

# 知的障害者の生活適応能力のアセスメントに関する研究

## －「知的障害者の生活適応支援チェックリスト」の開発と適用－

橋本 創一

(東京学芸大学特殊教育研究施設)

**要 旨**：知的障害者の生活適応能力を支援するためのアセスメントツールの開発と適用を検討した。生活適応能力を評価するために、「コミュニケーション」「身辺処理」「家庭生活」「社会的スキル」「コミュニティ資源の利用」「自律性」「健康と安全」「アカデミックスキル」「余暇」「仕事」の10領域を設定し、59項目の適応スキルを評定する下位項目を配した。そして、居住型施設で暮らす64名の成人期にある重度知的障害者を対象に、担当職員による評定を行いアセスメントツールの妥当性と有用性について検証した。「健康と安全」「コミュニケーション」「身辺処理」が高く、「社会的スキル」「家庭生活」「アカデミックスキル」が相対的に低い結果がみられた。また、対象者のMA、IQ、各領域の平均得点間に有意な相関が認められ、知的機能と適応行動の関連性があらためて見出された。

一方、対象者の障害種別による比較検討では、高得点の順に、自閉症、精神遅滞、てんかん、その他の障害、ダウン症であった。得点差は知的水準による要因が大きいが、行動特性や生育・教育歴などによる適応スキルの個人差も反映されていた。

**Key Words**：知的障害，適応行動，アセスメント

### I. はじめに

知的障害者が、様々な生活環境の中でうまく暮らしていくために欠くことのできない能力の一つに、適応行動 (Adaptive Behavior) がある。アメリカ精神遅滞学会 (American Association on Mental Retardation ; AAMR) は、1992年に精神遅滞の概念規定を大きく変え、測定知能以外の要件に適応スキル (Adaptive Skills) を用いている。適応とは、一般的に「環境の要請に対して自身を適合させること、またその状態を指し、能動的な過程を含む」とし、所属する国や地域の文化や年齢に応じて期待される事柄への、その個人が応ずる適切さ、巧みさを適応行動としている (太田, 1996)。AAMRにおいて、「精神遅滞」定義に適応行動が位置づけられるまでに様々な論議がみられた。1959年にIQとともに適応行動が大きく位置づけられ、その測定尺度の開発がすすめられ、1969年にNihiraらによりAAMD適応行動尺度が作成された。それ以降の改訂の中でも適応行動の意義が強調されている。具体的には、知能測定の結果以外に実際の日常生

活や学習活動に明らかな適応障害があれば精神遅滞としたり、逆に知能が平均よりも下回っていても、環境に的確に応じていれば精神遅滞としないなど、相対概念として扱われていった。そして、1992年の改訂は画期的な思想転換がはかられた。精神遅滞による適応行動の障害、適応スキルの制約は、その個人の支援ニーズを表すものと改められ、知能重視の是正などが指摘された。精神遅滞を病理的な特性や永久的な状態ととらえるのではなく、現在の機能が問題であり、機能は個人の生活する環境 (家庭/地域/仕事など) と個人の能力 (知能/適応スキル) が、個人の機能に影響を与え、その機能は社会的サポートと関連すると考えられている。この理念の象徴は、精神遅滞を以前のように「障害 (deficit)」ととらえず、「制約 (limitation)」と考え、ニーズに応じて効果的な支援を行うことで機能は改善するとしている。

一方、世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) は、障害概念の改定作業をおこなっており、2001年の国際障害分類第2版に向けてICIDH-2案 (International

Classification of Functioning and Disability Beta-2 Draft Short Version) (1999) の中で「生活機能と障害の国際分類 (案)」を示している。従来の disability を activity limitation (活動の問題 / 制限), handicapped を participation restriction (社会的活動への参加の問題 / 制限) へと換えるモデルを示している (impairment 機能障害は変更なし)。また、1980 年版は、impairments → disabilities → handicaps という線形モデルであったのに比べ、3つの次元 (心身, 個人, 社会) に区分するのは変わらず、その他に健康状態や、環境を含む背景因子 (個人と環境) のレベルを設定し各々のレベル相互間の可塑性を想定している。中でも、障害について、社会・文化的要因をより強調している。また、包括用語として「functioning (生活機能)」と「disability (障害)」を用い、医学モデルと社会モデルの統合を目指し、人間-環境相互作用モデルの構築をはかっているのが特徴である。

