以上の結果から，海外で報告されている知見と同様に，我が国でも成人 ASD 者の多くでは内在化症状が重篤化していることが明らかとなった。メンタルヘルスの悪化は実行機能など認知機能の低下を引き起こすばかりか(Marazziti, Consoli, Picchetti, Carlini, & Faravelli, 2010)，自傷行為や他者への身体的攻撃などの問題行動を引き起こすことが指摘されている（望月他，2014; 大嶽他，2012)。このことから，成人 ASD 者の精神的な安定性を確保するだけではなく，彼らの問題行動を抑止する上で，福祉・教育・就労・医療など多様な機関・施設において，成人 ASD 者に対する医療的支援を拡充する必要があると思われる。

3．成人 ASD 者における自己評定と他者評定の関連性

本研究では，メンタルヘルスの指標として内在化症状を取り上げたが，先行知見において，セルフモニタリングスキルの欠如が指摘されていることから，本研究では，2 つの自己評定尺度(K-10 および MHI-5)に加えて他者評定尺度(Vineland-II の「内在化問題」)を利用し，成人 ASD 者が呈する内在化症状の程度を測定した。自己評定尺度によって測定された内在化症状の程度と，他者評定尺度によって測定された内在化症状の程度の関連を検証したところ，想定される相関の方向性（K-10 では正の，MHI-5 では負の相関）は示されたが，いずれの自己評定尺度も他者評定尺度との間に有意な相関を示さなかった(MHI-5 と内在化問題の相関は有意傾向であった)。これまでの研究で，対象者数により有意確率が変動することが知られており，本研究で相関係数が有意水準に至らなかった結果は対象者数の問題があるかもしれない。一方で，相関分析において，対象者数が少ない場合には，相関係数が大きくなることが指摘されているが，本研究における自己評定尺度と他者評定尺度の相関は，r=.2 程度であり関連性は弱いものである。つまり，対象者数が増えることで，相関の有意性は確保できると思われるが，これに伴い相関係数が低下すると思われる。以上のことから，成人 ASD 者において，自己評定尺度と他者評定尺度によって測定されたメンタルヘルスの状態の程度には強い関連性はみられないと考えられる。それゆえ，成人 ASD 者の心理的状態などのアセスメントを行う際には，自己評定によってのみ査定することは十分であるとは言えず，自己評定と他者評定を実施するなど多面的なアセスメントを行うべきであると思われる。

4．適応行動・日常生活スキルとメンタルヘルスの関連について

一部の先行研究（Drahota et al., 2011）において，ASD 児が示す日常生活スキルのレベルは不安症状の強さと関連する知見が報告されていた。我が国では，このような検証は行われていなかったことを踏まえ，本研究では，成人 ASD 者における適応行動や日常生活スキルのレベルと内在化症状の程度の関連を検証した。相関分析の結果，適応行動（領域合計）と日常生活スキル領域の標準得点と各尺度によって測定された内在化症状との間

には有意な相関は認められなかった。一方，日常生活スキル領域における各下位尺度においては，家事および地域生活では，有意な相関は確認されなかったが，身辺自立の得点と他者評定による内在化症状との間に有意な負の相関が確認された。これは，他者からみて，内在化症状が強く現れている成人 ASD 者ほど，身辺自立に関する行動レベルが低い状態にあることを示している。

しかしながら，これらの相関分析は疑似相関の影響を受けている可能性がある。そのため，適応行動（領域合計），日常生活スキル，その各下位尺度の得点を従属変数，属性（年齢，性別，診断），他者評定および自己評定（K-10 もしくは MHI-5），その交互作用を独立変数とする重回帰分析を行い，より直接的なメンタルヘルスと適応行動の関連を検証した。その結果，独立変数に K-10 を投入した際には，日常生活スキル領域，地域生活において，独立変数に MHI-5 を投入した際には，地域生活において，有意な自己評定尺度と他者評定尺度の交互作用が認められた。いずれ場合においても，日常生活スキルに及ぼす自己評定と他者評定による内在化症状の効果の影響は同程度のものであった(Figure1, Figure 2, Figure 3)。具体的には，自己評定による内在化症状が低い（平均値よりも 1SD 低い）場合には，日常生活スキルに対する他者評定による内在化症状の効果は認められないが，自己評価による内在化症状が強い場合には，他者評価による内在化症状が弱まるほど，成人 ASD 者の日常生活スキルのレベルが高い状態を維持できていることが認められた。つまり，自己評価および他者評価において，内在化症状が強いと判定された場合には，日常生活に関する行動スキルの低下が現れるが，成人 ASD 者本人が内在化症状の悪化を訴えているものの自己評定と他者評定の乖離が大きい（他者評定では，内在化症状が低いと査定される）ケースでは，日常生活に関する行動スキルのレベルはむしろ高い状態を維持していることを表している。これらのことから，先行研究に沿うように，内在化症状を緩和することで，成人 ASD 者の日常生活スキルの向上を図れる可能性がある。しかし，本研究では，これらの結果の背景にある現象を明らかにすることはできず，今後より詳細な検証が必要である。

