

拍手する、耳を触る、鼻を触る、口を触る、目の周りを触る、膝を触る、の10種類で構成され、それぞれ2試行行われた。正反応時の賞賛や無反応時または誤反応時の身体プロンプトなどは行わず、次の試行へ移行した。各模倣動作について、1試行以上正反応であったものをPECSの訓練に取り入れた。

動作模倣テストの結果から、取り入れる模倣動作は、A児では、全10種類のどの模倣動作でもよく、これらの2種類以上の連続した動作模倣や口形模倣を取り入れることとし、B児では、「タッチをする」、「頭を触る」、「拍手をする」、「目の周りを触る」、「膝を触る」とした。またC児では、「タッチをする」の動作提示位置に関して左右上下の変化をつけ、さらに両手と片手の変化もつけて行うこととした。D児では、「タッチをする」、「耳を触る」、「鼻を触る」、「口を触る」とした。

ベースライン期 ベースライン期では、PECSのフェイズ1を行った。各対象児に好みの物品2～4種類を要求物品とし、それらの絵カードを1試行1枚ずつ提示し4試行行った。CPは、要求物品をCPの胸前に固定して提示し（対象児からは手を伸ばして取ることでできない距離で保持した）、PPが対象児の背後から対象児の机上に、要求物品に該当する絵カードを置いた。PPが絵カードを置くタイミングはCPの要求物品の提示と同時にした。CPは対象児の目を見続け、対象児の視線および行動を観察した。観察時間は5秒とした。対象児の「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」行動を正反応とし、観察時間内に正反応が生じた場合は、CPがすぐに要求物品の名前を言いながら、要求物品を渡して強化した。無反応時または誤反応時は身体プロンプトを行わず、要求物品を渡さずに次の試行へ移行した。CPは絵カードを無理に取らせたり、無理に受け取ったりはしないようにした。なお要求物品の提示順序は、ランダムであった。

訓練期1 訓練期1では、PECSのフェイズ1を行った。基本的な手続きはベースライン期と同様とした。CPが要求物品を提示し、PPが絵カード

を置いてから、対象児の「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」行動が、3秒以内に自発した場合を正反応とし、CPがすぐに要求物品の名前を言い、要求物品を渡して強化した。3秒以内に正反応が生じない無反応や、正反応以外の誤反応に関しては、PPが対象児の背後から写真カードをCPに渡すための身体プロンプトを行った。その後CPはすぐに要求物品の名前を言いながら、要求物品を渡して強化した。なお訓練期1において観察時間を3秒としたのは、正反応前の無反応や誤反応を減らし安定的に正反応を増加させるためであった。達成基準については、「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」行動のすべての正反応率が3ブロック連続で100%となることとした。しかし結果はA児とD児の2名はデイキャンプでの訓練期間の制限から2ブロック連続100%にとどまった。

訓練期2 訓練期2は、訓練期1のフェイズ1に動作模倣を取り入れて行った。対象児が絵カードを取って、CPに手を伸ばし、絵カードを離し、CPが絵カードを受け取った後、CPは対象児に対し、動作模倣のテストで基準を満たした模倣動作のモデル提示を行った。CPによる模倣動作の提示から5秒以内に対象児の動作模倣が生じたら、CPは対象児にすぐに要求物品の名前を言いながら、要求物品を渡して強化した。CPによる模倣動作の提示から5秒以内に対象児の動作模倣が生起せず、誤反応もしくは無反応であった場合、PPが対象児の背後から身体プロンプトにより動作模倣の形成および修正を行い、その後CPがすぐに要求物品の名前を言いながら、要求物品を渡して強化した。訓練期2の達成基準については、動作模倣の正反応率が3ブロック以上連続して100%となることとした。しかし結果はC児とD児の2名はデイキャンプでの訓練期間の制限から2ブロック連続100%にとどまった。

事後の動作模倣テストおよび維持テスト これらのテストは、対象児の動作模倣の正反応や、フェイズ1の要求場面での発声・発語、アイコンタクトの生起が、訓練後も維持あるいは増加している

かを調べるために行った。事後の動作模倣テストおよび維持テストは、訓練期2の約3ヶ月後に行った。事後の動作模倣テストでは、各対象児に、事前の動作模倣テストで行われた10種類の模倣動作をそれぞれ2試行行った。維持テストは、ベースライン期と同様の手続きで行った。なおD児については、都合により行うことができなかった。

事後の動作模倣テストおよび維持テストにおける対象児のコミュニケーションの様子について 家庭や保育園などの日常生活場面における対象児の保護者や保育士などに対する音声言語、PECS、そのほかのコミュニケーション行動の様子（以下、コミュニケーション行動の様子）について、1対1で保護者に聞き取りを行った。聞き取りは、事後の動作模倣テストおよび維持テストから約3ヶ月後に行った。なお、B児の保護者には都合により行うことができなかった。

結果の処理

各対象児の事前の動作模倣テスト、ベースライン期、訓練期1、訓練期2、事後の動作模倣テスト、維持テストをすべてVTRで録画し、そのVTRによりデータを得た。ベースライン期、訓練期1、訓練期2、維持テストのそれぞれのPECSの訓練における正反応率を「絵カードを取る」、「絵カードを持った手をCPに差し出す」、「絵カードをCPの手に渡す」の各行動に対して求めた。正反応率は、4試行を1ブロックとし、各ブロックにおける正反応が出現した試行数の割合（%）で求めた。また、ベースライン期、訓練期1、訓練期2、維持テストのそれぞれのアイコンタクトおよび発声・発語の生起率は、4試行1ブロックとし、各ブロックにおいて生じた試行数の割合（%）で求めた。ただし、1試行1回以上生起しても1回と数えることとした。訓練期2、維持テストのそれぞれの動作模倣の正反応率は、4試行を1ブロックとし、各ブロックにおける正反応が出現した試行数の割合（%）で求めた。事前および事後の動作模倣テストの正反応率は、10種類の動作模倣をそれぞれ2試行行い合計20試行とし、正反応が出現した試行数の割合（%）で求めた。

信頼性

各対象児におけるベースライン期、訓練期1、

訓練期2、維持テストのVTRの録画に関して、第1著者と第3著者以外の評定者の合計3名が別々に、1試行ごとにおける発声・発語およびアイコンタクトの生起頻度とそのタイミングを記録した。評定者間の一致率は、一致した生起頻度とそのタイミングの割合（%）で求めた。一致率は、A児は81.3%、B児は83.5%、C児は80.8%、D児は80.2%であった。

結果

各対象児におけるベースライン期、訓練期1、訓練期2および維持テストの結果を図1～4に示した。縦軸は、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」の各行動と動作模倣の正反応率および発声・発語、アイコンタクトの生起率を、横軸はブロックを示した。なお図にデータを表記する場合、複数の行動項目が同一の正反応率、あるいは同一の生起率であった場合、データが重なることにより識別が難しくなるため、そのような場合は、プロットされる複数のデータの位置を若干ずらして図に表記した。

ベースライン期、訓練期1、訓練期2、維持テストの結果

A児の、ベースライン期における「絵カードを取る」、「絵カードを持った手をCPの前に差し出

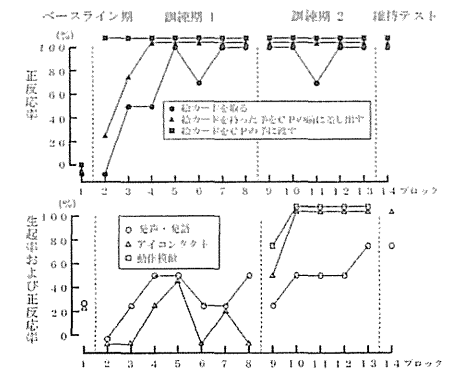


図1 A児における絵カードを用いた要求行動を構成する各行動と発声・発語などの正反応率および生起率の結果

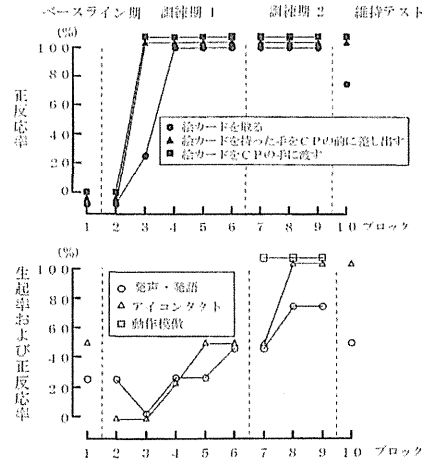


図2 B児における絵カードを用いた要求行動を構成する各行動と発声・発語などの正反応率および生起率の結果

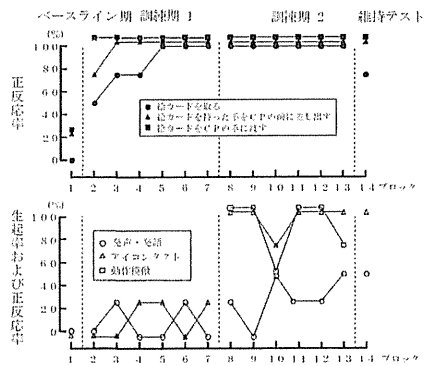


図3 C児における絵カードを用いた要求行動を構成する各行動と発声・発語などの正反応率および生起率の結果

す、「絵カードをCPの手に渡す」の各行動の正反応率は0%で、発声・発語およびアイコンタクトの生起率は25%であった。訓練期1では、「絵カードを取る」行動の正反応率が2ブロックで0%、3ブロック、4ブロックで50%になり、5ブロックで100%に達した。6ブロックでは75%になり、7ブロック、8ブロックで100%に達した。「絵カードを持った手をCPの前に差し出す」行動の正反応率は2ブロックで25%、3ブロックで

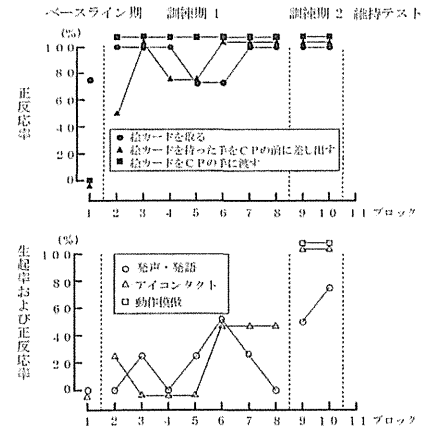


図4 D児における絵カードを用いた要求行動を構成する各行動と発声・発語などの正反応率および生起率の結果

75%になり、4ブロック以降100%に達した。「絵カードをCPの手に渡す」行動の正反応率は、すべてのブロックで100%であった。発声・発語の生起率は、2ブロックで0%、3ブロックで25%になり、4ブロックで50%に達した。6ブロック、7ブロックでは25%になり、8ブロックで50%に達した。アイコンタクトの生起率は3ブロックまで0%であり、5ブロックで50%に達した。6ブロック、8ブロックでは0%であった。訓練期2では、「絵カードを取る」行動の正反応率は、9ブロック、10ブロックで100%、11ブロックで75%になり、12ブロック以降で100%に達した。「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は、すべてのブロックで100%であった。発声・発語の生起率は、9ブロックで25%、10ブロックから12ブロックで50%になり、13ブロックで75%に達した。アイコンタクトの生起率は9ブロックで50%、10ブロック以降で100%に達した。動作模倣の正反応率は9ブロックで75%、10ブロック以降は100%に達した。維持テストでは、「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は、2ブロックで0%、3ブロックで25%になり、4ブロックで50%に達した。アイコンタクトの生起率は2ブロック、3ブロックで0%、5ブロック以降で50%に達した。訓練期2では、「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」の各行動と、動作模倣の正反応率がすべてのブロックで100%であった。発声・発語の生起率は、7ブロックで50%、8ブロック以降で100%に達した。維持テストでは、「絵カードを取る」行動の正反応率が75%であった。「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は100%であった。発声・発語の生起率は50%で、アイコンタクトの生起率は100%であった。

であった。

B児のベースライン期における「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は0%であった。発声・発語の生起率は25%で、アイコンタクトの生起率は50%であった。訓練期1では、「絵カードを取る」行動が2ブロックで0%、3ブロックで25%になり、4ブロック以降は100%に達した。「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は、2ブロックで0%、3ブロック以降100%に達した。発声・発語の生起率は、2ブロックで25%、3ブロックで0%、4ブロック、5ブロックで25%になり、6ブロックで50%に達した。アイコンタクトの生起率は2ブロック、3ブロックで0%、5ブロック以降で50%に達した。訓練期2では、「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」の各行動と、動作模倣の正反応率がすべてのブロックで100%であった。発声・発語の生起率は、7ブロックで50%、8ブロック以降で75%に達した。アイコンタクトの生起率は、7ブロックで50%、8ブロック以降で100%に達した。維持テストでは、「絵カードを取る」行動の正反応率が75%であった。「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は100%であった。発声・発語の生起率は50%で、アイコンタクトの生起率は100%であった。

