

## 海外情報の提供

今回は、従来の「Autism」と違う雑誌から、単に知的障害だけをもつ人と比較した50歳以上の自閉症のある成人の転帰に関する報告を全文仮訳で紹介する（抄録、参考文献を除く）。著者たちによると、おそらく本論は自閉症のある成人の加齢をテーマにした初めての研究と考えられている。本研究の結果は、イギリスの行政的なデータベースをいくつか結合したサンプルによる横断的研究から導き出されているので、解釈には十分留意すべきであるが、今後の研究を進めていくための有意義な知見が含まれた貴重な資料となっている。（2011.2.1 全自者協調査研究委員会）

**【文献名】** Totsika, V., Felce, D., Kerr, M. and Hastings, R.P. (2010) : Behavior problems, psychiatric symptoms, and quality of life for older adults with intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1171-1178.

### 【仮訳】 知的障害をもつ年配の成人のうち、自閉症のある人とそうでない人たちの行動上の問題、精神症状、生活の質

**Key Words** 年配の成人、自閉症スペクトラム障害、知的障害、加齢

#### はじめに

評価、診断、児童期の発達に力点が置かれてきたことに比べると（Filipekら 1999; Newschafferら 2007）、成人に関して、自閉症スペクトラム障害（ASD）の人口、社会に及ぼす影響、ニーズに関する研究や政策にほとんど注意が向かなかった（Barnardら 2001; NAS 2008）。ASDの発現率が増加しているという報告（Charman 2002; Fombonne 2005; Rutter 2005）に連動して、西欧社会の中で拡大が予測されるのは、ASDのある成人が重大性を孕んだ一集団になるのではないかとということである。変更すべき彼らへの支援やサービスの必要事項を見越して対処するため、ASDのある年配の人たちの幸福感の調査や、この集団の加齢変化を同定すべきである。イギリス経済下で自閉症の生涯にかかる費用は、低機能の人（すなわち、知的障害をもつ者と同義）一人あたり400万ポンド以上と積算されている（Järbrink & Knapp 2001; Ganz 2007）。本研究は、ASDの三つ組みの障害特性と知的障害を合併した成人の母集団に焦点を当てている。

知的障害（ID）とASDを合併した成人の母集団の規模を確定できる既存の疫学研究は限られており、それらの結果は方法論的一貫性に欠けるので、おそらく大きなバラつきがあるだろう。IDに特化したスクリーニング手法による最近の研究から、ASDはIDのある全成人の30~39%を占めることがわかった（La Malfaら 2004; Morganら 2002）。自閉症の三つの中核症状（コミュニケーション障害、対人的相互交流の障害、繰り返しまたは常同的な行動や興味）は、成人期も残存しがちであるが（Billstedtら 2007; Matsonら 2008）、何割かの人たちの症状の程度は時間をかけて徐々に軽減している（Seltzerら 2003; Shattuckら 2007）。早期（5歳以前）に言語スキルがあることや高水準の知的機能（IQ $\geq$ 70）は、成人期における症状の改善と関連している（Billstedtら 2007; Eaves

& Ho 2008)。対照的に、ASDのある人たちの成人期の人生において、IDの合併は非常に悪い転帰と関連している (Cederlung ら 2008; Shattuck ら 2007)。自閉症のある成人のIQ値はかなり長い間安定しているが (Howlin ら 2004)、言い換えれば、成人期にIQが高くなって自然に改善することはまずあり得ないことを意味する。

ASDの発現は、IDのある児童や若い成人の行動上の問題や精神障害の危険因子と報告されてきた (Bradley ら 2004; Hastings & Mount 2001; McClintock ら 2003)。しかしながら、これは成人期の場合に当てはまらない。研究結果から単純にみると、ASDと行動上の問題の二者同士は関連しているのであるが (Holden & Gitlesen 2006; Tyrer ら 2006)、他の因子 (例えば、年齢、性別、ID水準) を統制すると、その関連性がみられなくなった (Tyrer ら 2006)。特定の地域 (Glasgow, UK) の全ID人口における最近の研究では、IDとASDを合併した成人の精神障害と問題行動の発現率は、年齢、性別、ID水準で統制すると、IDのみの成人やダウン症候群の人たちにおけるそれらの発現率と違いがなくなった (Melville ら 2008)。

