

Figure 1: Two-dimensional model of the autistic continuum

図1 自閉症、アスペルガー症候群、語義一語用症候群の関係
(Bishop (1989) より引用)

5. 「自閉症」「アスペルガー症候群」はどこへ行く？

ASD の採用も「自閉症」や「アスペルガー症候群」などの下位分類の廃止も、これまでの研究史と現在の臨床ニーズを考えれば、ある意味で必然である。一方、だからといって「自閉症」や「アスペルガー症候群」がお払い箱になったわけではない（本田, 2014c）。

DSM-5 の ASD で、原因遺伝子が特定されたレット症候群や、ごく一部の研究者しか報告しておらず臨床単位とすべきかどうかの検討が難しい小児期崩壊性障害はまだしも、自閉症やアスペルガー症候群まで消えてしまったことに、多少なりとも戸惑いを覚えた専門家も多かったはずである。「スペクトラム」は「多様なもののが含まれる仲間」という意味であるから、スペクトラムの中に複数の名前の異なる下位分類があっていけないということはない。

精神科の国際的診断基準でこれまでとられてきたカテゴリー診断の考え方は、さまざまな学問上の立場から出されてきた精神疾患の類型概念をもとにいったん類型分類を行い、その上で境界線を明確にする規格分類を行おうと試みたものである。境界線を引くためには、なるべく

細かい下位分類があった方がやりやすい。そこで、「広汎性発達障害」の下に「自閉症」や「アスペルガー症候群」をはじめとする多くの下位分類が設定された。しかし、その境界線の引き方に多くの疑義が出されたため、下位分類の類型概念そのものの存在価値をもが疑われる事態が起こってきた。カテゴリー診断一辺倒に対する批判が沸き起こり、発達障害についてはディメンジョン診断の必要性が説かれるようになったため、検討委員たちはディメンジョン診断の考え方の導入も検討した。それに伴い、境界が不鮮明で存在意義に疑問のある下位分類はこの際全部廃止てしまえ、という流れができたものと思われる。

Wing (1981) は、ディメンジョン診断の文脈の中で自閉症スペクトラム概念を捉えようという立場から「アスペルガー症候群」を提唱した。その意図は、あくまで大衆レベルでの類型概念を呈示することによって一般精神科医の注意喚起をすることであり、それ以上でも以下でもなかった。いったん注意が促され、研究の流れができれば、あとはより細かくディメンジョナルな分析を進めていけばよいのである。

類型概念は、最初に呈示されるときには典型

例から出されるので、とてもわかりやすい。しかし、研究を進めるにしたがって、典型的とはいえない事例が出てくるものである。自閉症の研究が、まさにそのような道をたどっている。Wing が「アスペルガー症候群」を提唱した直後は、典型的なアスペルガー症候群の症例が次々と見出された。しかしその知識が普及するとともに、非典型例も続々と現れてくる。臨床現場では、典型的な自閉症とも典型的なアスペルガー症候群とも言い難いが「自閉症スペクトラム」としか言いようがないというケースがむしろ最も多くなっているのが現状である。

「黄色」の仲間にはレモン色や山吹色があり、「赤」の仲間にはワインレッドやピンクがある。これらの類型分類は、分析的研究を行う場合にはあまり有用でないが、日常生活の中ではとてもわかりやすく便利である。同様に、専門家が詳細に評価を行い、治療や支援の方向性を定め、研究を進めていく上では、ディメンジョナルな考え方に基づいた分析が重要となってくるが、重度の言語の異常を伴う人たちと流暢に話ができる知的水準の高い人たちを並べてみたときに、すべて「自閉症スペクトラム」の一言で片づけてしまうのは、なんともわかりにくい。ICD-10 や DSM-IV の時代にも「カナータイプの自閉症」といえばピンとくる人が存在した。DSM-5 の時代になっても「典型的な自閉症」や「アスペルガー症候群」と説明するのが最もしっくりくる状態像は確実に存在し、必要に応じて日常臨床の中では用いられ続けることになるのではないだろうか。

DSM-5 で自閉症スペクトラム障害の下位分類が設定されなかったのは、クレペリン流のカテゴリカルな分類に限界があったからである。しかし、自閉症スペクトラムの中に、少なくともカナータイプの自閉症やアスペルガー症候群という、共通項はありながらも表現型がかなり異なる類型分類が含まれていることに変わりはない。

V. おわりに

今回の改訂は、わかりやすさからみても概ね妥当といえるが、一部に課題が残った。現在の精神障害の診断分類は、あくまで行動的症候群として人為的に定めた類型に過ぎず、純粹な医学（生物学）的基盤とピッタリ対応できるという保障はない。この段階では、診断することが本人や家族の具体的な支援に直結するかどうかで判断することも重要である。適切な診断を受けることは必要な治療・支援を受けるための必要条件である。しかし、最適な治療・支援を受けるには、それだけでは不十分であり、多面的・包括的な評価が不可欠である。「ASD であるか否か」よりも、その人の生活全体を包括的に設計していくようなつもりで支援計画を立てていくことが重要である。そのような視点から、今回改訂された診断機分類の実用性を確かめながら、実践と議論を積み重ねていくことが専門家に求められている。今後、さらに実践と議論を積み重ねていく必要がある。

文 献

- American Psychiatric Association (1952): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2nd ed. (DSM-II)*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III)*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., Revised. (DSM-III-R)*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th*

