

# 心理学的見方から

## — ASD のアセスメント

福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室 特任教授  
黒田美保 (くろだ みほ)



### Profile — 黒田美保

千葉大学大学院自然科学研究博士課程単位取得退学 (学術博士)。現在、東京大学大学院医学系研究科博士課程在学中。2005～2006年、ノースカロライナ大学医学部 TEACCH 部門留学後、国立精神神経医療研究センター精神保健研究所研究員、東海学院大学准教授、淑徳大学准教授を経て現職。専門は臨床発達心理学。著訳書は『SCQ (対人コミュニケーション質問紙) 日本語版』、『ADI-R (自閉症診断面接検査改訂版) 日本語版』(いずれも監訳、金子書房) など。

### ASD のアセスメントの視点

自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害 (ASD) は、近年、その有病率は1～2%と報告されており、決して稀な障害ではなく、むしろ、よくみられる (common) 障害といえる。したがって、日本でも、幼児期から成人期まで ASD のアセスメントを実施することが増えている。しかしながら、残念なことに日本には、後述するような ASD に特化した検査がなかったため、知能検査から ASD を診断しようと試みたり、スクリーニング・ツールである Autism Spectrum Quotient (AQ: 自閉症スペクトラム指数) のような質問紙で診断してしまうといった状況がみられる。

ここでなぜアセスメントが必要なのかを考えてみたい。それは、もちろん単に診断をつけるためではない。精神医学的アセスメントについて、Goodman & Scott (2005) は、病因、予後、治療を含むケースフォーミュレーションにつながるような包括的アセスメントが必要であると述べているが、ASD においても、この視点からアセスメントがなされるべきである。ASD の主症状は共通であっても、その程度や表れ方は多様であり、同時に、家族を含む彼らを取り巻く環境も多様で、したがってニーズもさまざまである。個人に合った支援をするためには、包括的なアセスメントをして、ニーズに応じた個別の支援を構築する必要がある。適切なアセスメントが実施され適切なフィードバックが行

われれば、ASD 児・者本人が自分の特性を理解して、それに応じた生活の工夫をすることも可能になる。また、親、教育機関、職場といった周囲も ASD の特性に合ったかかわりや環境調整をすることが可能となる。もちろん、迅速に適切な教育的支援や社会福祉的支援にもつながることができる。つまり、アセスメントは、支援の基盤なのである。

### なぜ知能検査だけではだめなのか？

前述したように、現在、日本では特に高機能 ASD の診断時に、Wechsler 系の知能検査を実施し、そのプロフィールを診断の根拠としている臨床機関があるようだ。今日まで ASD の認知特性に関して Wechsler 知能検査のプロフィール分析を用いた研究が多く行われてきた。ASD の中核群である自閉症については 1970～80 年代に多くの研究が行われ、特徴的なプロフィールが指摘された。それは、言語性検査では機械的短期記憶に依存する『数唱』の評価点が高く、逆に経験や既知の事実を正確に評価する能力、文脈理解が必要な『理解』の評価点が低く、動作性検査では同時的視空間認知を必要とする『積木模様』『組合せ』の評価点が高く、その一方で文脈理解が必要な『絵画配列』、また、注意の持続やシフトに関係する『符号』の評価点も低いというものである。また、言語性 IQ - 動作性 IQ (VIQ-PIQ) の乖離については、PIQ が高いと報告された。しかし、1990 年代

以降に行われた高機能 ASD を対象とした多くの研究は、プロフィールに共通性を見出すのは難しいことを示している。全検査 IQ (FIQ) 70 以上の高機能自閉症では、下位検査間で『積木模様』が最も高成績、あるいは、『理解』が最も低成績になっているのは 50 % 以下という報告や、VIQ と PIQ との間に指摘されていた特徴的な乖離についても、FIQ が高くなると VIQ が PIQ より高くなることが示された。つまり、Wechsler 知能検査について従来いわれていた典型的プロフィールは主に ASD のうち遅滞域から境界域の知能水準の群にみられ、平均的知能以上の高機能 ASD では、一定のプロフィールを見出すことはできないのである。

