

原 著

広汎性発達障害児の社会性スクリーニング検査の課題 －養育者と専門家の評価の違いから－

武井祐子*1 寺崎正治*1 野寄尚子*2

要 約

本研究の目的は、(1)PDDハイリスクとされる子どもに対して、母親と専門家（保健師と心理士）が幼児期の子どもの社会性発達をどのように評価しているか、(2)専門家の評価方法から母親と専門家の評価に違いが生じる原因の検討、(3)専門家の職種によって評価方法に違いがあるのかを明らかにし、適切な支援方法を検討することである。分析の結果、以下の点が明らかとなった。(1)合計および下位項目の13項目において、母親の方が保健師および心理士よりも子どもの社会性を高く評価し、上限に近い値を示していた。一方、心理士の評価は母親や保健師に比べてばらつきが大きかった。(2)保健師は全ての項目について母親からの聞き取りではなく、子どもの行動観察などによって評価を行っていたが、心理士は項目によって評価方法を変えていた。

以上のことから、母親と専門家では質問項目の内容のとらえ方や評価の際に注目する視点が異なることが推測され、質問項目を支援にいかすためには、専門家が評価する際にポイントとする内容について母親が理解しやすいような項目内容に修正するとともに母親の視点をふまえることが重要であると考えられた。

1. 緒言

広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders ; 以下、PDD)の診断の遅れは、その後の適切な発達支援を困難にし、子ども自身に深刻な社会生活上のダメージとなる様々な二次的障害をひきおこす可能性がある。また、虐待をはじめとする深刻な育児上の問題の多くに、子どものもつPDDの特性からくる子育て上の困難さが背景にあることが指摘されている¹⁾。その一方でPDD児に対して早期に介入することにより、知的発達や行動面により効果が得られることも指摘されている²⁾。よって、子ども自身の良好な発達や二次的障害の予防、養育者に対する適切な育児支援のためには、できるだけ早期の段階で、PDDの可能性のある子どもを確実に発見することが必要であると考えられる。

PDDのなかでも、高機能PDD(high functioning pervasive developmental disorders ; 以下、HFPDD)は、幼児期に一旦、言語表出が良好なために、必要な支援に繋がりにくいことが指摘されてい

る³⁾。そのため、近年わが国においては、PDD児を早期に発見するために、言語や知能の発達の遅れではなく、社会性の発達の面からも捉えようとする動向がある^{4,7)}。しかし、PDD児の場合、外見上は異常が認められないために、親が何らかの養育上の難しさや問題を感じながらも、確定診断につながるような問題そのものは、子どもが成長発達していく経過のなかで理解されるようになることが多い^{8,9)}。また、HFPDDの場合、観察される場面によってはPDDの特徴が確認されにくいことがある¹⁰⁾。よって、HFPDD児を含むPDD児を早期に発見するためには、社会性について発達の経過のなかで評価するとともに、どのような場面や状況で評価していくかということを考慮する必要がある。

PDD児を発達の経過のなかで早期に発見する取り組みとして、各自治体で行われている一歳半健康診査（以下、一歳半健診）や三歳児健康診査（以下、三歳児健診）などの乳幼児健康診査(以下、乳幼児健診)でのスクリーニングがある。最近では、

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科 *2 豊仁会 まな星クリニック
(連絡先) 武井祐子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail : takei@mw.kawawsaki-m.ac.jp

一歳半健診および三歳児健診でのスクリーニングの感度は向上し、言葉の遅れがない場合でもPDD児が発見されるようになりつつある¹¹⁾。このような乳幼児健診の場面では時間的、経済的にも実施が容易な質問紙を用いたスクリーニングによって、PDDの可能性のある子どもを抽出することが多い。

