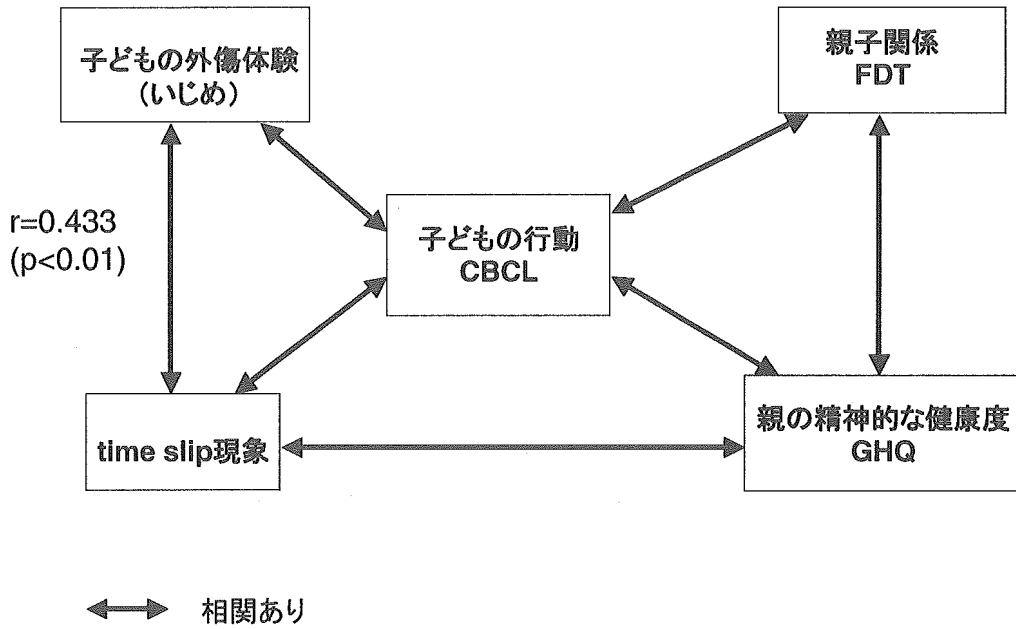


図1 子どもの行動上の問題に関連する要因



高機能自閉症の ADI-R と神経心理学的臨床所見の関連について

中村和彦¹, 土屋賢治¹, 辻井正次², 杉山登志郎³, 森 則夫¹

¹ 浜松医科大学精神神経医学講座 ² 中京大学社会学部 ³ あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

高機能広汎性発達障害に関して、攻撃性という視点で、ADI-R の下位分類やその他の臨床症状などとの関連に着目した。対象は 25 名の高機能広汎性発達障害、4 名の自閉性障害で、アスペ・エルデの会会員もしくは浜松医科大学通院中の方である。臨床スコアは、ハミルトンの不安スケール、ハミルトンの抑うつスケール、The Aggression Questionnaire: 攻撃性のスケール、強迫症状のスケール (Y-BOCS)、Faux Pas Test : ころの理論を用いた。Aggression Questionnaire のスコアの中央値に基づいて、自閉症群を 2 つに分割し (Agg 群と Non-Agg 群)、臨床症状などを比較した。次に、Faux Pas Test と ADI-R の social の比較と、Y-BOCS と ADI-R の behavior の比較を行った。さらに反社会的行動を併存する入院例、鑑定例に ADI-R を施行し、妥当性を検討した。結果は周産期合併症が Agg 群で多く認められたが、出生時、新生児期の状況では差がなかった。ころの理論とは相関がなかったが強迫観念が Agg 群で多く認められた。Faux Pas test と ADI-R の social とは相関が認められなかった。Y-BOCS と ADI-R の behavior とは相関が認められなかった。入院例、鑑定例で反社会的行動や精神症状が顕在化し、発達障害が不明確な場合がある。ADI-R は、それを診断するための便利なツールであることがわかった。

1. 研究目的

高機能自閉症は広義の自閉性障害の中で知的障害を伴わない (IQ70 以上) のものである。自閉性障害は、DSM-IV によると、対人的相互作用の質的な障害、意思伝達の質的な障害、行動、興味、および活動の、限定され反復的で常同的な様式が診断基準としてあげられている。2 つのコアな症状のひとつとして、対人的相互作用の質的な障害に関して Theory of Mind の障害があり、二つめとして、こだわりなどの強迫症状を示す。

自閉症診断面接改訂版 (Autism Diagnostic Interview-Revised: ADI-R) は世界で広く使用されている診断面接である。我々は今までの本研究において、ADI-R が日本で使用できるように、開発者の Lord と交渉を行った。そして制約はあるが ADI-R の日本語訳が使用できるようになった。次に ADI-R をアスペ・エルデの会のアスペルガー障害、高機能広汎性発達障害と診断されている方々に対して施行した。その結果対象群全員が自閉症の診断基準を満たし、その一部がアスペルガー障害であった。

高機能広汎性発達障害の特徴を検討するため、我々は攻撃性という視点で、ADI-R の下位分類やその他の臨床症状との関連に着目した。さらに反社会的行動を併存する入院例、

鑑定例に ADI-R を施行し、妥当性を検討した。

2. 研究方法

(1) 対象は 25 名の高機能広汎性発達障害、4 名の自閉性障害で、アスペ・エルデの会会員もしくは浜松医科大学通院中の方である。臨床スコアは、ハミルトンの不安スケール、ハミルトンの抑うつスケール、The Aggression Questionnaire: 攻撃性のスケール、強迫症状のスケール(Y-BOCS)、Faux Pas Test :こころの理論を用いた。

The Aggression Questionnaire は、1:身体的攻撃性 9 問、2:言葉による攻撃性 5 問、3:怒り 7 問、4:敵意 8 問で構成されている。例えば、「時々、他人を殴る強い衝動を抑制できない。」という質問に対して、1. 全くない。2. 軽度、すこしある。3. 中等度、しばしばある。4. 重度、しょっちゅうある。5. 極度、ほとんどつねにある。から選択し、点数化する。

Faux Pas Test [fou-pa:] は大人の自閉症のこころの理論の障害を計るテストとして考案されたもので合計20問からなる (Baron-Cohen S et al, J. Autism Dev.Dis.29:407-418, 1999)。

