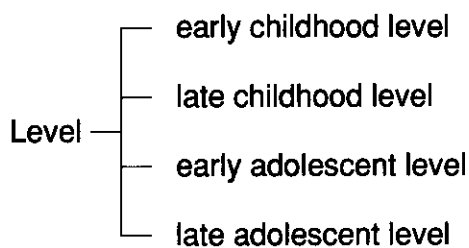
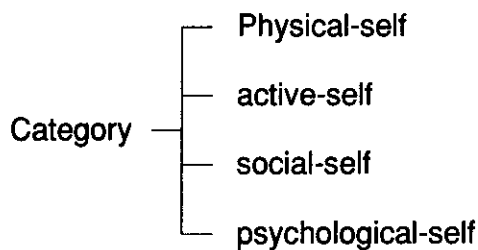


上記の7つの自己に関する領域について、逐次質問をし、それに対する回答を下に示すようなカテゴリーとレベルのどこに属するか解析する。



最終的に、self-as-object, self-as-subject のそれぞれにおいて、カテゴリー、レベル毎の回答（chunk数）数を比較するのである。

次に、上述した自己の7つの領域でどのような質問を行ったか、代表的な質問を示す。

- ①あなたは自分をどのような人間だとおもいますか？
- ②自分の誇れるところは、あるいは、自分が気に入っているところは何か？

- ③ 5年前の自分と比べて、どこが同じで、どこが異なっていると思いますか？
- ④ 三つの願いが許されるとしたら、何を願いますか？
- ⑤ 自分が変わるとしたら、どのように変わると思いますか？
- ⑥ 今のあなたがどのようにして出来たと思いますか？
- ⑦ あなたと全く同じ人間がどこかにいると思いますか？

本年度、試行的に2ケースにおいて分析を行った。ケース1はアスペルガー症候群の高校生、男子で、ケース2は非高機能広汎性発達障害の一例としてトゥレット症候群の中学生、女子の検討を行った。また、同じ方法を用いた先行研究から、Lee & Hobson (1998) らの結果とも比較検討を行った。

3. 研究結果

1) 高機能広汎性発達障害児者の自己理解の特性

(1) アスペルガー症候群の1例と非高機能広汎性発達障害（トゥレット症候群）の1例における自己理解の特性

ケース1（アスペルガー症候群、男子、高校生）、ケース2（トゥレット症候群、女子、中学生）の客観的自己領域での回答数は65、35であったのに対して、主観的自己領域での回答数はわずか、6、7であった。これは、先行研究でも指摘されていることで、今回の研究でもこのわずかの回答数のためにカテゴリー分類、レベル分類は行えなかった。表1はこの結果を表としてまとめたものである。回答数の十分にあった客観的自己領域でのカテゴリー、レベル分類の結果をグラフ上で比較したのが図1である。特に、症例1でのpsychological カテゴリーが圧倒的に多いことが示されている。しかも、そのほとんどが否定的自己ともいべき領域に属する回答であった。他方、トゥレット症候群、女子の回答では active、physical カテゴリーが psychological の半分ぐらいであることが数量的には言え、内容としても自己肯定的なものが含まれていたのが印象的であった。

(2) Lee & Hobson (1998) の研究結果との比較

図3、4には Lee & Hobson が今回の研究で採用した方法と全く同様の方法で行った研究結果を示してある。この研究では、対象が自閉症と非自閉症児者であり、自閉症の多くは知的障害をも併せ持っているため、例えば、回答のレベル分類では明らかにその影響が出ているものと考えられる。図4の自閉症児者の客観的自己領域の回答レベル分類では低次のレベル1が最も多く、レベルが上がるにつれて順に回答比率は低下しているのがわかる。我々の症例は高機能広汎性発達障害に属するものであるため、回答の中にはレベルでは3、4に達しているものも数パーセントあった。

2) 高機能広汎性発達障害児者の自己理解の特性を抽出する方法について

今回、われわれは Damon & Hart (1988) によって案出された方法を用いたが、その構造的面接による回答の引き出し方、また、その解析的処理の仕方が有用であるばかりでなく、彼らが前提にしている自己理解の構造は我々に高機能広

汎性発達障害児者に対して面接を行う際に、どのような事柄を話題にするかについていろいろ有用な材料を与えるという意味でも優れた方法であることに気がついた。

表1 症例1、2の客観的自己、主観的自己領域の回答分類結果

Case 1 (Asperger synd)

	Self-as-object		Self-as-subject	
	no. chunk	chunk%	no. chunk	chunk%
Physical	3	4.62	0	0
Active	6	9.23	0	0
Social	7	10.77	1	16.67
Psychological	49	75.38	5	83.33
Total	65		6	

Level	no. chunk	chunk%
Level 1	0	0
Level 2	44	67.69
Level 3	16	24.62
Level 4	5	7.69
	65	

