

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）（精神障害分野）
分担研究報告書

子どもの診断名告知および関連した治療技法に関する研究

研究分担者 吉田 友子（ペック研究所、よこはま発達クリニック）
行廣 隆次（京都学園大学）
研究協力者 宇野 洋太（名古屋大学、よこはま発達クリニック）
石垣美由紀（よこはま発達クリニック）
佐々木康栄（よこはま発達クリニック）
蜂矢百合子（よこはま発達クリニック）

研究趣旨

高機能ASD本人への診断名告知がより効果的で副作用の少ない治療的介入となることを目的として、多数例調査による実態把握と診断名認知後の変化を把握するための評価ツール（質問紙）の開発に取り組んだ。

【中高生の実態把握】12～18歳の高機能ASD症例138例を対象に、何歳でどのようにして診断名を知ったかを調査した。その結果、自分の診断名を知っていた症例は90例で、8歳から増え始めて10～13歳で増加が加速していたことや、自分で自分の診断名を認知した子どもは20例と稀ではなく存在したこと、大人からの告知の4割以上は親が担当していたことなどが確認された。

【高卒後の実態把握】17歳以前に受診歴をもつ18～22歳の高機能ASD症例61例を対象に、青年期の診断名認知と主な通所（所属）先、通所先への診断名伝達について調査した。その結果、青年期に至っても診断名を知らされていない症例が9例存在し、本人が診断名を知らないまま所属先には診断名が伝達されていた症例5例（うち3例は大学在学）や、診断名の明記が必要な福祉サービスを利用している症例5例が存在することが確認された。また青年期の所属先としては大学等の高等教育機関が27例と最も多かったが、大学在籍者の4人に1人は境界知能であり、高等教育機関として位置付けられてきた大学が境界知能の学生支援を担当している実態も正確な調査結果として明示された。

【診断名認知後変化を把握する質問紙】予備調査結果と児童精神科医の臨床判断から、診断名認知後に生じる変化を把握するための質問項目を抽出し、高機能ASD症例の親に送付して回答を求めた。対象症例80例（14～23歳）から得られた回答を統計学的に検討し、本質問紙が高い信頼性を持って診断名認知後の変化を測定できることが確認された。また再検査信頼性を検討するために初回回答から約1ヶ月後に質問紙への再回答を求め、67例から再回答を得て検討し、本質問紙の十分な再検査信頼性を確認した。

A. 研究目的

自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders, ASD）の子どもたちへの診断名告知について2000年前後から多くの専門家が言及し始め（Attwood, 1998, Newson, 2000, Jones, 2001, Yoshida, 2001, Ozonoff, 2002, Vermeulen, 2002）、臨床上看過できない課題として注目を集めている。しかし治療技法として

の検討はまだ乏しい。

診断を受けたことをASD症例本人がどのように受け止めているかについては質的研究がいくつかなされているが（Huws & Jones, 2008, Humphrey & Lewis, 2008）、ASDの子どもたちは何歳でどのようにして自分の診断名を知るのかについての実態把握は、筆者らが知る限り、筆者らの先行研究以外にはなされていない。筆

者らは2004年に高機能ASDの子どもたちの診断名認知に関して予備的調査を行った（吉田, 2010）。その結果、6～15歳の高機能ASDの子ども116例（平均年齢10歳9か月）のうち40例が診断名を知っており、自分で自分の診断名を認知した子どもが12例存在していたこと、子どもが診断名を知った年齢は5～12歳に分布していたことを示した。この予備調査結果から正確な実態把握のためには12歳以上の子どもを対象とすることが必要だと判断された。

治療的介入としての診断名告知の是非を検討するためには、まず告知の後に生じる変化を正確に把握する必要がある。これについては前述の通り本人へのインタビューに基づく質的研究がいくつかなされている。しかしASDでは自己認知や内面の言語化の能力、周囲が自分に向いている感情や思惑を認知する能力に、基本的な病態と関連する困難があることが知られている。したがって、告知後の変化の全容を把握するためには、養育者や専門家による評価の併用が望まれる。しかし現時点では診断名告知後の変化を評価するツールは開発されていない。筆者らは診断名を知った後に生じる事象についての予備調査を2006年に実施した。この調査では27組の親に半構造化面接を行い、認知後に生じることの多い変化や危惧・期待されながら生じることの稀な変化について予備的な把握を行った（村松・吉田・飯塚ら2007）。

本分担研究は以下の目的のもとに実行された。

【研究1】高機能ASDの子どもたちは何歳でどのようにして自分の診断名を認知するのかについて正確な実態把握を行う。

【研究2】17歳までに初診した高機能ASD症例の、青年期の主な所属先と本人の診断名認知、所属先への診断名伝達に関する実態把握を行う。

【研究3】診断名告知後に生じた変化を把握するための評価ツール（質問紙）を開発する。

B. 研究方法

1) 方法

民間発達障害専門クリニックであるよこはま発達クリニックをフィールドとして、対象症

例の親に質問紙を送付し、以下の調査を行った。

【研究1】中高生年齢の対象症例本人が診断名を知っているか否か、診断名を知った年齢、診断名を知ったいきさつ等について回答を得た。また、診断名を知っていた子どもの各年齢での累積割合をKaplan-Meier法を用いてfailure functionによって推定した（95%信頼水準）。

【研究2】青年期の対象症例本人が診断名を知っているか否か、主な通所先とそこで診断名伝達、福祉制度（療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療制度による通院費公費負担、障害年金）の利用等について回答を得た。

【研究3】対象症例が診断名を認知した後の状態変化について調査した。質問項目の適切性や、回答の尺度構造を因子分析によって検討し、因子としてまとめた。また得られた因子のクロンバッックの α を算出し、内部一貫性の信頼性を検討した。さらに再検査信頼性を検討するために、1ヶ月の後に、再度質問紙調査を実施した。各項目についてカッパ係数もしくは級内相関係数を求め、再検査信頼性を確認した。

2) 対象選定方法

よこはま発達クリニックに受診者から、診断・知的水準が下記の条件を満たす症例を抽出し、研究同意が書面で得られた親を研究参加者とした。診断・知的水準以外の条件については研究ごとに後述する通り設定した。

診断：DSM-IV-TR（APA, 2000）でASDに該当する。

知的水準：日本版ウェクスラー式知能検査（WISC-IIIまたはWAIS-III）でFIQ ≥ 70 である。

【研究1】では1992年4月2日～1998年4月1日生まれを条件とした（これは調査時に中学生～高校生に相当する年齢）。

【研究2】では、1989年4月2日～1993年4月1日生まれで、なおかつ初診時年齢が17歳以下であることを条件とした（これは調査時に通常の就学経過であれば高校・高等部の卒後4年間に相当する年齢）。

【研究3】では、1989年4月2日～1998年4月1日生まれで、なおかつ受診者が自分の診断名を知っていることを条件とした。

3) 選定された対象

【研究 1】対象症例は 138 例（男 108 例、女 30 例）で、平均年齢は 15 歳 7 か月（範囲：12 歳 6 ヶ月～18 歳 6 ヶ月、SD19.42）、平均 IQ は 98.01（SD17.03）だった。

【研究 2】対象症例は 61 例（男 51 例、女 10 例）で、平均年齢は 20 歳 4 か月（範囲：18 歳 6 ヶ月～22 歳 3 ヶ月、SD1.34）で、平均 IQ は 96.02（SD15.21）だった。

【研究 3】対象症例は 80 例（男 62 例、女 18 例）で、平均年齢は 18 歳 10 か月（範囲：14 歳 6 か月～23 歳 4 か月、SD2.51）で、平均 IQ は 95.15（SD18.42）だった。また、1 ヶ月後の再回答が得られたのは 67 例（対象症例の平均年齢 19 歳 2 ヶ月；14 歳 9 ヶ月から 23 歳 6 ヶ月、平均 IQ93.81）だった。

4) 倫理面への配慮

本研究は福島大学倫理委員会の承認を得て、それに則り実施された。

C. 研究結果

【研究 1】

1) 診断名を認知していた子どもの割合

診断名を知っていた症例は 138 例中 90 例だった。診断名既知の累積割合は、8 歳以降、特に 10～13 歳で増加が加速していた。診断名既知の累積割合は、8 歳では .09, 95%CI[.06, .16]、10 歳では .30[.23, .38]、13 歳では 0.60[.52, .69] だった。17 歳では .73[.62, .83] で、17 歳が終わる時点でも 20% 以上の高機能 ASD が自分の診断名を知らないと推定された。

