

表4 性別によるWCDSの基本統計量

	n	M	SD
WCDS合計得点			
男性	55	22.91	8.24
女性	164	24.57	7.81
自己完結的な認知の歪み			
男性	55	12.55	5.60
女性	164	13.63	5.17
環境依存的な認知の歪み			
男性	55	10.36	3.32
女性	164	10.93	3.18

という高い値が得られた。一般的に、 α 係数は項目数が少ないと小さくなる傾向があり(竹田ら, 2010)。本結果は満足のいく値を示している。よって、WCDSが高い内的整合性を有する尺度であり、各因子はそれぞれ下位尺度としての十分な信頼性を満たしていると考えられる。

外的基準との関連についてみると、WCDS得点とGHQ-12合計得点、GHQ-12の下位尺度「不安・抑うつ」尺度、「活動障害」尺度およびSTAI-S得点との間に有意な相関を認めた。認知の歪みは、うつ病との関連が指摘されており(Beck et al., 1979)、抑うつ症状を予測する因子として考えられている(Iacoviello et al., 2006)。本研究では、WCDSの各得点は成人の精神健康を測定するGHQ-12と正の相関を認め、特にうつ症状を示す下位尺度である「不安・抑うつ」との相関がGHQ-12下位尺度の「活動障害」より高いという結果が得られた。このことは、WCDSの併存的妥当性の高さを示唆している。新納・森(2001)は、GHQ-12の「不安・抑うつ」尺度はうつ症状を示し、「活動障害」尺度はうつ症状により生活上個人の活動が障害されている状態を示していると述べている。このことより、本研究の結果は、WCDSがうつによる機能障害よりも症状との関連性が高いことを示唆しており、うつ症状の予測に有効な尺度となる可能性があると考えられる。

一方、本研究よりWCDSで測定できる認知の歪みと状態不安には関連があり、認知の歪み得点が高いほど状態不安が高いことが示された。児童

を対象とした認知の歪みに関する研究では、状態不安と認知の歪みの関連が指摘されており(Leitenberg et al., 1986)、本研究から成人においても同様の結果が示された。このことは、WCDSの併存的妥当性を保証する結果として考えることができる。

WCDSの15項目と8種類の認知の歪みの一致率を、Freissの一致係数を用いて算出したところ、 $\kappa = .94$ と高い値が得られた。この結果は、WCDSの各項目が8種類の認知の歪みを反映していることを示しており、WCDSは十分な構成概念妥当性を有しているといえる。

WCDS合計得点、下位尺度「自己完結的な認知の歪み」「環境依存的な認知の歪み」の男女差について検討したところ、有意差は認めなかった。このことは、WCDSで測定できる認知の歪みが、性別に関係なく個人に特異的なものであることを示唆している。

以上より、WCDSは就労者の認知の歪みを捉える有用な尺度であり、就労者のメンタルヘルスのリスクを捉え、それへの対策として行われる認知療法を効果的にすすめる際の有用な指標となると考えられる。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。本研究では、質問項目の作成にあたり、8種類の認知の歪みに対して、最終的に各3項目を挙げ分析を行った。認知の歪みを測定する項目作成における理論的飽和に至っていない可能性も考えられるため、結果の解釈には限界を伴うと考えられる。

また、尺度作成は医療・福祉分野で働く対人援助職者を対象として行った。医療・福祉分野での仕事は、感情労働といわれ、自身の援助行為をポジティブに評価できにくい一方で、ネガティブな評価になりやすい構造にあり、燃え尽き症候群に陥りやすい職種である(竹田, 2010)。そのため、サンプルには偏りがあり、WCDSが対人援助職者とは異なる環境で就労する者に汎用可能かどうかの検討が必要であろう。

一方、本研究では同一対象者に対してWCDSを一度しか行っていないため、繰り返し実施した場合の再検査信頼性を検討する必要がある。また、WCDSの併存的妥当性を検討するための指標の一つとして、本研究では状態不安を測定した。認知の歪みは、認知的情報処理システムに関する体系的な歪みを表すので(Beck et al., 1979)、比較的安定した性格傾向を示す特性不安を指標として、WCDSの併存的妥当性を検討する必要もある。

本研究より、認知の歪みが主観的な精神不健康度と状態不安に関連していることが示された。就労者のメンタルヘルスは重要であり、職場内ストレスに対するセルフケアが推奨されているが、そのための有効な手法については十分に検討されていない(石川・斉藤, 2008)。したがって、就労者の精神健康を高めるために、認知の歪みに焦点をあてたセルフケア・プログラムを検討することも重要である。また、認知の歪みとうつ病との関連が指摘されているが(Beck et al., 1979)、認知の歪みの程度がうつ病に対するリスクをどの程度高めるかについては、十分には明らかにされていない。したがって、認知の歪みがうつ病に与える影響について、プロスペクティブな研究を行うことが課題である。

付記：本論文の要旨は、日本認知療法学会第12回大会(東京)にて発表した。

引用文献

American Psychiatric Association 2000 Practice

guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (4 Suppl.), Pp. 1-45.

ベック, A.T., ラッシュ, A.J., ショウ, B.F., エメリイ, G., 坂野雄二 (監訳) 2007 うつ病の認知療法新版 岩崎学術出版社。(Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. 1979 *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press)

バーンズ, D.D., 野村聡一郎・真荷郁子・山岡功一・小池梨花・佐藤美奈子・林建朗 (訳) 2004 いやな気分よ、さようなら—自分で学ぶ「抑うつ」克服法 増補改訂第2版, 星和書店。(Burns, D.D. 1980 *Feeling Good: The New Mood Therapy* (preface by Beck, A.T.), William Morrow and Company)

Iacoviello, B.M., Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., & Hogan, M.E. 2006 The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 93, 61-69.

石川浩二・斉藤政彦 2008 産業界におけるストレスに対するセルフケア—産業界による取り組み実態のアンケート調査結果, 産業衛生学雑誌, 50, 4-10.

石川信一・坂野雄二 2003 児童における認知の誤りと不安の関連について—児童用認知の誤り尺度(Children's Cognitive Error Scale)の開発と特性不安の関連の検討—, 行動療法研究, 29 (2), 145-157.

Iwata, N., Okuyama, Y., Kawakami, Y., & Saito, K. 1988 The Twelve-Item General Health Questionnaire among Japanese Workers. *Environmental science, Hokkaido University: Journal of the Graduate School of Environmental Science, Hokkaido University, Sapporo*, 11 (1), 1-10.

警察庁 2011 平成22年中における自殺の概要資料, 警察庁生活安全局安全企画課.

厚生労働省 2006 労働者の心の健康保持増進のための指針, 厚生労働省労働基準局安全衛生部.

厚生労働省 2012 平成23年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」, 労働基準局労災補償部補償課職業病認定対策室.

Leitenberg, H., Yost, L.W., & Carroll-Wilson, M. 1986 Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consult-*

- ing and Clinical Psychology, 51, 528-536.
- 水口公信・下仲順子・中里克治 1991 日本版STAI使用手引き, 三京房.
- 日本生産性本部 2009 心の病による休業者の復職の実態と問題点—企業アンケート調査結果より—, 産業人メンタルヘルス白書, 21-61.
- 新納美英・森俊夫 2001 企業労働者への調査に基づいた日本版GHQ精神健康度調査票12項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討, 精神医学, 43 (4), 431-436.
- 大野裕 2000 ストレスに対する認知療法的対応：抑うつ状態への対処を中心に, 産業ストレス研究, 7, 107-111.
- 労働行政研究所 2010 企業のメンタルヘルス対策に関する実態調査, (財)労働行政研究所.
- 竹田伸也 2010 認知行動療法による対人援助スキルアップ・マニュアル, 遠見書房.
- 竹田伸也・田治米佳世・酒田葉子・谷口敏淳・西尾まり子・高田知子 2010 認知症情緒活動性評価尺度 (EASD) の作成, 行動療法研究, 36 (3), 205-212.
- 竹田伸也 2012 『マイナス思考と上手につきあう認知療法トレーニング・ブック』セラピスト・マニュアル, 遠見書房.
- 丹下智香子・横山和仁 2007 事業所におけるメンタルヘルス事例の実態とケアの実施状況, 産業衛生学雑誌, 49, 59-66.
- 丹野義彦・坂本真士・石垣琢磨・杉浦義典・毛利伊吹 1998 抑うつと推論の誤り—推論の誤り尺度 (TES) の作成—, このはな心理臨床ジャーナル, 4 (1), 55-60.

Summary

Evaluation of Worker's Cognitive Distortion Scale (WCDS)

Maki Ota¹⁾ Shinya Takeda¹⁾ Mao Hamada²⁾ Masahiko Inoue¹⁾

¹⁾ Department of Clinical Psychology, Tottori University Graduate School of Medical Sciences

²⁾ Tottori University Hospital

The purpose of the present study was to develop the Worker's Cognitive Distortion Scale (WCDS) to measure cognitive distortion of workers, and to examine its reliability and validity. Subjects were 219 persons who work at the welfare service. The results suggested that the WCDS, which includes 15 items, consisted of 2 factors: "Cognitive distortions of self-contained" and "Cognitive distortion of environment-dependent". The internal consistency of the scale was sufficiently high ($\alpha = .91$ [Cognitive distortions of self-contained], $\alpha = .81$ [Cognitive distortion of environment-dependent]). The total WCDS score was highly correlated with both the STAI-S and the GHQ-12, indicating that the WCDS had good criterion-related validity with these scales. The WCDS showed adequate construct validity by Freiss's percent agreement measure. These findings suggest that the WCDS may be a useful scale for evaluating the worker's cognitive distortion.

Japanese Journal of Cognitive Therapy, 7; 76-83, 2014

Key words : Worker's Cognitive Distortion Scale, cognitive distortions, workers, reliability, validity

【特集】 シリーズ・発達障害の理解② 社会的支援と発達障害

適応が難しい事例を 医療・福祉・教育にどうつなげるか

井上雅彦 Masahiko Inoue 松尾理沙 Risa Matsuo 原口英之 Hideyuki Haraguchi
鳥取大学 沖縄大学 星城大学

I はじめに

家庭内暴力やひきこもりといったいわゆる二次障害を呈する発達障害のあるクライアントにおいて、医療・福祉・教育との連携は不可欠である。これらの連携について井上(2013)は、家庭内、医療機関内、福祉機関内、学校内、支援機関内の組織内連携と、それらの間の組織間連携、そして引き継ぎという時間軸を加えた三次元の連携体制構築の必要性を指摘している。臨床心理関係の相談機関に望まれることは、こうした事例について相談室内の心理面接のみで対応するのではなく、長期の子後を視野に入れた積極的な連携が取れる体制を整備することである。しかし二次障害を呈する発達障害のある相談事例の場合、連携を阻むいくつかの要因がある。

連携の前提としては情報共有の扱いが重要となる。この情報共有で困難なのは、当事者の同意はもちろん、状況や相手に応じて「情報共有の範囲」「情報の管理者や発信者の明確化」などを吟味し、情報の取り扱いを適切に判断することが必要である(井上・真城, 2005)。しかし現実には、保護者や本人と学校との間で信頼関係が崩れているケースや、保護者や本人が連携の必要性も感じ

ていながらも「現時点ではこれまでの情報を伝えないでほしい」と望まれるケースなどもある。心理職は相談者との信頼関係を構築するとともに、治療過程の適切な時期を選択し、本人の障害特性に配慮した形で情報共有のメリットや配慮についてわかりやすく説明し納得のうえで同意を得る必要がある。

本稿では二次障害を呈した発達障害のある事例を通して、連携のプロセスとその支援方法について考察する。

II 事例1—家庭内暴力を呈した発達障害のある中学生男児

1 事例の概要

支援開始時13歳2カ月のアスペルガー症候群男児であった(診断時:10歳)。WISC-IIIでは、FIQ:96, VIQ:93, PIQ:94 (CA:11-11)であった。両親、祖母、本人の4人家族で、幼児期は、人見知りは少なく、活発で落ち着きがなかった。保育園では他児とは遊ばなかったが、集団活動への参加はできていた。小学校入学後、同級生とのトラブルが増加した。本人が10歳時、友人とのトラブルに加えて、家庭においても母親や祖母に対して、殴る蹴るなどの暴力、強い抱きつき行動が頻

発したため精神科へ5カ月の入院歴があった。中学入学後、対人トラブルから情緒不安定となることが多く、夏休み明けより再び家庭内暴力が頻発した。帰宅後の母親や祖母に対する暴力により「家庭では対応しきれない」「入院させたい」とのことからA医療機関より紹介され、来談となった。

2 アセスメント

まず、本人と母親への聞き取りを行った。その結果、本人の暴力の対象は母親、祖母のみ、時間帯は本人帰宅後から父親帰宅までの間、場所は家庭内に限定されていた。

暴力はいきなり起こるのではなく、その前に本人が母親や祖母に「抱きつき」という行動が起っていた。さらにこの抱きつき行動のきっかけは、平日学校から帰宅後パソコンが起動中にフリーズしたときや宿題がわからないときであった。抱きつき行動は暴力的かつ性的であり母親や祖母からは「生理的に受け付けられない」と拒否されていた。この拒否は本人にとって「自分自身を否定された」という強い否定的認知を喚起し、強い悲しみと怒りの感情が生じ、母親や祖母に対する暴力へとつながっているということが示唆された。

