

表 1

DSM-IV-TR Axis I II		
アスペルガー障害 (AD)		6
AD		
AD		
AD 気分障害		
AD 神経性大食症(排出型) 大うつ病性障害、反復性(重症、精神病性の特徴を伴わない) アルコール依存症(生理学的依存を伴わないもの、持続完全寛解)		
AD 適応障害		
PDD-NOS		6
PDD-NOS		
PDD-NOS		
PDD-NOS 社会恐怖 心気症		
PDD-NOS DCD 社会恐怖		
PDD-NOS 社会恐怖		
自閉性障害		3
自閉性障害		
自閉性障害		

DSM-IV-TR AxisIV		
父親のアルコール問題	父親のアルコール問題 父親のアルコール問題 父親のアルコール問題とPDD特性	3
介入の遅れ	家族の認識不足による介入の遅れ 養育者の認識不足や社会性の問題による介入の遅れ 家族の過保護による介入の遅れ 家族が障害受容できない	4
生活・養育環境の不備	養育不備 険悪な親子関係 両親の別居 不適切な養育環境 不安定な生活環境 養育者の情緒不安定	6
いじめ		1
特記事項なし		5

表2【知能検査別】

	FIQ	VIQ	PIQ	disc.	VIQ high	VIQ low	PIQ high	PIQ low	知能検査種類
1	78	86	74	12	知識11	理解4	符号14	配列2	WAIS-R
2	81	92	70	22	知識13	理解4	完成10	組合3	WAIS-III
3	87	83	97	14	知識9	理解5	積木13	符号5	WAIS-R
4	87	81	96	15	類似11	理解3	完成13	配列6	WISC-III
5	92	95	91	4	知識12	理解7 類似7	積木10 符号10	完成8 配列8	WAIS-R
6	96	99	92	7	理解13	知識6	組合14	配列3	WAIS-R
7	99	102	95	7	算数15	単語8	積木15	完成4	WAIS-R
8	99	95	106	11	知識16	単語2	積木17	完成5	WAIS-R
9	106	109	103	6	数唱13 理解13	算数9	積木12	完成9	WAIS-R
10	107	114	97	17	類似14	数唱8	配列13	符号6	WISC-III
11	108	101	116	15	類似13	知識9 算数9	積木15	完成7	WAIS-R
12	114	110	118	8	数唱17	知識9 算数9 理解9	積木16	符号9	WAIS-R
13	119	117	116	1	理解17	算数8	組合16	符号9	WAIS-III
14	121	126	110	16	単語17	算数10	積木15	完成9 配列9	WAIS-R
15									
Ave.	100	101	99	11					

