

自閉症の判定基準の洗練化とフィールド調査に関する研究 —自閉症判定基準 α 2.2版の作成—

分担研究者 太田昌孝 東京学芸大学・教授

1. 研究要旨

本研究はすでに作成した自閉症判定基準 α 1版（原案）について、その構成や項目の妥当性や明確さあるいは不十分さを検討し、発達障害の専門家のみならず、広く関係者の検討に供するための判定基準 α 2の完成版を作ることを目的にしている。

研究分担班員による検討を行い、判定基準が3つの尺度から成っている基本的構造を再確認したうえで、自閉症を含む少数の症例に適応して、①3つの尺度の各々の項目について補ったり削ったりするものがあるか、②項目名が妥当であるか、また分かりやすいか、③各々の項目について判定指針が適切に書かれているか、④各々の項目と3つの尺度の概括的評価について段階わけは適切か⑤使いやすさはどうか、などの点について検討を行った。寄せられた意見を参考にして、主として以下の4点の改訂を行った。すなわち、①判定基準解説編を作成し、追加したこと、②判定指針の項目の表現をわかりやすくして、かついくつかの新しい項目を追加したこと、③判定指針の内容についても、明確な基準を設け、評価の客観性をより高めたこと、④調査基礎票の整備を行ったことである。その上で解説編と判定指針編と評価票とで構成されている自閉症判定基準ガイドライン α 2.2を作成した。判定基準 α 2.2版は項目の定義と評価基準の記述を検討し、評価の客観化が高まっていることが予測される。この判定基準 α 2.2版を使用して、もう少し多くの専門家関係者の意見を聞き、この α 2.2版をさらに洗練化し、各種のフィールドライアルに耐えられる改訂版（ β 1）の作成に備えるのが次年度の課題とて残された。

2. はじめに

この研究の基本目標は、見えない病といわれている様に実際に分かりにくい自閉症について、知能の高低や年齢に関わり無く、全ての自閉症児者をカバーする、適切な判定基準を作ることにある。判定基準を作成することにより、全ての自閉症児者の生活と社会参加の向上に寄与できることを目指すものである。この判定基準が行政に反映され、高機能自閉症児者の不利の是正を含め、自閉症児者が障害に見合った適切な福祉的施策を受けられることを期待するものである。それとともに、自閉症児者の教育的、医療的施策あるいは就労・雇用施策などにも反映でき、総合的な支援や施策のための判定基準とすることも含まれている。結果として自閉症の鑑別診断をする基準となることも射程に入れている。この研究の当面の目的は、第1に、評価・判定についての理論的問題の明確化を図ることである。第2には、医学、福祉もしくは教育の領域で共有

可能な実際的な判定基準を作成することである。第3には、その判定基準が福祉的施策の向上や治療や働きかけの向上に役に立ちうるように検討し、提言を作成すると共に、働きかけのためのガイドラインを作成する基礎をすることにある。こでの自閉症の範囲は、ICD-10あるいはDSM-IVにおける広汎性発達障害を指す。自閉症圏障害もまた同意語とみなす。また、自閉、自閉傾向という用語で括られる障害も含んで良いとした。

3. 本年度の研究の目的

今年度の研究の目的はすでに作成した自閉症判定基準 α 1版（原案）について、その構成や項目の妥当性や明確さあるいは不十分さを検討し、限られた範囲の発達障害の専門家と関係者の検討に供するための判定基準 α 2の完成版を作ることを目的にしている。それをもとに、多くの専門家や関係者による検討に供するための判定基準 β 版を作成するための準備段階とするものである。

なお、自閉症判定基準の基本構造は、自閉症に特有な行動症状を中心とした「症状重症度」、「知能障害の程度」および「生活制限の程度」との3つの尺度に分かれており、それを総合して概括的な「総合的判定」ができるように構成されている。

4. 方法

研究分担班員による検討を行い、判定基準の基本的構造の確認を再確認したうえで、 α 1を基に α 2.0版を作成し、この α 2.0版に若干の改訂を施し、 α 2.1R版を作成した。この α 2.1R版について、分担班員を中心にして、自閉症を含む少数の症例に適応して、主として以下の点について検討を行った。

- ①3つの尺度の各々の項目について補ったり削ったりするものがあるか
- ②項目名が妥当であるか、また分かりやすいか
- ③各々の項目について判定指針が適切に書かれているか
- ④各々の項目と3つの尺度の概括的評価について段階わけは適切か
- ⑤使いやすさはどうか

