福岡大学研究部論集B 社会科学編 Vol.13，115-119p（2023.12）

小児科において実現可能性の高い子育て支援の条件
―日本における保護者向け子育て支援プログラムに焦点を当てて―

芦　谷　将　徳

Ⅰ．問題と目的

日本における子育て支援は福祉，行政，医療等様々な分野で取り組まれている。中でも厚生労働省は「健やか親子21」を平成13年から開始し，母子の健康水準を向上させるための様々な取り組みを行っている(厚生労働省，2013)。最終的には74の評価項目のうち，約８割が改善されている(厚生労働省,2013)。この取り組みを踏まえ，その後「健やか親子21（第２次)」が2014年に提示され，推進されている。

「健やか親子21（第２次)」では，３つの基盤課題と２つの重点課題を定めている。３つの基盤課題とは，「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」,「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」,「こどもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」であり，２つの重点課題とは，「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」,「妊娠期からの児童虐待防止対策」である。

「健やか親子21（第２次)」では，中間評価を行っている（厚生労働省，2018)。平成25年度のベースラインと比較して改善している項目がある中，重点課題の「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」における指標である「育てにくさを感じた時に対処できる親の割合」は平成26年度のベースラインが83.4％に対し，平成29年度の直近値では81.3％と改善が見られない状況にある。加えて，「小児人口に対する親子の心の問題に対応できる技術をもった小児科医の割合（小児人口10万対)」は平成24年度の6.2に対し，平成29年度の直近値は7.3と微増に留まっている。「妊娠期からの児童虐待防止対策」における指標の「乳幼児期に体罰や暴言，ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合」は，算出方法が異なるため一概に比較できないが，平成26年度は３・４か月児が95.2％，１歳６か月児が90.5％，３歳児が85.5％であり，直近値である平成29年度は３・４か月児が92.1％，１歳６か月児が80.3％，３歳児が61.1％となっている。最終評価目標を３・４か月児が95.0％，１歳６か月児が85.0％，３歳児が70.0％としている。

子どもの心の診療体制の構築を目指し，一般小児科医に対して「子どもの心の診療医」（柳澤，2008）の研修が行われ，専門機関だけでなく，一般の診療所等でも子どもの心の診療が求められている。

以上のように，子育て支援における様々な取り組みがなされており，一定の成果を挙げている一方，家庭の内側では，体罰や暴言等によらない子育てをする親，育てにくさを感じた時に対処できる親といった家庭の割合を高めること，家庭の外側では親子の心の問題に対応できる小児科医をはじめとした専門家による家庭の外側からの支援体制を整備することが課題として残されている。

そこで，本稿では日本における家庭内での子どもへの声掛けや育てにくさに対処する力の向上のためのプログラムを概観し，一般の小児科で実施が可能な子育て支援の条件について提案することを目的とする。

Ⅱ．家庭内での子どもへの声掛けや育てにくさに対処する力の向上のための取り組み

家庭内で子どもへの声掛けや育てにくさに対処する力の向上のための取り組みとして，以下３点について取り上げる。１点目は，発達障害の親を中心に行われるペアレント・トレーニングである。２点目は，ペアレント・トレーニングよりも広い家庭を対象として作成されたペアレント・プログラム（辻井，2014；特定非営利活動法人アスペ・エルデの会，2014）である。３点目は，虐待等の観点から家族再統合を目指した手法である。これらの子育てに関する各プログラムにおける概要について示す（表１)。

（1）ペアレント・トレーニング

1）ペアレント・トレーニングの動向

ペアレント・トレーニングは，親訓練ともいわれ，1960年代の米国を中心に始まり，「対象になった子どもは精神遅滞児や自閉症児」（山上，1998）であった。この親訓練は，親を子どもの共同治療者として訓練することを目的に，行動療法を理論的基盤として開発されている（Shaefer& Briesmeister, 1989)。加えて，親を共同治療者として訓練するフォーマットを，学習理論と条件づけの原理を基礎とした行動変容アプローチ，子どもの

不適切な行動を減少させるためのポジティブコミュニケーション，問題解決スキル等を通して，親子の関係を強めることで治療を行う関係強化アプローチの二つに分類している。

その後，1970年代では，親訓練の対象となる子どもの疾患が拡大し，1980年代に入ると，訓練を受ける親の要因の検討，1990年代に入ると親訓練の手法や薬物療法との比較研究が行われている（山上，1998）。

