

やアスペルガー障害などの診断を一意に与えるものではない。自閉性障害とその他の近縁疾患を正しく峻別するためには、臨床的観察を加味しなくてはならない。

2. 3つのドメインすべてでカットオフポイントを上回り、発症年齢が36ヶ月以下である（「発症年齢に関する5項目」のいずれかがスコア1である）場合、＜何らかのPDDである可能性が非常に高い＞と翻訳できる。ここに、臨床的観察を加味する、または、Lordらが開発した自閉症診断観察スケジュール (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic) [10] の結果と組み合わせて、臨床診断を与える。
3. 3つのドメインすべてでカットオフポイントを下回る場合、＜何らかのPDDである可能性は非常に低い＞と翻訳できる。
4. 診断アルゴリズムの外的妥当性は3歳以上の被検者を中心に検証されたため、2～3歳の被検者にアルゴリズムを用いる際は、解釈に注意が必要である[9]。

開発者らは、筆者ら以外の研究者がADI-R（原版、日本語版を問わず）を研究に用いる場合、開発者らの主宰するトレーニングコースを受け、その後に開発者との間で信頼性を確立することを求めている (<http://umaccweb.com>)。

信頼性と妥当性

ADI-Rの信頼性と妥当性については、開発者らによって繰り返し検討され、確立している[6]。今回の日本語版については、筆者らと開発者らが同一症例に対するビデオ面接を行い、90%を超す一致率を得ているが、さらに日本人面接者間の信頼性の検討、妥当性の検討を行っていく必要がある。

翻訳

土屋、鈴木らは、2004年3月15～17日、ミシガン大学で開催されたADI-Rトレーニングコースに出席し、同席面接および事後のビデオ面接をおこなって、開発者らとの間で評価の信頼性の確立を行った。ついで、ADI-Rの著作権を有するWestern Psychological Servicesより書面で承諾を得た後、原版の和訳を行った。これを、日本語を理解するnative English speakerに依頼してblind back-translationを作成させ、開発者らに送付した。現在、筆者らの研究プロジェクトにおいてのみ、日本語版を限定使用できる契約を交わし、使用への最終的な承諾を得るところである。（個々のプロジェクトについて契約するのが向こう側の意向であった）

筆者らは、ADI-R開発者らと、ADI-R日本語版のプロジェクト限定使用契約を結び、使用の準備中である。また、日常診療に用いることができるよう、出版社との交渉を進めている。日本における自閉症診断のスタンダードたりうる、優れたツールであると考えられる。

なお、著作権・契約上の制約から、ここで日本語版を供覧できない点については、ご了解いただきたい。原版は、Western Psychological Services (<http://www.wpspublish.com>) より入手可能である。

2) 高機能広汎性発達障害への ADI-R の適応

目的は青年期、成人の高機能広汎性発達障害に対して ADI-R を施行し、診断することである。

対象は 14 名の高機能広汎性発達障害、男性 11 名、女性 3 名、所属はアスペルゲル症の会会員 12 名、浜松医科大学通院中の方 2 名である。平均年齢 21.0 歳 (SD 3.7 歳) ,WAIS-R は 70 以上である。

結果は表 3 に ADI-R サマリー評点を示した。表 4 に発達異常の顕在化した時期を示した。これら 14 例についてはすべて、ADI-R の自閉症の診断基準を満たした。ADI-R 診断アルゴリズムは、開発者の Lord によると、DSM-IV のアスペルガー障害の有無を判定するための構成をとっていないので、各情報を DSM-IV の診断基準に照らし合わせれば良いとのことである。DSM-IV の診断基準によると 14 例のうち 9 例は自閉症と診断される。残りの 5 例は 2 語文が 3 歳以前であるので言葉の著明な遅れはないゆえ、検討した。その中の 3 例は 3 歳以前に両親が対人関係、行動の異常に始めて気付いている。ADI-R の面接者の判定では発達上の異常の最初の顕在化が 4 例において 3 歳未満である。ゆえに DSM-IV の操作的診断基準では自閉性障害となる。他の 1 例は顕在化が 3 歳以上であったのでアスペルガー障害となる。ゆえに DSM-IV に照らし合わせると 13 例が自閉性障害で、1 例がアスペルガー障害となる。このように従来アスペルガーと考えられていた症例が ADI-R の施行により、殆どが自閉性障害であることが明らかになった。ゆえに ADI-R の施行により、青年期、成人の高機能広汎性発達障害について、アスペルガー、非定型自閉症などあいまいな診断であった症例を、明確に自閉症とそれ以外に分けることができる。今後は多くの症例で施行し高機能広汎性発達障害の ADI-R スコアーでの特徴を明らかにする。また高機能広汎性発達障害において反社会的行動が併存する人が ADI-R の下位分類でどのような特徴を示すかをも明らかにする。

表 1

ADI-R の評価項目
背景
家族メンバー／家族歴・社会歴
被検者の教育(学校および就学前)
個人的なタイミング
診断 薬物治療
導入質問
1. 現在の懸念
初期発達
症状の発現
2. 両親が言語や対人関係、行動の異常に初めて気づいた年齢
3. 両親の懸念を喚起した最初の兆候
4. あとから思い起こされる発症

