

一で巡回相談会を行っている。これまでに事業に参加した児童は、平成 23 年 9 月～平成 26 年 12 月末までで 31 名であった。福島県内の各地の同期間における参加児童の合計は 116 名であり全体の 26.7%となっている。この事業については、“発達支援室”が発達障がい者支援センターと連絡調整を行い、市内の事業所のマネジメントを行った。

9) サポートブックの利用

南相馬市では、平成 24 年より相談支援ファイル『かけはし』を作成し、発達障害児へ活用を促している。相馬養護学校とも連携し、児童生徒への利用を勧めている。内容として、災害に備えて記述する、確認するための内容が盛り込まれるなど、緊急時により活用しやすいものとなっている。乳幼児期から成人期において家族や本人が記述して使うものであり、内容としては、プロフィール（本人に関すること・関係機関等）、つたえたいページ（本人への支援方法・生活面のサポート）、医療・相談の記録（かかりつけ医について、受診・相談の記録など）、保育・教育・卒業後の記録（学年ごとの家庭や幼稚園・保育園、学校での様子など）、相談機関、災害に備えるためのページと構成されている。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査結果

アンケートの回収について、平成 25 年度は 14 校から（回収率 82.4%）、平成 26 年度は 13 校から回答があり（回収率 81.3%）、特別支援学校は後日回答予定となっている。

1) 学校で把握している発達障害児の実態調査

（表Ⅲ-1、表Ⅲ-2 参照）

1 年生については、平成 25 年度の発達に遅れや偏りのある児童総数において、「診断あり」18 名（7.7%）、「診断なし（疑い）」25 名（10.7%）、計 43 名（18.5%）であった。平成 26 年度は「診断あり」17 名（7.1%）、「診断なし（疑い）」24 名（10.0%）、計 41 名（17.1%）であった。

平成 26 年度 2 年生（平成 18 年 4 月から 19 年 3 月生まれ）は、平成 25 年度の 1 年生と比較して、発達に遅れや偏りがある児童の総数は「診断あり」8 名（3.1%）、「診断なし（疑い）」11 名（4.3%）、計 19 名（7.4%）と大きく減少している。

小学校 6 年生については、平成 25 年度は「診断あり」19 名（5.9%）、「診断なし（疑い）」12 名（3.7%）、計 31（9.6%）であった。平成 26 年度は「診断あり」21 名（6.0%）、「診断なし（疑い）」17 名（4.9%）、計 38 名（10.9%）であった。概ね同じであるが、疑いのある児童がやや増加していた。

診断名ごとにみると、平成 25、26 年度共に 1 年生で最も割合が高いのは「診断あり」が「PDD」、「疑い」が「ADHD」であった。

平成 26 年度の 2 年生は、「診断あり」では「PDD」3 名、「ADHD」3 名、「発達性言語障害」2 名であった。「疑い」は「ADHD」3 名、「発達性言語障害」3 名、「学習障害」2 名、「精神遅滞」3 名であった。「疑い」においては、小学校 1、2 では「PDD」は 0 名であった。

小学校 6 年生については、平成 25 年、26 年共に「診断あり」において「PDD」が最も多く、次いで「ADHD」であった。「診断なし」は、平成 26 年度で「ADHD」6 名（1.7%）が最も多く、次いで「学習障害」5 名（1.4%）であった。

2) 特別な教育的配慮を必要とする児童について （表Ⅲ-3、表Ⅲ-4 参照）

平成 25 年度の 6 年生、平成 26 年度のすべての学年において、最も多かった支援内容は「学級担任による配慮のみ」であった。また、受診をしない理由としては、「必要性を感じない」が平成 25・26 年度、1、2、6 年生いずれも最も多かった。

3) 震災後のストレスケアについて

（表Ⅲ-5、表Ⅲ-6 参照）

「震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児童」については、平成 25 年度は 1 年

生 15 名 (6.4%)、6 年生 8 名 (2.5%) であったが、平成 26 年度では、1 年生 2 名 (1.0%)、6 年生 14 名 (4.0%) となった。平成 25 年度の 1 年生と平成 26 年度の 2 年生 1 名 (0.4%) を比較すると、減少していた。平成 26 年度の 1 年生は 2 名中 1 名のみ医療機関を受診し、2 年生は 1 名がスクールカウンセラーと医療機関の両方を受診していた。6 年生においては 14 名中 6 名がスクールカウンセラーの面接を受け、5 名が医療機関を受診した。いずれのケアも受けていない児童の割合は、平成 26 年度の方が高い。

D. 考察

南相馬市における発達障害児の早期発見と支援の取り組みとして、特徴的だったことは“発達支援室”の設置であった。専門職が乳幼児期から成人期まで、発達障害をキーワードに関わる部署があることは、発見から支援までを円滑につなぐために機能していた。横のつながりとして地域の保育所・幼稚園や医療、福祉サービスについても連携がとりやすく、支援のマネジメントに大きな役割を果たしていると考えられる。また、研修会の開催は専門職の人材育成、支援者の専門性の向上に役立つものであり、地域全体の発達障害児支援の向上が期待される。

小学校へのアンケートについては、小学校 1 年生では「診断あり」において「PDD」、「疑い」では「ADHD」が多い傾向にあった。低学年で落ち着きがないため、発達障害が疑われていることが考えられる。しかし、小学校 2 年生になると昨年度に「診断あり」「疑い」の児童共に半数以上減少しており、把握されにくいことが推測される。平成 26 年の小学校 6 年生では、「疑い」で最も多かったのは「ADHD」であり、平成 25 年度の結果と比較しても増加している。高学年においても落ち着きのなさが目立つ児童の割合が増えていることが窺えた。保育所・幼稚園、学校のいずれにおいても在籍数の変動がみられ、避難や帰還の混乱があり、

大人も落ち着かない生活が影響していることも推測される。

E. 結論

乳幼児健康診査においては、発達障害児の早期発見について全国的に取り組みが進められているが、小規模市においては子どもの発達に加えて家庭環境の確認も行いやすいため、熱心に取り組んでいる市町村では発見率（経過観察率）が高まりやすい傾向がある。しかし、支援につながるものが課題になりやすい。

南相馬市においては、“発達支援室”が支援につながる役割として機能しているが、小規模市においては、予算や人材の関係から新しい部署の設置はすぐに行うことが難しい場合もある。しかし、乳幼児健康診査から支援につながる際に担当保健師に加え、専門の職員が一緒に取り組むシステムが機能していると考えられ、そうした人員の配置を検討することも有効である。また、南相馬市の取り組みから、乳幼児期から成人期まで長期にわたるサポート体制の構築を見据え、成長に合わせた地域の社会資源の活用について、市が中心に動くことは、発達障害の支援を円滑に進める上で重要であった。地域全体の発達障害についての専門性を高める（問題や知識を共有する）ことも、福祉機関や保育所・幼稚園との連携を図りやすくするものであった。今後は、このよう効果的であった取り組み（人材の確保・システム構築）を他の小規模市と比較するとともに導入に関する課題についての検討が必要である。