2) 子どもたちはどのようにして診断名を認知したか

診断名を知っていた 90 例の子どもたちのうち、41 例は専門家から、28 例は親から告知されていた。つまり、大人からの告知のうち 40.6% は親が担当していた。1 例は他の子どもからの告知で診断名を認知していた。残りの 20 例は子どもが自分自身で診断名を認知した。

専門家による告知 41 例のうち、40 例は意図的に設定され実施された告知（計画的告知）だった。偶発的な経過により意図していなかった

状況で実施された告知（非計画的告知）は 1 例で、子どもが主治医に質問し告知されていた（14 歳）。専門家による告知は 8 歳から行われており、告知年齢の平均は 11 歳 5 か月（SD1.91 歳）だった。

親による告知 28 例のうち、13 例は計画的告知で、15 例は非計画的告知だった。親による非計画的告知のうち 8 例は子どもからの質問・相談に応じた告知で、7～13 歳でなされていた。親による告知は 4 歳から行われており、告知年齢の平均は 10 歳 0 か月（SD2.83 歳）だった。

子どもが自分で診断名を認知した最少年齢は 8 歳で、10 歳で認知した子どもが最も多く、12 歳が次に多い年齢だった。子どもが自分で診断名を認知した年齢の平均は 10 歳 4 か月（SD1.30 歳）だった。子どもが自分で診断名を認知する手がかりとしたのは（複数回答）、「大人の発言」と「本・ポスターなどの文字情報」がそれぞれ 13 例と最も多く、「他の子どもの発言」（5 例）、「自分に関する書類」（4 例）、「テレビ」（4 例）、「その他」（5 例）だった。

他の子どもから告知された 1 例は 5 歳のときに自閉症研究の対象児となり他の対象児から告知された。

【研究 2】

1) 青年期における診断名既知の割合

自分の診断名を知っていた症例は 61 例中 52 例（85.2%）だった。換言すれば、学童期・思春期から医療的関与を受けていた症例でも青年期に 14.8% が自分の診断名を知らされていなかった。

2) 青年期の主な通所先と診断名既知

通所先無回答 2 例を除く 59 例のうち、教育機関に在籍していた症例が 37 例（62.7%）を占めていた。なかでも、独立行政法人日本学生支援機構が障害学生の支援のための調査・相談等の対象機関と規定している 3 機関（大学・短大・高等専門学校、以下「大学等」と表記）の在籍者が最も多く 27 例（うち 24 例は大学に在籍）だった。「大学等」に在籍する症例の IQ 範囲は 71～126（平均 97.4）で、IQ70 以上 85 未満の境界知能の症例が 6 例いた（6 例とも大

学在籍)。教育機関に在籍している 37 例のうち 6 例は自分の診断名を知らなかった。

就労中の症例は 13 名 (22.0%) だった。就労中の症例の IQ 範囲は 74~123 (平均 93.3) で、境界知能の症例は 4 例だった。障害者就労をしている 11 例のうち 1 例は自分の診断名を知らなかった。

3 例 (5.1%) は通所先をもたない在宅者であった。医療機関入院中の症例や施設入所中の症例はいなかった。

3) 通所先への診断名の伝達

通所先 (所属先) に診断名を伝えていると回答した症例は 42 例、通所先で誰にも伝えていないと回答した症例は 16 例だった。教育機関に所属する 37 例のうち 13 例は教官・カウンセラーなどを含め誰にも診断名を伝えていなかった。就労中の 13 例については、一般就労の 2 例はいずれも職場に診断名を伝えていなかったが、障害者就労の 11 例は全例が職場に診断名を伝えていた。

通所先に診断名を伝えていた 42 例の伝達・公表の範囲は、「特定のスタッフのみ」が 15 例、「特定のスタッフに伝え、組織内での伝達は一任」が 23 例、「利用者も含めた組織全体への公表」は 4 例だった。

本人は自分の診断名を知らないが通所先 (所属先) には診断名が伝えられていた症例は 5 例おり、その所属先は大学 3 例、専門学校 1 例、障害者就労 1 例だった。

4) 青年期の福祉制度の利用と診断名既知

障害者手帳については、療育手帳の取得者が 17 例 (過去に取得していた症例 1 例を含む) で、精神障害者保健福祉手帳の取得者 12 例 (過去に取得していた症例 1 例を含む) を上回っていた。身体障害者手帳の申請者はいなかった。自立支援医療制度による通院費公費負担は 14 例 (過去に受給していた症例 1 例を含む) が受給しており、障害年金は 20 歳以上の 32 例のうち 8 例が受給していた。

自分の診断名を知らない 9 例のうち 5 例はこれらの福祉制度を利用していた。

【研究 3】

因子分析では認知直後の反応が 3 因子、認知数ヶ月後の変化が 2 因子、認知直前数ヶ月間の気分、認知前と現在の状態、認知後の周囲の状況でそれぞれ 1 因子となった。またクロンバックの α が 0.67~0.90 と、比較的高い内部一貫性が確認された。再検査信頼性の検討においては、各下位の設問においてカッパ係数あるいは級内相関係数の平均は 0.60 で、それらが 0.6 以上だった項目は 41 項目 (54.7%) であった。また得られた尺度においてはカッパ係数もしくは級内相関係数の平均は 0.71 で、それらが 0.6 以上だった項目は 9 尺度中 9 尺度 (100%) であった。

D. 考察

1) 自分で自分の診断名を認知した子どもは診断名既知の 20% 以上を占めていた。また、子どもからの突然の質問が告知の契機となった事例も稀ではなかった。本研究により、高機能 ASD 臨床の中で「本人が診断名を知ること」は取り扱わざるを得ない事象として存在することが示されたといえる。

2) 子どもが自分で自分の診断名を認知した最少年齢は 8 歳で、10~13 歳で認知した子どもが多かった。子どもの質問に応じた告知は 7 歳が最少年齢だった。

「高機能 ASD の子どもは 7~8 歳以降、特に 10~13 歳になると、自分の診断名に気づいたり質問をしてくる可能性がある」という事実を臨床家が養育者と共有しておくことが、子どもからの突然の質問に対応する役目を担う親への支援となると判断された。

3) 児童期からの受診例でも、青年期に至って未だ自分の診断名を知らされていない症例が稀ではなく存在することが確認された。また、本人は診断名を知らないのに通所先には伝えられていた症例が 5 例おり、うち 3 例は大学在籍者だった。本人が診断名を知らないのに福祉サービスを利用していた症例も 5 例いた。

高機能 ASD の青年が自分の診断名を知らないことは、周囲からの支援の提供を複雑で困難なものにすると推測される。例えば、今回調査

した福祉サービスは診断名の記載された書類が必要なので、申請に際しては本人が診断名に気づかないよう対策を講じたと推測された。また教育機関の担当者は診断名を知っているのに本人には伏せて対応することを親から求められる状況は教育機関での支援を複雑なものとすることが推測された。

4) 高校（高等部）卒後の4年間に相当する青年期の高機能ASD症例の主な所属先は「大学等」が45.0%と最も多く、大学在籍者の4人に1人は知的に境界域だった。大学が境界知能の学生を支援しているという事実が、正確な知能検査に基づいて確認されたことは重要である。社会に出るための準備機関としての大学という、これまで明文化されないままに大学が担ってきた役割を本研究は明確化した。

5) 診断名認知後の変化の評価に関して、本質問紙が高い信頼性を持って測定できることが確認された。また、告知後の変化を評価する際は同様の因子を持つ尺度で評価することが、認知後の変化を捉える上で高い信頼性を有することが示された。

E. 評価（研究成果）

1) 達成度について

高機能ASD症例の診断名認知に関して、児童期・青年期の実態把握を達成できた。診断名認知後の変化を評価する質問紙が作成され、この質問紙が十分な信頼性をもって診断名認知後の変化を測定できることを確認した。

2) 研究成果の学術的意義について

高機能ASD症例の診断名認知に関して正確な医学診断をもとに行われた多数例調査は、本邦はもとより諸外国でも前例がない（筆者らの予備調査を除く）。

青年期の診断名既知・未知と診断名伝達・福祉制度利用に関してても多数例調査は他に類をみない。

診断名認知後に生じる変化を把握するツールを統計学的検討のもとに開発する研究はこれまでなされていなかった。

3) 研究成果の行政的意義について
高機能ASDの子どもたちは何歳でどのようにして自分の診断名を知るのかが明らかとなつたことで、高機能ASDの治療教育に重要な指針が得られた。