- 運動の(発達)指標
 - 5. 初めてのひとり歩き
- トイレット・トレーニング
 - 6. 膀胱コントロールの獲得: 日中
 - 7. 膀胱コントロールの獲得: 夜間
 - 8. 排便コントロールの獲得
- 言語/その他の技能の獲得と喪失
 - 9. 単一語の初使用年齢
 - 10. 連語の初使用年齢
- 言語技能の喪失(項目 11~19)
 - 11. 獲得後の言語技能の喪失
 - 12. 伝達言語の喪失前レベル
- 喪失した言語技能の種別(項目 13~16)
 - 13. 5 つ以上の有意の単語の自発的使用の喪失
 - 14. 伝達意図の喪失
 - 15. 構文技能(文法)の喪失
 - 16. 調音の喪失(発音)
 - 17. 言語技能の主たる喪失が最初に顕在化した年齢
 - 18. 言語喪失と身体疾患の関連性
 - 19. 言語技能の喪失期間
- 全般的な技能の喪失(項目 20~28)
 - 20. 技能の喪失(3ヶ月以上)
- 喪失した技能のタイプ(項目 21~25)
 - 21. 目的に適った手の運動
 - 22. 運動技能
 - 23. 自立技能
 - 24. 構成遊びや想像遊び
 - 25. 社会的関与と社会反応性
 - 26. 技能の主たる喪失が最初に顕在化した年齢
 - 27. 技能の喪失と身体疾患の関連
 - 28. 言語技能の喪失期間
- 言語と意志伝達機能
 - 29. 単純な言語の理解
 - 30. 全体的な言語レベル
 - 31. 他者の身体を意志伝達に使うこと
 - 32. 調音(はっきりしゃべること)・発音
 - 33. 常同的発語と遅延性反響言語
 - 34. 社会的言語表現・雑談
 - 35. 相互的な会話(被検者の言語レベルの範囲内で)
 - 36. 不適切な質問または発言
 - 37. 人称代名詞の反転
 - 38. 言語新作・奇異な言語
 - 39. 言葉の儀式
 - 40. イントネーション・音量・リズム・速度
 - 41. 現在の伝達目的の発話
 - 42. 関心を表現する指さし
 - 43. うなづき
 - 44. 首ふり
 - 45. 慣習的・道具的身ぶり
 - 46. 声に対する傾注
 - 47. 動作の自発的な模倣
 - 48. 想像的遊び(*ごっこ遊び)
 - 49. 友達との想像的遊び
- 社会的発達と遊び
 - 50. 正視
 - 51. 社会的微笑み
 - 52. ものを見せて注意を向ける
 - 53. 共有のための提供(*分け前を差し出すこと)
 - 54. 自分の楽しみを他者と共有する志向
 - 55. 慰めの提供
 - 56. 社会的働きかけの質
 - 57. 意志伝達に用いる顔の表情の範囲
 - 58. 不適切な顔の表情
 - 59. 社会的な反応の(*場面)適合性
- 好きなおもちゃ・もの
 - 60. 適切な活動の開始
 - 61. 模倣性のある社会的な遊び

- 62. 子どもに対する関心
 - 63. 他の子どもからの接近に対する反応
 - 64. 仲間との集団遊び
 - 65. 友情
 - 66. 社交的な抑制の欠如
- 関心と行動
- 67. ふつうでない没頭
 - 68. 限定された関心
 - 69. ものの反復的使用またはもの的一部分に対する関心
 - 70. 強迫行為・儀式
 - 71. 知覚に対するふつうでない関心
 - 72. 騒音に対する必要以上の全般的な感受性
 - 73. 特定の知覚刺激に対する異常・特異的・否定的反応
 - 74. 自分の日課や個人的環境を少し変えるのも困難なこと
 - 75. 些細な環境変化に対する抵抗
 - 76. ものに対するふつうでない愛着
 - 77. 手指の衝動的運動
 - 78. その他の複雑な衝動的運動または常同的な身体運動
 - 79. 正中面の手の運動
- 行動全般
- 80. 歩行
 - 81. 養育者や家族に対する攻撃性
 - 82. 養育者や家族以外に対する攻撃性
 - 83. 自傷
 - 84. 過換気
 - 85. 失神・痙攣・一過性の意識消失
 - 86. 最初に異常が顕在化した年齢
 - 87. 発達上の異常が最初に顕在化したと思われる年齢についての面接者の判定
- 例外的な特殊技能(項目 88~93)
- 88. 視空間能力
 - 89. 記憶技能
 - 90. 音楽能力
 - 91. 描画技能
 - 92. 読書能力
 - 93. 計算能力
- 結論のコメント
- 全体的な評価
 - 面接者の印象と面接の状況
 - 情報提供者の説明と観察者の情報の食い違いに関する要約

表2

ADI-R 診断アルゴリズムの構成

DSM-IV 「自閉性障害」 診断基準	該当する ADI-R 項目 番号とスコア
A. (1), (2), (3) から合計 6 つ (またはそれ以上), うち少なくとも (1) から 2 つ, (2) と (3) から 1 つずつの項目を含む。	total A, total B, total C のすべてがカットオフ点を上回れば, DSM の A 基準を満たす。
(1) 対人的相互反応における質的な障害で, 以下の少なくとも 2 つによって明らかになる:	$A1+A2+A3+A4 \geq 10$ [total A]
a) 目と目で見詰め合う, 顔の表情, 体の姿勢, 身ぶりなど, 対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害。	50, 51, 57 [subtotal A1]
b) 発達水準に相応した仲間関係を作ることの失敗。	49, 62, 63, 64 (or 65) [subtotal A2]
c) 楽しみ, 興味, 成し遂げたものを他人と共有することを自発的に求めることの欠如。	52, 53, 54 [subtotal A3]
d) 対人的または情緒的相互性の欠如。	31, 55, 56, 58, 59 [subtotal A4]
(2) 以下のうち少なくとも 1 つによって示される意志伝達の質的な障害:	$B1+B2V+B3V+B4 \geq 8$ for verbal subjects $B1+B4 \geq 7$ for non-verbal subjects [total B]
a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如 (身ぶりや物まねのような代わりの意志伝達の仕方によって補おうという努力を伴わない)。	42, 43, 44, 45 [subtotal B1]
b) 十分会話のあるものでは, 他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。	34, 35 [subtotal B2V]
c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語。	33, 36, 37, 38 [subtotal B3V]
d) 発達水準に相応した, 変化にとんだ自発的なごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如。	47, 48, 61 [subtotal B4]
(3) 行動, 興味および活動の限定され, 反復的で常同的な様式で, 以下の少なくとも 1 つから明らかになる:	$C1+C2+C3+C4 \geq 3$ [total C]
a) 強度または対象において異常なほど, 常同的で限定された型の, 1 つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。	67, 68 [subtotal C1]
b) 特定の, 機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。	39, 70 [subtotal C2]
c) 常同的で反復的な衝動的運動。	77 or 78 [subtotal C3]
d) 物体の一部に持続的に熱中する。	69 or 71 [subtotal C4]
B. 3 歳以前に始まる, 以下の領域の少なくとも 1 つにおける機能の遅れまたは異常:	2 (36 未満) →1 点 9 (24 より大) →1 点 10 (33 より大) →1 点 86 (3 以上) →1 点 87 (36 未満) →1 点 以上の合計点が 1 以上であれば DSM の B 基準を満たす
(1) 対人的相互作用	
(2) 対人的意志伝達に用いられる言語	
(3) 象徴的または想像的遊び。	

