

200827015A

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 辻井 正次

平成21(2009)年 3月

目 次

I. 総括研究報告		
発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究		
辻井 正次	-----	1
II. 分担研究報告		
1. 成人期広汎性発達障害者の家族の支援ニーズと発達障害者支援センターの支援実態に関する調査		
辻井 正次	-----	21
2. 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつに関する研究		
野邑 健二	-----	28
3. 発達障害のあるきょうだい児間の問題に対する親支援プログラムの検討		
井上 雅彦	-----	36
4. 子育て支援のなかで発達支援に取り組む～フォローアップ教室の取組から		
永田 雅子	-----	43
5. 親の養育認知は子どもの状態像とどのように関連するのか—子どもの ADHD 評定、および幼児期の行動評定との関連から		
辻井 正次	-----	48
6. 広汎性発達障害児の家族の診断受容状況調査		
宮地 泰士	-----	67
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		
研究成果の刊行	-----	73

I. 総括研究報告書

発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究

主任研究者 辻井正次 中京大学現代社会学部

研究要旨

広汎性発達障害を中心に、発達障害児者の家族支援について、今後の施策提言に必要な実態把握を行いつつ、実際の支援技法の開発、効果評定のための基礎的資料の把握などを行った。成人期の患者家族の家族支援ニーズの実態把握や親の精神的健康への介入ニーズの検討、あるいは、ペアレント・トレーニングを実施しての、きょうだい例などの困難例に対する家族支援に関する検討、地域での家族支援に必要な早期からの子育て支援の効果についての検討、効果把握のための親の養育認知変容の把握のための子どもの行動評価との関連の検討を行った。さらに、医師が家族支援の基礎となる障害告知をどの程度行っているかについての実態把握を行った。次年度に行う、家族支援のためのガイドライン作りに必要な資料の集積が効果的に行うことができた。これら結果から、発達障害児者施策のなかでの家族支援の重要性と具体策についての提言を行った。

A 目的

発達障害児に対する支援を、年代を通じて実行できるためには、家族の理解が重要である。家族の理解を促進していくためには、有効な家族支援サービスを展開していく必要がある。家族支援サービスについて、全国的な実態調査を実施した上で、有効な家族支援サービス・モデルを開発していく。具体的には、広汎性発達障害の両親向けのペアレント・トレーニングの有効性を確保しながら簡易に実施できるパッケージの開発、さまざまな発達障害特性に応じた家庭教育プログラムの開発と普及の取り組み、きょうだいに対する支援プログラムの開発を、3年間で実施する。特に、ペアレント・トレーニングに関しては、全国的な普及を前提に、プログラムの有効性の研究とともに

に、プログラムの実施に必要なワークブックやツールなどの開発をあわせて実施する。この研究は、当事者団体や市町村の現場のニーズに沿ったものであり、準備状況も整って実施を進めている。倫理面でも十分な配慮をしつつ、研究に協力いただける当事者に成果を還元していくものである。

すでに、平成19年度には、研究データの集積のなかで、異なる年齢層での家族支援の実践を試行し、家族の支援ニーズについての質的な分析や実施の仕方についての検討を行った。平成20年度は19年度の成果を踏まえ、①広汎性発達障害を対象とする両親を対象としたペアレント・トレーニングを実施し、参加者に対する効果の検討を比較検討し、普及に可能なプログラム開発やツールの開発を行う。家族の精神健康度

や障害受容に関する実態把握とプログラム実施による影響の検討を行うこと、②年齢段階ごとの家族支援の方法論をまとめ、プログラムとして実施し、効果の高い内容を明確にしていくこと、③きょうだいに対する支援プログラムを実施し、きょうだい支援プログラムの開発を行うこと、④平成19年の研究成果を国際自閉症研究学会（INSAR）で発表することを予定している。

平成20年度以降、人材育成に関連した効果研究を重ねるとともに、全国での普及モデルを作成し、全国的に市町村の子育て支援や療育支援の現場での実施が可能になるパッケージを提供していく。

こうした目的のもと、以下の6つの研究を実施した。

B 対象と方法

主任研究者の辻井は、当事者団体ベースでの支援モデルの構築と、中京大学社会学部、浜松医科大学／子どものこころの発達研究センターにおける研究プロジェクトでコミュニティ・ベースの支援モデルの構築に取り組んでいる。家族支援については、母親、きょうだいに対する支援プログラムを試行してきている。分担研究者の井上は、応用行動分析の観点から発達障害を持つ親を対象としたペアレント・トレーニングの講座やきょうだいグループを実施してきている。野邑は、児童精神医学の立場から家族の精神的健康についての臨床研究に取り組んでいる。宮地は小児科医の立場から、発達早期における両親のニーズや告知に関する臨床研究を行っている。研究については、NPO 法人アスペ・エルデの会をはじめとする全国の当事者団体、愛知県大府市などの

協力のほか、今年度は全国13箇所の発達障害者支援センターの協力と、日本小児精神神経学会の会員の協力が得られ、順調に研究が進められた。

（倫理面への配慮）

各研究とも、研究参加者への研究目的や得られた資料の管理や使用について説明し、理解が得られた場合のみ、研究に協力していただくよう、最大限、参加協力者への人権に配慮した実施を行った。

C. 研究結果

研究1：成人期広汎性発達障害者の家族の支援ニーズと発達障害者支援センターの支援実態に関する調査

<目的>

発達障害者支援法の施工以降、発達障害当事者や家族たちへの支援が充実しつつあるが、まだ支援が十分に行き届いていないといえないのが、成人期の広汎性発達障害者たちであり、そしてその家族（保護者）たちである。成人期の広汎性発達障害者やその家族（保護者）たちへは具体的な支援の方向がみえていないところが、どれくらいの人々がどのような現状にいるのかすら実態が把握できていない状況である。今回成人期の広汎性発達障害者をもつ家族（保護者）の支援ニーズを調査し検討することを目的とする。

