

見と早期療育、そして医療機関への橋渡し役としても貢献してきた。つばさの開院以前より、研究分担者との間には長い連携の歴史があり、ひよこ園から紹介されてつばさを受診する子どもの数はとても多い。

自閉症特性をよく理解している同園スタッフからの情報は、診断の上で非常に有用なものである。また同園スタッフとの協働を通してわが子を育てるコツをつかんだ家族が、卒園後もそのような支援の連續性と助言を求めてつばさに来院している例も多い。

最近はこのほかに発達障害者支援センターや近隣の小児科・精神科、学校、あるいは2012年4月1日に今治市に開設された今治市発達支援センターなどから紹介されて来院するPDDの子どもも増えてきた。

### (3) PDDの過剰診断の可能性

診断の目盛りが緩い方向へずれると実数値以上にPDDの数値が膨らむことになる。このため研究分担者は、診断の目盛合わせに鋭意努力しているところではある。

上記(1)(2)は、つばさの初診者数を地域に実在するPDDの実数値に少ない方から近づける要因となり、(3)は実数値以上に数値を大きくする要因となり得るものだが、次の(4)は地域に実在するPDDの実数値自体に関係してくる問題である。

### (4) PDDの発生数そのものの多さ

平成17-19年度研究では、今治生まれ(初診時今治市に在住)のPDD児は5年累積で少なくとも1%以上の対出生数比が見込まれることを示した。しかし早期療育に携わる人たちとの協働作業の中で、今治のPDD児の比率は1%内外というレベルではなく、もっと多いのでは、という意見が多く聞かれた。それが今回、累積年数を延ばした大きな理由でもあった。

今回「初診時今治在住」ではなく「今治生まれ」を対象として数値を算出したが、5年

累積では平成17-19年度研究同様、1%超の数値が得られた。しかし5年を超えて累積期間をさらに伸ばしていくと、2004~2007年生まれの各年次とも、最大累積期間で2%を超える数値となった。つばさの初診者だけから得られた数字だが、それだけでもこれほどの多くのPDD児が、毎年今治で出生していることを示唆している。

Kim, Y. S. らの最近の調査では、一般人口におけるASDの有病率(累積発症率ではない)について2.64%という数値を出している。本研究の数字は、つばさ発達クリニックのデータだけを元にした最少見積もりの「累積発症率」であるため単純な比較はできないが、2004年生まれの2.61%に近い数字がこの調査で出されたことは興味深い。

## E. 結論

研究分担者の開設したつばさ発達クリニックは、人口約18万の地方都市・今治市に所在する、医師1人・事務職1人から成る民間医療機関である。同クリニックは保険診療の形で発達障害の診療を専業的に行い、その約4分の3を広汎性発達障害が占めているが、その医療統計を通して、今治市で出生し同クリニックで広汎性発達障害と診断された子どもの出生年ごとの累積数と、同年・同市の出生数に対する比率を調べた。

その結果2004年に今治で出生し、その後同医療機関で広汎性発達障害と診断された子どもの対出生数比は6年累積で2%を超え、最大の9年累積で2.61%となった。同様に2005年生まれでは7年累積で2%を超え、最大の8年累積も同率の2.07%となった。2006年生まれでは6年累積で2.00%を超え、最大の7年累積で2.37%となった。2007年生まれでは、最大の6年累積で2%を超え、2.09%という結果となった。このように2004年生まれから2007年生まれまでのすべての年次において、最大累積期間で対出生数比は2%を超える数値となり、その最大値は2004年生まれの9

年累積での 2.61% であった。

また参考値として 2001～2003 年に生まれ、初診時今治市に在住した PDD 児の年次ごとの 5 年累積数に 5 年目以降に今治市で出生した PDD 児の数を加え、その対出生数比を求めたところ、各年次とも最大累積期間で 2% を超える数値となり、その最大値は 2003 年生まれの 10 年累積の 2.95% であった。

#### F. 引用文献

藤岡宏, 越智晴彦 (2008) : 地方都市における広汎性発達障害の人たちの医療ニーズおよび早期療育の効果についての実態把握. 市川宏伸 (主任研究者), 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学的研究事業「発達障害(広汎性発達障害、A D H D、L D 等)に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究」平成 17～19 年度総合研究報告書 (pp. 11-22). 東京, 東京都立梅ヶ丘病院医局.

Hideo Honda, Yasuo Shimizu, Kimiko Misumi, Miyuki Niimi and Yasuo Ohashi (1996) : 小児自閉症の累積発症率および有病率. 自閉症と発達障害研究の進歩, 1998/vol. 2 特集 遺伝と疫学 (pp. 73-84). 東京, 日本文化科学社.

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., et al. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. American Journal of Psychiatry, 168, 904-912.

#### G. 研究発表

未発表

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）  
分担研究報告書

福島県における自閉症スペクトラム障害の診断状況に関する現状

研究代表者 内山登紀夫 (福島大学大学院人間発達文化研究科)  
研究協力者 吉田 香織 (福島大学人間発達文化学類)  
石垣美由紀 (よこはま発達クリニック)  
井田 美織 (よこはま発達クリニック)

**研究要旨**

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders : 以下、ASD) についての、親への診断の告知の実態は明らかにされていない。本研究では、ASD の児を持つ保護者 126 例についてアンケート調査を行い福島県の医療機関における診断告知に関する現状把握を行った。調査の結果、診断を受ける時期は 3 歳前後が最も多く、年齢範囲は幼児から成人まで広がっていた。また、知的障害を伴う ASD は幼児期に、高機能例は思春期以降に診断がなされる傾向があった。診断機関は限られ特定の機関に集中する傾向があること、医師による診断や支援方法の説明が不十分、診断名を明確に伝えられていないと感じている親が少ないことが明らかになった。専門医が少ないと、一人の患者にかけられる時間が少ないとなどが背景にあると考えられた。

**A. 研究目的**

近年、ASD 診断のためのツールや方法が研究開発され (Modified Checklist for Autism in Toddlers : M-CHAT、The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders:DISCO など)、早期発見の成果が報告<sup>1)</sup> されてきている。また、親の障害受容のプロセスやそれを促進する要因についての研究についても、報告がある<sup>2)、3)、4)、5)</sup>。しかし、親が子どもの発達に疑いを持ったり専門家が障害を発見することと、その診断を専門家が親へ伝えること、さらに親が障害について正しく理解し受容することが、段階を追ってスムーズに進むとは限らない。親へどんなタイミングでどのように告知するかの検討は臨床的に重要な課題であるが、日本の発達障害臨床の現場でどのように診断の告知が親

に対してなされているかの研究は少なく、実態が明らかになっているとはいえない。そこで本研究では、診断告知に関する現状を把握することを目的に、福島県自閉症協会に所属する親を対象とし診断と告知についてのアンケート調査を行った。

**B. 研究方法**

1) 対象

福島県自閉症協会（会員数 394 名、2010 年度現在）に協力を依頼し、会員に対して二回に分けてアンケート調査を行った。1 回目のアンケートは 2010 年 6 月に協会定例会時にアンケートを配布し、無記名、郵送にて回収を行った。50 通を配布し 45 例が返送された。2 回目は、2010 年 9 月に、1 回目実施以外の地区の役員へ郵送

し、会員への配布と回答を依頼。無記名、郵送にて回収した。配布 100 例に対し、返送は 81 例であった。全体として、150 例の依頼に対して返送のあった 126 例(回収率 84%)を調査対象とした。これは、福島県自閉症協会会員の 32% にあたる。

