

# 成人の発達障害者を対象とした地域の援助資源を 活用するためのプログラム開発

|              |      |
|--------------|------|
| 臨床心理学コース     | 高橋美保 |
| 帝京大学         | 黒田美保 |
| 学校法人明星学苑     | 村山光子 |
| 学習院大学大学院     | 廣木彩  |
| 横浜市青少年相談センター | 田川薫  |

Development of a program to encourage adults with developmental disorders to utilize the various supportive resource available in the community

Miho TAKAHASHI, Miho KURODA, Mitsuko MURAYAMA, Aya HIROKI, Kaoru TAGAWA

In this study, we aimed to develop a program to encourage adults with autism spectrum disorder (ASD) to utilize the various supportive resources available in the community. First, we checked previous studies and found community-based support to be effective for participants in addition to certain group-based approaches or individualized support providing specific or comprehensive knowledge and skills. We determined a need for a program to help individuals identify their own characteristics as consistent with developmental disorders as well as providing information about available social support in their communities such as medical, welfare, work, and psychological care. Based on a pilot study, it is suggested that this program will help individuals match their needs to appropriate support at proper times in their lives.

## 目次

- |                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1. 問題と目的                              | 1. 調査手続き           |
| A. 成人の発達障害者の生きづらさ                     | 2. 調査協力者           |
| B. 成人の発達障害者を対象とする訓練・介入プログラムによる個人支援モデル | 3. 調査内容            |
| C. 成人の発達障害者を対象とする地域支援モデル              | 4. 倫理的配慮           |
| D. 成人の発達障害者が地域の援助資源につながるために           | C. 結果              |
| E. 成人の発達障害者を対象とした地域の援助資源を活用するためのプログラム | D. 考察              |
| F. 本研究の目的                             | 1. 現状に基づいたプログラムの意義 |
| 2. プログラム開発                            | 2. プログラムの効果と改善点    |
| A. プログラム開発の手続き                        | 4. 総合的考察           |
| B. プログラムの構成と内容                        | A. 本研究で得られた知見      |
| 1. 基礎知識編                              | 1. 本研究の位置づけと意義     |
| 2. 地域の援助資源編                           | 2. プログラムの特徴        |
| 3. 自分に活かす編                            | 3. プログラムの展望        |
| 3.パイロットスタディ                           | B. 本研究の限界と今後の課題    |
| A. 調査目的                               | 1. 問題と目的           |
| B. 調査方法                               | A. 成人の発達障害者の生きづらさ  |
- 近年、成人後に初めて発達障害と気づかれる成人の発達障害が増えている。就労段階になって、仕事があ

まくいかず生きづらさを感じて医療機関を受診し、発達障害の診断を受けるケースもあれば、発達障害を疑って受診しても必ずしも診断が下りないケースもある。発達障害には様々な障害が含まれるが、主な障害である自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder：以下、ASD）については、アメリカの精神医学会が定める診断基準であるDSM-5において、定型発達との連続性を想定するスペクトラムとして捉えられるようになった。このような自閉症概念の拡大に診断の方法論が追い付かないために、一定の症状や傾向を有しながらも診断はつかない「グレーゾーン」という診断の問題が生じているとの指摘もある<sup>1)</sup>。一方、大人になってから発達障害を疑うようになっても、医療につながることなく、インターネットなどから曖昧な情報入手して自己判断をしてしまう人もいる。そのため、発達障害そのものについて正確に理解していなかったり、自身のASDの特徴を十分に把握できていないこともある。このように成人の発達障害者の中にはその症状や傾向を自覚しても、診断をめぐる問題や障害理解の混乱により、漠然とした生きづらさを抱えたまま生きる人もいる。

成人以降に症状や特性に気づくのは、その段階で何らかの生きづらさを経験するからである。発達障害由来の感覚の鈍麻・過敏、読み書き、不器用さ、注意・集中などが<sup>2)</sup>、個人の生きづらさにつながることもある。さらに、これらの特徴は環境との接点においては「問題」とされることがある。特に、発達障害は目に見える障害ではないこともあり、障害由来の不応や失敗が生じた場合に、周囲から理解されず、否定されたり問題視されることもある。このような周囲の無理解により自信を喪失して不安や抑うつという形で二次障害を呈したり、周囲とうまくいかなくなって社会生活に影響することもある。

このような生きづらさが特に顕著になるのが、就労の場である。就労における生きづらさについては、言葉の表面を捉えるコミュニケーションの問題や社会性の欠如、同時並行処理の苦手さからくる会議や作業などでの困難、感覚過敏による職場環境の問題、曖昧な指示の苦手さや見通しの立たなさ、協働の難しさなどからくる業務遂行上の課題、さらには安全の管理や健康管理の課題などが指摘されている<sup>3)</sup>。中には、このような就労による生きづらさによって休職や退職に至るケースもある。

就労以外にも、生活面で問題が現れることもある。生活リズムの自己管理や仕事以外の時間の使い方など

余暇の過ごし方、食べ物の注文の仕方、使える金額の把握など日常生活における様々な難しさが指摘されている<sup>4)</sup>。また、恋愛や結婚などのライフイベントや家庭生活で難しさを感じる人もいる<sup>5)</sup>。さらに、善良な人柄に付け込まれて危険な目にあうリスクも指摘されている<sup>6)</sup>。成人後期には、発達障害が知られないままに長期にわたる自宅閉居や、親の介護と引きこもりによる80・50問題につながる可能性もある<sup>7)</sup>。

以上より、近年増加しつつある成人の発達障害あるいはその傾向を有する人は、人生初期とは違った複合的な問題を抱えている可能性がある。結果的に、生涯にわたって生きづらさを抱えていくケースもあることから、その支援の構築が必要である。

## B. 成人の発達障害者を対象とする訓練・介入プログラムによる個人支援モデル

このように多様な生きづらさを有する成人の発達障害者に対して、これまで様々な支援が行われてきた。上述のように、成人の発達障害の場合、就労の中で生きづらさが明確化し、休職や退職に至るケースもある。そのため、職場復帰プログラムとして行われているリワークの中で、成人の発達障害者向けの支援が行われてきた。発達障害者は通常のリワークプログラムに乗りに行くだけでなく、復職に向けた支援プログラムや本人の内省に働きかける試みが、「ぬかに釘」に終わることが多いこともあり<sup>8)</sup>、発達障害に特化したプログラムが開発された。成人の発達障害を対象とするリワークの専門プログラムについては複数の実践報告がある<sup>3) 9) 10)</sup>。

リワーク以外にも、デイケアという形での実践も行われている。昭和大学付属鳥山病院では、2008年よりASDを中心とした発達障害専門外来・デイケアが開設されている<sup>11)</sup>。プログラムには心理教育、認知行動療法、コミュニケーションの理解、ピアサポート、社会資源に関する情報提供など多様な内容が盛り込まれており、フォローアップの効果評価で3年後の就労の増加が確認されている<sup>12)</sup>。このプログラムはその後、他の施設にも展開しており、就労経験の有無で分けた実践の報告例もみられる<sup>13)</sup>。一方、認知機能を扱うリハビリテーションという枠での実践も見られる。永吉(2009)<sup>14)</sup>は高機能広汎性発達障害を対象に、コミュニケーション能力や対人関係技能の向上を目的とする社会生活力リハビリテーションプログラムについて報告している。このプログラムにも個別カウンセリング、グループ訓練、家族カウンセリング、生活支援、就労・

就学支援、権利擁護が含まれている。これらのデイケアやリハビリテーションで行われているプログラムは、いずれも様々な支援を幅広く組み込んだ包括的な訓練プログラムといえる。

これに対して、特定の問題に特化した介入プログラムも行われている。例えば、宮崎ら（2014）<sup>15</sup>は青年期の広汎性発達障害者に対する生活シミュレーショントレーニングを行い、その効果について事例報告をしている。また、発達障害のある高校生を対象としたオープンカレッジにおける就労準備支援プログラムの報告もある<sup>16</sup>。川久保ら（2013）<sup>17</sup>は、多角的なアセスメントによる成人期の発達障害の診断と心理教育を目的とした発達障害検査入院プログラムについて報告しているが、これは診断と心理教育を中核とする支援といえる。一方、海外にはマインドフルネスを行うセラピー<sup>18</sup>や推論・メタ認知トレーニング<sup>19</sup>などの効果研究も行われているが、いずれも特定のアプローチを用いる専門性の高いものと考えられる。

これらは知識やスキルなどのコンテンツをパッケージ化して提供したり、それらを獲得するための訓練を個別あるいはグループで行う訓練・介入プログラムといえる。このようなプログラムを用いた個人支援モデルは重要な支援である。しかし、発達障害者の場合には、個人に働きかけるだけでなく個人の特性を有したままで生きられる環境の整備や、地域資源を活用する力を持つことも有効と考えられる。特に大人になって初めて発達障害の症状や特徴に気づく場合には、市川（2008）<sup>20</sup>が指摘するように、発達障害者やその家族と協働しながらできる限り早期から学齢期以後の成人期に向けたライフステージを通して住み慣れた地域の中で一貫した継続性がある包括的な支援を行う必要がある。

### C. 成人の発達障害者を対象とする地域支援モデル

成人の発達障害者が地域社会の中で継続的な支援を受けるための地域支援モデルの一つに、東京都の成人期発達障害者生活支援モデル事業がある<sup>21</sup>。この事業では、昭和大学の成人発達障害専門プログラムを医療機関で活用するとともに、地域の関係機関と医療機関が連携して、発達障害者の自立生活に向けた支援体制の整備が図られている。

