



図3 知的能力によるPARS幼児期尺度得点分布の比較(研究2)

た項目16および20も有意な傾向がみられた( $p < 0.10$ )。

PARS幼児期尺度得点は、PDD群(平均 = 23.6,  $SD = 11.83$ )で非PDD群(平均 = 2.5,  $SD = 3.59$ )より有意に高かった( $t(69.8) = 12.23$ ,  $p < 0.001$ , Welchの検定)。両群の得点分布を図1-a, bに示す。得点は、非PDD群では全例で14点以下であったが、PDD群では大部分が14点以上であった。

表2および図2に示すように、PARS幼児期尺度のPDDスクリーニング尺度としてのカットオフ得点をROC曲線により検討したところ、感度、特異性などのバランスを考慮して9点が適当と判断された。

#### 4. 知的能力によるPARS得点の差

PDD群について、IQ/DQが70以上(N=27)と70未満(N=27)によるPARS得点の比較を図3に示す(IQ, DQが得られなかった対象者1名は分析から除いた)。PARS得点は、IQ70未満群(平均 = 26.8,  $SD = 10.50$ )がIQ70以上群(平均19.1,  $SD 10.16$ )より有意に高かった( $t(52) = 2.74$ ,  $p < 0.01$ )。

## 4 考察

PARS幼児期尺度は、十分な評定者間信頼性と内部一貫性を有し、弁別妥当性の高い尺度であることが示された。またPARSは、PDDの臨床経験が豊富な複数の専門家の検討を経て収集され

たPDDに特有の行動を示す項目からなり、内容的妥当性も有すると思われる。なお、表1に示した各項目の $\kappa$ 値については同一の評価者ペアで同一対象を評価した場合の値とは異なる可能性はある。しかし、臨床場面にベースを置いた今回の調査研究手法ではこの点は限界と考える。

本研究で示されたように、PARS幼児期尺度はPDDの専門家以外の方が評価しても、比較的容易に評価が可能な信頼性、妥当性が高い尺度である。PARSは項目数が比較的少なく、簡易な事前トレーニングもしくはマニュアルによってPDDの行動の特徴をよりよく理解した人が評価すれば、より精度の高いスクリーニングが可能になると考えられる。

高機能PDDの場合に、知的障害を伴う場合に比べて、幼児期の得点は低い得点となった。このことは、すでにCARS<sup>11)</sup>やCARS-TV<sup>7)</sup>で示されていることである自閉度とIQが逆相関することと整合することであり、PARS幼児期尺度の構成概念妥当性の一端を示すものである。また、これは高機能群の適応困難を特異的に反映する行動特徴が幼児期に明確に表れることが多くはないため、幼児期のみの養育経験しかない養育者の幼児期項目に対する感度が低くなるためとも考えられる。実際、PARSの児童期尺度の場合、養育者の回顧評定では、こうしたIQの影響はみられなくなっている<sup>1)</sup>。この点については、さらに実証的な検討が求められる。

## 付録 PARS 項目一覧

	幼児期	児童期	思春期 成人期
1 視線が合わない	○	—	—
2 他の子どもに興味がない	○	—	—
3 名前を呼んでも振り向かない	○	—	—
4 見せたい物を持ってくることがない	○	—	—
5 指さして興味のあるものを伝えない	○	—	—
6 言葉の遅れがある	○	—	—
7 会話が續かない	○	—	—
8 一方通行に自分の言いたいことだけを言う	○	—	—
9 友達とごっこ遊びをしない	○	—	—
10 オウム返し of 応答が目立つ	○	—	—
11 CMなどをそのままの言葉で繰り返し言う	○	—	—
12 感覚遊びに没頭する	○	—	—
13 道路標識やマーク、数字、文字が大好きである	○	—	—
14 くるくる回るものを見るのが好きである	○	—	—
15 物を横目で見たり、極度に目を近づけて見たりする	○	—	—
16 玩具や瓶などを並べる遊びに没頭する	○	—	—
17 つま先で歩くことがある	○	—	—
18 多動で、手を離すとどこに行くかわからない	○	—	—
19 食べ物でないものを食べたり呑み込んだりする	○	—	—
20 抱っこされるのを嫌がる	○	—	—
21 ビデオの特定場面を繰り返し見る	○	○	—
22 ページめくりや紙破りなど、物を同じやり方で繰り返しいじる	○	○	—
23 全身や身体の一部を、同じパターンで動かし続けることがある	○	○	—
24 身体に触れられることを嫌がる	○	○	—
25 同じ質問をしつこくする	○	○	○
26 普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する	○	○	○
27 生活習慣が乱れ、身辺自立ができなくなる	○	○	○
28 過去の嫌なことを思い出して、不安定になる	○	○	○
29 偏食が激しく、食べ物のレパートリーが極端に狭い	○	○	○
30 特定の音を嫌がる	○	○	○
31 痛みや熱さなどに鈍感であったり、敏感である	○	○	○
32 何でもないものをひどく怖がる	○	○	○
33 急に泣いたり怒ったりする	○	○	○
34 頭を壁に打ちつける、手を咬むなど、自分が傷つくことをする	○	○	○
35 年齢相応の友達関係がない	—	○	○
36 周囲に配慮せず自分中心の行動をする	—	○	○
37 人から関わられた時の対応が場にあっていない	—	○	○
38 要求がある時だけ自分から人に関わる	—	○	○
39 言われたことを場面に応じて理解するのが難しい	—	○	○
40 難しい言葉を使うが、その意味をよくわかっていない	—	○	○
41 大勢の会話では、誰が誰に話しているのかわからない	—	○	○
42 どのように、なぜ、といった説明ができない	—	○	○
43 抑揚の乏しい不自然な話し方をする	—	○	○
44 人の気持ちや意図がわからない	—	○	○
45 冗談や皮肉がわからず、文字通り受け取る	—	○	○
46 地名や駅名など、特定のテーマに関する知識獲得に没頭する	—	○	○
47 よく知っているテレビのシーンを独りで再現する	—	○	○
48 相手が嫌がることをわざと執拗に繰り返す	—	○	○
49 何かにつけ自分が一番でないと気がすまない	—	○	○
50 チック症状（瞬き・首振り・汚言等）がある	—	○	○
51 場に不適切なほど、行動が落ち着かない	—	○	○
52 不注意さがひどく、場に応じた行動ができない	—	○	○
53 行動が止まって次の行動に移れなくなったり、固まってしまったりする	—	○	○
54 恥ずかしさを感じていないように思える	—	—	○
55 人にだまされやすい	—	—	○
56 被害的あるいは猜疑的・攻撃的になりやすい	—	—	○
57 気分の波が激しく、落ち込みと興奮を繰り返す	—	—	○

PARS 幼児期尺度は、幼児期でのリアルタイムの評価において十分な妥当性を有し、カットオフを9点とした場合、スクリーニング尺度としても十分な機能を有することが示された。しかし、その根拠となる感度、特異性や陽性的中率がおしなべて高かったことは、PDD群が対照(非PDD)群の約2倍の人数であったことの影響が考えられ、今後より多くの対照群との比較によるカットオフの検討も必要である。さらにPDDの典型的な症状は幼児期にみられるものであり、幼児期以降の対象児・者に対するライフタイム的な幼児期評価もPDDの把握には意義が大きい。今後、児童期、思春期以降に幼児期を回想して評価する回顧的評価について、リアルタイム評価の結果と比較し、その信頼性と妥当性を検討する必要がある。

今後、さらに検討を重ねる尺度として洗練させたPARSを活用していく場面としては、幼児期尺度の場合、乳幼児健診、特に3歳健診での活用が考えられる。今回、すでに診断を受けている対象者に聴き取りを行っており、PDD特有の行動を聴取しやすい状況であったとも考えられ、実際に3歳段階でスクリーニングされた幼児が実際にPDDと診断されるかどうかなど、今後、健診後のフォローアップなどで活用し、あわせて前方視的な枠組みでの妥当性を評価していく必要がある。

## 5 結論

PARS 幼児期尺度は、幼児を対象としたリアルタイムの評価では、良好な信頼性と妥当性およびPDDスクリーニング尺度としてもカットオフ9点で一定の機能を有することが示された。今後は、回顧的な評価による信頼性と妥当性、十分な数の非PDD群との比較、PDD未診断児についての評価とその追跡などが行われていく必要がある。

謝辞：本プロジェクトは(社)日本自閉症協会が日本財団より助成金(2004年度「自閉症児者のための環境整備推進事業」代表者：石井哲夫)を受けて行いました。本研究に参加して下さった多くのご家族の方々に深く感謝いたしますと同時に、データの収集にご尽力いただきました中島洋子先生(旭川

庄療育センター児童院)および氏家武先生(北海道こども心療内科氏家医院院長)にここで感謝の意を表します。

## 文献

- 1) 安達 潤, 行廣隆次, 井上雅彦ほか: 日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度(PARS)・児童期尺度の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学(投稿中)
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. text rev. APA, Washington DC, 2000
- 3) Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A et al: Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). J Roy Soc Med 93: 521-525, 2000
- 4) Chakrabarti S, Fombonne E: Pervasive developmental disorders in preschool children. JAMA 285: 3093-3099, 2001
- 5) 発達障害者支援法ガイドブック編集委員会編: 発達障害者支援法ガイドブック. 河出書房新社, 東京, 2005
- 6) 金井智恵子, 長田洋和, 小山智典ほか: 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, 2004
- 7) Kurita H, Miyake Y, Katsuno K: Reliability and validity of the childhood autism rating scale -Tokyo version (CARS-TV). J Autism Dev Disord 19: 389-396, 1989
- 8) Lord C, Rutter M, Le Couteur A: Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 24: 659-685, 1994
- 9) 日本自閉症協会: 自閉症・発達障害の行動評価チェックリストとマニュアル 2004. 日本自閉症協会, 東京, 2004
- 10) Robins DL, Fein D, Barton ML et al: The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 31: 131-144, 2001
- 11) Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF et al: Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). J Autism Dev Disord 10: 91-103, 1980

