

発達障害とアセスメント 特集

生きたアセスメントを進めるために

門眞一郎*

発達障害の子どものアセスメントは、アセスメントの対象領域もアセスメントの手段もさまざまであり、同時にアセスメントという語の意味するところも用いる人の考えや用いる場面により異なる。アセスメントのすべてを網羅することは筆者に与えられた紙幅ではかなわないことなので、それは本誌の他の論考に譲ることとして、筆者に与えられた「生きたアセスメント」という観点から、発達障害のアセスメントについて、日頃おぼろげに考えていることをいくつか文字にしてみたい。

I 発達検査

発達障害のフォーマルなアセスメントと言え、まず用いられるのは各種の発達検査であろう。ここでは、その中でも我が職場の前身である京都市児童院（現京都市児童福祉センター）の関係者を中心に開発されたK式発達検査の再改訂版である「新K式発達検査2001」を取り上げることとする。

京都市児童福祉センターでは、療育手帳の交付対象者かどうかを判断する際に、この検査により算出される発達指数（以下DQ）をよく用いる。その点ではそれなりに有用な検査ではあろう。療育

手帳の対象者は児童相談所（18歳以上の場合は知的障害者更生相談所）が知的障害児（者）であると認めるものということになっている（厚生事務次官通知, 1973）。知的障害の場合は、発達の遅れであるから、DQという単一の数値だけでも判断の有力な材料になり、現実にもそのように使われている。

しかし、自閉症スペクトラムのような発達の偏りの場合は、DQという単一の数値だけでは何もわからないに等しい。少なくとも生きたアセスメントには使えない。発達の偏りということは、検査課題による出来不出来がばらばらだということであり、平均値のようなDQだけでは発達の様相を知ることはできない。もちろん新K式発達検査の場合、全指数のほかに、「認知・適応」や「言語・社会」と名づけられた下位指数も算出されるが、これも大雑把に2分されているだけで、やはり自閉症スペクトラムの子どもではそこから得られる情報は少ない。一つ一つの問題がどういう性格のもので、その出来不出来が子どもの発達の偏りをどう反映しているかを考えることが、生きたアセスメントとなるであろう。「言語・社会」の問題の中でも、視覚的手がかりのある言語的問題

For the Purpose of Effective Assessments of Developmental Disorders

* 京都市児童福祉センター, Shinichiro Kado: Kyoto City Child Wellbeing Center

もあれば視覚の手がかりのない問題もある、その出来不出来から日常の育児、保育、療育、教育などに工夫の余地が見出せるであろう。アセスメントは、実生活における支援に生かしてこそ、生きたアセスメントたりうるのではないか。

さらに、この種の発達検査の問題は、通常の発達の順序と期待される年代とに基づいて子どもに与えられるが、発達の遅れの場合はそれでよしとしても、発達の偏りの場合はそうはいかないだろう。通常の発達の順序とは異なる順序や、あたかも飛び級のような発達の軌道を描くこともあるからである。かつて自閉症の子どもの発達に関して、「どの子ども同じ発達の道筋をたどる」と喧伝されたことがある。多くの保育士や教師が情緒的に共鳴していたものであるが、現実の子どもの発達の様子を見れば、自閉症スペクトラムの子どもと健常の子どもとでは、発達の道筋は必ずしも同じとは思えないし、検査結果を詳らかに検討し虚心坦懐に考えれば、なおのこと同じとは言えないことが多い。

知能検査についても同じことが言える。自閉症スペクトラムの子どもの場合、知能指数 (IQ) だけでは何もわからないに等しい。例えば、WISC-III 知能検査では、言語性課題、動作性課題の成績により、知能指数は言語性 IQ、動作性 IQ、全 IQ と 3 種類算出される。その 3 つの数値だけでは、やはり子どもの認知能力を知るには不十分である。13 種類の下位検査問題の成績の変異を知ることが重要である。もっとも、知能検査は知的障害の子どもを効率よく選別することを目的として開発されたものであり、いくら下位検査の回答内容を知りえたとしても、これだけで自閉症スペクトラムなどの発達の偏りをアセスメントしきれものではない。

