

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 26 年度 総括研究報告書

研究代表者 辻井正次

平成 26 年 3 月

## 目 次

I. 総括研究報告	
<b>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</b>	
辻井正次 .....	1
II. 分担研究報告	
1. 自閉スペクトラム症の成人における障害支援区分判定の妥当性に関する検証	
辻井正次・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治.....	13
2. 自閉スペクトラム症の成人における Quality of Life と適応・不適応行動との関連に関する調査	
辻井正次・鈴木勝昭・肥後祥治・萩原 .....	39
3. 成人の自閉スペクトラム症者における適応行動および日常生活スキルとメンタルヘルスの関連についての調査	
辻井正次・肥後祥治・萩原 拓・鈴木勝昭.....	67
4. 発達障害のある成人に対する生活支援におけるガイドラインの作成	
肥後祥治・岸川朋子.....	95
III. 研究成果の刊行に関する一覧表.....	115
IV. 研究成果の刊行物・別刷.....	119

# I. 総括研究報告



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

総括研究報告書

## 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

研究代表者 辻井正次（中京大学現代社会学部）

**研究要旨** 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。3カ年に亘る本研究では、成人期以降の発達障害者に対する効果的な支援サービス構築のために必要となる基礎的な情報を収集し、成人の発達障害者を支援する現行システムの問題点や改善点を検証することを目的としている。最終年である3年目の研究では、次の3つの調査 - 自閉スペクトラム症（以下、ASD）の成人における障害支援区分判定の妥当性に関する検証、ASDの成人におけるQuality of Life（以下、QOL）と適応・不適応行動との関連に関する調査、成人のASD者における適応行動および日常生活スキルとメンタルヘルスの関連についての調査 - を実施するとともに、これまでの本事業で得られた知見を踏まえ、成人発達障害者が自立した生活で直面しやすい課題、その課題に対して提供されるべき支援の内容や方向性に関するガイドラインを作成することを目的とした。調査1では、成人ASD者が認定されている障害支援区分には、彼らのコミュニケーションスキルおよび不適応行動の強さは反映されていたものの、身辺自立や家事などの日常生活に関連する行動スキルの高さは反映されていないことが示された。調査2では、成人のASDが示すQOLの高さは不適応行動の頻度や程度と関連していることが示され、日ごろ、頻繁に不適応行動が引き起こされている成人ASD者ほどQOLの得点が低く、充実した生活を送れていないと感じる傾向が高いことが明らかになった。調査3では、対象となった成人ASD者の3/4以上にメンタルヘルスの問題があること、日常生活スキルと内在化症状の強さは関連し、内在化症状が悪化することで、成人ASD者が示す日常生活スキルの行動レベルが低下することが認められた。さらに、3つの調査を通じて、成人ASD者は、同年代の一般成人と比較して、適応行動や日常生活スキルの行動レベルが著しく低いことが確認され、成人ASD者が安定し自立した生活の確立を図るためには、日常生活スキルなどの適応行動に関するトレーニングや支援が必要であることが窺われた。ガイドラインについては、「生活習慣」「体調管理」「金銭管理」「所持品管理」「感情コントロール」「対人関係・コミュニケーション」「住環境の整備」「地域生活」「外出」「余暇」「その他」の領域に分け、各領域で項目を出し、本人の生活の基準を挙げた。今後、本研究で作成されたガイドライン等を利用し、発達障害者がグループホームや一人暮らしができるよう、生活支援の充実に関して早急な対応が求められる。

## 分担研究者

- 肥後祥治（鹿児島大学教育学部）  
岸川朋子（特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト）  
鈴木勝昭（浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター・精神医学）  
萩原 拓（北海道教育大学旭川校）

## 研究協力者

- 村山恭朗（浜松医科大学子どものこころの発達研究センター）  
田中尚樹（日本福祉大学）  
浮貝明典（特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト）  
長山大海（特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト）  
松田裕次郎（社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団）  
山本 彩（社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団）  
巽 亮太（社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団）

### A. 研究目的

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。発達障害者と向き合う福祉現場にあっては、高度な支援技術や専門的知識を有した人員体制の確保が必要となるのだが、その受け皿整備がほとんど進んでいないのが現状である。自閉症スペクトラム障害(Autism Spectrum Disorders; 以下, ASD)の成人は、社会性の障害から他者との共同生活は難しいことが少なくない。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が多い。加えて、社会性障害による一般常識の不足に加えて、こだわりや不安、不器用などで、独り暮らしにおける困難は大きい。余暇支援は、地域の中で誰とつながって暮らしていくのかを考える上で重要な視点だが、十分な実態把握も行われていない。どこで、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、十分に当事者たちのニーズを把握し、そうした実態把握に基づいて、実際の支援のあり方を提案し、障害者福祉サービス体系で（精神疾患合併などへの）予防的な支援のありようを明確にしていくことが本研究の目的である。具体的には、すでに成人期以降の発達障害者の生活支援や就労支援の取り組みを模索している横浜市と滋賀県、それに名古屋に拠点を置くNPO法人アスペ・エルデの会の3箇所での実際の取り組みの評価をしつつ、効果的かつ実用的な障害者福祉サービスメニューの提案を目指す。

本研究により、成人期の発達障害者の支援ニーズを適切に把握することができれば、成人期の発達障害者に適切な支援サービスを提供することを通じて、適応的な生活スキルの習得や就労を促進することができよう。その結果として、現在生活保護を受給している成人の発達障

害者の一部が納税者となり、支援サービスの効果が社会に還元されることが期待される。一方、安定就労している成人期にある発達障害の人たちにとっても、余暇などより包括的な支援を行うことで、二次障害の抑止など予防的な効果が期待できる。さらに、相談支援や生活支援での独り暮らしへの準備教育を受けることで、親亡き後等にも引きこもりや路頭に迷うことなく、地域移行して暮らしている発達障害者が増えることが期待できる。こうした支援モデルは、ノーマライゼーションを推進してだけでなく、納税者を維持していく意味でも効果を期待され、新しい支援のモデルを構築していくことにつながると考える。

3年計画の最終年にあたる平成26年度は4領域に対して研究および調査を行う。

障害者自立支援法における障害程度区分に関して、他の障害者と比較して、精神障害者および知的能力障害者では公平な判定作業が行われていないことを鑑み、公正かつ適切な支援を提供するシステムを構築することを目的として障害支援区分を施行する運びとなった。一部の自閉スペクトラム症者は平均以上の知的水準を有し、精神障害を併発していないことから、自閉スペクトラム症者は知的能力障害者や精神障害者とは異なる一群であるといえよう。それゆえ、他の障害者同様に、自閉スペクトラム症の成人が公平な障害支援区分の判定を受けているかについて検証を行う必要がある。そこで、自閉スペクトラム症の成人が認定されている障害支援区分の程度が妥当なものであるかについて検証を実施した。

近年、ASD児者が報告するQuality of Life(以下QOL)の程度はASD児者の長期的な予後を判断できる変数として取り上げられており(Kamio et al., 2012)、ASD児者の支援の目標の一つとしてQOLの向上が認識されつつある。一部の調査・研究では、ASD児者が感じるQOLは定型発達児者に比べて低いことが報告されているが、この原因として、ASD児者の適応行動の水準の低さや不適応行動の水準の高さが指摘されている。しかしながら、我が国では、日常生活を営む上での適応行動や不適応行動を評定し、かつ、海外の研究調査で用いられている世界基準にある尺度の標準化が遅れたこともあり、ASD者が示す適応行動/不適応行動の水準とQOLの関連性はこれまでにほとんど検証されていない。そこで、自閉スペクトラム症の成人におけるQuality of Lifeと適応・不適応行動との関連を検証する。

これまで多くの研究・調査において、ASD者は他の精神疾患を併発しやすく、特に重度の内在化症状(抑うつや不安症状)を特徴とする気分障害や不安障害の併発リスクが高いことが指摘されている。内在化症状は、睡眠障害、注意機能の低下、意欲の減退(American Psychiatric Association, 2012)、自傷行為の悪化(大嶽・伊藤・染木・野田・林・中島・高柳・瀬野・岡田・辻井, 2012)、反社会的行動の増大(望月・伊藤・原田・野田・松本・高柳・中島・大嶽・田中・辻井, 2014)、出勤困難や生産性の低下(小野, 2005)などを引き起こすことが報告されている。同様に、不安症状の強さは日常生活を営

む上で必要とされる行動（適応行動）のレベルと関連し、ASD 児を対象とした介入研究では、不安症状が低減することで日常生活に関する行動レベルが向上したことが報告されている（Drahota, Wood, Sze, & Van Dyke, 2011）。しかしながら、国内では成人 ASD 者におけるメンタルヘルスの状態と適応行動のレベルの関連性に関する検証はなされておらず、メンタルヘルスの問題を呈する成人 ASD 者が、健康的なメンタルヘルスの状態にある成人 ASD 者と比べて、日常生活スキルや適応行動のレベルの低下が認められるかについて明らかにされていない。そこで、これらの関連性を検証した。

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

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

ここでは、これまでの調査から成人期の発達障害者の生活課題を整理するとともに、生活の目標となる基準と支援の内

容や方法についてガイドラインとしてまとめられることを目的とする。

## **B & C 研究方法および研究結果**

### **1. 自閉スペクトラム症の成人における障害支援区分判定の妥当性に関する検証(辻井正次・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治)**

調査協力者

ASD（高機能自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害を含む）の診断を受けている成人 116 名（男性 90 名、女性 26 名、年齢範囲：20 歳 - 52 歳、平均 28.10±6.54 歳、20 歳代 44 名、30 歳代 34 名、40 歳以上 6 名）を調査対象とした。

調査内容および材料

障害支援区分 すでに障害支援区分の認定を受けている対象者に関しては、認定されている支援区分の聞き取りを実施した。また、これまで障害支援区分判定の申請を行っていない対象者に対しては、面接を実施し、全国一律に実施されているコンピューター判定を用い障害支援区分を評定した。

適応行動 適応行動および不適応行動の程度を評定するにあたり、日本語版 Vineland-II 適応行動尺度(黒田・伊藤・萩原・染木, 2014)を用いた。

結果

日常生活スキル・コミュニケーションスキル・不適応行動と障害支援区分の関連を明らかにするため、性別、年齢、Vineland-II 適応行動尺度の下位領域(日常生活スキル領域、コミュニケーション領域、不適応行動領域)の標準得点、性



別,年齢を独立変数(Step1には性別および年齢を, Step2には各領域の標準得点を投入した),障害支援区分を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。その結果,不適応行動領域が有意な正の効果( $\beta=.588, p<.001$ )を示し,コミュニケーション領域の主効果は,負の方向に有意傾向を示した( $\beta=-.248, p<.10$ )。さらに,各領域の標準得点を各下位尺度のV評価点に変え,同様の分析を行った。その際, Step1には性別および年齢を, Step2には各下位尺度のV評価点を投入した。その結果(Table 13),受容言語が有意な負の効果( $\beta=-.538, p<.05$ )を示したが,他の変数の効果は認められなかった。

## 2. 自閉スペクトラム症の成人における Quality of Life と適応・不適応行動との関連 (辻井正次・鈴木勝昭・肥後祥治・萩原 拓)

調査協力者

ASD (高機能自閉症,アスペルガー症候群,広汎性発達障害を含む)の診断を受けている成人 116 名(男性 90 名,女性 26 名,年齢範囲:20 歳 - 52 歳,平均  $28.10\pm 6.54$  歳,20 歳代 44 名,30 歳代 34 名,40 歳以上 6 名)を調査対象とした。

調査材料

QOL の評定には,WHO が作成した WHOQOL26 (WHOQOL-BREF) の日本語版(田崎・中根,2007)を使用した。適応行動および不適応行動の評定には,日本語版 Vineland-II 適応行動尺度(黒田・伊藤・萩原・染木,2014)を用いた。

結果

QOL と適応行動の間には有意な相関

は認められなかった(QOL - 適応行動  $r=.052$ , QOL - コミュニケーション  $r=-.093$ , QOL - 日常生活スキル  $r=.117$ , QOL - 社会性  $r=.097$ , すべて  $p > .05$ )。不適応行動と QOL の相関に関しては, QOL と不適応行動の間に,有意な中程度の負の相関が認められた( $r=-.404, p <.01$ )。そこで,適応行動および不適応行動と QOL のより直接的な関連を検討するため, QOL(全体)の得点を従属変数,適応行動と不適応行動の領域合計の標準得点/V評価点,年齢,性別を独立変数とする階層的重回帰分析を行ったところ,不適応行動は QOL に有意な負の効果( $\beta=-.389, p<.01$ )を示したが,適応行動は QOL に有意な効果を示さなかった( $\beta=-.002, p>.05$ )。適応行動領域および不適応行動領域の各下位領域(コミュニケーション領域,日常生活領域,社会性領域,内在化問題,外在化問題)を独立変数に変え,同様の分析を行った。その結果,いずれの下位領域も有意な効果を示さなかった(コミュニケーション領域  $\beta=-.070, p>.05$ ; 日常生活領域  $\beta=.165, p>.05$ ; 社会性領域  $\beta=-.071, p>.05$ ; 内在化問題  $\beta=-.253, p>.05$ ; 外在化問題  $\beta=-.141, p>.05$ )。

## 3. 成人の自閉スペクトラム症者における適応行動および日常生活スキルとメンタルヘルスの関連性 (辻井正次・肥後祥治・萩原 拓・鈴木勝昭)

調査協力者

ASD (高機能自閉症,アスペルガー症候群,広汎性発達障害を含む)の診断を受けている成人 116 名(男性 90 名,女性

26 名，年齢範囲：20 歳 - 52 歳，平均 28.10±6.54 歳，20 歳代 44 名，30 歳代 34 名，40 歳以上 6 名）を調査対象とした。調査材料

適応行動の評定には，日本語版 Vineland-II 適応行動尺度（黒田・伊藤・萩原・染木，2014）を用いた。本研究では，適応行動の領域から，領域合計の適応行動，下位領域の日常生活スキル，その他の下位尺度すべて（身辺自立・家事・地域生活）を，不適応行動の領域からは，下位領域である内在化問題（内在化症状を評定する他者評価として利用）を取り上げた。内在化症状を測定する自己評定式尺度には，日本語版 K-10 および日本語版 MHI-5 を用いた。

#### 結果

適応行動/日常生活スキルとメンタルヘルス（内在化症状）のより直接的な関連を検討するため，回帰分析を行うことにした。その際，自己評定によって評価された内在化症状の程度と，他者評定によって評価された内在化症状の程度の単独の効果およびその交互作用を検証するため，これらの変数を独立変数に投入した。なお，分析に際し，各変数を標準化した。

適応行動（領域合計）を従属変数，対象者の属性（年齢・性別・診断内容）と K-10 の得点，Vineland-II 内在化問題の V 評価点，内在化問題 × K-10 の交互作用を独立変数とする重回帰分析を行ったところ，各変数は有意な効果を示さなかった（年齢  $\beta=.203$ ；性別  $\beta=.047$ ；診断内容  $\beta=.191$ ；内在化問題  $\beta=-.136$ ；K-10  $\beta=.140$ ；内在化問題 × K-10； $\beta=-.191$ ，すべて

$p>.05$ ）。従属変数を日常生活スキル領域における標準得点もしくは各下位尺度における V 評価点に変え，同様の分析を行ったところ，日常生活スキル領域では，内在化問題と K-10 の交互作用の効果が有意であった（ $\beta=-.292$ ， $p<.05$ ）。単純傾斜を検証したところ，K-10 において高い得点を示す（平均値よりも 1SD 高い得点を示す）成人 ASD 者において，他者評価（Vineland-II の内在化問題）の有意な負の効果が認められたが（ $t=-.219$ ， $p<.05$ ）。K-10 において低い得点を示す（平均値よりも 1SD 低い得点を示す）成人 ASD 者では，他者評価の効果は認められなかった（ $t=0.49$ ， $p>.05$ ）。

日常生活スキル領域の各下位尺度に関しては，地域生活を従属変数とした際に，内在化問題と K-10 の交互作用の効果が有意であった（ $\beta=-.360$ ， $p<.01$ ）。単純傾斜を検証したところ，K-10 において高い得点を示す（平均値よりも 1SD 高い得点を示す）成人 ASD 者において，他者評価（Vineland-II の内在化問題）の有意な負の効果が認められたが（ $t=-.242$ ， $p<.05$ ），K-10 において低い得点を示す（平均値よりも 1SD 低い得点を示す）成人 ASD 者では，他者評価の効果は認められなかった（ $t=1.19$ ， $p>.05$ ）。それ以外の下位尺度（身辺自立，家事）においては，有意な効果を示す変数は確認されなかった。

次に，K-10 の代わりに MHI-5 の得点を投入し，同様の検証を行った。その結果，日常生活スキル領域の下位尺度である地域生活を従属変数とした際に，内在化問題と MHI-5 の交互作用の効果が有意であった（ $\beta=.261$ ， $p<.05$ ）。単純傾斜を検証し

たところ、MHI-5 で低い得点を示す（平均値よりも 1SD 低い得点を示す）成人 ASD 者において、他者評価（Vineland-II の内在化問題）の効果が有意傾向を示し（ $\beta=-.355, t=-.176, p<.09$ ）、MHI-5 で高い得点を示す（平均値よりも 1SD 高い得点を示す）成人 ASD 者では、他者評価の効果は認められなかった（ $t=0.75, p>.05$ ）。それ以外の従属変数（適応行動（領域合計）、日常生活スキル領域、身辺自立、家事）では、有意な効果を示す変数は確認されなかった。

#### 4. 発達障害のある成人に対する生活支援におけるガイドラインの作成(肥後祥治・岸川朋子)

本事業における 3 年間の調査では、全国でも先駆的に発達障害者のグループホームでの生活支援の実践をしてきている神奈川県横浜市と滋賀県近江八幡市と発達障害者に対して生活や余暇に関する支援プログラムを実施している愛知県名古屋市で、発達障害者本人や支援者からのヒアリングや質問紙調査などを行ってきた。また、現場におけるアセスメントや評価の項目と事例についても回答してもらい、それらの結果を集約し、生活における課題と必要な支援について検討を行う。

##### 1) 調査における発達障害当事者の概要と課題について

これまでに調査に協力していただいた発達障害者については、療育手帳や精神保健福祉手帳を保持している人は約 80%、障害年金を受給している人は約 50%、障害福祉サービスを利用している

人は約 40%であった。他にも服薬をしている人は約 65%、通院している人は 90%ほどであった。

彼らが親亡き後にどこで生活を考えているかについては、一人暮らしや現在住んでいる家での暮らしを希望している人が同じくらいの割合で多かった。グループホームの利用を希望している人は少なかった。

本人たちが生活の中で困難さを感じていることについては、食事や金銭管理がもっとも多かった。食事では調理できるメニューが限られていること、金銭管理では、使いすぎてしまうことや自分の好きなように使えなくなるという不安などが理由となっている。危機管理や健康管理についても一人でできるか不安を感じている。そして人との関わりについても多くの方が困難さを抱いており、グループホーム内では他の入居者とのトラブルを起こしたり、支援者を困らせたりしていることも認識しているようであった。

また精神医学的な問題として、気分障害や不安障害などを抱えている人や今後併発する可能性がある人の割合が高いことも示唆している。

##### 2) 支援における課題について

グループホームでは、食事などは共同スペースで一緒に取ることもあるため、対人関係のトラブルは起きやすい。支援者が入居者の支援で発達障害者に対して困難さを感じていることについては、食事中では、一方的に話し続けることや食事の量の調整が難しく、指示も入りづらいということであった。また部屋の片づけが苦手であるが、他者が片づけを手伝

うことも拒むため、部屋の中が散らかってってしまうというケースも少なくない。また身だしなみでは寝ぐせや服のはみ出しについて指摘してもなかなかできないこと、生活のリズムが崩れてしまいがちになることなどが挙がっていた。そして他の入居者とのトラブルについても、対応の仕方が分からず困っているという回答が多かった。入居者に対して、指摘などをすることが入居者本人のストレスになり、支援者の指示を拒むようになり、関われなくなってしまうようである。そのためか発達障害者への支援をどうしてよいかわからないという支援者が多く、専門家によるコンサルテーションやアドバイスの必要性を挙げている。

## **D & E. 全体の考察と結論**

最終年である3年目の研究では、次の3つの調査 - 自閉スペクトラム症(以下,ASD)の成人における障害支援区分判定の妥当性に関する検証, ASDの成人におけるQuality of Life(以下,QOL)と適応・不適応行動との関連に関する調査, 成人のASD者における適応行動および日常生活スキルとメンタルヘルスの関連についての調査 - を実施するとともに、これまでの本事業で得られた知見を踏まえ、成人発達障害者が自立した生活で直面しやすい課題、その課題に対して提供されるべき支援の内容や方向性に関するガイドラインを作成することを目的とした。

障害支援区分程度の判定は、移動や動作等に関連する項目、身の回りの世話や日常生活等に関する項目、意思疎通

等に関連する項目、行動障害に関連する項目、特別な医療に関連する項目の聞き取り面接によって行われるが、調査1の結果、国内で標準化されている日本語版 Vineland-II 適応行動尺度によって評定された成人 ASD 者のコミュニケーションスキルと不適応行動のレベルは、成人 ASD 者が認定されている障害程度区分程度に反映されていることが示唆された。しかし一方で、対象であった成人 ASD 者の日常生活を熟知している第三者(親、支援者、世話人)が評定した彼らの日常生活スキルのレベルは、判定されている障害支援区分程度と関連性がなかったことから、成人 ASD 者における日常生活スキルのレベルは、障害支援区分程度には適切に反映されていないと思われる。さらに、これらの結果を支持するように、不適応行動のレベルとコミュニケーションスキル(特に、受容言語に関するスキル)は障害支援区分程度を説明する変数であったが、日常生活スキルの各下位尺度の得点では障害支援区分の程度は説明できなかった。以上の結果を踏まえると、成人 ASD 者における障害支援区分の判定作業では、彼らの日常生活スキルの欠如が適切に評定されておらず、それゆえに、妥当な障害支援区分の判定が行われていない可能性が考えられる。

調査2では、成人 ASD 者における QOL と適応・不適応行動の関連を検証することが目的であった。QOL に関しては、本研究の対象である成人 ASD 者は、先行研究で報告されている一般成人と同水準の QOL を示した。適応・不適応行動に

関しては、診断名、年齢、性別に関わりなく、成人 ASD 者は適応行動のレベルが低く、不適応行動のレベルが高いことが認められた。QOL と適応・不適応行動の関連については、QOL と適応行動の間には関連は認められなかったが、不適応行動のレベルは QOL に負の効果を及ぼすことが見出された。このことから、成人 ASD 者が自身の生活に対して充足感を得るためには、不適応行動、内在化問題や外在化問題の減弱を効果的に図ることが重要であると考えられる。

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

善することも重要な課題であることが示唆された。

最後に、これまでの調査から成人期の発達障害者の生活課題を整理するとともに、生活の目標となる基準と支援の内容や方法についてガイドラインとしてまとめた。このガイドラインでは、発達障害の人の生活支援として、グループホームや一人暮らしに対する支援などを事業として運営するに当たり、基本的な方針を示し、サービスの質の確保と向上を図ることを目的としている。作成したガイドラインでは、「生活習慣」「体調管理」「金銭管理」「所持品管理」「感情コントロール」「対人関係・コミュニケーション」「住環境の整備」「地域生活」「外出」「余暇」「その他」の領域に分け、各領域で項目を出し、本人の生活の基準を挙げた。一方で、発達障害者一人ひとりの状況や障害特性、求めている生活の在り方などは異なるため、個々のニーズに合わせた支援が必要であり、そのために実践できる人材と体制の整備が必要である。支援者が一人で抱え込むのではなく、法人や事業所として、または他機関などの連携も図りながら取り組み、地域のネットワークを作っていくながら、地域で発達障害者含め障害のある人たちの支援の仕組みを築いていくことがその先に求められている。今回は、先駆的に実践しているところの事例などを中心にまとめたため、今後は、全国の実態を把握し整理しながら、ガイドラインを作成していく必要がある。地域によってニーズも支援体制や社会資源も異なるため、共通して整備しておくことを明確にし、発達障害者も必

要な支援を利用しながらグループホームや一人暮らしができるように早急な対応が求められる。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

Anitha, A., Thanseem, I., Nakamura, K., Vasu, M., Yamada, K., Ueki, T., Iwayama, Y., Toyota, T., Tsuchiya, K. J., Iwata, Y., Suzuki, K., Sugiyama, T., Tsujii, M., Yoshikawa, T., & Mori, N. (2014). Zinc finger protein 804A (ZNF804A) and verbal deficits in individuals with autism. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 39, 294-303.

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

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

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

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

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

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

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

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

Iwata, K., Matsuzaki, H., Tachibana, T., Ohno, K., Yoshimura, S., Takamura, H., Yamada, K., Matsuzaki, S., Nakamura, K., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K.,

- Tsujii, M., Sugiyama, T., Katayama, T., & Mori, N. (2014). N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism. *Molecular Autism*, 5(33), Open Access.
- Miyachi T, Nakai A, Tani I, Ohnishi M, Nakajima S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Tsujii M. (2014). Evaluation of Motor Coordination in Boys with High-functioning Pervasive Developmental Disorder using the Japanese Version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26, 403-413.
- Maekawa, M., Yamada, K., Toyoshima, M., Ohnishi, T., Iwayama, Y., Shimamoto, C., Yoyota, T., Nozaki, Y., Balan, S., Matsuzaki, H., Iwata, Y., Suzuki, K., Miyashita, M., Kikuchi, M., Kato, M., Okada, Y., Akamatsu, W., Mori, M., Owada, Y., Itokawa, M., Okanano, H., & Yoshikawa, T. (2014). Unity of scalp hair follicles as a novel source of biomarker genes for psychiatric illnesses. *Biological Psychiatry*, Open Access.
- 中村和彦・鈴木勝昭・尾内康臣・辻井正次・森則夫. (2014). 特集：自閉症の分子基盤. 自閉症の PET 研究について. *分子精神医学*, 14, 88-98.
- 野田 航・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽 亮太・山本 彩・田中尚樹・辻井正次. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査. *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 154-159.
- 尾辻 秀久・村木 厚子・下山 晴彦・辻井正次・村瀬 嘉代子・森岡 正芳. (2104). 発達障害の理解(4) 学校教育と発達障害 社会的支援と発達障害(3). *臨床心理学*, 14, 461-465.
- 田中尚樹. (2014). 特別講演 大人になった自閉症スペクトラムの人たち: その生活と課題(第 110 回会特集号 子どもの不器用さとその心理的影響: 発達性協調運動障害 (Developmental Cordination Disorder: DCD) を中心に). *小児と精神と神経*, 54, 135-142.
- 辻井正次. (2014). 総説：社会的支援と発達障害. *臨床心理学*, 14, 163-167.
- 辻井正次. (2014). 発達障害研究の展望と意義：社会的側面を中心に (特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線), *臨床心理学*, 14, 331-336.
- 辻井正次. (2014). 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方 地域連携ネットワークによる支援, *公衆衛生*, 78, 378-381.
- 辻井正次. (2014). 成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援), *臨床心理*

学, 14, 617-621.

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

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

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

浮貝明典. (2014). 横浜市 発達障害者の人への一人暮らしに向けた支援 ~ サポートホーム事業から ~. *いとしご増刊 「かがやき」*, 11号, 21-26.

Vasu, M. M., Anitha, A., Thanseem, I., Suzuki, K., Yamada, K., Takahashi, T., Wakuda, T., Iwata, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., & Mori, N. (2014). Serum microRNA profiles in children with autism. *Molecular Autism*, 5(40), Open Access.