## ❖研究報告❖

日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度(PARS)・  
児童期尺度の信頼性と妥当性の検討

安 達 潤<sup>1)</sup> 行 廣 隆 次<sup>2)</sup> 井 上 雅 彦<sup>3)</sup>  
内 山 登紀夫<sup>4)</sup> 神 尾 陽 子<sup>5)</sup> 栗 田 広<sup>6)</sup>

抄録：広汎性発達障害(PDD)の把握とその困難度を評価する日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度(PDD-ASJ Rating Scale; PARS)の児童期尺度(児童期33項目の現在評価と幼児期34項目の回顧評価)の信頼性と妥当性を検討した。各項目は、発達障害児・者のサービス・臨床に関わる人たちが、対象児童の現在の行動(現在評価)および幼児期の行動(回顧評価)を親から聴取し、3段階(0 = なし; 1 = 多少目立つ; 2 = 目立つ)で評価した。研究1では5つの医療機関において児童期33項目の評価者間信頼性の検討を行い、3段階評価の一致度で十分な評価者間信頼性( $\kappa = .27 \sim .65$ )が得られた。研究2では、児童期33項目の現在評価および幼児期34項目の回顧評価ともに、十分な内部一貫性(児童期現在の $\alpha$ : PDD群 = .88; 非PDD群 = .90; 全体 = .95, 幼児期回顧の $\alpha$ : PDD群 = .87; 非PDD群 = .82; 全体 = .96)が得られた。また、弁別妥当性についても児童期現在, 幼児期回顧ともにPARS得点は、PDD群で非PDD群より有意に高得点であった。カットオフは児童期現在13点で感度(.93), 特異性(.87), 陽性的中率(.91)が, 幼児期回顧13点で感度(.97), 特異性(.91), 陽性的中率(.94)が得られた。PARS児童期尺度は、今後さらに洗練される必要はあるとしても、一定の有用性を持つ。

臨床精神医学 35 : 1591 ~ 1599

**Key words:** 広汎性発達障害(pervasive developmental disorders), 高機能(high-functioning), 信頼性(reliability), 妥当性(validity), スクリーニング尺度(screening scale), 児童期(childhood)

(2005年11月10日受理)

## 1 緒言

自閉症を中心とする広汎性発達障害(以下, PDD)を対象とする最近の疫学研究が示しているのは, その有病率の高さと知的障害を合併しない高機能群がPDD全体に占める割合の高さである。有病率については0.63%という報告<sup>2)</sup>, さらに1%弱という見解があり<sup>8)</sup>, 高機能群の割合について

## 共同研究者一覧

氏 名	所 属
杉 山 登志郎	あいち小児保健医療総合センター
辻 井 正 次	中京大学社会学部
市 川 宏 伸	都立梅ヶ丘病院

は, 約50~70%という報告がある<sup>2,4)</sup>。この事実には古典的自閉症像から自閉症概念が拡大してきたことが関連しているが, それは広汎性発達障害

Reliability and validity of the childhood part of the PARS (PDD-Autism Society Japan Rating Scale)

<sup>1)</sup> ADACHI Jun 北海道教育大学旭川校 [〒070-8621 旭川市北門町9丁目]

<sup>2)</sup> YUKIHIRO Ryoji 京都学園大学 <sup>3)</sup> INOUE Masahiko 兵庫教育大学 <sup>4)</sup> UCHIYAMA Tokio 大妻女子大学

<sup>5)</sup> KAMIO Yoko 国立精神・神経センター精神保健研究所 <sup>6)</sup> KURITA Hiroshi 全国療育相談センター

として支援を必要とする人たちが多いことを示している。

ところでPDDの予後改善には、知的障害の有無にかかわらず早期発見と早期療育が重要である<sup>11)</sup>。しかし身体・言語発達に重きを置くわが国の乳幼児検診では、PDD特有の社会性困難の把握が遅れる傾向にあり、特にアスペルガー症候群では見逃しが起こる可能性が指摘されている<sup>6)</sup>。実際、就学後はPDDの困難さを把握できる発達評価の機会がないため、学童後期で二次障害が発生するまでPDDが把握されないケースも少なくない。またPDDの認知発達水準の高さは社会適応を必ずしも保証しないため<sup>10,11)</sup>、早期把握に限らず、不適応が浮かび上がってきた時点で、診断的な見通しとその時点での不適応状況を簡便に把握し、迅速な支援につなげていく評価尺度が必要である。その意味で、児童期を対象とした簡便なPDD評価ツールが求められる。

児童期に利用可能なPDD評価ツールとしては、Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)<sup>7)</sup>やAutism Screening Questionnaire (ASQ)<sup>1)</sup>、Childhood Autism Rating Scale (CARS)<sup>9)</sup>がある。しかしADI-Rは、その使用に特定のトレーニングが必要であり評価時間も長いこと簡便性に欠ける。ASQは、ADI-Rをベースに開発された簡便なスクリーニング尺度で、4歳以上の対象についてIQによらないPDDの良好な鑑別力があり、また現在開発が進んでいる日本語版ASQ<sup>8)</sup>も原版と同様の鑑別力を示している。しかしASQは4～5歳のPDD特徴が主要な項目内容となっており、6歳以上では回顧評価のみが中心となってしまう。さらに質問項目がPDDに特有の適応困難を十分に反映していないため、評価時点の支援ニーズを把握するには不十分である。またCARSについては一定のトレーニングを受けた専門家が使用する評価ツールであり簡便性に欠ける。さらにCARSでは、合計得点が30点以上を自閉症とすることが妥当とされているが、正常知能にある自閉症児のほとんどがその基準を下回ることで、その最初の報告<sup>9)</sup>に記載されている。実際、CARSの日本版である小児自閉症評定尺度東京版 (CARS-TV)<sup>5)</sup>のスクリーニング妥当性を4つの下位診断に渡

るPDD群全体と非PDD群で検討した報告<sup>12)</sup>ではPDD鑑別のカットオフポイント26点が示されており、高機能群を含むPDD群全体に対するCARSの妥当性と鑑別力は今後さらに検討されるべき課題となっている。

以上のような問題をふまえてわれわれは、幼児期、児童期、思春期・成人期の各年齢段階でのPDDの特徴を反映させつつ認知発達水準によらないPDD特有の困難さを把握し、PDDの支援を考えるうえで有用な評価尺度である日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scale; PARS)<sup>1)</sup>を作製した。PARS幼児期尺度の信頼性と妥当性については別報として投稿中<sup>13)</sup>であり、本研究ではPARSの児童期尺度の信頼性と妥当性を報告する。

## 2 方法

### 1. PARS

PARS項目の選定には、8名のPDD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および発達臨床心理学者が担当した。PDDに特徴的と考えられる項目と、そうした行動があった場合に、支援の必要性や要介護度が高くなる項目を、①対人、②コミュニケーション、③こだわり、④常同行動、⑤困難性、⑥併発症、⑦過敏性、⑧その他(不器用)の8領域から選択し、幼児期、児童期、思春期成人期(中学生以降)の3つの年齢帯の行動を評価する項目として整理した。さらに上記8名の専門家の合議によって、内容的な妥当性が高い、幼児期34項目、児童期33項目、思春期成人期33項目に絞り込んだ。そのうち10項目は3年齢帯共通、4項目は幼児期と児童期共通、19項目は児童期と思春期・成人期共通であり、PARS尺度全体として57項目を選定した。

評価の仕方は、項目に示された行動のみられる頻度を、なし(0点)、多少目立つ(1点)、目立つ(2点)の3段階で評価する。対象が就学前の場合は幼児期項目の現在評価のみ、小学校年齢の場合は幼児期項目の回顧評価と児童期項目の現在評価、中学生以降の場合は幼児期と児童期項目の回顧評価および思春期成人期項目の現在評価という3年

年齢帯すべての項目評価を行う。この手順によって、PDDの診断補助に必要な幼児期の行動特徴についての評価から、支援ニーズや要介護度の評価に必要な現在の対象者の年齢帯における評価を行うことができる。

## 2. 対象

研究1(評価者間信頼性を検討)の対象者は、5つの医療機関に通院している児童(小学生)および思春期・成人期者(中学生以降)で、児童精神科医によってアメリカ精神医学会の診断統計マニュアル第4版(DSM-IV)によりPDDもしくはそのいずれかの下位診断がなされており、かつ保護者が調査の主旨を理解し協力してくれた者である。その内訳は、児童期群25名(平均=9歳1月, SD=1歳8月; 範囲=6歳9月~12歳3月)および思春期成人期群(平均=16歳8月, SD=3歳10月; 範囲=12歳6月~26歳3月)12名の計37名である。なお、調査用紙に不備があり、性別データが欠損していたため、男女比は不明である。

