

## (2) CRAFT を実施する前に行うべきこと

ひきこもり事例には、IP が CSO のことを警戒して、会話自体ができない状況のことがしばしば見受けられる。このような状況では、まずは IP の警戒心を解く工夫をしてもらうようにしている。

行動理論では警戒心はレスポナント条件づけ（☆注）によって形成されるため、警戒心を解く方法においてもレスポナント条件付けの消去（☆注）の手続きが適用できる。具体的な方法としては、①IP が警戒することをしない、②IP が安心することをすることが挙げられる。①はレスポナント条件付けの消去到該当し、②は警戒心の拮抗反応となる安心感を利用した逆制止（☆注）に該当する手続きとなる。実際には警戒心は時間とともに徐々に緩んでいくものであるため、この2つの方法を根気強く続け、IP の警戒心が解けていくのを見守ることが重要となる。

警戒心が解けていないと、CSO の関わりが IP にとって嫌悪的な刺激（嫌子）になってしまうため、CRAFT で学んだことを家族が実行しても期待したような効果が得られないことがある。CRAFT の前提は、CSO の関わりが IP にとって好ましい刺激（好子）になっていることであるため、CSO に対する警戒心を解くことが重要となる。

☆（注）レスポナント条件づけ（古典的条件づけ）： 反射的反応（例：唾液分泌や情動など）を無条件に引き起こす無条件刺激と本来特定の行動を誘発させない刺激（中性刺激）を同時に提示することで、中性刺激が反射的反応を誘発するよう条件付けること。

☆（注）レスポナント条件付けの消去：無条件刺激と中性刺激を同時に提示することをやめることで、中性刺激が反射的反応を誘発しないようにする手続き。

☆（注）逆制止：問題となっている反応と拮抗する新しい反応を形成することで、条件反応を抑制・消去する手続き。

## (3) IP の活動性を高める

ひきこもり状態にある IP の CSO を対象とした CRAFT において、最も力を入れなければいけないところが、IP の活動性を高めることである。そのためのポイントは主に2つである。一つは、IP が望ましい行動をしやすい状況を作ること、二つ目は、IP が望ましい行動をして良かったと思えるような関わり方を CSO がすることである。

IP が望ましい行動をしやすい状況をつくるには、IP と CSO の関係を穏やかにするとともに、望ましい行動がなぜ起こるのかを考えることが重要となる。その際のポイントは以下の5つになる。

- ①IP が既にどんな望ましい行動をしているのか？
- ②どんなことがきっかけでその行動をしたのか？
- ③IP はどんな気持ちからその行動をしたのか？
- ④その行動をすることで、IP にデメリットがないだろうか？
- ⑤その行動をすることで、IP にメリットがあるだろうか？特に、IP が重視しているメリットは何だろうか？

これらのポイントから分かる情報をもとに、IP が望ましい行動をしやすい状況を作り、望ましい行動をして良かったと思えるような関わり方を CSO ができるようにしていくことになる。実際には、褒めるだけではなく、関わりを減らすほうが良い場合もあるため、IP にとってどんな関わり方が快適な関わり方であるかを考慮する必要がある。

## (4) IP の困った行動にどう対応するか

ひきこもり状態が長期化する中で、IP が困った行動をする場合も少なくない。代表的な行動としては、暴力、ゲーム依存、家族を避ける、などがある。こうした困った行動を減らすポイントは主に2つである。一つは、困った行動が起こりにくい状況作りを心がけること、二つ目はそうした行動をしない方がいいなと IP が思うような関わり方を CSO がすることである。

困った行動が起こらないようにするためには、望ましい行動の時と同じように、困った行動がな

ぜ起こるのかを考えることが重要となる。そのポイントを以下に示す。

- ①IPはどんな困った行動をしているのか？
- ②どんなことがきっかけでその行動をしたのか？
- ③IPはどんな気持ちからその行動をしたのか？
- ④その行動をすることで、IPにメリットがないだろうか？
- ⑤その行動をすることで、IPにどんなデメリットがあるだろうか？特に、IPが重視していると思われるデメリットは何だろうか？

これらの情報をもとに、困った行動が起こらない状況作り、困った行動をしない方がいいなどIP自身が思うような関わり方をCSOができるようにしていくことになる。具体的には、IPが暴力的な行動をした時に、CSOがIPから離れてしまうことで、IPが反省し暴力的な関わりをしなくなる場合などが良い例と考えられる。

#### 4. 自閉症スペクトラム特性がある場合のCRAFT

ひきこもり状態にあるIPの中には発達障がい特性を持つと考えられる一群があることが知られているが<sup>23)</sup>、特に、自閉症スペクトラム(以下、ASD特性)を持つ人へのCRAFTの適用が試みられている。ASD特性を持つ人へCRAFTのプログラムを応用することの利点としては、これまで以下の三点が示されている<sup>24)</sup>。一つは、我が国において、2005年の発達障害者支援法施行以降急激に発達障害の支援体制が充実してきたが、長年閉じこもるなどしていたため、それらの情報を知らないIPがいると考えられ、CSOがCRAFTを受けることでIPに様々な情報が伝わりやすくなるということである。二つめは、知的な遅れが目立たない発達障がいの場合、これまでに家族が適切な情報や具体的な援助を得られずに長期にわたって不安を体験していることが多く<sup>25)</sup>、CRAFTがそうした家族を早期にケアできるということである。三つめはASDの特性として社会スキルの維持や般化が苦手ということがあるため<sup>26)</sup>、集中的なケアの後にもIPの適応的な行動を増やしたり

不適応的な行動を減らしたりするために、CSOを含む周囲がサポートできるようにするCRAFTは、ASD支援を継続する上で有用性が高いということである。これらのことは、特性はそれぞれ異なるかもしれないが、注意欠如多動症や限局性学習症などの他の発達障害や知的障害を持つ事例にも応用が可能であることを示唆していると考えられる。CRAFTをどのように実際にASD特性を持つ群へ適用するかを以下に示す。

##### (1) 全経過を通じての注意点

ASD特性を持つ人のCSOに対してCRAFTを実施する場合、全経過を通じて以下のような点について常に注意を払う必要があるとされる<sup>19)</sup>。

- ①IPが併存疾患を有していると考えられる場合は、必要に応じて各方面の専門家と連携する、
- ②IPが人や場面によって“みせる顔”が大きく異なる可能性を考慮し、できるだけ多くの場面についてアセスメントし、IPの全体像を把握する、
- ③IPを不用意に刺激しない、④IPの自発性行動が乏しい可能性がある場合は、自発性行動を引き出すための確立操作(☆)をおこない、同時にIPが指示待ちになることを予防する、⑤IPが、暗黙のルールや年齢相応の社会性の獲得など、目に見えない社会のルールについて理解していないような場合には、IPが理解しやすい方法および想像しやすい方法を用いてそれらをIPに伝える、
- ⑥IPの社会的スキルの獲得・維持・般化に対して、長期的に支援が必要と考えられる場合には、IPが手がかりとなる訓練や物や人へアクセスできるようにする、⑦IPやCSOが、ASD特性を「生来性の」「個性の一部にすぎない」と、とらえられるようにする、⑧プランにそった支援ができるよう、関係機関と連携して一貫した対応を行う。

☆(注) 自発的行動を引き出すための確立操作：例えば、食事への感受性を高めるために間食を控える、余暇への感受性を高めるためにゲームをつ

けっぱなしにすることをやめるなど、結果の効果を確立するために環境を操作すること。

## (2) 治療構造を整える

例えば、ASD 特性を持つ人によっては、多義的なことに混乱しやすく、物事が 1 対 1 対応の方が理解しやすいため<sup>27)</sup>、CRAFT の対象となる CSO の担当と IP 本人へのアプローチが可能になった後の IP 担当を分けることが多い。また、必要に応じて適宜、家庭内暴力などへ危機介入をする支援者、またそこからさらに IP と CSO を保護分離する支援者らを分ける場合もあり、その際も相互に連携をとるようにしている。

