

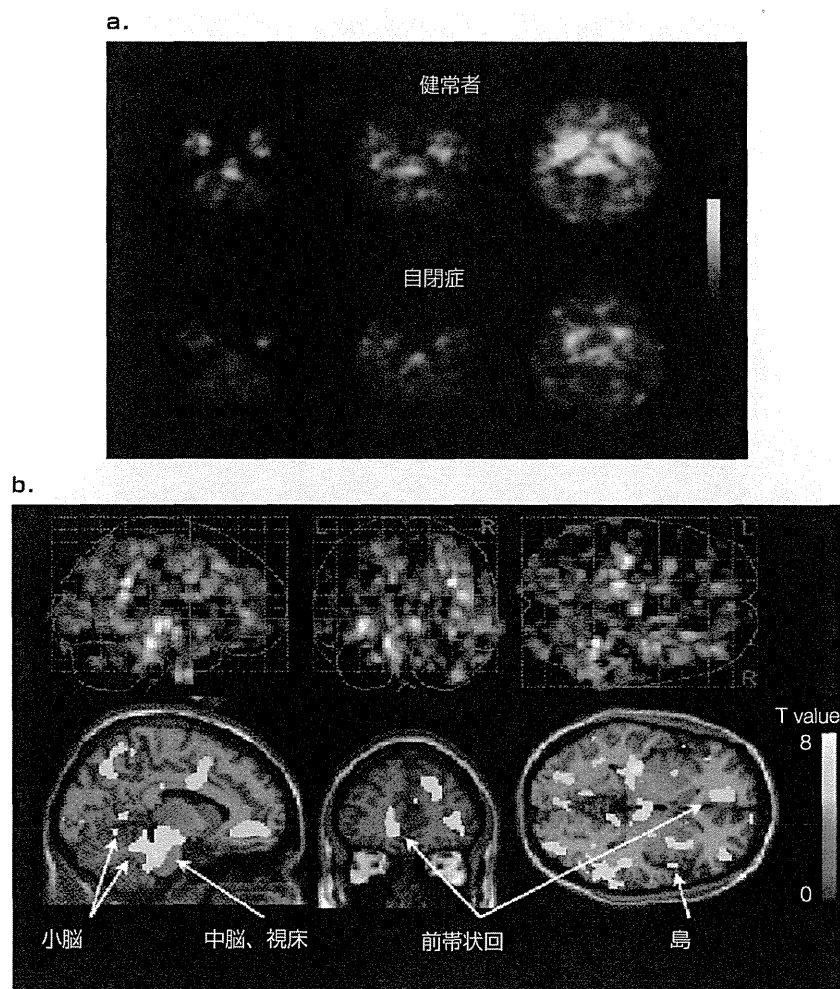


図 4. 自閉症では脳内セロトニン・トランスポーター密度が低下している
a：代表的画像
b：全脳解析

相関が認められ、視床においてセロトニン神経機能が低いほど強迫症状が強いことが明らかになった(図5)。視床は強迫性障害の治療薬であるSSRIが集積する重要な部位である。自閉症において強迫症状に対するSSRIの効果については有効な人と有効でない人がある。強迫症状の責任部位が複数あると考えられるが、SSRIは主に視床に分布されるので、強迫症状に対するSSRIの薬物効果には限界があると推察される。

今回の結果により、自閉症のセロトニン機能の障害は、出生後から始まっていると推測される。ゆえに、生後の脳の発達時期にセロトニン神経伝達を正常化するような治療法開発の参考になると考えられる。そして療育的観点からは療育により別の経路、側副路でセロトニン

機能障害を補う考え方がある。たとえば、脳梗塞の人がリハビリをするように、自閉症の人は療育を受けながら別の神経経路で能力を補っていく必要がある。療育指導は、指導する側の固定観念にとらわれずに工夫して、個々にあった療育指導の方策を築き上げる必要がある。今後更なる研究や療育方法の開発が必要である。

4. 免疫系に着目したPET研究

自閉症に関する免疫系の異常については各種の研究がある。遺伝学的研究からはHLA遺伝子やMHC class III遺伝子が自閉症と関連^{25)~27)}しているとの報告があり、血液学的研究からはtumor necrosis factor- α (TNF- α)、インターロイキン(IL)-6, macrophage chemoattract-

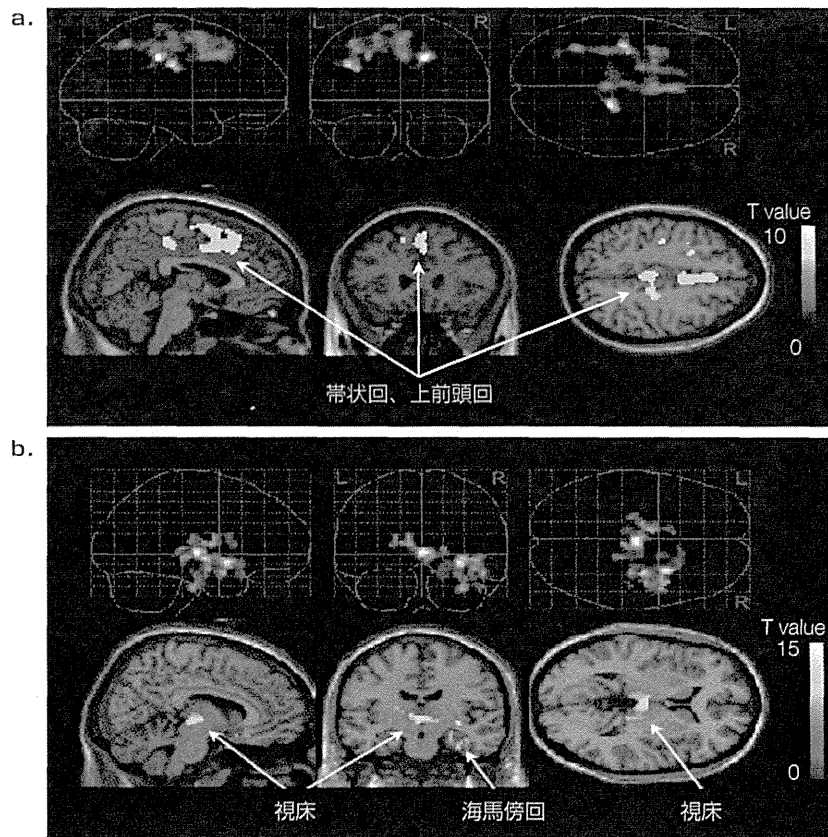


図 5. セロトニン・トランスポーター密度の低下は2つの中核症状と関係している

- a : 「心の理論の獲得障害」は帯状回、上前頭回のセロトニン・トランスポーター密度の低下と関係していた。
b : 「強迫症状（こだわり）」は視床、海馬傍回のセロトニン・トランスポーター密度の低下と関係していた。

tant protein-1 (MCP-1) の量が自閉症者では増大しているとの報告がある^{28)~32)}。また自閉症の子どもをもつ母親は自閉症の脳に対する抗体をもつ^{33)~36)}との報告や、自閉症死後脳研究からは脳実質中および脳脊髄液中の TNF- α , IL-6, MCP-1 の増加が報告されている³⁷⁾。

5. ミクログリアについて

われわれはミクログリアに注目した。ミクログリアは脳の中に均一に分布する中胚葉由来の免疫担当細胞である。脳内でのミクログリアの役割は1つ目として、感染、出血、虚血で急速に活性化し、活性型ミクログリアになり異物を貪食する。2つ目として逆の作用として保護作用のある抗炎症性サイトカインを産生し脳細胞を保護する。3つ目として興味深いことに、脳における神経回路形成や神経伝達の恒常性を維持する役割をもつ。ミ

クログリアと自閉症の関連については自閉症の死後脳研究で、中前頭回、前帯状回、小脳において活性型ミクログリアやアストログリアの増加が認められている³⁸⁾³⁹⁾。

この PET 研究はセロトニン系の研究と同様に NPO 法人アスペ・エルデの会の当事者の人で ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) で自閉症スペクトラム (autism spectrum disorder : ASD) と診断し、薬物療法を受けている者、慢性の炎症性疾患を有する者、神経疾患 (てんかんを含む) を有する者、IQ が 80 未満の者は除外し、研究の目的と内容について十分説明し、本人および保護者の同意が得られた者のみを対象とし、定型発達男性を対照とした。

