

発達障害のプラクシス④

心理発達アセスメントにおける自閉症スペクトラムが 疑われる場合の保護者への構造化面接ツール開発のための予備的研究 —診断基準，診断補助ツール，構造化面接尺度の概観からの検討—

鹿児島純心女子大学大学院
鹿児島純心女子大学大学院

吉 田 ゆ り
若 本 純 子

和文要旨

発達障害への注目の一方では，発達障害の安易な診断や評価が懸念されている。本稿では，診断基準，診断補助ツール，構造化面接尺度の現状を概観し，自閉症スペクトラムが疑われる場合のアセスメントでの活用の課題を明らかにし，心理発達アセスメントに特化した構造化面接ツール開発のための予備的研究を行った。

キーワード：自閉症スペクトラム，診断基準，診断補助ツール，構造化面接尺度

はじめに

発達障害に関しては，近年急速に理解と社会啓発が進んだ。それに伴い，学校や幼稚園・保育園において「気になる子」として発達障害の疑いを指摘したり，発達障害は，「発達障害ではないか」と訴え，医療機関を受診したり心理臨床の相談機関を訪れる保護者が増加している。

理解と社会啓発がすすむ反面，弊害も生じている。生地(2005)は，発達障害概念の拡大がはらむ危険性が存在するとして，1.安易な診断という危険性，2.学校教育現場の混乱，3.情緒や愛着，対人関係等の問題に対しての理解が乏しくなる危険性，の3つを上げている。2.については，その後の特別支援教育の開始により，新たな問題をはらみながらも実践が行われている最中であり，3.については，反応性愛着障害との鑑別診断の重要性について，研究がすすみつつある（例えば杉山，2004：吉田・若本，2011）。ここで問題にしたいのは，1.安易な診断という危険性，である。

発達障害の中でも，自閉症スペクトラム障害（以下，ASD）は，その発生機序の説明が不可能，すなわち原因が特定されていない。よって，治療

法が確立されていない。自閉症という呼び方をするためには，一定の，共通の行動様式をもつものをもつかどうかを判断するのみである。その共通の行動様式を統計学的にまとめたものが診断基準であり，その代表が，世界保健機構（WHO）の定めるICD（現在はICD-10）及びアメリカ精神医学会の定めるDSM（現在はDSMIV-TR）のふたつである。この診断基準は往々にして，その時々最新のバージョンが，自閉症に関する研究論文や専門書のみならず，教育や保育の入門書や雑誌など，様々な書籍等に頻繁に掲載され，知られている。よって，診断基準の項目として，ASDを知っている，ということも起こり得るのではないかと考えられる。実際に筆者らも「診断基準でみたことがある」「勉強をしたが実際の子どもと結びつかない」，あるいは子どもの気になる行動を診断基準に照らし合わせて，いくつかの項目のみをみて「自閉症ではないかと思った」「（子どもの行動で該当しそうなものがある，と思った）」「あてはまらないから自閉症ではない」などという教育，保育現場の声を耳にする。

こうした現象には，いくつかの問題が含まれているように思われる。第一に，安易な診断や評価

を引き起こす、診断基準の扱われ方である。診断基準の背景も構成もよく理解されないままに、様々なかたちで人々にさらされているという事実が引き起こす弊害が存在するのではないかと、いう危惧である。つまりASDをはじめとした発達障害は、社会的認知が進む一方で、安易な診断につながっていることが懸念される。また単一の診断基準のみを採用し、そのほかの重要な特性を見逃して、あるいは軽視してはいないか。

第二に心理発達アセスメントにおいても、診断基準はクライアントへの支援や教育・保育との連携の現場で正しく活用しているのか、という疑問である。心理発達アセスメントの目的は、診断だけではなく、障害の評価及び支援計画の立案・修正である。例えば診断基準もしくは診断補助尺度などを使つての、ASDの診断に似た作業、あるいは発見にとどまり、支援に必要な情報収集や評価が十分できていないということがおこってはいないだろうか。

第三に、より効果的な診断を目指しての診断補助尺度、スクリーニング尺度等についても、十分な理解や使用がなされているのだろうか。

こうした懸念を踏まえて、本稿は、ASDに関する現在の診断基準や診断尺度に関する研究動向を概観したうえで、心理発達アセスメントにのつての診断基準や診断尺度の活用や汎用性を検討する。さらに、アセスメント場面のうち、ASDが疑われる場合のアセスメントを念頭において、心理発達アセスメントに特化した、保護者への構造化面接ツールの必要性について論じ、開発のための予備的研究とすることを目的とする。

I ASDの診断基準

1. 自閉症(自閉性障害)の診断基準

DSM DSMが発表する最新の診断基準はDSM IV-TR(2006)である。その中でASDは幼児、小児、青年期の障害の一つとして広汎性発達障害(pervasive developmental disorders)として位置づけられている。広汎性発達障害としては、自

閉性障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性障害の5つが含まれる。

広汎性発達障害の中核となる自閉性障害(表1)は、3歳以前に対人的相互反応、言語発達、遊びに見られる認知発達の機能の遅れ又は異常を前提としたうえで、(1)対人的相互反応における質的な障害、(2)意思伝達の質的な障害、(3)行動、興味、及び活動の限定された反復的で常同的な様式の3領域で構成されている。

DSMは、2013年に新しいバージョンであるDSM-Vの発行が予定されている。広汎性発達障害という考え方からWingらの三つ組みの考え方を採用して、自閉症スペクトラム(ASD)概念として再構成する方針が示されている(本稿ではこの考え方からASDとして論じている)。

ICD ICDが発表する最新の診断基準はICD-10である。その中でASDは、心理的発達の障害の一つとして、広汎性発達障害として、自閉症、非定型自閉症、レット症候群、その他の小児(児童)期崩壊性障害、知的障害(精神遅滞)と常同運動に関連した過動性障害、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、広汎性発達障害詳細不明の9つに分類されている。

自閉症については(表2)、言語発達、愛着をはじめとした社会性の発達、遊びに見られる認知発達の障害(異常)が3歳以前にみられることを前提としながら(1)社会的相互関係の質的異常、(2)コミュニケーションの異常、(3)行動・興味及び活動性のパターンの制限、反復的、常同的な様式の3領域で構成されている。ICDもまた、2014年にICD-11の発行を予定している。

DSMとICDは、両方の作成者が意見交換を実施し、2つのシステム間の使用言語の統一作業を行っているため、基本的な構成や使用される用語に大きな差はない(古川・神庭、2003)。

2. アスペルガー障害(症候群)の診断基準

DSM アスペルガー障害は、自閉性障害(表1)

