



Title	支援を拒否する自閉症スペクトラム特性をもつ人に対する介入プログラムの開発
Author(s)	山本, 彩
Citation	北海道大学. 博士(教育学) 甲第11858号
Issue Date	2015-03-25
DOI	10.14943/doctoral.k11858
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/59183
Type	theses (doctoral)
File Information	Aya_Yamamoto.pdf



[Instructions for use](#)

博士学位論文

支援を拒否する自閉症スペクトラム特性を
もつ人に対する介入プログラムの開発

北海道大学大学院教育学院

博士後期課程 山本 彩

目次

序論	1
1. 自閉症スペクトラム (ASD) への支援の現状	
2. 支援システムの課題	
3. ASD を背景にもち支援を拒否している状況	
4. ASD の有無の判断基準	
5. ASD 特性を背景にもち支援を拒否する状況の発生頻度	
6. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) への期待と本稿の目的	
7. 目的に向けた課題の整理	
第1章 関連する研究	13
1. ASD の概念	
2. ASD 特性とその支援	
3. ASD と法的に介入が必要な状況との関連	
4. ASD と社会的ひきこもりとの関連	
5. CRAFT	
6. CRAFT の課題	
7. 第1章のまとめと考察	
第2章 プログラム開発	31
1. CRAFT に ASD 特性への支援と危機介入を組み合わせたプログラムの全体構成	
2. 支援を論じる以前の確認事項	
3. 「本人支援への準備」段階 (phase I)	
4. 「本人支援」段階 (phase II)	
5. このプログラムを支えるもの	
6. 第2章のまとめと考察	
第3章 プログラムの倫理的課題と方法論的課題	53
1. プログラムを実施する上での倫理的課題	
2. マネジメントやコンサルテーションをする上での倫理的課題	
3. 当事者の視点	
4. 研究の倫理指針の考え方	
5. 「能動的医療介入」であり、「通常診療を超えている」または「通常診療を超えていないが割り付けて群間比較をおこなっている」場合の倫理指針	
6. 上記以外の場合の倫理指針	

7. 侵襲性とエビデンスレベルとのバランス
8. 倫理面以外の方法論的課題
9. 第3章のまとめと考察

第4章 社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ・・・・・・・・・・ 64

1. 児童への介入事例
2. 成人への介入事例
3. 第4章のまとめと考察

第5章 社会的ひきこもりについてのカルテ調査・・・・・・・・・・ 80

1. 調査の目的
2. 倫理的配慮
3. 介入プログラム
4. 調査対象者
5. 調査内容
6. 結果
7. 第5章のまとめと考察

第6章 反社会的行動についてのカルテ調査・・・・・・・・・・ 94

1. 調査の目的
2. 倫理的配慮
3. 介入プログラム
4. 調査対象者
5. 調査内容
6. 結果
7. 第6章のまとめと考察

第7章 総合考察・・・・・・・・・・ 99

1. 各章要約
2. 本稿全体を通じたプログラムの有効性の検討
3. 本稿の課題
4. 本稿の社会的意義

参考資料 支援者向けリーフレット

図表一覧

- Fig.1** ASD をもつ場合に考慮すべきポイント
- Fig.2** プログラムの構成
- Fig.3** CSO 支援における機能分析の例
- Fig.4** 児童事例の行動分析
- Fig.5** 児童事例の支援経過
- Fig.6** 成人事例の行動分析
- Fig.7** 成人事例の支援経過
- Fig.8** 児童事例と成人事例の支援経過
- Fig.9** 平成 24 年 6 月現在 IP の状況
- Fig.10** phase I インテーク時 IP ひきこもり年数と平成 24 年 6 月現在の IP の状況
- Fig.11** phase I での主な介入内容（山本・室橋、2014 から抜粋）
- Fig.12** phase I インテーク時の IP のひきこもり年数と phase I での主な介入内容
- Fig.13** カルテ調査で使用されていた介入内容
- Fig.14** phase I 情報提供による認知療法的介入
- Fig.15** phase I 随伴性マネジメントによるオペラント条件づけ的介入
- Fig.16** phase I 随伴性マネジメントによるレスポナント条件づけ的介入
- Fig.17** 本稿プログラムを Fig.1 との関連および行動療法の手法からとらえ直した図
-
- Table 1** 日本における支援システムの課題
- Table 2** 本稿各章の元となる論文
- Table 3** ひきこもりの 3 分類と支援のストラテジー
- Table 4** Meyers et al. (2001) の中で述べられている CRA の課題
- Table 5** 支援を論じる以前の確認事項
- Table 6** CSO 支援の構成要素
- Table 7** 危機介入時のポイント
- Table 8** 矯正施設や精神科病院内での集中的治療教育の内容
- Table 9** オリジナル CRAFT と ASD 特性を加味した本プログラムの主な違い
- Table 10** 社会的ひきこもりについてのカルテ調査における調査項目
- Table 11** 反社会的行動についてのカルテ調査における調査項目

序論

1. 自閉症スペクトラム(ASD)への支援の現状

1943年に Kanner が最初に幼児自閉症の症候群を記述して以降 (Kanner, 1943)、自閉症スペクトラム (Autism spectrum disorder; 以下、ASD) への理解と支援方法の開発は現在まで急速に発展してきた。ASD とは、発達早期から見られる社会性の障害と常同性に特徴づけられる症候群である。ASD の発生頻度は、診断基準の違いにより幅があるが、2014年米国疾病対策センター (Centers for Disease Control and Prevention) 発表によると 68人に1人である (米国疾病対策センターホームページ, 2014)。

Kanner が ASD の生物学的要因と社会的障害に着目した後、研究者の中には心因的要因を唱える者や、認知機能の特性にのみ焦点化する者もいたが、近年は議論が一回りして、生物学的要因と社会的障害の研究が再度脚光を浴びている (ドーソン, 1994)。そうした ASD の特性をふまえて、支援方法については、人生全般にわたって社会的スキルを獲得したり支援を受けたりできるよう開発され、各国で制度が整備されてきている。特に生物学的要因が大きいとは言え発達早期の関わりが後の認知機能や対人機能に大きく影響することから、早期発見と早期介入の必要性が唱えられている (米国疾病対策センターホームページ, 2014)。

我が国においても 2005 年発達障害者支援法施行後から本格的に ASD への支援体制が整備されてきた。同法を根拠として、本人が生まれてから老いるまで、例えば、早期発見、早期療育、特別支援教育、就労支援、などのように、すべてのライフステージ、様々な領域を網羅できるよう支援が整えられてきている。各国の動き同様、早期発見と早期介入の必要性が唱えられ、検診システムの見直しなどもおこなわれてきた。各分野において、科学的根拠に裏打ちされた支援方法が適用されるよう、研究と実践が日々積み重ねられてきている。

しかしここで課題が1つ残る。それは、これまで開発されてきた ASD への支援方法は本人へ直接支援することを前提としているため、本人が支援を拒否し支援場面に登場しない場合には、折角開発されてきた支援方法も使うことができないということである。筆者の臨床経験でも、ASD をもつ、または行動特性から ASD をもつと考えられる本人が、不登校、社会的ひきこもり、家庭内暴力、自傷行為などの行動の問題を呈しており、家族や教師など周囲の人は何とか本人に有効な支援を提供したいと考えているが、当の本人は支援を拒否しているという相談は非常に多い。こうした状況が生まれる要因の1つとして、日本の制度の特徴があると考えられる。つまり日本の支援制度は、診断ありき、かつ申請主義であるため、診断を希望しないかまたは診断がつくほどではないと判断された人や、制度利用を申請しないかまたは何らかの理由で申請に至らなかった人は、せっかく開発され

てきた支援を享受することができないのである。この日本の制度の特徴は、本人が適切な支援を受ける上で幾重にもハードルとなると考えられる。最初のハードルは適切な療育や教育のための申請および制度利用である。何らかの理由によりこのハードルを超えることに失敗すれば、本人の社会的スキルの獲得の大切な機会が損なわれてしまう。そして次に本人の社会的スキルの獲得が遅れば、本人自身が支援を要求したり制度申請をしたりという援助の要請行動自体形成されづらくなってしまふ。その結果、次のハードルである、本人自身が就労支援や生活支援などのために申請をおこない制度利用に至るとということが、進みづらくなってしまふ。

2. 支援システムの課題

以上の日本の制度の特徴をふまえると、支援を拒否する本人とその家族への支援のあり方を巡って、主に以下の3つが必要と考えられる (Table 1)。1つ目は支援を拒否することの背景にある要因を適切にアセスメントする必要性である。例えば本人の支援拒否が、単に気が乗らないということではなく、援助の要請行動の未学習の影響なのかもしれないし、制度についての知識不足の影響なのかもしれないし、精神疾患の影響なのかもしれないのである。つまり、本人自身が支援につながることを目的に、そのために必要な要因をアセスメントするという視点が重要となる。しかし現状では、そうしたアセスメントがないままにやみくもに支援が開始されたり打ち切られたり、または支援者側が支援を打ち切るための理由づけとして診断名が使われたりすることが多い印象がある。2つ目は本人が支援を拒否している段階での家族支援の必要性である。家族が専門家から「本人が来ないと何もできません」と言われることは依然多い印象がある。しかし、1つ目でふれた本人の支援拒否の背景にある要因をアセスメントし、それに基づく家族支援をおこなえば、本人が支援を求めるようになるかもしれないのである。いずれにしても現状では、家族のニーズと実際の支援の隔たりは非常に大きいと言える。3つ目は介入についてのエビデンスを積み重ねる必要性である。エビデンスがないがために、例えば「社会的ひきこもりは見守りが大切」「不登校はできるだけ早く介入を」など、世間では実に様々な説が繰り広げられ、家族や現場の混乱を助長している印象がある。それでは以上3つの必要性をふまえ、支援者は、支援を拒否する本人の存在を知った時にどうしたらよいのだろうか。

Table 1 日本における支援システムの課題

-
- ・ 支援を拒否することの背景にある要因の適切なアセスメント
 - ・ 本人が支援を拒否している段階での家族支援
 - ・ 支援を拒否する本人への介入のエビデンス
-

3. ASD を背景にもち支援を拒否している状況

ASD を背景にもつ本人が支援を拒否し支援場面に登場しない場合の介入方法を検討する前に、まずはそれが具体的にどういった状況を指すのか、本人が支援を拒否している状況でどのように ASD の有無を判断すればよいのか、そういった状況がどれくらい起きると考えられるのか、などについて整理しておく必要があるだろう。

ASD を背景にもち支援を拒否している状況の前提について、まずは「本人が拒否することができる意思能力をもつこと」としておきたい。すなわち本人がおおよそ 10 歳以上であることや、おおよそ 10 歳以上の知的水準をもつこと、アルコール使用による酩酊状態や急性期精神病、認知症などの状態にないこと、を前提としたい。ここでなぜその基準を用いるかというと、民法における責任能力として「事理を弁識する能力」を備えていることが要求されるが、明文化されていないものの、判例では上記基準を満たしていない場合には「事理を弁識する能力」を備えていないものとして不法行為責任が認められないからである。

またもう 1 つの前提として、「本人は支援を拒否しているが支援をおこなう必要性が倫理的に認められる場合」をあげておきたい。その具体的状況としては以下の 2 つが考えられる。1 つ目の状況は本人が反社会的行動をおこなったり本人に自傷他害の恐れがあったりする場合である。これは法的に介入することの必要性が認められる場合と言えるだろう。例えば反社会的行動としては、窃盗や暴行などの刑法への抵触の他、覚せい剤取締法、爆発物取締罰則、売春防止法などへ各種法律への抵触が考えられる。また、自傷他害の恐れがある場合には精神保健福祉法に則って医療と保護の必要性が判断されることになる。2 つ目の状況は社会的ひきこもりを呈してしている場合である。これは法的に介入する必要性は認められないが、本人の中に潜在的に支援につながるニーズがある可能性がある場合と言えるだろう。実際 ASD に特化した報告ではないが、支援を拒否する社会的ひきこもりを示す本人が介入によって自発的に受療や就労などの社会参加に至るようになることが野中らの実証的研究によって報告されている（野中ら、2010；野中ら、2013）。

以上を整理すると、ASD をもつ本人が支援を拒否しており介入が必要な具体的状況とは、「本人が意思能力をもち、かつ法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況」と整理される。

4. ASD の有無の判断基準

ここで加えて ASD を有するかどうかの判断基準についても整理をしておきたい。なぜなら医学的な確定診断をつけるためには、本人が専門医の診察を受け、専門医が必要に応じて生育歴などの情報を集めたり、本人に心理検査をおこなったりする必要があるが、本人が支援を拒否している状況ではそれらがすべて困難だからである。本人への支援をはじめ際に医学的な確定診断がついている必要はあるのだろうか。アイカセス（2008）は「行

動主義からみた自閉症」の中で、以下のようにまとめている。「行動主義以外の人たちは、「自閉症ってなんだろう？」という疑問を追求しようとしています。そして自閉症とは何だろうということの答えができれば、治療法が見つかるだろうと考えています。私たちは「自閉症とは何だろう？」と問う代わりに、自閉症と分類される人々の行動を見る、自閉症のお子さんが示す行動を見ることをいたします」「自閉症児を対象として、子どもたちにスキルを形成する技術を開発いたしますと、別の障害のあるお子さんに対しても、また健常といわれるお子さんに対しても、共通する行動を指導するという意味で、有効な技術を開発することができることとなります」。つまり支援者が支援をはじめるときには ASD 診断を知っておく必要は必ずしもなく、一つひとつの本人の行動をよくみることこそが大事であり、それらの行動に応じた介入をおこなえばよい、ということになる。そしてその介入方法は、診断の有無に関わらず、同じような特徴を示す人に広く汎用可能と言えるだろう。一方で実証的な研究を積み重ねるためには、本人のどの行動特性に対してどの介入が効果的であったのかを記述しておく必要があるため、ASD の確定診断を付けずとも、客観的な方法で ASD 特性を把握しておくことが必要となる。以上から本稿で取り扱うのは基本的に ASD 特性とし、ASD と記述する場合はあえて診断名を取り扱う場合とする。また、ASD 特性の記述方法について、できるだけ客観的になるよう、生育歴や現病歴等を複数の人から聴取するなどしたい。

5. ASD 特性を背景にもち支援を拒否する状況の発生頻度

さて本稿で取り扱う具体的状況は、ASD 特性をもつ本人が支援を拒否しており（本人は意思能力をもっている）、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況、と整理されたが、次に、それらの状況が実際にどれくらいの頻度で見られるのかを整理をしておきたい。実態調査を整理する前に注意を払わなければいけないのが、ASD 特性と行動の問題とを直接的因果関係で結びつけないよう十分留意する必要があるということである。このことに関して、杉山（2005）は犯罪との関連で以下のようにまとめている。「犯罪は、もっとも明らかな教育の失敗であり、刑法の強化をしたところで、このグループに有効性があるとは思えない」「わが国において高機能広汎性発達障害による重大な犯罪が最近になって多く生じていることは、このグループに対する療育・教育が立ち遅れていることの何よりも証拠である」。同様に十一（2005）も「ハンディキャップに直接起因するようなものは見出しにくく、多くは何らかの不適応を背景とした二次的現象として問題行動への動機付けが発生したと考えられる」と述べている。また近藤・小林（2008）は社会的ひきこもりとの関連で以下のようにまとめている。「青年期でひきこもり状態に陥っている高機能広汎性発達障害のケースは、そのほとんどがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちである。すでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っていることが多いことから、こうした社会資源を活用できるようになるま

で根気強い精神療法的アプローチが必要になる場合が少なくない」。いずれも行動の問題を、生来的な ASD 特性との直接的因果関係ではなく、適切な療育や教育を受けることができなかったこととの関係性で述べていることに着目しておく必要がある。以上を前提としてふまえた上で、法的に介入が必要な状況および、社会的ひきこもりに関する実態調査を整理する。

法的に介入が必要な状況のうち、反社会的行動との関連では以下の報告がある。本人が支援を拒否したかどうかの明確な記載はないが、2004年に東京家庭裁判所の面接調査における疫学調査で面接調査をした862事例のうち広汎性発達障害が疑われたり診断されたりした事例が2.8%であった（藤川，2005）。ちなみに文部科学省が2002年に公立小学校と公立中学校の児童生徒約4万人を対象にした調査では高機能自閉症の特徴を示す生徒の割合が0.8%であり（文部科学省，2003）、単純な比較はできないが少年司法領域の方が高率となっている。尚、これらの調査における広汎性発達障害や高機能自閉症と本稿のASDはほぼ同義としてとらえる。刑務所における成人受刑者についてはASD特性についての疫学調査はなされておらず実態は不明である。医療観察法との関連では、法施行4年間で対象となった968人のうち26人が指定入院医療機関で広汎性発達障害と診断された（来住ら，2010）。また、反社会的行動についての質的研究報告が多数あり、ASDでは事件の動機や面接時の言動が特異であることが指摘されている（藤川，2008；熊上，2006；十一，2005；杉山，2005）。法的に介入が必要な状況のうち、自傷他害の恐れがあり精神保健福祉法に則って医療と保護の必要性が判断される場合の報告については以下のとおりである。精神保健福祉法による通報とASD特性との関連については、医学中央雑誌で検索しても2014年現在量的調査は見られない。同様に、措置入院や医療保護入院などのいわゆる非自発的入院とASD特性との関連についても、量的調査は見られない。しかし両者ともに事例報告は数件見られ、いずれも幻覚妄想状態や精神運動興奮状態などの背景にASD特性があったというように併発する状態と背景にあるASD特性との関連で論じられている。

社会的ひきこもりについては、やはり本人が支援を拒否したかどうかの明確な記載はないが、精神保健福祉センター5ヶ所を対象とした調査で、本人が来談した97件のうち28.2%が広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害が主診断であった、という報告がある（近藤ら，2008）。近藤・小林(2008)が指摘するように、精神保健福祉センターでは生物学的治療や入院治療を必要とするケースの割合が低いと予測されるためひきこもり全体でみると割合は変わるかもしれないが、それを加味しても発達障害が主診断のケースは少なくないと言えるだろう。精神病理的特徴としても、自我理想の形成や書き換え、建設的・現実的なアイデンティティ形成が進展せず、万能的なファンタジーへの没頭が始まることなどが指摘されている（近藤・小林，2008）。

以上から、ASD 特性をもつ本人が支援を拒否しており（本人は意思能力をもっている）、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況、は日本では決して少なくなく、それらは生来的な ASD 特性と、適切な療育および教育の欠如が大きく影響

していると予測される。

6. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) への期待と本稿の目的

そういった状況に出会ったときに支援者はどうしたらよいのだろうか。そして、これまで各国で開発され積み重ねられてきた ASD 特性への支援方法をどのようにしたらそれらの人々へ活かすことができるのだろうか。ここで 1 つの参考になると考えられるのが、厚生労働省研究班が作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」(齊藤, 2010)の中で紹介されている Community Reinforcement and Family Training(以下、CRAFT)である。CRAFT とは、物質依存患者と見なされる本人 (Identified Patient ; 以下、IP) が受療しない時に、まずは phase I として IP の重要な関係者 (Concerned Significant Others ; 以下、CSO) に介入することで IP の受療動機を高め、IP 受療後は phase II として IP に直接支援をおこなうプログラムである (Meyers et al., 1996; Meyers et al., 1998; Meyers et al., 2001)。行動理論を背景とし、phase I では CSO へ、phase II では IP をとりまく職業や余暇などの community へ働きかけ、IP の行動に対して適切な強化とタイムアウトがされるよう随伴性を操作する。従来の、本人側にコントロール不能を認めさせ断酒させることからスタートするアルコールクス・アノニマスなどとは異なり、環境の側が変わることからスタートするのが特徴である。CRAFT は物質依存患者について、他の介入と比較したときにより優れた治療導入率と治療効果をもつことが立証されている (Meyers et al., 2002; Miller et al., 1999; Roozen et al., 2010)。そもそも厚生労働省が CRAFT に着目した背景としては、社会的ひきこもりにおいては、本人よりも家族の方が相談機関を利用していることや、家族が相談機関を利用したとしても継続的な相談にいたりづらいことがあると考えられる (境, 2007)。厚生労働省研究班によってひきこもりへの応用の可能性が示された CRAFT は、その後実際に社会的ひきこもりを対象に適用して用いられ、その効果が報告されている (野中ら, 2010; 平川ら, 2011; 野中ら, 2013)。一方、これまでのところ ASD 特性をもつ人々への CRAFT の応用適用の報告は我が国においても、他の国においても見られない。

