

# ADHDのペアレント・トレーニングの 日本における展開

——家族による実践に着目して——

佐々木 洋子

## 1 背景と目的

本稿の目的は、ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 注意欠如・多動性障害) への対処法のひとつとして知られる「ペアレント・トレーニング (Parent Training, 以下PT)」について、その概要および日本での展開を概観することである。

PTとは、なんらかの行動上の問題を抱えているとされる子ども<sup>1)</sup>の親に提供される、主にアメリカで発展した行動理論に基づく治療プログラムである。端的には、子どもの行動を観察し、適応的な行動には報酬を与え、不適応行動には反応しないことや、罰を与えることを通じて、子どもの適応行動を増やすことを目的とする。PTの歴史をまとめた免田賢によれば、様々な子どもの行動問題を改善するために、子どもに直接働きかける形の治療や訓練が専門家によって行われていたが、それらにはいくつかの課題があった(免田 2011)。たとえば、仮に診療場面において子どもの行動の変化(問題行動の改善)をもたらすことができたとしても、その効果が必ずしも持続しないという問題がある。また、専門家による治療を受けることができる時間には、限界がある。そこで、様々な環境・状況を配慮することができ、継続的に訓練を行うことができる(と仮定される)親の存在がクローズアップされ、治療対象者に直接働きかける媒介者として、親に「共同治療者」の役割が与えられたのである(免田 2011)。以後、PTは様々な子どもの行動問題に対する有効な手立てのひとつとして普及し、現代日本社会においても、ADHDへの対処法として注目を集めている。

数あるADHDへの対処法のうち、本稿がPTに着目するのは、第一に、ADHDへの標準的な対処法として、薬物療法とならんで重要な対処法と見なされていること、第二に、日本においてPTは、ADHDをもつ当事者への支援のみならず、ADHDの子をもつ親への支援にもなると見なされており、親自身が積極的にこのプログラムを取り入れている様子が見られるからである。

以下、2節では、ADHDに関する医学的説明の概要と、PTの基礎的な論理を確認する。次いで3節では、日本での展開として、新たに開発された日本版標準プログラムに基づき、PTプログラムの内実を確認する。4節では、ADHDの子をもつ親による家族版PTの実践例を紹介する。

## 2 ADHD対処法としてのPT

### 2.1 ADHDとPT

ADHDとは、アメリカ精神医学会の発刊する『精神疾患の診断とマニュアル (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder) 』に定められた (精神) 医学的カテゴリーである。生来的な脳機能障害が発現の主要因であると想定され、年齢に不相应な多動性や衝動性、または不注意などがその特性として挙げられる。たとえば、「じっとしていることができない」「落ち着きがない」「待つことができない」「(学童期の子どもであれば) 座って授業を受けることができない」「集中力の持続が困難」「忘れ物が多い」などである。

日本では、2000年代になって広く一般に認知が高まった概念であり、「学習障害」や「高機能自閉症」「アスペルガー症候群」等とともに、「発達障害」のひとつとして、社会的な支援制度の構築が進められている。2012 (平成24) 年に文部科学省が実施した「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」によると、発達障害のある子どもを含む特別な支援を必要とする児童生徒は、約6.5%であり、そのうちADHDが疑われるような行動上の問題を抱えるとされる児童生徒は3.1%であった (文部科学省 2012)。

ADHDの子どもの抱える問題は、障害の症状あるいは特性そのものと考えられる一次障害と、そうした症状を起因としつつ、他者との相互作用の結果として現れてくる二次障害との混合であると考えられている。前者は、生物学的なものであるため軽減させることは難しいが、後者については、可変的であると捉えられている。

ADHDへの対処法は、主要なものだけでも複数あり、多くの場合、それらが併用されている。もっともよく知られるのは、塩酸メチルフェニデートなどの薬物を服用する薬物療法である。対症療法となるが、数少ない一次障害を改善するための方法であり、服用者のうち3分の1程度に効果があるとされる。また、社会的スキルを身につけるためのソーシャル・スキル・トレーニング (社会技能訓練) や、生活環境を見直し、周囲の環境を整えていく環境的対応もある。

PTは、そうした複数ある対処法のうちのひとつであり、ADHDをもつ子どもの周囲の人々 (多くの場合は保護者としての親) が、適切な養育技術を身につけることで問題状況を改善させていくことを試みる方法である。ADHDの子どもへの治療法として、薬物療法と合わせて活用すると効果的であるとされており、アメリカやカナダでは、ADHDの包括的治療法の柱として位置づけられ、重要視されている<sup>2)</sup>。ADHDの子をもつ親によるPTは、子どもの適応行動が増加するだけでなく、親の養育上のストレスを軽減する効果も持つという理由から、多くの専門機関で推奨されている。また、薬物療法に対する抵抗感が強い場合にも用いることができる手法でもある。

