

CARE プログラムの日本への導入と実践 — 大人と子どものきずなを深める心理教育的介入 プログラムについて —

子ども学部発達臨床学科 福丸 由佳

問題と目的

1. はじめに

子どもや、子どもを取り巻く家族を支える子育て支援の活動は、近年活発さを増すとともに身近なものとなりつつある。一方、中釜(2007)も指摘するように、一口に子育て支援といってもその意味するところは非常に多義的である。一時預かりや子育て広場のような日常的な支援から、深刻な問題を抱える家族に対するアウトリーチを含めた支援まで、必要性の程度と活動形態にもかなりの広がりがある。さらに、その担い手も保育士や保健師、臨床心理士や臨床発達心理士、子育て支援機関のスタッフやボランティアなど、非常に幅広く、スタッフの専門性や経験に大きく依存しているのも現実だろう。また、支援の領域も子どもと直接かかわりのある場面だけではなく、ワーク・ファミリー・バランスという言葉に代表されるように、職場も含めた子育て支援も重要課題の一つである(福丸, 2008)。

このように広がりを見せている子育て支援であるが、現場における多様な活動内容を捉える際の一つの切り口として、2つの方向性が考えられる。すなわち、子育てをしていく上で多くの親が抱えるであろう課題に関連した「ジェネラルな問題に対する支援」と、子どもの発達の遅れや愛着などの関係性の問題、攻撃性のコントロールの問題など、より「特殊な問題に対する支援」である(中釜, 2007)。特に、育てにくい気質、対人関係に問題を抱えやすいといった子どもとその養育者、さらに虐待をはじめとするマルトリートメントの問題を抱える子どもと養育者、そういった子どもとかかわる大人など、いわゆるハイリスクの子ど

もと大人を対象とした支援は近年特に重要になっており、両者を分化の視点でとらえることは、支援の効果や効率という点からも大切であろう。一方、こうした問題を見据えつつ、マルトリートメントの予防的な観点を踏まえた統合的なプログラムが一般的な子育て支援の現場においても実践されること、すなわち両者の橋渡しといった視点を踏まえた統合的な取り組みも今後、現場においてますます求められると考えられる。

また、その対象も従来の支援がそうであったように、母親中心のプログラムではなく、子育て中の養育者全般を広く対象とすることも重要である。筆者は2003年から開始した妊娠期からの夫婦への縦断調査の中で、子育て中の父親も母親同様に子育てに対する具体的なスキルや知識を持つことの重要性を感じており、6割以上の父親が自身への支援を求めている実態を指摘した(Fukumar, et. al., 2006)。また、女性に比べて感情の言語化が苦手とされる父親にとっても、グループワークなどを通じた支援の場が、新たな気づきを得てよりよい家族関係や父親役割を獲得する機会になる(田村, 2008)ことから、父親・母親双方を対象とした具体的かつ実践的なプログラムが子育て支援の場でも益々求められると考える。さらに、親や養育者だけでなく、子どもとかかわる専門家を支えるシステムも子育て支援の広がりに合わせて重要になってくるだろう。

こうした現状や課題を踏まえて、本稿では2005年に米国で開発されたコミュニケーションに焦点づけた心理教育的プログラム「CARE (Child-Adult Relationship Enhancement)」の紹介と、導入に至った経緯、さらに日本において

心理臨床，医療，福祉，保育の現場で子どもとかかわる専門家を対象に実施されたワークショップのアンケート結果について分析を加え，今後のプログラム導入の可能性や実践の課題について論じることを目的とする。

