

〔報 告〕

## ペアレンティングプログラムが発達障がい外来に通院中の 児・親・家族に与えた効果についての定量的／定性的考察

涌水 理恵<sup>1)</sup>

### 要 旨

【背景】発達障がい児を養育する親に対し、日本で行われている家族支援の報告は稀少である。とりわけ“障がい児を有する児との具体的な関わりや養育スキル”に関する介入はこれまで報告されていない。

【目的】外来通院中の発達障がい児を養育中の親に、ペアレンティングプログラムに参加してもらい、親・児・家族に与える効果を考察する。

【方法】発達障がい外来3箇所ポスター添付による宣伝告知を行い、参加を希望した親55名を対象に、2012年3～9月、グループトリプルPを行った。プログラム前、プログラム終了後、終了3か月後、終了6か月後の4時点で、計5つの評価ツールを用いてアウトカムの定量的評価を行った。またプログラム終了後に、トリプルP参加前後の家族全体の変化についてfocus group interviewを行い、定性的評価を行った。

【結果】親のペアレンティングや精神状態や子育てへの認識、児の問題行動、家族のエンパワメント、の全アウトカムで介入前後での有意な改善効果がみられた。インタビューでは親がペアレンティングの知識や技術を習得したことで余裕を持って子育てに臨めるようになったこと、児や家族の良反応、家族の関わりの変化が主として語られた。

【考察】発達障がい児の親にペアレンティングプログラムを施行することは、親のみならず児・家族といったアウトカムにも有意な改善効果をもたらすことが示された。外来での家族支援の取り組みを促進したい。

キーワード：発達障がい児、小児科外来、ペアレントトレーニング、家族エンパワメント、家族支援

### 1. はじめに

近年、核家族化が進むなかで、親の育児負担が増大している（厚生労働省a, 2014）。また親が育児に困難感を感じても相談する相手がおらず自ら抱えきれなくなり、虐待やうつ傾向に陥ることがある（厚生労働省b, 2014）。とくに発達障がいを抱えている子どもがいる家庭の場合、育児の困難感やストレスを親が感じることが多いと示唆されている（厚生労働省c, 2014）。親が心身症になったり、子ども虐待に至ってしまったりするケースがこれまでも報告

されており、同時に、きょうだいや祖父母といった家族員も負担感を有しながら生活していることがわかっていく（緒方, 2005）。

一方で、児童憲章に「すべての児童は、心身共に、健やかに生まれ、育てられ、その生活を保障される」と謳われているように（文部科学省, 1951）、すべての子どもの健やかな成長のために、親の育児困難感やストレスを軽減させ適切な養育スキルを伝達し、家族のエンパワメントを高める必要があると考えられる。

しかし、発達障がい児を養育する家族への支援とその帰結として得られた介入の有効性について記述

1) 筑波大学医学医療系小児保健看護学分野

された学術論文は稀少である。筆者は医学中央雑誌Web版(ver.5)を使用し、「発達障害or発達障がい」「障害児or障がい児」「家族」「支援」のキーワードを用い、2005-2014年6月までの和文論文(原著論文と総説)を検索した。

障害受容が困難な家族に対し、スクールアドバイザーによる介入や子育て支援センターでの受容を促す家族支援が行われていた。緒方(2005)は、軽度発達障害を有する児の親はまったく障害受容をしていないだけでなく、むしろ学校側と指導や支援の側面で葛藤関係にあり、担任と親が根気強く、丁寧に関係性を作り上げることが重要だと述べている。

「高機能自閉症・アスペルガー症候群学習会」が実施されていた。学習会を通して、家族の子どもに対する理解が進んだのではないかと、また、時間が経過してから学習会の効果が発揮されるという側面を持っているということが考察されている(並木、浅井、杉山、他、2005)。

発達障害児の包括的家族支援を目的とした、感覚や運動を刺激するキャンプが行われていた。その結果、キャンプ活動は、児の自律神経活性の安定化やストレス軽減とともに、前頭葉抑制機能の賦活を促す効果を持つのではないかと考察されている(小澤、樋口、小関、他、2013)。家族支援を目的としているが、家族に関するアウトカムの設定や考察はなされていない。

以上のように発達障がい児を養育する親に対し行われている家族支援について和文論文を検索した結果、支援内容とその効果が記載されていたものは僅か3文献で、“障害の受容や学習”に関する介入はみられるが、“障がいをもつ児との具体的な関わりや養育スキル”に関する介入は報告されていないことが確認された。

発達障がい児に限らず、幼児から就学児を養育中の親と家族を支援する子育てプログラムにはPositive Parenting Program(以下、トリプルP)やNobody's Perfect Program, Anger Management Program等(Sanders, Markie-Dadds, Tully et al., 2000; ジャニス・ウッド・キャタノ, 2002; 一般社団法人日本ア

ンガーマネジメント協会, 2014)がある。筆者は、発達障がい児への家族支援として、親が子どもの自尊心を育み、育児を楽しく前向きにしていくことに主眼をおいた前述のトリプルPを採用し、発達障がい外来通院中の児の親に試用した(Wakimizu, Fujioka, Ieshima et al., 2014)。その根拠として、トリプルPが、障がいの程度にかかわらず一般的な親に運用できるプログラムであり、とくに親が子どもの自尊心を育み、育児を楽しく前向きにしていくことに主眼をおいたプログラムであるゆえ、自尊心が低い傾向にある発達障がい児とその親双方に有用である可能性が予見されたためである。試用という語句を用いる理由は、発達障がい児の親に運用した本邦初の試みであったためである。今回は参加者同士のグループダイナミクスが最も期待できる、集団でのペアレンティングプログラム(グループトリプルP)の介入効果を定量的/定性的に考察したので報告する。