深津（2010）<sup>22</sup>は、青年期発達障害の円滑な地域移行への支援についての研究を行い、福祉、医療、就労支援機関連携等による所沢モデルを構築し、運用している。これは、更生訓練所で自立支援法に基づく事業

サービスと同様に生活および就労移行における課題をアセスメントし、個別支援計画書を作成して自立訓練、就労移行支援を施行するものである。

また、本田（2009）<sup>23</sup>は発達障害の人たちとその家族を支援するためのコミュニティケアのシステム・モデルとして「SAUCIAL（Support for persons with Autism and other developmental disorders in the Community from Infancy to Adult Life）」を提唱している。このモデルでは、早期発見から成人期の支援に至る発達障害支援システムの基本構造を「早期発見」「早期介入」「教育及び労働への支援」という3つの段階に分け、それぞれの段階に対して固有のシステム・モデルを開発している。さらに、本田（2017）<sup>24</sup>は発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究を実施し、ライフステージごとに発達障害の把握を基点として専門的な支援にどのようにつながっているのかを図示するために、「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を作成している。

しかし、大人になってから障害傾向を疑うようになった個人はこれらの支援にうまくつながることができのだろうか。成人を意識した支援ツールとして、青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン<sup>25</sup>やライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き<sup>26</sup>なども作成されている。成人の発達障害者が使える援助資源は社会には一定量用意されており、インターネットでもライフステージにおける資源のネットワークに関する情報を得ることはできる。しかし、問題は成人の発達障害者個人が人生の適切なタイミングに、今の自分に必要な援助資源に適切につながること自体が必ずしも容易ではないという点である。

### D. 成人の発達障害者が地域の援助資源につながるために

これまで見てきた成人の発達障害者の支援を整理すると、Bの「訓練・介入プログラムによる個人支援モデル」は、知識やスキルなどのコンテンツをパッケージ化して、それらを獲得するための訓練や介入を行うことを目的としている。そこで獲得する知識やスキルは、就労や生活スキルなど特定の知識やスキルに特化したものもあれば、複数の知識やスキルをまとめて提供する包括的なプログラムにしたものもある。これに

対して、Cの「地域支援モデル」は地域の多様な援助資源につながることを視野に入れた地域支援モデルといえる。「地域支援モデル」において重要なことは、複数の支援機関が成人の発達障害者の状況に応じて有機的に連携することである。その基点となるのは成人の発達障害者が抱える多岐に渡る生きづらさであり、それに応じた支援機関につながることで、必要な援助資源やサービスを受けることができる。その生きづらさと援助資源およびサービスは生物-心理-社会的に分類できる。成人の発達障害者の生きづらさと地域の援助資源の関係を生物-心理-社会モデルに則って図示したのが図1である。

成人になってから生きづらさを抱く場合には、個人が必要な援助資源を自覚し、それに応じて必要な支援機関につながっていく必要がある。しかし、成人の発達障害者はそもそも自分の生きづらさがどこにあり、どういった援助資源が必要かを整理して捉えることが難しいことがある。例えば、本人は対人関係の難しさや、それによる就労の問題を主訴としているが、じっくり話を聴いてみると服薬管理ができていない、経済的に逼迫しているという危機的な生活実態が明らかになることがある。当事者本人の主観的な生きづらさは重要であるが、実は問題の全体像が正確に把握できておらず、こだわりのあるところに集中するあまり、もっと重要なあるいは優先順位の高い問題が見逃されてしまうこともある。これは、問題の全体像を俯瞰して把握する中枢性統合の弱さというASD者特有の傾向によるものと考えられる。

また、必要な援助資源が把握できた後も、自身が生

活する地域では具体的にどこにどのような支援があるかを探す情報収集や、集まった情報の整理は容易ではない。行政の支援のわかりにくさはASD者に限ったことではないが、特にコミュニケーションに難しさを持つASD者にとって、新規な場所に行き支援を求めると自身生きづらさを説明することのハードルは高い。引きこもりの中には発達障害の症状が目立たない発達障害が少なからず認められるとの指摘もあるが<sup>27)</sup>、必要なタイミングで適切に支援につなげられない結果、引きこもりに至るケースは少なくないと考えられる。中枢性統合の問題により全体像を把握すること自体が難しくかったり、あるいは援助要請スキルやコミュニケーション能力の問題によって適切な支援機関につなげられないケースに対しては、まずは援助資源につながるための支援が必要と考えられる。

地域支援について、日原 (2018)<sup>28)</sup> は発達障害の支援は生涯にわたって支援が必要となることから、医療、保健、福祉、教育、行政などがtransdisciplinaryな支援環境を構築し、ライフステージと生活環境から導き出されるニーズに対応していく必要性を指摘している。本田 (2010)<sup>29)</sup>によれば、transdisciplinaryモデルはクライアントもチームの一員であるとみなし、クライアントに関わるキーパーソンを明確にし、キーパーソンがほとんどの領域を担うモデルとされる。そして、多職種は支援に必要な知識や技術をキーパーソンになるスタッフに助言することで間接支援する多職種超越型の支援とされている。発達障害の支援に関わる地域の支援機関には、発達障害者支援センター、障害者職業センター、就業・生活センター、就労移行支援

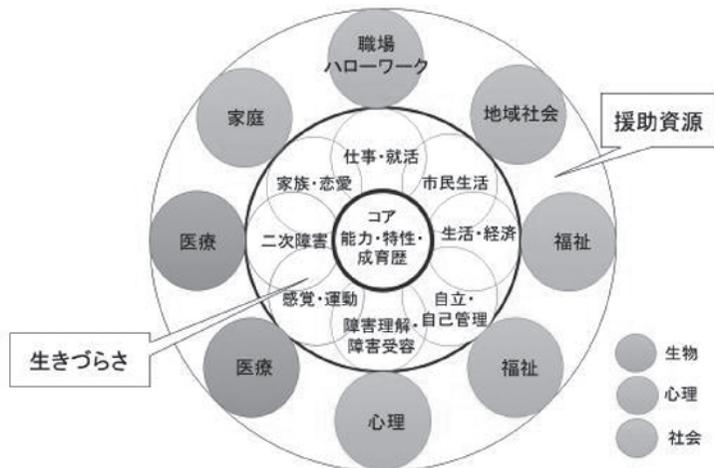


図1. 成人の発達障害者の生きづらさと地域の援助資源

事業所、就労支援拠点などがある。大塚（2014）<sup>30)</sup>は、中でも発達障害者支援センターを中心に地域支援システムを構築する必要性を指摘し、発達障害者支援センターは県内全体の発達障害者支援のための政策的マネジメントという間接的支援が求められると指摘している。しかし、発達障害者支援センターは「発達障害の可能性や予後」「地域の医療機関」について知りたいという情報収集が目的のものが中心であり、家族や関係者からは「本人が理解するためには」という障害特性の受け止めに関するものが中心となっている<sup>31)</sup>。また、間接的支援を行う機関については地域差などもあると考えられることから、間接的支援の仕組みづくりが重要といえる。

これまで見てきた「個人の生きづらさや特性」と、「個人を対象とした訓練・介入プログラム」、そして「地域の支援機関・援助機関」の関係性を図示したのが図2である。ここで必要となるのが、「個人の生きづらさや特性」の理解と、自身に必要な「地域の支援機関・援助資源」をつなぐための支援である（図の「？」）。「個人を対象とした訓練・介入プログラム」を行う前段階として、まずは様々な領域における自身の能力や特徴を把握したうえで、地域の援助資源に適切につながり活用するための支援が必要となる。このようなつながりはこれまで個別支援の中で必要に応じてなされていると考えられ、体系だった支援が行われていない。また、個別支援の中で個々の支援者が考える支援は支援者指導型となる可能性がある上、量的に数多くの事例に対応する必要があるため、支援の質を適切に担保することは容易ではない。したがって、これまで各支援機関のキーパーソンが個々に行ってきた支援

をよりシステマティックに、かつ効率的にしていく必要があると考えられる。

### E. 成人の発達障害者を対象とした地域の援助資源を活用するためのプログラム

生きづらさを抱える発達障害者を地域の援助資源につなげるに際して、援助要請研究を参照すると、援助要請の生起過程には「自己問題への気付き」「問題の重大性の評価」「自己の問題解決能力の査定」があり、援助要請の意思決定過程が生起するとされている<sup>32)</sup>。しかし、発達障害の場合、援助要請の意思決定過程に至る前の3段階のいずれにおいても、上述の中核性統合の弱さという発達障害の特性による困難がある可能性がある。

したがって、まずは自己の生きづらさや問題についての気付きを促し、それを全体像として可視化する必要がある。発達障害の関連研究などでは自己理解が注目されているが<sup>33)</sup>、支援機関につながるためには、まずは今の自分の生きづらさを理解して、その上で必要な支援は何か、あるいはすでに受けている支援は何かを明確にする必要がある。その際、富永（2018）<sup>34)</sup>が指摘するように医学的なアセスメントと生活環境のアセスメントを含めた包括的アセスメントが必要となると考えられる。これに関して、海老澤（2015）<sup>9)</sup>は発達障害またはその特性を有するか診断基準を満たさない診断閾下の発達障害の存在を指摘し、症状の改善、安定した就労の継続という臨床的目的を達成するには、患者の呈する発達障害の特性が診断基準を満たすかのみでなく、それがストレス要因や社会生活の障害になっていないか見極めることが有用と指摘してい