日本における医療機関での実施については、2007年に行われたアンケート調査<sup>3)</sup>によれば、「採用している治療法 (複数回答)」では、薬物療法 (84.3%)、育児に関する助言 (81.8%)、保育・教育機関との連携 (80.8%)、心理的対応 (75.1%) といった主要なものに次いでPT (34.9%) であった。採用している治療法のうち、有効だと感じているものについては、薬物療法 (86.0%) に次いで72.2%となっており、比較的有効感が高い。また、「現在は採用していないが、今後条件

が整えば実施したい治療手技」では、PTの52.1%がもっとも高い等、2007年段階では、実施している医療機関は決して多くはないものの、医療機関においてもその有効性に期待が持たれていると考えられる（AD/HDの診断・治療研究会 上林・齊藤・北編 2003）。

また、厚生労働省傷害保険福祉部による『今後の障害児支援の在り方について（報告書）：「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか』においても、「家族支援」のひとつとして位置づけられ、2015（平成26）年度から、PTを都道府県等が実施する場合には国庫補助対象となる等、徐々に広がってきている（障害児支援の在り方に関する検討会 2014）。

## 2.2 構造

PTは、「親は自分の子どもに対して最良の治療者になることができる」という考えに基づいて親に対して行われる、主にアメリカで発展を遂げた行動理論に基づく治療プログラムである。その主目的は、行動問題があるとされる（＝治療が必要とされる）子どもの行動変容、すなわち適応行動を増やし、不適応行動を減らすための養育技術を親が習得することである。

PTには、個人に対して行われるものと、集団で行われるものがある。ADHDの場合、グループを対象に行われるものについての報告が多く、本稿でも、グループで運営されるものを念頭に置いている。PTは、次のような二重構造をもっており、通常は、専門性のある（あるいは研修を受けた）インストラクターによって運営される。

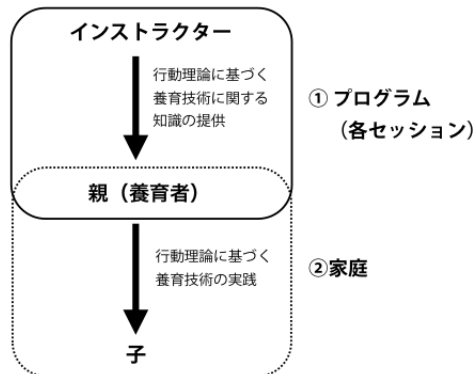


図1 PTの構造

PTの受講者は、①プログラムの各セッションにおいて、行動理論に基づく養育技術を学習し、②家庭において、PTで得た知識や技術を用いながら自分の子どもに接するという形をとる。後述のように、プログラムは継続的なものであるため（約2週間に1回半年間を目処に計画が立てられている）、受講者は、自分が家庭で行った実践記録を作成しておき、次のセッション時に①の場へとフィードバックするような構成となっている。

## 2.3 理論的背景

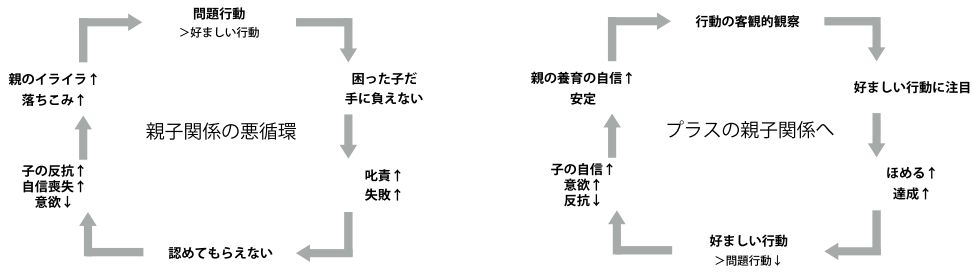
では、どうすれば、主目的である子どもの行動変容を促すことができるのか。その基礎となるのは、子どもに対する「注目力」を活用することであるとされる。ひとはみな、注目されたいとい