成人期発達障害の支援システム構築のためには、サービスの整備とともに、本人がそのサービスにアクセスし選択できるための支援が必要である。青年期の診断名認知の実態把握により、児童期・思春期から成人期をつなぐ支援としての心理学的医学教育の重要性が示された。

診断名認知後の変化を評価できる質問紙が作成されたことで、今後、治療効果が高く副作用の危険性が小さい診断名告知のモデルが提示できることが期待され、発達障害臨床における治療技法の整備につながる。

F. 結論

発達障害概念の拡大と適切な「早期発見・早期療育」の結果、自分と周囲との違いに悩む能力を早期から獲得する発達障害症例が臨床の場に登場しており、精神療法としての心理学的医学教育（psychomedical education）の重要性が増している。また、知的障害をともなわない発達障害では、養育者ではなく、本人がサービス利用の主体者となっていく必要があり、サービスの受け身的利用から主体的利用への転換を支える支援としても、心理学的医学教育は重要である。本研究は今後の心理学的医学教育の整備の一助となることが期待される。

G. 研究発表

別紙

H. 知的所有権の出願・取得状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）（精神障害分野）
分担研究報告書

自閉症スペクトラム障害の診断についてきょうだいに伝えること：
現状についての初調査

研究代表者 内山 登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科）

研究協力者 田中 恵子（益城病院 子ども心療室）

研究要旨

自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder: ASD）のきょうだい児は、彼らの示す言動に困惑したり、親の子どもに対する関わりに疑問を感じたりしている。きょうだい児が ASD をどのように理解するかは、きょうだい児だけではなく ASD の児・者の生活にも影響を与える可能性がある。きょうだい児への ASD の説明の現状について調査した。

ASD の児・者のきょうだい児の約 3 分の 2 に対して、学童期を中心に診断が伝えられていた。きょうだいの順序、年齢、知的障害の有無、性別、きょうだい数が説明の有無や時期に影響を与えていた。知的障害のない ASD のきょうだい児には有意に説明の機会が少なく、時期が遅かった。多くのきょうだい児は ASD の特性について気づきをもっており、親による ASD についての説明は必ずしもきょうだい児の疑問に十分答えていないこともあった。

きょうだい児が ASD について知識を得ることは支援として有効である可能性があり、彼らの理解度にあわせて情報を提供する重要性を親や支援者は認識すべきである。

A. 研究目的

自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorder: ASD）の児・者のきょうだい児は他の障害の場合に比べ、高いストレスをもつ傾向があるという報告がある。ASD の場合、きょうだい関係を築くことの困難や ASD 特性に由来する言動をきょうだい児が理解しづらいことが影響していると考えられる。親よりも障害のある人と長く関わる立場にあるきょうだい児が障害を理解することは重要だと言われてきた。しかし、ASD の児・者のきょうだい児に対する障害の説明がどのようになされているかについてはほとんど知られていない。したがって、き

ょうだい児への ASD の説明の現状を明らかにし、その内容についても質的な検討を加えることを目的として調査を行った。

B. 研究方法

熊本県自閉症協会会員への郵送によるアンケート調査を行った。

倫理面への配慮

調査は無記名式の郵送調査とし、調査回答依頼状には「ご回答いただきました内容については統計的に分析するもので、調査以外の目的には一切使用いたしません」と明記した。益城病院倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

アンケートの回答数は 77 で、きょうだい児は 108 人、ASD の児・者は 77 人であった（表 1）。

表 1 対象

きょうだい (N=108)		
性別, n (%)	男性	39 (36.1)
	女性	69 (63.9)
平均年齢 (S.D.)		12.9 (7.9)
年齢範囲 (歳)		0.5~36
ASD児・者 (N=77)		
性別, n (%)	男性	66 (85.7)
	女性	11 (14.3)
平均年齢 (S.D.)		12.7 (7.2)
年齢範囲		4~37
診断, n (%)	自閉症	47 (61.0)
	高機能自閉症	13 (16.9)
	アスペルガー症候群	12 (15.6)
	広汎性発達障害	5 (6.5)
知的障害を伴うASD (LFASD)		50 (64.9)
知的障害のないASD (HFASD)		27 (35.1)

1. 説明を受けたきょうだい児の割合

説明を受けたきょうだい児の割合は 108 人中 77 人 (66.7%) であった。

2. 影響を与える要因

説明の有無について影響を与えた要因を調べるため表 2 の変数の人数比の差を検定した（カイ二乗検定）。きょうだい児が ASD 児よりも年上、年齢差が 2 歳以上、ASD のタイプが LFASD において、有意に説明する頻度が高かった（表 2）。

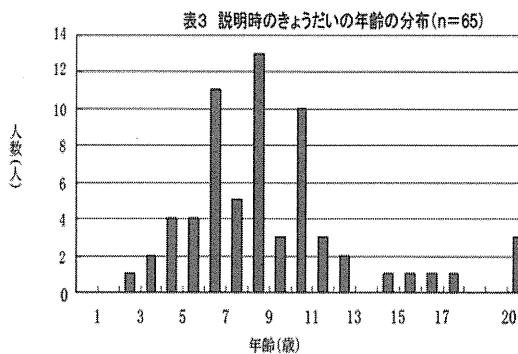
		説明あり (n=72)	説明なし (n=36)	χ^2
きょうだいの性別	男性	23	16	1.625
	女性	49	20	
ASD児・者の性別	男性	62	33	0.700
	女性	15	3	
きょうだいとASD児・者の性別の一致	同性	26	16	0.701
	異性	46	20	
きょうだいがASD児より年上か年下か	年上	40	6	24.900***
	年下	24	30	
きょうだいとASD児・者の年齢差	2歳未満	6	8	4.103*
	2歳以上	66	28	
子どもの総数	2人	37	14	1.565
	3人以上	35	22	
ASDのタイプ	LFASD	50	19	1.688*
	HFASD	27	17	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表 2 説明の有無に影響を与える要因

説明時のきょうだい児の平均年齢は 8.6 ± 4.2SD (範囲 2~24) であった。小学校教育

が行われる 6~12 歳において 45/65 人 (69.2%) が説明を受けていた（表 3）。



説明時年齢に関連する要因を調べるために説明を受けた群において、表 4 の変数の説明時年齢の平均の差を検定した（t 検定）。きょうだい児が女児、年齢差が 2 歳未満、きょうだいの総数が 2 人の場合、ASD で有意に低い年齢で説明を受けた（表 4）。説明の時期が有意に早い要因としては、きょうだい児が女児であること、年齢差が 2 歳未満であること、きょうだいの総数が 2 人であること、ASD のタイプが LFASD であることが分かった。

表4 説明時期に影響を与える要因

		説明あり(n=72) Mean and Range	T
きょうだいの性別	男性 (n=23)	10.4±5.6	2.20*
	女性 (n=49)	8.0±3.7	
ASD児・者の性別	男性 (n=62)	8.8±4.4	0.96
	女性 (n=15)	7.8±2.6	
きょうだいとASD児・者の性別の一致	同性 (n=26)	10.1±4.7	-1.91
	異性 (n=46)	7.9±3.1	
きょうだいがASD児・者より年上か年下か	年上 (n=45)	8.9±4.4	-0.87
	年下 (n=24)	8.0±3.8	
きょうだいとASD児・者の年齢差	2歳未満 (n=6)	6.0±2.5	-2.35*
	2歳以上 (n=66)	8.9±4.3	
子どもの総数	2人 (n=37)	7.9±2.7	-2.19*
	3人以上 (n=35)	9.8±5.3	
ASDのタイプ	LFASD (n=53)	7.7±3.1	-4.41***
	HFASD (n=19)	11.8±5.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3. 知的障害のない ASD (HFASD) の場合

知的障害のある ASD (LFASD) の場合に比べ、きょうだい児に対しては説明の機会が少なく (HFASD 52.8%, LFASD 73.6%) で、説明の時期が遅かった (HFASD 11.8 歳、LFASD 7.3 歳)。

4. 説明の内容

おしゃべりができないなどの「症状や困難」(40.0%)、生まれながらの障害があるなどの「障害があること」(20.0%)、自閉症は脳の病

気などの「障害の原因」(18.0%)、ゆっくり勉強する必要があるなどの「特別な教育の理由」(7.0%)、家族で手伝おうねなどの「支援の仕方」(4.0%)などの順で多かった。子どもにわかりやすいように、簡単な言葉を用いたり比喩や漫画などの資料を用いるなどの工夫もみられた。

表5 何と説明したか?

