

平成 20 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

医療機関における青年期の支援に関する検討

—広汎性発達障害児・者の初回診断時年齢と幼児期の気質に関する検討—

研究分担者 市川 宏伸（東京都立梅ヶ丘病院病院長）

研究協力者 宇野 洋太（よこはま発達クリニック）

鄭 理香（東京都立梅ヶ丘病院）

研究要旨 **目的**：幼児期の気質的特徴の違いが広汎性発達障害（PDD）の早期診断に影響を与えるかということを検討することを目的に調査をおこなった。
対象：2008年8月から10月に初診したもののうち、研究への同意と有効な回答のあった精神遅滞を伴わないPDDの診断であった児82例を対象に調査した。
方法：対象児の保護者に回顧的に2歳時の気質を調査するために、幼児期の気質的特徴の質問紙 Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ) 日本語版を実施した。また併せて最初にPDDと診断された年齢を調査した。診断された年齢と3大因子の高低の関係を、重回帰分析によって検討した。**結果**：3大因子のうち、Negative Affect、Surgency に関しては診断される年齢を予測しなかった。しかし Effortful Control は診断される年齢を予測した。**結論**：Effortful Control のスコアの低い群は早期に診断されるが、スコアの高い群は診断が高い年齢になる可能性があることが示された。したがって、早期に診断・支援するためには気質的特徴も含め検討することが必要であると考えられる。

A. 研究目的

発達障害児を早期に発見し、療育へ導くことが重要といわれている。2005年4月から施行されている発達障害者支援法においても「発達障害を早期に発見」することが盛り込まれている。したがって各地で発達障害を早期に診断するためのシステムやバッテリーが模索されている。それは早期に発見・療育することで、本人の特性に合

った環境を提供でき、本人の負担を軽減できる、親を孤立や自責から解放することができる、養育の困難さからおこる虐待などのリスクを軽減することができるなどの点からである。

1. 子どもの気質について

子どもの気質に関する研究は Alexander Thomas, Stella Chess の研究¹⁾以来盛んに行われるようになって

た。Thomasは気質を「生得的な基礎があり、生まれて間もなくからその特徴があらわれることが多く、ある程度の持続性、安定性がみられる。しかし、個体の養育される環境の影響を受けて多少とも変化する」²⁾³⁾ものと定義している。またMary Rothbartらは気質を大脳の神経システムにおける特徴とした⁴⁾⁵⁾。「反応性と自己制御における体質的な個人差」ととらえ、神経学的発達にともない環境刺激と相互作用しながら発達すると考えている⁶⁾。

2. 子どもの気質の分類

気質は様々な観点から分類されている。Thomas, Aらは客観的に評価できる気質的特徴として活動水準、周期性、接近性、順応性、敏感性、反応の強さ、気分の質、気の散りやすさ、注意の範囲と持続性の9つをあげ、このうち周期性、接近性、順応性、気分の質、反応の強さの5つにおける行動の現れ方から子どもの気質を①扱いやすい子ども (easy child)、②扱いにくい子ども (difficult child)、③時間のかかる子ども (slow-to-warm-up child) の3つに分類した⁷⁾²⁾。またRothbart, Mらは子どもの気質的特徴を①調和性や穏やかな刺激への嗜好、不安や抑うつ、恐怖などに関連するNegative Affect、②活発さや反応性の速さ、攻撃性や反社会性などに関連するSurgency、③ひとつの対象あるいは活動に注意を持続したり、ほかの対象や活動へ注意を移行したり、また不適

切な行動や反応を抑制する、つまり「非顕在的な反応を行うために顕現している反応を抑制する能力」であるEffortful Controlに分類している。

3. 先行研究

2007年度我々は07年12月に初診した全144例のうち研究協力の同意を得た87例(60.4%)を対象に、最初に広汎性発達障害(PDD)と診断された時期と幼児期の外向性・内向性の行動特徴に関する調査を行った。この87例うちPDDの診断を満たしたものは50例であった。Child Behavior Checklist (CBCL)の一部を用いて、これらの外向性の特徴と内向性の特徴を調べた。

その結果、就学前に診断された群には外向性の特徴が強い傾向がみられた。つまりPDDの予後に影響を与える早期診断に対し、外向性・内向性の特徴が影響し、その背景にある気質を調べることは重要である可能性が示唆された。

したがって、今回我々はPDDの早期診断に影響を及ぼす要因を検討することを目的に、幼児期の気質に関して調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象

2008年8月から10月に初診したものは全部で417例であった。そのうち、DSM-IV TRにおいてPDDの診断で、研究への協力と有効な回答の得られ

たものは 97 例であった。精神遅滞の合併のある 15 例は除外し、82 例を対象に調査を行った。

2. 質問紙：Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ) 日本語版

気質の評価は①親との面接、②質問紙、③子どもの行動観察によって行われる。質問紙による評価のひとつに

Early Childhood Behavior

Questionnaire (ECBQ) ⁷⁾がある。

ECBQはRothbart, Mらの気質モデルに基づいて作成されており、18ヶ月から36ヶ月の幼児を対象にしている。構成は18の気質次元の大項目(表1)から成っている。それぞれの大項目あたり、9~12項目の小項目がある。各小項目は、その行動が、“全くみられなかった(1)”から“いつも見られた(7)”までの7段階で選択する。大項目のスコアは、それを構成している小項目の合計スコアを回答項目数で除した数、つまり回答した小項目の平均スコアであらわされる。Negative Affect、Surgency、Effortful Controlといった3大因子は、それぞれを構成している複数の大項目(表1)の合計スコアを構成している大項目数で除した数、つまり構成している大項目の平均スコアであらわされる(図1)。大項目のスコア算出や3大因子のスコア算出に際して、反転項目があり、その場合は8よりその項目のスコアを引いた数を用いる。

