

有効であるとされている非行防止 プログラムについて（その1）

藤野京子

- 1 非行防止プログラムの効果検証プロジェクトについて
- 2 機能的家族療法について

1 非行防止プログラムの効果検証プロジェクトについて

米国では、1980年代から90年代にかけての青少年の間で見られた問題行動の急増現象を受けて、その問題行動抑止に向けての青少年に対する多種多様なプログラムが開発されるようになった。しかし、それらのプログラムの多くは、疑わしい仮定に基づいていたり、一貫性に欠けていたり、プログラム実施の質が統制されていなかったり、といった問題を抱えており、実際にそれぞれのプログラムがどの程度有効であるかについて検証されていないものが多かった。

こうした動向を踏まえて、諸機関等は、数あるプログラムのうち、どのプログラムが有効であるかの検討を試みるようになってきており、例えば Table 1.1 の横軸に示されたものが、そのような作業を行っている¹。

以下では、これらの試みのうち、コロラド大学暴力研究予防センターが、青少年の暴力予防プログラムの効果について、高い科学的基準に合致しているかを同定するために1996年に開始したプロジェクトである Blueprints for Violence Prevention について若干言及する。これを取り上げる理由は、こうしたプロジェクトのうち、最も歴史があり代表的なものともみなされているからである。

Table 1.1 Blueprints for Violence Prevention

	American Youth Policy Forum (2000) *1	Center for Mental Health Services (2000) *2	NREPP-SAMHSA (2007) *3	Dept. of Education-Safe Schools (2001) *4
肯定的評価のプログラム数 (右のいずれかから肯定的評価をされたプログラムの総数は299)	25 ○=Effective	34 ○=Effective	12 ○=Reviewed	42 (内訳) ◎=Exemplary (9) ○=Promising (33)
【Blueprints for Violence Prevention (2007) における Model Program】				
Big Brothers Big Sisters of America	○	○		
Functional Family Therapy (FFT)	○			
The Incredible Years	○			
Life Skills Training (LST)				◎
Midwestern Prevention Project (Project STAR)				○
Multidimensional Treatment Foster Care-OSLC	○			◎
Multisystemic Therapy (MST)	○			
Nurse-Family Partnership (前 Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses)				
Olweus Bullying Prevention Program (BPP)	○			
Project Toward No Drug Abuse (Project TND)			○	
Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)		○		○
【Blueprints for Violence Prevention (2007) における Promising Program】				
Athletes Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS)				◎
BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students)				
Behavioral Monitoring and Reinforcement Program (前 Preventive Intervention-Bry)				
Brief Strategic Family Therapy (BSFT)	○			
CASASTART				◎
FAST Track		○		

で選定されたプログラムの他からの評価

Communities That Care-SAMHSA (2004) * 5	Mihalic & Aultman-Bettridge (2004) * 6	National Institute of Drug Abuse (2003) * 7	Sherman et al. (1997) * 8	Strengthening America's Families (1999) * 9	Surgeon General's Report (2001) * 10	OJJDP Model Programs Guide (2007) * 12
55 ○=Effective	56 (内訳) ◎=Exemplary (6) ○=Promising (17) ○=Favorable (33)	21 ○=Effective	35 ○=Effective	35 (内訳) ◎1=Exemplary1 (7) ◎2=Exemplary2 (7) Model (16) Promising (5)	27 (内訳) ◎=Model (7) ○ Promising (20)	200 (内訳) ◎=Exemplary (39) ○=Effective (72) Promising (89)

○			○			◎
○				◎1	◎	◎
○	◎		○	◎1	○	◎
○	◎	○	○		◎	◎
	◎	○			◎	○
				◎1	◎	◎
				◎1	◎	◎
○			○	◎2	◎	◎
○	◎		○		○	○
○		○				◎
○	◎	○	○		○	◎

○	○	○				◎
○						◎
○	○		○		○	
○				◎2		○
○					○	○
	○	○			○	◎

	American Youth Policy Forum (2000) * 1	Center for Mental Health Services (2000) * 2	NREPP-SAMHSA (2007) * 3	Dept. of Education-Safe Schools (2001) * 4
Good Behavior Game	○	○		
Guiding Good Choices (前 Preparing for the Drug Free Years)				○
I Can Problem Solve: Raising a Thinking Child (前 Interpersonal Cognitive Problem Solving)		○		○
Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT)		○		○
Perry Preschool Program/High Scope	○			
Preventive Treatment Program (Montreal Longitudinal Experimental Study)	○	○		
Project ALERT				◎
Project Northland				◎
School Transitional Environment Program (STEP)		○		
Seattle Social Development Project (前 SOAR: Skills Opportunity, and Recognition)	○	○		○
Strengthening Families Program for Parents and Youth 10-14 (前 Iowa Strengthening Families Program)				◎
Strong African American Families (SAAF) Program				

