

201122021A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

発達障害者の特性別適応評価用チャートの開発に関する研究

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 船曳 康子

平成24（2012）年 3月

目 次

I. 総括研究報告

発達障害者の特性別適応評価用チャートの開発に関する研究 ----- 1

船曳康子 京都大学医学部附属病院 精神科神経科

(資料 活用法の検討・マニュアル)

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 24

III. 研究成果の別刷り ----- 25

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
総括研究報告書

発達障害者の特性別適応評価用チャートの開発に関する研究

研究代表者 船曳 康子

京都大学医学部附属病院 精神科神経科 助教

発達障害者の診断・評価における臨床現場の課題として、診断や評価に要する時間、待機期間、評価者間の個人差、支援者間の連携不足などがあげられる。我々は、専門家の評価が診断のみで終わらず、その結果を効率的に支援の現場へとつなげることに重点を置き、14特性を9段階評価でレーダーチャート化する Multi-dimensional Scale for PDD and ADHD (MSPA)を開発した。昨年度までに、国際化、また固定メンバーでの信頼性の確立を行った。

本年度は、一般の評価者での信頼性の検討、および効率的な信頼性獲得の方法を検証した。職種には関係なく、発達障害を理解している評価者が、マニュアルなどを通し、評価の要点を理解すれば、信頼性を獲得できると考えられた。また、普及に向けて、教育現場や地域のセンター、地域の精神科のネットワークと連携を行い、ライフステージに合わせた、活用法の検討も行った。さらに、日本語、英語、ドイツ語版のマニュアル作成を行い、国際共同研究への体制を構築した。

研究協力者 京都大学大学院医学研究科精神医学 村井俊哉
大下 顕
鄭 志誠
川岸久也
廣瀬公人
中尾友美
清水里美

研究協力機関 京都大学医学部医学科
平安女学院大学短期大学部
京都市児童福祉センター
京都市発達障害者支援センター
京都大学こころの未来研究センター
長岡京市教育支援センター

A. 研究目的

本研究は、発達障害者個々人の支援のニーズを本人や支援者に一目でわかるよう示すことにより、本人自身および周囲からの理解を促進し、多職種が連携して発達障害者の支援を迅速に進めることを目的としている。

昨年度までに、原案は完成させ、固定メンバーでの評価者間信頼性を得ていたため、本年度は下記の目的で行った。

1. 症例を増やして、特性解析を行う。
2. 一般の評価者の信頼性を検証し、効率的な信頼性の獲得方法について検証する。
3. 地域・他機関と機能的な連携体制を構築する。
4. 遠方や海外の利用者のためにマニュアルを作成する。
5. 自己と他者からの共通理解に役立てるこ

とを考えており、実際に、理解度に差があるものか検証する。

B. 研究方法

上記、目的の番号の順に従って述べる。

1. 特性解析

当科および関連機関への相談者を対象とし、計233名において、特性の解析、および診断名との関連の検証を行った。診断は、児童精神科医が、DSM-IVに従って行った。知的障害のある自閉性障害 (Autism w MR) 23名、知的障害のない自閉性障害 (Autism w/o MR) 21名、アスペルガー障害 (Asperger) 57名、特定不能型の広汎性発達障害 (PDDNOS) 98名、混合型 ADHD (ADHD (combined)) 13名、不注意優勢型 ADHD (ADHD (inattentive)) 21名の6群に分類した。発達及び知能指数 (IQ :

intellectual quotient) は、5歳以下は新版K式発達検査 (Ikuzawa et al, 2001)、6歳から16歳は Wechsler Intelligence Scale for Children Third Edition (WISC-III: Wechsler, 1991)、17歳以上は Wechsler Adult Intelligence Scale Third Edition (WAIS-III: Wechsler, 1997)にて測定した。この6群の群間差は、エクセル統計の one-way ANOVA にて行い、差があった場合、Tukey post-hoc test を行った。

2. 評価者間信頼性の検討

評価の安定度や、安定のために必要なプロセスを検証する目的で、発達アセスメント外来の見学・陪席者を評価者として、MSPA の評価の一致率を測定した。対象者は、2010年1月より2011年10月までの期間に受診した患者のうち、同意が得られた症例34名 (5-65歳、 27 ± 16 歳; 男性17名、女性17名; PDD24名、ADHD6名、その他4名) とした。陪席者は、一度に1-5名で、医師、PSW、心理士、言語聴覚士、作業療法士、言語聴覚士、研究者、学生など多岐に渡っていた。陪席者には、事前にマニュアルを配布した。主治医が面接を行い、陪席者は同室内で面談を聞きながら、独立して評価を行った。毎回評定後、各評価者のスコアの比較を行い、差がみられた項目については議論するとともに、評価の要点について説明を行った。陪席回数は、1-6回であった。このように評価者が一定していない場合、通常の ICC の解析は困難である。このため、外来に陪席した各評価者と主治医 (児童精神科医) との2者間での一致率を、経験回数で分け、各評価者をまとめて ICC (2,1) にて算出した。

また、実際上は、例数を集めて ICC を測定するより、毎回、評価後に速やかに一致性を確かめるのが有益であるため、毎回、評価者間のスコアの差も算出した。上記と同様、陪席した各評価者と主治医の2者間の差を計算し、経験回数ごとに、MSPA における score の差が 0.5 以下となる確率、および差が 1 以下となる確率を求めた。

3. 昨年度に立ち上げた京都発達精神医療ネットワーク (KDP ネット)、京都大学こころの未来研究センターや長岡京市教育支援センターなどの関連機関と連携しながら、本スケールを活用した。また、定期的に勉強会や交流会を開催し、活用法について議論を行った。

4. 日本語、英語に関しては、開発メンバーが作成し、他国語は、協力者の申し出があれば、依頼した (ドイツ語、中国語)。
5. 受診・相談者に、ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire)、ADHD-RS などを用いて、事前アンケートを行っている。アンケートは、児童は親と先生、思春期以上は本人および親を中心に、任意式で配布した。

(倫理面への配慮)

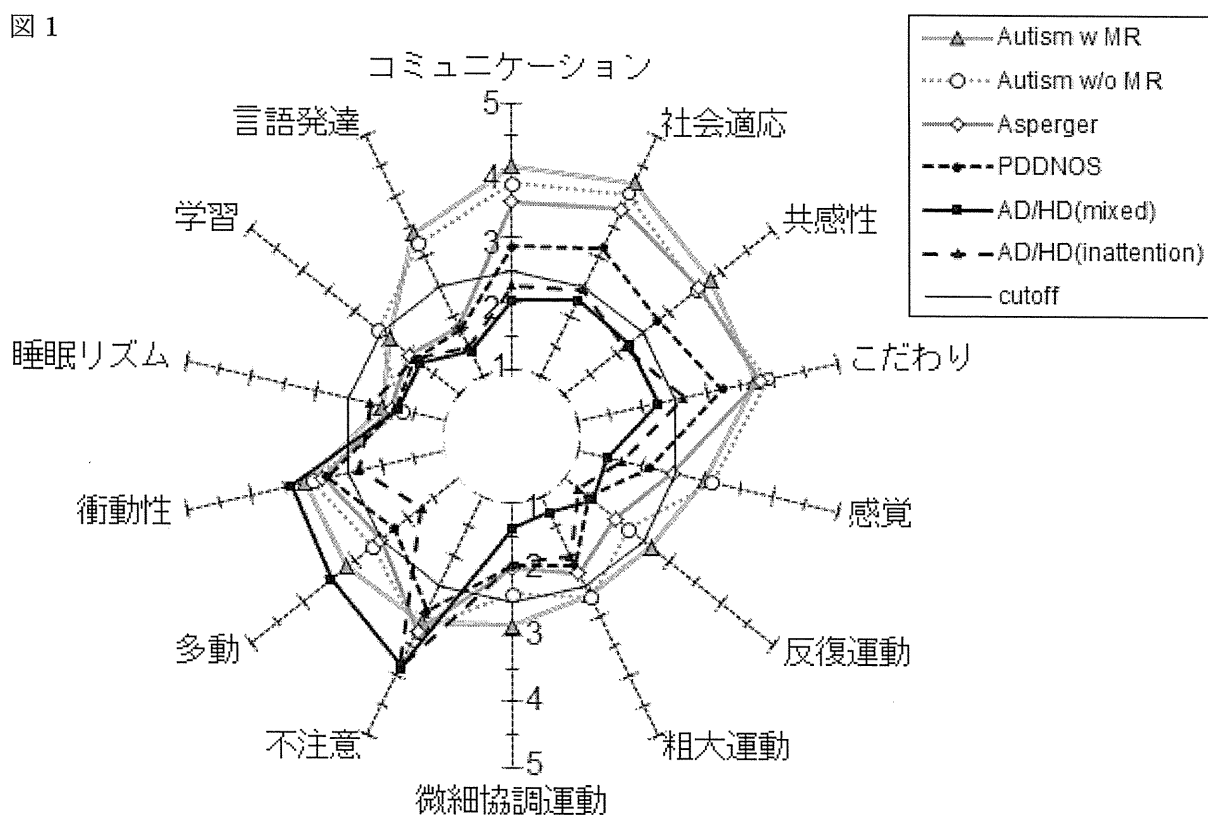
ヘルシンキ宣言、疫学研究倫理指針に従って作成したプロトコルを説明文書、同意書、3協力機関の同意書とともに京都大学医学研究科倫理委員会に提出し、2009年8月25日に承認された。その後、研究が進行し、協力機関や協力者が増え、研究組織に変更が生じたため、倫理委員会に修正申告を行い、2010年12月2日に承認、さらに修正し、2011年12月7日に承認されている。本チャートはわかりやすい個人情報であるため、プライバシーを厳格に守り、連携目的に使用の場合も、本人、保護者の了解の上としている。