表 3

ADI-R を用いた臨床症状の調査

ADI-R 項目 (DSM-IV 項目と平行)	14 例		UMACC (Lord et al 1994)	
	平均	SD	平均	SD
A 対人的相互反応における質的な障害	21.9	4.9	19.0	3.8
A1 対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害	4.3	1.9	3.5	1.6
A2 仲間関係を作ることの失敗	6.6	1.4	3.1	0.9
A3 楽しみの共有を自発的に求めることの欠如	4.4	1.6	5.0	1.3
A4 対人的または情緒的相互性の欠如	6.7	1.5	7.4	1.9
B 意志伝達の質的な障害	14.1	3.7	16.3	3.0
B1 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如	4.1	2.6	6.6	1.5
B2V 会話を開始し継続する能力の著明な障害	2.9	1.2	3.2	1.1
B3V 常同的で反復的な言語の使用	2.0	0.8	3.1	1.9
B4 自発的なごっこ遊びや社会的物まね遊びの欠如	5.1	1.2	3.4	1.5
C 行動・興味が限定され、反復的で常同的な様式	5.1	1.8	4.9	1.8
C1 1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること	2.0	0.9	1.0	0.9
C2 習慣や儀式にかたくなにこだわる	1.6	1.3	1.2	1.2
C3 常同的で反復的な衝動的運動	0.5	0.7	1.4	0.8
C4 物体の一部に持続的に熱中する	1.0	0.6	1.4	0.6
D 3歳以前に始まる機能の遅れまたは異常	3.4	1.1		

表 4

言葉の遅れと発達異常

症例	Asp.													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
両親が最初に気づいた月齢 (Q2)	36	11	18	35	15	18	12	15	12	12	150	18	10	63
最初に単一語を話した月齢 (Q9)	16	13	10	15	20	42	21	36	18	10	18	10	18	11
最初に連語を話した月齢 (Q10)	42	60	54	37	31	45	24	60	42	42	24	18	54	23
最初に異常が顕在化した年齢 (Q86)	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	2	4	3
面接者の判定による異常が最初に顕在化した月齢 (Q8)	18	12	18	33	15	18	12	15	18	12	36	18	12	32

■ 最初に連語 (2 語文) を話したのが 3 歳以下 (言葉の遅れがない)

■ 異常が顕在化したのが三歳以後

文献

- 1) Fombonne E. The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med* 1999; 29: 769-86.
- 2) Honda H, Shimizu Y, Misumi K, Niimi M, Ohashi Y. Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 228-35.
- 3) Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 2001; 285: 3093-9.
- 4) Kurita, H. 自閉症を含む広汎性発達障害の早期診断・スクリーニング. 自閉症と発達障害研究の進歩 第6巻 (編: 高木隆郎, M. Rutter, & E. Schopler), pp. 3-15. 東京: 星和書店, 2002.
- 5) Le Couteur A, Rutter M, Lord C, Rios P, Robertson S, Holdgrafer M, et al. Autism Diagnostic Interview: a standardized investigator-based instrument. *J Autism Dev Disord* 1989; 19: 363-87.
- 6) Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders. *J Autism Dev Disord* 1994; 24: 659-85.
- 7) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10): The Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
- 8) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 9) Rutter M, Le Couteur A, Lord C. ADI-R: Autism Diagnostic Interview Revised. WPS Edition Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2003.
- 10) Lord C, Rutter M, Di Lavore P. Autism Diagnostic Observation Schedule: Generic (ADOS-G). Austin, TX: The Psychological Corporation; 2001.

付記

広汎性発達障害、とくに高機能およびアスペルガー障害の研究において欧米の論文に使用されている診断基準について検討すると、DSM-IV、ICD-10、CARS、ADOSを使用しているものも見られるが、ADI-Rを行なっているものが多い。自閉症診断面接改訂版 (Autism Diagnostic Interview-Revised: ADI-R) は英語圏において広く使われている診断面接であるが、日本で翻訳や使用がされていない。その理由は翻訳バージョンが使用者限定になっていることであった。つまり各々が日本語で用いる場合、翻訳しバックトランスレーションまで要求された。ここまでに費用が何百万円もかかった。また英語版、日本語版 (まだできていないが) に限らずアメリカでトレーニングコースを受け認定されたもののみ ADI-R の研究使用が可能である (研究のための使用に必要で臨床場面で使うことに関してはトレーニングを受ける必要はない)。そしてコースを受ける時母親面接ができる英語能力が要求される。日本で広く使われていない理由はそれらにあったことが明らかになった。今年度、辻井、宮地、松本が参加し日本では合計5人になった。参考までにコースは毎年開かれ 2005 年の ADI-R トレーニングコースは 2005 年 3 月 9 日～11 日、ミシガン大学 UMACC にて、参加料 1000 ドル、事前

の準備は不要、しめきり 2005 年 1 月 14 日でした。詳細は <http://www.umaccweb.com/> です(ホームページから Education & Training から ADI-R Training Workshop)。

高機能広汎性発達障害に見られる反社会的行動に対する早期支援システムに関する研究

白瀧貞昭、大西次郎、村上凡子、萱村俊哉（武庫川女子大学）

1. 研究目的

現下の日本では、高機能広汎性発達障害はいわゆる「軽度発達障害」の中に分類されるようにその重篤さが軽度であるがゆえに、なかなか気付かれずに小学校中学年にいたるといことがほとんどである。しかも、大抵は、学校で友達とのトラブルが発生してから教師がその原因などを検討しているうちに他児とのちょっとした差異に気付いて、家庭と連絡を取るうちに専門機関で詳しく診てもらふ必要があるとの結論に達してからはじめて、子どもの特質が明らかになるということがしばしばである。このように、現状ではある子どもが高機能広汎性発達障害児であるとわかっておりながら、問題行動が発生するのを予防できないのではなく、問題行動が発生してから初めて専門機関で詳しく見てもらって高機能広汎性発達障害児であることがわかるのである。出来るだけ早期に、出来れば問題行動が出現する前に高機能広汎性発達障害児と周囲が認識しておくのが望ましいのは言うまでもない。

