

親子の特性に合わせたペアレントトレーニングプログラム作成の試み

野呂健二、横山佳奈、永田雅子（名古屋大学心の発達支援研究実践センター）
福元理英（日本福祉大学）

<要 旨>

ペアレントトレーニングは、発達障害児の家族に対する集団療法としてわが国で広く行われている。子どもの障害特性や家族のタイプの違いに起因するケースの多様性により、効果に限界が認められる場合もあり、親子の特性に合わせたテーラーメイドなメニューが必要であると考えられる。我々は、基本的なペアトレのセッションを集団で行った後に各々の参加者（家族）が個別課題を行うセッションを加えたパッケージを行った。個別課題を行うにあたり、「構造化と環境調整」「代替行動への分化強化」「課題分析とプロンプト」「トークンエコノミー」の4つの対応法を学習し、それを踏まえて課題に取り組んだ。効果測定として、質問紙調査を事前、中間、事後の3時点で行った。7名の参加者があり、対応としては、トークンエコノミーを最も多く用いられた。効果測定では有意な変化は認められなかった。今後、ケースを増やすとともに、カリキュラムの更なる改善を行っていく。

<キーワード>

ペアレントトレーニング、発達障害、家族支援、応用行動分析

【はじめに】

注意欠如多動症（以下 ADHD）、自閉スペクトラム症（以下 ASD）などの発達障害児は、注意欠如、多動、衝動性などに起因する行動障害と日常生活における不適応が認められる。通常の間わりでは改善が困難なことが多く、養育者の育児負担が増大し、子どもとの関係がこじれ、二次的な心理的問題を併発するリスクが高いことが明らかとなっている。発達障害児の家族の抑うつについても報告がなされてきている（野呂ら 2008, 2010、眞野ら 2007）。ペアレントトレーニング（以下、ペアトレ）は、発達障害児の家族に対して行われる集団心理療法で、行動療法の考え方をもとに子どもとの間わりを学ぶことで、親子関係を改善し、子どもの適応行動の増加を促すことを目的とし

ている。わが国では、ADHD 児を対象として UCLA で開発された精研・奈良式が広く行われている（岩坂 2021、上林ら 2010）。精研・奈良式は、6-10 回のセッションの中で全員が共通した内容を学習し、家庭実践の報告とグループでの話し合いを行っている。その内容は基本的な間わりに関しては適用性が高いが、子どもの障害特性や家族のタイプの違いに起因するケースの多様性により、効果に限界が認められる。基本的な要素を踏まえたうえで、個々のケースに応じた課題設定とカリキュラムが必要である。しかし、個別性の高い課題は汎用性が難しく、パッケージとして普及することは困難で実用的ではない。多くのケースに適用できる課題を用意して選択実施できるテ

一ラーマイドなカリキュラムが有用であると考
えられる。

本研究では、子どもや家族の特性に応じたテー
ラーマイドなペアトレの開発とその効果測定を
目的とする。今回のペアトレは、参加者が共通し
て身につけるべき「共通課題」を中心とする前半
部分と、ケースの特性に応じて選択する個別目標
と課題設定を中心として実施する後半部分から
構成され、集団療法と個別指導の融合により、よ
り適用性の高いプログラム開発を目指した。

【方法】

対象は、専門医療機関において発達障害（ASD
またはADHD）の診断を受けている通常学級に所属
する小1から小5の児童の保護者であり、主治医
よりペアトレの適応があるとして、紹介されたケ
ースである。

対象者には、グループとして1回90分、全10
回のペアトレを行う。前半の6回は共通して身に
つけるべき基本的な関わりに関する内容を全員
共通で実施する。後半の4回は、ケースの状況に
応じた個別課題を選択し、それに合わせた手法を
実施する。ケースごとに個別課題を選択するが、
「家での実践の報告と話し合いをグループで行
う」枠組みは前半と同様に実施することで集団療
法としての形態は維持する。

全体で行う内容は、ペアレントトレーニングに
おけるコアエレメントにあたるもので、「子ども
の行動を3つにタイプ分けする」「子どもの良い
ところを探してほめる」「行動を理解する（ABC
分析）」などが含まれており、子どもの「行動」
に注目して、問題を理解していく内容となってい
る。

その上で、以下の4つの対応を学習する。

①構造化と環境調整

集中できる環境づくり、わかりやすいものの配
置や整理。見通しを持てるようなスケジュールの
視覚化、リマインダーの利用

②代替行動への分化強化

標的行動の代替となる適切な行動を指示して、
それが達成されたときに強化する。

③課題分析とプロンプト

標的行動をスモールステップにして、必要な手
助けや指示を出して成功体験を得させる

④トークンエコノミー

目標とする行動を子どもと共有し、達成された
回数を得点化して視覚化し、たまるとご褒美を与
える

効果測定として、ペアトレの参加前、6回終了
時、参加後（10回終了後）に参加した保護者への
臨床面接および質問紙調査により、家族のメンタ
ルヘルス、子どもへの感情表出、育児ストレス、
自尊心、及び子どもの適応、ADHD傾向（事前・事
後のみ）などを評価する。

