HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	子ども臨床研究部門「臨床と研究のための交流会」活動報告
Citation	子ども発達臨床研究, 14, 122-144
Issue Date	2020-03-25
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/77547
Type	other
File Information	130-1882-1707-14.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

子ども臨床研究部門「臨床と研究のための交流会」活動報告

子ども臨床研究部門においては、専任、兼任教員、学外研究院、また、関連機関との共同の元、臨床的プロジェクトを展開している。この臨床的プロジェクト等から得られた成果を医療・教育・福祉の現場実践者に還元するとともに、現場の中で見出された課題を共有するための交流会を開催する。単なる研究発表や研修会などのような一方的のものではなく、次の3点の形で双方的に展開することを目指す。「研究成果を現場の視点から検証し、現場での活用・応用を検討する」「現場の諸課題の中から、両者の視点で意義ある研究課題を抽出する」「課題を解決するために現場の実践者が主体となって行う研究を支援する」

交流会は、子ども臨床研究部門教員による臨床プロジェクトおよび研究に関する発表、また、地域研究・臨床機関や実践家による臨床・研究に関する発表､そして､参加者全体でのディスカッションの3セッションからなる。参加者は、センター構成員及び院生・学生の他、氏家記念こどもクリニック、特別支援教育士北海道支部会、NPO法人ジャイフル所属する実践家などである。2018年度から、下記のテーマにて5回ほど開催した。次頁より、第2回から5回の交流会について報告をする。

・第1回交流会「臨床と研究の紹介と意見交流」
2018年7月20日(金) 19時～21時

・第2回交流会「家族支援について」
2018年11月9日(金) 19時～21時
話題①：「発達障害児の保護者の乳幼児健診へのニーズ」
安達潤（子ども臨床部門）
話題②：「地域での家族支援」
渡邊隆史・気田絵理奈
(NPO法人ジャイフル)

・第3回交流会「診断前支援を考える」
2019年3月1日(金) 19時～21時
話題①：「自閉症ハイリスク児に対する臨床研究」
氏家武・泉明里
(氏家記念こどもクリニック)
話題②：「RTIを用いたひらがな音読指導」
関あゆみ（子ども臨床部門）

・第4回交流会「ICF情報把握と発達障害支援」
2019年7月19日(金) 19時～21時
話題①：「ICF情報把握・共有システムの社会実装研究」
安達潤（子ども臨床部門）
話題②：「ICF情報把握・共有システムを活用した学齢児の多領域連携支援」
桐田結佳（札幌市立中央小学校）
萬谷きみ子（相談支援事業所なえぼん）

・第5回交流会「アセスメント事例から研究を考える」
2019年11月29日(金) 19時～21時
話題：「WISC-Ⅳを適用した事例」
「臨床サンプルの分析から」
岡田智（子ども臨床部門）

第2回　臨床と研究のための交流会「家族支援について」

1.「発達障害児の保護者の乳幼児健診へのニーズ」
安達潤（子ども臨床部門）

道の発達障害支援に係わって道保健福祉部と共同で実施した平成24年度調査に基づいて報告され

た論文の内容を報告する。論文は「育ちの困難さに気づいた時期によって発達障害児の保護者の乳幼児健診に対するニーズは異なるか？」とのタイトルで、安達と田中康雄の共著で発達障害研究の第38巻に掲載されている。リサーチクエスチョンは、発達障害の早期発見・早期支援の必要性が語られる一方、乳幼児健診で発達障害リスクが把握されても保護者とそれを共有することが難しいという状況があるため、保護者が乳幼児健診に臨んでいることを明らかにすることである。発達障害児を持つ保護者を対象に過去の乳幼児健診にかかわるアンケート調査を実施し、1043部の回答結果を「保護者が乳幼児健診受診時に子育ての心配を感じていたか否か」および「児が育ちの困難さを抱えていることに保護者が気づいた時の児の年齢」の2つの視点から分析した。この「育ちの困難さを抱えていることへの気づき」とは一般の子育て不安から一歩踏み込んだ「児には特別な困難があること」への気づきである。1歳6ヶ月健診頃の気づきとして2歳未満群、3歳児健診前後として2～4歳群、就学前健診～学齢前期として5～9歳群、学齢後期以上の気づきとして10歳以上群の4群を設定して、相互に比較・分析を行った。

結果を述べると、実際に気づいた年齢は、2歳未満群では60%弱が1歳6ヶ月までに、2～4歳群では60%弱が3歳までに、5～9歳群では60%弱が7歳までに、10歳以降群では75%が12歳以降であった。発達障害の診断時期は、就学前の診断は、2歳未満群で約85%、2～4歳群で約80%、5～9歳群は小学生で80%弱、10歳以降群は就学以降各年齢にバラついていた。一方、乳幼児健診を受診した時の子育ての心配は、1歳6ヶ月健診では、2歳未満群は90%弱が心配あり、他の3つの群では70～80%が心配なしだったが、3歳児健診では2歳未満群と2～4歳群の80～90%で心配あり、他の2群では70%前後が心配なしだった。つまり、2～4歳群は1歳6ヶ月健診から3歳児健診までの間に、子育ての不安が急速に高まっていることが示された。さらにこの調査では、乳幼児健診への期待内容の質問が5つある。「障害の有無を明らかにする」及び「子育ての配慮点やアイデアの提供」という質問では、2～4歳群のみ、他群と異なる回答結果となり、1歳6ヶ月健診では否定が多く、3歳児健診では肯定が多かった。他3群では両健診とも肯定的な回答であった。また、他の3つの質問「子育ての心配の受けとめ」「継続的な相談」「子育てに有用な機関の紹介」の回答は全群とも両健診で肯定的であった。また健診後に利用しやすい紹介機関については、1歳6ヶ月健診では、2歳未満群は療育機関と医療機関を併せて約60%である一方、2～4歳群では子育て支援センターと医療機関を併せて約80%であり、他2群は子育て支援センターが60%であった。3歳児健診では、2歳未満群は療育機関と医療機関が併せて70%強となり、2～4歳群と5～9歳群は子育て支援センターが30%前後に下がって療育機関と医療機関を併せて約60%となり、10歳以上群では子育て支援センターと親の会が併せて60%弱であった。

これらの結果より、2～4歳群は1歳6ヶ月健診から3歳児健診の間に、児の発達課題が大きくなり困難さへの気づきが出てくるが、1歳6ヶ月健診時にはまだ子育ての心配もなく障害の有無を明らかにすることには否定的である。3歳児健診時では、障害の有無に向き合うようになってくるが、利用しやすい紹介機関は、子育て支援センターと療育機関が拮抗するという気持ちの揺れがあると考えられる。しかし、本調査と合わせて実施した支援者が回答した別の調査では健診後の紹介機関は療育機関が80%弱を占めていた。このことは、2～4歳群について乳幼児健診で発達のリスクが把握された場合に支援者の方向づけと保護者のニーズが食い違っていることを示している。専門的視点で捉えれば、今後現れてくるであろう2～4歳群の発達課題の萌芽を1歳6ヶ月健診で把握できるであろう。しかし家族支援として必要なことは、急いで発達リスクを告げて療育につなげることよりも、1歳半から3歳にかけて子育ての混乱期に入っていく保護者を支えていくために、専門性に裏打ちされた丁寧な子育て支援を地域に

充実させて子育て支援の中に専門支援のエッセンスを入れていくことである。例えば、子育て支援センターへの専門職の配置による発達相談機能の充実なども検討して行く必要がある。

2.「地域での家族支援」

渡邊隆史・気田絵理奈（NPO 法人ジャイフル）

地域での家族支援というテーマをいただいているが、まずジャイフルで家族支援が係わる事業を紹介すると、放課後等デイサービス、相談支援事業所、フリースクール、自立訓練事業、学習塾などがそれに当たる。家族支援に対して公的な報酬体系のないのが実情となっている。公的報酬体系としては、放課後等デイサービスの中の事業所内相談支援があるが、実際には、それ以外の模索が求められており、その一つとして、今回は、ペアレントトレーニング、いわゆるペアトレの話題を報告する。ただ、最初に、家族支援のケースを広く見ておきたい。一つは病院との連携で、難病の子どもたちが受けている訪問教育の補完を病院との連携でボランティアという形で行っている。子どもが一旦退院して再入院すると、手続の関係で教員配置がうまく行かない場合、そういった子どもたちの学びのお手伝いをしつつ、親御さんに高校受検や内申点の扱いといったことの情報提供も行っている。もう一つは、私自身のことでスクールカウンセラーとしての家族支援。これは特に診断等はないけれど学校でうまくいっていない生徒さんがいて、居場所がない、先生が理解してくれないといった話が出てくる。そういった場合に、親御さんにもお子さんとどう関わっていくとよいのかといった話しを伝えていくことがある。また、自立訓練事業では、高等養護学校卒業後、家から出ていない子どもさんの社会自立のお手伝いを家族の方と連携して進めている。今日の報告内容はペアトレだが、岡田先生が主催された北大での研修会にスタッフを派遣して、導入を進めている。特に、ADHD の子どもを持つお母さん方に展開しており、次は、そういった話について、当法人の放課後等デイサービスなえぼんの気田からの報告となる。（以上、渡邊）

今年からなえぼんで始まったペアトレであるが、東京都江戸川区にあるまめの木クリニックで行われているまめの木式と呼ばれるペアトレに、他の要素も少し取り入れながらやっている。ペアトレの第一の目的は、毎日の生活の中で親御さんが子どものことを怒ることが多くなってしまって、子どもも反発が高くなったり自己評価が低くなったり、親の方もどうしてこんなにうまくいかないのだろうといった気持ちにもなって、温かい親と子のかかわりが減ってしまうことで起こってくる「親子関係の悪循環」を断つこと、である。さらに、ペアトレはグループワークで行うので、孤立しがちな親御さんが仲間を見つけて安心感を得ることができる。またペアトレでは、子どもの行動に焦点を当てるので、「この子はダメな子」という捉え方ではなく、行動の好ましさを評価するという視点を支援していく。

まめの木式は全部で 10 回構成だが、全参加は難しいこともあり、6 回に内容を絞り込み、ほぼ隔週で 5 月～ 7 月にかけて夏休み前終了のスケジュールで行った。1 回 90 分で 4 ～ 5 名の参加とし、ASD、ADHD、MR、PDD など多様な診断の児や未診断の場合もある。終了後のアンケートでは、役に立った、子どもとのかかわり方や考え方が変わったという回答が半数以上で、また、参加してよかったことは、知り合いができた、悩んでいるのは自分だけじゃなかったと思えたこと、との回答であった。このことは親御さんの安心感や励みとなっており、ペアトレはグループで実施する必要があると感じている。ただし、ペアトレには「指示を出す」というセッションがあるので言語理解レベルがそれに合う親子が対象となることと、子どもの年齢をある程度揃えてグルーピングするため、そういったことからも親御さんの子育て体験がある程度の幅に入ることで、親同士の相互やりとりがやりやすくなることもあるだろう。また、ペアトレを実施する中できょうだいとのかかわり関係についても見えてくる部分があり、きょうだいへのかかわりについてもペアトレで学ん