5．診断と適応行動及びメンタルヘルスの関連

本研究の対象者が受けている診断の内訳は，ASD（自閉症），AS（アスペルガー障害），HF-ASD（高機能自閉症）であったことから，自閉スペクトラム症のサブタイプによって，適応行動および日常生活スキルのレベルに差が見られるかについて検証した。適応行動（領域合計）に関しては，診断の主効果が認められ，AS の診断を受けている成人は，ASD の診断を受けている成人よりも適応行動（領域合計）の標準得点が高いことが認められた。Vineland-II の適応行動の下位領域には，日常生活スキルに加えて，コミュニケーション領域が含まれていることを鑑みると，この結果は理解し得るものと言えよう。この結果を支持するよ

うに，海外の調査でも，本研究と同様にVineland 評価尺度を用いた調査では，適応行動（領域合計）において，AS 児はASD 児よりも高い得点を示すことが確認されている(Szatmari, Archer, Fisman, Streiner, & Wilson, 1995)。

日常生活スキルに関しては，診断の主効果は有意ではなく，ASD のサブタイプによって，日常生活スキルのレベルに違いはなかった。一方，地域生活では，診断の主効果が有意となり，AS の診断がある成人は，ASD の診断がある成人よりも，地域生活におけるV評価点が高いことが示された。地域生活の項目群の一部には，コミュニケーション能力を反映すると思われる行動に関する項目がある（例えば，電話のスキル，「苦情を言う」など)。このことから，地域生活の有意差の一因には，ASD と AS の診断基準の違いであるコミュニケーション能力の差が関与していると思われる。

しかしながら，本研究では，聴取した診断に関して再確認をしていない（本研究において，信頼性および妥当性が確認されている診断的面接を通じ，確定診断を実施していない)。このことから，本研究の成人 ASD 者の診断内容には，現在の状態を反映していないものが含まれている可能性があり，今後の確定診断を実施した上で，より精密な検証が必要であろうと思われる。

E. 結論

成人 ASD 者は，同年代の一般成人と比較して，適応行動や日常生活スキルの行動レベルが著しく低いことが確認され，成人 ASD 者が安定し自立した生活の確立を図るためには，日常生活スキルなどの適応行動に関するトレーニングや支援が必要であることが窺われた。さらに，世界的な基準を満たす2種類の尺度を用いて，成人 ASD 者の内在化症状の状態を評定したところ，いずれの尺度においても，メンタルヘルスの問題が疑われた者は全体の 3/4 以上に及ぶことが確認された。さらに，適応行動・日常生活スキルと内在化症状の関連を検証したところ，内在化症状が悪化することで，成人 ASD 者が示す日常生活スキルの行動レベルが低下することが認められた。このことから，成人 ASD 者の適応行動や日常生活スキルのレベルの向上を図る上では，職業訓練などの行動的なトレーニングが必要であるとともに，成人 ASD 者のメンタルヘルスの状態を改善することも重要な課題であることが示唆された。

F. 引用文献

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilaqut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Berbal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martinez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. A.,

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, & European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). *Acta Psychiatria Scandinavia Suppl*, 420, 21-27.

Capps, L., Kasari, C., Yirmiya, N., Sigman, M. (1993). Parental perception of emotional expressiveness in children with autism. Journal of Consulting and Clinical psychology, 61, 475-484.

Drahota, A., Wood, J. J., Sez, K. M., & Van Dyke, M. (2011). Effects of cognitive behavioral therapy on daily living skills in children with high-functioning autism and concurrent anxiety disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 41, 257-265.

古川壽亮・大野　裕・宇田英典・中根允文. (2002). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成 14 年度厚生労働省科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）心の健康問題と対策基盤の十反に関する研究　研究協力報告書.

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsater, H., Gillberg, C., Rastam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *Biomedical Central Psychiatry*, 9. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/35>

Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.

Kesseler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walter, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4, 117-132.

Lugnegard, T., Hallerback, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research of Developmental Disabilities*, 32, 1910-1917.

Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*, 626, 83-86.

Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in Asperger syndrome and high functioning autism: Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11:16.