尚、本邦では中川らが日本語版を作

成し、使用できる⁸⁾⁹⁾。

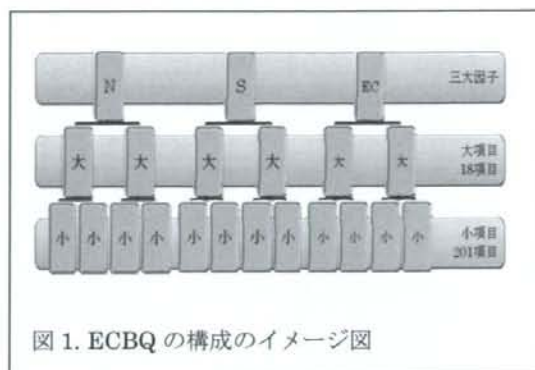


図 1. ECBQ の構成のイメージ図

気質次元	内容	Big 3
Activity Level/Energy	活動性が高い・活発である	S
Attentional Focusing	ひとつのことに注意を持續できる	E
Attentional Shifting	あることから他のことへ注意を移せる	E
Cuddliness	抱かれるなどの身体的な密着を好む	E
Discomfort	光や音など生活環境におけるストレス	N
Fear	恐怖心や不安が強く心配性である	N
Frustration	作業を邪魔されると不満を感じやすい	N
High Intensity Pleasure	刺激の強い遊びを好む	S
Impulsivity	衝動性が高い・衝動的である	S
Inhibitory Control	言われたことに従って行動できる	E
Low Intensity Pleasure	刺激の弱い静かな遊びを好む	E
Motor Activation	落ち着きなく小さな動きを繰り返す	N
Perceptual Sensitivity	周囲のわずかな刺激にも敏感である	N&E
Positive Anticipation	楽しいことを期待して興奮しやすい	S
Sadness	何かといえば悲しくなり涙が浮かぶ	N
Shyness	恥ずかしがりやである	N&S-
Sociability	人とつきあうのが好きである	S
Soothability	興奮してもすぐに落ち着く	N-

表 1. ECBQ の 18 の気質次元と 3 大因子 ⁹⁾

N: Negative Affect、S: Surgency、E: Effortful Control、
-: 反転項目

3. 手続き

診察前に保護者に回顧的に2歳台の子どもの様子を思い出していただき、Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ) 日本語版に回顧的に回答いただいた。診察にてその内容を主治医より確認した。また診察ではDSM-IV TRに基づいた診断を行った。合わせて最初にPDDと診断された年齢を調査した。

4. 集計と統計学的解析

ECBQの欠損値はECBQの手続きに習い、カウントせず有効な回答のあった他の項目のみで計算した。3大因子はそれぞれ平均より高い/低い/低い二値の順序データにした。最初にPDDと診断された年齢と3大因子が関係しているかを調べるために、最初にPDDと診断された年齢を従属変数、3大因子のカテゴリカルデータを独立変数とし、重回帰分析を行った。これらの手順はJMP 8.0 windows 日本語版(SAS社)を用いた。

5. 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臨床情報であり、患者個人に研究協力上の負担を負わせてはいない。研究への協力の同意は文書にて得た。解析に際しては氏名、カルテ番号、住所等の個人情報は用いず、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. PDDの診断および最初に診断された年齢について

初診した全417例中、研究の同意と有効な回答が得られたものは224例で、そのうちDSM-IV TRにてPDDと診断されたものは97例(男性79例、女性18例)であった。うち15例(男性13例、女性2例)に精神遅滞を認めた。精神遅滞の合併している15例を除外した82例(男性66例、女性16例)の調査時の年齢(同院の初診時の年齢)は中央値10歳4ヶ月(3歳2ヶ月から17歳2ヶ月)であった。最初にPDDと診断された年齢に関しては中央値7歳(1歳から7歳)であった(図2)。PDDの下位診断は、82例のうち自閉性障害23例(男性20例、女性3例、調査時の年齢:中央値7歳9ヶ月(3歳2ヶ月から16歳10ヵ月))、アスペルガー障害27例(男性19例、女性8例、中央値10歳9ヶ月(4歳10ヶ月から16歳9ヵ月))、特定不能のPDD32例(男性27例、女性5例、中央値10歳6ヶ月(3歳8ヶ月から17歳2ヵ月))であった(表2)。