## (3) アセスメント・機能分析

全経過を通して、IP にとっての好子は何か、IP が刺激と行動の随伴性 (☆注) を的確に関連づけて学習することができているかなど、ASD 特性に配慮してアセスメントする。例えば、CSO がよかれと思って用いる「がんばったね」「楽しいね」などの言語表現も ASD 特性を持つ IP によっては「この先もがんばらないといけない」「よくわからなかったけど楽しいと思わなくてはいけない」と思うってしまうこともあるため、好子になるどころか混乱や動揺の原因になることもありえる。また出来事が偶然おきたことか、相手が故意に行ったことかを誤読してしまうことがある<sup>28)</sup>。そのために、IP の感じ方や考え方をアセスメント結果からシミュレーションすることが重要である。また上述の「全経過を通じての注意点」をふまえ、できるだけ多くの人からの情報や、多くの場面についての情報を集める。

機能分析 (☆注) では、IP の不適応行動に関する刺激—反応随伴性についてだけでなく、背景にある IP の ASD 特性と環境要因のミスマッチ、IP の不適応行動と CSO などによる不適応行動維持要因との関連などを見立てる<sup>19)</sup>。特に ASD 特性の中でも視覚記憶が強く、感情処理が苦手な場合、CSO の姿を見ることが不快な記憶を引き起

す条件刺激になることがあるため<sup>19)</sup>、オペラント行動のみならずレスポナント行動 (☆注) も分析する必要がある。

☆ (注) 随伴性：例えば個人がある行動をした場合に、それに伴う結果が良ければその行動が増え、結果が悪ければ減るという場合、そのような行動と結果の関連を「随伴性 (contingency)」という。この関連には必然性や因果の有無は問わない。  
☆ (注) 機能分析：どんな状況で、どんな行動が起こり、その結果がどうか。また、本人は自分の問題をどのように理解しているか、長期的にはその行動によってどのような状況になっているかなど、問題行動の維持要因を、行動のつながりにそって明確化すること。

☆ (注) レスポナント行動：自発的に生じる行動ではなく、特定の刺激に誘発される反応のこと。

## (4) 実際の介入

例えば、境・野中 (2013) のワークブック<sup>10)</sup>を使用し、プログラムの構成要素から (表 7) メニュー方式で必要なものを用いる。実際には、①ひきこもりの若者と社会をつなぐために、②問題行動の理解、③家庭内暴力の予防、⑦家族自身の生活を豊かにするなど早期に実施し、そして付加的に家庭内暴力への介入の方法や ASD 特性の理解とその社会資源の利用の仕方などの資料を別途使用することが多い。これらは CSO 支援の土台部分であり、セッション中のいかなるときも適宜用いられるものである。特に ASD 特性の理解とその社会資源の利用については、親の会やペアレントメンターに協力を依頼することも多い。

家庭内暴力などのリスクが少なく、CSO とのコミュニケーションがある程度保たれている場合には、④ポジティブなコミュニケーションスキルの獲得、⑧相談機関の利用を上手に勧める、を初期の段階で計画することが多い。ただし、IP とコミュニケーションをとる際は、上述の「全経過を通じての注意点」に充分配慮することが重要であ

る。ASD の場合は、環境とのミスマッチに苦慮して社会的ひきこもりになっている場合も多く、行動理論に基づく技法を用いて IP の行動を変容させようとしなくとも、これらのよく計画された情報提供により相談場面に登場することも多い<sup>20)</sup>。

表 7. CRAFT プログラムの概要(文献 10 より引用)

第①回	ひきこもりの若者と社会をつなぐために
第②回	問題行動の理解
第③回	家庭内暴力の予防
第④回	ポジティブなコミュニケーションスキルの獲得
第⑤回	上手にほめて望ましい行動を増やす
第⑥回	先回りをやめ、しっかりと向き合っ て望ましくない行動を減らす
第⑦回	家族自身の生活を豊かにする

以上までの関わりで変化が望めなさそうな場合には、ワークブックを使用しプログラムの構成要素から、⑤上手にほめて望ましい行動を増やす、⑥先回りをやめ、しっかりと向き合っ  
て望ましくない行動を減らす、といった、いわゆる随伴性マネジメント(☆脚)を計画する。ASD がある場合、望ましい行動と望ましくない行動の学習が正確にされていない場合や、何が望ましいかの価値観が世間一般と異なる場合があり、そうした場合は、まず世間一般の必要最低限の価値観を学ぶ機会を計画する。

全経過を通じて家庭内暴力などの反社会的行動のリスクが高い場合は、プログラムを中断して危機介入をおこなうこともある。

☆(脚) 随伴性マネジメント: 刺激—反応—結果を分析することで、行動を増やしたり減らしたりするために、刺激や結果をコントロールすること。

## (5) フォローアップ

CRAFT の実施により IP の支援への動機づけが高まり IP が支援機関を訪れた際、例えば IP が就労支援機関を訪れた際、IP の相談行動という適切な行動に対して、就労支援機関というコミュニティからの強化が望まれるが、IP 側に相談するスキルが不足している場合や、就労支援機関の対応がうまくいかなかった場合、IP にとって「がんばって相談したけど良い結果を得られなかった」と負の経験になってしまうことになる。そのような状況を避けるために、事前に IP の行動を十分に予測し、IP の適切な行動がコミュニティから強化されるよう、例えば、「相談したことで、自分の気持ちを理解してもらえた」「相談したおかげで困っていたことが解決した」など、IP にとってよい結果となるようにコーディネートしておくことが必要である。また CSO が、プログラム終了または中断後も、必要に応じて支援者に相談することができるよう保証される事も長期的な視点からは重要である。

CRAFT は、当初アルコールなどの依存症患者の問題に取り組むために開発されたプログラムであるが、特に、ASD 特性がある IP に実施するためには、IP や CSO へ適宜コミュニティから必要な強化が受けられるように、コミュニティの側を整えておくことが大変重要である。具体的には、当事者の会や親の会との連携や自立支援協議会や発達障害支援体制整備事業を利用した基盤整備、支援者同士共通認識をもつためのリーフレット作成、それらと連動しながらの支援者向け研修会の企画など、日ごろの地域における様々な活動が、このプログラムの円滑な実施を支えてくれることになる。また、このような活動は、冒頭で述べた CRA (コミュニティ強化アプローチ) の実践と軌を一にするものである。

### Ⅲ. 精神保健福祉分野における発達障害者支援と困難事例への対応

わが国の現状では、ASD(自閉スペクトラム症)やADHD(注意欠如多動症)などの発達特性を持ち、かつ、暴力や触法行為などの社会行動面での課題を有する事例に対して、地域精神保健福祉領域において取り組むためのシステムが確立しているとは言い難く、現場での手探りの部分も多い。支援に関わる機関についても地域における相談機関相互の関係や、関わるスタッフの連携に依存していると言わざるを得ない場合もあり、第1章でもふれたが、地域の実情に応じて対応している相談支援機関も様々のものである。そのため、このような事例へのケースマネジメントを誰がどのように行うのかよいか、医療機関を含め関係機関との連携・協働のあり方はどのようなべきなのかなど、支援システムの確立は今後の重要な課題となっている。

精神保健福祉分野において特に他の領域と異なる原則があるわけではないが、成人期に事例化してくる場合は、本人の特性だけではなく、家庭や学校その他社会の様々な要因が絡まっていることが多く、それらを整理していくことが最初の重要な作業になる。また、困難化した事例では、本人自身の社会的対処法を向上させる取組や、本人のいわゆる「二次障害」へのケアなども必要となる。さらには、問題行動は必ずしも本人だけの要因によるものではなく、環境との相互作用も重要なため、周囲の対応への介入や家族を含めた関係者のケアも必要とされる場合が多い。

現時点で、発達特性と社会行動面での課題を併せ持つ事例に対して、包括的な対応のガイドラインを示すことはなかなか難しいが、本章では対応方法の実際を、地域の実践家たちの工夫によりつくられたツールとともに紹介することとする。尚、一部事例も含まれているが、あくまで実在の事例のエッセンスを組み合わせた架空のものであり特定の個人を示すものではないことをあらかじめおことわりしておく。

#### 1. ケース全体のアセスメント(徳島県発達障害者支援センターの「相談支援アセスメントシート」)

実際の相談場面の多くでは、本人の発達特性や環境への適応状況、さらには二次障害の問題が、混然一体となって事例化することが多く、また、本人や家族が求めているニーズと、現実的に支援機関で提供可能なサービスとの間にさまざまなギャップが感じられることもよく経験される。うつ状態や強い不安、睡眠障害、幻覚や妄想などの精神症状については、精神科医療の対象となると考えられるが、ここでは、医療以外の支援について、地域で実現可能な方法について検討することとする。