トリプルPはオーストラリアで開発され、世界25カ国以上で実施されている参加体験型の学習プログラムである。子どもの発達や気になる行動など様々な問題について、親がどのように捉え、どのような関わりを持つと子どもの問題が改善されるのか、子どもの発達が上手に促されるのか等、具体的なスキルや考え方を学んでいく。

## II. 目的

発達障がい外来通院中の児の親に、集団でのペアレンティングプログラム(グループトリプルP)を受講してもらい、それが親の養育・児の行動・家族のエンパワメントに与える効果を、家族看護学的意義を踏まえて考察する。

## III. 方法

### 1. 用語の定義

本研究における「家族エンパワメント」とは、家族が自分たちのおかれた状況に気付き、問題を自覚

表1. グループトリプルP (毎週1回, 合計8回のプログラム)

セッション	内容	ワーク形式	時間
第1回	「前向きな子育て」とはどのような子育てかについて学び, 子どもの行動の捉え方について話し合う	講義・グループワーク・ ロールプレイ	2時間
第2回	子どもと良好な関係をつくり, 子どもの発達を促すための, 10のスキルを学ぶ		2時間
第3回	対処が難しい子どもの行動をうまく扱えるようになるための, 7つのスキルを学ぶ		2時間
第4回	対処が難しい子どもの行動が起こりやすい場面を想定し, その行動が起こらないように備えるための計画的な活動を学ぶ		2時間
第5回～第7回	先の4回のセッションで学んだスキルを家庭でうまく活用できているかを話し合い, 保護者自身がスキルを活用し工夫しながら子育てしていけるようサポートする	自宅での電話相談	毎回20分程度
第8回	子どもの行動の好ましい変化について話し合い, プログラムで学んだスキルの復習を行う	講義・グループワーク・ 総括	2時間

- ・前半4回はビデオとワークブックを使って, 後半4回はワークブックを使って行う
- ・第5回～第7回は個別の電話相談で, 保護者の都合のよい日時にファシリテーターが電話をかけ, 家庭での子育てについて応じる

表2. トリプルPで親が身につける技術

**表2 Triple Pで親が身につける技術**

子どもの発達を促す 10の技術

- 子どもとの建設的な関係を作る
  - 1) 子どもとの良質な時間を作る
  - 2) 子どもと話す
  - 3) 愛情を表現する
- 好ましい行動を育てる
  - 4) 子どもを褒める
  - 5) 注目している気持ちを伝える
  - 6) 夢中になれる活動を与える
- 新しい技術や行動を教える
  - 7) 良い手本を示す
  - 8) 時をとりえて教える
  - 9) アスク・セイ・ドゥ
  - 10) 行動チャート

子どもの問題行動に対応する 7の技術

- わかりやすい基本ルールを作る
- 会話による指導
- 計画的な無視
- はっきり穏やかな指示
- 問題に応じた結果で対処する
- クワイエット タイム
- タイムアウト

し, 自分たちの生活の調整と改善を図る力をつけること, とした。

## 2. 研究対象

2012年3～9月に首都圏近郊にある3箇所の発達障がい外来に通院中の児の親で, ポスター掲示による宣伝告知に対し, 参加を希望した親58名。

## 3. プログラム概要と実施

グループトリプルPは, 1グループ10名程度の親を対象に, 1週間ごとに1回2時間のセッション8回(うち3回は電話セッション)を行うプログラムで

ある(表1, 2)。当プログラム内容は, 発達障がい外来の診療内容とは関係性はなかったが, 担当医師にはプログラムの受講を希望した親が「日本語が読めない, 話せない」「重篤な精神疾患を罹患している」等の対象除外条件に該当しないかを確認してもらった。

プログラムの実施にあたっては, Triple P internationalから認定を受けた1人の日本人のグループトリプルPファシリテーターが一貫して任務を遂行した。研究者は本研究の統括責任者として, 研究な

いしプログラムに関する問い合わせ先として機能し、全グループワークにオブザーバーとして立ち合った。

グループワークは親のみの参加になるため、前半4回と最終回（全5回）のセッションは託児を設置した。託児に関しては、大体4～5名の保育者を手配した。

#### 4. データ収集

研究対象の背景について把握するため、プログラム実施よりも前の日に、親・家族・児の属性について、対象に自記式質問紙により尋ねた。

定量的評価を行うためにプログラム前、プログラム終了後、終了3か月後、終了6か月後の4時点でデータを収集した。評価ツールとしてStrength and Difficulties Questionnaire (SDQ)：児の問題行動の状況を把握する25項目、Parenting Scale (PS)：親の子育ての特徴を把握する30項目、Depression Anxiety Stress Scale (DASS)：親の抑うつ・不安・ストレスを把握する42項目、Parental Experiment Survey (PES)：児の行動そして自分の子育てをどう感じるかを把握する11項目、Family Empowerment Scale (FES)：家族エンパワメントを把握する34項目を使用した。

また定性的評価を行うため、全プログラム終了後に、1グループ10名程度の構成で“トリプルP参加前後の家族全体の変化”について60分前後のfocus group interview (FGI)を行い、研究者が進行役をし、構成員の承諾を得てその様子を定点カメラで録画した。定点カメラでの録画を選択した理由は、複数の参加者によるFGIであったため、各語りの話し手が誰であったかを特定し、逐語をスムーズに起こすためであった。また構成員の態度や表情を語りの補佐的・附随的側面から分析するためであった。