- ed. (DSM-IV)*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. (DSM-IV-TR)*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Arlington VA, American Psychiatric Association.
- Asperger H (1944): Die autistischen psychopathen im kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, **117**, 76–136.
- Bettelheim B (1967): *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York, The Free Press.
- Bishop DVM (1989): Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries? *Br J Disord Comm*, **24**, 107–121.
- DeMyer MK, Barton S, DeMyer WE, et al. (1973): Prognosis in autism: A follow-up study. *J Autism Child Schizophr*, **3**, 199–246.
- Honda H, Shimizu Y, Misumi K, et al. (1996): Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *Br J Psychiatry*, **169**, 228–235.
- 本田秀夫 (2013)：子どもから大人への発達精神医学－自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践－。東京，金剛出版。
- 本田秀夫 (2014a)：私は乳幼児期・小児期・青年期の精神障害へのDSM-5の対応をこう見る。精神科治療学, **29**(8), 1087–1089。
- 本田秀夫 (2014b)：成人の発達障害一類型概念、鑑別診断および対応－。精神神経学雑誌, **116**, 513–518。
- 本田秀夫 (2014c)：「アスペルガー症候群」はどこへ行く？ こころの科学 No.174 (pp.29–35)。東京, 日本評論社。
- Kanner L (1943): Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, **2**, 217–250.
- Kanner L (1944): Early infantile autism. *J Pediatrics*, **25**, 211–217.
- Kanner L (1971): Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *J Autism* *Child Schizophr*, **1**, 119–145.
- Kolvin I (1971): Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *Br J Psychiatry*, **118**, 381–384.
- Makita K (1966): The age of onset of childhood schizophrenia. *Folia Psychiatr Neurol Jpn*, **20**, 111–121.
- Rutter M and Lockyer L (1967): A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. I. Description of sample. *Br J Psychiatry*, **113**, 1169–1182.
- Rutter M, Greenfeld D, Lockyer L (1967): A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *Br J Psychiatry*, **113**, 1183–1199.
- Rutter M (1968): Concepts of autism: A review of research. *J Child Psychol Psychiatry*, **9**, 1–25.
- Rutter M (1970): Autistic children: infancy to adulthood. *Semin Psychiatry*, **2**, 435–450.
- Schopler E, Loftin J (1969): Thought disorders in parents of psychotic children: A function of test anxiety. *Arch Gen Psychiatry*, **20**, 174–181.
- Wing L, Gould J (1979): Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J Autism Child Schizophr*, **9**, 11–29.
- Wing L (1981): Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychol Med*, **11**, 115–129.
- Wing L (1996): Autistic spectrum disorders: No evidence for or against an increase in prevalence. *BMJ*, **312**, 327–328.
- World Health Organization (1977): *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (9th ed., Vol. 1)*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1993): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva, World Health Organization.

AUTISM SPECTRUM DISORDER

Hideo HONDA

Mental Health Clinic for Children, Shinshu University Hospital

The concepts of autism and its related conditions have undergone various transformations since Kanner's original definition, into its latest form as defined in the DSM-5. The major changes from DSM-IV to DSM-5 are: 1) change from a category of Pervasive Developmental Disorders (PDDs) including several subcategories, to a unitary concept of Autism Spectrum Disorder (ASD) with no subcategories, 2) integration of the three areas of impairment into two core symptom domains, 3) consideration of ASD as one of the neurodevelopmental disorders, 4) acceptance of comorbidity of ADHD and ASD, and 5) inception of social (pragmatic) commun-

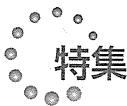
cation disorder, hitherto considered in conjunction with ASD, as a new condition under Communication Disorders. The current revision from PDDs to ASD is mostly adequate in light of accumulating evidence in autism research, although some issues remain to be resolved in future revisions.

Author's Address:

H. Honda, MD., PhD.

Mental Health Clinic for Children, Shinshu University Hospital

3-1-1 Asahi, Matsumoto 390-8621, Japan



自閉スペクトラム症、早期療育・継続支援から見えてきたこと

本田 秀夫*

Key Words 自閉スペクトラム (autism spectrum), 早期療育 (early intervention), 継続支援 (sustained support), 二次的な問題の予防 (prevention of secondary problems), 親支援 (parent support)

抄録：自閉スペクトラム(AS)の早期療育とその後の継続支援に20年以上携わってきた経験から見えてきた支援のあり方について整理した。早期発見・早期療育の最大の意義は二次的な問題の予防にあり、たとえごく薄くでも乳幼児期になんらかのAS特性がみられれば、支援を開始すべきである。早期療育で重要なのは、安心できる環境の保障と、「構造化」による自律スキルとソーシャル・スキルの学習である。思春期以降は、「支援つき試行錯誤」が重要である。社会参加を促進するためには、共通の認知発達と興味を介したコミュニティづくりが鍵となる。親支援は、親のパーソナリティや家族内力動の評価を行いながら、精神保健的アプローチと教育的アプローチとの両面から進めていく。学校教育では、個別の特性に配慮した特別支援教育の考え方を着実に根づかせる必要がある。こうした支援全体を俯瞰してチームリーダーの役割を担う医師の養成が急務である。

はじめに

自閉スペクトラム(以下、AS)の人たちは、さまざまな表現型をとりながらも対人交流とコミュニケーションにおける特有のスタイルと興味の偏ったパターンが生来性にみられ、その特性が形を変えながらも生涯にわたって持続する。わが国では複数の地域において、すでに20年以上前からASに特化した早期発見と早期支援が行われてきた実績がある⁹⁾。

筆者は、1991年から横浜市において早期療育に関わり、就学後も年齢制限を設げずに外来で定期的なフォローアップを行ってきた。職場を移したあとも横浜市で早期から診療している人

たちのフォローアップを継続しており、1990年代に幼児であった人たちもすでに20代後半へと差しかかっている。

本稿では、こうした経験をふまえ、医師のみならずASの支援に関わるすべての職種が共通認識として押さえておくべきことを整理してみる。

● 早期発見・早期療育の意義

AS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

Insight into autism spectrum disorder from the viewpoint of early intervention and sustained support