Wakuda, T., Iwata, K., Iwata, Y., Anitha, A., Takahashi, T., Yamada, K., Vasu, M. M., Matsuzaki, H., Suzuki, K., & Mori, N. (2014). Perinatal asphyxia alters neuregulin-1 and COMT gene expression in the medial prefrontal cortex in rats. *Progress in Neuro-Psychopharmacology &*

*Biological Psychiatry*, 56, 149-154

## 2. 学会発表

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

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし



## II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)

分担研究報告書

**自閉スペクトラム症の成人における  
障害支援区分判定の妥当性に関する検証**

**研究代表者**

辻井正次(中京大学 現代社会学部)

**分担研究者**

萩原 拓(北海道教育大学 旭川校)

鈴木勝昭(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター・精神医学)

肥後祥治(鹿児島大学 教育学部)

**研究協力者**

浮貝明典(特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト)

長山大海(特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト)

松田裕次郎(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

山本 彩(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

巽 亮太 (社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

田中尚樹(日本福祉大学 社会福祉学部)

村山恭朗(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター)

**研究要旨**

本研究は、成人 ASD 者の日常的な行動を熟知する者から、国内で標準化されている日本語版 Vineland-II 適応行動尺度を利用して、成人 ASD 者の日常生活スキル、コミュニケーションスキル、不適応行動レベルを評定し、それらの得点と成人 ASD 者が認定されている障害支援区分程度の関連を明らかにすることを通じて、成人 ASD 者において妥当な障害支援区分が認定されているかについて検証した。その結果、成人 ASD 者が受けている障害支援区分程度とコミュニケーションスキル、不適応行動のレベルの間には関連性が認められたものの、日常生活スキルのレベルと障害支援区分には関連が認められなかった。階層的重回帰分析によって、障害支援区分程度を説明する変数を検討したところ、成人 ASD 者における不適応行動のレベルとコミュニケーションスキル(特に、受容言語スキル)のレベルは障害支援区分程度に効果を及ぼすことが確認されたが、日常生活スキルのいずれの下位尺度の得点も障害支援区分には効果を及ぼしていないことが確認された。以上の結果を踏まえると、成人 ASD 者における障害支援区分の判定作業では、彼らの日常生活スキルの欠如が適切に評定されておらず、それゆえに、妥当な障害支援区分の判定が行われていない可能性が考えられる。

## A. 研究目的

自閉スペクトラム症 (Autism spectrum disorder ; ASD)は社会的相互作用とコミュニケーションの障害，常同／こだわり行動を中核とする神経発達障害 (American Psychiatric Association, 2012)である。同じ ASD を罹患している児者であっても，知的能力や言語能力に関しては個人差が大きく，知的能力障害 (intellectual disabilities)やコミュニケーション障害を有する ASD 者が存在する一方で，コミュニケーションの障害が軽微であり平均値よりも高い知能指数を示す ASD 者(以下，高機能 ASD 者)がいることも経験的に知られている。これまでの研究報告 (Kenworthy, Case, Harms, Martin, & Wallace, 2010; Puig, Calvo, Rosa, Serna, Lera-Miguel, Sanchez-Gistau, & Castro-Fornieles, 2013; Szatmari, Archer, Fisman, Streiner, & Wilson, 1995)や臨床現場で見られる事例から，知的障害の有無に関わらず ASD 者には，日常生活を営む上で必要不可欠で適切な行動(適応行動；adaptive behaviors)を実行するスキルの欠如が見受けられる。特に，高機能 ASD 者は障害特性である社会性に関する課題はあるが，知的・認知機能が正常範囲にあるため，一見すると，彼らには日常生活を送る上で必要とされる適応行動の問題は軽微なものに留まると類推され得る。

しかしながら，これまでの研究知見を鑑みると，知的水準に関わらず ASD 者の生活スキルの現状は大きな課題であることが指摘されている。例えば，海外の

複数の調査では，平均以上の知的水準を示す ASD 児者であっても，定型の発達過程を歩む子どもや成人(定型発達児者)に比べ，適応行動スキルが著しく低い(2標準偏差以上低い)ことが報告されている (Kenworthy et al., 2010; Puig et al., 2013)。数は少ないが，我が国における調査でも同様の報告がなされている (黒田・伊藤・萩原・染木，2014)。これらのことを踏まえると，ASD 児者に対する日常生活の支援を鑑みる上で，知的能力障害やコミュニケーション障害を有する ASD 児者は無論であるが，高機能 ASD 児者であっても日常生活の支援やそのトレーニングを早期から実施していくことは，彼らの自立した生活の確立を促すだけでなく，福祉行政の負担を軽減することにも寄与すると思われる。

一方，我が国における発達障害者を含む障害者の障害福祉支援サービスの提供を目的として，平成 18 年 4 月より障害者自立支援法が施行されている。地方自治体が障害者に対して提供する福祉支援サービスの種類や量を判断するための材料の一つとして，「障害程度区分」が設けられた。障害程度区分は，障害者福祉サービスの必要性を明らかにするために障害者の心身の状態に関する総合的評価である (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部，2014)。障害程度区分の決定の過程は透明性・公平性を図る観点から，コンピューターによる一次判定と市町村審査会による二次判定の 2 段階によって評定されていた。しかし，平成 22 年から 24 年にかけて実施された調査の結果，知的障害者の 4 割程度，精神障害者の 5 割

弱が一次判定において障害程度区分が低く判定される傾向があると明らかにされた(厚生労働省,2014)。このことから、障害程度区分における判定基準の公平性に関する課題が浮き彫りとなった。

このような状況を踏まえ、我が国では、新たに障害者総合支援法が平成 24 年に成立され、平成 26 年より施行されている。この法律では、障害者自立支援法における障害程度区分の名称は「障害支援区分」に改められ、その定義は「障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すもの」とされている。障害支援区分の判定方式は、前法と同様に 2 段階(コンピューター方式による一次判定と審査会による二次判定)で構成されているが、知的能力障害者や精神障害者の特性に応じて適切に支援区分の判断がなされるよう、項目内容の変更(障害支援区分の認定における調査項目は 80 項目あり、項目群は 移動や動作等に関連する項目 - 12 項目、身の回りの世話や日常生活等に関する項目 - 16 項目、意思疎通等に関連する項目 - 6 項目、行動障害に関連する項目 - 34 項目、特別な医療に関連する項目 - 12 項目である)、回答形式の変更、過去に行われた実際の認定データ(約 14,000 ケース)に基づいた一次判定方式を採用するなど、公平性の課題に対して様々な措置が講じられている(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部,2014)。厚生労働省は、これらの方式を導入した結果、知的能力障害や精神障害者において、一次判定で認定された区分が二次判定の段階で引き上げら

れるケースが大きく減少したと報告し、知的能力障害や精神障害の特性をより反映できていると述べている。

しかしながら、成人の ASD 者の一部は知的能力障害や精神障害を併せ持つ者がいる一方で、成人 ASD 者の中には平均以上の知的水準を示す者やメンタルヘルスが健全な者も多く存在していることからすれば、知的能力障害や精神障害を示す成人にとって、現行制度の障害支援区分の判定形式が公平になったとはいえ、成人の ASD 者においても、その公平性が保たれているかについては明らかではない。それゆえ、ASD 者が認定された障害支援区分が妥当なものであるかについての検証が必要であると思われる。そこで、本研究は、近年、適応行動や不適応行動のレベルを評定する目的で世界的に広く使用され、近年、国内で標準化された尺度を利用し ASD 者の適応行動および不適応行動を評定し、その得点と成人 ASD 者が認定されている障害支援区分程度との関連を検証することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 調査協力者

ASD(高機能自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害を含む)の診断を受けている成人 116 名(男性 90 名、女性 26 名、年齢範囲:20 歳 - 52 歳、平均  $28.10 \pm 6.54$  歳、20 歳代 44 名、30 歳代 34 名、40 歳以上 6 名)を調査対象とした。本研究への参加募集は、ASD や ADHD など神経性発達障害群の診断を受けている子どもや成人を対象としている自助団体(NPO 法人)の成人会員、滋賀県およ

び神奈川県にある NPO 法人が運営する施設を利用しかつ ASD の診断を有する成人、浜松市にある医療機関に通院している成人 ASD 者、成人 ASD 者を対象としたセミナーに参加した者に対して行われ、本研究への参加協力の意志を示した成人を調査対象とした。診断の内訳は、自閉症(以下, ASD), アスペルガー症候群(以下, AS), 高機能自閉症(以下, HF-ASD)であった。Table 1 には調査対象者の内訳が示されている。なお、本研究における分析に際し、調査対象者のうち、一部の項目に対する回答が欠損となっていた者のデータは分析ごとに除外した。

## 2. 調査内容および材料

**障害支援区分** 現在、市町村で実施されている障害支援区分の認定作業はコンピューター判定による一次判定と、市町村審査会で判定される二次判定の2段階で実施されている(厚生労働省, 2014)。すでに障害支援区分の認定を受けている対象者に関しては、認定されている支援区分の聞き取りを実施した。また、これまで障害支援区分判定の申請を行っていない対象者に対しては、面接を実施し、全国一律に実施されているコンピューター判定を用い障害支援区分を評定した。日本語版 Vineland-II 適応行動尺度: コミュニケーションスキル, 日常生活スキルおよび不適応行動の程度を評定するにあたり、日本語版 Vineland-II 適応行動尺度(黒田・伊藤・萩原・染木, 2014)を用いた。Vineland-II 適応行動尺度では、評価対象者(本研究では、調査協力者である自

閉スペクトラム症者を指す)の日常的な行動を熟知する者(本研究では、調査協力者の親、支援者、世話人であった)に対して半構造化面接を実施し、評価対象者の適応行動および不適応行動の水準を評定する。適応行動は4つの領域(コミュニケーション, 日常生活スキル, 社会性, 運動スキル)で構成されるが、評価対象者が7~49歳の場合には、適応行動指標には運動スキルは含まれない。本研究の多くの対象者はこの年齢段階にあることから、本研究では運動スキル領域の聴取は実施されなかった。コミュニケーション領域には受容言語, 表出言語, 読み書きの下位尺度が、日常生活スキル領域には身辺自立, 家事, 地域生活の下位尺度が、社会性領域には対人関係, 遊びと余暇, コーピングスキルの下位尺度がある。不適応行動は「内在化問題」, 「外在化問題」, 「その他」の3つの下位領域で構成されている。適応行動および不適応行動の水準は、各下位領域の粗点を年代段階別の換算表を用いて変換した標準得点によって表される。標準得点の平均値は100であり、1標準偏差は15である。適応行動の水準は標準得点に基づいて「平均的」, 「やや低い」, 「低い」, 「やや高い」, 「高い」に分けられる。各標準得点が20~70の場合には「低い」, 71~85の場合には「やや低い」, 86~114の場合には「平均的」, 115~129の場合には「やや高い」, 130以上の場合には「高い」と評定される。本調査における、Vineland-IIの実施(1回の半構造化面接)時間は、おおよそ60分であった。なお、障害支援区分の査定では、移動や動作等に関連する項目、身の回

りの世話や日常生活等に関する項目，意思疎通等に関連する項目，行動障害に関連する項目，特別な医療に関連する項目の調査を行う。そのため，本研究では，これらの項目と関連し得る Vineland-II 適応行動尺度の日常生活スキル領域，コミュニケーション領域，不適応行動領域に関する結果を使用し，成人 ASD 者が認定されている障害支援区分程度との関連を検証する。

### 3 . 手続き

あらかじめ対象者本人に対して，調査への回答は任意であり，回答しないことによる不利益は生じないことを説明した。本研究の手続きは，浜松医科大学の倫理委員会の審査と承認を受けた。

## C. 研究結果

### 1 . 記述統計

障害支援区分程度 障害支援区分の内訳は Table 1 に示されている。障害支援区分 2 を受けている者が最も多く (21 名)，それに続き区分 3 (11 名)，区分 4 (8 名)，区分 1 (4 名)であった。

日常生活スキル・不適応行動・コミュニケーションスキル Table 2 には，Vineland-II による日常生活スキル，不適応行動，コミュニケーションスキルに関する標準得点の平均値と標準偏差が示されている。日常生活スキル(領域合計)の標準得点はおよそ 67.53 点 ( $SD=17.09$ ) であり，その適応水準は「低い」状態であった。日常生活スキル領域の下位尺度の V 評価点の平均値は，身辺自立 12.66

点 ( $SD=3.17$ )，家事 9.64 点 ( $SD=2.79$ )，地域生活 9.91 点 ( $SD=3.20$ ) であり，各適応水準は，身辺自立が「平均的」と「やや低い」のボーダーライン，家事と地域生活が「低い」と「やや低い」のボーダーラインにあった。

コミュニケーション領域に関しては，領域合計の標準得点の平均点は 52.28 点 ( $SD=23.54$ ) であり，その適応水準は「低い」状態にあった。受容言語の V 評価点の平均値は 11.9 点 ( $SD=3.11$ ) であり，その適応水準は「やや低い」状態にあった。表出言語の V 評価点の平均値は 7.32 点 ( $SD=4.32$ ) であり，その適応水準は「低い」状態にあった。読み書きの V 評価点は 11.13 点 ( $SD=3.23$ ) であり，その適応水準は「やや低い」状態であった。

不適応行動に関しては，不適応行動(領域合計)の V 評価点の平均値は 18.73 点 ( $SD=2.78$ ) であり，その適応水準は「やや高い」状態にあった。内在化問題の V 評価点の平均値は 19.37 点 ( $SD=2.71$ )，外在化問題の V 評価点の平均値は 17.51 点 ( $SD=3.00$ ) であり，それぞれの適応水準は「やや高い」状態にあった。

適応水準ごとの人数およびその割合 日常生活スキルおよびその下位領域に関する適応水準ごとの人数および割合を Table 3 に示す。日常生活スキル(領域合計)については，6 割以上の対象者 (62.0%，49 名)が「低い」水準，約 3 割 (27.8%，22 名)が「やや低い」水準，約 1 割 (10.1%，8 名)が「平均的」水準を示した。適応水準が「やや高い」もしくは「高い」と評定される者はいなかった。

下位尺度の適応水準について、身边自立では、半数以上の対象者(55.7%, 48名)が「平均的」水準にあり、約1割の対象者(11.4%, 9名)が「低い」水準、約1/4の対象者(26.6%, 21名)が「やや低い」水準を示した。1名(1.3%)が「やや高い」水準を示した。家事においては、対象者の半数(50.6%, 40名)が「低い」水準、約3割(32.9%, 26名)が「やや低い」水準にあった。地域生活については、対象者の1/3以上(38.0%, 30名)が「低い」水準、4割以上(44.3%, 35名)が「やや低い」水準を示した。家事および地域生活において、「やや高い」もしくは「高い」水準を示す者はいなかった。

コミュニケーション領域における適応水準ごとの人数および割合をTable 4に示す。コミュニケーション領域の領域合計に関しては、対象のおよそ8割が「低い」水準を示した(79.7%, 63名)。「やや低い」の水準を示す者(8.9%, 7名)と「平均的」の水準を示す者(11.4%, 9名)は対象のおよそ1割であった。「やや高い」もしくは「高い」水準を示す者はいなかった。受容言語について、半数以上の対象者が「平均的」水準を示し(54.4%, 43名)、他の者は「低い」もしくは「やや低い」水準を示した(「低い」: 22.8%, 18名; 「やや低い」: 22.8%, 18名)。表出言語について、対象の8割以上が「低い」もしくは「やや低い」水準を示した(「低い」: 64.6%, 51名; 「やや低い」: 20.3%, 16名)。残りの者は「平均的」水準を示し(15.2%, 12名)、「やや高い」もしくは「高い」水準を示す者はいなかった。読み書きについては、「やや低い」水準を示

す者が最も多く(39.2%, 31名)、ついで「平均的」(31.6%, 25名)、「低い」(29.1%, 23名)水準にある者が多かった。「やや高い」、「高い」水準を示す者はいなかった。

不適応行動領域(領域合計)、その下位尺度である内在化問題と外在化問題における適応水準ごとの人数および割合をTable 5に示す。不適応行動(領域合計)について、全体の7割弱にあたる52名が「高い」もしくは「やや高い」水準を示した(「高い」: 30.8%, 24名; 「やや高い」: 35.9%, 28名)。対象者の1/3(33.3%, 26名)は「平均的」水準を示した。内在化問題について、対象者の7割以上が「高い」もしくは「やや高い」水準を示した(「高い」: 44.9%, 35名; 「やや高い」: 32.1%, 25名)。外在化問題については、対象者の半数(50.0%, 39名)は「平均的」水準を示し、1/3(33.3%, 26名)が「やや高い」、2割弱(16.7%, 13名)が「高い」水準を示した。不適応行動領域(領域合計)、下位尺度の内在化問題と外在化問題において、「やや低い」もしくは「低い」水準と評定される者はいなかった。

## 2. 日常生活スキルと障害支援区分の関連性

日常生活スキルの水準と障害支援区分の関連 障害支援区分と日常生活スキルにおける適応水準の関連を検討するため、 $\chi^2$ 検定および相関分析(Kendallの順位相関係数)を行った。Table 6には、その結果が示されている。 $\chi^2$ 検定の結果、日常生活スキル領域(領域合計)といずれの下位尺度においても、適応水準と障害支援区分の関連は認められなかった(領域合

計 :  $\chi^2(6)=4.12, p>.05$ ; 身辺自立 :  $\chi^2(6)=9.18, p>.05$ ; 家事 :  $\chi^2(6)=1.82, p>.05$ ; 地域生活 :  $\chi^2(6)=4.46, p>.05$ 。相関分析においても , 障害支援区分と適応水準の間に有意な相関は認められなかった(領域合計  $\tau=.138, p>.05$ ; 身辺自立  $\tau=.091, p>.05$ ; 家事  $\tau=.136, p>.05$ ; 地域生活  $\tau=.008, p>.05$ )。

日常生活スキルの標準得点と障害支援区分の関連 日常生活スキルにおける領域合計の標準得点 , 各尺度の V 評価点と障害支援区分程度の関連を検証するために , 相関分析(Spearman の順位相関)を行った。その結果 , いずれも障害支援区分程度との間に有意な相関を示さなかった(領域合計  $\rho=.130, p>.05$ ; 身辺自立  $\rho=.107, p>.05$ ; 家事  $\rho=.177, p>.05$ ; 地域生活  $\rho=-.016, p>.05$ )。

日常生活スキルと障害支援区分程度の関連を検証するため , 障害支援区分を独立変数 , 日常生活スキルの各領域(領域合計・身辺自立・家事・地域生活)における標準得点もしくは V 評価点を従属変数 , 年齢段階(20 歳代 , 30 歳代 , 40 歳以上の 3 段階)および性別を共変量とする共分散分析を行った(Table 7)。分析の結果 , いずれの領域においても , 有意な障害支援区分の主効果は認められなかった(領域合計  $F(3,37)=0.2, p>.05, \eta^2=.016$ ; 身辺自立  $F(3,37)=0.22, p>.05, \eta^2=.017$ ; 家事  $F(3,37)=0.03, p>.05, \eta^2=.023$ ; 地域生活  $F(3,37)=0.62, p>.05, \eta^2=.048$ )。またいずれの領域においても , 共変量であった年齢と性別の主効果は有意ではなかった(領域合計 : 年齢段階  $F(1,37)=0.002, p>.05,$

$\eta^2=.000$ , 性別  $F(1,37)=0.139, p>.05, \eta^2=.004$ ; 身辺自立 : 年齢段階  $F(1,37)=0.209, p>.05, \eta^2=.006$ , 性別  $F(1,37)=0.628, p>.05, \eta^2=.017$ ; 家事 : 年齢段階  $F(1,37)=0.72, p>.05, \eta^2=.019$ , 性別  $F(1,37)=1.803, p>.05, \eta^2=.046$ ; 地域生活 : 年齢段階  $F(1,37)=0.059, p>.05, \eta^2=.002$ , 性別  $F(1,37)=1.799, p>.05, \eta^2=.046$ )。

### 3 . コミュニケーションスキルと障害支援区分の関連性

コミュニケーション領域の水準と障害支援区分の関連性 コミュニケーション領域と各下位尺度における適応水準と障害支援区分の関連を検討するため ,  $\chi^2$  検定および相関分析(Kendall の順位相関係数)を行った。Table 8 にその結果を示した。 $\chi^2$  検定の結果 , 領域合計および表出言語の適応水準と障害支援区分の間には有意な関連が認められた(領域合計  $\chi^2(6)=17.17, p<.01$ ; 表出言語  $\chi^2(6)=17.28, p<.01$ )。受容言語の適応水準と障害支援区分の関連は有意傾向であった( $\chi^2(6)=11.80, p<.07$ )。読み書きの適応水準と障害支援区分には関連は認められなかった( $\chi^2(6)=8.50, p>.05$ )。

相関分析に関しては , 受容言語の適応水準と障害支援区分の間に有意な負の相関が認められた( $\tau=-.331, p<.01$ )が , 領域合計 , 表出言語 , 読み書きの適応水準と障害支援区分の間には有意な相関は認められなかった(領域合計  $\tau=-.158, p>.05$ ; 表出言語  $\tau=-.155, p>.05$ ; 読み書き  $\tau=.075, p>.05$ )。



コミュニケーション領域の標準得点/V評価点と障害支援区分の関連性 コミュニケーションスキルにおける領域合計の標準得点,各尺度のV評価点と障害支援区分程度の関連を検証するために,相関分析(Spearmanの順位相関)を行った。その結果,障害支援区分程度との間に,領域合計,表出言語,読み書きは有意な相関を示さなかった(領域合計  $\rho=-.222, p>.05$ ; 表出言語  $\rho=-.173, p>.05$ ; 読み書き  $\rho=-.035, p>.05$ )が,受容言語は負の相関を示した( $\rho=-.274, p<.05$ )。

コミュニケーションスキルと障害支援区分程度の関連を検証するため,障害支援区分を独立変数,コミュニケーション領域の標準得点もしくは各下位尺度のV評価点を従属変数,年齢段階(20歳代,30歳代,40歳以上の3段階)および性別を共変量とする共分散分析を行った(Table 9)。領域合計については,有意な障害支援区分の主効果が認められ( $F(3,37)=4.93, p<.01, \eta^2=.285$ ),障害支援区分4の認定を受けている者は,区分1の認定を受けている者よりも,低い標準得点を示した。共変量である年齢段階( $F(1,37)=2.71, p>.05, \eta^2=.062$ )および性別( $F(1,37)=0.012, p>.05, \eta^2=.000$ )の主効果も有意ではなかった。

受容言語については,共変量である年齢段階( $F(1,37)=4.88, p<.05, \eta^2=.116$ )に加え,障害支援区分の主効果が有意であった( $F(3,37)=6.32, p<.01, \eta^2=.339$ )。多重比較の結果,障害支援区分1,区分2,もしくは区分3の認定を受けている者は区分4の認定を受けている者よりも受容言語のV評価点が高かった( $p<.01$ )。

表出言語に関しては,障害支援区分の主効果が有意であった( $F(3,37)=4.65, p<.01, \eta^2=.274$ )。多重比較の結果,障害支援区分1の認定を受けている者は区分2および区分4の認定を受けている者よりもV評価点が高かった( $p<.05$ )。共変量である年齢段階と性別の主効果は有意ではなかった(年齢段階  $F(1,37)=0.99, p>.05, \eta^2=.026$ ; 性別  $F(1,37)=0.257, p>.05, \eta^2=.007$ )。

読み書きに関しては,支援区分の主効果は有意ではなかった( $F(3,37)=1.70, p>.05, \eta^2=.121$ )。共変量である年齢段階( $F(1,37)=2.46, p>.05, \eta^2=.062$ )および性別( $F(1,37)=1.79, p>.05, \eta^2=.046$ )の主効果も有意ではなかった。

#### 4. 不適応行動と障害支援区分の関連性

不適応行動の水準と障害支援区分の関連

不適応行動における適応水準と障害支援区分の関連を検討するため, $\chi^2$ 検定および相関分析(Kendallの順位相関係数)を行った。Table 10には,その結果が示されている。 $\chi^2$ 検定の結果,不適応行動(領域合計)と内在化問題は障害支援区分との間に有意な関連を示した(領域合計: $\chi^2(6)=15.98, p<.05$ ; 内在化問題: $\chi^2(6)=19.20, p<.01$ )。相関分析に関しては,各適応水準と障害支援区分の間に有意な正の相関が認められた(領域合計  $\tau=.454, p<.001$ ; 内在化問題  $\tau=.293, p<.05$ ; 外在化問題  $\tau=.390, p<.01$ )。

不適応行動のV評価点と障害支援区分の関連 不適応行動の各尺度のV評価点と障害支援区分程度の関連を検証するため

に、相関分析(Spearman の順位相関)を行った。その結果、障害支援区分程度との間に、不適応行動は強い正の相関( $\rho=.604, p<.001$ )、外在化問題は中程度の正の相関( $\rho=.407, p<.01$ )、内在化問題は正の相関( $\rho=.268, p<.05$ )を示した。

さらに、不適応行動と障害支援区分程度の関連を検証するため、障害支援区分を独立変数、不適応行動の各領域(領域合計・内在化問題・外在化問題)における V 評価点を従属変数、年齢段階(20 歳代、30 歳代、40 歳以上の 3 段階)および性別を共変量とする共分散分析を行った (Table 11)。不適応行動(領域合計)については、共変量である年齢段階 ( $F(1,37)=6.78, p<.05, \eta^2=.155$ )に加え、障害支援区分の主効果が有意であった ( $F(3,37)=9.35, p<.001, \eta^2=.431$ )。多重比較の結果、障害支援区分 3 もしくは 4 の認定を受けている者は区分 1 および区分 2 の認定を受けている者よりも不適応行動の V 評価点が高かった ( $p<.01$ )。内在化問題に関しては、共変量である年齢段階と性別の主効果(年齢段階  $F(1,37)=7.89, p<.01, \eta^2=.176$ ; 性別  $F(1,37)=5.77, p<.05, \eta^2=.135$ )に加えて、障害支援区分の主効果が有意であった ( $F(3,37)=4.46, p<.01, \eta^2=.265$ )。多重比較の結果、障害支援区分 3 の認定を受けている者は区分 1 の認定を受けている者よりも、内在化問題の V 評価点が高かった ( $p<.01$ )。外在化問題に関しては、障害支援区分の主効果は有意傾向であった ( $F(3,37)=2.54, p<.10, \eta^2=.171$ )。共変量である年齢段階と性別の主効果は有意ではなかった(年齢段階  $F(1,37)=1.82, p>.05, \eta^2=.047$ ; 性別

( $F(1,37)=2.84, p>.05, \eta^2=.071$ )。

## 5 . 障害支援区分程度を説明する変数の検証

前節で行った相関係数(Kendall の順位相関係数)には、他の変数を介した疑似相関が含まれているため、そこでより直接的な日常生活スキル・コミュニケーションスキル・不適応行動と障害支援区分の関連を明らかにするため、性別、年齢、Vineland-II 適応行動尺度の下位領域(日常生活スキル領域、コミュニケーション領域、不適応行動領域)の標準得点、性別、年齢を独立変数(Step1 には性別および年齢を、Step2 には各領域の標準得点を投入した)、障害支援区分を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。その結果(Table 12)、不適応行動領域が有意な正の効果( $\beta=.588, p<.001$ )を示し、コミュニケーション領域の主効果は、負の方向に有意傾向を示した ( $\beta=-.248, p<.10$ )。

さらに、各領域の標準得点を各下位尺度の V 評価点に変え、同様の分析を行った。その際、Step1 には性別および年齢を、Step2 には各下位尺度の V 評価点を投入した。その結果(Table 13)、受容言語が有意な負の効果 ( $\beta=-.538, p<.05$ )を示したが、他の変数の効果は認められなかった。

## D. 考察

本研究は国内で標準化されている日本語版 Vineland-II 適応行動尺度を利用し、成人 ASD 者の日常的な行動を熟知する者から彼らの日常生活スキル、コミュニケーションスキル、不適応行動レベルを

評定し、それらの評価点と認定されている障害支援区分の関連を明らかにすることで、成人 ASD 者における障害支援区分の判定が妥当に行われているかについて検証した。その結果、成人 ASD 者が認定されている障害支援区分の程度とコミュニケーションスキル、不適応行動のレベルの間には関連が認められたものの、日常生活スキルのレベルと障害支援区分には関連性が見られなかった。さらに、階層的重回帰分析によって、障害支援区分の程度を説明する変数を検討したところ、コミュニケーションスキルの一部である受容言語のレベルは障害支援区分の程度に効果を及ぼすことが確認されたが、日常生活スキルのいずれの下位尺度の得点も障害支援区分の判定には効果を及ぼしていないことが確認された。

### **1 .成人 ASD 者が示す日常生活スキル・コミュニケーションスキル・不適応行動のレベル**

成人 ASD 者の日常生活スキルのレベルについて 日常生活スキルに関しては、領域合計の標準得点の平均値は、同年齢段階の一般成人が示す得点範囲よりも 2 標準偏差以上低いことが確認された。この結果に沿うように、海外の研究においても、平均以上の知的水準がある成人 ASD 者であっても、日常生活を営む上で必要とされる行動スキルが著しく低いことが報告されている(Duncan & Bishop, 2013)。

日常生活スキルの適応水準ごとの人数を分析した結果も、日常生活スキルの標準得点の平均値を反映するものであった。

本研究の対象であった成人 ASD 者において、日常生活スキル(領域合計)に関する水準が「やや高い」もしくは「高い」と評定される者はおらず、対象の約 9 割が「低い」または「やや低い」水準と評定された。なかでも、食事、洗濯、掃除などの行為を含む家事、買い物や金銭管理などの行為を含む地域生活に関する行動スキルの不足が顕著であり、対象の 8 割前後が「低い」もしくは「やや低い」水準を示す結果となった。国外の先行知見や本研究のこれらの結果を踏まえると、成人 ASD 者は日常生活スキルが著しく低く、それゆえに彼らが自立した生活を営むことは非常に困難であることが窺われる。このことから、現在、各地域や各施設・機関で成人 ASD 者に対して積極的に就労支援や職業訓練が実施されその効果が報告されているが、これと同様に、各地域や各施設・機関において、成人 ASD 者が自立した生活を営むことが可能となるように、日常生活に関するスキルトレーニングを積極的に提供していく必要があると思われる。

成人 ASD 者のコミュニケーションスキルのレベルについて 本研究と同様の尺度(Vineland-II)を用いた海外の研究でも、同じ年齢段階にある一般成人よりも、成人 ASD 者は表出言語の V 評価点が低いと報告されていたが(Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005)、本研究もこれを支持する結果を示した。Vineland-II のコミュニケーション領域の得点は、日常生活スキルと同様に、領域合計の標準得点の平均値が同年齢段階の一般成人が示す得点

範囲よりも2標準偏差以上低いことが確認された。下位尺度のなかでも、特に表出言語の得点が低く、その適応水準は「低い」状態であった。コミュニケーション領域の各下位尺度における適応水準の人数やその割合もこれらの標準得点もしくはV評価点の低さを反映する結果であった。具体的には、領域合計および各下位尺度において、適応水準が「やや高い」もしくは「高い」と評価される者はおらず、領域合計では、対象の8割以上が「低い」または「やや低い」水準にあった。3つの下位尺度の中でも、表出言語に関するスキルの欠如が顕著であり、対象の8割以上が「低い」もしくは「やや低い」水準を示した。障害支援区分の判定作業は、認定調査員と障害者本人との面接によって行われることを鑑みると、このようにコミュニケーションスキルの欠如が顕著である成人ASD者が認定調査員との面接場面で、日常生活で抱える困難さを適切に説明することができるのかに関する点が疑問である。

成人ASD者の不適応行動のレベルについて先行研究では、一般成人に比しても成人ASD者は外在化問題を示す頻度が多く(e.g. Lecavalier, 2006)、さらに内在化問題の中核である抑うつや不安症状が強いこと(Strang, Kenworthy, Daniolos, Case, Wills, Martin, & Wallace, 2012; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000)、自傷行為の頻度が多いこと(Hannon & Taylor, 2013)が報告されていた。これに沿うように、本研究でも、対象となった成人ASD者が示す不適応行動のレベルは

高い状態にあった。具体的には、領域合計の標準得点、内在化問題と外在化問題のV評価点のそれぞれの平均値は「やや高い」水準にあった。これらの結果を反映するように、不適応行動(領域合計)のレベルごとの人数やその割合でも「高い」または「やや高い」状態にある者は全体の7割近くに及んだ。なかでも、内在化問題のレベルが顕著であり、半数弱が「高い」状態にあった。国外の知見では、ASD者、特に平均以上の知的水準を有する高機能ASD者では、一般成人よりもうつ病および不安障害の発症率が高いことが見出されており(Hofvander, Delorme, Chaste, Nyden, Wentz, Stahlberg, Herbrecht, Stopin, Anckarsater, Gillberg, Rastam, & Leboyer, 2009; Lugnegard, Hallerback, & Gillberg, 2011; White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009)、本研究のこの結果は理解できるものである。それゆえ、成人ASD者の健全で安定した生活を確立する上で、成人ASD者への医療的支援を充実させることは重要である。さらに、先にも述べたように、先行知見や本研究の結果から、成人ASD者における日常生活スキルは、同年齢段階にある一般成人と比べると、著しく低い状態にあるが、ASD児を対象とした国外の一部の調査研究では、不安症状の改善に伴い、ASD児における日常生活スキルの改善も認められたことが報告されている(Drahota, Wood, Sze, & Van Dyke, 2011)。このことから、成人ASD者の日常生活スキルの向上を図る上でも、彼らが呈する内在化問題を初めとする不適応行動のレベルの低減を促すことは重要な