<対象と方法>

国内13箇所（札幌、青森、山形、茨城、群馬、栃木、東京、徳島、高知、愛媛、島

根、大分、長崎)の発達障害者支援センターを通じて成人期の広汎性発達障害者の家族(保護者)で協力していただける方を募り、アンケート及びグループインタビューによって実態調査を実施した。

アンケート：当事者の将来への心配や不安、家族(保護者)の将来への心配や不安、家族(保護者)が考える有効だと思う支援などについて回答してもらった。

グループインタビュー：自己紹介、将来に向けての不安、必要だと考える支援についてファシリテーター同席のもと、少人数のグループで自由に話してもらった。

今回は当事者の年齢が18歳以上の115件の当事者家族のアンケートを集計の対象とした。

家族(保護者)の年齢内訳は；

20代：1名、30代：1名、40代：21名、50代：55名、60代：14名、70代：5名、未記入：18名(26～78歳で、妹：1名、配偶者：3名、保護者：111名)。

<結果>

結果の概略を以下に示す。

【1】家族(保護者)アンケートのまとめ

(1)当事者の将来への心配や不安の具体的内容

進学：9名(7.8%)

就職：73名(63.5%)

結婚：36名(31.3%)

自立した生活：100名(87.0%)

(複数回答あり)

(2)家族(保護者)の将来への心配や不安の具体的内容

経済的なこと：56名(48.7%)

(自身の)体力的なこと：69名(60.0%)
(複数回答あり)

(3)家族(保護者)が考える有効だと思う支援

親同士の仲間作りの場所の提供：99名(86.1%)

親向けのセミナーや講演会：104名(90.4%)

成人期の当事者同士の仲間作りの場所の提供：98名(85.2%)

成人期当事者向けのセミナーや講演会：89名(77.4%)

在宅訪問による環境調整などの支援：65名(56.5%)

インターネットによる情報提供：85名(73.9%)

郵便等による情報提供：60名(52.2%)

発達障害者支援センターなどの支援：105名(91.3%)

診断ができる医療機関・専門家の充実：105名(91.3%)

(複数回答あり)

【2】家族(保護者)グループインタビューのまとめ

※各地域で行ったグループインタビューで家族(保護者)から出された意見で多かったものをまとめた。

・最近子どもが診断を受けたのだが、発達障害が何のことなのかよくわからない。子どもから発達障害のいろいろな情報を聞くのだが、わからないことが多い。

・なかなか決まった職業につけなくて困っている。就職しても長続きしない。

・就労できる(理解のある)職場が少ない。

就労できる場所自体も少ない。

- ・兄弟がいるがその子には迷惑をかけないようにしたいと思っている
- ・（学校や職場での）人間関係がこじれたのをきっかけに外へ出られなくなった。
- ・発達障害者支援センターに来るのが遠い。近くにあると助かる。
- ・困ったときにどこへ相談すればいいかわからない。
- ・親が死んだあとのことが心配なので、とにかく自分のことは自分でできるようになってほしい。料理を教えるようにしている。
- ・年をとって実際に病気になると子どもの将来のことが切実に感じられる

<考察>

多くの成人期の広汎性発達障害者の家族（おもに保護者）は、自分たちがいなくなった後（亡くなった後）の子ども（当事者）の生活について非常に心配していることがわかった。そのため、子どもが就職し自立した生活ができるようにと願う家族（保護者）がとても多かった。家族（保護者）が高齢になればなるほど、自身の身体的問題（疾病の罹患やADLの低下など）などで行動範囲や移動手段が狭まることが多い。そのことで病院やセンターへ訪れる機会が減り、勉強会や集まりがあったとしても気軽に参加することが制限されるおそれがある。30代40代の家族（保護者）はパソコン、携帯などの情報ツールを手軽に扱い仲間作りも容易にでき、自家用車も自由に乗りことができ移動にもそれほど問題ない。30代40代の家族（保護者）は子どもの将来への心配や不安はあるものの、自分たちがまだまだ活動できるという意欲が感じら

れた。しかし高齢の家族（保護者）の方たちは、今まで何とか生活してきて今さら「障害がある」といわれてもいったいどうすればいいのか、と悩む方が多くみられた。診断は受けたものの実際に受けられる支援がないといった状況では、余計に当事者や家族（保護者）を苦しめることになるのではないかと感じた。このようなことから家族（保護者）の心配や不安の程度は、支援を受ける側の体制も柔軟に対応できるかどうかで大きく違い、また子ども（当事者）の障害程度ではなく、どの程度社会適応できているのかによるのではないかと感じる。

<結論>施策への提言

発達障害者支援法では、すべてのライフステージを通じた継続的な当事者とその家族の支援を訴えている。しかし基本的には発達の早期段階で診断をして療育などにつなげていくという支援システムを想定している。しかし現在の段階では、成人期の広汎性発達障害者とその家族はこの支援システムに組み入れられる隙間がなく、過渡的に成人期の発達障害者とその家族に直接対応する支援がいきわたる施策が必要である。

まずは成人期の広汎性発達障害の診断および支援のガイドライン策定が必要である。診断ができる（受け入れてもらえる）医師/医療機関の不足、たとえ診断されたとしても支援の絶対的不足などは、当事者に現実に直結した問題となっている。診断の遅れによって二次的な障害（精神科疾患）を併発しているケースもまれではなく、問題を複雑化している。そのため早急な成人期のためのガイドライン策定が望まれる。

家族支援においては既成の支援もしくは当事者団体にユーザー側が参加するというモデルを想定していたが、高齢の家族（保護者）の場合そういったサービスの受け方も難しいようである。今までそういった形のサービスを受けてきておらず（口々に言われるのが行政から支援を差しのべてほしいという受動的な内容）自分たちで作りに上げていくということの経験がない方が多いので、若い世代の家族（保護者）への支援と一括したものでは難しいだろうと思われる。高齢化に伴う身体的問題や情報へのアクセスの難しさなど独自の問題がある。そのためより具体的できめ細やかな行政側からの積極的なアプローチが必要だろう。