本人の暴力は、母親や祖母が服従するまで30分から1時間、長いときは2時間程度続き、脳や身体の外傷により入院を伴う程度の激しさであり、連日起こることもあったため、機関連携と緊急の介入が求められると判断された。

3 本人支援と家庭・学校との連携

激しい暴力行動のきっかけとなっていた抱きつき行動の変容を目標とした。本人は悲しさや怒りの感情に対して、母親や祖母に抱きつきことで落ち着こうとしており、適切なコーピング行動のレパートリーが乏しいことが窺われた。そこで抱きつき行動のきっかけであるパソコンの起動中のトラブル時や宿題がわからないときに気分を切り替える方法を本人と話し合い、「自分で作成した新聞を見る」「音楽を聴く」「インスタントスープを

作って飲む」「筋弛緩法を行う」などの行動をコーピング行動として練習した。また家庭での余暇や本人がほめられたり認められたりすることを増やすため、電子レンジのみでできる簡単な調理を心理士とともに練習した。

母親に対しては、抱きつき行動の「本人なりの意味」を説明し、適切なコーピング行動ができたときには、本人が喜ぶ言葉でほめ、トークンエコノミーシステムを導入してもらった。祖母に対しては、高齢のため適切に距離を取ることを提案した。また家族には本人の練習した料理に対して「おいしい」「ありがとう」などの言葉がけを依頼した。

担任教師とケース会議を行い、宿題については復習形式のものとし、放課後に学校で宿題をすることも検討してもらった。また帰宅後に質問を受け付ける時間帯を設けることも承認された。本人が不安を感じていた学校生活場面についても、行事前の配慮、級友とのトラブルの事後指導などの支援を依頼した。

4 医療・福祉機関との連携

本事例での問題行動は、母親や祖母だけで過ごす時間に頻発していた。長期休業中などにはこのような機会をできるだけ減らし、公共交通機関の利用も含めた適切な地域生活スキルの獲得を目指して、福祉機関による訪問支援や移動支援の利用と、それらのサービスをより円滑に利用するための精神障害者保健福祉手帳取得について保護者と本人に説明し承諾が得られた。本人は以前の入院時に障害告知を受け、支援の受け入れに積極的であったことなどから、手帳取得に対する抵抗はなかったが、障害特性や自己理解に関する知識は不十分であったため、手帳取得前に心理士が障害特性や困り感などを具体的に整理し説明を行った。支援を行う事業所とは、母親を含めたケース検討会議を行い、本人の特徴、支援の内容や方法などの確認を行った。

主治医に対して、本人の暴力行動の特徴(きっかけ、対象、時間帯、持続時間、強度、現在の家

族の対応、本人の意向等)を伝えた。結果、本人はこれまで、朝と就寝前に抗精神病薬が処方されていたが、下校直後に暴力行動が多く起こることを考慮し、下校前の投薬処方に変更された。主治医から本人に対しても、本人の障害の説明やそれぞれの薬の説明を行ってもらった。

5 経過

来談前は、つねに家庭内暴力が1日に5回程度生じていたが、来談日以降1日に0回~2回程度と大きく減少した。持続時間も1回あたり1時間程度であったが、相談開始後より2~5分程度となった。17週までの暴力行動が起こるきっかけとしては、テストや文化祭、年度の始まりなど学校のイベント、または友人とのトラブルなどに移行していった。加えて学校との連携の進展と、医療との連携による投薬変更によって、これらの家庭での暴力も減少した。

母親や祖母の対応は、当初本人の多くの行動に否定的であり、暴力行動に対しても本人の興奮を増長させる感情的な対応を行っていた。支援計画を説明し、抱きつき行動や暴力行動への対応、ほめ方などの工夫を話し合いながら進めた結果、母親や祖母の行動も変化がみられた。福祉サービスの利用も、母親や祖母の負担の軽減や本人の余暇支援の充実に寄与したと考えられた。

III 事例2—面接に対して拒否的で家庭内暴力や破壊行動を呈する発達障害のある男子高校生

1 事例の概要

アスペルガー症候群の高校2年の男子生徒(17歳2カ月、中学1年時に診断)。両親、本人、弟(自閉症・特別支援学校高等部1年生、小6より大学相談機関に来談中)の4大家族。幼児期から、他児と遊べずトラブルが多く、小学生の頃には他児よりいじめを受けることがあり、興奮すると大声をあげて物を壊すなどの病癪があった。中学3年時、このような病癪が増え、服薬を開始した。公

立高校(進学校)に入学するも教室内での病癪のため7月に退学、2学期からは通信制高校に通い始めた。高校2年時、家庭内で暴力や、パソコン、玩具、皿、窓を壊すなどの破壊行動を起こすことが頻発し、大学相談機関での支援を開始した。

2 アセスメント

来談当初、本人は、対人緊張が非常に強く、母親以外の人とはほとんど会話することができなかった。また、来談時に、主訴に関する話題が出るだけで病癪を起こし、来談を拒否することがあったため、本人からの聞き取りは困難であった。そのため、母親からの聞き取りにより、本人の生活状況やパニックの様子などのアセスメントを行った。結果、暴力または破壊を伴う病癪は、母親を対象として家庭のみで生じていることがわかった。

本人は、家庭では好きな特撮ヒーローの番組を見る、関連する玩具(フィギュアなど)を集める、インターネットで自分の好きな番組の評価を見て過ごすことが多かった。しかし、ネットの掲示板などで、自分の見ている番組や集めている玩具の評価が低い場合に、すでに購入した玩具を壊したり、時にはパソコンやその画面を壊してしまったりすることもあった。こうした病癪や破壊行動は、平均すると週1~2回程度起こっていた。

母親は、病癪が収まった後本人を強く叱責し、そのたびに本人は涙を流して反省していた。また、母親はトラブルの原因となるパソコンを撤去したり、玩具を集めないようにさせたりしていたが、しばらくすると本人は、家庭で好きな活動ができずイライラし、以前の評価を思い出したり、現在の評価が気になるがネットが閲覧できないことをきっかけに病癪を起こすことなどが繰り返されていた。

3 本人支援と家族支援

まず、本人の好みの活動を中心にして対人緊張の緩和と心理士との信頼関係の構築を目指した。

面接では本人の好きな特撮ヒーロー番組のビデオを心理士と視聴し共感する、次の段階では一緒に料理を作る、ゲーム(卓球やトランプ)をする、というように徐々にコミュニケーションの必要な活動に移行した。約1カ月後には、自分からスタッフに好きなことに関する話ができるようになった。料理に関しては、家庭で作ることが増えていった。

約7カ月後には、このような余暇的な活動の前に、本人が困っているテーマを中心にしながら、一緒に対処方法(解決方法)を考え、場合によっては心理教育を行うための「ミーティングタイム」という時間を10~15分程度設定した。ミーティングタイム後は、強化子として料理やビデオ視聴の時間をこれまでと同様に確保した。これにより本人は、大学や専門学校に進学したいという希望、働きたいという希望などを話すようになっていった。

約1年3カ月後には、お金の使い方、交通機関の利用方法、大学の授業に関することなど、さまざまなテーマを扱えるようになった。また病癪に関する話題を話せるようになり、呼吸法や動作療法などのリラクゼーションを練習したり、パソコンの使用に関するルールを決めたり、問題解決に向けた話し合いができるようになっていった。また本人への支援と並行して、母親に対しては、毎回、本人への支援内容を説明し理解を求めるとともに、家庭での対応に関して助言を行った。

4 福祉機関との連携と経過

支援を開始してから約1年10カ月後には、本人の働きたいというニーズが明確になってきた。母親との分離を図り家庭の外で過ごす時間を増やすことで、病癪や暴力も減らすことが望まれるが、そのためには負担の少ない福祉的就労とレスパイトなどの福祉サービスの併用が適切と思われた。以上のことを両親に対して説明し、一方で本人に対しては、障害者手帳を取得することによる就労支援のメリットを伝えたと、同意を得て療育手帳(中度)を取得した^{注)}。

その後、市の給食ボランティアを経て福祉工場

での就労に至った。大学相談機関からは、スタッフが共に作業に付き添いながらニーズをアセスメントし、担当者に作業中の配慮事項や、破壊的な行動や大声を出したときの対応についての情報提供を行った。結果、週に3日のペースで継続して出勤し、一人で作業をこなすことができるようになり、収入も得られるようになり、暴力行為もほとんどみられなくなった。

IV 結語

2事例はともに母親(事例1は祖母も加わる)に対して強い暴力行為を呈しており、事例2は当初来談も拒否している状態であった。またともに医療機関への通院はあったが、障害者手帳は未取得で福祉機関への連携が行われていなかった。特に福祉機関の利用については、本人、家族(特に母親や祖母)両者にとって必要であると考えられ、手帳の取得を勧めることとなった。結果、福祉機関の利用に至り、2事例とも本人と母親(祖母)と過ごす時間を減少させ、本人が適応的な行動をして過ごすための支援として機能した。福祉制度の利用については手帳の取得は必須ではないが、利用できるメニューによっては必要となる。当然、手帳や福祉サービスの利用については本人の同意が不可欠であり、そのためには提案するサービスが本人の好みやニーズに合ったものでなければならない。2事例とも、信頼関係を築けた心理士によって訪問支援や移動支援(事例1)や就労支援(事例2)などの本人のニーズに合ったサービスを提案できたことが、手帳の取得につながった大きな要因であったと言えるだろう。

最後に、2つの事例を通して、組織間連携および時間軸を加えた三次元の連携体制を構築するために心理職に求められることをまとめる。まず、地域ごとの教育・医療・福祉機関の支援サービスに関する情報を把握しておくことが必要である。

注)自治体によっては知的能力が高くても療育手帳が交付される所もある。

次に事例が現在利用している支援機関を把握しておくこと。同時に心理相談においては、本人との信頼関係の構築しつつ支援ニーズを把握しそれに基づいて将来利用が望まれる支援機関をリストアップすること。治療のプロセスのなかで機会を捉え、本人や家族に対して利用可能な連携機関の支援サービスの情報をわかりやすく提供し説明をすること。そして、その同意を基に連携機関に情報提供を行い、適切に支援サービスが提供されるよう連携機関との情報交換を継続していくことである。また連携開始後にも状況に応じ合同でケース検討するなどのフォロー体制も必要である。

本稿で取り上げた事例のように行動面の問題が重篤化してからのアプローチではなく、発達障害

診断後に、各々の地域の支援機関が役割分担できるシステムを構築することが予防に繋がると考えられる。心理職の個々の連携行動から、そのような地域システムの構築に繋がることが望まれる。

▶文献

- 松尾理沙 (2013) Case15 母親や祖母に暴力をふるってしまっ
たコウジくん. In: 井上雅彦, 平澤紀子, 小笠原恵 編:
8つの視点でうまくいく! 発達障害のある子の ABA
ケーススタディ. 中央法規出版, pp.106-113.
- 井上雅彦 (2013) 自閉症の人たちへの支援の充実のための
各機関の連携について. 社団法人日本自閉症協会研究誌
「かがやき」9: 20-26.
- 井上雅彦, 真城知己 (2005) 一人ひとりを大切にす特別
支援教育であるために. 発達 103: 41-51.

発達障害のある子どもの不登校に対する認知行動療法

井上 雅彦

鳥取大学医学系研究科臨床心理学講座

I はじめに

「今後の不登校への対応のあり方について（報告）」¹⁾では、「不登校との関連で新たに指摘されている課題」として学習障害、注意欠陥多動性障害などが明記された。その後、発達障害への関心が高まるにつれ、発達障害のある子どもたちの不登校の存在も知られるようになってきた²⁾。先行研究における自閉症スペクトラム障害のある子どもの不登校の割合については、対象や実施機関によって2.8～44.3%まで出現率に大きな開きがある。これは「不登校」の定義が研究によって異なること、各医療機関の性質（第一次医療か第三次医療か、思春期外来か療育センターかなど）によるところが大きいと考えられる。また医療機関をベースで行われる調査では、来院する医療的ニーズの高い発達障害を選択的に対象とする³⁾ことから、その割合は実態よりも高くなっている可能性がある。しかしいずれにしても、発達障害の不登校リスクは、総じて文部科学省による小中学校の不登校の全数調査の割合に比べて高いことが窺える。

II 不登校状態に対するアセスメント

効果的な支援や介入のためには適切なアセスメントが不可欠である。不登校といっても文部科学省の定義における欠席日数が年間30日のボーダーから、全欠まで大きな幅がある。実態把握のためには、1人ひとりの遅刻と欠席の実態を過去に遡って把握すること、そのなかで、例えば行事や試験の前後などイベントごとや休み明けの欠席が目立つなど特徴を把握することが必要である。また、心理アセスメントによる子どもの不安、抑うつ傾向などの把握に加え、学力や学習に関するアセスメントも重要である。文部科学省の不登校実態調査では、学年が上がるにつれて「学習の困難」が不登校のきっかけとなる割合が増加している。多くのケースでは、学習困難の原因を探るための知能検査の実施、あわせて発達障害もしくはそれと同様のニーズをもっているか否かを把握するためにLDIやADHD-RS、AASQといったスクリーニ