## 2) 調査内容

アンケートでは、子どもの現在の状況として、年齢・性別・所属支援機関・障がい者手帳の取得状況について調査した。また、最初に診断を受けた時の年齢、その時の診断名、診断機関の他に、診断名は明確だったか・診断についての説明時間、支援方法の説明があったかどうか及びその説明時間、説明の時間や内容について十分と感じたかどうか、乳幼児健診（1 歳 6 ヶ月児、3 歳児）で指摘があったかどうか等を調査した。

## 3) 分析方法

調査結果について、知的レベルによる違いがあるかを調べるために、障がい者手帳の有無によって 3 群又は 4 群に分類し記述統計を行い、検討した。3 群は、重度精神遅滞が対象である療育手帳 A 取得者を手帳 A 群、中等度精神遅滞の療育手帳 B 取得者を手帳 B 群、療育手帳未取得者を療育手帳なし群と示す。また、4 群の場合は、療育手帳なし群を精神保健福祉手帳取得者を福祉手帳群、何れの手帳も取得していない者を手帳なし群と示す。

## C. 研究結果

### 1) 調査対象について

本調査の対象になった自閉症者の調査時の年齢は、未就学児が 24 例(19.0%)、学齢期の 7～18 歳が 62 例(49.2%)、19 歳以上が 40 例(31.7%)であり、平均年齢は 14.9 歳、最年少は 3 歳、最年長は 37 歳である。男女比は、男 101 例(80.2%)、女 21 例(16.7%)、不明 4 例(3.1%)で、男が多かった。

手帳 A 群は 53 例 (42.1%)、手帳 B 群は 45 例

(35.7%)、福祉手帳群 10 例 (7.9%)、手帳なし群 15 例 (11.9%)、不明 3 例 (2.4%) だった。在籍又は卒業した学校種（図 1）を手帳取得別に示す。手帳 A 群は特別支援学校 43 例、特別支援学級 3 例、手帳 B 群は特別支援学校 21 例、特別支援学級 5 例、通級指導教室利用 1 例、通常教育 2 例、療育手帳なし群は、特別支援学校 2 例、特別支援学級 2 例、通常教育 18 例だった。残差分析の結果、手帳 A 群は特別支援学校、療育手帳なし群は通常学級、療育手帳 B 群は未就学が多い結果となった。

### 2) 障害の気づきや診断の時期

乳幼児健診での発達特性や問題についての指摘の有無については、1 歳 6 ヶ月児健診では 43 例 (34.1%) が何らかの指摘を受け、80 例 (63.5%) は何も指摘がなかった。3 歳～3 歳児 6 ヶ月健診（福島県では 3 歳児で視力・聴力検査が検査不能による再検査となる例が多かったため市町村によって 3 歳～3 歳 6 ヶ月の間で健診が行われている。以下、3 歳児健診とする）では 66 例が (52.4%) 何らかの指摘を受け、40 例 (31.7%) は何も指摘を受けなかった。残差分析の結果、手帳 A 群は 1 歳 6 ヶ月児健診で指摘を受けていることが多いが、療育手帳なし群は 1 歳 6 ヶ月児でも 3 歳児でも指摘を受けることが少なかった。

診断を受けた年齢（図 2）は、最年少 1 歳、最年長 35 歳と幅が広く、診断を受けた年齢の平均は 5.4 歳だった。3 歳が最も多く 47 例 (37.3%) であり、95 例 (75.4%) が 4 歳までに診断を受けていた。11～18 歳の思春期に診断を受けたのは 9 例 (7.1%) あり、就学後全体の中では比較的高い割合を占めた。また、手帳 A 群の診断平均年齢は 3.0 歳、手帳 B 群 3.7 歳、手帳なし群 12.0 歳だった。

診断を受けた機関（図 3）は、「県総合療育センター」30 例 (23.8%)、「心療内科精神科クリニック」23 例 (18.3%)、「総合病院精神科」15 例 (11.9%)、「大学病院精神科」13 例 (10.3%)、「単

科精神科病院」10例(7.9%)の順だった。「小児科」での診断は、大学病院・総合病院・クリニックを合わせて9例(7.1%)、「発達障がい者支援センター」は5例(4.0%)だった。

### 3) 診断告知について

107例(84.9%)の親が「明確に告げられた」と認識していた。伝えられた診断名(複数回答)は「自閉症」67例、「自閉傾向」30例、「広汎性発達障害」17例、「アスペルガー症候群」14例、「高機能自閉症」4例、「高機能広汎性発達障害」2例と、126例に対して134のASD圏の診断がなされていた。「精神遅滞」33例、「知的障害」18例と、知的の遅れを指摘されているのが計51例であり、「学習障害」18例、「AD/HD」4例、「多動性障害」3例だった。「発達障害」8例、「発達障害の疑い」2例という診断もあった。

診断名を「告げられたことはない」との回答は6例(4.8%)だった。その6名について親が記入した診断名は自閉症1例、自閉傾向2例、精神遅滞2例、アスペルガーサバン症候群1例であった。「不明瞭だった」との回答は10例(7.9%)であり、親が記入した診断名は自閉症4例、自閉傾向3例、精神遅滞5例であり、発達障害、知的障害、多動性障害、発達障害疑い、学習障害がそれぞれ1例であった。

診断告知の明瞭さについて、手帳の有無による差はなかった。

### 4) 診断や支援方法の説明時間について

診断の告知と障害の説明にかける時間(図4)は、30分以内が89例(70.6%)、30分以上1時間以内が19例(15.1%)、1時間以上は15例(11.9%)だった。

説明時間が「足りない」としたのは全体で43例(34.1%)であり、「何とも言えない」と合わせて82例(65.1%)だった。「十分」は37例(29.4%)だった。

支援方法の説明の有無については、72例(57.1%)が「あった」、52例(41.3%)が「なかった」と回答した。支援方法の説明時間(図5)

については、「あった」と回答したうち41例(32.5%)が10分以内だった。説明時間が「足りない」としたのは全体で41例(32.5%)、「何とも言えない」と合わせて50例(39.7%)だった。「十分」は18例(14.9%)だった。

残差分析の結果では、診断や障害についての説明の有無とその時間の長短、支援方法についての説明の有無とその時間の長短は、手帳の有無や種類による差はなかった。

### 5) 自由記述より

126例中96例が何らかの記述をした。その内容について集計した結果を下記にまとめた。

診断を伝えられたことに対して、37例(29.3%)が「ショックが大きく、受け入れられなかつた。理解できなかつた。」とした。59例(46.8%)は「回数や時間をかけて、少しづつ説明して欲しい」「どう対応したらいいのかの方法が知りたかった」「将来の見通しを含めた支援の方向性」等を教えて欲しいと希望した。「曖昧な診断では、親は治るかもしれない、みんなと同じように育つと期待し、後により大きなショックを受ける」との記述があり、20例(15.8%)が「診断ははっきり伝えて欲しい」と希望している。

その他、「落ち着いてから繰り返し読めるパンフレットや冊子があるといい」10例、「親へのフォローもして欲しい」7例、「親の会等の地域の情報を教えて欲しい」5例、「早期発見できる専門家を増やして欲しい」4例、「診断機関での待ち時間への配慮が欲しかつた」4例などの意見があった。支援についての情報提供がされず「自分でさがした」9例、「診断の伝え方に傷ついた」7例などの経験から、改善を求める意見もあった。

## D. 考察

### 1. 障害の気づきや診断を受けた時期

本調査では、診断を受けるピークが3歳前後にあり、約75%は4歳までに診断を受けていた。

日本における自閉症・広汎性発達障害の診断時期についての過去の報告では、調査対象の年齢や調査方法などが異なるため単純な比較はできないが、3歳5ヶ月<sup>6)</sup>、3歳10ヶ月<sup>7)</sup>、4歳6ヶ月<sup>5)</sup>と幼児期が中心である。高機能群のみを対象とした報告<sup>4)</sup>では7.9歳と他の報告より高年齢であった。本調査では全体の平均は5.4歳であったが、手帳なし群は12.0歳と、高機能群は診断が遅くなることが明らかになった。