D児のベースライン期では「絵カードを取る」行動の正反応率は75%で、「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は0%であった。発声・発語およびアイコンタクトの生起率は0%であった。訓練期1では、「絵カードを取る」行動の正反応率は、2ブロックから4ブロックで100%、5ブロック、6ブロックで75%であり、7ブロック以降は100%に達した。「絵カードをCPの手に渡す」行動の正反応率は、すべてのブロックで100%に達した。発声・発語の生起率は、2ブロックで0%、3ブロックで25%、4ブロックで50%、5ブロックで75%であり、6ブロック以降は100%に達した。アイコンタクトの生起率は、2ブロックで0%、3ブロック、4ブロック、5ブロックで25%、6ブロックで50%、7ブロックで75%、8ブロックで100%に達した。13ブロックでは75%であった。維持テストでは、「絵カードを取る」行動の正反応率が75%であった。「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は100%であった。発声・発語の生起率は50%で、アイコンタクトの生起率は100%であった。

C児のベースライン期における「絵カードを取る」行動の正反応率は0%で、「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は25%であった。訓練期1では、「絵カードを取る」行動の正反応率は2ブロックで0%、3ブロック、4ブロックで50%になり、5ブロックで100%に達した。「絵カードをCPの手に渡す」行動の正反応率は2ブロックで25%、3ブロックで

よびアイコンタクトの生起率は、すべてのブロックで0%と25%を上下する結果であった。訓練期2では、「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は、すべてのブロックで100%であった。発声・発語は、8ブロックで25%、9ブロックで0%であり、10ブロック、13ブロックで50%に達した。アイコンタクトの生起率は、8ブロック、9ブロックで100%、10ブロックで75%であり、11ブロック以降は100%に達した。動作模倣の正反応率は8ブロック、9ブロックは100%、10ブロックで50%、11ブロック、12ブロックで100%に達した。13ブロックでは75%であった。維持テストでは、「絵カードを取る」行動の正反応率が75%であった。「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は100%であった。発声・発語の生起率は50%で、アイコンタクトの生起率は100%であった。

D児のベースライン期では「絵カードを取る」行動の正反応率は75%で、「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は0%であった。発声・発語およびアイコンタクトの生起率は0%であった。訓練期1では、「絵カードを取る」行動の正反応率は、2ブロックから4ブロックで100%、5ブロック、6ブロックで75%であり、7ブロック以降は100%に達した。「絵カードをCPの手に渡す」行動の正反応率は、すべてのブロックで100%に達した。発声・発語の生起率は、2ブロックで0%、3ブロックで25%、4ブロックで50%、5ブロックで75%であり、6ブロック以降は100%に達した。アイコンタクトの生起率は、2ブロックで0%、3ブロック、4ブロック、5ブロックで25%、6ブロックで50%、7ブロックで75%、8ブロックで100%に達した。13ブロックでは75%であった。維持テストでは、「絵カードを取る」行動の正反応率が75%であった。「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は100%であった。発声・発語の生起率は50%で、アイコンタクトの生起率は100%であった。

100%であった。発声・発語の生起率では、9ブロックで50%であり、10ブロックで75%に達した。維持テストは、都合により行うことができなかった。

動作模倣テストの結果

事前、事後における動作模倣テストの結果を図5に示した。事前、事後における動作模倣テストの正反応率を比較すると、A児が5%、C児が75%、D児が40%増加した。B児は15%減少した。

事後の動作模倣テストおよび維持テスト後における対象児のコミュニケーション行動の様子

保護者から聞き取った、事後の動作模倣テストおよび維持テスト後から3ヶ月後の対象児のコミュニケーション行動の様子を表2に示した。A児、C児、D児とも、PECSは、家庭や保育園な

どの日常的な生活場面で維持されており、絵カードと要求物品の交換時に発声・発語が伴っていた。さらに、A児、C児では音声による要求言語行動が、D児では、ちょうだいを示すサイン言語が増加した。なおB児については、都合により行うことができなかった。

考察

本研究は、4名の自閉症児を対象に、アイコンタクトおよび発声・発語を促進するために、PECSの絵カードによる要求場面で、絵カードをCPに渡した後、要求物品を渡す前に動作模倣を取り入れた効果について検討することを目的とした。結果、PECSの訓練手続きに動作模倣を取り入れることで、PECSによるフェイズIの手続きよりもアイコンタクトおよび発声・発語が促進されることが示された。

各対象児における訓練期Iのアイコンタクトおよび発声・発語の生起率は、B児のアイコンタクトの生起率以外は、ベースライン期よりも不安定ながら増加傾向を示した。これは、PECSの訓練を開始すると、音声言語やアイコンタクトの頻度が増加するとした研究(Charlop-Christy et al., 2002; 若杉・藤野, 2009)を支持する結果となった。しかし、訓練期Iでは、各対象児ともアイコンタクトおよび発声・発語の生起率は50%以下であり不

安定なものであった。またそれらの生起はPECSの訓練における絵カードを用いた要求行動の正反応率の高さは必ずしも対応していないことが示唆された。

訓練期2でPECSのフェイズIに加えて動作模倣を取り入れた結果、動作模倣の正反応率は、A児、B児、D児において100%で安定し、C児においても、訓練期2の最終ブロックでは70%に達した。また、A児とC児のアイコンタクトの生起率は、動作模倣の正反応率の変化と同様の変化を示し、最終的に100%となった。またB児においても8ブロックから生起率が100%となった。これに対して発声・発語の生起率は、アイコンタクトの生起率よりは下回ったものの訓練期2では訓練期1と比較して増加した。

動作模倣に関しては、事前の動作模倣テストで各対象児の模倣可能な動作を選定したこと、対象児のCPへの注意や相互作用が促進されているPECSのフェイズIにおける行動連鎖の中に動作模倣を取り入れたこと、さらに要求物品を渡したことにより動作模倣が直接強化されたことなどが要因となり、動作模倣の正反応率を高率で安定させることが可能であったと考えられる。

アイコンタクトの生起率であるが、動作模倣の正反応率の変化と類似しているか、動作模倣の正反応率を追随する結果となっていた。この結果は、訓練期2で動作模倣を取り入れたことにより、対象児が動作モデルを提示するCPを注目する行動、すなわちCPへの視線の定位が生じた結果であることが推察される。Striefel, Bryan, & Aikens (1974)は模倣訓練成立の前提条件として、着席や手を膝に置くといった下位行動に加えて、教師および対象児への定位を挙げている。本研究では動作模倣成立のための下位行動であるアイコンタクトや物への定位行動も一連の要求行動の連鎖の中で強化されたと考えられる。

発声・発語に関しては、訓練期2について、各対象児ともアイコンタクトの生起率が増加すると、それに追従して発声・発語の生起率も増加した。いくつかの先行研究では、アイコンタクトや共同注意の成立が子どもの言語発達を促進するという報告もある。例えば、田村・鶴巻(2001)は、無

発語の自閉症児にアイコンタクトの形成訓練を行い、その結果アイコンタクトの生起率増加とともに、指導者からの言語指示に対する正反応率の増加を報告している。しかし、本研究の訓練手続きでは発声・発語はその生起に対して直接的な確立化操作や分化強化を行ったわけではない。このことは訓練期2の発声・発語の生起率がアイコンタクトの生起率と比較して低率であったことから示されている。このような発声・発語の増加は、対象児の過去の要求場面での強化歴から生じたと考えられるが、今回のような訓練手続きで生じた発声・発語に伴って要求物品を与えるような分化強化手続きを導入することで、発声・発語が動作模倣やアイコンタクトなどの行動変容とどのような関係にあるのかについては、今後検討する必要がある。

また、対象児がCPの示した動作模倣をすぐに行わない場合、要求物品が渡されるまでに遅延時間が生じる。PECSの訓練手続きに、意図的に遅延時間を設定して、アイコンタクトの生起率を増加させた研究(宮崎, 2009)や、発声・発語の生起率を増加させた研究(Yokoyama et al., 2006など)から考えると、アイコンタクトや発声・発語における生起率の増加は、強化までの遅延時間の効果でもあったと推測される。積極的に発声・発語を促すには、PECSに取り入れる訓練手続きとして、本研究の訓練手続きと遅延時間を設定した手続きを組み合わせた研究も考えられる。この検討も今後の課題となる。

保護者から聞き取った各対象児のコミュニケーションの様子から、アイコンタクトや発声・発語、PECSは家庭や保育園などの日常的な生活場面で維持されており、A児、C児、D児では、意味のある言葉が増加している。これらのことから、本研究で獲得されたアイコンタクトや発声・発語は機能的に使用され、機能的な音声による言語行動やサインに拡大されていくことが示唆された。ただし、各対象児のコミュニケーションの様子を聞き取った時期がデイキャンプ終了時点より約6ヶ月間が経過していたことについては、家庭や保育園などにおけるコミュニケーションの経験による学習効果という変数も考慮に入れなければ

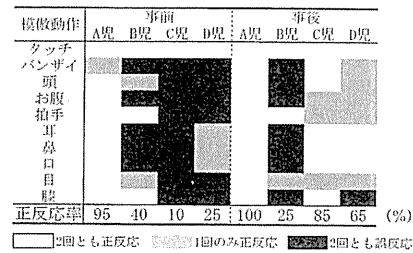


図5 事前・事後における動作模倣テストの結果

表2 事後の動作模倣テストおよび維持テストから約3ヶ月後の対象児におけるコミュニケーション行動の様子

対象児	コミュニケーション行動の様子
A児	エコラリアが生起している。PECSで、絵カードと要求物品の交換時(部分的に援助が必要である)に発声・発語が伴っている。音声による要求言語行動として、単語(10単語以上)に「ちょうだい」、「あけて」が伴って生起している。
C児	エコラリアが生起している。PECSで、絵カードと要求物品の交換時(部分的に援助が必要である)に発声・発語とサイン言語(お願ひ)が伴っている。以下のイントラバーバルが生起している。 ・じゃんけん「ポン」 ・イチ、ニー「サン」 ・ヨーイー「ドン」 発語が明瞭になってきた。発声の生起頻度が増加した。アイコンタクトの生起頻度が増加した。音声による要求言語行動として、動詞(あけて、して)の生起頻度が増加した。
D児	PECSで、絵カードと要求物品の交換時に発声・発語が伴っている。PECSが家庭だけでなく、保育園でも般化しつつある。発声の生起頻度が増加した。サイン言語(ちょうだい)での自発的な要求が増加した。

ならない。今後の課題としては、PECSのフェイズを進ませながら各対象児の言語発達の長期的な観察が必要である。

謝 辞

本研究にご協力くださいました4名のお子さんと保護者の方々に心よりお礼申し上げます。また本論文の作成にあたり、貴重なご助言をいただきました富山大学人間発達科学部の川崎聡大先生、