内容	説明の例	LFASD	HFASD	計(%)
1. 症状や困難	おしゃべりができない 友達を作ることが苦手	26	14	40(40.0)
2. 障害があること	自閉症という障害がある 生まれながらの障害がある	12	8	20(20.0)
3. 障害の原因	自閉症は脳の病気 頭のねじがゆるんでいる	17	1	18(18.0)
4. 特別な教育の理由	ゆっくり勉強する必要がある 支援学級に行く	6	1	7(7.0)
5. 支援の仕方	家族で手伝おうね 助けてあげてね	3	1	4(4.0)
6. ASDの子の気持ち	悪気はない 人一倍不安になりやすい	1	2	3(3.0)
7. ASDの肯定的側面	得意なこともある かわいいですよ	2	1	3(3.0)
8. 対応の仕方	落ち着くまで待ってほしい	1	1	2(2.0)
9. 学後	治らない	2	0	2(2.0)
10. 特別でないこと	みんな苦手なことはある	1	0	1(1.0)
		71	29	100(100)

相川と仁平の分類参照(子どもに障害をどう説明するか:相川、仁平 2005より)

5. きょうだい児の気づきや疑問

親の説明の時点でのきょうだい児の気づきは、「すでに診断名まで知っていた」(7.4%)、「何か気づいている様子だった」(70.6%)、「全く何も気づいていない様子だった」(22.1%)であった。

きょうだいからの質問では、どうして喋れないなどの「コミュニケーションの問題」(24.6%)、どうして〇〇には怒らないなどの「親の子ども達に対する接し方の違い」(19.3%)、どうして頭をぶつけるなどの「奇妙な行動」(17.5%)、どうして違う学校に行くなどの「教育環境の違い」(12.3%)、どうして～ができないなどの「発達の遅れ」(8.8%)など多かった。

6. きょうだい児の反応

親の説明に対して、「特に反応なし」(44.6%)、「意外とあっさりしていた」(13.8%)、「納得した」(13.8%)などの比較

的穏やかな反応が多かったが、「悲しみを表した」(10.8%)、「驚きを表した」(3.1%)などの反応も見られた。

D. 考察

きょうだい児の約3分の2に対して診断の説明が行われ、年齢が上がるにつれて説明を受けたきょうだい児の割合は増えた。約7割のきょうだい児は学童期に診断について説明を受けていた。サンドラ・ハリスは9~12歳には障害が脳の問題と理解でき、情報のニーズが高まる時期と指摘している。今回の結果から現状では比較的適切な時期に多くのきょうだい児が説明を受けていることが判明した。したがって、主に学童期のきょうだい児へどう説明するかを検討すべきと考えられる。また成人後も説明のないきょうだい児がいることも分かった。しかし親の高齢化に伴い、きょうだい児が支援者の役割を担うケースが増えるにつれ、問題が生じる懸念もある。

説明の有無や時期には影響を与える要因が存在することが分かった。説明の頻度が高い群では、説明をする契機になる出来事が多いことや親が説明の必要性を強く感じやすいことが理由として考えられる。説明を受けることや、その時期が早いことが、きょうだい児の負担を軽減するか否かについてはきょうだい児への調査が必要である。HFASDの場合、きょうだい児に診断が説明される割合は少なく、時期が遅かった。HFASDの場合、診断時期が遅いこと、子どもにとって理解しづらい概念であることが影響していると考えられる。しかし、有無がわかりづらい障害では、家族が直面する問題はより複雑になるという報告もあり、問題に対処するためにきょうだいも知識をもっておく必要性が実際には高いかもしれない。きょうだい児が

HFASD の知識をもたないことに由来する困惑やきょうだい関係の悪化に注意が必要と思われた。

親が診断を説明する際には、症状や困難、障害があること、原因などをあわせて伝えることが多かったが、きょうだい児が疑問に思うコミュニケーションの取り方や困った言動への対処については説明が不足しているかもしれない。きょうだい児は ASD 児とのコミュニケーションのとり方や親の接し方の違いについての疑問をもちやすく、これらを補う説明が必要である。多くのきょうだい児は説明に対して穏やかな反応を示したと親は報告したが、実際のきょうだい児の感情や理解と親の認識にはずれがあることが指摘されている。どのような情報や伝え方が、きょうだい児にとって有益であるのかについてはきょうだい児への調査が必要である。

きょうだい児へ説明は親によってなされることが多いが、ASD の児・者の対応だけでも苦労していることが多く、きょうだい児まで配慮することは難しいかもしれない。しかし、ASD の児・者と生活を共にするきょうだい児にも家族の一員として問題に対処するための知識を与えることは、きょうだい児のみならず、ASD 児や親にとっても恩恵がある。支援に関わる者はきょうだい児への説明の意義や適性について助言できるよう、きょうだい支援について理解を深めることが期待される。

各個人によって、また発達の状況や家庭の状況によって説明のあり方は変わる。また、一度の説明で終結するようなものではなく、成長にあわせて説明を加えていくべきである。今後は、きょうだいの視点も踏まえたきょうだい児へのより良い情報提供の在り方が検討される必要があると考えられる。

E. 結論

主に学童期に、多くの ASD のきょうだい児は ASD について親から説明を受けていた。様々な要因によって時期や説明の内容は異なるが、知識を得ることによってきょうだい児のみならず、ASD の児・者にとっても生活の質を向上させる可能性があり、より良いきょうだい児への情報提供のあり方について模索すべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

• Kyoko Tanaka, Tokio Uchiyama and Fumio Endo. Informing children about their sibling's diagnosis of autism spectrum disorder: An initial investigation into current practice. Research in Autism Spectrum Disorders 5, 2011, 1421-1429.

• 田中恭子、内山登紀夫：発達障がい児への支援の基本的な考え方. 小児看護 35 卷 p534-40. 2012

2. 学会発表

田中恭子、内山登紀夫：自閉症スペクトラムの人のきょうだい達に障害をどう伝えるか. 第 53 回日本児童青年精神医学会、東京、2012.

10. 31～11. 2

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)(精神障害分野)
分担研究報告書

発達支援介入効果についての実証的検討モデルの開発

分担研究者 辻井 正次（中京大学 現代社会学部 教授）
研究協力者 田中 善大（財団法人日本予防医学協会 リサーチレジデント）
中島 俊思（浜松医科大学子どものこころの発達研究センター 特任助教）
高柳 伸哉（浜松医科大学子どものこころの発達研究センター 特任助教）
野田 航（浜松医科大学子どものこころの発達研究センター 特任助教）
小倉 正義（鳴門教育大学 臨床心理士養成コース 講師）

研究要旨

発達障害児者に対する法的整備に伴い、全国的に支援体制の整備が行われ、地域の福祉機関、教育機関において支援が行われ始めている。このような現状の中で、地域の多くの支援者が実施可能な効果的な支援プログラムの開発が求められる。本研究では、2010年度から2012年度にかけて発達障害児者を対象とした集団形式の支援プログラムの開発・実施及び効果の検討を行う中で、地域の支援者が実施可能な普及型のプログラムの開発のための実証的検討モデルを示した。2010年度は、発達障害の支援を専門とする支援者を対象にニーズアセスメントを実施し、2011年度は2010年度の結果を基にプログラムの開発を行った。2012年度は、2011年度に開発されたプログラムの地域普及を目指し、短縮版の開発と地域の支援者による実施について検討を行った。これらの研究から、地域普及を視野に入れた発達支援プログラムを実証的に開発するためには、効果的なプログラムの作成に加えて、実施者のコストの削減のための短縮版の作成や、地域の支援者による実施に基づく継続的な改善が必要であることが示された。

A. 研究目的

2004年の発達障害者支援法の制定等に伴い、各都道府県に発達障害者支援センターが設置された。これに加えて、各福祉機関・教育機関においても就学前から就労までの支援が徐々に始められており、全国的に発達障害児・者に対する支援体制の整備が行われている。

全国的な支援体制の整備を進める上では、一部の専門家や専門機関のみで実施可能な支援プログラムではなく、各地域の支援者及び支援機関でも実施可能なプログラムの開発が必要である。このようなプログラムを開発すること