<http://www.annals-general-psychiatry.com/content/11/1/16.>

Murray, J. L. & Lopez, A. D. (1996), The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Harvard School of Public Health.*

小野博行. (2005). 抑うつ症例における身体症状と出社困難の関係について. 精神医学, 47, 717-723.

Rumpf H, Meyer C, Hapke U, & John, U. (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard" *Psychiatry Research*, 105, 243-253.

Sigman, M., Dissanayake, C., Arbelle, S., & Ruskin, E. (1997). Cognition and emotion in children and adolescents with autism. In D. Cohen and F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 2nd edition. New York: John Wiley and Sons.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive behavior Scales, (Vineland-II)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. 82012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 406-412.

Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S., Streiner, D. L., & Wilson, F. (1995). Asperger's syndrome and Autism: Differences in behavior, cognition, and adaptive functioning. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1662-1671.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey manual & interpretation guide*. Boston, New England Medical Center.

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229.

Yamazaki S, Fukuhara S, & Green J. (2005). Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. *Health and Quality of Life Outcomes,* 3, 48. <http://www.hqlo.com/content/3/1/48>

Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

G. 研究発表

1. 論文発表

Anitha, A., Thanseem, I., Nakamura, K., Vasu, M., Yamada, K., Ueki, T., Iwayama, Y., Toyota, T., Tsuchiya, K. J., Iwata, Y., Suzuki, K., Sugiyama, T., Tsujii, M., Yoshikawa, T., & Mori, N. (2014). Zinc finger

protein 804A (ZNF804A) and verbal deficits in individuals with autism. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 39, 294-303.

Balan, S., Iwayama, Y., Maekawa, M., Toyota, T., Ohnishi, T., Toyoshima, M., Shimamoto, C., Esaki, K., Yamada, K., Iwata, Y., Suzuki, K., Ide, M., Ota, M., Fukuchi, S., Tsujii, M., Mori, N., Shinkai, Y., & Yoshikawa, T. (2014). Exon resequencing of H3K9 methyltransferase complex genes, EHMT1, EHTM2 and WIZ, in Japanese autism subjects. Molecular *Autism*, 5(49), Open Access.

萩原 拓. (2014). 適応行動としてのソーシャルスキル(Part 1). Asp heart：広汎性発達障害の明日のために, 13(2), 78-82.

萩原 拓. (2014). 適応行動としてのソーシャルスキル(Part 2). Asp heart：広汎性発達障害の明日のために, 13(3), 90-94.

萩原 拓. (2014). ASD と適応行動(Part 1). Asp heart：広汎性発達障害の明日のために, 12(1), 106-110.

萩原 拓. (2014). ASD と適応行動(Part 2). Asp heart：広汎性発達障害の明日のために, 13(1), 104-109.

萩原 拓. (2014). 地域で孤立する成人を支援の場にどうつなげていくのか(特集 シリーズ・発達障害の理解(2)社会的支援と発達障害) -- (つなげる支援). 臨床心理学, 14, 203-207.

肥後祥治・松田裕次郎. (2014). 成人期の豊かな生活のための支援を構築する：福祉的支援への橋渡し（特集シリーズ・発達障害の理解（１）発達障害の理解と支援）－ライフサイクルにおける発達障害とその発展. 臨床心理学, 14, 65-68.

平島太郎・伊藤大幸・岩永竜一郎・萩原拓・谷　伊織・行廣隆次・大西将史・内山登紀夫・小笠原恵・黒田美保・稲田尚子・原　幸一・井上雅彦・村上隆・染木史緒・中村和彦・杉山登志郎・内田裕之・市川宏伸・辻井正次. (2014). 日本版青年・成人感覚プロフィールの構成概念妥当性：自閉症サンプルに基づく検討. 精神医学, 56, 123-132.

Iwata, K., Matsuzaki, H., Tachibana, T., Ohno, K., Yoshimura, S., Takamura, H., Yamada, K., Matsuzaki, S., Nakamura, K., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., Katayama, T., & Mori, N. (2014). N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism. *Molecular Autism*, 5(33), Open Access.

Miyachi T, Nakai A, Tani I, Ohnishi M, Nakajima S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Tsujii M. (2014). Evaluation of Motor Coordination in Boys with High-functioning Pervasive Developmental Disorder

using the Japanese Version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26, 403-413.

Maekawa, M., Yamada, K., Toyoshima, M., Ohnishi, T., Iwayama, Y., Shimamoto, C., Yoyota, T., Nozaki, Y., Balan, S., Matsuzaki, H., Iwata, Y., Suzuki, K., Miyashita, M., Kikuchi, M., Kato, M., Okada, Y., Akamatsu, W., Mori, M., Owada, Y., Itokawa, M., Okanano, H., & Yoshikawa, T. (2014). Unity of scalp hair follicles as a novel source of biomaker genes for psychatric illnesses. *Biological Psychiatry*, Open Access.