最後まで温かく丁寧なご指導をいただきました編集委員長の森山哲美先生、多くの有益なご指摘とご助言をいただきました査読者の先生方に深く感謝申し上げます。

注

1) 本研究の一部は、日本行動分析学会第26回大会および第39回日本コミュニケーション障害学会学術講演会において発表された。

引用文献

- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The Picture Exchange Communication System. *Focus on Autistic Behavior*, 9, 1-19.
- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1998). The Picture Exchange Communication System. *Seminars in Speech and Language*, 19, 373-389.
- Bondy, A., & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System. *Behavior Modification*, 25, 725-744.
- Bondy, A., & Frost, L. (2002). *A picture's worth: PECS and other visual communication strategies in autism*. Bethesda, MD: Woodbine House. (ボンディ A. & フロスト L. 園山察樹・竹内康二 (訳) (2006). 自閉症児と絵カードでコミュニケーション——PECSとAAC—— 二瓶社)
- Bondy, A., Tincani, M., & Frost, L. (2004). Multiply controlled verbal operants: An analysis and extension to the Picture Exchange Communication System. *The Behavior Analyst*, 27, 247-261.
- Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 213-231.
- 出口 光・山本淳一 (1985). 機会利用型指導法とその汎用性の拡大——機能的言語の教授法に関する考察—— 教育心理学研究, 33, 350-360.
- DeMyer, M. K., Alpern, G. D., Barton, S., DeMyer, W. E., Churchill, D. W., Hingtgen, J. N.,... & Kimberlin, C. (1972). Imitation in autistic, early schizophrenic, and non-psychotic subnormal children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 264-287.
- Frost, L., & Bondy, A. (2002). *The Picture Exchange Communication System training manual* (2nd ed.). Newark, DE: Pyramid Educational Products. (フロスト L. & ボンディ A. 門真一郎 (監訳) (2005). 絵カード交換式コミュニケーション・システム トレーニング・マニュアル第2版 NPO法人 それいゆ それいゆ自閉症支援専門家養成センター)
- Ganz, J. B., & Simpson, R. L. (2004). Effects on communicative requesting and speech development of the Picture Exchange Communication System in children with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 395-409.
- Jones, V. & Prior, M. (1985). Motor imitation abilities and neurological signs in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 37-46.
- 角張源正 (監修)・自閉児教育研究会 (編著) (1985). 実践 自閉児の言語開発——サバイバルスキルとしての言語指導—— 学習研究社
- 加藤永歳・富崎光明・井上雅彦 (2008). PECS適用場面における自閉性障害幼児と健常幼児のアイコンタクトおよび発声・発語行動 発達心理臨床研究, 14, 95-104.
- 小井田久美・園山察樹・竹内康二 (2003). 自閉性障害児に対する PECS によるコミュニケーション指導研究——その指導プログラムと今後の課題—— 行動分析学研究, 18, 120-130.
- 宮島かなな・中野良顕 (2005). PECS によって自閉症女児に二語文要求行動を教える 上智大学心理学年報, 29, 33-41.
- 富崎光明 (2009). 知的障害児に対する PECS を用いたアイコンタクトの形成——カード交換時における遅延の効果—— 日本行動分析学会第27回年次大会発表論文集, 106.
- 佐藤真由美・西村操作・綿巻 徹・若林徹一郎 (1987). 1重度自閉症児におけるサイン言語の獲得 児童青年精神医学とその近接領域, 28, 149-168.
- Schwartz, I., Garfinkle, A. N., & Bauer, J. (1998). The Picture Exchange Communication System: Communicative outcomes for young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18, 144-159.
- Smith, I. M., & Bryson, S. E. (1994). Imitation and action in autism: A critical review. *Psychological Bulletin*, 116, 259-273.
- Striefel, S., Bryan, K. S., & Aikens, D. A. (1974). Transfer of stimulus control from motor to verbal stimuli. *Journal of Applied*

Behavior Analysis, 7, 123-135.

- 高橋朋子・藤野 博 (2006). PECS による自閉症児へのコミュニケーション指導——養護学校における遊び場面を通じた事例研究—— 日本特殊教育学会第44回大会発表論文集, 277.
- 田村竜生・鶴巻正子 (2001). 無発語自閉症児におけるアイコンタクトの形成 福島大学教育実践研究紀要, 40, 409-416.
- Tincani, M. (2004). Comparing the Picture Exchange Communication System and sign language training for children with autism. *Focus on Autistic Behavior*, 19, 152-163.
- Tincani, M., Crozier, S., & Alazetta, L. (2006). The Picture Exchange Communication System: Effects on manding and speech development for school-aged children with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 41, 177-184.
- 若杉運紀・藤野 博 (2009). PECS 指導に伴う音声言語と非言語的コミュニケーション行動の変化 特殊教育学研究, 47, 119-128.
- Yokoyama, K., Naoi, N., & Yamamoto, J. (2006). Teaching verbal behavior using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autistic spectrum disorders. *Japanese Journal of Special Education*, 43, 485-503.

——2013.2.11 受稿、2014.5.3 受理——

実践報告

青年期の広汎性発達障害者に対する生活シミュレーショントレーニングの効果

宮崎光明¹⁾・福永 颯²⁾・宮崎美江³⁾・井上雅彦⁴⁾

キーワード: 青年期, 広汎性発達障害, 生活シミュレーショントレーニング, 自立生活, 地域生活スキル
Key words: adolescence, pervasive developmental disorders, life simulation training, independent living, community living skills

LD 研究, Vol.23 No.3, 320-330, 2014

I 問題と目的

青年期以降の生活は、学校教育を経て、地域社会で暮らしていくこととなる。地域社会への参加では、就労に関するスキルや地域の人々との最低限のコミュニケーションスキル、毎日の生活を営んでいくための生活スキルが必要となってくる。岡田 (2010) は、発達障害の子どもが自立するということを前提に、思春期までにできるようにしておく必要があることとして、身辺自立や家事ができること、困った時に助けを求めることができること、公共交通機関が使えること等を挙げている。

しかし、Howlin (1997) はさまざまな追跡研究の結果から、中学校、高等学校あるいは大学を卒業した後、家庭を離れずに自立した生活ができる自閉症の人はとても少ないとしている。Jones (2002) によると高い知能の広汎性発達障害者は、

たとえば言葉を流暢に話し、特定の科目で高い成績が取れても、料理、道路の横断、コーヒーショップに行く等の日常の行動がうまくこなせるとは限らないと述べている。さらに、買い物や公共交通機関を利用すること、知らない場所に訪れる等の行動で、他の人の援助を受けている時はよく遂行しているように見えても、一人で行くことは難しいとしており、生活スキルの課題を指摘している。また、佐々木・梅永 (2009) は、青年期ともなると、生活リズムの自己管理や時計のアラームのかけ方、仕事以外の時間をどのように使うかといった余暇の過ごし方や、食べ物注文の仕方、ATMの使い方、使える金額の把握等の生活スキルに支援が必要な場合があるとしている。

これらのことから、青年期の広汎性発達障害者に対しては、従来から指摘されている対人関係スキルの獲得を始め、家事スキル、移動スキル、金銭管理スキル等をすべて含めた生活に必要なスキルを獲得できる支援方法を検討しておく必要がある。

生活スキルの支援方法について、田中 (2010) は、個々の行動で必要な支援のポイントが変わるため、より柔軟に対応できることが大切であるとしており、対象者に合わせた支援プログラムが望

まれる。

ところで、生活スキルの指導は、実際の社会的場面を想定して訓練室等のシミュレーション場面を通して行われることが多い。シミュレーション場面で獲得した生活スキルには、実際場面において、円滑な般化が難しいといった課題もあり、実際の生活場面でその支援方法を検討していくことが必要である。

そこで本研究においては、青年期の広汎性発達障害者に対して、自立生活を行うために必要な生活スキルの獲得を目指した地域での生活シミュレーショントレーニングを実施し、その効果を検討することを目的とする。なお本研究の生活シミュレーショントレーニングという用語は、「自立生活の一部を地域でのシミュレーションを通してトレーニングをすること」と定義する。

II 方法

1. 対象者

対象者は、専門学校に通う男性 (本研究開始時18歳11か月)であった。11歳11か月時に広汎性発達障害の診断を受けた。診断時のWISC Rによる結果は、VIQ89, PIQ119, FIQ103であった。

対象者は、近い将来、親から独立して生活することを希望していた。一方、同居する保護者は、すぐに独立して生活させるには不安を抱いていた。保護者に対して、本研究についての説明を面談により十分に行い、研究への協力および個人が特定できない形での発表の許可を得た。対象者には、トレーニング後に、親の会でトレーニングの結果について一緒に発表する機会を設定すること等を通して、研究発表への理解と同意を得た。

2. 実施者

トレーニング計画の作成およびトレーニングは、第一著者、第二著者 (以下、アドバイザー) が行った。トレーニングには、アドバイザーが1名、その他に記録としてビデオ撮影者、キャッチセール

ス役および友人役等が参加した。

3. 実施期間および場所

トレーニングは、一定の期間をおいて2回実施した。1回目のトレーニングはX年3月に1泊2日で行った。実施場所は、A大学の宿泊が可能な生活訓練室およびその周辺と、B県市街地であった。

2回目のトレーニングは1年後のX+1年3月に行った。期間は1回目と同様であった。実施場所はC県の市街地であった。

それぞれのトレーニング終了後1か月以内に、対象者と保護者、アドバイザーの都合を考慮して、対象者の居住地で評価会を3時間程度行った。

4. 生活シミュレーショントレーニングの流れ

トレーニングの流れについて、図1に示した。

1) 1回目の生活シミュレーショントレーニングの実施

①興味のあることや興味のある場所の聞き取り
保護者に対象者の興味のあることや興味のある場所を聞き取った。

②トレーニングへの参加確認

対象者にトレーニングの目的や内容 (興味のあることを行うことや興味のある場所に行くことを含む)、日程等を記載した参加案内を配布し、参加の意思を確認した。また、対象者がこのトレーニングで「1人暮らしをシミュレーションできる」ことをイメージできるように「らいふ☆シミュレーション」と名付けた。

③トレーニングで行う課題についての情報収集

対象者の生活スキルを評価するために、保護者に対して、対象者が自立していると思われる生活スキルについて聞き取りを行った。

④トレーニングのスケジュールと課題内容の作成

トレーニングにおける領域、課題番号、課題内容を表1に示した (課題番号と課題の実施順序は異なる)。スケジュールは、まず対象者の興味のある

Mitsuaki Miyazaki, Akira Fukunaga, Mie Miyazaki, Masahiko Inoue: Effects of Life Simulation Training for Adolescence with Pervasive Developmental Disorders

1) 富山市立山登小学校
2) 東京都立青山特別支援学校
3) 富山県立新川みどり野高等学校
4) 鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座

宮崎光明他:青年期の広汎性発達障害者に対する生活シミュレーショントレーニングの効果

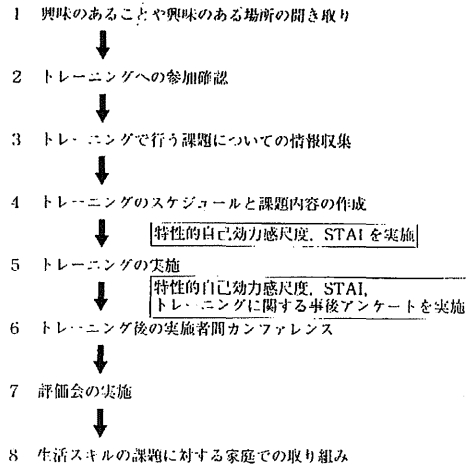


図1 トレーニングの実施の流れ

ることができる場所や興味のある場所に行くことを軸に計画し課題を作成した。(3)の情報収集で対象者は、家事や身辺自立、時間を守ることにについては比較的自立していることが分かった。一方、その他の生活スキルについては、どこまで自立しているか把握する必要があることが分かった。そこでトレーニングの課題内容として、「情報検索・利用スキル」「移動スキル」「家事・身辺自立スキル」「対人関係スキル」「金銭管理スキル」「危機回避スキル」「探索スキル」「施設利用スキル」「時間管理スキル」を設定した。本研究では、これらをまとめて「生活スキル」と定義した。表1に示した各課題は、「電車の切符を購入する」等のトレーニングの開始時に対象者へ前もって伝えてある課題（以下、通常課題）と、「キャッチセールスを回避する」等の対象者へ前もって伝えられていない課題（以下、通常外課題）の2種を設定し、通常課題が26課題、通常外課題が5課題の31課題を作成した。通常課題は、トレーニング開始時に1課題ずつファイルに綴じて対象者に手渡し、通常外課題は、課題実施後に、対象者に通常外課題で

あったことを伝えた上でファイルに課題を綴じてもらうこととした。さらに、「移動スキル」や「身辺自立スキル」等の課題の一部に制限時間を設けた。
 (5)トレーニングの実施
 対象者はスケジュールを確認し、課題を行いながらトレーニングを遂行した。課題の評価は課題達成度として1つの課題ごとに、もしくは一定程度まとまった課題が終了した後に、よかった点や今後改善すべき点等を伝えた上でポイントを付与した。また、1日が終了するごとに、その日に行った課題等の反省をアドバイザーと行った。
 課題は、各課題につき「20ポイント/10ポイント/0ポイント」の3段階で評価し、ポイントを付与した。各ポイントの獲得条件として、自力で課題を達成するか、アドバイザー以外の地域の人（例えば、コンビニエンスストアの店員等）に尋ねて課題を達成すると20ポイント、アドバイザーにヒントをもらう方法を選択して課題を達成すると10ポイントが行った課題に付与された。また、課題をアドバイザーに代行してもらうことを選択