C. 研究結果

1. 6群の年齢、性別は、ばらつきを認めたが、one-way ANOVA による解析において群間差はみられず (年齢: $p = 0.66$ 、性別: $p = 0.14$)、IQ は、Autism w MR 以外の群では、差がみられなかった。

計233例を6群に分けた各特性の平均と標準偏差を、表1と図1に示す。6群の群間差を認めなかった特性は、睡眠リズムのみであった。他の特性について、Tukey post-hoc test に進み、 $p < 0.05$ を有意とし、群別にみていく。Autism w MR 群と Autism w/o MR 群では、いずれの特性においても有意差を認めなかった。Autism w/o MR 群と Asperger 群の差は、言語発達のみであった。Asperger 群と PDDNOS 群の差は、コミュニケーション、社会適応、共感性、こだわり、常同運動の5つであり、いずれも PDD の診断基準の中核をなすものであった。PDDNOS 群と ADHD (inattentive) の特性分布は、コミュニケーション、社会適応、共感性、こだわりという PDD の要素が診断閾値を超えるかどうかという違いがある以外、感覚や運動を始め他の特性では差はみられなかった。ADHD2 群の差は、多動 ($p < 0.05$)、衝動性 ($0.05 < p < 0.1$) のみであった。つまり、診断基準に由来する

図 1



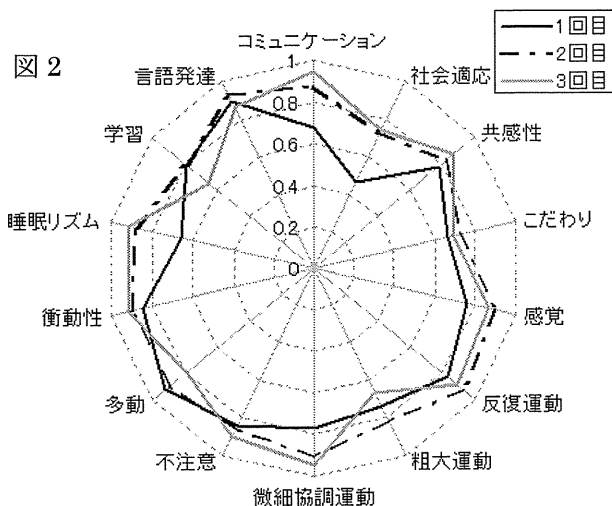
ものが主であった。

次に、特性ごとにみると、上述と重なるが、コミュニケーション、社会適応、共感性、こだわりという PDD の主要な要素においては、Autism w MR 群・Autism w/o MR 群・Asperger

群の 3 群、PDDNOS 群の 1 群、ADHD2 群という 3 つのクラスターに分かれた。各クラスター内は群間差なく、別のクラスターとはいずれも群間差がみられた。特記すべき所見は、どの群においても不注意が平均で 2.9 以上、

表 1 解析結果

	Autism w MR	Autism w/o MR	Asperger	PDDNOS	ADHD (combined)	ADHD (inattentive)
コミュニケーション	4.1 ± 0.6	3.8 ± 0.6	3.5 ± 0.5	2.9 ± 0.6	2.0 ± 0.3	2.3 ± 0.5
社会適応	4.2 ± 0.6	4.0 ± 0.5	3.8 ± 0.3	3.2 ± 0.5	2.3 ± 0.4	2.5 ± 0.4
共感性	3.8 ± 0.7	3.5 ± 0.7	3.6 ± 0.4	2.8 ± 0.6	2.2 ± 0.5	2.2 ± 0.6
こだわり	3.7 ± 0.5	3.9 ± 0.5	3.8 ± 0.5	3.2 ± 0.6	2.2 ± 0.6	2.6 ± 0.8
感覚	3.0 ± 1.0	3.1 ± 0.7	2.5 ± 0.9	2.1 ± 0.9	1.5 ± 0.6	1.7 ± 0.9
反復運動	2.7 ± 1.0	2.2 ± 0.8	2.0 ± 1.0	1.5 ± 0.7	1.5 ± 0.7	1.3 ± 0.5
粗大運動	2.7 ± 0.6	2.7 ± 0.8	2.3 ± 0.9	2.1 ± 0.8	1.3 ± 0.3	2.0 ± 0.8
微細協調運動	2.8 ± 1.0	2.4 ± 0.6	2.0 ± 0.9	2.0 ± 0.8	1.4 ± 0.5	1.9 ± 0.6
不注意	3.1 ± 1.0	3.3 ± 0.8	3.3 ± 0.9	2.9 ± 1.0	3.8 ± 0.4	3.9 ± 0.4
多動	3.2 ± 1.1	2.7 ± 1.1	2.5 ± 1.0	2.3 ± 1.0	3.5 ± 0.5	1.7 ± 0.7
衝動性	3.2 ± 1.0	3.1 ± 1.0	2.9 ± 0.8	2.6 ± 1.0	3.4 ± 0.6	2.4 ± 0.7
睡眠リズム	2.0 ± 1.1	1.7 ± 0.9	1.8 ± 0.9	1.8 ± 0.8	1.8 ± 0.8	2.2 ± 0.9
学習	2.4 ± 0.6	2.6 ± 0.9	2.0 ± 0.9	1.8 ± 0.8	1.8 ± 0.8	1.9 ± 0.8
言語発達	3.4 ± 0.5	3.2 ± 0.4	1.8 ± 0.6	1.8 ± 0.6	1.4 ± 0.4	1.5 ± 0.6



つまり、全ての群において、不注意の困りが存在した。また、粗大運動は、ADHD (combined) 群のみが、有意に低かった。

2. 外来陪席者の一致率の変化を図2に示す。評価者36名のうち、陪席回数が2回以上の方は18名、3回以上が11名、4回以上が9名、5回以上が2名、6回が1名であった。被験者数が少ない場合や被験者の特性が似ている場合は、ICCによる解析が困難となる。このため、ICCによる解析は3回目までとなった。初回から全ての特性において、有意に一

致していた。統計上は有意であったが、コミュニケーションと社会適応の特性においては、ずれやすい傾向にあった。面談場面で、疎通性が良好であれば、低く見積もるようであったが、社会場面での困難さで評定と説明することにより、2回目からは一致率が上昇した。係数としては、初回より2回目の方が高く、2回目以降には大きな変化は認めなかった。初回はICC (2,1) において 0.76 ± 0.12 、範囲は 0.46 (社会適応) - 0.92 (多動) であった。2回目は 0.85 ± 0.08 、範囲は 0.72 (こだわり) - 0.93 (反復運動) であった。3回目は 0.81 ± 0.10 、範囲は 0.69 (こだわり) - 0.95 (コミュニケーション) であった。