中村和彦・鈴木勝昭・尾内康臣・辻井正次・森則夫. (2014). 特集：自閉症の分子基盤. 自閉症の PET 研究について. 分子精神医学, 14, 88-98.

野田　航・萩原　拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽　亮太・山本　彩・田中尚樹・辻井正次. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査. Asp heart：広汎性発達障害の明日のために, 13(1), 154-159.

尾辻 秀久・村木 厚子・下山 晴彦・辻井正次・村瀬 嘉代子・森岡 正芳. (2104). 発達障害の理解(4)　学校教育と発達障害 社会的支援と発達障害(3). 臨床心理学, 14, 461-465.

田中尚樹. (2014). 特別講演　大人になった自閉症スペクトラムの人たち:その生活と課題. 小児と精神と神経, 54, 135-142.

辻井正次. (2014). 総説：社会的支援と発達障害. 臨床心理学, 14, 163-167.

辻井正次. (2014). 発達障害研究の展望と意義：社会的側面を中心に (特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線), 臨床心理学, 14, 331-336.

辻井正次. (2014). 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方—地域連携ネットワークによる支援, 公衆衛生, 78, 378-381.

辻井正次. (2014). 成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援), 臨床心理学, 14, 617-621.

辻井正次. (2014). 発達障害児を支える生涯発達支援システム (特集 シリーズ・発達障害の理解(6)発達障害を生きる) -- (当事者と支援者が協働する支援の視点), 臨床心理学, 14, 827-830.

辻井正次. (2014). 発達障害の人たちの親亡き後を考えるために：地域の中での生活を支援する(2). Asp heart：広汎性発達障害の明日のために, 13(1), 94-96.

浮貝明典. (2014). 生活の中で発達障害者を「支援」する. 臨床心理学, 14, 676-680.

浮貝明典. (2014). 横浜市　発達障害者の人への一人暮らしに向けた支援 ～サポートホーム事業から～. いと

しご増刊　「かがやき」,11号, 21-26.
Vasu, M. M., Anitha, A., Thanseem, I., Suzuki, K., Yamada, K., Takahashi, T., Wakuda, T., Iwata, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., & Mori, N. (2014). Serum microRNA profiles in children with autism. Molecular Autism, 5(40), Open Access.
Wakuda, T., Iwata, K., Iwata, Y., Anitha, A., Takahashi, T., Yamada, K., Vasu, M. M., Matsuzaki, H., Suzuki, K., & Mori, N. (2014). Perinatal asphyxia alters neuregulin-1 and COMT gene expression in the medial prefrontal cortex in rats. Progress in *Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 56, 149-154

2. 学会発表

Tujii, M., Noda, W., Hagiwara, T., Suzuki, K., & Higo, S. (2014). The life of adults with ASD in Japan －Are they having a happy adulthood?－. 2014 International Meeting for Autism Research.

H.　知的財産権の出願・登録状況

該当なし

Table 1 対象者の内訳

性別		診断名		年代	
男性	90	自閉症 （広汎性発達障害を含む）	44	20－29歳	76
女性	26	アスペルガー症候群	34	30－39歳	34
		高機能自閉症	34	40歳以上	6
		無回答	4		

note. 数値は人数を表す

Table 2 適応行動およびメンタルヘルス指標の平均値と標準偏差

	M	*SD*	95% CI		
Vineland-II					
適応行動	49.79	18.11	45.85	–	53.73
日常生活スキル	66.67	17.74	62.99	–	70.36
身辺自立	12.53	3.26	11.85	–	13.21
家事	9.55	2.83	8.96	–	10.14
地域生活	9.80	3.31	9.11	–	10.48
内在化症状	19.45	2.73	18.88	–	20.02
自己評価					
K-10	23.34	8.94	21.50	–	25.18
MHI-5	54.95	18.42	51.16	–	58.73

Table 3 Vineland-IIの各領域，下位尺度における水準ごとの人数と割合

		領域合計		日常生活スキル		身辺自立		家事		地域生活		内在化問題	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
適応水準	低い	72	88.9%	51	63.0%	11	13.6%	42	51.9%	32	39.5%	0	0.0%
	やや低い	6	7.4%	22	27.2%	21	25.9%	26	32.1%	35	43.2%	0	0.0%
	平均的	3	3.7%	8	9.9%	48	59.3%	13	16.0%	14	17.3%	18	22.5%
	やや高い	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	25	31.3%
	高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	37	46.3%

