

積極的にかかわれる余地がある。それは、そうした訓練・特別支援教育やその他の心理社会的対応では望まれる結果が十分には得られない状況において、発達障害の特徴と必要性に応じた薬物療法を行うことであり、ADHDに対する薬物療法がその代表的なものとなる。発達障害に対する薬物療法に関しては、発達障害を診ている小児科医と児童精神科医であれば、どちらもその関与の割合には違いはないように思われる。違いがあるとすれば、当然のことではあるが、児童精神科医のほうがより多様な向精神薬の使用を行っているという点であろう。

### (3) その他の発見・対応における役割

早期対応・早期療育後、比較的安定した子どもに対しては、適応行動の問題の再燃と二次障害など新たな問題が生じないような配慮・対応が継続されることになり、これは三次予防といえることができる。三次予防の対象となっている子どもは、その時点では問題がある程度落ち着いている子どもたちであるため、医療機関の受診も終了になっていることも多い。したがって、再燃した問題や新たな問題は、学校や家庭で気づかれるのが普通であり、この発見に医療機関が関与するの継続的に経過観察を行っている場合に限られるで

あろう。問題がない状態で経過観察を長期間続けるという対応は、児童精神科よりは小児科で行われることが多いように感じている。

それは、小児科は、乳幼児健診がそうであるように、病気でないあるいは問題のない状態の子どもを診ることが本来の業務となっている唯一の臨床科であることが関係しているように思われる。こうしたことから、三次予防においては、小児科医の関与のほうが児童精神科よりも大きくなっていることが推測される。

併存症や合併症がある場合は、小児科と児童精神科の役割分担が最も明確になつてくる。てんかんや夜尿などの身体的併存症がある場合は、小児科医の診療対象となつていることが多いと思われる。一方、チック障害や攻撃的言動さらには神経症性障害や気分障害など、行動・精神面の併存症・合併症がある場合は、児童精神科医が診療していることが多いであろう。この傾向は、少量の薬物療法に反応しないつまり重症あるいは難治性の場合や、精神科的診断名がつく精神障害がある場合には、特に大きくなる。

### 小児科医と児童精神科医の 視点の違い

#### (1) 視点の違いの背景

小児科医は、身体疾患の診療を中心としてトレーニングを受けている。発達障害の診療に携わる小児科医は、小児内科医としてのキャリアと専門性を土台として、その上に発達障害や行動問題の診療の専門性を築いている。したがって、行動問題や精神問題が重篤な場合、基本的に小児科医は自分たちの対象外と見なす傾向が強い。もちろん、小児科医の中にも、児童精神科医と同等に近い診療を行っている人たちもいるが、そうした状況は、通常の小児科医の診療ではなく、小児科の診療の他に児童精神科の診療も行っている小児科医の診療と考えるべきであろう。

小児科医の最も大きな特徴は、繰り返しになるが、病気も問題もない子どもの診察や子育てに関する相談を本来の業務として受け入れていることであり、また、乳幼児健診や保育所・幼稚園・学校にかかわる医師として、医療機関を受診しない子どもたちに関する相談を受ける機会も多いという点であると思われる。したがって、小児科医は、今ある病的な状態を改善するということに留まらず、今ある状態が病的でなくても、よりよくしようとす姿勢を持ちがちなのにも感じられる。

一方、児童精神科医は、精神疾患の診療を

中心としたトレーニングを受けており、精神科医としての専門性が土台となる。発達障害を診療している児童精神科医は、この専門性の上に児童精神科医としてのサブスペシャリティを積み上げ、さらにその上に発達障害の診療の専門性を重ねていることになる。一般に、日常生活における機能障害がない限り、精神科医は診療の対象とはしないことが少なくないように感じている。したがって、小児科医のように、今ある状態をよりよくしようとする視点は持ちにくいこともあるように思われるのである。もちろん、児童精神科医は、親子の関係を大事にし、子育て支援の視点をもってはいるが、多くの場合、そうした視点は臨床的問題を理解し解決するための見方として用いられ、日常の子育て支援に積極的にかかわる視点とは異なっているように思われる。

それでは、児童精神科医がもつと乳幼児健診にかかわるようになれば、そうした視点は変化するであろうか。これは微妙な命題のように思われる。乳幼児健診に参加した児童精神科医は、子育て相談の中で発達障害や愛着障害あるいは広い意味での臨床的問題の有無、極端にいうならば、何らかの診断名がつく状態がないかに気をつける姿勢が中心になることが多いのではないだろうか。そして、

そうした問題性が見出されないうちに、心配しないでよい旨を保護者に返答するのではないだろうか。

## (2) 視点の違いのまとめ

小児科医には、発達障害に対する早期発見・早期療育に関して、早期発見は自分たちがかわるべきもの、あるいはかわられるものという意識があるように思われる。そして、早期療育の対象となる子どもたちが通常は低年齢であることが多いこと、低年齢の発達障害児においては子育てに関する保護者の悩みや訴えが多いことなどから、早期療育に関して、自分たちがかわられる余地があると考えているように思われる。

児童精神科医は、発達障害の早期発見に関しては、かわる機会があればかわるというスタンスと、発見の場においては発達障害だけでなくそれ以外の臨床的な問題についても常にアンテナを張るといふ姿勢をとっているように思われる。そして、生活上の機能障害が生じている、つまり臨床的に問題が生じている状態を自分たちの主たる対象と考え、子どもの年代はあまり問題にしていないようにも思われる。

臨床的な問題の有無、さらには病的問題の有無を重視するかしないかの視点の違いは、

小児科医と児童精神科医の違いの大きなもののように思われる。このことは、発達障害の中で行動問題が一義的には存在しないLDに關し、LDに対する診療や研究を積極的に行っている小児科医はある程度の数いるが、そうした児童精神科医をみることはほとんどない、という状況からも理解されるのではないだろうか。

## おわりに

発達障害の診療にかかわっている小児科医と児童精神科医の違いは、早期発見・早期療育における役割分担の整理から見えてきたように、結局は、その出自の違いからくる役割意識あるいは役割分担の違いが背景にあるように思われる。こうした視点の違いは、よい悪いの問題ではなく、それぞれの役割を上手に振り分けることで限りある資源を有効に活用し、発達障害の早期発見・早期対応を進めていくことが大切な「視点」のように思われるのである。

# 発達障害の二次障害を どのように捉えるか； その予防と治療をめぐる

筑波大学人間系 宮本 信也

## KEY WORDS

- 発達障害
- 二次障害
- 合併症
- 問題行動

## I. 二次障害とは

「二次障害」とは、もともとは、脳性麻痺において使用されていた用語である。その意味するところは2つあり、何らかの理由により、①本来ある障害が悪化した状態、あるいは、②新たに生じた別の障害、のどちらかを指して使われていた。①の例としては、麻痺により関節が固くなり（関節拘縮）、運動がさらに障害された状態が代表的なものである。②の例としては、脳性麻痺により胸郭変形が生じ、そのために呼吸障害という本来の麻痺とは違う障害が生じたという身体面の問題と、不安や抑うつ状態などの精神面の問題の2つがあげられる。これに対して、発達障害の領域で使われる「二次障害」という用語は、発達障害と関連した心理的ストレス状況を背景として、情緒面・行動面・精神面の問題が生じている状態を意味している。