表1 DSM-IV-TR 自閉性障害の診断基準

- A 下記の(1)(2)(3)から合計6つ（またはそれ以上）、うち少なくとも(1)から2つ、(2)と(3)から1つずつの項目を含む。
- (1) 対人的相互作用における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる。
 - (a) 目と目で見つめあう、表情、姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著名な障害。
 - (b) 発達水準に相応した仲間関係をつくることの失敗。
 - (c) 楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有すること（例：興味のあるものを見せる、持ってくる、指さす）を自発的に求めることの欠如(d)対人的または情緒的相互性の欠如
 - (2) 以下のうち少なくとも1つによって示される意思伝達の質的な障害。
 - (a) 話し言葉の発達の遅れ又は完全な欠如（身振りや物まねのような代わりの意思伝達の仕方により補おうという努力を伴わない）
 - (b) 十分会話のあるものでは、他人と会話を開始し継続する能力の著名な障害。
 - (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語。
 - (d) 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如。
 - (3) 行動、興味および活動が限定され、反復的で常同的な様式で、以下のうち少なくとも1つによって明らかになる。
 - (a) 強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の、1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。
 - (b) 特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかになる。
 - (c) 常同的で反復的な衝動的運動（たとえば、手や指をぱたぱたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き）。
 - (d) 物体の一部に持続的に熱中する。
- B 3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常。
- (1) 対人的相互反応
 - (2) 対人的コミュニケーションに用いられる言語
 - (3) 象徴的または想像的遊び
- C この障害はレット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない

表2 ICD-10 自閉症（小児自閉症）の診断基準

- A 3歳以前に次にあげる領域のうち1項の発達以上または発達障害が存在すること
- (1) 社会生活のためのコミュニケーションに利用する受容性言語または表出性言語
 - (2) 選択的な社会的愛着の発達、または相互的な社会関係行動の発達
 - (3) 機能的遊戯または象徴的遊戯
- B (1)(2)(3)から併せて、少なくとも2項以上、(2)と(3)からそれぞれ1項以上含んでいること
- (1) 相互的な社会関係における質的以上として、次にあげる領域のうち少なくとも2項以上、(2)と(3)からそれぞれ1項以上含んでいること。
 - (a) 視線・表情・姿勢・身振りなどを、社会的相互関係を調整するための手段として適切に使用できない。
 - (b) (機会は豊富にあっても精神年齢に相応した) 友人関係を、興味・活動・情緒を相互に分ち合いながら十分に発展させることができない。
 - (c) 社会的・情緒的な相互関係が欠如して、他人の情動に対する反応が障害されたり歪んだりする。また行動を社会的状況に見合ったものとして調整できない。あるいは社会的、情緒的、意思伝達的な行動の統合が弱い。
 - (d) 喜び、興味、達成感を他人と分かち合おうとすることがない。
 - (2) コミュニケーションにおける質的以上として、次にあげる領域のうち少なくとも1項が存在すること。
 - (a) 話し言葉の発達遅延または全般的障害があり、身振り手振りでコミュニケーションを補おうとする試みを伴わない。
 - (b) (言語能力はさまざまな程度に認められるにもかかわらず) 他人とのコミュニケーションで相互に会話のやり取りを開始したりまたは持続することに大抵失敗する。
 - (c) 常同的・反復的な言葉の使用、または単語や文節の特有な言い回し。
 - (d) さまざまなごっこ遊び、または(若年であれば) 社会的模倣遊びの乏しさ。
 - (3) 行動や興味及び活動性のパターンが制限され、反復的・常同的であるが、次にあげる領域のうち少なくとも1項が存在すること。
 - (a) 単一あるいは複数の、常同的で限定された興味のパターンにとらわれており、かつその内容や対象が異常であること、または単一あるいは複数の興味が、その内容や対象は正常であっても、その強さや限定された性質の点で異常であること。
 - (b) 特定の無意味な手順や儀式的行為に対する明らかに強迫的な執着。
 - (c) 手や指を羽ばたかせたり絡ませたり、または身体を使って複雑な動作をするなどといった、常同的・反復的な奇異な行動。
 - (d) 遊具の一部や機能とは関わりのない要素（例えば、匂い・感触・雑音・振動）へのこだわり。
- C その臨床像は次のような原因でおこっているのではないこと。つまり広汎性発達障害の他の亜型、二次的な社会的・情緒的諸問題を伴う受容性言語の特異的発達障害、反応性愛着障害又は脱抑制性愛着障害、何らかの情緒ないし行動の障害を伴う精神遅滞、ごく早期に発症した精神分裂病、レット症候群など。

表3 DSM-IV-TR アスペルガー障害の診断基準

- A 以下の少なくとも2つにより示される、対人的相互反応の質的な障害
 (a)目と目で見つめあう、表情、姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著名な障害。
 (b)発達の水準に相応した仲間関係をつくることの失敗。
 (c)楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有すること（例：興味のあるものを見せる、持ってくる、指さす）を自発的に求めることの欠如
 (d)対人的または情緒的相互性の欠如
 B 行動、興味および活動が限定され、反復的で常同的な様式で、以下のうち少なくとも1つによって明らかになる。
 (a)強度または対象において異常なほど、情動的で限定された型の、1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。
 (b)特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかになる。
 (c)常同的で反復的な衝動的運動（たとえば、手や指をばたばたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き）。
 (d)物体の一部に持続的に熱中する。
- C その障害は社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能の臨床的に著しい障害を引き起こしている。
- D 臨床的に著しい言語の遅れがない（例：2歳までに単語を用い、3歳までにコミュニケーション的な句を用いる）。
- E 認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、（対人関係以外の）適応行動、および小児期における環境への好奇心について臨床的に明らかな遅れがない。
- F 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症の基準を満たさない。

表4 ICD-10 アスペルガー症候群の診断基準

- A 表出性・受容性言語や認知能力の発達において、臨床的に明らかな全般的遅延はないこと。診断にあたっては、2歳までに単語の使用ができており、また3歳までに意志の伝達のための二語文（フレーズ）を使っていることが必要である。身辺処理や適応行動及び周囲に向ける好奇心は、生後3年間は正常な知的発達に見合うレベルでなければならない。しかし、運動面での発達は多少遅延することがあり、運動の不器用さはよくある（ただし診断に必須ではない）。突出した特殊技能が、しばしば異常な没頭を伴ってみられるが、診断に必須ではない。
- B 社会的相互関係における質的異常があること（自閉症と同様の診断基準）。
 (a)視線・表情・姿勢・身振りなどを、社会的相互関係を調整するための手段として適切に使用できない。
 (b)（機会は豊富にあっても精神年齢に相応した）友人関係を、興味・活動・情緒を相互に分かち合いながら十分に発展させることができない。
 (c)社会的・情緒的な相互関係が欠如して、他人の情動に対する反応が障害されたり歪んだりする。また行動を社会的状況に見合ったものとして調整できない。あるいは社会的、情緒的、意思伝達的な行動の統合が弱い。
 (d)喜び、興味、達成感を他人と分かち合おうとすることがない。
- C 度はずれに限定された興味、もしくは、限定的・反復的・常同的な行動・関心・活動性のパターン（自閉症と同様の診断基準。しかし、奇妙な運動、及び遊具の一部分野本質的ではない要素へのこだわりをとまなうことはまれである）。次にあげる領域の少なくとも1項が存在すること。
 (a)単一あるいは複数の、常同的で限定された興味のパターンにとらわれており、かつその内容や対象が異常であること、または単一あるいは複数の興味が、その内容や対象は正常であっても、その強さや限定された性質の点で異常であること。
 (b)特定の無意味な手順や儀式的行為に対する明らかに強迫的な執着。
 (c)手や指を羽ばたかせたり絡ませたり、または身体を使って複雑な動作をするなどといった、常同的・反復的な奇異な行動。
- D 障害は、広汎性発達障害の他の亜型、単純性分裂病、分裂病系障害、強迫性障害、強迫性人格障害、小児期の反応性・脱抑制性愛着障害などによるものではない。

