

2) 臨床群における自己理解の主観的領域についての結果

自己の主観的領域では、自己の独自性について臨床群が健常群よりも多く回答している ($U=23.5$, $p<.05$) ことがわかった (図11)。これは、臨床群が社会的相互作用の中での自己の特徴やユニークさなどについて、健常群より強く意識しているためではないかと考えられる。青年期の高機能広汎性発達障害者の中には、自分の障害を告知されているものや、何らかの形で自分が苦手としている分野があるということを周囲から知らされ、自分でも意識していることが多い。よって、そのような自己の特徴を「他者にはないもの」として捉えているのではないかとと思われる。しかし、臨床群の中にも自己の独自性に気づいていない者や、他者とは異なっていると答えた場合でも、「人と違っていた方が面白いから」「同じ人間はいないと聞いたから」などと、その理由があいまいな者もある。これは健常群でもみられることから、そのような自己の独自性を含む主観的な自己理解も発達とともに変化していくと考えられる。

主観的自己理解のレベル別分類では健常群でレベル3が最も多く、臨床群ではレベル1が最も多く、次いでレベル2であった。しかし、各レベルの回答割合で2群間で有意差は認められなかった (図12)。

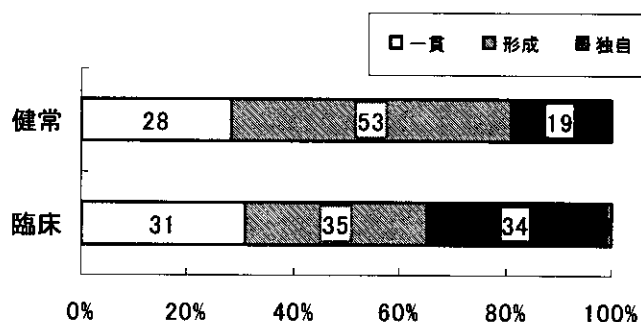


図11 主観的自己理解におけるカテゴリー別回答割合 2群差

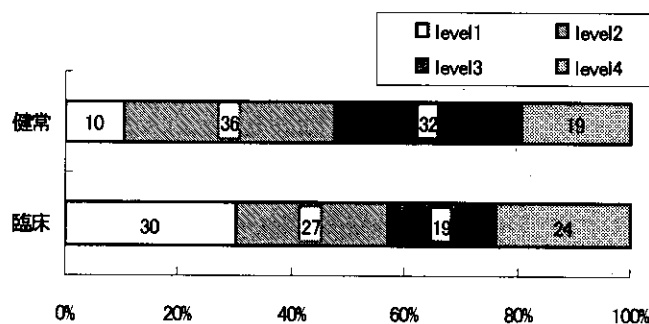


図12 主観的自己理解におけるレベル別回答割合 2群差

3. 臨床群における孤独感

1) 臨床群における孤独感の客観的領域についての結果

孤独感については、臨床群の中で回答できない者がいた。そこで高機能広汎性発達障害者の中から孤独感について解答できなかった者と女子を除いた合計8名（高機能自閉症3名，アスペルガー症候群5名，平均年齢14；03，SD1.65，Range12；09-17；07）を臨床群とし、健常中学生男子14名（平均年齢13；06，SD0.48，Range13；07-14；06）を健常群として比較した。

表13には臨床群 孤独感の客観的領域への回答数に関して、カテゴリー別、レベル別に高機能自閉症、アスペルガー症候群のそれぞれについて示した。

表13 臨床群 孤独感の客観的領域への回答数

	身体的	行動的	社会的	心理的	
HFA (n=3)	0.0(0.0)	5.7(1.2)	1.0(1.0)	6.0(4.6)	
ASP (n=6)	0.0(0.0)	6.6(1.6)	3.8(4.0)	7.1(4.5)	
合計 (n=9)	0.0(0.0)	6.3(1.5)	2.9(3.6)	6.8(4.3)	

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	合計	分類不可能
8.7(6.7)	1.7(0.6)	2.0(1.0)	0.3(0.6)	12.7(6.7)	4.0(2.0)
9.8(4.9)	2.8(3.6)	3.8(4.5)	1.1(1.1)	17.6(6.4)	4.1(2.4)
9.4(5.2)	2.4(2.9)	3.2(3.8)	0.9(1.1)	16.0(6.6)	4.1(2.2)

注：数値は平均値，() 内は標準偏差

まず、客観的領域への回答をみると、健常群では行動的孤独感への平均回答数が4.21 (SD=2.94)、臨床群では平均回答数が6.13 (SD=1.46)で、健常群が臨床群に比べてやや多い傾向が (U=44.5, $p<.10$)、心理的孤独感では臨床群が健常群に比べて平均回答数がやや多いという傾向 (U=41.5, $p<.10$) がみられた。これは、健常群が学校生活などにおいて孤独感を感じる状況を具体的な行動的・活動的側面から多く述べたのに対して、臨床群では「嫌な感じ」「さびれた感じ」など、孤独感というものを漠然としたイメージで直感的に把握しているためであると考えられる。よって、臨床群では健常群のように孤独感についてその感情を具体的な事象と結びつけて考えることができにくいということができよう。

