

PECS を中心とした早期療育について  
—機能的コミュニケーションに関する分析と考察—

分担研究者 杉山 登志郎 （浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座）  
研究協力者 山根 希代子 （広島市西部こども療育センター小児科）  
今本 繁 （ピラミッド教育コンサルタントオブジャパン）

研究要旨

療育開始時点において、1歳11ヶ月から2歳11ヶ月の広汎性発達障害（以下PDD）児12名に絵カード交換式コミュニケーションシステム（The Picture Exchange Communication System 以下PECSと略す）を中心とした早期療育を月に1, 2回の頻度で1年にわたり実施した。様々な評価尺度の評定結果からは、言語と社会性の領域において伸びが見られ、問題行動の減少に統計的な有意差が認められた。しかし保護者のストレスの減少には効果は認められなかった。<sup>1)</sup>

本論文では、評価尺度とは別に発語と機能的コミュニケーションの変化に着目して評価を行った。個別セッションの初回・中間・最終回の記録とビデオにより、セッション内の発語数の変化と機能的なコミュニケーションの変化についてデータを抽出して分析した結果、1名を除く全員に、発語による機能的コミュニケーションの頻度が増加していた。

はじめに

絵カード交換式コミュニケーションシステム（PECS）は、1985年にボンディとフロスト<sup>2)</sup>により開発されたもので、自閉症やその他のコミュニケーション障害を持つ子どもから大人に自発的で機能的なコミュニケーションを指導するための拡大・代替コミュニケーション法の1つである。本来は、発語やコミュニケーションに遅れのある対象者に対して絵カードを使った機能的なコミュニケーションの実現を目的としているが、臨床実践や先行研究において、発語や対人相互作用の促進、問題行動の減少など様々な副次的な効果が報告されている。

まず著者らは絵カード交換式コミュニケーションシステム（The Picture Exchange Communication System 以下PECSと略す）による早期療育の効果を確認するために、療育開始時点において、1歳11ヶ月から2歳11ヶ月の広汎性発達障害（以下PDD）児12名にPECSを中心とした早期療育を月に1, 2回の頻度で1年間にわたり実施し、その成果を乳幼児医学・心理学研究誌に報告した。<sup>1)</sup> PECSの指導による全体的な発達の効果は確認されなかったが、言語と社会性の領域に限ると十分に効果があることがわかった。また、評定尺度の結果以外にも療育中の行動観察で様々なコミュニケーショ

ンスキルの獲得やアイコンタクト・三項関係など対人相互作用の促進が見られた。

先行研究において、Charlop-Christy ら<sup>5)</sup>は、3 人の自閉症児に対する対象者間多層ベースラインデザインによって PECS の自発語の促進効果を確認した。Yoder ら<sup>6)</sup>は、36 人の就学前の ASD 児童に対し、前言語コミュニケーションの 2 つの介入方法 PECS と RPMT ( Responsive education and Prelinguistic Milieu Teaching) の言語獲得に関しての効果についてランダム比較を行っている。6 ヶ月間、24 時間以上のセッションを行い、セッション直後 (6 ヶ月後) の発語の獲得の効果については PECS が良好であったが、最終的な発語の獲得について両者とも差はなくいずれも効果的であったと報告している。

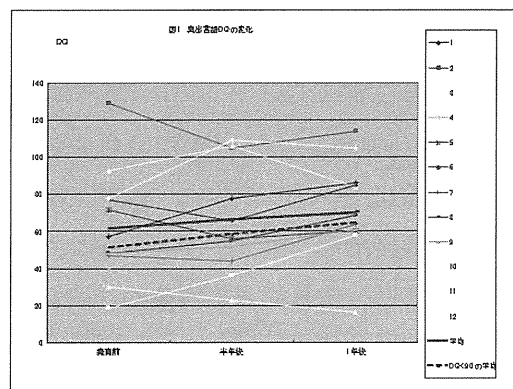
今回は、PECS による発語の促進効果に注目し、個別セッションの記録やビデオデータを元に再分析を行った。まず表出言語について先行研究で見られるような発語数の変化について確認した。さらに発語が機能的なコミュニケーションであったかどうかについて質的な分析も行った。

## 対象

広島市西部こども療育センターを受診し、平成 19 年 9 月以降に PDD が疑われるもしくは PDD の診断を受けた子ども 12 名を対象とした。当初の診断は、高機能広汎性発達障害 (以下高機能 PDD と示す) と考えられる児童 4 名、境界域から軽度精神遅滞を伴う PDD 5 名、中度精神遅滞を伴う PDD 3 名であった。所属先は 1 名が保育園でほか 11 名は在宅であった。また、育児の中心は母親であった。

診断の告知に関しては、PDD の疑いもしくは PDD の範疇であることを研究説明会前に伝えており、自閉症・精神遅滞などの詳細な内容に関しては、未伝達もしくは途中で伝達するなどケースにより様々であった。基礎疾患に関しては、一部医学的検査を実施している児があるが、明らかな基礎疾患は認められなかった。

表 1 に 12 名のプロフィールと各評価尺度の結果を、表 2 に PECS の進行状況と子どものコミュニケーションの変化および療育終了時の保護者の感想についてのエピソードデータを示している。また、KIDS の下位項目の表出言語の DQ の変化については図 1 に示している。



## 方法

療育効果を測定するために、療育開始時の平成 20 年 4 月および、1 年経過後の平成 21 年 3 月に、広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度 (PARS ; 2004)、乳幼児発達スケール (KIDS ; 1991) Kinder Infant Development Scale、子どもの行動チェックリスト (親用) (CBCL ; 1999) Child Behavior Checklist、全般的精神保健質問紙 : 精神健康調査票 28 項目短縮版 (GHQ-28 ; 1996) を実施した。また、6

ヶ月経過後の平成20年10月にKIDS、CBCL、GHQ-28を行った。統計学的解析は、Wilcoxonの符号付き順位検定を、SPSS10.0（エス・ピー・エス・エス株式会社）を利用して行った。

発語による機能的コミュニケーションの評価に関しては、初回、中間、最終回の1時間の個別セッションの記録とビデオを分析し、発声・発話数とその内容について機能的なコミュニケーションであるかどうかについてデータ収集を行った。機能的コミュニケーションの定義については、フロスト & ボンディの定義「ある人に向けた行動（形態は所属共同体により規定される）であり、次に相手の人は物的報酬あるいは人的報酬を与える。」<sup>2)</sup>に従った。人に向けて発せられかつ意味のある発語を「機能的コミュニケーションである発語」とし、人に向かわない発語や独り言、聞き手が意味を汲み取れない発語などは「非機能的コミュニケーションである発語」と定義した。

療育開始前からすでに機能的な発語の多かった症例2については、その表現が適切であるか不適切であるかについて、2名の担当スタッフが記録とビデオを分析してデータを収集した。人に向けて発せられ明確で丁寧な発語を適切、不明確で乱暴な発語を不適切と定義した。

