、“ほどよい母親”にはなれず、その結果、“完璧主義の母親”になったり、逆に“放任主義の母親”になったりするなど、バランスを欠いた育児に陥ることもあり得る」と述べている。つまり、母親を支えるための支援も欠かせない。しかし、今までに小児喘息児（以下、患児と記す）へのカウンセリングに関する研究は散見される（平松, 1997; 太神, 1998; 三浦, 2002; 平竹, 2005; 岡田, 1998, 2005 など）が、母親に対する心理的支援についての研究はほとんど見られない。

小児喘息において、アドヒアランスの向上は治療効果を高める上で重要である（二村ら, 2008）とされているが、アドヒアランスの向上のためには、良好な医師患者関係が築かれることや母親の自己効力感が高いことなどが大切である（萬木ら, 2008）ことが示唆されている。ここで、小児喘息の継続した治療を行う上でアドヒアランスは重要な要因として取り上げられる。しかし、近藤（2010）は、「喘息患児の母親は生理的問題よりも、心理・社会的苦悩を多く抱えている。それは子どもが喘息であるために不安にさらされ、自信をなくし、周りの理解も得られず孤立するために起こる、自己効力感低下である」ことを指摘しているように、患児の母親はアドヒアランスが低下しやすい状況にさらされている。さらに、思春期を迎えた患児の多くは、小児喘息が軽快する一方で、難治化する場合もある時期であることに加えて、喘息管理の主導権が母親から患児へと移行するため、患

児自身のアドヒアランスの程度も重要になってくる。山田ら（2008）は、「健康行動は家族のなかで学習され、家族内のメンバーが健康上の問題をもった場合、家族ユニットの全体が影響を受け、家族は個人の健康に影響を及ぼし、また個人の健康や健康行動は家族に影響を及ぼすため、親や家族を含めた協働が重要である」としている。つまり、患児が小児喘息とともに成長していく上で、患児が幼少期の頃の母親や家族のアドヒアランスが、その後の患児のアドヒアランスの程度に影響を与える可能性も考えられるため、母親のアドヒアランスの向上は重要であると考えられる。診察場面での主治医や看護師などの医療従事者との会話や親の会、アレルギー教室の開催なども家族、特に母親に対する支援と考えられるが、患児の療養中の母親の不安や戸惑いや心の動きなどを1人1人じっくり聴くという心理的支援として、カウンセリングも母親に対する支援の1つと考えられる。ただし、ここで言うカウンセリングとは、患児に対する医学的な治療と並行して、患児の母親に対し、小児喘息を持つわが子を育てる上で生ずる可能性のある不安や悩みなどを心理臨床家が聴くという立場からサポートすることを目的として行われるものを指している。藤本ら（2012）は、母親が、外来での定期受診と患者教室の他にカウンセリングを積極的に利用することで、病気への理解を深める上に、母親の不安を和らげ、母親のアドヒアランスの向上につながることで、治療にも好影響を与えることを明らかにしている。しかし、実際に母親はカウンセリングの必要性を感じているのか、またどのような有用性を期待しているのだろうか。吉田（2003）は患児の母親のカウンセリングの希望の有無について調査し、77%がカウンセリングを希望しているものの、実際にはさまざまな理由によりカウンセリングを受けたことがないと報告している。さらに、吉田（2008）が具体的な悩みについて報告しているが、実際にカウンセリングの必要性や有用性の観点から検討したものは見られない。

そこで、本研究では、患児の母親に対する心理臨床家によるカウンセリングの必要性和それらの期待される有用性について検討することを目的とする。

2. 対象と方法

- （1）対象：2011年9月～2012年1月に、近畿圏内の小児科アレルギー専門外来に通院中の小児喘息と診断された1歳～15歳までの患児を育てる母親90名を対象とした（表1）。
- （2）方法：本研究内容・目的を記した文書と患児の母親のカウンセリングに対する必要性和有用性を知るために、筆者が作成した質問紙を配布し、回答を依頼した。なお、質問紙を配布する際、医療者側が考えるカウンセリングと母親がイメージするカウンセリングの定義を一致させるために、「子どもが小児喘息を持っていることについて、辛いことや苦しいと感じること、困っていること、家族や親しい人にはなかなか話せない気持ちなどについて、臨床心理士などの資格を持つ専門家に話を聴いてもらう場のことを指す」と本研究で用いるカウンセリングの定義について質問紙に記載した上で、「原則的に専門家が明確な解決策をすぐに提示する場ではない」こと、「母親が患児の疾患や子育てなどと向き合う作業を通じて自ら新しい理解や洞察にたどり着くために専門家である心理臨床家がお手伝いをする場である」という説明を付け加えた。回答後は、一緒に配布した回収用の封筒に入れ、封をして提出するよう求めた。

3. 結果

90 名に配布し、75 名から回答を得た（回収率 83%, 有効回答率 100%）。なお、分析対象の内訳と属性は、表 1 の通りであった。

（1）患児の母親に対するカウンセリングの必要性について

患児を育てる母親・家族にとって、心理臨床家にゆっくり話ができる場であるカウンセリングの必要性について尋ねたところ、72 名（96%）の母親が必要があると答え、3 名（4%）の母親が必要がないと答えた。

さらに、*Fisher* の確率検定を行ったところ、患児の重症度および性別、罹患年数のいずれにも有意差は見られなかったが、患児の就学前後では有意傾向が見られた（ $\chi^2=3.385$, $df=1$, $p<1.0$ ）（表 2）。