現在の状況を整理し、本人と周囲とで今何から取り組むとよいか、その展望を確認する方法として、徳島県発達障害者支援センターが作成した、「発達障害者の相談支援アセスメントシート」(別紙1)を紹介する。

青年期・成人期で発達特性があり、現状で適切な支援や治療をほとんど受けていない場合、結果的に本人は家庭内で「ひきこもり」の状態になっていることが多い。このシートでは、厚生労働省が作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」<sup>29)</sup>の「ひきこもりの諸段階」を参考に、発達障害者への段階的な支援モデルを提示している。

具体的には、支援の展開をひきこもり状態における「危機介入(精神的な不安定さや家庭内暴力等に対する介入が必要な段階)」を起点とし、最終的に「就労定着」をゴールとする12の移行段階(テーマ)として整理されている。さらにそれぞれのテーマごとに、本人の状況、支援上の課題、活用できる社会資源やサービス、窓口となる関係機関等を記載し、一枚のシートにまとめられたものである。なお、実際の利用方法については以下のとおりである。

### (1) ニーズと現状に関する評価

まず、本人や家族のニーズと、本人の現状について、シート上部の「テーマ」、「本人の状況」、「課題」等の各項目を参照し、ニーズと現状のそれぞれがどのテーマに位置づけられるのかみていく。

例えば、「就労継続支援等の日中活動型の支援を希望しているが、現状として抑うつ状態や昼夜逆転等といった課題がある」といった事例の場合（仮に「事例A」とする）、シート上でニーズは「⑨福祉的就労」として、現状は「⑤二次障がいケア」として確認する。

### (2) 課題の確認

次に、本人や家族のニーズと現状のそれぞれのテーマとの間に、いくつくらいの具体的なテーマがあるのか確認する。ニーズと現状の間のテーマの数が少ないほど、支援上の課題は少なく、シンプルになり、逆に多ければ、取り組むべき課題は多く、支援の難しさも高いことが推測される。

「事例A」では、テーマ⑤とテーマ⑨の間に「⑥生活の立て直し」、「⑦福祉サービスの利用」、「⑧日中活動への参加」の3つのテーマがあることがわかる。3つのテーマの「課題」を確認することで、ニーズの達成までに、クリアにすべき支援上の課題や優先度、困難さ等についておおよその見通しを得ることができる。

### (3) 支援方法や連携する関係機関の確認

まず具体的に何をするかを考える際には、現状を示すテーマもしくは次に位置するテーマを目安とする。シート下部の「支援方法」「主な支援機関」等の項目を確認し、具体的な支援方法としてどのようなサービスや社会資源があるのか、またどこが相談窓口や関係機関として連携できそうか検討する。

「事例A」では、抑うつや昼夜逆転が解決されていない状況で、いきなり福祉的就労を探すことは現実的にはかなり困難である。まずは直近のテーマである「⑥生活の立て直し」を参考に、精神科受診を勧めたり、精神科デイケアや、地域若者

サポートステーション（サポステ）等との利用について検討することになる。

### (4) モニタリング

現在どのテーマまで支援がすすんでいるのか、定期的にシートを確認する。支援に困難さを感じている時には、往々にしていくつかの重要な課題やテーマを飛ばして先にすすみすぎている場合が多い。現状を踏まえて今何が必要かを再確認する。

このシートはあくまで支援上の目安を示しており、どの事例でも一律に段階を踏んで支援が展開することを推奨するものではない。実際の支援場面ではケースバイケースで必要のないテーマについては省略したり、同時にいくつかのテーマを関係機関で役割分担しながら支援するといったことも考えられる。また、シートを家族や本人に提示しながら相談することで、現状とニーズのギャップや、今必要な支援について視覚的に共有しやすいなどの利点があり、特に相談場面におけるツールの一つとしての活用が期待される。

## 2. 本人のニーズの見立て方（札幌市発行の「本人ニーズの見立て方 STEP1・2・3」）

本人の社会的対処法の向上と、周囲からの否定的対処への介入は、どのライフステージでも必要となるが、特に思春期・青年期以降になると、教科学習的なスキルに加え、進路選択や、地域生活でのライフスキル、就労のスキルがテーマとなってくる。また思春期以降は、本人の自我が育ち意思がでてくるようになり、本人のニーズを抜きにして介入を続けるのは困難となる。一方で、特にASD特性がある場合は、自己選択や自己決定のみに任せてしまうと常同的で儀式的な行動に時間を費やしてしまい、その人がもつ潜在的能力を発揮することができない場合がある<sup>30)</sup>。そのため、本人が表明する表面的なニーズにのみ目を向けるのではなく、潜在的なニーズにも着眼することが大切である。地域の支援者が個別の支援計画をステップを踏んで作成していけるように、札幌市では支援者向けに「本人ニーズの見立て方 STEP1・

2・3」を作成している（URLは参考文献中に表示）<sup>31)</sup>。

このガイドブックは、障害者相談支援事業所、グループホーム、就労支援機関、療育機関、学校、フリースクールなど、実際に発達障害と二次障害がある方を多く支援している機関で働く支援者が集まって、現場の苦労や工夫を話し合う中で作られた。まず基本となるべき個別支援計画を立てることが事例によっては難しくなる理由として、「考えと感情と言葉が一致しづらいなどによって本人のニーズを捉えにくい」、「障害特性の影響が大きいのか環境の影響が大きいのかなど何に焦点を当てたらよいかわからなくなってしまう」、「本人が工夫すべき問題なのか周りが工夫すべき問題なのか目標の立て方で迷ってしまう」、などがあげられた。上述の関係機関の話し合いの中で、こうした課題への対応のヒントとして、以下のような3つのステップが提案された。それが「本人のニーズを内側からまずはながめる」「本人のニーズを外側からながめる」「アプローチの提案」である。それぞれについて、「提案は支援者が、選択は本人に」など現場の支援者ならではの工夫点も添えられている。

### 3. 新たな支援の利用を促す（徳島県発達障がい者総合支援センター作成の「提案のための3ステップ」）

相談を受けていくと、本人が抱えた発達特性も関連して周囲ばかりが困り果てて、その一方で本人には困り感が乏しいという場合がよくみられる。それは、先の見通しや客観的な視点の持ちづらさといった発達特性により、いわば本人が「上手に困れない」という状態とも考えられる。周囲にとっては「本人にこそ相談に行って欲しい」という思いを抱いても、当事者である本人にその動機がなければ、相談に繋げることにはできない。このような時、周囲の人が本人に対して「相談する」という選択肢を提示し、新たな支援の利用へと促す方法としては、徳島県発達障がい者総合支援セン

ターハナミズキが作成した「提案のための3ステップ」が参考になる（徳島県発達障がい者総合支援センター所報、平成27年度）。

#### (1)ステップ①:舞台設定と脚本作り(図1)

本人を相談に誘うことができるのは身近な家族か家族との関係が良く保たれている相談支援者である場合が殆どである。日常的に交わす何気ない会話の中で、突然「困り事」や「問題」についての話題を切り出せば、どうしても本人にとっては唐突で侵襲的な印象を抱かせることになる。懐疑的に警戒心を抱かせてしまえば、相談に誘うことはおろか、会話自体を続けることさえ困難になってしまう場合さえある。警戒度を少しでも下げるためにも、会話の中で繰り広げられる話題と話題の間を「提案のための3ステップ①」にのっけの自然な形で繋げていながら、提案の核心部分である「困り事」の話題へと移していく必要がある。