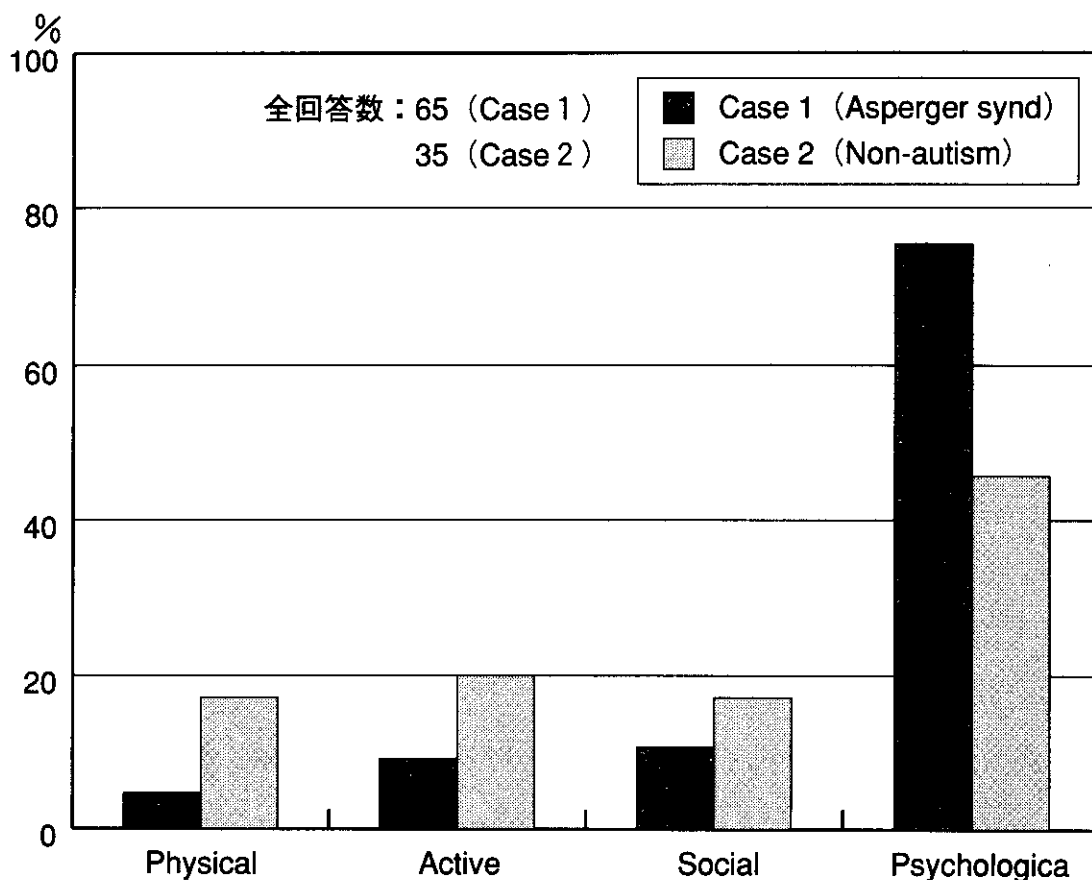
Case 2 (Non-autistic)

	Self-as-object		Self-as-subject	
	no. chunk	chunk%	no. chunk	chunk%
physical	6	17.14	0	0
Active	7	20	4	57.14
Social	6	17.14	3	42.86
Psychological	16	45.71	0	0
Total	35		7	

Level	no.chunk	chunk%
Level 1	2	5.71
Level 2	31	88.57
Level 3	2	5.71
Level 4	0	0
	35	

従来は自己意識、自己理解という時には、自己理解尺度などを用いて計測するのが常であったが、被験者の記述的回答を最大限利用するやり方のために、機械的などころがないと言えるように思われる。

図1 症例1、2の客観的自己領域の回答のカテゴリ分類結果



4. 考察

今回の試行的研究で採用した方法が高機能広汎性発達障害児者の自己理解（自己意識）の特徴を明らかにするのに有用であることが確認された。次年度の研究では、高機能自閉症、アスペルガー症候群、あるいは、非高機能広汎性発達障害のADHD児者などについて例数を増やして研究を行う予定である。

先行研究から明らかになっている「他者意識」の希薄さのみならず、彼らに明らかに欠如しているのではないかと予想される自己の「主体的意識」などが自己理解の中でどのくらいの比率になっているのかなど明らかになればと期待している。

文献

Damon, W., Hart, D.: Self-understanding in childhood and adolescence. New York,

Cambridge University Press, 1988.

Lee, A., Hobson, R.P: On developing self-concepts: A controlled study of children and adolescents with autism. *J Child Psychol Psychiat* 39; 1131-1144, 1998.

十一元三、神尾陽子：自閉症者の自己意識に関する研究、*児童青年精神医学とその近接領域*、42；1-9, 2001.

