

# 中国における発達障害のある子どもを持つ 保護者に対するペアレントトレーニングの 現状と課題

——日本との比較を通じて——

金 喬・米山 直樹

## はじめに

障害児に対する家庭支援の一つに、ペアレントトレーニングが挙げられる。ペアレントトレーニングは、1960年代にアメリカで発祥したものであり、最初は知的障害および自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder, 以下 ASD）を持つ子どものみを対象にしていた。その後、70年代から対象となる子どもの範囲が拡大して、反抗挑戦性障害（Oppositional defiant disorder, 以下 ODD）や注意欠如・多動性障害（Attention-deficit hyperactivity disorder, 以下 ADHD）の子どもはもちろん、不登校（Patterson, Cobb, & Ray, 1972）と恐怖症児（Hersen, 1971）も対象にするなど、様々なプログラムが開発され、現在では確立された治療法の1つとしての位置を占めている（山上, 2012）。日本においても、1990年代にペアレントトレーニングがアメリカから導入されて以降急速に広がり、現在も欧米と同じように様々な方式のプログラムが実践され、効果が実証されてきている（例えば、免田ら（1995）、岩坂ら（2002））。さらに、厚生労働省の「発達障害者支援体制整備事業」（2014）において、ペアレントトレーニングが地域での家庭支援のメニューとして明記されるなど、ペアレントトレーニングの普及は日本国内において大き

な流れとなっている。

近年、中国では急速な経済発展を遂げたことにより、様々な社会的分野において変化が生じている。そのような中、障害児教育の分野も注目がなされるようになり、障害人口に対する調査（例えば、中国第二次障害者人口調査（2007）、中国自閉症児童発達状況報告（2014））や、障害のある児童生徒にかかわる法律・制度の整備など、様々な動きが見られるようになってきている。そのような法律・制度の中でも、「中国児童発達アウトライン（中国儿童发展纲要）」（2011）では、障害児の早期教育を促進する方針が示され、2017年度の実践状況として、中国全土のうち、障害児に対するリハビリサービスを提供する民間機関は8000カ所まで登り、0～6歳の障害児のうち14.1万人が最低限のリハビリを受けたと報告されている（中国国家统计局，2018）。しかし、2009年に発表された中国障害者連合会による調査報告書では、0～6歳の精神障害（中国ではASD、ADHDなどの発達障害は精神障害に含まれる）の診断を受けた幼児だけでも167.8万人が存在することが明らかとなっており、最低限のサービスさえ受けられない家庭はまだ数多く存在することが推測される。

障害児に対する早期療育の重要性は言うまでもないが、中国では民間の療育施設の利用料が高く、一部の家庭にとっては経済的な負担から、障害児教育に対して消極的な態度をとる場合も多い。また、保護者の障害児教育に対する関与度が低いことも問題とされており、障害についての知識不足により、家庭では科学的な療育が十分に実施できないことも指摘されている（曹・納・孫，2012）。そのような点において保護者に子どもの行動を理解し、家庭で科学的に行動変容を促すことを支援するペアレントトレーニングはこれらの問題の改善に適していると考えられる。しかし、中国においては障害児に対する個別指導研究は多くあるものの、保護者に対する支援の研究はまだ少なく、ペアレントトレーニングの開発および実践の程度が現在どのような状況なのか明確ではない。

そこで本研究では中国のペアレントトレーニングに関する実践状況と先行研究について文献研究を行い、今後の課題を日本との比較を通して検討すること

を目的とした。

## 方 法

### 論文収集および分析対象論文の選定

中国の三大論文検索サイトのうち一つ、中国科学技術情報研究所（北京科技信息研究所）の子会社、北京万方データ株式会社（北京万方数据有限公司）に所属する万方データナビゲート（万方数据平台）を使用し、ペアレントトレーニングに該当する中国語「父母训练」「父母培训」「家长培训」「家长训练」のキーワードで検索を行った（2019年2月）。その結果、「父母训练」625件、「父母培训」180件、「家长培训」715件、「家长训练」832件、合計2352件の論文が該当した。その中で発達障害もしくは発達障害が疑われる子どもの保護者を対象とした（キーワード：神经发育障碍（神経発達障害）、自闭（自閉）、多动（多動））論文について、ネットで入手できる実践研究のみを抽出した。さらに、万方データナビゲートでは抽出できなかったが、分析対象論文の複数の論文で引用され、上記の検索キーワードに当てはまる論文を1件追加し、最終的に9件の論文を分析対象とした。選定過程を Figure 1 に示す。

### 対象論文の分析カテゴリーの作成およびデータの記述

分析カテゴリーは、日本のペアレントトレーニングを概観した原口・上野・丹治・野呂（2013）のカテゴリーを使用した。そのうち、「支援者から子どもへの支援」カテゴリーについては、中国の研究に該当するものがなかったため

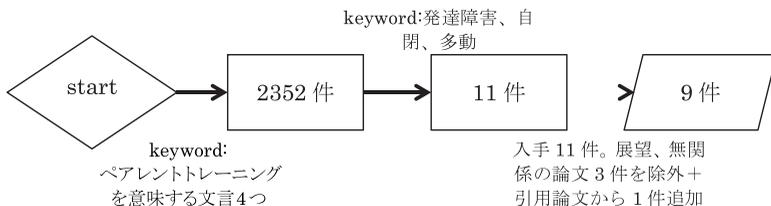


Figure 1 分析論文を選定する過程

削除し、「ドロップアウト率」をさらに追加した。また、9件の論文全てにおいて共通した、中国のペアレントトレーニング研究の特徴が反映できる「論文の種別」、「募集方法・場所」および「子どもの参加基準」、「保護者の参加基準」の4つのカテゴリーも追加し、分類を行った。

