

高機能広汎性発達障害児へのグループ療育と 家族教室が与える影響の調査

—療育の前後での児童の行動の変化と保護者の健康度の変化—

川岸久也⁽¹⁾⁽²⁾、岡田俊⁽¹⁾、上床輝久⁽¹⁾、小林一恵⁽²⁾
(1)京都大学大学院医学研究科精神医学 (2)大阪府立精神医療センター松心園

<要 旨>

高機能広汎性発達障害児に対する 10 カ月間のグループ療育の前後でアンケート調査を実施し、児童の行動と保護者の健康状態と QOL の変化を評価した。グループでは児童はソーシャルスキルトレーニングを学んで行動がより適応的になることを目標にし、保護者は家族教室を受け児童の行動を理解し、対応法を学んだ。児童の行動の変化は子どもの行動チェックリスト CBCL(4-18 才用)、保護者の健康度の評価には GHQ28、QOL(Quality of Life)の評価には SF-36v2 を用いて検討したが、いずれも療育の前後で有意な変化は認めなかった。個々の事例を見た場合、療育の中で見られる問題行動は、学校で問題行動の再現であって背景となる理由は同じであり、対応法ならびに改善の筋道は共通する。療育の中で改善できた、もしくは不明瞭だった理由が明確になった問題行動については、対応法を保育機関や教育機関と共有し、今後の指導を検討していく点で療育は非常に有用であった。10 か月間の研究では児童の行動に変化は見られなかったが、今後、長期的にフォローアップする中で行動がどのように変化していくのか観察し、療育で得たスキルが持続して日常生活に生かすことができるのか確認する必要があるとともに、より効果の高い療育の手法について検討していく必要がある。

<キーワード>

高機能広汎性発達障害、療育、ソーシャルスキルトレーニング、保護者、健康度

【はじめに】

平成 19 年度より特別支援教育が本格的に稼働し始め、様々な障害を持つ児童を広く認識し、普通学校、養護学校といった枠組みにとらわれずに支援を展開しようとする動きが開始された。それに伴い、学校現場での軽度発達障害児への取り組みは徐々に変化しつつあり、より適応的な行動に導くような具体的な支援が始まりつつある。しかし現状の取り組みは、学校内での児童を対象としたものに留まっている。本来、児童と接する時間が一番長いのは保護者ではあるが、保護者と児童の関わり方に踏み込むような体系だったものには至っていない。児童及び保護者への取り組みを集約したものが療

育であると考えるが、療育を受けることで児童の行動そのものやスキルがどのように改善したか、保護者の受容や状態がどのように変化したかなどについてのまとまった報告は少なく、現在様々な治療技法が試みられている段階である。

第一種自閉症児施設である大阪府立松心園では平成 10 年より高機能広汎性発達障害児に対するグループ療育を実施している。グループの中で個々の児童が適応的な行動をとれることを目標にするとともに、保護者へは家族教室を行い、児童の行動を理解してよりよい指導ができるような具体的な指導を個々の家族に合

わせて行っている。Gillberg (2002) が介入方法として「周囲の人のかかわり方を変えることだ」と述べ、Schopler (1971) が「親は共同治療者である」と述べているように、広汎性発達障害の支援では児童だけではなく、保護者への援助も必須であるが、本邦の現状の療育では十分ではないと考える。そこで、本研究では、児童と保護者をともに援助するような、高機能広汎性発達障害児を対象としたグループ療育を行い、その中で児童と保護者がどのように変化していくのかを分析した。

これまでに行われた療育や、集団スキルトレーニングについての効果研究では、療育に参加した児童のソーシャルスキルが改善したという報告 (Krasny, 2003; Solomon, 2004) もある一方、有意な改善を認めなかったという報告 (Ozonoff, 1993; Marriage, 1995; Barnhill, 2002) もある。改善を認めたという報告でも、限定されたスキルでのみ改善を認めたという報告もあり、結果は一定せず、療育場面では行動が適応的なものになったものの、療育場面外では変化がないというものが多く見られるという (White, 2007)。また実際のところ、各研究ではソーシャルスキルに共通の定義がなく、何をもって改善と表現するのかという課題がある。