幼児期におけるPDD児の社会性の障害をスクリーニングする質問紙は、PDDの早期スクリーニング尺度として開発が行われるようになってきている。わが国においてはPDDの早期発見を目的として、日本語版M-CHAT⁶⁾やIBC-R⁵⁾が作成され、その有用性について検討されている。しかし、実際にこれらの既存の質問紙を用いると、養育者と専門家との間で、子どもの社会性における問題点の認知に不一致が見られることがあり、正確に子どもの状態が把握できないことが少なからずあることが報告されている⁶⁾。このようなことがおきる理由の1つとして、養育者に社会性の定型発達の道筋についての知識がないことによって判断が難しいためではないかと考えられ、質問項目を養育者が理解しやすいよう絵を加えるなど工夫がなされている¹²⁾。しかし、養育者と専門家では子どもを観察する時間の長さや関わる場面が異なり、また子どもに向ける情緒的な思いの強さも異なることから、必ずしも養育者に知識ないことだけが不一致の原因ではないと考えられる。

PDD児は一般的に早期の段階で確定診断を行うことが難しいことが指摘されている⁹⁾。しかし、発達障害児をもつ養育者の多くは、「育てにくさ」と呼べるサインを早期から感じている¹³⁾。また、HFPDD児をもつ養育者は約2人に1人は子どもが2歳未満の時に、約3人に2人が3歳未満の時に、発達の様子を「何かが違う」と報告している¹⁴⁾。つまり、養育者の多くは、確定診断に至る前の比較的発達早期の段階で、漠然とはあるもののなんらかの問題に気づいていると考えられる。

養育者のなかでも母親は、生まれた直後より子どものもっとも身近にいるため、生活全般にわたる様々な場面の子どもの様子を観察することが可能な唯一の存在である¹⁴⁾。よって、母親が感じる、「何かが違う」「育てにくさ」と漠然と表現する情報から、確定診断につながるような子どものPDDの社会性の障害の問題を抽出し、評価していくことが重要であると考えられる。

しかし、母親は、日常生活なかで観察される子どもの言葉の有無や問題行動の有無などは把握しやすいが、前述の報告をみると⁶⁾、診断にかかわる社会性の障害を疑わせる対人関係の問題や遊びの偏りな

どの特徴そのものは認識しにくいと考えられる。また、たとえ母親が子どものなんからの問題に気付くことが出来ていても、もっとも支援が困難となるのは、母親と関係者がそれぞれ気付いた問題の内容やレベルの違いであり、この違いを一致させるのが発達障害の支援の始まりである¹⁵⁾。つまり、社会性の障害につながるような母親が感じている子どもの特徴と専門家がとらえる子どもの問題を比較し、両者のとらえ方にどのような違いがあるのか、違いがある場合にはその違いが生じる原因について検討していく必要があると考えられる。

そこで本研究では、以下の3点を目的として実施した。まず1つ目としてPDDハイリスクとされる子どもに対して、母親と専門家が子どもの社会性をどのように評価しているかを明らかにする。同一の子どもに対して、母親が日常生活のなかで子どもの社会性の障害をどのようにとらえているか、専門家が子どもの社会性の障害をどのようにとらえるかを明らかにし、両者を比較することで、子どもを観察する場面や時間の長さによって、あるいはそれぞれの立場の違いによって子どもの社会性の障害のとらえ方がどのように違うのかが明らかになると考えられる。2つ目として専門家が評価する際の評価方法から、母親と専門家の評価の違いが生じる原因について検討を行う。評価方法には、母親からの聞き取りで得られた情報をもとに評価する方法と、発達検査や知能検査を実施するなど専門家自身が子どもと関わるなかで子どもの行動を観察し、得られた情報で評価する方法がある。専門家自身が子どもと関わるなかで得られた情報をもとに評価するよりも、母親からの聞き取りで得られた情報をもとに評価する方が専門家の評価は母親の評価に近くなると考えられる。その一方で、専門家は母親とは異なった基準で子どもの社会性を評価し、評価する方法に関係なく両者の評価が異なる可能性もある。よって評価方法を検討することによって、評価に違いがあった場合、場面や時間といった評価する際に用いる情報の内容や量の違いによるものなのか、評価者自身の基準の違いによるものなのかということが明らかになると考えられる。3つ目として専門家の職種の違いによって評価方法に違いがあるのについて検討する。専門家の職種の違いによって評価方法に違いがあるとすれば、確定診断を受ける前後にあるPDDハイリスクの子どもをもつ母親に専門性の違いをいかしたそれぞれの支援のあり方について示唆が得られると考えられる。なお、本研究では、専門家として乳幼児健診でスクリーニングに関わっている保健師とPDDハイリスクの子どもが受診し、診断を受

