

# 効果的な巡回相談支援の ための基本と実践

特定非営利活動法人アスペ・エルデの会

平成 30 年 3 月



## はじめに

障害があろうがなかろうが地域の中で子どもたちは成長していくし、障害があっても地域の中で必要な支援を提供していくという基本的な理念の中、「インクルーシブな支援」の重要性が徐々に認識されてきている。2006年に国連総会において採択された障害者権利条約に、日本は国内法を整備して2014年によりやく批准したが、その実施については、障害者政策委員会を中心に継続して監視が行われているところである。この流れを踏まえて、「インクルーシブな支援」を行うための体制を整えていくことが重要である。特に、発達障害については、2005年に発達障害者支援法が施行、2016年に改正され、個別の支援計画の作成やライフサイクルに沿った切れ目のない支援など、地域に根ざした成長や発達を促すものとなるよう、そのあり方が問われている。当然のことながら、法整備に伴い、実際の支援技術もインクルーシブなものにシフトしていく必要がある。

「インクルーシブな支援」、すなわち、発達障害やその特性のある人々が合理的配慮や支援を受けながら、同年代の人々の中で育ち、同じ地域の中で生活していくことが求められているわけだが、子育て支援の中でいえば、保育園・幼稚園・子ども園、あるいは、小学校という、多くの子どもたちが過ごす場所における支援のひとつとして、「巡回相談支援」は大きな鍵を握っている。なぜなら、集団の中で何の支援もなしに生活していくのは困難が伴うことが多い発達障害の子どもたちにとって、定期的な巡回相談支援によって、日常生活のなかでサポートが受けられることや、日常生活に関わる大人（保育士や教師など）がその子を理解し、その後の関わりに活かしていくことは、本当の意味での「インクルーシブな支援」となりうるからである。むしろ、インクルーシブの名の下に集団に入れてだけで放置しているのでは、合理的配慮を欠いた状態と言わざるを得ない。

また、巡回相談支援が重要であるもうひとつの点は、子育て分野・保育分野・教育分野・障害分野といった、従来は縦割り行政のなかでそれぞれが独自のスタイルで支援してきた現状のなかで、「共通の枠組み（プラットフォーム）」を持ち込むことが可能となるためである。障害の知識のある支援者が子育て支援をサポートし、保育と教育をつなぐ、といったことを通して、共通の視点で子どもをアセスメントした上で、各分野や各支援者が共通の視点をもった関わりや支援を行うことは、ライフサイクルを通じた支援を作っていくために必要だろう。それは、各支援者の個性をなくすことではなく、各分野・各支援者独自の持ち味を生かすための（最低レベルの）土台と考えることができる。

このテキストは、巡回支援専門員を始めとする巡回相談支援を行う者が知っておくべき「共通の枠組み（プラットフォーム）」をまとめたものである。巡回相談支援が各分野や各施設の「橋渡し」機能をもつことで、地域の支援がより充実したものとなることを望む。

なお、本冊子は、平成29年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業 指定課題12「巡回支援専門員による効果的な子育て支援プログラムに関する調査とその普及」において作成されたものである。

特定非営利活動法人 アスペ・エルデの会  
統括ディレクター 辻井正次

はじめに .....	1
第1部 周産期～就学前の基礎知識 .....	3
1. 周産期の母親フォローと子どもへのフォロー .....	4
1-1 妊娠・出産をめぐる支援体制 .....	4
1-2 新生児期の子どものアセスメントと支援 .....	4
1-3 母親のメンタルヘルス .....	5
2. 乳幼児健診とは .....	6
2-1 乳幼児健診の目的 .....	6
2-2 乳幼児健診のスケジュール .....	6
2-3 乳幼児健診の内容 .....	6
2-4 乳幼児健診の後 .....	7
3. 1歳半頃の発達としておさえておくべきこと .....	8
3-1 社会性の発達チェック (M-CHAT) .....	8
4. 3歳頃の発達としておさえておくべきこと .....	11
4-1 3歳児健診で求められること .....	11
4-2 発達相談におけるアセスメント .....	12
4-3 就園にむけて .....	15
5. 5歳児健診と就学時健診 .....	17
5-1 5歳児健診 .....	17
5-2 就学時健診 .....	21
第2部 巡回相談支援の実際 .....	24
6. 3歳～就学までの子ども支援・保護者支援 .....	25
6-1 支援の基盤としての環境調整 (構造化) .....	25
6-2 効果的な子ども支援のためのカテゴリー別アプローチ① 集団に所属しながら支援を行う (保育園・幼稚園・子ども園) : 保育士による「共同注意と遊びをのぼすプログラム」 .....	28
6-3 効果的な子ども支援のためのカテゴリー別アプローチ② 集団生活を視野に入れつつ、個別 の支援を行う (児童発達支援センターなど) : JASPER を用いた支援 .....	30
6-4 効果的な子ども支援のためのカテゴリー別アプローチ③ 個別の療育を行う (発達障害者支 援センター、医療機関など) .....	33
6-5 保護者支援 : 保育園等で実施するペアレント・プログラム .....	36
6-6 3歳～就学までの子どもの行動を客観的に把握するツール : 保育・指導要録のための発達評 価シート (TASP) .....	38
7. 巡回支援の実際 .....	43
7-1 こども支援課によるインクルーシブな取り組み事例 (福島県白河市) .....	43
7-2 拠点園方式による障害児支援 (岡山県岡山市) .....	46
7-3 発達に詳しい心理士の活用による小学校における巡回支援 (東京都) .....	48
8. 保育園・幼稚園・児童発達支援事業所での巡回支援のポイント : 地域資源を使った、巡回支援 ですべきアセスメントと支援方法 .....	52
9. 小学校での巡回支援のポイント : 多様な発達をする子どもたちへの学校でできるアセスメント と支援方法のアドバイス .....	54
執筆者一覧 .....	56

## 第1部 周産期～就学前の基礎知識

### 乳幼児健診を中心に

第1部では、巡回相談支援を行うにあたって理解しておきたい発達や発達チェックについて紹介する。

巡回相談支援においては、就園後の子どもを支援の対象にすることが多いと考えられるが、就園するまでの時期にどのような支援やチェックを経てきたのかを知っておくことは、子どもの発達支援を行う際に必要な情報を得ることに役立つ。第1部では、我が国の乳幼児の発達支援に大きな役割を果たしている、乳幼児健診に沿って、1歳半、3歳、5歳の段階でどのような側面を見ていくとよいのか、概説する。

## 1. 周産期の母親フォローと子どもへのフォロー

親と子の関係は、妊娠・出産期に出会い、子育ての過程を通して築かれていく。目の前に出会った子どもの年齢だけ、これまでの親子関係の積み重ねがあり、私たちが会おう前に親と子がどう出会い、どんな過程を経て今、この姿をみせているのかということにも意識をむけ、支援を行っていききたい。妊娠・出産をめぐる医療や社会の変化はめまぐるしく、ここでは、周産期における支援の現状とともに、この時期に注意すべき母親および子どものフォローについて概説する。

### 1-1 妊娠・出産をめぐる支援体制

現在では、妊娠期からの切れ目のない支援の体制が整えられるようになり、母子手帳発行時や、妊婦健診等で社会経済的な要因や、精神疾患の既往などにも意識を向けることで、産後の母親のメンタルヘルスの不調や虐待等育児困難の予防に努めていくことが推奨されるようになってきている。特にうつ病は、妊娠期でも10%程度に認められることが報告されるようになり、心理社会的な要因が悪化要因の一つとなること、子どもの発達に負の影響を及ぼすことが報告されてきたことで、その対策が急務となってきている。保健センターへの妊娠届け出書の提出時に、問診票でリスクを把握する動きがひろがっているとともに、平成29年度からは産後2週間、1か月に行われる産婦健診で産後うつ病自己評価記入表（EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale）を導入することで健診費用が助成の対象となるなど、医療機関や保健センター等で、ハイリスクの妊産婦を把握し、支援につなげる体制が整えられてきた。その一方で、精神的に不安定になりやすい周産期の時期にリスク評価を受ける機会が増えていることが、周りから自分が親としてどう評価されているのかということに対して、より親を過敏にさせているところも少なくないだろう。赤ちゃんとの出会い、親が親としていくプロセスには、親と子の強みに焦点を当て、支援のゆるやかな輪をつなげていくことで、親と子、両方の育ちを支えていくという視点を忘れてはならない。支援を届けるということ自体が、自分が支援を受けなければならない存在であるということ意識化させ、傷つけてしまう可能性があることを十分支援者は認識し、妊娠・出産・育児のプロセスにおける当たり前の、誰もが必要な支援として届けていくことが必要である。

### 1-2 新生児期の子どものアセスメントと支援

生まれたばかりの子どもでも、刺激に対する反応の仕方、自己統制の仕方は一人一人異なり、生まれて間もなくから周囲に関心を示し、周囲とかかわることで、自分でコントロールする力を持っている子どももいれば、外部からの刺激を自分で調整できず、落ち着くことができなかつたり、運動系が未熟で安定した状態をうまく保てなかつたりする子ども存在している。そうした子どもの特徴は、親の子育てに対する有能感や、親子の相互作用に少なからず影響を及ぼしていく。そのため、子どもに焦点をあて、子どもとの関わりを支えることで、親としての機能をたかめていくような支援をしていくことが望ましい。日本においても、新生児行動観察（NBO: Newborn Behavioral Observation system）といった、子どもの特徴を親と共有することで、親のメンタルヘルスや育児行動の支援をおこなっていくアプローチが行われるようになってきている。

また、2500g未満で出生した低出生体重児や何らかの疾患を持って生まれてきた子どもは、未熟性が高く、予定日や退院を迎えられるようになっていても、正期産の赤ちゃんに比べて、自律系や運動系のバランスが取りにくく、自分で自分を安定化させることが難しい、覚醒が維持しにくいなど、相互作用の一方の担い手として十分機能しにくい子どもも存在している。1500g未満で生まれた極低出生体重児は一歳半頃までは生まれた日で換算した歴年齢ではなく、予定日で換算した修正月齢で発達をみて

いくが、一歳半を過ぎると早産で生まれた月齢の差が相対的に小さくなることもあり、歴年齢で発達をみていく。一方、在胎 22 週、23 週などで生まれた超低出生体重児は、小学校入学まで発達がゆっくり推移することも少なくなく、長期的な視点でフォローアップを行っていく必要がある。学齢期ごろになると、知的発達は、同年齢の子どもたちにほぼ追いついてくるといわれているが、学習上や行動上の問題が認められることも少なくなく、小学校 3 年生までのフォローアップが病院でおこなわれていることが少なくない。そのため、親自身が地域の資源につながることに抵抗を示されることが多いが、地域で、発達を見守り支援をしていくという体制をしっかりと整えていきたい。

### 1-3 母親のメンタルヘルス

産後の母親の抑うつの高さはこれまで指摘されており、産後うつ病は 10%にのぼることが報告されている。うつ病の既往や、妊娠・出産のトラウマなどが悪化要因として指摘されているが、軽症の場合、心理社会的サポートが有効であることもわかってきている。産後うつ病ではなくても、産後 1 年ぐらひは自分であって自分ではないような感覚を感じていることが少なくなく、だれもが支援が必要な時期である。最近では、出産後だけではなく、育児中の母親の抑うつの高さも指摘されており、特に自閉症スペクトラム障害 (ASD: Autism Spectrum Disorder) の子どもを持つ母親の抑うつの高さは一般の母親よりも高いことが明らかになっている。育てにくさをもっている子どもの母親は、これまでの子育ての過程の中で、様々な葛藤を抱えて、傷つきやすく、周りの評価にも過敏になっている可能性も高い。まずは母親自身が自分の子どもの専門家として自信をもってかかわっていけるように親と子のやりとりをしっかりと支援をしていく必要がある。

特に、子どもの年齢が小さければ小さいほど、子どもの反応や行動に何を読み取るかは、周りの大人側の主観に影響されやすい。子育てに葛藤を抱えている親であればあるほど、子どもの何気ない行動や反応に、「子どもが自分に怒りを向けている」「子どもに嫌われている」など、ネガティブなメッセージを読み取り、よりかかわりが難しくなることも起こってくる。そのため、子どもの反応や行動の意味を共有し、より正確に子どもからのメッセージをつかめるように支えていくことが大事なかかわりとなってくる。

## 2. 乳幼児健診とは

### 2-1 乳幼児健診の目的

乳幼児健診は、以下のことを目的に実施されている。

- ①子どもが元気に成長・発達しているかどうかを保護者と共に把握する。  
もし、子どもに治療や療育が必要な疾患や障害の可能性があれば早期から対応する。
- ②保護者に育児や子どもとの生活に悩みや質問・相談がある場合に対応する。
- ③保護者に育児や子どもの成長・発達に関する情報を提供する。
- ④地域全体の子どもや保護者の方々の心身の健康状態の全体的傾向を把握する。

「健診」と聞くと、“検査”や“試験”のような感じがして緊張する方や不安を感じる方もいるだろう。しかし、定期的に子どもの成長・発達を確かめ、もし必要な対応があればそれを早期から施していくことは、子どもの未来（将来）のためにも、そして家族がお互いを理解し合い長く健康に生活していくうえでも大切なことである。

また、乳幼児健診に行くと、同じように子育てに頑張っている保護者同士の交流をしたり、医師や保健師などに育児や子どもについての相談ができたりさまざまな情報を得ることができる。

このように乳幼児健診は、子育てをご家族だけが抱えこむのではなく、保健所などを中心に社会全体で支え合い協力し合っていく意味がある。

### 2-2 乳幼児健診のスケジュール

乳幼児健診は、1歳6か月健診（満1歳6か月～満2歳）と3歳健診（満3歳～満4歳）の幼児期の健診がどの自治体でも行われ、それ以外の時期については自治体によって異なる。多くは生後3～4か月にも乳児健診を実施しているが、それ以外では、生後6～7か月、生後9～10か月、生後12か月（1歳）、5歳の時期に健診を行っている場合がある。

なお、生後2週目や生後1か月の時にも健診を行う場合があるが、子どもが生まれた病院などで行っていることが多い。また、総合的な健診ではなくアレルギー健診や歯科健診などを独自に行っている場合もある。

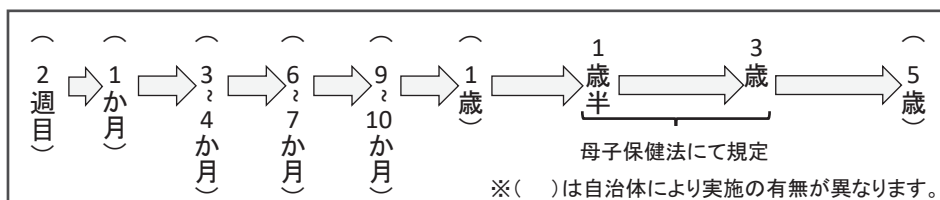


図 2-1 乳幼児健診のスケジュール

どの時期の乳幼児健診も、それぞれに意味があり子どもの成長・発達や育児にとって重要な時期に設定されているため、受診できる時期の乳幼児健診はできるだけ受けておくことが望ましい。

### 2-3 乳幼児健診の内容

ここでは、比較的多くの地域で実施されている1か月～3歳までの健診について、その中でも特に発達に関する診察ポイントの代表的な内容について解説する。



- \* 1か月児
  - ・姿勢や四肢の動きの様子
  - ・周囲からの刺激への反応の様子など
- \* 3～4か月児
  - ・首の安定性や手で物を把握する様子
  - ・あやし笑いや追視の様子 など
- \* 6～7か月児
  - ・寝返りやお座りの様子
  - ・物をつかんだり持ち替えたりする様子
  - ・腹ばい姿勢での運動の様子
  - ・仰向け姿勢での運動の様子 など
- \* 9～10か月児
  - ・座位やハイハイ、つかまり立ちの様子
  - ・人見知りや親の後追いの様子
  - ・呼ばれた時や視線が合う時の様子
  - ・喃語や発声の様子 など
- \* 12か月(1歳)児
  - ・伝い歩き、ひとり立ち、独歩の様子
  - ・小さな物をつかむ時の手指の様子
  - ・バイバイなどの動作の真似をする様子
  - ・簡単な言葉の理解や言葉や発声の様子など
- \* 1歳6か月児
  - ・歩行や積み木を積むなどの作業の様子
  - ・物をつまんだりスプーンなどを使う時の様子
  - ・指差しや周囲の人への興味や交流の様子
  - ・簡単な指示理解や言葉の出現の様子 など
- \* 3歳児
  - ・両脚ジャンプや階段を昇るなどの運動の様子
  - ・描画やスプーンなどを使う時の様子
  - ・同年代の子ども達への興味や交流の様子
  - ・質問への回答や応答、言葉や話の様子
  - ・状況を察したり場面に応じた行動の様子など

## 2-4 乳幼児健診の後

乳幼児健診は限られた時間と診察の中で子どもの成長・発達の様子を把握していくことになるが、それだけで子どもの様子を全て把握することには限界もある。そのため、気になる点のあった子どもについては経過を追って様子を把握したり、さまざまな働きかけをして変化を確かめたり、親子教室や地域の子育て支援の場所などを紹介したり、専門家に詳しく診てもらおうことが勧められる。

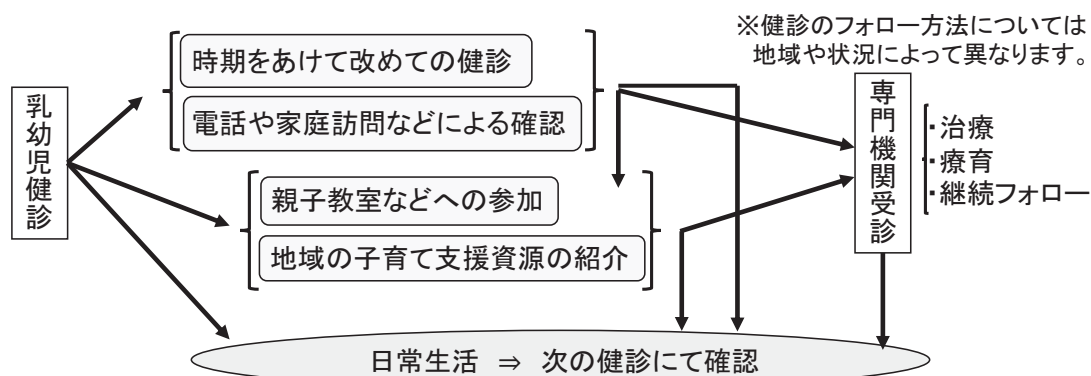


図 2-2 乳幼児健診後の流れ

乳幼児健診は診断をつけるのではなくさまざまな可能性を検討する場であるため、何かを指摘されたり専門機関を紹介されたりした場合でも、結局は問題がない場合もある。またその一方で、健診では特に指摘がなくてもその後子どもに何らかの診断がつく（症状や特徴が明らかになってくる）場合もある。日常生活において保護者や家族から子どもや子育てに関する疑問や困り感がある場合は、「こんなこと相談しても良いのかな？」と躊躇せずご相談していくことが望ましい。

### 3. 1歳半頃の発達としておさえておくべきこと

1歳前後から指差しをするなど、言葉を使わない（非言語的な）社会性の発達が見られる。家庭や1歳半健診の場において、社会性の発達を確認することが重要となる。本章では、社会性の発達チェックの方法について説明する。

#### 3-1 社会性の発達チェック（M-CHAT）

M-CHAT（Modified Checklist for Autism in Toddlers：乳幼児期自閉症チェックリスト修正版，Robins et al., 2001）とは、16-30か月の一般乳幼児に対して、自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder 以下、ASD）のスクリーニング目的で使用される、親記入式の質問紙である。全23項目から成り、各項目に対して、子どもの主たる養育者がはい・いいえで回答する。通常、乳幼児健康診査や健康診断など、障害にまだ気づかれていないものを対象とする一次スクリーニングの場面で使用される。M-CHATを用いた標準的なスクリーニング手続きは、質問紙への回答と1~2ヶ月後の電話面接の2段階である。M-CHAT日本語版の信頼性と妥当性は確認されている（Inada et al., 2011）。

M-CHATは現在、日本の数多くの自治体で1歳6ヵ月健診や2歳相談会等の一次スクリーニングの場面に導入され、ASD児の超早期発見に一定の成果をあげている。しかしながら、著者はASDの早期発見目的だけに限らず、子どもの社会性の発達が定型的なプロセスをたどっているかをチェックするツールとしてのM-CHATの使用を推奨したい。この理由について、M-CHATの項目とその獲得時期、一次スクリーニング段階での感度、保護者への心理教育という点から述べていきたい。