**論文種別**：対象論文が掲載されている雑誌の名前から論文種別の判断を行った。学位論文の場合は、著者の所属や提出先の情報から判断を行った。

**募集方法・場所**：参加者の募集方法について、本文中に記載された情報のもとに記述した。

**子どもの参加基準、保護者の参加基準**：参加者である保護者またはその子どもについて明確な参加基準、あるいは排除基準がある場合、本文中に記載された情報をもとに記述した。

**ドロップアウト** ドロップアウト率について、(プログラムの途中から脱落した人数÷所属する群の参加者人数)×100%で計算し、その結果を記述した。

**子どもの年齢・人数** 参加者である保護者の子どもの年齢または人数を、本文中に記載された情報をもとに記述した。

**保護者の人数・支援形態** 参加者である保護者の人数を記述した。支援形態としては、複数の参加者がグループで行う場合は「集団」と記述し、個別の対応もあった支援形態を「個別・集団」と記述した。

**子どもの標的行動** 子どもに対して、保護者自身が指導した内容について記述した。内容が不明もしくは記載されていない場合は「未記載」とした。

**保護者への教授内容** 支援者による保護者への教授内容について記述した。教授内容に関しては、先行研究を踏襲しているものについては、論文中に記載された「引用文献」を記述し、それ以外の場合は本文中に記載された教授内容を記述した。

**保護者への教授方法・場所** 支援者による保護者への指導方式を、「講義」「グループワーク」「ロールプレイ」「ホームワーク」「記録」「フィードバック」に分類した。教授方法が複数である場合は全て記述し、プログラムを行った場所について記載があるものについては本文中に記載されたものを記述した。

**期間・回数・頻度・時間** 分析した論文中に支援の期間について記載があった場合はそれを記述した。掲載がなくても、論文中のグラフや表で回数等が推測できる場合は、そのデータを記述した。時間は、一回当たりのセッションの時間を記述し、フォローアップが設定された場合には、それも含む内容を記述した。

**支援者の職種・人数** 分析した論文中に支援者の職種が記載されていた場合はその名称を使用し、職種が記載されていない場合は「著者」と記載した。また、人数が記載されていた場合はそれも記述した。

**子どもへの効果評価の指標・評価者、保護者への効果評価の指標・評価者** 効果評価の指標は、直接観察した事象を数値やパーセンテージで示したものは「観察データ」、標準化された検査や尺度を用いた者は「検査・尺度」、独自に作成されたものは「その他」とした。指標が複数ある場合は全て記載した。効果評価が設定されていないか記載がない場合は「無」とした。評価者とは、データを観察した、および尺度や検査を回答した者を指し、「支援者」「保護者」「子ども」に分類した。情報がない時は「未記載」とした。

**子どもへの効果評価の方法、保護者への効果評価の方法** 効果評価の方法については、南風原（2001）の実験計画の分類を参考にし、分析対象の論文を「単一事例実験」「1群事後テストデザイン」「1群事前事後テストデザイン」「2群事前事後テストデザイン」のいずれかに分類した。いずれにも当てはまらないものは「その他」に分類した。

**子どもへの効果、保護者への効果** 観察データや標準化された検査・尺度を効果評価の指標とし、一群または複数の群間事前事後テストデザインで効果評価を行なっている論文では、その客観的な数値から効果を判断し、本文中の記載内容を基に記述した。論文中に効果があると記載があっても、第三者から判断することが困難であった場合には、「該当なし（not applicable: N/A）」と記述した。統計検定が行われている場合には、「有意」「有意差なし」と記載した。