これらの検討に際しては、DSM-IV、ICD-10、世界保健機構（WHO）による国際障害分類第2版（ICIDH2）の原稿、アメリカ精神遅滞協会（AAMR）による「精神遅滞一定義と分類と支援システム」、CARS、SM社会生活能力検査、乳幼児精神発達質問紙などの記載や項目を参照した。

判定の視点と期間は、どちらかと言えば固定している面に着目して評価した。従って、判定の期間は3ヶ月程度として、一定程度持続する最も悪い症状や低い状態をみて評価した。

情報源としては、面接による観察、カルテの記録、学校の教師の観察や記録、さらに親からの報告あるいは本人の陳述などとした。

なお、版の命名については以下のようになっている。 α 版は分担班員および少数の専門家や関係者などで、内容などを検討する段階を指す。 β 版は広く専門家や関係者などを対象にして意見をきいたり、検討を行う段階のものである。

実際の症例に対して用いる直前の段階の版である。しかし、この後期の段階では、かなりの広さでの症例についてのフィールド調査を行うことも含んでいる。

5. 結果

寄せられた意見では、症状重症度と知能障害の程度については、概ね妥当であり、表現についても若干の手直しでもよいとのことであった。生活制限の程度の尺度のうち、「3歳から6歳まで」、「6歳から、12歳を中心にして、18歳まで」については、不足の項目や判定の基準が曖昧すぎるなどの意見があり、改訂を加えた。各尺度における概括的評価については、尺度内の項目の点数を一定の方式で算定したらどうだろうかとの意見が多かった。また、概括的な総合的判定の程度の枠取りについても異論があった。しかし、この2つについては今後の課題として残すことにした。これらの意見を参考にして、 α 2.1R版を改訂した。

その主な改正点は以下の通りである。

- ①判定基準ガイドライン解説編整を備し付け加えたことである。
- ②判定指針の項目の表現をわかりやすくして、かついくつかの新しい項目を追加したことである。
- ③判定指針の内容についても、明確な基準を設けたことである。解説編と評価票に記載されている判定指針と併せて判定することにより、客観性をより高められることが期待される。
- ④調査基礎票の整備を行ったことである。

6. 考察と今後の課題

自閉症は人生の早期に発症し、対人関係の相互性の障害を臨床的な基本症状としているが、伴う臨床的な異常行動は多岐にわたり、知能は正常から重度ないしは最重度にまで分布し、認知の障害の程度も個人差が大きい。年齢的には幼児期から成人期に至るまでの自閉症を持つ人々がおり、青年期成人期に至っても殆どの場合で様々なレベルでの社会参加のための困難に遭遇している。このため判定基準の作成に当たっては各々の尺度について項目の選択、定義、評価基準の設定に当たって当初より困難が伴っていた。本年度は研究協力者を中心にして意見を求め、それを集約することにより、項目の追加と削除、項目の定義と評価基準の客観化に重点を置いて検討し、改訂版として判定基準 α 2.2版を作成した。

一昨年度のこの判定基準の研究について、厚生省評価委員から、判定方法は簡単であること及び判定項目は明解であることのコメントをいただいた。判定項目の明解さについては本改訂作業でも検討の中心においてきた。それ故に明解さの点では、改善が見られていると考える。簡単であることは基準の重要な要素の一つと考える。しかしながら、簡便さ故に、評価基準としての妥当性が失われることを恐れ、開発の現段階ではあまり強く考慮しないで進めていくことにした。開発のいずれかの段階において、簡便さについての検討が必要とな

ろう。

各尺度における概括的評価を尺度内の項目の点数を一定の方式により算定する事に関する問題については、3つの尺度について項目の追加と削除がなお予想されること、項目の妥当性についての検討が残っていることおよび簡便化との関連から今後の課題として残した。また、総合判定の程度の枠取りについても、療育手帳や障害年金などの判定基準との関連が検討されていないので、これも今後の課題として残した。

自閉症判定基準 α 2.2版を使用して、もう少し多くの専門家や関係者の意見を聞き、この α 2.2版をさらに洗練化し、各種のフィールドトライアルに耐えられる改訂版(β 1)を作成に備えるのが次年度の課題である。