だことを家族で共有したり活用してもらったりするきっかけにもなった。これまでは面談の中での保護者支援だけだったが、ペアトレを通じて家族支援に広げられたと感じている。実際、父親同士のペアトレ開催の希望なども出てきており、土日や夜間など実施日程の検討の必要性も感じている。

ただ、家族を越えて親族や子育てまたは教育の一般機関、地域とのかかわりをどうするかまでは、ペアトレではフォローしきれないことが限界ではある。さらにペアトレの成果は実施の際のリーダーやサブリーダー、これは運営サイドの専門職になるが、その力量に負うところも大きい。また、ペアトレはADHDタイプの子どもで問題行動もあり、家庭で親子のバトルがありそうなケースが基本的に想定されているが、ASD傾向の強い子どもに対しては難しい場合がある。例えば、ペアトレの「問題行動を無視するというセッション」のところで、ASDタイプの子どもでは無視に気づかないし変わらないなどで難しくどうしてもうまくいかない。そのため、親御さんが感じている難しさや子どもの特性を把握して柔軟に対応していくことが、ペアトレを普及していく上での難しさだと感じる。このようにペアトレだけで万能ということはないため、セッション外でのフォローが必要である。

次に、ペアレントプログラムの報告に移る。これは通称ペアプロと呼ばれており、ペアトレの必要最低限の部分をできるように意図されたもので、もう少しいろんな人でも取り組め、ペアトレの参加前にやっておくとよいものとなっている。内容としてはペアトレ同様、行動分析ベースであり、親御さんだけでなく、一般の保育士や福祉事業所の職員が取り組める内容となっている。研修マニュアルはアスペ・エルデの会から出ており、地域支援の考え方として、最初の保健師とのやりとり、その後の保育所や幼稚園とのかかわり、入学後の児童会館など、つながりの中で支援が人で途切れないように、ペアプロが機関共通の考え方となった支援が継続されることを期待して開発されたとのことである。

プログラムは全6回の1回60分～90分で、最初に児の現状把握で行動を書き出し、次にはその行動をカテゴリー、例えば食事の面、運動の面、友達とのかかわりなどに分けていく。さらにギリギリセーフという、ペアトレの言葉では25%ルールという捉え方で、苦手なことでもうまく行く場合もある部分を見つけ出すという考え方を学び、最後にフォローアップセッションとなる。ペアプロの研修を他機関の専門職と一緒に受講したが、ペアトレとの違いとしては、現状把握表で自分と子どもの行動を両方とも分析するため、自分に対しても客観的に考えたり冷静になれたりというところがある。またペアプロでは参加者2～3人でお互いやってきた課題の見せ合いをするため、お互いのいいところを伝え合ったりするなかで、自分の自信を取り戻せるというところもある。そして先に述べたように、ペアトレの前段階ということで、割とわかりやすくなっていることがある。

今後は、ペアプロの要素とペアトレの要素のよいところをうまく活用していきながら、なえぼんでのオリジナルの支援を展開して行けたらと考えている。（以上、気田）

3．ディスカッション

岡田：ペアトレだが、子どもの対象幅がやはり広く、対象年齢で親のしんどさも異なってくる。ある程度経験が共通していないと、親同士の共有が難しくなると思う。その意味では、入り口の部分での動機づけ支援や契約関係が大切だと考えるが、どうか。

気田：なえぼんでのペアトレ実施前にジャイフルの3事業所で試験的に実施したことがあり、その時には、他事業所の利用児はよく知らないということがあった。しかし、参加者はすべて学習支援をベースにしており、また、年齢も10歳前後の子が多かったので、親御さん同士の共有や共感はできていた。ただ、やはり、参加者の多様性が大きすぎるとペアトレは難しい部分がある。その意味ではペアプロは子どもの行動を分析して見えてきた子どものよいところをほめていくことがメ

インなので、参加者の多様性が広くてもやれそうではある。実際に、高校生の親御さんの子育て経験が、小学生の親御さんにとっての貴重な情報となるといったこともある。

安達：知的水準もそうだが、むしろ親御さんが感じるしんどさの種類といったことの方が多様さの背景となるかも知れない。氏家先生のところではどうか。

氏家：私のクリニックでも10年ほど前にまめの木クリニックの先生に来てもらって、研修を受けて、ペアトレを実施している。それに併せて、毎日の親向け勉強会でペアトレプログラムの紹介をし、希望者を募っている。併設している発達支援事業所の利用児は言語療法、作業療法、心理療法なども受けており参加者の情報は共有されているため、グループが成立するように調整している。勿論、個別手当の必要なケースには、そのようにしている。本日、うちでペアトレを担当している職員が来ているので、どのように実施しているのか、簡単な紹介をお願いしたい。

増子：いまは2グループを隔週で、結果的に毎週の運営となっている。1学期から始めて12月終了で全10回。年齢幅は3，4歳～小3だが、4月の説明会では、この年齢幅を越えた子どもの親御さんからも参加希望がでてくるので、個別対応や可能なときにはグルーピングもしている。対象児はASDが多く、まめの木式のプログラムのままだと、第3，4回で破綻してしまうため、順番や内容をアレンジして、子どもの特性理解といった心理教育的な側面をメインに実施している。そうすると特性理解に活動の焦点が当たるので、年齢幅が多少広くても、親御さんたちが相互に共有できて、和気あいあいと楽しくやれている。

氏家：特性理解がとても大事だと思っている。親が子どものことを理解できないと叱れば治るといったことになってしまうが、自閉症の特性から子どもの行動を考えると、叱って治るものではないので、よいところを伸ばそうという視点の切り替えにつながっていく。ここが大事だと思っている。

岡田：「特性理解」とは、ASDの診断告知が前提になるのか。

安達：そこが難しい。ペアトレを受けるというところまでのつなぎをどのように作っていくかが課題。逆に言えば、ペアトレになかなか入りづらい親御さんの子育て体験や日頃感じている不調さを考える視点が大切で、もし時計を逆に戻せれば、どんなときにどんなことをやっていればよかったのかがもう少しわかればよいと思う。

氏家：うちのクリニックの場合は、1歳6ヶ月健診の後、2，3歳頃から発達支援事業に通い始めているので、子どもの問題に前向きで、ペアトレの前に個別支援を受けてきているケースが多い。そういった下地があってペアトレも成立していると思う。

関：家族支援と親支援という観点で考えた場合、早い段階で前向きになっている家族がある一方、家族がいろいろなことをうまく扱えず、学校や地域との関係をうまく作っていけないといったケースもあると思うが、そこについては何かよい考えがあるだろうか。

増子：当院では、個別ペアトレというか、1対1でじっくり親への心理療法というか、認知のあり方にアプローチすることがある。個別的なかかわりが必要な家族はあると思う。

岡田：小さい頃からの継続でつながるとのことだが、そのためには、親が子どもの変化を感じられるような子育て相談が必要で、そういった支えの土台が健診からの流れであるとうまくいくように感じている。「健診でひっかける」といったことではなく。

安達：子どもの中にある障害を発見すると考えると「ひっかける」になってしまう。しかし子どもが症状を出すかどうかは環境によって変わるので、うまく行っている場面をきちんと押さえて、場面によって子どもの状態像がちがうという捉え方が文化として入っていくことが必要。これはICF、障害者権利条約の基本的な考え方でもある。

岡田：診断がでてもどうしたらいいかわからない親は多くいるので、診断前から心理士が、この困難にはこのようなアプローチがあるといった説

明をしたり、子どもの強みと弱みの両方の視点から家族と共有したりといったことが大切である。

安達：それに加えて、環境因子の影響を伝えていくことが大切。ICF と権利条約の捉え方で言えば、子どもが示す困難さは機能障害と環境因子の相互作用の結果であり、環境を調整すれば機能障害が変わらなくても困難さは変わる。だから子どもに障害があるかないかという話しで進んでいくのはよいことではない。ペアトレ・ペアプロの中で子どもの見方が変わるというのも、結局子どもの「よいとこさがし」であると同時に、子どもがよいところを出せる場面を探していることと同じと考えられる。

関：子どもがうまくできるような環境を整える教育をしようということ。

安達：合理的配慮は環境調整支援なので、早期から合理的配慮を提供していけば、発達経過で生じてくる歪みを回避していけると思う。僕が報告した 2 ～ 4 歳群の親御さんには、子どもがうまく行く場面を一緒に探して、「うちの子、いろいろあるけど、何とかなりそう」という感覚を持ってもらうことが大切である。

氏家：うちでは、年齢よりも発達段階がグルーピングの中心だが、言葉がただわかるだけではなく、状況が理解できるというのが大前提となっている。

関：少し話が戻るが、ペアトレへのつなぎをどうするかというところ。母親が得た情報を父親と共有していくことも大切で、これはどうすればよいか。

岡田：乳幼児の発達相談では、きょうだいの有無や母親の子育て負担感、母親を支える家族機能の話題が 7 ～ 8 割を占めるので、その辺の話題にはなる。

安達：父親ペアトレのリクエストとも関連する問題だと思うが、母親の心配を父親がわかってくれないと、母親は孤立する。だから相談の時間に母親の心配を受けとめつつ、父親がどう感じているのかを考えてみよう、といった「父親をニュートラルな視点で捉え返す」という心理臨床的アプローチはある。そういった中でお父さんと子どもが上手く遊べている場面が見いだせれば、そのコツを逆に母親が共有することもできる。発達の問題にも心理臨床的な問題は深く絡んでいる。

参加者 A：もともと幼児教育の現場にいて、いま 1 歳半、3 歳の健診に携わっている。未就園の 2 歳時の保護者支援が課題で、親御さんの困りや入園へのつなぎをどうすべきか、考えている。今日の話は学びになった。

参加者 B：通級担当の立場では、医療につながっていない親御さんもいるので、ペアプロやペアトレの視点も取り入れながら、何かの形で還元できないかと考えながら、今日は聴かせていただいた。

第 3 回　臨床と研究のための交流会「診断前支援を考える」

1.「自閉症ハイリスク児に対する臨床研究」

氏家武・泉明里（氏家記念こどもクリニック）

自閉症のリスクのある子どもを 1 歳前から介入し 3 歳時の発達結果を後方視的に見た研究と、実際の事例、当院の乳幼児期ハイリスク児を対象とする集団作業療法を紹介する。