多くの研究によって、1990 年代には Wechsler 系の検査のプロフィールから、高機能の場合 ASD の可能性があるか否かを判断することはできないと示唆されているにもかかわらず、日本の ASD 臨床は、未だに 1970 年代の研究の亡霊に振り回されているのである。もちろん、この背景には、ASD の特徴を直接評価するものがなかったことが大きいのではあるが。しかし、ASD に特化したアセスメント・ツールが揃ってきた現在においては、心理専門家は、ぜひ ASD の特性をきちんと把握できるアセスメントを実施していただきたい。

### ASD のアセスメント・ツール

ASD の包括的アセスメントでは当然、ASD

の特性についてアセスメントをする必要があるが、それ以外に、知的水準や発達水準、併存する精神症状や注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害 (Attention Deficit Hyper-Active Disorders : ADHD) や限局性学習症／限局性学習障害 (Specific Learning Disabilities) などの他の発達障害、実生活における適応状態、心理社会のおよび環境の状態などが重要である。これらのアセスメントから得られる情報は、現在のクライアントの困難の原因を探るうえでも、支援を考えるうえでも必須である (図 1)。

ASD を対象とするアセスメント・ツールに関しては、①スクリーニング、②診断・評価に分けて考えると、整理しやすい。また、実施しているときも、自分がどのレベルのアセスメントをしているのかを意識しておくことも重要である (図 2)。

#### ①スクリーニング

スクリーニングとは、なんらかの障害や問題を抱えている可能性がある児・者を発見するためのアプローチである。スクリーニングの結果がそのまま診断となるわけでは決してない。診断には、専門家による詳細な診断・評価が必要である。スクリーニングには、1 次スクリーニングと 2 次スクリーニングの 2 種類がある。1 次スクリーニングとは、一般の集団を対象とした健診等の際に、なんらかの問題のある児・者を特定するものである。早期発見や早期支援においては、健診等で一斉に実施される 1 次スク

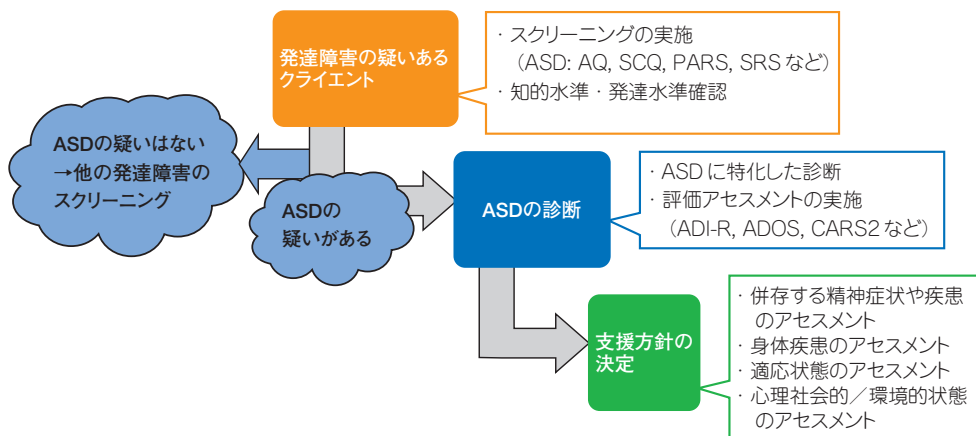


図 1 ASD のケースフォーミュレーションとアセスメント

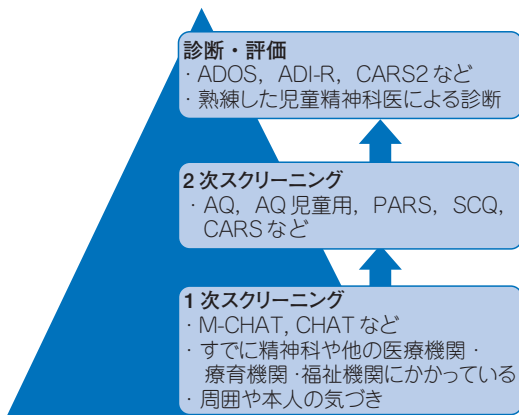


図2 スクリーニングと診断・評価の関係 (黒田, 2013より転載, 一部改変)