そこで本稿では、ASD 特性をもつ本人が支援を拒否している状況に対して、CRAFT を応用して用い、その効果を検証することを目的とする。効果が認められるプログラムは、決して少なくない ASD 特性をもつ法的に介入が必要である人々または社会的ひきこもりを呈する人々への支援の道が開けることになると考えられる。そして上述の支援システムの課題でふれた 3 つの課題、すなわち、支援を拒否する本人の背景要因をアセスメントする必要性、家族支援の必要性、エビデンスを集積する必要性、も解決すると考えられる。ASD 特性をもつ社会的ひきこもりや犯罪などの行動の問題は、過去の療育や教育の遅れや失敗の結果と考えられると触れた。過去は変えられずとも、せめて今できる最善の支援を提供できるようプログラムを開発し、本人が 2 度目の支援の遅れや失敗に晒されることがない

ようにしたいと考える。

7. 目的に向けた課題の整理

本稿の目的は「ASD 特性をもつ本人が支援を拒否しており（本人は意思能力をもっている）、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況」に対して、CRAFT を応用して用い、その効果を検証することである。そのためにもまず、CRAFT と ASD 特性への支援についての先行研究をもとにプログラムを開発する必要がある。ここで、CRAFT をそのまま用いるのではなく ASD 特性への支援を加味したプログラムを開発する必要がある理由を整理しておきたい。CRAFT は、IP がアルコール乱用などの問題行動に対して潜在的には両価的認知をもつこと、例えばアルコール乱用を続けると長期的には家庭内の関係悪化をもたらすといったデメリットがあることを潜在的には認識しているが、短期的にはアルコールを使用することで気分が良くなるといったメリットを感じている、を前提とし、この両価性への介入を IP に共感しながらおこなっていく（スミス・メイヤーズ, 2012）。IP が ASD 特性をもつ場合には、認知機能の特徴から（ドーソン, 1994）、自己選択や自己決定がすることが難しかったり（ハウリン, 2000）、目標をもつことや目標に向かって計画することが難しかったり（佐々木, 1993）、自発的に新たな行動に移ることが難しかったり（大野ら, 1985）することから、両価的認知が難しくなる場合が多く、ASD 特性に応じた支援を考慮していく必要がある。このことは Fig.1 のようにまとめることができるだろう。

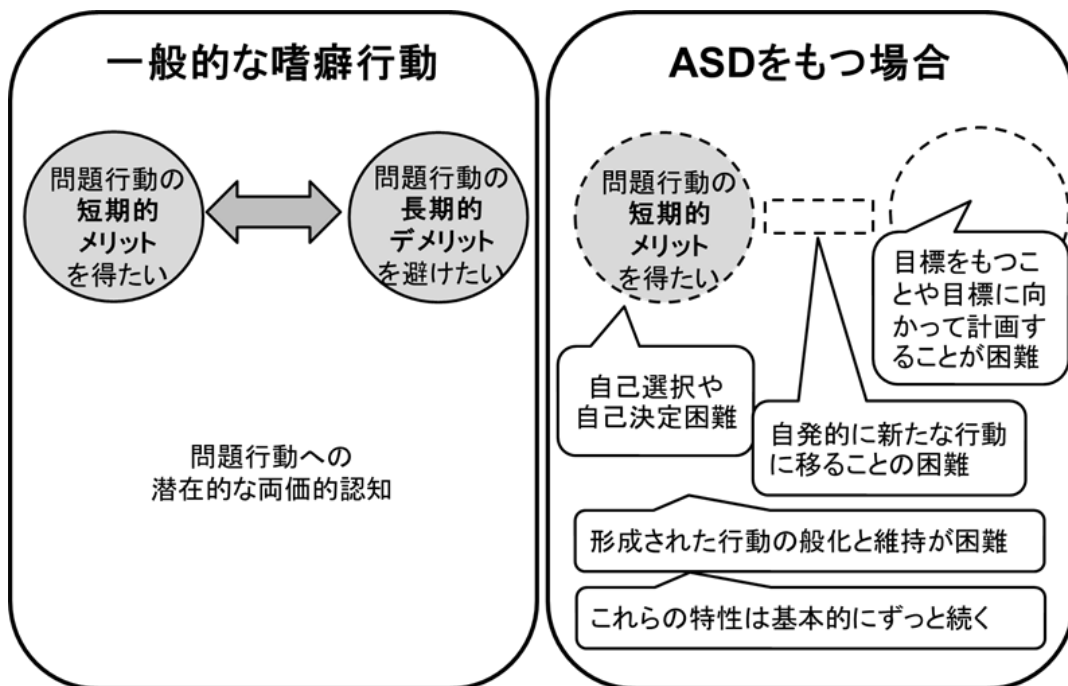


Fig.1 ASD をもつ場合に考慮すべきポイント（(山本, 2013b) を一部改変）

以上から、CRAFT の、IP をとりまく community へ働きかけ、IP の行動に対して適切な強化とタイムアウトがされるよう随伴性を操作する、という基本理念はそのままにしながら、加えて、ASD 特性に応じた支援を組み合わせたプログラムを開発する必要があると考える。

また、CRAFT では基本的に激しい家庭内暴力や犯罪行為が認められる IP をインテーク時にプログラム適用対象から除外するが（スミス・メイヤーズ，2012）、本稿ではそれらの状況への介入も想定していることから、家庭内暴力や犯罪行動など、危機介入も含めた包括的なプログラムを開発することとする。プログラム開発後は、プログラムの効果検証をおこない、プログラムの意義と課題について考察を加えることとする。

8. 論文の構成

本稿の構成を以下とする。

第 1 章では「関連する研究」として、本稿の土台となる用語や先行研究を整理し概観する。主に ASD 特性の概念、ASD 特性をもつ人への支援の先行研究、ASD 特性と不適応行動との関連、ASD 特性を背景にもつ不適応行動への介入の実際、CRAFT の紹介と CRAFT の先行研究について触れる。

第 2 章では「プログラム開発」として、危機介入を含めた包括的なプログラムを ASD 特性への支援や CRAFT の先行研究を元に開発する。

第 3 章では「プログラムの倫理的課題と方法論的課題」として、プログラムの効果検証に先駆け、研究の倫理的課題と方法論的課題について整理する。特に、支援を受けることを拒否している IP をさらに研究の対象にするということで、介入や研究の際に倫理的配慮を十分におこなうことや、当事者の視点をどのように取り入れるべきか、といったことについて触れる。また、倫理的配慮によって制限されるエビデンスレベルなどについても触れる。

第 4 章では「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」として、本稿プログラムの前進となったプログラムを ASD 特性をもつ社会的ひきこもりの 2 事例に用い、シングルケーススタディの形式で報告する。

第 5 章では「社会的ひきこもりについてのカルテ調査」として、本稿プログラムの前進となったプログラムを社会的ひきこもり 30 例に用いた予後を、カルテ調査の形式で報告する。

第 6 章では「反社会的行動についてのカルテ調査」として、本稿プログラムを反社会的行動 32 例に用いた予後を、カルテ調査の形式で報告する。

第 7 章では総合考察として、本稿全体を通してだされた結論を整理し、本稿の意義や今後の研究や実践に向けた課題について考察を加える。

尚、各章の元となる論文があり、Table 2 のとおりである。

Table 2 本稿各章の元となる論文

本稿各章	元となる論文
第1章 「関連する研究」	山本彩 2013a 発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへのCommunity Reinforcement and Family Training (CRAFT) 適用の可能性 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 118 , 59-82.
第2章 「プログラム開発」	山本彩 2013a 発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへのCommunity Reinforcement and Family Training (CRAFT) 適用の可能性 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 118 , 59-82. 山本彩 2013b 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や違法行為などの行動の問題に対する、危機介入を含む包括的プログラムの開発. 北海道大学大学院教育学院研究院紀要, 119 , 197-218.
第3章 「プログラムの倫理的課題と方法的課題」	
第4章 「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」	山本彩 2014 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ社会的ひきこもりへ CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) を参考に介入した二事例 行動療法研究, 40 , 115-125.
第5章 「社会的ひきこもりについてのカルテ調査」	山本彩・室橋春光 2014 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある（または疑われる）社会的ひきこもりへのCRAFTを応用した介入プログラム～プログラムの紹介と実施後30例の後方視的調査～ 児童青年精神医学とその近接領域, 55 , 280-294.
第6章 「反社会的行動についてのカルテ調査」	山本彩・室橋春光 2013 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や犯罪などの反社会的行動の問題へ、CRAFTを参考に介入をおこなった後の転機～32例の後方視的検討～ 第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 423.
第7章 総合考察	

文献

- アイカセス, S 2008 自閉症児の行動分析療法 世界行動療法認知療法会議神戸大会プログラム委員会編, 丹野義彦・坂野雄二代表編者 ワークショップから学ぶ認知行動療法の最前線 うつ病・パーソナリティ障害・不安障害・自閉症への対応 Pp. 187-246.
- 米国疾病対策センター (Centers for Disease Control and Prevention) ホームページ 2014 (<http://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0327-autism-spectrum-disorder.html>)
- ドーソン, G. (編) 野村東助・清水康夫 (訳) 1994 自閉症—その本態, 診断および治療 日本文化科学社 (Dawson, G. 1989 *Autism: Nature, diagnosis, and treatment*. New York; Guilford Press)
- 藤川洋子 2005 青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実態調査を中心に 精神科, 507-511.
- 藤川洋子 2008 発達障害と少年非行 金剛出版
- 平川沙織・野中俊介・境泉洋 2011 ひきこもり状態にある人の家族に対する家族教室の効果 (会議録) 日本行動療法学会大会発表論文集 37 回, 424-425.
- ハウリン, P. 久保紘章, 谷口政隆, 鈴木正子 (訳) 2000 自閉症—成人期にむけての準備<能力の高い自閉症を中心に> ぶどう社 (Howlin, P. 1997 *Autism: Preparing For Adulthood*. London; Routledge.)
- Kanner, L. 1943 Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- 熊上崇 2006 広汎性発達障害を持つ非行事例の特徴 精神神経学雑誌, 108, 327-336.
- 近藤直司・小林真理子 2008 ひきこもりと広汎性発達障害 臨床精神医学, 37, 1565-1569.
- 近藤直司・宮沢久江・境泉洋・清田吉和・北端裕司・黒田安計・黒澤美枝・宮田量治 2008 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究 厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究 (主任研究者 齋藤万比古)」平成 19 年度総括・分担研究報告書, 49-63.
- 来住由樹・平林直次・大森まゆ・中嶋正人・石丸正吾 2010 入院医療における社会復帰促進に関する研究 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」(主任研究者 中島豊爾) 平成 21 年度 総括・分担研究報告書, 59-81.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. & Smith, J. E. 1996 Community reinforcement training with concerned others. In V. B. Hasselt & M. Hersen(eds.) *Source of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press. Pp. 257-294.
- Meyers, R.J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. 1998 Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment.

- Journal of Substance Abuse*. **10**, 291-308.
- Meyers, R. J., Miller, W. R. & Smith, J. E. 2001 Community Reinforcement and Family Training(CRAFT). In Meyers, R., Miller, W. (eds) A Community Reinforcement Approach to the Treatment of Addictiion. *A Community Reinforcement Approach to the Treatment of Addiction*. Cambridge: University Press. Pp.147-60.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E. & Tonigan, J. S. 2002 A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, **70**, 1182-5.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. & Tonigan, J. S. 1999 Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**, 688-97.
- 文部科学省 2003 特別支援教育の在り方に関する研究協力者会議：今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）
- 野中俊介・大野あき子・境泉洋 2010 ひきこもり状態にある人の受療促進プログラムの効果:親を対象とした集団認知行動療法 日本行動療法学会第36回大会発表論文集, 206-207.
- 野中俊介・境泉洋・大野あき子 2013 ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果 精神医学, **55**, 283-291.
- 大野裕史・杉山雅彦・谷晋二・武蔵博文・矢崎邦雄・園山繁樹・福井ふみ子 1985 いわゆる「フリーオペラント」法の定式化—行動形成法の再検討— 心身障害学研究, **9**, 91-103.
- Roizen, H. G, de Waart, R. & van der Kroft, P. 2010 Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, **105**, 1729-38.
- 齊藤万比古 2010 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者 齊藤万比古)
- 境泉洋 2007 ひきこもり状態にある人の受療行動を促進するための支援 水野治久・谷口弘一・福岡欣治・古宮 昇(編) カウンセリングとソーシャルサポート：つながり支えあう心理学 ナカニシヤ出版 Pp.89-100.
- 佐々木正美 1993 講座自閉症療育ハンドブック 学習研究社
- 杉山登志郎 2005 アスペルガー症候群の現在 そだちの科学, **5**, 9-21.
- スミス, J. E. & メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦(監訳) 2012 CRAFT 依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル—金剛出版 (Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families*. New York: Guilford Press)

- 十一元三 2005 少年事件・刑事事件と広汎性発達障害 そだちの科学, 5, 89-95.
- 山本彩 2013a 発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへのCommunity Reinforcement and Family Training (CRAFT) 適用の可能性 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 118, 59-82.
- 山本彩 2013b 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や違法行為などの行動の問題に対する、危機介入を含む包括的プログラムの開発. 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 119, 197-218.
- 山本彩 2014 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ社会的ひきこもりへ CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) を参考に介入した二事例 行動療法研究, 40, 115-125.
- 山本彩・室橋春光 2013 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や犯罪などの反社会的行動の問題へ、CRAFT を参考に介入をおこなった後の転機～32 例の後方視的検討～ 第 54 回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 423.
- 山本彩・室橋春光 2014 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある（または疑われる）社会的ひきこもりへの CRAFT を応用した介入プログラム～プログラムの紹介と実施後 30 例の後方視的調査～ 児童青年精神医学とその近接領域, 55, 280-294.

第1章 関連する研究

本稿の目的は、自閉症スペクトラム (Autism spectrum disorder; 以下、ASD) 特性を背景にもつ本人が支援を拒否しており (本人は意思能力をもっている)、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況、に対して、Community Reinforcement and Family Training(以下、CRAFT)を応用して用い、その効果を検証することである。この章では、本稿の土台となる用語や行研究を概観する。

1. ASD 特性の概念

ASD 特性の概念を初めて用いたウィングの著書 (ウィング, 1998) を中心に引用し、ASD 特性概念の歴史の変遷をまとめる。

1943 年、アメリカのカナーは彼のクリニックに紹介されてきた幾人かの子ども達に共通するパターンに気づき、「早期乳幼児自閉症」としてそれを論文で報告した。その特徴は、他人との感情的接触の重篤な欠如、自分で決めた事柄を同じに保とうとする激しい欲求、反復的なこだわり、言葉の異常、物の操作に取りつかれまたそれが器用なこと、高レベルの視空間スキルや機械的記憶、魅力的で知的な風貌、であった。のちに彼は診断には最初の 2 つの特徴があることで十分だとした。彼はまた、この病態は生来性であるか生後 30 ヶ月以内に出現することを強調した。

1944 年、オーストリアのアスペルガーは今日アスペルガー症候群と呼ばれている、カナーの報告とは別の行動パターンを示す子どもや青年に関する論文を発表した。彼が重要とみなして選んだ特徴は、他人への愚直で不適切な近づき方、特定の事物への激しく限定した興味のもち方、一本調子の話し方、相互のやりとりにならない会話、運動供応の拙劣さ、1、2 教科に限って学習困難があること、常識が著しく欠けていること、であった。また 3 歳を過ぎるまであるいは就学まで、両親は子どもの異常に気づかなかつた、と述べた。アスペルガーはこの症候群が、カナーが言う自閉症とは異なるものと考えていたが、多くの類似性があることも認めていた。

1981 年イギリスのウィングは疫学調査から、カナーの提唱した典型的な自閉症だけでなくさらに広範なグループが存在することを見出し、自閉症やアスペルガー症候群を含めた連続体、自閉症スペクトルという考えを提唱した。同時にウィングは、自閉症スペクトルは 3 つの心理的機能の側面、すなわち社会的相互交渉、コミュニケーション、相続力、の障害に基づいていると考え、その基本的障害を「障害の 3 つ組」として整理した。「障害の 3 つ組」は単独で起こることも他の身体的障害や心理的障害と合併することもあり、また、あらゆる知的レベルにおいて起こる、と考えられた。

カナリーが最初の論文を発表して以降、多くの方が自閉症は親の育て方が原因でなると信じる時期があったが、1960年代イギリスのラターらの研究によって、自閉症の原因は脳の機能によるものであって、親の育て方とは何ら関係がないことが明らかにされていった。

国際的診断分類を見てみると、世界保健機構の「国際疾病分類 (ICD)」では当初取り上げられていなかったが、1967年第8版では幼児自閉症が精神分裂病の1型として掲載され、1977年第9版では小児精神病の見出しのもとに入れられた。1992年第10版では自閉的な病態は1つのスペクトルとなっており、それは精神病ではなく発達の障害であるとする見解がとられ広汎性発達障害の語が使われるようになった。同様に、アメリカ精神医学会の「精神疾患の分類と診断の手引き」でも1980年第3版から広汎性発達障害として取り上げられるようになった。2014年現在最新版であるDSM5では、自閉症やアスペルガー障害などがAutism Spectrum Disorderと統合され、Neurodevelopmental Disordersのカテゴリリーの中に含まれることとなった。日本語訳も変更され、Autism Spectrum Disorderは自閉スペクトラム症と訳されることとなった(米国精神医学会, 2014)。

ASDの発生頻度は、診断基準の違いにより幅があるが、2014年米国疾病対策センター(Centers for Disease Control and Prevention)発表によると68人に1人である(米国疾病対策センターホームページ, 2014)。ただ、ASDの発生頻度を捉える際に注意しなくてはならないのは、すべての特性はノーマル・カーブを示すのでありASD特性にもそれがあてはまるため(アイカセス, 2008)、線引きは恣意的であるということと、ASD特性が顕在化する時期や臨床像は実に多種多様であるということ(中野, 2010)、である。

2. ASD特性とその支援

膨大な基礎研究および臨床研究から、ASD特性をもつ人の特徴とそれに基づく支援方法が整理されてきている。ここではCRAFTをおこなう上で関連してくる特徴とその特徴への支援方法を中心にまとめる。

(1) 自己選択や自己決定の困難

認知機能の特徴として刺激の継続性の理解、抽象力、コード化などに困難があることが、また対人関係性の特徴として行為と感情の対人相互協応に不全があることなどが指摘されている(ドーソン, 1994)。またそれらを起源として、ASD特性をもつ場合時間や空間を理解するための内的構造が欠如しており、養育や教育などの外的枠組みを必要とすることが指摘されている(ウィング, 1998)。このことは自己選択や自己決定というノーマライゼーションの原理がASD特性をもつ場合には問題を引き起こしてしまうことがあることを示している。つまり自己選択や自己決定のみに任せてしまうと、常同的で儀式的な行動に時間を費やしてしまいその人がもつ潜在的能力を発揮することができない場合がある

(ハウリン, 2000)。カウンセリング場面も同様で、受容と共感を中心におこなうのではうまくいかなことが多い(藤川, 2008)。

このことは CRAFT で前提とする本人の自己選択や自己決定にも支援が必要かもしれないことを示唆する。この特性に対応する支援が、行動療法で言う刺激統制や米国ノースカロライナ州 TEACCH プログラム (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)、英国自閉症協会が推奨する SPELL アプローチ (Structure, Positive approaches and expectations, Empathy, Low arousal, Links) の原則である構造化や低刺激などである。それらを用いて、本人が自己選択や自己決定しやすいように刺激の量と質を適宜コントロールする必要がある。また時には、家族や支援者が本人の潜在的な能力やニーズをふまえて、本人が行動の選択肢を広げられるようにそれらを試させることも必要である (ハウリン, 2000)。

(2) 目標をもつことや、目標に向かって計画をすることの困難

活動の目標や計画を持つこと、それに向かって動機づけを自らおこなうこと、それに向かって衝動をコントロールすることが非常に困難である (佐々木, 1993)。そもそも、時の流れと物事の経過を結びつけること自体が困難であり (ウィング, 1998)、これらには助けが必要である。また、他者や自分自身が何を考え何を感じているかを知り、それを概念的に理解することにも困難があるため (アトウッド, 2008)、結果が与える感情の変化を予測することも困難である。これらはいずれも、見たり触ったりできず推定しなくてはならないことであり、抽象能力の困難をもつ ASD 特性では非常に難しい (ウィング, 1998)。