ングツールの活用も考えられる。

井上⁴⁾は、養護教諭やスクールカウンセラーなどが本人に実施できる「学校生活ランキング」という評価ツールを開発した。図1に示したように、各教科や活動をカード化し、板磁石でホワイトボードに張り付けられるようになっており、このカードを子どもに渡し、ホワイトボード上に「しんどい順」や「楽しい順」に並べてもらう。認知行動療法で使用される不安階層表のように縦軸に0～100点までの点数を入れて数値化することも可能である。これを活用することにより、大人と直接話をするときに不安や抵抗がある子どもに対しても学校やクラス内の活動について「苦手な場面」と「好きな場面」をアセスメントできる。またこの結果を踏まえて、その場面



図1 学校生活ランキング (井上2012)

や活動が好きな理由や苦手な理由についてかわりながら、より深く掘り下げていくことが可能となる。このような面接場面での視覚的支援は、とくに発達障害の特性をもつ子どもに対しては有効である。

III 認知行動療法によるアプローチ

いわゆる「不登校状態」を行動論的にとらえると図2のようになる。子どもは家庭と学校という環境を行き来しながら生活しているが、不登校状態とは学校環境のなかでの適応状態が悪化した結果、家庭環境の方に回避してしまい登校行動が生じなくなった状態といえる。この場合、家庭環境が学校環境よりも相対的に不快・嫌悪刺激が少ないことが1つの要因と考えられる。

基本的なアプローチとしては、まず学校環境の嫌悪刺激を低減すること、つまり「安心な場所」「かわられる人」「無理のない時間」「好みの活動」を設定することが最初のステップとなる。また、家庭環境においては生活リズムを整え、家族とのコミュニケーションの改善を図るとともに、無制限の余暇については一定のルールを整えて行くように働きかける。

このような環境調整を学校と家庭で行った後にスモールステップによる登校目標を設定していく。表1にあげた4つについて、学校と家庭で情報を共有しながら教師

と保護者の話し合いでいくつかの案を設定した後、本人との話し合いのなかで本人の選択・自己決定のもとで登校を促し、成功経験を重ねることで不安を低減しながら登校時間を増加させていく。

不安の低減のためには、家庭と学校の環境設定と、いつどこで何をするかという情報を視覚的に本人に提示すること、登校についての最終判断を子ども自身に決定してもらうこと、スモールステップを進めることが重要なポイントである。これらの方略は発達障害のある子どもだけではなく、そうでない子どもに対しても有効であると考えられる。

文献

- 1) 文部科学省：今後の不登校への対応について（報告）、2003。（http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tonkou/main.htm）
- 2) 宮本信也：発達障害と不登校。東條吉邦・大六一志・丹野義彦（編）：発達障害の臨床心理学。東京大学出版会、pp.243-254、2010。
- 3) 小枝達也：発達面からみた心身症および学校不適應の病態。日小児会誌 105 (12)、1332-1335、2001。
- 4) 井上雅彦：学校への行きしぶりとその時に視ができること。アスペハート 33、106-109、2012。

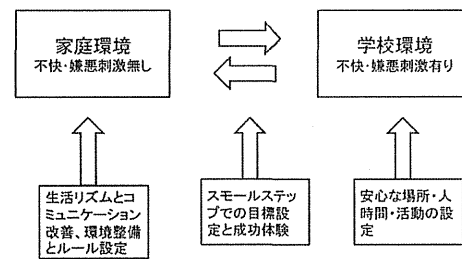


図2 不登校状態とそのアプローチ

表1 学校での「居場所」の設定方法

場所	保健室 別室 相談室 図書室 特別支援教室など 他者の視線が気にならない場所の設定
人	クラスメイトの目が気にならないか 保護者同伴の場合も 特定の教師がかわかることから徐々に複数の教師が関わるように
時間	朝おきにくい場合は遅れてもよい 他の子どもたちに余わらない時間 一度の在校時間は短く
活動	学習拒否がある場合は好きな活動から

【特集】シリーズ・発達障害の理解③ 発達障害研究の最前線

自閉症スペクトラムの縦断的発達研究

神尾陽子 Yoko Kamio

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

I はじめに

自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorders: ASD) の行動特徴は、1歳前後から現れ始め、その後も生涯を通じて持続し、成人期においても社会生活に関係するさまざまな領域の機能やQOLに深刻な影響を及ぼす (Kamio et al, 2013a)。今日、ASDは早期発見と早期支援が最優先される課題として社会に共有されるようになった。幼児期に療育などの支援を受けることができ、就学後も子どもの成長に合わせて、将来の社会参加に必要な教育的支援が学校で用意されている、そんな社会の実現に向けてさまざまな取り組みが始まっている。しかしながら、実際には、未診断、未支援のままの子どもや成人がまだ多数存在しており、特に知的障害のないケースにおいては幼児期に発見と支援につながらないといった支援の不備が際立っており、予後の悪さにも影響していると考えられる (Kamio et al, 2013a)。一方で、近年、早期療育など適切な対応を受けることで、幼児期にはASDと診断されたけれども、成長に伴い症状が改善し最終的には診断から外れるといった、良好な経過 (最適予後 = optimal outcome : OO) も注目されている (Fein et al, 2013)。すべての

ASD児が最終的に各人各様の最適予後に到達することは究極的理想であるが、現在のところ、長期予後に関係する子ども側の要因、そしてそのために必要な支援の質や量については、ほとんどわかっていない。現在、ASD児に対する最適な支援の確立に向けて、多くの研究が取り組まれているところであるが、エビデンスとなるASDに関する縦断研究はきわめて稀である。

私たちは、数年前から地域のローリスク児も含む児童の縦断的研究を始め、現在進行中である。本稿はまだ中間段階であるが、こうした研究を通してわかってきたことを紹介する。

II 学童期の自閉症スペクトラムの縦断的発達

一般母集団内で自閉症の特性の程度は連続的に分布し、ASDと診断される極端なケースから、診断閾下のサブクリニカル群、そして自閉症の特性をほとんど持たない定型発達ケースに至るまで、明確に区分する不連続点が存在しないことは、すでに国内外で示されている (Constantino & Todd, 2003; Kamio et al, 2013b)。こうした横断的な連続性とは別に、自閉症の特性が子どもの発達に伴いどのように変化するかについてはまだエビデンスが乏しい。

神尾ほか (2014a) は地域のASDハイリスク、ローリスク両者を含む児童コホートを3年間追跡し、学童期において自閉症の特性が年齢に伴いどのように変化するかを調べた。対象は、小平市内の小学校から層化サンプリングし、研究チームによって包括的な診断面接を実施した105名 (ASD 20名、ASD閾下 32名、定型発達 53名/前2群をASDハイリスク群、後群をローリスク群と呼ぶ) のうち縦断データのある9歳から12歳までの29名 (ASDハイリスク群 10名、non ASD 19名、群間で性比・年齢に有意差なし) である。解析に用いた評価指標は、親回答の日本語版対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale : SRS) (Kamio et al, 2013b) と、全般的な精神症状を尋ねる親回答の日本語版子どもの強さと困難と質問紙 (Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ) (Goodman, 1997; Moriwaki & Kamio, 2014) である。

主な結果は、自閉症の特性はASDハイリスク群、ローリング群にかかわらず、年齢に伴う有意な変化がなかったことである。これは英国のAvonコホートの結果 (Robinson et al, 2011) と一致する。すなわち、ASD診断が持続するという臨床的事実を越えて、サブクリニカルなASD閾下児においても、その自閉症の特性の程度は閾下の高水準で持続するという意味する。また情緒や行動の問題は、どの年齢においてもASDハイリスク群ではローリスク群よりも高い臨床レベルにあった。つまり、自閉症の特性および併存精神症状の程度は、9歳から12歳までの間、ASDハイリスク群においてASDローリスク群と比べて一貫して高いうえに、いずれの群においてもその程度はあまり変化せず経過することがわかった。

III 幼児期から就学前後までの自閉症スペクトラムの縦断的発達

前述の結果はASDの早期介入の必要性のみならず、ASD児やサブクリニカル児において併存精神症状は一時的なものではなく慢性化しやすい

ことを示し、併存症も含む早期発見と包括的な早期介入の必要性を示唆するものであった。ASDの中核症状については、1歳6カ月で早期発見が可能であることは実証されている (Kamio et al, 2014)。では、併存症の予防や早期治療のためには、いつから発見が可能なのだろうか、また幼児期に後の併存リスクを予測することはできるのだろうか、そしてそれはどのような行動特徴なのか、さらに就学児のQOLはどのような行動特徴がいつから予測するのか。これらのことを明らかにするために、神尾ほか (印刷中) は地域の就学前幼児 (4~5歳) を3年間にわたって縦断的に調べた。

対象は、北多摩北部地域の保育所・幼稚園年中クラス在籍の4~5歳児の保護者のうち、継続調査への協力に同意した461名 (図1) 中、3年間で3回とも欠損のない有効回答が得られた221名である (性比 121:100, 平均同胞人数 2.0人, 平均同胞順位 1.6番目, 回答者母親 96.8%, 父親の就労の割合 94.1%, 母親の専業主婦の割合 57.9%, 母親の平均教育年数 14.7 ± 1.7年, ピーク世帯年収 500~700万円)。その後、この221名の5歳から7歳までの縦断データを解析した。用いた評価指標は、前述のSRS, SDQに加え、日本語版乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (Modified-Checklist for Autism in Toddlers : M-CHAT) (Inada et al, 2011) および日本語版QOL (Pediatric Quality of Life Inventory™ : PedsQL™) (Kobayashi & Kamibeppu, 2010) などであった。

その結果、7歳児が情緒や行動の問題を持つリスクは5歳から予測可能かという問いへの答えはイエスであった。重回帰分析の結果、5歳時の情緒や行動の問題や家庭要因の影響を考慮しても、7歳時の情緒や行動の問題は5歳時の自閉症の特性の程度と有意に関連していた。

次に、7歳児の情緒や行動の問題を持つリスクは幼児期から予想可能かという問いに対しても答えはイエスであった。回顧的に親に尋ねた2歳前後のM-CHAT項目の通過/不通過、すなわちASD早期症状を多く持つと、後の併存症リスク

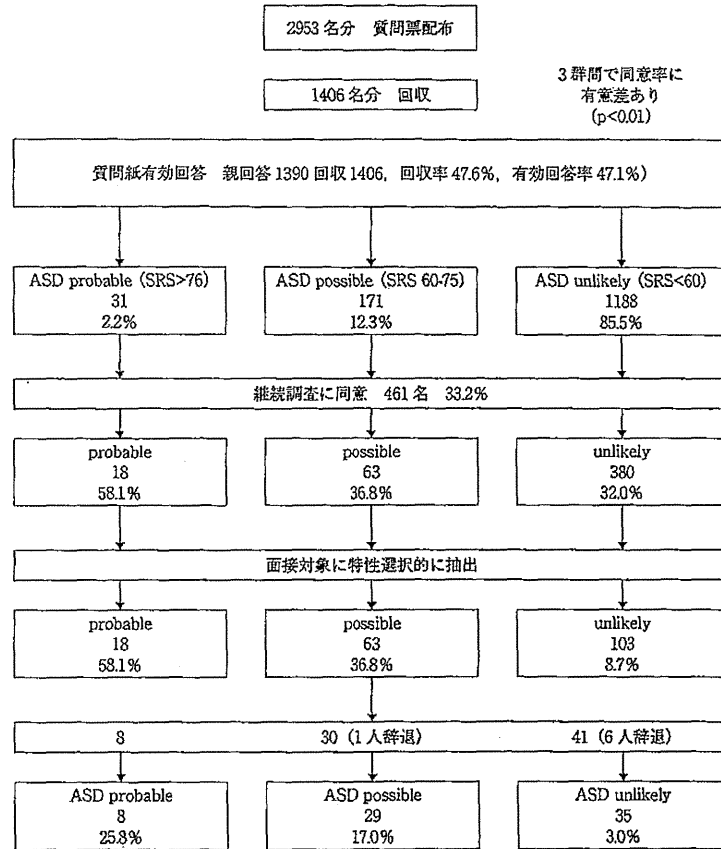


図1 研究の流れ

は有意に高かった。

3番目の問いである、小学校生活を始めたばかりの7歳児の全体的なQOLは幼児期の行動特徴から予測可能かという問いに対しても答えはイエスであった。2歳頃のM-CHAT不通過項目数、すなわち自閉症的特性の程度が強いこと、そして5歳でのSRS合計得点、すなわち自閉症的特性の程度が強いことが7歳での併存リスクを予測した。

IV 自閉症スペクトラム児に対する早期支援

本稿で紹介した縦断調査は現在進行中であるが、ASD診断児のみならず、サブクリニカルなASD関与児も同様に高い支援ニーズを有し、そのニーズは幼児期から学童期まで持続することが明らかになった。そのことは、学童期の支援ニーズは幼児期から予測できるということを意味する。とりわけ2歳前後の自閉症的特性の程度をていねいに評価すれば、数年後の情緒や行動の問題

の併存リスクおよびQOLを予測できるということは、これからの乳幼児健診、そして育児支援や発達支援のあり方に重要な示唆を持つと考えられる。5歳児の情緒や行動の問題は7歳での同様の問題を強く予測し、さらに5歳での自閉症の特性の程度は7歳での情緒や行動の問題とQOLを強く予測した。このことは、近年特別支援教育の取り組みが始まった幼稚園や保育所での要支援児の発見の仕方や支援のあり方に示唆を持つものと思われる。

2歳前後で評価可能な発達特性が幼児期の発達支援ニーズを示すのはもちろんであるが、就学後のメンタルヘルスやQOLまで広範囲の適応を長期予測するという知見は、乳幼児健診の役割の重要性をあらためて強調するだろう。また5歳時における自閉症の特性のアセスメントも同様に広範な領域での長期予測力を持つということからも、5歳児健診のあり方の再検討を迫るであろう。すべての学童がよりよいメンタルヘルスおよびQOLを達成するために、要支援児を発見する機会として5歳児健診を捉え、乳幼児健診と連動させ、密接に情報共有をはかることで実効性は増すであろう。本研究におけるニーズの高い児童の親の多くが、すでに地域での相談経験があったにもかかわらず継続していなかったことも、付記する必要があるだろう。地域の親支援や子ども支援に携わる支援者が、専門性と領域を超えて途切れることなく連携できる体制整備がなされれば、1歳6カ月健診、3歳健診で見逃された、あるいは発見されてもフォローにつながらなかった要支援ケースへの支援は就学前にまた開始することが可能である。発達段階に応じた適切な支援が、地域のなかで必要ときにすみやかに受けられるようなサービス体制の構築が急がねばならない。

文献

Constantino JN & Todd RD (2003) Autistic traits in the general population: A twin study. Arch Gen Psychiatry 60; 524-530.