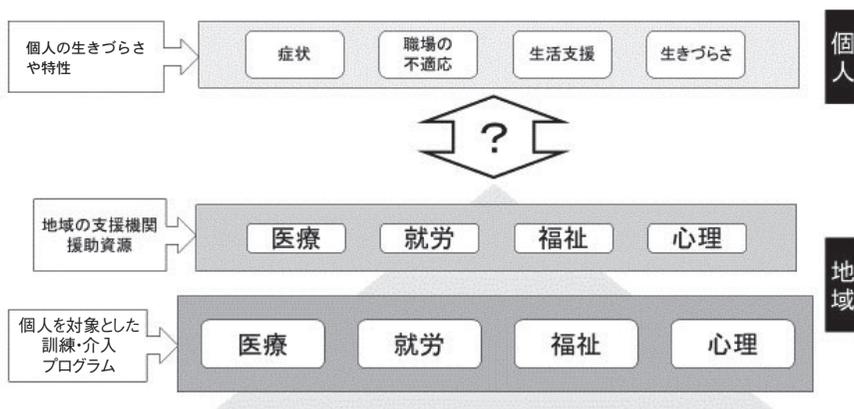


図2. 成人の発達障害者を地域につなぐ支援モデル

る。したがって、医学的なアセスメントに関しては正確な診断というよりは、まずはその傾向がどのくらい強いかを把握することが有効であろう。さらに、生活面のアセスメントとして、生きづらさが生じやすい就労能力、生活能力、コミュニケーション能力などに関するアセスメントが必要と考えられる。その上で、地域の援助資源に関する環境側の情報を整理して提示し、自分にとって必要な支援を理解することが有効と考えられる。

## F. 本研究の目的

以上より、本研究では成人の発達障害者が適切な支援につながるために、症状や特性だけでなく生活スキルも含めた包括的な自己理解を行うと同時に、地域の援助資源や地域支援機関に適切にかつタイムリーにつながるためのプログラムを開発することを目的とする。成人の発達障害者の生きづらさは実に多様であり、具体的な支援について画一的な方法論はない。しかし、固有の問題を整理し、必要な地域の援助資源につながることを自体を目的としたプログラムを行うことによって、個々の支援体制が構築されることが期待される。その際、DSM-5におけるASDのスペクトラム概念に則り、発達障害者およびその傾向者を対象とする。

また、水野ら(2018)<sup>11)</sup>は、ASDのプログラム修了者の7割が、役立ったこととして「同じ障害を持つ人に出会えた」ことを挙げており、安心して自分を育てることのできるコミュニティの必要性を指摘している。また、田川他(2015)<sup>35)</sup>は成人高機能ASD者へのグループ支援の効果として、①ピアサポートによる心理的安定の促進、②自己・他者や社会的文脈理解・自己受容の促進、③現実生活への準備性の向上を示唆している。したがって、本プログラムは集団によるグループ形式を想定することとした。

## 2. プログラム開発

### A. プログラム開発の手続き

プログラムを開発するために、まずはプログラムの構成を検討した。目的に照らして、プログラムには地域資源の情報提供をすること、自分自身の特徴を知ること、そして両者をすり合わせて自身に必要な地域資源を検討することの3つのプロセスが必要と考えられた。そのコンテンツとして、自分自身を知るための素材と地域資源に関する情報の2つの要素が必要とな

る。

そのため、まずは自分自身を知るための素材となるアセスメントツールの開発から着手した。「作業能力」「生活能力」「対人関係能力」「こだわり傾向」「コミュニケーション力」の5つの側面を、簡便に測定するための成人のASD傾向者多面的評価尺度(MAAASD)を開発した<sup>36)</sup>。これら5つの特徴をチャートにして示し、自身の布置をマッピングすることにより、自身の特徴を可視化できると考えた。

一方、地域資源に関する情報は改めて収集する必要があった。行政の支援は基本的に全国どの自治体でも行われているが、サービスの実態や支援機関同士の関係性については地域差が大きい。特定の地域を想定した地域モデルが有効と考えられる。したがって、本研究では、都内A区に特化したモデルを開発することとした。医療領域(精神科医1名)・福祉領域(保健センター・障害者基幹相談支援センター各1名)・就労領域(障害者就労支援センター1名)・心理領域(心理職2名)の計6名による専門家による連続講義を実施し、その内容を元に地域資源の情報をまとめた。A区モデルのプログラムを開発するため、講演者の多くはA区内の支援機関で支援を行っている実践者であった。いずれも成人の発達障害者の支援経験が豊富であり、各々の立場から成人の発達障害者の支援の実際について講義をしてもらった。なお、講義内容はすべて録画・録音され、発表の際に使用した資料についても今後のプログラム開発に使用することについて承諾を得た。

上記の2つの素材を元に自分を知るためのパート、地域資源を知るためのパートを構成し、最後に両者をすり合わせるパートを加え3回構成とした。その際、上記の素材を第1著者が整理し、第1著者と第5著者がそれらをまとめてプログラムとして構成し、すべてのスライドにはプロトコルが作成された。しかし、ここまでは研究者の視点から作成したものとなるため、内容のわかりやすさや表現の妥当性を当事者の視点から確認する必要があると考えた。そこで、発達障害当事者1名にプログラムの構成、プロトコルの確認を依頼し、計2時間半にわたってコメントをもらい、指摘をプログラムに反映した。全プログラムのデザインや使用する言語を統一した上で、講演者6名と第2・3・4著者に確認を依頼して、プログラムを完成した。

## B. プログラムの構成と内容

Aのプログラム開発の手続きを経て、本プログラムは表1のように構成された。以下では、各回の詳細を流れに沿って説明する。

1. **基礎知識編** 基礎知識編には、一般論としての発達障害の理解（「発達障害とは」）、発達障害の支援の方法論についての理解（「個人と環境」）、自分自身の発達障害の特徴の理解（「自分を知る—どんな困り感があるか」）の3つのテーマが含まれた。

発達障害者は、発達障害とは何かという一般的理解が曖昧であることに加え、自分自身の発達障害の特性についての理解が十分でないことがある。そのため、まずは一般的な発達障害に関する基礎知識の理解が必要と考えた。具体的には、発達障害の歴史から、概念の変遷、発達障害の主な疾患を取り上げてその特徴を示す。また、症状＝診断ではないことや、個人の実態は様々な症状が混在しているため、診断名で語られるほどシンプルではないことを説明する。発達障害は症状が多彩であり、症状や特徴の表れ方には個人差が大きいため、自分自身の発達障害の特徴について理解を深めるためにはまずはこれらの一般的な発達障害の種類や特徴を大枠で理解し、自身の特徴を相対化する素地を作る必要があると考えた。

さらに、本研究は発達障害者が生きづらさを軽減することを目的とすることから、そのための方法論を提示する必要がある。自己理解を促すような支援プログラムは多々あるが、それらはいずれも個人側へのアプローチとなる。これは伝統的な臨床心理学の支援モデルといえるが、ともすると個人が社会に適応することを強いることになる可能性がある。しかし、コミュニティ心理学のアプローチでは、個人を取り巻く環境との接点で生きづらさを理解することが有効と考えられている<sup>37)</sup>。したがって、発達障害の支援の全体像を「個人と環境」という形で提示し、個人側へのアプローチ

だけでなく、地域資源を適切に活用するアプローチの重要性を示す。その際、症状を有していても、環境の援助資源を活用することによって生きづらさが軽減することを示唆する。

基礎知識編には、発達障害の一般的理解だけでなく、自分自身の特徴や生きづらさを確認するために「自分を知る」ワークを導入する。「自分を知る」ワークでは、MAAASDを用いて自身の傾向を把握するとともに、その特徴をチャートとして可視化する（図3）。チャート上に、MAAASDの「作業能力」「生活能力」「対人関係能力」「こだわり傾向」「コミュニケーション力」の5因子について各々の特徴をプロットし、①自身の変えたいところまたは困っているところはどこか、②これまでどんな対処をし、どんなサポートを得てきたかを検討する。なお、MAAASDは自己記入式であり、発達障害傾向によってセルフモニタリングがうまく働かない場合には、自己記入式の精度は低い可能性がある。同じ質問紙を支援者や周囲の人に実施し、本人と他者評価のずれを検討することに臨床的な意味がある。そのため、プログラム参加時に最初期のデータを収集することで、今後関係機関間でやり取りをするための共通言語となると考えられる。

なお、MAAASD自体は自己記入式の尺度であるが、ワークそのものはスタッフとの交流の中で丁寧に進めることが有効と考えた。そのためには、スタッフが参加者の背景や状況をより詳細に理解する必要があるため、フェイスシートを作成した。シートには以下の項目が含まれる（性別、家族構成、最終学歴、職歴、精神科通院歴、健康状態、医療機関以外の相談状況、普段困った時に周囲に相談しているか、過ごし方、現在の困り事、現在の生活満足度）。フェイスシートを用いて他者とやり取りする中で、これまでの生きづらさの経緯や現状を、参加者自身が客観視できることをねらいとした。

表1. プログラムの構成と内容

| 回   | 構成           | 講義 | テーマ              |
|-----|--------------|----|------------------|
| 第1回 | I. 基礎知識編     | ①  | 発達障害とは           |
|     |              | ②  | 個人と環境            |
|     |              | ③  | 自分を知る—どんな困り感があるか |
| 第2回 | II. 地域の援助資源編 | ①  | 医療にできること         |
|     |              | ②  | 自分に合った働き方        |
|     |              | ③  | 生活での困りごと         |
| 第3回 | III. 自分に活かす編 | ①  | 心理的援助            |
|     |              | ②  | Q&A              |
|     |              | ③  | 振り返り             |