このことは、CRAFT が前提とする不適切な行動を続けることで生じる本人への「長期的なマイナスの結果」 (スミス・メイヤーズ, 2012) を、本人が認識しづらいことを示唆する。なぜなら、不適切な行動を続けることで生じる事象を想像することも、不適切な行動を続けることで生じる他者や自分自身の感情を理解することが難しく、また理解したとしてもそれを避けるための行動を計画することが難しいからである。例えば社会的ひきこもりで言うと、社会的ひきこもりを長年続けることで生じるデメリットを想像することや、社会的ひきこもりを続けることで家族や自分にどのような感情がおきるのかを理解することが難しく、またそれらを理解できたとしても、それらを避けるためにどのような行動をとったらよいか計画することが難しいのである。この特性に対応する支援が、ソーシャルストーリーズTM注1) (グレイ, 2005) や認知行動療法 (アトウッド, 2008) である。これらの教育的な手法を用いて、本人が将来の見通しをもったり、感情を認識したりできるようにする。

(3) 自発的に新たな行動に移ることの困難とプロンプト依存

形成した行動は、促し、行動療法で言うプロンプト、に依存しやすく、プロンプトがない場面では自発的な行動が生じづらい (大野ら, 1985; Bondy & Frost, 2001; フロスト・

ボンディ, 2005)。わが国では「指示待ち」と臨床上言われてきたことであり、周囲からの指示により学習した行動は周囲からの指示がなければ自発されづらくなってしまい、このことは本人の自立を阻害してしまう。

このことは CRAFT をおこなう中で、認知を含む適切な行動に移りづらいことや、適切な行動に移ったとしてもその時の周囲からのプロンプトに依存してしまい、その後もプロンプトなしでは、適切な行動をしなくなってしまうことを示唆する。この特性に対応する支援が、PECS (Picture Exchange Communication System ; Bondy & Frost, 2001; ボンディ・フロスト, 2005) などである。ただし、PECS は知的障害を伴う ASD 特性を前提とした技法であるため、強化子としておやつや物を用いることが多く、またプロンプトは背後からの身体プロンプトをおこなうが、知的障害を伴わない思春期以降の人を対象にする際には自尊心に合わせて適宜工夫が必要となるだろう。例えば強化子としては自己実現や快適な生活を得ることなどを用いたり、身体プロンプトは用いずに代わりに社会人の振る舞い方のハウツー本や進路情報などの弁別刺激を用いて過不足ない情報提供をおこなったりする。また PECS でも当然計画されるが、本人の強化子への動機づけを高めるためには、何が本人にとっての強化子になり得るかという十分なアセスメントと、強化子の動因操作が必要不可欠である。つまり、周囲が強化子と想着いても本人にとって魅力がなければそれは強化子には成りえず、また現在の状況が強化子で満たされていれば新たな強化子への動機づけは高まらない。例えば前者の例としては親から褒められることが実は本人にとっては強化子になっていないことや、後者の例としてはゲームやパソコン、インターネットで日々興味や自己実現が充足されており本人は何の不自由も感じていないことがあげられる。後者の場合、動因操作としてそれらを使用できない環境をつくるなどが考えられる。周囲からの思い込みではない強化子のアセスメントと動因操作が必要である。

(4) 般化と維持の困難

形成された行動しか獲得されないことが多く、行動レパートリーの拡大や発展に困難がある(大野ら, 1985)。また行動が獲得されても、場面般化の困難 (Koegel & Rincover, 1977)、対人般化の困難 (Rincover & Koegel, 1975)、反応般化の困難 (Koegel & Koegel, 1988)、効果維持の困難 (Lovaas et al, 1973) がある。

このことは、CRAFT による介入が行われたあとも、過不足なく支援が継続されるよう計画しておくことの必要性を示唆する。この特性に対応する支援が、行動療法で言う弁別刺激の利用や般化トレーニング、米国 TEACCH プログラムでいうスケジュールやワークシステム、手順書の利用などである。また支援が継続されるよう、福祉制度などの活用や支援者同士連携を密に取ることも視野にいれる必要がある。

以上は ASD の特性と特性への支援であるが、ASD 特性をもつ場合、生きづらさからくるいわゆる二次障害を併発することが多いことが指摘されている (齊藤, 2009)。支援者

は、二次障害の内容によって適宜、司法関係者や精神科医療関係者からのコンサルテーションを受けたり、連携をとったりする必要がある。

また以上触れた特性の他にも、感覚の特異性や不安の高さなどが報告されており（ウイング，1998）、支援を計画する上で考慮しておく必要がある。

これらの特性は ASD をもつ人なら全員に色濃く存在するとは限らない。すべての特性は ASD を持つ持たないに関わらず「ノーマル・カーブを示す」のである（アイカセス，2008）。本人へのアセスメントを丁寧におこない、1人1人にあわせて、適宜上記の特性理解と特性への支援を組み合わせる必要がある。

3. ASD 特性と法的に介入が必要な状況との関連

法的に介入が必要な状況とは、具体的には、本人が反社会的行動をおこなったり本人に自傷他害の恐れがあったりする場合である。序論で整理したように、ASD 特性とそれらの状況との関連は直接的因果的では決してなく、適切な療育や教育を受けることができなかったこととの関連で論じられるべきである。その点を十分にふまえて、以下に関連する報告や支援方法をまとめる。

我が国における ASD 特性と反社会的問題との関連について十一（2005）は、「近年、少年問題の深刻化と低年齢化がよく話題にのぼることは周知の通りである。そのうち、広く報道され、社会にインパクトを与えた事件の一部について、広汎性発達障害と診断された青少年が関与していたことが明らかになった。それを契機として、広汎性発達障害と反社会的行動との関連がにわかに注目され始めた」と述べている。また、杉山（2005）は、「アスペルガー症候群が最初に話題となったのは、2000年に豊川市で起きた高校生による主婦殺人事件であったことは不幸なめぐり合わせであった。犯行を行なった少年は『人を殺す体験をしてみたかった』と述べたと伝えられる。動機がきわめて不可解な殺人事件を引き起こしたこの少年が、精神鑑定によってアスペルガー症候群と診断されたことは、社会に大きな衝撃を与えた。ところが気づいてみればその後、アスペルガー症候群あるいは高機能広汎性発達障害と診断をされた青少年による重大事件がわが国では毎年のように生じたのである」と言及している。先述のように2004年に東京家庭裁判所の面接調査における疫学調査では、広汎性発達障害が疑われたり診断されたりした事例は2.8%であった（藤川，2005）。刑務所における成人受刑者については ASD 特性についての疫学調査はなされておらず実態は不明である。また、家庭内の問題が社会的問題として取り上げられることが少ないために量的調査になりづらいと考えられるが、ASD 特性をもつ青年はしばしば、「自分が子どものころから愛され、面倒をみてもらってきたことを省みず、自分が苦しいのはすべて親のせいであると責めて譲らず」「自分の思いどおりにしたいために、家族を支配」（ウイング，1998）すると報告されており、家庭内における反社会的行動は潜在的に少なくないと予測される。

ASD 特性と反社会的行動との精神病理的特徴については以下の報告がある。杉山（2005）

は触法行為に至った 18 例と対照群との比較から、触法行為に至った群の特徴として、第 1 に診断の遅れと治療の遅れ、第 2 に第 1 の問題に直結する虐待やいじめなどの迫害体験の存在、第 3 に非常に不良な現在の適応状態を指摘している。十一（2005）は自身の 3 事例報告、後方視的研究、統計的検討をレビューし、司法事例に発展したケースは広汎性発達障害の程度が軽いケースが大半を占めており周囲が気づかないまま深刻な問題行動を産む基盤を形成してしまいがちであること、広汎性発達障害の特性に起因するものは見出しにくく多くは何らかの不適応を背景とした二次的現象として発生していること、広汎性発達障害の特徴が表れるのは主として行動様式や事件前後の言動などのいわば形式の側面であることなどを指摘している。熊上（2006）は家庭裁判所に係属した少年事件の中で広汎性発達障害群と定形発達群とを比較し、広汎性発達障害群では性非行・放火の割合が高いことを報告している。家庭裁判所調査官として 30 年間勤務した藤川（2008）は、特異な事件の動機や心情を理解するために発達障害の視点が不可欠であることを指摘し、事例や調査について報告した論文をまとめた著書を刊行している。

ASD特性をもち反社会的行動に及んだ人の支援方法について、藤川・井出（2011）が優れた実践例を紹介しながら、司法・福祉・心理・医学などによる複合的支援の必要性を述べている。しかし同著で触れられているとおり、現在日本の法体制の元では、刑務所や精神病院が社会福祉施設化してしまったり、精神病院に送られるか刑務所に送られるかどちらか一方に決められてしまったり、というように、司法・福祉・心理・医学を柔軟に連携させることが困難であり、現場レベルで工夫しているのが実情である。医療観察制度や特別調整制度ができ、精神疾患や知的障害をもつ人の複合的支援への道は整ってきたと言えるが、ASD特性については、鑑定におけるASD診断の少なさや、医療観察法による入院後にASDへの診断変更が多いこと、また病院によってASD診断を積極的につけるか否かに幅があることなどから（来住ら，2010）、刑事手続きの中で適切に診たてられること自体非常に少ないと考えられる。また幸いにもASDが適切に診たてられたとしても、ASD特性の場合、治療反応性の判断は限局的と考えられており（村上，2012）、法の下治療機関へつなぐか否かの判断は困難である。

諸外国の状況を概観すると、上述の藤川・井出（2011）の著書の中で、イギリスとスウェーデンの実態が紹介されている。イギリスについては、「精神保健システムと司法システムが双方向的になっているうえ、基本的に医療判断を先行させて精神状態が一定程度改善した時点で、治療処分の審理や宣告が行われるので、患者にとっては自分の行為の重大性などを認識しやすい」と触れられ、3つの保安病院の治療や支援内容が詳細に紹介されている。平均入院期間は、もっとも警戒の必要な患者を収容する高度保安病院全体で ASD グループでは 11.53 年、診断名を限らないと 8.5 年であり、ASD グループでは入院が長期に及ぶことが指摘されている。スウェーデンについては、少年の更生施設が 1 つ紹介され、触法障害者に限らずすべての障害者支援が、社会の中で自立を目指していく風土とそのための方針の双方向の連携体制が背景にあることが指摘されている。

ASD特性と、自傷他害への精神保健福祉法による処遇との関連については、我が国ではさらに混沌としていると言える。まずそもそもASD特性に限らず精神障害全般が自傷他害に対しては、上述の司法的処遇に向かうか精神保健福祉法の中で治療的処遇に向かうか、役割分担が明確になされていない。このことについて中谷（2011）は、「触法精神障害者医療は一般精神医療、医療観察法医療、矯正医療の3形態で提供されているが、相互の関係は必ずしも明確ではない」とまとめている。ましてや治療反応性が限局的と考えられるASD特性では、その処遇のされ方は実に様々である。これらのことが、序論で見たようなASDと精神保健福祉法との関連でまとまった量的調査がなされていないことと関係していると考えられる。本稿では、自傷他害を反社会的行動に含まれるものとして論じることとし、処遇については司法か医療かではなく、必要に応じて司法についても医療についても含めて検討することとする。

4. ASD 特性と社会的ひきこもりとの関連

序論で触れたように、ASD 特性と社会的ひきこもりの関連についても反社会的行動同様、直接的因果的に論じるのではなく、適切な療育や教育を受けることができなかつたこととの関連で論じられるべきである。その点を十分にふまえて、以下に関連する報告や支援方法をまとめる。

我が国において社会的ひきこもり問題は2000年ごろから注目されるようになった(近藤, 1997; 斎藤, 1998)。厚生労働省研究班による平成14年から平成17年の調査では全国約26万世帯にひきこもり状態にある人がいると推察されている(小山, 2007)。また社会的ひきこもりのうち51%で家庭内暴力が見られたという報告もあることから(斎藤, 1998)、有効な介入方法の開発が望まれた。こうした社会情勢を受け、厚生労働省研究班はひきこもり支援についてのガイドラインを作成した(齊藤, 2010)。このガイドラインは、近藤らによる実態調査(近藤ら, 2010)を前提に作成されており、Table 3にあるように、背景にある要因によって対象者を大きく3群に分類し、要因の違いによって支援のストラテジーを示している。

第1群が統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、かつ発達障害を併存しない群である。この群への支援ストラテジーは、薬物療法などの生物学的治療が主軸となり、心理—社会的支援も同時に必要となるとされる。第2群は広汎性発達障害や知的障害などの発達障害と診断される群である。この群への支援ストラテジーは、発達特性に応じた精神療法的アプローチやソーシャルスキルトレーニング、さらに具体的な生活・就労支援が主軸となり、薬物療法をおこなうこともあるとされる。第3群がパーソナリティ障害、同一性の問題などを主診断とする群である。この群への支援ストラテジーは、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるとされる。この3つの群は、ひきこもり相談来談者のいずれも同程度のおよそ30%ずつを占めていた。

Table 3 ひきこもりの3分類と支援のストラテジー (齊藤, 2010)

第1群	統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とするひきこもりで、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもので、精神療法的アプローチや福祉的な生活・就労支援などの心理-社会的支援も同時に実施される。
第2群	広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とするひきこもりで、発達特性に応じた精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもので、薬物療法は発達障害自体を対象とする場合と、二次障害を対象として行われる場合がある。
第3群	パーソナリティ障害 (ないしその傾向) や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とするひきこもりで、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもので、薬物療法は付加的に行われる場合がある。

ASD 特性と社会的ひきこもりとの精神病理的関連については以下の報告がある。近藤・小林 (2008) は高機能広汎性発達障害と社会的ひきこもりとの関連について、他者の意図や会話の内容を理解することが苦手なために違和感や被害感などを抱きやすく社会参加に向けた意欲低下につながりやすいこと、現在の生活パターンを変えることや新しい体験などに直面することに抵抗感が強いこと、感覚過敏が不登校につながることがあること、協調運動障害や不器用が職場不適応と関連することが挙げられており、それらにより結果的に一般常識や社会性の獲得がさらに困難となる、自我理想の形成や書き換えが進展しづらくなる、さらに自意識の高まりや分離不安といった思春期心性が加わることで自己臭妄想や巻き込み型の強迫症状などが形成されることもあると指摘している。関連する報告として精神分析的観点から、河合ら (2010) は ASD 特性をもつ場合主体性がなく内/外の境界が形成されづらいことを、木部 (2009) は「自閉症心性」として母子の心理的分離への抵抗・一体化を起源として自我同一性の混乱が見られやすいことを指摘している。

社会的ひきこもり状態の ASD 特性をもつ人の支援方法についても、上述の厚生労働省研究班ガイドライン (齊藤, 2010) や近藤・小林 (2008) が工夫や留意点をまとめている。一方でそれらはエキスパートコンセンサスであり、臨床研究の報告は 2014 年現在存在しない。

諸外国での ASD 特性と社会的ひきこもりとの関連の報告については、社会的ひきこもり自体、日本だけでなく諸外国、特に都心部、に存在すると考えられるものの (Kato et al., 2012)、その捉え方や治療の必要性の判断などは国により一致しておらず (Kato et al., 2012; Teo & Gaw, 2010)、まだ ASD 特性との関連を議論する前提となる基準が整っていないと言える。

5. CRAFT

(1) CRAFT の歴史と概要

CRAFT を体系的に紹介した著書 (Meyers et al., 1996; Meyers et al., 2001 ; スミス・メイヤーズ, 2012)から主要部を抜粋し、CRAFT が誕生した経過や中心的理念を紹介する。

1970 年代、アルコール依存に対する治療の中心はアルコールクス・アノニマスであった。これは、依存症者はアルコールに対して無力であり依存症者の治療は断酒以外には道がないとするものであった。この時代に、Azrin らはオペラント条件づけの考えに基づいた介入プログラムをはじめた (Azrin, 1976) 。つまりアルコール使用を、依存症者の夫婦関係、就労、余暇などの社会的随伴性の中で生じるととらえ、依存症者の行動に対して適切な強化とタイムアウトがされるよう随伴性をコントロールしたのである。アルコールクス・アノニマスが依存症者本人側に無力を認めさせることからスタートするのは逆に、環境側から変わることからスタートしたと言える。こうして CRAFT の元となった **Community Reinforcement Approach** (以下、CRA) は誕生した。行動療法事典で CRA は、「アルコール症者の、職業、家族、社会的強化子を再構成して、再び飲酒したなら、それらの強化子からのタイムアウトがおこるようにする」と説明されている (ミラー, 1987) 。また、それまでの治療は断酒だけを目指していたが CRA では飲酒の量と生活の質の改善も目指したこと、そしてそれらを経時的に数値化し自分たちの治療の影響を実証できるようにしたことも CRA の特徴であったと言える。

1980 年頃から、アルコール依存に対する治療が入院中心から外来・地域ベースに移ったことで CRA はさらに発展した。診察室だけではなく患者が日常生活をする地域にも治療者が赴き、社交クラブを設立するなどした。

1986 年には CRA は拡張され、外来にすら来院しない医療自体を拒否する患者にも家族を通じて働きかけるようになった。最初は **Community Reinforcement Training(CRT)** と呼ばれたが (Sisson & Arzin, 1986) 、1996 年に修正が加えられ **Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)** と呼ばれるようになった (Meyers et al., 1996) 。12 ステップにもアラノンやナラノンと呼ばれる家族プログラムがあるが、これらは孤立しがちな家族のサポートにはなったが患者の受療行動にはつながりづらかった。医療を拒否する患者に悩む家族が CRAFT を受けることで、家族の行動が変わり、その結果患者の行動も変わり、患者が受療するようになった。現在まで CRAFT はアルコール依存を含む物質依存に広く用いられ臨床試験が重ねられてきている。

CRAFT で主に目標とするのは以下である。

- ・本人 (Identified Patient ; 以下、IP) の物質使用を減らす
- ・IP を治療に参加させる
- ・IP が治療に参加するかどうかにかかわらず IP の重要な関係者 (Concerned Significant

Others ; 以下、CSO) の幸福感を高める

これらの目標を達成するためには、CSO への十分なケア、CSO が自己効力感と自己評価を高めること、CSO 自身が対処スキルを身につけることが必要である。セッション中のカウンセリングスタイルが全プログラムを通して決して強要するようなものではなく（岡嶋・原井、2009）、共感的、中立的、誠実、温かい雰囲気（スミス・メイヤーズ、2012）であることは、それらを助けていると言える。以上のように CRAFT は、IP をとりまく家族全体の福祉の向上を目指す包括的なプログラムである。

CRAFT は米国国立アルコール問題研究所（National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism）による助成や米国国立薬物問題研究所（National Institute on Drug Abuse）による助成を得て、多くの臨床研究をおこなっている。

(2) CRAFT のプロトコール

臨床試験におけるプロトコールが Meyers et al (1998) に詳細に紹介されている。以下にその主要部をあげる。

① phase I 対象者のリクルートと選択

マスメディアを通して CSO に対する広報を行う。物質依存を主なターゲットにして、本人が治療につながらない場合に、家族が来るだけでも改善の余地があることを伝える。CSO の対象者の選択基準は以下である。

- CSO は IP と十分なコンタクトがある（過去 90 日間の中で 36 日以上）
- CSO も IP も 18 歳以上
- IP は物質乱用、物質依存の診断基準にあてはまり、過去 3 ヶ月治療を受けていない
- CSO に物質使用性障害はない
- CSO と IP には精神病性障害が当てはまらない
- 臨床試験に対するインフォームドコンセントが得られる

② phase I 評価

CSO と IP の状態および関係性について、インテーク時、3 ヶ月後、5 ヶ月後に評価する。

③ phase I 治療方法

CSO に対して最大 6 ヶ月もしくは 12 回のセッションを行う。セラピストの判断で家庭内暴力への危機的状況に介入するためのセッションを追加することがある。セッションでは主に次のことが扱われる（スミス・メイヤーズ、2012）。

- ・ CSO の動機づけの強化と維持
- ・ 問題行動の機能分析
- ・ 家庭内暴力の予防
- ・ CSO のコミュニケーション・スキルの改善
- ・ アルコールや薬物を使用していないしらふの行動の正の強化
- ・ マイナスの結果の使用
- ・ CSO が自身の生活を豊かにする支援
- ・ 治療を開始するように IP を誘導

④phaseII

CSO との最初のセッションから 6 ヶ月間は IP を治療に導入することができる。IP が治療を受けたいと言い出したら、ただちにセラピストに連絡できるように、セラピストの緊急連絡先が CSO に知らされている。セラピストは連絡を受けると、病院に連絡し、48 時間以内に受診予約が取れるようにする。この IP の受診予約時に以下のことを IP に案内している。