成人期の広汎性発達障害者と家族の問題に対して眼を背けることなく、具体的な対策を考えることが必要である。いま社会で苦しんでいる成人期の広汎性発達障害者と家族に対して、支援施策を明確に打ち出す必要がある。

研究2: 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつに関する研究

<目的>

高機能広汎性発達障害の子どもたち（以下、HFPDD 児）は、集団不適応、対人関係障害、こだわりなどに起因する行動上の問題を呈することがしばしば見られ、その養育には一般の児童に対する養育とは異なった困難さを有する。

これまで、海外の文献において、広汎性発達障害児（以下、PDD 児）の家族に気分障害の発症が多く認められるとの報告がな

されている（Piven et al. 1991, 1999, Smalley et al. 1995, Hastings et al. 2005, Cohen et al. 2006）。その中のいくつかは、かなりの割合でPDD 児を出生する以前に最初のうつエピソードが見られたこと、親だけでなく親族についても気分障害の発症が有意に対照群と比べて多いことを報告しており、育児ストレスが高いために気分障害の発症が多いと言うだけでは説明できないと述べている（Piven et al. 1991, 1999, Smalley et al. 1995）。しかし一方で、子どもの行動上の問題が母親の抑うつ状態に関係しているとする報告もある（Hastings et al. 2005, Cohen et al. 2006）。

筆者の臨床経験の中でも、PDD の子どもたちの診療をしている中で、その家族（特に母親）が抑うつ状態となり、実際に家族に対して気分障害の治療を行う必要が生じるケースは稀ならずある。しかしながら、わが国では、PDD 児の家族における精神医学的問題についての研究は、ほとんど行なわれていない。

HFPDD 児への援助を考える上で、その最も主要な援助者のひとりである母親の精神的健康について評価し、その対応を考えることは大変重要なことであると考えられる。また、その抑うつ状態にどのような要因が関与しているのか（母親自身の要因、育児負担、および、環境要因など）を把握しておくことは、母親およびそのケース全体への支援を考える際に有用である。

これまでの研究の中では、下記の点が明らかとなっていない。

- 1、抑うつ傾向と子どもの行動障害との関係に関して、母親が抑うつ傾向で

あるケースでは、実際に子どもの行動障害が増悪しているのか、母親が抑うつ傾向になることで育児負担感が増え、それによって行動障害をより強く負担に感じているからなのか？

- 2、抑うつ傾向になる方は、どのようなコーピングを用いているのか？
- 3、母親のストレスの要因としては、PDD児のことが主であるのか？

これらについて、明らかとするために、質問紙調査を行った。

<研究対象と方法>

対象は、アスペ・エルデの会に所属するアスペルガー症候群児とその母親のうち、調査への協力の得られた79名である。

母親に対して、下記の質問紙への記入を依頼した。また、広汎性発達障害児本人および母親の年齢、同胞の数、在籍学級（普通学級か特別支援学級か）についても記載を依頼した。

(ア) 母親向けの質問紙

- ① PDD児本人のSDQ（こどもの行動障害）
- ② ストレスに関する質問（オリジナル）
- ③ AQ-J（自閉傾向）
- ④ FAS（家族の感情表出）
- ⑤ TAX-24（コーピング）
- ⑥ BDI-II（抑うつ）

(イ) スタッフ向けの質問紙

- 1、PDD児本人のSDQ（行動障害の質問紙）

<結果>

抑うつ傾向を示すBDIの得点と他の尺度との相関分析の結果、BDI（抑うつ傾向）とSDQとの関係では、母親の回答したSDQとは、行動面、多動不注意、総得点でBDIと有意な相関が見られたが、スタッフの回答したSDQはBDIとの相関は見られなかった。

BDIとAQとの関係では、AQの社会的スキル、注意の切り替え、コミュニケーション、想像力、総得点がBDIと相関を示した。すなわち、自閉傾向が強いほど、抑うつ傾向が強いとの相関が見られた。

TAC-24とBDIとの関係では、TAC-24の「放棄・諦め」の対処法を用いる傾向と抑うつ傾向が相関した。

FAS（子どもへの批判的な感情表出）とBDIは、強い相関を示した。

次に、母親のストレス・悩みの要因について、分析した。8割を超える母親が、PDD児のことを気にしていると答えたが、そのほとんどが「ほとんど負担には感じたり悩んだりしていない」「時々負担に感じたり悩んだりしている」であり、「しばしば負担に感じたり悩んだりしている」数は、他の家族や仕事などに関することとそれほど変わらなかった。

<考察>

- (1) 抑うつと子どもの行動障害、育児負担感について

母親の抑うつと子どもの行動障害に関して、母親記入の質問紙の結果からは、「子どもの行動障害が強いことで育児負担が増大して、母親のストレスが増悪し、抑うつへの悪影響がある」との見方と、「抑うつが強くなることで、育児負担感が強くなり、子

どもの行動障害について強いように感じられる」との見方の可能性があると考えられたが、スタッフが評価した客観的な子どもの行動障害についての結果からは、母親の抑うつが強いケースでも実際には子どもの行動障害が強いわけではないと考えられた。従って、抑うつが強くなることで育児負担感が強くなることがこのような結果を表現していると考えられた。

(2) 抑うつ傾向と自閉傾向の関連について

今回の結果から、PDD 児の母親において、抑うつ傾向と自閉傾向の相関が指摘された。

PDD 児の家族に PDD 傾向（幅広い表現型）の方が一般よりも多く見られるとの報告は以前よりなされており、一方、上述したように、PDD 児の家族に抑うつを呈する方が多いとの報告がこれまでになされている。また、PDD 児・者に気分障害の併存が見られるとの報告も以前からなされている。

これらから、PDD 児の家族における抑うつ傾向が、自閉傾向と関連しているかどうかは、遺伝的な背景を考える意味で、興味深いと思われた。

今回の結果は、これを否定するものではなかったが、実際にこの点について考察するためには、対照群における結果との比較が必要と考えられる。

(3) 母親のストレスの要因について

母親のストレスや悩みの要因として、PDD 児のことが 8 割以上の母親からあがっているが、一方で、その大部分は、「ほとんど考えない」か「時々考える」くらいである。「しばしば考える」のは他の家族や仕事、