図2 症例1、2の客観的自己領域の回答のレベル分類

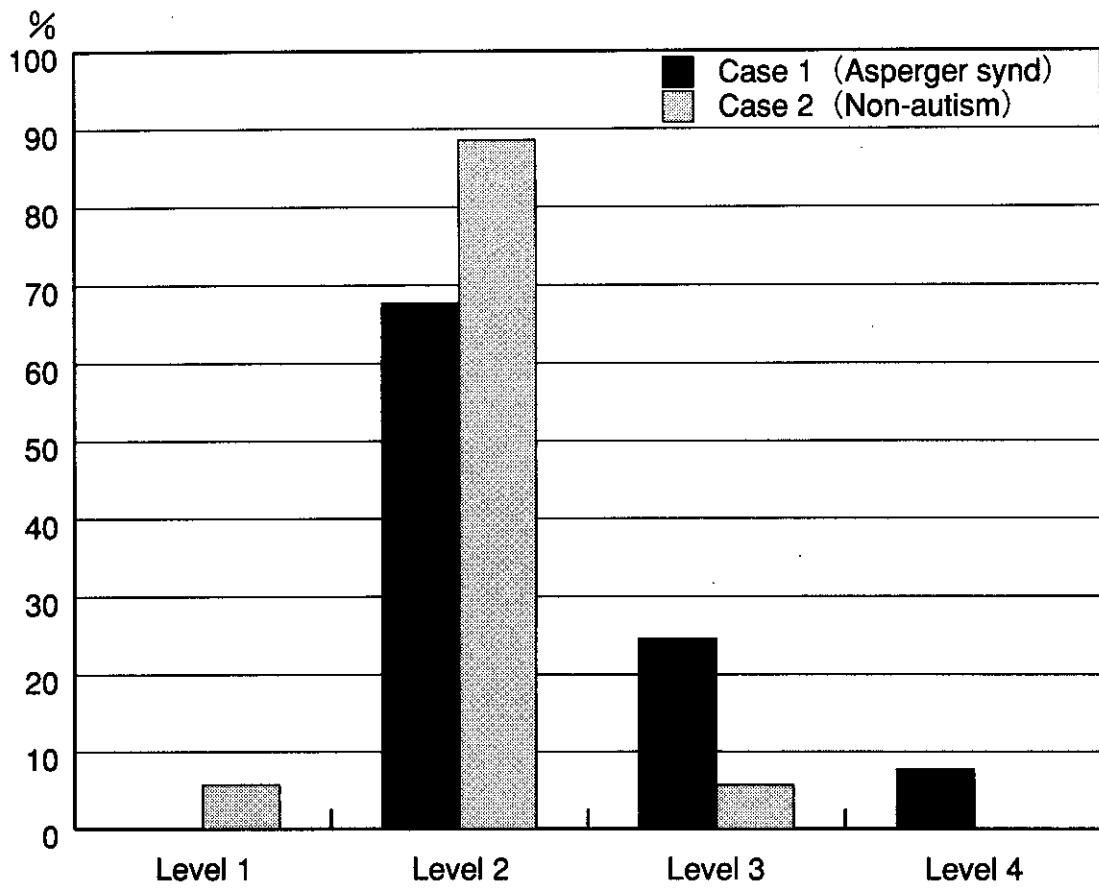


図3 Lee & Hobson ('98) の客観的自己領域の回答のカテゴリ分類結果

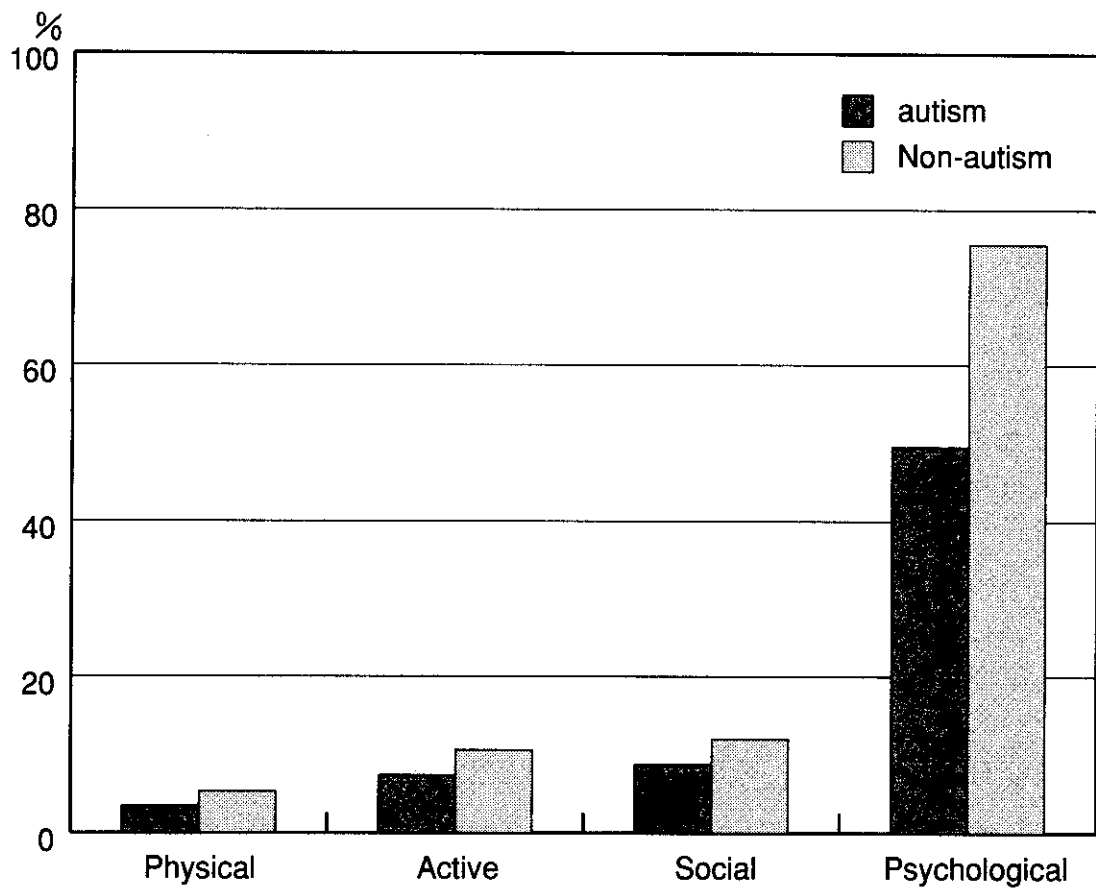
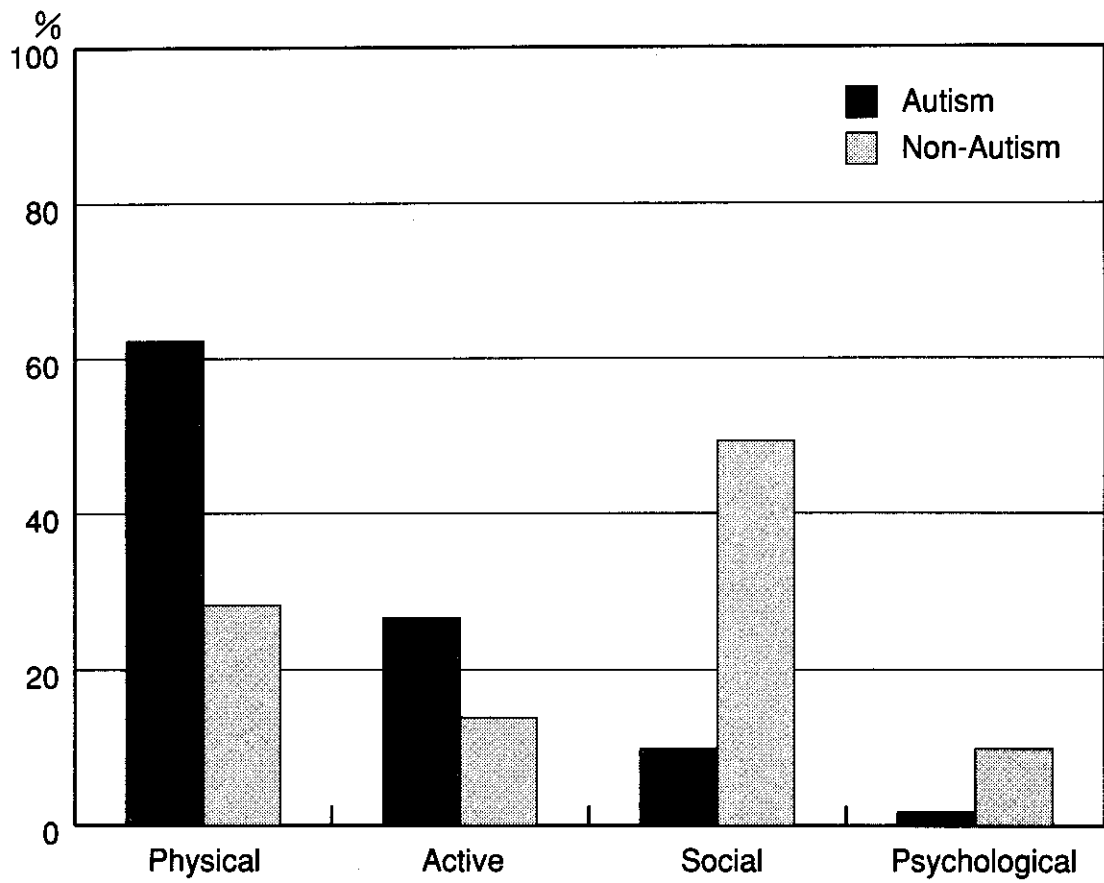