## II. 二次障害の背景

発達障害における二次障害は、小学校高学年つまりは思春期年代から顕著になりやすいという特徴がある。二次障害にみられるこの年齢特徴には意味がある。

思春期とは第二次的性徴が出現し完成するまでの時期をいい、だいたいわが国の中学生から高校生の年代に相当する。この思春期における発達課題の第一は集団同一性、あるいは集団同一視といわれるものであろう。自分が同年代の子ども達からはずれていない、自分は同年代の子ども達と同じである、という意識のことである。みんなと同じ自分を自覚できることで、この年代の子ども達は安心感を得ることができる。

一方、発達障害児達も多くは、思春期前後になると自分がみんなと違うことに気が付き出す。しかしながら、彼らは、生まれながらに発達障害特性を

Psychological and behavioral complications of developmental disorders ; treatment and prevention.  
Shinya Miyamoto (教授)

もって生きてきているので、そうでない状態を自ら意識することがうまくできない。つまり、みんなと違うということはわかって、何がどう違うのかを自分だけで理解することが困難な状況にある。この状況は、みんなと同じであることで安心感が得られる状態と正反対のものであり、安心感が揺らぐことになる。さらに、思春期までの失敗体験の積み重ねや頻回の被叱責体験から自信や自尊心が低下し、心理的な不安定感が増大していくことになるのである。このことは、発達障害児においては、思春期になって何か特別なストレスが外から新たに加わって、子ども達が不安定になるのではないということを意味する。思春期になること自体が自己に向き合う状況につながり、彼らに大きなストレス状況を生み出すのである。

結局、通常の子ども以上に発達障害のある子どもは思春期に心理面が不安定になりやすくなっており、それまで我慢してきたストレス状況に対する耐性もゆらぎ、二次障害が思春期に生じやすくなると考えられる。

### Ⅲ. 二次障害としてみられる問題

#### 1. 不安定な情緒

二次障害をきたしている発達障害のある子ども達では、気分のむらが大きい、かんしゃくを起しやすなど、情緒的な不安定さが訴えられることが少なくない。しかし、こうした特徴は、思春期の定型発達児においてもよく認められるものでもある。発達障害児と定型発達児の思春期の心の特徴を表1に示した。自尊心の低下や性衝動を抑

表1. 思春期にみられる心理の特徴

| ①発達障害児    | ②定型発達児           |
|-----------|------------------|
| 気分の動揺     | 両価性・極端性          |
| 焦燥感       | 自己の内面への思考        |
| 過敏性       | 同年代からの評価への敏感性    |
| 反発性       | 社会の価値観への抵抗・批判    |
| 融通性のなさ    | 自己中心性、抽象的思考と理想主義 |
| 自信喪失      | 自信低下             |
| 意欲低下      |                  |
| 自己否定感     | 自己卑下的            |
| 自尊心低下     |                  |
| 性衝動の亢進    | 性衝動の亢進           |
| 性衝動抑制の葛藤少 | 性衝動抑制の葛藤         |

えようとする葛藤が乏しいなど、発達障害児にみられやすい特徴はあるものの、多くの心理特性は発達障害児と定型発達児で類似のものが多いことがわかる。発達障害児において情緒的に不安定といわれる状態は、定型発達児と質的に大きく異なるものではなく、思春期の定型発達児においても認められるマイナスの部分が発達障害児では顕著に表面化した状態になっていることができるように思われる。

#### 2. 心身症

発達障害児に認められる身体症状や身体的訴えのなかには、発達障害の素因と関連した併存症としての身体的素因の側面をもちながら、思春期には心理的状态による症状の動揺が大きくなり、いわゆる心身症の状態に発展するものがある。思春期発達障害児でも認められることのある心身症状態として、単純性肥満、過敏性腸症候群、チック障害、神経性無食欲症などがある。

#### 3. 行動・精神面の合併症

周囲や社会を困らせる破壊的行動(disruptive behaviors)から神経症性障害や気分障害などの精神障害まで多彩である。発達障害のタイプにより、認

められやすい問題にある程度の特徴がある(表2, 表3, 表4, 表5)。どの発達障害にも共通してみられるのは、破壊的行動障害、ストレス関連性障害、不安障害、気分障害である。

破壊的行動とは、その行動のために周囲に大きな迷惑や被害を与えるものをいう。知的障害では窃盗や暴力的行為、注意欠如・多動性障害(attention deficit/hyperactivity disorder: ADHD)では衝動的な暴力行為が多いが、広汎性発達障害(pervasive developmental disorder: PDD)では容易に露呈する軽犯罪か了解困難な重大な事件かのどちらかという特徴が認められやすい。ただし、発達障害であることがそのまま反社会的行動につながるわけではない。発達障害があることが理解されず、不適切な対応をされ続けたことが反社会的行動に向かう心性を後押しするのであり、この点は通常の非行少年の心理と同様である。発達障害特性があることが、こうした子ども達の反社会的行動を理解しにくくする部分があり、そのためにクローズアップされているだけで、発達障害のある子ども達が反社会的行動を起しやすくと考えるのは適切ではない。

ストレス関連性障害では、適応障害

表2. 思春期以降の知的障害(ID)で認められやすい行動・精神面の問題

|                                |
|--------------------------------|
| ①行動問題                          |
| 1) 食行動問題<br>反芻(通常, 中等度以上のID)   |
| 2) 破壊的行動障害<br>反抗挑戦性障害, 行為障害    |
| ②精神障害                          |
| 1) ストレス関連性障害<br>急性ストレス障害, 適応障害 |
| 2) 神経症性障害<br>不安障害              |
| 3) 気分障害<br>うつ状態, 躁状態           |
| 4) 青年期ダウン症候群の退行現象              |

としての不登校がどの発達障害にも認められる。わが国における調査では、発達障害における不登校の合併率は25~30%程度、不登校事例における発達障害の頻度も20~30%台とする報告が多い。知能障害のない発達障害における不登校では、小学校、しかも低学年から不登校が出現しているものが多い傾向がある。また、不登校のきっかけとして教師との関係の問題が多く指摘されるのも特徴である。不安障害は、どの発達障害においてもみられ、発達障害であることの併存特性が関係していることも考えられる。

気分障害では、うつ状態のほうが多いが、ときに躁状態や躁うつ状態を認めることもある。思春期心性としての気分の動揺や落ち着きのなさ、かんしゃく、無気力と混同され、見逃されることが少なくないともいわれており、注意が必要である。

行動・精神面の問題は、全体としてPDDで多彩で、程度も強いものが多く認められる。PDD特性が、現在の社会で生きていくうえで他の発達障害よりもストレスを生じやすいことがうかがわれ、PDD特性のある子どもへ

表3. 思春期以降のPDDで認められやすい行動・精神面の問題

|   |
|---|
| ①心理発達上の問題                                   |
| 1) 二次性徴発来と関連する問題<br>直截的な性的行動                |
| 2) 特性行動の亢進<br>一人言, 徘徊, 固執                   |
| 3) 同一性の混乱(拡散)<br>哲学的命題や人の生死への固執             |
| ②行動問題                                       |
| 1) 食行動問題<br>反芻, 反応性拒食, 神経性無食欲症              |
| 2) 排泄行動問題<br>意図的失禁, 弄便                      |
| 3) 破壊的行動障害<br>反抗挑戦性障害, 行為障害                 |
| ③精神障害                                       |
| 1) ストレス関連性障害<br>急性ストレス障害, 適応障害, 心的外傷後ストレス障害 |
| 2) 神経症性障害<br>強迫性障害, 不安障害                    |
| 3) 気分障害<br>うつ状態, 躁状態                        |
| 4) 精神病状態<br>被害念慮, 被害妄想, 幻覚(幻聴)              |