IDとASDの合併した成人の生活の質の中で、特に主観的な満足度は評定方法に難題を抱えており、研究結果が不足している (Gerber ら 2008; Perry & Felce 2002)。IDのある人たちの生活様式を客観的に評定した研究において、適応機能や認知機能の水準は一貫して、個人的な居住様式の好み、社会・文化水準、個々に支援員から受ける注意の水準や性質のような環境要因を除く、生活の質に影響を及ぼすと考えられる。(Felce & Perry 2007)。客観的な生活の質が、適応スキル以外に個人の特性の影響を受けているという証拠はほとんどない。このようにASDのあることに関して、主観的な生活の満足度 (Beadle-Brown ら 2009) と、客観的な生活様式 (Felce ら 印刷中) のどちらを用いると直接的に予測できるのかわからない。後者を用いた研究では、適応行動を統制した後に、ASDの三つ組みの障害特性を合併したIDの成人とそうでないIDの人たちとの生活体験の違いは認められなかった。

以上に50歳以上の成人が一部含まれる多くの研究を引用したが、認知や機能の低さが転帰に及ぼす影響について、年配の人たちに絞った研究は見当たらない。さらに、IDのある人たちの加齢の研究は、サンプルの中にASDの成人が含まれているが (Davidson ら 2003; Hefziba ら 2008)、加齢の経過や転帰へのASDの(潜在的)影響にはっきりと焦点を当てていない。

本研究において、私たちはIDのある年配の成人に焦点を当てる。私たちが既存データの二次的分析を使って調査する重点項目とは、

(a) ASDの三つ組みの障害特性(対人的相互交流の問題、象徴活動と言語、繰り返しや常同行動; Wing & Gould 1979)の有無について

IDとASDを合併した年配の成人と、IDだけの年配の成人との間で環境や生活経験を比較する。

(b) 加齢について

IDとASDを合併した年配の成人と、IDとASDを合併した若い成人との間で環境や生活経験を比較する。

加齢が及ぼす潜在的な影響について、横断的研究では年齢やコホートの効果が区別できないので、解釈は慎重でなければならない。ASDの特性は、研究に広く用いられているスクリーニング手法で同定されたが、スクリーニングなのでそれほど厳格な臨床診断手続きとは言えない。しかしながら今回の分析は、これまでほとんどエビデンスのない領域に初めて記述データをもたらした。私たちの知る限り、これはIDとASDを合併した年配の成人の環境と生活経験を精査した最初の研究である。私たちは最大限努力し、多くの研究からサンプルを合成した。

## 方法

### 対象者

本研究のデータベースは、合計 819 人の ID のある成人を包含している。対象者は、支援員の居るグループホームに関する 4 つの研究から引き出され (Felce ら 2002, 2003; Jones ら 2001[データベースのみ]; Perry & Felce 2005)、44 の第一次地域健康サービス事業所の協力を得て 5 つ目の研究を取り込んだ (Baxter ら 2006)。対象者は平均 44.5 歳 (範囲 18~90 歳、SD 14.6)、52.7% が男性で、34.3% が ASD の三つ組みの障害特性をもつと評価された (N=281)。適応行動尺度 1 部 (Nihira ら 1993) の平均得点 168.1 (範囲 8~304、SD 68.8)、Aberrant 行動チェックリスト (Aman & Singh 1986) の平均得点 29.7 (範囲 0~131、SD 26.1)、合成したデータベースの性質をみると、全サンプルの大部分が支援員の居るグループホームで生活していた。内訳としては、31 人が自立、142 人が家族と同居、646 人がグループホームで生活している。

年配の成人群のカットオフとして年齢 50 歳を選定したが、これは、既存の成人期自閉症の縦断的研究にみられた上限の年齢と同じである (Howlin ら 2004; Shattuck ら 2007; Seltzew ら 2003)。50 歳以上の対象者 282 人 (全サンプルの 34.4%) のうち、87 人が三つ組の障害特性をもつと評価された (50 歳以上群の 30.9%、平均年齢 59.1 歳)。50 歳未満の対象者 537 人 (全サンプルの 65.6%) のうち、194 人が三つ組の障害特性をもつと評価された (50 歳未満群の 36.1%、平均年齢 35.9 歳)。

