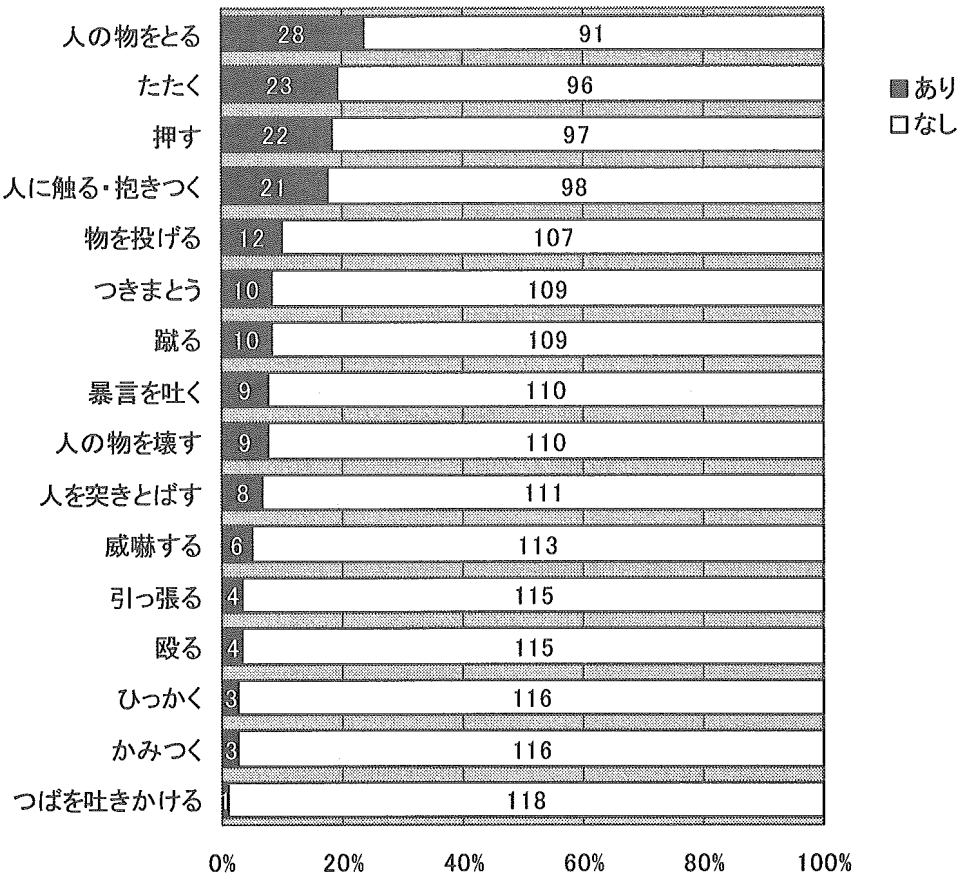


図3 他児に向かう，個々のAIBの生起頻度

3）ひとり当たりのAIBの種類

ひとり当たりに見られるAIBの種類は最小0個，最大11個までみられた（図4）。AIBの種類の数は男女間で有意差がなかった。少数ながら3.4%（4例）には6種類以上のAIBがあった。HF群，LF群それぞれ2例ずつであった。LF群の2例は中～重度の知的障害を伴っていた。HF群は2例とも正常知群のアスペルガー症候群であった。最も多い11種類のAIBを示したのは，年齢5歳10ヶ月，IQ107の男児例であった。

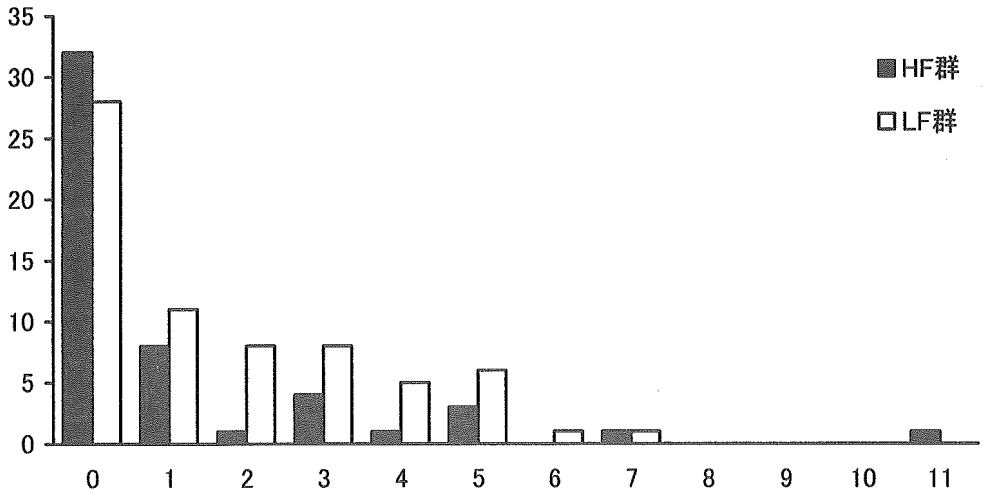


図4 他児に向かう，ひとり当たりのAIBの種類

4．AIBに対する親の意識

個々のAIBに対する親の問題意識をHF群－LF群で比較した。5歳以上の全119例のうち，AIBが現在あるか，過去にあったというのは108例である。このうちアンケートの中の，「現在あるいは過去にあったAIBの中で最も問題だと思うのはどれですか？」の項目に回答があったのは105例であった。以下，この105例について検討する。