評価者間の差の変化を表2に示す。差が0.5以下となる確率は、初回は平均81.9%であり、2回目以降上昇し、概ね各特性において80%を超えていた。差が1以下となる確率は、コミュニケーションを除いては、初回よりほぼ100%に近かった。

3. 定期的にセミナーや勉強会を開催したが、そのうち、12月6日のセミナーで、本評価法の活用法についての具体的な発表を行った(添付資料1: 平安女学院大学、清水里美)。発達障害児に対する、学校と医療機関との連

表2 外来での評価者間一致率の変化

	差が0.5以下				差が1以下			
	1回目	2回目	3回目	4回目	1回目	2回目	3回目	4回目
コミュニケーション	66.7	94.4	100	100	86.1	100	100	100
社会適応	66.7	77.8	72.3	77.8	94.4	100	100	88.9
共感性	86.1	83.3	90.9	77.8	97.2	94.4	100	100
こだわり	69.4	72.2	81.8	88.9	91.7	94.4	100	100
感覚	80	94.4	81.8	88.9	97.1	100	100	100
反復運動	94.4	100	90.9	100	97.2	100	90.9	100
粗大運動	77.8	72.2	81.8	88.9	97.2	100	90.9	100
微細協調運動	86.1	94.4	100	88.9	100	100	100	100
不注意	74.3	77.8	90.9	88.9	100	88.9	100	100
多動	91.4	94.4	81.8	88.9	100	94.4	100	100
衝動性	85.7	88.9	90.9	77.8	100	100	100	100
睡眠リズム	88.6	77.8	100	100	94.3	94.4	100	100
学習	82.9	66.7	81.8	100	97.1	100	100	100
言語発達	97.0	100	100	100	100	100	100	100
平均	81.9	85.3	88.9	90.5	96.6	97.6	98.7	99.2
標準偏差	9.9	11.2	8.9	8.6	4.0	3.6	3.3	3.0

携は行われているが、試行錯誤段階のようである。とりあえず、知能検査を行うことが多く、何となくそれが重要と考えられているが、理解が進めば、それだけでは不十分ということがわかる。年々、通級児童は増加しており、中でも発達障害児の増加が著しい。そこで、その特別支援教育関係者に、発達障害児のサポートで何が重要と思うかというアンケートを行ったところ、最上位であったのが、こどもの特性であった。診断は12項目中8番、知能指数は7番であった。

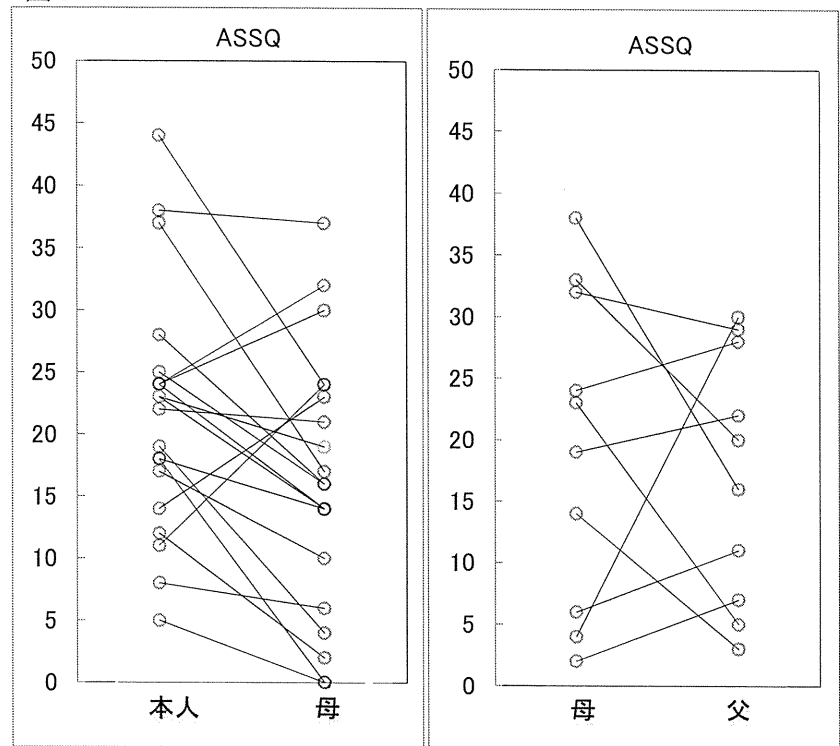
機関連携としては、昨年度までと同様に継続しているが、京都大学こころの未来研究センターでの「読み書き支援プロジェクト」でも活用されている（添付資料2）。

また、司法精神医学分野での活用も検討し、第7回京都法精神医学研究会でのシンポジウムにて、議論を行った。

4. 日本語（添付資料3）、英語、ドイツ語版のマニュアルを作成し、配布を行った。特に、ドイツ語への翻訳者（Katja Kölbeck, muenster.de）が、ドイツでの使用を進め、国際共同研究の準備を行った。

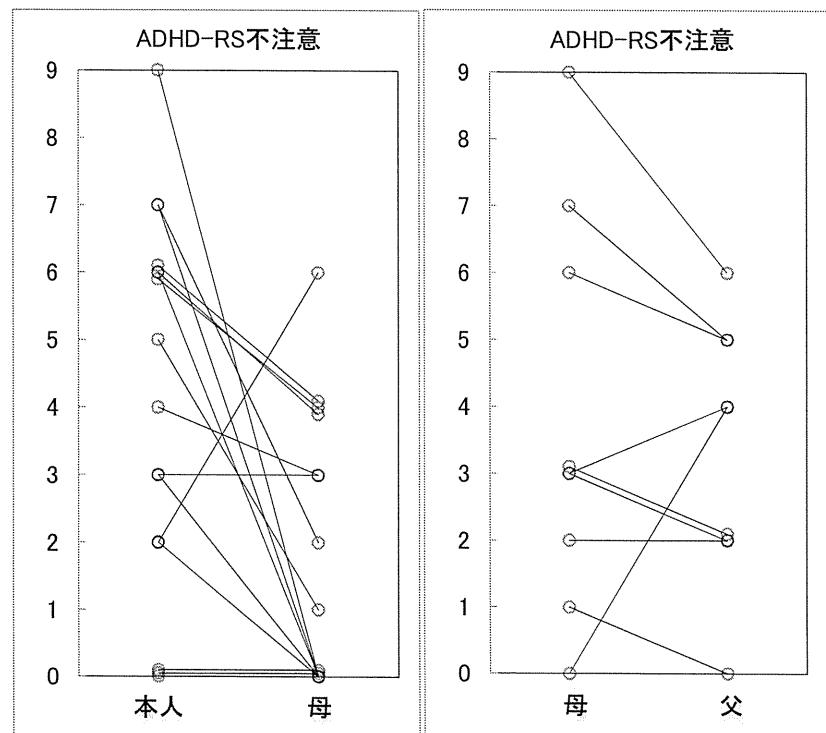
また、波及効果として、他のアセスメントツール開発者と連絡をとることで、日本語版はないが有用性が高いと考えられるツールの日本版を作成し、日本での利用に役立てると同時に、国際共同研究や国際比較の基盤を整えた。具体的には、反社会行動・衝動性・抑うつ・不安等の下位分類のある成人の行動チェックリストである ABCL（Adult Behavior Checklist）、その自己評価用の ASR（Adult Self-Report）につき、開発者 Achenbach と連絡を取り、翻訳・逆翻訳を終えた。更に、平成14年の全国調査で使われた ASSQ（1999）の改訂版が本年度発表されたので、開発者の Kopp & Gillberg と連絡を取り、翻訳・

図3



逆翻訳を行った。この改訂版では、女兒の発達障害の特徴を抽出することを試みている。

5. 予備的なデータであり、受診・相談者というバイアスはあるが、現時点の結果をまとめた（図3）。ASSQにおいて、本人と母がペアで回答した20名では、本人 21.7 ± 9.9 、母 15.9 ± 10.5 であり、有意に本人の方が高かった（paired t-test; $p = 0.0167$ ）。その一方で、本人と母の一致率は、ICCにおいて、 0.507 ($p =$



0.003) と一致しやすい傾向を示した。母と父においては、10名であるが、群間差もなく (paired t-test; $p = 0.605$)、一致性も見られなかった ($ICC = 0.27$; $p = 0.224$)。