### 測定尺度

#### 適応スキル

適応行動尺度第 1 部 (ABC-RC:2; Nihira ら 1993) が、対象者の適応スキル水準を記述するのに用いられた。その尺度は、適応スキル 10 領域、73 項目で構成される。全項目の合計得点は、適応機能という一側面の得点として設定された。Nihira ら (1993) は、内部恒常性 (Cronbach  $\alpha$  範囲 .82~.99)、再検査信頼性 (r 範囲 .83~.99)、評価者間一致率 (r 範囲 .83~.99) だけでなく、内容妥当性、基準妥当性、構成概念妥当性を報告しており、ABS は優れた心理測定法と考えられる。

#### 行動上の問題

Aberrant 行動チェックリスト (ABC; Aman & Singh 1986) は、感情不安定、多動、不適切な言語、常同行動や無関心の 5 領域、58 項目が含まれる。ABC は、内部恒常性 ( $\alpha$  範囲 .86~.94)、評価者間信頼性 (r 範囲 .55~.69)、再検査信頼性 (r 範囲 .96~.99) のとおり、良好な心理測定法である。本研究では、全般的な行動上の問題の水準を示すものとして合計得点が用いられた。

#### 自閉症スペクトラム障害の有無

ASD があるというのは、能力障害評価スケジュール (DAS; Holmes ら 1982) の 3 領域 (対人的相互交流の質、常同行動、象徴機能) で基準値を満たす者と定められた。DAS は、ID のある者の能力、能力障害、問題行動のスクリーニング手法として使うために作られた。対人的相互交流の質と象徴機能は対人活動や想像活動の異常性に基づいて評価されるが、著者らは十分な信頼性があると報告している (再検査 82%、回答者間 62%、評価者間 75~79%; Holmes ら 1982)。同様に、常同行動領域の信頼性は、再検査間で 77%、回答者間一致率 85%、評価者間一致率 80~82% と報告されている。対人的交流の質全体で 1~5 点と、コミュニケーションの問題と常同行動に関する 5 項目のい

ずれかで1点、および象徴活動で1点を加えれば閾値水準に達する。閾値水準とは、自閉症スペクトラム障害の3つの中核障害となる対人的相互交流、コミュニケーション、想像性の領域に障害のあることを示す (Wing & Gould 1979)。ASD において、これらの中核障害は常同的な活動パターンと共存する傾向がみられる。ASD の基本的な診断基準として有用な障害の三つ組は、DSM-III-R (Waterhouse ら 1992) に包含されている。本研究において、閾値水準に達した対象者は、ASD である三つ組の障害を有していると特徴づけられた。三つ組の中で、対人的障害の有無の評価者間一致率は70%を超えている (76%, Perry & Felce; 79%, Felce ら 2009)。

### 精神症状

データベース全体に寄与した研究には、精神症状を測定するのに PIMRA (Matson 1988)、または PAS-ADD (Moss ら 1998) スクリーン法が用いられている。2つの手法とも ID の母集団に広く使われており、それらの著者たちは、良好な心理測定法の特徴をもつと報告している (Matson 1988; Moss ら 1998)。2つの尺度には、精神症状をもつことを示す閾値水準がある。PIMRA で精神症状を有するというのは、尺度の8領域 (統合失調症、気分障害、性心理的障害、不適応障害、不安障害、身体型障害、人格障害、不適切な適応) のいずれかで、4~7項目に「ある」と評価された場合をさす。PAS-ADD で精神症状を有するというのは、尺度の3つの診断領域 (感情または神経症的な障害、器質障害の病態の可能性、精神障害) のいずれかで、提示された閾値得点よりも高い数値になった場合をさす。精神症状の有無について、「ある」「ない」という二項対立的な得点で対象者の精神症状を記述した。精神症状の有無の評価が2つの異なる尺度によることが、本論文に報告された調査結果パターンに害を及ぼしたかどうかを検討するため、同じ精神障害尺度 (PAS-ADD) をすべての人に繰り返し実施した対象者下位サンプル (N=60) を設け、分析を再度行なった。その結果パターンは、**結果**の項で報告された調査結果パターンと広い範囲で類似していることから、精神症状の有無の評価に2つの異なる尺度を用いた影響は認められないと考えられる。

### 生活の質

対人的幸福感と生産的幸福感に関する活動指標の多くが、今回のデータベースに寄与したさまざまな研究から得られた。生活の質尺度の人数は全体サンプルの大きさと異なるので、測定された対象者の正確な人数が示されている (**結果**の表を参照のこと)。