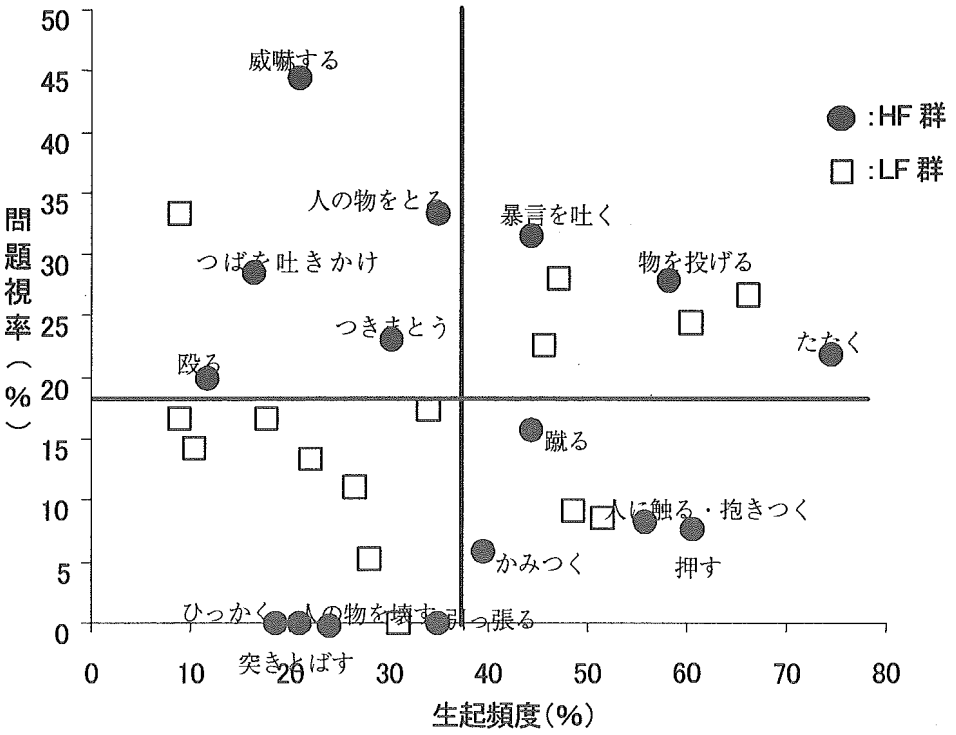
個々のAIB（対象は特定せず）について，それが一度でも出現したとされる人数を（a）とし，a人の中でそのAIBを最も問題であると思うと答えた数を（b）としたとき，b／a×100の値をそのAIBの「問題視率」と定義する。

HF群－LF群で16種類のAIBそれぞれの問題視率に有意差はなかった（χ^2検定）。

次に，それぞれのAIBの生起頻度を横軸に，問題視率を縦軸にした平面上に16種類のAIBをプロットした（図5）。平面の原点は，全119例における16種類のAIBの生起頻度と問題視率のそれぞれの中央値（生起頻度37%，問題視率18%）を選んである。

LF群においては，16種類中12種類という大部分のAIBが第1または第3象限にある。つまりLF群におけるAIBは，生起頻度と問題視率とが平行する関係にある。それに対してHF群は，第2・第4象限に分布するAIBの種類が多かった。実際，第2・第4象限にはLF群が3種類のAIBのみであるのに対して，HF群では9種類ものAIBがあった。第4象限にあるAIBは，生起頻度は高いがあまり問題視されないという意味になる。HF群でそのようなAIBをみると，「蹴る」「人に触る･抱きつく」「押す」「かみつく」の4種である。

一方，第2象限にあるAIBは，生起頻度は低いのであるが，それが一旦出現すると問題視されやすいという意味になる。HF群でそのようなAIBをみると，「威嚇する」「人の物をとる」「殴る」「つきまとう」「つばを吐きかける」の5種である。



註：全119例における生起頻度，問題視率それぞれの中央値を原点にした横軸と縦軸を入れ，平面を4分割した。

図5 生起頻度と問題視率による16種のAIBの散布図

Ⅳ. 考 察

本研究ではHPDDの幼児におけるAIBを，その親に対してアンケート調査することにより，AIBの実態とこどものAIBをめぐる親の意識を明らかにしようとした。6週間の調査期間を設け，その間に来院したPDD幼児すべてを調査対象にした結果，98.8%というきわめて高い回収率を得た。親を通じて直接にこどものAIBを調査するときに回答の拒否や記入漏れが多くなるのではないかとの懸念は幸いなことに徒労に終わった。親に直接文書と口頭とで調査目的を説明し，このアンケート調査を早期介入という臨床の一環にきちんと位置づけたことによって多量の良質なデータが得られたものと思われる。得られたデータは2歳から7歳までの242例であるが，今回の解析は幼児期から学童期への移行期にあたる5～7歳の119例を対象とした。

親，きょうだい，他児を問わず，誰かに向かうAIBという広い範囲で考えれば，PDD幼児の85.9%にそれがみられた。まったくAIBを示さない方(14.1%)がむしろ少数派であった。AIBの内容をみると，「たたく」「人に触る・抱きつく」「人の物をとる」「押す」の順に高く，いずれも3人にひとり以上の割合で見られた。ただし，ここでいうAIBは他者へのかかわり方としてこの年齢のこどもであれば通常に起こりうる行動と評されるものが多く含まれているかもしれない。個々のAIBの生起頻度の高さだけをみて，直ちにPDDでは幼児のときからAIBが多く見られると判断するのは早計であろう。これについては同年齢帯の一般集団におけるデータをとって比較する必要がある。

HF群に着目すれば，「暴言を吐く」がLF群よりも有意に多かったが，このAIBには言語発達の条件があるため予想された結果である。HF群の中で比較すると正常知群は，「人を突きとばす」が境界知群よりも有意に多かった。

16種類のAIBは，それぞれが互いに独立にではなく連鎖しながら生起することが考えられる。任意の2種類が同時に生起する率をκ係数で調べた結果，全体の31.7%の組み合わせに軽度の連鎖が認められた。しかし中等度（$\kappa>0.4$）の連鎖があったのはひと組に過ぎず，高度（$\kappa>0.6$）の連鎖はどの組み合わせにもなかった。われわれが定義した16種類のAIBは相対的に独立して生起しており，AIBに関する16のカテゴリー化には一定の妥当性があると考えられた。