## 結果

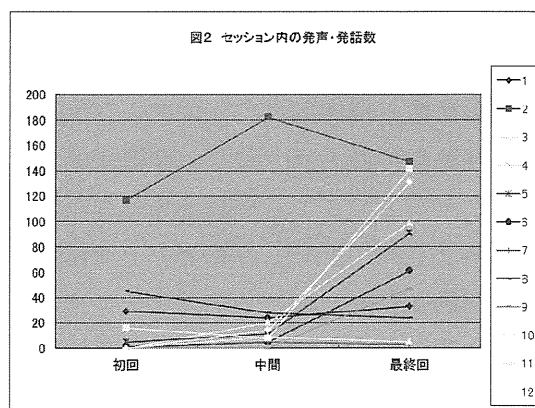
### 1. 前回の研究で用いた評定尺度の表出言語の結果について

図1に前回の研究で用いたKIDSの下位項目から表出言語の評定結果を抽出して示す。療育開始時、既に、文章レベルで発話していた症例2と3の2名を除く10名につ

いては、Wilcoxonの符号付き順位検定で有意に上昇していた。

### 2. セッション内の発声・発話数の変化について

図2に、1時間の初回・中間・最終回のセッション内の発声・発話数の変化について示す。症例8を除く他の11症例において初回と比較して中間と最終回で、総発話数が増加していた。



### 3. 機能的・非機能的コミュニケーションである発声・発話数の変化について

図3に、1時間の初回・中間・最終回のセッション内での機能的コミュニケーションである発声・発話数の変化について示す。症例8は初回19回、中間12回、最終回18回、症例12は全て0回で変化がなかったが、他の10症例は初回と比較し中間と最終回で増加していた。

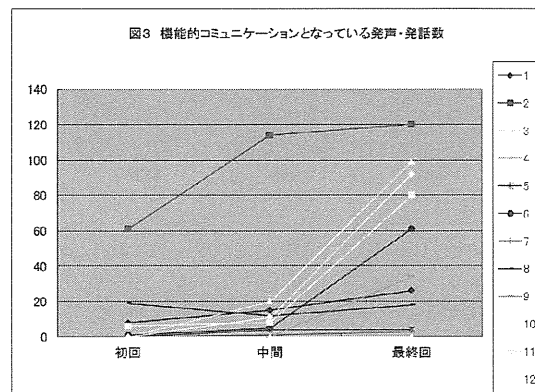
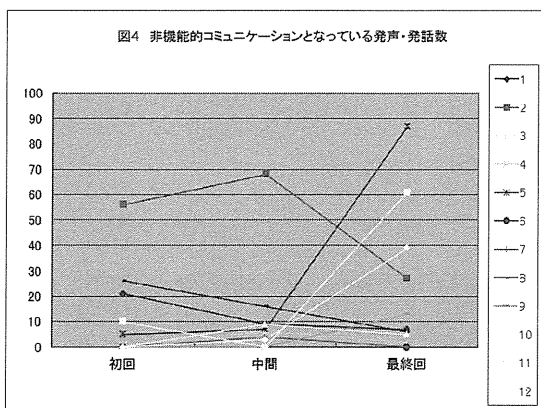


図4に1時間の初回・中間・最終回のセッション内での非機能的コミュニケーションである発声・発話数の変化について示す。症例1, 2, 8は減少が見られ、症例3, 4, 6, 7では0回から数回であり変化が見られなかった。症例5, 9, 10, 11で著しい増加が見られ、症例12で僅かな増加が見られた。

症例毎にその変化の質をまとめてみると、①初回到発話が0回またはほとんどなくて、その後も発話の増加が少なかったもの3名(症例4, 7, 12)②初回到発話が0回で総発話数と機能的コミュニケーションによる発話数の増大が一致し、非機能的コミュニケーションによる発話が見られないもの2名(症例3と6)、③もともと発話があり総発話数や機能的コミュニケーションによる発話が増大または変化があまりないが、非機能的コミュニケーションによる発話が減少したもの3名(症例1, 2, 8)、④発話数の増加とともに、機能的・非機能的コミュニケーションともに増えたもの4名(症例5, 9, 10, 11)であった。



### 考察

それぞれの子どもの発話の有無やコミュニケーションの質の違いがあったものの、

発話数の変化に注目してデータを分析することによって、症例8を除いて全ての症例で発話数の増大を確認できた。また発話の内容の質的变化を機能的コミュニケーションに注目して分析することで症例8と12を除き、10症例で機能的コミュニケーションによる発話の増大を確認できた。

PECSの指導による発話の増大の効果は先行研究と同様の結果となった。さらに機能的コミュニケーションによる発話が増大し、非機能的コミュニケーションが減少している症例が多いことがわかった。PECSがそのような効果をもたらした要因について考察してみる。

保護者からは、これまで不明確だった子どもの発話が、絵カードという伝達手段によって子どもの要求が明確になったという報告があった。そうすると保護者が子どもの要求充足を叶える場面が増える。つまり、聞き手である大人が、話し手である子どもの発話を強化する機会が増え、それが発話の増大をもたらす要因の1つになっていることが考えられる。

最初から発話があった症例においては、独り言などの非機能的コミュニケーションだったものが、PECSの指導により相手に絵カードを渡すという行為が形成されることで、コミュニケーションの相手(方向性)が明確になり、発話が機能的なコミュニケーションに変化したと考えられる。

また、最初から発話があった症例においても、単語レベルの発話だったものが構文による発話に変化したり、適切な発話に変化したりした症例も見られた。特にフェイズIV以降の構文指導においては、絵カードがリマインダーの役割を果たして、構文や

適切な発語を促すうえで効果をもたらしたと考えられる。

今回の研究は、指導時間が限られ症例数が少なかったため、総論として述べるのは無理があるものの、発語の獲得の仕方とその内容が機能的であるかどうかは、いくつかのタイプが見られるように思われる。今後、さまざまなタイプの子どもへの実践とともに、症例数や PECS の指導の頻度や時間を増加するなど、指導時間の違いによるデータの蓄積が望まれる。

### おわりに

本研究は、PECS の指導方法に関しては、第二著者のスーパーバイズのもと、広島市西部子ども療育センターPECS 担当者（保育士：井上美智子 小川裕子 太田民恵 上垣佳代 池本幸司 桑田和枝 小早川恭子 酒井浩子 藤岡真弓、言語聴覚士：水野徹、作業療法士：塚崎泉美、心理療法士：片木恵子 山春美佳、小児科医師：山根希代子）が実施した。

PECS 実践研究を実施するにあたり、協力していただいた子ども・保護者の方々、PECS 担当者、また、さまざまな場面で協力してくれた広島市西部子ども療育センターのスタッフに心より感謝する。

### 文献

1. 山根希代子, 今本繁 (2011) PECS を中心とした早期療育について. 乳幼児医学・心理学研究, 20, 2, 95-101.
2. ロリ・フロスト & アンディ・ボンディ 著 門眞一郎監訳 (2005) 絵カード交換式コミュニケーションシステムトレーニングマニュアル第 2 版. フロム・

ア・ヴィレッジ.

