

分担研究報告書

成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 分担研究者 | 内山 登紀夫（大正大学）            |
| 研究協力者 | 鈴木 さとみ（大正大学）            |
|       | 宇野 洋太（よこはま発達クリニック・大正大学） |
|       | 蜂矢 百合子（よこはま発達クリニック）     |
|       | 松浦 直巳（三重大学）             |
|       | 佐々木 康栄（よこはま発達クリニック）     |
|       | 高梨 淑子（よこはま発達クリニック）      |
|       | 川島 慶子（福島大学）             |

【研究要旨】

知的障害のない自閉症スペクトラムの成人 131 名に M. I. N. I 精神疾患簡易構造化面接法を行い、合併する精神疾患にタイプについて調査した。さらに自閉症特性の強さ、合併する ADHD 特性、QOL、過去の逆境体験など養育環境についても調査した。

その結果 131 名中 77 名の合併診断があり、不安障害群、抑うつ障害群が多かった。もっとも頻度が高かったのは全般性不安障害で 19%に認められた。

現在の QOL は FIQ、PARS 現在得点との相関は認められなかった。一方、過去の逆境体験、レジリエンスと相関があった。

M. I. N. I 診断数は自閉症特性の強さより合併する ADHD 特性、過去の逆境体験やレジリエントな体験と相関していた。性差については男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高くなることが示された。男女を比較すると総じて女性の QOL のほうが低かった。

ASD 成人の治療を行う際には精神科的合併症と併存する ADHD 症状を把握することの必要性である。また児童期の ASD の支援において逆境体験を避けレジリエントな環境を維持することが有効であると考えられた。

A.研究目的

本研究では成人期の自閉症スペクトラム患者の臨床的特徴を明らかにすることを目的とする。近年、成人期以降に初めて診断される事例が少なく、それらの症例の多くは知的障害のない正常知能例である。成人期の正常知能の自閉スペクトラム症に関する研究報告の多くは認知心理学的、

画像、遺伝などの生物学的研究であり、臨床的な視点からの研究報告は少ない。例えば、英国の疫学調査(Brugha, McManus et al. 2011) (Brugha et al 2014)では、成人期の自閉スペクトラム症の有病率は 1%程度であること、また、多くの自閉スペクトラム症の成人は孤立的な生活をしており、十分な臨床心理的、医療的、福祉的支援がなされてい

ないことが指摘されている。

## 1. 精神科的合併症

成人 ASD の精神科的合併症については多くの報告がある (Hand, Angell, Harris, & Carpenter, 2020) (Huang, Arnold, Foley, & Trollor) (Hofvander et al., 2009) (Russell et al., 2016)。共通するのはうつ病と不安症の合併が高いことである (Huang et al.) (Hollocks, Lerh, Magiati, Meiser-Stedman, & Brugha, 2019)。Hollocks ら (Hollocks et al., 2019) のレビューによれば、成人 ASD におけるうつ病の時点有病率、生涯有病率の統合推定値は、それぞれ 27%, 42% であり、不安障害については、それぞれ 23%, 37% であった。これらの研究は対象も方法も異なるが、全て海外の調査で有り、我が国における報告は筆者らの知る限りない。ASD に、なぜうつ病や不安症が合併しやすいのかについては多くの議論がある。例えば、症状にオーバーラップがある、自閉症特性を持ちながら暮らすことが抑うつや不安をもたらす、原因に共通項があるなどである。うつ病の既往のある成人は、そうでない人と比較して ASD 傾向が強いという報告 (Geurts, Stek, & Comijs, 2016) や一般人口においても抑うつ症状と自閉症特性の関係が深いとの指摘があり (Kanne, Christ, & Reiersen, 2009)、抑うつと ASD の関係は深いのかもしい。

ASD 特有の認知障害 (Hollocks et al., 2019) や感覚過敏 (Wigham, Rodgers, South, McConachie, & Freeston, 2015) の影響が議論されてきた。過去、現在の逆境体験やいじめが重視されてきており (Taylor & Gotham, 2016)、ASD に特化したネガティブなライフイベントの質問紙も開発されている (Griffiths et al., 2019)。

## 2. QOL

ASD 成人の QOL についても多くの知見がある (Saldaña et al., 2009) (Moss, Mandy, & Howlin,

2017) (Kamio, Inada, & Koyama, 2013) (砂川, 2019) が多くの調査で一般より低いことが指摘されてきた。QOL に関連する要因としてと精神科的合併症や性差、ASD 特性の強弱などが検討されてきた。

我が国では成人の多数例を対象にした検討は少なく、成人期自閉スペクトラム症の人の適切な医療・心理面、福祉支援を行うための基礎的なデータの蓄積が必要である。そこで、われわれは、これまで我が国で知見の乏しかった正常知能の成人期の自閉スペクトラム症の人の実態を臨床的側面から明らかにしようとした。特に重視したのは①自閉スペクトラム症の人の精神科的合併症のタイプと頻度、②彼らの QOL、③精神科合併症や QOL と関連した要因の検討を行うことを目的とした。男女差についても検討した。精神科合併症と関連した要因については現在の自閉症特性や ADHD 特性、幼児期の自閉症特性や過去の逆境体験の有無を調査した。

## B: 研究方法

### 1. 対象

よこはま発達クリニックにおいて ASD の診断を受けた 20 歳以上、かつ知的の遅れのない者を対象とした。診断した医師は内山、宇野、蜂矢、高梨であり全員が発達障害を専門とする児童精神科医である。さらに WAIS-III 知能検査で FIQ が 70 以上であること、研究参加時に 20 歳以上であること、十分な説明ののちに研究に同意しているケースを対象にした。