引用・参考文献

- ・平成 24・25・26 年版福島県勢要覧
- ・統計集「まち D ス 2013」
- ・相談支援ファイル『かけはし』
- ・『南相馬市の教育』平成 25 年度
- ・福島県庁児童家庭課提供 統計資料
- ・内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、吉田香織

『福島県沿岸部における東日本大震災前後の乳幼児の変化—乳幼児健診の記録を通して』第24回乳幼児医学心理学会 2014年

表Ⅲ-1 平成25年度_学校で把握している発達障害児の実態について 単位：人数（％）

診断名	1年生 (n=233)		6年生 (n=322)	
	診断あり	診断なし (疑い)	診断あり	診断なし (疑い)
発達に遅れや偏りがある児童の総数	18(7.7%)	25(10.7%)	19(5.9%)	12(3.7%)
「広汎性発達障害（PDD）」	8(3.4%)	0(0%)	8(2.5%)	3(0.9%)
「ADHD」「多動性障害」	2(0.9%)	11(4.7%)	7(2.1%)	2(0.6%)
「構音障害」「発達性言語障害」	1(0.4%)	5(2.1%)	0(0%)	0(0%)
「学習障害」	—	—	0(0%)	3(0.9%)
「精神遅滞」	5(2.1%)	7(3.0%)	2(0.6%)	4(1.2%)
なんらかの精神的な問題 (吃音、場面緘黙、チックなど)	2(0.9%)	2(0.9%)	2(0.6%)	0(0%)

表Ⅲ-2 平成26年度_学校で把握している発達障害児の実態について 単位：人数（％）

診断名	1年生 (n=240)		2年生 (n=258)		6年生 (n=349)	
	診断あり	診断なし (疑い)	診断あり	診断なし (疑い)	診断あり	診断なし (疑い)
発達に遅れや偏りがある児童の総数	17(7.1%)	24(10.0%)	8(3.1%)	11(4.3%)	21(6.0%)	17(4.9%)
「広汎性発達障害（PDD）」	12(5.0%)	3(1.3%)	3(1.2%)	0(0.0%)	10(2.9%)	2(0.6%)
「ADHD」「多動性障害」	2(0.8%)	11(4.6%)	3(1.2%)	3(1.2%)	9(2.6%)	6(1.7%)
「構音障害」「発達性言語障害」	0(0.0%)	6(2.5%)	2(0.8%)	3(1.2%)	0(0.0%)	1(0.3%)
「学習障害」	0(0.0%)	2(0.8%)	0(0.0%)	2(0.8%)	0(0.0%)	5(1.4%)
「精神遅滞」	3(1.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(1.2%)	2(0.6%)	1(0.3%)
なんらかの精神的な問題 (吃音、場面緘黙、チックなど)	0(0.0%)	2(0.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.6%)

表Ⅲ-3 平成25年度_特別な教育的配慮を必要とする児童 単位：人数（％）

	支援内容	6年生 (n=320)
A. 特別支援 学級に在籍	(1) 知的障害特別支援学級総数	5(1.6%)
	(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	2(0.6%)
	(3) その他の特別支援学級総数	0(0.0%)
B. 通常学級 に在籍	(1) 情緒障害通級指導教室に通級	0(0.0%)
	(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	2(0.6%)
	(3) その他の通級指導教室に通級	4(1.3%)
	(4) 適応指導教室((1)～(3)通級児を除く)	0(0.0%)
	(5) その他の支援	8(2.5%)
	(6) 学級担任による配慮のみ	14(4.4%)

表Ⅲ-4 平成26年度_特別な教育的配慮を必要とする児童 単位：人数（％）

	支援内容	1年生 (n=240)	2年生 (n=258)	6年生 (n=349)
A. 特別支援 学級に在籍	(1) 知的障害特別支援学級総数	2(0.8%)	4(1.6%)	4(1.1%)
	(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	0(0.0%)	1(0.4%)	5(1.4%)
	(3) その他の特別支援学級総数	1(0.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)
B. 通常学級 に在籍	(1) 情緒障害通級指導教室に通級	0(0.0%)	2(0.8%)	7(2.0%)
	(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	6(2.5%)	5(1.9%)	2(0.6%)
	(3) その他の通級指導教室に通級	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	(4) 適応指導教室((1)～(3)通級児を除く)	0(0.0%)	1(0.4%)	2(0.6%)
	(5) その他の支援	3(1.3%)	2(0.8%)	4(1.1%)
	(6) 学級担任による配慮のみ	10(2.9%)	6(2.3%)	10(2.9%)

表Ⅲ-5 平成25年度_震災後のストレスケア 単位：人数（％）

内容	1年生 (n=233)	6年生 (n=322)
①震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	15(6.4%)	8(2.5%)
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	7(3.0%)	7(2.2%)
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	12(5.1%)	4(1.2%)

表Ⅲ-6 平成26年度_震災後のストレスケア 単位：人数（％）

内容	1年生 (n=240)	2年生 (n=258)	6年生 (n=349)
①震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	2(1.0%)	1(0.4%)	14(4.0%)
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	0(0.0%)	1(0.4%)	6(1.7%)
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	1(0.5%)	1(0.4%)	5(1.4%)

II-4. 標準的な評価指標に関する研究

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））

発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な
支援の実態と評価のあり方に関する研究

分担研究報告書

標準的な評価指標に関する研究：幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度（BISCUIT）日
本語版の信頼性・妥当性の検証

分担研究者

神尾 陽子（(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 部長）

研究協力者

本田 秀夫（山梨県立こころの発達総合支援センター 所長）

大澤 多美子（広島市こども療育センター 部長）

内山 登紀夫（福島大学人間発達文化学類 教授）

外岡 資郎（鹿児島県こども総合療育センター）

村松 陽子（京都市児童福祉センター）

石飛 信（(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長）

小原 由香（(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 研究員）

研究要旨：自閉症スペクトラム障害（Autism spectrum disorders: 以下 ASD）は、発達早期から生涯に渡る支援が必要な発達障害である。ASD の発達を促進し、症状を軽減するためには早期介入が重要であり、そのためにはまず中核症状に着目した ASD の早期診断を発達早期に行う必要がある。また ASD は、中核症状に加え、注意欠如/多動性障害・不安障害・チック・強迫性障害・感覚過敏・睡眠障害・気分障害・カタトニアなど多種類の併存症が、高頻度に認められ、ASD の臨床像を複雑にしている。このような併存症は ASD 児者の日常の社会適応に大きな影響を及ぼし、長期予後を左右する因子となることがわかってきた。しかしながら、国内外において ASD の併存症を含めた包括的に評価するための臨床評価尺度として確立されたものはなく、このことが併存症の介入への遅れに繋がる要因の一つと考えられる。したがって中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断をすすめ、幼児期から個別ニーズに応じた支援体制を確立していくことが今後の重要課題である。このためには、中核症状・併存症双方の観点から子どもを包括的に評価可能で、実臨床にも使用可能な簡便な評価尺度が必要であり、今後、多施設共同研究や国際間比較研究を進める上でも必須と考えられる。そこで本研究は、米国で開発された The Baby and Infant Screen for Children with aUtIsm Traits (BISCUIT) の日本語版を作成し、本邦での信頼性・妥当性を検証することを目的とする。H26 年度は、“国際共同研究プロトコール”に準じ、計 46 名のデータ収集を行った。