表1 トレーニングの領域と課題番号および課題内容と実施結果

領域	課題番号	トレーニングの課題内容	1回目	2回目	人に尋ねる
情報検索・利用スキル	1	参加申込用紙をメールで送信する			
情報検索・利用スキル	2	乗る新幹線の時刻を調べてメールする			
情報検索・利用スキル	3	インターネットで行きたい場所を調べる			
情報検索・利用スキル	4	時刻表でバスの時刻を調べる（1回目）			
情報検索・利用スキル	5	時刻表でバスの時刻を調べる（2回目）			
情報検索・利用スキル	6	インターネットで電車の時刻を調べる（1回目）			
情報検索・利用スキル	7	インターネットで電車の時刻を調べる（2回目）			
情報検索・利用スキル	8	参加申込用紙を郵送する			
情報検索・利用スキル	9	アンケートに記入して、用紙を郵送する			
情報検索・利用スキル	10	銀行の電話番号を調べて、口座開設の説明を聞く			
情報検索・利用スキル	11	当日乗ってくる電車を調べて、メールで返信する			
情報検索・利用スキル	12	電車に乗った時刻をメールで報告する			
情報検索・利用スキル	13※	インターネットでビジネスホテルを予約する			
移動スキル	14	電車の切符を購入する（1回目）			
移動スキル	15	電車の切符を購入する（2回目）			
移動スキル	16	電車の切符を購入する（3回目）			
移動スキル	17	電車の切符を購入する（4回目）			
移動スキル	18	電車で目的地まで移動する（1回目）			
移動スキル	19	電車で目的地まで移動する（2回目）			
移動スキル	20	電車で目的地まで移動する（3回目）			
移動スキル	21	電車で目的地まで移動する（4回目）			
移動スキル	22	バスの乗車券を購入する			
移動スキル	23	バスで目的地まで移動する			
移動スキル	24	タクシーで目的地まで移動する			
移動スキル	25	1日の翌日までに切符を購入する			
移動スキル	26	地図を頼りに目的地まで移動する（1回目）			
移動スキル	27	地図を頼りに目的地まで移動する（2回目）			
移動スキル	28	地図を頼りに目的地まで移動する（3回目）			
移動スキル	29	地図を頼りに目的地まで移動する（4回目）			
移動スキル	30	地図を頼りに目的地まで移動する（5回目）			
移動スキル	31	地図を頼りに目的地まで移動する（6回目）			
移動スキル	32	地図を頼りに目的地まで移動する（7回目）			
移動スキル	33	地図を頼りに目的地まで移動する（8回目）			
移動スキル	34	徒歩で目的地まで移動する			
移動スキル	35	電車を乗り換える			
移動スキル	36	徒歩で待ち合わせの場所に移動する			
移動スキル	37	電車の指示に従って移動する			
移動スキル	38※	スベを頼りに目的地まで移動する			
家事・身辺自立スキル	39	夕食のメニューを考えて、食料を購入する			
家事・身辺自立スキル	40	夕食を作る			
家事・身辺自立スキル	41	入浴と洗濯をする			
家事・身辺自立スキル	42	部屋を掃除する			
対人関係スキル	43	友達を見つけて、挨拶をする			
対人関係スキル	44	店の場所を人に尋ねる			
対人関係スキル	45※	友人からの誘いを断る			
対人関係スキル	46※	友人からの電話の案内に従って会話する			
対人関係スキル	47※	電話でアドバイザーを案内する			
金銭管理スキル	48	銀行に行き普通預金口座を作る			
金銭管理スキル	49	ATMでお金を引き出す			
金銭管理スキル	50	使ったお金を計算して、残金を確かめる			
危機回避スキル	51※	キャッチセールスを回避する（1回目）			
危機回避スキル	52※	キャッチセールスを回避する（2回目）			
探索スキル	53	銀行のキャッシュカードが使えないATMを見つける			
探索スキル	54	昼食を食べるお店を見つける			
施設利用スキル	55	インターネットカフェに入居する			
施設利用スキル	56	ビジネスホテルにチェックインする			
時間管理スキル	57	決められた時間までに、朝の支度等を終わらせる			
時間管理スキル	58	自由時間の計画を立てる			
時間管理スキル	59	集合時間までに集合場所に行く（1回目）			
時間管理スキル	60	集合時間までに集合場所に行く（2回目）			

課題番号の横に※のあるものは、通常外課題を示した。
 「人に尋ねる」の表記は、自覚的に人に尋ねることができた回数を示した。
 20ポイントを獲得した課題
 10ポイントを獲得した課題
 0ポイントであった課題
 実施していない課題

すると0ポイントになることを対象者に伝えた。課題遂行に誤りが見られ、誤ったまま先に進むとトレーニングのスケジュール等に支障が及ぶ行動や制限時間のある課題で制限時間内に遂行できなかった課題についてアドバイザーから課題解決のためのヒントをもらった場合は、課題の評価を1段階下げることにした。またアドバイザーにヒントをもらうかどうかについては、対象者の意思を確認しながら行った。

⑥トレーニング後の実施者間カンファレンス

トレーニング後、実施者は課題の達成度や録画したビデオ、トレーニング中の観察記録を参考にしながら、課題とした生活スキルやそれ以外の行動について、よかった点や注意する点等の話し合いを行った。改善すべき点については、適切な行動を具体的に記入した報告書を作成した。

⑦評価会の実施

トレーニングの約4か月後に対象者の居住地で評価会を行った。評価会の参加者は、対象者と保護者、アドバイザーであった。最初に、トレーニングにおける課題の達成率を報告し、全体的によくできていたことに対して表彰を行った。次に、課題ごとに対象者自身の感想や、よくできた点、反省点等を挙げてもらった。さらに、⑤の実施者間カンファレンスの内容が書かれた詳細な報告書や録画したビデオを見ながら、よかった点や今後の課題について伝えた。保護者には、トレーニングの結果と今後の課題を伝えるとともに、保護者から対象者の生活スキルやトレーニング中の行動および感想等の聞き取りを行った。

⑧生活スキルの課題に対する家庭での取り組み

今後の課題となった生活スキルや行動を対象者と保護者が共通の認識をもって向上させることを目標とした。これは対象者の家庭において取り組まれた。

2) 2回目の生活シミュレーショントレーニングの実施

1回目の評価会の実施から約1年後に、2回目

のトレーニングを実施した。2回目では1回目に対象者がアドバイザーからヒントをもらって達成した課題や、継続的に取り組んでいた方がよいと判断された課題についてトレーニングの実施場所等を考慮しながら、可能な限り取り入れることとした。

2回目の課題は、通常課題が33題、通常外課題が2題の35題を作成した。また、日常生活を営む上で重要になる困ったことや分からないことを人に尋ねることについては、アドバイザー以外の地域の人に尋ねて課題を達成した場合5ポイントのボーナスポイントを与えるルールを付け加えた。なお、人に尋ねることのできる回数は1課題につき3回までとした。その他の実施方法は1回目と同様とした。

3) 生活シミュレーショントレーニングに対する客観的評価

トレーニングを通して、対象者の自己効力感が向上したかどうかを調べるために特性的自己効力感尺度(成田・下仲・中里他, 1995)を、不安を高めなかったかどうかを調べるために新版STAI(肥田野・福原・岩脇他, 2000a)の状態不安を、各トレーニングの事前(1回目:3回目の通常課題の後に1回目の通常外課題の後、2回目:1回目の通常課題の後)と事後(1回目, 2回目ともに全課題終了後)に実施した。

自己効力感については2つの水準があり、ある特定の場面で遂行される特定の行動に影響を及ぼすものと、特定の行動に長期的に影響を及ぼすものがある(Bandura, 1977; 東條・坂野, 1993)。成田他(1995)では、後者に相当する人格特性として特性的自己効力感が論じられた。

特性的自己効力感尺度(得点範囲23点~115点)^{注1)}は、Sherer, Maddux, Mercandante et al. (1982)を基に開発されており、原尺度は①行動を始める意志、②行動を終えるために努力する意志、③逆境への忍耐から構成されている。本研

究では、特性的自己効力感尺度の得点が上昇することにより、生活上困難な課題の解決や新しい生活スキルを獲得することに立ち向かえるのではないかと考え実施した。

次に新版STAI(得点範囲20点~80点)は、回答者が今まさにどのように感じているかを評価する状態不安と普段一般にどのように感じているかを評価する特性不安とがある(肥田野・福原・岩脇他, 2000b)。ここでは、地域で行われるトレーニングが対象者を不安にさせていないかどうかを評価する理由で実施したため、事前と事後に状態不安の項目を回答してもらった。

さらに、トレーニングに対する対象者自身の評価を把握するため、トレーニング後に、「このトレーニングが「面白かったか」「自信につながるか」「今後も続けたいか」の3項目について5段階評定(「そう思わない」「あまりそう思わない」「どちらともいえない」「まあそう思う」「そう思う」と感想の記入を求めた(以下、事後アンケート)。

III 結果

対象者が2回のトレーニングで行った課題の結果を表1に、各生活スキルとトレーニング全体の獲得ポイント、総ポイント、課題達成率を表2に示した。また、トレーニングの課題において減点の対象となった行動と改善のための支援を表3に示した。表1では、課題番号の横に※がついているものが通常外課題であることを、「人に尋ねる」の間では、トレーニングの2回目で対象者が自発的に人に尋ねることができた回数を示した。結果の間において白色は20ポイント、灰色は10ポイントを獲得した課題であり、黒色は0ポイントで

注1) 清水(2001)に記載されている成田から引用によると、男性の18~24歳までの平均得点は73.65点であり、標準偏差は14.00点であるとされている。文献:清水裕(2001):「自己評価・自尊感情・特性的自己効力感尺度(成田・下仲・中里・河合・佐藤・長田, 1995)」。塚津道(監修)、山本眞理子(編著)「心理測定尺巻1 人間の内面を探る(自己・個人内過程)」。サイエンス社, pp.37-42。

あった課題を示した。斜線はその回のトレーニングでは実施していない課題を示した。表2の課題達成率の算出方法は、獲得ポイント/総ポイント×100とし、少数第1位で四捨五入した。

1. 生活シミュレーショントレーニングの結果

1回目の結果は、20ポイントであった課題が20課題、10ポイントであった課題が11課題、0ポイントであった課題はなかった。課題達成率は82%であった。2回目の結果は、20ポイントであった課題が28課題、10ポイントであった課題が7課題、0ポイントであった課題はなかった。課題達成率は90%であった。

各回のトレーニングにおいて、トレーニングの課題以外で改善が必要であると考えられた行動と改善のための支援を表4に示した。主に対人関係のスキルの不足や社会的なルールの未学習から生じる行動であった。

2. 生活シミュレーショントレーニングにおける対象者の行動変容

電車に乗って移動することや地図を頼りに移動を行う「移動スキル」に関して自力で達成できるようになった。また、分からないことや困ったことがあると人に尋ねるという行動が自発するようになった。地下鉄の切符を購入する際には、人の邪魔にならない場所で運賃を確かめてから、切符を購入する人の列に並ぶことができた。

3. 特性的自己効力感尺度および新版STAIの結果

特性的自己効力感尺度の結果は、1回目のトレーニングの事前が67点、事後が74点となり事後で7点上昇した。2回目のトレーニングの事前が77点、事後が79点となり事後で2点上昇した。

新版STAIの状態不安の結果は、1回目および2回目のトレーニングの事前と事後ともに低不安と判定された。

表2 トレーニングのポイント数と課題達成率

領域	1回目		2回目	
	獲得ポイント/総ポイント	達成率(%)	獲得ポイント/総ポイント	達成率(%)
情報検索・利用スキル	100/140	71	90/120	75
移動スキル	160/200	80	340/360	94
家事・身辺自立スキル	70/80	88	実施していない	
対人関係スキル	70/80	88	20/20	100
金銭管理スキル	10/20	50	40/60	67
危機回避スキル	40/40	100	実施していない	
探索スキル	20/20	100	40/40	100
施設利用スキル	20/20	100	40/40	100
時間管理スキル	20/20	100	60/60	100
合計獲得ポイントおよび課題達成率	510	82	630	90