2. CARE (Child-Adult Relationship Enhancement) について

CARE プログラムはシンシナティ子ども病院，トラウマ・トリートメント・トレーニング・センター (TTTC) において開発された，幼児期から児童期・思春期の子どもと大人のコミュニケーションに焦点をあてた心理教育的介入プログラムである。その理論的枠組みや概念は，PCIT (Parent-Child Interaction Therapy) という心理療法に基礎を置いている。PCIT は Eyberg らが開発した親子のための相互交流療法で (Hembree-Kigin & McNeil, 1995)，アタッチメント理論と社会学習理論を基礎とし，親のペアレンティングのスタイルと親子の交流に焦点が当てられている。PCIT は親子双方を対象とした継続的な心理療法で，その内容は大きく2つの部分から構成されている。前半の CDI (Child Directed Interaction) とよばれる部分では，子どもとの関係を築くために，子どものリードに親がついていく中で，親子のアタッチメントを強化することに焦点が当てられる。次に，PDI (Parent Directed Interaction) とよばれる後半の部分では，適切でかつ，効果的なしつけの習得に焦点が当てられている。PCIT はすでに20年近くにわたる研究によって効果が示されたエビデンス・ベーストな心理療法で (Herscell et. al., 2002)，特にトラウマをはじめ，さまざまな問題を背景に，対人関係に困難を抱えていたり問題を呈している子どもの治療において有効性が示されている。たとえば，親側の抑うつ度やストレスの低減，子どもの問題行動の減少などにも，その効果が指摘されている。

このように，親子双方を対象とした効果のあるプログラムである一方，個別の心理療法であるこ

とからも，PCIT には課題もある。たとえば，約15回前後の来談（その多くが親と子ども双方の来談）が求められるため，特にハイリスクの状況にある家族にとっては，受け手側の負担が大きい場合があること，中断事例も少なくないことなどが指摘されている (Pearl, 2008)。こうした課題を踏まえ，PCIT の目ざすところとその主要な概念を用いつつ，実践を踏まえた改良をもとに，子育て支援のプログラムとしても利用できる形で開発されたのが CARE である。PCIT と大きく異なる点は，その改良プロセスにおいて，問題行動を抱えた子どもとその養育者に必ずしも限定することなく，家庭や学校といった日常場面における大人と子どもの関係を築くための，広い意味での心理教育的介入プログラムとして改良され実用化に至ったことである。その背景には，PCIT をはじめ，多様なトラウマ・トリートメント・プログラムの研修を現場の臨床家に提供しつつ，その後のコンサルテーションやフィードバックを積極的に行う中で，エビデンスに基づきながら治療法の改善を目指すという，シンシナティ子ども病院の積極的な取り組みが存在していたことも重要である。^(注1)

こうした経緯をへて，CARE の対象は子育て中の一般の親をはじめ，多様な現場で子どもと接する大人全般（保育士や施設で子どもとかかわる専門家，また専門家とは限らない大人一般）へと広がっており (Pearl, 2008)，現在その効果研究も開始されている。また，子どもとの遊びという身近な場面を想定したユニークなロールプレイを中心に，とるべき（有効な）スキルと避けるべきスキルを短時間（目的に応じて3時間から5時間程度）のワークショップで学べるような工夫がされている点も特徴である。より効果を重視する際には，実施後，数週間ほど後にフォローアップを行うなど，対象のニーズに合わせながらの実践も可能である。さらに，プログラム実施者1人につき参加者16名前後を対象にできるので経済的効率の点でも優れていると同時に，上記のような点

から、受講者側の負担も少ないという利点があげられる。また、CARE はその普及のプロセスで、10代の思春期の子どもを対象としたプログラムを求める声が現場から多かったことをうけて、ティーン向けの内容も開発されており、対象の年齢も広がったのも特徴の一つといえよう。

プログラムの流れを具体的に説明すると、PCIT と同じく2部から構成されており、前半では子どもとの関係を築くために、子どものリードについていくこと、そのために大切なとるべきスキル（3P：具体的な賞賛、行動の描写、会話の繰り返し）と、避けるべきスキル（3K：質問、命令、禁止や否定的な言葉）を具体的なロールプレイ、実践を通して習得する。後半は、子どもが親に従うことが必要な場面において、一貫した態度で効果的に指示をだすことに主眼がおかれている。各スキルについては、その背景にある理論的な根拠についても説明が加えられる。こうした知識を得て納得した上で、ユニークなロールプレイを通して、スキルの習得を図っていくのが CARE プログラムの特徴である。なお、3Pおよび3Kのより具体的な内容は、ワークショップにおける説明や実習を通して学ぶことになっているので、ここでは詳細な説明は省略する。

3. CARE 導入の経緯

筆者は2005年10月から2008年7月までシンシナティこども病院の研究者として所属する機会を得、その間、CARE のワークショップに6回ほど参加させてもらい、その内容や効果について知る機会を得た。特に、虐待を受けた子どもや、DV シェルターで暮らす親子などと日々接している現場のスタッフ、臨床家に対するワークショップは、専門家自身がより具体的なスキルをもつことでより子どもおよび、その家族と接しやすくなり、専門家自身が支えられることにもつながるなど、その効果が大きいことを実感した。また子どもとかわる上で有効なスキルを持つことは、問題を抱えている子どもと接する大人だけではなく、子育て中の親一般にも有益であることから、日本