表3 各ライフステージで発現した問題の内訳と件数

	0～6歳	6～12歳	12～15歳	15～18歳	18～20歳前半	20歳後半
A 感覚・運動発達などの問題	12	7	1	1	1	0
	感覚過敏・鈍感 4 その他の発達の違い 3 不器用 2 運動発達の違い 2 運動の苦手 1	運動の苦手 3 運動発達の違い 2 体の動きのぎこちなさ 2	体の動きのぎこちなさ 1	体の動きのぎこちなさ 1	不器用 1	
B 対人関係の問題	12	11	10	7	7	3
	無関心 5 家族とのみの接触 3 回避 1 受身的傍観的 1 友人がいまいか少ない 1	友人がいまいか少ない 4 受身的傍観的 2 無関心 1 回避 1 家族とのみの接触 1 深まらない 1 被害感 1	被害感 4 受身的傍観的 2 友人がいまいか少ない 2 深まらない 2 被害感 1	受身的傍観的 2 友人がいまいか少ない 2 回避 1 深まらない 1 被害感 1	被害感 3 友人がいまいか少ない 2 家族とのみの接触 1 受身的傍観的 1	友人がいまいか少ない 1 深まらない 1 被害感 1
C 言語・コミュニケーションの問題	7	5	4	3	3	1
	言語・遅れ込み 7 5 集団活動がとれない 3 傍観的態度 1 回避 1	コミュニケーションの問題 5 5 集団活動がとれない 3 抵抗感 1 傍観的態度 1 回避 1	コミュニケーションの問題 4 0 コミュニケーションの問題 3	コミュニケーションの問題 3 0 コミュニケーションの問題 3	コミュニケーションの問題 3 0 コミュニケーションの問題 3	コミュニケーションの問題 3 0 コミュニケーションの問題
D 集団活動の問題	5	5	0	0	0	0
	集団活動がとれない 3 傍観的態度 1 回避 1	集団活動がとれない 3 抵抗感 1 傍観的態度 1 回避 1				
E 気質・性質の問題	3	3	2	1	4	0
	頑固 1 融通が利かない 1 緊張しやすい 1	頑固 1 融通が利かない 2 緊張しやすい 1	融通が利かない 1 興味の幅が狭い 1	頑固 1	融通が利かない 3 切り換えが悪い 1	
F 行動の問題	0	5	3	4	2	4
		衝動性・行動化 3 細心・さわしくない言動 2	衝動性・行動化 3 細心・さわしくない言動 2	衝動性・行動化 2 細心・さわしくない言動 2	衝動性・行動化 2 細心・さわしくない言動 2	衝動性・行動化 4
G 学習の問題	0	3	4	3	4	1
		特定教科が苦手 3 ケアレスミス 1	特定教科が苦手 3 ケアレスミス 1	学業面での遅れ 2 特定教科が苦手 1	専門教科が理解できない 3 特定教科が苦手 1	ケアレスミス 1
H 進路選択の問題	0	0	1	3	6	2
			進路選択ができない 1	進路選択ができない 3	進路選択ができない 3 進路選択ができない 2 研究計画が立てられない 1	進路選択ができない 2
I 精神・身体症状	0	2	3	4	7	5
		自傷行為 1 不登校 1	不登校 2 身体症状 1	精神症状 2 不登校 1 社会からのひきこもり 1	精神症状 2 社会からのひきこもり 5 精神症状 2	社会からのひきこもり 3 精神症状 2

表4
 ライフイベント（環境因）とライフステージごとの件数

項目	年 齢 別							計
	0～6	6～12	12～15	15～18	18～ 20前	20後～		
1 障害受容・障害特性の理解のなさ	2	1				1		4
2 家庭環境(親の暴力・家庭内不和)	1	1				1		3
3 学校環境(数多い担任の交替)				1				1
4 いじめ(からかい・暴力など)		5	5					10
5 不適切な支援		1	1					2
計	3	8	6	1		2		20

表5 支援方法別

支援項目	本人への面談・相談				家族への面談・相談			グループ フ活動	コンサルテーション		就労支 援機関 との協 働支援	地域で の居場 所 確保	GAF		医療(薬 物療法)
	心理療法 的 面談	SST	アク ティ ビテ ィ	就労ガ イダン ス	その他 (メー ル・電 話)	心理教 育	支持的 カウ ン セリ ン グ		家族 療法	学校			その他 の機関	GAF (初回)	
1	◎	◎	◎			◎			◎				42	51	○
2	◎					◎			◎				41	↓30	◎
3	◎				◎						◎		51	53	
4	◎				◎			◎					45	50	
5	◎				◎								28	50	
6	◎							◎					51	53	◎
7	◎							◎					41	50	
8	◎					◎							37	50	
9	◎					◎							57	↓50	○
10		◎				◎					◎		22	65	
11		◎				◎				◎			38	45	○
12		◎											47	51	
13			◎					◎					40	51	
14										◎			45	51	
15				◎							◎		57	62	○
計	9	4	2	2	2	9	1	1	4	2	2	5	42.8	ave. ave.	ave. ave.
													50.8		6

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究：
支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成

