

基準の改訂を検討し、強度行動障害自体が個体素因と環境との交互作用による状態像であることを指摘した。環境情報が適切な支援には不可欠であるという認識のもと、50項目からなる最終案を作成している。

6) 平成13年度の飯田勝班の厚生科学研究における強度行動障害の位置づけ

強度行動障害そのものに焦点をあてた研究班ではないが、平成13～15年度に実施された飯田勝(埼玉県総合リハビリテーションセンター)を主任研究者とする『法改正に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所の判定のあり方に関する研究』においては、強度行動障害をもつ者についてはサンプル数が十分に確保できず、統計的に有効な支援項目が抽出できなかった可能性が高いとし、別途支援項目を付加する必要があると記述されている(平成13年度報告書)。

この厚生科学研究は、社会福祉基礎構造改革として、措置費に代わる支援費制度の導入の際に、支援費制度における障害程度区分(身体障害程度区分、知的障害程度区分)のあり方、支援費制度における障害程度区分に係る更生相談所の判定のあり方を整理、提言することを目的として実施された。

知的障害と身体障害という様態の幅広い対象について、任意に一定の基準に振り分け、判定をするという目標を課せられた研究であるが、強度行動障害について支援費制度の策定過程において、一定の配慮がなされたといえる。

7) 平成13～18年度の飯田雅子班の強度行

動障害に関する研究の目的と成果

本研究班では、施設入所者に対する行動障害の改善だけでなく、在宅の事例や教育との連携についても調査や事例検討がなされた。また支援実践を集積したデータベースとしてインターネットのホームページにおいて閲覧できるシステムを作ったり、強度行動障害支援の実態把握(実態調査)。強度行動障害の発展に関係している病理的行動特性の整理と幼児期の行動障害ハイリスク・チェックシートの開発(医療)や強度行動障害支援事業利用者の人権を守り、これに関わる施設及び施設職員による支援の充実をめざし第三者評価票が作成された。

8) 平成20年度の奥山眞紀子班の強度行動障害に関する研究の目的と成果

奥山班においては『発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究』を研究課題として掲げ、分担研究者である杉山登志郎は『広汎性発達障害の早期療育』において、強度行動障害の再検討を行った。

川村ら(2010)、小林(2010)は石井班の報告書を中心に総括がなされた。杉山ら(2010)は、強度行動障害特別処遇事業は処遇困難事例をかかえる施設への援助方策であったことだけではなく、社会全体にとりまく脱施設化の流れを踏まえており、行動障害のある施設入所者も地域に移行することを可能とするための中間施設の意図があったのではないかと指摘している。また強度行動障害特別処遇事業は継続的な事業のあり方の検討や総括がなされてこなかったことを指摘し、加算事業は続いていたものの、当初の目的からずれが生じていったとしている。今後の課題として、医療と福祉の協働による治療モデルが必要であることを指摘している。

D. 考察

強度行動障害に関する科学研究は、特別処遇事業を受託している施設関係者を中心に平成 2 年から長期にわたって検討されてきた。

初期には、強度行動障害という概念について検討が繰り返され、年度がたつにつれ、実際の支援に有効な方策についての検討が比重を置いている。その中で、実際に事業を進める中で、移行支援に関わる課題や問題点が提起されてきたが、職員のストレスを数量化する試みや環境の評価表などが作成されてきたが、判定基準表の作成以来、行政のなかで取り入れ、検討する機会を得なかった。強度行動障害特別処遇事業を受託する施設は事業が開始され、少しずつ増え始めたが、報告義務等はなく、管理や成果の確認が不十分であった。強度行動障害特別処遇事業は昭和

63 年厚生省児童家庭局障害福祉課の課長であった浅野史郎氏のイニシアティブにより始まったとされるが、その後は障害のある人たちに対する社会の認識が移り変わるなかで、社会のニーズや志向、当事者たちのニーズに合う形で方向性の修正をする機関がなかった。このことが、杉山(2009)の指摘する「当初の目的からのずれ」を生じさせる原因になったであろうと考えられる。

今後はこれまでの研究班で課題としていたことの整理や、これまでの研究班において作成されていたツールのなかでも実際には活用されていないが有用なものについては、現在の福祉制度や教育システムのなかで機能するように取り入れ、より洗練させたシステムを構築することが必要である。

E 文献

杉山登志郎(2009)：強度行動障害研究の再検討：石井班の報告を中心に、H20 年度厚生科学研究報 奥山班、発達障害の新しい診断・治療法の開発に関する研究報告書：

G 関連研究発表

特になし

H 知的財産権の出願・登録状況

特になし

F 健康危険情報

特になし

(主任研究者 井上雅彦)

分担研究報告書

対応困難な高機能広汎性発達障害児者における問題行動についての先行研究

分担研究者 辻井正次 中京大学現代社会学部

研究協力者 望月直人 浜松医科大学子どもこころの発達研究センター

研究要旨

本研究は、知的障害が軽度もしくは知的障害のない発達障害児者（主に広汎性発達障害）が、「強度行動障害」児者と同等に、対応困難な現実があることを前提に、その現状を研究文脈から概観することを目的とした。また、二次障害を行動上の問題として捉えるために、不登校・ひきこもり、反社会的行動（非行・犯罪）に焦点を当てた。その結果、国外においては注意欠陥多動性障害と反社会的行動との関連が明らかになっている一方で、日本では広汎性発達障害と反社会的行動との関連を検討する研究が増えていることが確認された。さらに、広汎性発達障害やアスペルガー障害と不登校やひきこもりとの関係については、国内での研究がほとんどであった。また、こういった対応困難な場合の支援・治療の1つとして有効とされる、入院治療の実際についても触れ、今後の支援の方向性についても検討した。

A. 研究目的

「強度行動障害」に対するわが国の研究は、もともと施設入所者の中に対応困難な人々が存在するという事実から始められた。その対象者は主に重度の知的障害を持つ自閉症傾向のある児・者である。「軽度発達障害」に関心に移り、行政としての「強度行動障害」事業が終結したが、施設では現在でも「強度行動障害」の対応に困っている現状がある。一方で施設ではなく地域においても対応に困難な広汎性発達障害(以下PDD)等の発達障害児者の行動障害も、現実には存在しているが、その支援については

個別的な対応に留まり、体系的な支援は未成熟な状況である。本稿では、そういった施設ではなく地域で暮らしながらも、家庭内や学校等で問題行動、反社会的行動を起こして、対応困難な状態を呈する発達障害児者に関する研究文脈を概観することを目的とする。