家事活動への参加は家庭生活への参加の指標 (IPDL; Raynes ら 1994)、対人活動や地域社会活動への関与は、地域社会活動の指標 (ICI; Raynes ら 1994, Felce らによる修正 1998) を使って評価された。IPDL は良好な心理測定法の特徴を有しており (評定者間一致率 95~97%、内部恒常性  $\alpha$ : .89)、13の異なる家事作業への参加を測定する。本研究には合計得点 (範囲 0~26) が用いられており、得点が高いほど多くの家事に参加していることを示す。従来の ICI は、対人活動2項目、地域社会活動10項目、旅行する1項目が含まれている。最後の1項目を除く全項目は前月中の参加状況、旅行の項目は前年中の状況の評価する。Raynes (1988) は、ICI の評価者間信頼性 (95~96%) と内部恒常性 (群内  $\alpha$ : .85, 個人内  $\alpha$ : .77) が妥当なことを報告している。Felce ら (1998) は対人活動を5項目に増やし、0~5以上の範囲で期間中の質問にある出来事の頻数を確認している。全体 ICI 得点 (0~16) は参加した対人活動と地域社会活動の種類を示すのに対して、一方の全体 ICI 頻度得点 (範囲 0~80) は前月の活動の頻度を合計したものである。

また、彼らが参加した活動と支援員から受けた注意も、支援員の居る住宅での研究において直接

観察によって評価された。活動への従事とは、対人的相互交流、家事、私事、余暇、教育活動の合計時間で、対象者と関わりながら観察した。支援員の注意は、対象者が支援員から直接受けた注意（従事する時に受ける補助、賞賛、介助や手伝いなどの援助、会話という形での相互交流）の合計時間である。直接観察は、すべて夕食前後の一人あたり合計2～3時間のセッションで、地域社会にある住居で行なわれた。この時間帯は、一日の中の代表的な活動として選択したわけではなかった。むしろ、一般的な家庭ではその時間にさまざまな活動が生じるので、忙しい活動時間帯と考えたからである。観察者間一致率から、サンプルを構成する4つの居住研究がすべて妥当なものと評価された（ $\kappa$ 係数 .65以上；Felceら 2002, 2003；Jonesら 2001；Perry & Felce 2005）。

## 分析方法

群間で、以下の3点の比較検討が行なわれた。

- (1) IDとASDを合併した50歳以上の成人と、同じ年齢のASDをもたないIDの成人とを比較した。
  - (2) ABS得点でマッチングした後、IDとASDを合併した50歳以上の成人下位群と、同じ年齢のASDをもたないIDの成人下位群とを比較した。
  - (3) IDとASDを合併した50歳以上の成人と、IDとASDを合併した18～49歳の成人とを比較した。
- 上記の(2)の比較検討について、下位群は次のような手続きでABS得点によりマッチングされた。データベースは、50歳以上の成人を含むというだけで作られていた。本データベースの対象者をABS得点の低い方から高い順に配列した。できる限り、三つ組の対人関係の障害をもつと評価された一人ひとりに対して、なるべく類似した人を三つ組の対人関係の障害をもたない人の中から選び、それぞれにマッチングした。三つ組をもつ人たちの多くは、三つ組をもたない人たちよりもABS得点が高いので、三つ組のある人全員とマッチングできたわけではない。そのため、これらの下位群間の比較は、各群とも65人の対象者に基づいている。

正規分布から有意に偏った得点分布なので、分析にノンパラメトリックな比較方法を用いた。そのため、順序レベルの変数にMann-Whitney U検定、名義レベルの変数にカイ二乗（ $\chi^2$ ）検定が行なわれた。U/mnの公式と関連して95%の信頼区間におけるMann-Whitney検定の統計量（U）と、各比較群（m, n）のサンプル数から順序変数のための効果の大きさを算出した（Acionら 2006；Newcombe 2006）。U/mnは、群間差異がみられないと0.5、2群の得点間に明らかに弁別的な差異が認められると0または1に等しくなる。名義変数のための効果の大きさは $\phi$ で表し、サンプル数の異なるカイ二乗値の平方根に等しい量となる。 $\phi$ は0～1の範囲で、0は関係性のないことを示す。