における子育て支援のプログラムとしても有効であると考えた。そこで、CARE プログラム開発チームの責任者で、シンシナティこども病院メイヨーソンセンター所長でもある F.Putnam 氏から、日本語への翻訳、および社会・文化的な状況に合わせた改変と、それに基づくプログラム実施、さらに研究に対する許可を得て、日本に導入することとした。

現在、翻訳した資料をもとに、主に心理、医療、教育、福祉の現場で子どもと日々かわる専門家を中心に、1日3時間程度のワークショップを実施している。具体的には、前半でロールプレイによるデモンストレーション、3Kと3Pの説明と実習、おもちゃを使っのロールプレイやスキルチェックなどを通して子どもとの関係を築くためのスキルについて学び、後半では、効果的な指示の出し方の体験実習や講義など、しついに焦点をあてた内容を習得するという流れになっている。本稿では CARE プログラムの内容を簡単に紹介しながら、これまで実施した4回のワークショップにおいて行ったアンケート調査の結果をもとに、その有効性について検討したい。

方 法

2008年10月から2009年3月までに実施された計4回のワークショップの参加者に、終了後アンケート調査を実施した。なお、4回のワークショップのうち1回は、シンシナティこども病院のスタッフを招いて実施したもので、通訳を介したため6時間となっている。それ以外の3回は筆者がトレーナーとして実施したもので、そのワークショップは約3時間からなる。内容や進め方などは、子ども病院で用いているマニュアルにそって、同じ実施方法をとっている。また、実施後のアンケート結果においても研修内容への満足度などを含めて差が見られなかったことから、ここでは両データをあわせて分析することとした。

アンケートの内容は、ワークショップの進め方や全体的な満足度に加え、CARE の中心となる

「とるべきスキル」の3P,「避けるべきスキル」の3Kのスキルについての意識や今後の実践可能性,自由記述などからなっている。ここでは3Pと3Kについての意識と今後の実践可能性を中心にその結果を報告する。

対象者は,表1に示されているように,臨床心理士・臨床発達心理士といった心理職が最も多く,

ついで精神科医,小児科医などの医療従事者となっている。臨床心理士は医療機関,教育相談に加え,児童養護施設などの福祉領域での実践活動をしている人が比較的多いのが特徴であった。なお,ワークショップ参加者の募集については,臨床心理士の研修会において CARE を紹介したり,筆者の知人や同僚を介して,参加者を募った。

表1 参加者の内訳

(人)

心理職*	医師	保健師	その他**	合計	男性	女性
44	11	1	1	57	7	50

*: 臨床心理士, 臨床発達心理士

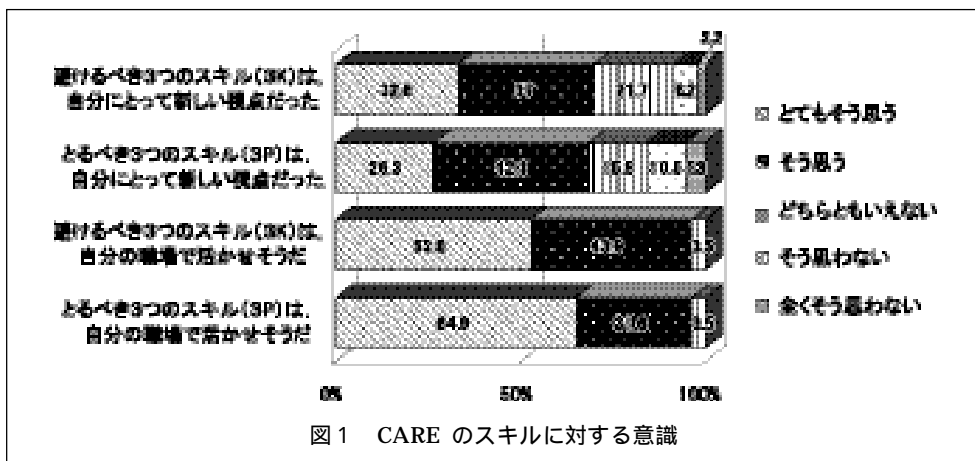
** : 大学教員

結果と考察

ここでは CARE の前半部分である,子どものリードについていく際に重要なスキルの3K(質問など)と3P(具体的な賞賛など)について,参加者がどのような意識をもったかを検討する。

