

## 特集—早期診断・早期治療の功罪

## 発達障害の子どもを早期発見・早期支援することの意義

本田 秀夫\*

抄録：発達障害では、一次（神経心理学的特性）、二次（行動学的特性）、三次（反応性精神症状）という3つの階層の症状が想定できる。一次症状が重度であればあるほど低年齢のうちに社会不適応が出現しやすい。逆に、一次～二次症状がごく軽微な場合、社会不適応の出現時期が思春期以降になるが、そのような例では三次症状が出現するや否や一気に重篤化することがある。発達障害の早期発見・早期支援の意義は、乳幼児期においては一次～二次症状の増悪予防と三次症状の発生予防、思春期以降においては三次症状出現早期における危機介入にある。

精神科治療学 28(11) : 1457-1460, 2013

Key words : developmental disorders, autism spectrum disorder, ADHD, early detection, early intervention

## はじめに

かつて発達障害は、遅くとも学童期には社会不適応が明らかになると考えられていた。したがって、その早期発見・早期支援は母子保健および小児科・児童精神科医療の仕事とみなされ、乳幼児期を想定して議論されていた。

ところが現在は、幼児期から学童期に何ら特別な支援も受けず、思春期～成人期に初めて精神科を受診して発達障害と診断されるケースが実に多い。その多くは、幼児期から学童期にかけて何らかの発達障害の特性を示していたにもかかわらず、介入の機会を逸してしまったケースと思われる。しかし、一部には、もし専門家が幼児期から学童期にかけて観察したとしてもなお発達障害の

存在を見過ごしてしまったか軽視してしまったと思われるケースがいることも事実である。このようなケースに対しては、独自の早期概念を規定していく必要があるのかもしれない。

本稿では、このように多様化した発達障害の早期発見を整理し、その上で幼児期から思春期における早期発見と早期支援の意義について述べる。

## I. 発達障害における症状の3つの階層

発達障害は、何らかの神経生物学的基盤をもつことによって乳幼児期から一定の行動特徴を示し、さまざまな場面で社会参加のハンディキャップを呈する症候群の集合である。

近年、発達障害に対する理解が進むにつれて、発達障害の特性がその有無をカテゴリカルに区切ることのできるものではなく、ディメンジョナルに捉えるべきものであると認識されるようになってきた。誰が見ても障害のあることが明らかな重度の知的障害や典型的な自閉症から、他覚的にはほとんど問題があるように見えないケースまで、実に幅が広い。さらに、症状の上では一見軽症に

The significance of early detection and early intervention for children with developmental disorders.

\*山梨県立こころの発達総合支援センター

[〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12]

Hideo Honda, M.D., Ph.D. : Yamanashi Prefectural Center for Psychological Development. 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

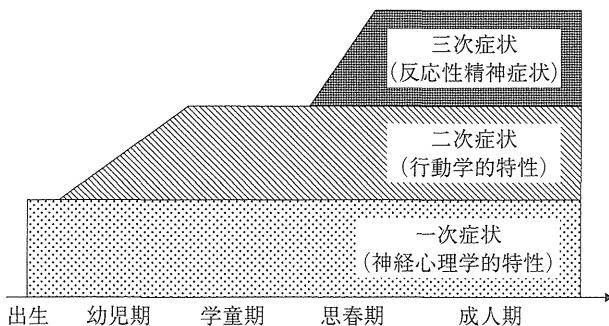


図1 発達障害における症状の階層と出現時期

見えるケースの中にむしろ社会参加がきわめて困難なケースが少なからず存在することも広く知られるようになった。

清水ら<sup>6</sup>は、自閉症の症状を3つの階層に分け、これらと介入のあり方に関して整理を試みた。これは、自閉症に限らず他の発達障害にも汎化できる（図1）。発達障害では、何らかの神経生物学的基盤に基づく神経心理学的特性が一次症状である。ほとんどの発達障害において、一次症状は仮説的である。たとえば自閉症スペクトラムにおけるマインドリーディングの異常<sup>1)</sup>や中枢性統合の異常<sup>2)</sup>などがこれにあたる。このような神経心理学的特性が乳幼児期から生涯を通じて一貫して見られることが、「発達」の障害であることの根拠となる。一次症状としての神経心理学的特性を有した状態で成長することによって、日常の社会生活の中で徐々に何らかの行動学的特性が明らかになってくる。これは、二次症状と考えられる。自閉症スペクトラムの対人・コミュニケーションの異常や興味の限局、ADHDの多動、高い衝動性、不注意などがこれにあたる。二次症状を呈した人が通常の環境で生活し続けると、さまざまな心理的ストレスが生じる。これらに対応せずにいることによって発達障害の人たちは慢性的なストレス下に置かれ、反応性の精神症状を呈する。これが三次症状である。

社会適応の障害の重症度は、一次症状から三次症状までの症状の積み重なりの総和によって決まる。重度知的障害では、一次症状のレベルですでに重篤な不適応を示す。一次症状が比較的軽度の

場合、乳児期には一次症状だけでは問題が見えにくいが、出生後に二次症状が徐々に顕著となり、幼児期には二次症状が目立つことによって家庭や幼稚園・保育所などで何らかの不適応を呈する。一次症状と二次症状のレベルでは異常がごく軽微である場合、学童期以降にも不適応が目立たない。運よく適切な環境で生活できれば、適応上の問題をほとんど示すことなく成人に達することもあり得る。筆者<sup>4)</sup>のいう「非障害自閉症スペクトラム（autism spectrum without disorder : ASWD）」はその一例であり、ADHDや学習障害でも同様のケースは存在する。しかし、不適切な環境の生活を強いられ、慢性的にストレスを受け続けると、いじめ被害や勉強の負担感などを契機に思春期以降に三次症状が一気に噴出することがある。このようなケースでは、一次症状と二次症状だけであれば問題ないように見えるのに、三次症状が積み重なったときに顕著かつ深刻な不適応となり、精神科を受診しても治療が困難な場合が珍しくない。

## II. 早期発見の目的とその時期

発達障害の症状を一次～三次に階層化する考え方方に沿って、早期発見の目的を考えてみる。早期発見の目的を疾患の治癒に限定するならば、一次症状の根治が困難な発達障害はその対象とはなり得ない。しかし、その目的を社会不適応の軽減に置くのであれば、発達障害は早期発見の対象に十分なり得る。

発達障害では、特有の行動特徴が検出可能となるまでにある一定の年月を要することが一般的である。発達障害は出生時から何らかの生物学的異常があると想定されているものの、特異的な生物学的マーカーを用いた早期発見は現在のところ不可能である。そこで、誰の目にも症状が明らかとなってしまうよりも前に、ごく軽微な段階の症状を行動マーカーとして早期発見を試みる、という手法をとらざるを得ない。ところがこの手法において一時点だけで行動マーカーの観測をして障害形成の有無を予測した場合は、偽陰性と偽陽性のどちらかを生じるという問題は避けがたい。診断

の「早さ」と「正確さ」との間には、二律背反の関係が存在する。すなわち、早く診断すると正確さを欠きやすくなり、正確に診断することを重視すると診断時期が遅くなる<sup>3)</sup>。早期のスクリーニングでは、このことを常に念頭に置いておく必要がある。