また、近年、日本で問題になってきている児童期～青年期の高機能広汎性発達障害児者の反社会的行動、重大犯罪に結びつく幼少時期の特徴を明らかにするべきという課題が我々児童精神科医に与えられている。この課題に対する回答を出すためには、本当は早期に把握された高機能広汎性発達障害児群を前方視的にフォローする中で、ある事例が反社会的行動を出現させるということがあれば、その事例の発達早期からの種々の詳細が把握されているので、何が後の反社会的行動に結びついたのか解明できるはずである。しかし、このような前方視的フォローアップには少なくとも10年くらいの年月が必要になる。限られた年数である程度回答を出すためには、反社会的行動を出現させている事例を後方視的に回顧調査を行う方法がとられる。

以上のように、本研究では、1) 高機能広汎性発達障害児の前方視的研究法を採用することを目的として、高機能広汎性発達障害の疑い児を就学前期に検出する方法を検討すること、2) 反社会的行動に結びついている高機能広汎性発達障害児者を後方視的に幼少時期の特徴を明らかにすることを目的として、どのような方法でこの調査が可能になるのかについて検討することを目的とした。

2. 研究方法

高機能広汎性発達障害の前方視的研究のための高機能広汎性発達障害疑い児を就学前に検出するための方策の検討を筆者らの過去の「自閉症ハイリスク児」

検出方策検討の経験に基づいて検討を加えた。また、このような早期検出の場として、日本では保健所での一斉健診の場がまず候補に挙がる。この保健所での一斉健診で高機能広汎性発達障害疑い児を検出するための指標、その方法などを体系化し、その後の療育を行う保健・福祉機関との連携を含むフォローアップシステムとして構成するための検討などを行った。

また、年長になって反社会的行動を出現させた高機能広汎性発達障害児者の後方視的研究のための調査をどこで、どのような形で行えるのかの検討を行った。当然、法務専門機関との連携活動を通して、事例の回顧的調査を行うことの協力を以下に得るかについて多くの人と検討する作業を行った。

3. 研究結果

1) 高機能広汎性発達障害児の早期発見・早期療育のための前方視的研究

(1) 高機能広汎性発達障害児、高機能広汎性発達障害疑い児の早期発見

a. 早期発見を行う場所の問題

市町で行われている、1歳半時一斉健診・3歳時一斉健診の場で高機能広汎性発達障害児を含む「自閉症スペクトラム障害児」、あるいはその疑い時を検出して以後のフォローアップ群としてグループ編成を行うことはすでに各地で可能になっている。保健所、母子保健センターなどでこれらの作業を行うのが現下の日本では最も妥当な場所と結論した。

b. 早期発見を行うための検出指標、方法の問題

自閉症ハイリスク児を保健所などで検出するときに我々が用いた指標は、

- ① 母子愛着関係未確立を中心とする対人関係希薄性・拒否などの行動指標
- ② 言語発達障害、非言語性コミュニケーション機能の未成立
- ③ 常に家の中で持ち運んでいるような小さな紐、布切れ、木などの対象物への固執、スイッチなどへの執着行動、
であった。

高機能広汎性発達障害では幼児期に言語発達などの異常がなかったことなどが診断基準に挙げられるくらいであるから、その幼児期前半における疑い児検出指標として言語発達障害は指標の中に含まないほうが良いということになる。従って、残る上記の3指標のうちの①、③の指標を用いて一斉健診に参加している全受診児の中から疑い児を検出することになる。

(2) 高機能広汎性発達障害児、高機能広汎性発達障害疑い児の早期療育

高機能広汎性発達障害児、及び高機能広汎性発達障害疑い児の早期療育としては、我々が自閉症児の早期療育として定式化した方法をそのまま使えろと考えている。現在、多くの研究者も幼児期前半での自閉症スペクトラム障害児に対する療育の中心は社会性障害を改善するために、対人関係、還元すれば母子関係を確立すべきとの見解を表明している。我々の定式化は以下のようなもの

である。

我々が目指す母子愛着関係確立を主目標とする療育指導の内容

★ 目標：母子間の愛着関係の確立を目指す

母子間愛着関係の確立は二つの要素から成り立つと考えられる

1. 安全基地としての母親＝情緒的発達、
2. 内在化された母親イメージ＝知的・表象発達

★ 内容：

療育の場での指導：-限られた空間で母子と指導者で個別的指導を行い、

- むしろ、集団には入れない、
- 始めは、身体感覚的遊び、
- 次に、玩具介在的遊び、
- さらに、やりとり遊びの形成をはかる。

これらのアプローチに対して児からの抵抗が予想される、つまり、

- 大人のすることを注目しない、真似をしない、
- 自分のやり方でしかやらない、
- 関わられることに抵抗、不安・恐怖が出現、
- 玩具に興味を持たない、遊べない、
- 注意が持続しない、
- 場所の移動が激しいなどの特徴が出現する。

この児の持つ特性に対して、

- 場所の移動を制限する（部屋のドアをロックする）、
- 大人の模範（遊び）を注目させる、
- 身体的拘束を与えながら注意の持続をはかる、
- いやがってもすぐには解放しない、
- 始めは喜ぶ感覚的遊びから入るが、しかし、次に玩具介在的遊びに移行する、
- 情動的パニックが起こった場合には、holding テクニックを用いるなどで対処。

家庭での指導：

- やはり一つの部屋の中で母親と一对一の遊びを作れるように、
- 出来るだけ一人遊びを減らすように、
- 身体感覚的遊び→玩具介在的遊び→やりとり遊び、
- 出来るだけ母子が一緒に行動する（買物、洗濯、料理など）
- 児からの非言語的信号に即時的、即応的応答を返すように、などの指導を行う。

