

児童精神科臨床における養育支援

——総合母子保健センター愛育クリニックでの取り組み——

細金 奈奈¹⁾, 小平 雅基¹⁾, 齊藤 万比古²⁾

神経発達症をもつ子どもの養育者は一般にストレスが高く、抑うつ傾向が高いことが報告されている。神経発達症の多くは長期にわたる支援を必要とするが、親子関係は相互的な経過をたどるため、専門家による養育者の支援は子どもの成長を促進させるうえで重要である。養育者への養育支援は、養育者に対するねぎらいと支持的な支援を行うとともに、神経発達症の心理教育、行動マネジメントを中心に実施しており、子どもの特性の理解を促し、行動の読み取りを手助けし、子どもの行動管理の困難さを軽減させることを主な目的としている。一貫した援助は、養育者自身が子どもの状態を受容することにもつながっていくと考えられる。愛育クリニックは周産期医療を中心としたクリニックである。小児精神保健科は2013年に開設され、主に幼児期・学童期の子どもを対象とした児童精神科の外来診療を行っている。子どもの初診時における診断名はICD-10分類のF9・F8が主であり、約3分の2が神経発達症である。養育支援は、外来における養育者への支持的な精神療法のほか、「安心感の輪」子育てプログラム(COS-P)、ペアレント・トレーニング、親子相互交流療法(PCIT)、子どもと大人の絆を深める(CARE)プログラムなどの心理療法を実施している。外来診療や心理療法への参加は母親が多いが、父親の参加も徐々に増えている。養育支援を目的としたプログラムへの父親の積極的な参加は、子どもの発達に促進的な影響を及ぼすことを示す研究報告が増えている。当院でも両親でCAREプログラムに参加した場合、子どもに対する共通理解ができることや、両親の対応が統一されることで子どもの行動が安定化しやすい事例を認めた。今後、養育プログラムによって効果がみられやすい親子の同定や、就労している養育者が参加しやすい工夫などが必要となると考えられた。

索引用語

神経発達症, 養育支援, 養育スキル, CARE (子どもと大人の絆を深める) プログラム

はじめに

児童精神科通院中の子どもの養育は一般に心理的ストレスが高く、養育者にかかる負担が大きい。児童精神科外来

では、子どもの診療のみならず、養育者の支援を行う必要性が高く、こうした支援は子どもの予後を改善させうる。愛育クリニック(以下、当院)を受診する子どもたちの特徴、当院で実施している養育支援の実際について概説し、養育プログラムに参加した養育者の子どもの変化について

著者所属：1) 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育クリニック小児精神保健科 2) 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育研究所愛育相談所

経験したことを簡単に述べたい。

I. 児童精神科臨床における養育支援

児童精神科通院中の子どもの養育者のストレスの要因としては、子どもの問題行動への対応、学校や教育環境における問題への対応、子どもの通院・通所の負担、子どもの将来への不安、自責感などさまざまな心理的・物理的・経済的負担などが挙げられる。ストレスを高める要因として、子どもの破壊的問題が大きいこと、問題行動の持続期間が長いこと²⁾や、子どもの社会性や発達指数が低いこと¹⁾などが報告されている。これらはいずれも神経発達症の子どもに高い頻度で認められる特徴である。養育者の心理的ストレスが高まれば、それが子どもとの相互作用に影響を及ぼし、子どもの問題行動を増悪させるおそれが懸念される。このため、児童精神科臨床、特に神経発達症の治療に、養育支援を含めることは子どもの予後改善のために大変重要と考えられる。

神経発達症の子どもへの養育支援においては、①子どもの特性を理解し、子どもの行動の読み取りを手助けすることにより、養育者の応答性を高めること、②子どもの予測性を高めるために、一貫したわかりやすい対応をとれるように援助すること、③養育者自身の特性や子どもの疾患の受容の程度に応じて援助していくことが目的となる。このためには、神経発達症の心理教育、行動療法による行動管理、養育者の適切な感情制御の心理教育などを行うことが多い。これらは心理プログラムとしてパッケージ化されているものもあるが、日常的に外来診療のなかでも行われている。こうした情報提供とともに、養育者が感じている心理的苦痛や不安に、治療者が共感し、十分なねぎらいを行うことは、養育者自身のストレス軽減を図り、子どもの疾患受容を促進させることが期待される。