人間関係に関する悩みとそう変わりはない。これは、親の会に所属している母親への調査であることが影響しているのかもしれない。

(4) PDD 児の母親の抑うつに関連する要因について

PDD 児を持つ母親の抑うつに関連する要因について、これまでの結果から模式化することができると考えられる。

すなわち、もともと母親に脆弱性や準備性（気質や養育体験）があって、それに育児負担や家族機能の低下、周囲からのサポートの低下があって、抑うつ状態となる。抑うつ状態となると育児負担感が増大し、母親から児への不適切な感情表出が誘発される。これは相関は明らかに出来ていないが、おそらく、それが児の二次障害を誘発し、児の行動障害へと影響し、さらに育児負担（感）を増大させる。といった円環状の因果で抑うつ状態と子どもの二次障害が悪化するということが考えられる。

この悪循環のループに対処するには、多面的なアプローチが必要であると考えられる。「環境要因の低下には、親の会などによる家族サポート」、「不適切な感情表出に関してはペアレント・トレーニングなどにより育児への自信をつけて、育児負担感の軽減を図る」、「(母親のサポートの意味でも)児の二次障害・行動障害への治療」などを行うことで、悪循環を解消することが出来るように思われる。さらに、抑うつ傾向が強い方の中に、実際に大うつ病性障害を罹患する方がいる。我々の過去の調査では、構造化面接により、全母集団の 1 割に大うつ病性障害の診断がつけられた。これらの

ケースでは、実際に母親のうつ病への治療が必要なケースが少なからず見られると考えられ、医療機関への紹介の可能性も頭に入れて支援することが必要であると考えられる。

<結論>

広汎性発達障害児の母親の抑うつ傾向について、関連する要因を調査した。抑うつ傾向が強くなることで、育児負担感が強まり、子どもの問題を重く感じがちであることが示された。同時に、抑うつ傾向が強いことで、子どもに対して強い批判的な感情表出が増加することが示唆された。

母親の抑うつには様々な要因が関与するとともに、母親の抑うつ状態が強くなることで子どもへの育児に悪影響を与えることも示唆されるため、うつ病への精神的治療の可能性も含めた多面的な対処が必要であることを主張した。

研究3:発達障害のあるきょうだい児間の問題に対する親支援プログラムの検討

<目的>

本研究では、発達障害のある子どもを持ち、そのきょうだい関係においてトラブルを抱えている保護者に対して、きょうだい関係に特化した親支援プログラムを実施し、きょうだい間のトラブルの変容と保護者の心理面の変容からプログラムの有効性について検討を行う。

<研究対象と方法>

参加者

発達障害のある子どもを持ち、そのきょうだい関係においてトラブルを抱えている母親3名であった。発達障害のある子どもの障害種はさまざまであった。

プログラム概要

実施期間は、X年9月から10月であった。プログラム内容は、全4回の講座と家庭における取り組みとした。なお、ニーズ調査のために生育歴・療育歴・家庭環境等を記入するデモグラフィックシートを事前に郵送し記入を依頼した。

参加者には、講座第1回目と第4回目に、親子関係における情緒の側面を測定する尺度(FDT)と抑うつ症状を測定する尺度(BDI-II)を実施した。また、毎回の講座において記録用紙を配布し、毎日きょうだいのトラブルについて記録をとってもらい、その記録を次の講座実施の際に持参してもらった。講座第2回目と第3回目においては期間が開いたため、講座第2回目に第3回目までの記録用紙3冊と振り返りのアンケートを3部配布した。記録用紙は、およそ1週間分を1冊とし、1冊記入が終わるごとに、振り返りのアンケートに回答してもらい、郵送してもらった。郵送された記録用紙について、E-mailで参加者にフィードバックを行い、必要に応じて参加者と相談の上、トラブルに対する手立ての修正・変更を行った。第4回目の講座終了後は、それまでと同様の記録用紙、振り返りのアンケートに併せて、講座全体の事後アンケートを配布し、後日郵便にて回収した。

3. 講座内容

きょうだい間のトラブルに対する講座として全4回実施した。各参加者の都合の良い日を調整し、土曜もしくは祝日において、

1時間半から2時間行った(時間帯は各回異なる)。前半は対話形式の講義、後半は個別演習とした。場所はA大学で行った。スタッフは、講義は1名のスタッフが担当し、演習スタッフは3名であった。また、講座中は同じ施設の別室にて託児を行ったため、講座とは別に、4名の託児スタッフが参加した。スタッフに対しては、毎回の講座前後にスタッフミーティングを行い、講義内容の把握と個別対応の検討を行った。託児スタッフに対しては、参加前に子どもの情報を伝え、また毎回の講座後には、託児場面における子どもの様子について報告を受けた。

4. 講座のカリキュラム(講義・演習・ホームワーク)

講義では、初回オリエンテーション時に、自己紹介に加え、プログラムの概要、記録方法の説明を行った。また、きょうだいに関する内容の講義を行った。講座第2回目以降は、行動の捉え方、環境調整・ほめ方など望ましい行動を増やすかわり、困った行動への対応など行動理論に基づいた養育技術に関する内容を、きょうだい関係に焦点をあてた内容に構成した。毎回の講義は、参加者の話を聞きながらの対話形式で行った。また、講座第3回目、第4回目においては、トラブルに対する手立てを実施してうまくいった点、難しかった点などを意見交換してもらい、それを基に個別演習において手立てを再検討した。

演習では、講座第2回目、第3回目の個別演習時に、きょうだいのトラブルに対して家庭で取り組む手立てを検討した。参加者の記録を基に、スタッフと参加者で話し合い、標的とするトラブルとその手立てを