表4. 思春期以降のADHDで認められやすい行動・精神面の問題

|                             |
|-----------------------------|
| ①行動問題                       |
| 1) 交通事故の多発                  |
| 2) 活発な性行動                   |
| 3) 破壊的行動障害<br>反抗挑戦性障害, 行為障害 |
| ②精神障害                       |
| 1) ストレス関連性障害<br>適応障害        |
| 2) 神経症性障害<br>不安障害           |
| 3) 気分障害<br>うつ状態, 躁状態        |

の早期からの適切な対応が望まれる。

#### IV. 二次障害への対応の概要

##### 1. 不安定な情緒への対応

子どもが自身を理解し受け入れられるようになることが重要である。障害特性の説明や状況に応じて診断名告知

表5. 思春期以降の学習障害で認められやすい行動・精神面の問題

|                                |
|--------------------------------|
| ①行動問題                          |
| 1) 破壊的行動障害<br>反抗挑戦性障害          |
| ②精神障害                          |
| 1) ストレス関連性障害<br>急性ストレス障害, 適応障害 |
| 2) 神経症性障害<br>不安障害              |
| 3) 気分障害<br>うつ状態                |

を行う。説明は、受容的、共感的な姿勢で行うことが大切である。発達障害特性の有無にかかわらず、子どもを丸ごと受け止めるという姿勢を保護者や教師にもってもらうことが重要となる。同年代の子どもと一緒に活動できる機会の提供も有用である。

性や進路に関する問題については、

定型発達児に対するのと同様の性教育や進路指導をすることでほとんどは大丈夫である。ただし、発達障害のある子どもに理解できるように伝えることが要点となる。この点は、特にPDDにおいて重要となる。話しても問題が変わらないというときは、こちらの説明の仕方では伝えたい内容が子どもに伝わっていない場合が多い。

## 2. 行動問題への対応

破壊的行動の改善は容易ではない。発達障害特性に応じた薬物療法と応用行動分析を基とした行動変容技法で対応するのが基本である。行動変容技法は、保護者や教師など、日常的に子どもと接する立場の人に学習してもらって効果的である。

## 3. 心身症・精神障害への対応

心身症や症状の出ている精神障害に対しては、個々の疾患に対する通常の薬物療法や生活指導を行う。発達障害の場合、生活指導に際して、子どもに理解できる説明が必要となる。

## V. 二次障害の予防

予防に向けての対応の概要は表6のようになる。ストレスの中心は対人関係の問題であるので、周囲の人からの理解を得ることが重要なこととなる。基本は、障害に関する全般的な知識とその子どもの特性の理解に対する啓発活動である。単に知識だけではなく、その子どもにどのように接したらよいのかという対応方法まで説明することが望ましい。これらの他者からの理解は、小学生までの間に実施される

表6. 二次障害の予防に向けて

|                     |
|---------------------|
| ① ストレッサーへの対処        |
| 他者からの理解の促進          |
| 子どもの特性理解のための啓発      |
| 子どもへの対処方法の教示        |
| ② 健全な心の発達支援         |
| 自尊心の回復・維持           |
| 発達課題の体験機会の提供        |
| 自分自身の特性の理解促進        |
| トラブルに対する対処方法の教示・訓練  |
| ③ 支援体制の整備           |
| 発達障害に関する保護者・教師の理解促進 |
| 相談機関の確保             |

ことで、二次障害予防につながっていくことになる。教師の影響力がまだ強い小学生までの年代を考えた場合、担任教師の十分な理解を得ることがきわめて重要な点となってくる。

しかし、どんなに熱心に対応しても、子どもにふりかかるストレスのすべてを予防することは不可能である。しかも、前述したように、思春期に自分を客観的にみつめられるようになること自体がストレスをつくることになるとすれば、思春期心性を背景とした心の動揺状況を完全に防ぐことはできないことである。このような状況に対して考えることは、危険因子をいかになくするだけでなく、危険因子があっても心の動揺に耐えられるだけの心をいかに育てるかということであろう。心の健全性と剛性と柔軟性を育てることができれば、多少のストレスがあってもそれを乗り越えることが期待できる。心の健全な発達のためには各年代における発達課題を適切に体験することの重要性が指摘されている。思春期の問題に対処するためには、思春期前、つまり学童期までの発達課題の適切な体験が重要となる。それらは、基本的信頼感、自律感、自発

性、達成感、集団活動などである。

結局、思春期問題の予防のためには、学童期までに、①発達課題の適切な体験、②適応行動の問題への適切な支援、③自分が丸ごと受け入れられているという実感、④自分の特性に関する適切な知識の習得、がそれぞれ可能となるような周囲の配慮が必要ということになるであろう。

## 文 献

- 1) APA : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. text revision. American Psychiatric Association, 2000
- 2) AAMR : Mental Retardation : definition, classification, and systems of supports 10th ed. American Association on Mental Retardation, 2002 (栗田宏, 渡辺勸持 訳: 知的障害 定義, 分類および支援体系, 日本知的障害福祉連盟, 2004)
- 3) Wiener JM, Dulcan MK : Textbook of Child and Adolescent Psychiatry 3rd ed. American Psychiatric Publishing, 2004
- 4) 宮本信也 : 発達障害とその周辺への支援 思春期にみられる問題とその支援. 日本小児科医会会報 28 : 79 - 82, 2009
- 5) 宮本信也 : ADHDと学校精神保健. 精神科治療学 25 : 771 - 777, 2010

## I ライフステージに特有のライフイベント

第5部では、成人期と老年期の臨床ケースを通じた臨床心理アセスメントについて概説する。表1は、成人期から老年期のクライアントの主訴と関連しやすい代表的なライフイベントを示している。

表1 ライフステージ別に見た主訴の背景となりうるライフイベントの例

| ライフステージ | ライフイベント  |
|---------|--|
| 成人期     | 就職活動、学業、進路決定、就労、職場の人間関係、経済問題、友人・恋人との関係、家族関係（親子、夫婦、きょうだいなど）、結婚、離婚、妊娠、出産、育児・子育て、家族介護、転職、離職、リストラ、住宅問題（転居、住宅購入、住宅ローン、老親との同居など）など |
| 老年期     | 加齢や老化による心身機能の衰え、老後の心配、退職・引退、子どもの問題（独立、結婚、離婚、就職）、近隣トラブル、自らの健康問題や闘病（入院、手術、長期通院など）、死別、退職、老後の生活設計、要介護状態に至る、家族の介護、喪失体験など          |

### 概論

## 成人期から老年期のクライアントを理解するための臨床心理アセスメント 「多因子性」と「連続性」の視点から

松田 修 OSAMU MATSUDA  
東京学芸大学総合教育科学系

### 1. 成人期に特有のライフイベントと心理的問題

成人期は社会的に独立する時期の年齢に相当する。就職、結婚、出産、育児など、社会で一定の基盤を確立し、さらにその発展が期待される時期である。しかしながら、すべての人がこうした期待に応えられるとは限らない。むしろ周囲の期待の大きさが重圧となり、苦しむ人もいる。その前段階として成人期は、自己決定が尊重される一方で、負わねばならない責任の重い時期でもある。自分一人の問題だけでなく、家族や職場や地域など、周囲のさまざまな人を巻き込むような複雑多様化した問題に直面することも多い。問題によっては、自らの努力ではどうにも解決できないという現実と直面し、挫折し、葛藤する時期でもある。