* HONDA Hideo 信州大学医学部附属病院子どもこころ診療部 [〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1]

でもASの特性を示す群をすべて合わせて「AS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「狭義の自閉スペクトラム症(以下、ASD)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、「狭義のASD群」と「併存群」の和集合が「広義のASD群」といえる^{1,2)}。成人期に障害対応が必要となるのはこの広義のASD群である。AS特性がごく薄い人の中には、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。一方、二次的な問題を防ぐことができたASの人たちの中には、AS特性がありながらも社会適応している人も多数存在している。

早期発見されたAS群の子どもたちすべてに、幼児期から「障害」の刻印を押す必要はない。もちろん、狭義のASD群や知的障害が併存する子どもたちではいずれ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AS特性は残るが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なんらかのAS特性がみられる場合には、AS特性に即した早期支援を開始する方がよい³⁾。

早期療育は「最初のボタンかけ」

早期療育は、その後の継続支援の方向性を定める、いわば「最初のボタンかけ」である。スタートが早ければ治るかもしれないとの期待を抱かされて特定の治療法に親がのめりこみ、的外れな支援を続けてしまった結果として、社会適応の促進どころかむしろ深刻な二次的な問題を呈して社会参加から退却を余儀なくされた事

例が、思春期前後に筆者の外来を受診することがある。このような「ボタンのかけ違い」を少しでも減らすことが、良識ある専門家の役割であろう。

AS症状の軽減を当面の目標とすることが多いはあってもよいが、その延長上に将来の症状消失を想定することは厳に慎まなければならぬ。特に、幼児期に症状が軽度の子どもでは、ちょっと頑張らせれば症状が軽くなるように見えるため、支援者が安易に症状消失を目標とする可能性があり、それがのちの心理的変調出現の危険因子となりうる。早期療育でまず強調しておく必要があるのは、精神保健的アプローチの重要性である。いわゆる定型発達の里程碑にとらわれることなく、個々の子どもが安心して生活できる環境をまず保障してから、その安心を保つつづく無理なくできる範囲で教育的アプローチを導入するのが基本である⁷⁾。

1. 安心できる環境の保障

どのような環境が子どもにとって安心できるかということ自体にも、AS特性が色濃く反映される。たとえば、人(乳幼児期はなかでも親)をほかの物(生物・非生物を問わず)と別格に位置づけて特別な感情を抱くという非ASの人たちにとっては当然のことが、ASの乳幼児にとっては必ずしも当然ではない。またASの人たちは、聴覚的な情報よりも視覚的な情報に強く注意が偏向することが多い。さらに、人(特に親)との特別な情緒的な結びつきを基盤として互いに共通の感性を感じ合うことで「絆」を深めるといった流儀は、ASの子どもたちにとって興味がもてないだけでなく、それを押しつけられることによって苦痛を感じることすらある。「言葉かけをたくさんしてあげて、言葉を育みましょう」と指導された親が熱心に言葉かけをすると、聴覚情報に興味がもてないASの子どもはむしろ親を避けるようになる。あるいは、「言わなくてもピンとくる」ことによって互いの絆を感じ合うようなことを求められる社会集団では、マインドリーディングの苦手なASの子

どもたちは完全に取り残されてしまう。本人にとってわかりやすいシンプルな言葉だけが聞こえてくるような環境の中で、暗黙の了解を求められず、必要な視覚的情報が十分に提供されることによって、理解、見通し、そして安心が得られるのが、ASの人たち特有の心性である⁷⁾。

2. 「構造化」による自律スキルとソーシャル・スキルの学習

十分に安心できる環境に置かれると、ASの子どもたちは、特に他者から教わらなくとも良好な視覚的認知能力を用いて必要な情報を独立で学習していく。このような学習を促す有効な手法が、いわゆる「構造化」である。知的障害を伴わないASの場合、学習障害が併存しているければ3歳初頭より読字が可能となることが多いため、文字で書かれたものを通して知識や社会ルールを教えることができるようになる。

構造化は、ASの子どもたちにとっては対人関係の基盤もなす。ここで鍵となるのが、自律スキルとソーシャル・スキルである。自律スキルとは、自分にできること、できないこと、好きなこと、嫌なことを自分で判断できることであり、ASの子どもたちに身につけてもらいたいソーシャル・スキルとは、できないことや嫌なことを他者に相談して手伝ってもらう力である。これらを幼児期から教えていくためには、他者と合意しながら物事をしていく習慣を身につけることが肝要である^{1,4,7)}。「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り、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。幼児期には、「今、このタイミングでこの内容を示したら、子どもがやる気になるだろう」と予測できるものを中心に据えて視覚的構造化の手法を用いながら情報呈示する。もし子どもが嫌がったら、それ以上は無理強いしない。子どもの側から見ると、「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。早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つと、人に対する信頼関係が形成されやすくなる。

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。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。「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」、何かあったときに「人に相談ができる」ということが大事である。「何かを人と一緒にやって、よい結果に終わった」という体験を幼児期から積み重ねていると、そのような習慣が身につきやすい⁷⁾。

● 思春期以降の「支援つき試行錯誤」

早期からの継続支援が適切に進められると、思春期以降の少し周りが見えるようになる時期からは、失敗が起こることも覚悟のうえで本人がやろうと思ったことを試行錯誤させることが重要となる。筆者はこれを、「支援つき試行錯誤」と呼んでいる¹⁾。自分で試行錯誤するということが、実生活を生きている感覚を得るのには必要である。ただ、試行錯誤をしている本人を支える体制を作つておかなければならない。自分なりに人生を頑張ってやっているぞと思いながらも、よき協力者や理解者が必要になってくる。

