

や、同じく健常者を対象とし、感情的韻律と中立文による聴覚刺激を加え感情的韻律処理に関与する神経回路を調べた Rachel L.C. Mitchell(2003)の研究がある。広汎性発達障害児者を対象としたものは、賞賛と皮肉的意味内容の文章を視覚と聴覚で刺激し、その処理過程を fMRI を用いて調べた A.Ting Wang et al(2007)の研究や、自閉症者と対照群に対し、顔表情の視覚刺激に感情的韻律を重ねて刺激し、PET を用いて活性脳領域を調べた Geoffrey B.C.Hall(2003)の研究があった。しかし感情的韻律を主対象とした研究は、自閉症者と正常対照群に対する、PEPS (profiling elements of the prosodic system) を用いた行動研究と感情的韻律を含む物語で聴覚刺激を加え、fMRI で評価した Isabell Hesling,(2010)の研究があるのみであった。聴覚刺激により、感情的韻律課題を提示し、正答率と関与する支配脳領域の関連性について、遂行時の画像評価を組み合わせる研究した例はなかった。

次年度は韻律の変化に伴う課題の認知や正答率への影響を、fMRI を用いて画像評価し正常対照群と比較検討して、PDDの感情的韻律処理に関与する支配脳領域や神経回路を解析し、その特徴やメカニズムを解明していく。

精神科クリニックにおける発達障害の診断手法と
疫学に関する研究

研究分担者 藤岡 宏（つばさ発達クリニック）

研究要旨：愛媛県の人口 18 万の地方都市・今治市で、発達障害（その約 4 分の 3 を広汎性発達障害が占める）の診療を専門的に行ってきた民間クリニックの統計を通して、今治市で出生し同クリニックで広汎性発達障害と診断された子どもの出生年ごとの累積数と、同年・同市の出生数に対する比率を調べた。その結果 2004 年に今治で出生し、その後 5 年間に同クリニックで広汎性発達障害と診断された子どもの対出生数比は 1.83%であり、6 年累積では 2.12%、7 年累積では 2.54%と、累積年数を増すごとに数字はさらに上昇し、6 年累積で 2%を超えた。同様に 2005 年生まれの子どものついて調べると、5 年累積で 1.12%、6 年累積で 1.67%となり、2006 年生まれの子どものでは 5 年累積で 1.26%という結果であった。初診時今治に在住した PDD 児の対出生数比は 5 年累積で少なくとも 1%以上、という先行研究同様の結果が今回得られたが、累積年数を延ばしていくと 2%をも超え、PDD 児数の正確な把握のためには、より長い累積年数で調査を行う必要があると思われた。

A. 研究目的

研究分担者は平成 17-19 年度研究において、広汎性発達障害（以後 PDD と略す）を持つ人たちの療育・福祉上のニーズが地方でも相当量あることを数の上で実証し、特性理解に立脚した有用な支援が早期療育の中で行われれば、子どもとその家族にとって強力な支えとなり得ることを示そうとした。このとき用いた医療統計は、愛媛県の人口 18 万の地方都市・今治市に研究分担者が平成 12 年に開設した、つばさ発達クリニックのものである。

同クリニック（以後つばさと略す）では発達障害の診療を専門的に行っており、初診者の約 4 分の 3 を広汎性発達障害が占めている。全員に保険診療を適用しているため、スタッフは児童精神科医 1 人（研究分担者）と事務職 1 人以上には拡充できず、言語聴覚士（元心理判定員）1 人にボランティアとして手伝ってもらっている状況で

ある。

つばさでは診断までに 3～5 回来院してもらい（診断までの延べ時間は、平均的には一人あたり 2 時間程度になる）、発達歴・現症等から三つ組症状の有無を調べ、DSM や CARS 等を参考にしながら診断を行っている。

先行研究において、2001 年 1 月 1 日より 2005 年 12 月 31 日までの 5 年間に つばさで初診で訪れた今治市内在住（但し初診時点で）の PDD の子どものうち、2001 年生まれの子どものは 20 人であり、2001 年の今治市の出生数 1,490 人に対する比率は 1.3%という結果が得られた。同様に 2002 年生まれの子どものは 5 年累積で 1.1%、2003 年生まれは 1.3%という結果であった。ただしこの数字は断り書きとして述べているように、あくまで「初診時に今治市に在住していた子ども」を対象としたデータであり、「今治市で出生した子ども」の数そのものではな

い、という調査の限界があった。今治市は他市からの流入・他市への流出の比較的小さい地方小都市ではあるが、初診までの間のこのような移動の可能性を考えれば、出て来た数字を今治生まれの PDD 児の数と等価と見なすことはできなかった。

その後つばさでは 2006 年 3 月 27 日より、初診時の質問事項に出生地が今治かどうかの情報を加えたため、今治市での出生数そのものを調査の対象とすることが可能となった。そこで今回の研究では今治で出生し、その後つばさで PDD と診断された子どもについて、出生年ごとの累積数を調べ、その年の今治市の出生数に対する比率を調査することにした。

先行研究では本田らの研究同様、5 年累積の数字を調べたが、PDD 児の未受診者がかなり多いのではという療育関係者の話から、今回は 5 年を超えて追求可能な年限まで累積を行い、対出生数比を算出することにした。

B. 研究方法

つばさ発達クリニックを 2006 年 3 月 27 日より 2010 年 12 月 31 日までの 4 年 9 か月の間に初診し、研究分担者自身による診断を受けた 821 人について、以下の点について調査した。

1. 2004 年に今治で出生した PDD 児

- (1) 2008 年 12 月 31 日までの PDD 累積数 (5 年累積: 但し 2004 年 1 月 1 日～2006 年 3 月 26 日は初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない時期のため、この間の人数は 0 となる) と 2004 年の今治市出生数に対する比率
- (2) 2009 年 12 月 31 日までの PDD 累積数 (6 年累積: 但し 2004 年 1 月 1 日～2006 年 3 月 26 日は初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない時期のため、この間の人数は 0 となる) と 2004 年の今治市出生数に対する比率
- (3) 2010 年 12 月 31 日までの PDD 累積数 (7

年累積: 但し 2004 年 1 月 1 日～2006 年 3 月 26 日は初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない時期のため、この間の人数は 0 となる) と 2004 年の今治市出生数に対する比率

2. 2005 年に今治で出生した PDD 児

- (1) 2009 年 12 月 31 日までの PDD 累積数 (5 年累積: 但し 2005 年 1 月 1 日～2006 年 3 月 26 日は初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない時期のため、この間の人数は 0 となる) と 2005 年の今治市出生数に対する比率
- (2) 2010 年 12 月 31 日までの PDD 累積数 (6 年累積: 但し 2005 年 1 月 1 日～2006 年 3 月 26 日は初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない時期のため、この間の人数は 0 となる) と 2005 年の今治市出生数に対する比率

