

## 原 著

## 就学前に実施したステッピングストーンズ・トリプルPの効果に関する研究：自閉症スペクトラム障害を疑われた児の母親への支援

ノジリ ジョニコ ヤナガワ トシヒコ  
野尻 純子\* 柳川 敏彦<sup>2\*</sup>

**目的** 本研究の目的は、自閉症スペクトラム障害（以下 ASD）を疑われた児の母親に対してステッピングストーンズ・トリプルP（以下 SSTP）を実施し、その効果を明らかにすることとした。

**方法** 対象は、A市の健診後に発達支援教室を利用する児の母親36人であった。児は2歳から6歳で、広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度（以下 PARS）が9点以上で ASD が疑われた。対象者を介入群と対照群の2群に無作為に割り振り、両群に SSTP を実施した。介入群から介入前後と3か月後、対照群から介入2か月前と介入前後に各々3回ずつ質問紙の回答を得た。質問紙は、親が報告する子どもの困難な行動（SDQ）、親の子育てスタイル（PS）、夫婦間の関係の質と満足度（RQI）、親の子どもへの不適切な行為（JM）の4つの尺度であった。介入前後の効果を介入群と対象群の1回目と2回目の尺度得点を用いた共分散分析で求め、介入3か月後の効果を介入群内の3回の尺度得点を用いた分散分析でそれぞれ調べた。

**結果** 児の平均年齢は $3.7 \pm 1.4$ 歳、PARS 平均得点は $20 \pm 6.8$ 点の ASD を疑われた児であり、児の発達指数（DQ）の全領域平均は $76.1 \pm 18.8$ 点で知能は境界域にあった。介入前後で得点分布に有意差があったものは、SDQ（行動問題、難しさの合計）、PS（過剰反応、多弁さ、総合スコア）、JM であり、RQI に有意差は見られなかった。介入後3か月後時点では、介入群内において SDQ（行動問題、難しさの合計、過剰活発）、PS（すべての項目）で1回目と3回目で有意差があった。

**結論** SSTP を受けることで親の子育てに良い変化がみられ、児の問題行動が改善され、育てにくさが減少した。叩くなどの児への不適切な行為に改善が見られたことで、SSTP が親の養育態度の変化につながることを示唆された。

**Key words** : ASD (自閉症スペクトラム障害), トリプル P (前向き子育てプログラム), 児童虐待, 無作為化比較試験

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(5): 237-245. doi:10.11236/jph.66.5\_237

## I はじめに

近年、目に見えない障害として発達障害が注目され、2012年の文部科学省の調査では小学校の通常学級に在籍する児童の6.5%に認められると報告された<sup>1)</sup>。2004年に施行された発達障害者支援法によると、「発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害（Learning Disability：LD）、注意欠陥多動性障害（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder：AD/HD）、その他

これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」をいう。2013年5月には DSM-5 により、広汎性発達障害は自閉症スペクトラム障害（Autistic Spectrum Disorders, 以下 ASD）へと統一された。日本では乳幼児健診の充実に伴い、就学前に ASD の診断を受けられるようになってきている。就学前の ASD を持つ子どもの保護者の40.1%は、子どもが1歳代の時に支援が必要であったと答えており<sup>2)</sup>、保護者が子どもの発達の遅れに気づく早期からの育児支援が求められている<sup>3)</sup>。しかし、診断は早期であるほど不確実性が高く、幼児期では確定診断がつきにくい子どもの割合が多いこと、保健師や保育士などが ASD の可能性に気づいても適切に判

\* 和歌山市役所

<sup>2\*</sup> 和歌山県立医科大学保健看護学部  
責任著者連絡先：〒641-0011 和歌山市三葛580  
和歌山県立医科大学保健看護学部 野尻純子

断することは難しいこと、年少であればあるほど保護者にとっては障害の受容が困難な時期であることなどから早期発見・早期支援の課題は多い<sup>4)</sup>。ASDが疑われてから診断に至るまでの間、保護者にとっては周囲や社会から精神的に孤立しがちになり、精神的ストレスが高い状態にある<sup>5)</sup>。つまり、保護者は児の問題に気づいてから障害告知までが最も精神的に不安定であり<sup>6)</sup>、発達遅れを否定したい気持ちが併存する時期がある<sup>7)</sup>。2001年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)の報告では、障害児は健常児の4倍～10倍虐待を受けやすいと報告された<sup>8)</sup>。愛知県の子ども虐待治療センターの報告では、被虐待児の55%は何らかの発達障害の診断が可能であるとされ<sup>9)</sup>、診断のない育てにくさを持つ児の保護者への支援が急務である。