図4 Lee & Hobson ('98) の自閉症群、非自閉症群のレベル分類結果



幼児期における高機能広汎性発達障害の発達精神病理学的特徴と それに基づいた早期療育プログラムの開発

— 1. 研究の展望と予備的考察 —

研究協力者 清水康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）
共同研究者 本田秀夫 中村 泉 中村 明 日戸由刈
（横浜市総合リハビリテーションセンター）

1. 問題の所在

高機能広汎性発達障害（以下HPDDと略）は、認知発達が良好なため身辺自立、あそび、言語などいろいろな領域において、知的障害を伴う場合とは明らかな機能の違いがある。社会的相互交渉の領域においてさえも、HPDDは他者への関心が極端に乏しいとか仲間からまったく孤立したままということでは必ずしもない。療育指導を早くから開始して社会的行動の発達が促進された場合などには特にそのことが言える。例えば、指導者や親などの近しい間柄のおとなが相手をすれば、限られたレパトリーながらも一緒にあそびを楽しめることもある。こうしてHPDDのこどもは通常の保育や教育の場で要求される集団行動のスキルをある程度獲得できることがめずらしくなく、実際に一般の幼稚園・保育園に通い、学校では通常級に在籍することが多い。

広汎性発達障害の固執症状にはさまざまな形式と内容があり、例えば触覚や視覚などの知覚刺激へ異常に没頭する、物の配置や手順が変わることへ強い抵抗を示す、地図・漢和辞典・カレンダーなどの記号的パターンへ興味が著しく偏る、決まりきった質問を繰り返し浴びせかけるなど多種多様である。この固執の形式と内容がどうなるかについては認知発達の水準が大きな影響を与える。認知発達が前操作期後期（ピアジェ）に達すると言語を含む記号的機能が実用に用いられ、さまざまな形の社会的ルールが学習されて使用されるようになる。例えば、じゃんけんなどの勝ち負けを理解し、やがてそれを使った協同あそび（パーテン）に興じるようになる。

HPDDの中には幼児期から学齢期にかけてこのような認知発達段階に達する例が少なからず存在する。そのような例では同時にわずかながらも社会的行動が芽生えるため、その社会的行動の中に特有な固執症状が現れてくる。すなわち勝敗にばかり強くこだわる傾向が目立つという症状である。ゲームそのものを楽しんだり相手を励ましたりするゆとりをまったく持たないまま、ひたすら相手に勝つこと、一番になることだけに熱中してしまう。そうなると順位がつくものならば、くじをひく順番やバスを待つ順番でさえ一番になることにこだわる。そのため他児との間の大切な仲間関係をしばしば損ない、仲間集団からの疎外が二次的に生じる。このような社会性の発達に随伴して生じる広汎性発達障害の固執症状を仮に「一番病」と名づけることにする。

この症状はHPDDのこどもにおいて対人関係に関する価値意識が目覚めたこ

とであり、社会性が発達しつつある証拠には違いない。しかしHPDDのこどもにとって、それは同時に社会的関係を破壊させる危険にも通じるものである。HPDDの学童は通常級に在籍することが多く、そのことは必ずしも保護的な環境下にはないことを意味する。教師や児童を含めた周囲の人びとは、そのこどもの固執症状（一番病）に気づいていないか、気づいていても正確な知識を欠く場合がしばしばある。周囲には些細とも思われるような事柄への強烈で執拗な固執行動が仲間関係を破壊したり、そのためにいじめや疎外に遭ったりもする。このような結果が生じて人間関係がこじれた後ではクラスなどの帰属すべき集団への適応がきわめて困難となり、この段階で本人の治療と指導およびクラスメートとの関係の再調整に多大な労力を費やしても十分な治療効果が必ずしも期待されなくなる。