たとえば進路選択で、本人の学力ではとても無理な大学や高校と思えるような学校を「受けたい」と希望する場合、あるいは、大人たちからみると将来の生活設計に不安があるような進路を希望する場合、周囲の大人は引き留めようとしてしがちである。しかし、自発的な試行錯誤ができていないと、失敗したときに親や教師からの叱責を恐れたり、逆恨みをしたりして、気持ちをうまく切り替えられない。大人の助言

に基づいて行動したのに失敗したと思ってしまうため、他者の意見を聞こうとする意欲が低下してしまう。自発的な目標設定がうまくでき、試行錯誤している人は、たとえ失敗しても「自分で納得して試したのだから、仕方がない。また別の目標を立てればいい。もう一度誰かに相談して、考え直そう」と、気持ちを素早く切り替えることができる。

思春期以降のASの人に対して、大人はあたかも黒子のように脇から本人の試行錯誤を支えるのが重要である。たとえば学校選びでは、情報を集めて、皆で相談して、見学して、方針を決定する。情報を集める段階では、大人がある程度までの絞り込みをさりげなく行っておく。ASの人たちは基本的に興味が狭いので、情報が多くても決められない。たとえば学校を選ぶときであれば、2～3校まで絞ったうえで、本人に呈示して、見学に行って、本人が「ここがよさそうだ」と言ったところを選ぶというやり方を取る。

試行錯誤をしたときは、定期的に方針を見直す必要がある。方針の候補は必ず2つ以上考えておく。うまくいかなかったときには、別のやり方をいつでも提示できるようにしておく。さらに、本人がSOSを出したときのサインに敏感になっておく。「最近いろいろしている」、「朝起きるのが遅くなってきた」、「学校に行くことを渋っている」などをサインとして感知して、方針変更の必要性について検討する。試行錯誤は、あくまで失敗はありうるという前提でやるべきなので、たとえ失敗しても、絶対に本人を責めないことが重要である。

● 社会参加促進のための コミュニティづくり支援

社会的少数派であるASの人たちは、なんの配慮もなされずにただ多くの人たちと同じ場に存在していても、独力で対人関係を形成し、維持、発展させていくことが困難である。このことに無頓着なまま「一緒に存在する場」のみを漠

然と提供し続けると、かえって孤立感や自信の欠如につながる可能性がある。特に、社会性の発達以外の発達には著明な遅れや異常がないタイプのASの人たちは、孤立感や自信の欠如を一層明確に感じてしまい、それがきっかけとなって社会不適応が遷延化する場合がある。彼らの社会参加を促進するためには、孤立せず自信を持って安心して参加できる活動拠点を保障することが求められる。

ここで鍵となるのは、共通の認知発達と興味を介したコミュニティづくりである^{3,5)}。事前に個別の評価を行って認知発達と興味を詳細に把握し、これらにおいて共通項の多いメンバーからなる小集団を形成することによって、構成メンバー全員が十分な理解と興味をもって意欲的に参加できる集団活動のプログラムを遂行することが可能となる。活動内容をしっかりと把握して意欲的に活動に参加することができるようになることは、社会不適応の予防にも直結する。

学齢期以降の対人意識の高まってきた段階の子どもたちにとって、共通の興味を介した仲間づくりを促進し、その集団を自分たちの活動拠点として位置づけることは、適切な自尊感情と社会参加への動機づけを育むための重要な基盤となりうる。学齢期以降のASの人たちを対象とした余暇支援プログラムは、生活の質を大いに高めている⁸⁾。

● 親支援

子どもの特性に配慮した支援を的確に開始し、軌道に乗せるためには、親が安定した精神状態で子どもの障害を理解し、前向きにわが子の育児に臨むことが必須である。親は、子どもを育てる立場であると同時に、障害のある子どもをもつことによる悩みを抱える立場もある。したがって親支援も、精神保健的アプローチと教育的アプローチとの両面から進めなければならない²⁾。

1. 親への診断の告知

親支援において最初に行うべきことは、子ど

もの特性に対する親の気づきを支え、適切な時期とやり方で診断を告知することである。子どもの発達の問題を親に伝える際には、子どもの発達に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²⁾。そのうえで、苦手な領域の訓練に比重をかけす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。

2. 親支援の集団プログラム化

親たちを計画的に集団化することにより、一層効果的な支援が可能となる。

教育的アプローチである学習会形式の集団プログラムは、多くの臨床の場で行われている。「ペアレント・トレーニング」などの名称でパッケージ化されているものも多い。また、より精神保健的アプローチにシフトした集団カウンセリング的な親向けプログラムを行うことにも意義がある。さらに、専門家があまり介在しないものとして、似た立場の人たちの横の関係による「ピア・カウンセリング」や、先輩から後輩への助言を保障する「メンタリング」がある。メンタリングについては、日本自閉症協会などが「ペアレント・メンター」の育成と普及の事業を行っている。

「障害のある子どもの育児」という共通のテーマがあり、共通の悩みや喜びを分かち合える仲間のいる場の存在は、多くの保護者にとって極めて心強い。実際、早期介入のプログラムで知り合った保護者たちのつながりが、その後の生活において保護者たちにとっての「心の居場所」となった例を、筆者は数多く経験している。

3. 親のパーソナリティや家族内力動の評価と対応

子どもの発達の問題について、すべての親が一様な捉え方をするわけではない。親支援にあたっては、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。