2) 高機能広汎性発達障害児において学童期以降に出現することのある反社会

的行動の発生メカニズム解明のための後方視的研究

1) 学童期に反社会的行動（重大犯罪）を生じた高機能広汎性発達障害事例の幼児期、学童期初期の特徴（特に反社会的行動に結びつく要因）を明らかにする。本年度の研究で、家裁調査官の協力を得て事例の調査記録の閲覧をどのように得るかの検討を加えた。特に高度に守秘性の必要とされる事例についての情報開示の問題と関連して、相当の困難性が予測され、現時点ではその目途は立っていない。たまたま、本研究者の承知している1事例が詳細な検討の対象になったことがあり、それに参加し、学校側から全資料が開示された経験があり、ここから本事例の学童期低学年から青年期に至る過程での家庭環境の特徴が明らかになった。本事例は小学校低学年頃から教師により、LD、ADHDの存在が疑われ、家庭に連絡を取り続けていたが、特に母親はこれを一切受け入れることが出来ず、専門機関への受診を拒否していた。母親はいわば、学校でのわが子の行動を客観視できなかつたとも言える。しかし、子ども側からは親が自分の生の姿を認めてくれず、家で良い自分の姿を無理して見せ続けねばならないというプレッシャーを受け続けていた。近くにいる祖母だけが自分の生の姿を受け入れてくれていたのでそこでのみリラックスできていた。しかし、この祖母が亡くなってしまうと家での緊張状態は解放される場所がなくなってしまい、精神的均衡性が崩れていった可能性が考えられた。その後、急に窃盗、女子上級生徒へのストーカー事件など犯罪に結びつく行動が出現するのである。大分してからやっと親が本児を病院に受診させ、診察した小児科医が「多動性障害」の診断名を伝えたが、肝腎の家庭が何をすべきかについては一切伝えなかったため、親はさらに学校側に「学校側は心配しすぎだ」と言う根拠のみを与えた結果になった。この事例は、青年期に近づいて反社会的行動、さらに重大犯罪事件を起こしたことははっきりしているが、背景に見自身に高機能広汎性発達障害があったのか、なお明らかにされていないという段階に留まっている。

2) 1歳前から愛着障害（脱抑制型）のため療育指導を続け、5歳頃にもうフォローの必要もないと思えるくらい良く発達していた児が小学1年生になって久しぶりに受診してみたらアスペルガー症候群が疑われるという状態になっていたという稀な症例がある。また、1歳半健診後からフォローしていた症例が3歳過ぎの時点で高機能広汎性発達障害に該当するだろうとかなり確実に言えるという症例を経験している。

4. 考察

高機能広汎性発達障害児の早期診断の可能性は、従来の広汎性発達障害児の早期診断のノウハウを持っている地域保健所などではそれほど困難な事柄ではないと言えよう。現状では、就学後の数年たってからの時点での診断というの

が平均的な診断年齢ということになろうが、これはこの概念そのものが全国的に認識されてきてまだ間もないということによるものである。最近、筆者がいるクリニックに紹介されてくる3歳前後の幼児を注意深く見ると、高機能広汎性発達障害児としての特徴を示し始めている児がボツボツ散見されるのである。筆者の印象では、数年のうちに高機能広汎性発達障害児の診断年齢が急速に低下してくるという確信を持っている。これは、ただし、これらの子どもを前方視的に見ることの必要性が十分に認識されている場所で、かつ、そのための体制が作られているところでないとももちろん出来ないことである。

現状の高機能広汎性発達障害児に対する療育ということを考えた場合、さらに多くの課題があることに気付かされる。より重度の自閉性障害と発達上の問題を持つ広汎性発達障害児への早期療育の場合、その前の診断の場と療育を実施する場とが異なることが多い。例えば、保健所で早期に診断できて、しばらくは保健所で療育を行うが、やがて、保健士は不安を感じるようになる。そこで、福祉施設である通園施設などでより専門的な療育を行うべきであるとしてそちらの方に子どもを移してしまうのである。また、移されるほうの福祉施設のほうも十分な収容数を持たず、多くの場所で長い待ちを余儀なくさせられている子どもの数が相当数に上る。ここに、早期診断と早期療育を一貫して行える場所の設置が必要とされる所為がある。

後に反社会的行動を生じさせた高機能広汎性発達障害児の幼児期での特徴、特に親子関係、家庭環境での特徴について明らかにしたいという研究目的に関しては、今年度は初年度ということもあって大きな成果を上げることは出来なかった。しかし、その事態は当初から予想されていたことで、その原因は刑事事件に係属される子どもについて、児童青年精神医学が例え学問的興味からだとしても、主管機関長が詳細な調査官などの調査内容を閲覧させられないという至極当然の論理があるからである。しかし、今年度、児童青年精神科医で家裁などでの医務室技官機能を果たしている人たちの協力を得て次年度、どのように先に進めていくかの基礎をつけることが出来た。

文 献

- 1) 白瀧貞昭：自閉症のハイリスク乳幼児の諸問題、精神医学 38; 118-126、1996.
- 2) 白瀧貞昭：乳幼児期の発達、[特集]自閉症理解の現在—より進んだ地平を求めて、こころの臨床 23;273-276,2004.
- 3) 白瀧貞昭：早期発見・早期療育の必要性和そのポイント、「児童心理」編集委員会編「気がかりな子」の理解と援助、金子書房、pp39-43、2005.

