



発達障害児の親のピアサポートによる家族認知行動療法の実践

野上, 慶子
山根, 隆宏

(Citation)

神戸大学発達・臨床心理学研究, 24:1-8

(Issue Date)

2025-02-28

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/0100493535>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/0100493535>



発達障害児の親のピアサポートによる家族認知行動療法の実践 Family based cognitive behavioral therapy for anxiety in children with developmental disorders by peer support

野上 慶子* 山根 隆宏**
Keiko NOGAMI* Takahiro YAMANE**

要約：本研究では発達障害児の親同士というインフォーマルな支え合いの中で、既存の保護者向けプログラムを実践することにより、親自身にどのような変化が得られるのかを検討することを目的とした。自助グループのメンバーである母親がファシリテーターとして、そのグループに所属する母親2名に対し発達障害児の不安症状とその親の精神的健康のための家族認知行動療法のプログラムを実施した。その結果、養育ストレスの中でも「理解・対応の困難」で臨床的に有意な変化が双方の母親でみられた。また1名の母親では、その他の指標においても臨床的に有意な改善がみられた。プログラム内容が参加者の状態像に適合することに加えて、プログラム開始前より関係性がある者同士でセッションを受けたことでプログラムへの取り組みが促進された可能性を論じた。専門家が不在であっても、良好なピアサポート関係の中で親のニーズに応じた情報を届けることで、参加者の問題軽減につながる可能性が示唆された。本研究の限界として、参加者の少なさに加えて、プログラム開始までにどの程度の関係性が参加者間で構築されていたのかといった点等が上げられた。

キーワード：発達障害、ピアサポート、家族認知行動療法、不安症状

1. 問題と目的

自閉スペクトラム症（ASD）や注意欠如・多動症（ADHD）等の発達障害のある子どもをもつ家族へのソーシャルサポートの必要性が注目されている。子どもに発達障害があると、親の養育ストレスや精神的健康の問題が高まりやすい（e.g., Yorke et al., 2019）。また、Yorke et al. (2019) のメタ分析では、発達障害児の親の精神的健康の問題が、長期的には子どもの情動的・行動的問題と互いに影響し合うことが示唆されている。一方で、そのような親の精神的健康の問題は医療機関における専門的な支援のほか、親の会等、自助グループによるソーシャルサポートとの負の関連が示されているため（山根, 2013）、親の精神的健康や養育ストレスに対するソーシャルサポートの有用性が考えられる。

本邦では、発達障害児の親の自助グループおよびペアレント・メンターによるピアサポートの現状や、その有用性に関する報告がみられている（原口他, 2020；上地・松浦, 2022）。発達障害児の親同士の自助グループは、近隣コミュニティのメンバーで構成

される小規模から全国規模の組織があり、ペアレント・メンターといった非専門家や研究者、臨床家等の専門家もメンバーとして加わって運営されるケースが散見される。また、その活動内容として、親同士の情報交換や悩みの共有のほか、ペアレントトレーニング（PT）の実践を取り入れている団体もある（e.g., 堀家, 2014）。堀家（2014）は PT を実践している親の会の参加者に対する調査研究を行い、親の会への参加後に多くの親が自らの心理的安定を得たことや子どもの理解が深まったことに加えて、親の会における PT の実践メリットとして、子どもの問題行動軽減よりも、親の子どもに対する態度が変化することや、親子関係が改善されることを示唆している。また、英国で専門家によって実践された PT の有効性を検討した Palmer et al. (2019) は、参加者同士の交流の機会がグループへの帰属意識を育むだけでなく、家庭において親が PT で学んだ内容を実践しようとする意欲につながることを報告している。さらに、PT の結果、親の子どもの症状に関する知識や、育児に対する自己効力感、親の精神的健康、子どもの一部の行動が統計的に有意に改善されたことが示されている（Palmer et al., 2019）。一方、グループ内での PT の実践や専

* 奈良女子大学文学部人間科学科 特任助教
** 神戸大学大学院人間発達環境学研究所 准教授

2024年11月17日 受付
2025年1月17日 受理

門家の参加の有無については不明であるものの、発達障害児の親が、親の自助グループに参加し自らと同じような育児経験を有する仲間と出会い交流することで、周囲の人間関係の捉え方や将来の見通し等にポジティブな変化が生じることが示唆されている（松井他, 2016）。以上のように発達障害児をもつ親同士のピアサポートがある環境下における PT 等の実践によって、親の精神的健康や養育ストレスの側面を中心に効果が得られることが推察されるが、その実施者は専門家であるケースが多く、原口他（2015）も親同士のインフォーマルな支援の効果について未だ十分に解明されていないことを指摘している。近年、実社会で親同士のピアサポートの有用性が報告されつつある中（上地・松浦, 2022）、親同士の支え合いのみによって得られる効果を詳細に解明することで、非専門家と専門家、双方の利点を活かした包括的な家族支援の実践方法が示唆される（原口他, 2015）と考えられる。