表3 トレーニングの課題において減点の対象となった行動と改善のための支援

課題番号	1回目		2回目	
	減点の対象となった行動と改善のための支援	課題番号	減点の対象となった行動と改善のための支援	
3	コンピューターを立ち上げるための電源スイッチがどこにあるのかわからなかったため、電源スイッチの場所を伝えた。条件に合う検索結果を絞りこむことが難しかったため、行きたい場所のある地名を検索欄に記入することを伝えた。	8	封筒に封をせず郵便局に持っていかうとしたため、母親が「このままで持って行くの」と指摘した。	
4	決められた時間に到着するバスを時刻表から選ぶことが難しく、到着しなければならない時刻に出発するバスを選んでいった。そのため、到着する時刻より前のバスに乗りなければならないことを伝えた。	12	電車に乗った時刻をメールで報告することを忘れていたため、確認のメールを送信した。	
5	出発地と目的地とが逆方向のバスの時刻を調べていたため、往路と復路は両面印刷になっていることに気付かせる等の時刻表の見方を伝えた。	13	「ホテル・6000円」等と検索しており、条件に合うホテルが検索できなかったり、「ツイン」で検索したりしていたため、「ビジネスホテル」「シングル」で検索するように伝えた。	
6	路線検索に必要な条件の入力ができ画面上に必要な情報が提示されたが、購入する切符の値段や乗降駅をメモしなかったため、メモの書き方を伝えた。	32	道に迷い制限時間ぎりぎりだったので、通過したコンビニエンスストアまで戻り道を聞くことを伝えた。	
14	電車の乗り換えのある路線において〇〇駅で降車予定であったが、△△駅までの切符を買おうとしていたため、〇〇駅まで買えることを伝えた。	38	道に迷い制限時間を過ぎてしまったため、迷ったら早く人に聞いたらよかったことや、目的地の近くでもう一度人に聞いて確認できたらいいことを伝えた。	
18	下車しなければならない駅で降りようとしなかったため、降りる駅であることを伝えた。	48	11度開設のおり、銀行員からのオプション（指紋管理システムやクレジット機能等）の説明に対する理解の困難さや、電話で伝えられた持ち物が実際と異なっており、母親が一部援助を行った。	
24	タクシーを呼ぶことはできたが、タクシーが来ても近づくことがなかったため近づくことを教えた。下車の時、お金を払わずに降りようとしたため料金メーターに指差しをした。	50	残金の確認に30分以上費やしていたため、「最初財布の中にあっただお金」-「使ったお金」=「残金」と視覚的に提示した上でもう一度計算してもらったが誤差が生じていた。お金を使った時には、レシートをもらったりメモすることを忘れないように伝えた。	
34	目的地までの移動に時間がかかっていたため、「コンビニエンスストアの店員に聞いたらいいよ」と伝えた。			
42	掃除機をかける際、移動できる机や壁布団等を移動させて掃除を行うことが不十分であったため、移動させて掃除するように伝えた。			
43	出会った友達に自己紹介ができなかったため、自己紹介の行い方を伝えた。			
50	トレーニング開始時に持っていた金額と支出金額の合計との差に80円の誤差が生じたため、買い物等では必ずレシートをもらったり、メモを忘れずに取ることを伝えた。			

4. 生活シミュレーショントレーニングに関する対象者への事後アンケートの結果と感想

対象者は、各回のトレーニングの事後アンケートにおいて、3項目とも「そう思う」にチェックした。1回目の感想では、「とても楽しかったです。特に自由時間では、時間を忘れるくらい遊びました。とても勉強になったと思います。この経験を自立する時に活かしたいと思います。多少注意する点もありましたが、そこは改めて勉強したいと思います」と記述した。2回目の感想では、「楽しかった。アニメショップの他に、観光名所にも行ってみたいです」と記述した。

5. 生活シミュレーショントレーニングに関する保護者の感想

1回目のトレーニング後では、「できることとできないところが実際に分かって役に立った。こうした機会を自らが作ることで、社会に対して必要な社会的支援を要請していく姿勢が必要だと感じた」という感想であった。

2回目のトレーニング後では、「いろいろな対象者の姿が見られてよかった。成功体験をもたせながら、生活スキルを高めることが大切である。今回、この企画に参加して本人はいろいろなこと

に対して自信がついたのではないかと思う」という感想であった。

6. 生活シミュレーショントレーニング後における対象者の様子

保護者に、2回目のトレーニングの約1年4か月後における対象者の様子について聞き取りを行った。対象者は携帯電話の連絡のみで知り合いと新幹線の駅で待ち合わせを行ったり、買い物の行動計画を立てたりすることができていた。また、前もって知り合いの人を含めた2人分のホテルを予約することもできたとのことであった。

加えて、知り合いの人と海外に10日間出かけ、海外の方とコミュニケーションを図ることができたという報告も受ける等、対象者が自信をもって生活している様子が見えられた。

IV 考察

本研究は、青年期の広汎性発達障害者に対して地域での生活シミュレーショントレーニングを実施した。その結果、生活スキルの獲得および改善や自己効力感の向上、対象者の感想から肯定的な記述が見られ、トレーニングが対象者の不安を高めないことも示された。さらに、生活スキルに関

表4 トレーニングの課題以外で改善が必要であると考えられた行動と改善のための支援

課題以外で改善が必要であると考えられた行動	改善のための支援
1回目	
店内を走り回った。	人にぶつかる危険があることや歩くことを伝えた。
飲食店で、隣の人の前をさざぎって調味料を取った。	「すみません」と断ってから取るように伝えた。
他人の荷物を勝手に移動させた。	都合上、他人の荷物を移動させる必要がある場合には、「移動させてもらってよろしいですか」と持ち主に言葉をかけることや店員に対応方法を探ることを伝えた。
切符を購入する際、券売機の前で運賃表を見続けた。	切符を買う人の妨げにならないようにするため、券売機から少し離れた場所まで運賃を確認してから切符購入の列に並んで購入したらよいことを伝えた。
2回目	
人に道を尋ねる時に、建物の名前(〇〇ビル)を伝えた。	人に道を尋ねる時は、行きたい場所が記載されている地図を見てもらえばよいことを伝えた。
店員が丁寧に道を説明をしているのに、横を見続けて聞いていた。	説明をしている人の顔を見て聞くことを伝えた。
靴紐を結ぶ時に急に道の中央でしゃがんだ。急に立ち止まって地図を見た。	自分だけではなく周囲の人にも危険なため、道の脇で行うように伝えた。
荷物を置いたままトイレに行った。	荷物を盗られたりする等の防犯上の理由から、荷物を持ってトイレに行くように伝えた。
地下鉄の駅で、女性専用車両の乗車場所に並んだ。	女性専用の表示の意味について説明した。
バイキング形式のレストランで、トングがあるにもかかわらず手でパンを取った。	トングでパンを取るよう伝えた。

するアセスメントの実施が可能であった。以下、生活シミュレーショントレーニングの効果、生活スキルのアセスメントおよび今後の課題について考察する。

1. 生活シミュレーショントレーニングの効果

課題の達成率は1回目82%、2回目90%であった。課題数や環境の違いがあり達成率のみを比較することはできないが、生活スキルの結果を見ていくと、1回目に減点された課題や課題以外の改善が必要であった行動が2回目で改善が見られた。また同じ課題において、実施環境が異なっても自力で達成しており般化が見られた。

小貫(2004)は、社会集団の中で個々のレベルに応じたスキルを使用して成功体験を伴うことで社会的なスキルは身に付くと述べている。トレーニングにおいて、地域の人(社会集団)の中で、生

活スキルの成功体験を積み重ねたことが生活スキルの獲得および改善、般化を生じさせた一因であったと考えられる。また対象者が困難な課題に直面した時に課題のすべてを代行するのではなく、段階的に支援し、最終的には対象者自身の力で達成できるようにしたことも効果的な支援であったことが示唆された。

地域で実践することに対する対象者の不安については、常時アドバイザーが存在したことや、通常外課題実施後にその出来事が課題であったことを提示したことにより、不安を高めなかったと考えられる。実際の地域での生活では、アドバイザーに代わる相談役(両親や支援者に連絡する等)を置くことが有効であろう。

次に、トレーニングで減点の対象となった課題や、課題以外で改善が必要であると考えられた行動と改善への支援について考察する。対象者に

いて、電車の利用や社会的なルール等の獲得は、地域での教保やフィードバック、生活スキルの知識の学習等を行うことが有効だった。しかし、金銭管理や人に尋ねること等に対しては、それらに付け加えて家庭等での集中トレーニングやルール化が必要であったと考えられる。

例えば、トレーニングの2回目で自発的に人に尋ねる回数が増加した。これは、ボーナスポイントの導入とともに、対象者が地域の人(お店の人)に尋ねることで、地域の人からフィードバックされ(例えば、「しばらくお待ち下さい」や「もう一度お願いします」等)、その後アドバイザーと振り返り改善することで、地域の人に強化される(例えば、目的地までの行き方を教えられ、たどり着ける)ようになる。このような体験を積み重ねたことで人に尋ねる回数が増加したと考えられる。

しかし、一方で対象者は制限時間を過ぎたり人に尋ねたらよいという教保を受けたりしていても、自力で目的地に到着しようとする行動が見られた。これは、自分自身が困っていることに気付かないことや(井澤, 2008)、自分で目的地を探したいというこだわりから、人に尋ねることを教保やフィードバックしても般化しないことが考えられる。このような場合、移動スキルを例に挙げると「①15分間探しても見つからなかった場合、②交番やコンビニエンスストアで、③〇〇に行くにはどうしたらよいですかと尋ねよう」とルール化してメモしておくことも支援の1つとなるであろう。また、携帯電話で道案内ができるアプリケーションを利用したり(宮崎, 2011)、携帯電話で家族に尋ねたりする等、個々の実態や障害特性に応じた支援方法を検討していく必要がある。

トレーニング後、対象者はトレーニングで行った生活スキルを活用していることが報告された。これは、トレーニングを地域で行ったことで生活スキルの般化が比較的容易になったことや、自己効力感の向上に伴い、さまざまなことへ挑戦できるようになったことが反映したと考えられる。

2. 生活スキルのアセスメント

Jones (2002) は、生活全般の評価やさまざまな状況での問題解決能力のアセスメントが必要で、部分的な情報に基づく不正確な判断は避けるべきだとしている。トレーニングでは、対象者が主体的に生活スキルを遂行し援助が必要な部分のみ要求するという設定であった。このような設定によって、対象者の生活スキルのアセスメントが実施できた。

さらに、ある生活スキルができるかできないかだけでなく、生活スキルを遂行する上で生じるさまざまな改善しなければならない行動のアセスメントも実施できた。その結果、対象者には、生活スキルの遂行に伴うマナーや社会的ルールが守られていない行動が観察された。これらの行動は、実際に地域の中で生活スキルを遂行しないと、支援者や保護者が把握できない行動であり、対象者も気付いていないと考えられる。このような行動が生じた場合は、その場で対象者に気付かせ、適切な行動を教え、実行させ、強化するとともに、評価会においても保護者と対象者にフィードバックを行い、今後の生活において改善に向けて取り組む必要がある。この繰り返しは、対象者の自立生活を安全かつ円滑なものにすると考えられる。また、地域での生活スキルの知識やマナー、社会的ルール等を本人が書き込んで確認できる生活スキル手帳(宮崎・酒井, 2010)の作成も有効であろう。

3. 今後の課題

今回は、1事例のみの実践であり、事例数を増やして効果を検討していくことが今後の課題である。また、回数を重ねてトレーニングを行う場合の課題の選定基準や、継続して取り組む必要のある生活スキルを家庭で取り組むためのトレーニング方法の確立が必要であると考えられる。

さらに、実施の費用が高額になることや実施者および実施機関の確保も挙げられる。費用面では

対象者を集団にする等の検討を、実施者の確保については実施者研修を、実施機関の確保については、親の会や家庭等にも広げていけるように検討していく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。

付記

本研究の一部は、日本特殊教育学会第45回大会および日本LD学会第19回大会で発表された。

文献

Bandura, A. (1977) :Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良他 (2000a) :新版 STAI State Trait Anxiety Inventory JYZ. 実務教育出版.

肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良他 (2000b) :新版 STAI マニュアル State Trait Anxiety Inventory-JYZ. 実務教育出版.

Howlin, P. (1997) :*Autism: Preparing for Adulthood*. Routledge, London. 久保純章, 谷口政隆, 鈴木正子 監訳 (2000) :自閉症 成人期に向けての準備—能力の高い自閉症の人を中心に—. ぶどう社.

井澤信三 (2008) :ライフステージ別にわかる! 葛藤・ストレス場面でのソーシャルスキル・トレーニング 4 中学校期におけるソーシャルスキル・トレーニング Case 8 困った状況になっても助けを求められない. 井澤信三, 霜田浩信, 小島道生他 (編著) ちゃんと人とつきあいたい—発達障害や人間関係に悩む人のためのソーシャルスキル・トレーニング—. エンパワメント研究所, pp.229-231.

Jones, G. (2002) :*Educational Provision for Children with Autism and Asperger Syndrome*. 緒方明子監修, 海輪由香子訳 (2005) :自閉症・アスペルガー

症候群の子どもの教育—診断, 学校選びから自立に向けての指導法—. 明石書店.

小貫 悟 (2004) :ソーシャルスキルトレーニング (SST) の基礎 LD・ADHD と社会性. 小貫 悟, 名越麻子, 三和 彩 (著) LD・ADHD へのソーシャルスキルトレーニング. 日本文化科学社, pp.2-11.

宮崎光明 (2011) :地域生活でのスキル 地図の利用. 井上雅彦(編著)自閉症の子どものためのABA基本プログラム3 一家庭で無理なく楽しくできる生活・自立課題 36—. 学研教育出版, pp.144-146.

宮崎光明, 酒井美江 (2010) :高機能広汎性発達障害者に対する生活スキル手帳の作成. 日本LD学会第19回大会発表論文集, 374-375.