診断確定の時期は、発達障害の種類によっても異なる。たとえば運動、言語、社会性など、どのような領域の発達に異常が見られるのかによって、定型的な発達との差異が明確になりやすい時期がある。したがって、ある程度の高い精度で早期発見が可能となる時期も、障害によって異なる<sup>5)</sup>。

一次症状が重度であればあるほど低年齢のうちに社会不適応が出現しやすい。たとえば重度の知的障害は運動機能の発達の遅れで乳児期後半には異常に気づかれるし、中度～軽度の知的障害は、言葉の発達の遅れを指標にすれば1歳半健診で把握できる。自閉症も、知的障害を伴う典型例であれば1歳半健診で十分に把握可能である。一方、一次症状が軽度であればあるほど二次症状の顕在化が総じて遅くなる。高機能自閉症、アスペルガー症候群、ADHD、学習障害など、いわゆる高機能（知的障害のない）発達障害では、主として学童期に集団生活や学業において問題が発現しやすい。ということは、この群にとっての「早期」とは幼児期後半ということになる。思春期以降に初めて社会不適応が顕著となるケースに対しては、乳幼児健診や就学時健診の精度を上げるだけでどこまで早期発見が可能なのかは、まだわからない。現実問題としてこのようなケースが多数例存在し、成人の精神科に続々と受診している現状を考えると、これらのケースに対する早期発見と早期対応のあり方については、思春期以降の学校精神保健や産業精神保健の中で検討しておく必要がある。

発達障害を早期発見することによる効果が最も得られるのは、三次症状に対してである。一次～二次症状が学童期前半以前に検出可能な群に対しては、乳幼児期のうちに早期発見し支援を開始することが目標となる。この場合も、一次症状および二次症状に対しては増悪の予防がせいぜいであ

り、軽減には限度がある。しかし、乳幼児期から周囲が本人の特性を理解し、適切な生活環境を提供することができれば、三次症状については発生そのものを予防することが十分に可能である。一次症状、二次症状ともにごく軽く、学童期までの早期発見が困難なケースでは、もし問題が生じるとすれば思春期以降に三次症状の徵候が現れる時点である。したがって、この群に対する早期発見は、わずかに現れた三次症状の徵候の検出ということになる。この場合、三次症状は検出されたとたんに急激に深刻な状態へと移行することが多いため、早期発見した後は迅速に危機介入を行う必要がある。公衆衛生学の用語でいえば、乳幼児期に早期発見できれば三次症状の一次予防が可能となり、思春期以降に発見されるケースでは三次症状の二次予防を行うことになる。後者は、実際のところいじめ被害、不登校、ひきこもり、うつ、不安状態などへの危機介入であるので、やることは通常の精神保健の枠組みと何ら変わらない。ただ、端緒はこれらの症状であっても、その背景にごく軽微な発達障害の特性が存在する可能性を常に想定することを習慣づけておく必要がある。

早期支援で最も重要なのは、親支援である。発達障害の子どもで親が最初に察知する問題は、「親の指示に従わない」、「同世代の子どもと遊ばない」、「落ち着きがない」、「カンシャクを起こしやすい」、などがある。これらは親の視点から見た表現であって、子どもの側から見ると問題の内容は異なってくる。すなわち、「自分はやりたくないのに親が強要して困る」、「同世代の子どもには興味がない」、「じっくり遊べるものが提供してもらえない」、「戸惑うことが多くて不安」などとなる。親が自分側の視点しか持たず子どもの視点に気づかずにいると、親自身の焦りから過剰な叱責や強引な抑圧を喚起しかねない。叱責や抑圧は子どもの側にさらなる違和感を生じ、親も子どもも慢性的にストレスを蓄積していく。このような事態が続くことは、子どもに思春期以降の三次症状を生じさせる要因になる。したがって、早期支援では、親が子どもの発達特性を理解し、三次症状の発生予防の視点とそのためにやるべきこと、やってはならないことを整理し実践できるよう、

教育的側面と親自身の精神保健の側面の両面から支援していく。

### おわりに

以上、発達障害の早期発見・早期支援の意義について整理した。一次～二次症状が軽度でかつ三次症状の発生を予防できた状態で成人期に達した人々は、発達障害の特性は消失してはいないものの社会適応できており、障害とはいえない状態である。したがって、早期発見の段階で当事者（本人および親）をいたずらに不安にさせることのない、的を射た説明を専門家が行う必要がある。明確な見通しと方針を呈示しながら支援を開始するための知識と技術をもった専門家の養成が求められる。

### 文 献

- 1) Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. and Frith, U.: Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21; 37-46, 1985.
- 2) Frith, U. and Happé, F.: Autism : beyond "theory of mind". *Cognition*, 50; 115-132, 1994.
- 3) Honda, H., Shimizu, Y., Nitto, Y. et al.: Extraction and Refinement Strategy for detection of autism in 18-month-olds : a guarantee of higher sensitivity and specificity in the process of mass screening. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 50; 972-981, 2009.
- 4) 本田秀夫：併存障害を防ぎ得た自閉症スペクトラム成人例の臨床的特徴. *精神科治療学*, 27; 565-570, 2012.
- 5) 清水康夫：発達障害の早期発見と早期対応. *こころの科学*, 73; 20-26, 1997.
- 6) 清水康夫, 本田秀夫, 岩佐光章ほか：高機能広汎性発達障害に生じうる反社会的行動の危機介入と予防的介入—幼児期における早期発見・早期療育から学齢期における学校への支援を含めた地域ケア・システムのあり方—. 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「高機能広汎性発達障害にみられる反社会的行動の成因の解明と社会支援システムの構築に関する研究」（主任研究者：石井哲夫）平成16年度報告書, p.108-111, 2005.

## ● 子どもの発達障害－家庭から教育現場でのかかわり

# 自閉症スペクトラム障害は増えているのか？

山梨県立こころの発達総合支援センター 所長

本田 秀夫

## 要旨

自閉症スペクトラム障害（ASD）の頻度の検討では、診断概念の拡大や調査方法の厳密さなどを考慮する必要がある。従来の報告の多くは、調査方法の厳密さに問題がある。ASDが約1%程度存在することは1990年代から推定され、2000年代に入ってそれを実証する報告が相次いでいる。ただし、臨床の最前線の現場では、それをもはるかに上回る可能性が示唆されている。今後、厳密な方法論に基づく精度の高いデータの蓄積が待たれる。

## はじめに

1966年に初めての疫学調査<sup>1)</sup>が英国で報告されて以来30年近くもの間、自閉症の頻度は0.04～0.05%というのが定説であった。しかし、1990年代後半には0.15%を超える報告が多くなり、英国では自閉症スペクトラム障害（ASD）全体で約1%という推定が出された<sup>2)</sup>。その後、2000年代に入ると、自閉症で0.2～0.3%，ASDでは約1%という報告が実際に出されるようになった。さらに2011年には、2%超の有病率が韓国の研究グループから報告されている<sup>3)</sup>。本稿では、このようにASDの頻度をめぐる議論が本格化している現時点で、考慮すべき要因を整理する。

---

キーワード：自閉症スペクトラム障害、発生率、有病率、正確度、信頼度

## 疫学研究で考慮すべき要因

現時点では ASD が増加していると見なすのは、慎重でなければならない。本当は増加していないなくても、見かけ上の数値が増加する可能性がおおいにある。その要因を以下に挙げる。

