

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

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ーレスト 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。Howlin<sup>7)</sup> やTsatsanis<sup>15)</sup> 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てい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 Greenberg<sup>11)</sup> 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<sup>14)</sup>。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<sup>4)</sup>。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場合が多いことは国内外の先行研究で指摘されており<sup>1, 6, 13)</sup>、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、どういうサポートを受け、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ぬなどの場合は、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、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K10<sup>8)</sup>の日本語版<sup>5)</sup>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)<sup>9)</sup>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.<sup>9)</sup>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    |

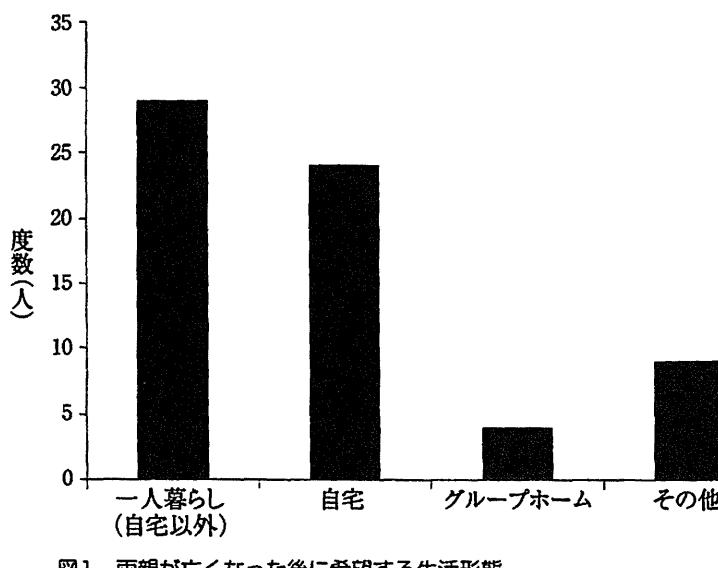
生および外来患者のデータとの比較を通してASDのある成人の状態を分析した。

## 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。友人については、74.6%の人がいると回答する一方で、4



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

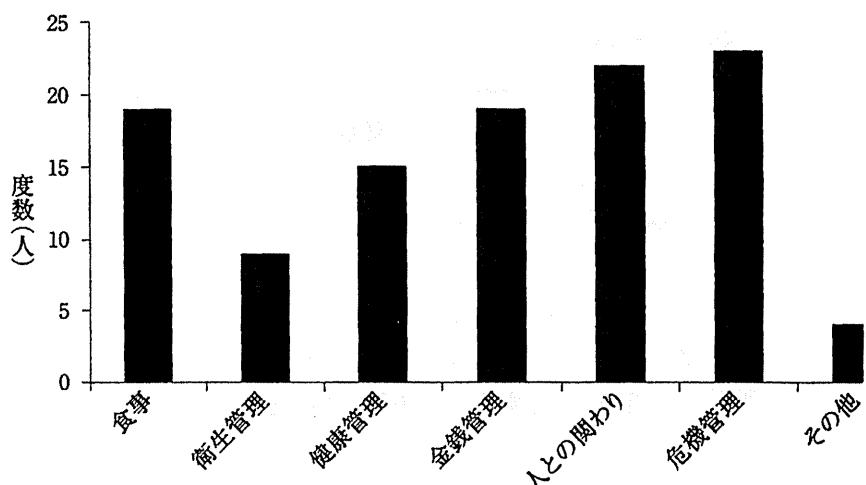


図2 一人暮らしをする場合に欲しいサポート（複数回答可）

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、 $M = 24.45$  ( $SD = 11.0$ <sup>7)</sup> であった。先行研究<sup>5)</sup>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以上の方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<br>(n=67) | 大学生<br>(n=496) | 精神科外来患者<br>(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<br>(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<sup>9)</sup>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<sup>9)</sup>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、多くの人が手帳を持ち、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<sup>1,6,13)</sup>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.<sup>9)</sup>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<sup>2,3,16,17)</sup>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<sup>10)</sup>、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性がある。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<sup>12)</sup>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) 古川聰亮・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 Tsuji

