

- ② こうした判定基準をつくることによって自閉症児者の社会参加の質的向上に貢献できるようにすることである。
- ③ その判定基準の使用により、適切な支援方法や体系づくりをするための基礎資料を得ることである。

## 2. 本年度の研究目的

前年度は自閉症判定基準案  $\alpha$  2.2版を少数の対象に施行することなどにより、判定指針編を中心に評価上の問題点を洗い出し改訂して、自閉症判定基準案  $\alpha$  3.0版（以下  $\alpha$  3.0版と略す）を作成した。 $\alpha$  3.0版は①解説編、②判定指針編、③評価票からなっている。

今回はこの  $\alpha$  3.0版を用いて2つの研究を行った。第1の研究は判定基準の洗練化についてであり、第2の研究は併存的妥当性の予備的検討であった。

## 3. 判定基準の洗練化について

### 1) 目的

この研究の目的はより広い範囲の専門家、臨床家などに意見を聞き  $\alpha$  3.0版の洗練化を図ることであった。

### 2) 対象と方法

$\alpha$  3.0版の①解説編、②判定指針編、③評価票と判定基準案に関するアンケートを日本自閉症協会研究部員50名と全国の児童相談所173ヶ所および知的障害者更正相談所71ヶ所計244ヶ所に送付した。アンケートでは、どんな点が問題であるか、評価し易さはどうか、わかりにく点がないかなどの観点から判定基準について検討して評価することと、その検討に基づいて具体的な意見を記入することを依頼した。その回答を検討することにより解説編、判定指針編および評価票の適正化を試みた。なお、アンケート用紙は付録として添付した。

### 3) 結果

回答数は研究部員では19名（38.0%）、児童相談所（児相と略す）では102ヶ所（59.0%）、知的障害者更正相談所（更生と略す）では38ヶ所（53.5%）であった。両相談所（児相・更生と略す）とを合わせると142ヶ所（58.2%）の回答となっていた（表-1）。なお、同一の児相・更生で複数の回答者があり、回答者総数は146名となった。以下この児相・更生については146名についての回答を検討する。

### 4) アンケートの概略

アンケート調査の結果について見ると、この研究が目標とした自閉症についてⅠ-1「一般的に判定基準が必要か」との問いに対して、研究部員の94.8%と児相・更生の82.5%とが大いに必要であるか必要であると回答していた（表-2）。この  $\alpha$  3.0版がⅡ-1「目的に沿ってできているか」についての問いに対して、目的に沿って良くできているとの回答が両者共に半数を越えており、少しの改善が必要であるとの回答を加えると研究部員では84.2%、児相・更生では80.9%となっていた（表3-1）。Ⅱ-2「指針・ガイドライン・背景調査票の組み合わせ」、Ⅱ-3「症状重症度の尺度の項目立て」、Ⅱ-4「知能の構造的障害の項目立て」、Ⅱ-5「生活の制限の尺度の項目立て」、Ⅱ-6「全般的判定の方法について」の項目についてもほぼ同様な回答であった。

即ちどの項目でも大幅改善を要するは数パーセントであり、基本的に支持との回答は最低でもⅡ-6の74.0%となっていた(表3-2、3-3、3-4、3-5、3-6)。

#### 5) アンケートの自由記載

アンケートの各々の項目には自由記載の欄が設けられており、最後にもう一度意見を自由に聞くように構成されている。様々な意見や実際に用いている自閉症についての判定方法などが寄せられており、全部を紹介したいところであるが量が多いので割愛した。ここでは、印象に基づいており分析的な検討を加えていないものの、今後に生かすべきであると思われる意見がいくつか抽出できたので、各々の項目について紹介したい。