**プログラムの評価** プログラムに対する満足度や感想など、社会的妥当性を評価した記述がある場合は「有」と、それ以外の場合は「無」と記述した。

Table 1 中国におけるペアレントトレーニング

論文	論文の種類	募集方法・場所	子どもの参加基準・特徴	保護者の参加規準	ドロップアウト
黄惠桃・杜亚松(2005)	精神医学	介入群(組み合わせか単独):A市心理センターに受診した患者から 統制群:A市小学校に所属する生徒から	介入群(組み合わせ、単独):DSM-IVのADHDの診断基準に満たす者。 統制群:ADHD診断基準に満たしているが受診していない者。	未記載	有 (介入群2名、6.7%)
刘津・王玉凤(2007)	医学	未記載	①DSM-IVのADHDおよびODD診断基準に満たす(診断あり)。 ②1ヶ月以内にADHDおよびODDの治療歴がない者。 ③年齢:6~12歳 ④WISCの検査を受けた者。 排除基準:児童統合失調症、情緒障害・素行症・自閉症・てんかん・PDD・精神発達遅滞およびその他の器質的な疾病を持つ者。	高卒以上の者 排除基準:人格障害・てんかん・シングル・夫婦別居に当てはまる者	無
张文武・王晓箭・程芳・刘志旺・袁红・胡珍玉(2011)	医学	2007年から2009年B市ある病院の小児心理部門で受診した患者から	①DSM-IVのADHDおよびODD診断基準に満たす者(Kiddie-SADSで診断を確定)。 ②年齢:6~12歳 ③1ヶ月以内にADHDおよびODDの治療歴がない者。 ⑤CGI(ADHD臨床印象尺度)点数≥4 排除基準:それ以外の合併障害を持つ者。	高卒以上の者	有 (単独群6名16.2%、 組み合わせ群7名18.4%)
林文康・张桂辉・王翠・胡华芸・吴婕翎・黄苑辉・何艳斯・李瑛・姚晓敏(2013)	医学	2011年から2012年まで著者が所属する病院で受診した患者から	①ADHDと診断された者。 ②初診で、薬物療法歴がない者。 ③通常学校に入学し、義務教育を受けている者。 ④正常な視力および聴力を持つ者。 排除基準:神経系統器質性障害、PDD、精神発達遅滞、一児児童の問題行動を持つ者。	未記載	有 (組み合わせ群1名2.0%、単独群5名10.0%)
钱媛・华丽・徐璐(2015)	看護学	著者が所属する病院の児童保健センターで受診した患者から。	①ADHDの診断基準を満たす者。 ②年齢:6~13歳 ③WISCで測定したIQ値≥80 ④1週間以内に精神薬の服用歴がない者。 排除基準:PDD、情緒障害、心臓や肺臓に大きな身体障害を合併する者。	未記載	無
杨林・钟思嘉(2015)	修士論文	C市5つの小学で、1~4年の生徒から。	PSQ(ADHD症状尺度)の得点が基準に満たす者。 排除基準: ①治療中および服薬中の者。 ②身体および神経系統的な障害、素行症、PDD、精神発達遅滞および情緒障害を持つ者。	未記載	有 (平均参加率と表記:87.5%)
杨思渊・麦坚凝・杜志宏・戴津(2016)	薬学	2014年8月~2015年7月までに、著者が所属する病院で治療を受けた患者から。	ADHD診断がある者。	未記載	無
朱锦焯(2016)	医学	2012年5月~2015年5月まで、著者が所属する病院で受診した患者から。	①WHOのADHD診断基準を満たす者。 ②初診で、薬物療法歴がない者。 ③視力と聴力の数値が正常で、正常なコミュニケーション能力を有する者。 ④年齢:6~12歳 排除基準: ①神経系統等器質的な疾病を持つ者。 ②PDDあるいは精神発達遅滞を持つ者。	未記載	無
蒋婷婷・朱萍(2017)	児童医学	2015年1月~2016年6月まで、著者が所属する病院で受診した患者から。	①DSM-5のADHD診断基準を満たす者。 ②WISCで測定したIQ≥85 ③2週間以内に精神薬の服用歴がない者。 排除基準: ①PDD、情緒障害、統合失調およびその他の精神障害を合併する者。 ②心臓、肺臓等身体障害を持つ者。	未記載	無

子どもの人数・年齢	保護者の人数・支援形態	子どもの 標的行動	保護者への 教授内容	保護者への 教授方法・場所	期間・回数・ 頻度・時間
薬物療法+PT組み合わせ群: 17名、PT単独群: 13名、 男児25名、女児5名(平均年齢 9.9±2.7歳) 統制群: 30名、男児24名、女 児6名(平均年齢: 8.7±2.0歳)	介入群: 30名、毎回5 ~8名、集団方式 (PT単独群13名、組 み合わせ群: 17名) 統制群: 30名(無処 置)	未記載	ADHDの子どもに関 する知識、親子タイ ム、注目とご褒美、 有効な指示、行動 契約、学習指導、情 緒管理および将来 の計画。	講義、モデリング、 ロールプレイ 場所: 未記載	毎週2~3h 8回
男児25名、女児5名 6~12歳(平均年齢10.0±2.7 歳)	30名、集団方式	未記載	Barkley(1997)を参 考に作成	講義、グループ ワーク、ホーム ワーク 場所: 大学付属精 神衛生研究所	毎週1.5~2h 10回
薬物療法+PT組み合わせ 群: 37名 薬物療法単独群: 38名	組み合わせ群: 37 名、集団方式 単独群: 38名	未記載	Barkley(1997)の ペアレントトレーニ ング	講義、グループ ワーク、ホーム ワーク 場所: 未記載	毎週1.5h 10回
薬物療法+PT組み合わせ 群: 50名 男児41名、女児9名(平均年 齢: 8.1±1.7歳) 薬物療法単独群: 50名、男児 42名、女児8名(平均年齢: 8.3 ±2.0歳)	組み合わせ群: 50 名、集団+個別 単独群: 50名	未記載	第一部分: 講義 第二部分: 個別対 応(強化、行動契 約、トークンエコ ミー、消去) 第三部分: 親の情 緒制御、親間のコ ミュニケーション	講義、面接、フィ ードバック 場所: 未記載	6ヶ月 第1部分: 月に 1回1.5~2h、 計3回; 第2部 分: 週に1~2 回計24回; 第3 部分: 月に1 回、回数未記 載。
薬物療法+認知トレーニング +PT組み合わせ群: 30名、男 児25名、女児5名、6~13歳 (平均年齢8.6±0.5歳) 薬物療法+認知トレーニング 群: 30名、男児24名、女児6名 6~13歳(平均年齢8.7±0.4 歳)	組み合わせ群: 30名 (毎回20人以上、集 団方式) 薬物、認知トレ群: 30 名	未記載	ADHDの概要、 ADHD児の行動変 容テクニック、親の 情緒管理および良 好な親子関係の形 成、注目と制御、学 校連絡帳および家 庭行動チェックリ ストの作成、学習技能 の向上。	講義、ロールプレ イ、グループワーク 場所: 小児科	毎週1回2h、 全4回
介入群: 56名、男児47名、女 児9名 統制群: 36名、男児30名、女 児6名	介入群: 56名、集団 方式 統制群: 36名	未記載	Barkley(1997)を参 考に作成	方法: インターネ ット電話(Wechat)に よる集団講義、 ホームワーク 場所: 自宅	毎日1回0.5h、 12回
組み合わせ群(ストラテラ+ PT+リタリン服用): 73名、男児 35名、女児38名 6~12.5歳(平均年齢8.01± 2.62歳) 単独群(ストラテラ): 73名、男 児35名、女児38名 6.5~12歳(平均年齢8.32± 2.62歳)	組み合わせ群: 73名 (毎回10~15人)、集 団方式 単独群: 73名	有 (行動問 題)	家庭調査票を作 成、子どもの問題行 動のきっかけを分 析し、結果によっ てご褒美か罰を与 えるようにアドバイ スする。	方法: 講義、記録、 フィードバック 場所: 未記載	週に1回2時 間、全6回
薬物療法+PT組み合わせ 群: 48名 男児39名、女児9名、6~11歳 (平均年齢8.3±1.2歳) 薬物療法単独群: 48名 男児38名、女児10名、6~10 歳(平均年齢8.1±1.3歳)	組み合わせ群: 48 名、集団方式 単独群: 48名	未記載	ADHD児の行動を 理解する、注目お よび行動変容テクニ ック、行動契約、学 習指導、感情制御お よび将来の計画	方法: 講義、グル ープワーク、ロール プレイ 場所: 精神科	隔週に1回1 d、全5回
PT組み合わせ群: 40名 男児31名、女児9名、6~11歳 (平均年齢8.42±1.44歳) バイオフィードバック単独群: 40名 男児32名、女児8名、6~11歳 (平均年齢8.15±1.40歳)	組み合わせ群: 40 名、集団方式 単独群: 40名	未記載	注意力訓練、行動 矯正、親子関係の 形成、しつけ方法 トレーニング	方法: 未記載 場所: 未記載	毎週1回2h、 全4回