さて，こどもにおけるAIBが社会的に問題になるとすれば，大人に向かうAIBよりも他児に向かうAIBであろう。とすれば，他児に向かうAIBに絞って検討することが重要になる。PDD幼児では49.6%とほぼ半数に他児に向かうAIBがみられたが，HF群の方がLF群よりもむしろ生起率は有意に低い。その内容についてPDD全体では，「人の物をとる」「たたく」「押す」「人に触る・抱きつく」がおよそ20%前後と比較的多くみられた。HF群がLF群に比べて有意に高い頻度であったAIBはなかったが，HF群内で比較すると，正常知群は「人に触る・抱きつく」が境界知群よりも有意に高かった。知能がより高い群は他児とあそび等でやりとりする機会が多くなるため，それだけにこのようなAIBを生じる率が高まるのかもしれない。ごく少数ではあるが，他児に向かう6種類以上のAIBを有した4例があった。2例は中～重度の知的障害を伴う自閉症であり，残る2例は正常知のアスペルガー症候群であった。このふたつのタイプはAIBの生起する状況や社会的背景に違いがあるかもしれない。症例についての詳しい検討が必要になろう。

自分のこどものAIBに対する親の意識については，アンケートの「最も問題だと思うのはどの行動ですか？」への回答（どのAIBを選択したか）に絞って検討した。それぞれのAIBについて，その生起頻度と問題視率との2軸で構成される平面上の散布をみたところ，興味ある所見が得られた。LF群では生起頻度の高低と問題視率が平行する傾向がみられた。一方HF群では，生起頻度が高いがあまり問題視されないAIBの一群と，生起頻度は低いが問題視されやすいAIBの一群があった。前者は「蹴る」「人に触る・抱きつく」「押す」「かみつく」

であり，後者は「威嚇する」「人の物をとる」「殴る」「つきまとう」「つばを吐きかける」であった。HF 群と LF 群とでは同じ AIB に対して親が問題視するか否かの傾向に大きな違いがあることが考えられた。とくに HF 群では生起頻度が低いが，もしそれが生じれば親が問題視しやすい AIB もあるが，むしろ高頻度に起こっていても軽視しやすい AIB がある可能性が考えられた。

しかしここで分析した AIB は対象を特定しない広義の AIB である。他児に向かう AIB に限定した場合にも同様な検討をする必要があろう。さらに，AIB に対する介入とそれへのこどもの反応（アンケートの問６），こどものその他の行動的症候（アンケートの問７）との関連も含めた分析も必要であり，今後もアンケート結果の分析を進める予定である。

おわりに

HPDD において思春期以降にときに出現する ASB への予防介入的アプローチは，医学，福祉，教育の共通テーマとして今後ますます注目を集めるようになるであろう。筆者らは寡聞にしてそのような目的を持った有力な先行研究をほとんど知らない。本研究はわれわれの研究チームにおけるその嚆矢として，幼児期の HPDD における AIB の実態とそれに対する親の意識を調査したものである。

悉皆的なコミュニティ・ケアに向けた発達障害の早期発見・早期介入システムが整う YRC の担当地域において幸いなことに良質で充分な量のデータを得たことは研究の推進にとって力強い。と同時に，この問題に対してはそれだけ親の関心と治療者への期待が高いことをわれわれは忘れるべきではない。HPDD の早期発見と早期介入が，HPDD の ASB の危機介入や予防的介入に益することを含めて，障害の長期予後に多大な遠隔効果を及ぼすことが期待されているのである。それには関係者がどうすべきかという問いに対して，具体的な方策を作成して実践し，成果をあげられるまでの息の長い臨床研究が是非とも必要である。

本研究では，アンケートで得たデータのほんの一部を分析したに過ぎないことを断っておかねばならない。今後は，残りのデータの分析を進めるとともに，一方で幼児の一般集団におけるデータ収集を計画し，得た結果を HPDD の所見と比較する予定である。

【文献】

Baron-Cohen S: An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. Journal of Child Psychology and Psychiatry 29; 351-360, 1988

Ghaziuddin M, Tsai L, and Ghaziuddin N: Brief report: Violence in Asperger syndrome-A critique. Journal of Autism and Developmental Disorders 21;349-354, 1991

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

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

Howlin P: Autism: Preparing for Adulthood. Routledge, London, 1997（久保紘章，谷口政隆，鈴木正子監訳：自閉症成人期にむけての準備－能力の高い自閉症の人を中心に－．ぶどう社，東京，2000）

Mawson D, Grounds A, and Tantam D: Violence and Asperger's syndrome: A case study. British Journal of Psychiatry 147; 566-569, 1985

清水康夫，本田秀夫：自閉症スペクトル障害の早期介入．精神科治療学 18; 987-993, 2003

清水康夫，岩佐光章：地域の実践．児童心理 59; 131-138, 2005

杉山登志郎：高機能広汎性発達障害にみられる行為障害と犯罪．そだちの科学 1;42-46, 2003

十一元三，崎濱盛三：アスペルガー症候群の司法事例－性非行の形式と動因の分析－．精神神経学 104;561-584,

2002
十一元三：少年事件・刑事事件と広汎性発達障害．そだちの科学 5; 89-95, 2005
Wing L: The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals. Constable and Company Limited, London, 1996（久保紘章，佐々木正美，清水康夫監訳：自閉症スペクトルー親と専門家のためのガイドブックー，東京書籍，東京，1998）

【資料】

行動に関するアンケート

お子さんの性別（ 男 ・ 女 ） 年齢 （　　）歳（　　）カ月

幼稚園または保育園に通っていますか？（ 通っている（　　）年目 ・ 通っていない ）

【 1 】お子さんに，他者に対する次のような行動はありますか？

	現在ある	過去にあったが、今はない	現在も過去もない	≪場所≫ (複数回答可)	≪誰に対して≫ (複数回答可)	≪頻度≫ 毎日	週に数回	月に数回	ごく稀に
たたく				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
蹴(け)る				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
押(お)す				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
殴(なぐ)る				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
かみつく				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
引(ひ)っ張(ぱ)る				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
ひっかく				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
つばを吐(は)きかける				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
物(もの)を投(な)げる				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
人(ひと)の物(もの)を壊(こわ)す				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
人(ひと)の物(もの)をとる				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
人(ひと)を突(つ)きとばす				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
つきまとう				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
人(ひと)に触(さわ)る/抱(だ)きつく				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
暴言(ぼうげん)を吐(は)く				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				
威嚇(いかく)する				家庭　幼稚園／保育園 公園　その他	父　母　きょうだい 友だち　先生　その他				