例えば、1. おじさんが遊びに来たときに、恵さんはお母さんに手伝ってもらって、チーズケーキを作りました。恵さんはケーキを持ってきて言いました。「おじさんのためにケーキを作ってみたの。」おじさんは、「おいしそうだね。ケーキは大好きだよ。チーズが入ってるのはダメだけどね。」と言いました。

質問段階:

① 「誰かが何か言うべきでなかったことを言いましたか？」

・ もし「はい」と答えたら…②へ 「いいえ」と答えたら…⑤へ

② 「誰が言うべきでなかったことを言いましたか？」

・ 人物名を記録する …③へ

③ 「なぜ、そう言うべきではなかったのですか？」

(正解の基準は「聞き手が傷ついたり、侮辱されたこと」を理解しているかどうか) …④へ

④ 「あなたは、なぜ、彼(彼女)がそういったと思いますか？」

(被験者が、「話し手がわざと言ったのではないこと」を理解しているかどうか) …⑤へ

⑤ Control question

(話の重要な部分をちゃんと理解しているかどうか?)

この質問の答えとしては ① はい 1 点 ② おじさん 1 点 ③ 「恵さんがおじさんのために作ってくれたケーキだったから」 1 点 ④ 「チーズケーキだと知らなかったから」 1 点

⑤ 『恵さんが作ったのは何ケーキでしたか?』 チーズケーキ 確認

1 問の合計は 4 点で、10 問あるので満点は 40 点である。

今回は、Aggression Questionnaire に注目し、Aggression Questionnaire のスコアの中央値に基づいて、自閉症群を 2 つに分割 (MR は除外しない) し、臨床症状などを比較した。

次に、Faux Pas TestとADI-Rのsocialの比較と、Y-BOCSとADI-Rのbehaviorの比較を行う。

(2)反社会的行動を併存する入院例、鑑定例にADI-Rを施行し、妥当性を検討した。

3. 研究結果

表.1 は高機能自閉症の臨床スケールの値を示す。高機能自閉症はAQに関して有意に高い値を示した。またFaux Pas Testは有意に低い値を示した。

Aggression Questionnaireのスコアを2つに分けて高い値の方をAgg群、低い値の方をNon-Aggとした。周産期合併症がAgg群で多く認められた(表4)。出生時、新生児期の状況では有意差はなかった(表5)。こころの理論とは相関がみられなかった(表6)。臨床所見では強迫観念がAgg群で多く認められた(表7)。

次に、ADI-Rのサブスケールの値と臨床所見とを比較した。Faux Pas testとADI-Rのsocialとは相関が認められなかった(図1)。Y-BOCSとADI-Rのbehaviorとは相関が認められなかった(図2)。

表1. 健常者と高機能自閉症との比較

	健常者	高機能自閉症	
ハミルトンの不安スケール	—	3.9; SD 3.3	
ハミルトンの抑うつスケール	—	2.3; SD 3.9	
強迫症状のスケール (Y-BOCS)	—	10.7; SD 5.2	
アグレッションのスケール(AQ)	29.8; SD 2.4	51.6; SD 12.4*	
Faux Pas Test	35.6; SD 2.7	24.6; SD 5.2**	

*,** P < 0.01

表2. Agg群とNon-Agg群(1)

	Agg群	Non-Agg群	P
N	14	15	
うち, 女性	2 (14%)	3 (20%)	0.68
うち, 総IQ70 未満	3 (21%)	2 (13%)	0.49
年齢	22.0 (SD 3.0)	21.7 (SD 2.3)	0.78

表 3. Agg 群と Non-Agg 群 (2)

同胞の有無	Agg群	Non-Agg群	p
兄あり	2 (14%)	0	0.16
姉あり	3 (21%)	1 (8%)	0.31
弟あり	3 (21%)	4 (28%)	0.54
妹あり	3 (21%)	4 (28%)	0.54

表 4. 妊娠合併症について

	Agg群 (N=10)	Non-Agg群 (N=9)	p
Lewis ' s OC scale にて 2 点 (= 妊娠 / 周産期合併症の存在が確実)	4 (40%)	0 (0%)	0.03
	[missing 4]	[missing 6]	

表 5. 出生時、新生児期の状況

出生時 / 新生児期の状況	Agg群	Non-Agg群	p
妊娠週数	38.6 (SD 1.3)	39.2 (1.2)	0.3
最初の一ヶ月を母乳のみで過ごした	3 (30%)	4 (44%)	0.65
出生時体重 *	-0.20 (SD 1.16)	0.24 (1.20)	0.45
出生時身長 *	-0.66 (SD 1.31)	0.12 (1.23)	0.21
出生時頭囲 *	-0.32 (SD 1.65)	0.23 (1.29)	0.44

表 6. こころの理論との相関

心理テスト	Agg群	Non-Agg群	p
N	9	8	
Eye25	19.1 (SD 2.3)	17.2 (2.1)	0.1
Voice12	10.6 (SD 1.0)	10.1 (1.0)	0.39
Faux40	26.3 (SD 6.9)	22.1 (7.3)	0.24
Faux12	3.2 (SD 1.4)	2.4 (1.8)	0.29
Total IQ	98.2 (SD 21.7)	87.8 (20.4)	0.23

表 7. 臨床所見との相関

症状評価	Agg群	Non-Agg群	p
N	14	15	
HAM-D	2.6 (2.8)	1.8 (3.7)	0.5
HAM-A	4.6 (3.7)	3.7 (3.0)	0.44
YBOCS (total)	12.0 (5.3)	10.3 (5.9)	0.42
YBOCS (idea)	7.4 (2.7)	4.9 (3.5)	0.05
YBOCS (act)	4.6 (3.8)	5.5 (3.1)	0.53