リーニングは特に重要である。一方、2次スクリーニングは、発達障害のリスクの高い群を対象に作成されたもので、1次スクリーニングで発達障害の特徴があると判断されたケースや療育・医療・福祉機関などにすでにかかっているリスクの高いケースを対象に、ASD, ADHD, LDなどの弁別をするためのアセスメントということになる。スクリーニングの方法としては、特定の障害に特化した質問紙、親への面接、本人の行動の直接観察などが挙げられる。スクリーニングは、その目的に応じて、対象年齢や使われる方法、調べられる内容も異なっているので、支援に役立つように適切なツールを選ぶことが肝要である。

**1次スクリーニング・ツール** ASDの1次スクリーニングを目的として開発されたものは、M-CHAT (Robins et al, 2001), CHAT (Baron-Cohen et al, 1992) などである。対象のほとんどは発達障害のリスクがないため、1次スクリーニング・ツールは、簡便であることが重要であり、親や教師に回答してもらった質問紙が一般的である。たとえば、M-CHATは1歳半から2歳で使用し23項目からなり、「はい」「いいえ」の2択で母親が回答する。ASDの早期発見においては、非常に有用なツールである。成人の場合、1次スクリーニングにあたる質問紙はないが、小児期にASDの診断がされず、成人期に併存する精神症状を主訴に精神科を受診するケースなどは、その時点でハイリスク群といえ

るわけであり、2次のスクリーニングを実施していくことが必要となる。

**2次スクリーニング・ツール** 2次スクリーニングは、前述のように、ハイリスク群に対して弁別的診断の方向性を得ることを目的に行われる。現在、日本でASDが疑われた場合に2次スクリーニングの目的で使われる質問紙に、AQ (Baron-Cohen et al, 2001), AQ 児童用 (Baron-Cohen et al, 2006), Social Communication Questionnaire (Rutter et al, 1999) などがある。いずれも、記入時間が10～20分程度と短く採点も簡便であり、カットオフ値を超えればASDの可能性が強く示唆されるので臨床上有用である。面接式の2次スクリーニングとしては、広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度とPARSTR (共にPARS委員会, 2008, 2013) が挙げられる。PARSは幼児から成人までを対象とし、親や養育者への面接から得られた情報をもとに専門家が評価する。過去の評点、現在の評点をそれぞれ算出してASDの可能性の判定を行う。実施時間が30～60分と短く、確定診断を行うことはできないが臨床現場(一般精神科, 福祉施設, 療育施設など)で使用しやすい。

## ②診断・評価用アセスメント・ツール

ASDの診断・評価用アセスメント・ツールのゴールド・スタンダードと考えられているのが、自閉症診断面接改訂版 (Autism Diagnostic Interview-Revised: ADI-R) (Rutter et al, 2003) と自閉症診断観察検査第2版 (Autism Diagnostic Observation Schedule™, Second Edition: ADOS-2) (Lord et al, 2012) であり、いずれも精神科の診断基準のDSMに対応している。ADI-Rは親への半構造化面接で実施され、所要時間は90～150分程度である。2歳の幼児から成人までの対象に使用でき、発達早期および現在の行動特性や対象者の強みである能力など、きめ細やかに聞いていき、支援に役立つ多くの情報を得ることができる。ASDの診断は主として幼少期の特性をもとに判定される。ADOS-2は本人の直接観察による検査であり、対象は1歳の幼児から成人までで所要時間は40～90分程度である。年齢と言語水準によ