決定した。

ホームワークでは、講座第1回目以降、トラブルの記録を継続してもらった。また、第2回目以降は、事前に検討した手立てを実施してもらった。

<結果>

きょうだい間のトラブルの変容と参加者の心理的な変容からプログラムの有効性について検討を行った結果、きょうだい間のトラブルの変容に関しては、3事例ともに生起数の低減が確認された。さらに介入していないトラブルに関しても回数減少が報告された。

参加者の心理面の変容に関しては、抑うつ度においては、3事例ともに得点の改善が確認された。親子関係における情緒的側面については、1事例のみ事前・事後に大きな変容はみられなかったが、事前で「養育不安」が高い傾向にあった2事例においては改善がみられた。しかし一方で「厳しいしつけ」、「達成要求」においては改善が確認されなかった。

<考察>

きょうだい間のトラブルの変容に関しては、3事例ともに生起数の低減が確認されたことは本研究のプログラムの有効性を示すものであり、親支援によるきょうだいトラブルへのアプローチの可能性を示したといえる。また3事例ともに、標的としたトラブルのみならず、その他のトラブルにおいても低減がみられた。このことは、手立ての検討を行っていない他のトラブルに対する対応やトラブルの回避においても、参加者が自ら取

り組むことが可能となったことによると考えられる。

また小集団でのプログラムの適用は参加者の心理面の変容特に抑うつ度の改善に寄与した可能性もある。

親子関係に関しては、各事例において背景要因が様々であるため、それらの要因を含めた事例ごとの解釈が必要であると考えられた。また、事後に行ったアンケートにおいては、参加者3名全員が講座に参加してよかったと評価しており、参加者のプログラムに対する満足度も得られたと考えられる。

<結論>

本研究では、きょうだい間のトラブル、保護者の心理面において一定の改善がみられたことから、きょうだい間のトラブルに対するプログラムの有効性が示唆された。

研究4：子育て支援のなかで発達支援に取り組む～フォローアップ教室の取組から

<目的>

発達障害をもつ子どもに対する治療的介入は、1歳6ヶ月児健診の充実に伴い、早期発見と早期対応が可能となってきた。しかし、知的な遅れを伴わない軽度発達障害の場合、早期発見が難しく、これまでは支援に結びつくことは少なかった。そこで、発達に明らかな遅れがないものの、多動やコミュニケーションのとりにくさなど何らかの発達障害が疑われる就園前の幼児（1～2歳児）とその親に対して、地域の母子

保健事業の一環として小グループによる集団療育の実践を開始した。地域の母子保健事業の中での位置づけを検討することで、「育てにくい子」を育てる親への育児支援の枠組みの中で実施可能な、早期介入の在り方について検討を行う。

<研究対象と方法>

地域の母子保健の流れの中に、発達障害が疑われる子どもとその親への早期介入プログラム（フォローアップ教室）を位置づけ、その内容について検討をおこなった。また、教室参加者の親の精神状態および育児ストレスについて調査をおこない、親の育児支援につながるプログラムの検討をおこなった。

<結果>

1. 「早期介入プログラムの開発」

1) 教室の形態

フォローアップ教室は、子育て総合支援センターと保健センターの協力のもと開催し、地域の保育園の空き教室の1室をかりておこなった。各教室とも、月に2回、午前中の開催で、子どもにとってわかりやすいプログラムを設定して実施した。スタッフとして、子育て総合支援センターの保育士、家庭児童相談員、臨床心理士と、保健センターの保健師が参加し、親子2～3組に対して一人（ぼんだ教室は、1～2人に対して一人）の担当スタッフがつき、子どもとのかかわりを支援する体制をとった。

開始からの再構成を経て、フォローアップ教室は、親が子どもの特徴をつかみ、子どもにあった対応を身につけながら、前向

きに子育てにとりくめるように支援していくことを目的とし、親子がまずはゆったりと一緒にいるところから、その中でさりげなく子どもとのかかわりを支援する段階のばんだ教室と、親に、子どもの特徴を意識してもらって、子どもにあったかかわりかたを教室の体験の中で、探してもらう段階の“こあら教室”として、設定し、プログラムを作成した。

4) 教室参加までの経緯

教室の参加者は、健診の事後教室や、子育て支援センターのプレイルームなどから紹介をうけ、教室のスタッフが教室で行うことの意味をオリエンテーションしたうえで、参加してもらった。

5) 教室のプログラムの検討

二つの教室の1日の流れは同一のものを使用し、子どもにとってわかりやすい流れと、できるだけ親と一緒にやりとりを楽しめる内容のプログラムを設定した。一方で、それぞれの教室にあわせていくつか体制や内容を変更し実施した。特に、“こあら教室”は親に子どもの特徴やかかわり方のコツを意識してもらえるように、それぞれの回に、かかわりポイントとして課題を提示し、その課題をもとに意識して子どもにかかわってもらうように設定した。また、スタッフが直接子どもに介入するのではなく、モデルを示したり、子どもの行動や反応の意味をお母さんに通訳して返したりすることで、お母さんと子どもとのやりとりを支える形での介入をおこなっていった。

また親同士の交流の場として、親子分離した形でのグループワークの回も設定し、悩みや思いを親同士が共有し、お互いがサポートできるように実施した。

6) 教室の効果の検討

平成19年度に行った参加終了後のアンケートを分析したところ、「言葉がけだって大事だなと思った」82%、「伝えることの難しさを感じた」71.4%、「工夫して声をかけるようになった」がそれぞれ71.4%であり、子どもの変化も「子どもが落ち着いて遊べるようになった」は60.1%、「母親や友達を求めるようになった」が36%と母親自身が効果を感じているようだった。また親も子どもも「楽しむことができた」という回答は全例であり、親子が楽しくゆったりと過ごせる場として機能できたことも明らかになった。実際の教室の参加時の様子も、親子のやり取りがスムーズになっていくことを臨床実感として感じており、事例研究によってこの教室の取り組みが、親の育児への自信を取り戻す機会につながることを明らかにした(永田2008)。