（2）患児の母親に対するカウンセリングの有用性について

カウンセリング体制があった場合、利用したいと思うかを尋ねたところ、49 名（65%）の母親が利用を希望していた（表 3）。*Mann-Whitney* の U 検定を行った結果、患児の年齢および性別、罹患年数、重症度、就学前後のいずれにも有意差は見られなかった。また、相談の内容については、「季節の変化目などの環境要因への不安について」が最も多く挙げられた。

今までカウンセリングを利用したことがあるかについて尋ねたところ、利用したことがある母親が 2 名（3%）だった。一方、利用したことがない母親が 73 名（97%）を占めていた。そこで、今までカウンセリングを利用しなかった理由について尋ねたところ、「どこへ行ったらいいかわからない」が 27 名（53.8%）で最も多くを占めていた（表 4）。

次に、院内外別カウンセリング体制について、図 1 に示した。まず、カウンセリング体制が院内にある場合、院内でのカウンセリングの利用希望について尋ねたところ、60 名（80%）の母親が利用を希望していた（表 5）。*Mann-Whitney* の U 検定を行った結果、重症度、患児の年齢および性別、罹患年数のいずれにおいても有意差は見られなかった。理由としては、「院内であれば、今までの経過が分かってもらえるため安心できる」という安心感や「通院時に利用できる」という気軽さが挙げられた。一方で、20%の母親は、「主治医の説明に満足している」という主治医との良好な関係性や「何をしてくれるのか分からない」という不信感がある理由で利用したくないと答えていた。

また、カウンセリング体制が院内にあっても院外のカウンセリングの利用希望について尋ねたところ、「院内の方が安心できる」という院内のカウンセリング体制への安心感が挙げられ、利用を希望しない母親が 50 名（69.4%）を占めた（表 6-1）。*Mann-Whitney* の U 検定を行った結果、重症度および罹患年数において有意差が見られた（表 6-2、表 6-3）。一方で、「病院や主治医に対する不満が院内だったら漏れるかもしれない」という不安感から 30.6%の母親が院内にカウンセリング体制があっても院外を利用したいと考えていた。

カウンセリング体制が院外にしかない場合の院外のカウンセリングの利用希望について、「治療に反映されるかわからない」「説明しなければならない事柄が多くなりそう」という不信感・不安感などの理由により、51 名（70.8%）の母親が利用を希望しなかった（表 7）。*Mann-Whitney* の U 検定を行った結果、重症度、年齢および性別、罹患年数のいずれにおいても有意差は見られなかった。その一方で、「少しでも話を聴いてもらいたい」という母親のしんどさから 29.2%の母親が院外でも利用したいと答えていた。

4. 考察

河合（1976）が、クライアントがカウンセリングに期待していることと、カウンセラーが狙いとしていることに食い違いがあることを指摘しているように、心理臨床家や医療従事者側のカウンセリングに対する狙いと、母親がカウンセリングに期待していることとの間にはズレが生じている場合もあると推測される。そこで、本稿で母親に対するカウンセリングの必要性和期待される有用性について検討する上で、この点についての議論が必要であろう。坂中（2005）は、「人はカウンセリングを基本的には安定・受容的な場と認識しているが、自分の悩みをカウンセラーによって取り除いてもらったり、解決してもらうことを期待している。しかし、カウンセラーがどのようにしてそうするかについては分からないので不信感も抱いている。また、実際のカウンセリングでは大切にしているクライアントの自発的・自己探求や相互理解、そのプロセス自体が成長であるといったことは理解していない」と述べている。つまり、母親はカウンセリング体制を利用することで、患児を育てる上で困っていること、辛いことや苦しいことを心理臨床家に取り除いてもらったり、解決してもらうことを期待している可能性がある。そこで、本研究を行うにあたって、この両者のカウンセリングに対する期待や狙いの方向性を出来る限り一致させることが必要である。そのため、本研究で用いるカウンセリングの定義を明確に示して、心理臨床家や医療従事者側のカウンセリングに対する狙いを母親に説明し、カウンセリングの方向性をできる限り一致させた。この点を踏まえた上で、カウンセリングの必要性和期待される有用性について検討する。

（1）患児の母親に対するカウンセリングの必要性について

患児の重症度や性別、罹患年数といった要因に有意差が見られなかったことから、母親の周囲や医療従事者から個別対応が必要であると判断される心的状態に陥った際にカウンセリングを利用するだけではなく、患児を育てる多くの母親は、患児の重症度や性別、罹患年数に関わらず、日常の患児の療養生活で不安に感じていることや傷ついたこと、戸惑いなど、母親が心理臨床家にゆっくり自分の気持ちを表現し、それを受け止めてもらえる場を気軽に利用できるカウンセリングが必要であると考えていることが明らかとなった。近藤（2010）が、「喘息患児を看護する母親は、他の家族や周囲の人の理解や支えを必要としている」と述べているように、支えを必要としている。母親の気持ちを配偶者や家族、医療従事者など身近な人に表現できることが大切である。そして、心理臨床家は母親の気持ちを受け入れるところから心理的援助が始まり、母親にとって支えの1つになる。つまり、患児の家族や母親は、もっと広く開かれた場としてのカウンセリングを求めており、患児の母親や家族に対するカウンセリングの必要性があると母親が考えていることが示唆された。

菅（2000）は、「子どもの病気は親（とくに母親）の自責感を呼び起こし、親が心理的に混乱するため、それが子どもの不安や恐怖をいっそうつのらせることになる」と述べ、さらに沢田らは（2001）は、「母親の身体的・精神的負担やストレスが母子関係の不安定を生じ、患児に及ぼす影響が大きいことは言うまでもない」と述べているように、子どもが喘息を持っていることで長期的に在宅療養をしながら、患児や兄弟姉妹の育児や家事など日常生活を送らなければならないため、母親の身体的負担だけではなく、不安などの精神的負担が大きいことは想像に難くない。ひいては、これらの負担が母子関係にも影響を与えることになる可能性があることも考えられる。