そこで、本研究では発達障害児の親同士というインフォーマルな支え合いの中で、既存の保護者向けプログラムを実践することにより、親自身にどのような変化が得られるのかを検討することを目的とする。このことにより、実社会での発達障害児の親への支援の中でもインフォーマルなサポート方法の拡充に寄与することが期待される。なお、本研究では親の精神的健康、養育スタイル、養育ストレスをプライマリーアウトカムとする。また上地・松浦（2022）に倣い、「発達障害児の親同士の支え合い」をピアサポートとして論ずる。

II. 方法

1. プログラムの構成と修正

野上・山根（2023）による発達障害児の不安症状とその親の精神的健康のための家族認知行動療法プログラム（FCBT）を用いた。このプログラムは、6～12歳で高い不安症状がある発達障害児をもつ親が対象であり、親自身の心身の健康のためのケアと子どもの不安症状への対処方法で構成されている。母親の心身の健康に関しては、水分補給および栄養バランスの重要性（瀧澤ら, 2021）や、マインドフルネス、呼吸法（Bogels et al., 2014）を含め母親自身のセルフケアを推奨している。他方、子どもへの対処方法では、発達障害と不安症状に関する基礎的な知識に加えて発達障害児の不安症状および問題行動への対応方法（Jarrett & Ollendick, 2012; Wood et al., 2009）等、一般的な PT に子どもの不安症状に関する教示を加えた内容で構成される。これらの内容は毎週1回、ZOOMによるオンラインセッション（各60分・全6回）がリアルタイムで実施され、セッション5と6の間に1週間の休みが設けられている。FCBTプログラムの構成要素をTable1に示す。

これまでのFCBTプログラムは第1著者がプログラムの教材を作成し、個別あるいはグループ形式で同一の資料を用いて実践してきた（野上・山根, 2023；野上他, 2023）。本研究では、非専門家でもプログラムの実施を可能にするため、教材をマニュアル化し、プログラムの実施者に提供するものとした。マニュアル化に際し、プログラム全体の意図や特徴等に関する解説のほか、各セッションでの狙い、セッション中の実施者から参加者に対する

声掛けを記した。また、実施者には自らの経験や価値観に捉われない柔軟性や、指導者という立場ではなく、発達障害児をもつ親の良き理解者になろうとする心構えが求められることを記した。さらに、実施者に十分な経験や専門的な知識がなくても、受講者に教示や説明ができるように記述情報を十分なものにしたほか、各項目の所要時間を記し、セッション時間中に取り組みするようなワークシートも設けた。

2. プログラムの対象者と実施者

野上・山根（2023）および野上他（2023）の対象者は、6～12歳の発達障害（疑いを含む）で、不安症状が国内の発達障害児のコミュニティサンプルの平均値（e.g., 外傷恐怖 5.32 点, 全般不安症 4.34 点; Ishimoto et al., 2019）以上あり、知的障害がない（IQ が 75 以上）子どもをもつ母親であった。また、これらの先行研究では、母親の精神的健康状態による除外基準が設けられていなかったため、本研究でも野上・山根（2023）および野上他（2023）に準ずるものとした。

本研究では、発達障害等のある子どもをもつ 30 名を超える親が参加しているオンライン自助グループのメンバーの母親（以下、ファシリテーター：Ft）に、6～12歳で不安症状と発達障害（疑い含む）のある子どもをもつ親を対象にリクルーティングと、オンラインでのプログラム実施、FCBT プログラムのマニュアル化に対する助言を依頼した。

Ft は、第1著者が実施したFCBTプログラムへの参加経験のほか、キャリアコンサルティングやコーチングに関する資格を有し、ファシリテーターとしての実務経験があった。心理学の知識に関しては大学で学んでいたが、心理支援に関する実務経験や臨床心理士等の資格はなかった。毎回のプログラム実施時の様子は録画され実施レポートとともに第1著者に共有された。

一方、第1著者の役割は、事前から事後までのデータ収集および採点化、第1著者に対する個別の質問等があった場合に参加者にメールで応答すること、各セッションの動画を視聴しプログラムの忠実性を確認するとともに Ft からのセッション報告内容に応じて助言を行うことであった。また、プログラムの実施にあたり、各参加者の許可を得て、子どもの症状や特性に加えて、本プログラムの参加動機やどのような問題の解決を目指しているのかといった情報について Ft に事前共有した。

3. 測定内容および分析方法

プログラム開始前（Pre）に子どもの不安症状の程度を測定し、プログラムの対象者を選定した。効果指標として、Pre とプログラム終了後（Post）に、子どもの強さと困難さ、養育ストレス、養育態度、親の精神的健康を測定したほか、Post にプログラムで紹介された内容をどの程度取り組んでいるのかについて回答を求めた。Ft には、Pre と Post に養育ストレス、養育態度、親の精神的健康度のみ測定を実施した。