けている専門医療機関クリニックで発達検査や知能検査を施行している心理士という2職種の専門家をとりあげることとする。

2. 方法

2.1. 調査時期および調査実施場所

本調査は、2008年6月から2009年5月までA市の乳幼児健診が実施されている保健所と2008年2月から11月までA市のPDDの相談や診断が行われている児童精神科の専門医療機関クリニック（以下、クリニック）で実施した。

2.2. 調査対象者

保健所においては、乳幼児健診を経た後に専門相談を受けるために来所したPDDが疑われる幼児期の子どもをもつ母親33名、および保健所に勤務している担当保健師19名であった。評価の対象となった子ども33名は、男児25名、女児8名、平均月齢は35.24ヶ月(SD=8.05, 範囲:20ヶ月~46ヶ月)であった。

クリニックにおいては、子どもの診察のためにクリニックに初めて来院したPDDが疑われる幼児期の子どもをもつ母親39名、およびクリニックに勤務している心理士7名であった。評価の対象となった子ども39名は、男児29名、女児9名、不明1名、平均月齢は36.82ヶ月(SD=6.97, 範囲:21ヶ月~47ヶ月)であった。

2.3. 質問紙

質問紙は、社会性の測定項目と、フェイスシートで構成されている。具体的な構成は以下のとおりである。

2.3.1. フェイスシート

母親に対する質問紙には、調査研究の説明文、調査研究の協力依頼、記入日、記入者と対象児の関係(続柄)、対象児の生年月日と性別などを記入する欄を設けた。保健師に対する質問紙には、調査研究の説明文、調査研究の協力依頼、記入日を記入する欄を設けた。心理士に対する質問紙には、調査研究の説明文、調査研究の協力依頼、記入日、実施検査名を記入する欄を設けた。

2.3.2. 社会性の測定項目

本研究で用いた項目は、日本語版M-CHAT⁶⁾、IBC-R⁵⁾の既存の尺度から、社会性に関すると思われる14項目を専門家4名で抽出し、母親が理解しやすいように語尾などの表現を修正したものであった。これらの項目にどの程度当てはまるのかを「あてはまらない」(1点)から「あてはまる」(4点)の4段階で評定を求めた。得点が高いほど子どもの社会性を高く評価していることを示す。また保健師と心理士に対しては、各項目について評価方法を確認する

ために、母親からの聞き取りによって評価したか、母親からの聞き取り以外の方法、つまり行動観察や心理検査などの自身が直接関わった際に得られた反応などから評価したかを尋ねた。

2.4. 手続き

保健所においては、乳幼児健診などのなかで子どもの発達上の問題について児童精神科の医師による専門相談を受けることを担当保健師などに勧められ、相談に来所した母親とその担当保健師に質問紙調査を行った。保健師に対しては、相談が始まる前に研究者が調査研究の説明を行い、同意が得られた保健師に対してのみ質問紙への回答を依頼した。母親に対しては、相談に来所し、医師による相談を待つ空き時間を利用して実施した。質問紙とともに、研究者が直接対面して調査研究の説明を行い、同意を得られた母親に対してのみ質問紙への回答を依頼した。

クリニックにおいては、母親と子どもが初めてクリニックに来院したときに、受付で医療事務員が問診表とともに母親に質問紙を渡し、診察前の空き時間に回答するように依頼した。心理士に対しては、母親と子どもが二度目に来院したアセスメントのために実施する発達検査あるいは知能検査の際に質問紙への回答を依頼した。

2.5. 分析

母親と保健師、母親と心理士の評価結果について統計分析を行った。分析にはJMP7を用いた。なお、分析をする項目に欠損がある対象者は、分析ごとに分析対象から除外した。

3. 結果

3.1. 母親と保健師の間の社会性の評価の差(総合得点)

子どもの社会性の評価において、母親と保健師との間で差が見られるかどうかを検討するために、社会性の評価得点(全項目の総合得点)の平均値の差についてt検定を行なった(表1)。その結果、母親の方が保健師より有意に得点が高かった($t_{(30)}=9.90$, $p<.001$)。つまり、母親は保健師よりも子どもの社会性を高く評価していることが明らかとなった。