課題であると思われる。

## 2. 日常生活スキルのレベルと障害支援区分程度の関連性

日常生活スキルにおける適応水準（低い・やや低い・平均的・やや高い・高い）と認定されている障害支援区分の関連を検証するために、 $\chi^2$  検定および相関分析（Kendall の順位相関）を行った。まず  $\chi^2$  検定では有意な結果は得られず、障害支援区分程度によって、成人 ASD 者の日常生活を熟知している第 3 者（親、支援者、世話人）によって評定された彼らの日常生活スキルの領域合計および各下位尺度の適応水準の違いは生じていないことが確認された。さらに、相関分析でも、成人 ASD 者が認定されている障害支援区分程度と彼らの日常生活スキル（領域合計）の間には、有意な相関は認められなかった。同じように、日常生活スキル領域の各下位尺度についても、障害支援区分程度との間に有意な相関は認められなかった。

加えて、日常生活スキルの領域合計の標準得点、各下位尺度の V 評価点を従属変数、障害支援区分程度を独立変数とする共分散分析を行ったところ、障害支援区分に関する有意な主効果は確認されず、異なる障害支援区分を認定されている成人 ASD 者であっても、日常生活スキルの領域合計と各下位尺度の適応水準には差がないことが確認された。さらに、日常生活スキル領域および下位尺度における標準得点/V 評価点と障害支援区分程度の相関分析(Spearman の順位相関)も同じ様な結果を示し、領域全体の標準得

点およびいずれの下位尺度の V 評価点と障害支援区分程度の間には有意な相関は示されなかった。これらの結果を踏まえると、成人 ASD 者が認定されている障害支援区分程度は、彼らが日常生活で示す日常生活スキルの欠如や困難さを適切に反映できていない可能が示唆される。

## 3. コミュニケーションスキルのレベルと障害支援区分程度の関連性

コミュニケーションスキルにおける適応水準（低い・やや低い・平均的・やや高い・高い）と認定されている障害支援区分の関連を検証するために、 $\chi^2$  検定および相関分析（Kendall の順位相関）を行った。まず  $\chi^2$  検定では、領域合計、受容言語、表出言語において、有意差が認められ、障害支援区分程度の違いによって、成人 ASD 者の日常生活を熟知している第 3 者（親、支援者、世話人）が評定した彼らのコミュニケーションスキルの領域合計、下位尺度である受容言語と表出言語の適応水準の違いが生じることが確認された。相関分析では、成人 ASD 者が認定されている障害支援区分程度と、彼らのコミュニケーション領域（領域合計）と表出言語の適応水準の間には、有意な相関は認められなかったが、障害支援区分程度と受容言語の適応水準の間には中程度の負の相関が認められた。この結果は、認定されている障害支援区分の程度が低い（障害支援区分の判定において、必要と判断される支援の度合いが低く見積もられた）ASD 者ほど、会話において、相手が話す内容を聴き取り、それを正しく理解するスキルが高いことを

示すものである。

コミュニケーションスキルにおける標準得点/V 評価点と障害支援区分の程度との関連も同様の結果が得られた。相関分析(Spearman の順位相関)では、コミュニケーション領域の領域合計の標準得点、表出言語と読み書きの V 評価点と障害支援区分の間には有意な相関は示されなかったが、受容言語の V 評価点と障害支援区分の間に負の相関が示された。これは、判定されている障害支援区分の程度が低い(障害支援区分の判定において、必要と判断される支援の度合いが低く見積もられた)成人 ASD 者ほど、会話する相手が話す内容を聴きとり、それを適切に理解する能力が高いことを示すものである。さらに、コミュニケーション領域の領域合計の標準得点、各下位尺度の V 評価点を従属変数、障害支援区分の程度を独立変数とする共分散分析を行ったところ、領域合計、受容言語、表出言語において、障害支援区分に関する有意な主効果が認められたこともこれを支持する結果といえよう。これらの分析結果を踏まえると、成人 ASD 者における障害支援区分の判定には、彼らのコミュニケーションスキル、特に、会話する相手が話す内容を聴き取り、それを的確に理解するスキルである受容言語スキルが反映されやすいと考えられる。

#### 4. 不適応行動のレベルと障害支援区分程度の関連性

不適応行動のレベル(低い・やや低い・平均的・やや高い・高い)と認定されている障害支援区分の関連を検証するため

に、 $\chi^2$  検定および相関分析(Kendall の順位相関)を行った。まず  $\chi^2$  検定では、不適応行動(領域合計)、内在化問題、外在化問題のいずれの領域においても、有意差が認められ、障害支援区分程度の違いによって、成人 ASD 者の日常生活を熟知している第 3 者(親、支援者、世話人)が評定した彼らの不適応行動(領域合計)、内在化問題、外在化問題のレベルに違いが生じることが確認された。これに沿うように、相関分析でも、成人 ASD 者が認定されている障害支援区分の程度と、彼らの不適応行動(領域合計)、内在化問題、外在化問題のレベルの間には正の相関が示された。これは、判定されている障害支援区分の程度が高い(障害支援区分の判定において、必要と判断される支援の度合いが高いと見積もられた)成人 ASD 者ほど、日常生活において、不適応行動が強く引き起こされていることを示すものである。

さらに、これらの結果を支持するように、不適応行動、内在化問題、外在化問題における V 評価点と障害支援区分の関連も同様の結果が得られた。相関分析では、内在化問題と外在化問題を含む不適応行動のレベル(V 評価点)と障害支援区分の程度の間には強い正の相関が示された。これは、判定されている障害支援区分の程度が高い(障害支援区分の判定において、必要と判断される支援の度合いが高いと見積もられた)成人 ASD 者ほど、日常生活において不適応行動が頻繁に引き起こされていることを示している。さらに、不適応行動の V 評価点を従属変数、障害支援区分程度を独立変数とする

共分散分析を行ったところ、障害支援区分に関する有意な主効果が認められ、障害支援区分3および4の判定を受けているASD者は、他のASD者よりも不適応行動のV評価点が高いことが確認された。これらの分析結果を踏まえると、成人ASD者における障害支援区分の判定作業では、日常生活において成人ASD者が示す不適応行動の頻度やその重症度が大きく反映されていると考えられる。

## 5. 成人ASD者における障害支援区分程度を説明する変数

より直接的な日常生活スキル・コミュニケーションスキル・不適応行動と障害支援区分の関連を明らかにするため、性別、年齢、Vineland-II 適応行動尺度の下位領域の標準得点、性別、年齢を独立変数、障害支援区分を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。その結果、不適応行動領域が正の効果、コミュニケーション領域が負の主効果(有意傾向)を示していたが、日常生活スキル領域の効果は認められなかった。これは、成人ASD者のコミュニケーションスキルが低いほど、不適応行動が頻繁にそして強く引き起こされているほど、成人ASD者は障害支援区分の判定作業において、必要と判断される支援の度合いが高いと評価されることを表している。一方で、障害支援区分の判定では、ASD者の日常生活スキルの欠如は適切に評価されず、認定される障害程度区分には反映されていないことを示すものである。つまり、成人ASD者における障害支援区分の判定では、彼らのコミュニケーションスキルと

日常生活で引き起こされている不適応行動の頻度や重症度が評価されやすく、障害支援区分の判定に反映されている一方で、成人ASD者が示す日常生活スキルの欠如は適切に評価されておらず、それゆえに、障害支援区分の判定結果には反映されていないと示唆される。

さらに、各下位尺度における分析では、受容言語が有意な負の効果( $\beta = -.538, p < .05$ )を示していたことから、成人ASD者のコミュニケーションスキルの中でも、会話する相手の話を理解するスキルが障害支援区分の判定に影響していることが明らかになった。この結果に加え、障害支援区分の判定作業(一次判定)は、成人ASD者と認定調査員との面談によって行われていることを踏まえると、成人ASD者のコミュニケーションスキル、特に受容言語に関するスキルの欠如によって、必要以上に支援の度合いが高く判定されてしまう可能性が考えられる。

## E. 結論

障害支援区分程度の判定は、移動や動作等に関連する項目、身の回りの世話や日常生活等に関する項目、意思疎通等に関連する項目、行動障害に関連する項目、特別な医療に関連する項目の聞き取り面接によって行われるが、本研究の結果、国内で標準化されている日本語版 Vineland-II 適応行動尺度によって評定された成人ASD者のコミュニケーションスキルと不適応行動のレベルは、成人ASD者が認定されている障害程度区分程度に反映されていることが示唆された。しかし一方で、対象であった成人

ASD 者の日常生活を熟知している第 3 者（親，支援者，世話人）が評定した彼らの日常生活スキルのレベルは，判定されている障害支援区分程度と関連性がなかったことから，成人 ASD 者における日常生活スキルのレベルは，障害支援区分程度には適切に反映されていないと思われる。さらに，これらの結果を支持するように，不適応行動のレベルとコミュニケーションスキル（特に，受容言語に関するスキル）は障害支援区分程度を説明する変数であったが，日常生活スキルの各下位尺度の得点では障害支援区分の程度は説明できなかった。以上の結果を踏まえると，成人 ASD 者における障害支援区分の判定作業では，彼らの日常生活スキルの欠如が適切に評定されておらず，それゆえに，妥当な障害支援区分の判定が行われていない可能性が考えられる。

## F. 引用文献

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
(2014)障害者総合支援法における障害支援区分 市町村審査会委員マニュアル。

Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 1101-1114.

Hannon, G., & Taylor, E. (2013). Suicidal behavior in adolescents and young adults

with ASD: Findings from a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1197-1204.

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

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

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

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

Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*,



6, 406-412.

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

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

Anitha, A., Thanseem, I., Nakamura, K., Vasu, M., Yamada, K., Ueki, T., Iwayama, Y., Toyota, T., Tsuchiya, K. J., Iwata, Y., Suzuki, K., Sugiyama, T., Tsujii, M., Yoshikawa, T., & Mori, N. (2014). Zinc finger protein 804A (ZNF804A) and verbal deficits in individuals with autism. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 39, 294-303.

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

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

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

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

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

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

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

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

Iwata, K., Matsuzaki, H., Tachibana, T., Ohno, K., Yoshimura, S., Takamura, H., Yamada, K., Matsuzaki, S., Nakamura, K., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K.,

- Tsujii, M., Sugiyama, T., Katayama, T., & Mori, N. (2014). N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism. *Molecular Autism*, 5(33), Open Access.
- Miyachi T, Nakai A, Tani I, Ohnishi M, Nakajima S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Tsujii M. (2014). Evaluation of Motor Coordination in Boys with High-functioning Pervasive Developmental Disorder using the Japanese Version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26, 403-413.
- Maekawa, M., Yamada, K., Toyoshima, M., Ohnishi, T., Iwayama, Y., Shimamoto, C., Yoyota, T., Nozaki, Y., Balan, S., Matsuzaki, H., Iwata, Y., Suzuki, K., Miyashita, M., Kikuchi, M., Kato, M., Okada, Y., Akamatsu, W., Mori, M., Owada, Y., Itokawa, M., Okanano, H., & Yoshikawa, T. (2014). Unity of scalp hair follicles as a novel source of biomarker genes for psychiatric illnesses. *Biological Psychiatry*, Open Access.
- 中村和彦・鈴木勝昭・尾内康臣・辻井正次・森則夫. (2014). 特集：自閉症の分子基盤. 自閉症の PET 研究について. *分子精神医学*, 14, 88-98.
- 野田 航・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽 亮太・山本 彩・田中尚樹・辻井正次. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査. *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 154-159.
- 尾辻 秀久・村木 厚子・下山 晴彦・辻井正次・村瀬 嘉代子・森岡 正芳. (2104). 発達障害の理解(4) 学校教育と発達障害 社会的支援と発達障害(3). *臨床心理学*, 14, 461-465.
- 田中尚樹. (2014). 特別講演 大人になった自閉症スペクトラムの人たち: その生活と課題. *小児と精神と神経*, 54, 135-142.
- 辻井正次. (2014). 総説：社会的支援と発達障害. *臨床心理学*, 14, 163-167.
- 辻井正次. (2014). 発達障害研究の展望と意義：社会的側面を中心に (特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線), *臨床心理学*, 14, 331-336.
- 辻井正次. (2014). 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方 地域連携ネットワークによる支援, *公衆衛生*, 78, 378-381.
- 辻井正次. (2014). 成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援), *臨床心理学*, 14, 617-621.
- 辻井正次. (2014). 発達障害児を支える生涯発達支援システム (特集 シリー

ズ・発達障害の理解(6)発達障害を生  
きる) -- (当事者と支援者が協働する  
支援の視点), 臨床心理学, 14,  
827-830.

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

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

浮貝明典. (2014). 横浜市 発達障害者  
の人への一人暮らしに向けた支援  
~ サポートホーム事業から ~. *いと  
しご増刊 「かがやき」*, 11号, 21-26.

Vasu, M. M., Anitha, A., Thanseem, I.,  
Suzuki, K., Yamada, K.,  
Takahashi, T., Wakuda, T., Iwata,  
K., Tsujii, M., Sugiyama, T., & Mori,  
N. (2014). Serum microRNA  
profiles in children with autism.  
*Molecular Autism*, 5(40), Open  
Access.

Wakuda, T., Iwata, K., Iwata, Y.,  
Anitha, A., Takahashi, T., Yamada,  
K., Vasu, M. M., Matsuzaki, H.,  
Suzuki, K., & Mori, N. (2014).  
Perinatal asphyxia alters  
neuregulin-1 and COMT gene  
expression in the medial prefrontal  
cortex in rats. *Progress in  
Neuro-Psychopharmacology &  
Biological Psychiatry*, 56, 149-154

## 2. 学会発表

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

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

Table 1 対象者の内訳

性別		診断名	年齢段階		障害支援区分		就労状況		
男性	90	自閉症 (広汎性発達障害を含む)	44	20 - 29歳	76	区分1	4	未就労	31
女性	26	アスペルガー症候群	34	30 - 39歳	34	区分2	21	就労状況	55
		高機能自閉症	34	40歳以上	6	区分3	11	福祉就労 (職業訓練も含む)	21
		無回答	4			区分4	8	大学生	4
						未判定	68	無回答	5

note. 数値は人数を表す

Table 2 日常生活スキル，コミュニケーション，不適應行動の平均値と標準偏差

		<i>M</i>	<i>SD</i>	95% CI	
日常生活スキル					
	領域合計	67.53	17.09	63.94	- 71.12
	身辺自立	12.66	3.17	11.99	- 13.32
	家事	9.64	2.79	9.06	- 10.23
	地域生活	9.91	3.20	9.23	- 10.58
コミュニケーション					
	領域合計	52.28	23.54	48.60	- 55.96
	受容言語	11.90	3.11	11.24	- 12.55
	表出言語	7.32	4.32	10.66	- 11.95
	読み書き	11.13	3.23	10.45	- 11.81
不適應行動					
	領域合計	18.73	2.78	18.11	- 19.35
	内在化問題	19.37	2.71	18.77	- 19.97
	外在化問題	17.51	3.00	16.85	- 18.18

Table 3 日常生活スキル領域における適応水準ごとの人数と割合

	領域合計		身辺自立		家事		地域生活	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
低い	49	62.0%	9	11.4%	40	50.6%	30	38.0%
やや低い	22	27.8%	21	26.6%	26	32.9%	35	44.3%
適応水準 平均的	8	10.1%	48	60.8%	13	16.5%	14	17.7%
やや高い	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Table 4 コミュニケーション領域に関する適応水準ごとの人数と割合

	領域合計		受容言語		表出言語		読み書き	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
低い	63	79.7%	18	22.8%	51	64.6%	23	29.1%
やや低い	7	8.9%	18	22.8%	16	20.3%	31	39.2%
適応水準 平均的	9	11.4%	43	54.4%	12	15.2%	25	31.6%
やや高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Table 5 不適応行動領域における適応水準ごとの人数と割合

	領域合計		内在化問題		外在化問題		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
適応水準	低い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	やや低い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	平均的	26	33.3%	18	23.1%	39	50.0%
	やや高い	28	35.9%	25	32.1%	26	33.3%
	高い	24	30.8%	35	44.9%	13	16.7%

Table 6 日常生活スキルに関する適応水準と障害支援区分の関連

		区分1	区分2	区分3	区分4	$\chi^2(6)$	$\tau$
領域合計	低い	2	13	5	3	4.12	.138
	やや低い	2	4	5	4		
	平均的	0	3	1	1		
身辺自立	低い	0	4	3	0	9.18	.091
	やや低い	3	4	3	2		
	平均的	1	11	5	6		
	やや高い	0	1	0	0		
家事	低い	2	9	4	2	1.82	.136
	やや低い	1	8	4	4		
	平均的	1	3	3	2		
地域生活	低い	1	8	2	3	4.46	.008
	やや低い	1	9	7	3		
	平均的	2	3	2	2		

Table 7 日常生活スキルの各領域に関する共分散分析の結果

		障害支援区分				$F(3, 37)$	$p$	$\eta^2$
		区分1	区分2	区分3	区分4			
領域合計	$M$	70.54	65.8	71.09	70.88	0.20	.895	.016
	$SD$	6.48	16.55	17.33	23.49			
身辺自立	$M$	12.25	12.15	12	13.63	0.22	.855	.017
	$SD$	2.63	4.03	3.61	2.56			
家事	$M$	10	9.55	10.55	9.5	0.03	.829	.023
	$SD$	2.83	2.37	3.14	5.32			
地域生活	$M$	11.75	9.75	11.18	10.13	0.62	.605	.048
	$SD$	1.89	3.19	2.04	2.8			

note 領域合計は標準得点, 下位領域はV評価点を示している

Table 8 コミュニケーションスキルに関する適応水準と障害支援区分の関連

		区分1	区分2	区分3	区分4	$\chi^2(6)$	$\tau$
領域合計	低い	1	17	8	7	17.17**	-.158
	やや低い	2	0	0	1		
	平均的	1	3	3	0		
受容言語	低い	0	4	2	5	11.80 <sup>†</sup>	-.331**
	やや低い	0	4	1	2		
	平均的	4	12	8	1		
表出言語	低い	0	17	6	7	17.28**	-.155
	やや低い	2	0	2	0		
	平均的	2	3	3	1		
読み書き	低い	0	8	0	3	8.50	.075
	やや低い	2	7	5	2		
	平均的	2	5	6	3		

<sup>†</sup>  $p < .10$  \*\*  $p < .01$



Table 9 コミュニケーションスキルに関する共分散分析の結果

		障害支援区分				$F(3, 37)$	$p$	$\eta^2$
		区分1	区分2	区分3	区分4			
領域合計	$M$	80.32	47.48	63.97	34.31	4.93	<.01	.285
	$SD$	11.29	5.14	6.87	8.14			
受容言語	$M$	13.81	12.41	12.75	8.30	6.33	<.01	.339
	$SD$	1.29	0.59	0.79	0.93			
表出言語	$M$	12.53	5.73	9.00	4.54	4.65	<.01	.274
	$SD$	2.08	0.95	1.26	1.50			
読み書き	$M$	1.25	10.65	12.64	10.13	1.70	.121	.121
	$SD$	2.06	2.92	2.20	4.52			

note 領域合計は標準得点, 下位領域はV評価点を示している

Table 10 不適応行動に関する適応水準と障害支援区分の関連

		区分1	区分2	区分3	区分4	$\chi^2(6)$	$\tau$
領域合計	平均的	3	8	1	0	15.98*	.454***
	やや高い	0	10	4	4		
	高い	1	2	6	4		
内在化問題	平均的	3	3	0	2	19.20**	.293*
	やや高い	0	13	3	3		
	高い	1	4	8	3		
外在化問題	平均的	3	13	4	2	10.80†	.390**
	やや高い	1	7	4	3		
	高い	0	0	3	3		

†  $p < .10$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Table 11 不適応行動の各領域に関する共分散分析の結果

		障害支援区分				$F(3, 37)$	$p$	$\eta^2$
		区分1	区分2	区分3	区分4			
領域合計	$M$	16.00	17.75	20.46	20.62	8.85	<.001	.418
	$SD$	3.56	2.22	1.97	0.744			
内在化問題	$M$	16.75	19.15	20.73	19.13	4.21	<.05	.255
	$SD$	2.99	2.06	1.01	2.23			
外在化問題	$M$	15.50	16.55	18.46	19.25	2.49	.076	.168
	$SD$	3.00	2.56	3.17	2.82			

note 各平均値はV評価点を示している

Table 12 障害支援区分を従属変数とする階層的重回帰分析の結果 (標準化偏回帰係数)

	Step 1	Step 2
性別 (基準: 男子)	-.170	-.173
年齢	-.041	-.127
Vineland-II下位領域		
日常生活スキル		.155
コミュニケーション		-.248 <sup>†</sup>
不適応行動		.588 <sup>***</sup>
	$R^2$	.029
	$R^2$	.456 <sup>*</sup>
		.428 <sup>***</sup>

<sup>†</sup>  $p < .10$  \*  $p < .05$  \*\*\*  $p < .001$

Table 13 障害支援区分を従属変数とする階層的重回帰分析の結果(標準化偏回帰係数)

		Step 1	Step 2
	性別(基準:男子)	-.170	-.167
	年齢	-.041	.033
日常生活スキル			
	身辺自立		.081
	家事		.194
	地域生活		-.055
コミュニケーションスキル			
	受容言語		-.538 *
	表出言語		.190
	読み書き		-.231
不適応行動			
	内在化問題		.287
	外在化問題		.175
		$R^2$	.029
		$R^2$	.386 *

\*  $p < .05$

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)

分担研究報告書

**自閉スペクトラム症の成人における Quality of Life と  
適応・不適応行動との関連に関する調査**

**研究代表者**

辻井正次(中京大学 現代社会学部)

**分担研究者**

鈴木勝昭(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター・精神医学)

肥後祥治(鹿児島大学 教育学部)

萩原 拓(北海道教育大学 旭川校)

**研究協力者**

浮貝明典(特定非営利活動法人 PDD サポートセンター グリーンフォレスト)

長山大海(特定非営利活動法人 PDD サポートセンター グリーンフォレスト)

松田裕次郎(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

山本 彩(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

巽 亮太(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

田中尚樹(日本福祉大学 社会福祉学部)

村山恭朗(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター)

**研究要旨** 自閉スペクトラム症 (Autism spectrum disorder, 以下, ASD) は社会的相互作用とコミュニケーションの障害, 常同/こだわり行動を中核とする神経発達障害である。国外の研究調査では, ASD 児者の予後を考慮する上で, QOL(Quality of life)や適応行動のレベルは重要であることが指摘されており, これらの変数の関連性が検討されている。しかしながら, 国内ではこのような調査はあまり行われていない。本研究は, 自閉スペクトラム症の診断を受けている成人 116 名を対象として, QOL(Quality of Life)と適応・不適応行動の関連を検証した。世界的に利用されている WHOQOL および Vineland-II (日本語版) を用いて, QOL および適応・不適応行動を評定した。分析の結果, 成人 ASD 者は先行研究で報告されている国内の一般成人と同程度の QOL を示すことが認められた。適応・不適応行動に関しては, 診断名・年齢・性別に関わらず, 同年代の成人よりも成人 ASD 者は適応行動のレベルが低く, 不適応行動のレベルがやや高い状態にあった。QOL を従属変数, 適応・不適応行動レベルを独立変数とした階層的な重解分析を行ったところ, 不適応行動は QOL に負の効果を及ぼすことが認められた。このことから, 成人 ASD 者が健全で充足的な生活を営むためには, 成人 ASD 者における不適応行動の減弱が重要であることが示唆される。

## A. 研究目的

自閉スペクトラム症 (Autism spectrum disorder, 以下, ASD) は社会的相互作用とコミュニケーションの障害, 常同/こだわり行動を中核とする神経発達障害である。これらの発達の特性に加え, ASD 児者は定型発達児者と比べると, 適応的な社会生活が著しく妨げられることがこれまで多くの先行研究で指摘・報告されている。例えば, 定型発達児者と同程度の知的水準にある ASD (高機能 ASD) 児者であっても, 社会生活を営む上で必要とされる適応行動のスキルが低いこと (Saulnier et al., 2007), 自傷行為などの不適応行動の頻度が高いこと (Gerber et al., 2011) が認められている。このように, ASD 児者は生得的な発達特性に加え, 社会生活の問題を抱えやすいことから, 生涯を通じ ASD 児者への支援や介入は必要であることが指摘されている (e.g., Gerber et al., 2011)。

これまで, ASD 児者の予後に関する研究・調査では, 就学前の IQ や言語獲得スキル, 成人における就労状況や一人暮らしの達成などは, ASD 児者の予後を予測し得る変数として主に用いられてきたが, ASD 児者の予後を予測する精度としては, いずれの変数も肯定的な結果を示すには至っていない (Howlin et al., 2004; Mawhood et al., 2000)。そのため, 調査を行う上でこれらの変数を測定することや将来の適応に向けてこれらの要因に介入する意義が薄れており, 改めて ASD 児者への支援の方向性や目的が問われている。

このような ASD 研究をとりまく状況

下で, 近年, ASD 児者が報告する QOL (Quality of Life) の程度は ASD 児者の長期的な予後を判断できる変数として取り上げられており (Kamio et al., 2012), ASD 児者の支援の目標の一つとして QOL の向上が認識されつつある。QOL は, 個人が生活する文化や価値観の中で, 目標, 期待, 道徳的規範, および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識と定義されている。これは, 個人の身体的・精神的な自立のレベル, 社会関係, 信念, 環境などの重要な人生の領域との関わりという複雑なあり方を取り入れた広範囲な概念とされている (World Health Organization: The WHOQOL Group, 1995)。この定義は, WHO が提示する健康の定義 (健康とは, 身体的・精神的・社会的に良好な状態を指し, 単に疾病を患っていないことや, 衰弱していないことを指していることではない) と合致するものである。

しかし, ASD 児者が感じる QOL に関する先行知見は一貫していない。一部の調査・研究では, ASD の中核的な特性や社会生活の困難のため, 定型発達児者と比べると, ASD 児者は著しく QOL が低いと指摘・報告されている。成人を対象とした調査では, Kamp-Becker ら (2010) は IQ が 70 以上ある成人の ASD 者 (平均年齢 21.6 歳, 範囲 17 - 28 歳), 統合失調症患者, 精神疾患を罹患していない定型発達者が示す QOL を比較している。分析の結果, ASD 者は統合失調症患者よりも高い QOL を示したが (下位尺度の「社会的関係性」は有意差なし), 定型発達者よりも QOL 全体および QOL を評定

する4つの下位尺度のうち3つの下位尺度（身体的健康，心理的健康，社会的関係性）で低い得点を示した。Kamp-Beckerらの研究報告を支持するように，アスペルガー障害と診断された成人と定型発達者を比較した調査（Jennes-Coussens et al., 2006）でも，アスペルガー障害を有する成人は定型発達者よりも低いQOLを示すことが確認されている。その他，成人ASD者を対象とした別の調査（Saldana et al., 2009）や，ASD児を対象とした調査（Kose et al., 2013; Kuhlthau et al., 2010; Sheldrick et al., 2012）でも，同じ知見が報告されている。

一方で，ASD児者は定型発達児者と同水準のQOLを示すと報告する調査も存在している。108名のASD者（年齢範囲17～40歳）を対象とした調査（Billstedt et al., 2011）では，対象者の88%は良好なQOLを維持していることが確認されている。ASD児者を対象とする別の調査（Burgess & Gutstein, 2007; Gerber et al., 2008）でも，ASD児者は定型発達児者が示すQOLと同水準にあることが報告されている。

以上の研究報告を鑑みると，ASD児者におけるQOLの水準に関しては一貫した知見が得られていないことが理解される。さらに我が国におけるASD児者のQOLの調査はこれまでにほとんど行われていない状況にある。このことを踏まえ，本研究はASDの診断を受けている成人が示すQOLを評定することを本研究の目的の一つとする。

上記のように，一部の調査・研究では，ASD児者が感じるQOLは定型発達児者に比べて低いことが報告されているが，この原因として，ASD児者の適応行動の水準の低さや不適応行動の水準の高さが指摘されている。例えば，先に示したKamp-Beckerらの研究（2010）によれば，日常生活に必要なスキルとQOLは関連し（ $r=.52$ ），さらに日常生活スキルの高さはQOLの水準を説明する（日常生活スキルが高いASD者ほど高いQOLを示す）ことが確認されている。ASD児を対象とした調査でも，適応行動水準とQOLの関連（正の相関）が認められている（Tilford et al., 2012）。不適応行動に関しては，286名のASD児を対象とした調査でも，不適応行動とQOLの間には負の関連があることが報告されている。成人ASD者（年齢範囲24 - 62歳）を対象とした介入調査では，不適応行動の改善とQOLは関連し，不適応行動の緩和が促されるほどASD者のQOLが改善することが見出されている（Gerber et al., 2011）。

一方，我が国では，日常生活を営む上での適応行動や不適応行動を評定し，かつ，海外の研究調査で用いられている世界基準にある尺度の標準化が遅れたこともあり，ASD者が示す適応行動/不適応行動の水準とQOLの関連性はこれまでにほとんど検証されていない。しかし，近年，多くの国外の研究調査で利用されている，適応行動/不適応行動を妥当に評定できる尺度（Vineland-II Adaptive Behavior Scales, Sparrow et al., 2005）が標準化され出版されている（黒田・伊

藤・萩原・染木，2014；日本語版 Vineland-II 適応行動尺度）。そこで本研究では，二つ目の目的として，日本語版 Vineland-II を利用し ASD 者の適応 / 不適応行動を評定した上で，QOL の水準と適応行動 / 不適応行動の関連を検証する。

## B. 研究方法

### 1. 調査協力者

ASD（高機能自閉症，アスペルガー症候群，広汎性発達障害を含む）の診断を受けている成人 116 名（男性 90 名，女性 26 名，年齢範囲：20 歳 - 52 歳，平均  $28.10 \pm 6.54$  歳，20 歳代 44 名，30 歳代 34 名，40 歳以上 6 名）を調査対象とした。本研究への参加募集は，愛知県を中心に活動し ASD や ADHD など神経発達障害の診断を受けている子どもや成人を対象としている自助団体（NPO 法人）の成人会員，滋賀県および神奈川県にある NPO 法人が運営する施設を利用しかつ ASD の診断を有する成人，浜松市にある医療機関に通院している成人 ASD 者，成人 ASD 者を対象としたセミナーに参加した者に対して行われ，本研究への参加協力の意志を示した成人を調査対象とした。診断の内訳は，自閉症（以下，ASD），アスペルガー症候群（以下，AS），高機能自閉症（以下，HFASD）であった。Table 1 には調査対象者の内訳が示されている。なお，本研究における分析に際し，調査対象者のうち，一部の項目に対する回答が欠損となっていた者のデータは分析ごとに除外した。