欧米諸国では、1980年頃から子育てへの教育的介入として、ペアレントトレーニングが実践されている。保護者の不適切な育児が子どもの問題行動に関連があり<sup>10,11)</sup>、ペアレントトレーニングを取り入れた早期療育の開始により、保護者のストレスを軽減する、子どもの問題となる行動を減らす、不適切な育児を改善する、子どもの発達を促すということが明らかになっている<sup>12,13)</sup>。また、支援者にとっても根拠ある支援ツールとして活用することができる。

以上のことから、ASDを疑われた児の保護者への支援として、また保健師など支援者のツールとしてペアレントトレーニングが重要であると考えられる。なかでも、豪州で開発されたトリプルP(前向き子育てプログラム)は認知行動療法に基づいた、25年以上にわたる実践例を研究評価しながら発展してきた家族への教育的介入プログラムである<sup>14)</sup>。トリプルPの日本での導入は2003年であり、全国各地で実施されている<sup>15)</sup>。2004年、トリプルPのプログラムの一つで、障害のある子どもの親のためにステップングストーンズ・トリプルP(以下、SSTP)が開発された<sup>16)</sup>。トリプルPとSSTPの違いは、後者が発達遅れを考慮されて作られたプログラムで、実施回数が1回多くなっており、子育てに応用する技術も多くなっている。過去のSSTPに関する研究では、ASDの診断がある児への介入効果が明らかにされており、その有用性が証明されている<sup>17)</sup>。介入効果として、親の子育てスタイルとして過剰に叱責するという部分が改善され、子どもの状態として多動などが改善されている。しかし、ASDを疑われた児の親に向けたプログラムの有用性は明らかにされていない現状がある。そこで、本研究は、ASDを疑われた児の親を対象にSSTPを就学前に実施し、プログラムの効果を明らかにする

ことを目的とする。

## II 研究方法

### 1. 対象

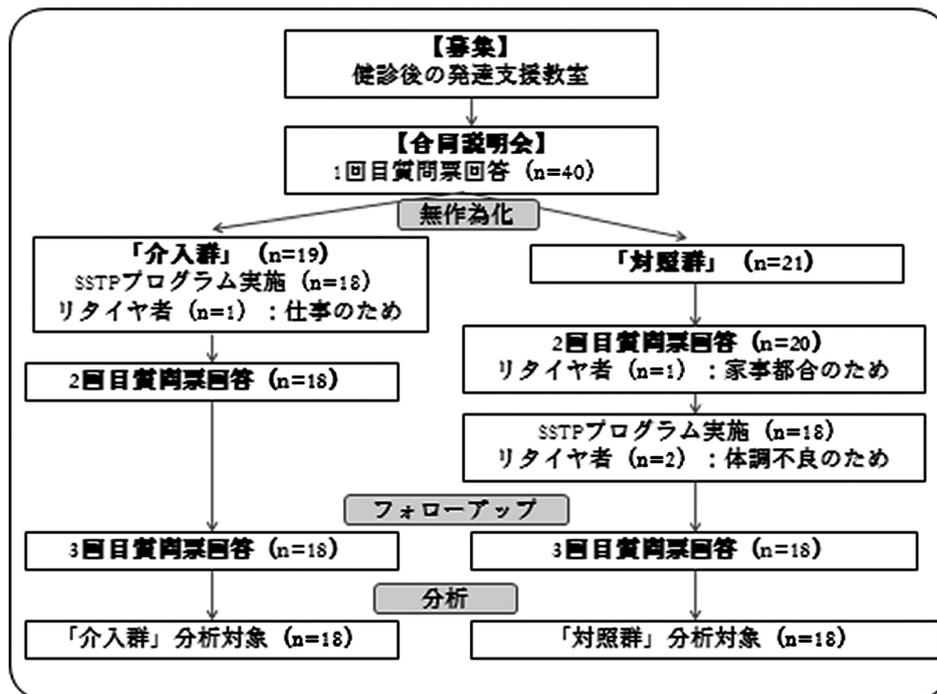
A市の健診後に、発達支援教室を利用する確定診断を受けていない2歳から6歳までの就学前の児の母親を対象とし、研究中也発達支援教室の利用は継続とした(発達支援教室は健診で発達課題がクリアできない等、心理士との個別面談が必要と判断された児が利用する教室である)。主研究者あるいはA市の職員が発達支援教室にて合同説明会の参加者を募り、後日開催の合同説明会で主研究者と共同研究者が研究の主旨を説明し、その場で文書にて同意を得られた母親40人から1回目の質問票の回答を得た。その後、無作為化し介入群と対照群に割り当てた。SSTPのプログラムをすべて終了していない対象は分析から除外し、分析対象者は、途中リタイアの4人を除く36人の母親とした(図1)。また、「広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS: Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale, 以下PARS)」で9点以上のASDの疑われた児の母親を対象とし、「新版K式発達検査(以下新K式)」によって算出された発達指数(DQ: Developmental Quotient)で児の発達段階を評価した。