外来における養育者支援の対象となるのは母親のみが多いが、養育支援を目的としたプログラムへの父親の参加は、子どもの発達に促進的な影響を及ぼすことを示す研究が少しずつ報告されるようになった。父親が子どもと保護的・肯定的なかかわりを行うことは、子どもの学業成果の向上、行動的な転帰の改善や心理学的転帰の改善と相関することが報告されている³⁾。そしてこの影響は、乳幼児期、学童期、青年期、成人期まで影響を及ぼすことが示されている。また、父親が養育支援プログラムなどに参加することは、養育者の精神的健康の向上、夫婦関係の改善、

父子および母子の関係性の改善、家族全体のストレス因と社会支援の均衡などが期待される⁷⁾。こうした養育者-子どもとの関係性パターンは次世代にも受け継がれうる。

II. 当院の外来を受診する子どもの特徴

当院の特徴について概観を述べる。当院は、東京都港区に位置し、周産期医療を中心とした診療所である。病床数が160床ある愛育病院と連携し、産前・産後のケアや生まれた子どもの医療・保健を担っている。小児精神保健科は、2013年に開設され、初診時点で原則3歳から小学6年生までの子どもを対象としている。当院で出産した子どもの受診以外に、当科受診の際に初めて当院を訪れる子どもが半数以上を占め、受診範囲は都内に限らず埼玉県、千葉県、神奈川県となっている。2013年4月から2017年12月までに当院を初診した15歳以下の子どもは1,025名（男児695名、女児330名）であり、男女比は約2:1で男児が多く、平均年齢は7.8歳であった。年齢分布図とICD-10分類¹⁴⁾による初診時診断をそれぞれ図1、2に示す。主診断はF9分類、F8分類、F4分類の順に多く、約3分の2は神経発達症の診断を受けていた。各分類の男児の比率、平均年齢および他のF9またはF8分類との合併率を表1に示す。当院の子どもたちの特徴として、初診を原則3歳以上としているためか、知能指数が正常域、発達障害特性が軽度の子どもの比較的多かった。

III. 当院で実施されている養育支援プログラム

当院で実施している養育支援は、外来診療のなかで実施しているものと、併設する心理臨床センターである愛育相談所と協働して、エビデンスに基づく養育支援プログラムを提供しているものがある（表2）。それぞれのプログラムの内容は以下の通りである。プログラムの選定は子どもや養育者の特徴、養育者の希望などにより、担当医師が判断し、そのプログラムの資格をもつ公認心理師・医師が担当した。