図1. Faux pas test とADI-R の social との相関

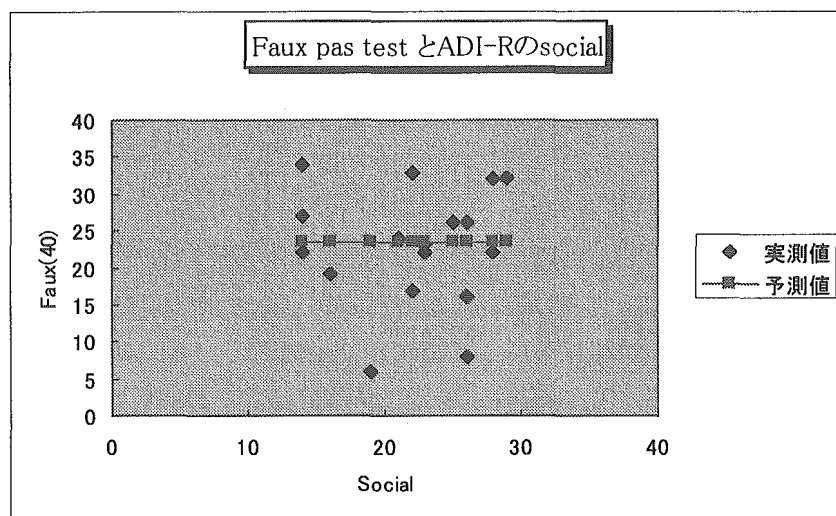
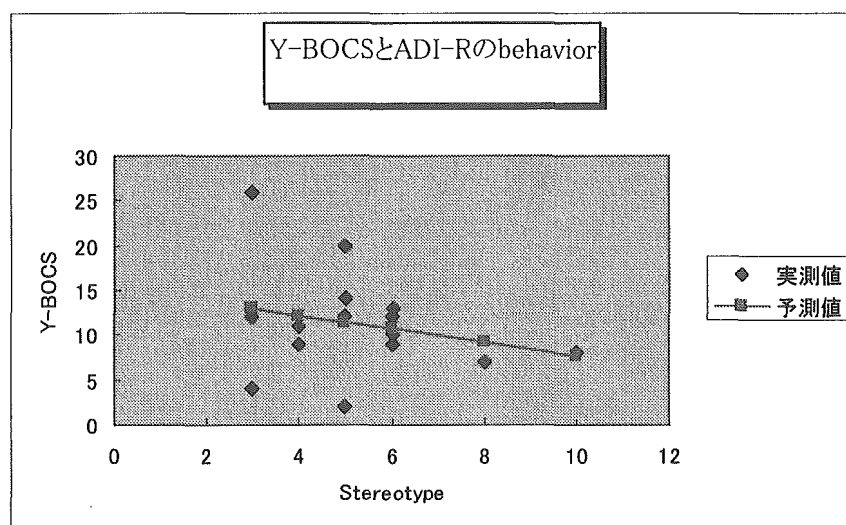


図2. Y-BOCS とADI-R の behavior の相関



(症例)

ADI-R を施行した入院例。プライバシー保護のため改変あり。

約 20 歳 男性。1 歳半で単語の表出があったが、その後、「バイバイ」や「コンニチハ」がなかなか覚えられないなど言語発達の遅れがあり、「言葉の教室」に通っていた。他の子供より運動能力は劣っており、スポーツは苦手だった。小学校では友人は少なく、昼休みは図書館で本を読んでいることが多かった。小学校4年生頃より万引きをするようになった。中学校の頃から、物忘れが目立つようになった。特に人の名前が覚えられず困っていた。学業成績は振るわなかった。しかし、カセットデッキやその他の電化製品に興味があり、それらに関係することは詳しかった。スポーツやゲームなど、勝ち負けの争いに加わることや遊具や服装などの新しい流行を追うことには興味がな

かった。

高校は寮生活をしていましたが、顔と名前が一致しないことで生活に支障が出ていた。ゲーム機を盗み、卒業が遅れた。高校卒業後は家にいた。眠気、頭痛等を心配し、本人自ら内科を受診したが異常なく、精神科クリニックを受診した。顕著な妄想は認められなかったが、「頭や胸がジュークジュークする」等の体感幻覚様の訴え、幻聴らしきものが認められ、思考・会話のまとまりに欠けるなど統合失調症が疑われた。その後、街中で倒れたり、度々、交通事故を起こしたりなどの行動が見られ、精神科病院に入院となった。入院後より少量のハロペリドールが開始された。入院後はイライラや落ち着きの無さは見られたが、幻覚妄想の訴えはみられず退院した。退院後はデイケアにほぼ毎日通所していたが、万引きしたものをデイケアに持ち込む等の行動がみられた。自宅で母親を殴り、包丁を持ち出す等の粗暴行為がみられ、翌日、入院となった。

入院後、抗精神病薬が開始された。その後も窓ガラスを割る等の行為が何度かみられ、自分の唾液に対するこだわりが「唾液がおかしい」、「唾液の中に薬が混じっているので調べてほしい」「頭の中に水が流れている」「薬の中にいる」と頻回に訴え、自分の唾液をスタッフの体や壁に塗りつけたり、自分の唾液の入ったコップを他患に無理矢理飲ませたり、共用のお茶の入ったやかんの中に唾液を入れる等の行動が見られた。これらの唾液に対する奇妙なこだわりは、本人が愛読しているファンタジックな漫画や小説に影響を受けていると思われた。他患の物を盗むことが頻繁にあるが、反省することはなく、「いじめ等昔あったいやな事がフラッシュバックのように頭の中によみがえってくる」と訴えた。自分の興味のあることについてしか話さなかった。アカシジア症状のため、ハロペリドールを減量し、こだわりに対して SSRI を用いたが効果は認められなかった。

(診断)

WAIS-R : IQ74 VIQ85 PIQ68 で、ADI-R を施行したが social 10, communication 6, behavior 5, onset 3 で、従来診断の PDDNOS、高機能広汎性発達障害と考えられた。

(鑑定例) 記載省略

4. 考察

Agg 群において周産期合併症が多く見られた。胎生期におけるバルプロ酸の投与が、出生後の行動異常を示すなどの報告もあり (Neuropsychopharmacology.2005;30:80-89.)、胎生期における問題が行動障害につながることを示唆された。出産時や新生時期の状況と自閉症との関連は報告されている (Autism. 2005;9:487-494, Compr Psychiatry.2006;47:69-75)が、Agg 群と Non-Agg 群を比較することによる相関は得られなかった。また Agg 群で強迫観念が多く認められた。強迫観念は自閉性障害の core 症状であるので、攻撃性と強迫症状に何らかの関連があることが示唆された。ゆえに今後対象群を増やして検討する必要がある。