A. 研究背景と目的

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders: ASD) は、発達早期から生涯に渡る支援が必要な発達障害である。ASD 児者の発達を促進し、症状を軽減するためには発達早期からの介入が重要であり、そのためにはまず ASD の早期診断を発達早期に行う必要がある。ASD の医学的診断に関しては、熟練した専門医による ASD の中核症状 (社会性の障害、コミュニケーションの障害、こだわり) の評価による臨床診断が黄金基準とされているが、評価尺度に基づき、施設間や評定者間で客観的な診断評価を行うことは、臨床に有用であるだけでなく、多施設共同研究や、国際間での比較を可能とし、研究の発展に必須であることから、早期診断のための評価尺度の整備が必要である。現在、ASD 早期診断目的の評価尺度として、親からの聴取に基づき評価する The Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R)、対象児の行動観察に基づき評価する The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) などがあるが、使用するためには英語圏でトレーニングを受ける必要があり、特に ADI-R の実施時間は約 2 時間と長く、日本では、乳幼児を対象とした自閉症的行動特性を客観的に評価する実用的な尺度は乏しく、臨床や研究で使用する際のバリアとなっている。こうした事情を鑑み、2004 年に日本で開発された日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS) は問診をベースに幼児から成人まですべてのライフステージにおける広汎性発達障害

の特徴を尋ねるもので、Ito ら(2012)は ADI-R を外的基準として妥当性を検証した。2012 年には質問項目の解説部分の文言のみテキスト改訂して、テキスト改訂版 (Pervasive Developmental Disorders Autism Spectrum Disorders Rating Scale - Text Revision) に移行した。現在、PARS および PARS-TR は幼児対象として使用すると 30 分から 1 時間程度以内で終了できる簡便さから日本で広く使われている。しかしながら、その信頼性および妥当性は 3 歳以降の幼児を対象としたもので、現在、早期診断の主たる対象である 2 歳前後の幼児に適切な項目がほとんど含まれていない。1 歳 6 ヶ月時の乳幼児健診で ASD が強く疑われた後、フォローして 2 歳前後でまず診断評価を行い、以降は定期的にモニターして最終的に 3 歳以降で確定診断するといった流れが望ましいが、早期発見できたケースを高い信頼性と妥当性を持って診断評価する際の標準的ツールは本邦で前述の ADI-R と ADOS 以外には存在しない。これらは優れた評定尺度であるが、臨床現場にはなじみにくいといふ欠点がある。このため、2 歳児に適応できる、比較的簡便で臨床場面で使いやすい、信頼性と妥当性の高い ASD 評価尺度の開発が求められている。

さらに、ASD は、中核症状に加え、注意欠如/多動性障害・不安障害・チック・強迫性障害・感覚過敏・睡眠障害・気分障害・カタトニアなど多種類の併存症が、高頻度に認められ、ASD の臨床像を複雑にしている。このような併存症は ASD 児者の日常の社会適応に大きな影響を及ぼし、長期予後を左右する因子となることがわか

ってきた(Kamio et al., 2013)。まだ併存症の発症時期やその経過については明らかになっていないが、我々の先行研究で5歳児にはすでに年長児と同程度に多種類の併存症が、同程度に高頻度にみられることが明らかになり、さらに2歳前後の行動特徴がある程度それを予測しうる可能性が示された(神尾ら, 印刷中)。早期から途切れない ASD 支援を計画するうえで、併存症の現われを見逃さず、その程度を的確に評価することは適切なタイミングで支援を始め、慢性化、重症化を防ぐためにも重要である。しかしながら、国内外において ASD の併存症を含めた包括的に評価するための臨床評価尺度として確立されたものはなく、このことが併存症の介入への遅れに繋がる要因の一つと考えられる。したがって中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断をすすめ、幼児期から個別ニーズに応じた支援体制を確立していくことが今後の重要課題である。

そうしたなかで、ASD の中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断を行う際の診断用ツールとして、Matson らによって開発された the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT) は、2-3 歳前後の幼児(月齢 17-37 ヶ月)に特化してあまり評価に時間と負担をかけずに実施できるように作成されており、有用性のエビデンスが蓄積されつつある(Matson et al., 2009, 2011a, 2011b; Rojahn et al., 2009)。BISCUIT は、13 項目から成る行動観察項目に加えて、親からの聴取にもとづいて ASD を他の発達障害から区別し、自閉症的行動特性を量的に評価する Part1 (62 項目: 20-30 分程度)、

ASD に付随しやすい不安などの情緒面の問題や多動などの併存症を評価する Part2 (57 項目)、ASD に付随しやすい問題行動を評価する Part3 (15 項目) から構成される。BISCUIT の利点として、ADI-R や ADOS より短時間で実施でき、それらに含まれない併存症や問題行動も評価できる包括的診断が可能となる点が挙げられる。本邦での導入を想定すると、乳幼児健診の事後健診など発達を専門とする小児科医や児童精神科医の包括的診断を助けると期待される。また、現在、開発者の Matson らを中心として妥当性検証の国際比較研究が始まっており、日本での検証がなされれば、将来、国際比較が容易になる。

本研究は、BISCUIT 日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証を目的とする。H25 年度は評価尺度およびそのマニュアルの日本語訳と原著者とのバックトランスレーションの手続きを完了し、本研究班の研究代表者を含む複数の分担研究者を、本研究の研究協力者として計画を立て、協力者の所属するすべての機関の倫理委員会の審査を経て本研究計画の承認を受けた。H26 年度は、以下に示した“国際共同研究プロトコール”に準じた研究計画を遂行し、計 46 名のデータ収集を行った。

B. 研究方法

【対象】

対象は、ASD あるいは発達の遅れ/障害を疑われて紹介された 17-37 ヶ月の幼児である。対象児は、小児科医あるいは健診で指摘を受けた幼児のうち、保護者から研究協力の同意が得られた者とする。