注) Center for the Study and Prevention for Violence のホームページをもとに作成

- * 1 Less Hype, More Help : Reducing Juvenile Crime, What Works and What Doesn't
- * 2 US Department of Health and Human Services, Prevention Research Center for Health_pubs.html)
- * 3 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of samhsa. gov)
- * 4 Safe and Drug Free Schools (refer to www.ed.gov/admins/lead/safety/exemplary)
- * 5 Communities that Care Prevention Strategies Guide (refer to ncadi.samhsa.gov/)
- * 6 A Guide to Effective School-Based Prevention Programs (refer to William L. gov/pdf/prevention/RedBook.pdf)
- * 7 Preventing Drug Use among Children and Adolescents : A Research-Based Guide
- * 8 Preventing Crime : What Works, What Doesn't, What's Promising. University of ncjrs.org/works)
- * 9 (refer to www.strengtheningfamilies.org)
- * 10 Youth Violence (refer to www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/default.)
- * 11 Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs,

Communities That Care-SAMHSA (2004) *5	Mihalic & Aultman-Bettridge (2004) *6	National Institute of Drug Abuse (2003) *7	Sherman et al. (1997) *8	Strengthening America's Families (1999) *9	Surgeon General's Report (2001) *10	OJJDP Model Programs Guide (2007) *12
	○	○			○	◎
○	○	○		◎1	○	◎
	○			◎2	○	○
	○				○	◎
○	○		○		○	◎
	○		○		○	◎
○	○	○	○			◎
○	○					◎
○	○		○		○	○
	○	○	○		◎	○
○	○	○		◎2	○	◎

by Richard A. Mendel (refer to www.aypf.org/publications/mendel/MendelRep.pdf)
the Promotion of Human Development (refer to www.prevention.psu.edu/pubs/MentalHealthandHumanServices, National Registry of Effective Programs (refer to nrepp.01/panel.html)
features/ctc/resources.aspx)
Turk, Editor. School Crime and Policing. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Halls)
for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition (refer to www.drugabuse.MarylandDepartmentofCriminologyandCriminalJustice.(NCJ 165368) (refer to www.htm)
U. S. Dept. of Justice (refer to www.dsgonline.com/mpg2.5/mpg_index.htm)

プログラム選定は、プログラム提供者がそれぞれのプログラムについての詳細を記したもの（すなわちプログラムの青写真）をもとに行われることになっているが、その詳細には、介入に対する理論的根拠、プログラム実施の核となる構成要素、評価をするに当たってのデザイン及び得られた結果、様々な場でそのプログラムを実施するとしてプログラム実施者が遭遇すると予想される実際的な問題等を記述することになっている。加えて、それぞれの州、地区、機関がその介入を行うことの適切性を判断したり、それぞれの介入に伴う実際の費用を提示したり、プログラムをうまく軌道に乗せ維持していくのに必要な組織能力についての査定を提示したり、その介入の実施の試みにおいて遭遇するかもしれない潜在的な障壁等が何であるかを提示したり、といった非常に実用的な情報が得られるよう、その様式は設計されている。

プログラム選定の評価基準は、以下のとおりである。

- ① 研究デザインが無作為割付による実験デザイン（擬似実験を含む）であり、かつ、ドロップアウト数が少なく、尺度の信頼性や妥当性が高いものの
- ② 非行（児童期の攻撃性及び行為障害を含む）、薬物乱用、暴力、逮捕のいずれかの結果指標で抑止効果（すなわちそれらの開始や犯罪率の低下）のエビデンスが統計的に有意であるもの
- ③ 追試が、最低1カ所で行われており、そこでも効果が認められたもの
- ④ 効果の持続性について、最低1年間の追跡期間にわたり効果が消失していないもの

推奨されるプログラムは Model Program と Promising Program であり、両プログラム共に①②の基準を満たす必要があり、さらに前者は③④の基準も満たすものとなっている。

2008年現在、600を超えるプログラム²のうち、Model Program が11、Promising Program が18選定されており、それらは Table 1.1 に提示したとおりである。すなわち、Model Program は、保健師による妊娠前後の家庭に対する訪問といった Nurse-Family Partnership、子どもの行動問題克服のために親・教師・子どもに訓練する The Incredible Years、いじめ被

害問題削減のための学校を基盤とした Olweus Bullying Prevention Program (BPP), 情緒的コンピテンス促進のための学校を基盤とした Promoting Alternative THinking Strategies (PATHS), メンタリングを行う Big Brothers Big Sisters of America, 家庭への生態学的システムへの働きかけである Multisystemic Therapy (MST), 家族の行動システムに働きかける Functional Family Therapy (FFT), 親・メディア・地域と共に薬物使用防止（社会的抵抗スキル）を図る Midwestern Prevention Project (Project STAR), 薬物使用防止（社会的スキルや一般的な生活スキル訓練）を図る Life Skills Training (LST), 教室でのやりとりを通じて薬物使用防止を図る Project Towards No Drug Abuse (Project TND), 里親家庭に対する訓練である Multidimensional Treatment Foster Care-OSLC, となっている。なお、以前認定されていたプログラムのうち1つが削除され、上記 Project TND が新たに加わっている。

Table 1.1 から明らかなように、Blueprints for Violence Prevention で選定されたプログラムについては、他の評価においても選定される傾向にあることがうかがえる。歴史があるのみならず、Blueprints for Violence Prevention が妥当な評価を行っていることが見て取れる。

ところで、このような評価研究が盛んになる中、Table 1.1 に示されたような有効とされているプログラム名は耳にするようになってきている³ものの、そのプログラムが実際にどのようなものであるのかの情報は入手しにくいのが実状である。そこで、以下では、Blueprints for Violence Prevention において Model Program とされているプログラムについて紹介することとする。