3. 2006 年に今治で出生した PDD 児の 2010 年 12 月 31 日までの累積数 (5 年累積: 但し 2006 年 1 月 1 日～3 月 26 日は初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない時期のため、この間の人数は 0 となる) と 2006 年の今治市出生数に対する比率

以上に加え

4. 2004～2006 年の各年に今治市で出生した PDD 児の数と、初診時に今治に在住していた同年の PDD 児の数の 5 年累積での比較

さらに参考値として

5. 2001～2003 年の各々の年に生まれた初診時今治市在住の PDD 児の 5 年累積数に、5 年目以降に今治市で出生したことが判明した PDD 児 (2001 年生まれについては初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていなかった 2006 年 1 月 1 日～3 月 26 日の間の人数は 0 となる) を加算した場合の今治市出生数に対する比率

(倫理的面への配慮) 資料として連結不能匿名化された情報を用い、それ以降のデータ処理も個別情報への配慮をじゅうぶんに行った。

C. 研究結果

1. 2004年に今治で出生したPDD児

2004年の今治市の出生数は1,418で、つばさでPDDと診断された子どもの数は5年累積で26人(全出生数比1.83%)、6年累積で30人(同2.12%)、7年累積で36人(同2.54%)であった。

2. 2005年に今治で出生したPDD児

2005年の今治市の出生数は1,254で、つばさでPDDと診断された子どもの数は5年累積で14人(全出生数比1.12%)、6年累積で21人(同1.67%)であった。

3. 2006年に今治で出生したPDD児

2006年の今治市の出生数は1,349で、つばさでPDDと診断された子どもの数は5年累積で17人(全出生数比1.26%)であった。

4. 2004～2006年の各年に今治市で出生したPDD児の数と、初診時に今治に在住していた該当年のPDD児の数の5年累積での比較

今治市で出生したPDD児の数と、初診時に今治に在住していた該当年のPDD児の数を5年累積で比較すると、

2004年生まれでは

今治市で出生 26

初診時今治市に在住 26

2005年生まれでは

今治市で出生 14

初診時今治市に在住 14

2006年生まれでは

今治市で出生 17

初診時今治市に在住 20

という結果であった。

ちなみに、初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていなかった2006年1月1日～3月26日の期間中の初診者で、初診時今治市に在住した2004～2006年生まれのPDD児はいなかった。従って、この期間を累積期間に含めることによる、今治市で出生したPDD児の数と初診時に今治に在住していた該当年のPDD児の数の差は、2004～2006年生まれについては生じないことになる。

5. 2001～2003年の各々の年に生まれた初診時今治市在住のPDD児の5年累積数に、5年目以降に今治市で出生したことが判明したPDD児を加算した場合の今治市出生数に対する比率

あくまで参考値としてのものであるが2001～2003年の各々の年に生まれた初診時今治市在住のPDD児の5年累積数に、5年目以降に今治市で出生したことが判明したPDD児(2001年生まれについては、初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていなかった2006年1月1日～3月26日の間の人数は0となる)を加算すると

2001年生まれでは

5年累積 20 (対出生数比 1.34%)

6年累積 22 (同 1.48%)

7年累積 26 (同 1.74%)

8年累積 29 (同 1.95%)

9年累積 30 (同 2.01%)

10年累積 30 (同 2.01%)

2002年生まれでは

5年累積 16 (対出生数比 1.11%)

6年累積 24 (同 1.66%)

7年累積 28 (同 1.94%)

8年累積 28 (同 1.94%)

9年累積 29 (同 2.01%)

2003年生まれでは

5年累積 19 (対出生数比 1.33%)

6年累積 23 (同 1.62%)

7年累積 31 (同 2.18%)

8年累積 31 (同 2.18%)

生年(1/1～12/31)	2001	2002	2003	2004	2005	2006
今治市出生数	1,490	1,445	1,424	1,418	1,254	1,349
5年累積	20	16	19	26	14	17
対出生数比	1.34	1.11	1.33	1.83	1.12	1.26
6年累積	22	24	23	30	21	
対出生数比	1.48	1.66	1.62	2.12	1.67	
7年累積	26	28	31	36		
対出生数比	1.74	1.94	2.18	2.54		
8年累積	29	28	31			
対出生数比	1.95	1.94	2.18			
9年累積	30	29				
対出生数比	2.01	2.01				
10年累積	30					
対出生数比	2.01					

表1：今治市出生数に対する出生年別 PDD 初診者数の比率

※破線枠内は、初診時今治市在住の PDD 初診者数(5年累積)に6年目以降に初診の今治市出生 PDD 初診者数を加えた参考値。

これらをまとめたものを表1に示す。

D. 考察

1. 2004年・2005年・2006年生まれの PDD 児の対出生数比

今治生まれかどうかの判断ができるようになってからの経過期間がまだ短いため、生まれた年から連続5年以上の完全な年次累積データが得られる年は、今回の調査対象の中にはまだない。どの年次累積データも、初診時の質問紙に出生地を問う質問項目をまだ入れていない3か月ないし2年3か月という期間を含んだ状態でのデータであり、この期間中の PDD 児の数は0となるため、今治生まれの PDD 児の実数はこれよりも多くなる可能性がある。(但しこのような早い年齢段階でつばさを初診する子どもの数は、例年そう多くはない。)また、つばさに来院していない今治生まれの PDD 児も他にいると考えられるので、今治市生まれの PDD 児の実数は今回の結果よりも大きな数字になるものと予想される。

このような前提のもとで今回の調査結果を見ると、5年累積では2004年・2005年・2006年生まれともに対出生数比は先行研究同様、1%を超える数字となった。特に2004年生まれは1.83%と、実質的な累積期間の短さにもかかわらず2%に迫る数字となった。累積期間を5年以上に延ばしていくと PDD 児の対出生数比はさらに上昇し、2004年生まれでは7年累積で2.54%に達した。

本田らの累積発症率の研究を参考にし、先行研究では5年累積での調査を行ったのだが、地方都市のクリニックのデータによる5年累積では PDD 児の実数が実際よりもかなり低く見積もられる可能性があることを、今回の結果は示唆している。

本田らの研究は1歳半健診をベースとし、遅くとも5歳までには小児自閉症の症例を完全に登録するための<フェイル・セーフ>システムを用いたものであり、自発意思を持ってクリニックに来院したケースの5