## 結果

### 50歳以上のIDのある成人のうち、自閉症スペクトラム障害のある人とない人について

表1は、ASDの有無で分けられた50歳以上のIDのある成人について、各研究の変数の平均得点や比率をそれに伴う標準偏差と共に示している。ASDのある対象者は、効果の大きさが小さいものの、年齢の低い傾向がみられる。性別や精神症状の分布に有意差は認められなかった。適応機能や問題行動は、群間で効果の大きいことと関連して有意差が認められる。ASDのある成人は適応機能水準が低く、行動上の問題の多い傾向が認められた。さらに、ICIにおける対人活動や地域社会活動の頻度を除くと、生活の質の転帰に関する分布すべてに有意差がみられる。全体的に、ASDのある成人は活動水準の低い傾向がみられる。IPDL得点と活動に従事して過ごす時間について、効果の大きさは中程度となっている。

**表1** 自閉症スペクトラム障害(ASD)の三つ組の障害特性のあるIDの年配の成人と、それがないIDの年配の成人における行動上の問題、精神症状、生活の質(各群の平均値と標準偏差)

サンプル50歳以上(n= 282)	ASDあり(n= 87)	ASDなし(n= 195)	統計検定	効果の大きさ[95%信頼区間]
年齢(歳)	59.1 (8.6)	61.3 (9.0)	U= 7,150, P<.05	.42 [.35~.49]
性別(男性%)	56.3	53.8	$\chi^2 = .15, NS^a$	.02
ABS得点	119.1 (46.1)	189.9 (55.7)	U= 2,915, P<.001	.17 [.13~.23]
ABC得点	37.6 (26.4)	19.3 (18.5)	U= 4,656, P<.001	.27 [.22~.34]
精神症状(%)	31.7	23.3	$\chi^2 = 1.70, NS$	.09
ICIの種類 <sup>b</sup>	6.8 (2.7)	7.6 (2.4)	U= 5,129, P<.05	.40 [.33~.48]
ICIの頻度 <sup>b</sup>	19.0 (8.6)	21.3 (8.5)	U= 5,387, NS	.42 [.35~.50]
IPDL <sup>b</sup>	7.1 (5.6)	11.8 (6.7)	U= 3,833, P<.001	.30 [.24~.38]
支援員から受けた注意(時間%) <sup>c</sup>	13.8 (10.5)	18.5 (13.6)	U= 3,161, P<.05	.39 [.31~.48]
活動への従事(時間%) <sup>c</sup>	38.8 (22.2)	58.7 (25.1)	U= 2,207, P<.001	.27 [.20~.35]

a NS 有意差なし

b 有効な転帰データ n= 244のうち、ASDのある群 76人とASDのない群 168人

c 有効な転帰データ n= 192のうち、ASDのある群 63人とASDのない群 129人

## 50歳以上のIDの成人のうち、適応機能でマッチングした後の、自閉症スペクトラム障害のある人とない人について

表2は、ABS得点でマッチングした後、50歳以上のASDのある人とない人の下位群について、同様のデータを示したものである。2群間の年齢の差異を除外し、適応スキルでマッチングすると、先にみられた有意差はすべてみられなくなった。

**表2** ABS得点でマッチングした後の、自閉症スペクトラム障害(ASD)の三つ組の障害特性のあるIDの年配の成人下位群と、それがないIDの年配の成人下位群における行動上の問題、精神症状、生活の質(各群の平均値と標準偏差)

50歳以上の下位群(n= 130)	ASDあり(n= 65)	ASDなし(n= 65)	統計検定	効果の大きさ[95%信頼区間]
年齢(歳)	58.9 (8.5)	61.8 (9.0)	U= 1,674, P<.05	.39 [.31~.50]
性別(男性%)	58.5	58.5	$\chi^2 = 0.0, NS^a$	.00
ABS得点	134.2 (41.3)	135.1 (42.3)	U= 2,071, NS	.49 [.39~.59]
ABC得点	35.6 (25.6)	27.3 (22.4)	U= 1,688, NS	.41 [.31~.51]
精神症状(%)	37.3	26.9	$\chi^2 = 1.26, NS$	.11
ICIの種類 <sup>b</sup>	7.0 (2.5)	6.9 (2.2)	U= 1,595, NS	.49 [.39~.60]
ICIの頻度 <sup>b</sup>	20.1 (8.4)	18.9 (8.5)	U= 1,557, NS	.48 [.38~.58]
IPDL <sup>b</sup>	8.0 (5.8)	7.6 (5.8)	U= 1,551, NS	.48 [.38~.58]
支援員から受けた注意(時間%) <sup>c</sup>	14.5 (11.9)	16.9 (12.2)	U= 755, NS	.44 [.32~.56]
活動への従事(時間%) <sup>c</sup>	45.0 (21.3)	40.4 (24.6)	U= 722, NS	.43 [.31~.55]