1992 年の AAMR による精神遅滞の定義には、適応行動ではなく「適応スキル」という用語を用い、10 の領域から明示している。これは、適応行動とした場合、文化・年齢や知能水準にあった適応水準を想定することの疑義や、測定

方法の妥当性、信頼性などへの批判があり、精神遅滞の判定は測定知能のみで十分であり、適応行動が除外視される意見が残存していた。Grossman (1983) は、「一般的に適応の質は知能水準と関係しており、適応行動と知的水準という二つの概念には意味的な重複がある。しかし、適応行動は日常的な事柄への対処に焦点をあてたものであり、知能等が意味する抽象的な潜在能力ではなく、日常生活の中でどのように振る舞い、他者とどのようにかわるか、といったことを指す。」と適応行動を定義している。そこで、より具体的な概念であり、個人の日常生活に照らしたものとして「適応スキル」に代えられた。

WHO, AAMR の障害概念の動向に共通してみられるのは、個と環境との相互作用であり、特に生活環境の重視といえる。これは、近年の価値観や教育観、幸福観の変化と同様に、障害観の変化が明らかにみられるものとする。我が国の教育界においても、主体性の重視や生きる力 / 社会生活力の育成が問われており、障害児の学校教育の具体的な目標や内容を示す学習指導要領にも反映された (文部省, 2000)。こうした社会環境や人間育成の理念などの変化に伴い、知的障害者に対する「生活適応」の

Table 1 知的障害児・者のための生活・行動・社会・適応能力等の評価バッテリー

テスト	項目数	下位 (分類) 領域	適用年齢
ABS 適応行動尺度 ＜富安ら編：1973＞	113	自立機能, 身体的機能, 経済的活動, 言語, 数と時間, 仕事, 自己志向性, 責任感, 社会性, 暴力及び破壊的行動, 反社会的行動, 反抗的行動, 自閉性, 常同的行動と風変わりな癖, 適切でない対応の仕方, 不快な言語的習慣, 自傷行為, 過動傾向, 異常な性的行動, 心理的障害, 薬物の使用	6~12 歳, 成人 (13 歳以上)
新版 S・M 社会能力検査 ＜三木監修：1980＞	130	身辺自立, 移動, 作業, 意志交換, 集団参加, 自己統制	1~13 歳
津守式乳幼児精神発達質問紙 ＜津守ら：1961＞	438	運動, 探索・操作, 社会, 食事・排泄・生活習慣, 理解・言語	0~7 歳
就学レディネス・テスト ＜松原：1969＞	75	運動能力と健康, 社会生活能力, 一般的知識, 基本的な生活習慣, 性格・情緒の発達	5~6 歳
幼児・児童性格診断検査 ＜高木ら：1962＞	100	顕示性, 神経質, 不安傾向, 自制力, 自主性, 退行傾向, 攻撃性, 社会性, 家庭適応, 学校への適応, 体質傾向, 発達尺度; 模倣, 知覚, 微細運動, 粗大運動, 目と手の協応, 言語理解, 言語表出, 病理尺度; 対人感情表出, 人とのかわり, 物とのかわり, 感覚, ことば,	幼児~中学生
自閉児・発達障害児教育診断検査 (PEP) ＜茨木ら：1981＞	139	職業的技術, 自立機能, 余暇の利用, 職業的行動, 機能的コミュニケーション, 対人行動	1~12 歳
成人用心理教育プロフィール (AAPEP) ＜茨木ら：1985＞	144		青年・成人 (10 歳以上)
介助の尺度 ＜愛護協会：1983＞	11	日常生活行動 (ADL), 社会適応 (SA)	成人
適応度調査表 ＜柚木：1998＞	43	生活適応度, 作業適応度, 作業技能習熟度, 日常生活機能, 気分と行動, 生活	成人
高齢知的障害者用アセスメント ＜今村：1999＞	32	診断と症状, 栄養状態, 特別のケア, 認知・交流,	高齢者
特研版集団適応評定スケール ＜橋本ら：2000＞	34	学習態度 (学習や活動への参加度), 友人関係集団参加, 教師との対人関係や相互交渉	幼児~学齢児 (3~18 歳)