年累積という形では、今治生まれの PDD 児の全数をとらえきれないようである。5 年を過ぎたのちに来院した PDD 児の中には、すでに PDD の特性理解に立った療育を受けてはいるが未診断で、就学するに当たって診断の必要を感じたので来院した、というケースがあった。やっと診断を受ける気持ちになった、というケースもあった。他院ですでに診断を受けているが、セカンド・オピニオンがほしいので、という例もあった。

先行研究では 5 年累積のデータをもとに、初診時今治に在住した PDD 児の対出生数比は低く見積もっても 1% 以上、という結果を得たのであるが、対出生数比のより正確な見積もりのためには、今回のようなクリニック・ベースの調査では 5 年累積では足りず、より長い累積年数で調査する必要があると思われる。

いずれにしても 2004 年生まれの 6 年累積・7 年累積で 2% を超える対出生数比が算出されたのは驚きであった。研究分担者の診断の目盛りが緩い方にずれ、過剰診断になってしまっているのでは、との懸念からデータをチェックし直したほどであった。

2. 2001 年・2002 年・2003 年生まれの PDD 児の対出生数比（参考値として）

今治市で出生した PDD 児の数と初診時に今治市に在住した PDD 児の数を 5 年累積で比較してみると、2004 年・2005 年生まれでは両者は同数で、2006 年生まれでは今治市で出生した PDD 児の方が初診時に今治市に在住した PDD 児よりも 3 名少なかった。

初診時に今治市に在住していた PDD 児の数と今治生まれの PDD 児の数をほぼ同数であると仮定し、あくまで参考値としてではあるが、先行研究での 2001 年・2002 年・2003 年生まれの PDD 児（初診時、今治市内に在住した PDD 児）の 5 年累積数に 6 年目以降に今治で出生した PDD 児の数（2001 年生まれについては、初診時の質問紙に出生

地を問う質問項目をまだ入れていなかった 2006 年 1 月 1 日～3 月 26 日の初診者は 0 となる）を加算し、対出生数比を求めてみた。すると表 1 の破線内の数字のように、各年次で最も多い累積年数ではいずれも 2% を超える数値が得られた。これらは由来の異なる数値を加算した参考値ではあるが、各年次で 2% を超える数値となっている点は、2004 年・今治生まれの PDD 児のデータと共通している。

3. 今治生まれの PDD 児の対出生数比が 2% を超えた理由についての考察

つばさはフル稼働して年間 150~200 件程度の初診をやっとこなしている、医師 1 人事務 1 人の、手作り工房のような所である。対外的なアピールもせずホームページも持たないクリニックへ、ほかの家族たちから存在をクチコミで知った人たちが続々と来診する。つばさの初診者の約 4 分の 3 を PDD が占め、しかもその大多数が今治市を中心とする県内域から来診している、ということ、研究分担者は先行研究で明らかにした。

つばさの初診者だけで今治生まれの PDD 児の対出生数比が 2% を超えた理由について、可能性として考えられるのは以下のような諸点である。

（1）診断機関が他に少ない

つばさのように PDD を専門とする民間の医療機関は、愛媛県内には他に存在しない。愛媛県立子ども療育センターとそこに併設された愛媛県発達障害者支援センターが開設されたのは 2007 年 4 月 1 日で、同センターは今治から約 50km 離れたところに位置している。

（2）通園施設との連携

1992 年から PDD 児に対して TEACCH メソッドに基づいた療育をクラス指導の中で実践し、大きな成果を上げてきた知的障害児通園施設ひよこ園が、今治市内には存在す

る。同園のスタッフは周辺市町村の健診やフォローアップ事業等に積極的に関与し、PDD 児の早期発見と早期療育、そして医療機関への橋渡し役としても貢献してきた。つばさの開院以前より、研究分担者との間には長い連携の歴史があり、ひよこ園から紹介されて当院を受診する子どもの数は多い。

(3) PDD の過剰診断の可能性

つばさでは診断までに 3～5 回来院してもらい（診断までの延べ時間は、平均すると一人あたり 2 時間程度になる）、基本的に DSM-IV に沿った形で診断を行っているが、この目盛りが緩い方向へずれると実数値以上に PDD の数値が膨らむことになる。

上記 (1) (2) は、つばさの初診者数を地域に実在する PDD の実数値に近づける要因となるし、(3) は実数値以上に数値を大きくする要因となり得るものだが、次の (4) は地域に実在する PDD の実数値自体の問題である。

(4) PDD の発生数そのものの多さ

先行研究では、今治生まれ（初診時今治市に在住）の PDD 児は 5 年累積で少なくとも 1% 以上の対出生数比が見込まれることを示した。しかし療育に携わる人たちとの協働作業の中で、今治の PDD 児の比率は 1% というレベルではなく、もっともっと多いのでは、という意見を聞き、それが今回の調査研究につながった次第である。

今回は「初診時今治在住」ではなく「今治生まれ」を対象として数値を算出したが、確かに 5 年累積では先行研究同様、1% 超の数値が得られた。しかし 5 年を超えて累積年数を伸ばしていくと、2% をも超える数値になった。

これはつばさの初診者だけから算出した数値であり、つばさが把握しているだけでなくともこれだけの数の PDD 児が、今治

では出生していることを示している。

4. 今後の研究

このようなことから、今治生まれであることが確認された PDD 児について、今後さらに累積年数を延ばし、対出生数比がどのような数字に収束していくかを見きわめていきたいと考えている。

E. 結論

研究分担者の開設したつばさ発達クリニックは、人口約 18 万の地方都市・今治市に所在する、医師 1 人・事務職 1 人から成る民間医療機関である。同クリニックは保険診療の形で発達障害の診療を専門的に行い、その約 4 分の 3 を広汎性発達障害が占めているが、その医療統計を通して、今治市で出生し同クリニックで広汎性発達障害と診断された子どもの出生年ごとの累積数と、同年・同市の出生数に対する比率を調べた。

その結果 2004 年に今治で出生し、その後 5 年間に同医療機関で広汎性発達障害と診断された子どもの対出生数比は 1.83%、6 年累積では 2.12%、7 年累積では 2.54% と、5 年を超えて累積年数が増えるごとに数字はさらに上昇し、6 年累積で 2% を超えた。同様に 2005 年生まれの子どものについて調べると、5 年累積で 1.12%、6 年累積で 1.67% となり、2006 年生まれの子どものでは 5 年累積で 1.26% という結果であった。

「初診時今治に在住した」PDD 児の対出生数比は少なく見積もっても 1% 以上、という 5 年累積による先行研究同様の結果が、「今治生まれの」子どもを対象とした今回の調査からも得られたが、累積年数を延ばしていくと 2% をも超えた。PDD 児数の正確な把握のためには、5 年累積よりもさらに長い累積年数で調査を行う必要があると思われる。今後は今治生まれであることが確認された PDD 児についてさらに累積年数を延ばし、対出生数比がどのような数字に収束していくかを見きわめていきたい。

F. 引用文献

Hideo Honda, Yasuo Shimizu, Kimiko Misumi, Miyuki Niimi and Yasuo Ohashi(1996)：小児自閉症の累積発症率および有病率. 自閉症と発達障害研究の進歩, 1998/vol.2 特集 遺伝と疫学 (pp.73-84). 東京, 日本文化科学社.