### 2. 調査方法

「介入-フォローアップ群(以下介入群)」と「待機-介入群(以下対照群)」の2群を設定し、SSTPの資格を持つファシリテーターがSSTPを実施した。本研究では介入群、対照群でそれぞれ2グループが構成され、1グループに対し、5回のグループセッション(各2時間半)、3～4回の電話セッション(各15～30分)、グループ修了セッションの合計9セッションを毎週実施し、全プログラム期間は2か月間であった。グループセッションはDVDを見ながらテキストに基づき、ディスカッションやロールプレイを織り交ぜながら進行される。電話セッションは、母親がグループで学んだ技術を家庭で実践し、生じた疑問などの相談を受ける。対象者(母親)は乱数表を用いて無作為に割り振り、介入群は介入前、介入後、3か月後、対照群は介入2か月前、介入前、介入後と、両群とも3回ずつ質問紙の回答を得た。

自記式質問紙の回答者は参加する母親とし、対象の属性(児:月齢,性別,出生順位,母親:年齢,出産回数,職業,最終学歴,世帯:収入,婚姻状況,同居形態)を得た。評価尺度は、先行研究と同様に<sup>14)</sup>親が報告する子どもの困難な行動(SDQ:

図1 研究の流れ



・ SSTEP (Stepping Stones Triple P)

Strengths and Difficulties Questionnaire, 25項目) (Goodman,1997; 1999)<sup>18,19)</sup>, 親の子育てスタイル (PS: Parenting Scale, 30項目) (Arnold et al, 1993)<sup>20)</sup>, 夫婦間の関係の質と満足度 (RQI: Relationship Quality Index, 6項目)<sup>21)</sup>, 親の子どもへの不適切な行為 (JM: Japanese version of Maltreatment, 17項目)<sup>22)</sup>の4つを用いた。

SDQは3～16歳の子どもの社会的に好ましい行動と難しい行動に対する親の認識を測る行動審査尺度である。5領域 (情緒問題, 行動問題, 多動, 交友問題, 社交性行動) について評価を行う。「あてはまる」, 「まああてはまる」, 「あてはまらない」の3件法で, 各領域の最低スコアが0, 最高スコアが10である。難しさの合計は社交性行動スケールを除く4スケールのスコアを合計することで計算され値の高さが困難性を示し, 社交性行動は値の高さが好ましい行動 (長所) として評価される。日本語版においても, 信頼性と妥当性は証明されている<sup>23,24)</sup>。本研究でのクロンバックの $\alpha$ 係数は0.56～0.65であった。

PSは3つの子育てタイプ「放任 (寛容すぎるしつけ)」, 「過剰反応 (権威主義的なしつけ, 怒り, 意地悪さ, 短気を面に出す)」, 「多弁さ (過剰に長い叱責, または話に頼る方法)」と「総合スコア」の4領域を7件法で評価する。値の高さが問題とされる。また, 日本語版においても, 信頼性と妥当性

は証明されている<sup>25,26)</sup>。本研究でのクロンバックの $\alpha$ 係数は0.69～0.90であった。

RQIは, パートナーとの関係の質と満足感を示す指標である。始めの5項目は7点スケールで測られ, 関係の幸福度の包括的評価は10点スケールで測られる。総合スコアは各6項目の点を合計する。最低スコアは6, 最高スコアは45で, 高得点になるほどより前向きな関係を示す。極端に低いスコアは, 将来共に過ごす時間の短さと, 関係を終わらせる話し合いの回数の多さに関連する。尺度の信頼性と妥当性は証明されている<sup>15)</sup>。本研究でのクロンバックの $\alpha$ 係数は0.95～0.97であった。

JMは, 子どもの虐待防止センターにより作成されたものである。養育者の子どもへの, 身体的, 心理的, 放置・怠慢などの17項目の不適切な行為について, 「しばしばある」, 「時々ある」, 「たまにある」, 「まったくない」の4件法で回答を得る。分析は, 「しばしばある」を3点, 「時々ある」を2点, 「たまにある」を1点, 「まったくない」を0点とする。虐待群は15以上, 境界群は10～14である。本研究でのクロンバックの $\alpha$ 係数は0.86～0.87であった。

### 3. 分析方法

分析は主に2点で, 介入直後の効果 (以下, 短期効果), 介入3か月後の効果 (以下, 長期効果) についてそれぞれ調べた。統計解析にはSPSSver.16を用い, 統計的有意を5%未満とした。