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エ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エントの望むものと異なっていたり、目の前のクライエ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」と言っ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、大学院生の遊戲療法を受けていた。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て、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と、担当している臨床家が「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、各自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ず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そうで、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?」と問い合わせた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聞いて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クライエントが現実的な助言を求めてきた場合、それをクライエ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あり。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ったりしたのだが、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、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るが、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、しかしながら、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）対応をすることに、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。

臨床家が出会う前のクライエ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るセンターやもあるが、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ぬ。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、彼女のような才能力ある当事者でも、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、臨床家が知つ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くのか、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、適応行動ができるることを認めていける視点の置き方を学ぶ機会はやはり重要な。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ひながら、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エントの背後に、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.
- 山本謙司 (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 Tsuji

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います。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エ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く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し、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、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くかないと、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が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、少しづ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でしょう。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、論点が拡散しきりないように、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ます。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く、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。これは言いかえれば、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ります。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、わが国においてはいまだに、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いまだに困難な状況です。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、わが国のこと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

のなかに位置づけることができ、日本全国どこであっても同じサービスを提供することが可能になります。そうしたことが可能になる根拠は、研究者による知見（データ）です。臨床家個々が目の前のクライエントに真摯に取り組むだけでは不十分なわけです。特に発達障害や子どもの臨床の場合、当人が問題に気づいて受診するよりも前に、周囲が日常生活の困難さに気づくことになりますが、日本のどこにその子どもが住んでいようが同じように支援が受けられるためには、政策的に位置づけられていないと、個々の臨床家の努力だけでは支援は実現しません。目の前に来ることができない次のクライエントのために、研究、それも臨床家による臨床研究は非常に重要なものです。

#### IV 児童期の介入研究から

ここでは、明翫・高柳（印刷中）によるレビューを参考にしつつ、論を進めていきます。ここ数年の自閉症スペクトラムの支援や介入について概観すると、研究が活発に進められているものとしては、早期介入（超早期介入）、ペアレント・トレーニング、児童期のソーシャルスキル・トレーニング、児童期の不安のコントロールといったものが挙げられます。

乳児期段階以降からの超早期介入が検討されるようになり、例えば、8～10カ月の自閉症スペクトラム障害のハイリスク児8名に対して、ビデオを用いて母子の関係に焦点を当てた介入を5カ月12セッション行った結果、非定型的な発達の出現を修正できたという超早期介入の報告（Green et al., 2013）や、ESDM（デンバーモデル）の実践（母親は週に1回の頻度で治療者から子どもへの関わりを学び、家庭で実践する）で親子の相互作用と子どもの発達の改善が認められたといった研究（Rogers et al., 2012）などがなされています。ここでハイリスク児という場合、たいていは兄や姉が自閉症スペクトラムと診断されている場合の（一般的に発現率が1～2%であるのに対して20%程度の発現率となるため）次子

を指します。北米等では、非常に大きな自閉症スペクトラム障害の次子たちのコホートが構築されており、多くの家族が参加し、早期からの支援を受けられるメリットもあります。研究そのものも、専門家と当事者家族が協力して進める形が一般的で、研究者は協力連携しながら支援の一環として研究を進めていくことになります。

幼児期段階での介入としては、包括的な介入プログラム、例えば、ImPACT（親を媒介としたコミュニケーションへの介入）による研究では母親の介入技法の使用と子どもの言語使用との関係（Ingersoll & Wainer, 2013）や、ESDM コミュニティベースの集団セッション（Eapen et al., 2013；Vivanti et al., 2013）など、いろいろな手法で有意な改善が報告されています。これらの介入に関して、比較対象を設定して効果検討がなされています。

ペアレント・トレーニングにおいては、従来対応の難しかった破壊的行動を伴う自閉症スペクトラム障害児に対して、6カ月13回セッションを実施して多くの家族が介入に成功したという報告（Bearss et al., 2013）や、電話相談やインターネットを用いた遠隔学習による取り組みの報告（Vismara et al., 2013）などがなされ、状態像や遠隔地などの理由から支援を受けることが難しい対象に対しても、いろいろな取り組みがなされるようになっています。