【除外基準】

・身体障害、感覚障害のあるものや、その他主治医が合併症や治療経過により不適切と認めたもの。

【BISCUIT について】

先に示したように、BISCUIT は、ASD の中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断を行う際の診断用ツールとして、Matson らによって開発された。対象は、2-3 歳前後の幼児（月齢 17-37 ヶ月）である。ASD 診断には、13 項目から成る行動観察項目に加えて、親からの聴取にもとづいて自閉症的行動特性（中核症状）を量的に評価する Part1（62 項目）が用いられる。BISCUIT - パート 1 は、情報提供者（親または養育者）ベースの尺度で、乳幼児における自閉症と特定不能の広汎性発達障害（PDD-NOS）の症状を評価するようデザインされている。評価尺度は 62 項目で構成され、各項目ごとに典型例と非典型例の記載がなされており、評定者により親または養育者に対して読み上げられる。親または養育者は各項目について当の子供と同じ年ごろの他の子供を比較することにより、次の評点により評価する：0 = 「差がない；障害はない」、1 = 「ある程度差がある；中等度の障害」、2 = 「大きく差がある；重度の障害」。BISCUIT - パート 1 の内部整合性係数は.97 である (Matson, Wilkins, et al., 2009)。0~120 の範囲でスコアリングされ、17~37 ヶ月齢の合計 1,007 名の参加者 (M = 26.44; SD = 4.98。330 名が ASD) をもとにした研究 (Matson, Wilkins, et al., 2011) により、PDD-NOS と定型発達とのカットオフ値は 17 (感度 84.7、特異度 86.4)、PDD-NOS と自閉性障害のカットオフ値は 39 (感度 84.4、特異度 83.3) とされた (Matson, Wilkins, et al., 2009)。

併存症の評価には、ASD に付随しやすい不安などの情緒面の問題や多動などの併存症を評価する Part2（57 項目）、ASD に付随しやすい問題行動を評価する Part3（15 項目）が用いられる。BISCUIT - パート 2 には、57 項目が含まれ、下位尺度は、(かんしゃく／反抗的・挑戦的行動、不注意／衝動性、不安／反復的行動、摂食／睡眠の問題) のカテゴリに分類されており、幅広い併存症を網羅している。各項目において、最近どの程度問題があったかについて以下のように評価される：0 = 「まったく問題でも障害でもない」、1 = 「中等度の問題または障害」、2 = 「重度の問題または障害」、または X = 「当てはまらない、またはわからない」。BISCUIT - パート 2 の内部整合性係数は.96 である (Matson, Wilkins, et al., 2009)。BISCUIT - パート 3 には、15 項目が含まれ、その下位尺度は、(攻撃的／破壊的行動、常同行動、自傷行動) のカテゴリに分類されており、challenging behavior を中心としたものである。各項目は、最近どの程度そういう問題があったかについて以下のように評価される：0 = 「まったく問題でも障害でもない」、1 = 「中等度の問題または障害である」、2 = 「重度の問題または障害である」。BISCUIT - パート 3 の内部整合性係数は.91 である (Matson, Wilkins, et al., 2009)。

【手続き】

評定者 A (BISCUIT による評価担当)、A 以外の評定者 (BISCUIT の情報にブラインドな総合臨床診断を担当) による対象者の評価を行う。
→双方とも経験のある医師あるいは臨床心理士が担当。

1. 全員にDSM-IVおよびDSM-5のチェックリストを用いて診断評価を実施する。
(⇒A以外の評定者)
2. 全員にM-CHATを実施する（親回答および専門家評価）。注）M-CHATは2歳まででしか妥当性が検証されていない（Kamio et al., 2014）が、本研究では研究用としてその年齢幅を超えた対象児に対しても全員に実施する。（⇒A以外の評定者）
3. すでに発達検査が終了している場合にはその結果を転記する。まだ発達検査がなされていない場合には新K式発達検査を実施する（やむを得ない場合には他の検査や親回答のKIDSでも可）。（⇒A以外の評定者）
4. 全員にBISCUIT観察13項目の評定を実施する。（⇒評定者A）
5. 全員に、残りのBISCUITを完了する
（フェイスシート、Part 1, Part 2, Part 3）。（⇒評定者A）
6. 定型発達以外のハイリスク児に対してのみ、SDQ(Strength and Difficulties Questionnaires)2-3歳用（25項目）を実施する。
7. BISCUITの結果にブラインドな評定者（経験のある医師あるいは臨床心理士）がBISCUIT以外の情報（DSM-IVチェックリスト、M-CHAT, 新K式発達検査）に基づいて臨床判断を行う。
 - 自閉性障害
 - PDD-NOS
 - 非定型発達（非ASD）
 - 定型発達
 （⇒A以外の評定者）

8. 個人情報を外して ID 番号を振り当てた対照表を作成する。

9. 個人情報ははずした臨床情報は、国立精神・神経医療研究センターの分担研究者神尾まで送付され、入力後電子情報として保管される。

※統計解析計画

1. 信頼性検討

内部一貫性：Part1, 2, 3 それぞれについて Cronbach の α 係数を調べる。

2. 妥当性検討

・収束的妥当性：①Part1 総得点と M-CHAT スコア、新版 K 式の「言語・社会」領域 DQ、SDQ スコアとの相関関係を調べる。

②Part2、3 総得点と SDQ 総得点および下位項目との相関関係を調べる。

・弁別妥当性：ASD 群と non ASD 群の Part1, 2, 3 それぞれの得点の平均の差を調べ、カットオフ値を算出する

（倫理面への配慮）

本研究はすべて、臨床研究に係る倫理指針に基づき、（独）国立精神・神経医療研究センター、福島大学の倫理委員会の承認を得て行う。

C. 研究の進捗状況と今後の予定

2015年1月現在、46名のデータ収集を完了した。H27年度は、ASD児・非ASD児を含め、さらに約40名を目標にデータ収集を継続し、信頼性・妥当性の最終的な検証を行う予定である。今年度は、データ収集の完了した46名のデータに基づく中間解析結果を呈示する。

① 対象

対象児は、ASD あるいは発達の遅れを疑われて紹介された 46 名（男児 34 名、女児 12 名、月齢 26.6 ± 5.3 ヶ月）であった。BISCUIT の結果にブラインドな評定者が BISCUIT 以外の情報（DSM-IV チェックリスト、M-CHAT, 新 K 式発達検査）に基づいて臨床診断を行った結果、自閉症障害が 36 名（78%）、PDD-NOS が 10 名（22%）で、非定型発達（nonASD）および定型発達の診断がついた者はいなかった。また、「自閉症もしくは ASD と診断されたあるいは自閉症もしくは ASD が疑われているきょうだいの有無」に関しては、有が 15 人（33%）、無が 31 人（68%）であった。出生時の両親の平均年齢は、母親が 33 ± 4.3 歳、父親が 33.7 ± 5.3 歳であった。M-CHAT 不通過項目数の平均は、全体で 10.9 ± 5.1 、自閉症障害（36 名）では 11.6 ± 4.9 、PDD-NOS（10 名）では 7.9 ± 4.8 であった。現在、身体疾患、遺伝性疾患、知的障害などの併存症を有している児は、13 名（28.2%）であった。