結果は ASD の脳内では、活性型ミクログリアが広汎な部位で増加していた (図 6)。活性型ミクログリアの

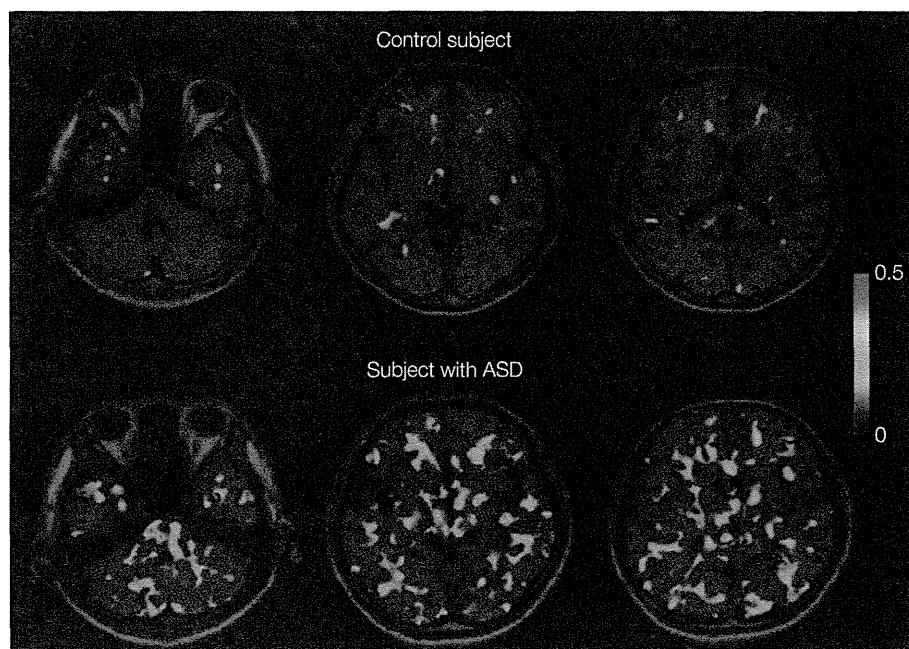


図 6. 活性型ミクログリアの広汎な部位での増加
(Suzuki K *et al.*, 2013¹⁾より引用)

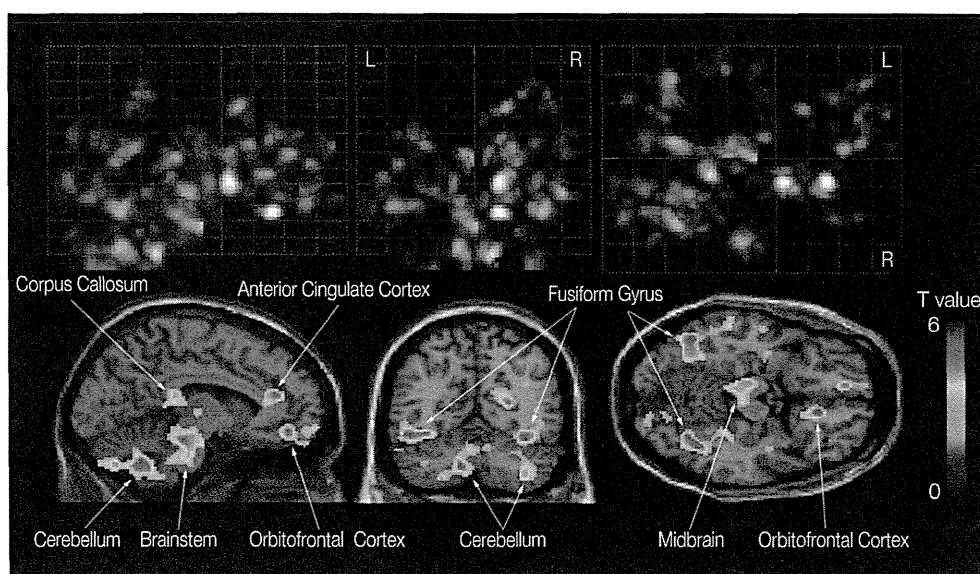


図 7. 活性型ミクログリアの帯状回，眼窩前頭回，紡錘状回などでの増加
(Suzuki K *et al.*, 2013¹⁾より引用)

増加は、小脳と脳幹（中脳、橋）で最も顕著であった。これに加え、ASD の病態との関係が指摘されている脳前部帯状回、眼窩前頭回、紡錘状回にも顕著な増加が認められた（図 7）。これらの脳部位における活性型ミクログリアは、ASD 群でも対照群でも、互いに有意に正

相関していた（図 8）。さらに疾患内比較で、ASD 群の中で活性型ミクログリアが多い群（High-BP）と低い群（Not-High-BP）の 2 群に分けお互いの臨床症状を比較した。多い群については ADI-R による社会性の障害（ADI-R Social Score）、これは子どものころの社会性の

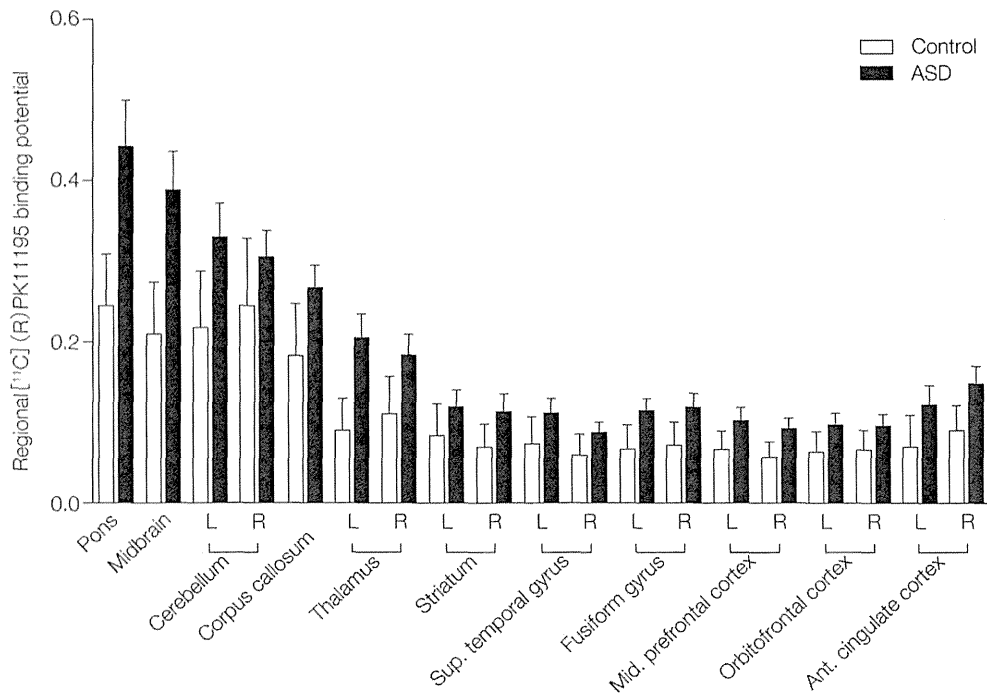


図 8. 活性型ミクログリアのすべての脳部位での増加

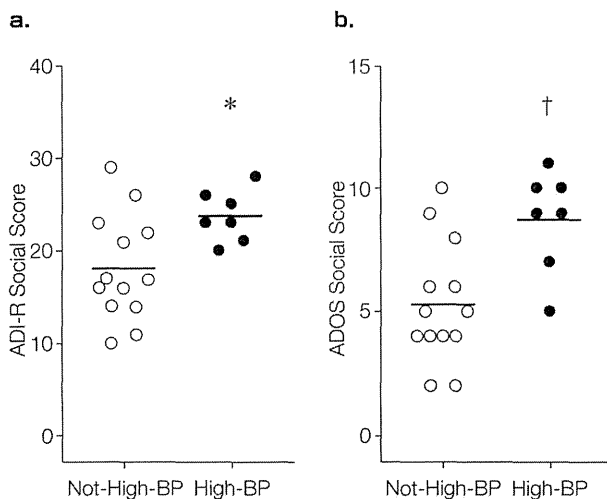
(Suzuki K *et al.*, 2013⁴⁾より引用)

図 9. 活性型ミクログリアの増加と社会性の障害

(Suzuki K *et al.*, 2013⁴⁾より引用)

障害の程度を示すがこの指標が高く、ADOS による社会性の障害 (ADOS Social Score) つまり現時点における社会性の障害の程度を示すがこの指標が高いことが明らかになった (図 9)。活性型ミクログリアが多いほど、自閉症の障害の程度が子どものころも現時点においても

強いことが明らかになった。以上の結果から、成人 ASD の脳内では過剰なミクログリア活性化がおきていることが示唆された。つまり、ミクログリアの活性化は、ASD 脳内で小児期から成人期まで継続している現象であると考えられる。ASD 群では、対照群と同様に、すべての脳部位のミクログリア活性が互いに正相関していたという所見から (図 6)、脳内のすべてのミクログリアが一様に活性化していることが示唆された。すなわち、局所の炎症や神経傷害を反映したミクログリアの活性化ではなく、ASD 脳内のほぼすべてのミクログリアが過剰な反応性を有することを示している。脳のミクログリアの由来は胎生期に血液脳関門が形成される以前に、末梢のマクロファージが脳内に沈着したことによる。ASD では、ミクログリア活性化により出生前に正常なシナプス形成が阻害される可能性 (toxic)、またはシナプス形成が不整になり、その結果としてミクログリアが活性化する (protective) 考え方があるが、われわれは、過剰なミクログリア活性化によって出生前における正常なシナプス形成が阻害されると考えた。ゆえにわれわれが報告したセロトニン系の異常はセカンダリーと