レベル別には、児童期前期の発達段階を表すlevel 1において客観的領域では臨床群が健常群に比べて回答数が多い傾向があり (U=42.5, $p<.10$)、主観的領域では臨床群が健常群に比べて回答数が多いという結果がみられた (U=31.0, $p<.05$)。このことから、健常群が他者との比較や社会的相互作用の中での孤独感について言及しているのに対して、臨床群ではそのような他者との関係の中での

孤独感についての言及が少ないということが明らかになった(図14、16)。また、健常群では孤独感を感じる理由を、他者の存在の有無によって説明し、直接的な理由を「友達のいない自分」や「友達のできない自分」として、自己に向けることは少なかった。しかし、臨床群では、すぐに怒ってしまう自分の性格や、友だちとの関わりを避けようとした自分の対人関係の持ち方によって説明し、その原因を自己に帰属させるものが多くみられた。そのため、臨床群では、孤独感を感じることによってより否定的な自己イメージや自己像を形成することが考えられる。

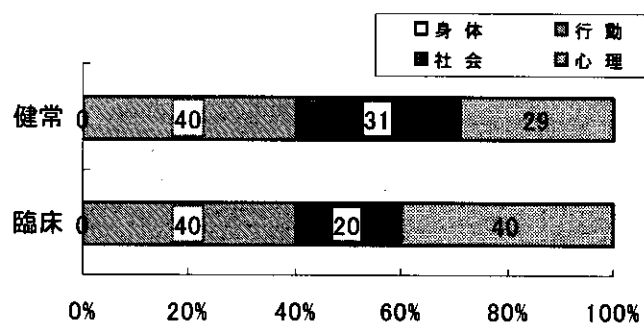


図13 客観的孤独感におけるカテゴリー別回答割合 2群差

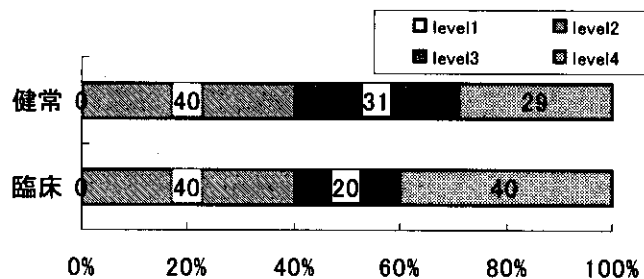


図14 客観的孤独感におけるレベル別回答割合 2群差

2) 臨床群における孤独感の主観的領域についての結果

表14には臨床群 孤独感の客観的領域への回答数に関して、カテゴリー別、レベル別に高機能自閉症、アスペルガー症候群のそれぞれについて示した。

表14 臨床群 孤独感の主観的領域への回答数

	継続性	形成主体	独自性
HFA (n=3)	2.3(4.0)	1.7(2.9)	0.0(0.0)
ASP (n=6)	4.3(2.2)	4.5(2.4)	1.3(1.5)
合計 (n=9)	3.7(2.9)	3.6(2.8)	0.9(1.4)

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	合計	分類不可能
2.7(3.8)	0.3(0.6)	1.0(1.7)	0.0(0.0)	4.0(3.6)	6.0(2.6)
4.5(2.5)	3.5(4.0)	1.3(1.7)	0.8(2.0)	10.1(4.5)	3.3(2.8)
3.9(2.9)	2.4(3.6)	1.2(1.6)	0.6(1.7)	8.1(5.1)	4.2(2.9)

注：数値は平均値，()内は標準偏差

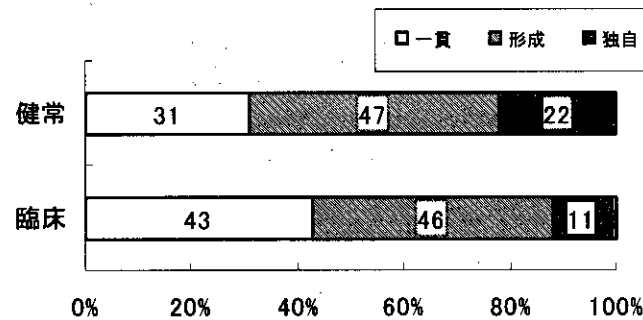


図15 主観的孤独感におけるカテゴリー別回答割合 2群差

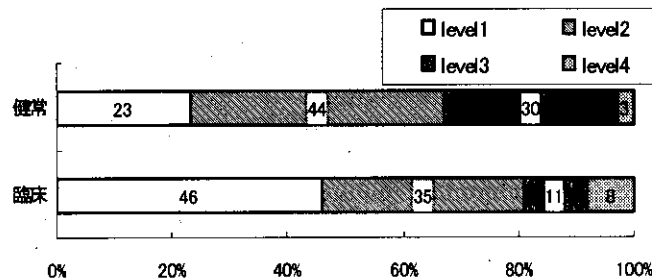


図16 主観的孤独感におけるレベル別回答割合 2群差

[考察]