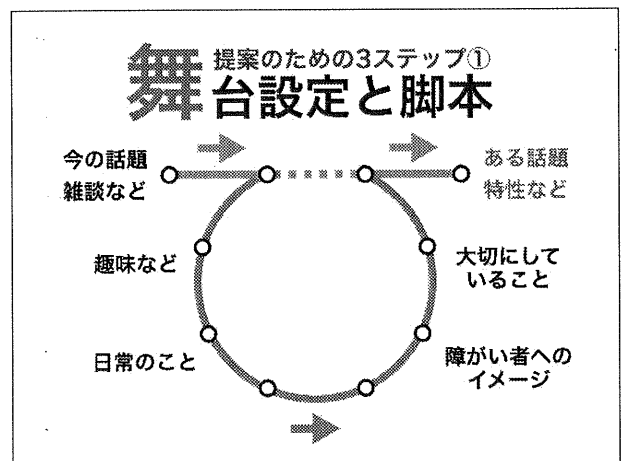


図1. 提案のための3ステップ①:舞台設定と脚本

本人にとっては「相談に行くよう促される場面」は過去に経験していることが多く、話題の内容や文脈にその片鱗が見え隠れするだけで態度を固いものに変えさせてしまう。「私に何らかの指示をしようとしているのか?」と感じさせるような指向性はできるだけ文脈からは取り除くような配慮

は有効である。話題の順序的に迂回したり、行きつ戻りつ目的の話題に辿り着くことは警戒心を解くだけではなく、その後の提案に伴う不安を軽減させることもできる。

提案に伴う抵抗を扱ったり、その前段階である「困り事」の話題を展開させるために、最初のこのステップで本人にとっての「障害観」や「大切にしていること」といった話題について情報収集しておくことは役立つものである。「障害とは何か」「健常者との違い」「治るものと思うか」等についての考え方や家族や友人らに障害を抱えた者がいたかといったことについても話題として触れられることで、提案者が用いる言語表現をより本人にとって負荷の少ないものを選択することができる。即ち、提案のための情報収集をしている段階だと言える。

## (2) 提案のための3ステップ②：秘密開示の質問の段階 (図2)

周囲からすれば「本人はこのことで困っているはずだ」と考えられても、本人にとっての問題は別のことである場合は多い。そのような時でも、あくまで「本人は自分自身のことと自分の周りの環境とを理解できる」と仮定し、支援者にとっては理解しがたいような本人の認識についても丁寧に質問していく。ここでは本人がどのような困り事を述べたとしても、それが正しいと見立てるのである<sup>32)</sup>。こうしてこちらの認識を本人自身に負わせることで、抵抗は少なくなり、本人が自己認識している問題や、自己認識している自己特性や症状についての情報を集めるようにする。たとえそれが支援者の捉える「本人の困り事」とは懸け離れたものであったとしても、本人にとっては最も変化への動機が高いものであり、相談に訪れる際の本人なりの理由となる可能性を秘めている。

生来的な特性に気づかなかつたせいで、あるいは気づいていたとしてもその対応方法を知らなかつたがために、失敗経験を重ねてきた人たちも多く、「何をやってもだめだ」と自分への信頼を失

い、自己評価の低下を招いている。このような場合は、変化を望んでいないのではなく、諦めざるを得なかつただけに過ぎない。これは一次的な特性の影響としての二次障害と呼ばれるものであり、困り事や目標といった点において周囲との乖離が生じやすくなる。支援者は、このような可能性も考慮しながら本人を理解するよう努めることが不可欠である。「なぜ諦めなければならなかつたのか」と本人の過去に思いを馳せ、理由を推測することが必要となる。その上で、自己認識している特性について尋ねる質問を「本来ならばどうしたかたつたのか?」「今はもう無理だと思っているかもしれないが、本心ではどうしたかたつたのか?」といった聞き方で確認していくことが望ましい。支援者の質問によって本人から語られた内容は、本人にとっては時に恥ずかしく、時に痛みを伴うような「秘密」のニュアンスを備えている。そのため、それを押してまで披露してくれた気持ちを労って共感を示すことで、会話をさらに深化させることができる<sup>33)</sup>。

しかし実際には具体的に語られた問題に対してただ漫然と相談の提案をするだけでは、本人に相談を決心させるだけの信頼が得られないことがある。問題の個別性が高いがために、「自分のそんな問題くらいで本当に誰かが力になってくれるのか?」とかえって懐疑的にさせてしまうようである。このような状況を避けるために、語られた問題に対して「特性」という観点から新たに枠組み付けを行うことで、問題の再構造化を図ることができる。例えば「大事な物もどこかに置いてなくしてしまう」と規定された問題を「“不注意さ”を持っているだけ」と規定し直す時、それは同時に自己理解への支援が既に開始されている。自己理解とは、否定的な意味で「自分には問題がある」と直面化させることではなく、「発達特性を使うことで安定した穏やかな生活が手に入れやすくなるという体験」を提供することとされている。つまり、日常場面の具体的な「問題」を解決していく過程で「自分に合ったコツさえつかめれば何とか



やれる」と実感し、その解決のコツをキーワードとして枠付けることである。この体験によって「相談すべき事柄」に気づきやすくなり、問題を表現する言葉も手に入れ、相談への意欲を引き出すことに繋がる<sup>34)</sup>。

また、この過程は特性としての枠組みで名付けられた問題を、本人と切り離れた形で構成していくものでもある。問題が本人にどのような影響を与えているのか、続けて本人が問題にどのように影響を与えることができるのかについての会話をすることで（これはナラティブセラピーでは「影響相対化質問」と呼ばれる）、問題を客体化・人格化させることができる<sup>35)</sup>。この実践により、「誰が問題に対して責任があるのか」といった非生産的な葛藤を減らし、問題が継続することに伴う不全感を帳消しにし、問題とは離れた新しい人間関係を取り戻す可能性を開くことができる。

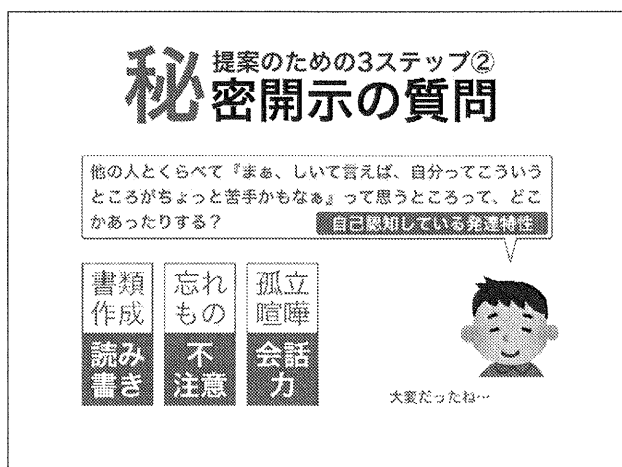


図2. 提案のための3ステップ②: 秘密開示の質問

(3) ステップ: 情報提供と提案の段階 (図3)

最後のステップとして、相談に誘うための声かけを行う。つまり、特性や障害に関連する知識・情報について提供し、それに対する対処法としての「相談に行く」という決意を引き出すことを目的とする。情報を伝える際には、本人なりの困り事を抱えた生活を「どう体験しているか」ということに配慮し、常に本人には「どう受け取られて

いるだろう」とフィードバックを求めながら双方向的に進める姿勢が必要となる<sup>36)</sup>。伝える情報としては、特性に対する工夫といった専門的知識や、障害認定を受けることで利用できる福祉サービス等の制度に関するだけでなく、「(特性をもったのは) あなたのせいではない」といった心理的負担を減らすための助言等も含まれる。

ここでは、支援者の側の「私はこんな風に考えています」という自己開示 - 自分のよって立つ観点や立場を明らかにすること - が有用である。できれば早い段階で支援者の方から積極的に、尚且つ権威的なポジションからの強制的な指示として受け取られないような言葉遣いと態度が欠かせない。あくまで「あなたは採用しないかもしれないが、選択肢の一つとして提案させて欲しい」という雰囲気を漂わせることで、本人の自発性と自由度は高くなり、自尊心が守られることにもなる。

また、社会的には最近の様々な報告から、部分的な症状をもつグループの存在が認められるにつれ、自閉症スペクトラム障害の範囲自体の方が広げられざるを得なくなってきたという背景がある<sup>37)</sup>。有病率だけでなく、診断を受ける人の数も年々増加傾向にあり、こうした社会的枠組みの側の変化自体を情報として提供することは自責感の軽減のための一助となり得る。