B. 研究方法

日本では「強度行動障害」は医学系や障害者福祉の分野で数多く研究されている。ただし、海外での研究が数多くあるにもかかわらず、本邦の「強度行動障害」研究で

は、外国の先行研究の引用や参考文献がほとんど見られない。日本でこれまで使用されてきた意味での「強度行動障害」に対応するような英単語が見受けられないことが背景にあると思われる。本稿では研究目的に合わせて、従来の「強度行動障害」という概念を拡張、主として知的障害の軽度もしくは知的障害のない高機能レベルの発達障害児者を対象とする。そのなかで対応が非常に困難と考えられ、個別的治療・支援がなされているといった視点から、発達障害を起因とする臨床的問題を扱う先行研究を対象として検討する。

国内外の論文検索サイトにおいて、「発達障害」、「高機能自閉症」、「問題行動」、「自閉症」「行動障害」などをキーワードに本稿の目的に合わせて文献を集めた。しかし、体系的な支援や治療法が確立していないこともあり、非行や犯罪に関係しない研究文脈では国内外において、先行研究の数も少なく、個別的な事例研究に留まっているのが現状である。

先行研究では、発達障害において問題行動が指摘される場合は二次障害と表現されることが多い。PDD やアスペルガー症候群(以下、AS)においては、もともとの障害特性に起因する周囲との不適応が生じやすく、思春期以降に問題行動や精神症状を併発することが多いことがこれまで多く指摘されている(浦野・杉山, 2010; 吉川, 2007; 吉川・本城, 2004; 井口, 2004; など)。行動上の問題に発展するのは、背景には二次障害が併存していることが多く、出現しやすい精神医学的症状について吉川(2007)がまとめているので、それを簡単に紹介する。1)うつ病・躁うつ病・うつ状態、2)統

合失調症・統合失調症様障害・短期精神病的障害、3)強迫性障害、4)カタトニア、5)解離性障害と虐待、6)てんかん、7)性同一性障害、さらに情緒的問題・行動上の問題としては 1)不登校・ひきこもり・ニート、2)反社会的行動・触法行為が挙げられている。

問題行動の背景には、精神医学的障害が存在していることが多く、気分障害、解離性障害、脅迫性障害、統合失調症様状態などが併存することが明らかになっている。本稿では、精神医学的側面ではなく、現実の行動上、対応困難となることが多い不登校・ひきこもり、反社会的行動を取り上げる。さらに、それらの対応する治療手段として、基本的な支援では通用しない場合や、緊急を要する場合に用いられることがある入院治療の実際についての研究を紹介する。

C. 研究結果

1. 発達障害と不登校・ひきこもり

明らかな知的障害を伴わない、つまり境界領域や軽度発達障害の範囲に含まれる子どもたちの不登校について、宮本(2010)がレビューをしている。それによると医療機関を訪れた不登校の子どもにおける発達障害を背景に持つ割合は 20~30%とされる。またその内訳では、PDD が一番多い。さらに、知的障害(以下MR)を伴う子どもが20%ほど含まれていることも、配慮しておく必要があるだろう。また、一次医療から二次医療、三次医療と、より専門機関になるほど、その比率は高くなり、児童精神科の不登校専門外来の半数以上が発達障害の子どもたちであることも多い。不登校の出現時期について、発達障害を背景としない不登

校よりも早い時期、小学校 3 年以前に現れやすいことが特徴と指摘されている。相澤(2004)も高機能 PDD 児が不登校になる確率が、健常児と比較して高いと報告している。

一方、斉藤(2000)は児童精神科に入院歴のある義務教育期間内の対象者を追跡研究して、不登校群の一部がひきこもりに移行する可能性を明らかにしている。さらに不登校を①過剰適応型、②受動型、③衝動統制未熟型、④混合型、に分類し、過剰適応群が他の 3 群よりも中学終了 10 年目の社会適応がよいこと、また不登校に伴う精神症状のうち抑うつ症状、家庭内暴力、妄想関連症状、著しいひきこもりの 4 症状のいずれかを示す子どもは、中学終了後 10 年目の適応状況が不良になりやすいことを明らかにしている。

斉藤の報告は 1988 年までに医療を受けた子どもを対象としており、発達障害の概念も含まれていない時代なので、配意して結果を考察する必要がある。ただ、宮本(2010)が指摘するように、病院における 20～30%が PDD が疑われることを踏まえると、上記の結果を改めて検討する意義は高いように思われる。つまり、発達障害を背景にした不登校を経て予後に対応が困難となる家庭内暴力や著しいひきこもりへと移行する可能性もあることが示唆されている。

もともと環境の変化への弱さが特性である発達障害児(特に ASD 児)にとって、緩い枠組みの保育園や幼稚園から学校という枠組みに生活の場が移行することは大きな負担となる。入学当初は緊張も高くその流れに、何気なく応じていた本人が、ある意味慣れてくるとともに、徐々に自らの特性と

合わない環境に適応が難しくなっていくと推察される。また、不登校のきっかけについても、まず「友人との関係」が挙げられる。これは対人関係の苦手さをもつ特性を考えると妥当である。ただ、一般的な不登校と比較して、「クラス担任との関係」が問題となって不登校になることが、発達障害の子どもに多いことが特徴と言われている。

相澤(2004)は高機能 PDD 児といじめとの関連について、心の理論の獲得後、小学校 3・4 年生時に「友人との関係」が悪化することを説明している。それまではいじめと感じてなかったものが、心の理論獲得後、いじめられていると感じるようになるのだという。浦野・杉山(2010)では、不登校のパターンをいじめなどの迫害体験をきっかけにするものと、学校がつまらない、不快な出来事が多い場面への参加を拒否するパターンが代表的なものと説明している。さらに、定型発達児に比べて発達障害児の不登校は、遷延しやすく再登校へつなげるのが困難な事例が多いことから、ひきこもりとの関連性も言及している。

2. 反社会的行動との関連

発達障害と非行や犯罪をはじめとする反社会的行動との関連性はマスコミをはじめ、社会的関心を集めている。ショッキングな事件の背景に AS や PDD を診断された少年や成人が関わっている事例も散見されるようになった。吉川(2007)が指摘するように、マスコミ報道は科学的な厳密さや、同様の障害を持つ当事者ならびに、その関係者への配慮を欠いたものではあるが、一般にはそういった情報がある程度流布しているのが現状とも思われる(岡田・辻井, 2010)。

障害があることで、非行や触法リスクが高まるのか否かといった慎重な議論については、杉山(2009)は高機能 PDD や AS のグループが犯罪に至るリスクがあることを否定できないと指摘している。しかしながら、一方で安易に犯罪と結びつけることへの批判やタブーとされる問題でもあり、明確な科学的根拠も見出されていない現状では不毛な議論に陥りやすい。先決すべきは犯罪・再犯予防の取り組みであり、藤川(2005)が従来の方法では効果があまり見られないと指摘する触法発達障害児者への矯正教育のあり方を、環境も合わせて彼らの特性に合わせた枠組みに改変・構築していくことであろう。