G. 研究発表

1. 論文発表

藤岡 宏 (2009)：高機能広汎性発達障害の医療・教育の実践（幼児・学童期を中心に）. 児童青年精神医学とその近接領域, 50(2) (pp.104-112). 京都, 土倉事務所.

2. 著書

藤岡 宏, 他 (2010)：発達障害者支援の現状と未来図—早期発見・早期療育から就労・地域生活支援まで. 東京, 中央法規出版.

藤岡 宏, 越智晴彦 (2008)：地方都市における広汎性発達障害の人たちの医療ニーズおよび早期療育の効果についての実態把握. 市川宏伸（主任研究者）, 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「発達障害（広汎性発達障害、ADHD、LD等）に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究」平成17～19年度総合研究報告書 (pp.11-22). 東京, 東京都立梅ヶ丘病院医局.

福島県における自閉症スペクトラム障害の診断状況に関する現状

研究代表者 内山登紀夫 （福島大学大学院人間発達文化学類）
研究協力者 吉田 香織 （やぎうちクリニック）
石垣美由紀 （よこはま発達クリニック）

研究要旨

自閉症スペクトラム障害（以下、ASD）についての、親への診断の告知の実態は明らかにされていない。本研究では、ASD の児を持つ保護者 126 例についてアンケート調査を行い福島県の医療機関における診断告知に関する現状把握を行った。調査の結果、診断を受ける時期は 3 歳前後と思春期の二峰性を示し、知的障害を伴う ASD は幼児期に、高機能例は思春期以降に診断がなされる傾向があった。診断機関は限られ特定の機関に集中する傾向があること、医師による診断や支援方法の説明が不十分で診断名そのものの明確に伝えられていないと感じている親も少ないことが明らかになった。専門医が少ないこと、一人の患者にかけられる時間が少ないことなどが背景にあると考えられた。

A. 研究目的

ASD について、親へどんなタイミングでどのように告知するかを検討は臨床的に重要な課題である。しかしながら、日本の発達障害臨床の現場で、どのように診断の告知が親に対してなされているかの研究は少なく、実態が明らかになっていないといえない。そこで本研究では、診断告知に関する現状を把握することを目的に、自閉症協会に所属する親を対象とし診断と告知についてのアンケート調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象

福島県自閉症協会（会員数 394 名、2010 年度現在）に協力を依頼した。

2. 方法

会員に対して二回に分けてアンケート調査を

行った。1 回目のアンケートは 2010 年 6 月に協会定例会時にアンケート協力の依頼をし無記名、郵送にて回収を行った。50 通を配布し 45 例が返送された。2 回目は、2010 年 9 月に、1 回目実施以外の地区の役員へ郵送し、会員への配布と回答を依頼。無記名、郵送にて回収した。配布 100 例に対し、返送は 81 例であった。

全体として、150 例の依頼に対して返送のあった 126 例(回収率 84%)を調査対象とした。これは、福島県自閉症協会会員の 32%にあたる。

3. 調査内容

アンケート（資料）では、子どもの年齢・性別・所属支援機関・障がい者手帳の取得状況等、また、診断時期や診断名・診断機関・診断や支援方法の説明時間と、説明内容について十分と感じたかどうか等を調査した。

C. 研究結果

1. 調査対象について

本調査の対象になった自閉症者の調査時の年齢は図1が示す通り、10歳以下が46例(36.5%)、11～20歳が53例(42.1%)、21歳以上が27例(21.4%)であり、平均年齢は14.9歳、最年少は3歳、最年長は37歳である。男女比では、男101例(80.2%)、女21例(16.7%)、不明4例(3.1%)と、男が多かった。

在籍又は卒業した学校種は、特別支援学校が66例(52.4%)と最も多く、特別支援学級9例(7.1%)、通級指導教室利用が1例(0.9%)であり、何らかの特別支援教育の対象が76例(60.3%)だった。23例(18.3%)は通常の教育のみを受けていて特別の支援はされていなかった。未就学児は24例(19.0%)だった。

知的障害者を対象としている療育手帳の取得者は98例(77.8%)であった。Aが重度知的障害、Bが中軽度知的障害を意味している。また、精神障害者保健福祉手帳を取得している者は16例(12.7%)であった。精神障害者保健福祉手帳と療育手帳と両方取得している者は6例(4.8%)だった(図2)。

2. 障害の気づきや診断の時期

1歳半検診では、80例(63.5%)が指摘を受けていないが、44例(35.0%)が何らかの指摘を受けており、そのうち7例(5.6%)は専門機関受診を勧められていた(表1)。

3～3歳6ヶ月検診(以下3歳6ヶ月検診)時になると、40例(31.7%)は指摘を受けなかったが、66例(53.3%)が何らかの指摘をされている。その他19例(15.1%)は、3歳6ヶ月検診前に既に相談や受診をしていたケースである。85例(67.5%)が、3歳6ヶ月までに何らかの発達上の特性を発見されたことになる。

診断を受けた年齢(図3)は、最年少1歳、最年長35歳と幅が広く、診断を受けた年齢の平均は5.4歳だった。3歳が最も多く47例(37.3%)であり、95例(75.4%)が4歳までに診

断を受けている。また、11～20歳の思春期に診断を受けている事例は12例(9.5%)であり、思春期以降全体では19例(15.1%)を占めた。

診断を受けた機関(図4)は、「県総合療育センター」30例(23.8%)、「心療内科精神科クリニック」23例(18.3%)、「総合病院精神科」15例(11.9%)、「大学病院精神科」13例(10.3%)、「単科精神科病院」10例(7.9%)の順だった。

3. 診断告知について

107例(84.9%)の親が「明確に告げられた」と認識している。伝えられた診断名(図5、複数回答)は「自閉症」67例、「自閉傾向」30例、「広汎性発達障害」17例、「アスペルガー症候群」14例、「高機能自閉症」4例、「高機能広汎性発達障害」2例と、126例に対して延べ134例がASD圏の診断を受けていた。「精神遅滞」33例、「知的障害」18例と、知的の遅れを指摘されているのが計51例であり、「学習障害」18例、「AD/HD」4例、「多動性障害」3例だった。「発達障害」8例、「発達障害の疑い」2例という診断もあった。