高機能広汎性発達障害に生じうる反社会的行動の危機介入と予防的介入— 幼児期における早期発見・早期療育から学齢期における学校への支援を含めた 地域ケア・システムのあり方—

清水康夫 本田秀夫 岩佐光章 今井美保 日戸由刈 中村泉 武部正明 (横浜市総合
リハビリテーションセンター; YRC)

小澤武司 (横浜市北部地域療育センター)

片山知哉 (国立精神・神経センター武蔵病院)

1. 高機能広汎性発達障害の早期発見・早期療育システム

発達障害は、生後間もない時期から精神発達の異常が現れ、長期間—しばしば生涯にわたり—発達の異常が存続し、その結果として社会適応に明らかな支障をもたらす。発達障害に対しては医療のみで問題を解決できることはむしろ限られている。すなわち発達障害には、医療のみならず教育や福祉の分野からのアプローチを必要とし、かつそれらのアプローチが分野を越えて統合されなければならない。

昨今、国の内外で発達障害に対する就学前からの介入に期待が高まっている (Honda & Shimizu 2002, 清水・今井 2003, Howlin 2003)。障害の早期発見によって早い時期からの介入が功を奏して、学齢や成人になった時点での適応能力、発達水準、および周囲の支援態勢などが大幅に改善することが望まれるからである。発達障害の早期介入を行うには、それに先立って障害の発見と診断がなされなければならない。疾病や障害の早期発見に際してある程度の見過ぎ (偽陽性) と見逃し (偽陰性) は不可避であるが、発達障害の早期発見においてはこれらを最小限に抑えることのできるような技術の開発と普及が目下の急務といえる。また障害の早期発見は、たんに早い時期に発見して診断することだけに留まらない。早期発見・診断の後、すみやかに早期介入がなされるような発見と介入のシステム＝早期発見・早期療育システムが形成されてこそ、はじめて臨床の進歩が約束される (Honda & Shimizu 2002)。

発達障害には染色体検査や生化学的検査から生物学的マーカーを得て、それを根拠に早期診断ができるものもある。しかしそのような方法で診断できるのは発達障害全体から見れば一部にすぎず、多くの場合は発達の状態や経過を観察することによって診断される。小児自閉症を中心とする広汎性発達障害 (以下、PDD と略) もそのような手順によって診断される (清水 1997)。

かつては自閉症を2～3歳で診断することは一般に容易ではなかった。しかし現在では自閉症の早期経過にかんする知識が蓄積され、それらが乳幼児健康診査などのスクリーニングや早期診断に用いられつつある。乳幼児健診を利用した自閉症の早期スクリーニングの時期も早くなり、かつての3歳児健診から今では1歳6ヵ月児健診へと重点が移行している (清水 1997)。しかし PDD の中で知的な遅れのない高機能広汎性発達障害 (以下、HPDD と略) の場合は、知的な遅れのある PDD の場合に比べて早期発見がより困難であると考えられる (清水・他 1999)。今後は HPDD を早期発見する技術および発見・介入シ

システムの整備が重要な課題となる。それには1歳6ヵ月児健診を早期発見の拠点としつつも、3歳児健診や幼稚園・保育園における発見をその fail-safe (フェール・セーフ) として位置付けた、地域における総合的な早期発見システムの構築が求められよう (Honda & Shimizu 2002)。

2. HPDDの反社会的行動に対する3つの介入のあり方

HPDDの反社会的行動(以後、ASBと略。ASB; antisocial behaviors)に対する介入のあり方は、その介入時期によって3つに分けることができる。これらの介入は互いに目的、技法、態勢、臨床的意義を異にしており、HPDDに生じうるASBの対策を講じる際にはこのどれもが欠かせない介入のあり方である(図)。

一番目は、HPDDのケースが実際にASBを起こしたあとになってからの介入である。これを「事後介入」と呼ぶことにする。多くの場合で臨床家が介入できる契機は、そのケースが起こしたASBに関連して何らかの精神障害を周囲が疑ったことにある。そこではじめて治療を受けるようになることもあるが、ケースが刑事責任を問われたために精神鑑定などの、通常の治療的関与とは別の介入形態になることも少なくない。

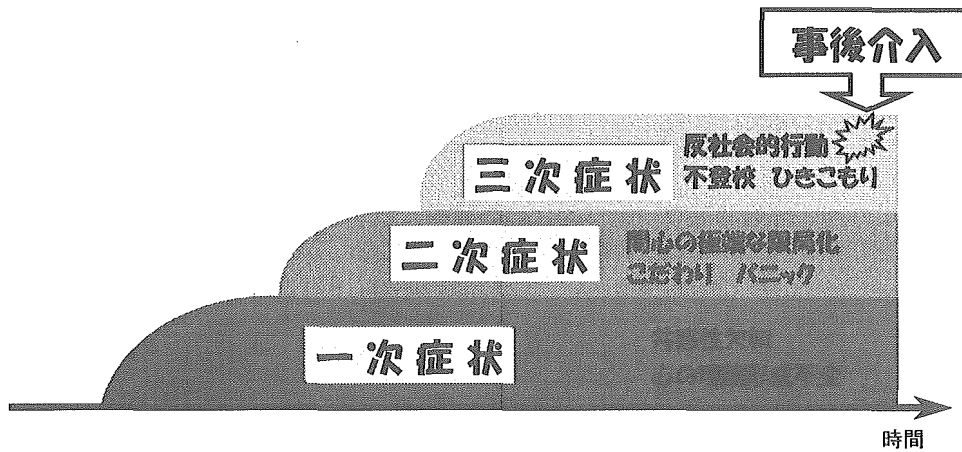
事後介入では当該のケースに対するASBの再発防止をテーマとした介入が臨床的に重要となるが、もう一方で事後介入にはASBの発生メカニズム解明の課題があることが指摘されよう。

二番目は「危機介入」である。HPDDのケースにASBの危険が非常に高まっている時期における介入である。ケースは、すでに事件にはならない程度の攻撃的行為を繰り返しているかもしれないし、重大な事件を起こす可能性を予告する言動を表しているかもしれない。