- ① Ⅰ-1「一般的に判定基準が必要か」については、ほとんどが賛成の意見であったので省略する。
- ② Ⅱ-1「目的に沿ってできているか」については知的障害者福祉法や精神保健法における援助、支援とどのようにつなげていくかあるいはどのような支援を想定しているかがはっきりしないという意見が多く見られた。
- ③ Ⅱ-2「指針・ガイドライン・背景調査票の組み合わせ」「指針・ガイドライン・背景調査票の組み合わせ」では、解説編と指針編とに重なり合いが多い、まとめられないかとの意見があった。
- ④ Ⅱ-3「症状重症度の尺度の項目立て」については、各々の点数に相当する症状の程度がつかみにくい、アンカリングを明確にしてほしいという内容の意見が多かった。この点は判定尺度の一般的問題点でもあるので今後検討していきたい。
- ⑤ Ⅱ-4「知能の構造的障害の項目立て」については、知能の不均衡さの尺度が判定しにくいとの意見が多かった。そして、「島状の高い能力」を加えることに賛否両論が多かった。Positiveな評価を入れたことがよいと考える人と不適切であるとする人があり、また、この項目がnegativeに働くことがあると指摘する人もいた。さらに、不均衡さの尺度との相違がわからないとする意見もあった。
- ⑥ Ⅱ-5「生活の制限の尺度の項目立て」については、個々の項目の説明が不十分である、年齢帯が粗すぎる、18歳過ぎに高機能自閉症・アスペルガー症候群特有の生活の制限の項目が必要であるなどの意見が多かった。
- ⑦ Ⅱ-6「総合判定の方法について」については、Ⅱ-1の項と同様に、支援、援助とのつながりがよく見えてこないとの指摘が多かった。また、煩雑、複雑であるとの意見も多く見られた。判定の順序について、症状の重症度と生活の制限とで判定して、その後に知能の判定にしたらどうだろうかとの意見があった。また、「知能の構造的障害の程度」は不要であるとの意見もあった。
- ⑧ 「ご自由に意見をお書き下さい」の欄には、判定者を医師のみならず心理専門家などに範囲を広げたことを評価する意見や反対にそのことに危惧を感じている意見も見られた。判定についての研修会や講習会を開いたり、認定制を設けるのも良いとの意見もあった。また、自閉症判定基準とするのは不適切であり、広汎性発達障害判定基準とする方がよいとの意見もあった。

その他多くの意見や独自の判定方法などが寄せられたが、割愛させていただいた。

#### 6) 判定指針編などの適正化

既に述べたようにアンケートの結果から基本的な点において賛同を得られたので、大

幅な変更を行わないこととして、アンケートの自由記載欄や返送された解説編や判定指針編に対する書き込みなどを参照して、用語の統一と文意の正確さおよびわかりやすさを中心にして判定基準案α3.1版への改訂を試みた。重要な変更点についてはアンダーラインを付して示した。また、判定指針について検討を要する項目については、問題点の欄にその旨を記しておいた。

主な改訂は総合判定のアルゴリズムの変更とそれに伴って記載の順序に変更を加えたことである。即ち、まず最初に「概括的症状重症度」「概括的生活制限の程度」から評価をし、その結果と「概括的知能の構造的障害の程度」から総合判定をすることにしたことである。

第2番目の改訂は、「知能の構造的障害の程度」の尺度における「島状の高い能力」の項目については、適切性について意見が分かれた。狭い範囲に限られた能力であることと生活上あまり有用性が低い能力の評定であることを強調する記載とした。

## 7) 考察

総合判定のアルゴリズムの変更により、症状の重症度と生活のし難さがあれば、知能の遅滞の有無に関わらず、判定できていることが一目瞭然となったといえる。

重症度尺度については、各々の項目についてどの程度であれば何点として点数化するか曖昧であるとの意見が多かった。この点は判定尺度の一般の問題点でもあるので今後の検討していきたい。

知能の構造的障害の程度の尺度における「島状の高い能力」については、その能力がどちらかと言えば社会生活にnegativeに働く場合を想定してつけることを強調した。この項目のみならず、判定基準について、援助、支援の点に重点を置くべきであるとの意見が多く寄せられていることと若干矛盾した方向である。この点は今後の新しい研究の中で補って行こうと考えている。

簡便化した方がよいとの意見が多くあったが、この案は研究用であるので、評定や調査票を含めてやや複雑になっている。今後は、この研究用バージョンを基に研究を進めると共に、簡易版の作成も急ぐ必要がある。

判定者を誰にするか、どのような資格のある人とするかは、十分に検討してこなかった。しかし、この判定基準案が自閉症圏障害の人たちに関係する臨床家や研究者あるいはその他の人々に、理解されることをねらっている。いずれが判定者となるにしても、いくらかの経験と評定のトレーニングが必要と考えている。また、評定者が単独か複数かについての問題もある。今後の課題として残しておく。

「自閉症」判定基準の名称については、ここでの自閉症の範囲はICD-10やDSM-IVなどの診断基準で定義している広汎性発達障害とほとんど重なっている。諸外国において臨床的レベルでも学問的レベルでも自閉症圏障害という用語はよく使われており、また自閉症協会の名前も残しているので当面はこのまま自閉症判定基準との名称を使用することにした。ちなみに1990年以降の論文について学問的権威のあるPubMedで検索すると自閉症2,988件、広汎性発達障害200件、自閉症圏障害154件となっていた。また、自閉症協会の名称はイギリス、アメリカ等で使用されている。