まず図1をみると,今回ワークショップで扱ったスキルについて,新しい視点だったと答えているのは約6割で,残りの人はすでに知っていたと答えている。これは本研究の対象者が,すでに現

場で専門的な実践をしている人が多く,こうした知識はすでに持っている人が少なくないことを示す結果である。特に「とるべきスキル」の1つである具体的な賞賛は,専門家でなくても子育てにおいて重要であることは一般的にも知られており,そういう面でもスキルそのものを新しい知見ととらえるよりも,すでに分かっていたことを確認したという側面が強いことがうかがえる。



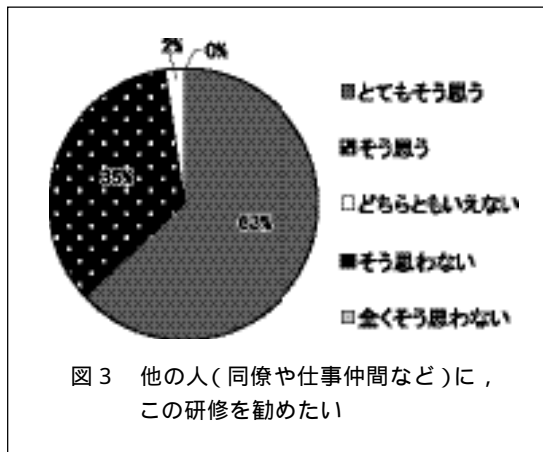
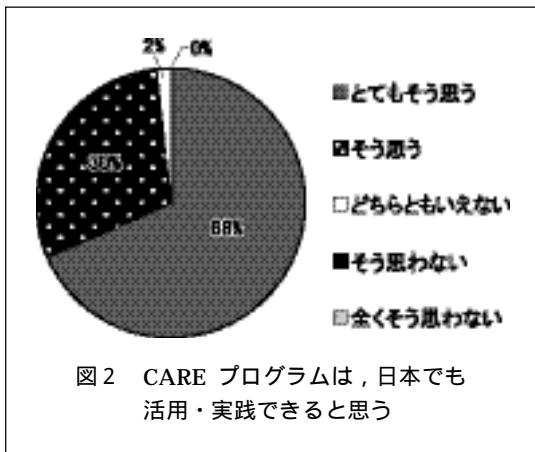
一方で,3K,3Pのスキルを職場(現場)で活かせると思うかという問いには,「とてもそう思う」だけで5割を超えており,「そう思う」までを含めると,9割以上が活かせると答えている。つまり,スキルとしてすでに知っているというこ

とと,それを実践の中で活かすというのは別のことであり,多くの参加者がロールプレイなどを通して身に付けたスキルを現場で活用するためのアイデアを得ることができたと感じていることが示唆された。自由記述にも「子どもとの関係を築

く上で具体的にほめることがなぜ大切で効果があるのか、理論的な根拠を説明されてなるほどと感じた」「説明の後にロールプレイがあって、理解が深まった」といった感想が寄せられている。これらの結果を踏まえ、子どもとの関係作りに褒めることが大切であるという認識を持った上で、理論的な根拠を確認し、さらに実際のロールプレイを通してスキルを習得し、改めてその意味を実感することで、具体的な実践につながっていく可能性が高くなるといえるだろう。これには、CARE で述べられているスキルが、すでにエビデンス・ベーストである PCIT の実証性に裏付けられている点に加え、それらがわかりやすく習得できるという CARE プログラムの特徴が関連

しているといえるだろう。

次に、図 2、図 3 に示されているように、CARE の実践については、7 割近くの人が日本でも活用・実践できるに対して「とてもそう思う」と答え、「そう思う」を加えると、ほとんどの人が肯定している。職場でも実践したい、日本でも活用・実践できる、またその必要性もあるといった意見が多くの参加者から得られたという本研究の結果は、虐待をはじめ、さまざまな問題への対応が急務である日々の臨床実践の現場では、新奇で複雑な知識よりも、むしろシンプルな内容ではあるが、実践しやすいポイントを押さえたプログラムが求められていることがうかがえる。