- ・ 地域の無料で利用可能な相談ホットラインや自助グループなどの他の治療プログラムの案内
- ・ phase II の研究条件の説明
- ・ 臨床試験に対するインフォームドコンセント

評価については、CSO と IP の状態および関係性について、インテーク時、3 ヶ月後、5 ヶ月後に測定する。

治療方法は、IP に対して最大 6 ヶ月もしくは 12 回のセッションを行う。セラピストの判断で家庭内暴力への危機的状況に介入するためのセッションを追加することがある。IP のニーズによってはいくつか付け加えられる治療がある。

- ・ 物質使用行動についての機能分析
- ・ 治療の目標や生活のゴールづくりと、それに沿った生活
- ・ しらふが保てているときしらべ
- ・ 売人などから物質を勧められたときに断るトレーニング
- ・ コミュニケーション・スキルや問題解決スキルを含むソーシャルスキルトレーニング
- ・ 社会生活やリクレーションを豊かにするための相談やスキルトレーニング
- ・ 再発予防トレーニング

(3) CRAFT の治療成績と応用

2014 年現在、CRAFT については無作為化された比較試験 (Randomized Controlled Trail : RCT) が 3 つ (Manuel et al., 2012; Meyers et al., 2002; Miller et al., 1999) 、メタ解析が 1 つ (Roozen et al., 2010) 報告されている。

Miller et al(1999)は 130 人のアルコールの問題をもつ人の CSO に対して、アルコールリクス・アノニマス、Johnson Institute intervention 、CRAFT の 3 つのうちどれか 1 つを無作為に割り付けて行い、IP の治療契約はそれぞれ、13%、30%、64%で CRAFT が優位に高かった。Meyers et al(2002)は 90 人の薬物使用者の CSO に対して、CRAFT、CRAFT にグループアフターケアを加えたものアルコールリクス・アノニマス/ナルコティクス・アノニマス、の 3 つのうちどれか 1 つを無作為に割り付けて行い、IP の治療契約はそれぞれ、58.6%、76.7%、29.0%で CRAFT が優位に高かった。Manuel et al(2012)は、40 人の、アルコール使用者または薬物使用者の CSO に対して、グループでおこなう CRAFT、自己管理でおこなう CRAFT の 2 つのうちどれか 1 つに無作為で割り付けて行い、IP の治療契約はそれぞれ 60%と 40%で両群に優位な差は見られなかった。

メタ解析をおこなった Roozen et al. (2010) によれば、CRAFT は、アルコールリクス・アノニマス/ナルコティクス・アノニマスモデルと比較したときに約 3 倍 (95%信頼区間 : 2.11-5.02) 、Johnson Institute intervention と比較したときに約 2 倍 (95%信頼区間 : 1.28-3.62) の IP 治療導入率であり、CRAFT の場合およそ 3 分の 2 の IP が治療導入となっている。

CRAFT の手法は米国精神医学会 (APA) 物質使用障害ガイドラインや米国医療研究品質局 (AHRQ) などにおいて推奨されており、欧米ではアルコール依存治療、物質依存治療、禁煙指導などの標準的な治療戦略に位置付けられている。また近年は、ホームレス支援や社会的ひきこもり支援へも応用して用いられている (Meyers et al., 2001 ; 野中ら, 2010 ; 平川ら, 2011 ; 野中ら, 2013)。ASD 特性への応用適用についての報告は見られない。

6. CRAFT の課題

Meyers 自身、CRAFT の元となっている CRA の課題について、著書の中で 4 点上げている (Meyers et al., 2001 ; Table 4) 。臨床家へのトレーニング機会が限定的ということについては、つい最近まで臨床家むけのマニュアルも作成されなかったと述べられている。疾患モデルへのとらわれについては、問題を患者の脳のせいや過去の育ち方のせいにしてしまうことが流行しており、それが CRA を行うときの妨げになると述べられている。古いやり方へのとらわれについては、現在起こっていることを社会的文脈の中でとらえなおしていくためには頭の切り替えが必要であり、古いやり方に染まりきった人には難しいと述べられている。つまらないということについては、CRA のやり方は、手の込んだ内面世界

の理論などはなく、治療者側を興奮させないごくありきたりのつまらないものであると述べられている。

Table 4 Meyers et al. (2001) の中で述べられている CRA の課題

-
- ・ 臨床家へのトレーニング機会が限定的
 - ・ 疾患モデルへのとらわれ
 - ・ 古いやり方へのとらわれ
 - ・ つまらない
-

以上は、プログラムそのものというよりも、プログラムを普及啓発する際の課題と言えるだろう。一方、プログラムの課題としては本稿との関連では2点考えられる。1点目は、スミス・メイヤーズ (2012) 自身指摘していることであるが、CRAFT ではCSO 自身が物質乱用を抱えている、もしくはCSO がIP の身体的暴力で苦勞している、などの場合にはプログラム適用から除外しているが、今後の課題としてそういった人たちへの介入にも焦点が当てられる必要がある。2点目は背景にあるASD 特性の関連について整理する必要がある。CRAFT に関する文献ではASD 特性との関連はこれまでのところ触れられていない。ASD 成人症例では、生育歴の聴取が困難であることや(星野, 2011)、専門家によってASD 特性のとらえ方に差異があることから(片桐ら, 2011)、正確な調査がなかなかおこなわれない状況にあるが、アルコール依存症者を対象とした質問紙調査でASD 特性を示す人が健常群に比べ多いことが示されている(片桐ら, 2011)。また、治療にあたっては表面にある物質依存のみでなく、背景にあるASD 特性を加味することの必要性が強調されている(安藤ら, 2014; 川端ら, 2014)。以上を考えると物質依存についての標準的な支援方法がCRAFT であり、IP の背景にあるASD 特性によって適宜ASD 特性への支援を組み合わせることがやはり必要と考えられる。

7. 第1章のまとめと考察

本章では、本稿の土台となる用語や先行研究として、ASD 特性の概念や、ASD 特性とその支援、ASD 特性と不適応行動との関連、CRAFT について整理した。ここではそれらへの考察と本稿との関連について触れる。

ASD 特性の理解とそれに基づく支援方法は近年非常に多く開発されてきた。しかし日本においては、療育場面や教育場面などでそれらを系統的には導入しきれていないために、結果的に反社会的行動や社会的ひきこもりなどの不適応行動につながってしまうことがあると考えられた。そうした不適応行動を呈しても尚、適切な支援につなげることができないことは、日本の制度が二度、彼ら彼女らの支援に失敗したことを意味するだろう。

先行研究からは、日本において、ASD と反社会的行動との関連は 2005 年くらいから、ASD と社会的ひきこもりとの関連は 2010 年くらいから議論されるようになってきたことが示された。しかしそれらの課題に対する有効な支援方法については 2014 年現在確立されておらず、支援者がもつべき理念、グッドプラクティスの紹介、エキスパートコンセンサスにとどまっていると言えた。

そのような状況の中、厚生労働省研究班が「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」(齊藤, 2010)の中で推奨している CRAFT の応用適用が期待された。CRAFT とは、支援を拒否する物質依存患者への介入プログラムとして開発されたもので、強固なエビデンスをもつものであった。CRAFT はすでに物質依存を超えて様々な対象に応用適用されていることも示された。日本においてはすでに社会的ひきこもりへの応用適用が開始され効果測定もなされていた。

序論で整理したように、ASD 特性をもつ本人が支援を拒否しており(本人は意思能力をもっている)、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況、に対して、CRAFT を応用して用いるためには、ASD 特性への支援と危機介入を組み合わせる必要があった。次の第 2 章では、本章で概観した CRAFT に、ASD 特性への支援と危機介入プログラムを組み合わせるプログラムを開発する。

注 1) ソーシャルストーリーズ™ は登録商標である

文献

- アイカセス, S 2008 自閉症児の行動分析療法 世界行動療法認知療法会議神戸大会プログラム委員会編, 丹野義彦・坂野雄二代表編者 ワークショップから学ぶ認知行動療法の最前線 うつ病・パーソナリティ障害・不安障害・自閉症への対応 Pp. 187-246.
- 安藤久美子・岡田 幸之 2014 成人の発達障害を支援するI 発達障害と併存障害 自閉スペクトラム症の成人例を中心に 精神科臨床サービス, 14, 315-321.
- アトウッド, T 2008 辻井正次・東海明子(訳) ワークブック アトウッド博士の<感情を見つけにいこう> 1. 怒りのコントロール 明石書店 (Attwood, T. 2004 *Exploring Feelings Anger Cognitive Behaviour Therapy To Manage Anger*. California, Future Horizon.)
- Azrin, N. H. 1976 Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- 米国精神医学会 日本精神神経学会(監修) 2014 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 (American Psychiatric Association 2013 *Diagnostic and Statistical*

- Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*, Washington, D. C.)
- 米国疾病対策センター (Centers for Disease Control and Prevention) ホームページ 2014
<http://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0327-autism-spectrum-disorder.html>
- Bondy, A. & Frost, L. 2001 The Picture exchange communication system. *Behavior Modification*, **25**, 725-744.
- フロスト, L.・ボンディ, A. 門眞一郎 (監訳) 2005 絵カード交換式コミュニケーション・システム・マニュアル第二版 佐賀NPO法人それいゆ (Frost, L. & Bondy, A. 2002 *The Picture exchange communication system –Training manual. Second edition.* New York: Pyramid Educational Products)
- ドーソン, G. (編) 野村東助・清水康夫 (訳) 1994 自閉症—その本態, 診断および治療 日本文化科学社 (Dawson, G. 1989 *Autism: Nature, diagnosis, and treatment.* New York: Guilford Press)
- グレイ, C. 2005 服巻智子・大阪自閉症協会 (訳) ソーシャル・ストーリー・ブック—書き方と文例 クリエイツかもがわ (Carol Gray 1994 *The new social story book.* Jenison: Jenison Public Schools.)
- 藤川洋子 2005 青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実態調査を中心に 精神科, **7**, 507-511.
- 藤川洋子 2008 発達障害と少年非行 金剛出版
- 藤川洋子・井出浩 2011 触法発達障害者への複合的支援 司法・福祉・心理・医学による連携 福村出版
- 平川沙織・野中俊介・境泉洋 2011 ひきこもり状態にある人の家族に対する家族教室の効果 (会議録) 日本行動療法学会大会発表論文集 37回, 424-425.
- 星野仁彦 2011 ひきこもりと発達障害 内閣府子ども若者・子育て施策総合推進室 ホームページ 「ひきこもり支援者読本」 Pp. 18-41.
http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/handbook/ua_mkj_pdf.html
- ハウリン, P. 久保紘章, 谷口政隆, 鈴木正子 (訳) 2000 自閉症—成人期にむけての準備<能力の高い自閉症を中心に> ぶどう社 (Howlin, P. 1997 *Autism: Preparing For Adulthood.* London, Routledge.)
- Kato, T., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A.R., Sartorius, N., Akiyama, T., Ishida, T., Choi, T. Y., Balhara, Y. P., Matsumoto, R., Umene-Nakano, W., Fujimura, Y., Wand, A., Chang, J. P., Chang, R. Y., Shadloo, B., Ahmed, H. U., Lerthattasilp, T., Kanba, S. 2012 Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **47**, 1061-1075.
- 片桐千恵・宮崎恵・大庭佐知子・岩田こころ・山本 哲也・三好 弘之・河口剛・小杉好弘 2011 アルコール依存症における自閉性傾向の検討～自閉症スペクトラム指数 (AQ)

- を用いた調査から～ 日本アルコール関連問題学会雑誌, **13**, 131-135.
- 川端浩志・佐山肇・福安恵子 2014 アルコール依存症患者の自閉症傾向に着眼したかわりの検討 日本精神科看護学術集会誌, **57**, 84-85.
- 河合俊雄・田中康裕・畑中千紘・竹中菜苗 2010 発達障害への心理療法的アプローチ（こころの未来選書） 創元社
- 小山明日香・三宅由子・立森久照・竹島正・川上憲人 2007 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態と精神医学的診断について—平成 14 年度～平成 17 年度のまとめ—平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（主任研究者 川上憲人）研究協力報告書 119-127.
- 木部則雄 2009 アスペルガー障害の芸術的創造性：ヘンリー・ダーガーの精神分析的な理解 白百合女子大学研究紀要, **45**, A105-A129.
- Koegel, R. L. & Koegeol, L. K. 1988 Generalized responsivity and pivotal behaviors. In Horner, R. H. & Dunlap, G. & Koegeo, R. L. (eds) *Generalization and maintenance: life-style changes in applied settings*. Baltimore: paul H. Brookers. Pp. 41-66.
- Koegel, R. L. & Rincover, A. 1977 Some research on the difference between generalization and maintenance in extra-therapy settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **10**, 1-16.
- 近藤直司 1997 非精神病性ひきこもりの現在 臨床精神医学, **26**, 1159-1167.
- 近藤直司・清田吉和・北端裕司・黒澤美枝・境泉洋・富士宮秀紫・猪股夏季・宮沢久江・宮田量治 2010 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（主任研究者 齊藤万比古）平成 21 年度総括・分担研究報告書 67-86.
- 近藤直司・小林真理子 2008 ひきこもりと広汎性発達障害 臨床精神医学, **37**, 1565-1569.
- 熊上崇 2006 広汎性発達障害を持つ非行事例の特徴 精神神経学雑誌, **108**, 327-336.
- 来住由樹・平林直次・大森まゆ・中嶋正人・石丸正吾 2010 入院医療における社会復帰促進に関する研究 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」（主任研究者 中島豊爾）平成 21 年度総括・分担研究報告書 59-81.
- Lovaas, O. I., Koegeo, R., Simmons, J. Q. & Long, J. S. 1973 Some generalization and follow up measures in autiutic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **6**, 131-165.
- Manuel, J. K., Austin, J. L., Miller, W. R., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., Meyers, R.J., Smith, J. E., Bogenschutz, M. P. 2012 Community Reinforcement and Family

- Training: a pilot comparison of group and self-directed delivery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **43**, 129-36.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. & Smith, J. E. 1996 Community reinforcement training with concerned others. In V. B. Hasselt & M. Hersen(eds.) *Source of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press. Pp. 257-294.
- Meyers, R.J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. 1998 Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*. **10**, 291-308.
- Meyers, R. J., Miller, W. R. & Smith, J. E. 2001 Community Reinforcement and Family Training(CRAFT). In Meyers, R., Miller, W. (eds) *A Community Reinforcement Approach to the Treatment of Addictiion*. Cambridge: University Press. Pp.147-60.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E. & Tonigan, J. S. 2002 A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, **70**, 1182-5.
- ミラー, W. R. 足立淑子 (訳) 1987 Community Reinforcement Approach コミュニティ強化アプローチ ベラック, A. S., & ハーセン, M. (編) 山上敏子 (監訳) 行動療法事典 岩崎学術出版社 Pp.58-60.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. & Tonigan, J. S. 1999 Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems : a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, **67**, 688-97.
- 村上優 2012 医療観察法入院処遇にみる治療反応性 司法精神医学, **7**, 80-85.
- 中野育子 発達障害の診断と対応 特に、青年期の高機能広汎性発達障害について 浜井浩一・村井敏邦 (編著) 発達障害と司法 大学図書 Pp.45-59.
- 中谷陽二 2011 触法精神障害者医療はいかにあるべきか—矯正精神医療を中心に— 精神神経学雑誌, **113**, 458-467.
- 野中俊介・境泉洋・大野あき子 2013 ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果 Community Reinforcement and Family Trainingを応用した試行的介入 精神医学, **55**, 283-291.
- 野中俊介・大野あき子・境泉洋 2010 ひきこもり状態にある人の受療促進プログラムの効果:親を対象とした集団認知行動療法 日本行動療法学会第36回大会発表論文集 20-207.
- 岡嶋美代・原井宏明 2009 コミュニティ強化アプローチと家族トレーニング 精神科治療学, **24** (Supple), 44-45.
- 大野裕史・杉山雅彦・谷晋二・武蔵博文・矢崎邦雄・園山繁樹・福井ふみ子 1985 いわゆる「フリーオペラント」法の定式化—行動形成法の再検討— 心身障害学研究, **9**, 91-103.

- Rincover, A. & Koegel, R. L. 1975 Setting generality and stimulus control in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **8**, 235-246.
- Roosen, H. G, de Waart, R., & van der Kroft, P. 2010 Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, **105**, 1729-38.
- 齊藤万比古 2009 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート 学習研究社
- 齊藤万比古 2010 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者 齊藤万比古)
- 斎藤環 1998 社会的ひきこもり一終わらない思春期 PHP 研究所
- 佐々木正美 1993 講座自閉症療育ハンドブック 学習研究社
- Sisson, R. W. & Azrin, N. H. 1986 Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, **17**, 15-21.
- 杉山登志郎 2005 アスペルガー症候群の現在 そだちの科学, **5**, 9-21.
- スミス, J. E. & メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦(監訳) 2012 CRAFT 依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル—金剛出版 (Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families*. New York: a Guilford Press)
- Teo, A. R. & Gaw, A. C. 2010 Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social Withdrawal? : A proposal for DSM-5. *The Journal of nervous and mental disease*, **198**, 444-449.
- 十一元三 2005 少年事件・刑事事件と広汎性発達障害 そだちの科学, (5), 89-95.
- ウィング, L. 1998 久保絃章・佐々木正美・清水康夫(訳) 自閉症スペクトル—親と専門家のためのガイドブック 東京書籍株式会社 (Wing, L. 1996 *The Autistic Spectrum: A guide for parents and professionals*. London: Constable and Company)
- 山本 彩 2013 発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへのCommunity Reinforcement and Family Training (CRAFT) 適用の可能性 北海道大学大学院教育学研究院紀要, **118**, 59-82.