２）各ペアレント・トレーニングの概要と特徴

①肥前方式親訓練（Hizen Parenting Skills Training; HPST）（山上，1998；大隈・伊藤，2005）

親が自分の子どもに対して適切な養育技術を獲得することを目的として，発達障害の親向けに行われる。頻度は週１回，１回２時間程度で行われ，全10回である。特徴として，講義による集団形式と２～３名で行う個別形式を織り交ぜながら実施される。

②奈良式（岩坂，2012）

好ましい行動を増やし，好ましくない行動を減らすという子どもの行動変容を促す技術を保護者が習得することを目的としている。ADHD や ASD の小学生の保護者を対象に行われる。概ね隔週で行われ，１回約90分，全10回のプログラムであるが，これに加え，数か月後に個別のセッションを設ける。１グループ６名程度のグループ形式で行われる。

③前向き子育てプログラム（以下，トリプルＰ）（加藤・柳川，2022）

トリプルＰは，オーストラリアのクイーンズランド大学の教授である Matthew R., Sanders によって約30年前に創始された。この名称は，前向き子育てプログラム（Positice Parentin Program）の頭文字からトリプルＰと言われている。子育ての環境において，安全で，活動的で，暴力や争いの少ない環境を目標として行われる。前向きな子育てスキルの集中トレーニングを望む親や深刻な問題行動の子どもを持つ親等，複数の目的別のプログラムが開発されている。その中でも応用性の高いレベル４のグループトリプルＰは，毎週実施され，１回２時間，８～10回で行われる。実施形態は10～12名程度のグループセッション，電話での個別セッションが組み合わせて行われる。なお，トリプルＰを実施するためには，ファシリテーターの養成講座の受講が必須となっている。

④ノーバディーズ・パーフェクト・プログラム（Nobody's Perfect Program）（遠藤，2020）

親が自分自身の持つ長所に気づき，地域の様々な資源を活用しながら，子どもを育てるための前向きな方法を見出すことを目標としている。０歳から５歳までの子どもを持つ親や他の子育て支援プログラムや情報をほとんど利用することができなかった親を対象としている。週１回，１回２時間で行われ，全６～８回である。10人前後のグループ形式で行われ，参加者がそれぞれに抱えている悩みや関心のあることをグループで話し合いながら，必要に応じてテキストを参照し自分にあった子育ての仕方を学ぶ。

（２）ペアレント・プログラム

１）ペアレント・プログラムの概要

ペアレント・プログラムは，辻井（2014）によって開発された。それまで応用行動分析などの習熟した専門家の元で行われていたペアレント・トレーニングを，保育士や福祉事業所の職員も実施が可能なように開発された（特定非営利活動法人アスペ・エルデの会，2014）。

また，家族を支援する方法について３階層に分類し，ベースとなる階層にペアレント・プログラム，その上の階層に奈良式（岩坂，2012）や肥前式（山上，1998）のペアレント・トレーニング，最も上の階層に障害特化型のペアレント・トレーニングをそれぞれ位置づけている。

２）ペアレント・プログラムの特徴

「行動で考える／行動で観る」ことに特化し，母親の認知的な枠組みを修正することを目指している。隔週で行われ，１回60～90分，全６回，グループ形式で行われる。特徴として，ペアレント・プログラムを経験した保護者（ペアレント・メンター）も参加し，地域の情報の提供や保護者同士の繋がりを作っている。

（３）虐待等の観点から家族再統合を目指した手法

１）日本における動向

2000年に児童虐待防止法が制定され，これをきっかけに日本においても本格的に虐待児やその家族への支援が開始された。日本で開発された MY TREE ペアレンツ・プログラム（森田，2018）や米国で開発された親子相互交流療法（Parent-Child Interaction therapy，以下，PCIT），オーストラリアで開発されたサインズ・オブ・セーフティー・アプローチ（菱川ら，2017）やカナダで行われていた虐待防止プログラム Project Parent を参考に開発された CRC 親子プログラム（宮口・河合，2015）が次々に日本に導入された。

２）各プログラムの特徴

①MY　TREE ペアレンツ・プログラム（森田，2018）

参加者がセルフケアと問題解決の力をつけることによって子どもへの不適切な関わりを終わらせることであり，対象は身体的虐待，心理的虐待，ネグレクトに至ってしまった保護者である。13回のグループセッションと３回の個人セッション，２回の同窓会（リユニオン）グループセッションが行われる。グループセッションは毎週１回，１回２時間で行われる。３回の個人セッションは50～60分で開始前面接，中間面接，修了時面接に行われる。３か月後と６か月後の同窓会（リユニオン）グループセッション，各２時間で構成されている。腹式呼吸や瞑想などのワークが取り入れられている。