#### 5. 分析

A one-factor repeated-measures ANOVAを用いて介入前後のアウトカムの変動を評価した。多重比較に際してBonferroni correctionを採用した。介入効果としてF値、 $p$ 値、effect sizesを示した。Co-

hen (1988)によればrepeated-measures ANOVAのeffect sizesは (Small: 0.01/Medium: 0.059/Large: 0.138)のように下限が定められている。定量的評価では $p < 0.05$ を有意差ありと判定し、SPSS for Windows, version 20.0Jを用いて解析した。

一方FGIで得られた語りは、逐語録に起こしたのち、内容分析法を用いて、質的帰納的に分析した。具体的には表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的に記述し、記述全体を文脈単位、1内容を1項目として含むセンテンスを記録単位とし、個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類・命名した。個々の記録単位をコードとして示し、類似のコード群にまとめて適切なカテゴリ名をつけ、カテゴリ間の関係を解釈した。分析の妥当性を確保するため、分析結果を研究対象者全員に送付し、カテゴリおよびコードの意味内容が各対象者の語りの意図とずれていないか否かを確認してもらった。

#### 6. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て、実施した。対象者には、本研究の趣旨を説明すると同時に、調査およびプログラムへの参加は強制ではないこと、調査およびプログラムへの参加を途中で辞退する場合でもなんら不利益を被らないこと、調査の内容は今後の診療には一切影響しないこと、個人を識別できる情報はリクルートに関わった医師を含め他者に明かさないこと、を口頭と文書で伝え、署名による同意を得た。

## IV. 結 果

58名の調査参加者のうち、3名は事前のアンケート調査には参加したものの介入初日に児/本人の体調不良等の事情で不参加、1名の参加者は家庭の事情により6か月後までの追跡調査が困難となり、対象から外れた。残りの54名の参加者は介入前、介入直後、介入3か月後、介入6か月後の調査を完遂した。

#### 1. 対象者の概要

表3に示す。6か月後までのデータをフォローで

表3. 対象者の概要

(N = 54)		n/Mean ± SD	%/Range
<b>親</b>			
性別	女性	53	98.1
年齢		41.3 ± 4.7	34-52
続柄	母親	53	98.1
	父親	1	1.9
就業状況	主婦	27	50.0
	正規従業員	6	11.1
	パートタイマー	19	35.2
	自営業	2	3.7
子育てを助けてくれる人	いる	51	94.4
	いない	3	5.6
メンタルヘルスに関連したサービスの受給状況 (重複回答可)	精神科	10	18.5
	臨床心理士	4	7.4
	カウンセラー	4	7.4
	ソーシャルワーカー	2	3.7
<b>家族</b>			
居住年数 (年)		6.5 ± 4.4	0.3-20
家族員の数 (人)		3.9 ± 0.9	2-6
子どもの数 (人)	1	22	40.7
	2	23	42.6
	3	7	13.0
	4	2	3.7
<b>児</b>			
性別	男児	42	77.8
年齢		7.4 ± 2.7	2-14
診断 (重複回答有)	ADHD <sup>1)</sup>	34	63.0
	PDD <sup>2)</sup>	26	48.1
	自閉症	11	20.4
	AS <sup>3)</sup>	5	9.3
	LD <sup>4)</sup>	5	9.3
	MR <sup>5)</sup>	3	5.6
	てんかん	3	5.6
	DCD <sup>6)</sup>	3	5.6
	不安障害	2	3.7
	適応障害 (不登校)	2	3.7
	チック	2	3.7
	夜尿症	1	1.9
	強迫神経症	1	1.9
	未診断あるいは診断待ち	5	9.3
内服	あり	42	77.8
	なし	12	22.2
障害手帳	あり	9	16.7
	なし	45	83.3
通学状況	通常学級	34	63.0
	支援学級	14	25.9
	特別支援学校	3	5.6
	私立保育所	3	5.6
通級の利用	あり	10	18.5
	なし	44	81.5

1) ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 注意欠陥多動性障害

2) PDD: Pervasive Developmental Disorders 広汎性発達障害

3) AS: Asperger Syndrome アスペルガー症候群

4) LD: Learning Disorders 学習障害

5) MR: Mental Retardation 知的障害

6) DCD: Developmental Coordination Disorder 発達性協調運動障害

きた54名中, 22.2% が30代, 74.1% が40代, 3.7% が50代であった。94.4%の参加者は発達障がい児を養育するうえで誰かしら協力者がいる, と回答し