支援者の職種・人数	子どもへの効果評価の指標・評価者	保護者への効果指標・評価者	子どもへの効果評価の方法	保護者への効果評価の方法	子どもへの効果	保護者への効果	プログラムの評価
著者 (研修医)	検査・尺度 (PSQ/ADHD症状評価 尺度、6因子) 評価者:親、支援者	無	その他(3 群事前 事例テ ストデ ザイン)	N/A	介入群PSQの得点が有意に減少。 PT単独群では素行問題、衝動一多動因子の得点が介入後に有意に減少。 組み合わせ群では学習問題因子の得点が介入後に有意に減少。 組み合わせ群の治療効果がPT単独群より有意に高い。	N/A	有
著者	検査・尺度 (DBDRS、破壊行動 評価尺度、2因子) 評価者:親	無	1群事前 事例テ ストデ ザイン	N/A	ADHDもODDも症状の得点が介入後有意に減少。	N/A	有
著者	検査・尺度 (DBDRS、PSQ、中 枢性薬物不良反応尺 度) 評価者:親、支援者	検査・尺度 (PSI:i親ス トレス評 価尺 度、1因 子22項目) 評価者:親	2群事前 事後テ ストデ ザイン	2群事 前事後 テスト デ ザイン	組み合わせ群の破壊行動得点が単独群より有意に低い。 PSQにおいては、組み合わせ群が単独群より素行問題因子の得点が有意に低い。	組み合わせ群のPSIの得点減少率が単独群より有意に大きい	有
訓練を受けた行動療法に詳しい小児科医師および副主任看護師	検査・尺度 (PSQ) 評価者:親	無	2群事前 事後テ ストデ ザイン	N/A	両群ともPSQの得点(全因子)が介入前より有意に減少。 組み合わせ群において、介入後PSQの5因子(心身問題以外)の得点が単独群より有意に低い。	N/A	無
児童保健医1名、看護師3名	検査・尺度 (SNAP-IV:ADHD症 状評価尺度) 評価者:親、保健医 および看護師	無	2群事前 事後テ ストデ ザイン	N/A	PT組み合わせ群SNAP-IVの得点が介入後、薬物+認知レ 群より有意に低い。	N/A	無
著者 (大学院 生)	検査・尺度 (PSQ) 評価者:親	検査・尺度 (PSI) 評価者:親	2群事前 事後テ ストデ ザイン	2群事 前事後 テスト デ ザイン	介入群では、PSQ4つの因子(多動指数、素行問題、学習問題、衝動一多動)得点が有意に減少した。 介入群の4つの因子得点は、統制群より有意に低い。	介入群において、PSIのうち2因子特典が介入後に有意に減少した。	有
著者	検査・尺度 Piers-Harris(自己認 知尺度) 評価者:子ども	検査・尺度 CGSQ(親 ストレス評 価) 評価者:親	2群事前 事後テ ストデ ザイン	2群事 前事後 テスト デ ザイン	介入後、組み合わせ群の自己認知得点が単独群より有意に高い。	介入後、組み合わせ群の親ストレス度が単独群より有意に低い。	無
病院内に経験のある専門家	検査・尺度 (PSQ) 評価者:親	その他 (病院独自 開発した疾 病知識調査 票) 評価者:親	2群事前 事後テ ストデ ザイン	2群事 前事後 テスト デ ザイン	両群ともに介入後、PSQの得点が介入前より有意に減少。 組み合わせ群の得点の減少は単独群より有意に大きい(心身問題因子に有意差なし)	両群ともに介入後に知識に関する得点が介入前より有意に高い。 組み合わせ群得点は単独群より有意に高い。	無
著者	その他 (①多動、学習障害、 注意力制御を評価する 大学独自開発した質 問紙 ②AYP:中枢神経機 能を測定する指数) 評価者:親	無	2群事前 事後テ ストデ ザイン	N/A	両群ともに介入後、症状の得点が有意に減少。 注意力因子においては組み合わせ群が単独群より有意に高い。 多動、学習障害の得点では2群有意差なし。	N/A	有

## 結 果

## 年代別論文発刊数および論文の種別

Figure 2 にペアレントトレーニングに関する実践研究の論文数および年別推移を示した。中国のペアレントトレーニング研究については、黄・杜(2005)が最初の論文である。2010年以前に発行された論文は2本で、2010年以降はその3.5倍の7本となっている。また、2015年以前では研究の公刊に1年以上の間隔があったが、最近では3年連続で実践研究論文が公刊され