最後に、発達障害者の困り感への対処について、一般論のレベルで様々な方略を提示する。それによって、症状が多彩であることを認識するだけでなく、様々な工夫ができること、さらには、自分だけではなく、多くの人が形は違っても同じような生きづらさがあることを共有することができる考えた。

**2. 地域の援助資源編** 地域の援助資源には、医療領域に関する情報を提供する「医療にできること」、就労に関する情報を提供する「自分に合った働き方」、福祉領域に関する情報を提供する「生活での困りごと」の3つのテーマが含まれた。各々のテーマを単発で実施するプログラムや各々の知識やスキルを獲得するプログラムはこれまでも開発されているが、本プログラムは各領域に関する総論的な情報提供を包括的に行うものである。

「医療ができること」として、診断を出すことと、薬物療法、非薬物療法を明示し、それ等の介入によって健康状態を改善したり、心身機能や活動を改善させることが大きな役割であることを示す。具体的な疾患としては、ASDと注意欠如・多動症（Attention-deficit/Hyperactivity Disorder：ADHD）、限局性学習症（Specific Learning Disorder：SLD）を取り上げる。

「自分に合った働き方」として、キャリアガイダンスの構造を示したうえで、働き方の多様性や障害者雇用促進法など、社会の枠組みを提示する。一方で、働く側にも準備性が求められており、生活習慣、労働習慣の把握の他、自分を知ること（自己理解）、相手を知ること（企業・職業理解）の重要性に加え、支援を上手に使うための戦略と戦術も含める。

「生活での困りごと」として、都内A区を例に生活支援の仕組み全体を提示する。生活支援には様々な支援窓口がある一方で、「何をどこに相談したいかがあいまい」な場合と、「相談したいことがある程度明確な場合」に分けて、情報を整理して示す。また、後者については、相談したいことに応じた相談窓口提示するとともに、具体的な生活のしづらさを、「相談支援」「医療サービス」「自立するために」「くらしの保障」「地域の事業」の5つに分けて具体的な事業や行政のサービスを提示する。

以上の3つのテーマを扱ったうえで最後に、発達障害傾向による生きづらさを抱えながら生きるためには、地域にある多様な援助資源を使い、地域や関係者などのソーシャルサポートネットワークをうまく使うことの重要性を明示する。

**3. 自分に活かす編** 最後に、基礎知識編における

自分自身の発達障害の特徴やその対処状況を確認したうえで、「地域の援助資源編」で得た情報をすり合わせることを目的に、「自分に活かす編」を設定した。「自分に活かす編」には「心理的援助」「Q&A」「振り返り」の3つが含まれた。

本プログラムの根底には、発達障害者の生きづらさがあるが、その生きづらさ自体をケアする役割を担うのが「心理的援助」である。医療・就労・福祉など必要な支援につながれば、個々の問題は軽減したり、消失することが期待されるが、そもそもそのような複合的な難しさを抱えながら生活する大変さや、人としてのアイデンティティという次元における葛藤がある。心理的援助はそのような状況にある発達障害者に寄り添い、そこから自分らしい生活や生き方を確立するための支援を行う。プログラムでは、心理的支援とは何かを明示するとともに、「心理アセスメントとフィードバック」「個別具体・日々の生活支援」「抽象的・人生レベルの支援」に分けて、具体的な心理的援助のあり方を提示する。これは発達障害者の生きづらさに対するノーマライゼーションであると同時に、生きづらさに対する支援があることを示すものである。また、心理的援助も地域の援助資源であることから、心理的援助の種類や援助機関の探し方を示す。

「地域の援助資源編」と「自分に活かす編」の心理的援助までが、発達障害者が得られる地域の援助資源といえることから、ここまでインプットされた情報を整理したり、補足的に伝えておくべき重要点を「Q&A」としてまとめて提示する。具体的には、「発達障害」の法的意味と医療的意味」「診断の意味」「働く際に障害をオープンにするかどうか」「手帳を持つということ」「地域支援を受ける条件」について解説する。

最後に、「基礎知識編」の最後に実施した「自分を知る」ワークに立ち返り、自分自身の現状に即して、「地域の援助資源編」の資源の必要性について検討する。その際、自分の特徴の中で特に検討したい点を特定して、それについて、個人でできそうなことと、環境に求めたいことを検討し、具体的なアクションプランを立てるところまでを行う。

### 3. パイロットスタディ

#### A. 調査目的

2で開発したプログラムを実装するに際し、その有効性の確認や課題を検討するために、パイロットスタディを行うこととした。なお、上述のように、本プロ

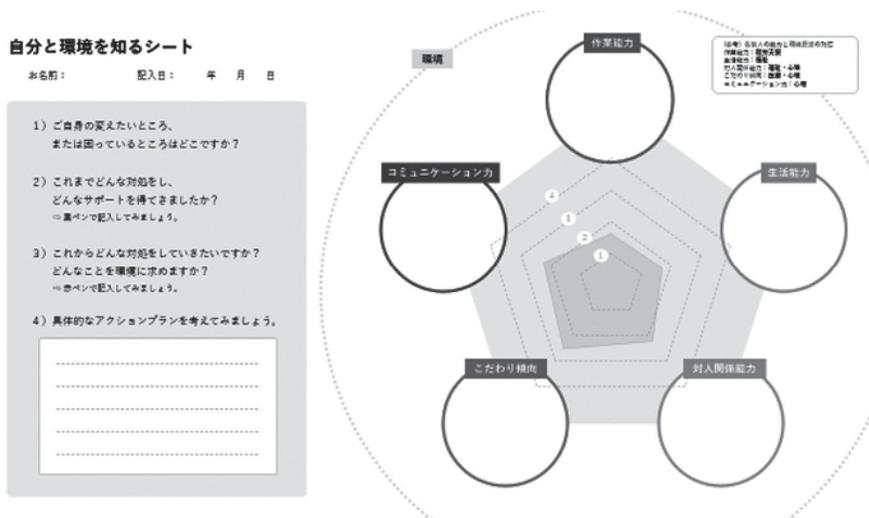


図 3. 自分と環境を知るシート

グラムは発達障害者およびその傾向を有する人にも活用できることを意識して開発された。発達障害の診断閾下の人には特有の難しさもあるが<sup>38)</sup>、本調査ではまずはプログラムの中心的なテーマとなっているASDの診断を持つ人を対象にプログラムを実施し、その効果評価を行うことを目的とする。

## B. 調査方法

1. 調査手続き 2019年8月、筆頭発表者の所属機関の教室で、1～2週間の間隔を空けて3日間に渡って実施した。1回の中には3つのテーマが含まれていることから、所要時間は3時間半で設定した。講義時間は集中力を考慮し35分とした。その後20分間のシェアリングを行うことを基本構成とし、テーマ毎に10分間の休憩を入れた。なお、スタッフは9名(第1著者、第2著者の他、第5著者を含む臨床心理学専攻の大学院生7名)で構成された。

2. 調査協力者 第2著者の紹介で、ASDの診断を持つ成人男性4名(平均年齢40.0才)から協力が得られた。調査協力者の詳細を表2に示す。

3. 調査内容 事前アンケート調査により、基礎情報(年齢・就労状況・障害や診断含む)、ASD尺度AQ-J<sup>39)</sup>、ADHD尺度ARSR<sup>40)</sup>、精神健康度K6<sup>41)</sup>、主観的幸福感SHS<sup>42)</sup>について回答を求めた。また、全講義終了後の最終回には、事前アンケートと同じ尺度を実施した。さらに、第1回には、MAAASD<sup>36)</sup>を実施した。

発達障害傾向の強さを測定するために、栗田ら

(2004)<sup>39)</sup>が開発したAQ-J(日本語版Autism-Spectrum Quotient-Japanese version)を使用した。AQ-Jはソーシャルスキル、注意の切り替え、細部への注目、コミュニケーション、想像力の5つの下位尺度から構成され、「確かにそうだ(1点)」「少しそうだ(1点)」「少しちがう(0点)」「確かにちがう(0点)」の4択の2件法で求めた。

ADHD傾向の強さを測定するために、WHOによって開発された成人期のADHD自己記入式症状チェックリストであるASRS-1(Adult ADHD Self Report Scale, Adler, et al., 2003)<sup>40)</sup>を使用した。ADHDに該当する症状を有している可能性を示唆する6項目について、「全くない」から「非常に頻繁」までの5つの選択肢から該当するものを選択し、項目によって症状のある・なしが判別される。

精神健康度を測定するためにK6<sup>41)</sup>を使用した。K6はうつなどの精神疾患をスクリーニングする目的で作成された尺度で、過去1ヶ月に「神経過敏に感じましたか」等の6項目から構成される。「いつも(4)」から「まったくない(0)」までの5件法で測定され、合計点(0～24点)が精神健康度として使用された。

主観的幸福感を測定するために日本語版SHS<sup>42)</sup>を使用した。SHSは4項目からなる尺度であり、解答は7件法で1点から7点として集計し、SHS得点としては4項目の平均値を用いた。

生活能力・就労能力も含めた多面的評価を行うことを目的に、MAAASD<sup>36)</sup>を使用した。本尺度は、作業能力、生活能力、対人関係能力、こだわり傾向、コミュ