分担研究報告書

軽度発達障害者の育児支援に関する検討

分担研究者

笠原 麻里（国立成育医療センターこころの診療部育児心理科医長）

研究協力者

小泉 智恵、飯塚有紀、各務真紀（国立成育医療センターこころの診療部）

辻井 弘美（国立精神神経センター精神保健研究所児童思春期精神保健部）

三井真理子（国立成育医療センター周産期診療部）

研究要旨

目的；①周産期診療領域の症例群にどの程度発達障害圏の親があるかを調査し、その後の育児支援あるいは育児困難の実態を検討し、親自身が軽度発達障害圏の問題を有している場合、どのような困難さを生じるかを調べる。②軽度発達障害の成人女性例について、成人期の症状の特徴を把握する。方法；①国立成育医療センター妊娠中期メンタルヘルスクリーニングにおける構造化面接において、精神医学的所見、発達障害圏の問題を問診によって評価する。②国立成育医療センターを受診した高機能広汎性発達障害群の女性について、現在の精神症状、併存症診断、対人関係の問題、感覚過敏、興味の限局、衝動性、希死念慮、自傷・自殺企図歴、学歴を調べた。結果；メンタルヘルスハイリスク群の妊産婦の1割以上に軽度発達障害の母親が含まれており、この中に、育児支援が必要であると客観的に思われる者があったが、特に広汎性発達障害圏の母親への支援介入は、困難な点が多いことが示唆された。高機能広汎性発達障害の成人女性には、対人関係の問題、感覚過敏、興味の限局、不器用さ、衝動性、気分障害の併存の問題があった。考察；軽度発達障害の成人女性の特徴としての、生活上のスキルの困難さ、衝動性、抑うつなどの精神症状の併存を考慮して育児支援策を講じることが必要である。

A. 研究目的

軽度発達障害あるいはその要素を持ち何らかの支障をきたしている者が、ライフサイクルの途上で出産・育児に向かい合うことは、人生のあり方として十分に尊重されるべきことがらであると同時に、様々な技能の偏りによって予測される困難について、必要であれば支援されることが大切である。特に、子どもの発達状況や環境の変化に応じて柔軟に行う必要がある育児に際しては、母親の軽度発達障害の問題にならば支援がなされない場合、母子関係が安定せず、ひいては虐待などの問題に発展する可能性も懸念され、子どもの精神発達を支える観点からも支援は検討されてしかるべきであろう。

しかし、軽度発達障害の母親の育児に困難が生じる可能性について、現在のところ広く気づかれてはいない。このことは、軽度発達

障害の診断は、比較的近年になって子どもに対してなされるようになったものであるために、現在母親世代にある者が、幼少期に診断を受けていない場合が多いこと、さらに、成人期になると明らかな特徴は希薄となり、一見、全般的な生活に問題をきたさない場合も多いことなどが理由にあげられる。一方、育児は、困難が現れやすい場面の一つでもあるために、これらの問題を有する者への支援を行う機会として重要なライフサイクルのポイントとも考えられる。

以上から、本研究では、まず、実際の周産期診療領域で拾い上げられる育児困難の危険群にどの程度発達障害圏の親があるかを調査し、その後の育児支援あるいは育児困難の実態を検討し、親自身が軽度発達障害圏の問題を有している場合、どのような困難さを生じるかを調べる。

また、全人的総合的な支援を検討するために、軽度発達障害の成人女性例について、ライフステージに応じた症状を調べ、育児以外の困難状況の特徴を把握する。

B. 研究方法

1) 母体の精神医学的評価および発達障害のスクリーニング

国立成育医療センターでは、母体のメンタルヘルスを把握・支援する目的で、お産を控えた妊娠20週の妊婦に、妊娠中期間診票を配布している。この問診票には、心理社会的危険因子に関する質問項目と、HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) 日本語訳 (Zigmond & Snaith; 1983, 北村訳; 1993) が含まれている。