（1）子どもの変数

子どもの不安症状については、Spence Children's Anxiety Scale 親評価用（SCAS-P; Nauta et al., 2004）日本語版（Ishikawa et al., 2014）を用いて「分離不安症」、「社交不安症」、「強迫症」、

「パニック/広場恐怖」、「外傷恐怖」、「全般不安症」の6因子38項目を「ぜんぜんない：0」～「いつもそう：3」の4件法で回答を求めた。本研究では、SCAS-P 下位尺度のいずれかの得点あるいは総合点で、発達障害児の不安症状の国内のコミュニティサンプルの調査結果 (Ishimoto et al., 2019) を上回るものを研究対象とした。SCAS-P は対象者の選定時にのみ用いた。

子どもの強さと困難さに関しては、Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ ; Goodman, 1997) の日本語版・親評価用 (Moriwaki & Kamio, 2014) を用いた。SDQ は「情緒の問題」、「行為の問題」、「多動/不注意」、「仲間関係の問題」、「向社会的な行動」の5因子で構成され、そのうち「情緒の問題」は社交不安症の症状の検出力が高く示されている (Goodman, et al., 2000)。また、「情緒の問題」、「行為の問題」、「多動/不注意」、「仲間関係の問題」の合計点は「総合的な困難」として把握できる。本研究では、SDQ の公式ホームページより質問紙をダウンロードし (<https://ddclinic.jp/SDQ/aboutsdq.html>)、全25項目を「あてはまらない：0」～「あてはまる：2」の3件法で回答を求めた。

(2) 親の変数

親の養育ストレスについては、Developmental Disorder Parenting Stressor Inventory (DDPSI; 山根, 2013) を用いた。「全くなかった：0」～「よくあった：3」の4件法で、「理解・対応の困難」、「将来・自立への不安」、「周囲の理解のなさ」、「障害認識の葛藤」の4因子18項目の経験頻度について回答を求めた。

養育スタイルでは、標準版 Positive and Negative Parenting Scale (PNPS ; PNPS 開発チーム, 2018) の「関与見守り」、「肯定的応答性」、「意思の尊重」、「過干渉」、「非一貫性」、「厳しい叱責・体罰」の6因子24項目を、「ない・ほとんどない：1」～「非常によくある：4」の4件法で回答を求め、粗点を用いた。

また、親の精神的健康に関しては Kessler Psychological Distress Scale (Kessler et al., 2002) の日本語版 (Furukawa et al., 2008) を用いた (以下、K6)。K6 は、過去30日間の気分状態を問う全6項目から構成され、得点が高いほど、気分障害や不安障害の傾向が高く、13点以上が重度の抑うつ症状の可能性があると考えられる (Kessler et al., 2003)。「0：全くない」～「4：いつも」の5件法で回答を求めた。

(3) プログラム内容の取り組みの頻度

Post にプログラムで推奨された内容が参加者の日常生活でどの程度取り組まれたのかを質問した。ポジティブ感情を高める方法、マインドフルネス全般、呼吸法、選択肢を与える、先回りの対応を控えること、I メッセージ、不安刺激への対処方法等の実践に関する9項目について「全く取り組まなかった：1」～「非常によく取り組んだ：5」の5件法で回答を求めた。

(4) 分析方法

本研究では、星野他 (2022) に倣い、Reliable Change Index (RCI) 得点を算出して臨床的な変化を検討する方法を用いた。Jacobson & Truax (1992) では、RCI 得点が1.96以上示されると、臨床的な変化の有意性が認められると報告されている。また、再検査信頼性係数に代わり、 α 係数を用いることが可能とされる (Evans et al., 1998)。本研究では、以下の①～③の手順により、 α 係数を用いて RCI 得点を算出した。

$$\textcircled{1} \quad \text{標準誤差} = \text{標準偏差} \sqrt{1 - \alpha \text{係数}},$$

$$\textcircled{2} \quad 2 \text{ つの得点差の標準誤差} = \sqrt{2 \times (\text{標準誤差})^2}$$

$$\textcircled{3} \quad \text{RCI} = \frac{\text{プログラム実施前後の得点差}}{2 \text{ つの得点差の標準誤差}}$$

4. 倫理的配慮

本研究は神戸大学人間発達環境学研究科の研究倫理審査委員会による承認を得て実施した (受付番号：649-2)。対象者には、研究内容の趣旨および内容、研究への協力は強制ではないこと、協力しない場合に不利益を被ることはないこと、個人情報の保護、研究協力に同意した後も同意を撤回できる旨を説明し、オンラインのアンケートフォームで同意を得た。