2. 目的

HPDDのこのような経過を見越して、同年代の他児との社会的相互交渉が生じる幼児期のうちから社会性の発達の歪みを予防する手立てが必要となる。本研究では一番病の予防を治療目標に含んだ早期療育プログラムを立てて実践し、その後のフォローアップによって早期療育の効果を検証することを目的とする。それにはHPDDにおける一番病の発生メカニズムについての仮説モデルを立て、それに基づいて一番病への早期療育プログラムを開発・実践し、その予防的効果を検証することのステップが必要となる。本研究ではこの主題に3年計画で臨むことにする。

3. 手順

- ①初年度は、一番病のメカニズムに関する仮説を立て、その仮説に基づいた一番病に対する療育プログラムを臨床の場に導入する。
- ②次年度は、初年度に実践した早期療育の効果を確かめるとともに、一番病の発生メカニズムに関する発達精神病理学的な仮説モデルの精緻化を図る。
- ③最終年度は、初年度の1年間試みた早期療育の対象となったこどもたちのフォローアップをし、一番病の症状を含むさまざまな固執症状の実態を調べ、早期対応の予防効果を検証する。

4. 初年度の報告

1) 体制

4～5歳のHPDDのこども6名を一つのクラスとした集団療育の臨床単位を作る。療育期間は1年間とし、週1回（1回あたり3～4.5時間）の頻度で療育を行う。クラスのメンバーは固定する。全体の療育プログラムは年間を通じて計画され、1日の日課を定める。このようなクラスを2クラス作る。対象のこどもは計12名となる。

1クラスあたり2名の療育者（臨床心理士）が指導する。担当者は固定して

おく。療育の様子は、毎回モニターを通して同伴した親が自由に観察できるようにする。親には、実施するプログラムの目的や対応方法についてあらかじめ説明しておき、療育終了後にはその日のこどもの様子や療育目標を口頭で伝える。

2) 「一番病」に対する早期療育プログラム

(1)対象の条件

本プログラムの対象となる実施条件は、競うこと、数の大小（数量の保存概念は不要）の両方がわかりはじめていることである。これは知能が正常なこどもの場合3～4歳児で可能となる。幼児期においてこのような発達水準に達した自閉症のこどもであるならば本プログラムの対象とすることができる。

(2)年間を通じた療育プログラムにおける本プログラムの位置

1日の中で本プログラムに費やす時間は30分強であるが、こどもたちが集団療育に慣れ、互いにある程度知り合う段階までは用いない。本プログラムは、こどもたちが互いに親しみや競争心をわずかながらも感じあう時期になってから導入する。時期的には療育を開始してからおよそ4ヵ月が経過した時点で導入し、原則として年度のおわりまで用いることにする。

(3)場の設定とプログラムの運用

療育プログラムを立てる上での重要な配慮点は、まずダイナミックでこどもの興味をひくものであること、かつ構造化されていてわかりやすいことの2点である。われわれは次のようなプログラム：「じゃんけんメダル」を考案した。

【設定】

クラスのこどもを2チームに分ける。2色の帽子をチーム別に被せるなどしてこどもにチーム意識を持たせる。2本の平均台をL字型に組み合わせて、両端と角の3か所に台を置く。個人の勝敗とチームの勝敗があるためHPDDのこどもは混乱することが予測される。そこで個人の勝敗とチームの勝敗のどちらもがわかりやすいように構造化しておく（色帽子、得点板、チームの場所、メダルの数など）（図1）。

【運用】

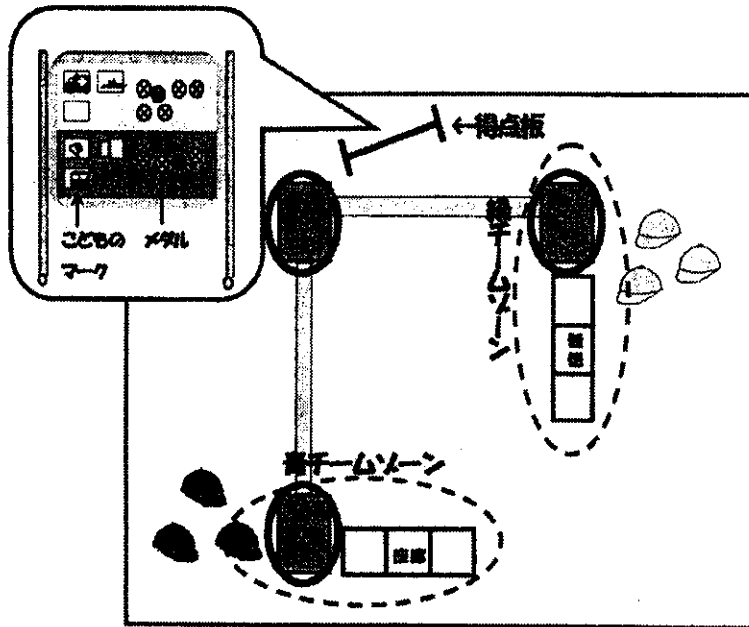
- ①二人がそれぞれスタート台に立つ。
- ②合図で平均台をわたり始める。
- ③じゃんけん台で相対したら、そこでじゃんけんをする（勝敗を判断）。
- ④負けた人は座席に戻り、勝った人は療育者からメダルを受けとり得点板に貼る。
- ⑤何セットか繰り返す、メダルが多いチームの勝ちとする。