3. アンディ・ボンディ & ベス・サルザ - アザロフ 著 服巻繁監訳 (2007) 自閉症を持つ生徒のためのピラミッド教育アプローチ-特別支援に使える行動分析学ガイド. ピラミッド教育コンサルタントオブジャパン株式会社.
4. ピラミッド教育コンサルタントオブジャパン株式会社ホームページ (2009 年 1 月)  
<http://www.pecs-japan.com>
5. Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 213-231.
6. Yoder, P. & Stone, W. L. (2006) A Randomized Comparison of the Effect of Two Prelinguistic Communication Interventions on the Acquisition of Spoken Communication in Preschoolers With ASD. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 698 - 711.

## 家族の特性に配慮した支援

分担研究者 杉山 登志郎（浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座）

研究協力者 野村 和代（浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座）

### 研究要旨

発達障害臨床において、保護者自身も発達障害特性を有するは少なからず存在する。保護者と子の特性や困難の相互作用により家族全体の機能が低下するため、事態の悪化する事例は非常に多く、子どもだけでなく保護者に対しても特性に配慮した支援が必要となる。本論文では発達障害・知的障害の特性の評価や対応について概観し、有効な支援について検討を行う。

### はじめに

近年、成人期の発達障害者の支援体制づくりが重要な課題となっている。また発達障害に遺伝的負因が認められることは従来から知られており（鈴木,2011）、臨床現場における実感としても発達障害児の保護者や家族にも発達障害傾向が認められることは少なくない。

多くの場合、支援者は子どもの問題を主訴として保護者や家族と出会うが、子どもの問題解決のためには保護者・家族の対応スキルの向上と協働が欠かせない。

保護者や家族の特性を評価し、その家庭にあったやり方を具体的に伝え、対応方法を実践的に学べるよう配慮する必要があるといえる。

### 家族の特性の評価

子どもの現状や生育歴や問題行動の経過の聞き取りは、子どもの発達の評価だけでなく、保護者自身の特性を考える上でも有効である。母親のみ、父親のみに特性がある場合、両親ともに特性がある場合、祖父母等にも特性が見られる場合などが想定される。このような場合は、その人の特性が家庭の子育て観に強い影響を及ぼすといえ、初期に情報を得ることで、その家庭の背景をふまえた治療・支援を進めることができる。

以下に保護者の発達障害特性の評価のポイントを述べる。

#### 1) 保護者の発達障害特性

保護者の発達障害特性は支援者とのやり

とりのスムーズさ、保護者の観察能力（保護者がどの程度詳細に子どもの様子を見ているか・覚えているか）、保護者の対応能力（子どもの問題にどのように対応してきたか）、保護者の精神健康の検討の4つから情報を得られる。

#### ① 支援者とのやりとりのスムーズさ

初対面の支援者に対する距離感の取り方や話し方、身なりなどが重要な手がかりとなる。これらは通常の診療でも着目する事柄であるが、視線や注意の転導、会話の展開・受け答えの唐突さや違和感の有無や程度が重要となる。質問に対しての受け答えの内容が質問からずれたり、衝動的に思いついたことを話し始めたり、同じ話を繰り返す堂々めぐりであるという場合には、保護者自身の精神状態（抑うつ、疲労）以外にも発達障害特性（コミュニケーションの苦手さやこだわり）、注意欠陥/多動性障害（AD/HD）特性（不注意や衝動性など）の影響を検討する必要がある。

また不注意症状は見落としやすい症状で、十分注意をはらう必要がある。面接の中で聞き返しの多さやぼうっとした様子、保険証や母子手帳、依頼したアンケートなどの忘れ物や、診察日を忘れる・いつも大幅に遅刻するなどの形で表れる場合には、不注意症状によって家庭や仕事などでも支障がある場合も少なくない。AD/HD の多動性は年齢を経るうちに症状は減弱していくが、

大人になっても不注意や衝動性の症状が残る事例は多いといわれている（飯田,2008）。また不注意優勢の場合は、周囲からも発達の困難を認識されず支援を受けられないまま大人になった事例は多く存在するとされている。

家庭や仕事上の困難は知的障害によっても生じる。寺川ら（2005）は知的障害のある母親への支援経験がある保健師に対し、これまで支援した母親が抱える困難事項として生活能力と育児能力に分けて、具体的な項目を聞き取った。生活能力に関しては自己選択・自己決定、母親自身の友人関係、読み書き・計算能力、近所づきあい、お金の使い方・家計のやりくり、自発的に行動することが困難事項としてあげられた。育児能力では子どもへの愛着、子どもと遊ぶ、ミルク・食事を与える、子どもへの言葉かけや行動が適切である、子どもを入浴させる、子どものしつけ、子どもの食事を作る、子どもの安全・健康に注意することがあげられ、育児能力よりも生活能力の困難度が優位に高かったと報告している。

子どもに発達障害がある場合には育児困難は増大し、生活が立ち行かなくなる可能性が示唆され、ソーシャルワークなどもあわせて、支援を進める必要が生じる。

#### ②保護者の観察能力

過去の様子をどの程度詳細に覚えているか、また覚えている内容はどの程度一般的

と判断できるかが目安になる。また保健師や学校などの他機関から提供された情報と保護者の認識とのずれや一致をみることは、保護者のとらえ方や養育スキルをもっているか否かを評価する上で重要な観点となる。

発達障害傾向のある保護者は、自分自身がコミュニケーションの苦手さを有するために、子どもに社会的スキルが身についているかを適切に判断することが難しい傾向にある。子どもが他者との交流を好まない場合にも、問題ないと判断することが少なくない。また一方で、保護者がエピソードを非常に詳細に覚えているケースも多く、客観的には現在問題となっている事柄と関連が薄いように思えることを保護者が関連付けて考えていることがある。場合によっては保護者にその出来事について別な視点を提供していく必要がある。

### ③...保護者の対応能力

保護者の観察能力とあわせて、保護者が子どもにこれまで行ってきた対処方法に関する情報収集は、これからの治療や支援を組み立てる上でも重要な情報である。対処方法としては適切な対処の『理解』と『実行』の2段階があると考えられる。

柔軟に考えることの難しさや子どもに高い水準を要求するというような『理解』の困難や、わかっているもとっさの対応が難しかったり、やっているつもりでも不十分であったり、ピントが外れているというな

『実行』の難しさがある。その結果、やってみてもうまくいかないという状況が続き、子どもに対し怒りや、自身に無力感を覚え、中には厳しいしつけや体罰、虐待的なかわりに発展する場合もある。