III. 結果

1. プログラムの参加者

Table2 にプログラムの参加者と Ft の特徴を示す。X 年に、A と B の2名の母親 (共に30代) がプログラムにオンラインで参加した。A、B、Ft は共通の自助グループで定期的に交流があったが、このグループの開催時とは別の時間を設けて本研究のプログラムが実施された。Pre の測定では、A と B とともに SCAS-P による本プログラムの対象者の包括基準を満たしていたほか、A の子どもの SCAS-P の得点が B よりも高かった。SDQ の「情緒の問題」では A と B 双方が平均を上回っていたが、「総合的な困難」は Ishimoto et al. (2019) の国内の発達障害児のコミュニティサンプルより低かった。また、親の DDPSI については、Yamane (2021) の経験頻度の平均値 (T1) と比較すると、A と B 双方の「理解・対応の困難」が高かったほか、B の「障害認識の葛藤」が Yamane (2021) よりも1SD程度高かった。さらに、親の精神的健康度については、参加者 A の K6 の得点がカットオフ値を上回っていた。マニュアルでは、対象者が精神疾患などの治療中の場合は、「主治医に必ず相談すること」や「個人セッションに変更すること」が記載されている。また、本研究の参加に向けての注意事項としても、その旨が参加者に伝えられていた。参加者 A からは精神疾患の治療についての申し出がなかったことや、Ft と A が既知の関係であること、A がプログラム参加を希望している状況も踏まえて、実施時の様子を見ながら慎重にセッションを進めるものとした。

2. プログラムの経過

全6セッション中、A は全セッションに参加し、B は第3回目のセッションを欠席したため、欠席時の内容についてセッション時の録画を共有した。第1著者は初回セッションの冒頭でのみ参加者に挨拶と研究の趣旨を伝え、その後のプログラムの実践には同席しなかった。全てのセッションを Ft が1名で実施した。

セッション1では、オリエンテーションとして、プログラムのねらいが説明され、母親自身の精神的健康度についてのセルフチェックを行った。初回セッションの実施後には、「仲間が見つかり、

三日坊主の私でも続けられそうな気がした (A)」や「余裕を持って子どもに接するために無になる時間を意識的につくりたい (B)」といったコメントがみられた。

セッション2では、ポジティブ・ペアレンティングとして良い行動、良くない行動、危険な行動・認められない行動に加えて80%できている行動を考えるワークを行った。その際には、Ftも「私もやってみます」と参加者と一緒に自らの子どものことを考える様子があった。また、子どもの良い行動に対しては、実況中継型で注目することが推奨された。セッション後の振り返りのアンケートでは、Aが「後から子どもの良い行動に気付いても不満そうなので、すぐに褒めないでだめなのだな」とコメントしていた。

セッション3では、不安症状に関する心理教育を実施した。Ftから、一般的に人が不安を感じやすい場面で起こりやすい現象および、子どもの不安場面について説明がなされた。Aより「まだ子どもが不安感情等を言語化できていない様子」が語られていたほか、セッション後の振り返りでは、「子どもの不安場面へのこれまでの対応方法として、学校を休ませていた」ことが語られた。

セッション4では、子どもの認知への働きかけ方として、子どもが不安を感じる場面に大人がどのような声掛けをするべきかが説明された。Bより「山に行って蜂を怖がる子どもに対し、実際に蜂に刺される可能性が否めない場合は、子どもの不安症状にどのように対応するべきか」と質問があった。Ftからは「そのことが、どれくらい現実的なのか親子で話し合ったり、蜂から防御できる物を用意する」といった対応策が提案された。

セッション5では、「行動に対する働きかけ」のセッションを実施した。ここでは、不安症状と関連する回避行動や確認行動についての解説と日常的な不安刺激に対して馴化するメカニズムを説明した。不安刺激に徐々に慣れること（エクスポージャー）については、マニュアルに従い、実施に関心がある場合は、子どもの意志を尊重することに加えて、専門家に相談することが推奨された。また、Ftより子どもにエクスポージャーの経験があることや「実際に取り組むのは大変だけど、相対的に子どもの確認行動が減った」という体験談が共有された。

セッション6では、1週間の休みを経て、「これまでの振り返り」を実施した。「子どもと親の状態が相互に影響し合っていると感じている (A)」や、「子どもの良くない行動に過剰に反応することが減った (B)」というコメントが得られた。また、Ftからは「子どもにとって好ましくない状況が突発的に起こっても、そのような出来事は子どもがストレスに慣れていくためにも意味のある体験だと捉えている」ことが語られていた。さらにエクスポージャーについては、本格的なエクスポージャーの実践を試みた者はいなかった。加えて、Bのコメントでは、子どもが学芸会への参加をしぶることに対して、これまでは「嫌がっている」と認識していたことが、「失敗することに対して不安があるからだ」と捉えるようになったことや、子どもへの声掛けの仕方が変わったことが共有された。

セッション期間中のホームワークのアンケートでは、ポジティブ・ペアレンティングや呼吸法、マインドフルネスエクササイズ等で、うまくいったことや捗らなかったことを含めた実践状況が共有されていた。またPostのアンケートでは、セッション期間中の家庭でのプログラム取り組みの程度について、AとB双方が全項