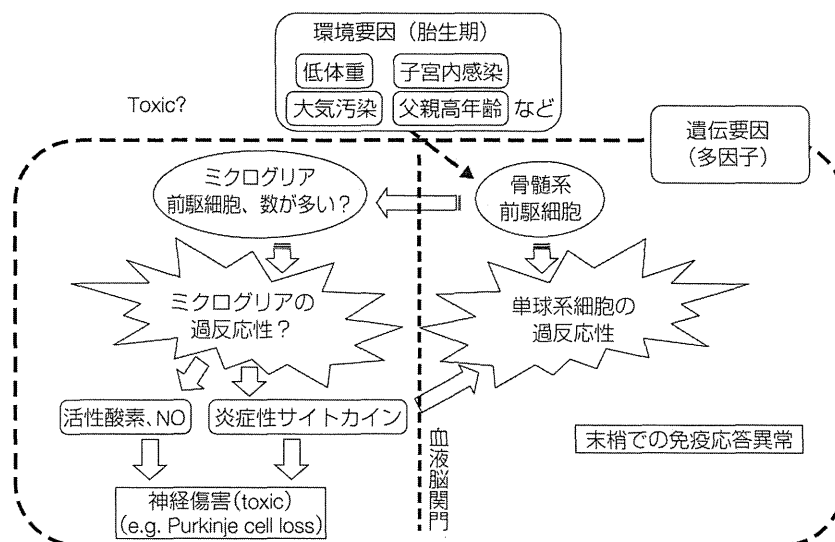


図 10. 自閉症の病態仮説

考えた。図 10 で自閉症の病態仮説を示した。自閉症は各種の遺伝的要因とさまざまな環境的要因によって胎生期に骨髄系などに影響し末梢のマクロファージが脳内に移行する量が増え、胎生期に増えている活性型ミクログリアによって脳内のシナプス形成障害をおこし ASD の病因となると考えた。

おわりに

われわれは自閉症の PET 研究を各種行い自閉症の脳内での障害を、PET 脳画像研究によって明らかにすることができた。自閉症は近年ではその近縁状態も含めれば 100 人に 1 人とも言われる発現頻度の高い障害であるが、身体障害のような「見える障害」ではないために、社会的な理解が遅れ、今まで、親の育て方が悪い、あるいは本人のわがままなどといった偏見に満ちた間違った理解をされていたが、今回の研究においても、自閉症が間違いなく脳機能の障害によって生じていることが明らかになり、自閉症の社会的理解を推し進めることにつながると考えられる。なお、この研究は、NPO 法人アスペ・エルデの会の成人当事者が積極的に研究への協力を行い、継続的な自助活動やそれらを背景とする長期に渡る発達支援によって可能になった。



文 献

- 1) Folstein SE, Rosen-Sheidley B : Genetics of autism : complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet* 2 : 943-955, 2001
- 2) Hallmayer J, Cleveland S, Torres A *et al* : Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry* 68 : 1095-1102, 2011
- 3) Volk HE, Lurmann F, Penfold B *et al* : Traffic-related air pollution, particulate matter, and autism. *JAMA Psychiatry* 70 : 71-77, 2013
- 4) Suzuki K, Sugihara G, Ouchi Y *et al* : Microglial activation in young adults with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry* 70 : 49-58, 2013
- 5) Nakamura K, Sekine Y, Ouchi Y *et al* : Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Arch Gen Psychiatry* 67 : 59-68, 2011
- 6) Suzuki K, Sugihara G, Ouchi Y *et al* : Reduced acetylcholinesterase activity in the fusiform gyrus in adults with autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 68 : 306-313, 2011
- 7) 佐治英朗 : イメージングブローブの開発と応用. *Drug Delivery System* 23 : 24-32, 2008
- 8) Hanley HG, Stahl SM, Freedman DX : Hyperserotonemia and amine metabolites in autistic and retarded children. *Arch Gen Psychiatry* 34 : 521-531, 1977
- 9) Ciaranello RD : Hyperserotonemia and early infantile autism. *N Engl J Med* 307 : 181-183, 1982

- 10) McDougle CJ, Naylor ST, Cohen DJ *et al* : Effects of tryptophan depletion in drug-free adults with autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry* **53** : 993-1000, 1996
- 11) McDougle CJ, Naylor S, Cohen DJ *et al* : A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry* **53** : 1001-1008, 1996
- 12) Devlin B, Cook EH Jr, Coon H *et al* : Autism and the serotonin transporter : the long and short of it. *Mol Psychiatry* **10** : 1110-1116, 2005
- 13) Wassink TH, Hazlett HC, Epping EA *et al* : Cerebral cortical gray matter overgrowth and functional variation of the serotonin transporter gene in autism. *Arch Gen Psychiatry* **64** : 709-717, 2007
- 14) Yonan AL, Alarcon M, Cheng R *et al* : A genomewide screen of 345 families for autism-susceptibility loci. *Am J Hum Genet* **73** : 886-897, 2003
- 15) Chugani DC, Muzik O, Behen M *et al* : Developmental changes in brain serotonin synthesis capacity in autistic and nonautistic children. *Ann Neurol* **5** : 287-295, 1999
- 16) Chugani DC, Muzik O, Rothermel R *et al* : Altered serotonin synthesis in the dentatohalamocortical pathway in autistic boys. *Ann Neurol* **42** : 666-669, 1997
- 17) Chandana SR, Behen ME, Juhasz C *et al* : Significance of abnormalities in developmental trajectory and asymmetry of cortical serotonin synthesis in autism. *Int J Dev Neurosci* **23** : 171-182, 2005
- 18) Makkonen I, Riiikonen R, Kokki H *et al* : Serotonin and dopamine transporter binding in children with autism determined by SPECT. *Dev Med Child Neurol* **50** : 593-597, 2008
- 19) Nakamura K, Sekine Y, Ouchi Y *et al* : Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Arch Gen Psychiatry* **67** : 59-68, 2010
- 20) Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V *et al* : Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disorder* **29** : 407-418, 1999
- 21) Cook EH Jr : Brief report : pathophysiology of autism : neurochemistry. *J Autism Dev Disorder* **26** : 221-225, 1996
- 22) Whitaker-Azmitia PM : Behavioral and cellular consequences of increasing serotonergic activity during brain development : a role in autism? *Int J Dev Neurosci* **23** : 75-83, 2005
- 23) Ohnishi T, Matsuda H, Hashimoto T *et al* : Abnormal regional cerebral blood flow in childhood autism. *Brain* **123** : 1838-1844, 2000
- 24) Haznedar MM, Buchsbaum MS, Wei TC *et al* : Limbic circuitry in patients with autism spectrum disorders studied with positron emission tomography and magnetic resonance imaging. *Am J Psychiatry* **157** : 1994-2001, 2000
- 25) Warren RP, Singh VK, Cole P *et al* : Increased frequency of the null allele at the complement C4b locus in autism. *Clin Exp Immunol* **83** : 438-440, 1991
- 26) Warren RP, Odell JD, Warren WL *et al* : Strong association of the third hypervariable region of HLA-DR beta 1 with autism. *J Neuroimmunol* **67** : 97-102, 1996
- 27) Odell D, Maciulis A, Cutler A *et al* : Confirmation of the association of the C4B null allele in autism. *Hum Immunol* **66** : 140-145, 2005
- 28) Jyonouchi H, Sun S, Le H : Proinflammatory and regulatory cytokine production associated with innate and adaptive immune responses in children with autism spectrum disorders and developmental regression. *J Neuroimmunol* **120** : 170-179, 2001
- 29) Croonenberghs J, Bosmans E, Deboutte D *et al* : Activation of the inflammatory response system in autism. *Neuropsychobiology* **45** : 1-6, 2002
- 30) Schwarz E, Guest PC, Rahmouni H *et al* : Sex-specific serum biomarker patterns in adults with Asperger's syndrome. *Mol Psychiatry* **16** : 1213-1220, 2011
- 31) Ashwood P, Krakowiak P, Hertz-Picciotto I *et al* : Altered T cell responses in children with autism. *Brain Behav Immun* **25** : 840-849, 2001
- 32) Suzuki K, Matsuzaki H, Iwata K *et al* : Plasma cytokine profiles in subjects with high-functioning autism spectrum disorders. *PLoS One* **6** : e20470, 2011
- 33) Dalton P, Deacon R, Blamire A *et al* : Maternal neuronal antibodies associated with autism and a language disorder. *Ann Neurol* **53** : 533-537, 2003
- 34) Singer HS, Morris C, Gause C *et al* : Prenatal exposure to antibodies from mothers of children with autism produces neurobehavioral alterations : A pregnant dam mouse model. *J Neuroimmunol* **211** : 39-48, 2009
- 35) Braunschweig D, Ashwood P, Krakowiak P *et al* : Autism : maternally derived antibodies specific for fetal brain proteins. *Neurotoxicology* **29** : 226-231, 2008
- 36) Croen LA, Braunschweig D, Haapanen L *et al* : Maternal mid-pregnancy autoantibodies to fetal brain protein : the early markers for autism study. *Biol Psychiatry* **64** : 583-588, 2008
- 37) Zimmerman AW, Jyonouchi H, Comi AM *et al* : Cerebrospinal fluid and serum markers of inflammation in autism. *Pediatr Neurol* **33** : 195-201, 2005
- 38) Vargias DL, Nascimbene C, Krishnan C *et al* : Neuroglial

activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism. *Ann Neurol* **57** : 67-81, 2005

