

ASDの子どもを持つ親を対象とした CARE™プログラムの効果検討

納富 奈緒子[†]

Therapeutic Effects of the CARE™ Program on Parents of Children with ASD

Naoko Nodomi

1. 問題と目的

1.1 ASDの子を持つ親への支援の必要性

自閉スペクトラム症(Autism Spectrum Disorder, 以下, ASDと略記)は近年早期診断が進んできており, 橋本ら(2005)によると, 「早期介入をすることは自閉症にみられる症状を軽くし, 社会適応をよくする」と早期介入の有効性が報告されている。しかし, 早期に子どもの違いに気づいても診断までにタイム・ラグが生じることが多く, 夏堀(2001)によると, 「自閉症児の母親にとっては, この「障害の疑いから診断までの期間」が心理的に最も辛い時期である」ことが指摘されている。前田ら(2009)は, 我が国においては, 「乳幼児健診のシステムの整備により, 1歳半で障害が発見され, そのまま療育へつながるケースも少なくな」と述べているが, 笹森ら(2010)によると, 「地域による較差^{ママ}も大きい」という指摘もある。筆者の住む地域においても, 療育等の提供機関が不足している状況があり, 早期のわが子の違いへの気づきの後, どこにもつながることができずに不安な日々を過ごすことになる親が多い。また, ASDの診断があっても一人ひとりの特性が違うことでわが子の理解が難しい上, 子どもの問題行動を親の育て方の問題と指摘されることも多く周囲の理解が得られないことや, 「子どもの問題行動への対処に長期にわたって強い負担感を感じ続けている」(湯沢ら, 2007)などが懸念される。坂口・別府(2007)によると, 就学前のASD児を持つ母親において「ストレス反応の得点は, 自閉群のほうが非自閉群に比べて有意に高かった」ことが分かっている。ストレスや疲労をためることは, 虐待のリスクを高めてしまうおそれもある。一瀬(2010)の指摘によると, 「障害児は非障害児の4~10倍の頻度で虐待されて」おり, 周囲との関係の断絶, 子どもの情緒・行動の問題に加えて母親のメンタルヘルスの危機により不適切な養育が生じていることが明らかとなっている。親の不適切な養育を防ぎ, ASDの子

ども自身の健やかな成長を考えた場合, より早い時期に親がASDの子どもに対して適切な関わりを学ぶことは重要なことと考えられる。

1.2 ASDの子どもへの親の関わり

ASDの子どもは, 社会性に障害があり, 人付き合いにおいて困難を抱えやすい。記憶の良さや, フラッシュバックによる追体験, 出来事の解釈の違いなどから, 困難がトラウマとなりやすいと考えられる。大島ら(2019)も対人関係の度重なる失敗体験から, それがトラウマ体験となる方も少なくないことを指摘し, 「自閉スペクトラム症の人のトラウマは, (中略) 原因がひとつに特定できるトラウマというよりも, 慢性的・長期的な不適応感をともなう, 原因が複数あるケースが多い」と述べている。子どもの特性を理解できにくいなどの要因から, 親が子に対して日常的に過剰な叱責, ネガティブな声かけが多くなりやすいこともあり, 親子関係においてもASDの子どもが辛い経験を積み重ね, 自己評価の低下を招き, 傷つきやすい子どもになりやすいことが想定される。一方で, レジリエンスを高めることは, 同じ出来事を経験したとしてもトラウマとしてその後の生きにくさにつながることを防ぐことになり, レジリエンスを高める関わりは必要である。レジリエンスを高めるには, 「臨床的には, 気質の問題とならんで, 人生初期に受けたケアが影響しているという可能性が気付かれている」(奥山, 2010)とされ, 早期のより適切な関わりが必要といえる。また, 多くのASDの子が療育を受けられるようになったとしても, ASDの特性として般化の困難もあるため, 療育場所でのみ適切な関わりをすればよいということにはならず, やはり日常的な親の適切な関わりがASDの子どもには望まれるといえる。「早い時期から発達特性に応じた育て方, 接し方を親や周囲の人たちが知っておくこと」の重要性を本田ら(2016)も述べている。

[†]2020年度修了(臨床心理学プログラム)

1.3 CARE™プログラム

本邦でもすでに、子育てに関する親向けのプログラムは多数存在している。中でも、ASDを含む発達障害においては、ペアレント・トレーニングとして肥前方式、奈良方式、精研方式、鳥取大学方式などがあり、厚生労働省障害者総合福祉推進事業において一般社団法人日本発達障害ネットワークJDDnet事業委員会(2019)がガイドブックとしてまとめている。いずれも行動理論に基づき、子どもの行動変容を目指し、保護者が適切な養育スキルを学習することを目的としていて、6~10回程度の回数を要する。また、対象を発達障害に限定せず、専門家ではなく地域の保育士や保健師が行うことができるものとしてアスペ・エルデの会のペアレント・プログラムもある。子どもの行動を適切に捉えることを目的としており、6回3ヵ月の期間を要する。