### 1. 自閉症概念の二重の拡大

Kanner<sup>4)</sup>が“早期乳幼児自閉症”として規定した概念は、“対人関係における著しい孤立”と“同一性保持への強い欲求”的2つを主徴候とするものであった。その後、Rutter<sup>5)</sup>は、自閉症の基本症状を“社会的関係の障害”，“言語発達の遅れあるいは歪み”，“同一性の保持”とした。ただし、Rutterの定義はあくまで Kanner の提唱した概念を認知と言語という視点から再整理したものであり、自閉症概念の範囲が拡がったわけではなかった。

1980年代以降、自閉症の概念の範囲が拡大された。そのきっかけとなったのは、Wingらが行った研究<sup>6)</sup>である。彼らは、自閉症の主徴候を“相互的な対人関係の異常”，“コミュニケーションの異常”，“想像力の欠如”から成る“三つ組”として整理した。また彼らは、相互的な対人関係の異常については Kanner が述べた“孤立型”以外に、より軽症の“受動型”や“積極・奇妙型”が存在することを示した。さらに Wing は、“三つ組”を部分的に有している軽症例を自閉症から切り離すのではなく、むしろ自閉症を中心とする連続体として考えるべきであるとして、ASD 概念を提唱した。この考え方は、『国際疾病分類』(ICD)-10と『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM)-IVに強く影響を及ぼした。ICD-10の“小児自閉症”と DSM-IVの“自閉性障害”は内容がほとんど同一のものであるが、Kanner の定義よりも範囲が広く、その定義には Wing らの提唱した三つ組の影響が見られる。さらに、ICD-10とDSM-IVの両者共に“広汎性発達障害”という上位概念を設定しており、これが Wing の ASD にほぼ該当する。このように、自閉症概念自体の拡大に加えて、その周辺群も含めた ASD を想定する現在の考え方は、Kanner の定義と比べて自閉症概念が二重に拡大されていると言える。自閉症の概念が拡大して診断機会が増えると、自閉症に対する関心や意識が社会

全般として高まり、検出感度を高めるという相乗効果を及ぼす。かつて発達性言語障害と診断された成人例について、児童期の観察記録とともに現代の診断基準で診断し直してみると、高い割合でASDと診断されたとの研究が近年報告されている<sup>7)</sup>。これは、診断概念の広がりと感度の高まりの裏付けの1つと言える。

## 2. “有病率”と“発生率”

頻度には、有病率と発生率がある。有病率がある時点での調査対象集団における罹患者の割合であるのに対して、発生率とは一定期間内に調査対象集団から発生する罹患者の比率である。有病率の意義が主として社会的側面にあるのに対して、発生率は病因の究明といった研究面に寄与する点で有病率とは意義を異にする<sup>8)</sup>。しかし、初めて自閉症の頻度調査で発生率が報告されたのは1996年であり<sup>9)</sup>、それ以後も発生率の報告は極めて限られている。これまで発生率調査がほとんどなされなかった理由として、理論的には自閉症が先天性の障害で発症の時点が特定できないため調査上の困難があること、実用的には慢性に経過する障害であるため、有病率で発生率をおおむね代用できると考えられていたこと、などが挙げられる。

自閉症の発生率をできるだけ正確に求めるためには、転出による出生コホートの把握もれを最小限に抑えなければならない。乳幼児健診が整備されている我が国では、これを利用した自閉症の早期発見とその後の早期診断および早期療育の体制を整えることにより、自閉症の発生率を高い精度で求めるための有利な調査条件を得ることができる。

筆者らの調査では、横浜市のある地域における出生コホートからの発生率（5歳までの累積発生率）と、同地域、同年齢の集団における有病率を比較すると、有病率が発生率よりも高い数値であった。これは出生コホートから転出した症例よりも、転入してきた症例が多かったことによる。さらに、出生年ごとに有病率と発生率の差をとってみると、その差は年々増大していた<sup>10)</sup>。この調査が行われたのはちょうど、横浜市で発達障害の子どもたちへの公的サービスが急速に整備されていた時期に相当する。サービスの地域格差が生じていたことにより、母集団の自然な人口動態と比べて自閉症の子どもたちの流出が抑

制され、流入が促進されていた可能性が高い。このように、有病率は地域の福祉サービスの質などの社会的要因に大きく左右されることが示されたことからも、医学的研究にとって発生率データが重要であることが分かる。

### 3. “正確度”と“信頼度”

ASD の頻度調査における 1 次スクリーニングでは、学校の先生などに質問紙に答えてもらう、病院のカルテがある人を候補者とする、乳幼児健診を利用する、などのやり方が用いられてきた。しかし、いずれのやり方をとっても、把握もれは防げない。自閉症の診断にはただでさえ熟練を要するのだが、中でも診断の難しい高機能例や非定型例については、これらの 1 次スクリーニングの方法では相当数の把握もれがあると思われる。成人期に達して初めて広汎性発達障害の診断を受ける事例が多数存在するということは、過去に把握もれがあったことの反映である。中でも留意する必要があるのは、米国の研究である。面積が広く人口密度の低い米国は、欧州や日本に比べると自閉症の頻度調査の精度が低かった可能性が高い<sup>11)</sup>。このため、1990 年代までの米国で行われた調査の結果をもとにして最近の増加を論ずるべきではない。

正確度とは、測定値が真の値をどの程度正確に表しているかの指標であり、測定系のシステム・エラーによる影響を受ける。頻度研究では、一定の特徴を示す人達が見逃されるような 1 次スクリーニングが行われるなどの要因で正確度が下がる。高い正確度を保障するためには、1 次スクリーニングでやむをえず生じる見逃しをどうやってカバーするかが、方法論の中に明記されて行われる必要がある。一方、信頼度とは、ランダム・エラーの指標である。ランダム・エラーの可能性を示す指標として、95 % 信頼区間がよく用いられる。頻度研究において 95 % 信頼区間を狭くするためには、母集団を大きくすると良い。そこで、近年の研究では、大規模であること（＝信頼度が高いこと）によって研究の精度を保障しようとすることが多い。しかし、信頼度のみが高くて不正確なデータは、かえって本質の解明の妨げとなる恐れすらある。本当に必要なデータは、真の値に少しでも近づけられるよう、最大の努力が払われた正確なデータである。もし、正確度

と信頼度のいずれも高水準にしたいのであれば、先に正確度を保障できる方法論で少数例から研究を始め、その後に多数例に積み重ねていって、信頼度も確保するというやり方しかない。方法論に問題を残したままで大規模調査をしてしまってから、後で正確度を補うことは不可能である。

筆者ら<sup>9)</sup>は、それ以前に報告された自閉症の有病率調査において用いられた方法を吟味したところ、そのすべてにおいて、1次スクリーニングの精度に問題があったことを指摘した。その解決法として筆者らが考案したのは、1次スクリーニングを専門家（保健師）が行うこととし、さらにそれでも把握しそこなった偽陰性例も後に把握できる、“フェイル・セーフ”システムを用意するという方法である。これによつて高い正確度を保障したうえで、自閉症の有病率、発生率を求めることができた。