39) Morgan JT, Chana G, Pardo CA *et al* : Microglial

activation and increased microglial density observed in the dorsolateral prefrontal cortex in autism. *Biol Psychiatry* **68** : 368-376, 2010

研究報告(原著論文)

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医学的問題に関する実態調査

野田航¹⁾・萩原拓²⁾・鈴木勝昭³⁾・肥後祥治⁴⁾・岸川朋子⁵⁾・浮貝明典⁵⁾
松田裕次郎⁷⁾・巽亮太⁷⁾・山本彩⁷⁾・田中尚樹⁸⁾・辻井正次⁶⁾

1) 大阪教育大学 2) 北海道教育大学旭川校 3) 浜松医科大学 4) 鹿児島大学

5) NPO法人 PDDサポートセンターグリーンフォレスト 6) 中京大学 7) 社会福祉法人 グロー 8) 日本福祉大学

要約

本研究では、成人期以降の自閉症スペクトラム障害(ASD)のある人の日常生活および精神医学的問題の実態把握を目的とした調査を実施した。対象者は成人期のASD者 67名(年齢範囲:18-52)であった。調査項目には、日常生活の実態や希望に関する項目、精神医学的問題を把握するためのK10とPRIME Screen-Revisedの項目が含まれていた。調査の結果、ASDの成人には、一人暮らしを含めた日常生活支援の充実が求められること、福祉制度利用を広げるための方策が求められることが明らかとなった。また、精神医学的問題を抱える人も多く、精神医療サービスの充実の必要性も明らかとなった。

Key words : adults with autism spectrum disorder, daily living, psychiatric problems, community living

Abstract

The primary focus of the present study was to understand the current status of daily living and psychiatric problems in adults with autism spectrum disorders in Japan. Specifically, the study analyzed their thoughts for their own life and support needs. Sixty-seven adults aged 18 to 52 participated in this study. A set of survey forms was distributed to each participant to fill out. The set was consisted of a questionnaire, the K10, and the PRIME Screen-Revised. A questionnaire was developed for the study to

survey the participants' current daily living, ideal lifestyle. Collected data revealed that more than half of the participants did not have jobs and enough income to keep living by themselves. To the questions regarding the life after their parents' death, although nearly half of the participants told their wish of independent living, they had concerns for living by themselves and needed supports to do so. From the data related to the psychiatric problems, results of the K10 indicated that 37.3% of the participants scored higher than the cut-off score, indicating possibilities of having mood/anxiety disorders. Additionally, results of the PRIME Screen-Revised revealed that 18% of the participants were assessed as "positive" about having prodromal symptoms of psychosis. These results indicated that Japanese adults with ASD have a number of concerns and need for community living. The issues regarding availability of community-based services for adults with ASD should be examined thoroughly and resolved immediately to assure their quality of life.

受理日—2014年5月30日

I. はじめに

近年、自閉症スペクトラム障害(Autism Spectrum Disorders; 以下、ASD)のある成人の地域適応に関する研究が注目されてきている。Howlin⁷⁾やTsatsanis¹⁵⁾のレビューでは、高機能自閉症やアスペルガー症候群の成人のうち、大

学等の高等教育を受ける、独立して生活する、親密な友人関係を維持する、結婚する、仕事に就くことができるのはごく少数であったことが報告されている。Seltzer、Shattuck、Abbeduto、and Greenberg¹¹⁾のレビューにおいても、ASDの症状の緩和やスキルの向上は多くの研究で示されているものの、多くのASD成人は一般的な地域適応ができていないことが報告されており、どのように成人期以降のASDの地域生活支援を行っていくかを検討する必要性が指摘されてきている。

日本においても、発達障害者支援法の施行後、ASDを含む発達障害児者の支援は徐々に充実してきている。しかし、成人期の発達障害者、特に、成人期になってから診断を受けた発達障害者の地域生活支援は十分ではない。今までの支援施策、なかでも就労支援施策は一定の成果をあげることができ、安定就労できる人たちが増えてきている。しかし、一方で、中年期まで安定して就労してきた人が、老後に向けてのビジョンを考えた場合、年老いた両親の亡き後の、生活支援における大きな課題を残している¹⁴⁾。特に知的障害のないASDの場合、家族や周囲だけでなく本人にも障害の認識がなく、福祉的支援を受けることなく成人期を迎えていることも少なくない。また、ASDの成人は、社会性の障害から他者との共同生活が難しい。さらに、感覚過敏性の問題や興味やこだわりなどから、自分自身の居住空間を求める人も多いが、社会性の障害による社会的な一般常識の不足に加えて、こだわりや不安、不器用などで、一人暮らしにおける困難は大きい。

ASDの成人の中には、日常生活を送るのに必要な基本的なスキルが不十分で、就職後に職場でのトラブルや転職を繰り返す等により、結果的に精神疾患を合併し、場合によってはひきこもりや犯罪行為に至ってしまうケースもある⁴⁾。ASD、特に青年期以降のASDは、抑うつや不安障害などの精神疾患を合併するケースが多いことは国内外の先行研究で指摘されており^{1, 6, 13)}、早期に精神疾患の兆候を発見し、予防的な支援を行っていくことが重要である。

このような状況において、ASDのある成人が、どのようなサポートを受け、誰とつながりながら地域生活をしていくのかという点に関して、十分に

当事者のニーズを把握していくことが、実際の支援のあり方を検討する上で必要となる。そこで本研究では、ASDのある成人の日常生活および精神医学的問題の実態を明らかにすることを目的とした調査を実施した。

II. 方法

1. 調査対象者

発達障害児者の支援を行っている大学やNPO法人、支援センター等を通じて、ASD（広汎性発達障害、自閉症、アスペルガー症候群含む）の診断を受けている18歳以上の成人を対象に調査を実施した。調査の目的と個人情報の保護に関して説明し、調査に協力しなくとも不利益が生じることはない」と説明をした上で、調査に協力することに同意した者にのみ調査用紙を配布し、回答を求めた。調査対象者は、本研究の調査内容への解答に支障がない程度のコミュニケーション能力を有していたが、質問項目の意味が分からないなどの場合は、口頭で説明を行うなどして実施した。79名が調査に回答したが、そのうち診断名に関する質問項目に対して広汎性発達障害のカテゴリーに含まれる診断名を記載していない者を除外した。最終的に分析に用いたデータは67名分（男性49名、女性18名）であり、平均年齢は29.3歳（範囲：18-52）であった。

2. 調査項目

1) 現在の生活形態および希望する生活形態に関する項目

現在の生活形態（家族と同居、一人暮らし、施設入所）、現在の生活形態を維持したいか（思う、思わない）、両親が亡くなった後に暮らしたい場所（自宅、一人暮らし（自宅以外）、グループホーム、その他）、両親が亡くなった後に一緒に暮らしたい人（兄弟、家族、友人、恋人、一人、その他）、現在の仕事の継続について（今の仕事を続ける、その他の仕事）、結婚について（結婚したい、独身がいい、結婚している）、友人の有無（いる、いない）、一人暮らしをする場合に心配なことがあるか（ある、ない）、一人暮らしをする場合に心配なことがある場合は、その心配なことに

サポートは必要か(必要、必要ない)、一人暮らしでサポートを受けるとすればどのようなサポートが欲しいか(食事、衛生管理、健康管理、金銭管理、人との関わり、危機管理、その他、複数回答可)、現在の就職状況(常勤雇用、非常勤雇用、無職、その他)、現在の収入(月収)、障害者手帳(療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)の有無、障害年金を受給しているか、障害者総合支援法のサービス利用の有無、を回答する質問項目であった。