研究2(内部一貫性と妥当性の検討)の対象者はPDD群と非PDD群で構成された。PDD群は、全国の5つの医療機関に通院または兵庫教育大学の相談センターを利用、もしくは全国4つの親の会に参加している児童のうち、DSM-IVに基づいてPDDもしくはその下位診断が児童精神科医によって確定されており、保護者が調査の主旨を理解し協力を得られた児童93名(平均=9歳11月, SD=1歳8月; 範囲=6歳9月~12歳8月; 男児81名, 女児12名)である。このうち高機能群(IQ/DQ $\geq$ 70)は45名、非高機能群(IQ/DQ<70)は25名であった。23名は正確なIQ/DQ値が得られず、知的能力とPARS得点との関連性の分析からは除外した。一方、非PDD群は3つの医療機関に通院しており、保護者が調査の主旨を理解し協力を得られた児童21名(児童精神科医による診断の内訳は、注意欠陥多動性障害(ADHD)8名、軽度精神遅滞3名、精神遅滞1名、うつ病1名、統合失調症1名、言語性学習障害(LD)1名、その他6名)と通常小学校在籍児童46名の、計67名(平均=9歳4月; SD=1歳8月; 範囲=6歳6月~12歳8月; 男児32名, 女児35名)である。なお通常小学校在籍児童は、①人との関わり、②コミュ

ニケーション能力の遅れ、③こだわりの有無、④その他の発達上の遅れ、という4点のチェックを学級担任に依頼し、定型発達であると判断できた児童のみとした。以上より、研究2のPDD群と非PDD群は年齢分布には差がないが男女比に違いがあった。また非PDD群はその69%が定型発達児であった。

以上の研究1および2では、必ずしもPDDを専門としない者も含む発達障害のサービスに関わる専門家が、簡単な説明文を参照して児童期尺度(付録に示す児童期33項目および幼児期34項目からなる)の評価を行った。ただし項目25番と53番は研究1の後に加えられた項目であり、研究1では項目25番は幼児期評価、53番は思春期成人期評価のみを行っている。

## 3. 方法

### 1) 評価者間信頼性の検討

研究1において、PARS児童期33項目に関して調査対象者1名ごとに2名の専門家が同時に独立の評価を行った結果について各項目の該当率を計算し、3段階評価の一致をSpearmanの順位相関係数で検討すると共に、偶然の一致を除いた真の一致率の指標であるカッパ係数( $\kappa$ )を求めて各項目の評価者間信頼性を検討した。機関ごとで評価者のペアが異なるが、対象者数が少ないため、全実施機関のデータおよび児童期項目に関する現在評価と回顧評価のデータをまとめて $\kappa$ を算出した。 $\kappa$ 値の施設間差異については、対象者人数が非常に少ない施設もあるため、今回は比較検討をしていない。なお児童期項目回顧評価のデータは思春期・成人期尺度の調査対象者12名から得られたものである。

### 2) 内部一貫性と妥当性の検討

研究2では、PARS児童期尺度の信頼性を内部一貫性の指標であるCronbachの $\alpha$ 係数によって検討し、各項目を除いた場合の $\alpha$ 係数も算出し項目ごとの検討を行った。また幼児期および児童期というライフステージに渡ってのPARS評価の一貫性を検討するために、児童期現在評価得点と幼児期回顧評価得点の相関を検討した。

弁別妥当性については、各項目の得点をPDD群と非PDD群でU検定(正確確率)を用いて比較

し、PARS児童期尺度得点を、児童期現在評価と幼児期回顧評価について、それぞれPDD群と非PDD群で比較することによって行った。

次いで、PARS児童期尺度のスクリーニング尺度としての妥当性を、受信者動作特性曲線(ROC曲線)サブプログラムにより、カットオフを変化させたときの感度(PDDと診断された例のうち、PARSのカットオフを超える例の比率)と特異性(非PDDとされた例のうち、PARSのカットオフ未達の例の比率)を求め、対応する陽性的中率(PARSのカットオフを超える例のうち、PDDと診断される例の比率)と陰性的中率(PARSのカットオフ未達の例のうち、非PDDとされた例の比率)などを計算し、感度と特異性のバランスを考慮し、適切なカットオフを決定することによって検討した。

さらにPARS児童期尺度得点は、知能検査/発達検査によるIQ/DQが70以上(高機能)か、それ未満かによってPDD群内でも差が認められる可能性があり検討した。

#### 4. 統計解析

統計解析にはSPSS 12.0J for Windowsまたは13.0Jを用い、有意水準は5%とした(両側検定)。

### 3 結果

#### 1. 項目該当率と評価者間信頼性

表1に研究1によるPARS児童期33項目の頻度、相対頻度、一致度( $\kappa$ )およびSpearmanの順位相関係数を示した。70%以上の対象で該当しない該当率の低い項目は、項目22(ページめくりや紙破りなど、物を同じやり方で繰り返しいじる)、27(生活習慣が乱れ、身辺自立ができなくなる)、29(偏食が激しく、食べ物のレパートリーが極端に狭い)、34(頭を壁に打ちつける、手を咬むなど、自分が傷つくことをする)、50(チック症状(瞬き・首振り・汚言など)がある)の5項目であった。

PARS児童期項目の各項目のデータを全実施機関でまとめて計算したSpearman順位相関係数は.32~.77に分布した。また各項目の $\kappa$ は.27から.65の間に分布し、 $\kappa$ の低い項目でも相関は有意であった。また研究1の後に児童期項目に加えら

れた項目25番と53番については、項目25番の幼児期評価の $\kappa$ が.55、項目53番の思春期成人期評価の $\kappa$ が.52であった。

全項目の評価点を研究1で実施した31項目について合計した尺度得点については、全機関をまとめた2評価者間相関(Pearsonの積率相関係数)は.81であった。

#### 2. 内部一貫性

PARS児童期尺度の内部一貫性は研究2で検討した。児童期項目の現在評価ではPDD群のみの対象で $\alpha = .88$ 、非PDD群のみの対象で $\alpha = .90$ であり、幼児期項目の回顧評価ではPDD群のみの対象で $\alpha = .87$ 、非PDD群のみの対象で $\alpha = .82$ であった。非PDD群では分散が小さいため $\alpha$ は低くなるが、 $\alpha = .82$ と必要な信頼性は確保されていた。PDD群と非PDD群をまとめると、現在評価で $\alpha = .95$ 、回顧評価で $\alpha = .96$ であった。一貫性のない項目があると、その項目を削除した場合に $\alpha$ 係数は上昇するが、削除した場合の $\alpha$ 係数を現在評価および回顧評価の両方で算出したところ、児童期尺度については削除することで $\alpha$ 係数が0.01を超えて増加する項目は見出されなかった。

#### 3. 児童期現在評価得点と幼児期回顧評価得点の相関

児童期現在評価得点と幼児期回顧評価得点の相関は、PDD群( $r = .52$ ,  $p < .001$ )および非PDD群( $r = .66$ ,  $p < .001$ )とも有意であった。

#### 4. 妥当性およびカットオフポイント

項目ごとの比較(U検定)の結果、幼児期34項目(回顧評価)および児童期33項目(現在評価)中32項目で、PDD群において非PDD群よりも有意に項目得点が高かったが、項目50(チック症状)のみ有意ではなかった( $p = .13$ )。

PARS児童期尺度得点は、児童期項目の現在評価でPDD群(平均 = 29.0, SD = 10.80)が非PDD群(平均 = 5.2, SD = 6.96)より有意に高く( $t(156.3) = 16.96$ ,  $p < .001$ , Welchの検定)、幼児期回顧評価でもPDD群(平均 = 33.5, SD = 11.74)が非PDD群(平均 = 4.0, SD = 4.63)より有意に高かった( $t(127.7) = 21.95$ ,  $p < .001$ , Welchの検定)。

表1 PARS 児童期項目の評定者間信頼性 ( $\kappa$  と Spearman の順位相関係数) および出現頻度

項目番号	$\kappa$	順位相関係数	人数 <sup>1</sup>	出現頻度 <sup>2</sup> (相対頻度%)		
				0	1	2
項目 21	0.56	0.74	36	21.0 (58)	9.5 (26)	5.5 (15)
項目 22	0.34	0.57	36	29.0 (81)	5.5 (15)	1.5 (4)
項目 23	0.65	0.65	36	25.0 (69)	6.5 (18)	4.5 (13)
項目 24	0.50	0.67	36	22.0 (61)	9.5 (26)	4.5 (13)
項目 25 <sup>3</sup>						
項目 26	0.47	0.75	37	11.5 (31)	15.5 (42)	10.0 (27)
項目 27	0.35	0.46	37	28.5 (77)	6.5 (18)	2.0 (5)
項目 28	0.57	0.69	37	18.5 (50)	11.0 (30)	7.5 (20)
項目 29	0.40	0.48	37	28.5 (77)	8.0 (22)	0.5 (1)
項目 30	0.58	0.62	37	21.5 (58)	8.0 (22)	7.5 (20)
項目 31	0.55	0.71	37	25.0 (68)	9.0 (24)	3.0 (8)
項目 32	0.55	0.69	37	18.0 (49)	14.5 (39)	4.5 (12)
項目 33	0.55	0.68	37	22.5 (61)	10.5 (28)	4.0 (11)
項目 34	0.29	0.48	37	29.5 (80)	5.5 (15)	2.0 (5)
項目 35	0.27	0.32	37	3.5 (9)	8.5 (23)	25.0 (68)
項目 36	0.50	0.61	37	4.5 (12)	14.5 (39)	18.0 (49)
項目 37	0.47	0.45	36	3.5 (10)	13.5 (38)	19.0 (53)
項目 38	0.55	0.48	37	8.5 (23)	14.5 (39)	14.0 (38)
項目 39	0.38	0.52	37	5.5 (15)	13.0 (35)	18.5 (50)
項目 40	0.50	0.57	37	13.5 (36)	15.0 (41)	8.5 (23)
項目 41	0.43	0.51	36	7.0 (19)	8.0 (22)	21.0 (58)
項目 42	0.28	0.48	37	3.0 (8)	13.5 (36)	20.5 (55)
項目 43	0.58	0.73	36	12.5 (35)	12.5 (35)	11.0 (31)
項目 44	0.29	0.43	37	2.5 (7)	12.0 (32)	22.5 (61)
項目 45	0.61	0.75	37	8.5 (23)	9.0 (24)	19.5 (53)
項目 46	0.58	0.77	37	12.5 (34)	8.5 (23)	16.0 (43)
項目 47	0.48	0.67	37	19.0 (51)	8.0 (22)	10.0 (27)
項目 48	0.58	0.65	37	19.5 (53)	13.0 (35)	4.5 (12)
項目 49	0.50	0.48	37	23.0 (62)	9.0 (24)	5.0 (14)
項目 50	0.38	0.42	37	28.0 (76)	6.5 (18)	2.5 (7)
項目 51	0.45	0.54	37	17.5 (47)	11.0 (30)	8.5 (23)
項目 52	0.50	0.67	37	17.0 (46)	10.0 (27)	10.0 (27)
項目 53 <sup>3</sup>						