様々な方法がある中、本研究では、トラウマ・インフォームド・ケアの視点で開発された「CARE™プログラム(Child-Adult Relationship Enhancement):子どもと大人の絆を深めるプログラム」に取り組むこととする。CARE™プログラムは、シンシナティ子ども病院トラウマ・トリートメント・トレーニング・センターにおいて開発された、「幼児期から児童期・思春期の子どもと大人のコミュニケーションに焦点をあてた心理教育的介入プログラム」(福丸, 2009)であり、「問題行動を抱えた子どもとその養育者に必ずしも限定することなく」(福丸, 2009)使用できる。ASDの子どもを持つ親がストレスを抱えやすいということに加え、ASDの子どもの記憶の特性からトラウマを抱えやすいということを考えたときに、CARE™プログラムはASDの子を持つ親にも効果があるのではないかと考えられる。また、全体を4時間程度で学ぶことができるため、数回通うことを考えても、参加者への負担は小さくてすむ。福丸(2011a)は、「理論的枠組みや概念は、PCIT(Parent-Child Interaction Therapy)という継続的な心理療法に基礎を置いて」おり、大人と子どもの関係を築くための、広い意味での心理教育的介入プログラムで、短期間で実践可能なものと述べている。また、福丸(2009)は、「個別の心理療法であることから、PCITには課題もある。」とし、多くの来談の必要性から「受け手の負担が大きい場合があること、中断事例も少なくない」といい、「PCITの目ざすところとその主要な概念を用いつつ、実践を踏まえた改良をもとに、子育て支援のプログラムとしても利用できる形で開発されたのがCAREである。」と述べている。プログラムの内容は、2部から構成されており、前半は子どもとの関係を築くために子どものリードについていくことの意義や、そのために大切な3つのスキル(3P:会話の繰り返し、適切な行動を言葉にする、具体的にほめる)と、できるだけ減らしたいスキル(3K:質問、命令、禁止や否定的な言葉)を具体的なロールプレイ、実践を通して習得する。後半は、子どもが親に従うことが必要な場面において、子どもが言うことをきけるように、一貫した態度で効果的かつ、適切に指示が出せるために大切な要点を学んでいくとしてい

る。さらに、「子どもとの遊びという身近な場面を想定したユニークなロールプレイを中心」(福丸, 2009)にしているところにPCITとは違う、CARE™プログラムの独自のユニークな特徴がある。ロールプレイは、参加している親同士で行い、親の役を学ぶことができるだけでなく、子ども側を体験することによって、適切な関わりを受けたときの子どもの気持ちを擬似体験できる。グループでのワークでは、遊びの楽しさを思い出し、適切でない関わり・適切な関わりを経験できる。家での実践を促す宿題もあり、次の回でフィードバックを受けることができ、グループの他の参加者と悩みを共感できる。近年、里親を対象にした効果検証(福丸, 2011a; 福丸・伊東・木村・加茂, 2018; Messer. et al, 2018)や、行動に問題のある子の親を対象にした効果検証(Schilling. et al, 2016)はなされているが、ASDの子を持つ親を対象とした研究・開発はアメリカでは報告され始めている(Gurwitch. et al, 2019)ものの、日本にはまだない。

1.4 目的

CARE™プログラムでは、親の一貫した対応、具体的な言葉かけを実践することで言語環境が整えられるため、社会的コミュニケーションに難しさのあるASDの子にとって、負担が少なく分かりやすい生活環境が与えられることになる。そのことは、ASDの子の問題行動を生みにくく、ひいてはその親のストレスを増しにくいことにつながると考えられる。そのため、本研究では、そのままのCARE™プログラムでもASDの子を持つ親にも一定の効果があるだろうと仮説を設定し、CARE™プログラムを実施する。

さらに本研究では対象がASDの子であるため、ASDの子どもの特性に関する情報(「ASD情報」)を付加することで、親がASDの子どもの行動を理解しやすく、CAREの関わりがなぜASDの子にとってもよいと考えるのかの理解につながると考えられた。親の理解が深まることで、親の行動やストレス値により効果があるだろうという仮説を元に、CARE™プログラムに加えてASD情報を伝える講義を実施する。また、対象者を2群に分け、I群はCARE™プログラムの後にASD講義を、II群はASD講義をしてからCARE™プログラムを実施することで、ASD講義がCARE™プログラムの前にある方が効果的か、後にあった方がよいのかを探索的に検討したい。

なお、本研究の実施予定時期がCOVID-19による緊急事態宣言の時期と重なったため、本研究は、予備的研究という位置づけで行うこととした。

本研究の仮説は、以下の2点である。

1. ASDの子を持つ親にもCARE™プログラムは有効だろう。
2. CARE™プログラムに加えてASDの情報を加えることが、ASDの子どもを持つ親に有効だろう。

2. 方法

ASDの子どもを持つ親を対象として、CARE™プログラムを実施し、質問紙による評価を行った。以下、対象者、実施方法、プログラムの内容、質問紙の構成、分析方法等について述べる。なお、本研究は、放送大学研究倫理委員会の承認を受けて実施した（通知番号2019-44）。

2.1 対象者

A県内に住む就学前のASDの診断を持つ子どもの親を対象とした。“就学前”に限定した理由としては、早期対応をテーマとしていることと、就学後の子どもは成長のスピードの個人差が大きくなること、学校での学びなどの変数が増え、CARE™プログラムの効果を測るのが困難になることが予想されることなどがあげられる。療育を行っている事業所等の協力を得、チラシを配布し募集した。参加者の費用負担はなく、謝礼は提示していない。対象者には、初回時に研究についての説明を行い、同意書への署名を得ている。参加者は第Ⅰクール7名、第Ⅱクール7名で、全員母親であった。