研究の流れにおいて、発達障害と非行や犯罪との関連は以前から報告されている。杉山(2003)は、欧米では問題行動を伴う子どもには脳波異常が多く、障害をもつ少年が非行や犯罪に結びつきやすい負因をもつと考えられてきたと指摘する。学習障害や ADHD の有無が非行と関連する可能性も取り上げられ(Biederman, Monuteaux, Greene, Braaten, Doyle, & Faraone, 2001)、一般少年では、学習障害が認められる割合が 9%なのに対し、非行少年では 32%~70%に学習障害が認められるという(Leone, Zaremba, Chapin, & Iseli, 1995 Office of Special Education Programs, 2003)。日本においても、原田(2002)が ADHD もつ少年が加齢に伴い、反抗挑戦性障害、行為障害、反社会的人格障害へと変化していくことを DBD(disruptive behavior disorder)マーチと名づけ、犯罪や非行につながる流れが存在することに注目している。例えば、Moffitt(1990)は 1000

人以上の母集団から 435 人を無作為に抽出して、大規模疫学調査を実施した。3 歳児時点で注意欠陥多動性障害を診断された群とそれ以外の群に分け、15 歳まで追跡調査した結果、注意欠陥多動性障害と診断された約半数が非行化したこと、幼少時期の攻撃性の高さは青年期の行動の問題と密接に関連していることを明らかにしている。

本稿の主な対象である高機能 PDD や AS との関連においては、昨今注目されることが多く個別でのケース報告が増えている(杉山, 2009; 藤川, 2005; 工藤・宮崎, 2005; 高橋, 2004; 十一, 2004; Gillberg, & Billstedt, 2000; Kohn, Fahum, Ratzoni & Apter 1998; Mawson, Grounds, & Tantam 1985)。十一(2004)は医療及び、司法の観点から分析し、司法事例に至った AS をもつ犯罪の特徴を 1)性的関心型、2)理科実験型、3)高次対人状況型、4)従来型、の四つに分類している。このうち、高次対人状況型の触法行為は深刻化しやすいことを指摘している。一方、元家庭裁判所調査官であった藤川(2002)は PDD が診断されたあるいは疑われた 32 の非行事例を分析し、発生機序について 1)対人接近型(対人関心を動因とするもの)、2)実験型(対人・対物の実験的興味を動因とするもの)、3)パニック型(パニックに起因するもの)、4)本来型(障害本来の特性、例えば人目が気にならないなどに由来するもの)の 4 類型に分けている。両者の分類は名称自体は多少異なるものの、多くの点で共通している。

また、浦野・杉山(2010)や吉川(2007)は高機能 PDD や AS の依存症である二次障害を取り上げる中で、反社会的行動や行為障害についてまとめている。特に、浦野・杉

山(2010)は実際に医療的フォローしている対象者の中で非行に至った事例を非行内容で分類したところ、窃盗や盗癖、性非行が上位として挙げている。なお、彼らのグループは対照群を設定し統計的に分析し、触法行為へ至る有意な要因についても明らかにしている。それらの結果によると、乳幼児兆候リスト、診断年齢、虐待の既往、現在の適応状態の変数において有意差が確認されている。迫害体験においては、いじめより虐待体験が大きな要素であるとされる。さらに、乳幼児兆候リストや診断年齢の遅れの要因、すなわち早期の診断がなされていないことが非行につながるといった結果は、本人の発達の問題、家庭的な事情や地域の公的機関の質などが関係している可能性が示唆されている。これらの結果を踏まえると、環境要因である早期療育システム構築やそういった機関の質的向上が非行や触法の予防へとつながることは研究者間で一致していると言えよう。

3. 治療について ～入院治療～

当然、医学的治療となるが、これまでの報告数はほとんど見つからない。その中で、井口(2002、2004)は、精神科医療における入院治療について事例を報告している。井口(2004)によると、通常のPDDに対する治療の基本は多くの場合、心理療法、家族への心理教育、環境調整、薬物療法で、外来治療がメインとなるが、稀に家族機能が破たんしていたり、本人の家庭生活自体が困難だったりする場合は、入院治療が考慮されることもあるという。

しかし、ASは生得的な障害であり、基本の性質がなくなるわけでもないので、障害

そのものが現代の医学では治療対象とはならない。そのために、入院治療の導入には、目標や適応状況は個々によって異なることから、慎重な検討が必要とされている。また、井口・神尾(2002)は、成人のASの緊急措置入院例の治療過程を詳細に報告し、成育歴のなかで、診断や治療を受けて来なかった場合、精神障害の合併が大きな問題となることや治療につながることで自らの難しさを明らかにしている。つまり、家庭内や地域での行動が、周囲との関係で問題となって初めて医療や福祉につながるということである。家庭内での混乱を家族だけで收拾をつけようとするために疲弊しきった親や家族成員は、公的機関や大学の心理・教育相談の場を求めることが多く、医療には最初から足を運ぶことは少ないからである。もちろん、心理相談が有効ではないわけではないが、他機関との連携をスムーズに取るところとそうでないところでは大きなサービスの差が生まれる場合がある。本稿で取り上げるような対応困難な事例の場合は医療的なケアが優先されることが多いことを鑑みると、実際の親の支援を求める動きと支援の有効性にはギャップが生まれる可能性を考慮して、我々は支援を行う必要がある。

井口(2004)の事例に共通する問題としては、思春期における対人関係におけるいじめや暴力などのPTSD様の症状を抱えていることである。対人関係での傷つきが周囲への暴力的な反応となり、家庭内や地域内での問題につながっている。極端な生活習慣の乱れや易刺激性や易興奮性が高い状態で、周囲は手がつけられない状況が入院の契機となっている。重度の摂食障害を合併

した事例を報告している、天羽ら(2004)は生命の危険性や摂食量の確認をするために、入院治療へと踏み切っている。数少ない事例報告であるが、これらの報告から入院治療は緊急的対応であり、本人だけでなく本人以外の家族の安全を守るためのものであることが明らかである。さらに、井口(2004)は入院治療における留意点として、①入院治療の適応、②家族への対応について詳細に説明している。入院治療の適応について、表1にまとめる。ただし、重要なこととして以下の点も指摘されている。主訴がいずれの場合であっても、入院治療が根本的な改善につながるものではなく、対症療法としての効果しかないことを自覚することである。さらに、先に述べたように入院治療が初めての医療的ケアになることも多い。発達障害が生涯にわたる支援や治療が必要である場合が多いことを踏まえると、そこでの体験がトラウマにならないような配慮が求められる。つまり、入院治療経験が本人にとって、嫌な記憶と残る場合、井口(2004)も指摘しているが、PDDやASの特性上、そのイメージや記憶は長期間残ることが想定されるからである。そのためには、入院かどうかの慎重な検討が求められるのは当然である。