た。具体的には夫や祖父母が協力者として挙げられた。一方で, メンタルヘルスに関連したサービスの利用率に関しては32.0%と低い結果だった。発達障

表4. 各アウトカムにおけるRepeated measures ANOVAの結果

アウトカム	得点域			時間			効果		
	介入前	介入後	6か月後	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	F値	p値	Effect sizes
<u>SDQ (児の問題行動の状況を把握する25項目)</u>									
感情的徴候	2.98 (2.32)	1.98 (1.65)	1.87 (1.67)*	2.03 (1.97)	4.77	0.003	0.081		
行為障害	3.46 (2.19)	2.89 (1.83)	2.47 (1.87)*	2.79 (2.12)	2.79	0.042	0.049		
多動	6.00 (2.65)	5.11 (2.29)	5.04 (2.33)	5.34 (2.17)	2.05	0.109	0.037		
仲間とのトラブル	4.94 (2.45)	4.19 (2.19)	3.84 (2.38)	4.39 (2.70)	2.26	0.084	0.040		
行動面での困難	17.38 (5.89)	14.17 (5.10)**	13.22 (6.00)***	14.55 (5.95)*	6.52	<0.001	0.108		
向社会的行動	4.07 (2.68)	4.50 (2.65)	4.87 (2.63)	4.89 (2.36)	1.31	0.272	0.024		
<u>PS (子育ての特徴を把握する30項目)</u>									
不明確、曖昧さ	2.79 (0.49)	2.29 (0.64)***	2.22 (0.72)***	2.23 (0.64)***	12.16	<0.001	0.184		
過反応	3.78 (1.17)	2.75 (1.21)***	2.84 (1.14)***	3.12 (1.19)*	10.39	<0.001	0.161		
口うるさい	3.65 (0.98)	2.65 (0.84)***	2.81 (1.01)***	2.91 (0.96)***	13.63	<0.001	0.202		
Total	3.27 (0.62)	2.50 (0.72)***	2.54 (0.78)***	2.63 (0.70)***	17.08	<0.001	0.240		
<u>DASS (親の抑うつ・不安・ストレスを把握する42項目)</u>									
抑うつ	8.25 (8.33)	4.72 (5.84)*	4.00 (6.17)**	6.58 (7.32)	4.23	0.007	0.100		
不安	5.51 (5.00)	3.74 (3.57)	3.29 (5.05)*	5.50 (5.53)	3.61	0.022	0.065		
ストレス	12.45 (7.43)	7.96 (5.95)	7.51 (6.72)	11.39 (8.82)	5.52	0.001	0.127		
Total	26.22 (18.33)	16.43 (13.72)*	14.80 (16.98)**	22.97 (20.06)	5.21	0.002	0.121		
<u>PES (親として児の行動、子育てをどう感じるかを把握する11項目)</u>									
子育ては難しい	3.38 (0.98)	2.60 (0.90)***	2.51 (0.83)***	3.14 (1.07)	14.69	<0.001	0.217		
子育てはやり甲斐がある	2.70 (0.97)	3.13 (0.90)*	3.27 (1.10)*	2.81 (1.14)	4.34	0.006	0.076		
子育てはきつい	3.43 (1.05)	2.72 (1.10)**	2.93 (1.16)	3.27 (1.11)	5.78	0.001	0.098		
子育てはストレスフルだ	3.39 (1.01)	2.63 (1.04)***	2.56 (1.01)**	3.16 (1.13)	8.28	<0.001	0.135		
子育ては充実している	2.87 (1.12)	3.72 (1.04)***	2.98 (0.93)**	2.66 (0.78)	15.53	<0.001	0.227		
子育ては憂鬱だ	3.22 (1.21)	2.41 (1.11)***	2.42 (1.02)**	2.76 (1.17)**	8.63	<0.001	0.140		
自分の子育てへの確信	2.24 (0.90)	2.96 (0.72)***	2.78 (0.84)**	2.74 (0.75)**	9.91	<0.001	0.157		
子育てに関するサポートを得ている	2.67 (0.98)	3.39 (1.04)**	3.11 (0.82)*	2.82 (1.07)	6.61	<0.001	0.111		
子どもの様に関してパートナーと意見を一致させている (n = 51)	2.86 (0.99)	3.08 (1.06)	3.14 (0.89)	3.03 (1.00)	1.07	0.366	0.021		
パートナーから子育てに関するサポートを得ている (n = 51)	2.90 (1.03)	3.18 (1.09)*	3.19 (1.18)	3.05 (1.18)	1.09	0.356	0.021		
パートナーが居て幸せだ (n = 51)	3.12 (1.25)	3.32 (1.24)	3.62 (1.23)*	3.03 (1.13)	3.37	0.020	0.063		
<u>PES (家族エンパワメントを把握する34項目)</u>									
家族	37.55 (6.22)	42.07 (7.12)***	41.98 (6.66)**	40.11 (7.09)*	7.65	<0.001	0.126		
サービスシステム	40.40 (5.29)	43.52 (6.41)***	43.29 (7.49)	43.55 (7.20)	4.10	0.008	0.072		
地域/政策	25.71 (6.57)	27.85 (6.29)**	27.96 (7.08)	28.08 (6.38)	2.09	0.104	0.038		
Total	103.65 (15.45)	113.44 (17.40)***	112.27 (17.76)*	111.74 (18.50)	5.03	0.002	0.087		

Baseline時のスコアを調整したrepeated measures ANOVAを行った

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ .

ANOVA, analysis of variance; SD, standard deviation

がい有する児の年齢は $7.4 \pm 2.7$  (mean  $\pm$  SD) 歳であり、男児が全体の77.8%を占めた。内服をしている児は全体の77.8%であり障害手帳を有している児は全体の16.7%であった。就園就学について、63.0%の児は通常学級へ、25.9%は支援学級へ、5.6%の児は特別支援学校へ通っていた。通級を利用している割合は18.5%であった。

## 2. 定量的な評価

参加者のペアレンティングや精神状態や子育てへの認識、児の問題行動、家族エンパワメントの各アウトカムの介入前後の経時的変化を表4に示す。

いずれのアウトカムも親・家族・児の属性(表3)による介入効果の差はなかった。

### 1) 児の問題行動 (SDQ)

感情的徴候 ( $F=4.77, p=0.003$ ), 行為障害 ( $F=2.79, p=0.042$ ), 行動面での困難 ( $F=6.52, p<0.001$ ) に関しては、介入後に有意に得点が軽減していた。うち行動面での困難については、介入後6か月後の時点まで有意に得点が低かった。

### 2) 親のペアレンティング (PS)

不明瞭・曖昧さ ( $F=12.16, p<0.001$ ), 過反応 ( $F=10.39, p<0.001$ ), 口うるさい ( $F=13.63, p<0.001$ ) に関しては、介入後に有意に得点が軽減していた。全項目について、介入後6か月後の時点まで有意に低い得点が維持されていた。