研究の対象は、平成 20 年 4 月～ 24 年 6 月までの約 4 年間に 1 歳前までに受診した発達障害のリスクのあるケース 27 例（男児 15 例，女児 12 例）である。1 歳前の精神発達の特徴を Grid for the Assessment of Normal Behavior in Infants and Toddlers（GANBIT）により評価した。社会的行動 7 項目（視線が合う、予期行動、接近行動、微笑みがけ、他者との交流を楽しむ、他者への働きかけ、他者への声かけ）、間主観性 6 項目（共同注意、叙述の指さし、三項関係、模倣、他者心理の予期、参照行動）、象徴機能 4 項目（探索行動、ごっこ遊び、ジェスチャー、有意味語）の計 17 項目からなり、定型発達児では 1 歳までに全ての項目が認められるとされている。最終診断は 3 歳時に DSM-4 により行った。

初診時の平均月齢は約 10 ヶ月で、主訴は運動

発達の遅れが多く、他に呼びかけに応じない、落ち着きがない、視線が合わない、抱っこを嫌がるなどであった。紹介元は14例が保健センター（主として10ヶ月健診）で、保護者の心配によるものが10例、小児科医からの紹介が3例であった。親または兄弟が発達障害と診断されているケースが10例である。初診後の主な対応は、医師による家族支援、作業療法士による評価と集団作業療法、言語療法などで、年齢が長じた場合には併設している児童デイサービスも利用した。調査時診断は自閉症ハイリスク群が22例（81.5%）、非自閉症群は5例であった。非自閉症例の中には、知的障害・ダウン症候群、ADHDが含まれていた。自閉症ハイリスク群の22例のうち、平均3歳の時点で、自閉症と診断し保護者に告知したケースが2例、かなり疑わしいと告知したケースが7例で、この9例が自閉症と診断できるケースであった。告知はしていないが自閉症が疑われるケースが8例、難聴と自閉症疑いの合併が1例、診断が確定できないケース1例であった。一方、発達に問題なしと判断したものは3例であった。

自閉症ハイリスク群22例のうち1歳前後の精神発達状態の詳細な記録があった20例について、GANBITを用いて1歳前後の精神発達状態を評価した。17項目のうち、認められなかったケースが70%を超えた項目は「社会的行動」では1項目もなく、将来自閉症と診断される子どもでも愛着行動を思わせるような社会的行動は出現していた。一方、「間主観的行動」では、参照行動がほとんどの子どもで認められず、共同注意、叙述の指さし、三項関係、模倣、他者心理の予期のいずれの項目も認められなかったケースが7割を超えていた。「象徴機能」では、ごっこ遊びは全例で認められておらず、言語を獲得していた子も1，2例のみだった。また、自閉症ハイリスクの子どもでは問題行動が多く認められた。

今回の研究から、運動発達の遅れは幅広い発達障害のハイリスクだということ、親や第1子（上のきょうだい）に発達障害が認められる場合には発達障がいを認めるリスクが高いことがわかった。また、自閉症ハイリスク児では1歳前の「間主観的行動」の発達が極めて遅く、自閉症ハイリスク児を乳児期にスクリーニングするには、「間主観的行動」に注目して評価することが有用だと考えられた。これらの子どもたちに対しては、運動発達を促進する個別療育だけでなく、社会性の改善を目指すために集団療育が有用と感じている。

次に症例を紹介する。集団療育と母親への支援により劇的に改善し、3歳時点で自閉症ではないと診断したハイリスク児である。初診時11ヶ月の男児で、主訴はおとなしくてあまり動かない、音や触られることに敏感、離乳食を拒否して体重が増えないことであった。重度の貧血が認められた。10ヶ月健診ではハイハイを嫌がり、座ったまま移動していた。母親はとても心配症で、自分が上手く育てられないことに不安を抱いていることも問題と思われた。

医師が哺育障害に対する治療と身体管理、看護師が母親の支援、言語療法士が口腔過敏に対する指導を行い、加えて集団作業療法を導入した。母親が安心したことで、余裕を持って様々な摂食方法を試せるようになり、体重増加が認められるようになった。集団作業療法に参加することで母親の孤立感も解消し、それと同時に子どもも視線が合いやすくなった。1歳5か月から保育園に就園した。園での食事は何でも食べ、遊び相手ができ保育士への発語もみられた。1歳半の発達検査は年齢相応以上であったが、検査場面でマイペースな言動が多くこだわりも認められたため、集団作業療法を継続した。2歳3か月の再診時には会話が成立し明らかな遅れは認められず。3歳時には全く問題がないと判断した。　　（以上、氏家）

集団作業療法は0～2歳の、自閉症を含む発達障害ハイリスクの乳幼児を対象としている。週1回、9時半～11時で、自由遊び、設定活動、おやつ、終わりの会という流れで行っている。ペープサートや紙芝居、手遊び歌や親子体操、シーツブランコやスカイバルーンなどの体を使った遊び、小麦粘土や水を使った感覚遊びを行っている。自由遊びやおやつの時間を活用して育児の悩みの相

談にのることもある。おやつの時間に摂食や道具操作の指導も行う。

終了後は、発達が改善した場合はそのまま終了となるが、課題が残る場合には個別の作業療法や言語療法への移行、または児童デイサービスにつないでいる。（以上、泉）

2．「RTI を用いたひらがな音読指導」

関あゆみ（子ども臨床部門）

読み書きの苦手な子どもたちに対するひらがな音読支援、「T 式ひらがな音読支援」を紹介する。この支援は RTI（Response to instruction）モデル、指導に対する反応モデルという考え方を用いている。リスクのある子どもに診断を待たずに指導を行い、その伸びを評価し、指導への反応に合わせて階層的に援助介入の手厚さ、特殊性を増していく。第 1 層は通常学級での指導を前提にし、年 3 回アセスメントを行う。そのアセスメントで困難が認められた場合に補足的な指導（第 2 層の指導）を行いながら評価を行い、伸びが認められない場合にはよりインテンシブな第 3 層の指導を行う。第 3 層の指導を行っても十分な伸びが認められない子どもの中に学習障害に該当する子どもが含まれる。利点は、顕著な遅れが生じる前に指導が開始できることと、ほかの原因によりつまずいている子どもにも対応できることである。

1 年時は各学期末に少しずつ内容の異なる検査を行い、それぞれの検査での基準に達しない子どもに対して、一文字一文字を早く正確に読む解読指導を 1 日 5 分間、21 日間行う（第 2 層）。指導用のアプリを作成しており、特別な知識がなくても実施できる。T 市で行ったこの指導による 1 年時の効果を紹介する。2010，2011 年は指導を行わずに検査だけを行い、1 年時末に読み困難と判断された子どもが約 7%であった。支援を行った 2012、2013 年には、同じ基準でみた読み困難児が 2.6%に減少した。

1 年時にこの指導を繰り返し行っても 3 学期末の基準に達しない場合には、2 年時に第 3 層の指導を行う。この指導では、個別で週 1 回 40 分間、例文作りを中心とする語彙の指導を行う。東京書籍の教科書に対応した指導用アプリを作成している。2014 年に T 市全市 1700 人の 1 年生を対象とした実践では、第 3 層の指導対象者が 42 人であり、このうち 30 人を追跡調査した。指導開始時は全ての音読検査（単音、単語、非単語、単文）で 2 標準偏差を超えていたが、指導により単語や単文の読みの改善を認めた。2 年時末に指導不要なレベル（2 標準偏差を超える検査が 1 つ以下）まで改善したのは 6 名で 20%の改善率であった。第 3 層の対象児の約 8 割がディスレクシアと診断されたが、そのうち 30%に ADHD、7%に ASD に合併を認めた。このことから、診断を前提としない RTI の指導は学校の中だけで行える指導法ではあるが、最後まで困難が残る第 3 層の対象児については読みの問題だけに注目していると合併する困難を見落とす危険性があり、医療受診が必要と考えられる。1 年時の対象児 1700 人から推定すると、ディスレクシアと診断された子どもは約 1.6%であった。

RTI モデルによる指導が最終的にディスレクシアと診断される中核群の子どもを減らしたかどうかは不明である。しかし、ディスレクシアと診断される子ども達に対して早期に介入を開始できることが利点であり、指導による改善を通して自己効力感を感じ、指導に対する肯定的な態度が維持されている。一番の効果は周辺群に対してであり、早期から介入することで早期に改善し、二次障害が予防できる。また、通常学級での読みの指導が充実していないと第 2 層の対象者が増えることから、導入した学校の中には通常学級の中での平仮名の指導を独自に工夫している学校もある。RTI モデルによる指導が第 1 層である通常学級における授業の改善にもつながっていると言える。

3．ディスカッション

関：幼児期早期に自閉症スペクトラムのハイリスクと考えた 22 例のうち、集団療育等による介入を行い、結果的に診断に該当しなくなった児が 3 例であったということであったが、診断に該当

しなくなった3例に共通する特徴はあるのか。

氏家：エビデンスはないが、まず認知能力・言語能力の発達が悪いと改善しにくいという印象がある。安達先生の研究結果とは異なるが、自分自身の別の研究では、PARS（広汎性発達障害評定尺度）スコアの変化がIQと並行するというデータを持っている。2点目は、紹介した事例のように緊張関係はあるものの母には抱っこされるなど、特定の人との関係性が形成できる場合にはそこを足がかりに広げていく力がある。社会性の障害にも重いもの、軽いものがあり、軽い場合の方がその後の伸びが良いのだと思う。3点目として、以前から言われていることだが、幼児期から常同行動が認められる子どもは改善しにくい。認知能力が高くないと一定のものにこだわることはできないが、常同行動は原始的な問題なので、知的障害も合併しやすく、改善も難しい。

安達：PARSについて言うと、知的障害の程度は言語発達に影響するので関係ないとも言えない。PARSは3歳以上を適用とするが、比較的小さい子どもでとった場合には同じような結果になる。母との関係は取れるということと常同反復行動については、Central coherenceの問題から考えると、母は観察機会が多いのでどう動いてどう自分と関わってくるというパターンを学習する機会が多いと考えている。しかも、母親と1対1で静かに過ごす環境は刺激量が減るので、自閉症の子どもにとっては好適な環境となり、母親と関われるようになるのだと思う。一方、常同反復行動は、自分で世界を限定している場合だと思うので、Central coherenceの問題が非常に高く、介入しづらく、自閉症として重いのだと思う。ここで課題となるのは、母親とは関われるが他の人とは関われない場合、その後の環境要因によっては自閉症症状が悪化してくる場合もあれば良くなる場合もあると思う。その分かれ道はどこにあるのか。