また過敏性やトラウマが、実行の困難に影響を及ぼしていることも少なくない。

保護者に感覚の過敏性がある場合には、子どもに対し消極的になりがちである。子どもの泣き声や騒ぐ声、身体接触などが非常に耐えがたい刺激になることさえあり、筆者は感覚過敏のある母親が出産まもない乳児の泣き声が耐えがたく、首をとっさにしめてしまったという事例を経験している。また父親が育児参加をしてくれないという事例があった。よくよく聞き取ると父親に軽度の聴覚過敏があり、子どもにできるだけ関わらないようにしていたということであったが、耳栓をつけることで解決できたとの報告を受けている。

また保護者のトラウマ体験も子どもへの養育に困難をもたらす。子どもの泣き声で自身の親からの虐待、配偶者からの家庭内暴力被害を想起し、子どもに対し厳しい叱責をするという事例や、過去に被いじめ経験のある保護者が子どものいじめにあった時に、いじめのフラッシュバックを起こしたり、子どもや周囲に攻撃的にあたっていた事例も存在する。

また長期間にわたる緊張状態や身体的な



負担による過労も対応の困難をもたらす。保護者が追い込まれた状態では子どもと情緒的な交流を持つことが難しく、虐待的な行為に至る場合や、子どもを静めるために要求を不適切な形で満たすなどの対応になり、問題行動の維持・増悪につながる。

また子どもの問題に対して、家族、園や学校の教員、これまで関わりのあった専門家等とどのように連携、やりとりを行ってきたかは重要な情報である。一般的に子どもの問題行動が重症化する事例は保護者と周囲の人たちのコミュニケーションが円滑にいかず、こじれることが多いが、保護者に発達障害特性のある場合はより顕著となる傾向がある。子どもの生育歴の聞き取りの中で、連携のうまくいった機関との連携方法やうまくいかなかった機関との連携内容やうまくいかなくなる悪循環のパターンを聞き取ることでケースにあった支援方法の手がかりが得られることがある。

#### ④保護者の精神健康

発達障害の子どもをもつ保護者は抑うつ傾向を持ちやすいことが従来から指摘されているなど、保護者は大きな負荷にさらされている。どの程度睡眠がとれているか、あるいは過度の眠気や倦怠感はないか確認し、必要に応じて薬物治療等を進めることが重要である。

また保護者の過去のトラウマティックな経験が強く想起される心的外傷後ストレス

傷害様の症状やタイムスリップ現象が頻繁に生じ、日常生活に著しい困難がある場合には薬物治療等の専門医療を開始する必要がある。これらは保護者の口からすぐに語られることは少ない。保護者自身の症状軽快が現状の改善に必要な場合には、診察・相談を重ねる中で信頼関係を作り、保護者自身に治療を勧めることが重要である。

人格障害が発達障害のコミュニケーション困難に関連する他の疾患として指摘されている。岡野ら(2004)は人格障害と発達障害の類似性を指摘し、発達障害・人格障害の併発群と偽性人格障害群(人格障害の行動様式をもつが、発達障害の行動様式が著しい場合に人格障害と診断を受けている患者群)のカテゴリを用いている。保護者自身が幼少期から社会的に柔軟に適応することに困難さがあり、その中で身に付けた行動様式が人格障害様であったり、併発している場合がある。その場合は人格障害様式が目立つことが多いが、発達障害特性に応じた支援により、やりとりが理解しやすくなり、展開が見える場合もある。

保護者に子どもへのかかわり方を伝えるときのポイント

#### 1. 診療・相談の構造化

発達障害傾向のある人は要点や時間配分を考えての話し合いが不得手なことは多い。誰のどんな問題を取り上げるか、担当者は誰で、どの程度の頻度・時間で話し合うか

などを明確に取り決め、面接を始めることが重要となる。

『誰の問題』を取り上げるかということは、子どものことで相談にきた場合には、あくまで取り上げるのは『子どもの問題』である。『保護者の問題』は『子どもの問題』の解決に必要と考えられる、保護者の子どもへの関わり方に関することのみ扱おうと明確に限定することが重要である。保護者自身の問題について踏み込む場合には、現状を打開するために必要と伝えた上で、『保護者の問題も扱う』と改めて確認を行い、どのような問題を扱うのか具体的に取り決めることが肝要である。

発達障害はライフステージにより、様々な問題を生じ、長期にわたって支援が必要となる。具体的な目標を共有できずに進めると、方向づけが曖昧になって力を注ぐ事柄が拡散してしまい、きちんとした成果が表れないことがある。またひとつ解決しても次の問題が起きると、解決し積み上げているという事実があるにも関わらず「結局何も変わらない」と相談者が無力感や怒りを感じて、互いに消耗してしまうこともある。

確実に問題解決に進むためには主訴として取り上げる内容を明確にすることは非常に重要なことである。事例によっては曖昧にしたままスタートせざるを得ない場合もあるが、面接が進んで一定の信頼関係がで

きたところで、取り組むべき内容を確認することはその面接が一段上のステージに上がるための区切りとも考えられる。

実際の面接では、大きく分けて3つの時間（1：取りあげる問題についての近況報告、2：問題についての理解を深める、3：次回の面接までにどうするか話し合う）が必要となる。発達障害傾向のある人の場合、報告と会話を同時にすることが苦手な人もいる。その場合には前回の面接からの様子報告と、近況報告に対する支援者の質問や確認、それについてどう思ったか等が入り乱れると、内容理解が難しく、話が拡散することになる。

近況報告を受けて支援者が事実確認の質問をし、十分な状況理解が得られた後、近況についていくつかの要点をまとめ、保護者に間違いがないか理解をもとめて一区切りとする。その後要点を一つずつ取り上げて話を深めていく形が、混乱が少なく、話し合いがスムーズに進む。ただし1と2は、保護者や支援者によっては同時に進める形を好む人もいるだろう。双方の進めやすいスタイルの面接の構造を探っていくことが重要である。

診察・相談の際に、保護者がとりとめなく気にかかる事柄や最近の様子を話す場合には、時間が超過することも少なくない。心配なことがある場合にはノートに書き留め、特に取り上げたい事柄を事前に3つ程

度に絞ってくるように依頼するなど、話し合いの焦点化を行うことで時間を有効活用できるといえる。また時間を有効に使うため、面接の初めに上記の3つの時間の使い方について話し合うのも有用である。例えば時間が50分としたら、1は15分、2は20分、3は15分というようなことである。

## 2. 特性の理解

初めて診察・相談にかかる事例に対して発達障害の特性について説明・確認を行うときには、パンフレット等視覚的な情報提示をし、説明することが重要である。

保護者は「自分もそういったところがある」「自分の小さいころと同じ」「〇〇（近親者）もそうだ」というコメントを返すことがあるが、誰でも発達障害様の苦手さは少なからず持っており、一般によく見られるやりとりである。この発言は子どもの特性について前向きな理解の場合と拒否的なニュアンスの両方が考えられる。発言の背景を聞き取り、尊重しながら子どもやその特性をもつ家族について理解を深めていく作業が必要となる。