診断名を「告げられたことはない」との回答は6例(4.8%)あった。その6名について親が記入した診断名は自閉症1例、自閉傾向2例、精神遅滞2例、アスペルガー＋サバン症候群1例であった。「不明瞭だった」との回答は10例(7.9%)であり、親が記入した診断名は自閉症4例、自閉傾向3例、精神遅滞5例であり、発達障害、知的障害、多動性障害、発達障害疑い、学習障害がそれぞれ1例であった。

4. 診断や支援方法の説明時間について

診断の告知と障害の説明にかかる時間(図6)は、30分以内が88例(69.8%)であり、そのうちの10分以内が35例(27.8%)、30分以上1時間以内が19例(15.1%)、1時間以上は15例(11.9%)だった。

説明時間が10分までの35例(27.8%)のうち20例(15.9%)が「足りない」と感じているが、10～30分までの54例(42.9%)では「足りない・

十分・何とも言えない」がほぼ同じ割合になった(図7)。30分を超えた32例(25.4%)のうち「十分」とする割合は17例(13.5%)に達した。1時間以上では「長すぎ」との回答もあった。

支援方法の説明の有無については、72例(57.1%)が「あった」、52例(41.3%)が「なかった」と回答した。「あった」と回答したうち40例(55.6%)が10分以内、25例(34.7%)が10～30分以内だった(図8)。

支援方法の説明時間については10分まででは「足りない」が23例(31.9%)であり、30分を超えると「十分」が3例(4.2%)となった(図9)。

5. 自由記述より

126例中96例が何らかの記述をした。その内容について集計した結果を下記にまとめた。

診断を伝えられたことに対して、37例(29.3%)が「ショックが大きく、受け入れられなかった。理解できなかった。」とした。59例(46.8%)は「回数や時間をかけて、少しずつ説明して欲しい」「どう対応したらいいのかの方法が知りたかった」「将来の見通しを含めた支援の方向性」等を教えて欲しいと希望した。「曖昧な診断では、親は治るかもしれない、みんなと同じように育つと期待し、後により大きなショックを受ける」との記述があり、20例(15.8%)が「診断ははっきり伝えて欲しい」と希望している。

その他、「落ち着いてから繰り返し読めるパンフレットや冊子があるといい」10例、「親へのフォローもして欲しい」7例、「親の会等の地域の情報を教えて欲しい」5例、「早期発見できる専門家を増やして欲しい」4例、「診断機関での待ち時間への配慮が欲しかった」4例などの意見があった。支援についての情報提供がされず「自分でさがした」9例、「診断の伝え方に傷ついた」7例などの経験から、改善を求める意見もあった。

D. 考察

1. 調査対象について

今回の調査対象は、自閉症協会会員の中でも役員や定例会の参加者で、自閉症者支援に熱心であり自閉症者を取り巻く状況に対しての問題意識が高い親が回答していると考えられ、自閉症スペクトラムの子どもを持つ親全体の意見を反映しているとは言えないだろう。

2. 診断の告知について

(1) 障害の気づきや診断を受けた時期

確定診断の年齢は、本調査では5.4歳であった。日本における自閉症・広汎性発達障害の診断時期についての過去の報告では、調査対象の年齢や調査方法などが異なるため単純な比較はできないが、4歳6ヶ月(松永ら,2010)、3歳5ヶ月(渡辺ら,2008)、3歳10ヶ月(釘崎ら,2005)と幼児期が中心である。高機能群のみを対象とした山根(2010)の報告では7.9歳と他の報告より高年齢であった。

本調査では、診断を受けるピークが3歳前後と思春期にあり二峰性を示したことが注目された。4歳までに診断を受けた群のうち、ほぼ半数が「精神遅滞を伴う自閉症圏」であり、精神遅滞を伴う場合は診断時期が早いこと、11歳以降に診断を受けた群は、「アスペルガー症候群」「高機能自閉症」「高機能広汎性発達障害」という診断であり、高機能群では診断が遅くなることが明らかになった。

3歳6ヶ月における乳幼児検診では40例(31.7%)が何も指摘がなく、検診のあり方の検討も必要と思われた。本調査結果からは、診断を受けないまま学童期・思春期を迎える例が26例(20.6%)と少なくないことが明らかになった。

(2) 診断機関

診断を受けた機関で最も多かったのは「県総合療育センター」である。療育センターは県の中央に位置しているが、遠方からの受診例も多数存在することが伺われた。次いで「精神科ク

リニック」「総合病院精神科」となっており、大学病院や精神科病院などの受診例は相対的に少なかった。療育センターは、リハビリテーション部門での作業療法士や言語聴覚士による療育相談を実施していることから、多くの利用者がいると考えられる。最初に受診した医療機関で適切な診断を受けられなかったと自由記述欄に記載された例が多数存在しており、ASD を正しく診断のできる医師がいる病院は限られていると考えられた。

（３）診断は明確だったか

明確に告げられている割合は 107 例(84.9%)と多かった。一方、19 例(15.1%)は告げられていないままであることも明らかになった。診断が告げられないと ASD 特性に配慮した療育や支援が受けられない可能性があり、今後改善が必要な点である。診断名について「告げられていない」と回答した事例について、保護者がどのように診断を認識したのかは不明であるが、自分でインターネットなどで調べたり、保健師や教師の話から「ASD 圏」であると自己診断したと思われる。自由記述の記載からは親の方が「うちの子は、もしかしたら自閉症ですか？」と聞いて、「たぶん」と言われ、それが告知だったと回答した例もあった。

（４）診断名

「アスペルガー症候群」や「高機能自閉症」「広汎性発達障害」「高機能広汎性発達障害」を合わせた ASD 圏は 134 例(106%)に達し、複数の ASD 圏の診断名を告げられている例があることを示している。2～3カ所を受診しそれぞれで違う診断を受けたケースもあり、様々な診断名が使用されている実態が明らかになった。このような状態は、親にとってはどのように理解したらよいかという混乱を引き起こす懸念がある。

「精神遅滞を伴う ASD」に該当する例は 51 例(40.5%)だったが、療育手帳取得者が 98 例(77.8%)であることを考えると、知的な遅れを重

複した場合には親は ASD としての特徴を優先して診断を認識したと考えられた。

（５）診断や支援方法の説明について

診断や支援方法の説明は、多くの親が「十分である」とは考えていないことが明らかになった。「説明が十分でない」と感じている状態では、診断についても納得することは難しいと考えられる。