成人期初期は、大学生活、進路決定、就職活動など、大人としての期待に応える時期である。同時に、この時期は、青年期後期と成人期前期の心理発達の特徴が共



存しやすい時期でもある。暦年齢は成人相当でも、精神的な発達には未熟なままの若者もいる。自らのアイデンティティを確立することができず、モラトリアム状態が継続し、人生目標が見えないまま、将来を悲観し、絶望する若者すらいる。この時期のクライアントの主訴のなかには、成人期以前に発生した問題やライフイベントが密接に関わっていることがある。例えば、児童期に体験した心的外傷（トラウマ）（例：虐待）、思春期を機に顕在化した性同一性障害、青年期に発症した摂食障害や妄想症、さらには、不登校、非行、ひきこもりなどである。さらには、発達障害（例：学習障害（LD）、自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠陥／多動性障害（ADHD））などのある成人のなかには、抑うつや強迫観念などの二次障害や、認知発達の偏りや歪みに起因する生きづらさに苦悩する人も少なくない。

成人期中期は、生活基盤の確立と維持が要求される時期である。親から独立し、結婚して新しい家族を築くことを期待される一方で、結婚生活や子育て・育児に関連したさまざまな苦悩や葛藤に出会う時期でもある。思春期や第二次反抗期を迎えた子どもへの対応や、子どもの進路決定や受験、そして就職などの問題に直面することもしばしばある。さらには、子どもの学費、住宅ローン、老親介護など、経済的な負担もストレスとなりやすい。

成人期後期は、加齢に伴う生理的老化への適応が求められる時期である。この時期には、退職や引退といった地位や役割の変化への適応も求められる。健康上の問題も起こりやすく、病とどう付き合うかもこの時期の重要な課題となっている。さらには、仕事の引退や引退後の生活設計、老親の扶養問題や介護、そして親や配偶者との死別といったライフイベントにも対処しなければならない時期である。

## 2. 老年期に特有のライフイベントと心理的問題

『平成23年版高齢社会白書』（内閣府、2011）によると、わが国の高齢化率は、23.1%（前年22.7%）となり、国民の5人に1人が高齢者となった。高齢化率は今後も上昇し、2055年には40.5%に達するとの推計がある。高齢化率の増加に加えて、世帯構造も大きく変化しつつある。高齢核家族化が進展し、高齢者の単身世帯または高齢者のみの世帯が増えている。高齢核家族化の進展は、高齢者の社会的孤立の一因となることも予想される。

老年期は、加齢に心身機能の衰え、職業的役割からの引退・退職、親や家族との死別など、乗り越えなくてはならない出来事が増す時期である。特に、次第に衰退する心身機能の変化や、社会的役割の変化や身近な人との死別といった喪失体験は、老年期に集中して起こるライフイベントである。老後の暮らしを支えるための収入や住宅事情といった経済環境的な問題にも直面することがある。さらにこの時期は、すべてのライフステージのなかで最も健康問題が多く起こる時期でもある。自らそして、家族の闘病や介護にまつわる問題は、この時期の人々の心の健康と大きく関わる問題である。



## Ⅱ 成人期から老年期のクライアントの主訴理解の視点

### 1. 多因子性——多彩な要因を視野に入れた主訴理解の視点

成人期から老年期のクライアントの主訴は多彩である。心理面や行動面の問題が主訴となる場合もあれば、身体面の問題が主訴になる場合もある。主訴は身体面の問題であるにもかかわらず、実際にはその背後に精神医学的な病態が存在するケースも少なくない。一方、心理面や行動面の問題を主訴とするケースのなかには、その背後に未診断の発達障害、アルツハイマー病などの脳器質性疾患、そして、心の不調を生じさせる身体疾患が関与している場合がある。さらにこの時期のクライアントの主訴や経過には家計状況や世帯構造といった経済環境的な要因も影響することが多い。このように、この時期のクライアントの主訴の背景は複雑で、複数の要因が同時に存在し、それぞれが相互に関連している場合が多い。

図1は、成人期から老年期のクライアントの主訴とその背景を表している。ここでは、主訴の背景を医学的要因、心理社会的要因、経済環境的要因の3つに大別した。医学的要因とは、医学的理解や関与を必要とする問題を含む。このなかには、身体疾患や精神疾患、およびそれらに関連した障害が含まれる（例：脳血管障害、認知症、物質関連障害、気分障害、統合失調症、発達障害など）。心理社会的要因とは、主訴に影響するクライアントの心理発達の特性やライフイベントを含む概念である。このなかには、虐待・トラウマ、心理発達の特性、対人関係（例：友人、親子、恋人、夫婦）、育児・子育て、家族関係、進路決定、就職活動、職場適応、引退・

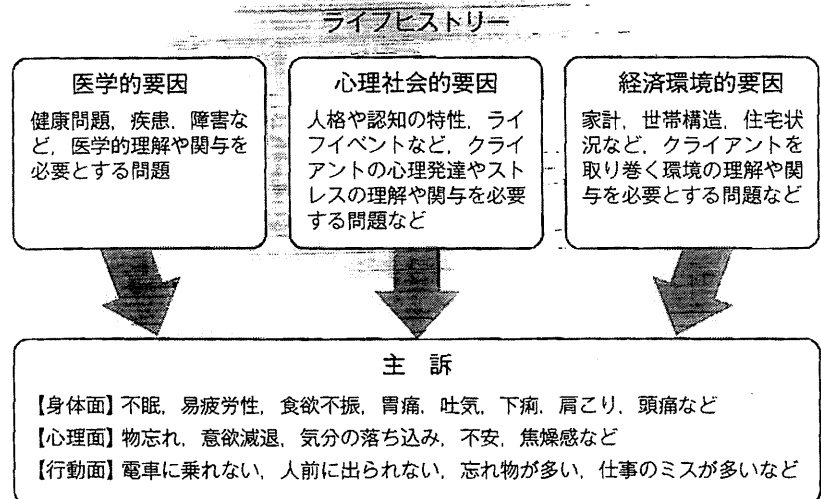


図1 主訴の例とその背景

退職、死別、喪失・挫折、老親介護、闘病、孤立や孤独などが含まれる。経済環境的要因とは、クライアントの経済状況やクライアントを取り巻く環境の理解や、これらに対する支援や関与を必要とする問題が含まれる。このなかには、収入減、債務超過などの経済的問題や不安定な雇用形態、さらには、世帯構造や住宅事情といった環境要因が含まれる。成人期から老年期のクライアントのアセスメントでは、主訴の背後にある多彩な要因に目を向けながら、クライアントの理解に努める必要がある。

## 2. 連続性——生涯発達の視点からの主訴理解の視点

誰にでもその人固有の歴史がある。成人期のクライアントは、乳児期、児童期、そして青年期の発達や経験を経て現在に至っている。老年期のクライアントは、加齢の影響に加えて、成人期という最も長い経験を経て現在に至っている。すなわち、成人期および老年期のクライアントの「今」は、個人のライフヒストリーの延長線上に存在する。しかしながら、多くの場合、私たちはクライアントの今しか直に見ることはできない。そのため、私たちはつい今の現実ばかりに目を奪われ、そこに至るクライアントの長い人生の歴史をなおざりにしてしまいがちである。たしかにこの時期は、その人らしさ（例：価値観や行動様式など）を失わせるほどの病的変化（例：認知症など）が起りやすい。しかしながら、たとえ病的変化によって「その人らしさ」は失われても、その人の過去の歴史は存在し続ける。その人のライフヒストリーを知ることは、今の本人の価値観や行動様式がどう変化したのかを理解するのに有益である。同時に、その人のライフヒストリーを知ることは、今の本人の苦悩や家族の戸惑いを理解するうえでも有益である。