表5 ギルバークの診断基準

- A 社会性の欠陥（極端な自己中心性）（以下のうち2つ）
 (a)友達と相互にかかわる能力に欠ける
 (b)友達と相互にかかわろうとする意欲に欠ける
 (c)社会的な合図の理解に欠ける
 (d)社会的・感情的に的確さを欠く行動
- B 興味・関心の狭さ（以下のうち1つ）
 (a)他の活動を受け付けない
 (b)固執を繰り返す
 (c)固定的で無目的な行動
- C 決まりや興味・関心の押しつけ
 (a)自分に対して、生活上で
 (b)他人に対して
- D 話し言葉と言語の特質（次のうち少なくとも3つ）
 (a)発達の遅れ
 (b)表面的には誤りのない表出言語
 (c)形式的で、もったいぶった言語表現
 (d)プロソディ（韻律）の奇妙さ、独特の声の調子
 (e)表面的・暗示的な意味を誤解するなどの言語理解の悪さ
- E 非言語コミュニケーションの問題
 a)身振りの使用が少ない
 b)ボディランゲージ（身体言語）のぎこちなさ・粗雑さ
 c)表情が乏しい d)表情が適切でない
 e)視線が奇妙、よそよそしい
- F 運動の不器用さ・神経発達の検査成績が低い

表6 サトマリの診断基準

- A 社会的孤立（以下のうち2つ）
 (a)親しい友達がいない
 (b)人との接触を避ける
 (c)友達づくりに関心がない
 (d)自分一人の世界を好む
- B 社会的相互作用の欠陥（以下のうち1つ）
 (a)自分に必要なときだけ人と接する
 (b)人への接し方が不器用
 (c)友達に対する一方的な接し方
 (d)人の気持ちを感知するのが困難
 (e)人の気持ちに無関心
- C 非言語コミュニケーションの欠陥（以下のうち1つ）
 (a)表情が乏しい
 (b)子どもの表情から感情を読み取れない
 (c)目で意思を伝えることができない
 (d)ほかの人に視線を向けない
 (e)手を使って意思を表現しない
 (d)身振りが大げさでぎこちない
 (g)人に近づきすぎる
- D 話し言葉と言語の特質（以下のうち1つ）
 (a)抑揚のおかしさ
 (b)口数が多すぎる
 (c)口数が少なすぎる
 (d)会話に一貫性がない
 (e)一種独特な言葉の使い方
 (f)繰り返しの多い話し方

の項目のうち(2)意思伝達の質的な障害以外の(1)(3)で構成されている。ただし、Cにおいては、障害と診断する際の基準、D、E、F(表1)においては、自閉性障害との鑑別基準並びに統合失調症との鑑別基準を明記している。

ICD ICDもDSMと同様の考え方であり、(2)コミュニケーションの異常以外の(1)(3)で構成されている。特記すべきはAの診断の前提条件の部分である。DSM同様、自閉性障害との鑑別基準を示す部分も含まれるが、さらに具体的に「2歳までに単語の使用ができており、また3歳までに意志の伝達のための二語文(フレーズ)をつかえていること、身辺処理や適応行動及び周囲に向ける好奇心は、生後3年間は正常な知的発達に見合うレベルでなければならないと、発達年齢の目安を明示している。また、運動面の発達の遅延にも触れ、運動の不器用さがみられること、突出した特殊技能がみられることがあることが記述されているが、診断に必須ではないことも書き添えられている。ICDでは、言語発達以外は自閉症と同様の診断としながらも、診断基準に必須ではないがよく見られる症状を加えていることに注目できる。

ギルバーク、サトマリの診断基準 アスペルガー障害では、DSM、ISDの他にギルバーク、サトマリの診断基準もよく知られている。ギルバークの診断基準はDSMに先んじ、最初の診断基準であったといわれ、直後にサトマリも発表をしている(Attwood, 1999)。

ギルバークの診断基準には「F 話し言葉と言語の特質」、「E 非言語コミュニケーション」、サトマリの診断基準には「C 非言語コミュニケーションの欠陥」「D 話し言葉と言語の特質」の項目が存在する点であろう。Attwood(1999)によれば、ギルバークの診断基準が発表されたのは1989年であり、アスペルガー障害における言語発達の診断項目は、ICD及びDSMではずされたことになる。ギルバーク、サトマリともに自閉症の言語特性を中心にしているが、例えば「表面的・暗示的な意味を誤解するなどの言語理解の悪さ」など、アスペルガー障害ならではの言語特性を含

んでの表記となっている。さらにギルバークにおいては「F 運動の不器用さ・神経発達の検査成績が低い」の項目があり、運動発達についても言及している。

現在アスペルガー障害と診断を受けたASD児らは、言語発達の時期や語彙増加、文法構造の理解に遅れはなくとも、その理解や言い回しなど運用に困難があることはよく知られている。同様に運動の不器用さもまた、乳幼児期より指摘されることの多い項目である。むしろ、乳幼児期の早期より問題として存在し、家庭では育てにくさとして、保育や教育の場では社会生活での困難につながるであろう。しかしICD及びDSMでは診断基準としての扱いはしていない。ICDやDSMのような国際的に認められた診断基準であっても、現実のすがたを説明しきれていないわけではないことが指摘できるのではないかな。

アスペルガー障害については、こうした言語等の特性の扱い等に注目が集まり、アスペルガー障害単独の診断名ではなくASD概念としてまとめる動きとなっている。

2. 診断基準の活用における問題点

1) DSMにおける操作的診断の弊害

現在、診断基準の功罪についての議論が高まっているが、論議の焦点は特にDSMであるといえる。DSMは、特定学派や理論、病因論を廃して共通言語とした点、統計や研究領域での対象設定を可能とした点、大規模な疫学調査が可能となったという功(よい効果)が存在するとされるの一方で、罪(よいとは言えない効果)も論議されている。(飯森, 2011)