次に家族への対応については以下の点が重視されている。井口(2004)の報告をもとに表2にまとめる。当然ながら、入院を検討する場合には、事前に家族との十分な話し合いを行うことが望まれるが、その要点は家族の困り感に寄り添いながら、その困っている内容についての具体的な把握、またPDDやASの特性を家族に伝えることである。家族への対応についての留意点を表

2にまとめた。この家族への対応が結果的に、家族が問題と感じていたことが、障害特性で変容しにくい部分という理解につながることも多く、心理教育としての効果が期待できる(井口, 2004)。それによって、障害に対する知識や受容が少しずつ進められていくことで、家族が本人に求められることや求められないことの線引きを整理できることにもつながる可能性があるといえよう。先行研究は数例の事例研究のみではあるが、それらから明らかになったこととして、入院治療についてまとめると、入院治療はPDDやASに対する基本的なものではないが、障害傾向をもつ本人が思春期以降になり、主に対人関係における社会的不適応から家庭内や学校において、日常生活全般に支障をきたし、対応が限界に近づいた場合には有効な支援方法の1つとされていることが確認された。ただ、入院治療には個別的な配慮が、定型発達児者以上に求められ、効果が期待できない場合は柔軟に別の対応を用意することも必要となるだろう。また、本人が初めて受信の場合には、告知も含めて難しい対応の影響も考慮しなければならない。さらに、家族への対応でも、同様に入院するまで医療的ケアを受けていない場合は、家族の心理教育と障害受容が並行して行われることになる。

また、生命の危険が疑われる場合は通常の緊急対応と同様に、本人が同意しなくても入院治療が実施されている。天羽ら(2004)の事例では、重度の摂食障害への対応として当たり前のものである。入院後における対応は障害特性を踏まえた行動療法的な治療が功を奏しているが、入院時には特別な対応はなされていない。障害有無よ

り、命を救う当たり前の治療がなされることが前提となっているのは言うまでもない。

D. 考察

海外の先行研究においては、反社会的行動と発達障害の関連を除いて、知的障害のない発達障害児者における、二次障害としての不登校・ひきこもり、家庭内暴力といった問題行動を扱う研究は少ない。しかも興味深いことに、海外では非行や犯罪とはADHDとの関連を示す知見が多く蓄積されているが、高機能PDDやASと非行との関連をみる研究自体は少ない。一方で、国内では、発達障害の特性に起因した不登校やひきこもり高機能PDDやASにおける非行への傾性や関連を検討する研究が増えている。背景には先述したように日本のマスコミによる偏った報道が、強く影響していることが考えられる。

多くの事例から、対応困難な社会的問題行動が起きるのは、ほとんどが思春期以降であることが明らかとなっており、もともとの発達障害の併存症もしくは二次障害としての精神障害を背景にしていることが確認されている。また事例研究において共通している内容としては、多くがPTSD様の症状を持っていることである。つまり、それ以前の対人関係において、何らかのいじめや暴力被害の体験をしているという実態があるということである。

非行や犯罪などの反社会的行動との関連は配慮する必要があるが、思春期以降の対人関係でのトラブルには、そういった体験が関係していることは理解しやすい。さらには、いじめや暴力被害が直接のきっかけとなり、不登校・ひきこもり、家庭内暴力

などへ対応困難な状況へと移行しやすいことも想像に難くない。そうした結果、支援が必要なときには、人に対する基本的信頼感が欠落していることも多く、より一層対応は困難となる。また同時に、家族機能は破綻しやすいだけでなく、支援を求めるエネルギー自体も枯渇していることも多いため、家族へのケアも必ず求められる。幼少期から支援のラインに乗っている家族より、二次障害の問題行動が顕著になってから初めて支援を求める家族とは、対応が異なってくるのは当然である。

現在のところ体系的な支援・治療が確立されていないことは、先行研究が示すとおりである。併存症や二次障害の個別性を鑑みれば、当然の結果ではあるが、本稿で焦点を当てた入院治療は、実際に有効な治療法の1つとして考えられている。ただし、大規模な縦断研究が実施されていないため、予後については確認できていない。今後は、柔軟な入院治療の枠組みやガイドライン作成が求められるとともに、追跡研究をはじめさらなる研究の向上が必要となるだろう。

E. 結論

結局のところ、早期発見、早期療育が予防につながるというのが、研究者間の一致した見解としか言えないのが現状である。確かに、早期発見や早期療育への関心が高まることで、相対的には困難事例は減少していくと思われるが、一方でそのラインに乗れない対象者が全くゼロになることはないことも確かである。それを踏まえると、今後も教育・福祉支援の横断的改革、医療による新たな支援・治療法の開発、現在の支援・治療法の質的向上がより必要とされ

るだろう。

<文献>

- 相澤雅文 (2004). 高機能広汎性発達障害児(者)と「不登校」「ひきこもり」の臨床的検討 障害者問題研究, 32(2),59-68.
- 天羽 薫・足利 学・山根知子・垣之内鈴子・魚橋武司・堺 俊明 (2004). 重度の摂食障害を合併したアスペルガー障害の一例 藍野学院紀要, 18,43-48.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Greene, R. W., Braaten, E., Doyle, A. E., & Faraone, S.V. (2001). Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 492-502.
- 藤川洋子 (2005). 特異な非行とアスペルガー障害 - 司法機関における処遇例- 臨床精神医学, 34(9),1335-1342.
- 藤川洋子・梅下節瑠・六浦祐樹 (2002). 性非行にみるアスペルガー障害 : 家庭裁判所調査官の立場から 児童青年精神医学とその近接領域, 43(3), 280-289.
- Gillberg C & Billstedt E(2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102(5),321-330.
- 原田 謙 (2002). ADHD/非行・暴力・犯罪への親和性—反抗挑戦性障害・行為障害を含むスペクトル 現代のエスプリ, 414, 163-171.
- 井口英子 (2004) アスペルガー症候群 : 思春期以降の対応 - 入院治療の実際- 精神科治療学, 19(10),1229-1236.
- 井口英子・神尾陽子 (2002) 成人期アスペルガー障害の緊急措置入院例 精神科治療学, 17(7),865-874.
- Kohn Y, Fahum T, Ratzoni G, & Apter A. (1998) Aggression and Sexual Offence in Asperger's Syndrome . *The Israel journal of psychiatry*,35(4),293-9.
- 工藤行夫・宮崎 清 (2005). 執拗に放火を繰り返したアスペルガー症候群の精神鑑定例 臨床精神医学, 34(9),1351-1357.
- Leone, P.E., Zaremba, B.A., Chapin, M.S., & Iseli, C. (1995). Understanding the overrepresentation of youths with disabilities in juvenile detention. *The District of Columbia Law Review*, 3, 389-401.
- 宮本信也 (2010). 発達障害と不登校 東條吉邦・大六一志・丹野義彦 (編) 発達障害の臨床心理学. 東京大学出版, pp. 243-254.
- Mawson D, Grounds A, & Tantom D(1985). Violence and Asperger's syndrome: A case study. *BrJ Psychiatry* 1985,147,566-569.
- Moffitt, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, 61, 893-910.
- Moffitt, T.E. (1993). Life-course-persistent and Adolescence-limited Anti-social Behavior : A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moffitt, T.E., Avshalom, C., Honalee,