治療経過の3時点での調査結果を比較するとと
もに、参加前後の結果については、申請者が昨年
度までに行っていた従来型のペアトレの際に実
施した調査結果と比較する。

使用する質問紙は以下の通りである。

① ADHD-RS-IV（18項目）：DuPaul, Power,
Anastopoulos, & Reid (1998)によって作成され
たADHD Rating Scaleの日本語版（市川ら, 2008）
を使用した。ない（0点）～非常にしばしばある
（3点）の4件法である。多動・衝動性（9項目）
と不注意（9項目）の二つの尺度があり、得点が
高いほどそれぞれの特徴に当てはまるとされて
いる。

②ベック抑うつ質問票（BDI-II, 21項目）：Beck,

Steer, & Brown (1996)によって作成されたBDI-IIの日本語版(小嶋・古川, 2003)を使用した。各質問0点~3点で評定され、得点が高いほど抑うつが高いと考えられている。63点満点で、13点以下が正常域、14点から19点までが軽度抑うつ域、20点から28点までが中等度抑うつ域、29点以上が重度抑うつ域であるとされる。

③日本版 Parenting Stress Index short form (PSI-SF, 19項目): Abidin RR (1983)によって作成された Parenting Stress Index (PSI)の日本語版78項目(奈良間ら, 1999)の短縮版で19項目で構成される(兼松ら 2006)。まったく違う(1点)~まったくそのとおり(5点)の5件法であり、得点が高いほど育児ストレスが高いとされている。

④ Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ, 25項目): Goodman (1999)により作成された児童の行動を評価するスクリーニング質問紙の日本語版(Matsuishi T., Nagano M., Araki Y., 2008)を使用した。行為面、多動・不注意、情緒面、仲間関係、向社会性の5つの下位尺度のうち、向社会性を除く4尺度の合計は全般的困難度(Total Difficulties Score)を表している。あてはまらない(0点)~あてはまる(2点)の3件法で評定され、得点が高いほど各下位尺度の特徴に当てはまるとされている。全般的困難度についての日本におけるカットオフポイントは、支援の必要性が「Low need ほとんどない(正常域): 0~12点」, 「Some need ややある(境界域): 13~15点」, 「High need おおいにある(異常域): 16~40点」であるとされている。

⑤ Family Attitudes Scales (FAS, 30項目): Kavanagh ら(1997)によって作成された Family Attitudes Scale(FAS)の日本語版(Fujita H.,

Shimodera S., Izumoto Y., et al., 2002)を使用した。ない(0点)~毎日ある(4点)の5件法であり、120点満点で得点が高いほど批判的とされている。また、日本での高い感情表出のカットオフポイントは、60点以上が適切とされている(Fujita et al., 2002)。

⑥自尊感情尺度(10項目): Rosenberg (1965)が作成した尺度の山本ら(1982)による日本語版を使用した。あてはまらない(1点)~あてはまる(5点)の5件法であり、得点が高いほど自尊感情が高いとされている。

⑦子育て効力感尺度(5項目): 小倉(2005)によって作成された子育て効力感尺度を使用した。あてはまらない(1点)~あてはまる(5点)であり、得点が高いほど子育てにおける効力感が高いとされている。