う欲求を持っており、特に子どもたちはその欲求が強いという。応用行動分析学では、「行動の直後に出現すると、その行動の将来の生起頻度を上げる刺激、出来事、条件」を好子、「行動の直後に消失すると、その行動の将来の生起頻度を上げる刺激、出来事、条件」を嫌子と定義している。好子の出現や嫌子の消失経験は行動を強化し、行動は増加する。好子の消失や嫌子の出現経験は行動を弱体化させ、行動は減少する。また、強化され増加した行動に対して、好子の出現や嫌子の消失を中止すると、その行動は減少し、その後消失すると考えられている（佐藤 2010: 12-13）。ある行動に対して「注目」があれば、その行動は次から起こりやすくなるが、これは、「ほめる」などの肯定的な注目だけでなく、「叱責」のような否定的な注目によっても生じる。すなわち、子どもの「不適応行動」を叱責することは、子どもから見れば、ほめられた場合と同様、親や教師など大人からの注目を集めることに成功しているのであり、その「不適応行動」の誘因となる。したがって、不適応行動を止めたいと考える親にとっては、逆効果をもたらしてしまう。「子どもの行動は注目の影響を強く受け、適応行動に肯定的な注目をする（ほめる）ことにより、行動は増加し、不適応行動に注目しない・注目を取り去る（無視する）ことにより、行動は減少・消失する」（佐藤 2010: 15）。したがって、PTという文脈では、親は子どもの望ましい行動（増やしたい行動）が起こった際には、すかさず注目していることを伝えるために「ほめる」ことが求められ、望ましくない行動については「反応しない」ことが求められる。

## 2.4 PTの意義

上述のような子どもの行動変容により、親子関係を改善させることもまた、PTの効果として期待されている。ADHDをはじめとする発達障害は、見た目では障害をもつことがわかりにくい。また、ADHDの特性として知られる、不注意・多動・衝動性も、日常の行動の延長上にあり、障害の要因が目視できないため、特別な支援を必要とするとの理解が得られにくい。それゆえ、ADHDをもつ子どもは、周囲の大人から叱責を受けることや、友達との関係性がうまくいかなることが多々あり、ADHDのある子どもは、周囲から否定的評価を繰り返されることによって、セルフエスティームが低い状態に陥ることや二次障害に陥ることもあるとされる。ADHD児の一部が、反抗挑戦性障害（Oppositional Defiant Disorder：反抗的行動をとるが重大な権利侵害や器物損壊、人や動物への残虐行為などはとらない）、行為障害（Conduct Disorder：他人への攻撃、規則違反などの反社会的行動を繰り返す）との関連を「DBDマーチ（Destructive Behavior Disorder March：破壊的行動障害の行進）」として概念化した知見もある。適切な支援を受けることで、この経過を抜け出すことができるとされている（AD/HDの診断・治療研究会 上林・斉藤・北編 2003）。

また、そうした子どもを育てる親（保護者）も、子どもの「問題行動」をしつけの失敗や愛情不足などと養育の問題と見なされがちであることや、自身も、そのように捉え、養育上のストレスを抱えがちであり、落ち込みや酷い場合にはうつ状態を経験することが知られている。適切な養育技術の習得により、子どもの状態が安定することは、親（保護者）自身のストレスを軽減させることにつながり、また親（保護者）の子育てへの自信も回復することにつながると期待されており、家族支援のひとつとして位置づけられている<sup>4)</sup>。



(出所) 岩坂編 (2012: 23)

図2 親子関係のモデル

このようなADHDに特有の養育上の困難から、親子関係が悪化している場合も多く、PTではこうした悪循環を、好循環（「プラスの親子関係」）へと変えていくことも目標のひとつとなっている（図2）。

### 3 日本版PT

#### 3.1 日本への導入

PTは、1960年代から徐々に研究が蓄積され始め、1970年代以降、訓練対象も発達障害から別の様々な問題行動へと拡大され、不従順、反抗的、攻撃的な子どもなどへも適用されている（免田 2008）。現在のアメリカ式ADHDのPTは1980年代に開発され、Barkleyによってマニュアル化されている（Barkley 1995=2000）。

日本では、1990年代から肥前療育所のグループによる知的障害もあわせもつ子どもへの生活能力の向上を目指す「親訓練」が行われており、90年代後半から要望の増えた発達障害に応じる形でアレンジされた「ADHDに対する肥前方式プログラムHPST」（2001）がある。また、90年代後半のADHDの診断と治療のガイドライン作りの過程で、UCLA（カリフォルニア大学ロサンゼルス校）のプログラム（Whiteham 1991=2002）とマサチューセッツ医療センターに所属していたBarkleyのもの（Barkley 1995）が紹介され、国立精神保健研究所グループと奈良医大グループの協同で、国内向けに修正した日本版PTが開発された（「奈良方式・精研式プログラム」）（ADHDの診断・治療研究会 上林・齊藤・北編 2003: 187-204）。前者は、学習と条件付けの原理を基礎に行動変容モデルに忠実に基づくアプローチ（応用行動分析アプローチ）であり、後者は、親が養育スキルを身につけることで、親子相互の肯定的感情体験を通し、子どもの自尊感情を高め、親子関係を強めることで治療を行う関係強化アプローチ（認知的変容アプローチ）である（免田 2011）。また、日米の文化的相違に着目し、アメリカ式と日本式との比較をした佐藤利憲によれば、日本式PTはアメリカ式PTに比べ、ほめる手法に重点を置いたプログラムで構成され、日本人の価値観や行動様式に配慮し、不足した手法を補足・強化するプログラムとなっている（佐藤 2010）。