ただし、このように調査の正確度を高く保つためには、対象人口をどうしても少なく抑えざるをえない。そのため、信頼区間が広くなってしまう。そこで筆者らは、規模としては大きくなつが全例の詳細な把握が可能な特定の出生コホートを、1歳半健診を拠点とした1次スクリーニングを用い、さらに健診の偽陰性例に対しても、複数の方法で再把握を可能とするフェイル・セーフを保障できる臨床システムを活用した自閉症の発生率調査を行い、これを1988年生まれから1992年生まれまでの4年間の出生コホートに対して繰り返し行って、データを集積するという方法論をとつた。これにより、高い正確度と高い信頼度の両者を保障できた、初めての自閉症の発生率調査が可能となつた<sup>10)</sup>。この調査における自閉症（ICD-10の“小児自閉症”）の5歳までの累積発生率は、0.27%であった。

その後も世界各国から自閉症の頻度調査が次々と出されているが、残念ながら今のところ、正確度と信頼度の両者とも、十分な水準に達している報告はごくわずかである。

#### 4. “ワクチン仮説”によるASDの頻度増加という扇動

2000年代に入る前後に、乳幼児期に接種されるワクチンの一部が自閉症の原因であるという仮説が2つ出された。1つは麻疹、流行性耳下腺炎、風疹の三種混合の“MMRワクチン”である。MMRワク

チン接種に起因すると思われるという自閉症の症例を1998年に英国の研究グループが報告し、MMRワクチン原因説を唱えた<sup>12)</sup>ことから、賛否両論の侃々諤々の論戦が英米を中心に繰り広げられた。

我が国では、MMRワクチンは1989年4月から導入されたものの、ワクチン中の流行性耳下腺炎ワクチンの成分が主因と思われる無菌性髄膜炎が多数報告されたため、1993年4月に中止された。筆者らは、このような我が国の特殊な経緯を背景に、この問題に関して新しい方法論で疫学調査を行った<sup>13)</sup>。もしMMRが自閉症の原因であるならば、我が国ではMMR中止後には自閉症が減っているはずである。そこで、横浜市港北区で9年にわたる詳細な自閉症発症に関する調査を行ったところ、ワクチンを接種した子どもを含む1988年から1992年の出生児におけるASDの発生率(0.48～0.86%)に比べて、ワクチンを接種した子どもを含まない1993年から1996年の出生児における発生率(0.97～1.61%)が増加していた。MMRワクチン原因説をとる研究者からは、MMRが原因で自閉症を発症する子どもは、ワクチン接種まで順調に発達し、接種後に退行するという仮説も出されていた。そこで、いわゆる“折れ線型”的経過が見られた子どもの発生率も調べたところ、ASD全体の25.9%に折れ線型の経過が見られ、出生年による発生率の変動は見られなかった。

英米の調査では、MMRワクチンの導入とASDの頻度との関係しか調べることができなかつたのに対して、筆者らはMMR中止前後のASD発生率を始めて比較することができた。MMRの中止によってASDの発生が減ったという科学的根拠はなかったので、「MMRとASDとは全く無関係である」というのが最も妥当な結論となった。

もう1つ、自閉症の原因であるとの仮説が出されたのが、一部のワクチンに防腐剤として含まれるチメロサールという水銀化合物である(註:MMRワクチンにチメロサールは含まれていない)。この仮説は2001年に米国の研究グループから出された<sup>14)</sup>。これについて、デンマークで百日咳ワクチンに含まれていたチメロサールが1992年4月以降中止された前後で自閉症の発生率を比較した研究では、チメロサール中止後も自閉症の発生率はむしろ増加していた<sup>15)</sup>。つまり、チメロサール原因説についても、疫学研究のデータはこれを支持しない結果

となっている。

ワクチン仮説を唱えた研究者達は、実際のところ、ASD の臨床を日常業務としている人達ではなかった。彼らがワクチン接種によるASD の増加を指摘している世代よりもはるかに前の世代で行われた1970年代<sup>6)</sup> および1980年代<sup>16)</sup> の調査をもとに、Wing<sup>2)</sup> はすでにASD の頻度が1%程度にはなることを推定していた。当時、筆者らを含め発達障害の最前線の現場にいる臨床家から見た感触も、この推定値とともによく合致していた。しかしそのことを、ワクチン仮説の論者達はなぜか取り上げなかつた。アンチ・ワクチンの強力なキャンペーンのうねりの中で、ASD の専門家の声はあまり注目されず、「自閉症が増えている」という言葉が、安易にワクチン接種と結びつけて英米のマスコミに取り上げられたのである。

### 高機能例が多いことの意味

現段階では、自閉症の実数が増えたと断言できる明らかな証拠はない。精度の高い悉皆調査を行う条件の整っている地域における自閉症の発生率は0.3～0.5%，ASD のそれは1%以上であることは確実である。むしろ、これを起点として増減を検討すべきである。

2010年代に入り、我々はこれまで以上に高いASD頻度の報告を経験している<sup>3)</sup>。しかし、それさえもまだほんの始まりに過ぎないかも知れない。我が国で臨床や教育の現場にいる人達は、ASDの子どもたちが、学術論文で報告されるよりもはるかに多いという感触を持っている。例えば横浜市では、就学前児の地域療育センター発達精神科への受診申し込み数が増加の一途をたどっており、平成24年(2012年)度はついに一部地域で就学前児の9%に達した。その大半はASDであった。これは業務データであり、今後は出生コホートからの発生数をきちんと算出していく必要があるが、いずれにせよ1990年代の推定をはるかに超える診断例がいることは間違いなさそうである。

近年の調査で注目すべきことは、知的障害を伴わない高機能例の頻度が過去の想定よりもはるかに多いということである。自閉症の知能分布についての1980年代までの一般的な見方は、中度の知能障害を

伴う割合が最も高く、知能障害が重度から最重度の割合はそれよりも低く、知能が正常なものの割合は最も低い、というものであった。近年の報告では、ASD 全体にまで広げれば、むしろ知的障害のないケースが大半を占める。知能障害が重度のものは最も少なくて、軽度になるほど多くなり、高機能例が最も多い、という分布である。この分布は、多くの慢性疾患や中毒性疾患に共通に見られる重症度の分布に類似している。同様のことが、自閉症の特徴の強さにも言える。すなわち、典型的な自閉症よりもアスペルガー症候群のほうが多く、さらに自閉症にもアスペルガー症候群にも該当しないような、辺縁群の ASD が最も多いという分布である。そして、この辺縁群については、まだ十分に把握しきれているとは言えない可能性が高い。

### おわりに

ASD の頻度に関する研究は、今まさに新しい段階へと移行する必要に迫られている。知能障害を伴わないケース、自閉症の特徴の強くない辺縁群のケースがむしろ多数を占めることは、医学的のみならず行政的にも重大な意味を持つ。医学的には、自閉症概念そのものの再整理が促され、病因の探求に対する研究戦略に多大な影響を及ぼすことが期待される。行政面では、教育や福祉における施策の枠組み全体の見直しが必要となる。その根拠を与えるためにも、世界各地で精度の高い頻度調査が行われ、ASD の発生に関する全貌が明らかにされることが待たれる。

### 文 献

- 1) Lotter V: Epidemiology of autistic conditions in young children: 1. Prevalence. Soc Psychiatry 1: 124-137, 1966.
- 2) Wing L: The autistic spectrum. Lancet 350: 1761-1766, 1997.
- 3) Kim Y S, et al: Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry 168: 904-912, 2011.
- 4) Kanner L: Early infantile autism. J Pediatr 25: 211-217, 1944.
- 5) Rutter M: Concepts of autism: a review of research. J Child Psychol Psychiatry 9: 1-25, 1968.
- 6) Wing L, et al: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. J Autism Dev Disord