3.2. 母親と保健師の間の社会性の評価の差(各項目の得点)

子どもの社会性の評価において、母親と保健師との間で差が見られるかどうかを検討するために、項目ごとに社会性の評価得点の平均値の差についてt検定を行なった(表2)。その結果、全ての項目において、母親の方が保健師よりも有意に高い得点を示していた。つまり、母親は保健師よりも子どもの

表1 母親と保健師における社会性の評価得点の平均値とSD及びt検定の結果(N=31)

	保護者		保健師		t値
	平均	SD	平均	SD	
社会性の評価得点	51.52	3.56	40.29	7.66	9.90**

**p<.001

表2 各項目における母親と保健師の評価得点の平均値とSD及びt検定の結果

項目	項目内容	保護者		保健師		t値
		平均	SD	平均	SD	
1	名前を呼ぶと反応するか。	3.85	.44	3.00	.94	5.01***
2	視線は合うか。	3.82	.46	2.91	.80	5.94***
3	お母さんの注意を、自分の活動に引きつけようとするか。	3.73	.45	2.88	.89	5.38***
4	表情は豊かであるか。	3.85	.36	3.09	.77	6.14***
5	子どもの顔を見たり、笑いかけると、笑顔で反応するか。	3.94	.24	2.97	.85	6.57***
6	部屋の離れたところにある玩具などを指でさすと、その方向を見るか。	3.67	.48	2.64	.74	6.70***
7	何か見ているときに、子どもも同じものを一緒に見るか。	3.36	.65	2.36	.78	7.27***
8	見て欲しいものがあるとき、それを見せに持ってくるか。	3.81	.47	3.09	.82	6.41***
9	援助が必要なときに、言葉や身振り(指さし)で援助を求めるか。	3.85	.36	3.09	.91	4.42***
10	何かに興味を持ったとき、言葉や身振り(指さし)で伝えようとするか。	3.79	.60	3.00	.94	3.17***
11	見慣れないことに直面したとき、あなたの顔を見て反応を確かめるか。	3.61	.50	2.73	.80	6.46***
12	自分が興味をもつものや楽しいことを他の人と共有しようとするか。	3.21	.78	2.30	.81	5.71***
13	他の子どもに興味があるか。	3.38	.75	2.81	.82	3.79***
14	ごっこ遊びをするか。	3.45	.71	2.64	.90	4.38***

***p<.001 **p<.01

表3 母親と心理士における社会性の評価得点の平均値とSD及びt検定の結果(N=36)

	保護者		心理士		t値
	合計	SD	合計	SD	
社会性の評価得点	50.86	4.62	37.44	9.78	9.01**

**p<.001

表4 各項目における母親と心理士の評価得点の平均値とSD及びt検定の結果

項目	項目内容	保護者		保健師		t値
		平均	SD	平均	SD	
1	名前を呼ぶと反応するか。	3.77	.58	2.67	1.26	5.41***
2	視線は合うか。	3.92	.27	2.69	1.13	6.92***
3	お母さんの注意を、自分の活動に引きつけようとするか。	3.92	.27	2.23	1.16	9.19***
4	表情は豊かであるか。	3.79	.53	2.87	1.07	4.85***
5	子どもの顔を見たり、笑いかけると、笑顔で反応するか。	3.46	.79	2.41	1.12	5.73***
6	部屋の離れたところにある玩具などを指でさすと、その方向を見るか。	3.77	.54	2.72	1.00	6.41***
7	何か見ているときに、子どもも同じものを一緒に見るか。	3.79	.57	2.28	1.02	9.48***
8	見て欲しいものがあるとき、それを見せに持ってくるか。	3.44	.64	3.26	1.09	0.93
9	援助が必要なときに、言葉や身振り(指さし)で援助を求めるか。	3.32	.74	2.45	1.11	4.59***
10	何かに興味を持ったとき、言葉や身振り(指さし)で伝えようとするか。	3.79	.47	3.18	1.14	3.24**
11	見慣れないことに直面したとき、あなたの顔を見て反応を確かめるか。	3.51	.64	2.44	1.12	6.34***
12	自分が興味をもつものや楽しいことを他の人と共有しようとするか。	3.58	.64	2.24	1.10	7.38***
13	他の子どもに興味があるか。	3.03	.74	2.59	1.16	2.60**
14	ごっこ遊びをするか。	3.18	.88	2.21	1.13	6.74***