本研究では、青年期の高機能広汎性発達障害者の孤独感と自己理解の特徴を明らかにするために、まずRubenstein & Shaver (1980)の孤独感についての質問紙を参考に筆者が作成した孤独感についての質問項目とDamon & Hart (1988)の自己理解尺度を用いて、児童期後期から青年期前期の発達段階にある中学生への適用を試みた。その結果、孤独感については、男子では社会的側面からの孤独感を意識しやすく、女子では心理的側面からの孤独感を意識しやすいということが明らかになった。これは男子では、社会的役割への意識や

他者との相互交流の中で自己の果たす責任などを意識しやすいのに対して、女子では社会的な存在としての自己を意識しつつも、その中で生じる直感的で具体的な事柄を感情と結びつけて意識しやすいということが1つの要因ではないかと考えられ、自己理解と孤独感が密接に関連しているということ（諸井，1985）が確認される結果となった。しかし、全体としてみても、自己の体験や具体的な出来事に即して孤独感という感情を述べていることが多くみられたことから、孤独感という感情について述べる際には、児童期後期・青年期前期の発達段階にあっても、より具体的な事象を基にして言及すると考えられる。

高機能広汎性発達障害者においても、孤独感を知覚可能な直感的な事象と結びつけて説明することがみられたが、それは健常群と比較して非常にあいまいで漠然としたものであった。東條（2002）は、自閉症スペクトラムの人々について、社会性が全般的に欠けているのではなく、捉え方に違いがあり、独特な方法で社会と係わりようとしていると述べている。このことから、彼らは孤独感を全く感じていないのではなく、独特な方法で孤独感を感じているが、それを表現する方法や知識が限られているため、あいまいで漠然とした表現が中心になったのではないかと考えられる。

石坂・村澤・村松・神尾・十一（1997）と田辺・田村（1999）は、自閉症スペクトラムではある事象やある場面についての理解はできたとしても、それはその物事全てに対する理解の仕方ではなく、その一部に対する断片的で偏った理解の仕方であることを指摘している。本研究の孤独感と自己理解についても、客観的側面についての回答は多いが、主観的側面についての回答は少ないことから、自己及び自己の感情に対する意識や理解の仕方も、ある部分に対しては健常群にも決してひけをとらないが、ある部分に対しては意識や理解が少ないということが考えられる。特に彼らは知覚的なイメージや具体的な事象を意識することが多いが、社会的相互交流の中での孤独感については意識していても、それを表現するための知識と感情と結びつけられないため、質問に対して戸惑い、あいまいな回答に終わったと考えられる。このように、高機能広汎性発達障害においては自己の主観的側面やそれに含まれる感情を意識したときに、適切な言葉を用いて自己の感情を表現し、伝達することが困難であると推測することができる。

〔文献〕

安藤真紀子：高機能広汎性発達障害児の自己理解について，武庫川女子大学大学院文学研究科修士論文集、2003.

- 田辺正友、田村浩子：自閉症児の対人関係認知に関する研究—PF
スタディによる検討—。奈良教育大学紀要 48；199—207、1999.
- Bauminger, N., & Kasari, C. : Loneliness and friendship in High-functioning chil-
dren with autism. *Child Development* 71 ; 447—456, 2000.
- Damon, W., Hart, D. : *Self-understanding in childhood and adolescence*. Cam-
bridge University Press, 1988.
- 石坂好樹、村澤孝子、松村陽子、神尾陽子、十一元三：高機能自閉
症にみられる認知障害の特性について—心理テストによる検討
—。児童青年精神医学とその近接領域 38；230—246、1997.
- 小林隆児、財部盛久：アスペルガー症候群の治療—心理社会的アプ
ローチを中心に—。精神科治療学 14；53—57、1999.
- 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.
- Rubenstein, C., Shaver, P. : *Loneliness in two northeastern cities*. In J Hartog, J.
R., Audy, & Y. A. Cohen (Eds.) : *The Anatomy of Loneliness*. New
York, International Universities Press, 1980.
- 杉山登志郎、辻井正次：高機能広汎性発達障害。児童青年精神医学
とその近接領域 42；30—39、2001.
- 田辺正友、田村浩子：自閉症児の対人関係認知に関する研究—PF
スタディによる検討—。奈良教育大学紀要 48；199—207、1999.
- 十一元三、神尾陽子：自閉症者の自己意識に関する研究。児童精神
医学とその近接領域 42；1—9、2001.
- 東條吉邦：自閉スペクトラムの児童生徒への特別支援教育—高機能
自閉症及びアスペルガー症候群を中心に—。自閉症スペクトラ
ム研究 1；25—36、2002.

高機能広汎性発達障害の幼児における「一番病」症状の実態調査

清水康夫、中村 泉、本田秀夫、今井美保
日戸由刈、安部真理子、中村 明

(横浜市総合リハビリテーションセンター)

はじめに

高機能広汎性発達障害（以下、HPDDと略）では良好な認知と情緒の機能を基盤にして一定の社会性の発達が見られる。しかしそれと同時に「一番病」〈文献〉が出現し、些細なことにまで社会的順位に拘泥する傾向が仲間づくりや社会参加への支障ともなる。一番病の行動のひとつひとつは小さくても、これが接する人々と長い間、頻繁に繰り返されれば、親しい人たちとの間の友情や信頼を築くうえで大きな妨げとなる可能性が大きい。われわれはこの2年間、HPDDの一番病症状について症状形成のメカニズムを解明し、予防的に早期治療する療育プログラムの開発を行い、その成果を報告した。最終年度である今回は、幼児期の広汎性発達障害（PDD）において一番病の実態を調査した。