### 2. 調査材料

WHOQOL26:QOL の評定には，WHO が作成した WHOQOL26（WHOQOL-BREF）の日本語版（田崎・中根，2007）を使用した。WHOQOL は身体的領域，心理的領域，社会的領域，環境領域の 4 領域の 24 項目と全領域に関わる内容を問う 2 項目の全 26 項目で構成されている。身体的領域の下位項目には日常生活動作・医薬品と医療への依存・活力と疲労・移動能力・痛みと不快・睡眠と休養・仕事の能力，心理的領域の下位項目にはボディイメージ・否定的感情・肯定的感情・自己評価・精神性/宗教/信念・思考/学習/記憶/集中力，社会的領域の下位項目には人間関係・社会的支え・性的活動，環境領域の下位項目には金銭関係・自由/安全と治安・健康と社会的ケア・利用のしやすさと質・居住環境・新しい情報/技術の獲得の機会・余暇活動への参加と機会・生活圏の環境・交通手段で構成されている。「過去 2 週間にどのように感じたか」，「過去 2 週間にどのくらい満足したか」，あるいは「過去 2 週間にどのくらいの頻度で経験したか」と教示されており，過去 2 週間を振り返り全 26 項目に回答する。回答形式は 5 件法（1：まったくない/まったく悪い/まったく不満，2：少しだけ悪い/少し不満，3：多少は/ふつう/どちらでもない，4：かなり/良い/満足/かなり頻繁に，5：非常に/非常によい/非常に満足/常に）である。各下位領域および総合的 QOL の評定合計得点ではなく，平均値により算出する。日本語版 Vineland-II 適応行動尺度：適応行動および不適応行動の評定には，日本語版 Vineland-II 適応行動尺度（黒

田・伊藤・萩原・染木, 2014)を用いた。Vineland-II 適応行動尺度では, 評価対象者(本研究では, 調査協力者である自閉スペクトラム症者を指す)の日常的な行動を熟知する者(本研究では, 調査協力者の親, 支援者, 世話人であった)に対して半構造化面接を実施し, 評価対象者の適応行動および不適応行動の水準を評定する。適応行動は4つの領域(コミュニケーション, 日常生活スキル, 社会性, 運動スキル)で構成されるが, 評価対象者が7~49歳の場合には, 適応行動指標には運動スキルは含まれない。本研究の多くの対象者はこの年齢段階にあることから, 本研究では運動スキル領域の聴取は実施されなかった。コミュニケーション領域には受容言語, 表出言語, 読み書きの下位尺度が, 日常生活スキル領域には身辺自立, 家事, 地域生活の下位尺度が, 社会性領域には対人関係, 遊びと余暇, コーピングスキルの下位尺度がある。不適応行動は「内在化問題」, 「外在化問題」, 「その他」の3つの下位領域で構成されている。適応行動および不適応行動の水準は, 各下位領域の粗点を年代段階別の換算表を用いて変換した標準得点によって表される。標準得点の平均値は100であり, 1標準偏差は15である。適応行動の水準は, 標準得点に基づいて「平均的」, 「やや低い」, 「低い」, 「やや高い」, 「高い」に分けられる。各標準得点が20~70の場合には「低い」, 71~85の場合には「やや低い」, 86~114の場合には「平均的」, 115~129の場合には「やや高い」, 130以上の場合には「高い」と評定される。一方, 不適応行動の程度については,

標準得点は算出されないため, 粗点より算出されるV評価点(平均値15, 1標準偏差3)により示される。適応行動と同様に, 不適応行動の水準もV評価点に基づいて分類され, V評価点が1~9の場合は「低い」, 10~12の場合は「やや低い」, 13~17の場合は「平均的」, 18~20の場合は「やや高い」, 21~24の場合は「高い」と評定される。本調査における, Vineland-IIの実施(1回の半構造化面接)時間は, おおよそ60分であった。

### 3. 手続き

あらかじめ対象者本人に対して, 調査への回答は任意であり, 回答しないことによる不利益は生じないことを説明した。本研究の手続きは, 浜松医科大学の倫理委員会の審査と承認を受けた。

## C. 研究結果

### 1. 記述統計

Table 2には, 適応行動の合計および各下位領域(コミュニケーション, 日常生活スキル, 社会性)の標準得点, 不適応行動の合計および各下位領域(内在化問題と外在化問題)の標準得点が示されている。適応行動の標準得点は約50点( $SD=18.06$ )であり, 適応行動は低い水準に留まった。適応行動の各下位領域(コミュニケーション・日常生活スキル・社会性)の標準得点も低い水準であった。不適応行動のV評価点は18.73点( $SD=2.78$ )であり, 平均値よりも1標準偏差以上高い得点を示した。このことから, 本研究の対象者はやや高い不適応行動を示していたと判断される。内在化



問題および外在化問題の V 評価点は 18 点前後であった（内在化問題：19.37 ± 2.71 点，外在化問題：17.51 ± 3.00 点）。

Table 3 には，適応行動および不適応行動の水準ごとの人数と全体に占める割合が示されている。適応行動全体に関しては，対象者の 8 割以上が「低い」水準にあった。さらに，適応行動の各下位領域に関しても，半数以上が示す適応得点は「低い」水準の範囲にあった。不適応行動全体の水準は，全体の約 1/3 にあたる 21 名が「高い」水準にあった。しかし，内在化問題に関しては，約半数（29 名）は「高い」水準を示した。

Table 4 には QOL の平均点および標準偏差が示されている。QOL 全体および各下位領域はおおよそ 3.3 点前後であった（全体：3.25 ± 0.66 点，身体領域：3.31 ± 0.73 点，心理的領域：3.04 ± 0.73 点，社会的領域：3.05 ± 0.83，環境領域：3.41 ± 0.74 点）。先行研究（田崎・中根，2007）において，国内の一般成人（ $n=1,399$ ）における QOL が報告されている。この調査に基づくと，我が国における一般成人が示す QOL の平均値は 3.29 ± 0.46 点，20・30 歳代（20 歳代  $n=307$ ，30 歳代  $n=239$ ）における身体領域・心理的領域・社会的領域・環境領域の得点は 3.3 点前後（Table 3）である。一方，本研究の調査対象者が示す全体および下位領域の QOL 得点は，先行研究の平均値 ± 1 標準偏差内にあることから，本研究における成人 ASD 者は同年代の一般成人と同水準の QOL を示していた。

## 2 . 診断と適応行動・不適応行動・QOL

## の関連

Table 5 には，診断ごとの適応・不適応行動レベルおよび QOL の平均値と標準偏差が示されている。調査対象者の診断の違いによる適応・不適応行動の水準の差が認められるかについて検証するために，性別と年齢段階（20 歳代，30 歳代，40 歳以上の 3 段階）を共変量，診断名と性別を独立変数，適応行動/不適応行動の得点（Vineland-II による標準得点もしくは V 評価点），QOL の得点を従属変数とする共分散分析を行った。適応行動に関して，診断の主効果が有意であり（ $F(2,74)=5.292$ ,  $p<.01$ ,  $\eta^2=.125$ ），多重比較の結果，AS の診断を受けている成人は，ASD の診断を受けている者よりも，適応行動の標準得点が高かった（ $p<.01$ ）。年齢段階および性別の主効果は有意ではなかった（年齢段階  $F(1,74)=2.397$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.031$ ；性別  $F(1,74)=0.047$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.001$ ）。不適応行動に関しては，診断の主効果は有意ではなく（ $F(2,74)=0.085$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.002$ ），年齢段階および性別の主効果も有意ではなかった（年齢段階  $F(1,74)=0.868$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.012$ ；性別  $F(1,74)=0.018$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.000$ ）。QOL については，共変量（年齢段階  $F(1,82)=1.678$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.020$ ；性別  $F(1,74)=0.394$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.005$ ）に加え，診断の主効果も有意ではなかった（ $F(2,82)=1.308$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.031$ ）。

## 3 . 就労状況と適応・不適応行動の関連

Table 6 には，就労状況ごとの適応・不適応行動レベルと QOL の平均値および標準偏差が示されている。適応行動に

おける各領域の適応水準（低い，やや低い，平均的，やや高い，高い）と就労状況の関連性を検証するため， $\chi^2$  検定を行った。なお，分析に際し，大学生である者は除外し，分析を行った。Table 7 にはその結果が示されている。適応行動の領域合計およびいずれの下位領域（コミュニケーション領域，日常生活スキル領域，社会性領域）においても，適応水準と就労状況の有意な連関は認められなかった（領域合計  $\chi^2(4)=4.156, p>.051$ ；コミュニケーション領域  $\chi^2(4)=7.03, p>.05$ ；日常生活スキル  $\chi^2(4)=3.005, p>.05$ ；社会性  $\chi^2(4)=6.342, p>.05$ ）。これに沿うように，就労状況と適応行動の各領域における適応水準の相関(Kendallの順位相関)も有意ではなかった。

次に，就労状況（一般就労，福祉就労，未就労）を独立変数，適応行動の標準得点を従属変数，性別と年齢段階（20 歳代，30 歳代，40 歳以上の 3 段階）を共変量とする共分散分析をおこなった。なお，分析に際し，大学生である者は除外し，分析を行った。その結果(Table 6)，適応行動（領域合計）に関して，就労状況の主効果は有意でなく ( $F(2,76)=2.24, p>.05, \eta^2=.06$ )，共変量である年齢段階および性別の主効果も有意ではなかった（年齢段階  $F(1,76)=2.268, p>.05, \eta^2=.031$ ；性別  $F(1,76)=0.001, p>.05, \eta^2=.000$ ）。また適応行動の各下位領域についても，同様の分析を行ったところ(Table 6)，いずれの下位領域においても，有意な就労状況の主効果は認められなかった（コミュニケーション領域  $F(2,76)=2.57, p<.10, \eta^2=.063$ ；日常生活領域  $F(2,76)=0.77,$

$p>.05, \eta^2=.020$ ；社会性領域  $F(2,76)=1.53, p>.05, \eta^2=.042$ ）。共変量である年齢段階の主効果に関しては，コミュニケーション領域 ( $F(1,76)=4.296, p<.05, \eta^2=.053$ )では有意であったが，他の下位領域では有意ではなかった（日常生活スキル領域  $F(1,76)=1.68, p>.05, \eta^2=.022$ ；社会性領域  $F(1,76)=1.53, p>.05, \eta^2=.042$ ）。性別に関しては，いずれの下位領域でも，その主効果は有意ではなかった（コミュニケーション領域  $F(1,76)=0.46, p>.05, \eta^2=.006$ ；日常生活スキル領域  $F(1,76)=0.05, p>.05, \eta^2=.001$ ；社会性領域  $F(1,76)=0.29, p>.05, \eta^2=.004$ ）。

不適応行動（領域合計），内在化問題，外在化問題のレベル（低い，やや低い，平均的，やや高い，高い）と就労状況の関連性を検証するため  $\chi^2$  検定を行った。なお，分析に際し，大学生である者は除外し，分析を行った。Table 8 にはその結果が示されている。不適応行動（領域合計）のレベルと就労状況の間に有意な連関が認められ，その間には強い負の相関が示された ( $\chi^2(4)=36.974, p<.001; \tau=-.573, p<.001$ )。内在化問題および外在化問題に関しても同様に，内在化問題や外在化問題のレベルと就労状況の間に有意な連関が認められ（内在化問題  $\chi^2(4)=25.581, p<.001$ ；外在化問題  $\chi^2(4)=13.608, p<.01$ ），未就労の成人 ASD 者ほど内在化問題や外在化問題のレベルが高かった（内在化問題  $\tau=-.525, p<.001$ ；外在化問題  $\tau=-.334, p<.01$ ）。

次に，就労状況（一般就労，福祉就労，未就労）を独立変数，不適応行動・内在化問題・または外在化問題の V 評価点を従

属変数，性別と年齢段階(20歳代，30歳代，40歳以上の3段階)を共変量とする共分散分析をおこなった。なお，分析に際し，大学生である者は除外し，分析を行った。その結果(Table 6)，不適応行動に関しては，就労状況の主効果が有意であり( $F(2,69)=20.291, p<.001, \eta^2=.370$ )，多重比較の結果，未就労の成人 ASD 者は，一般就労および福祉就労している成人 ASD 者よりも不適応行動の V 評価点が高かった( $p<.05$ )。共変量である年齢段階および性別の主効果は有意ではなかった(年齢段階  $F(1,69)=0.001, p>.05, \eta^2=.000$ ; 性別  $F(1,79)=0.505, p>.05, \eta^2=.007$ )。

従属変数を内在化問題および外在化問題に変え，同様の分析を行った(Table 6)。内在化問題について，就労状況の主効果は有意であり( $F(2,69)=17.97, p<.001, \eta^2=.342$ )，多重比較の結果，未就労にある成人 ASD 者では，一般就労および福祉就労している成人 ASD 者と比べ，内在化問題の V 評価点が高かった( $p<.01$ )。外在化問題についても，就労状況の主効果が有意となり( $F(2,69)=5.72, p<.01, \eta^2=.142$ )，多重比較の結果，未就労の成人 ASD 者では，一般就労している成人 ASD 者に比べ，外在化問題の V 評価点が高かった( $p<.01$ )。

QOL の得点と就労状況の関連性を検証するため，相関分析(Kendall の順位相関)を行った。なお，分析に際し，大学生である者は除外し，分析を行った。その結果，QOL 得点と就労状況の間に有意な正の相関( $\tau=.273, p<.01$ )が示された。社会的領域( $\tau=.157, p<.10$ )を除く，QOL の各下位領域においても有意な正の相関が

示された(身体領域  $\tau=.273, p<.01$ ; 心理的領域  $\tau=.199, p<.05$ ; 環境領域  $\tau=.265, p<.01$ )。

次に，就労状況(一般就労，福祉就労，未就労)を独立変数，QOL の得点を従属変数，性別と年齢段階(20歳代，30歳代，40歳以上の3段階)を共変量とする共分散分析をおこなった。なお，分析に際し，大学生である者は除外し，分析を行った。その結果(Table 6)，就労状況の主効果が有意であり( $F(2,79)=3.87, p<.05, \eta^2=.089$ )，多重比較の結果，一般就労している成人 ASD 者は，未就労にある成人 ASD 者よりも高い QOL 得点を示した( $p<.05$ )。共変量である年齢段階および性別の主効果は有意ではなかった(年齢段階  $F(1,79)=1.402, p>.05, \eta^2=.017$ ; 性別  $F(1,79)=0.613, p>.05, \eta^2=.008$ )。

#### 4 . 適応・不適応行動と QOL の相関

Table 9 に年齢，性別，適応行動・不適応行動，QOL における相関係数(Pearson 積率相関)を示す。QOL と適応行動の間には有意な相関は認められなかった(QOL - 適応行動  $r=.052$ ，QOL - コミュニケーション  $r=-.093$ ，QOL - 日常生活スキル  $r=.117$ ，QOL - 社会性  $r=.097$ ，すべて  $p > .05$ )。同様に，QOL の各下位領域と適応行動の間にも有意な相関は認められなかった。不適応行動と QOL の相関に関しては，QOL と不適応行動の間に，有意な中程度の負の相関が認められた( $r=-.404, p<.01$ )。さらに，不適応行動の下位領域である内在化問題および外在化問題も QOL と有意な負の相関関係にあった(内在化問題  $r=-.356, p<.01$ ，外在

化問題  $r=-.300, p<.05$  )。社会的領域を除く、QOL のすべての下位領域は不適応行動と負の相関を示した( 身体的領域  $r=-.412, p<.01$  , 心理的領域  $r=-.352, p<.01$  , 環境領域  $r=-.322, p<.05$  )。なお、対象者の性別および年齢と QOL、適応行動、不適応行動の相関については、年齢と適応行動( $r=.266, p<.05$ )、年齢とコミュニケーション( $r=.408, p<.01$ )を除き、有意な相関は認められなかった。

## 5 . 適応・不適応行動が及ぼす QOL への効果

前節で示した相関係数には、他の変数を介した疑似相関が含まれている。そこで、適応行動および不適応行動と QOL のより直接的な関連を検討するため、QOL(全体)の得点を従属変数、適応行動と不適応行動の領域合計の標準得点/V 評価点、年齢、性別を独立変数とする階層的重回帰分析を行った( Table 10 )。その結果、不適応行動は QOL に有意な負の効果( $\beta=-.389, p<.01$ )を示したが、適応行動は QOL に有意な効果を示さなかった( $\beta=-.002, p>.05$ )。

適応行動領域および不適応行動領域の各下位領域( コミュニケーション領域、日常生活領域、社会性領域、内在化問題、外在化問題 ) を独立変数に変え、同様の分析を行った。その結果( Table 11 )、いずれの下位領域も有意な効果を示さなかった( コミュニケーション領域  $\beta=-.070, p>.05$ ; 日常生活領域  $\beta=-.165, p>.05$ ; 社会性領域  $\beta=-.071, p>.05$ ; 内在化問題  $\beta=-.253, p>.05$ ; 外在化問題  $\beta=-.141, p>.05$ )。

## D. 考察

ASD の診断を受けている成人 57 名を対象として、本研究は以下の 2 点を検証することが目的であった。

- 1 . 成人 ASD 者の日常生活における QOL を評定する
- 2 . 成人 ASD 者が示す適応行動 / 不適応行動と QOL の関連を検証する

分析の結果、本研究の対象であった成人 ASD 者が示す QOL は、先行研究で報告されている国内の一般成人が示す QOL と同水準にあることが認められた。国内で標準化された Vineland-II を利用し、成人 ASD 者が示す適応行動および不適応行動の水準を評定したところ、同年代の成人と比べ、成人 ASD 者の適応行動の水準は低い状態、不適応行動の水準はやや高い状態にあった。さらに、就労していない ASD 者は就労している ASD 者よりも不適応行動のレベルが高いことが示された。QOL と適応 / 不適応行動の関連については、QOL と適応行動の関連は認められなかったものの、QOL と不適応行動の間には負の相関があることが確認された。この結果を支持するように、回帰分析においても、不適応行動のレベルは QOL に負の効果を示していた。このことから、不適応行動を頻繁に引き起こしている成人 ASD 者ほど QOL が低下しており、その人らしい生活や、人として充実した生活を送ることが難しい状態であることが示唆された。

## 1. 成人 ASD 者が示す QOL

本研究は、国内外の研究で使用されている QOL の評価尺度 (WHOQOL) を利用し、成人 ASD 者の QOL を測定した。その結果、対象者が示す QOL は先行研究で報告されている国内の一般成人が示す QOL と同水準にあった。具体的には、本研究の対象である成人 ASD 者の QOL (全体) の得点は、3.22 点 ( $SD=0.64$ ) であった。一方、先行研究 (田崎, 2000) で報告されている国内 (東京・大阪・長崎) の一般成人 ( $n=1,399$ , 年齢範囲 20 - 79 歳) が示す QOL (全体) は 3.29 点 ( $SD=0.46$ ) である。本調査対象者である成人 ASD 者の QOL 得点 (平均値) は、この国内の一般成人が示す QOL の平均値  $\pm 1$  標準偏差の範囲内にあることから全体の平均値からすると、本研究の対象者である成人 ASD 者は一般成人と同水準に、充実した生活を維持していると判断される。

さらに、QOL の下位領域に関しても同様の結果が示された。本研究の成人 ASD 者が示した各下位領域の得点は身体的領域 3.30 点 ( $SD=0.71$ )、心理的領域 3.05 点 ( $SD=0.75$ )、社会的領域 3.05 点 ( $SD=0.83$ )、環境領域 3.38 点 ( $SD=0.71$ ) であった。田崎 (2000) の報告によると、同年齢段階にある一般成人の QOL 下位領域の得点も同水準にあることが示されている (Table 4)。つまり、QOL 全体の得点と同じように、QOL の各下位領域の得点に関しても、本研究の対象者であった成人 ASD 者は同年齢段階にある一般成人と同じように、安定した生活を過ごしており、自身の生活に対して満足して

いると思われる。これらの結果に沿うように、海外の先行研究 (Billstedt et al., 2011; Burgess & Gutstein, 2007; Gerber et al., 2008) でも、ASD 者は一般成人と同水準の QOL を示すことが確認されている。本研究の結果や先行知見を踏まえると、充実した生活を送り、自身の人生に満足するかどうかは、ASD の診断の有無に左右されるものではないと考えられる。

## 2. 成人 ASD 者の適応・不適応行動

本研究は、国内で標準化されている日本語版 Vineland-II 適応行動尺度を利用し、成人 ASD 者の日常生活を熟知している第三者 (親、支援者、世話人) が評価する形式により、日常生活における適応行動のレベル、引き起こされている不適応行動の頻度や強度を評価した。その結果、本研究の対象者である成人 ASD 者の適応行動のレベルは非常に低いことが確認された。具体的には、適応行動の標準得点の平均値は 50.14 点 ( $SD=18.06$ ) であり、これは同年齢段階の一般成人が示す平均的な値 (標準得点 100 点,  $1 SD=15$ ) よりも 2 標準偏差以上低い得点である。同様に、適応行動のいずれの下位領域の標準得点も、同年齢段階にある一般成人が示す平均的な値よりも 2 標準偏差以上低いものであった (Table 2)。これに加えて、対象者が示した標準得点から適応水準ごとの人数と全体に占める割合を分析したところ、適応行動の領域合計については、対象者の 8 割以上が「低い」もしくは「やや低い」水準を示していた。適応行動の各下位領域においても

同様に、成人 ASD 者の半数以上が「低い」もしくは「やや低い」水準にあった。これは海外の先行知見 (Duncan & Bishop, 2013) を支持する結果であり、成人 ASD 者の多くは適応行動のスキルが不足しており、日常生活に支障をきたしていると考えられる。それゆえ、成人 ASD 者が自立した生活を送るためには、日常生活に関する継続的な支援や適応行動のスキル不足を補うトレーニングを積極的に提供する必要があると考えられる。

さらに本研究では、多くの成人 ASD 者が、日常的に不適応行動を頻繁に引き起こしている実情が明らかとなった。不適応行動 (全体) の V 評価点の平均値は 18.73 点であり、これは同年齢段階にある一般成人が示す平均的な値 ( $M=15$  点,  $1SD=3$ ) よりも 1 標準偏差以上回っている。V 評価点に基づいた不適応行動のレベル (高い, やや高い, 平均的, やや低い, 低い) ごとの人数とその割合に関しては、対象の約 7 割で不適応行動のレベルが「高い」もしくは「やや高い」状態にあった。中でも、内在化問題の遷延化が示唆され、対象の 8 割弱が「高い」もしくは「やや高い」内在化問題を示していた。この結果を支持するように、海外の調査でも、成人 ASD 者の大半が内在化問題に位置づけられる気分障害や不安障害を罹患していたことが報告されている (Hofvander et al., 2009)。このことから、成人 ASD 者の多くが不適応行動、特に抑うつや不安症状などの内在化問題を悪化させており、それゆえ、成人 ASD 者が QOL の高い、充実した生活を送る上で、充実した医療的支援を提供す

る必要があると思われる。

### 3 . QOL と適応・不適応行動の関連

QOL と適応行動/不適応行動の標準得点もしくは V 評価点の相関 (Pearson 積率相関) を検証したところ、適応行動に関しては、領域合計および各下位領域と QOL の間には有意な相関は認められなかった。一方で、QOL と不適応行動 (領域合計) の間には有意な負の相関が認められた。さらに、内在化問題および外在化問題も QOL と負の相関関係にあることが確認された。しかしながら、これらの結果は疑似相関の影響を受けている可能性もあることから、本研究では、QOL を従属変数、性別・年齢・適応行動 (標準得点)・不適応行動 (V 評価点) を独立変数として、階層的重回帰分析を行い、QOL と適応・不適応行動のより直接的な関連を検証した。分析の結果 (Table 10)、適応行動のレベルは QOL に有意な効果を示さなかったが、不適応行動レベルは QOL に負の効果を及ぼすことが認められた。これらの結果は、成人 ASD 者が示す適応行動スキルの違いによって、彼らが実感する生活の質は変化しないが、日常的に不適応行動が引き起こされている成人 ASD 者ほど、充実した生活を送れているという実感が減弱することを意味している。この結果は海外の調査でも支持されている (Gerber et al., 2011)。以上のことから、成人 ASD 者が QOL を高く保ち、人として充実した生活を送るためには、彼らが呈する内在化問題や外在化問題といった不適応行動の減弱を如何に効果的に図るかが重要であると考え

られる。

一方で、本研究では、QOL と適応行動の間には関連性が認められなかった。海外の調査では、適応行動（日常生活スキル）は QOL に対して正の効果を示すことが報告されている（Kamp-Becker et al., 2010）。この不一致の背景には、どのような要因が存在しているかについて、本研究のみで明らかにすることはできないが、本研究の対象であった成人 ASD 者は自助団体、支援団体、医療機関を利用していただけたことを踏まえると、周囲からの支援を十分に受けていた可能性がある。周囲のソーシャルサポートが豊富にあったことで、ASD 者本人の適応行動レベルが低い状態であっても、QOL は比較的高く維持出来ていたのではないかと思われる。この推測を支持するように、母親から支援を受けている成人 ASD 者ほど高い QOL を示すことが認められている（Kamio et al., 2012）。今後、成人 ASD 者本人が受けているソーシャルサポートを考慮した上で再度調査を実施することが期待される。

## 5 . 就労状況と QOL および適応/不適応行動の関連

就労状況と適応行動および不適応行動のレベルの関連（ $\chi^2$  検定および Kendall の順位相関）を検証したところ、就労状況と適応行動のレベルには関連性がなかったものの、就労状況と不適応行動のレベルが関連していることが示された。具体的には [ 未就労 福祉就労 一般就労 ] の順に、不適応行動（領域全体）、内在化問題、外在化問題のレベルが低下するこ

とが確認された。これは、成人 ASD 者が示す不適応行動の頻度やその重症度が就労とその維持において重要な要因であることを示唆するものである。このことから、成人 ASD 者が就労を成し遂げ維持するためには、現在、積極的に行われている就労支援事業（職業訓練等）によって成人 ASD 者の行動スキルの向上を図ることに加えて、成人 ASD 者における不適応行動の減弱を如何に図るかについて考慮する必要があると考えられる。

さらに、就労状況と成人 ASD 者が感じる QOL の間にも関連性が認められた。具体的には [ 未就労 福祉就労 一般就労 ] の順に QOL の上昇が認められ、さらに、共分散分析の結果では、就労状況の主効果が有意となり、一般就労している成人 ASD 者は、未就労にある成人 ASD 者よりも QOL が高かった。これらの結果は、成人 ASD 者における就労状況の改善に伴い、彼らを実感する生活の質が向上し得ることを示唆している。

本研究が示した就労状況と不適応行動および QOL の関連性から推測すれば、成人 ASD 者が質の高い生活を送るためには、就労し、かつ、それを維持することが望ましく、就労状態を維持するためには、不適応行動を抑止することが必要であると考えられる。しかしながら、本研究は横断的調査であることから、因果関係を明らかにすることはできない。今後、縦断的調査を実施し、この不適応行動、就労状況、QOL の経時的な関連を検証することが求められる。

## E. 結論

本研究は、成人 ASD 者における QOL と適応・不適応行動の関連を検証することが目的であった。QOL に関しては、本研究の対象である成人 ASD 者は、先行研究で報告されている一般成人と同水準の QOL を示した。適応・不適応行動に関しては、診断名、年齢、性別に関わりなく、成人 ASD 者は適応行動のレベルが低く、不適応行動のレベルが高いことが認められた。QOL と適応・不適応行動の関連については、QOL と適応行動の間には関連は認められなかったが、不適応行動のレベルは QOL に負の効果を及ぼすことが見出された。このことから、成人 ASD 者が自身の生活に対して充足感を得るためには、不適応行動、内在化問題や外在化問題の減弱を効果的に図ることが重要であると考えられる。

## F. 引用文献

Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2011). Aspects of quality of life in adults diagnosed with autism in childhood a population-based study. *Autism*, 15, 7-20.

Burgess, S., & Gutstein, S. E. (2007). Quality of life for people with autism: Raising the standard for evaluating successful outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 80-86.

Duncan, A. W., & Bishop, S. L. (2013). Understanding the gap between cognitive abilities and daily living skills in adolescents with autism

spectrum disorders with average intelligence. *Autism*, 19, 64-72.

Gerber, F., Baud, M. A., Giroud, M., & Garminati, G. G. (2008). Quality of life of adults with pervasive developmental disorders and intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1654-1665.

Gerber, F., Bessero, S., Robbiani, B., Courvoisier, D. S., Baud, M. A., Traore, M. C., Blanco, P., Giroud, M., & Galli Carminati, G. (2011). Comparing residential programmes for adults with autism spectrum disorders and intellectual disability: Outcomes of challenging behavior and quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 918-932.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212-229.

Jennes-Coussens, M., Magill-Evans, J., & Koning, C. (2006). The quality of life of young men with Asperger syndrome: A brief report. *Autism*, 10, 403-414.

Kamio, Y., Inada, N., & Koyama, T. (2012). A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17, 15-26.