加藤(2010: p1006)は、2007年のNancy Andreasenの論文「DSMとアメリカにおける精神病理学の死: 意図しなかった諸結果の1例」から3つの論点を取り出し、論じている。そのうち本稿に関連する2つの論点と加藤の解釈は以下の通りである。

1. 「精神病理学の古典は今やほとんど忘れられてしまった。(DSMの)診断クライテリアは、それぞれの障

のごく限られた数の症状しか含んでいない。学生は、DSMに含まれていないもの、重要な意味を持つ可能性がある兆候・症状、あるいは特徴的な兆候・症状は知らない」

加藤はこれを「DSMをバイブルにして、そこに挙げられている症状のみで診断を機械的に行い、診断はこれで確定されたと確信してしまう悪しき傾向をさす。」とし、我が国では症状・病態を掘り下げる研究が続いている点を評価しながらも、DSM至上主義が横行していると述べている。

2. 「精神科臨床実践に対して非人間化作用を及ぼした。精神医学にとって中心となる手段である患者の病歴、生活史を聞くことがなされなくなり、DSMのチェックリストで事足りるとされてしまうことがしばしばである」

加藤は「かなりラディカル」としながらも、我が国においても病歴や生活史の把握がおろそかになっている傾向がみられることを指摘している。さらにこうした批判をもとに、2014年にはICD-11が、2013年にはDSM-Vが出版されることに触れ、「機械的な操作診断で事足りるという怠慢に陥ることなく、患者の生活史や対人関係について、患者、あるいは家族の語りに耳を傾けながらパーソナリティの把握に努めるなら患者の主体性を尊重することに貢献する」(p1010)と結んでいる。

同様に牛島(2011)も、DSM診断体系が平易な言葉で臨床像を描き出したことを評価する一方で、平易さがもたらした弊害を指摘している。それは診断基準が、例えば10項目のうち5項目が該当すれば診断基準を満たすという操作的診断となり、いわばチェックリスト診断が横行しているとの批判である。これによって、症状の質の吟味をする訓練がなされなくなり、直感的に質の違いを判断する「勘：ただ一つの症状だけでなしに、全人格の変容がもたらす独特の精神的雰囲気を感じ取る」とらえる感覚と説明(p518)が発達しなくなった、としている。

加藤、牛島両者の指摘は、精神医学においては診断基準、特にDSMが普及した反面、その操作的診断の弊害として安易な診断が拡大したこと点

にある。この論議は発達障害、ASDにおいても同様である。加藤(2011)では特に、広汎性発達障害の外延の安易な拡大への危惧が述べられている。

2) 心理臨床学における診断の意義

一方、心理臨床学においてはどうか。心理臨床学における診断基準の普及がもたらした効果について堀越(2001)は、「それぞれ立場と介入方法は異なっても臨床現場ではDSM-IVを共通の診断基準または共通用語として使用する仕組みになっており、分野を超えたコミュニケーションも容易になった」(p45)と述べている。すなわち、診断基準の普及は、精神医学の隣接領域であり、チーム医療の一員であり、さらに強固な連携が必要となる心理臨床にとっても同様の利点を確認されたと言える。

その反面、精神医学において指摘されている、操作的診断の功罪に関する問題はどうか。心理臨床学の領域において、診断基準を活用する際の操作性に関する論議はみあたらない。診断基準そのものが医学領域のものであることを考えると当然ともいえようが、診断基準が、我々が支援すべき対象を説明する共通言語であるならば、除外診断や鑑別診断の訓練を受ける機会の少ない心理臨床者が、操作性の功罪を理解しないまま、診断基準の項目のみによる見立て、心理的評価を行うのは大変に危険であることは想像に難くない。心理臨床において重要な職務である心理アセスメントの際には、操作的診断の功罪を理解したうえで、診断基準を活用した適切な診断面接が実施することが求められることを再度周知すべきである。これはASDに限ったことではなく、心理臨床が対象とする症状などのすべてに該当するだろう。特にASDについては、特別支援教育の周知徹底とともに発達障害概念の拡大解釈が存在するのであれば、心理臨床をはじめとして、教育・保育の現場に直結する大問題となりかねない。

こうした問題を避けるため、より確実な診断を目指して、診断基準の変遷とともに診断補助尺度やスクリーニング尺度が開発されている。

Ⅱ.診断補助ツール (診断補助尺度、スクリーニング尺度)

診断基準を概観したが、「診断基準の適切な運用が自閉性障害の診断にはもっとも重要であるが、それは熟練を要する作業である」(栗田, 2008 P2377)と言われるように、アセスメントにどうかすか、非常に難しく高度な技術である。そのため、様々な診断を補助する尺度、スクリーニングツールが作成され、用いられている。

尺度には、その方法により質問紙法、行動観察法、構造化面接(半構造化面接のものもある)にわけることができ、診断を補助する目的で作成されたものとスクリーニングの目的で作成されたものがある。

ここでは幼児期～児童期に焦点を当てて、妥当性・信頼性が検討されている尺度について概観し、心理臨床におけるアセスメントの目的に合致するかを検討する。ただし、現在の診断基準であるDSM-IV及びICD-10の基準に合わせ、1994年以降の発表及び修正版発表のもので、学会誌等で妥当性・信頼性などの検討を行っているものに絞り、検討する。

1. 質問紙法(スクリーニングツール)

質問紙法は主にスクリーニングを目的とし、乳幼児期を対象としたものでは養育者が記入する方法が採用されている。

スクリーニング尺度においては、カットオフを超えた場合には対象児が自閉症スペクトラムである可能性が示唆されるため、その上で医師の診察が必要と判断される。

① M-CHAT

Baron-Cohen, Gillberg(1992)が開発したChecklist for autism in toddlers(CHAT)の修正版であるM-CHAT(The Modified Checklist for autism in toddlers)(Robins・Fein・Barton, 2001)は乳幼児期自閉症チェックリストとして米国を中心に使用されてきたが、神尾・稲田(2006)が日本語版を作成し、自閉症スペクトラム児の早期発見と家族への早期介入

にその有効性を実証している(稲田・神尾, 2008)。

M-CHATは、自閉症スペクトラム児のスクリーニングを目的としている。対象は2歳前後の幼児であり、親(保護者)が記入する尺度である。全16項目のうち、平均的な通過時期によって8か月以前、10～12か月、14か月以降の3群にわけられている。

心理臨床アセスメントの視点から特筆すべきは、自閉症児の多くにつまずきがみられるとされるJoint Attention行動の指標が充実している点にあるだろう。稲田・神尾(2008)によれば、自閉症スペクトラム児が特に不通過となるのは、全23項目中、他児への関心、要求の指さし、興味の指さし、呼名反応、指さし追従、視線追従、手指の情動行動、親の注意喚起、耳の聞こえの心配、言語理解、宙の凝視、社会的参照の12項目であるとされ、特に指さし行動の叙述的側面など)は非自閉症スペクトラム児との識別が可能であるとしている。