Table 4 K10およびHIMI5におけるメンタルヘルスの状態

		K-10				合計	
		正常値範囲		カットオフ値以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
	正常値範囲	23	25.3%	1	1.1%	24	26.4%
	抑うつ状態						
MHI-5	軽度	5	5.5%	1	1.1%	6	6.6%
	中等度	18	19.8%	4	4.4%	22	24.2%
	重度	11	12.1%	28	30.8%	39	42.9%
	合計	57	62.6%	34	37.4%	91	100.0%

Table 5 診断ごとの適応行動およびメンタルヘルス指標の平均値と標準偏差

	ASD		AS		HFASD		F	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD		
Vineland-II								
領域合計	42.00	17.39	57.86	17.86	50.91	14.93	6.59^{**}	.145
日常生活スキル	62.44	21.33	69.50	15.75	70.00	12.17	1.83	.041
身辺自立	12.25	3.71	12.97	2.93	12.33	2.99	0.46	.010
家事	9.00	3.10	9.66	2.75	10.33	2.33	1.53	.034
地域生活	8.69	4.06	10.50	2.81	10.62	1.86	3.57^{*}	.077
内在化問題	19.25	3.21	19.96	2.30	19.10	2.47	0.73	.019
自己評価式尺度								
K-10	22.94	9.91	24.83	10.28	22.86	6.69	0.39	.009
MHI-5	53.53	21.90	52.50	17.19	58.45	15.47	0.81	.019

note. ASD 自閉症（広汎性発達障害を含む）　AS　アスペルガー症候群　HFASD　高機能自閉症

Table 6 内在化症状に関する自己評価と他者評価の相関

	内在化問題	K-10	MHI--5
他者評価(Vineland-II)			
内在化問題	—		
自己評価			
K-10	.220	—	
MHI-5	-.247†	-.739***	—

† $p<.10$ *** $p<.001$

Table 7 内在化症状と適応行動および日常生活スキルの相関

	メンタルヘルス		
	Vineland-II (他者評定)	自己評価式	
	内在化問題	K-10	MHI-5
Vineland-II			
適応行動（領域全体）	-.048	.164	-.009
日常生活スキル	-.115	.003	.114
身辺自立	-.280 *	-.103	.202
家事	.038	.111	.013
地域生活	-.044	.011	.030

* $p<.05$

Table 8　K10と内在化問題を独立変数とする重回帰分析の結果

	従属変数				
	適応行動	日常生活スキル			
		領域合計	身辺自立	家事	地域生活
	β	β	β	β	β
年齢	.203	.116	-.030	.119	.192
性別	.047	.111	.011	.234†	.039
診断	.191	.154	-.031	.241†	.196
内在化問題	-.136	-.188	-.232	-.077	-.145
K-10	.140	.119	.046	.168	.067
内在化問題×K-10	-.191	-.292*	-.095	-.237†	-.360**
R^2	.169	.165	.050	.217*	.253*

$^{\dagger}p<.10$　$^{*}p<.05$　$^{**}p<.01$

Table 9　HMI-5と内在化問題を独立変数とする重回帰分析の結果

	従属変数				
	適応行動	日常生活スキル			
		領域合計	身辺自立	家事	地域生活
	β	β	β	β	
年齢	.268†	.196	.036	.184	.242†
性別	.035	.089	.014	.217	-.003
診断	.203	.166	-.038	.265†	.214
内在化問題	-.082	-.121	-.173	-.023	-.107
MHI-5	.025	.058	.122	-.028	.002
内在化問題×HMI-5	.080	.139	-.037	.101	.261*
R^2	.133	.105	.056	.163	.203†