***p<.001 **p<.01

社会性に関わる全ての項目内容について高く評価していることが明らかとなった。

3.3. 母親と心理士間の社会性の評価の差(総合得点)

子どもの社会性の評価において、母親と心理士との間で差が見られるかどうかを検討するために、社会性の評価得点(全項目の総合得点)の平均値の差についてt検定を行なった(表3)。その結果、母親の方が心理士より有意に得点が高かった ($t_{(36)}=9.01, p<.001$)。つまり、母親は心理士よりも子どもの社会性を高く評価していることが明らかとなった。

3.4. 母親と心理士間の社会性の評価の差(各項目の得点)

子どもの社会性の評価において、母親と心理士との間で差が見られるかどうかを検討するために、項目ごとに社会性の評価得点の平均値の差についてt検定を行なった(表4)。その結果、項目8「見てほしいものがあるとき、それを見せに持ってくるか」のみ、母親と心理士との得点に有意差が認められなかった。それ以外の全ての項目において、母親の方が心理士よりも有意に高い得点を示していた。興味のあるものを見せにくるという行動の評価については母親と心理士の間で違いがみられなかったが、その他の社会性に関わる項目内容については、母親は心理士よりも高く評価していることが明らかとなった。

3.5. 保健師と心理士の社会性の評価方法について

子どもの社会性の評価において、専門家である保健師と心理士がどのようにして評価しているかを明らかにするために、母親からの聞き取りによって得られた情報をもとに評価しているのか、自身が子ども

の行動を観察したり、心理検査をするなどして、自身が関わるなかで得られた情報をもとに評価しているのかを検討した(表5, 表6)。

結果、全ての項目において、保健師は子どもの行動を観察したり、子どもとの関わりを通じて、つまり、母親から聞き取った情報を用いて評価するのではなく、自身が実際に子どもと関わることによって得られた情報を用いて評価していることが明らかとなった。

一方、心理士は項目によって評価の際に用いている方法が異なっていた。保健師よりも心理士の方が、母親からの聞き取りによって評価していることが多くみられた。なかでも、項目14「ごっこ遊びをするか」、項目13「他の子どもに興味があるか」、項目11「見慣れないことに直面したとき、あなたの顔を見て反応を確かめるか」、項目10「何かに興味を持ったとき、言葉や身振り(指さし)で伝えようとするか」、項目8「見て欲しいものがあるとき、それを見せに持ってくるか」、項目12「自分が興味をもつものや楽しいことを他の人と共有しようとするか」、項目6「部屋の離れたところにある玩具などを指でさすと、その方向を見るか」の6項目については、半数以上が母親の聞き取りによって評価を行っていた。一方で、項目1「名前を呼ぶと反応するか」、項目2「視線は合うか」、項目3「お母さんの注意を、自分の活動に引きつけようとするか」、項目5「子どもの顔を見たり、笑いかけると笑顔で反応するか」については母親からの聞き取り以外の方法、子どもの行動を観察することや心理検査を実施した時、子どもとの関わりを通じて評価していることが明らかとなった。

表5 各項目における保健師の評価方法

項目	項目内容	聞き取り	*それ以外
1	名前を呼ぶと反応するか。	0	33
2	視線は合うか。	1	32
3	お母さんの注意を、自分の活動に引きつけようとするか。	1	32
4	表情は豊かであるか。	1	32
5	子どもの顔を見たり、笑いかけると、笑顔で反応するか。	0	33
6	部屋の離れたところにある玩具などを指でさすと、その方向を見るか。	1	32
7	何か見ているときに、子どもも同じものを一緒に見るか。	0	33
8	見て欲しいものがあるとき、それを見せに持ってくるか。	1	32
9	援助が必要なときに、言葉や身振り(指さし)で援助を求めるか。	3	30
10	何かに興味を持ったとき、言葉や身振り(指さし)で伝えようとするか。	1	32
11	見慣れないことに直面したとき、あなたの顔を見て反応を確かめるか。	2	31
12	自分が興味をもつものや楽しいことを他の人と共有しようとするか。	3	30
13	他の子どもに興味があるか。	9	24
14	ごっこ遊びをするか。	7	26