ADI-R のサブスケールと現在の臨床所見に対しては、相関が認められなかった。ADI-R の値は子供の頃の状況を主に反映する。これと現在の臨床所見についての discrepancy は、対象群の

症状が年齢とともに変遷していったのか、統計学にお互いが比較できない数値なのか、データ解析方法についても検討する必要がある。又こころの理論の障害については、対人的相互作用の質的な障害の一部を反映しているのかもしれない。自閉症の強迫症状についての研究では、ADI-R のサブスケールの behavior を使っているもの (Biol Psychiatry. 2005;58:226-232) 、Y-BOCS を使っているもの (Arch Gen Psychiatry. 2002; 59:885-891, British J Psychiatry. 2005; 186:525-528) があるが、ADI-R はあくまでも診断のためのツールであるので、現状での強迫症状については Y-BOCS を用いることが適切と考えられた。

ADI-R の診断ツールとしての有用性について検討したが、入院例では従来報告にあるように統合失調症様の精神症状が顕在化している例の背景に、発達障害が関与している場合があり、ADI-R は、それを診断するための便利なツールであることが明らかになった。又鑑定例においても、一般精神科医は発達障害の観点から鑑定を行うことが難しい。ゆえに ADI-R は発達障害の診断が明確でない場合の便利なツールとなる。

5. 結論

高機能広汎性発達障害の ADI-R の下位分類や臨床症状などとの関連に着目し、攻撃性に焦点を絞って検討したが、周産期合併症、強迫観念などが攻撃性との相関が認められた。ADI-R は下位分類については現状の臨床症状との相関が認められなかったため、ADI-R は診断のためのツールとして用いることが適切であることが明らかとなった。また、入院例、鑑定例など、精神症状が顕在化して、発達障害の関与が不明確な症例について、ADI-R は、それを診断するための便利なツールである。

高機能広汎性発達障害にみ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、萱村俊哉、村上凡子
(武庫川女子大学)

[研究目的]

近年、日本における反社会的行動や犯罪の行為者の低年齢化、“普通の人”、傾向あるいは犯罪行為自体の凶悪化が著しいと政府公刊の白書類にも書かれるほどであるから、単にマスコミ報道が派手に書いて国民の関心を煽っているだけでなく、事実としてそのような現象が存在するのであろうと我々も信ずるしかない。そのような状況の中で、行為者の中に高機能広汎性発達障害児が見つかる割合が少なからずあると言うことで本研究班の設立目的があるのである。我々の分担研究班は特に発達障害児の早期発見・診断、早期対応を専門とする研究協力者、共同研究者が集まっているので、上記課題の内、高機能広汎性発達障害児をどのように早期発見・診断するのか、早期発見・診断された児の中から将来、反社会的行動に結びつくかもしれない児（反社会的行動へのハイリスク児と称す）がどのような特性を有しているのかを明らかにすることによって、反社会的行動の生起を予防するための方策を明らかにすることを目的としている。

本研究は、前年度の研究から引き続いて、高機能広汎性発達障害児の早期発見のために必要な高機能広汎性発達障害の最早期特徴を明らかにすること、そして、その最早期特徴を我々児童精神科医が見ることの出来る場の選定をどのようにするのか明らかにすることを一つの目標とした。この検討の延長として、児童精神科医が普段、活動を行っているクリニックという場所ではこの最早期特徴を見るためには不十分であることがわかったので、行政が行う「一斉健診」の場をこの目的にあうように改変していくことが必要であるとの結論に達した。そこで、行政との協働活動が必要になり、そのための努力を行うことを目的とした。

また、最早期の高機能広汎性発達障害ハイリスク児検出だけでは、そのリスク児が将来、反社会的行動につながらない可能性もあるので、次善の方法として、反社会的行動、犯罪のために既に詳細な取り調べ、あるいは調査官による発達歴、家族歴などについての記録から、後方視的に発達早期の特徴について明らかにすることをも目的とした。

[研究方法]

高機能広汎性発達障害児の診断を求めて他機関から紹介されてくるハイリスク児とは①県立こども病院精神科、②市立総合療育センター精神科、③民間病院（産科と小児科からなる）という異なった3種類の形態を持つクリニックで

出会い、診察を行った。5歳以下の年齢で受診した高機能広汎性発達障害疑い児を詳細に診察、母親からの前幼児期特徴の聴取をも行い、検討の対象とした。その数は散発的な数例にとどまったために統計的な処理は行わなかった。

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、懐古的研究のための調査記録を家裁調査官の協力を得て、記録を直接、閲覧させてもらうか、あるいは家裁調査官からその概要を間接的に得て、詳細に検討するなどの手続きについて検討した。

高機能広汎性発達障害児（HFPPDD児）の早期発見・診断から就学後に到るまでの一貫したフォローアップ、支援体制の構築に関する研究のために、平成17年4月の発達障害者支援法案の制定後、各自治体でその具体化を巡って開催されている検討会に参加要請されたのを機会に具体的に我々も共に検討する機会を得た。

[研究結果]

1. HFPPDD児の早期発見・診断、及び以後の早期療育に関する研究

- 1) 自閉症の早期発見で出来たこと、即ち、1歳半健診で自閉症スペクトラム障害ハイリスク児を検出、以後、早期療育とフォローアップを継続する、は HFPPDD 児に関してはまだ、現段階では無理であることが結論された。

ハイリスク児検出基準

1. 言語発達障害の有無は問わない
 2. 母子愛着関係確立障害の有無を重視。愛着障害抑制型が脱抑制型の2倍近く多い
 3. 同一物への固執、変化への強い抵抗などは既に出現
- 2) 2歳半～3歳頃に HFPPDD のハイリスク児を検出する努力を先ずすべきではないか。また、その可能性はかなり高いと思われる。

検出指標：

- ① 有意味言語出現障害の有無は問わない。
- ② 対人関係障害の初期症状としての母子愛着関係未確立も絶対的な指標ではない。例えば、7割方母親を安全基地として認識している。
- ③ 興味・活動の限局性、強固なマイペース主義的態度は軽度ではあるが認められるべき。

我々がこの1年間に経験できた3歳前後のHFPPDD疑い児として紹介されてきた数名の診察結果から言うと、既にこの年齢での HFPPDD 児であるとの診断は必ずしも不可能ではないことが判明した。むしろ、このように低い年齢で HFPPDD を疑って紹介してくれる機関がどれほどあるかという問題の方が大きいということも明らかになった。