<sup>1</sup> 欠損のあるデータがあったため、項目により人数が異なる。

<sup>2</sup> 各対象者について2名の評価者の評価が一致しない場合、各評価者の評価を0.5度数として集計した。

<sup>3</sup> 研究1では、25番は幼時期のみ、53番は思春期成人期のみで評価し、児童期評価は行われなかった。

表2に示すように、PARS 児童期尺度のPDDスクリーニング尺度としてのカットオフ得点は、感度と特異性などのバランスを考慮して、現在評価では13点(感度 = .93, 特異性 = .87, 陽性的中率 = .91), 回顧評価でも13点(感度 = .97, 特異性 = .91, 陽性的中率 = .94)が適当と判断された。

## 5. 知的能力による PARS 得点の差

PDD群について、IQ/DQが70以上の群と未満の群において、PARS得点を比較(IQ/DQが得られなかった23名は分析から除外)すると、現在評価ではIQ/DQ70未満群(平均 = 29.2, SD = 8.93)およびIQ/DQ70以上群(平均27.6, SD 11.57)の間

表2 PARS 児童期尺度のカットオフと関連指標

カットオフ ポイント	感度	特異性	陽性的中率	陰性的中率	全的中率
児童期現在評価					
10	0.95	0.81	0.87	0.92	0.89
11	0.94	0.82	0.88	0.90	0.89
12	0.92	0.85	0.90	0.89	0.89
<b>13</b>	<b>0.92</b>	<b>0.87</b>	<b>0.91</b>	<b>0.89</b>	<b>0.90</b>
14	0.91	0.87	0.90	0.88	0.89
15	0.91	0.87	0.90	0.88	0.89
16	0.90	0.88	0.91	0.87	0.89
幼時期回顧評価					
10	0.98	0.90	0.93	0.97	0.94
11	0.98	0.90	0.93	0.97	0.94
12	0.98	0.90	0.93	0.97	0.94
<b>13</b>	<b>0.97</b>	<b>0.91</b>	<b>0.94</b>	<b>0.95</b>	<b>0.94</b>
14	0.95	0.91	0.94	0.92	0.93
15	0.94	0.93	0.95	0.91	0.93
16	0.91	0.94	0.96	0.89	0.93

注) 最も適切なカットオフと対応する指標を太い斜体数字で示す。

に有意差はなく( $t(60.8) = .65, p = .522$ , Welchの検定), 回顧評価でもIQ/DQ70未満群(平均 = 35.9, SD = 9.73)およびIQ/DQ70以上群(平均 32.2, SD 11.63)の間に有意差はなかった( $t(68) = 1.36, p = .177$ )。

#### 4 考察

研究1で示されたように, PARSの児童期33項目の評価および31項目を合計した尺度得点の相関の高さから, PARSは一定の評価者間信頼性を有していると思われる。なお, 表1に示した各項目の $\kappa$ 値については同一の評価者ペアで同一対象を評価した場合の値とは異なる可能性はある。しかし, 臨床場面にベースを置いた今回の調査研究手法ではこの点は限界と考える。また, 該当率の低い5項目も項目内容が支援ニーズの高い内容であり, そうした行動がある場合に要介護度が高くなる可能性があるため, 児童期尺度に含めておく必要があると考えられた。

研究2では, 児童期項目現在評価および幼児期項目回顧評価の両方について, PARSは十分な内部一貫性および弁別妥当性のあることが示され

た。さらに現在評価と回顧評価の相関も有意であり, ライフステージに渡った評価の安定性を示した。ただし項目別にみると, 項目50(チック症状)はPDD群と非PDD群の得点に有意差はなかった。これは本項目の評価値が0であったケースがPDD群で約79%, 非PDD群で約88%と両群とも多かったことによるが, さらに本項目に該当した非PDD群8名のうち6名が定型発達であり, 本項目はPDDの困難度を余り反映していない可能性を示唆している。

感度, 特異性, 陽性的中率は, 児童期項目現在評価と幼児期項目回顧評価ともに, 高い値を示し, PARS児童期尺度はスクリーニング尺度としては満足すべき特性を有していると考えられる。児童期項目現在評価より幼児期項目回顧評価の方がPDDと非PDDの鑑別力が多少高かったことの原因の詳細は不明だが, 1つの可能性として, PARS尺度はPDDの各年齢期に特徴的な困難性を内容とする項目を保護者への質問を通して評価するため, 保護者のPDD児に対する養育経験の積み重ねによって, 回顧評価項目に関する評価の正確さが向上したことが考えられる。しかし, この点については, 今後の検討が必要である。

## 付録 PARS 項目一覧

	幼時期	児童期	思春期 成人期
1 視線が合わない	○	—	—
2 他の子どもに興味がない	○	—	—
3 名前を呼んでも振り向かない	○	—	—
4 見せたい物を持ってくることがない	○	—	—
5 指さして興味のあるものを伝えない	○	—	—
6 ことばの遅れがある	○	—	—
7 会話が続かない	○	—	—
8 一方通行に自分の言いたいことだけを言う	○	—	—
9 友達とごっこ遊びをしない	○	—	—
10 オウム返しの応答が目立つ	○	—	—
11 CMなどをそのままの言葉で繰り返し言う	○	—	—
12 感覚遊びに没頭する	○	—	—
13 道路標識やマーク、数字、文字が大好きである	○	—	—
14 くるくる回るものを見るのが好きである	○	—	—
15 物を横目で見たり、極度に目に近づけて見たりする	○	—	—
16 玩具や瓶などを並べる遊びに没頭する	○	—	—
17 つま先で歩くことがある	○	—	—
18 多動で、手を離すとどこに行くかわからない	○	—	—
19 食べ物でないものを食べたり呑み込んだりする	○	—	—
20 抱っこされるのを嫌がる	○	—	—
21 ビデオの特定場面を繰り返し見る	○	○	—
22 ページめくりや紙破りなど、物を同じやり方で繰り返しいじる	○	○	—
23 全身や身体の一部を、同じパターンで動かし続けることがある	○	○	—
24 身体に触られることを嫌がる	○	○	—
25 同じ質問をしつこくする	○	●	●
26 普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する	○	○	○
27 生活習慣が乱れ、身辺自立ができなくなる	○	○	○
28 過去の嫌なことを思い出して、不安定になる	○	○	○
29 偏食が激しく、食べ物のレパートリーが極端に狭い	○	○	○
30 特定の音を嫌がる	○	○	○
31 痛みや熱さなどに鈍感であったり、敏感である	○	○	○
32 何でもないものをひどく怖がる	○	○	○
33 急に泣いたり怒ったりする	○	○	○
34 頭を壁に打ちつける、手を咬むなど、自分が傷つくことをする	○	○	○
35 年齢相応の友達関係がない	—	○	○
36 周囲に配慮せず自分中心の行動をする	—	○	○
37 人から関わられた時の対応が場にあっていない	—	○	○
38 要求があるときだけ自分から人に関わる	—	○	○
39 言われたことを場面に応じて理解するのが難しい	—	○	○
40 難しい言葉を使うが、その意味をよくわかっていない	—	○	○
41 大勢の会話では、誰が誰に話しているのかわからない	—	○	○
42 どのように、なぜ、といった説明ができない	—	○	○
43 抑揚の乏しい不自然な話し方をする	—	○	○
44 人の気持ちや意図がわからない	—	○	○
45 冗談や皮肉がわからず、文字通りに受け取る	—	○	○
46 地名や駅名など、特定のテーマに関する知識獲得に没頭する	—	○	○
47 よく知っているテレビのシーンを独りで再現する	—	○	○
48 相手が嫌がることをわざと執拗に繰り返す	—	○	○
49 何かにつけ自分が一番でないと気がすまない	—	○	○
50 チック症状（瞬き・首振り・汚言など）がある	—	○	○
51 場に不適切なほど、行動に落ち着きがない	—	○	○
52 不注意さがひどく、場に応じた行動ができない	—	○	○
53 行動が止まって次の行動に移れなくなったり、固まってしまったりする	—	●	○
54 恥ずかしさを感じていないように思える	—	—	○
55 人にだまされやすい	—	—	○
56 被害的あるいは猜疑的・攻撃的になりやすい	—	—	○
57 気分の波が激しく、落ち込みと興奮を繰り返す	—	—	○