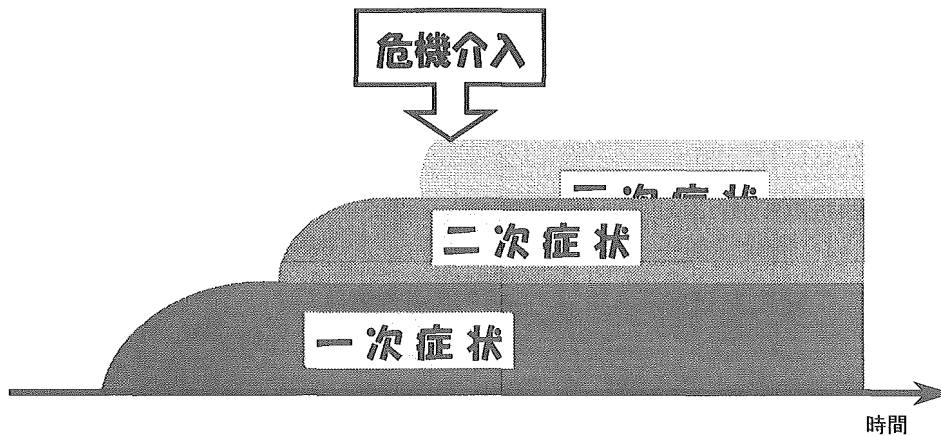
しかし、この介入が可能となるためには、臨床家がすでにそのHPDDケースと何らかの治療的関係を持っている必要がある。それ以前から療育やカウンセリングなどの継続した治療がなされている場合であれば、この危機に際して臨床家がいかに速やかに介入ができるかが課題となる。

最後は、まだASBを起こしてもいなく、またその危険さえも必ずしも高いという状態ではないときからの介入である。このような介入の契機は、むしろASBに直接関係していないことの方が多い。たとえば対人関係やコミュニケーションの発達の問題、二次的に発生したひきこもりなどの問題などをテーマに臨床家の介入がなされる。この時期に、将来起こりうるASBへの対策もふくめた介入のあり方が求められることもある。

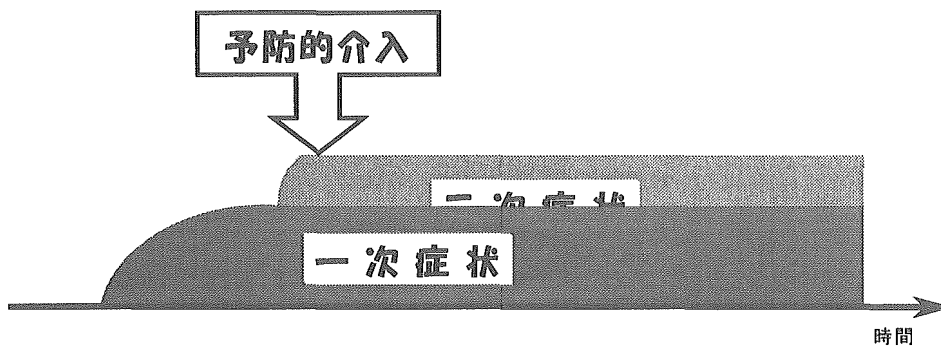
HPDDに対する就学前からの早期介入には、発達の促進、適応スキルの向上とともに、将来起こりうる症状や状態の予防の観点を盛り込むことが重要である。幼児期におけるASBのハイリスク因子についての検討も早期介入にかんする研究課題となる。



a) 事後介入



b) 危機介入



c) 予防的介入

図 HPDD の反社会的行動に対する3つの介入のあり方

3. YRCにおける発達障害の地域ケア・システムと研究計画の骨子

われわれはここ10数年にわたり主として横浜市北部地域におけるHPDDの早期発見・早期療育システムを築いてきた(本田1999, Honda & Shimizu 2002)。この早期発見・早期療育システムでは幼児期からの早期診断と療育, それに並行した保護者への指導とカウンセリング, 幼稚園・保育園・親の会組織への助言, などさまざまな支援活動が展開されている。早期介入が終わって就学した後には, 大多数のケースでは定期的に外来診療が継続されている。学童例に対しては時期を定めた集中介入が行われ, そのための特別なプログラム群が用意されている。

早期発見・早期療育を基盤としつつ, さらに学齢期独自の支援プログラムを開発・実践することにより, 幼児期からの一貫した地域ケア・システムをモデル化することができる。とりわけ学校におけるHPDDの特殊教育(情緒障害通級指導教室など)との密なる連携作業は本研究を遂行する上できわめて重要となる(清水・他2002)。このようにして本研究は, 思春期から青年期のHPDDの人に起こりうる行為障害に対する効果的な危機介入と予防的介入の臨床モデルを提示する目的を持っている。

《文献》

Honda H, and Shimizu Y: Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*, 6; 239-257, 2002

清水康夫, 今井美保: 自閉症の早期介入の動向. 心を開く, No31, 日本自閉症協会, p71-75, 2003

Howlin P: Can early interventions alter the course of autism? (Novartis Found Symp 251): 250-9; discussion 260-5, 281-97, 2003

清水康夫: 自閉症の早期診断. 中根晃・他(編): 自閉症治療スペクトラム—臨床家のためのガイドライン—, 金剛出版, p13-32, 1997

清水康夫, 本田秀夫, 日戸由刈: 高機能自閉症の早期発見と就学に至るまでの指導のあり方—その1 幼児期における早期発見の可能性—. 厚生科学研究: 自閉症児・者の不適応行動の評価と療育指導に関する研究平成10年度報告書(主任研究者 江草安彦): 27-32, 1999

本田秀夫: 横浜市の早期発見・早期療育システム—政令指定都市の特性を利した設計と運用—. 乳幼児医学・心理学研究, 8; 29-35, 1999

清水康夫, 本田秀夫, 日戸由刈: AD/HDの心理社会的治療—教育との連携, 教師への支援—. 精神科治療学, 17; 189~197, 2002

研究1 広汎性発達障害(PDD)の超早期発見・対応に関する研究

高橋 脩、酒井雪枝、河村雄一、鈴木秀行、神谷真巳、佐藤泰一、
和田佳代（豊田市こども発達センター）

A. 研究目的

近年の諸研究は広汎性発達障害(PDD)の早期発見・早期療育が知的予後や適応予後において良好な結果をもたらすことを示唆している。現在我が国ではPDDは主として1歳6ヶ月児および3歳児健診で障害を疑い、しばらく経過を見た後、2～3歳で療育が開始され、診断がなされるのが一般的である。高機能群も含めPDDはその大半が生来性の障害であることを考えると、理論的には乳児期での発見・療育も可能なはずである。PDDの発達予後の改善・反社会的行動への予防的介入の観点から、超早期（乳児期）における発見と療育にあり方について研究を行う。