妊娠中期間診票は、妊娠20週前後の妊婦健診時に配布され、任意に記入後回収・データベース化されている。このうち、日本語版HADS得点の適応障害と大うつ病のスクリーニングとして報告されているカットオフ値10/11点 (Kugayaら; 1998) を参考に、HADS合計得点11点以上の妊婦をメンタルヘルスハイリスク群として、産科主治医の勧めによって心理面接を希望した妊婦に、精神科診断面接マニュアル (Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders: SCID) (高橋監修; 2003) を用いた構造化面接を含む心理面接を行っている。この際、同時に下記の幼児期・児童期の発達障害圏の問題を考慮した問診を行った。合わせて、現時点の発達障害圏の問題の有無について、広汎性発達障害の評価としてAQ-J-10をカットオフ7点 (栗田ら; 2003, Kuritaら; 2005)、およびPARS短縮版をカットオフ8点 (安達ら; 2008) として自己評価・他者評価を問うことで評価した。また、現時点の注意欠陥/多動性障害については、ASRS (ADHD self-report scale) をカットオフ4点 (Kesslerら; 2005, Adlerら; 2006, Kesslerら; 2007) として評価した。

<発達障害圏の問題に関する質問>

A) 幼い頃 (幼稚園や小中学校の時) を思い出してお答え下さい。

- 先生が話している時、ぼーっとしていたり、課題が出された時にどういう順序でやればいいのかわからなかったり、課題を始めてもやり遂げるのが難しかったりしましたか。

- 物事が中途半端になることが多かったり、ケアレスミスをしやすかったりしましたか。
 - 学校で先生から、落ち着きがない、危険なことをする、おしゃべりしすぎるなど言われたことはありますか。
 - ゲームや話し合いで順番を待ったり、他の人がしている時に割って入ったりすることが多かったですか。
 - ご自身が困っている時やうまくできない時、周囲の人から手を差し伸べられた感じがありましたか。
 - 学校や家庭などにおける対人関係、集団生活に関する特徴聴取
 - そうしたことは、今もありますか?
- B) 幼い頃 (幼稚園や小中学校の時) を思い出してお答え下さい。
- 3人以上の人たちと一緒に話し合うのが苦手でしたか。
 - 友達が泣いていたり喜んだりすることや、流行っていることや盛り上がっていることが、ご自分ではよくわからなかったりしましたか。
 - ご自分なりのこだわりやオタクっぽい趣味はありましたか。
 - そのこだわりや気になることが叶えられないとどうなりましたか。
 - 勉強や学校生活で困ったりうまくできなかったことはありましたか (対人関係、集団生活、学業成績について聴取)。
 - そうしたことは今もありますか。

なお、発達障害圏の問題を持つ症例の産後に、育児支援の必要性と必要であった場合の関わりについても検討した。

2) 高機能広汎性発達障害圏の成人女性 (臨床群) に見られる特徴

2002年10月～2007年12月までの間に、国立成育医療センターを初診し、2007年12月の時点で20歳以上の患者のうち、高機能広汎性発達障害群の女性について、精神科医による半構造化面接を行い、DSM-IVによる現在の精神医学的診断を行った。さらに、カルテ情報より初診時診断、これまでの併存症診断、対人関係の問題、感覚過敏、興味の限局、衝動性、希死念慮、自傷・自殺企図歴、学歴を調べた。

(倫理面への配慮)

本研究に用いた内容はすべて通常診療の範囲で得られた情報であり、患者個人に研究協力上の負担を負わせてはいない。診療情報については、国立成育医療センター診療情報2次利用の許可申請により、許可を得た情報のみを用いて分析・発表した。解析に際しては氏名、カルテ番号、住所等の個人情報はいずれも、全て研究IDに置き換えた上でを行い、プライバシーは保護されている。

C. 研究結果

1) 母体の精神医学的評価および発達障害のスクリーニング結果と育児支援

2007年7月～12月までの6ヶ月間に、回収できた妊娠中期問診票は543件、うち有効回答数は536件であった。このうち、HADS総得点11点以上にてハイリスクと判断された者は178人(33.2%)であり、うち66人に構造化面接を施行した。なお、HADS総得点11点以上の群と11点以下の群について、問診票記入時点における身体疾患の有無、ならびに精神科治療を受けているか否かの属性について比較した結果は下表のごとくであった。身体疾患の有無については両群の有意差は明らかではなかったが、精神科治療はハイリスク群で高い傾向が見られた。