氏家：基本的に、虐待環境におかれると自閉症に類似した特徴が生じ、それが数年にわたると不可逆的な結果を残すと言われている。マイケル・ラターが2001年にルーマニアの難民の子どもを行動観察してmimicking autismと命名して論文を出している。自閉の特性があっても普通の環境であれば顕在化しないという場合であっても、剥奪状況に置かれると自閉的な兆候が表れてくるという可能性があると思う。関係性の中で自閉性が出たり隠れたりする部分がある。そう考えると、リスクのある子どもでは、よりさまざまな人間が傷つけない程度に関与を多くしていく必要があり、母親以外の人も頻繁に顔を見せて子どもの抵抗を薄めていく必要がある。関わり方についても、子どもをどれだけ快適な状態にもっていけるか、情動調律をどのようにしていくかを養育者に教えながら、関わっていけるとリスクが下がる、改善していくという可能性はあるし、加えて言語認知的な発達がよければかなり改善するのだと思う。

安達：愛着関係の中で他者表象をどういうふうに自分の中で作り上げるか、あるいは他者が示している自分の状態像を自分の自己像に取り込んでくか、メンタライジング能力がどのくらい積み上がっていくかということは自閉症でなくてもあり得ることだと思う。虐待関係の中ではその難しさが起こってくるということがあり、本当にひどい虐待関係になると全く他者の気持ちが読めない、ひどい場合には強迫性障害のようになり全く読めない状態で混乱を引き起こす。そういうことはあると思う。自閉スペクトラム症がそもそもスペクトラムだとすると、間主観性の問題、今言ったメタライジングの問題と、自閉症そもそもの病理性の問題をセットで考えていかないと、支援としてうまくいかないのだろうと思っている。だから、認知特性に焦点を当てた環境統制と環境構造の理解を容易にするような情報提供のあり方、その構造の中でどう振る舞うのかを教えること、が重要だと思っている。

関：わかりやすいということは安心感につながる。見通しを立てやすい環境を作ることで、その中で子どもが少しずつ学ぶ、ということがあるのだろうと思う。

氏家：先ほどの症例も我々が介入しなかったらどうなったのか、ということをよく考える。不安

でも強引に食べさせようとした母親を誰もサポートせずに、その状態が半年、1年と続いたら、もっと問題が重症化した可能性があるし、医者によっては子どもを入院させたかもしれない。何ヶ月も入院して時々看護師がバイタルだけを見に行くような状態におかれたら、あの子は生まれながらに自閉症の特性を持っている子なので、自閉症と診断されたリスクは高いと思う。

安達：逆に言うと、母が自然に他の支援を受けて安心できていれば、あそこまで子どもの症状が出現しなかった、ということも考えられる。

岡田：乳幼児の評価は難しい。マエストロの尺度について具体的に知りたい。

氏家：残念ながら、マエストロが考案したGAMBITは概念的なキーワードだけで、手技に基づいた評価方法ではない。それをどう観察するのかというところまでは作られなかった。私が今注目しているのは、カナダの乳幼児期の自閉症をスクリーニングで用いられている、AOSI（Autism Observation Infant Scale）。全部で12項目からなる。論文化されているので、興味のある人は見て欲しい。マニュアルが出ていて、まだ日本語に翻訳はされていないが、言語を必要としていないので、英語がわかればそのまま使える。今、試験的に使わせてもらっているが、論文化するにはカナダに行って資格を取る必要がある。

岡田：ADOSは使いづらいのか。

氏家：乳幼児ハイリスク研究ではADOSは最終診断に使われている。AOSIで1歳前にスクリーニングを行い、介入部分と非介入群に分けて、3歳でADOS含めてDSM-5で診断して予後がどうなのか、という論文が多く出ている。結果はほぼ同じで、どうやって親子関係、リスク児と養育者の相互関係を活性化できるかに焦点が当たっている。

安達：その時に自閉症という診断を早期にする必要があるのか、というのが考えるべきところだと思う。親子関係の調整ということであれば、少し対象を広くとっても良いと思う。まさに診断前支援ということになる。

氏家：早期に心配のある子どもの支援を始め、その中で診断に該当する子どもがはっきりしてくるというアイデアは私も大事だと思う。自閉症はどちらかということ、こちら側の関与の仕方で改善する度合いが大きいが、ディスレクシアは生物学的な遺伝要因が大きいので改善しにくいのか。

関：自閉症と比べてどうかはわからないが、基本的に生物学的要因は言われている。改善しないのかというと、そうではないが、コアな部分、視覚的な文字情報から音を自動的に結びつけていく素早さ、その対応関係の自動化は改善が難しい。だが、今回紹介した語彙の指導のように、補助的なスキルを伸ばすことで全体の読み能力はかなり上がる。それが根本的な改善かと言われると、根本的な困難さは残していると思う。

氏家：長期的予後はどうなのか。ASDでは成人になるまでの10%は社会生活可能になると言われているが、ディスレクシアではどうか。

関：日本では成人期まで見ている例はまだ少ないので割合はわからない。日本語の場合、平仮名、片仮名は習得が容易なので遅いながらも読めるようになるが、漢字はとても難しいので、漢字の読み困難を残すことが多い。総合力としてはスピードの問題を残すことが多い。スピードの問題については海外でも同じことが言われている。

岡田：少年院、家裁や鑑別所などでLD、学習障害と思われる人の研究報告がある。ただ、少年院だと境界知能や軽度知的障害も多く、どちらが先かわかりにくい。臨床をやってると生物学的な原因の子どもは少ない印象で、境界知能とか、何となく苦手とかが多い。今回の話題提供では軽度の知的障害と思われる例が少なかったが、もう少し多いように思う。

関：（学校での調査だと）軽度の知的な遅れの子と、純粋にディスレクシアの子どもと、ディスレクシアに他の発達障害に合併する子どもが混じる結果になる。知的な遅れも、他の発達障害もない場合は、ただ勉強が苦手と考えられている場合もあるので、気づかれていないのではないかと思う。途中で学校行くが嫌になった子どもなどを調べてみるとディスレクシアの素因がある子がかな

りいる。ディスレクシアの問題として気づかれる率が低いのだと思う。

安達：文字が読めないというのは現象であって、そのベースに何があるのかということだと思う。文字は文化的圧力の中で学習しないと絶対身につかないものなので、第2層の子どもたちには家庭環境に問題がある子もいるのではないか。

関：ある子もいる。

安達：そう考えると、読みの困難な子どもたちは、自閉症のようなスペクトラムではなく、いくつかのグループがあると考えた方がいいのではないか。第3層はコアで、視覚形態と音韻とのつながりがなかなか作れないグループ。他に、家庭環境の問題で学習経験が圧倒的に足りないグループ、軽度な知的能力の問題が影響していて積み上がらないグループ。

関：読みが困難な子の中に、ディスレクシアのグループと、それ以外の原因で読めない子があるのは確かだが、ディスレクシアと思われる子どもの中にも、重い子から軽い子までであり、ある程度のスペクトルはある。

安達：就学前から文字への苦手意識があって文字から遠ざかる、見ないと経験が足りなくなってさらに読めなくなる、という子もいるのではないか。就学前の経験の差もあるのでは。

関：もちろんそうだが、1年生の段階の第2層で、介入するとすぐ良くなる子は経験の要因が多く、一番よく伸びるのは外国人の子ども。家庭環境で読みが難しくなっていても、その子自身に何のリスクもなければ指導で良く伸びる。もちろん環境の問題はあるが、今の日本の幼児教育の中では、ある程度文字にふれている子が多い。

岡田：ディスレクシアのアウトカムを評価するには self-efficacy（自己効力感）、苦手はあるけれどある程度やれる、というところが重要ではないかと思うが、そのあたりは。

関：今回紹介したデータの子どもたちの追跡調査をやっており、今年はそれをやろうかと思っている。自分に対してどういう評価をしてるのかという自己評価と、自尊心・自己効力感、学校適応や学習に対する感じ方など。

安達：題材によっては読むという子もいるのか。

関：アメリカなどの調査では、高等教育にいけばいくほど読みやすくなる、と言われている。なぜかというと読む領域が狭まってくるからだ、と。ディスレクシアの子どもは、文字を音に換えるスピード自体は遅さを残したままで、トップダウンの知識で補って読んでるところがあるので、読む内容がわかってくると読みやすくなる。一番難しいのが中学校や標準化テスト。大人になるとこの本が読みたいから読むのであって、何の話かわからないものをいきなり読むということはなくなる。

フロア：早期発見ということについていうと、自分が母親の立場で考えると心配しすぎるのも親子関係として良くないのではないかと思う。どのくらいのバランスがいいのか。

氏家：もう不安で不安で仕方がないという場合には、子どもにリスクがあると思っても、「心配なところもあるけれども、こういう健康なところもあるんだよ」と伝えるようにしている。まずは、親が安心して子どもにかかわってくれないと治療的なところが始まらないので。逆に、明らかに気になる症状が見られても「うちの子、全然心配ありません」という親もある。そういうときには「こういうところが怪しいですよ」と言わないといけない場合もあり、一人一人支援の仕方は違う。ただ、ネットの情報があまりにも無責任に氾濫しているので、振り回されてしまう人も多い。親を不安にする材料がたくさんある。

関：だから「早期診断」ではなく、早期に支援に結びつくことが大事なのだと思う。診断はその中でつく場合もつかない場合もある。

氏家：かめぽん（集団作業療法）も、診断に関係なく不安のある親、実際に発達が遅めな赤ちゃんを対象としている。医療ではやっているけれど、中身は子育て支援。ただその中で、私も定期的に診察して、2歳半ぐらいからまだリスクのある場合は少しずつ親に伝え、3歳のときに発達検査もして診断を伝える。それだけでは終わらず、現時点ではどれくらいのことが見込まれるのか、将来、

一般就労ができるのかとか、特別支援教育が必要になりそうなのかといったことも含めて伝えながら、さらに一緒に子どもの発達見ていきましょう、という形でサポートしている。医者としてはどこかの時点で診断を正確に伝える、という役割がある。一方で、実際に療育を担当しているスタッフ、特に保育スタッフは、あまり診断のことを意識せずにみる。メディカルと非メディカルのスタッフがいてトータルにみるようにしており、診断ありき、診断がないと支援が始まらない、ということではない。