② BISCUIT Part1, 2, 3 の各項目の平均、標準偏差、項目合計相関（表 1、2、3）
各 Part とも、 $Mean < 0.05$ の Low endorsement rates を示す項目は見られなかった（→先行研究（Matson, Wilkins, et al., 2009）では、 $Mean < 0.05$ の Low endorsement rates を示す項目は除外されている）。これは、今回解析対象とした 46 名全てが ASD の診断を受けていることも影響している。項目合計相関が 0.3 未満の項目の数は、Part1 では 62 項目中 11 項目、Part2 では 57 項目中 9 項目、Part3 では 15 項目中 5 項目

あり、今後 n を増やしたうえで再検討する必要がある。

③ 内部一貫性（BISCUIT Part1, 2, 3）
46 名（自閉症障害：36 名、PDD-NOS：10 名）の対象児に行った、BISCUIT の各 part の Cronbach の α 係数（以下 α ）は以下の通りであった。

- Part1（全 62 項目） = 0.961
- Part2（全 57 項目） = 0.881
- Part3（全 15 項目） = 0.784

一般に、 α が 0.6 を超える場合、その評価尺度は高い内的一貫性を有していると考えられことから、BISCUIT 日本語版の内的一貫性は 3 つの part とも高いと考えられる。（参考：米国での先行研究（Matson, Wilkins, et al., 2009）での BISCUIT の各 part の α は以下の通りである。0.97（Part1 全体）、0.96（Part2 全体）、0.91（Part3 全体）。46 名のデータにおける各 part のサブカテゴリーごとの α も以下に示す。

【Part 1】

- Part1（社会化・非言語性コミュニケーション：24 項目） = 0.948
- Part1（反復行動・限局的な興味：23 項目） = 0.872
- Part1（コミュニケーション：7 項目） = 0.899

（参考：米国での先行研究（Matson, Wilkins, et al., 2009）での BISCUIT Part1 の各カテゴリーの α は以下の通りである。

- Part1（社会化・非言語性コミュニケーション：24 項目） = 0.93
- Part1（反復行動・限局的な興味：23 項目） = 0.90
- Part1（コミュニケーション：7 項目） =

0.87)

【Part 2】

・Part2 (かんしゃく／反抗・挑戦的行動：18項目) = 0.870

・Part2 (不注意／衝動性：16項目) = 0.885

・Part2 (回避行動：9項目) = 0.298

・Part2 (不安／反復的行動：11項目) = 0.759

・Part2 (摂食／睡眠の問題：4項目) = 0.626

(参考：米国での先行研究 (Matson, Wilkins, et al., 2009) での BISCUIT Part 2 の各カテゴリーの α は以下の通りである。

・Part2 (かんしゃく／反抗・挑戦的行動：18項目) = 0.870

・Part2 (不注意／衝動性：16項目) = 0.92

・Part2 (回避行動：9項目) = 0.83

・Part2 (不安／反復的行動：11項目) = 0.82

・Part2 (摂食／睡眠の問題：4項目) = 0.75)

【Part 3】

・Part3 (攻撃的／破壊的行動：10項目) = 0.761

・Part3 (常同行動：3項目) = 0.555

・Part3 (自傷行動：2項目) = 0.281

(参考：米国での先行研究 (Matson, Wilkins, et al., 2009) での BISCUIT Part 3 の各カテゴリーの α は以下の通りである。

・Part3 (攻撃的／破壊的行動：10項目) = 0.88

・Part3 (常同行動：3項目) = 0.72

・Part3 (自傷行動：2項目) = 0.51)

④ BISCUIT Part1

46名 (自閉症障害：36名、PDD-NOS：10名) の BISCUIT Part1 のトータルスコアは平均 56 ± 25 であった。また、自閉性障

害群 (36名) では平均 61.4 ± 25.4 、PDD-NOS 群 (10名) では平均 39.8 ± 17.8 であり、米国の先行研究と同様、BISCUIT Part1 のトータルスコアは自閉性障害群 > PDD-NOS であった。また、PDD-NOS 群での平均値が米国でのデータに比して若干高い傾向にあった (表 4-1, 4-2)。今回、米国での先行研究 (Matson, Wilkins, et al., 2009) に基づき、BISCUIT Part1 のトータルスコアが 17 以上の場合に「ASD の可能性が高い」と定義し、BISCUIT のスコアにブラインドな評価者による総合臨床診断 (⇒A 以外の評定者) と BISCUIT に基づく診断 (⇒評定者 A) の一致度を調べた。結果、46 名中 2 名 (自閉症障害群 1 名/36 名、PDD-NOS 群 1 名/10 名) で、BISCUIT Part1 のトータルスコアが 17 点未満であった (表 1 参照)。すなわち、自閉症障害または PDD-NOS の総合臨床診断を受けた乳幼児のうち、96% が BISCUIT Part1 によっても「ASD の可能性が高い」と判定された。本研究での対象児のサンプリングの影響も考慮に入れる必要性はあるが、日本語版 BISCUIT Part1 の ASD の早期診断における有用性が示唆される。一方、現段階では定型発達群、非定型発達群 (non ASD) が対象に含まれておらず、ASD 群と非 ASD 群との弁別妥当性の検証が課題である。また、自閉性障害の臨床診断がなされた乳幼児 1 名/36 名において、BISCUIT Part1 のトータルスコアが 16 と境界域であった。米国での先行研究で示された PDD-NOS と定型発達とのカットオフ値 17 の感度、特異度はそれぞれ 84.7、86.4 であることを考えても、BISCUIT Part1 は、あくまで best clinical diagnosis のための補助的手法として検討することが

重要であると考えられる。

③ BISCUIT Part2

BISCUIT part2 のカテゴリーごとの平均値を表 5-1 に示す。また、米国での先行研究 (Matson et al., 2011) での平均値とカットオフ値を表 5-2 に示す (平均の 1 標準偏差上がカットオフ値を設定するのに用いられた。平均から 1 標準偏差以内およびそれより下の範囲にあるスコアは「障害なし/最軽度の障害」、平均から 1 標準偏差から 2 標準偏差上の範囲にあるスコアは「中等度の障害」と分類され、平均から 2 標準偏差以上、上にあるスコアは「重度の障害」とみなされた。)

ASD を有する乳幼児の下位尺度ごとの併存疾の重篤度の分布を表 6 に示した。

各下位カテゴリーにおいて、中等度以上の障害を有するとされた対象者の割合は、

- ・かんしゃく/反抗的・挑戦的行動 (15%)
- ・不注意/衝動性(24%)
- ・回避行動 13%)
- ・不安/反復的行動 (22%)
- ・摂食/睡眠の問題 (18%)