先行研究によると、診断の告知を親が「納得する」要因として、脳の機能障害であることを明確に告げる、適切な療育は効果があることを説明する、具体的な目標や接し方を示す、心理検査等の結果について丁寧に説明する等を挙げている（永井ら, 2004）。また、母親が望む診断告知のあり方については、家族に対し共感的な態度で接し丁寧に話を聞く、確定診断ができない時にもその時点で分かることを具体的にはっきり伝える、分かりやすい言葉で簡潔に説明する、説明の要点や障害についてのリーフレットを渡すを挙げている（松永ら, 2010）。しかし、現状ではこのような丁寧な対応をするための診察時間が足りないのは明らかである。

E. 結論

本研究により福島県における ASD 診断の実態がある程度明らかになった。知的障害を伴う ASD については比較的低年齢で確定診断が親に告げられていることが多いが、高機能例では遅れがちであること、また、医師が診断・説明にかかる時間が不十分であり、親を十分に支援できていないことが明らかになった。このように不十分な状態であることの理由は、専門医が少ないこと、特定の医療機関に集中すること、患者一人にかけられる時間が少ないことなどが想定される。診断を含めた医療サービスの向上を検討するためには、医師など医療サービス提供側がどのような問題意識を持っているかについての調査も必要であると思われる。本調査の

対象は福島県のみであること、自閉症協会の会員であること、126 例と比較的少数における検討であることなどが限界点であり、今後、より大規模な調査が望まれる。

参考文献

- 1) 釘崎良子, 服巻繁: 自閉症を持つ親の支援のあり方に関する検討ー自閉症親の会のアンケート調査によるー. 西南女学院大学紀要. 9 : 72-82, 2005
- 2) 松永しのぶ, 廣間貴子: 自閉症スペクトラム障害児の母親の診断告知に伴う感情体験. 昭和女子大学生活心理研究所紀要. 12 : 13-24, 2010
- 3) 永井洋子, 林弥生: 広汎性発達障害の診断と告知をめぐる家族支援. 発達障害研究. 26 : 143-152, 2004
- 4) 渡辺千歳, 藤永保: 広汎性発達障害児を持つ母親の療育意識ーダウン症児との比較ー. 教育総合研究. 1 : 3-19, 2008
- 5) 山根隆宏: 高機能広汎性発達障害児をもつ母親の診断告知後の感情体験ー診断告知に至る状況との関連ー. 神戸大学大学院人間発達環境学科学研究紀要. 3 : 165-173, 2010

＜診断に関する調査へのご協力をお願い＞

1. お子さんについて

現在のお子さんの年齢は？ 満 歳

性別は？ 男 ・ 女

お子さんの現在通っている学校・学級、学年は？（卒業された方は最後に卒業された学校・学級）

学校・学級： 1. 特別支援（養護）学校
2. 知的障がい特別支援学級
3. 情緒障がい特別支援学級
4. 通常学級＋通級指導教室
5. 通常学級

学年：小・中・高・大・専門学校等（具体的に） 年生・卒業

2. 診断について

a) お子さんは医師から明確に診断名を説明されていますか？

1. 明確に診断名を告げられた 2. 明確に診断名を告げられたことはない
3. 説明を受けたが診断名については不明確だった 4. その他（具体的に ）

b) 最初に診断名を告げられたのは何歳ですか？ 歳

c) そのときの診断名は下記のどれですか？（複数回答でもかまいません）

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 自閉症、自閉性障害 | 2. アスペルガー症候群、アスペルガー障害 |
| 3. 広汎性発達障害、自閉症スペクトラム障害 | 4. 高機能自閉症 |
| 5. 高機能広汎性発達障害 | 6. 非定型自閉症 |
| 7. 特定不能の広汎性発達障害 | 8. 自閉傾向 |
| 9. 発達障害 | 10. 精神遅滞 |
| 11. 知的障害 | 12. 注意欠陥（欠如）多動性障害、AD/HD |
| 13. 注意欠陥（欠如）障害、ADD | 14. 多動性障害 |
| 15. 発達障害の疑い | 16. 学習障害 |
| 17. その他（ ） | |

d) 最初に診断を受けた機関は?

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. 大学病院小児科 | 2. 大学病院精神科 |
| 3. 大学病院心療内科 | 4. 総合病院小児科 |
| 5. 総合病院精神科 | 6. 総合病院心療内科 |
| 7. 単科精神科病院 | 8. 心療内科・精神科クリニック |
| 9. 小児科クリニック | 10. 発達障がい者支援センター |
| 11. 保健所 | 12. 保健センター |
| 13. 県総合療育センター | 14. 児童相談所 |
| 15. その他（ ） | |

e) 診断とその説明に要した時間（医師の診察や問診を含む）時間はどれくらいですか？

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. ~5 分 | 2. ~10 分 |
| 3. ~30 分 | 4. ~1 時間 |
| 5. ~2 時間 | 6. 2 時間以上 |

f) その時間は、診断について理解するのには十分でしたか？

- | | | |
|--------------------|-------------|------------|
| 1. 足りなかった | 2. 十分だった | 3. 長すぎた |
| 4. なんととも言えない（理由 | |) |

g) 診断名とともにお子さんの支援の方法についても医師からの説明がありましたか？

あったという方は何分くらいでしたか？

あった 分程度 ・ なかった

h) その時間は、支援方法を理解するのには十分でしたか？

- | | | |
|--------------------|-------------|------------|
| 1. 足りなかった | 2. 十分だった | 3. 長すぎた |
| 4. なんととも言えない（理由 | |) |

i) 1 歳半検診では何か指摘されましたか？

- | | | |
|--------------|---------------------|---------------------|
| 1. 特に指摘なし | 2. 再度相談するように言われた | 3. 専門機関の受診を勧められた |
|--------------|---------------------|---------------------|

j) 3 歳あるいは 3 歳半検診では何か指摘されましたか？

- | | | |
|--------------|---------------------|---------------------|
| 1. 特に指摘なし | 2. 再度相談するように言われた | 3. 専門機関の受診を勧められた |
|--------------|---------------------|---------------------|

k) 障がい者手帳をお持ちでしたら種別をお答えください。

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 療育手帳 A | 2. 療育手帳 B |
| 3. 精神障害者保健福祉手帳 1 級 | 4. 精神障害者保健福祉手帳 2 級 |
| 5. 精神障害者保健福祉手帳 3 級 | 6. 持っていない |