- H., & Barry, J.M. (2002). Males on the Life-course-persistent and Adolescence-limited Pathways : Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Office of Special Education Programs. (2003). *Youth with disabilities in the juvenile justice system*. Washington, DC : U.S. Department of Education, Office of Special Education Program.
- 岡田 涼・辻井正次 (印刷中). 国内外における触法障害児者への処遇プログラム (独) 科学技術振興機構(JST) 研究開発プロジェクト名「被害と加害を防ぐ家庭と少年のサポートシステムの構築」平成 21 年度年次報告書.
- 大西彩子・辻井正次 (印刷中). 発達障害と少年犯罪 (独) 科学技術振興機構(JST) 研究開発プロジェクト名「被害と加害を防ぐ家庭と少年のサポートシステムの構築」平成 21 年度年次報告書.
- 斉藤万比古(2000). 不登校の病院内学級中学校卒業後 10 年間の追跡研究 児童青年精神医学とその近接領域 41, 3377-399.
- 杉山(2003). 高機能広汎性発達障害にみられる行為障害と犯罪 そだちの科学, 1, 42-46.
- 杉山登志郎 (2009). そだちの臨床 発達精神病理学の新地平 日本評論社
- 高橋 脩 (2004). アスペルガー症候群・高機能自閉症 : 思春期以降における問題行動と対応 精神科治療学, 19(9), 1077-1083.
- 十一元三 (2004). アスペルガー障害と社会行動上の問題 精神科治療学, 19(9), 1109-1114.
- 辻井正次 (2009). 発達障害のある子どもたちの家庭と学校 (1) - 発達障害があるということ 子どもの心と学校臨床, 1, 89-100.
- 浦野葉子・杉山登志郎 (2010). アスペルガー症候群の併存症 - 二次障害を中心に - 精神科, 16(1),27-31.
- 吉川 徹 (2007). 臨床的特徴とその対応 二次障害 日本臨床, 65(3),464-469.
- 吉川 徹・本城秀次(2004). アスペルガー症候群 : 思春期以降例における症候と診断 精神科治療学, 19(9),1055-1062.

表1. 入院治療の留意点(井口, 2004をもとに作成)

1 双極性障害	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の選択基準や治療方針も定型発達者の場合に準じる必要がある。 ・その症状や経過が典型的ではなく、薬物治療の効果も少ないことが多いので、ASの特性に配慮した対応が求められる。
2 抑うつ症状	<ul style="list-style-type: none"> ・希死念慮を伴うことも多い。 ・緊急入院が考慮されるが、ASの抑うつ症状は長期間にわたり慢性化しているため、入院は一時的な危機介入の意味しかもたないことが多い。
3 ひきこもり(抑うつを伴う)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院という環境で、対人刺激に晒されることになり、さらに焦燥感を強め状態を悪化させる場合がある。 ・入院が休息の意味を持たず、薬物療法も対症療法的な役割にしかならない。
4 不登校や家庭内暴力	<ul style="list-style-type: none"> ・AS特性との関連が深く暴力が反復されている場合は、その状態にある本人に内省を促すことは無効である。 ・環境を変え、生活パターンを崩した上で、いかなる理由があっても暴力はいけないということをルールとして教えることが、有効となることが多い。

表2. 家族対応についての留意点(井口, 2004をもとに作成)

1 家族からの聞き取り	<ul style="list-style-type: none"> ・問題と感じていることを明確にする。 ・入院治療に何を望んでいるかを明確にする。 ・緊急入院の場合や、入院中に診断が見つかる場合は、面接の回数を増やし、情報共有や方向性について確認を怠らないこと。
2 家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・障害特性について説明し、根本的な治療は不可能であることを伝える。 ・家族が問題と感じている事柄についても、入院治療で改善できる部分とできない部分があることを伝える。 ・入院することでのネガティブな側面、可能性も伝える。
3 退院前の注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・本人と家族と治療者との合同の面接の場を設ける。 ・家族から本人に守ってもらいたい約束事を、口頭だけでなく、箇条書きにして書記化して説明する。 ・本人からも家族に、守ってもらいたい事柄を伝えてもらい、家族が守れることのみを約束する。

厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉研究事業)

(主任研究者 井上雅彦)

分担研究報告書

海外における強度行動障害を評価する尺度に関する調査

分担研究者	安達 潤	北海道教育大学
研究協力者	萩原 拓	北海道教育大学
	大久保賢一	北海道教育大学

研究要旨

我が国で言う「強度行動障害」を評価すると思われる海外の評価尺度を探索し、その概要をレビューした。対象とした評価尺度は Adaptive Behavior Assessment System-II (Harrison & Oakland, 2003)、Scales of Independent Behavior-Revised (Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1996)、Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition(Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005)の3つと、問題行動に焦点を当てた数少ない尺度であり日本語版が出版されている、異常行動チェックリスト日本語版(小野,2006)である。探索の過程で、海外には強度行動障害に該当する概念が存在しないこと、強度行動障害の状態像は個々の適応が損なわれた状態として扱われていること、そのため適応尺度の中の幾つかの部分項目としてチェックされていることが明らかとなった。上記4つの評価尺度を検討した結果、やはり評価尺度自体として問題行動に焦点を当てた尺度である「異常行動チェックリスト」(日本版)が、我が国で言う「強度行動障害」を障害種や知的障害の有無を越えて評価する可能性を持っていることが示された。