a NS 有意差なし

b 有効な転帰データ n= 114のうち、ASDのある群 56人(ABS得点= 134.8、SD= 41.1)とASDのない群 55人(ABS得点= 132.8、SD= 41.2; U= 1,591、P= .86)

c 有効な転帰データ n= 82のうち、ASDのある群 41人(ABS得点= 140.8、SD= 40.8)とASDのない群 41人(ABS得点= 139.4、SD= 42.8; U= 826、P= .893)

## 自閉症スペクトラム障害のあるIDの成人のうち、50歳以上の群と18~49歳の群との比較について

性別の分布、ICI得点の分布、IPDL得点と活動に従事して過ごした時間は、IDとASDを合併した若い成人と年配の成人との有意差は認められなかった。群間で有意差がみられたのは、

- (a) 行動上の問題：若い群の方が行動上の問題は多く、少~中程度の効果がみられる。
- (b) 精神症状：若い群の方が精神症状をもつ比率は高く、少~中程度の効果がみられる。
- (c) 支援員の注意：若い群の方が多く注意を受けており、中程度~大きい効果がみられる。

**表3** 自閉症スペクトラム障害(ASD)の三つ組の障害特性のあるIDの若い成人と、同じく年配の成人における行動上の問題、精神症状、生活の質(各群の平均値と標準偏差)

ASDのあるサンプル(n= 281)	ASDあり(n= 194)	ASDなし(n= 87)	統計検定	効果の大きさ[95%信頼区間]
年齢(歳)	35.9 (8.5)	59.1 (8.6)		
性別(男性%)	50.0	56.3	$\chi^2 = .96, NS^a$	.06
ABS得点	119.8 (61.0)	119.1 (46.1)	U= 8,334, NS	.49 [.42~.57]
ABC得点	47.8 (28.6)	37.6 (26.4)	U= 6,498, P<.01	.39 [.32~.46]
精神症状(%)	49.7	31.7	$\chi^2 = 5.92, P<.05$	.16
ICIの種類 <sup>b</sup>	6.4 (2.4)	6.8 (2.6)	U= 6,462, NS	.47 [.39~.54]
ICIの頻度 <sup>b</sup>	18.0 (8.8)	19.0 (8.6)	U= 6,471, NS	.47 [.39~.54]
IPDL <sup>b</sup>	8.0 (5.9)	7.1 (5.6)	U= 6,298, NS	.46 [.38~.53]
支援員から受けた注意(時間%) <sup>c</sup>	20.3 (15.6)	13.8 (10.5)	U= 2,207, P<.001	.30 [.23~.39]
活動への従事(時間%) <sup>c</sup>	42.4 (26.9)	38.8 (22.2)	U= 3,376, NS	.47 [.38~.56]

a NS 有意差なし

b 有効な転帰データ n= 258のうち、18~49歳の年齢群 182人と50歳以上の年齢群 76人

c 有効な転帰データ n= 178のうち、18~49歳の年齢群 116人と50歳以上の年齢群 63人

## 考 察

私たちは本研究において、ASDの定型的特徴の有無がIDのある年配の成人の適応スキル、行動上の問題、精神病的な問題、生活の質とどのように関連しているのか調査した。合計819人のIDのある成人サンプルから、私たちは、対人的相互交流の質的な障害、常同行動、象徴活動の困難さという、ASDの3つの中核的特徴をもつ50歳以上の者を同定した(Holmesら1982)。ASDの定義には前述したスクリーニングアプローチを用いて、ASDのないIDの年配の成人やASDのある若い人たちと比較検討した。