1. 「安心感の輪」子育てプログラム（Circle of Security-Parenting : COS-P）

下記3つのプログラムが行動理論に基づいて実施されているのに対して、COS-Pは愛着理論に基づいており、健全なアタッチメント形成に必要な養育者のかかわりを促すこ

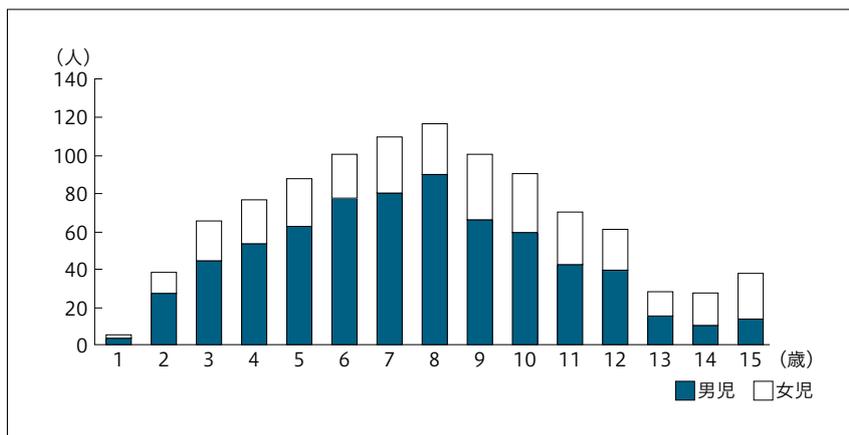


図1 2013～2017年の当院初診患者の分布図

2013年4月から2017年12月までに当院を初診した15歳以下の子どもの年齢別の分布を示した。男女比は約2:1で男児が多く、平均年齢は7.8歳であった。

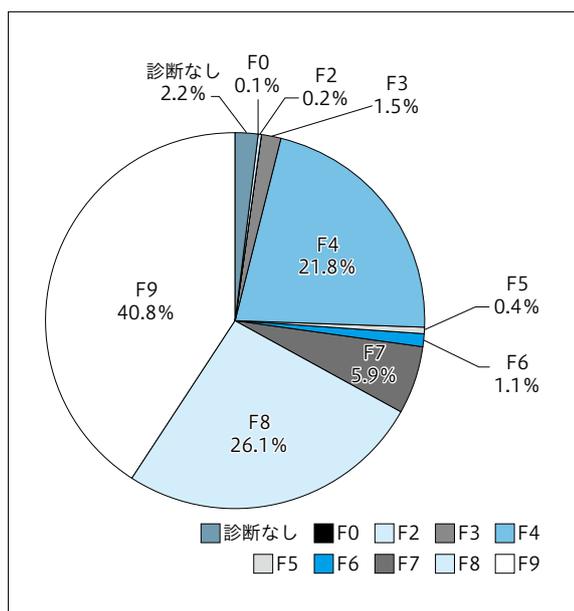


図2 2013～2017年の当院初診患者の診断分類 (ICD-10)

当院初診となった15歳の子どもたち1,025名のICD-10による診断分類の分布図を示した。初診時の主診断はF9分類(418名)、F8分類(268名)、F4分類(223名)の順に多かった。

とを目標としたプログラムである。「安心感の輪」というグループ治療の簡易版として、Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K.らの開発者が作成した動画DVDを見ながらディスカッション形式で進めていき、全8回で修了する。子どもが養育者に求めている安心感や慰めに気づき、寄り添うことの重要性や、子どもの感情に冷静に対応できない

ときに気づき乗り越える方法などを紹介する。親自身のかかわりが子どもに与えている影響を内省することにより親子の関係性の改善をめざす^{11,12)}。

2. ペアレント・トレーニング

注意欠如・多動症 (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) の診断を受けている子どもの養育者を対象とし、ADHDの子どもの特性について理解を深め、養育者がその特性に応じた対応を実践的に学ぶことのできるプログラムである。当院は、アメリカ・カリフォルニア大学ロサンゼルス校 (UCLA) での親訓練プログラムを国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のチームが日本風にアレンジした手法である、「精研方式」に小修正を加え実施しており、フォローアップを入れた全11回としている。ADHDのペアレント・トレーニングは、薬物療法や環境調整と並びADHDへの効果的な介入方法として効果が実証されている¹³⁾。

3. 親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT)

PCITは、1980年代に米国のEyberg, S.が考案した、行動療法的技法を用いた個別の親子心理療法であり、親子の関係性の改善に重点をおいている。ライブ・コーチングを用いるため、養育者はリアルタイムに子どもとのかかわり方について学ぶことができる。2～7歳の子どもとその養育者を対象としており、回数は親子によって異なり約20回前後で修了する。PCITは養育者の機能を改善させること

表 1 主要な初診時診断における各分類の男児の割合、平均年齢

ICD-10における F分類（主診断）	男児の割合（%）	平均年齢（歳）	副診断が F8/F9（%）
F9	69.9	7.7	9.9
F8	81.7	6.8	9.0
F4	49.3	9.6	10.3
全体	67.8	7.8	9.8