対象と方法

横浜市総合リハビリテーションセンター発達精神科に通院中の広汎性発達障害の幼児期（7歳未満）にある62名（男50、女12）を調査対象とした。対象となった子どもたちの平均年齢は5歳7ヶ月、田中ビネー知能検査の平均IQは69.6（8例は新版K式のDQで代用）であった。

一番病症状に関するアンケート（回答記入は10分以内で可能）を作成し、対象児の保護者（全員が母親）に記入を依頼し、全例から回答を得た。

結 果

1) 精神発達と一番病

一番病が「過去にあったが現在はない」3ケースを除いた59例で一番病の有無とIQの関係を調べた。IQ70未満、つまり知的障害をもつ群では一番病の割合は9.7%（3例/32例）だけであったが、IQ70以上の群、つまり高機能群では一番病をもつ割合は77.8%（21例/27例）に達した。この差は、危険率がほとんど0（ゼロ）の水準で有意であった（ $p = 6.98 \times 10^{-8}$ 、Fisherの直接確率）。知的障害のある群と高機能群との間に暦年齢の有意差はなかった。

これと同様にして、一番病の有無を発達の絶対評価である精神年

年齢（田中ビネー知能検査）との関係で見ると、一番病がある群（ $n=24$ ）の平均精神年齢は58ヶ月（ $\sigma=13$ ）、ない群（ $n=27$ ）のそれは36ヶ月（ $\sigma=10$ ）であり、ある群の方が有意に精神年齢が高かった（ $p<0.0001$ ； $t=6.75$ 、 $df=49$ ）。実際、一番病がある群の精神年齢は3歳前後から6歳半を越えるものまで幅広い範囲に分布している一方、一番病がない群の殆どは精神年齢4歳未満であった。両群間で暦年齢に有意差はなかった。

2) 一番病症状の内訳

アンケートで「一番病がある」と答えた24名について内訳を調べた。一番病の種類は、「ゲームで負けると怒ったり泣いたりする」が最も多く12名、ついで「部屋をわれ先にと出たがる」が10名、「負けるのを嫌がってゲームをしない」「何でも一番に並びたがる」「皆よりも何でも先にしたがる」がそれぞれ9名、「どんなものでも勝ちたがる」が8名、などであった。

一番病が起こる頻度は、「毎日」が41%、「週に数回」が27%であり、全体の3分の2以上に高い頻度で起こっていた。「一番になれなかったとき、どうするか」の問いには、「大泣きしたり怒ったりし、活動が中断してしまうか相手を妨害する」が最も多く13名、ついで「初めからやりたがらず、回避する」と「我慢する」がそれぞれ6名であった。このような行動を頻繁に起こしているのであれば、幼稚園・保育園や近隣などの仲間たちから避けられてしまうおそれがある。

一番病が起こったときの母親の対応は、「説得する」が14名と最多であったが、「放っておく」10名、「勝たせてあげる」9名、「慰める」6名などもあり、場合によって対応を使い分けていた。

考 察

幼児期のHPDDでは4分の3以上に一番病症状が出現しており、知的障害を伴うPDDに比べると一番病の出現割合が圧倒的に高い。一番病は一度発症すると高頻度に繰り返して現れることが多く、しかもそれが仲間たちとのやりとりの場面で大泣き・激怒・活動中断・妨害といった一連の行為に及ぶため、仲間づくりを失敗させ、仲間たちから疎外される結果に至ることもある。

HPDDではこの症状の発現に対して幼児期から予防的な早期介入がなされる必要がある。

〈文献〉

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、総合リハビリテーション、29；339－345、2001