幼児期早期では精神遅滞の有無に関わらず行動上の問題が見られ、精神遅滞の有無により言葉の発達の違いはあるが社会性の発達には大きな違いがない<sup>8)</sup>との報告もあり、精神発達や言語発達以外の行動特性や社会性の面からの観察により、乳幼児期にASDを発見することは可能になっている。また、成人後の良好な社会生活につながる要因として、言語発達が良好な場合でも4歳前に発達に関する何らかの診断を受けていたこと、就学前から中学校時代まで何らかの支援が継続して行われていたことが挙げられている<sup>1)</sup>。

これらのことから、乳幼児に関わる小児科医・保健師・保育士や学童に関わる教師などの専門家がASD早期発見のための基準を十分に周知していることが、その後の診断・支援を適切に受けるための、また良好な社会生活を送るための重要な要因となると考えられる。乳幼児健診や就学時健診でのASDスクリーニングが、より適切に行われるための検討が必要であると思われた。

## 2. 診断機関と診断名

診断を受けた機関で最も多かったのは、県中央に位置している「県総合療育センター」である。療育センターは総合病院の機能があり、小児科や精神科を受診したと考えられる。3歳児健診後の耳鼻咽喉科受診からASD診断につながった例も報告されている<sup>9)</sup>。また、作業療法士や言語聴覚士による療育相談が実施されているため受診者が多いと考えられる。次いで「精神科クリニック」「総合病院精神科」となっており、大学病院や精神科病院などの受診例は相対的に

少なかった。「小児科」とした例は多くなかったが、「保健所・保健センター」としている例では小児科医に診断を受けた可能性もあり、「県総合療育センター」も含めると、小児科医が診断した例は少なくないと考えられる。前述の乳幼児期に診断を受ける重要性を考慮すると、小児科医が適切にASDを診断できることが求められる。

「最初に受診した医療機関で適切な診断を受けられなかった」と自由記述欄に記載された例があり、ASDを正しく診断のできる医師が限られていると考えられた。さらに、福島県は47都道府県中3番目の面積があり3地域に分かれているが、中央の地域に医療機関が集中しており、身近に診断できる機関がないという地理的な問題も背景にある。

診断内容について、明確に告げられているのは107例(84.9%)であり、19例(15.1%)は告げられていないままであることが明らかになった。親は「診断を受ける」以外の方法によって子どもの特性を知り自閉症協会に加入したことになる。医療機関を受診しても診断が告げられない場合、障害があるのかないのかや、子どもの行動をどう理解したらいいのかについて考えるための視点が持てず、親は不安や困惑を抱えたままの時期を過ごさなければならない。さらに、ASD特性に配慮した療育や支援が受けられない状態が長引くことになる。

診断名については、「アスペルガー症候群」や「高機能自閉症」「広汎性発達障害」「高機能広汎性発達障害」を合わせたASD圏は134例(106%)に達し、複数のASD圏の診断名を告げられている例があることを示した。2~3カ所を受診しそれぞれで違う診断を受けた例もあり、様々な診断名が使用されている実態が明らかになった。このような状態は、親にとっては子どもの診断をどのように理解したらよいかという混乱を引き起こす懸念がある。

## 3. 診断や支援方法の説明とその後の支援

診断や支援方法の説明について、多くの親が「足りない」「何とも言えない」と考えていることが明らかになった。そのような状態では、診断や子どもの特性について正しく理解し納得することは難しいと考えられる。説明時間が長くともなお「足りない」「何とも言えない」とする回答があり、単純に時間をかければよいという問題ではない。イギリスでも、診断後の支援やサービスについての情報が不十分であったことが報告されている<sup>10)</sup>。

先行研究によると、診断の告知を親が「納得する」要因として、脳の機能障害であることを明確に告げる、適切な療育は効果があることを説明する、具体的な目標や接し方を示す、心理検査等の結果について丁寧に説明する等が挙げられた<sup>3)</sup>。また、母親が望む診断告知のあり方については、家族に対し共感的な態度で接し丁寧に話を聞く、確定診断ができない時にもその時点でき分かるところを具体的にはっきり伝える、分かりやすい言葉で簡潔に説明する、説明の要点や障害についてのリーフレットを渡すことを挙げている<sup>5)</sup>。国外でも、診断告知における親の気持ちを和らげる関わりとして、自閉症について理解できる様にする、子どもの限界を示す、家庭生活での適応を向上させること、子どもの将来についての具体的な予測を持つこと<sup>10)</sup>、診断告知の際に満足を得るための要因として、説明の質、専門家の態度、説明書を渡されること<sup>11)</sup>などが報告されている。

以上から、共感的な態度、障害理解の程度に合わせた具体的で明確な説明内容、理解のためのリーフレットを渡すなどの配慮が実現的であると思われる。また、診断後の支援としてコメディカルによるペアレント・トレーニングや親教室、療育を行うことは、子どもの特性や対応方法を理解し、実際に家庭生活に取り入れることで子育てへの自信を回復する要因となると考えられる。また、支援サービスについての情報提供や、子どもの将来への見通しを持ことを促

進することも親支援となる。

学校教育においては、療育手帳の取得と特別支援教育を受けることが一致している割合が多く(図1)。一方で、手帳なし群の高機能群は8割が通常教育を受けていた。手帳なし群の自由記述に、不登校や対人関係上の問題について記入していたケースも多く、通常の学校生活における負担があったことが伺われた。ASDの場合は、学習内容に限らず、社会性や認知特性に合った教育環境を検討することも大切である。

#### 4. 本調査の限界について

本調査の対象は福島県のみであること、自閉症協会会員の中でも役員や定例会の参加者であり、自閉症者支援に熱心で自閉症を取り巻く状況に対しての問題意識が高い親が回答していると考えられる。また、126例と比較的少数における検討であることなどが限界点である。また、知的レベルによる違いの検討を行ったが、知能指数を測定したうえでの分類ではなく、取得している療育手帳別の分類であり、知的レベルのみに限定した分類とは言い難い。今後は、対象を大規模にしたり、調査項目を改定しての調査が望まれる。

#### E. 結論

本研究により福島県におけるASD診断の実態がある程度明らかになった。療育手帳を取得している知的障害を伴うASDについては比較的低年齢で確定診断が親に告げられていることが多いが、高機能例では遅れがちであること、また、医師が診断や支援方法についての説明にかける時間が非常に短かく、親を十分に支援できていないことが明らかになった。このように不十分な状態であることの理由は、専門医が少ないとや特定の医療機関に集中することが背景にあり、患者一人にかけられる時間が少ないことが想定される。診断を含めた医療サービスの向上を検討するためには、医師など医療サービス提供側がどのような問題意識を持っているか、ま

た、診断後の支援体制の有無についての調査も必要であると思われた。

#### E. 結論

本研究により福島県における ASD 診断の実態がある程度明らかになった。知的障害を伴う ASD については比較的低年齢で確定診断が親に告げられていることが多いが、高機能例では遅れがちであること、また、医師が診断・説明にかける時間が不十分であり、親を十分に支援できていないことが明らかになった。このように不十分な状態であることの理由は、専門医が少ないこと、特定の医療機関に集中すること、患者一人にかけられる時間が少ないとなどが想定される。診断を含めた医療サービスの向上を検討するためには、医師など医療サービス提供側がどのような問題意識を持っているかについての調査も必要であると思われた。本調査の対象は福島県のみであること、自閉症協会の会員であること、126 例と比較的少数における検討であることなどが限界点であり、今後、より大規模な調査が望まれる。