短期効果として、介入群と対照群の2回目の尺度点数において、共分散分析 (ANCONA: analysis of covariance) を実施した。回収したデータの分散の違いを縮小するため、介入群と対照群の各群における1回目の尺度点数を共変量とした。また、本研究のサンプル数では検出力が確保できないため、*P* 値のようにサンプル数によって影響されることのない効果量 (Cohen's *d*) を算出し、実質的な差を示した<sup>27,28)</sup>。介入群をA, 対照群をBとすると短期効果のCohen's *d*は、 $d = \{M(A) - M(B)\} \div \sqrt{\{SD(A)^2 + SD(B)^2\} / 2}$  (M: 平均, SD: 標準偏差) で求めた。Cohen's *d*における判断の目安として、 $d = 0.80$ を効果量大、 $d = 0.50$ を効果量中、 $d = 0.20$ を効果量小とする<sup>29)</sup>。介入3か月後の長期効果として、介入群の1回目から3回目までの各尺度点数において、反復測定による分散分析 (repeated measure ANOVA: analysis of variance) 後に多重比較 (Tukey法) を実施した。また、効果量 (Cohen's *d*) を短期効果と同様に算出し、実質的な差を示した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、平成24年3月21日和歌山県立医科大学倫理委員会の承認後、ならびに、A市と早期療育施設の許可を得た後、実施した。実施にあたっては、説明会にて研究の目的、意義、方法について文書を用いて口頭で十分に説明し、参加は個人の自由によるものとした。参加者の個人情報本研究以外で使用せず、回答の内容は個人が特定されないように匿名化、数値化して扱った。なお、本研究は和歌山県子育て創生事業の助成を受けて実施し、保護者の方のプログラム参加費用は無料とした。

### III 研究結果

#### 1. 対象の特徴

対象者全体において、児の年齢は $3.7 \pm 1.4$ 歳 (2歳代14人, 3歳代6人, 4歳代7人, 5歳代9人), PARS平均得点は $20 \pm 6.8$ 点のASDを疑われた児で、男児が86.1%を占めた (表1)。児の発達指数 (DQ) の全領域平均は $76.1 \pm 18.8$ 点で知能は境界域にあった。DQの言語・社会領域平均が $70.4 \pm 21.7$ 点、認知・適応領域平均が $76.1 \pm 18.8$ 点で言葉やコミュニケーションといった言語能力の遅れが見られる集団であった。同居形態は核家族が約8割を占め、母親は約6割が専業主婦であった。母親の最終学歴は、高等学校と短期大学が同数で、約6割を占めていた。

#### 2. 介入効果

##### 1) 短期介入効果 (表2)

親が報告する子どもの困難な行動 (SDQ) は、

表1 介入群と待機群の属性

属性	全体 n=36		介入群 (n=18)		対照群 (n=18)	
	平均	標準 偏差	平均	標準 偏差	平均	標準 偏差
児月齢	43.4	15.5	44.4	14.3	42.4	17
児年齢	3.7	1.4	3.8	1.4	3.6	1.5
出生順位	1.3	0.7	1.2	0.6	1.4	0.8
PARS	20.0	6.8	21.9	7.8	18.2	5.1
DQ (C-A)	76.1	18.8	79.5	20.7	79.9	22.5
DQ (L-S)	79.7	21.3	73.1	25.6	67.6	17.3
DQ (全)	70.4	21.7	77.7	20.5	75.2	17.5
母の年齢	35.2	4.8	35.5	3.8	34.8	5.6
出産回数	1.6	0.8	1.5	0.6	1.7	0.9
年収 (万円)	511.2	214.3	527.3	206.8	483.9	206.8
	n	%	n	%	n	%
児の性別						
男	31	86.1	16	88.9	15	78.8
女	5	13.9	2	11.1	3	16.7
婚姻状況						
配偶者と同居	34	94.4	17	94.4	17	94.4
配偶者と別居	2	5.6	1	5.6	1	5.6
同居形態						
核家族	31	86.1	16	88.9	15	78.8
2世帯家族	5	13.9	2	11.1	3	16.7
母の職業						
専業主婦	23	63.9	11	61.1	12	66.7
フルタイム	3	8.3	1	5.6	2	11.1
パート・アルバイト	7	19.4	3	16.7	4	22.2
育児休業中	2	5.6	2	11.1	0	0
自営業	1	2.8	1	5.6	0	0
母の最終学歴						
中学校	1	2.8	0	0	1	5.6
高等学校	12	33.3	6	33.3	6	33.3
専門学校	6	16.7	2	11.1	4	22.2
短期大学	12	33.3	6	33.3	6	33.3
大学	5	13.9	4	22.2	1	5.6

※PARS (Pervasive Development Disorders Autism Society Japan Rating Scale): 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度

※DQ (Developmental Quotient): 発達指数。DQは小児期の身体・精神機能の発達を評価する発達検査の結果として算出される発達年齢 (developmental age: DA) を暦年齢の比で示したものである。算出式は「 $DQ = DA \div \text{暦年齢} \times 100$ 」で、対象は乳幼児期に用いられることが多い。姿勢・運動 (P-A), 認知適応 (C-A), 言語・社会 (L-S) の3領域について評価する。