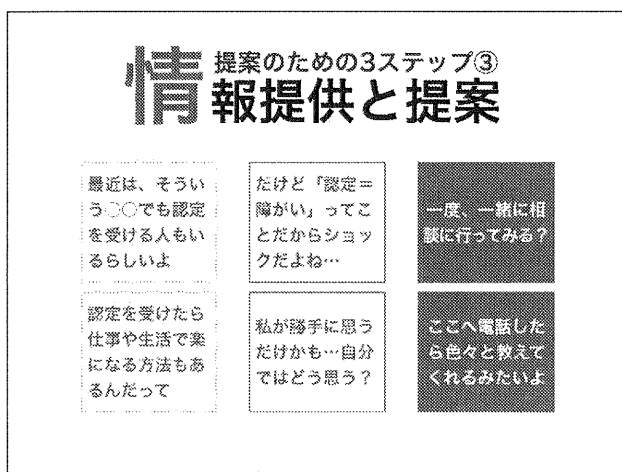


図3. 提案のための3ステップ③: 情報提供と提案

さらに、発達障害とは認知に高い峰と低い谷の両者をもつことを表す「発達凸凹」に適応障害が加算された状態であるという捉え方についても触れ、「適応の程度によっては、あなたは発達凸凹をもっているだけかもしれない」「これはマイナスとは限らず、活用できる可能性がある」と説明することもできる。「診断や手帳といった認定を受けることは、あくまで何らかの支援を受けるためのチケットであり、その選択権は自分にあるのだ」ということを強調して提案することで、相談に伴う不安や抵抗を和らげることができる。

#### 4. 支援に繋がりにくい事例への取り組み（札幌市発行の「本人支援までの3STEPをチェック」）

実際の相談場面では、二次障害が固定化し本人が支援を拒否し相談場面に登場さえしてくれないことや、家庭内暴力などの危機介入場面があるなど、一般的な相談スタイルでは対応困難な事例も数多く経験される。また、長年そのような状況下で、本人の家族をはじめコミュニティの様々な人が本人に対して否定的感情を抱き疲弊しきっていることも多い。山本は二次障害が固定化した状況に対して、まずは困っている人をキーパーソンとしながら困っている人の相談を受ける支援役割、危機介入を担当する役割、危機介入後に生活環境を一度リセットする役割、の三つの支援役割を分け、相互に役割を確認したり連携をとったりしながら地域支援にあたることを提案している（文献にURLを掲載）<sup>38)</sup>。こうした地域支援体制の枠組みの中で、同時に本人の支援の動機付けを高めることと、周囲の人のケアをおこなうことが提案されており、そのために利用できるツールとして、上述のように Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) が紹介されている。

既に問題が長期化し、二次障害が固定化した段階では、保健、医療、司法、教育、福祉、労働など、様々な領域からの支援と連携が必要となることが多いが、逆に言うと、様々な領域にまたがる問題故に、いわゆるたらい回しや押し付け合いが

生じやすい状況とも言える。現場レベルでの連携はもちろんだが、事例を集積した上で、法律の整理や責任の所在の明確化など制度面での整備も必要となっている。

典型的と思われる地域の困難事例を、この3STEPにあてはめると以下の様な支援となる。ひきこもりの親の会からの紹介でBさんのお母さんが相談来所した。Bさんは35歳で、大学中退後10年以上社会的ひきこもりの状態が続くという。また、Bさんのお母さんは言いづらそうにしていたが、ゆっくり、丁寧にお聞きしていくと、週に数回、Bさんは独り言を言いながら激高しお母さんに暴力をふるうこともあるとのことだった。Bさんは受診や相談を一切拒否しており、お母さんのみ家族相談にいった精神科病院でBさんにASDが疑われると言われたとのことだった。精神科病院ではお母さんは「今後は警察に相談を」と言われたが、警察に行くと「うちでは何もできない病院で相談を」と言われたようだ。相談員は今後もBさんのお母さんとの相談を続けながら、間接的にBさんのアセスメントをおこない、Bさんの支援への動機付けを高めていくよう計画した（急がない担当）。同時に、家庭内暴力の際に適切に対応してもらうよう交番と警察署にお母さんとともに行き連携体制を確認したり（急ぐ担当）、Bさんの精神症状によっては精神科医による診察や入院（リセット担当）が必要な場合もあることから、保健所にも事前に相談に行ったりすることとした。以上について相談員は、指示的ではなく、お母さんの気持ちに寄り添いながら進めていった。

#### E. 結論

発達特性と社会行動面の課題を持つ事例について、地域の精神保健福祉領域の支援機関における発生頻度に関する予備的な検討を行った。また、この問題に積極的に取り組んでいる地域の視察を実施し、現場で作成されているツールや、そのツールを利用した支援の方法についても紹介した。

近年わが国で徐々に実践されているCRAFTについて、その応用の可能性についても言及した。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

特になし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

#### 文献)

- 1) 藤川洋子：青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実態調査を中心に。精神科7：507 - 511、2005
- 2) 近藤日出夫：行為障害と発達障害。犯罪と非行148：137 - 171、2006
- 3) Scragg P, Shah A: Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. Br J Psychiatry. 165: 679-82、1994
- 4) King C, Murphy GH: A systematic review of people with autism spectrum disorder and the criminal justice system. J Autism Dev Disord. 44: 2717-33、2014
- 5) 平成26年度版犯罪白書 法務省  
[http://www.moj.go.jp/housouken/housouken03\\_00077.html](http://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00077.html)
- 6) 研究代表者 内山 登紀夫：青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業（精神神経分野）平成26年度総括・分担研究報告書
- 7) ミラー, W. R. 足立淑子（訳）Community Reinforcement Approach コミュニティ強化アプローチ ベラック, A. S. & ハーセン, M. （編）山上敏子（監訳）行動療法事典 岩崎学術出版社 Pp.58-60、1987
- （In Bellack, A. S. & Hersen, M. (Eds.) 1985 Dictionary of behavior therapy techniques. Oxford: Pergamon Press)
- 8) Miller WR, Meyers RJ, Hiller-Sturmhöfel S: The community reinforcement approach. Alcohol Res Health 23:116-21. 1999
- 9) Smith, J. E., & Meyers, R. J. : Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members. Guilford Press, New York, 2004
- 10) 境 泉洋・野中俊介：CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブック—若者がやる気になるために家族ができること 金剛出版、2013
- 11) 千葉浩彦：行動理論：臨床心理学キーワード（補訂版）（坂野雄二編）pp. 6-7. 有斐閣双書 2005
- 12) Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. : Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction 105:1729-38、2010
- 13) Sisson, R. W., & Azrin, N. H. : Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 17 : 15-21、1986
- 14) Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & La Monaca, V. : Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. Drug and Alcohol Dependence 56 : 85-96、1999
- 15) Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. : Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family

- members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 : 688-697、1999
- 16) Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Scott, J. : A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 : 1182-1185、2002
- 17) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究 (H19-こころ一般-010)」研究代表者 齊藤 万比古
- 18) 野中俊介・境 泉洋・大野あき子: ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果—Community Reinforcement and Family Training を応用した試行的介入— *精神医学* 55 : 283-291. 2013.
- 19) 山本 彩 : 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ社会的ひきこもりへ—CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) を参考に介入した 2 事例—. *行動療法研究* 40 : 115-125、2014
- 20) 山本 彩・室橋春光: 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある (または疑われる) 社会的ひきこもりへの CRAFT を応用した介入プログラム—プログラムの紹介と実施後 30 例の後方視的調査—. *児童青年精神医学とその近接領域* 55 : 280-294、2014
- 21) 境 泉洋・平川沙織・野中俊介・岡崎 剛・妹尾香苗・横瀬洋輔・稲畑陽子・牛尾 恵・溝口 暁子: ひきこもり状態にある人の親に対する CRAFT プログラムの効果 *行動療法研究* 41 : 167- 176、2015
- 22) 野中俊介・境 泉洋: Community Reinforcement and Family Training の効果 —メタ分析を用いた検討— *行動療法研究*, 41 : 179- 191、2015
- 23) Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y. & Kurosawa, M. : General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in the mental health welfare center. *The International Journal of Social Psychiatry*, 59 : 79-86、2012
- 24) 山本彩: 思春期以降の自閉スペクトラム症 (ASD) に対する Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) 行動療法研究 41 : 193-203、2015
- 25) 柳楽明子・吉田友子・内山登紀夫: アスペルガー症候群の子どもを持つ母親の障害認識に伴う感情体験—「障害」として対応しつつ「この子らしさ」を尊重すること— *児童青年精神医学とその近接領域* 45 : 389-392、2004
- 26) Koegel, R. L., & Rincover, A. : Some research on the difference between generalization and maintenance in extra-therapy settings. *Journal of Applied Behavior Analysis* 10: 1-16、1977
- 27) 佐々木正美 講座自閉症療育ハンドブック 学習研究社 1993
- 28) アトウッド, T. 辻井正次・東海明子 (訳) : ワークブック アトウッド博士の<感情を見つけにいこう> 1. 怒りのコントロール 明石書店 2008 (Attwood, T. : Exploring feelings: Anger: Cognitive behaviour therapy to manage anger. Arlington, TX: Future Horizons、2004)
- 29) 齊藤 万比古: 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究平成 19 年度~21 年度 総合研究報告書 2010
- 30) ハウリン, P. 久保紘章、谷口政隆、鈴木正子 (訳) 2000 自閉症—成人期にむけての準備<能力の高い自閉症を中心に> ぶどう社 (Howlin, P. 1997 *Autism: Preparing For Adulthood*. London, Routledge. )