## Ⅲ 成人期から老年期の臨床心理アセスメント

臨床心理アセスメントの目的は、クライアント、患者、および相談者（クライアントの家族、ケアスタッフなども含む）の主訴解決に必要な情報を収集し、その情報に基づいて必要な支援（治療や対応を含む）の指針を得ることである。言い換えると、クライアントの「主訴」とその解決に必要な「支援」との間の橋渡しをするプロセスが臨床心理アセスメントである。筆者は、このプロセスは以下の4段階から構成されると考える（図2）。

第1段階は、アセスメントの「方針決定」から開始される。ここでは、クライアントの主訴の理解とその解決指針を得るためには、どのような情報をどうやって収集することが必要かを検討する手続きが求められる。心理検査や構造化面接法といった定式的な手続きに則った情報収集を行うのか、それとも、面接や行動観察を重ねながらクライアントの理解に必要な情報を収集するほうがよいのかを判断する。

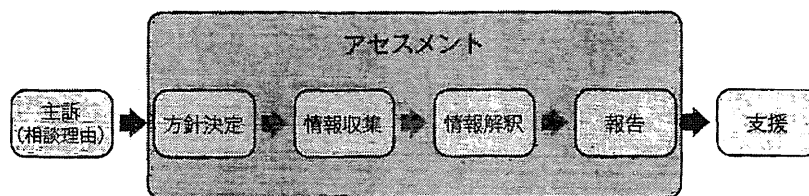


図2 臨床心理アセスメントの位置づけ

なお、表2には、成人期・老年期の臨床心理アセスメントで使用されることの多い心理検査を列挙した。検査の目的に応じて、どの検査を実施すべきかを選択することも、臨床心理アセスメントの重要なポイントである。

第2段階は、「情報収集」である。ここでは、第1段階で決定した方針に則って、実際に情報収集が行われる。先述のように、情報収集の手段にはさまざまな手法があるものの、その代表的な手法は心理検査を用いたアセスメントである。表2には成人期から老年期のクライアントに使われることの多い主な心理検査を列挙した。テストバッテリーを組む際には、検査によって測定される内容と検査の目的が合致しているか、使用する検査の信頼性や妥当性は十分か、検査に要する時間は適切な長さかなどを総合的に検討する必要がある。特に、高齢者の場合、長時間に及ぶ検査や、教示や操作が複雑な検査では、正確な測定ができない場合がある。能力検査を用いた情報収集では、標準的な手続きは遵守しつつも、高齢者が自らの力を最大限に発揮できるような支援も求められる。

第3段階は、「情報解釈」である。ここでは、得られた情報を整理・統合し、クライアントの状態像の評価や必要な支援の指針を検討する（見立て）。検査の目的に応じて、解釈のポイントは異なる。例えば、医療場面では医師による医学的診断に必要な情報を収集する目的で、症状の有無やその程度の評価のために臨床心理アセスメントが行われることが多い。このときには、医師の医学的診断に必要な情報の解釈が必要である。一方、医療現場以外の心理臨床実践では、臨床心理士自身が、クライアントをよりよく理解する目的で臨床心理アセスメントが行われる場合がある。この場合には、得られた情報を総合的に解釈し、どのような臨床心理学的支援が必要かを判断ないしは見立てるための解釈が行われる。

第4段階は、「報告」である。ここでは解釈した情報を必要とする人に向けて、書面ないしは口頭によるアセスメントの結果の伝達が行われる。医師の医学的診断に必要な情報を得ることがアセスメントの目的である場合には、臨床心理学の専門家でない医師にアセスメントの結果が正確に伝わるように留意する必要がある。クライアントやその家族または介護者など、非専門家にアセスメントの結果を報告する際には、これらの人々が理解可能な形式に情報を変換して伝えることも必要である。

表2 成人期から老年期のアセスメントで使用する主な検査

| 知能や認知機能に関する検査   | 人格特性に関する検査  | 気分・情動・健康に関する検査  |
|---|---|---|
| Mini-Mental State Examination (MMSE)<br>改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)<br>日本語版コグニスタット認知機能検査 (COGNISTAT)<br>Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)<br>ウェクスラー成人知能検査第3版 (WAIS-III)<br>ウェクスラー記憶検査改訂版 (WMS-R)<br>三宅式記銘力検査<br>ペンダー・ゲシュタルト・テスト (BGT)<br>リバーミード行動記憶検査 (RBMT)<br>レーヴン色彩マトリックス検査 (RPMT)<br>知的機能の簡易評価 (JART)<br>ベントン視覚記銘検査 (BVMТ)<br>コース立方体組み合わせテスト<br>ウイスコンシン・カード分類検査 (WCST)<br>遂行機能障害症候群の行動評価 (BADS)<br>標準失語症検査 (SLTA)<br>WAB 失語症検査<br>MEDE 多面的初期認知症判定検査 | モーズレイ性格検査 (MPI)<br>矢田部ギルフォード性格検査<br>東大式エゴグラム (TEG)<br>精研式文章完成法テスト (SCT)<br>P-F スタディ (絵画欲求不満テスト)<br>MMPI 人格検査<br>主要5因子性格検査 (BIG5)<br>ロールシャッハ・テスト<br>絵画統覚検査 (TAT) | CAS 不安測定検査<br>SDS うつ性自己評価尺度<br>CES-D 抑うつ症状自己評価尺度<br>STAI 状態・特性不安検査<br>CMI 健康調査票<br>GHQ 精神健康調査票<br>MAS 不安尺度<br>WHO QOL26 |

#### IV 超高齢社会における臨床心理アセスメント

表3には、成人期から老年期の臨床心理アセスメントの主たる目的とその活用例を示した。その主な目的は、クライアントの理解（見立て）、治療経過の判断、公的制度の申請手続きおよび権利擁護のための能力評価である。

超高齢社会を迎えた今、臨床心理アセスメントの活用範囲は広がっている。特に、認知症高齢者のアセスメントの重要性は増加している。ここではその重要性を3つの視点から述べる。

第1は、認知症の早期発見を目的とした活用である。ここ10年間の認知症治療は目覚ましい発展を遂げている。しかし新たに開発された治療法の多くは、認知症の初期または軽度の時期に効果のある治療法である。言うまでもなく、認知症の中核症状は、認知機能の障害である。したがって、認知症の早期診断には、病初期の軽微な認知機能低下のアセスメントが重要な役割を担っている (Matsuda & Saito,

表3 超高齢社会における臨床心理アセスメントの活用例

| 目的   | 活用例  |
|--|--|
| 見立て <ul style="list-style-type: none"> <li>主訴およびその背景の理解</li> <li>症状の有無や程度の把握</li> <li>医学的診断心理学的判断</li> <li>予後や経過の予測</li> <li>治療および支援指針の検討</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の前駆段階 (MCI) および初期のスクリーニング</li> <li>脳器質性障害のスクリーニング</li> <li>認知症の認知プロフィールの理解</li> <li>BPSD (認知症による行動心理症状) に対する対応指針の検討など</li> </ul> |
| 経過観察 <ul style="list-style-type: none"> <li>病状の経過や治療効果を検討に活用</li> <li>治験における効果評価のために活用</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の経過観察</li> <li>認知症治療薬の臨床治験における効果評価など</li> </ul>  |
| その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>公的制度の利用申請</li> <li>権利擁護</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度, 成年後見制度など, 各種公的制度利用申請に伴う手続き</li> <li>精神鑑定における意思能力や責任能力の評価など</li> </ul>   |