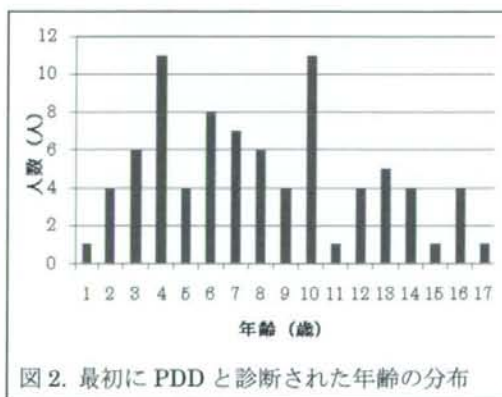


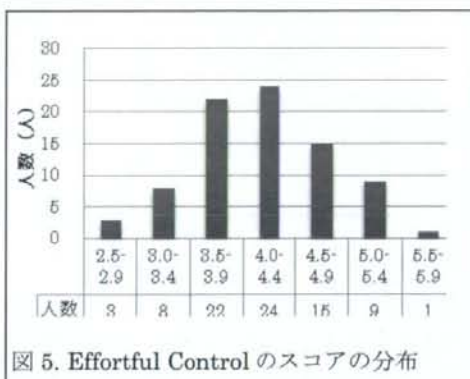
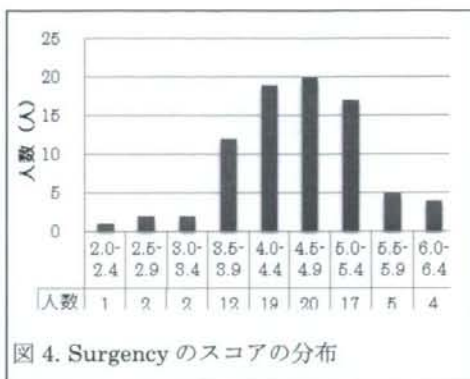
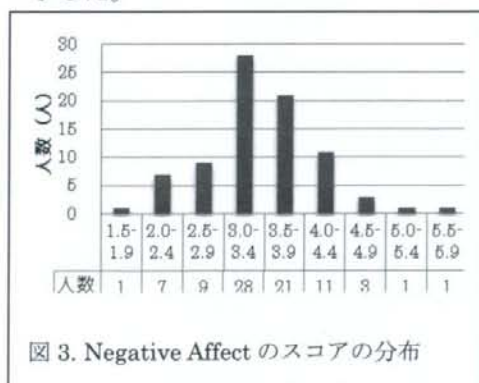
図2. 最初にPDDと診断された年齢の分布

下位診断名	人数	性比 (男:女)	調査時の年齢 中央値 (幅)
Total	82	66:16	10y4m (3y2m-17y2m)
AD	23	20:3	7y9m (3y2m-16y10m)
AS	27	19:8	10y9m (4y10m-16y9m)
PDDNOS	32	27:5	10y6m (3y8m-17y2m)

表 2. 下位診断別の内訳及び性比、調査時の年齢
AD: 自閉性障害、AS: アスペルガー障害、
PDDNOS: 特定不能の広汎性発達障害

2. 気質について

ECBQ を集計し、Negative Affect、Surgency、Effortful Control の 3 大因子にまとめた。各因子の平均および標準偏差は Negative Affect は 3.46 ± 0.70 、Surgency は 4.59 ± 0.79 、Effortful Control は 4.16 ± 0.66 であった。それぞれの分布を図 3、4、5 に示した。



3. 統計学的検討について

ECBQ の 3 大因子に関して、それぞれのスコアが平均より高い/低いので二値の順序データにした。3 大因子各因子のスコアが高い群、低い群の各群ごとの最初に PDD と診断をされた年齢の平均と標準偏差を表 3 に示した。最初に PDD と診断される年齢と 3 大因子各因子の関係を調べるため、最初に PDD と診断された時の年齢を従属変数とし、3 大因子のカテゴリカルデータを独立変数として重回帰分析を行った。

群	n	平均年齢 (歳)	標準偏差
N	High	40	7.2
	Low	42	8.8
S	High	43	7.6
	Low	39	8.5
E	High	41	9.4
	Low	41	6.7

表 3. 3 大因子の高低群別の人数、初回診断時年齢の平均及び標準偏差

N: Negative Affect、S: Surgency、E: Effortful Control、High: 平均より高いスコアの群、Low: 平均より低いスコアの群

その結果、Negative Affect と Surgency のスコアは PDD と最初に診断される年齢を予測しなかったが、Effortful Control のスコアは診断される年齢を予測した (表 4)。つまり PDD 児において Effortful Control のスコアが高いものは診断される年齢が高くなり、反対に低いものは診断された年齢が低くなると予測されるという結果が得られた。

項目	標準偏回帰係数	p 値 (Prob> t)
N	-0.17	0.12
S	0.048	0.68
EC	0.32	0.0084**
自由度	81	
自由度調整済み寄与率	0.096	

表 4. 重回帰分析における 3 大因子の標準偏回帰係数と p 値、およびモデル全体での自由度と自由度調整済み寄与率

D. 考察

本研究から、Effortful Control のスコアは最初に PDD と診断された年齢を予測することが示された。つまり Effortful Control のスコアの低いものは早期に診断されやすく、反対に高いものは早期に診断されにくいということが明らかになった。Effortful Control はひとつの対象あるいは活動に注意を持続したり、ほかの対象や活動へ注意を移行したり、また不適切な行動や反応を抑制する、つまり「非顕在的な反応を行うために顕現している反応を抑制する能力」のことと定義されている。ECBQ で測定される Effortful Control をさらに詳細にみていくと Attentional Focusing、Attentional Shifting、Cuddliness、Inhibitory Control、Low Intensity Pleasure、Perceptual Sensitivity の 6 つの大項目からなっている。これらの項目は PDD 児では気質の要素としてのみならず障害特性の影響を受ける可能性がある。例えば Attentional Focusing は活動を持続するつまり社会的イマジネーションの影響を受ける。また Cuddliness は親への愛着などの社会的交流や、感覚の問題の影響を受ける。Inhibitory Control はコミュニケーションや社会的イマジネーションそして社会的交流の影響を受ける。Low Intensity Pleasure は感覚や興味関心といった社会的イマジネーションの問題の影響を受ける。そして Perceptual Sensitivity は感覚の問題の影響を受ける。今後はさらに 3 大

因子より下位の大項目と診断される年齢の関係を調べ、さらにはそれらとPDDの認知特性との関係を検討する必要がある。

本研究は児童精神科専門機関を受診したものを対象に、幼児期の行動や反応の様子を振り返る形で行った。したがって限界としては、専門機関をフィールドにしていること、回顧的研究であること、親からの聞き取りであることがあげられる。ECBQの質問項目は、特定の状況で具体的な行動がどの程度みられたかを回答する設問であり、回顧的に行うことの誤差は比較的生じにくいであろうと考えられるが、今後は早期診断の時期に地域ベースに、行動や反応の仕方を評価しながらの調査、またそれらを縦断的、前向きに追った調査が必要であると考ええる。