児童期になると介入研究は多様化し、特に多くみられる研究が応用行動分析、ソーシャルスキル・トレーニングと認知行動療法です。応用行動分析（ABA）では、PRT（pivotal response treatment）の研究がいくつか報告されており、学校現場での介入（Koegel et al., 2012）のほか、2名のASD児に対してPRTを4カ月施行し、実施前後で比較して、行動指標（アイコンタクト、社会的コミュニケーション、適応行動）での著しい改善とともに、fMRIにおいて社会的刺激を提示した際に定型発達児が用いる脳の領域に活性化が認められたという報告（Voos et al., 2013）な

どもなされるようになってきています。ソーシャルスキル・トレーニング (SST) では、社会的スキルの知識の習得と仲間関係、共同注視の3領域が主なテーマとなっており (Kasari & Patterson, 2012), SST は社会的コンピテンスだけではなく、子どもでは自尊心を、親ではエンパワメントや心理的受容といった側面にもポジティブな影響をもたらす (Weiss et al., 2013など) という報告などがなされています。

さらに、近年、主に高機能圏の自閉症スペクトラム障害者の不安のコントロールをターゲットにした認知行動療法 (CBT) の実践報告が非常に増えています (例えば、White (2013) など)。通常は言語性知能が70以上など CBT の適用の条件が課されていますが、視覚的補助資料、特別な関心の利用、親の参加などのさまざまな工夫により、言語性知能に制限がある場合でも効果を示している実践報告があること (Ames & Weiss, 2013), それでも、「興味関心の制限」や「思考の柔軟性の問題」などの彼らの障害特性が治療的介入へのアクセスを制限したり、CBT の効果を薄めているという指摘もあること (Reaven et al., 2013) などが報告されています。さらに、CBT が効果的であるための条件として「感情理解」「自己内省とメタ認知」「視点取得」「言語能力」「短期記憶・長期記憶」「因果的推論」といった側面をまとめたうえで、彼らが CBT に必要な認知的スキルを持っているかを定型発達群と比較した結果、多くの自閉症スペクトラム障害児は、感情認知の課題は難しいが、思考・感情・行動の区別など基本的な CBT 課題に取り組む能力を持っていることが明らかにされています (Lickel et al., 2012)。効果検証として脳画像研究で DTI (diffusion tensor image : 拡散テンソル画像) を用いて脳の灰白質の構造に着目した研究も出ており、知的障害を伴った ASD 児に対して拡大・代替・コミュニケーション (AAC) を組み合わせた長期間の CBT を適用した結果、IQ や年齢、セッション開始時の症状の重症度にかかわらず、臨床的な

介入結果と治療期間の長さなどと脳の鉤状束の大きさが有意な相関関係にあることが示されています (Pardini et al., 2012)。

後述する成人期に向けて、子ども・本人の発達状況に応じた家族側の支援方略の調整や、子どもの行動のスキルトレーニング、子どもの認知の修正による行動の変容など、取り組める方略のバリエーションが増え、社会生活面での適応に向けた具体的な取り組みがなされています。わが国においても、さまざまな研究が進められていますが、ここまで紹介してきたような諸外国の研究では、脳画像研究との共同した介入や、コホートを基にした超早期介入など、総合的な研究体制のなかでの取り組みがなされています。研究において、研究者たちや若手の研究者などが協力して取り組める体制を構築していく必要があるでしょう。

#### ▼ 成人期の自閉症研究から

成人期の介入研究について、ここ数年の研究をいくつか紹介しておくと、さまざまな場面設定での具体的な社会性の側面に関する取り組みがなされています (例えば、Reichow et al. (2013) など)。基本的には、児童期と同様の CBT 的な介入は有効性のある介入手法として用いられるようになり、課題となっているスキル (コミュニケーション面や、対人相互交渉、他者の意図の理解 (心の理論) など、日常生活において困難を呈する具体的なスキルごとの取り組みがなされているとまとめることができます)。

成人期以降の長期経過研究において、自閉症スペクトラムの症候そのものは残存し、中年期以降の精神的健康の問題 (精神科合併症の増加) などが大きな課題として挙げられています (Howlin et al., 2013, 2014 など)。介入によって症状がなくなっていくことはなく、自閉症スペクトラムを持ちながらどのように生きていくのかが主要な観点となっています。障害を特性として持ちつつ、どのように支援を利用し、地域のなかで生きていくのか、具体的なビジョンはいまだない見えない状