I. はじめに

アメリカをはじめとする英語圏では、著しい問題行動・ふるまいは主に以下のような言葉で表される。

- Problem Behaviors
- Severe (Problem) Behaviors
- Maladaptive Behaviors
- Challenging Behaviors

これらの言葉それぞれが明確に定義をされているわけではなく、言葉が使用される環境や人によって、対象となる行動の種類も大きく変化する。問題行動を評価する多くの尺度やチェックリストは評価する行動を、「外向性問題 (external problems)」と「内向性問題 (internal problems)」と大きく二つのカテゴリーに分けている。たとえば、我が国が強度行動障害とカテゴライズしている行動の多くは外向性の問題行動

に含まれる。内向性の問題行動には、無関心やひきこもり、うつや不安などの気分障害に関連するものが含まれる。

英語圏における、支援や臨床的サービスが必要な問題行動とは、重度の知的障害をもつ人々に見られる、つまり強度行動障害にリストされる行動から、反社会的行動、つまり非行、薬物乱用、犯罪など、知的障害を持たない人々に多く見られる行動まで、日本における場合と比較すると幅広い。また、それらの行動は、強度行動障害のように「障害」としてカテゴライズはされておらず、あくまでも何らかの障害や問題によって見られる「行動」として扱われている。本調査においても、日本でいう強度行動障害に合致した行動のみを評価するツールは海外では見つかなかつた。一番近いものと思われるものとして、異常行動チェックリストが挙げられる。また、海外には問題行動を比較的簡単に捉えることの出来るチェックリストが多く存在するが、臨床や教育・支援においては、行動の問題を個人の生活や環境の視点で捉えることが多く、特に自閉症スペクトラム障害をはじめとする発達障害の問題行動は、環境に対する適応状態として評価されることが多いようである。

海外では、強度行動障害に含まれるような行動は、適応行動を評価する尺度に含まれていることが多い。適応行動とは、一般的に、個人が環境におけるニーズを自己調整するスキルを指し、社会、成熟度、発達レベルによって大きく左右されるものである (Hagiwara et al., 2007)。適応行動尺度では、問題行動は主に不適応行動 (maladaptive behaviors) として扱われて

おり、ひとつの適応行動尺度で適応、そして不適応行動の両方が評価できるものとなっている。また、それらの尺度は、評価対象者をよく知る回答者 (例えば保護者) が記入回答、もしくは面接によって回答する形式をとっているものが多い。さらに、それらの多くが高い妥当性を持って標準化されており、代表的な認知機能検査 (ウェクスラー検査など) や他の標準化検査との比較も容易に出来るようになっているのが特徴である。

本調査では、海外、特に英語圏においてよく使われる3つの適応行動尺度、

Adaptive Behavior Assessment System-II (Harrison & Oakland, 2003)

Scales of Independent Behavior-Revised (Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1996)

Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005)

および、問題行動に焦点を当てた数少ない尺度であり日本語版が出版されている、異常行動チェックリスト日本語版 (小野, 2006) をレビューした。

II . ABAS-II (Adaptive Behavior Assessment System-II)

1. 適応行動尺度の開発に関する背景と動向

「成熟した人」には、家庭場面、学校場面、職場、社会的場面やコミュニティにおいて十分な責任を果たすことが期待される。数世紀前、その質は「知能」として捉えられていたが、現在、その質は「適応行動」

という概念によって捉えられている。精神遅滞 (mental retardation) についてアセスメントする際にも、1970年代からは、適応行動の評価が重要視されるようになったが、それ以前は、知能の評価に重点が置かれていた (Harrison & Oakland, 2003)。

適応行動を評価するためのテストの開発と使用は、20世紀前半から行われている。例えば、Doll (1937, 1953) は Vineland Social Maturity Scale を開発した。このテストは、子どもに直接実施するスタンフォード・ビネー検査とは異なり、子どもをよく知る人に対して聞き取りを行うことにより実施する。しかし、Vineland Social Maturity Scale の使用は、それほどには普及しなかった。それは、1) 適応行動の問題が「できない」からなのか「やりたくない」からなのかをきちんと区別できない、2) 「環境」や「機会」を考慮に入れていない、3) 聞き取りによって、その人の「最高の状態のスキル」をアセスメントすることが十分な精度を保証しているとはいえない、という批判があったためであった。

そのような動向がありつつも、米国においては、特にアフリカ系アメリカ人の子どもたちが、知能検査の結果にのみ基づき、過度に「精神遅滞」と診断されることに対して懸念が示されるようになる (Harrison & Oakland, 2003)。そして、精神遅滞の区分は、知能にのみ拠るべきではない (Mercer, 1972) という主張が主流となり、「適応行動」の概念を考慮に入れることの重要性がより強調されるようになった。

1992年にAAMR (the American Association on Mental Retardation) は、幅広く明確な「適応行動」の定義を作成す

るのに主要な役割を果たし、その後、いくつかの適応行動尺度が開発された (例えば、AAMR Adaptive Behavior Scale Second Edition, Lambert et al., 1993 ; Scales of Independent Behavior-Revised, Bruininks et al., 1996 ; Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition, Sparrow et al., 2005) (なお、AAMRは、2007年にthe American Association on Intellectual and Developmental Disabilities : AAIDDへと名称を変更している)。ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003) は、AAMR (1992) の流れを汲む適応行動尺度の1つである。

2. ABAS-IIのアセスメント方法

1) ABAS-IIにおける5つの評価フォーム
ABAS-IIでは、回答者と対象者の生活年齢の組み合わせにより、5種類の評価フォームを使い分ける。それぞれの評価フォームについて Table 1 に示す。

2) ABAS-IIが評価する内容

それぞれのフォームには、3領域に渡る10の適応スキルのアセスメントが含まれる (Table 2 参照)。これは、AAMR (1992, 2002) が示した「適応行動」の理論的基盤に基づく。

3) ABAS-IIの適用範囲

ABAS-IIは、多様な場面における様々な問題に対して適用可能であり、その対象は精神遅滞や発達障害に限られるわけではない。例えば、アルツハイマータイプの認知

症、注意欠陥障害、自閉症スペクトラム障害、行動障害、発達の遅れ、情緒障害、学習障害、身体障害や感覚障害、神経心理学的な障害のある者に対しても適用可能である。

ABAS-IIは、適応行動における長所と短所を明らかにし、どのようなサービスやサポートが必要かということを含む介入計画や治療計画の基盤を提供する。また、そのデータは、研究を行う際やプログラムの有効性を評価する際にも有用である。