E. 結論

PDDの早期診断・療育が求められる中、気質的特徴や認知特性の違いが早期診断に影響を与えることが示された。早期診断を実現するためには、表在化した問題や行動に焦点を当て、それを解決することを目指すのではなく、認知特性や気質的特徴に注目し、それらに合わせた見立てや支援を行っていくことが必要である。つまり今後、認知特性のほかに、気質などにも注目し、診断・評価と支援を行っていくことが重要と考える。

適切に診断・評価することで、適した目標や支援プランを提供することができ、不適切な負荷を軽減し、その

ことがPDDの子どもたち・方たちやその家族のQOLの向上に寄与できると考える。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

別紙参照

H 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I 参考・引用文献

- 1) Thomas A, Chess S et al: Behavioral individuality in early childhood, New York Uni. Press, N.Y., 1963
- 2) Thomas A, Chess S: Temperament and development, 1977
- 3) 前川喜平, 三宅和夫 編: 別冊発達22, 障害児・病児のための発達理解と発達援助, ミネルヴァ書房, 1997
- 4) Rothbart M, Derryberry D: Advances in developmental psychology Vol. 1, 1981
- 5) Posner M, Rothbart M: Philosophical Transaction of the Royal Society of London B, 1998
- 6) Rothbart M, Bates J: Handbook of child psychology Sixth edition: Vol.3. Social, emotional and

- personality development, 2006
- 7) Putnam S, Gartstein M, Rothbart M: Infant Behavior and Development, 29, 2006
 - 8) 中川敦子, 鋤柄増根: 教育心理学研究 53, 2005
 - 9) 中川敦子: 気質と育児行動の望ましい相互作用を科学知として提供するための基礎的研究, 平成 18 年度児童関連サービス調査研究等事業報告書, (財) こども未来財団, 2007

平成20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

在宅青年・成人の支援に関する研究－ライフステージからみた
青年・成人期PDDケースの効果的支援に関する研究－

研究分担者 近藤 直司（山梨県立精神保健福祉センター所長・
山梨県中央児童相談所副所長）
研究協力者 小林 真理子（山梨県発達障害者支援センター）
宇留賀 正二（山梨県発達障害者支援センター）
小宮山さとみ（山梨県発達障害者支援センター）
中嶋 真人（山梨県立富士ふれあいセンター）
中嶋 彩（日本臨床心理研究所）
今村 亨（山梨県立精神保健福祉センター）
宮沢 久江（山梨県立精神保健福祉センター）

研究要旨 平成19年度は、青年・成人期において社会的ひきこもり、ないしは学校・職場で不適応をきたして来談する広汎性発達障害または広汎性発達障害が疑われる15ケースについて、現在症や不適応の背景となる認知的・情緒的問題、生育歴などを検討した。

平成20年度は、社会的ひきこもりをきたしている群（ひきこもり群）と比較的良好に社会適応している、あるいは社会的ひきこもりをきたしていない群（非ひきこもり群）との比較・検討を通して、高機能の広汎性発達障害ケースがひきこもりに至る要因や過程、及びその予防的早期介入のあり方を検討した。ひきこもりケースにおいては、自閉症的な認知特性を有するものの発達・行動上の特性は目立たないこと、性格的には外向性が低いことが特徴的であり、診断の困難さと、早期支援の対象となりにくいことが窺われた。また、社会恐怖と強迫性障害の併存が多く、被害感が強い傾向があったが、ひきこもりの直接的な誘引となるようなライフイベントや特異的な環境要因は明らかではなく、日常的な対人関係場面において被害感や社会恐怖が固定化していくプロセスが想定された。

A 研究目的

平成19年度では、社会的ひきこもり、

ないしは学校・職場で不適応をきたして山梨県発達障害者支援センターと

山梨県立精神保健福祉センターに来談した青年・成人期の広汎性発達障害15ケースについて、現在症や不適応の背景となる認知的・情緒的問題、生育歴など、予備的な事例検討を行った。その結果をもとに、今年度は、高機能広汎性発達障害ケースを社会的ひきこもりを伴う群(以下、ひきこもり群)と伴わない群(以下、非ひきこもり群)に分け、その男女比、問題発生時および来談時の年齢、精神医学的診断、心理-社会的状況、知能・心理検査のプロフィール分析、問題に対する本人および周囲の対処方法などについて検討した。

B 研究方法

1) 対象:

平成20年1月～9月までの期間に山梨県発達障害者支援センターに本人が直接来談した16歳以上の広汎性発達障害ないしは広汎性発達障害(以下、PDD)が疑われるIQ75以上のケース50人のうち、調査に対する同意が得られたもの34人を対象とした(20歳未満のケースに対しては、親からの同意も得た)。

2) 方法

a) 調査方法について

未診断事例の精神医学的診断や心理社会的な背景要因、社会的な機能水準については、支援担当者らの記録と報告、知能検査の結果などをもとに、精神科医、福祉・心理職4名以上から構成した診断会議によって、DSM-IV-TRに準拠して判断した。