### 3.2 日本版PTの標準プログラム

本項では、日本版PTの標準版プログラムを紹介する。その際、「奈良方式・精研式プログラム」を中心に話を進める。以下、「奈良方式・精研式プログラム」の標準プログラムについては、岩坂英巳編の記述に基づいている（岩坂編 2012）。

日本版標準プログラムは、グループで行われている。PTの受講者は、ADHD等のある子どもの親<sup>5)</sup>で、受講者は6人程度が望ましいとされている。子どもの年齢は、原則、幼稚園年長から小学校5年生ぐらいまでである。1回のセッションは約90分で、2週間に1回を基本とし、全10回を約半年かけて行われる。開催日時や費用はプログラムによって異なるが、たとえば筆者の受講したプログラムでは、平日の午前中に開催され、1回のセッションあたり2000円を目処に設定されていた。全体の流れは、第1回目にADHDをはじめとする発達障害やPTの目標を確認したのち、前半4～5回では、行動の客観的観察と観察に基づき子どもをほめることを学び、後半5回では、効果的な指示の出し方やタイムアウトなどのテクニック習得を行うように構成されている（表1参照）。また、プログラム終了後も一定の間隔でフォローアップの会が開かれることもある。PTで学ぶ技法は、日常生活において継続的に活用していく必要があるが、プログラム終了後は継続させることが難しいことも知られており、フォローアップの重要性も説かれている。

セッションにおいて、受講者は、ラウンドのテーブル等を囲んで座る。各セッションは、おおよそ前半にウォーミングアップ（子どもの良いところ探し）、前回のテーマの復習（「宿題」報告）を行い、後半は今回のテーマの実習、質疑応答と次回までの宿題の説明というように進められる。「子どもの良いところ探し」とは、日本版開発時に取り入れられたものである。最近見られた子どもの良いエピソードを順に披露することで、緊張感をほぐし、スムーズにセッションに入るためや、日頃から子どもの良いところに目を向けることを促すための試みである。続いて、宿題報告が行われる。「宿題」とは、各回の学習内容を家庭で実践し、その際のエピソードを所定の用紙に記入する作業である。宿題の主目的は、学習内容の継続的な実践による定着をはかり効果を高めることであり、強制されはしないが、基本的には毎回の提出が求められている。

## 4 家族版PTの事例

PTは、基本的に先述の標準版プログラムに準拠して行われるものの、行動変容を促したい対象者が誰であるのか、どのような問題を抱えているのか（たとえば、障害の別）、インストラクターが誰なのか、あるいは時間的な制約等によって、プログラムに柔軟に変更が加えられることがある。そのため、ADHDのPTといっても、多様なヴァリエーションが存在している。近年では、教師向けの「学校版ティーチャー・トレーニング」、幼児を対象とした「幼児版PT」や「幼児版ティーチャー・トレーニング」等のプログラムも開発されている（岩坂編 2012）。

プログラムを運営するインストラクターについても、医療機関における医師だけでなく、心理士・ソーシャルワーカー・特別支援教育士・保健師・教育相談員・発達相談員等、多様な職種によって担われている。また、必ずしも専門家だけではなく、プログラム修了生である家族がインストラクターとなってPTを行うケースも見られる。