2) 精神医学的問題に関する項目

精神医学的問題に関しては、気分障害および不安障害のスクリーニングツールであるK10⁸⁾の日本語版⁵⁾と、統合失調症の前駆症状のスクリーニング尺度であるPRIME Screen-Revised (PS-R)⁹⁾を実施した。K10は、「過去30日の間にどれぐらいの頻度(回数)で次のことがありましたか」の教示のもと、10個の質問に5件法(1. 全くない～5. いつも)で回答するものであり、先行研究でカットオフ値が25点とされている。PS-Rは、過去1年以内の体験に基づいて11個の項目についてどの程度あてはまるかを7件法(0. まったくあてはまらない～6. とてもあてはまる)で回答し、4以上の回答の場合はそれがどの程度続いているかを3件法(1. 1月以内、2. 1月から1年、3. 1年以上)で回答するものであった。PS-Rでは、リスク状態を10段階に分け、ランク4以上を陽性と判断する。本研究では、Kobayashi et al.⁹⁾における一般大学

表1 現在の生活形態と現在の生活形態を維持したいと思うかどうかの関連

現在の生活形態	現在の暮らし(生活形態)を続けたいと思うか	
	思う	思わない
家族と同居	38	11
一人暮らし	8	5
施設入所	1	4

生および外来患者のデータとの比較を通してASDのある成人の状態を分析した。

III. 結果

1. 現在の生活形態および希望する生活形態について

現在の生活形態に関しては、家族と同居している人が73.1%、一人暮らしが19.4%、施設に入所している人が7.5%であった。現在の生活形態を維持したいかどうかについては、維持したいと思う人が70.1%、思わない人が29.9%であった。表1は、現在の生活形態と現在の生活形態を維持したいと思うかどうかの関連を示したものである。表1から、現在家族と同居している人の中で現在の生活形態を維持したいと思う人の割合は77.6%、現在一人暮らしをしている人の中で現在の生活形態を維持したいと思う人の割合は61.5%、現在施設に入所している人の中で現在の生活形態を維持したいと

思う人の割合は20%であった。両親が亡くなった後に希望する生活形態については図1に示した。図1から、両親が亡くなった後に暮らしたい場所としては、一人暮らし(自宅以外)が一番多く、次に自宅、その他、グループホームの順であった。両親が亡くなった後に一緒に暮らしたい人については、兄弟が6.0%、家族が10.4%、友人が9.0%、恋人が17.9%、一人が37.3%、その他が10.4%であった。結婚については、58.2%の人が結婚したいと考えており、32.8%が独身がいい、6.0%が結婚していると回答していた。友人に関しては、74.6%の人がいると回答する一方で、4

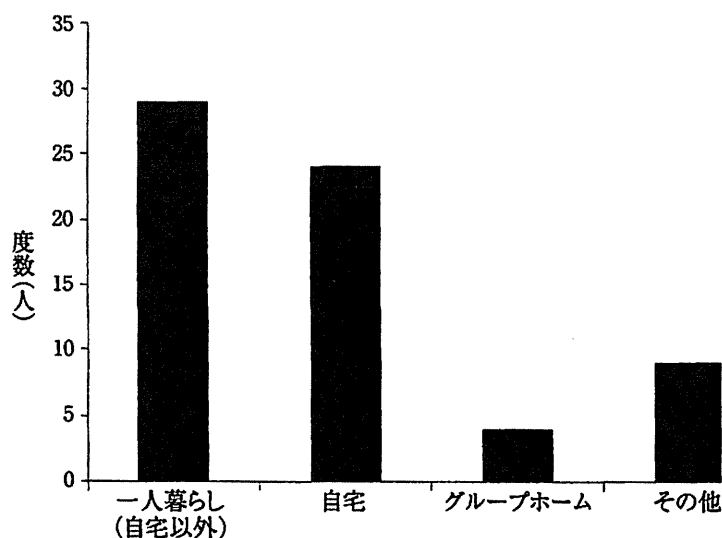


図1 両親が亡くなった後に希望する生活形態

分の1以上の25.4%がいないと回答していた。一人暮らしをする場合に心配なことがあるかについては、83.6%の人があると回答していた。一人暮らしをする場合に心配なことがある場合に、その心配なことにサポートは必要かという質問には、71.6%の人が必要と回答していた。一人暮らしでサポートを受けるとすればどのようなサポートが欲しいかという質問の結果は図2に示した。図2より、危機管理にサポートが欲しいと回答した人が

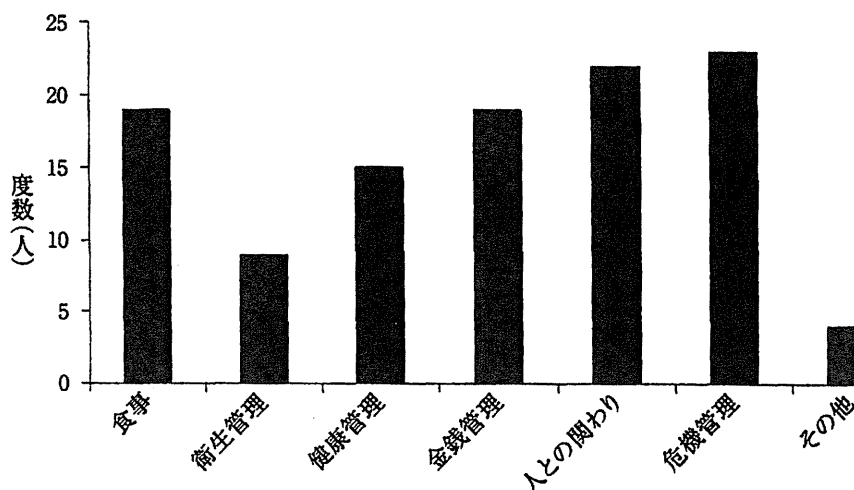


図2 一人暮らしをする場合に欲しいサポート (複数回答可)

最も多く、次いで人との関わり、食事・金銭管理、健康管理、衛生管理、その他の順であった。現在の就職状況については、常勤雇用が27.7%、非常勤雇用が19.4%、無職が14.9%、その他(主婦等)が35.8%であった。就職している人(常勤雇用および非常勤雇用)の現在の収入(月収)は、平均123,766円($SD = 63,686$; 範囲: 5,000-250,000)であった。障害者手帳については、76.1%の人が所持しており、障害年金については、43.3%の人が受給していると回答していた。障害者総合支援法のサービス利用については、利用していると回答した人が32.8%、利用していないと回答した人が61.2%で、「そんなサービスは知らない」等、制度その

ものを知らないと回答している人が少なからずみられた。

2. 精神医学的問題について

気分障害および不安障害のスクリーニングツールとしてK10を実施した。その結果、 $M = 24.45$ ($SD = 11.0^7$)であった。先行研究⁵⁾で設定されたカットオフ値25点を超える人の割合は37.3%であり、3分の1以上の人が気分障害および不安障害の疑いがあることが明らかとなった。

統合失調症の前駆症状のスクリーニング尺度としてPS-Rを実施した結果を表2に示した。PS-Rでは、リスク状態を10段階に分け、ランク4以上を陽性

表2 PRIME Screen-Revisedの結果。括弧内は割合を示している。
大学生および精神科外来患者のデータはKobayashi et al. (2008) より

ランク	本調査 (n=67)	大学生 (n=496)	精神科外来患者 (n=526)
10	4 (6.0)	5 (1.0)	20 (3.8)
9	1 (1.5)	4 (0.8)	14 (2.7)
8	2 (3.0)	4 (0.8)	12 (2.3)
7	2 (3.0)	10 (2.0)	18 (3.4)
6	3 (4.5)	5 (1.0)	38 (7.2)
5	0 (0)	18 (3.6)	37 (7.0)
4	0 (0)	3 (0.6)	6 (1.1)
3	6 (9.0)	40 (8.0)	72 (13.7)
2	8 (11.9)	65 (13.1)	81 (15.4)
1	8 (11.9)	66 (13.3)	48 (9.1)
0	33 (49.3)	276 (55.6)	180 (34.2)
ランク4以上 (陽性)	12 (18.0)	49 (9.8)	145 (27.5)

と判断する。本研究では、先行研究⁹⁾における大学生およびクリニックの外来患者との比較を行った。その結果、ランク4以上の陽性と考えられる人の割合が18.0%であり、大学生より約1.8倍多かった。また、特に症状が深刻であると考えられるランク8以上の人の割合は10.5%であり、先行研究⁹⁾における精神科外来患者の8.8%よりも多い割合であることが明らかとなった。また、K10でカットオフ値を越え、かつPS-Rで陽性と判断された人の割合は14.9%であった。

IV. 考察

本研究では、ASDのある成人の日常生活および精神医学的問題の実態を明らかにすることを目的とした実態調査を実施した。ASDのある18歳以上の成人67名のデータを収集し、ASDのある成人がどのような地域生活をしており、どのようなサポートのニーズがあるのかを検討した。