また、初回相談の時点でひきこもりが生じていた群(ひきこもり群)とひきこもりが生じていない群(非ひきこもり群)に分類し、以下の項目について比較検討した。統計的検討にあたってはSPSS Statistics 17.0を使用した。

b) 調査項目について

- ①性別
- ②来談時—問題発生時年齢
- ③最終学歴
- ④職歴
- ⑤同居、独居(同居の場合は家族構成について表記)
- ⑥結婚の有無
- ⑦主な相談理由
- ⑧障害告知の状況(本人のみ、家族のみ、本人・家族とも、に分けて表記、障害告知に際して、特記すべきことがあれば表記)
- ⑨DSM-IV-TRによる多軸診断
- ⑩社会的機能水準(DSM-IV-TRによる第5軸、GAF尺度を使用)
- ⑪PARS(広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度)
 - ・発達歴を尋ねる『回顧』は養育者に、現在の対人関係上の問題などを尋ねる『現在』は本人に回答してもらった。
- ⑫知能検査(WISC-R、WISC-III、WAIS-R、WAIS-IIIなど)
- ⑬主要5因子性格検査
- ⑭発達特性と心理的状態
 - ・DSM-IV-Rの自閉性障害の診断項目(12項目)
 - ・注意の問題、感覚の問題、不器用さ、自己評価の低下、被害感の5項

目（これらは本人からの聴き取りや担当援助者の観察によって評価）

⑮問題に対する自己対処方法と周囲の対応

⑯これまでに、どのような支援がほしかったかなどについての本人へのインタビュー

(倫理面への配慮)

本研究は、山梨県精神保健福祉センター倫理委員会の審査を経て実施された。研究においては、「個人情報の保護に関する法律」及び「臨床研究に関する倫理指針」を遵守する。また匿名性の確保を努め、調査によって不利益を生じさせないように配慮した。

C 研究結果

1) 34事例の概要について

34事例(平均年齢25.21、 $SD=9.26$)は、男性28名(平均年齢26.36、 $SD=9.12$)、女性6名(平均年齢24.50、 $SD=10.80$)であった。ひきこもり群に分類されたのは12名(平均年齢22.08、 $SD=6.37$)、非ひきこもり群に分類されたのは22名(平均年齢26.91、 $SD=10.24$)であった。

①男女比:ひきこもり群は男性11名、女性1名、非ひきこもり群は男性17名、女性5名であった。Fisherの正確確率検定を実施したところ男女差に有意差は認められなかった。

②来談時年齢

ひきこもり群の来談時平均年齢は20.25($SD=5.56$)、非ひきこもり群の平均年齢は25.55($SD=10.95$)であった。

問題発生時年齢は、ひきこもり群では10~27歳の間に問題が発生しており、非ひきこもり群では30歳以降に問題が生じたものが8ケースあった。

問題発生時年齢から来談時年齢までの期間の平均年数は、ひきこもり群で3.25年($SD=3.86$)、非ひきこもり群で1.27年($SD=2.43$)であった。 t 検定により比較したところ有意な差はなかったが、ひきこもり群の方が問題発生時年齢から来談時年齢までの間隔が長い可能性が示唆された(有意確率=.128)。

③最終学歴

中卒~大学院卒まで多様であった。最終学歴をひきこもり群と非ひきこもり群に分類して集計したものを表1に示す。

▼表1 ひきこもり群・非ひきこもり群の最終学歴と人数

最終学歴	ひきこもり	非ひきこもり
中学卒業	2(16.6/5.9)	0(0/0)
高校在学	3(25.0/8.8)	7(31.8/20.6)
高校在学(休学)	0(0/0)	1(4.5/2.9)
高校中退	2(16.6/5.9)	0(0/0)
高校卒業	2(16.6/5.9)	4(18.2/11.8)
専門学校卒業	1(8.3/2.9)	2(9.1/5.9)
短大卒業	0(0/0)	2(9.1/5.9)
大学在学	0(0/0)	4(18.2/11.8)
大学中退	1(8.3/2.9)	0(0/0)
大学卒業	1(8.3/2.9)	1(4.5/2.9)
大学院卒業	0(0/0)	1(4.5/2.9)
合計	12	22

(n(群内の人数比(%))/全体の人数比(%))

④職歴

正社員、アルバイト、学生（職歴なし）であった。職歴をひきこもり群と非ひきこもり群に分類し集計したものを表2に示す。

▼表2 ひきこもり群・非ひきこもり群の職歴と人数

職歴	ひきこもり	非ひきこもり
正社員	1(8.3/3.0)	9(40.9/26.4)
アルバイト	4(33.3/11.8)	4(18.1/11.8)
学生 (職歴なし)	7(58.3/20.6)	9(40.9/26.5)
合計	12	22

(n (群内の人数比(%)/全体の人数比(%))

⑤同居・独居

34 事例中、独居は非ひきこもり群に2名であった。

⑥結婚の有無

既婚者は非ひきこもり群に1名であった。

⑦主な相談理由

ひきこもり群と非ひきこもり群の相談理由を集計したものを別表1に示す。

⑧告知の状況

本人に障害名が告知されていたのは12事例、保護者に告知されているのは16事例、うち双方に告知されているのは10事例であった。

⑨診断

ひきこもり群12事例の主診断は、自閉性障害が4事例、アスペルガー障害が2事例、PDD-NOSが6事例であった。社会恐怖や強迫性障害、特定不

能の不安障害などの不安障害が併存しているのが7事例、大うつ病性障害や小うつ病性障害などの気分障害の併存が6事例にみられた。その他、(厳密には除外されるが)選択性緘黙が2事例、境界知能が2事例、書字表出障害が1事例であった。

各診断の有無を変数とした Fisher の正確確率検定を行った。検定の結果、いずれにおいても有意差は認められなかった。

Ⅲ軸診断としては、両群を通して、皮膚疾患 3 ケースみられた他は胸部陥没・心臓疾患・くも膜下のう胞・腸閉塞・内分泌疾患・愕関節症・喘息が各 1 ケースずつあったがひきこもりの要因となるような診断は見たらなかった。

Ⅳ軸診断としては、多くの事例に『家族の問題』『教育上の問題』『職業上の問題』などが記載されたが、ひきこもり群と非ひきこもり群との間に心理-社会的要因の有無をみたり、両群に有意差はなかった。