目を「たまに取り組んだ(3点)」以上で回答していた (Table3)。

3. 各セッションの実施方法について

各セッションで実施すべき内容は概ね忠実に実施されていた。しかし、セッション4でFtが提案した内容等は、認知行動療法で行われる認知再構成法 (e.g., ソクラテスの質問法) とは異なり、子どもの予期不安を和らげようとするものであった。また、実践方法についても、野上他 (2023) とは異なり、実施者が解説するだけではなく、各回の教材が輪読されていたほか、Ft自身も一緒にワークに取り組んだり、セッション中のディスカッションでは、Ft自身の経験や現在の困りごとが共有されたりする等の様子がみられた。また、セッション中にFtが回答できないような質問がみられた際には、Ftが第一著者に相談した上で、後日、参加者に回答するようにしていた。

4. プログラム実施後の親と子どもの変化

親については、K6ではAの得点のみが臨床的に有意に減少していた。PNPSではAの「意思の尊重」の増加と「非一貫性」の減少に臨床的有意性がみられたが、Bではそのような変化がなかった。また、DDPSIではAとB双方の「理解・対応の困難」の減少面のほか、Aの「将来・自立への不安」と「障害認識の葛藤」においても臨床的に有意な変化が示された。しかしBにおいては、その他のDDPSIで有意な変化がみられなかった (Table4)。

Table5に子どもの変化について示す。AではSDQの「情緒の問題」をはじめとした全項目の得点で変化がみられたが、臨床的有意性が示されなかった。またBでも、「情緒の問題」や「多動不注意」の得点が減少していたが、臨床的に有意な変化はみられなかった。プログラム終了後のアンケートの自由記述では、「プログラム期間中、ポジティブな面に意識を向けることができたように思う。子どもも自分も、マラソン大会などを通じて、友達関係を深めたり自分に自信をつけたりする機会があり、不安を感じることが少なかった (A)」、「不安なことを段階的に経験させることをこれから取り組んでみようと思う。夜寝る前に子ども達と「今日のよかったこと」を話す習慣ができた。良いコミュニケーション機会になっていると思う (B)」といったコメントが得られた。

さらに、プログラムの実施者であるFtにおいては、DDPSI、PNPS、K6の得点ではほぼ変化がなく、臨床的有意性もみられなかった。全セッション実施後の感想として、「積極的に自分自身の経験やその時の感情と対処方法を話すこと、自分自身の過去や今を振り返り、客観的に自分の状態や気持ちを見つめることで、自らの癒しにもつながった」とコメントされた。

IV. 考察

本研究の目的は、野上・山根 (2023) のプログラムを、ピアサポートの関係において実践することで、親にどのような変化が得られるのかを検討することであった。以下、本研究の参加者がプログラム以前から自助グループで交流があった点を踏まえながら、ピアサポートの側面からプログラムの有効性を考察し、最後に本研究の限界と今後の課題を述べる。

Table1 プログラムの構成要素

回	構成要素	子どもの不安症状軽減のための内容	親の心身の健康のための内容
1	オリエンテーション	発達障がいのある子どもの困難と子どもの不安症状の理解	マインドフルネス・エクササイズ(日常的な動作への集中)、腹式呼吸法
2	ポジティブ・ペアレンティング	子どもの問題行動と高い不安症状への対処方法、親と子の強みを考えるワーク	水分補給、アロマの活用方法、寝る前の呼吸法
3	心理教育	認知・身体・感情・行動のつながり、認知パターン・不安症状の発生メカニズムの理解	自分の認知パターンの理解、イライラした時の呼吸法
4	子どもの認知への働きかけ(認知再構成法)	子どもの非適応的な認知への働きかけ方・どのような時に働きかけるか、大人からの声のかけ方	Iメッセージ、マインドフルネスなペアレンティング(子どもの様子の観察・受容的に子どもの話を聴く)、筋弛緩法を用いた呼吸法
5	子どもの回避行動への働きかけ(段階的エクスポージャー)	子どもの同意を得た上で、不安刺激に徐々に/好きなことを絡めて慣れる練習・新しい自立行動に取り組む	ポジティブ感情を増やすための習慣、片鼻呼吸法
6	これまでの振り返り	教示内容の復習	

注. 野上・山根(2023)および野上他(2023)のプログラムを用いた。

Table2 参加者の属性

参加者	母親の年齢	母親の就労状況	子どもの性・年齢	子どもの診断名	SCAS-P総合点	子どもの所属
A	30代	フリーランス	女・10歳	ASDの疑い	39	通常級
B	30代	フリーランス	男・8歳	ADHD	16	通級指導教室利用
Ft	40代	自営業	女・14歳	ASD	-	通常級

注. AはX-1年にスクールカウンセラーから指摘を受けた。

Bは外傷恐怖症の得点がIshimoto et al.(2019)の平均値以上であった。

Table 3 プログラムに対する参加者の取り組みの程度(点)