前向きな理解の場合には、子どもやその家族（あるいは保護者本人）の生きづらさ・人との関わりにくさの理由が納得できた気持ちや安堵感から生じることが多い。

一方、拒否的なニュアンスの場合には、子どもの特性を認めたくないという気持ちの他に、家族が「苦労はしていたけれど、

立派に社会人として生活しているし問題ない」という想いや、「子どもを発達障害と認めると、自分もそうだと認めることになる」という思いが生じている場合がある。また保護者は納得していても、家族内で「〇〇（近親者）もそうだった」というように家族全体の理解が得られない場合も考えられる

家族にも特性があるという発言を深めることで、子どもの理解だけではなく、保護者や家族自身の生きにくさの理解につながり、家族全体の抱えている困難性を浮き上がらせるのに役立つ。支援者は保護者や家族に障害受容を迫るのではなく、これまで家族がどのように過ごしてきたのか、困難であったこと、またそれをどのように支え合ってきたのかについて聞き取り、時に肯定的な評価を返しながらも、特性の理解、特性にあった接し方について情報提供を行い、家族内の摩擦を調整する役割をとることが必要となる。

## 3. 保護者へ助言

コミュニケーションのずれは、支援者の説明を保護者が意図した内容と違う捉え方をしたりや誤解したりすることから生じる。また支援者が何気なく発言した内容を保護者が詳細に覚えていたり、その発言と困難事項をつなげて考えたりした結果、混乱や戸惑い、不信感につながるなど、様々な形で起こりうる。保護者にストレスや不安が

強い時には、このような事態は起こりやすいといえ、支援者は保護者の精神状態を見守りながら助言を提示する必要がある。

まずは現在の状況の確認、長期的な目標、短期的な目標と現在何をすべきかという事項を保護者と話し合い、整理することから始まる。その際には支援者の言葉から曖昧さや婉曲的な言い方を極力排除し、物事を具体的にとらえる作業が必要にある。

#### 1) 物事を具体的にとらえる

物事を具体的にとらえるということは、行動に注目し、回数や程度などを意識しながら進めていくことである。例えば、保健室登校の場合に、「最近頑張ってますよ」というよりも、「今週の水曜日は休んだけど、他の曜日は理科と図工がフル参加できました。保健室でのプリント学習も毎日必ず2枚はやれるようになってます」という方が具体的である。

また否定形を使わずに行動を述べることも重要である。例えば、パニック等行動問題の場合には、『人をたたかない』よりも『イライラしたらクッションをたたく』、『言うことを聞かないでゲームをやり続ける』よりも『時間になっても「あとちょっと」と言ってゲームを続ける』など本人の様子が共有しやすい。

また順調な時に子どもに過剰にやらせて失敗することを防ぐために「2, 3週間はこのままのペースで、定着したら次のステ

ップに移りましょう」など、枠組みを提示することも必要である。また停滞している時にも、子どもや保護者に以前と違う成長や変化がある場合には、具体的にフィードバックして価値づけを伝えることが重要である。

#### 2) スモールステップで考える

問題が継続・悪化する理由の一つとして、子どもに発揮できる力以上のことを求めた結果、様々なトラブル・情緒的な混乱が生じ、周囲との摩擦がおきて関係悪化となり、周囲からの支援の質や量が低下し、その中で本人に負荷がかかるという悪循環がある。上記のことは保護者自身にも当てはまり、子どもが自分の基準に届かないことに焦りを感じたり、自分自身が思うようにできない場合にも精神的な混乱が生じ、うまくいかず悪循環に陥る。

その際には現状の確認を行い、次に長期目標を確認した上で長期目標と現状をつなぐ短期目標を考えることが重要となる。目標をいくつかのステップにわけ、少しずつクリアしていくやり方をスモールステップという。目標は具体的に、短期目標は2, 3週間～1カ月程度で達成できそうな小さい目標から始めることが重要である。

周囲の子どもへの基準や目標の相違から、保護者の子どもへの接し方が異なるときにも、うまくいくときは問題ないが、うまくいかない場合には、互いのやり方に不満が

生じ、支援体制がくずれかねない。物事を具体的にとらえ、次の短期目標について各自がどのような役割を果たすかを明確に話し合っておくことが、スムーズな連携につながるという。

### 3) 保護者の実践力を高める

子どもの状態を具体的にとらえ、スモールステップで考えるという視点の提供の後には、実践が課題となる。中にはこれらの考え方がなじまず、要求水準は高いままであったり、理解していても実際の接し方でのアレンジが難しい場合も少なくない。このような場合には、保護者と具体的に組みながら、保護者の認知修正を行う必要がある。

例えば特定の行動を少しでもよくできたらほめるという宿題をだしたり、家庭でトークン・システム（約束を守れたらポイントがもらえ、ご褒美や好きな活動ができる）を実行するなどの宿題を出し、実際にポジティブなかかわりを設定することで、子どもの変化を感じやすくなり、保護者が感触をつかんでいくことが可能になる。また子どもと保護者のやり取りが難しく、約束をすることが難しい場合には、支援者が仲介して約束（実行すること、ポイントが何個たまったらどんなごほうび）を取り決め、家庭での実践は保護者がするという分担から、徐々に約束も保護者が進めていくというように移行する方法がある。

約束を取り決める際、支援者の前でも話し合いが難しい場合には、支援者が司会進行をし、話し合う時間（10分など）を決めて、親子に話し合いをしてもらうなどという実践練習も考えられる。口論になったり、やりとりができない場合にはストップをかけ、クールダウンの後再度話し合いを行うなど、面接場面で練習をすることも有用である。

### 4. 連携体制をつくる

保護者や家族の抱える困難が非常に大きいものである場合には、環境調整やソーシャルワークにつなぐことが重要であり、家庭の立て直しを外部の力を借りて行う必要がある。外部の力とは祖父母などの近親者や、園や学校、児童相談所や福祉機関など様々である。福祉機関の活用は子どもの手帳取得の状況にも左右されるが、児童デイサービスやガイドヘルパーの活用などがあり、また保護者自身に身体疾患や精神疾患がある場合には、訪問看護等の福祉的支援の利用が可能な場合もある。また金銭的な支援によって、子どもの療育機会が得られる場合には特別児童扶養手当の申請や療育手帳や精神障害等の手帳申請も視野に入れるべきである。

学校等関係機関との関係不良やこじれの生じたケースで、双方が感情的になって対応策をともに考えていくことが難しい場合には、中立的に保護者と関係機関との意見

調整を行う立場が必要である。この中立の立場の役割は、上記の現状を具体的に確認し、長期目標、短期目標を設定し、各自の役割を決めるために司会進行を行うことである。双方の交通整理を行いながら短期目標を一つずつ達成していくことで、徐々に互いへの信頼関係が生まれ、それぞれの創意工夫によって、よりよい成果が生まれることもあるだろう。