第一に、M-CHAT23項目のうち、そのほとんどの項目は、通常1歳半頃までに芽生える対人コミュニケーション行動に関するものである。具体的には、「他の子どもに興味がありますか?」、「何かに興味を持った時、指をさして伝えようしますか?」、「あなたのすることをまねしますか?（たとえば、口をとがらせてみせると、顔まねをしようしますか?）」、「あなたが名前を呼ぶと、反応しますか?」など、実に16項目にわたり、後の社会性の重要な基盤となる非言語の対人コミュニケーション行動をたずねている。これは、1~2歳代のASDの早期兆候は、共同注意などのノンバーバルな対人的行動の発達が非定型であるというエビデンスが反映されたものである。著者はM-CHATに含まれる行動の定型的な獲得時期を把握するために、8ヶ月~20ヶ月までの一般乳幼児の養育者にM-CHATに横断的に回答してもらった。その結果、社会的行動に関する16項目は、18ヶ月までには全ての項目で獲得率75%を超えていた。さらに親からみた獲得時期に基づいて、0歳代ですでに獲得されている行動群（第1群）、1歳頃に獲得される行動群（第2群）、1歳半になるまでに獲得される行動群（第3群）、という大きく3つに分けられた（表3-1）。第1群では、主に一对一の2項関係に関する行動が獲得され、第2群では共同注意などの基本的な3項関係に関する行動が芽生え、第3群ではより高次の共同注意に関する行動が芽生えるなど、各群に含まれる行動は獲得月齢が上がるにつれて、複雑さを増していくことがわかった。M-CHATに含まれるこれらの項目と獲得時期のデータを用いて、個人の獲得状況を比較することで、対人コミュニケーション行動の発達のチェックをすることが可能である。さらに第1群、第2群の項目はそれだけ取り出して、1歳半健診以前にも適切な時期に対人コミュニケーション行動の発達チェックに使用できる。この結果をもとに、社会性発達への芽生えに対する啓蒙活動として、「1歳を迎えるお子さんをもつ保護者の方へ」というリーフレットも作成され、無料で使用できる（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/elearning9.pdf>）。また、数年前に改定された母子手帳には、1歳6ヶ月ではなく、1歳の項目に「指差し追従」の項目が追加されている。日本全国的に対人コミュニケーション行動の芽生えを早期から見守っていく必要性への認識が高まっているのである。

表 3-1 M-CHAT に含まれる対人コミュニケーション関連 16 項目の獲得時期

群／獲得時期	第 1 群 (8 ヶ月以前)	第 2 群 (11～12 ヶ月)	第 3 群 (15～17 ヶ月)
獲得される行動 (M-CHAT 項目番号)	アイコンタクト (10) 微笑み返し (12) 身体遊びを喜ぶ (1) イナイイナイバーを喜ぶ (4) 他児への興味 (2) 呼名反応 (14)	ふり遊び (5) 要求の指さし (6) 興味の指さし (7) 動作模倣 (13) 指さし追従 (15) 親の注意喚起 (19)	感覚遊びからの脱却 (8) 興味があるものを見せに 持ってくる (9) 視線追従 (17) 社会的参照 (23)

第二に、M-CHAT は 1～2 ヶ月後の電話面接も含めた二段階スクリーニングを経るものであり、単に質問紙に 1 回回答しただけでは、スクリーニングの精度は高くないという点がある。1 歳 6 ヶ月での M-CHAT への回答を契機として、子どもの対人コミュニケーション行動の発達の経過に必要な支援を届けながら丁寧に追っていく必要がある。M-CHAT を 1 歳 6 ヶ月健診に導入している複数の自治体で、第 1 段階でスクリーニング陽性になる子どもの割合は、およそ 10% 強である。M-CHAT は、障害のリスクがまだ見つかっていない人を対象にする一次スクリーニング場面で使用するため、この段階では、見逃しが少なくなることが優先される結果、偽陽性（実際には ASD ではないのに ASD が疑われたケース）も多くなる。その後の二次スクリーニングでの絞込みが重要となってくる。そのため、1 歳 6 ヶ月段階では、不通過項目が多い場合はすぐさま詳細なアセスメントの対象となるが、カットオフ値近縁にいる子どもに対しては、ASD のスクリーニングというよりもむしろ、対人コミュニケーションの発達状況の確認、というスタンスが望ましい。

第三に、M-CHAT は、回答やフィードバックを受けるプロセス自体が保護者への心理教育および育児支援としての機能を果たしていると考えられる。保護者は、子どもの運動や言葉の発達については比較的注意して観察しているが、指さしや模倣といった言葉を使わないが後の社会性の成長に極めて重要な対人コミュニケーション行動には、あまり注意を払っていないことが多い。M-CHAT に回答すること自体が、保護者が 1 歳 6 か月から 2 歳の時期に芽生える重要な対人的行動に気づくきっかけとなり、心理教育の機会ともなる。第 2 段階スクリーニングの電話面接が必要と判断された場合の保護者への伝え方も心理教育と子どもへの発達支援の要素を含む。この段階では、偽陽性も多いことから、いたづらに保護者の不安を煽らないように十分配慮し、すでに子どもができていたり獲得しているスキルを先に伝えた後、次の点を伝える：①この年齢では、言葉を使わない対人的行動の発達が重要であること、②一般的にはこの年齢で芽生えているとされている対人的行動の中で、まだ芽生えていないものがいくつかあること、③まだ芽生えていない行動を引き出すための家庭でできる工夫、④個人差が大きい年齢なので、これからの芽生えを見守ってほしいこと。

第 2 段階スクリーニングを経て陽性のケースは ASD を疑い、発達アセスメント面接を案内する。その際には、上述した点に加え、対人的行動の発達の個人差を強調し、その芽生えを促すための遊び方などの工夫を一緒に考えたい、ということ伝える。保護者から子どもの発達や行動のことで訴えが出てきた場合には、その問題が対人的行動の芽生えが弱いことと関連している可能性を考慮し、面接で子どもの発達を丁寧に確認し、その上で育児をサポートしたいと伝える。

このように、M-CHAT は、単にリスクの有無を判断するためのツールとしてではなく、子どもの対人コミュニケーション発達のチェックおよび保護者の心理教育に有用なツールである。低年齢の子供に接することに慣れていない場合、M-CHAT について学ぶことでこの年齢期に観察すべき行動項目を理解するためのツールにもなる。M-CHAT は、あくまで手段であり、使用者の目的に応じて使いこ

なしていただきたい。

【引用文献】

Inada N, Koyama T, Inokuchi E, Kuroda M & Kamio Y (2011) Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for autism in toddlers (M-CHAT). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 330-336.

Robins DL et al (2001) The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 31, 131-144.

## 4. 3歳頃の発達としておさえておくべきこと

3歳の時点では、就園を見据えて、子どもが、今何ができているのか、集団場面のできること・難しいことは何か、ということを知っておく必要がある。本章では、子どもの行動のアセスメントツールや観察場面の設定について解説する。

### 4-1 3歳児健診で求められること

3歳児健診は、その後の保育園や幼稚園といった就園を控えた時期となり、相談員は就園を念頭に置いた助言が求められる。“健診の場で行う支援先決定の判断”を図4-1に記す。“支援必要度（緊急度）高”に関しては、昨今の健診システムの向上などもあり、おおむね1歳6カ月健診でわかっていることが多く、保護者の受け入れなどの個人差はありながら、大方の地域で3歳時点ではある程度決められた支援のルートに乗っていると考えられる。3歳児健診では、支援必要度は中レベルでも就園した後に苦労しそう、といった子どもたちへの気づきを促し必要に応じてフォローにつなげること、支援必要度が低い場合でも情報共有など保護者を含め適切なバックアップ体制をとることが求められる。また1歳6カ月健診時にフォローが必要な子として助言等を受けた子どもが、3歳までの間に療育グループなどを通じてどのような変化や成長を遂げてきたのか、依然として残る課題は何なのかを整理する、事後フォローの場にもなる。同じ3歳児健診でも、就園までまだ1年もあるような4月5月時点での助言と、もうあとわずかしか残されていない早生まれの子どもたちを対象にする2月3月での助言では、質的に大きく異なる。年度の前半に関しては就園形態や園選びといったテーマがとりあげられるが、年度の後半～年度末の相談では、入園面接や就園先となる園との情報共有などが求められる場合もある。健診という1回きりの場ではあるが、保護者は、子どもがどのようなふるまいをしたかということに加え、専門家から何を言われたかということもかなり細かく覚えていることがある。したがって、実際の3歳児健診の場面は、ワンストップ相談の場でありながら、悲観的すぎずでも楽観的すぎずでもなく、現実的な理解を作り上げることが求められる。健診の主担当となる保健師は、栄養や発育全般の相談など、基本的には親との関係を壊さない寄り添う助言を行う立場になる。一方、相談員には、保健師など内部のスタッフが言いにくいことを、あえて伝えるような役割が求められることもある。

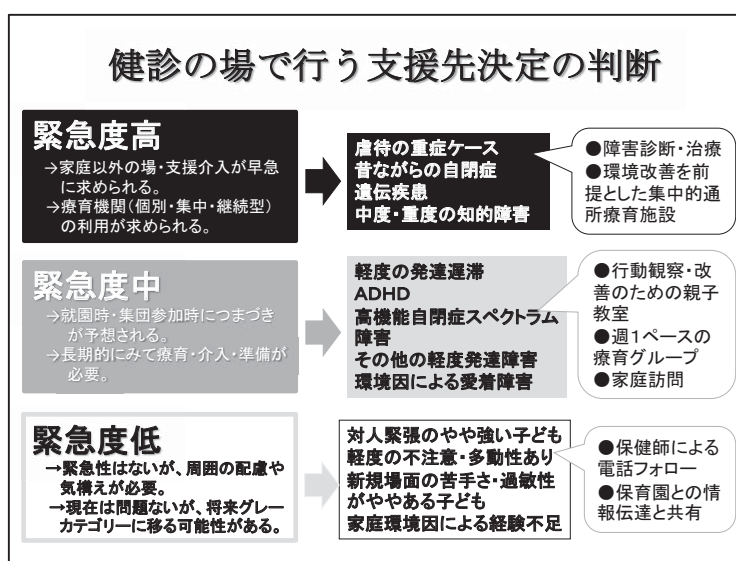


図 4-1 健診の場で行う支援先決定の判断



## 4-2 発達相談におけるアセスメント

発達相談におけるアセスメントとは、子どもの家庭や健診会場など、今の状態をある程度広く知るための手続きである。知るべきことを聞き洩らしなくそろえ、比較可能なもの数値に置き換えることで、該当児が標準的な同年齢の発達適応と比べてどのあたりに位置するのか、ということを知ることができる。健診担当の保健師がすべての参加児に綿密な行動観察やスクリーニングツールを用いたアセスメントを行うことが理想だが、現実的には時間が限られており、導入状況には地域差がある。保健師の中での力量差などもある。また非常勤の心理士などが個別に、発達・心理相談を健診会場で行う場合もある。全国的には、例えば、田中ビネー式知能検査や新版 K 式発達検査や遠城寺式発達検査法といった、知的発達全体の傾向をみるようなアセスメントを個別相談で活用しているところが多いようである。一方で就園の集団適応に関連する発達障害については、現状の健診のシステムではまだ整備されていない部分がある。健診スタッフにしてみれば明確な発達の遅れでもない場合は、触れにくく確信が持てない領域であるため、気になりつつも伝えられないということがある。そのため、既に地域の健診会場で行われているアセスメントに補完する形で、就園の適応行動に向け少し踏み込んだアセスメントを実施する力と、それを保護者に適切に伝えるコミュニケーション力が求められる。

### (1) 家庭の様子のアセスメント

#### PARS-TR (Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版) 幼児期短縮版

PARS-TR は自閉症スペクトラム障害（以前は広汎性発達障害）の傾向を知るための検査である。幼児期短縮版は、こだわり行動や遊び、言語の発達など 12 項目について保護者に聴取し、0 点・1 点・2 点の 3 段階で評定する。合計得点から、自閉症傾向の強さを知り、よりふさわしいフォローのルートに導くためのスクリーニングツールである。自閉症スペクトラムの疑いのある子どもとして事後フォローの対象となる基準として 5 点がカットオフ値として設定されている。これまでの自治体における 3 歳児健診での適用例から、健診参加児のうち、保健師評定で 8%前後、心理士評定で 9~10%が陽性児としてスクリーニングされている（中島、2013）。5 点を上回る陽性と判定された子の中には、ASD 以外の障害特性を持っていることもあれば、発達全般が遅れていることもある。また 5 点を上回らないが 4 点や 3 点が付き適応面で少しに気になるということもあるため、数値にこだわらずに子どもの発達障害特性全般を評価することができる。

#### SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) 日本語版

SDQ は各 5 項目から構成される 5 つの下位尺度（情緒不安定、問題行動、多動・不注意、友人関係問題、向社会的行動）によって、子どもの適応と精神的健康の状態を包括的に把握するための質問紙であり、下記のサイトからダウンロードすることができる。

<http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese>

PARS-TR 同様に、ある得点以上を上回れば臨床域に入る、というラインも設定されている。SDQ の利点として、①比較的簡単に手に入れやすい、②就園後やその先の就学後も繰り返し使用することができる、③幼児期は保護者評定のみだが教師評定や自己評定フォームがある、④ASD→友人関係問題、ADHD（注意欠如多動性障害）→多動・不注意と、発達障害特性に関して包括的に知ることができる、⑤ネガティブな特性のみならず向社会的行動など適応行動という視点もある、などが挙げられる。一方で SDQ の限界として、①傾向を知るもので診断に直結するものではない、②標準域と臨床域の線引きがやや曖昧、③保護者評定などは保護者の視点に頼るため偏る可能性がある、などが挙げられる。これらの特徴を踏まえ、効果的に使うことが求められる。

## （２）健診場面の行動観察によるアセスメント

実際に、健診会場でその子どもがどういった行動をするのか、ということの評価し、その情報を保護者と共有することは重要な意味を持つ。保護者にとって健診は一回きりの場でありながら、子どもが他児や大人とのかかわりの中でどのようにふるまうかを知るチャンスとなる。健診の場が、一般の育児サークルや児童センターと異なるのは、普段はそういったところに参加しない、自治体のすべての親子が参加することである。

健診場面における行動観察の視点では、特にスタッフの目が惹かれやすい落ち着きのなさのような、ADHD があげられるが、ADHD についてはまだ取り組んでいる自治体が少ない。理由として ADHD 傾向を評価するための簡便な手法が開発されていないことに加え、幼児期の ADHD 傾向の位置づけの難しさがある。ADHD 症状がある幼児の 50% は慢性的な問題を示し続けるが、残りの 50% は最終的には症状が軽くなる (Campbell, 1990)。そもそも幼児の行動は、時・場所によってまちまちで一貫性がなく、この年齢の子どもは、一般に不注意で衝動的で非常に活動的であり、境目がわかりにくく判断に迷う。また、ADHD による行動と、それ以外 (ASD・知的障害) の障害による行動の区別をするのが難しい (小枝ら、2008)。しかし ADHD 様の行動特性を幼児期から把握しておくべき理由として、①落ち着きのない多くの子どもたちの中には、将来まで症状が持続する ADHD 予備軍が一定割合 (3～6%) 含まれる。② ADHD 傾向を持つ児の親は育児ストレスを抱きやすく不適切な養育態度を示しがちになる (Dupaul ら、2001)。③ 被虐待児・知的障害児・自閉症スペクトラム障害児にも ADHD 傾向がみられることが多く対応が必要である (杉山ら、2007)、などが挙げられる。したがって、ADHD 傾向を早期にとらえることは、保護者との間で子どもの行動特性に関して正しい共通理解を持ち、虐待の予防や他の発達障害に気付くようにする上で貴重である。“落ち着き”のなさや“不注意”など、この時期の ADHD 的な行動特徴が他の障害特性の予兆となりえるといえる。

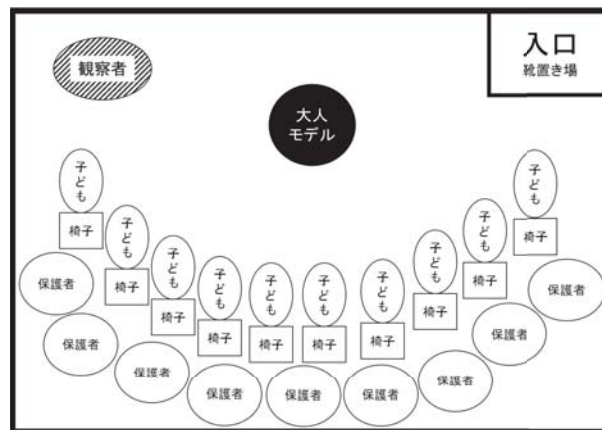
## （３）観察場面の設定

行動評価は、どういった場所・場面でチェックするかという観察場面の状況と、どのような視点で見るといって指標が重要となる。健診会場の様子を観察場面として設定することも可能である。一般の健診で構造化された場面は、保健師との個別課題実施場面であり、この場面で子どもたちが実際にどのように行動するかを他児と比較できるものとして評定することができる。多くの自治体で、対人社会的なコミュニケーションのチェックに加え、3歳児の言語および認知の発達を知るための検査が数種類実施されている。また、待機時間、診察、歯科、身体計測といった、健診全体の様子を評定することもできる。ただしこれらの観察場面では、個別相談が和室か椅子座位か、机ごとにパーテーションで区切られているか、音は反響しないか、待ち時間が長くないか、など各々の会場の環境要因によって、子どものパフォーマンスは左右されやすいので注意を要する。

就園後の適応を予測する最も理想的な観察場面は、就園後を想定した集団課題場面である。多くの保育園・幼稚園では、複数の園児と一人のスタッフという組み合わせによる集団課題を想定しているため、前もってこのような観察状況を3歳児健診の場で持つことは、きわめて有効である。相談員が自前に即席で設定するわけにはいかないので、健診の一連の流れに既に組み込まれていることが前提となる。集団課題場面のタスク内容 (表 4-1) と設定の例 (図 4-2) とをそれぞれ示す。少しごちゃごちゃするかもしれないが、子どもが実際に手遊びをしたり名前よびに答えたりする様子は、原則保護者も必ず一緒に観察してもらった方がよい。集団課題場面のセッティングは健診のみならず、保育園や幼稚園で就園前に行われる入園面接などでも用いることができる。

表4-1 集団課題場面のタスク

手遊び	約5分	大人モデルの歌・ジェスチャーの後に合わせて、動作模倣する簡単なリトミック。いとまきまき、など。
名前よび	約2分	導入の歌に合わせて、大人モデルが子どもの名前を呼び、それに応じて手を挙げ、大人モデルのところに行きタンバリンをならす。
絵本	約3分	3歳児向けの簡単な絵本への注目。



集団課題場面の様子

図 4-2 集団課題場面の例

#### (4) 行動観察指標

健診会場では目につきやすい“逸脱行動”のみが取り上げられがちだが、実際に提示された課題に乗れているか(=オンタスク)、もしくは乗れていないか(=オフタスク)、というオン-オフタスク行動は極めて重要である。“逸脱行動”と“オフタスク行動”は質的にやや異なる。就園後の集団場面で人目を引きやすい“逸脱行動”に大人が注目しすぎること、実は課題ができていない“オンタスク行動”を見落とし、“逸脱行動”を助長していることがあるといわれている。つまり“逸脱行動”(活発に動き回る)をしながらも、“オンタスク”(絵本には注目している)な子がいる。逆に、“逸脱行動”はしない(じっとしている・固まっている)が、“オフタスク”(ほかごとをしている・全く関心を示さない)な子がいる。例えば女兒の場合は衝動的な“逸脱行動”をとるよりも、課題に集中しない“オフタスク行動”の割合が多いとされている。“オフタスク行動”には、全般的な発達遅れや対人志向性の低さなど ADHD 以外の要因も考えられ、将来の適応を予見するうえで重要な指標になるといえる。実際に就園後の適応がもっとも遅れるのは“逸脱行動”をしながら“オフタスク”を取る子どもたちである。対照的に最も適応がいいのは“逸脱行動”をしながら“オンタスク”の子どもたちである(中島、2017)。こういった子どもたちの、健診会場での“逸脱行動”は、もちろん 100% 全員ではないが経験とともに改善する可能性があり、積極性や興味関心の強さというポジティブな部分を反映しているといえる。

実際に集団観察場面でもちいた評定コードを表 4-2 に示す。①手遊び、②お名前よび、③絵本、など 3 つの課題に関して、逸脱行動と課題遂行の 2 つの指標で評定をつける。それぞれ合計得点から、該当児の行動傾向を数値で知ることができる。出現率の 10~15%などに区切り、スクリーニング手法として用いることも可能だが、PARS や SDQ と同様に、保護者と子どもの適応の現状を理解するためのツールとして用いることが勧められる。



表4-2 集団課題場面の評価コード

逸脱行動	評定0	離席・逸脱行動はない。流れにはずれる形で席から離れない。
	評定1	ときどき違うことをしに席から離れるが、戻ってくる。保護者の膝の上などで過ごす。席上で常にそわそわしている。
	評定2	椅子から離れる。歩き回る、寝転がる、カーテン等他のもので遊び始める等、戻ってこない。保護者の静止がほとんど効かない。座っていても、周りがかづくで抑え込んでいる。
課題場面	評定0	見本のすることや求められる流れにある程度応じている。正しいやり方ではない場合もあるが、応じようとしている。
	評定1	注目はしているが、見本のマネなどの動きはない。固まりながらも進行や周りには気にしている。前半部分および後半部分の特定の課題で、比較的応じることができるともある。
	評定2	全く顔を向けない。ほかごとをしている。違うところを注目している。見本を気にしていないように見える。たまたま注目するが、ほとんど課題を遂行することが難しい。