次に、唯一、患児の就学前後でカウンセリングの必要性に有意傾向が見られたことについては、

より幼ければ幼いほど喘息管理の主導権が母親にあり、患児の日常生活の多くを母親とともに過ごすことが多く、患児の成長に伴って、就学後の生活にも不安を抱きやすいため、母親にとってより身体的・精神的負担が大きくなることが関係しているためではないだろうか。大矢（2011）は、「食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、気管支喘息のようなアレルギー疾患は、未就学児の罹患率・有病率が高く、服薬の補助や環境・食事対策など治療を行う主体も保護者であることが多いため、本人だけでなく保護者のＱＯＬに配慮することも大切である」と述べていることから、未就学児の母親のＱＯＬが向上するための支援の１つとして、母親の不安などさまざまな気持ちを丁寧に聴くという、母親に対するカウンセリング体制の必要性があると母親が考えていることが明らかになった。

これらから、医療技術の進歩により小児喘息の治療ガイドラインも整備され、症状コントロールがつくようになって、患児が在宅療養を基本とした生活を送ることができるようになった現在、喘息症状だけに重点を置くのではなく、患児の母親やその家族にとって、患児の療養生活で生まれてくる不安や思いなどをゆっくり話し、気持ちを表現できる場が母親に提供され、また話を聴いて受容される体験をすることは、患児とその母親、家族が療養生活を送る上で必要であると母親が考えていることが示唆された。

（２）患児の母親に対するカウンセリングの有用性について

カウンセリングの利用については、65%の母親が利用したいと答えており、特に「季節の変わり目などの環境要因への不安」について話を聴いてもらうことを望んでいた。伊佐地ら（1997）によると、小児慢性疾患児の保護者の要望で最も多いのは、相談ができる人（窓口）がほしいということであると指摘しており、本研究の結果と重なる部分があった。西脇ら（2008）は、「小児喘息では約65%の母親は不安・心配がある」と報告しているが、本研究の結果から、不安・心配の中でも「環境要因への不安」は、母親にとって大きな不安・心配の種になっているのであろう。特に季節の変わり目には、風邪などが流行しやすく、また気圧の変動が激しいことで発作を誘発しやすい状況に患児がさらされるため、在宅療養の中で母親は常に患児の体調管理に気を配り、発作を予防しなければならず、常に緊張した状態を強いられる場合が多いためであろうと推測される。そして、カウンセリングの利用を希望しない母親は、主治医や周囲に何でも話せる人がいるという理由が挙げられた。配偶者をはじめとした母親の周囲の人々が母親にとって主要なソーシャル・サポートであり、ソーシャル・サポートを充分に得られていると母親が感じている場合、ストレスは軽減されることが明らかになっている（吉田, 2003）。つまり、カウンセリング体制の利用を希望していない母親は、ソーシャル・サポートからのサポートを充分に受けて満足していると感じており、ストレスがかなり軽減されており、ソーシャル・サポートの拡大を必要とせず望んでいない可能性が考えられる。

さらに、母親の97%はカウンセリングを利用したいと思いながらも、その多くは「どこに行ったらいいかわからない」（53.8%）ために、今までカウンセリングを利用したことがなかった。このことから、カウンセリングの活動や料金、申し込み方法などの広報が母親にまで十分になされておらず、行き渡っていないために、母親や家族にとってカウンセリングの場で話を聴いてもらい、さまざまな不安や心配を第三者である専門家に受け止めてもらいたいと思いつつも、実際は利用していない可能性が明らかとなった。これに加えて、臨床実践で筆者がよく耳にする母親の語りから推測

すると、①“母親が悪い”“育て方が悪いから喘息になった”と周囲からだけではなくカウンセラーからも責められるかもしれない、という不安からカウンセリングを受けることを避けている可能性、②“カウンセリング=こころの病を持った人が受ける特別なもの”だから、自分には関係がない、と思いつこんでいる可能性もあり、さらなる精神的・身体的消耗を防ぐためにカウンセリングの利用を躊躇している場合もあるかもしれない。立松ら(2007)は、「医療者は積極的な問題解決に向けた対処行動を取るように家族内での環境を整え、キーパーソンや家族員のそれぞれの役割行動・調整を行い、助言および指導・相談を行うことが大切な役割となってくる。しかし、家族は忍耐や気力の消耗から身を守っているため、医療者側に積極的に相談や援助を求めない可能性がある」と述べている。つまり、利用を希望しながら実際は利用していない母親にとって、自身の言葉で表現できる場が大切であり、心理臨床家は、①母親へカウンセリングに関する広報、②アレルギー教室などの患者教育を通して、カウンセリングに関する正しい知識を母親に伝えるなどの啓発活動、③診察の待ち時間を利用して母親への積極的な働きかけ、といった活動を通して、母親がカウンセリング体制の利用を希望する気持ちが高まった時、いつでも気軽に利用できるように環境を整えるなどの考慮することが求められている。特に、患児の母親は、具体的な情報を得つつ、情緒的サポートを望んでいるため(吉田, 2003)、アレルギー教室など患者教育などを通して具体的な情報とともに、母親自身の思いを表出し受け止めてもらえる場があることを伝えることが、カウンセリングを利用促進するきっかけとなるかもしれない。