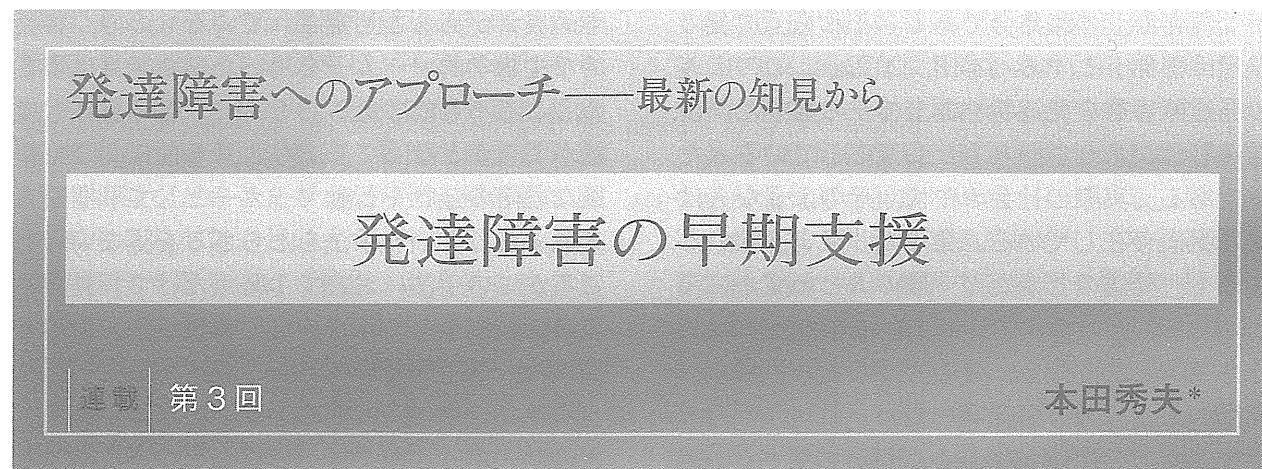
- 9: 11–29, 1979.
- 7) Bishop D V, et al: Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Dev Med Child Neurol* **50**: 341–345, 2008.
  - 8) Stein Z, et al: Methods in epidemiology. *J Am Acad Child Psychiatry* **20**: 444–461, 1981.
  - 9) Honda H, et al: Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *Br J Psychiatry* **169**: 228–235, 1996.
  - 10) Honda H, et al: Cumulative incidence of childhood autism: a total population study of better accuracy and precision. *Dev Med Child Neurol* **47**: 10–18, 2005.
  - 11) Wing L: The definition and prevalence of autism: a review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2**: 61–74, 1993.
  - 12) Wakefield A J, et al: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* **351**: 637–641, 1998.
  - 13) Honda H, et al: No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* **46**: 572–579, 2005.
  - 14) Bernard S, et al: Autism: a novel form of mercury poisoning. *Med Hypotheses* **56**: 462–471, 2001.
  - 15) Madsen K M, et al: Thimerosal and the occurrence of autism: negative ecological evidence from Danish population-based data. *Pediatrics* **112**: 604–606, 2003.
  - 16) Ehlers S, et al: The epidemiology of Asperger syndrome: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* **34**: 1327–1350, 1993.

---

### Is Incidence of Autism Spectrum Disorder Increasing?

Hideo Honda

Yamanashi Prefectural Center for Psychological Development



## I はじめに

発達障害は、その特性によって問題が明らかとなる時期が異なる。知的障害を伴う場合や典型的な自閉症の早期発見は、わが国的一部の地域が世界の先陣を切って1歳半健診を起点として推進してきた。たとえば横浜市では、1990年前後に生まれた子どもたちに対する1歳半健診を起点としたスクリーニングで、すでに自閉症に対して感度81%、発達障害に対する特異度100%という、当時としてのみならず20年以上たった現在において国際的にみても驚異的な高精度で早期発見がなされていた(Honda et al, 2005; Honda et al, 2009)。

いま国際的に発達障害の早期発見のためのツールが精力的に開発され、一部は邦訳されて用いられ始めているものの、ツールを用いるだけではわが国の先進的な地域の発見精度には到底及ばない。発達障害の早期支援は、地域の行政が関与したシステム化が肝要であり、そのシステムの中のサブシステムを担う機関とそこで働く専門家が鍵となるのである。システムと専門家の配置がうまくいけば、ツールを少し活用するだけで発達障害の早期発見の精度が飛躍的に改善する可能性がある。

ただし、システムづくりには、地域ごとの特

性に配慮する必要がある。わが国で先進的に早期支援が進められてきた地域の多くは、人口が多く予算の潤沢な政令指定都市や中核市である。今後、より小規模の自治体でもシステムづくりを進めていくためには、地域の特性に応じたモデルを想定しておく必要がある。

本稿では、まず早期支援の考え方を整理し、次いで早期支援のための地域システムづくりの考え方について述べる。

## II 早期支援の対象

近年の発達障害に対する認識の高まりによって、早期支援の問題の焦点は、ごく薄く発達障害の特性を有するものの、それが生涯にわたって社会適応の障害を呈して支援を要する状態となるのかどうかの判断が難しいケースへと移ってきてている。自閉症スペクトラムやADHDなどは、「障害」と「非障害」との境界が生物学的あるいは症候学的には決めにくい。もちろん症状が強いケースでは明らかに社会不適応となることが多いのだが、症状が薄いケースでも深刻な社会不適応を呈することがある。

ごく薄くでも発達障害の特性を示す群をすべて合わせて「発達特性群」、そのうち典型的な発達障害の症状を示し、それが主要因で社会不適応を呈する群を「狭義の発達障害群」、発達特性を有し、さらに他の精神症状や精神障害が併存する群を「併存群」とすると、成人口に障害対応が必要となるのは「狭義の発達障害群」

Early Intervention for Developmental Disorders

\*山梨県立こころの発達総合支援センター、Hideo Honda : Yamanashi Prefectural Center for Psychological Development

と「併存群」の和集合である。これを「広義の発達障害群」とする（本田，2012a）。この広義の発達障害群を発達特性群全体から除いた群は、発達特性がありながらも社会適応している人たちである。実際の社会の中に、そのような人は実に沢山存在している。発達の「障害」というよりも、発達のしかたが一般の人とわずかに異なる、「発達マイノリティ」とでもいるべき人たちである。しかし、そのような人の中には、周囲の人と自分との違いに悩む、誤解されて孤立するなどの問題が生じることがあり、その結果として抑うつや不安などの精神症状の出現、いじめ被害、不登校、ひきこもりといった二次的な問題を呈することがある。実際に臨床事例として専門家の前に現れたときにはきわめて対応が難しくなっていることが少なくない。発達特性とは、ごく薄くでも存在すると、一度二次的な問題を起こすときわめて深刻な不適応を呈するリスクである。

発達特性を有する子どもたちすべてに「障害」の刻印を押す必要はない。もちろん、狭義の発達障害群ではいずれ障害者手帳取得などの障害対応が必要となるが、それ以外の群は、成人期に発達特性は残ったとしても社会適応できる状態にまで支援することが目標となる。早い時期から発達の特性に応じた育て方、接し方を親や周囲の人たちが知っておくことによって、二次的な問題を予防し、もし二次的な問題が生じかけたときに迅速に対応できる準備をしておくことが重要である。したがって、たとえごく薄くでも乳幼児期に何らかの発達特性がみられる場合には、発達特性に即した早期支援を開始する方がよい。ただしこのようなケースでは、個々の特性を親が十分に理解してその特性に沿った育児を行うことが重要であるが、障害として医師の診断を受けることは必ずしも必要ではないかもしれない（本田，2012a）。