#### 4. $\alpha$ 3.0版の併存的妥当性の予備的検討

##### 1) 目的

この研究の目的は、 $\alpha$ 3.0版とTEACCHプログラムで使用されているCARS（小児自閉症評定尺度）とPEP-R（改訂版心理教育プロフィール）とを同時に施行し、併存的妥当性を検討することであった。

##### 2) 対象と方法

奈良県心身障害者リハビリセンター児童精神科に通院中の患児のうち、DSM-IVにて自閉性障害と診断された患児で、本研究の趣旨に同意された保護者および患児のみを対象にPEP-Rを施行した。また全くCARSとPEP-Rの結果を知らない検者が $\alpha$ 3.0版について評価した。

対象患児は21名（男児15名、女児6名）で、年齢は平均年齢が9.4歳（標準偏差 $\pm$ 2.0歳）であった。

なお、統計計算はWindow版のSPSS10を使用した。評価点間の相関の検討にはスピアマン順位相関係数を用いて、 $P < 0.05$ を有意とした。

##### 3) 結果

###### ① 判定、評価の結果

$\alpha$ 3.0版のS1-S9（症状重症度の合計点）得点の平均得点は $18.8 \pm 5.1$ （範囲4～26）であった。SG（概括的症状重症度）の平均得点は $2.3 \pm 0.7$ でSG1が2名、SG2が10名、SG3が7名、SG4が1名であった。総合判定ではIが2名、IIが11名、IIIが7名、IVが1名であった。

PEP-Rの平均得点は $84.0 \pm 29.2$ （範囲33～130）であった。

CARSの平均得点は $34.2 \pm 5.7$ （範囲21～44）であった。

###### ② $\alpha$ 3.0版の評価とPEP-Rとの関係（表-4）

PEP-RとS1-S9（症状重症度の合計点）との相関は、 $-0.589$ で、有意な負の相関が得られた（ $P=0.005$ ）。PEP-RとSG（概括的症状重症度）との相関係数は、 $-0.655$ で、有意な負の相関が得られた（ $P=0.001$ ）。PEP-Rと総合判定との相関係数は、 $-0.655$ で、有意な負の相関が得られた（ $P=0.001$ ）。

###### ③ $\alpha$ 3.0による評価とCARSとの相関関係

CARSとS1-S9（症状重症度の合計点）との相関係数は $0.598$ で、有意な正の相関が得られた（ $P=0.004$ ）。CARSとSGとの相関係数は $0.499$ で、有意な正の相関が得られた（ $P=0.021$ ）。CARSと総合判定との相関係数は $0.499$ で、有意な正の相関が得られた（ $P=0.021$ ）。

##### 4) 考察

学齢期の自閉性障害を持つ子どもについて、PEP-RおよびCARSと自閉症判定基準案（ $\alpha$ 3.0）の症状重症度との間に相関関係が認められた。また総合判定との間にも相関が認められた。この結果は、今回の対象児が比較的年齢が低く、症状重症度と知能障害の程度や日常生活能力とに大きなギャップが生じておらず、症状重症度と総合判定が同じ方向性を有していたためと思われる。

今後、年齢の高い群や症状重症度と知能障害や生活制限の程度に乖離のある症例について検討してみる必要があると考えられた。

## 5. 今回の2つの研究と3年間の研究のまとめ

この $\alpha$ 3.0版は「自閉症の症状重症度」と「生活の制限の程度」と「知能の構造的障害」および「総合判定」とから構成されている点を評価され、自閉症者の社会的不適用さをかなり適切に判定しているとみなされたと考えられた。

また、少数例での併存的妥当性を予備的に検討した。この限りではこの判定基準案の妥当性は高いと思われた。

そこで自閉症判定基準案 $\alpha$ 3.1版を以下のように構成して、今後の研究に繋げることにした。

## 6. 自閉症判定基準案 $\alpha$ 3.1版の構成

- (1) 解説編
- (2) 判定指針編
- (3) 評価票
- (4) 補助評価票
  - ① 改訂第2版行動質問紙（青年期自閉症研究会編）
- (5) 補助評価指針
  - ① 機能の全体的評価（GAF/CGAS）
  - ② 太田ステージ評価
  - ③ 知的障害（愛の手帳）判定基準表

本報告書では解説編と判定指針編と評価票を掲げた（付録参照）。この3つについては重要と思われる変更点にはアンダーラインをつけ、判定指針編では問題点の欄に検討を要する事項を掲げてある。補助評価票と補助判定指針表は前回の報告書に出典とともに掲載されているがここで付録として再掲した。