によって、全国のどこの地域に居住しても、少なくとも最低限、家族と本人が望めば、一定の支援が受けられるような体制を構築することが可能となる。プログラム開発においては、ソーシャルスキルトレーニング (Matson et al., 2007; Reichow et al., 2010) やペアレンットレーニング (免田ら, 1995; 式部ら, 2010) 等の認知行動療法 (CBT) のプログラムに共通する、実施方法や効果の検討方法を再現可能な形で具体的、客観的に記述することが重要なものとなる。これに加えて、開発したプログラムを地域の機関で、地域の支援者によって

実際に実施し、効果検討を行っていくことも、地域普及型のプログラム開発では必要不可欠な要素である。

本研究では、2010年度から発達障害児者に対する支援プログラムの開発及び効果検討を実施する中で、支援プログラムを実証的に開発、検証する際のモデルとなる枠組みを構築することを目指した。2010年度は、発達障害の支援を専門とする支援者を対象に支援プログラムが対象とすべきスキル等に関するニーズアセスメントを実施し、2011年度は2010年度の結果を基にプログラムの開発を行った。2012年度は、2011年度に開発されたプログラムの地域普及を目指し、短縮版の開発と地域の支援者による実施について検討を行った。

B. 研究方法

- 1. 2010年度

(1) アンケート調査 NPO法人アスペ・エルデの会主催のもと 135名の発達障害児者を対象に実施された集団形式の介入プログラムの開発、実施に携わった担当ディレクター14名を対象に調査を行った。調査項目は、Vineland 適応行動尺度Ⅱ（開発中）を用いた行動修正のターゲットとなるスキル等についてであった。

- 2. 2011年度

(1) プログラム及び参加者

プログラムの主旨及び理論的根拠を表1.1に示した。また、プログラム内容の詳細及び各回の出席率は、表1.2から1.6に示した。プログラムは、怒りコントロール、不安コントロール、かっこいい男性になろう！、就労移行支援、ライフプランニングの5つであった。怒りコントロールと不安コントロールは、感情の理解、統制に関するプログラムであり、かっこいい男性になろう！、就労移行支援、ライフプランニン

グは、日常生活に関する実際的なスキルに関するプログラムであった。かっこいい男性になろう！以外の4つのプログラムは全8回、かっこいい男性になろう！は全12回で構成されていた。なお、本プログラムは、NPO法人アスペ・エルデの会主催のもと実施した。

各プログラムの参加者の詳細を表1.7に示した。全プログラムの参加者は計65名であった。なお、申込者の内、欠席の多かった者は、参加者とはせず分析の対象から除外した。すべてのプログラムに高校生以上の参加者が含まれており、参加者の多くは自閉症、アスペルガー症候群等のPDDの診断を受けていた。また、ほとんどの参加者の知的水準は軽度かそれ以上（知的障害なし）であり、不登校や無職の者はいなかった。

(2) 効果測定

全プログラムの参加前後に Vineland 適応行動尺度Ⅱを実施した。なお、分析は介入前後の全てのアセスメント結果がそろった参加者のみを対象とした。ライフプランニングプログラムについては、対象となる参加者が少なかったため分析の対象とはしなかった。

怒りコントロール及び不安コントロールのプログラムについて、ターゲットとするスキルに適した効果測定の尺度をプログラムの参加前後に実施した。怒りコントロールの中学生の参加者本人に対して小学生用攻撃性質問紙（HAQ-C）及び状態 - 特性怒り表出目録（STAXI）を、高校生以上の参加者本人に対して日本版Buss-Perry 攻撃性質問紙及び状態 - 特性怒り表出目録（STAXI）を実施した。また、本人に対してプログラムの前後で対処法に関する記述式の質問紙を実施した。中学生及び高校生以上の保護者に対して、怒りのコントロール及びエピソードに関する調査を実施した。不安コントロールの小学生の参加者本人及び保護者に対して児童用不安尺度（SCAS）を、高校生以上

の参加者本人に対して自己陳述尺度、保護者に対して感情コントロール評価シートを保護者に実施した。

- 3.2012年度

(1) プログラム及び参加者

プログラムの内容の詳細を表2.1、表2.2に示した。怒りコントロールは全6回、不安コントロール・不安（地域）は全5回であった。いずれのもプログラムも感情理解（感情のサイン、感情が生起する出来事）と感情コントロールの対処法の獲得から構成されていた（Sofronoff et al., 2005; Sofronoff et al., 2006）。

怒りコントロール、不安コントロール及び、地域の支援者が実施した不安コントロール（以下、不安（地域））の各プログラムの参加者の構成については、表2.3に示した。なお、本研究では、欠席（1時間以上の遅刻を含む）が1回以下の者を分析対象となる参加者とした。怒りコントロール、不安コントロールは、発達障害及び発達に遅れがある幼児児童生徒を対象とした民間学習塾Aで開講し、学習塾Aの生徒を対象に募集を行った。両プログラムの参加者はすべて学習塾Aの生徒であった。不安（地域）は、鳴門教育大学主催の発達支援プログラムとして開講され、医師、教員、言語聴覚士等の発達支援の専門家からの紹介でプログラムに参加した。

(2) 効果測定

プログラムの前後で、本人及び保護者に対して効果測定の尺度を実施した。なお、分析は介入前後の全てのアセスメント結果がそろった参加者のみを対象とした。

怒りコントロールで実施した尺度は、2011年度の怒りコントロールの中学生の参加者（本人、保護者）を対象に実施したものと同様のものであった。不安コントロール・不安（地域）で実施した尺度は、2011年度の怒りコントロ

ールの小学生の参加者（本人、保護者）を対象に実施したものと同様のものを行った。これに加えて、不安コントロールでは対処法に関する記述式の質問紙を実施し、不安（地域）ではプログラム終了後に担当スタッフに全体の感想（工夫した点等）及び改善点の記述を求めた。

（倫理面への配慮）

プログラム実施にあたっては、守秘義務をもつ専門家が行った。また、分析の際には、個人が特定される情報を対象とせずに、プログラム前後の評定の数値、及び記入された記述内容が数量化された数値のみを分析の対象とした。

C. 研究結果及び考察

- 1. 2010年度

ターゲット行動として選択 Vineland 適応行動尺度IIの項目数のプロットを、表3.1、表3.2、表3.3に示す。概観すれば、コミュニケーション領域では、[表出言語]で比較的多くの項目の選択がみられた。もっと多くの行動がプロットされていたのは、社会性領域の[対人関係][コーピングスキル]であった。対照的に日常生活スキルでは、“日常生活快適化”や“ライフプランニング”といったプログラムに限られていた。不適応行動では、一部メンバーのみの選択が多くみられたのは[外向性]に関する項目であった。具体的な項目を見ていくと、「自分の感情を言葉で表す」「その場に合わせた感情を表現する」「誰かがしてくれたアドバイスが受け入れられる」「自分の思い通りにならなかつたときの腹立たしさや気分の悪さに振り回されずに、気持ちを保てる」といった行動が、多くのPGに重複してターゲット行動になりうるとして挙げられた。これらの結果から、集団形式のスキルプログラムの場合は、プログラムの内容の違いにかかわらずまず第1段階として“感情理解・表現・統制”といった根幹

となるスキルの行動改善を狙い、続いての第2段階でプログラム毎に、他者にヘルプを出す、テンションを調整する等のより実際的なスキルを枝分かれ的に獲得していくといったよう、階層的にスキルをとりあげることの有効性が示された。

- 2. 2011年度

表4.1に怒りコントロールプログラム、表4.2に不安コントロールプログラム、表4.3にかっこいい男性になろう！プログラム、表4.4に就労移行支援プログラムの参加者の介入前後のVinelandスコアの変化を示した。怒りプログラムでは、下位領域で表出言語および読み書きの改善が有意傾向であり、領域ではコミュニケーションが有意な改善を示した。不安プログラムでは、下位領域で読み書き及び地域生活の改善が有意傾向であった。かっこいい男性プログラムでは、下位領域で微細運動および不適応内在化の改善が有意傾向であり、不適応行動得点の改善も有意傾向を示した。就労移行プログラムでは、いずれのスコアについても、有意な変化は見られなかった。

表4.5に怒りコントロールプログラム（中学生）、表4.6に怒りコントロールプログラム（高校生以上）の、介入前後の平均怒り得点を示した。表4.7に不安コントロールプログラム（中学生）、表4.8に不安コントロールプログラム（高校生以上）の、介入前後の平均不安得点を示した。怒り、不安プログラム共に分析の対象となる参加者が少なかったため、記述統計による分析のみ行なった。