本研究は、名古屋大学教育発達科学研究科倫理審査委員会の承認を受けて実施している。

【結果】

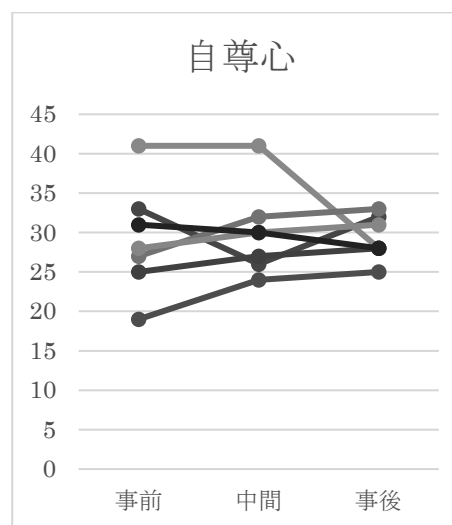
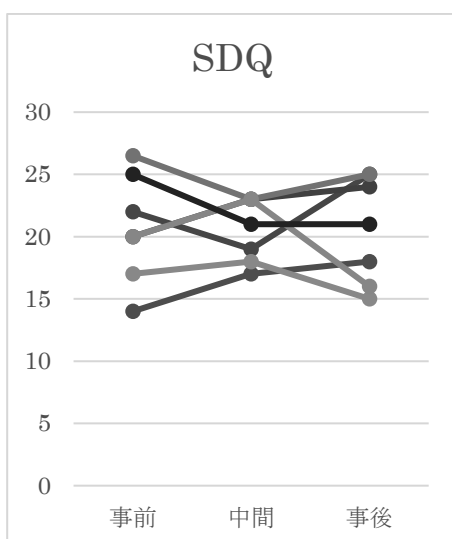
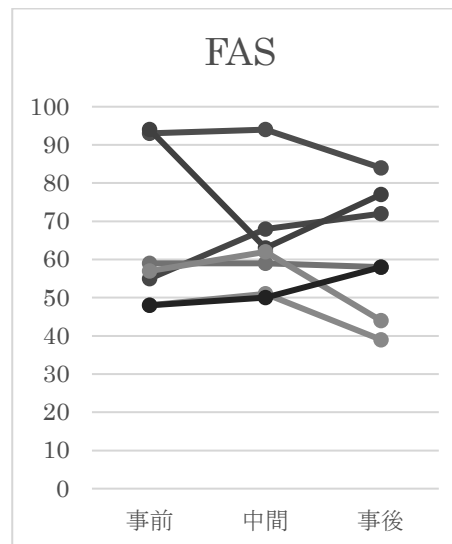
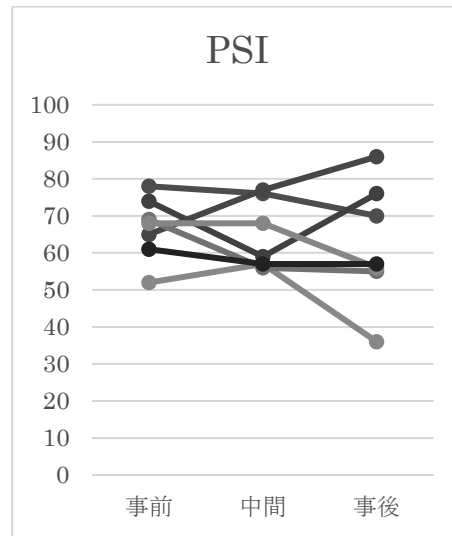
6ケース、7名の参加者が得られた。子どもの学年は小1-5年生、男子3名、女子3名。子どもの診断はASD1名、ADHD3名、ASD+ADHD2名。参加者は母親6名、父親1名(うち父母両方参加が1例)であった。Covid-19感染拡大の影響で集団療法を行う面接室の定員に限界があり、3名および4名ずつに分けてセッションを行った。回数は予定通り10回行ったが、面接を行った会場の事情で途中1か月程度の中断が生じた。

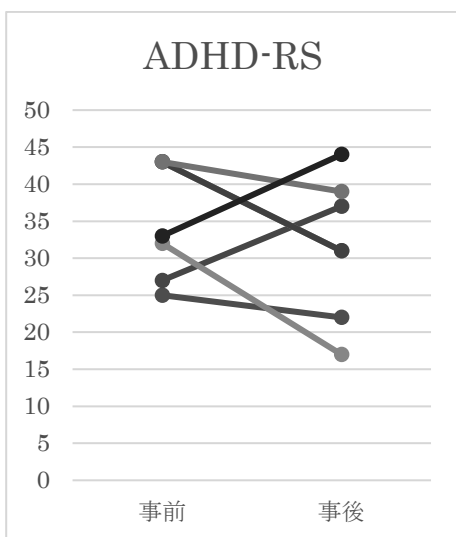
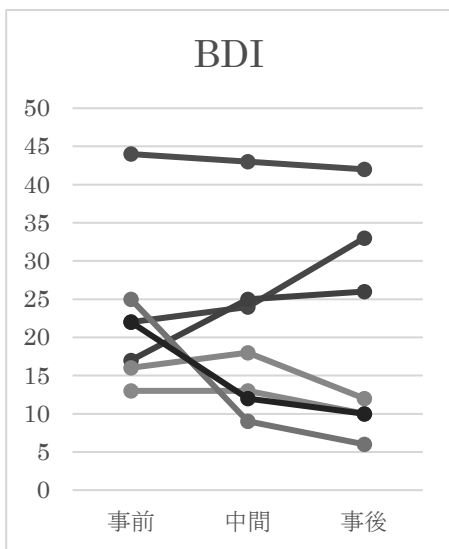
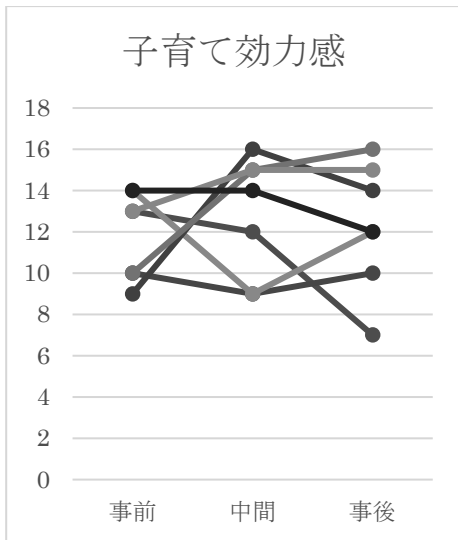
参加した保護者が利用した手法は、最も多かったのはトークンシステムで5名が利用した。他は、「構造化と環境調整」3名、「課題分析とプロンプト」3名、「代替行動への分化強化」1名で、多くの場合に併用が見られた。