## 7. 今後の検討課題

回答された意見について詳細に検討を加えて、フィールド・トライアルに耐えられる改訂版（ $\beta$ 1）の作成を速やかに行う必要がある。その自閉症判定基準案 $\beta$ 1版を用いて、高機能自閉症圏障害を中心とする多くの症例を通して、尺度の信頼性と妥当性の検討することが次年度以降の課題である。その過程を通して、以下のような課題も検討して行かねばならない。

- ① 3尺度からの概括的評価の算定の仕方
- ② 客観的な情報の把握
- ③ 医師や心理専門家などの判定側の問題
- ④ 判定基準の活用範囲
- ⑤ 判定方法の簡便さと明解さ
- ⑥ 援助・支援との関連についての検討

判定基準を福祉を初めとする様々な領域における援助・支援と関連づけるにはどのようにしたらよいかについての提言を行うなどの検討も必要となる。さらには、判定基準案を有効に生かすための新たな施策などについての提言が必要となるかもしれない。

## 謝辞

厚生省障害福祉課の十菱龍課長をはじめ、直接児童相談所などへの協力依頼のお手紙をいただいた同課の大塚晃専門官、その他ご協力をいただいた皆様方に心から感謝を申し上げます。

## 文献

- 太田昌孝、山崎晃資、石井哲夫、大野智也、久保紘章、栗田広、佐々木正美、白瀧貞昭、中島洋子、山家均：自閉症の判定基準についての検討（第4案）、江草安彦（主任研究者）、厚生省心身障害研究 自閉症児（者）及びその周辺の発達障害に関する研究、平成9年度報告書、pp9-19、1998.
- 太田昌孝、永井洋子、金生由紀子、鏡直子、佐々木敏宏、飯田順三、清水直治：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 $\alpha$ 2.2版の作成－江草安彦（主任研究者）、厚生省心身障害研究自閉症児（者）及びその周辺の発達障害に関する研究、平成10年度報告書、pp83-102、1999.
- 太田昌孝、永井洋子、金生由紀子、鏡直子、佐々木敏宏、飯田順三、清水直治：閉症判定基準 $\alpha$ 2.2版判定指針編の洗練化に関する検討－自閉症判定基準 $\alpha$ 3.0版の作成を目指して－江草安彦（主任研究者）、厚生省心身障害研究 自閉症児（者）及びその周辺の発達障害に関する研究、平成11年度報告書、2000.
- 太田昌孝：自閉症の判定基準案について、pp20-28、心を開く No28、2000.
- PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- イギリス自閉症協会 [http://oneworld.org/autism\\_uk/index.html](http://oneworld.org/autism_uk/index.html)
- アメリカ自閉症協会 <http://www.autism-society.org/>
- エリック・ショプラー、茨木俊夫著：新訂／自閉症児・発達障害児教育診断検査PEP-R、川島書店.
- 佐々木正美監訳：CARS小児症評定尺度、岩崎学術出版、1989.
- 太田昌孝、永井洋子編：自閉症治療の到達点、日本文化科学社、1992.
- 米田衆介、金生由紀子、太田昌孝：幼児期、小児期または青年期の障害、自閉性障害、臨床精神医学、28 増刊号；26-35、1999.

表一 1 発送数と回答

日本自閉症協会研究部委員

	発送者数	回答者数
研究部員	50名	19 (38.0%)

児童相談所・知的障害者更生相談所

	発送所数	回答所数	回答者数
児 相	173ヶ所	102ヶ所(59.0%)	105名
更 正	71ヶ所	38ヶ所(53.5%)	39名
不 明		2ヶ所	2名
計	244ヶ所	142ヶ所(58.2%)	146名

表一 2 一般的に判定基準は必要か

	研究員		児相など	
	名	%	名	%
大いに必要	12	63.2	47	32.2
必 要	6	31.6	88	60.3
わからない	0	0.0	10	6.8
無 回 答	1	5.3	1	0.7
合 計	19	100.0	146	100.0

表 3 - 1 II - 1 本判定基準は目的に沿っているか

	研究員		児相・更生	
	名	%	名	%
良いきだ	13	68.4	76	52.1
少しの改善	3	15.8	42	28.8
大幅な改善	2	10.5	8	5.5
わからない	0	0.0	16	11.0
無 回 答	1	5.3	4	2.7
合 計	19	100.0	146	100.0