Fein D, Barton M, Eigsti I-M et al. (2013) Optimal outcome in individuals with a history of autism. J Child Psychol Psychiatr 54; 195-205.
 Goodman R (1997) The Strength and Difficulties Questionnaire: A research note. J Child Psychol Psychiatry 38; 581-586.
 Inada N, Koyama T, Inokuchi E et al. (2011) Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Res Aut Spectr Disord 5; 330-336.
 Kamio Y, Inada N, Koyama T. (2013a) A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. Autism 17-1; 16-27.
 Kamio Y, Inada N, Moriawaki A et al. (2013b) Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22, 529 Japanese schoolchildren. Acta Psychiatrica Scandinavica 128-1; 45-53. [doi: 10.1111/acps.12034]
 Kamio Y, Inada N, Koyama T et al. (2014) Effectiveness of using the Modified Checklist for Toddlers with Autism in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. J Aut Dev Disord 44-1; 194-203.
 神尾陽子, 岡島純子, 三宅篤子ほか (2014a) 幼児期, 児童期から青年期への発達軌跡の多様性と介入可能性. 平成23~25年度 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費 23-1 総括研究報告書 (主任研究者: 神尾陽子), pp.13-23.
 神尾陽子, 森脇愛子, 飯田悠佳子ほか (印刷中) 幼児期における発達障害の有病率と関連要因に関する研究. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金一障害者対策総合研究事業 精神障害分野「就学前後の児童における発達障害の有病率とその発達の变化—地域ベースの横断的および縦断的研究 (研究代表者: 神尾陽子)」総括・分担研究報告書.
 Kobayashi K & Kamibeppu K (2010) Measuring quality of life in Japanese children: Development of the Japanese version of PedsQL™. Pediatrics International 52; 80-88.
 Moriawaki A & Kamio Y (2014) Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 8-1; 1. [doi: 10.1186/1753-2000-8-1]
 Robinson EB, Munir K, Munafó MR et al. (2011) Stability of autistic traits in the general population: Further evidence for a continuum of impairment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 50; 376-384.

発達障害児の家族への支援

井上菜穂 井上雅彦

いのうえ なほ 鳥取大学医学部脳神経小児科 連絡先 〒683-8503 鳥取県米子市西町 86
いのうえ まさひこ 鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座

はじめに

発達障害者支援法(2005)の第13条には発達障害者の家族に対する支援の必要性が明記されている。しかしながら、家族の支援ニーズは子どもの障害の程度や養育環境だけでなく、ライフステージによっても変化し、診断時期によっても異なってくる。特に発達障害の場合、障害が疑われてから診断を受けるまでの時間が他の障害に比べても長い¹⁾ことや、診断時期も大きな個人差があることが特徴であり、この時間差はさまざまなニーズの違いを生む。例えば幼児期に診断を受けた場合と不登校など何らかの不応状態によって学齢期以降に診断を受けた場合では、親の障害理解や受けとめも大きく異なってくる。本稿では紙面の関係から、主として親を中心とした、ライフステージごとのニーズと支援について概説する。

親の支援ニーズ

永田²⁾は就園前の子どもをもつ母親への調査において、地域の同年代の定型発達児をもつ親と比較して、自閉症スペクトラムが疑われる児をもつ親の抑うつ傾向と育児ストレスが有意

に高いことを指摘している。また野邑³⁾も知的障害のない自閉症スペクトラム児をもつ母親に対する調査で、母親の40%が抑うつ状態を呈し、特に重度の抑うつ状態にある母親は定型発達の子どもの母親の約10倍であることを示した。このような抑うつ状態や育児負担感の増大は、早期からの母親に対する育児支援や心理的支援の必要性を示している。

一方、父親についての研究は母親に比べてその数は少ないが、発達障害児をもつ父親と、他の父親(てんかん治療児の父親)との比較において、うつ傾向・不安が高いこと⁴⁾が示されてきている。さらに診断からの障害の受け入れに関しても、父親は母親と比較してネガティブな感情のみを抱きやすく、障害を認めたくない気持ちが強いこと⁵⁾も報告されている。

障害児をもつ母親の育児ストレスは、父親の母親に対する態度により影響をうけることが複数の研究で指摘されており、父親の育児参加⁶⁾だけでなく、母親とのコミュニケーション⁷⁾も母親の育児不安の減少に関与することが示されてきている。

ライフステージごとの家族のニーズと支援

本人支援と同様に家族支援のシステムも生涯

を通じて整備していく必要がある。親の相談・支援ニーズはさまざまな要因によって変化するものの、大まかなライフステージごとのニーズを表1に示した。支援者が、本人や家族の問題解決過程に寄り添い丁寧に支援していくことで、親も一つ一つの課題を乗り越えながら成長していくことができる。

1. 幼児期の家族支援

幼児期の家族支援は、①気づき段階の支援、②診断前後の支援、③障害特性の理解に基づいた具体的な支援、④就学に対する支援、の4つに大別できる。特に気づき段階、診断の前後の時期は親は多くの葛藤や不安、ストレスに直面する時期である。気づきの段階での支援は、親の気持ちに寄り添いながら本人支援を開始し、信頼関係を築きながら専門相談へとつなげていくことが求められる。診断後の支援は、親の気持ちへの寄り添いに加えて、療育機関の情報提供や障害特性の理解に基づいた子どもに合わせた対応方法など、子育てに関するより具体的な疑問に答えていく支援に移行していくことが求められる。就学に対する支援では、家族間の意見の一致/不一致に対する葛藤や不安に寄り添いながら、親の進路決定の手がかりとするために、一般的な進路先の特徴を伝えるだけでなく、地域の進路先の情報収集の方法などを伝えることが重要である。

2. 児童期の家族支援

児童期は学習や学校適応に関する相談、それに関連する教師との関係や学校への不満などが中心となる。子どもが学校生活にスムーズに適応していくためには、就学時のみならず、毎年の進級時の支援情報の引き継ぎが重要となる。発達障害については、対人関係などの問題から、いじめや不登校など、いわゆる二次的な問題のリスクが生じやすい。学校や家庭で早期にその兆候に気づき、即座に連携して対応できるように関係づくりを支援する。家庭と学校の連

表1 ライフステージごとの相談・支援ニーズの例

時期	相談・支援ニーズ
幼児期	気づき段階の支援 診断前後の支援 障害特性の理解に基づいた具体的な支援 就学に対する支援
児童期	学習や学校適応に関する相談 教師や学校との関係についての相談 いじめ・不登校など二次的な問題の予防と治療
青年期	親・きょうだいとの関係や家庭での問題行動についての具体的な相談 友人・異性との関係に関する相談 進路に関する相談
成人期	ひきこもりや家庭内での不適応行動 友人・近所・親戚も含めた人間関係 職場内トラブル・失業・求職・転職などの就労関係 消費トラブルや経済的な問題 既婚者の場合はパートナーとの関係や子育て 親なき後の問題

携が困難なケースにおいては、担任や学校のみで対応するのではなく、福祉・医療・司法など専門機関を交えたケース会議の設定が必要である。特に脆弱な家庭基盤のケース、親も発達障害や精神疾患を抱えているケース、親が児の障害や発達の遅れを受け入れることが困難なケースなどにおいては、定期的な関係機関のケース会議開催により予防的な対応をしていくことが重要である。

3. 青年期の家族支援

思春期、青年期になると、発達障害の有無にかかわらず、子どもたちは多くの葛藤や悩みを抱えるようになる。親から精神的に自立したいという気持ち、認めてもらいたいという気持ち、親への反抗と甘えという形で現れる。これは子どもの成長の証しであるものの、今までは親の指示に従っていた子どもが反抗的態度をとるようになるため、親も感情的な叱責や指示が行いがちである。思春期においてはこれが、家庭内でのコミュニケーションの悪循環を生じさせることもある。特に発達障害を抱えている児の場合には、感情的叱責により自己否定された

と受け止めてしまうことが多く、そのためにいわゆる「キレる」という状態になってしまうケースや、家庭内暴力へと発展してしまうケースもある。

思春期・青年期における家族支援では、こうした思春期のかかわり方の困難さ、子どもの成長に対する焦りの気持ちに対して寄り添いながら、親の一方的な指示や感情的叱責から、本人の納得を促すような声かけの仕方や子どもの自己決定の尊重への切り替えを支援することである。またこの時期は、本人から相談できる場をつくっていくことが必要である。

4. 成人期の家族支援

成人期の家族からの相談は、ひきこもりや家庭内での不適応行動、友人・近所・親戚も含めた人間関係、職場内トラブル・失業・求職・転職などの就労関係、消費トラブルや経済的な問題、既婚者の場合はパートナーとの関係や子育て、親なき後のことなどについての相談がある。この時期の特徴としては本人からの相談が多いが、家族からの相談としては親からの相談だけでなく、配偶者やきょうだい、あるいは子どもからの相談など、家族からの相談ニーズも多様となる。さらに本人や家族が相談に訪れることができず抱え込んでしまうことで問題をより深刻化させてしまうケースも存在する。社会からの孤立を防ぐためにも、生活・福祉・労働・医療などの多様な相談窓口において、発達障害に対応できる職員研修を行い、本人の特性や家族の支援ニーズに合わせた支援が提供できるように研修システムを整備していく必要がある。成人期において本人が生活を親や養護者に依存している場合、主たる養護者が離別した後に家族間で生じるトラブルやあつれきについての報告もあり、家庭内での経済的虐待や心理的虐待がみられるケースもある。そのため、本人が日常生活のささいなことでも相談できる場、話ができる場をつくっておくことは重要である。

新たな家族支援の支援体制

1. ペアレント・トレーニング

現在では多くの自治体で、家族支援の1つとして、発達障害児をもつ親に対するペアレント・トレーニングが実施されるようになってきている。井上ら⁸⁾は、発達障害児のペアレント・トレーニングについて以下のような目標をあげている。

- ① 子どもの発達の状態を理解すること。
- ② 子どもとコミュニケーションを楽しめるようになること。
- ③ 支援の方法を人に伝えられること。
- ④ 子育て仲間ができること。
- ⑤ 子どもを成功に導く視覚支援や環境調整の方法を知ること。
- ⑥ 発達を促す適切な支援の方法を知ること。

わが国の発達障害の親に対するペアレント・トレーニングは、グループに対する複数回の連続講座で実施されることが多く、就学前の児の親や学齢期の児の親を中心にすすめられている⁹⁾が、思春期のペアレント・トレーニング¹⁰⁾なども広がってきている。支援者養成が現在の課題となっている。

2. ペアレント・メンター

ペアレント・メンターは「親による親のための相談者」であり、自閉症など発達障害のある子どもを育てる先輩の親が、同じ親という立場で現在困っている親の相談にのるなど、活躍の場を広げている¹¹⁾。厚生労働省はペアレント・メンターの養成を発達障害支援推進策の1つとして明記している。ペアレント・メンターは相談技術の基礎や実技の講習を受け、国の施策や地域の施策などを体系的に学ぶプログラムを受講し、修了後も専門機関のバックアップをうけながら活動を行っている。

ペアレント・メンターの相談においては、同

じ体験をしてきた親としての「高い共感性」と、地域の教育・医療・福祉などサービスを体験し現状を理解したうえで「ユーザー視点からの情報提供」が特徴である。先輩の親の体験や子どもの様子を聞くことで、自分の子どもの子育ての見通しもつきやすくなり、親にとっては大きな力になると報告されている。

ペアレント・メンターは、診断後支援、ペアレント・トレーニング、サポートブック作成、就学に関するグループ相談、個別の支援ファイル作成支援、学齢期の情報提供、進路相談、キャリアバン隊による啓発活動などにおいて、障害のある子どもを育ててきた経験や知識や地域の情報を生かして相談相手や地域機関との連携役になることが期待されている。また、ある地域では乳幼児健診の親子教室に先輩保護者としてペアレント・メンターを配置する試みや診察後の地域情報の提供役を担ってもらおうという動きも出てきている。このような当事者視点での支援活動は、発達障害の診断、支援が広がっていく中で、今後ますます重要な役割をもつと考えられる。