† $p<.10$　* $p<.05$

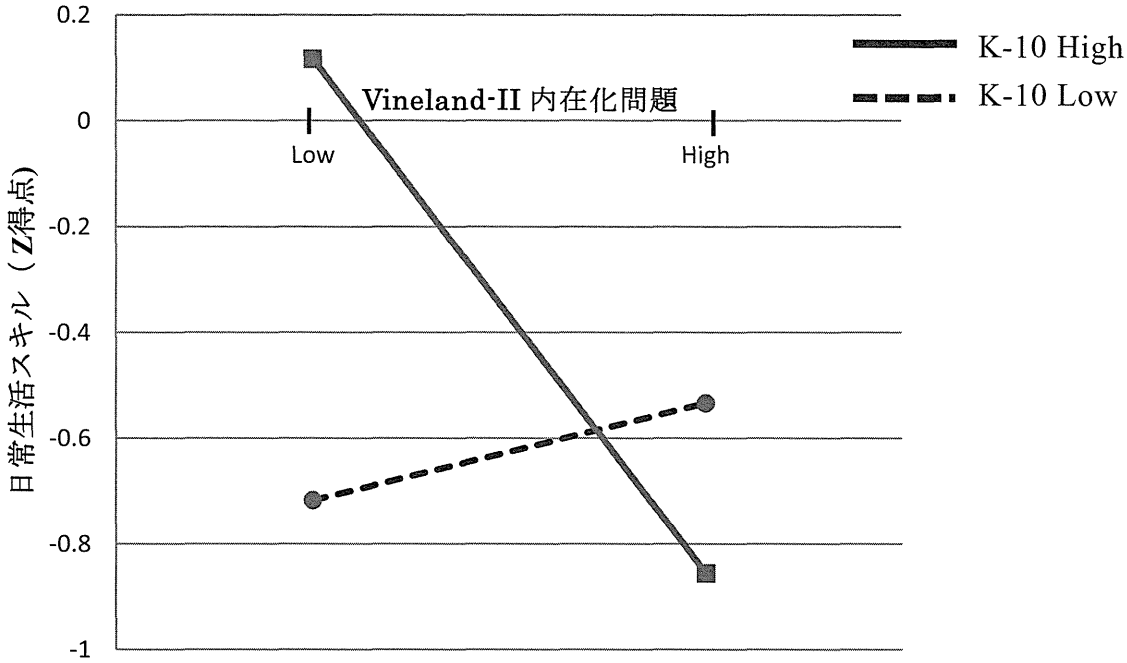

Figure 1　日常生活スキルへの K-10 と Vineland-II 内在化問題の効果

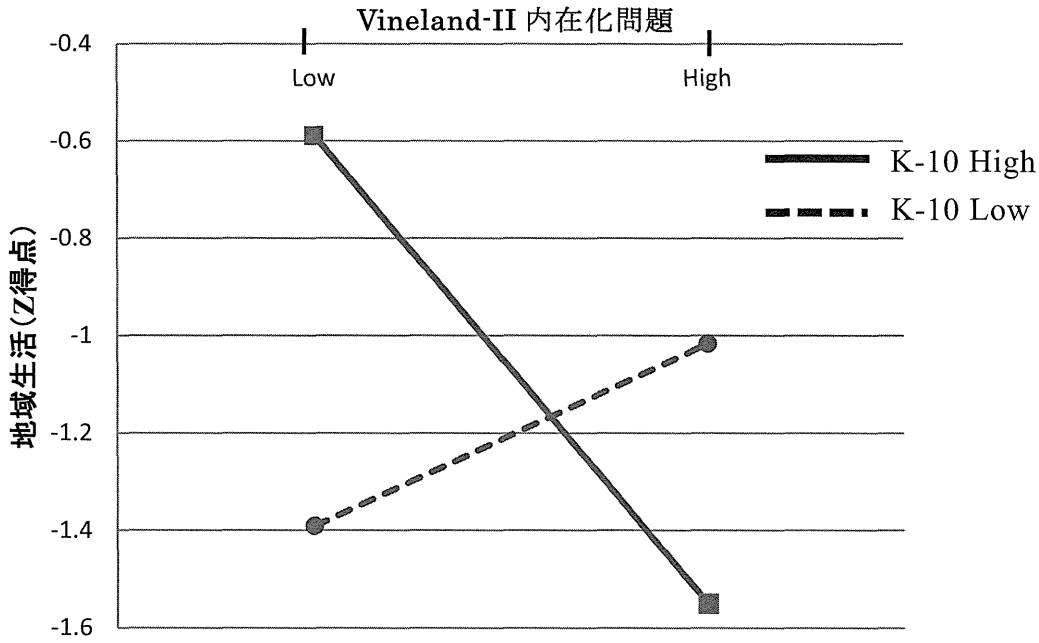

Figure 2　地域生活レベルへの K-10 と Vineland-II 内在化問題の効果

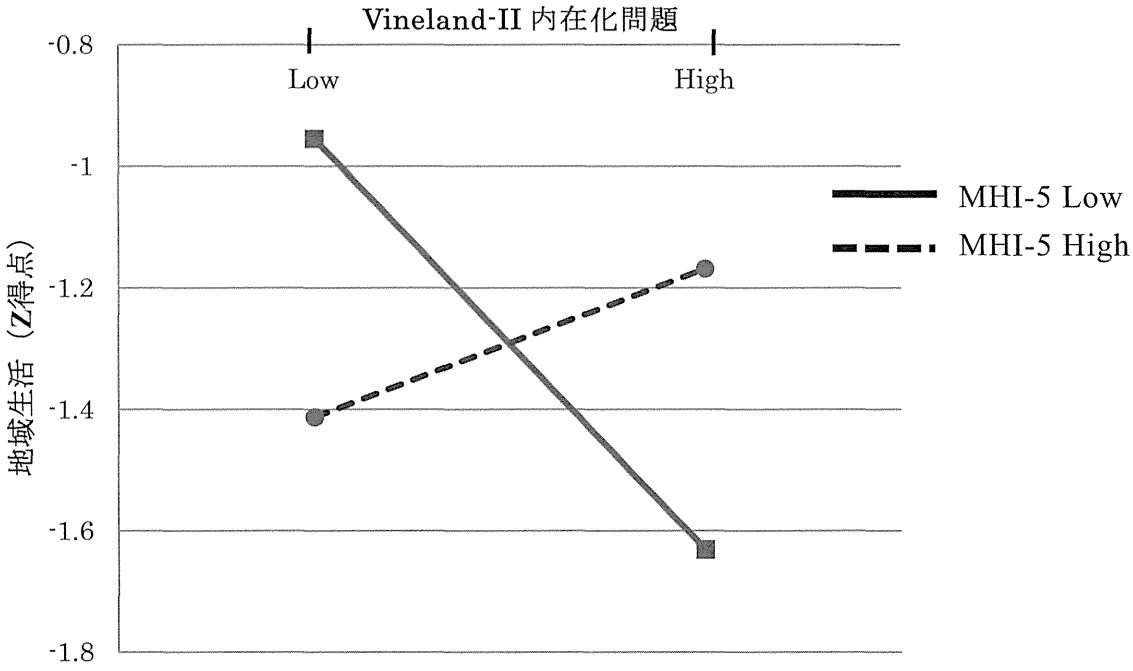

Figure 3　地域生活スキルへの MHI-5 と Vineland-II 内在化問題の効果

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)

分担研究報告書

発達障害のある成人に対する
生活支援におけるガイドラインの作成

分担研究者
肥後祥治(鹿児島大学　教育学部)
岸川朋子(特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォーレスト)
研究協力者
田中尚樹(日本福祉大学　社会福祉学部)
浮貝明典(特定非営利活動法人　PDD サポートセンターグリーンフォーレスト)
長山大海(特定非営利活動法人　PDD サポートセンターグリーンフォーレスト)
松田裕次郎(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)
山本　彩(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)
巽　亮太(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)
村山恭朗(浜松医科大学　子どものこころの発達研究センター)

研究要旨