### 3) 親の心理状態 (DASS)

抑うつ ( $F=4.23, p=0.007$ ) と不安 ( $F=3.61, p=0.022$ ) が介入後に有意に軽減していた。両項目とも介入後3か月後の時点まで有意に低い得点が維持されていた。

### 4) 親の子育てに対する知覚 (PES)

子育ては難しい ( $F=14.69, p<0.001$ ), 子育てはきつい ( $F=5.78, p=0.001$ ), 子育てはストレスフルだ ( $F=8.28, p<0.001$ ), 子育ては憂鬱だ ( $F=8.63, p<0.001$ ) といったネガティブな知覚項目で介入後に得点が有意に減少しており、反対に、子育てはやり甲斐がある (rewarding:  $F=4.34, p=0.006$ ), 子育ては充実している ( $F=15.53, p<0.001$ ), 子育て

への確信 ( $F=9.91, p<0.001$ ), サポートを得ている ( $F=6.61, p<0.001$ ), パートナーが居て幸せだ ( $F=3.37, p=0.020$ ) といったポジティブな知覚項目で介入後に得点が有意に増加していた。子育てへの確信については、介入後6か月後の時点まで有意に高い得点が維持されていた。

### 5) 家族のエンパワメント (FES)

家族 ( $F=7.65, p<0.001$ ) とサービスシステム ( $F=4.10, p=0.008$ ) の各得点とFES総得点 ( $F=5.03, p=0.002$ ) が介入後に有意に上昇していた。家族の下位尺度については、介入後6か月後の時点まで有意に高い得点が維持されていた。

以上のように、2か月間計8回のグループトリプルPを受講したことにより、親のペアレンティング(PS)や心理状態(DASS)や子育てに対する知覚(PES)はポジティブに変化し、児の問題行動(SDQ)は落ち着き、家族のエンパワメント(FES)は有意に上昇した。

## 3. 定性的な評価

FGIに要した時間は平均88.6分であった。自発的発言が多くみられ、参加者同士のやりとりも活発だった。定性的な評価としては自身がトリプルPに参加したことにより、児への対応に関する具体的な知識や技術を習得したことで、余裕を持って子育てに臨めるようになったことが主として語られた。具体的なコードとカテゴリを表5に示す。

## V. 考察

### 1. 対象者の概要

発達障がい児の家族を対象とした先行研究(Wakimizu, Fujioka, Yoneyama et al., 2011)では、「親の年齢が若い」「きょうだい数が多い」「児が内服中」「受けているサポートの認知が出来ていない」の要因が家族エンパワメントの低さに有意に関連したと報告している。この知見に基づき、本研究の対象者の概要を考察すると20代の若い親は含まれておらず、きょうだい数は平均1.8人で、77.8%の児

表5. トリプルP終了後のFGIで得られたコードとカテゴリ

カテゴリ	コード
適切な育児スキルの習得と家庭での適用	トリプルPのプログラムを受けて、子育てをする親として知っておくべき情報や具体的な子育てのスキルを得られた トリプルPの講座で習ったことを、家で我が子に行う際に、部分的に（自分の子には）合わない部分もあったが、概ね適用できた 具体的な技術が学べたことと、個人個人で自分のこどもに合わせた具体的な計画が立てられ、実行できたのがよかった
児に対し精神的余裕を持って接することが出来るようになったという自覚	子どもの反応を「さて、どうするか」と楽しみにという余裕を持って待てるようになった おそらく子どもの行動そのものは変わっていないんだろうけれど、こう対応したら良いんだという、こちらに精神的な余裕が出た分、途中で叱りつけることが激減した
主たる養育者がプログラムを受けたことによる家族員同士のかかわりの変化	このプログラムを受ける前と比べて、子どもと関わる自分が好きになれた。子どもも自分に寄って来るようになった 自分の子どもへの声のかけ方や態度が変わったせいか、子どももパニックをおこしたり、私を試したりしなくなった 夫やきょうだい達も、以前は私と息子のあいだに入ってこようとはしなかったけれど、今は普通に話しかけてくる 夫が（プログラムには参加していないけれど）私の声かけを見よう見まねでもやってくれることがうれしい。その結果、夫婦で息子をよく褒めるようになって、夫婦の諍いも減った。ストレスフリーになって、笑顔が増えたなど自覚する日々を送れている
プログラムへの要望	親子の言い争いは激減したのだが、きょうだいげんかが相変わらずなので、きょうだい用のプログラムがあっても良いかもしれない 来年とか再来年とか、もう一度、受講したい。一度きりというのではなくて、繰り返し繰り返し受けることで心の安寧をキープしたい また子どもが小学生になったら受けてみたい。そのころには違った課題に直面しているかもしれないので、繰り返し受けてみたい
同じ悩みを持つ親仲間達と出会えたことへの感謝	プログラムを受けられたことで自身のスキルも確実にあがったと思うし、自分だけでなく他の人の悩みとか努力されていることとか聞けて、共感できる部分が多くて、勉強にもなった。出会いにも感謝している

が内服中であり、94.4%の親が育児協力者を有していたことから、本研究対象者（母集団）の特性として児の内服率が高く、全国平均（日本経済新聞Web版, 2014）と比較するときょうだい数も多めであったことが考察される。

2. 定量的な評価

結果から、トリプルPという介入がペアレンティングに大きな改善をもたらしたことが示された。日本で発達障がい児を養育中の親は、児童精神科の外來や療育センター等で児への接し方について専門の教育を受ける機会も設けられており、介入前に、ある程度トレーニングされていた可能性も考えられるのだが、実際には、介入前のPSの全サブスケールのベースライン値は、一般の親を対象とした先行研究（Fujiwara et al., 2011）と比べ成績が悪かった。グループトリプルPではセッション2で「子どもと良好な関係を作り、子どもの発達を促すための10のスキル」を、セッション3で「対処が難しい子ども