そのほか、現在提言されている療育についての問題点のとして、療育の手法および療育による評価法が確立していないことがある。大阪府立松心園でこれまで 10 年間療育を継続してきたが、実感として児童のみを対象とした援助では不十分であり、家族への指導が重要な位置を占める。具体的には障害の一般的な知識を学習してもらい、その知識から問題となる行動の成

因を理解し、対処法をスタッフとともに十分に考えていくことである。今年度は、Solomon (2004)らの研究でもその有用が指摘されていることから、家族教室に重点を置き、具体的な接し方の指導を繰り返し重ねて療育を進めた。

【対象および方法】

1. 対象

平成 20 年度に大阪府立松心園にてグループ療育を受けた 25 名の児童 (平均年齢 7 歳 10 カ月 ± 2 歳 2 カ月、男児 22 名、女児 3 名) ならびに保護者 (記入はすべて母親) に対して療育の前後でアンケート調査を行った。療育前のアンケートは平成 20 年 5 月に配布し、療育後は平成 21 年 2 月に配布した。療育を受けた児童の診断は DSM-IV-TR に基づき、自閉症 13 名、アスペルガー障害 2 名、特定不能の広汎性発達障害 10 名であった。5 歳児 11 名の新版 K 式発達検査による平均発達指数は 93.7 (認知・適応 95.4、言語・社会 94.1) であり、小学生 11 名の WISC-III による平均知能指数は 95.7 (動작성 92.4、言語性 96.8)、小学生 3 名の新版 K 式発達検査による平均発達指数は 95.7 (認知・適応 95.0、言語・社会 96.0) であった。

2. 評価尺度

本研究での評価法としては、個々の社会スキルの変化を観察するというより、児童の一般的な行動を観察し、かつ説得力のあるものにするために本邦で標準化されている質問紙を使用した。

2-1. 児童の行動の評価

子どもの行動チェックリスト CBCL (4-18 才用) を用いた。全 118 項目で各項目は 3 段

階（0～2点）で評価される。総得点は236点で、高得点ほど行動に問題があることを意味する。これは保護者が記入した。

そのほか客観的な視点として、児童が通っている保育園もしくは幼稚園小学校の担任の先生にTRF日本語版の記入を依頼した。これは全120項目で各項目は3段階(0～2点)で評価される。総得点は240点で、CBCLと同じように高得点ほど行動に問題があることを意味する

2-2. 保護者の親の健康状態ならびに生活の状態の評価

日本語版GHQ28(日本文化科学社)とSF-36v2日本語版(NPO健康医療評価研究機構)を用いた。前者は合計28項目の質問によって回答者の主観的健康を尋ねる質問紙で、主として神経症者の症状把握、および迅速な発見などメンタルヘルスの評価に利用されている。総得点が5点以下ならば健常者、6点以上ならば神経症を主とした、うつ病、内因性精神病などの精神疾患の可能性が高い神経症群と判断される。

後者は健康関連QOLを測定するための調査票であり、合計36問からなる。身体機能、日常役割機能(身体)、日常役割機能(精神)、全体的健康感、社会生活機能、体の痛み、活力、心の健康の8つの健康概念を測定することができ、国民標準値が設定されているため、その値と比較することで対象となる群の健康状態を評価することができる。

2-3. 家族への養育への向かい方について

家族の自信度評価表を用いた。これは当院で作成した質問票であって総数20項目から成り、

児童との向き合い方、実施している配慮について5段階(1～5点)で問うものである。

なお、本研究は府立松心園の上部組織である大阪府立精神医療センターの運営委員会の承認を受けて行われた。

【グループの概要】

グループは年齢によって4グループに分かれ、小学校入学前の5歳児(11名;2グループ)、小学校低学年(7名1グループ)、小学校高学年(7名1グループ)を対象としたグループに分かれて実施された。

グループは隔週の午後に10か月間、計20回行われた。1回のセッションは2時間である。児童がグループに参加する間、保護者は個別、あるいは集団で家族教室もしくはケースワーカーによる面接を受けた。家族教室では、疾患理解についての講義や援助の具体的方法についての講義を受けた。何度か保護者が療育場面に入り、児童に直接関わる機会も設け、その様子から関わり方についての指導も行った。