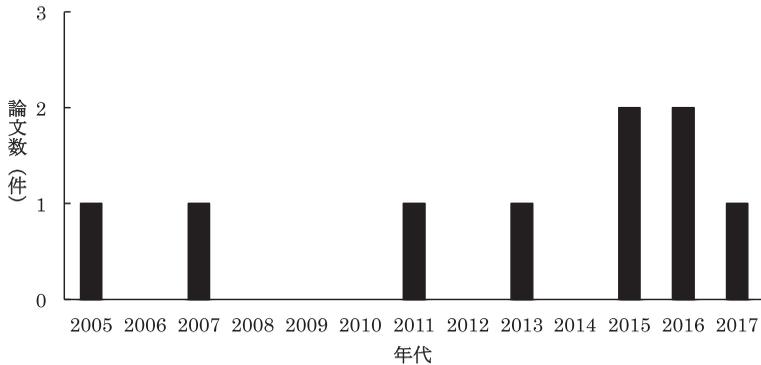


Figure 2 分析した論文の年別推移

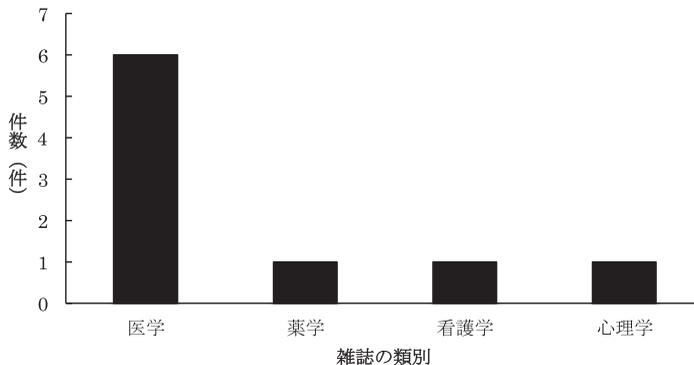


Figure 3 分析した論文の種別

ていることが分かった。

**Figure 3** に分析した論文の種別を示した。看護学も含めた医学関係の雑誌に公刊されている論文が 8 件で、全体の 88.9% を占めている。残り 1 件は未公刊の心理学に分類される修士論文であった。

### 参加者の募集方法・場所

心理センターや病院で受診される患者のうちから募集をかけた論文が 6 件、学校から募集をかけたのが 1 件、病院と学校両方から募集をかけたのが 1 件あった。残りの 1 件は未記載であった。

### 子どもの特徴および参加基準、保護者の参加基準

分析対象となった論文の全てに、参加者である保護者の子どもに明確な基準が記載されており、ADHD 症状に関する基準が設けられていた。診断をうけていた者は 4 件で、診断基準を満たす者と表記されていた論文が 4 件で、残りの 1 件は ADHD 症状を評価する尺度 (PSQ) の点数が一定以上である者と記載されていた。また、7 件の論文 (77.8%) に薬物の服用歴がないことや、一定期間内に治療を受けていないことが基準として設定されていた。ODD が合併した ADHD 児をペアレントトレーニングの対象にしたものも 2 件 (22.2%) あったが、それ以外の合併障害 (例えば、広汎性発達障害、精神発達遅滞など) を持つ場合は対象から排除した研究が 7 件あった (77.8%)。さらに、対象とする子どもの知能が標準範囲内で、普通な学校に在籍すること (知能が基準範囲内と同意味) や、普通にコミュニケーションが取れることを基準として設定していた研究が 4 件 (44.4%) あった。

保護者の参加基準が明確に記載されたものが 2 件 (22.2%) あり、ともに高卒以上の者と記載されていた。また、保護者の合併障害、婚姻状態を排除基準とした研究も 1 件あった (11.1%)。

### 子どもの人数・年齢、保護者の人数・支援形態

子どもの年齢を参加基準として設定した研究が 4 件 (44.4%) あった。そして全体の研究論文における子どもの対象年齢は 6~13 歳であった。

保護者への支援形態別の研究数は、集団支援が8件で、個別支援と集団支援を組み合わせた形態が1件であった。保護者の参加人数に関しては、全ての論文において介入群も統制群も参加数が30名以上と記載されていたが、複数のプログラムから構成された研究が多く、1回のプログラムに何人が参加されていたことに記載があったのは3件のみであった。そのうち参加者が10人以下の集団に当たるのが1件、10～15人が1件、20人以上が1件であった。

### 子どもの標的行動

子どもの標的行動が未記載の論文は8件(88.9%)、残り1件の論文では、子どもの問題行動に対して保護者が分析し、支援者がアドバイスを行ったという記載があった。

### 保護者への教授内容、教授方法・場所

先行研究を踏襲した内容を教授したものは、全体で3本(33.3%)あった。

8件(88.9%)の論文に複数の教授方法が使われていた。「講義」が8件(88.9%)、「グループワーク」が4件(44.4%)、「ロールプレイ」と「ホームワーク」はいずれも3件(33.3%)、「フィードバック」が2件(22.2%)、「記録」と「面接」はいずれも1件(11.1%)であった。教授する場所に関する明確な記載があったのは4件で、そのうち「病院」が2件(22.2%)、「大学付属研究所」が1件(11.1%)、「自宅」が1件(11.1%)であった。