B. 研究計画

- (1) 本年度：発見・対応のための研究体制の整備（対象グループの編成と評価体制の整備等）
- (2) 次年度：事例検討等
- (3) 最終年度：まとめ

C. 本年度研究：発見・対応のための研究体制の整備

本年度は乳児期の状態像を明らかにし、超早期発見と対応を図るため、下記のような研究体制の整備（研究対象グループを編成し、評価表の作成等）を行った。

1. 対象

対象グループは豊田市が実施し、豊田市こども発達センター（以下、「センター」）が協力している3ヶ月児健診事後指導グループに参加している乳児と養育者。グループへの参加児は、①3ヶ月健診で、保健師が視線が合わない、反応が乏しいなどPDDを疑った乳児、②養育者が養育困難性を感じている乳児、③発達に心配のある乳児とした。なお、事後指導グループの概要は下記の通りである。

- ・対象：6ヶ月～1歳児とその養育者（主に母親）
- ・目的：育児に援助の必要な親子
- ・把握方法：3ヶ月児健診、来所育児相談、電話相談等
- ・会場：豊田市役所保健指導室
- ・頻度と時間：毎月第1木曜日、午前9時50分～正午
- ・活動内容：受付、遊び（自由、リズム）、個別相談。終了後に事例検討
- ・登録児総数：40～50名

- ・参加児：1回平均で15名前後
- ・スタッフ：豊田市社会部こども課職員（保健師、臨床心理士、保育士）、「センター」職員（保育士、保健師、臨床心理士、児童精神科医師）

2. 方法

(1) 経過観察

① 行動観察

対象児が事後指導グループ参加時（多くは5～6ヶ月児）から、育児支援と合わせて、経過観察を行う。経過観察は自閉症の乳児期徴候と推定される諸行動に基づき作成した行動観察表に従って行う。

② 発達評価

自閉的行動特徴が顕在化し始めると考えられる生後10ヶ月と表象機能の萌芽が認められる14ヶ月に、津守稲毛式精神発達質問紙を用いて発達評価を行う。（注：養育者には、結果説明を行う）

(2) 「センター」への紹介

PDDなど障害が疑われたら、時期を見て「センター」へ紹介。

研究2 高機能広汎性発達障害幼児と家族への早期支援システムに関する研究

高橋 脩、酒井雪枝、松野俊次、神谷真巳、河村雄一、鈴木秀行、市井壽一（豊田市こども発達センター）、荻原はるみ（柳城短期大学）

A. 研究目的

高機能広汎性発達障害(HFPDD)の反社会的行動の予防から見た幼児期課題の整理と地域特性を踏まえた支援システムの提案

B. 研究計画

- (1) 本年度：地域療育システムの現状と HFPDD 幼児の発達支援ニーズ把握
- (2) 次年度：家族および関係機関の現状等の調査、既存療育システムの問題点の具体的検討
- (3) 最終年度：支援体制案（都市型、過疎型）の作成

C. 本年度研究：HFPDD 幼児の発達支援ニーズの把握等

1. 方法

(1) 文献考察

我が国における PDD をはじめとする障害児地域療育システムに関する文献を考察し、HFPDD を含む軽度発達障害幼児への発達支援の観点から、療育システムの理念、機能、現状、問題点等について検討した。

(2) HFPDD 幼児の発達支援ニーズと地域療育機能

HFPDD 幼児の発達課題と支援ニーズ、それに対応する地域療育機能・システムのあり方について検討した。

(2) 豊田市等の現状分析

「センター」のある中都市・豊田市と周辺の過疎化した山間2町村（愛知県東加茂郡足助町、小原村）の地域療育の現状と課題について検討を行った。

2 結果

1) 地域療育システムに関する文献考察

我が国における障害児の発達を地域で保障するための体制（地域療育システム）整備は1970年代の乳幼児健診体制の整備から始まり、心身障害児総合通園センター設置（1979年）、養護学校義務設置（1979年）、国際障害者年（1981年）等が重要な契機となり、80年代になって本格化する。これと前後して、広島市、北九州市、東大阪市、横浜市などで総合的な発達支援機能を備えた、いわゆる地域療育センターが設立され、これら先進諸施設を中心に、主として都市型の地域療育システムのあり方について盛んに研究がなされた（代表的なものは、全国社会福祉協議会内の心身障害児者団体連絡協議会で1980年から長期にわたり行われた「障害児の地域療育に関するシステム」のあり方研究）。諸研究の結果、地域療育を成立させるための2つの基幹的機能の必要性が確認された。第1が障害児の発達と保護者の育児支援を行うための「直接的な支援機能」である。発見（一次健診・事後健診）・診断・専門療育（母子・単独療育よりなる）・統合保育・教育からなり、その中核機能として通園療育・相談・専門医療機能を備えた総合的な通園施設（地域療育センター）の必要性が強調された。第2は間接的な支援機能としての、「システム運営機能」である。療育システムには多くの関係機関が関与する。これらが有機的に連携し運営されて、初めてシステムは機能することになる。これら2つの基幹的機能を地域事情に即して整備していくことが課題となり、80年代後半から地域療育システムや中心となる療育センターが各地で整備されるようになっていった。これに対し、北海道では過疎地を抱えた広域自治体における、いわば過疎型の療育システムが構想され、1989年にシステム整備がスタートした。以後、90年代には2つのモデルを基本に次第に各地でシステム整備がなされていく。このような状況を受けて、1993年には中央児童審議会・障害福祉部会が早期療育体制の整備の必要性について意見具申を行い、3通園施設（知的障害、肢体不自由、難聴幼児）の全国組織の代表によって「発達支援センター全国整備計画試案」がまとめられている。何れにしても、1970年代から始まり90年代に至る地域療育体制整備の対象したのは、知的障害、知的障害を合併した自閉症、脳性麻痺、筋ジストロフィー症、難聴、盲など古典的な障害であり、システムの対象となるこれら諸障害の出現率は多くても児童の2～3%と推定されていた。また、多くの自治体におけるシステムは乳幼児を主たる対象としており、学齢児は支援の対象から除外されていた。この時代