なお、検査や質問紙を依頼する際には本人、家族の意向に十分配慮し、無理のない範囲での調査を行った。

### 2. インタビューによる調査

a. M.I.N.I 精神疾患簡易構造化面接法 (Sheehan, 2003) 日本語版

DSM-IVと ICD-10 などの国際的診断基準に対応した精神障害の診断のための短時間で施行可能な構造化面接である。診断は、大うつ病（過去・現在）、気分変調性障害、自殺の危険、（軽）躁病（現在）（過去）、パニック障害、広場恐怖、社交不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害、アルコール依存、アルコール乱用、薬物依存、精神病性障害、神経性無食欲症、神経性大食症、全般性不安障害、反社会性人格障害に関する評価を行い、実施者は診断アルゴリズムに沿いながら対象者のエピソードがこれらの診断基準に一致するかどうかを判断する。

本研究では、診断基準に該当した数を診断数とし、1つ以上診断のある群を MINI 診断あり群、診断のない群を MINI 診断なし群とした。

#### b. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

DSM-IV に基づいて GAF スコアを主治医が算定した。心理的・社会的・職業的機能の全体的な評価である。評定は精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、1-100 の間のスケールによって評価される。

#### c. 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版 (Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision、以下 PARS と略称する) (一般社団法人 発達障害支援のための評価研究会, 2015)

対象児者の主たる養育者に対して自閉スペクトラム症 (ASD) の発達・行動症状について半構造化面接を通じた評価を行う 57 項目からなる検査である。得点は、0 点から 2 点の間で評価され、幼少期と現在の特性について得点の算出が可能である。診断の目安となるカットオフポイントは成人期の場合、幼児期ピークで 9 点以上、現在評定で 20 点以上とされている。

### 3. 質問紙調査

質問紙については郵送にて送付し、文書にて同

意を得られた者から回答を得た。なお、対面で行う検査については十分に習熟した精神科医、または心理士が担当し、医療機関にて実施した。

#### ①質問紙

実施した質問紙は以下のとおりである。

##### a. WHO QOL-26(折笠, 横山, & 上馬場, 2004)

World Health Organization によって開発された、生活の質を測る質問紙である。「過去 2 週間にどのように感じたか」、「過去 2 週間にどのくらい満足したか」、あるいは「過去 2 週間にどのくらいの頻度で経験したか」について「まったくない」「少しだけ」「多少は」「かなり」「非常に」などの 5 段階で回答し、これらの平均値を算出した。得点が高いほど、生活の質が高いものと解釈することができる。

##### b. SF-12v2 (福原俊一、鈴鴨よしみ, 2015)

SF-12 は、特定の年齢や疾患、治療に限らずに包括的な QOL を測る世界 140 か国以上で使用されている SF-36 質問紙の短縮版である。SF-12 は 12 の質問項目から成り、「身体的側面の QOL」、「精神的側面の QOL」、「役割/社会的側面の QOL」を表す 3 コンポーネント (要素) に要約された得点にあてはめることができる。回答はリッカート式であり、スコアリングを行った後の得点は、得点が高いほど QOL が高いことを表している。国民標準値に基づいたスコアリングが可能であり、日本人の国民標準値との比較が可能である。

##### c. CAARS(Conners et al., 2012)

CAARS は成人期の ADHD のスクリーニングや評価のために作成された尺度である。CAARS 通常版は、自己記入式と観察者評価式の二つのバージョンがあり、それぞれ 66 の項目と 9 つの下位尺度が含まれる。下位尺度は因子分析によって抽出された不注意/記憶の問題、多動性/落ち付きのなさ、衝動性/情緒不安定、自己概念の問題の 4 尺度、

DSM-IVのADHD症状の下位尺度として、不注意症状、多動性-衝動性型症状、総合ADHD症状の3尺度、12項目からなるADHD指標、回答の信頼性をチェックするための矛盾尺度がある。日本語版では大規模サンプルを用いた標準化が行われており、日本語版T得点が算出される。データはT得点あるいはパーセンタイル値を用いて、同年代の一般の人と比較して解釈することが可能である。本調査では通常版の自己記入式（自記式）と観察者評価式（他記式）を用いた。

#### d. ACE 質問紙

小児期の逆境的体験についての質問紙である。ACE Study はアメリカ合衆国の健康保険組合と米国疾病管理センター (Centers for Disease Control Prevention) の大規模な調査で使用され ACE score (逆境的児童期体験の種類) の累積度が高いほどより広汎で深刻な健康上の問題を抱えやすくなること報告されている。ネガティブな体験の累積数が重視されており、体験の累積数を ACE スコアとして評価する。本調査では松浦が翻訳した10項目版を使用した。

#### e. レジリエンス尺度 (Sciolla, et al., 2019)

##### RESILIENCE Questionnaire

本質問紙は2006年にアメリカメイン州オーガスタの幼児養育サービス提供者、小児科医、心理学者らによって作成され、2013年に改訂された。スコアリングシステムは、ACE スタディの質問紙に基づいてモデル化された。質問項目の選定に当たっては、過去40年間の調査報告の文献研究に基づいている。

4つ以上のACEを持つほとんどの人は心身ともにネガティブな状態に陥ることが知られていて、そのような人にレジリエンスを質問することはきわめて重要である。数が多いほど保護的であるとはいえないが、その人の強みを知る上で有用な尺