2.2 実施方法

週に1回、約1ヵ月のプログラムを2クール実施した（2020年7月2日～2020年9月3日）。図1に研究デザインおよびスケジュールを示す。CARE™プログラムの内容を3回に分けて実施し、さらにASDの特性についての情報を伝える講義（「ASD講義」）を1回実施した。講義初回時、講義終了後の次の回に質問紙調査を実施した。事後評価は、研究対象者の負担を減らすため、講義最終回に返信用封筒とともに質問紙を渡し、約1週間後に記入、返送を求めた。

事前事後比較と2群の群間比較を行う目的で、Ⅰ群は、3

回のCARE™プログラムオリジナル版を行った時点で効果を検証するため質問紙による評価を行い、その後「ASD講義」を行った後、事後評価を行った。Ⅱ群は、事前事後比較の「統制群」として、Ⅰ群の初回と同じ時点で質問紙による評価を行い、Ⅰ群のプログラム終了後の評価（事後）と同時点で評価を行った。ASD講義の時期による効果を探索的に検討するため、「ASD講義」の時期を、Ⅰ群ではプログラム後、Ⅱ群ではプログラム前に設定し、群間比較できるようにデザインした。

2.3 プログラムの講義実施者

プログラムの講義実施者は、本研究の研究分担者の2名であり、CARE™ファシリテーターの資格とTEACCH®自閉症プログラムの資格を有している。プログラムは、ファシリテーターのためのマニュアル日本語版（Messer et al, 2017 福丸版2019）に沿って行うこととし、介入ごとのばらつきがないように配慮した。研究責任者である筆者は、全ての講義に参加し、講義の均質性が保たれるよう管理した。

2.4 CARE™プログラムの実施

福丸(2011b)は、CARE™プログラムは全4時間程度で実施できるが、「親向けには2～4回に分けて実施することが多い」と述べている。本研究ではCARE™プログラムの内容を3回に分けて実施した。CARE™プログラムの1回目～3回目の後には、宿題として家庭での3～5分程度のCARE™プログラムの実施を提案し、「CARE」ダイアリーという用紙への記録を求めた。2回目、3回目の初めには、宿題のフィードバックと質疑応答を行い、CARE™プログラムの正しい理解と実践につなげた。宿題の実施は強制ではなく任意である。

2.5 ASD講義の実施

ASD講義では、さまざまなASDの特性がある中、CARE™プログラムと関連のあるトラウマ・インフォームド・ケアの視点、親のストレスの視点を中心に、ASDの特性として記憶の特性、対人コミュニケーションの理解の難しさ、一般化の難しさなどと、特性を理解するための氷山モデルの説明を実施した。

	1回目 (2時間)	2回目 (2時間)	3回目 (2時間)	4回目 (2時間)	事後 (30分)		
Ⅰ 群	研究説明 自由記述	自由記述 ECBI	自由記述 ECBI	自由記述 ECBI	自由記述 ECBI		
	ECBI	CARE 講義と実践 2	CARE 講義と実践 3	PSI-SF	PSI-SF		
	PSI-SF	自由記述	自由記述	BDI-II	BDI-II		
	BDI-II			PNPS	PNPS		
	PNPS			ASD 講義 自由記述			
	CARE 講義と実践 1 自由記述						
Ⅱ 群	事前 (30分)		1回目 (2時間)	2回目 (2時間)	3回目 (2時間)	4回目 (2時間)	事後 (30分)
	研究説明 自由記述		ECBI	自由記述	自由記述	自由記述	自由記述
	ECBI		PSI-SF	ECBI	ECBI	ECBI	ECBI
	PSI-SF		BDI-II	PSI-SF	CARE 講義と実践 2	CARE 講義と実践 3	PSI-SF
	BDI-II		PNPS	BDI-II	自由記述	自由記述	BDI-II
	PNPS		ASD 講義 自由記述	PNPS			PNPS
				CARE 講義と実践 1 自由記述			

図1 研究デザイン 質問紙, CARE 講義, ASD 講義

2.6 質問紙の構成

(1) 日本語版ECBIアイバーク子どもの行動評価尺度(エクビ)

子どもの行動上の問題と親の育児困難感を同時に評価することができる評価尺度で36項目、所要時間は5～10分程度である。

(2) PSI-SF育児ストレスインデックス短縮版

PSI育児ストレスインデックスの短縮版であり、簡便で短時間に親の育児ストレス、親子や家族の問題などをアセスメントする。対象年齢が12歳までの英語オリジナル版PSI-SF(36項目)を翻訳したもので、PSI-SF日本語版(加茂ら, 2016)(36項目)を使用した。所要時間は5～10分程度である。

(3) BDI-IIベック抑うつ質問票

過去2週間の状態についての21項目の質問によって、抑うつ症状の重症度を5～10分程度で評価する。

(4) PNPS肯定的・否定的養育行動尺度

親の養育行動を、肯定的養育と否定的養育の両側面から包括的に評価する質問紙で、24項目(トドラー版は20項目)、所定時間は10分程度である。

(5) プログラム実施前アンケート

対象者の属性(年齢、性別、ASDの子どもの性別、年齢、きょうだい等)と診断についての思いや子どもとの普段の関わりについての質問に自由記述で回答するもので、5～10分程度を要する。