一部の親では、子どもの状態について理に適った判断がどうしてもできないことや、専門家の提案や助言をどうしても受け入れられず、自分の判断と希望に強く固執することがある。そのような場合、親自身になんらかの特殊な心理特性があり、それが時に病理的水準に達していることもある。なかでも、自閉スペクトラム、自己愛的防衛、統合失調症などの心理特性を有する親が一部に存在し、専門家との見解のズレがなかなか修正されないことがある。これらの心理特性を有する親に対しては、基本的には精神保健的アプローチを中心としながらも、専門家側が提示できるプログラムの枠組みを明確に示し、子どもに心理的負荷がかかりすぎて不適切な方針を親が執拗に要求することを防ぐ必要がある⁶⁾。

● 学校教育のあり方

「学習指導要領に沿った一斉指導」はわが国の学校教育の根底をなす価値観であり、多くの教師にとってこの価値観を書き換えることは相当な努力を要する。そのような通常の学校教育における価値観に変更を加えないままで特別支援教育が導入された結果、教師たちは、「決められたカリキュラムを一斉指導で教える」という価値観と、「個別ニーズに応じて個別指導計画を立て、カリキュラムを改変する」という特別支援教育の価値観という両価構造のはざまに立たせられることになった²⁾。特別支援教育を担う現場の教師の中には、このような両価構造を克服し、生徒の個別のニーズに沿ってカリキュラムを巧みにアレンジしながら授業を進めている人たちが数多く存在することも事実である。しかし、特別支援教育を担う教師の中には、必ずしも特別支援教育を専攻しておらず職場のローテーションで配置されたという場合も少なくない。それまで一斉指導の価値観のみを培ってきた教師が特別支援教育に配置された途端に全く正反対の価値観に基づく職務に携わらねばならなくなる、その戸惑いは医療スタッフの想

像を超えたものである。

知的に遅れのないASの子どもたちは、通常学級に所属し、大多数の定型発達の子どもたちと一緒に授業を受け、休み時間や課外活動をともにする。その中で無配慮のままでいると、彼らはさまざまな困難を感じ、学年が上がるにつれて孤立感を感じたり、いじめを受けたりするようになり、やがては不登校やひきこもりへと発展していくことも少なくない。インクルージョンとは、障害の有無を問わず同じ社会環境の中で生活し、教育を受けるべきであるという理念であるが、同じ集団に属しさえすればなんとかなると考えることは、ASの子どもたちに対しても無配慮の弊害に陥る危険を伴う。ASの子どもたちが通常学級の中で十分に理解と興味をもって取り組むためには、特別な配慮が不可欠である。そのためには、彼らには特別な配慮が必要であり、それが当然の基本的人権であるという理念を本人、保護者、教師、さらにはクラスメイトとその保護者たちがしっかりと認識できるような風土を学校全体として保障する必要がある。

そのような風土が学校に根づくためには、医療の関与が必要であろう。近年、就学前に早期発見され、早期介入を受ける発達障害のケースが増加しつつある。診断と支援の方針が早い時期に的確に伝えられ、早期介入によって個別のニーズに適切に対応することの効果を知った保護者は、就学前から適切な配慮を学校に求めるようになる。そのような保護者が増えることが、特別支援教育を学校全体に根づかせる風土をつくる最も強力な推進力となる。ここにも早期療育の重要な意義がある。

● おわりに —専門医養成の場の必要性—

ASの人たちへの支援のあり方を考える際に

は、身体障害のリハビリテーションにおける多領域・多職種によるチーム・アプローチが参考になる。チーム・アプローチが「船頭多くして船山に登る」にならないためには、全体を俯瞰して大方針を立てるチームリーダーとしての役割を担う医師が必要である。子ども本人の発達の特性だけでなく、親のパーソナリティや家族力動についても診断・評価ができる、かつ医療・保健・福祉・教育・労働にまで目配りができる専門医を養成する場が必要である。大学医学部に、そのような専門医を養成するための児童青年精神医学の臨床講座が設置されることが、今こそ望まれる。

文献

- 1) 本田秀夫：自閉症スペクトラム－10人に1人が抱える「生きづらさ」の正体－. ソフトバンククリエイティブ、東京、2013
- 2) 本田秀夫：子どもから大人への発達精神医学－自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践－. 金剛出版、東京、2013
- 3) 本田秀夫：発達障害の子どもを早期発見・早期支援することの意義. 精神科治療学 28: 1457-1460, 2013
- 4) 本田秀夫：発達障害の早期支援. 精神療法 40: 299-307, 2014
- 5) 本田秀夫、鯨島奈緒美：発達障害の人たちの社会参加促進を目指すコミュニティづくり支援. 臨床心理学 14: 813-817, 2014
- 6) 本田秀夫：親の対応に苦慮する発達障害の幼児症例. 精神科治療学 29: 1243-1248, 2014
- 7) 本田秀夫：高機能自閉症スペクトラムの支援－児童期－. 「精神科治療学」編集委員会編：「精神科治療学」第29巻増刊号：発達障害ベストプラクティス－子どもから大人まで－. 星和書店、東京, pp259-261, 2014
- 8) 日戸由刈：アスペルガー症候群の人たちへの余暇活動支援－社会参加に向けた基盤づくりとして－. 精神科治療学 24: 1269-1275, 2009
- 9) 清水康夫、本田秀夫編著：幼児期の理解と支援－早期発見と早期からの支援のために－. 金子書房、東京、2012

自閉スペクトラム症は増えているのか

篠山 大明* 本田 秀夫*

Key Words ▶ 自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder), 有病率 (prevalence), 発生率 (incidence), 感度 (sensitivity)