度である。

#### 4. 分析

WHO-QOL と SF12v2、GAF スコアを成人期のアウトカム指標として用いた。

全ての実施検査について、MINIによる診断のある群とない群の間、および性別間で対応のないt検定を行った。また、指標間での関連を検討するため、Pearsonの相関係数を求めた。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、大正大学倫理委員会の審査・承認を得て実施された。

研究の意義・目的、方法、被験者が被りうる不利益及び危険性について被験者に書面にて説明を行い、文書にて研究の参加に同意を得た。

### C. 研究結果

#### a. MINI 診断の結果 (図1、2)

MINI実施者の131名中、該当するMINI診断があった群は77名、診断がなかった群は54名であった。診断の内訳は、全般性不安障害(25名; 19.1%)、自殺の危険(23名; 17.6%)、社交不安障害(18名; 13.7%)、強迫性障害(16名; 12.2%)、パニック障害(16名; 12.2%)、大うつ病(現在)(15名; 11.5%)、大うつ病(過去)(12名; 9.2%)、広場恐怖(12名; 9.2%)、(軽)躁病(過去)(12名; 9.2%)、外傷後ストレス障害(7名; 5.3%)、躁病(現在)(5名; 3.8%)、気分変調性障害(4名; 3.1%)、神経性大食症(4名; 3.1%)、精神病性障害(2名; 1.5%)、神経性無食欲症、アルコール依存、アルコール乱用については1名ずつ、0.8%であった。

薬物依存、社会性人格障害については該当するものはなかった。

#### b. GAF 尺度

GAF は 89 名 (男性 64 名 : 女性 25 名) に実施した。平均得点は 53.46、標準偏差は 11.83 であった。

#### c. PARS-TR

PARS は 48 名 (男性 38 名 : 女性 10 名) に実施した。幼児期ピークの平均得点は 26.08、標準偏差は 14.31、現在の平均得点は 22.69、標準偏差は 10.72 であった。

#### d. WHO-QOL,

QOL については 120 名 (男性 87 名 : 女性 33 名) から回答を得た。平均得点は 3.07、標準偏差は 0.63 であった。

#### e. SF-12v2

SF-12v2 は 59 名 (男性 38 名 : 女性 21 名) から回答を得た。身体的側面の平均得点は 47.92、標準偏差は 14.12 であった。精神的側面の平均得点は 48.67、標準偏差は 9.91 であった。役割社会的側面の平均得点は 35.97、標準偏差は 15.06 であった。

#### f. CAARS

自記式については 84 名 (男性 59 名 : 女性 25 名) から回答を得た。他記式については 74 名 (男性 53 名 : 女性 21 名) から回答を得た。自記式の不注意/記憶の問題の平均得点は 63.29、標準偏差は 14.18、多動性/落ち着きのなさの平均得点は 56.46、標準偏差は 12.49、衝動性/情緒不安定の平均得点は 59.49、標準偏差は 14.22、自己概念の問題の平均得点は 58.75、標準偏差は 11.12、DSM-IV不注意型症状の平均得点は 64.90、標準偏差は 14.11、DSM-IV多動性-衝動性型症状の平均得点は 59.31、標準偏差は 13.00、DSM-IV総合 ADHD 症状の平均得点は 63.55、標準偏差は 13.33、

ADHD 指標の平均得点は 64.77、標準偏差は 12.66 であった。

他記式の不注意/記憶の問題の平均得点は 65.18、標準偏差は 13.77、多動性/落ち着きのなさの平均得点は 59.22、標準偏差は 15.89、衝動性/情緒不安定の平均得点は 60.58、標準偏差は 15.19、自己概念の問題の平均得点は 65.27、標準偏差は 14.36、DSM-IV不注意型症状の平均得点は 70.03、標準偏差は 15.23、DSM-IV多動性-衝動性型症状の平均得点は 59.93、標準偏差は 15.25、DSM-IV総合 ADHD 症状の平均得点は 67.04、標準偏差は 14.85、ADHD 指標の平均得点は 65.57、標準偏差 13.36 であった。

#### g. ACEs

ACEs は 59 名 (男性 38 名 : 女性 21 名) から回答を得た。平均得点は 1.07、標準偏差は 1.51 であった。分布は 0 が 30 人、1 が 14 人、2 が 6 人、3 が 4 人、4 以上が 5 人であった。

#### h. レジリエンス尺度

レジリエンス尺度は 59 名 (男性 38 名 : 女性 21 名) から回答を得た。平均得点は 30.92、標準偏差は 9.31 であった。

次に ASD 成人の合併症の有無、性別によって QOL、不注意特性などの影響について検討した。

#### i. 合併症の有無による比較

MINI 診断の有無による各検査の平均値の差を検討するため、WHO QOL-26、SF-12v2、GAF、PARS、FIQ、レジリエンス、ACE の各検査のスコアを対応のない  $t$  検定によって比較した。その結果、QOL 平均 ( $t(115.66)=5.51, p<.01$ )、SF-12v2 の下位尺度である役割社会的側面 ( $t(54)=4.14, p<.01$ )、ACE ( $t(45.29)=-3.77, p<.01$ ) において有意な差が認められた。すなわち、QOL 平均、役割社会的側面は診断のない群の方が有意に高かった。ACE については診断数と中程度の相