* 評価者自身が直接関わる(検査含む)ことによる評価方法

表6 各項目における心理士の評価方法

項目	項目内容	聞き取り	*それ以外
1	名前を呼ぶと反応するか。	0	39
2	視線は合うか。	0	39
3	お母さんの注意を、自分の活動に引きつけようとするか。	0	39
4	表情は豊かであるか。	2	37
5	子どもの顔を見たり、笑いかけると、笑顔で反応するか。	0	39
6	部屋の離れたところにある玩具などを指でさすと、その方向を見るか。	20	19
7	何か見ているときに、子どもも同じものを一緒に見るか。	3	36
8	見て欲しいものがあるとき、それを見せに持ってくるか。	22	17
9	援助が必要なときに、言葉や身振り(指さし)で援助を求めるか。	9	30
10	何かに興味を持ったとき、言葉や身振り(指さし)で伝えようとするか。	22	17
11	見慣れないことに直面したとき、あなたの顔を見て反応を確かめるか。	26	13
12	自分が興味をもつものや楽しいことを他の人と共有しようとするか。	21	18
13	他の子どもに興味があるか。	28	11
14	ごっこ遊びをするか。	28	11

* 評価者自身が直接関わる(検査含む)ことによる評価方法

4. 考察

本研究の目的は、PDDハイリスクとされる子どもに対して、母親と専門家が、それぞれ子どもの社会性をどのように評価しているかを明らかにし、両者の評価に違いがあるのかを検討すること、専門家が評価する際の評価方法を検討することで、母親と専門家との間の評価の違いが生じる原因について考察すること、さらに専門家の職種の違いによって評価方法に違いがあるのかを検討することによって、適切な支援のあり方についての示唆を得ることであった。

今回の結果から、母親の方が専門家よりも子どもの社会性を高く評価することが明らかとなった。従来、乳幼児健診において保健師は一次スクリーニング、心理士は二次スクリーニングとして、保健師の一次スクリーニングを経たハイリスクあるいは評価の困難な子どもについて、詳細なアセスメントを求められて、子どもを評価することが多い。よって、子どもに関わる専門家としての立場や専門性は異なると考えられる。本研究の結果から、たとえ専門性が異なっても、専門家と母親との間には子どもの社会性の評価に明らかな不一致が生じてしまうことが明らかとなった。

社会性についての14の下位項目を検討していくと、母親と心理士の間の評価の違いがみられなかった1項目をのぞき、母親の方が保健師および心理士よりも子どもの社会性を高く評価していた。今回用いた14の項目のうち、呼名反応の有無を問う項目1「名前を呼ぶと反応するか」、アイコンタクトの有無を問う項目2「視線は合うか」、ほほえみ返しの有無を問う項目5「子どもの顔を見たり、笑いかけると、笑顔で反応するか」の項目は、自閉症の行動

マーカーとしてとりあげられている。そのような項目内容にもかかわらず、母親はこれらの項目について高く評価していた。つまり、これらの項目に対する母親の評価を用いて、子どもがPDDであるか否かをスクリーニングすることは困難であることが明らかとなったことは注目すべきである。従来の研究においても、これらの項目については、母親に回答を求めると、PDD群全員が無問題であるとして通過し、スクリーニング項目として弁別力がなかったことが報告されている⁶⁾。よって、これらの項目については、どのような場面や状況、あるいはどのような理由で母親が高く評価するのかを詳細に検討することが必要であり、そのことによってPDDハイリスクと考えられる子どもとその母親への適切な支援が可能となると考えられる。

一方、共同注意行動の1つとしてあげられている項目8「見て欲しい者があるとき、それを見せにもってくるか」という項目についてのみ、母親と専門家である心理士との間の評価の違いがみられなかった。この項目については、従来の研究でもPDDハイリスクの子どもをスクリーニングすることができる項目としてあげられている。今回の結果から、母親と専門家との間の不一致が少ない項目内容である可能性が示唆された。しかし、その一方で母親と保健師との間には評価に差はみられ、母親が高く評価していた。このことから、今回得られた結果が心理士と保健師の専門性の違いから生じた結果なのか、あるいは専門家と母親という立場や専門性の違いがあっても不一致が生じにくい項目内容として考えることができるのか検討を重ねていく必要があると考えられる。