② PCIT（Parent-Child Interaction Therapy：親子相互交流療法）（加茂，2020）

PICT は遊戯療法と行動療法に基づいた心理療法である。特徴として，親子が一緒に治療を受けることである。治療の大半はプレイルームで行わる。プレイルームにいる親はイヤホンを装着し，子どもと遊びながら観察室にいるセラピストから直接コーチングを受ける。

③サインズ・オブ・セイフティ・アプローチ（SofS）（菱川ら，2017）

1990年代のオーストラリアにて，Andrew Turnell と Steve Edwards 並びに西オーストラリア州児童相談所の人々によって共同開発された。解決指向アプローチを取り入れた，児童虐待の再発防止のために開発されたアプローチである。複数回の面接を通して行われることもあれば，ケースによって一日で行う場合もある。セーフティ・プランを策定していく点がこのアプローチの特徴の一つである。セーフティ・プランには「何を」，「どうやる」か，そのための「ツール・方法」を整理していく。

④CRC 親子プログラム（Child Resource Center）（宮田・河合，2015）

親子関係の再構築を目的とし，施設入所中の子どもとその親等を対象としている。親子で参加し，親子一組ごとに行うプログラムである。２週間に１回の頻度，10回程度で実施される。終了後は，２～３か月後および半年後にフォローアップを実施する。事前説明と最終回には，児童相談所の担当児童福祉司が同席する。

（4）子育てに関する各プログラムのまとめ

目的・目標は，親が子どもに対する子育てのスキルの習得を目指すもの，親自身の長所に気づくことを目的とするもの，親子関係の再構築を目指すものなど，多岐に渡っていた。

対象は，養育する保護者から，児童虐待に至った家庭，発達障害を抱える児を持つ親などであった。

頻度は，毎週から隔週程度が多く，実施回数は６回程度のものから10回程度のものまで，プログラムによって様々であった。

実施形態は，個別で行われるものから10数名で行われるものまで，様々な人数で行われていた。

理論的基盤は，ペアレント・トレーニングをはじめとして，行動療法や認知行動療法を基盤に開発されている。これに加え，ノーバディーズ・パーフェクト・プログラム（遠藤，2020）では，子育てに対する「正しい」方法を体得することを目指しているわけではなく，親が自分自身の長所に気づくことを目的としており，保護者の主体性に重きを置いたプログラムも開発されていた。

近年では，地域の子育て支援において，支援を受ける人を客体に陥らせるのではなく，子育ての主体として子育て支援の当事者の力を引き出す関わりが支援者側に求められている（相戸・山下，2005）。

Ⅲ．小児科の現状

小児科において様々な早期の子育て支援が行われている。例えば，秋山（2013）では，小児科診療所において，待合室，診察室，処置室などのスペースでの観察を通して，困っている事実を保護者と共有し，対応策を共に考える，関係機関と連携等の支援が行われている。秋山ら（2005）では，小児科診療所内に「こども相談室」を開設し，発達障害児に関する育児相談を個別で行っている。

小児科で活用できる診療報酬に「小児特定疾患カウンセリング料」がある。医師だけでなく，公認心理師も算定が可能であり，今後活用が期待されている。しかし，現在は受診した18歳未満の患者に対しカウンセリングを行った場合にのみ算定が可能であり，家族に対して行った場合は，患者を伴った場合にしか算定できない状況にある。カウンセリングの時間に制約はないが，20分以上の実施が目安となっている。小児特定疾患カウンセリング料に関する実態調査（永光・村上，2019）では，保護者のみのカウンセリングが必要と思う割合は医師が98％，保護者が95％と相談のニーズが高い水準にある。また，保護者のカウンセリングの希望時間に関しては，20～30分が34％，10～20分が28％，30～40分が22％であり，30分前後の時間のニーズが高いという結果が示されている。

このように，子育ての相談窓口の一つである小児科においては，主に個別の相談が行われている状況にある。個別の相談に対応できる空間の確保は可能であることが予想されるが，10名程度のグループで実施できる物理的な空間の確保は難しいと考えられる。また，通常の外来診療や診療報酬の兼ね合いから，現在行われている１セッションあたり数時間をかけて行うペアレント・トレーニング等の実施も難しいと考えられる。