関があることが示された。(  $r=0.407, P<0.05$  )。

#### j. 性別による比較

男女間での各検査の平均値の差を検討するため、WHO QOL-26、SF-12v2、GAF、診断数、PARS、FIQ、レジリエンス、ACEスコア、CAARSを対応のない  $t$  検定によって比較した。その結果、WHO-QOL 平均 ( $t(118)=2.32, p<.05$ )、診断数 ( $t(39.40)=-2.14, p<.05$ )、ACE ( $t(31.93)=-2.15, p<.05$ ) において有意な差が認められた。すなわち、男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高くなることが示された。

一方、SF12v2 は、性差での検討では、「身体的側面」、「精神的側面」、「役割社会的側面」の3コンポーネントすべてにおいて有意差は認められなかった。CAARSでは自記式、他記式とも、総合得点、全ての下位項目に有意差はなかった。

#### k. QOL の検討

WHO-QOL と SF-12v2 をアウトカムとして、QOL と診断などの関連を検討した。

##### ① WHO-QOL と診断などとの関係

FIQ、PARS 現在得点との相関は認められなかった(図3、図4)。MINI診断数( $r=-.446, p<.01$ ) CAARS 自記式 ( $r=-.56, p<.01$ ) CAARS 他記式 ( $r=-.29, p<.05$ ) レジリエンス尺度 ( $r=-.596, p<.01$ ) ACE ( $r=-.527, p<.01$ ) との間で有意な相関が認められた(図5、図6)

##### ②SF-12v2

SF12 の身体的側面の QOL は ACE ( $r=-.301, p<.05$ ) と負の相関がみられた。

診断数、GAF、PARS 幼児期ピーク・PARS 現在、CAARS 自己記入式・観察者評価式、FIQ、レジリエンス尺度、ACE とでは有意な相関はみられなかった。

精神的側面の QOL と PARS の幼児期ピーク得点 ( $r=.457, p<.05$ ) は正の相関が認められたが、

現在得点( $r=-.566, p<.001$ )は負の相関を示した。レジリエンス尺度 ( $r=-.409, p<.001$ ) も相関が示された。CAARSについては、自己記入式では、衝動性/情緒不安定 ( $r=-.441, p<.001$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.352, p<.05$ )、ADHD 指標 ( $r=-.454, p<.001$ ) において、観察者評価式では、衝動性/情緒不安定 ( $r=-.589, p<.001$ )、多動性/落ち着きのなさ ( $r=-.435, p<.01$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.438, p<.01$ )、ADHD 指標 ( $r=-.482, p<.001$ ) において特に有意な相関がみられた。診断数、GAF、FIQ、AQ、ACE とでは有意な相関はみられなかった。

役割・社会的側面の QOL は、診断数 ( $r=-.438, p<.001$ ) とで負の相関がみられた。また、レジリエンス尺度 ( $r=-.384, p<.001$ ) と ACE ( $r=-.443, p<.001$ ) とで負の相関がみられ、レジリエンスの低さ及び小児期の逆境体験の多さは低い役割・社会的側面の QOL と関連していた。CAARSについては、自己記入式では、特に、注意不足/記憶の問題 ( $r=-.512, p<.001$ )、DSM-IV 不注意型症状 ( $r=-.574, p<.001$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.477, p<.001$ )、DSM-IV 総合 ADHD 症状 ( $r=-.587, p<.001$ )、ADHD 指標 ( $r=-.486, p<.001$ ) において、観察者評価式では、特に、注意不足/記憶の問題 ( $r=-.484, p<.001$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.446, p<.01$ )、DSM-IV 総合 ADHD 症状 ( $r=-.470, p<.001$ )、ADHD 指標 ( $r=-.475, p<.001$ ) とで有意な相関がみられた。GAF、FIQ、PARS 幼児期ピーク・PARS 現在、AQ とでは有意な相関はみられなかった。

## D. 考察

### 1. 精神科合併症の種類と頻度について

本調査では全般性不安障害、社交不安障害、パニック障害など DSM-5 パニック障害などの DSM-5 における不安症群が最も多く、強迫性障害、うつ病現在、うつ病過去の順であった。本調査の結果は、Hollocks のレビュー(Hollocks et al., 2019)よ

りもかなり低い。その理由は明らかでないが、多くの事例が長期期間にわたって治療的介入をされていることも要因の可能性がある。

2. 精神科合併症の有無で検討すると、QOL 平均、役割社会的側面で合併症があると有意に低下することが明らかになった。精神科合併症が QOL に影響を与えるのは当然ともいえるが、精神科併存症の早期発見、早期介入が重要(石飛, 荻野, 高橋, 原口, & 神尾, 2015)であり、併存症の存在についての支援者が認識することが必要である。

本調査では精神疾患合併数と過去の養育状態を ACEs とレジリエンス尺度を用いて検討した。

その結果、精神疾患合併数とレジリエンス尺度との相関はなかった( $r=0.18$ )が ACE とは中程度の相関( $r=0.407, P<0.05$ )があった。

精神的健康度は、精神科合併症の診断数や GAF、知能指数とではほとんど相関はなかったが、自閉症特性、ADHD 特性、日常生活上の活動・参加の制限及びレジリエンスとで有意な相関が示された。精神的 QOL の低さは、ADHD 症状のうち特に多動性や衝動性の強さと関連しており、多動性・衝動性を合併している ASD の成人のメンタルや日常生活及び社会参加の遂行上の問題に注意を払う必要がある。なお、PARS の幼少期ピークと PARS 現在では相関が認められたのだが ( $r = .501, p<.001$ )、精神的健康度の高さは、幼児期ピーク時の ASD 特性の強さと相関していた一方、成人期現在の ASD 特性の強さは現在の精神的健康度の低さとでかなりの相関が示され、詳細な検討を行う必要がある。