考え方・視点を、かれらが生活する福祉・教育現場で問い直す時期の到来が予想される。

第11回世界知的障害国際会議(2000)のテーマ別発表件数にみられるように、知的障害成人の話題として最も注目が集まっているのが「エイジング」である。そして、加齢に伴う様々な変化(能力、身体、精神、活動性など)と、障害による個々の知的障害者の実態との相互作用、それに伴う支援のあり方が緊急に成人期以降の問題としてクローズアップされている。支援のあり方を検討する前提として、その個人のいる環境との相互作用を考慮した生活適応をアセスメントすることが求められよう。上述したように、AAMRやICIDH-2案における知的障害者をとらえる枠組みは変革とともに構築されつつあるが、具体的なかれらの生活適応をアセスメントするバッテリーが現在のところ確立していない。

そこで、知的障害者の生活適応を測定し、評価する基礎研究として、『知的障害者の生活適応支援チェックリスト』の開発をこころみたので報告することとした。

## II. 知的障害者の生活適応の評価

学校教育を終えた知的障害者が生活や働く場には、現在様々な形態がある。地域の家庭・自宅で暮らす人、家庭などから離れて居住型施設で暮らす人、あるいは、地域ではあるが家庭を出てグループホームなどで暮らす人がいる。そして、日中の活動の場として、一般就労や援助就労、授産施設、作業所、更生施設などがあり、賃金をもらう労働あるいは労働的な活動、文化・余暇的な活動などの様々な活動に従事して暮らしている。こうした知的障害者の生活環境は多種多様な現状を呈しており、あらゆる人に適用できる生活適応の評価バッテリー・ツールは困難であろう。Table 1に生活・行動・社会・適応能力などを評価するバッテリー、または、そうした検査項目を含むものを表した。

柚木(1998)は、小規模作業所で知的障害者が適応し自己実現していく条件として、「作業への意欲、作業技能、集団生活を営む人間関係、集団生活を維持するための生活力の形成」を挙げている。また、作業所の意義として、「職業訓練や能力的開発を行うなど、狭義の職業適性を求めず、生活の場での障害者の適合性・充足性(fitness)を高めるよう実践する場」としている。つまり、生活する場と知的障害者自身の

実態と期待の相互作用の調整を指摘している。生活適応を評価する際、知的障害者の生活環境と、障害などによる個々の実態を最も考慮し、それらに応じた具体的な支援のための評価項目でなければならない。

一方、武田ら(1984;1991)は、一般就労する知的障害者の能力を、「生産量、出勤状況、作業能力・態度、生産態度」に分類し評価した。そして、企業で働く上で必要な基本能力に働く意欲と体力、身辺処理能力の3つを挙げている。また、三沢ら(1987)は、職業適応の調査から作業業務・勤務態度・人間関係・身辺処理・耐性の要因をあげて因子分析した。しかし、これらが団塊性をなしたために適応の規定要因は特定できなかった。上岡(1997)は、自閉症者の就労について、一般的に重視される知的水準より職場の理解が重要であることを述べている。これらの知見から、環境に対する適応行動の重要性や、それを支援することが求められていることが明白である(柚木, 1998)。

### 1. 「知的障害者の生活適応支援チェックリスト」の開発

1992年のAAMRの知的障害の定義の改訂の主旨に基づくと、生涯を通して各発達期において、諸領域(AAMRの支援すべき10の下位領域)について、どのような支援をどの程度必要とするかを特定することが知的障害の状態像へとつながる。そして、それらの評価は、知的障害者の具体的な生活の場や年齢によって相違するものと考えられる。

そこで、生活適応を支援するための評価ツール(知的障害者の生活適応支援チェックリスト)の作成手順として、AAMRの日常生活への適応の指標とされる10の下位領域である「コミュニケーション」「身辺処理(セルフケア)」「家庭生活」「社会的スキル」「コミュニティ資源の利用」「自律性(自己指南)」「健康と安全」「アカデミックスキル」「余暇」「仕事」に着眼した。そして、下位項目は我が国で使用されている適応スキルを配した種々の評価バッテリー(Table 1)をとりあげ、それらのスケールの質問項目の内容を分析し、前記の10領域に配した。次に、評価項目の選定を行った。選定に重視した点は、対象となる知的障害者の①生活の場(家庭、居住型施設など)に適合する、②日中の活動(作業、余暇的活動など)に適合する、③障害程度が最重度から中・軽度の広範