※C-A (cognitive-adaptation): 認知・適応領域

※L-S (language-society): 言語・社会領域

対照群と比較して介入群に効果が見られた。SDQ (難しさの合計) では、 $P = 0.01$ , Cohen's *d* (以下 *d*) = 0.52で有意差があり、効果量中であった。SDQ (行動問題) は、 $P = 0.005$ ,  $d = 0.44$ で有意差があり、効果量中であった。親の子育てスタイル (PS) は、過剰反応、多弁さ、総合スコアで対照群と比較して介入群に効果があった。PS (過剰反応) は、*P*

表2 短期介入効果

	介入群 (n=18)				対照群 (n=18)				共分散分析 (ANCOVA) F	P	効果量 (Cohen's d) d
	1回目		2回目		1回目		2回目				
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差			
SDQ											
難しさの合計	16.94	5.03	13.78	3.73	15.90	5.60	16.50	6.35	7.52	0.01*	0.52
情緒問題	3.06	2.82	2.17	1.58	2.20	2.51	2.50	1.95	2.56	0.12	0.07
行動問題	3.61	2.28	2.50	1.79	3.30	2.03	3.30	1.88	9.1	0.005**	0.44
多動	6.50	2.38	5.61	2.15	6.20	2.10	5.90	2.10	1.41	0.24	0.14
交友問題	3.78	1.77	3.50	1.65	4.10	1.75	4.70	3.27	1.62	0.21	0.46
社交性	3.28	2.47	4.56	2.43	2.80	2.26	3.30	2.47	2.99	0.09	0.52
PS											
放任	3.53	0.76	2.91	0.80	3.50	0.64	3.30	0.75	2.75	0.11	0.50
過剰反応	3.82	0.83	2.85	0.86	3.90	1.39	4.00	1.32	28.26	<0.001***	1.03
多弁さ	3.71	0.79	2.91	0.70	3.40	0.67	3.40	0.97	6.5	0.02*	0.58
総合スコア	3.64	0.46	2.84	0.59	3.60	0.61	3.60	0.62	34.13	<0.001***	1.26
RQI	33.78	7.17	29.67	8.37	28.80	12.32	27.80	11.40	0.09	0.77	0.19
JM	6.78	4.68	4.78	3.34	9.30	9.05	9.40	8.16	8.2	0.007**	0.74

\*: P<0.05, \*\*: P<0.01, \*\*\*: P<0.001

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) : 親が報告する子どもの困難な行動

PS (Parenting Scale) : 親の子育てスタイル

RQI (Relationship Quality Index) : 夫婦間の関係の質と満足度

JM (Japanese version of Maltreatment) : 親の子どもへの不適切な行為

ANCOVA (analysis of covariance) : 共分散分析

効果量 : Cohen's d = {M(A) - M(B)} / √{(SD(A)<sup>2</sup> + SD(B)<sup>2</sup>)/2}

(M : 平均, A : 介入群, B : 対照群, SD : 標準偏差)

効果量大 : d=0.8, 効果量中 : d=0.5, 効果量小 : d=0.3

表3 長期介入効果

	介入群 (n=18)						分散分析 (ANOVA) F	多重比較 (Tukey法)			効果量 (Cohen's d) d
	① 1回目(直前)		② 2回目(直後)		③ 3回目(3か月後)			①②間	①③間	②③間	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差		P	P	P	
SDQ											
難しさの合計	16.94	5.03	13.78	3.73	13.70	5.19	8.53**	0.003**	0.003**	0.998	0.63
情緒問題	3.06	2.82	2.17	1.58	2.10	2.25	3.11	0.106	0.082	0.991	0.38
行動問題	3.61	2.28	2.50	1.79	2.60	2.09	7.51**	0.004**	0.009**	0.934	0.46
過剰活発	6.50	2.38	5.61	2.15	5.40	2.68	3.55*	0.124	0.043*	0.87	1.74
交友問題	3.78	1.77	3.50	1.65	3.60	2.12	0.22	0.789	0.918	0.963	0.09
社交性	3.28	2.47	4.56	2.43	3.70	2.47	5.66**	0.006**	0.489	0.093	0.17
PS											
放任	3.53	0.76	2.91	0.80	3.10	0.69	8.25**	0.001**	0.041*	0.312	0.59
過剰反応	3.82	0.83	2.85	0.86	3.20	1.23	10.35**	0.000***	0.027*	0.188	0.59
多弁さ	3.71	0.79	2.91	0.70	3.20	0.77	14.8**	0.000***	0.003**	0.218	0.65
総合スコア	3.64	0.46	2.84	0.59	3.10	0.75	31.16**	0.000***	0.000***	0.022*	0.87
RQI	33.78	7.17	29.67	8.37	33.80	7.04	3.29*	0.084	1.00	0.079	0
JM	6.78	4.68	4.78	3.34	5.70	4.86	2.91	0.055	0.385	0.539	0.23