表 2. 参加者の概要

| 年齢 | 性別  | 婚姻<br>状況 | 同居状況 | 学歴          | 就労状況 | 診断名 | AQ21<br>(ASD)  | ASRS<br>(ADHD) | K6   |       | SHS<br>(幸福感) |      | MAAASD |      |        |      |           |      |
|----|-----|----------|------|-------------|------|-----|----------------|----------------|------|-------|--------------|------|--------|------|--------|------|-----------|------|
|    |     |          |      |             |      |     |                |                | 事前   | 事後    | 事前           | 事後   | 作業能力   | 生活能力 | 対人関係能力 | こだわり | コミュニケーション |      |
| A  | 30代 | 男性       | 独身   | 生まれ育った家族と同居 | 専門学校 | 就労中 | 自閉症スペクトラム      | 15.00          | 3.00 | 13.00 | 16.00        | 4.00 | 4.75   | 3.29 | 3.00   | 1.57 | 1.67      | 2.50 |
| B  | 40代 | 男性       | 独身   | 一人暮らし       | 大学院  | 就労中 | アスペルガー障害<br>うつ | 15.00          | 4.00 | 19.00 | 17.00        | 3.25 | 5.67   | 3.00 | 2.70   | 1.60 | 2.00      | 2.25 |
| C  | 30代 | 男性       | 独身   | グループホーム     | 大学   | 就労中 | 自閉症            | 20.00          | 2.00 | 9.00  | 6.00         | 6.00 | 5.25   | 3.29 | 2.43   | 2.14 | 3.33      | 3.50 |
| D  | 40代 | 男性       | 独身   | 生まれ育った家族と同居 | 専門学校 | 未就労 | ADHD/ASD       | 10.00          | 4.00 | 13.00 | 12.00        | 2.00 | 2.30   | 3.00 | 3.00   | 2.86 | 1.00      | 2.50 |

ニケーション能力の5因子28項目から構成され、「そうではない(ちがう)(1点)」「どちらかといえばそうではない(ちがう)(2点)」「どちらかといえばそうである(3点)」「そうである(4点)」の4件法で回答を求めた。

毎回の終了時にアンケートを実施し、関心の高さや理解度などに関する12項目について評定を求めた(設問例:新たな発見があった,講義の目的がしっかりと伝わってきた,自分の考えが整理できた)。さらに、自由記述で参加回の感想を求めた。最終日には上記に加えてK6とSHSを実施するとともに、スタッフが感想の聞き取りを行った。加えて、事後の長期的な効果と振り返りを行う目的で、2名には3か月後に1時間のフォローアップインタビューを行った。インタビューガイドには、プログラムに参加した感想や改善点が含まれた。

4. 倫理的配慮 本研究は筆頭発表者の所属機関の倫理審査を受けて実施された。参加の任意性と守秘義務について説明し、同意書を得た。

## C. 結果

アンケート調査からは3日とも参加者は十分な関心を持ち、内容を理解していたことが確認された。K6とSHSの事前事後について対応のあるt検定を実施したところ、統計的に有意な変化は認められなかった(結果は表2参照)。また、毎回後のアンケートの自由記述と最終日の感想の聞き取り、フォローアップインタビューのデータを元にプログラム体験について、KJ法を援用して分析を行った。その結果、164の概念が抽出され、【公的な情報収集と活用の難しさ】【情報収集と活用の現状と課題】【プログラムの必要性】【プログラム当日の体験】【プログラムの適切な運用に向けて】の5つのカテゴリにまとめられた(カテゴリの詳細は表4参照)。さらに、これらの結果を図示したものを図4に示す。

結果より、プログラム参加前の体験として、【公的な情報収集と活用の難しさ】があることが示唆され

た。これについては、「行政で教えてくれないことも多い」「行政の対応がつかない」「行政の対応の問題の他、情報はあっても「制度の使い方の指南」などが必要とされており行政から制度情報の発信不足」が窺われた。しかし一方で、「面接で困りごとを説明できないと資源に限られる」「発達特性もあり情報網が発達していない」など「ASD者の障害特性ゆえの制度(情報)利用の難しさ」もあることが窺われた。このような状況にあって、【情報収集の活用の現状と課題】が指摘された。これには、「地域格差がある」など「情報格差の現実」があることや、「当事者会は情報を入手する場として機能している」など「情報収集ルートの不安定さ」が含まれていた。

このような現実の中で【プログラムの必要性】が指摘された。必要とされるポイントとしては、ASD傾向により人間関係が乏しいためプログラムへの参加によって「今後のために社会とのつながりを作る必要性」、支援者の抱え込みがある中で「当事者の自己決定の重要性」、地域資源の知識がないと経済的な損失につながるなど「情報格差のマイナス」があることから、支援者としての専門職に共通事項として理解してもらいべきなど「支援者の連携の必要性」、障害理解がきちんとされていない現状に対して「支援者と当事者の理解の充実」が挙げられた。前者3つは当事者

表 3. プログラムの1回の流れ

| Time | 内容           |
|------|--------------|
| 15分  | 本日のアウトラインの説明 |
| 35分  | テーマ①について講義   |
| 20分  | シェアリング       |
| 10分  | 休憩           |
| 35分  | テーマ②について講義   |
| 20分  | シェアリング       |
| 10分  | 休憩           |
| 35分  | テーマ③について講義   |
| 20分  | シェアリング       |
| 20分  | 振り返りとアンケート記入 |

表 4. プログラムの参加体験に関する質的分析

| 【カテゴリ】          | ≪サブカテゴリ≫        | ＜ラベル＞  | 「概念」例   |
|-----------------|-----------------|--|---|
| 公的な情報収集と活用の難しさ  | 行政からの制度情報の発信不足  | 社会資源の得難さ<br>行政の情報提供の問題<br>資源を使うための手続きの煩雑さ  | 社会資源を体系的に学べるところがない<br>行政で教えてくれないことも多い<br>行政からは情報が整理されて出てこない   |
|                 | ASD者の障害特性ゆえの難しさ | 情報を得て活用するためのスキルやエネルギーが必要<br>特性由来の情報入手の難しさ  | 面接で困りごとを説明できないと資源に限られる<br>発達特性もあり情報網が発達していない  |
| 情報収集と活用の現状と課題   | 情報格差の現実         | 地域格差への対応   | 地方によっては対応が進んでいる   |
|                 | 情報収集ルート不安定さ     | 当事者会の役割<br>当事者会自体の問題   | 当事者会は情報を入力する場として機能している<br>当事者会のあり方を模索   |
| プログラムの必要性       | 今後のために社会とのつながり  | 将来のために人間関係を作っておく必要性<br>縦断的な支援の必要性  | 発達障害者にとって職場が社会のすべてであるうらさ<br>支援の分断への対処として資源を作る   |
|                 | 当事者の自己決定の重要性    | 自己決定の必要性<br>支援側の目論み  | 主体的に使うことの重要性<br>支援者の考えで環境を作られる囲い込みの問題   |
|                 | 情報格差のマイナス       | 情報を得られない損失   | 地域資源の知識を知らないと経済的な損失につながる  |
|                 | 支援者の連携の必要性      | 連携の必要性<br>支援者間の共通理解の必要性  | 支援者同士が今後の見通しを立てるための連携が必要<br>専門職に共通事項として理解してもらうべき  |
|                 | 支援者と当事者の理解の充実   | 発達障害の複雑性の理解  | 脳機能障害というより神経発達の変異型という理解   |
| プログラム当日の体験      | プログラムの企画について    | 開催の日時について<br>スケジュールについて<br>場所について<br>回数について  | 開始時間は午後を希望<br>複数回に分けて開催しテーマ毎に参加できるとよい<br>場所は良かった<br>3回でちょうどよい   |
|                 | 当日の実施の仕方や内容について | 時間の構造について<br>場の構造について<br>内容の構造について<br>担当者制について<br>ワークシートについて<br>情報提供について   | 時間はやや長いが休み時間があれば問題ない<br>レイアウト変更は気にならなかった<br>発言の機会が構造化されているのがよかった<br>担当者が具体的に聞いてくれてわかりやすかった<br>視覚情報があってやりやすかった<br>ネガティブな情報も教えてほしい                          |
|                 | プログラムを受けての感想・学び | 自分が生きる社会について考えたこと<br>特性について考えたこと<br>自己の振り返り<br>貴重な機会   | 福祉サービスや医療は機能分化しすぎ連携がうまくいかない<br>自分の特性を知って、人に話すことが大切<br>ワークシートは初めてで自分のことを整理できた<br>減らない機会がよかった。プラスの経験だった   |
| プログラムの適切な運用に向けて | when            | いつ受講すべきか   | 内容によって受講すべきタイミングが違う   |
|                 | whom            | 家族<br>支援者<br>グレーゾーンの人<br>診断後の人<br>グルーピングの方法  | 保護者が発達障害を受け入れない<br>支援者も他人ごとではないことを伝えながら話す<br>グレーゾーンの人にどうアクセスするか<br>診断前後が適切<br>年代別でグループを作る   |
|                 | how             | プログラム運営の工夫<br>グループワークのメリット<br>グループを活かす展開<br>1対1のワークの可能性<br>ワークシートの良さ<br>心理教育としての提供                                 | 行政のサービスの変化にキャッチアップする<br>時間の調整や休憩<br>雑談する時間があるとよい<br>1対1の良さ<br>ワークシートで自分を客観視できる良さ<br>診断を受ける段階で心理教育プログラムを提供する   |
|                 | who             | 提供者  | PWSとCP  |
|                 | what            | 正確な情報と資源の活用方法の提供<br>当事者会の限界の補足や代替<br>心理支援の情報の充実<br>心理療法に関する情報へのニーズ<br>就労に関する情報へのニーズ<br>その他の情報へのニーズ<br>困りごとを整理するワーク | 資源の情報や存在以上手続きに踏み込んでいない<br>当事者会に求めている機能をプログラムに入れる<br>トラウマケアの必要性<br>心理療法の情報をもっとほしかった<br>就労部分の内容をもっと掘り下げてほしかった<br>コンサルテーションの情報をもっとあってほしい<br>困りごとを整理するワークを入れる |
|                 | プログラムへのつなげ方     | 支援の入り口での展開<br>当事者会での提供   | 保健所・クリニック・福祉センター等の初期窓口<br>当事者会への展開  |
|                 | プログラムの発展        | 展開の拡がり<br>地方への対応   | 情報をデータベース化して公開してほしい<br>地域格差を超えた共通点を抽出し適用範囲を拡げる  |