7. 参考文献

- American Association on Mental Retardation, *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*, 9th edition. AAMR,1992.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, DSM-IV. Washington DC, USA, 1994.
- 厚生省医療局長通知：精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準 健医発1133、平成7年9月12日、1995.
- 厚生省：平成7年度に実施する精神薄弱児（者）基礎調査に用いる精神薄弱の定義および判定の基準、1995.
- 三木安正監修：新版S-M社会生活能力検査日本文化科学社、1980.
- 永井洋子、太田昌孝、金生由紀子他：デイケアでのChildren's Global Assessment Scale (CGAS)の検討、太田昌孝（研究代表者）、三菱財団助成研究中間報告書：自閉症児の認知発達治療および治療効果の評価についての方法論と評価尺度の開発に関する研究、pp.24-34、1989.
- Schopler E., Reichler R. J. and Renner, B. R.: *The Childhood Autism Rating Scale - CARS*, Irvington Press, New York, 1985.
- 津守 真、磯部景子：乳幼児発達質問紙 3～7才まで、大日本図書、1965.
- World Health Organization: *ICIDH-2 International Classification of Impairments, Activities, and Participation -A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning*, 1997.
- World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Guidelines*, 1992. (融 道男、中根允文、小宮山実監訳: ICD-10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、1993)

8. 研究発表

- 太田昌孝：自閉症、松下正明・広瀬徹也（編）、精神医学、南山堂、pp.361-378、1998.
- 太田昌孝：学校精神保健・不登校・いじめ、風祭 元（編）専門医のための精

- 神医学レビュー '98、総合医学社、pp.94-100、1998.
- 太田昌孝：自閉性障害、松下正明（総編集）、精神科ケースライブラリー、花田雅憲・山崎晃資（編）、児童・青年期の精神障害、pp.82-93、中山書店、1998.
- 太田昌孝：チック・Tourette症候群、風祭 元・栗田 廣（編）、臨床精神医学講座11、児童青年期精神障害、pp.155-163、中山書店、1998.
- 太田昌孝・永井洋子・金生由紀子・染谷利一・松永しのぶ：高機能自閉症における臨床的特徴と社会適応、特殊教育研究施設年報 1997, pp.105-111、1998.
- 金生由紀子・太田昌孝：トゥレット症候群、治療 80(7)；110-112、1998.
- 金生由紀子・太田昌孝・永井洋子：我が国のトゥレット障害の遺伝的要因に関する臨床的検討、脳と精神の医学 9(3)；267- 275、1998.
- Yukiko Kano, Masataka Ohta and Yoko Nagai : Clinical characteristics of Tourette syndrome, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 ; 51-57、1998.
- Yukiko Kano, Masataka Ohta and Yoko Nagai:Tourette syndrome in Japan: a nation-wide questionnaire survey of psychiatrists and pediatricians *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 ; 407-411、1998.
- 茂木俊彦監修・太田昌孝編集:障害を知る本 7 自閉症の子どもたち、大月書店、1998.

自閉症判定基準のためのガイドライン（α2.2版）

解説編

1. 判定基準開発の目的

この判定基準の開発の目的は、見えない病といわれている様に実際に分かりにくい自閉症について、知能の高低や年齢に関わり無く、全ての自閉症児者をカバーする、適切な判定基準を作ることにある。判定基準を作成することにより、全ての自閉症児者の生活と社会参加の向上に寄与できることを目指すものである。この判定基準が行政に反映され、高機能自閉症児者の不利の是正を含め、自閉症児者が障害に見合った適切な福祉的施策を受けられることを期待するものである。それとともに、自閉症児者の教育的、医療的施策あるいは就労・雇用施策などにも反映でき、総合的な支援や施策のための判定基準とすることも含まれている。結果として自閉症の鑑別診断をする基準となることも射程に入れている。

2. 判定基準開発の前提

自閉症は発達障害であるので基本的には発達障害法あるいは全ての障害を含んだ障害に応じて福祉的処遇が可能となる柔軟な法律ができればよいのであるけれども、そのような法律は現在無い。それに「対応するもの」として、[知的障害者福祉法]あるいは「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」が存在している。

自閉症は発達障害であり、一つの行動的症候群であり、「疾患単位」の可能性の高い障害であるので、知的発達の遅れの有無に関わらず、出来るだけ単一の福祉法で自閉症を扱ったほうが適切であると考ええる。その理由は、まず第1に一つの障害がいくつもの法律に分割されて適応されるのは一貫した福祉的援助をする上で基本的には不適當であることである。第2には、知的に高くあってもやはり幼児期早期からの長期にわたる経過が精神保健的な働きかけが必要である。さらに、第3には、自閉症が精神医学的に比較的良く研究されている妥当性の高い疾患単位であるので、自閉症の研究を進めることが発達障害全般の精神医学的研究を促進しやすい条件をつくり出すのに有利であることである。