【一番病の生起と消滅に関する仮説】

われわれは、こどもが勝つことに目的意識をもっている状態をベースラインとし、勝敗への固執が次の4つの相で順次展開するとの仮説を立てた。すなわち、まず個人の勝敗に固執する相（Ⅰ）、次に個人の勝敗とチームの勝敗の両方があることで、個人としては勝ってもチームとしては負けてしまうといった状況で混乱する相（Ⅱ）、そして徐々にチームの勝敗を理解できるようになる

ことで、今度は個人の勝敗ではなくチームの勝敗に固執するようになる相(Ⅲ)、最後にチームの勝敗に固執しなくなり、負けてもゲームそのものを楽しめるようになる相(Ⅳ)である。

図1 「じゃんけんメダル」プログラムの設定



【実際の対応と配慮点】

それぞれのこどもの状態に応じてねらいを定め対応する。相Ⅰではチームの勝敗を理解することや負けてもゲームを続行すること、相Ⅲでは同じチームの児を応援したりゲームそのものを楽しむことをねらいとして対応する。どの相においても、こどもががんばっていることを認め励まし、勝っても負けてもよいこと或いは負けてもがんばったり社会的に振舞うことが大事であることなど、固執を予防する声かけやその視覚的呈示を繰り返し行う。必要に応じてゲーム終了時に「がんばった証」としてメダルを与える。このときのメダルは、じゃんけんにも勝ったときと同じものとする。がんばることは、じゃんけんにも勝つのと同等の価値があることを意識させるためである。

このときの配慮点として負けたときに泣くことに対して否定的な関与はしない。勝って嬉しいのと同様に負けて悔しがったり泣いたりしてしまうことは自然な感情だからである。社会的場面に沿った感情は尊重すべきであって決して否定してはならない。ひっくり返って騒ぐとか物に当たるといった社会的ではない行動に対してのみ対応すべきである。また、こどもに行動を強引にとらせようとするのではなく、常にこども自身の内発的動機づけを大切にしよう留

意する。

5. 研究の進捗状況

われわれは本研究の予備的研究をすでに発表した（清水ら、2001b）。本研究では対象を拡大し、さらに数年間フォローアップした結果を通じて一番病に対する早期療育プログラムの予防治療的効果を検証することを付加している。また一番病の発生メカニズムについては、発達精神病理学的な視点からの検討を加える。

現在は予定通り4～5歳のHPDDのこどもたちで2つのクラス（12例）が設定でき、早期療育プログラム全体の中に本プログラムを組み込んで療育が進行中である。

文献

佐藤真美、尾身あおい、小川淳、本田秀夫、清水康夫：高機能自閉症の早期療育。安田生命社会事業団1996年度研究助成論文集 pp.237-242、1997.

清水康夫、今井美保、本田秀夫：医学的リハビリテーションとしての「早期療育」。総合リハ 29；53-58、2001a.

清水康夫、中村泉、日戸由刈：「一番になりたい！」：高機能自閉症において社会性の発達に伴って生じる新たな固執症状への早期対応。総合リハ 29；339-345、2001b.

高機能広汎性発達障害の社会的不適応の評価に関する研究

分担研究者 太田昌孝（東京学芸大学）
研究協力者 永井洋子（静岡県立大学）
金生由紀子（東京都立北療育医療センター）
佐々木敏宏（けやきの郷）
飯田順三（奈良県立医科大学）
鏡 直子（銀杏の会御茶ノ水発達センター）
清水直治（東京学芸大学）

要旨

〈目的〉自閉症判定基準の妥当性について、自閉症判定基準 α 3.1版の評価項目の基準の記載の明確さ、評価者間の一致率および福祉施策との関連の観点から検討することを目的とし、以下の3つの研究を行った。

〈研究1〉では、自閉症判定基準 α 3.1版についてアンケートの自由回答を解析して、評価基準の問題点を検討し、評価点の記載を明確化するとともに、総合判定が実際の経験に沿うように若干の変更を加えて自閉症判定基準 α 3.2版を作成した。

〈研究2〉では、自閉症判定基準 α 3.1版を用い、福祉専門職員間での評価の一致率を検討したところ、精神医学の高度な専門的知識と経験を必要とする項目を除き、概ね一致率は高かった。評価者に一定の心理学的知識と福祉領域での経験があれば高い一致率が見られることが示唆された。

〈研究3〉では、高機能自閉症圏障害者について、自閉症判定基準 α 3.2版で項目を得点化し、福祉的処遇上の妥当性を検討したところ、自閉症判定基準 α 3.1版で福祉的処遇との関連を見ると自閉症圏障害に限ると、概括的評価よりは加算点の方が妥当性が高いことが示された。

〈3つの研究の結論〉自閉症圏障害であるとの医学的診断がされた後に、この判定基準を用いれば、自閉症圏障害を持つ人に対して、適切な福祉的処遇の基準としての有用性が高いことが示唆された。

1. はじめに

判定基準は「自閉症の症状重症度」、「生活の制限の程度」、「知能の構造的障害」および「総合判定」から構成されている。われわれの先行研究では、自閉症協会研究部員、児童相談所などの心理専門職などへのアンケート調査を行い、この判定基準について、若干の手直しは必要なものの、適切性と有用性について概ねの賛同を得た。また、平均年齢9.4歳の21名の自閉症児についてCARSとの併存的妥当性の検討を行い、妥当性が認められた。

今後の検討課題として、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と結論された。その際に以下のような検討課題が残された。

- 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（本人の気持ちを含む）
- 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

このような課題を明らかにすることを目標にして、本年度は自閉症判定基準について以下の 3 つの研究を行った。すなわち、研究 1 は、概括的評価の段階別目安の明確化であった。研究 2 は、福祉に専門的にかかわる職員において、評定者間の評価の一致度と評価者としての必要条件の検討であった。研究 3 は、高機能自閉症圏障害者について、自閉症判定基準 $\alpha 3.2$ 版における得点化の意義と福祉的処遇上の妥当性の検討であった。