#### まとめ

保護者が養育スキルや問題解決の能力を高める支援はいかなる事例においても重要であるが、保護者に発達障害特性がある場合には、保護者にも発達障害の特性を考慮した伝え方、課題設定を行う必要がある。また家族全体の子育て文化を尊重しながらも、より子どもにあった形に変えていく作業が必要となる。体罰や叱責によらない肯定的な対応が子どもの発達を促し、親子の家庭や社会での適応に貢献すると考えられる。

#### 文献

- 1)鈴木勝昭:アスペルガー症候群の生物学的知見,そだちの科学 2011;17:12-20
- 2)飯田順三:ADHDの疫学,臨床精神医学 2008;37(2):129-134
- 3)浅井朋子,杉山登志郎,小石誠二,他:高機能広汎性発達障害の母子例への対応,小児の精神と神経 2005 45(4):353-362
- 4)寺川志奈子,溝口由美,稲垣真澄,他:知的

障害のある母親の子育て支援に関する研究  
—全国保健師アンケート調査—,小児保健  
研究 2005 64(2):301-307

## 医師研修の在り方に関する研究

主任研究者 内山 登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科）  
分担研究者 吉田 友子（ペック研究所）  
宇野 洋太（よこはま発達クリニック）  
研究協力者 蜂矢 百合子（よこはま発達クリニック）

### 研究要旨

医師への効果的な研修法の開発のために、前年度実施した少人数参加型研修に引き続いて、症例検討型研修を実施し、その効果を検討した。参加応募者は発達障害臨床の経験の豊富な医師が多かった。研修参加者は、本研修の満足度が高く、発達障害の診断治療の実践が学べる、実際の症例が動画と共に提示される、診断、治療や支援について討議できる点を高く評価した。研修後3か月にて、上司同僚専門職による研修参加医師の自閉症臨床における変化を調査したところ、患者、家族へのアドバイスが具体的になったといったなど、変化があったとの評価が半数以上であった。発達障害の症例検討型研修は、発達障害の専門医師のニーズが高く、研修効果が期待できる。今後、効果的な症例検討研修についての検討が望まれる。

### 1. 研究目的

自閉症や発達障害の診断および支援サービスの要望は現在非常に高く、専門的な医師育成が必要とされている。このため、専門研修のためのシステムと効果的な研修開発は重要である。本研究は、医師への効果的な研修法の開発のために、前年度実施した少人数参加型研修に引き続いて、症例検討会を行い、効果を検討する。

### 2. 研究方法

医師を対象に、少人数症例検討型の研修を実施した。提示症例は、動画供覧を条件として、参加者から公募した。

本年度は、1回について2ケース1年間に2

回の症例検討会を実施した。検討会は、症例提示-質疑-討論-スーパーバイザーによるコメントの順におこない、症例提示において、症例要約とともに、診察/評価/指導場面の数分から十数分の動画や、心理評価データも供覧された。

公募にて、30名の応募者全員を参加対象とし、うち25名が研修参加医師（以下研修生）として参加した。研修生の専門科は精神科14名、小児科9名、内科1名、歯科医師1名、医師/歯科医師経験年数は6～42年（平均14.5年）、児童精神、小児神経を専門とて5年以上である医師は6割（23回答中14）であった。地域については、東京13名、東京以外の関東4名、中部4名、近畿・東北・中部、山陽、九州から各1名が参加した。研修生の日頃の臨床

業務や自閉症スペクトラム臨床について尋ねたところ、「全体の業務における臨床の占める割合」は、「8割以上」または「ほぼすべて」が16名(65%)、「自閉症スペクトラムの臨床に占める割合」は、8名が「8割以上」6名が「約5割」、3名が「ほとんどみない」と回答した。多くの研修生が発達障害や自閉症スペクトラムの経験が豊富であり、その一方で、研修生の一部は臨床上発達障害の割合は少ないが研修を希望して参加していた。発達障害や自閉症スペクトラム障害の専門的医師の参加が多かったことは、設問、「自閉症スペクトラムについて職場スタッフから質問されること」「自閉症スペクトラムについて他施設から相談されること」「地域で自閉症スペクトラムの専門的リーダー的役割を期待されているか」「地域で自閉症スペクトラムの専門的リーダー的役割を務めているか」などの回答からも示された(図2)。

研修生には、研修前、研修直後に質問によるアンケートにて、自閉症臨床への研修の効果について調査した。同時に、研修生の研修前後の変化について、上司など多方面からの評価を行い、効果判定を行った。

あわせて研修後に、研修講師およびスタッフ対して、研修についてアンケートおよび聞き取りをおこなった。

また、研修終了3か月後の時点で、研修生の上司、同僚による研修生の評価をアンケートにて行った。アンケートは、研修生から上司同僚に渡され、アンケート記入後は添付の返信用封筒にて郵送するように依頼された。質問紙は、回答者の職種、研修前後の研修者の変化の有無、変化の内容について選択肢から選び、自由記載

欄も設けた。25名の研修生について、53通の返信を得た。

#### (倫理面への配慮)

研修生には、研究の概要を説明し、文書にて同意を得た。また、症例検討協力ケースに関する守秘義務についても、書面にて注意を促した。

### 3. 研究結果及び考察

#### 1) 症例検討型研修について

研修全般について、研修生は5段階評価にて19名が「とてもよい」、5名が「よい」と評価した。研修目的である、実際の症例の診断、評価、治療、支援を考えることで、発達障害臨床の質を高めることについて、6名が「よく達成された」、16名が達成された、3名が「どちらともいえない」と回答した。

自閉症スペクトラム臨床についての研修生自己評価として、自閉症特性の理解、診断評価、支援やアドバイスについて尋ねたが、2時間半の研修直後には変化は認められなかった。

日本版バーンアウト尺度(久保1988)の16項目についても回答を求めたが、これについては、研修後長期結果と比較検討して報告する予定である。

本研修の利点および欠点について、それぞれ8項目を挙げて質問した。利点としては、「ケースから、発達障害の診断治療の実践が学べる(21名)」「実際の症例が、動画と共に提示される(12名)」「診断、評価、治療、支援を検討できる(12名)」発達障害の評価と治療、支援の基本姿勢について、学ぶことができる(10名)」「診断、評価、治療、支援を検討できる(8名)」「発達障害臨床にたずさわる医師相互の意見交換ができる(7名)」が多かった(図4)。



欠点としては、「2時間半の検討会では、十分な理解と認識を深めることができない(5名)」

「研修の開催(あるいは症例提示担当者)の負担が過大である(3名)」「欠点はない(16名)」などが回答された(図6)。

「今回のような研修を、地域で開催したいと思いませんか」に対しては、研修生25名中22名が「開催したい」と回答した(「とてもそう思う」14名、「そう思う」8名、図8)。