(6) 自由記述アンケート

講義前に家での実践についての感想を、講義後に講義受講の感想を書くもので、所要時間はそれぞれ2～3分で記入できる。

2.7 分析方法

(1) 実施前後の質問紙の結果から、以下の統計解析を行った。

- ①ASDの子を持つ親にもCARE™プログラムは有効だろうという仮説を検証するため、CARE™プログラムを受けた群と受けなかった群の群間比較を行った。
- ②CARE™プログラムに加えてASDの情報を加えることが、ASDの子どもを持つ親に有効だろうという仮説を検証するため、ASD講義の前後での比較を行った。
- ③ASD講義の効果が、CARE™プログラムの前と後でどうかを探索的に検討するため、CARE™プログラムの前に行った群と、後に行った群とで、群間比較を行った。

(2) プログラム終了後の自由記述アンケートについて、CARE™プログラムに関して内容ごとに分類しまとめた。

3. 結果

3.1 対象者の属性

表1に参加者14名(I群7名, II群7名)の属性を示す。募集段階では父親・母親を問わず受け付けていたもの

表1 対象者の属性

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
父母	母	母	母	母	母	母	母	母	母	母	母	母	母	母
年齢	39	39	35	51	36	32	37	38	36	45	42	39	43	27
出生順位	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
きょうだいの数	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0

の、結果として参加者は全て母親であった。平均年齢は38.50歳($SD=5.56$)であった。出生順位は、ASDの子の出生順位を示している。全てのASDの子どもが第一子であった。一人っ子は9人、きょうだいがいる人は5人であった。

3.2 対象者の臨床的特徴

14名の初回の質問紙の結果から、カットオフ値以上を抽出し、表2に結果を示した。ECBI(強度):124以上/ECBI(問題):13以上が臨床域、BDI-II:14以上で軽症以上、PNPS(肯定的養育):30以下/(否定的養育):70以上で要配慮水準となっており、基準を超えている数値を黄色で示した。基準を超えた数値が1つもなかった対象者は、14名中4名だけであった。

表2 対象者の初回の質問紙結果

	基準	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
ECBI(強度)	124以上	204	107	116	152	133	79	80	164	126	122	111	178	136	124
ECBI(問題)	13以上	26	3	4	13	7	0	1	24	11	14	6	25	12	10
BDI-II	14以上	19	5	26	7	4	2	0	15	13	35	12	19	29	18
PNPS(肯定的養育)	30以下	38	47	33	36	44	59	55	30	68	38	38	41	40	59
PNPS(否定的養育)	70以上	63	44	71	55	55	37	33	68	47	64	66	70	66	57

3.3 対象者の群間差

両群の等質性を確認するため、ECBI(強度)・ECBI(問題)・PSI-SF・BDI-II・PNPS(肯定)・PNPS(否定)を従属変数として、2群を独立変数としたt検定を行った。結果を表3に示す。BDI-IIにおいて、($t(11.85)=2.27$, $p<.05$)で有意差がみられた。そのため、I群とII群において、プログラム開始前より、BDI-IIに関してのみ対象者が等質ではないことが示唆されたが、他の5つの変数では等質でないことが示唆されなかったことと、人数の少なさによる影響を踏まえ、本研究ではそのまま分析を続けていくことにした。

表3 I群・II群のt検定の結果

	I群 M(SD)	II群 M(SD)	t値
ECBI(強度)	124.43(43.93)	137.29(24.50)	.68
ECBI(問題)	7.71(3.46)	14.57(7.21)	1.56
PSI-SF	80.29(30.08)	110.14(22.12)	2.12
BDI-II	9.00(9.70)	20.14(8.65)	2.27 *
PNPS(肯定)	44.57(9.78)	44.86(13.47)	.05
PNPS(否定)	51.14(13.81)	62.57(8.00)	1.89

注) *: $p<.05$

3.4 CARE™プログラムの効果

CARE™プログラムの効果を検証するため、I群7名、II群7名で、参加者間要因（プログラム受講有無）×参加者内要因（時系列前後）の2要因分散分析を行った。その結果を表4に示す。ECBIの問題行動の強度スコアにおいて交互作用（ $F(1, 12)=5.59, p < .05$ ）で有意であった。ECBIの強度スコアとは、親からみた子どもの問題行動の強度について7件法で回答したものである。プログラムを受講後の強度スコアが他の3水準（受講前、受講無前・後）より有意に低いことが示唆された。

PSI-SFにおいても交互作用（ $F(1, 12)=6.40, p < .05$ ）で有意であったが、群間（I群とII群）に違いが示唆されるものの、プログラムの効果とはいえない。BDI-II、PNPS（否定的養育）についても群間（I群とII群）の違いが示唆されるものの、プログラムの効果はみられなかった。