＊すべての項目について「現在も過去もない」にチェックした方は【 7 】にお進みください。
その他の方は【 2 】にお進みください。

【 2 】【1】で「現在ある」，または「過去にあったが，今はない」にチェックをした項目のうち，

最も問題だと思うのはどの行動ですか？ ひとつだけお答えください。

（　　）…… (A)

この行動(A)についてのみ，【 3 】～【 6 】の質問にお答えください。

【 3 】この行動(A)を，あなたはどう思いますか？（思いましたか？）

（　　）　困る
（　　）　全く困らない
（　　）　子どもはこんなものだと思う
（　　）　今は困らないけど，将来を考えると気になる

【 4 】この行動(A)をするようになったのは，いつ頃からですか？

＿＿＿＿ 歳 ＿＿＿ ヵ月頃 ～ （ ＿＿＿＿ 歳 ＿＿＿ ヵ月頃 まで ）

【 5 】この行動(A)は，どんな状況で起こりますか？（複数回答可）

（　　）まったくわからない　　（　　）突然ふいに
（　　）関心や注目をひきたいとき　　（　　）思い通りに行かないとき
（　　）自分のやりたいことを妨害されたとき　（　　）相手の攻撃に対する仕返し
（　　）何もすることがなくて暇なとき　　（　　）遊ぼうとして
（　　）その他［　　］

【 6 】この行動(A)に対して，どう対応しますか？　また，その結果どうなりますか？

どう対応しますか？（しましたか？）（複数回答可）		その結果どうなりますか？		
		やめる	その時はやめるが，またやる	やめないで，繰り返す
その場で，すぐに手や身体を押さえる				
その場で，強く叱る				
落ち着いてから，強く叱る				
落ち着いてから，しっかり説明する				
同じ痛みを体験させる				
事前に約束する				
放っておく				
そのようなことが起きやすい場所には連れて行かない				
その他（　　）				
いつの間にか，しなくなった				

裏面もご記入ください

【 7 】お子さんの普段の行動について，それぞれの項目のあてはまるところに○をお入れください。

	非常に目立つ	目立つ	多少目立つ	目立たない
パニックが多い				
怒りっぽい				
よく泣く				
恥ずかしがり				
落ち着きがない				
気が散りやすい				
片づけができない				
勝ち負けにこだわる				
順番にこだわる				
お友達と遊べない				
自信がない				
夜よく眠れない				
自傷をする				
チックがある				
爪かみをする				
吃音(どもり)がある				

【 8 】ご意見やご要望などありましたら，ご自由にお書きください。

（　　）

記入日　　年　　月　　日：記入者（父・母・その他　　）

ご協力，ありがとうございました。

「高機能広汎性発達障害の超早期発見・対応に関する研究」および「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、上里初志、神谷真巳、河村雄一、酒井雪枝、佐藤泰一、和田佳代
（豊田市こども発達センター）
伊澤裕子（豊田市子ども部子ども家庭課）
入江ゆみ子（鳥取県自閉症・発達障害支援センター）
荻原はるみ（柳城短期大学）
塚根智子（倉吉市福祉保健部福祉課）

「高機能広汎性発達障害（ＨＦＰＤＤ）にみられる反社会的行動に対する早期支援システム」に関する基礎研究として、初年度に引き続き、「ＨＦＰＤＤの超早期発見・対応に関する研究」と「ＨＦＰＤＤ幼児と家族への早期支援システムに関する研究」を継続実施した。本年度は、検討を深めるため、下記４研究を実施したので報告する。

Ⅰ．研究１
「自閉症乳児期徴候の抽出と発達経過の解明及び超早期診断の問題点と支援のあり方についての研究」

１．目的

自閉症の超早期発見と対応の前提となる、乳児期徴候、臨床像の発達的変化、超早期の支援の具体策について明らかにすること。

２．方法

対象は、豊田市子ども部子ども家庭課が実施している３ヶ月健診の事後指導グループに通う乳児で、行動評価と発達評価の結果、自閉症などが疑われ、豊田市こども発達センター児童精神科を受診した２１名（男１４名、女７名）である。受診経路としては、最初に豊田市こども発達センター（「センター」）の外来療育グループ（週１～２回の母子通園事業）に参加し、そののち受診し診断が確定した事例（A 群）が、１２名（男８名、女４名）であった。療育グループを経ないで直接医師の診察に至った事例（B 群）は、９名（男６名、女３名）であった。これら児童を対象に、事後指導グループ参加時の主訴、診断、発達指数等について検討を行った。精神発達障害の診断はＤＳＭ－Ⅳに従った。

対象児の紹介元である事後指導グループは、２００４年４月より、月に１回、豊田市役所内の乳幼児健診が行われているフロアで開催されている。グループの目的は、育児不安を軽減するとともに、親子関係が良好に保たれるよう支援することである。３ヶ月児健診後から、１歳６ヶ月頃までの親子が対象とされている。担当スタッフは、母子保健担当の保健師約１０名を中心として、保育

士と臨床心理士が加わっている。さらに、発達面の専門的な助言を求められたため、２００３年度からは「センター」より、発達障害を専門とする児童精神科医師、保育士、保健師、臨床心理士が参加している。

昨年度統計では、年間８２組の親子に保健師が参加を勧め、５０組が参加した。１回あたり約１５組が出席した。参加の主訴については発育・発達の不安６７．１％、育児不安１９．５％、その両方１３．４％であった。

グループのプログラムは、自由遊び、設定遊び、個別相談からなる。最初に、親子で自由な遊びをした後、保育士を中心に輪になって簡単な感覚運動遊びを約１５分間行う。その中で、子どもの表情、視線、声の出し方などをチェックリスト等を用い観察する。最後に、保健師が育児全般にわたり相談にのる。相談内容によっては、医師が助言に加わり、必要に応じて「センター」での診察を勧める。また、対象年齢を超えても発達に心配のある児童については、「センター」療育グループ担当の保健師が、活動内容などをその場で説明し、療育グループに円滑に移行できるよう配慮している。