現在の生活形態および希望する生活形態については、ASDの成人の多くは家族と同居しており、現在の生活形態を続けたいと考えていることが明らかとなった。また、一人暮らしあるいは施設に入所するなどして家族から離れて生活をしている人は3割に満たないことも明らかとなった。一方で、両親が亡くなった後には一人暮らしをしたいと考えている人は4割を超え、結婚せずに独身のままでいたいという人が3割以上いることが分かった。成人期以降のASDの支援、特に年老いた両親亡き後の支援を考えると、本研究の結果は、一人暮らしを含めた自立生活に対する支援の重要性を示唆している。さらに、ASD成人の多くは、一人暮らしに対する心配を持っており、サポートが欲しいと考えていた。欲しいサポートは、危機管理から人との関わり、食事、金銭管理など、日常生活における幅広い領域にわたっており、ASDの対人関係上の困難さや見通しを立てたりするプランニングの苦手さが関連している可能性が考えられる。日常生活を送るために必要な具体的な生活スキルの学習機会やサポート体制の構築の必要性が示されたといえるだろう。

就職状況については、半数近くが就職している(常勤雇用および非常勤雇用)状況が明らかとなっ

た。これは、近年の日本における就労支援施策の成果といえるだろう。しかし、収入(月収)については平均12万円程度であり、一人暮らし等の生活を維持していくには十分ではない実態が明らかとなった。この結果は、ASDを含む発達障害のある成人に対する就労支援施策の成果と継続した課題を示したものだといえる。さらに、福祉制度の利用に関しては、多くの人が手帳を所持しており、4割を超える人が障害年金を受給している一方で、障害者総合支援法などの制度については「知らない」という人が少なくなく、福祉制度の利用を広めるための方策も求められる。

精神医学的問題については、気分障害および不安障害のスクリーニング尺度であるK10を実施した結果、気分障害および不安障害の疑いのある人が3割以上いる実態が明らかとなった。ASDを含む発達障害の人には精神医学的問題を抱える人が多いことは先行研究^{1,6,13)}においても示されており、本研究の対象者である日本のASD成人においても同様の結果が得られたということになる。さらに、統合失調症の前駆症状のアセスメントであるPS-Rを実施した結果、陽性と判断される人の割合が2割弱であり、Kobayashi et al.⁹⁾における外来患者よりは少ないものの、大学生の1.8倍であった。ASDと統合失調症の関係については、先行研究^{2, 3, 16, 17)}でも指摘されており、本研究でも同様の結果であった。しかし、ASDと統合失調症の関係については方法論上の困難さも指摘されており¹⁰⁾、さらなる検討が必要である。以上より、ASDの成人の中には、精神医学的問題を抱えている可能性がある人が多いことが明らかとなり、予後を悪化させる可能性のある発達障害と精神医学的問題の合併に対しては、さらなる精神医学的なサービスの充実が求められる。

本研究では、ASDの成人の日常生活および精神医学的問題に関する実態調査を行い、日常生活における現状と課題、精神医学的問題における現状と課題を明らかにすることができたが、今後の課題も残されている。本研究では、日常生活の現状や希望についての質問項目を作成し調査を実施したが、さらに厳密な評価や国際比較などを進めるためには標準化されたアセスメントを実施していく必要がある。日常生活に密接に関わるアセス

メントとしてはVineland-II適応行動尺度¹²⁾があり、成人期のASDの適応行動を評価するということが重要になるだろう。また、精神医学的問題に関しても、スクリーニング尺度だけでなく、半構造化面接などのより厳密なアセスメントを用いて検討していくことが求められる。最後に、より多くのASD成人を対象とした調査を実施し、本研究の結果が再現されるかどうかを確認することも重要である。

付記

本研究は、厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「成人期以降の発達障害者の相談支援・居住空間・余暇に関する現状把握と生活適応に関する支援についての研究」（平成24年度～平成26年度）（研究代表者：辻井正次）の助成を受けた。

引用文献

- 1) Berney T : Asperger syndrome from childhood into adulthood. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 341-351, 2004.
- 2) Chang HL, Juang YY, Wang WT, et al : Screening for autism spectrum disorder in adult psychiatric outpatients in a clinic in Taiwan. *General Hospital Psychiatry* 25 : 284-288, 2003.
- 3) Clarke AM, Clarke ADB : The adult outcome of early behavioral abnormalities. *International Journal of Behavioral Development* 11 : 3-19, 1988.
- 4) 藤川洋子：発達障害を抱える非行少年の精神療法－“反省なき更生”を考える。精神療法 34 : 275-281, 2008.
- 5) 古川舜亮・大野裕・宇田英典, 他 : 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実態に関する研究（研究代表者：川上憲人）」研究協力報告書。
- 6) Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N : Comorbidity of Asperger syndrome : A preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research* 42 : 279-283, 1998.
- 7) Howlin P: Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism* 4 (1): 63-68, 2000.
- 8) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 32 : 959-976, 2002.
- 9) Kobayashi H, Nemoto T, Koshikawa H, et al: A self-reported instrument for prodromal symptoms of psychosis: Testing the clinical validity of the PRIME Screen-Revised (PS-R) in a Japanese population. *Schizophrenia Research* 106 : 356-362, 2008.
- 10) Levy A, Perry A: Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders* 5 : 1271-1282, 2011.
- 11) Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L, et al: Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities* 10 : 234-247, 2004.
- 12) Sparrow SS, Cicchetti DD, Balla DA : *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition : Survey Forms Manual*. Pearson. 2005.
- 13) 杉山登志郎 : 高機能広汎性発達障害に見られるさまざまな精神医学的問題に関する臨床的研究。日本乳幼児医学・心理学研究 12 : 11-25, 2003.
- 14) 田中尚樹: 成人期の就労支援と生活支援。辻井正次, 氏田照子(編著), 発達障害の理解と支援4 : 思春期以降の理解と支援—充実した大人の生活へのとりくみと課題。金子書房, 173-182, 2010.
- 15) Tsatsanis K: Outcome research in Asperger syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 12 (1) : 47-63, 2003.
- 16) Volkmar FR, Cohen DJ : Comorbid association of autism and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 148 : 1705-1707, 1991.
- 17) Waterhouse L, Fein D: Developmental trends in cognitive skills for children diagnosed and schizophrenic. *Child Development* 55 : 236-248, 1984.

【特集】シリーズ・発達障害の理解② 社会的支援と発達障害

総説：社会的支援と発達障害

辻井正次 Masatsugu Tsujii

中京大学

I 社会的支援につながらない心理臨床の 残念な実践から考えること

多くの臨床家が目の前のクライアントに誠実に向かい合おうとしていることは紛れもない真実である。しかし、誠実に向かい合うやり方がクライアントの望むものと異なっていたり、目の前のクライアントの描く将来の人生に向けて自分ができることを考えない場合、とても残念な結果になる。

ある時、17歳の少年が母親と来談してきた。聞いてみると、小学校1年生から中学校3年生まで、たまたまに登校することはあっても、基本的にはずっと不登校であったという。来談歴を聞くと、相談には行っており、保育園段階から他児と関わろうとせず不安が非常に高いことで発達相談に行き、「自閉傾向」と言われていたことが語られた。そして、小学校1年生の時から大学の相談室に来談し、大学院生の遊戯療法を受けていた。中学生からはスクールカウンセラーの相談を継続していたそうである。卒業まで不登校が続き、その後のことも心配だったのだが、スクールカウンセラーからは次の相談先の紹介などもなく、結果、進学もできず家にひきこもることになっていた。発達歴からも早期からの社会性の障害、こだわり・過

敏性が明確に見られ、自閉症スペクトラム障害と医師からも診断された。生来の学校での生活の難しさがあったわけなので、本人の〈障害特性〉に合った形での特別支援教育の機会もあったのだろうが、保護者（特に父親）の理解が得にくかったことと、相談をしていた心理士による最初の説明（これは母子関係の問題であり、愛着関係の障害による母子分離不安だという説明）が保護者のなかに入ってしまった、学校の教師たちの提案などもなかなか通ることがなかったようだ。そこで、実際、どういう助言を受けてきたのかを聞くと、どういう対応をしたらよいかと尋ねる母親に、解決は自分で見つけるものだからと、母親の気持ちについての話を求められるばかりだったというのが母親の印象であった。

こういう残念な症例の話をする、担当していた臨床家が「センスがなかった」といったコメントをするベテランの臨床家がいるのだが、現状、臨床心理士指定校での教育には一定の偏りがあるようで、発達障害のある子どもへの基本的な対応の手法の指導は受けていないまま現場に出ているようである。発達障害といった日常生活に困難が生じる生来の特性をもっている子どもには、各々の困る場面での対応を丁寧に教えていかないと、

学校生活のなかでつまづく場合があることを、臨床家教育のなかで明確に教えていく必要があると筆者には思える。なお、この症例の詳細は辻井(2013)に示したが、障害者福祉制度を利用することに同意し、就労訓練へと移行していった。