Ⅳ．小児科で実施可能な子育て支援の条件

子育てに関する各プログラムおよび小児科の実態を踏まえ，小児科における子育て支援の今後の展望として，以下２点を提案する。

１点目は，小児科の物理的制約の中でも可能な，数名でも実施可能なものであることが挙げられる。個別の相談では促進が難しいと考えられる，子育て当事者の力や主体性を促すためには，個別の相談では限界がある。その一方で，10数名が一度に介することも小児科においては難しいと考えられる。そこで，支援者も含め５名以下程度でできるプログラムや取り組みが理想的である。

２点目は，短時間でも実施可能で，長期間継続的に参加が可能なものであることが挙げられる。先に示したプ

表１　子育てに関する各プログラムにおける目標・目的、対象、頻度、１セッションあたりの時間、実施回数、実施形態および特徴

プログラム名	肥前方式親訓練（山上、1998 大隈、2005）	奈良式（岩坂、2012）	トリプルＰ※（加藤・柳川、2022）	ノーバディーズ・パーフェクト・プログラム（遠藤、2020）	ペアレント・プログラム（辻井、2014 特定非営利活動法人アスペ・エルデの会、2014）	ＭＹ ＴＲＥＥ ペアレンツ・プログラム（森田、2018）	PCIT（加茂、2020）	サインズ・オブ・セーフティ・アプローチ（菱川ら、2017）	ＣＲＣ親子プログラム（宮口・河合、2015）
目的・目標	親が自分の子どもに対して適切な養育技術を獲得する	好ましい行動を増やし、好ましくない行動を減らすという子どもの行動変容を促す技術を保護者が習得すること	子育ての環境において安全で､活動的で、暴力や争いの少ない環境を作ること	親が自分自身の持つ長所に気づき、地域の様ざまな資源を活用しながら、子どもを育てるための前向きな方法を見いだす	「行動で考える／行動で観る」ことに特化し、母親の認知的な枠組みを修正すること	参加者がセルフケアと問題解決の力をつけることによって子どもへの不適切な関わりを終始すること	リーダーシップがある親を目指す	児童虐待の解決	親子関係の再構築
対象	知的障害、自閉症、AD/HD などの発達障害の親	注意欠如・多動症（ＡＤＨＤ）、自閉スペクトラム症（ASD）の子どもの親	前向きな子育てスキルの集中トレーニングを望む親や深刻な問題行動の子どもをもつ親	０歳から５歳までの子どもをもつ親で、他の子育て支援プログラムや情報をほとんど利用することができなかった親	養育する保護者	身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトに至ってしまった保護者	発達障害の子を持つ親、虐待リスクのある家族等	児童虐待	施設入所中の子どもとその親等
頻度	週１回	おおむね隔週	毎週	週１回	隔週	週１回	―	―	隔週
１セッションあたりの時間	２時間	約90分	２時間	２時間	60～90分	50分～２時間（セッションによる）	―	―	児童相談所で行う場合は40～50分、乳児院で行う場合は２時間程度
実施回数	10回	10回 これに加え、数か月後に個別のセッションを設ける	８～10回	６～８回	６回	13回のグループセッション、３回の個人セッション、２回の同窓グループセッション	―	―	10回程度
実施形態	講義による集団形式と２，３名の小グループの個別形式	６人程度のグループ形式	10～12人程度のグループ形式、個別の電話セッション	10人前後のグループ形式	グループ形式	グループ形式（ファシリテーター等を含め、10数名程度）と個別形式	母子合同形式	―	親子一組ごとに行う個別プログラム
特徴	講義とグループワークを組み合わせて実施	各セッションの冒頭にて、「良いところ探し」として、子どもの「ちょっと良かったエピソード」を参加者が一人ずつ披露する。親子で参加する修了式・パーティが設けられている。	「罰する」という方法はとらず、好ましくない行動が起きた時には、子どもにとって不都合なことが起きることを示す。	参加者がそれぞれに抱えている悩みや関心のあることをグループで話し合いながら、必要に応じてテキストを参照し自分にあった子育ての仕方を学ぶ	一度ペアレント・プログラムを経験した保護者やペアレント・メンターも参加	呼吸法や瞑想ワークの実施	遊戯療法と行動療法に基づいた心理療法。セラピストは親子の遊びを別の部屋から観察し、イヤホンで親に関わり方をコーチングする。	解決指向アプローチの視点が取り入れられたソーシャルワークの方法	児童相談所と乳児院にて実施