３．結果

（１）A群（療育先行群）

１２名の主訴は、不眠、視線や表情などコミュニケーションと対人関係の問題がそれぞれ４例と最も多く、次いで摂食の問題が２例であった。その他の２例は、母親の育児不安のみが主訴であった。

「センター」での療育開始年齢は、１歳１ヶ月～１歳５ヶ月が５例、１歳６ヶ月～２歳未満が４例、２歳以降が２例、平均１歳６ヶ月と低年齢であった。１歳６ヶ月健診以前から療育が開始されていた事例が５例（４２％）を占めていた。

診断は、正常と注意欠陥多動性障害（ADHD）疑いの各１例を除く１０例が自閉症であった。なお、事例の現在の年齢は２歳６ヶ月であり、確定診断が可能な年齢に達している。

発達水準については、「センター」来所時の遠城寺乳幼児分析的発達検査（遠城寺式検査）によれば、未検査の１例を除き全１１例がDQ ５０以上であり、そのうち３例はDQ ７０以上であった。一般的に知能検査が可能になる２歳６ヶ月以降に知能評価が行われた自閉症７例についてみると、新版田中ビネー式知能検査Ｖで６例がIQ ９１～１２９と高機能であった。残りの１例は遠城寺式検査が行われていたが、知的能力との相関性が高い言語理解の指数は８４であり、境界線級知能水準と推定され、全７例が高機能と考えられた（表１）。

（２）B群（診察先行群）

医師の診察が先行した９例の診察に至った主訴は、運動発達遅滞が３例、視線が合わないや表情が乏しいが３例、不眠が２例、抱きにくいが１例であり、A群と比較して、運動発達遅滞が多く認められた。

診断は、自閉症は２例であった。さらに２例は、自閉症が疑われるものの、年齢が１歳前後であり確定診断が難しく、現状では特定不能の広汎性発達障害

（PDDNOS）に該当する。他の障害としては精神遅滞を１例を認め、残り４例は、症状は次第に軽快し正常と判断した。初診時月年齢は５ヶ月～１歳４ヶ月、平均９ヶ月と、A群と比較してさらに低月年齢であった。

発達水準については、遠城寺式検査が行われていた６例のうち、DQ ７０以上が３例、DQ ５０～７０未満が１例とあまり遅れがない事例も多い一方で、DQ ５０未満も２例あり、A群と異なり遅滞が明かな事例も認められた（表１）。

受診後の対応としては、不眠に対する薬物療法が４例、運動発達遅滞に対する理学療法が２例、残りは医師や臨床心理士による発達相談を行った。

表１　　２１例の概要

	A群（N＝１２）	B群（N＝９）
主訴	睡眠４、視線・表情４ 摂食２、育児不安２	運動３、視線・表情３ 睡眠２、 抱きにくさ１
月年齢	平均１歳７ヶ月 （１歳１ヶ月～２歳３ヶ月）	平均９ヶ月 （５ヶ月～１歳４ヶ月）
診断	自閉症１０、ADHD（疑） １ 正常１	自閉症２、PDDNOS ２ 精神遅滞２、正常４
DQ/IQ	１１例：DQ ５０以上 （１例は未実施） ２歳６ヶ月以上自閉症７例 ：全例高機能	DQ ５０以上４例 DQ ５０未満２例

（注）主訴は、事後グループ参加時。

（３）事例

事例 A（男）は、出生前・周生期に異常は認められず、在胎週数は４０週、３６５０ｇで出生した。３ヶ月健診時、特に異常は指摘されなかったが、母親より不眠・抑うつ・自責感があり、育児に悩んでいて「このままでは育児に疲れて死んでしまう」と保健師に相談がなされた。A は癇が強く、睡眠は不規則であった。保健師による個別相談等とともに７ヶ月から事後指導グループへの参加を開始した。当初は、遊びへの関心もほとんどなく、泣いていることが多かったものの、徐々に慣れて楽しめるようになっていった。母親も月に１回のグループが支えになり、１歳頃からは精神的に安定していった。事後グループでは、四つ這いを始めた頃から、母親や保健師と視線が合いにくい、母親を意識しないで一人で部屋の外へ出ようとするといった、対人関係やコミュニケーションの問題が目立つようになり、自閉症が疑えるようになっていった。

始歩は１歳１ヶ月で、１歳４ヶ月から「センター」療育グループに通い始めた。２歳８ヶ月の時、「センター」診療所児童精神科初診。発語は単語のみで、感情はこもりにくく、子どもへの関心は乏しく、物の一列並べや道順へのこだわりなども認められたため、自閉症と診断された。現在は、療育グループに通いながら言語訓練を行い、経過観察中である。

４．考察

今回、３ヶ月児健診の事後指導グループ参加児を対象に、自閉症の前方視的研究を行った。２１例の中で１２例（５７％）が自閉症であり、その内の７例は高機能であった。ＨＦＰＤＤを含め自閉症の乳児期における発見の可能性を示唆する所見といえる。いまだ事例が少なく今後例数を増やし検討していくことが必要であるが、事例 A で認められたように、乳児期前中期は自閉症診断に感度の高い特徴的な諸行動は明かでなく、乳児期の終わりから幼児期の初期（１歳前後）にかけて、診断特異性の高い特徴的な対人行動と非言語的なコミュニケーション行動が顕在化するように思われる。

対象となった２つのグループで自閉症と診断された事例の割合に差が認められた。療育の開始が先行した A 群は、１２例中１０名（８３．３％）が自閉症と診断された。診察が先行した B 群は９例中２例（２２．２％）であった。この違いは初診年齢にあるように思われる。A 群の平均初診年齢は１歳７ヶ月（１歳１ヶ月～２歳３ヶ月）であった。１歳過ぎまでは事後指導グループで経過を追い、その時期に顕在化する自閉症に特徴的な諸行動を認めたため、「センター」の療育グループに紹介され、その後診察に至ったものと思われる。

これに対し B 群の平均初診月齢は９ヶ月（５ヶ月～１歳４ヶ月)、と乳児期後期であった。この時期は特異性の高い対人及びコミュニケーション行動は明確ではなく、A 群に比べスクリーニング精度が低かったものと推定される。何れにしても、現在の行動学的診断方法では、１歳前後が自閉症のスクリーニングの下限年齢と思われる。