表1 標準プログラム

	テーマ	プログラム内容
1	プログラムオリエンテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフ紹介, 調査票回収</li> <li>メンバー紹介</li> <li>ミニ講義(発達障害とPT)</li> <li>会の進め方</li> <li>お願い</li> </ul>
2	子どもの行動の観察と理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>子どもの行動観察: 行動とは</li> <li>子どもの行動の理解(子どもの行動に影響を与える4つの要因)</li> <li>子どもの行動の客観的な観察記録</li> </ul>
3	子どもの行動への良い注目のしかた——行動の3つのタイプ分け——	<ul style="list-style-type: none"> <li>親子相互作用(やりとり)をプラス(+ )の方向に向ける</li> <li>子どもの行動を3つのタイプに分ける           <ol style="list-style-type: none"> <li>①あなたが好む, 増やしたい行動→〈ほめる〉</li> <li>②あなたが嫌いな, 減らしたい行動→〈無視(ほめるために待つ)〉</li> <li>③許しがたい, なくしたい行動→〈警告→タイムアウト〉</li> </ol> </li> </ul>
4	親子タイムと上手なほめ方	<ul style="list-style-type: none"> <li>親子タイム: 子どもにとって特別な時間(スペシャルタイム)           <ol style="list-style-type: none"> <li>①親は干渉(口出し)せずに, 子どもとかかわって一緒に遊ぶ(2人きりで)</li> <li>②子どもは, 自分の好きなことを自分で選んで遊ぶ。</li> <li>③親はよく観察して, 子どものそばで, 子どものやっていることをほめたり, 声をかけたりしながら, 子どもの遊びに興味をもっていることを示す。多少の不適切な行動は無視する。</li> </ol> </li> <li>上手なほめ方</li> </ul>
5	前半のふりかえりと学校との連携	
6	子どもが達成しやすい指示の出し方	<ul style="list-style-type: none"> <li>なぜ指示を達成できないのか(子どもの特性)</li> <li>達成しやすい指示を出すためのテクニック           <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 予告</li> <li>B. CCQ: Calm 穏やかに, Close 近づいて, Quiet 落ち着いた声で</li> <li>C. 壊れたレコードテクニック(Broken Record Technique)</li> <li>D. 指示に従ったら忘れずにほめる</li> </ol> </li> </ul>
7	上手な無視の仕方(ほめるために待つ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>子どもの行動を3つのタイプに, 一貫して対応する(復習)</li> <li>プラスのほめかた(好ましい行動を増やす)(復習)</li> <li>プラスの無視の仕方(好ましい行動を増やす)</li> </ul>
8	なくしたい行動とリミットセッティング トークンシステム(ごほうび)	<ul style="list-style-type: none"> <li>リミットセッティング(警告・イエローカード)</li> <li>タイムアウト(罰・レッドカード): ペナルティ, 「許しがたいこと」をした際に, 何か取られたくないものを取り去ること</li> <li>トークンシステム(ごほうび制度): 自分で決めた約束事が守れた場合にトークンを得られる</li> </ul>
9	ほめ方, 無視の仕方, タイムアウトのまとめ	<ul style="list-style-type: none"> <li>上手なほめ方: タイミング良く, 具体的に行動をほめる, 気持ちも伝えて</li> <li>無視: 好ましくない行動に過剰に反応せずに少し距離を置いて見守り, ほめるために待つ</li> <li>タイムアウト</li> </ul>
10	全体のまとめとこれからのこと, 学校との連携【再】	

岩坂編(2012)をもとに筆者作成

インストラクターに特に資格が設けられていない理由のひとつには、PTのニーズに比してインストラクターおよび実施機関が少ないという日本の現状をふまえ、PTを普及させることを優先させたいと考えるプログラム開発者側の判断もある。一方で、PTの有効性を高めるためにも一定の研修やフォローアップを受けることが望ましいとされており、たとえば「奈良・精研方式」では、インストラクターやインストラクター希望者を対象とする講習会（「ペアレントトレーニング指導者養成講座」）が定期的に開催されている。

以下では、PTのヴァリエーションのひとつとして家族版PTを取りあげ、その実践の概要を紹介する。

#### 4.1 家族版PT

家族版のPTは、家族会における家族支援のひとつとして提供されることが多い。家族会版のPTについて、岩坂らの報告によれば、家族によるPTにおいても、病院での専門家によるプログラムと同様に有効性が認められている（岩坂・楠本・大西 2004）。その特徴としては、インストラクターが受講者と同じADHD児を持つ親であることから、親の精神面のサポートに関わる感想が多かったことが指摘されている。さらに、医療機関におけるPTでは、子どもの年齢制限や、受講できる人数に制限があるため、受講希望者のすべてが受講することができるわけではないという状況において、家族会版のPTが重要な支援法として位置づけられている（岩坂・楠本・大西 2004）。

PTのインストラクターをつとめる家族による実践報告もなされており（楠本 2012）、これによると、プログラムには実践上の独自の工夫が加えられている。家族によるPTでは、専門家によるものに比して、多様な工夫が見られることも予想されるが、以下では、筆者が記録係として参加したPTでの観察記録<sup>9)</sup>と、AさんとAさんによるPTを受講者であるBさんへのインタビュー調査<sup>7)</sup>から得られたデータをもとに、Aさんによる家族版PTの実践を素描し、その特徴について4点挙げる。

#### 4.2 Aさんによる家族版PTの実践

家族版PTのインストラクターであるAさんは、非専門家である。Aさんは、ADHDの子をもつ母親であり、日本版PTとして開発された「奈良方式・精研式プログラム」の病院版PTの終了生でもある。自身にとってPTが非常に有効であったという実感から、「もっとPTが広がってほしい」と当時のインストラクターへと伝えたところ、「じゃあ一緒にやろう」と言われ、インストラクターを始めることとなった。最初は、病院版PTを忠実に再現することから始め、回数を重ねるなかで、少しずつ自分なりのやり方を確立していき、現在では、Aさんは全国各地でPTのインストラクターを務めている。