- Kamp-Becker, I., Schroder, J., Remschmidt, H., & Bachmenn, C. J. (2010). Health-related quality of life in adolescents and young adults with high functioning autism-spectrum disorder. *Psycho-Social Medicine*, 7. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940215/>>
- Kose, S., Erermis, S., Ozturk, O., Ozbaran, B., Demiral, N., Bildik, T., & Aydin, C. (2013). Health related quality of life in children with autism spectrum disorders: The clinical and demographic related factors in Turkey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 213-220.
- Kuhthau, K., orlich, F., Hall, T. A., Sikora, D., Kovacs, E. A., Delahaye, J., & Clemons, T. E. (2010). Health related quality of life in children with autism spectrum disorders: Results from the autism treatment network. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 721-729.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H., & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 36, 849-861.
- Mawhood, L., Howlin, P., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder-a comparative follow-up in early adult life. I: Cognitive and language outcomes. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 547-559.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 47, 921-929.; Kanne, S. M., Christ, S. E., & Reiersen, A. M. (2009). Psychiatric symptoms and psychosocial difficulties in young adults with autistic traits. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 39, 827-833.
- Saulnier, C. A., & Kiln, A. (2007). Social and communication abilities and disabilities higher functioning individuals with Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37, 788-793.
- Saldana, D., Alvarez, R. M., Lobaton, S., Lopez, A. M., Moreno, M., & Rojano, M. (2009). Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder: The predictive

- value of disability and support characteristics. *Autism*, 10, 511-524.
- Sheldrick, R. C., Neger, E. N., Shipman, D., & Perrin, E. C. (2012). Quality of life of adolescents with autism spectrum disorders: Concordance among adolescents' self-reports parents' reports, and parents' proxy reports. *Quality of Life Research*, 21, 53-57.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive behavior Scales, (Vineland-II)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive behavior Scales Second Edition* MN: Pearson. (黒田美保・伊藤大幸・萩原拓・染木史緒(日本語版作成)・辻井正次・村上 隆 (監修). (2014). 日本語版 Vineland-II 適応行動尺度. 日本文化科学社.)
- The WHOQOL Group (1995). World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- 田崎美弥子・中根允文. (2007). WHOQOL26 手引き改訂版. 東京; 金子書房
- Tilford, J. M., Payakachat, N., Kovacs, E., Pyne, J. M., Brouwer, W., Nick, T. G., Bellando, J., & Kuhlthau, K. A. (2012). Preferences-based health related quality of life outcomes in children with autism spectrum disorders: A comparison of generic instruments. *Pharmacoeconomics*, 30, 661-679.
- G. 研究発表**
- 1. 論文発表**
- Anitha, A., Thanseem, I., Nakamura, K., Vasu, M., Yamada, K., Ueki, T., Iwayama, Y., Toyota, T., Tsuchiya, K. J., Iwata, Y., Suzuki, K., Sugiyama, T., Tsujii, M., Yoshikawa, T., & Mori, N. (2014). Zinc finger protein 804A (ZNF804A) and verbal deficits in individuals with autism. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 39, 294-303.
- Balan, S., Iwayama, Y., Maekawa, M., Toyota, T., Ohnishi, T., Toyoshima, M., Shimamoto, C., Esaki, K., Yamada, K., Iwata, Y., Suzuki, K., Ide, M., Ota, M., Fukuchi, S., Tsujii, M., Mori, N., Shinkai, Y., & Yoshikawa, T. (2014). Exon resequencing of H3K9 methyltransferase complex genes, EHMT1, EHTM2 and WIZ, in Japanese autism subjects. *Molecular Autism*, 5(49), Open Access.
- 萩原 拓. (2014). 適応行動としてのソーシャルスキル(Part 1). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(2), 78-82.
- 萩原 拓. (2014). 適応行動としてのソー

- シャルスキル(Part 2). *Asp heart* : 広汎性発達障害の明日のために, 13(3), 90-94.
- 萩原 拓. (2014). ASD と適応行動(Part 1). *Asp heart* : 広汎性発達障害の明日のために, 12(1), 106-110.
- 萩原 拓. (2014). ASD と適応行動(Part 2). *Asp heart* : 広汎性発達障害の明日のために, 13(1), 104-109.
- 萩原 拓. (2014). 地域で孤立する成人を支援の場にどうつなげていくのか(特集 シリーズ・発達障害の理解(2) 社会的支援と発達障害) -- (つなげる支援). *臨床心理学*, 14, 203-207.
- 肥後祥治・松田裕次郎. (2014). 成人期の豊かな生活のための支援を構築する: 福祉的支援への橋渡し(特集シリーズ・発達障害の理解(1) 発達障害の理解と支援)- ライフサイクルにおける発達障害とその発展. *臨床心理学*, 14, 65-68.
- 平島太郎・伊藤大幸・岩永竜一郎・萩原拓・谷 伊織・行廣隆次・大西将史・内山登紀夫・小笠原恵・黒田美保・稲田尚子・原 幸一・井上雅彦・村上隆・染木史緒・中村和彦・杉山登志郎・内田裕之・市川宏伸・辻井正次. (2014). 日本版青年・成人感覚プロフィールの構成概念妥当性: 自閉症サンプルに基づく検討. *精神医学*, 56, 123-132.
- Iwata, K., Matsuzaki, H., Tachibana, T., Ohno, K., Yoshimura, S., Takamura, H., Yamada, K., Matsuzaki, S., Nakamura, K., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., Katayama, T., & Mori, N. (2014). N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism. *Molecular Autism*, 5(33), Open Access.
- Miyachi T, Nakai A, Tani I, Ohnishi M, Nakajima S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Tsujii M. (2014). Evaluation of Motor Coordination in Boys with High-functioning Pervasive Developmental Disorder using the Japanese Version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26, 403-413.
- Maekawa, M., Yamada, K., Toyoshima, M., Ohnishi, T., Iwayama, Y., Shimamoto, C., Yoyota, T., Nozaki, Y., Balan, S., Matsuzaki, H., Iwata, Y., Suzuki, K., Miyashita, M., Kikuchi, M., Kato, M., Okada, Y., Akamatsu, W., Mori, M., Owada, Y., Itokawa, M., Okanano, H., & Yoshikawa, T. (2014). Unity of scalp hair follicles as a novel source of biomarker genes for psychiatric illnesses. *Biological Psychiatry*, Open Access.
- 中村和彦・鈴木勝昭・尾内康臣・辻井正次・森則夫. (2014). 特集: 自閉症の分子基盤. 自閉症の PET 研究について. *分子精神医学*, 14, 88-98.

- 野田 航・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽 亮太・山本 彩・田中尚樹・辻井正次. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査. *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 154-159.
- 尾辻 秀久・村木 厚子・下山 晴彦・辻井正次・村瀬 嘉代子・森岡 正芳. (2014). 発達障害の理解(4) 学校教育と発達障害 社会的支援と発達障害(3). *臨床心理学*, 14, 461-465.
- 田中尚樹. (2014). 特別講演 大人になった自閉症スペクトラムの人たち: その生活と課題. *小児と精神と神経*, 54, 135-142.
- 辻井正次. (2014). 総説: 社会的支援と発達障害. *臨床心理学*, 14, 163-167.
- 辻井正次. (2014). 発達障害研究の展望と意義: 社会的側面を中心に (特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線), *臨床心理学*, 14, 331-336.
- 辻井正次. (2014). 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方 地域連携ネットワークによる支援, *公衆衛生*, 78, 378-381.
- 辻井正次. (2014). 成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援), *臨床心理学*, 14, 617-621.
- 辻井正次. (2014). 発達障害児を支える生涯発達支援システム (特集 シリーズ・発達障害の理解(6)発達障害を生きる) -- (当事者と支援者が協働する支援の視点), *臨床心理学*, 14, 827-830.
- 辻井正次. (2014). 発達障害の人たちの親亡き後を考えるために: 地域の中での生活を支援する(2). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 94-96.
- 浮貝明典. (2014). 生活の中で発達障害者を「支援」する. *臨床心理学*, 14, 676-680.
- 浮貝明典. (2014). 横浜市 発達障害者の人への一人暮らしに向けた支援 ~サポートホーム事業から~. *いとご増刊 「かがやき」*, 11号, 21-26.
- Vasu, M. M., Anitha, A., Thanseem, I., Suzuki, K., Yamada, K., Takahashi, T., Wakuda, T., Iwata, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., & Mori, N. (2014). Serum microRNA profiles in children with autism. *Molecular Autism*, 5(40), Open Access.
- Wakuda, T., Iwata, K., Iwata, Y., Anitha, A., Takahashi, T., Yamada, K., Vasu, M. M., Matsuzaki, H., Suzuki, K., & Mori, N. (2014). Perinatal asphyxia alters neuregulin-1 and COMT gene expression in the medial prefrontal cortex in rats. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 56, 149-154

## 2. 学会発表

Tujii, M., Noda, W., Hagiwara, T.,

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

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

該当なし

Table 1 対象者の属性

性別		診断名	年代		就労状況		
男性	90	自閉症 (広汎性発達障害を含む)	44	20 - 29歳	76	未就労	31
女性	26	アスペルガー症候群	34	30 - 39歳	34	就労状況	55
		高機能自閉症	34	40歳以上	6	福祉就労 (職業訓練も含む)	21
		無回答	4			大学生	4
						無回答	5

note. 数値は人数を表す

Table 2 適応行動および不適応行動の平均値と標準偏差

	<i>M</i>	<i>SD</i>	95% CI	
<b>適応行動領域</b>				
全体	50.14	18.02	46.17	- 54.11
コミュニケーション	52.28	23.54	47.33	- 57.22
日常生活スキル	67.53	17.09	63.94	- 71.12
社会性	58.43	17.52	54.57	- 62.29
<b>不適応行動領域</b>				
全体	18.73	2.78	18.12	- 19.34
内在化問題	19.37	2.71	18.77	- 19.97
外在化問題	17.51	3.00	16.85	- 18.17

注：適応行動領域は標準得点（ $M=100$ ,  $SD=15$ ），不適応行動領域はV得点（ $M=15$ ,  $SD=3$ ）で示してある

Table 3 適応・不適応行動の各水準の人数と割合

		適応行動								不適応行動					
		領域合計		コミュニケーション		日常生活スキル		社会性		領域合計		内在化問題		外在化問題	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
全体															
	低い	49	62.0%	63	79.7%	49	62.0%	55	69.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	やや低い	22	27.8%	7	8.9%	22	27.8%	14	17.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
水準	平均的	8	10.1%	9	11.4%	8	10.1%	10	12.7%	26	33.3%	18	23.1%	39	50.0%
	やや高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	28	35.9%	25	32.1%	26	33.3%
	高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	30.8%	35	44.9%	13	16.7%
ASD															
	低い	30	96.8%	27	87.1%	19	61.3%	27	87.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	やや低い	1	3.2%	2	6.5%	9	29.0%	3	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
水準	平均的	0	0.0%	2	6.5%	3	9.7%	1	3.2%	12	38.7%	9	29.0%	17	54.8%
	やや高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9	29.0%	11	35.5%	7	22.6%
	高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	32.3%	11	35.5%	7	22.6%
AS															
	低い	22	78.6%	20	71.4%	18	64.3%	13	46.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	やや低い	4	14.3%	4	14.3%	7	25.0%	9	32.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
水準	平均的	2	7.1%	4	14.3%	3	10.7%	6	21.4%	6	22.2%	3	11.1%	11	40.7%
	やや高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	48.1%	8	29.6%	13	48.1%
	高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	29.6%	16	59.3%	3	11.1%
HFASD															
	低い	18	90.0%	16	80.0%	12	60.0%	15	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	やや低い	1	5.0%	1	5.0%	6	30.0%	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
水準	平均的	1	5.0%	3	15.0%	2	10.0%	3	15.0%	8	40.0%	6	30.0%	11	55.0%
	やや高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	30.0%	6	30.0%	6	30.0%
	高い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	30.0%	8	40.0%	3	15.0%

ASD 自閉スペクトラム症 AS アスペルガー症候群 HFASD 高機能自閉症



Table 4 本研究および先行研究におけるQOLの平均値と標準偏差

	本研究				先行研究 <sup>*</sup>			
	年齢	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	$\eta^2$	年齢	<i>M</i>	<i>SD</i>
QOL全体	全体	3.22	0.64	0.917	.021	20-79歳	3.29	0.46
	20歳代	3.29	0.67			20-29歳	3.27	0.46
	30歳代	3.10	0.61			30-39歳	3.23	0.42
	40歳以上	3.13	0.56			40-49歳	3.28	0.42
身体的領域	全体	3.30	0.71	0.856	.019	20-79歳	3.29	0.46
	20歳代	3.37	0.74			20-29歳	3.44	0.57
	30歳代	3.18	0.70			30-39歳	3.44	0.53
	40歳以上	3.12	0.47			40-49歳	3.54	0.48
心理的領域	全体	3.05	0.75	0.217	.005	20-79歳	3.26	0.63
	20歳代	3.08	0.66			20-29歳	3.26	0.63
	30歳代	2.97	0.65			30-39歳	3.29	0.54
	40歳以上	3.05	0.75			40-49歳	3.32	0.58
社会的領域	全体	3.05	0.83	2.435 <sup>†</sup>	.053	20-79歳	3.25	0.71
	20歳代	3.19	0.82			20-29歳	3.25	0.71
	30歳代	2.79	0.84			30-39歳	3.13	0.57
	40歳以上	2.83	0.83			40-49歳	3.19	0.59
環境領域	全体	3.38	0.71	0.051	.012	20-79歳	3.29	0.46
	20歳代	3.44	0.72			20-29歳	3.17	0.53
	30歳代	3.27	0.70			30-39歳	3.44	0.53
	40歳以上	3.35	0.71			40-49歳	3.13	0.49

<sup>\*</sup> 田崎・中根 (2007)より抜粋      <sup>†</sup>  $p < .10$

Table 5 診断ごとの適応・不適応行動およびQOLの平均値

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	$\eta^2$
<b>適応行動</b>				
ASD	42.71	17.20		
AS	57.86	17.86	5.29**	.125
HFASD	50.85	15.32		
<b>不適応行動</b>				
ASD	18.65	2.88		
AS	18.93	2.59	0.09	.002
HFASD	18.60	2.98		
<b>QOL</b>				
ASD	3.16	0.72		
AS	3.14	0.58	1.31	.031
HFASD	3.36	0.64		

note \*\*  $p < .01$

Table 6 就労状況における適応・不適応行動およびQOLの平均値

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	$\eta^2$
適応行動					
領域合計	一般就労	46.76	16.73		
	福祉就労	46.00	18.74	2.24	.060
	未就労	57.52	18.04		
コミュニケーション領域	一般就労	49.95	21.78		
	福祉就労	43.60	23.60	2.57 <sup>†</sup>	.063
	未就労	62.48	24.38		
日常生活スキル領域	一般就労	66.47	16.45		
	福祉就労	72.40	12.87	0.77	.020
	未就労	69.22	18.40		
社会性領域	一般就労	56.74	16.33		
	福祉就労	55.00	16.16	1.53	.042
	未就労	63.52	18.46		
不適応行動					
領域合計	一般就労	17.16	2.54		
	福祉就労	18.92	1.83	20.291 <sup>***</sup>	.370
	未就労	20.88	1.81		
内在化問題	一般就労	18.05	2.51		
	福祉就労	18.50	2.78	17.97 <sup>***</sup>	.342
	未就労	21.60	1.12		
外在化問題	一般就労	16.51	2.90		
	福祉就労	17.17	2.17	5.72 <sup>**</sup>	.142
	未就労	19.08	2.93		
QOL	一般就労	3.42	0.64		
	福祉就労	3.28	0.63	3.87 <sup>*</sup>	.089
	未就労	2.98	0.59		

note \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Table 7 適応行動に関する適応水準と就労状況の関連

		未就労	福祉就労/ 職業訓練	一般就労	$\chi^2$	$\tau$
領域合計	低い	21	11	35	4.156	-.112
	やや低い	2	0	3		
	平均的	2	1	0		
コミュニケーション	低い	16	11	32	7.03	-.198 <sup>†</sup>
	やや低い	3	0	4		
	平均的	6	1	2		
日常生活 スキル	低い	13	7	27	3.005	-.149
	やや低い	9	4	7		
	平均的	3	1	4		
社会性	低い	13	10	29	6.342	-.194 <sup>†</sup>
	やや低い	7	2	5		
	平均的	5	0	4		

note 各セルの値は人数を表す <sup>†</sup>  $p < .10$

Table 8 不適応行動のレベルと就労状況の関連

		未就労	福祉就労/ 職業訓練	一般就労	$\chi^2$	$\tau$
領域合計	平均的	1	2	22	36.974 <sup>***</sup>	-.573 <sup>***</sup>
	やや高い	8	9	11		
	高い	16	1	4		
内在化 問題	平均的	0	4	13	29.581 <sup>***</sup>	-.525 <sup>***</sup>
	やや高い	4	3	18		
	高い	21	5	6		
外在化 問題	平均的	6	7	24	13.608 <sup>***</sup>	-.334 <sup>**</sup>
	やや高い	11	5	9		
	高い	8	0	4		

note 各セルの値は人数を表す <sup>\*\*</sup>  $p < .01$  <sup>\*\*\*</sup>  $p < .001$

Table 9 適応 / 不適応行動とQOLの相関

	性別	年齢	適応行動領域				不適応行動領域		
			領域合計	コミュニケーション	日常生活スキル	社会性	領域合計	内在化問題	外在化問題
性別 (基準：男性)			.013	.063	.016	-.038	-.036	.121	-.032
年齢			.294 *	.338 **	.152	.072	.125	.202 †	.176
全体	-.101	-.139	.015	-.115	.084	.044	-.400 **	-.357 **	-.293 **
身体的領域	-.118	-.157	-.160	.068	.001	.066	-.394 **	-.352 **	-.328 *
QOL 心理的領域	-.057	-.087	.008	-.121	.023	.034	-.347 *	-.304 *	-.327 *
社会的領域	-.052	-.149	-.100	-.194	-.065	-.057	-.227	-.263 †	-.126
環境領域	-.075	-.095	.125	.009	.157	.128	-.328 *	-.253 †	-.209

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  †  $p < .10$

Table 10 QOLを従属変数とする階層的重回帰分析の結果(標準化偏回帰係数)

	Step 1	Step 2
性別(基準:男子)	-.083	-.083
年齢	-.146	-.108
Vineland-II 主領域		
適応行動		-.002
不適応行動		-.389 **
	$R^2$	.029
		.179 *
	$R^2$	.150 *

note \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Table 11 QOLを従属変数とする階層的重回帰分析の結果(標準化偏回帰係数)

	Step 1	Step 2
性別(基準:男子)	-.083	-.062
年齢	-.146	-0.095
適応行動領域		
コミュニケーション領域		-.070
日常生活スキル領域		.165
社会性		-.071
不適応行動領域		
内在化問題		-.253
外在化問題		-.141
	$R^2$	.029
		.172
	$R^2$	.143



**成人の自閉スペクトラム症者における  
適応行動および日常生活スキルとメンタルヘルスの関連についての調査**

**研究代表者**

辻井正次(中京大学 現代社会学部)

**分担研究者**

肥後祥治(鹿児島大学 教育学部)

萩原 拓(北海道教育大学 旭川校)

鈴木勝昭(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター・精神医学)

**研究協力者**

浮貝明典(特定非営利活動法人 PDD サポートセンター グリーンフォレスト)

長山大海(特定非営利活動法人 PDD サポートセンター グリーンフォレスト)

松田裕次郎(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

山本 彩(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

巽 亮太(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

田中尚樹(日本福祉大学 社会福祉学部)

村山恭朗(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター)

**研究要旨** 本調査では、成人 ASD 者 116 名を対象に、適応行動/日常生活スキルのレベルとメンタルヘルスの状態の関連性を検証した。日本語版 Vineland-II 適応行動尺度を用いて、適応行動と日常生活スキル、内在化症状について、自己評定および他者評定により測定を行った。自己評定では、世界的に使用されている K-10 および MHI-5 によってメンタルヘルスの状態を評定した。成人 ASD 者は、同年代の一般成人と比較して、適応行動や日常生活スキルの行動レベルが著しく低いことが確認され、成人 ASD 者が安定し自立した生活の確立を図るためには、日常生活スキルなどの適応行動に関するトレーニングや支援が必要であることが窺われた。さらに、世界的な基準を満たす 2 種の尺度を用いて、成人 ASD 者の内在化症状の状態を評定したところ、いずれの尺度においても、メンタルヘルスの問題が疑われた者は全体の 3/4 以上に及ぶことが確認された。さらに、適応行動・日常生活スキルと内在化症状との関連を検証したところ、内在化症状が悪化することで、成人 ASD 者が示す日常生活スキルの行動レベルが低下することが認められた。このことから、成人 ASD 者の適応行動や日常生活スキルのレベルの向上を図る上では、職業訓練などのように行動的なトレーニングが必要であるとともに、成人 ASD 者のメンタルヘルスの状態を改善することも重要な課題であることが示唆された。



## A. 研究目的

自閉スペクトラム症 (Autism spectrum disorder; ASD) は、社会的相互作用とコミュニケーションの障害、常同/こだわり行動を中核とする神経性発達障害 (American Psychiatric Association, 2012) である。これまで多くの研究・調査において、ASD 者は他の精神疾患を併発しやすく、特に重度の内在化症状 (抑うつや不安症状) を特徴とする気分障害や不安障害の併発リスクが高いことが指摘されている (e.g., Mazzone, Ruta, & Reale, 2012)。Hofvander ら (Hofvander, Delorme, Chaste, Nyden, Wentz, Stahlberg, Herbrecht, Stopin, Anckarsater, Gillberg, Rastam, & Leboyer, 2009) は、知的水準が平均以上ある 122 名の ASD 者 (16~47 歳) を対象に、DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, American Psychiatry Association, 1994) の診断基準を基にした構造化診断面接 (Structured Clinical Interview for DSM-IV - Axis I Disorders) を実施し、これまでの人生で DSM-IV の 1 軸疾患 (気分障害や不安障害など) を発症した経験があるか (生涯有病率) について評定をおこなっている。その結果、対象となった ASD 者における気分障害と不安障害の発症率は高く、全体の 53% にあたる 65 名が大うつ病性障害や気分変調性障害を含む気分障害、約半数 (59 名) が不安障害をこれまでに発症した経験があることが確認された。

これらの罹患率は、一般人口を対象とした欧州の大規模調査 (Alonso et al., 2004; 気分障害に関する生涯有病率は

12.8%)、勤労者を対象とした米国の調査 (Marcotte, Wilcox-Gok, & Redmon, 1999; 気分障害の生涯有病率 15.7%)、世界各国の一般人口を対象とした調査 (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walter, 2005; 気分障害の生涯有病率は 20.8%, 不安障害の生涯有病率は 28.8%) と比較しても、ASD 者における気分障害や不安障害の発症リスクは非常に高い水準にあることが理解される。

Hofvander らの調査結果を支持するように、他の調査 (Lugnegard, Hallerback, & Gillberg, 2011; White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009) でも、一般人口と比べ、ASD 者は気分障害や不安障害の発症率が高いことが確認されている。加えて、精神障害の診断のみならず、ASD 者は一般成人と比較すると抑うつや不安症状などの内在化症状が悪化しやすいことも複数の研究調査で見出されている (Strang, Kenworthy, Daniolos, Case, Wills, Martin, & Wallace, 2012; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000)。また一部の研究では、この ASD 者が示すメンタルヘルスの脆弱性は、知的水準が平均以上である ASD 者において顕著であると示唆されている (Capps, Kasari, Yirmiya, & Sigman, 1993; Sigman, Dissanayake, Arbelle, & Ruskin, 1997)。

うつ病・不安障害やそれに伴う精神症状は、個人の日常生活を支える様々な認知的・身体的機能を低下させ、社会生活の妨げとなる不適応行動を引き起こすことが指摘されている。例えば、抑うつや不安が強い場合には、睡眠障害、注意機能の低下、意欲の減退が顕著になること

が知られている (American Psychiatric Association, 2012)。問題行動に関しては、抑うつは自傷行為の悪化 (大嶽・伊藤・染木・野田・林・中島・高柳・瀬野・岡田・辻井, 2012), 反社会的行動の増大 (望月・伊藤・原田・野田・松本・高柳・中島・大嶽・田中・辻井, 2014), 出勤困難や生産性の低下 (小野, 2005) などを引き起こすことが報告されている。同様に、不安症状の強さは日常生活を営む上で必要とされる行動 (適応行動) のレベルと関連し、ASD 児を対象とした介入研究では、不安症状が低減することで日常生活に関する行動レベルが向上したことが報告されている (Drahotka, Wood, Sze, & Van Dyke, 2011)。

このように ASD 者はうつ病や不安障害の発症および抑うつや不安症状の増悪へのリスクを示すが、これらのリスクは転じて健全で安定した社会生活の基礎となる行動 (以下、適応行動) のレベルの低下を引き起こすリスクともなり得ることが理解される。これらの知見を踏まえ、ASD 者が示すメンタルヘルスの脆弱性は、日常生活に関する行動など、健全な社会生活を営む上で必要とされる適応的な行動のレベルに影響を及ぼすと思われる。

一方で、メンタルヘルスの問題がなくとも、ASD 者は同じ年齢段階にある一般成人と比較すると、日常生活スキルなどの適応行動のレベルが低いことが多く報告されている (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005)。この傾向は、平均以上の知的水準を示す ASD (高機能 ASD) 者においても確認されている (Saulnier et al.,

2007) だけではなく、高機能 ASD 者の適応行動のレベルは、彼らの知的水準から期待される適応行動のレベルよりも著しく低いことが一部の研究で指摘されている (Duncan & Bishop, 2013)。これらの研究報告と先述した知見を踏まえると、一般的に ASD 者は適応行動レベルが低い傾向にあるが、メンタルヘルスの問題を抱える ASD 者は適応行動レベルの低下が著しいと考えられる。

しかしながら、国内では成人 ASD 者におけるメンタルヘルスの状態と適応行動のレベルの関連性に関する検証はなされておらず、メンタルヘルスの問題を呈する成人 ASD 者が、健康的なメンタルヘルスの状態にある成人 ASD 者と比べて、日常生活スキルや適応行動のレベルの低下が認められるかについて明らかにされていない。そこで、本研究は成人 ASD 者を対象として、彼らが示す適応行動および日常生活スキルのレベルとメンタルヘルスの状態を明らかにするとともに、これらの関連性を検証することを目的とする。

本研究では、成人 ASD 者が呈するメンタルヘルスの状態 (内在化問題) の評定にあたり、先行研究において、ASD 者一般成人と比べ、抑うつを初めとする内在化問題 (internalizing problems) を呈しやすいことが報告されていること (e.g., Hofvander et al., 2009) を踏まえ、メンタルヘルスの状態を表す指標として、内在化問題を評定する。また、これまでの研究・調査において、モニタリングスキル等の欠如により、ASD 者は自己の状態を適切にアセスメントできないため、ASD 者に自己評価式尺度を実施することは妥当で

あるとは言えないことが経験的に知られている。そこで、本研究は自己評価式に加え他者評価形式を用い、成人の ASD 者が示す内在化問題の程度を評価する。なお、自己評価式尺度の選定にあたり、これまでに指摘されている以下の基準（古川・大野・宇田・中根，2002）を考慮した。

- 1) 尺度は簡便なものであること（出来れば 5 分を要さないものであること）
- 2) 世界的に通用する尺度であること
- 3) 精神疾患のスクリーニングを第一目的とする尺度で、さらに最新の精神症状測定学理論である項目反応理論によって策定された尺度であること
- 4) 精神疾患の重症度も反映する尺度であること

以上の基準を満たす内在化問題の重症度を評価する尺度として、本研究では、Kessler Psychological Distress Scale (Kessler, Andrews, Colpe, Hiripi, Mroczek, Normand, Walters, & Zaslavsky, 2002; 以下、K-10) および Mental Health Inventory (Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2001)を用いた。

## B. 方法

### 1. 調査協力者

ASD（高機能自閉症，アスペルガー症候群，広汎性発達障害を含む）の診断を受けている成人 116 名（男性 90 名，女性 26 名，年齢範囲：20 歳 - 52 歳，平均  $28.10 \pm 6.54$  歳，20 歳代 44 名，30 歳代 34 名，40 歳以上 6 名）を調査対象とした。本研究への参加募集は，ASD や ADHD など神経性発達障害群の診断を受けてい

る子どもや成人を対象としている自助団体（NPO 法人）の成人会員，滋賀県および神奈川県にある NPO 法人が運営する施設を利用しかつ ASD の診断を有する成人，浜松市にある医療機関に通院している成人 ASD 者，成人 ASD 者を対象としたセミナーに参加した者に対して行われ，本研究への参加協力の意志を示した成人を調査対象とした。診断の内訳は，自閉症（以下，ASD），アスペルガー症候群（以下，AS），高機能自閉症（以下，HF-ASD）であった。Table 1 には調査対象者の内訳が示されている。なお，本研究における分析に際し，調査対象者のうち，一部の項目に対する回答が欠損となっていた者のデータは分析ごとに除外した。

### 2. 調査材料

#### 日本語版 Vineland-II 適応行動尺度：

適応行動の評定には，日本語版 Vineland-II 適応行動尺度（黒田・伊藤・萩原・染木，2014）を用いた。Vineland-II 適応行動尺度では，評価対象者（本研究では，調査協力者である自閉スペクトラム症者を指す）の日常的な行動を熟知する者（本研究では，調査協力者の親，支援者，世話人であった）に対して半構造化面接を実施し，評価対象者の適応行動および不適応行動の水準を評定する。適応行動は 4 つの領域（コミュニケーション，日常生活スキル，社会性，運動スキル）で構成されるが，評価対象者が 7～49 歳の場合には，適応行動指標には運動スキルは含まれない。本研究の多くの対象者はこの年齢段階にあることから，本研

究では運動スキル領域の聴取は実施されなかった。コミュニケーション領域の下位尺度には受容言語，表出言語，読み書きが，日常生活スキル領域の下位尺度には身辺自立，家事，地域生活が，社会性領域の下位尺度には対人関係，遊びと余暇，コーピングスキルがある。不適応行動は「内在化問題」，「外在化問題」，「その他」の3つの下位領域で構成されている。適応行動および不適応行動の水準は，年代段階別の換算表を用いて各下位領域の粗点を変換した標準得点によって表される。標準得点の平均値は100であり，1標準偏差は15である。適応行動の水準は，標準得点に基づいて「平均的」，「やや低い」，「低い」，「やや高い」，「高い」に分けられる。各標準得点が20~70の場合には「低い」，71~85の場合には「やや低い」，86~114の場合には「平均的」，115~129の場合には「やや高い」，130以上の場合には「高い」と評定される。本研究では，適応行動の領域から，領域合計の適応行動，下位領域の日常生活スキル，その他の下位尺度すべて（身辺自立・家事・地域生活）を，不適応行動の領域からは，下位領域である内在化問題を取り上げた。本調査における，Vineland-IIの実施（1回の半構造化面接）時間は，おおよそ60分であった。

**K-10 日本語版（古川ら，2002）**：K-10の原版（Kessler et al., 2002）は，精神障害や精神症状をスクリーニングする事を目的とした既存の複数の尺度から得られた600余りの質問項目を基に，大規模な疫学調査のデータの解析結果を通じて選ばれた10項目である。これと同様に，日本

語版 K-10 も 10 項目（1．理由もなく疲れ切ったように感じましたか，2．神経過敏に感じましたか，3．どうしても落ち着けなくらいに，神経過敏に感じましたか，4．絶望的だと感じました，5．そわそわ，落ち着かなく感じましたか，6．じっと座ってられないほど，落ち着かなく感じましたか，7．ゆううつに感じましたか，8．気分が沈み込んで，何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか，9．何をするのも骨折りだと感じましたか，10．自分は価値のない人間だと感じましたか）で構成されている。

日本語版 K-10 の妥当性の検証（カットオフ値の判定）は，日本語版 K-10 の得点と過去 12 ヶ月間の抑うつ性障害（大うつ病，気分変調障害）および不安障害（パニック障害，広場恐怖，社会恐怖，全般的不安障害，外傷後ストレス障害）の診断の有無（診断は DSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, American Psychiatry Association, 1994）の基準に基づいた面接法；Composite International Diagnostic Interview が利用されている）を用いた ROC 曲線の分析により行われている。「過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか」と教示され，回答形式は 5 件法（1 全くない，2 少しだけ，3 ときどき，4 たいてい，5 いつも）である。得点が高いほどメンタルヘルスの状態が悪い（内在化症状が重度）ことを表している。カットオフ値は 25 点であり，カットオフ値以上の得点を示す場合，気分障害もしくは不安障害