の行動をうまく扱えるようになるための7つのスキル」を学ぶ（Sanders et al., 2000）。いずれも親への直接的かつ具体的なスキル伝達である。当介入により、総じてPS得点が有意に改善し、その効果は6か月後まで続いたと考察される。介入効果が6か月間と長く続いた理由は2つ推察される。1つはグループトリプルPが17の子育てスキル（表2）にとくに重点をおいたプログラムであり、そのスキルが当集団の親に受け入れられやすかつ活用されやすかったということ、2つ目はグループトリプルPのプログラム内容はすべて1冊のテキストにまとめ記載されており、プログラム終了後にいつでも自宅で読み返し、復習できたためと考えられる。

トリプルPにより改善がもたらされたのは親ばかりではない。発達障がいを有する児の感情的徴候、行為障がい、行動面での困難も有意に軽減した。介入前のSDQスコアは、健常児の親を対象とした先行研究（Fujiwara et al., 2011）に比べ、向社会的



行動以外のサブスケールのベースライン値は高く、向社会的行動サブスケールのベースライン値は低かった。ちなみに我が国の厚生労働省が公表している「日本におけるSDQの標準値（4～12歳，2,899名のデータ分析）」（Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013）から定められたカットオフ分類（low-need, some-need, high-need）では、当集団の2サブスケール（多動，仲間とのトラブル）のベースライン値はそれぞれsome-need, 2サブスケール（行動面での困難，向社会的行動）のベースライン値はそれぞれhigh-needの分類に該当した。グループトリプルPは親への直接的かつ具体的な子育てアプローチプログラムである。以上2つのこと（①当集団の児の障がい特性，②グループトリプルPは親への直接的アプローチであること）から、我々は当初、児の行動に関して、グループトリプルPの介入が先行研究（Fujiwara et al., 2011）と同様に有効であるのかを懸念していた。が結果として、介入後、児の問題行動（感情的徴候，行為障がい，行動面での困難）は減少し、その効果は3か月後もしくは6か月後まで維持された。とくに行動面での困難サブスケールについては介入後、強く有意に減少し、カットオフ分類においてもsome-needに落ち着き、要治療域外を6か月後まで維持した。一方で残念ながら、向社会的行動サブスケールについては介入効果が得られず、要治療域内であった。いずれにしても、当集団において、親が捉える児の問題行動に、グループトリプルPの介入が間接的にでも良い効果をもたらしたことは明らかであろう。

また今回の介入により、親のメンタルヘルスも有意に改善した。DASSの各サブスケールおよび総計の介入前のベースライン値は、一般の親を対象とした先行研究（Fujiwara et al., 2011）と比べ、高かった。日本において発達障がい児を持つ父母は対照の父母に比べ、鬱・不安ともに有意に高いことが明らかになっている（芳賀，2009）。とくに、母親に神経症が有意に多く、父親に比べて心身の健康度が低いことがわかっており、さらに、発達障がい児

を持つ母親の42%が“非常に高い特性不安”に該当し、神経症と鬱（ともに治療域）のため精神療法，薬物療法を含めた心理社会的治療介入を必要としていることが報告されている。また健常児の母親と比べて「生きがい」と「育児」についての満足度が低く、親としての自信のなさや不自由さによるストレスよりも、子どもの行動特徴による育てにくさのストレスが高いことが報告されている（刀根，2002）。当集団のメンタルヘルスに関連したサービスの受給状況の割合（表3）を参照しても、相当の親の苦悩が推察された。当介入により、総じてDASS得点は大きく有意に減少し、その効果は3か月後まで続いたことが示された。当集団における親の抑うつ，不安，ストレスに、グループトリプルPの介入効果があったことは自明である。

PES得点は、先行研究（Fujiwara et al., 2011）と比べ、子育てに対しネガティブな知覚が記されている項目の介入前のベースライン値は高く、ポジティブな知覚が記されている項目の介入前のベースライン値は低かった。加えて、「自分の子育てへの確信」「子育てに関するサポートを得ている」「パートナーが居て幸せだ」「子どもの躰に関してパートナーと意見を一致させている」「パートナーから子育てに関するサポートを得ている」の各項目の介入前のベースライン値も低かった。よって当集団の親たちは子育てをポジティブな要素の少ない、よりネガティブなものとして捉え、自信もなく、パートナーとさえうまくいっていない、孤立した存在であり、それこそ救われるべき対象であったということが考察することがされる。本介入により、とくに「自分の子育てへの確信」は大きく有意に増加し、その効果は6か月後まで続いた。子育てへの自信は子育ての質を大きく左右し、親自身，児，家族に多大な影響を与える。その他のアウトカムについても概ね介入3か月後まで効果が存続しており、この時期まではグループトリプルPで習得したスキルを、我が子に実践し、効果を得ることで、親自身の親役割に対する知覚変化が起きていたと考察できる。一

方でパートナーとの関係性に関する項目においては本介入の効果は得られなかった。今回、参加者のほとんどは母親であり、加えて、父親は仕事漬けで深夜帰宅も多く、子育てについて夫婦で話し合う時間や夫が妻をサポートする時間を設けるのは厳しいという日本の社会的背景も考えられる。また実施された介入の主な目的と内容が、パートナーとの関係性ではなく子どもとの関係性を主においたものであったということも介入効果が出なかった一因であると考えられる。