l) 診断の説明方法について何かご意見があればお願いします

*** ご協力、ありがとうございました ***

図1 子どもの現在の年齢

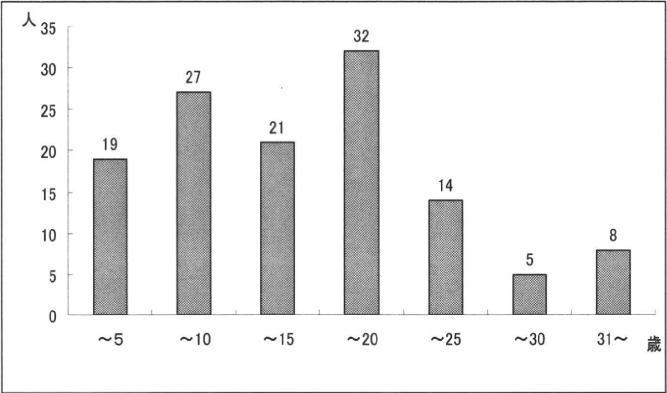


図2 障がい者手帳の取得状況（複数回答）

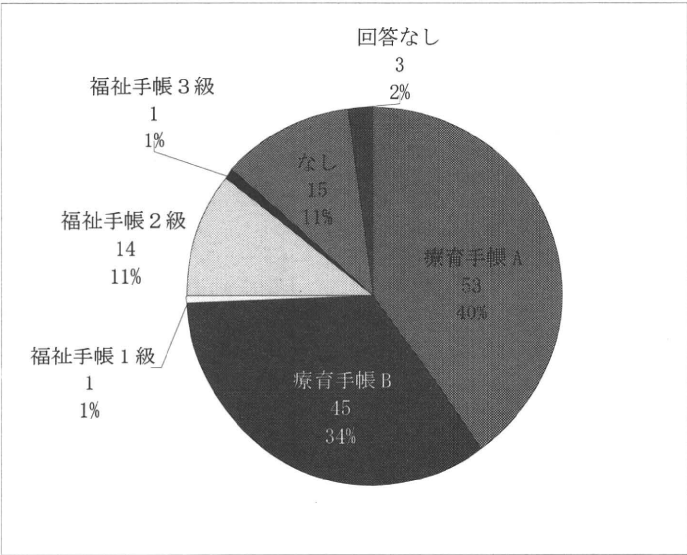


表1 乳幼児検診での指摘 (%)

検診での指摘	1 歳半	3 歳半
特になし	63.5	31.7
再度相談を勧められた	29.4	14.3
専門機関の受診を勧められた	5.6	38.1
その他	0.0	15.1
回答なし	1.6	0.8