2 機能的家族療法について

1 概要⁴

機能的家族療法 (Functional Family Therapy (FFT)) の創始者は Alexander である。家族療法には様々な学派があるが、彼は、それまでの家族療法における知見を独自に組み合わせて、問題行動の危険性の高い青少年やその

家族のためのプログラム FFT を開発した。彼は、家族療法と言っても、大学生、神経症の人、病気の人等、その働きかける対象によって、その方法は異なるとし、FFT は、非行少年等を対象とし、その目指すところは、そのような青少年やその家族の不適応的な行動を効果的に変えること、そのような青少年の多様な破壊的行動障害の持続・増加がもたらす人的、社会的、経済的損失を減らしていくこと、であるとしている。

具体的には、11歳から18歳までの問題行動の危険性の高い青少年（IP）に対する働きかけであり、通常のケースでは、1週間に1セッションのペースで8～12セッション、深刻なケースでは、30セッション程度のものである。

家族全員がセッションに参加するのが原則であり、治療者がIPの家に訪問して行うことが多く、家族が家に揃う夕刻6時から8時頃、あるいは週末に実施するのが通常である。家族全員が揃わない時に実施するかどうかの裁量は治療者にあるものの、毎回、あるいは大半、特定の家族成員が参加しないまま行うのは、家族力動を扱うものなので、適切でないとされている。

プログラム実施に当たって、治療者は、自分自身を信じると同時に、自身が対象としているIPの家族を信じるとのスタンスをとることが肝要とされている。プログラムは、Table 2.1 に示したように「契約・動機付け」「行動変容」「般化」の3段階で構成されており、各段階には明確な目標が掲げられており、その目標を順次遂行していくことができるように構造化されている。

「契約・動機付け」段階は、IP及びその家族が、変容していくべく方向づけられたFFTに、より積極的に参加するよう動機付けていくことから始まるものである。その動機付けに当たっては、彼らを取り巻く状況に対する情動や原因帰属をより肯定的なものにしていくようリフレーミングしていく手法をとることが推奨されている。

リフレーミングとは、ある現象を違った角度からとらえることである。たとえば「怒り」について、傷ついていることを隠すためのもの、あるいは、愛や信用といった大切なものを傷つけてしまったり失ったりしてしまったりするのではないかとといった恐れへの反応、などと解釈していくことである。また、「自己中心的な振る舞い」についても、その背景として、当事者があま

Table 2.1 FFT の段階別のポイント

段階	契約・動機付け	行動変容	般 化
段階別 目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・治療同盟の形成 ・否定的コミュニケーションの削減 ・絶望感の最小化 ・治療からのドロップアウトの削減 ・変容への動機付けの増強 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別の変容計画の作成及び実施 ・現在の逸脱行動の変容 ・関係性スキル（コミュニケーション訓練，子育て訓練）の確立 	<ul style="list-style-type: none"> ・変容の維持・般化 ・再発防止 ・その変化を維持するのに必要なコミュニティの支持・社会資源の確保
同定 すべき 危険因子 & 保護因子	<ul style="list-style-type: none"> ・否定主義&非難(r) ・絶望感(r) ・信頼感(p) ・連帯感(p) ・治療の使用可能性(p) ・動機付けの欠如(r) 	<ul style="list-style-type: none"> ・下手な子育て(r) ・否定主義的/非難しがちのコミュニケーション(r) ・肯定的子育て(p) ・支持的コミュニケーション(p) ・対人的な欲求(状況) ・親の病理(状況) ・発達レベル(状況) 	<ul style="list-style-type: none"> ・不十分な学校/地域との関係性(r) ・乏しい社会的支援(r) ・肯定的な学校/地域との関係性(p)
アセス メントの 焦点	<ul style="list-style-type: none"> ・行動 ・関係性 ・状況(危険因子と保護因子) 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係性のスキルの質(コミュニケーション，子育て) ・行動変容計画に対する遵守性 ・関係性の問題の連鎖 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要とされるコミュニティの資源 ・変容を維持すること
治療者の 介入/ スキル	<ul style="list-style-type: none"> ・対人関係スキル(妥当性，肯定的解釈，再帰属，リフレーミング，連鎖) ・高い使用可能性 	<ul style="list-style-type: none"> ・構造化(セッションへのフォーカシング) ・変容計画の実施 ・モデリング/フォーカシング/方向づけ/訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の調整役 ・資源の援助 ・再発防止の実施

注) 表は，Alexander et al. (2000) p. 21からの引用である。

r は危険因子，p は保護因子を示す。

りに心の痛みを抱えている結果，相手のことを配慮できない状態にいると考えられなくはないかとの視点を持たせたりすることである。「目立った問題行動」についても，広く外界に援助を求める意図があったり，あるいは，向けてほしくない事象から相手の注意を逸らしたりするために行っていたりするかもしれないととらえてみたりすることである。このほか，「小言を言われること」についても，その小言が相手を非難することに主眼があるのではなく，むしろ相手を大切に思い余っての行為である可能性があるといったことに目を向けさせたりすることである。

当然のことながら、悪い行動は悪いのであって、リフレーミングする意図は、その行動の問題を回避したり最小化したりすることにあるわけではない。行動自体は悪いにせよ、その「動機」については悪かったわけではないかもしれないということをリフレーミングするのである。FFTでは、このような動機なり気持ちなりを受容していくことが、問題行動を変容させていくことへの防衛なり抵抗なりを低下させ、その変容に対する動機付けを高めさせていくことにつながる、と位置付けている。