ところで、３ヶ月児健診事後グループの参加児から多くの自閉症児を発見できたことは、乳児期のスクリーニングの場としてこのグループが活用できる可能性も示唆している。引き続き、３ヶ月児健診事後指導グループ対象児を通じて、乳児期徴候の抽出と発達経過の確認、乳児期から幼児期初期の支援の在り方について研究を継続したい。

Ⅱ．研究２
「ＨＦＰＤＤの発見・初期対応の現状と早期発見に対する保護者の意識に関する研究」

１．目的

早期発見と初期対応の現状及び、早期発見に対する親の評価と意見を確認し、保護者ニーズに即した療育及びシステムづくりに反映させること。

２．対象

対象は豊田市こども発達センターのぞみ診療所精神科の筆者外来に通院中のＨＦＰＤＤ児で、２００５年１０月から１２月の間に受診した４６名（４歳～１３歳、平均８．２歳、男女＝４０：６）の保護者５６名（父親１２名、母親４４名）である。対象児の選定にあたり、今回は IQ ８５以上を高機能とした。

知能の測定は、全訂版田中ビネー式知能検査またはWISC－Ⅳで行ない、WISC－Ⅳについては、全IQが８５以上を高機能と判定した。４６名のIQは８５～１５１であった。ＨＦＰＤＤの下位分類は、ＤＳＭ－Ⅳの診断基準で自閉性障害（自閉症）の診断基準を満たし、３歳未満で２語文以上を話した事例をアスペルガー症候群（AS)、話さなかった事例を高機能自閉症（HFA）とした。ASは２７名、HFA は１９名であった。なお、対象児のうち１０名は、同胞１名が広汎性発達障害（AS または HFA ８名、精神遅滞を合併した自閉症２名）であった。調査対象となったこれらの保護者は全例（１０名）が母親であった。ＨＦＰＤＤの早期発見に重要な役割をしている１歳６ヶ月児健診時時点における居住地は、愛知県西三河福祉圏域の構成自治体で、豊田市こども発達センターが利用できる豊田市及び三好町が４２名、名古屋市２名、近隣他県１名、米国１名であった。

３．方法

下記４項目について診察時に保護者に質問をし回答を得た（診断年齢については、診療録の記録も参考にした)。①発見時期、発見者、発見の手掛かりとなった行動、②発見後の療育的対応、③診断年齢（AS と HFA、何れであっても自閉症の診断基準を満たしているので、診断年齢は自閉症と診断した年齢とした)、④早期発見と対応についての評価・意見。なお、調査に当たっては、保護者に口頭で研究の目的と用途を説明し了解を得た。

４．結果

（１）発見時期、発見者、発見の手掛かりとなった行動

① 発見時期と発見者

最初に問題に気づかれた月年齢は、１歳未満（生まれてすぐ～９ヶ月）が４名（８．７％）であり、母親が発見者であった。１歳代前半（１歳０ヶ月～１歳５ヶ月）は１４名（３０．４％)、発見者は母親が１３名、同居の祖母が１名であった。１歳代後半（１歳６ヶ月～１歳１１ヶ月）は１５名（(３２．６％）であり、１３名が１歳６ヶ月児健診で保健師により発見されていた。２歳は８名（１７．４％)、全例母親が発見者であった。３歳は２名（４．３％）であり、３歳児健診で保健師に気づかれたのが１名、風邪で受診した小児科医院でことば遅れを指摘されたのが１名であった。５歳以上は３名であった。これらは、幼稚園で担当教師から集団行動が出来ないことに気づかれた（５歳男児)、頻尿で受診した小児科医院でコミュニケーションの問題と魚類図鑑への関心の高さから障害を疑われた（６歳男児)、学校で癇癪がひどく集団行動がとれないことに母親が悩み受診に至った（１０歳男児：３歳から小学１年生まで米国に滞在）事例であった。

気づかれた時期をまとめると、１歳以下が３３名（７１．７％)、２歳以下で４１名（８９．１％）と約９０％を占めていた。ＨＦＰＤＤは、精神遅滞を合併した自閉症と同様に、幼児期前期までに、家族や保健師により問題に気づ

かれていることが分かる。

最初に問題に気づいたと推定される人の内訳は、家族が３０名（６５．２％）であり、母親が全体の２９名（６３．０％）を占めていた。家族以外の関係者は１６名（３４．８％）であり、内訳は保健師１３名（２８．３％）、その他３名（小児科医２名、幼稚園教諭１名）であった（表１）。

表１　　発見時期と発見者

年齢	家族	関係者	合計(%)	発見者内訳(%)
0歳	4		4 (8.7)	母4
1歳前半	１４		１４ (30.4)	母１３、同居祖母1
1歳後半	3	１２	１５ (32.6)	母3、保健師１２
2歳	8		8 (17.4)	母2
3歳		2	2 (4.4)	保健師1、医師1
5~10歳	1	2	3 (6.5)	母1、医師1、教諭1
全年齢	３０ (63.2)	１６ (36.8)	４６ (100)	母２９ (63.0) 保健師１３ (28.3)等

② 発見の手掛かりとなった行動

発見の契機となった行動で最も多かったのは、ことばの問題であり３０名に認められた。発語の遅れや表出語彙の乏しさ２７名、言語理解の悪さ２名、言語消失２名、呼名に反応しない１名であった。２２名は母親か保健師により１歳代に気づかれ、８名は２歳から３歳過ぎであった。次いで、自閉症に特異的な行動（首をやたらと左右に振る、爪先歩き、高い所に上がる、首を後屈した状態で目線を下に落とす、いつも棒状のものを持ちたがる、横目をする、流水を眺める、クレーン徴候）が６名で気づかれた。月年齢は９ヶ月から１歳代であり、健診時に保健師が横目に気づいた他は、すべて母親によって気づかれていた。その他、落ち着きのなさ・多動が６名で１～２歳代に、癇癪が４名、関わりにくさや集団不適応３名、視線が合わない、興味限局（魚類図鑑）、探索行動をしない、積み木を積まない、定頚遅れがそれぞれ１名であった（表２）。