家族エンパワメントがグループトリプルPの主アウトカムとして測定されたのは本研究による初の試みであった。FESの各サブスケールと総計の介入前のベースライン値は、日本の発達障がい児の親を対象とした先行研究（涌水，藤岡，古谷，他，2010）と近似した値をとっていた。が、そもそも日本の発達障がい児を養育する家族のFES得点は海外研究（Koren, Dechillo, Friesen, 1992; Dempsey, Dunst, 2004）と比すれば相当低い。本介入による効果は全サブスケールと総得点で得られ、とくに家族のサブスケールは介入後大きく有意に増加し、その効果は6か月後まで続いた。それに比してサービスシステムと社会／政治のサブスケールは介入直後のみ有意な増加がみられたが、継続はしなかった。上述のように、家族のサブスケールのみで大きく長期的な介入効果が得られた理由として、実施されたグループトリプルPの介入目的と内容が、家庭内における親子の関係性を構築することを主においたものであったということが考えられる。総じて当集団における家族エンパワメントに介入の効果があったことが本研究により証明された。

### 3. 定性的な評価

今回の対象は軽度発達障がい内服遂行中の児の割合が高い集団ではあったが、その主たる養育者が2か月間で計8回の子育てトレーニングプログラムを受講し、適切な育児スキルを習得し家庭で適用できたことにより、児に対し余裕を持って接することができるようになったことが参加者らの語りから得

られた。そのほかにも「主たる養育者がプログラムを受けたことによる家族員同士のかかわりの変化」や「プログラムへの要望」「同じ悩みを持つ親仲間達と出会えたことへの感謝」が抽出された。このように介入前後の各家族員同士の関わり方の変化やプログラムへの要望など定量的な評価だけでは決して掌握しきれない内容をインタビューし分析することは、今後の介入の質を向上させ具体的な遂行方法を検討する判断材料となりうる。

今回、定量的な評価では介入により親・児・家族のアウトカムが有意に改善した一方で、パートナーとの関係では改善がみられなかった。しかし定性的な評価では、一部の対象者からの評価ではあるが、介入によりパートナーとの関係性に正の効果が生じていたことが確認された。このことからアウトカムを定量的のみならず定性的に確認する作業が、施行した介入の有効性をevidence-basedで評価するために重要であると考えられる。

### 4. 総合的な評価

総じてグループトリプルPにより、親の子育てスキルや態度・子どもの問題・家族の関係性やエンパワメントに正の変化がもたらされたことが明らかになった。具体的にはグループトリプルPを受講したことにより親は育児に対する自己効力感やポジティブな認識を高め、パートナーとの関係性や家族のエンパワメントは強化され、子どもの問題行動は軽減することが示唆された。

日本では、育児は母親が行うのが当たり前と考えられている。日々育児に悩み、頑張っている、他の家族員や社会から認められることが少ない母親に、グループトリプルPで具体的な17の技術を伝授し、家での活用を試みさせ、個別の具体的な悩みを聞き出し共に解決する、前向きなフィードバックを与え賞賛するといったファシリテーターとの2か月間のやりとりには、参加した母親の育児に対する自己効力感や認識を高める一定の効果があつたのだと考察される。

さらにこの、母親の育児に対する自己効力感やポ

ジティブな認識が、母親の日常生活における子どもへの接し方に余裕を持たせ、その帰結として、家族の雰囲気や家族同士の関係性が改善し、家族はエンパワメントし子どもの問題行動が軽減したと考察することができた。

最も重要な母親の認識 (PES) への介入効果が3か月までは続いたが、6か月後には元に戻っているという結果から、グループトリプルPの効果継続には持続可能性と反復性が必要不可欠であることが示唆される。その提供体制の構築も併せて、グループトリプルPの実践を外来での看護援助に繋げていきたい。

## 5. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、参加者の2群 (介入群・対照群) への群分けをしなかった点が挙げられる。今後新たな研究を行う際には、クロスオーバー無作為化研究デザインを用いる。第二に、対象が母親に偏って介入を実施したことである。将来的には父親の参加を促していきたい。そうすることで両親がトリプルPのスキルを共有しつつ子育てをより効率的に協力して進めていくことができると考える。

## VI. 結論

主治医により発達障がいと診断がなされている児の親、計54組にグループトリプルP (毎週1回、合計8回のプログラム) を行い、6か月後までのアウトカムをrepeated measures ANOVAを用いて縦断的に追跡した。またトリプルP終了後にfocus group interviewを行い、介入前後の家族全体の変化について参加者から語りを得、質的に分析した。その結果、定量的な評価としては親のペアレンティングや精神状態や子育てへの認識、児の問題行動、家族エンパワメントに長期的な改善効果が得られた。定性的な評価としては自身がトリプルP参加により知識や技術を習得したことで余裕を持って子育てに臨めるようになったことが主として語られた。

これらの結果から、就学前・中の発達障がい児の親にトリプルPを施行することは、親・児・家族の全エレメントに長期的な改善効果をもたらすことが示された。トリプルPで親が具体的なスキルを習得し、精神的余裕を有しながら育児に当たったことで、本人だけでなく児にも家族にも良い影響がもたらされた事実から、個を切り口として全体にアプローチする家族看護学の視点から捉えても本介入の有意義性は評価できると考える。

## 謝 辞

本研究は平成23~25年度文部科学省科学研究費 (No. 23689089 : 研究代表者涌水理恵) によって遂行されました。本研究にご協力いただきました筑波大学宮本信也教授、愛正会記念茨城福祉医療センター家島厚センター長、つくば国際大学藤岡寛先生に感謝申し上げます。

(受付 '15.01.13)  
(採用 '15.12.11)