表1) 現在の身体疾患の有無の比較

	HADS ≥11	HADS <11	Pearsonの χ ² 検定
	177	356	
身体疾患			
あり	33 18.6%	44 12.4%	
なし	144 81.4%	312 87.6%	P=0.052

表2) 現在の精神科治療の有無の比較

	HADS ≥11	HADS <11	Pearsonの χ ² 検定
	178	357	
精神科治療			
あり	7 3.9%	3 0.8%	
なし	171 96.1%	354 99.2%	P=0.013*

66例の構造化面接において、I軸診断がついた症例は22例であり、内訳は表3に示

すとおりであった。このうち、PTSDの1例は、前回の出産体験(死産)によるトラウマであった。さらにSCIDでは閾値下であり診断がつかなかった症例は25例あり、この中には、妊娠に伴う一般的な心配(胎児に異常がないかなど)、つわりによる不調、夫婦関係の問題などを訴えるものが含まれた。それ以外の19例は面接時に精神症状はなく、もともと軽度な不安や抑うつ感があったが自然に消退した者や、対人関係上の悩みを挙げたものが含まれていた。

表3) 構造化面接による精神医学的診断

診断名(重複あり)	人数
強迫性障害	7
全般性不安障害	4
特定の恐怖症	4
パニック障害	3
社会恐怖	3
大うつ病	2
広場恐怖	2
PTSD	1

さらに、面接と評価尺度により、発達障害圏の問題を持つと判断された者は、表4に示すように、ADHDの疑い5例(面接したうちの7.5%)、広汎性発達障害の疑い2例(面接したうちの3%)であった。

表4) 発達障害圏の問題を有したもの

発達障害圏の疑い	人数
注意欠陥/多動性障害	5
広汎性発達障害	2

これらの7例には、産後も評価を継続し、特に出産時の入院中に、助産師や医師の観察評価から育児技能や母体の精神状態に注意して、育児支援の必要性について検討された(表5)。その結果、ADHD圏の問題を有している症例では、特別な育児支援の必要性はないと判断されたものが5例中4例であり、1例には大うつ病併存のために育児支援を要する状態であったが、実家との関係性が良好であり、十分な支援が得られる状態であった。一方、PDD圏の問題を有するケースのうち1例には精神医学的併存症を認めなかったものの、お産の直後より、児

への関わりの希薄さ、助産師の指導に対する了解不良、専門スタッフのみならず家族との関係性不良が顕在化し、育児支援を要すると判断されたが、スタッフとのラポール形成までに被害的・攻撃的になったり、社会的介入を受容するまでに時間がかかるなど、支援策を講じること自体に大変な困難を伴った。この間、母子の入院を延長して、新生児の安全を確保しつつの対応が必要であった。また、産後うつ病を併存した症例Gでは、退院時には顕著なうつは見られなかったものの、もともとの対人関係技能の苦手さから育児支援の提案がなされたが、この時点では拒否されていたところ、産後1ヶ月で抑うつが顕著となり、自ら治療を求めて育児心理科受診に至った。

表5) 発達障害圏の母親への育児支援

症例	診断	併存症	育児支援の必要性
A	ADHDsus	なし	特別なものは不要
B	ADHDsus	死別反応	特別なものは不要
C	ADHDsus	閾値下恐怖症	特別なものは不要
D	ADHDsus	不安障害	特別なものは不要
E	ADHDsus	大うつ病	実家の支援あり
F	PDDsus	なし	地域、病院で定期的に要
G	PDDsus	大うつ病(産後)	一旦拒否後受診、要治療