取り組み内容	参加者	
	A	B
選択肢を与える	4	5
先回りの対応を控える	4	5
ポジティブ感情を増やす	4	3
マインドフルネス全般	4	3
呼吸法	4	4
Iメッセージ	3	4
不安刺激への対処方法を子どもに教示	4	4
不安刺激に徐々に慣れる練習	4	3
不安刺激に好きなことを絡めて慣れる練習	3	3

注. 【ほぼ取り組まなかった：1点】～【非常によく取り組んだ：5点】の5件法。

1. プログラムの有効性

(1) 親の精神的健康について

参加者Aでは、K6の得点が臨床的に有意な減少がみられた。Preの精神的健康の問題が高い場合、プログラム参加後に不安症状が改善されやすい可能性(野上他, 2023)を踏まえると、Preの段階で、Aの精神的健康の問題が比較的高かったことが臨床的に有意な軽減につながった要因として考えられる。また、Aがセッション開始時に「仲間がいると継続できそうだ」と言及していたように、専門家が不在であっても、仲間として感じられるような関係性のもとでプログラム内容を継続できたことが精神的健康の問題軽減につながった可能性がある。

(2) 養育スタイルについて

Aでは、PNPSの6つの下位尺度のうち、「意志の尊重」と「非一貫性」に関して、臨床的に有意な変化がみられたが、その他の養育スタイルでは十分な変化がなかった。養育スタイル全般の変化としては、Aの「意志の尊重」と「非一貫性」のみと限定的ではあるものの、本研究のプログラム内容によって養育行動に関する知識が増え、Aの一部の養育スタイルが変化した可能性がある。特に「意志の尊重」は、子どもの不安症状を軽減する上でも重要である(Wood & McLeod, 2008)ため、本プログラムでも推奨されていたが、このような教示が受容され、子どもの意志への尊重が高まるとともに、親の養育スタイルにも一貫性が生じた可能性がある。また、Bにおいても「良くない行動に過敏に反応しなくなったこと」が言及され、養育スタイルの変化に関してはプログラム内容の影響が大きいと考えられる。ただし、野上他(2023)では、他の母親達の育児面での試行錯誤を知ること、自らの養育行動へのヒントを得ている可能性や、Palmer et al. (2019)においてもPTで学んだことを家庭で実践する意欲がピアサポートによって持続することが示唆されている。本研究は、先行研究とは異なり、専門家不在の実施形態であったが、Pre以前から参加者間で交流があるといったピアサポートを与え合える関係性があったことで、子どもの養育方法の学びが促進されたと言える。

Table 4 親の得点の変化

	参加者	Pre	Pos	RCI	<i>M</i>	<i>SD</i>
精神的健康 (K6)	A	14	7	3.28		
	B	2	3	0.47	3.60	3.90
	Ft	3	2	0.47		
養育スタイル						
関与見守り	A	11	14	1.67	12.46	2.33
	B	12	15	1.59	11.86	2.44
	Ft	14	13	0.56	12.46	2.33
肯定的応答性	A	12	11	0.78	13.82	2.14
	B	14	14	0	13.72	2.22
	Ft	15	14	0.78	13.82	2.14
意思の尊重	A	8	11	1.99	11.52	1.96
	B	12	13	0.64	11.38	2.02
	Ft	14	14	0	11.52	1.96
過干渉	A	7	5	1.30	6.12	1.78
	B	6	5	0.65	6.24	1.79
	Ft	6	5	0.65	6.12	1.78
非一貫性	A	16	9	5.47	7.27	2.08
	B	10	9	0.80	7.29	2.03
	Ft	8	8	0	7.27	2.08
厳しい叱責・体罰	A	7	5	1.50	6.33	2.03
	B	8	7	0.73	6.61	2.08
	Ft	5	5	0	6.33	2.03
養育ストレス						
理解・対応の困難	A	13	4	4.30		
	B	11	3	3.82	9.73	5.23
	Ft	6	7	0.48		
将来・自立への不安	A	10	2	5.12		
	B	9	7	1.28	10.97	3.68
	Ft	3	1	1.28		
周囲の理解のなさ	A	1	0	0.50		
	B	5	5	0	4.23	3.26
	Ft	0	0	0		
障害認識の葛藤	A	6	2	2.73		
	B	9	8	0.68	5.36	2.77
	Ft	4	3	0.68		

注:各尺度の平均値とSDは、K6:Sakurai et al. (2011)、養育スタイル:PNPS開発チーム(2018)の女兒(A)と男児(B)の平均値(粗点)、養育ストレス:Yamane(2021)の母親のT1時の平均値、 α 係数は山根(2013)の各下位尺度の数値を用いた。臨床的有意性が示されたRCI得点を太字で示す。