### 期間・回数・頻度・時間

分析対象となった論文のうち8件(88.9%)は支援期間に関する記載がなかったが、実施頻度および回数により推測した結果、支援期間は全て3ヶ月未満であった。残り1件では支援期間が6ヶ月間と記載されていた。支援回数が明確に記載されていた論文は8件で、平均支援回数は7.4回(4～12回)であった。毎回の支援時間については7件の記載があり、平均105分(30～180分)であった。支援頻度について週に2回が1件(11.1%)、週に1回が6件(66.7%)、隔週に1回が1件(11.1%)、支援時期によって頻度が変わるのが1件(11.1%)であった。

### 支援者の職種・人数

支援者の職種に明確な記載があったものが4件あった。そのうち、医師および看護師の共同実施が2件、医師（研究医）単独が1件、大学院生が1件あった。明確な人数を記載しているのが1件で、医師が1名、看護師3名の計4名による実施と記載されていた。

### 子どもへの効果評価の指標、保護者への効果評価の指標

分析対象とした全ての論文が子どもの変化の効果評価を行っており、指標は「検査・尺度」が使用されていた。評価者が「保護者」になっているものが5件、「保護者と支援者」が3件、「子ども」が1件あった。

保護者への効果測定が行われたものが4件あり（44.4%）、うち「検査・尺度」を使用していたのが3件（33.3%）で、「その他」の指標を使ったのが1件（11.1%）であった。評価者は全て「保護者」と記載されていた。

### 子どもへの効果評価の方法、保護者への効果評価の方法

子どもへの効果評価の研究デザインとして用いられていたのは、1群事前事後テストデザインが1件（11%）、2群事前事後テストデザインが7件（77.8%）、その他（3群事前事後テストデザイン）が1件（11.1%）であった。

保護者への効果評価が行われていたのが4件（44.4%）で、全て2群事前事後テストデザインが用いられた。

### 子どもへの効果、保護者への効果

本研究は、効果指標が「その他」と分類される論文に関して、たとえ本文中に効果ありと記載があっても、第三者から判断することが難しいものに関しては、分析対象から外すことにした。全ての論文において子どもへの介入効果への言及がなされていたが、効果が確認できたのは主にADHDの症状を評価する尺度の得点の減少であった。保護者への介入効果が記述されていたのは3件で、効果が確認できたものはストレス評価尺度の得点の減少であった。

### プログラムの評価およびドロップアウト

プログラムに対する満足度など、社会的妥当性を検討したものは5件（55.6%）であった。

また明確にドロップアウトの人数が記載されていた論文は3件で、2%～18.4%の幅であった。また、プログラムの平均参加率が記述されていたものが1件あった。

## 考 察

本研究は、中国におけるペアレントトレーニングの実践・研究論文を先行研究を参考に設定した条件で選出し、内容をカテゴリーごとに整理したものである。以下、分類したカテゴリーから見つけた中国ペアレントトレーニング研究の特徴を日本の研究と比較をしながら、現状および今後の課題について考察する。

### 論文の年代別について

本研究で分析した論文のうち、最も古いのが黄・杜（2005）の研究である。楊・钟（2015）も、最初にペアレントトレーニングを中国で試したのは黄・杜（2005）の研究だと述べているため、中国のペアレントトレーニング研究は2005年から始まったと推測できる。一方、原口ら（2013）によれば、日本で最初にペアレントトレーニングを始めたのが石井（1994）であり、中国で研究が開始された時期が日本より10年程度遅れていることが分かった。また、分析した論文の数から見ても、日本の研究が47件に対して、中国の研究がまだ9件にとどまっていた。以上の結果から、中国のペアレントトレーニング研究は始まる時期が遅く、数が少ないためまだ十分普及していない段階だといえるだろう。但し、研究の数はさほど変わらないが2015年以降は研究論文の公刊頻度が高まってきており、これから広がっていく可能性はあると考えられる。

### 論文の種別、募集方法・場所、支援者の職種および教授場所について

本研究で分析した論文の多くが、看護学、薬学を含む医学研究に分類され（8件、88.9%）、それに対して日本における研究のほとんどは心理学に分類されていた。中国での研究における参加者の募集方法については、記載があった

論文が8件のうち、病院で受診した患者から募集したもの（複数の場所も含む）が7件で、それ以外は小学校からの募集（2件）であった。支援者の職種についても明確な記載があった論文4件のうち、医者や看護師による実施が3件で、大学院生が1件であった。一方、日本の研究における募集方法については分析されていなかったが、実施場所は大学が一番多く（記載があった36件研究中の18件）、その次が保健所・保健センターであり（4件）、医療機関と学校で実施されたのがそれぞれ3件であった。支援者についても大学生や大学院生が最も多く（記載があった23件中8件）、次が学校教員（7件）で、それら以外に大学教員、教育センター職員、保育士、臨床心理士、作業療法士など、様々な職種が見られた。日本では乳幼児健診が多職種で構成される健診チームによって実施されており、発達が気になる「要観察児」は健診後のカンファレンスによって医療機関や相談機関に紹介される。そのため、健診の時点から他職種連携による支援が行われる傾向がある。それに比べ、中国では「婦幼保健院」という施設で専門職によって乳幼児健診を受けることができるが、有料という理由から受けられない人が多く存在する。新生児訪問サービスがあっても、担当者が医療関係者ではなく専門知識を持たない補助員であり、特に身体障害として顕在化しない発達障害の早期発見にはほとんど機能しないと言われている（祁・小泉, 2011）。よって、子どもの発達が気になってから保護者が病院に連れていくことが多くあり、病院では発達障害が発見される第一現場として参加者がもっとも集まりやすく、研究が進めやすいと推測できる。また、中国では専門家の数が限られており、病院以外に専門家が設置されているところが少ないため、支援する場所も病院に偏りやすいと思われる。