これらのJoint Attention行動に関する4項目については、保護者が回答する際に、質問事態をよりわかりやすくつたえるために、イラストで説明されている点である。これは日本版M-CHATにおけるオリジナルの工夫である。「7.何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしていますか?」(叙述の指さし)、「9.あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか?」(「みせるShow行為」)など、イラストにより保護者に質問の意味が伝わりやすい。この点を、稲田・神尾(2008)は、親が質問の文言を正しく理解することが重要であること、子どもの早期に芽生える社会的行動について、言葉の有無や数ほどには重要視されない点を指摘し、文言の理解を補うための工夫を行ったとしている。

DSM-IV-TRでは、Joint Attention行動については、A(1)対人的相互反応における質的な障害

(a)目と目で見つめあう、表情、姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調整する多彩な非言語性行動の使用の著名な障害、(e)楽しみ、興味、達

成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如（例：興味のあるものを見せる、持ってくる、指さすことの欠如）と2項目のみにまとめて記されている。M-CHATでは、このJoint Attention行動を細分化した項目としたことで乳幼児期により発見しやすいように配慮されたといえよう。

さらに、必ずしも自閉症スペクトラムとは言えない場合にもこうした社会的発達につまずきを見せる子どももあり、定型的社会的発達かどうかをチェックするためのツールとしても活用が可能である（神尾，2009）。

② IBC-R

乳幼児行動チェックリスト改訂版（infant behavior checklist revised; IBC-R, 以下IBC-R）はわが国で開発された自閉症スペクトラムを中心にした乳幼児のスクリーニングツールである。項目数は24項目、前半1～12が0歳代、後半13～24が1～2歳代とされている。このうち12項目をIBC-R12として、短縮版として実施することもできる。いまだ十分な規模での検討はなされていない（辻井・行廣・安達・市川・井上・内山，2006）との指摘もあるが、開発者である金井・長田・小山・栗田（2004）による有用性の検討研究において一定の信頼性・妥当性が示されている。特に注目すべきはCARS-TVの併用による検討において、両者の総得点の相関は中程度であったことからCARS-TVが診断尺度であり、3歳以降に認められる典型的な自閉症上に基づいて作成されているのに対し、IBC-Rはより速い年齢に出現する可能性のある早期兆候に基づくものであると考察されている点であろう。

③ TABS

東京自閉行動尺度（Tokyo Autistic Behavior Scale : TABS, 以下TABS）は自閉症スペクトラム診断の補助尺度として我が国で開発された（Kurita・Miyake, 1990）。その有用性については立森・高橋・長田・渡辺・長沼・瀬戸屋（2000）が検証を行い、専門家の診断前に使用するものとして有用であるとされている。

主として母親が記入する方式を採用し、全39項目（短縮版は10項目、TABS-10）である。対人関係・社会性の問題（10項目）、言語・コミュニケーションの問題（11）、くせ・きまりについて（7）、その他の4領域で構成される。この領域は、DSM-IVの大項目に一致し、診断基準に含まれない行動はその他にまとめられていると考えられる。立森らの研究においては、カットオフは15・16点（短縮版では4・5点）が適切と報告されている。

④ AQ-C（AQ児童用・日本語版）

近年では、成人期になって受診、診断を受けるケースも増加したため（青木，2011）成人の診断に使われる尺度も作成されており、その代表的なものがBaron-Cohen・Wheelwright・Skinner・Martin・Clubley（2001）の作成した自閉症スペクトル指数（Autistic Spectrum Quotient: AQ,）である。AQは、日本版としてAQ-Jが開発され、信頼性、妥当性を有していることが検証され、使用されている（栗田・長田・小山・宮本・金井・志水，2003）。その児童版が同じ研究チームにより発表されたAQ児童版であり、日本語版の標準化が発表されている（若林・内山・東條・吉田・黒田・パロン・コーエン・ウィールライト，2007）。前述①～③はすべて乳幼児を対象とした質問紙法のスクリーニングツールである一方で、AQ児童版は7歳から15歳までの児童から青年期初期までを対象とした。

AQ児童版は、成人用AQが自記式であったのに対して、保護者による他者評定形式である。内容はWingらの三つ組み理論を採用し認知的な偏りなどを追加して、社会的スキル・注意の切り替え・細部への注意・コミュニケーション・想像力の5領域各10問の50項目で構成されている。

2. 構造化面接尺度

DSMには準拠した診断面接の手引書であるSCID（Structured Clinical Interview for DSM-IV）が存在するが、児童用の手引きとしては利用が難しい。その一方でASDに関しては評定に関する構造化面接法は早くから開発、使用

されてきた。いかに主なものを概観する。

① ADI-R

構造化面接尺度の作成としては初期にRutterらのグループがADI (Autism Diagnostic Interview: 自閉症診断面接, 以下ADI) (Le Couteur・Lord・Rios・Robertson, Hokdgrafer・McLennan, 1989) を発表, その後修正版としてADI-Rへと発展した。初期のADIは, 研究を目的として作成されたが, 診断的作業にもまた使用されるようになったための修正であり, ADI-RはICD-10及びDSM-IVの診断的アルゴリズムを提供したとされている (Wing・Leekan・Libby・Gould・Larcombe, 2002)。すべての年齢と認知発達水準に対応した評価尺度である。

しかしADI-Rは, 高度な訓練を専門家向けで長時間を有し, 実用的ではない (神尾・行廣・安達・市川・井上・内山・栗田・杉山・辻井, 2006)との指摘どおり, 原著者らによって認定された特定の研究に対して米国でトレーニングを受けた評価者のみが使用できる (Le Couteurら, 1989) さらに半構造化面接であることから, 面接に慣れない臨床者の使用は不安定であることも推察できよう。

② DISCO

DISCO (The Diagnostic Interview for Social Communication Disorders: 以下DISCO) はWingら (2002) によって開発された自閉症スペクトラムを中心とした発達障害の診断・評価のためのツールである。Wingら (2002) は自閉症研究の歴史においては, KannerもAspergerも, その状態像を描写することから始まったことに触れ, 現在の診断基準は‘dimensional’よりもむしろ‘categorical’であり, 国際的に受け入れられ標準化された診断的・区分的システムは調査研究に使われるが, 臨床は個々に異なる要求を支援する, 「ボトムアップアプローチ」が目的である (p307~308)と強調した。

よって, DISCOの目的は, 第一に診断のスケジュールであり, 第二に個別ニーズのアセスメントにある。

項目は, 約300あり, Part1~8にわかれ, 対象は全年齢であり, 知的発達の全レベルをカバーしている。

日本においては, 既定のトレーニングを受け, 認定を受けた専門家のみが使用することを認められている。今後も英語版も日本版も市販される予定はなく, DISCOセミナーの受講が必須である。現在開講されているトレーニングの参加資格は, 原則として日常, 発達障害の診断・臨床を行っている医師であるが, 発達障害の評価・臨床を行っている臨床心理士及び臨床発達心理士も参加可能とされている (よこはま発達クリニック, 2012)。