な実態を考慮する（できるだけ発達段階や能力などの高低により評価できないものを排除する）、④具体的な行動や姿を評価する、⑤支援に活かすために行動そのものを段階的・多様にみるもの（支援目標が導かれやすいもの）、とした。選定された項目数は、計106項目であったが、知的障害者更生施設（対象者60名；CA18～50歳）において予備調査を実施し（知的障害者の生活適応支援チェックリスト試案：橋本・菅野他，1998），不適切な表現のものや評価しづらいもの、未回答者が頻出した項目などを除いた。最終的に、「コミュニケーション・5項目」「身辺処理（セルフケア）・12項目」「家庭生活・5項目」「社会的スキル・3項目」「コミュニティ資源の利用・2項目」「自律性（自己指南）・6項目」「健康と安全・10項目」「アカデミックスキル・5項目」「余暇・3項目」「仕事・8項目」の計59項目により構成された（Table 2）。各々の項目は、段階評定するもの41項目（I～IX. のローマ数字項目）と頻度評定するもの18項目（ア～ノ. のカタカナ項目）によって構成されている。採点法は、利便性や簡潔性の意図から各項目は各々100点満点とし、評定による均一的な加点または減点方式で得点を与えた。各領域において項目数が一致していないことから、平均値を算出し領域得点として表示することとした。

## 2. 「知的障害者の生活適応支援チェックリスト」の適用

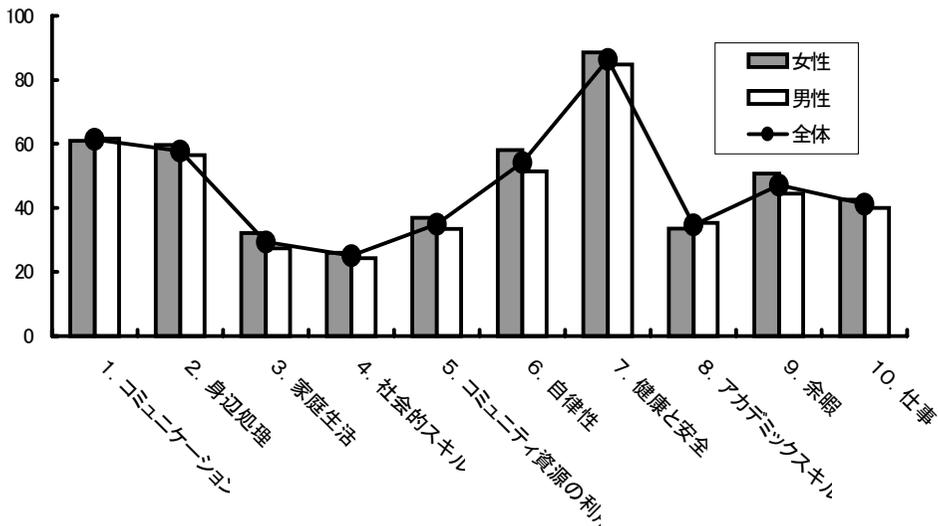


Fig. 1 領域ごとの平均得点

作成された「知的障害者の生活適応支援チェックリスト」の妥当性や有用性を検証するために、居住型施設の知的障害者を対象に、本チェックリストを用いて担当職員による評価を実施し、各領域ごとの適応実態を明らかにし、試用により適用性と今後の知的障害者の支援のための生活適応を評価する課題を明らかにすることとした。

### 1) 調査対象

居住型施設で暮らす知的障害者64名を対象とした。平均CAは全体で28.9歳 (SD; 7.50)，そのうちMAが測定可能な者50名の平均MAは3.4歳 (SD; 26.12)，平均IQは20.5 (SD; 14.14) であった。性別にみると、男性37名と女性27名、男性の平均CA29.4歳、平均MA2.4歳、平均IQ20.7であり、女性の平均CA28.2歳、平均MA3.6歳、平均IQ20.3であった。対象者の内訳は、精神遅滞者は27名、ダウン症者は10名、自閉症者は13名、てんかんが主障害な者7名、その他の者7名であった。これら障害別の平均CA, MA, IQはTable 3の通りである。分散分析の結果、CA, MA, IQの障害種別による有意な差は認められなかった。