●は研究1では未評価

知的能力と PARS 得点の関係については、知的能力によって PARS 得点は変化しなかった。このことは PARS 尺度が、知的障害による困難度ではなく、PDD に起因する特異的な困難度を反映していることを示している。PARS は知的障害によらない PDD としての困難度を把握する目的で作製されたが、知的能力により PARS 得点が影響を受けなかったことは、児童期尺度についてはこの目的が一定程度達成されていることを示唆している。なお、PARS 幼児期尺度では IQ/DQ が 70 以上の高機能群で PARS 得点がありに低かったが、これは高機能群の適応困難を特異的に反映する行動特徴が幼児期に明確に表れることが少ないため、幼児期だけの養育経験しかない養育者の幼児期項目に対する感度が低かったためと考えられる<sup>13)</sup>。一方、児童期尺度では養育者には児童期までの養育経験があるために高機能群の行動特徴にも通じており、その視点から幼児期項目を回顧評価したことで幼児期項目の得点が上がったものと思われる。実際、児童期高機能群の幼児期回顧評価平均得点(32.2)は幼児期高機能群の幼児期現在評価平均得点(19.1)および幼児期非高機能群の幼児期現在評価平均得点(26.8)を上回っていた。このことは同じ幼児期項目でも、評価者の養育経験が得点に影響を与えることを示唆している。ただしこの点については、さらに実証的な検討が求められる。

## 5 結論

PARS 児童期尺度は、現在・回顧両評価とも、十分な評価者間信頼性、内部一貫性を示し、カットオフポイント 13 点で十分な PDD 鑑別力を示した。また、幼児期回顧評価の鑑別力が高く、PDD 疑いの児童期ケースに対して幼児期を回顧聴取するためのツールとしても有用であることが示唆された。今後は PDD 以外の臨床群への適用、前方視的な追跡研究による尺度有用性の確認、困難性の現れ方による支援方策の在り方などの研究および検討が求められよう。

謝辞：本プロジェクトは、(社)日本自閉症協会が日本財団より助成金(2004年度「自閉症児者のための環境整備推進事業」代表者：石井哲夫)を受けて行いました。本研究に参加してくださった多くのご家族の方々に深く感謝いたしますと同時に、データの収集にご尽力いただきました中島洋子先生(旭川療育センター児童院)および氏家武先生(北海道こども心療内科氏家医院院長)にここで感謝の意を表します。

## 文献

- 1) Berument SK, Rutter M, Lord C et al : Autism screening questionnaire: diagnostic validity. Br J Psychiatry 175 : 444-451, 1999
- 2) Chakrabarti S, Fombonne E : Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children. JAMA 285 : 3093-3099, 2001
- 3) 大六一志, 千住 淳, 林恵津子ほか : 自閉症スクリーニング質問紙 (ASQ) 日本語版の開発. 国立特殊教育総合研究所分室一般研究報告書「自閉性障害のある児童生徒の教育に関する研究第7巻」, pp19-34, 2004
- 4) Honda H, Shimizu Y, Misumi K et al : Cumulative Incidence and Prevalence of Childhood Autism in Children in Japan. Br J Psychiatry 169 : 228-235, 1996
- 5) Kurita H, Miyake Y, Katsuno K : Reliability and validity of the childhood autism rating scale-Tokyo version (CARS-TV). J Autism Dev Disord 19 : 389-396, 1989
- 6) 栗田 広 : 総論 : アスペルガー症候群. 精神科治療学 14 : 3-13, 1999
- 7) Lord C, Rutter M, Le Couteur A : Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 24 : 659-685, 1994
- 8) NAS (The National Autistic Society): How many people have autistic spectrum disorders? <http://www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=235> Last update : March 2004
- 9) Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF et al : Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). J Autism Dev Disord 10 : 91-103, 1980
- 10) 杉山登志郎 : 自閉症者の就労調査から見た臨床的問題と支援. 障害者問題研究 26 : 243-250, 1998

- 11) 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: 114-123,  
2001
- 12) Tachimori H, Osada H, Kurita H : Childhood  
Autism Rating Scale—Tokyo Version for screen-  
ing pervasive developmental disorders. Psychiatry  
Clin Neurosci 57: 113-118, 2003
- 13) 辻井正次, 行廣隆次, 安達 潤ほか: 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, 2006

\*

\*

\*

## 研究

と  
報告

## 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

神尾陽子<sup>1)</sup> 行廣隆次<sup>2)</sup> 安達 潤<sup>3)</sup>  
 市川宏伸<sup>4)</sup> 井上雅彦<sup>5)</sup> 内山登紀夫<sup>6)</sup>  
 栗田 広<sup>7)</sup> 杉山登志郎<sup>8)</sup> 辻井正次<sup>9)</sup>

抄録

精神医学 48 : 495-505 2006

広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorders : PDD)を評価するために作成された日本自閉症協会検討委員会版広汎性発達障害評定尺度(PDD—Autism Society Japan Rating Scale : PARS)を青年成人に用いて、その信頼性と妥当性を検討した。思春期以降を対象とする PARS 思春期成人期尺度は、幼児期・児童期の行動を回顧的に評価する項目群と、現在の行動を評価する項目群から構成され、それぞれスクリーニングと現在の支援ニーズの把握を目的とする。幼児期 34 項目と現在評価 33 項目はともに十分な内部一貫性と弁別妥当性を有することが示された。これらより、PARS 思春期成人期尺度は PDD のスクリーニング尺度として有用であることが示された。

## Key words

Pervasive developmental disorders, Adolescence and adulthood, Screening, Reliability, Validity

## はじめに

広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorders ; PDD)は、自閉症と自閉症近縁障害からなる DSM/ICD 体系における障害群で、相互的対人関係の障害を中心症状とし、種々の程度のコミュニケーション障害と行動や思考の常同性

を特徴とする。PDD の下位カテゴリーには、自閉症やアスペルガー症候群、非定型自閉症(DSM-IV<sup>1)</sup>では特定不能の広汎性発達障害、Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified ; PDD-NOS)などがあるが、厳密なカテゴリー分類は難しいことがある<sup>5,21)</sup>。PDD に共通する重篤で持続的な社会性の障害は、思春期か

2005年9月30日受稿, 2005年12月1日受理

\* Reliability and Validity of the Pervasive Developmental Disorder (PDD)—Autism Society Japan Rating Scale (PARS) : A behavior checklist for adolescents and adults with PDDs

1) 九州大学大学院人間環境学研究院 (〒812-8581 福岡市東区箱崎 6-19-1), KAMIO Yoko : Graduate School of Human-Environmental Studies, Kyushu University, Fukuoka, Japan

2) 以下の筆者所属, 英文表記は文末に掲載。

ら成人期に至って顕著な社会不適応を2次的に引き起こし、多くは生涯にわたる一貫した支援が必要である。しかしながら、青年成人におけるPDD、とりわけ高機能(知的障害を伴わない、IQ 70以上)群の診断は困難であり、しばしば統合失調症などの誤診に陥りやすく<sup>10)</sup>、わが国では、2005年4月より発達障害者支援法が施行され、法的整備が始まったところである。PDDは幼児期から成人期まであらゆるライフステージと、重度知的障害から正常知能までの幅広い認知発達水準にわたってみられる。しかし、このように多様なPDD全体に対応し得る簡便な評価尺度は、医療、教育、福祉、司法など種々の領域において求められているが、現在のところほとんど存在しない。

PDDの評価尺度には、専門家が直接本人の行動観察を行うものと、親からの情報に基づくものがある。前者には、自閉症診断観察スケジュール包括版(Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic; ADOS-G)<sup>15)</sup>や小児自閉症評定尺度(Childhood Autism Rating Scale; CARS)<sup>14,20)</sup>などがあるが、いずれも訓練を受けた専門家が実施するように作成されていて、簡便とは言いがたい。後者には、乳幼児期自閉症チェックリスト(Checklist for Autism in Toddlers; CHAT)<sup>2)</sup>や修正版CHAT(Modified Checklist for Autism in Toddlers; M-CHAT)<sup>19)</sup>のように2歳前後の幼児を対象とするものや、自閉行動チェックリスト(Autism Behavior Checklist; ABC)<sup>12)</sup>のように重度の障害児を対象とするもの、高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙(High-Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire; ASSQ)<sup>7)</sup>のように高機能PDD児童を対象とするもの、そして自閉症スペクトラム指標(Autism-Spectrum Quotient: AQ)<sup>3,13)</sup>のように正常知能の成人を対象とするものなど、対象の年齢や認知発達水準が限定されるものが多い。

PDDに特徴的な行動には、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り、また年齢や認知発達水準に無関係に存在する行動の他に、幼児期に顕著であるが加齢や認知発達とともに目立たなくなる行動、逆に言語や認知発達に伴って顕著になる行動がある。PDDを疑う青年成人を評価する場合、診断のためには幼児期行動を回顧的に評価することが重要であり、支援のためには現在の特異的行動と非特異的行動の双方を評価する必要がある。自閉症スクリーニング質問紙(Autism Screening Questionnaire; ASQ)<sup>4,6)</sup>は、すべての年齢とすべての認知発達水準をカバーするPDDスクリーニング尺度であるが、ほとんどの項目はPDDの主要3領域に関する幼児期の行動を尋ねており、現在の状態像を把握するには不十分である。自閉症診断面接改訂版(Autism Diagnostic Interview-Revised; ADI-R)<sup>16)</sup>もすべての年齢と認知発達水準に対応したPDD評価尺度であるが、高度の訓練を経た専門家向けで、長時間を要し実用的ではない。