2009)。

第2は、臨床治験における効果評価への活用である。ここ数年、世界中で認知症治療薬の開発研究が盛んに行われ、それに関連した臨床治験も試みられている。臨床治験においても、早期発見の場合と同じく、中核症状である認知機能評価が必要とされる。しかしながら、どんなに信頼性や妥当性の高い心理尺度を用いても、検査者の臨床的スキルが乏しければ、被験者を正しく評価することができない。優れた心理尺度の開発と同時に、高齢者に対する臨床的スキルをもつ専門職の輩出は、臨床心理学に課せられた今世紀の重要課題のひとつである。

第3は、成年後見制度や介護保険制度など、公的制度の利用申請手続きや権利擁護に関わる能力評価への活用である。認知機能が低下し、本来は単独での意思決定が困難となっているにもかかわらず、それらの行為を続けていたがために、不当契約や詐欺などのトラブルに巻き込まれる高齢者が後を絶たない。意思能力の低下が疑われる高齢者の遺言書の有効性をめぐる民事裁判もある。加齢や認知症によって意思決定能力が低下した高齢者の権利擁護における能力評価は、少子高齢化と高齢核家族化の更なる進展が予想されるわが国において、今後さらにその重要性を増すに違いない。

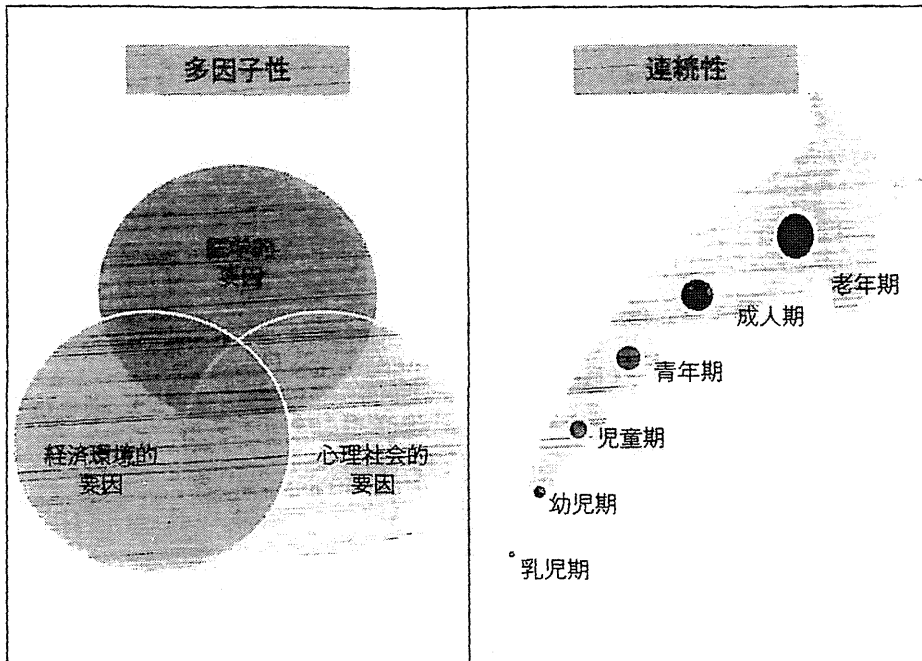


図3 成人期から老年期のクライアントを理解するための2つの視点

## V 終わりに

成人期から老年期のクライアントのアセスメントでは、「多因子性」と「連続性」の2つに視点をもつことが必要である(図3)。こうした視点をもちながら、常に、「クライアントの支援のため」というアセスメントのゴールを見失わないように日々努力する姿勢が必要である。

### 文 献

- Matsuda O & Saito M (2009) Multiple cognitive deficits in patients during the mild cognitive impairment stage of Alzheimer's disease : How are cognitive domains other than episodic memory impaired? *International Psychogeriatrics* 21 ; 970-976.
- 松田修、斎藤正彦 (2011) 認知症高齢者の権利擁護と能力評価 ― 知能検査および認知機能検査の成績と財産行為を含む生活行為の遂行状況との一致度の検討. *老年精神医学雑誌* 22 ; 723-733.
- 内閣府 (2011) 平成 23 年版高齢社会白書.



【学校で使えるアセスメント】

## WISC-IVによる発達障害の アセスメント：教師のための活用術

松田 修／東京学芸大学総合教育科学系教育心理学講座准教授

### 1 はじめに

発達障害のある児童生徒の指導には、一人一人の認知発達の特長（以下、認知特性と記す）の理解が不可欠である。指導や支援のために児童生徒の認知特性を理解するプロセスをアセスメント（実態把握）という。アセスメントには様々な方法があるが、学校で使える代表的な方法のひとつがWISC-IVによる認知特性のアセスメントである。

本稿では、子どもの心理検査の専門家（例：臨床心理士、特別支援教育士、発達臨床心理士、学校心理士など）からもたらされたWISC-IVの結果を指導に役立てる際に必要な基礎知識を解説したい。具体的には、WISC-IVからどのようなことがわかるのか、専門家から得た情報をどう指導に応用したらよいかについて解説する。なお、本稿では検査内容の露出を避けるために、検査内容に関する具体的な記述はあえて控えた。

### 2 「つまずき」に対するアセスメントの視点

教室の中に様々な困難やつまずきを呈する子どもがいる。「板書の苦手な子」、「指示が入りにくい子」、「ノートを上手に取れない子」、「落ち着いて席に座ってられない子」、

「人の話を最後まで聞けない子」など、学習面、社会面、行動面での様々なつまずきである。こうしたつまずきの背景のひとつに発達障害による認知発達の遅れや偏りが存在する場合がある。

発達障害とは、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、自閉症スペクトラム障害（ASD）、その他これらに類する脳機能障害である。発達障害のある子どもは、脳機能障害に由来する認知発達の遅れや偏りによって、学習面、社会面、行動面、感覚・運動面など、様々な場面の活動でつまずきを経験しやすい（図1）。つまずきの背景を理解し、一人一人に合った指導や支援の指針を得るために行われるのが、認知特性のアセスメントである。アセスメントで使用される代表的な検査のひとつがWISC-IVである。

### 3 WISC-IIIからWISC-IVへ

WISC-IVは、子ども用の知能検査として長い歴史を有し、世界的に広く使われてきた児童用知能検査WISCの最新版である。日本版は2010年12月に刊行された（Wechsler, 2003；日本版WISC-IV刊行委員会 訳編, 2010a；2010b）。

WISC-IIIからWISC-IVへの改訂の大き

な原動力は、検査の背景にある理論的基盤の更新とエビデンスの強化を求める時代の要請である（詳細は、上野（2011）に詳しい）。こうした要請を背景に改訂された WISC-IV は、それまで使われていた WISC-III とはいくつかの点で大きく異なる。主な改訂点は、①VIQ と PIQ の廃止、②流動性推理とワーキングメモリーの測定強化、③検査時間の短縮化と簡素化、④新たな統計指標の登場による解釈精度の向上である。

ところで、かねてより、WISC は、「個人間差」と「個人内差」という2つの視点から子どもの認知発達特性を理解することが可能であった。「個人間差」とは、個人の成績を同年齢集団の得点分布との比較によって理解する視点である。一方、「個人内差」とは、個人の中での認知発達のアンバランスさに注目する視点である。しかしながら、今回登場した WISC-IV は、従来の検査（WISC-III）よりもより理論的で洗練された手続きに則って、個人間差と個人内差を判断できる検査として生まれ変わった。