齊藤真善（北海道教育大学）：以前のような重い自閉症は最近あまり見なくなった。診断が早期になり、療育も豊かになったおかげで、1歳代、2歳代ぐらいの発達課題については全体的に底上げされてきたのだと思う。ただ、保育園や幼稚園の社会的な凝集性高い文脈の中でルールに従うことを求められてくると、僕らとしてはそれで十分だよって言ってあげたいけれど、実際の生活の場とギャップが大きすぎる、ということもある。今回の事例でも、お母さんはもう大丈夫と言っていても、保育園の先生は気にしていることもあるのではないかと思う。そこまで細かくみておかないと、知的に高い子どもでは一度症状が目立たなくなっても、小学校高学年や思春期でまた、その子どもの課題が現れてくることがある。3歳までで療育機関が育ててくださった対人能力を、次の集団につなげるときに、もう少し整理しながらゆっくり集団参加させることを考えないといけないと思う。医療機関ではもう育ってると言われ、幼稚園ではこんな大変な子はいないと言われて、その間でお母さんが右往左往してどっちの言葉を信じればいいかわからないということにもなりかねない。

安達：その子の実際の生活にうまくなじんだり溶け込んだりしないと、結局うまくいかない。例えば、同じジョイントアテンションの問題でも、実際に困ることは、その子その子での生活のありようの違いとか、場面のちょっとした違いで違ってくる。その生活課題をどう改善してくのか、そこにどうやってかかわっていけばいいのかをやるのが、専門家の仕事なのだと思う。自閉症の子はこういうところに課題があるから～療育の時間を増やそう、ではなく、自然な遊びの中でこんなふうに遊ぶといいよ、といったことを周囲の人に伝えていくこと。そういうアプローチが保護者の安心感にも一番つながりやすい。

安達：難しいことではあるが専門的な知見をどうやって生活につないでいくのかが重要で、それが診断前支援の中でも大事なのではないかと思う。その中で保護者もそれでも課題が残るから、ということで診断を受けることにつながっていく。障害が重い場合には特別の環境が必要になってくるので、その見立てを専門支援者が支援の中で進めていくことで、診断前支援からその子の特性に応じた支援へとつながっていく。RTIによる読みの支援は、学校生活という生活に根差したとこから始まって、そこで特別な支援が必要な子どもがだんだん絞り込まれていくので、緩やかに進んでいくのがいいところで、家族にとっても学校の先生にとってもわかりやすいのだと思う。自閉症の方も、RTI的なことを考えるとすると、人とのかかわりが難しい子どもに対しては、こういうふうにすると子どもたちの注意も向きやすいし、周りの刺激が少ない方がゆっくりかかわれるというようなところから始めて、それでも難しい子はもう少し特化した療育に移る、というような取り組みができるかもしれない、と2つの発表から思った。緩やかに生活に根ざしたところから少しずつ絞り込んでいって、この子に本当に必要な支援をどうやって描いていくかというのが診断前支援で、その支援の中で診断につながるタイミングがあり、その後もまた支援がつながっていく、そういう一連の流れが描ければいいと思う。そういう意味で言うと、専門科には結構力量が必要で、ただ単に専門的な知識だけだと無理で、本当にその人の生活を見なければいけない。

氏家：そういう意味では、うちでやってることは特別なことではなく、本来は保育園でどの子に対しても保育士が提供しなければいけない要素だと思う。

第４回　臨床と研究のための交流会「ICF 情報把握・共有システムを活用した発達障害支援の実際」

１．「ICF 情報把握・共有システムの開発と実装研究」　　安達潤（子ども臨床部門）

このシステムは日本医療研究開発機構の平成27 年度～ 29 年度受託研究で開発したもので、開発の経過と結果は既に発達障害研究の第 40 巻 4 号に掲載されている。ICF としてよく知られる ICF 関連図は健康状態、心身機能構造、活動、参加、環境因子、個人因子の 6 つの構成要素があるが、本システムはこれらと対応する 5 つの情報把握シートで構成される。医学的診断シートは健康状態と対応し、健康関連情報シートは心身機能構造、活動と参加シートは活動と参加、環境因子シートは環境因子、支援対象者情報シートは個人因子と対応している。医学的診断シートには、精神科疾患と精神科以外の疾患、例えば胃腸障害など生活適応に影響するような疾患の診断情報があり、さらに医師の所見と医学的治療方針の欄がある。健康関連情報シートには、健診や医療受診の履歴に加えて、健康上の課題に対する身近な人の日常の気づきと専門的評価を記載する欄がある。専門的評価の欄には標準化された尺度の結果や行動分析の結果などを記載していく。活動と参加シートは人間の生活にある活動と参加を網羅しており、学習と知識の応用、生活の中で求められる課題、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア、家庭生活、対人関係、遊び・教育・仕事や経済活動、コミュニティライフ・社会生活・市民生活の 9 領域がある。それらの全 127 項目について 3 つの質問で適応に関わる情報を捉えるが、質問 1 は「支援なしの場面で困難があるかないか」を尋ね、困難ありの場合に質問 2 として「支援があるかないか」を尋ね、支援ありの場合に質問 3 として「支援の効果があるかないか」を尋ねるようになっている。3 つの質問を重ねることによって全項目を支援に関連する 5 つのカテゴリーに分けることができる。「支援なしで困難なし」の場合は「強みの項目」となり、「支援なしで困難があり、支援があって効果がある」場合は「支援を維持・調整する項目」となり、「支援なしで困難があり、支援があるが効果がない」場合は「支援を修正する項目」となり、「支援なしで困難があり、支援がない」場合は「支援を考案する項目」となり、「支援なしで、困難の有無が不明」の場合には「情報なし項目」となる。このように対象児者の強みや有効な支援方法を把握することができるが、さらに、支援の修正や考案に有用な情報を得ることもできる。さらに補足情報欄を設けており、ここに困難の状況、支援の内容と効果を記述する。環境因子シートも生活機能に影響を与える環境因子を網羅しており、周囲の人たち、製品や用具、自然環境や人間による環境変化、社会制度やサービスの 5 領域がある。周囲の人たちについては物理的支援と心理的支援、特性理解と障害観という 4 つの視点から把握する。物理的支援は構造化などの具体物による支援や直接手伝うと行った身体的支援など、心理的支援はほめたりなぐさめたり元気づけたりなどである。特性理解は支援対象児者の困難さを特性の観点から理解することで、障害観は障害に対する考え方や信念で拒否的か受容的かということである。これら 4 つの視点から、例えば「家族の心理的支援は十分だが物理的支援には助言が必要であり、その背景には特性理解の不十分さがある」という情報把握により家族支援を方向づけることができる。他の領域の項目はすべて、生活のしやすさに悪影響をもたらすか好影響なのかという視点からの情報把握である。例えば、不器用さのある子どもが少し湾曲した定規を使う方が線を引きやすいといった情報や、感覚問題のある人で LED 光は痛く感じるが、ロウソクの灯りは落ち着けるといった情報を把握する。本シートにも補足情報欄があり、その項目の環境因子の具体的な内容や影響を記述する。支援対象者情報シートは、これまでの医療や教育や福祉の支援履歴に加えて、資格の有無や特技・趣味などの情報を把握する。システムではこれらのシートがクラウド上に作られていて、総合的な情報把握ができ

るようになっている。すべてのシートは、把握情報を表に整理して出力できるようになっており、効率のよい情報確認と共有が可能である。

ICF は項目数が多く、使いづらいとの評価が一般的であるが、その点をクリアするために、本システムの運用は多領域連携を前提としている。つまり活用開始時点で多職種連携チームを作ってチームリーダーを設定し、そのリーダーが情報把握項目をチームメンバーに割り当て、クラウド上で全体の情報を統合して共有するという形である。活動と参加シートと環境因子シートでは、ある項目の情報把握結果を他メンバーが確認する、あるいは他メンバーも情報把握することで、異なる場面でのその項目の情報を対比させて、対象児者の困難性が軽減する場面を把握していくという活用方法を盛り込んでいる。このように、本システムによる情報把握を多職種で分担して行うことによって、困難性が軽減する環境条件、つまり、合理的配慮を把握することができる。そして他の 3 つのシートの情報も併せることで、ボトムアップ、つまり現場の支援者や家族による活動・参加・環境の情報把握と、トップダウン、つまり医師の所見や専門的評価の情報を統合した包括的な支援計画を作成することができる。ところで、本システムでの情報把握とは、対象児者の支援に関連する情報を、周囲の働きかけや環境の影響も併せて包括的に把握するものであり、知能検査のような標準化尺度による評価ではない。この点、特に留意をお願いする。

2018 年度には、本システムの社会実装研究を、愛知県碧南市の障害児通園である親子通園施設と健診後教室である親子支援事業の協力を得て行った。親子通園は診断のある児、親子支援は診断のない児が利用している。社会実装は先に述べた、最初に支援チームを作って、分担で情報把握をし、把握情報に基づいて支援会議を行い、そこで作られた支援計画を行いつつ、さらに情報把握をして、次の支援会議につなぐ、という PDCA サイクルに則って行った。支援会議資料では、支援検討項目を設定して、その項目の支援を考えるための手がかりとなる情報を、他の項目の把握情報から拾い上げ、それらを総合して支援方法を検討する。具体的には、注目時間が短い児でも、机の上に粘土があると長く見られるとか、足型を置けばそこで止まって待てるといった情報を総合して支援方法を検討して行く。これはボトムアップ型の支援計画検討であり、この児は自閉症だからこんな支援にしましょうといったトップダウン型の支援計画ではない。しかし会議に専門職が参加することで、収集された情報へのトップダウン視点からの意味づけができ、現場支援者や家族の児の理解を深めることができる。この形で、複数項目の支援方法を検討し、実施する中で、支援がうまくいく条件といかない条件に現場が自然に気づいてくる。親子通園では、その内容を就学への引き継ぎ資料に盛り込むこともできた。

本システムを活用した支援者の意見としては「カテゴリーに分けてみていくことで、成長をすごく感じられる。両親にとっても、成長を実感できる量が違うと思う」、「ICF の情報把握・共有ツールを使えば、本児のことをよく知らない支援者が会議に入ってもわかりやすくい」、「自分の専門分野以外のことが見えて、全体像が見えた」、「対象児に対し、今まで感覚的にとらえていた部分が明確になり、支援者でしっかりと共有できた」などの意見が得られた。また保護者からも「できない事ばかりに目がいってしまっていたが、できる事、できるようになった事がたくさんある事に気づけた」、「やり方を変える事で、子どもが変わっていくのだという気づきになった」、「自分の育児に少し自信が持てた」、「子どもに対する態度がよく勉強になった。自分の対応を振り返るきっかけとなった」などの意見が得られた。以上のように、本システムを活用することで、児の支援計画を児の生活実態に合わせて検討できることに加え、支援者のスキルアップ、保護者支援にもつながることが示されつつある。