3) HFPPDD児への早期療育

早期療育の内容

- ① 母子間愛着関係確立を目指す療育が中心。

②子供同士の仲間関係は必要ではない。

しかし、日本での教育環境の中ではこの時期に仲間関係を持つことの必要性をしつこく要請している。この要請が発達原則から言って理にかなっていないことを了解してもらうことが大變骨の折れる作業である。

2. HF PDD児の学童期以降に出現することのある反社会的行動の予測に関する研究

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（後方視的研究）

本年度の研究で、家裁調査官の協力を得て、これからの事例において、幼児期・学童期初期の児、および家族内対人関係特性などを詳細に検討し、ことによってはその調査記録の閲覧が許される可能性があるという所まで到達した。今後、家裁調査官の事例化されたケースでの詳細な聞き取りに関して、我々の必要とする幼児期特性、および母子関係の特徴についての調査項目を含めてもらうこととし、それらの調査記録の閲覧が許可される可能性のあることを確認している。

3. HF PDD児の早期発見・診断から就学後に到るまでの一貫したフォローアップ、支援体制の構築に関する研究

昨年4月に制定された発達障害者支援法案の具体化を現在、各自治体で検討中であるが、神戸市では「発達障害者支援体制整備検討委員会」を発足させた。この委員会の構成メンバーは有識者と行政担当者であり、このなかに白瀧が加わることが要請された。そして、白瀧が種々提案を行ったところ、行政サイドからもその案をかなりの部分で取り入れる決定がなされた。その細部はなお、検討中であるが、骨子として発達障害児の早期発見・診断を前方視的体制の中で実現していくことの有用性が確認されている。以下に、この検討委員会の中で我々が提示した我々自身の検討内容を示す。

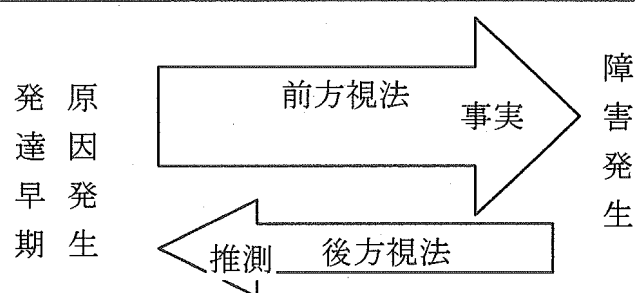
発達支援とは

発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助を言うものとする。

発達障害の保健・医療の現状と課題

- ①重度発達障害（知的障害）の発見・診断
- ②重度障害の予防的観点の導入
- ③細分化された知的能力の認識、部分的能力の欠損を認める（LDの認識）
- ④障害のハイリスク児概念の導入
- ⑤障害発生 of 交互作用モデル（Sameroff,1975）
- ⑥軽度発達障害の増加とその認識
- ⑦子どもの発達を前方視的観点からフォローする体制づくりの必要性の認識
（事実に基づく科学的な原因探求、治療法選択のため）

前方視的方法のメリット



発達早期からのフォローアップで発達についての事実を把握できている、そのことから将来の予測が可能であり、実際にそのことが生じたときに認識も早くできる。

医療保健、福祉、教育行政からの発達の前方視的方法の推進要請
 (神戸市発達障害者支援体制整備検討委員会
 設立趣旨に見る 2005年9月)

1. 発達障害者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージごとのニーズに対応し、かつ一貫した施策の展開（保健医療、福祉、教育的）
2. 専門的医療機関の確保
3. 相談機関の整備
4. 専門的人材確保のあり方の検討
5. 発達障害者支援センターのあり方の検討
6. 特別支援教育体制推進事業との協働の検討

発達障害を巡る現状の問題点

1. 障害が完成して家族や本人が障害に気付いてから初めて診断、治療、フォローなどが行われる（後方視的）。障害の発見などが遅れやすいなどの問題と同時に、学問的にも原因の究明が不正確になりやすいなどの弊害を生む。早期発見と言うこともこの後方視的観点からなされる限り、限界がある。
 2. 発達課程の各ライフステージでの対応がある程度可能になっているが、ステージごとに分断されているため継続性、一貫性のあるロングランの対応になっていない。就学を境にそれまでの保健、福祉的対応で蓄積された情報の流れがストップしてしまう問題が顕著に現れている。もちろん、背後に行政における所管部課の横断的機能分担の問題がある。
 3. 発達障害の中でも障害種によって、日本への導入がおそかったものは当然、専門家による認識も不十分である。高機能広汎性発達障害の導入はつい数年前からである。
 4. 発達障害に対する保健的目標、医療的目標、福祉的目標がなお十分に峻別されていない。
-

何が必要か

1. 乳児期からスタートする全ての子どもに向けた一斉健診を土台とする縦断的、前方視的発達フォローアップ体制を中心部分に据える。発達障害児を可能な限り早期に検出し、早期療育を始めるという発達障害児限定型のフォローアップ体制には限界がある。従来の障害が確認されてからその子どもたちのフォローアップを始めるという方法を根本的に変革する。発達早期から、そして子どもがまだ、健常発達をしていると思われる時期から将来の障害発生を予測しながら前方視的に、かつ一人一人の子どもを縦断的にフォローアップを行うという体制が必要であるという認識を全ての人が持つ。
2. 多くの健常発達児の中から、工夫により見つけられた指標を元にして、将来の障害発生リスクを少しでも高く持つと予測される児を検出する作業がこの体制においては「早期発見」と称せられる。この作業を「診断」と称さないことに注意する必要がある。早期発見されたリスク児は当然、診断確定児数よりも多くなる。この体制は従来の保健所機能+ α を含むが、出来れば、この機能のみならず、ハード的建物の両方を兼ね備えたものが必要。機能のみであれば、いつの時点かで霧散してしまう。この機関を発達支援センターと呼んでもよい。
3. 専門的医療、福祉、教育機関での作業は中核にある全児童前方視的フォローアップ体制からの指示によりハイリスク児、障害児を受け入れてそれぞれ