今後の課題

以上、ワークショップの参加者によるアンケート結果について述べたが、最後に CARE の導入にあたっての今後の課題について 4 つの点について述べる。

まず、我が国の文化的特質をふまえた改良という点である。特にコミュニケーションに焦点をあてた心理教育的介入プログラムということからも、やはり日本の社会・文化的要因を踏まえた改良や修正も求められる。とりわけ、具体的な賞賛は、それが大切なことは認識できても欧米のそれとはまた異なる面も存在する。子育てに自信をもてない、不安が強いという養育者に対して、褒めるた

めのスキルを身につけることを安易にすすめるのは逆に抵抗感を増すことにもつながり、効果もあまり期待できない。やみくもに褒める言葉を発するのではなく、観察や見守りといったまなざしや、大人側の納得にも裏付けられた具体的な賞賛ができるようになるためには、ある程度の時間や段階を経た習得が必要であり、同時に、われわれのもつ語彙そのものが豊かになる必要もあるだろう。こうした点からも、特に親を対象としたプログラムにおいては、その普及や伝達の方法に、工夫や改良が求められる。また、改良のプロセスでは、CARE の効果が示されにくい現場や事例に対しても検討を加えることで、プログラムの質や効果

がより高められると考えている。

2点目に、先述のとおり、CAREは思春期(ティーン)の子どもとかかわる大人、養育者も対象としている。その内容や実施方法は、基本的には幼児・児童を想定したものをもとにしているが、今後、実践を行う中でより思春期の実情にあわせた改良が求められる可能性もあるだろう。特に3Pのスキルをそのまま思春期の子どもとの関係にあてはめるというのではなく、用い方や援用方法についても検討する必要があるだろう。

3点目はCAREの限界という点である。シンプルな内容を分かりやすくという点ではCAREは優れたプログラムだが、複雑なトラウマをはじめ、より深刻な問題を抱えている場合は、やはりPCITなどのインテンシブな心理療法が必要となってくるだろう。PCITと補完しあえる部分を活用しつつ、対象のニーズや状況に応じて柔軟に使い分けたり併用したりといったことが必要になると考えられる。^(注2)

最後に、以上述べたような実践と同時に、現場における効果研究も急務であると感じている。親子の関係性に対するプログラムは現在少なくないが、それらに対する継続的な効果研究は必ずしも十分ではない。今後はフィールドにおける効果研究の充実を図りながら、実証的かつ、実践的なアクションリサーチとしての取り組みも行っていきたい。

引用文献

- ・福丸由佳(2008) 乳幼児期における子育て支援の心理教育 現代のエスプリ 子育てをめぐる心理教育・支援の現状と理想 — 誕生から青年期まで — 松本真理子編 至文堂 54 - 66.
- ・Fukumaru, Y., Nakayama, M., Koizumi, T., Muto, T. (2006) Support for fathers who have young children in Japan. The 11 th Convention of American Psychological Association

- ・Hembree-Kigin, T. L. & McNeil C. B. (1995) Parent-Child Interaction Therapy Kluwer Academic/ Plenum Publishers. New York.
- ・Herschell, A.C., Calzada, E.J., & Eyberg, S.M. (2002) Parent-child interaction therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 9-15.
- ・中釜洋子(2007) 子育て支援の心理教育 — その考え方と方法 日本家族心理学会編 金子書房 34 - 45.
- ・Pearl, E. (2008) Child Adult Relationship Enhancement (CARE) In Models for Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems and Trauma-Specific Services. : National Association for State Mental Health Program Directors (NASM-HPD)

(注1) アメリカでは全米各地に子ども病院が存在するが、シンシナティ子ども病院は、難病を抱えた子どもへの治療といった従来の役割に加えて、メイヨーソンセンターという病院内に設立された機関で地域の資源と連携しながら、虐待の予防や治療的取り組みにおいて先進的な役割を担っている。また、臨床部門に加えて研究部門での充実した成果が評価され、2006年には全米の子ども病院ベスト5にも選ばれている。

(注2) PCITは、東京女子医科大学附属女性生涯健康センターを中心に、日本での導入、実践が開始されている。詳細については、加茂登志子センター長(メールアドレス: kamo@iwh.twmu.ac.jp)まで。