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

太田昌孝¹⁾、永井洋子²⁾、金生由紀子³⁾、佐々木敏宏⁴⁾、
飯田順三⁵⁾、鏡 直子⁶⁾、清水直治⁷⁾

¹⁾東京学芸大学、²⁾静岡県立大学、³⁾北里大学、
⁴⁾ワークセンターけやき、⁵⁾奈良県立医科大学、
⁶⁾御茶ノ水発達センター、⁷⁾東洋大学

概 要

この2年間の研究により、自閉症判定基準 α 3.2版は高機能広汎性発達障害（自閉症圏障害）の症状と不適応の特徴を適切に評価していることが示唆され、3尺度の加算得点での判定の方が3尺度からの概括的評価よりは福祉的処遇の手がかり得るのに適していると思われた。本年度はこの結果に基づき、 α 3.2版に少しの変更を加えて自閉症判定基準普及版 β 1.0を作成し、広く意見聴取し、この普及版 β 1.0の福祉的判定基準としての妥当性について検討することを目的とした。方法：自閉症協会研究部会委員および児童相談所と知的障害者更生相談所に対して、①高機能自閉症圏障害の福祉的処遇についてのアンケート用紙、②自閉症判定基準普及版 β 1.0、③GAFやICFの項目などの参考評価表、を送付した。アンケート用紙への回答および判定上に問題のあった症例について普及版 β 1.0による判定を返送するように依頼した。倫理的配慮としては、プライバシーの侵害のあると考える箇所があれば配布先でそれをカットすることを明示した。結果：調査用紙を相談所等に294通を発送し82通（27.9%）の回答があり、および76症例についての回答を得た。アンケート用紙に回答した児童相談所と知的障害者更生相談所の半数以上が高機能自閉症圏障害について療育手帳と基礎年金の判定に関する問題を抱えていた。返送された76症例中妥当性と信頼性を検討してきた18歳以上でありかつ高機能自閉症圏障害の青年は47名（内女4名）であった。この症例に対して、普及版 β 1.0による判定を、療育手帳の所有の有無、20歳以上については基礎年金の受給の有無との関連で検討した。結論：普及版 β 1.0は、IQで表される知能にウエイトがかかっている従来の知的障害の判定法とは異なり、症状の重症度と生活の制限の尺度および知能の構造的障害の尺度の3尺度を導入したことにより、高機能自閉症圏障害を持つ者について生活の困難さについてより適切に判定していることが示唆された。普及版 β 1.0について、判定方法が困難であるとの意見はなかった。

はじめに

本研究の基本目標は、知能の高低や年齢に関わり無く、全ての自閉症児者に対応するものであり、生活の困難さを評定し、それを解決するためのガイドとなる適切な判定基準を作ることにある。とりわけ、現段階における高機能自閉症圏障害児者の不利の是正に焦点をしばり、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。

A. 本年度の目的

この2年間の研究により、自閉症判定基準 α 3.2版は高機能自閉症圏障害の症状と不適応の特徴を適切に評価していることが示唆され、尺度の加算得点による判定が3尺度からの概括的評価よりは福祉的処遇の手がかり得るのに適していると思われた。本年度はこの結果に基づき、自閉症判定基準普及版 β 1.0（普及版 β 1.0と略す）に変更して、広く意見聴取し、福祉的判定としての妥当性について検討することを目的とした。

B. 対象と方法

日本自閉症協会研究部員、児童相談所、及び知的障害者更生相談所に対して、福祉的処遇について問題があったかなどを問うアンケート用紙、昨年度までに作成した普及版 β 1.0一式およびGAFの評価表を送付した。そして、療育手帳の発行や基礎年金の支給上で問題のあった症例について、普及版 β 1.0により判定し返送することを依頼した。

1. 普及版 β 1.0版について

普及版 β 1.0は昨年度作成した α 3.2版について、少しの手直しをしたものである。 β 1.0版は、①自閉症判定基準背景調査票、②症状重症度尺度（症状尺度）、③生活制限の程度尺度（生活尺度）、④知能の構造的障害の程度尺度（知能尺度）および⑤総合判定、より構成されている。全般的適応度を見るために、DSM-IVにおける「機能の全体的評定（GAF）尺度」（Global Assessment of Functioning（GAF）Scale）を添付し、GAFによる評価を依頼した。また、各々の尺度には世界保健機関（WHO）の「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」（ICF）の対応する項目を併記することにより評価の対象となる行動などについて、評定者間で共通認識ができるように工夫した。なお、本報告書に添付したものは普及版 β 1.0に若干の手直しをした普及版 β 1.1である。

2. 変数について

普及版β1.0の症状尺度、生活尺度、知能尺度の3つの尺度について、項目の点数を加算して、症状得点（満点36点）、生活得点（満点36点）、知能得点（満点15点）を算出した。前年度の研究に従い自閉症度尺度は症状尺度の内の項目1から項目4までを指しており、その4項目を加算することにより自閉症得点を算出した。症状得点と生活得点を加算したものを症状/生活得点（満点72点）および3つの尺度の得点を加算したものを全加算得点（満点87点）とした。また、総合判定得点、中間判定得点は付表を用いて判定した。ともに1から5点まで分布した。

GAFの評定については、広く範囲を指定して評定した回答があったので、その場合には、その範囲の中点を採用した。IQについては、田中ビネー検査、鈴木ビネー検査、WAIS-Rで測定された場合があったが、一括してIQとして採用した。

C. 結果

1. 回答の概略（表-1参照）

回答した研究部会委員には、分担班員も含めると、50名中9名（18.0%）となった。相談所についてみると、知的障害者更生相談所では発送数71カ所に対して23カ所（32.4%）の回答があり、一相談所では3名からのアンケートへの回答があった。児童相談所では173カ所より32カ所（30.1%）からの回答があった。児童相談所と知的障害者更生相談所については、統合のためまとめて答えたところが少なからずあり、回答相談所数の比率はもう少し高いと考えられる。

また、日本自閉症協会研究部会委員、児童相談所、知的障害者更生相談所から、療育手帳や基礎年金などで問題のあった症例として76名が回答された。

表-1 回答者と回答相談所数

	発送数	回答件数	%	回答例数
研究部委員等	50	7	18.0	14
知的障害者更生相談所	71	23 (25)	32.4	26
児童相談所	173	52	30.1	36
両相談所 合計	244	75	30.7	62
総計	294	82 (84)	27.9	76