成田健一, 下仲順子, 中里克治他 (1995) :特性的自己効力感尺度の検討—生涯発達の利用の可能性を探る—. 教育心理学研究, 43(3), 306-314.

岡田宏子 (2010) :思春期・青年期の家族支援 [2] 子どもが思春期以降になってからの親の問題—親の立場から. 石井哲夫 (監修), 辻井正次, 氏田照子 (編著) 発達障害の臨床的理解と支援 4 思春期以降の理解と支援—充実した大人の生活へのとりくみと課題—. 金子書房, pp.16-21.

佐々木正美, 梅永雄 (2009) :アスペルガー症候群—就労支援編—. 講談社.

Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B. et al. (1982) :The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

出中高樹 (2010) :成人期の支援 [1] 成人期の就労支援と生活支援. 石井哲夫 (監修), 辻井正次, 氏田照子 (編著) 発達障害の臨床的理解と支援 4 思春期以降の理解と支援—充実した大人の生活へのとりくみと課題—. 金子書房, pp.173-182.

東條光彦, 坂野雄二 (1993) :第37章セルフ・エフィカシー尺度. 上里一郎 (監修) 心理アセスメントハンドブック第2版. 西村書店, pp.425-434.

(2013年2月20日受取, 2014年6月19日受理)

DSM-5での
発達障害の考え方

DSM-5と発達障害

神尾陽子

APA: American Psychiatric Association

DSM: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

WHO: World Health Organization

ICD: International Classification of Diseases

*1
日本における翻訳版が未発刊のため、本項の日本語訳は暫定的な仮訳である。

米国精神医学会 (APA) が作成する精神疾患の分類と診断の手引 (DSM) は、世界保健機関 (WHO) が作成する国際疾病分類 (ICD) と並んで国際的に臨床や研究に大きな影響力をもつ。

2013年5月にDSM第5版 (DSM-5)^{*)} が発表され、発達障害に關して大小さまざまな変更がなされた。DSM-5の新しい点は、神経生物学的エビデンスの反映 (構成や特定子 (specifier)), 適応機能の重視, デイメンジョナル (dimensional) なアプローチの導入に特徴づけられる。この方向性は、2015年から導入される予定のICD-11にも影響を及ぼすと予測される^{*)}。

DSM-IVからDSM-5へ:何が変わったか

神経発達症群/神経発達障害群 (neurodevelopmental disorders) という大カテゴリーの登場

発達障害は、DSM-IV¹⁾、DSM-IV-TR²⁾では児童青年期発症の観点から「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」カテゴリーに一括りされていたが、DSM-5では新カテゴリー、神経発達障害群 (neurodevelopmental disorders) として独立した。

神経発達障害群には、知的能力障害群、コミュニケーション障害群、自閉症スペクトラム障害 (ASD)、注意欠如・多動性障害 (ADHD)、限局性学習障害、運動障害群、他の神経発達障害群が含まれる。これは日本で定着している「発達障害」とほぼ同義で、発達期に始まる神経発達症の病理を想定している。

個別障害単位の主な変更点

知的能力障害群 (intellectual disabilities (intellectual developmental disorder))

精神遅滞 (mental retardation) に代わって、知的能力障害に名称が変更された。

重症度分類 (軽度、中度、重度、最重度) の基準に知能指数 (IQ) の数値が掲載されていない。このことから、IQによる分類ではなく高次認知機能および適応機能の臨床的診断が重視されていることがわかる。

5歳未満で知能検査が難しい幼児には、全般的発達遅延 (global developmental delay) という暫定診断名が設けられている。

コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群 (communication disorders)

下位分類が再編され、言語障害 (language disorder)、語音障害 (speech sound disorder)、吃音 (childhood-onset fluency disorder (stuttering)), 社会的 (語用論的) コミュニケーション障害 (SCD) を含む。

SCDはDSM-IVの広汎性発達障害 (PDD) からASDへの変更に伴って新しく設けられた。一部のPDD症例はDSM-5ではSCDと診断されることになるが、SCDの症状が言語固有の問題によるものなのか自閉症スペクトラムと共通する問題によるものなのか、まだわかっていない。安易なSCD診断は控える必要がある。

自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害 (ASD)

DSM-IVのPDDカテゴリーは、DSM-5ではASDと名称変更し、5つあった下位カテゴリー^{*)}は撤廃された。自閉性障害、Asperger障害、特定不能のPDD (PDD-NOS) は、DSM-5では独立した障害単位ではなく同じ自閉症スペクトラム上にあるとみなされている。Rett障害は、ASDに合致する症状がある場合にのみ、特定の遺伝的病態との関連を明記したうえで、ASDと診断する。小児期崩壊性障害はASDから削除された。

ASD診断には2領域 (対人コミュニケーション、限局的反復行動) の症状が必須となった。つまり、明白な限局的反復行動のない症例はASDと診断されない。

感覚反応の亢進/低下に関する症状が、限局的反復行動領域の診断基準として取り上げられた。実際、儀式的行動はしばしば感覚への異常反応と関連する。

重症度評価にはデイメンジョナルな視点が取り入れられ、現在の支援ニーズに基づいて対人コミュニケーション、限局的反復行動の領域ごとに3段

限局的反復行動、儀式的行動

元々はKannerが「同一性の保持を強迫的に希求しすぎる」ことを診断的特徴として取り出した。DSM-III-R (1987) では拡張して「活動や興味の著明な限局的パターン」の5項目があげられた。DSM-IV (1994) では「行動、興味、活動の限局的、反復的、常同的パターン」の4項目があげられ、そのうち1項目を満たすことを診断要件とした。これらの総称が限局的反復行動である^{*)}。DSM-5では、「行動、興味、および活動の限局的反復的な様式」として、①常同反復的な言語・運動・物の使用 (たとえば単純な常同運動、エコラリア、物の反復的な使用、あるいはその人独自の言いまわし)、②儀式的パターン (たとえば儀式のような一定の手順を踏んだ複雑な行動を繰り返

す、あるいは個人のルーティンや環境のささいな変化に苦痛を感じ、混乱し、環境の変化に抵抗する。結果、同じ道順や食べ物を要求する)、③限局的で固着した興味 (たとえば、普通ではない物への強い執着や没頭、きわめて限局的あるいは固執的な興味を示す)、④感覚反応の亢進/低下の4項目があげられ、うち少なくとも2項目を満たすことが要件とされている。儀式的行動は、限局的反復行動の一つの側面 (上記②) のことをさす。

自閉症児の限局的反復行動は、知能レベルにかかわらず1歳6か月までに現れ、その出現頻度はASDの自閉症児の約8割で、年齢によってあまり変わらない^{*)}。

SCD: social (pragmatic) communication disorder

PDD: pervasive developmental disorders

ASD: autism spectrum disorder

*)
撤廃された下位カテゴリー
自閉性障害、Asperger障害、特定不能のPDD、Rett障害、小児期崩壊性障害。

PDD-NOS: PDD not otherwise specified

階で評定する。

- 現症が診断基準を満たしていれば、症状の発現年齢にかかわらず、診断が可能となった。幼児期の発達歴がはっきりしない場合は診断が担保されている。
- ASD 症例の大部分がさまざまな併存障害を伴うことから、DSM-IV では禁じられていた ADHD や発達性協調運動障害の二重診断が可能になった。知的能力障害、言語障害、既知の医学的または遺伝的病態、他の神経発達障害、精神障害や行動障害のそれぞれについて、併存する場合には特定して記録することが求められている。

注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害 (ADHD)

- 17 歳未満と 17 歳以上とで診断閾値を変え、青年・成人の基準を緩和した (小児は DSM-IV 同様、9 項目中 6 項目、青年・成人は 5 項目が必須)。
- 症状の発現年齢の上限が、7 歳 (DSM-IV) から 12 歳へ引き上げられた。4 歳未満の幼児期に関しては、一部の症例では幼児期に行動抑制や自己調整など気質の問題が指摘されるとしながらも特異的なパターンがないこと、正常範囲と区別が困難であることが記載され、現時点での幼児期診断に警鐘を鳴らしている。
- ASD の診断がなされている症例でも、症状が ADHD の診断基準を満たせば ADHD の診断が可能になった。
- DSM-IV では症状プロフィールに基づく 3 種類のサブタイプ (混合型、不注意優勢型、多動-衝動性優勢型) に分類されていたが、DSM-5 ではこれらの 3 類型はサブタイプではなく、現症に関する分類となった。症状プロフィールは発達過程で変わるというエビデンスに基づいて、サブタイプという概念が消失したためである。
- ディメンジョナルな視点から機能障害 (impairment) の程度について 3 段階で評定する。

限局性学習症/限局性学習障害 (specific learning disorder)

- DSM-IV では読み、書き、算数といった学習障害の領域によって下位カテゴリーに分類されていたが、DSM-5 ではこれらの下位カテゴリーが撤廃された。代わりに、これら領域ごとに機能障害 (impairment) の有無を特定し (しばしば重複あり)、個別のプロフィール特徴を示す。
- 症状の有無は、標準的検査だけでなく、家庭、学校、医学的検査などから総合的に判断する。
- 機能障害の重症度を 3 段階で評価する。

運動症群/運動障害群 (motor disorders)

- この新しいカテゴリーは、DSM-IV ではそれぞれ別個に分類されていた発達性協調運動障害 (DCD)、常同運動障害 (stereotypic movement disorder)、チック障害群 (tic disorders) を含む。
- DCD は 5 歳未満の幼児については、正常範囲の運動獲得の発達過程が不明であること、評価測度がないことから、通常は診断できないと補足されている。

ADHD : attention-deficit/hyperactivity disorder

DCD : developmental coordination disorder

DSM-5 の背景にある新しくなった考え方

- 神経生物学的エビデンスの積極的導入：病因とは無関係に行動に基づいた分類体系から脱却して、神経生物学的病態に基づく分類体系に向けて、まだ途上ではあるが、いくらかカテゴリー再編が行われた。ASD で既知の医学的および遺伝的病態があれば特定子 (specifier) をつけることで、将来のサブタイプ分類のエビデンス蓄積がもくろまれている。
- 適応機能の重視：とりわけ神経発達障害カテゴリーでは、必要なサービスが受けられるように、家庭、学校、職場などでの適応や機能障害 (impairment) をきめ細かく評価するに足る十分な情報収集と総合的判断が重視されている。
- 発達の視点：縦断研究で得られた発達障害の臨床像は発達経過で変化するという視点が反映され、さまざまな発達水準での具体例が追加され診断しやすくなっている。また固定的な類型化は廃され、柔軟な予後予測が可能となった。
- ディメンジョナルなアプローチ：従来の症状の有無ではなく、症状の重症度を段階的に評価するように変わった。
- 合併 (comorbidity) の重複診断：疫学研究で得られたエビデンスに基づき、ASD と ADHD、ASD と DCD の合併があれば診断が併記でき、適切な治療につながる道が拓けた。

臨床場面で DSM-5 を用いる際の留意点

自閉症スペクトラム障害 (ASD)

- DSM-IV で PDD と診断された症例の大部分は ASD 診断へ移行すると予測されている^{6,7)}。一方、PDD-NOS と診断されていた症例 (たとえば対人コミュニケーション症状のみで限局的反復行動領域の症状がない症例など) は DSM-5 では診断を失う可能性がある。
- 治療や支援の連続性という観点から、DSM-IV で PDD と診断され、かつ自閉症治療の枠組みが今後も必要な症例を DSM-5 で再診断する際、慎重に現症を評価する必要がある。ASD カテゴリーの診断基準にあげられている、発達水準に対応した複数の行動表現に関する例が、これまで見逃していたかもしれない軽微な症状を見つけるのに参考になる。
- ASD の多様性という観点から、個々の臨床像を理解するためには、ASD かどうか、どの下位カテゴリーかではなく、どのような ASD なのかを特定することが求められる。言語障害の有無、知能水準、既知の医学的・遺伝学的・環境要因の関与、併存症などの特定子 (specifier) について、適切なスクリーニングや検査、豊富な情報に基づく臨床評価を行って明細化する必要がある。
- 重症度評価 (支援ニーズの程度) を定量的に特定するためには、診察室の外での情報を積極的に収集することが重要となる。日本人集団で標準化された、高い信頼性と妥当性が検証された評価ツールを用いるなど、評価指

標をもつことが有用であろう。

注意欠如・多動性障害 (ADHD)