第2章 プログラム開発

ここまで、自閉症スペクトラム (Autism spectrum disorder; 以下、ASD) 特性をもつ本人が支援を拒否しており (本人は意思能力をもっている)、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況、に対して、Community Reinforcement and Family Training(以下、CRAFT)を応用して用い、その効果を検証する必要性を整理した。そして第1章では、そのために土台となる用語や先行研究を概観した。本章では、序論と第1章をふまえ、CRAFTにASD特性への支援と危機介入を組み合わせたプログラムを開発する。

1. CRAFTにASD特性への支援と危機介入を組み合わせたプログラムの全体構成

プログラムは、CRAFTのphase Iとphase IIにならい (Meyers et al., 1998)、本人が支援を拒否しているために本人支援へ向けた準備をする段階 (以下、「本人支援への準備」段階) と、本人が支援を望んでいる段階 (以下、「本人支援」段階) との2段階に大きく分ける。また、両段階ともにCRAFTに準じた支援理念や支援技術を用いる以前に、ASD特性の理解と支援が不可欠であるため、「支援を論じる以前の確認事項」もプログラムの一部とする。これらプログラムの一連の流れをFig.2に示す (Fig.2)。「本人支援への準備」段階中、本人 (Identified Patient ; 以下、IP) のニーズやタイミングによっては、初期段階であろうと後期であろうとタイミングを逃さずに「本人支援」段階にうつることとなる。

さらに、「本人支援への準備」段階では、必要に応じて以下の3つの役割を準備する。1つ目の役割は、自傷他害への介入などの危機介入はおこなわず、CRAFTのphase Iに準じてIPの重要な関係者 (Concerned Significant Others ; 以下、CSO) への支援をおこなう役割である。2つ目の役割は、自傷他害への介入などの危機介入を法律に準じておこなう役割である。3つ目の役割は、危機介入の結果、法律に準じてIPが矯正施設に送致されたり精神科入院になったりして一度地域生活からリセットされた際に、矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割である。ここで、オリジナルのCRAFTには含まれない2つの役割、つまり危機介入を法律に準じておこなう役割と矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割、を、このプログラムでは含め、詳細に記述する理由としては以下の2つがある。1つ目は、ASD特性として、形成された適切な行動の学習や維持と般化が難しいこと (Lovaas et al., 1973 ; Koegel & Koegel, 1988) や、逆に不適切な行動ではあるが本人にとっては便利であったり興味があったりする行動は一度学習してしまえば消去するのが難しいこと (ウィング, 1998) があるからである。例えば実際、「軽い罪を犯した後に警察の車で家へ送られ、それがその行為を強化してしまい、軽犯罪をくり返させる誘引になってしまう、というようなことは少なくない」(ハウリン, 2000)。前者は未学習なことを定着させることの困難、後者は誤学習を消去することの困難と行うことができるだろう。そのため、危機介入を含む初期対応からその後の支援まで一貫しておこ

なう必要があり、そのために、このプログラムにおいては危機介入やリセット時の支援内容について詳細に触れることとする。2つ目は、ASD 特性をもつ青年がしばしば、「自分が子どものころから愛され、面倒をみてもらってきたことを省みず、自分が苦しいのはすべて親のせいであると責めて譲らず」、「自分の思いどおりにしたいために、家族を支配し」「家族の生活がめちゃめちゃになり」、「唯一の解決法は家から離れる」こととなる(ウイング, 1998)からである。そのため CRAFT においては分離(detach)を基本的におこなわないが(Meyers et al., 1996)、ASD 特性をもつ場合は適宜、分離(detach)を計画することとなる。そのため、分離(detach)の方法についてもこのプログラムで詳細に触れることとする。この3つの役割は、治療契約や治療構造、利益相反を考えると、それぞれの別の機関や別の支援者がおこなうことが望ましいと考えられる。特に IP の ASD 特性によっては、多義的なことに混乱しやすく、物事が1対1対応の方が理解しやすいため(佐々木, 1993)、なおのこと1人の支援者が様々な役割を担わないほうがよいだろう。

当プログラムの目標は、CRAFT の治療目標(スミス・メイヤーズ, 2012)に危機介入の視点を加え、以下とする。

- ・ IP や周囲の人の安全確保
- ・ IP の社会的ひきこもりや反社会的行動などの好ましくない行動を減弱させる
- ・ IP および IP の家族全体の幸福度の向上
- ・ IP が地域の支援者と支援関係を結ぶ

以下に、それぞれの役割が具体的に何を目指して何をおこなうかについて、根拠となる先行研究をもとにまとめる。

本人支援までの3STEP をチェック

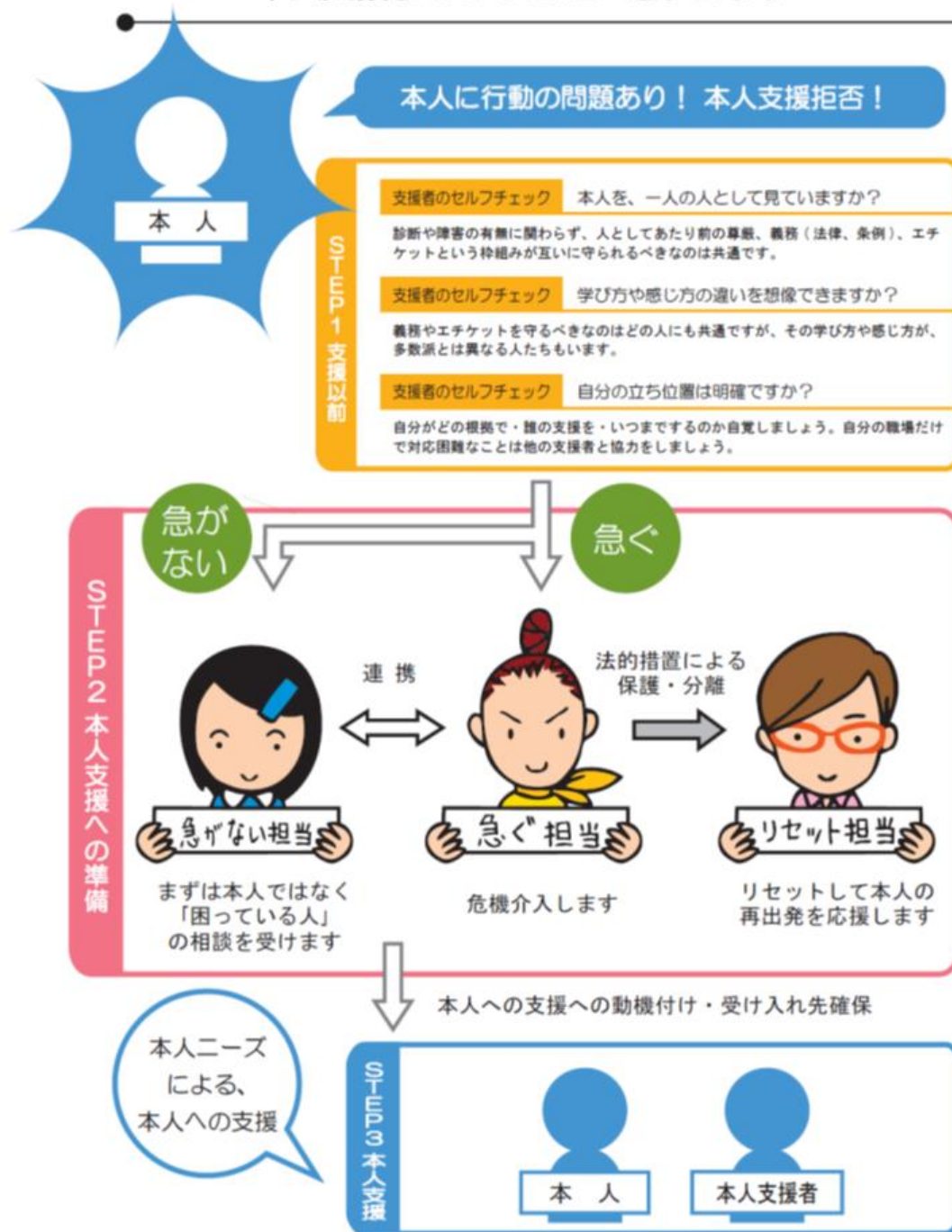


Fig.2 プログラムの構成

2. 支援を論じる以前の確認事項

IP の ASD 特性によっては、CRAFT で前提となる、IP による自己選択や自己決定が困難な場合や、目標をもつことや目標に向かって計画することが困難な場合、自発的に新たな行動に移ることが困難な場合があることを第 1 章で触れた。また生きづらさから二次障害を起こしている可能性があることも触れた。そのためどの役割を担うにせよ、支援者やスーパーバイザーは、ASD 特性や二次障害が、実際に地域生活でどのようにあらわれるか、それに対してどのように支援をおこなうとよいか、を知っておく必要がある。ここでは、それらについて第 1 章であげた先行研究をもとに整理しまとめる。尚、第 1 章で触れたように、ASD 特性をもつ人全員に、それぞれの特性が色濃く存在するとは限らないため、1 人 1 人の IP に合わせて、適宜必要なものを用いる。Fig.2 の中では簡略化して、「支援以前」と記載されている部分である。

①IP が二次障害を併発していると考えられる場合は、必要に応じて各方面の専門家と連携する

家庭内暴力や精神症状の合併などの併発する問題のあらわれ方によっては、精神科医師、警察、弁護士などのコンサルテーションを受けたり、プログラムの途中でも中断して IP や CSO をしかるべき機関につなげたりする。一方で、危機介入の判断を見誤らないことは大事ではあるが、危機介入が IP や CSO の単なる外傷体験で終わらぬよう注意を払う。IP や CSO が危機介入を通して今後につながる経験ができたり、その後支援機関と関係構築できたりするよう、危機介入機関と十分連携をとる。

②IP が人や場面によって“みせる顔”が大きく異なる可能性を考慮し、できるだけ多くの場面についてアセスメントし、IP の全体像を把握する

般化と維持の困難などから、IP には、特定の人との間や特定の場所でのみ見られるコミュニケーションがあることが多い。特に、母性役割とそれ以外の人とは、IP のコミュニケーションのとり方に大きな違いがある可能性がある。また、IP の苦手なコミュニケーションを、IP の母親役割が代替し続けてきていることもある。この点についての具体的な支援方法としては、IP が誰に、どの場面で、どのような機能のコミュニケーションをとっているかをサンプリングし、コミュニケーションの般化を計画する TEACCH プログラムのコミュニケーション分析の手法が参考になる。また、同行支援も、様々な場面における IP のコミュニケーションをアセスメントできる、たいへんよい機会である。

③IP を不用意に刺激しない

認知機能の特徴や感覚の特異性、不安の高さなどから、IP にとってフラッシュバックや興奮を引き起こしやすい言葉やシチュエーションがあることが多い。また複雑な刺激に混

乱してしまうことも多い。この点についての具体的な支援方法としては、IP にとって雑多な刺激を整理して本人へ伝える TEACCH プログラムの構造化の手法や、イギリス自閉症協会 SPELL の原則である低刺激の考え方などが参考になる。支援者がよかれと思って用いる愛情表現も、IP によっては混乱や動揺の原因になりえることも（アトウッド、2008）、考慮しておく必要がある。

④IP の自発性行動が乏しい可能性がある場合は、自発性行動を引き出すための環境操作をおこない、同時に IP が指示待ちになることを予防する

自発的に新たな行動に移ることの困難およびプロンプト依存になりやすいことなどから、IP は思春期や成人期になっても特定の人からの指示を待ったり、結果がうまくいかないと指示を出した人のせいにしたりすることがある。指示を出す側も、IP が思春期や成人期になる頃には指示の減らし方や減らすタイミングがわからず困っていることが多い。この点への具体的な支援方法としては、IP の自発性行動がおきやすいよう IP が適度な困りや不便を感じるような環境操作をしておいた上で、本人の自発性行動がでた直後にプロンプトをおこない、そしてプロンプトをしつつも常にプロンプトの消去の仕方も計画しておくという PECS の手法（フロスト・ボンディ、2002）などが参考になる。

⑤IP が、暗黙のルールや年齢相応の社会性の獲得など、目に見えない社会のルールについて理解していないような場合には、IP が理解しやすい方法および想像しやすい方法を用いてそれらを IP に伝える

認知機能の特徴などから、多くの人が自然に学んだり想像できたりする社会のルールを、IP が理解していない可能性や、捉え違いをしている可能性がある。たとえば支援者の立場や支援できることの範囲、面接の目的、支援や支援終了後の見通しなどといった治療構造について認識が互いにずれることがある。また、最初に確認したはずでも時間経過とともに IP の自己流の解釈が交じってきてしまうこともある。

加えて、目標をもつことや、目標に向かって計画することの困難などから、家族からの自立の仕方、就労の仕方などといった長期的な目標を IP がもてていないことや、もてていたとしてもその目標に向かって計画をたてるのが困難な可能性がある。それらのことが社会的ひきこもりなどに影響していることもあるだろう。従来の社会的ひきこもりへの支援（斎藤、1998）や CRAFT（スミス・メイヤーズ、2012）においては、本人が不適応行動について「変わりたいけど一変わりたくない」と葛藤をもっていることを前提としているが、そもそも IP の中に「あのように変わりたい」とする長期的なイメージがなければ、まずはそれを形成する支援からすることになる。

支援者はこれらの目に見えない社会のルールや目標、計画の仕方について、この年齢であれば当然知っているだろうと考えずに、IP がどこまでどういう認識をもっているかということや IP の学習スタイルをアセスメントし、IP に伝わりやすい方法で伝えていく必要が

ある。その際、支援者が気をつけなければいけないことが2つあるだろう。1つめは、面接スタイルは CRAFT の共感的、中立的、誠実、温かい雰囲気（スミス・メイヤーズ，2012）を崩さず、決して対決的、教育的、権威的になってはいけないということである。IP が情報提供を望んでいる場合にのみ、またはこちらから情報提供することを提案して IP が拒否しない場合にのみ、支援者は控えめにかつ感情を交えずに中立的に情報提供をする。そして、IP が得た情報を受け入れるか否かについても IP に決定権があることを同時に保障する。2つめは、情報は過多でも IP を混乱させてしまうということである。IP にとって過不足ない量の情報提供が必要である。具体的な情報提供の方法としては、ノートやメール、描画などの視覚的な手がかりを活用することや（近藤・小林，2008）、暗黙の了解を IP へわかりやすく伝える手法であるソーシャルストーリーズ™（グレイ，2005）などが参考になる。また IP の学習スタイルが、目や耳からの情報を通してよりも体験を通しての方が理解しやすいと考えられる場合には、体験学習を多く取り入れるようにする。

⑥IP の社会的スキルの獲得・維持・般化に対して、長期的に支援が必要と考えられる場合には、IP が手がかりとなる訓練や物や人へアクセスできるようにする

般化と維持の困難などから、IP は社会的スキルを支援なく自然な状況で学ぶことが困難なことが多い。また社会的スキルを学習したとしても、般化と維持の困難から、すぐにうまく生活の中で機能しなくなってしまうことが多い。社会的スキルを学ぶ具体的な支援方法としては、社会的スキルを意図的かつ効果的に訓練するソーシャルスキルズトレーニングが参考になる。また、般化と維持のための具体的な支援方法としては、手がかりになる物（スケジュール、行動レポーターのリストなど）や手がかりになる人（ソーシャルワーカー、コーディネーターなど）へアクセスできるようにしておく TEACCH プログラムの般化と維持の手法が参考になる。また日常生活の実地の中で、その都度必要な社会的スキルを学んだり、日常生活の中に手がかりを多く設定しておいたりするためには、福祉制度や就労支援制度などの各種制度を活用するとよい。

⑦ASD 特性を「生来性の」「個性の一部にすぎない」と、とらえられるようにする

ASD 特性のことを過度に IP や CSO が「努力不足」「育て方の問題」と考えてしまうことがある。これは「生来性の」特性であるということの理解ができていないのであり、支援者は時間をかけて、IP や CSO が理解し納得できるよう寄り添う必要がある。一方、ASD 特性のことを過度に IP や CSO が「だから障害者としての人生になってしまった」「だから未学習や誤学習はしょうがない」と考えてしまうことがある。これは ASD 特性が「個性の一部」にすぎず人としての権利や義務は、ASD 特性があろうとなかろうとなんら変わらないということの理解ができていないのであり、この点についても、支援者は時間をかけて IP や CSO が理解し納得できるようにしていく必要がある。また、IP や CSO が ASD や発達障害などという語彙に強いイメージをもっている場合は、語彙の使い方やタイミングを

十分に計画する必要がある。支援者自身、語彙に囚われないバランス感覚を常にもっておく必要がある。

⑧プランにそった支援ができるよう、関係機関と連携して一貫した対応をおこなう

認知機能の特徴などから、IP が権威や職種などを手がかりとして人との関係や序列を計る傾向を強くもっていることがある。IP から見て序列が優位な人（多くの場合、警察官や医師）と支援者やCSOの言う事が異なる場合、IPは序列が優位な人の意見を採択し支援者やCSOの言動を軽んじることがある。序列が優位な人からの“鶴の一声”で支援が混乱することを避けるよう、関係機関をコーディネートすることが必要である。

以上をまとめたものが Table 5 である。

Table 5 支援を論じる以前の確認事項

-
- ① IP が二次障害を併発していると考えられる場合は、必要に応じて各方面の専門家と連携する
 - ② IP が人や場面によって“みせる顔”が大きく異なる可能性を考慮し、できるだけ多くの場面についてアセスメントし、IPの全体像を把握する
 - ③ IPを不用意に刺激しない
 - ④ IPの自発性行動が乏しい可能性がある場合は、自発性行動を引き出すための環境操作をおこない、同時にIPが指示待ちになることを予防する
 - ⑤ IPが、暗黙のルールや年齢相応の社会性の獲得など、目に見えない社会のルールについて理解していないような場合には、IPが理解しやすい方法および想像しやすい方法を用いてそれらをIPに伝える
 - ⑥ IPの社会的スキルの獲得・維持・般化に対して、長期的に支援が必要と考えられる場合には、IPが手がかりとなる訓練や物や人へアクセスできるようにする
 - ⑦ ASD特性を「生来性の」「個性の一部にすぎない」と、とらえられるようにする
 - ⑧ プランにそった支援ができるよう、関係機関と連携して一貫した対応をおこなう
-

3. 「本人支援への準備」段階（phase I）

IPが支援を拒否している段階である。そのため、IPへの直接の支援ではなく、CSOへの支援をおこなったり、場合によっては法的根拠に準じて危機介入をおこなったりする。そのためこの段階では適宜、CRAFTのphase Iに準じてCSOへ支援をおこなう役割と、危機介入を法律に準じておこなう役割、矯正施設や精神科病院内での支援をおこなう役割の3つの役割を準備する。それら3つの役割の詳しい支援内容について、先行研究から整理し以下にまとめる。

(1) CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう役割

この役割は、危機介入を基本的にはおこなわず、CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう。Fig.2 の中では簡略化して「急がかない担当」と記載されている。

1) 治療構造

CRAFT の臨床試験同様、基本 6 か月（最長 1 年間）、最大 12 回とする。CRAFT と異なり最長 1 年間とする理由は、ASD 特性や社会的ひきこもりの状態によっては行動の自発までに時間を要することが考えられるからである。有期限であることは、臨床試験上のプロトコルの統一という面以外にも、CSO の動機づけを保つ上で重要と考えられる。

2) アセスメント

構成要素②不適応行動の機能分析、は、これからの支援を方向づけるための大切なアセスメントである。不適応行動の刺激—反応随伴性だけでなく、背景にある生来性の ASD 特性と環境要因のミスマッチの問題や、維持要因とのダイナミズムの中でとらえる必要があり、これらは Fig.3 のように記すことができる。上述の「支援を論じる以前の確認事項」をふまえ、できるだけ多くの人からの情報や、多くの場面についての情報を集めるとよい。

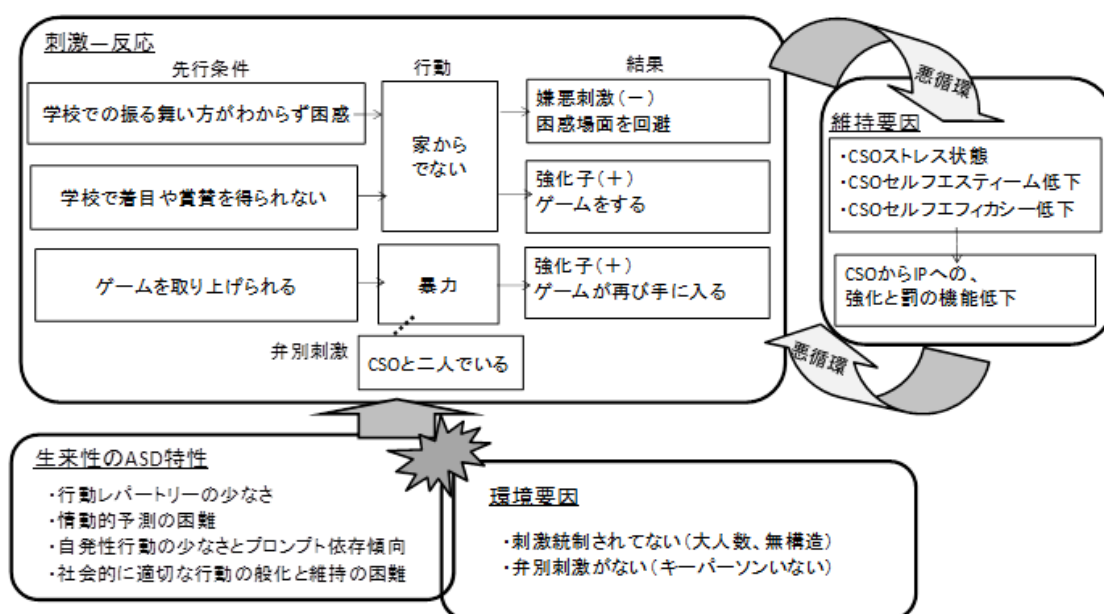


Fig.3 CSO 支援における機能分析の例 ((山本, 2014) から抜粋)

3) 支援の具体的方法

CRAFT の phase I に準じて支援の構成要素は以下の 8 つとする。

① CSO の動機づけの強化と維持

- ② 不適応行動の機能分析
- ③ 家庭内暴力の予防
- ④ CSO のコミュニケーション・スキルを改善する
- ⑤ 社会的ひきこもりや反社会的行動と両立しない行動への正の強化
- ⑥ マイナスの結果の使用（好ましくない行動を行ったときに強化子を IP から除去することや、好ましくない行動の当然の結果を IP 自身が受けるようにする）
- ⑦ CSO が自身の生活を豊かにする支援
- ⑧ 支援を開始するように IP を誘導する

加えて支援者の判断で2つのセッションを追加することがある。1つはオリジナルのCRAFT同様、家庭内暴力への危機的状況に介入するためのセッションであり、2つめはASD特性について特化したセッション（特性理解、特性への対応方法、社会資源情報）である。以上をまとめたのがTable 6である。

Table 6 CSO 支援の構成要素

<p>主な構成要素</p> <ol style="list-style-type: none"> ① CSO の動機づけの強化と維持 ② 不適応行動の機能分析 ③ 家庭内暴力の予防 ④ CSO のコミュニケーション・スキルを改善する ⑤ 社会的ひきこもりや反社会的行動と両立しない行動への正の強化 ⑥ マイナスの結果の使用（好ましくない行動を行ったときに強化子を IP から除去することや、好ましくない行動の当然の結果を IP 自身が受けるようにする） ⑦ CSO が自身の生活を豊かにする支援 ⑧ 支援を開始するように IP を誘導する <p>追加されることがあるセッション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家庭内暴力への危機介入 ・ASD 特性に特化したセッション（特性理解、特性への対応方法、社会資源情報）
--