\*: P<0.05, \*\*: P<0.01, \*\*\*: P<0.001

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) : 親が報告する子どもの困難な行動

PS (Parenting Scale) : 親の子育てスタイル

RQI (Relationship Quality Index) : 夫婦間の関係の質と満足度

JM (Japanese version of Maltreatment) : 親の子どもへの不適切な行為

効果量 : Cohen's d = {M(A,③) - M(A,①)} / √{(SD(A,③)<sup>2</sup> + SD(A,①)<sup>2</sup>}/2}

(A : 介入群, M : 平均, SD : 標準偏差, ① : 1回目尺度点数, ③ : 3回目尺度点数)

効果量大 : d=0.8, 効果量中 : d=0.5, 効果量小 : d=0.3

=0.000,  $d=1.03$ で有意差がみられ、効果量大であった。PS (多弁さ) は、 $P=0.02$ ,  $d=0.58$ で有意差があり、効果量中であった。PS (総合スコア) は、 $P=0.000$ ,  $d=1.26$ で有意差があり、効果量大であった。夫婦間の関係の質と満足度(RQI)では、介入群と待機群の間に有意差は見られなかった。親の子どもへの不適切な行為(JM)では、 $P=0.007$ ,  $d=0.74$ で、対照群と比較して介入群に有意差があり、効果量大であった。

## 2) 長期介入効果 (表3)

介入群内で有意差の見られたものは、SDQ, PSであった。介入前と介入3か月後において、SDQ (難しさの合計) は $P=0.003$ , SDQ (行動問題) は $P=0.009$ で有意差が見られた。SDQ (過剰活発) は $P=0.043$ で有意差が見られた。PSはすべての項目で有意差が見られた (手ぬるさ $P=0.041$ , 過剰反応 $P=0.027$ , 多弁さ $P=0.003$ , 総合スコア $P=0.000$ )。また、介入直後と3か月後ではPS (総合スコア) が $P=0.022$ で有意差が見られた。

## IV 考 察

### 1. 対象について

本研究の対象はASDの確定診断を受けた児ではないが、PARSで9点以上のASDの傾向がよく見られ、DQが境界域で外からみて障害が分かりにくい集団であった。また、本研究の平均年齢は3.7歳で、先行研究<sup>17,30)</sup>では平均年齢4~5歳代が多い状況のため早期介入できたと考える。介入前のSDQ, PSのスコアを健常児の親に実施した研究<sup>30)</sup>と比較すると、母親が問題と感じている児の行動(多動, 行為問題)は高く、確定診断を受けた児の親<sup>14)</sup>と同程度であった。このことから、子育ての負担の高い人が多く、ASDを疑われた児の育てにくさと母親の育児負担の大きさが明らかになった。

### 2. プログラムの介入効果

介入前後で有意差が見られたものは、親の子育てにおける過剰反応, 多弁, 子どもの行動問題であった。これは、SSTPが単に問題行動に対処する技術を伝えるだけでなく、ほめることや注目していることを伝えることで親子間の建設的な関係を促すため、親が不必要に指示する回数が減り、子どもが親の気を引くための問題行動が減ったと考えられる。また長期効果としては、これらに加え親の子育てにおける放任や子どもの多動が改善された。これは、親が子どもの行動を注視することで子育てにおける放任が軽減し、子どもの多動が抑制されたと考えられる。以上のように、親が児を観る視点に変化し、子育てにおいて児への関わりが変化したことで、児の

状態が変わるという良い循環が生じ、育てにくさが減少したと推測される。また、介入直後において叩くなどの児への不適切な行為(JM)に改善が得られたことで、SSTPが親の養育態度の変化につながることを示唆された。

ASDの診断を受けた2~10歳の子どもの親( $n=54$ )を対象にSSTPを実施した先行研究<sup>18)</sup>と比較すると、親の子育てスタイル(PS)に変化が得られやすいのは同様であったが、子どもの状況(SDQ)において変化が多く得られた。また、介入前と介入3か月後の比較においても、先行研究と比べると子育てや子どもの状況で効果が持続した項目が多く得られた。育児における不適切な対応を早期に改善することができ、子どもの状況が変化したことも成果であると考えられる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

今回のサンプル数では十分な検出力が確保できていないことが、本研究の限界である。また、介入効果として、4つの尺度から成る質問紙の回答を母親から得たが、母親の主観的な評価だけでなく第三者による評価があれば児の変化をより客観的に知ることができる。プログラムの長期効果は、親の子育てに関しては介入3か月後にスコアが悪化していたことからプログラムの効果が持続できるような支援が必要である。また、児の発達やライフイベントの影響を考慮して3月後と設定したが、先行研究では6か月後から1年後に設定しているものもあり、期間をどのように設定し検討していくかが今後の課題である。評価尺度のJMにおいては、信頼性と妥当性を構築していくことが課題である。