表２　　手掛かり行動

行動	延べ人数（%） N＝５４	備考
ことばの問題	３０ (55.6)	他の行動重複９名
特異的行動	6 (11.1)	首振り、横目、爪先歩きなど
落ち着きのなさ	6 (11.1)	
癇が強い・癇癪	4 (7.4)	
集団不適応など	3 (5.6)	徘徊、幼稚園・学校不適応
その他	5 (9.2)	視線合わせず、興味限局 探索せずなど

これらの結果から、ＨＦＰＤＤの発見は、母親か保健師により１～３歳にかけて、ことばの問題、自閉症に特異的な行動、落ち着きのなさなどを契機になされているのが現状といえる。

（２）発見後の療育的対応等

早期発見は、早期療育のためである。発見後、４１名（８９．１％）で早期に療育的対応がなされていた。豊田市と三好町に在住の３９名（(８４．８％）は、豊田市こども発達センターで実施している、１～３歳児を対象とした週１～２回の母子通園事業に保健師などにより紹介されていた。愛知県内他市の２名は、同市内にある幼児期前期児も通うことのできる母子通園施設に紹介されていた。通園の開始年齢は、１歳代１６名、２歳代１９名、３歳代６名であり、全対象児の７６％が１～２歳の間に療育が開始されていたことになる。

残りの５名（１０．９％）のうち、４名は発見が５歳以上でなされた事例である。１名は、兄が HFA で筆者の外来に通院中のため、乳児期から定期的に健診を行い１歳６ヶ月時に自閉症を疑った多動で同一性保持傾向の強い積極型（active but odd type）の男児であった。近隣他県の小都市に在住していたが、その都市には早期療育施設がなかったため、やむなく２歳から保育園に入園させるに至った（表３）。

なお、対象児４６名は、全例が３～４歳で保育園か幼稚園に入園していた。このうち６名（１３．０％）は、入園前に知的障害児通園施設に１年間通園していた。L.Wing（１９８７）の臨床類型では積極型が５名であり、受動型（passive type）は１名であった。

表３　　早期療育対応

早期療育	人数（%）、Ｎ＝４６	備考
あり	４１（８９．１）	
１歳	１６（３４．８）	知的障害児通園施設通園３名
２歳	１９（４１．３）	知的障害児通園施設通園３名
３歳	６（１３．０）	
なし	５（１０．９）	５～１０歳で発見した５名

（３）診断年齢

自閉症と診断された年齢は、１歳～３歳が３７名（８０．４％）、就学まで（６歳以下）４５名（９７．８％）であり、３歳から小学１年生まで米国に滞在していた１名を除き、全例が幼児期に確定診断がなされていた（表４）。

診断は４４名は筆者、２名は愛知県内にある発達障害専門医療機関の児童精神科医により２歳と６歳でなされていた。

表４　　診断年齢

年齢	人数（Ｎ＝４６）	％
１歳	８	１７．４
２歳	１９	４１．３
３歳	１０	２１．７
４歳～６歳	８	１７．４
１０歳	１	２．２

（４）発見と対応についての保護者の評価・意見

保健師や保育士など、保健・保育・教育関係者が子どもの障害に気づいた場合、いつ問題を指摘してほしいか、また、どのように、どのような情報を提供してほしいか、質問した。

① 指摘の時期

指摘の時期については、「気づいたら早く」、「時期をみて」、「必要ない」のうちから選択を求めた。

５５名（９８．２％）が「気づいたら早く」と回答した。「必要ない」（親が気づくまで、指摘しないでほしい）と回答したのは母親１名（１．８％）のみであった。同胞例１０名の母親もすべて、「気づいたら早く」と回答した。

表５　　指摘時期

時期	人数（％）、Ｎ＝５６	備考
気づいたら早く	５５（９８．２）	
必要ない	１（１．８）	「親が気づくまで」（母親）

（注）「時期をみて」は、回答者なし。

「気づいたら早く」、と答えた保護者の主な意見は、下記の通りであった。

中途半端でずるずる行くよりも。一人っ子だと親は分からない。後から言われてもどうしようもない。可能性を感じたときに、その時はショックだが早く対応してあげられるので。気付くのが遅いと発達に悪影響ではないかと思う。知らないで時間が経つよりは良い。聞きたくない気持ちと子どものことを思うと言ってほしい気持ちと。

「必要ない」（親が親が気づくまで）と答えた母親は、とても心配性なのでとのことであった。この母親は２歳前から表出語彙が少ないこと、落ち着きがないことなどを心配し、保健師に相談して２歳３ヶ月から豊田市こども発達センターの母子通園グループに通っていた。ちなみに、同席していた父親は「気づいたら早く」と答えている。

② 説明内容

保健師や保育士など保健・保育関係者が、障害の可能性に気づき、説明するとしたらどのような情報を求めるか質問した。説明内容については、問題とな

る行動、専門機関や専門医の紹介、障害名（自閉的、自閉症、高機能自閉症、アスペルガー症候群など）を提示し、回答を求めた。

問題となる行動と療育・相談機関や専門医の紹介を求める、と答えた保護者が４８名（８７．３％）と大半であった。障害名（自閉的など）も含めて情報を提供してほしいと回答したのは、７名（１２．７％）であった。同胞例の母親は、６名が行動と紹介を、４名が障害名を含めてと答えた。

表６　説明内容

内容	母親（％） Ｎ＝４３	父親（％） Ｎ＝１２	合計（％） Ｎ＝５５
行動・紹介 （療育機関など）	３８ （８８．４）	１０ （８３．３）	４８ （８７．３）
行動・紹介 障害名	５ （１１．６）	２ （１６．７）	７ （１２．７）

行動と紹介を望む、と答えた保護者の主な意見は下記の通りである。

受け入れやすい。やんわり。いきなり障害名は辛い。気になる点を指摘してほしい。まず行動を、自閉症については徐々に分かっていくので（同胞例の母）。行動に加えて関わり方もアドバイスしてほしい。希望の持てる情報を。母子通園のような所を紹介してほしい、ないと不安。専門家にアドバイスしてもらったらと助言して（危機感を持たないので）。