役割・社会的健康度は、GAF、自閉症特性、知能指数とではほとんど相関はなかったが、精神科合併症の診断数、ADHD 特性、日常生活上の活動・参加の制限、レジリエンス、ACE(幼児期の逆境体験)とで有意な相関が示された。ADHD 症状では、不注意、多動性、衝動性のいずれの症状においても関連が示された。役割・社会的健康度は仕事

や普段の活動の制限の程度を表している。役割・社会的側面の QOL の低い ASD の成人は、精神科合併症の診断数が多く、日常生活及び社会参加の遂行上の問題を抱え、レジリエンスが低く小児期に逆境的体験をしている傾向にあり、生活状況の把握を含めた丁寧な問診やカウンセリングが必要であると考えられる。

ASD の原因は生来性と考えられるが、ASD の成人が精神的合併症を持つ要因として児童期の逆境体験が関係している可能性がある。

性差について

男女間で明らかな差があったのは、QOL、精神的合併症の診断数、ACE スコアであり、いずれも女性の方が重篤であった。

QOL を説明する要因について

QOL に与える要因として生来性要因、養育期要因、発達期の発達障害特性、環境要因、現在の要因として PARS 現在得点、精神的合併症に分けて検討した。生来性の要因は性別、養育期要因は ACEs、レジリエンス尺度、発達期の発達障害特性は PARS 幼児期ピーク、現在の発達障害特性は C A A R D 得点、P A R S 現在得点を用いた。

その結果、現在の自閉症特性、FIQ とも QOL とは相関がなかった。前述のように ACE スコアが相関がみられた。

結論

M I N I 診断数は自閉症特性の強さより合併する ADHD 特性、過去の逆境体験やレジリエントな体験と相関していた。性差については男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高くなることが示された。男女を比較すると総じて女性のほうが QOL が低かった。