### 4. 現場での課題

診断がなくとも、2~6歳という就学前にASDを疑われた児の育てにくさが明確になり、診断前に児の発達状況の受容にむけた、親が児との関わり方を学べる支援が必要である。今回の対象児はDQが境界域で診断を受けにくいことから、児の発達予後が如何なるものであっても診断ありきではなく、まずは親が目の前にいる児を受け入れて発達を促す関わりを早期から行っていくことが重要で、アスペルガー症候群を除く重度のASDの場合1歳半頃までに発見すれば、軽度の場合は3歳頃までに発見できれば「早期」と言える<sup>31)</sup>。発達障害に関する支援の有無が学校適応についての予後に影響する<sup>32)</sup>ことから、3歳児健診までに発見されて支援に繋がっていくことが望ましい。

ASD傾向を持つ児は、人とのつながりを保ちづらいところがあり、その児を育てる保護者も他児と同じようにできない不安から周囲との関わりから遠

さかり孤立感を持ちやすい<sup>33)</sup>。健診から診断に至るまでこのような親子を把握している保健師にとってSSTPは、保護者と子どもを支援する方法論として有効である。今後、そのような保護者の方が集い、悩みや思いを共有できる場として、SSTPが地域で定着していくことがさらなる課題である。

## V 結 語

A市に在住するASDを疑われた2~6歳の子どもを持つ母親を対象に、SSTPを実施し、その効果について検証した。SSTPの介入前後で、親の子育てにおける過剰反応、多弁、子どもの行動問題が改善された。また、介入後3か月後においては、これらに加え個人内の変化として親の子育てにおける放任や子どもの多動が改善された。そのため、ASDを疑われた児の母親を対象にSSTPを実施することにより、親子関係の構築を手助けすることができ、不適切な関わりを改善することができた。

本研究実施にあたり、市の親子教室や早期療育で募集の周知や作業にご協力くださったA市職員の方々、プログラムの認定ファシリテーター、そして研究にご協力くださった保護者の皆様に、深く感謝申し上げます。また、開示すべきCOI状態はない。

(受付 2018. 5. 18)  
(採用 2019. 2. 1)

## 文 献

- 細川 徹, 本間博彰. わが国における障害児虐待の実態とその特徴, 平成13年厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業). 2001; 382-390.
- 村田絵美, 山本知加, 加藤久美, 他. 発達障害児の養育者が求める支援—堺市質問紙調査より—. 小児保健研究 2010; 69: 402-414.
- 中山かおり. 就学前の発達障害の特徴を持つ子どもの保護者のための個別育児支援プログラムのアウトカム評価. 2012; 54-69.
- 笹森洋樹, 後上鐵夫, 久保山茂樹, 他. 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 2010; 37: 3-15.
- 大野貴子. 障害児と虐待. 小児の精神と神経 2009; 49: 33-36.
- 永井洋子, 林 弥生. 広汎性発達障害の診断と告知をめぐる家族支援 小特集・広汎性発達障害の診断と告知をめぐる. 発達障害研究 2004; 26: 143-152.
- 船津守久, 李木明德. 障害児を持つ母親の子育てについての語り (I) —出産から3歳までの子育て—. 広島大学学校教育学部紀要 1997; 19: 87-97.
- 細川 徹, 本間博彰. わが国における障害児虐待の実態とその特徴. 平成13年厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業). 2001; 382-390.
- 杉山登志郎. 発達障害としての子ども虐待. 子どもの虐待とネグレクト 2006; 8: 202-211.
- Bender HL, Allen JP, McElhaney KB, et al. Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Development and Psychopathology* 2007; 19: 227-242.
- Conningham CE, Boyle MH: Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30: 555-569.
- Chandler S, Christie P, Newson E, et al. Developing a diagnostic and intervention package for 2 to 3 year olds autism. *Autism* 2002; 6: 47-69.
- Kristin AF, Bruce LB. Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004; 33: 182-195.
- 松本有貴. 前向き子育てプログラム「トリプルP」. *チャイルドヘルス* 2005; 8: 297-300.
- Triple P Japan 活動実績. <http://www.triplep-japan.org/result.html> (2019年5月1日アクセス可能).
- Sanders MR, Mazzucchelli TG, Studman LJ. Stepping Stones Triple P; the theoretical basis and development of an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2004; 29: 265-283.
- 柳川敏彦, 平尾恭子, 加藤則子, 他. 自閉症スペクトラム障害の子どもと家族のためのペアレント・プログラムの実践—グループ・ステッピングストーンズ・トリプルPの効果について—. *子どもの虐待とネグレクト* 2012; 14: 135-152.
- Goodman R. The strength and difficulties questionnaire, research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 581-586.
- Goodman R. The extended version of the Strength and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric case and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40: 791-799.
- Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, et al. The parenting scale, A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment* 1993; 5: 137-144.
- Norton R. Measuring marital quality, a critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family* 1983; 45: 141-151.
- 子どもの虐待防止センター. 一般家庭調査 母親が行う虐待行為の実態「児童虐待とその対策」. 平成10年度社会福祉・医療事業団子育て支援基金事業 1999.
- 森脇愛子. 子どもの強さと困難さアンケート (SDQ) 日本版の標準化と信頼性・妥当性検証. *日本社会精神医学会雑誌* 2012; 21: 457-458.
- 野田 航. 日本語版 Strengths and Difficulties Questionnaire親評定フォームについての再検討. *精神医学*