II 検査実施上の問題

聴覚障害の子どもが、視覚的な手がかりがなく、言葉だけで質問される問題に答えられないからといって、その子はその問題を理解する能力がない

と決めつけるわけにはいかないことは言うまでもない。しかし、これが自閉症スペクトラムの子どもの場合、同じようには受け止めてもらえないことがある。というのも、自閉症スペクトラムだけなら耳は聞こえているからである。しかし、耳は聞こえても、言葉だけで伝えると理解できないことも多い。だからといってその子には理解力がないとは言えない。もし視覚的に伝えれば理解できるなら、その子にはその問題内容に関する理解力がないのではなく、その問題を伝える手段に関して理解力がないのである。問題を文字や絵に出せばどうなるか。そういうやり方は、すでに検査の標準的な手順からは逸脱していることになるが、標準的な手順を用いた後に、逸脱することで支援に生かされるなら、手順を厳密に守るだけで終わるよりも、はるかに生きたアセスメントになるのではなかろうか。

III 測定誤差について

知的障害の定義は我が国の法律には存在しないが、実際には、米国精神遅滞学会 (AAMR) の精神遅滞の定義に基づいて考えられることが多い。AAMR の定義は、最新版が 2002 年刊行の第 10 版 (AAMR, 2002) であるが、精神遅滞の定義としては第 9 版 (AAMR, 1992) をほぼ踏襲している。しかし、重要な変更というより加筆がある (pp.56-59)。それは、診断のための〈知的機能〉の基準は、平均より約 2 標準偏差 (SD) 以下とするが、使用した具体的なアセスメント・ツールの標準測定誤差 (SEM) とそのツールの長所と限界とを考慮に入れるということである。測定誤差の可能性を考慮しないと、知能検査を主に信頼して知的機能をアセスメントすることは誤用の可能性をはらむからである。すべての測定は、特に心理学的測定は、ある程度誤りの可能性をはらむものであり、得られたスコアは実際には数ポイントの範囲に相当するのである。標準測定誤差 (SEM) は、全般的知的機能の十分標準化された測定について 3 ~ 4 ポイントと見積もられてい

る。例えば、IQ 70 の最も正確な理解は、確固たるスコアとしてではなく、少なくとも 1 SEM (すなわち約 66 ~ 74 のスコア；確率 66 %)，あるいは 2 SEM (すなわち約 62 ~ 78 のスコア；確率 95 %) (Grossman, 1983) という信頼区間で考える。これは重要な考察であり、知的障害の診断に関わるあらゆる判定において考慮しなければならない点である。

さらに、考慮に入れておかなければいけないことがある。標準偏差である。AAMR の精神遅滞の定義においては、「〈知的機能〉の基準は、平均より約 2 標準偏差 (SD) 以下とする」とある。そして検査ツールが違えばその SD 値も違うので、知的障害かどうかを判断する際の基準の一つである知的機能の境界も、用いる検査ツールによって異なるのである。さらに、年齢によって SD が異なる場合、もっと複雑になる。本稿で取り上げた新 K 式発達検査 2001 の場合、開発時点で得られたデータを見ると、年齢により SD が大きく変動している。特に対照的な年齢の平均と SD をいくつか挙げると表 1 のごとくである。SD がこのように大きく変動するようでは、とても一律 70 を知的障害かどうかの境界値として固定的に考えるわけにはいかない。さらにここに検査の標準誤差も考慮しなければならないとなると、発達検査や知能検査を生きたアセスメントのツールにするためには相当の熟慮が必要となる。

IV 事例

ここで、ある人に登場してもらおう。K さんは、自閉症スペクトラムと最重度知的障害の 23 歳男性である。小学校時代から現在まで知的障害児施設に入所中である (現在も児童相談所による措置延長が続いている)。