2. アンカーポイントの明確化（研究 1）

a. 目的

概括的評価などについてのアンカーポイント（段階別目安）の明確化であった。

b. 方法

アンケートの自由回答を解析して、評価基準の不明確な点などの問題点を検討した。

c. 結果と考察

症状重症度と生活制限の程度の 2 つの概括的評価項目について、段階別目安を明確にするように説明を付け加えた（表 1）。総合判定の概念図についても、経験的に見て重く判定される箇所があり、実状にそぐわないのではないかとの意見が出され、修正を加えた。図 1 において丸印を付けた部分であり第 1 の操作で C となるところを B となるように変更した。3 つの概括的評価点が明確にされ、評点化がより容易になったと考えられる。また、これにより簡便版を作成するための資料が得られると思われる。この改訂版を自閉症判定基準 $\alpha 3.2$ 版と呼ぶことにした。

3. 評定者間一致率の検討（研究 2）

a. 目的

福祉に専門的にかかわる職員において、評定者間の評価の一致度と評価者としての必要条件を検討することを目的とした。

b. 対象と方法

K ワークセンターに安定的に通所している 6 名の自閉症者一人一人について同所職員 6 名が $\alpha 3.1$ 版を使って独立に評定した。

評定の対象となった利用者6名については、平均年齢は28.7歳 (SD2.7) であり、年齢範囲は23歳から41歳であった (表2-1)。IQはほとんどがビネー式知能検査で測られ、平均IQは54.7 (SD6.6) であり、範囲は40~74であった。

6名の評定者の性別は男4名、女2名であり、年齢は24歳から32歳まで分布した (表2-2)。評定者の一名は明らかに誤った評価をしている部分があったので検討から省き、5名について一致率を検討した。統計はSPSSの第10版のKolmogorov-Smirnov検定を用いた。

c. 結果

症状重症度の項目については、一致率の良いのは「言葉などによるコミュニケーションの障害」(S2)、「興味や関心の狭さや同じ活動の繰り返し」(S3)、であり、悪いのは「対人関係の相互性」(S1)、「行為と運動の障害」(S6)、「不安と気分の不安定さ」(S7)、「興奮やパニックおよび攻撃行動」(S8)、「知的発達障害以外の合併する精神障害の程度」(S9)であった (表2-1)。つまり、精神医学的知識の必要な項目において一致率が低かった。生活制限の程度の項目では、良いのは「適切な食事摂取」(LA1)、「通院・服薬の管理」(LA9)であり、悪いのは「意思伝達と協調的な対人関係」(LA4)、「身の安全の保持と危機に対する対応」(LA5)であった。知能の構造的障害の項目では、「知能発達の遅滞の程度」(I1)がよく、「知能の不均衡さの程度」(I2)と「島状の高い能力」(I3)は悪かった。3つの概括的評価 (GS、LG、IG) では、生活制限の程度と知能の構造的障害の程度については良い一致が見られた。これに対して、症状重症度については一致が悪かった。

d. 考察とまとめ

この研究で除かれた評定者は大学は経済学部で、福祉施設での経験が最も少なかった (表2-2)。行動と心理の評価法についての心理学的知識と一定の経験があればある程度の評価の一致が見られた。さらに、一致率を高めるためには、評価に必要なデータを適切に収集すること、それを明確に提示すること、この判定基準においてとりわけ精神医学的知識の必要な精神と行動の症状の把握について福祉関連の判定者に対して十分に説明することが必要になろう。一致率の悪い項目についても一定程度の見直しと、評価シートのわかりやすさなどの工夫が必要となろう。

4. 高機能自閉症圏障害における数値化と福祉的処遇の妥当性についての検討 (研究3)

a. 目的

この研究は、高機能自閉症圏障害 (HASD) の個人について、この自閉症判定基準 α 3.2版による得点化の意義と福祉的処遇上の妥当性の検討を行うことを目的とした。

b. 対象と方法

通院および通所中のHASDの青年・成人を対象として自閉症判定基準 α 3.2版により評定をおこなった (表3-1)。比較群として、HASDや知的障害を伴わな

いトゥレット症候群などの青年・成人についても評価を行った。対象としては、可能な限り障害基礎年金あるいは療育手帳を持っていない個人を選ぼうとしたが、HASDについては、われわれの関連機関に通院・通所している個人の中にはほとんどいなかった。対象となった個人はHASD 6名（内女2名）とトゥレット症候群およびその他の障害3名の9名となった。9名の平均年齢は29歳であり、7名について知能テストの結果が得られ平均IQは82.0（標準偏差10）であった。年金受給者は、HASDでは6名中4名、比較群の3名の中にはいなかった。なお、4名の年金受給者は全員2級の判定であった。

c. 結果と考察

(1) 概括的段階分けと各々の加算点との関係

HASDでは、症状重症度では、概括的尺度は1点と2点とに分布した（表3-1）。この尺度の下位項目の加算点である「T重症」で見ると症例A2から症例A5までの4名の低点数群と症例A1と症例A6の2名の高点数群とに分かれた。概括的生活制限の程度では、概括的尺度では、症例A6が2点であり、比較群を含む他の8名は1点であった。この尺度の下位項目の加算点である「T生活」を見ると、HASDでは3点から11点まで広く分布した。知能の構造的障害の程度については、概括的尺度とこの項目の加算点である「T知能」とは、HASDでは勿論のこと、トゥレット症候群における知能の構造的歪みをよく反映していると思われた。