### 2) 調査手続き

調査は、1999年4月から5月にかけて実施した。また、調査方法は、対象者を担当している施設職員に直接記入を依頼した。

Table 2 知的障害者の生活適応支援チェックリストの項目と平均得点

単位；点 (SD)

領域／項目<選択肢数>	平均得点	領域得点
<b>1. コミュニケーション</b>		<b>61.4 (21.18)</b>
(1) 表現<5>	80.6 (31.87)	
(2) ことば<8>	30.1 (33.73)	
(3) 話し方 (発語のある人について) <5>	82.8 (19.31)	
(4) 話し言葉 (発語のある人について) <5>	41.1 (35.28)	
(5) 挨拶や丁寧な応対<5>	30.6 (34.43)	
<b>2. 身辺処理 (セルフケア)</b>		<b>68.1 (18.07)</b>
(1) 食器の使用 (8)	81.3 (28.28)	
(2) 飲むこと (4)	88.0 (23.35)	
(3) 食事作法 (9)	82.8 (21.19)	
(4) 排泄習慣 (5)	68.3 (28.47)	
(5) 着る (5)	82.2 (28.76)	
(6) 衣服などのひも結び・ひもほどこき (5)	61.3 (35.07)	
(7) 靴の着脱 (4)	77.0 (34.30)	
(8) 荷物整理<4>	37.5 (37.38)	
(9) はみがき<6>	56.5 (34.39)	
(10) 髪の手・ひげの手だしなみ<5>	48.0 (32.05)	
(11) 入浴<9>	62.3 (30.50)	
(12) 就寝<5>	61.9 (30.14)	
<b>3. 家庭生活 (施設生活)</b>		<b>29.7 (27.55)</b>
(1) 掃除<3>	24.3 (34.49)	
(2) 食事の片づけ<3>	52.3 (41.24)	
(3) 自室の飾り<3>	17.2 (31.14)	
(4) 電話の使用<5>	20.3 (34.46)	
(5) 家電製品の使用 <6>	33.3 (29.62)	
<b>4. 社会的スキル</b>		<b>26.0 (25.67)</b>
(1) お金の扱い<6>	17.8 (22.75)	
(2) 買い物<6>	16.5 (26.04)	
(3) 集会への参加<3>	44.2 (36.93)	
<b>5. コミュニティ (地域) 資源の利用</b>		<b>36.0 (31.48)</b>
(1) 移動<4>	45.1 (34.28)	
(2) 交通機関の利用<5>	26.2 (38.69)	
<b>6. 自律性 (自己指南)</b>		<b>56.0 (29.78)</b>
(1) 自発性<4>	29.1 (35.38)	
(2) 志向性<6>	73.4 (31.08)	
(3) 活動(仕事)の中断や新たな活動に対する耐性<4>	52.2 (40.37)	
(4) 活動意欲<3>	46.8 (44.23)	
(5) 仕事の責任感<3>	51.6 (43.97)	
(6) 作業中の仲間からの影響<3>	78.2 (34.62)	
<b>7. 健康と安全</b>		<b>87.4 (8.86)</b>
(1) 食に関する問題行動<9>	91.8 (11.09)	
(2) 排泄に関する問題行動<3>	88.7 (18.80)	
(3) 睡眠に関する問題行動<4>	91.0 (17.46)	
(4) 破壊行為・器物破損<4>	91.4 (18.48)	
(5) 自傷<5>	88.8 (18.13)	
(6) 奇声・大声<5>	85.6 (20.31)	
(7) 固執傾向<4>	91.9 (11.11)	
(8) 痴呆または顕著な老化現象<5>	91.3 (16.58)	
(9) 精神医学的な病状や不適応<22>	88.5 (10.14)	
(10) 対人関係や性格、行動の特性の全般<16>	76.1 (15.11)	
<b>8. アカデミック・スキル</b>		<b>34.9 (35.61)</b>
(1) 読む<6>	31.3 (41.54)	
(2) 作文やハガキを書く<5>	22.3 (36.49)	
(3) 言語理解<9>	43.8 (39.67)	
(4) 概念<7>	37.2 (39.14)	
(5) 数<6>	40.3 (41.02)	
<b>9. 余暇</b>		<b>49.4 (19.53)</b>
(1) 友人関係<3>	27.4 (38.07)	
(2) 室内趣味<4>	62.7 (19.83)	
(3) 室外趣味<4>	57.6 (14.39)	
<b>10. 仕事</b>		<b>43.8 (33.21)</b>
(1) 物の分類<3>	41.3 (40.70)	
(2) 分類の誤り修正<3>	36.5 (40.37)	
(3) 商品名のあいうえお順並べ<3>	20.2 (31.96)	
(4) 技能水準<3>	46.0 (39.45)	
(5) 仕事の程度<3>	46.8 (44.23)	
(6) 全身の耐久性<3>	49.2 (38.83)	
(7) 作業の継続性<3>	52.4 (41.57)	
(8) 作業効率<3>	46.8 (44.23)	