表4 プログラム受講有無×時系列前後の2要因分散分析結果

		前		受講有無の主効果	前後の主効果	交互作用
		M(SD)				
ECBI(強度)	受講無	137.29(24.50)	132.43(32.41)	1.72	12.02**	5.59*
	受講有	124.43(43.93)	98.71(33.21)			
ECBI(問題)	受講無	14.57(7.21)	15.29(8.44)	4.12†	.61	1.90
	受講有	7.71(9.16)	5.14(7.65)			
PSI-SF	受講無	110.14(22.12)	116.57(16.69)	7.27*	.01	6.40*
	受講有	80.29(30.08)	74.43(30.08)			
BDI-II	受講無	20.14(8.65)	20.57(6.58)	6.35*	.08	.27
	受講有	9.00(9.70)	7.57(12.44)			
PNPS(肯定)	受講無	44.86(13.47)	44.00(6.93)	.09	.15	.54
	受講有	44.57(9.78)	47.29(11.22)			
PNPS(否定)	受講無	62.57(8.00)	59.57(9.73)	5.08*	4.20†	.26
	受講有	51.14(13.81)	46.14(11.39)			

注) †: $p < .10$, *: $p < .05$, **: $p < .01$

3.5 ASD講義の効果

ASD講義の有無による効果の違いを検証するため、I群（7名）においてCARE講義前、CARE講義後、ASD講義後の比較を行った。一要因分散分析を行った結果を表5に示す。

表5 ASD講義を加えたCARE™プログラムの時系列による一要因分散分析結果

	CARE講義前	CARE講義後	ASD講義後	F値
	M(SD)			
ECBI(強度)	124.43(16.60)	98.71(12.55)	99.29(11.15)	8.69 *
ECBI(問題)	7.71(3.46)	5.14(2.89)	4.71(2.20)	4.16 †
PSI-SF	80.29(11.37)	74.43(11.37)	71.57(11.41)	5.90 *
BDI-II	9.00(3.67)	7.57(4.70)	7.43(4.50)	.26
PNPS(肯定)	44.57(3.70)	47.29(4.24)	47.71(4.84)	1.00
PNPS(否定)	51.14(5.22)	46.14(4.31)	45.57(4.94)	2.06

注) †: $p < .10$, *: $p < .05$

ECBIの強度スコアにおいて（ $F(2, 12)=8.69, p < .05$ ）、PSI-SFにおいて（ $F(2, 12)=5.90, p < .05$ ）で有意差がみられた。しかし多重比較（Holm法）を行ったところ、ECBIの強度スコアもPSI-SFも、CARE講義後とASD講義後の間

には有意差はみられなかった。そのため、ASD講義の効果は示唆されなかった。

3.6 CARE™プログラム前後でのASD講義の効果の違い

ASD講義を、CARE™プログラムの前に行う場合と後に行う場合で効果が違うかを探的に検討するため、CARE™プログラムの前に行った群（II群）と、後に行った群（I群）とで、比較を行った。この比較では、プログラム全日程参加のI群7名、II群5名のデータを用いた。すでに上記でASD講義の効果はみられていないが、参加者間要因（ASD講義の前後）×参加者内要因（時系列前後）の2要因分散分析を行った。結果を表6に示す。ECBIの問題行動の強度スコアにおいてASDの順番の効果はみられなかったものの、プログラムの後の方が有意に低いという結果になった。PSI-SF、BDI-IIにおいては、ASDの講義順の主効果に有意差がみられた。CARE™プログラムの実施に関係なく、ASD講義を後に実施した群（I群）の方が低いということで、I群とII群の集団に違いが示唆された。

表6 ASD講義の前後×時系列前後の2要因分散分析結果

		講義前		ASD講義順の主効果	講義前後の主効果	交互作用
		M(SD)				
ECBI(強度)	I群	124.43(43.93)	99.27(29.49)	1.01	7.08*	1.70
	II群	137.20(37.69)	128.60(36.51)			
ECBI(問題)	I群	7.71(9.16)	4.71(5.82)	3.97†	3.30†	.44
	II群	16.60(9.56)	15.20(9.91)			
PSI-SF	I群	80.29(30.08)	71.57(30.18)	9.55*	4.87†	2.80
	II群	122.20(14.18)	121.00(18.29)			
BDI-II	I群	9.00(9.70)	7.43(11.90)	9.11*	.02	.79
	II群	23.00(6.00)	25.20(8.93)			
PNPS(肯定)	I群	44.57(9.78)	47.71(12.82)	.07	1.92	.06
	II群	43.60(4.62)	45.80(9.86)			
PNPS(否定)	I群	51.14(13.81)	45.57(13.08)	2.49	1.44	1.08
	II群	59.80(11.56)	59.40(12.48)			

注) †: $p < .10$, *: $p < .05$

3.7 プログラム終了後の対象者の臨床的特徴の変化

表2で示した対象者の初回の質問紙結果でのカットオフ値以上の抽出を、プログラム終了後にも同様に行った。結果を表7に示す。

表7 対象者のプログラム終了後の質問紙結果

	基準	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
ECBI(強度)	124以上	12	92	106	139	114	62	61	158	85	110		174	116	
ECBI(問題)	13以上	17	1	4	6	4	0	1	27	5	13		24	7	
BDI-II	14以上	3	0	33	11	4	1	0	26	24	32		13	35	
PNPS(肯定的養育)	30以下	40	49	32	36	49	66	62	47	62	44		38	38	
PNPS(否定的養育)	70以上	36	41	70	55	47	34	6	68	52	66		70	41	