知能の如何にかかわらずすべての自閉症の福祉的処遇について、知的障害者福祉法を中心とする一つの法律体系で可能な限り扱おうとする前提でこのガイドラインの開発を行っている。そのための暫定処置としては、知的障害者福祉法を柔軟に運営することが望まれる。さらには、この判定基準を用いることにより、自閉症児者について、生活と社会参加を妨げる特有な要因を抽出することより、より適切な支援方法や体系を作り上げるための基礎資料を得ようとするものである。

青年期において初めて社会的不適応が生じた場合、自閉症の診断が可能な場合であれば、知的に高い場合であっても、自閉症として同じ福祉的な適応を基

本的には受けられるということもこの前提に含まれている。しかしながら、このような場合も含め、精神保健および福祉法の適応のあることも考慮せねばならないだろう。

3. 自閉症の範囲と症状の概略

1) 自閉症の範囲

ここでの自閉症とは、ICD-10あるいはDSM-IVにおける広汎性発達障害を指す。自閉症圏障害もまた同意語とみなす。また、自閉、自閉傾向という用語で括られる障害も含んで良い。

2) 症状の概略

相互的な社会関係とコミュニケーションのパターンにおける質的な障害、および限局した常同的で反復的な関心と活動の幅によって特徴づけられる一群の障害である。程度の差はあるが、これらの質的な異常は、あらゆる状況においてその患者個人の機能に広範に見られる特徴である。多くの場合、幼児期から発達に異常であり、ほんのわずかな例外を除いて、この状態は生後5年以内に明らかになる。また、これらの異常は年齢とともに程度や行動パターンは変化するものの、多くの場合、治癒することなく一生にわたって続く。この障害は精神年齢（遅滞のあるなしにかかわらず）に比較して偏った行動によって定義される。常ではないが通常は、ある程度の全般的認知機能障害がみとめられる。すなわち、知的発達の水準は正常から最重度の遅滞まで分布するが、知的発達の水準が遅滞の領域にある頻度は高く、70～80%にみられる。5、6歳時点での知的能力の高いこととコミュニケーション可能な言葉があることは、将来のよい適応と関連するが、知的に高い場合においても、必ずしも将来的により適応が得られるとは言い難い。さらには、経過中に他の精神障害が出現してくることも少なくない。しかしながら、適切な働きかけや条件を整えることにより、生活の破綻を予防したり、社会参加の向上をはかることが可能である。一部の症例では、いくつかの医学的な病態にもなっていたり、あるいはそれらが原因となっている可能性もある。（「ICD-10精神および行動の障害臨床記述と診断ガイドライン1993」に基づいて、補遺、改変を行った）

4. 自閉症判定基準の構成

自閉症は対人関係を中心とした特異的な行動障害である。知能は高いほうから低いところまでにわたって分布し、比較的特異的な認知の不均衡さがみられる。また、生活の適応や社会参加の能力には一人一人の差が大きいとはいえ、それらの能力に欠けることが多い。従って、自閉症の判定基準、自閉症特有な行動症状を中心とした症状重症度、知能障害の程度および生活制限の程度との3つの次元での評価が最低限必要となってくる。そこでこの判定基準は、この

3つの次元を取り出して、相対的に独立した3つの尺度を作り、それを基にして総合的判定ができるように構成されている。

5. 判定者の資格

熟練した精神科などの医師、発達障害に精通した臨床心理士などが判定することを基本とする。しかし、発達障害児者の援助に関わる療育者や臨床家や教師などの専門家が、わずかな研修を受けることによって、誤りなく判定しうることを目標にする。また、内容は関係事務官などにも、簡単な説明で、理解が得られることが求められよう。

6. 評価の視点と期間

判定の視点は、どちらかと言えば固定している面に着目して評価した。従って、判定の期間は3ヶ月程度として、一定程度持続する最も悪い症状や低い状態をみて評価する。

7. 3つの次元とその項目の定義

1) 症状重症度判定の項目と定義

自閉症の症状重症度判定のための項目は、自閉症診断のための3つの必須症状とともに、自閉症に伴いやすくかつ自閉症の特徴と関連する症状より構成されている。これらの項目に含まれている症状は医療的治療の対象となることが多いものが含まれている。個々の項目について「著しくある」と評価する判定基準は18歳未満と18歳以降にわけて記載されており、その内容と程度判定については別紙に掲げてある。