() アンケート回答者数

2. アンケート調査について

1) 回答者職種

回答者職種は、心理専門職53名（63.1%）が最も多かった（表-2）。次いでその他が17名（20.2%）であり、ケースワーカー3名、児童相談員、児童福祉司、相談員各2名が含まれていた。医師は精神科医6名、小児科医1名であり、両者を合わせて7名（8.3%）に過ぎなかった。

2) 福祉的処遇の問題の有無

「高機能広汎性発達障害児者の福祉的処遇で何か問題がありましたか」の回答について、回答者84名中40名（47.6%）が高機能広汎性発達障害児者の福祉的処遇で問題があったと答えており、40名が無かったと答えていた。残りの4名は不明であった。しかも、今年度に限ると回答者40名中23名（57.5%）が問題があったと答えていた。（表-3）

表-2 回答者職種

	名	%
精神科医	6	7.1
小児科医	1	1.2
心理専門職	53	63.1
その他	17	20.2
不明	7	8.3
合計	84	100

（同一相談所からの複数回答あり）

表-3 高機能自閉症圏障害についての処遇上の問題の有無

3-1 処遇上の問題の有無への回答

	相談所数など	%
無し	40	47.6
有り	40	47.6
不明	4	4.8
合計	84	100

3-2 本年度の処遇上の問題の有無

	相談所数など	%
無し	12	30.0
有り	23	57.5
不明	5	12.5
合計	40	100

3) 相談所別の比較

問題有りとの回答40件のうち、児童相談所（児相と略す）から19件、知的障害者更生相談所（更相と略す）から11件、計30件の回答があった（表-4）。そのうち90%が広汎性発達障害児者の療育手帳の取得に関して問題があると答えていた。精神障害者福祉手帳についても問題があるとの回答が1件あった。

表-4 児相と更相における療育手帳に関する問題の有無の比較

	無し	%	有り	%	計
児相	1	5.3	18	94.7	19
更相	2	18.2	9	81.8	11
計	3	10.0	27	90.0	30

4) その他の項目

基礎年金、入所、医療の問題点の指摘は、1件のみであった。

3. 回答症例について

1) 症例の概略

療育手帳や基礎年金などで問題のあった高機能自閉症圏障害の症例として76名の内、普及版の妥当性が検討されている年齢範囲である18歳以上は48名であった。しかし、うち1名はIQが40以下でかつ重度精神遅滞の診断があったので対象外とした。その結果、対象となった福祉的処遇上の問題を有する高機能自閉症圏障害の青年（18歳以上）は47名（内女4名）となった。実際に付けられた診断名としては自閉症が一番多く、高機能自閉症とをあわせると19名（40.5%）を占め、以下順に、アスペルガー症候群8名（17.0%）、広汎性発達障害7名（14.9%）となっていた。（表-5）

表-5 症例の診断名の分布

自閉症	13	27.7
高機能自閉症	6	12.8
アスペルガー症候群	8	17.0
広汎性発達障害	7	14.9
LD	4	8.5
MBD	1	2.1
MR	1	2.1
ADHD	1	2.1
不明	6	12.8
	47	100

表-6 症例の年齢とIQ

平均年齢	N=47	22.4歳 (SD 4.7)	範囲	18歳～38歳
平均IQ	N=43	86.7 (SD14.1)	範囲	43～120

平均年齢は22.4歳 (SD4.7) であり、範囲は18歳から38歳までであった。また、平均IQは回答症例43名で86.7 (SD14.1) であり、範囲は43から120であった。また、IQ70以上は43名中40名 (93%) であった。(表-6)

2) 療育手帳の有無

療育手帳の有無と自閉症判定基準普及版 β 1.0による8つの得点との関連をみると、生活得点のみで療育手帳所持群が手帳無所持群より平均値が有意に高くなっていた。症状/生活得点および全加算点 (症状/生活/知能) については、手帳所持群が有意に高い傾向があった (表-7)。

表-7 療育手帳の有無による差異

	療育手帳	N	Mean	SD	t	p
症状	有り	22	17.2	5.2	0.7695	ns
	無し	24	16.1	4.5		
生活	有り	22	23.0	6.6	2.2596	p<0.05
	無し	24	18.8	5.9		
知能	有り	20	7.4	2.5	1.3585	ns
	無し	22	6.4	2.4		
自閉症度	有り	22	10.0	3.0	0.9590	ns
	無し	24	9.3	2.6		
症状/生活	有り	22	40.2	10.9	1.7680	p<0.1
	無し	24	34.9	9.3		
全加算	有り	20	48.5	11.8	1.8484	p<0.1
	無し	22	42.2	10.4		
総合判定	有り	21	4.0	0.8	0.7074	ns
	無し	20	3.8	1.0		
中間評価	有り	21	3.3	0.9	0.7723	ns
	無し	20	3.1	1.0		
GAF	有り	14	49.9	14.9	-0.6698	ns
	無し	18	53.2	12.5		
IQ	有り	21	74.7	15.9	-4.9351	p<0.000
	無し	21	95.5	11.0		

機能の全体的な適応状態を見るGAFは両群では差はなかった。一方、IQを見ると、療育手帳所持群では明確に低くなっていた（t-test $p < 0.0000$ ）。