また、多くの母親が院外よりも院内のカウンセリング体制の利用を希望していた。理由として、院内でのカウンセリングの方が患児の診察時に一緒に受けられるという気軽さに加えて、安心感や信頼感があることが挙げられた。ここで、結城ら(1999)は、10歳以下の子どもの母親らを対象にした診断告知時の思いについて調査した結果、6割以上が衝撃を受け、3割以上が発症を予期していたと報告しているが、本研究でも院内のカウンセリングの利用を希望している理由の1つとして、「最初すごくショックだったから」が挙げられた。診断告知時に多くの母親は、衝撃を受け、その気持ちを抱えたまま、長期の療養生活に入ることが推測される。そのため、これらの母親が“話を聴いてもらいたい”、“誰かにこの思いを受け止めてもらいたい”と思った時、早速利用でき、日頃から受診している医療機関で安心感と、信頼感を持っている院内のカウンセリングを希望している可能性が考えられる。ただ、院内でカウンセリングを利用することにより、病院や治療への不満が外に漏れて、主治医に伝わってしまうのではないかと、治療に何か悪影響を及ぼすのではないかと不安を抱いている母親や、院内・院外を問わずカウンセリングで話を聴いてもらいたいと思っている母親もあり、必ずしも院内のカウンセリング体制のみを希望しているとは限らない。そのため、院内だけではなく、院外のカウンセリングについての広報が必要な場合もある。Wassermanら(1984)は、病気の子どもの持つ母親に対する調査を行った結果、「医療者の支持的行動である激励・共感・安心させるなどが母親の満足度を高める」ということを明らかにした。さらに亀田(2012)は、「自らが『治療する』ことで症状をコントロールできている、と実感できる体験は、患者・家族の自己効力感と生活の質(Quality of Life; QOL)を向上させる」と述べている。つまり、母親に対して、院内・院外問わず、周囲との連携を取りつつ、守秘が保証され、共感や安心感を提供するカウンセリングは、母親の医療に対する満足度を高め、ひいては、アドヒアランスの向上など母親の治療への積極的な参加につながるのではないだろうか。このように、院内外を問わず、専門家である心理臨

床家に気持ちを表現し、受け止めてもらうことを希望している母親と話をすることは、ストレス緩和などの援助につながり、また多くの母親が希望しているということを考慮した上で、治療を進めていく必要がある。

5. まとめ

患児への治療を行うにあたり、幼ければ幼いほど、より母親や家族の治療場面への関与は大きくなる。本研究により、患児の治療において、多くの母親および家族がカウンセリングの必要性を感じており、またカウンセリングを気軽に利用し、不安などの母親自身の気持ちを心理臨床家に安心して表現できる場として利用できることを望んでいることが明らかになった。そして、母親が日常の療養生活の中で不安が生じた時など気軽に気持ちを表現できる場としてのカウンセリングをはじめとした支援によって母親の自己効力感を高めることで、アドヒアランスも向上し、ひいては患児の治療にも影響を与える可能性があることが示唆された。

亀田（2012）は「アレルギー疾患の臨床においては、患者・家族の理解の程度とともに、実際に治療を継続するにあたっての意欲や、治療に対する不安にも目を向ける必要があることが分かる。しかし、これらすべてに医師が対応することは困難であり、むしろ医師の特徴として不得手な場合もある。このような場合には、異なる職種のスタッフがそれぞれの専門・特徴を活かして患者・家族と接し、互いに情報交換を行いつつチームとして患者・家族にかかわることが望まれる」と述べている。院内カウンセリング体制は、①患児の診察時に一緒に受けられるという気軽さがあること、②院内の方が主治医と密に連携をしてもらえて、患児の病状をよく理解してもらえているという安心感や信頼感を持てる、といったメリットが考えられる。一方で、話したことが医師など他の医療従事者に漏れ伝わるかもしれない、また治療に何らかの悪影響が起こるかもしれない、という守秘に関する懸念を抱きやすくなることがデメリットとして挙げられる。カウンセリング、特に院内カウンセリング体制を充実させるためには、守秘を確実に保証すること、その上で連携をとることを伝え、示すことが重要であろう。つまり、心理臨床家は、母親とその家族に対するカウンセリングに関する広報やカウンセリングの提供とともに、患児と母親、その家族を取り巻いて治療に大きく関わっている医療従事者に対するコンサルテーションを含めて、医療従事者同士が連携できるような環境を整えるなどサポートする必要があると考えられる。健康児においても育児に対する支援が必要不可欠であるが、それ以上に慢性的な疾患を持つ母親に対する心理的支援を含めた社会的サービスなどの支援の整備と充実が重要であると考えられた。

今回は質問紙によるカウンセリングの必要性と期待される有用性についての調査から検討したが、今後、患児の母親の事例研究を通して、カウンセリングの有用性についてさらに検討を深めることが課題であろう。

〔付記〕本論文を執筆するにあたり快くご協力くださった第二岡本総合病院阪井先生、宇治武田総合病院藤本先生、西藤小児科こどもの呼吸器・アレルギークリニック西藤先生、京都南病院宮野前先生、公立山城病院辻井先生、患児・保護者の皆様に心より御礼申し上げます。なお、本研究は、小児難治喘息・アレルギー疾患学会第29回大会にて発表をしたものに加筆修正を加えたものである。