(3) 養育ストレスについて

DDPSI では A と B 双方の「理解・対応の困難」に加えて、A においては「将来・自立への不安」や「障害認識の葛藤」の得点が臨床的に有意に減少していた。山根 (2013) では、ソーシャルサポートによって発達障害児の親の養育ストレスが軽減することを示している。本研究においても、A と B がピアサポートのある環境下でプログラム内容を学ぶことにより、子どもへの対応

方法に関連する養育ストレスが軽減したことが推測される。また、A の「将来・自立への不安」の得点の変化の大きさについては、Ft の子どもが A と同じく女兒であり、思春期に入る子どもの状態像や対応方法等を含めて、プログラム内で共有されたことが影響していた可能性が推察される。

(4) 子どもに対する有効性

子どもの変化については、A と B 双方で臨床的有意性がみられず、堀家 (2014) の考察を支持する結果になったと考えられる。堀家 (2014) は、自助グループにおける PT 実践では、子どもの問題行動よりも、親の子どもの捉え方や親子関係が改善されることを示唆している。堀家 (2014) と本研究とでは専門家の参加の有無等と相違する点があるものの、プログラム実施時の参加者同士で得られるピアサポートには養育スタイルをはじめとした子どもへの対応方法の変化を促す作用を期待できる一方で、子どもの行動にまで影響を及ぼすまでには至らない可能性がある。子どもの行動面にも変化を得るには、専門家による個別の対応とともに長期的に支援を行うことが必要であると考えられる。

2. プログラム実施者の状態による要因

Ft は「プログラムを実践したことが癒しになった」と言及していた。しかし A と B を比較すると、Pre 期の Ft の精神的健康、養育ストレス、否定的な養育が低い一方で、肯定的な養育が高く、Post では臨床的に有意な変化がみられなかった。一般的にペアレント・メンター等、ピアサポートの提供者には心理的負担が生じることもあるため、ストレスマネジメントが求められている (井上他, 2014)。Pre と Post で、Ft に変化がみられなかったことは、プログラム期間中も心理的に安定しており、ピアサポートを提供する上での心構えが維持されたともいえ、プログラムを実施する上で望ましい状態であったと考えられる。

3. プログラムとピアサポートの相乗効果について

A と B 双方の「理解・対応の困難」のほか、参加者 A においてはその他の DDPSI や養育スタイル、精神的健康で臨床的に有意な変化がみられた。本研究では、プログラムの忠実性に問題はなかったことに加えて、A と B を比較すると、A 親子の Pre の不安症状が高く、プログラム内容がより適合していたことや、A と Ft の子どもの性別が一致していたこと等が影響していた可能性が推察される。また、Pre 以前から、Ft、A、B に交流があった中で、個々の経験を共有しながら、プログラムと一緒に学ぶことが教示内容の受容性につながりやすかったのかもしれない。専門家が不在であっても、ある程度の関係性が構築された親同士であれば、親のニーズに応じた情報を届けることで、参加者の問題軽減につながる可能性が考えられる。一方、こうした関係性がない参加者に対してプログラムを実施するには、専門家の介入のほか、開始前に参加者の類似性等を踏まえたグループ分け等を行い、参加者間でピアサポートが得られやすくなるように環境を調整する必要性が推察される。

Table 5 子どもの強さと困難さの得点と平均値

	参加者	Pre	Pos	RCI	M	SD
情緒の問題	A	6	4	1.23	3.18	2.57
	B	5	3	1.38	2.65	2.29
行為の問題	A	2	1	0.64	3.18	2.25
	B	3	4	0	3.02	1.75
多動・不注意	A	2	1	0.67	6.45	1.94
	B	7	6	0.63	6.49	2.06
仲間関係の問題	A	2	1	0.74	4.53	1.87
	B	3	3	0	4.43	2.28
向社会性	A	6	7	0.64	4.26	3.06
	B	6	6	0	3.95	2.36
総合的な困難	A	12	7	1.34	17.37	5.77
	B	18	16	0.59	16.59	5.27

注:各尺度の平均値とSDはIshimoto et al.(2019)の国内のコミュニティサンプルの発達障害児の数値(上段:女子,下段:男子)を用いた。臨床的有意性が示されたRCI得点を太字で示す。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は少数であるため一般化することが難しい。また、Preまでに、どの程度の関係性が参加者とFtの間で構築されていたのかといった点や、プログラム期間中のその他支援の状況等が十分に検討できていない。今後は十分なサンプルサイズのもと、子どもの年齢、ピアサポートの経験年数、自助グループ等への参加頻度といった視点で、効果を検証していく必要がある。また、本研究で臨床的有意な変化がみられなかった子どもの行動上の問題については、より長期的な検討が求められる。さらに、本研究では概ねマニュアルに従ってプログラムが実践されたものの、セッション4のようにプログラム本来の意図とは異なる対応方法が提案されることもあった。また、セッション5のエクスポージャーについても専門家への相談が推奨されていたこともあり、実際にエクスポージャーを実践した参加者はいなかったものの、安全性が確保されていたとは言い難い。今後の研究では、非専門家が認知再構成法やエクスポージャーの原理を十分に理解し実践方法を指導するのは困難であることが推測されるため、侵襲性が低く、かつ、実施が簡単なものにプログラムをとどめる必要があると言える。加えて、本研究ではK6のカットオフ値を超えるような精神的健康の症状を抱える参加者も含まれた。非専門家であるFtが安全かつ円滑にプログラムを進めるためには、参加者の同意を得た上で親の精神的健康に関する情報も専門家に共有し、スーパーバイズを受けながら実践することが求められる。今後の研究では、参加者の精神的健康の状態に応じた対応方法をより詳細に検討する必要がある。