また、このほかの技法としては、当事者が気づいていない言動について、治療者が複数の解釈を加えながら指摘していくこと、否定的なやりとりが進展しているところで、治療者がそれを中断させたり気持ちを逸らさせたりすること、ある行動が相手にどのように影響し事態が進展していくかといった連鎖に気づかせること、などがあるとしている。

つづく「行動変容」段階では、親子のやりとりについて、コミュニケーション訓練と心理教育的な子育て訓練が行われることになっている。

コミュニケーション訓練では、肯定的なコミュニケーションの仕方の獲得を主眼としている。例えば、主語を「私 (I)」にして話すことは、主語に「私」を用いずに一般論として語るよりも、その発言に責任を持つことを意味するし、加えて、個人的見解であることを意味するので、非難につながったり防衛的になってしまったりするコミュニケーションを弱めるという意味で、望ましいコミュニケーションスキルであると勧められる。また、「あなた (You)」を用いて直接的に話した方が、一般論として話すよりも、相手に話の意図が明瞭に伝わることも教えられる。また、聴く側の負担が過剰にならないように簡潔に話す必要があること、相手に要求する場合には抽象的表現を避け、できるだけ具体的で特定化できる内容を伝達することが適切であること、なども訓練される。また、言語レベル、非言語レベル、行動レベルで一致したメッセージを伝えることができているかに留意するよう働きかけたり、相手とのやりとりにおいては、相手のいわんとしているところは何かを主体的に聴き取ろうとするアクティブ・リスニングの姿勢が大切であることやその話の中で印象に残ったことを相手にフィードバックすることでコミュニケーションが深まっていくこと、相手の意向を尋ねる際には選択肢を用

意し、一方的な意見の押し付けにならないよう配慮する必要があること、などをも教えられ、それらを練習させて実践に移すよう働きかけられる。

一方、子育て訓練については、その基本として、正の強化等を用いた条件づけを用いてはいるが、その対象が条件付けを行いやすい幼年期よりも年長である青少年を対象としていることから、「約束」や「反応－費用」といった視点を取り入れ、よりシステミックで協同的に関わらせる技法を積極的に用いるよう工夫している。約束の技法とは、具体的には、交換条件ないし具体的に知覚できる報酬を与えることで、他の家族成員にしてもらいたいことをやらせることであり、このような働きかけは家族成員を積極的に関わらせることにつながる。この実施に当たって留意すべきは、その約束が特定化されたもので、かつ、達成可能であることである。また、反応－費用の技法は、あらかじめ期待される行動やそれが行われない場合のペナルティー（特権ないしその時点で与えられている報酬の剥奪など）を明確にした上で、対象者が不適切な行動を行った場合、ペナルティーを課すものであり、一方、向社会的行動に対しては、報酬を与えたりするものである。

このほか、家族の肯定的変化についての経験を強める特定の活動や行動を勧められ、家族が協同で取り組む課題を与えられたりもするが、働きかけに際して最も大切にすべき観点は、「家族内における内的強さや自己効力感を育成していくことが第一である」ということで、それらの育成は、たとえ当初遅々としたものであるにせよ、介入者や他の社会システムの直接的支援を超えて波及するものなので、長期的視野に立てば、それは治療の必要性を低め、結果として低コストになることにつながる、としている。

最後の「般化」段階は、それぞれの家族の力動を念頭においた上で、どのような調整を行うことが問題行動の減少あるいは向社会的行動の促進につながるのかを考慮して行うといった、家族内の調整を行うものである。しかし、そのような家族内の調整にとどまらず、その家族自体が、その家族を取り巻く社会とどのような関係をもっていくかについての橋渡し役も行い、場合によっては、他機関との連携、後続のケースマネージャーへの引継ぎ、家族を地域に根付かせる手立てなどを行うこともある。この段階における重点は、当初の問題行動が再発することがないように、加えて、治療によって獲得

Table 2.2 FFTにおける様々なアセスメント

	時期	介入前	介入中			介入終了後
			契約・ 動機付け	行動変容	般化	
当該家族の アセスメント	個人機能	OQ [®] -45.2(親/IP)				OQ [®] -45.2(親/IP)
	家族機能	FAM-III(親/IP)				FAM-III(親/IP)
	問題行動 や状態	POSIT(親/IP) Y-OQ [®] -2.01(親) Y-OQ [®] -SR2.0(IP)				POSIT(親/IP) Y-OQ [®] -2.01(親) Y-OQ [®] -SR2.0(IP)
FFT 遵守状況	家族の視点		CPQ(親/IP)			
	治療者の視点		進捗メモー初期 (治療者)	進捗メモー中期 (治療者)	進捗メモー後期 (治療者)	
結果	族の視点					COM-P(親) COM-A(IP)
	治療者の視点					TOM(治療者)

注) ()内は、アセスメントの主体を示す。

された望ましい言動が維持され、さらにはそれらの言動を学習された場面以外にも般化していけるよう、働きかけていくことにある。

2 アセスメント⁵

FFTでは、Table 2.2のとおり、介入前、介入中、介入終了後と、各段階で多角的にアセスメントを行っている。

(1) 介入前のアセスメント この段階では個人・家族・環境や状況の各機能をアセスメントするが、個人の機能については以下のものを用いて測定している。

◇ Outcome Questionnaire (OQ[®]-45.2)