文献

- ・ 藤本雅之, 吉田三紀 2012 小児気管支喘息児保護者への心理カウンセリングについての意識調査
第49回日本小児アレルギー学会抄録集.
- ・ Green, M. & Solnit, A. J. 1964 *Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome*
Pediatrics 34 58-66.
- ・ 濱中喜代, 斉藤禮子, 佐々木純 1999 気管支喘息の乳幼児をもつ両親の子育てに関連した思いと認識
日本小児看護学会誌 8(2) 14-21.
- ・ 平松清志 1997 喘息児の箱庭療法 日本心理臨床学研究 14 (4) 467-478.
- ・ 平竹晋也 2005 気管支喘息児の心理的特徴 日本心理臨床学研究 23 (3) 379-384.
- ・ 石井真 2008 気管支喘息における乳幼児期の子どもと家族への援助—家族が抱える治療・管理や経過に
関する不安について— 小児看護 31 (10) 1352-1357.
- ・ 伊佐地真知子, 鈴木励子, 杉本敏子, 西口裕 1997 小児慢性特定疾患児および家族への支援をめざして
—ニーズ調査結果— 日本公衆衛生誌 44 (8) 586-591.
- ・ 亀田誠 2012 チーム医療で行う患者教育—アレルギーエデュケーターとの連携— 小児看護 35 (6)
727-733.
- ・ 加藤忠明 2011 小児慢性疾患一般からみて 小児保健研究 70 巻記念号 27-29.
- ・ 河合隼雄 1976 カウンセリングの実際問題 誠信書房.
- ・ 近藤邦 2010 気管支喘息の患児を持つ母親が抱える苦悩に関する考察 三育学院大学紀要 2(1)
111-118.
- ・ 萬木暁美, 成田雅美, 宮崎晃子, 吉田沙蘭, 佐塚京子, 堀向健太, 大石拓, 須田友子, 野村伊知郎, 中谷夏織,
二村昌樹, 渡辺博子, 森澤豊, 益子育代, 赤澤晃, 大矢幸弘 2008 小児喘息患者の養育者のアドヒアラン
スに影響する因子についての検討 アレルギー 57 (9・10) 1523.
- ・ 三浦有紀 2002 気管支喘息児への援助 日本心理臨床学研究 19 (6) 553-565.
- ・ 三沢直子 2003 母親へのカウンセリング 発達 24(94) 81-87.
- ・ 二村昌樹, 伊藤浩明, 成田雅美, 渡辺博子, 森澤豊, 益子育代, 赤澤晃, 大矢幸弘 2008 小児気管支喘息にお
ける養育者の疾患知識とアドヒアランスとの関係 アレルギー 57 (9・10) 1523.
- ・ 西脇美都穂, 小川徳子, 末廣豊 2008 外来における患児と家族を対象とした喘息教室の実践 小児看護
31 (10) 1371-1376.
- ・ 岡田正幸 1998 アレルギー児への心理的サポート 日本小児アレルギー学会誌 12(2) 159.
- ・ 岡田正幸 2005 重症難治気管支喘息児に対する園芸療法の心理面への影響 アレルギー 54(8・9)
1078.
- ・ 岡田正幸 2010 喘息患者・家族との関わり方の実際 小児保健研究 69 (2) 257-260.
- ・ 太田ひろみ, 大脇淳子, 橋本佳美, 石垣信男 2002 小児科外来に通院する慢性疾患患児をもつ保護者の医
師および病院に対する満足度と継続受診意思に及ぼす要因の検討 杏林医学会雑誌 33 (1) 33-42.
- ・ 大矢幸弘 2011 小児アレルギー疾患のQOL アレルギー 60 (3・4) 302.
- ・ 坂中正義 2005 カウンセリングはどのように理解されているか?—心理臨床家との比較から— 福岡
教育大学紀要 54 第4分冊 123-131.
- ・ 沢田正子, 鷺北麻美, 笠島明美, 奥原久美子, 二谷玲子, 小泉亜紀子, 坂本文枝 2001 気管支喘息患児を持

吉田：小児気管支喘息児の母親に対するカウンセリングについて

- つ母親のQOL－家族関係及び母親の心理との関係－ 日本看護学会論文集 小児看護 32 22－24.
- ・白崎けい子 2000 難病の子どもをもつ家族の心理 岡堂哲雄 編 現代のエスプリ別冊 患者の心理 至文堂 153-165.
 - ・菅佐和子 2000 病気の子どもと行動岡堂哲雄 編 現代のエスプリ別冊 患者の心理 至文堂 143-152.
 - ・太神和廣, 生井良幸, 笠原尚子 1998 心理カウンセリングを必要とした難治性小児気管支喘息児の検討 アレルギー 47 (2・3) 349.
 - ・立松生陽, 市江和子 2007 食物アレルギー児の母親における育児ストレスと家族対処についての研究 日本看護研究学会雑誌 30(2) 119-128.
 - ・山田知子, 石黒彩子 2008 思春期における喘息をもつ子どもと医療者との協働 小児看護 31(10) 1358-1362.
 - ・吉田三紀 2003 気管支喘息児の母親についての一考察－ストレスモデルと臨床心理学的地域援助の視点による検討－ 京都文教大学大学院 臨床心理学研究科修士論文 (未公開)
 - ・吉田三紀 2008 小児気管支喘息児を育てる母親の悩みに関する研究 (1)－KJ法による質的検討－ 小児保健研究 67(5) 763-772.
 - ・結城瑛子, 中島英彦, 梅原実, 勝呂宏, 栗原和幸, 中田まゆみ 1999 小児気管支喘息児および家族への支援に関する検討－初めて母親が病名を告げられたとき－ 小児保健研究 58 (1) 37-42.
 - ・渡辺博子, 大矢幸弘, 勝沼俊雄, 近藤直美, 赤澤晃 2009 小児喘息の養育者QOL アレルギー-58 (8・9) 1126.
 - ・Wasserman R. C., Innui T. S. & Barriatua R. D. 1984 Pediatric Clinicians' Support for Parents Makes a Difference; An Outcome-Based Analysis of Clinical-Parent Interaction. Pediatrics 74 1047-1053.