2. 「教室参加者の母親の抑うつと育児ストレスの検討」

1) 対象者

平成20年8月以降に新規に参加となった母親16名を対象として、教室参加前に質問紙を配布し、任意で回収を行った。ばんだ教室4名、こあら教室12名から計16名から回答を得た対象者の概要は表2の通りである。

2) 母親の抑うつ

母親の精神状態を図る尺度として日本版ベック抑うつ式自己評価尺度(BDI)を使用した。BDI得点はばんだ教室参加者の平均は 16.0 ± 6.8 、こあら教室参加者 11.9 ± 9.5 で、全体的に高値だった。軽症のうつとされる14点以上の人は、ばんだ教室2名、こ

あら教室7名だった。

3) 母親の育児ストレス

母親の育児ストレスを図る尺度として日本版育児ストレス尺度 (PSI) を使用した。PSI 得点では、両教室ともに、PSI 総点、子どもに関する児ストレス得点、親自身に関するストレス得点ともに2-3歳児の平均より高く、ぱんだ教室はすべてにわたって平均値より1SD以上得点が高かった。また下位尺度の検討では、両教室とも、「子どもの機嫌の悪さ」が平均値より1SD以上高く、ぱんだ教室では、「親としての有能さ」「子どもに愛着を感じにくい」という下位尺度も2-3歳児の平均値より1SD以上高いという結果を得た。

<考察>

各地の市町村では、健診事後教室という形での経過フォローや、療育施設が開催する親子教室は報告されているものの、保育園という身近な場を使い、母子保健事業の流れのなかで位置付けられた「育てにくい」子を育てる親への育児支援の試みについての報告は見られていない。親子の状態に合わせた形で教室を設定し、それぞれのニーズに合わせた形で支援の教室を開催することが有効である可能性が示唆された。今後、より市町村のそれぞれの母子保健の流れのなかで可能な教室の位置づけや、運営の方法、また参加人数や年齢構成などより効果的なプログラムについて開発を進めていく必要があると考えられる。また教室参加前の親の抑うつが強く、育児ストレスを抱えていることが客観的にも明らかになった。健診などで「気になる親」「気になる子」としてあがってくる場合、親がうつ的に

なっていたり、高い育児ストレスをかかえている可能性が示唆される。一方、今回の結果は、統制群との比較を行っていないため、今後、同じ市で、同じ支援を受けている同年代の母親とくらべて、高いものなのかを検討するとともに、教室終了後にはこの結果がどう変化するのかを検討することによって、教室のプログラムの在り方や、教室の効果について今後検討していきたい。

<結論>

育てにくいさやかかわりにくさを持っている子どもの親の抑うつや育児ストレスが高く、母子保健事業の中で実施できる発達障害がうたがわれる子どもと親への早期介入プログラムの開発が急務である。

研究5：親の養育認知は子どもの状態像とどのように関連するのか—子どもの ADHD 評定、および幼児期の行動評定の関連から

<目的>

発達障害児に対する介入として、本研究の中でもペアレント・トレーニングの有効性が明らかになってきている。ペアレント・トレーニングで親にとっての変化しうる要因として抑うつ状態などの精神的健康があることは明らかになってきた。しかし、そうした介入によってまず変化しうるのは親の認知枠組みのはずであり、どのように変化するかを把握することが重要であると考えられる。ここでは、そうした全体となる一般的な養育認知の把握と、それが子どもの発達状況とどう関連するかを明らかにすることを目的とした。

<研究対象と方法>

対象: 2008年9月に調査を実施した。調査参加者はA県X市の全保育園の年長・年中・年少児(男子529名, 女子487名, 不明14名, 合計1030名)の親1030名であった。内訳は, 母親971名, 父親37名, その他12名, 不明10名, 平均年齢は34.58 (SD=5.19) 歳, 範囲は21~78歳である。これまで子育てした人数は, 平均2.20 (SD=.0.88) 人, 範囲は0~8人, 対象となった子どもは上から何人目という質問に対しては, 0人から7人までの回答があった。その内最も多かったのは, 2人目であった(37.5%)。児童の学年・対象児には学年・性別ごとの人数は偏りがなかった。

調査内容および手続き:

児童の発達状況の尺度として, 60項目からなる行動評定尺度を作成して用いた。また, 児童のADHD傾向を測定するためにADHD Rating Scale-IVを用いた。さらに, 親の養育態度を測定するために, 3領域, 各10項目からなる養育態度尺度を作成した。いずれも保護者による他者評定式の尺度である。

発達状況を測定する尺度は, 「生活(22項目)」, 「対人関係(9項目)」, 「手先(3項目)」, 「運動・遊び(13項目)」, 「言葉(9項目)」, 「情緒(4項目)」の6つの下位尺度の計60項目とから構成される3件法の尺度である。これらの尺度の得点が高いほど, 発達の度合いが早いことを意味する。

ADHD-RSは18項目から構成される4件法の尺度である。尺度の得点が高いほど, ADHD傾向の行動の頻度が高いことを意味する。

親の養育態度を測定する尺度は「養育肯

定感(10項目)」, 「育児肯定感(10項目)」, 「養育感(10項目)」の3つの下位尺度, 合計30項目から構成される5件法の尺度である。これらの尺度の得点が高いほど, 養育態度がポジティブであることを意味する。

調査は, 保育園より配布を行い, 研究の趣旨に賛同いただいた親御さんのみが協力を行った。実施に際し, 調査への協力は各自の意志で拒否できること, 拒否をしても不利益は生じないことを教示した。調査の結果は, 各個人に文書でフィードバックされた。本調査の内容と手続きは, 浜松医科大学の倫理委員会の承認を受けて行われた。

<結果>

1. 基本的な特性の検討

①子どもの発達に関する項目

調査協力者に, 自分の子どもの発達について尋ねる60項目に回答を求めた結果をTableに示した。項目は, 「生活」「対人関係」「手先」「運動・遊び」「言葉」「情緒」の6領域に分類される。その結果, 全ての項目において2点以上を示しており, 親たちは, 様々な領域の発達の指標に関して, 自分の子どもが「できるもしくは当てはまる」と考えている傾向があることが示唆された。また, 全ての項目においてIT相関の値が.30以上であり, 尺度を構成する項目として信頼性があることが示唆された。