#### 子どもの特徴、子どもおよび保護者の参加基準について

一般的に発達障害に対するペアレントトレーニングの発展には障害別に大きく分けて、ADHD 児などの破壊的な行動に対するものと、ASD 児を対象とするものの2つの流れがある（Brookman-Frazee, Stahmer, Baker-Ericzen, & Tsai, 2006）。しかし、本研究で分析した全ての論文において、対象とする子どもに明確な参加基準が記載されており、特に障害種はADHD（ODD との

合併は可)に限定されていた。また、年齢に関しても、明確な参加基準が記載されたものが4件あったが、早期発見が遅れている原因もあり、実際の参加者を見ると対象となる子どもの年齢が全て6~13歳で、概ね小学生の年齢層に限定されていた。一方、日本の研究では、ADHDの子どものみを対象にしたものが「集団」方式のペアレントトレーニングの約3割(原口ら, 2013)あったが、それ以外は対象となる子どもの障害種も年齢も様々であった。そして、中国の研究で保護者に関する参加基準が書かれていたものも2件(22.2%)あり、参加者である保護者に一定の教育歴(高卒以上)や正常な理解力(人格障害、てんかんなどを除外する)を求める形になっていた。それに対して日本の研究では保護者に関する参加基準を記載したものは一つもなかった。この結果から見ると、中国のペアレントトレーニング研究は参加者の条件を統制することによって群間の比較が行いやすい一方、ASD児を対象としたものが見当たらず、対象者が極めて限定されており、条件を満たさない人は支援を受けられない点が問題だといえる。

#### 支援形態、子どもの標的行動について

中国におけるペアレントトレーニングによる支援は、支援形態が「集団」が8件(88.9%)、「集団・個別」が1件(11.1%)で、「個別」に当てはまる研究がなく、日本の研究のように形態別で検討することができなかった(日本では「個別」が全体の4割程度を占めている)。「支援者による子どもの指導」というカテゴリーに関しても、分析対象となった全ての論文において実施されていなかったため削除した。これは日本の研究とも一致した結果であり、支援形態が「集団」に当てはまる研究では「支援者による子どもの指導」がほとんど行われていなかった。また、分析対象とした研究では、「子どもの標的行動」についてもほとんど記載がなく、保護者の参加人数が多数にのぼる場合には、支援者が全ての保護者に子どもの目標行動を設定するように指導することは困難だと考えられる。今後は、ペアレントトレーニングの支援形態の種類をより多様化して、形態別の効果を検討する必要がある。

### 教授内容、効果評価の方法、指標について

教授内容としては、日本の「集団」方式のペアレントトレーニング研究では複数の内容が開発されており、8割以上のものがプログラム化されたものを使用していた。それに対して本研究の分析対象となった中国の研究では、先行研究（全て Barley, 1997）を参考に作成したプログラムが使用されたものが3件（33.3%）で、それ以外のは先行研究やプログラム名については記載がなかった。効果が実証された研究をプログラム化し、また実施マニュアルを開発することによって、支援者による実施が容易となり、実施コストも低くなると考えられる。今後、ペアレントトレーニングが中国で普及するためには、教授内容のプログラム化およびマニュアル化が必要だと考えられる。

効果評価のデザインについては、中国のペアレントトレーニングは薬物療法や他の療法と組み合わせて群間比較を行なったものが多く、保護者への効果も、3割程度が多群間事前事後テストデザインによって評価されていた。

また、分析対象となった論文では、子どもおよび保護者の変化の効果指標として「検査・尺度」を使用していたものが多数を占めており、「観察データ」を使った研究は見当たらなかった。今後、保護者の行動変容によって子どもの行動が変容したのか、保護者と子どもの行動変容の因果関係を実証するような効果評価をしていくことが課題といえる。

### 本研究の限界と課題

まず、本研究で分析対象となった研究は、あくまでも研究論文として提出された実践で、選定条件を満たしていないものは除外されており、中国のペアレントトレーニングの現状を全て代表しているとは言い難い。特に今回の分析対象となった研究に ADHD 児以外の障害児を対象とする論文や、「個別」方式の論文は一つも見当たらなかったことから、保護者に対して個別に実施されることが多い ASD 児に対するペアレントトレーニングは別のキーワードが使用されている可能性が考えられる。中国では近年障害児に対する支援も徐々に整備されてきており、本研究で分析対象とした実践以上に数多くの実践が地域で行われている可能性もあると考えられる。今後も選定条件を検討しつつ、引き

続き中国のペアレントトレーニングの現状を検討することが必要であろう。

また、原田ら（2013）の研究では分析対象となった論文の選定にあたっては著者3名がそれぞれ判断を行い、一致した論文のみを分析対象としていた。しかし、本研究では中国語という言語の制限があり、分析対象とした論文が条件に満たしているか否かは全て第一著者の判断に基づいたもので、妥当性に問題があるといえる。より正確に分析対象となる論文を選定するために、今後は中国語能力を有する研究者の協力も必要だと思われる。

最後に、本研究で考察した内容は、分析対象となった論文に記載された内容に基づき取り上げたもので、情報が限られており、第一著者の推測で述べた部分もあった。今後はさらに情報を収集し、発達障害に関する中国の法律や支援制度を念頭においた形で考察を行う必要があると考えられる。

## 結 語

本研究は、中国におけるペアレントトレーニングに関する実践や研究を整理し、日本における研究状況と比較しつつ、現状と今後の課題を検討することを目的とした。日本と比べて中国のペアレントトレーニングは集団方式による支援が多く、支援対象はADHDの児童を持つ親に限定されていた。内容としては有意性検定や、根拠に基づく実践を意識している研究が多かったが、子どものADHD症状を評価する尺度や、親のストレスを評価する尺度など、「検査・尺度」を効果評定の指標として使われるものがほとんどで、「行動指標」を使用する研究は一つもなかった。中国のペアレントトレーニングの今後の課題としては、支援対象となる障害種の幅を広げることによって、より多くの人々が支援を受けられるような体制を作ることと、教授内容のプログラム化およびマニュアル化、および保護者と子ども双方の行動変化に焦点を当てた評価方法の導入が望まれる。