表 2 当院外来で実施している養育支援

外来診療

・親ガイダンス：心理教育，問題行動への対応法，疾患受容の促進，共感・ねぎらい

養育支援プログラム：エビデンスに基づくプログラムの導入（カッコ内は，2013～2017年に実施した完了件数）

1. 「安心感の輪」子育てプログラム（Circle of Security-Parenting：COS-P）（6グループ15名）
 - ・「安心感の輪」の簡易版を Powell, Cooper, Hoffman らが 2007 年に開発
 - ・健全なアタッチメント形成に必要な養育者のかかわりを促すことが目標
- 2.ペアレント・トレーニング（16グループ70名）
 - ・アメリカ・カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）での親訓練プログラムを国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のチームが日本風にアレンジ
3. 親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy：PCIT）（親子10組）
 - ・1980年代に Eyberg が考案した個別の親子心理療法
4. 子どもと大人の絆を深める（Child-Adult Relationship Enhancement：CARE）プログラム（15グループ63名，個別44名）
 - ・複数の行動理論に基づく治療を基礎とした養育者への心理教育的介入プログラム

を通して子どもの問題行動を改善させることが示されている^{5,10)}

4. 子どもと大人の絆を深める（Child-Adult Relationship Enhancement：CARE）プログラム

CARE プログラムは，PCIT を含む複数の他の行動理論に基づいた治療を基礎とした，養育者への心理教育的介入プログラムである^{8,9)}。講義とロールプレイを通して養育者にスキルを伝え，当院では全4回で修了する（当院での実施の詳細は後述）。おおむね10歳までの子どもの養育者が参加可能であり，子どもの診断名は特に問わない。短期間で終了するため，養育者が多忙な場合，心理教育だけである程度親子の関係性の改善が見込まれる場合などに選定されている。

このなかで，父親の参加が多く含まれていた，CARE プログラムの個別参加の養育者に関して介入前後の子どもの行動の変化などについて調査を行ったので簡単に紹介する。なお，本論文に掲載している臨床情報は，愛育研究所の倫理委員会の承認を経て情報収集がなされた。

IV. CARE プログラムの個別参加者の介入前後の子どもの問題行動の変化

1. 当院における CARE プログラムの個別参加者に対する実施方法

CARE プログラムは養育者の希望などに応じて，少人数のグループと個別，2つの形式で実施している。個別で実施する場合は，養育者1名または夫婦1組2名に治療者1名が担当し，内容を4回に分け，1時間～1時間半ずつ実施している。CARE-Japan 事務局⁴⁾の配布資料および当院の補足資料を使用し，各部分の説明の後，養育者が治療者と，あるいは夫婦間で，親役と子役になりロールプレイを行う。習得したスキルの子どもの実践を宿題とし，その次の回で疑問点や問題点のディスカッションを行い，スキルを定着させる工夫を行っている。

子どもの状態を把握するため，セッションごとにアイバーク子どもの行動評価尺度（Eyberg Child Behavior Inventory：ECBI⁶⁾）を実施している。ECBIは養育者記入式の質問紙で2～16歳の子どもの破壊的行動の指標となる。36項目からなり，それぞれの問題行動の数（ECBI問