5歳児グループのある一日の活動を示す。

2:00	自由遊び
2:30	始まりのあいさつ、スタッフ主導のリズム遊び、紙芝居
3:00	ソーシャルスキルトレーニング 児童が2人一組となり、ロールプレイを行う。テーマはおもちゃの貸し借り
3:20	自由遊び
3:30	おやつ
4:00	終わりのあいさつ

スケジュールはあらかじめカードで示してあり、順序に沿って活動を行う。活動の予定をスケジュールとして示すほか、個々の活動についても、手順書もしくは事前説明をした上で活動を行う。たとえば、おやつ時間は

- 1 ナフキンをひく
- 2 コップをとりだしておく
- 3 おやつをとりにいく

との手順書を見ながら準備を進める。この日はソーシャルスキルトレーニングを行ったが、それも、複数のスタッフが「おもちゃをかして」→「いいよ」もしくは「おもちゃをかして」→「いまつかっているからあとでね」と実演した上で、各自が練習した。この時間の活動が日によって変わり、制作活動や調理実習を行ったり、夏季であればプール遊びをしたりすることもある。

【結果】

1. 児童の行動について

Table 1 に、療育前後における保護者が記入した CBCL の平均値および通っている学校や保育園、幼稚園の教諭が記入した TRF の平均値を示す。T 得点と内向 T 得点では平均値が臨床域とされる 63 点をともに超えていた。T 得点、内向 T 得点、外向 T 得点については療育の前後ではどちらも変化を認めず、児童の行動については有意な改善も悪化もなかったといえる。

下位項目については、CBCL ではひきこも

り、身体的訴え、不安/抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動のすべての項目で T 得点の有意な変化を認めなかった。このうち、社会性の問題、注意の問題の項目では、療育の前後とも境界域とされる 67 点以上であった。TRF については、身体的訴えの項目で悪化を認めた ($p<0.05$) が、その他のひきこもり、不安/抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動では変化を認めなかった。

2. 保護者の健康度について

Table 2 に療育前後における GHQ28 の変化を、Figure 1 に SF-36V2 の変化を示す。GHQ については総得点、下位項目ともに変化を認めなかった。療育開始時、終了時ともに総得点の平均値が 6 点を超え、神経症群と診断されるレベルにある。

SF-36V2 で示される QOL については、療育開始時の調査では身体機能、日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能(精神)、心の健康のすべての下位項目で国民標準値である 50 点を下回り、特に全体的健康観と活力、社会生活機能では低下が著しい。療育の前後では体の痛みの項目のみ有意な改善を認めた。

3. 家族の養育への向き合い方について

児童に対する配慮や工夫、障害理解や援助の依頼について問うたものであるが、療育の前後で変化を示した項目はなかった。

Table1 療育の前後でのCBCLとTRF

	CBCL			TRF		
	内向T得点	外向T得点	T得点	内向T得点	外向T得点	T得点
療育前	65.68 ± 11.04	55.42 ± 10.88	65.74 ± 9.74	62.00 ± 8.82	58.33 ± 6.80	62.00 ± 6.82
療育後	66.11 ± 10.59	55.74 ± 9.51	64.79 ± 9.57	63.89 ± 8.51	57.22 ± 5.70	61.11 ± 6.41

average ± S.D.
(N=19)

Table2 療育の前後でのGHQ28

	総得点	(A)身体的症状	(B)不安と不眠	(C)社会的活動障害	(D)うつ傾向
療育前	6.35 ± 5.05	2.90 ± 2.59	2.05 ± 1.79	1.00 ± 1.30	0.40 ± 0.75
療育後	7.65 ± 6.44	2.34 ± 0.82	2.65 ± 2.37	1.15 ± 1.42	0.85 ± 1.39

average ± S.D.
(N=20)