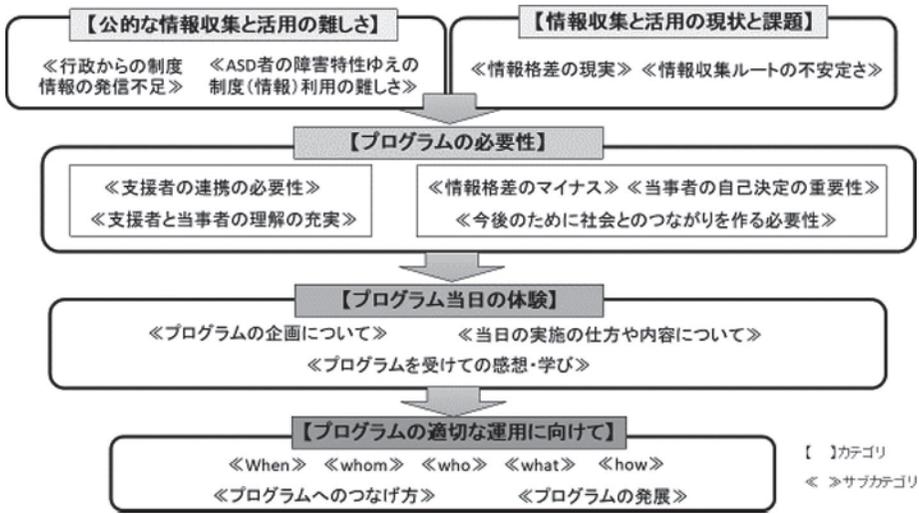


図 4. プログラム体験の分析結果

の必要性であるが、後者 2 つは支援者側の課題に基づく必要性といえる。

その上で、【プログラムの当日の体験】については、〈開催の日時〉、〈スケジュール〉、〈場所〉、〈回数〉など「《プログラムの企画について》」は概ね問題がないという意見が得られた。また、各回の「《当日の実施の仕方や内容について》」は、〈時間の構造〉、〈内容の構造〉の構造を明確化し、それを度々可視化したことについては良好な評価であった。〈場の構造〉、〈担当者制〉についてもよい評価を得たが、「担当者が具体的に聞いてくれてわかりやすかった」というコメントがある一方で、「担当者の質を確保する上での問題がありそう」との指摘もあり、今後の運用の際には質の担保が課題となるという指摘も見られた。また、〈ワークシート〉〈情報提供〉については、「心理師の補助があれば書ける」「問題がどの項目に関連しているかの区別が難しかった」など実施上の工夫の必要性も指摘されたが、「書くことで見栄を張らずに考えることができた」というコメントも見られた。〈情報提供〉については、「情報は既知だったが、まとめて教えてもらったのはよかった」など既に知っている情報である部分もありながら、その再確認になったというコメントや、「情報のエビデンスを示してほしい」「ネガティブな情報も教えてほしい」など情報提供の仕方の工夫の必要性も示唆された。「《プログラムを受けての感想・学び》」では、「社会は人と人の繋がりからできていると解釈できた」など自分が生きる社会について考えたことについてコメントが得ら

れた。また、自分自身に関しては「自分の特性をまず知って、それを人に話すことが大切だと思った」など自身のく特性について考えたこと、「ワークシートはこれまでやったことがなく、自分のことを整理できて良かった」などく自己の振り返りに役立ったというコメントがあった。このような環境や自己の振り返りを通して、「自分の苦勞したことが分り、特性や自分が受けてきた支援はどういう仕組みになっていたかよく見つけ直せる機会になった」「プラスの経験だった」などく貴重な機会」という認識が得られた。

今後の【プログラムの適切な運用にむけて】についてもコメントが得られた。「内容によって受講すべきタイミングが違う」などタイミングに関わる指摘（《when》）、〈家族〉〈支援者〉〈グレーゾーンの人〉〈診断後の人〉など適切な対象者や、年代別・女性・引きこもり等くグルーピングの方法についても指摘が得られた（《whom》）、また、実施方法については（《how》）、「プログラム費用の負担」などくプログラム運営の工夫、〈グループワークのメリット〉、「グループの交流があるとよい」などくグループを活かす展開、〈1対1のワークの可能性〉、自分を客観視できる良さなどくワークシートの良さなどについてコメントが得られた他、「医療で診断を受ける段階で心理教育プログラムを提供する」「病院モデルではなく、検査と心理教育をセットにする」などく心理教育としての提供など方法論についてのコメントが得られた。

また、実施者については（《who》）、精神保健福

祉士や心理職などが適任として挙げられた。コンテンツについては(《what》)、〈正確な情報と資源の活用方法の提供〉、「当事者会に求めている機能をプログラムに入れる」や「行政と当事者間の情報確認」など当事者会の限界の補足や代替が求められていた。また、〈心理支援の情報の充実〉の他、「トラウマケアの必要性」「身体感覚に気づくことの重要性」など内容へのコメントや「マインドフルネスの活用」など具体的に心理療法に関する情報へのニーズも見られた。また、「就労部分の内容をもっと掘り下げてほしかった」「地域企業とのつながりという視点があると良かった」など就労に関する情報へのニーズが見られた他、「コンサルテーションの情報をもっとあってもいい」「投薬の情報があってもいい」などその他の情報へのニーズも得られた。また、〈困りごとを整理するワーク〉については、「問題の整理の重要性」「言語化の支援」などに関する言及も見られた。

《プログラムへのつなげ方》については、「保健所・クリニック・福祉センターなどの初期の窓口」「各医療機関からリファーにより実施」や発達障害者支援センターでの実施など支援の入り口での展開や、「当事者会の合同イベントでの展開」など当事者会での提供などが提案された。《プログラムの発展》としては、「情報をデータベース化して公開してほしい」など展開の拡がりや、「地域格差を超えた共通点を取り出して適用範囲を広げる」など地方への対応に関するコメントが得られた。

## D. 考察

1. 現状に基づいたプログラムの意義 感想やインタビューの結果より、ASD者は公的な情報収集の難しさにより地域の援助資源をうまく活用できていないことが示唆された。行政の情報の把握や理解の難しさは誰にとってもありうるが、特にASD者の場合、自分の困っていることを人に伝えることの難しさ、対人関係の難しさから情報網の乏しさがあることから、そのニーズはより高いと考えられる。結果的に、情報の地域格差があったり、人によっては当事者会から情報を得るなど、得ている情報にばらつきが大きいことが示唆された。地域の援助資源の知識がないことによる経済的な損失があるという指摘もあり、情報格差のマイナスの影響は少なくないと考えられる。したがって、丁寧なコミュニケーションの中で生きづらさの言語化を支援するとともに、その全体像を整理する必要性が

示唆された。

一方、支援につながっている場合にも、支援者による囲い込みのような現象が起こるとの指摘も見られた。ASD者が支援者から支援を提供されるという形ではなく、プログラムを通して自分自身で自分の生きづらさを理解すると同時に、必要な地域の援助資源も理解して自己決定していく場となり得ることが示唆された。また、ASD者は生涯にわたる支援を必要とする可能性があるが、グループ形式のプログラムへの参加が将来のための人間関係の形成の場として機能し得ることが示唆された。

2. プログラムの効果と改善点 プログラムについては基本的に高評価が得られ、自分自身や社会について考える機会になったことが示唆された。中でも、ワークシートの活用が自己理解に有効であることが示唆され、「書くことで見栄を張らずに考えることができた」というコメントからは正直に自分に向き合うことの意義が示唆された。また、今回の実践では1回目のセッションを終了した段階で、一人の参加者に2名のスタッフが固定的に担当する担当者制に変更した。これは全体でのシェアリングの前に、個々人の体験に基づいて自己理解を深めるために、特定の担当者とのインテンシブなやり取りを重ねることを意図するものであったが、ワークシートについては「心理師の補助があれば書ける」というコメントがあったことから担当者制の意義が示唆された。ただし、今後の展開について、「担当者の質を確保する上での問題がありそう」との指摘もあり、今後はプログラムとしての質の担保が課題といえる。これはこのプログラムを、今後、どこでどう持続的に運営するかという課題でもあるといえよう。また、情報提供については肯定的なコメントが多かったが、エビデンスやネガティブ情報の必要性など、情報としての確かさや豊かさを高める必要があると考えられる。

一方、対象者としては家族、支援者、グレーゾーンの人、診断後の人など複数の可能性が示唆された。また、医療で診断を受ける段階や、その後のフォローで心理教育として実施することなどが提案された。場としては、保健所・クリニック・福祉センターなど支援の入り口や当事者会などが提案された。さらに、情報のデータベース化や、共通点を取り出して地方に対応するなど発展の方向性も示唆された。

実施者についてはPSWや心理職という意見が見られたが、心理支援情報の充実を望むコメントや心理療法に関する情報へのニーズも見られたことから、心理

職が実施する意義はあると考えられる。他にも、就労や地域企業とのつながりなどの情報のニーズやコンサルテーションや投葉などの情報を盛り込む必要性も示唆されたことから、これらを今後どう反映するかについて検討が必要と考えられる。