質問紙調査の結果について、3 時点のそれぞれで、Wilcoxon の符号付順位和検定を行ったが、すべての評定尺度で、有意差を認めないという結果であった。

各尺度ごとの結果は、図の通りである。参加者自身に関しては、実施前に中等度以上の抑うつ状態を呈していたのは4名で、うち3名は軽減したが、閾値以下であった方も含めた2名で増悪が見られた。子どもへの感情表出は、4名で軽減したが、2名で増悪、育児ストレスは5名で軽減したが、1名で増悪した。自尊心は大きな変化は見られなかった。

子どもに関しては、適応は3名で改善、3名で増悪、ADHD 傾向は3名で改善、2名で増悪という結果でいずれも一定の傾向は認められなかった。





【考察】

前半に基本的なペアトレを行った後に、個々のケースの事情や参加した保護者の希望を取り入れた形で個々に目標・手法を定めて実施した。

支援方法の選択では、トークンシステムが最も利用頻度が高かった。他の手法を用いたケースでも途中からトークンシステムを併用するケースも見られた。

実施による効果は、参加者自身についても子どもに関しても一定の傾向を示さなかった。これは、我々がこれまでに行ってきたペアトレでは一定の改善傾向を示してきたのと反する結果であった。例年よりも少人数で実施したこともあり、集団としての効果が感じにくい様子が実施中から見られた。今回の結果が例年と異なる環境で行った実施したことが影響しているのかどうかは、今後の検討課題である。

今後、ケースを蓄積していくとともに、カリキュラムの更なる改善を目指していきたいと考えている。

【文献】

- Abidin RR. (1983). Parenting stress index manual. 1st ed Pediatric Psychology Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Cooperation.
- DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D., Power, T.J., Reid, R., Ikeda, M.J., &McGoey, K.E. (1998). Parent ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **20**, 83-102.
- Fujita H., Shimodera S., Izumoto Y., et al. (2002). Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research*, **110**, 274-280.

- Goodman R. (1999). The extended version of the Strength and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **40**, 791-799.
- 岩坂英巳編著 (2021). *ペアレント・トレーニングガイドブック 第2版*. じほう.
- 兼松百合子, 荒木暁子, 奈良間美保ら (2006) *PSI-SF PSI 育児ストレスインデックス ショートフォーム*, 雇用問題研究会
- Kavanagh D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V., et al. (1997). The family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, **70**, 185-195.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003). *日本版 BDI-II 手引き* 日本文化科学社
- 眞野祥子・宇野宏幸 (2007). 注意欠陥多動性障害児の母親における育児ストレスと抑うつとの関連. *小児保健研究* **66(4)**: 524-530.
- Matsuishi T., Nagano M., Araki Y., et al. (2008). Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school in community samples. *Brain & Development*, **30**, 410-415.
- 奈良間美保・兼松百合子・荒木暁子・丸光恵・中村伸枝・武田淳子・白畑範子・工藤美子 (1999). 日本語版 Parenting Stress Index (PSI)の信頼性・妥当性の検討, *小児保健研究*, **58(5)**, 610-616.
- 野邑健二 (2008). 親のメンタルヘルス — うつを中心に — *アスペハート*, **18**, 24-28.
- 野邑健二・金子一史・本城秀次・吉川徹・石川美都里・松岡弥生・辻井正次 (2010). 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて 小児の精神と神経, **50(4)**, 429-438.
- 小倉正義 (2005). 小学生の適応評定尺度 (保護者用) の開発 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (心理発達科学), **52**, 207-213.
- Rosenberg M. (1965). *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- 上林靖子・井潤知美 (2010). ADHD のペアレントトレーニング. *精神科治療学*, **25(7)**, 931-939.
- 山本真理子・松井豊・山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面, *教育心理学研究*, **30**, 64-68.
- George J., Dupaul, Thomas J., et al. (1998) *ADHD RATING SCALE- IV :Checklists, Norms, Clinical Interpretation*, The Guilford Perss.
- (市川宏伸、田中康雄監修、坂本律訳 (2008) 診断・対応のための ADHD 評価スケール ADHD-RS【DSM 準拠】), 明石書店, 東京.