怒りプログラムの中学生では、介入前と比較してHAQ-Cのすべての下位尺度で、STAXIでは状態以外の下位尺度で得点の低下がみられ、怒り対処法の数で介入後で回答総数と適切な対処法のいずれも上昇が見られた。保護者評定では、親のコントロールは変化が見られなかった

ものの、子ども自身のコントロールが若干上昇し、怒りエピソードの値も低下がみられた。高校生以上グループでは、Buss-Perry攻撃性質問紙、STAXIともに下位尺度間で一貫した結果は示されなかつたが、怒り対処法の数では回答総数と適切対処法のいずれも上昇がみられた。保護者評定では、親のコントロールと子ども自身のコントロールの双方が上昇するとともに、怒りエピソードの値も低下がみられた。

不安プログラムの中学生グループでは、SCAS本人評定、保護者評定の内、保護者評定の分離不安得点を除き、全ての項目において介入後に平均不安得点が減少していた。高校生以上グループでは、自己陳述においてポジティブが増加し、ネガティブが減少していた。感情コントロールシートでは、不安の定義に変化がみられず、不安を強める考え方へ増加がみられたものの、不安の身体症状の理解、不安の強度の理解の得点は増加していた。

結果から、Vineland適応行動尺度Ⅱの下位領域について、かっこいい男性になろう！プログラムの不適応内在化に見られた改善を除く、表出言語、読み書き、微細運動等の改善は各プログラムが改善や会得を目指したターゲット行動とは直接の関連が予想しにくい領域であった。かっこいい男性プログラムでの改善は、計8回の中長期通い型プログラムに併せて3泊4日の短期集中合宿型のプログラムを併用して実施する等、ターゲット行動の改善のみならず参加者にとって持続的な居場所として機能していたことが影響したことが考えられる。

怒りプログラムと不安プログラムで導入した複数の効果測定の結果から、両プログラムともに介入の前後で怒り得点、不安得点に改善が見られ、プログラムが参加者の感情コントロールのスキル向上を促すことが示唆された。本研究では、参加者が少ないために統計的な分析を行うことが難しかつた。今後は同プログラムを

より多くの参加者に実施し、その効果を検討することが必要である。

- 3. 2012年度

表 5.1 に怒りコントロールプログラムの介入前後の HAQ-C の平均得点、怒りの対処法の分類結果、保護者対象の質問紙の平均得点を示した。保護者評定については、プレ・ポストが揃った分析対象が少なかったため、記述統計による分析のみ行なった。HAQ-C では介入の前後で有意な変化は見られなかった。怒りの対処法の記述に関して、怒りの気持ちやしてほしいこと等を伝える対象の数が介入後に有意に増加した。なお、特定のカテゴリについては、介入前後に有意な変化を示すものはなかった。保護者評定については、怒りエピソードに関して、エピソード数、強度に減少が見られた。

表 5.2 に不安コントロールプログラムの介入前後の SCAS（本人）及び SCAS（保護者）の平均得点と不安の対処法の分類結果を示した。SCAS（本人）の全般性不安障害の得点が介入後に有意に減少したのに対し、不安の対処法のカテゴリ数は介入後に有意に増加した。表 5.3 に不安コントロールプログラムの介入前後の不安の対処法のカテゴリ毎の生起状況を示した。結果、対処法の中でもリラックスを回答する参加者の割合が有意に増加していた。

表 5.4 に不安（地域）プログラムの介入前後の SCAS（本人）及び SCAS（保護者）の平均得点を示した。不安（地域）では、分析の対象となる参加者が少なかったため、記述統計による分析のみ行なった。本人評定では、分離不安、社会不安、パニック発作と広場恐怖で得点が減少した一方で、強迫性障害、外傷恐怖、全般性不安障害の得点が増加した。保護者評定では、分離不安、強迫性障害、外傷恐怖の得点が減少した一方で、パニック発作と広場恐怖、全般性不安障害の得点が増加した。プログラム終了後のスタッフの感想では、「時間を区切る必要性」

「クリアーホルダーの使用」等のスクリプトに記載されていない工夫が報告され、改善点として「時間を短くする」「平仮名が多いバージョンのシートを作る」等が報告された。また、5名中 2 名の感想に、自身の所属機関でもしたいとの記述も見られた。

結果から、怒り、不安コントロールともに対処法に関する記述式の質問紙にプログラムの効果が見られたが、標準化された尺度については不安コントロールのみプログラムの効果が見られた。怒り及び不安の両プログラムは、プログラム中にさまざまな発表の機会を含んでいた。不安については発表の機会事態が不安場面であることが予想されたため、発表前に深呼吸や筋弛緩といったリラクセーションを実施していた。この不安場面とそこで対処法の練習（行動リハーサル）の導入がプログラムの効果を高めたことが予想される。ここから、今後の研究では、怒りコントロールにおいても、プログラム中に怒り場面とそこで対処法の練習の機会を取り入れる再度、効果検討を行うことの重要性が示唆される。

地域の支援者が実施を担当した不安（地域）プログラムの結果は、複数の下位尺度で不安得点が減少した一方で、不安得点の増加が見られる下位尺度もあった。今後プログラムの効果をより高めるために、地域の支援者である今回のプログラムの担当スタッフから提案された具体的な工夫や改善点を取り入れた内容やスクリプト等の改善が必要である。これに加えて、プログラムを担当する支援者に対する研修やスーパービジョン等の支援体制についても検討する必要がある。

D. 考察

本研究は、発達障害児者に対する支援プログラムを実証的に開発、検証する際のモデルとなる枠組みを構築するために、2010 年度に支援

者を対象にニーズアセスメントを実施し、2011年度、2012年度にプログラムの開発及びその効果の検討を行った。2012年度には、専門家によるプログラムの実施及び効果検討に加えて、地域の支援者による実施及びその効果検討も行った。

3年間の研究を通して、地域の多くの支援機関で地域の支援者が実施可能な支援プログラムを実証的に開発、検証する際のモデルを示した。支援プログラムを開発する際には、専門機関や専門家ののみの実施で効果を検討するだけでは、地域への普及に関しては不十分である。地域の支援者が、各所属機関において実施可能なものであるか、また、地域の支援者によって実施した場合にも、専門家と同様の効果が得られるのかについて検討を行う必要がある。

地域の支援者が実施可能なプログラムか否かを検討する際には、プログラムの効果に加えて、実施上のコストについても検討する必要がある。プログラムを実施するにあたっての準備物や実施するためのスタッフの人数、そして、プログラムの実施回数も重要な変数となる。本研究においては、地域普及のために、2011年度に開発した支援プログラムの短縮版の開発を行った。これは、より実施のコストを減らす取組みの一つである。実施回数を減らす場合には、回数の減少後も同様の効果が得られるのを検討する必要がある。2012年度の研究の結果、不安プログラムは短縮版においても効果が確認されたが、怒りプログラムでは十分な効果が確認されなかった。ここでは、対象となる不安や怒り場面を設定し、対処法の練習を行う行動リハーサルという要素を加える必要性が示唆された。複数の要素から構成される支援プログラム（支援パッケージ）においては、効果に影響を与える要素を特定するコンポーネント分析が重要であり、このような研究を進めるは、効果的な短縮版の開発にとって有効な知見を

提供する。地域での実施に向けたコストの減少のための短縮版の開発に向けて、今後の研究においてもコンポーネント分析を視野に入れた形で研究を展開することが必要である。

2012年度の研究では、短縮版の作成に加えて、効果の確認された不安プログラムについては、地域の支援者による実施及び効果の検討を行った。結果、不安得点について一貫した結果が得られなかつたことから、今後のプログラムの改善が必要である。今回の担当スタッフから提案された具体的な工夫や改善を取り入れる形でプログラム内容やスクリプトを改善することで、地域の支援者にとってより実施しやすく効果的なプログラムとなることが推察される。これに加えて、担当スタッフへの事前研修やスーパービジョン等の支援者への支援体制についても検討する必要がある。広く地域へ普及するプログラムの開発のためには、プログラムを作成し、地域の支援者に提供するだけでなく、そこでの効果検討や、実施者からの提案を取り入れた改善を続けることが重要である。本研究は、地域普及を目指した発達支援プログラム開発だけでなく、その開発のための実証的検討モデルを示したものである。本研究が示した支援プログラムの開発モデルは、地域に広く普及可能な支援プログラムの開発に多いに貢献するものであると考えられる。