表3-2 II-2 指針・ガイドライン・背景調査票の組み合わせ

	研究員		児相・更生	
	名	%	名	%
良いきだ	13	68.4	87	59.6
少しの改善	5	26.3	29	19.9
大幅な改善	0	0.0	4	2.7
わからない	0	0.0	19	13.0
無回答	1	5.3	7	4.8
合計	19	100.0	146	100.0

表3-3 II-3 症状重症度の尺度の項目立て

	研究員		児相・更生	
	名	%	名	%
良いきだ	14	73.7	81	55.5
少しの改善	1	5.3	46	31.5
大幅な改善	1	5.3	4	2.7
わからない	2	10.5	7	4.8
無回答	1	5.3	8	5.5
合計	19	100.0	146	100.0

表3-4 II-4 知能の構造的障害の項目立て

	研究員		児相・更生	
	名	%	名	%
良いきだ	10	52.6	67	45.9
少しの改善	5	26.3	52	35.6
大幅な改善	2	10.5	12	8.2
わからない	2	10.5	7	4.8
無回答	1	5.3	8	5.5
合計	19	100.0	146	100.0



表 3-5 II-5 生活の制限の尺度の項目立て

	研究員		児相・更生	
	名	%	名	%
良いきだ	12	63.2	82	56.2
少しの改善	4	21.1	42	28.8
大幅な改善	2	10.5	9	6.2
わからない	0	0.0	3	2.1
無回答	1	5.3	10	6.8
合計	19	100.0	146	100.0

表 3-6 II-6 総合判定の方法について

	研究員		児相・更生	
	名	%	名	%
良いきだ	14	73.7	65	44.5
少しの改善	1	5.3	43	29.5
大幅な改善	1	5.3	8	5.5
わからない	2	10.5	22	15.1
無回答	1	5.3	8	5.5
合計	19	100.0	146	100.0

表一4 PEPR、CARSと判定基準の諸ScoreとのSpearmanの相関係数

	PEP-R	CARS	S1~S9	SG	IG	LG	SBYI	総合判定	STAGE
CARS	rs p N								
S1~S9	rs p N	0.5982** 0.0042 21							
SG	rs p N	0.4989* 0.0213 21	0.8999** 0.0000 21						
IG <sup>1)</sup>	rs p N	0.5715** 0.0068 21	0.5519** 0.0095 21	0.5476* 0.0102 21					
LG <sup>2)</sup>	rs p N	0.5439* 0.0108 21	0.6023** 0.0039 21	0.6616** 0.0011 21	0.4214 0.0571 21				
SBYI <sup>3)</sup>	rs p N	-0.4989* 0.0213 21	-0.8999** 0.0000 21	-1.0000** 0.0000 21	-0.5476* 0.0102 21	-0.6616** 0.0011 21			
総合判定	rs p N	0.4989* 0.0213 21	0.8999** 0.0000 21	1.0000** 21	0.5476* 0.0102 21	0.6616** 0.0011 21	-1.0000** 0.0000 21		
STAGE	rs p N	-0.4240 0.0554 21	-0.6007** 0.0040 21	-0.6694** 0.0009 21	-0.5401* 0.0115 21	-0.7455** 0.0001 21	0.6694** 0.0009 21	-0.6694** 0.0009 21	
年齢	rs p N	0.1092 0.6376 21	0.1227 0.5962 21	0.0530 0.8194 21	0.2376 0.2997 21	-0.2625 0.2503 21	-0.0530 0.8194 21	0.0530 0.8194 21	0.1297 0.5754 21

\*\*p<0.01 (両側検定) \*p<0.05 (両側検定)

1) 概括的知能の構造的障害の程度

2) 概括的生活制限の程度

3) SBYI: 症状重症度と知的障害の構造的障害の概括評価から産出した値

自閉症判定基準に関するアンケート

\*機関種別：児童相談所、その他（ ）

\*回答者の職種：医師、心理士、事務官、その他（ ）

I-1 一般的にこのような目的のための判定基準は必要と思いますか。

(1. 大いに必要である 2. 必要である 3. 必要ない 4. わからない )

1-1) 3と答えた方にその理由をおたずねいたします。

[ ]

II. 本判定基準（案）についてお聞きいたします。

1. 目的に沿って出来ていると思いますか

(1. 目的に沿って良くできている、2. 少しの改善が必要である、3. 大幅に改定の必要がある、4. わからない)

1-1) 2と3にお答えした方におたずねいたします。どんな点を改善したら良いとお考えですか。

[ ]

2. 判定指針、判定ガイドラインおよび背景調査票の組み合わせについて

(1. 概ね適切である、2. 工夫すれば適切となる、3. 不適切である、4. わからない)