筆者らは, このセミナーを未受講であり認定を受けていない。また現時点で国内におけるDISCO研究や臨床事例論文等を見つけることはできなかった。よってその内容についてはWingらが評価者間信頼性や臨床使用の検討を行った論文 (Wing他, 2002) や医学書等での紹介 (例えば宇野・内山, 2011) を参考にするにとどまるが, 心理臨床的アセスメントにおけるDISCOの活用と今後の研究の動向は注目すべきであろう。特に自閉症スペクトラムの初期兆候を拾い上げることのできるPart2, スキルの発達を詳細に把握することのできるPart3は, 保育所など乳幼児期の子どもの「気になる」行動などの観察データの解釈等への使用の可能性が高いことが推測できる。また自閉症スペクトラムの診断のみならず, そのタイプを示し, さらに併存する疾患や生活状況を把握することができる点, そこから支援プランを立案することができるとされ (宇野・内山, 2011), 医学領域との連携のもと, 心理臨床的支援においても, 活用が期待できよう。

DISCOの使用には認定が必要であることが, クオリティコントロールのための必要な条件であることを明示している点から, 自閉症スペクトラムの補助診断, 支援計画立案のための構造化面接がいかに評価者の専門性の質の高さ, 熟練を問うものであるか, Wingらの自閉症スペクトラム支援の信念が如実に理解できよう。一方で, 心理教育の面からは, 発達障害臨床に携わるすべての臨

床心理士がDISCOを学び、認定を受けることが理想でありながらも、現時点では、臨床心理士の職務形態や地理的条件、経済的な条件などから現実的ではないようにも思われる。発達障害の地域医療の核となる施設・機関の数名の認定などにより、その核となる人物を中心としたチームあるいは連携を検討、実現化していくことが、DISCO活用の一歩であると考えられよう。

③ PARS

広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (Parvasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale:PARS,以下PARS) は、「広汎性発達障害(注1)の特性の判定と支援に關係する困難度を母親に面接し評定する57項目の尺度である」(PARS委員会編著, 2011)。

評定に関しては、職種は問われていないがPDDの基本的知識を有するPDDの専門家であることが明記されている。対象の年齢帯は幼児(就学前)小学生(児童期) 中学生以上(思春期・成人期)であり、それぞれの年齢帯で質問項目が分けられているが、児童期以降は幼児期の症状が最も顕著なときについての母親の報告にもとづいておこなう方式であり、リアルタイム評定と回顧的評定の両方で評定される。

質問項目については、各々聞き方についての複数の例示及び評定段階が細かく表記されているため、例示については評定者の判断で内容が変わらない配慮がなされている。多少の変更や例示の追加は認められているが評定者はその例示を読み上げ、聴取し、回答を3段階で評定することになる。

項目の選定には、自閉症スペクトラムの臨床研究を専門とする10年以上の経験を持つ児童精神科医及び発達臨床心理学者が、PDDに特徴的と考えられる項目と、それによって支援の必要性や要介護度が高くなる項目を選定している。よって、診断補助ツールとしては幼児期の行動特徴についての評価から使用し、現状の支援ニーズや要介護度の評価に必要な年齢帯ごとの評価ができる。さらに、PARSはPDDの専門家以外の人々が評価しても、比較的容易に評価が可能な信頼性、妥当性が

高い尺度とされている(辻井他, 2006)。

判定結果は、医学的診断に代わるものではなく、診断の確定は専門医によってなされることが強調されている。

III 心理発達アセスメントにおける診断基準、及び診断補助ツール活用の課題

前章まで、ASDの診断基準及び診断補助ツールの現状について概観した。心理臨床において診断基準、診断補助ツールを活用するのは、心理発達アセスメントの場面であろう。心理発達アセスメントの概要について本稿では言及を避けるが、例えば、本人もしくは保護者がASDを疑って来談したケース、直接的な主訴ではなくとも受理面接や面接経過中に発達障害が疑われる所見を得たケース、ASDを検討する心理発達アセスメントを行うことがある。その際、本人を対象としたテストバッテリー(知能検査や発達検査等)、行動観察、また保護者もしくは本人への面接などが構成される。ここでは、ASDを疑われる場合の心理発達アセスメントを念頭に置き、保護者面接での活用の課題について、前章までの概説をもとに考察する。

1. 診断基準の心理発達アセスメントにおける活用の課題

診断基準を概説したことから、心理発達アセスメントにおける診断基準の活用の課題が指摘されよう。

1) 診断基準の理解

まずは診断基準そのものの成り立ちを理解することにある。心理教育においては、診断基準の学習は非常に重要である。概論書の図表や手引き(コンパクト版)だけでの学習ではなく、DSM本体の説明を参照し、カプランの診療の手引きなど、ICDであれば研究用基準などとの併用は必須だと考える。功罪についても、診断基準は万能ではなく、特にDSMのもつ操作性の問題が存在することを理解したうえで、現行の診断基準を活用する姿勢を持つことを心掛けたい。改訂が予定された

診断基準であっても、現在の共通言語として使用する以上は、正しい知識と活用技術を修得することが必須であると考ええる。

また、活用とは、診断基準をもとに、いくつかの障害にグルーピングすることが主眼ではなく、共通する行動様式を持つものを説明するための概念として診断名をつけ、その個々の特性と発達の現状を分析し、支援計画につなげるためのものであることを強調したい。

2) 単一の診断基準のみの活用の弊害

診断基準の個性 個々の診断基準のもつ個性にも目を向けたい。DSMとICDはそもそも共通点が多いことにはすでに触れたが、ギルバークやサトマリのみに挙げられる診断基準の項目（言語発達や不器用さ）に学ぶところも大きく、項目構成に違いがあることを理解すべきである。

非特異的行動の扱い ASDの臨床像においては診断的意義のある特異的行動と、診断的意義は少ないがしばしば合併する非特異的行動がある。非特異的行動は、ASDに共通してみられる頻度は高いものの、診断基準の項目としては採用されていないものである。しかし、支援のためにはその両方を評価する必要があるという指摘（神尾ら、2006：p496）がある。すなわち診断基準のみでも診断をすることはできるものの、学校や生活上でしばしば困難を生じる原因は非特異的行動であることが多く、この点の評価にかかわる記述がないために、ASDではないと判断され、わがままな子ども、愛情不足などによる情緒が不安定な子と捉えられたり、非特異的行動の支援を含んだ支援計画の立案には結びつかないこともあり得るだろう。「理解としては発達障害を広くとり、診断としては発達障害を狭くとり」（青木、2011）とされるように、診断基準はあくまで確定診断をするためのものであり、ASDとして理解するための絶対的な物差しではないことを再確認したい。