##### (1) peer to peerの関係性

まず、改めて指摘しておきたいのが、インストラクターであるAさんは、受講者と同じ、ADHDの



子をもつ親であるという点である。したがって、PTの場そのものが、「同じような経験をしてきた者同士」というセルフ・ヘルプ・グループ的な側面をもつ集まりとなりうる。Aさん自身は、「グループで仲良くなってお互い高めあえるような、何でも言えて泣けるような場にして欲しい」とプログラムの初回に説明している<sup>8)</sup>。養育技術の獲得にとどまらず、そこでの実用的な情報交換も受講者にとっては意味のあるものとなることもある。

## (2) 対象とする子どもの年齢

子どもの年齢についての制限が、標準プログラムとは大きく異なっている。医療機関で行われるPTの多くでは、対象となる子どもの年齢に制限が設けられており、原則として、幼稚園年長から小学校5年生ぐらいまでとされている。プログラムの中には、トークンシステムのように、年齢が高くなると使いにくい技法が含まれること、また、よりテクニカルな部分では、プログラムの効果判定を行ううえで受講者のコントロールが必要となってくる等の理由がある。しかし、Aさんの場合には、そうした効果判定を厳密な意味で行う必要性はないこと、そしてそれ以上に、PTを、「子どもの行動変容」というよりも、「親自身の（子の見方を変えるという）訓練である」と考えていることから、子どもの年齢は問題ではないとしている<sup>9)</sup>。したがって、AさんのPTの受講者の子どもの年齢は幅広く、筆者が参与したケースでは、下は4歳、上は32歳の子をもつ親の受講があった。

このような子どもの年齢の幅は、異なる発達段階のエピソードが同時に語られるため、受講者間の関係性のとり方や、話題が拡散しやすくなる可能性がある一方で、小さな子どもを持つ母親にとって、「先輩お母さん」の経験談を聞くことができるという大きなメリットもあると考えられる。現在抱えている問題について、「うちもそうだった」「そういうときは、こういう風にした」「落ち着くよ」「変わらないよ」等、必ずしも嬉しい情報ばかりではないが、先の見通しを立てるのに参考となる情報を得ることができる可能性がある。

## (3) 日常生活での応用

Aさん自身が病院版PTの受講者であり、PTで学び、家庭で実践してきた経験を活かし、プログラムの運用面を独自に工夫している点も挙げられる。PTで教示される様々な事柄は、あくまでもひとつの例示であり、誰もがその通りに家庭で実践できるわけではない。Aさんは、インストラクターを務めるためには自分自身が使いこなせなければならないとの思いから、意識的にPTの教えを実践してきた。その中で、自身が実践できたこと／できなかったことをふまえ、日常生活で活用しやすいように補足やアレンジをしながら、運営している<sup>10)</sup>。そのため、Aさんの話のなかには、専門家によるPTではなかなか言及されないようなレベルの具体的な経験談が多く含まれ、共感を得やすいものとなっている。

## (4) 「宿題」の位置づけ

AさんによるPTの独自性をもっとも表れていると思われるのが、この「宿題」を介して行われる受講者とのやり取りである。宿題とは、各回の学習内容を家庭で実践し、その際のエピソードを所定の用紙に記入する作業である。基本的には毎回の提出が義務づけられている。その主目的は、学習内容の継続的な実践による定着をはかり、効果を高めることであり、この点はAさんのプログラ

ムにおいても共通している。しかし提出された宿題への対応は異なる。

標準版プログラムでは、受講者のモチベーションを下げないように、また、いつも子どもをほめる立場の母親に、ほめられる体験をしてもらおうという意図から、宿題に取り組めていれば、その内容にかかわらず、互いに拍手して賞賛し合う(岩坂 2012)。他方、AさんのPTでは、宿題として提出された個々のエピソードについて、受講者の対応や意識の是非についてAさんがコメントすることが行われている。つまり、標準プログラムでは宿題に取り組んだこと自体を評価するのに対し、AさんのPTではより踏み込んで、取り組みの内容自体を評価するのである。この変更は、Aさん自身が受講者としてPTを受講していた際に、「いったい自分の対応は良かったのか悪かったのかわからなかった」という経験がもとになっている。したがって、AさんのPTにおいては、宿題をめぐるやり取りが、日常生活でPTを実践することや、日々の悩みについて、非常に具体的なやり取りがなされる時間となっている。このやり取りは、場合によっては、長い時間をとることもある。しかし、受講者の多くに好評なところでもあり、受講者のBさんは、PTの良かったところのひとつに、「宿題についてのやり取り」を挙げている<sup>11)</sup>。Aさんからダメ出しをされることで、自分の対応はいったいどうだったのか、という自分の中の「答え合わせ」ができたことが本当に勉強になったと述べている。自分では「ちゃんとできている」と思っていたことに対してダメ出しされたことには本当に驚いたと述べていた<sup>12)</sup>。