抄録：国内外の疫学研究で報告される自閉スペクトラム症の頻度は、近年、増加の一途をたどっている。しかし、頻度調査の数値の増加を、実際の自閉スペクトラム症の増加と結びつけることには、慎重になる必要がある。診断基準、発見する感度、調査方法などは、頻度調査の数値を見かけ上変化させる要因となりうる。診断概念の拡大と発見する感度の向上による見かけ上の増加が存在していることは明らかであるが、眞の増減を論じるために必要なデータが不十分である現時点では、自閉スペクトラム症の増加の有無についての断言はできない。自閉スペクトラム症の頻度を明らかにすることは、支援体制の実現のために重要であり、また、頻度の増減を正確に捉えることは危険因子や病因を研究するうえでも欠かせない。増加の有無を明らかにするためには、今後、厳密な方法に基づく調査が各地で実施されていくことが必要である。

はじめに

自閉スペクトラム症の急激な増加は、国内外を問わず報告されている。診断される人数が世界的に増加していることについては、もはや議論の余地はなく、論争の焦点は、何が診断増加の原因となっているかである。自閉スペクトラム症の発生率の増加に寄与する要因に関するさまざまな説が飛び交っているが、それらの説の真偽を検証するためには、まずは実際の発生率の増加がどの程度であるのかについての検討が必要である。頻度調査の数値が増加する要因は、眞の頻度増加だけではないため、疫学研究で報告される自閉スペクトラム症の診断頻度の増加

を、実際の自閉スペクトラム症の増加と結びつけることには慎重にならなければならない。診断基準、診断・発見の感度、調査方法などが頻度調査の数値を見かけ上増加させる要因となり得ることを理解したうえで、示される数値の変化を正しく解釈することが重要である。

診断の増加

自閉スペクトラム症の概念は、1990年代に広まったものである。それまでの疫学的調査はより狭義の自閉症について調べられていた。1960～1970年代にかけては、カナー型の早期幼児自閉症について調査が行われ、有病率は0.05%前後と報告されていた⁵⁾。1979年に報告

Is autism spectrum disorder on the rise?

* SASAYAMA Daimei and HONDA Hideo 信州大学医学部附属病院子どもこころ診療部 [〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1]

されたWingとGouldによる研究¹⁵⁾では、自閉スペクトラム症の概念を取り入れた疫学的調査が行われた。この研究で彼らは、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」からなる「三つ組」として整理するとともに、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。カナー型の自閉症の有病率が0.05%であったのに対し、「受動型」や「積極・奇妙型」まで含めた有病率は0.2%であった。1990年代に入ると、ICD-10またはDSM-IVの基準が用いられるようになった。2005年のRutterの総説¹³⁾では、自閉症の発生率は0.15～0.20%，広汎性発達障害全体の発生率は0.3～0.6%と述べられている。図1(A)には、アメリカ疾病管理予防センター(CDC)が2000年より実施している米国の14州における8歳児の自閉スペクトラム症の有病率調査の結果を示した⁴⁾。この結果によると、年々、有病率は増加し続けており、2010年の8歳児に対する調査で調べられた363,749名のうち、1.47%がDSM-IV-TRによる自閉性障害、アスペルガー障害、または特定不能の広汎性発達障害の診断基準を満たすと報告されている。

● 診断の増加の原因

診断が増加している原因については、以下の2つの仮説を立てることができる。

①自閉スペクトラム症の真の発生率が増えている。

②真の発生率とは別の要因で自閉スペクトラム症と診断される頻度が増えている。

①を検証するためには、まずは②の「別の要因」を整理する必要がある。②の「別の要因」として考えられる主なものとしては、診断概念の拡大、診断・発見の感度の向上、調査方法によるバイアスがあげられる。

1. 診断概念の拡大

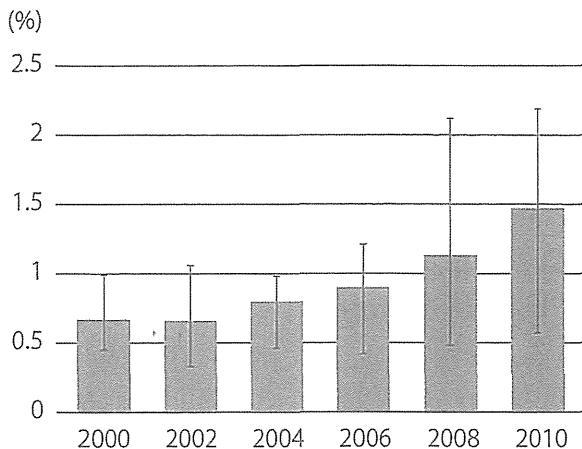
上述したように、Wingらによって、1980年

代以降、自閉症の診断概念が拡大した。1つは、自閉症における対人関係の異常を従来の孤立型だけでなく受動型や能動・奇妙型も含めて捉えるようになったこと¹⁵⁾、もう1つは、スペクトラムの概念の導入であり、上記のように拡大された自閉症よりもさらに症状が微妙で多彩な症例も自閉症と同じスペクトラムの障害群に含めるという形での概念の拡大である。これらの概念拡大により、臨床現場につながる自閉スペクトラムの症例数は増加し、診断の機会は激増した。デンマークの大規模な出生コホート研究においては、自閉スペクトラム症の診断数の増加の60%が1994年の診断基準の改定と1995年の外来患者の算入によって説明できると報告されている⁶⁾。