2. 診断補助ツール（診断補助尺度、スクリーニング尺度）の心理発達アセスメントにおける活用の課題

診断基準の活用の課題をまとめたが、その課題

の解決のために開発された診断補助ツール（診断補助尺度、スクリーニング尺度）においても、心理発達アセスメントにおける課題が存在する。

1) 診断補助ツールの個性の理解

まずは個々のツールの背景や項目の構成などを理解し、使用法に精通することが求められる。

M-CHATのように2歳前後の初期に実施できるもの、A-Q児童版のように7歳から12歳までに適用するものなど、対象年齢に違いがあることがあげられる。乳児用の目的は主に早期発見にあると考えられ、児童用の目的は学校生活における困難の発見であろう。その目的に応じて、例えばM-CHATではJoint-Attention行動に強いツールとなっており、A-Q児童版では、学校生活を念頭においた社会性の項目が厚い構成となっている。こうしたツール個々の個性を理解して選択し、使用することが求められよう。

2) ツールの限界

記入者の主観 こうした診断補助ツールは、乳幼児期を対象としたものはすべて、母親（保護者）記入の方式を採用している。よって、記入者の主観に基づいた評価であることを念頭に置くべきである。特に、最も汎用的であろうとされたPARSにおいても幼児期はリアルタイム評価であるが児童期・青年期は回顧的評価となる（辻井他、2006）。自閉症スペクトラムの典型的な症状は幼児期に見られるため、児童期・成人期に実施する場合には、記入する保護者の要因が、評価に大きな影響を及ぼすことを念頭に置かねばならない。しかし、診断補助ツールにはその点をフォローしていないことから、心理発達アセスメントのひとつとして活用する側の力量が問われるであろう。

3. 構造化面接尺度の心理発達アセスメントにおける課題

代表的な構造化面接尺度の概説によりみいだされた心理発達アセスメントにおける課題について述べる。

1) 既存尺度の心理発達アセスメントにおける汎用性の限界

代表的な構造化面接尺度は、ADI-R、DISCO、

PARSのいずれも信頼性、妥当性の検証研究も進み、実用化されたものである。さらに診断基準が持つ操作性の問題も排除され、DSMなどの診断基準にはない非特異的行動に関する項目も豊富に含まれている。これらを学び、活用できる実力をつけることは、心理発達アセスメントを行う心理臨床者にとっては、非常に有意義なことであろうと思われる。しかし一般的な心理発達アセスメントのツールとしての汎用性は低いのではないだろうか。

ADI-Rは米国でのトレーニング、DISCOは国内では研修機会は指定された一か所のみであり、しかも年1回、受講料も非常に高額である。あえて簡便さを選択せず、DISCOのクオリティの保持のためであることは理解できるが、すべてのアセスメントを行う心理臨床者がこうした研修を受けることのできる環境にあるかという点と疑念が残る。前述したように、ADI-RやDISCOの技術を修得した医師らを中心とした診断チームとしての活用が最も効果的だと思われる。増加する発達外来・発達障害専門外来の増加にも対応できよう。

2) PARS活用の有用性と課題

現在我が国で発表されているもののなかでは心理発達アセスメント場面において実用的なものはPARSであろう。PARS幼児期尺度の妥当性と信頼性の検討を行った研究（辻井ら，1996）では、今後PARSを乳幼児健診（特に三歳児検診）などで活用するには新たな枠組みが必要であることを述べているように、さらにPARSを活用した臨床事例や研究が進んでいくことが期待される。しかし、PARSが簡便であるための選択ということではなく、評価者の熟練が必要であることには変わりがない。ADI-RやDISCOのトレーニングシステムの厳密さが訴えているのは、ASDの構造化面接を行うものは、ASDの心の専門家であれということであり、臨床心理士もまた、相当の努力をするべきであるとの示唆だと考える。

PARSの活用が心理臨床アセスメントにおいて最も現実的であるという有用性の一方で、課題も残る。PARSは厳密な意味での構造化面接ではな

く、半構造化面接であり、質問の追加や質問文の多少の変更が認めれている点である。これは、より多くの、より個別性に対応できる面接の実現においては非常に有効だと考えられる。その反面、心理教育アセスメントにおいては、例えば発達障害を専門としない心理臨床者、あるいは発達障害以外を主訴として来談したケースを担当した心理臨床者にとっては、非常に難しい技術でもある（若本・吉田・古野・徳永，2012）。ツールが存在し、項目が用意されていることで評価が可能である一方、項目に該当するかどうかの判断にとらわれ、その項目に関連した情報を得る機会を逃す可能性があることが想定できよう。このことから、心理発達アセスメントの場面においては、PARSの活用はASDの評価という目的は果たすものの、今後の支援計画に必要な情報を得るための完璧なツールとは必ずしも言えないことになる。

IV 心理発達アセスメントに特化した構造化面接尺度の必要性の検討

面接における留意点 前章において、心理発達アセスメントにおいては、PARSの使用が最も現実的で汎用性があるのではないかと述べた。PARSの学習を十分に行ったうえで活用するにしても、心理発達アセスメントでの活用においては留意すべき点があげられる。

まず、ASD評価目的のPARS項目の聞き取りであっても、質問に対する保護者の反応を、それが言語的・非言語的であれ、逃さずにキャッチすることが重要である。設問に関連して「そういえばこんなことが」など追加の情報やエピソードが、のちの支援に活かされることも多いであろう。

さらに保護者にとっては、その面接そのものが、子どもの行動やその意味を考える、重要な機会となることを忘れてはならない。それは障害受容のはじまりに他ならず、面接そのものが支援の一步であると言えるだろう。

またそれらの情報は、評価にとどまらず、記述を心掛けることである。ツール＝記入用紙がある

ことで項目を追い、その評定に追われ〇もしくは×を記入することにとられ、保護者からの重要なエピソードや非言語的メッセージを見逃されることなく、記述していきたい。

構造化面接であることの長所 一方で、ASDが疑われる場合であればその評定が必須であることとは変わりはない。Perterson (1968) は、心理面接における構造の程度について、構造化されない面接では必要な情報を収集することは不可能であるとし、一方であまりにも面接枠組みが固い場合には、予定されていた質問の答えを得ることはできても、対象者に何が起きているかについては把握できないままになってしまうと指摘している。また、堀毛 (2003) は、構造化面接とは面接者の問いを刺激あるいは独立変数、対象者の回答を反応あるいは従属変数とみなし、できるかぎり客観的なデータを得ることを目的として、質問の内容や順序、言葉遣いなどを一定にして面接を行うため、複数の対象者の回答と比較することができ、また同一の枠組みでの整理や数量化もできるなど、信頼性が高く客観性を保つことはできると述べた。よって、ASD評定のためのアセスメントを目的とした面接において構造化面接の手法を用いることは、心理臨床においても適切な方法選択であることが言えよう。

以上のことから、医学的診断モデルに基づく複数の診断基準や診断補助ツール、構造化面接尺度を心理臨床アセスメントに特化した、構造化面接尺度の必要性が示唆できるのではないだろうか。