であった。尚、下位カテゴリーのトータルスコアで、中等度以上の障害を有するとされた対象者の割合は、21%であった。以上のデータを解釈する上で、一個人が複数の併存症を有している可能性を考慮する必要があるが、約 2 割前後の ASD 乳幼児において、なんらかの併存症カテゴリーにおいて「中等度以上の障害」に該当することになる。しかし、このカットオフ値自体は、先に示したように米国での 309 名の乳幼児を対象としたデータにおいて便宜的に「平均から 1 標準偏差以上」と設定されただけ

であり、スコアが「中等度以上の障害」に該当してもその併存症が臨床的レベルで認められることを意味するものではないことに留意する必要がある。一人の ASD 児が有する併存症は多岐に渡る場合もあり、この時期からの多面的評価の重要性が示唆される。

④ BISCUIT Part3

BISCUIT part3 のカテゴリーごとの平均値を表 7-1 に示す。また、米国での先行研究 (Matson et al., 2009) での平均値とカットオフ値を表 7-2 に示す (BISCUIT part2 同様、平均の 1 標準偏差上がカットオフ値を設定するのに用いられた。平均から 1 標準偏差以内およびそれより下の範囲にあるスコアは「障害なし/最軽度の障害」、平均から 1 標準偏差から 2 標準偏差上の範囲にあるスコアは「中等度の障害」と分類され、平均から 2 標準偏差以上、上にあるスコアは「重度の障害」とみなされた)。ASD を有する乳幼児の下位尺度ごとの併存疾の重篤度の分布を表 8 に示した。トータルスコアで、中等度以上の障害を有するとされた対象者の割合は、11%であった (先行研究では 17.0%)。BISCUIT part2 の解釈と同様に、「中等度以上の障害」に該当すること自体が併存症の診断を意味するわけではなく、あくまでフォローアップの必要性を示唆する情報の一つとして捉える必要がある。

《H27年度以降の課題》

① 研究参加者リクルート

- ・約40名の新規研究参加者を目指す。(ASD群とnon ASD群の弁別的妥当

- 性の検証のため、non ASD群のリクルートも積極的に行う)
- ② 収束的妥当性の検証
- ・ Part1 総得点と M-CHAT 不通過項目数、新版 K 式の「言語・社会」領域 DQ との相関関係。
 - ・ Part2、3 総得点と SDQ 総得点および下位項目との相関関係。
- ③ 弁別的妥当性の検証
- ASD 群と non ASD 群の Part1, 2, 3 それぞれの得点の平均の差を調べ、カットオフ値を算出する。
- F. 研究発表
1. 論文発表
 - 1) Asano M, Ishitobi M, Kosaka H, Hiratani M, Wada Y.
Ramelteon Monotherapy for Insomnia and Impulsive Behavior in High-Functioning Autistic Disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 34(3) 402-403, 2014 Jun.
 - 2) Fein D, Kamio Y
Editorial: Commentary on The Reason I Jump by Naoki Higashida.
Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2014 Oct.
 - 3) Hidetsugu Komeda., Hirotaka Kosaka., Daisuke N. Saito., Yoko Mano., Minyoung Jung., Takeshi Fujii., Hisakazu T. Yanaka., Toshio Munesue., Makoto Ishitobi., Makoto Sato., Hidehiko Okazawa.
"Autistic empathy toward autistic others"
Social Cognitive and Affective Neuroscience. 2014 Oct 20.
 - 4) Ishitobi M, Kawatani M, Asano M, Kosaka H, Goto T, Hiratani M, Wada Y.
Quetiapine responsive catatonia in an autistic patient with comorbid bipolar disorder and idiopathic basal ganglia calcification.
Brain Dev. 36:823-825, 2014 Oct.
 - 5) 石飛信, 荻野和雄, 高橋秀俊, 神尾陽子
自閉症の症候
神経内科 81(4), 375 - 380, 2014
 - 6) 石飛信、荻野和雄、高橋秀俊、原口英之、神尾陽子
自閉スペクトラム症と精神科的併存症
臨床精神医学, 第 44 巻 1 号, 2015.1.
 - 7) Jung, M., Kosaka, H., Saito, D. N. Ishitobi, M., Morita, T., Inohara, K., Asano, M., Arai, S., Munesue, T., Tomoda, A., Wada, Y., Sadato, N., Okazawa, H., Iidaka, T.
Default mode network in young male adults with autism spectrum disorder: relationship with autism spectrum traits.
Molecular Autism. 11;5:35. doi: 10.1186/2040-2392-5-35. 2014 Jun.
 - 8) Kitamura S, Enomoto M, Kamei Y, Inada I, Moriwaki A, Kamio Y, Mishima K.
Association between delayed bedtime and sleep-related problems among community-dwelling 2-year-old children in Japan
Journal of Physiological Anthropology. (In Press)

- 9) Matsuo J, Kamio Y, Takahashi H, Ota M, Teraishi T, Hori H, Nagashima A, Kinoshita Y, Ishida I, Hiraishi M, Takei R, Higuchi T, Motohashi N, Kunugi H
Autistic-like traits in adult patients with mood disorders and schizophrenia (In Press)
- 10) Naomi Matsuura., Makoto Ishitobi., Sumiyoshi Arai., Kaori Kawamura., Mizuki Asano., Keisuke Inohara., Tadamasu Narimoto., Yuji Wada., Michio Hiratani., Hirotaka Kosaka
Distinguishing between autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder by using behavioral checklists, cognitive assessments, and neuropsychological test battery.
Asian Journal of Psychiatry. 2014 (In Press)
- 11) Takei R, Matsuo J, Takahashi H, Uchiyama T, Kunugi H, Kamio Y
Verification of the utility of the Social Responsiveness Scale for Adults in non-clinical and clinical adult populations in Japan.
BMC Psychiatry. 2014 Nov.
- 12) Yuko Okamoto., Ryo Kitada., Hiroki C. Tanabe., Masamichi J. Hayashi., Takanori Kochiyama., Toshio Munesue., Makoto Ishitobi., Daisuke N. Saito., Hisakazu T. Yanaka., Masao Omori., Yuji Wada., Hidehiko Okazawa., Akihiro T. Sasaki., Tomoyo Morita., Shoji Itakura., Hirotaka Kosaka., Norihiro Sadato.
Attenuation of the contingency detection effect in the extrastriate body area in Autism Spectrum Disorder.
Neuroscience Research. 87:66–76, 2014
- 13) 神尾陽子
DSM-5 と発達障害
小児科臨床ピクシス改訂第2版. 発達障害の理解と対応. pp.158-162, 2014.8.
- 14) 神尾陽子
発達障害へのアプローチ—最新の知見から. 発達障害のアセスメント
精神療法, 40 (3), 445-450, 2014.6.
- 15) 神尾陽子
発達障害児の子育てを支援する
途切れない発達障害支援. 子育て支援ガイドブック:「逆境を乗り越える」子育て技術. 橋本和明編, pp33-44, 金剛出版, 2014.8.
- 16) 神尾陽子
発達障害の概念・分類とその歴史的変遷.
発達障害ベストプラクティス—子どもから大人まで—
精神科治療学, vol.29, 増刊号, pp10-13
2014.10.26.
- 17) 神尾陽子
児童精神医学の診断概念と DSM-IV 以降 DSM-5 を読み解く: 伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断 pp24-33, 総編集 神庭重信, 編集 神尾陽子, 中山書店, 2014.10.10.