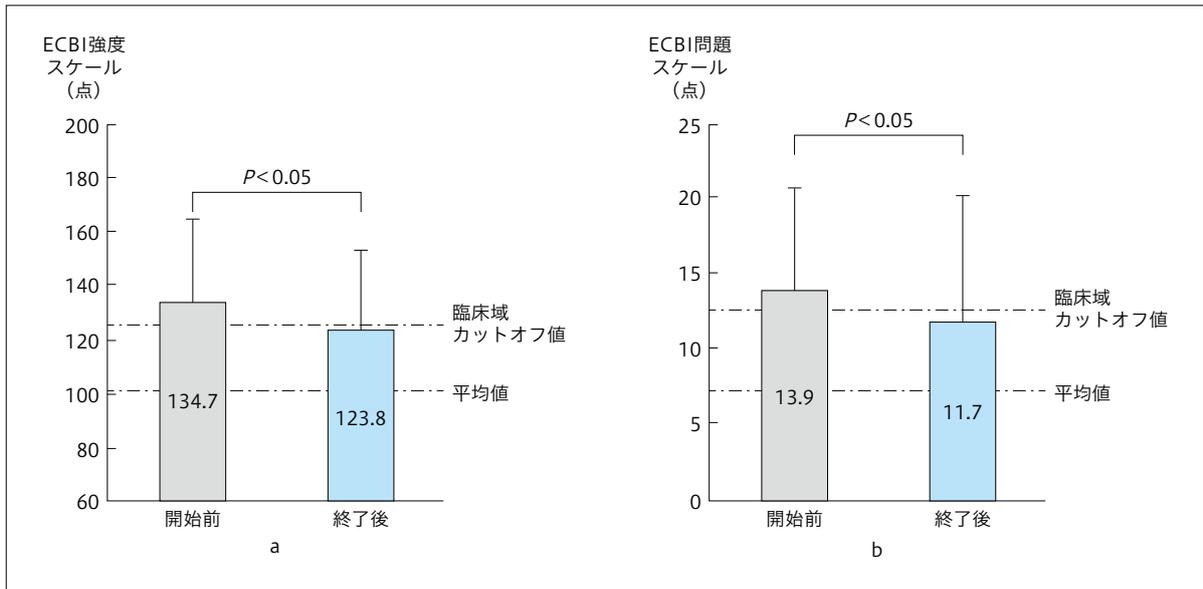


図3 CARE開始前と終了後の参加者の子どもの問題行動の程度と数

- a: ECBI強度スケール(問題行動の程度)はCARE開始前に比べて終了後には有意に減少し、臨床域カットオフ値を下回っていた。
 b: 同様に、ECBI問題スケール(問題行動の数)は、CARE開始前に比べて終了後には有意に減少し、臨床域カットオフ値を下回っていた。
 ECBI: アイバーク子どもの行動評価尺度

題スケール)と程度(ECBI強度スケール)が測定できる。日本の平均はそれぞれ 6.57 ± 6.46 点と 100.1 ± 24.6 点、臨床域のカットオフ値はそれぞれ13点と124点である。

プログラム終了時には無記名のアンケートを実施し、プログラムの感想や養育者のストレスに関する項目の自由記述をお願いしている。

2. CAREプログラム個別参加者の特徴

次に、CAREプログラムに個別参加した養育者および子どもたちの特徴を述べる。2013~2017年における当院のCAREプログラムの個別参加者は44名(母親のみの参加34名、父母の参加5組10名)であった。初診からプログラム開始までの平均待機期間は約5.3ヵ月であった。参加している養育者の子どもは、男児29名、女児10名であり、平均年齢は7.5歳(2~15歳)であった。子どもの主診断名は、ADHD11名、自閉スペクトラム症(autism spectrum disorder: ASD)5名、適応障害5名であり、他の診断名はうつ病、強迫症、摂食障害、特定不能の心理発達の障害などであった。

3. CAREプログラム前後の子どもの問題行動の推移

参加した44名のうち、ECBIの有効回答が得られた36名に関して、問題行動の程度を表すECBI強度スケールおよび問題の数を表すECBI問題スケールのプログラム前後の比較を図3に示す。いずれもプログラム終了時には日本の平均得点を超えていたものの、臨床域のカットオフ値を下回っていた。ECBI強度スケールの改善が25点以上の者は8名、13~24点の者は9名、0~12点の改善・不変であった者は9名、増悪した者は10名であった。SPSS(Statistical Package for the Social Sciences)バージョン24を用いたWilcoxonの符号付順位検定の解析より、前後のECBI強度スケールおよび問題スケールは有意に減少したことが示された($P=0.007$, $P=0.031$)。