1. 生育歴など

在胎 38 週、帝王切開にて出産。生下時体重は 4,380 g で、黄疸が強かったために光線療法を受けた。K さんが 4 歳のとき、両親が離婚し、以後 K さんは母親に育てられた。現在までの特記事項

表 1 新 K 式発達検査 2001 の 3 年齢区分での DQ 平均と標準偏差

年齢区分	DQ 平均	標準偏差 SD
3:0-3:6	100.9	9.3
10:0-11:0	102.2	13.3
15:0-16:0	103.9	21.8

を児童相談所の児童記録から抜き出すと以下のようになる。

- ・ 1 歳 10 カ月時、「ことばと歩行の遅れ」を主訴として児童相談所に相談した。
- ・ 初語は「まんま」が 1 歳 10 カ月頃との記録がある一方、4 歳 10 カ月時の心理判定書には「有意味語なし、喃語発声のみ」とある。歩行は 1 歳 10 カ月。幼児期は多動であった。
- ・ 2 歳 7 カ月時の心理判定書には「中度精神発達遅滞」とある。
- ・ 2 歳 10 カ月時に、知的障害児通園施設への単独通所を始めた。
- ・ 4 歳 10 カ月時の心理判定書には、「新 K 式発達検査で、発達指数 (DQ) は 24、重度精神発達遅滞、てんかん」とあり、記録には、母の陳述として「自閉症ではなく、知恵遅れといわれた」とある。
- ・ 6 歳 8 カ月に知的障害養護学校小学部に入学したが、その後、母や祖母の病気や妹の入試、卒業、入学などの折に、たびたび知的障害児入所施設に緊急一時保護された。
- ・ 8 歳 0 カ月時の心理判定書には、「DQ 15、最重度精神発達遅滞、てんかん (レノックス症候群)」とある。
- ・ 11 歳 7 カ月時に母親から施設入所申し込みがあった。理由は、「多動、体が大きくなってきた、こだわりが強い、目を離すといなくなるなどのため面倒見切れないから」というものであった。
- ・ 11 歳 8 カ月時の心理判定書には、「DQ 13、エレベーターへの興味こだわりが強い。テレビは囲碁や教育テレビ、雑誌はグラビア。アルファベットの A、B、C は区別できる。今年になって欲しい食べ物を指差すようになった」とある。
- ・ 3 カ月後 (11 歳 11 カ月、小学部 6 年時) に知

的障害児入所施設に措置され、現在まで入所が続いている。すでに成人年齢に達しているが、成人施設への移行が叶わず、引き続き児童相談所から措置延長されている。

- ・ 18歳時に養護学校高等部を卒業した（体重 57 kg）。以後、施設中心の生活となった。居室は 2 人部屋であった。対応困難なこととしては、畳や扉を投げようとする、ベンチを倒す、入所者の歩行具を倒そうとするなどがあり、体重増加とともに危険度が増してきた。
- ・ 22歳時に、「新 K 式発達検査で、発達年齢は 1 歳 10 カ月、発達指数は 11. 最重度精神発達遅滞」と判定された。この時点ではすでに強度行動障害（厚生省, 1998）と言える状態であった。

2. 施設での生活

21 歳時（2001 年）に、行動障害が激しい人の居住棟の中で最も奥の個室に移された。イライラしてベンチを倒す、物をやたら投げる（畳、各居室の服入れ等）、一部の ASD の人の姿（目を合わせない人）や持ち物にこだわって攻撃的な行動をとるなどの対応困難な行動が著しくなった。好きなビデオを独占的に見るができるよう、個室の壁にはビデオ画面がはめ込まれた（スイッチは詰め所からの遠隔操作）。その結果、著しくビデオ依存の生活になっていった。体重はさらに 77 kg に増加した。一部の職員（食べ物、ドライブ等の望みを先回りしてかなえてくれる人）に強く依存するようにもなった。