ADHD-RS においては、不注意と多動衝動に分けて解析した。まず、不注意について示す。本人と母がペアで回答した 17 名では、本人 4.00 ± 2.76 、母 1.59 ± 2.00 であり、有意に本人の方が高かった (paired t-test; $p = 0.0055$)。本人と母の一致率は、ICC において、 0.119 ($p = 0.248$) と乖離していた。母と父においては、9 名であるが、群間差はみられず (paired t-test; $p = 0.525$)、一致性が見られた ($ICC = 0.69$; $p = 0.016$)。多動衝動では、本人 1.35 ± 2.18 、母 0.59 ± 1.23 であり、群間差は見られず (paired t-test; $p = 0.159$)、一致性も見られなかった ($ICC = 0.256$; $p = 0.140$)。母と父においては、群間差はみられず (paired t-test; $p = 0.799$)、一致性が見られた ($ICC = 0.717$; $p = 0.013$)。

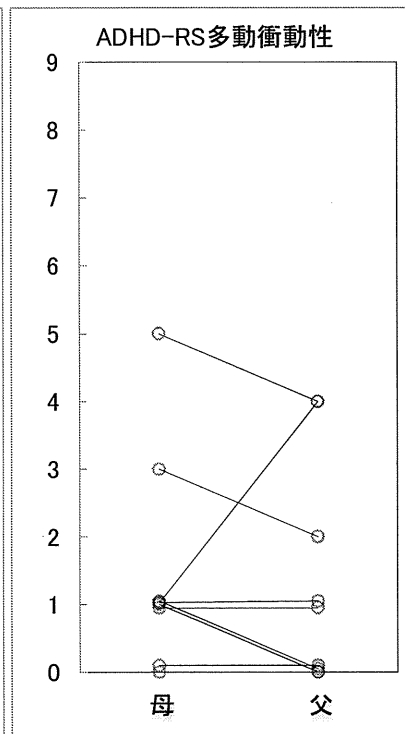
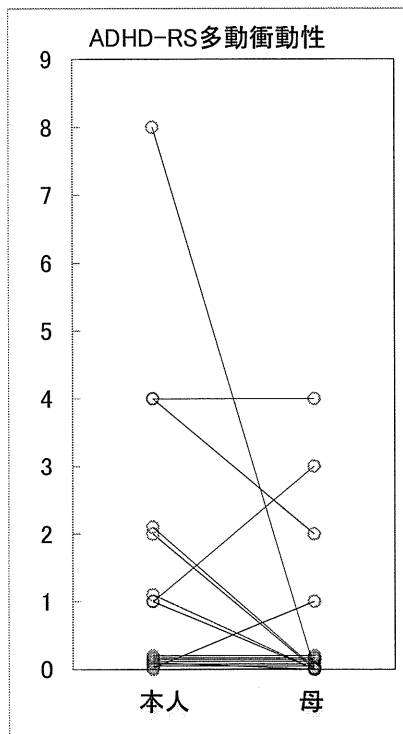
また、司法精神医学分野での活用も検討し、第 7 回京都法精神医学研究会でのシンポジウムにて、議論を行った。

D. 考察

発達障害は、PDD、ADHD、LD、DCD などいくつかの症候群の重複が一般的であるが、本スケールにより、診断とは別の概念で、特性を評価していくことができる。診断ごとに特性を解析した結果、各群はそもそも診断基準によってのみ分けられており、特別なサブタイプが存在するというより、これらは一連の症候群、つまりスペクトラムであることを示唆している。特に、PDDNOS 群と ADHD(inattentive)群の類似性は、PDD と ADHD に連続性があるということも示唆していると考えられる。

信頼性については、昨年度、児童精神科医と、発達障害児の療育を行っている非医師の大学院生で差がなく、いずれも有意な一致率を示したことより、診断の経験や資格が要件ではないことが示されていた。

今年度は、必要なトレーニングの程度を明確にしておくことが普及に重要であると考え、外来への見学者や陪席者の一致率を測定した。事前にマニュアルを配布するなどの予備知識の上での測定であり、初回より、高い一致率を示していた。ただし、コミ



ュニケーション、社会適応、学習の項目においては、初回時は安定しない傾向にあった。これは、基準を十分に理解していないためと考えられ、初回のスコアの後、議論を行うことで、2 回目より修正されていった。コミュニケーションは、1 対 1 の面談で会話が成立すれば、1 などの低い値をつける評価者がみられた。しかし、誤解やニュアンスの読み取りを含めた、発達障害者が社会場面で困りやすい観点での評定であり、日常場面での困りやトラブルなどを聴取して評定する必要がある。社会適応も、保護的な環境における適応度ではなく、一般的な社会場面での評定である。学習は、学習障害の概念であり、全般的な知的レベルに比して読み書き計算などが特異的に困難であるか、を評価する。未学習や注意集中困難による学力低下は含まないが、その説明や議論も評定後に行うことで、次回から修正されている。回数を重ねることでわずかに一致率は上昇しているが、初回から 2 回目のような上昇は見られず、回数を重ねるたびに一致するというよりスコアリングの要点をつかむかどうかの評定の信頼性につながっていると示唆される。今後の普及に当たり、そのようなずれやすい項目の注釈をより際立たせることで、初回からの高い一致率が期待できると考えている。これは、見学や研修の困難な評価者が、高い信頼性を獲得するためにも重要と思われる。信頼性の基準としては、毎回、ICC を測定することはできないので、信頼性のある評価者との差が、性別に 0.5 以下であるとはほぼ一致しているとみなしてよいと考えられる。時々、差が 1 となるのはよいとして、1.5 以上開いた時には、議論が必要である。本ツール自体は、昨年度に完成していたが、このような基準を参考とすることで、普及の段階に至ったと判断される。

マニュアルに関しては、既に日本語、英語、ドイツ語を作成し、遠方や海外を含めた活用や、共同研究への準備を行っている。これらを通して、生活上のストレスを軽減させるための一助になることを願っている。

自己および他者からの共通理解への有用性についてであるが、臨床的な経験による認識ばかりでなく、今年度、予備的な調査を行った。客観的にわかりにくい PDD 的特性においては、両親における一貫性が低く、不注意や多動衝動などのわかりやすい特性においては、両親の一貫性が統計的には高かった。自己評価については、受診・相談者というバイアスが大きいと考えられるが、本人が高くつける（重く）傾向にあり、母との一貫性は、ADHD 特性において低く、乖離が見られた。しかし、現時点での予備的な結果であるため、今後、検証を行っていく予定である。

効果的な活用法も検討し、関係機関と議論を重ねた。小児での特性把握のために、キнда・カウンセリング、保育園巡回相談、スクールカウンセリングなどでの利用や活用について計画している。

また、司法精神医学分野においても、責任能力の問題などに関して、発達障害の視点は重要となってきたおり、多面的にまた数値で客観的に表す本評価法の活用について、検討していく予定である。

更には、生物学的背景を探求する基礎研究においても、包括的な本行動評価は、表現型として活用されつつあり、種々の分野へ貢献できるよう検討を重ねたい。

(謝辞)

本研究を遂行するに当たり、ご協力下さった患者さん、そのご家族、また見学者の方々、連携機関の方々、さらには、当科のスタッフの皆様に、深謝いたします。

E. 結論

発達障害者の理解を自他共に促進し、トラブルを未然に防ぎ、ストレスを軽減して生活できるよう、特性別要配慮度を図示するレーダーチャートを開発した。今年度は一般利用に向けての信頼性の確立とマニュアル化を行った。

同時に、地域連携を進めるとともに、国内外を含む遠方の機関とも連携を構築し、更には、他分野での活用や応用も検討した。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Funabiki Y, Kawagishi H, Uwatoko T, Yoshimura S, Murai T. Development of a multi-dimensional scale for PDD and ADHD. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32: 995-1003.

Funabiki Y, Murai T, Toichi M. Cortical activation during attention to sound in autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*. 2012; 33: 518-524.

清水里美. 新版 K 式発達検査 2001 を用いたアセスメントと発達相談—乳幼児健診および就学前相談に焦点をあてて—. 新版 K 式発達検査研究会編. 「新版 K 式発達検査法 2001 年版解説書」. ナカニシヤ書店. 印刷中.

清水里美. 検査結果を報告書にまとめる—新版 K 式発達検査の中級講習会における提供事例をもとに—. 京都国際社会福祉センター紀要. 発達・療育研究. 2011 年別冊.