このことから、CAREプログラムを実施した養育者の子どもたちは、養育者の報告によると有意に問題行動の程度および問題数が減少していたことが示されていた。

父親の参加による子どもへの影響については、5名の参加であったため、統計的解析は実施できなかったが、開始前後のECBI強度スケールはそれぞれ 149.8 ± 10.4 点から 131.0 ± 16.8 点に減少の傾向を認め、ECBI問題スケールは 19.8 ± 4.2 点から 20.8 ± 5.3 点と、不変またはやや増悪の傾向を認めた。

4. アンケート調査の結果

終了時に実施したアンケート調査のなかから参加者のコメントを紹介する。母親A：「スキルを習い、子どもに接するときにスキルを実践しているんだと思うと冷静になれる」。母親B：「褒める習慣がついて穏やかに過ごせた。初めて『家族だんらん』を感じた」。父親C：「褒めるように意識したら子どもの変化が少しみえてきた。母親（妻）のサポートのためにも2人でやれてよかった」。養育者にとって、スキルの習得が養育者自身のストレス軽減や感情コントロールにも役立ったことがうかがえた。

5. CARE プログラムを受けた養育者の変化について

— 考察 —

本調査からは、当院におけるCAREプログラムの個別参加者において、養育者の主観的な子どもの破壊的問題行動の程度および数が軽減したことが示された。また、アンケートからは、養育者自身のストレス軽減や感情のコントロールに役立ったことが示唆された。CAREは子どもとのコミュニケーション・スキルを主としたプログラムであるが、問題行動への具体的な対応方法などを子どもの特性に応じて治療者が心理教育を交えながらディスカッションを重ねるため、養育者自身が子どもの行動を把握して対応しやすくなった可能性がある。

CAREプログラムに夫婦で参加した場合、子どもの問題行動に対して共通理解が図られ、子どもに対して一貫した対応ができることが大きなメリットであると感じられた。また、参加した父親のなかには、養育における父親の役割の重要性を学んだことで、より積極的に子どもにかかわるようになったという者もいた。養育プログラムの多くは女性養育者（主に母親）を想定していることが多いが、本プログラムは男性養育者に対しても十分に実践可能であることが示された。男性養育者の参加数がまだ少ないため、今後も実践を重ねて検討していきたい。

本調査は、当院において外来担当医師が養育者にCAREを提案し、実施に至ったケースに関する調査であるため、選択バイアスを認める。また、対照群を定めておらず、外来診療と並行して行っているため、結果は注意して解釈する必要がある。しかし、子どもの問題行動の程度を示す得点が大幅に減少しているケースも認めており、慢性的な経過をたどることの多い神経発達症の子どもが多かった事実を考えると、本プログラムが一定の有効性を示したことは十分に考えられる。

著者は10～20年前に比べて外来と一緒に受診する父親は増えている印象をもっている。母親に比べると、父親を対象とした育児書は少なく、また父親自身が男性養育者に養育された経験が少なく、モデルが少ない可能性がある。問題行動をもった子どもの養育は困難でストレスが高いことが多いため、男性養育者（主に父親）のメンタルヘルスや父子の関係性がもう少し議論されてもよいと感じている。外来診療や心理プログラムの実施は平日の日中であることが多く、働く養育者の参加を増やすための工夫などを含め、男性養育者（主に父親）へのアプローチを考えていきたい。

おわりに

神経発達症の子どもの多い当院の外来の取り組みを概説し、「子どもと大人の絆を深める（CARE）プログラム」参加者の調査を紹介した。CAREプログラムは他の養育支援プログラムに比べ実施回数が少なく簡便に行えるメリットがある。本来は少人数のグループでの実施が多く、養育者同士が情緒的に支え合う面が大きい。本報告においては、個別で効果が認められたこと、男性養育者にも適用可能であった点は意義が大きいと考えられる。神経発達症の子どもの支援は長期にわたることが多く、本報告が子どもと、伴走する養育者を支援するメンタルヘルス専門家の一助になれば幸いである。

利益相反

小平雅基がシャイアー・ジャパン株式会社、塩野義製薬株式会社より講演料を受けた。他の著者に本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