おわりに

本稿では、心理発達アセスメントにおける自閉症スペクトラムが疑われる場合の保護者への構造化面接ツールの開発についての可能性を、医学モデルで活用されている診断基準、診断補助ツール、構造化面接尺度など概観することで検討した。

心理発達アセスメントに特化したツールを開発するという発想の一方で、すでに開発され信頼性及び妥当性に優れ、本稿でも心理発達アセスメン

トにおける汎用性も高いと結論付けたPARSを心理教育において充実させるという視点もあるだろう。こうした双方向の検討を続け、今後の課題としたい。

引用文献

- 青木省三 (2011) : 1. 成人期の発達障害について考える, 青木省三・村上伸治編. 専門家のための精神科臨床リユミエール23 成人期の広汎性発達障害. 中山書店
- Attwood, T. (2009) : ガイドブック アスペルガー症候群, 親と専門家のために (富田真紀・内山登喜夫・鈴木正子訳) 東京書籍 (Attwood, T. (2008) . *Asperger 's syndrome : a guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baron-Cohen, S. (1992) : Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*. 161, 839-843.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., Clubley, E. (2001) : The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.,
- Hanson, N.R. (1986) 科学的発見のパターン (村上洋一郎訳 (Hanson, N.R. (1958) : *Patterns of Discovery*, New York: Cambridge University Press.)
- 古川壽亮・神庭重信 (2003) : 精神科診療診断学—エビデンスからナラティブへ 医学書院
- 堀越勝 (2001) : DSMと心理臨床, 精神療法, 27, 43-51.
- 本郷一夫 編著 (2008) こどもの理解と支援のための発達アセスメント 有斐閣
- 飯森眞喜雄・中安信夫・西園昌久・野村総一郎・牛島定信 (2011) : 座談会 DSM診断体系の功罪—操作的診断は精神科臨床に何をもたらしたか—, 精神療法, 37, 522-540.
- 稲田尚子・神尾陽子 (2008) : 1. 自閉症スペクトラム障害の早期診断へのM-CHATの活用, 小児科臨床, 61, 2435-2439.
- 金井智恵子・長田洋和・小山智典・栗田広 (2004) : 広汎性発達障害スクリーニング尺度としての乳幼児行動チェックリスト改訂版(IBC-R)の有用性の検討, 臨床精神医学, 33, 313-321
- 加藤敏 (2010) : 世界の精神医学の動向に見て取れる精神病理学の要請—DSM-5, ICD-11に向けて— 臨床精神医学, 39, 1005-1016.
- 神尾陽子 (2009) : 発達障害の診断の意義とその問題点, コミュニケーション障害学, 20, 92-197.
- 神尾陽子・稲田尚子 (2006) : 1歳6か月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究, 精神医学, 48, 981-990.
- 神尾陽子・行廣隆次・安達潤・市川宏伸・井上雅彦・内山登紀夫・栗田広・杉山登志郎・辻井正次 (2006) : 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト 日本自

- 閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の信頼性・妥当性についての検討, 精神医学, 48, 495-505.
- 栗田広 (2008) : 1.自閉性障害の診断法の発展,小児科臨床, 61, 2377-2380.
- 栗田広・永田弘和・小山智典・宮本有紀・金井智恵子・志水かおる (2003) : 自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J) の信頼性と妥当性.臨床精神医学, 32,1235-1240.
- Kurita,H.Miyake,Y.(1990) : The reliability and validity of the Tokyo Autistic Behavior Scale. Japan Journal of Psychiatry and Neurology, 44, 25-32.
- Le Couteur,A.,Rutter,M.,Lord,C.,Rios,P.,Robertson,S.,Holdgrafer,M.,McLennan,J(1989):Autism Diagnostic Interview :A standardized investigator instrument. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19,363-387.
- 中根允文・岡崎祐士・藤原妙子・中根秀之・針間博彦訳(1994) : ICD-10精神および行動の障害－DCR研究用診断基準 医学書院
- 生地新(2005) : 発達障害概念の拡大の危険性, 精神医療, 37, 37-44.
- PARS委員会編著 (2011) : PARS 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 スペクトラム出版社
- Robins, D.L., Fein .Barton, M. Green JA.(2007) : The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.31, 131-144.
- 杉山登志郎(2007) : 子ども虐待という第四の発達障害 学習研究社
- 高橋三郎・染矢俊幸・大野裕 訳(2003) : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院
- 立森久照・高橋美紀・長田洋和・渡辺友香・長沼洋一・瀬戸屋雄太郎 (2000) : 東京自閉行動尺度(Tokyo Autistic Behavior Scale:TABS)の広汎性発達障害の診断補助尺度としての有用性, 臨床精神医学, 29,529-536.
- 辻井正次・行廣隆次・安達潤・市川浩伸・井上雅彦・内山登紀夫(2006) : 日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度 (PARS) 幼児期尺度の信頼性・妥当性の検討, 臨床精神医学35, 1119-1126.
- 富田真紀 (1999) 中根允文・岡崎祐士 訳 (1994) : ICD精神および行動の障害-臨床記述と診断ガイドライン 医学書院
- 牛島定信 (2011) : DSM診断体系の功罪, 精神療法, 37, 5-9.
- 宇野陽太・内山登紀夫 (2011) : 3.成人期の広汎性発達障害の診断, 青木省三・村上伸治編.専門家のための精神科臨床リユミエール23 成人期の広汎性発達障害,中山書店
- 融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士 訳 (1994) : ICD精神および行動の障害-臨床記述と診断ガイドライン 医学書院
- 若林昭雄・内山登起夫・東條吉邦・吉田友子・黒田美保・サイモン バロン-コーエン・サリー ウィールライト(2077) : 自閉症スペクトラム指数 (AQ) 児童用・日本語版の標準化－高機能自閉症・アスペルガー障害児と定型発達児による検討－.心理学研究, 77, 534-540.
- Wing,L.Leekam,SR.Libby,SJ,Gould,J.Larcombe,M.(2002):The Diagnostic Interview for social and Communication Disorders:background,inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43,307-325.
- よこはま発達クリニック (2012) : 『第6回 医師のためのDISCOセミナーのお知らせ』
<https://ypdcn936.securesites.com/course/p0077.html> (2012.2.30情報取得)

Abstract

A Study of The diagnosis assessment On Developmental Disorders and Reactive attachment disorders.

On the other hand of attention to developmental disorders, diagnosis and evaluation of developmental disabilities easy has been a concern. In this paper, given an overview of current diagnostic criteria, diagnostic aid tool, a measure of a structured interview.

A preliminary study about the tool structured interviews to clarify autism spectrum is suspected, that specializes in assessment of Psychology preliminary study was carried out for development.

KeyWords : Autism spectrum Disorders, Diagnostic criteria, Diagnostic aid tool, A measure of a structured interview.