これらを踏まえて、我々は幼児期から成人期のいずれの年齢段階にも対応可能で、あらゆる認知発達水準のPDD者の行動をとらえ得るPDD評価尺度、日本自閉症協会版汎性発達障害評定尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scales; PARS)<sup>18)</sup>を作成した。PARSの目的は、第一に、熟練した専門家が乏しいわが国において、医療のみならず教育、福祉、司法などのさまざまな領域で臨床家が使用し、専門家による詳細な評価が必要なケースのスクリーニングが可能な尺度を提供することである。第二に、支援ニーズの判定および治療や教育の効果判定に必要な、状態像を総合的に把握する尺度を提供することである。この2つの目的に対応し、PARSで青年成人を評価する場合、診断的価値が高い幼児期行動についての回顧評価と、現在の状態像の把握のために児童期や思春期以降に出現した行動の現在評価の両方を行い、必要に応じて児童期行動の回顧評価も行う。

本論文では、思春期以降の青年および成人を対象に、PARSの信頼性と妥当性を検討したので

報告する。

## 方法

### 1. 対象

全国5か所の医療・心理・教育機関から紹介された53名のPDD群と42名の非PDD群の計95名の青年および成人が本研究に参加した。PDDの診断は、自閉症について熟練した精神科医により、DSM-IV<sup>1)</sup>に基づいて行われ、非PDD群は自閉症について熟練した精神科医によりPDDを除外診断されている。PDD群(男43, 女10: 平均年齢=17歳7か月±6歳1か月: 範囲=12~34歳: IQ<70が11名, IQ≥70が26名, IQ不明が16名)の内訳は自閉症が14人, アスペルガー症候群が28人, PDD・自閉傾向が11人であった。非PDD群(男14, 女27, 性別不明が1名: 平均年齢=18歳2か月±5歳3か月: 範囲=12~33歳: IQ<70が8名, IQ≥70が19名, IQ不明が15名)の内訳は統合失調症が11名, 適応障害が8名, 気分障害が5名, 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)が4名, 精神遅滞が4名, 行為障害が3名, 強迫性障害3名などであった。両群は年齢と知能水準の分布は似ていたが, PDD群は男性優位に対し, 非PDD群は女性優位と性比が異なった。

これとは別に, 評価者間信頼性の検討には, 12名から成るPDD群(平均年齢=16歳8か月±3歳10か月: 範囲=12歳6か月~26歳3か月: 性比は不明: IQ<70が4名, IQ≥70が8名)のデータを分析した。

### 2. PARS

表1に示すPARSは, ①対人, ②コミュニケーション, ③こだわり, ④常同行動, ⑤困難性, ⑥併発症, ⑦過敏性, ⑧その他(不器用)のPDDに特徴的な8領域57項目から成る。34項目(項目1~34)は幼児期, 33項目(項目21~53)は児童期, 33項目(項目25~57)は思春期成人期にみられる行動を尋ねており, 幼児期から成人期までのすべての年齢段階を通してPDDに特徴的な行動をカバーしている。対象の年齢が思春期から成人

期(中学生以降)であれば計57項目に回答する。評定者は情報提供者(多くは養育者)と面接して各項目に該当する行動の有無を尋ね, 存在する場合には具体的な説明を聞き, 評価マニュアルに基づいてその程度を, なし(0点), 多少目立つ(1点), 目立つ(2点)の3段階で評価する。

### 3. 手続き

PARSの評価者間信頼性の検討のために, 2名の専門家(1名は熟練した専門家, もう1名は非熟練の専門家)が同じ対象者に面接し, 独立して評価した。複数ペアの専門家からデータが得られたが, 対象者数が少なかつたため, 現在評価の思春期成人期項目の総得点(後に加えられた項目25を除く32項目)の2評価者間の相関係数を算出した。

その他の分析は, 96名から得られた回顧評価の幼児期34項目と現在評価の思春期成人期33項目について行った。この2つの分析を行った理由は, スクリーニング目的には幼児期の回顧評価が, 支援ニーズの評価目的には現在評価が必要なためである。児童期33項目は, 本研究では分析に含めなかった。

すべての対象について, 保護者から, 可能な場合は本人からインフォームド・コンセントを得た。

## 結果

### 1. 評価者間信頼性

項目25を除いた思春期成人期項目総得点について, 評価者間のPearsonの積率相関係数は0.85で, 1%水準で有意であった。一方, 項目ごとの評価者間の一致度( $\kappa$ )は, 項目によるばらつきが大きく, 0.70を超えたのは32項目中6項目であった。

### 2. 内部一貫性

思春期成人期33項目についてのCronbachの $\alpha$ は, PDD群, 非PDD群, 両群でそれぞれ0.86, 0.92, 0.93, 幼児期34項目でそれぞれ0.90, 0.86, 0.96と, いずれも十分な内部一貫性が示された。削除すると $\alpha$ が0.01を超えて増

表 1

以下の項目について、幼児期(就学前)、児童期(小学校時代)、思春期・成人期(それ以降)における、当時の様子をご家族や本人からお聴きいただき、〔0=なし、1=多少目立つ、2=目立つ〕の3段階で、該当欄の数字に○をつけてご記入ください。

- \* 就学前の幼児の方については、幼児期の項目のみを評定してください。
- \* 小学生の方については、幼児期の項目と児童期の項目の両方を評定してください。
- \* 中学1年生以上の方については、すべての項目を評定してください。
- \* ★は、その年代では評価しない項目を示します。

	〔0=なし、1=多少目立つ、2=目立つ〕		
	幼児期	児童期	思春期
1. 視線が合わない	0 1 2	★	★
2. 他の子どもに興味がない	0 1 2	★	★
3. 名前を呼んでも振り向かない	0 1 2	★	★
4. 見せたい物を持ってくることがない	0 1 2	★	★
5. 指さして興味のあるものを伝えない	0 1 2	★	★
6. 言葉の遅れがある	0 1 2	★	★
7. 会話が続かない	0 1 2	★	★
8. 一方通行に自分の言いたいことだけを言う	0 1 2	★	★
9. 友達とごっこ遊びをしない	0 1 2	★	★
10. オウム返しの応答が目立つ	0 1 2	★	★
11. CMなどをそのままの言葉で繰り返す言う	0 1 2	★	★
12. 感覚遊びに没頭する	0 1 2	★	★
13. 道路標識やマーク、数字、文字が大好きである	0 1 2	★	★
14. くるくる回るものを見るのが好きである	0 1 2	★	★
15. 物を横目で見たり、極度に目に近づけて見たりする	0 1 2	★	★
16. 玩具や瓶などを並べる遊びに没頭する	0 1 2	★	★
17. つま先で歩くことがある	0 1 2	★	★
18. 多動で、手を離すとどこに行くかわからない	0 1 2	★	★
19. 食べ物でないものを食べたり呑み込んだりする	0 1 2	★	★
20. 抱っこされるのを嫌がる	0 1 2	★	★
21. ビデオの特定場面を繰り返し見る	0 1 2	0 1 2	★
22. ページめくりや紙破りなど、物を同じやり方で繰り返しいじる	0 1 2	0 1 2	★
23. 全身や身体の一部を、同じパターンで動かし続けることがある	0 1 2	0 1 2	★
24. 身体に触れられることを嫌がる	0 1 2	0 1 2	★
25. 同じ質問をしつこくする	0 1 2	0 1 2	0 1 2

加する項目はなかった。

### 3. 項目分析と弁別妥当性

表2に示すように、幼児期項目では、項目19を除く全項目で、PDD群が非PDD群より有意に高得点であった。項目19は両群の過半数で「なし」と評価された低頻度行動であった。また表3に示すように、思春期成人期項目では、33項目中24項目でPDD群が非PDD群よりも有意に高得点であった。有意差のなかった9項目中7項目(項目27, 29, 33, 34, 48, 49, 53)は低頻度行動で、項目56と57は両群とも両群の過半数に見いだされた高頻度行動であった。

表4は、幼児期項目および思春期成人期項目の

総得点をPDD群と非PDD群で、そしてPDD群では知的障害の有無や下位診断別に比較した。幼児期項目と思春期成人期項目はその総得点がPDD群で非PDD群より有意に高かった〔それぞれ $t(70.7)=13.63$ ,  $p<0.001$ , Welchの検定: $t(93)=8.37$ ,  $p<0.001$ 〕。幼児期項目と思春期成人期項目の総得点は両群ともに有意の正相関を示した(PDD群 $r=0.59$ ,  $p<0.001$ : 非PDD群 $r=0.32$ ,  $p<0.05$ )。

### 4. カットオフ

表5には、ROC分析(receiver operating characteristic analysis)により、幼児期回顧評価、現在評価のそれぞれについて求めたPARSのカッ