### 4-3 就園にむけて

3歳児健診は、“就園にむけて”という1点から保護者と関係を構築するのがシンプルでわかりやすい。園では子どもたちにどのような行動が身についていること求められるか、というイメージを丁寧に示しながら、就園に向けた準備を一緒に進めていく、という姿勢が求められる。知的障害のような発達全体の遅れや発達障害のような発達の偏りについても、基本的には集団生活に向けた準備として何が必要か、という点から説明していくことが保護者には受け入れられやすいと考えられる。就園に向けて3歳児健診で問われがちな問答について、以下を参照されたい。

#### ① 未満児クラス・未就園クラスに参加すべきか

発達の偏りのある子どもたちの保護者から尋ねられる内容です。集団適応に関しては、苦手な子ほど練習が必要となるため、保育園の未満児クラスや幼稚園の未就園クラスへの参加は、大いにおすすめしています。定期的な一時保育などを活用して練習することもおすすめしています。偏りのある子どもたちは、一度身につけたことが時間とともに消えてしまう傾向もあるため、行動の型や場慣れという意味でも、持続的な事前の準備は有効です。逆に言えば、得意な子であれば、いきなり4月の入園を迎えても、それなりにやりきれたりします。明らかに発達全体の遅れがある子どもに関しては、スキルの獲得に人手も時間も必要となるため、未満児・未就園クラスが不向きな場合もあります。また、民間の幼稚園などは、そのまま年少への就園を念頭においているところもあるため、どこを選ぶかということに関しては情報の収集をお勧めします。

#### ② 集団が苦手なため就園を遅らせるべきか

これも、保護者の方が陥りがちな誤解です。例えば就園時期を1年遅らせて年中から入園しようか、という迷いです。不得意な子であればあるほど、自力で身につけるのは難しいし、場に慣れるのに時間がかかるため、もし入園を遅らせればますますできないことがそのまま足踏み状態になります。先ほどと同様に、逆に得意な子の場合年少の1年間で急激な成長がみられるため、差は縮まるどころか大幅に広がります。ただ保護者の強い意向や他の保護者側のメンタルの問題など、何らかの事情で就園を遅らせないといけないことがまれにあります。そういった状況でも、保護者と支援者（園・健診スタッフ）の関係が完全に断絶しないように、間をとりもつような役割が相談員には求められます。

### ③ 療育クラスではなく、普通の園に行きたい。

発達に遅れがある保護者からよく受ける相談です。子を育てる親の強い思いとして、他の子と同じように普通に育てたい、という思いを持たれるのが保護者です。この要望には、一般の園ではどの程度のこと求められるのか、今の該当児の発達の状況、そして実際の現場でどの程度の園スタッフが成長を促すための個別の対応をしてくれるのか（もしくはできないのか）、といった点から、療育クラスに行くことのお得感を説明することが有効です。また、必ずしも普通保育の道が閉ざされたわけではない、という将来の希望の道筋も保護者とともに思い描くことが重要です。

### ④ つまり、この子は異常ということになるのでしょうか。

相談員にとってチャレンジングな問いです。保護者としては、「いえ、異常ではありません、大丈夫です」という言葉がほしくて、投げかけることがあります。どうしても保護者は、「正常」か“異常”か、もしくは“完全に解消する”か“このまま成長がストップする”か、という二元論に陥りがちです。3歳児健診に限らずどの時期にも共通することですが、保護者の不安からくる心理的圧力に引きずられることなく、該当児についてについて何が得意で不得意か、というグラデーションを確認しあう方向に、視点に転換することが求められます。そういった点でも、広くアセスメントを丁寧に実施し、将来の成長のために保護者とともに今のありのままの状態を確認することはとても大事になってきます。将来の見通しについて、よく使う言説は「体質だから苦手なことは劇的には変わらないが、行動は身につけることができるため、確実に成長していく」といったことです。

### ⑤ 幼稚園・保育園の選択について

健診スタッフは、公共機関に所属するという立場上、私立の保育園や幼稚園について、どの園が該当児にふさわしいかといったことに関しては、言及することができません。相談員は、どの程度就園先の情報についていけるか、ということに関しては未知ですが、例えば、園の方針、教室の構造、スタッフの経験、加配の制度、カリキュラムなどの情報を事実として保護者に示すことはできます。また最終的には、保護者が決定することなので、保護者自身に何度も見学に行かれることをお勧めします。見学のタイミングは、運動会や学芸会などの行事ではなく、むしろ練習の様子や、普段の平常の園での取り組みなどを見学することをお勧めします。その事前情報として、どういった環境が該当児にふさわしいのか、チェック項目を相談員と確認することは可能です。

#### 【引用文献】

- Campbell SB & Ewing LJ (1990) Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*, 31(6), 871-889.
- DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL & VanBrakle J (2001) Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(5), 508-515.
- 小枝達也 (2008) 発達障害と乳幼児健診 (特集 妊産婦健診・乳幼児健診) 母子保健情報 (58), 82-85.
- 中島俊思・大西将史・伊藤大幸・野田航・望月直人・高柳伸哉・染木史緒・大嶽さと子・瀬野由衣・林陽子・辻井正次 (2013) 小児の精神と神経, 53(1), 47-57.
- 中島俊思 (2017) 科学研究費若手 B「3歳児健診における ADHD 傾向把握のための行動指標パッケージの開発」研究成果報告書
- 杉山登志朗 2000 発達障害の豊かな世界 日本評論社

## 5. 5歳児健診と就学時健診

1歳半、3歳と発達に重要な年齢・月齢において発達障害に関するチェックは自治体でなされているものの、全てをフォローすることは難しい現状もある。そこで、小学校入学後の支援のために就学する前の5歳児健診や就学時健診が活用される。本章では、これらの健診でわかることを紹介する。

### 5-1 5歳児健診

#### (1) はじめに

近年、世界的に発達障害支援への関心が高まるなか、我が国では2004年に発達障害者支援法<sup>1)</sup>が成立した。発達障害者支援法では発達障害の早期発見、発達障害児に対する早期支援を地方公共団体の責務として定めている。文部科学省が2012年に実施した「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」の結果では、学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒の割合は6.5%（推定値）<sup>2)</sup>であり、同省が2015年に実施した「通級による指導実施状況調査」の結果では、通級による指導を受けている発達障害のある児童生徒数は、41,986人であり、2006年度の約6.1倍<sup>3)</sup>であった。発達障害者に対する適切な支援がなされない場合、その特性により生じる問題に周囲が気付かず無理強い、叱責などを繰り返すことで失敗やつまずきの経験が積み重なり自尊心の低下等を招き、更なる適応困難、不登校や引きこもり、反社会的行動等、二次障害が生じることがある。2017年1月に発表された総務省勧告<sup>4)</sup>では、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進を図る観点から、発達障害者支援法に基づく施策として、発達障害の早期発見、情報の引継ぎ、専門機関の確保が課題として挙げられた。

2013年全国市区町村調査では自治体の規模に関わらず、9割以上の自治体が「発達の遅れや発達障害」を乳幼児健診における優先健康課題としていることが報告されている<sup>5)</sup>。しかしながら一方で、法定健診による1歳半、3歳時の乳幼児健診では、注意欠如・多動性障害(ADHD)や学習障害(LD)、知的な遅れを伴わない自閉症スペクトラム障害(ASD)などでは発見が困難であることが述べられている<sup>6,7)</sup>。さらに、表5-1に示すように、2000年以降日本ではASDの大規模な疫学調査は行われていない。

表 5-1 日本における ASD の疫学調査<sup>8)</sup>

Author	Year published	Time period studied	Age range studied	Number of children in population	Criteria used	Methodology used	ASD prevalence (CI) /1000	IQ<70 (%)
Hoshino et al.	1982	1977	0 to 17	234,039	Kanner	Case enumeration and direct exam	0.23 (0.19-0.27)	NR
Ishii & Takahashi	1983	1981	6 to 12	35,000	Rutter	Case enumeration and direct exam	1.6 (1.2-2.8)	NR
Matsuishi et al.	1987	1983	4 to 12	32,834	DSM-III	Case enumeration and direct exam	1.55 (1.16-1.64)	NR
Tanoue et al.	1988	1977-1985	3 to 7	95,394	DSM-III	Case enumeration	1.38 (1.16-1.64)	NR
Sugiyama & Abe	1989	1979-1984	2 to 5	12,263	DSM-III	Population screen and direct exam	1.3 (0.7-2.1)	38
Honda et al.	1996	1994	1.5 to 6	8,537	ICD-10	Population screen and direct exam	2.11 (1.25-3.33)	50

このため、弘前市では幼児期の発達障害の早期発見および早期介入を目的として、2013年度より弘前市5歳児発達健診を実施し、弘前大学は受託研究として疫学調査「HFC Study (Hiroasaki Five-year-old children Developmental Health Check-up Study)」を行った。以下に詳細を報告する。

## (2) 弘前市5歳児発達健診について (HFC Study からの報告)

### 1) 目的

人口約 18 万人の中規模都市 (弘前市、174,106 人、2018 年 1 月 1 日現在) において、5 歳における発達障害 (自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動性障害、発達性協調運動障害、知的障害・境界知能) の早期発見を行うとともに、コミュニティベースでの疫学調査を実施し、自治体が行う発達障害者支援の政策に役立て、早期介入を実現する。

### 2) 調査方法

2000 年にアメリカ神経学会 American Academy of Neurology (AAN) が推奨した 2 段階のアルゴリズム<sup>9)</sup> に従ってプロトコルを作成した。これは第 1 段階として、すべての子どもたちに、とくに自閉症の発達サーベイランスとスクリーニングを実施し、あらゆるタイプの非定型発達のリスクがある子どもたちを早期に発見し、とくに自閉症のリスク高い子どもたちを特定する、そして第 2 段階として、他の発達障害と区別しつつ自閉症を診断し評価すること、としている。このため、HFC Study では、①市内在住の年度内 (例: 2016 年 4 月~2017 年 3 月) に満 5 歳になるすべての子どもたち、年間 1200~1300 名を対象に一次スクリーニング (質問紙) を郵送、配布し、回収後に 2 次健診の必要性を通知し、年間約 150 名の子どもに二次健診 (実測、質問紙による症状評価、面接など) を施行した。

健診の告知、家庭への郵送、回収はすべて自治体が行う。回収された質問紙のデータ入力には外部委託している。入力されたデータを大学で解析し、二次健診の対象者を選出する。その後、自治体から二次健診の通知が家庭に郵送され、参加日程の調整がなされる。二次健診は休日の大学病院を利用して行われている。健診のスタッフは、自治体職員 (保健師、保育士、看護師、事務) 及び大学職員と大学生 (医学科、保健学科、教育学部)、心理士である。なお、2014 年度より月齢の幅を小さくするために、発達健診を 2 期に分けて施行している (例: 5 月生まれのお子さんは、一次スクリーニングは当該年度の 6~7 月、二次健診は当該年度の 10~11 月に施行)。

### 3) 倫理的配慮

健診の実施、個人情報管理については、参加するすべての児の保護者が市長に同意書を提出した。また、調査に当たっては弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を受け、二次健診に参加した保護者に文書による説明と書面での同意を得た。

### 4) スクリーニングツールと症状尺度及び診断基準

一次スクリーニングとして、家族構成や収入などのアンケートに加え、表 5-2 に示す尺度を使用している。保護者及び所属園の教師が質問紙に記入し、自治体に返送した。

表 5-2 一次スクリーニングで用いられた質問紙

The first screening	Cut-off point
ASSQ : The High-Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire	$\geq 19$ or $\geq 8.5$
SDQ : Strength and Difficult Questionnaire (Parents)	$\geq 13$
SDQ : Strength and Difficult Questionnaire (Teacher)	M $\geq 18$
	F $\geq 13$
ADHD-RS : Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Rating Scale (Parents) 90%ile	M $\geq 19$
	F $\geq 14$
DCDQ : Developmental Coordination Disorder Questionnaire (Patients)	M $\leq 36$
	F $\leq 40$
PSI-C : Parenting Stress Index-Children's aspect (Patients)	$\geq 75\%$ ile

二次健診では小児科、精神科診察の他、表 5-3 に示す診断基準と評価尺度を使用し、鑑別診断を行っている。ASD と診断あるいは診断が疑われる場合は、自閉症評価の国際基準である ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-the second edition)、または ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) が研究ライセンス保有者により行われている。

表 5-3 二次健診における発達障害の診断基準と評価尺度

Diagnosis	Grounds of the diagnosis	Assessment tools to corroborate each Diagnosis
ASD	DSM-5 criteria *After check-up, ADOS-2 or ADI-R is carried out	DISCO-11 : The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders SP : Sensory profile AQ : Autism-Spectrum Quotient PARS-TR short version : Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale Text-Revision SCQ : Social Communication Questionnaire
AD/HD	DSM-5 criteria	Parents' <b>Conners3</b> : Conners 3rd Edition
DCD	DSM-5 EACD criteria	<b>MABC-2</b> : Movement Assessment Battery for Children, Total score $\leq$ 16 percentile (7 points)
ID/BI	DSM-5 *After check-up, Vineland-II is carried out	FSIQ of <b>WISC-IV</b> : Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition ID: FSIQ < 70, BIF: 70 $\leq$ FSIQ < 80

注) ASD : Autism Spectrum Disorder, ADHD : Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, DCD : Developmental Coordination Disorder, ID/BI : Intellectual Disability / Borderline intelligence

## 5) 調査結果

2013-2015 年度に 5 歳児発達健診に参加した子どもは総計 3804 名 (月齢平均 : 63 カ月) であった。一次スクリーニング返却数は 2923 名 (76.8%)、未返送は 881 名であった。スクリーニングから発達障害のハイリスク児として抽出された子どもは 607 名 (20.8%) であった。ハイリスク児 (対象児の 67.4%) および希望者 13 名を含む 440 名 (一次スクリーニング返送者の 15.1%) に対し、二次健診で知能検査や運動検査などの諸検査を行い、DSM-5 診断基準を用いて発達障害の診断を行った。有病率の推定は一次スクリーニング未返送者及びハイリスク児のうち二次健診未参加を除く 2725 名を母集団として算出した。

5 歳における ASD の有病率は 3.30% であり、ASD の 60.0% に注意欠如・多動性障害 (ADHD)、61.1% に発達性強調運動障害 (DCD)、40.0% に知的障害か境界知能の併存 (重複も含む) が確認された。海外の ASD の有病率を表 5-4 に示す。文化的に最も近い韓国の 8 歳の疫学調査において、有病率は 2.64% であり、割合の検定では我々の結果と有意差はなかった。



表 5-4 海外における ASD の疫学調査<sup>8)</sup>

Author	Year published	Time period studied	Age range studied	Number of children in population	Criteria used	Methodology used	ASD prevalence (CI) /1000	IQ<70 (%)
Lotter England	1966	1964	8 to 10	78,000	Kanner	Case enumeration and direct	0.45 (0.31-0.62)	84
Gillberg et al. Sweden	1991	1988	4 to 13	78,106	DSM-III-R	Case enumeration and direct exam	0.95 (0.74-1.95)	82, 80
Fombonne et al. UK	2001	1999	5 to 15	12,529	DSM-IV	Population screen and direct exam	2.61 (1.81-3.70)	44.4
Baron-Cohen et al. UK	2009	2003-2004	5 to 9	5,484	Special Education Needs register	Case enumeration from survey and direct	15.7 (9.9-24.6)	NR
Kim et al. SouthKorea	2011	2005-2009	7 to 12	55,266	DSM-IV	Case enumeration from survey and direct	26.4 (19.1-33.7)	59
CDC ADDM Network Christensen et al. USA	2016 2015	2012 2010	8 4	346,978 58,467	DSM-IV, ICD-9-CM or DSM-IV-TR	Case enumeration and record review	14.6 (8.2 - 24.6) 13.4(12.5-14.4)	32 46

また、2013 年度（全 5 歳児数 1310 名）に二次健診に参加した 159 名（ハイリスク児の 70.4%）について、二次健診の診断（当該年度の有病率の推定は、ASD3.26%、ADHD5.52%、DCD4.29%）に基づき、1 歳半健診、3 歳児健診における健診結果を用い、クロス集計によって感度、特異度を算出した。表 5-5 に示すように、各発達障害の診断に関し、現行の乳幼児健診は感度が 50%以下であり、特に ADHD や高機能 ASD に対する早期発見が困難であることが明らかになった。障害が重複している児でも療育を開始しているのは 57%であった。これらの結果は小枝らの先行研究と同等の結果<sup>6,7)</sup>であり、10 年以上経った現在でも、乳幼児健診は地域によって早期発見が困難である状況が継続していることが示唆された。

表 5-5 2013 年度 5 歳児健診を受けた児の 1 歳半健診及び 3 歳児健診での診断の検証

	1歳半健診 感度	1歳半健診 特異度	3歳児健診 感度	3歳児健診 特異度
ASD	30%	92%	36%	92%
ASD(HF)	8%	98%	26%	92%
ASD(ID)	54%	45%	50%	77%
ADHD	11%	88%	21%	90%
DCD	36%	97%	45%	92%
重複	31%	91%	40%	91%

## 6) 事後支援

5 歳児健診で何らかの診断を受けた児は、その後弘前大学医学部附属病院の発達コホート外来で、定期的な検査、療育計画の話し合いが行われている。約 6 割の保護者が観察継続を希望し、コホート研究に参加している。必要に応じ、教育委員会、療育機関の他、かかりつけ医と連携し、適宜情報交換を行っている。

さらに、2014 年度よりペアレント・プログラム推進事業を開始、また、それまで療育機関のみが委託を受けていた巡回サポート事業に 2016 年度から大学が参入し、保育園での発達障害の早期発見に向けて、新たな取り組みを開始している。

## 7) 今後に向けて

5歳児健診で使用している質問紙や評価尺度は国際的に汎用されているものであるが、文化や生活スタイルなどを踏まえ、年齢や地域において信頼性及び妥当性について再検討される必要がある。弘前大学ではこれまで使用した質問紙についてすでに検証を行っている。有病率については同様の方法を用いて他地域で検証を行い、都市の規模や健診方法について更なる検討が必要と考える<sup>10-15)</sup>。

HFC Studyの結果を踏まえ、発達障害の早期発見、早期介入に向けて、弘前市は2018年度より従来の3歳児健診に発達健診を追加することとした。また、早期発見後の療育開始に備え、2017年度より未就学児対象の療育機関を追加し、受け入れ態勢の整備を行っている。今後は、個別のプロフィールに合わせた効果のある療育、すなわち幼児への教育の質の担保を保証する取り組みや保護者支援が課題となると思われる。

### (3) おわりに

弘前大学では、発達障害の早期発見、早期介入のために、2013年度から弘前市とともに5歳児健診を行い、疫学調査を行っている。調査によれば、幼児期のASDは約3%と推定されており、重複障害が半数以上に併存していることが明らかとなった。早期療育によりASD症状の改善や二次障害の予防が期待できることが世界的に明らかとなっており<sup>16)</sup>、今後もより早期に療育を開始するために、早期発見への取り組みを継続、前進させていく必要があると考える。

## 5-2 就学時健診

### (1) 就学時健診における課題

就学時健診は学校教育法に定められた規定により市町村教育委員会が実施しており、乳幼児健診からの接続のため乳幼児期の担当部署との連携が必要不可欠である。しかし一般的な課題として、異なる部署間での情報共有や乳幼児期と児童期における対応方針の違いなど、連携における困難さが課題となる。対象児のアセスメントにおいては、現在の心身の健康状態や日常生活での行動に加え、就学先における適応や教育効果の予測も考慮する必要があり、多面的な把握と将来的な見通しを踏まえた就学指導が求められる。また、対象児の把握と就学指導においては、当然ながら保護者の認識や協力体制の構築が重要となる。

ここでは就学時健診における「市町村教育委員会との連携」「対象児のアセスメント」「保護者との連携」の3つの視点から、特に発達障害に関連する児童への就学時健診において、巡回相談担当者の果たしうる役割について検討する。

### (2) 市町村教育委員会との連携

乳幼児健診から就学時健診への接続は、“切れ目のない支援”体制の構築に向けた重要な課題となるが、単発の就学時健診という場のみを取り上げて改善することは難しい。そのため、年長児など就学前の児童に関して、就学時健診に向けた乳幼児・子育て担当部署と市町村教育委員会で情報の共有と就学後の支援の引継ぎなど、「共通の枠組み(プラットフォーム)」を用いた情報共有・連携のシステムを構築することが基盤となる。地域の施設や保育・教育等の専門家への間接的支援を求められる巡回相談担当者として、就学時健診に関して果たすべき役割は非常に大きい。