### III 早期発見

発達障害では、特有の行動特徴が検出可能となるまでにある一定の年月を要することが一般的である。発達障害は出生時から何らかの生物

学的異常があると想定されているものの、特異的な生物学的マーカーを用いた早期発見は現在のところ不可能である。そこで、誰の目にも症状が明らかとなってしまうよりも前に、ごく軽微な段階の症状を行動マーカーとして早期発見を試みる、という手法をとらざるを得ない。ところがこの手法において1時点だけで行動マーカーの観測をして障害形成の有無を予測すると、偽陰性と偽陽性とのどちらかを生じるという欠点を避けがたい。診断の「早さ」と「正確さ」との間には、二律背反の関係が存在する。すなわち、早く診断すると正確さを欠きやすくなり、正確に診断することを重視すると時期が遅くなる（清水・本田，2012）。

診断確定の時期は、発達障害の種類によっても異なる。たとえば運動、言語、社会性など、どのような領域の発達に異常がみられるのかによって、定型的な発達との差異が明確になりやすい時期がある。したがって、ある程度の高い精度で早期発見が可能となる時期も、障害によって異なる（清水・本田，2012）。発達特性が重度であればあるほど低年齢のうちに社会不適応が出現しやすい。たとえば重度の知的障害は運動機能の発達の遅れで乳児期後半には異常に気づかれるし、中度～軽度の知的障害は、言葉の発達の遅れを指標にすれば1歳半健診で把握できる。自閉症も、知的障害を伴う典型例であれば1歳半健診で十分に把握可能である。一方、発達特性が軽度であればあるほど顕在化が総じて遅くなる。知的障害のない発達障害（高機能自閉症、アスペルガー症候群、ADHD、学習障害など）は、主として学童期に集団生活や学業において問題が発現しやすい。ということは、この群にとっての「早期」とは幼児期後半ということになり（本田，2013a），3歳児健診および幼稚園・保育園の集団生活での発見が重要となってくる。

#### 1. 抽出・絞り込み法

1歳半健診を起点に位置づける場合、そこでの把握もれに対するフェイル・セーフとして3歳児健診を位置づけるとよい。1回限りの健診の場だけで精度高くスクリーニングすることは

困難である。そこで、最初の健診の段階では発達障害を含めなんらかの支援ニーズがありそうなケースをすべて抽出し、家庭訪問や電話相談、親子で参加する遊びの教室、臨床心理士による個別の相談などのさまざまな育児支援活動を通して絞り込んでいくというプロセスをとる。このプロセスを筆者らは「抽出・絞り込み法」と名づけた (Honda et al, 2009; 清水・本田, 2012)。育児に関するさまざまな相談を継続的に行っていくための発端である乳幼児健診を抽出段階、続くフォローアップ活動を絞り込み段階とする。「育児支援」という枠組みを明確にもつことにより、親の精神保健への配慮が可能となり、高い倫理性と精度をもって発達障害の早期発見を行うことができる。フォローアップを行う際には、細く長く、常に診断の場への紹介を念頭に置きながら行うことが重要である(本田, 2012b)。

## 2. 健診の手順

健診では、支援が少しでも必要そうなケースを広く抽出するのがよい。したがって、健診の質問紙は、特定の領域に限定せずある程度広い領域を網羅している必要がある。具体的には、運動発達（粗大、微細とも）、言語発達、対人行動（親に対して、同世代の子どもに対して）、日常生活スキル、興味（遊び）である。わが国のどこの地域でも用いられている親向けの質問紙は、少し使い方を工夫すれば発達障害の早期発見のための最良のツールになる（本田, 2012b）。

2000年代に入り、諸外国で発達障害の早期発見を目的としたツールの開発がさかんに行われている。なかでもわが国で有名なのは、CHAT (Baron-Cohen et al, 1992) と、その修正版である M-CHAT (Robins et al, 2001) であろう。後者は神尾らによる邦訳版 (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat.j.pdf>) が行政を中心に普及し始めている。しかし、これらはあくまで自閉症に特化したツールであるので、乳幼児健診で用いる際には単独で用いるべきではない。筆者の私見では、M-CHAT は1歳半健診の場の補助ツールとして用いるか、

1歳半健診で把握された人の2歳頃のフォローアップ時に評価を絞り込むために用いるのが、最も合理的であると思われる。

多くの市町村では、親が記入した質問紙を見ながら保健師が問診で確認をしている。できれば、質問紙と問診の結果を統合し、不通過の項目数によってその健診で通過とするか把握とするかの判断基準を作り、その基準に沿って健診を実施しておくのが望ましい。問診の前後には、短時間でよいので子どもを直接観察する。呼びかけたときの保健師への反応と親への反応、いくつかの玩具などを呈示したときの興味の示し方と集中のし方などをみるとことによって、発達の遅れや偏りの有無を大まかに把握する。経験を積んだ保健師にとっては、質問紙や問診よりもこの直接の行動観察こそが発達障害の早期発見の主要行程である。ここでもある程度の構造化されたプロセスを作つておくとよい。1歳半健診では、たとえば6つの絵が描かれた紙を見て、「○○はどれ？」と子どもに訊ね、子どもが該当する絵を指さすかどうかを見る（以下、「絵カード検査」）。絵カード検査は、6つの絵を訊ねて2つ以上正解の場合を通過とすると、1歳半健診での通過率は60%程度しかない。しかし、絵カード検査を行うときの子どもの反応を見ることによって、対人行動の特徴の評価にきわめて重要な情報が得られる。また、質問紙と問診で発達の遅れや偏りが疑われるけれども判断に迷う、いわゆるグレーゾーンの子どもの場合、絵カードが通過していればその健診を「通過」と判断するというやり方で絞り込みに用いることができる（清水・本田, 2012）。

## IV 早期支援の基本的な考え方

### 1. 最重要課題は二次的な問題の予防

早期支援で最も重要なのは、発達特性を消去することが現在の技術ではきわめて難しいという見通しを、親をはじめとする周囲の人たちが早くから知っておくことである（本田, 2013b）。巷間で行われている『治療法』の中には、この最も重要な見通しを明確に伝えないまままで、目の前の問題の改善を試みるものがある。細かい

目の前の問題が少しづつ改善するため、親や周囲の人たちが発達障害の完治を期待すると、それが徐々に焦りを生み、子どもに無理な課題を設定しがちとなる。期待が裏切られ始めることに伴い、徐々に子どもに対して否定的な感情が生まれてくる親もいる。子ども自身も、このような状況が続くと自己評価を下げてしまう。これはまさに、二次的問題の出現に直結する。

こうした『治療法』で行われている技法のすべてがいけないわけではないが、問題は、子どもの将来について、親にどのような見通しを与えるかである。

発達特性が強く残る場合と、他の問題を併存する場合は、いずれ福祉的支援が必要となる。これらの人たちは、どうしても一定の割合で存在する。しかし、発達障害の症状が消失しないことを全否定してはいけない。特徴が残っても社会生活の中でうまく活用できる部分もあること、症状が残ることよりも二次的な問題の発生を予防することの方が重要であることを、しっかりと伝える必要がある。