2) 高機能広汎性発達障害圏の成人女性(臨床群)に見られる特徴

対象となった症例は7例あり、初診時年齢16~31歳(平均21.1歳)、評価時年齢20~36歳(平均24.0歳)であり、学歴は大卒2名、大学在学中3名、高校中退1名、中卒1名であり、全例精神遅滞はなく高機能例であった。半構造化面接によるDSM診断は、アスペルガー症候群4例、特定不能の広汎性発達障害3例であり、併存症は表に示すとおりであった。

表6) PDD群の成人女性に見られる併存症

併存症診断	人数 N=7	PDD診断
気分変調症	2	AS(2)
気分循環症	1	PDDNOS
大うつ病	1	PDDNOS
適応障害	1	AS
統合失調様障害	1	AS
併存診断なし	1	PDDNOS

対人関係の問題: 対人関係全般では、全例で問題を持っており、成人期にも不良な者6例、思春期には問題があったが成人期で改善している者1例であった。内訳は、他者との関係を持とうとするものの思い込みやすぐ被害的に捉える傾向が強いために、柔軟な対応が困難で結果的に関係性を悪化させてしまう者が3例と半数を占め、他者との関係性が乏しく親しい付き合いを殆どしていない者2例、過剰な付き合いをして他者との距離がとりにくい結果引きこもりとなっている者1例であった。成人期に対人関係が不良な6例は、家族関係も不良であり、家族構成員との強い葛藤的な状態が持続的である者3例、葛藤の結果家族との付き合いが疎となっている者2例、母への依存と家庭内暴力を繰り返す混沌を持続している者1例であった。

感覚過敏: 幼少期からの感覚過敏を引き続き有している者が3例あった。過敏さの内容は、触覚(例:髪を他者に触られることが著しく苦手で美容室には一度もいったことがない、肌にクリームなどをつけることが嫌で化粧ができない)、聴覚(人の声をうるさく感じるなど)、光(例:まぶしい光が苦手なために外出時にサングラスを必要としている)であった。いずれも、本人の自覚として、「小さい頃よりはよくなった」とのことであるが、成人女性の日常生活上には支障をきたすこともある状態で持続していた。

興味の限局: 成人期にも偏った興味の持ち方が持続している者が5例あり、特別な興味関心の限局は目立たない者は2例だった。偏った興味の内容は、ゲーム、特殊なジャンルのアニメ漫画、同人誌、コスプレ、韓流スター、インターネット、歴史など多岐に渡り、複数の趣味的関心を持つ者も2名あった。これらの関心領域の中には、大学

の専攻過程や仲間関係・パートナーシップに一役買うものもあり、深い興味が生活に生かされている場合もあった。一方、成人期にも偏った興味関心を持つ5例はいずれも、一般的な社会文化的関心は狭く薄く、ニュースやマスメディアの情報などにも部分的・過剰に反応する傾向が伺えた。

不器用・順序だてが困難：生活上の困難さに、不器用さや手順の困難を挙げた者は7例中6例あり、うち5例は自覚的であった。内容は、整髪ができない、化粧品のつけ方がわからない、洋服の組み合わせができない、姿勢や歩き方がぎこちないなど、成人女性の生活において通常要求される程度のマナーが身につけられないことが問題であった。

衝動性：日常生活上で急に怒り出す、乱暴な言動に及ぶ、家庭内暴力、自傷などの問題を持つ者が5例あった。いずれも、成人してからルーティンの生活状況や慣れた場面などでは、特段の衝動性の高さや多動は伺えず、穏やかな態度で過ごすことも多いが、些細な葛藤状況や予期せぬ不快に接した時の反応は激しく、衝動性のコントロールは極めて未熟である。衝動統制のために抗精神病薬（リスペリドン）服薬を要している者が2例含まれている。

うつ・希死念慮・自殺企図歴：成人期に至りうつ状態を呈した者は全例であった。診断の内訳は、先の表6に示したとおりであり、気分障害併存4例、適応障害1例、反応性の抑うつ状態2例であった。うち2例には希死念慮があり、2例とも自殺企図歴がある。抑うつ気分に対する薬物療法は、本人や家族の拒否、ないしは衝動性の高さによる自殺行動への発展の懸念から、どの例に対しても行われてはいない。