具体的な連携にあたっては各地域の実態や各施設の特徴などを鑑みることが必要であるが、一般的に以下のポイントが挙げられる。

- ・ 教育委員会担当者との定期的な連携の機会設定による「共通の枠組み」の構築(園等での巡

回支援同行、各種研修会、就学時健診準備会議等による情報共有・交換)

- ・ 日常生活における適応行動など、共通の視点をういた対象児の理解と情報共有（TASP（本テキスト 6-3）等の活用）
- ・ 園等での日常生活における行動特徴や集団適応に関する共有（乳幼児健診・園等での関わりなどのアセスメント・支援等の情報の引き継ぎ）
- ・ 対象児への支援方針に関する引継ぎ（JASPER（本テキスト 6-1（2））など対象児に有効であった支援、効果的な関わり方の引き継ぎ）
- ・ 保護者との協力体制作り（保護者の不安への理解・対応、ペアレント・プログラム（本テキスト 6-2 参照）の視点に関する理解・共有）
- ・ 引き継いだ情報の活用の仕方（保護者への説明や同意の取得、担任教師への引き継ぎ等）

### （3）対象児のアセスメント、保護者との連携

就学時健診においては簡易版の知能検査が用いられ、知的障害に関しては概ね把握がなされている一方で、情緒・行動面に関しては各自治体の取り組みに任されている。また、健診の場における評価だけでなく、日常生活の様子や就学後の新しい環境・集団生活への適応を予測が重要である。これらについては TASP の活用等（6-3）を参照されたい。

客観的な判定が困難な発達障害傾向に関して、対象児の日常生活の様子をみている保護者の情報は有益であり、また対象児の身近な理解者・支援者としての保護者の役割も大きい。乳幼児期においてすでに支援につながっている場合には、就学後の適応という視点から改めて保護者の理解と協力、学校との連携を確認する機会とする。

一方で、対象児に気になる様子がみられても保護者の認識・関心の不足により、対象児の特徴や生活での行動が適切に把握できない可能性もあり、就学時健診で初めて発達障害の傾向が把握されるケースもある。就学指導においても、保護者の理解や協力体制が得られなければ、適切な就学先の選択や教育効果につながらない。そのため、対象児の日常生活に即した困り感の把握や個別的特徴の把握と対応策の検討など、保護者に分かりやすくかつ対象児の成長を支える視点の提供といった、これまでの取り組みにおけるポイントが引き続き重要となる。保護者への説明においては、巡回相談担当者が直接保護者に関わらなくとも、上記の方針で取り組めるように就学指導委員会等にコンサルテーションを行うことも有効であろう。保護者との協力体制づくりに関するコンサルテーションについては、先述のペアレント・プログラムの視点等（6-2）も参照されたい。

### （4）まとめ

就学時健診やそれに向けた各部署の連携体制づくりは、地域の各施設とつながっている巡回相談担当者の力を存分に発揮する機会でもある。すなわち、対象児のアセスメント・支援方法の検討や保護者との連携に加え、乳幼児・子育て担当部署と教育委員会との連携を促す役割が強く求められる（図 5-1）。行政・部署の文化や慣例を越えた、対象児への教育効果の最大化や保護者が安心して地域機関と連携がとれるシステムづくりが、効果的な就学時健診の基盤となる。



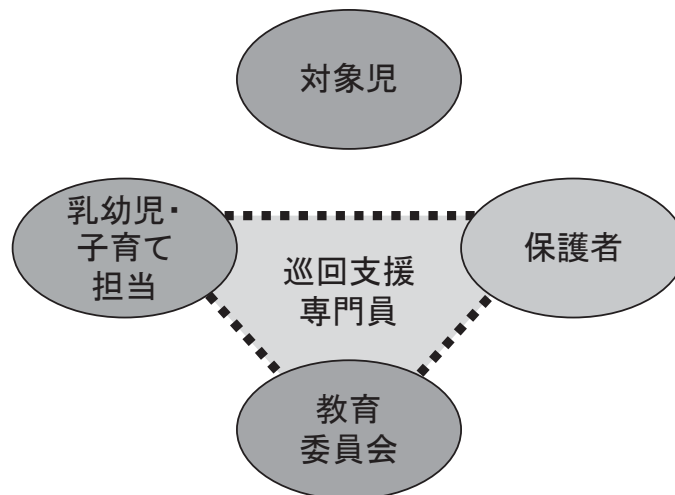


図 5-1 就学時健診に関して連携を担う巡回相談担当者の役割

#### 【引用文献】

1. 発達障害者支援法（平成十六年十二月十日法律第一六七号）  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/001.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/001.htm), 2004
2. 文部科学省，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  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/\\_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf), 2012
3. 通級による指導実施状況調査  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/\\_icsFiles/afieldfile/2017/04/07/1383567\\_03.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2017/04/07/1383567_03.pdf), 2015
4. 発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告，[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000458761.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000458761.pdf), 2017
5. 山崎嘉久，小児保健の課題と展望：「健やか親子 21（第 2 次）」の達成に向けて（特集 これからの小児保健を考える），小児科，56(5):679-87, 2015
6. 小枝達也，発達障害児の早期診断と早期介入について 注意欠陥/多動性障害と学習障害の早期発見について-鳥取県における 5 歳児健診の取り組みと提案-，脳と発達，37(2):145-9, 2005
7. 小枝達也，関あゆみ，前垣義弘，ちょっと気になる子どもたちへの理解と支援-5 歳児健診の取り組み（特集 就学前支援の実践と課題），LD 研究，16(3):265-72, 2007
8. Center of Disease Control and Prevention (CDC). Summary of Autism Spectrum Disorder (ASD) Prevalence Studies. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/documents/ASDPrevalenceDataTable2016.pdf>, 2016
9. P.A. Filipek, et al. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. NEUROLOGY ;55:468-479, 2000
10. 齊藤まなぶ，他，5 歳児発達健診における発達障害の疫学，日本生物学的精神医学会誌 Vol.27, No.2, 2016
11. 齊藤 まなぶ，他，5 歳児健診の現状と課題，児童青年精神医学とその近接領域 57(2) 254-260, 2016
12. 齊藤まなぶ，他，自閉症スペクトラム障害の早期発見—5 歳児健診，臨床心理学 第 1 6 巻第 2 号, 2016
13. 足立匡基，他，ASSQ 短縮版の 5 歳児適用における妥当性，児童青年精神医学とその近接領域 57 ( 4 ) ; 603-617, 2016
14. Takayanagi N, et al.: Psychometric properties of the Japanese ADHD-RS in preschool children. Res Dev Disabil.;55:268-78, 2016
15. Takahashi M, et al.: Coordination difficulties in preschool-aged children are associated with maternal parenting stress: A community-based cross-sectional study. Res Dev Disabil. Aug 30;70:11-21,2017
16. Dawson G, Bernier R. (2013). A quarter century of progress on the early detection and treatment of autism spectrum disorder. Development and Psychopathology 25 , 1455-1472.

## 第2部 巡回相談支援の実際

第2部では、巡回相談支援を行うにあたって有効な技法を紹介する。

発達障害の診断の有無に関わらず、子どもが所属している園や施設で支援を提供できることは、インクルーシブな支援を実践する上で重要なことである。特に就学前の段階では、子どもの社会性の発達を育み、他の子どもたちや大人と物事を共有することを楽しいと思えることに重点を置きたい。また、子ども支援と同時に保護者支援のスタートを切ることも重要である。支援の基盤として見落とされがちな構造化と保護者の認知（考え方）に働きかける方法について紹介した。また、「巡回支援の実際」では、実際に効果的な取り組みを続けている自治体について紹介した。自治体が主体となった枠組みについて、工夫が見られる地域・取り組みである。

## 6. 3歳～就学までの子ども支援・保護者支援

3歳時点まででなんらかの支援の必要性が明らかになった子どもには、保育園・幼稚園・認定こども園などに通う中でサポートを受けながら集団に馴染んでいくようにする、集団を経験しつつ個別支援を併用する、療育機関・医療機関等で集中的に個別支援を受ける、といったあり方が考えられる。それぞれのカテゴリでの支援や子ども理解のポイントを説明する。

### 6-1 支援の基盤としての環境調整（構造化）

発達障害の支援においては、いろいろ方法がある。大雑把にわけると、発達障害のある本人への支援、家族への支援、学校などでの教育的支援、医療における診断や薬物療法、就労や年金などを含む社会福祉的支援がある（図 6-1）。発達早期においては、特に発達障害のある子ども自身への心理学的介入と家族への心理学的介入が重要である。ここでは、特に発達の早期において重要な支援として、家族支援としての保護者フォローと子ども本人への支援の基盤としての構造化について述べる。

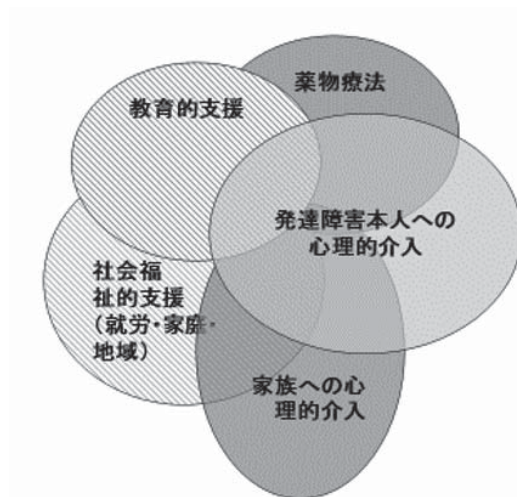


図 6-1 発達障害への支援の概念図

早期支援において重要なのは、もちろん本人への心理的介入であるが、発達障害の支援を車にたとえるなら、本人への支援と保護者への支援は、その両輪であると考えられる。発達障害において子どもへの直接介入以上に重要である。発達障害では日々の対応が重要であり、保護者を中心とした家族は心理士以上に子どもの良きセラピストとなる。現在、保護者への支援としては、ペアレント・トレーニング（以下、ペアトレ）が開発されている。ペアトレとは、応用行動療法に基づき、親に子どもの行動の見方や関わり方を教え、対応方法を変えることで子どもの行動を変えようとする方法である。現在では、地域で子育て支援の枠組みとして保護者支援が行えるよう、「ペアレント・プログラム」（以下、ペアプロ）も開発され、各地で実践が進められている（ペアレント・プログラムについては 6-5 参照）。ペアプロは、保護者の、子どもや自分に対する否定的な認知を、客観的・肯定的な認知に変えていくことに重点をおいている。こうした保護者支援が日本全国、医師や心理士等の専門家が少ない地域でも普及していくことが望まれる。また、保護者自身が子どもへの対応について、心理士に相談を継続していることも多い。特に子どもが不登校や引きこもりの場合、親が発達障害に応じた対応をすることで子どもが変化することも多く、そのためにも保護者への確な発達障害と子どもの独自の特性および、具体的な対応方法を教えることが必要である。

### (1) 発達障害のある人の自己評価

発達障害のある人の自己評価に、親の子どもへの評価が大きく影響していると感じる。自閉スペクトラムの症状がかなり重く、社会性が乏しく実際生活がうまくいっていない人でも、家族が、発達障害の特徴を子どもの個性として、時には、その個性をユニークでかわいいと受けとめれば、自己評価は高く保たれる。一方、無理に家族の考える「普通の子ども」にしようと叱咤激励して育てると、自己評価の低い自信のない子どもや成人に成長する気がする。こうした子どもや成人に出会うと、発達障害の特徴の支援の前に、その自己評価を回復させることに苦勞し、回復が大変難しく、そのためのその人の生活や人生にさまざまな問題が生じていると考えられる。社会性の乏しさという自閉スペクトラム症の症状以外にも、多動であることで、常に叱責を受けたり、時には体罰を受けているような子どもにも、やはり自己評価が低い、また、大人全体への不信感がみられ、その一部は非行などの問題行動につながるかもしれない。家族にありのまま受容されていると、自己肯定感をあまり低下させることはなく、また、人間への信頼感がはぐくまれる。

家族、特に、親子関係は、発達障害の人にとって大きな影響があるので、子どもへの対応に関して、保護者支援を行うことは非常に重要といえる。その大切な保護者支援には、現在、ペアトレ、ペアプロ、発達障害についての心理教育、個別の子育てに関するカウンセリング、ピアカウンセリングであるペアレントメンターなどの方法がある。

ペアプロは、子どもの「行動」をみるという親にとっては大きな認知の変化を求める。今まで、子どもを「明るい子」「頑固な子」「だらしない子」とイメージでとらえていた親にとって、子どもを行動でみようとし、子どもの行動をよく見るようになっていく。第2に、ほめるポイントとなる「好ましい行動（ペアプロではよい行動）」を見つける練習をし、また、「好ましい行動やよい行動とは、人より優れているところや集団の中で1番であるということでない、日常生活が普通に回るようにする行動、例えば、朝起きる、着替えるといった、適応行動である」という認知の転換ができていく。「好ましい行動をほめる」というほめるスキルを、子どもの発達早期に親が身に着けておくことは、その後の親子関係を豊かにし、大きな問題は生じなくなると考えられる。子どもを行動のレベルで把握し、そのよいところを発見でき、それをほめることを幼児期から実施していれば、それ以上のことは必要ないと考えられる。(ペアレント・プログラムについては6-5参照)

### (2) 本人への支援の基盤としての構造化

発達障害の支援の基盤として、構造化による環境調整がある。環境を構造化するだけで、発達障害の子どもの行動を改善することができ、問題と考えられていた落ち着きのなさや多動、不注意、パニックなどがなくなることも多い。構造化は、ノースカロライナ大学 TEACCH 部において自閉スペクトラム症の特性に合わせて開発されたものだが、他の発達障害や知的障害の子どもや大人にも有効である。構造化は、なにをする場所か、予定などを視覚的に示す方法であり、発達障害の人へ、環境の意味を教えること目的とする。構造化で伝えるべき情報は、①どこで (Where) ②いつ (When) ③なにを (What) ④どれだけ、いつまで (How much) ⑤どのようなやり方で (How to do) ⑥終わったら次に何をするのか (What's next) の6つである。こうした情報を伝えるのは、ASD の人は、目に見えないもの、抽象的なことを考えることが不得意だからで、この6つの情報を伝えるために、4つの構造化の方法がある。

1. 物理的構造化：空間と活動を1対1で対応されることで活動の見通しを示す、つい立てなどで刺激を遮断する、置き場所や整理する場所を示す
2. スケジュール：時間という目に見えない流れを視覚化する

3. タスクシステム：個々の活動の見通しを示す
4. 視覚的構造化：課題や活動のやり方を示す

構造化は苦手なことを補うメガネともいえる。これによって、発達障害の人は環境を理解して安心して落ち着いて行動したり、学習をすることができたりと、その人らしく生きていける。TEACCHの理念は、自閉スペクトラム症の人たちの視点に立つことでコミュニケーションを深めていくことであり、決して、多数派（自閉症以外の人）のやり方に合わせることではない。

以下に、保育園などの幼児の施設で使われている構造化の例を紹介する。

- ① 物理的な構造化：場所と活動を1対1対応させる、例えば、遊び場所、給食を食べる場所をわけるなど、また、場所の境界を明確化すること、例えば、机は課題、テーブルは給食、赤いマットは休憩、青いマットは着替えなどと決めておくことで、ここでは何をするのかという情報を伝える。また、整理整頓しやすいように、園カバンなどをどこに何を置くのかなどを示す。

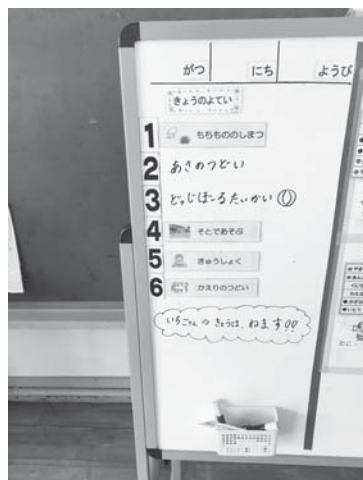


(刺激を少なくした空間)



(続きの課題を置く場所：課題が切れない子に効果的)

- ② スケジュール：発達障害の子どもは見通しを持つことが苦手であり、予測が立たないことに対して強い不安を感じる。こうした不安を与えないよう、「いつ」「なにをする」「これが終わるとなにがあるのか」といった情報を「視覚的」に伝える。子どもにわかりやすいように、文字だけでなく写真や絵を添えると効果的。



(クラス全体の一日スケジュール)



(簡単な個人のスケジュール)



- ③ タスクシステム：課題の流れを一定にし終わると、フィニッシュボックスに入れるなどの方法で、「なにを」「どの順番に」やるのかを視覚的に伝える。「終わり」をしっかりと示す。

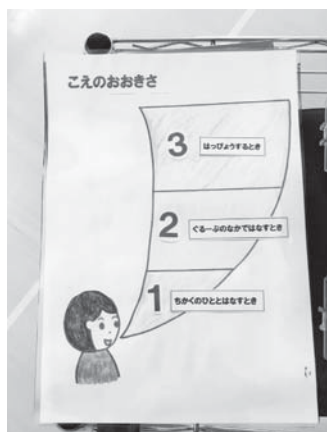


(給食の用意の手順)



(プレイ後の手順)

- ④ 視覚的構造化：指示などをや文字による指示手順書などを使って、「どのようにやるのか」「何が欲しいか」などの多様な情報を視覚的に伝える。



(声の大きさの指示)



(おもちゃの要求)



(静かにしようの指示)

構造化された指導では、視覚的に情報を示すことが原則である。これは、子どもが確認したい時に、いつでも自分で視覚的情報を見て行動に移せるので、結果として、子どもの自立的な行動を促すことになる。他の指導上の注意点としては、子どもが理解しやすく興味をもつためには、何を使って情報を伝えるかも重要になる（実物か、絵か、写真か、文字かなど）。指導の題材には、子どもが興味をもつものを使用することも大切である。

## 6-2 効果的な子ども支援のためのカテゴリー別アプローチ① 集団に所属しながら支援を行う（保育園・幼稚園・子ども園）：保育士による「共同注意と遊びをのばすプログラム」

### (1) 共同注意と遊びをのばすプログラム

子どもが集団生活を始めたばかりのこの年代で重要なのは、ほかの子どもや大人と、自分/他者の興味関心のあるものを共有すること（共同注意）と、ほかの子どもと楽しく遊べることである。「共同注意と遊びをのばすプログラム」では、集団になかなか馴染めない子どもを対象に、保育士が週1回程度の個別の関わりと日常生活の関わりを併用しながら、子どもの共同注意と遊びを伸ばしていく。基本的にはJASPER（後述）を基にしたプログラムである。

「共同注意と遊びをのばすプログラム」では、学習用のプリントを使い、共同注意とは何か、対象児と遊びをどのように作るかを学びながら実践する。また、資料は、日常の保育の中でも共同注意と遊びを意識した視点をもてるよう構成されているため、各回の前に、対象児がどの程度、日常生活で共同注意や遊びを示したのか、確認することができる。

プログラムの構成は下記の通りである（表 6-1）。

表 6-1 「共同注意と遊びをのばすプログラム」の内容

事前準備	子どもの共同注意・要求行動・適切な遊びを知るためのアセスメント ※後述するSPACEに基づいて子どもの状態のチェックを行う。
第1回	遊びのマネをしよう 子どもの遊びの行動を細かく捉え、ひとつひとつの動きや言葉を真似しながら、子どもの遊びに加わる。
第2回	遊びのモデルを示そう 子どもの遊びの段階から考えて、次にできると良いと思われる遊び方やオモチャの使い方について、言葉での指示（「～して」）ではなく、大人がモデルを示す。
第3回	共同注意の行動をマネしよう・モデルを示そう 真似をすること・モデルを示すことを、遊びだけではなく共同注意の行動についても行う。子どもによっては共同注意の行動が見られない場合もあるので、大人が意識してモデルを示していく。
第4回	遊びの環境を整えよう 子どもがこだわりすぎず使えるオモチャを選定し、遊びに集中しやすい環境を作る。事前のセッティングだけでなく、遊んでいる最中も子どもの周りの環境に気を配る。
第5回	遊びのルーティンをつくろう 子どもが自発的に行う遊びの中に流れ（ルーティン）があることをつかみ、その流れを意識的に繰り返し、さらに発展させていく。
第6回	より良いルーティンをつくるための4つのポイント 4つのポイントを意識しながら、遊びのルーティンを作る。
第7回	子どもの言葉（コミュニケーション）を増やそう 子どもの発語のレベルを理解し、大人が子どもの発語に合わせる（多くの場合、大人が話しかけすぎていること）を意識する。
第8回	子どもに合わせた言葉かけをしよう 子どもの発語のレベルに合わせて、言葉の真似・モデルを行い、子どもの言葉を伸ばしていく。（発語が少ない子どもの場合）
第9回以降	実践しよう 1～8回の内容を意識して、子どもの社会性を伸ばすように関わり（遊び）を続ける。