## 文 献

- Cohen J. E.: Statistical power analysis for the behavioral sciences, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Inc., NJ, 1988
- Dempsey, L., Dunst, C. J.: Help-giving styles as a function of parent empowerment in families with a young child with a disability, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29 : 50-61, 2004
- Fujiwara, T., Kato, N., Sanders, M. R.: Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in changing child behavior, parenting style, and parental adjustment: An intervention study in Japan, *Journal of Child and Family Studies*, 20 : 804-814, 2011
- 芳賀彰子: 知的遅れを伴わない発達障がい児の養育環境とその管理—父母における心身の健康状態と心理社会的治療介入の必要性—, *子どもの心とからだ*, 18: 266-275, 2009
- 一般社団法人日本アンガーマネジメント協会: 怒りの連鎖を断ち切ろう, <http://www.angermanagement.co.jp/>, (2014/10/14 cited)
- ジャニス・ウッド・キャタノ/著, 三沢直子/監修, 幾島幸子/訳, *カナダ生まれの子育てテキスト『完璧な親なんていない!』: ひとなる書房*, 東京, 2002
- Koren, P. E., DeChillo, N., Friesen, B. J.: Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire, *Rehabilitation Psychology*, 37: 305-321, 1992

- 厚生労働省a: 地域子育て支援拠点事業, [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dl/kosodate\\_sien.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dl/kosodate_sien.pdf), (2014/11/26 cited)
- 厚生労働省b: 子ども虐待対応の手引き (2013年8月改正版), 第2章 発生予防, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/02.html>, (2014/11/26 cited)
- 厚生労働省c: 重点課題ア 育てにくさを感じる親に寄り添う支援 (重点課題①), <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000045657.pdf>, (2014/11/26 cited)
- Ministry of Health, Labour and Welfare: Strengths and Difficulties Questionnaire, 2013 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7\\_04d.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7_04d.html), (2014/11/26 cited)
- 文部科学省: 児童憲章 (1951年5月5日制定): [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/004/siryo/attach/1298450.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/004/siryo/attach/1298450.htm), (2014/11/26 cited)
- 並木典子, 浅井朋子, 杉山登志郎, 他: 高機能広汎性発達障害児を持つ保護者向け学習会の効果 小学生・就園児・未就園児の保護者を対象とした「高機能自閉症・アスペルガー症候群学習会」の実践, *臨床精神医学*, 34: 1229-1236, 2005
- 日本経済新聞 Web版: 出生率2年連続上昇13年1.43, 出生数は最少102万人, [http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS0400T\\_U4A600C1000000/](http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS0400T_U4A600C1000000/), (2014/10/14 cited)
- 緒方明: 軽度発達障害の家族支援について—障害受容が困難な例を通して—, *家族療法研究*, 22: 230-235, 2005
- 小澤有希, 樋口大樹, 小関英里圭, 他: キャンプを用いた発達障害児の家族支援 (1)—児の前頭葉抑制機能変化に関連する因子—, *発達障害研究*, 35: 334-340, 2013
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., et al: The triple P-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 624-640, 2000
- 刀根洋子: 発達障がい児の母親のQOLと育児のストレス—健常児の母親との比較—, *日本赤十字武蔵野短期大学紀要*, 15: 17-24, 2002
- Wakimizu, R., Fujioka, H., Ieshima, A., et al: Effectiveness of the group-based Positive Parenting Program with Japanese families raising a child with developmental disabilities: A longitudinal study, *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 3: 113. doi: 10.4172/2329-9525.1000113, 2014
- Wakimizu, R., Fujioka, H., Yoneyama, A., et al: Factors associated with the empowerment of Japanese families raising a child with developmental disorders, *Research in Developmental Disabilities*, 32: 1030-1103, 2011
- 涌水理恵, 藤岡寛, 古谷佳由理, 他: 障害児を養育する家族のエンパワメント測定尺度Family Empowerment Scale (FES) 日本語版の開発, *厚生*の指標, 11: 33-41, 2010

## Quantitative and Qualitative Consideration on the Effects of Parenting Program on Children with a Developmental Disability, Parents, Families Who have Regular Visit to Hospital

Rie Wakimizu<sup>1)</sup>

1) Department of Child Health Care Nursing, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

**Key words:** Child with developmental disability, Pediatric outpatient, Parent training, Family empowerment, Family support

**Background:** There are few research about family intervention for parents raising a child with developmental disabilities (DDs). Above all, we haven't seen any reports about intervention for parents with specific interactions or raising skills with the child with DDs.

**Objective:** This study aimed to examine the effectiveness on parents, children, families of a group-based family intervention program known as the Positive Parenting Program (Triple P) with parents raising a child with DDs, who have a routine hospital visit in Japan.

**Methods:** Parents were recruited from the visitors of three urban and suburban hospitals for children with DDs and those who were interested in Triple P participated in the program. Total 5 outcomes were collected and measured repeatedly from pre-intervention to six months after intervention from March to September 2012. Moreover, participants had focus group interview (FGI) about the changes of the whole family after program completion.

**Results:** The Parenting Scale scores, the Depression Anxiety Stress Scale scores, and the Parenting Experience Survey scores indicated a significant intervention effect in parents. And the motional symptoms, conduct problems, and difficult behavior of the children indicated a significant intervention effect. Moreover, the Family Empower-

ment Scale scores indicated a significant intervention effect in the family. On the other hand, FGI results showed that parental confidence due to getting parenting skills and knowledge, a good response from the child and other family members, the changes of the whole family involvement.

Discussion : Those results provided promising evidence for the group intervention based Triple P as an effective intervention program for Japanese families raising the children with DDs. We want to promote the group intervention program for Japanese families raising the children with DDs in outpatient clinics.