## 4 WISC-IVをどう指導に役立てるか

### (1) FSIQ からわかること

全検査 IQ（FSIQ）は、一般に、全般的な知的発達水準を表す指標として解釈される。FSIQ は平均を100、標準偏差を15とする標準得点である。FSIQ が100ならば当該児童生徒の知的発達水準は「平均」的な位置にあると解釈することができる。同年代の約50%の児童生徒は、90～110の範囲に位置するとする。しかし、その値が平均よりも30ポイント（2標準偏差分）以上低いまたは高い児童

生徒は同世代のそれぞれ約2%ずつと推計される。

FSIQ は WISC-IV の指標の中で最も重要な指標である。なぜなら、この指標は全ての指標得点を統合する指標だからである。しかしながら、FSIQ を構成する4つの指標得点、すなわち、言語理解指標（VCI）、知覚推理（PRI）、ワーキングメモリー指標（WMI）、処理速度指標（PSI）の得点間の差が大きい場合には、FSIQ の解釈は慎重に行うべきである。この場合は、各指標得点の水準を丁寧に解釈する方が望ましい場合がある。

### (2) VCI からわかること

VCI は、語彙の豊かさや習得知識、さらには言葉による推理力を反映する指標である。VCI 得点は、FSIQ と同じく平均が100で標準偏差を15とする標準得点である。なお、以下に説明する他の指標得点も同様の標準得点である。VCI が弱い児童生徒に共通する特徴は、言葉による理解（聞く・読む）、表現（話す、書く）、推論（言葉による推理）でのつまずきである。

VCI が反映する能力が弱い児童生徒に共通する指導指針は、「説明や指示は短く、簡潔に行う」、「指示が正確に伝わったどうかを確認する」などである。

### (3) PRI からわかること

PRI は、流動性推理や視覚情報処理を反映する指標である。PRI が弱い児童生徒に共通する特徴は、分類やパターンの理解、図や地図の読み取り、算数などのつまずきなどである。

PRI の弱い児童生徒に共通する指導指針は、「目標を明示し、見通しを持たせる」、「問題



解決の手順や活動の順序を明示する」などがあげられる。

#### (4) WMI からわかること

WMI は、主に聴覚性ワーキングメモリーを反映する指標である。WMI は、聴覚を通じて入力された情報の中から、処理に必要な情報を選別し、それらを保持しながら処理を行う能力を反映している。WMI の弱い児童生徒に共通する特徴は、音読や書字の弱さ、注意散漫、聞き間違いによる誤解や思い込み、複雑な計算問題が苦手などである。後述するように、読み書き障害のある児童生徒では、WMI の弱さが目立つことがある。

WMI の弱い児童生徒に共通する指導のポイントは、「指示は短く、簡潔に、そして繰り返す」、「学習に必要な刺激は可能な限り排除する」、「注意をこちらに向けさせてから指示や説明を行う」などである。

#### (5) PSI からわかること

PSI は、主に情報処理のスピードや筆記能力などを反映する指標である。PSI の弱い児童生徒に共通する特徴は、板書の書き取りや課題を終えるのが遅い、急かされると力を発揮できないなどである。PSI の弱い児童生徒に対する指導のポイントは、「焦らせない（板書させずに、プリントを配布）」、「十分な時間を与える」などである。

### 5 WISC-IVから見える発達障害の特徴

以下に、日本版 WISC-IV 理論・解釈マニュアル（日本版 WISC-IV 刊行委員会，2010b）を参考に、WISC-IV から見える発達障害の特徴を述べる。

#### (1) LD の特徴

読字障害のある児童生徒では、VCI WMI が相対的に弱いことが多い。算数障害のある児童生徒では、PRI が相対的に弱いことが多い。WISC-III から WISC-IV への訂では、PRI は流動性推理の測定が最も強された指標得点である。PRI は、算数（学）学習を支える重要な能力の指標なのかしれない。

#### (2) ADHD の特徴

ADHD のある児童生徒は、WMI と PSI 相対的に弱いようである。なお、WMI PSI の弱さは、発達障害に共通する特徴だといわれている。これらの指標が弱いと、「読み」、「書き」、「計算する」などの基礎的な学習につまずきが起こりやすい。

#### (3) ASD の特徴

ASD に共通する特徴は、ADHD と同じ WMI と PSI が相対的に弱い点である。特にアスペルガー障害の子どもでは、WMI、PSI に比して、VCI が相対的に強い場合がしばしばある。これに対して、自閉性障害の子どもの中には、WMI と PSI のみならず、VCI も PRI より弱い子どもがいる。さらに言語表現が独特さや言語的コミュニケーションの問題も明らかになることがある。

### 6 統計指標からわかること

かつての WISC は、群指数（WISC-IV の指標得点に相当）の得点間の差の有意性に注目した個人内差の解釈が行われていた。しかし WISC-IV では、得点間の有意性に加えてあらたに登場した標準出現率を使って、個人内差をさらに深く理解することができるよう

になった。指標得点間の差に関する標準出現率とは、その差が標準化サンプルでどの程度の割合で出現したかを表す指標である。

「指標得点間に統計的に有意な差がある」とは、指標得点の差の値がゼロになる確率が小さいことを表している（WISC-IVでは通常15%水準で判断）。これに対して、標準出現率は、当該児童生徒に見られた指標得点間の差の大きさがどの程度まれであるかを知る指標である。有意性に加えて出現率を見ることで、当該児童の認知発達アンバランスさが同年代の子どもの中で「ありふれた差」なのか「まれな差」なのかを知ることができる。実際には、有意差があっても、出現率が25%となることもある。30人学級ならば7～8人に見られる差の大きさと解釈することができる。一方、出現率が10%ならば、その差は30人中3人ということになる。目安としては、出現率が10～15%以下のときに「まれ」とみなしてもよいといわれている。

## 7 おわりに

発達障害のある児童生徒の中核的な問題は、認知発達の遅れとアンバランスさである。かねてよりWISCは、認知発達の遅れ（個人間差）とアンバランスさ（個人内差）を同時に評価できる優れた尺度として教育臨床の領域で広く使用されてきた。こうした特徴を引き継ぎつつも、理論的にも実践的にもより一層洗練された今回のWISC-IVは、発達障害児の教育実践に大いに役立つ尺度として今後も使われていくはずである。

## 引用文献

- 上野一彦（2011）日本版 WISC-IVテクニカルレポート # 1. 日本版 WISC-IVの改訂経緯と特徴. [http://www.nichibun.co.jp/kobetsu/technicalreport/wisc4\\_tech\\_voll.pdf](http://www.nichibun.co.jp/kobetsu/technicalreport/wisc4_tech_voll.pdf).
- Wechsler D. 著 日本版 WISC-IV刊行委員会 訳編（2010a）：日本版 WISC-IV実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.
- Wechsler D. 著 日本版 WISC-IV刊行委員会 訳編（2010b）：日本版 WISC-IV理論・解釈マニュアル. 日本文化科学社.