使用するプリントの例を図 6-2 に示す（抜粋）。

### 実践のポイント

- 慣れるまでは、子どもの動き・保育士の動きのそれぞれを振り返る時間を持たせた方が良いため、各回の個別の関わりをビデオ録画することを勧める。この場合、保護者の了解が必要となるため、園外には出さないことや使用の目的を説明できると良い。
- 保育士は、子どもの遊びや共同注意の行動を日々の保育の中で多く体験しているのと対象的に、養成課程や研修等で系統立ててそれらを学んでいることは少ない。そのため、こうした個別の関わりには戸惑いが強いこともあるが、日常の具体例を示しながら進めると理解がスムーズになる。
- 子どもに合った遊びや関わりを保育士が自由に発想できるように、保育士のアイデアを聞きながら進めると、日常の保育における関わりが効果的なものとなる。

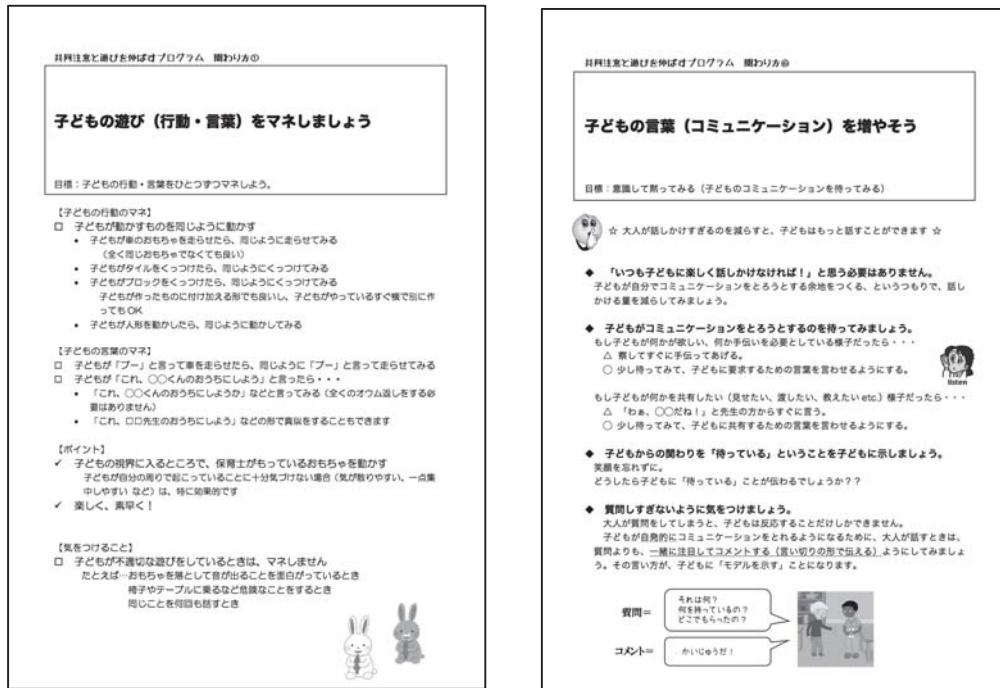


図 6-2 「共同注意と遊びをのばすプログラム」で用いるプリント

### 6-3 効果的な子ども支援のためのカテゴリー別アプローチ② 集団生活を視野に入れつつ、個別の支援を行う（児童発達支援センターなど）：JASPER を用いた支援

#### （1）JASPER（ジャスパー）とは

JASPERとは、Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulationの略称であり、社会性の難しさ（自閉症スペクトラム：ASD）のある子どもを対象にした、共同注意、象徴遊び、関わり合い、感情調整に焦点をあてた支援技法である。UCLAのKasari教授らによって開発され、特に子どもの自発的な関わりをのばすこと、無発語～数単語の子どもの言葉をのばすことに効果が実証されている（Goods et al., 2013）。

#### （2）共同注意と遊びを知るためのアセスメント：SPACE（スペース）

まずは、実践に先立ち、子どもの共同注意と遊びをアセスメントすることが必要となる。このアセスメントには、SPACE（Short Play And Communication Evaluation, Shire, 2016）を用いることが推奨される。SPACEは、決められたおもちゃを使って、子どもが自発的に行うことができる遊びと共同注意、および共同注意と区別すべきものとして要求行動を評定することが目的である。全部で15～20分程度で終了する簡易なアセスメント方法である。実施時の様子を図6-3、SPACE全体の手順を図6-4に示す。



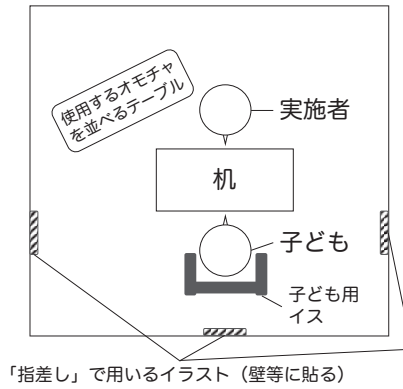


図 6-3 SPACE 実施時の配置

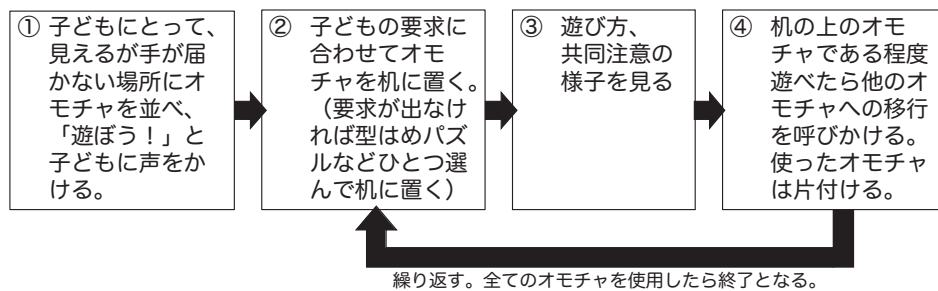


図 6-4 SPACE 全体の手順

図 6-4 における③で提示するおもちゃと観察する内容は、表 6-2 の通りである。

表 6-2 SPACE で提示するおもちゃと観察する内容

- おもちゃセット1:型はめパズル、トラック、箱に入った積木  
主に、単純遊び・組み合わせ遊び・共同注意の様子を観察する。
- おもちゃセット2:ドールハウスセット(家、人形2、動物2、テーブル1、イス2、ベッド2、ベッド用布団セット1、ティッシュ1)、クッキーセット(マジックテープ仕様のクッキー、フォーク2、スプーン2、ナイフ1、皿2)  
主に、前象徴遊び・象徴遊び・共同注意の様子を観察する。
- ボール:ボールを子どもに渡す  
主に、共同注意の様子を観察する。
- シャボン玉:シャボン玉を目の前で吹いてみせ、容器のフタを閉めて子どもに渡す  
主に、共同注意・要求行動の様子を観察する。
- ゼンマイおもちゃ:子どもの手の届かないところでゼンマイおもちゃを動かす  
主に、共同注意・要求行動の様子を観察する。
- 指差し用イラスト3枚:子どもの左右と後ろにはったイラストを驚いた様子で指差す  
主に、共同注意への反応の様子を観察する。

※順番はこの通りでなくて良い。子どもの要求に合わせて提示する。

以上のおもちゃや指差しを用いて、子どもの共同注意、要求行動、遊びの段階を観察する。それぞれの細かいポイントは下記の通りである。共同注意、要求行動は回数を、遊びの段階は見られた遊びの種類数を数えて、所定の記録用紙(図 6-5)に記録する。

共同注意として把握するポイント

- ・ 大人の指差しに対して適切に反応することができるかどうか
- ・ 共有のために大人と対象物（オモチャ）を交互に見る（三点注視）かどうか
- ・ 共有のために大人に対象物（オモチャ）を指し示すかどうか
- ・ 共有のために大人に対象物（オモチャ）を見せるかどうか
- ・ 共有のために大人に対象物（オモチャ）を渡すかどうか

要求行動として把握するポイント

- ・ 自分が欲しいものを大人に要求するために手を伸ばすかどうか
- ・ 自分が欲しいものを大人に要求するために指差しをするかどうか
- ・ 自分がしてほしいことを大人に要求するために対象物（オモチャ）を渡すかどうか

遊びの段階として把握するポイント

- ・ 単純遊び：オモチャを単体で動かす、開閉するなどの単純な遊びをするかどうか
- ・ 組合せ遊び：2つ以上のオモチャを組み合わせる遊びをするかどうか
- ・ 前象徴遊び：人形を動かす、ふり遊びをするなどの前象徴的な遊びをするかどうか
- ・ 象徴遊び：人形を生きているかのように動かす、ごっこ遊びをするなどの象徴的な遊びをするかどうか

SPACE 記録用紙

実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )

対象児 \_\_\_\_\_ ( 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 )

実施者 \_\_\_\_\_

【子どもが示したスキル】(SPACE の実施中に見られたスキルのすべてに○をつけてください)

要求のスキル	共同注意のスキル	遊びのスキル
要求のために手を伸ばす なし 1回 2回以上	指差しへの反応 なし 1回 2回以上	単純遊び なし 1,2 種類 3 種類以上
要求のために渡す なし 1回 2回以上	共有のために見る なし 1回 2回以上	組合せ遊び (1対1) なし 1,2 種類 3 種類以上
要求のための指差し なし 1回 2回以上	共有のための指差し なし 1回 2回以上	組合せ遊び (全般的・物理的・日常的) なし 1,2 種類 3 種類以上
	共有のために見せる なし 1回 2回以上	前象徴遊び なし 1,2 種類 3 種類以上
	共有のために渡す なし 1回 2回以上	象徴遊び なし 1,2 種類 3 種類以上

【子どもの目標となるスキル】(○をつけてください)

- ・ 要求のスキル … 手を伸ばす 渡す 指差し
- ・ 共同注意のスキル … 反応 見る 指差し 見せる 渡す
- ・ 遊びのスキル … 単純 組合せ (1対1) 組合せ (全般的・物理的・日常的) 前象徴 象徴

Shire SY, Shih W, Chang YC, & Kasari C (2016) Short Play and Communication Evaluation: Teachers' assessment of core social communication and play skills with young children with autism. Autism, online. 本用紙を印刷して複製・複製することを禁じます

図 6-5 SPACE の記録用紙

以上の観点で子どもが自発的にできる共同注意・要求・遊びの行動を把握し、これから伸ばしていきたい行動（目標）を設定する。それを踏まえて、JASPER の支援介入を行う。

(3) JASPER の枠組み

JASPER には細かい技法がいくつかあるが、大まかには、以下の 6 つで構成されている (表 6-3)。毎回の個別の支援介入の中で枠組みの全てを意識した関わりを行うことで、子どものターゲットである共同注意や要求行動、遊びを伸ばしていく。

表 6-3 JASPER を構成する 6 つの枠組み

1 環境設定 Environmental Arrangement	子どもが遊びに集中しやすい環境を作る。セッションを行う場所の広さ、視界に入るもの、目の前に置くおもちゃ、といったことに気を配る。
2 模倣とモデリング imitation and modeling	子どもが自発的に行った機能的な遊びや共有のための行動を即座に模倣すること、子どもが機能的でない行動をしている際には遊びのモデルを示すことによって、遊びのルーティーンを作る。
3 ルーティーンの形成 routine	模倣とモデリングを重ねることで、短い流れのある遊び(ルーティーン)を作る。子どもの遊びの段階に即した流れを作れるようにする。
4 言葉かけの技法 language technique	子どもの発語のレベルに合わせて言葉を発するようにする。(無発語・単語の子どもには単語で、二語文の子どもには二語文で言葉を伝える)
5 拡大 expansion	子どもが完全にできる遊びと、出始めたばかりの遊びを組み合わせ、子どもの遊びの幅や段階が広がっていくようにする。
6 共同注意と要求を引き出す programming joint attention and requesting behavior	テンポよく遊んでいるところにわざと間を置いて注目を促す、実際に指さしの形を作らせる、などの技法を通して、共同注意と要求行動を子どもが行う機会を増やす。

これらに加えて、「感情調整 regulation」も子どもの様子に応じて実践が必要である。感情調整の技法を用いるためには、応用行動分析で用いられる 4 つの行動の機能（物や活動を得る、注目を得る、回避する、感覚を得る）を理解する必要がある。

#### 実践のポイント

- ・ 現在のところ、JASPER を実施するためには、すでに JASPER に取り組んでいる者による指導・トレーニングが必要である。
- ・ 個別支援で JASPER を行いながら療育・保育園等の集団も経験していく場合、個別の JASPER による介入の中で行っていることを集団の担当者にも伝え、日常生活場面でも共同注意や要求行動などを引き出す関わりを行うよう、連続性をもたせたものになるように工夫する。

### 6-4 効果的な子ども支援のためのカテゴリー別アプローチ③ 個別の療育を行う（発達障害者支援センター、医療機関など）

発達障害のある子どもは例え同じ障害名の診断を受けていたとしても、個々の障害特性や性格・行動特徴は実に多様である。そのため、個別の療育を行い、子どもごとの特性や心身の状態、適応行動、発達の過程など、多角的な把握をもとに適切な療育を提供することが望まれる。児童発達支援ガイドライン（厚生労働省、2017）では障害のある子どもへの「本人支援」として、発達の側面を考慮し、心身の健康や生活に関する領域「健康・生活」、運動や感覚に関する領域「運動・感覚」、認知と行動に関する領域「認知・行動」、言語・コミュニケーションの獲得に関する領域「言語・コミュニケーション」、人との関わりに関する領域「人間関係・社会性」の 5 領域を提示している。「本人支援」の大きな目標は、「障害のある子どもが、将来、日常生活や社会生活を円滑に営めるようにする」ことである。5 領域とそれぞれの目的を図 6-6 に示す。そのため児童発達支援センター等で行われる本人支援は、保育所等に引き継がれていくものとしている。ここでは子ども本人への個別療育として実施する支援の一部を抜粋して紹介する。

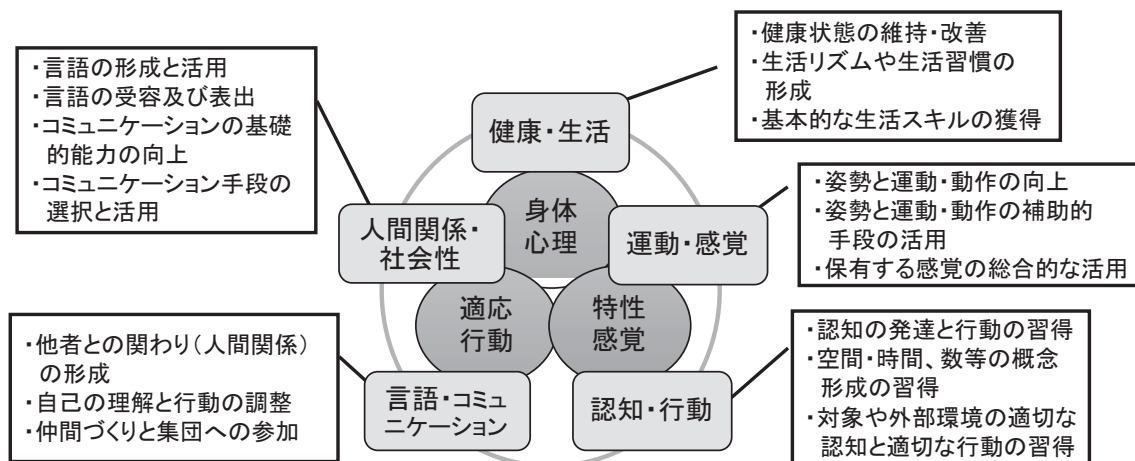


図 6-6 児童発達の5領域とその目的（児童発達支援ガイドラインを基に図式化）

### （1）健康・生活

子ども自身が健康を保ち向上することへの意識を高め、実現するための生活習慣づくり、生活スキルの獲得を支援する。発達障害のある子どもでは自分の心身状態の把握や意思表示が困難な傾向があるため、子どもごとの特性・発達過程等に配慮し、小さなサインから心身の異変に気づけるよう支援する。また、健康の基本となる食事が楽しくできるよう、口腔内機能・感覚等に配慮しながら、咀嚼・嚥下、姿勢保持、自助具等に関する支援を行う。生活しやすさの向上のために構造化等を用い、様々な遊びを通して学習できるよう環境を整える。また、時間や空間を子どもに分かりやすく提示するよう工夫する。

### （2）運動・感覚

日常生活に必要な動作の獲得・向上や感覚特性への対応を支援する。姿勢や運動・動作に困難がみられる子どもには、姿勢保持や上肢・下肢の運動・動作の改善、筋力の維持・強化などを図る。子ども自身の力での実施が困難な場合には、姿勢保持装置など、様々な補助的手段を活用して支援する。また、感覚の特性（感覚の過敏や鈍麻）がうかがえる子どもには、感覚や認知の特性を踏まえ、感覚の偏りに対する環境調整等の支援を行う。

### （3）認知・行動

周囲にある必要な情報を取得して考え、適切な行動につなげる一連の過程を支援する。情報収集においては、視覚、聴覚、触覚等の感覚を十分活用するよう認知機能の発達を促す支援を行う。物の機能や属性、形、色、音が変化する様子、空間・時間等の概念の形成を図り、それを認知や行動の手掛かりとして活用できるよう支援する。子どもごとの認知の特性を踏まえ、自分に入ってくる情報を適切に処理できるよう支援し、個々の特性に配慮する。また、こだわりや偏食等に対する支援を行う。さらに、感覚や認知の偏り、コミュニケーションの困難性から起こりうる行動障害の予防と適切な対応の獲得に向けた支援も行う。

### （4）言語・コミュニケーション

言葉の習得と相手の意図理解、自分の意思伝達など、相互のやりとりについて支援する。言語の習得では、具体的な事物や体験と言葉の意味を結びつけることで、自発的な発声を促す支援を行う。支援にあたって、話し言葉だけでなく各種の文字・記号や絵カード、指差し、身振り、サイン等を用い

て、相手の意図を理解したり自分の考えを伝えたりする。個々の特性に配慮した場面における人とのやりとりを通して、共同注意の獲得などコミュニケーション能力の向上を目指す。

### (5) 人間関係・社会性

身近な人との関係構築や周囲の人とつながる社会性の向上を支援する。人との関係を意識し、特定の人と親密な関係を築き、信頼関係を基盤とした周囲の人と安定した関係を形成するための支援を行う。遊び等を通じて人の動きを模倣することにより、社会性や対人関係の芽生えを支援する。感覚機能を使った遊びや運動機能を働かせる遊びから、見立て遊びやつもり遊び、ごっこ遊び等の象徴遊びを通して他者の視点取得や意図の理解を促進する。また、周囲に子どもがいても無関心である一人遊びの状態から並行遊びを行い、大人が介入して行う連合的な遊び、役割分担やルールを守って遊ぶ協同遊びを通して、徐々に社会性の発達を支援する。さらに、就学を視野に入れ、大人のサポートで自分のできること・できないことなど行動特徴の理解や、気持ちや情動の調整、集団に参加するための手順やルールの理解、遊びや集団活動への参加など、子ども自身ができるように支援する。

### (6) 移行支援

障害のある子どもに「移行支援」を行うことで、可能な限り、地域の保育、教育等の支援を受けられるようにすることも必要である。同年代の子どもとの仲間作りは、地域社会への参加・包容（インクルージョン）の考え方に沿い、障害の有無にかかわらず全ての子どもが共に成長できる機会ともなる。また、児童発達支援においては「後方支援」の役割が求められており、障害のある子どもの発達の状況や家族の意向をアセスメントし、地域において適切な保育・教育等を受けられるように保育所等との連携や、職員への支援も行う。個別の療育と移行支援との関連、保護者・保育所等との連携内容を一部抜粋し、図 6-7 に示す。

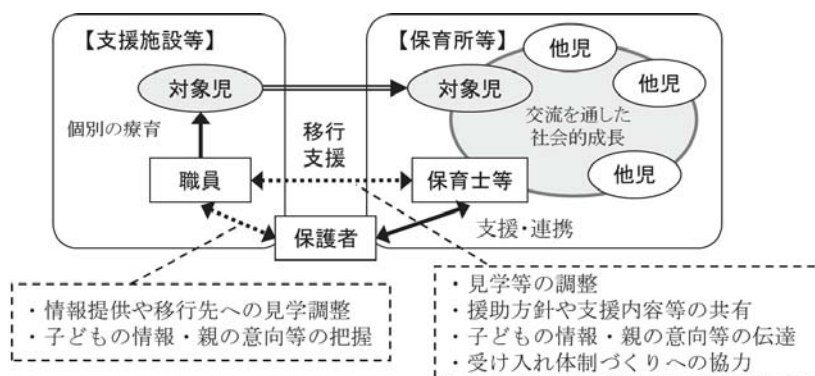


図 6-7 個別の療育から保育所等への移行支援の内容

### (7) 支援に当たっての配慮事項

繰り返し述べるが、障害のある子どもの発達の状態及び発達の過程・特性等を理解し、一人一人の子どもの障害種別、障害の特性及び発達の状況に応じた支援を行うことが必要である。一方、研修テキストの役割として、ここでは障害種別や傾向に応じた一般的な配慮事項を、児童発達支援ガイドラインから抜粋して紹介する。