以上のような限界および課題がありながらも、本研究により、ピアグループでFCBTを実施することの有用性と普及の可能性が示唆されたと言える。今後、発達障害児とその家族のウェルビーイングに向けて、ピアサポートの観点からさらなる介入研究が蓄積されていくことが望まれる。

引用文献

- Bogels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S. et al. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5, 536-551
- Evans, C., Margison, F., & Barkham, M (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *BMJ Ment Health*, 1, 70-72
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M. et al. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International journal of methods in psychiatric research*, 17, 152-158
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 581-586
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H. et al. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British journal of psychiatry*, 177, 534-539
- 原口 英之・小倉 正義・山口 穂菜美他 (2020). 都道府県・政令指定都市におけるペアレントメンターの養成及び活動に関する実態調査. *自閉症スペクトラム研究*, 17, 51-58
- 原口 英之・井上 雅彦・山口 穂菜美 他 (2015). 発達障害のある子どもをもつ親に対するピアサポート——わが国におけるペアレント・メンターによる親支援活動の現状と今後の課題, 28, 49-56
- 星野 美奈・山本 雅哉・肥田 乃梨子他 (2022). 通級指導における児童に対する電子版メンタルヘルス予防プログラムの適用可能性の検討. *心理臨床科学*= *Doshisha Clinical Psychology: therapy and research*, 12, 3-15
- 堀家 由妃代 (2014). 発達障害児の親支援に関する一考察. *佛教大学教育学部学会紀要*, 13, 65-78
- 井上 雅彦・吉川 徹・加藤 香 (2014). ペアレント・メンター活動ハンドブック: 親と地域でつながる支援. 学苑社.
- Ishikawa, S. I., Shimotsu, S., Ono, T. et al. (2014). A parental report of children's anxiety symptoms in Japan. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 306-317
- Ishimoto Y., Yamane T., & Matsumoto Y. (2019). Anxiety Levels of Children with Developmental Disorders in Japan : Based on Reports Provided by Parents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 3898-3905
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1992). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 631-648). American Psychological Association.
- Jarrett, M. A. & Ollendick, T. H. (2012). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: a multiple baseline design analysis. *Journal of*

上地 玲子・松浦 美晴 (2022). 障がい児の母親に対するピアサポートの有用性について. 山陽論叢, 28, 25-31

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J. et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32, 959-976

松井 藍子・大河内 彩子・田高 悦子他 (2016). 発達障害児をもつ親の会に属する母親が子育てにおける前向きな感情を獲得する過程. 日本地域看護学会誌, 19, 75-81

Moriwaki, A. & Kamio, Y. (2014). Normative data and psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire among Japanese school-aged children. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8, 1-12

Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour research and therapy*, 42(7), 813-839

野上 慶子・山根 隆宏 (2023). 発達障害児の不安症状と母親の精神的健康の改善を目的としたオンライン家族認知行動療法プログラムの開発と効果検証. 自閉症スペクトラム研究, 20, 33-41

野上 慶子・谷口 あや・山根 隆宏 (2023). 発達障害児の不安症状軽減のための家族認知行動療法の有効性と母親の介入前の不安症状との関連: 混合研究法による検討. 発達心理学研究, 34, 194-207

Palmer, M., San José Cáceres, A., Tarver, J. et al. (2020). Feasibility study of the National Autistic Society Early Bird parent support programme. *Autism*, 24, 147-159

PNPS 開発チーム (2018). PNPS マニュアル 金子書房

Sakurai, K., Nishi, A., Kondo, K. et al. (2011). Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65, 434-441

瀧澤 悠・Judith Murray・Matthew Bambling 他 (2021). 今日から始める子どもの心の支援-心理学と神経科学の融合から得られる理解- 今井出版

Wood, J. & McLeod, B. (2008). Child anxiety disorders: a family-based treatment manual for practitioners. (pp. 43) New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K. et al. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 224-234

山根 隆宏 (2013). 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究, 83, 556-565

Yamane, T. (2021). Longitudinal psychometric evaluation of the developmental disorder parenting stressor index with Japanese parents of children with autism. *Autism*, 25,

付記: 本研究にご協力を頂きました保護者の方々に深く御礼申し上げます。本研究は、JSPS 特別研究員奨励費 22J11661 の助成により実施した。