## 5 おわりにかえて

本稿では、ADHDへのひとつの対応のモデルとして、PTへと着目した。まず、2節でPTの基本構造を確認したのち、3節では、日本における標準版プログラムを紹介することで、PTがどのような実践であるかを確認した。続いて、PTがどのように活用されているかを確認するひとつの事例として、ADHDの子を持つ母親がインストラクターをつとめるPTの事例を紹介し、その特徴を4点確認した。すなわち、(1) インストラクターと受講者がどちらもADHDの子をもつ母親であり、peer to peerの関係性で成り立っている場であること、(2) 病院版とは異なり、PT対象者(ここでは主として子ども)の年齢に制限を設けていないため、多様な発達段階の子をもつ母親が集まっており、それに応じた多様な経験談を聞くことができる場となっていること、(3) PTで提供される様々な養育技術は、インストラクターであるAさんが日常生活で実践した経験に裏打ちされているため、具体例が非常に多く挙げられる場となっていること、(4) 「宿題」におけるコメントのフィードバックである。本稿では、AさんのPTの実践を概観する形で紹介したが、こうした取り組みが、実際にどのように養育技術の変容に寄与するのか、といった点の検討については、今後の課題である。

### 【注】

- 1) 「子ども」にかかわる表記について、本稿では、中根成寿(2002)を参考に、親からみた関係性を重視する際には「子」を、それ以外の場合、たとえば一般に18歳未満の「児童」を意味する場合等には「子ども」を用いる。
- 2) the National Institute of Mental Health (NIMH)によって1992年に行われたADHDの治療に関する調査研究(the MTA study)より。「薬物療法単独でもADHDの治療に有効であることが示されているが、MTA研究では、行動療法と薬物療法を合わせて活用することが、家族や教師、子どもが家庭や学校で問題を引

- き起こすような行動を管理したり修正したりするのを助けるのに有効であることが示されている。加えて、これにより薬の量が減る子どももいる」としている (AACAP & APA 2013)。
- 3) 2007年11月～12月にかけて、児童青年精神医学会と小児精神神経学会に所属している医師を対象に行われた。1,644名の医師へ調査票を郵送、434名からの回収。
  - 4) なお、ここでは「親（保護者）」とされているが、筆者の知るかぎりPTの受講者は圧倒的に母親が多い。このことは、子の養育を主として担っているのが母親であることの反映であると考えられる。また、PTの開催日時が平日に設定されており、仕事をもつ父親が参加しにくいということも考えられる。筆者の参与したPTでは、夫婦ともに参加する場合には、受講料を割引するなど、夫婦での参加を推奨している。
  - 5) このプログラムは、ADHDをもつ子どもを対象に開発されたものではあるが、それ以外の障害（たとえばアスペルガー症候群等の自閉症スペクトラム）をもつ子どもの親も参加している。欧米では、PTのプログラムは、自閉症スペクトラムとDBD（破壊的行動障害）という障害別に分化し研究が進められてきたことが指摘されているが、日本の場合、障害種別を明確にわけたプログラム提供が困難であったという指摘もある（原口ほか 2013）。
  - 6) 2012年度に関西で行われた2つのPTプログラムである。主催者は、ADHD親の会と自閉症の親の会であり、関西の公共施設で行われた。期間は、①2012年6月～12月、②2012年9月～2013年3月であり、いずれも平日の午前中に開催された。参加者は、全員母親であり、①11名②7名であった。子どもは、ADHDをはじめとする発達障害の診断を受けているか、疑いがある段階であった。筆者は、記録係として参加した。医療機関等で専門家主導に行われるPTでは、記録や進行を円滑にするため、またはインストラクター養成等のために、記録係を置くことが標準的である。しかし、Aさんは専門家ではなく、記録を残す必要性がないため、自分一人で行う場合が多い。初回の挨拶時に、研究目的での参加であることを伝え、プログラム中はメモを取り、終了後にメモをもとにフィールドノートを作成した。データについては、匿名化に十分注意を払った上での公表の許可を得ている。
  - 7) Aさんへのインタビュー調査は、2013年3月8日、飲食店の個室において約2時間半の半構造化されたインタビューを行った。Bさんは、PTプログラム②の受講者である。Bさんへのインタビュー調査は、2013年7月30日、飲食店において約2時間の半構造化されたインタビューを行った。いずれも対象者の許可のもと録音し、逐語録を作成した。匿名化に十分注意を払った上での公表の許可を得ている。
  - 8) 2012年6月7日、2012年9月21日のフィールドノートより。
  - 9) 初回のプログラムの概要を説明する際に、自身の経験を交えながらこのように述べている。2012年6月7日、2012年9月21日のフィールドノートより。
  - 10) Aさんのインタビューより。
  - 11) Bさんのインタビューより。
  - 12) これは、2012年11月16日の第4回での次のようなやり取りを指している。いつもはバスで騒がしいBさんの子が、自らバスで静かにするという目標を立て、実際に静かにすることができた日があった。バスを降りてからBさんの子が「僕、静かにできたでしょ？」と聞いてきたのに対し、Bさんは、「ほんとすごい。ずっと静かにできたね。お母さんこれで安心だわ」と返答した。Bさんはこれを、「宿題」報告の一環として、ほめることができたエピソードとして話した。それに対し、Aさんは「失敗しているね」と指摘した。Aさんによると、子どもが自ら聞いてくるよりも先に声をかけないと、ほめたことの効果がないのだそうである。この時Bさんは「いかんとは（ダメだとは：筆者注）まったく思っていなかった」と述べており、このやり取りは、後にも何度か引用される、Bさんにとって印象深い出来事となっている。