### 3) 調査結果と考察

#### (1) 本ツールの領域・項目分析

Fig. 1 に領域ごとの平均得点を示し、Table 2 に各項目ごとの平均得点を表した。

各領域の平均得点間に有意差が認められ (分散分析; 自由度579,  $F=29.04$ ,  $p<.01$ ), また各領域間の等分散の検定の結果も有意な差 ( $\chi^2=117.6$ , 自由度=9,  $p<.01$ ) があった。この結果から領域ごと得点のばらつきが大きく、同時に評定の得点間隔が等質ではなく、単純な相対比較ができないことが明らかになった。各領域の調査項目で評価された者の人数 (評価対象者数) は、領域番号ごとに、1.-43名 (67%), 2.-56名 (88%), 3.-63名 (98%), 4.-61名 (95%), 5.-62名 (97%), 6.-60名 (94%), 7.-52名 (81%), 8.-64名 (100%), 9.-60名 (94%), 10.-59名 (92%) であった。8. アカデミックスキル, 3.家庭生活, 5.コミュニティ資源の活用, 4.社会的スキルは評価できた人数が多く、1.コミュニケーション, 7.健康と安全が人数が少なかった。知的障害者の生活適応を診断・評価ツールは、様々な障害程度や知的水準などに応じたものであり、できるだけ多くの人が評価可能であることが重要な要件の一つである。1.コミュニケーション領域が評価対象者数が少なかったのは、発語のある人のみを対象とする項目が2項目含まれていたことに起因する。一方、評価対象者数が多かった領域の項目は、本調査対象の知的障害者への評価が適用可能であったものと考えられる。コミュニケーション領域を除いた9領域は、80%以上の適用可能を示しており、対象者への項目内容からみて、本ツールの有用性が認められたものと考えられる。CAやMA, IQ, 各領域間の単相関係数をTable 4 に表した。CAと相関がみられたものはなかったが、その他のMAやIQ, 各領域の平均得点の間には有意な相関が著しくみられた。特に、相関係数が高い値を示したのが、「6.自律性」と「10.仕事」、「2.身

処理」と「10.仕事」、「3.家庭生活」と「10.仕事」、「4.社会的スキル」と「8.アカデミックスキル」であり、その他にも0.8以上の顕著に高い相関係数を示した測定値間が7組みられた。一方、相関がみられなかったのが、「1.コミュニケーション」と「7.健康と安全」、「5.コミュニティ資源の利用」と「7.健康と安全」の2組であった。知能と適応スキルの重複性や関係性が高いことは多くの研究で指摘されているが、本ツール適用の結果においても従来の知見を指示する結果を得た。また、本ツールの領域間の関係性が著しく高いことが明らかになった。この点は、MA, IQとの関係が高いことから、知的水準による各領域や各項目の得点傾向を調査する必要があるものと考ええる。一方、CAとの相関が認められなかったのは、本対象者の平均CAが28.9歳と若い世代の者が多かったことに起因するものと推測される。

#### (2) 障害種別ごとにみた生活適応の実態

本対象者の生活適応の状況は、先に述べたように領域ごとの評定値間が等しくないため相対比較ができず、MA, IQの低い者が顕著に多いため知的水準による検討ができない。また、平均CAが低く成人初期の世代者が多いことから、加齢による影響を検討することも困難であった。