況です。わが国においても、「親亡き後」を支える支援体制に向けて何が必要なのか、検討すべき多くの課題があります。

## VI 社会適応という視点から —自己実現は社会適応の先にあるもの

今まで、臨床心理学領域においては、社会適応というと社会に合わせて生きる姿は十分ではなく、自己実現をその人なりに遂げていくことが支援に向けての大目標のような幻想があったように筆者は思います。しかし、生まれながらの生きにくさをもって日常生活を過ごしていく場合に、まずは社会のなかでの居場所が見つかり、そこで社会的な評価を得られる（その人のできる）仕事を持ち、適応的なあり方が得られることはとても大きな課題です。やっと本年、日本語版 Vineland-II 適応行動尺度が刊行されることになり、社会的な適応状況を国際的な基準に則って把握することができるようになります。こうしたツールが普及することで、障害者総合支援法に基づく個別の支援計画をより客観的に把握し、知能検査では把握されなかった日常生活の困難さを把握できるようになります。支援程度区分評定はあるものの、こうしたアセスメントが基盤になって、支援に対する報酬の対価が決められるのが現状の仕組みですので、さらに社会的支援のニーズを把握できるような研究がなされれば、さらに多くの発達障害の人たちに支援を提供できるようになるでしょう。また、そこで有効な支援が実証され、福祉サービスメニューに支援手法として加わり、あるいは、診療報酬に位置づけられれば、本当に有効な支援が提供されるようになります。

発達障害研究は、当事者の幸福に役立つ具体的な道筋を持ったものです。多くの若い臨床家が自分の実践を仲間たちと協力して知見として積み上げ、あるいは、大学院生たちが当事者の幸福につながる観点を持った修士論文や博士論文を書き上げることを期待します。

### ▶ 文献

- Ames M & Weiss J (2013) Cognitive behavior therapy for a child with autism spectrum disorder and verbal impairment : A case study. *Journal on Developmental Disabilities* 19 ; 61-69.
- Bearss K, Johnson C, Handen B, Smith T & Scahill L (2013) A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. *J Autism Dev Disord* 43-3 ; 829-840.
- Eapen V, Crnec R & Walter A (2013) Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with autism spectrum disorder in a community group setting. *BMC Pediatrics* 13-3. doi:10.1186/1471-2431-13-3.
- Green J, Wan MW, Guiraud J, Holsgrovve S, McNally J, Slonims V, Elsabbagh M, Charman T, Pickles A & Johnson M (2013) Intervention for infant at risk of developing autism : A case series. *J Autism Dev Disord* 43-11 ; 2502-2514.
- Howlin P, Moss P, Savage S & Rutter M (2013) Social outcomes in mid- to later adulthood among individuals diagnosed with autism and average nonverbal IQ as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52-6 ; 572-581.
- Howlin P, Savage S, Moss P, Tempier A & Rutter M (2014) Cognitive and language skills in adults with autism : A 40-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 55-1 ; 49-58.
- Ingersoll B & Wainer A (2013) Initial efficacy of project ImPACT : A parent-mediated social communication intervention for young children with ASD. *J Autism Dev Disord* 43-12 ; 2943-2952.
- Kasari C & Patterson S (2012) Interventions addressing social impairment in autism. *Current Psychiatry Reports* 14-6 ; 713-725.
- Koegel LK, Kuriakose S, Singh AK & Koegel RL (2012) Improving generalization of peer socialization gains in inclusive school settings using initiations training. *Behav Modif* 36-3 ; 361-377.
- Lickel A, MacLean Jr AB, Blakeley-Smith A & Hepburn S (2012) Assessment of the prerequisite skills for cognitive behavioral therapy in children with and without autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 42-6 ; 992-1000.
- 明斎光宜, 高柳伸哉 (印刷中) ASD の介入 (乳幼児期から児童期). 第 2 部 発達障害をめぐる 2012 ~ 2013 年の動向—医学・心理学領域での研究と展望. 発達障害年鑑 5. 明石書店.
- Nakamura K, Sekine Y, Ouchi Y, Tsujii M, Yoshikawa E, Futatsubashi M, Tsuchiya KJ, Sugihara G, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Suda S, Sugiyama T, Takei N