吉川左紀子, 小川詩乃. 発達障害と読み書き支援. 学術広報誌「こころの未来」第 7 号. 2011 年 9 月.

2. 学会発表

船曳康子. 広汎性発達障害と ADHD の関連 (教育講演). 第 1 回大阪発達障害研究会. 2011 年 5 月.

東徹, 船曳康子, 石原知代, 中神由香子, 池上明希, 有馬祐美子, 村井俊哉. 受動攻撃性パーソナリティを呈した広汎性発達障害の一例. 第 109 回近畿精神神経学会. 2011 年 8 月.

Funabiki Y, Kawagishi H, Uwatoko T, Yoshimura S, Hirose K, Murai T. Multi-dimensional and quantitative scale for PDD and ADHD. 第 34 回日本神経科学大会 /Neuroscience2011. 2011 年 9 月.

田村綾菜. 発達障害児への学習支援実践の紹介. 日本 LD 学会第 20 回大会 (自主シンポジウム「読み書き困難に関わる認知機能の評価方法とその実践—特徴に応じた支援を考える—」). 2011 年 9 月.

船曳康子, 廣瀬公人, 川岸久也, 田村彩菜, 福島美和, 小川詩乃, 村井俊哉. 発達障害者のレーダーチャートの評価者枠の拡大・普及についての検討. 第 51 回日本児童青年精神医学会総会. 2011 年 11 月.

船曳康子, 川岸久也, 上床輝久, 義村さや香, 村俊哉. 発達障害児の乳幼児期における言語発達.

第 51 回日本児童青年精神医学会総会. 2011 年 11 月.

川岸久也、船曳康子、上床輝久、義村さや香、中東功一、小野美樹. 単発型と多発型に注目した広汎性発達障害の遺伝性に関する研究. 第 51 回日本児童青年精神医学会総会. 2011 年 11 月.

有馬祐美子、船曳康子、小野美樹、小倉優子、山根寛. 青年期の広範性発達障害のある人の社会参加への援助方法の一考. 2011 年 11 月.

吉川左紀子、正高信男、船曳康子、伊藤祐康、田村綾菜、福島美和、小川詩乃、井田美沙子、森崎礼子、長岡千賀. 読み書き困難に関わる認知機能の評価方法とその支援～特徴に応じた支援を考える. こころの未来研究センター研究報告会 2011. 2011 年 12 月.

川岸久也、上野幸恵、上床輝久、船曳康子. 統合失調症と過去に診断を受け、これまで措置入院の既往がある広汎性発達障害の 2 症例. 第 7 回京都法精神医学研究会. 2012 年 2 月.

船曳康子. 統合失調症と発達障害の鑑別—入院後に診断変更となった事例を通じて. 第 7 回京都法精神医学研究会. 2012 年 2 月.

東徹、船曳康子、小倉木綿子、森永唯、村井俊哉. 認知行動療法的アプローチにより薬物の大幅な減量に成功した広汎性発達障害の一例. 第 110 回近畿精神神経学会. 2012 年 2 月.

上野幸枝、船曳康子、上床輝久、村井俊哉. 診断が困難であり、さまざまな二次障害を併発したが、「広汎性発達障害」との診断に至った際に病識と一致し、社会生活への適応の可能性が見いだされた一例. 第 110 回近畿精神神経学会. 2012 年 2 月.

坂口恵美、船曳康子、村井俊哉. 情報化社会の流れにより勤続 20 年の教師生活を断念した広汎性発達障害の一例. 第 110 回近畿精神神経学会. 2012 年 2 月.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

特別支援教育の現状と課題
—チャートの有効活用のために—

平安女学院大学
短期大学部 保育科
清水 里美

予定

1. 医療機関との連携について:意識調査
2. 特別支援教育における学校現場の課題:知能検査
3. チャート活用の効果と留意点
4. チャートの普及に向けて

1. 医療機関との連携について:意識調査

- 調査日:2011年12月4日
- 調査対象:S.E.N.S(日本LD学会関連、特別支援教育士)の会京都支部乙訓部会会員22名
- 調査項目(別紙1参照)

医療機関との連携に関して

医療機関との連携		連携における困難	
かなりある	7	あり	14
まあある	7	なし	5
ほとんどない	5		
まったくない	1		

困難の内容:専門機関がわからない、予約の取りにくさ、診察までの期間の長さ、診断に幅がある、など

	診断の結果→理解	発達障害の理解 →支援
つながった	17	18
つながらなかった	1	0

保護者と共通理解がはかれた、保護者が納得された、専門的な視点でアドバイスがもたらされたといった意見が目立った。

2. 特別支援教育に関する
学校現場の課題:知能検査

- 特別支援教育の推進に伴い、学校現場から教育支援センターや通級指導教室に対し知能検査の依頼が急増している。
- 通級指導教室担当教員など学校現場で特別支援教育を推進する立場の者は、「知能検査を有効活用することが望まれている」ととらえている。
- しかしながら、知能検査の歴史や統計処理に関する理解は乏しい(知能検査に関する意識調査より)。マニュアルに従った解釈の危険性がある。

長岡京市の特別支援教育推進のための取り組み
(平成15年度以降) 小学校10校、中学校4校

- 15年度 教育支援センターに就学相談担当相談員配置。
- 16年度 教育委員会指導主事、市健康推進課(保健センター)保健師、通級指導教員、教育支援センター相談員による連携会議が定例化。
- 17年度 小中学校 特別支援コーディネーター任命。
- 20年度 通級指導教室 2学級→3学級に増設。
- 21年度 通級指導教室 3学級→5学級に増設+中学校に1学級新設。
- 22年度 通級指導教室 5学級→6学級に増設。

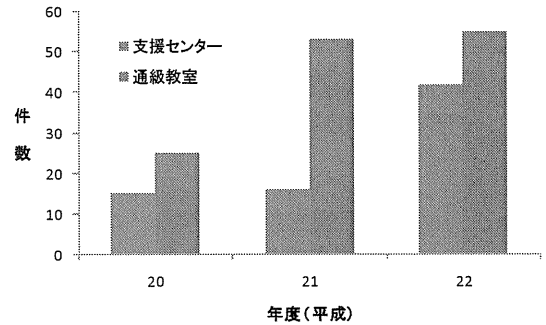


図2 長岡京市におけるWISC-III知能検査実施件数

長岡京市におけるWISC-III講習会の成果に関する調査結果

- 調査対象者: 長岡京市教委主催の平成22年度WISC-III講習会参加者17名、参加者の所属する学校の管理職(学校長)14名、講習会運営スタッフ4名
- 調査時期: 平成23年3月中旬
- 調査方法: 質問紙は市教委より調査対象者に配布。回答後、市教委に返送。
- 質問紙の構成: 5項目からなる(表2参照)。回答方法は、選択式(4肢選択)と自由記述形式であった。

結果

表3. 質問紙の回収数

	回収数
受講者	16
管理職	14
スタッフ	4

表4. 受講者内訳(表2の質問5)

特支コ	特担	通級	教相	希望	不明	養学	計
**4	**5	2	1	1	1	3	16

**重複1名

(受講者には向日ヶ丘養護学校教員3名を含む)

- 特支担任、特支コーディネーター、校内分掌、通級指導教室担当者、教育相談部長、の立場で。
- コーディネーターが中心となるのがよいと思う。
- 今後は、コーディネーター以外にも拡大したい。
- 特支担任の中から本人の希望で、今後は若手教員の研修を含め、育成を図るべきと感じた。
- 今後、特別支援教育において活躍することが期待される者を選んだ。
- 今後、学校教育の中核となる人であり、児童理解を充分して対応する力を身につけてほしい。発達検査そのものについて理解を深めていかせたい。

表5. 講習会の企画について(表2の質問1)

	よかった	わからない	よくなかった	その他
受講者	16	0	0	0
管理職	14	0	0	0
スタッフ	4	0	0	0

・これまで名前と少しの内容しか知らなかったで、詳しく学ぶことができ、大変勉強になりました。・検査内容や結果の見方などまったくといってよいくらい知らなかったで、今後の生徒たちの見方や指導に役立つと思った。・どのような検査なのかよくわかった。保護者と話すときに大変役立つ。・WISCを学ぶ機会が少ないから。