小児気管支喘息児を育てる保護者の気持ちについて

次のページから印刷されている質問紙、母親（又はそれに代わる保護者）の気持ちについて知るためのものです。正しい答え・間違った答えというものは一切ありませんので、あなたが思った通りに答えてください。あなたが答えた答えは、統計処理を行い匿名化しますので、あなたの答えだけを他の人に知られたり、問題にすることはありません。安心して思った通りに答えて下さい。

◎ あなたとお手さん、ご家族のことについてお答えください。

・父親：年齢：____歳、職業：____に就けてください； 会社員・自営業・学生・その他（____）

・母親：年齢：____歳、職業：____に就けてください； 会社員・自営業・主婦・その他（____）

・息子：年齢：____歳、職業：____に就けてください； 保護者・幼稚園・小学校____年生・中学校____年生

性別：____に就けてください； 男・女、喘息の重症度：____に就けてください； 重症・中等症・軽症

喘息と診断されたときのお手さんの年齢（お母さん）：____歳

喘息以外のアレルギー疾患：____に就けてください； あり（____）・なし

・息子の兄弟：① 年齢：____歳、職業：____に就けてください； 保護者・幼稚園・小学校____年生・中学校____年生

性別：____に就けてください； 男・女、喘息を患：____に就けてください； あり・なし

② 年齢：____歳、職業：____に就けてください； 保護者・幼稚園・小学校____年生・中学校____年生

性別：____に就けてください； 男・女、喘息を患：____に就けてください； あり・なし

・上記以外の関係している家族（お父さんお母さん以外）に就けてください。上記関係の人の場合は、無記入で結構です；

父方祖父（____歳）、父方祖母（____歳）、母方祖父（____歳）、母方祖母（____歳）、

その他（お父さんお母さん以外）：____、____、____

◎ 注意 ◎ 次のページから以下のような形式になっている質問紙があります。例のように従って回答をお願いします。

とても 少し あまり 全く
そう思う そう思う 思わない 思わない

例： 暑さに強い ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 涼しい気候を好むところはありますか？

※ また、次のページの質問紙の中で言う「カウンセリング」とは、子どもが小児喘息を持っていることについて、辛いことや苦しいと感じること、悩んでいること、家族や親しい人になかなか話せない気持ちなどについて、臨床心理士などの専門家を専門的に話を聞いてもらうことを指します。

1. もし、ゆくり話を聞いてもらおうことができた、カウンセラーに話を聞いてもらいたいと思いますか。

◎ まで「とてもそう思う」「少し思う」と答えた方 → 「C-1」へお進みください
 ◎ まで「あまり思わない」「全く思わない」と答えた方 → 「B」へお進みください

A-1で「とてもそう思う」「少し思う」と答えた方にお進みます。

A-1. 話を聞いてもらいたい内容の中で、特に当てはまるものはどれですか？最も当てはまるものに「○」をつけてください。

意見への見通しの立たなさにについて	意見に行動を制限しなければならない事柄について
兄弟への見通しの立たなさにについて	家庭に伴う行動的・感情的負担があることへの負担について
自分のせいではないかという罪責感・罪悪感について	施設生活でも制限をしなければならないことへの負担について
偶然とした不安について	しつこくについて
施設生活が再び起こるのではないかという予期不安について	親として子どもの発作中に保護的役割がとれない事柄について
意見の将来について	意見の体調や意見の周囲の環境管理について
施設による創作活動の不安について	経済的負担について
周囲から理解が得られないことについて	親の身体的・精神的負担について
意見の施設生活作中の不安について	疾患に伴う意見自身の行動について
施設から発作への移行の不安について	意見の見通しについて
季節の変わり目など環境要因への不安について	医療者への要請などについて

A-2. カウンセラーに話を聞いてもらいたいと思いつつも、聞いてもらったことがない場合は何ですか？
最も当てはまるものを選んでください。

どこに行ってもいっしょに行かない	料金が高い（高そう）
カウンセラーに話を聞いてもらいに行くことに抵抗がある	その他（ ）
何をしてくれるのか、本指に援助してもらえないのか、どんな人がいるのかよく分からない	

B-1で「あまり思わない」「全く思わない」と答えた方にお進みます。

カウンセラーに話を聞いてもらいたいと思わない理由は何かありますか？最も当てはまるものを上3つ選んでください。

どこに行ってもいっしょに行かない	料金が高い（高そう）
以前、聞いてもらったことがあるが、カウンセラーにちゃんと話を聞いてもらえなかった	両親（養育者・家族・両親・友人など）に何でも話せる人はいないから
カウンセラーに話を聞いてもらうことに抵抗がある	主治医に何でも話せるから
何をしてくれるのか、本指に援助してもらえないのか、どんな人がいるのかよく分からない	自分自身も悩みを持っており、対処方法など知っているため、言いにくい
子どもを自然に連れて行くことで一軒で、カウンセリングに行く時間が長い	その他（ ）

2. ゆくりとカウンセラーに話を聞いてもらえる機会があれば、利用したいと思いますが、また、その理由は何かですか？
 3. ゆくりとカウンセラーに話を聞いてもらえる機会があっても話を「利用しない」、または、利用したいですか？また、その理由は何かですか？
 4. ゆくりとカウンセラーに話を聞いてもらえる機会があっても話を「利用しない」、または、利用したいですか？また、その理由は何かですか？

5. 今まではカウンセラーに話を聞いてもらったことがありますが、あてはまる方に○をつけてください。

◎ 5. で「はい」と答えた方 → 必ず「C-1」へお進みください	☐ はい ☐ いいえ
◎ 5. で「はい」と答えた方 → 「C-1」へお進みください	
◎ 5. で「はい」と答えた方 → 「C-1」へお進みください	