- れの専門的療育を行うこと。前もって、連携可能な専門機関をネットワーク構築しておくこと。
4. 適任の専門的人材を確保する強い意志が必要。そのためには普段から、どこにどのような人材がいるのかを把握しておく必要がある。
 5. 就学期後の教育機関との連続性を保つためには上記の発達支援センターに教育委員会からの人材が外向するという形で常在するなどの工夫が望ましい。
 6. 大学研究者も発達支援センターに参画することにより研究課題の達成が可能になるというメリットが発生する。一方、行政の方から言えば、必要人材の確保にもつながるといったメリットも発生する。
-

[考察]

本年度の我々の研究、特にHFPDD児の早期発見・診断から就学後に到るまでの一貫したフォローアップ、支援体制の構築に関する研究、が大きく進展することが出来たという実感を持つが、それは時代が我々に大きく味方したと言えるだろう。平成17年4月に「発達障害者支援法」が制定されたことで、単に発達障害に対する社会の関心を喚起しただけでなく、発達障害への早期発見、早期からの発達支援の構築を遠い将来の理想としてみることから、新年度からでもすぐに実現可能な体制を専門家がその望ましい姿で提起して欲しいという我々にとってまたとないチャンスが行政から与えられたと見ることが出来るのである。我々が検討結果として到達した、HFPDD児を含む軽度発達障害児の早期発見・診断、早期療育、以後の一貫した支援体制の最も理想的な姿は「発達段階毎に異なり、ぶつぶつ寸断される主管部局の融合」からこそ産出されるものである、と言える。しかし、このことは今回、我々が関与した人口100万人を超えるような大都市ではとても実現できるものではないことはすぐにわかった。

すでに確立されている重度PDD児の早期発見・診断、早期療育の開始に必要な体制(2歳頃から始まる)は、今までに意図されてきた障害の早期発見・診断のためにはそれで十分であったが、高機能とか軽度発達障害とかいわれる障害の早期発見には十分でないことは明らかである。我々は障害どころか、症状の一つもまだ出現しておらず、また、明らかな発達の遅れを思わせるような特徴すら全く認められない幼児からその発達を見ていくという体制の中で初めて明らかになるような微少な変異を対象にする必要があるのである。だから、このような作業がクリニックのような所では行えないことは明白である。だから、我々児童精神科医はクリニックを離れて、行政の場で行われている一斉健康診査の場へ出て行くことがどうしても必要になってくる。しかも、その意図を持つ児童精神科医を必要としている行政が、特に平成17年4月以降、確実に存在しているのである。

高機能広汎性発達障害の幼児における他害行為の実態と 親の意識 — Y R C の早期介入例の調査 —

清水康夫 今井美保 本田秀夫 岩佐光章 五十嵐まゆ子 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; Y R C)

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)

はじめに

高機能広汎性発達障害 (以下, HPDD) にみられる反社会的行動 (以下, ASB; antisocial behavior) は, 医療・教育・福祉・司法といった複数の領域にまたがる社会的問題として大きな関心を呼んでいる (Howlin, 1997; Wing, 1996)。その議論の多くは, ASB を起こしたことを契機に「事例化」したケースを中心に展開され, 周囲の関係者からの回顧的情報や本人の供述・陳述を資料として行動発達と精神病理の発展について分析されている (Baron-Cohen, 1988; Ghaziuddin, 1991; Mawson et al, 1985; 杉山, 2003; 十一ら, 2002, ; 十一, 2005)。このようにして臨床家や研究者が扱う HPDD のケースでは, そのケースにとって遺憾なことに, しばしば ASB そのものが発達障害を発見する契機になったという不幸な経緯が少なくない。

HPDD における ASB を発端とする事後介入的アプローチは, 広汎性発達障害 (以下, PDD) に特有な精神病理と ASB とが絡み合う態様を描くことに一定程度成功しているように思われる。今後もそのアプローチは HPDD と ASB との関係をめぐる重要な知見をもたらすであろうと予測される。しかし PDD のある特定の人物がそのような ASB に至った経過において, PDD という障害が果たした役割が何であるかを知るためには, 事後介入的アプローチだけに依拠するのでは方法論的な限界が大きいことも明らかである。その特定の PDD の人がなぜ ASB を起こすに至ったかを説明することが児童青年精神医学の重要な課題であることには違いないが, それならば多くの PDD の人々が ASB を起こさずに経過する事実をもそれと同一の学問分野において説明される必要があるからである。

われわれは昨年度の報告で, PDD における ASB に対する介入の概念モデルとして, 「事後介入・危機介入・予防的介入という3つの介入相」を提唱した。「事例化」したケースを対象とした研究を通じて, 治療的な事後介入のあり方をめぐる技術的および制度的な困難性, そして早期介入の重要性が再認識されたとも言えよう。HPDD の早期介入を ASB との関連で考えれば, まずは幼児期の HPDD における他害行為の実態がどうであるか, またそれは一般の幼児集団の中でどのような様相を呈しているのかが問題になる。が, 筆者らが知るかぎりこのテーマに関する研究成果は乏しい。

横浜市総合リハビリテーションセンター (YRC) は, 横浜市北部地域を担当地域にして乳幼児健診を大きな拠点とした早期発見から早期介入にいたる早期発見・早期介入システムを構築している (本田, 1999; Honda et al, 2002; 清水ら, 2005; 清水ら, 2003)。YRC は, 担当地域に発生したすべての発達障害に対して, 保健・医療・福祉・教育の各行政分野と連携しながら早期介入をコミュニティ・ケアのレベルで実現している。このような臨床的背景のもとに, 幼児期における HPDD の他害行為について悉皆調査と追跡調査の可能性が開かれる。すなわち ASB を生じて事例化する以前の, 回顧的情報ではない前方視的データを得るとともに, ある行動や人格形成に至るプロセスを縦断的に追跡調査することが可能となる。それにより事後介入的アプローチの限界を補ってくれるであろう危機介入, さらに予防的介入の方法論を見出すことができよう。

今年度は HPDD における ASB の起源と発生メカニズムを探ることを目的とし、幼児期の HPDD における他害行為について調査した。あわせて親がこどもの他害行為をどう考えるかについても調べた。本研究は、現象的に類似している幼児期の他害行為と、思春期・青年期以降にみられる ASB との連続-不連続、という重要なテーマに向けた研究の第一歩でもある。