調査結果から、ASDの定型的な三つ組の障害があるからといって、IDのある年配の成人と違う転帰を示すとは考えられない。初めは多くの差異がみられたものの(適応スキル、行動上の問題、家事への参加、対人活動や地域社会活動;表1を参照のこと)、私たちが適応スキル水準で統制すると、これらの差異は有意でなくなった(表2)。この結果から、IDとASDを合併した年配の成人の方が能力水準の低いことが、初めに認められた行動上の問題、精神症状、生活の質の評価における差異と関連していたと考えられる。

これらの調査結果が50歳以上の母集団に限定したものととは考えにくい。別の研究者は、一般にASDのある成人の適応スキルが低く(Felceら印刷中;Shahら1982)、重度または最重度のIDの成人の中にASDの占める割合が高い(Bhaumikら1997;LaMalfaら2004)と報告している。Felceら(印刷中)は、IDとASDを合併した成人はすべての年齢において、ここで考察されたように適応スキル水準で統制すると、同様の生活の質の指標による差異はみられなかったと報告している。

自閉症とIDを合併した年配の成人は、若い人たちよりも行動上の問題が少なかった。また、加齢に伴って行動上の問題が減少する傾向は、一般的にIDのある母集団で認められる(Holden & Gitlesen 2006)。精神症状の発現率について、IDとASDを合併した年配の成人はIDのある同年齢の人たちよりもさほど高くないが(Melvilleら2008;Tsakanikosら2006と同様)、IDとASDを合併した若い成人の方が年配の人たちよりも精神病の基準に達している者が多かった。増大する精神上の問題について、IDのある年配の人たちよりも若い人たちの方が高頻度となっている(Bhaumikら2008)。追加分析の結果、重要な問題でないことが示唆されたものの、精神症状に関する調査結果として2つの異なる尺度が使われている場合は、慎重に解釈していく必要がある。

IDとASDを合併した年配の成人の適応スキル水準が、若い人たちよりも低くないと言及されたことは興味深い(表3)。IDのある年配の成人において、健康上の問題が増加しているにもかかわらず、

日常生活スキルは良好な水準で保たれていると報告された (Hefziba ら 2008)。しかしながら、適応スキルを十分に保っているというのは真の結果でなく、年配の母集団にスキルの高い人たちが多いというアーチファクトのためと考えられるが、縦断的証拠がないので、私たちは、かなり高いスキルを保っているという可能性を退けることができない。ASD の死亡率は ID 水準が重いほど高いかどうか、研究のエビデンスは明らかでない (Mouridsen ら 2008; Shavelle ら 2001)。

本研究は横断的研究によるので、ASD のある年配の成人のスキルや経験を単に素描しただけにすぎない。縦断的な面に乏しいため、私たちがこの母集団における加齢の経過を理解したり、ID だけをもつ人たちの加齢の経過と比較検討する方法としては限界をもっている。これは、今の母集団への次の研究段階として妥当と考えられるし、その規模も適切と認識され始めている。

本研究のもうひとつの欠点は、私たちのサンプルが多くは先行研究から採ったもので、代表的な特性のないことである。研究結果の一般化に限界のあることをふまえると、このような大規模に合成したサンプルを使うことでかなり大きな年配の成人サンプルを同定できるが、それ以外の利点はあまりない。本研究において、ID のある母集団は行政的に定義されており、将来の研究では、適応行動と同じか、または違った面で群間差異が生じるかどうかを調べる上で、IQ の測度も加えるべきであろう。ASD の特性を同定するためのスクリーニング手法を用いた場合、一般のスクリーニング手法は、十分に構造化された臨床診断よりも多くの人数を同定するよう意図しているので、余分な人々を包含してしまうかもしれない。ID のある成人の行動や経験において、ASD の影響はないという証拠を載せるためには、ASD の症状が顕著に認められている可能性をもち、臨床的に ASD の診断を受けた成人について、正しいかどうか検証することが重要である。

要約すると、エビデンスから示唆されるように、ASD の定型的特性を有していることは、ID のある年配の成人の行動や生活経験に負の影響を及ぼさないが、適応スキルの低いほど、行動上の問題と生活の質の水準に影響を及ぼすことがわかっている。以上のように、ASD と ID を合併した年配の人たちの適応スキル水準が低いことを考慮すると（これに関して、かなりスキルが保たれるかどうかは不明）、私たちは、妥当なエビデンスに基づく方法で ID のあるすべての個々の人の適応スキルを改善していく自分たちの努力に焦点を当てなければならない。

以 上