4) ABAS-IIの実施

回答者は自分で質問項目を読み、自分一人で評価を行う。原則的に回答者は一度で全ての質問項目に回答しなければならない。質問項目は6年生程度のリーディングスキルがあれば読むことができるが、必要であれば、専門家が回答者に読んであげてもよい。誰を回答者にするのかという選択には慎重になる必要があり、対象者をよく知る人物であることが求められる。ある回答者は対象者の一部の領域のスキルについてだけ詳しい場合があるが、その場合、他の回答者の情報と統合する必要がある。複数の回答者、複数の場面からの情報に基づくとき、ABAS-IIの価値は高まる。専門家はアセスメントの妥当性を高めるために回答者とレポートを築きコミュニケーションを取る。ABAS-IIを実施する理由も説明する。そして、回答に関することについて理解しているかどうかを確かめ、随時質問を受け付ける。

回答者は各項目について0から3の4段階評価を行う。0は対象者が項目に示されたことをできないということを示し、でき

る場合は1～3で評価する(1:全くあるいはほとんどできない、2:時々できる、3:いつもあるいはたいていはできる)。

回答者は評価が「実際の観察に基づくもの」なのか「推測に基づくもの」なのかを問われる。もし推測に基づく場合は、「Check If You Guessed」の欄にチェックを入れる。評価は回答者の主観が入るので、必ずしも正確ではないという制限があることに気をつけなければならない。

5) 得点化と結果の算出

各スキル領域で4つ以上「Check If You Guessed」のチェックがついている場合は、評価に慎重になるべきである。なぜ「推測」なのかを回答者とディスカッションすれば、項目に明確な点数をつけることができる場合もある。回答者が対象者に対する十分な情報を持っていないと判断できる場合は、違う回答者を選定することを検討する。

結果の算出には、それぞれのフォームにおいて標準化されたスコアを用いる。まず、得点を足してそれぞれのスキル領域の素点を算出し、それを換算点(scaled score)に変換する(平均10、標準偏差3)。そして、換算点を足して標準点(standard score)を算出する(平均100、標準偏差15)。標準点は正規分布に近くなる。信頼区間は90%と95%がある。

それぞれの領域(DomainとArea)と全体の結果は、Very Superior, Superior, Above Average, Average, Below Average, Borderline, Extremely Lowに分類される(例としてTable 3に全体の評価法を示す)。

個人内における換算点の平均と各スキルの換算点を比較することにより、適応行動

の長所と短所を知ることができる。また、**ipsative** 分析をすることにより、個人内の得点の変動 (**fluctuation**) を知ることができる。点数からテスト年齢を求めることもできるが (例えば教師フォームにおけるコミュニケーション領域の 59 点は 10 歳 8 ヶ月から 11 ヶ月の平均値)、スキル間の比較ができないことや、同年代の子どもとの比較ができないことなどの制限があるので使用には注意が必要である。

6) 解釈と応用

情報を複数の回答者から得て、その情報に違いがある場合、それがなぜ違うのかを理解することが重要である。個人史、文書、インタビューから得られた情報などの **ABAS-II** 以外の付加的な情報源も重要になる。

ABAS-II の解釈は、**The General Adaptive Composite** (合計点) の解釈から始められる。次に概念スキル、社会的スキル、実用的スキルの 3 つの領域 (**Domain**) の解釈に移り、最後に各スキルの領域 (**Area**) の解釈に移る。

得られた結果を同年齢の平均と比較することができ、対象者の長所と短所を知ることができる。「スコアが低い」ということが、診断やサービス提供の有無に関する判断基準として用いられるかもしれないが、他のアセスメントの情報などと合わせて総合的に判断することが必要である。

長所と短所を知ることが、介入の標的を選定する助けとなる。介入を計画し、介入成果の評価を行うために、**ABAS-II** の特定の領域や項目の情報を用いることもできる。介入は、①現在の環境、あるいは移行先の

環境で必要とされるスキルを同定する、②必要とされるスキルに関連させて、スキルの長所と短所を評価する、③環境から求められるものと現在のスキルの乖離から、優先順位の高い目標を設定する、④目標を達成するための介入計画を立案する、⑤介入を実行する。そして、望ましいスキルが獲得され実際に用いられているかを評価する、というステップで実施される。

III . Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R)

1. 概要

Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R) (**Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1996**) は適応行動 (**Broad Independence**) と問題行動 (**Maladaptive Behavior**) を評価する標準化尺度である。本尺度は、1984 年に出版された **Scales of Independent Behavior** の改訂版であり、特に、米国では心理・教育アセスメントで広く使われている **Woodcock-Johnson: Test of Cognitive Abilities** における **Broad Cognitive Ability** スコアとの比較が出来るようになった。

SIB-R には 283 項目からなる **Full-Scale**、スクリーニングに用いられる **Short Form**、幼児や発達レベルが 8 歳児以下の子どもの評定に適した **Early Development Form** の 3 種類がある。

2. 尺度の構成

SIB-R の適応行動評価は以下の表に示すとおり、4 領域 (**Clusters**) の適応行動によって構成され、それらは 14 の下位領域

(Subscales) に細分化されている(Table4)。上記の領域に含まれる項目は、それぞれ0(全くやらない)～3(指示や助けなしにいつも出来る)の4段階で評価される。

また、SIB-Rの問題行動を評価する領域は4つあり、8つの質問項目で構成される(Table5)。

4つ目の領域、General Maladaptive Indexはすべての質問から評価される。問題行動の質問項目は、それぞれの行動の有無、頻度、程度によって評価される。

3. 評価手順

SIB-Rが評価対象と出来る年齢範囲は0～80歳であり、Full-Scaleを行うには45～60分、Short FormやEarly Development Formには15～20分かかるとされている。評価は評価対象者をよく知る者におこなわれる構造化された面接による方式、または直接チェックしてもらおうチェックリスト方式が選べる。

4. スコア

SIB-Rの適応行動評価では、平均値=100、1標準偏差=10の標準スコアが得られる。Bookletには標準スコアとパーセンタイル値の対応表が各領域に示されている。問題行動のスコアは、各領域とも、標準(+10～-10)、軽度な問題(-11～-20)、中度の問題(-21～-30)、問題(-31～-40)、重度の問題(-41以下)に分類される。また、SIB-Rは適応行動と問題行動の評価からSupport Scoreを導き出すことが可能であり、評価対象者に必要な支援の度合いを「必要なし、または非定期」から「広範的」まで示すこ

とが出来ると出来る。

IV. Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II)

1. 概要

Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II) (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005)は適応行動を面接形式で評定する尺度であり、米国で標準化されている。Vineland-IIは特に広汎性発達障害(PDD)をもつ人々のアセスメントに用いられることが多く、PDD研究における対象者の特性調査にもよく用いられている。2005年に出版された本尺度は第2版であり、American Association on Mental Retardation (AAMR, 2002)やDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR, APA, 2000)などの最新の診断基準に合わせた大幅な項目の修正と、再標準化が行われた。また、Vineland-IIは特に高機能PDDの適応行動評価が強化されている(Hagiwara et al., 2007)。