もう1人、成人期になって自閉症スペクトラム障害の診断を受けた男性は、やはり中学校時代にいじめられた経験をもち、対人関係で悩んできた。ある大学の相談室に来談したことがあったそうである。しかし、面接では具体的な助言はなく、母親面接では母子関係などに焦点化された話を聞かれるので、母親は自分の子育てが悪かったと責められているように感じていた。面接で彼は箱庭を作っていたようで、たまに現実的な助言を求めても、臨床家(大学院生)は「君はどうしたいの?」と問い返すだけだったそうである。発達障害について特性を把握されることもないまま、学年が変わっていじめる同級生とクラスが変わったところで来談をやめたそうである。彼にとって箱庭は意外と楽しかったそうだが、余暇支援以上の意味はなかったようである。ただ、相談をした経験は、成人してからの相談を利用しやすくする利点はあったようで、大学卒業後、就職が決まらなくて悩んでいるときに、発達障害という言葉を知り、専門医を探して受診し、その後、いろいろ悩んだ末に障害者枠での就労訓練へ進んでから企業就労している。その後は、時折、調子を崩しながらも何とか就労を続けている。

ここで紹介した臨床家に何か不誠実があったと言うつもりはない。ただ、①基本的な発達障害特性がある場合には、社会的支援につなげることが不可欠な場合が多いにもかかわらず、必要なアセスメントをしっかりと行い、必要な支援に向けての方向付けをしなかったこと、②クライアントが現実的な助言を求めてきた場合、それをクライアントにそのまま返しても仕方ないわけで、どのような選択肢があるのかを考えつつ、一緒に各選択肢のメリットとデメリット(あるいは特別支援教育や社会的支援の可能性)を考えるなど、クライエ

ントの支援ニーズに対応しようという基本的なスタンスがなかったこと、という2点に関して、指導した大学院教官に落ち度があったと言わざるを得ない。特定の流派がどうこう言うのは、基本的な生活への適応に向けた心理的支援技術を習得してからのことでのよい。発達障害は、生来の脳機能の非定型発達のために、多くの人(定型発達者)が自然にできる行動を学習しないとできない(学習すればその場面では行動できる)ことや、その困難さは生涯にわたることから、社会のなかでの、母子保健、子育て支援、保育、教育、就労、福祉といった、異なる社会的支援のバリエーションを駆使して、楽しい人生を構築していくためには、その支援に工夫が求められるものである。

II 発達障害者支援法とライフステージを通じた支援の重要性

本特集号から始まる座談会にもあるように、2004年12月3日に発達障害者支援法が成立し、2005年4月より施行されている。そこでは、発達障害者の定義をしたうえで、生涯にわたる支援の必要性を明記している。また、発達障害を早期発見・早期支援し、教育や就労においても支援を行うことを義務付けている。発達障害がなくならないものである以上、社会が支援をしなければならないことを明確にしたことは本当に意味のあることであった。発達障害者支援法と議論が並行していた障害者自立支援法には発達障害を明記できていないこともあって、せっかく障害者自立支援法が施行されても、発達障害の人がサービスをうまく受けられない市区町村もあつたりしたのだが、障害者自立支援法の改定法(現在の障害者総合支援法)が2010年12月3日に成立したことで、例えば精神障害者保健福祉手帳や障害年金の申請書式においても、発達障害者がいる前提での書式の変更が行われるなど、支援が受けやすくなっていった。学校教育においても、いまだに学校教育法での位置づけが不明確で問題を残しているものの、特別支援教育が推進され、利用する児童生徒

は増え続けている。インクルージョン（社会的包摂）のなかで、分け隔てることなく、学校生活や地域生活を送ることが保障されるようになっていくが、それはあくまでも「合理的配慮」のうえでのことである。わが国が義務教育段階での「落第」をとらず、しかしなお、学年ごとで単一のカリキュラムで指導を行っていく以上、また、学力上の凸凹があったり、数十人もの児童生徒とともに過ごさざるを得ない以上、特別支援学級の利用や通級指導教室の利用などは「合理的配慮」の範囲内である。そこで発達障害があたかも存在しないかのように（特別な支援を受けさせない）対応することに、スクールカウンセラー等の臨床家が加担することはあってはならない。差別が生じることなく、しかし、必要な特別な教育的支援が届くよう、発達障害特性に対する理解促進だけではなく、具体的な心理アセスメントや必要なスキルトレーニングの提供が求められている。現在、高校教育段階での教育支援体制に課題が残っており、地域ごとでどのような進路を考えればいいのか、アセスメントに基づくスクールカウンセラーの助言が求められる。

成人期以降においても、就労支援とともに、地域のなかで当たり前のように暮らしていくことができる仕組みづくりに向けて、発達障害のある人の支援ニーズを客観的に把握し、支援程度区分判定などに反映させていくことが課題となっている。「親亡き後」の暮らしを組み立てていくためには、障害者福祉領域のみが考えればいいのではなく、臨床心理領域も含めた具体的なアセスメントと支援の技術が求められている。しかし、わが国の障害者福祉領域においては、アセスメント・ツールを用いることも十分にできていない（松本ほか、2013）。心理臨床の仕事は医療や教育だけではなく福祉領域に非常に大きなニーズがあるのだが、福祉領域に心理臨床家が参加できていないことは、必要な支援ニーズを把握されないという意味で、発達障害のある本人にとっても残念なことになっている。

臨床家が出会う目の前のクライアントに対して精一杯関わることは大事なのだが、保育臨床には幼児期の課題、学校臨床には学齢期・思春期以降の課題がある以上、それぞれの次のライフステージを見据え、大人になるまでに何が必要なのかを考えた支援を、家族や本人と創っていく姿勢が求められる。

支援体制としては、全国の都道府県と政令指定都市に発達障害者支援センターが設置され、発達障害の人たちの支援体制整備の要として位置づけられている。実際には、十分な取り組みができていないセンターもあるが、このセンターを地域のなかで有効活用できる支援者ネットワークの構築が不可欠である。少なくとも、センターは地域ごとでの支援のリソースについては把握していることが多い。地域においては、児童であれば地域の児童発達支援センター、成人では障害者就業・生活支援センター等が、実際の支援先の紹介など実務的な相談にのってくれる場合が多い。ただ、いまだに発達障害者、特に知的障害のない自閉症スペクトラム障害の支援経験が薄い場合も少なくないため、実際に相談を受けてもらいつつ、支援方法を覚えていただくようなスタンスでお願いすることもある。

III 社会問題化した発達障害の人たちの課題にどう取り組めるのだろうか

発達障害児者の支援が推進されたきっかけのひとつは、発達障害、特に自閉症スペクトラム障害の少年たちによる凶悪事件である。司法関係者や弁護士たちの理解が進むなかで、事件の加害者が司法鑑定を受けるようになり、診断を受ける少年が目立つようになっている。放火、性犯罪、親族殺人など、極めて残念な事件が起きてはじめて、少年自身の〈障害特性〉に気づかれるということはとても不幸なことである。筆者のところにも年に数件は弁護士からの相談がある。事件を起こした少年のなかには、学齢期に発達障害の診断を受けていたり、継続的にスクールカウンセラーの相

談を受けていた場合もある。しかし、診断を受けただけで受診が途切れたり、怒りに対する具体的な対応は教えられず、ただ話を聞くだけの受け身的な相談しかなされておらず、相談を受けることで得られるものは多くはなかったようである。実際、なかなか再犯を防げない困難な事例もあり、ベストの対応ができていたからといって、本当に予防できたかは疑問である。だが、それでも、できるだけの取り組みをしていかなければならない。どのような不適応行動があり、それに対してどのような予防的な対処を本人と周囲が行えるのか、それらを把握するにはやはりアセスメントと自己コントロール手法の提案と取り組みが必要であろう。

「累犯障害者」(山本, 2009)と呼ばれる、触法行為を繰り返す障害のある人たちの支援は社会全体の問題である。また、森口(印刷中)のわが国初めてのまとまった発達障害当事者の手記『変光星』『平行線』にもあるように、彼女のような才能ある当事者でも、周囲の無理解やいじめのなかで、精神的健康を害していく過程など、臨床家が知っておくべき課題は多い。引きこもりやホームレスなど、成人の人たちの社会問題は、社会自体の問題であると同様に、発達障害などの支援が必要な人たちへの必要な支援が届いていないことと強く結びついている。成人期の幸福な生活を子ども時代からの予防的取り組みで創っていくという支援者側の視点が必要とされている。

子ども虐待や、親子心中・子殺し事件において、被害者が発達障害児者であることも少なくない。親が将来を悲観して心中したり子どもを殺したりする背景には、母親に抑うつ状態などの精神的健康の不調があり、家族への支援をどう提供していけるのか、課題は大きい。母親の認知への働きかけを可能にするためにも「ペアレント・プログラム」等の取り組みの普及は重要であり、子どもの問題に現実的に対処し、適応行動ができることを認めていける視点の置き方を学ぶ機会やはり重要である。そうした方向づけられた支援と個別の