#### 参考文献

- 1) 神尾陽子他：ライフステージに応じた ASD スペクトラム者に対する支援のための手引き. 東京, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 15-18, 2010
- 2) 飯田順三：高機能自閉症とアスペルガー症候群における診断と告知. 発達障害研究. 26 : 164-173, 2004
- 3) 永井洋子, 林弥生：広汎性発達障害の診断と告知をめぐる家族支援. 発達障害研究. 26 : 143-152, 2004
- 4) 山根隆宏：高機能広汎性発達障害児をもつ母親の診断告知後の感情体験－診断告知に至る状況との関連－. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要. 3 : 165-173, 2010

- 5) 松永しのぶ, 廣間貴子：自閉症スペクトラム障害児の母親の診断告知に伴う感情体験. 昭和女子大学生活心理研究所紀要. 12 : 13-24, 2010
- 6) 渡辺千歳, 藤永保：広汎性発達障害児を持つ母親の療育意識－ダウン症児との比較－. 教育総合研究. 1 : 3-19, 2008
- 7) 釘崎良子, 服巻繁：自閉症を持つ親の支援のあり方に関する検討－自閉症親の会のアンケート調査による－. 西南女学院大学紀要. 9 : 72-82, 2005
- 8) Howlin P : Outcome in High-Functioning Adults with Autism With and Without Early Language Delays ; Implications for the Differentiation Between Autism and Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders. 33(1).3-13.2003
- 9) 鈴木雪恵他：3 歳児健康診査後の精密検査診断とその後の経過. 音声言語医学. 52:158-164, 2011
- 10) Midence K,O'neill M:The experience of parents in the diagnosis of autism.autism.3-(3):273-285,1999
- 11) Brogan C,Knussen C:The disclosure of a diagnosis of an autistic spectrum disorder.autism.7-(1):31-46,2003

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）  
分担研究報告書

医師研修プログラムの開発に関する研究

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）  
研究協力者 蜂矢百合子（よこはま発達クリニック）  
吉田 友子（ペック研究所、よこはま発達クリニック）  
藤岡 宏（つばさ発達クリニック）  
宇野 洋太（名古屋大学、よこはま発達クリニック）  
井田 美織（よこはま発達クリニック）

研究要旨

目的：医師への効果的な研修法を開発し、発達障害臨床に従事する医師の専門研修が広く普及し、全国の発達障害臨床の向上する可能性について検討する。

方法：医師への効果的な研修法の開発のために、少人数参加型研修、症例検討会を行った。研修前後および研修後 6か月から 20か月後の追跡調査を行った。研修参加医師の自閉症スペクトラム障害臨床の実践や自己評価について調査比較した。研修後 3か月の時点で、研修生の上司、同僚専門職に対して、研修参加医師の研修前後の自閉症スペクトラム障害臨床および職場や地域での役割の変化について調査した。研修直後および研修後 3～15か月の追跡調査にて、バーンアウト尺度を調査した。

結果：TEACCH モデルに基づく少人数参加型研修は、自閉症の子どもにモデル協力参加してもらい、評価と指導を体験することができる点などに参加者の評価は高く、長期追跡調査にて「継続した支援を考えた診療」をするようになったという傾向を示した。症例検討型研修に参加した医師からは、発達障害の診断、評価、治療、支援の基本姿勢を学ぶことができ、症例が動画と共に提示される点において肯定的な評価が得られた。研修参加医師の 8割以上が、症例検討型研修を開催してみたいと回答した。上司・同僚評価において、研修生は研修後に自閉症スペクトラム障害臨床についてポジティブな変化があったという評価がみられた。バーンアウト尺度については、研修直後と追跡調査について有意な変化は認めなかった。

結論：少人数参加型研修は、発達障害の初学者に対して、特性理解や診断技術を向上させる可能性があり、長期的にも診断能力、診療能力へのポジティブな効果がみられることが示唆される。動画を含む症例提示や双方向討議を重視した症例提示型研修は、発達障害専門医師のブラッシュアップ研修として有用である

## A. 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、少人数参加型研修、症例検討会を行った。研修前後および研修後6か月から20か月後の追跡調査を行った。発達障害臨床に従事する医師の専門研修が広く普及し、全国の発達障害臨床の向上する可能性について検討した。

## B. 研究方法

### 1. 研修の開催

発達障害臨床に従事する医師の専門研修として、下記を開催した。

【トレーニングセミナー】TEACCHモデルに基づく少人数参加型の研修(以下トレーニングセミナー) (Mesibov 2010) を実施した。この研修は、自閉症の子どもにモデル協力参加してもらい、評価と指導を体験することができる点で、他の研修とは非常に異なる。今回の医師研修では、自閉症について実体験を通じて理解できる研修として、このモデルを採用した。

今回の研修は、自閉症スペクトラムについての講義、トレーナーによるモデルセッションや研修生によるセッションから構成された。講義：実習：全体討議および質疑応答の時間配分は、約4:8:1であり、週末を含む二日半で開催された。テーマは、教室の構造化、個別課題の作成、コミュニケーションの促進方法などで、各テーマごとに、評価-支援-再評価の手順を繰り返しあなた。具体的には、モデル児とトレーナーと4名の研修生が1グループとなり、モデルセッションにてモデル児の評価を行い、個別の評価に基づいて実際に教室の設定を行い、モデル児に合った課題を作成した。続いて、構造化された教室でモデル児に対して課題を用い実際に指導を行い、そのようすを参加医師が観察して再評価し、構造化の方法・課題内容・指示の提示方法を再設定して再セッションを行った。最後に各グループの情報の共有と討議、質疑応答を行った。

研修参加医師(以下研修生)を公募したところ

ろ、59名の応募があり、地域、専門科、経験年数などが偏らないように配慮し、12名を選出した。研修生の専門科は精神科7名(うち児童精神2名)、小児科4名(うち小児神経2名)、医師経験年数は3~26年(中央値7年、平均9.3年)、であった。地域については、東京3名、東京以外の関東2名、近畿2名、北海道・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名が「8割以上」または「ほぼすべて」であり、「自閉症スペクトラムの臨床に占める割合」は、8名が「5割より少ない」、3名が「約5割」と回答した。

「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」は「多い」5名、「どちらともいえない」3名、「少ない」4名であり、「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」は「多い」6名、「少ない」4名と一定の特徴は示さなかった。「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ますか」についても5段階すべての回答に分布した(「期待されている」1名、「多少期待されている」3名、「どちらでもない」3名、「あまり期待されていない」3名、「期待されていない」2名)。今回の研修に参加した研修生は、診療科や医師経験年数、自閉症スペクトラムの臨床経験、自閉症スペクトラムについての専門性などに一定の傾向はなく、さまざまバックグラウンドを持つ医師であった。

【ケースセミナー】少人数症例検討型の研修(以下ケースセミナー)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。

H23年度は2時間半の検討会にて2ケースを、H24年度は3時間の検討会にて1ケースの症例検討を行った。症例提示担当者(研修生)は担当スーパーバイザー、担当スタッフとともに、検討会までに症例要約作成と事前討議をメールにて行い、検討会当日に直前打合せをして、症例提示に臨んだ。症例提示担当者は、数分から数十分の動画にて診察、心理評価や指導、家庭や学校場面などを提示した。心理評価ローデ

ータや指導資料なども回覧された。会の進行は、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行った。会を重ねるとともに、参加者の双方向性の討議を促進するために、会開始時にまず参加者全員の自己紹介をする、発言の促進のための司会打合せをしておく、弁当を食べながらの自由討論の時間を設ける等の変更を行った。本研究の趣旨説明およびアンケート等の記入のために、症例検討の他に約30分が必要であった。