※実施回数や実施形態がプログラムによって異なるため、本稿では、応用性の高いレベル４のグループトリプルＰについて記載している。

文献を元に著者が作成

ログラムの多くは１セッションあたり数時間の参加が必要になる。これにより，参加者間の凝集性が高まり，よりよいグループ体験が可能となる。その一方，外来の診療や診療報酬の観点から，小児科で数時間のプログラムを行うことは物理的にも時間的にも現実的ではないと考えられる。保護者の希望する相談時間が30分前後であることが示されていることからも，同程度の時間で実施可能な支援が小児科では適していると考えられる。

本稿で概観したプログラムの多くは専門機関が行っている。毎週ならびに隔週で専門機関に通うことは継続的な参加の観点からも期間を定める必要があると考えられる。しかし，専門機関と比べて比較的継続的に通うことが容易であると予想される小児科においては，上記のように30分程度で行われる支援をより長い期間で行うことが可能であると考えられる。

以上のような条件を満たす子育て支援を一般の小児科で行うことで，家庭に対するより早期の支援が可能となると考えられる。

付記

本稿では，プログラムによって「養育者」,「保護者」,「親」などの表記が不統一であったが，プログラムごとの表現をそのまま表記している。

文献

相戸晴子，山下智也（2015）．子育て当事者と支援者の関係性モデルの一考察－子育て支援事業への参加のあり方を巡って－．宮崎国際大学教育学部紀要『教育科学論集』，２号，pp.１-13.

秋山千枝子（2013）．ふだんのかかわりから始める発達支援～多職種が連携した子育て支援の輪の中で～小児科診療所の中での発達支援．小児保健研究, 72（２），pp.207-209.

秋山千枝子，堀口寿広，橋本創一，石樵さゆり（2005）．小児科診療所内に開設した「こども相談室」による発達障害児の支援．臨床精神医学，34（９），pp.1263-1269.

遠藤和佳子（2020）．ノーバディーズ・パーフェクト・プログラムに関する効果測定―追跡調査を用いた分析―，関西福祉科学大学紀要第 24号，pp.31-37.

菱川愛，渡邉直，鈴木浩之（編著）（2017）．子ども虐待対応におけるサインズ・オブ・セーフティー・アプローチ実践ガイド―子どもの安全を家族とつくる道すじ．明石書店

岩坂英巳（編著）（2021）．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第２版－活用のポイントと実践例－．じほう

加茂登志子（2020）．１日５分で親子関係が変わる！育児が楽になる！ PCIT から学ぶ子育て．小学館

加藤則子，柳川敏彦（2022）．－「ちょっと困った」から「発達障害かな？」まで―トリプルＰ～前向き子育て17の技術～改訂第２版．診断と治療社

厚生労働省（2013）.「健やか親子21」最終評価報告書について．https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html（2023年８月31日取得）

厚生労働省（2018）.「健やか親子21（第２次）」の中間評価等に関する検討会報告書　https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000614300.pdf （2023年８月31日取得）

宮口智恵，河合克子（2015）．虐待する親への支援と家族再統合－親と子の成長発達を促す「CRC 親子プログラム ふぁり」の実践．明石書店

森田ゆり（2018）．虐待・親にもケアを 生きる力をとりもどす MY TREE プログラム．築地書館株式会社

永光信一郎，村上佳津美（2019）.小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大に向けた実態調査．日本小児科学会雑誌，123(12)，1822-1827.

大隈紘子，伊藤啓介（監修）独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター情動行動障害センター（編）（2005）．肥前方式親訓練プログラム AD/HD をもつ子どものお母さんの学習室．二瓶社

特定非営利活動法人アスペ・エルデの会（2014）．専門家・支援者向け　楽しい子育てのためのペアレント・プログラムマニュアル．https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000068264.pdf（2023年８月31日取得）

辻井正次（2014）．ペアレント・プログラム入門：発達障害や子育てが難しい時の最初のステップ（第１回）ペアレントプログラムを始める（特集シリーズ・発達障害の理解（１）発達障害研究の最前線）．臨床心理学，14，pp.69-71.

Schaefer, C.E., Briesmeister, J.M.(Eds.)(1989) . *Handbook of parent training.* Wiley-Interscience.（山上敏子・大隈紘子（監訳）（1996）.共同治療者としての親訓練ハンドブック（上）．二瓶社

山上敏子（監修）（1998）．発達障害児を育てる人のための親訓練プログラム　お母さんの学習室，二瓶社

柳澤正義，別所文雄，保科清，宮本信也（編）（2008）．一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト．https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/kokoro-shinryoui01.pdf（2023年８月30日取得）