- ・ 知的障害のある子ども： 子どもの興味関心を把握し、活動内容や環境の設定を創意工夫して、活動への意欲を高めて発達を促す。また、子どもがゆとりや見通しをもって活動に取り組めるよう配慮するとともに、周囲の状況に応じて安全に行動できるようにすることが必要である。



- ・ 発達障害のある子ども： 予定等の見通しの視覚的な提示や、感覚の特性（感覚の過敏や鈍麻）への留意など、安心できる環境づくりを行う。また、具体的または視覚的な手段を用いながら、活動や場面の理解ができるようにすることや、人とかかわる際の具体的な方法や手段を身に付けることが必要である。
- ・ 精神的に強い不安や緊張を示す子ども： 活動内容や環境の設定を創意工夫し、情緒の程よい表出を促すとともに、人との関わりを広げていけるようにする。また、少人数でゆったりと落ち着いた受容的な環境を用意することが必要である。
- ・ 複数の種類の障害が併存する子ども： それぞれの障害特性に配慮した支援を行う。

## 6-5 保護者支援：保育園等で実施するペアレント・プログラム

### （１）ペアレント・プログラムとは

現在、子どもの発達に関する知見が明らかになっていく中で、従来からある子育て（いけないことをすると叱る）というやり方では、上手く子育てができない個性（発達障害特性など）があることが明らかになってきたことを受けて、子育て支援の基礎技法として、ペアレント・プログラムが全国各地で普及が進んでいる。ペアレント・プログラムは、全 6 回の集団による保護者支援技法である。1 グループにつき、10~12 人程度の保護者が参加することができ、6 回を通して、子どもの行動を客観的に捉えることや、できたことをほめることを学び、身につけていく。詳しくは、NPO 法人アスペ・エルデの会のペアレント・プログラムマニュアル（2015）をご覧いただきたいが、ここでは保育園等で実施するペアレント・プログラムの進め方について補足的に解説を行う。

### プログラム全体の事前準備

- ・ 参加者のメンタルヘルス（精神的健康）の把握が重要である。保護者の精神的健康は子育てに必ず影響を及ぼすからである。心理尺度は BDI-II（ベック抑うつスケール）などを準備しておくが良い。

### 各回の事前準備

- ・ 2 回目は、1 回目の保護者のメンタルヘルスの状態に合わせてペアをあらかじめ決めておく。毎回なるべく違うメンバーにする方が集団全体としては楽しい雰囲気になりやすい。
- ・ 簡易的なメンタルヘルスチェックとして GHQ12 を毎回開始前に参加者に記入してもらうこともよい。いわば、ごく簡単な健康チェックを想定している。
- ・ 参加者の現状把握表のコピーを読み込んで、各回で何を強調するかをシュミレーションする。少なくとも 3 回目までは念入りにチェックして、うまく書けていない部分は学習できなかった部分なので次回のおさらいのときに説明を工夫する。

### 第 1 回：現状把握表を書く！

- ・ 子どもの個性、育てにくい個性（発達障害特性）について以下のことをまじえながら説明する。
- ・ 子育てが難しいのは、従来のやり方で行うと個性とマッチしないので困難を感じる。
- ・ 逆に具体的な出来ている行動（適応行動）を見つけて、その行動に対してほめて育てるとうまくいく。
- ・ 具体的な適応行動を見つけていくために現状把握表を書くことが大切である。

- ・ 参加者のドロップアウトを防ぐため、6回の見通しやプログラムを通して得られることを伝えておく。

## 第2回：行動で書く！

- ・ 現状把握表を見て、「～しない（例：立ち歩かない）」などで表現されている言葉を、「～する（例：座っている）」に修正する
- ・ 「いいところ」の説明がポイントになる。優れているところだけではなく、「いいところ＝適応行動が出来ている」と伝える。
- ・ 適応行動が70%ぐらい出来ていれば「いいところ」に昇格してあげてくださいと保護者同士でワークを促す。
- ・ 当たり前だけど出来ているところを探すことの意味を伝える。

## 第3回：同じカテゴリーを見つける！

- ・ カテゴリーをつける作業は慣れていない保護者が多いので、カテゴリーをつけたサンプルの用紙を渡して丁寧に伝えていく。
- ・ 保護者同士のワークで、保護者自身・子どもが何に頑張っているか、受容的な雰囲気が感じられるならば自分の課題・子どもの課題を見つけてもらうように促す。
- ・ 宿題の際に、カテゴリー別に並べるのでパソコンで現状把握表を作成するか、手書きの場合はポストイットを使用することを勧めることを忘れずに行う。

## 第4回：ギリギリセーフを見つける！

- ・ ここまでプログラムが進んでくると、現状把握表が整っている状態になっている。保護者をねぎらう・うまくいっていることを強調する。
- ・ 「困ったこと」に注目して、困ったなりに工夫している対処をギリギリセーフになる。いくつか例を出して保護者同士のワークで見つけられるか見守る。
- ・ 難しい場合は、「困ったこと」を「ずっと困っている行動」と「ちょっと困っている行動」とにわけてもらうことでワークが進むことがある。
- ・ 子どものギリギリセーフは、叱らないで「(ここまでは)頑張ったよね」が言ってあげられるポイントであると伝えると保護者にギリギリセーフを見つけることの意味が理解されやすい。

## 第5回：ギリギリセーフをきわめる！

- ・ 環境要因によって困った行動がギリギリセーフになることを確認することが大切である。
- ・ ギリギリセーフになりやすい状況を整理し、確認する。
- ・ 保護者が環境を整えることで、困った行動がギリギリセーフになる。
- ・ ギリギリセーフ行動は、「努力しているところ」、場合によっては「いいところ」になりうることを確認する。
- ・ 併せて保護者の工夫によって子どものギリギリセーフ行動が出ているならば、それは保護者の「いいところ」として伝えて自己効力感を再確認してもらう機会にする。

## 第6回：ペアプロで見つけたことを確認する！

- ・ 現状把握表が、個別支援計画への基礎資料になりうるので、子どもの大切な発達の資料になっている・それを作成されたことを伝える。

- ・ 十分な資料が整っていれば、GHQ12 の集団のデータを示し、プログラムを実施していくと、保護者のストレスが低減していると示すことも有効である。
- ・ 6回で学んだこと、各回のポイントを丁寧に確認することで、終了後につなげる。
- ・ ペアレント・プログラムを受講しても、子どもの行動で困る時は、やってくる。本当に困ったときは、どこに相談するのかについて確認する。

さらに保護者の集団の力動・雰囲気にも気を配りたい。楽しく、受容的な雰囲気があれば、プログラムの進行とともに、支援者も参加者もセッションの流れに乗ることができる。そのプロセスがあって、保護者は自分なりに頑張っていることを再確認でき、子どもの適応行動をほめていくことが増えるのである。

### 6-6 3歳～就学までの子どもの行動を客観的に把握するツール：保育・指導要録のための発達評価シート（TASP）

保育所、幼稚園、認定こども園では、各年度の終わりに1年間の指導の過程や子どもの発達に関する記録として、「保育所児童保育要録」、「幼稚園幼児指導要録」、「認定こども園こども要録」をそれぞれ作成することが義務づけられている（以降、保育・指導要録と記載）。保育・指導要録は、子どもの発達や指導に関する情報を次年度以降の担任や小学校に引き継ぐことで、連続性を持った指導に資する役立てることを目的としている。

保育・指導要録は、通常、保育士・教諭から見た子どもの様子や発達の過程を具体的な言葉で記述する形式を取っている。子どもの発達の過程や指導における注意事項などを言語的に記録・伝達することは、保育士・教諭自身が自らの保育・指導を振り返ったり、次年度以降の担任や就学先の小学校教員が個々の子どもへの認識を深める上で非常に重要な役割を果たすが、その反面、限られたスペースの中で子どもの実状を言葉だけで正確に伝達するには限界があること、相対的・客観的な比較が難しいことなどの限界がある。このような限界を補うためには、それぞれの子どもが一般的な子どもの発達曲線に照らして、どの程度の発達の水準にあるのかという客観的な観点から発達を相対化して捉えていくことも重要である。

そこで、筆者らは言語による記述に付随する形で、客観的に子どもの発達を評価し、記録・伝達することができるように、「保育・指導要録のための発達評価シート（TASP; Transition Assessment Sheet for Preschoolers）」というアセスメント尺度を開発した。この尺度は、保育士・教諭の視点から日々の子どもの様子について評定することで、社会生活への適応に影響を及ぼす発達上の困難さ（発達障害特性）を客観的に把握するためのものである。

これまで子どもの発達の客観的評価には、知能検査や発達検査が用いられることが一般的であったが、これらの検査は子どもの知的な側面の発達を評価することに重きを置いているため、ASD、ADHD、DCD（発達性協調運動障害：Developmental Coordination Disorder）などに関連する知的能力以外の認知・行動特性の把握には適していないという限界があった。また、これらのツールには臨床心理士や医師などの心理・医学領域の専門家や一定のトレーニングを受けた人でなければ実施することができないという問題もあった。子どもの発達の過程を日々見守っており、かつ、保護者よりも客観的に子どもの発達を評価できる立場にある保育士や幼稚園教諭が、適切な「ものさし」を用いて個々の子どもの発達を客観的に評価すれば、子どもの発達特性について豊かで正確な情報を得ることが可能になる。TASP は、現場の保育士や幼稚園教諭に、こうした「発達のものさし」を提供するために開発された。



## (1) TASP の理論的背景・特長

TASP は以下のような特長を持っている。

### 1) 共通の視点で包括的に、多様な角度から発達を評価し、伝達できる

表 6-4 に示したように、TASP では、幼児期に症状が顕在化する ADHD、ASD、DCD という 3 つの発達障害に関わる行動特性（発達障害特性）を包括的に評価することができる。こうしたツールの利用は、子どもの発達の状態を正確に把握し、伝達するという本来の意義だけではなく、経験の少ない保育士・幼稚園教諭が普段の保育や指導の中で、子どものどのような行動に着目すればよいのかを知ることができるという教育的な意義も併せ持っている。

表 6-4 TASP の構成と項目例

領域	項目例
ADHD特性(多動・不注意関連特性)	
落ち着き(多動性)	大きな声を出さない、思いとおりにならなくても我慢ができる
注意力(不注意)	整理・整頓ができる、指示を何回か言わなくても理解できる
ASD特性(対人社会性関連特性)	
社会性	他児の動きを見て行動が取れる、年齢相応の友達関係がある
順応性(こだわり)	場所や物へのこだわりがない、新しい場面・状況にすぐに慣れる
コミュニケーション	名前を呼べば振り向く、オウム返しへの応答がない
DCD特性(運動関連特性)	
微細運動	はさみを上手に使う、字を書ける
粗大運動	動きがスムーズである、けんけんをして跳ぶ

### 2) 発達曲線に照らした相対的・客観的な評価ができる

TASP では、各項目の評定に基づいて 7 つの発達障害特性（領域）に関する得点を算出し、その得点が一般的な子どもの発達曲線の中でどのくらいの位置にあるのかを判定することができる（図 6-8 参照）。これは、例えば、身長や体重の発達が順調に進んでいるかどうかを発達曲線に照らして判断するのと同じことである。TASP の発達曲線は、数千人の幼児から得られた実際の得点データをもとに作成されたものであり、発達の「ものさし」としての信頼性は高い。このように相対的・客観的な評価を行うことは、単に情報の伝達を「正確」にするだけでなく、「効率的」にもする。言葉だけで情報を伝達する場合、文章の書き方も読み方も、先生によって個性があるため、必ずしも書き手が伝えた情報が正しく読み手に伝わるとは限らない。特に、ある特性がどのくらいの程度で見られるのか、という量的な情報を言葉だけで伝えるのは容易ではない。一方、TASP のような心理尺度を用いれば、全ての子どもについて共通のものさしによる判定結果が得られるので、結果を一目見るだけで、子どもの状態を大まかに把握することができる。

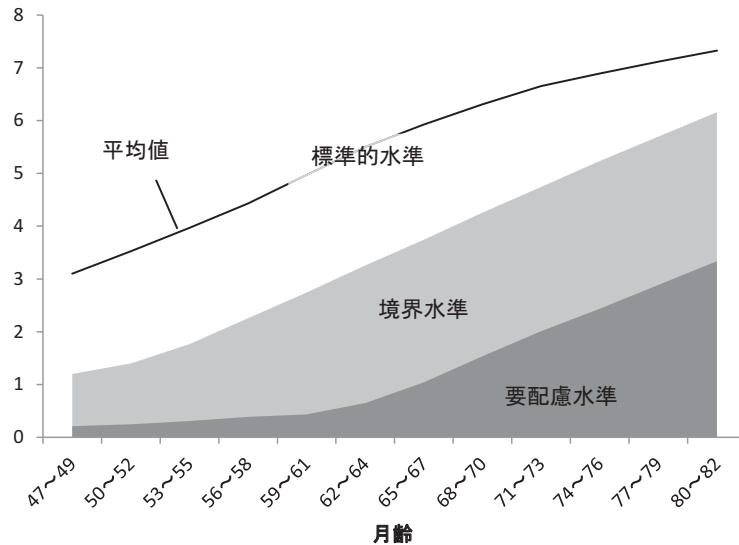


図 6-8 「微細運動」領域の発達曲線

### 3) 簡便かつ高い測定精度を持つ

これまで子どもの発達の評価に用いられてきた知能検査、発達検査を始めとする評価ツールは、実施に多くの時間を要し、また心理士や医師などの専門家でなければ実施が難しかった。一方、TASPはわずか35個の評定項目で構成されており、個々の項目は日々子どもの様子を見守っている保育士や幼稚園教諭であれば容易に評定が可能である。評定と集計に要する時間は、子ども一人あたり5~10分程度であり、20人のクラスであれば、2~3時間程度で全員の評定と集計を終えることができる。こうした簡便さにもかかわらず、大規模な調査研究によってTASPは高い測定精度を持つことが明らかになっている。TASPの妥当性を示す最も重要な証拠は、保育所年長時点におけるTASPの評定結果が、就学後（小1~中2）の不応問題を長期的に予測するというものである。具体的には、「落ち着き」、「注意力」の評定結果は就学後の外在化問題（攻撃、いじめ加害、非行など）、「社会性」、「順応性」、「コミュニケーション」、「粗大運動」の評定結果は就学後の内在化問題（抑うつ、不安、不登校など）、「注意力」、「コミュニケーション」、「微細運動」の評定結果は就学後の学業不振をそれぞれ予測することが明らかになっている。

TASPは、もともと保育所や幼稚園における年度間の引き継ぎや小学校への情報伝達のために開発されたツールであるが、現在、3歳児健診などの場面における発達障害特性のスクリーニングにも使用できるバージョン（仮名：TASPスクリーナー）を開発中である。

#### （2）TASPの適用

具体例を挙げながら、TASPの利用を解説する。保育・指導要録には、子どもの育ちに関わる項目として、健康・人間関係・環境・言葉・表現の5領域がある。ここでは、人間関係と表現に関する記述を取り上げる。

保育士（もしくは幼稚園教諭）が「人間関係」に『他者との関わり、支え合いながら生活を営むための基本的な習慣や態度をおおむね身につけることができました。』と記述したとする。「おおむね」の程度が不明確であるなど、この記述は主観的な視点に基づくものである。年少時から発達の遅れが懸念されていた子どもに対する「おおむね」と、定型発達を示す子どもに対する「おおむね」は異なること、記述する保育士や幼稚園教諭の経験によって、「おおむね」が表す内容は異なることなどが想

定されよう。そのため、このような記述では、当該幼児の次年度の担任や入学する小学校の教諭などの読み手は当該幼児の発達特性を具体的に把握することができず、適切な情報共有が損なわれるとともに、当該幼児の今後の支援・配慮が立案することが困難になる。

一方、TASP の各領域における標準得点を踏まえ記録や保育・指導要録を作成する場合には、記述される文章はより客観的な表現になる。例えば、年少時、「社会性」と「順応性」が境界水準にあり、年長時にこれらの指標が標準水準に向上した幼児を考える。この幼児に関する要録の記述は、『年少時、他者との関わり合いや生活習慣の確立の未熟さが目立っていましたが（年少時、TASP で「社会性」と「順応性」が境界水準）、年長時では、他者との関わり、支え合いながら生活を営むための基本的な習慣や態度をおおむね身につけることができました（年長時、「社会性」と「順応性」は標準水準）。』と記述することができよう。このような記述により、次年度の担任や小学校教諭等の読み手は、当該幼児が発達の過程でキャッチアップしてきたことを把握することができる。

保育・指導要録の配慮事項の記述にも、TASP を活用することができる。例えば、保育・指導要録の「表現」の配慮事項に、「体験や感動を言葉で伝えあい楽しむ態度について」と記載があっても、読み手は当該幼児にどのような問題があり、どのような支援・配慮を必要としているのかなど、具体的に子どもの発達状況を理解することはできない。しかし、TASP によって要配慮や境界水準と示された特性を把握し、それを要録に記述することで、読み手は当該幼児が不得意とする行動や課題を的確に理解することができる。例えば、当該幼児が年少から年長に至るまで「社会性」と「コミュニケーション」が要配慮水準にあった場合、上記の記述は次のように書き換えることができる：『体験や感動を言葉で伝えあい楽しむ態度について（年少から年長を通じ、「社会性」と「コミュニケーション」は要配慮水準）。』このような記述であれば、読み手は当該幼児が、他児と遊ぶこと、周囲の人と感情などを共有することをはじめとする社会性の弱さ、言葉の遅れに不代表されるコミュニケーション・スキルの低さが顕著であることを把握することができ、当該幼児に対する次年度以降の支援や配慮を具体的に講じることが可能になる。

表 6-5 主観的視点に基づく記述と TASP を利用した記述の違い

主観的視点に基づく記述	客観的視点に基づく記述 【TASP を利用した記述】
<p>【人間関係】</p> <p>他者との関わり、支え合いながら生活を営むための基本的な習慣や態度をおおむね身につけることができました。</p>	<p>年少時、他者との関わり合いや生活習慣の確立の未熟さが目立っていましたが（年少時、TASP で「社会性」と「順応性」が境界水準）、年長時では、他者との関わり、支え合いながら生活を営むための基本的な習慣や態度をおおむね身につけることができました（年長時、「社会性」と「順応性」は標準水準）。</p>
<p>【表現】・配慮事項</p> <p>体験や感動を言葉で伝えあい楽しむ態度について</p>	<p>体験や感動を言葉で伝えあい楽しむ態度について（年少から年長を通じ、「社会性」と「コミュニケーション」は要配慮水準）</p>

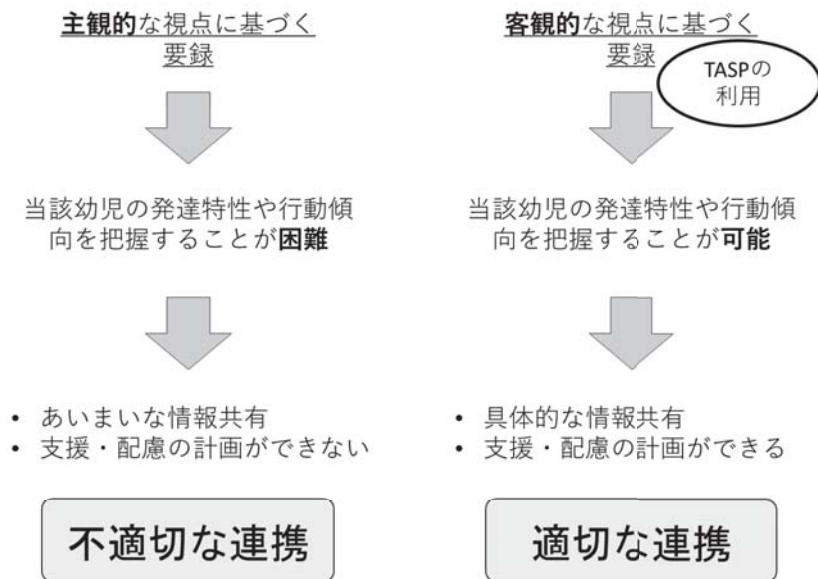


図 6-9 主観的視点と客観的視点それぞれに基づいた連携の可能性

【引用文献】

Goods KS, Ishijima E, Chang YC, & Kasari C. (2013) Preschool based JASPER intervention in minimally verbal children with autism: pilot RCT. *J Autism Dev Disord.* 43(5):1050-6.

厚生労働省 (2017) 児童発達支援ガイドライン  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000171670.pdf>

Shire SY, Shih W, Chang YC, Kasari C. (2016) Short Play and Communication Evaluation: Teachers' assessment of core social communication and play skills with young children with autism. *Autism.*

特定非営利活動法人アスペ・エルデの会 (2015) 楽しい子育てのためのペアレント・プログラムマニュアル 2015-2020.