#### 4. 総合的考察

##### A. 本研究で得られた知見

1. **本研究の位置づけと意義** 本論でははじめに、成人の発達障害者の生きづらさは、就労や生活、家庭や結婚などライフステージの中で顕著となることを指摘した。特に、成人後期のライフステージには長期にわたる自宅閉居や、近年注目されている80・50問題につながる可能性を提示し、生涯に渡って必要な地域の援助資源につながる必要性を指摘した。先行研究から、これまでリワークやデイケア、リハビリテーションなど成人の発達障害者を対象とするグループ・個別支援が行われてきたことを確認した。これらの支援は特定あるいは包括的な知識やスキルなどを訓練・介入プログラムとして提供する個人支援モデルと捉えた。このような個人支援モデルは有効ではあるが、環境の資源を知り、それを使っていけるようになることも必要である。特に、成人の場合、その後の人生を考えると、ライフステージを通して住み慣れた地域の中で一貫した継続性のある包括的支援が有効と考えられる。このように個人と地域の援助資源をつなげる支援を地域支援モデルと捉えた。近年、地域支援モデルに関する研究も行われているが、成人の場合には個人が支援の必要性を感じたタイミングで、必要な支援機関に自らつながる必要があるため、成人が自分自身の生きづらさの現状を多面的に理解し、必要な援助資源につながるための支援が必要と考えられた。特に、ASD者は中枢性統合の弱さにより全体像を把握したり、優先順位を付けるなどの整理の難しさがあるため、特定の訓練につながる前段階となる地域支援モデルが必要と考えられた。

このような地域支援モデルの必要性については、本研究のパイロット調査でも裏付けられた。特にASD者は対人関係の難しさによる情報源の乏しさに加え、困っていることを伝えることの難しさもあるため、情報収集自体に困難があることが窺われた。結果的に情報格差が生じており、それによる損失も指摘された。一方で、支援につながっている場合にも、情報に偏りがあるという課題があり、特定の支援につながって

ることによって、より幅広い支援の可能性が閉ざされてしまう可能性も示唆された。近年、発達障害については法整備や支援機関も設立されており、公的な支援は充実しつつあるが、一方で、それらの支援につながること自体の難しさへの支援は看過されてきたと考えられる。社会に援助資源があっても、必要な援助資源に、必要なタイミングに適切にアクセスできなければ生きづらさはなくなるであろう。本研究では、このような個人の生きづらさと社会の援助資源をつなげる機能を持つプログラムを開発した。このようなつながりのプロセスはこれまでは個別支援の中で適宜行われていたと考えられるが、本プログラムの開発により体系だった支援を行うことが可能となると考えられる。

2. **プログラムの特徴** 本プログラムは上述のように個人の生きづらさと地域の援助資源をつなぐことを目的に開発された。その際に重要となるのは、個人の生きづらさを多角的に理解し、他者に伝えることである。しかし、ASD者の場合、中枢性統合の弱さにより問題の全体像を把握することの難しさに加え、コミュニケーション力の乏しさにより困っていることを人に伝えることの難しさがある可能性があると考えられた。そのため、本プログラムでは支援者を担当制とし、MAAASDや自分と環境を知るシートを用いて個々人の生きづらさを聞き取る中で多面的に把握し、地域の援助資源について一緒に検討することとした。パイロットスタディでは、支援者との丁寧なコミュニケーションの中で、自身の生きづらさの言語化が促進されることが示唆された。生きづらさに向き合うことは心理的な抵抗もあり得るが、支援者のサポートを得ながら、フェイスシートやMAAASDなどのツールを用いて、自分自身の全体状況をバランスよく客観視することができたと考えられる。

地域の援助資源については、A区という特定の地域で実践を行っている支援者の情報を元に、医療、就労、福祉、心理など幅広い情報を収集した。これらの多様な情報を個人の生きづらさに基づくニーズとつなげる際に重要となるのは、ASD者が自己決定することである。高橋(2020)<sup>6)</sup>が、近年の障害者関連の法改正に基づき、政策の基本理念は恩恵から権利へ、同化・隔離から共生・包摂へ、個人モデルから社会モデルへと転換されたと指摘しているように、当事者が自分自身の症状や特性と、地域の援助資源を理解し、自分自身で支援のネットワークを構築できることが望ましい。そのためには、自分自身の適切な理解と地域資源の正確な情報が必要であり、本プログラムはこれらを提供

する機能を有していると考えられる。その際、単なる情報提供にとどまらず、上述の支援者の丁寧な関わりにより、自らが必要な支援を自己決定する場となりうると考えられる。

**3. プログラムの展望** プログラムの今後の活用可能性として、ASD者の当事者だけでなく、支援者への必要性も示唆された。発達障害の認知や情報源を調べた荒木田ら(2019)<sup>43)</sup>の調査では、発達障害児者に関わる可能性があると考えられる教育関係職や保健医療職においては発達障害という言葉は認知しているものの、対応に関する認知はそれぞれ63.9%、42.9%であることが示されており、支援者の理解や知識を高める必要があると考えられる。特に、成人の場合には、生涯にわたる地域社会での支援が必要であることから、支援者がネットワークを構築することが有効と考えられる。支援者がプログラムに参加することによって、ASD者について共通の理解を持ち、支援機関が相互の地域資源を知ることで、有効な連携関係を築くことができると考えられる。また、支援者の他にも、プログラムの対象者として家族、グレーゾーンの人、診断後の人など複数の可能性が示唆されたことから、今後これらの対象者に向けた実施についても検討するべきであろう。

また、本プログラムは都内A区モデルとして開発したため、地域性を考慮したローカルな価値があると考えられる。法律や行政の政策や手続きの変更も想定されることから、常に情報をブラッシュアップする必要があるが、それによって特定の地域に密着した支援モデルを持続的に構築することができる。今後、より多くの地域モデルのプログラムを開発することにより、地域の独自性を反映したローカルなプログラムが発展することが期待される。一方で、支援の枠組みや内容には一定の共通性もある。したがって、やや内容は浅くはなるものの地域を超えた支援の共通項を抽出して、普遍的なモデルを作成する方向性もあると考えられる。

## B. 本研究の限界と今後の課題

本研究はプログラムを開発するとともに、パイロットスタディを行うことによりプログラムの精緻化を図った。しかし、パイロットスタディの協力者の多くはいずれもASDの診断を得て一定の援助資源につながっていた。それによって、支援につながっている人にとってのプログラムの有効性を確認することができたものの、得られた知見には一定の偏りがある可能性

がある。また、今回は協力者数も限られていたことから、今後は対象人数を増やすとともに、グレーゾーンといわれる診断閾下の発達障害傾向者にも幅広く実施し、プログラムの有効性について検証する必要がある。

今後の課題の一つとして、成人の発達障害者を対象とするプログラムのグループ形成について検討する必要性が挙げられる。中岡ら(2020)<sup>13)</sup>は、グループを実践する上で、集団力動への配慮やスタッフ個人のコミュニケーションスキル・対人関係の癖なども考慮に入れなければならないと指摘し、特性の強さや極度の対人緊張などのため、グループ参加が可能かどうか試行・評価を要する人のために、受け皿プログラムを実施している。また、発達障害に対する専門プログラムの報告を行っている水野ら(2018)<sup>11)</sup>は、その課題として、グループの形成と成員の均質性を挙げており、状態や障害特性を考慮に入れたより細かな集団の形成の必要性を指摘している。グループ形式には、グループメンバー間の対人接触と相互作用の意義は高いと考えられるが、その難しさもある。パイロットスタディでは、スタッフによる担当制を導入することによって、インテンシブな関わりの中で理解を深める工夫を行ったが、参加者同士の交流を求める意見も見られた。今後は特定のカテゴリでグルーピングするなど、グループワークの力を活かす工夫も必要となる。

また、今後はプログラムのコンテンツの改善を図るだけでなく、プログラムにつながるまでの動線を作る必要がある。パイロットスタディの結果より、医療で診断を受ける段階や、その後のフォローアップ、保健所・クリニック・福祉センター、当事者会など複数の具体的な窓口が提案された。特に、診断を受けたばかりの人の場合には、問題の認識が断片的であったり、障害へのスティグマにより援助要請に至らない可能性もある。すぐに支援につながらなくても、必要な時のための基礎知識を備えておき、必要となったタイミングで援助につながるきっかけとなることが期待される。特に、成人の発達障害の場合、診断時だけでなく、ライフステージの移行やそれに伴って生きづらさを感じる経験は今後も生じうることから、これからも繰り返し援助要請の必要性に迫られる可能性がある。原田(2019)<sup>44)</sup>は、発達障害のある学生は就労の継続が困難であることが多いことや、ある程度順調に就労を継続できていた場合でも、昇進や配置転換をきっかけにうまくいかなくなること、さらに青年期から成人期へのスムーズな移行が妨げられやすい状況にあると指摘

している。人生の必要なタイミングで繰り返しプログラムを受講することによって、その時々に必要な援助要請行動を促進できると考えられる。ただし、生きづらさを抱えた時に訪れる可能性のある相談窓口は多岐に渡るため、どこかの支援機関でも必要なプログラムにつながれるようなネットワークを作ることが必要と考えられる。

一方、運営面では、誰がどこでプログラムを持続的に運用するかは大きな課題である。水野ら (2018)<sup>11)</sup> は、専門プログラムを実施するスタッフの育成の必要性を指摘しているが、本プログラムは誰でも実施できるようプロトコルを作成した。しかし、プログラムというコンテンツの開発だけでなく、地域社会のどこで誰がどう持続的に実施するかという運営自体の仕組みづくりが必要である。これについては、今後も地域行政との連携の中で検討する必要がある。