- 18) 神尾陽子
自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム
障害
DSM-5 を読み解く：伝統的精神病理,
DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神
科診断, pp68-74, 総編集 神庭重信, 編集
神尾陽子, 中山書店, 2014.10.10.
- 19) 神尾陽子
自閉症, 情緒・行動関連の評価
特集：小児の言語発達とその障害. 小児
内科, vol46, No.11, pp.1623-1627,
2014.11.1.
- 20) 神尾陽子
自閉症スペクトラムの縦断的発達研究
臨床心理学, 14 (3), 378-381, 2014.5.
2. 学会発表
(国際学会)
1. Hirotaka Kosaka^{1,2}, Minyoung Jung^{1,2,3},
Daisuke Saito^{1,2}, Makoto Ishitobi^{1,4},
Keisuke Inohara^{1,5}, Sumiyoshi Arai^{1,2},
Yasuhiro Masuya¹, Tohru Fujioka¹, Yuko
Okamoto^{1,2}, Toshio Munesue^{2,6}, Akemi
Tomoda^{1,2}, Makoto Sato^{1,2}, Norihiro
Sadato⁷, Hidehiko Okazawa^{1,2}, Yuji
Wada^{1,2}
Effects of long-term oxytocin
administration on functional
connectivities with default mode network
in autism spectrum disorder
第 37 回日本神経科学大会
Neuroscience2014, 2014 年 9 月
2. Keisuke Inohara, Takashi X. Fujisawa,
Yasuhiro Masuya, Mizuki Asano,
Makoto Ishitobi, Daisuke N. Saito,
Minyoung Jung, Sumiyoshi Arai,
Yukiko Matsumura, Akemi Tomoda,
Yuji Wada, Hirotaka Kosaka
Relationship between gaze fixations and
oxytocin levels in adults with autism
spectrum disorders: an eye-tracking
study.
International Workshop for Molecular
Functional Imaging
-Brain and Gynecologic Oncology-
(Fukui2014: The Fifth International
Workshop on Biomedical Imaging)
March 3-4, 2014
3. M. Ishitobi, H. Kosaka, M. Hiratani, A.
Tomoda, Y. Wada, Y. Kamio. Low-dose
aripiprazole for behavioural symptoms
in antipsychotics naive subjects with
autism spectrum disorders: A
prospective open-label study
The 16th World Congress of Psychiatry,
Sep 14-18, 2014, Madrid, SPAIN
4. Minyoung Jung, Hirotaka Kosaka,
Daisuke Saito, Makoto Ishitobi, Tomoyo
Morita, Keisuke Inohara, Akihiro
Sasaki, Mizuki Asano, Sumiyoshi Arai,
Yasuhiro Masuya, Toshio Munesue,
Akemi Tomoda, Yuji Wada, Norihiro
Sadato, Hidehiko Okazawa, Tetsuya
Iidaka
Default mode network in autism
spectrum disorder (1)-Differences of

- functional connectivities compared individuals with typical development
International Workshop for Molecular Functional Imaging
-Brain and Gynecologic Oncology- (Fukui2014: The Fifth International Workshop on Biomedical Imaging) March 3-4, 2014
5. Minyoung Jung, Hirotaka Kosaka, Daisuke Saito, Makoto Ishitobi, Tomoyo Morita, Keisuke Inohara, Akihiro Sasaki, Mizuki Asano, Sumiyoshi Arai, Yasuhiro Masuya, Toshio Munesue, Akemi Tomoda, Yuji Wada, Norihiro Sadato, Hidehiko Okazawa, Tetsuya Iidaka
Default mode network in autism spectrum disorder (2)-Strength of functional connectivities in default mode network predicts autism spectrum traits?
International Workshop for Molecular Functional Imaging
-Brain and Gynecologic Oncology- (Fukui2014: The Fifth International Workshop on Biomedical Imaging) March 3-4, 2014
6. Sumiyoshi Arai, Naomi Matsuura, Keisuke Inohara, Toru Fujioka, Makoto Ishitobi, Mizuki Asano, Kaori Kawamura, Minyoung Jung, Yuji Wada, Akemi Tomoda, Michio Hiratani, Hirotaka Kosaka
Effects of Methylphenidate in Children with attention deficit hyperactivity disorder: A Near-Infrared Spectroscopy Study using CANTAB®
International Workshop for Molecular Functional Imaging-Brain and Gynecologic Oncology-(Fukui2014: The Fifth International Workshop on Biomedical Imaging) March 3-4, 2014
7. Sumiyoshi Arai, Naomi Matsuura, Keisuke Inohara, Toru Fujioka, Makoto Ishitobi, Mizuki Asano, Kaori Kawamura, Minyoung Jung, Yuji Wada, Akemi Tomoda, Michio Hiratani, Hirotaka Kosaka
Effects of Methylphenidate on Neuropsychological Performance in Children with ADHD Using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB®)The 2nd Asian Congress on ADHD Jointly with The 5th Annual Meeting of Japanese Society of ADHD March 8-9, 2014
8. Tomoyo Morita, Hirotaka Kosaka, Daisuke N. Saito, Takeshi Fujii, Makoto Ishitobi, Toshio Munesue, Keisuke Inohara, Hidehiko Okazawa, Ryusuke Kakigi, Norihiro Sadato
Does being observed modulate self-conscious emotion in individuals with autism spectrum disorders? (他者による観察が自閉症スペクトラム障害者の自己意識情動に及ぼす影響の検討)

第 37 回日本神経科学会大会
Neuroscience2014, 2014 年 9 月

9. Yamazaki T, Tobimatsu S, Kamio Y.
Neural development of voice and
linguistic processing in preschool
children: A NIRS study. 2014 ICME
International Conference on Complex
Medical Engineering. June 26-29, 2014.

10. Yuko Okamoto¹, Ryo Kitada^{2,3}, Ayumi
Seki⁴, Hiroki C. Tanabe⁵, Masamichi J.
Hayashi^{6,7}, Takanori Kochiyama⁸, Toshio
Munesue⁹, Makoto Ishitobi¹⁰, Daisuke N.
Saito¹, Hisakazu T. Yanaka⁴, Masao
Omori¹¹, Yuji Wada¹, Hidehiko
Okazawa¹, Hirotaka Kosaka¹, Tatsuya
Koeda⁴, and Norihiro Sadato^{2,3}
The neural response in the object-
selective visual regions for children and
adults with ASD.