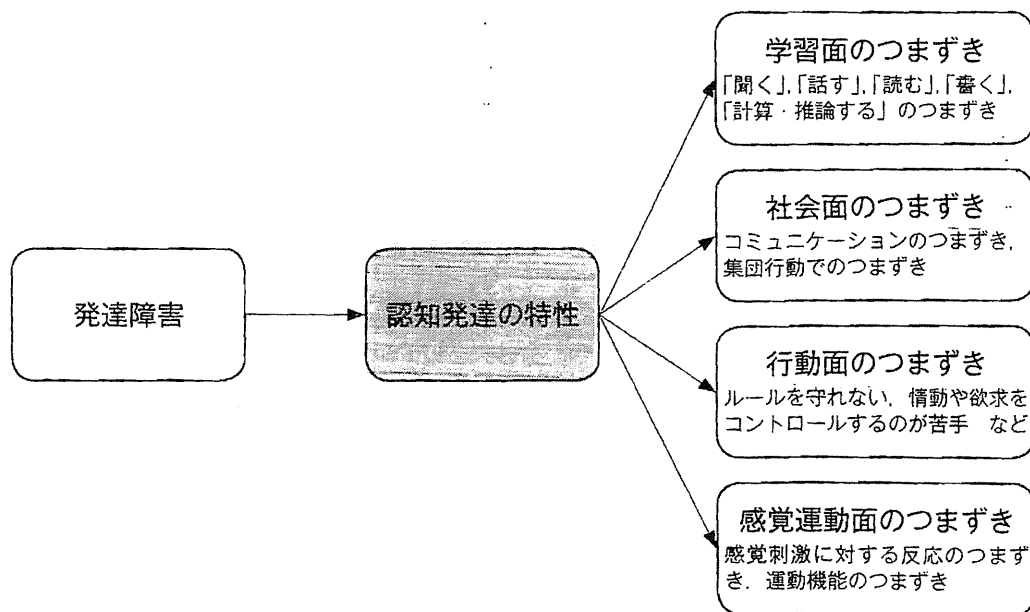


図1 認知特性面から見た発達障害児のつまずきの背景

新しい下位検査「語の推理」の理論的背景と  
実施・解釈のポイント

刊行委員会 松田修

2012.4

## — 要旨 —

日本版 WISC-IV が刊行されてから 1 年余りが過ぎた。その間、新しい下位検査の実施や解釈に関する質問を数多く頂戴してきた。これらを踏まえて、今回のテクニカルレポートでは、新しい下位検査の 1 つである「語の推理」を取り上げ、その理論的背景および実施と解釈のポイントに関する情報提供を試みた。「語の推理」は、今回の改訂によって強化された流動性推理を測定する下位検査である。言語理解指標 (VCI) に関わる補助検査で、VCI を構成する基本検査の代替検査として、全検査 IQ (FSIQ) と VCI 指標得点の算出に使用される。この下位検査が測定する主な認知能力は、言語性流動性推理と語彙知識 (結晶性知能の一部) である。「語の推理」は、2 つの臨床クラスターに分類される。1 つは「類似」とともに分類される言語性流動性推理 (Gf-verbal) クラスターで、もう 1 つは、「単語」とともに分類される語彙知識 (Gc-VL) クラスターである。代替の際に、「知識」と「語の推理」のどちらを選択したらよいかについては明確なルールはない。

## 1 はじめに

今回の改訂の目的は、理論的基盤の更新、臨床的有用性の向上、開発の適切性の向上、心理測定特性の改善、および使いやすきの向上である (Wechsler, 2003)。このうち、理論的基盤の更新は今回の改訂の大きな柱となっている。特に重視されたのは、流動性推理の測定の強化である。そのために、今回の改訂では下位検査の大幅な入れ替えが行われた。すなわち、いくつかの下位検査は削除され、その代わりに、いくつかの新しい下位検査が組み込まれた。その新しい下位検査の 1 つが「語の推理」(Word Reasoning: WR) である。

日本版 WISC-IV が刊行されてから 1 年余りが過ぎようとしている。この間、多くの研修会を通じて様々な意見や質問を頂戴してきた。特に、新しい下位検査の実施法や解釈法に関する質問は多く、より詳しい解説を求める声は少なくなかった。研修会では、様々な制約のために、必ずしも十分にお答えできなかったのではないかと思います。今回のテクニカルレポートでは、「語の推理」を取り上げることとした。本稿を通じて、「語の推理」から得られた情報が子どもたちの支援に効果的に活用されることを願う。なお、ウェブ上の公開という制約上、実際の問題については本稿で触れることはできないため、それらについては『日本版 WISC-IV 実施・採点マニュアル』をご参照いただきたい。

## 2 「語の推理」とはどんな検査か

### (1) 検査の概要

「語の推理」は、子どもに1つないしは複数のヒントを口頭で1つずつ提示し、それらに共通する概念を答えさせる課題で、言語性流動性推理、語彙知識（結晶性知能の一部）を測定している。

「語の推理」は、全23問から構成されている。その内訳は、1つのヒントで回答する1ヒント問題（5問）、最初のヒントの後に、さらに新しいヒントが1つ追加される2ヒント問題（9問）、そして、2つ目のヒントの後にさらにもう1つのヒントが追加される3ヒント問題（9問）である。全体の約8割が複数のヒントに基づいて回答する複数ヒント問題となっている。この複数ヒント問題では、子どもはヒントが追加されるたびに自らの考えを修正し、回答を絞り込んでいくことが求められる。

この下位検査は、VCIの補助検査である。VCIを構成する基本検査である「類似」「単語」「理解」の代替検査として、FSIQとVCIの算出に使用される。

### (2) 検査の来歴

「語の推理」がウェクスラーファミリー（WPPSI、WISC、WAISといったWechsler検査を包括する呼び名）の下位検査として初めて登場したのは、2002年に刊行されたWPPSI-III（*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Third Edition*; ウェクスラー幼児用知能検査第3版, Wechsler, 2002, 日本版作成中）であった。Flanagan & Kaufman（2009）によると、この検査の源泉は、*Kaplan's Word Context Test*（Werner & Kaplan, 1950）にさかのぼる。同様の課題は、その後が開発されたテストバッテリーの中にも組み込まれている。その代表的なものは、*Delis-Kaplan Executive Function System; D-KEFS*（Delis, Kaplan, & Kramer, 2001）の下位検査である「単語の文脈」（Word Context）、*K-ABC 心理教育アセスメントバッテリー*（*Kaufman Assessment Battery for Children; K-ABC*; Kaufman & Kaufman, 1983, 日本版は1993）の下位検査である「なぞなぞ」（Riddles）である。

### (3) なぜ新たに追加されたのか

「語の推理」が新たに追加された主たる理由は、WISC-IV改訂の目的の1つである理論的基盤の更新のためである。21世紀に入り、心理検査における理論的基盤の強化を求める動きが本格化し、多くの心理検査が開発と同時に改訂を余儀なくされた（詳細はテクニカルレポート#1を参照されたい）。WISCもその例外ではなく、理論的基盤の強化を図るためにいくつかの改訂が施された。特に今回の改訂では、最近の知能理論において注目を集めている流動性推理の測定が強化された。流動性推理とは、自動的に処理することのできない比較的新しい課題に直面したときに機能する知的な活動である（Flanagan et al., 2007）。流動性推理の測定の強化のために、新たに追加された3つの下位検査の1つが「語の推理」であった。ちなみに、残りの2つは、「行列推理」と「絵の概念」である。

## 3 何を測定しているのか

先述のように、「語の推理」は、流動性推理の測定を強化する目的で追加された下位検査である。同じ目的で追加された「行列推理」と「絵の概念」は、視覚的情報の処理を伴う流動性推理の課題であるのに対し、「語の推理」は聴覚的言語情報の処理を伴う流動性推理の課題である。

この検査で子どもは、言語情報の入力（言語理解）、処理（推論）、出力（言語表出）という3つのプロセスを経て回答することになる。この3つのプロセスを支える主な認知能力は図1の通