S1 対人関係の相互性の障害

幼児期では、①人への反応が乏しかったり、人を避けたりする、②人と視線を合わせなかったり、表情や身振りが乏しかったり、あるいはそれらを適切に使わなかったりする、③情緒的な交流ができにくく、人との共感が欠けたり、相手の気持ちにそぐわない振る舞いをしたりする、などの行動が程度の差はあれ全ての自閉症の子どもに見られる。年齢が長じても、多くの場合、社会に見合った自己調節や相互性の行動がとれないことに注目する。依然として、他人と情緒的なふれあいが乏しく、友達はまったく居なく、極端に孤立しているなどの状態を持ち続ける人もいる。反対に、人への関心が増してくることがあるが、誰にでも一方的な態度となり、受け身一方であったり、あるいは奇妙であったり、尊大であったりして、回りが辟易しても意に介さないなど、適切な相互関係が持てないものもいる。

S2 言葉などによるコミュニケーションの障害

言葉がない、言葉の理解が全くない、オーム返しが目立つ、身振りの使

用などがない、ごっこ遊びに欠けるなどは幼児期には著明に目立つ。言葉が出てきたときの相互性に注目し、会話を始めたり、維持したり、終わらせたりする能力を判定する。常同的反復的言語の使用や独語などにも着目する。

S3 興味や関心の狭さや同じ活動の繰り返し

年齢の如何に関わらず、常同行動や社会的興味と関心の狭さが非常に目立てばここで評価する。幼児期では、玩具などに関心が乏しかったり、その機能に沿った遊びをしないことに注目する。年長になれば、社会的関心の狭さに加えて、特定な物に対する異常な興味やこだわりを評価する。

S4 感覚の異常（過敏と鈍感を含む）

幼児期ではとりわけ、音や声に無関心であることが多いが、異常に過敏さを示すこともある。視覚刺激、痛みや寒さ、触れられること、味やにおいにも異常を示す。極度な偏食がある。年長になってもこれらの感覚の異常を著明に持ち続ける場合もある。一見異常がないように見えるようになっても、身体に関わる突発事態が起きるとこの異常が顕在化する。例えば、仕事で重篤なけがをしてもほとんど痛がらなかつたり、あるいは逆に些細な傷でも大騒ぎをするなどである。

S5 奇妙な考えとそれに伴う行動障害

自分の行動を内省し、言語化できなくても、配列や順序などへの異常なこだわりなどの強迫様症状が著明にあることと、それが乱されると強い不快感を示したり、興奮したりする程度について評価する。内面的世界についての表現が可能になってくると、強迫観念や奇妙な独特な思考を言語化し、表現できるようになる。また、行動的に認められる強迫症状や衝動性、注意の障害を強くもつことがあり、それらも評価の対象とする。

S6 行為と運動の障害

幼児期では、他人の模倣ができない、バイバイを反対にするなどに着目する。著しい多動は自閉症児の特徴と言えるほど幼児期学童期には多く見られる。落ち着かず、高いところに上ったりして、危険をかえりみないことを併せ持つこともある。重度の不器用の評定は比較的容易であるが、一つの事に器用であっても、別な手先などの課題を遂行するときに困難があれば不器用とすることができる。重度の不器用（道具をその用途に応じてうまく使えないことも含む）、頻繁にみられる部分模倣、失行（例えば、着衣など混乱してできなかつたり絵が全く描けなかつたりすることも含む）などにも注目する必要がある。通常は四肢の中枢性麻痺などは認めない。

S7 不安と気分の不安定さ

行動的に見て、明らかな不安、状況による気分の変わり易さ、気分の周期的な変動の程度を評価する。年長になり、知的発達の遅滞が軽度であったり、無かったりする場合には、不安や抑うつなどの感情を表現することが可能になるので、感情的内面の世界に注目した評価の要がある。

S8 パニックおよび攻撃行動

自傷、他害、破壊行動についての強さや衝撃力あるいは攻撃の対象との関係（例えば、頻度が少なくても人の目を突く行為があるなど）で強さを評価する。

S9 知的発達障害以外の合併する精神障害の程度

この項目には、精神医学的状态（例えば周期的気分変調、強迫神経症、トゥレット症候群など）に加えて、てんかん、睡眠障害、衝動行動などのしばしば医学的治療の対象となる行動をも含む。

SG 概括的症状重症度の程度

S1からS9までの症状について、個々に重症度の程度を評価し、それに基づき概括的に症状重症度を判定する。

2) 知能障害の程度（I）の項目と定義

知能障害の程度は症状重症度と別の枠としてこの次元で判定する。知的障害の程度を別尺度にしたのは、自閉症においては、知的発達の遅れを伴うことが多いことに加えて、知能が正常であっても、殆どの場合、知能の不均衡さで表されるような知能の構造的な障害が存在するからである。知的障害の程度を構造的に把握するために、最も通常的に用いられている知的発達の遅滞の程度を中心におき、知能の不均衡さの程度を加えた。