E. 結論

本報告では、2010年度から2012年度にかけて民間NPO法人、発達障害及び発達に遅れがある幼児児童生徒を対象とした民間学習塾A、鳴門教育大学の主催のもと開発、実施した発達障害児者を対象とした集団形式の支援プログラムの効果を検討した。結果から、発達障害児者に対して効果的な集団形式の支援プログラムの効果が示された。また、3年間の研究から、地域普及を視野に入れた発達支援プログラム

を実証的に開発、検討するためのモデルを示した。

【参考文献】

- 1) Matson, J. L., Matson, M. L., and River, T. T. (2007). Social skills treatments for children with autism spectrum disorders. *Behavior Modification*, 31, 682-707.
- 2) 免田賢・伊藤啓介・大隈紘子・中野俊明・陣内咲子・温泉美雪・福田恭介・山上敏子(1995). 精神遅滞児の親訓練プログラムの開発とその効果に関する研究. 行動療法研究, 21, 25-38.
- 3) Reichow, B. and Volkmar, F. M. (2010). Social skills intervention for individuals with autism: Evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 149-166.
- 4) Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- 5) Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin, I. (2006). A randomized controlled trial of a cognitive behavioral intervention for anger management in children diagnosed with asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1203-1214.
- 6) 式部陽子・橋本美恵・井上雅彦(2010). 保健師を中心とした発達の気になる子どものペアレント・トレーニングの試み. 小児の精神と神経, 50, 83-92.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 書籍

- 1) 辻井正次・アスペエルデの会 (2012). 楽しい毎日を送るためのスキル：発達障害のある子のステップアップ・トレーニング. 東京：日本評論社.

2. 論文発表

- 1) 林 陽子・吉橋由香・田倉さやか・辻井正次(2010). 高機能広汎性発達障害児を対象とした完全主義対応プログラム作成の試み. 小児の精神と神経, 50, 407-417.
- 2) 大隅香苗・秦基子・井上雅彦・辻井正次(2010). 広汎性発達障害児を対象にしたソーシャルスキルトレーニング, 困ったときの対処法プログラムの実施と効果の測定. 小児の精神と神経, 50, 453-454.
- 3) 中島俊思・田ノ岡志保・岩崎美佳・重富彩香・大西将史・辻井正次 (2010). 広汎性発達障害児を対象にしたソーシャルスキルトレーニング, 双方向コミュニケーションプログラムの実施と効果の検討. 小児の精神と神経, 50, 454-455.
- 4) 明翫光宜・中島俊思・辻井正次 (2010). 広汎性発達障害児広汎性発達障害児を対象にしたソーシャルスキルトレーニング, 感情コントロール"気分は変えられるプログラム"の実施と効果の測定. 小児の精神と神経, 50, 455-456.
- 5) 明翫光宜・辻井正次 (2011). 子どもたちの「できること」を伸ばす：発達障害のある子どものスキル・トレーニング実践(10)怒りと不安をコントロールする. こころの科学, 155, 129-134.
- 6) 川上ちひろ・辻井正次(2011). 思春期広汎性発達障害男児への性教育プログラムの検討：試行的実践からの分析. 小児保健研究, 70, 402-411.
- 7) 明翫光宜・飯田愛・森一晃・堀江奈央・稻

生慧・中島俊思・辻井正次 (2011). 広汎性発達障害児を対象とした「気分は変えられる」プログラム作成の試み. 小児の精神と神経, 51, 377-385.

8) 野田航・高柳伸哉・望月直人・中島俊思 (2012). 発達障害者支援における認知行動療法. 愛知県知的障害者福祉協会研究紀要, 17, 36-49.

3. 学会発表

1) Noda, W., Hagiwara, T., Mochizuki, N., Iwasaki, M., Tsujii, M. (2012). Effect of a short-term treatment program for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders. *International Meeting for Autism Research (IMFAR)*. Tronto, Canada.

2) 中島俊二・高柳伸哉・辻井正次 (2012). 民間NPO法人におけるHF-ASD児者の実態把握調査と実証的介入プログラムの試み①：発達障害特性から二次障害への移行モデルと支援実践の紹介. 日本心理臨床学会第31回大会.

3) 高柳伸哉・望月直人・辻井正次 (2012). 民間NPO法人におけるHF-ASD児者の実態把握調査と実証的介入プログラムの試み②：中期介入プログラム、怒りのコントロールプログラムの紹介. 日本心理臨床学会第31回大会.

重富紗彩・岡谷絵美・岩崎美佳・4) 辻井正次 (2012). 民間NPO法人におけるHF-ASD児者の実態把握調査と実証的介入プログラムの試み③：中期介入プログラム、不安のコントロールプログラムの紹介. 日本心理臨床学会第31回大会.

表 1.1 各プログラムの趣旨と理論的根拠

プログラム名	プログラムの主旨と理論的根拠
怒りコントロール	自閉症スペクトラム障害(ASD)児者は感情の理解や表現が苦手であるとされ、感情が不安定で未熟であることからコントロールも難しいことが指摘されている。海外では感情の理解とコントロールを促進する方法として認知行動療法が広く用いられており、その有用性が実証されている。本プログラムでは先行研究を参考に、怒りのコントロールに必要と思われる要素を抽出し、実施内容の編成を行った。
不安コントロール	不安とは日常的に意識されやすいネガティブな心理状態である。特に、感情コントロールが苦手とされるHF-ASD児にとって、心の動搖はパニックと呼ばれる情緒的混乱やタイムスリップ現象として表出されやすい。パニック状態に陥るHF-ASD児童に対し、子ども自身に感情を認知させ、記憶の整理を行なながら感情を統制することが有効であると言われている。本プログラムでは先行研究を参考に、不安のコントロールに必要と思われる要素を抽出し、実施内容の編成を行った。
かっこいい男性になろう！	ASDの特徴を持つ児は、周囲の様子や文脈を読み取ることが苦手さの特徴があるため、思春期になったときのおとなになるためのふるまいをうまく習得することができない子が多い。そのため見た目はおとなでも、行動や容姿などにこどもっぽさが残っていることが多い、周囲の者にとっては違和感があることが多い。本プログラムでは、おとなになるための具体的な方法(生活習慣、ふるまい方、考え方)を、さまざまなワークを通じ同じ年代の子同士でのやりとりのなかで学び習得することを目指した。
就労移行支援	ASDの特性は、社会場面において時に不適切であったり、上手く適応ができずに入間関係や業務遂行といった場面で影響を与えるやすい。そのため、学校生活などの単調な生活場面ではある程度適応できても、職場では、様々な応力、適応力が求められる。ASDの特性を持ち合わせると、職場におけるトラブルや困難さが自立つため、就労に移行する前の支援が必要である。今回、職場でのマナー習得を中心にプログラムを構成し、身近な場面から実践しやすいスキルを中心に構成した。
ライフプランニング	調査協力元の民間NPO法人の青年たちの多くは、比較的精神的にも安定をしており、就労(多くは障害者雇用)を継続しつつ、休日には同法人で知り合った仲間たちとの余暇活動を楽しむ生活を送っている。しかし、その障害特性から体験(経験)したことのないことを想像することは苦手であり、自らの将来(人生設計)を具体的に思い描くことが出来ないでいる。本プログラムの前半では、一般的なサラリーマンの人生設計をモデルに、自らの人生に起こるかもしれない出来事(ライフイベント)や「なりたい自分」を具体的に書き出しながら、10年度、20年後の生活をイメージできるようになることを目指した。そして、後半はその実現のために必要なソーシャルスキル等を見つけ出し、現状との比較の中で今後の生活課題を見つけ取り組めるようにしてほしいという趣旨でプログラムを組み立てた。

表 1.2 怒りコントロールプログラムの内容及び出席率

テーマ	内容	出席率
1回目 オリエンテーション	プログラムの目的と概要、気持ち—考え—身体のつながりの説明。事前アセスメントの実施(参加者・保護者)。	93.3
2回目 うれしい気持ち	自分の能力や長所に気づき、肯定的な気持ちに着目する。また感情の数値化を意識する。	73.3
3回目 怒るとどうなる？	怒った時の心身・思考の変化を確認し、怒りの程度を「スピード」として意識する。リラクセーションの練習。	100
4回目 感情の道具箱	運動やリラックスなど、怒りを減らすための様々な対処法を学び、生活で実践できそうな方法を検討する。	93.3
5回目 道具箱を使いこなそう	最近イライラしたことを取り上げ、怒りを減らすためにどんな対処法が使えるかを検討する。	100
6回目 怒りのスピードメーター	一般的な状況や参加者の怒りエピソードから、怒りやすい出来事や程度の振り返りを行い、対処法を考える。	86.7
7回目 対処法を学びあう	怒りの対処の基本を確認する。参加者同士がクイズ形式で怒り場面を提示し、対処法を回答することで学びあう。	66.7
8回目 プログラムのまとめ	プログラムの振り返り、怒りのコントロールに有効な方法を確認する。事後アセスメントの実施(参加者・保護者)。	86.7