本事業では3年間，この成人の発達障害者の居住空間や余暇などの生活に対する支援の在り方について研究を行ってきた。ここでは，これまでの調査から成人期の発達障害者の生活課題を整理するとともに，生活の目標となる基準と支援の内容や方法についてガイドラインとしてまとめることを目的とした。当事者どうしのグループワークの実施を通じて，成人の発達障害者が，同じ発達障害者とのピアの関係の中から出てくる情報や一緒に取り組む中で様々な知識を学ぶ必要性を実感できるということがわかった。またお互いに困っていることを共有できることだけでも安心でき，その時に他者が取っている行動を教えてもらうことでそれぞれの生活の中で実践してみるなど参考になっているようであった。これらの調査や取り組みなどによって，ガイドラインを整理した。このガイドラインでは，発達障害の人の生活支援として，グループホームや一人暮らしに対する支援などを事業として運営するに当たり，基本的な方針を示し，サービスの質の確保と向上を図ることを目的としている。作成したガイドラインでは,「生活習慣」「体調管理」「金銭管理」「所持品管理」「感情コントロール」「対人関係・コミュニケーション」「住環境の整備」「地域生活」「外出」「余暇」「その他」の領域に分け，各領域で項目を出し，本人の生活の基準を挙げた。今後，本研究で作成されたガイドライン等を利用し，発達障害者がグループホームや一人暮らしができるよう，生活支援の充実に関して早急な対応が求められる。

A. 研究目的

1．はじめに

2005年に「発達障害者支援法」が施行されてから，発達障害者支援の関する施策が増えてきた。現在施行されている障害者総合支援法においても，「発達障害」が明記されるようになり，就労支援や生活支援といったサービスを用できるようになった。

発達障害者は就労については，従来は障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターなどが就職するための練習や就職活動などの支援をしてきたが，近年は民間の障害福祉サービスの就労支援事業を利用する人も増えてきている。