母親における子どもの社会性の評価について、14

の下位項目の得点をみていくと、評価得点は3.21から3.94の範囲にあった。4点が上限であることを考えると、ほぼ上限に近い得点を示している項目も複数みられた。一方で、専門家である保健師は2.64から3.09、心理士について2.21から3.26の範囲にあった。心理士については、下位項目の得点について標準偏差が大きく、母親に比べると、かなり得点のばらつきが大きくなっていった。どの母親も自身の子どもの社会性を高く評価する傾向がみられるが、心理士は目の前にいる子どもを他の子どもとの比較や定型発達を基準に照らして評価し、個々に応じた評価を行っていたことが推測された。

専門家がどのような評価方法を行っているか検討したところ、全ての項目において、保健師は母親から聞き取って得られた情報ではなく、子どもの行動を観察することや子どもとの関わりのなかで、自身が実際に子どもと関わることによって評価していることが明らかとなった。一方、心理士は項目によって評価の際に用いている方法が異なっていた。心理士は、母親からの聞き取りによって評価されることが多い項目と、保健師と同じように子どもの行動を観察することや子どもと関わることによって評価することが多い項目がみられた。心理士は、評価の際に項目内容によって、実際に関わることによって得られた情報をもとに評価可能な項目と母親からの聞き取りによって評価可能な項目とに分けて評価していた可能性が考えられる。

しかし、専門家が母親からの聞き取りによって評価することが多い項目であっても、母親の方が専門家よりも子どもの社会性について高く評価していた。質問紙によって子どもの社会性をスクリーニングする際には、母親が質問項目の内容を正しく理解することが必要である¹²⁾。また、専門家は評価診断をする際に、評価のポイントとなる内容を母親から聴取し、子どもの行動をもれなくとらえている¹⁰⁾。つまり、専門家が母親の聞き取りから評価しているのにもかかわらず、母親の評価と専門家の評価に違いが生じた理由として、母親は評価する際に質問項目が意図している内容を的確にとらえていな

い可能性や、専門家が母親から聞き取る場合に、評価に必要なポイントに焦点をあてて聞き取っていた可能性が考えられる。よって、母親への適切な支援を行うためには、専門家が評価のポイントとする内容について母親が理解できるように修正することで子どもの状態を把握しやすいようにすることも必要ではないかと考えられる。

保健師と心理士という専門家としての職種の違いによって評価の際に用いられる評価方法は異なっていた。職種の違いによる支援のあり方を考えると、一次スクリーニングに従事することが多い保健師にとって、自身の関わりのなかで得られた情報を中心にして子どもの状態を評価していくことは重要であると考えられる。しかし、より母親の視点にたった支援を行っていくためには、母親からの情報をもとに子どもの状態を評価していくことも重要になると考えられる。母親は日々の長い様々な関わりを通じて子どもの評価を行っている。専門家は保健師であれ、心理士であれ、母親よりも観察時間も関わりも圧倒的に少ない。専門家の基準を明確に示すことで母親との評価の不一致を少なくする努力をする一方で、母親が子どもとの長い時間の生活の様々な場面での関わりをもとにどのように評価するのか、その内容を専門家が理解したうえで助言や支援を行っていくことが重要と考えられる。

本研究では、専門家として保健師と心理士とをとりあげた。しかし対象となった保健所の子ども達とクリニックの子ども達はPDDハイリスクであるという点では同じであるが、知的能力などが同じ水準であったということはいえない。このことが、保健所とクリニックのそれぞれにおいて専門家が行った評価結果や用いた評価方法の違いに影響があった可能性はある。今後はその点も含めて検討が必要であろう。

本調査を実施するにあたって、日々の忙しい業務のなかで協力いただきましたクリニックの先生および職員の方、保健所の職員の方、そして貴重な時間を割いて調査に協力いただいた対象者の皆様に心から感謝申し上げます。