4回のセミナーに合計53名の研修生が参加した。53名の研修生は、医師経験年数が3~42年で、全体の92.5%が医師経験5年以上であった。研修生の専門科は児童精神26名、小児神経16名、精神科4名、小児内科・内科4名、その他3名であり、児童精神または小児神経を専門として5年以上ある医師は30名(56.6%)であった。地域については、東京25名、東京以外の関東9名、東北5名、九州5名、近畿4名、中部3名、山陽および四国各1名が参加した。研修生の日常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39名(73.6%)と多数を占めた。「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」、17名が「約5割」と回答し、自閉症スペクトラム臨床が約5割以上と回答した研修生の合計は50.1%であった。

研修生から、セミナー終了後に2回目以降も参加したいとの要望が寄せられ、会場に余裕があるかぎりオブザーバー参加を認め、自由記載や書きとりにて意見聴取した。

## 2. 調査

- (1) 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。質問は、セミナー参加者としてのセミナーについての評価、発達障害専門家セミナー全般についての要望や志向、研修生本人の自閉症スペクトラム障害臨床の実践や自己評価(表2参照)、ヒューマン・サービス従事者のバーンアウトを測定するための

尺度(バーンアウト尺度、久保2004)から構成された。

- (2) 研修後に、研修講師およびスタッフに対して、研修についてアンケートおよび聞き取りをおこなった。
- (3) 研修終了3か月後の時点で、上司・同僚医療専門職による研修生多面的評価のためのアンケートを行った。  
「2010年〇月〇日にセミナーが行われました。2010年〇月ころと、現在(セミナー開催3か月後△月△日)を比較して回答してください。あなたの評価するのは××医師です」という説明文から始まるアンケートは、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尋ねている。研修時に、研修生に5セットのアンケートを配布し、3か月後に配布を依頼するメールを送信した。研修生は、5名までの上司・同僚にアンケートを手渡し、回答者は添付の返信用封筒を直接投函するよう依頼した。
- (4) 2012年11月に、トレーニングセミナーおよびケースセミナー参加者全員に、質問紙にて追跡調査をおこなった。追跡期間は、最長1年8ヶ月、最短3か月である。回答は、少人数参加型研修(以下トレーニングセミナー)研修生10名、6か月以上経過したケースセミナー研修生35名から得られた。追跡調査は、セミナー直後の質問項目のうち、研修生本人の自閉症スペクトラム障害臨床の実践や自己評価、バーンアウト尺度について回答を求めた。

## 3. 分析

分散分析(多重比較Bonferroni):セミナー前後、セミナ一直後と追跡調査の各群間の比較には分散分析を用いた。有意傾向がみられた場合には、さらに多重比較にて検討した。バーンアウト尺度について、トレーニングセミナー参加者の研修直後および追跡調査のスコアを、対応のあるt検定を用いて検討した。

#### 4. 倫理面への配慮

本研究は福島大学倫理委員会の承認を得て、それに則り実施された。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。

### C. 研究結果

#### 1. 少人数参加型研修について

研修全般について、研修生に 5 段階評価で尋ねたところ、12 名全員が「とても良かった」と評価した。研修目的である、自閉症スペクトラムの方と実際に接し、評価指導することで、自閉症臨床の質を高めることについて、全員が「達成された」(よく達成された 4 名 + 達成された 8 名)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「自閉症特性について理解していると思いますか」「自閉症スペクトラムの診断ができると思いますか」といった 5 段階評価で尋ねたところ、研修前に 2 名ずつ見られた「あまり理解していない」「あまり診断できない」との回答が研修後にはみられなくなり、「理解している」「診断できる」の回答が増加した。その一方で「個別化したアドバイスをしていますか」「アセスメントに基づいたアドバイスをしていますか」「自立を高めるアドバイスをしていますか」「ライフスパンに応じた支援をしていますか」「診療にスケジュールを使用していますか」「診療にリマインダーを使用していますか」「病院や診察室は構造化されていますか」といった質問に対しては、研修前と研修直後の比較で大きな変化は認められなかった。

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、「自閉症の人がモデルとして参加すること (12 名)」「評価-支援-再評価を実習できること (10 名)」「医師以外の専門家から学べたこと (10 名)」が上位として挙がり (図 1)、欠点としては、「研修開催に時間と経費がかかる (9 名)」「3 日間の研修では充分理解と認識を深めることができない (3 名)」「欠点はない (3 名)」などが回答された。

「今回のような研修を、地域で開催したいと思いますか」に対しては、研修生 12 名中 11

名が「開催したい」と回答した ('とてもそう思う' 6 名、「そう思う' 5 名)。

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高く、とくに、自閉症児が協力参加し、評価-支援-再評価できる実践的な研修法に対して、研修生は高く評価していた。研修全般についての自由記載においても、モデル児の協力参加による研修が効果的であったこと、自閉症の人々の日常生活を知らないことを再認識したこと、今後もこのような研修を医師、および非医師医療・支援スタッフに希望すること等が書かれていた。

研修の講師およびスタッフ 14 名にも、本研修についてアンケートを行った。「本研修目的である、自閉症スペクトラムの方と実際に接し、評価指導することで、自閉症臨床の質を高めること、が達成されたと思いますか」の設問には、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、研修生の評価とよく一致した。スタッフへの自由記載および書きとりから、医師である研修生の積極的で柔軟な研修姿勢や研修効果の高さを評価するとともに、他職種との連携の重要性や当事者や家族の視点やニーズへの理解を望む意見があった。

もし自己負担であつたらいくらまで支払うか、という設問については、研修生 (研修前)、研修生 (研修後)、スタッフの順に高額帯の回答が増え、研修生の研修後の満足度の高さや、この研修スタイルへのスタッフの評価の高さが伺われた。

#### 2. 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 36 名が「とてもよい」、15 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、12 名が「よく達成された」、32 名が達成された、3 名が「どちらともいえない」、1 名が「あまり達成されなかつた」と回答した。研修生自身の研修応募目的が達成されたかどうかについて、17 名が「よく達成された」、30 名が達成された、4 名が「どちらともいえない」、1 名が「あまり達成されなかつた」と回答した。

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5段階評価し、利点および欠点の8項目から上位三つを挙げるよう求めたところ。85%以上の研修生が、利点について5段階評価の上位「とてもよい」「よい」と回答した。利点として、「評価と治療、支援の基本姿勢について学ぶことができる（35回答）」「実際の症例が、動画と共に提示される（27名）」「診断、評価、治療、支援を検討できる（25名）」の項目を挙げた回答が多かった（図2）。欠点としては、52名中欠点を挙げなかつたものは31名（59.6%）いた。欠点として「2時間半/3時間の検討会では、充分な理解と認識を深めることができない（12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（9名）」「検討ケースの年齢や診断をもつと限定すべきである（4名）」などが挙げられた。

「今回のような研修を、地域で開催したいと思いますか」の問い合わせに対して、51回答中42名（82.4%）が「開催したい」と答えた（「とてもそう思う」18名、「そう思う」24名）。

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、2.5時間で1~2の症例検討では、時間が足りないという指摘や、再受講や複数回の研修の希望が寄せられた。また、参加医師の経験や参加動機が多様、討論の焦点が多岐にわたることから、内容がまとまりにくい、初学者にはわかりにくい、などの意見があった。

研修スタッフに、本研修についてアンケートを行った。本研修の目的である「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」ことの重要性と、そのための症例検討型研修の適切さを評価とともに、研修の質を高めるための提案（提示時間、討議時間、症例提示スーパーバイザーへの若手の起用、参加者相互の討議参加を促進するための名簿・名札・司会進行の工夫）がなされた。症例提示担当者（研修生）とスーパーバイザー／スタッフにとっても、セミナー当日までの討議過程や当日のディスカッションから学