・発達検査は児童を理解する上で大切なツールである。分析理解する力を身につけていくことは大切と考える。・検査結果の見方、読み取り方をより正しく理解できる教員を増やすことについてよかったと思う。・特別支援教育への理解が進んだ。・研修の機会があることは大変よいことだと思う。通級担当者の再学習になった。・講習会受講者だけでなく、発達障害に対する職員の見方強化になる。・研修に参加した教員の満足度が高い。・理解が深まった。・各学校に発達検査の見方を理解している教員は今後ますます必要になる。・多くの人が検査方法を知り、安易に子どもの検査を行なうことは危険である。

・活用する上での配慮事項を伝えることができた。・参加者がとても熱心で、内容の濃い研修ができたと思う。内容も、理論・事例研究・検査技能の習得・プロフィールの作成の仕方など、計画的、継続的に進められ、良かった。

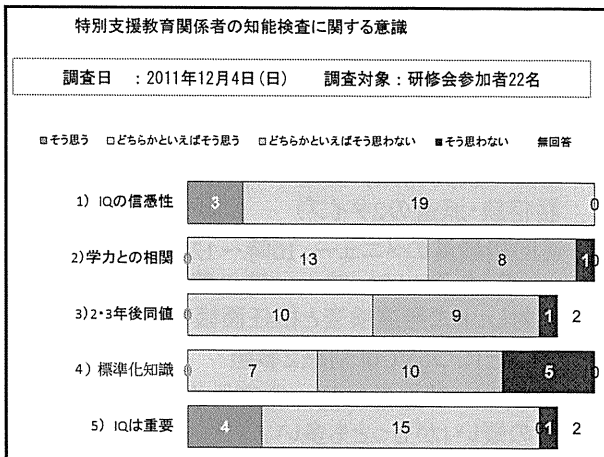
表7. 支援プログラムを考えやすくなったか(表2の質問3)

	そう思う	わからない	思わない	その他
受講者	15	1	0	0
管理職	7	4	2	1
スタッフ	4	0	0	0

・強い部分を利用できるし、弱い部分がわかると無駄に感せず受け止められる。・個々の児童の強いところ、弱いところがわかり、対応の仕方を考えることができた。・まだまだ難しいのが現実だが、考える手立てがひとつできた。・支援プログラムを考えるとまではいかないが、WISC-IIIの結果から発達課題が研修を通してわかるようになった。・考えたものが本当に支援につながっているものかどうかはわからない。

・検査結果を見て、活用できる教員が増えてきた。・対象児童の見方、とらえ方、対応策につながっている。・一人二人では支援プログラムを考えやすいという段階ではない。もっと長期のプランの中で求めていくべきものだと思う。・理解が進んだとは思えない。・本人の技量にまだ課題があると感じる。

・児童の強いところ、弱いところがわかり、指導・支援の仕方がより具体的に考えることができる。・検査のプロフィールや検査時の様子を書いたメモの中には、児童を理解する上で大切なヒントがある場合が多い。検査で得意・不得意なところがわかり、焦点化して指導計画が立てられる。・指導・支援方法がより具体的に見出せる。



順位	項目	順位平均	標準偏差
①	子どもの特性(多動・注意の問題・こだわりなどの情報)	2.3	2.4
②	学力や学習の状況	2.6	1.6
③	生育歴	4.4	1.8
④	家庭環境	4.7	1.9
⑤	クラス集団の様子	5.0	3.4
⑥	保護者の願い	6.3	2.4
⑦	知能指数	6.9	2.7
⑧	診断名	7.4	3.2
⑨	医療機関の情報	7.6	2.3
⑩	担任のタイプや力量	8.6	3.0
⑪	専門的な訓練機関の情報	8.9	2.4
⑫	学校風土	10.1	2.3

3. チャート活用の効果と留意点

①チャート活用の効果

- 事例1
- 事例2
- 事例3

②チャートを活用する際の留意点

①チャート活用の効果

- ・ 知能の情報はごく一部にすぎないことがわかる。
- ・ 同じ診断名でも、子どもの特性は異なることがわかりやすい。さらに、何が一番問題であるかが整理しやすい。
- ・ 質問を通じて、気になる行動をどのようにとらえるのかが理解できる(事例1、事例3)。

①チャート活用の効果(続き)

- ・ 同じ学校の複数の子どものチャートを比較できるため、学校現場に持ち帰ったとき、他の教職員に対し説得力があり、支援がより具体的に進む。
- ・ 同じようなタイプに見えていた子どもの違いがより鮮明に理解できる。

チャート活用の留意点

- ・ 保護者から、あるいは教師からのみの情報での評価では、程度の査定の信ぴょう性に欠けるおそれがある(事例1参照)。
- ・ チャートがあるからといって自動的に支援が浮かぶわけではない。活用する側の主体性が求められる。
- ・ 理解と支援がうまく結びつくことが望まれる。たとえば、日記はワープロでもOKとなった事例では、担任の裁量で配慮をしてもらえたが、そう簡単にはいかないこともある。
- ・ 学校側は「特別扱いする」ための「お墨付き」を求めるきらいがある。

4. チャートの普及に向けて

ーチャートの有効活用が望まれる現場としてー

- ①保育園の巡回相談
- ②キンダーカウンセラー
- ③小中学校の特別支援教育コーディネーター

①保育園の巡回相談

(京都市内は京都市保育園連盟が京都市より補助金をもらって実施。)

巡回相談員(前期・後期年2回と常時 possible の電話相談・派遣の2タイプ)

巡回相談員のメニュー: 10時~12時までで1名~3名(あるいは10時~15時の間で4名~6名)に対し、K式発達検査と担任面談・助言

件数などについては別紙2参照

*判断として「正常知能の範囲の広汎性発達障害の疑い」がもっとも多い。

保育園の巡回相談の相談例

(従事者:臨床心理士OR臨床発達心理士)

登園時に大暴れして大変なときがある。それ以外はとくに問題ない。原因がよくわからない。最近では土曜保育のときであった。その前は夏のプールのシーズン。一週間ほど続いたが参観をきっかけにおさまった。

K式発達検査:平均発達の範囲内であるが、緊張が強く声が小さいこと、手先が不器用で正方形が描けない、折り紙Ⅲの対角がきれいにあわせられない、ことが目立った。

面談で:見通しを与えることが大事と考え、あらかじめ予定を伝えてもうまくいかない←誰が予定を伝えたか?本人の受け取りと伝え方にずれがないか?⇒暑いとき「外遊びがいや」母は「先生に言ってあげる」(先生に本人がそういっていたと伝えただけ)⇒本人大暴れ

*この面談のやりとりに1時間ほどかかる。園の力量をあげたい

②キンダーカウンセラー

(京都府内の私立幼稚園対象)

臨床心理士会と京都府私立幼稚園連盟が連携して普及中

各園3回以上1回6時間

臨床心理士の育成が課題

③小中学校の

特別支援教育コーディネーター

(調査結果などから)

- ・日頃クラスの子どもたちのことを一面的にしか見ていないのではと、考えるきっかけになった。
 - ・個々の児童の強いところ、弱いところがわかり、対応の仕方を考えることができた。
- 子どもを観察する際のポイントを伝えることが特性理解につながると考えられる。

*発達障害の理解は学校での支援につながるとの認識は高い。

研究プロジェクト

発達障害と読み書き支援

吉川左紀子(こころの未来研究センター長)・小川詩乃(こころの未来研究センター共同研究員)

■目的

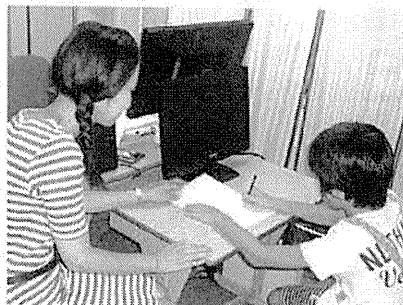
発達障害児は固有の学習困難を持つと考えられているが、その認知的な機序は明らかではなく、その支援は急務である。本プロジェクトでは、「読み書き」という切り口から、発達障害児への支援とその認知特性を検討することを目的としている。2007年からこれまで、学習に困難を持つ発達障害のある小学生(延べ31名)を対象として継続的な学習支援に取り組んできた。2010年度においては、これまでの活動を踏まえて、研究成果として社会に発信していくことを目的として、いくつかの新しい取り組みを行った。