CRAFT 同様個々のケースにあわせて適宜必要な構成要素をメニュー方式で使用するが（スミス・メイヤーズ，2012）、ASD 特性をもつ場合、生来性の特性ゆえの困りや、時代背景によってはASD特性への支援の必要な情報がIPやCSOに届いていなかったがための困りがあることから、以下のように段階的に支援をおこなうことが多い。

まず、構成要素①CSO の動機づけの強化と維持、構成要素②不適応行動の機能分析、構成要素③家庭内暴力の予防、構成要素⑦CSO が自身の生活を豊かにする支援、家庭内暴力への危機的状況に介入するためのセッション、ASD 特性について特化したセッションの 6

つはここでの土台部分であり、セッション中のいかなるときも注意を払うものである。知的障害が目立たない ASD 特性においては、障害のわかりづらさから母親が自身の育て方を責めてきたり、適切な情報や支援を得られずに不安を長期間体験していたりすることが多い（柳楽ら，2004）。ASD 特性の説明や障害福祉サービスなどの情報を得ることで、CSO が安心したり見通しをもてたりすることにつながることは多い。また社会参加をしていない子をもつ親は過去の子育てについての罪悪感を抱いて自尊心が低下したり（天谷・岩崎，2006）、子どもの不適応行動に上手に対応できるという自己効力感が低下したりしている（境ら，2011）。これらの認知的要因は行動変容と密接に関係していることが示されていることから（坂野ら，1996）、家庭内暴力の回避をはじめ CSO の行動変容のためには、背景にある CSO の認知的要因を理解し、認知的要因の変容を試みる必要がある。具体的には、支援者はカウンセリングスタイルを、全プログラムを通して決して強要するようなものではなく（岡嶋・原井，2009）、共感的、中立的、誠実、温かい雰囲気（スミス・メイヤーズ，2012）とし、家族のニーズに応じて共感・共有体験ができる各種グループワーク情報や家族会情報を必要に応じて提供する（山本，2014）。支援者は「せっかく CSO にアドバイスしても、アドバイスどおりに CSO が対処しない」などと短絡的に考えず行動変容をおこしづらくなっているかもしれない CSO の安全確保を最優先に考える（山本，2014）。アセスメントを通して CSO が IP の生来性の ASD 特性や環境要因とのミスマッチの辛さを想像することも、単に支援の前の介入のための仮説をたてるということのみならず、IP の想いに共感することにつながったり、問題を外在化することにつながったりという、認知の変容に役立つことが多い。

構成要素④CSO のコミュニケーション・スキルを改善する、構成要素⑧支援を開始するように IP を誘導するは通常、アセスメントの後に最初に計画される。ASD 特性のアセスメント結果によっては、1. 簡潔に 2. ポジティブに 3. 具体的な行動に言及する 4. 自分の感情に名前をつける 5. 思いやりのある発言をする 6. 部分的に責任を受け入れる 7. 支援を申し出る、といったポジティブなコミュニケーション・スキルのためのガイドライン（スミス・メイヤーズ，2012）を用いる前に、「支援を論じる以前の確認事項」で触れたような、社会的に望ましい行動とは何か、どうふるまうのが標準的か、といった理想や基準を IP へ教え内在化させることが必要になる。その具体的な方法の 1 つとしては、まず父性的役割を担う CSO と母性的役割を担う CSO の、2 人の CSO を準備する。そして父性的役割を担う CSO が IP に対して理想や基準について伝え、その後母性的役割 CSO が IP へポジティブなコミュニケーション・スキルを用いる。また、ポジティブなコミュニケーション・スキルを用いる際も、ASD 特性によっては、白か黒かのような極端な認知をすることが多いため（米田，2011）「6. 部分的に責任を受け入れる」の「部分的に」の理解や納得が困難であったり、「7. 支援を申し出る」がプロンプトになってしまい、それ以降も CSO からの具体的指示を待つようになってしまったりするおそれもあることから、適宜割愛したり、選択肢を提示するのは CSO であるが選択し責任をもつのはあくまでも IP であるこ

とを強調したりする。それらの準備が整っており、「支援を論じる以前の確認事項」で触れたような過剰な刺激にならないようであれば、早い段階から支援を開始するように IP を誘導してみる。なぜなら、第 1 章で見たように、IP の不適応行動の原因が嗜癖行動特有の葛藤というよりも環境とのミスマッチにあり、IP にそれらを調整するための支援情報が十分に届いていないことは多いと考えられるからである。誘導の際は、CRAFT の「治療を試すという考えに IP を惹きつける」(スミス・メイヤーズ, 2012) に準じて、面談の機会を単に試してみるだけでよいこと、長期的継続含めその後の支援計画を制御するのは IP であり強制されることは決してないこと、などを CSO から伝える。1 人 1 人の IP の困りにあわせて誘導の仕方や言葉の使い方を工夫するわけだが、実際は以下のように CSO から伝えることが多い。「得意苦手の差が大きい脳のタイプがあることが近年わかってきた」「それ自体は病気でも悪いことでも、ましては本人の努力不足でも育て方のせいでも何でもなし。ただ世の中の「左利き」のように少数派ではある」「これまでそうしたタイプをもつ方に適した環境が少なかったが、近年様々な制度ができてきた」「もしよければ、それらについて情報提供だけさせていただきたい。選ぶも選ばないも本人次第です、どうでしょうか」などである。

以上までの関わりで変化が望めなさそうな場合、構成要素⑤社会的ひきこもりや反社会的行動と両立しない行動への正の強化、構成要素⑥マイナスの結果の使用(好ましくない行動を行ったときに強化子を IP から除去することや、好ましくない行動の当然の結果を IP 自身が受けるようにする)という、随伴性マネジメントを取り入れることを計画していく。その際、上述の「支援を論じる以前の確認事項」を十分ふまえる必要がある。例えば、ASD 特性によってはパターン化された行動以外の自発的行動の出現頻度が低いため(大野ら, 1985)、随伴性マネジメントの前に、適切な自発行動を引き出すための弁別刺激を提示したり、動因操作をおこなったり、それらのために刺激統制をおこなったりすることが多い。尚、弁別刺激の提示の際には、ASD 特性によってはプロンプトに依存しやすいため(Bondy & Frost, 2001)、2 つ以上の選択肢を周囲が提案するが最終的には IP が選択したというかたちを崩さないようにすることが必要である。随伴性マネジメントを用いる際の全体的な注意点として、IP にとっての強化子は何か、IP が刺激と行動の随伴性を的確に関連づけて学習することができるかということに、十分配慮する必要がある。例えば、周囲が強化子と思って与えていた褒め言葉や感謝が強化子になっていないばかりか IP の不快な刺激になっていたり、どの行動に対して強化がおこなわれたかという理解が周囲と IP とで異なったり、マイナスの結果の原因を他者の故意によるものだと誤読し(アトウッド, 2008) 他者に対して強い猜疑心や恨みを多くもったりすることなどがある。以上の点を加味して、1 人 1 人の IP のアセスメントをおこない、アセスメント結果に応じて随伴性マネジメントを慎重に計画するが、実際は以下のようにおこなうことが多い。IP が納得しやすい両親の退職や転職・転勤・家族の介護・本人の成人、などの機会に、それを理由として、IP へ、「CSO の故意ではなく不可抗力として」「IP へ今までのように世話をやけなくなってしまう」また

は、「小遣いをあげられなくなってしまう」「パソコンの電気代を徴収せざるをえなくなる」「パソコンを撤去せざるをえなくなる」などと、そのリミット時期や IP がとり得る 2 つ以上の選択肢とともに予告する。それにより IP に好ましい行動が自発したら、基本的には称賛などの強化子は用いず、IP が困りを回避したり IP の希望が満たされたりすることで、その行動が強化されるようにする。

4) この役割の支援者になるための条件

オリジナルの CRAFT で強調されているように、「有能な CRAFT セラピストであるために、第一に有能なセラピストでなければいけない」(スミス・メイヤーズ, 2012)。つまり、CSO への共感を示すことができ、CSO と治療同盟を築ける支援者であることが何よりも重要である。

土台となる臨床心理学の知識について、オリジナルの CRAFT では、大多数の CRAFT セラピストは修士号を有していると触れられており(スミス・メイヤーズ, 2012)、本プログラムにおいても土台となる知識水準は修士卒業レベルと考えられる。

トレーニング機会については、テキストの熟読とワークショップ参加、さらにスーパーバイズを受けることの必要性がオリジナルの CRAFT では強調されている(スミス・メイヤーズ, 2012)。危機介入をおこなう支援者との連携も適宜おこなう本プログラムにおいては尚更それらが必要である。

(2) 危機介入を法律に準じておこなう役割

オリジナルの CRAFT では触れられていない役割である。どのように危機介入をおこなうか、その際上述の「支援を論じる以前の確認事項」をどう組み合わせるかについて、個々のケースの状況に応じて異なるが、標準的には以下のように用いる。尚、この役割は Fig.2 の中では簡略化して、「急ぐ担当」と記載されている。

1) 治療構造

法的根拠に基づき毅然とした役割を担う。ただし序論で触れたように、IP が中等度よりも重い知的障害や急性期精神障害を示すなど、事理を弁識する能力が備わっていない場合には、IP が危機介入の意味を理解したり、そこから社会規範を学習したりすることが困難であるため、速やかに福祉的支援や治療へつなぐことになる。

2) アセスメント

危機介入をしながらアセスメントをすることとなる。「警察や裁判所では、自閉症とわかると寛大で友好的な対応をとることが多い」(ハウリン, 2000)が、上述のように、ASD 特性をもつ場合不適切な行動を誤学習してしまうことが多く、その後もそれを延々繰り返すことがある(ウィング, 1998)。行為の重大性を IP が十分に認識し、二度と繰り返さな

いようにするために、何が IP の不適切行動をもたらしたのか、これまでの経験から未学習や誤学習はなかったか、今後不適切行動を防ぐためにはどうしたらよいのか、などをアセスメントしていく。また上述の「支援を論じる以前の確認事項」をふまえ、特に母性対象との二者関係場面を含めて、できるだけ広範な情報収集をおこなう。

3) 支援の具体的方法

アセスメントに基づき、IP が社会規範を内在化させ、不適応行動の再発を防ぐよう介入する。罰刺激を用いる際は、一貫性、即時性、短時間であること、最初から最強度であることに配慮する（アルバート・トルートマン，2004）。それに失敗すると、IP が的確に物事を学習できないばかりか、IP が罰刺激を受けることに慣れて鈍感になってしまう危険性があるため用いる前に十分に計画する。また当然、罰による学習だけではなく、報酬による良い行動の学習も組み合わせて計画されるべきである（アルバート・トルートマン，2004）。上述の ASD 特性への支援をふまえ、IP の行動の抑止が警察官の前でのみおきていないか、日常生活へも般化されているのか、などを幅広く再アセスメントし、フォローする。以上のポイントは Table 7 のようにまとめられる。

Table 7 危機介入時のポイント

-
- ・ 罰刺激を用いる際は、一貫性、即時性、短時間、最初から最強度であることに配慮する
 - ・ 罰による学習だけではなく、報酬による良い行動の学習も組み合わせて計画する
 - ・ 行動の抑止が日常生活に般化されているのか、など再アセスメントをおこなう
-

4) この役割の支援者になるための条件

リスクアセスメントやリスクマネジメントをおこなえることが必要不可欠である。特に、危機介入をした後に、IP から CSO へ、恨みや報復からより激しい暴力がおきる可能性が考えられるため、介入後についても予測ができ、手立てをこうじられる支援者であることは必須の条件である。

(3) 矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割

オリジナルの CRAFT では触れられていない役割である。どのようにリセット時の支援をおこなうか、その際上述の「支援を論じる以前の確認事項」をどう組み合わせるかについて、個々のケースの状況に応じて異なるが、標準的には以下のように用いる。尚、この役割は Fig.2 の中では簡略化して、「リセット担当」と記載されている。

1) 治療構造

上述の危機介入役割からの流れによって、IP の意思に反した非自発的な入所または入院

になっているかもしれないが、IP が支援者と出会えるチャンスでもあり、そこを担う役割である。もしかしたら、これまで療育環境に恵まれず、そのために二次障害を併発してしまっただけかもしれない IP へ、初めて母性的な寄り添い役の支援者を紹介できる場面となるかもしれない。危機介入時の非自発的關係性から、自発的な支援関係へ移行させていくことが、この役割では重要である。

2) アセスメント

本プログラム中、最も、じっくり、安全にアセスメントをおこなえる場面である。生育歴、発達障害特性、精神病理、対人構え、ADL や IADL などについて、評価する。その際「支援を論じる以前の確認事項」をふまえ、できるだけ多くの場面、特に施設や病院の外での行動アセスメントを重視する必要がある。というのは、地域の刺激は施設や病院とはまったく異なっており（山本，2013）、地域は IP にとって過敏に感じる刺激や（内山ら，2002）、意味を理解することや関連づけが困難な刺激（フリス，1991）、見通しが立たずに不安にさせられる刺激（佐々木，1993）であふれているからである。また、IP の身近にいる支援者の数や、支援者が IP の目の届く範囲にいるかどうか、ということも地域と施設や病院ではまったく異なる。施設や病院内の行動観察でのみ IP をとらえるのはたいへん危険であるという意識をもつと同時に、地域では支援者発信ではなく IP 発信で物事が進むことを想定し、IP が自分自身をどう捉え、自分自身をどう助けようとして周囲に発信するか、についても着目していく必要がある。

3) 支援の具体的方法

この役割においては、初期は IP との関係構築のために、中期では集中的な治療教育に、後期では地域への再統合に、より時間とエネルギーが必要とされる。

中期の集中的な治療教育では、アセスメントに基づき、適宜以下が組み合わせておこなわれる。

- ① 精神疾患への治療：二次障害は、その葛藤や攻撃性が外に向かう外在化障害と、自己内に向かう内在化とに整理することができる（齊藤，2009）。周囲を巻き込みやすい外在化障害のみならず、抑うつ、不安、解離などの内在化障害についてもよくアセスメントし、治療する必要がある。
- ② 根拠のない恨みへの対策：相手から受けた出来事が故意のものだったのか偶然だったのかの区別がつきづらく（アトウッド，2008）、他者に対して非常に強い猜疑心や恨みを多くもっている場合がある。特に、この特性が故に両親への恨みを抱いている IP は多い。この点への対策としては、段階的な感情を取り扱うトレーニング（アトウッド，2008）を取り入れることや、内観療法を参考にするとよい。

③ 母性対象と適切な距離感を保つための対策：ASD 特性をもつ場合、「母親との一体化」が見られやすいことが指摘されている（木部，2009；河合ら，2010）。筆者の経験では、母親の方も長年の習慣のために IP との適切な距離の取り方がわからなくなっていることが多く、IP の支援が万全に整い IP が地域で順調に暮らしているところに、母親の方から不適切な接触を再開してしまい、そのことが IP の混乱をひきおこしてしまうことが多い。当然、母親に特異的に見られる問題ということではなく、例えばそれが父親や祖父母であることも多い。つまり、母親というよりは母性対象との関係性の問題ととらえる必要があるだろう。この点への対策として IP と母性対象の双方へ、入院中から地域生活へ向けて自覚を促したり、地域生活におけるルールをつくったりする必要がある。

④ フラッシュバックへの対策：ある状況下で、突然昔の嫌な記憶がよみがえり、感情や身体が反応してしまう場合がある（杉山ら，1999）。ある状況下でおきやすいために、入院中には見られず、地域に戻った後に頻発するかもしれない。この点への対策としては、こういった仕組みを IP が自覚することや、フラッシュバックをもたらず状況を避けて生活するよう環境調整することが有効である。

⑤ パターン化した生活への対策：行動レパトリーが少なく（大野ら，1985）、また自発性行動をとりづらいために（大野ら，1985；Bondy et al., 2001）、パターン化した、強迫的とも言える生活を長年送ってきた IP は多い。そういった生活は、IP の精神的な逃げ場だったこと可能性がある（アトウッド，2008）。例えば筆者の経験ではパソコン、ゲーム、インターネットへの極度の依存や、偏食、決まった洋服しか着ない、などのようにあらわれることが多い。注目すべきは、そうした IP も、かつて義務教育中など外側からの枠組みがしっかりあった時期には、自己流の生活に埋没しすぎることなく、日常生活を送ってきた、ということである。多くの IP は長年培ったパターンから自力で抜け出すのは非常に難しく、折角入院治療教育段階で生活をリセットしたとしても、地域への再統合後に以前と同じ環境に戻るとすぐにパターン化が再燃してしまう。そのような IP においては、退院後は住居をはじめ様々なことをリセットし、新たな環境から再スタートした方がよい。

⑥ 刺激に対して混乱することへの対策：地域の刺激は病院内とはまったく異質である。地域は、IP にとって過敏に感じる刺激（内山ら，2002）、意味を理解することや関連づけが困難な刺激（フリス，1991）、見通しが立たずに不安にさせられる刺激（佐々木，1993）であふれている。これらの点への対策としては、環境調整により刺激の量と質をあらかじめコントロールしておき、生活の見通しを与え、IP へ安心感を与える、TEACCH プログラムや SPELL の考え方が参考となる。

⑦ 多くの人が自然に学んできたことを学んできていないことへの対策：認知機能や対人相互協応の特異性（ドーソン，1994；フリス，1991；Rutter, 1983）などから、多くの人が自然に学んだり想像できたりする社会化に必要なことを、IP はまだ学習していなかったり、誤って学習したりしてしまっている可能性がある。また、社会的スキルだけで

はなく、生活スキルや就労スキルについても未学習や誤学習があることが多いため、アセスメントに基づき体験を重ねていく。

⑧ 形成された行動の維持・般化への対策：長期的に支援が必要と考えられる場合には、手がかりになる物や人、制度を利用できるように、リセット中から準備をしておく必要がある。特に制度については、利用できるまでに行政手続きに時間がかかることがあるため、リセット中から計画しておく必要がある。

⑨ 強みを伸ばす：上述の特性は見方を変えれば長所になるし、またそれ以外の部分でも、人には長所や強みが必ずあるものである。入院中から苦手ばかりではなく、強みを引き出す視点が必要である。と同時に、IPが小さい頃から見せていた長所や強みをIPの家族が思い出したり、それを支援者と共有したりする過程は、家族にとってわが子や自らの子育てを捉え直すよい機会となる。

⑩ 疾患教育や自己の捉え直し：ASD特性のことをIPやCSOが「努力不足」「育て方の問題」と考えてしまうことがあるし、逆に「だから障害者として生きる」「だから未学習や誤学習はしょうがない」と考えてしまうこともある。地域の刺激から隔絶され、じっくり自己と向き合う時間があるときであるからこそ、特性や自己と向き合い、捉え直し、再出発に向けた心の準備を整えていくことが重要である。

以上は Table 8にまとめられる。

Table 8 矯正施設や精神科病院内での集中的治療教育の内容

-
- ① 精神疾患への治療
 - ② 根拠のない恨みへの対策
 - ③ 母性対象と適切な距離感を保つための対策
 - ④ フラッシュバックへの対策
 - ⑤ パターン化した生活への対策
 - ⑥ 刺激に対して混乱することへの対策
 - ⑦ 多くの人が自然に学んできたことを学んできていないことへの対策
 - ⑧ 形成された行動の維持・般化への対策
 - ⑨ 強みを伸ばす
 - ⑩ 疾患教育や自己の捉え直し
-

後期には、IPの地域移行に向けて慎重に計画がされていく。フィードフォワードとして、「地域以降後に、～をしたら、再入所・再入院になる」というリミットセッティングもおこなわれることも多い。また、地域移行に向けて地域の新たな支援者がリセット中から紹介されるが、紹介する際には、CRAFTのphase Iや、本プログラムCRAFTのphase Iに準じてCSOへ支援をおこなう役割、を参考とし、IPの地域支援者と会うこ

とへの動機づけを高めることが重要である。というのは、IP が、入所／入院中は強制的な環境だったために地域支援者とつながっていたが、退所／退院後にすぐに関係を断つことを避けたいし、実際そのようなケースを多く見聞きするからである。刑法で保護観察がついていれば、退所後にも法的強制力が継続することになるが、それがなければ基本的に全てのことは IP の自由意思による契約行為となる。「リセット」役割が CSO となり、IP が自発的に地域支援者とつながることを目指していくことになる。具体的方法は上述の CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう役割、と同様である。