辻井正次 (監修)・伊藤大幸 (開発責任者)・浜田恵 (開発副責任者) (2017) 保育・指導要録のための発達評価シート TASP (Transition Assessment Sheet for Preschoolers) スペクトラム出版社

## 7. 巡回支援の実際

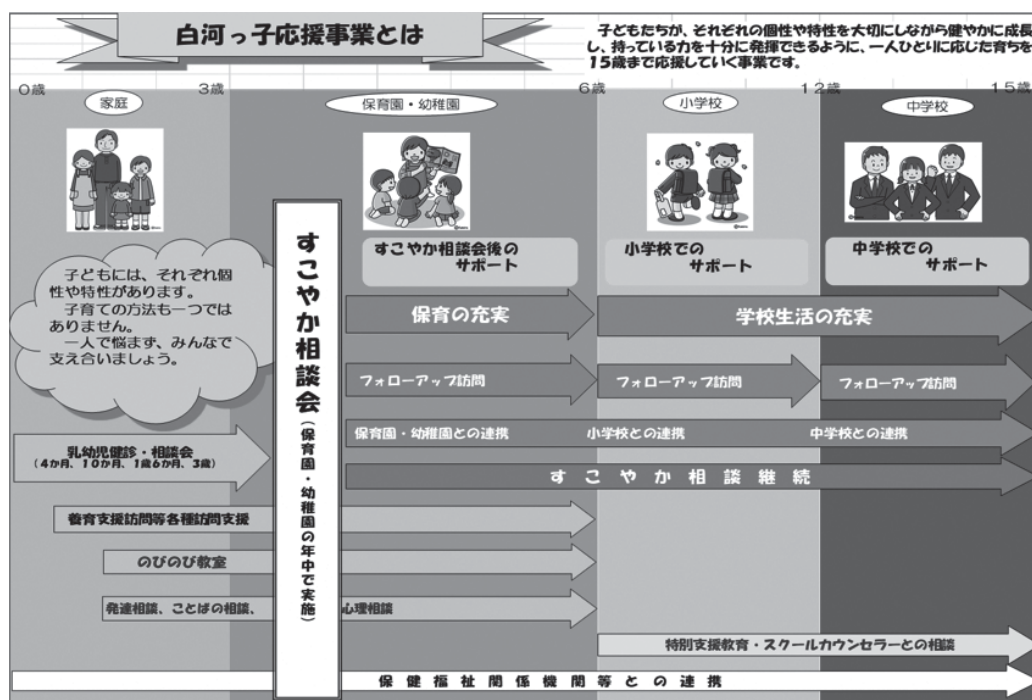
巡回支援専門員であるか否かにかかわらず、多くの地域で発達障害・発達支援を専門とする援助職による巡回支援は行われている。ここでは、実際に自治体内で実施されている巡回支援を紹介する。いずれも地域の特色を生かした支援が行われているものである。

### 7-1 こども支援課によるインクルーシブな取り組み事例（福島県白河市）

福島県白河市こども支援課は、市の全ての子どもの切れ目のない支援として「白河っ子応援事業」を行っている。その活動の一つである「すこやか相談会」は、市内の保育園・幼稚園に在籍する全ての4歳児（年中児）について、専門家が各園を訪問し、保護者との面談、保育園・幼稚園の支援を行っている。また、配慮が必要な園児について、保育園・幼稚園と対応の検討をしている。この取り組みは、子育て支援の枠組みで行われており、同市に巡回支援相談員は設置されていない。しかし、巡回支援相談員の役割を考える上で、注目すべき取り組みであり、本稿では白河市の「すこやか相談会」の紹介を行う。

#### (1) 白河っ子応援事業

白河市に生まれた子ども達（「白河っ子」）を、関係機関連携の下、生まれてから義務教育が終わる中学校卒業まで、切れ間なく見守り、支援していく事業である（図7-1）。その中核事業として、保育園・幼稚園の4歳児を対象に「すこやか相談会」を実施し、保護者の子育てに関するすべての悩みや心配事の相談への相談に応じるとともに、相談会後のフォローアップに努め、各園の保育の充実を図る。相談会では、子ども達の持って生まれた個性や特性を理解するとともに、その持てる力を十分に発揮できるように一人ひとりに応じた支援や助言を行い、小学校・中学校とも連携し、切れ目のない子育て支援を実施するものである。





## (2) すこやか相談会

### 1) 目的

「白河つ子応援事業」の中核となるもの。対象とする4歳児（年中児）は、基本的な生活習慣が身につく、集団生活の中で、得意なことや苦手なことが目立ってくる時期である。この時期に相談会を実施し、保護者から子育てに関する全ての相談に応じ、子育て支援の充実につなげる。また、支援が必要な子どもを早期に対応し、適切な助言や指導を行うことで、子どもの発達を促す。そして、就学後も成長に応じた継続的なフォローアップや個別相談の実施を目指す。

### 2) 対象

白河市にある保育園・幼稚園の4歳児（約500名）を対象としている。なお、「すこやか相談会」1回に1園10名程度となるように調整する。

### 3) 内容

対象園児の保護者や各園からの相談に対して、相談員が助言等を行う。事前に、保護者は「相談カード」、園では「対応方針」を記載する。当日は、保育参観とし、各園にて担任が園児10名程度に白河市で共通の保育プログラムを実施する。その後、相談員が保護者と個別面談、また、各園の関係者とカンファレンスを行う。これらを円滑に行うため、保護者や各園に「すこやか相談会」の周知を徹底している（添付資料1-1, 1-2）。

### 4) 相談員

児童精神科医、臨床心理士、家庭児童相談員、児童支援員、保育士、保健師で構成されており、「すこやか相談会」1回につき5名程度（一人2名担当）が参加する。また、相談員は白河市の職員だけでなく、外部の専門家も参加している。

### 5) 保育プログラム（添付資料1-2）

園児10名前後で約50分集団遊びや課題遊びを実施し、保護者と一緒に相談員が参観する。4歳児の発達基準を参考に、達成可能なプログラム（自己紹介、絵本の読み聞かせ、リズム遊び、ルールのある遊び、ごっこ遊び、運動遊び）で構成されている。

### 6) カンファレンス

相談員からの助言指導だけではなく、言葉の遅れや家庭環境で経過観察が必要な園児を「経過観察児」、就学時に支援が必要な園児を「フォローアップ児」として、各園が対象となる園児を挙げる。また、フォローアップとなった園児の個別支援計画を各園から提出してもらう。その後、フォローアップ訪問として、相談支援専門員、臨床心理士、保育士、保健師らが各園を訪問し保育の観察し、支援方法等についてアドバイスをする。

## (3) 今後の課題

「すこやか相談会」を開始したことで、保育園・幼稚園の子どもを見る視点が広がった。以前は、視覚支援などに馴染みがなかったが、最近はその支援を行った上で、子どもにどのような対応をしたらよいのか質問がされるようになった。また、保護者と健診以降に面談ができる機会にもなっている。しかし、保育園・幼稚園によっては「すこやか相談会」の意義が十分伝わっておらず、その活動を負担に感じてしまう場合もある。また、専門家の確保が困難であること、「すこやか相談会」の主担当である職員は3名であること、など人員不足も課題である。今後も、「すこやか相談会」を通して各園のスキルアップを図り専門家の不足を補うことや、こども支援課と各園のより堅密な連携が求められる。

添付資料1-1

平成29年 月 日

〇〇園の保護者のみなさまへ

白河市こども支援課長

すこやか相談会のお知らせ

平成27年度からはじまりました、「すこやか相談会」を各園で実施いたします。「すこやか相談会」は幼稚園・保育園の年中さんが対象です。子どもたちがそれぞれの個性や特性を大切にしながら、健やかに成長し、もっている力を発揮できるように、子育てやお子さんの成長発達について、相談員（臨床心理士、保育士、保健師、家庭児童相談員など）が相談にのります。保護者の皆様も、日頃お子さんの様子で気になること、相談してみたいこと等、別紙すこやか相談カードへご記入いただき、担任へ提出してください。すべてのお子さんを対象としていますので、みなさんご参加ください。

- すべてのお子さんを対象に、それぞれの成長や発達を、日々の保育をおしえて見つめていきます。
- お子さんの成長発達に不安や心配をもちおられる保護者には、専門的な知識や経験のあるスタッフが相談にのります。

「すこやか相談会」は

平成29年 月 日（ ） 午前9時～

園 で実施します。

相談カードは 平成29年 月 日（ ）までに提出してください。

（園からの連絡欄）

添付資料1-2

白河っ子応援事業

白河市の子どもたち（白河っ子）が、持っている力を発揮できるように、生まれてから義務教育の終わる中学校卒業までの期間、一人ひとりに応じた育ちを応援する事業です。



すこやか相談会

- 幼稚園・保育園の年中さんが対象です。子育てやお子さんの成長発達について、相談員（臨床心理士、保育士、保健師、家庭児童相談員など）が相談にのります。
- ～どんなことをするの？～
- ① 事前に「すこやか相談カード」に育児の悩みなどをお書きいただけます。
  - ② 在園している幼稚園・保育園で、保護者のみなさんと一緒にお子さんの遊んでいる様子を参観します。
  - ③ 参観が終わったら、参観の様子や「すこやか相談カード」をもとに、保護者のみなさんと相談員が個別に面談、育児相談をします。

フォローアップ訪問

すこやか相談会の後、相談員が各園を訪問し、より具体的な支援について、園の先生と検討します。保護者がお子さんのことで、相談がある場合は、より良い育ちのために手立てを一緒に考えます。小学校入学前の相談や小学校との連携などお子さんの成長を継続して応援します。



白河市こども支援課 母子健康係  
22-1111（内2709）

H29年度  
保護者様用

添付資料2

課題遊びの見どころ

おおむね4歳児の発達基準を参考にした課題遊びとなります。お子さんの成長発達には個人差があり、それぞれ得意なこと苦手なことがあります。お子さんなりの成長ぶりを参観していただく中で、参考としてご覧ください。



プログラム	課題遊びの見どころ
自己紹介	・質問の内容を理解し「クラス」・「名前」・「年齢」を友達の前で言います。 ・相手に分かるような声の大きさと話します。 ・正しい発音で言います。 ・友達の自己紹介が終わったら友達の頑張りを認め拍手をします。
絵本の読み聞かせ	・指先を使った簡単な遊びを保育士と一緒に楽しみます。 ・物語に関心をもち、最後まで集中して見ます。 ・状況が分かり、静かに座って見ます。
リズム遊び ・まねっこ ・手拍子 ・ジャンケン遊び	・保育士の動きを模倣して、まねっこ遊びをします。 ・保育士のリズム打ち（手拍子）を耳で聞いて、模倣します。 ・ジャンケンの勝敗が分かり、簡単なルールを理解して遊びます。 ・リズムに合わせて友達と仲良くジャンケンをします。
ルール遊び 絵合わせカードゲーム	・リズムに合わせて友達と元気よく歩きます。 ・簡単なルールを理解し、友だちと一緒に遊びます。 ・友達を意識し、相手の気持ちを感じながら仲良く遊びます。
ごっこ遊び お店屋さんごっこ	・買い手（保育士）とごっこ遊びに必要な言葉のやり取りをします。 ・品物と数を言葉だけの指示でやり取りをします。 ・買い手（保育士）と売り手（子ども）は、目と目を見ながらやり取りをします。 ・順番、交際等を守って遊びます。
運動遊び サーキット遊び	・バランスを取りながらジャンケンパのリズムで頑張って練習します。 ・平均台を渡りきり、跳び箱をよじ登り目標の棒に向かってジャンプします。 ・着地した時、バランスをとります。 ・的に向けてボールを元気に投げます。 ・サーキット形式で、各コーナーの動きを楽しみながら連続して行います。

<お 願 い>

- この「すこやか相談会」は、一人ひとりを考えた白河市の子育て支援事業です。
- \*参観時は、一人ひとりが集中して取り組めるように、私語、写真撮影はご遠慮ください。
  - \*お子さん一人ひとりの成長のペースを大切に考えています。他のお子さんと比較して見ないようしてください。

## 7-2 拠点園方式による障害児支援（岡山県岡山市）

岡山市では、昭和 51 年から一般保育園の中に障害のある子どものクラスをつくり統合保育と逆統合保育をすることで、インクルーシブ教育を推進してきた。これは、公立保育園を中心としたいくつかの園に障害のある子どものクラスを作っていく制度であり、拠点園制度と呼ばれている。現在、拠点園は市内全体で 11 園（市立 9 園、私立 2 園）あり、各園に 3 歳児から 5 歳児まで子どもを 12 名～14 名が在籍している。この拠点園と巡回相談を組み合わせ、障害のある子どもへのより手厚い支援を行うと同時に障害児への保育に関する保育士等のスタッフのスキルアップを行っている。この長い伝統があり、かつ効果を上げている拠点園と巡回支援について紹介する。

### （1）拠点園制度

岡山市は H28.4.1 現在、自治体の総人口 719,302 人の政令指定都市である。H29.4.1 現在、保育等施設数は公立 46・私立 67、幼稚園は公立 64（4 園休園）・私立 12、こども園は公立 6、私立 8 となっている。この中で、拠点園は公立 9 園、私立 2 園である。保育園には 12 名の障害のある子ども、こども園では 14 名の子どもが在籍している。障害種は、ダウン症などを含む知的障害、自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠如・多動症（ADHD）などで、入室にはすでに診断を持っていることが必要である。市全体で、拠点園の障害児クラスに在籍できる子どもは 130 名程度であるが、希望者は 600 名程度で、医師、心理士、保育士が入った保育観察によって、入室ニーズの高い子どもを選んでいる。他の子どもたちは、一般の保育園にはいるが、加配保育士などの支援を受けられるようになっている。

子ども 12 名に対して保育士 6 名が配置されている。障害児クラスの広さは、10 畳くらいの部屋でトイレなどもついている。園によってプログラムは違うが、年度の初めは、一般クラスも落ち着かないため、その時期は、3 歳児から 5 歳児までの障害のある全ての子どもが障害児クラスで過ごすことが多い。ただ、夏休み明けくらいから、統合保育が始まり一般のクラスで過ごすようになると、障害児クラスでは、年齢別にお集まりなどの活動を行うようになる。また、逆統合保育も行われる。一般の子どもたちが、この障害児クラスに来て同じ活動を行う。モデルとしての役割を果たす場合もあるし、障害のない子どもでもなんらかの社会性やコミュニケーション、多動などのニーズを持つ子どもいて、こうした子どもへは手厚い支援の機会となっている。こうした自然なインクルージョンが行われているといえる。

保育士は、6 名のうち 3 名は常勤、3 名は非常勤となっている。また、障害児保育の実践の長い保育士と若い障害児保育の経験の少ない保育士が組み合わせてあり、実際の日常保育のなかで、障害児の保育を学ぶことができるシステムとなっている。成長に伴って、障害児のクラスに在籍する子どもたちは一般クラスで多くの時間を過ごすようになる。それによって、拠点園全体の障害児への保育力もあがり、一般クラスでも社会性やコミュニケーション、注意などに配慮が必要な子どもへの保育に、障害児クラスで蓄積された知識が生かされている。また、こうした障害児保育を学んだ保育士が、転勤で他の一般園に移ることで、その園に在籍する発達障害の傾向のある子どもたちの保育に、拠点園で身につけたスキルを応用していくことができる。このようにして、市内全体の障害児保育のスキルアップが可能となっている。それ以外に、拠点園では、保育士のスキルアップや養成も担っており、他園からの見学や実習を受け入れている。さらに、年に 5 - 6 回拠点園会議があり、市内の拠点園同士の情報交換が行われている。各園 15 分のパワーポイントを使って指導・構造化・教具の工夫などを紹介している。この発表会は、一般園の保育士も参加できるようになっている。こうした発表会も市内全体の障害児保育のスキルアップに貢献しているといえる。

## (2) 拠点園への巡回指導と巡回相談

岡山市では、一般の保育園や子どもへの巡回相談以外に、巡回指導という独自のシステムを作っている。巡回指導では、大学教授などの有識者をよび、1日かけて実際の保育へのスーパーバイズと講演会を組み合わせたものを実施している。拠点園では年間3回の巡回指導が受けられる。巡回指導には午前中に行われ、子どもの保護者も参加するため保護者支援の意味もある。1回は教育委員会の職員が来園し、就学についての説明を行う。2回・3回は園が希望する、大学教授などの有識者が講師としてよばれ、午前中は子どもの行動観察後、保護者との小集団ミーティングを行い、保護者からの質問に答えるなど育児全体へのコンサルテーションを行う。子どもの行動観察と保護者とのミーティングの結果をまとめて、保育士へのフィードバックやコンサルテーションを行う。午後、子どもたちが午睡をしている時間に、保育士などのスタッフ向けに講師による障害児の保育に関する講義が行われる。昨年度の巡回指導は、拠点園11園に対して年間3回の合計33回、また、拠点園以外でも希望のある一般園にも行われており、昨年度は8園×年間2回で合計16回、行われた。

一般の自治体でも行われている巡回相談も行われている。岡山市では、市の保育課からの保育専門官心理士、元保育園園長などによって行われている。昨年度は、巡回相談は公立園で88回、私立園で62回行われた。それ以外に、子どもの通う児童発達支援センターなどからの巡回相談も行われている。

## (3) 拠点園での保育の実際

こうした手厚い巡回指導と巡回相談を行っている拠点園を保育の実際を紹介する。筆者は障害児クラスの4歳児と3歳児のプログラムを見学した。逆統合で、クラスでは小グループ活動が20分ほどあり、その後、統合のためにクラスへと他児と一緒に戻っていく。部屋の中では、視覚支援（物理的構造化、スケジュール）が実施されている。子どもは、スケジュールを確認し、一般クラスの同年齢児2～3名と一緒に朝のグループ活動を行っていた。今日の日付や天気の情報を行き、4歳児は楽しかった活動の報告、3歳児はパン屋さんごっこで先生からほしいパンを買うという遊びをしていた。活動の中では、視覚支援を適切に使った指導が行われていた。また、一般クラスにも、スケジュールや気持ちを落ち着けるためのカムダウンエリアが用意されたりしており、一般の子どもにとっても優しい環境となっていた。

きょうのよてい		しゅうのよてい	
2	がつ15 <small>てんき</small> にちもく <small>ようび</small> *	12	おやすみ
1	<small>あそび</small> <small>へや</small> <small>であそび</small>	13	おみせやしなものづくり
2	さんぽ(こうえん)	14	おみせやしなものづくり
3	<small>あそび</small> <small>きゆうしやく</small>	15	さんぽ
4		16	まらそんたいがい
5		17	みんなであそび
6		ど	

一般クラスのスケジュール



個別スケジュール



スケジュールの選択

### 7-3 発達に詳しい心理士の活用による小学校における巡回支援（東京都）

東京都では、2016年度から全小学校への特別支援教室の配置およびそこへの巡回支援が決められ、3年計画で全校配置が進んでいる。都には、諸島部を含めて1275校の小学校があり、2017年度には971校に特別支援教室が設定され、臨床発達心理士を中心とする心理士と特別支援教育の専門教師（巡回指導教員）の巡回支援が行われている。

#### （1）特別支援教室の概要

特別支援教室は、インクルーシブ教育を実現するための制度として、長年の構想を経てようやく実現に向かいつつある制度である。ASD、ADHD、学習障害などの発達障害の子どもたちをはじめとした個別のニーズに対応し、より適切で効果的な教育を行うために、小・中学校への導入が予定されている制度であり、基本的には、現在の「情緒障害等通級指導学級」（以下「通級」とする）を置き換えるものとされている。

特別支援教室の特徴は、子どもが普段通っている学校でそのまま支援を受けられるということである。これまでは、障害のある子どもたちが特別な支援・サポートを受ける際に、普段通っている学校とは別の学校の「通級」に通ったり、特別支援学級に籍を置いたりする必要があったが、特別支援教



室は各小学校にそれぞれ置かれる。2つの学校に通う必要がなくなることで、特別支援教育を受ける子どもたちの負担が軽くなることが期待される。また、特別支援学級や特別支援学校での支援までは必要としない通常学級に在籍する子どもが、個別のニーズに合わせて弾力的な支援が受けやすくなると考えられる。

特別支援学級との違いは、特別支援教室は子どもがどの教室に所属するかであり、子どもは通常学級に在籍し普段は他の子どもたちと同じ授業を受けつつ、必要に応じて別の教室で別の教育を受けることになる。これに対して特別支援学級の場合は、子どもは特別支援学級に在籍し、別の教室で別の授業を受けることが基本となる。対象は、通常の学級に在籍する発達障害等（ASD、ADHD、学習障害等）で、通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とする児童である。こうした児童に対して、それぞれの子どもにあった方法で、「自立活動」や「教科の補充指導」を行う。例えば高機能の自閉スペクトラム症の子どもが友達とコミュニケーションを取るのが苦手な場合、ロールプレイなどで適切な会話を学ぶ、相手の気持ちを考えるなどの指導が行われる。また、学習障害がある場合、自分に合った学習方法を習得するための指導なども行われる。