- 31) 「本人ニーズの見立て方 STEP1・2・3」  
<http://www.city.sapporo.jp/shogai/fukushi/hattatu/hattatu.html#guidebook>
- 32) de Shazer, S: Keys to solution in brief therapy, New York, Norton, 1985.
- 33) Berg, I. K., & de Shazer, S. : Making numbers talk: Language in therapy. In S. Friedman (Ed.), The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy, New York, Guilford, 1993.
- 34) 吉田友子: 自閉症・アスペルガー症候群「自分のこと」のおしえ方 - 診断説明・告知マニュアル. 学研教育出版, 2011.
- 35) White M., Epston D.: Narrative Means to Therapeutic Ends. W. W. Norton, 1990. 小森康永訳: 物語としての家族, 金剛出版, 1992)
- 36) 後藤雅博. 家族心理教育から地域精神保健まで - システム・家族・コミュニティを診る, 金剛出版, 2012
- 37) 杉山登志郎. 発達障害のいま, 講談社現代新書, 2011.
- 38) 山本 彩 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や違法行為などの行動の問題に対する、危機介入を含む包括的プログラムの開発. 北海道大学大学院教育学研究院紀要 119: 197-218, 2013  
[http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/53831/1/AA12219452\\_119\\_10.pdf](http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/53831/1/AA12219452_119_10.pdf)
- 39) 境 泉洋・野中俊介: CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブックー若者がやる気になるために家族ができること. 金剛出版, 2013

# 別紙1. 発達障がい者の相談支援アセスメントシート(青年期・成人期)

支援段階	危機介入と家族支援段階				本人への個別支援段階			移行移行の段階		就労支援段階		
テーマ	① 危機介入	② 冷戦状態	③ 家族関係の再構築	④ 障がいの自己認知	⑤ 二次障がいのケア	⑥ 生活の立て直し	⑦ 福祉サービスの利用	⑧ 日中活動	⑨ 福祉的就労	⑩ 就労準備・求職活動	⑪ 就職	⑫ 就労定着
本人の状況	暴力・触法行為等社会行動面の問題	閉じこもり	ひきこもり	支援を受け入れる	治療を受け入れる	生活が安定する	サービスを申請する	家庭外活動をする	作業を行う	仕事を探す	仕事をする	仕事が続く
課題	○危機的状態であり、速やかな危機介入が必要 ○司法・警察等との連携 ○精神科医療機関との連携	○本人の問題意識や障がい理解に乏しく、支援に対して無理解もしくは拒否的である ○家族への支援	○家族との良好なコミュニケーションの回復 ○支援を受けることに対する動機づけを高める	○本人が継続的支援を求める ○治療や診断を受け入れる ○発達検査等のアセスメントを通じて自分の障がい特性を理解する	○二次障がいに対する治療の必要性を理解する ○服薬の自己管理 ○感覚過敏やこだわりへの対処 ○気分・感情のコントロール	○規則正しい生活リズムの確立 ○入浴、散髪などセルフケアができる ○ひきこもりから脱し、日中活動への動機づけを高める	○福祉制度やサービスを理解し、支援を受け入れる ○障がい基礎年金や障がい手帳取得について相談する	○挨拶など日常的なソーシャルスキルの習得 ○緩やかな居場所への適応 ○断続的な参加から継続的な参加へ	○相談支援事業を通じてサービスに関する利用計画を作成する ○自分の障がい特性について支援者にオープンに相談できる	○就労支援機関を利用する ○適職について理解する ○一般就労もしくは障がい者雇用による求職活動	○職場に必要なソーシャルスキルの習得 ○上司・同僚への特性理解 ○特性に配慮した業務の調整	○仕事に対する意欲や責任感 ○体調の管理 ○余暇の過ごし方 ○上司・同僚とのコミュニケーション

二次障がいに対する本人・周囲への支援 適応障がいに対する本人・周囲への支援

支援方法	危機介入を通じた本人・家族支援	主に本人への相談・訪問支援	支援計画に基づくサービスの調整と地域支援体制の構築									
○精神科への受療支援 ○警察(生活安全課等)への相談 ○警察による保健所通報 ○医療保護・措置入院	○まずは家族から障がい特性の理解を促し、支援に関する情報提供を行う ○家族会等の利用	○本人受療・来談へ向けた話し合い ○CRAFTの活用(家族とのコミュニケーションを通じて支援への動機づけを高める)	○発達検査等による障がい特性の把握 ○通院可能な医療機関の紹介 ○支援者による継続的な相談や訪問・カウンセリング	○医療機関(主治医・PSW・心理士等)との連携 ○定期通院・不安定時の入院の調整 ○訪問看護 ○心理療法	○いろいろな日中活動支援に関する情報提供 ○見学・体験の場を調整する	○市役所・役場への申請支援 ○判定・診断書の作成支援 ○ホームヘルプや同行援助など、介護給付によるサービスの利用	○SST・当事者の会などグループへの参加 ○放課後デイサービス ○精神科デイケア ○若者サポートステーション	○自立訓練・就労継続支援等、訓練等給付によるサービス ○事業所の見学・体験 ○支援状況の定期的なモニタリング	○障害者職業センターによる職業評価等の支援 ○ハローワークや障がい者就業・生活支援センターの支援 ○職場実習	○ジョブコーチ支援・トライアル雇用等、就労支援の活用 ○就労している当事者の集まり、情報交換の場	○職場適応・定着支援 ○余暇支援 ○職場適応のためのSST等	

- 危機介入機関(警察・精神科医療機関・保健所・児童相談所等)
- 若者・ひきこもり支援機関(フリースクール、若者サポートス、ーション、精神保健福祉センター、家族会等)
- 発達障がい者支援センター、障がい者相談支援事業所、市町村保健センター、社会福祉協議会等
- 精神科デイケア、自立訓練事業
- 地域活動支援センター
- 就労継続・移行支援事業
- 就労支援機関(ハローワーク、障害者職業C、障がい者就業・生活支援C)

精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態の解明と  
診断方法に関する精神病理学的研究に関する研究

研究分担者 小野 和哉（東京慈恵会医科大学 精神医学講座）  
研究協力者 小豆島 沙希子（東京慈恵会医科大学 精神医学講座）  
沖野 慎治（東京慈恵会医科大学 精神医学講座）

**研究要旨：**

発達障害の思春期以降の病態像を正確に把握し、その診断方法を明らかにすることは、我が国の医療福祉政策上の急務ではないかと考えられる。そこで発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化すること、また精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態を解明し、適切な診断方法開発するために症例の精神病理学的検討を行う事、また早期介入の方法として弁証法的行動療法の発達障害の援用を図る目的で研究を遂行した。その結果以下の事が明らかになった。①臨床実態調査；今回の全国調査結果をみると、一般精神科診療施設では、発達障害の対応は、外来診療の5%以上を占める施設が3割を超え、対応の困難は8割の施設で感じていることから、その治療上の困難に対するニーズが高い状況である。一方、実際にはASD事例やASDとADHDの併存症例が多くみられた。またそれを反映して、問題行動は、こだわり、巻き込み型強迫行為などが前景にみられた。さらに、窃盗、放火、殺人など触法に関わる事例も少なからずクリニックレベルで経験されている事実は、その予防や治療の側面から、医療、教育、行政機関の連携した対応が重要と言えよう。②症例調査：ASDにおいて自我の形成過程は成熟化が困難な部分があるが、その課題は自己愛を切り口に見てみると、不安定な自己像を過剰に防衛する自己愛パーソナリティ障害（NPD）型と、回避して防衛する回避性パーソナリティ障害（APD）型、そして過剰な防衛形成をしながら破綻すると解離や衝動行為により防衛する境界性パーソナリティ障害（BPD）型の3系に分けられる可能性が示唆された。③弁証法的行動療法の発達障害に対する援用：J-DBTは、その様式が簡易で3か月以内に施行でき、発達障害の行動障害発生の予防や、治療に援用可能であると考えられた。