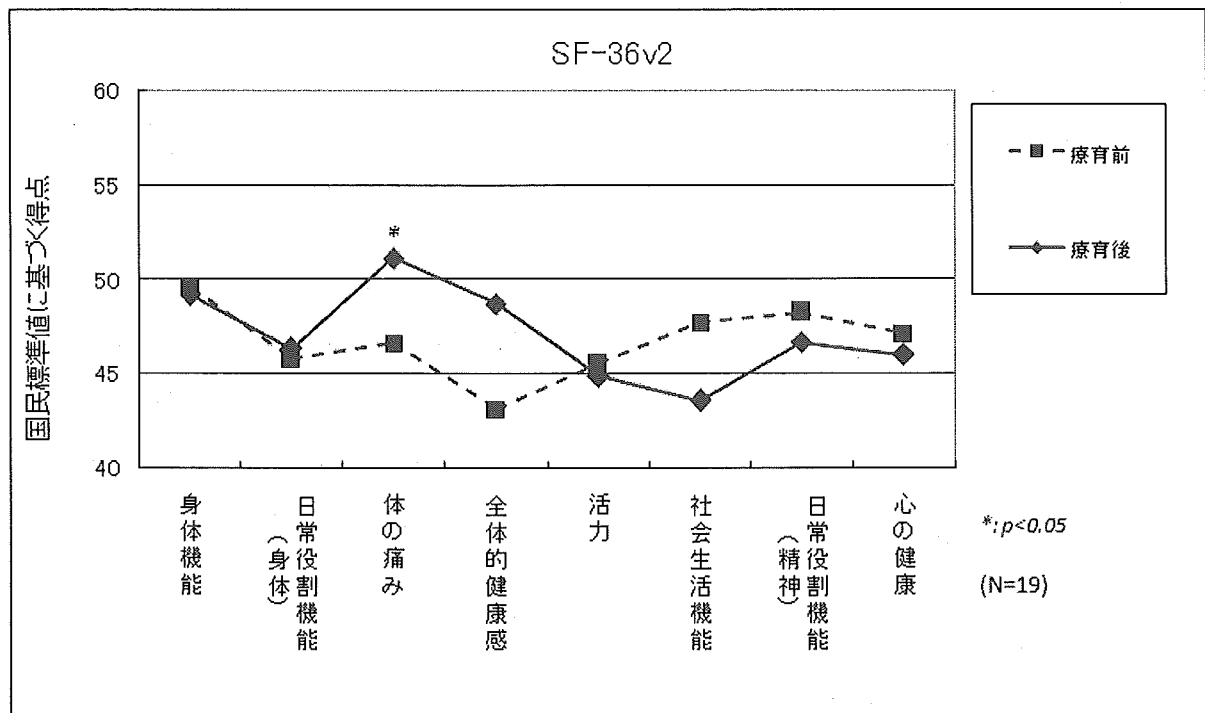


Figure 1 療育の前後での SF-36v2

【症例】

グループに参加した症例 1 例の詳細を示す。

[症例 1] A男 小学校 3 年生 自閉症

1 歳半検診で言葉の遅れを認め、発達につい

での定期健診を受けることになる。3 歳より保育所に通いつつ、知的障害児通園施設にも通っていた。5 歳の時、保育園に登校渋りを示し、加配の保育士が担当できる時間のみ登園して

いた。小学校では支援学級に所属した。入学直後より普通クラスには入れず、ずっと支援学級で過ごした。支援学級では担当である常に決まった先生のそばで過ごしていた。著しい不安、友人関係を築けないことなどから当院初診となった。WISC-IIIで全IQ117(言語性IQ120、動作性IQ111)であった。小学校2年生になって、支援学級の担当の先生が交代となったが、それをきっかけに完全に不登校になってしまった。不登校が続いたが3年生になって徐々に登校を再開。1年の時の先生とは異なる、支援学級の担当の決まった先生のそばで過ごしている。

グループ療育では、その場に不適切な、自分に気を惹くための発言が目立った。特に他児にスタッフの注目が移ったときにその行為が目立った。スタッフが相手にしないと、注意喚起行動はエスカレートしてしまうことが続いた。発言の意図を認めつつ、適宜本児の行為のみを注意することを繰り返した。注意喚起が目立つ日にはスタッフがそばについて関わるようにした。半年経過すると注意喚起行動は目立たなくなり、落ち着いて活動できるようになった。それでも、新しいスタッフが関わったときは注意を惹くような行動が目立っている。