- ASD 同様, DSM-IV で ADHD と診断された小児の大部分は DSM-5 の ADHD 診断へ移行すると予測されている⁷⁾。症状の顕在化の上限が 12 歳まで引き上げられたことや, ASD との重複診断が可能になったことで ADHD 診断が増える可能性がある。
- ADHD の多様性という観点から, 個々の臨床像を理解するためには, ADHD かどうか, どの下位カテゴリーかではなく, どのような ADHD なのかを特定することが求められる。症状プロフィールやその程度などの特定子 (specifier) について, 適切な検査, 豊富な情報に基づく臨床評価を行って明細化する必要がある。

まとめ—成長に伴うニーズ, トランジションを見据えた対応へ

- 適切な診断は適切な治療のためにある。得られた臨床情報から, 包括的・長期的な支援計画の全体と, よりターゲットを特定した短期的な治療計画の双方に, どのように活用していくかが重要になる。治療, なかでもとくに薬物治療を開始する前に定量的な症状評価だけでなく全体的な重症度評価, 適応評価をしておくことは, 治療を継続するか中断, 終了するかどうかの判断, 投薬量の増減の判断のうえできわめて大切である。
- 発達障害は, 発達軌跡の個人差が大きいということをもふまえて, 同一症例でも発達段階に応じて定期的に評価を繰り返し, 成長した点や新たに生じたニーズをとらえることが重要である。そのためには, 症状だけでなく, 全体の重症度や合併症など包括的な視点を忘れないでいたい。
- DSM-5 にディメンショナルな視点が取り入れられたことにより, 多領域の専門家の間で, 子どもの状態像についての共通言語となりうる。医療と教育の連携, 小児期から青年期・成人期 (小児科から精神科) への移行が円滑に進むことが期待される。

■ 文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC : APA ; 1994.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Text Revision. Washington, DC : APA ; 2000.
- 3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC : APA ; 2013.
- 4) 神尾陽子. 自閉症の限局的反復行動. Clinical Neuroscience 臨床神経科学 Decision Making—意思決定・行動選択の神経科学 2014 ; 32 (1) : 101-3.
- 5) Fountain C, Winter AS, Bearman PS. Six developmental trajectories characterize children with autism. Pediatrics 2012 ; 129 : e1112-20, doi : 10.1542/peds.2011-1601.
- 6) Huerta M, Bishop SL, Duncan A, et al. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. Am J Psychiatry 2012 ; 169 : 1056-64.
- 7) Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada. Part II : Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. Am J Psychiatry 2013 ; 170 : 59-70.

発達障害児の子育てを支援する①

途切れない発達障害支援

神尾陽子

はじめに

少子高齢化が進む日本の将来を考えると、次世代が健やかに成長するための地域の環境づくりは日本の社会の重要課題である。急激に変化する社会で暮らす子どもの育ちと子育てには、時代にあった配慮が必要とされ、それぞれの親子の多様なニーズに合った支援はどの地域においても用意されなくてはならない。「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減計画」を含む主要ビジョンを掲げた「健やか親子21」は、平成13(2001)年に始まる公共政策として位置づけられ、地域での母子保健の取り組みが推進されている (<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/abstract.html>)。

子育てに関する不安や悩みは、今日の社会においては、子どもの健康上の心配、あるいは家庭内や近隣の問題など、さまざまなケースを想定する必要があり、その対応は一通りではない。そのなかで親の「育児不安」は、児童虐待や産後うつ病といった親側の問題という文脈において注目されることが多いが、親子の相互作用という観点に立って親子双方いずれの問題も見落とさないようにしなくてはならない。せっかく子育て相談の場を設けて支援者が親の話を何年間も聞いているのに、その間一度も子どもの発達検査をしないというようなことが現場で生じているとすれば、それはきわめて残念なことである。

本章は、子育てに支援を要するケースのうち、子ども側の問題として念頭に置くべき発達障害のある子どもの子育てを取り上げる。発達障害は、脳の非定型発達のために、生後まもなく通常の乳児と異なる反応や行動を示し、生涯にわたって適応上のさまざまな困難をもつ障害の総称である。発達障害者支援法（平成17（2005）年4月より施行）では、発達障害という用語は、自閉症、アスペルガー症候群（これらの二者は今日の診断分類では自閉症スペクトラム障害として括られる）、注意欠如・多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD）、学習障害など、主として高次脳機能の障害を指すと定義されている。発達障害の人々への支援を充実させるという目標は、今日、日本だけでなく世界中の重要課題のひとつとなっている。その背景には、これまで未診断、未支援だった人々を含めると、その人数の多さと長期にわたる社会生活へのインパクトの大きさが次第に明らかになってきたことが挙げられる。発達障害は、一般集団内で数%から10%という高い割合を占めると見積もられ、糖尿病や高血圧のようによくある病態のひとつと言える。

発達障害という大きなカテゴリーには、自閉症やADHDといった診断分類上はそれぞれ独立した症候群が複数含まれ、発達障害それ自体は診断名ではない。だが、人を中心に考えると、一人の人が発達障害のいずれか1つの診断だけに当てはまる、ということは少ない。むしろ、2つ以上の診断がつくケースが多い。このような子どもたちを念頭に置いて、本章では、発達障害という用語を用いる。

1 発達障害児の子育ての困難さ

発達障害児を育てることがいかに大変かは、実際のところは当人でないとわからないだろう。子育て支援の第一歩は、支援者がその困難をきちんと理解し、具体的な問題解決のために一緒に考えていくという作業にあると考える。では、発達障害のある子どもを育てることの大変さは、定型発

達の子どもの子育ての大変さとどのような点で違うのだろうか。

1-1 子育ての脳科学

子育ては、人だけでなく動物にも観察され、これまで親の子に対する愛情の表われと考えられてきた。それは真実に違いないが、子育ての失敗は愛情の不足を意味するのだろうか。

では、子育ては科学的にどのように説明されるのだろうか。動物の例では、仔マウスの鳴き声や乳頭の吸引によって、母マウスのプロラクチンやオキシトシンといった下垂体ホルモンが分泌され、ホルモンが脳にも作用した結果、育児行動が促進されることが知られている。これは子育てが動物にも備わっている本能による行動の一種だということを示すのだろうか。人の育児行動の脳科学研究は、近年の脳機能イメージング手法の発展によってようやくその緒に就いたところである。わが子の愛着行動の動画を見た母親の脳活動をfMRI（functional magnetic resonance imaging：機能的磁気共鳴画像法）を用いて測定した研究によると、母親に微笑みかけてくる子どもを見ているときには、脳内の報酬系と呼ばれるドーパミンが関与する部位が活性化した。このことは、子どもの微笑みは子育ての疲れを癒すに足る喜びを親に与え、育児行動の動機づけを高めるものであることを示す（則内2009）。一方、母親を求めて泣く子どもを見ているときに生じる母親の脳活動は、もっと複雑であった。子どものサインを読み取るのに必要な感覚領野、判断や行動の選択にかかわる前頭前野、情動をコントロールするのに必要な帯状回、運動プログラムに必要な領野を含む一連の神経活動が、子どもの苦悩を取り除き、適切に子どもを守る育児行動を支えていることが明らかになった（則内2009）。こうした脳科学研究は、人の育児行動は確かにそれ自身が報酬となる側面もある一方で、きわめて脳に負荷のかかる複雑な処理を要するものであることも示している。このことを踏まえて、以下では、発達障害児の子育ての困難さの理由がまだはっきりしない時期、すなわちまだ発達障害かどうかも疑っていない、あるいは疑っ

ていても診断を受けていない乳児期から幼児期前期（神尾 2012）に焦点を当てることとする。

2-ライフステージごとの発達障害児の子育ての困難さ

1-「0-2歳」

この段階では、明確な発達の遅れがある場合を除いて、上述の「発達障害」があることはまだわかっていないケースがほとんどである。発達の遅れがなくても自閉症状が強い場合には、この発達段階で専門的判断が可能かもしれないが、通常、親はそうした専門的な知識なしに目の前のわが子を育てることに一所懸命であることを思い出してほしい。子育ての困難さに関連する子どもの問題でこの時期に一般的なものには、過剰に泣く行動、哺乳あるいは嘔食困難（拒否、吐き戻しなど）、睡眠の問題（寝つきの悪さ、途中覚醒など）があり、一般乳児の7%に見られるという海外の調査報告もある。こうした問題の生じるメカニズムは子ども側の要因と環境側の要因とが組み合わさった複雑な場合が多いが、これらの問題を訴えるケースでは、後になって自閉症やADHD、あるいは発達の遅れが明らかになるリスクは高い。とりわけ問題が一過性でなく持続し、相談が繰り返されるようなケースでは、後に自閉症の診断がつくリスクが高かったという報告がある（Olsson et al. 2013）。ただし、これはあくまでも統計的な確率の話であって、この調査では、後に自閉症とわかる子どもの半数弱ではこのような相談がなかった一方で、定型発達の子どもの16%にはこうした相談があったという。発達障害の場合には、これらの問題は子どもの感覚過敏と関連するケースが多い。たとえば、聴覚過敏のために通常は気にならない程度の物音に反応して泣き止まない、極端な味覚や嗅覚のために食べさせるのに苦労する、などである。こういう場合には、親が子どもの独特な感覚過敏に気づくことは難しく、わが子が何を嫌がっているのかわからないので、親の試みはすべて失敗することになってしまう。しかもこうした日常の問題は、意外なほど親から相談されることは少ないので、支援者は

具体的に日常の様子を聞き取る必要がある。親のなかには自らの落ち度と思いこみ、誰にも相談できずに一人で悩んでいる人もいる。相談の機会にこれらの問題が明らかになれば、その場限りの助言で相談を終了せず、できるだけフォローすることが肝要である。

逆に、後に発達障害と診断される子どものなかには、乳児期はあまり泣かず、ほとんど手がかからなかったと振り返る親もいる。そういう場合でも、親子のかかわりにくさ（他児とのかかわりを含む広い対人行動の一部として）を尋ねると、「まるで母親である自分を必要としていないようだ」「母親の自分が邪魔なように無視したり拒否したりする」などとはっきりと違和感を述べる親や、「かかわりが薄く、物足りなさを感じていた」と話す親もいる。具体的には、定型発達では、生後間もなく人に向けられた微笑みが見られ、乳児期後半には、アイコンタクトができるようになり、名前を呼ぶとこちらを振り向き、微笑み、声を出すなど、反応がはっきりしてくる。1歳を過ぎると、自分が興味をもったものを親に見せようとして指さしなどの身ぶりなどで懸命に表現する。これらの表現は親にとってこのうえもない喜びであり、癒しにもなることは前述の通りである。子どもにとっても、自分以外の他者の気持ちや考えを理解し、他者とシェアする力が身につくことで世界が広がっていく。このような他者とシェアしようとする行動が見られない子どもは、後に自閉症と診断されるリスクが高い。このような子どもでは、微笑みそれ自体は見られても、よく観察すると人に向けられたものではないことがわかる。このことを「(子どもの反応の) 何かが違う」と明確に意識する親は一部である。漠然とした不安を感じている親もいるだろうし、実際に意識しない親も存在する。こうした親の個人差も考慮して、支援者は自ら子どもの様子や親子遊びを観察したり、発達検査を実施して、何が子育てを難しくさせているのかを確認してほしい（神尾 2012）。

自分に向けられた子どもの愛らしい笑顔、声、行動があまりなければ、子どもが親である自分を必要としているのだという実感が得られにくいであろう。通常なら得られるはずの子育ての報酬に癒されることのないなか

で、日々子育てに取り組んでいるのだとしたら、それはどんなに疲れることだろうか。親としての義務感と子どもに対する深い愛情で自分を励ましながら努力を続けているのだとしたら、内心はどれだけ傷ついていることだろうか。筆者たちが行った福岡県下の一自治体の乳幼児健診後の追跡調査のデータを紹介する（神尾ほか [未発表]）。1歳6カ月健診時に尋ねる項目のなかに「疲れて育児や家事が困難か」という質問があり、「はい（困難あり）」「どちらともいえない」「いいえ（困難なし）」の3択で回答することになっている。有効回答（1,847名）を、その後自閉症スペクトラム障害と診断される群と残りのすべての健診受診者（対照群）に分けて比較すると、両群には有意な差が認められた。自閉症スペクトラム障害群の親で「はい（困難あり）」と回答したのは4%にすぎなかったが、「いいえ（困難なし）」が54%、そして「どちらともいえない」が42%であった。一方、対照群の親は、「はい（困難あり）」が2%、「いいえ（困難なし）」が70%、「どちらともいえない」が28%であった。日本人の特徴として、アンケートへの回答は、「はい/いいえ」よりも、中間の選択肢を選ぶ人が多いことはよく知られている。この結果は、育児が「困難」と回答した人よりも、「どちらともいえない」と回答した人のなかにこそ、子どもの発達に起因する支援ニーズをもつ親が潜在する可能性を示唆している。