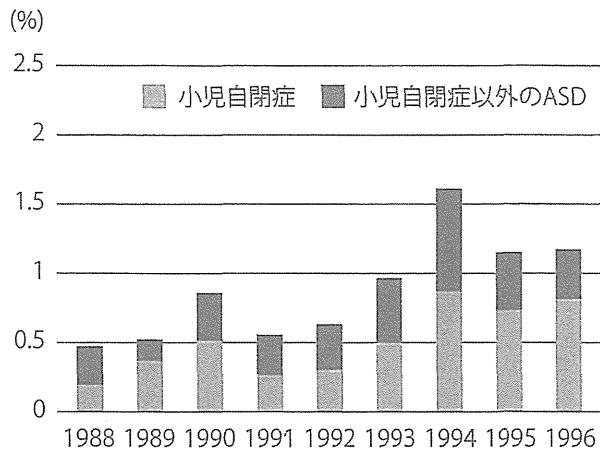
診断概念の拡大により、従来であれば自閉スペクトラム症以外の診断がなされていたケースが、最近では自閉スペクトラム症に分類されるようになったことが、多くの研究で指摘されている。Shattuck¹⁴⁾は、1994～2003年にかけての自閉症の有病率の増加と、知的障害と学習障害の有病率の減少とが関連していることを報告し、診断の置き換え(diagnostic substitution)が生じていることを指摘している。同様に、Polyakら¹²⁾は、米国における自閉症の有病率増加に伴い知的障害の有病率が低下していることを報告し、従来は知的障害と診断されていた人たちに自閉スペクトラム症の診断が行われるようになったことが、自閉スペクトラム症の診断数増加に影響していると述べている。さらに、Bishopら¹¹は、1980～1990年代にかけて発達性言語障害と診断されていた人の多くは、診断された当時の症状をもとに改めて診断し直すと自閉スペクトラム症と診断されることを報告している。

2. 診断・発見の感度の向上

自閉スペクトラム症の疫学研究で用いられるスクリーニング方法は、主に、学校教師などを対象とした質問紙の使用、医療データベースや地域サービス利用者のデータベースなどの使



A 米国8歳児における自閉スペクトラム症の有病率



B 横浜市における7歳までの累積発生率

図1 自閉スペクトラム症の頻度調査（文献4,10より）

用、乳幼児健康診査データの使用である。学校などにおける質問紙によるスクリーニングや地域サービス利用者のデータベースの使用は方法としては簡便であるが、非専門家の観察によるスクリーニングであるため、精度の低さが問題となる。一方で、医療データベースにおいても、必ずしも正確な臨床診断がデータベースに登録されているとは限らないため、これを用いても診断精度の問題は解消できない。また、医療データベースを利用した場合、医療機関につながっていない症例は見落とすことになる。このような研究の例として、図1(A)に示したアメリカ疾病管理予防センターの報告⁴⁾があげられる。この調査では、学校教育の記録と医療データベースを用いて最初のスクリーニングを行っているが、スクリーニングで漏れた対象者を直接診察しているわけではないため、医療や特殊教育サービスを利用していない人々は見落とされており、報告されている有病率は実際よりも低い値となっていると考えられる。自閉スペクトラム症に対する社会的関心の高まりによって医療機関につながる人々や特殊教育サービス利用者は年々増えており、その結果、データベースを用いた研究における把握もれが減少し、見

かけ上の診断数の増加に影響している可能性があることは念頭に置く必要がある。この見落としを防ぐために、直接学校を訪問して全例を調査する方法で、7～12歳児を対象とした調査が韓国で行われ、それまでの研究と比較すると高い有病率(2.64%)が報告されている¹¹⁾。この韓国での調査を、アメリカ疾病管理予防センターの調査⁴⁾と同様の方法で行った場合に算出される有病率は0.75%であり、残りの1.89%は医療や特別な教育サービスは利用していない子どもであったと述べられている。

日本は乳幼児健康診査の受診率が高いため、乳幼児健康診査の情報を利用することで、比較的簡便に、早期でのスクリーニングに基づくほぼ全例を対象とした調査の遂行が可能となる。Hondaら¹⁰⁾は、横浜市における乳幼児健康診査の情報を用いることで発見感度が高い調査を実施しており、すでに1995年の時点で、自閉スペクトラム症の7歳までの発生率が1%を超えていたと報告している。

3. 調査方法によるバイアス

過去の自閉スペクトラム症の頻度調査の多くは発生率ではなく有病率を報告している。発生率は、対象集団の中から一定期間のうちに病気

が発生する率のことであり、一方で、有病率は、対象集団の中である時点においてどれくらいの割合の人がその病気にかかっているかを示す指標である。一般的に、頻度調査が行われるような地域は自閉スペクトラム症に対するサービスも充実しており、自閉スペクトラム症の子どもがいる家族が転出を控え、時にはサービスを求めて転入してくる家族も存在する可能性がある。その場合、調査対象となっている地域では、平均的な地域と比較して高い有病率が算出される。有病率は、地域の支援体制の整備を行ううえでは有用な情報であるが、疾患の原因を研究するためには、転居などの社会的要因に影響を受けない数値である発生率の方が有用である。疫学的な研究により自閉症の発生率が最初に報告されたのは、1996年にHondaら⁹⁾が横浜市の乳幼児健診システムを利用して実施した研究であり、1988年の出生コホートにおける5歳までの自閉症の累積発生率は0.162%であったのに対し、同じく1988年に出生した当時5歳の横浜市在住の子どもたちの自閉症の有病率は0.211%であったと報告されている。

自閉スペクトラム症の発生率を調べた研究はまだ数が限られており、今後、各地の発生率のデータの蓄積が望まれる。

● 考 察

今日の自閉スペクトラム症の頻度調査で最も大規模に行われているのが、アメリカ疾病管理予防センターの調査⁴⁾であり、2000年には0.67%と報告されていた8歳児の有病率が、363,749人の8歳児を対象とした2010年の調査では、1.47%に増加したと報告されている。大幅な増加を示すこれらのデータは価値のあるデータではあるが、上述のとおり、診断概念の拡大の影響はもちろん、医療・教育サービス利用者の増加に伴う発見の感度の向上による影響、調査方法によるバイアスなどを受けていたため、この結果だけから真の頻度の増加を論じることはできない。診断基準変更による影響、