## 【文献】

- AD/HDの診断・治療研究会 上林靖子・齊藤万比古・北道子編，2003，『注意欠陥／多動性障害－AD/HD－の診断・治療ガイドライン』じほう。
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013, *ADHD Parents Medication Guide*. (2016年10月13日取得, [https://www.aacap.org/Ap\\_p\\_Themes/AACAP/Docs/resource\\_centers/adhd/adhd\\_parents\\_medication\\_guide\\_201305.pdf](https://www.aacap.org/Ap_p_Themes/AACAP/Docs/resource_centers/adhd/adhd_parents_medication_guide_201305.pdf)).
- 原口英之・上野茜・丹治敬之・野呂文行，2013，「我が国における発達障害のある子どもの親に対するペアレントトレーニングの現状と課題」『行動分析学研究』27(2): 104-27.
- 岩坂英巳（奈良教育大学特別支援教育研究センター）編，2012，『困っている子をほめて育てるペアレント・トレーニングガイドブック―活用のポイントと実践例』じほう。
- 岩坂英巳・楠本伸枝・大西貴子，2004，「ADHD（注意欠陥/多動性障害）を持つ子どもへの親訓練

- プログラム家族版の開発と実践」『研究助成論文集』39: 181-4.
- 楠本伸枝, 2012, 「第8章 実施機関に応じた工夫 2 家族会」岩坂英巳(奈良教育大学特別支援教育研究センター)編, 『困っている子をほめて育てる ペアレント・トレーニングガイドブック—活用のポイントと実践例』じほう, 163-73.
- 免田賢, 2008, 「AD/HDに対する親訓練プログラムの効果について」『教育学部論集』19: 17-26.
- , 2011, 「親訓練研究の歴史と展望: 効果的プログラムの開発に向けて(その1)」『佛教大学教育学部学会紀要』10: 63-76.
- 文部科学省初等中等教育特別支援教育課, 2012, 『通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について』文部科学省ホームページ, (2015年3月2日取得, [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/\\_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf)).
- Barkley, Russell A., 1995, *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative, Guide for Parents*, New York: Guilford Press. (=2000, 海輪由香子訳『バークレー先生のADHDのすべて』ヴォイス.)
- 佐藤利憲, 2010, 「注意欠陥/多動性障害のある子どもの保護者へのペアレントトレーニングについて—日本式と米国式ペアレントトレーニングの比較」『研究紀要青葉』2(1): 5-17.
- 障害児支援の在り方に関する検討会, 2014, 『今後の障害児支援の在り方について(報告書)—「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか』厚生労働省ホームページ, (2014年9月24日取得, [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushou\\_gaiokenfukushibu-Kikakuka/0000051490.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushou_gaiokenfukushibu-Kikakuka/0000051490.pdf))
- 中根成寿, 2002, 「『障害をもつ子の親』という視座: 家族支援はいかにして成立するか」『立命館産業社会論集』38(1):139-64.
- Whitham, Cynthia., 1999, *Win the Whining War & Other Skirmishes: A family space plan*, New York: Perspective Publishing. (=2002, 上林靖子・中田洋二郎・藤井和子・井潤知美・北道子訳『読んで学べるADHDのペアレントトレーニング—むずかしい子にやさしい子育て』明石書店.)

---

大阪市立大学大学院文学研究科 都市文化研究センター研究員  
ささき ようこ  
sa-yo@pop02.odn.ne.jp