カットオフ値を超えている数値を黄色で示した。青の網掛け部分は、表2（初回時）でカットオフ値を超えていたが、プログラム後にはカットオフ値未満になっていた箇所である。対象者iのBDI-IIの値（赤の網掛け）は、初回時

基準値以下であったが、終了時には基準値を超えている。しかし、初回時のBDI-IIの値は13であり、基準値に近い値であった。カットオフ値を超えていない参加者が4名と、数値上は初回と変わらないが、全体として基準値を超えている数が減っていることが分かる。また、II群であるh以降の対象者に、プログラムを受講後においても、黄色で示した部分が多い。

3.8 プログラム終了後の対象者の感想

プログラム終了後に、対象者に自由記述での感想を求めた。感想を内容別にまとめたものが図2である。

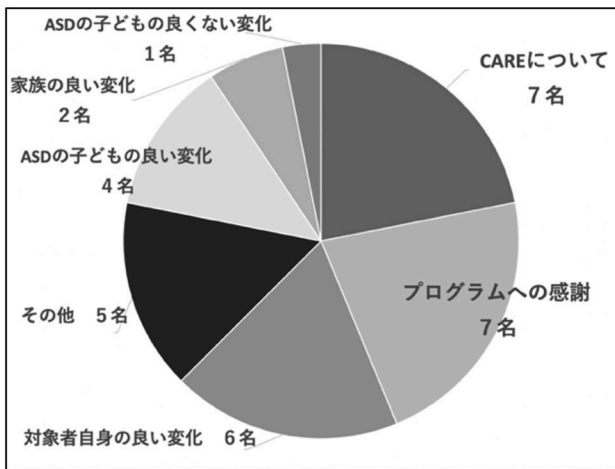


図2 感想 (内容別)

CAREについての感想が7名、プログラムへの感謝を述べたものが7名、対象者自身の良い変化が6名、ASDの子どもの良い変化が4名、家族の良い変化が2名、ASDの子どもの良くない変化についてが1名、その他5名となった。対象の違いはあるものの、のべ12名に良い変化がみられたと述べられた。「毎日の5分間、接し方や言葉を親が変えていくだけで、自分の心のイライラがおさまっていくのを感じた」や、「CAREを実践して、確実に子どもとの関係がよくなったと思います」、「子どもがこの1ヵ月で急成長をしました」などの感想が得られた。

また、同じ感想をCAREの内容別にまとめたものが図3である。

「3P」とは、CARE™プログラムの中で、子どもとの関係をつくる際に使いたいスキルで、「3K」は減らしたいスキルを指す。「無視」とは「戦略的無視」というスキルで、子どもの適切な行動にのみ注目を与えるために、その他の不適切な行動から注目を取り去るというものである。「命令」は、「よい指示を出す」というスキルである。3Pについて8名、ロールプレイについて・宿題に関すること・命令がそれぞれ3名、3K・無視・遊びについてがそれぞれ2名で、具体的な方法ということを書かれていたのが1名であった。学んだスキルについて言及しているものが多かった。特に、使いたいスキルである「3P」への記述が多かった。学び方として、「具体的な方法」が示されたことや、

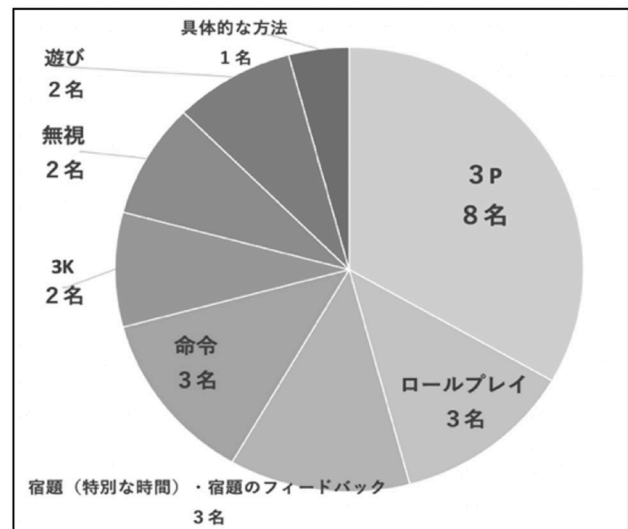


図3 感想 (CAREの内容別)

“ロールプレイ”をしたこと、“宿題やそのフィードバック”についても「ロールプレイングで家庭での対応方法を学習できたことが、とても分かりやすく良かったと思います」や「特別な時間 (宿題) を作ることで、子どもと向き合える時間ができ、とても良かったです」などの前向きな意見が述べられた。