2．「ICF を活用した学齢児の発達障害支援」

桐田結佳（札幌市立中央小学校）

ICF システムを活用した前後の児の変化を報告する。本児は現在小学 5 年生の男児だが、小 2 で通常級から支援級に移っている。年度替わりの環境変化で乱れやすく、小 4 前期は特に顕著だった。自分の気持ちを俯瞰して眺めることが苦手なこともあり、ちょっとした友達の言葉とか、書くことも苦手なので作文だとか板書を写すだとかが乱れるきっかけとなり、机やいすを投げる、暴言を言うなどの状況だった。活用前の支援は、①クラスを 2 つに分けて 1 年生と同じグループで年上意識を持たせる、②乱れたときの対処法を記したピンク色の紙を使って担任教諭と 1 対 1 で話しをする、③気持ちメーターを使う、の 3 つで、自分で対処法を選択できる場面や教諭の説明を聞き入れる場面が出てきた。ピンクの紙は使っているうちに内在化が進んできて、それを自分でちょっと見るだけで対処ができる場面もあった。気持ちメーターでは、自分の気持ちを言葉では表現できないものの、メーターの色変化、例えば「青が白になった」で表現し始めていた。その頃、小 4 の 10 月頃に ICF システムの活用を始めて 1 月に第 1 回支援会議を開催した。

支援会議では、学校外の場面で注意集中と落ち着きのためにヘッドホンを使っていることが共有され、ピンクの紙と気持ちメーターの学校外場面での使用、ヘッドホンの学校での使用が決まった。しかし実際に支援を始めると、学校外の場面ではピンクの紙と気持ちメーターを本人の判断で使わないこととなり、学校でもヘッドホンの使用を安心材料として勧めたが、これも本人の判断で使わないことになった。3 月に 2 回目の支援会議を開催したが、この結果については、本人がこれまで通りの生活を維持したとも考えられるが、環境と自分との関係性を考えるきっかけになったとも考えるとの議論がなされた。学校からは、ピンクの紙の内在化がさらに進んで、それを見て何かやったつもりになって落ちつくところを想像するだけで大丈夫になること、交流学級の時間を前に気持ちが乱れそうになることを予想して気持ちを立て直そうとすること等を報告した。この情報共有から、次の支援計画として、自分への感情の気づきを促進していく言葉かけをすべての場面で共通して実施していくことが確認された。現在、小 5 になって担任やクラスメンバーが替わっているが、安定しており、行動調整力も上がってきている状況である。ピンクの紙も使う必要がなくなり、年下の気持ちの乱れやすい児にピンクの紙の使用を勧めるといった場面もある。同時に、書くことへの苦手意識も小さくなってきた。

私自身、ICF を活用してよかったことは、情報量は膨大ではあるが、自分の指導法を改めて考える機会をもらえたこと、あまり見ていなかったところに気づけたとことである。ICF の活用で子どもを見る力が高まりそうなので、特別支援の初任者研修で取り入れるとよいと考えている。また、家や放課後等デイの様子がわかること、評価で終わらず会議で顔を合わせて支援を話し合うことがとても価値のあることと感じた。また、ちがう立場、ちがう場面から情報を検討し共有することで、支援の統一や場面による調整が、具体的な内容として話せたことがありがたかった。こういう取り組みが段々あたりまえになっていけばよいと感じている。

3．「ICF を活用した学齢児の発達障害支援」

萬谷きみ子（相談支援事業所なえぼん）

私は、相談支援専門員として本児とは小 3 の時からかかわっている。保護者は「台無しになる」との言葉をよく言っておられたが、それほど混乱が強かった児である。今回の支援では、私がチームリーダーを務め、メンバーとして保護者、放課後等デイスタッフ、小学校の特別支援教諭でチームを構成した。入力は分担して保護者は私と一緒に入力を行った。「ICF の作業をすることで、できることがこんなにあったんだ」との気づきが保護者にあり、ポジティブになることができたとの話、また「項目ごとに支援の効果があるかどうかを確認する作業があったので、いま自分がやって

いることについて冷静に振り返ることができた」との話があった。私にとってデータ整理表はとてもわかりやすく、支援の上で考えるべきことがデータで一覧表になって示されることはとても助かった。支援会議開催前にメンバーにはデータ整理表を送って確認をしてもらった。

本児の変化については、先の桐田先生からの報告の通りだが、この変化の背景にあると思われることについて、現時点で推測できることを4点述べたい。第一点目は「支援が、自分にとって必要かどうかを判断できるようになった」ことである。場面で支援を統一したことで、環境がコントロールされている家庭や放デイではピンクの紙はいらないと判断できるようになり、環境と自分の関係性への気づきが生じてきたと考えている。第二点目は「自己感情の言語化と予兆への気づきによって、予測と振り返りができるようになった」ことである。すべての場面で本人の気持ちを問う支援により、本児自身が気持ちを言語化して伝えられるようになっただけでなく、自分の感情変化の予兆に気づいてクールダウンを自分から求めるようにもなったと考える。第三点目は「自分の感情を俯瞰することが出来るようになった」ことである。自分をちょっと一歩下がって、見つめることができるようになってきたことは大きく、場面と自己感情と感情調整スキルの内的つながりが形成されて、行動調整へのとても重要な変化が起こったと考える。第四点目は「支援者の連携体制が作られた」ことである。このことが保護者の安心につながり、その保護者の安心が本児の安心にもつながったように考えている。そしてさらに重要なことは「支援の方向性が非常に具体的であった」ことである。ICFシステムを活用した支援会議では具体的なエピソードを持ち寄って、参加者でつき合わせて話し合うことから、支援の内容もとても具体的なものであった。そのため、専門家ではない保護者にも「これならできる、こういうふうな考え方が大事だ」と理解できたことが、家庭も含めた連携を実現したと考えている。

4．ディスカッション

参加者C：支援介入する項目はどのように決めるのか。

安達：チームの総意で決める。具体的には、チーム各員が選択した要支援項目、例えば7項目選択してクロス集計して上位から3項目とるといった手順を用いる。

関：環境が変わると子どもの状態も変わるのはその通りだと思うが、同じ項目を複数の人が入力するのか。また、時間が経つと子どもの状況も変わるが、その点はどうか。

安達：クラウドに入力された情報はチームで共有されるため、ある項目のメイン担当が入力した結果をサブが確認して、補足情報に追記するといった形をとる。また支援会議で他の場面での様子が出されれば、その場で、クラウドに補足入力するということもできる。いずれにせよ職種も立場も越えて、チーム全員が、同じ項目構成のシートを共有していることが大きい。時間経過については、情報入力履歴がクラウド上に保存されているため、過去データの確認も可能である。

関：時間経過での比較は？

安達：当然できるが、開発費との関係でその機能はまだ装備されていない。

参加者C：環境因子の「周囲の人たちの障害観」という情報把握視点だが、これはどのように活用するのか。

安達：例えば、祖父母に障害への拒否感がある場合、補足情報には「児のことで祖父母とじっくり話す時間を持ちたい」といった、配慮ある表現で記載をし、チームで祖父母の理解を深めるアプローチを共有する使い方ができる。

参加者A：このシステムでは、一つの場所で活用しているスキルを他の場所でも使いやすいと感じた。例えばピンクの紙でも、家で祖母がそれを使って、子どもがうまくいけばほめてあげてください、というのは、とても伝わりやすいのではないかと思う。

安達：ICFシステムでは、その時にうまくいっている支援を共有することができる。今日の報告

は、他の場所でやっている支援を、別の場所でやってみると必要なかった、ということだったが、その場合には、その支援の必要性に影響する場面のちがいへの気づきにつながる。今回の場合、なによりも本児のそのことへの気づき、環境と自分の関係性への気づきがあり、それをチーム全体で後押しできたことが大きかった。それが本人の内在化のスピードを上げたと理解している。

関：いまのことと関連して、支援の方向性についてだが、本人が困らない環境を充実させることではなく、本人の内在化に焦点を当てたのはどうしてか。

安達：そこは環境調整の難易度を考えた部分もある。学校の刺激量を下げていくのは、現実的には限界もあってなかなか難しく、勿論、そのアプローチへの努力は必要ではあったと感じる。難しいところだが・・・。

関：うまく行く方向に舵を切ったということだと思うが、本人の内在化を促す方がよいというヒントがアセスメントから得られたのか。

安達：環境の刺激量が関係しているという共通理解がまずあって、だからこそ、本児の状態に気をつけねばならない場面で使える支援、この場合はピンクの紙の内在化を進めていこうという方向になったと理解している。桐田先生のご意見はどうか。

桐田：学校は教室が狭く人数が多かったので環境調整が難しかった。そのため私の思いにはなるが、何かのときに自分で対処できる方法を少しでも身につけてもらいたかった。

関：すごくうまい方向にいったとは思うが、それはやはりエキスパートだったからと言う結論なのか、それともこのアセスメントでの気づきのようなものもあったのか。

萬谷：第１回の支援会議資料の記載では、気持ちメーターも使っているが自己感情にうまく気づけないという状況が集約された。しかし第２回支援会議の中で内在化が進んできているという話があり、これをチームでやっていこうということになった。複数の項目を通じて同じ課題が浮かび上がってくるので、方向性を明確化できた。

参加者 C：内在化について。もし心理士がいたらいろいろな感情があることを伝えたり、典型的な感情の顔を描いてみようといったことを少しずつやっていくと思うが、そういうことをやったのか、それとも、もっと自然にだんだんできるようになったのか。

桐田：本児は気持ちを表す言葉の語彙が少なかったので、様々な気持ちがあることは学校でも自然に「今こんな気持ちなんだね」という感じで伝えているが、それ以外に気持ちの種類を書き出して分類したりなどしてきた。顔の表情の絵も使ってきている。

萬谷：第１回支援会議の後、本児が自分の感情に気づきづらいことに保護者の方がとても納得されて、家庭のさまざまな場面で、本児の気持ちを語りかけるようになったと聞いている。家庭や、デイサービスでも、感情を教えることよりも、その時々の本児の感情を言葉にして伝えるということを行ってきている。

桐田：学校でもその方が多い。

関：多分それが多職種で共有することの一番の意義ではないか。心理士だけがセラピーをやっても、保護者がそれを課題だと思っていなければやはり変化は起こりづらい。保護者も含めた多職種が課題を共有して統一してかかわったことが、本児の変化につながった可能性はあるように思う。

安達：ICF システムを活用した支援は、感情認知トレーニングのようなパッケージではなく、日常生活に直結する形でいまの課題が把握され、場面に応じてナチュラルなアプローチがなされていくものであり、それも、専門家しかできないことではなく、ちょっとこんなかかわりをすることで子どもが随分ちがってくる、といったことが共有される中で支援が実現したことが大きいと考えている。