の診断を受けるほど、抑うつおよび不安症状が重度であることを表している（古川ら，2002）。

**MHI-5 日本語版**（Yamazaki, Fukuhara, & Green, 2005）：原版の MHI-5 は精神障害や身体・心理的機能状態を測定する尺度（Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, SF-36）の評定項目より選ばれた 5 項目で構成されている。日本語版はこの原版を邦訳したものである（1. かなり神経質でしたか，2. どうにもならないくらい気分が落ち込んでいましたか，3. おちついておだやかな気分でしたか，4. おちこんで，ゆううつな気分でしたか，5. 楽しい気分でしたか）。原版 MHI-5 は気分障害のスクリーニングツールとしての有効性が報告されていること（Rumpf et al. 2001）を踏まえ，日本語版 MHI-5 の妥当性は，うつ病自己評価尺度（self-rating depression scale; SDS, Zung, 1965）を外的基準として検証されている。「過去 1 ヶ月間に，あなたがどのように感じたかの質問です。それぞれの質問について，一番よくあてはまる番号を選んでください」と教示され，5 件法（1: いつもあった，2: ほとんどいつも，3: ときどき，4: まれに，5. まったくなかった）で回答する。項目 3 と項目 5 は逆転項目であり，数値を変換した上で合計得点を算出する。先行研究では，算出された合計得点を線形変換により，0 - 100 点に換算する手続きが取られている（Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993）。このことから，本研究でも，MHI-5 の合計得点を 0 - 100 点に線形変換した。得点が低いほど重篤なメンタルヘルスの問題

があること表している。日本語版 MHI-5 のカットオフ値は 68 点以下であり，この得点以下の場合には抑うつ状態にあることを示している。得点が 61 ~ 68 点の場合は「軽度」，53 ~ 60 点の場合は「中等度」，52 点以下の場合は「重度」に分類される（Yamazaki, et al. 2005）。

### 3 . 手続き

あらかじめ対象者本人に対して，調査への回答は任意であり，回答しないことによる不利益は生じないことを説明した。本研究の手続きは，浜松医科大学の倫理委員会の審査と承認を受けた。

## C. 研究結果

### 1 . 記述統計

**成人 ASD 者が示す適応行動・日常生活スキルのレベル** Table 2 には，Vineland-II による適応行動（領域全体）と日常生活スキル領域の標準得点の平均値と標準偏差を示した。適応行動（領域全体）における標準得点の平均値は 49.79 点（ $SD=18.11$ ）と，その適応水準は「低い」状態であり，95% 信頼区間の得点も「低い」適応水準の範囲にあった。日常生活スキル領域の標準得点の平均値は 66.67 点（ $SD=17.74$ ）であり，「低い」適応水準にあった。日常生活スキルの各下位尺度では，家事と地域生活の V 評価点の平均値は「低い」と「やや低い」のボーダーライン上にあった（家事  $9.55 \pm 2.83$  点，地域生活  $9.80 \pm 2.73$  点）。身辺自立の V 評価点の平均値は 12.53 点（ $SD=3.26$ ）であり，「平均的」と「やや低い」のボーダーライン上にあった。

適応行動(領域合計),日常生活スキル領域,その各下位尺度における適応水準ごとの人数および割合を Table 3 に示す。適応行動(領域合計)については,対象者の 8 割以上(88.9%,72 名)の適応水準が「低い」状態にあった。適応水準が「やや高い」もしくは「高い」状態を示す者はいなかった。日常生活スキル領域においては,半数以上(63.0%,51 名)が「低い」適応水準にあった。適応行動の領域合計と同様に,適応水準が「やや高い」もしくは「高い」状態を示す者はいなかった。日常生活スキルの各下位尺度に関しては,身辺自立では,対象のおよそ 6 割(59.3%,48 名)が「平均的」な適応水準,家事では,半数以上(51.9%,42 名)が「低い」適応水準,地域生活では,対象のおよそ 4 割(43.2%,35 名)が「やや低い」適応水準を示した。身辺自立において,「やや高い」水準を示す者は 1 名いたが,それを除き,「やや高い」もしくは「高い」適応水準を示す者はいなかった。

**成人 ASD 者におけるメンタルヘルスの状態** 他者評価式尺度である Vineland-II の内在化問題の V 評価点,自己評価式尺度である K-10 および MHI-5 の平均値および標準偏差を, Table 2 に示した。Vineland-II の内在化問題の V 評価点の平均値は 19.45 点( $SD=2.73$ )であり,そのレベルは「高い」状態にあった。K-10 の平均値は 23.44( $SD=9.02$ )点であり,カットオフ値(25 点以上)には至らなかった。一方, MHI-5 の平均値は 54.89( $SD=18.65$ )点であった。これはカットオフ値(68 点)を超える得点であり,本研究の対象である

成人 ASD 者は中程度の抑うつ状態にあることが示された。

Vineland-II 内在化問題のレベルごとの人数および割合を Table 3 に示した。対象の約半数(46.3%,37 名)は,内在化問題が「高い」状態にあった。内在化問題のレベルが「低い」もしくは「やや低い」状態にある者はいなかった。

Table 4 には, K-10 および MHI-5 において,カットオフ値以上(MHI-5 はカットオフ値以下)の得点を示した人数が示されている。K-10 では 6 割以上(62.6%,57 名)がカットオフ値以上の得点を示した。MHI-5 では,7 割以上(73.6%;軽度 - 6 名,中等度 - 22 名,重度 - 39 名)がカットオフ値以下の得点を示した。なお, K-10 および MHI-5 の両尺度において,カットオフ値以上(もしくは以下)の得点を示した者は対象の 1/3 以上(36.3%,33 名)に及んでいた。

## 2. 診断と適応行動及びメンタルヘルスの関連

Table 5 には診断ごとの Vineland-II の適応行動の領域合計および日常生活スキル領域の標準得点と標準偏差,日常生活スキル量の各下位尺度と内在化問題の V 評価点とその標準偏差, K-10 と MHI-5 の平均値と標準偏差が示されている。診断内容と適応行動のレベルの関連を検証するため,診断内容を独立変数,適応行動(領域全体)の標準得点を従属変数,性別と年齢(20 代,30 代,40 代以上の 3 値)を共変量とする共分散分析を行った。その結果,診断の主効果が有意であり( $F(2,78)=6.59, p<.01, \eta^2=.145$ ),AS の診

断を受けている者は ASD の診断を受けている者よりも適応行動（領域合計）における標準得点が高かった。共変量である年齢段階と性別の主効果は有意ではなかった（年齢段階  $F(1,76)=2.53, p>.05, \eta^2=.032$ ; 性別  $F(1,76)=0.23, p>.05, \eta^2=.003$ ）。

従属変数を日常生活領域の標準得点に変え、同様の共分散分析を行った。その結果、共変量（年齢段階  $F(1,84)=0.73, p>.05, \eta^2=.009$ ; 性別  $F(1,84)=0.01, p>.05, \eta^2=.000$ ）に加えて、診断の主効果も有意ではなかった（ $F(2,84)=1.48, p>.05, \eta^2=.034$ ）。日常生活スキルの各下位尺度の V 評価点を従属変数としたところ、身辺自立では、共変量（年齢段階  $F(1,84)=0.49, p>.05, \eta^2=.006$ ; 性別  $F(1,84)=1.47, p>.05, \eta^2=.017$ ）に加えて、診断の主効果も有意ではなかった（ $F(2,84)=0.68, p>.05, \eta^2=.016$ ）。家事では、共変量（年齢段階  $F(1,84)=2.47, p>.05, \eta^2=.029$ ; 性別  $F(1,84)=3.23, p>.05, \eta^2=.037$ ）に加えて、診断の主効果も有意ではなかった（ $F(2,84)=1.60, p>.05, \eta^2=.037$ ）。地域生活では、診断の主効果が有意傾向にあった（ $F(2,84)=2.83, p<.07, \eta^2=.063$ ）。共変量である年齢段階と性別の主効果は有意ではなかった（年齢段階  $F(1,84)=1.95, p>.05, \eta^2=.023$ ; 性別  $F(1,84)=0.41, p>.05, \eta^2=.005$ ）。

診断内容とメンタルヘルスの関連を検証するため、まず診断内容を独立変数、Vineland-II の内在化問題における V 評価点を従属変数、性別と年齢（20 代、30 代、40 代以上の 3 値）を共変量とする共分散分析を行った。その結果、共変量

である年齢段階と性別（年齢段階  $F(1,75)=2.95, p>.05, \eta^2=.038$ ; 性別  $F(1,75)=2.75, p>.05, \eta^2=.035$ ）に加え、診断の主効果も有意ではなかった（ $F(2,75)=0.41, p>.05, \eta^2=.011$ ）次に、従属変数を自己評価式尺度である K-10 および MHI-5 の得点に変え、同様の分析（共分散分析）を行った。K-10 については、診断の主効果は有意ではなかった（ $F(2,82)=0.38, p>.05, \eta^2=.009$ ）。年齢段階の主効果は有意であった（ $F(1,82)=3.99, p>.05, \eta^2=.046$ ）。HMI-5 については、診断の主効果は有意ではなかった（ $F(2,82)=1.50, p>.05, \eta^2=.035$ ）。年齢段階の主効果は有意であった（ $F(1,82)=7.87, p<.01, \eta^2=.088$ ）。

### 3 . 適応行動および日常生活スキルとメンタルヘルスの相関

まず成人 ASD 者が自己評定を行った内在化問題の強さと、成人 ASD 者の日常的行動を熟知する第三者によって評定された内在化問題の強さの関連性を検証するため、Vineland-II の内在化問題における V 評価点と K-10 および MHI-5 の得点の関連性を検証するため、相関分析（Pearson の積率相関）を行った。その結果（Table 6）、Vineland-II の内在化問題と K-10 および MHI-5 の間には、有意な相関は認められなかった（K-10  $r=.220, p>.05$ ; MHI-5  $r=-.247, p<.07$ ）。K-10 と MHI-5 の間には、強い負の相関が認められた（ $r=-.739, p<.001$ ）。

適応行動（領域合計）および日常生活スキル領域における標準得点、日常生活スキルの各下位尺度における V 評価点と

自己および他者評価によって得られた内在化問題の強さ (Vineland-II の内在化問題の V 評価点, K-10 および HMI-5 の得点) の関連性を検証するため, 相関分析 (Pearson 積率相関) をおこなった。Table 7 には, その結果が示されている。Vineland-II の内在化問題と身辺自立の間に有意な負の相関 ( $r = -.280, p < .05$ ) が認められた。これを除き, 適応行動 (領域合計) および日常生活スキルと内在化問題の間には有意な相関はみとめられなかった。

#### 4. 適応行動に影響を与える要因の検討

前節で示した相関係数には, 他の変数を介した疑似相関が含まれている。そこで, 適応行動/日常生活スキルとメンタルヘルス (内在化症状) のより直接的な関連を検討するため, 回帰分析を行うことにした。その際, 自己評定によって評価された内在化症状の程度と, 他者評定によって評価された内在化症状の程度の単独の効果およびその交互作用を検証するため, これらの変数を独立変数に投入した。なお, 分析に際し, 各変数を標準化した。

適応行動 (領域合計) を従属変数, 対象者の属性 (年齢・性別・診断内容) と K-10 の得点, Vineland-II 内在化問題の V 評価点, 内在化問題  $\times$  K-10 の交互作用を独立変数とする重回帰分析を行ったところ (Table 8), 各変数は有意な効果を示さなかった (年齢  $\beta = .203$ ; 性別  $\beta = .047$ ; 診断内容  $\beta = .191$ ; 内在化問題  $\beta = -.136$ ; K-10  $\beta = .140$ ; 内在化問題  $\times$  K-10;  $\beta = -.191$ , すべて  $p > .05$ )。従属変数を日常生活スキ

ル領域における標準得点もしくは各下位尺度における V 評価点に変え, 同様の分析を行ったところ, 日常生活スキル領域では, 内在化問題と K-10 の交互作用の効果が有意であった ( $\beta = -.292, p < .05$ ; Table 8)。単純傾斜を検証したところ, K-10 において高い得点を示す (平均値よりも 1SD 高い得点を示す) 成人 ASD 者において, 他者評価 (Vineland-II の内在化問題) の有意な負の効果が認められたが ( $t = -.219, p < .05$ )。K-10 において低い得点を示す (平均値よりも 1SD 低い得点を示す) 成人 ASD 者では, 他者評価の効果は認められなかった ( $t = 0.49, p > .05$ ; Figure 1)。

日常生活スキル領域の各下位尺度に関しては, 地域生活を従属変数とした際に, 内在化問題と K-10 の交互作用の効果が有意であった ( $\beta = -.360, p < .01$ ; Table 8)。単純傾斜を検証したところ, K-10 において高い得点を示す (平均値よりも 1SD 高い得点を示す) 成人 ASD 者において, 他者評価 (Vineland-II の内在化問題) の有意な負の効果が認められたが ( $t = -.242, p < .05$ )。K-10 において低い得点を示す (平均値よりも 1SD 低い得点を示す) 成人 ASD 者では, 他者評価の効果は認められなかった ( $t = 1.19, p > .05$ ; Figure 2)。それ以外の下位尺度 (身辺自立, 家事) においては, 有意な効果を示す変数は確認されなかった。

次に, K-10 の代わりに MHI-5 の得点を投入し, 同様の検証を行った。その結果 (Table 9), 日常生活スキル領域の下位尺度である地域生活を従属変数とした際に, 内在化問題と MHI-5 の交互作用の効果



が有意であった( $\beta=.261, p<.05$ )。単純傾斜を検証したところ、MHI-5 で低い得点を示す(平均値よりも 1SD 低い得点を示す)成人 ASD 者において、他者評価(Vineland-II の内在化問題)の効果が有意傾向を示し( $\beta=-.355, t=-.176, p<.09$ )、MHI-5 で高い得点を示す(平均値よりも 1SD 高い得点を示す)成人 ASD 者では、他者評価の効果は認められなかった( $t=0.75, p>.05$ ; Figure 3)。それ以外の従属変数(適応行動(領域合計)、日常生活スキル領域、身辺自立、家事)では、有意な効果を示す変数は確認されなかった。

#### D. 考察

本調査は、ASD の診断を受けている成人 110 名に対して、日本語版 Vineland-II 適応行動尺度を用いて適応行動および日常生活スキルのレベル、自己評価と他者評価形式によって内在化症状を評定し、適応行動レベルとメンタルヘルスの状態の関連を検証した。その結果、対象となった成人 ASD 者の 8 割以上が同年齢の一般成人と比べ、適応行動が著しく低い水準(2 標準偏差以下)にあること、対象者の 1/3 以上がメンタルヘルスの問題を示すこと、メンタルヘルスの状態は一部の日常生活スキルの低下に寄与していることが認められた。

#### 1. 成人 ASD 者が示す適応行動および日常生活のレベルについて

本研究の対象であった成人 ASD 者における適応行動(領域合計)のレベルは低いことが確認された。具体的には、領域全体における標準得点は、同年齢の一

般成人よりも 2 標準偏差以上低かった。この結果を反映するように、適応行動(領域合計)に関する適応水準が「低い」と評定される者は全体の 8 割以上(88.9%)に及んでいた。海外の先行研究(Sparrow et al., 2005)においても、知的水準に関わらず ASD 者が示す適応行動(領域合計)は、同年齢段階にある一般成人が示す得点よりも 2 標準偏差以上下回ることが報告されている。このことから、海外で報告されているように、我が国においても、成人 ASD 者の適応行動のレベルは、同じ年齢の一般成人に比べ著しく低いことが明らかになった。

日常生活スキル領域に関しても、適応行動(領域合計)のレベルと同様の結果が示された。日常生活スキル領域における標準得点は 66 点台であり、これは同年齢の一般成人が示す平均的な得点を 2 標準偏差下回る得点である。日常生活スキル領域の各下位尺度の V 評価点を見ても、身辺自立を除いた家事および地域生活の V 評価点は、同年齢の一般成人が示す平均的な得点を大きく(およそ 2 標準偏差)下回るものであった。この成人 ASD 者が示した日常生活スキル領域や下位尺度における標準得点・V 評価点の低さを反映するように、日常生活スキル領域の全体では、対象の 9 割が「低い」もしくは「やや低い」レベルを示し、下位尺度である家事および地域生活でも「低い」もしくは「やや低い」レベルを示した者は対象の 8 割以上に及んだ。以上の結果から、成人 ASD 者の多くは日常生活スキル、特に家事や地域生活に関するスキルの欠如が著しいことが明らか

になった。Vineland-II の「家事」の下位尺度は、炊事・洗濯・掃除に関する項目群で、「地域生活」の下位尺度は、買い物・金銭管理などの項目群で構成されている。対象であった成人 ASD 者の家事や地域生活における V 評価点の平均値の低さ、「平均的」な適応水準を示す者が 20%弱に留まること、他は「やや低い」もしくは「低い」水準であったことを踏まえると、多くの成人 ASD 者が、自立した生活を営むことは非常に困難であることが窺われる。本研究の対象であった ASD 者の一部はグループホームなどを利用し、支援を受けながら独居している者がいたが、本研究の多くの対象は未だ両親と同居している者である。そのため、現在の成人 ASD 者が示す日常生活スキルからすれば、親亡き後の彼らの生活状況が危惧される。今後、両親と同居している成人 ASD 者に対する親亡き後の生活支援をどのように進めていくかについての検討を急ぎ行う必要がある。

加えて、適応行動（領域合計）や日常生活スキル領域の地域生活の得点には、診断による有意差が認められたが、平均以上の知的水準を示す AS や HF-ASD の診断を受けている者であっても適応行動や日常生活スキルの得点は、同年の一般成人が示す得点よりも 2 標準偏差以上低いものであった (Table 5)。このことからすると、先に記したように成人 ASD 者の親亡き後の生活支援が必要である一方で、将来独居が可能と思われる AS や HF-ASD 児者に対して、大学生などの早い段階から、予防的措置として日常生活スキルに関するトレーニング等を施す必

要があると思われる。職業訓練など ASD 者を含む成人の発達障害者に対する就労支援が積極的に行われているが、健全で安定した日常生活がなければ、就労状況の維持は困難になるのではないだろうか。それゆえ、特に平均以上の知的水準を有し独立した生活が可能と思われる ASD 者には、就労支援のみならず、日常生活スキルの向上を図る介入を行うことが望ましいと思われる。

## 2. 成人 ASD 者のメンタルヘルスの状態について

海外における報告 (Sparrow et al., 2005; Hofvander et al., 2009) でも、成人 ASD 者のメンタルヘルスの悪化が懸念されており、医療的支援の重要性が指摘されていた。本研究では、自己評価と他者評価形式の双方を利用し、成人 ASD 者のメンタルヘルスの状態を評定した。まず自己評価に関しては、世界的に使用されているメンタルヘルスの評定尺度である K-10 と MHI-5 を用い、成人 ASD 者の内在化症状の程度を評定したところ、K-10 では対象とした成人 ASD 者の 1/3 以上で、メンタルヘルスの悪化が重篤であること、MHI-5 では、全体の 6 割以上が抑うつ状態にあることが確認された。またこれらの両尺度のいずれかにおいても、カットオフ値以上 (MHI-5 では、「以下」) の得点を示し、メンタルヘルスの状態が思わしくないと判断される者は全体の約 3/4 以上に及んでいた。これと同様に、他者評価では、Vineland-II の内在化問題の下位尺度を利用したが、対象の半数弱は「高い」レベルを示していた。

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

### 3 . 成人 ASD 者における自己評定と他者評定の関連性

本研究では、メンタルヘルスの指標として内在化症状を取り上げたが、先行知見において、セルフモニタリングスキルの欠如が指摘されていることから、本研究では、2 つの自己評定尺度(K-10 および MHI-5)に加えて他者評定尺度(Vineland-II の「内在化問題」)を利用し、成人 ASD 者が呈する内在化症状の程度を測定した。自己評定尺度によって測定された内在化症状の程度と、他者評定尺度によって測定された内在化症状の程度の関連を検証したところ、想定される相関の方向性(K-10 では正の、MHI-5 では負の相関)は示されたが、いずれの自己評定尺度も他者評定尺度との間に有意な相関を示さなかった(MHI-5 と内在化問題の相関は有意傾向であった)。これま

での研究で、対象者数により有意確率が変動することが知られており、本研究で相関係数が有意水準に至らなかった結果は対象者数の問題があるかもしれない。一方で、相関分析において、対象者数が少ない場合には、相関係数が大きくなることが指摘されているが、本研究における自己評定尺度と他者評定尺度の相関は、 $r=.2$  程度であり関連性は弱いものである。つまり、対象者数が増えることで、相関の有意性は確保できると思われるが、これに伴い相関係数が低下すると思われる。以上のことから、成人 ASD 者において、自己評定尺度と他者評定尺度によって測定されたメンタルヘルスの状態の程度には強い関連性はみられないと考えられる。それゆえ、成人 ASD 者の心理的状态などのアセスメントを行う際には、自己評定によってのみ査定することは十分であるとは言えず、自己評定と他者評定を実施するなど多面的なアセスメントを行うべきであると思われる。

### 4 . 適応行動・日常生活スキルとメンタルヘルスの関連について

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

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

しかしながら、これらの相関分析は疑似相関の影響を受けている可能性がある。そのため、適応行動(領域合計)、日常生活スキル、その各下位尺度の得点を従属変数、属性(年齢、性別、診断)、他者評定および自己評定(K-10 もしくは MHI-5)、その交互作用を独立変数とする重回帰分析を行い、より直接的なメンタルヘルスと適応行動の関連を検証した。その結果、独立変数に K-10 を投入した際には、日常生活スキル領域、地域生活において、独立変数に MHI-5 を投入した際には、地域生活において、有意な自己評定尺度と他者評定尺度の交互作用が認められた。いずれの場合においても、日常生活スキルに及ぼす自己評定と他者評定による内在化症状の効果の影響は同程度のものではなかった(Figure 1, Figure 2, Figure 3)。具体的には、自己評定による内在化症状が低い(平均値よりも 1SD 低い)場合には、日常生活スキルに対する他者評定による内在化症状の効果は認められないが、自己評価による内在化症状が強い場合には、他者評価による内在化症状が弱まるほど、成人 ASD 者の日常生活スキルのレベルが高い状態を維持で

きていることが認められた。つまり、自己評価および他者評価において、内在化症状が強いと判定された場合には、日常生活に関する行動スキルの低下が現れるが、成人 ASD 者本人が内在化症状の悪化を訴えているものの自己評定と他者評定の乖離が大きい(他者評定では、内在化症状が低いと査定される)ケースでは、日常生活に関する行動スキルのレベルはむしろ高い状態を維持していることを表している。これらのことから、先行研究に沿うように、内在化症状を緩和することで、成人 ASD 者の日常生活スキルの向上を図れる可能性がある。しかし、本研究では、これらの結果の背景にある現象を明らかにすることはできず、今後より詳細な検証が必要である。

## 5. 診断と適応行動及びメンタルヘルスの関連

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

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

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

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

## E. 結論

成人 ASD 者は、同年代の一般成人と比較して、適応行動や日常生活スキルの行動レベルが著しく低いことが確認され、

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

## F. 引用文献

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

- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, & European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 420, 21-27.
- Capps, L., Kasari, C., Yirmiya, N., Sigman, M. (1993). Parental perception of emotional expressiveness in children with autism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 475-484.
- Drahota, A., Wood, J. J., Sez, K. M., & Van Dyke, M. (2011). Effects of cognitive behavioral therapy on daily living skills in children with high-functioning autism and concurrent anxiety disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 41, 257-265.
- 古川壽亮・大野 裕・宇田英典・中根允文. (2002). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成 14 年度厚生労働省科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の十反に関する研究 研究協力報告書.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsater, H., Gillberg, C., Rastam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *Biomedical Central Psychiatry*, 9. <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/35>>
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walter, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4, 117-132.
- Lugnegard, T., Hallerback, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research of Developmental Disabilities*, 32, 1910-1917.
- Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*, 626, 83-86.
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in Asperger syndrome and high functioning autism: Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11:16.

- <<http://www.annals-general-psychiatry.com/content/11/1/16>>
- Murray, J. L. & Lopez, A. D. (1996), The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Harvard School of Public Health*.
- 小野博行. (2005). 抑うつ症例における身体症状と出社困難の関係について. *精神医学*, 47, 717-723.
- Rumpf H, Meyer C, Hapke U, & John, U. (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard” *Psychiatry Research*, 105, 243-253.
- Sigman, M., Dissanayake, C., Arbelle, S., & Ruskin, E. (1997). Cognition and emotion in children and adolescents with autism. In D. Cohen and F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: John Wiley and Sons.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive behavior Scales, (Vineland-II)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 406-412.
- Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S., Streiner, D. L., & Wilson, F. (1995). Asperger’s syndrome and Autism: Differences in behavior, cognition, and adaptive functioning. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1662-1671.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey manual & interpretation guide*. Boston, New England Medical Center.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 216-229.
- Yamazaki S, Fukuhara S, & Green J. (2005). Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 48. <<http://www.hqlo.com/content/3/1/48>>
- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

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

- protein 804A (ZNF804A) and verbal deficits in individuals with autism. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 39, 294-303.
- Balan, S., Iwayama, Y., Maekawa, M., Toyota, T., Ohnishi, T., Toyoshima, M., Shimamoto, C., Esaki, K., Yamada, K., Iwata, Y., Suzuki, K., Ide, M., Ota, M., Fukuchi, S., Tsujii, M., Mori, N., Shinkai, Y., & Yoshikawa, T. (2014). Exon resequencing of H3K9 methyltransferase complex genes, EHMT1, EHTM2 and WIZ, in Japanese autism subjects. *Molecular Autism*, 5(49), Open Access.
- 萩原 拓. (2014). 適応行動としてのソーシャルスキル(Part 1). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(2), 78-82.
- 萩原 拓. (2014). 適応行動としてのソーシャルスキル(Part 2). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(3), 90-94.
- 萩原 拓. (2014). ASD と適応行動(Part 1). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 12(1), 106-110.
- 萩原 拓. (2014). ASD と適応行動(Part 2). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 104-109.
- 萩原 拓. (2014). 地域で孤立する成人を支援の場にどうつなげていくのか(特集 シリーズ・発達障害の理解(2) 社会的支援と発達障害) -- (つなげる支援). *臨床心理学*, 14, 203-207.
- 肥後祥治・松田裕次郎. (2014). 成人期の豊かな生活のための支援を構築する:福祉的支援への橋渡し(特集シリーズ・発達障害の理解(1)発達障害の理解と支援)- ライフサイクルにおける発達障害とその発展. *臨床心理学*, 14, 65-68.
- 平島太郎・伊藤大幸・岩永竜一郎・萩原拓・谷 伊織・行廣隆次・大西将史・内山登紀夫・小笠原恵・黒田美保・稲田尚子・原 幸一・井上雅彦・村上隆・染木史緒・中村和彦・杉山登志郎・内田裕之・市川宏伸・辻井正次. (2014). 日本版青年・成人感覚プロフィールの構成概念妥当性:自閉症サンプルに基づく検討. *精神医学*, 56, 123-132.
- Iwata, K., Matsuzaki, H., Tachibana, T., Ohno, K., Yoshimura, S., Takamura, H., Yamada, K., Matsuzaki, S., Nakamura, K., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., Katayama, T., & Mori, N. (2014). N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism. *Molecular Autism*, 5(33), Open Access.
- Miyachi T, Nakai A, Tani I, Ohnishi M, Nakajima S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Tsujii M. (2014). Evaluation of Motor Coordination in Boys with High-functioning Pervasive Developmental Disorder



- using the Japanese Version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26, 403-413.
- Maekawa, M., Yamada, K., Toyoshima, M., Ohnishi, T., Iwayama, Y., Shimamoto, C., Yoyota, T., Nozaki, Y., Balan, S., Matsuzaki, H., Iwata, Y., Suzuki, K., Miyashita, M., Kikuchi, M., Kato, M., Okada, Y., Akamatsu, W., Mori, M., Owada, Y., Itokawa, M., Okanano, H., & Yoshikawa, T. (2014). Unity of scalp hair follicles as a novel source of biomarker genes for psychiatric illnesses. *Biological Psychiatry*, Open Access.
- 中村和彦・鈴木勝昭・尾内康臣・辻井正次・森則夫. (2014). 特集：自閉症の分子基盤. 自閉症の PET 研究について. *分子精神医学*, 14, 88-98.
- 野田 航・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽 亮太・山本 彩・田中尚樹・辻井正次. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査. *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 154-159.
- 尾辻 秀久・村木 厚子・下山 晴彦・辻井正次・村瀬 嘉代子・森岡 正芳. (2014). 発達障害の理解(4) 学校教育と発達障害 社会的支援と発達障害(3). *臨床心理学*, 14, 461-465.
- 田中尚樹. (2014). 特別講演 大人になつた自閉症スペクトラムの人たち:その生活と課題. *小児と精神と神経*, 54, 135-142.
- 辻井正次. (2014). 総説：社会的支援と発達障害. *臨床心理学*, 14, 163-167.
- 辻井正次. (2014). 発達障害研究の展望と意義：社会的側面を中心に (特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線), *臨床心理学*, 14, 331-336.
- 辻井正次. (2014). 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方 地域連携ネットワークによる支援, *公衆衛生*, 78, 378-381.
- 辻井正次. (2014). 成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援), *臨床心理学*, 14, 617-621.
- 辻井正次. (2014). 発達障害児を支える生涯発達支援システム (特集 シリーズ・発達障害の理解(6)発達障害を生きる) -- (当事者と支援者が協働する支援の視点), *臨床心理学*, 14, 827-830.
- 辻井正次. (2014). 発達障害の人たちの親亡き後を考えるために：地域の中での生活を支援する(2). *Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために*, 13(1), 94-96.
- 浮貝明典. (2014). 生活の中で発達障害者を「支援」する. *臨床心理学*, 14, 676-680.
- 浮貝明典. (2014). 横浜市 発達障害者への一人暮らしに向けた支援 ~サポートホーム事業から~. *いと*