表 1.3 不安コントロールプログラムの内容及び出席率

テーマ	内容	出席率
1回目 不安とはなんだろう	プログラムの目的・概要を説明。不安になるとどういった状態になるのかということをプリントを使い説明。	81.8
2回目 感情にはたくさん種類がある	楽しい・不安・リラックスなどの感情についてプリントを使用して説明。感情理解について学ぶ。	81.8
3回目 不安について考える	不安について考える。どんな状況で人は不安になりやすいのかを学び、一般的に不安になりやすい状況を学ぶ。	81.8
4回目 不安について考える	不安について考える。不安になりやすい状況の中から、自分はどんな状況で不安になるのかを考える。	100
5回目 不安をコントロールするには？	認知行動療法の導入。不安になった気持ちは変えることができる学ぶ。	90.9
6回目 不安をコントロールするには？	認知行動療法の行動の部分を学ぶ。体・道具・言葉を使って、気持ちを変える。	90.9
7回目 不安をコントロールするには？	認知行動療法の認知の部分を学ぶ。考え方を変える方法をプリントを使用し伝える。	72.7
8回目 まとめ	自分にあった気持ちのコントロール、変容方法を見つける。修了式。	90.9

表 1.4 かっこいい男性になろう！プログラムの内容及び出席率

	テーマ	内容	出席率
1回目	導入	事前調査(アンケート、インタビュー)、自己紹介、ルール決め	92.3
2回目	感情①	自己紹介、ルール確認、感情について、合宿の説明	76.9
3回目	合宿①かっこいいとは	グループワーク(島の人々に“かっこいい”をきいてこよう)、など	76.9
4回目	合宿②みだしなみ	洗顔の体験、食事のしつけ、歯磨き、など	76.9
5回目	合宿③話し方	年上の人との話し方、敬語や丁寧語の使い方、など	76.9
6回目	合宿ふりかえり	自己紹介、ルール確認、合宿のふりかえり、感情について	92.3
7回目	合宿報告会	合宿報告会(保護者のみ)、保護者のグループワーク	
8回目	感情②	自己紹介、ルール確認、合宿のふりかえり、感情のふりかえり、宿題(日常の場面と感情について考える)	92.3
9回目	感情③	自己紹介、ルール確認、合宿のふりかえり、宿題のふりかえり	84.6
10回目	ファッション	おしゃれを考えた買い物、交流(岐阜駅にて)	84.6
11回目	まとめ	プログラムのふりかえりと最終まとめ	53.8
12回目	まとめ	事後調査(アンケート)	100

表 1.5 就労移行支援プログラムの内容及び出席率

	テーマ	内容	出席率
1回目	アセスメント・スキルチェック	グループ分けの際のリーダーシップや他者へ援助を求めるか、課題遂行の手順を考えられるかなどのスキルチェックを行う	88.2
2回目	職場での相応しい態度	職場における日常生活編について解説、クイズを行う	94.1
3回目	職場に相応しい服装	職場における挨拶や服装についてゲームや演習を行う。また、整理整頓について解説する	76.5
4回目	職場における整理整頓	ファイリングの演習。お金の公私区別について説明	64.7
5回目	生活に必要になるお金に関する事	生活に必要なカードの種類、銀行口座を作るまでに必要な知識とスキルについてクイズ形式で解説	70.6
6回目	貴重品について	生活に必要な印鑑の種類や使用目的、貴重品の扱いや落とした時の対処について	70.6
7回目	電話の受け答え、お誘いの断り方	遅刻や欠勤する際の約束、職場への電話の掛け方について演習。上司や先輩からのお誘いの断り方について演習	17.6
8回目	電話の受け方、まとめ	電話の受け方の演習、職場で必要なマナー、生活スキルについてクイズ形式でまとめを行う	58.8

表 1.6 ライフプランニングプログラムの内容及び出席率

	テーマ	内容	出席率
1回目	オリエンテーション	プログラムの目的と今後のプログラムの流れを説明。	100
2回目	ライフプラン表の作成	自らの夢や希望(一人暮らしや結婚等)とその他のライフイベントを記入する。	100
3回目	生涯収入と生涯支出	実現可能なライフプランかどうか金銭面からチェック。	60.0
4回目	自立生活について	自立生活に関するガイダンス(グループホームの暮らし、一人暮らし、結婚生活等)	70.0
5回目	自立スキルのチェック①	チェックリストを用いての自己評価	100
6回目	自立スキルのチェック②	他者(家族)の評価との比較	100
7回目	自立スキルのまとめ	自分の得意な点、苦手な点を明確にする。	45.5
8回目	全体のまとめ	ライフプランを念頭においてこれから自分が取り組む具体的な課題を見つける。	100

表 1.7 各プログラムの参加者の構成

プログラム	申込者	参加者	年齢						性別	
			小学生	中学生	高校生	大学	短大	専門学校	成人	男 女
怒りコントロール	16	15	0	8	4	0	0	1	1	12 3
不安コントロール	18	11	4	0	2	0	0	0	4	8 2
かっこいい男性になろう！	15	13	1	3	8	0	0	0	1	13 0
就労移行支援	17	15	0	0	5	3	0	1	6	14 1
ライフプランニング	19	11	0	0	0	0	0	0	11	10 1
合計	85	65	5	11	19	3	0	2	23	57 7

プログラム	知的水準(知能指数)					診断			不登校(%)	無職(%)
	-85	85-70	70-50	50-35	35-20	PDD	自閉症	ASD	その他	
怒りコントロール	7	6	1	0	0	2	2	6	0	0
不安コントロール	5	1	1	0	0	2	3	4	1	0
かっこいい男性になろう！	4	1	4	1	0	4	6	1	1	0
就労移行支援	5	1	2	0	0	3	5	5	0	0
ライフプランニング	2	3	1	1	0	0	6	3	1	0
合計	23	12	9	2	0	11	22	19	3	

表 2.1 怒りコントロールプログラムの内容

	テーマ	内容	宿題
第1回	うれしい気持ちを知ろう	自己紹介(好きなもの)／うれしい気持ちになる状況／うれしい気持ちのサイン／うれしい気持ちの数値化	自分の長所を探す／うれしいこと探し／うれしいこと日記
第2回	怒りのサインを知ろう	怒りの数値化／怒りのサイン／気持ちと体の関係／感情の道具箱／深呼吸	活動の道具・リラックスの道具探し／怒ったこと・うれしいこと日記
第3回	感情の道具箱①	活動の道具／リラックスの道具／交流の道具／スペシャルの道具／深呼吸	怒ったこと・うれしいこと日記
第4回	感情の道具箱②	考えることの道具／筋弛緩	感情の道具を使ってみよう
第5回	感情の道具を使おう	考えることの道具／逆効果の道具／伝えることの道具／筋弛緩	感情の道具を使ってみよう
第6回	目指せ！怒コンマスター	怒りの対処法の基本／怒コンマスター問題作成・回答作成	

表 2.2 不安コントロール・不安（地域）プログラムの内容

	テーマ	内容	宿題
第1回	うれしい気持ちを知ろう	自己紹介(好きなもの)／うれしい気持ちになる状況／うれしい気持ちのサイン／うれしい気持ちの数値化	自分の長所を探す／うれしいこと探し／うれしいこと日記
第2回	不安のサインを知ろう	不安の数値化／不安のサイン／気持ちと体の関係／感情の道具箱／筋弛緩・深呼吸	活動の道具・リラックスの道具探し／不安なこと・うれしいこと日記／不安なときの様子を聞いてみよう
第3回	感情の道具箱①	活動の道具／リラックスの道具／考えることの道具／筋弛緩・深呼吸	不安なたこと・うれしいこと日記
第4回	感情の道具箱②	考えることの道具／交流の道具／筋弛緩・深呼吸	感情の道具を使ってみよう／スペシャルの道具探し
第5回	感情の道具を使おう	スペシャルの道具／不安の対処法の基本／怒コンマスター問題作成・回答作成／深呼吸	