## PARS

	〔0=なし, 1=多少目立つ, 2=目立つ〕		
	幼児期	児童期	思春期
26. 普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する	0 1 2	0 1 2	0 1 2
27. 生活習慣が乱れ、身辺自立ができなくなる	0 1 2	0 1 2	0 1 2
28. 過去の嫌なことを思い出して、不安定になる	0 1 2	0 1 2	0 1 2
29. 偏食が激しく、食べ物のレパートリーが極端に狭い	0 1 2	0 1 2	0 1 2
30. 特定の音を嫌がる	0 1 2	0 1 2	0 1 2
31. 痛みや熱さなどに鈍感であったり、敏感である	0 1 2	0 1 2	0 1 2
32. 何でも無いものをひどく怖がる	0 1 2	0 1 2	0 1 2
33. 急に泣いたり怒ったりする	0 1 2	0 1 2	0 1 2
34. 頭を壁に打ちつける、手を咬むなど、自分が傷つくことをする	0 1 2	0 1 2	0 1 2
35. 年齢相応の友達関係がない	★	0 1 2	0 1 2
36. 周囲に配慮せず自分中心の行動をする	★	0 1 2	0 1 2
37. 人からかかわられた時の対応が場にあっていない	★	0 1 2	0 1 2
38. 要求がある時だけ自分から人にかかわる	★	0 1 2	0 1 2
39. 言われたことを場面に応じて理解するのが難しい	★	0 1 2	0 1 2
40. 難しい言葉を使うが、その意味をよくわかっていない	★	0 1 2	0 1 2
41. 大勢の会話では、誰が誰に話しているのかわからない	★	0 1 2	0 1 2
42. どのように、なぜ、といった説明ができない	★	0 1 2	0 1 2
43. 抑揚の乏しい不自然な話し方をする	★	0 1 2	0 1 2
44. 人の気持ちや意図がわからない	★	0 1 2	0 1 2
45. 冗談や皮肉がわからず、文字通り受け取る	★	0 1 2	0 1 2
46. 地名や駅名など、特定のテーマに関する知識獲得に没頭する	★	0 1 2	0 1 2
47. よく知っているテレビのシーンを独りで再現する	★	0 1 2	0 1 2
48. 相手が嫌がることをわざと執拗に繰り返す	★	0 1 2	0 1 2
49. 何かにつけ自分が一番でないと気がすまない	★	0 1 2	0 1 2
50. チック症状(瞬き・首振り・汚言など)がある	★	0 1 2	0 1 2
51. 場に不適切なほど、行動が落ち着かない	★	0 1 2	0 1 2
52. 不注意さがひどく、場に応じた行動ができない	★	0 1 2	0 1 2
53. 行動が止まって次の行動に移れなくなったり、固まってしまったりする	★	0 1 2	0 1 2
54. 恥ずかしさを感じていないように思える	★	★	0 1 2
55. 人にだまされやすい	★	★	0 1 2
56. 被害的あるいは猜疑的・攻撃的になりやすい	★	★	0 1 2
57. 気分の波が激しく、落ち込みと興奮を繰り返す	★	★	0 1 2

トオフを示すが、スクリーニングを目的とした場合、幼児期項目のカットオフは10点が最適と判断した。この値は、PDD群の94.3%(感度)を正しくPDDと評価し、非PDD群の92.9%(特異度)を正しく非PDDと評価した。またPARSがPDDと判断した者のうち真にPDDであったのは94.3%(陽性的中率)で、非PDDと判断した者のうち真に非PDDであったのは92.9%(陰性的中率)であった。思春期成人期項目のカットオフを20点とすると、感度81.1%、特異度85.7%、陽性的中率87.8%、陰性的中率78.3%となり、スクリーニングとして最適と判断した。

## 5. 知的障害の有無と尺度得点との関係

PDD群を、知的障害のない高機能群(n=26)と知的障害を伴う非高機能群(n=11)の2群に分けて、幼児期項目と思春期成人期項目の総得点を比較した(表4)。高機能群では、幼児期、思春期成人期項目ともに非高機能群より総得点は低かったが、その差は幼児期項目においてのみ有意だった〔 $t(23.2)=2.75, p<0.05$ , Welchの検定〕。2群で各項目を比較すると、幼児期の7項目(3, 6, 10, 12, 15, 22, 23)は非高機能群が高機能群よりも有意に高得点であった(いずれも $p<0.05$ , U検定)。思春期成人期項目では、項目25と項目45で非高機能群が高機能群よりも高得点であ

表2 PDD群と非PDD群における幼児期項目の頻度

項目	PDD群 頻度(相対頻度)			非PDD群 頻度(相対頻度)			Mann-Whitneyの U検定
	なし(0)	多少目立つ(1)	目立つ(2)	なし(0)	多少目立つ(1)	目立つ(2)	
1	18 (34%)	16 (30%)	19 (36%)	42 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	$p < 0.001$
2	9 (17%)	13 (25%)	31 (58%)	38 (90%)	4 (10%)	0 (0%)	$p < 0.001$
3	26 (49%)	7 (13%)	20 (38%)	40 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	$p < 0.001$
4	25 (47%)	11 (21%)	17 (32%)	40 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	$p < 0.001$
5	21 (40%)	10 (19%)	22 (42%)	37 (88%)	4 (10%)	1 (2%)	$p < 0.001$
6	12 (23%)	10 (19%)	31 (58%)	33 (79%)	5 (12%)	4 (10%)	$p < 0.001$
7	10 (19%)	6 (11%)	37 (70%)	34 (81%)	5 (12%)	3 (7%)	$p < 0.001$
8	8 (15%)	12 (23%)	33 (62%)	30 (71%)	11 (26%)	1 (2%)	$p < 0.001$
9	5 (9%)	10 (19%)	38 (72%)	37 (88%)	3 (7%)	2 (5%)	$p < 0.001$
10	19 (36%)	6 (11%)	28 (53%)	40 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	$p < 0.001$
11	13 (25%)	9 (17%)	31 (58%)	34 (81%)	5 (12%)	3 (7%)	$p < 0.001$
12	26 (49%)	10 (19%)	17 (32%)	37 (88%)	4 (10%)	1 (2%)	$p < 0.001$
13	19 (36%)	7 (13%)	27 (51%)	38 (90%)	3 (7%)	1 (2%)	$p < 0.001$
14	30 (57%)	15 (28%)	8 (15%)	40 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	$p < 0.001$
15	33 (62%)	11 (21%)	9 (17%)	41 (98%)	0 (0%)	1 (2%)	$p < 0.001$
16	20 (38%)	13 (25%)	20 (38%)	39 (93%)	2 (5%)	1 (2%)	$p < 0.001$
17	36 (68%)	8 (15%)	9 (17%)	39 (93%)	2 (5%)	1 (2%)	$p < 0.05$
18	15 (28%)	10 (19%)	28 (53%)	35 (83%)	5 (12%)	2 (5%)	$p < 0.001$
19	45 (85%)	6 (11%)	2 (4%)	39 (93%)	1 (2%)	2 (5%)	n.s.
20	31 (58%)	6 (11%)	16 (30%)	41 (98%)	0 (0%)	1 (2%)	$p < 0.001$
21	21 (40%)	10 (19%)	22 (42%)	38 (90%)	2 (5%)	2 (5%)	$p < 0.001$
22	32 (60%)	11 (21%)	10 (19%)	38 (90%)	4 (10%)	0 (0%)	$p < 0.01$
23	33 (62%)	10 (19%)	10 (19%)	42 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	$p < 0.001$
24	30 (57%)	9 (17%)	14 (26%)	42 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	$p < 0.001$
25	19 (36%)	10 (19%)	24 (45%)	40 (95%)	1 (2%)	1 (2%)	$p < 0.001$
26	16 (30%)	11 (21%)	26 (49%)	36 (86%)	6 (14%)	0 (0%)	$p < 0.001$
27	39 (74%)	7 (13%)	7 (13%)	39 (93%)	3 (7%)	0 (0%)	$p < 0.05$
28	35 (66%)	9 (17%)	9 (17%)	39 (93%)	3 (7%)	0 (0%)	$p < 0.01$
29	23 (43%)	7 (13%)	23 (43%)	36 (86%)	5 (12%)	1 (2%)	$p < 0.001$
30	25 (47%)	6 (11%)	22 (42%)	38 (90%)	2 (5%)	2 (5%)	$p < 0.001$
31	17 (32%)	13 (25%)	23 (43%)	39 (93%)	3 (7%)	0 (0%)	$p < 0.001$
32	26 (49%)	6 (11%)	21 (40%)	41 (98%)	1 (2%)	0 (0%)	$p < 0.001$
33	28 (53%)	7 (13%)	18 (34%)	39 (93%)	2 (5%)	1 (2%)	$p < 0.001$
34	39 (74%)	6 (11%)	8 (15%)	40 (95%)	1 (2%)	1 (2%)	$p < 0.05$

ったが、項目 56 では逆に高機能群のほうが高得点であった(いずれも  $p < 0.05$ , U 検定)。幼児期項目、思春期成人期項目のカットオフをそれぞれ 10 点、20 点とすると、非高機能群の全員が両カットオフを超えた。一方、高機能群の 26 名中 23 名(88%)は幼児期項目のカットオフを超えたが、思春期成人期カットオフを超えたのは 18 名(69%)で、この 18 名は幼児期カットオフも超えた。

#### 6. PDD 群の下位診断と尺度得点との関係

表 4 に示すように、幼児期項目総得点を自閉症、アスペルガー症候群、その他の PDD の 3 群

で比較すると有意差があり [ $F(2,50) = 6.12$ ,  $p < 0.01$ ], 多重比較(Tukey の HSD 法)の結果、自閉症がアスペルガー症候群より有意に高得点であった( $p < 0.01$ )。思春期成人期項目評定では下位診断による有意な差はなかった。自閉症の全員が幼児期、思春期成人期ともにカットオフを超えた。アスペルガー症候群では、28 名中 25 名(89%)が幼児期項目のカットオフを超え、そのうち 21 名(75%)が思春期成人期のカットオフも超えた。その他の PDD の 11 名全員が幼児期項目のカットオフを超え、そのうち 8 名(73%)が幼児