- & Mori N (2010) Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Archives of general psychiatry* 67-1 ; 59-68.
- Pardini M, Elia M, Garaci FG, Guida S, Coniglione F, Krueger F, Benassi F & Emberti GL (2012) Long-term cognitive and behavioral therapies, combined with augmentative communication, are related to uncinate fasciculus integrity in autism. *J Autism Dev Disord* 42 ; 585-592.
- Reaven J, Blakeley-Smith A, Culhane-Shelburne K & Hepburn S (2013) Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety : A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53-4 ; 410-419.
- Reichow B, Steiner AM & Volkmar F (2013) Cochrane review : Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD) Evid Based Child Health 8-2 ; 266-315.
- Rogers SJ, Estes A, Lord C, Vismara L, Winter J, Fitzpatrick A, Guo M & Dawson G (2012) Effects of a brief early start denver model (ESDM) -based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders : A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51-11 ; 1108-1112.
- S・ソールニア, P・ヴェントーラ [黒田美保, 辻井正次 監訳] (2014) 自閉症スペクトラム障害の診断・評価必携マニュアル. 東京書籍.
- Suzuki K, Sugihara G, Ouchi Y, Nakamura K, Futatsubashi M, Takebayashi K, Yoshihara Y, Omata K, Matsu-
- moto K, Tsuchiya KJ, Iwata Y, Tsujii M, Sugiyama T & Mori N (2013) Microglial activation in young adults with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry* 70-1 ; 49-58.
- 辻井正次 監修 (2014) 発達障害児支援とアセスメントのガイドライン. 金子書房.
- Vismara LA, McCormick C, Young GS, Nadhan A & Monlux K (2013) Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism. *J Autism Dev Disord* 43-12 ; 2953-2969.
- Vivanti G, Dissanayake C, Zierhut C & Rogers SJ (2013) Brief report : Predictors of outcomes in the early start Denver model delivered in a group setting. *J Autism Dev Disord* 43-7 ; 1717-1724.
- Voos AC, Pelphrey KA, Tirrell J, Bolling DZ, Wyk BV, Kaiser MD, McPartland JC, Volkmar FR & Ventola P (2013) Neural mechanisms of improvement in social motivation after pivotal response treatment : Two case studies. *J Autism Dev Disord* 43-1 ; 1-10.
- Weiss JA, Viecili MA & Lunsky Y (2013) Direct and indirect psychosocial outcomes for children with autism spectrum disorder and their parents following a parent-involved social skills group intervention. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 22-4 ; 303-309.
- White SW, Ollendick T, Albano AM, Oswald D, Johnson C, Southam-Gerow MA, Kim I & Scabill L (2013) Randomized controlled trial : Multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *J autism Dev Disord* 43-2 ; 382-394.



# 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

辻井 正次

つじい まさつぐ 中京大学現代社会学部教授／NPO法人アスペ・エルデの会  
連絡先…〒470-0393 愛知県豊田市貝津町床立 101(中京大学)

## はじめに

この小論では、発達障害の障害特性に応じた支援のあり方を、自閉症スペクトラム(autism spectrum disorder; ASD)を中心に、特に地域連携ネットワークの位置づけも含めて考えていきたい。例えばASDの場合、障害の特性に合った取り組みは不可欠で、中核となる社会性の障害のみならず、過敏性などの感覚障害なども含め、関係者が正しく障害特性を理解して対応することが非常に重要である。すでに、2005年より施行されている発達障害者支援法においても、障害に対する適切な対応は義務づけられている<sup>1)</sup>。

徐々に、社会的な共通理解形成が行われつつある一方で、現実には、まだまだ関係機関の連携や共通理解が十分に行われていない実態がある。ASDなどの障害特性の表れは発達段階で異なる部分もあり、幼児期を担う保育所や幼稚園、学齢期を担う小中高等学校、その後を担う障害者福祉(含む就労支援)で異なる理解や対応があり、生涯を通じた支援構築は容易ではない。こうした中では、母子保健や精神保健など、保健行政の枠組みで、生涯を通じた側面的な支援の役割が期待されている。