45問に5件法で自身のことを回答する尺度であり、下位尺度は、個人内のうつ症状を中心とした精神障害 (e.g. すぐに疲れてしまう), 対人関係 (e.g. 人とうまくやっている), 社会的役割 (e.g. 職場や学校でストレスを感じている), で構成されている。IPとその親の双方に実施している。

つづいて、家族機能については以下のものを用いて測定している。

◇Family Assessment Measure-III (FAM-III)

Skinner らによって作成された自己申告式の家族アセスメント尺度で、家族機能の処理モデルに基づき、家族の長所、短所を測定する42～50項目（家族全体を対象としたもの、回答者と他の家族メンバーとの二者関係を問うもの、家族内での回答者個人の機能について問うもの、の3種がある）で構成された市販の尺度である。7つの臨床尺度（課題達成、役割の遂行、コミュニケーション、感情表出、感情的な巻き込まれ、統制、価値・規範）と2つの妥当性尺度（社会的望ましき、防衛）といった多次元から家族内の機能を測定するものである。IP とその親の双方に実施している。加えて、行動領域での測定には、以下のものを用いている。

◇Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)

12～19歳の青少年を対象に、10の機能領域における問題（物質使用/乱用、身体的健康、精神的健康、家族関係、友人関係、教育上の立場、職場での立場、社会的スキル、余暇/レクリエーション、攻撃的行動/非行）を同定するスクリーニングとして用いられる市販の尺度である。139の項目に「はい」「いいえ」で回答するもので、IP に自身のことを回答させている。

このほか、親用の尺度もあり、親がIP をどのようにみているかについても回答させている。

◇Y-OQ[®]2.01

64問に5件法で回答してもらう尺度であり、青少年によくみられる問題状況、行動、気分を明らかにするべく作られたものである。下位尺度には、個人内苦痛（e.g. 同年齢の他の子どもよりも一人でいたがる）、身体症状（e.g. めまい頭痛を訴える）、対人関係（e.g. 言い争ったり失礼なことを言ったりする）、社会問題（e.g. 授業をサボったり抜け出したりする）、行動の機能不全（e.g. 宿題をやり遂げることが難しかったり、宿題の仕方が不注意である）、危機的項目（e.g. 自傷行為をする）がある。親にIP のことを回答してもらうものである。

◇Y-OQ[®]-SR2.0

親に実施する Y-OQ[®]2.01 と同じ項目で、IP に自身のことを回答

してもらうものである。

治療者は、インターネットを通じてFFTの臨床サービスシステム(CSS)にアクセスし、当該ケースの「家族アセスメント要約」の箇所に、上記の介入前の各尺度得点を入力することになっており、入力情報は一覧できるようにになっている。

(2) 介入中のアセスメント セッションの最中には、以下のものが行われる。

◇Counseling Process Questionnaire (CPQ)

セッションに参加しているIPとその親の双方に対して、これまでのカウンセリングで自身が体験したことについて回答してもらうものである。その実施目的は、カウンセリングを理解したり目標を達成するのを助けたりすることにあるのであって、担当の治療者を評価するために使われるわけではないと教示された上で、19問に回答してもらうものとなっている。

質問項目の内容は、プログラムのそれぞれの段階で働きかけるべきものとなっており、例えば「契約・動機付け」段階の質問項目には、「担当の治療者は我々の問題を理解している」といった治療同盟にかかわる質問や、「担当の治療者は我々に、その問題に対するみんなの役割なり分担すべきことなどを分からせてくれるのを助けている」といった家族全員で対処すべき問題であるといった認識を喚起させる項目などが含まれている。また、「行動変容」段階の質問項目には、「担当の治療者は家での問題なり葛藤なりへの対処法についての新しい方法を私に教えてくれている」などがあり、「般化」段階の質問項目には、「担当の治療者は将来我々が抱えるかもしれない問題の扱い方に対して私や私の家族が計画を立てることを助けてくれている」などである。いずれの項目に対しても7件法で回答することになっている。

加えて、このカウンセリングに最初に来た時の状況と現在の状況についてそれぞれ「非常に悪い」～「非常に良い」の7件法で、さらに、家族内の物事が良くなっていくことを現時点でどの程度確信している

かを4件法で回答することにもなっている。

◇進捗メモ（Progress Note）

治療者が回答するもので、プログラムの段階毎に異なる様式が用意されている。いずれの段階の様式も、予め設定された項目について評定することに加えて、設問に対して自由記述していく箇所が設けられている。また、すべての段階について、「そのセッションの目標及び進捗状況」について評価する項目が設けられており、そのセッションでの目標としての「重要性」とその目標に向けてなされた「進捗状況」の双方を4段階評定することになっている。このほか、次回セッションについて記載する箇所もある。