## 2. 自律スキルとソーシャル・スキル

発達障害の人たちが成人後に社会参加するときの鍵となるのは、『自律スキル』と『ソーシャル・スキル』である（本田、2013b）。発達特性や知的障害の程度によって、個々の人がこれらをどの程度身につけられるかには個人差がある。しかし、それぞれの人が可能な限りの『自律スキル』と『ソーシャル・スキル』を身につけることは、二次的な問題の発生予防にも直結する。これらのスキルこそが、一刻も早い時期から教え始める価値のあることである。

『自律スキル』と『ソーシャル・スキル』を両立させながら身につけさせていくために必要なことは、『合意』の習慣である。合意とは、誰かの提案に他者が同意することである。提案するためには自律的判断が必要である。一方、他者の提案に対して同意することは、その提案が自分にとって納得できるものであるかどうかの判断と、他者と自分の意見の照合が要求される。つまり、合意が成立するためには、自律スキルとソーシャル・スキルの両方が必要である。

できるだけ早い時期から、合意によって行動することを決定する習慣を身につけていくことが重要である。

合意を教える最初のステップが、構造化の手法である。まだ他者とのコミュニケーションが難しい時期の子どもに対して構造化の手法を用いる際の最も重要なポイントは、「先に大人から情報を呈示すること」である。大人から呈示するときのポイントは、特に構造化の手法を練習するはじめの時期には、「今このタイミングでこの内容を呈示したら、子どもがやる気になる」と予測できるものを中心に据えて呈示するということである。もし子どもが嫌がったら、それ以上は無理しない。合意が目的であるから、呈示して子どもがやる気になったらやる。やる気にならなかつたらやめておく。

子どもの側からみると、「この人の提示する情報はやる気になれることが多い」ということは案外よく覚えている。そこに、独特の信頼関係が徐々に形成される。小さい時期から、自分にとって有意義な活動を提案してくれる支援者がたくさんいる状況で育っている人の方が、人に対する信頼関係ができやすいし、達成感を持ちやすい。

自律スキルについては、年齢が上がるとともに、自分で物事を構造化することを少しづつ練習していく。個々の理解力やコミュニケーションの力に応じて、自分のやることの計画を立て、予定表を作るなどの視覚化を練習していく。ただし、本人の能力や興味を超えて複雑なことをさせようとすると、意欲が低下してしまう。ちょっとひと工夫するだけで、それまで一人できなかつたことができるようになる、という体験を少しづつ増やしていくのが理想的である。

ソーシャル・スキルでは、いわゆる『ホウレンソウ（報告・連絡・相談）』を少しづつ教えていく。自分の行動を他人に把握しておいてもらうという習慣を身につけておくことは、重要である。つまり、「一人でできる」ことだけが目標ではなく、「人に報告ができる」、何かあつた時に「人に相談ができる」ということが大事なのである。そういう習慣が身につくためには、

「何かを人と一緒にやって、良い結果に終った」という体験をする必要がある。ここでも、構造化の手法が役に立つ。幼児期は、何かをするときに、段取りを視覚的に提示する際、最初か最後に必ず特定の人に報告するという手順を含めて示す。連絡も、伝えたい情報を伝えるべき相手を視覚的に明示するとよい。

逆に、通常は子育てに欠かせないと思われていることの中にも苦手の特訓につながることがあるので、注意が必要である。たとえば、「無理に挨拶をさせること」、「言葉かけをたくさんすること」などがそれに当たる。

## VII 親支援

早期支援で最も重要なのは、親支援である。親が子どもの発達特性を理解し、二次的問題の発生予防の視点とそのためにやるべきこと、やってはならないことを整理し実践できるよう、教育的側面と親自身の精神保健の側面の両面から支援していく（清水・本田、2012）。

早期発見の精度が高くなると、乳幼児期の親支援における最大のテーマは、「子どもの発達に問題があることを家族に対して誰が、いつ、どのように伝えるべきか」となる（本田、2013c）。親がわが子の発達の問題に気づくのは、知的障害を伴う自閉症で1歳半頃（Ornitz et al, 1977）、アスペルガー症候群で2歳半頃であるとの報告がある（Howlin & Asgharian, 1999）。これらの報告では、子どもが発達障害の診断を確定される時期がそれよりも2～4年遅く、そのために親が不安な期間を過ごすことになると指摘する。ところが、いざ1歳半健診で子どもの発達の問題に専門家が気づいた時、すぐその場で親に伝えることもまた、きわめて難しい。保育士や幼稚園教諭が子どもの発達の問題に気づいた場合もまた同様である。保健師、保育士、幼稚園教諭などが子どもの問題に気づいても、親が同様に子どもの問題に気づいているのかどうかはわからない。仮に気づいているとしても、親はその問題を将来にわたって続き、成人後も固定する発達障害であるとまで捉えてはいない。この時期の親は、「子どもの発達の

問題に気づいて心配である」状態と「今見えている問題は一過性であり、いずれ消失すると思いたい」状態との間で、アンビバレン特な心理状態に置かれることになる。

子どもの発達の問題を親に伝える際には、子どもの発達得意な領域と苦手な領域があることを具体的に示すこと、および、その特性が生涯続く可能性が高いことを確実に伝えることが重要である。その上で、苦手な領域の訓練に比重をかけ過ぎることが二次的な問題のリスクを高めること、得意な領域を伸ばすことによって本人の自己肯定感を高めることこそが最も必要な支援であることを伝えなければならない。子どもの発達の問題について伝えたときに、すべての親が一様な捉え方をするわけではない。子どもの発達の問題を親に伝えるにあたっては、事前に親のパーソナリティや家族内力動について評価を行う必要がある。

医師による診断の告知もまったく同様である。乳幼児期では、発達特性があることまではわかるても、成人期に障害者手帳が必要な状態になるのかまでは予測ができない場合が多い。しかし、発達特性がどんなに薄くても見られる場合、発達特性が将来なくなると安易に太鼓判を押すことは厳に戒めるべきである。診断名を伝えるかどうかは保留せざるを得なくとも、その子どもが示す発達特性をきちんと解説し、そのような特性は将来にわたって程度の差はあっても残る可能性があることを伝えるべきである。その際、発達特性を解消することを目標にするではなく、二次的な問題が将来併存することを予防することが目標であることを明確に伝える必要がある。親は、現象面ではわが子の特徴に気づいている場合が多い。その特徴が将来障害として固定するかどうかは医師の説明を聞いてもピンとこないかもしれないが、こうした特徴をもつ子どもが社会集団で疎外されることは多い。こうした不安に共感し、早期から支援することで予防が十分可能であると伝えることは、親にとっても将来の展望の一部が示されることになる。