本研究は研究費および助成金は受けず実施された。

文献

- 1) Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., et al. : Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder : its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol*, 21 (5) ; 581-596, 1993
- 2) Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., et al. : Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *Am J Public Health*, 88 (1) ; 75-80, 1998
- 3) Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., eds : *Handbook of Father Involvement : Multidisciplinary Perspectives*, 2nd ed. Routledge, New York, 2013

- 4) CARE-Japan 事務局ホームページ (<https://www.care-japan.org>) (参照 2020-06-10)
- 5) Eyberg, S. : Parent-Child Interaction Therapy : integration of traditional and behavioral concerns. *Child Fam Behav Ther*, 10 (1) ; 33-46, 1988
- 6) Eyberg, S., Pincus, D. : Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory : Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Lutz, 1999 (加茂登志子 : 日本語版 ECBI アイバーク子どもの行動評価尺度. 千葉テストセンター, 東京, 2016)
- 7) Fabiano, G. A. : Father participation in behavioral parent training for ADHD : review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *J Fam Psychol*, 21 (4) ; 683-693, 2007
- 8) 福丸由佳 : 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*, 9 (1) ; 96-98, 2011
- 9) Gurwitch, R. H., Messer, E. P., Masse, J., et al. : Child-Adult Relationship Enhancement (CARE) : an evidence-informed program for children with a history of trauma and other behavioral challenges. *Child Abuse Negl*, 53 ; 138-145, 2016
- 10) 加茂登志子 : ドメスティック・バイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT). *精神経誌*, 112 (9) ; 885-889, 2010
- 11) 北川 恵 : アタッチメントに基づく親子関係支援—サークル・オブ・セキュリティ・プログラム : 在宅での支援・治療①—. 乳幼児虐待のアセスメントと支援 (青木 豊編著). 岩崎学術出版社, 東京, p.101-115, 2015
- 12) Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., et al. : The Circle of Security. *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd ed (ed by Zeanah, C. H. Jr.). Guilford Press, New York, p.450-467, 2011
- 13) 齊藤万比古編 : 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン第4版. じほう, 東京, 2016
- 14) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文ほか監訳 : ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—, 新訂版. 医学書院, 東京, 2005)

The Importance of Parenting Support in Child Psychiatry Outpatient Care :

Actual Practice in Aiiku Clinic, Maternal and Child Health Center

Nana HOSOGANE¹⁾, Masaki KODAIRA¹⁾, Kazuhiko SAITO²⁾

1) Department of Child and Adolescent Mental Health, Aiiku Clinic, Maternal and Child Health Center, Imperial Gift Foundation Boshi-Aiiku-Kai

2) Aiiku Counselling Office, Aiiku Research Institute, Imperial Gift Foundation Boshi-Aiiku-Kai

Caregivers of children with developmental disorders tend to have strong emotional stress and higher rates of depression. Since developmental disorders often need various supports for a long period of time, parental supports from mental health professionals are important for the children's development.

Parenting support includes psychoeducation of the disorder itself and behavioral management techniques, along with supportive help and empathy. The main purpose of parenting support is to help parents understand their child's characteristics and needs and also to decrease the difficulties dealing with problematic behaviors.

The Department of Child and Adolescent Mental Health is a child psychiatry outpatient unit within Aiiku Clinic. This division opened in 2013 and specializes on children from 3 to 12yo at first visit. Most children are diagnosed as F9 or F8 category in ICD-10 and two-thirds of the children are diagnosed as a developmental disorder at their first visit. We deliver multiple parenting support programs ; Circle of Security-Parenting (COS-P), Parent Training, Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Child Adult Relationship Enhancement (CARE). Mothers are often the main participants, but fathers' participations are increasing.

Fathers' participations in parenting programs are often linked to healthier outcomes of their children. In our Clinic, we have found that when both parents participate, they were able to share the same perspective and consistently interact with their child. This has contributed to a decrease in their child's problematic behaviors. In future, it would be helpful to identify which families might gain most benefit from these programs and also to find ways to help working caregivers to participate.

Authors' abstract

Keywords developmental disorders, parenting support, parenting skill, CARE (Child Adult Relationship Enhancement)