「契約・動機付け」段階における「そのセッションの目標及び進捗状況」についての評価項目は、「バランスのとれた治療同盟の形成」「非難を減らしていくこと」「否定主義を減らしていくこと」「絶望感を少なくしていくこと」「家族が直面している問題に対して良い解決策があるといった考えを植えつけること」「その問題に自身が関係しているといった意識を芽生えさせていくこと」である。このほか、セッション中に明らかになった、家族の誰かが問題であると報告した事項について、具体的に家族成員の誰がそのようにとらえているかに加えて、治療者自身として、それらの事項がどの程度大切であるかを4件法で評定することになっている。加えて、家族が問題としていることに対して、それが家族関係システムを維持するのにどのように機能しているのかについての自由記述欄も設けられている。さらに、「親が子に対して愛情をもって一貫した子育て・支援を行っているか」「親との約束なり決まりごとなりを子どもが守っているか」等の家族機能について治療者が評定する項目や、家族成員のそれぞれの2者関係の対人距離や上下の関係性について評定する項目が設けられている。

「行動変容」段階における「セッションの目標及び進捗状況」についての評価項目は、「個別の変容計画の作成・実施」「危険因子の同定・変容」「保護因子の同定・変容」である。加えて、「契約・動機付

け」段階の進捗メモで評価した家族の誰かが問題ととらえている事項について、この段階では、それを変えることがどの程度大切かを4件法で、また本セッションでどの程度進捗したかを5件法で評定することになっている。また、「行動変容」段階におけるアセスメントとして、「行動変容介入に従うか」「問題のリフレームが適切になされたか」「行動変容介入とIPの関係性の機能が合致していたか」「家族の動機付けなり関与なりが強められたか」といったことがそのセッションでなされたかどうか、さらにそれが本セッションでどの程度大切であったかを4件法で評定することになっている。なお、家族の関係性についてのアセスメントは自由記述するようになっている。

「般化」段階における「セッションでの目標及び進捗状況」についての評価項目は、「特定の行動変容の維持」「追加のスキルを獲得することを通じての変容の維持」「再発防止を通じての変容の維持」「他の類似の状況に対して変容を般化」「必要な地域システムを処遇の中に取り込むことで変容を支援」である。加えて、そのセッションで見られる危険要因や保護要因（過半数の項目は「契約・動機付け」段階や「行動変容」段階のものと重複）について、それを変えることがどの程度大切かを4件法で、また本セッションでどの程度進捗したかを5件法で評定することになっている。また、「行動変容」段階のアセスメントと同様に、「般化」段階のアセスメントということで、「行動変容介入に従うか」「問題のリフレームが適切になされたか」「行動変容介入とIPの関係性の機能が合致していたか」がそのセッションでなされたかどうか、さらにそれが本セッションでどの程度大切であったか、を4段階評定することになっている。このほか、その問題の機能が、家族に限定されない多元的システムの文脈によって、どのように維持されているかなどについて記載する箇所も設けられている。

これらのうち、IPとその親の双方が回答したセッション毎のCPQの得点（段階別の質問項目得点及び総合得点）及び治療者が毎回回答する進捗メモのうち「セッションでの目標および進捗状況」についての評価項目の結果は、治療者がCSSにアクセスの上、当該ケースの「FFT 遵守状況要約（Adher-

ence Summary)」に入力することになっており、一覧できるようになっている。

(3) 介入終了後のアセスメント 一連のセッションを終了した時点で、介入前に実施した各尺度（OQ[®]-45.2, FAM-III, POSIT, Y-OQ[®]2.01, Y-OQ[®]-SR2.0）がIPとその親に対して再度実施される。治療者はCSSにアクセスの上、当該ケースの「家族アセスメント要約」の箇所に、介入後の上記尺度得点を入力することになっており、介入前と介入後の各得点に加えて、その差も一覧できるようになっている。

加えて、以下の簡単なものも行われる。

◇Client Outcome Measure (COM-P, COM-A)

COM-AはIPが回答するものであり、カウンセリングを始めて以降の「家族の全般の変化」「家族のコミュニケーションスキルの変化」「自身の行動の変化」「親の子育てスキルの変化」「親の子どもに対する監視力」「家族葛藤レベルの変化」の6項目について、「悪くなっている」～「非常に良くなっている」の6件法で評定するものである。親が回答するCOM-Pには、上記6項目の質問に加えて、カウンセリングを始めて以降のIPの問題行動の状況についての8項目が設けられている。

◇Therapist Outcome Measure (TOM)

TOMは治療者が回答するものであり、COM-AやCOM-P共通のカウンセリングを始めて以降の家族、子ども、親の変化についての6項目に回答することに加えて、「契約・動機付け」段階の進捗メモにおいて評定したのと同じ家族機能についての9項目が設けられている。

(4) 複数ケースの要約 既述のとおり治療者は、CSSにアクセスして担当ケースの情報をセッション毎に入力していくのであるが、その結果、「ケースレビュー」の箇所では、現在進行中のケースの状況（どの事例がどの治療段階で何セッションを終えたところか等）が一覧できるほか、新たに照会された

ケースの情報に加え、終結したケースそれぞれについて、どのような状態で終結したのか（ケースの成功度を良好～悪化で6分類）、終結時の治療段階、ドロップアウトがあるならばその理由、などが一覧できるようになっている。

このほか、「終結ケースの要約」の箇所では、当該治療者がそれまでに終結したケースの概要がまとめられている。具体的には、終結時のケースの成功度についての6分類の分布、治療の段階毎のセッション数、セッションのキャンセル数や予約変更数、欠席数、ドロップアウト数等の分布が見られるようになっている。