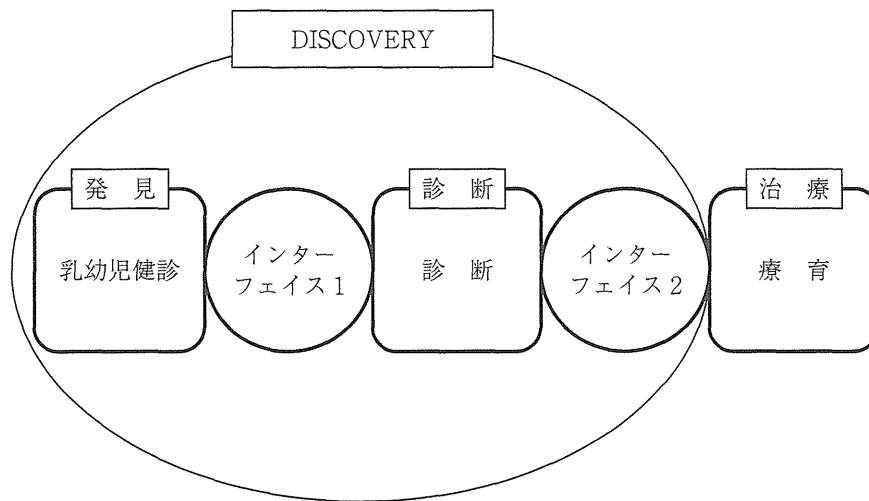


図1 “DISCOVERY” モデル (Honda & Shimizu, 2002 を改変)

## V 早期支援の場とシステム

知的障害のあるケースから高機能例までの多彩なニーズに対応した早期介入を行うためには、多軸ケア・モデルによる支援が必要である（本田, 2013c）。横浜市で発達障害のシステムづくりを行ってきた筆者らは、発達障害の人たちへの早期発見から早期支援につなぐコミュニティケアのシステム・モデルを考案し、「DISCOVERY」という呼称をつけた（図1；本田, 2009）。一貫した支援を保障するために、「発見」と「診断」との間、および「診断」と「療育」ととの間にインターフェイスを設置し、連携の円滑化、緊密化を固有の役割とする。幼児期では、診断と評価が未確定である、療育への親の動機づけが難しい、などの理由で、診断から療育へのスムーズな移行が困難であることがしばしばある。そこで、早期介入を2つのステップに分け、診断・評価の精緻化と親への動機づけを目的とした短期間の療育の場を「オリエンテーション・プログラム」として初診の後に設置している（Honda & Shimizu, 2002；清水・本田, 2012）。子ども向けの早期療育のほかに保護者支援に重点を置いたプログラム、幼稚園や保育所のインクルージョンをメインとする子どもたちと、その場となる園を対象としたインクルージョン強化支援プログラムを開発し、これをインクルージョンの場との共時的インター

フェイスとして位置づけている。

多くの政令指定都市や中核市では、知的障害児通園施設を内包する総合通園センターを設置している。法定の福祉施設である「児童発達センター」（以前の「知的障害児通園施設」）を拠点とした早期療育を行うとともに、診療や地域連携を行っているところが多い。このような施設があれば、専門家をそこに集約させて発達障害の特性に特化した専門的な早期療育を保障することができる。このようなやり方をとる場合の課題としては、福祉施設が基盤であることから定員が設けられているため、多くの都市で療育サービスを受けられない子どもたちが出ていることである。施設サービスを中心としたシステムの場合、定員オーバーした子どもたちへの対策が逆にきわめて手薄になってしまう恐れがある。また、診療所機能をもつと、逆にすべてのケースに対して診断がなされることを前提とした、いわゆる「医療モデル」の支援システムに偏るため、発達特性があっても診断の必要まではないケースが支援の対象からはずれてしまう。

総合通園センターのような本格的な専門施設を作ることが難しい小規模自治体の場合、中度～重度の知的障害の子どもたちを受け入れる単独の児童発達センターくらいしか専門施設がない。そこで、知的障害のない発達障害のケースに対しては、市町村の保健師と地域の医療機関が連携しながら発見と診断を行い、地域の幼稚

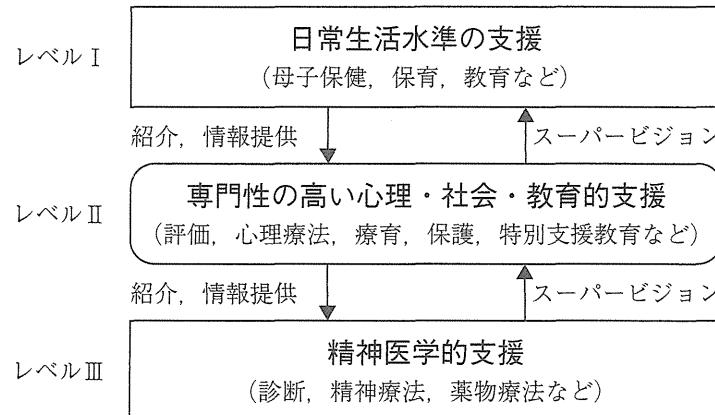


図2 地域精神保健の3階層モデル

園・保育園でインクルージョンしていくしか方法がない。そこで、地域の幼稚園・保育園がインクルージョンを強化できるよう支援していくためのプログラムが必要となる。また、各市町村のそれぞれに高度な専門性のある機関を設置することは困難であるため、県（圏域）の基幹となるセンターを設置するなどの工夫が必要となる。たとえば、発達障害者支援センターと医療機関などをうまく結びつけて、複数の市町村からなる担当地域を設定して対応するなどの方法が、各都道府県で工夫され始めている。

発達障害の早期支援の対象を必ずしも医療が必要ではないケースにまで広げるとすると、医療モデルのみで対応することは合理的でない。そこで筆者は、以下のような3階層モデルによる支援システムづくりを提唱している（本田、2013c）。地域精神保健をシステムの観点から捉えると、平常時の「日常生活」サブシステムと疾患／障害が存在するときに必要な「精神科医療」サブシステムが想定される。しかし、精神科医療機関は一般の人々にとって敷居が高い。一方、どんな人でも日常生活の中で多少なりとも悩みや心配事を抱えるものであるが、それらのすべてが専門的な精神科医療を要するわけでもない。身近な人にちょっと相談するだけで気持ちが整理され、悩みや心配事が軽減することの方がむしろ多い。問題は、こうした日常生活の中での相談で解決し、心の健康を保つことができるのか、それとも専門的な精神科医療を要する事態なのか、その判断が難しいことである。

この問題を解決するために、「日常生活」と「精神科医療」の両サブシステムをつなぐインターフェイスを設定する。つまり、地域精神保健の機能を「日常生活水準の支援」（以下、「レベルI」とする）、「専門性の高い心理・社会・教育的支援」（「レベルII」）、「精神医学的支援」（「レベルIII」）の3つのレベルからなる階層モデルとして構築するのである（図2）。インターフェイスにあたるレベルIIの支援は、日常の悩みや心配事の相談の延長でありながら、専門的精神科医療の要否を判断してタイムリーに医療につなげることに、その存在価値がある。これがうまく機能することで、発病の予防、疾患の進行や再発の防止、あるいは他の要因の重畠による複雑化の予防を図ることができる。

この考え方は、発達障害の支援にも有用である。発達障害の場合、レベルIの支援を担うのは、乳幼児期は市町村の母子保健や幼児教育（保育）であり、レベルIIIの支援を担うのは、児童精神科の医療機関である。専門的支援に関する現場の主役は多くの場合、レベルIIの支援である。これを担うべき機関やスタッフを特定したシステムづくりが必要である。

DISCOVERYモデルに3階層モデルの考え方を導入して修正したモデルを図3に示す。市町村の母子保健事業は、従来から行っている乳幼児健診はレベルIだが、発達障害が疑われた子どものフォローアップや評価・診断へのつなぎ（共時的インターフェイス）、さらには幼稚園・保育園との継時のインターフェイスの機能