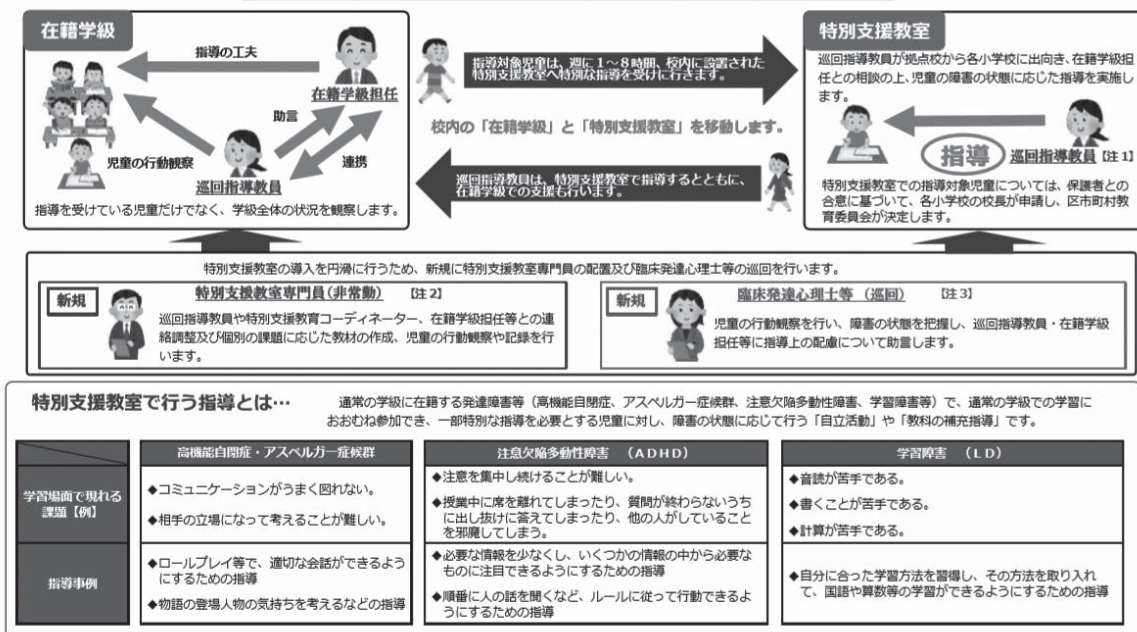
この特別支援教室に携わる人として、「巡回指導教員」「特別支援教室専門員」「臨床発達心理士等」という役割が新たに定められた。

「巡回指導教員」は拠点の小学校に属し、1名で数校の指導を巡回して行う。児童の在籍学級での様子を見たり、在籍学級担任との密な連携をとって指導の工夫をしていく。

「特別支援教室専門員」は、巡回指導教員や特別支援教育コーディネーター、在籍学級担任等との連絡調整及び個別の課題に応じた教材の作成、児童の行動観察や記録を行う。

「臨床発達心理士等」は、児童の行動観察を行い、障害の状態を把握し、巡回指導教員・在籍学級担任等に指導上の配慮について助言する。

## 各小学校における指導・支援の体制



【注1】 これまでの通級指導学級の担当教員が「巡回指導教員」という名称に変わります。  
【注2】 特別支援教室専門員は、特別支援教室導入校に配置します。  
【注3】 臨床発達心理士等とは、「臨床発達心理士」、「特別支援教育士」、「学校心理士」のいずれかの資格取得者であり、特別支援教室導入校を巡回します。

図 7-2 東京都の特別支援教室のシステム（東京都教育委員会ホームページより）

## (2) 教育場面での発達障害や特別支援教育に詳しい心理士の活用（巡回相談）

文部科学省は、特別支援教育の巡回相談の目的と役割として、児童生徒一人一人のニーズを把握し、児童生徒が必要とする支援の内容と方法を明らかにするために、担任、特別支援教育コーディネーター、保護者など児童生徒の支援を実施する者の相談を受け、助言することが巡回相談の目的であるとしている。こうした目的を果たすため、臨床発達心理士を中心とした発達障害や特別支援教育に詳しい心理士が各校月1回、1回4時間で巡回を行っている。役割としては、巡回相談の役割としては、次のようなことが求められる。

- ・ 対象となる児童生徒や学校のニーズの把握と指導内容・方法に関する助言
- ・ 校内における支援体制づくりへの助言
- ・ 個別の指導計画の作成への協力・専門家チームと学校の間をつなぐこと、
- ・ 校内での実態把握の実施への助言
- ・ 授業場面の観察等

以上の役割を担い、機動的かつ柔軟に学校への助言等が行えるようにすることが巡回相談には求められており、学校に対して適切な助言を行うためには、校内の窓口となるコーディネーター教員や管理職との連携を深めるとともに、他の専門家チームと有機的・効果的に連携を行っている。

巡回相談を実施していくためには次のような知識と技術が必要とされる。

- ・ 特別支援教育に関する知識と技能
- ・ LD、ADHD、ASD など発達障害に関する知識  
児童生徒のつまずきや困難さを理解し、LD、ADHD、ASD の特性を配慮した支援を行うために、LD、ADHD、ASD など発達障害などに関する知識
- ・ アセスメントの知識と技能  
心理検査等を実施し、結果を解釈するだけではなく、行動観察や生育歴等の情報も総合して児童生徒のニーズを把握すること
- ・ 教師への支援に関する知識と技能
- ・ 他機関との連携に関する知識と技能  
各機関の役割を把握し、密接な連携が行われるような配慮をしつつ連携体制を推進すること
- ・ 学校や地域の中で可能な支援体制に関する知識
- ・ 個人情報の保護に関する知識

また、巡回相談における学校への支援としては、次の5つが挙げられる。

### ① 学校のニーズの把握

教師や保護者の気付きによって対象となる児童生徒が特定されている場合は、その児童生徒について、担任やコーディネーター、管理職等の学校関係者との情報交換や保護者等との面談、授業場面の観察、授業以外の活動場面の観察、検査等を行って児童生徒の状態を把握するとともに、学校のニーズも把握する。また、特定されている児童生徒以外にも支援を必要とする児童生徒がいることを想定して、担任及び学校全体の気付きを促す。

### ② 教師への支援

教師の悩みや迷いを明確にし、対象児童生徒の実態を正確に把握することができるような情報を提供する。児童生徒の実態を把握するための視点を提供することが必要な場合もある。また、具体的な対応方法について、教師の主体性を重視しながらも、支援の方法についてのアイデアや教材を紹介する。

### ③ 校内委員会への支援

支援が継続して行われるよう、校内支援体制の整備に協力する。既存の分掌・委員会等を有効に生かすことに留意しつつ、新しい取組で成功した例などを紹介することにより、柔軟な取組が行われるように助言する。

#### ④ 校内研修会や理解推進等の支援

校内研修会には次のような目的がある。第 1 に特別な支援を必要としている児童生徒への気付きを促すこと、第 2 に、支援が必要な児童生徒に対する具体的な対応の方法に関する知識を提供すること、第 3 に、校内支援体制の意義と体制づくりについての理解を深めることである。これらの目的が十分に達成される形で校内研修会が実施されるように、学校のニーズに合う講師を紹介したり、自らが講師として協力したりする。また、学校のニーズに合うように、研修会の内容について助言する。さらに、児童生徒を対象とした理解推進のための活動について助言、協力することも大切である。

#### ⑤ 保護者との連携・支援

校内で行われる保護者向けの研修会に協力する。また、校内委員会からの要請に応じて、児童生徒の状態を保護者に説明したり、家庭での対応について助言したりする。

## 8. 保育園・幼稚園・児童発達支援事業所での巡回支援のポイント： 地域資源を使った、巡回支援すべきアセスメントと支援方法

### (1) 市町村だからこそできること

巡回支援専門員の役割は非常に重要である。ここでの巡回支援とは、制度として巡回支援専門員を活用しなくても、子育て支援の発達相談員など、同じような役割を持った人が自治体に明確に位置づけられ、日常において子育て支援や保育等を行う支援者への後方支援を行うことができ、保護者や子どもの支援が進められることを指す。こうした位置づけをもった人材が自治体になければ、必要な支援が十分になされないままになってしまうリスクがある。ただ、こうした後方支援の人材は世代交代をしていくことも重要であり、常に次世代にどのような人材が必要か、そして、どの段階で次世代に受け渡すかを考えておくことは大切である。支援プログラムが進化している中、臨床経験だけでなく、必要なプログラムを次世代が当たり前、子育てに悩んだり迷ったりする保護者と子どもに提供できるよう、地域の中で必要な人的資源の確保について未来を見通して考えるべきであろう。

現状では、国レベルで障害児福祉領域と保育領域が協力的に取り組みを進めることは課題も多く、現場の要望に対応する施策は十分なされていない。都道府県においても、多くの自治体で同様である。こうした背景を考えた場合、市町村だからこそできる支援があり、その最も重要なものが地域で関係する支援者が協力して支援を提供できるようにすることである。巡回支援専門員（あるいはそうした機能をもった相談担当者）が市町村で位置づけられ、障害児福祉と保育や子育て支援をつなぎあわせ、その中に確かな専門性を提供できることは非常に重要なことである。

### (2) 支援を受ける子どもが多いことは悪いことではない

特に、幼児期や児童期などの発達はバラつきが大きく、その子どもに合った支援が必要である。巡回支援の場合、子どもが生活する保育園等に訪問して支援する関係上、“障害”かどうかはともかく、保護者や保育士等に何らかの困り感があるという段階で支援が必要だということを意味する。従って、支援を要望する支援者や相談のリストにあがってくる子どもたちが多くは、非常に好ましいことである。なぜなら、それだけ、日常的に支援する保育士等が、丁寧に子どもの発達を見ているということの意味するからである。逆に、すでに診断を受けている少数の子どもの相談しかないという場合、インクルーシブな視点で子どものことを十分に見ることができていない可能性もある。

さらに、子どもの発達の問題と、家庭環境や経済状況等の社会経済的な問題が重なり合うことは、非常によくあることである。保護者の精神的問題等も加わりやすく、複数の問題が同時にそこにあるのが現実である。子どもの発達の問題は、子どもの支援においては最も優先順位の高い支援課題の1つである。家庭環境や経済状況の問題があるからといって、子どもの発達の課題ではないという判断は非常に危険である。むしろ、発達障害等の子どもの発達課題と社会経済的な課題は、基本的に重なり合うものだという認識を共有しながら、相談リストにあがってくる子どもたちの中で、発達の問題はどの程度あるのかを明確にすることが、巡回支援専門員やそれに相応する役割の人には求められる。

### (3) アセスメントによって取り組むべきことを共有する

巡回支援専門員やそうした役割をする相談員の場合、保護者や支援者の悩みや困り感に耳を傾け、共感することはもちろん重要であるが、必要とされるのは、むしろ、アセスメントの中で、子どもの現状を客観的に把握することである。発達検査等を実施することが難しい場合は、例えば TASP 等の、保育士が簡易に評価できるようなアセスメント・ツールを紹介し、保育士等が自分で子どもたちの様子を客観的に把握・共有できるように支援していくことが基本となる（TASP については 6-5 参照）。



TASP等を基に「個別の支援計画」を作成していくためにも、「適応行動」の視点で、子どもの「できていること」を把握し、問題行動や不適応行動だけに目が向かないように配慮することも大切である。特に身辺自立や制作課題等の具体的な適応行動を発達的に整理することが求められる。

日常の活動の支援においては、JASPERのなかのSPACE(6-3参照)のように、子どもとの遊びの中での社会性の評価が重要であり、そのまま子どもたちが同級生の仲間たちと遊びを展開できるように配慮することが求められる。現場の保育士等は、すでに非常に高い保育のスキルとノウハウを持っている。それを発達的な観点で客観的に整理する支援を行うことで、子どもの状況に合わせた支援が可能になる。

#### (4) 支援の共通土台となるペアレント・プログラム

こうした適応行動の視点で、支援者と保護者が共通基盤を持ちながら子どもの支援を行うためにも、また、保護者を前向きにしていくためにも、ペアレント・プログラムを実施していくことが推奨される。ペアレント・プログラムの実施については、すでに厚生労働省が2回の通知を出し、市町村で子育て支援を手厚くしていくように働きかけているところである。

ペアレント・プログラムと、ペアレント・トレーニングは現状の整理の段階としては全くの別物で、ペアレント・トレーニングが応用行動分析(ABA)を基本とし、子どもの問題行動を修正していくことを目標として取り組むのに対して、ペアレント・プログラムは保護者の認知の変容を目標として取り組む認知行動療法(CBT)である。今まで、ペアレント・トレーニングをしてきているのでペアレント・プログラムは必要ないという判断は妥当ではない。特に保育士の中でも管理職のベテラン保育士等が簡易に実施できるペアレント・プログラムは、子育てに悩んだり子どもの発達の課題を前に困ったりしている保護者にとって必須の内容である。

ペアレント・プログラムを実施できるようになれば、保護者のみならず保育士等の支援者も適応行動で考えることが日常的かつ具体的にできるようになる。適応行動を認知できれば子どもをほめることも容易になり、叱る必要が減ってくる。日本の伝統的な子育ての「型」がマッチしない子どもたちのミスマッチを減らし、子どもたちがほめられるようにするためにも、ペアレント・プログラムがスタートとなる。

#### (5) 子ども・保護者・支援者が主役となる巡回相談支援

巡回相談支援において、支援する巡回支援専門員やそうした役割を果たす子育て支援の相談員が専門的にどのように支援するのかという部分は重要ではあるが、より重要度が高いのは、そうした支援を日常的な支援の現場にいる支援者がいかに活用できるのか、あるいは、日常的に保護者や子どもがどういった支援を受けることができるのか、ということである。たまにしか巡回してこない巡回支援専門員しかできないアセスメント手法や支援手法を提示されても、結果的に保護者や子どもにとって大きな利益とはならない。巡回相談支援は、子どもや保護者や日常的に子どもと関わる支援者が主役であり、地域の中の当たり前場所で、当たりの保育や教育や子育て支援の中で、必要な合理的配慮がなされ、日頃の保育等の延長線上で実施できる支援メニューを、プログラムとして提供できることが非常に重要である。経験にのみ基づいた職人芸の支援手法は、その人しかできないために、普及が難しいため、エビデンスがある支援手法を共有していくことが重要である。



## 9. 小学校での巡回支援のポイント：多様な発達をする子どもたちへの 学校でできるアセスメントと支援方法のアドバイス

小学校という場は、子どもが生活の大半を過ごす場である。自閉症スペクトラムなど発達障害特性を持つ子どもは、その学校生活の場で、上手く過ごすことが難しいこともあり、困っている。その困った状態に対して多くはパニックや対人トラブルという形で SOS を出してくる。一方、学校での気になる子の対応は、教師が担当することになるが、それも 30 名の子どもの担任をする忙しさの中で行う。そんな中で、発達障害の子どもの専門家と連携ができることは、子どもも学校も幸せになる一歩でもある。効果的な連携となるように必要なことを、山崎（2011）を参考にしつつ、筆者のこれまでの経験から述べていきたいと思う。

### （1）相手側の事情・状況を事前に知っておく

困った状況に陥っているときほど、その場の担当者が「なぜやらないのか?」、「なぜ把握できていないのか?」という非難する方向性に議論が傾きやすい。事情を把握すればするほど、必要な対応が出来なかったそれなりの事情もわかりやすくなる。

- ① 社会人 1 年生でも 30~40 名の子どもを担当する（山崎、2011）：逆に心理士などの専門家は、専門教育に多くの時間を割かれている。また心理士の面接は 1 対 1 の場合は多いが、教師は 30~40 名の子どもたちと学校生活を共に過ごしながらかであるので、子どもの状況把握はベテラン教師でも難しいと考えておくことで「本当にご苦勞様です。お手伝いさせていただきます」という形で連携が取りやすくなる。
- ② 教師にとって情緒・行動の問題は専門外の領域である（山崎、2011）：教職課程や教員免許更新講習で発達障害などについて研修を受けることが多くなってきたが、それでも系統的に学んでいるわけではない。しかし、困っている子どもへの対応については、場合によっては専門家レベルの対応を求められてしまうということもある。教師が、学校環境の中で出来ることを一緒に考えていくことがコツといえる。
- ③ 巡回する自治体の個別の教育支援計画のフォーマットを知っておく：各自治体によって個別の教育支援計画のフォーマットが異なる。支援者はあらかじめ把握して、自分の伝えようと思っている内容がそのフォーマットのどこに反映されるのかをイメージしておくとう良いと思われる。

### （2）小学校に巡回指導に行くときに必要なこと

子どもたちが過ごす学校の場合に、足を運び、教師と情報交換をすることでかなり具体的な情報が得られ、そこから適切な対応案も生まれやすい。ポイントは学校と協働関係になることである。そのために必要なことを取り上げてみたい。

- ① 学校先に連絡する：もともと仕事として巡回指導に行く場合もあるし、教育相談センター等の相談の中で必要を感じていくこともある。訪問にあたっては、どんな目的で学校に伺うのかを伝えて、具体的な日程のやり取りを行う。なお、教育相談センター等で伺う場合は、事前に保護者の了解を取っておくことが望ましい。筆者の場合、「この件に関しては、学校と連携してサポートさせていただきます」と保護者に伝えて、了承を得ている。

- ② 巡回の目的を確認する・伝える：改めて自分が何の目的で学校に訪問するのかを明確にすることが必要である。その際に学校側と協働関係になることを意識すると良い。筆者の場合は、特別支援教育関連で巡回訪問に行く場合は、例えば「〇〇さんの個別の教育支援計画作成のお手伝いをさせてください」、「〇〇さんが学校でもっとうまく過ごせるように対応を一緒に考えさせてください」と伝えるようにしている。
- ③ 教室・授業などを見学するにあたって：気になる子が授業やクラスでどのような様子なのか、行動をとっているのかを把握することは支援を考える上で役立つことが多い。教室・授業の場は、教師にとっての重要な仕事場であることを忘れないことである。見学の際には、事前に見学の目的を伝え、了承を得ることが重要である。
- ④ 対象児童のコンサルテーション：気になる子の対応案を話し合う時間が設けられることが多い。教師と支援者は、お互いの立場や教育・訓練課程が異なることを意識しておくことで、こちらの意見だけを押し通すことにブレーキがかかる。支援者からの提案は、「学校という環境の中で担当している教師が行う支援」となるように意識したい。
- ⑤ 教師への労いと感謝：気になる子の対応は、かなり多くのエネルギーを比較的長期間費やすことが多い。「とても大変ですね。そんな中、ご指導をありがとうございます。」と伝え、具体的な情報をもろうようにしている。こちらの提案を取り入れてくれる時にも「お忙しいところちょっと無理なお願いだったかもしれないのにありがとうございます。少しでも〇〇さんが楽しく学校を過ごせるようになってもらえればと思います。」と伝える。

巡回指導に行くということは、支援者の普段の仕事場や専門性と全く異なる場に行くことである。専門性の違いからコミュニケーションのずれや警戒感などを生み出しやすいといえる。しかし、巡回指導の目的は、その学校に子どもが楽しく笑顔で過ごせるためのサポートである。支援者も教師ともに気になる子が楽しく学校で過ごせるという目標に向かうように意識合わせをしていく機会になれば、巡回指導はとても実りある活動になると思われる。

#### 【引用文献】

山崎透（2011）教師とどのように連携するか。青木省三・村上伸治編 専門医から学ぶ児童・青年期患者の診方と対応。医学書院。

## 執筆者一覧

辻井正次（特定非営利活動法人アスペ・エルデの会代表統括・中京大学現代社会学部 教授）  
はじめに・第8章

永田雅子（名古屋大学心の発達支援研究実践センターこころの育ちと家族分野 教授）  
第1章

宮地泰士（名古屋市西部地域療育センター所長、小児科医）  
第2章

稲田尚子（日本学術振興会 東京大学大学院教育学研究科） 特別研究員（RPD）  
第3章

中島俊思（学生支援室集中支援部門 准教授）  
第4章

斎藤まなぶ（弘前大学医学部附属病院神経科精神科 弘前大学子どもこころの発達研究センター  
講師）  
第5章 5-1

高柳伸哉（愛知東邦大学人間健康学部 助教）  
第5章 5-2、 第6章 6-4

黒田美保（広島修道大学健康科学部 教授）  
第6章 6-1、 第7章 7-2、7-3

浜田 恵（名古屋学芸大学ヒューマンケア学部 講師）  
第6章 6-2、6-3

明翫光宜（中京大学心理学部 准教授）  
第6章 6-5、 第9章

伊藤大幸（浜松医科大学子どもこころの発達研究センター 特任助教）  
第6章 6-6（1）

村山恭朗（神戸学院大学人文学部 准教授）  
第6章 6-6（2）

野村昂樹（福田西病院 臨床心理士）  
第7章 7-1



発行 特定非営利活動法人 アスペ・エルデの会  
〒452-0821 名古屋市西区上小田井 2-187  
メゾンドボヌー小田井 201 号室  
TEL/FAX 052-505-5000  
MAIL [info@as-japan.jp](mailto:info@as-japan.jp)