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

## 2. 学会発表

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

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

Table 1 対象者の内訳

性別	診断名	年代
男性 90	自閉症 (広汎性発達障害を含む)	44
女性 26	アスペルガー症候群	34
	高機能自閉症	34
	無回答	4

note. 数値は人数を表す

Table 2 適応行動およびメンタルヘルス指標の平均値と標準偏差

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

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

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

Table 4 K10およびHIMI5におけるメンタルヘルスの状態

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

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

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

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

Table 6 内在化症状に関する自己評価と他者評価の相関

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

<sup>†</sup>  $p < .10$     <sup>\*\*\*</sup>  $p < .001$

Table 7 内在化症状と適応行動および日常生活スキルの相関

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

\*  $p < .05$

Table 8 K10と内在化問題を独立変数とする重回帰分析の結果

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

<sup>†</sup>  $p < .10$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$



Table 9 HMI-5と内在化問題を独立変数とする重回帰分析の結果

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

<sup>†</sup> $p < .10$  \* $p < .05$

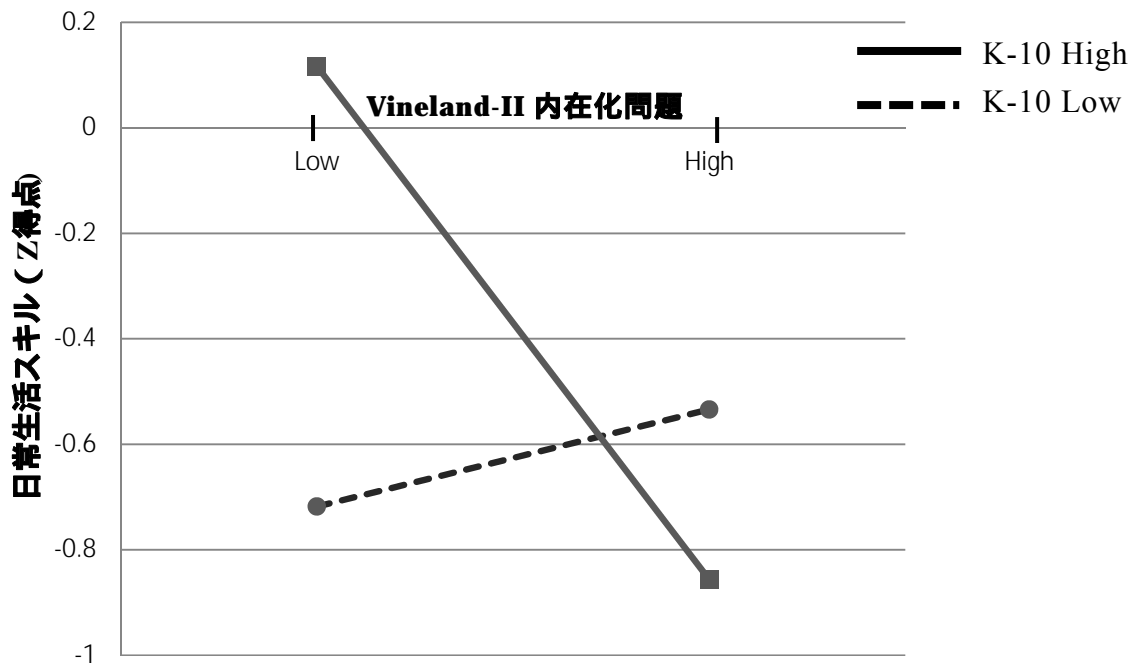


Figure 1 日常生活スキルへの K-10 と Vineland-II 内在化問題の効果

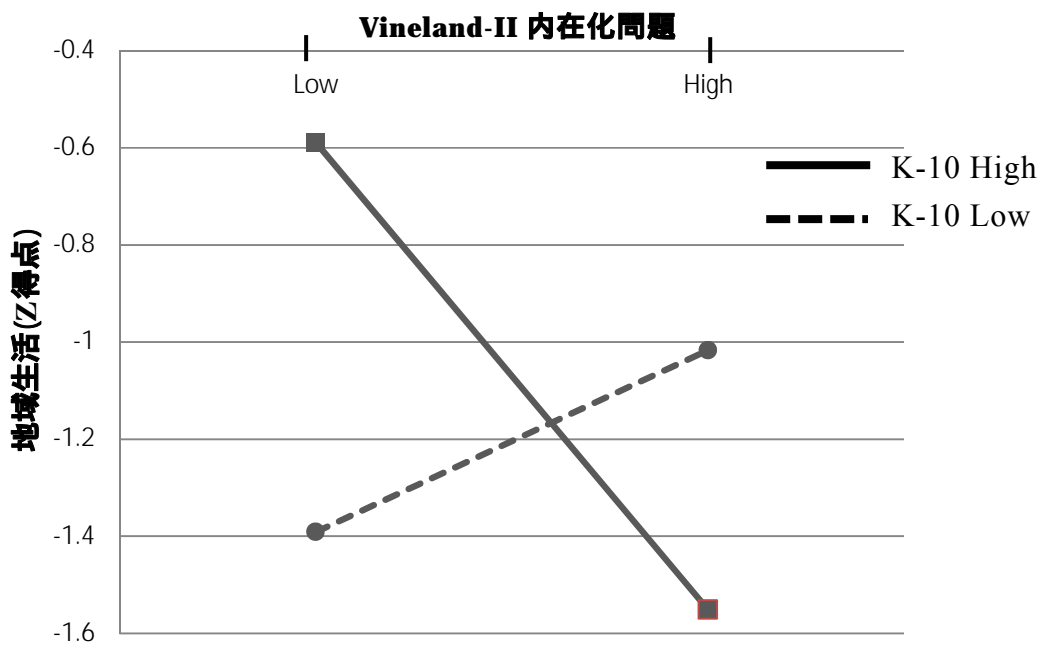


Figure 2 地域生活レベルへの K-10 と Vineland-II 内在化問題の効果

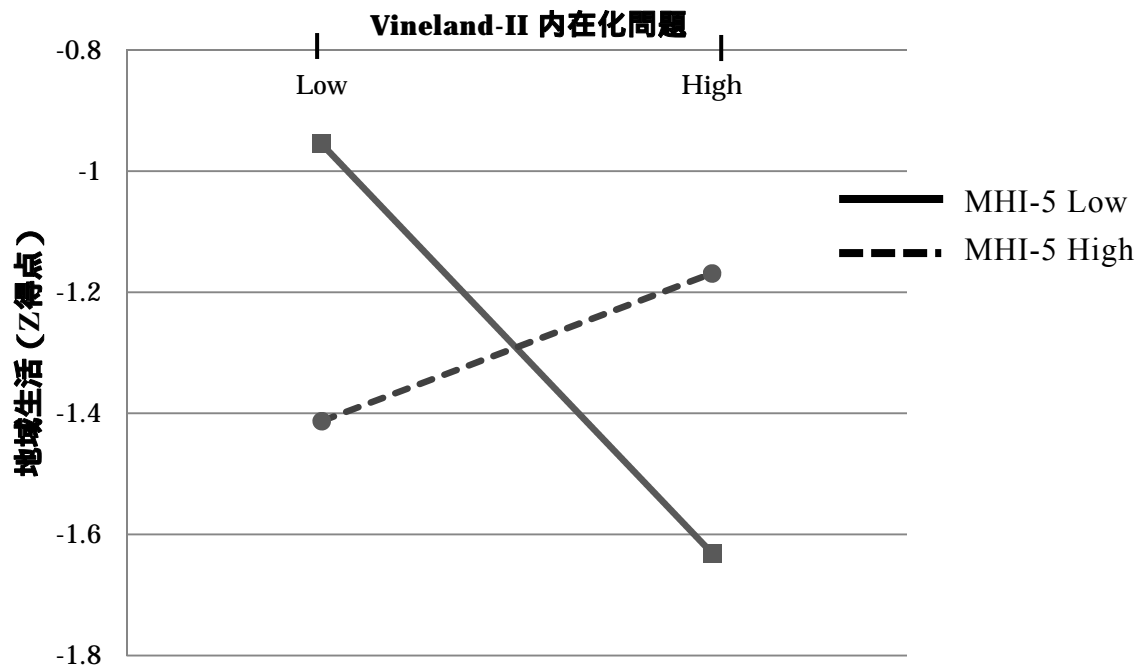


Figure 3 地域生活スキルへの MHI-5 と Vineland-II 内在化問題の効果

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)

分担研究報告書

**発達障害のある成人に対する  
生活支援におけるガイドラインの作成**

**分担研究者**

肥後祥治(鹿児島大学 教育学部)

岸川朋子(特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト)

**研究協力者**

田中尚樹(日本福祉大学 社会福祉学部)

浮貝明典(特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト)

長山大海(特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォレスト)

松田裕次郎(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

山本 彩(社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

巽 亮太 (社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団)

村山恭朗(浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター)

**研究要旨**

本事業では3年間、この成人の発達障害者の居住空間や余暇などの生活に対する支援の在り方について研究を行ってきた。ここでは、これまでの調査から成人期の発達障害者の生活課題を整理するとともに、生活の目標となる基準と支援の内容や方法についてガイドラインとしてまとめることを目的とした。当事者どうしのグループワークの実施を通じて、成人の発達障害者が、同じ発達障害者とのピアの関係の中から出てくる情報と一緒に取り組む中で様々な知識を学ぶ必要性を実感できるということがわかった。またお互いに困っていることを共有できることだけでも安心でき、その時に他者が取っている行動を教えてもらうことでそれぞれの生活の中で実践してみるなど参考になっているようであった。これらの調査や取り組みなどによって、ガイドラインを整理した。このガイドラインでは、発達障害の人の生活支援として、グループホームや一人暮らしに対する支援などを事業として運営するに当たり、基本的な方針を示し、サービスの質の確保と向上を図ることを目的としている。作成したガイドラインでは、「生活習慣」「体調管理」「金銭管理」「所持品管理」「感情コントロール」「対人関係・コミュニケーション」「住環境の整備」「地域生活」「外出」「余暇」「その他」の領域に分け、各領域で項目を出し、本人の生活の基準を挙げた。今後、本研究で作成されたガイドライン等を利用し、発達障害者がグループホームや一人暮らしができるよう、生活支援の充実に関して早急な対応が求められる。

## A. 研究目的

### 1. はじめに

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

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

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

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

本人たちの加齢に合わせて、その親も同じだけ高齢になっていく。すると家庭の役割が変わってくる。親が亡くなった後の本人が自分の生活を作っていかなければならない。しかし、すべてを一人で

することは難しい。就労には、発達障害者も利用できるような企業への就労に向けた練習の場としての事業があるが、生活については一人暮らしなどを目的とした練習やその後の支援のための事業はまだ整備されていない。

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

### 2. ガイドラインの目的

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

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

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

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

#### 1) ガイドラインの位置づけ

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

#### 2) 発達障害者の対象とする生活支援

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

#### 3) グループホームや一人暮らし支援に関する基本的な考え方

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

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

発達障害者の特性に合わせた支援は、

一人ひとり異なるため、直接のやり取りから環境の調整など幅広い対応が求められる。

#### 4) 支援者の役割

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

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

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

## B. 研究方法

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

の生活と今後の暮らしに関する調査を行った。平成 25 年度は発達障害者が入居する 7 か所のグループホームの支援者（滋賀県，横浜市とその近隣の県など）に対しては発達障害者のグループホームでの生活支援の課題に関する調査を行った。また 67 名の自閉症スペクトラム障害のある成人に対する精神医学的な調査，そして，現場におけるアセスメントや評価の項目と事例についても調査を行った。以上の結果を集約し，生活における課題と必要な支援について検討を行った。

なお，滋賀県の取り組みは，平成 17 年から滋賀県の単独事業（社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団が痛く）として，発達障害者が地域でひとり暮らしに移行できるように 2 年間のグループホームでの練習とひとり暮らし後の一定期間のサポートをしている。生活支援だけでなく就労支援も実施しながら，仕事と生活の双方から発達障害者の自立した生活に向けた取り組みである。グループホームは民間アパート 1 棟を借り上げており，入居者定員は 10 名で，1K の部屋に一人で生活することになる。

横浜の取り組みでは平成 21 年から 3 年にわたる横浜市発達障害者支援開発モデル事業として進められた事業がその後 NPO 法人に委託されて実施されている。横浜市住民で就労または日中活動をしており，将来ひとり暮らしを希望する発達障害者が対象で，こちらも 2 年間の利用期限がある。入居者定員は 6 名で 1 名の体験利用が可能となっている。

入居者のアセスメント，支援や介入の仕方なども合わせて検討を進めている。

また名古屋での取り組みとしては，一つは当事者団体である NPO 法人の会員を中心に成人の発達障害者 20 名～30 名を対象にライフプランニングという名称でプログラムを実施し，ピアグループで生涯計画を考えたり，生活に必要なスキルや情報，費用などを調べて意見交流をしたりするなどの勉強会という形式で行っている。また 4 名にひとり暮らしの練習（うちすでにひとり暮らしを始めている）をしてもらい，そこから課題の確認や支援の方法などを検討した。

## C. 研究結果

### 1. 調査における発達障害当事者の概要と課題について

平成 24 年度の調査で回答した発達障害者について，療育手帳や精神保健福祉手帳を保持している人は約 80%，障害年金を受給している人は約 50%，障害福祉サービスを利用している人は約 40%であった。他にも服薬をしている人は約 65%，通院している人は 90%ほどであった。

彼らが親亡き後にどこで生活を考えているかについては，一人暮らしや現在住んでいる家での暮らしを希望している人が同じくらいの割合で多かった。グループホームの利用を希望している人は少なかった。

本人たちが生活の中で困難さを感じていることについては，食事や金銭管理がもっとも多かった。食事では調理できるメニューが限られていること，金銭管理では，使いすぎてしまうことや自分の好きなように使えなくなるという不安など

が理由となっている。危機管理や健康管理についても一人でできるか不安を感じている。そして人との関わりについても多くの人が困難さを抱いており、グループホーム内では他の入居者とのトラブルを起こしたり、支援者を困らせたりしていることも認識しているようであった。

また精神医学的な問題として、気分障害や不安障害などを抱えている人や今後併発する可能性がある人の割合が高いことも示唆している。

## 2．支援における課題について

平成 25 年度のグループホームの支援者に対する調査においては、グループホームでは、食事などは共同スペースで一緒に取ることもあるため、対人関係のトラブルは起きやすい。支援者が入居者の支援で発達障害者に対して困難さを感じていることについては、食事中では、一方的に話し続けることや食事の量の調整が難しく、指示も入りづらいついことであった。また部屋の片づけが苦手であるが、他者が片づけを手伝うことも拒むため、部屋の中が散らかっていつてしまうというケースも少なくない。また身だしなみでは寝ぐせや服のはみ出しについて指摘してもなかなかできないこと、生活のリズムが崩れてしまいがちになることなどが挙がっていた。そして他の入居者とのトラブルについても、対応の仕方が分からず困っているという回答が多かった。入居者に対して、指摘などをすることが入居者本人のストレスになり、支援者の指示を拒むようになり、関われなくなってしまうようである。そのためか

発達障害者への支援をどうしてよいかわからないという支援者が多く、専門家によるコンサルテーションやアドバイスの必要性を挙げている。

## 3．支援に対する整理の仕方について

1) 2) から支援として取り組みやすいものと取り組みにくいものを表 1 のようにまとめた。

取り組みやすい支援では、視覚的な情報などモデルになるようなものを用意したり、一緒に取り組むことが可能なものが多く、取り組みにくいものは経験としてすでに困難さがあるものや、見通しや目に見えない情報を必要とするようなことが多い。

## 4．発達障害者が知識として必要なこと

本事業での取り組みの中で、当事者どうしのグループワークによるプログラムの実施をしてきている。そこから、ただ情報として理解するだけでなく、同じ発達障害者としてのピアの関係の中から出てくる情報や一緒に取り組む中で必要性を実感できるということがわかった。

プログラムの内容については、生活費に含まれる項目と自分の家庭での必要な費用について、生活のリズム(睡眠時間、起床・就寝時間、食事の時間)、休日の過ごし方、お金の使い方(使用目的と金額、貯金、家族と同居の場合は生活費としていくら払っているか)、自分の障害特性(感覚過敏や不器用さなども含む)や得手不得手を知ることや気持ちの理解など、困ることについての整理と対応についてである。お互いに困っ



表1 取り組みやすい支援と取り組みにくい支援

<p>取り組みやすい支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録すること：体調や健康、服薬などについてチェックすること</li> <li>・経験で学べるもの：買い物や家事など何度か教えてもらったり一緒に体験したりすることで習得可能なもの</li> <li>・スケジュールの提示：予定などの視覚的な提示、事前の声かけ</li> <li>・本人も同じように困っていて何とかしたいと思っているもの</li> </ul> <p>取り組みにくい支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意向が強いもの：苦手なものや抵抗が強いもの（野菜などの偏食、通院など）最後まで完成しないと終われないようなこだわりになっているもの</li> <li>・確認が難しいもの：入浴に関すること（洗体、洗髪）などプライバシーを守る場所でのことなど</li> <li>・本人が困っていないもの：部屋の掃除の必要性、お金の使用など</li> <li>・長期的な取り組みでしか結果がわからないもの：栄養の偏り、貯金など</li> <li>・その他：ニーズを発信する支援、言葉での振り返りなど</li> </ul>
---

ていることを共有できることだけでも安心でき、その時に他者が取っている行動を教えてもらうことでそれぞれの生活の中で実践してみるなど参考になっているようであった。

また、これらの調査や取り組みなどによって、ガイドラインを表2のように整理した。このガイドラインは、発達障害の人の生活支援として、グループホームや一人暮らしに対する支援などを事業として運営するに当たり、基本的な方針を示し、サービスの質の確保と向上を図ることを目的として、必要かつ適切な支援に対してまとめたものである。領域を「生活習慣」「体調管理」「金銭管理」「所持品管理」「感情コントロール」「対人関係・コミュニケーション」「住環境の整備」「地域生活」「外出」「余暇」「その他」に分け、各領域で項目を出し、本人の生活の基準を挙げている。

#### D. 考察

発達障害者のグループホームや一人暮らしにおける支援と対応については、発達障害者本人たちの困っていることと支援者が支援として必要だと感じていることには共通していること多いことが分かる。また、入居者と支援者とで同じ部分で困っている場合は支援が入りやすいが、取り組みとしてはうまくいかないこともある。例えば偏食は感覚過敏の影響もあつたり、濡れたふきんが触れずテーブルを拭くことができなかつたり、掃除機の音が怖かつたりするなどがある。タオルを絞る、洗濯ばさみを使う、長時間の座位の保持なども不器用さなどでうまくできないこともあり、支援があつても取り組めないものも出てくる。4. で挙げたガイドラインの領域については、すでに近江八幡市で活用しているものを参考にしているが、本事業において発達障害者

や支援者への調査によって挙げられた必要な支援項目とも同じであることが確認できた。

## 1. 生活習慣

大人になると自分で一日の生活の流れを意識した行動を求められる。中でも仕事や日中活動に支障の内容に生活のリズムを整えておくことは大切である。すると、食事や入浴、起床時間、就寝時間なども基本的には毎日決まった時間に行えるとよい。

食事については、味や食感の苦手なものなどで偏食もあるが、調理のレパートリーが少ないことや食べたことのないものといった経験がないことや、買い物もスーパーが広いこと、商品が多いことで、視覚による情報を整理することが難しく、店内で自分のほしいものを選ぶことが大変な作業になるため、同じ店の同じ商品を選ぶというように、自分の中で安心して食べられるものに偏った食事になることもある。また感覚過敏があるため濡れたスポンジやふきんをつかめなかったり、食事が終わると他のことが気になり、食器を洗うことを忘れてしまったりすることもある。また自炊ばかりでなく、惣菜やインスタント食品、外食なども適切に取り入れられるようにして、個々の困難さに合わせた支援が必要になる。

歯磨きや洗顔、入浴、整髪などは、これまでの経験からしなくても自分自身が困ったことがなく、必要性を感じていない場合がある。また不器用さで歯ブラシやタオルの操作が苦手なことや「歯を磨く」「頭を洗う」といった行為が「歯ブラ

シを歯に当てて動かす」「シャンプーをつけてお湯をかける」という目に見える部分の解釈にとどまり「歯の汚れが取れるまで磨く」「シャンプーを落としきるまで洗う」というところまでの理解につながっていないことも考えられる。そうした発達障害の特性にも配慮して、スケジュールを視覚的に示すことや苦手な部分については、どこまでできるとよいか課題を一人ひとりに合わせて設定していえるとよい。

女性の場合は生理の時には機嫌がすぐれなかったり、体調が悪くなったりすることで、生活にも影響が出てくることがある。自分で周期や体調の変化のパターンなども把握し、ナプキンや生理痛薬の用意をあらかじめできるようにしていくことが大切になる。特に痛みを強く感じたり、体がだるく感じたりする人は、集中力や体や気持ちのコントロールも難しくなり、コミュニケーションも上手に取れなくなることを知っておくことと、そういう状態のとき取る行動（とらないようにする行動）を確認できるようにしておくことも必要になる。

実施の有無については行動記録にチェックし、支援者も定期的に確認するなどして意識できるようにすることや、経験のないものなどはモデルを示して、支援者と一緒に取り組みながら成功体験を作り、一人でできることを増やしていくようにすることが支援として考えられる。

## 2. 体調管理

発達障害から受ける相談には「体調が悪いから仕事を休む」というものがある。

風邪などの病気ではなく、疲れがたまっていることで不安が高くなる。本人の感覚で体調がよくなったと思えるまで、何日も休もうとする場合もある。そのため、まずは自分の状態を自分で判断するのではなく、支援者に報告し、欠勤の判断や対応について確認できるようにしていく。検温など自分でしておくこと、欠勤の条件などをあらかじめわかるようにしておくことが必要である。会社への伝え方なども適宜本人と確認しておけるようにしておく。

ただ疲れが職場でのストレスや悩みなどという場合もあるので、本人の話を聞くなどの対応も必要になってくる。

発達障害者のなかには服薬をしている人が多い。通院も定期的に行っているため、通院も怠らずにできることや服薬の確認も必要になる。本人たちが定期的な通院と処方通りに服薬できることが求められる。副作用がつかったり、飲み忘れたりする人もいるため、支援者としても、そうした情報を整理して把握して、気になる様子が見られる場合は、本人に確認したり、医師と相談できるような対応もできるようにしておくといよい。

### 3. 金銭管理

計画的にお金を使うということが難しく、金銭管理に不安を感じている発達障害の人が多かった。支援者としても大事な課題としているが、金銭に関することであるため慎重に対応していかなければならない。「大人になったら働いたお金で好きなものを買うことができる」という意味を「なんでも好きなだけ買ってもし

い」という解釈になってしまう人はゲームやミニカーなど趣味に費やしてしまうといったこともある。インターネットでの購入ではクレジットカードの使用を含めて、現金の支払いではないため、お金を払う(手元からお姉がなくなっていく)という感覚がないため、本人も加減が分からずお金がなくなってから困ってしまうということになる。また、お金がないときは家族からだけでなく、友人や記入会社から借りてしまう人もおり、高額な返済請求を受けるケースもある。そしてその返済をするのは家族であり、本人としては困っていないため、同じことを繰り返してしまう。

自分の給料の額と生活にかかる費用、趣味にかかる費用などを整理して、計画的な使い方を考えることが必要である。一週間や1か月間などの使用限度額を設定し家計簿をつけることや、支援者とだけでなく他の発達障害者たちでの活動としてピアグループで確認し合うことも理解につながることもある。

お金を借りたら返すことは当然のことであるが、最初から借りないようにしていくことが大事であり、お金が足りないようにするための取り組みと足りなくなった時の対処の仕方を支援者と考えたり、第三者として権利擁護を導入するなどして、計画通りにお金を使う中でも自分の楽しみが持てることの確認ができるようにしていくことも考えなくてはならない。ATMの利用なども必要になってくるが、限度額や頻度なども含めて使用の仕方ルールを設けたり、権利擁護の中で利用できるようにしていけるようにする。

#### 4．所持品管理

不注意の人も多く、所持品をどこに片づけたか、どこに入れたか、置いたかわからなくなり、毎回探している。部屋の中ではテーブルや床、その他の収納場所などものを置いたところが収納場所になる。鞆の中も毎回同じところに入れないと、鍵や財布などを取り出す時に時間がかかってしまう。まずは、財布などの貴重品や部屋でも外出時でも必要なものを限定して置き場所を決めておく。その置き場所も本人が分かりやすい場所にしておくなどの工夫も必要になる。必ず管理するものをリストにしておくことよい。

衣類や文房具などはラベルを収納場所に貼ってわかるようにしておくことをしつつ、本人がいつ片づけるのか、どのように片づけるのかはデモンストレーションを行ったりして経験で学べるようにし、定期的に支援者が所持品の管理状況について確認できるようにしておく。

#### 5．感情コントロール

日々の生活の中では、仕事での悩みや対人関係、テレビやインターネットからの情報などにより、自分の感情が不安定になるときもある。不安を感じたり、怒りを感じたりすることは人間なので当然のことであるが、そうした感情をどのように処理すればよいか分からず、時として不適切な行動を起こしてそちらが問題になることがある。

自分で感情のコントロールをすることが必要であるが、まずはコントロールしなければならぬ感情になっているとい

う自分の状態を知ることは必要である。また感情をコントロールするには、ネガティブな感情をポジティブな感情に切り替えることなので、あらかじめポジティブな感情にするための準備が必要である。自分の楽しめることやうれしいことなどを把握しておくことである。また日頃から楽しめるものなどを鞆の中などに入れておくと、外でも感情のコントロールに役立つかもしれない。

自分で嫌な気持ちなることが事前に分かたったりするような場面では、距離を取るなど予防的な行動についても知っておくとよい。

#### 6．対人関係，コミュニケーション

発達障害者も支援者もグループホームではトラブルになりやすく、支援が必要だと感じているものとして対人関係の困難さがある。発達障害者には「一人である方がいい」と思っている人は少ないが、必ず一人がいいというわけではない。自分の考えと他者との考えが異なるため、自分の行動の妨げになったり、時として自分に厳しい言葉が飛んできたりするので、他者と一緒だと嫌なことが起こるという経験から「一人」を選択している場合も多いようである。その一つに、交友関係のトラブルで、消費者被害に遭ったり触法行為の加害者にさせられたりするケースがある。このような時に関わってくる人は本人にやさしく、ほめてくれたり自分に役割を与えてくれたりするので居心地がよくなってしまふ。そして言うことを信じるようになり、気づいた時には被害に遭っている。交友関係につ

いては、できれば支援者も把握しておけるとよいが、所持品や生活のリズムの変化なども交友関係との関係がある場合もあるので、そうした状況についても気をつけて見ておく必要があると思われる。それだけでなく、余暇をともに過ごせる仲間を共通する楽しみの活動などを設定しながら作っていくことも方法の一つであると考えられる。

コミュニケーションにおいては、自分と相手の双方に適切な距離感や話したい内容があること、「話す」・「聞く」の役割があることなどを理解していくことが大切である。会話の時は聞いた後にすぐ答えないといけないという状況であることもあり、言語化に困難さがある上にスピードも求められるので、混乱してしまう人もいる。また、やり取りを繰り返しながら、お互いに情報を具体的に共有していくようなプロセスを経験することがないと、相手の話を聞いてわからなければ、次の話題に切り替えてしまうようで、相手からすれば「理解してもらえた」と思われる。すると本人が失敗してしまうという結果になってしまう。

その場の人数や関係性に応じた距離の取り方や、会話のやり取りの仕方などは、サポートブックなどを活用し、セルフモニタリングや練習をしながら学んでいけるとよい。

## 7. 住環境の整備

部屋などの掃除や片づけは、支援者にとっては課題になっている項目ではあるが、発達障害者にとってはそこまで課題に思っていない人もいる。また大人にな

るまでは親が掃除などをしていたため、自分がするという自覚が持っていない場合もある。

ゴミ出しについては分別の仕方がわからず、出したくても出せなくて、部屋に溜め込んでしまうケースも出てくると考えられる。

掃除に関してはグループホームにしてもアパートでの一人暮らしにしても、自室だけでなく、キッチン、リビング、風呂場、トイレ、玄関などもしなければならなくなる。生活していく中で、掃除の仕方を覚えて、定期的に取り組めるようにスケジュールを立てることや、難しいものは支援者がモデルを示したり、一緒に取り組んだりして覚えたり、写真などで提示するなどの工夫も必要になってくる。またチェックシートを活用し、振り返りができるようにしておくことも大切である。

片づけについては、できない人は片づけるタイミングがわからなかったり、片づけようと思うときにはすでにたくさんの物が散乱している状態であったりするため、片づけの見通しが持てなくなって混乱してしまうこともある。

片づけができないときは、他にしたいことがあるため、そちらを優先しがちであることだけでなく、散らかっているように見えても、本人にとっては物の配置が決まっている場合があるので、支援者が本人の確認もなく、片づけることは避けた方がよいかもしれない。それでも、整理することはルール化しておき、頻繁に使うものの片づける場所なども構造化してわかるようにし定期的に確認する。

片づけが難しくなるのは、処分することをしないで、新しいものを購入するためでもあるので、片づけの可能なスペースの確認をし、在庫の管理や何年も使用しないものの処分などこちらもルール化しておくとういと思われる。

## 8．地域生活

テレビを見たり音楽を聴いたりするときには、周囲への配慮として音量の調整が必要になる。それだけではなく、調子が悪い時などは、大きな声を出したり、物に当たったり、動きが多くなったりしてしまうときもある。そのため、適切な音量を支援者とともに確認しておく。調子が割るときは、先述にもあるように感情のコントロールを試みたり、支援者に相談できるようにする。自分の考える基準と周囲の基準とは異なることへの理解を図りながら、マナーとして身につけておくとういことを本人も納得できるように調整していく必要がある。

それだけではなく、防犯の意識も大切になってくる。玄関や窓の施錠や火の元の確認については、調子の悪いときや急いでいるとき、予定がたくさん重なっている時などに注意が向かずに忘れることもあるので、就寝や外出前には確認すべき項目をチェックできるようにしておくとうい。またセールスなどの訪問に断れない人もいるため、モニターなどで訪問者を確認したり、何か契約などを持ちかけられた時に自分で判断が難しい人については、支援者と相談してから答えを出すようにするなどの対応を考えるなどの方法を明確にしておくとうい。運送関係も

含めて、訪問者があっても出ないようにして、不在通知などで再度連絡をしながら受け取っている人もおり、支援者が訪問するときには、メールや電話で事前の確認をしておくとういことをしている人もいる。

近所の人から挨拶をされた時などはこちらからも挨拶をするなど、関係性を作っておくことも防犯につながるかもしれない。

## 9．外出・余暇

余暇活動を含め外出では、鉄道やバスなど公共交通機関を使用する場合は、出発の時刻は確認できるが、その時間間に合うように何時に家を出ればよいか、それまでの準備をいつから始めればよいかなどの計画も必要になるが、そうした見通しを持って行動することが苦手な人がいる。また所持金があまりないのに、出かけて帰りの交通費が足りなくなるといこともあった。またよく忘れ物をするという人もいるため、毎回もしくは頻度の高い持ち物についてはひとまとめにして管理したり、自分で確認できるようにリスト化しておくこともできるとよい。

余暇の過ごし方については、一人で過ごすことは大切であるが、同じ趣味を持った人と一緒に活動できたり、発達障害者どうし意見交流ができるような機会の提供もプログラムとして実施できるようにしていくことは大切である。頻度などの調整は必要になるが、給料を余暇に使うということも取り入れてほしい。余暇を充実させることは働く意欲や生活のリズムを意識させるためにも有効であると