3. 対応困難な行動のアセスメント

K さんの破壊活動（物投げ、扉はずし、ベンチ倒し、トイレの物詰め）と攻撃的行動は、Durand (1990) の動機アセスメント尺度（MAS）に従ってその機能を考えると、ほしいものが手に入らない時、嫌な出来事や活動に抗議したいときや、自分の思い通りにならないときの行動であり、機能は要求ということになる。

4. 心理アセスメント

K さんが 22 歳の時、処遇方針を再検討するために、措置機関である児童相談所に心理アセスメ

表 2 K さんの発達検査結果

	発達年齢 DA	発達指数 DQ
姿勢・運動 (P・M)	2 歳 11 カ月	18
認知・適応 (C・A)	2 歳 0 カ月	12
言語・社会 (L・S)	0 歳 11 カ月	6
総 合 (T)	1 歳 10 カ月	11

ントを施設側は依頼した。心理判定員は施設で、しかも K さんが面接室への移動を拒否したために居室で、新 K 式発達検査 2001 を実施した。

判定結果は次のようなものであった（下線は筆者）。「課題呈示への関心にもムラがあり、呈示や例示に対して反応よく取りこむ材料とそうでない材料とがある。課題への興味を維持することも困難。関心が逸れて離席する場面もあり、いったん、離席すると課題に関心を引き戻すことは困難。認知領域では、特に図形構成（描画）の場面においては高い関心がある。言語領域では、表出言語は 2～3 語程度、指差しは観察されない。対人よりも事物への関心が優位。合視も乏しく、言語的にも非言語的にもコミュニケーションを図ることは困難である。最重度精神発達遅滞である」（表 2）。

以上のようなアセスメントでは、施設側は処遇方針の再検討ができなかった。下線を引いた箇所は「関心」の有無で説明されているが、関心の有無というよりも K さんにとって理解しやすいかどうか、特に視覚的に理解しやすいかどうかという問題である。

普段の生活をよく知る職員とともに、あらためてアセスメントを行なった。K さんは、普段からコミュニケーションが貧弱で、要求を適切な形で職員に伝達できず、そのために欲求不満におちいり、対応困難な行動をとらざるを得ないと考えられた。検査結果からも、視覚優位の認知の偏りは明らかであり、この点をうまく活かすコミュニケーション手段を導入することで、問題行動を解消または軽減できると予想された。そこで、導入したのが絵カード交換式コミュニケーション・システム（PECS）であった（Bondy & Frost, 2002）。そして、事実 PECS のトレーニングを実施する

ことにより、2カ月余りに対応困難な行動は激減したのである。

このようなアセスメントこそが、生きたアセスメントというものであろう。

文 献

- American Association on Mental Retardation (1992) Mental Retardation : Definition, classification, and systems of supports, 9th ed. AAMR, Washington DC. (茂木俊彦監訳 (1999) 精神遅滞, 第9版. 学苑社.)
- American Association on Mental Retardation (2002) Mental Retardation : Definition, classification, and systems of supports, 10th ed. AAMR, Washington DC.
- Bondy A & Frost L (2002) The Picture Exchange Communication System Training Manual, 2nd edition. Pyramid Educational Products, Newark, DE. (門眞一郎監訳 (2005) 絵カード交換式コミュニケーション・システム—トレーニング・マニュアル, 第2版. フロム・ア・ビレッジ.)
- Durand VM (1990) Severe Behavior Problems : A functional communication training approach. The Guilford Press, New York.
- Grossman HJ (1983)(Ed.) Classification in Mental Retardation. American Association on Mental Deficiency. Washington DC.
- 厚生事務次官通知 (1973) 療育手帳制度について.
- 厚生省大臣官房障害保健福祉部障害福祉課 (1998) 強度行動障害特別処遇加算費の取り扱いについて.