文 献

- 1) 杉山登志郎：子ども虐待という第四の発達障害。初版，学習研究社，東京，2007。
- 2) Cohen H, Amerine-Dickens M and Smith T：Early intensive behavioral treatment：Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 27(2), 145-155, 2006.
- 3) 小山智典，神尾陽子：広汎性発達障害の早期発見。障害者問題研究，34(4)，11-18，2007。
- 4) 伊藤英夫：自閉症の早期徴候と早期診断に関する研究。児童青年精神医学とその近接領域，42(3)，217-226，2001。
- 5) 金井智恵子，長田洋和，小山智典，栗田広：広汎性発達障害スクリーニング尺度としての乳幼児行動チェックリスト改訂

- 版 (IBC-R) の有用性の検討. 臨床精神医学, **33**(3), 313-321, 2004.
- 6) 神尾陽子, 稲田尚子: 1歳6か月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究. 精神医学, **48**(9), 981-990, 2006.
 - 7) 小淵隆司: 広汎性発達障害幼児の早期予兆と支援 乳幼児健康相談・健診における親の訴え(心配事)の分析. 障害者問題研究, **34**(4), 58-67, 2007.
 - 8) 中田洋二郎: 親の障害の認識と受容に関する考察-受容の段階説と慢性的悲哀-. 早稲田大学年報, **27**, 83-92, 2007.
 - 9) 山根隆宏: 高機能広汎性発達障害児をもつ親の適応に関する文献的研究. 神戸大学大学院人間発達環境学研究所 研究紀要, **3**(1), 29-38, 2009
 - 10) 並木典子, 杉山登志郎: 2. 広汎性発達障害の評価とスクリーニング. 臨床精神医学, 増刊号, 135-141, 2004.
 - 11) 米田衆介: プライマリーケアにおける軽度発達障害の発見と対応. 現代のエスプリ, **476**, 46-50, 2007.
 - 12) 稲田尚子, 神尾陽子: 11. 自閉症スペクトラム障害の早期診断へのM-CHATの活用. 小児科臨床, **61**(12), 101-105, 2008.
 - 13) 神尾陽子: 乳幼児健康診査における高機能広汎性発達障害の早期評価及び地域支援のマニュアル開発に関する研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業報告書, 2005.
 - 14) 村井憲男, 足立智昭, 仁平義明, 繁増算男, 荒井幸代, 村井則子: 母親情報による発達障害早期スクリーニングの予測妥当性. 小児科臨床, **43**, 713-720, 1990.
 - 15) 秋山千枝子: 7. 乳幼児健診システムと発達障害児の育児支援. 小児科臨床, **61**(12), 304-308, 2008.

(平成22年4月30日受理)

Screening Tools for Assessing the Social Development of Toddlers with Pervasive Developmental Disorders – Differences in Assessment Criteria and Approach between Parents and Professionals –

Yuko TAKEI, Masaharu TERASAKI and Naoko NOYORI

(Accepted Apr. 30, 2010)

Key words : screening test, social development, pervasive developmental disorders

Abstract

The purpose of this study was fourfold: (1) to explain how mothers and professionals (public health nurses and psychologists) approach the social developmental assessment of toddlers with PDD differently; (2) to discuss and review the professionals' assessment methods in order to reveal the exact nature of these differences and (3) to make clear whether different professions use different criteria for assessment and to outline the best method of support for mothers.

The statistical analyses yielded two main findings. Firstly, the scores given by mothers were higher than those given by the professionals in 13 out of the 14 items tested. The mothers scores can be taken as representing a maximum value. Furthermore, the scores given by psychologists varied widely in comparison with the variance in the scores given by nurses and mothers. Secondly, public health nurses assessed by observation of the children's behavior, whereas psychologists used different assessment methods based on the nature of the item under assessment.

These results suggest that there was a significant difference in how mothers and professionals viewed the content of each assessment item. Furthermore, in order to for the assessment to be more effective, it is necessary for specialists to revise the assessment items and make them easier for mothers to understand.

Correspondence to : Yuko TAKEI

Department of Clinical Psychology, Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-Mail : takei@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.20, No.1, 2010 179–187)