②子どものADHD傾向に関する項目

子どものADHD傾向を測定する18項目については, その結果, 全ての項目において1点未満であった。また, IT相関の値は全ての項目において.60以上であり, 尺度を

構成する項目としてかなり信頼性があることが示唆された。

③親の養育スタイルに関する項目

親の養育スタイルを測定する30項目は、この項目は、「子どもに対する肯定的感情」「養育に対する肯定的感情」「養育観」の3領域に分類され、それぞれ得点が高いほど肯定的な意味を持つ。

集計の結果、全般的に中間得点である2点よりも高い得点を示す項目が多く、親たちは、全般的には自分の子どもや子育てに関して肯定的に評価していることが示唆された。また、IT 関連では、全般的に、30 前後の値が得られたが、一部に、10 未満の項目もみられた。

④尺度得点の検討

各項目の得点を合計して尺度得点を算出し、さらに、その平均値、標準偏差および尺度の α 係数を Table に示した。子どもの発達に関する尺度および ADHD 尺度では、子どもの発達の「手先」と「情緒」を除いて α 係数が.80 以上の値であり、十分な信頼性を持つことが示された。

2. 性差・学年差の検討

①親の養育スタイルに関する項目

親の養育スタイルに関する項目について、男女差の検討を行った。その結果、30 項目中、2 項目のみにおいて、有意な男女差がみられた。いずれも、男子よりも女子の方が高い値を示しており、女子の方がより育てやすいと評価される傾向があるといえる。その他の項目では有意な男女差はみられなかった。

同様に、学年差についても検討を行った結果、1 項目においてのみ、有意な学年差がみられた。多重比較の結果、年少よりも

年中の方が有意に得点が高いことが示唆された。その他の項目では有意な学年差はみられなかった。

②尺度得点の検討

尺度得点についても、男女差を検討した。その結果、子どもの発達に関する6つの領域および ADHD、親の養育スタイルの子どもに対する肯定的感情において有意な男女差がみられた。子どもの発達に関する6領域および親の養育スタイルの子どもに対する肯定的感情において、男子よりも女子の方が有意に得点が高かった。ADHD においてのみ、男子の方が有意に得点が高かった。

3. 相関関係の検討

子どもの発達、ADHD、親の養育スタイルの尺度について、それぞれの相関関係の検討を行った。

まず、子どもの発達および親の養育スタイル尺度について、それぞれ下位尺度間相関を求めた。その結果、いずれも比較的高い正の相関をみられ、相互に密接に関連していることが示唆された。特に、「運動・遊び」と、「言葉」および「手先」の間にはかなり高い関連がみられた。

次に、各尺度間の相関を求めたところ、いずれも有意な相関関係がみられた。

まず、子どもの発達と ADHD では、いずれも比較的高い負の相関を示し、親によってより発達していると評定される子どもほど、ADHD 傾向が低いと評定される傾向にあることが明らかになった。次に、子どもの発達と親の養育スタイルの間には、いずれも弱から中程度の正の相関がみられた。「言葉」および「情緒」が「子ども肯定」と比較的強く結びついており、自分の子どもが情緒的に安定しており、言葉の発達が優れてい

ると評定する親ほど、子どもに対して肯定的な感情を抱く傾向が強いことが示唆された。ADHDは、親の養育スタイルとはいずれも有意な負の相関を示した。特に、「子ども肯定」と相対的に関連が強く、自分の子どもがADHD傾向が高いと評定する親ほど、自分の子どもに対して否定的な感情を抱く傾向にあることが示唆された。

<考察>

子どもの発達評価、ADHD傾向、養育スタイル、それぞれの尺度の下位尺度間関連についてはいずれも正の相関をみられ、尺度の内的な整合性が示唆された。子どもの発達と親の養育スタイルの間には、正の相関がみられ、発達が順調であると評定されるほど、自分の養育態度を肯定的に捉えていることが示唆された。ADHDと親の養育スタイルとは負の相関があり、自分の子どもがADHD傾向が高いと評定する親は自分の子どもに対して否定的な感情を抱く傾向にあることが明らかとなった。

つまり、子どもの発達が良好と感じられる際には親は自身の養育スタイルに肯定的な評価をしていることが明らかになった。逆に言えば、子どもの発達が遅れていると感じる場合、自身の養育スタイルを否定的に評価していることが示されている。実際のペアレント・トレーニングによって、子どもの発達支援に向けて取り組む場合、非常に大きな枠組みとしては、親の養育スタイルと子どもの発達との両面に働きかけることになるが、その場合、ともによりよい状態に向けた取り組みの方向性が示されたといえる。ただ、実際には、子どもが育てにくい子どもだとわかったことで抑うつ状

態が緩和するような場合もあり、症例を母親の認知的枠組みの変化という視点から捉えなおす必要性があると考えられる。

今回の論文化には含めなかったが、すでにある数グループでのペアレント・トレーニングでの症例的な評価も含め、介入の評価に向けてのガイドラインのなかにも含めるように今後検討を加えていく予定である。

<結論>

単一市内の全数調査データに基づいて、保育園における児童のADHDに関する行動評定と、親による行動評定と親の養育態度の関連について検討し、尺度の各項目と尺度と得点について、保育園児を対象とした標準値および基準範囲を示すことができ、各項目と尺度の信頼性を検討することができた。また、ADHD傾向の高い子どもは発達の遅れ、親の養育感情がネガティブとなっていることが示され、家族へ支援の必要性が改めて認められた。

今回の知見をもとに、発達障害児を持つ親の認知的枠組みを一般的な実態と比較し、介入の前後での評価を行っていくことによって、どのような認知的枠組みの変化が、子どもの発達を促進し、親の精神的健康を改善するのを実証的に明らかにすることにつながると考えられる。