4) この役割の支援者になるための条件

この役割の支援者には、ASD 特性についての理解、多くの心理療法の知識と経験、二次障害の治療に関する知識と経験、IP の動機づけを高めるための面接技術、地域の社会資源など、多くの知識と経験とネットワークが必要となる。また、IP の不適応行動が完全に消失することや、支援への動機づけが完全に高まることはないことから、退所・退院の基準を冷静に見極めていく姿勢も必要となる。

4. 「本人支援」段階 (phase II)

「本人支援への準備」段階 (phase I) の様々な工夫を経て、IP がやっと自発的に支援を受けることを希望した段階である。そして、そのような IP に対して、できるだけスムーズに支援関係を結ぶべき段階でもある。この段階はオリジナルの CRAFT の phase II に該当する。この段階に入る前に、CRAFT に準じて (スミス・メイヤーズ, 2012)、以下を事前に準備しておく必要がある。1. IP が希望したあと 48 時間以内に IP は支援者に会うことができる 2. 支援者は IP が来談したならば速やかにラポールを形成し受理面接をおこなう。またそのために、支援者は前もって IP の経過を把握しておく 3. 支援者は主として行動的／認知行動的な志向性をもっている 4. 支援者は家族相談を実施するスキルをもっている。

CRAFT の phase II に準じて支援の構成要素は以下の 7 つとする。

- ① 不適応行動の機能分析
- ② 支援の目標、生活のゴールをつくりそれに合わせた生活を中心にする
- ③ 適応的な行動をできるときの状況をしらべ自覚する
- ④ 相談行動をトレーニングする
- ⑤ コミュニケーション・スキルや問題解決スキルを含むソーシャルスキルトレーニング
- ⑥ 社会生活やリクレーションを豊かにするための相談やスキルトレーニング
- ⑦ 不適応行動再発の予防トレーニング

CRAFT 同様個々のケースにあわせて適宜必要なものを使用する（スミス・メイヤーズ，2012）。加えて支援者の判断で ASD 特性に特化したセッション（特性理解、特性への対応方法、社会資源情報）をおこなうことがある。これはセッション終了後にも IP が IP 発信で地域資源を利用し続けられるようにするために重要である。それらをどのような手順でおこなうか、上述の要素をどう組み合わせるか、そしてどのような治療構造で具体的にどのような面接をおこなうか、などについては、個々のケースの状況に応じて異なるが、標準的には以下のように用いる。

1) 治療構造

IP の自発的希望により契約を結び支援をおこなう。CRAFT における phase II の臨床試験プロトコールの治療構造は最大 6 か月もしくは 12 回であり、CSO へのセッションスタート後 6 か月間のみ受け付けられるが（Meyers et al., 1998）、このプログラムにおいては日常臨床の範囲内であり、ASD 支援においては上述のように、未学習と誤学習の予防や対応、または形成された行動の般化や維持のために、障害者ケアマネジメントなどのソーシャルワークが必要な場合が多いことから、特に期限を設けない。また、上述のように、ASD 特性によっては支援者が言わずもがなと省きがちな治療構造、例えば、支援者の立場や支援できることの範囲、支援の目的、支援や支援終了後の見通し、IP の役割、などについて、IP が理解できるような方法で、あらかじめ伝えておくことが必要である。

2) アセスメント

ここでの重要なアセスメント対象は、IP のニーズや感情である。IP が IP 自身のニーズや感情を捉えることが困難であることは多いため（アトウッド，2008）、支援者はその時点その時点で IP が表明するニーズや感情に寄り添いながらも、IP の真のニーズや感情は違うものである可能性やそれらが変化する可能性を考慮し、できるだけ多くの場面の情報を得たり、IP と一緒に IP のニーズや感情を紐解いたりすることが必要である。また構成要素①不適応行動の機能分析は、これからの支援を方向づけるための大切なアセスメントとなる。不適応行動の刺激—反応随伴性だけでなく、背景にある生来性の ASD 特性と環境要因のミスマッチの問題や、維持要因とのダイナミズムの中でとらえる必要がある。

3) 支援の具体的方法

CRAFT では必要に応じて支援の構成要素をメニュー方式で用いており、このプログラムも同様にメニュー方式に必要な構成要素を適宜使用する。支援全体を通して、「支援を論じる支援を論じる以前の確認事項」を考慮に入れる。例えば上述のようにハウリン（2000）は、「『自己選択』や『自己決定』というノーマライゼーションの原理は（中略）自閉症の人にとっては（全員というわけではありませんが）、（中略）問題を引き起こしてしまうことがあります」と述べ、一般的な寄り添い型のソーシャルワークではうまくいかない

ことを指摘している。つまり ASD 特性によっては、ただ IP に寄り添うだけではなく、支援の枠組みを崩さないことや、本人のニーズを言葉以外の行動などからも含めて見立てること、などが必要となる。これらの見立て方については札幌市ホームページ（2014）が参考となる。ASD 特性を考慮にいれ、以下のように段階的に支援をおこなうことが多い。

構成要素①不適応行動の機能分析、構成要素②支援の目標、生活のゴールをつくりそれに合わせた生活を中心にする、③ 適応的な行動をできるときの状況をしらべ自覚する、ASD 特性に特化したセッションは、セッションの動機づけのために初期に用いられる。IP と支援者とで、ASD 特性および適応的行動／不適応行動がおこるダイナミズムの仮説をたて、眺め、それをもとに支援の目標をたてていくのである。そういった過程は単に支援計画をたてるためということのみならず、IP と支援者が共働するというスタイルをつくることや、問題を外在化させること、支援の目的を明確化させること、IP が担うべき部分を明確化させることなどに役立つ。

構成要素④相談行動をトレーニングする、構成要素⑤コミュニケーション・スキルや問題解決スキルを含むソーシャルスキルトレーニング、構成要素⑥社会生活やリクレーションを豊かにするための相談やスキルトレーニング、⑦不適応行動再発の予防トレーニング、については、セッション終結後のことを意識して計画されていく。というのは、ASD 特性をもつ場合、短期間のセッションのみで上記スキルを十分に獲得することは困難であり、またたとえ獲得したとしても、ゆくゆくそれらを応用していくことはさらに困難であるからである。また支援者も、IP が今後身を置く環境の違いによってどのような困難が生じるのかその状況になってみなければ予測がつかないことは多い。機関間連携を密にし、IP が長期的に上記スキルの拡大を図れるよう計画する。

4) この役割の支援者になるための条件

障害者ケアマネジメントの知識と経験が必要不可欠である。同時に上述のように、ASD 特性によっては寄り添い型のソーシャルワークでは問題を引き起こしてしまうことがあるため、時には IP の表面的なニーズに流されない姿勢が必要となる。そうは言っても、IP との信頼関係を損ねしまつては本末転倒であり、これらをバランスよくおこなう臨床能力が必要となる。このように、この役割の支援者は名人芸的になりやすいと考えられるため、支援の根拠を記録に記載しておくことや、複数の支援者と方向性を吟味する必要がある。

5. このプログラムを支えるもの

以上見てきたプログラムをおこなうためには、それを支える地域システムが必要不可欠である。このプログラムを支えるために必要な地域システムを紹介する。

(1) 当事者研究

浦河べてるからはじまった当事者主体の活動である（浦河べてるの家，2002）。本人が苦勞の主人公となり、本人が感じる生活の中の困りについて、本人自身が対処方法を含めて研究していく。通常であれば自分の苦手と向き合うという苦しい作業が、研究という切り口でおこなっていくこと、そして仲間同士で支え合うことによって、ユーモラスな作業となる。本プログラムの対象 IP 全員にこの当事者研究を勧めるわけではないが、一部の IP には、ニーズやタイミングによって勧める。また、支援者がこうした当事者の日常の工夫を聞くことは、ASD 障害の特性を学ぶ助けになるのみならず、生活者としての当事者の視点に触れることができる大切な機会となる。特に、このプログラムが支援を拒否している本人へ介入をおこなうものであることから、当事者の視点を常に意識しパターンリズムに陥らないようにすることは必要不可欠である。この点については、このプログラムの倫理的課題とそれへの対応として、第3章でも詳しく触れることとする。

(2) 家族会

家族は IP にとって大切な存在であり、家族にしかわからない IP の情報を提供してくれる。CRAFT は、従来の他のアプローチが、IP の家族を IP の症状の原因と考え、IP と家族を分離（detach）することありきとしていたこととは対照的に、IP の家族を共同治療者として考え、家族と専門家が協同していった。（Meyers et al., 1996）。

家族には家族にしかわからない苦勞も多く、家族同士の共感と支え合いが有効な場合が多い（釘崎ら，2005）。専門家の時間の制約の問題からも、共感や支え合いを担ってくれる家族会との協同は効果的である。筆者自身の臨床活動もその多くを家族会に支えられている。

(3) 小さなケアマネジメントと大きなケアマネジメント

障害者ケアマネジメントの理論において、小さなケアマネジメント（個別ケースのコーディネート）と大きなケアマネジメント（地域システムづくりのコーディネート）は補完的な関係にある。小さなケアマネジメントの実施を支えるのが大きなケアマネジメントであり、大きなケアマネジメントでは小さなケアマネジメントから地域の課題を発見することができる。

(4) マネジメントとコンサルテーション

このプログラムを一貫してマネジメントしたり、コンサルテーションしたりする機関があると、それぞれの段階の専門機関が支援にまよったときに助けとなる。札幌市においては平成25年度現在、障害者相談支援事業や障害児療育支援事業など様々な制度によって、各段階の専門機関をバックアップする体制を保證できている。一方で上述のように、利益相反や IP の権利擁護を考えると、一人の支援者に判断や権限を集中させることはリスクも

ある。この点については、このプログラムの倫理的課題とそれへの対応として、第3章でも詳しく触れることとする。

(5) プログラムを普及するためのツール

本プログラムを各支援者へ簡便に説明し、本プログラムを実施しやすくするために、支援者向けのリーフレットを作成している（参考資料を参照）。

(6) プログラムのコンセンサス

本章で開発したプログラムについて、ASD 特性を背景にもつ反社会的行動や社会的ひきこもりの支援経験を5年以上有する経験豊富な精神科医師1名と障害者相談支援事業相談支援専門員1名から得た。

6. 第2章のまとめと考察

本章の目的は、支援を拒否する ASD 特性をもつ人への介入プログラムの開発をおこなうことであった。そこで支援を拒否する物質使用者本人に対して優れた治療効果が検証されている CRAFT を基本とし、加えて ASD 特性への支援および危機介入の視点を加え、新たなプログラムを開発した。ここではこのプログラムの社会的意義と実施する上での課題について考察を加えたい。

CRAFT を、ASD 特性をもつ不適応行動へ応用適用する社会的意義は大きく 5 つ考えられる。1 つめは、我が国において 2005 年発達障害者支援法制定以降、急激に発達障害の支援体制が充実してきているが、IP が支援を拒否してきたがためにそれらの知識や制度を知らずにおり、CRAFT がそれらの情報を伝えるツールになり得るということである。筆者の経験でも IP が「これまでどんなにがんばって働いてもうまくいかず自信もなくなって家に閉じこもるようになった。これほど自分に合う制度ができていたなんて驚いた。できるだけ早く働きたい」と語ってくれることを度々経験する。これは就労支援のみならず、就学支援、生活支援などでも同様によく聞かれる言葉である。また発達障害という概念に出会うということは IP が制度を活用できるようになるということのみならず、「これまで苦しんできた能力の凸凹は決して自分の努力不足のせいばかりではなかった」「これからは自分の特性を活かして社会と接していけばよい」というように IP が自己を捉え直す機会にもなり得る。同様に CSO としても、特に CSO が親である場合、「育て方のせいで IP がこのような性質になったわけではない」と自らの接し方を捉え直す機会にもなり得る。CRAFT をおこなうことで IP や CSO が必要な情報にアクセスできるようになるという大きな利点がある。

2 つめは CRAFT が、ストレスレベルが日常的に高いと考えられる CSO をすぐにケアすることができるということである。例えば知的な遅れが目立たない発達障害の場合、誰か

らも指摘されることなく、母親が個性的な我が子について理由がよくわからずに長年自身の育て方を責めてきたり、適切な情報や具体的な援助を得られずに不安を体験してきたりすることが多いと指摘されている（柳楽ら，2004）。そのような慢性的なストレスに加え、IP が不適応行動をおこしているとなると、さらに CSO のストレスレベルが高まっていることは容易に想像される。CRAFT を用いることで、IP が支援の場に登場する前にまずは CSO とお会いすることができ、そして CSO をケアすることができ、結果的に IP を支援につなげることもでき CSO の不安がさらに軽減されるのである。

3 つめは、CRAFT が確定診断を必要としないということである。もちろん IP や CSO が、診断名があった方が状態像を理解しやすいと考えているのであれば、診断名を取り扱うことを避ける必要はないが、CRAFT では従来の我が国における発達障害支援のように診断や障害受容がなければ支援を開始できないということはないのである。筆者の経験からも、IP に発達障害診断がつくことに抵抗を感じる CSO は多いし、何より、支援を拒否している IP を病院につなげること自体が困難である。またたとえ IP や CSO が診断を望んだとしても、我が国の大人の発達障害の診療体制を考えると、診てもらえる医師がなかなかいないか、いても数ヶ月から1年待ちという状況である。CRAFT を用いることで、確定診断を前提とせず、すぐに家族全体への支援を開始することができるのである。

4 つめは、行動理論をベースとした ASD 特性への支援方法は 1970 年代からすでに多く集積されてきたが、そのほとんどは本人に直接支援することを前提としているため本人が支援を拒否する場合には試してみることもすらできなかったが、CRAFT を組み合わせることで、支援を拒否する場合にも、これまで集積されてきた ASD 特性への支援を適用することができるようになる、ということである。本人が子どもである場合にはペアレント・トレーニングのように家族を介して本人に支援をおこなう方法があったが、本人が意思能力をもつ場合には、家族を介してというのも困難であった。CRAFT を用いることで、意思能力をもち支援を拒否する IP の場合にも、ASD 特性への支援を適用することが可能となるのである。

5 つめは最も大切だと思われる点であるが、般化が苦手な ASD だからこそ、過不足なく community から随伴性操作を受け続けられる環境が必要であり、それを考えると、CRAFT は ASD 特性への支援に非常に適しているということである。

以上のように、CRAFT は ASD 特性を背景にもつ不適応行動に対し、非常に適した介入方法であると言える。

最後に CRAFT を施行する上での課題について、主なものを 3 つ取り上げたい。

1 点目の課題は、意思能力をもつ青年期・成人期の IP が支援を拒否する場合に、それでも支援をおこなう法的根拠を整理しておく必要があるということである。例えば CRAFT ではないが、CRAFT と組み合わせて用いられることが多い動機づけ面接では (Miller et al., 1999), 支援者が「倫理的違和感を覚えなかったら、かえって心配である！」としながら、動機づけ面接を用いる倫理的ガイドラインを示している (ミラー・ロルニック, 2007)。ま

た、急ぐ介入が必要な自傷他害のような場面において、いわゆる治療反応性の低い ASD 特性では、非自発的入院の是非など専門家の判断は一致しづらい（長井，2012）。そもそも ASD 特性の診たて自体、専門家の中で幅があるのが現状である（来住ら，2010）。さらにこの問題は、刑法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、年齢によっては少年法や児童福祉法、など多くの法律にまたがる問題であることから、責任の所在が曖昧になりがちである。そのため、法的根拠や専門家の解釈の幅の整理をする作業が必要なことはもちろん、本プログラムによって回復した後の IP 本人の意見を聞きプログラムを振り返るといった慎重で真摯な姿勢が継続的に必要となるだろう。またプログラムの一貫性をもたせることと、利益相反の防止や IP の人権擁護を保証することとのバランスを検討することも必要不可欠である。これらの点については実施上の倫理的課題として、第 3 章でより詳しく検討をおこなうこととする。

2点目の課題は研究上の課題である。家庭内暴力や違法行為の問題は、多くの場合本人や家族にとってあまり外部に知られたくないテーマである。研究の際には、本人や家族の心情に配慮した抵抗感が少ない研究手法を考えたり、研究同意を取る際にも本人や家族の権利を十分に保証したりするなど、手続きに十分な配慮が必要とされるだろう。また、ASD 特性と家庭内暴力や違法行為を短絡的に結びつけスティグマ化されることが決してないよう、ASD 特性を話題として取り上げることについても最大限の配慮が必要とされるだろう。この点についても研究上の倫理的課題として、第3章で詳しく検討をおこなうこととする。

最後に3点目として、本プログラム運用のためには多機関連携が必要不可欠であるということである。様々な機能、様々な分野の支援者が本プログラムの実施には必要なことから、日頃から顔が見える関係づくりを心掛け、互いの職域の認識を深めておいたりケースにおける動き方のシミュレーションを共有しておいたりすることが必要だろう。

文献

- アトウッド, T. 辻井正次・東海明子（訳）2008 ワークブック アトウッド博士の＜感情を見つけにこう＞1. 怒りのコントロール 明石書店（Attwood, T. 2004 *Exploring Feelings Anger Cognitive Behaviour Therapy To Manage Anger*. California, Future Horizon.）
- アルバート, P. A. & トルートマン, A. C. 2004 佐久間徹・谷晋二・大野裕史（訳）はじめての応用行動分析 日本語版第2版 二瓶社（Alberto, P. A. & Troutman, A. C. 1999 *Applied Behavior Analysis for Teachers. Fifth Edition*. New Jersey: Prentice-Hall）
- 天谷真奈美・岩崎弥生 2006 社会的ひきこもり青年を抱える親への看護援助に関する研究～エンパワメントの視点から～ 千葉看護学会会誌, 12, 79-85.
- Bondy, A. & Frost, L. 2001 The Picture Exchange Communication System. *Behavior*

Modification, 25, 725-744.