関係性の支援は矛盾しないので、関係性の支援だけに偏らない工夫が求められる。

「親亡き後」の問題は、わが国のみならず、世界的な課題であり、発達障害のある人本人がどういう暮らしを望むのかを考えてもらいながら、家族とともに先の受け皿を考えていかなければならない。80～90歳代の母親たちが老年期に入りつつある状況では、ひきこもり相談などのなかで、どう福祉的支援のネットワークに結び付けていくのか、若年段階からのライフステージを見越した取り組みがないと、来談時だけで何かができるわけではない。「どこで、誰と、どんな風に暮らしていきたいか」は難しい問題である。すべての人がそうであるように、就職や結婚は本人の努力で結果が出るようなものではない。本に書いてある通りに女性にアプローチをしたらストーカー扱いされるようなこともあるだろう。発達障害の人たちが生活保護受給者にならずに就労を維持し、しかも地域での充実した生活を実現するためには、本当に多くの課題がある。

IV 発達障害において特に社会的支援が重要である理由

——心理臨床の専門性の力は発達障害のある人たちに支援を届けるエビデンスを提供し、生きやすさを高める

現在、筆者は厚生労働省の障害児支援の在り方に関する検討会の構成員として議論に参加している。そこでは、「障害児」として診断される前の段階からの支援をどう構築するか、また児童養護施設にいる発達障害の子どもたち、しかも虐待を受けて対応の難しい状況の子どもたちにまで必要な支援を届けることが社会としての役割だということに関して発言をしてきている。実際に、発達障害とは診断されていない発達障害の子どもや成人がたくさんいる。診断されなくても幸福に就労し地域生活を送っている人はいいとして、そうではない多くの人たちも、本人が支援を望んだ際に必要な支援を提供できるようにしていくことが重要である。しかし、そのための仕組みづくりは容

易ではなく、社会の支援のさまざまな仕組みに参加している心理臨床家の果たすことができる役割の可能性は、非常に大きいと考えられている。

自分の目の前にいるクライアントの背後に、相談に来ることもできない多くの支援を求める人たちがいる。その人たちに支援が提供できるためのアセスメント・ツールの開発ができ、実際に（特別な専門性や技術がない）保育士や教師が取り組んでもうまくいく支援の方法が開発されて提供できれば、発達障害のある人たちの生活をさらによりよくすることにつながる。地域の支援ネットワークに心理臨床家が必ず参加し、必要な情報や支援技術を提供できることが、発達障害の社会的支援において求められている。

▶ 文献

- 発達障害者支援法ガイドブック編集委員会 編（2005）発達障害者支援法ガイドブック。河出書房新社。
 松本かおり，伊藤大幸，小笠原恵ほか（2013）医療・福祉機関における発達障害に関するアセスメントツールの利用実態に関する調査。精神医学 55-11；1093-1102。
 森口奈緒美（印刷中）変光星。遠見書房。
 森口奈緒美（印刷中）平行線。遠見書房。
 辻井正次（2013）発達障害のある子どもたちの家庭と学校。遠見書房。
 辻井正次 監修（2014）発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン。金子書房。
 山本譲司（2009）累犯障害者。新潮社。

【特集】シリーズ・発達障害の理解③ 発達障害研究の最前線

発達障害研究の展望と意義 ③

社会的側面を中心に

辻井正次 Masatsugu Tsujii

中京大学現代社会学部

I はじめに

この小論では、発達障害の社会的側面の研究が、実際の発達障害の人たちにとって、いかに日常生活を幸福に暮らせるようにつながっていくのか、筆者なりのささやかな論を示していきたいと思えます。研究のひとつのあり様として、社会性とは何かについての本質的な問いや、新たな人類としての発見に向けての研究は価値あるものです。しかし、臨床家の視点に立った場合、まずは目の前のクライアントに対して症状を緩和させたり、生活しやすくするための支援をするための効果的な手法を開発する／身に付ける、ということが研究の目的として考えやすいものでしょう。発達障害の人たちへの支援について考えていくと、この特集の他の論文にあるように、明確な生物学的な基盤の問題や認知・情報処理上の問題がある以上、それらの障害特性の改善を目指す一方で、生物学的基盤の脆弱性がありながらも障害特性とともに楽しい人生を過ごしていくための方略を考えていくことが必要です。後述するように、近年の介入研究では、大枠で遊戯療法や箱庭療法をしたらということで支援の効果検討をしていこうとするのではなく、個々の具体的な内容の変化を評価して

いくのが、基本的な方向性となっています。もちろん、すべての変化を客観的に把握できないかもしれませんが、客観的な把握で本質的なものを見落とすというリスクもあるかもしれませんが、まずは客観的に把握できるものはするということが重要と考えられています。見落としを議論するのであれば、まずは何が確実に把握できるのかを議論するのが優先事項です。症例に個別性があるから事例検討以外に価値がないとするのは間違いで、介入のターゲットを具体的に定めて、どこまではある手法で改善方向の変化が再現可能なのかを検討していかないと、介入そのものの検証ができないからです。心理学の歴史は、臨床心理学に限らず、ある対象のある側面に何らかの介入を加えて変化が生じた際に、どうしてそれが生じたのかわからないブラックボックスになっている部分を、他の関連領域と協力しながら明らかにしていく過程でした。今は、発達障害や障害特性という視点でさまざまな社会的側面での困難さのメカニズムやその改善方法に関して、少しずつ知見の積み上げがなされているという状況であると考えればよいのでしょうか。今回の小論では、発達障害研究は多岐にわたっていますので、論点が拡散しすぎないように、発達障害のなかでも中心となる

自閉症スペクトラムの研究を紹介していくことで、発達障害に関して論じていくという形を取らせていただきます。

II 発達障害研究の今

すでにこの特集の他の論文で示されたように、生物学的な研究手法の進展で、分子生物学や画像研究手法が進化し、脳のなかでのさまざまな変化がわかりかけています。例えば、浜松医科大学グループのPET研究(Nakamura et al., 2010; Suzuki et al., 2013 など)は、自閉症の人たちの神経発達における重大な差異を明らかにすることに成功しています。そして、自閉症が少なくとも胎生期に始まっていることも含め、生物学的脆弱性と(胎内)環境との関連性において重要な知見を提供しています。ほかにも、遺伝的にも発達障害の多くが多因子疾患モデルで考えることができ、したがって症状が発達障害と診断されるものから正常圏までのスペクトラム(連続体)を示すことが明らかになってきています。また、そうしたスペクトラムのなかで、どこからを障害と医学的に(操作的)定義していくのかについてのスクリーニングや診断尺度の研究も進んできています。さらには、社会性の障害のさまざまな特性が、行動上の指標だけではなく、fMRIやMEGといった画像手法で明らかになり、脳機能における自閉症の人たちの定型発達との差異が明らかにされるようになっていきます。

こうした知見を総合すると、発達障害の人たちは個体が形成されてくる過程において、特に脳神経系の発達において異なる非定型の発達を示しており、その結果、特に幼児期において、顕著な行動の問題(言い換えれば行動学習の問題)が生じているということが、さまざまな研究のなかで明らかになってきていると言えます。そこでは、定型発達であれば生得的にできるような行動が自然には生じにくく、学習を重ねていくことで習得していくものであること、しかし、発達障害特性は生涯にわたって持続していき、生涯にわたる支援

が必要であることも明らかになってきています。

III 社会的支援の研究が、実際の支援に役立つ道筋

社会的支援の研究は、大きく2つの方向性で、支援ニーズを持つ当事者である発達障害の人たちやその家族に還元していくことができます。1つは、臨床家が直接効果的な手法で本人や家族の支援ニーズを把握し、効果的な支援方法で支援ニーズを減じ、肯定的な変化を認知や行動などにおいてもたらすことです。これは言い換えれば、臨床家がより質の高いアセスメントや支援の手法を身に付けて実施できるようになることです。ところがこれも問題があります。最近筆者は、わが国の現状のアセスメント・ツールの使用可能なもの(辻井, 2014)と北米において標準なアセスメント・ツール(ソールニア・ヴェントーラ, 2014)についての翻訳とを全く同じタイミングで刊行しました。すると、わが国においてははるかに、国際的に標準とみなされるツールが使用できていないことが明確になりました。特にコミュニケーション領域は深刻で、日本語のコミュニケーションがうまくできているのか、何がうまくいっていないのかを把握することははるかに困難な状況です。残念ながら支援方法の効果を評価していく基本的なツールも揃っていないのが現状です。こうした側面での研究が待ち望まれています。現状こうした部分を、臨床家の「経験」で補っているわけですが、わが国のどこでも同じ質の支援が提供されるためには、「経験」は本来標準的なツールを補完するものであるべきです。

もう1つの方向性が、政策研究で、これはこの号の対談においても紹介されています。研究者の知見は、政策のなかで社会に還元されていく形で、支援ニーズのある人たちに恩恵をもたらします。研究者の知見によって、ある手法が発達障害の人たちの日常生活の改善に役立つと示されれば、障害者総合支援法に位置づけられた支援メニューとして報酬単価をつけたり、医療における診療報酬