考えるため、無理のないように継続した取り組みができるようにしていけるとよい。

## 10．支援における支援者の基本姿勢

1)から9)のように各領域において、入居者本人が身に付けたほうがよいことはたくさんある。支援者としては入居者がスキルと身につけて生活できるようにしていくことは大切であるが、苦手なことを克服すればよいというわけではないと考える。生活を豊かにしていくには、苦手なことを減らしていただくだけではなく、取り組まないようにしたり、他者の協力を得てできるようにしたりすることも必要である。支援者には感覚過敏や不器用さについての理解も考慮して、課題設定や支援の組み立てができるようになることが期待される。そして、自然にわかってできるようになるわけではないので、できるまで待つのではなく、具体的にモデルを示して取り組み、成功体験につながるような対応が大切になる。支援者が「できて当たり前」これぐらいはわかるだろう」と思う部分を実は発達障害の人たちがわかっていないということが多い。そのような場合、支援者もすぐにさせようと固執しがちになり、他の課題を見失うことがある。例えば、「片づけ」については、「使ったものを所定の位置に戻す」ということと「それまでしていた行動から片づけの行動に切り替えをする」という2つのことを求めることになる。前者であれば誰かが一緒に手伝うなどすればできるかもしれないし、本人が片づけのコツがわかれば一人でできるようになっていく

ことも考えられる。しかし、後者の場合は、行動や気持ちの切り替えが必要になるため、それまでの行動も影響してくる。個々の課題に合わせて、その時にしなければいけないことなのか、本人が取り組みそうなときに行えばよいことなのかというような整理ができるようになると、本人との関わり方にも工夫が出てくると思われる。

そして、発達障害者は生活のスキルが身に付いてくると、日々の頻繁な支援よりは、仕事のことや余暇のこと、また些細な疑問や悩みなどに相談に乗るなどの対応の方が多くのあるのではないかと考えられる。感情のコントロールが難しいため、少しの不安が大きくなってしまい、いろいろな活動に支障が出たりするからである。これは予定のある対応ではないため柔軟な対応が求められる。

また、最後に入居者と支援者という関係である前に、お互いを対等な立場として尊重することも忘れてはならない。そこで以下のような基本姿勢も求められる。**(1)環境** グループホームについては、一戸建ての家で個室は確保されながら、食事や入浴、洗濯などは共同で行ったり使用したりすることになる。中には共同スペースの清掃の担当や利用の順番など他の入居者との役割や時間の調整が必要になることもある。

アパートの一室を利用する場合は、玄関から一人での生活になる。そこでは、食事、洗濯、入浴、清掃なども自分自身で行うことになる。中にはアパートの共有スペースがあり、そこで食事などをとるところもあるが、基本的には個人です

ることになる。

**(2) 自己決定** 利用者からの相談や生活のスタイルなどは、基本的には本人の自己決定に基づいて対応することが大切である。その上で本人に必要なことを伝えながら、一緒になって考えていく姿勢が必要である。

**(3) 権利擁護** 利用者の意思決定の機会を大切にしながら、利用者本人の生活を豊かにしていくことができるような対応が求められる。

金銭の管理においては、本人と確認しながら、自分で入出金を行ったり、預貯金の管理などできるようにしたり、必要に応じて権利擁護事業として第三者に金銭管理を依頼するなどの対応が必要である。

**(4) 地域生活** 利用者がその地域で生活するために、住民との適切な関係づくりに努めなければならない。マナーや余暇などについて利用者が可能な限り自分でできるような工夫ができる。

近所の人への対応や、民生委員や自治会長などとも連携を図るようにしておくことが必要である。さらに消費者被害やその他の犯罪の被害や加害に携わるケースも可能性として考えられるため、支援者だけ一法人だけで抱え込むのではなく、他の事業所や支援機関、弁護士や警察などとも関係を作っておくことが望ましい。

## E. 結論

以上のように、発達障害者がグループホームでの一人暮らしの練習やその後の一人暮らしにおいて、必要な生活目標と支援の在り方について支援者として入居

者の生活目標や課題整理、支援内容などについて述べてきたが、一人ひとりの状況や発達障害特性、求めている生活の在り方などは異なるため、個々のニーズに合わせた支援が必要であり、そのために実践できる人材と体制の整備が必要である。支援者が一人で抱え込むのではなく、法人や事業所として、または他機関などの連携も図りながら取り組み、地域のネットワークを作っていくながら、地域で発達障害者含め障害のある人たちの支援の仕組みを築いていくことがその先に求められている。

今回は、先駆的に実践しているところの事例などを中心にまとめたため、今後は、全国の実態を把握し整理しながら、ガイドラインを作成していく必要がある。地域によってニーズも支援体制や社会資源も異なるため、共通して整備しておくことを明確にし、発達障害者も必要な支援を利用しながらグループホームや一人暮らしができるように早急な対応が求められる。

## F. 引用文献

肥後祥治・岸川朋子・松田裕次郎・浮貝明典・國井一宏.(2013). 成人期以降の発達障害者の日常生活における支援ニーズおよび精神的健康状況に関する実態把握, 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) (分担研究報告書), 56-65.
- 岸川朋子・浮貝明典. (2014). 成人発達障害者が入居する横浜市内のグループホームにおける生活支援の現状および課題, 厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 成人期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) 分担研究報告書, 69-81.
- 松田裕次郎. (2012). 発達障害の人たちのひとり暮らしを地域で支援するために～地域生活移行に向けた滋賀での取り組み～, アスペハート, 32, 68-76.
- 野田航・萩原拓・鈴木勝昭 他. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神医学的問題に関する実態調査, アスペハート 37, 154-159.
- 田中尚樹. (2014). 発達障害の子どもたちが学校を卒業する前に考えておくべきこと. 子どもの心と学校臨床, 10, 80-88.
- 田中尚樹. (2014). 大人になった自閉症スペクトラムの人たち—その生活と課題—, 小児の精神と神経, 54 (2), 135-142.
- 辻井正次・萩原拓・鈴木勝昭・肥後祥治・村山恭朗・野田航. (2014). 専門支援機関における成人期以降の発達障害者/その家族の相談状況および生活スキルへの支援に関する実態調査, 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) (分担研究報告書), 16-68.
- 辻井正次・萩原拓・鈴木勝昭・野田航・松本かおり. (2013). 成人期以降の発達障害者の日常生活における支援ニーズおよび精神的健康状況に関する実態把握, 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) (分担研究報告書), 16-55.
- 辻井正次・田中尚樹. (2013). 名古屋市での一人暮らしに対する支援ニーズ把握のための取り組み, 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) (分担研究報告書), 66-79.

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 萩原 拓. (2014). 地域で孤立する成人を支援の場にどうつなげていくのか (特集 シリーズ・発達障害の理解(2))

- 社会的支援と発達障害) -- (つなげる支援). 臨床心理学, 14, 203-207.
- 肥後祥治・松田裕次郎. (2014). 成人期の豊かな生活のための支援を構築する: 福祉的支援への橋渡し(特集シリーズ・発達障害の理解(1)発達障害の理解と支援)- ライフサイクルにおける発達障害とその発展. 臨床心理学, 14, 65-68.
- 野田 航・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽 亮太・山本 彩・田中尚樹・辻井正次. (2014). 自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査. Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために, 13(1), 154-159.
- 田中尚樹. (2014). 特別講演 大人になった自閉症スペクトラムの人たち: その生活と課題. 小児と精神と神経, 54, 135-142.
- 辻井正次. (2014). 総説: 社会的支援と発達障害. 臨床心理学, 14, 163-167.
- 辻井正次. (2014). 発達障害研究の展望と意義: 社会的側面を中心に (特集シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線), 臨床心理学, 14, 331-336.
- 辻井正次. (2014). 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方 地域連携ネットワークによる支援, 公衆衛生, 78, 378-381.
- 辻井正次. (2014). 大人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援), 臨床心理学, 14, 617-621.
- 辻井正次. (2014). 発達障害児を支える生涯発達支援システム (特集 シリーズ・発達障害の理解(6)発達障害を生きる) -- (当事者と支援者が協働する支援の視点), 臨床心理学, 14, 827-830.
- 辻井正次. (2014). 発達障害の人たちの親亡き後を考えるために: 地域の中での生活を支援する(2). Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために, 13(1), 94-96.
- 浮貝明典. (2014). 生活の中で発達障害者を「支援」する. 臨床心理学, 14, 676-680.
- 浮貝明典. (2014). 横浜市 発達障害者の人への一人暮らしに向けた支援 ~サポートホーム事業から~. いとしご増刊 「かがやき」, 11号, 21-26.

## 2. 学会発表

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

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表2 成人の発達障害者への生活支援に関するガイドライン

	領域	項目	基準	事例 (課題となった部分)	発達障害の理解・特性	支援方法・対応の仕方	実際の支援／実施内容
1	生活習慣	生活リズム	仕事に支障なく生活している	仕事に遅れる、休む、睡眠の乱れ	・頭の中のイメージだけでは予定が立てにくい ・行動や予定の視覚化が必要 ・調子がよくないと感じると、どうすればよいかを考えると難しくなるため、仕事を休もうとする	・行動記録（スケジュール）の導入 ・服薬調整	・1日、1週間の予定を支援者と一緒を考え、自らがスケジュールを決め行動してもらおう。スケジュール通りに行動できたかを日々支援者と振り返りをおこなう。 ・服薬管理も同様に決めた時間に服薬、必要に応じて行動記録へのチェックをおこなう。 ・仕事を休みたいと思ったときは支援者と相談し、勤務時間の調整、欠勤の連絡の仕方、その日の過ごし方の確認をする。
2		食事	健康に支障ない食生活を営んでいる	自炊を全くしない、メニューの偏り	・好き嫌いや拒否ではなく、経験やイメージができていないため、直接経験が必要	・自炊する方のスキルアップ ・選択肢を広げる支援（経験を積む） ・感覚過敏、純麻への理解（支援者） ・ヘルパー利用の検討 ・配食サービスや生活支援センター等の利用検討	・経験がないための食事レパートリーが考えられる場合に、新たなメニューを提案し実際に経験してもらうことで、自らが進めるように選択肢を広げる。 ・すべてを自炊するのではなく、調理済みの惣菜を買う方法も知る。 ・自分でおこなうことが難しい場合には、将来的にホームヘルパーの利用や生活支援センターの利用を検討し、栄養、健康管理に繋げる。
3			食後の片づけをしている	食器を洗わずに放置	・怠けているわけではなく、どのタイミングで、どの頻度でおこなえばいいかの経験の乏しさとイメージをもたない ・不器用さや感覚過敏により、食器やスポンジの操作が困難	・頻度の設定	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援（教える）。頻度については、妥当な回数、タイミング等、支援者と一緒考え自らが決めた頻度でおこない、生活記録にチェックすることで、継続的におこなえるようにしていく。
4		飲酒	飲酒欲求をコントロールしている	飲酒により暴れる言葉遣いが悪くなり、周囲を不快にさせる	・（中毒・依存を除く）正しい知識や情報不足とルールや枠組みの設定	・情報提示（薬と飲酒の関係性） ・時間や量の枠組み設定	・ネットを使う、本を読む等のスキルがある人に対しては、情報を知る手掛かりを教え、自ら調べてもらうことで正しい知識を獲得してもらう。
5		歯みがき	毎日、自発的に歯みがきをしている	毎日または適切にできない	・適切な歯みがき方を知らない ・毎日歯を磨く必要性を感じていない	・スキルアップ（学習） ・マニュアル導入	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援（教える）。
6		洗顔	毎日、自発的に顔を洗っている	毎日または適切にできない	・適切な洗い方を知らない ・毎日洗う必要性を感じていない	・スキルアップ（学習） ・マニュアル導入	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援（教える）。
7		入浴	毎日、自発的に入浴している	適切な洗剤ができていない（スキル）、入浴頻度が少ない（頻度）	・適切な洗い方を知らない ・毎日洗う必要性を感じていない ・不器用さや感覚過敏で指先に力を入れて髪など洗えない	・スキルアップ（学習）、道具の提案 ・マニュアル導入 ・頻度の設定	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援（教える）。頻度については、妥当な回数、タイミング等、支援者と一緒考え自らが決めた頻度でおこない、生活記録にチェックすることで、継続的におこなえるようにしていく。
8		洗濯	決めた頻度で自発的に洗濯をしている	溜めこんで翌日着ていく服がなくなる、シーツなどの洗濯	・機会が少なすぎや洗う基準の設定しづらさ、毎日洗濯するものではないものについての洗濯頻度がわからない	・頻度の設定 ・チェックリストの導入	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援（教える）。頻度については、妥当な回数、タイミング等、支援者と一緒考え自らが決めた頻度でおこない、生活記録にチェックすることで、継続的におこなえるようにしていく。
9		衣服の選択	季節に合わせた服装を選択している	季節の変わり目が苦手	・暑いから寒いからという感覚的な基準で選んでおらず、「何月から」などの基準で決めている場合がある	・スキルアップ（学習） ・マニュアル導入	・支援者と一緒に見て服装を確認する。
10		整髪	毎日、自発的に髪を整えている	意識が低い	・他者にどうみられるか、セルフモニタリング力の弱さがある	・マニュアル導入	・支援者と一緒に見て髪を撫ぐせや髪の毛のはおなどを確認する。

		項目	基準	事例 (課題となった部分)	発達障害の理解・特性	支援方法・対応の仕方	実際の支援 / 実施内容
11	生活習慣	ひげの手入れ	自発的にひげの手入れをすることができる。(男性のみ)	適切に剃ることができない(スキル)	・他者にどうみられるか、セルフモニタリング力の弱さがある ・適切な剃り方を知らない ・髭剃りの必要性を感じていない	・スキルアップ(学習) ・マニュアル導入	・マニュアル等を用いて自主的におこなってもらいが、剃り残しなど問題がある場合は、実際に剃っているところを確認し、一からスキルアップのための直接支援をおこなう(教える)。
12		生理の対処	生理の対処をしている(女性のみ)		・生理によって、体調の不安定さを感じることもあり、そのことがうまく理解できないことで悩む。	・自己管理ツール(記録等)導入	・生理の周期についての把握と生理用品の携帯の所持の確認をする。 ・生理の時に調子が悪いときの対処の仕方についての確認をする。
13	体調管理	体調不良時の対処	体調不良時に適宜訴えている	やっていない	・休み過ぎてしまう、または体調不良がどの程度を指すのかの判断基準がわからない	・仕事を休む基準づくり ・連絡マニュアル導入	・体調不良の基準として感覚ではなく、検温を必須とし、例)37.5 以上は仕事を休む 会社に連絡。38 以上は通院し仕事を休む 会社、支援者に連絡などのマニュアルを導入。
14		服薬管理	薬の内容や量、時間、回数等医師に決められた通りに服薬することができる。	飲みすぎ、飲み忘れ	・頓服薬の服用タイミングがわからない(パニック・不調前に服用できない) ・生活リズムの乱れにより服薬も乱れる	・自己管理ツール(記録等)導入	・行動記録等を用いて服薬時に記録をしてもらい、問題なく飲んでいるかの確認をおこなう。 ・忘れないよう服薬時間にアラームをセットするなど自己管理に繋げる。 ・奇々し始めた時に、頓服を服用できるよう自分が奇々していることに気付くために、まずは支援者に相談するところから始める。
15		定期通院	医師に指示された通りに予約をし通院している	忘れる	・定期通院のためいつもと違う時間の予約の場合でも同じ時間に行ってしまうことがある(ルーチンが優先されてしまう)	・予定表(チェックリスト等)の導入	・予定表や手帳への記入。問題なくおこなえるようになるまで、通院前日に支援者と確認しするところから始める。
16	金銭管理	家計のやりくり	収入の範囲内で1か月の家計のやりくりをしている	使いすぎ、使わな過ぎ	・ゲームへの課金 ・クレジットカードでの購入	・家計簿の導入 ・権利擁護の導入	・家計簿は必須とし支援者と収支を日々振り返りをおこなう。 ・支援者がレジットカードや現金を預かり、段階的に本人自己管理に戻していく。ひとり暮らしの際に自分一人では難しい場合には権利擁護(あんしんセンター等)の利用を検討する。
17		貸し借り	借りたら返している 借りないようにしている (家計のやりくりと関連)	家族からの借金 友人との貸し借りと返金 トラブル	・家族関係の拗れ(脅しに家族がお金をだしてしまう) ・「ほしい」と思うと自分で気もちのコントロールが困難になり、「ほしい」を達成することに固執する	・GHでの管理 ・権利擁護の導入	・家族が管理するのではなく、支援者や第3者機関が管理することで家族とのトラブルを避ける。 ・基本的に金銭の貸し借りはいらないように計画的な金銭の使用の仕方を支援者と確認し、ルールを設定しておく。
18		ATMの使用	必要に応じてATMも適切に使用している	経験なし	・家族が管理しており利用の経験なし	・スキルアップ(学習) ・マニュアル導入	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援(教える)。
19	所持品管理	所持品管理	貴重品を含め、自分の持ち物を自分で管理している	失くす	・危機管理する意識・力が乏しい	・部屋の整理(構造化)	・貴重品の置き場所等部屋の整理をおこない、必要に応じてカテゴリーごとにネームラベルをはるなど、どこに何があるかわかりやすい状態にする。
20	感情コントロール	自分で落ち着く方法	自分に合った方法で落ち着くことができている	方法がわからない 苦手な情報を聞いたことで不安になる 過去の体験を思いだし 苛々する	・自分なりの方法が他者に認められにくい ・年齢に応じた落ち着き方ができにくい ・感情の種類とその程度の理解が難しい	・頓服の利用 ・マニュアル提示	・他者に迷惑がかからない行動であれば、認めるという支援者側の対応の統一。 ・落ち着きがなくなる理由を確認し、事前に予防できる方法を探す。 ・リラクソスの方法などのマニュアルを導入、本人に合った方法を支援者と共に探す。 ・つらい気持ちになった時に気分を変えられるアイテムを持っておくようにする。

		項目	基準	事例 (課題となった部分)	発達障害の理解・特性	支援方法・対応の仕方	実際の支援 / 実施内容
21	対人関係、 コミュニケーション	傷つく状況・関係の回避	自らが傷ついたり、不愉快になったりする場面や人付き合いから離れることができている	相手の要求を断れない	・危険な関係であることに気づきにくい	・サポートブックの導入	・ビジネスマナー、社会生活ガイドなどのサポートブック等を用いて、実際にとった行動の振り返りを支援者と共におこない適切な行動へ繋げていく。
22		対人距離	関係性に応じた適切な対人距離で接している	敬語が使えない 会話するときに相手の顔の近くに自分の顔を近づけてしまう	・他者と関わる経験が乏しく適切な言葉や距離感がわからない	・面談やグループワーク等でスキルアップ(学習) ・サポートブックの導入	・ビジネスマナー、社会生活ガイドなどのサポートブック等を用いて、実際にとった行動の振り返りを支援者と共におこない適切な行動へ繋げていく。
23		対人距離	他者(家族/家族以外)に対して、頻回な質問や無理な要求をしない	一方的に話してしまう	・家族との依存関係が強く、支援者が介入しにくい ・当事者会やSNSで知り合った人に一方的に連絡してしまう	・面談やグループワーク等で関係性の構築 ・サポートブックの導入	・ビジネスマナー、社会生活ガイドなどのサポートブック等を用いて、実際にとった行動の振り返りを支援者と共におこない適切な行動へ繋げていく。
24	住環境の整備	掃除	決めた頻度で自発的に掃除をしている	していない	・家族が担っていたため、経験値が乏しい ・どの頻度でおこなえばいいかわからない ・感覚過敏で音や肌触りで掃除道具の使用が困難	・スキルアップ(学習) ・生活記録(チェックリスト等)の導入 ・ヘルパー利用の検討	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援(教える)。頻度については、妥当な回数、タイミング等、支援者と一緒に考え自らが決めた頻度でおこない、生活記録にチェックすることで、継続的におこなえるようにしていく。
25		掃除	地域のルールに従ってゴミ出しをしている	していない	・分別意識または捨てること自体への意識低い、溜めこむ	・生活記録(チェックリスト等)の導入 ・マニュアル導入	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援(教える)。頻度については、妥当な回数、タイミング等、支援者と一緒に考え自らが決めた頻度でおこない、生活記録にチェックすることで、継続的におこなえるようにしていく。
26		片付け	整理整頓をしている	していない	・家族が担っていたため、経験値が乏しい ・どの頻度でおこなえばいいかわからない	・置く場所の整理(構造化) (整理後の状態の視覚的理解) ・ヘルパー利用の検討	・スキルについては指示書、デモンストレーション等で直接支援(教える)。頻度については、妥当な回数、タイミング等、支援者と一緒に考え自らが決めた頻度でおこない、生活記録にチェックすることで、継続的におこなえるようにしていく。 ・実施可能なものから取り組み、自分ひとりで片付けられるものと支援者と一緒に片付けるもの、または片付けられないものを決める。
27		必要物品の購入	生活に必要なもの(洗剤等消耗品)を購入している	買わずに済ませようとする	・適切な量(在庫)がわからない	・マニュアルの導入	・在庫が何個になったら何個買うなど基準を作り、本人用のマニュアルを支援者と共に作成。適切な管理方法を教えていく。
28	地域生活	マナー	大声を出す、騒音を出すなど近隣に迷惑をかけることなく生活している	他の入居者からのクレーム	・気分の浮き沈みにより声が出てしまう、またはジャンプしてしまう ・適切なTV等のボリュームを知らない	・セルフモニタリングの実施 ・サポートブックの導入	・本人の許可が得られれば、音の録音、動画撮影をおこない、支援者と一緒に振り返る(セルフモニタリングの実施)。
29		防犯の意識	窓やドアに施錠、火元の確認をしている	事例なし(できている)	なし	・チェックシートの導入	・外出時、就寝時にチェック項目に従いセルフチェックをする。
30		防犯の意識	不意に人が訪ねてきたら(セールス等)、モニターで確認してからドアを開けるかどうかを判断している	必要のないに新聞をとってしまう、セールスに引っかかる	・騙されていることに気づきにくい ・騙されたことを受け入れにくい	・(来客)対応マニュアル導入 ・支援者に相談できるよう面談等を通じて信頼、関係性作り	・原則モニター越しでの対応とマニュアルにそった対応をしてもらう。 ・マニュアルでは対応しきれない場合には、本人に顔を知られていない支援者がセールスマンを装い、実際の対応を観察し対策を検討する。
31		日常生活に関する相談	相談先があり、困ったら自ら援助を求めたり相談している	相談すべき内容かどうかわからない	・失敗を注意される、怒られる経験から相談しにくい ・困り感の違いから相談しない(本人は困っていない)	・連絡マニュアル導入 ・支援者に相談できるよう面談等を通じて信頼、関係性作り	・関係性を作る上で、支援者からの一方的な話だけでなく、本人の趣味や得意な話などをツールにすることで、会話のキャッチボールや会話の楽しさを体験してもらい関係性を築く。 ・相談内容ごとに誰に相談すればいいかのマニュアルを作成。

		項目	基準	事例 (課題となった部分)	発達障害の理解・特性	支援方法・対応の仕方	実際の支援 / 実施内容
32	外出	持ち物準備	外出にあたって必要な持ち物を自分で準備している。	事例なし(できている)	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出目的に必要なものと日頃常に持っていることで安心できるものがあり、持ち物が多くなる。</li> <li>見通しが持ちにくくなどで準備するタイミングをつかみにくい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己管理ツールの導入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出時に必ず必要なものを決めておく。</li> <li>事前に充電など必要なものは帰宅時に充電のセットができるなどの確認。</li> <li>外出時の緊急時の対処の確認。(連絡先, リラクゼーションアイテムの用意など)</li> </ul>
33	余暇	余暇活動	自分なりの方法で余暇を過ごすことができる。	幅が狭い	<ul style="list-style-type: none"> <li>PC, ゲーム以外の趣味や活動の範囲が乏しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>余暇プログラムへの参加</li> <li>当事者会への参加</li> <li>支援者と余暇の直接経験</li> <li>ガイドヘルパー利用の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報提供, または余暇プログラムの実施。</li> </ul>



### III. 研究成果の刊行に 関する一覧表





書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
黒田美保・伊藤大幸・萩原拓・染木史緒		辻井正次・村上隆（監修）	Vineland-II 適応行動尺度	日本文化科学社	東京	2014	
萩原 拓		萩原拓	発達障害のある子の自立に向けた支援	金子書房	東京	2015	
浮貝明典	見落とされやすい生活支援	萩原拓	発達障害のある子の自立に向けた支援	金子書房	東京	2015	134-139

雑誌

著者名	論文タイトル名	発表論文	巻号	ページ	出版年
Anitha, A., Thanseem, I., Nakamura, K., Vasu, M., Yamada, K., Ueki, T., Iwayama, Y., Toyota, T., Tsuchiya, K. J., Iwata, Y., Suzuki, K., Sugiyama, T., Tsujii, M., Yoshikawa, T., & Mori, N.	Zinc finger protein 804A (ZNF804A) and verbal deficits in individuals with autism.	<i>Journal of Psychiatry &amp; Neuroscience</i>	39(5)	294-303	2014
Balan, S., Iwayama, Y., Maekawa, M., Toyota, T., Ohnishi, T., Toyoshima, M., Shimamoto, C., Esaki, K., Yamada, K., Iwata, Y., Suzuki, K., Ide, M., Ota, M., Fukuchi, S., Tsujii, M., Mori, N., Shinkai, Y., & Yoshikawa, T.	Exon resequencing of H3K9 methyltransferase complex genes, EHMT1, EHTM2 and WIZ, in Japanese autism subjects.	<i>Molecular Autism</i>	5(49)	Open Access	2014
萩原 拓	適応行動としてのソーシャルスキル (Part 1)	Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために	13(2)	78-82	2014
萩原 拓	適応行動としてのソーシャルスキル (Part 2)	Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために	13(3)	90-94	2014

著者名	論文タイトル名	発表論文	巻号	ページ	出版年
萩原 拓	ASDと適応行動(Part 1)	Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために	12(1)	106-110	2014
萩原 拓	ASDと適応行動(Part 2)	Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために	13(1)	104-109	2014
萩原 拓	地域で孤立する成人を支援の場はどうつなげていくのか (特集 シリーズ・発達障害の理解(2)社会的支援と発達障害) -- (つなげる支援)	臨床心理学	14(2)	203-207	2014
肥後祥治・松田裕次郎	成人期の豊かな生活のための支援を構築する：福祉的支援への橋渡し (特集シリーズ・発達障害の理解(1)発達障害の理解と支援) - ライフサイクルにおける発達障害とその発展.	臨床心理学	14	65-68	2014
平島太郎・伊藤大幸・岩永竜一郎・萩原 拓・谷 伊織・行廣隆次・大西将史・内山登紀夫・小笠原恵・黒田美保・稲田尚子・原 幸一・井上雅彦・村上隆・染木史緒・中村和彦・杉山登志郎・内田裕之・市川宏伸・辻井正次	日本版青年・成人感覚プロフィールの構成概念妥当性：自閉症サンプルに基づく検討.	精神医学	56	123-132	2014
Iwata, K., Matsuzaki, H., Tachibana, T., Ohno, K., Yoshimura, S., Takamura, H., Yamada, K., Matsuzaki, S., Nakamura, K., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., Katayama, T., & Mori, N.	N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism	<i>Molecular Autism</i>	5(33)	Open Access	2014
Miyachi T, Nakai A, Tani I, Ohnishi M, Nakajima S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Tsujii M.	Evaluation of Motor Coordination in Boys with High-functioning Pervasive Developmental Disorder using the Japanese Version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire.	<i>Journal of Developmental and Physical Disabilities</i>	26	403-413	2014

著者名	論文タイトル名	発表論文	巻号	ページ	出版年
Maekawa, M., Yamada, K., Toyoshima, M., Ohnishi, T., Iwayama, Y., Shimamoto, C., Yoyota, T., Nozaki, Y., Balan, S., Matsuzaki, H., Iwata, Y., Suzuki, K., Miyashita, M., Kikuchi, M., Kato, M., Okada, Y., Akamatsu, W., Mori, M., Owada, Y., Itokawa, M., Okanano, H., & Yoshikawa, T.	Unity of scalp hair follicles as a novel source of biomaker genes for psychiatric illnesses	<i>Biological Psychiatry</i>		Open Access	2014
中村和彦・鈴木勝昭・尾内康臣・辻井正次・森則夫.	特集：自閉症の分子基盤：自閉症のPET研究について.	分子精神医学	14(2)	88-98	2014
野田 航・萩原 拓・鈴木勝昭・肥後祥治・岸川朋子・浮貝明典・松田裕次郎・巽 亮太・山本 彩・田中尚樹・辻井正次	自閉症スペクトラム障害のある成人の日常生活および精神科医学的問題に関する実態調査	Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために	13(1)	154-159	2014
尾辻 秀久・村木厚子・下山 晴彦・辻井正次・村瀬 嘉代子・森岡 正芳.	発達障害の理解(4) 学校教育と発達障害社会的支援と発達障害(3).	臨床心理学	14(4)	461-465	2014
田中尚樹	特別講演 大人になった自閉症スペクトラムの人たち：その生活と課題(第110回が特集号 子どもの不器用さとその心理的影響：発達性協調運動障害(Developmental Cordination Disorder: DCD)を中心に)	小児と精神と神経	54(2)	135 - 142	2014
辻井正次	総説：社会的支援と発達障害	臨床心理学	14(2)	163-167	2014
辻井 正次	発達障害研究の展望と意義：社会的側面を中心に(特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線)	臨床心理学	14(3)	331-336	2014
辻井 正次	特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方—地域連携ネットワークによる支援	公衆衛生	78(6)	378-381	2014
辻井 正次	大人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援(特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援)	臨床心理学	14(5)	617-621	2014
辻井 正次	発達障害児を支える生涯発達支援システム(特集 シリーズ・発達障害の理解(6)発達障害を生きる)--(当事者と支援者が協働する支援の視点)	臨床心理学	14(6)	827-830	2014
辻井 正次	発達障害の人たちの親亡き後を考えるために：地域の中での生活を支援する(2).	Asp heart : 広汎性発達障害の明日のために	13(1)	94-96	2014

著者名	論文タイトル名	発表論文	巻号	ページ	出版年
浮貝明典	生活の中で発達障害者を「支援」する	臨床心理学	14(5)	676-680	2014
浮貝明典	横浜市 発達障害者の人への一人暮らしに向けた支援 ～サポートホーム事業から～	いとしご増刊 「かがやき」	11号(日本自閉症協会指導誌42号)	21-26	2014
Vasu, M. M., Anitha, A., Thanseem, I., Suzuki, K., Yamada, K., Takahashi, T., Wakuda, T., Iwata, K., Tsujii, M., Sugiyama, T., & Mori, N.	Serum microRNA profiles in children with autism.	<i>Molecular Autism</i>	5(40)	Open Access	2014
Wakuda, T., Iwata, K., Iwata, Y., Anitha, A., Takahashi, T., Yamada, K., Vasu, M. M., Matsuzaki, H., Suzuki, K., & Mori, N.	Perinatal asphyxia alters neuregulin-1 and COMT gene expression in the medial prefrontal cortex in rats	<i>Neuro-Psychopharmacology &amp; Biological Psychiatry</i>	56	149-154	2014

## IV. 研究成果の刊行物 ・別刷