I. 対象

横浜市総合リハビリテーションセンターまたは横浜市北部地域療育センターの通院児で次の条件を満たす例を調査対象とした。①年齢が7歳以下、②ICD-10の基準で広汎性発達障害と診断されている。

II. 方法

他害行為 (AIB: aggressive and injurious behavior) にかんする親の自記式アンケート (資料参照) を開発し、それを用いて幼児期の AIB の実態と、それに対する親の意識を調査した。アンケートの内容は、①他者に向けた16種類のAIBの有無・相手・場所・頻度、②そのうち親が最も問題だと思う行動 (A)、③その行動 (A) に対する親の意識、④~⑥AIBの発現時期、状況、対応、⑦その他の行動的症候、である。アンケートの回答記入は10分以内で可能である。

調査期間は平成17年12月14日~平成18年1月31日までの6週間とした。この間に YRC または横浜市北部地域療育センターの診療所外来を受診したか通園に登園した児に対し、同伴した親にアンケートの趣旨を文書と口頭により説明し、協力を依頼した。了承が得られた場合、その場で記入してもらって回収した。一部の例では家に持ち帰り、回答を郵送してもらった。

アンケートは245例に対して協力が依頼され、242例から回答が得られた。回答者はすべて母親であり、アンケート回収率は98.8%であった。今回はそのうち5歳から7歳の119例 (男99, 女20) について分析した。119例を知的水準によって、知能に遅れのない HF 群と知的な遅れを伴う LF 群に分けた (表1)。知的水準の判定には標準化された知能検査 (田中ビネー-V, WISC-III, WIPPSI) を用い、IQ (または F-IQ) 70 以上を HF 群、それ未満を LF 群とした。HF 群をさらに IQ (または F-IQ) が 85 以上である正常知群と 70 以上 85 未満である境界知群に分けた。しかし 6 例は知能検査が未施行であったため、これらの知的水準は医師の臨床評価を採用した。

全119例の平均年齢は5歳10ヶ月 ($\sigma=7.4$ ヶ月) であった。HF群とLF群、および男児例と女児例との間で、それぞれ平均年齢に有意差はなかった (それぞれ n.s.; $t=0.91$, $df=117$: n.s.; $t=0.61$, $df=117$)。また HF 群の中で正常知群と境界知群の間にも平均年齢に有意差はなかった (n.s.; $t=1.84$, $df=49$)。

表1 対象の内訳

		男	女	計
HF群	正常知群	23	7	30
	境界知群	17	4	21
LF群		59	9	68
		99	20	119

Ⅲ. 結果

1. 対象を限定しない場合のAIB

1) AIBの生起頻度

「現在、AIBがない」(0個)と答えたのは14.1% (17例)のみであり、5～7歳のPDD幼児では85.9%に何らかのAIBがみられた。HF群では78.4% (40例)、LF群では91.2% (62例)に何らかのAIBがあった。LF群は有意にHF群よりもAIBの生起頻度が高かった ($p < 0.05$; $\chi^2 = 3.87$, $df = 1$)。

2) 個々のAIBの生起頻度

16種類のAIBについて、「現在ある」とされた割合を多い順に示した(図1)。最も多かったのが「たたく」で58.0%、ついで「人に触る・抱きつく」が46.2%、「人の物をとる」と「押す」がそれぞれ36.1%、「物を投げる」が29.4%の順であった(図1)。

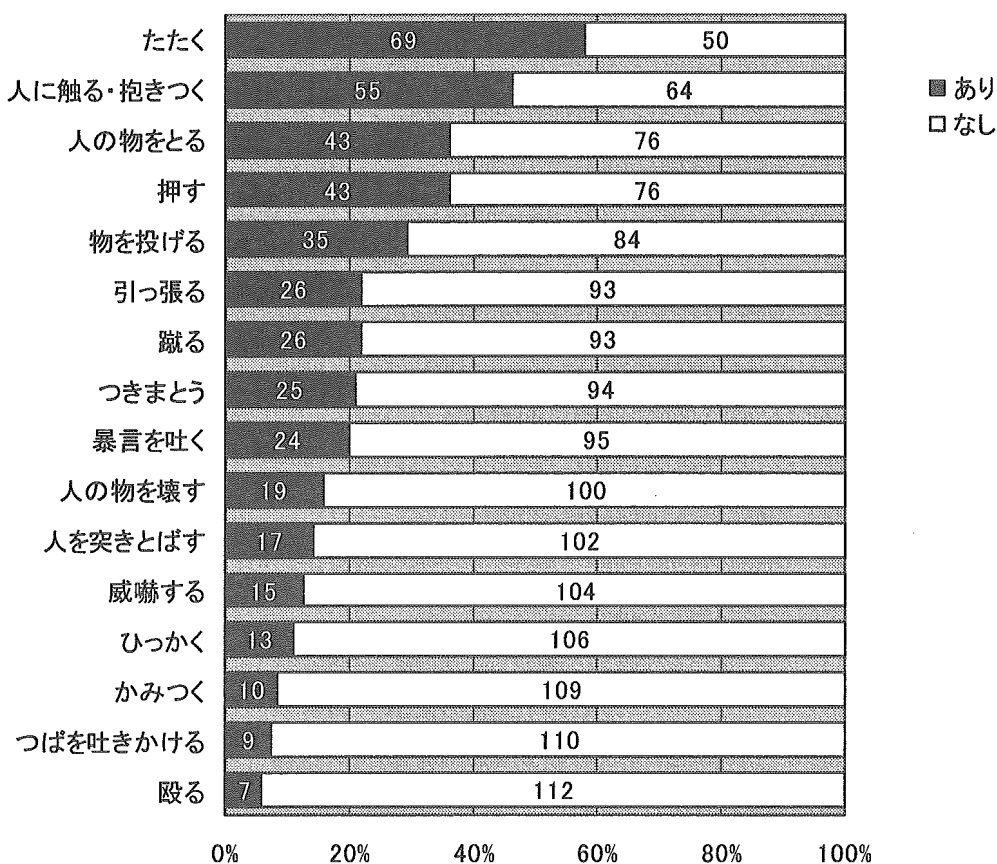


図1 16種類のAIBの生起頻度

それぞれのAIBについて、男-女およびHF群-LF群で比較したところ、「人の物を壊す」が男児に有意に多かった ($p < 0.05$; $\chi^2 = 4.57$, $df = 1$)。また「人の物をとる」がLF群で有意に多く ($p < 0.005$; $\chi^2 = 8.21$, $df = 1$)、逆に「暴言を吐く」はHF群で有意に多かった ($p < 0.001$; $\chi^2 = 12.68$, $df = 1$)。