参考文献

- 1) 相浦沙織, 他: 発達障害児をもつ母親の心理過程一障害の疑いの時期から診断名がつく時期までにおける10事例の検討. 目白大学心理学研究 3: 131-145, 2007
- 2) 永田雅子: 就園前の子どもの親の抑うつと育児ストレスの検討. 発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究. 厚生労働省科学研究費補助金, 2007
- 3) 野邑健二: 高機能広汎性発達障害児・者の母親の精神的健康への対応について. 発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究. 厚生労働省科学研究費補助金, 2007
- 4) 芳賀彩子, 他: 軽度発達障害児を養育する父母の心身のストレスについて. 心身医学 49(11): 1216, 2009
- 5) 山岡祥子, 他: 高機能広汎性発達障害児・者をもつ親の気づきと障害認識—父母と子の相違. 特殊教育学研究 46(2): 93-101, 2008
- 6) 新美明夫, 他: 学齢期心身障害児をもつ父母のストレス. 特殊教育学研究 23(3): 23-34, 1985
- 7) 住田正樹, 他: 父親の育児態度と母親の育児不安. 九州大学大学院教育学研究紀要 2: 19-38, 1999
- 8) 井上菜穂, 他: 発達障害の家族支援の第一歩—鳥取県におけるペアレント・トレーニングの取り組み. 月刊地域保健 44(4): 60-67, 2013
- 9) 松尾理沙, 他: 発達障害児の親を対象としたPTの実践と実施者の抱える課題に関する調査. 小児の精神と神経 52(1): 53-59, 2012
- 10) 松尾理沙, 他: 思春期の発達障害児を持つ親のためのペアレント・トレーニングプログラムの開発. 発達研究(発達科学研究教育センター紀要) 26: 185-190, 2012
- 11) 井上雅彦, 他: ペアレント・メンター入門講座 発達障害の子どもをもつ親が行なう親支援. 学苑社, 2011

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

基礎から学ぶ

楽しい学会発表・論文執筆

中村好一

●A5 頁240 2013年
定価: 本体2,800円+税
[ISBN978-4-260-01797-8]

若手医療関係者や医療系学生に向けて、学会発表や論文執筆のコツを具体的に解説。学会選び、抄録・スライド・ポスターの作成、口述とポスター発表の違い、投稿雑誌選び、投稿規定の重要さ、編集委員会とのやりとり、やっつけられない「べからず集」など、実践的な情報が満載。「基礎から学ぶ楽しい～」シリーズ第2弾。随分ファンが多い注目も一読の価値あり。本書を読めば、学会発表がうまくなる、論文執筆が楽しくなる!

発達障害へのアプローチ——最新の知見から

発達障害のアセスメント

連載 第4回

神尾陽子*

はじめに

発達障害は自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorders : ASD), 注意欠陥・多動性障害 (attention-deficit hyperactivity syndrome : ADHD), 学習障害などを総称する。いずれも、脳の発達初期段階から始まり、その症状は小児期から成人期まで知覚、運動、認知、情動、注意など広範囲にわたって持続し、対人関係、学習、就業、家族関係などの生活全般にわたって深刻な影響をもたらす。近年の報告では、ASDは2-3%、ADHDは数%、学習障害は数%と、従来考えられていたよりも高い有病率が報告され、その大半が知的障害を持たないことが明らかになってきた。本邦でも、2002年に文部科学省が実施した、「全国小・中学校通常学級に在籍する児童生徒を対象とする全国実態調査」(http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm)によると、知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を持つと担任教師が回答した児童生徒の割合 (ASD, ADHD, そして学習障害のある児童生徒の推定頻度とみなされている) は6.3%と報告され、2012年に行われた2回目の調査 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afiedfile/2012/12/10/

Issues in the Assessment of Developmental Disorders
*独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, Yoko Kamio : National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

1328729_01.pdf)でも6.5%とほぼ同値が確認されている。さらに発達障害の可能性のある児童生徒の約半数は教育現場でなんら支援を受けていない現状も明らかになった。

今日では、発達障害のある子どもとその家族が早期からニーズに見合った支援を受け、生涯にわたって必要な支援が受けられる地域支援体制づくりが急務と考えられている。従来、発達障害=知的障害と考えられていたために、知的な遅れがないケースは乳幼児健診でその問題に気づかれることなく通過し、また健診や幼稚園・保育所で気づかれた場合も乳幼児期の発達障害の診断が可能な専門機関や人材が乏しいために長期間待機することとなり、個々のニーズの把握にもとづいた適切な支援につなげるのにバリアが大きい (遠藤ら, 2012)。ASDの場合、日本では初めて親が気づいてから診断を受けるまで7年以上もの長時間を要し、未支援期間が長くなると成人期の社会参加やQOL (quality of life) に悪い影響を及ぼすことがわかっている (Kamio et al, 2013a)。

本稿は、発達障害の人々の一人ひとりに最適な治療の前提となる、アセスメントがテーマである。近年、発達障害のアセスメント・ツールは多数開発され、それらを用いたエビデンスも蓄積されてきた。筆者は複数のアセスメント・ツールの標準化や長期追跡に基づく妥当性検証にかかわる経験を持つ。同時に、アセスメントについての誤解、特に専門家の中での誤解と誤

用を懸念している。そこで、本稿は、発達障害のアセスメントとは何か、という根本的な問題に立ち返って、カテゴリー分類と連続的評価の異なる2種類のアセスメントをめぐる最近の世界の動向について述べ、望ましい発達障害のアセスメントのあり方について概説する。

I 発達障害のカテゴリー分類

これまで発達障害は、伝統的な精神医学的診断分類に倣ってカテゴリー診断されるのが一般的であった。つまり、A君はASDであって、ADHDではない、あるいは以前はADHDだったが、今はアスペルガー障害である、という判断を行うのである。または学校でASDが疑われて受診を勧められたが、診察医はA君を診察して、発達障害ではない、個性の範囲だという、などといった事態も発生していた。これは、医師が「正しく」診断基準通りに診断した場合にも起こり得た。それは、国際的に用いられている米国精神医学協会が作成するDSM-IVやWHOが作成するICD 10といった診断基準が、そのように規定しているためであった。これらの伝統的なカテゴリー分類は、行動特徴を共有する臨床単位はその原因もまた同一であろう、という仮説的な前提のもとに作られているが、これまで蓄積してきた膨大な臨床的エビデンスがある。発達障害に関するカテゴリー分類は、年齢に依存しない診断基準が考案されていることができ、研究の発展に大きく貢献してきた。そして医師はこの体系に従って訓練されているので、診断的症候セットに合致するかどうか、つまり罹患の有無および罹患疾患の鑑別を重視する傾向が強いのは驚くことではない。しかしながら、ASDの下位診断に関して、ショッキングな調査報告がある。全米の主要なASD専門機関で、同一の症例を自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害などの下位カテゴリーのいずれかとする臨床診断 (best-estimate clinical diagnosis) を調べたところ、ある機関は全症例を自閉性障害と診断し、別の機関では約半数の症例を自閉性障害以外と診断

するなど、多施設間での著明な診断不一致が明らかになった (Lord et al, 2012)。

このことも、DSM-5の改訂の際に広汎性発達障害 (pervasive developmental disorder: PDD) という名称とその下位診断カテゴリーが排され、その代わりにそれらを一括りにしたASDという臨床単位に変更される根拠の一つとなった。またADHDについても、不注意が優勢か、多動性・衝動性が優勢かによって分けられていた下位分類は、DSM-5では排除されることとなった。発達障害に関して、カテゴリー分類によるデメリットが認識されるのに伴い、それに代わって次に述べるような連続的評価のメリットが注目されるようになった (Angold & Costello, 2009)。

II 発達障害の連続的評価

自閉症スペクトラム

発達障害のなかでも、とりわけ自閉症に関しては、約30年前に遡る1980年代後半に、英国の児童精神科医Lorna Wing (1988) がすでにそのもととなるアイデアを提案していた。Wingは、ロンドンでの疫学研究の結果 (Wing & Gould, 1979) に基づいて、古典的な自閉症、アスペルガー症候群、そしてそれらの診断基準には当てはまらないが質的にほぼ同様の症状群を有する群 (特定不能の広汎性発達障害 (PDD-NOS) あるいは非定型自閉症に相当する) は、「自閉症連続体 (autistic continuum)」の上で症状程度に応じて重度から軽度まで移行すると述べていた。ほぼ同時期の1987年には、PDDカテゴリーがDSM-III-Rに初めて導入された。この時の変更点は、発症年齢のかわりに症状の数と程度によってPDDを自閉性障害とPDD-NOSとに下位分類したことであった。この症状程度に応じた分類もすでに連続的評価の導入とみなすこともできる。

連続的評価がはっきりと導入されたのは、昨年に改訂された第5版のDSM-5からである。ASDの下位診断に代わって症状の重症度レベルに応じて、レベル1からレベル3までの3段階で連続的評価 (dimensional assessment) す

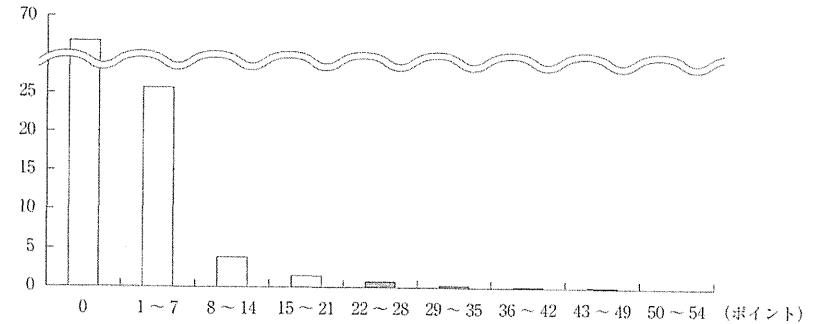


図1 「対人関係やこだわり等」における児童生徒全体の分布状況：通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について。文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (平成24年12月5日) より。http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afie/ldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf

るように変更された。その結果、ASDカテゴリーは、カテゴリー分類と連続的評価の折衷というスタイルとなり、他のカテゴリーとの違いが際立つようになった。この背景には、ASD診断の黄金基準として確立、普及している、親面接用の自閉症診断面接改訂版 (The Autism Diagnostic Interview-Revised: ADI-R) (Le Couteur et al, 2003) と本人行動観察用の自閉症診断観察検査 (The Autism Diagnostic Observation Schedule: ADOS) (Lord et al, 2002) が影響していると考えられる。これらは自閉症やASDの診断のためのカットオフが示されているだけでなく、各領域の得点は症状程度を反映するものとして扱える。したがって、カットオフを使えばカテゴリー分類ができ、同時に、得点からは症状程度についての連続的評価ができるのである。前項で述べた米国の多施設間でのASD診断の一致を調べた研究 (Lord et al, 2012) では、カテゴリー分類は一致しなかったのと対照的に、ADI-RやADOSなどの妥当性が担保された得点の分布は多施設間で近似していた。カテゴリー的、連続的、という二つの異なる方法を組み合わせて診断するという方法 (Helzer et al, 2006) は、DSM-5で登場した目新しいものに感じる読者もおられるかもしれない。だが、標準化された精神医学的構造

面接で収集した臨床情報には、症状程度や発症からの持続期間など定量的な情報が豊富に含まれており、用い方次第で連続的評価となりうる。意外に身近なものでもある (Angold & Costello, 2009)。

症状の集団内における連続的分布

次に、ASDに関する連続的評価を用いた調査や研究を紹介し、どのような点が有用なのかを見ていこう。2002年、2012年の2回にわたって文部科学省が実施した全国小・中学校通常学級に在籍する児童生徒を対象とする全国調査では、ASD、ADHD、学習障害の行動特徴を評価する尺度を用いていた。ASDに関連した質問項目は、スウェーデンの児童精神科医Gillbergらが作成したASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire) (Ehlers & Gillberg, 1993) が使用されている。この27項目から成る質問票は、3件法で親あるいは教師に回答してもらう。したがって得点分布は0点から54点と幅広く、得点が高くなるほど自閉症的行動特性が強いことを意味する。図1は2012年の調査の結果の一部で、全国の53,882人の児童生徒におけるASSQ項目の得点分布を示している (文部科学省, 2012)。この分布のパターンはスウェーデンBergen地域の全児童集団9,430人のASSQ得点分布 (Posserud