## アセスメントツールの活用

先にあげたような、発達段階ごとの異なる支援枠組みが共通に動くことには困難さがある。例えば、保育所から就学段階で、保育所児童保育要録が小学校に伝えられ、就学への移行を支援することになっているが、こうした資料が効果的に活用されることは多くはない。保育士の熱意ある要録の文章で使われている用語が、小学校で使われている用語と異なることによる場合が多い。保育士が「この子は少し幼い」という表現を使ったとして、この用語は小学校教諭には通じない。業界ごとで使っている用語は実は伝わらないことが多い。これは、医療関係者が伝える(専門用語を多用した)助言がうまく伝わらないのと同じことである。こうした点を解決するために、筆者らの研究チームでは、発達障害特性を、異なる職種の人の間で共通理解を形成していくために、客観的なアセスメントツールを用いた取り組みを行っている。

取り組みの1つ目は上記のような保育園から小学校への就学に向けての移行支援として、保育所児童保育要録の各項目を数値化し、全体をデータベース化し、子どもたちの発達状況・園での適応行動を客観的に捉える取り組みをして

いる。子どもの幼児期段階での保育場面に相応した適応行動を、担任保育士が3段階で評価し、それらに統計的な処理を加え、尺度化している。適応行動ができる方向性で尺度化した場合、年長児での得点は、その後の小学校入学後の適応状況を予測することができる<sup>2~5)</sup>。こうした評価を活用することで、小学校1年生時点でのクラス編成などにおいて、指導が難しい児童が集まってしまうことを防ぐことが可能であり、実際に活用している自治体もある。

また、そもそも乳幼児健診においても、自治体独自のチェックリストを開発して使用することの意義は認めるとしても、実際にはチェックリストにおいて、どの得点をカットオフ得点としていくのか、あるいは、その妥当性はどうなっているのか不明なままでは、実際には十分な活用は難しい。そこで、PARS(Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale. 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)短縮版を3歳健診に導入したところ、3歳健診でフォローされる人数が3倍(約20%)に増加し、その後の地域での子育て支援枠組みでの親子教室やペアレント・プログラムの紹介へつながっていった。PARSはすでに(ASDの診断ツールのゴールドスタンダードである)ADI-R(Autism Diagnostic Interview-Revised)日本語版との妥当性が認められており<sup>6)</sup>、こうした簡易で妥当性の高い尺度を導入することで、取り組む保健師の共通理解の形成を構築し、必要な人に必要な支援を届けるための道筋を作るものと考えられる。実際、PARS短縮版の場合、ある程度評価に慣れれば5~10分程度での実施が可能であり、保健師の負担もなく実施できる<sup>7~9)</sup>。

アセスメントを実施することは、発達障害の子どもたちの発達特性だけではなく、支援ニーズを明確にするものである。さらには、関係者の連携の基盤となる共通理解を構築することに

役立つ。そこでは、フォーマルではない、熟練した専門医や保健師だけが実施できるアセスメントではなく、初心の保健師であっても同じ精度で必要な支援ニーズを捉えられるフォーマルなアセスメントが求められる。PARS以外にも、日本語版 Vineland-II 適応行動尺度などの出版も予定されており、必要なニーズを簡易な形で把握できるようになってきている<sup>10)</sup>。

### ネットワークによる効果的な支援とは

保健行政の基本となる医療一保健モデルでの発達障害児のスクリーニングから療育という流れは障害特性の唯一の早期発見の道筋ではない。実際には、子どもを持つ親たちにとっては、子育てをしていくうえで、子育てが難しいとか、子どもの発達に対する不安が最初に抱くもので、こうした子育て支援の中での、「親たちの気づき」を支援につなげることが必要である。実際には、支援は母子保健だけで構築されるわけではないので、子育て支援や保育との共同が求められる。

しかし、実際には同じ地域の中で母子保健と保育の歩調がうまく合わないことも多い。基本的には、マンパワー不足で、母子保健も保育も十分な人材のない中で懸命の取り組みをしており、本来は両者が連携して、支援を重ねながら行うべきところを、行政の縦割り行政の中で図式的に重ならないようにするために、結果的に支援の「穴」が生じ、就学して問題が顕在化するようなことが多い。

しかし、就学段階では、それが就学前から生じている問題でも、保健や保育としては自分たちの領域の問題ではないので、改善がなされないかといふ、難しい課題がある。連携していなければ見える問題でも、連携していなければ問題が見えないので、結果的に対処はされないとということである。