## 引用文献

- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzen, M. J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: Opportunities for cross-fertilization. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 181-200.
- 曹 跃进・纳 新・孙 光 (2012). 0~6 岁残疾儿童康复研究, 残疾人研究, 3, 30-34.
- 国家统计局 (2018). 2017 年《中国儿童发展纲要 (2011-2020 年)》统计监测报告. Retrieved from [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201811/t20181109\\_1632517.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201811/t20181109_1632517.html) (2019 年 3 月 1 日)
- 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: 効果評価の観点から行動分析学研究, 27, 104-127.
- Hersen, M. (1971). The behavioral treatment of school phobias. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 99-107.
- 黄 惠桃・杜 亚松 (2005). 家长培训对注意缺陷多动障碍儿童的干预, 上海精神医学, 17(1), 21-24.
- 石井詩都夫 (1994). 中度知的障害児の肥満指導に関する研究: 両親指導を通して. 筑波大学学校教育論集, 17, 85-94.
- 岩坂英巳・清水千弘・飯田順三・川端洋子・近池 操・大西貴子・岸本年史 (2002) 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) 児の親訓練プログラムとその効果について. 児童青年精神医学とその近接領域, 43(5), 483-497.
- 祁 正庆・小泉令三 (2011). 中国における今後の特別支援教育の仕組みについてー日本の特別支援教育との比較を通してー. 福岡教育大学大学院教職実践専攻年報, 1, 7-12.
- 林 文璇・张 桂辉・王 馨・胡 华芸・吴 婕翎・黄 苑辉・何 艳斯・李 瑛・姚 晓敏 (2013). 家长培训对注意缺陷多动障碍儿童的效果与分析, 国际医药卫生导报, 19(14), 2086-2089.
- 刘 津・王 玉凤 (2007). 父母培训对共患对立违抗障碍的注意缺陷多动障碍的作用, 北京大学学报 (医学版), 39(3), 310-314.
- 免田 賢・伊藤啓介・大隈紘子・中野俊明・陣内咲子・温泉美雪・福田恭介・山上敏子 (1995). 精神遅滞児の親訓練プログラムの開発とその効果に関する研究. 行動療法研究, 21(1), 25-38.
- 南原風朝和 (2010). 準実験と単一事例実験 南原風 朝和・市川伸一・下山晴彦

- (編) 心理学研究入門－調査・実験から実践まで－(pp.123-152) 東京大学出版会.
- Patterson, G. R., Cobb, J. A., & Ray, R. S. (1972). A social engineering technology for retraining aggressive boys. In H. Adam & L. Unikel (Eds.), *Georgia symposium in experimental clinical psychology* (Vol.2, pp.139-210). Oxford: Pergamon Press.
- 钱 媛・华 丽・徐 璐 (2015). 注意缺陷多动障碍患儿父母系统培训的实践, 护理学杂志, 30(17), 79-80.
- 山上敏子 (2012). お母さんの学習室－発達障害児を育てる人のための親訓練プログラム 二瓶社
- 张 文武・王 晓笛・程 芳・刘 志旺・袁 红・胡 珍玉 (2011). 父母培训结合利他林治疗共患难对立违抗的注意缺陷多动患儿的研究, 现代实用医学, 23(1), 11-14.
- 杨 林・钟 思嘉 (2015). 注意缺陷多动障碍倾向儿童的父母训练效果－以微信为媒介 (Unpublished master's thesis). 浙江师范大学, 浙江.
- 杨 思渊・麦 坚凝・杜 志宏・戴 津 (2016). 家长培训联合哌醋甲醇治疗对注意缺陷多动症障碍的干预, 海峡药学, 28(5), 167-168.
- 朱 锦焯 (2016). 家长教育培训在注意缺陷多动障碍患儿治疗过程中的应用效果, 中国实用神经疾病杂志, 19(20), 56-58.
- 蒋 婷婷・朱 萍 (2017). 生物反馈治疗结合家长培训对于注意缺陷多动障碍儿童的疗效观察, 中国中西医结合儿科学, 9(2), 130-132.

——金 喬 大学院文学研究科博士課程後期課程——  
——米山直樹 文学部教授——

**Current Issues in Training Programs for Parents  
of Children with Developmental Disabilities in China :  
Through comparison with Japan**

JIN Qiao · YONEYAMA Naoki

The present paper reviews practical researches on training programs for parents of children with developmental disabilities for the purpose of discussing current issues relating to practice in China. Referring to the pilot study, the review mainly focuses on participation conditions, content of the programs, program method used, and evaluations of program effectiveness. It was found that much less work has been done on parent training in China, and most of the studies have been classified as medical research. In terms of form, support for the parent group was mainstream and we could not classify the forms of parent training as is done in Japan. All analyzed studies provided clear participation conditions for the type of disabilities of children, and their age range was also limited. Most studies on support for a parent group in Japan used programmed content. However, names of programs in China were not be described, and few pilot studies were referred. Based on evaluations of program effectiveness, in all the analyzed studies, there was a statistically significant difference in the evaluation of the effects on children. However, only about 30% of parents' objective effects were evaluated. Evaluation for parents was only about 30%. In China, developing a program suitable for more types of disabilities and standardizing it is important. Additionally, evaluating the programs' effects on parents is necessary from the viewpoint of evidence-based practice.

**Key words** : china, parent training, children with developmental disabilities.