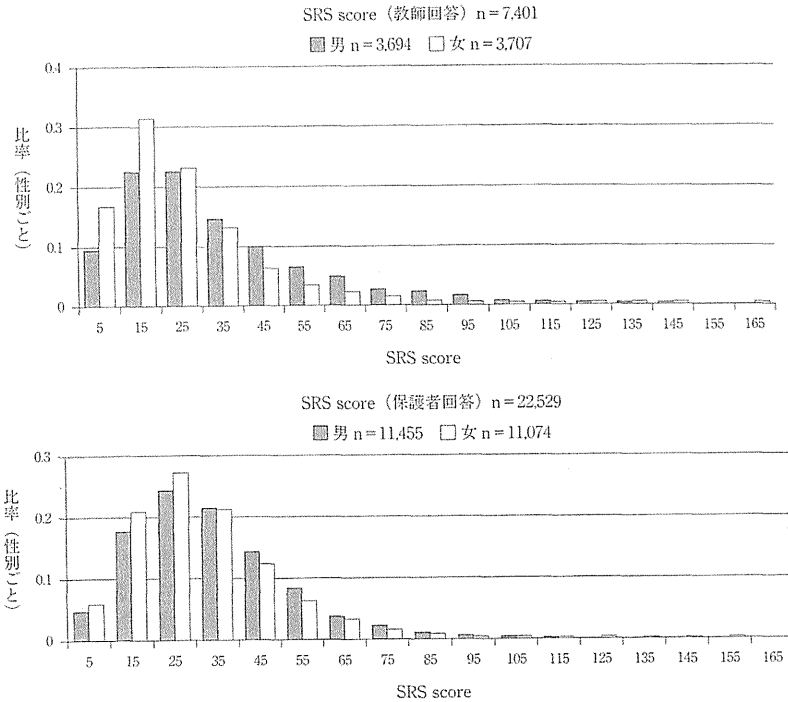


図2 全国の通常学級に在籍する児童生徒集団における対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale ; SRS) の得点分布を示す。縦軸は、集団内の頻度 (%) を示す。黒は男児を、白は女児を示す。教師回答は、142 小学校、69 中学校の計 2,769 学級の担任教師が回答した。保護者回答は、148 小学校、71 中学校の児童生徒の保護者に依頼した。(Kamio et al, 2013b)

et al. 2006) と似ている。いずれの分布も、児童の大多数は 0 点か 1 点で、高得点に向かって曲線はなめらかに傾斜しており、明らかに病理群と正常群を分ける不連続点は存在しない。

図 2 は、全国の小・中学校通常学級に通う児童・生徒を対象とした別の調査結果を示している (Kamio et al. 2013b)。この研究では、自閉症的行動特性を定量的に評価する対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale ; SRS) (Constantino & Gruber, 2005) を用いているがこの得点分布も ASD と診断される子どもを診断のない子どもから明確に区分する不連続点を持たないが、前述の ASSQ とは異なり、最頻

値は中ほどに位置し、ベルカーブに似た山型の分布を持つ。ASD のカットオフ (男子 81 点、女子 73 点) を超える児童生徒の割合は、最新の韓国の疫学研究 (Kim et al. 2011) が報告する有病率とほぼ合致する 2.5% であった。

連続的評価の適用

ASD の有病率が増加している理由の一つに、最新の疫学研究が全児童を対象として連続的評価尺度を用いたスクリーニングを行うことで、通常学級に多い未診断児からもハイリスク児を選ぶ手続きをとっていることが関係すると思われる。連続的評価は、疫学研究以外にも、行動遺伝学 (Constantino & Todd, 2003) や、神経

生理学のさまざまな領域においても神経生理指標と行動連関 (Noriuchi et al. 2010 ; Takahashi et al. 2014) を調べる有力なツールとしてよく用いられるようになってきている。

一般的な臨床場面でも有用である (Angold & Costello, 2009)。実際、図 2 からよくわかるように、発達歴から問題の把握が難しい軽症あるいは臨床閾下 (subthreshold) ケースの方が、そうでないケースよりもはるかに多い (神尾ら, 2013)。また閾下ケースは併存症も多い (森脇ら, 2013) ので、受診する機会も多いと考えられる。しかしながら、このようなケースの客観的な発達歴情報は得にくく、的確な診断を行うためには、現症について限られた時間内にできるだけ詳細な情報を得る必要がある。子どもの場合、親や教師など異なる複数の情報源から、日本人児童で標準化された連続的な評価尺度を用いて情報収集することは、カテゴリー的診断の限界を補って有用な手段となりうる (Kamio et al. 2013b,c)。診断時以外にも、治療経過の症状評価あるいは学校などの一般児童を対象としたスクリーニングにも有用である。閾下状態にある人々はカテゴリー的診断では非罹患とされるが、決して無視できない発達障害の中核症状を持つだけでなく、その合併精神症状の多さという点でも臨床的に重要な群であるので、連続的評価がその力を発揮するのである (神尾ら, 2013)。

III 発達の観点からみた発達障害アセスメント

発達障害の症状は、集団内分布だけでなく、個人内の発達経過においても連続的に変移するため、連続的評価は繰り返し行うことは有用である。たとえば、B 君の診断がアスペルガー症候群から ADHD に変更されると、薬物治療の適応となるが、その非薬物的心理社会的治療や教育方針については大きく変わらない。逆に ADHD と診断されていた C 君が寛解して ADHD の診断が外れた場合、薬物治療の適応外となるけれども、日常生活の困難と環境面での調整の必要性は大きく変わらない場合も少なくない。このようなケースでは、診断というカテゴリー的分類だけの情報では不十分である。

Biederman ら (2000) は、ADHD 男児 128 人を 4 年間追跡をした結果、評価のレベル (診断、症状、機能) によって経過の見え方が異なってくることを示した。すなわち、18 - 20 歳の寛解レベルは、診断から外れるかどうかという点 (syndromatic remission) では寛解率が 60% を超えたが、症状レベル (symptomatic remission) でみると 20% ほどに下がり、完全なる寛解 (functional remission) はわずか 10% であった。このことから、診断の有無だけに基づく判断は臨床ニーズを過小評価する危険性があることが示唆される。ライフステージにわたって必要な支援を行うためには、臨床ニーズに感受性の高い症状や機能レベルについての連続的な評価が重要である。

IV 今後の課題

発達障害は、その他の精神医学的障害同様、病因は複雑で、まだ明らかになっておらず、その診断単位は病因と一対一に対応していない。病態解明を一層すすめるために、米国の National Institute of Mental Health が推進するような、行動および神経生理学的レベルにおける連続的評価に基づく新たな診断体系の構築が重要であることは十分に納得できる。しかしながら、現在のところエビデンスはまだ乏しく、そのようなエビデンスに基づく DSM-5 は伝統的な診断体系と連続的評価の折衷であり、臨床的により適切なアセスメントの方向性を模索中のように見える。このような過渡期には、さまざまな立場から連続的評価がカテゴリー的分類かといった議論がなされがちであるが、Angold と Costello (2009) が強調するように、そうした議論は生産的ではない。一歩進めてそれらをどのように関係づけて補完するかを考えることの方が有益であろう。最近では、本邦でも日本人集団で標準化され、臨床サンプルを対象に妥当性検証を経た簡便なアセスメント・ツールが増えてきた。保育所・幼稚園や学校などでこれらのアセスメントを導入すれば、就学前から子どものニーズを把握することができ適切な支援の早期開始がもっとすすむと期待される。そのようにして、日

常の子どもをよく知る大人たちから意味のある情報を収集し、子どもの臨床像を立体的に組み立てることができれば、支援者と保護者の間の、また異なる専門家同士のコミュニケーションを促し、支援者や家族の日々の対応はもっと子どものニーズに合ったものとなるに違いない。

文 献

- Angold A, Costello EJ (2009) Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *J Child Psychol Psychiatr* 50 : 9-15.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV (2000) Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder : Impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 157 : 816-818.
- Constantino JN, Gruber CP (2005) Social Responsiveness Scale (SRS) . Los Angeles, CA, USA, Western Psychological Services.
- Constantino JN, Todd RD (2003) Autistic traits in the general population : A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 60 : 524-530.
- Ehlers S, Gillberg C (1993) The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatr*. 34 : 1327-1350.
- 遠藤明代・小保内俊雅・高橋英俊, 他 (2012) 保育所・幼稚園における年中児の行動と発達に関する意識調査—発達障害が疑われる児の地域における就学前支援を考える. 第108回日本小児精神神経学会 2012.11 神戸.
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF (2006) The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychol Med* 36 : 1671-1680.
- Kamio Y, Inada N, Koyama T (2013a) . A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism* 17(1) : 16-27.
- Kamio Y, Inada N & Moriwaki A et al (2013b) Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22,529 Japanese schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1) : 45-53. (DOI 10.1111/acps.12034)
- Kamio Y, Moriwaki A, Inada N (2013c) Utility of teacher-report assessments of autistic severity in Japanese school children. *Autism Research and Treatment*. (<http://dx.doi.org/10.1155/2013/373240>)
- 神尾陽子・森脇愛子・武井麗子, 他 (2013) 特集 発達障害再考—診断閾値の臨床的意義を問い直す. 未診断自閉症スペクトラム児者の精神医学的問題. *精神神経学雑誌*, 115(6) : 601-606.
- Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ et al. (2011) Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry* 168 : 904-912.
- Le Couteur A, Lord C & Rutter M (2003) The Autism Diagnostic Interview : Revised (ADI-R). Los Angeles, Western Psychological Services.
- Lord C, Rutter M. & DiLavore PC et al (2002) Autism Diagnostic Observation Schedule manual. Los Angeles, Western Psychological Services.
- Lord C, Petkova E. & Hus V et al (2012) A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 69(3) : 306-313.
- 森脇愛子・神尾陽子 (2013) 我が国の小・中学校通常学級に在籍する一般児童・生徒における自閉症的行動特性と合併精神症状との関連. *自閉症スペクトラム研究*, 10(1) : 11-17.
- Noriuchi M, Kikuchi Y & Yoshiura T et al (2010) : Altered white matter fractional anisotropy and social impairment in children with autism spectrum disorder. *Brain Research* 1342 ; 141-149.
- Posserud MB, Lundervold AJ, Gillberg C (2006) Autistic features in a total population of 7-9-year-old children assessed by the ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire). *J Child Psychol Psychiatr* 47 : 167-175.
- Takahashi H, Nakahachi T & Komatsu S (2014) Hyperreactivity to weak acoustic stimuli and prolonged acoustic startle latency in children with autism spectrum disorders. *Molecular Autism* 5(1) : 23. (DOI : 10.1186/2040-2392-5-23)
- Wing L (1988) The continuum of autistic characteristics. In : SCHOPLER E, MESIBOV GB, eds. *Diagnosis and assessment in autism*. New York, Plenum.
- Wing L & Gould J (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification. *J. Autism. Dev. Disord*. 9 ; 11-29.

虐待予防と家族支援

鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座 井上雅彦

はじめに

障害者虐待防止法が平成24年10月1日から施行された。同法の詳しい内容については他節に譲るが、これにより発達障害のある人の虐待及び虐待リスクに関して18歳未満については児童虐待防止法(2000)¹⁾、18歳以上の人については障害者虐待防止法、65歳以上については高齢者虐待防止法(2006)と既存の法律とあわせライフステージを通して法的に守られる体制が整えられたといえる。

障害者虐待防止法は、いうまでもなく一般名称であり、正式名称は「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」である。法律の一般名称の印象からは「虐待防止」というイメージのみを抱く人も少なくないと思われるが、この法律は「養護者に対する支援」という名称がつけられている点に、より注目していく必要がある。

本節ではまず養護者による虐待の実態について、厚生労働省による調査(厚生労働省2013;以下厚生労働省調査とする)と平成26年度厚生労働科学研究「障害者虐待の防止及び養護者・被虐待障害者の支援の在り方に関する研究」(志賀ら2014;以下研究班調査とする)で実施した調査結果より、発達障害のある人に対する養護者による虐待の実態について概観し、虐待予防のための家族支援システムについて考察する。

2 養護者による障害者虐待の実態

(1)厚生労働省調査(2013)による養護者虐待

厚生労働省は障害者虐待防止法施行を受け、平成24年度に各都道府県等の対応等に関する全国的な状況を明らかにするための状況調査を行い、翌年「都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等(調査結果)」として公表した。この調査は法の施行から平成25年3月31日までの半年間に全国1,742市区町村及び47都道府県を対象に、虐待に関する相談・通報事例を集計したものであり、今後の対応の指針となる資料である。

同調査によると養護者による障害者虐待に関する相談・通報件数は、3,260件であり、その内1,311件に虐待の事実が認められたとしている。養護者による虐待に関する相談・通報件数は、同調査で行われた障害者福祉施設従事者等による相談・通報件数939件(この内80件が虐待)と比較しても非常に多い数値であるといえる。

虐待者の年齢は60歳以上(36.7%)、50～59歳(20.6%)、40～49歳(19.1%)で続柄は父(22.7%)、母(20.7%)、兄弟姉妹(20.4%)となっている。被虐待者は男性(35.1%)、女性(64.9%)、年齢は40～49歳(23.0%)、50～59歳(18.5%)、30～39歳(18.0%)であり、障害種別としては身体障害(27.5%)、知的障害(48.5%)、精神障害(36.0%)、発達障害(1.9%)、

その他(2.7%)であり、発達障害の割合はそれほど多くはない。このうち53.3%が障害程度区分認定済みの人であり、行動障害がある人が26.9%、多くは虐待者と同居している(80.4%)という実態であった。虐待種別では厚生労働省調査では身体的虐待が最も多く790件、続いて心理的虐待456件、経済的虐待357件、放棄・放置277件、性的虐待54件の順であった。

(2)志賀ら(2014)の研究班調査による養護者虐待

研究班調査は「障害(児)者虐待の認知状況、及び障害(児)者虐待にかかる業務実態調査」として、厚生労働省による調査とは異なり、調査対象を相談支援事業所(一般相談)、障害者就業・生活支援センターとして平成25年10月に実施された。調査は、まず往復はがきによる調査を行い、その後「通報有り・届け出有り」とされた事業所・センター467箇所に対して事例調査を実施し、234事例を収集した。研究班調査では厚生労働省調査では得られていない事例の内容についてのより詳細な資料を得ることが可能である。井上(2014)はこの調