■学習支援の体制

これまで23名の発達障害児に対し週1回の学習支援を行ってきた。その結果、読み書きを始めとする学習面での向上がみられることが分かった。一方で、週1回の支援には時間・人手などのリソースが多く必要であるため、その対象は比較的少数の児童に限られてしまう。このことは、地域での活動に本プロジェクトの方法を応用する際に制約になる。

そこで、支援の効果を維持しながらより多くの児童が参加できる体制を構築する目的で、2010年度は隔週の支援に頻度を減らしてその影響を検討した。同時に、新たに8名の小学生を月1回支援する形で受け入れた。これらの試みにより、児童への学習支援に加えて、保護者の児童理解をサポートすることの重要性が浮き彫りになってきた。発達検査などの結果を保護者に伝え、児童の学習困難に関する理解を促し、それを家庭での児童への接し方や勉強の教え方に反映できるように具体的なアドバイスを行うことが児童の支援につながると感じられた。特に、

発達療育室での支援の機会が少ない場合には、保護者の児童理解を促進することの重要性が増すと思われる。このことを検討するために、定期的に保護者への質問調査を実施し、保護者への積極的な情報提供や話し合いが児童理解にどのような効果をもつかを時系列的な変化を追うことで明らかにしたいと考えている。



児童への学習支援の様子

■発達障害特性チャート MSPAの実施

連携研究員の船曳ら(2011)によって開発されたMSPA(Multi-dimensional Scale for PDD and ADHD)を4名の児童に実施した。本研究プロジェクトは、学習困難を抱える児童を対象としているが、参加している児童の特徴は非常に多様であり、学習困難の原因も様々である。これまでは、主に児童の認知機能に焦点を当ててきたが、学習の困難には、社会性や感情、こだわりなどより幅広い要因が影響していると考えられる。MSPAを導入することにより、これまで学習支援を行う中では捉えにくかった、ひとりひとりの子どもの認知、感情、行動の特徴をより明確に捉えることができるようになった。これにより、より児童の特徴に合った学習支援を考える有効な手がかりが得られた。今後、本チャートの各項目の値と学習の困難さとの関係を検討していきたい。この成果の一部は、第52回日本児童青年精神医学会総会において発表した。



保護者への説明とサポート

的に検討することを一つの目的としてきた。しかし、本プロジェクトの参加児童の半数以上は自閉症スペクトラムであり、それらの児童の学習困難と、自閉症スペクトラムの特性は切り離せないと考えられる。このため、行動観察に基づいて自閉症スペクトラムの対人コミュニケーション行動を評価することを試み、学習支援中の児童の表情や、離席の様子を捉えるために、ビデオカメラを新たに2台導入した。今後この内容を分析して、学習支援につなげていきたい。

■今後の展望

今後も実践としての学習支援活動を継続していくとともに、多様な視点を取り入れて支援効果の実証研究に取り組んでゆく。

■自閉症スペクトラムの特性の検討

これまで、本プロジェクトでは、読み書きの苦手さを評価する課題を実験

Multi-Dimensional Scale for Pervasive Developmental Disorder & Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MSPA)

実施マニュアル

船曳 康子、鄭 志誠、村井 俊哉

目次

1. 背景
2. 目的
3. 実施要綱
 - 3-1. 対象
 - 3-2. 評価者
 - 3-3. 施行時間
 - 3-4. 情報収集
 - 3-5. 評価: 特性と状態
 - 3-6. 補足
 - 3-7. フィードバック
4. Multi-Dimensional Scale for PDD and ADHD
5. 謝辞

1. 背景

広汎性発達障害（PDD；Pervasive developmental disorder）と注意欠陥性多動性障害（ADHD：attention-deficit/hyperactivity disorder）は、ともに発達障害として知られる。DSM-IV-TR（the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, TR；American Psychiatric Association, 2000）によると、前者は、発達のいくつかの面における重症で広範な障害によって特徴づけられる相互的な対人関係技能、コミュニケーション能力、または常同的な行動、興味、活動の存在とされ、後者は、多動、不注意、衝動性によって特徴付けられている。これらの診断基準には重複は見られず、現行の評価尺度は各診断を目的としたものである。しかし、実際、臨床では、これら PDD と ADHD はしばしば同様の症候を共有しており(Funabiki et al., 2011)、更に いずれも感覚、睡眠、学習などの問題を抱えていることが多い。このように、症候の合併や重複が一般的な上に個人差も大きいので、その診断自体は個々の特徴や必要なサポートを十分に示しているわけではない。また、多くの情報を必要とするために診断するのも大変時間がかかることや専門家や体制の不十分さにより、診断までに待機期間があることが一般的となっている。そして更にその診断後も適切なサポートが得られるまで多くの困難に遭遇する。このような状況を解決するために、我々は新しい評価尺度を考案した。

2. 目的

MSPA（The Multi-Dimensional Scale for PDD and ADHD）は、本人ばかりでなく、家族や先生、周囲の関わる人に対しても、PDD と ADHD のいずれの特性もよりわかりやすく示す評価方法である。また、本人の自己理解を促進するとともに、順応するのに適切な方向性を示すため、診断をするのみより有益であろう。つまり、各特性の困難さの程度を明確にすることで、本評価は実際上の助言を提供し、そのことが環境への適応を促進するばかりでなく、日常生活自体も過ごしやすくすると考えられる。

3. 実施要綱：レーダーチャート作成および評価方法についての助言

MSPA は 14 項目からなり、それぞれの項目は 1 から 5 及びその中間を含め計 9 段階評価となっている。その 14 項目は、臨床および行動学的な特性で分類されており、PDD の特徴から 5 つ、ADHD から 3 つ、発達性協調運動障害から 2 つ、それから、感覚、睡眠、学習、言語発達の 4 項目で構成される(Funabiki et al., 2011)。それら 14 項目の点数をレーダーチャートに記入し、説明、助言などを行う。

3-1. 対象

本評価尺度は PDD と ADHD に考案されたが、それ以外にも施行可能である。年齢については 2 歳以上であれば施行できるが、未就学児には下記に述べたとおり評価が困難な項目がある。対象者の特徴や、得られる情報量による利用制限はない。しかし、情報が不十分な場合、評価の内容が幾分限られるかもしれない。つまり、必要な情報はできるだけ得ることが重要である。

留意点；本評価尺度は年齢非特異的なツールとして幅広い年齢層に使われるため、評価は年齢（発達年齢）を考慮されなければならない。つまり、定型発達の知識が、評価者には必要となってくる。特に、コミュニケーションや不注意の項目では、十分な留意が必要である。更に、未就学児においては、学習の項目の評価は困難であろう。小児における相互コミュニケーション、共同注意、視線や表情を評価するために、短時間、やりとりのある遊びを行うのが効果的である。

3-2. 評価者

評価者は、発達障害に精通した臨床家であることが望ましいが、コメディカルや学生などもトレーニングにより、十分、評価者となりうる。

3-3. 施行時間

評価自体は、十分な情報が揃っていれば20分くらいで施行できるが、通常、情報収集やその後の相談に更なる時間を費やしている。

3-4. 情報収集

乳児期から現在までの行動について、本人、親、先生などからできる限り、総合的な情報を集めることが望ましい。この際に、通信簿や母子手帳などの客観的な資料も有用である。面談時には、親や養育者など幼少期から関わっている人の同席が望ましいが、強制や強い要望はすべきではない。面談は、ニーズや希望に沿うように進め、同伴者との別面談が必要なきもある。特に、状況を理解できない小児は、別にすることが一般的である。

3-5. 評価: 特性と状態

各項目のスコアリングは、主に生得的な特質に関連する臨床や行動上の特徴（特性）を評価するようにし、学校や職場などの環境因子によって引き起こされる行動（状態）とは、分けて考える。特性と状態は完全には切り離せないものであるが、その場の状況によって変化する環境因子は、ここでは点数化しない。しかしながら、評価の正確性を向上させるためにも、後で支持的な介入を検討する際にも有用であるので、個々の状況は適切に考慮しておくべきである。スコアリングは、個々の行動を検討していくというより、ごく一般的な社会環境を想定して検討した特性に基づいて行う。特殊な環境であれば、その環境による影響は、スコアリングから除くようにする。同様に、身体疾患の影響も除く。状態が悪い時の評価は、参考値とする。