て5つのモジュールに分けられ、標準化された検査用具や質問項目を用いて半構造化された場面を設定し、ASDの診断に役立つ対人的スキル、コミュニケーションスキルを最大限に引き出すように意図されており、行動観察の結果を数量的に段階評定できる。最終的にアルゴリズムを使って、「自閉症」「ASD」「非ASD」の3つの分類判定が可能である。ADI-Rは過去の特性を主として診断の判定をし、ADOSは現在の特性で判定を行い、診断においては相補的な関係にあるといえる。また、支援を考えるうえで、ADI-RによってASD児者に対して周囲の人が感じている困難や課題の情報を得ることができ、ADOSによって専門家からみたASD児者の対人コミュニケーションの特徴に関する情報を得ることができる。これらを総合して、日常で役立つ支援を構築できるのである。

他に、CARSの改訂版であるCARS2 (Schopler et al., 2012) は、本人の行動観察と親からの聞き取り情報を合わせて専門家が判断するという点で、診断・評価ツールとして位置づけられおり、知的な遅れのない高機能版が新たに追加されている。オリジナルのCARSと同様に重症度も評価できる有用なツールである。

### まとめ

ASDの支援においては、ASDに特化した検査で、ASDの対人コミュニケーションやこだわりの特性のどのようなものが、どのような形でどの程度みられるかを調べていくこと、それと同時に、認知特徴や、不安などの精神的症状、適応状態、家庭環境や職場環境などの心理社会的環境がどのように絡み合っていて、現在の困難に至っているのかを評価することが重要である。ASDの特徴が比較的ストレートに出ている幼児期と違い、児童期以降は、ASD特性は環境や経験により、他の行動特徴や精神疾患にマスクされていることも多いので、常に、クライアントの症状の背景に発達障害があるのではないかという視点を持ちながら、臨床を行うことが重要である。

### 文献

- Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C. (1992) Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R. et al. (2001) The autism-spectrum quotient (AQ) : Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 31, 5-17. [日本版は、千葉大学若林明雄研究室に問い合わせ]
- Baron-Cohen, S., Hoekstra, R.A., Knickmeyer, R. et al. (2006) The autism-spectrum quotient (AQ) –adolescent version. *J Autism Dev Disord* 36, 343-350. [日本版は、千葉大学若林明雄研究室に問い合わせ]
- Goodman, R. & Scott, S. (2005) *Child Psychiatry*, 2nd Edition. Blackwell Publishing Ltd. [氏家武・原田謙・吉田敬子 (監訳) (2010) 『必携児童精神医学：はじめて学ぶ子どものこころの診療ハンドブック』岩崎学術出版社]
- 黒田美保 (2013) 発達障害のアセスメントを知る：発達障害の特性把握のためのアセスメント. *臨床心理学*, 13, 473-478. 金剛出版.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C. et al. (2012) *Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services. [日本語版は2014年12月刊行予定]
- PARS委員会 (2008) 『広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度PARS』スペクトラム出版社. [PARS委員会 (2013) 『PARS-TR』スペクトラム出版社]
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L. et al. (2001) The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 31, 131-144. [日本語版 [http://www2.gsu.edu/~psydlr/M-CHAT/Official\\_M-CHAT\\_Website.html](http://www2.gsu.edu/~psydlr/M-CHAT/Official_M-CHAT_Website.html)]
- Rutter, M., Le Couteur, A. & Lord, C. (2003) *Autism Diagnostic interview-Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services. [土屋賢治・黒田美保・稲田尚子 (2013) 『ADI-R 自閉症診断面接 改訂版』金子書房]
- Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2003) *The Social Communication Questionnaire*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services. [黒田美保・稲田尚子・内山登紀夫 (2013) 『SCQ 日本語版 対人コミュニケーション質問紙』金子書房]
- Schopler, E., Van Bourgondien, M.E., Wellman, G.J. et al. (2012) *Childhood Autism Rating Scale*, Second Edition. Los Angeles, CA: Western psychological services.