研修生におこなったアンケートの自由記載および口頭による研修の満足度と研修内容についての評価はおおむね良好で、とくに動画の供覧を含むケース提示、参加医師間の討議、スーパーバイザーのコメントなどへの肯定的な意見が多かった。その一方で、3時間足らずで2ケースの検討では、時間が不十分であることを指摘する意見や再受講や複数回の研修の希望、参加医師の背景がさまざまであることや討論の焦点が多岐にわたることによって内容がまとまりにくいことの指摘などが挙げられた。

研修のスタッフにも、本研修についてアンケートを行った。「本研修目的である、研修目的である、実際の症例の診断、評価、治療、支援を考えることで、発達障害臨床の質を高めることについては、全員が達成された(よく達成された9名+達成された5名)」と回答した。本研修の利点、欠点についても研修生の評価と同様の傾向で合った(図5、7)。

1回目研修参加医師から、2回目も参加したいとの要望が寄せられ、会場に余裕があったためオブザーバー参加し、自由記載にて意見を聴取した。

## 2) 研修効果判定のための多面的評価

53通の返信により、1~4名の上司同僚医療専門職による研修生の多面的評価が得られた(図11)。アンケートは、研修生から上司同僚へ手渡され、記入後は返信用封筒で直接返送するよう依頼された。「2011年〇月〇日にセミナーが行われました。2011年〇月ころと、現在(201〇年〇月)を比較して回答してください」との説明文のあとに、セミナーに参加した医師について、「自閉症スペクトラムについて相談をすることが増えたか」「自閉症スペクトラムの診療に積極的にとりくむことが増えたか」「職場で、自閉症スペクトラム臨床についてリーダーとしての役割を務めることが増えましたか」「地域で、自閉症スペクトラム臨床についてリーダーとしての役割を務めることが増えたか」については、「増えた(かなり増えた、多少増えた)」とする回答が半数以上であった(図12)。「自閉症スペクトラムの診療は、変化したか」を質問に「変化した(16%)」、「多少変化した(39%)」と回答したのは約半数で(図13)、とくに「患者、家族へのアドバイス(88%)」「診断(58%)」スタッフへの説明(54%)「診療態度(54%)」などであった(図14)。この変化について具体的に記載を求めたところ「スペクトラム」という診断の範囲が少し広がった」「発達歴等のと리카たがとても適確になった」「具体的なアドバイスが増えた」などの肯定的な変化が多く挙げられた。

## 3) 少人数参加型研修との比較

平成22年度におこなった少人数参加型研修(TEACCHモデルによるトレーニングセミナー)との比較を行った。今回の研修生は、医師経験

年数が高く（図1）、自閉症臨床に従事している割合が高かった。

研修全体の評価は、トレーニングセミナーでより高かった（図3）。討議時間が足りないといった要望と「今回のような研修を、地域で開催したいと思いますか」の設問では、どちらのセミナー研修生も開催したいと回答し、「医師は参加すると思う」と考えていた（図9）。

研修効果の多面的評価において本研修（症例検討型研修）後に「参加医師の自閉症臨床が変化した」という回答は半数以上であり、診断やアドバイスの向上を評価する記載があるなど、少人数参加型研修後と同様の傾向であった（図13、14）。

#### （考察）

##### 1) 症例検討型研修について

自閉症、発達障害を診断、診療できる医師が必要とされており、発達障害専門研修を望む医師は少なくない。発達障害は、脳の機能障害であり、診察室の中だけでは評価、診断

は完結しない。新しい疾患概念であるために、卒後教育の重要性も高い。このため、十分な症例提示と検討をするための症例検討は、発達障害専門医師に必要な卒後研修スタイルと考えられる。

今回、参加者を公募し症例検討型研修を開催し、参加者からは、発達障害の基本姿勢や実践、診断治療支援などを学ぶことができる点が利点としてあげられ、満足度も高かった。

##### 2) 少人数参加型研修との比較

今回の症例検討型研修参加者は、少人数参加型研修参加者に比べ、発達障害を専門としている医師の割合が高かった。症例検討型研修を、互いの意見交換できることや参加しやすい形態であることを評価する意見が多かった。その一方で、討議時間をより多く望む、複数回の開催を望むといった意見が少なくなかった。今回のような研修を定期的には、症例検討会開催について、とくにスーパーバイズや動画を含む発達障害の症例提示について検討することが必要である。