知的障害などの他の診断からの自閉スペクトラム症への診断の置き換え(diagnostic substitution)の程度を調べることで、ある程度は見かけ上の増加が存在していることが推測でき、少なくとも報告されているほどは真の頻度が増加していないことは明らかである。しかし、真の発生率とは別の要因による影響を一部取り除くだけでは増加のすべてを説明することはできず^{7,12)}、真の増加の存在を否定することもできない。最終的には、真の増加の程度を明らかにするためには、厳密な方法で発生率を調べ、データを蓄積することが求められる。

発生率の変化について調べている研究では共通して、発生率の増加が報告されている。Davidovitchら³⁾は、イスラエルのサービス利用者のデータベースを用いて発生率の推移を調べ、2004～2010年にかけて100,000人あたりの1～12歳の自閉スペクトラム症の年間発生率が65人から84人に増加していることを報告している。Burstynら²⁾はカナダの健康保険のデータを用いて発生率を調べており、3歳児の自閉スペクトラム症の年間発生率が1998年の出生コホートでは100,000人あたり52人であったのが2004年の出生コホートでは232人に増加していることを報告している。同様に、米国カリフォルニア州の発達障害者向けのサービスのデータベースを用いた調査⁸⁾でも、100,000人あたりの6歳までの自閉症の累積発生率が、1990年の出生コホートの89人から1998年の出生コホートの403人に増加したと報告されている。ただし、これらの報告のようにデータベースを用いた研究では発見の感度の向上による影響を受けやすい。

Hondaら¹⁰⁾は、横浜市における10,000人あたりの7歳までの自閉スペクトラム症の累積発生率が、1988年の出生コホートでは47.6人であったのが、1990年、1996年の出生コホートではそれぞれ85.9人、117.2人と増加していることを報告している(図1(B))。この研究は、乳幼児健診未受診例や把握漏れとなった症例も確実に

紹介される横浜市の臨床システムを利用してお
り、高い診断感度を確保したうえで発生率を調
べることに成功している。その結果、1990年代
の時点で、すでに最近の論文で報告される頻度
に近い値が報告されている。しかし、この研究
で報告されている発生率の増加にも、診断概念
の拡大が影響している可能性は否定できない。
特に高いIQのケースが増えたことが報告され
ているが、診断概念の拡大によって高いIQの
ケースが診断されやすくなつたのか、あるいは、
知的障害がないタイプの自閉スペクトラム症が
実際に増加するようななんらかの要因が存在す
るのかは不明である。

● おわりに

近年報告されている自閉スペクトラム症の頻
度の増加には、診断概念の拡大と発見する感度
の向上による見かけ上の増加が存在しているこ
とは明らかである。しかし、これだけですべて
の増加を説明できるとは限らない。今までの疫
学的データを実際の自閉スペクトラム症の増加
と結びつけることには慎重にならなければなら
ないが、一方で、自閉スペクトラム症の真の発
生率は変化していないとも断言できない。上述
したように、さまざまな要因の有病率に与える
影響がどの程度であるかを推測する研究も行わ
れているが、結局のところ、現存のデータで真
の増減について確定的な結論を得ることはでき
ないと考えられる。一定の診断概念のもとで全
例を厳密にスクリーニングする悉皆調査によ
つて調べられた各地の発生率のデータが蓄積され
ることによって、初めて真の頻度の変化が明ら
かになる。自閉スペクトラム症の頻度の変化は、
危険因子や病因を解明していくうえでも極めて
有用な情報である。増加の有無を明らかにする
ために、今後、厳密な方法に基づく調査が各地
で実施されていくことが望まれる。

文献

- 1) Bishop DV, Whitehouse AJ, Watt HJ 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
- 2) Burstyn I, Sithole F, Zwaigenbaum L : Autism spectrum disorders, maternal characteristics and obstetric complications among singletons born in Alberta, Canada. *Chronic Dis Can* 30 : 125–134, 2010
- 3) Davidovitch M, Hemo B, Manning-Courtney P et al : Prevalence and incidence of autism spectrum disorder in an Israeli population. *J Autism Dev Disord* 43 : 785–793, 2013
- 4) Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators : Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ* 63 : 1–21, 2014
- 5) Fombonne E : The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med* 29 : 769–786, 1999
- 6) Hansen SN, Parner ET : Cohort effects explain the increase in autism diagnosis: an identifiability problem of the age-period-cohort model. *Int J Epidemiol* 43 : 1988–1989, 2014
- 7) Hansen SN, Schendel DE, Parner ET : Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatr* 169 : 56–62, 2015
- 8) Hertz-Pannier I, Delwiche L : The rise in autism and the role of age at diagnosis. *Epidemiology* 20 : 84–90, 2009
- 9) Honda H, Shimizu Y, Misumi K et al : Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *Br J Psychiatry* 169 : 228–235, 1996
- 10) Honda H, Shimizu Y, Rutter M : No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* 46 : 572–579, 2005
- 11) Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ et al : Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry* 168 : 904–912, 2010
- 12) Polyak A, Kubina RM, Girirajan S et al :

- Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: implications for genetic diagnosis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 168 : 600–608, 2015
- 13) Rutter M : Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr* 94 : 2–15, 2005
- 14) Shattuck PT : The contribution of diagnostic sub-stitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education. *Pediatrics* 117 : 1028–1037, 2006
- 15) Wing L, Gould J : Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9 : 11–29, 1979

*

*

*

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施と評価
総合研究報告書

発 行 日 平成 28 (2016) 年 3 月
発 行 者 「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
の実施と評価」
研究代表者 本田 秀夫
発 行 所 信州大学医学部附属病院子どもこころ診療部
〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1
TEL : 0263-37-3060 FAX : 0263-37-3060