Vineland-IIには、保護者との面接形式をとるSurvey Interview Form、保護者が記入回答するParent/Caregiver Rating Form、教師が記入回答するTeacher Rating Formの3つの形式があるが、若干の質問項目や評定領域の差異はあれ、基本的には同様の評価がなされるように構成されている。

2. 尺度の構成

Vineland-IIは以下の表のように、5つの

領域における適応行動を評価し、それぞれの領域は下位領域に細分化されている (Table6)。

運動スキル領域は 6 歳までが評価対象になっている。我が国で言う、強度行動障害に類する適応行動評価は主に不適応行動領域で評価される。

3. 評価手順

Vineland-II の評価可能な年齢範囲は、0～90 才までであり、特に適応行動発達が非常に早い 0～3 歳においては微細な評価が可能になっている。本尺度には 3 種類の評価形式があるが、一般的に利用され、また筆者にも推奨されている形式が **Interview Form** である。**Interview Form** では、評価対象者を日常的によく知っている人、一般的には保護者等の肉親、配偶者に評定者が面接を行い、スコアリングされる。本尺度は、その面接手法が他の評定尺度と比べて特徴的であり、半構造化面接手法 (**Semistructured Interview**) が推奨されている。この手法では、項目に沿って質問していくのではなく、評価対象者に関する全体的な質問から項目に合った質問へと移行していき、そのため質問の順番は必ずしも記録用紙に従わなくてもよいとされている。この半構造化面接手法で行った場合と、記録用紙の質問項目に従って面接を行った場合のスコアリングの差は数値的には大差がないと思われるが、臨床的情報量は前者の方が多く得られることは当然であり、**Vineland-II** の筆者も適応行動評価はスコアの評価のみでなされるものではないと強調している。**Interview Form** の面接時間は

20～30 分とされているが、評価対象者の年齢や障害などによって、おおきく違ってくる。

4. スコア

Vineland-II は、他の一般的な標準化検査との相互性を高めるために、平均値=100、1 標準偏差=15 の標準スコアが各領域および、総合的評価となる **Adaptive Behavior Composite** において得ることができる。また、下位領域も平均値=15、1 標準偏差=3 の **v-Scale Score** と呼ばれる標準スコアが算出される。

不適応行動領域の評価は他の領域と異なり、この下位領域共に **v-Scale Score** が算出され、「重要事項」の下位領域においては一つ一つの項目において、行動の頻度とその強度が評価され、標準スコアは得られない。

一般的な標準化検査と同様に、標準スコアは、パーセンタイル順位、**Age Equivalent**、**Stanine** に換算することが可能であり、また、スコアの程度を表す、**Low**、**Moderately Low**、**Adequate**、**Moderately High**、**High** の 5 段階が用いられ、不適応行動領域では、**Average**、**Elevated**、**Clinically Significant** が用いられる。

5. Vineland-II に含まれる障害種

Vineland-II は障害の有無にかかわらず、すべての人を対象に評価が可能であるが、現在の第 2 版に改訂した際、以下の障害種が標準化サンプルに加えられている。

- **attention-deficit/hyperactivity disorder** (注意欠陥・多動性障害)
- **autism-nonverbal** (自閉症 (非言語))
- **autism-verbal** (自閉症 (言語可能))

- ・ emotional or behavioral disturbance (情緒および行動障害)
- ・ deafness/hard of hearing (聴覚障害)
- ・ learning disability (学習障害)
- ・ mental retardation mild (知的障害 (軽度))
- ・ mental retardation-moderate (知的障害 (中度))
- ・ mental retardation-sever/profound (知的障害 (重度))
- ・ visual impairment (視覚障害)

V. ABC-Jについて

異常行動チェックリスト日本語版 (ABC-J) (小野,2006) は Aman と Singh が 1986 年に発表した異常行動チェックリスト (Aberrant Behavior Checklist: ABC) の 1994 年改訂版である ABC-C (ABC-Community) の日本語版である。ABC は施設に入所している知的障害のある人たちに対する治療や支援の効果を確認することを念頭に作成され、0「問題なし」から 3「極めて問題あり」の 4 段階評価による 58 項目で構成されるチェックリストである。これら 58 項目は 5 つの因子構造を持っており、因子 I は「興奮性・焦燥・泣き叫ぶ」で 15 項目、因子 II は「無気力・社会的ひきこもり」で 16 項目、因子 III は「常同行動」で 7 項目、因子 IV は「多動・不服従」で 16 項目、因子 V は「不適切な言語」で 4 項目となっている (Table7)。

また ABC のスコアは Slosson 知能検査のスコアとは低い関連性しか示さないが、Fairview 自立尺度や Vineland 社会成熟尺度、AAMD 適応行動尺度といった適応行動尺度のスコアとは中等度の関連性を示すこ

とが知られている。ABC の実施方法は簡便であるが、評価者間信頼性の研究から、研究など厳格な評価が求められる場合には、(1)スケール使用に先だつてマニュアルを熟読すること、(2)調査実施に先立って評価者間で項目の意味のわからない点を明らかにしておくこと、(3)可能な限り同一の対象者を同一の評価者が評価することが推奨されている。

ABC は標準化プロセスにおけるデータ収集の対象者が中等度から最重度の知的障害を持つ成人であり、当初は入所施設などで成人を対象に活用されていた。しかしその後、地域での使用ニーズが求められる中で、項目の言語表現を修正し、学校や作業所などの入所施設以外の地域のさまざまな場面でも改訂され、1994 年に ABC-C として発表されている。ABC-C の標準化プロセスでは、データ収集の対象者年齢を 6 歳以上に拡大し、より汎用性の高い異常行動チェックリストとなっている。なお、ABC の因子構造は ABC と同じに保たれている。また ABC-C は高機能・非高機能といった知的水準の区別なく、さまざまな年齢の広汎性発達障害児者の行動問題に関わる研究に使用されている (Akhondzadeh et al.,2008; Cuccaro et al.,2007; Lopez et al.,2005)。

ABC-J は以上の ABC および ABC-C を背景とし、我が国で使用できる異常行動チェックリストとして ABC-C の日本語版として作成されたものである。標準化は知的障害児者施設に入所している中等度から最重度の知的障害を持つ 5 歳以上の児者が対象となっている。なお、その因子構造はほぼ ABC-C と同等であり、同じ因子構造を持つものとして活用することに問題のないこと