査データと厚生労働省調査を比較し、考察を加えている。

研究班調査においても厚生労働省調査と同様、養護者による虐待件数の割合の多さが目立った(図1)。研究班調査では被虐待者の年齢は19～39歳が71件、40歳以上が77件という結果であった。性別は男性92名、女性99名とで性差は認められず、障害種別では知的障害58%、精神障害19%、身体障害17%、発達障害6%ではほぼ同様の傾向を示した。

虐待の内容分析からは、低年齢では身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトのリスクが高く、年齢が上がるにつれて性的虐待や経済的虐待がそれに加わる構図が示された。特に経済的状況がよくなかったり、養護者に精神疾患や障害があったり、母子・父子世帯であったりといった、いわゆる脆弱世帯では虐待リスクが高まる傾向が示唆された。

また被虐待者の年齢が高い場合は、遠い血縁者による虐待リスクが高い傾向が示された。これは、ライフステージの一時期に安定した家族関係があったとしても、主たる養育者が別居・離婚・死別などで家族構造が変化した場

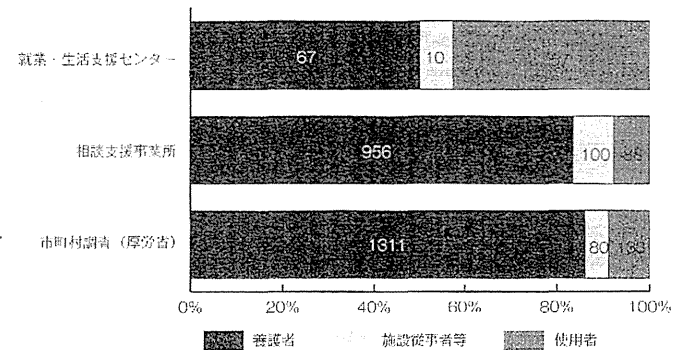


図1 養護者による虐待の割合 井上(2014)

合、虐待のリスクが高まることを示唆している。虐待の予防に関してはリスク把握が重要であるが、支援者はそのリスクは家族構造の変化によって常に変化するという認識を持って対応し、変化に敏感でなければならない。

(3)事例から見えてくる支援ニーズ

研究班調査での発達障害に関する養護者による虐待事例では、家族の養育上の問題が主であった。

例えば「3歳女児(両親と弟の4人家族)本人が夜中まで起きて母に様々なことを要求し、その要求をかねてでもすぐに他のことに興味が移るなど、母親が本人の行動を理解し対応することができず身体的・心理的虐待に至った事例」などでは、親が障害特性への理解やかわり方を身につけるためのペアレント・トレーニングなどの養育支援プログラムや相談機会の提供などの専門機関による支援に加えて、ペアレント・メンター¹²⁾などによる心理的サポートや地域情報の提供ができる身近な地域の援助者の存在が重要であると考えられる。

また脆弱家庭の事例「7歳男児(母親と兄の母子家庭)、母親がトラブルをきっかけに『みせしめです』といて感情的に兄弟を激しく怒る、叩く、食事をつくらない。母親は『叩き始めると自分を抑えられない』という事例、などでは先の事例で必要とされる支援に加えて、母親の精神的な健康状態に対する医療面からの支援、デイサービスやレスパイトなどに関連した福祉機関からの支援、学校や教育関係機関との連携などが加わる必要がある。不登校・引きこもり状態にある事例で学齢期の場合、例えば「15歳男児(両親との3人家族)、小学校低学年から不登校が継続、特別支援教

育コーディネーターやスクールカウンセラーなどがアプローチしているが父親が家庭訪問を拒否し本人にアプローチができない」という事例、などでは学校・教育機関のみがアプローチして行き詰まりをみせている。こういった学校からの働きかけを拒否し、安否確認も困難なケースにおいては、校内のみで対応するのではなく、早急に地域での支援会議、さらに必要であれば要保護児童対策地域協議会などを活用し、他機関を含めた多様な情報収集と共有及び連携を推進しながら対応していくよう教育現場に啓発していく必要がある。

3 養護者による障害者虐待に対する支援と予防

障害者虐待防止法においては養護者の支援としてその第十四条に「市町村は、第三十二条第二項第二号に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に障害者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。」としている。

原労省調査では虐待が認められた後の措置として、虐待者と分離したケースが450件(障害福祉サービスの利用42.0%、措置入所 10.2%、それ以外の一時保護 14.4%、医療機関への一時入院 14.7%、その他 18.9%)としている。虐待者と分離しなかったケースは687件(助言・指導 45.4%、見守りのみ 28.1%、サービス等利用計画見直し 15.6%など)であり、成年後見人制度の審判請求が85件という結果であった。発達障害に関係した虐待の予防については、

先の事例であげられたように、まず養護者に対する支援が必要である。虐待者である養護者は、ともすれば「加害者」として捉えられてしまいがちであるが、養護者自身が何らかの支援を必要としている場合も少なくない。養護者自身が精神的な問題を抱えていたり、発達障害の特性を持ち合わせていたりする場合もある。特に、他の家族等の状況や経済状況、医療的課題、近隣との関係など様々な虐待の関連要因を幅広くアセスメントし、各事例のニーズに応じた支援につなげる仕組みが必要である。このためには虐待防止に関わる研修や専門家養成が必要である。

(1)リスクの把握と早期介入体制

リスク要因の発見のためには、乳幼児健診、医療機関、保育所、学校、福祉機関、地域家庭など関わる人に対して、虐待兆候とその通告についての知識を啓発する必要がある。また障害者虐待防止法では第二十九条、三十条、三十一条に学校、保育所、医療機関に職員研

修と相談体制整備の義務を述べている。これらの研修の徹底とともに、「障害者虐待発見チェックリスト」(NPO法人 PandA, J, 2009)などの活用、通告行動を維持するための通告者に対する守秘義務の徹底や通告後の負担を軽減する仕組みが機能することが重要である。

特に発達障害の症状に該当し、支援ニーズを持っているにもかかわらず、未診断で相談支援機関に関わっていないケースで家庭的な脆弱性を持っているケースについては継続的な機関フォローが必要である。

(2)地域支援ネットワークの構築

虐待の防止や早期の対応等を進めていくためには、自立支援協議会に権利擁護部会を設置するなどの組織づくりを行い、中核機関を中心に定期的に地域における障害者虐待の防止等に関わる関係機関等との情報交換や体制づくりの協議等を行えることがスタートとなる。しかしながらこのような連携体制を立ち上げることは比較的容易でも機能の維持と連

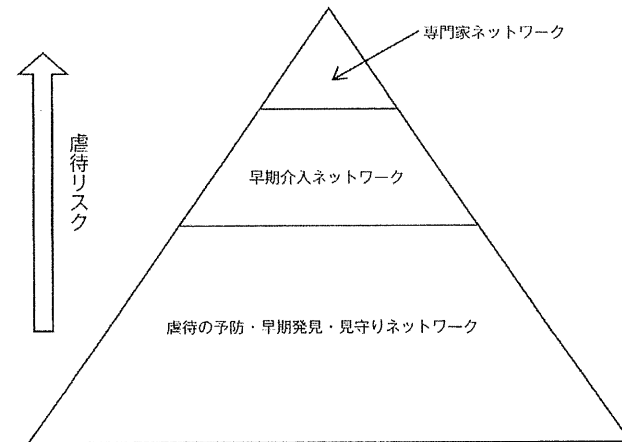


図2 養護者虐待のための地域支援ネットワーク

携に大きな課題を持つことも事実である。ここでは支援ネットワークを各階層別に分けてそれぞれの機能を分化させ、虐待防止センターや自立支援協議会が中心となって繋いでいく階層モデルを提案する。

(1) 階層1 虐待の予防・早期発見・見守りネットワーク

地域自治会レベルで、民生委員や地区担当保健師、知的障害者相談員やペアレント・メンターなどが中心となって地域の見守りネットワークを構築し、定期的リスクのある家庭を支援する。この階層では障害の有無にこだわらず、児童や高齢者、DVも含め広汎な対象についての見守りを行う。またその地域の保育所、学校、施設、医療機関なども定期的に連絡をとり、権利擁護と虐待予防に関する啓発を行う。特にペアレント・メンターは、発達障害の子どもを抱える家族と寄り添い、専門機関に繋げる重要な機能を持つため、虐待の予防や啓発に関しては今後大きな機能を持ちうると思われる。

(2) 階層2 早期介入ネットワーク

障害福祉サービス事業者や相談支援事業者などが階層1のネットワークのいくつかを担当し、虐待のリスクが高いと判断される／もしくは虐待が認定された場合でも養護者の分離が必要ないと判断された場合に具体的な支援を提供し、継続フォローしていく。例えばペアレント・メンターから紹介を受け、地域の家族のための相談支援サービスや療育サービスを提供し、定期的にフォローし、状況の変化によって階層3の専門相談機関に繋ぐ。

(3) 階層3 専門機関ネットワーク

養護者からの分離が視野に入るような重篤な虐待事例で専門知識等を要する場合には、都道府県障害者権利擁護センターや市町村の

障害者虐待防止センターや児童相談所、知的障害者更生相談所、発達障害者支援センターなどが中心となって、医療、警察、弁護士会、権利擁護団体など適時チームを招集し専門的助言や援助を求められるネットワークが必要である。

今後の課題

養護者による障害者虐待の問題は、障害者自身の特性や養護者のみの問題として捉えるのではなく、家族全体のニーズをアセスメントし適切な支援を行い、粘り強く見守っていくシステムが必要である。障害者虐待防止法は施行後間もない法律であり、それに伴うシステムも経験が十分であるとは言えない。また今回紹介した2つの調査も虐待対応の後の予後がどうなったのかという点については不十分である。先行して制度化された児童虐待や高齢者虐待を参考にしつつ、データを蓄積し分析していく必要がある。数年先の見直し際には、現法で課題となっている各種学校や医療機関(病院・診療所)での虐待に関する規定についても今から議論を深めていく必要がある。

【注】

- (1) 2004年に改正されている
- (2) 自閉症など発達障害のある子どもを育てる先輩の親で、親の相談役となる人のことで、同じような子どもを育ててきた経験や知識や地域の情報を生かして相談相手や地域機関との連携役となる。厚生労働省はペアレント・メンターの養成を今後の発達障害支援推進策の一つに明記し、相談技術をもった家族は大事な資源と位置付けており、各自治体で養成が行われている(井上ら

2011)。

参考文献

- 厚生労働省(2013).平成24年度 都道府県・市町村における障害者虐待事例への対応状況等(調査結果)
- 井上雅彦・吉川徹・日詰正文・加藤香(2011).ペアレント・メンター入門講座「発達障害の子どもをもつ親が育ちなう親支援」学苑社
- 井上雅彦(2014).養護者虐待の実態に関する研究 相談支援事業所・就業・生活支援センターを対象とした調査―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25年度分研究報告書
- NPO法人 Panda J (2009).「障害者虐待防止マニュアル行政・支援者が障害者虐待に適切に対応するために」
- NPO法人 Panda J (2010).「こんなときどうする 障害者虐待対応マニュアル」
- 志賀利一(2014).「障害者虐待の防止及び養護者・被虐待障害者の支援の在り方に関する研究」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25年度分研究報告書

Increase in Eye Contact and Vocalization: Combining the Picture Exchange Communication System (PECS) With Imitation Training for Children With Autism

MITSUAKI MIYAZAKI

Yamamuro Elementary School

HISATOSHI KATO

Japan Developmental Disorders Network

MASAHIKO INOUE

Tottori University Faculty of Medicine

Abstract

Study objective: The present study examined the effects of adding imitation training to the Picture Exchange Communication System (PECS) for children with autism. *Design:* ABCA design: Baseline, PECS training, PECS with imitation training, and maintenance test. *Setting:* A playroom in a day training center. *Participants:* 4 children (1 boy, 3 girls; 4–6 years old) with autism who had poor or no vocalization. *Intervention:* Following baseline, the children were given PECS training and then PECS with imitation training. *Measures:* Frequency of eye contact, vocalization, and rates of correct PECS responses and imitative behaviors. *Results:* PECS with imitation training improved eye contact and vocalization for all the participants, and improved imitation for 3 of the 4 participants. *Conclusion:* The results of the present study suggest that adding imitation training to PECS increased eye contact and vocalization.