療育手帳所持群に限ってみると、生活得点は18～20点を極小として2峯性の分布を示した。この18～20点以下と以上では生活上の困難について質的な相異がある可能性があり、この得点は生活の困難さを分ける一つの目安になるのかもしれない。

3) 基礎年金受給の有無

20歳以上の対象者29名について基礎年金の受給の有無についてこれら変数との関連を見た。これらの全ての変数とは関係が認められなかった（表-8）。

基礎年金の受給の有無と就労の有無とについても関連が無かった（表-9）。また、基礎年金の支給の有無と療育手帳の所持の有無も関連がなかった（表-10）。しかしながら、就労していなくかつ年金の支給を受けていない高機能自閉症圏障害を持つ青年が21名中12名（57.1%）おり、また、21名中16名（76.2%）が就労していないことが注目された。

表-8 基礎年金受給の有無による差異

	基礎年金	N	Mean	SD	t値	p
症状	有り	8	16.5	3.4	0.1500	ns
	無し	34	16.2			
生活	有り	8	21.3	6.5	0.3852	ns
	無し	34	20.2			
知能	有り	6	6.0	2.5	-0.6585	ns
	無し	31	6.7			
自閉症度	有り	8	9.4	2.3	-0.0066	ns
	無し	34	9.4			
症状/生活	有り	8	37.8	8.9	0.3143	ns
	無し	34	36.4			
全加算	有り	6	45.0	11.4	0.1271	ns
	無し	31	44.3			
総合判定	有り	7	4.0	0.6	0.4997	ns
	無し	31	3.8			
中間評価	有り	7	3.6	1.0	1.1276	ns
	無し	31	3.1			
GAF	有り	5	44.6	7.6	-1.1781	ns
	無し	26	52.0			
IQ	有り	8	81.0	11.0	-1.3151	ns
	無し	30	88.3			

表-9 基礎年金の有無と就労の有無

		就労		計
		無し	有り	
年金	無し	12 (57.1)	2 (9.5)	14 (66.7)
	有り	4 (19.0)	3 (14.3)	7 (33.3)
計		16 (76.2)	5 (28.3)	21

() : % 有意差無し

表-10 療育手帳有無と年金有無の関係

療育手帳	基礎年金		合計
	無し	有り	
無し	13 (50.0)	2 (7.7)	15 (57.7)
有り	6 (23.1)	5 (19.2)	11 (42.3)
合計	19 (73.1)	7 (26.9)	26

() : % (P=0.095 Fisher)

(精神障害者保健福祉手帳をもつ1名を除く)

4) GAFと諸変数

疾患に特有ではない機能の全体的評定であるGAFを外的基準として他の変数との関連をみた(表-11)。GAF得点はIQと知能得点とは相関はなく、症状、生活、自閉症度、症状/生活、全加算得点(症/生/知)、総合判定、中間評価の得点とは強い相関関係が認められた。

表-11 Spearmanの相関係数

	GAF	IQ	症状	生活	知能	自閉症度	症状/生活	全得点	総合判定
IQ	Co p N 0.1913 0.3201 29								
症状	Co p N -0.6503 0.0000 33	Co p N -0.3295 0.0310 43							
生活	Co p N -0.5488 0.0009 33	Co p N -0.3249 0.0537 43	Co p N 0.6407 0.0000 47						
知能	Co p N -0.1992 0.3096 28	Co p N -0.1788 0.2829 38	Co p N 0.3934 0.0100 42	Co p N 0.4318 0.0043 42					
自閉症度	Co p N -0.5454 0.0010 33	Co p N -0.2740 0.0754 43	Co p N 0.9026 0.0000 47	Co p N 0.6550 0.0000 47	Co p N 0.5000 0.0007 42				
症状/生活	Co p N -0.6147 0.0001 33	Co p N -0.4014 0.0075 43	Co p N 0.8707 0.0000 47	Co p N 0.9220 0.0000 47	Co p N 0.4830 0.0012 42	Co p N 0.8391 0.0000 47			
全得点	Co p N -0.7403 0.0000 28	Co p N -0.3896 0.0156 38	Co p N 0.8342 0.0000 42	Co p N 0.8913 0.0000 42	Co p N 0.5943 0.0000 42	Co p N 0.8254 0.0000 42	Co p N 0.9832 0.0000 42		
総合判定	Co p N -0.7706 0.0000 33	Co p N -0.1759 0.2909 38	Co p N 0.5774 0.0001 42	Co p N 0.5102 0.0006 42	Co p N 0.4814 0.0026 37	Co p N 0.6307 0.0000 42	Co p N 0.5770 0.0001 42	Co p N 0.6861 0.0000 37	
中間評価	Co p N -0.8363 0.0000 33	Co p N -0.3048 0.0628 38	Co p N 0.6872 0.0000 42	Co p N 0.6011 0.0000 42	Co p N 0.1508 0.3731 37	Co p N 0.6565 0.0000 42	Co p N 0.6876 0.0000 42	Co p N 0.7185 0.0000 37	Co p N 0.8407 0.0000 42

***<0.001 **<0.01 *<0.05

D. 考察

アンケート用紙に回答した児童相談所と知的障害者更生相談所の半数以上が高機能自閉症圏障害について療育手帳の判定に関する問題を抱えていた。高機能自閉症児者に対する適切な判定基準が要請されていると考えられた。