4. 考察

4.1 ASDの子どもを持つ親向けのCARE™プログラムの効果

ASDの子を持つ親についても、CARE™プログラムは効果的である可能性が示唆された。ECBIの強度スコアが下がったということは、ASDの子どもの行動が親からみて改善している、もしくは親にとってその行動は問題とは感じられなくなったという評価である。CARE™プログラムは、親に対して具体的に3Pという推奨されるスキル (“行動”) と3Kという減らしたいスキル (“行動”) を示し、親の〈行動の変化〉を促すものになっているため、親の行動が変わったことで、子どもの行動も変化したと考えられる。3Pによって、親自身が子どものどの部分に着目すればよいか分かり、それを分かりやすく子どもに伝えるため、子どもの適切な行動が増えることになる。逆に言うと、子どものよくない行動には着目しないため、不用意な親の発言が減り、子どもの言語環境はシンプルに整えられることになる。これは、コミュニケーションに障害のあるASDの子どもにとって、刺激や混乱を避けることにつながると考えられる。また、CARE™プログラムは、子どもとの遊びを通じて実践することから始め、大人が子どものリードに従って遊ぶため、子どもにとっては楽しい時間が増える。ASDの子どもは、社会性の障害から人と遊ぶことも得意ではないことが多く、どのように接していいかを悩む親も多いと考えられるが、子どもに合わせることで親自身が我が子と遊ぶスキルを身につけることもできることは、親が自身の子

育てについて満足感や充足感を得ることにつながり、親の子育てに関するストレスを軽減できる可能性があると考えられる。

このような親の適切な関わりが増えることは、ASDの子どもにとっても大きな問題行動を生む要因を減らすことにつながるため、トラウマとなる出来事を避けることもできると期待できる。

4.2 ASDの子どもを持つ親のストレス値の高さ

I群とII群の対象者において、ストレス値に関して対象者が等質ではなく、II群にストレス値の高い親が多いことが示唆されたが、これは、人数が少ないことが要因と考えられる。

また、ECBI・BDI-IIのカットオフ値以上にある親がI群・II群を通して多かった。今回の対象者は、ストレス値が高いことが示唆された。自閉症の子どもを持つ母親のストレス反応が高いという、坂口・別府(2007)を支持する結果といえる。加えて、ASDの子の親であって、CARE™プログラムを学ぶことに関心を示したり、親子の関係性を心配したり、親の関わり方を学ぶ必要性を感じている人の中に、ストレス値の高い親が多い可能性は十分に考えられる。ストレス値や、ASDの子の問題行動の程度によっては、ペアレントプログラムであるCARE™プログラムの受講と実践だけでは十分な効果が得られないケースもあるかもしれないことが想定される。その場合は、子ども・親・その両方が心理療法を受ける必要もあるだろう。しかしながら、今回の対象者でもみられたように、たとえカットオフ値を下回るには至らなくとも数値に改善傾向がみられたり、数値上に現れていなくても親がCARE™プログラムを実践すること・関わりを変えることに前向きな気持ちを持った時点で心理療法を受けることができるため、CARE™プログラムへの参加は有効に働くのではないかと考えられる。心理療法を受ける意義についても理解しやすいことが予想される。

4.3 ASD講義の必要性

今回、ASD講義の効果は認められなかった。一方、CARE™プログラムの効果において、〈行動の変化〉は、宿題の効果もあって日々の実践で活かされ、結果に速やかに変化がもたらされることが分かった。ASD講義は、ASDの特性についての知識伝達の講義であり行動変容を提案したものではなかったため、たとえ知識が増えても短期間で効果を測ることは困難であった。しかしながら、ASDのためのCARE Connection (Gurwitchら, 2019) においても、ASDの特性の説明はなされているため、特性の説明は、ASDの我が子を正しく理解するためだけではなく、行動変容の意味づけや親のCARE的関わりモチベーションの維持を考えると必要だろうと考えられる。

一方、講義の内容や、プログラム参加前の対象者の知識についても検討する必要があるだろう。今回の対象者は、

療育を行っている事業所等の協力を得て募集したため、全ての対象者が既に子どもを療育に通わせている親であった。事業所によっては、親向けの勉強会を実施しているところもある。また、コロナ禍においても積極的に参加をする、子育てに関心がある熱心な親であるともいえる。そのため、1時間半程度の基本的な講義の内容は今回の対象者にとっては既に知っている知識であったことも想定される。事前に対象者の既有知識の程度を測ったり、その上でのどのような知識が追加されることがASDの子を持つ親にとってCARE™プログラムの効果を高めるかについても検討する必要があるだろう。

5. 本研究の課題と今後の展望

本研究の課題として、実施を予定していた時期がCOVID-19の緊急事態宣言の期間と重なってしまったため、プログラムの実施が当初の予定回数の半分以上となってしまう、対象者の数が少なかったことがあげられる。今回の予備研究では、CARE™プログラムはASDの子どもを持つ親に対しても効果がある可能性が示唆され、今後対象者を増やしての検証が必要であると考えられる。

親向けのCARE™プログラムは、ロールプレイやワーク、宿題のフィードバックなど、グループで行うことの効果が大きいと考えられるが、人が集まって何かを行うことの難しい現状を踏まえると、その良さをいかしつつも、対面で集合しての方法以外の実施についても検討していく必要があるだろう。CARE™プログラムは心理療法ではないからこそ、我が子の違いに気づき、診断や療育を待っている間の不安になりやすい時期の親がアクセスしやすいプログラムである必要があると考えられる。

またプログラムに加えて、ASDの子どもを持つ親がどんな知識を持っているかを測り、親にとってより有用な知識を提供することについても、内容や方法、回数等を検討していく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究対象者の皆様に深く感謝申し上げます。皆様のお子様を思うお気持ちに触れ、日々研究の意義を確認し続けることができました。