2-1) 2と3にお答えした方におたずねいたします。どんな点を改善したら良いとお考えですか。

[ ]

3. 症状重症度尺度の項目立てについて

(1. 概ね適切である、2. 工夫すれば適切となる、3. 不適切である、4. わからない)

3-1) 2と3にお答えした方におたずねいたします。どんな点を改善したら良いとお考えですか。

[ ]

\*注：本アンケート用紙は児童相談所などへのものであり、日本自閉症協会研究部員へのは回答者の所属、職種などに関連する\*印の2行が異なっているのみである。

4. 知能の構造的障害の尺度の項目立てについて

(1. 概ね適切である、2. 工夫すれば適切となる、3. 不適切である、4. わからない)

4-1) 2と3にお答えした方におたずねいたします。どんな点を改善したら良いとお考えですか。

[ ]

5. 生活の制限の尺度の項目立てについて

(1. 概ね適切である、2. 工夫すれば適切となる、3. 不適切である、4. わからない)

5-1) 2と3にお答えした方におたずねいたします。どんな点を改善したら良いとお考えですか。

[ ]

6. 総合判定の方法について

(1. 概ね適切である、2. 工夫すれば適切となる、3. 不適切である、4. わからない)

6-1) 2と3にお答えした方におたずねいたします。どんな点を改善したら良いとお考えですか。

ご意見があれば何なりとお書きください

よろしければご所属とご氏名をお書きください

(ご所属

ご氏名

)

# 自閉症判定基準のためのガイドライン（α3.1版） 解説編

## 1. 自閉症の判定基準とは何か

### (1) 障害の判定基準とは

障害者基本法は、目的について、「第一条 この法律は、障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる活動への参加を促進することを目的とする。」としている。

障害者の定義について「第二条 この法律において「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。」としている。

障害者であることの条件は「身体障害、知的障害または精神障害があるために」というように「病気」が存在することが条件の一つとなっている。かつ、そのために、「長期にわたり、日常生活あるいは社会生活に相当な制限を受ける状態をいう」という条件が記載されている。この二つの条件を満たした場合に障害者であると定義されるのである。従って、障害者の判定基準とは、「なんらかの医学的状态（病気）」において、「そのために、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける」状態になっていることを規定する基準とすることができる。

### (2) 自閉症の診断基準

精神遅滞（知的障害）や自閉症は精神医学的疾患に含まれている。医学的疾患については世界的な診断基準がある。精神医学に関する診断基準のマニュアルには、世界保健機構（WHO）による国際疾病分類系（ICD系）とアメリカ精神医学会による精神障害の診断と統計マニュアル系（DSM系）がある。現在用いられているものはICD-10とDSM-IVであり、その中には自閉症の診断基準がはっきりと記載されている。さらに、両者において診断基準の内容はほとんど同じとなっている。世界的に共通な自閉症の診断基準がはっきりと存在していることが確認できる。

### (3) 発達障害の診断基準の枠組み

自閉症や精神遅滞（知的障害）などの発達障害について、ICD-10とDSM-IVに従って、障害別に診断の枠組みについて、診断のための必須となっている条件をチェックした（表-1参照）。

精神遅滞では知能遅滞と適応障害が必須条件となっている。多動症候群すなわちADHD（注意欠陥多動性障害—DSM-IV）あるいはHD（多動性障害—ICD-10）では、行動障害は必須条件であり、適応障害もまた「社会、学業及び職業での相当程度の困難がある」という項目で診断のための必須の条件となっている。学習障害では、適応障害と行動障害は必須となっておらず、認知面で見ると知能遅滞は必須でないが、学業の特異的な障害であることが必須となっている。さて、自閉症では、行動障害が必須になっていて、適応障害は必須の条件としてあげられていない。これは歴史的に見ると、自閉症と診断されれば、適応障害も重いから、あえて適応障害の項目をつけなくてもよかったと理解できる。

#### (4) 自閉症の判定基準

障害者基本法を基本にして考えると、自閉症を持った障害（児）者であると定義するには、自閉症という診断と同時に、その障害のために生活しにくさや困難さを一緒に合わせ持った場合であるということになる。従って、自閉症の判定基準とは、自閉症であるとの診断とそれに関連する症状を含みながら、それに起因する生活の困難さを合わせた基準であるといえる。