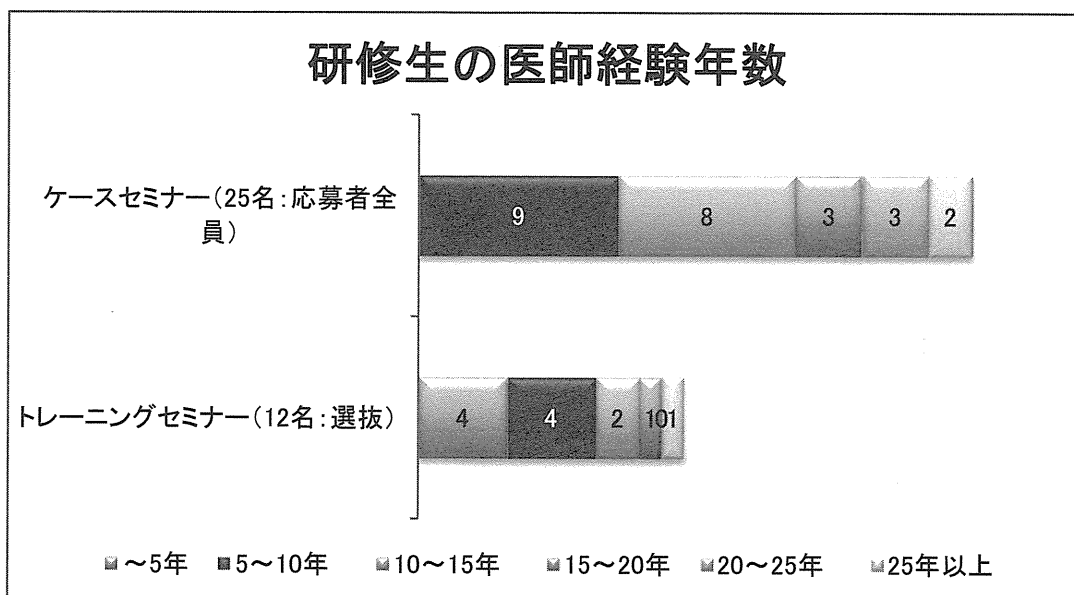


図1 研修生の医師経験年数（ケースセミナー25名、トレーニングセミナー12名）

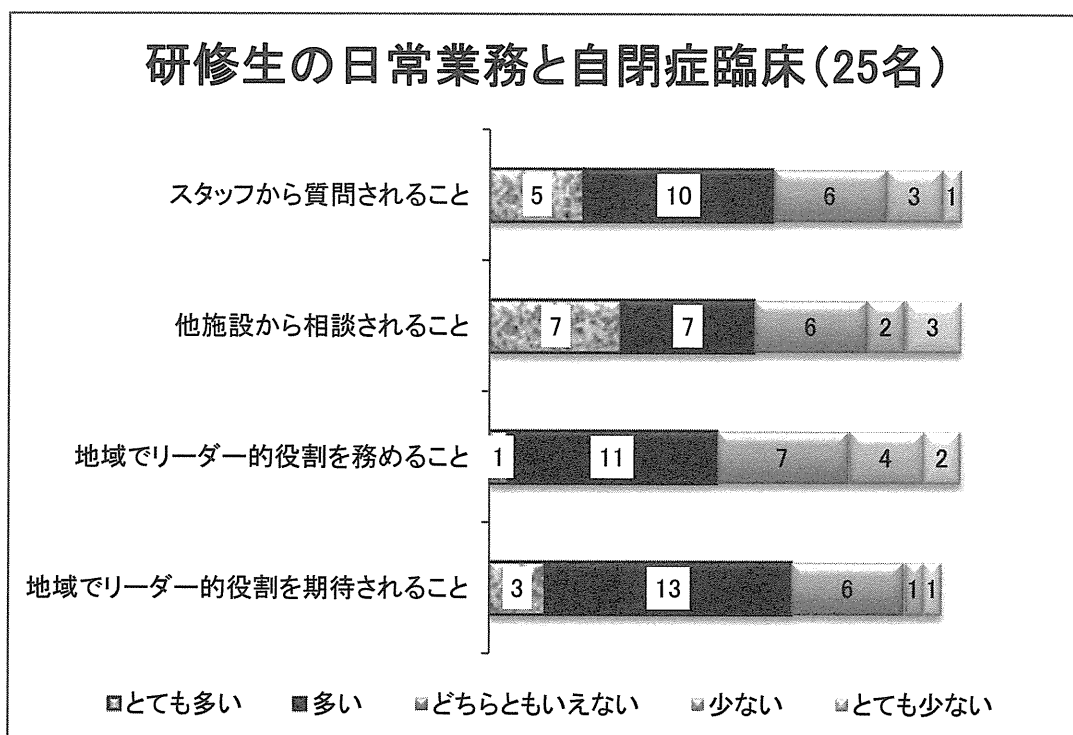


図2 研修生の日常業務と自閉症臨床

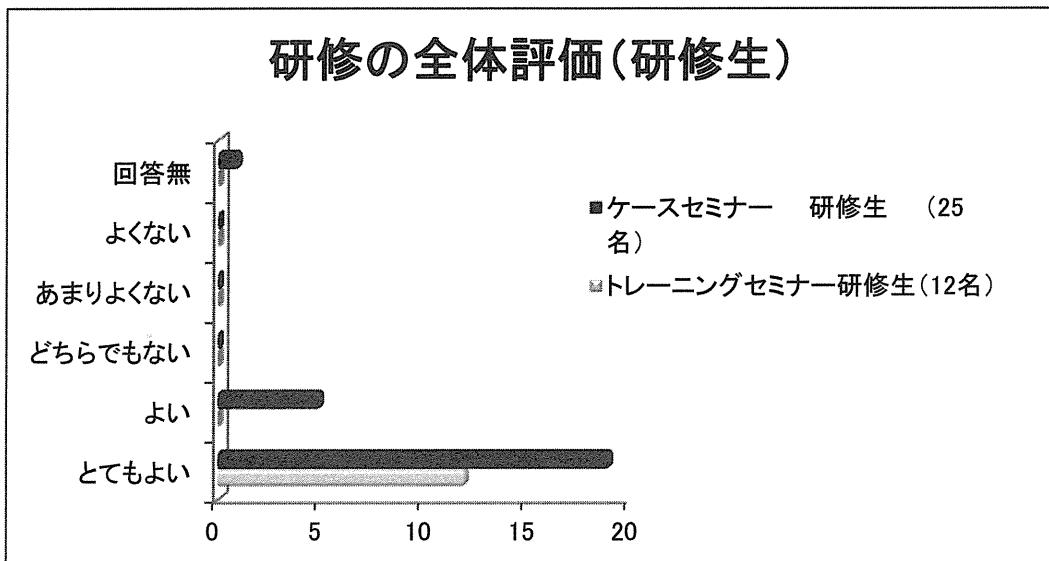


図3 研修の全体評価

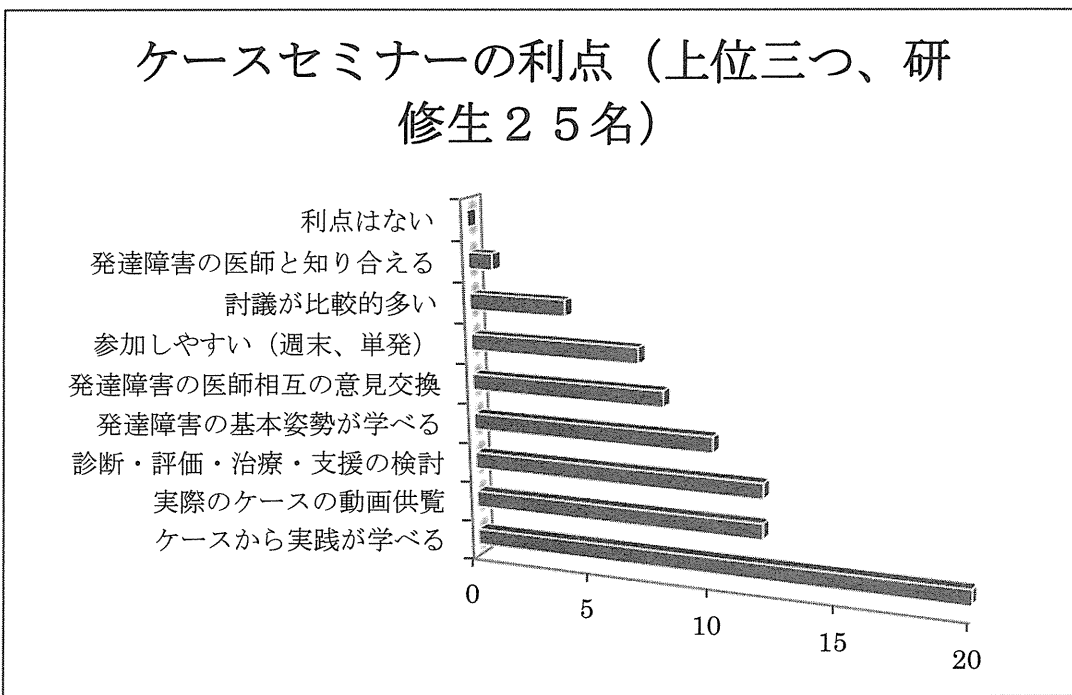


図4 ケースセミナーの利点 (上位3つ、研修生25名の研修後回答)