**A. 研究目的**

発達障害の臨床現場での現れ方に多様性が高いこと、また発達障害が児童期に急増している現状を鑑みると、発達障害の思春期以降の病態像を正確に把握し、その診断方法を明らかにすることは、我が国の医療福祉政策上の急務ではないかと考えられる。発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化すること、また精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態を解明し、適切な診断方法開発するために症例の精神

病理学的検討を行う事、また早期介入の方法として弁証法的行動療法の発達障害の援用を図る。

**B. 方法**

1) 臨床実態調査；発達障害事例の臨床上の課題がどこに多いのかと明らかにする目的で、主に成人症例の実態を評価するために日本精神科診療所協会所属施設に対して発達障害の診療に関する実態調査をアンケート方式で施行する。

2) 症例調査；平成26年4月から平成27年3月の間に東京慈恵医大本院外来および入院の症



例で、DSM 5において ASD と診断された成人期の知的障害の無い患者で、自己愛パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、境界パーソナリティ障害の併存診断ある症例を抽出しその発達特性とパーソナリティ特性を診療録より後方視的に比較検討する。

3) 弁証法的行動療法の発達障害に対する援用；現在 ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法として欧米で弁証法的行動療法の応用が試みられているこの実態を調査し、我が国において利用可能なマニュアルを策定し、実際の臨床症例に対する施行を開始し、効果を判定する。

### C. 結果 および 考察

#### 1) 臨床実態調査；

結果：日本精神科診療所協会加盟施設に関する発達障害に関するアンケート調査を施行した。日本精神科診療所協会の協力を得て、所属施設に対してアンケート調査を平成26年11月に施行した。

対象施設は都内1605施設。回収は378施設で回収率は23.5%であった。施設の内訳は平均月間患者数が657人であり、東京、大阪、福岡などの都市部に集積して回答がみられた。発達障害の患者割合では5%未満の施設は62.7%であり32.7%の施設で5%以上を占めていた。

発達障害で内訳では、ASD が最も多く、次に ASD および ADHD の併存例であり、3番目が ADHD であった。また併存障害は気分障害が最も多く、次に神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害であり、3番目が統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害であった。対応の困難は80.6%の施設で何らかに認められた。

特に苦慮した症状は、こだわり、巻き込み型の強迫、暴言暴力であったグラフ（I-6）。また行動上の問題で個々の行動を調査すると、暴力行為は、74.9%の施設で、窃盗は51.6%の施設で、放火は14.8%、殺人なども4%の施設で発生していた。さらにひきこもり84.7%ネットゲーム依存68.3%の施設で認められた。

発達障害に関連する問題行動に関する薬物療法では、非定型抗精神病薬が1番に選択され、2番目が気分安定薬、3番目に非中枢刺激ADHD治療薬が選ばれていた（表III-1）。またこれらの薬剤の組み合わせ順位をみると、1番目が非定型抗精神病薬と気分安定薬、2番目が非定型抗精神病薬と抗うつ、3番目が非定型抗精神病薬と抗不安薬もしくは漢方薬の組み合わせであった。（表III-2）。非定型抗精神病薬の中では、リスパダール、アリピプラゾール、オランザピンの順に多く使用されていた（表III-3）。また、ADHD治療薬の中では、非中枢刺激性ADHD治療薬、中枢刺激ADHD治療薬の順であった。これに対する対応としては、各都道府県に発達障害対応相談センターの設置といった簡便な相談窓口の要望がもっとも多く、次に簡易対応マニュアルの策定、3番目に緊急対応施設の整備充実などが要望されていた。

考察：今回の全国調査結果をみると、日本精神科診療所協会所属施設の結果では、発達障害の対応は、外来診療の5%以上を占める施設が3割を超え、対応の困難は8割の施設で感じていることから、その治療上の困難に対するニーズは高い状況である。

一方、児童精神科の現場では、発達障害の占める割合、困難を感じた経験者の多さに加え、対応方法として、発達障害対応センターや緊急対策施設の整備充実や、対応マニュアルの作成が多く要望されていることから、成人施設同様に問題行動への対応困難に対するニーズが高いことが示唆された。

実際にはASD事例やASDとADHDの併存症例が多くみられた。またそれを反映して、問題行動は、こだわり、巻き込み型強迫行為などが前景にみられた。さらに、窃盗、放火、殺人など触法に関わる事例も少なからずクリニックレベルで経験されている事実はその予防や治療の側面から、医療、教育、行政機関の連携した対応が重要と言



えよう。今回の調査は12歳以上を対象としたが、実際の触法行為、犯罪行為は中学入学以前に問題行動が始まる事例も多く、幼少期から成人への医療上の連携も重要な課題と思われる。事例を検討してみると、事例化されてから初めて発達障害が明らかになるものや、診断閾値下の発達障害併存が認められるものがあり、診断クライテリアへの適合のみならず、事例の発達障害的特性を抽出できる簡易なスケールや、それらの認知特性に留意したケースマネジメントが求められると言えるだろう。こうした事例への感度を上げるにはどのような方略が必要かを検討する必要がある。また行政施策としては、各都道府県に発達障害対応相談センターの設置などは要望されていたが、これはすでに設置されていても、ニーズには十分に適合していなかったり、周知されていなかったりする部分があることをうかがわせる。また簡易対応マニュアルの策定・普及、緊急対応施設の整備充実も順にニーズは高く状況に相応した対応システムの充実が望まれている。

## 2) 症例調査

症例調査の結果：長期経過の分かる ASD 患者において、4例のパーソナリティ障害併存の有る患者が抽出された。自己肯定感の低下をいずれも認めるが、その一方で、自己愛パーソナリティ障害と診断可能な男性症例1例(症例A)と回避性パーソナリティ障害と診断可能な男性症例2例(症例B)(症例C)が見出された。症例Dは女性で経過中に境界パーソナリティ障害と診断されていた。ASDの自我同一性形成過程において、症例の就学や就労の状況と関連して自己愛の病理は深刻化する事例をみとめた。これらの患者では、他者が自分とは異なる考えを持つ可能性は類推されているが、その内容は患者の中では不明確であることから、集団の中で、どのように振舞えば良いか、どのようにコミュニケーションをとって仕事を遂行すべきかが不可知であった。このため、必要以上広範に学習していたり、過剰に仕事を引き受け

ていたり、また上司の意図が読み取れずに具体的に何から仕事をすればよいかの段取りが立たないなどにより不適応を生じていた。このことから就学や就労の場での評価は本人が期待している程には得られていなかった。そこで症例Aは周囲に対して多くのクレームを行って自分の能力が適正に評価されていないとしばしば易怒的になった。症例B、Cは些細な上司や同僚からの叱責や助言に反応してしばしば休職した。症例Dは、職場の仕事を過剰に引きうけては身体化し、身体の衰弱状態にて頻回に受診することを繰り返し、時に過量服薬しての救急受診も頻回であった。