I1 知的発達の遅滞の程度

知的発達の遅滞の程度は、ICD-10あるいはDSM-IVにおける精神遅滞の重症度の程度による下位分類を用いる。すなわち、障害無し（IQ 84以上）、境界知能（IQ 71-84）、軽度（IQ50から55より70くらいまで）、中度（IQ35～40より50～55まで）、重度（IQ20～25より35～40まで）、重度（20～25以下）である。IQは、ウェクスラー式知能テスト（例えば、WISC-R、WAIS-Rなど）、田中ビネーテストなど個別に適用したものによって得たものであることが望ましい。IQが得られにくい時には、乳幼児発達質問紙や遠城寺式発達検査、DQや認知発達を測る他の方法を参考にしてIQを推定する。

I2 知能の不均衡さの程度

自閉症では多くの場合、知的能力に不均衡さが認められる。総合的な指標としてのIQは必ずしも適切に知能の発達の程度を判定しているとは言えず、また、この知能の不均衡さは自閉症の行動異常や奇妙な考え方などと

かなりの関連が有るように思われる。それ故に、知能の不均衡の程度の評価が必要となる。小児期では、不均衡さの客観的な判定は困難なことがあるが、成長にしたがって客観的評価が可能となる。自閉症の障害で多く見られる動作性課題と言語性課題の遂行度の顕著な差は、知能を多側面から評価する知能検査（たとえば、ウェクスラー式知能テスト、K-ABCなど）のプロフィールでははっきりと示されることが多い。年齢に比して特異な認知障害があり、それが極端な場合にも評価できる。しかし、この特異な認知障害は通常は学齢以降に認められる（たとえば、上下、前後、左右指南力障害、指の失認、人物の絵が書けなかったり、極めて歪んでいる。人の顔がわからない）。重度遅滞もしくは中度遅滞の時にはやはり当てはめられにくい。

実際には、ウェクスラー式知能テストのプロフィールによる自閉症の不均衡さは良く知られている。あるいは、知的作業に関連する行動や言語（理解と表現）を参照にしつつ、いくつかの知能検査を組み合わせる。たとえば、田中ビネーテストとあわせて行われたグッドイナップ人物画知能検査(DAM)や太田Stage評価との差異によって概略を知る事が出来る。いずれにせよ、不均衡さの程度を評価する際には、いくつかの方法を組み合わせたりしての客観的指標による判断が望ましいが、彼らの言動からの推定でも良い。

この項目の判定は、知能遅滞の程度が軽度から中度までの場合に適応される。それ以上の遅滞がある場合すなわち重度あるいは最重度の場合には不均衡さの判定は困難であるので、そのまま不均衡さを重度と判定するのが適切である。

IG 概括的知能障害の程度

3) 生活制限の程度（L）の項目と定義

自閉症の生活制限の程度を判定するために、「3歳から6歳まで」、「6歳から、12歳を中心にして、18歳まで」、「18歳以上」をキ一年齢として独自の新しい尺度を開発した。

「3歳から6歳まで」(LY)

- LY1 食事の自立（「問題なし」の基準：3歳で食事中離席しない、6歳で上手に箸を使って食べる）
- LY2 洗面の自立（4歳で洗面の自立、6歳で歯磨きの自立）
- LY3 排泄の自立（3歳で小便の自立、5歳で大便の自立）
- LY4 衣服の自立（3歳で簡単な衣服の着脱、6歳で着脱の自立）
- LY5 入浴の自立（3歳で洗髪で泣かない、5歳で身体が洗える、6歳で洗髪の自立）
- LY6 余暇活動（ひとりで家で適切にまた安全に過ごせることも）

- 含む)
- LY7 外での危険を避けることが出来る
- LY8 睡眠
- LY9 年齢相当の相互性の会話ができる
- LY10 幼稚園、保育園などでの集団生活

「6歳から、12歳を中心にして、18歳まで」(LM)

- LM1 食事 (食事の準備や後片付けも含む)
- LM2 身の清潔保持 (入浴・洗面・着衣・用便や月経の始末)
- LM3 買い物
- LM4 家族と会話のやりとりができる
- LM5 家族以外のものとの会話のやりとりができる
- LM6 余暇活動 (ひとりで家で適切にまた安全に過ごせることも含む)
- LM7 刃物・火事の危険あるいは戸外での危険 (交通事故など) から身をまもることができる
- LM8 交通機関などを適切に利用することができる
- LM9 学科について
- LM10 学校での集団生活

「18歳以上」(LA)