言い換えれば、自閉症であるだけでは障害者ではないということになる。特に高機能自閉症やアスペルガー症候群などの“軽い方の自閉症”の人の場合にこのことが大きな問題となる可能性がある。現在の研究段階では、我々には十分な予測がまだできないが、“軽い方の自閉症児者”の場合には適応がいい人の割合が高くなる可能性も出てくるかもしれない。いずれにせよ、少なくとも自閉症という診断名だけでは障害者とは決められないのである。これは自閉症に限ったことでなく、他の全ての障害についても事情は同じことである。

## 2. 判定基準作成の目的と前提

### (1) 判定基準の作成の目的

判定基準の作成の目的は、以下の3つの点である。第1には、すべての自閉症児・者について、知能の高低や年齢にかかわらず社会適応の障害の程度を判定する基準をつくることである。とりわけ、現在非常に不利な処遇になっているのが、高機能自閉症を持った人、あるいはアスペルガー症候群を持った人たちなので、その人たちにどうしたら適切な判定・援助ができるかということにも重点を置いた。第2には、それに伴い、こういうものをつくることによって自閉症児者の社会参加の質的向上に貢献できるようにすることである。第3には、その判定基準の使用により、適切な支援方法や体系づくりをするための基礎資料を得ることである。

### (2) 作成の際の問題点

判定基準を作る際に、どういう法律の下で適用するかという現実的な問題がある。自閉症は可能な限り単一の福祉法で処遇されたほうがよいと考える。その理由の第1は、一貫した援助が受けやすいということである。つまり、知能の高低にかかわらず、幼児期から福祉的・精神保健的な働きかけが受けやすいという観点からである。第2の理由は、自閉症の新しい治療法の開発や基礎的研究を進める上でも有利な条件がつけられるだろうということである。

単一の法律で適用する方向で考えると、1999年1月に、三福祉協議会合同分科会（身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会）の次の様なコメントが現実味を帯びて迫ってくる。即ち、「自閉症については、基本的には知的障害者福祉施策の中でサービスが提供されており、また、必要性に応じて精神保健法でも対応している。しかし、自閉症など生活適応に困難を有する発達障害については、今後さらに心理的・社会的処遇方法の開発などの施策の充実を図る必要がある」ということである。つまり、基本的には知的障害者福祉法の範囲内で考えて、思春期以降になり場合によっては他の精神医学的な問題が生ずれば、精神保健法の適用という方向が現実的であると考えられる。

このような方向でうまく整合性がとれないのであれば、法律の手直しとか、あるいは新しい、例えば全障害者福祉法をつくるとか、そういう方向の追求が成り立ち得るだろうと思う。

しかしながら、ここでは法律を変えるという問題を最優先するのではなくて、今の法律体系の中で、どういう形で運用すれば自閉症者の福祉施策などが一番よくでき得るかということを入念に考えている。その過程で、なおかつ問題が出れば、この研究においても提言として取り上げていきたい。

### 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、幼児期から発達は異常であり、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をともなっていたり、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

#### (1) 基本構造

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、自閉症の判定基準には、自閉症特有な行動症状を中心とした症状重症度、生活制限の程度および知能の構造的障害の程度との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。

判定基準案の基本的な構造は、「自閉症の症状重症度の尺度」、「生活制限の程度の尺度」、「知能の構造的障害の程度の尺度」の3つの尺度とそれらの尺度から求められる「総合判定」に分かれている。「自閉症の症状重症度の尺度」とは、自閉症に特有な行動を含め

## 6. 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18歳まで」、「18歳以上」をキヤン年齢として独自の新しい尺度を開発した。この項目には細かな基準が書き込まれていない。基準の評定に問題を感じた場合には、補助評価表として添付してある東京都「愛の手帳の判定基準」などを参考にして評定してほしい。なお、その際には、判定の全国的共通性を検討する一助とするために、あわせて愛の手帳の基準での判定結果を評価票に記載されることを期待する。

### (1) 「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（独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 睡眠は安定しており、とりわけの問題はない。
- LY9 年齢相当の相互性の会話が出来る
- LY10 幼稚園、保育園などでの集団生活

### (2) 「6歳から18歳まで」 (LM)

- LM1 食事（食事の準備や後片付けも含む）
- LM2 身辺の清潔保持（入浴・洗面・着衣・用便や月経の始末）
- LM3 買い物が年齢相当にできる
- LM4 家族と会話のやりとりが出来る
- LM5 家族以外のものとの会話のやりとりが出来る
- LM6 余暇活動（独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

### (3) 「18歳以上」 (LA)

- LA1 適切な食事摂取
- LA2 身辺の清潔保持
- 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 身辺の安全の保持と危機に対する対応



LA 6 公共施設の利用

LA 7 社会情勢や趣味・娯楽への関心と文化的社会的活動

LA 8 就労について

LA 9 通院・服薬の管理

(注：この尺度の各々の項目の説明は判定指針編にある。)