⑩社会的機能水準(GAF尺度)(V軸)

ひきこもり群の平均 GAF 得点は 28.00 ($SD=8.09$)、非ひきこもり群の平均は 48.45 ($SD=15.59$) であった。 t 検定を実施したところ、非ひきこもり群がひきこもり群に比して、有意に高かった ($t(8)=4.226, p<.001$)。

⑪PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度)

PARS のうち、ひきこもり群 (欠損1) の「現在」の平均値は 16.50 ($SD=6.80$)、非ひきこもり群 (欠損2) の

平均値は 27.57 ($SD=9.02$) であった。 t 検定を実施したところ、ひきこもり群が有意に低かった ($t(29) = 3.433, p < .01$)。

『回顧』については、ひきこもり群(欠損 5)の平均値は 11.71 ($SD=8.62$)、非ひきこもり群(欠損 11)の平均値は 19.45 ($SD=6.19$) であった。 t 検定を実施したところ、ひきこもり群が有意に低かった ($t(16) = 2.225, p < .05$)。

PARS の各項目別の評定と有意確率は別表 2-1、別表 2-2 のとおりである。ひきこもり群では『回顧』の解答が得られたのは 6 例であり、このうち 3 例以上に認められた項目は、「2 他の子どもに興味がない」「7 会話が続かない」「8 一方通行に自分の言いたいことだけを言う」「26 普段通りの状況や手順が変わると、混乱する」「32 何でもないものをひどく怖がる」の 5 項目であった。このうち、6 例中 5 例に認められ、かつ 1=多少目立つ(時々)そのようなことがあった/ある)、2=目立つ((よく)そのようなことがあった/ある)の合計が最も高かった(8 点)のは、「32 何でもないものをひどく怖がる」であり、非ひきこもり群と比較しても有意に高かった。一方、「26 一方通行に自分の言いたいことだけを言う」「9 友達とごっこ遊びをしない」「21 ビデオの特定場面を繰り返し見る」の三つの項目は非ひきこもり群で有意に多かった。

『現在』(中学生以上[思春期・成人期])において、ひきこもり群 12 例の

うち PARS 実施ができなかった欠損 2 例を除く 10 例中 7 例以上のケースに認められた項目は、「26 普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する」「28 過去の嫌なことを思い出して、不安定になる」「35 年齢相応の友達関係がない」「38 要求がある時だけ自分から人に関わる」「53 行動が止まって次の行動に移れなくなったり、固まってしまったりする」の 5 項目である。このうち 10 例中 8 例に認められ、かつ、1=多少目立つ(時々)そのようなことがあった/ある)、2=目立つ((よく)そのようなことがあった/ある)の合計が最も高かった(13 点)のは「26 普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する」「35 年齢相応の友人関係がない」であった。ひきこもり群と非ひきこもり群との間で合計点数を比較すると、ひきこもり群では、「29 偏食が激しく、食べ物のレパートリーが極端に狭い」が非ひきこもり群と比較して有意に高く、「39 言われたことを場面に応じて理解するのが難しい」「45 冗談や皮肉がわからず、文字通り受け取る」「44 人の気持ちや意図がわからない」など 9 項目は非ひきこもり群で有意に高かった。

⑫知能検査

各事例に実施した知能検査は統一されていないため、厳密には同一の構成概念を測定しているとは言い難いが、そうであると見做した際の平均 IQ はひきこもり群が 103、非ひきこもり群が 100 であった。

同じく同一の構成概念を測定しているとは言い難いが、各ウェクスラー式の下位検査を *t* 検定による比較したところ、『算数』においてひきこもり群が高い傾向があった ($t(27) = -1.816, p < .10$)。表 3 に *t* 検定の結果を示す。

▼ 表 3 ひきこもり群・非ひきこもり群の算数の平均得点と *t* 検定の結果

ひきこもり (N=20)	非ひきこもり (N=9)	<i>t</i> 値
11.00 (2.45)	8.60 (3.59)	-1.816 [†]

() は *SD*、[†] $p < .10$

また『積木模様』から『絵画完成』を引いた数値においてひきこもり群が高い傾向がみられた ($t(28) = -1.704, p < .10$)。表 4 に *t* 検定の結果を示す。

▼ 表 4 ひきこもり群・非ひきこもり群の積木模様—絵画完成の値の平均得点と *t* 検定の結果

ひきこもり (N=20)	非ひきこもり (N=10)	<i>t</i> 値
4.10 (4.49)	1.05 (4.48)	-1.704 [†]

() は *SD*、[†] $p < .10$

また『積木模様』から『組合せ』を引いた数値を *t* 検定にて比較した。有意差は見られなかったものの、ひきこもり群の方が高い可能性が示唆された (有意確率 = .108)。

⑬主要 5 因子性格検査

t 検定により比較したところ、『外向性』においてひきこもり群が低い傾向がみられた ($t(25) = 1.743, p < .10$)。表 5 に *t* 検定の結果を示す。

▼ 表 5 ひきこもり群・非ひきこもり群の外向性の平均得点と *t* 検定の結果

ひきこもり (N=20)	非ひきこもり (N=10)	<i>t</i> 値
36.25 (6.26)	43.68 (6.42)	-1.704 [†]

() は *SD*、[†] $p < .10$

⑭発達特性と心理状態について

DSM-IV-TR における自閉性障害の各診断項目 (別表 3) を Fisher の正確確率検定によって比較した。その結果、【A(2)(c)】において、ひきこもり群が少ない傾向がみられた ($p < .10$)。結果を表 6 に示す。また【A(3)(a)】において、ひきこもり群が有意に少なかった ($p < .05$)。結果を表 7 に示す。他の診断項目については、両群の間で有意差のある項目はなかった。