そこで、障害種別による比較検討を行った (Fig. 2)。障害種別ごとにみると、自閉症群が他の障害に比べ高い得点だったのが、「2.身辺処理」「3.家庭生活」「4.社会的スキル」「5.コミュニティ資源の利用」「6.自律性」「8.アカデミックスキル」「10.仕事」の7領域であった。ダウン症群が高かったのが「7.健康と安全」、てんかん群が高かったのが「9.余暇」、その他群が高かったのが「1.コミュニケーション」領域であった。また、全項目による平均得点を障害種別ごとに算出してFig. 3に示した。自閉症が最も高く、次いで順に精神遅滞、てんかん、その他、ダウン症であった。MAやIQによる知的水準は4群で有意差は認められなかったが、

Table 3 対象者の障害種別によるプロフィール

	＜単位; CA 歳, MA 月＞		
	平均CA	平均MA	平均IQ
精神遅滞	29.9 (8.64)	40.1 (22.74)	18.8 (10.64)
自閉症	29.2 (2.94)	37.6 (24.51)	17.7 (16.77)
ダウン症	29.3 (6.58)	26.8 (18.75)	12.5 (8.85)
てんかん	32.6 (11.10)	44.0 (36.46)	20.7 (17.12)
その他	28.0 (3.06)	45.4 (40.70)	21.4 (19.18)

(S D)

**Table 4 CA, MA, IQ, 各領域間の単相関マトリクス (ピアソン偏差積率相関係数による)**

	CA	MA	IQ	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
MA	.161 (50)	-- --										
IQ	.118 (50)	.793** (50)	-- --									
1.	.038 (43)	.699** (36)	.529** (36)	-- --								
2.	-.049 (56)	.701** (44)	.697** (44)	.663** (38)	-- --							
3.	-.024 (63)	.764** (49)	.678** (49)	.833** (42)	.824** (56)	-- --						
4.	-.004 (61)	.814** (47)	.777** (47)	.783** (41)	.773** (55)	.841** (61)	-- --					
5.	-.092 (62)	.564** (49)	.624** (49)	.667** (41)	.724** (54)	.749** (61)	.766** (60)	-- --				
6.	.093 (60)	.672** (47)	.653** (47)	.604** (40)	.775** (54)	.755** (60)	.733** (59)	.631** (58)	-- --			
7.	.043 (52)	.476** (43)	.446** (43)	.245 (34)	.304* (47)	.383** (52)	.416** (51)	.248 (50)	.536** (51)	-- --		
8.	.017 (64)	.816** (50)	.683** (50)	.834** (43)	.741** (56)	.855** (63)	.837** (61)	.718** (62)	.685** (60)	.293* (52)	-- --	
9.	-.069 (60)	.607** (46)	.552** (46)	.675** (40)	.475** (54)	.645** (60)	.694** (59)	.538** (58)	.526** (59)	.399** (50)	.611** (60)	-- --
10.	-.045 (59)	.780** (47)	.765** (47)	.653** (39)	.858** (53)	.837** (59)	.824** (58)	.752** (57)	.882** (57)	.402** (51)	.818** (59)	.588** (57)

\*\*p<.01, \*p<.05

その他群が最も高く、次いで順にてんかん、精神遅滞、自閉症、ダウン症であった。自閉症群は、知的水準からみると他群に比べ低い。しかし、本ツールによる生活適応の評価は他群より高い結果を示した。一方、ダウン症は、知的水準の低さに相当するように生活適応の平均得点は最も低かった。知的水準の影響は高いものの、必ずしもその要因のみによらず、障害特性や各対象者の行動特性、生育・教育歴などの適応スキルの実態により得点差が生じることが

推測された。

また、「7.健康と安全」は、知的障害の示す問題行動や行動傾向、対人関係などの評価を測定する項目から構成されており、行動障害の顕著な自閉症やその周辺障害にある者は得点が低くなるものと考えられる。しかし、結果はダウン症とてんかんの者がやや高く、次いで精神遅滞、自閉症、その他群であり、大きな得点差は認められなかった。教育成果や施設での支援効果、生涯発達からみた成人期の知的障害者の間