ぶものが大きいことが、症例提示担当、スーパーバイザー、スタッフより指摘された。

もし自己負担であったらいくらまで支払うかについて5択で尋ねたところ、検討会前に3千円以下だった回答が検討会後に減少し（9→1名）、1万円を選択する回答が増加した（22→28名）。

### 3、研修効果判定のための多面的評価

#### (1) トレーニングセミナー

回収されたアンケートは45通、研修生一人当たり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。（表1）。「セミナーに参加した医師は、自閉症スペクトラムについて相談すること、および自閉症スペクトラムの臨床に積極的に取り組むこと」が、増えた（かなり増えた+多少増えた）と回答したものは、それぞれ72%および82%と多かった。

「セミナーに参加した医師は、職場あるいは地域で自閉症スペクトラムについてリーダーとしての役割を務めること」が、「増えた（かなり増えた、多少増えた）」と評価したものは、4~6割（職場60%および地域39%）であった。

「セミナーに参加した医師の自閉症スペクトラムの診療は、変化したか」という設問に対しては、変化があった（変化した+多少変化した）と回答したのは44回答中29名（65.9%）で、何が変化したかを各項目ごとに尋ねたところ、

「患者、家族へのアドバイス（20回答）」「スタッフへの説明（19回答）」「診療態度（14回答）」などが挙げられた（図3）。この変化について具体的に自由記載欄に記入してもらったところ、診断、操作的診断基準の適格な使用、患者に共感した診療態度、具体的でわかりやすい説明、自信があり積極的な姿勢、備品や構造化について自分から実行したり提案する、などのべ68の記述を確した。

#### (2) ケースセミナー

ケースセミナー研修生について回収されたアンケートは63通、1~5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。

「セミナーに参加した医師は、自閉症スペクトラムについて相談すること、および自閉症スペ

クトラムの臨床に積極的に取り組むこと」「セミナーに参加した医師は、職場あるいは地域で自閉症スペクトラムについてリーダーとしての役割を務めること」という4つの設問について、過半数が「増えた（かなり増えた+多少増えた）」と回答した。

「セミナーに参加した医師の自閉症スペクトラムの診療は、変化したか」という問い合わせに対して、変化があった（変化した+多少変化した）と回答したのは61回答中32名（52.5%）であった。何が変化したかを項目に分けて尋ねたところ、「患者、家族へのアドバイス（22回答）」「診療（16回答）」「スタッフへの説明（15回答）」などが挙げられた（図4）。この変化について具体的に自由記載欄を設けたところ、診断面接ツールや検査を用いたり、診断基準を考慮した診断をするようになった、発達歴等のとりかたがとても適確になった、具体的／的確／わかりやすいアドバイスが増えた、患者さんの感覚の特性に合わせた助言が増えた、ASDに積極的に関わるようになった、検査用具やおもちゃ、診察室のレイアウトなどを購入する、提案するようになったなど、のべ26の記述回答が得られた。

#### 4、研修生長期追跡調査

##### (1)トレーニングセミナー

トレーニングセミナー研修前および研修直後、追跡調査について比較した。自閉症スペクトラム障害臨床についての自己評価11項目（表2）については、「1、ASDの診断ができる」の項目に分散分析にて有意な差がみられ（ $F(2.31)=5.553, p=.009<.01$ ）、多重比較の結果セミナー前とセミナー後、セミナー前と追跡調査に有意にセミナー後に比べて追跡調査自閉症スペクトラム障害診断がよりできると評価していた。「6、ライフスパンに応じた一貫性と包括性のある支援の継続を考えた診療をしていますか」について分散分析にて有意傾向（ $F(2.30)=2.124, p=.083<.10$ ）を示し、多重比較を行った結果、研修前に比べ追跡調査にて一貫性と包括性のある支援を考えて診察している傾向を示した。その他の自己評価の項目には有意な差はみられなかった。

##### (2)ケースセミナー

ケースセミナー研修前、研修直後、および追跡調査について比較した。自閉症スペクトラム障害臨床についての自己評価についての11項目のうち、「4、アセスメントに基づいたアドバイスをしていますか」の項目に有意な差（分散分析、 $F(2.136)=3.550, p=.031<.05$ ）を示し、多重比較の結果、研修前や研修直後に比べて追跡調査でよりアセスメントに基づいたアドバイスをしている傾向を示した。「6、ライフスパンに応じた一貫性と包括性のある支援の継続を考えた診療をしていますか」の項目は、有意傾向（ $F(2.135)=2.461, p=.089<.10$ ）を示し、多重比較の結果、研修前に比べて追跡調査時により一貫性と包括性のある支援を考えて診察している傾向を示した。その他の自己評価の項目には有意な差はみられなかった。

#### 5、バーンアウト尺度

バーンアウト尺度については、追跡調査の期間が一定で、回収率の高かったトレーニングセミナー研修生について検討した。トレーニングセミナ一直後と追跡調査の17項目の平均値を表3に示す。研修直後と追跡調査時に有意な差は認められなかった（ $p>.05$ ）。

#### D. 考察

自閉症、発達障害を正しく診断、診療できる医師の要請は増加しており、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、症例提示と討議を充分につくすケースセミナーは、発達障害専門医師に必要な研修スタイルと考えられる。

今回、参加者を公募し二つのスタイルの医師研修を行った。

#### 1、少人数参加型研修について

この研修は、自閉症専門家研修のために、米国ノースカロライナ大学TEACCH部メジホフらが開発した研修スタイルである。自閉症モデル児の協力のもとにモデルセッションを行い、実際の支援を体験することにより、自閉症特性を理解し、特性に適した支援を行えるようになる

ことを目的としている。環境設定や課題によって、自閉症の子どもたちの行動と能力が大きく異なることを実体験することで、自閉症支援の態度そのものが大きく変わることも少くないといわれる。その一方で、評価-支援-再評価を実習することの負担が大きいために、課題作りや環境設定などに追われ、自閉症特性から理解し支援するという研修の本質を学ぶことが難しいことも生じ得ると予想されたが、今回の研修においては、実習の負担が過剰であったり、研修目的を共有達成できなかつたとの意見はみられなかつた。

Probst (2008) らは、教師に対して同様の研修を行いその有効性を報告しているが、医師に限定した本研修の効果についての報告はみられない。

今回の研修について、終了時点では、研修生の自閉症診断能力が自覚的に有意に上昇し、その効果は 20 か月後まで認められた。20 か月後の追跡調査では、「一貫性と包括性のある支援の継続を考えた診療」について、自覚的に能力の向上が示唆された。上司・同僚による多面的評価においても、自閉症スペクトラム障害臨床能力の向上、自閉症スペクトラム障害の職場のリーダー育成について効果があることが示唆された。

今回、研修生を医師に限定した点が、従来米国および本邦で行われている教師、心理士、家族、医師などの多様なバックグラウンドの支援者が研修生である場合と異なる重要な特徴である。医師は、自閉症当事者および家族の実際の生活についての理解や関心が乏しく、当事者視点が乏しいという懸念が今回の実習を通じてスタッフ、参加者より報告された。しかしながら今回の調査結果からは、医師はスタッフの予想以上に柔軟かつ積極的で、参加型研修の学習効果の高いことが注目された。その理由としては、科学的思考の訓練がされている、ベッドサイドのような実践型研修に慣れている、今回の研修生の意欲が高かった、などさまざまな理由が考えられる。

この研修は、開催のために自閉症の子どもと保護者の協力が不可欠であり、熟練したトレーナー、実習のためには個別の課題を作成するための大量の材料の用意と教室やモデル児の控