高校や大学を卒業してから，一般企業で就職はしたものの試用期間後に本契約につながらずに失職する人も少なくないが，彼らもこうした就労に向けた練習の後の就労は安定できるようになってきている。それはジョブコーチを含めた就労の継続に向けた支援があることも理由の一つだと考えられる。

成人の発達障害者にとっては，働くということも大切なことではあるが，親元を離れて生活をしたいと思う人もいる。発達障害者支援法ができてから 10 年が経つ。この法律が施行される前に就職活動で障害者としての支援を求めて断られた人たちも 30 歳を超える年齢になってきている。

本人たちの加齢に合わせて，その親も同じだけ高齢になっていく。すると家庭の役割が変わってくる。親が亡くなった後の本人が自分の生活を作っていかなくてはならない。しかし，すべてを一人ですることは難しい。就労には，発達障害者も利用できるような企業への就労に向けた練習の場としての事業があるが，生活については一人暮らしなどを目的とした練習やその後の支援のための事業はまだ整備されていない。

発達障害者やその家族からは今後の居住支援のニーズは高まってきている。そこで本事業において，成人期の発達障害者が地域生活を送るために必要な支援とその課題について整理していくことにした。

2．ガイドラインの目的

発達障害者が我が国において，公的な支援を活用できるようになってきており，現在は成人の発達障害者に対する居住支援を含めた生活支援の課題への対応が急務になってきている。

本事業では3年間，この成人の発達障害者の居住空間や余暇などの生活に対する支援の在り方について研究を行ってきた。現在，成人期の発達障害者の多くは，家族と一緒に暮らしている。ただすでに一人暮らしをしていたり，グループホームを利用したりしている人もいるが，支援があって生活を送ることができている人が多い。その理由としては，現場の職員が発達障害者への支援の専門性がまだ十分ではないこともあり，本人たちに合った支援とは何かを模索しながら対応されているところも少なくない。

ここでは，これまでの調査から成人期の発達障害者の生活課題を整理するとともに，生活の目標となる基準と支援の内容や方法についてガイドラインとしてまとめることを目的とする。

3．発達障害者の生活支援におけるガイドラインの位置づけや支援の考え方について

1）ガイドラインの位置づけ

このガイドラインの作成には，学識経験者，グループホーム運営法人，世話人，相談支援機関などが関わり意見を集約している。今後のグループホームや一人暮らし支援などを実施する事業者が発達障害者に対して適切な対応ができるための基準について示すものである。

2）発達障害者の対象とする生活支援

このガイドラインでは，「障害者の日常生活及び社会生活における総合的な支援をするための法律」（障害者総合支援法）に基づくグループホームやその他の生活支援事業等を対象としている。

3）グループホームや一人暮らし支援に関する基本的な考え方

グループホームは障害のある人の生活の場であるが，将来的に一人暮らしをしたり，家族と生活しながらも自分でできることを増やしたいと考えたりする人のために，練習の場としての機能を果たすことも大切な役割である。

発達障害者本人が，グループホームでの生活や一人暮らしを望んでいるかどうかの判断ができ，そこでの地域生活を始めるにあたっての支援，地域生活を定着させ，維持していくためのサポートをしていくことになる。そこには安心して生活ができるだけでなく，個人として生活スキルを高めたり，適切な必要な支援を獲得することで生活の質を高めたりできるような配慮も必要になる。

発達障害者の特性に合わせた支援は，一人ひとり異なるため，直接のやり取りから環境の調整など幅広い対応が求められる。

4）支援者の役割

支援者に求められる役割については，入居者の理解者であり，日常生活における身近な存在として適切な支援をしながら，入居者自身が充実した生活を送ることができるようにしていくことである。

入居者にとっては生活の場になるため，基本的には練習の場であることや指導的なサポートなどは合わないかもしれないが，継続して今の生活の質を維持したり，高めたりしていくためには，その人の了承のもとで必要なサポートと練習をすることも必要になってくる。

支援者は，目標を達成することだけを意識することなく，個々の目標と能力などに応じて適切な支援の仕方を考慮しなければならない。たとえば，情報処理に困難さがある場合，わかりやすく絵や写真，文字などでの提示が必要な人と，そのような情報が多いことで混乱する人もいるため，一人ひとりわかりやすい情報提供の仕方を工夫する必要性が出てくる。

B. 研究方法

本事業では，全国でも先駆的に発達障害者のグループホームでの生活支援の実践をしてきている神奈川県横浜市と滋賀県近江八幡市，そして発達障害者に対して生活や余暇に関する支援プログラムを実施している愛知県名古屋市において調査を行ってきた。平成 24 年度は発達障害者 64 名（男性=46，女性＝18，平均年齢 29.7 歳，範囲＝18-52）に対し，現状