最終的に、評点はそれぞれの特性を示す項目ごとに、ひとつの数値となる。

3-6. 補足

評点は、上述の様に、対象者本人が落ち着いた状態の状況を、評価者が客観的に評価したものであるべきである。本人や同伴者からのコメントは、行動特性の程度を評定するための参考として得ておく。評定は、本人や同伴者の主観的な見方とは異なる。それぞれからの情報は重要であるが、各々の観点と客観的な特性との間に乖離があり得る。例えば、本人が困難はないと主張していても、それがコミュニケーションや社会性において、実際、問題がないとは限らない。面談を進めていく中で、「おっとりしているだけで、人との関係はどうもない」と主張するかもしれない。このような主張自体が、限られた思考パターンからくるコミュニケーションの障害を意味していたりすることもある。この乖離に対応するために、「学校に友達はある?」、「友達とどのような関係?」などのような別の質問をしてみるとよい。このような質問によって、乖離について洞察が深まるかもしれない。さらに家族と他の情報提供者の間でも乖離があるかもしれない。例えば、母親は症状の程度を低く話すかもしれない。これは、コミュニケーションの不十分さからくるのかもしれないし、受け入れの困難さからなのかもしれない。総合して、評定を終える前に、得られた情報を注意深く見直すのがよい。

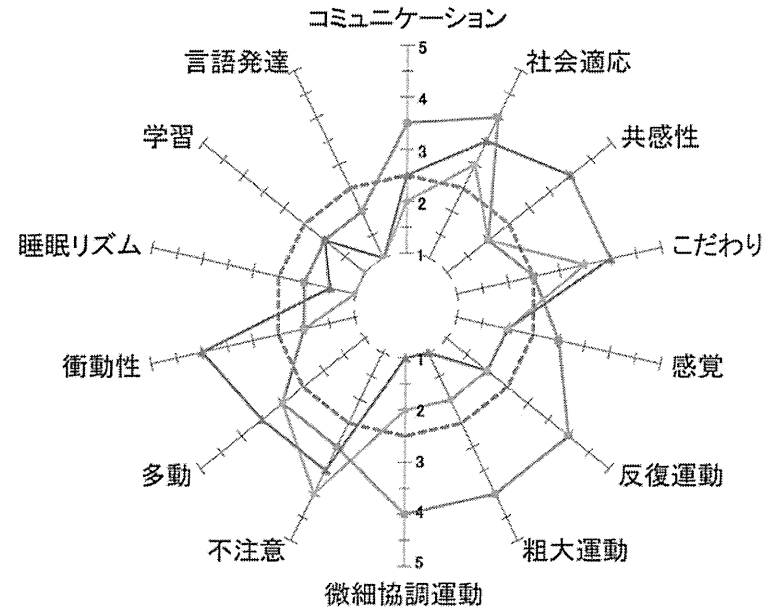
3-7. フィードバック

14項目、9段階評価後にレーダーチャートに記入する(図1)。この視覚化により、臨床・行動特性を一目ですばやく把握できる。各項目は、関連したものが近接するように配置されている。たとえば、PDDの特性は右上、運動関連が右下、ADHDが左下、その他は左上となっている。最終的な記入用紙には、得意分野や発達指数もしくは知能指数の記載部分がある。発達障害者は、上述のような困難さとともに、特技や特に得意な分野も持ち合わせるが多い。これらを積極的に見出し、軸として生かしていくことで全体的に過ごしやすくなると考えているために、得意分野およびその程の聞き取りを最後に行い、用紙に記載するように作成している。また、年齢があがるにつれ、理性的な思考で適応行動をとろうとする際に、発達障害の行動特性としての困難さをカバーする形で、知能指数が関係してくる重要な要素であると考え、記載するようにしている。

上記を用いて、チャートの説明や助言を含む面談を行うことが一般的である。レーダーチャートの評点の理由説明も追加することもある。更に、問題解決への方法や、現状を改善するのに有効なサポートや工夫についても助言を行うのにも役立つ。

なお、各項目において、高い数値は困難さを抱えていることを意味するのであるが、それが必ずしも思わしくない結果となるわけではないことを伝えるのも大切なことである。高い数値は、實際上、必ずしも問題となるとは限らない生得的な特性を示している、という説明も加えておく。たとえば、有名な画家や学者も、すばらしい功績を残しながらも、ある項目で高い数値を示しうる。それゆえ、高い数値は、優れているとか劣っているとかというような社会的な判断をするものではない。要するに、特性を明らかにして、生活の質を向上させるものである。

次の4章では、実際に各14項目、および得意分野を評点するMSPAのスコアリングシートを示す。



<スコアリング例 (PDDの3例)>

4. Multi-Dimensional Scale for PDD and ADHD

本人の特性による判断で、ごく一般的な社会環境における支援や適応基準であり、環境要因、身体的要因は含まない(病状が悪い時などは参考程度とし、基本的には落ち着いている時で評価する)。下記の各特性別の説明は基本的に大人を念頭に置いた記載であるが、小児では発達年齢に比した配慮にて評価する。要支援、要配慮だが、3に満たない場合は2.5とする。

		1	2	3	4	5	
	特記すべき説明	気になる点はない	多少気になる点はあるが、通常的生活環境において困らない	本人の工夫や、周囲の多少の配慮で集団生活に適應(上司、担任など責任ある立場の人が把握し配慮する程度)	理解・配慮・支援 大幅な個別の配慮で集団生活に適應(上司、担任等の支援のみでは困難)		具体的に 集団の流れに入るより、個人がより快適な生活を送れるような支援が優先される
コミュニケーション	ジェスチャーや指差し等の非言語的の補いも含め、疎通性がスムーズかどうか。一对一の直接的なコミュニケーションだけでなく、電話場面、伝言、誤解、表現の豊かさなども評価に入れる(特にこの項目は年齢の要素が大きく、小児では発達年齢に応じて評価)	相手にわかりやすい表現を用いる、相手の意図を汲み取るなど、ニュアンスまで十分に疎通できる	やや一方的なことがあったり、時に誤解や伝言ミスがあるが、特に困ることはない	落ち着いた一对一の面談では伝わるが、詳細は面談者が具体的な質問を設定するなどしないと伝わりにくい。また、誤解や伝言ミスが目立ち、明確に書いて伝えるなどの配慮が必要	あまり話さずclosed questionへの返答が大半である。話がまとまらない、一方的な関わりが多く双方向的になりにくいなど、一对一の面談でも伝わりにくい	基本的欲求などの意思表示を除けば、慣れた人との意思疎通も充分ではない	
		1	2	3	4	5	
社会適応	一般的な集団において、場を読み、周囲を見ながら常識的判断をし、適應できるか。集団において特定の立場(リーダーのみ等)以外は困難な場合もここで評定。(知的レベルの差による集団への入りにくさを除く)	集団の中で自然に振舞える	集団は苦手で、少人数の方が快適である。種々の一般的な社会場面に自力で適應できており、特に困らない	集団ではやや孤立しやすく、多少の配慮で集団生活や通常の社会的な生活ができる。限られた人のみ関わり、集団の中にもあまり関わっていない、限局した立場や本人に適した明確な役割があれば可能など	集団ではほぼ孤立してしまい、集団に属するためには加配等の特別な配慮が必要であるが、発達年齢に応じた単独行動に大きな支障はない	社会のルールが極端にわからないことで、公共の場での単独行動に支障がある	
		1	2	3	4	5	
共感性	コミュニケーションの項ではできるだけ意思疎通・伝達の点に注目し、この感情の項では感情の読み取りや表現を中心に評価する(被害念慮等の過敏な反応は適切な情緒反応とはとらない)	他人の気持ちを適切に読み取り、共感し、ふさわしく表情を変える	感情の読み取りや表現は苦手だが、それで人間関係をこじらす程ではない	相手の気持ちより自分の都合を優先させすぎる、感情の読み取りや表現が苦手などのために、友達が減ってしまう(悪気なく傷つくことをしばしば言うてしまうなど)	他人の幸不幸にはかなり無関心、表情や感情がとても平板など、感情交流が明らかに不自然である。泣く、怒る、笑うはあるが、感情の交流性は乏しい	人に全く興味がない、親しい(仲のよい)人の明らかな感情変化を気にしない、感情表出には対人要素がないなど	
		1	2	3	4	5	