研究6：広汎性発達障害児の家族の診断受容状況調査

<目的>

広汎性発達障害（以下PDD）児やその家族の支援を行っていくうえで、子ども本人

への診断名の説明は避けては通れない大変重要な課題である(吉田 2004)。前回の調査報告において我々は、ある程度の年齢になると PDD 児本人から親に自分の診断について質問してくることはよくあることで、その場合最初の対応に迫られるのは家族であることが多いことを報告した。そのため家族支援の 1 つとして本人の診断名を含めた自己理解をどのように深めていくのかを考えることは大変意義のあることと思われる。

また我々は前回報告にて、PDD 児を持つ当事者家族にとって、本人に診断説明をすることについて専門家からの支援を求める声が多いことも報告した。そこで今回は支援者の代表として全国の発達障害児臨床を行う医師を対象に、PDD 児本人への診断説明の現状把握と意識調査を行った。

<研究対象と方法>

対象は日本小児精神神経学会の医師会員 647 名で、それぞれに郵送による質問紙調査を行った。調査対象期間は平成 20 年 1 月 1 日から 11 月 30 日までとし、質問内容は (1) 回答者の専門科名や診療状況全体に関する質問、(2) 調査対象期間中の診療および PDD 児本人への診断説明状況に関する質問、(3) 本人への診断説明そのものについての考えに関する質問項目とによって構成されている。

回答後郵送にて質問紙を回収し、204 名から返答を得た。しかしそのうち 3 名は臨床現場から離れて久しいなどの理由で全ての質問への回答が空欄だったため 201 名(31.1%)の回答をそれぞれの質問項目ごとにまとめた。

調査時に実際に診療に携わっている医師は 193 名で、専門科名としては小児科医 134 名、精神科医 56 名、内科などのその他 3 名、無回答が 1 名であった。発達障害臨床の経験年数としては 10 年以上 20 年未満の回答が最も多く、10 年以上の経験者が過半数を占めた。受診者の年代として最も多い年代については 6 歳から 12 歳が最も多かった。

<結果>

①調査期間中の本人への診断説明状況

対象期間中に PDD 児本人に診断説明を行ったことがあると回答したのは 121 名(62.7%)であった。診断説明の経緯としては「診断説明は最初から診療計画の中に入れて計画的に行った。」との回答が 50%であり、「診療過程において説明せざるを得ない(説明した方が良い)状況となったため行った」との回答は 46.8% とほぼ二分する結果となった。本人にまだ診断の説明をしていない症例の理由としては、「本人の理解力や年齢が不十分」、「本人への心理的影響(悲観、自己否定など)への配慮」、「周囲の理解や支援体制が整っていない」が 74.9%を占めた。

②本人への診断説明そのものについての考え

PDD 児本人への診断説明そのものについては肯定的な意見が約 7 割あったが、23.9%が「どちらともいえない。」と答え、6.1%が否定的な意見だった。肯定的な意見の理由を記載したのは 71 名で、最も多い理由としては、「本人への診断説明によって将来予後や支援の展開において有益な結果が得られると思う。」という意見(59.1%)が多く、「診断の説明は本人にとっては権利で

あり、医師にとっては義務である。」という意見もあった。しかし 28.2%が本人への診断説明には肯定的ではあるものの、あくまでケースバイケースであるとの意見を寄せていた。また「どちらともいえない。」や否定的な意見の理由としては 47 名から回答があり、「診断名よりも特徴や傾向、個性として伝えることを主とする。」

(14.9%)といった意見や、「支援方法や体制の確立、社会啓発、診断技術の向上など診断説明の前にやるべき課題が多い。」

(12.8%)といった意見があがり、「本人がどこまで正確に理解できるのか不安がある。」や「診断説明によるリスクやデメリットへの懸念がある。」と本人への診断説明に慎重さを要するという意見があった。

今後の本人への診断説明についての方針としては、68.6%が必要があれば積極的に行っていこうとの考えだったが、10.3%は積極的に行うことを避けるとの意見だった。

<考察>

本人にとって正しく自己理解を深めることは自分の社会生活での困難さの原因を整理し適切な支援を自発的に求めたり積極的に対応の工夫を模索したりすることになるだけでなく、誤った自己評価の低下を防ぎ前向きな気持ちでの自立を促すなどメリットが大きいことを指摘する専門家の意見も多い。しかしその一方で自分の障害診断を知ることによる心理的負荷などの様々なリスクや、本人への診断説明が不適正な条件下や不適切な方法によって行われることによる弊害についての注意を促す意見もある。また同様に差別や偏見を増長してしまう危険性も伴っている。このように本人へ

の診断説明はステレオタイプに良い悪いと決めつけられるものではなく、個々の条件や背景に応じて最適な形で提供されるべきものである。しかし本人への診断説明を含めた自己理解支援は、PDD 児がある程度の年齢に達し、自分や身の周りに起こる出来事に関心が向くようになれば必ず必要になることであり、このテーマについては当事者やその家族、支援する各種関係者同士がお互いに意見や情報交換を行い、それぞれの見解を深めていく重要なテーマであると思われる。

また今回の調査でも、実際に本人に診断説明をした約半数の例が、最初から計画して行われたものではなく、経過の最中に必要に迫られて行われたものであることから、少なくとも家族と支援者の間では早期から話し合い、どのように本人の自己理解を促していくのかについて十分な意思統一を行っていくことが大切であるように思われた。

本人への診断説明そのものに対しては、基本的にはそのメリットを認め肯定的な意見が多い反面、デメリットを懸念する声も少なくなく、個々のケースの諸条件によってその是非は異なるため、画一的に良い悪いと決めるのではないが、今後どのような条件の場合にどのような対応が適しているのか多くの知見や議論を重ねていく必要があると思われた。またこのテーマの根本的な課題として、「発達障害とは何か。」といった、人の多様性に対する社会の姿勢について議論を重ねていくことが重要であると思われた。

<結論>