概括症状重症度は概括生活制限の程度と概括知能の構造的障害程度とは相関がなかった。これに対して概括症状重症度と4つの加算点スコアとは0.05以下の有意な相関が認められた（表3-2）。

概括的生活制限の程度の項目について、どの評価項目とも相関がなかった。これに対して、この尺度の9項目の加算点である「T生活」は、症状重症度の尺度の9項目の加算点である「T重症度」と概括的生活制限の程度の尺度の2尺度を除いた他の尺度とは有意な相関を示していた。すなわち加算点である「T生活」の方がほとんどの項目と良い相関が得られた。総合判定についても、総合判定の項目よりも、加算点である「T総合」が他の項目と良い相関を示した。

これらの尺度のアンカーポイントのクライテリアの見直しが必要となろう。簡便化版を作る際には十分に検討せねばならない課題と思われる。

(2) 福祉的処遇との関連

HASD 6名中で、基礎年金を受けている者は4名、療育手帳は3名、精神障害者保健福祉手帳は1名となっていた。これに対して、比較群の3名ではこれらの福祉的処遇は受けていなかった。

9名全員について、基礎年金を受けている4名と受けていない5名で比較したところ、いずれの変数についても有意差は認められなかった。

そこで個別に障害年金の関連とを検討すると、基礎年金を受けていない症例A3が総合加算点で一番低くなっていた。精神保健手帳を持っておりかつ年金の受給を受けている症例A2と何の福祉的処遇を受けていない症例A3とでは加算された「T総合」で見ると、症例A2が高くなっており、福祉的処遇について

加算点による評価の適切性が認められた。症例A1は評価時点では何とか大学生活を送っていたが、対人不適応のために大学を中退し身の振り方を考えている。症例A1については、福祉的支援の対象となりうる適切な判定となっていた。これに対して、自閉症圏障害以外の障害を持つ比較群の3名は症状、総合判定で高い指数であっても生活の制限の程度については、概括的尺度と「T生活」ともに得点が低かった。自閉症圏障害とトゥレット症候群を持つ個人においては、疾病そのものもつ症状と社会的不適応の構造的な障害の違いが存在しているように思われる。

障害者基本法の第2条において、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。」と定義されている。ある程度の障害（この障害の意味は基本法における障害であり、一般にいう疾病にあたる）があっても、社会的適応の水準が高ければ障害があること自体が直接的に福祉的処遇に結びつかないことを認識しておく必要がある。

結論的には、自閉症であるとの医学的診断がされた後、この判定基準を用いれば適切な福祉的処遇ができる可能性が示唆された。

5. まとめ

自閉症判定基準 α 3.2版について、年少者も含めて高機能自閉症圏障害の例をふやし福祉的処遇の妥当性の検討したい。また、概括的評価と数値化との矛盾について検討するとともに簡便化の課題にも取り組みたい。その際に評定者の資格なども考慮に入れて検討したい。

文 献

- 1) 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 pp.9-19、1998.
- 2) 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 α 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 pp.83-102、1999.
- 3) 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：自閉症判定基準 α 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 α 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 pp.89-94、2000.

- 4) 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 α 3.0の洗練化に関する検討－. 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12年度報告書 pp.120-165、2001.
- 5) 太田昌孝、金生由紀子：チック症. 小児科臨床、54(増)；1323-1329、2001.
- 6) 佐々木正美監訳：CARS小児評定尺度、岩崎学術出版社、1989.

表 1 自閉症の判定基準の段階分け (α3.2版)

症状重症度(S)		生活制限の程度(L)		知能の構造的障害の程度(I)		総合判定(TS)	
各項目	0：なし 1：少しある 2：ある 3：著明にある 4：最重度	各項目	0：問題なし 1：少しの援助 2：かなりの援助 3：常時の援助 4：ほとんどできない	知能発達 の遅滞の程度 IQでの目安	0：正常 85以上 1：境界 84～70 2：軽度遅滞 69～50 3：中度遅滞 49～35 4：重度ないし最重度遅滞 34以下	0：なし I：軽度 II：中度 III：重度 IV：最重度	0：なし I：軽度 II：中度 III：重度 IV：最重度
概括的評価	0：なし 1：軽度 2：中度 3：重度 4：最重度	概括的評価	0：問題なし 1：少しの援助 2：かなりの援助 3：常時の援助 4：ほとんどできない	知能の不均衡さの程度	0：なし 1：境界 2：少しある 3：ある 4：著明にある	0：なし I：軽度 II：中度 III：重度 IV：最重度	0：なし I：軽度 II：中度 III：重度 IV：最重度
概括的評価指針	症状はないか、あつて適応に影響していない 症状はあまり自立たず、領域(家庭・学校・仲間関係・地域・職場等)での影響は比較的小さい 症状が少し目立ち、一つ又は複数の領域に明らかなる影響を与えている 症状が目立ち、複数の領域に重大なる影響を与えている 症状が非常に目立ち、日常生活が困難である	概括的評価指針	日常生活及び／又は社会生活については援助の必要はない 日常生活及び／又は社会生活は、かなりの制限を受け、少しの援助が必要である 日常生活及び／又は社会生活に相当の制限を受け、かなりの援助を必要とする 日常生活及び／又は社会生活に著しい制限を受け、常時の援助を必要とする 身のまわりのことはほとんどできない	高状の高い能力	0：なし 1：少しある 2：やや高い 3：高い 4：極めて高い	0：なし I：軽度 II：中度 III：重度 IV：最重度	0：なし I：軽度 II：中度 III：重度 IV：最重度
概括的評価	0：なし 1：わずかな障害 2：軽度の障害 3：中度の障害 4：重度の障害	概括的評価	0：なし 1：わずかな障害 2：軽度の障害 3：中度の障害 4：重度の障害				