え室などの場所といった準備が必要である。しかし、研修効果が高く、社会と医師本人のニーズがあるならば、研修の意義は大きく、他の研修スタイルとは異なる効果が得られる可能性もあるといえよう。また、研修開催の定型化などにより研修開催の負担軽減も可能であろう。

今回の研修では、研修生の専門科や卒後年数の違いによる研修効果の差はみられなかつた。このことは、本研修スタイルが、ごく限られた自閉症専門医師だけではなく、広く（例えば「子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医、精神科医」や卒前医学教育として）本研修を実施し効果をおさめる可能性を示している。

## 2、症例検討型研修について

参加者からは、発達障害の診断、評価、治療、支援の基本姿勢を学ぶことができ、症例が動画と共に提示されるケースセミナーについて肯定的な評価が得られた。ケースセミナーは、臨床経験および発達障害臨床経験の豊富な医師の参加が多かつたためか、診断や評価能力の変化は、短期、長期ともに認められなかつた。その一方で、「評価に基づいた助言」や「一貫性と包括性のある支援の継続を考えた診療」については、研修後に向上が示唆され、研修の効果が示された。

研修参加医師の 8 割以上が、症例検討型研修を開催してみたいと回答した。症例スーパーバイザーとして若手医師を起用し、好評であったことも含めて、今後の方向性のひとつを示すものである。

研修開催にあたっては、充分な討議を行うための進行の工夫が必要なこと、症例の年齢やテーマを限定したり、シリーズで開催するなどの検討が必要であると考えられた。

研修 3 か月後の上司・同僚による多面的評価においても、症例検討型研修は、自閉症スペクトラム障害臨床能力の向上、自閉症スペクトラム障害の職場及び地域でのリーダー育成を促進することが示唆された。

## 3、発達障害臨床に携わる医師のバーンアワト尺度

自閉症スペクトラムの専門研修に参加した医

師について、バーンアウト尺度のスコア平均値を示した。今回、研修による変化は明らかではなかった。

#### F. 結論

少人数参加型研修は、発達障害の初学者に対して、特性理解や診断技術を向上させる可能性があり、長期的にも診断能力、診療能力へのポジティブな効果がみられることが示唆される。

動画を含む症例提示や双方向討議を重視した症例提示型研修は、発達障害専門医師のプラッシュアップ研修として有用である。

#### G. 健康危険情報 なし

#### H. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### I. 知的所有権の出願・取得状況 なし

#### 参考・引用文献

- 1、Mesibov Mesibov GB, Shea V The TEACCH program in the era of evidence-based practice Journal of autism and developmental disorders 40 p570–579 2010
- 2、Porbst P, Leppert T Brief report: outcomes of a teacher training program for autism spectrum disorders Journal of autism and developmental disorders 38 p1791–1796 2008
- 3、内山登紀夫、吉田友子、藤岡宏、宇野洋太、蜂矢百合子、中山清司、中村公明（2011）厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業平成22年度分担研究報告書「発達障害者に対する長期的な追跡調査を踏まえ、幼児期から成人期に至る診断等の指針を開発する研究」。
- 4、内山登紀夫、吉田友子、藤岡宏、宇野洋太、蜂矢百合子（2012）厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業平成23年度分担研究報告書「発達障害者に対する長期的な追跡調査を踏まえ、幼児期から成人期に至る診断等の指針を開発する研

究」。

- 5、内山登紀夫、吉田友子、藤岡宏、宇野洋太、蜂矢百合子 医師研修プログラムの開発に関する研究(2012)厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業平成23年度分担研究報告書「発達障害者に対する長期的な追跡調査を踏まえ、幼児期から成人期に至る診断等の指針を開発する研究」。
- 6、久保真人（2004）『バーンアウトの心理学』サイエンス社