- 2012; 54: 381-391.
- 25) 阿部重希子, 小林淳子. 日本語版 Parenting Sense of Competence (PSOC) 尺度の信頼性, 妥当性の検討. 日本看護学会誌 2009; 11: 23-30.
- 26) 井潤知美. Parenting Scale 日本語版の作成および因子構造の検討. 心理学研究 2010; 81: 446-452.
- 27) Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavior Science. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- 28) 水本 篤, 竹内 理. 効果量と検定力分析入門—統計的検定を正しく使うために—. 外国語教育メディア学会関西支部メソドロロジー研究部会報告論集 2010; 47-73.
- 29) 水本 篤, 竹内 理. 研究論文における効果量の報告のために—基礎的概念と注意点—. 英語教育研究 2008; 31: 57-66.
- 30) 柳川敏彦, 平尾恭子, 加藤則子, 他. 児童虐待予防のための地域ペアレンティング・プログラムの評価に関する研究—前向き子育てプログラム (トリプル P) の有用性の検討—. 子どもの虐待とネグレクト 2009; 11: 54-67.
- 31) 大屋 滋. 親として期待する早期発見と早期支援のあり方. 教育と医学 2010; 59: 4-12.
- 32) 吉岡三恵子, 井坂雅子. 乳幼児期より客観的評価ができた Asperger 障害の発達経過について. 脳と発達 2012; 44: 60-65.
- 33) 小尾栄子. 広汎性発達障害児を育てている家族への支援 (山梨の状況から). 看護研究集録 2009; 9: 27-52.
-

## Effects of the Stepping Stones Triple P for mothers of pre-school children with suspected Autistic Spectrum Disorder

Junko NOJIRI\* and Toshihiko YANAGAWA<sup>2\*</sup>

**Key words** : ASD (Autistic Spectrum Disorder), Triple P (Positive Parenting Program), child abuse, randomized controlled trial

**Objective** This study aimed to clarify the effectiveness of the Stepping Stones Triple P (SSTP) for mothers of developmentally delayed children.

**Methods** The participants were 36 mothers of children using a development support classroom after a medical examination in A city. The children, aged 2 to 6 years old, were suspected to have autism spectrum disorder (ASD) based on Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale (PARS) scores of 9 points or more. The investigation randomly assigned them to two groups—"the intervention group" and "the control group"—and carried out SSTP. The intervention group answered the questionnaire before and after intervention, three months later. The control group also answered the questionnaire 2 months before the intervention, before and after intervention. Thus, each group answered three times. The questionnaire used the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), a Parenting Style scale (PS), the Relationship Quality Index (RQI), and the Japanese version of a Maltreatment scale (JM). For effectiveness of the intervention before and after, an analysis of covariance was carried out on the scores from the first and second questionnaires in the intervention and control groups. For effectiveness 3 months after the intervention, a repeated-measures analysis of variance was performed on the scale scores from the first to the third questionnaire in the intervention group.

**Results** The average age of the children was  $3.7 \pm 1.4$  years old, and the average PARS score was  $20 \pm 6.8$ . They were suspected to have ASD. The average SDQ score was  $76.1 \pm 18.8$ , and their intelligence was borderline. A significant difference was seen before and after the intervention in SDQ (the issue of action, the total of the difficulty), PS (overreaction, gab, general score), and JM scores; no significant difference was seen in RQI scores. Three months after the intervention, a lasting effect was seen in SDQ (the issue of action, the total of the difficulty, hyperkinetic) and PS (all items) scores in the intervention group.

**Conclusions** Receiving SSTP caused a positive change in the mothers' parenting and improved the problem behavior of the children. It was suggested that SSTP was connected to the prevention of child abuse because it helped stop parents from hitting their children.

---

\* Wakayama City Office

<sup>2\*</sup> Wakayama Medical University Nursing Health