ASD 成人の治療を行う際には精神的合併症と併存する ADHD 症状を把握することの必要性

である。また児童機の ASD の支援において逆境体験を避けレジリエントな環境を維持することが有効であると考えられた。

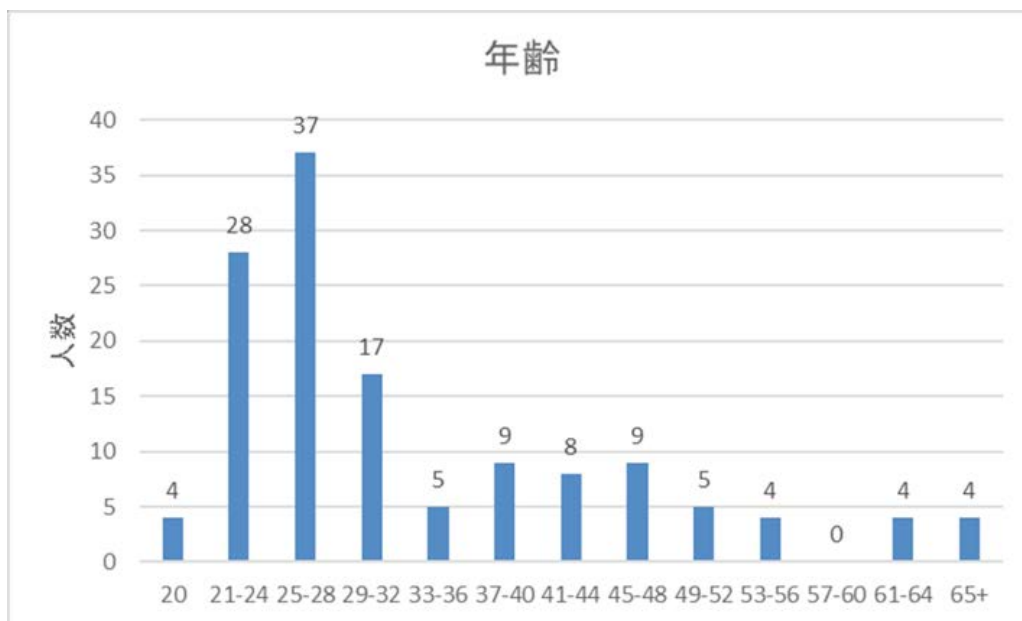


図. 1



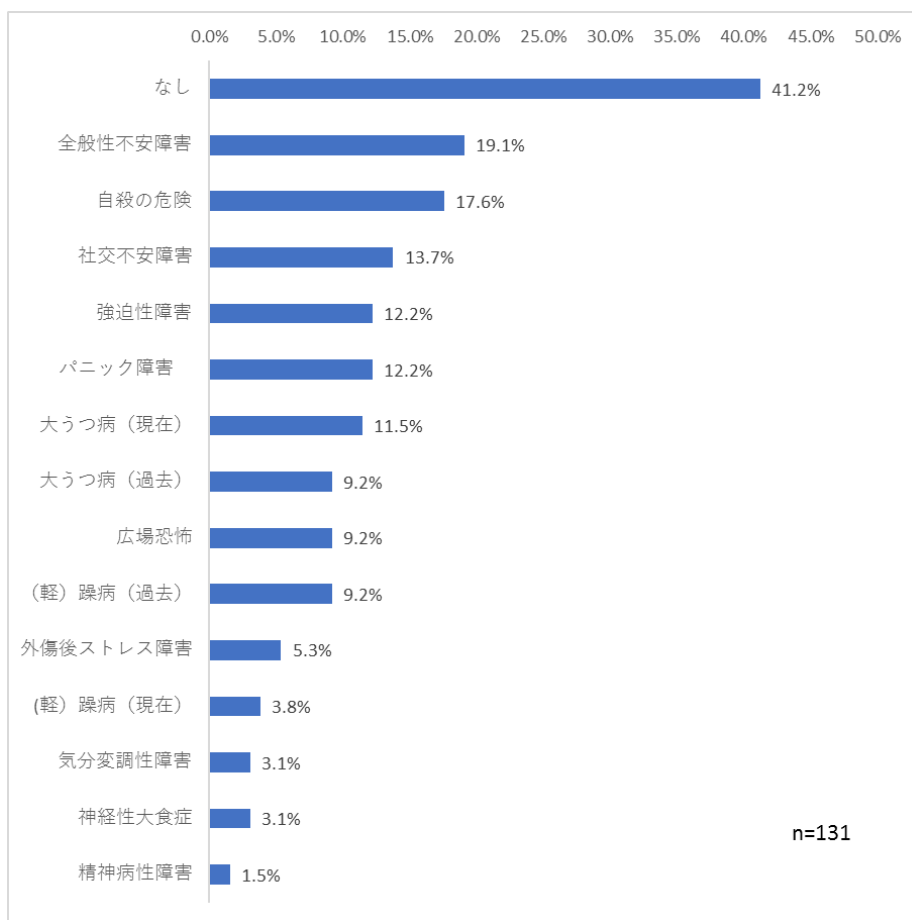


図.2

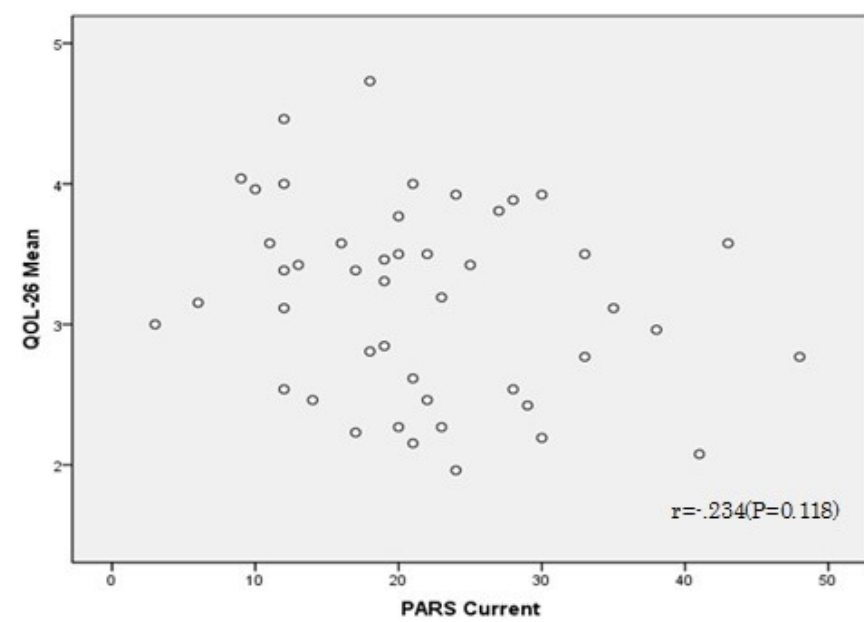


图.3

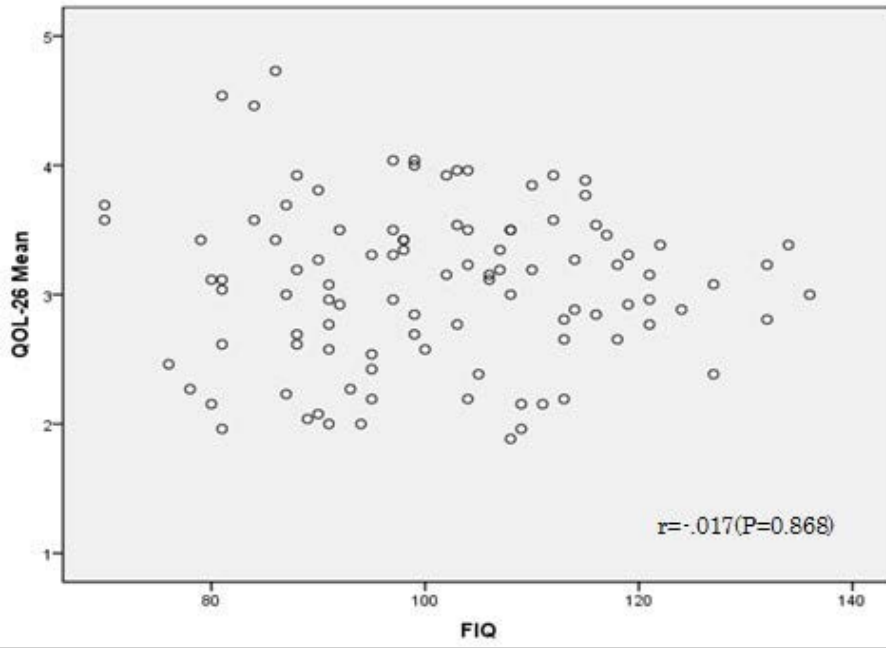


图.4

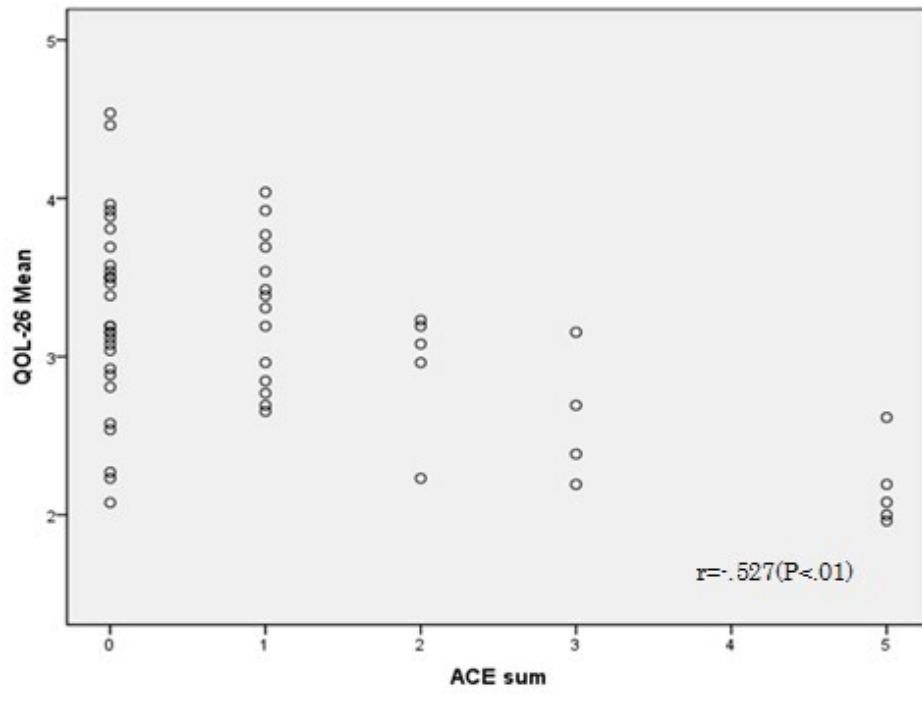


図.5

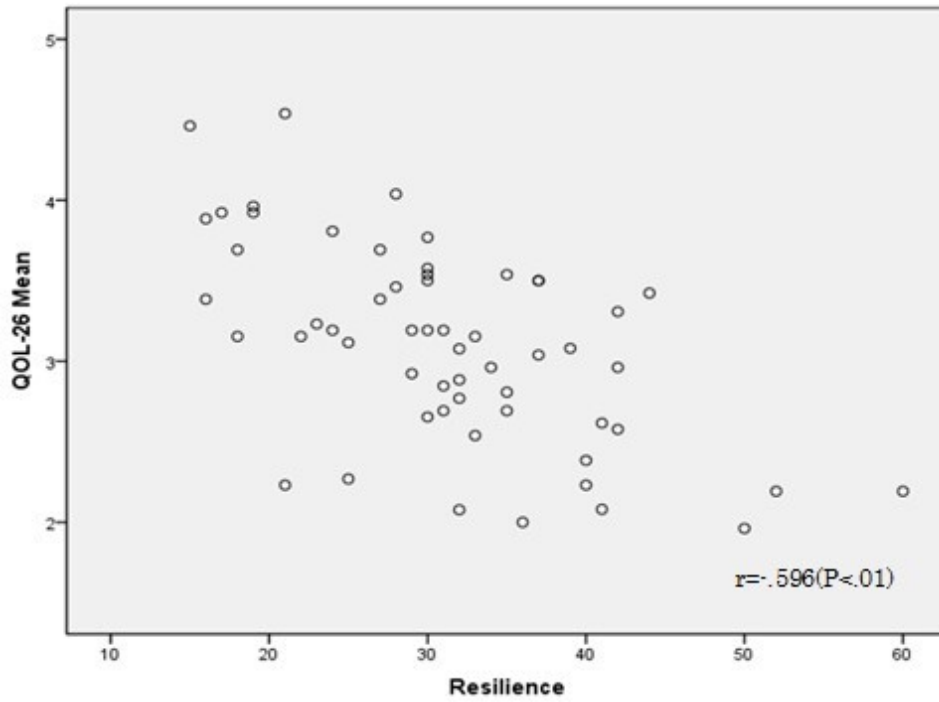


図.6

Pearson の相関係数 :

|      | 診断数     | GAF   | PARS 幼少<br>期ピーク | PARS 現在 | AQ     | FIQ  | ICF    | レジリエン<br>ス | ACE     |
|------|---------|-------|-----------------|---------|--------|------|--------|------------|---------|
| 3PCS | -.15    | .289* | .17             | -.08    | -.02   | .06  | .321*  | -.19       | -.301*  |
| 3MCS | -.06    | .18   | .457*           | -.566** | -.21   | -.01 | .463** | -.409**    | -.23    |
| 3RCS | -.438** | .13   | .23             | -.14    | -.270* | -.15 | .360** | -.384**    | -.443** |

Pearson の相関係数 : SF12v2 と CAARS 自己記入式

|      | 不注意/<br>記憶の間<br>題 | 多動性/<br>落ち着き<br>のなさ | 衝動性/<br>情緒不安<br>定 | 自己概念<br>の問題 | DSM-IV<br>不注意型<br>症状 | DSM-IV<br>多動性-<br>衝動性型<br>症状 | DSM-IV<br>総合<br>ADHD 症<br>状 | ADHD 指<br>標 |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 3PCS | -.05              | -.14                | -.25              | .06         | -.12                 | -.12                         | -.12                        | -.13        |
| 3MCS | -.317*            | -.14                | -.441**           | -.28        | -.23                 | -.352*                       | -.318*                      | -.454**     |
| 3RCS | -.512**           | -.347*              | -.413**           | -.24        | -.574**              | -.477**                      | -.587**                     | -.486**     |