- LA1 適切な食事摂取
- LA2 身の清潔保持
- LA3 金銭管理と計画的買い物
- LA4 意思伝達と協調的な対人関係
- LA5 身の安全の保持と危機に対する対応
- LA6 公共施設の利用
- LA7 社会情勢や趣味・娯楽への関心と文化的社会的活動
- LA8 就労について
- LA9 通院・服薬の管理

LG 概括的生活制限の程度 (年齢にかかわらず)

4) 総合判定

「概括的症状重症度」と「概括的知能障害の程度」と「概括的生活制限の程度」の3つの尺度から自閉症の「総合判定」を行う (総合判定のための概念図 (α2.2版) 参照)。

総合判定のための概念図(α 2.2版)

1. 第1の操作 (イ. ×ロ.)

イ. 概括的症状重症度

0:なし						E
1:軽度						D
2:中度						C
3:重度						B
4:最重度						A
	4:重度ないし最重度	3:中度	2:軽度	1:境界	0:なし	

ロ. 概括的知能障害の程度

2. 第2の操作 ([イ. ×ロ.] ×ハ.) → 総合判定

イ. ×ロ.

総合判定の程度

E						O	↑ 軽い
D						I	
C						II	
B						III	
A						IV	↓ 重い
	4:ほとんどできない	3:常時介助	2:時に応じて介助	1:一定程度の援助	0:普通		

ハ. 概括的生活制限の程度

総合判定 = 症状重症度 ○ 知能障害の程度 ○ 生活制限の程度

自閉症判定基準のためのガイドライン（ α 2.2版）

評価票

自閉症判定基準背景調査票 (α2.2)

名前 年齢 (歳 月) 性 (M F)
 記入者名 () 記入者職種 ()
 記入者所属 () 記載時間 (分)
 情報源

カルテ、その他の資料 ()
 親族 (両親、母親、父親、その他の関係者)
 施設指導員など ()
 教師 (担任 その他)
 本人
 その他 ()

現在の診断名 () 知らない又はわからない

発達障害に関して初めての診断 年齢 (歳 月)
 診断された機関 (医療機関) それ以外 ()
 診断名 ()

発達障害に関して現在相談している機関
 有 (医療機関 福祉機関 その他) 無

現在の学校または最高学歴
 ①小学校 普通学級 通級 特殊学級 養護学校 (年、卒)
 ②中学校 普通学級 通級 特殊学級 養護学校 (年、卒)
 ③高等学校 普通学級 養護学校 (年、卒)
 ④専門学校 (年、卒) ⑤短期大学 (年、卒)
 ⑥4年制大学それ以上 (年、卒)

てんかん
 ① 有 無 ②発症年齢 歳
 ③現在の投薬内容

各種問題行動における投薬の有無
 ①有・無 ②問題行動の内容 ()
 ③投薬内容 ()

療育手帳 (有 度 無)

基礎年金 (有 級 無)

通所 (更生 授産) この項当てはまらない

就労 (有 無)

生活の場 (在宅、生活ホーム、グループホーム、その他)

入所 (更生 授産) この項当てはまらない

入院 (入院中 期間 月) この項当てはまらない

入院の経緯 (あり 精神科 その他) 無)

同胞順位 (中 番目)

胎生期の異常 (有 無) 周生期の異常 (有 無)

乳・幼児期の身体疾患 (有 無) 学童期・思春期の身体疾患 (有 無)

本人の主な問題点

自閉症の判定基準総括評価票 (α 2.2版)
<3歳から6歳頃>

症例:	()歳	性別:	・診断名:		
・処遇:	・評価機関:				
・IQ	(テスト法)	・Stage	・CGAS又は GAF		

症状重症度

S1	対人関係の相互性の障害	0	1	2	3	
S2	言葉などによるコミュニケーションの障害	0	1	2	3	
S3	興味や関心の少なさや同じ活動の繰り返し	0	1	2	3	
S4	感覚の異常(過敏と鈍感を含む)	0	1	2	3	
S5	奇妙な考えとそれに伴う行動障害	0	1	2	3	
S6	行為と運動の障害	0	1	2	3	
S7	不安と気分の不安定さ	0	1	2	3	
S8	興奮やパニックおよび攻撃行動	0	1	2	3	
S9	知的発達障害以外の合併する精神障害の程度	0	1	2	3	
SG	概括的的症状重症度	0	1	2	3	4