2-「3歳以降」

3歳を過ぎると、定型発達では会話でのやりとりが上手になり、想像力や忍耐力が芽生え、コミュニケーションの量と質は大きく伸びる。その期待に反して、この年齢になっても親の言うことを聞かないようであれば、親は真剣に心配しはじめる。保育所や幼稚園への入園はそのきっかけとなるイベントである。自閉症児にとって集団生活の場は、刺激や予測できない変化が大きいうえに、自分のやりたい遊びを止めて指示通りの行動を取ったり、他児に合わせることを求められる。ADHD症状のある子どもにとっては、一定時間、興味のない活動を続けたり、自分の欲求を抑えることは難しく、注意されることも多くなる。元来、保育所や幼稚園の環

境は発達障害のある子どもが参加することを想定して構造化されていないため、これまで家庭内では目立たなかった行動の問題が生活環境の変化で露呈しやすくなる。発達障害児の場合には、行動上の問題は一過性ではなく持続しやすいため、不安傾向が強いと通所を嫌がったり、身体の変調を来すことがある。また衝動性が高いと他児とのトラブルを起こしやすく、他児を巻き込んで悪循環となりやすい。このようなケースでは、親の気づきや認識にかかわらず、保育所や幼稚園では気になる子として把握されているのが一般的である（小保内ほか 2012）。保育者は、同年齢集団を見ているので、これらの問題のほかにも、目と手の協調の問題といった後の学習や作業にとって重要なスキルについての課題も把握していることがある。

すでに子どもが専門的なサービスを受けている場合には、保育者側は親に状況を報告し、保育所・幼稚園内活動については専門家の助言を得ながら個別対応を工夫することができる。しかし、まだ親が問題に気づいていないケースでは、保育者側は親への対応に苦慮し、次のステップに進むことを逡巡することが多い。筆者たちが行った全国調査の結果をもとに推測すると、自閉症スペクトラム障害と後に診断を受けるケースの場合、およそ半数は親がそのことに気づいていて、残りの半数はあまり気づいていない可能性がある（Kamio, Inada and Koyama 2013）。この調査は、成人になって初めて発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなどの支援を求めた自閉症スペクトラム障害の診断のある人々を対象としたもので、そのうち高機能自閉症スペクトラムの人々 154名に限定すると、初めて親が気づいた年齢、初めて専門機関に相談に行った年齢、初めて診断を受けた年齢の中央値はそれぞれ、2歳6カ月、4歳、10歳3カ月であった。発達遅滞のある人々も含めたそれぞれの平均年齢は表1に示した通りである（荻野ほか 2012）。そして重要な結果のひとつは、気づきから相談までのタイムラグが3年以上になると、成人期での社会参加が悪くなり、診断を受けた年齢が高くなるほど成人期でのQOLが低下することが示されたという点である（Kamio, Inada and Koyama 2013）。

筆者たちは現在、地域の5歳児を対象に調査（神尾ほか 2013）を行っ

表1 全国調査に参加した自閉症スペクトラム障害（自閉症、アスペルガー症候群を含む）成人の親が初めて気づいた年齢、専門機関に相談した年齢、診断を受けた年齢の平均（荻野ほか 2012）

	重度遅滞群	中軽度遅滞群	境界-平均群
気づき	N = 173	N = 63	N = 108
平均年齢	1歳11カ月	2歳8カ月	4歳4カ月
相談	N = 169	N = 63	N = 98
平均年齢	2歳8カ月	5歳1カ月	10歳2カ月
診断	N = 161	N = 61	N = 83
平均年齢	3歳6カ月	6歳2カ月	13歳3カ月

調査（Kamio, Inada and Koyama 2012）は、自閉症スペクトラム障害者へのサービスを提供している全国75施設（発達障害者支援センター38施設、精神保健福祉センター21施設、全国自閉症者施設協議会の会員施設16施設）の協力のもと、調査期間中に当該施設を利用した18歳以上の自閉症スペクトラム障害の診断のある1,519人中798人に対して協力が依頼された。有効回答が得られた581人のうち、欠損データを除いた407人（男性80.0%、年齢18歳～49歳、平均30.3歳）を、本研究の対象とした。診断は、自閉症226人、高機能自閉症20人、アスペルガー症候群81人、広汎性発達障害61人などであった。

ているところであるが、一般児童の自閉症症状が強いと、ADHD症状、不器用症状といった複数の発達障害の症状が強だけでなく、情緒や行動の症状も強くなることがわかった。子どもの問題はこの年齢になるとその現われは複雑になり、親の子育ての困難さも明確になっていることが明らかになった。2項目で尋ねる母親のうつ得点は、自閉症状の高い群で低い群と比べて有意に高かった。また「健やか親子21」で設定された5つの育児不安指標（「自信が持てない」「虐待しているのではないか」「子どもとゆっくりした気分で過ごす」「夫の育児参加」「育児の相談相手がいる」）のすべてに関して同様の有意差が見られた。育児相談を希望する親が大半であったが、一度は相談をしても継続して育児相談を受けている人は少なかった。2歳頃の子どもの自閉症リスクと関連する発達および行動の特徴が5歳時点の行動を強く予測したことから、発達障害児の子育て支援は幼児期を通して継続する必要性が高いこと、乳幼児期の子どもの発達情報は後の支援の必要性を予測する手がかりとなりうることが示唆された（神尾ほか 2013）。

2 発達障害と子育て支援

子育て支援の専門家と発達障害支援の専門家は、その対象に重複する部分は大きいにもかかわらず、日本の縦割りシステムにおいては部署が違っていたり、専門家の訓練のバックグラウンドが異なっていたりするため、必ずしも連携が十分とは言えない実態がある。子育て支援には子どもの発達についての知識や発達の個人差に関する一定の経験と知識が必要である。と同時に、発達支援には子どもだけでなく、親に対する支援スキルも必要とされる。発達支援の専門家があまりに専門分化しすぎると、時に専門以外の問題について専門家が関心をもたなくなってしまうことがある。前述のように、発達障害児は、複数の診断がつくことが多く、診断がなくても情緒、睡眠、食事など広汎な問題や支援ニーズをもつ。一人の支援者では広範囲に及ぶニーズ全体をカバーしきれないのは当然のことで、だからこそ発達障害児をもつ親への子育て支援には多職種チームで当たる必要がある。

1-1 支援は多職種チームの連携で

発達障害の診断後は、通常は子育て支援単独で行われることはなく、発達支援とセットにして提供されるのに対して、診断前の乳幼児期ではまず子育て相談から始まるケースもある。子どもが後に発達障害と診断されるケースであっても、親が最初に困って相談に行く際には、相談内容が発達障害に直接関連したものではなく、前述のような泣き、食事、睡眠など一般的な内容であることは珍しいことではない。子育て相談では、相談者の子どもが発達障害をもっているリスクを考慮して、是非ルーチンで発達検査をしてほしい。そのためには発達を専門とする心理士との連携が必要になるだろう。また子育て相談のなかで子どもの発達特性が明らかになるかもしれない。その場合も発達の専門家へのコンサルテーションやチー

ムでのミーティングを実施することが望ましい。あるいは相談当初の問題が軽減すると、今度はそれまで隠れていた別の問題が見えてくることもあるかもしれない。その段階も多職種連携が効果を発揮するタイミングである。チームでケースに当たることのメリットは、ケースの理解と支援方針を共有できること、支援者同士サポートし合うことで気持ちに余裕が生まれることである。一方、専門家間の見解の不一致は親を混乱させ、最悪な場合は専門家への不信感を生むことになる。子育てに悩む親がうつ状態にないかどうかは、近年、ていねいにチェックされる傾向にあるが、それ以外の親の個人差、とりわけコミュニケーションや認知面の特性についての考慮も重要である。そのためには成人のメンタルヘルスや発達障害の知識や経験が求められる。あるいはコンサルトしやすい体制を地域で整備することが急務である。従来なら、発達障害が疑われるケースは、まず児童精神科医や小児神経科医などの専門医の診断を受けてから支援を始めるのが一般的であった。しかし、今日的な理解では、診断確定後まで支援を待つメリットよりも、親の心情に配慮しながらも実際に困っている親子が必要とする支援をすみやかに提供することのメリットが上回るという考え方（診断前支援）から、早期支援が推奨されている（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7h.pdf>）。そしてそれこそが子育て支援に期待されていることではないだろうか。

2-1 途切れない支援のために

前述のように、発達の遅れがない場合の発達障害は見逃されやすく、子どもの問題行動への適切な対応が遅れるばかりか、しばしば親の養育態度が責められる。発達障害のあるすべてのケースの診断を乳幼児期にするとようなことは現実的ではないが、兆候を専門的に把握することは可能である。そして前述のように乳幼児期に評価される発達障害リスクは幼児期から就学後を通して子どもの適応を予測する力が高い。このことから、子育て支援から発達支援にスムーズに移行するためには、乳幼児健診時の

情報の収集方法および活用方法は検討する価値がある。そのためにも、子どもの成長に伴って支援担当の部署が変わっても支援の継続性が担保できるような、一貫した支援体制が必要である。個人情報の取り扱いを十分慎重に行うことは当然であるが、そのことが支援の妨げの理由になってはならない。親には必要なときにはいつでも支援の用意があることを伝え、支援のためには情報の引き継ぎが有用なことを説明したうえで同意を得ておくのが望ましい。乳幼児健診（保健）を入口とすると、次の通過点は保育所（福祉）・幼稚園（教育）であり、その次は小学校（教育）である。必要に応じて、保育所・幼稚園への通園と並行して、子どもへの療育サービス、専門家による保育支援、そして親への子育て支援が継続されることが望ましい。就学後も学校を中心として親子への支援体制を組む必要があるだろう。発達障害児の子育て支援は一定期間で終わるものではなく、ライフステージを通して節目節目に必ず必要となる。その際に迷わず相談できるような道しるべを示すのも支援者の大事な役割であろう。

おわりに

発達障害のある子どもが健やかに育ち、社会参加を実現させるのに果たす家族の役割は大きい。その家族を支援する子育て支援は、発達障害児の発達支援と表裏一体をなして、発達障害児の健やかな成長に大きな成果を上げることが期待されている。また、いまだ人材不足、専門機関不足が十分解消されていない発達支援と比べて、子育て支援は日本のどこに暮らしていても求めれば誰にでも無償で提供される、対象を選ばない柔軟なサービスでもある。

近年の諸科学の進展の成果から、子どもの個人差、親の個人差、子どもの発達の多様性、子育ての多様性について少しずつわかってきた。今後の発達障害児の子育て支援は、より科学的な知識を基盤として多様な現実に対応できるものへと進化することが期待される。そうした支援者個人のス

キルアップと同時に、子育て支援の出発点としての乳幼児健診の位置づけ、さらに横と縦の連携が緊密となるような組織再編も必要と思われる。限られた社会資源のなかで、適切な支援を必要な時期に必要な親子に提供していくためには、子育て支援者には包括的な知識と経験、そして多職種連携を有効活用するトリアージ機能が期待される。発達障害児を養育する親が希望と喜びをもって子育てできるように地域全体で支えることは、ひいては発達障害児の健やかな成長と将来の社会参加の実現への大事な準備となるはずである。

▼文献

- 神尾陽子 (2012) 自閉性障害——(a) 乳幼児期. In: 山崎晃資・牛島定信・栗田 広・青木省三 = 編: 現代児童青年精神医学 (改訂第2版). 永井書店, pp.125-134.
- Kamio, Y., Inada, N. and Koyama, T. (2013) A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism* 17-1; 16-27.
- 神尾陽子・森脇愛子・飯田悠佳子・稲田高子・萩野和雄・遠藤明代・立森久照・平本絵里子・武井麗子・中鉢貴之・高橋秀俊・三宅篤子 (2013) 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, 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, pp.11-23.
- 則内まどか (2009) 子どもを愛する母の脳. In: 育児行動を支える愛の力・日本生理人類学会 = 編: カラダの百科事典. 丸善出版, pp.249-252.
- 萩野和雄・稲田高子・高橋秀俊・神尾陽子 (2012) 長期予後からみた広汎性発達障害児とその家族に対する早期支援の意義. そしてその阻害要因・第 53 回児童青年精神医学会総会.
- Olsson, M.B., Carlsson, L.H., Westerlund, J. et al. (2013) Autism before diagnosis: Crying, feeling and sleeping problems in the first two years of life. *Acta Paediatrica* 102; 635-639.
- 小保内俊雅・遠藤明代・稲田高子・神尾陽子 (2012) 地域の発達健診事業のあり方に関する研究——5 歳児の行動と発達の問題に対する幼稚園・保育所側の担当保育者の認識と対応. 発達障害が疑われる児の地域支援のあり方を考える. 平成 23 年度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「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, pp.41-50.