▼ 表 6 ひきこもり群・非ひきこもり群における【A(2)(c)】の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	0	6	6
なし	11	16	27
計	11	22	33

▼ 表 7 ひきこもり群・非ひきこもり群における【A(3)(a)】の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	5	18	23
なし	6	4	10
計	11	22	33

同様に、本人からの聴き取りや各ケースの担当援助者による観察によって評価した、『注意の問題』、『感覚の問題』、『不器用さ』、『自己評価の低下』、『被害感』についても Fisher の正確確率検定にて比較した。その結果、『被

害感』においてはひきこもり群が多い傾向がみられた ($p < .10$)。結果をそれぞれ表 8 に示す。

▼ 表 8 ひきこもり群・非ひきこもり群における【被害感】の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	9	9	18
なし	3	13	16
計	12	22	34

『感覚の問題』、『不器用さ』、『自己評価の低下』に関しては、有意差はなかった。

⑮ 自己対処方法

以下のような項目があげられた

a) 適切な自己対処方法

1. 趣味による気分転換
2. 趣味による生活の充実
3. 従順・受身的態度
4. 親和的態度
5. 進路選択・将来の目標
6. 状況把握と自己点検の努力
7. 特になし

b) 不適切な自己対処方法

1. ひきこもり・不登校
2. 感覚刺激への没頭
3. 自傷行為
4. 薬物乱用
5. 浪費・収集癖
6. 不適切な異性関係
7. 迷惑行為
8. 暴言・暴力
9. 特になし

別表 4 にひきこもり群と非ひきこもり群の、適切な自己対処方法の集計を、別表 5 に不適切な自己対処方法の

集計を示す。

適切な自己対処方法の各 6 つの有無を変数とした Fisher の正確確率検定を実施したところ、いずれにおいても有意差はみられなかった。

不適切な自己対処方法の各 8 つの有無を変数とした Fisher の正確確率検定を実施したところ、『1 ひきこもり・不登校』においてひきこもり群が有意に多く ($p < .001$)、『7 迷惑行為』においてひきこもり群が有意に少なかった ($p < .05$)。結果をそれぞれ表 9、表 10 に示す。

▼ 表 9 ひきこもり群・非ひきこもり群におけるひきこもりの有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	12	2	14
なし	0	18	18
計	12	20	32

▼ 表 10 ひきこもり群・非ひきこもり群における迷惑行為の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	0	7	7
なし	12	13	25
計	12	20	32

c) 適切な周囲の対応

1. 関係者のすすめによる相談機関・医療機関の活用
2. 家族の勧めによる相談機関・医療機関の活用
3. その他 (親の会への参加、居場所の確保、家族の十分な理解、職場における良好な環境、学校における良好な環境)

d) 不適切な周囲の対応

1. 家族（理解不足・気づきの遅れ、体罰など）
2. 学校（教師の理解不足・教育的配慮のなさ）
3. その他の機関（理解不足、診断の混乱）
4. 特になし

別表6にひきこもり群と非ひきこもり群の、適切な周囲の対応の集計を、別表7に不適切な周囲の対応の集計を示す。

適切な周囲の対処の各3つの有無を変数とした Fisher の正確確率検定を実施したところ、『1関係者のすすめによる相談機関・医療機関の活用』においてひきこもり群が有意に少なく ($p < .05$)、『2家族の勧めによる相談機関・医療機関の活用』においてひきこもり群が有意に多かった ($p < .01$)。結果をそれぞれ表11、表12に示す。

▼ 表11 ひきこもり群・非ひきこもり群における関係者のすすめによる相談機関・医療機関の活用の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	2	13	15
なし	9	8	17
計	11	21	32

▼ 表12 ひきこもり群・非ひきこもり群における家族の勧めによる相談機関・医療機関の活用の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	9	6	15
なし	2	15	17
計	11	21	32

不適切な周囲の対処の各4つの有無を変数とした Fisher の正確確率検定を実施したところ、『1学校（教師の理解不足・教育的配慮のなさなど）』においてひきこもり群に多い傾向がみられた ($p < .10$)。結果を表13に示す。

▼ 表13 ひきこもり群・非ひきこもり群における学校（教師の理解不足）の有無の人数

	ひきこもり	非ひきこもり	計
あり	8	6	14
なし	4	13	17
計	12	19	31

⑰過去において必要と思われる支援

ひきこもり群に分類された4人によって語られたコメントをそのまま列挙しておく。

- ・障害特性について、問題が生じる前に関係者に伝えておいたほうがよい。障害特性について、専門家が代弁する役割が必要。カウンセリングは結構救われる。
- ・個性を否定しないで傾聴して欲しかった。
- ・パッとみて普通の人と変わらない。障害が理解されていない。データとして学校や職場に公開してもらいたければ良かった。能力についてどういふところが不得意なのか早く知っておきたかった。
- ・能力を適切に評価して欲しかった。高すぎる評価が辛かった。

D 考察

1. ひきこもりに至る PDD ケースの気づかれにくさについて

ひきこもり群においては、PDD-NOS と診断されるケースが多いこと、また、PARS の得点が『現在』『回顧』ともに有意に低く、顕在化した自閉症的な発達・行動上の特徴はみられず、非ひきこもり群に比べて PDD 特性が顕著ではないことが明らかになった。また DSM-IV-TR の診断項目における【A (3) (a)】(興味の限局)や【A (2) (c)】(常同的反復的言語の使用)を満たすケースが少ないこと、主要 5 因子性格検査において従順・受身態度などの内向性が高いこと、周囲への迷惑行為が少ないこと、医療・相談機関の利用は家族の勧めによることが多く、教師など家族以外の勧めによるものが少ないことなども併せて、ひきこもり群では発達歴や現在症において PDD に特徴的な所見を得ることが難しく、障害に気づかれにくいことが予測される。また、青年期・成人期においても精神科医療機関や相談機関での確に診断されない可能性があるものと思われる。