知能障害の程度

I1	知能発達の遅滞の程度	0	1	2	3	4
I2	知能の不均衡さの程度	0	1	2	3	4
IG	全般的知能障害の程度	0	1	2	3	4

生活制限の程度

LY1	食事の自立	0	1	2	3	
LY2	洗面の自立	0	1	2	3	
LY3	排泄の自立	0	1	2	3	
LY4	衣服の自立	0	1	2	3	
LY5	入浴の自立	0	1	2	3	
LY6	余暇活動	0	1	2	3	
LY7	外での危険を避けることが出来る	0	1	2	3	
LY8	睡眠	0	1	2	3	
LY9	年齢相当の相互性の会話出来る	0	1	2	3	
LY10	幼稚園、保育園などでの集団生活	0	1	2	3	
LG	全般的評価	0	1	2	3	4

症状重症度×知能障害の程度	A	B	C	D	E
総合判定	0	I	II	III	IV

備考	
-----------	--

自閉症の判定基準総括評価票（α2.2版）
 <6歳過ぎ12歳頃を中心に18歳まで>

症例:	()歳	・性別:	・診断名:
・処遇:	・評価機関:		
・IQ	(テスト法)	・Stage	・CGAS又は GAF

症状重症度

S1	対人関係の相互性の障害	0	1	2	3	
S2	言葉などによるコミュニケーションの障害	0	1	2	3	
S3	興味や関心の少なさや同じ活動の繰り返し	0	1	2	3	
S4	感覚の異常(過敏と鈍感を含む)	0	1	2	3	
S5	奇妙な考えとそれに伴う行動障害	0	1	2	3	
S6	行為と運動の障害	0	1	2	3	
S7	不安と気分の不安定さ	0	1	2	3	
S8	興奮やパニックおよび攻撃行動	0	1	2	3	
S9	知的発達障害以外の合併する精神障害の程度	0	1	2	3	
SG	概括的症状重症度	0	1	2	3	4

知能障害の程度

I1	知能発達の遅滞の程度	0	1	2	3	4
I2	知能の不均衡さの程度	0	1	2	3	4
IG	概括的知能障害の程度	0	1	2	3	4

生活制限の程度

LM1	食事	0	1	2	3	
LM2	身の清潔保持	0	1	2	3	
LM3	買い物	0	1	2	3	
LM4	家族と会話のやりとりが出来る	0	1	2	3	
LM5	家族以外の者との会話のやりとりが出来る	0	1	2	3	
LM6	余暇活動	0	1	2	3	
LM7	刃物や火事の危険・交通事故などから身をまもる	0	1	2	3	
LM8	交通機関などを適切に利用することが出来る	0	1	2	3	
LM9	学科について	0	1	2	3	
LM10	学校での集団生活	0	1	2	3	
LG	全般的評価	0	1	2	3	4

症状重症度×知能障害の程度	A	B	C	D	E
総合判定	0	I	II	III	IV

備考	
----	--

自閉症の判定基準総括評価票（α 2.2版）
<18歳過ぎ>

症例:	()歳	・性別:	・診断名:
・処遇:	・評価機関:		
・IQ	(テスト法)	・Stage	・CGAS又は GAF

症状重症度

S1	対人関係の相互性の障害	0	1	2	3	
S2	言葉などによるコミュニケーションの障害	0	1	2	3	
S3	興味や関心の少なさや同じ活動の繰り返し	0	1	2	3	
S4	感覚の異常(過敏と鈍感を含む)	0	1	2	3	
S5	奇妙な考えとそれに伴う行動障害	0	1	2	3	
S6	行為と運動の障害	0	1	2	3	
S7	不安と気分の不安定さ	0	1	2	3	
S8	興奮やパニックおよび攻撃行動	0	1	2	3	
S9	知的発達障害以外の合併する精神障害の程度	0	1	2	3	
SG	概括的重症度	0	1	2	3	4

知能障害の程度

I1	知能発達の遅滞の程度	0	1	2	3	4
I2	知能の不均衡さの程度	0	1	2	3	4
IG	全般的知能障害の程度	0	1	2	3	4

生活制限の程度

LA1	適切な食事摂取	0	1	2	3	
LA2	身辺の清潔保持	0	1	2	3	
LA3	金銭管理と計画的買い物	0	1	2	3	
LA4	意思伝達と協調的な対人関係	0	1	2	3	
LA5	身辺の安全の保持と危機に対する対応	0	1	2	3	
LA6	公共施設の利用	0	1	2	3	
LA7	社会情勢や趣味・娯楽への関心と文化的社会的活動	0	1	2	3	
LA8	職業	0	1	2	3	
LA9	通院・服薬の管理	0	1	2	3	
LG	全般的評価	0	1	2	3	4

	症状重症度×知能障害の程度	A	B	C	D	E
	総合判定	0	I	II	III	IV

備考