C-1. カウンセラーに話をした回数はいくつありますか。当てはまるものに○をつけてください。

10回以上ある 6〜9回くらい 3〜5回くらい 1回だけ

C-2. カウンセラーに話をした内容は、以下の中で、特に当てはまるものはどれですか？最も当てはまるものに「○」をつけてください。

意見への見通しの立たなさにについて	意見に行動を制限しなければならない事柄について
兄弟への見通しの立たなさにについて	家庭に伴う行動的・感情的負担があることへの負担について
自分のせいではないかという罪責感・罪悪感について	施設生活でも制限をしなければならないことへの負担について
偶然とした不安について	しつこくについて
施設生活が再び起こるのではないかという予期不安について	親として子どもの発作中に保護的役割がとれない事柄について
意見の将来について	意見の体調や意見の周囲の環境管理について
施設による創作活動の不安について	経済的負担について
周囲から理解が得られないことについて	親の身体的・精神的負担について
意見の施設生活作中の不安について	疾患に伴う意見自身の行動について
施設から発作への移行の不安について	意見の見通しについて
季節の変わり目など環境要因への不安について	医療者への要請などについて

C-3. カウンセリングを受けようと思ったきっかけは何ですか？最も当てはまるものに○をつけてください。

カウンセリングが実行している施設の方より誘いで	人から誘って
施設に置かれてある相談室の案内パンフレットを見て	インターネットで検索して
施設に貼られてある相談室の案内ポスターを見て	その他（ ）
施設のホームページを見て	

6. 小児喘息を持つ子どもの保護者・家族にとって、カウンセラーにゆくり話ができる事は必要だと思いますか？
当てはまる方に○をつけてください。

☐ 必要だと思う ☐ 必要ないと思う
--

アンケートは以上です。
ご協力、ありがとうございました。

付表1 質問紙

吉田：小児気管支喘息児の母親に対するカウンセリングについて

表1 分析対象者の内訳

患 児	年 齢	1～5歳	39名	重 症 度	軽症	66名
		6～10歳	30名		中等症	5名
		11～15歳	6名		重症	4名
	性 別	平均	6.1歳	罹患平均年齢	3.0年	
		男児	45名		父親平均年齢	38.0歳
		女児	30名	母親平均年齢	36.8歳	

表2 就学前後におけるカウンセリングの必要性について

	必要	必要ない
1～5歳	39(52.0)	0(0.0)
6～15歳	33(44.0)	3(4.0)
計	72(96.0)	3(4.0)

$\chi^2=3.385$, $df=1$, $p<.10$ ()内は%

表3 カウンセリングの利用希望とその内容について(複数回答)

利用希望	内 容	人数(割合)
「ぜひ利用したい」・ 「少し利用してみたい」 49(65%)	季節の変わり目などの環境要因への不安について	27(18%)
	風邪から発作への移行への不安について	15(10%)
	完治の見通しの立たなさについて	14(9.3%)
	患児の将来について	14(9.3%)
	服薬による副作用について	14(9.3%)
	患児の喘息発作中の不安について	10(6.7%)
	喘息発作が再び起こるのではないかとする予期不安について	8(5.3%)
	自分のせいではないかという罪悪感・罪悪感について	7(4.7%)
	漠然とした不安について	7(4.7%)
	患児に行動制限をしなければならない辛さについて	5(3.3%)
	親の身体的・精神的負担について	5(3.3%)
	患児の発作の辛さについて	4(2.7%)
	周囲から理解が得られないことについて	4(2.7%)
	集団生活場面でも制限をしなければならないことへの苦痛について	3(2.0%)
	経済的負担について	3(2.0%)
	服薬に伴う行動的・時間的制限があることへの苦痛について	2(1.3%)
	しつけについて	2(1.3%)
	親として子どもの発作中に保護的役割ができないことについて	2(1.3%)
	疾患に伴う患児自身の行動について	2(1.3%)
「あまり思わない」・「絶対利用したくない」 26(35%)	患児の兄弟姉妹のことについて	1(0.7%)
	医療者への要望などについて	1(0.7%)
	主治医に何でも話せるから	10(35.7%)
	周囲(配偶者・家族・友人など)に何でも話せる人がいるから	7(25.0%)
	子どもを治療に連れて行くことで一杯で、カウンセリングに行く時間がない	4(14.3%)
	カウンセラーに話を聞いてもらうことに抵抗がある	1(3.6%)
	何をしているのか、本当に援助してもらえるのか、どんな人がいるのかよく分からない	1(3.6%)
	料金が高い(高そう)	1(3.6%)
	その他	4(14.3%)

表4 カウンセリングの利用を希望しながらも利用しなかった理由について

項 目	人数(割合)
どこにいったらいいか分からない	27(53.8%)
何をしているのか、本当に援助してもらえるのか、どんな人がいるのかよく分からない	8(15.4%)
料金が高い(高そう)	8(15.4%)
カウンセラーに話を聞いてもらいに行くことに抵抗がある	1(1.9%)
その他	8(15.4%)