D. 考察

今回、成育医療センターにおける妊娠中期メンタルヘルススクリーニングの解析により、約3割がメンタルヘルス上のハイリスク群であったが、このうち精神医学的疾患群にある者が約3分の1であり、総合すると妊婦全体の約1割に何らかの精神医学的問題がある可能性が示された。妊娠中期までの精神的問題は、身体的不調感や妊娠初期の不安の高まりなどが混在するために、自覚的には精神症状との区別がされにくいことや、家族関係の悩

みなどが関係しやすいことを考慮することが評価の上では必要であると思われた。

さらに、メンタルヘルスのハイリスク群の中には、軽度発達障害圏の母親が、1割以上存在する可能性があることが示唆された。小児期の有病率として、ADHDは数～10%

(Schacharら; 2002)、PDD圏についてChakrabarti (2001)らの調査では自閉症16.8人/万人、その他のPDD45.8人/万人という報告があることなどに照らしても高率であるが、これは今回の調査がメンタルヘルスのハイリスク群に行われている点が影響していると考えられる。しかし、妊産婦の中には軽度発達障害圏の者がある程度含まれていることは明らかであり、これまでに、妊産婦のメンタルヘルスや育児支援の観点からは殆ど検討されてきていないことは問題である。周産期医療の現場は、軽度の精神的問題を有する患者にとって、支援を得る好機であるとも考えられるが、今回、実際の育児支援をフォローすることによって、特に広汎性発達障害圏の母親には育児支援の必要性が高いにもかかわらず、関わりは大変難しいことが経験された。本報告の段階では、メンタルヘルスハイリスク群以外の妊産婦にどの程度育児困難が生じるかの比較検討、母体の発達障害以外の背景要因、産科要因や属性による育児への影響などが解析されておらず、今後検討を要する。その上で、軽度発達障害圏にある母親への育児支援のあり方の検討を重ねたい。

次に、精神的問題に関する診断・治療を求めた臨床群の中の広汎性発達障害圏の女性には、さまざまな症状と生活上の問題があることが示された。対人関係技能の未熟さが、成人期において前景にたつことは、障害の特性として推定しやすいところである。さらに、通常、幼少期にしばしば問題となる感覚過敏や不器用さなどの問題は、強度こそある程度緩和されるものの、生活上の支障が大きく、本人にとって自立した生活を質的に阻害することは、周囲からもわかりにくく、適切な援助を得にくい要因となりうると考えられた。また、興味の限局は、必ずしも本人にとって不利益ではない関心領域へと発展する可能性がある一方で、一般的社会文化的関心への広がりを持ちにくい点は、社会的判断力をより必要とする成人期においては、適応困難などの問題へ発展する要因であると思われる。今回の検討では、衝動性の高さも浮き彫りとなった。これは、治療を求めた臨床群であると

いうバイアスが他の所見以上に影響するものと思われるが、成人期の女性が家庭内でも社会的にも、衝動コントロール困難であることは容認されにくいものであり、家族や周囲の人々との関係性をさらに悪化させ、結果としての引きこもりや対人関係の乏しさを起こすことも十分に考えられた。最後に、気分障害圏、中でも抑うつ状態の併存の高率も示唆され、この群の女性には併存症の問題も大きいことが示された。特に衝動性の高さとの相乗作用で、自傷・自殺企図に至る点は、重大な問題であると思われる。

これらの、2方向からの検討によって、軽度発達障害、特に広汎性発達障害圏にある母親への育児支援は、その母親の特性をよく把握した上で、工夫された支援策と根気強い関わりを要することが示唆された。軽度発達障害の要素を有する母親にとって、育児スキルを獲得するための有効な支援策が検討され、支援されることでより豊かな育児を行うことができるならば、子どもの発育発達を良好に促す上に、母親自身の未熟な社会的技能を高める機会として、重要な体験ともなる可能性があると考えている。