関：質問だが、本児が変化した要因は、周りの人の協働による内在化へのアプローチなのか、それとも周囲の人たちが変わったということなのか・・・。

桐田：そこはわからない。

萬谷：両方絡んでいることは確かだと思うが、そこの分析はとても難しい。ただ、人の気持ちが変わることは、子どもにとっては大きな変化のきっかけになるとは思う。

安達：先に述べた碧南市の実践でも、ICF をやる前は子どもの捉え方が支援者でバラバラだったが、ICF を活用する中で支援者間のコミュニケーションがよくなり、子どもの見方が一致して、みんなで決めてやっていこうということになった。こういった状況の変化は支援者の心理的安定にもつながることでもあり、そのことが子どもの変化を後押ししたとも、臨床的には考えられる。あくまで可能性で、実際にはわからないし、そのように発達するタイミングだったかもしれない。ただ、ICF システムの活用が本児の変化を後押ししたことは確かだと考えている。

関：このシステム自体はほぼ完成しているか？

安達：今年度からの 3 年間の科研でさらにブラッシュアップを図る予定としている。ICF は項目が膨大なため、WHO が主導して、疾病単位ごとに関連項目を絞り込んだコアセットが作成されているが、ASD と ADHD のコアセットがすでに発表されている。この後は、これらのコアセットを本システムに導入して、項目の絞り込みと活用にかかる労力の軽減を図り、より使い勝手のよいものとしていくことを考えている。

第５回　臨床と研究のための交流会「アセスメント事例から研究を考える」

１．「WISC-Ⅳを適用した事例」

岡田智（子ども臨床部門）

「子どもの発達が気になったら はじめに読む発達心理・発達相談の本（ナツメ社）」に掲載した下記の事例の話題を提供した。

> 中学校１年生の女児 C は、「勉強ができない」「不登校」ということで、母と共に筆者の働く医療機関に受診しました。心理検査を実施したところ、短期記憶や習得知識は年齢相応かそれ以上の力を持っていましたが、知的水準が低い範囲で、特に思考推論力、概念的理解力にはかなりの困難を示しました。自分のこなせる範囲を超えて頑張りすぎてしまい、非常に精神的に疲弊していること、対人関係も授業もついていけないことが小学校の時から続いており、長期間にわたるストレスがかかっており、非常にしんどい状況であることを筆者は保護者にフィードバックを行いました。ただ、母は「娘に障害があるはずはない」「効果的な勉強方法がわかるといわれたから検査をうけたのに・・」とショックを受け、その後、来院をしなくなってしまいました。学校の先生から聞いた話では、その後、C，母ともに精神的に不調をきたし、状況が悪化したそうです。C は、早産、低体重で生まれたようで、乳幼児期は発達の遅れが見られていました。多くの低体重出生の子どもがそうであるように、C も小学校就学前には発達面がキャッチアップし、知能検査では幼児期には発達指数 50，70、就学後には IQ 80，90 と、年齢が上がるにつれ平均の範囲になったそうです。母は早産で生んでしまったことの罪悪感や、周りに追いつくかどうか、障害があるのかどうかの不安に付きまとわれながら、必死に子育てをしたそうです。6 歳頃には心理検査で平均の範疇に入ったことで、通常学級に入れると安堵し、それ以降も、C が勉強面で周りについて行けるように必死に C にかかわりました。父方祖父母は高学歴で、母は常にプレッシャーを受けていたそうです。また、母方祖父母やきょうだい、親戚は近くにはおらず、子育てをサポートしてくれる存在もこれまでいなかったそうです。どのような想いで、C の母は子育てをしてきたのでしょうか。医療機関を受診して、心理検査を受けたのでしょうか。
>
> 加藤弘通・岡田智（2019）はじめによむ発達心理・発達相談の本 ナツメ社 p68 頁

以下は、上記の話題提供を受けて質疑応答である。

参加者 D：この事例の WISC のばらつきが大きいのは、一つ特徴だろうと思うが、検査を取るとき毎回同じパターンになるのか？それとも比較的変わってくるのか？

岡田：再現性があるかどうか。それを最近、研究し始めている。また、後半の部分でデータとともに触れたい。

岡田：リテストすると、ばらつきや点数自体が変わる場合が結構ある。そこが安定性の研究につながっていくことになる。ASD で視覚優位がどう、言語優位がどう、ワーキングメモリーがどうと、どの程度いえるのだろうか疑問に思い、研究に取り組んでいる。

安達：再現性というものを考えると、検査結果はそのときの状態像という風に考えるほうが妥当ではないか。結局は支援を組んでいくうえでの一つの手がかりでしかないので、その時のプロフィールと理解して、解釈するしかないと思う。支援をしてみて、その結果も含め、検査のフレーム超えたところで、確認をしていくというのが大事では。

岡田：比較的再現性で言うと、知的障害のある子どもは変動しにくい印象を受ける。ADHD の不注意の要因や衝動性要因、ASD の要因が絡むとも変わりやすい実感。

参加者 D：私の印象では ASD が変わりやすいと思う。上と下の差が非常に大きい。取るたびに違うパターンで変動することがよくある。逆に知的の子はあんまりそういう動きはしない印象。その点も気になるところ。

安達：ICF の図からの事例説明があった、WISC ではディスアビリティ（困難性）を扱うということでよいか。ディサビリティということになると、環境因子とかで、そのときの状態が変わって当たり前、普遍性があるとは思えない。ディスアビリティの定義がそもそもそうであるから。

参加者 D：やっぱりその場面の影響とか、そのときの状況で左右されやすいというのは、検査に現れてくるその子の特性だと思う。

岡田：最近では生態学的観点という言葉が出ていて、あとで触れていく。また、境界知能の問題は重要視している。10 年ぐらい前、杉山先生が雑誌に論考を書いており、流行るかと思ったが、火はつかなかった。多分、境界知能は触れにくい部分が多分にある。さまざまな問題をはらむ。

2．「臨床サンプルの分析から」

岡田智（子ども臨床部門）

2018 年に日本児童青年精神医学会総会で発表した ASD は長期間間隔をあけたリテストでも、WISC-Ⅳの得点は上昇することを示したデータ（下記、要旨）、また、最近分析した CHC 理論による因子構造と ASD のサブタイプの研究データ（未発表、投稿中）を基に統計データから見る検査の解釈の意義及び限界を議論した。

DSM-5 で自閉スペクトラム症と診断された 145 名（男子 114 名、女子 31 名）の WISC-Ⅳリテストデータを分析した。初回の WISC-Ⅳ検査時年齢は平均 8 歳 8 か月であった。結果は全検査 IQ の平均が 94.5、言語理解が 98.6、知覚推理が 98.6、ワーキングメモリーが 93.8、処理速度が 88.2 であった。2 回目の検査時年齢は平均 11 歳 2 か月であった。2 回目の結果は全検査 IQ が 97.8、言語理解が 103.0、知覚推理が 101.8、ワーキングメモリが 93.7、処理速度が 89.7 であった。この結果からは全検査 IQ、言語理解、知覚推理が 2 回目に有意に高くなることが示された。過去のデータからはW ISC-Ⅲでは 1 回目と 2 回目の間に有意な変化はなかった。すなわち、Ⅲは 2 回の間で差がないのに比べ、Ⅳでは差がでるという、両者では違った動きをしていた。何故 WISC-Ⅳでは定型発達や学力不振、非 ASD の臨床群と異なりこういう数値上昇があるのか、考察した。

児童青年精神医学会第 59 回総会　抄録
「WISC から自閉スペクトラム症（ASD）

を学ぶ(3) －WISCから読み取れるASDの認知特性－ WISC-Ⅳのリテストから見えてくるもの」話題提供者智・川﨑葉子・猪野民子・坂井和子・石田理恵・水野薫・高柳みずほ・丹羽真より、一部修正。

安達：ウェクスラー検査はインペアメンツ（機能障害）や純粋な知能構造を取ろうという意図があると思うが、大きな流れで言うとそういう理解でよいのか？

岡田：そう思う。しかし、医療機関や司法機関などでは、発達障害の診断目的でウェクスラーを使うということがまだある。得点のディスクレパンシーから発達障害を言おうとする感じがある。

安達：だから、そのときに取ったデータがどれぐらいの時間的な範囲で安定性を持っているのかが気になる。ウェクスラーから見える姿でいろいろ支援を考えるがそれが、2日後に違っているとなると検査は支援には使えないという話になる。

岡田：相関係数だけど、長期的にも、フルスケールは比較的安定している。

安達：フルスケールは結局さまざまなものが合算されているから、議論しにくい。因子に分けることで意味がある。それでもフルスケールが安定しているというのは何を意味するのか。

岡田：フルスケールが安定していることはすごく重要なこと。ウェクスラーの個人内差の分析ばかり強調され、過信されすぎてしまう、頼りすぎてしまう。基本的にはウェクスラー検査は知能検査なので、だいたい知的にどうかの確認のためにある。偏りがある場合は、そこに何か問題があるかもしれないといった入り口として、使うぐらいがちょうどよいと思っている。サブテストの偏りや質的反応分析に頼りすぎてしまうと、過剰解釈に陥る場合がある。WISCなどをマニアックに議論できるメンバーとのケースカンファなどでは、反応分析なども含めて、深い議論はするが、保護者や本人、学校の先生や一般の支援者などの非専門家には、マニアックな解釈、見立ては不要なときがあり、時に害になる。

安達：それはもちろんその通りではあるが。長期的安定性と短期的安定性の両方が必要である。しかし、支援は短期的に考えるので、FSIQだけで見ていてもその子の全体としてのレベルしか見えないから、支援計画になかなかつながらない感じがする。ひとつひとつの指標得点や下位検査を見ていかないと、結局は支援につながらない。その短期的な安定性すらないということになると、支援も立てられない。

岡田：短期的安定性は高い。

安達：それは練習効果など全部差し引いて、再現性があるということか。

岡田：練習効果を加味して高い。ウェクスラーの信頼性分析は過去のデータから最近のものを見ても、2週間から2カ月以内ぐらいに再検査して、安定性係数を出しているが、すべて軒並みに数値が挙がっている。それは練習効果があるということ。みんな何となく数値の上昇が一貫しているので、相関係数は高くなる。

安達：それぐらいの短期的な支援を立てるっていう意味で言うと、検査結果はそのときのその子の状態像と考えられる。そうであれば、プロフィールはその子のディスアビリティの分布が表れているというふうに捉えられるので、逆に短期的に使い勝手があるということになる。その子本来の本質的な知能構造を探すとなると限界はあるが、短期的にその子の状態が示されているのなら、そこから支援を考えればいいのではと思う。

岡田：基本、数値は裏づけを取るためのものだと思っており、だから、いろいろ話を聞いたり、実際に見たりして、生活実態の中で仮説が起き上がってきて、「あ、やっぱりそうね」という感じで、検査で裏付けが取れるというのが多分検査の活用として大事ではないかと思う。よくわからないから、とりあえず検査というのはどうかと思う。仮説があって、検査で検証してみるというスタンスが大事ではと思う。