障害名も、と答えた保護者の意見は下記の通りであった。

はっきり言ってほしい、分かった時点で（同胞例）。その時はショックだが、期待してしまうので。早く対応したいので（同胞例）。傾向があることを言ってもらうと、その方がお医者さんに診てもらう気持ちになる（４人、１人は同胞例）。ずばっと言ってほしい（同胞例）。

５　考察

ＨＦＰＤＤの発見と初期対応の現状、早期発見についての保護者の評価と意見について自検例を対象に検討した。結果は以下のように整理される。

ＨＦＰＤＤは、精神遅滞を合併した自閉症と同様に大半が、２歳までに母親や保健師によって、ことばの問題や自閉症の特異的行動などを手掛かりに気づかれていた。大半は幼児期前中期に保健師などにより母子通園形式の療育グループを紹介され、早期療育を受けていた。早期療育を受けた後、大半は３～４歳で保育園・幼稚園に入園していたが、おおよそ１０％は知的障害児通園施設に１年間通っていた。

早期発見については保護者は肯定的に評価し、ほぼ全員が関係者は障害に気づいたらなるべく早く伝えることを望んでいた。同胞例の母親も同様の意見であったことは注目される。伝える内容については、問題となる行動の指摘と療育・相談機関や専門医を紹介してほしいという意見が多かった。具体的助言や

希望を持てるような情報を伝えてほしいとの意見も出された。しかしながら、約１０％余りは障害名も伝えることを希望していた。何れにしても、保護者からもＨＦＰＤＤの早期発見と対応は支持されていると評価できよう。

これらの結果を踏まえると、ＨＦＰＤＤの発達支援は、精神遅滞を合併した自閉症と同様に、１歳６ヶ月健診と３歳児健診から始まる早期療育システムで対応できると結論づけられる。ＨＦＰＤＤの早期発達支援にとって重要な今後の課題は、従来の療育システムには欠落している幼児期前中期の子どもと保護者を対象とした親子通園形式の療育機能の整備といえる。

Ⅲ．研究３
「保育園・幼稚園におけるＨＦＰＤＤに関する問題点の研究」

１．目的

保育園・幼稚園はＨＦＰＤＤ幼児の主たる発見機関の１つであり、発達支援機関である。ＨＦＰＤ幼児の発達支援において、極めて重要な役割を担っている両機関における問題点を明らかにし、支援体系の構想資料とする。

２．方法

統合保育・教育を実施している豊田市の公立保育園と幼稚園各１園の園長に対し、予め園におけるＨＦＰＤＤを含む障害のある子（障害児）の保育・教育上の問題、入園後に障害を疑われた子への対応、保育園・幼稚園（保育園等）への今後の支援に関し検討を依頼し、２００５月１２月１９日に面接調査を行った。また、愛知県内７都市（名古屋市、豊田市、一宮市、瀬戸市、小牧市、三好町）にある統合教育を実施の私立幼稚園７園を対象に、２００５年１１～１２月の間に、郵送で同様の内容について自由記述形式のアンケート調査を実施し、全園から回答を得た。対象９園の概要は下記の通りである。なお、幼稚園８園は全て３歳児を受け入れている。

表１　　保育園・幼稚園の概要

No	施設	公立 / 私立	自治体	園児数（人）
1	保育園	公立	豊田市	１１６
2	幼稚園	公立	豊田市	１８０
3	幼稚園	私立	豊田市	１８７
4	幼稚園	私立	豊田市	１５７
5	幼稚園	私立	名古屋市	７９
6	幼稚園	私立	一宮市	１０７
7	幼稚園	私立	小牧市	２０９
8	幼稚園	私立	瀬戸市	３６２
9	幼稚園	私立	三好町	１８６

（注）園児数：No ７、８は平成１５年度、他は調査日人数

3．結果

指摘された問題点は下記の通りであった。

（1）保育・教育上の問題

・突然大声で叫んだり、歩き回る。すぐどこかへ行ってしまう（3歳児）。
・集中できない。状況判断が難しい（3歳児）。
・言葉の遅れ。思っていることが言葉に出せず、すぐ手がでる。コミュニケーションが取りにくい（3歳児）。説明や指示が理解できない（5歳児）。
・友達と遊べない（4歳児）。
・ダウン症児などと異なり、高機能自閉症児はよく話すので、机をひっくり返したり、すぐ叩く等の未熟な行動を他の園児は理解しにくい、受け入れが難しい。

（2）入園後に障害が疑われた子と保護者への対応と問題点

・自閉症、ADHD、ＬＤの境界が分かりにくく、対応に困る。
・子どもを安易に障害児と決めつけていないか、将来のある子どもに責任を感じる。
・園での様子を細かく伝える。保護者かが気づいていないようなら、園での様子を参観してもらう。
・６月の保護者懇談まで様子を見る。
・園全体で話し合い様子を確認し、保護者と懇談を持ちながら、家庭との連携をとっていく。
・親の反応を見て、専門機関への受診を勧める。
・親がパニック状態になってしまう場合もあるため、伝える言葉に十分注意しているが、伝え方が難しい。
・集団適応できていない園での様子を理解してもらえず、専門機関へつなぐのが難しい。「この子の個性」、「家では問題ない」、「時間がくれば良くなる」と言う親が多く、なかなか理解が得られない。
・やっと問題を共有でき、専門機関への受診を承諾してもらえても、すぐに診てもらえる専門機関がない。待ち期間が長い。
・せっかく専門機関にかかってもうまくいかないケースもある。(小児科で「大丈夫」と言われ、親は安心してしまった。訓練漬けで宿題に追われる。)
・就学相談を勧めるが、拒否されてしまう。

（3）保育園・幼稚園への支援

・子どもと保護者、それぞれの対応の仕方について指導を受けたいときに、適時受けることが難しい。
・幼稚園の現場で、子どもの様子を見ながら専門的な相談にのってほしい。
・現場をよく知っている専門保育士や臨床心理士の支援を受けたい。
・現場の保育者が気軽に相談できる窓口があると良い。
・定期的な助言を受けられるようなシステムを望む。
・個人情報保護法の影響もあり、細かい点まで話し合えない。
・小学校との連携。