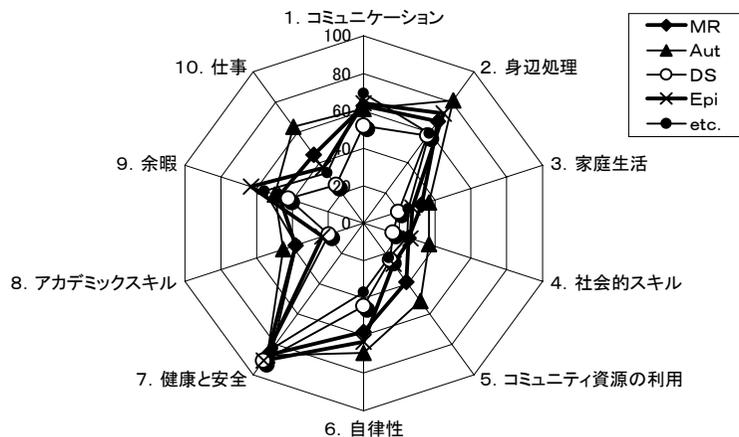


Fig. 2 障害種別ごとにみた領域別平均得点

題行動の低さ・軽減と判断するかは、本ツールによる評価のみでは難しい。

## 文 献

- 1) A AMR (茂木俊彦監訳) (1999) : 精神遅滞[第9版]—定義・分類・サポーター. 学苑社.
- 2) Grossman,H.J(1983) : Classification in Mental Retardation. Washington,DC: American Association on Mental Deficiency.
- 3) 橋本創一・喜多雄 哲・菅野 敦他 (2000) : 知的障害養護学校幼稚部における早期教育相談に関する研究—相談指導の形態と子どもの変容による検討—. 特殊教育学研究, 37(5), 99-110.
- 4) 今村理一 (1999) : 高齢知的障害者の援助・介護マニュアル. 日本知的障害者愛護協会.
- 5) International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities(IASSID) (2000) :New Millennium Research to Practice Congress Abstracts-11th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities(IASSID)-.Journal of Intellectual Disability Research,44.
- 6) 上岡一世 (1997) : 自閉症者の就労に関する研究—就労事例の検討を通じて—. 特殊教育学研究, 34(5), 29-36.
- 7) 太田俊己 (1996) : 適応行動. 小出 進編 : 発達障害辞典. 学習研究社, 472-473.
- 8) 松原達哉 (1969) : 就学レディネス・テスト手引き. 日本文化科学社.
- 9) 三木安正監修 (1980) : 新版S-M社会生活能力検査. 日本文化科学社.
- 10) 三沢義一・小畑文也 (1987) : 精神薄弱者の職業適性について—個人的・環境的要因との関連—. 特殊教育学研究, 25(2), 1-9.
- 11) 文部省 (2000) : 盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領(平成11年3月)解説—総則等編—. 海文堂出版株式会社.
- 12) 日本AAPEP研究会 (1997) : 青年期成人期自閉症教育診断検査 心理教育プロフィール (AAPEP) の実際. 川島書店.
- 13) 日本知的障害者愛護協会 (1983) : 精神薄弱者加齢の軌跡. 日本知的障害者愛護協会.
- 14) 佐藤久夫 (1999) : 生活機能と障害の国際分類—ICIDH-2は2001年5月に—. AIGO, 316, 40-43.
- 15) 佐藤久夫 (1998) : WHO国際障害分類 (ICIDH) 改定試案の動向. 総合リハビリテーション. 26(12), 1195-1197.
- 16) 佐藤久夫 (1999) : WHO国際障害分類の改正. からだの科学. 207, 96-99.
- 17) Schopler.E. (茨木俊夫・三宅篤子訳) (1981) : 自閉症児・発達障害児教育診断検査 (PEP). 川島書店.
- 18) 高木俊一郎・坂本龍生 (1962) : 幼児・児童性格診断検査の手引き. 金子書房.
- 19) 武田幸治・手塚直樹 (1991) : 知的障害者の就労と社会参加. 光生館.
- 20) 富安芳和・村上英治・松田 惺・江見佳俊 (1973) : 適応行動尺度手引き. 日本文化科学社.
- 21) 津守 真・磯部景子 (1967) : 乳幼児精神発達診断法 (3～7歳). 大日本図書.
- 22) 柚木 馥 (1998) : 知的障害者の法外小規模施設における教育実践. コレール社.