考察：4例の中で症例4が最も症状発現年齢が低く、症例2・3は高かった。発達の課題が幼少期にすでにある程度顕在化していても就学上の困難は症例1から3では大きな課題に至らず、症例2・3では、特に中年期に至って課題となっている。症状の発現はいずれ症例も状況依存性(親や愛人との接触、就労状況、過度の作業状況)であった。基盤の発達の課題は自閉スペクトラム障害の他に3例(症例1・3・4)において、ADHDの特性も併存していた。ASD症例の症候を主にパーソナリティ側面から分析すると、NPD症状やAPD症状、BPD症状は症例によって重なりが見られた。症例には背景となるASD症状の他にADHD症状が混入し、さらに背景の養育状況が関連して症状が形成されていた。このためパーソナリティは発達の基盤の上に養育環境により形成され、その症状発現は状況依存性が高いように認められた。今回の4症例を比較すると、症例1はASDとADHD傾向を発達基盤として、養育環境の問題から誇大的自己(仮の自己)など自己愛的傾向が、思春期以降高まっていた。症例2では発達基盤に形成されてきた自己愛的過敏性が、就労の場で始めて顕在化していた。症例3は顕著な発達の基盤を持ちながらも環境に適合した生き方を選び、不適応が顕在化するのが遅いがパーソナリティ特性は症例2に類似し、この2例は誇大的自己(仮の

自己)をあまり肥大化しないで済んでいた。症例4では不適応が顕在化した年齢が最も低く、人格の形成基盤そのものが不安定で統合性の低いパーソナリティを形成していた。ASDにおいて自我の形成過程は前述のように成熟化が困難な部分があるが、その課題は自己愛を切り口に見てみると、不安定な自己像を過剰に防衛するNPD型と、回避して防衛するAPD型、そして過剰な防衛を形成をしながら破綻すると解離や衝動行為により防衛するBPD型の3系に分けられるかもしれない。この型形成には発達特性自体の相違と、養育環境の課題の相互の要因が関与しているように考えられた。

### 3) 弁証法的行動療法の発達障害に対する援用

成人期の触法症例の背景に発達的な課題がある場合、その兆候は思春期に既に顕在化している場合が少なくない。また思春期の触法症例においてもADHDやASDを基盤とした情動と衝動の制御に課題を持つものは少なく無いことは従来より報告されている。そこで思春期の発達障害事例の情動と衝動のコントロールを改善するために近年諸外国で適応拡大が図られている、弁証法的行動療法を日本版に改定して施行することは、触法事例において有効な治療方法となると考えられた。

発達障害者向け日本版弁証法的行動療法の開発の目的で、第5回国際ADHD学会(グラスゴー)において弁証法的行動療法をADHD思春期症例群に施行中の2研究者 NadePerroud、Tatja.hirvikoskiと懇談しADHDに対応した日本版弁証法的行動療法の基本プログラムに関する情報を得た。その結果①治療期間：低年齢(思春期)では3か月、高年齢(青年期以降)では6か月程度。②セッション数は3か月で12セッション、1セッション2時間程度③ADHDもしくはASDの集団だが併存障害は多い④治療の脱落は少ない(負荷が少ない)⑤原法と比べ簡略化され、通常の認知行動療法との差異は、情緒と衝動の発達障害に特化したコントロール技法にマインドフルネ

スの指導を入れ込んだものになっている点にあることが明らかになった。

この結果を受けて、わが国の医療制度や、患者の認知的特性などの配慮した内容の弁証法的行動療法を開発するため、分担研究者間で協議し、思春期ADHD及びADHDとASD併存事例に対する日本版弁証法的行動療法(J-DBT for Adolescent ADHDand ASD)のマニュアルを作成した。(別紙添付)J-DBT施行及び効果判定の為に東京慈恵会医科大学及び、都立小児総合医療センターに施行準備会議を行い、平成27年度内に第一回プログラム施行を開始した。

### 評価(研究成果)

#### 1) 達成度について

発達障害の一般精神科臨床施設での実態が明らかになった。従来研究の不足している発達障害とパーソナリティ障害の関係についてその病理構造仮説が提唱された。弁証法的行動療法の思春期の発達障害に対する援用の日本版マニュアルが作成された。

#### 2) 研究成果の学術的意義について

精神科診療所における発達障害の対応状況とその課題が明確化した。自閉症の発達過程と調査とパーソナリティ構造の形成過程について貴重な知見が得られた。弁証法的行動療法の発達障害に対する援用の端緒が開かれた。

#### 3) 研究成果の行政的意義について

臨床実態調査により、発達障害の問題行動に関する行政施策の焦点と課題が明確化した。つまり発達障害対応の拠点整備ははまだ臨床症例の増加の実態に十分対応できていない。この意味で可及的速やかに、発達障害の認知度を高め、対応するシステムの整備を進める必要が有る。次に、発達障害のパーソナリティ形成過程には、早期発見による環境調整が重要であり、これによりパーソナリティ障害化を防げる可能性が示唆された。早

期介入の手法として日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) が施行されれば、より有効な治療システムの構築に寄与すると考えられる。

#### D. 結論

発達障害の精神科臨床での課題として種々の問題行動が見いだされ、現場での困難が浮き彫りになった。また発達障害症例の精神病理学的検討によって、そのパーソナリティ障害化の過程において環境要因の少なく無いことが明らかになった。従って、早期介入の在り方が模索されるが、今回開発した日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) が、欧米での施行状況を鑑みると、一つの有効な治療的介入手法である可能性が考えられた。

#### E. 健康危険情報

特記なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

・一般精神科病棟における児童思春期治療に関する後方視的検討(原著論文)：小野 和哉, 沖野 慎治, 中村 晃士, 中山 和彦：児童青年精神医学とその近接領域 (0289-0968)56 巻 3 号

Page409-422(2015.06)

・児童思春期における幻覚の持つ意味 幻覚症状の表出の仕方の相違に基づく児童思春期症例の病態水準推定の試み(原著論文)：小野 和哉, 小豆島 沙木子, 杉原 亮太, 鈴木 優一, 瀬戸 光, 沖野 慎治, 中村 晃士, 中山 和彦：最新精神医学

(1342-4300)20 巻 3 号 Page245-253(2015.05)

・【今日の自閉スペクトラム症、子どもから大人まで】自閉スペクトラム症とパーソナリティ障害(解説/特集)：小野 和哉：臨床精神医学

(0300-032X)44 巻 1 号 Page45-52(2015.01)

・精神科一般診療施設における 12 歳以上の発達障害への対応の実態調査：小野 和哉, 小豆島 沙木

子, 鈴木 優一, 杉原 亮太, 山尾 あゆみ, 瀬戸 光, 沖野 慎治, 中村 晃士, 市川 宏伸, 中山 和彦：精神神経学雑誌 (0033-2658)2015 特別 PageS371(2015.06)

##### 2. 学会発表

・精神科一般診療施設における 12 歳以上の発達障害への対応の実態調査：小野 和哉, 小豆島 沙木子, 鈴木 優一, 杉原 亮太, 山尾 あゆみ, 瀬戸 光, 沖野 慎治, 中村 晃士, 市川 宏伸, 中山 和彦 第 111 回 精神神経学会総会 2015 6 月 大阪

・自閉スペクトラム症と自己愛性の病理－自閉症スペクトラム症 4 症例の比較検討から：小野 和哉 ー第 6 回 精神科診断学会 2015 8 月 札幌

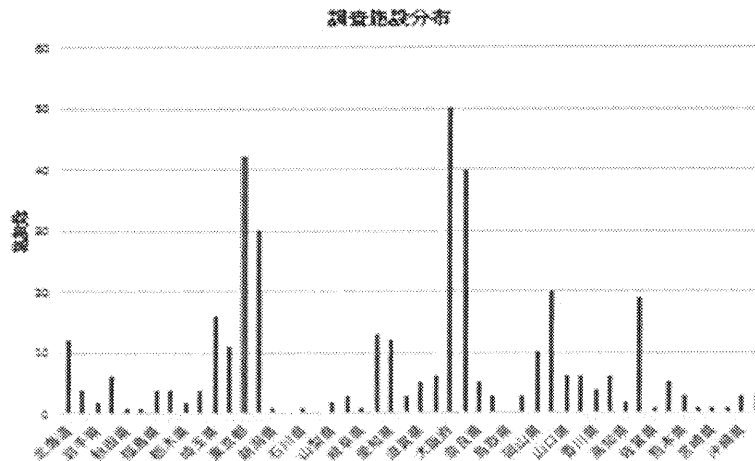
#### G. 知的財産権の出願・登録状況

日本版弁証法的行動療法 (J-DBT for Adolescent ADHD and ASD) マニュアル著作権取得予定

添付資料

1) 臨床実態調査

## グラフ I - 1 調査回答施設分布



## グラフ I - 2 外来における発達障害患者