安達：（生活実態と検査結果の）両方向に行ったり来たりするという話だと思う。

氏家：私は検査自体は実施せずレポート読ませてもらう立場にいるが、大体 WISC-IV は 7 歳になってから実施してもらうようにしている。5，6 歳のときはやはり不安定で、低く出やすい。7 歳になってから検査をスタートして、小学生のうちに 3 回、2 年ごとぐらいに取り、その経過の中で、どんなふうに変化していくのかをいうのを見るようにしている。その都度、心理士のレポートを見て、どこでどういう躓きをしてるのか、数値だけではわからない部分も出してもらう。例えば処理速度が低いのは、ミスがすごく多かったのか、作業するのに時間かかったのか、そのような検査中の様子で全然中身違うと思う。そういうところを、特に得意なところをフィードバックするが、苦手なところ、どこでつまずいているのかも親に説明しながら役立ててもらえるようにやっている。7 歳から 12 歳ぐらいまでの間に 3 回取って、プロフィールがものすごく変わる子どももいれば、全く同じようなプロフィールの子どもも結構いて、かなり個人差があると思う。よくなってく子もいれば、IQ 下がってく子もいるし、ほとんど変わらない子もいる。三つのタイプがあって、人それぞれだと思うが、そういう発達軸で見ると、WISC とはどのような有用性が考えられるだろうか。

岡田：WISC は結果が具体的に数値化されるので、見立てを伝える相手、親とか、支援者とかにエビデンスになるので、あえてかたち（数値）に出していく。しかし、それも強制力を増してしまうから、なかなか難しいとこではある。あとは長期的安定性がフルスケールで高いということは、IQ とか知能の持つ予測的な妥当性を示す。長い目で見て、この子はこのまま通常学級でいいのかとか、どのあたりでどのような困難が生じるのか学力や適応を予測するときのある程度の範囲で信頼できるものである。しかし、発達軸で見た場合、せいぜい、2，3 年後の予測ぐらいになるので、限界もあると思う。

安達：下位検査や指標間の偏りなどが高い低いというのはいろいろ動くが、全体としては大体こんな感じということか。

岡田：その通り。10 個ぐらい下位検査を集めて作られた FSIQ は、下位検査それぞれの測定誤差が相殺されるので、多分高くなる。しかし、全体的に意識なくてやる気なかった、集中できていなかった、不安や緊張でパフォーマンスが低下したみたいなことだと、フルスケール自体が信憑性がなくなる。だから意外と知能というのは変化しにくいが、検査状況でのパフォーマンスに過ぎないということも忘れてはいけない。

安達：知能検査で取った限りの知能ということ。

氏家：それともう一つ、処理速度の話で、符号課題と記号課題は、7 歳までは簡単な課題だが、その上から急に複雑な課題になってしまう。そこでがくんと点数下がる子どもが多くなる。これは何かの困難を表すのかなと思うが。

岡田：符号、記号に関しては、WPPSI でも同じ課題を使うが、WPPSI-IV では動物の絵探しとか、もっと具体的な視覚刺激を用いるようになっている。あとは数唱とかそういったものも絵のスパンとか、動物の名前の記憶とか、幼い子ども用の課題に変更されている。今回の我々の研究チームのデータでも、初回が 6 歳の子ども、リテスト時が 8 歳以上の子どもで処理速度が下がってしまう。7 歳までの課題と 8 歳以上の課題では明らかに難易度が違う。ASD の子どもにとっては複雑化した課題は、多分、シングルトラックやシフティング、切りかえの弱さが影響していると考えている。

関：私も WISC の場合、5，6 歳は信用しない。7 歳にならないと安定しないという印象。長いこと臨床をしていて、以前から就学前の値は変わるわなと思って見ている。また、20 年近く前に、WISC で ASD の特徴が研究でも出てたいたので、私たちもデータを集めて分析をしたが、そのときに唯一出た結論が、ASD の子たちは差が大きいということのみ。やはり変動しやすいのも ASD の子たちの特徴だと思った。知能の発達の方も直線的じゃない。ASD の幼児の場合、あるとこまででぐんっと伸びたりする。

安達：ASD の子どもは認知がそもそも、包括的ではなくて、断片的で、子ども、一人一人見て

いるところが違うから、だから、自然に学習してできあがる脳内の認知世界というものは一人一人違うの当たり前の話だと思う。WISC 自体、健常児の子たちを主にして作られたデータだと思う。ASD の子たちにとっては、できる、できないの虫食い状態の達成度になることがあるので、それも年代的にばらばらに混じっていると考えられる。また、FSIQ が頑健というのも、あまり希望的じゃないデータのように思う。一旦得られたデータはそのままずっと続くという話になる。どれだけ介入しても変わらない。

岡田：FSIQ 自体が信憑性ない場合あるので、慎重になる必要がある。その一件一件、ケースでも違う。ASD も 10 歳ぐらいから、がんっと上がる子どももいたり、5，6 歳で 50 台 60 台だったのが、学齢入ると、100 近くまで来る子供もいる。不思議ですが。

安達：だから指標のディスクレパンシーとか、個々の下位検査のばらつきとか、そこをしっかり見ていく必要があるのでは。

岡田：そうです。フルスケール IQ が、しっかり知能を表しているなと判断されるケースは比較的同じ結果は出やすい。しかし、指標得点や下位検査がばらついている結果だと、結果的に、数年後の FSIQ や指標得点などは変化してしまうという実感がある。

関：本当にでこぼこのない知的障害の子どもの WISC は頑健である。ASD ではばらつきやすいので、ASD にとって WISC は合わない印象を受ける。診察場面に比べると検査場面は明らかに長くって、1 時間とか 1 時間半、その子どもにつき合えるので、その間に取れるその子からの情報は大きな意味がある。

安達：そう思う。だから、検査レポートで、検査のときの様子やどのような間違いをしているかを知ることは、数値よりも臨床には生かせる。検査場面は刺激も少なく構造化されているので、気を付けてみないと疑似適応している場合があり、回答内容を細かく見てみると、数値よりも実態は低いのではないかと判断される子どももいる。ローデータを読むことの大切さを感じる。

氏家：でも逆に、構造化された中では高い能力を発揮できるという情報にもなる。だからそのあたりを全部考慮して、踏み込んで検査を見ていくことが大事である。

岡田：検査中の行動観察は必要な観点。それが医療機関だと主治医が得ていく情報の一つになるし、子どもの見立てをする際の有力な情報にもなる。このような行動観察や質的情報を検査解釈にうまく取り込めないかというのが、私の研究の関心事である。

安達：検査を通して見立てるということに、あまり定式はない気がする。細かく見ることが重要な場合もあるし、指標から見てだいたいこのような感じとみていく場合もあるし、やはり多面的に見ていくっていうことが必要である。

参加者 E：話題提供の中で、検査結果を返す面接は、フィードバックじゃなくて、フィードフォワードだと言っていたが、一般的に気をつけていることは何かあるか。

岡田：アセスメントは、プロセスである。インテークがあって、保護者とか本人とかの心配、困りごと、希望、展望といった主観的次元の情報があって、それにフィードバック面接では応えていく。そして、今後のことを扱っていくことになるので、フィードフォワードという言葉を使った。フィードバック面接で扱う答えは、検査結果の中にあるのでなく、また、こちらが持っているわけでもなく、実際には、そのクライアントのインタラクション（対話）の中で出てくる。それをうまく使っていく。まず最初にはクライエントの主訴に対して返していく、話し合うということが大切。こちらの見立てや指針は提案するが、話し合ってインタラクションの中で、将来に対してのひとまずの方向性が話し合われる。共同性がとても大事で、これは「治療的アセスメント」の枠組みであるとおもうが、共同的にコラボレートして、解釈してフィードバックしていくといった要素が強ければ結構うまくいく実感がある。クライエントの主訴や捉えと実際の子どものニーズがずれてしまう

と、それが災いになり難しいことが起きる。クライエントの主観、主体を大事にして、あまり検査者が権威や威力を発揮しないというもの重要である。

安達：検査を受けるという準備状態がどれぐらい、親御さんや子どもさんに整っているかがとても大事だと思う。整わない中で性急に進めていった場合は問題が生じやすいのもよく経験する。

岡田：インフォームドコンセント、導入の丁寧さ、その観点は問われる。主体をどこに置くか、しっかりと説明し、検査を進めていくうえでの筋が通っていればうまくいくことは多い。何で検査が必要なのか、こちらは何を知りたいのか、そこのすり合わせは丁寧にしないといけない。一番厄介なのは、医療機関で、とりあえず初診が終わって、「はい、検査のオーダー」と言う流れで進められてきて、心理師はクライエントの主訴や想い、捉えの情報がないまま検査をしないといけない場合がある。学校に行けって言われた、来た子とか、不本意で来た人などは、検査を実施する前に、もしくは検査時にその場でもう一回、検査の説明をして、クライエントの主訴なども扱う。しかし、やはり拒否していたり、納得できない場合は、無理して検査を勧めない。

関：本人が一番嫌だと思う。何のために検査をやらなくちゃいけないのかを全く納得してない子どもが結構多くいると思う。

岡田：インフォームドアセントという概念がある。医療機関ではどのようにされているのか。

関：本人に何らかの説明はする。本人に困ってることが出てこないときは、「お母さんがこういうふうに言ってるんだけど、どう思う」などと聞いて、私はこんなことを知りたいから検査をしてもらえると助かるということを頼むことにしている。その作業をしないと、「何で連れてこられたんだろう」と思われても困るので。

岡田：子どもの臨床の場合、半分ぐらいのケースが本人困ってなかったり、問題扱いされて連れてこられる。私も、「君、お母さんに何て言われてきたの？」「何で怒られてることが多いの？」とか、言えない場合は「何かこういうことで来てるみたいだけど、どう思うの？」とか聞く。年齢が上の子どもだったり、知的に平均かそれ以上の子どもには、ごまかす必要なくて、「IQって出るんだけど、でもそれ以外の得意、苦手も分かるかもしれない」「得意なことは、勉強方法とか、生かせるかも」「苦手なことは工夫したりできるかも」「何かわかることがあるかもしれないし、わかんないかもしれないけど、ちょっとやってみる？」といったふわっとした感じで説明する。それでも､嫌がる子どもには検査は実施しない。「まあ」「ええー、うん、わかった」などといった子どもにはアセントを得たということで実施する。しかし、でも本当にそれで侵襲性（主体性への脅かし、子どもを傷つく、フィードバック面接で問題が生じそう）が予想されるときには、検査は実施しない。周りの人が安心するために実施することを第一目的にするのはよくない。周りの理解や安心は副次的なものとして捉えたい。