表3 PDD群と非PDD群における思春期成人期項目の頻度

項目	PDD群 頻度(相対頻度)			非PDD群 頻度(相対頻度)			Mann-Whitneyの U検定
	なし(0)	多少目立つ(1)	目立つ(2)	なし(0)	多少目立つ(1)	目立つ(2)	
25	10 (19%)	14 (26%)	29 (55%)	33 (79%)	9 (21%)	0 (0%)	p<0.001
26	19 (36%)	25 (47%)	9 (17%)	27 (64%)	13 (31%)	2 (5%)	p<0.05
27	39 (74%)	6 (11%)	8 (15%)	28 (67%)	8 (19%)	6 (14%)	n.s.
28	18 (34%)	18 (34%)	17 (32%)	26 (62%)	10 (24%)	6 (14%)	p<0.05
29	38 (72%)	11 (21%)	4 (8%)	33 (79%)	7 (17%)	2 (5%)	n.s.
30	22 (42%)	13 (25%)	18 (34%)	35 (83%)	5 (12%)	2 (5%)	p<0.001
31	19 (36%)	17 (32%)	17 (32%)	33 (79%)	8 (19%)	1 (2%)	p<0.001
32	32 (58%)	9 (16%)	14 (25%)	34 (81%)	6 (14%)	2 (5%)	p<0.05
33	31 (58%)	9 (17%)	13 (25%)	27 (64%)	10 (24%)	5 (12%)	n.s.
34	34 (64%)	16 (30%)	3 (6%)	29 (69%)	11 (26%)	2 (5%)	n.s.
35	6 (11%)	10 (19%)	37 (70%)	25 (60%)	11 (26%)	6 (14%)	p<0.001
36	8 (15%)	24 (45%)	21 (40%)	28 (67%)	10 (24%)	4 (10%)	p<0.001
37	6 (11%)	28 (53%)	19 (36%)	30 (71%)	8 (19%)	4 (10%)	p<0.001
38	13 (25%)	17 (32%)	23 (43%)	35 (83%)	5 (12%)	2 (5%)	p<0.001
39	12 (23%)	22 (42%)	19 (36%)	29 (69%)	9 (21%)	4 (10%)	p<0.001
40	22 (42%)	12 (23%)	19 (36%)	31 (74%)	8 (19%)	3 (7%)	p<0.001
41	13 (25%)	17 (32%)	23 (43%)	36 (86%)	4 (10%)	2 (5%)	p<0.001
42	9 (17%)	23 (43%)	21 (40%)	29 (69%)	9 (21%)	4 (10%)	p<0.001
43	27 (51%)	12 (23%)	14 (26%)	40 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	p<0.001
44	7 (13%)	22 (42%)	24 (45%)	30 (71%)	8 (19%)	4 (10%)	p<0.001
45	5 (9%)	22 (42%)	26 (49%)	26 (62%)	11 (26%)	5 (12%)	p<0.001
46	11 (21%)	15 (28%)	27 (51%)	33 (79%)	8 (19%)	1 (2%)	p<0.001
47	27 (51%)	11 (21%)	15 (28%)	37 (88%)	4 (10%)	1 (2%)	p<0.001
48	36 (68%)	7 (13%)	10 (19%)	31 (74%)	9 (21%)	2 (5%)	n.s.
49	38 (72%)	12 (23%)	3 (6%)	28 (67%)	13 (31%)	1 (2%)	n.s.
50	34 (64%)	14 (26%)	5 (9%)	42(100%)	0 (0%)	0 (0%)	p<0.001
51	31 (58%)	15 (28%)	7 (13%)	35 (83%)	6 (14%)	1 (2%)	p<0.01
52	24 (45%)	18 (34%)	11 (21%)	30 (71%)	6 (14%)	6 (14%)	p<0.05
53	34 (64%)	12 (23%)	7 (13%)	30 (71%)	11 (26%)	1 (2%)	n.s.
54	17 (32%)	16 (30%)	20 (38%)	23 (55%)	13 (31%)	6 (14%)	p<0.01
55	8 (15%)	18 (34%)	27 (51%)	23 (55%)	11 (26%)	8 (19%)	p<0.001
56	19 (36%)	16 (30%)	18 (34%)	21 (50%)	13 (31%)	8 (19%)	n.s.
57	19 (36%)	18 (34%)	16 (30%)	21 (50%)	10 (24%)	11 (26%)	n.s.

表4 幼児期項目と思春期成人期項目の総得点の群別比較

	幼児期項目総得点 (0~68)	思春期成人期項目総得点 (0~66)
非PDD群(n=42)		
M(SD)	3.79(5.34) <sup>a</sup>	11.90(10.48) <sup>b</sup>
PDD群(n=53)		
M(SD)	31.66(13.63) <sup>a</sup>	30.28(10.75) <sup>b</sup>
知的障害の有無		
なし 高機能群(n=26)	28.04(14.44) <sup>c</sup>	28.65(12.26)
あり 非高機能群(n=11)	40.45(11.67) <sup>c</sup>	31.27 (7.54)
下位診断名		
自閉症(n=14)	40.29(11.19) <sup>d</sup>	35.93 (9.32)
アスペルガー症候群(n=28)	26.36(12.92) <sup>d</sup>	29.00(11.43)
その他のPDD(n=11)	34.18(12.74)	26.36 (8.30)

<sup>a</sup> PDD群>非PDD群, <sup>b</sup> PDD群>非PDD群, <sup>c</sup> 非高機能PDD群>高機能PDD群,

<sup>d</sup> 自閉症>アスペルガー症候群

表5 PARS 思春期成人期尺度のカットオフと関連指標

カットオフ ポイント	感度	特異度	陽性的 中率	陰性的 中率
幼児期 回顧評価				
7	0.962	0.786	0.850	0.943
8	0.962	0.833	0.879	0.946
9	0.943	0.881	0.909	0.925
10	0.943	0.929	0.943	0.929
11	0.943	0.929	0.943	0.929
12	0.925	0.929	0.942	0.907
13	0.906	0.929	0.941	0.886
現在評価				
16	0.925	0.738	0.817	0.886
17	0.887	0.762	0.825	0.842
18	0.849	0.810	0.849	0.810
19	0.811	0.833	0.860	0.778
20	0.811	0.857	0.878	0.783
21	0.774	0.881	0.891	0.755
22	0.774	0.881	0.891	0.755
23	0.755	0.905	0.909	0.745
24	0.717	0.905	0.905	0.717

イタリックで示した幼児期回顧評価の10点と現在評価の20点はそれぞれカットオフとして最適と判断された。

期と思春期成人期のカットオフを超えた。

### 7. PDD 群における発達的变化：幼児期・思春期成人期共通項目の比較

項目25から項目34までの10項目は、幼児期、児童期、思春期以降成人期のすべてにおいてPDDに特徴的な行動であり、各時期で評価される。幼児期は回顧的情報による評価、思春期成人期は現在の情報による評価であり、両者の厳密な比較はできないが、これら10項目の幼児期の回顧評価と現在評価を周辺等質性検定で比較した。得点が、回顧評価で現在評価より有意( $p < 0.05$ )に低かったのは3項目(項目26, 29, 32)、有意( $p < 0.05$ )に高かったのは2項目(項目25, 28)であり、有意差がなかったのは5項目(項目27, 30, 31, 33, 34)で、うち4項目は感覚反応や衝動性に関連する行動であった。

## 考察

本研究において、PARS 思春期成人期尺度の幼児期項目は高い内部一貫性を示し、ほとんどすべての幼児期項目と総得点はPDD群を非PDD

群から有意に区別し、高い弁別妥当性を示した。思春期成人期項目については、高い評価者間信頼性と内部一貫性を有し、かつ多くの項目と総得点はPDD群を非PDD群から有意に区別し、十分な弁別妥当性が示された。また幼児期回顧評価と現在評価は相関しており、PDDのスクリーニングにはいずれを用いても有用なことが示された。

PARSの幼児期項目は、PDD診断に必須の対人相互性・コミュニケーション・反復常同的パターンの3徴候に含まれない、感覚、情緒、多動性に関連する項目がその約1/3を占める。これらのPDD非特異的な行動がきっかけとなり、受診や診断につながることは少なくない<sup>8,11,17</sup>)。本研究において、このような非特異的行動に関連した幼児期項目も、特異的行動項目と同様に、PDD群と非PDD群を高い精度で識別することが示され、スクリーニングに含めた意義が支持された。唯一、異食行動では有意差がなかったが、これはこの行動がPDD群の15%のみに報告された低頻度行動のためと考えられる。

幼児期項目のカットオフを10点とすると、青年成人臨床群におけるPDDの判別は、高い精度で可能であった。カットオフに満たなかったPDD群の3名は、アスペルガー症候群で、カットオフを超えた非PDD群の3名は、重度の知的障害2名と、AD/HD1名であった。一般に、アスペルガー症候群は幼児期での診断は困難とされる<sup>9,17</sup>)。また重度の知的障害を持つ幼児では、親面接による評価尺度<sup>16)</sup>、子どもの行動観察による評価尺度<sup>14,20)</sup>のいずれを用いても、PDDと非PDDの判別は難しい。PARSの幼児期回顧評価項目を用いてPDDをスクリーニングする際には、他の尺度と同様、アスペルガー症候群や重度の知的障害群についての判別力がやや弱い点に留意して、他の情報と組み合わせて用いるとより精度が高まるであろう。

青年や成人になると、早期幼児期の発達情報が不十分な場合がしばしばあり、現在の状態像のみに基づいて診断評価を行わざるを得ない場合もある。本研究では非PDDの精神障害を有する青年