これらの行動から、本児は対人不安の高さと他人との信頼関係を構築することのむずかしさを抱えていると判断された。小学校の担当教諭の話では、小学校の支援学級でもこういった行動が再現されているとのことであるため、担当教諭および学校と連携を取り、関わる教諭の数を最小限にすることで、注意喚起行動を最大限減らして関わっていくとの基本方針を共有して対応していくことになった。

他の症例でも、多くの例で療育中に目立った問題行動は激しい注意喚起行動とソーシャルスキルの弱さであり、適宜その児童に応じた対応が必要となった。

【考察】

高機能広汎性発達障害児の集団スキルトレーニングについての先行研究では、いくつかの報告で有用性が示されているものの、評価者が療育を実施しているスタッフであったり、評価尺度に療育中に学んだ項目が含まれていたりし、客観性を欠いていた。そこで本研究では説得力をあげるために標準化された、客観的かつ全般的な行動を評価したが、療育の前後で有意な変化は見られなかった。一般的に、広汎性発達障害児は治療の場で学んだことを日常生活に汎化しにくいのが課題とされているため、療育では日常生活の様々な状況に取り入れやすいスキルを学習し、家庭や学校での行動の変化につなげていくことを目標にしたが、1年の療育期間では変化を認めなかった。唯一通っている学校や保育園、幼稚園の教諭が記入したTRFでの身体的訴えの項目が悪化しているが、これは療育のアンケートを配布したのが5月と、学年の変わり目に近い時期であり新たに担当となった教諭と児童との関係が、時間が経つにつれて親密になり、意志を表出しやすくなった結果によるものではないかと考えている。

家族教室では保護者へのアプローチを通して児童の行動が変化することをのみならず、抱えている不安を払拭し、精神面で支えていくことを目標としたが、定量評価で有意な変化は見られなかった。ケースワークの中では、児童の行動の問題だけではなく、家庭の問題、夫婦の

問題などが面接の中で自然に浮上し、そういった話題を取り扱わざるを得なかった。児童の行動と保護者の健康度が関連しているとは限らず、むしろ他の問題が保護者の健康度や QOL に影響を与えている可能性が高い。

個々の事例を見た場合、療育の中で見られる問題行動は、学校で問題行動の再現であって背景となる理由は同じであり、対応法ならびに改善の筋道は共通する。療育の中で改善できたものについては、対応法を療育スタッフから保育機関や教育機関に伝えることができた。その点では療育は非常に有効であると感じている。

今後の課題としては、10 か月間の療育期間を対象とした本研究では児童の行動に変化は見られなかったが、長期的にフォローアップする中で行動がどのように変化していくのか観察し、療育で得たスキルが持続して日常生活に生かすことができるのか確認する必要がある。

【文献】

1. Barnhill, G. P., COOK, K. T., Tebbenhamp, K., & Myles. B. S., (2002), The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with asperger syndrome and related pervasive development delays. Focus on Autism And Other Developmental Disabilities, 17, 112-118
2. Gillberg, (2002). A Guide to Asperger Syndrome (訳 アスペルガー症候群がわかる本—理解と対応のためのガイドブック—、田中康雄監修、森田由美訳、p96)
3. Krasny L, Williams BJ, Provencal S, Ozonoff S, (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. Child Adolesc Psychiatr Clin. 12, 107-22.
4. Marriage KJ, Gordon V, Brand L. (1995), A social skills group for boys with Asperger's syndrome. Aust N Z J Psychiatry 29, 58-62.
5. Ozonoff S, Miller JN. (1995), Teaching theory of mind: a new approach to social skills training for individuals with autism. J Autism 25, 415-33.
6. Schopler E, Reichler RJ, (1971). Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. J Autism 1, 87-102.
7. Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. (2004), A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. J Autism 34, 649-68.
8. Williams White S, Keonig K, Scahill L, (2007), Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. J Autism 37, 1858-68.