3 FFT についての検討

(1) FFT 実施有資格者のみが実施していることについて FFT を実施するには、最低1年間の訓練を受けることになっており、その中には、最初の3日間の臨床訓練のほか、チームリーダー⁶のもとで現場実習を行い、さらに毎月スーパーバイザーによるスーパーバイズを受け、加えて訓練を始めてから1年以内に1回2日間の追跡研修を3回受けること、が含まれている。初年度のこれらの研修費は\$20,500となっている。

従前は、この研修受講資格を修士以上の者に限定していたが、近年は修士以上のFFT有資格者が近くにいる場合には、学部卒業者でも可能になっており、すでに米国の20州にわたって3000人がFFT実施資格を与えられている。

FFTの有効性に関する評価研究は論文等でよく公表されており、その情報を入手するのは比較的容易である。これに対してFFTの内容については、Alexander et al. (2000)にその概要が示されており、また、FFTの実際の面接の雰囲気については、初回セッションの様子を記録したFFTのビデオ (Alexander, 2004) からうかがい知ることができるものの、それらには、FFTを実際に行うことができるほどの情報は含まれてはおらず、それ以上の内容は公開されていない。研修用マニュアルは存在するとのことであるが、一般公開されておらず、詳細は不明である。

こうした現実にはFFTに限ったことではなく、津富 (2005) は、プログラムが商業化されていることに原因があると指摘している。確かにそうした側

面があることは否定できなからう。しかし、FFTのプログラム提供者側が主張するところによると⁷、「何をするのか」と同じくらいに、「いつするのか」といったタイミングを見極めて働きかける必要があり、そのようにきわめて流動的なものを文章化することは難しく、そのために実習による研鑽がFFTの習熟に当たって不可欠である、とのことである。そして、内容を公開した場合、そのようなタイミングに対して無頓着なまま安易に真似され、しかもその結果、効果がないプログラムであるなどと言われるおそれがあり、それを防ぐために公開していない、とのことである。

問題を抱えていない者に対する予防的働きかけといった意味合いを有する心理教育的な働きかけであれば、どのタイミングでやるかにさほど気に配らなくてもよいかもかもしれない。しかし、治療を要する者とのやりとりを通じて働きかけていくFFTのようなものに関しては、タイミングの重要性といったプログラム提供者が主張する観点も、決して見過ごすことができない非常に重要なものであると言えよう。

(2) 徹底したアセスメントに対する態度について 我が国の心理臨床においては、前項で紹介したような徹底したアセスメントを実施していない場合が多い。これに対して米国では、プログラムが有効であるかどうかを客観的に評価していこうとの考えが普及しており、多くのプログラムにおいて、その有効性が測定されている。FFTにおいても、その測定がプログラム実施に当たって体系的に組み込まれており、介入前と介入後に実施する同一テストの差異については数値で確認できるようになっている。

加えてFFTでは、こうした対象者に対する変化をアセスメントするのみならず、当該ケースにおいてFFTがうまく実施できているかについて、プログラムを受ける側と行う側の双方が評価を行ってもいる。言うまでもないが、どのように綿密に計画されたプログラムであっても、いい加減に実施しては、期待される効果は得られなからう。しかし、現実場面では、こうしたことは往々にして生じる。そこでFFTでは、治療者が本来のプログラムどおり忠実に行うのではなく自己流に行ってしまうことへの防止策として、このようなアセスメントを行うしくみを確立しているのであろう。CPQの結

果から、プログラム参加者の側が各治療段階で行うべき働きかけが行われたと十分に認識していないならば、次回のセッションではその点を十分に意識した働きかけを行うことで、調整を図ることが可能になる。また、治療者自身で進捗メモを書き込むことは、そのセッションの記録をとることを意味すると共に、そのセッションを自身で振り返ることにもつながる。しかも様式が定められていることから、漠然と振り返るのではなく、そのセッションが一連の治療の流れの中でどのような位置づけであるかの再認識を治療者に促すことにつながろう。

加えて、CSSを活用することで、個々のケースのみならず、治療者がそれまで行ってきたFFTの実績がわかることになる。個々のケースについては、期待した結果が得られない場合、個別の事情といったことで説明してしまいがちになるだろうが、担当してきたケースを総じて見ることで、その治療者の働きかけに対しての留意点（ある段階でのドロップアウト率や欠席率が高くなることや成功度が高くないことなど）が明らかになるため、自らを欺いたり、その失敗に対する言い訳をしたりすることが抑止されやすく、ひいては、FFTの実施におけるスキルや能力を増加させてFFTをしっかりと実施しようとの治療者自身の内省を促進させることになるだろう。加えて、これらは、当該治療者のみならず、FFTの実施状況を管理している人もモニターできるため、必要に応じて当該治療者に働きかけることも可能になり、そのような管理体制のもと、FFTは一定の質を保った治療を提供することが可能になっていると思われる。

津富（2008）は、プログラムの忠実な再現を強調するアプローチは、実務家の自発性を損なうといったBarwickらの主張を紹介している。しかし、ある命名されたプログラムを実施していると言うのであれば、やはりそれを忠実に実施する必要があるだろう。また、それをアレンジした場合は、どのような理由からどのように変化させたのかを明確化していく必要があるだろうし、その場合の結果の検討については、既存のプログラムの結果とは別に検討すべきであろう。