E. 結論

妊産婦のメンタルヘルスハイリスク群の1割以上に軽度発達障害の母親が含まれており、この中に、育児支援を必要な者があったが、特に広汎性発達障害圏の母親への支援介入は、困難な点が多いことが示唆された。軽度発達障害の成人女性の特徴としての、生活上のスキルの困難さ、衝動性、抑うつなどの精神症状の併存を考慮して育児支援策を講じることが大切である。

参考文献)

安達潤ら(2008). 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)短縮版の信頼性・妥当性についての検討. 精神医学, 50(5), (印刷中)

Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006) Validity of Pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-148.

Chakrabarti, S. & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in

preschool children. *J Am Medical Association*, 285, 3093-3099.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., et al. (2005). The world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS) : a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.

Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007) Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52-65.

Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., et al. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 28, 333-338.

Kurita, H., Koyama, T. & Osada, H. (2005). Autism-Spectrum Quotient-Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 490-496.

栗田広、長井洋和、小山智典ら(2003). 自閉症スペクトル指数日本語版(AQ-J)の信頼性と妥当性. *臨床精神医学*, 32, 1235-1240.

Schacher, R. & Tannock, R. (2002). Syndromes of hyperactivity and attention deficit. *Child and Adolescent Psychiatry* 4th edition. edited by Rutter, M. & Taylor, E., 399-418.

高橋三郎監修、北村俊則、岡野禎治監訳(2003). 精神科診断面接マニュアル SCID 使用の手引き・テスト用紙. 日本評論社.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (訳) 北村俊則(1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS 尺度). *精神科診断学*, 4, 371-372.

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表(1 / 2)

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Hagiwara T, Kook KT, Simpson R L	Assessment of students with autism	Simpson RL, Myles BS	Educating children and youth with autism: Strategies for effective practice (2nd ed.)	Pro-Ed	Austin	2008	61-91
市川宏伸	児童・青年期の精 神障害 -発達 障害を中心に-	仙波純一、 石丸昌彦	精神医学新訂	日本放送出 版協会	東京	2008	170- 182
神尾陽子	アスペルガー症 候群の人々の対 人障害の成り立 ち:「こころの理 論」再考	石川元	アスペルガー 症候群 歴史と 現場から究め る	至文堂	東京	2007	90-100

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
安達潤	リレー連載 講座・特別支援 教育の実際(第十二回) 特 別支援教育は「特別」か?	児童心理	12月号	114-120	2007
安達潤	解説 子ども虐待の予防と対 応 発達障害と子ども虐待 特別支援教育に求められる 新たな視点	実践障害児教育	vol.415	12-15	2008
本田秀夫、清水康夫、 岩佐光章	アスペルガー症候群の早期 経過-障害概念とカテゴリ ー診断の再検討-	精神科治療学	23	145-154	2008
市川宏伸	発達障害再考 -発達障害 概念の変化-	日本発達障害ネット ワーク年報	31		2007
市川宏伸	特別支援教育の展開と課題 -医療の立場から-	児精誌	48	553-554	2007
市川宏伸	発達障害者支援法と医療	日本外来臨床精神医 学	5(1)	36-39	2008

研究成果の刊行に関する一覧表(2 / 2)

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
市川宏伸	障害者自立支援法と医療－ 子どもの精神科から－	精神療法	34	16-25	2008
神尾陽子	“Social brain の障害”としての 自閉症再考	臨床精神医学	36	953-957	2007
神尾陽子	アスペルガー症候群の概念 ：統合失調症スペクトラム障 害との関連における概念の 変遷と動向	精神科治療学	23	127-133	2008

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究：
支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成
平成 19 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 20（2008）年 3 月
発行者 「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援の
あり方に関する研究」 主任研究者 神尾 陽子
発行所 国立精神・神経センター精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL：042-341-2712（6237） FAX：042-346-1979