図1 トレーニングセミナーの利点  
(上位三つ) 12名

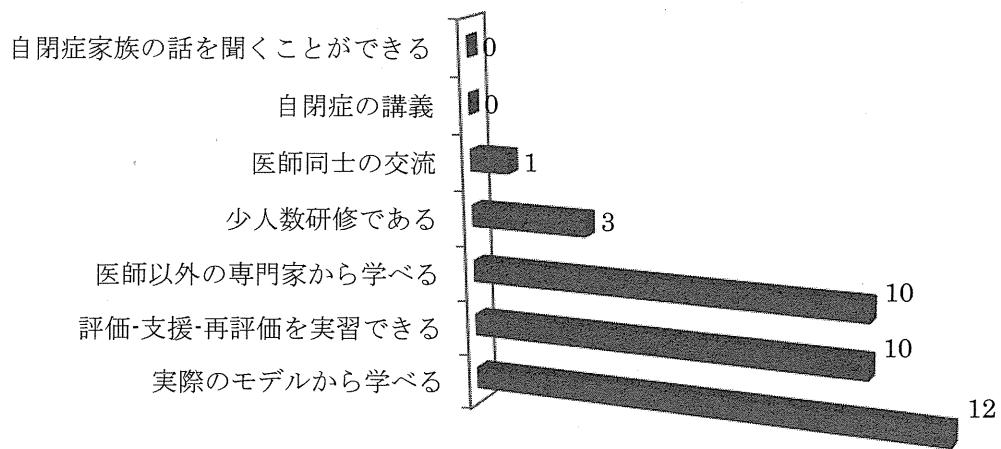


図2 ケースセミナーの利点  
(上位三つ) 52名

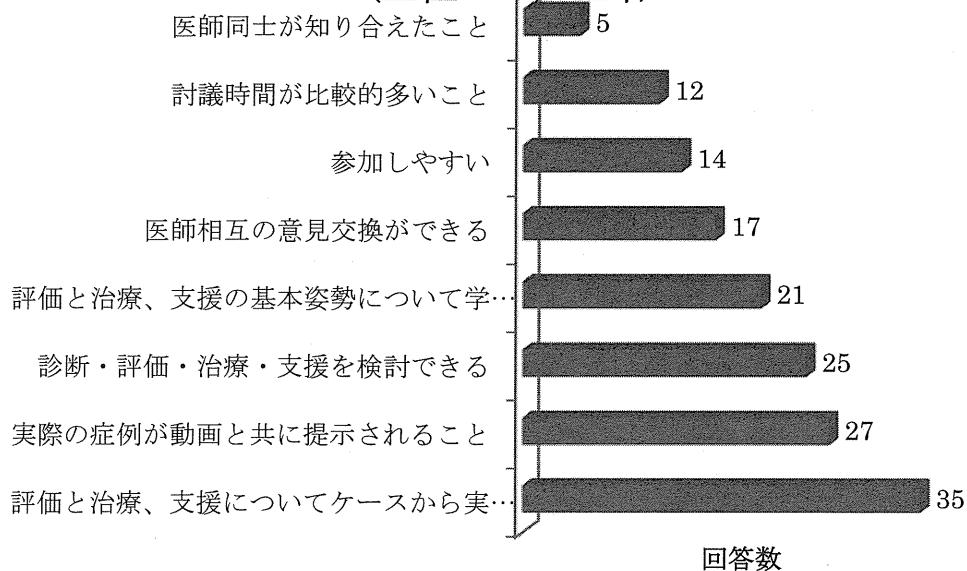


表1 上司・同僚医療専門職による研修生の研修前後の変化

	1. セミナーに参加した医師に、自閉症スペクトラムについて相談をすることが増えましたか					合計
	かなり増えた	多少増えた	どちらともいえない	増えない	相談しない	
トレーニングセミナー	7 16%	25 56%	9 20%	2 4%	2 4%	45 100%
ケースセミナー	6 10%	31 49%	15 24%	9 14%	2 3%	63 100%
	2. セミナーに参加した医師は、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ましたか					合計
	かなり増えた	多少増えた	どちらともいえない	増えない	自閉症視察をしていない	
トレーニングセミナー	19 42%	18 40%	7 16%	0 0%	1 2%	45 100%
ケースセミナー	19 31%	26 43%	14 23%	2 3%	0 0%	61 100%
	3. セミナーに参加した医師は、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。					合計
	かなり増えた	多少増えた	どちらともいえない	増えない	わからない	
トレーニングセミナー	11 24%	16 36%	14 31%	3 7%	1 2%	45 100%
ケースセミナー	17 27%	28 44%	10 16%	2 3%	6 10%	63 100%
	4. セミナーに参加した医師は、地域で、自閉症スペクトラム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。					合計
	かなり増えた	多少増えた	どちらともいえない	増えない	わからない	
トレーニングセミナー	6 14%	11 25%	12 27%	4 9%	11 25%	44 100%
ケースセミナー	11 17%	24 38%	11 17%	4 6%	13 21%	63 100%
	5. セミナーに参加した医師の自閉症スペクトラムの診療は、変化しましたか					合計
	変化した	多少変化した	どちらともいえない	変化していない	わからない	
トレーニングセミナー	13 30%	16 36%	7 16%	0 0%	8 18%	44 100%
ケースセミナー	9 15%	23 38%	7 11%	5 8%	17 28%	61 100%

図3 ASD診療の何が変化したか（45名中変化したと回答した31名、複数回答可）

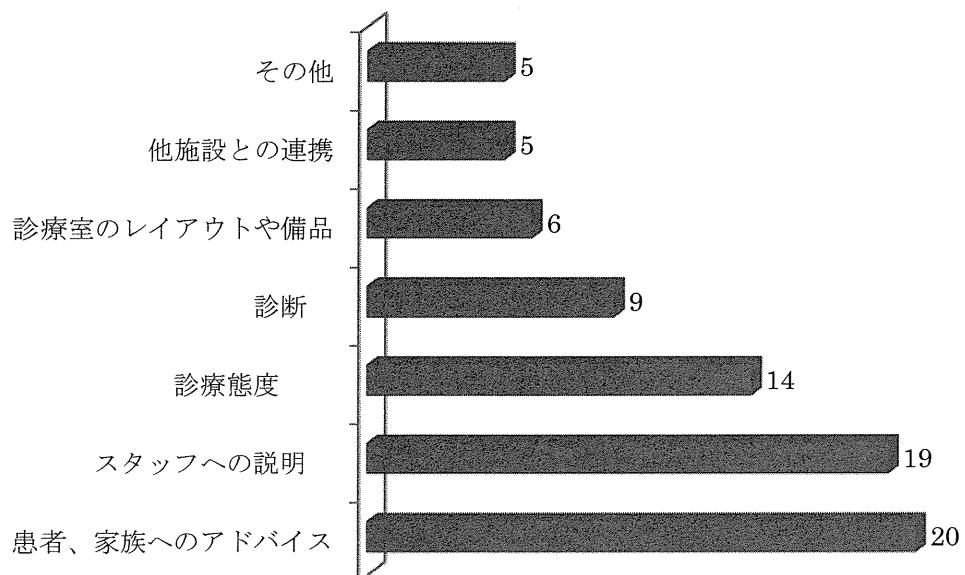


図4 ASD診療の何が変化したか  
(61名中変化したと回答した32名、複数回答可)

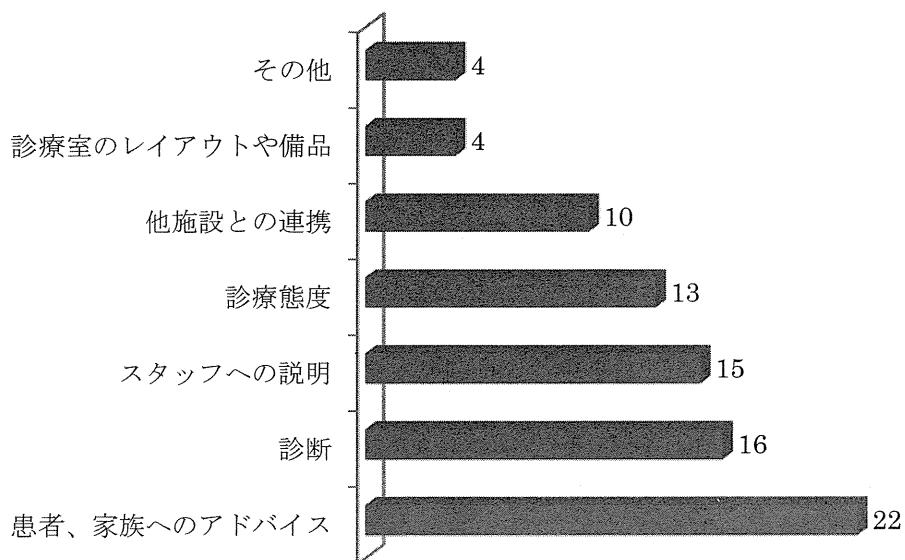


表2 自閉症スペクトラム障害臨床の自己評価

1. 自閉症、自閉症スペクトラムの診断ができると思いますか
2. 自閉症の特性について、理解していると思いますか
3. 自閉症スペクトラムの本人やご家族に、個別化したアドバイスをしていますか
4. アセスメントに基づいたアドバイスをしていますか
5. 自立を高めるためにアドバイスをしていますか
6. ライフスパンに応じた一貫性と包括性のある支援の継続を考えた診療をしていますか
7. 科学的な態度、臨床経験に基づいた診療をしていますか
8. 家族や教師へのアドバイスは、実際的ですか
9. 診療のときに、リマインダーを、必要に応じて使用することがありますか
10. 診療のときに、スケジュールを、必要に応じて使用することがありますか
11. 診療所・病院・診察室は、患者さんにとって整理され、構造化や視覚化の工夫がされていますか

回答：5できる/している 4ほぼできる 3どちらともいえない 2あまりできない 1できない/していない

表3 自閉症スペクトラムの専門研修に参加した医師のバーンアウト尺度のスコア平均値  
：医師12名、医師経験年数3～26年（中央値7年）

	スコア平均値	研修直後	追跡調査時
1. こんな仕事、もうやめたいと思うことがある	1.60±.97	1.80±.63	
2. 我を忘れるほど仕事に熱中することがある	2.6±1.07	2.50±1.17	
3. こまごまと気くばりすることが面倒に感じることがある	2.40±.96	2.60±.96	
4. この仕事は私の性分に合っていると思うことがある	3.50±.97	3.20±1.03	
5. 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある	1.50±.70	1.60±.96	
6. 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある	1.50±.52	1.60±.69	
7. 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある	2.7±1.05	3.00±1.05	
8. 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある	1.50±.85	1.60±.69	
9. 仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある	3.20±.78	3.10±.56	
10. 同僚や患者と、何も話したくなくなることがある	1.40±.51	1.30±.48	
11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある	1.60±.84	1.30±.67	
12. 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	2.8±1.22	3.00±1.05	
13. 今の仕事に、心から喜びを感じることがある	3.50±.85	3.20±.78	
14. 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある	1.30±.67	1.20±.42	
15. 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることがある	2.2±1.03	2.20±1.03	
16. 体も気持ちも疲れはてたと思うことがある	2.20±.63	2.70±.67	
17. われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある	2.70±.67	2.50±.70	

回答：5いつもある 4しばしばある 3時々ある 2まれにある 1ない

久保真人（2004）『バーンアウトの心理学』参照