#### (4) 概括的生活制限の程度 (年齢にかかわらず) (LG)

3 年齢帯別に、個々の項目を参考にして、以下の 5 段階で評価する。

##### 0. 日常生活又は社会生活については援助の必要はない

1. 日常生活又は社会生活は一定程度の制限を受ける
2. 日常生活又は社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする
3. 日常生活又は社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする
4. 身のまわりのことはほとんどできない

### 7. 知能の構造的障害の程度の項目と定義

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、知的発達遅れ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。

#### (1) 知的発達遅滞の程度 (I1)

知的発達遅滞の程度は、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 (IQ 50から55より70くらいまで)、中度 (IQ 35-40より50-55まで)、重度 (IQ 20-25より35-40まで)、最重度 (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-III、WISC-R、WAIS-Rなど)、田中ビネーテストなど個別に適用した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 (発達指数) や認知発達を測る他の方法を参考にしてIQを推定する。

#### (2) 知能の不均衡さの程度 (I2)

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、知能の不均衡さ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な評価が可能となる。自閉症の認知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、左右見当識障害、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)。最重度・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て判断する。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。

### (3) 島状の高い能力 (I3)

個人の全般的能力に比して、孤立的にある高い能力を評価する項目である。一般の社会人と比較しても、高い能力を有する場合に最高点である4点を与えることとした。ポジティブな側面の評価であるのでここに加えることについての問題が存在している。

### (4) 概括的知能障害の程度 (IG)

I1、I2およびI3までに見られる知能の構造の特異性を見て判定する。

## 8. 総合判定

「概括的症状重症度」と「概括的生活制限の程度」と「概括的知能障害の程度」との3つの尺度から自閉症の「総合判定」を行う。α3.1版での総合判定はα3.0版のアルゴリズムに変更を加えた。まず付表に従って「概括的症状重症度」と「概括的生活制限の程度」から評価をはじめ、その結果と「概括的知能の構造的障害の程度」から総合判定をするようにしてある。

注；アンダーラインはα3.1版で変更したところを示している。

## 参考および引用文献

### 法令・政府関連について

1. 障害者基本法 1993
2. 厚生省資料 心身障害者対策基本法の改正について 1993
3. 厚生省児童家庭局障害福祉課長通知 強度行動障害特別処遇事業の取扱について 1996
4. 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

### 診断基準について

1. 総務庁告示第75号 官報 号外第195号 平成6年10月12日
2. World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders :

Clinical Descriptions and Guidelines. (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)

3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) DSM-IV. Washington DC, USA, 1994

#### 判定基準の開発について

1. 太田昌孝、山崎晃資、石井哲夫、大野智也、久保紘章、栗田廣、佐々木正美、白瀧貞昭、中島洋子、山家均 自閉症の判定基準についての検討(第4案):江草安彦(主任研究者)厚生省心身障害研究 自閉症児(者)及びその周辺の発達障害に関する研究 平成9年度報告書. pp9-19、1998
2. 太田昌孝 自閉症の判定基準作成の研究について JDジャーナル 日本障害者リハビリテーション協会 No230 p6、1999
3. 太田昌孝、永井洋子、金生由紀子、鏡直子、佐々木敏弘、飯田順三、清水直治、山崎晃資、石井哲夫 自閉症判定基準の開発に関する研究 第40回日本児童青年精神医学会総会 札幌、1999年10月
4. 太田昌孝 自閉症の判定基準案について 心を開く No28 pp20-28、2000
5. 太田昌孝 自閉症判定基準の洗練化とフィールド調査に関する研究の現状と今後の取り組みについて 「いとしご」 67号、2001年2月

表一 発達障害の診断の枠組み

	知能遅滞	適応障害	行動障害	その他
自閉症 精神遅滞 A D H D 学習障害 てんかん	必須	必須 社会・学業および職業	必須  必須	特異的な学業困難 脳の異常な放電と発作

総合判定のための概念図 (α3.1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: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

ロ. 概括的生活制限の程度

2. 第2の操作 ([イ. × ロ.] × ハ.) → 総合判定の程度

イ. × ロ.

	総合判定の程度				
E					0 ↑ 軽い
D					I
C					II
B					III
A					IV ↓ 重い
	4:重度な いし最重 度	3:中度	2:軽度	1:境界	0:なし

ハ. 概括的知能の構造的障害の程度

総合判定の程度 =

症状重症度 × 生活制限の程度 × 知能の構造的障害の程度