また、『現在』では、ひきこもり群に多く認められた PARS の項目は、26、28、35、38、53 の 5 つであった。また PARS 得点についてみると、引きこもり群において点数が高かった項目は 26 と 35 であった。しかし、非ひきこもり群と比較した場合には、ひきこもり群において PARS の得点が有意に高かったのは項目 29 だけであったこ

とから、ひきこもりの発現に特異的に関連している項目は特定できなかった。今回の結果からは、不安障害や気分障害などの併存障害がひきこもりの原因となるだけでなく、幼児期からみられていた内向性や怖がり、あるいは広汎性発達障害特性そのものによって社会適応が困難になる場合が多いことが窺われた。

ただし、ひきこもり群における PARS の低得点については、以下のような点を考慮すべきかもしれない。まず、いわゆる受身型の PDD に対して PARS の鋭敏度が低い可能性がある。また、対人関係を回避してひきこもり状態にある人は、現時点において社会的な場面における困り感に乏しいために、さらに低い得点になった可能性についても考慮が必要かもしれない。

2. ひきこもりに至る PDD ケースの認知特性について

学歴・知能検査の知能指数については両群に有意差はみられず、全般的な知的レベルは平均値で特徴はみられない。しかし、知能検査の下位項目において、ひきこもり群において『算数』が高く、『積木問題－絵画完成』『積木問題－組合せ』の差が高い傾向にある。

このことはおそらく、視覚情報について一定の法則性を持った課題の取り組みや全体を細分化して見ることに強く、対照的に法則性が薄く、自ら優先順位を発見していくような課題や、細分化したものの関係を予測するのに弱く、思考の柔軟性に欠けるもの

と思われる。

ただし、この分析結果はあくまで、ウェクスラー式知能検査の各バージョンが同一の構成概念であるという仮定に基づいているため、参考にとどまる。今後、統一された知能検査による追試が望まれる。現時点においては、ひきこもりに至る PDD ケースは発達歴や現在の発達・行動特性は顕著ではないものの、確かに広汎性発達障害に特有の認知パターンをもつことが明らかになったことを報告しておきたい。

3. ひきこもりの背景となる発達・精神障害と、いわゆる二次障害の予防的介入について

ひきこもり群 12 事例の主診断は、自閉性障害が 4 事例、アスペルガー障害が 2 事例、PDD-NOS が 6 事例であった。併存障害としては、社会恐怖や強迫性障害などの不安障害と、大うつ病性障害や特定不能のうつ病性障害（小うつ病性障害）が多かった。とくに社会恐怖を中心とする不安障害は、ひきこもり状態に至る直接的な原因となり得る精神障害であることから、その形成過程について考察しておきたい。

これまで、広汎性発達障害をもつ人がいじめを受けることによって、被害感を募らせたり、フラッシュバックを起こしやすくなり、登校を渋ったり、対人関係を回避しようとするなどが指摘されているが、本研究においては、心理—社会的要因の有無はひき

こもり群、非ひきこもり群との間で、有意差はなかった。また、家族の問題や職業上の問題の有無についても両群で明らかな差がなかったことから、ひきこもりや社会恐怖が、特定の環境要因（心理—社会的要因）やライフイベントによって引き起こされることが多いとは言い難いように思われる。児童精神科臨床においては、広汎性発達障害をもつ子どもが、友だちとの些細なトラブルを過剰に重大なことと解釈していたり、客観的にはトラブルとも言えないような出来事を被害的に曲解しているような状況を多く目にする。また、青年期・成人期事例では、高校・大学や職場での不適応などを契機として来談する事例が多いが、ひきこもりの発現に特異的と思われるような心理—社会的要因は見いだされなかった。内向的な傾向や迷惑行為、問題行動が少ない事例が多いことから、ひきこもりに至るような被害感や社会恐怖の形成、あるいはその予防を考える際には、目立った問題行動や特定のライフイベントなどに注目するよりも、本人が社会的な場面で日常的に体験するような自己不全感や、些細と思われるようなエピソードにおいて生じる被害的な解釈などを丁寧に取り上げ、支援する必要があるのかもしれないが、これらについては、さら詳細な検討が必要である。

E 健康危険情報 なし

F 研究発表

別紙参照

G 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H 参考・引用文献 なし

I 資料

別表1 ひきこもり群と非ひきこもり群の相談理由と人数

(複数回答)

相談理由	ひきこもり群 (N=12)	非ひきこもり群 (N=22)
ひきこもり	12 (100/35.3)	0 (0/0)
家庭内暴力	2 (16.7/5.9)	0 (0/0)
生活自立支援	2 (16.7/5.9)	0 (0/0)
就労相談・支援	2 (8.3/2.9)	6 (27.3/17.6)
検査・診断希望	1 (8.3/2.9)	4 (18.2/11.8)
強迫症状	1 (8.3/2.9)	0 (0/0)
学校不適合	0 (0/0)	8 (36.4/23.5)
職場不適合	0 (0/0)	5 (22.7/14.7)
不登校傾向	0 (0/0)	4 (18.2/11.8)
自傷他害	0 (0/0)	3 (13.6/8.8)
進路相談	0 (0/0)	2 (9.1/5.9)
金銭問題	0 (0/0)	1 (4.5/2.9)
養育不備	0 (0/0)	1 (4.5/2.9)
対人関係の問題	0 (0/0)	1 (4.5/2.9)
抑うつ感	0 (0/0)	1 (4.5/2.9)

n (群内の人数比(%)) / 全体の人数比(%))