Key Words Picture Exchange Communication System (PECS), imitation, eye contact, vocalization, children with autism

自閉症児に対する PECS と動作模倣を用いた アイコンタクトおよび発声・発語の促進^(注1)

富山市立山室小学校 宮崎光明

一般社団法人 日本発達障害ネットワーク 加藤永歳

鳥取大学大学院医学系研究科 井上雅彦

研究の目的 無発語または発声・発語が少なく、音声によるコミュニケーション行動が乏しい自閉症児を対象に、アイコンタクトおよび発声・発語を促進するために、PECSの要求場面において、対象児が絵カードをコミュニケーション・パートナーに渡した後に動作模倣を取り入れた際の介入効果を検討することを目的とした。**研究計画** ベースライン期、PECSの訓練、PECSに動作模倣を取り入れた訓練、維持テストからなる ABCA デザインを用いた。場面 プレイルームにて実施した。**対象児** 無発語または発声・発語が少なく、コミュニケーション行動が乏しい自閉症児4名であった。**介入** 訓練期1ではPECSのフェイズIの訓練を行い、訓練期2では、フェイズIに動作模倣を取り入れた訓練を行った。**行動の指標** 絵カードを用いた要求行動を構成する行動の正反応率、アイコンタクトおよび発声・発語の生起率、動作模倣の正反応率を行動の指標とした。**結果** 本研究に参加したすべての自閉症児において、絵カードを用いた要求行動を構成する行動の正反応率、アイコンタクトおよび発声・発語の生起率が増加した。また、3名の動作模倣の正反応率の増加が見られた。**結論** PECSの訓練手続きに動作模倣を取り入れることで、アイコンタクトおよび発声・発語が促進されることが示唆された。

Key Words PECS、動作模倣、アイコンタクト、発声・発語、自閉症

問題と目的

近年、音声言語の獲得に困難を示す自閉症児に対して、拡大・代替コミュニケーション (augmentative and alternative communication: AAC) の研究が数多く行われてきている。その中で絵カード交換式コミュニケーション・システム (Picture Exchange Communication System: PECS; Bondy & Frost, 1994) は、機能的なコミュニケーション行動を比較的短期間で獲得することを目的として開発されたトレーニングシステムである。PECSについては、トレーニング・マニュアル (Frost & Bondy, 2002 門監訳 2005) や PECS を紹介する書籍 (Bondy & Frost, 2002 園山・竹内訳 2006) にまとめられている。それらによると PECS はフェイズ I からフェイズ VI までの 6 つの学習ステップに分かれている。フェイズ I では、絵カードと要求物品との交換を通して、絵カード 1 枚を自発的にコミュニケーション・パートナー (communication partner: 以下、CP) に渡し要求することを教える。フェイズ II では、子どもと CP の距離、子どもと絵カードとの距離を順に離していきながら、絵カード 1 枚で要求することを教える。また子どもが要求する物品や活動の数も増やしていく。フェイズ III では、複数の絵カードから要求したいものを選択して要求すること、フェイズ IV では、絵カードで簡単な文 (○○+ください) を作成して要求することを教える。フェイズ V では、「何が欲しいの?」という CP の質問に絵カードで答えること、フェイズ VI では、「何が見える?」、「何が聞こえる?」などの質問にコメントすること、また自発的にコメントすることを教える。

PECS について Bondy & Frost (1994) は、音声言語の促進を目的とするのではなく、機能的なコミュニケーション行動を獲得するための手段として導入するものであるとしている。しかし、PECS の訓練に伴う副次的効果として、発声・発語の増加や (Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc, & Kellet, 2002; Schwartz, Garfinkle, & Bauer, 1998)、アイコンタクトなどの社会的コミュニケーション行動の増加を示している研究が見られる (Charlop-Christy et al., 2002)。これらの副次的効果を示した研究に

ついては、音声言語の生起頻度などを従属変数に設定しているが、PECS 自体が音声言語の促進を目的にしていなかったため、PECS を用いてコミュニケーション行動を促進する介入方法を積極的に検討した研究は少なく、あるにしてもそれらの研究は PECS の訓練手続きに意図的に遅延時間を設定した手続きを組み合わせた研究に限られている (宮崎・中野, 2005; Tincani, 2004; Tincani, Crozier, & Alazetta, 2006; Yokoyama, Naoi, & Yamamoto, 2006)。Yokoyama et al. (2006) は、絵カードを受け取ってから要求物品を渡すまでの間に 10 秒間の遅延時間を設定するという独自の手続きを行ったときに音声言語が最も多く生起したと報告している。

一方、従来の発声・発音プログラムは、粗大動作模倣訓練から指導を始め、微細動作模倣訓練、口型模倣訓練、息を出す行動を形成し、五十音の音の音声模倣訓練へと移行する (角張・自閉児教育研究会, 1985)。しかし、このようなステップを 1 つ 1 つ不連続試行訓練 (discrete trial training: 以下、DTT) で行う場合、動作模倣を獲得させるためだけでも多くの時間がかかり、動作模倣訓練から音声模倣訓練へと移行しない無発語児が存在する (佐藤・西村・綿巻・若林, 1987)。また、対象児の模倣力に基礎を置いた指導では、基本的な注意力を対象児が獲得している必要がある (小井田・園山・竹内, 2003)。そもそも自閉症児は精神年齢や言語発達段階が同程度のほかの子どもたちと比較して、動作模倣が困難であることが指摘されており (DeMyer, et al., 1972; Jones & Prior, 1985; Smith & Bryson, 1994)、模倣が獲得されても機能的なコミュニケーション行動の獲得に至らないこともある (Bondy & Frost, 1994)。さらに、獲得された模倣行動が要求場面や応答場面で自発的に生起するようにならず、指導者のプロンプトに依存してしまうことも考えられる (Bondy & Frost, 1998, 2001)。

加藤・宮崎・井上 (2008) は、PECS のフェイズ I の要求場面で健常幼児と自閉症幼児のアイコンタクトおよび発声・発語の関係を比較した。その結果、健常幼児は要求の際に確認や共感的文脈でアイコンタクトの使用が見られたが、自閉症幼児についてはそれらの行動は乏しいことが示され

※本論文の種別は 2010 年 10 月 22 日改訂の投稿規定による

た。これは自閉症幼児においてPECSにおける機能的な絵カードによる要求行動の確立のみでは機能的なアイコンタクトは成立しづらいことを示している。

出口・山本(1985)は、機能的言語の確立のために、行動連鎖 (behavioral chains) の観点から行動を分析していくことが重要であるとして、日常的に機能している非言語行動の連鎖に、発話という言語行動要素を付け加えることで、その発話は機能をもつようになることを示唆している。PECSのフェイズIの要求場面では、CPが要求物品を、身体プロンプター (physical prompter: 以下、PP) が絵カードを対象児の前に提示することが対象児の弁別刺激となり、対象児は絵カードを取りCPに渡すという行動が生起し、CPから要求物品を受け取ることで一連の行動が強化される。この機能的で非音声的な要求言語行動の行動連鎖の中に、社会的コミュニケーション行動の基盤となる動作模倣を取り入れることで、必然的に動作模倣の前提条件である動作への注視行動が増し、PECSを訓練しながら機能的なアイコンタクトや発声・発語をも同時に増加させる可能性があるのではないかと考えた。

そこで本研究では、アイコンタクトを促し、発声・発語の生起を高める手続きとして動作模倣をPECSのフェイズIに取り入れることとした。先行研究では、フェイズIIIやフェイズIVでアイコンタクトや発声・発語が増加しているが (Bondy, Tincani, & Frost, 2004; Ganz & Simpson, 2004; 高橋・藤野, 2006; 若杉・藤野, 2009)、本研究の手続きにおいては、フェイズIの行動連鎖の中でアイコンタクトや発声・発語の増加を目的として動作模倣を取り入れた訓練を行った。フェイズIに動作模倣を取り入れるタイミングとしては、加藤他(2008)を参考とし、自閉症児がCPに絵カードを渡した直後とした。この手続きを、無発語または発声・発語が少なく、音声によるコミュニケーション行動が乏しい自閉症児4名に実施し、アイコンタクトおよび発声・発語の促進効果について検討した。

方法

対象児

対象児は、4~6歳の自閉症児4名であった。研究開始時の対象児のプロフィールを表1に示した。

A児は、保育所に在籍している男児であった。身体発育に関して問題は見られなかった。1歳6ヶ月時に言葉の遅れを指摘され、3歳11ヶ月時に医療機関で自閉症と診断を受けた。本研究開始時のA児の言語表出面に関しては、指差しは遊び場面などで時々見られたが、日常的にはほぼ皆無であった。発声は時々見られたが、有意味な言葉はなかった。不明瞭ではあるが「イヤ」、「ちょうだい」と聞こえる発声が見られることもあったが、その生起は文脈にあってはならず、機能的ではなかった。要求表現としては、クレーン行動、欲しいものを直接持ってくる行動が多く見られた。共同注意はA児の前方にあるものに対しては成立していたが、横や後ろにあるものに対しては成立しなかった。他者から指差しにて「これちょうだい」という要求に対しては、横を向く、指差しを手で払う、押し返すという行動が見られた。また「○○どれ?」という音声での問いに対しては、写真や絵カードでは選択できていた。

B児は、特別支援学校の幼稚部に在籍している女児であった。身体発育に関しては見られなかった。1歳10ヶ月時に言葉の遅れを指摘され、2歳2ヶ月時に医療機関で自閉症と診断を受けた。本研究開始時のB児の言語表出面に関しては、指差しは見られず、発声は喃語が見られた。要求表現としては、「お願い」、「ください」は両手をたたく行動が見られ、拒否はその物を手で押すか、

表1 対象児のプロフィール

対象児	性別	診断名	CA	KIDS-T:DSQ (DA)	S-M:SQ (SA)
A児	男	自閉症	4:10	28 (1:4)	31 (1:6)
B児	女	自閉症	4:3	27 (1:2)	39 (1:8)
C児	女	自閉症	6:2	24 (1:6)	30 (1:10)
D児	女	自閉症	4:9	28 (1:4)	32 (1:6)

KIDS-T (乳幼児発達スケールタイプT)
S-M (新版 S-M 社会生活能力検査)

「イーヤー」と叫ぶ行動が見られた。共同注意はB児の前方・横・後方にあるものに成立していた。他者から指差しにて「これちょうだい」という要求に対しては、その物品を渡すことはできていた。「○○どれ?」という音声での問いに対しては、無反応であった。

C児は、特別支援学校の小学部に在籍している女児であった。身体発育に関しては見られなかった。1歳6ヶ月時に言葉の遅れを指摘され、3歳3ヶ月時に医療機関で自閉症と診断を受けた。本研究開始時のC児の言語表出面に関しては、要求場面において他者の手をつかむクレーン行動、指差し行動、「りんご」、「お茶」などの名詞での要求は時々見られた。音声言語の表出としては一語文語であり、「あれ」、「これ」などの代名詞が無意味語を発することが多かった。声量に関しては全般的に大きいものであった。自分の要求が満たされない状況においては「おしっこ」と言ってその場から逃避する、近くの人や机などを叩くといった行動が観察されていた。共同注意はC児の前方にあるものに対しては成立していたが、横や後ろにあるものに対しては成立しなかった。他者から指差しにて「これちょうだい」という要求に対しての反応はほぼ皆無であった。「○○どれ?」という音声での問いに対しては、写真や絵カードでは選択できていた。

D児は、保育園に在籍している女児であった。生後2ヶ月時に母親が、のけぞりや目線が合わないなどの発達遅滞に気づいた。0歳8ヶ月時に、精神・運動発達遅滞と診断を受け、自閉的な傾向があると伝えられた。また、4歳6ヶ月に、医療機関で自閉症と診断を受けた。本研究開始時のD児の言語表出面に関しては、要求場面において他者の手をつかむクレーン行動、指差し行動が見られた。音声言語の表出としては「トート」、「チャチャチャ」などの発声が見られることがあったが、ほぼ皆無で、無発語であった。共同注意は児の前方・横・後方に対して成立するときと成立しないときがあり不安定であった。他者から指差しにて「これちょうだい」という要求に対しては、その物品を渡すことはできていた。「○○どれ?」という音声での問いに対しては、写真や絵カード

では選択できていた。

なお、本研究への参加と研究結果の公表について、対象児は言語理解および表出が困難であるため、対象児の保護者を代理として、事前に研究主旨を説明し、同意を得た。

訓練者

各対象児にCP1名とPP1名の計2名が担当した。CPおよびPPは本研究の前に、第2著者が行ったPECSの勉強会に参加してPECSの知識を得ていた。また、デイキャンプ中にCPおよびPPは対象児に、色の弁別、御用学習、微細課題、なぞり課題、型はめなどを指導し、余暇支援も行った。

訓練期間および場所

PECSの訓練は、3日間のデイキャンプの中の課題の1つとして、午前中に20分程度、午後16:00~17:00に20分程度行った。訓練場所は、プレイルームであった。マテリアルおよびセッティング

PECSの訓練に用いる物品として、デイキャンプの事前およびデイキャンプ中に母親から普段の要求状況や要求物品を聞き取り、各対象児ともにお菓子、おもちゃなどの好みの物品を2~4つ用意し、PECSの訓練で使用する要求物品とした。また、要求物品の写真カラーボードに貼り、厚みをつけたものを本研究で使用する絵カードとした。絵カードの大きさは、縦6cm×横4cmであった。

絵カードを用いた要求場面のセッティングでは、対象児とCPは机を介して対峙するように座った。対象児の背後にはPPがつき、ビデオカメラは対象児の目線が判別できるように、CPの右斜め後方に設置した。

従属変数

絵カードを用いた要求行動を構成する「絵カードを取る」、「絵カードを持った手をCPの前に差し出す」、「絵カードをCPの手に渡す」の各行動の正反応率、アイコンタクトおよび発声・発語の生起率、動作模倣の正反応率を従属変数とした。手続き

事前の動作模倣テスト PECSの訓練に取り入れる模倣動作を選定するために10種類の動作模倣テストを行った。動作模倣テストは、タッチをする、バンザイをする、頭を触る、お腹を触る、