Pearson の相関係数：SF12v2 と CAARS 観察者評価式

|      | 不注意/<br>記憶の問<br>題 | 多動性/<br>落ち着き<br>のなさ | 衝動性/<br>情緒不安<br>定 | 自己概念<br>の問題 | DSM-IV<br>不注意型<br>症状 | DSM-IV<br>多動性-<br>衝動性型<br>症状 | DSM-IV<br>総合<br>ADHD 症<br>状 | ADHD 指<br>標 |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 3PCS | -.08              | -.02                | -.15              | -.04        | .00                  | -.01                         | .02                         | -.02        |
| 3MCS | -.26              | -.435**             | -.589***          | -.29        | -.335*               | -.438**                      | -.405*                      | -.482***    |
| 3RCS | -.484***          | -.406*              | -.432**           | -.351*      | -.422**              | -.446**                      | -.470***                    | -.475***    |

## 文献

- ・ Conners, C. K., Erhardt, D., Sparrow, E., 中村, 和., 染木, 史., & 大西, 将. (2012). *CAARS: 日本語版マニュアル*. 金子書房.
- ・ Geurts, H. M., Stek, M., & Comijs, H. (2016). Autism Characteristics in Older Adults with Depressive Disorders. *Am J Geriatr Psychiatry, 24*(2), 161-169. doi:10.1016/j.jagp.2015.08.003
- ・ Griffiths, S., Allison, C., Kenny, R., Holt, R., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2019). The Vulnerability Experiences Quotient (VEQ): A Study of Vulnerability, Mental Health and Life Satisfaction in Autistic Adults. *Autism Res, 12*(10), 1516-1528. doi:10.1002/aur.2162
- ・ Hand, B. N., Angell, A. M., Harris, L., & Carpenter, L. A. (2020). Prevalence of physical and mental health conditions in Medicare-enrolled, autistic older adults. *Autism, 24*(3), 755-764. doi:10.1177/1362361319890793
- ・ Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., . . . Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry, 9*, 35. doi:10.1186/1471-244x-9-35
- ・ Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med, 49*(4), 559-572. doi:10.1017/s0033291718002283
- ・ Huang, Y., Arnold, S. R., Foley, K.-R., & Trollor, J. N. Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Autism, 0*(0), 1362361320903128. doi:10.1177/1362361320903128
- ・ Kamio, Y., Inada, N., & Koyama, T. (2013). A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism, 17*(1), 15-26. doi:10.1177/1362361312436848
- ・ Kanne, S. M., Christ, S. E., & Reiersen, A. M. (2009). Psychiatric symptoms and psychosocial difficulties in young adults with autistic traits. *J Autism Dev Disord, 39*(6), 827-833. doi:10.1007/s10803-008-0688-x
- ・ Moss, P., Mandy, W., & Howlin, P. (2017). Child and Adult Factors Related to Quality of Life in Adults with Autism. *J Autism Dev Disord, 47*(6), 1830-1837. doi:10.1007/s10803-017-3105-5
- ・ Russell, A. J., Murphy, C. M., Wilson, E., Gillan, N., Brown, C., Robertson, D. M., . . . Murphy, D. G. (2016). The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder in adulthood: A clinic report. *Autism, 20*(5), 623-627. doi:10.1177/1362361315604271
- ・ Saldaña, D., Alvarez, R. M., Lobatón, S., Lopez, A. M., Moreno, M., & Rojano, M. (2009). Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain. *Autism, 13*(3),

303-316. doi:10.1177/1362361309103792

・ Sheehan, D. V. (2003). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.) : 精神疾患簡易構造化面接. *M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法改訂版 [MINI International Neuropsychiatric Interview]*, 17-45. Retrieved from <https://ci.nii.ac.jp/naid/10029088484/>

・ Taylor, J. L., & Gotham, K. O. (2016). Cumulative life events, traumatic experiences, and psychiatric symptomatology in transition-aged youth with autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*, 8, 28. doi:10.1186/s11689-016-9160-y

・ Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H., & Freeston, M. (2015). The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*, 45(4), 943-952. doi:10.1007/s10803-014-2248-x

・ 一般社団法人 発達障害支援のための評価研究会. (2015). *親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版 (arent-interview ASD Rating Scale - Text Revision)*. 東京: スペクトラム出版社.

・ 砂川, 芽. (2019). 成人期に診断を受けた自閉スペクトラム症者の QOL ASD 特性との関連から. *自閉症スペクトラム研究*, 16(2), 53-60. doi:10.32220/japanacademyofas.16.2\_53

・ 石飛, 信., 荻野, 和., 高橋, 秀., 原口, 英., & 神尾, 陽. (2015). 【今日の自閉スペクトラム症、子どもから大人まで】自閉スペクトラム症と精神科的併存症. *臨床精神医学*, 44(1), 37-43. Retrieved from <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2015127152>

・ 折笠, 秀., 横山, 奈., & 上馬場, 和. (2004). 日本語版 WHO-QOL-26 の構成妥当性の再検討. *臨床薬理*, 35(1), 139S-139S. doi:10.3999/jscpt.35.139S

・ 福原俊一、鈴嶋よしみ. (2015). *SF-36v2 日本語版マニュアル*. iHope International 株式会社: iHope International 株式会社.