丁寧にご指導いただきました石井宏祐客員准教授、小林真理子教授にも感謝申し上げます。研究の進め方、分析方法から研究の奥深さ・楽しさまで様々にご指導いただきました。

そして、いつも励まし合いながら研究を進めたゼミの仲間にもお礼申し上げます。

文 献

- 福丸由佳(2009). CAREプログラムの日本への導入と実践- 大人と子どものきずなを深める心理教育的介入プログラムについて- : 白梅学園大学短期大学教育・福祉研究センター研究年報, No.14, 23-28.
- 福丸由佳(2011a). 里親に向けた心理教育的介入プログラム CARE(Child-Adult Relationship Enhancement)の実践 : 白梅学園大学短期大学紀要, 47, 1-13.
- 福丸由佳(2011b). 心理教育的介入プログラムCARE(Child-Adult Relationship Enhancement)の導入と実践 : これまでの取り組みと今後の課題 : トラウマティック・ストレス 第9巻, 第1号, 96-98.
- 福丸由佳・伊東ゆたか・木村一絵・加茂登志子(2018). 里親向け研修におけるCAREプログラムの効果の検討- 里子と里親の関係作りに向けたペアレントプログラムの実践- : 白梅学園大学・短期大学紀要, 54, 55-68.
- Gurwitch,R.H., Nelson,M.M., Abner,J.P.(2019). Child-Adult Relationship Enhancement for Children with Autism Spectrum Disorder: CARE Connections: *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, 321-338.
- 橋本俊顕・西村美緒・森健治・宮崎雅仁・津田芳見・伊藤弘道(2005). 特集 第46回日本小児神経学会総会シンポジウム I : 発達障害児の早期診断と早期介入について 自閉性障害 脳と発達, 37, 124-129.
- 本田秀夫・若子理恵・稲田尚子・今井美保・日戸由刈・岩佐光章・吉川徹・工藤哲也・杉山明・山口葉月・北野希(2016). ハンディシリーズ発達障害支援・特別支援教育ナビ 発達障害の早期発見・早期療育・親支援. 金子書房.
- 一般社団法人 日本発達障害ネットワーク JDDnet事業委員会(2019). ペアレント・トレーニング実践ガイドブック
- 一瀬早百合(2010). 障害のある乳幼児に不適切な養育が生じるプロセス-事例研究を通じて- : 社会福祉, 51, 53-65.
- 加茂登志子・伊東史エ・森田展彰・大江由香・Sheila Eyberg・Regina Bussig(2016). 日本語版ECBIの翻訳及び信頼性・妥当性の検討 (概要) : ECBI使用マニュアル, 38-45.
- 前田明日香・荒井庸子・井上洋平・張鋭・荒木美知子・荒木穂積・竹内謙彰(2009). 自閉症スペクトラム児と親の支援に関する調査研究-親のアンケート調査から- : 立命館人間科学研究, 19, 29-41.
- Messer,E.P., Greiner,M.V., Beal,S.J., Eismann,E.A., Cassidy,A., Gurwitch,R.H., Boat,B.W., Bensman,H., Bemerer,J., Hennigan,M., Greenwell,S., & Eiler-Sims,P. (2018). Child adult relationship enhancement(CARE): A brief, skills-building training for foster caregivers to increase positive parenting practices: *Children and Youth Services Review* 90, 74-82.
- Messer,E.P., Gurwitch,R.H., Boat,B.W., Olafson,E., Dougherty,S., Warner-Metzger,C., Putnam,F., Connelly,L., Thieken,L., & Sharp,D.(2017). *CHILD-ADULT RELATIONSHIP ENHANCEMENT CARE™CARE Facilitator Manual*: Children's Hospital Medical Center. 福丸由佳 (訳) (2019). Child-Adult Relationship Enhancement-子どもと大人の絆を深めるプログラム- ファシリテーターのためのマニュアル日本語版.
- 夏堀撰(2001). 就学前期における自閉症児の母親の障害受容過程 : 特殊教育学研究, 39(3), 11-22.
- 奥山真紀子(2010). マルトリートメント (子ども虐待) と子どものレジリエンス : 学術の動向, 15(4), 46-51.
- 大島郁葉・鈴木香苗(2019). 事例でわかる思春期・おとなの自閉スペクトラム症 当事者・家族の自己理解ガイド. 金剛出版.
- 坂口美幸・別府哲(2007). 就学前の自閉症児をもつ母親のストレスの構造 : 特殊教育学研究, 45(3), 127-136.
- 笹森洋樹・後上鐵夫・久保山茂樹・小林倫代・廣瀬由美子・澤田真弓・藤井茂樹(2010). 発達障害のある子どもへの早期発見・早期支援の現状と課題 : 国立特別支援教育総合研究所研究紀要, 37, 3-15.
- Schilling,S., French,B., Berkowits,S.J., Dougherty,S.L., Scribano,P.V., & Wood,J.N. (2016). Child-Adult Relationship Enhancement in Primary Care(PriCARE): A Randomized Trial of a Parent Training for Child Behavior Problems: *Academic Pediatrics*, 17, 53-60.
- 湯沢純子・渡邊佳明・松永しのぶ(2007). 自閉症児を育てる母親の子育てに対する気持ちとソーシャルサポートとの関連 : 昭和女子大学生生活心理研究所紀要Vol.10, 119-129.