回答された症例からみると、現在の療育手帳の支給の判定については、自閉症圏障害の症状の強さはほとんど加味されず、生活の困難さについてある程度の考慮はあるものの、IQの高さに依存している傾向が明確に浮かびあがった。

基礎年金の支給については、受給されている者と受けていない者との間でどの変数をもみても不適応についての違いが見いだし得なかった。この理由については今後検討する意義があるように思われる。

一方、この判定基準普及版β1.0はIQに関係なく自閉症圏障害の症状の強さと生活の困難さとを測っていることが示された。また、全般的な適応状態を示す外的基準としてのGAFとの関連が知能得点を除いて強かった。このことから、症状の重症度、生活の困難、および知能の構造的障害の3つの軸で測られたこの判定基準は当初の目的にかなったものであり、IQに依存するのではなく、自閉症圏障害の症状の強さと症状の生活の困難さによりウエイトをおいた判定基準であることが示唆された。

18歳以上の症例についての検討であったが、この年齢帯で高機能自閉症に対しての療育手帳の取得の判定に用いるのに有用性があると思われる。また、基礎年金支給のための判定のガイドとすることもできるように思われる。

加算点のカットオフについては検討をしなかったが、それを適切に設ける課題が残された。

判定の方法についての簡便化を求める声が以前にもあったが、この調査で見ると限り評定しにくいことを訴えた回答者はほとんどなかった。判定についての経験がある程度有れば、比較的困難なく判定できることが予測された。簡便化よりは、高機能自閉症圏障害の理解や判定基準についての研修会などを開くことによって判定基準の意義を深めるなどの判定者の力量の向上を考慮することが重要であると考えられた。

まとめ

自閉症判定基準普及版β1.0は、症状の重症度と生活の制限の尺度および知能の構造的障害の尺度の3尺度からなり、IQで表される知能にウエイトがかかっている従来の知的障害の判定法とは異なり、自閉症圏障害の症状の強さと生活の困難さを測っており高機能自閉

症圏障害の判定基準としての妥当性が有ると考えられた。ある程度の判定についての経験が有れば容易に用いることができ、敢えて簡便化する必要性は認めなかった。

3年間のまとめと提言

高機能を含む自閉症の子ども・青年・成人への福祉的支援は障害の特徴に見合っているとは言い難く、知的障害をはじめとする既存の枠組みでは対応できていない。社会参加が自閉症という障害のみで起こるとする医学モデルから離れて、障害は個人の中に起こった現象であるにせよ、社会参加は社会的諸関係に強く依存しているとの観点を貫いて検討してきた。この観点はICFが提起した観点と一致しており、本報告書に添付した自閉症判定基準普及版β1.1は自閉症を持つ子ども・青年・成人の社会参加の問題を解決するのに利用でき得ることが示唆された。

今後、行政的に地方分権が強まるにあたって、福祉的支援の適切さを保障するためには、適切な判定基準の更なる検討とその判定に直接関わる者やその関連業務につく者に対する研修や啓発の必要性があると思われる。

参考文献

American Psychiatric Association : Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington DC. (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳 : DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1994)

太田昌孝、永井洋子、金生由紀子、佐々木敏宏、飯田順三、鏡 直子、清水直治：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、厚生科学研究 高機能広汎性発達障害の社会的不適応とその対応に関する研究（主任研究者：石井哲夫）、91－101、2002

太田昌孝、永井洋子、金生由紀子、佐々木敏宏、飯田順三、鏡 直子、清水直治：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、厚生科学研究 高機能広汎性発達障害の社会的不適応とその対応に関する研究（主任研究者：石井哲夫）、119－131、2003

太田昌孝：ICFと発達障害—活動と参加に焦点を当てて—。精神医学 45；1175－1184、2003

World Health Organization : International Classification of Functioning, Disabilities, and Handicaps. WHO, 2001 (世界保健機関 (WHO) : 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—, 中央法規, 2002)

資料

高機能広汎性発達障害の福祉的処遇について質問紙

機関種別：1. 児童相談所 2. 更正相談所 3. 医療機関
4. その他（ ）

回答者の職種：1. 精神科医 2. 小児科医 3. 心理専門職 4. 教員 5. PSW
6. 指導員 7. その他（ ）

I. 高機能広汎性発達障害児者の福祉的処遇で何か問題がありましたか。
1. あった又はある（今年度になって___件） 2. 無かった

Iであった又はあると答えた方のみにおたずねいたします。

II. 手帳の取得について問題がありましたか。
①療育手帳（有り 無し） ②精神障害者保健福祉手帳（有り 無し）
あれば具体的内容を書いて下さい。

III. 基礎年金の取得について問題がありましたか。
（有り、 無し） あれば具体的内容を書いて下さい。

IV. 施設入所について何か問題がありましたか。
（有り、 無し） あれば具体的内容を書いて下さい

V. 医療について何か問題がありましたか。
（有り、 無し） あれば具体的内容を書いて下さい

VI. 全員について、高機能広汎性発達障害児者の福祉的処遇について、その他ご意見
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 _____ 氏名 _____ ）