HF群の中で正常知群と境界知群とを比較すると、「人を突きとばす」が正常知群で有意に多かった ($p < 0.05$; $\chi^2 = 3.88$, $df = 1$)。

3) ひとり当たりのAIBの種類

ひとり当たりで見られるAIBの種類は最小0個から最大11個まで幅広く分布した(図2)。ひとり当たりの平均は3.7個 ($\sigma = 2.93$)であった。HF群ではひとり当たりの平均3.4個 (3.09), LF群では3.8個 (2.82)であり、両群間に有意差はなかった (n.s.; $t = 0.75$, $df = 117$)。男児の平均は3.8 (2.98), 女児のそれは2.9 (2.62)であり、男女間に有意差はなかった (n.s.; $t = 1.37$, $df = 117$)。

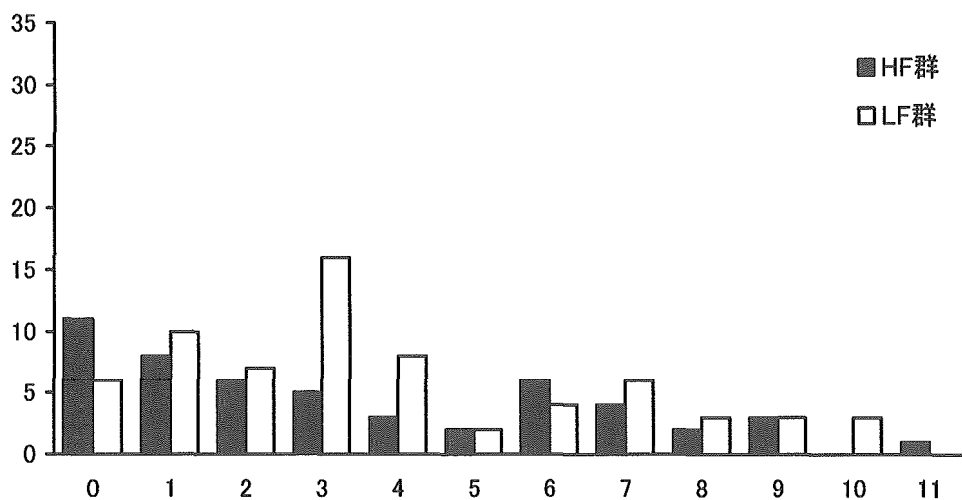


図2 ひとり当たりのAIBの種類

2. AIB間の連鎖

16種類のAIBのうち2つが互いに連鎖して生じる割合(以下、連鎖率とする)を ${}_{16}C_2 = 120$ 通りそれぞれの組み合わせにつき、全119例を対象にして κ 係数を求めた(表2)。中等度以上の連鎖率($\kappa > 0.4$)を示したのは、「押す」と「引っ張る」の組合せ($\kappa = 0.42$)のみであった。31.7% (38通り)の組み合わせに軽度の連鎖($\kappa > 0.2$)が見られた(表2の網掛け部分)。

表2 2つのAIB間の連鎖率 (κ 係数, n=119)

	たたく	蹴る	押す	殴る	かみつく	引っ張る	ひっかく	つばを吐きかける	物を投げる	人の物を壊す	人の物を取る	突きとばす	つきまとう	人に触る・抱きつく	暴言を吐く	威嚇する
たたく																
蹴る	0.306															
押す	0.324	0.223														
殴る	0.087	0.165	0.199													
かみつく	0.095	-0.01	0.148	-0.07												
引っ張る	0.183	0.213	0.122	0.232	0.052											
ひっかく	0.103	0.19	0.099	-0.08	0.279	0.13										
つばを吐きかける	0.112	0.131	0.165	0.063	0.371	0.195	0.102									
物を投げる	0.275	0.234	0.013	-0	-0.05	0.191	0.009	0.07								
人の物を壊す	0.121	-0.06	0.254	0.243	-0.05	0.264	-0.08	-0.11	0.3							
人の物を取る	0.099	-0.02	0.319	0.065	0.061	0.223	0.142	-0.01	0.089	0.35						
突きとばす	0.185	0.297	0.179	0.273	0.213	0.297	0.291	0.146	0.095	0.215	0.246					
つきまとう	0.169	0.177	0.239	0.036	0.123	0.227	0.017	0.007	0.205	0.278	0.239	0.082				
人に触る・抱きつく	0.07	0.105	0.21	0.064	0.049	0.035	0.071	-0.01	0.098	0.15	0.21	0.147	0.227			
暴言を吐く	0.125	0.241	0.215	0.113	0.132	0.14	-0.04	0.149	-0	-0.05	-0.03	0.092	0.152	0.102		
威嚇する	0.099	0.042	0.237	0.111	0.244	-0.02	0.191	0.172	0.077	0.11	0.067	0.062	0.11	0.074	0.192	

3. 他児に向かうAIBの種類とその頻度

1) AIBの生起頻度

49.6% (59例) に、他児に向かうAIBがみられた。HF群では37.3% (19例)、LF群では58.8% (40例) に、他児に向かうAIBがあった。LF群は有意にHF群よりも他児に向かうAIBの生起頻度が高かった ($p < 0.02$; $\chi^2 = 5.42$, $df=1$)。

2) 個々のAIBの生起頻度

16種類のAIBについて、「現在ある」とされた割合を多い順に示した (図3)。最も多かったのが「人の物をとる」で23.5%、ついで「たたく」が19.3%、「押す」が18.5%、「人に触る・抱きつく」が17.6%、「物を投げる」が10.1%の順であった。

それぞれのAIBについてHF群-LF群で比較したところ、「人の物をとる」についてLF群がHF群よりも有意に多かった ($p < 0.01$; $\chi^2 = 6.87$, $df=1$)。男-女の間の比較では、どのAIBについても有意差がなかった。HF群の中で正常知群と境界知群とを比較すると、「人に触る・抱きつく」が正常知群で有意に多かった ($p < 0.05$; $\chi^2 = 4.08$, $df=1$)。