表5 カウンセリング体制が院内にある場合の院内カウンセリングの利用希望について

	具 体 的 な 理 由 例
「ぜひ利用したい」・ 「少し利用してみたい」 60(80%)	子どもの診察時に聴いてもらえるのであれば利用したい。(3歳、男児、軽症)
	院内であれば、通院時間時に利用できる。(7歳、男児、軽症)
	不安な気持ちがあり、どうしたらいいかと思う時があるので。(11歳、男児、軽症)
	将来のこと、治療経過など、本人の資料がすぐにより、話が進みやすい。(8歳、女児、軽症)
	いつも子どもを診てもらっている病院であれば、安心して話せる。(4歳、男児、軽症)
	最初、すごくショックだったから。(9歳、男児、中等症)
	診察時間内にできない質問が気軽にできたら、ありがたい。(7歳、女児、中等症)
	子どもの発作の不安があると思うが、聴き出すヒントを相談できれば。(13歳、男児、重症)
	不安の整理ができそう。(2歳、女児、軽症)
	学校生活や遊びで子どもながらに制限しないといけなくて、我慢しているので、親としてどうしたらいいか聴いてほしい。院内だったら、今までの状態が分かってもらえそうだから。(6歳、男児、軽症)
「あまり思わない」・「絶対利用したくない」 15(20%)	今のところ、主治医の先生への質問で納得できているので。(4歳、男児、軽症)
	時間がない。何をしてくれるのか、よく分からない。(7歳、女児、軽症)
	お金がかかるなら、我慢しようと思います。(6歳、男児、軽症)

表6-1 カウンセリング体制が院内にある場合の院外カウンセリング体制の利用希望について

	具 体 的 な 理 由 例
「ぜひ利用したい」・「少し利用してみたい」 22 (30.6%)	病院に対する不満がもれるのではないかと不安が院内だとあるので。(8歳、女児、重症)
	話すだけで楽になることもあると思うので。(9歳、女児、軽症)
	他の病院で受診していますので、院内は何となく行き辛いです。院外がいきやすいです。(8歳、女児、中等症)
「あまり思わない」・「絶対利用したくない」 50 (69.4%)	医師の指導などに対する不満だと、院内カウンセラーには話しにくい。(6歳、男児、軽症)
	子どもを連れての移動は大変です。私の場合、近くに預かってもらえるところがないので、余計に難しいです(5歳、女児、軽症)
	信用できるか分からないから。(11歳、男児、軽症)
	院内の方が安心だから。(6歳、女児、軽症)

表6-2 重症度別における院外カウンセリング体制の利用希望について

	絶対利用したくない	あまり利用したくない	少し利用したい	ぜひ利用したい
軽症	3(4.0)	43(57.3)	17(22.7)	1(1.3)
中等症・重症	0(0.0)	4(5.3)	3(4.0)	2(2.7)
計	3(4.0)	47(62.7)	20(26.7)	3(4.0)

p = 0.046, p < .05

()内は、%

表6-3 罹患年数における院外カウンセリング体制の利用希望について

	絶対利用したくない	あまり利用したくない	少し利用したい	ぜひ利用したい
1～4年	3(4.0)	37(49.3)	10(13.3)	2(2.7)
5～11年	0(0.0)	10(13.3)	10(13.3)	1(1.3)
計	3(4.0)	47(62.7)	20(26.7)	3(4.0)

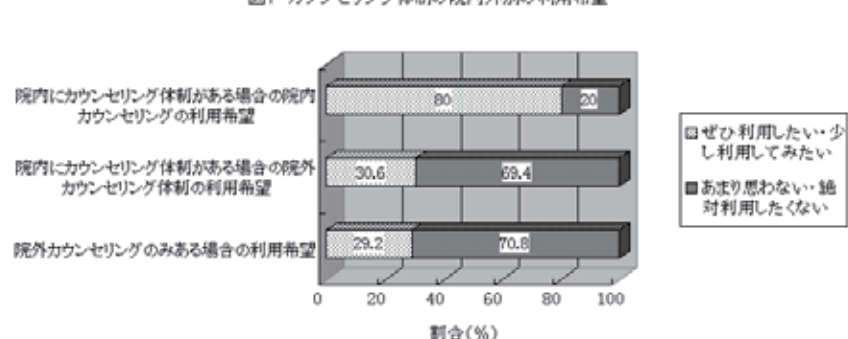
p = 0.014, p < .05

()内は%

表7 カウンセリング体制が院外にしかない場合、院外カウンセリング体制の利用希望について

	具 体 的 な 理 由 例
「ぜひ利用したい」・「少し利用してみたい」 21(29.2%)	どうしてもいっぱいいいっぱいになった時に、少しでも話を聴いてもらえたら、気持ちも軽くなるかも…と思うから。(4歳、男児、軽症)
	院内・院外はあまり関係ありません。(5歳、男児、軽症)
	(喘息に関する)情報がほしいので。(4歳、男児、軽症)
「あまり思わない」・「絶対利用したくない」 51(70.8%)	院外であれば、説明しなければならない事情が多くなりそうだから。(3歳、男児、軽症)
	治療に反映されるかが分からないから。(13歳、男児、重症)
	同じ病院なら、子どもの症状など分かった上で話せるが、院外だとそういうのが分からないから、あまり親身になって対応してくれなさそう。(4歳、女児、軽症)

図1 カウンセリング体制の院内外別の利用希望



(臨床実践指導学講座 博士後期課程1回生)

(受稿 2012 年 9 月 3 日、改稿 2012 年 10 月 31 日、受理 2012 年 12 月 27 日)

Study of Counseling for the Mothers of Children with Asthma: Necessity and Expected Usefulness

YOSHIDA Miki

The purpose of this study is to examine the necessity and usefulness of psychological counseling by a clinical psychologist for mothers of children with asthma. The target population consisted of 90 mothers of children from 1 to 15 years old that had been diagnosed with asthma in the specialized outpatient clinic for allergies in the Kinki area of western Japan. A questionnaire was distributed to the mothers by the author. Seventy-two mothers (96%) recognized the need for counseling by a psychologist. In addition, 49 mothers (65%) hoped to use such counseling. In addition, the mothers to consult with the psychologist about “the fear of environmental factors such as the turn of the season.” That is, the psychologists were requested to provide counseling and provide information on counseling for the mother and families of children with asthma. In addition, the psychologists together create an environment that allows medical personnel to work in close cooperation with each other.