(3) 日本への導入にあたっての課題等 家族療法には様々な学派がある

が、例えば、母子の共生的サブシステムを解体して、新たな両親の間に連合関係（両親連合）を作り上げることが治療的に有効であると主張している構造学派のアプローチは、片親家族の場合であれば適用することができない等の欠点がある。これに対してFFTは、IPを取り巻く当該家族において同定された力動なり双方向的な対人関係処理過程を重視するといったシステム的な立場をとるものなので、各家族の現実に即応したものであり、加えてその家族が置かれている地域や文化といったものにも十分配慮の上行うものであるとされている。実際、米国在住の白人以外の人種にも実施しており、加えて、英語圏以外での実施実績もある。

良しとされる家族が文化によっても異なることは予想されるものの、FFTでは、上述のように文化差も考慮できるということなので、日本に導入した場合も、その効果は期待できるかもしれない。加えて、今日、家族の形態は多様であり、それに応じた働きかけが可能であるといった点も魅力あるものと映る。

一方、いかに一定の質を保ったFFTを実施できる治療家を育成できるかは課題であろう。柔軟性を有するFFTであるため、マニュアル化することは困難であり、臨床訓練を積む中で、状況に応じた適切な働きかけを体得していく必要があるとのことは納得のいくものであるものの、そうしたものを通訳を介しながらどこまで習得できるかや、実習についてのカンファレンスの充実をどのように図っていくのかは難しい問題と言えよう。さらに、CSSのような実際のケース管理のあり方をどこまで我が国で構築することに賛同が得られるかといったことも検討すべき課題であろう。

また、FFTが大切にしている家族全員がセッションに参加することが、我が国においてどの程度現実的があるかについても、慎重に考えていくべきであろう。たしかに、FFTのビデオで示された初回セッションの様子からは、家族全員が参加することで、家族成員間のコミュニケーションの有り様や、どのように調整していくのが適当であるか、が如実になっている。そこからは、後続のセッションにおいても家族全員がセッションに参加することで、実際に家族内力動がどのように変わっているかを治療者はうかがいながら、その状況に応じた適切な働きかけを選定していくことが容易に推測でき

る。そのような意味で、この家族全員の参加といったことの重要性は明らかである。しかし、強力な働きかけのもとにおいて、やっと1度か2度セッションに父親が参加するといった我が国のカウンセリングにおける実状を鑑みると、FFT導入に当たっては、家族に対して、相当な意識変革を働きかけていかなければならないことを覚悟する必要があるだろう。

一旦治療者が育成できればプログラムの効果は期待できるものであり、しかも1ケースの経費(12セッションの90日プログラムとして計算)は\$3750~\$1350程度と安価に抑えられることから魅力あるプログラムと映るが、上述のことにどのように対応していけるかについて十分に議論していくことが必要であろう。

- 1 米国の非行防止にかかわる各種プログラムの評価結果についてのウェブ情報に関しては、津富(2005)に簡潔にまとめられている。
- 2 1998年ころの評価プログラム数は500を超えていた(Alexander et al., 2000, p. xvii)が、2008年の評価プログラム数は600を超える(<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms.html>)に至っている。
- 3 一例として、Sherman et al., (2002)が挙げられる。
- 4 Alexander et al., (2000)を参考にまとめている。
- 5 Alexander et al., (2000)に加え、筆者が2007年3月に米国シアトルにあるFFT法人のDirector of Dissemination, Doug Kopp氏, コンタクトパーソン Holly DeMaranville氏, FFT治療者のKay Widmer氏に面談し入手した情報, さらに, その際, CSSの仮パスワードを発行してもらい, そのCSS内から入手した情報からまとめたものである。
- 6 FFTの資格には4種あり, それらは, FFTを実施できる資格, FFTを実施しているグループの長としてうまくFFTを実施していく働きかけができる資格, FFT実施にあたってのスーパーバイズができる資格, FFT研修を実施できる資格, である。
- 7 注(5)で言及している面談で入手した情報である。

参考文献

- Alexander, J. F., Pugh, C., Parson, B. V., & Sexton, T. L. (2000). Functional Family Therapy. In D. S. Elliott (Ed.), *Blueprints for Violence Prevention (2nd ed., Book 3)*, Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, pp. 1-127.
- Alexander, J. F. (2004). *APA Videos/DVDs Series IV-Relationships Functional*

Family Therapy. American Psychological Association.

Center for the Study and Prevention for Violence (n.d.). *Program matrix*.
〈<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/matrix.html>〉 (December 10, 2008)

Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C., & Mackenzie, D. L. (2002).
Evidence-Based Crime Prevention.

(シャーマン, L. W. ファリントン, D. P. ウェルシュ, B. C. マッケンジー, D. L. 津富宏・小林寿一 (監訳) (2008), エビデンスに基づく犯罪予防 (財)社会安全研究財団)

津富宏 (2005). 実務家が, 青少年の暴力予防プログラムの効果に関するエビデンスを
入手する: ウェブを通じたレビュー成果の提供 保健医療科学, 54(2), 127-134.

津富宏 (2008), 少年非行対策におけるエビデンスの活用 小林寿一 (編著) 少年非行
の行動科学—学際的アプローチ実践への応用— 北大路書房 pp. 226-238.