図3 診断を受けた年齢

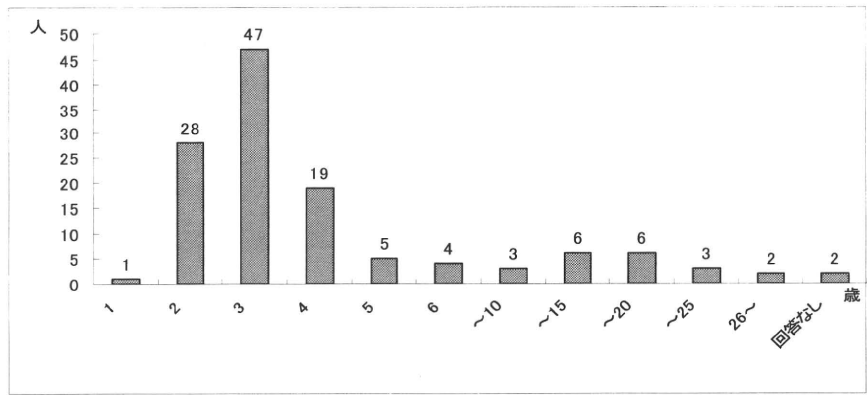


図4 診断機関

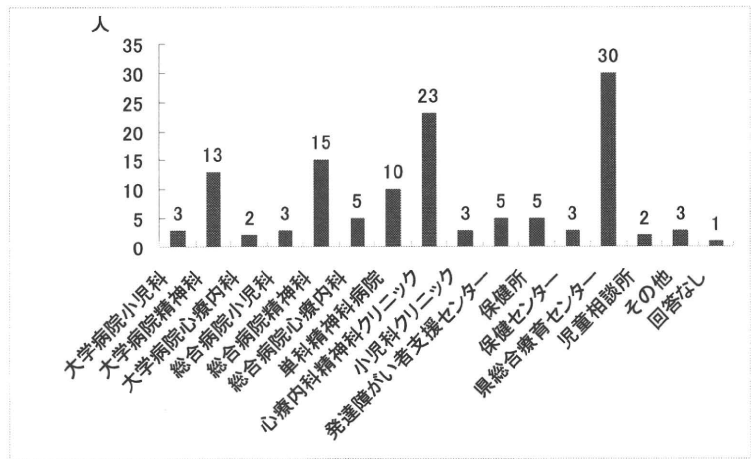


図5 診断名（複数回答、126例に対し221の回答数）

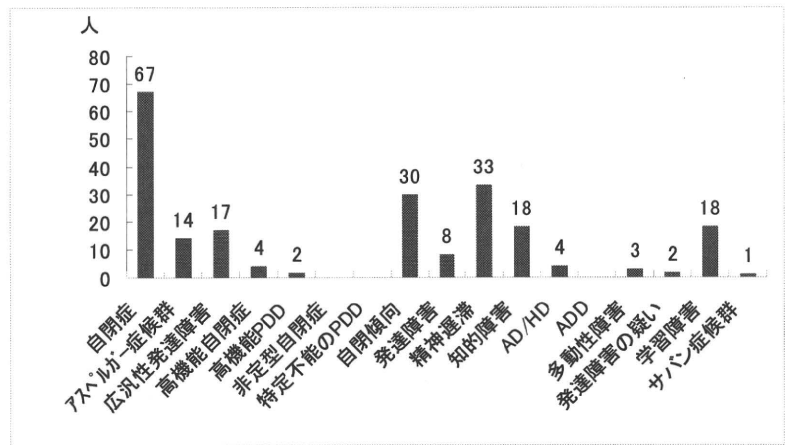


図 6 診断の説明時間

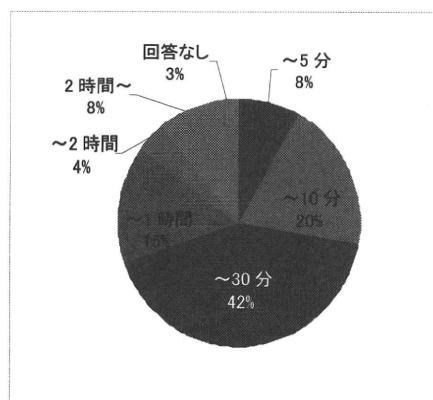


図 7 診断の説明時間は十分だったか

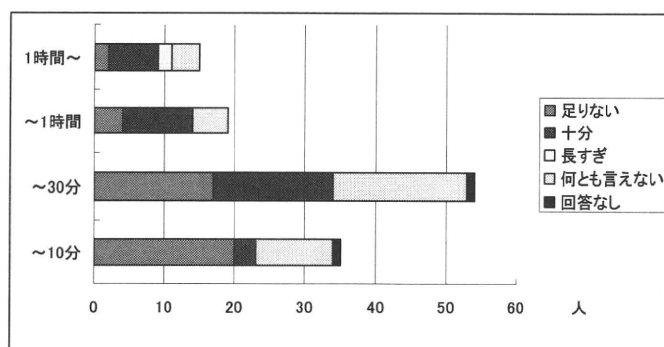


図 8 支援説明の時間

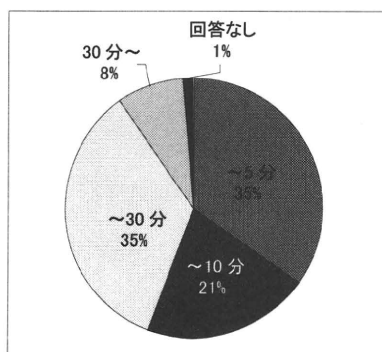
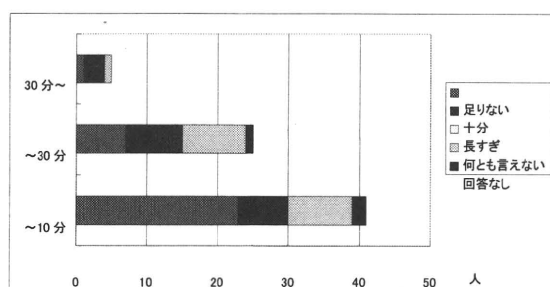


図 9 支援方法の説明は十分だったか



分担研究報告書

1～3歳の自閉症スペクトラム障害のリスクのある子どもの保護者への
ペアレント・トレーニングの重要性とその課題

分担研究者 杉山登志郎 浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座

研究協力者 野村和代 浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座

山村淳一 浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座

井上雅彦 鳥取大学医学系研究科

研究要旨

自閉症スペクトラム障害の診断と親への告知、その後の診断について、現在まで得られた知見を概観し、3歳以前の乳幼児期に自閉症スペクトラム障害の診断を実施する際に考慮すべき点、保護者への支援について考察した。

診断技術の向上により自閉症スペクトラム障害の診断は乳幼児期にも可能になりつつある。しかし保護者の受け入れを配慮した診断告知や親子が社会から孤立しないように療育・支援体制を整えることが重要である。また保護者自身が子どもへのかかわり方を学ぶ機会が重要であり、自閉症スペクトラム障害の乳幼児期に示す行動特徴を配慮したペアレント・トレーニングのプログラム開発が必要であると考えられる。

A. はじめに

1～3歳の乳幼児においても『育てにくい子ども』『気になる子ども』の存在は長らく指摘されてきた。発達障害に関する知識が広がり、自閉症スペクトラム障害（以下ASD）についての早期診断の精度は高まってきている。

早期のスクリーニングが可能になることで二次障害の低減が期待される一方で、診断後の支援体制の不備や、保護者の子どもの障害の受け入れの困難などが課題となっている。これらの問題は子どもが3歳以降のケースに多くみられていたが、今後診断技術が進むことにより、3歳以前のいわゆる超早期の診断が可能となれば、それら

の課題はより困難を深めると考えられる。

早期に発見・診断することにより、特性に応じたかかわり方や療育がより早い時期に可能になれば子どもにとって有益であることは間違いないが、保護者の受け入れの困難から起こる2次的な弊害も考慮しなくてはならない。

超早期における診断が保護者の子どもの障害受容と子どもの発達促進につながるにはどのような支援が必要かについて考察する。

B. 診断から支援への流れについて

1) 早期発見から超早期診断へ

我が国は健診事業の普及により乳幼児

期に発達をつまづきのある子どもを早期に発見することが可能となった。就学後の発達障害のある子どもの適応が学校現場において課題となる中で、健診は意義を増し、その精度をあげることが課題として掲げられている（石川,2002；岩永ら,2008）。

現在では発達に気がかりな子どもと保護者に対して、母子遊び教室など母子保健事業によりフォローしたり、必要に応じて医療機関や療育施設へとつなげていく流れが多くとられている。

早期に診断をし、子どもの特性にあった対応をすることで、子どもの発達の促進や二次障害の予防が期待できるという報告は多い（杉山ら,1999；十一,2004）。また近年、臨床診断技術やスクリーニング尺度の精度の向上やバイオマーカー研究が進み、3歳以前に自閉症リスクのある子どもをスクリーニングすることが可能になりつつある。

しかし一方で発達障害の診断を保護者に伝えることについてはその難しさが現場、研究報告においても議論されている。これまで得られてきた知見として、保護者の気づきや受け入れ状況を考慮すべきという指摘（武市,1990；中田ら,1995）や、診断後に受けられる支援や療育が整っていることが重要であり、支援のない場合には親子が孤立する可能性があるという報告（玉井,1993）がある。

2）保護者への診断告知

診断のありかたは保護者の障害受容やその後の積極的な子育て、療育に向かう姿勢に強く影響すると数多く報告がなされており、中田ら（1995）は診断される以前に母親が子どもの問題に気づきの有無が告知

時の情緒的反応に影響を与えると示した。

保護者の子どもの障害への気づきについては、知的な遅れがないASD児の場合には見た目のわかりにくさなどから気づきが遅れるという指摘は多い（渡部ら,2002；飯田,2004）。一方で、ASD児の保護者への回顧的な調査においては、中度から重度の知的障害を伴うASD児の場合には1～2歳未満で問題に気づき（永井ら,2004）、知的な遅れを伴わない広汎性発達障害児においても、子どもの障害を疑わせる兆候を感じるのは平均して2歳ごろ（柳楽ら,2004；山岡ら,2008）と示している。

現在の医療の状況としても同様の配慮は広く行われているようであり、辻井ら（2008）は小児科学会主催の研修会に参加した専門医への調査では3歳までの幼児にHFASDが強く疑われる場合には、保護者の気づきを判断して行っていることを明らかにしている。

子どもの発達の問題に気づく時期には母親それぞれによりある程度の差がある見えるが、山根（2011）は子どもの発達への不安を抱いてから診断までの時間が比較的に短い場合、すなわち子どもの障害の疑いや認識の低いなかでの診断告知は、母親は気づきから長い群に比べて強いショックや不安感を体験することを調査により示している。

診断技術の向上により早期に診断が可能になりつつあるが、保護者の気づきや受け入れ状態を考慮した診断の手続きの整備が重要であるといえる。また診断告知においても、保護者は診断名だけでなく療育や支援機関の紹介、将来の見通しや方向性を強く求めており（玉井,1990；中田ら,1995；山根,2011）、診断後の療育や支援