第 37 回日本神経科学会大会
Neuroscience2014, 2014 年 9 月 13 日

(国内学会)

1. 新井清義、藤岡徹、石飛信、浅野み
ずき、滝口慎一郎、丁ミンヨン、岡
本悠子、友田明美、平谷美智夫、松
浦直己、小坂浩隆
10 歳以下の ADHD 児における
OROS-MPH 治療効果の検討:
CANTAB による実行機能評価
第 55 回日本児童青年精神医学会総
会、2014 年 10 月 11-13 日 浜松

2. 石飛信

自閉症スペクトラム障害に対する非
定型抗精神病薬治療について
(Atypical antipsychotics in the treatment
of subjects with autism spectrum
disorder)

第 110 回日本精神神経学会学術総会
(招待講演、シンポジウム)、2014 年
6 月 26-28 日 横浜

3. 神尾陽子
委員会シンポジウム 14 (精神科用語
検討委員会・精神科病名検討連絡会):
神経発達障害と衝動制御障害につい
て. DSM-5 の基本を理解する
第 110 回日本精神神経学会学術総会、
2014 年 6 月 27 日 横浜

4. Kamio Y, Ogino K, Iida Y, Endo A,
Komatsu S, Takahashi H, Ishitobi M,
Miyake A.

Do early autistic symptoms predict later
mental health problems?

The 9th International Conference on Early
Psychosis-To the new horizon, Tokyo,
November 17-19, 2014

5. 神尾陽子, 高橋秀俊, 荻野和雄
シンポジウム 55: 神経症と発達障害
の診断と治療. 神経症とその併存症
の診断と治療
第 110 回日本精神神経学会学術総会、
2014 年 6 月 27 日 横浜

6. 升谷 泰裕、岡本 悠子、藤沢隆史、
田中志保、新井 清義、浅野 みず
き、丁 ミンヨン、石川俊介、藤岡

- 徹、石飛 信、松村由紀子、友田 明美、小坂 浩隆
 青年期 ASD 者における視線計測と血漿オキシトシン濃度の関連
 第 5 5 回日本児童青年精神医学会総会、2014 年 10 月 11-13 日 浜松
7. 高橋 秀俊、神尾 陽子
 自閉症スペクトラム障害児における聴覚性驚愕反射の特性とエンドフェノタイプ候補可能性の検討
 第 36 回日本生物学的精神医学会第 57 回日本神経化学学会大会 合同年会、2014 年 9 月 29 日 奈良
8. 丁 ミンヨン、石飛 信、棟居 俊夫、岡本 悠子、藤岡 徹、新井 清義、浅野 みずき、升谷 泰裕、友田 明美、小坂 浩隆
 Resting-state functional connectivity MRI を用いた自閉症スペクトラム障害と Default-mode network の関連性
 第 5 5 回日本児童青年精神医学会総会、2014 年 10 月 11-13 日 浜松
- 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. 参考文献
- Kamio Y, Inada N, Koyama T (2013): A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17 (1): 16-27.
- Kamio Y, Inada N, Koyama T, et al. (2014). Effectiveness of using the Modified Checklist for Toddlers with Autism in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. *J Aut Dev Disord*, 44 (1), 194-203.
- 神尾陽子, 飯田悠佳子, 小松佐穂子他: 幼児期における発達障害の有病率と関連要因に関する研究. 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 精神障害分野「就学前後の児童における発達障害の有病率とその発達的变化: 地域ベースの横断的および縦断的研究(研究代表者: 神尾陽子)」総括・分担研究報告書, 印刷中.
- Matson JL, Wilkins J. Sevin JA et al. (2009). Reliability and item content of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT): Parts 1-3. *Res Autism Spec Disord* 3, 336-344.
- Matson JL, Boisjoli JA, Wilkins J. (2011a). Comorbid psychopathology factor structure on the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 2 (BISCUIT-Part 2). *Res Autism Spec Disord* 5, 426-432.
- Matson JL, Wilkins J, Fodstad JC. (2011b). The validity of the the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 1 (BISCUIT-Part 1). *J Aut Dev Disord* 41(9), 1139-1146.
- Rojahn J, Matson JL, Mahan S et al. (2009). Cutoffs, norms, and patterns of problem behaviors in children with an ASD on the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT-Part3). *Res Autism Spec Disord* 3, 989-998.

(表 1 : PART1 各 62 項目の平均、標準偏差、項目合計相関)

項目番号と項目内容	Mean	SD	項目合計相関
1 意思伝達のスキル	1.13	0.72	.616
2 知的能力 (同年齢の他児と比較した知的水準)	0.96	0.76	.469
3 年齢相応の自立スキルと適応スキル (身辺自立能力など)	1.02	0.75	.570
4 理由のない反復的運動をする (手を振る、ロックング、頭をぶつける、手をひらひらさせるなど)	0.52	0.69	.362
5 言語性コミュニケーション	1.33	0.76	.533
6 特定の感触や臭いがする食べ物を好む	0.52	0.72	<u>.151</u>
7 他者の感情を認識する能力	0.91	0.76	.512
8 アイコンタクトの保持	1.07	0.74	.612
9 意思を伝えるために言語と非言語を使用する	1.11	0.80	.608
10 同年齢の他児との対人相互交渉	1.37	0.68	.560
11 日常生活での普通の音 (掃除機の音、コーヒー豆を挽く音など) への反応	0.48	0.66	<u>.192</u>
12 他者の対人的手がかりへの反応	1.04	0.79	.487
13 日常生活での普通の光 (街灯など) への反応	0.37	0.57	<u>.239</u>
14 仲間関係	1.22	0.76	.725
15 話し方のリズム (歌を歌っているように聞こえるなど; 無言語の場合は 0 と評定する) .	0.13	0.34	<u>.107</u>
16 会話に言語と非言語を使用する	1.22	0.84	.592
17 楽しみ、興味、達成を他者 (親、友人、養育者など) と共有する	0.87	0.81	.714
18 友人になり仲よくする能力	1.46	0.75	.616
19 対人的ゲーム、運動、活動に参加することへの興味	1.11	0.71	.534
20 会話で相手の話を聞くことへの関心 (他者が話そうとしていることを聞く態度を示して会話するなど)	1.22	0.81	.759
21 他者がほのめかす合図や身ぶり (皮肉、怒りを示すために腕を組むなど) を理解する能力	1.07	0.80	.586
22 対人的身ぶりの使用が過剰、あるいは、過少である	0.91	0.84	.687
23 身体の姿勢や身ぶり	0.89	0.85	.686
24 効果的にコミュニケーションする (言葉、身ぶり、サイン言語を用いるなど)	1.17	0.74	.572