## 付記

本研究は科学研究費補助金基盤C (研究課題名: 成人の発達障害者の多面的評価ツールと心理教育プログラムの開発 (16K04345)) の交付を受けて行われた。

本プログラムの開発に際して、複数の地域の専門家および支援者と、ASD者の方々にお世話になりました。心より御礼申し上げます。またパイロットスタディの実施を補助いただいた東京大学大学院教育学研究科博士課程の江浦瑛子さん、同修士課程の山口なつみさん、隈田玲さん、鳥羽翔太さん、藤沢祐未さん、和智遥香さんにも感謝申し上げます (所属はパイロットスタディ実施当時)。

## 引用文献

- 1) 大村豊 2020「成人発達障害支援をめぐって」『そだちの科学』34, pp.56-59.
- 2) 藤堂栄子 2019「発達障害当事者の生きづらさとは」『月刊福祉』102(5), pp.40-45.
- 3) 福田真也 2018「成人の発達障害の復職支援」『最新精神医学』23(3), pp.201-206.
- 4) 佐々木正美・梅永雄二 2009『アスペルガー症候群 就労支援編 こころライブラリー』講談社
- 5) 高橋今日子 2014「発達障害と交友・恋愛・結婚」『臨床心理学』14(6), pp.789-793.
- 6) 高橋脩 2020「発達障害のある人の成人期の生活と支援—自閉スペクトラム症を例に—」『そだちの科学』34, pp.38-44.6)
- 7) 市川宏伸 2019「成人の発達障害とは」『作業療法ジャーナル』53(12), pp.1212-1217.
- 8) 加藤進昌・五十嵐良雄 2015「発達障害者の就労をめぐる諸問題—昭和大学附属烏山病院での成人発達障害を対象とした専門外来とデイケア・プログラムにおける取り組みを中心に—」『精神神経学雑誌』117(3), pp.195-198.
- 9) 海老澤尚 2015「成人の発達障害専門外来とリワークプログラムにおける専門プログラム (Social Skill Renovation) の紹介」『精神神経学雑誌』117(3), pp.205-211.
- 10) 横山太範 2015「発達障害を対象としたリワークプログラムの工夫—サイコドラマを中心に—」『日本精神科病院協会雑誌』34(3), pp.251-256.
- 11) 水野健・五十嵐美紀・岩波明 2018「成人期の発達障害に対する集団プログラム」『総合リハビリテーション』46(9), pp.827-831.
- 12) 大森裕・中村暖・横井英樹・五十嵐美紀・太田真里絵・佐藤綾夏・澤登洋輔・青柳啓介・森井智美・佐賀信之・太田晴久・岩波明 2020「成人期自閉症スペクトラム障害における発達障害デイケアプログラム後の就労状況の検討」『精神医学』62(1), pp.95-103.
- 13) 中岡健太郎・加藤秀一・沢出新吾・原口留里・大村豊 2020「ASDをかかえる成人を対象としたショートケアプログラムの実際—愛知県精神医療センターでの実践—」『心と社会』51(1), pp.31-36.
- 14) 永吉美砂子 2009「成人後の支援としての「ハビリテーションプログラム」」『教育と医学』57(11), pp.1046-1056.
- 15) 宮崎光明・福永顕・宮崎美江 2014「青年期の広汎性発達障害者に対する生活シミュレーショントレーニングの効果」『LD研究』23(3), pp.320-330.
- 16) 薬師寺明子・岩田直也・今出大輔・新谷義和 2016「発達障害者を対象としたオープンカレッジ1—発達障害者における就労準備支援プログラムの実践—」『美作大学・美作大学短期大学部地域生活科学研究所所報』13, pp.43-45.
- 17) 川久保友紀・桑原直・黒田美保 2013「成人期に診断される発達障害の特徴と心理教育の有効性の検討—検査入院プログラムを利用した発達障害の診断—」『研究助成論文集』49, pp.69-75.
- 18) Spek, A. A., van Ham, N. C., & Nyklicek, I. 2013 "Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial." *Research in Developmental Disabilities*, 34, pp.246-253.
- 19) Murza, K. A., Nye, C., Schwartz, J. B., Ehren, B. J., & Hahs-Vaughn, D. L. 2014 "A randomized controlled trial of an inference generation strategy intervention for adults with high-functioning autism spectrum disorder." *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, pp.461-473.
- 20) 市川和男 2008「当事者・交流・地域 発達障害者に対する地域支援の展望」『社会事業研究』47, pp.179-186.
- 21) 桑野大輔 2020「東京都成人期発達障害者生活支援モデル事業—成人期発達障害専門医療機関の取組み—」『心と社会』51(1), pp.19-24.
- 22) 深津玲子 2010「青年期発達障害者の円滑な地域移行への支援についての研究」『厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害保健福祉総合研究』
- 23) 本田秀夫 2009「自閉症スペクトラム障害の社会性障害の病態と治療的展開 自閉症スペクトラム障害のコミュニティケア・システム」『精神神経学雑誌』111(11), pp.1381-1386.
- 24) 本田秀夫 2017「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」『厚生

- 労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究]
- 25) 厚生労働省 2011 青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン [http://www.rehab.go.jp/ddis/?action=common\\_download\\_main&upload\\_id=616](http://www.rehab.go.jp/ddis/?action=common_download_main&upload_id=616) (2020年9月22日取得)
- 26) 独立行政法人国立精神・神経センター精神保健研究所 2010「ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き」<https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/tebiki.pdf> (2020年9月22日取得)
- 27) 星野仁彦 2011「引きこもりと発達障害」『引きこもり支援者読本』内閣府子ども若者・子育て施策総合推進室 <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/handbook/pdf/1-2.pdf> (2020年9月24日取得)
- 28) 日原信彦 2018「児童・思春期・青年期のリハビリテーションについて—発達障害リハビリテーションにおける発達支援チームの形態と課題—」『精神障害とリハビリテーション』22(2), pp.101-105.
- 29) 本田秀夫 2010「ASDの子どもの診療における課題と展望 ASDの子どもの支援におけるチーム・アプローチ」『Monthly book medical rehabilitation』125, pp.43-47.
- 30) 大塚晃 2014「発達障害者の支援システム」『発達障害研究』36(1), pp.39-41.
- 31) 日詰正文 2020「成人期の発達障害者支援施策の現状」『精神医学』62(7), pp.1029-1035.
- 32) 高木修 1998『人を助ける心 援助行動の社会心理学 セレクション社会心理学』サイエンス社
- 33) 岩本友規 2019「発達障害のある人の就労に必要な自己理解とは—高機能自閉症スペクトラムにおける社会的自己の形成を中心に—」『明星大学発達支援研究センター紀要』4, pp.113-122.
- 34) 富永健太郎 2018「成人期障害者支援施設にみる発達障害者支援の現状と課題—包括的で連携のとれた発達障害者支援の確立に向けて—」『発達障害研究』40(4), pp.325-335.
- 35) 田川薫・大西美紗・高橋美保 2015「成人高機能自閉スペクトラム症者へのグループ支援の可能性と課題—国内外の文献から—」『東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要』38, pp.71-78.
- 36) 高橋美保・黒田美保・田川薫・Alexander Krieg・中山奈緒子・馬場絢子・野村佳申・林さらさ 2019「成人の自閉スペクトラム症傾向者の多面的評価尺度の開発—生活能力・就労能力および自閉スペクトラム症特性を測定するための簡易型尺度—」『臨床心理学』19(6), pp.725-736.
- 37) 山本和郎 1986『コミュニティ心理学—地域臨床の理論と実践』東京大学出版会
- 38) 石井卓 2020「発達障害における「グレーゾーン問題」に関する私見」『精神医療』90, pp.119-127.
- 39) 栗田広・長田洋和・小山智典・金井智恵子・宮本有紀・志水かおる 2004「自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J) のアスペルガー障害に対するカットオフ」『臨床精神医学』33, pp.209-214.
- 40) Adler, L., Kessler, R. C., & Spencer, T. (2003). "Adult ADHD Self-Report Screening Scale-V1.1(ASRS-v1.1). Symptom Checklist." New York: World Health Organization. (アドラー, L., ケスラー, R. C., & スペンサー, T., 武田俊信訳 自己記入式症状チェックリスト (ASRS-v1.1)). [https://ntdaniel.sakura.ne.jp/com/wp-content/uploads/2016/12/asrs\\_checklist.pdf](https://ntdaniel.sakura.ne.jp/com/wp-content/uploads/2016/12/asrs_checklist.pdf) (2020年9月24日取得)
- 41) Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., Iwata, N., Uda, H., Nakane, H., Watanabe, M., Naganuma, Y., Hata, Y., Kobayashi, M., Miyake, Y., Takeshima, T., Kikkawa, T. 2008 "The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan." *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3), pp.152-158.
- 42) 島井哲志・大竹恵子・宇津木成介・池見陽・Sonja Lyubomirsky 2004「日本版主観的幸福感尺度 (Subjective Happiness Scale: SHS) の信頼性と妥当性の検討」『日本公衆衛生雑誌』51(10), pp.845-853.
- 43) 荒木田美香子・藤田千春・竹中香名子 2019「発達障害に対する成人の認知および情報源に関する現状」『日本公衆衛生雑誌』66(8), pp.417-425.
- 44) 原田新 2019「発達障害を有する学生の成人期への移行」『青年心理学研究』30(2), pp.187-192.