- フロスト, L.・ボンディ, A. 門眞一郎 (監訳) 2005 絵カード交換式コミュニケーション・システム・マニュアル第二版 佐賀NPO法人それいゆ (Frost, L. & Bondy, A. 2002 *The Picture exchange communication system –Training manual. Second edition. DE.* New York: Pyramic Educational Products)
- グレイ, C. 2005 服巻智子・大阪自閉症協会 (訳) ソーシャル・ストーリー・ブックー書き方と文例 クリエイツかもがわ (Carol Gray 1994 *The new social story book.* Jenison: Jenison Public Schools.)
- ドーソン, G. (編) 野村東助・清水康夫 (訳) 1994 自閉症—その本態, 診断および治療 日本文化科学社 (Dawson, G. 1989 *Autism: Nature, diagnosis, and treatment.* New York: Guilford Press)
- ハウリン, P. 久保紘章・谷口政隆・鈴木正子 (訳) 2000 自閉症—成人期にむけての準備<能力の高い自閉症を中心に> ぶどう社 (Howlin, P. 1997 *Autism: Preparing For Adulthood.* London, Routledge.)
- 木部則雄 2009 アスペルガー障害の芸術的創造性: ヘンリー・ダーガーの精神分析的 理解 白百合女子大学研究紀要, 45, A105-A129.
- 河合俊雄・田中康裕・畑中千紘・竹中菜苗 2010 発達障害への心理療法的アプローチ (こころの未来選書) 創元社
- Koegel, R. L. & Koegel, L. K. 1988 Generalized responsivity and pivotal behaviors. In Horner, R. H. & Dunlap, G. & Koegel, R. L. (eds) *Generalization and maintenance: life-style changes in applied settings.* Baltimore: Paul H. Brookers. Pp. 41-66.
- 近藤直司・小林真理子 2008 ひきこもりと広汎性発達障害 臨床精神医学, 37, 1565-1569.
- 釘崎良子・服巻繁 2005 自閉症の子どもを持つ親の支援のあり方に関する検討: 自閉症親の会アンケート調査による (保健福祉学部福祉学科). 西南四学院大学紀要, 9, 72-82.
- 来住由樹・平林直次・大森まゆ・中嶋正人・石丸正吾 2010 入院医療における社会復帰促進に関する研究 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」(主任研究者 中島豊爾) 平成 21 年度総括・分担研究報告書 59-81.
- Lovaas, O. I., Koegel, R., Simmons, J. Q. & Long, J. S. 1973 Some generalization and follow up measures in autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 131-165.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. & Smith, J. E. 1996 Community reinforcement training with concerned others. In V. B. Hasselt & M. Hersen(eds.) *Source of psychological treatment manuals for adult disorders.* New York: Plenum Press. pp. 257-294.
- Meyers, R.J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. 1998 Community reinforcement

- and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, **10**, 291-308.
- ミラー, W. R. ・ ロルニック, S. 松島義博・後藤恵 (訳) 2007 動機づけ面接法 基礎・実践編 星和書店 (Miller, W. R. & Rollnick, S. 2002 *Motivational Interviewing*. New York: The Guilford Press)
- 長井秀典 2012 法律家の立場からみた治療反応性 司法精神医学, **7**, 92-96.
- 岡嶋美代・原井宏明 2009 コミュニティ強化アプローチと家族トレーニング 精神科治療学, **24** (Supple), 44-45.
- 大野裕史・杉山雅彦・谷晋二・武蔵博文・矢崎邦雄・園山繁樹・福井ふみ子 1985 いわゆる「フリーオペラント」法の定式化—行動形成法の再検討— 心身障害学研究, **9**, 91-103.
- Rutter, M. 1983 Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **24**, 513-31.
- 境泉洋・堀川寛・野中俊介・松本美菜子・平川沙織・NPO法人全国引きこもりKHJ親の会 2011 「引きこもり」の実態に関する調査報告書⑧—NPO法人全国引きこもりKHJ親の会における実態— 徳島大学総合科学部境研究室
- 坂野雄二・鈴木伸一・浅野桂子・海老原由香・小林みずき・嶋田洋徳 1996 認知行動療法における認知的変数の検討 早稲田大学人間科学研究, **9**, 143-162.
- 斎藤環 1998 社会的ひきこもり—終わらない思春期 PHP 研究所
- 齊藤万比古 2009 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート 学習研究社
- 札幌市ホームページ 2014
<http://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/hattatu/hattatu.html>
- 佐々木正美 1993 講座自閉症療育ハンドブック 学習研究社.
- 杉山登志郎・辻井正次 1999 高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症 ブレーン出版
- スミス, J. E. & メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦 (監訳) 2012 CRAFT 依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル—金剛出版 (Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families*. New York: a Guilford Press)
- 内山登記夫・水野薫・吉田友子 2002 高機能自閉症・アスペルガー症候群入門 正しい理解と対応のために 中央法規出版株式会社
- ウィング, L. 1998 久保紘章, 佐々木正美, 清水康夫 (訳) 自閉症スペクトル—親と専門家のためのガイドブック 東京書籍株式会社 (Wing, L. 1996 *The Autistic Spectrum: A guide for parents and professionals*. London: Constable and Company)
- 浦河べてるの家 2002 べてるの家の「非」援助論 医学書院
- フリス, U. 1991 富田真紀, 清水康夫 (訳) 自閉症の謎を解き明かす 東京書籍印刷株

- 式会社 (Frith, U. 1989 *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Basil Blackwell)
- 山本彩 2013a 発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへのCommunity Reinforcement and Family Training (CRAFT) 適用の可能性 北海道大学大学院教育学研究院紀要, **118**, 59-82.
- 山本彩 2013b 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や違法行為などの行動の問題に対する、危機介入を含む包括的プログラムの開発. 北海道大学大学院教育学研究院紀要, **119**, 197-218.
- 山本彩・室橋春光 2014 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある (または疑われる) 社会的ひきこもりへの CRAFT を応用した介入プログラム～プログラムの紹介と実施後 30 例の後方視的調査～ 児童青年精神医学とその近接領域, **55**, 280-294.
- 米田衆介 2011 アスペルガーの人はなぜ生きづらいのか 講談社
- 柳楽明子・吉田友子・内山登紀夫 2004 アスペルガー症候群の子どもを持つ母親の障害認識に伴う感情体験—「障害」として対応しつつ「この子らしさ」を尊重すること— 児童青年精神医学とその近接領域, **45**, 380-392.

第3章 プログラムの倫理的課題と方法論的課題

第2章で有効と考えられるプログラムを開発したが、支援を拒否する本人（Identified Patient；以下、IP）に介入をする以上、その運用にあたってはIPの人権への最大の配慮が必要となる。また、家族にとってあまり知られたくないデリケートな話題をプログラムで取り扱うということで、IPの重要な関係者（Concerned Significant Others；以下、CSO）への配慮も当然必要となる。このようにプログラムを運用するだけでも多くの配慮を必要とするが、さらに研究協力も依頼するとなるとより一層の倫理的配慮が必要となるだろう。本章では、そうした倫理的課題について整理、検討することを目的とする。また、倫理的課題に配慮するために制限されるエビデンスレベルをはじめ、その他の方法論的課題についても整理、検討することとする。

1. プログラムを実施する上での倫理的課題

第2章考察でも触れたように、このプログラムが、IPが支援を拒否している段階から介入をおこなうものであり、また基本的にCSOのニーズに沿って進むことから、IPの人権擁護の視点を常に取り入れることや、CSOとの利益相反を防止することが必要不可欠である。またこれまで触れてきたように、自閉症スペクトラム（Autism spectrum disorder；以下、ASD）特性を加味すると介入の一貫性を保つことが重要であるが、その際、機関や事業所を超えた情報のやりとりの中で個人情報保護に十分配慮する必要がある。以下に、このプログラムを担うそれぞれの役割が意識すべき倫理的課題と倫理的課題への配慮についてまとめる。

(1) 「本人支援への準備」段階

この段階では適宜、Community Reinforcement and Family Training(以下、CRAFT)のphase I に準じて相談に訪れたCSOへ支援をおこなう役割と、危機介入を法律に準じておこなう役割、矯正施設や精神科病院内での支援をおこなう役割、の三つの役割を準備することとしていた。以下に、それら三つの役割が意識すべき倫理的課題と倫理的課題への配慮についてまとめる。

1) CRAFTのphase I に準じてCSOへ支援をおこなう役割

この役割はCSOとの治療契約により、CSOへの支援をおこなうものである。IPへの倫理的課題については特に何も生じないと考えられる。他の役割と連携をとる際は、CSOの支援者としてCSOの理解を得、情報共有することとなるだろう。

2) 危機介入を法律に準じておこなう役割

この役割は治療契約や守秘義務を超えて、法律に準じて介入をおこなうものである。従って法律の範囲内で守秘義務を解除し、情報共有をおこなうこととなる。

3) 矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割

この役割がおそらく最も、守秘義務や利益相反の防止について、複雑で高度な判断をせまられることになると考えられる。なぜなら「危機介入を法律に準じておこなう役割」からの流れで IP は矯正施設や精神科病院に入ってきており、大抵それらは IP の了解を得ることなくおこなわれたわけだが、この「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」においては、IP と自発的な支援関係を築き上げていくことを目指して行くからである。自分の了解していないところで自分の情報が流れ、またつながった機関と、信頼関係をつくることを目指すという難しさがある。また、「CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう役割」からも CSO の了解を得て、色々なルートでこの「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」へ情報提供がおこなわれるかもしれないが、ここで注意が必要なのは、CSO と IP のニーズを聞くことが、IP 支援の中立性を脅かし、利益相反につながりやすいということである。例えば、IP の家庭内暴力で悩む CSO と CSO からの相談を受けた支援者が、IP の支援者となる矯正施設や精神科病院などにそのことを直接情報提供することは、本来 IP の支援者となるべき「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」の判断を曇らせ、純粋に IP 支援にのみ集中することを妨げてしまうかもしれない。それを避けるためには、「CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう役割」と「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」はそれぞれ独立性を保つこととし、情報共有が必要な際は「危機介入を法律に準じておこなう役割」を介するなど、法的手続きに準拠すべきである。

しかし一方で、2014 年現在の我が国ではそれらのシステムが整っているとは言えず、CSO 支援側と IP 支援側とが独立性を保たずに役割が不明瞭なまま連携をとったり、また逆に必要な情報さえ分断されてしまったりしてしまっていることは少なくない。従って、現状では臨機応変にそれらをおこなうしかない状況であるが、その際も、基本的には利益相反を防止し、それぞれの役割が中立性を保ち、役割を全うできるよう細心の注意が払われるべきである。

(2) 「本人支援」段階

この役割は IP との治療契約により、IP への支援をおこなうものである。他の役割と連携をとる際は、IP の支援者として IP の了解を得、情報共有することとなる。

2. マネジメントやコンサルテーションをする上での倫理的課題

上述のように、プログラムの一貫性を保つことと個人情報の保護は、両方とも重要であ

る。マネジメントやコンサルテーションをおこなう際は、基本的に本人の了解を得るか、もしくは了解を得られない場合は個人を特定できるような情報を出さずに一般的な情報のやりとりのみにとどめる。

3. 当事者の視点

以上の配慮をしても尚それらは支援者目線での配慮の域をでていない。当事者の視点を常に忘れないようにするために、回復した後の IP からの意見を参考にしたり、当事者団体からの意見を得たりする必要がある。

4. 研究の倫理指針の考え方

臨床研究をおこなう際の倫理指針としては、厚生労働省による「臨床研究の倫理指針」と「疫学研究の倫理指針」が考えられる。どちらの倫理指針を使うべきかについては、厚生労働省作成の Q&A による定義のディメンションツリー（厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針（改訂）についての Q&A」ホームページ，2014）を参照すると、「能動的医療介入」であり、「通常診療を超えている」または「通常診療を超えていないが割り付けて群間比較をおこなっている」場合には臨床研究と判断され「臨床研究の倫理指針」が適用となり、それ以外の研究では「疫学研究の倫理指針」が適用になる。ただしどちらが適用になるか不明確な領域もあり厚生労働省では検討が続いている（厚生労働省「第 9 回疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る合同会議資料」ホームページ，2014）。ここでは不明確な部分の議論は避け、上述のとおり、「能動的医療介入」であり、「通常診療を超えている」または「通常診療を超えていないが割り付けて群間比較をおこなっている」場合には臨床研究の倫理指針を、それ以外の場合は疫学研究の倫理指針を基本的に適用すると考え、課題を整理する。

5. 「能動的医療介入」であり、「通常診療を超えている」または「通常診療を超えていないが割り付けて群間比較をおこなっている」場合の倫理指針

検討に入る前に整理が必要なことが、本稿プログラム、すなわち ASD 特性を背景にもち支援を拒否している IP への CRAFT、が「通常診療を超えた能動的医療介入」と判断されるかどうかということである。上述の厚生労働省作成 Q&A（厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針（改訂）についての Q&A」ホームページ，2014）によると、「『通常診療を超えた医療行為』とは一般的に広く行われている医療行為以外、例えば、医学的に効果などが検証されていない新規の治療法のことなどを指します」とある。その基準で言うならば、CRAFT は ASD 特性への適用の報告は見られないものの、物質依存やホームレス支援、社

会的ひきこもりにすでに広く適用されており、効果検証もされ、特に物質依存では世界的にスタンダードな介入となっていることから、通常診療の範囲内とみなしてよいのではないかと考えられる。したがってここでは、本稿プログラムを用いて割り付け群間比較をおこなう場合の倫理指針について、「臨床研究の倫理指針」（厚生労働省「臨床研究の倫理指針」ホームページ，2014）から主要なものを抽出して整理する。

(1) 研究計画書

研究責任者は、被験者に対する説明の内容、同意の確認方法、その他のインフォームド・コンセントの手続きに必要な事項を臨床研究計画に記載しなければならない。指針では、基本的に研究計画書に記載すべきこととして、具体的項目が列挙されている。

(2) インフォームド・コンセント

研究者は、被験者又は代諾者等に研究について説明し同意を得なければならない。指針では、基本的にインフォームド・コンセントで取り上げるべき具体的項目を列挙している。尚本稿プログラムにおける被験者とは、IP が支援を拒否している段階では基本的に CSO が、IP が支援を希望する段階では IP が該当するだろう。

(3) 倫理委員会

研究の実施又は継続の適否その他臨床研究に関し必要な事項について、被験者の人間の尊厳、人権の尊重その他の倫理的観点及び科学的観点から調査審議するために、倫理委員会を設置することになっている。

6. 上記以外の場合の倫理指針

「疫学研究の倫理指針」（厚生労働省「疫学研究の倫理指針」ホームページ，2014）から主要なものを抽出して整理する。

(1) 研究計画書

研究計画書に記載すべき事項として具体的項目が列挙されている。

(2) インフォームド・コンセント

指針では、基本的にインフォームド・コンセントで取り上げるべき具体的項目や、インフォームド・コンセントを簡略化若しくは免除を行う場合の要件とその際の情報公開の方法などについて示されている。例えば、本稿で開発したプログラムを実施した後のカルテ調査は、同指針における「観察研究を行う場合」の中の、「人体から採取された試料を用い

ない場合」の中の、「既存資料等のみを用いる観察研究の場合」に該当すると考えられ、その場合は、「研究対象者からインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しない。この場合において、研究者等は、当該研究の目的を含む研究の実施についての情報を公開しなければならない」とされている。公開すべき事項については同指針で列挙されているが、公開の具体的方法について同指針で記載はない。

(3) 倫理委員会

倫理委員会の構成や運営、迅速審査の要件などが示されている。

7. 侵襲性とエビデンスレベルとのバランス

第2章考察で触れたように、本稿プログラムの対象となる家庭内暴力や違法行為の問題は、多くの場合本人や家族にとってあまり外部に知られたくない内容であり、研究の際には、本人や家族の心情に配慮した抵抗感が少ない研究手法を考えたり、研究同意を取る際にも本人や家族の権利を十分に保証したりするなど、手続きに十分な配慮が必要とされる。それらを考えると、研究手法の中でカルテ調査が侵襲性少なく調査をしやすいと考えられる。一方でカルテ調査では、後方視的調査であるために調査者のバイアスが入りやすく、エビデンスレベルが低いと言える。つまり侵襲性の軽減に重きをおくか、エビデンスレベルに重きをおくか、優先する事項によって研究方法の選択が異なってくると言える。ここでは、その判断のために、米国予防サービス特別委員会(1996)が挙げている証拠の質の順位を示す。

- I : 最低1つ以上の、正しく無作為化された比較試験(Randomized Controlled Trail : RCT)から得られた証拠
- II-1: 無作為ではないがよくデザインされた比較試験から得られた証拠
- II-2: 1つ以上の施設または調査団体による、よくデザインされたコホート研究または症例対照研究から得られた証拠
- II-3: 介入する場合としない場合についての、数回連続の調査から得られた証拠
- III: 臨床的経験、記述的研究、熟達した委員会の報告に基づいた、社会的地位のある権威者の意見

8. 倫理面以外の方法論的課題

このプログラムを実施する上で、またはこのプログラムを用いて臨床研究をする上で、事前に整理が必要な方法的課題を以下にまとめる。

(1) 効果測定尺度の選択

オリジナルの CRAFT の臨床研究で使用された効果測定のための評価指標は非常に多いため (Meyers et al, 1998)、本稿プログラムに応用適用するに際しては、それらから必要なものを適宜選んで用いたり、または物質依存特異的な評価指標を省き不適応行動に関するものを加えたりする必要がある。特に以下の理由から、**phase I** において **IP** が治療契約に至ったかどうかの行動観察を、本稿プログラムの主な効果測定の指標としたい。理由の 1 つめは、オリジナルの CRAFT は当初 **phase I** と **phase II** が同じ比重で触れられていたが (Meyers et al, 1998)、近年は **phase I** が強調されており、効果測定についても治療契約率が主に用いられている (スミス・メイヤーズ, 2012) からである。理由の 2 つめは、もとの **IP** の ASD 特性の濃淡や **IP** のニーズにより、**phase II** における治療目標の設定は、個々のケースによってかなり異なってくると考えられるからである。例えば治療契約が結ばれた後、ある **IP** は一般就労を目指し、ある **IP** は定期通院を目指し、ある **IP** は再犯しないことを目指すかもしれない。非常に多様な目標設定とそれにとまなう効果測定の指標が必要となると考えられる。

(2) CSO を介しての効果測定の限界

IP が支援を拒否しており **CSO** へ支援する段階では、**CSO** を介して **IP** へ働きかけ本稿プログラムの目標を目指していく。当然、この段階の効果測定には、それらを反映する尺度を測定していくこととなるが、**CSO** を介して間接的に測定するため、自ずと **CSO** のバイアスが入りやすい状況だと言える。効果測定の際はそうした限界を十分念頭においておく必要がある。

(3) パッケージプログラムやメニュー方式における効果測定の限界

本稿プログラムのようにメニュー方式の包括的介入プログラムの場合、プログラムの一貫性や、プログラムと効果と関連の一貫性の検証は困難である。ドライデン・レントウル (1991) は、治療要素の中でどれが結果に影響しているかを知るためには、治療要素の分解研究が必要となると指摘する。一方、臨床での運用を考えると、個々の **IP** や、**CSO**、コミュニティの多様性に応じて柔軟に実施できるメニュー方式のプログラムは実用性が高いと言える。上述のエビデンスレベル同様、分解研究による検証に重きをおくか、臨床における利便性に重きをおくか、のバランスの問題になると言える。

9. 第 3 章のまとめと考察

本章の目的は、第 2 章で開発したプログラムの運用と研究に先がけ、倫理的課題とその他の方法論的課題を整理、検討しておくことであった。最後に考察をいくつか加えたい。

1 点目は、「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」に倫理面に関して複雑で高度な

判断がせまられることが多い可能性と、それを支えるシステムが 2014 年現在の我が国では整っていないことについてである。このことは序論や第 1 章で概観したように、精神保健福祉精神保健福祉法による通報と ASD 特性との関連について量的調査がないことや、司法的処遇と精神科医療的処遇が混沌としていることによくあらわれていると言える。そのような中で、特に裁判の判決に守られていない精神科医療や自治体の運用に幅がでてしまうのは、当然のことなのかもしれない。精神科医療や自治体の情熱にのみ頼らない、我が国全体としてのシステムの整備が望まれる。

2 点目は研究を進める上での倫理審査委員会の重要性と利便性についてである。上述のように、研究を進める上では IP と CSO の人権や利益相反や研究倫理が十分に配慮されるべきであるが、一方で、そもそも支援を拒否する IP へ研究計画を公表することで、IP の行動が事前が変わってしまう可能性がある。そういった場合には研究計画の公表のされ方が工夫される場合がある（平成 14 年 6 月 17 日付厚生労働省通知「疫学研究に関する倫理指針の施行等について」）。それらを総合的かつ公正に判断するためには倫理審査委員会による判断が必要不可欠であるが、倫理審査委員会の運営は現在多くの施設で負担が増加しており（玉腰，2003）、また、倫理審査委員会が開かれる頻度が少ない施設もあり、倫理審査委員会の利便性については今後の課題である。特に補助金がでる臨床研究は単年度や 3 年間などと短期間であることが多く、倫理審査委員会の利便性の問題は研究に大きな影響を及ぼすものと考えられる。

1 点目も 2 点目も、実践および研究のためのインフラ整備の必要性と言えるだろう。

文献

- ドライデン・レントゥル 丹野義彦（監訳） 1996 認知臨床心理学入門 認知行動アプローチの実践的理解のために 東京大学出版会（Dryden, W. & Rentoul, R. 1991 *Adult Clinical Problems: A cognitive-Behavioural approach*. Oxon; Routledge.）
- 厚生労働省 平成 14 年 6 月 17 日付厚生労働省通知「疫学研究に関する倫理指針の施行等について」
- 厚生労働省 「第 9 回疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る合同会議 資料」ホームページ 2014
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000038115.html>)
- 厚生労働省 「臨床研究の倫理指針」ホームページ 2014
(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinsyo/dl/shishin.pdf>)
- 厚生労働省 「疫学研究の倫理指針」ホームページ 2014
(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/ekigaku/0504sisin.html>)
- 厚生労働省 「臨床研究に関する倫理指針（改訂）についての Q&A」ホームページ 2014

[\(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/\)](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/)

Meyers, R.J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. 1998 Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*. **10**, 291-308.

米国予防サービス特別委員会(Preventive Services Task Force) 1996 *Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed.* Baltimore: William & Wilkins.

玉腰暁子 2003 疫学研究におけるインフォームド・コンセント 保健医療科学, **52**, 194-198.

スミス, J. E. & メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦(監訳) 2012 CRAFT 依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル—金剛出版 (Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families.* New York: a Guilford Press)

第4章 社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ

本章では、社会的ひきこもりを呈する本人（Identified Patient；以下、IP）2人に対して、第2章のようにプログラム化はされていなかったが、その都度必要に応じて第2章作成プログラムと同様の介入をおこなった経過を、シングルケーススタディの形式で報告する。考察では、本章介入方法の有効性や、第2章で開発したプログラムとの比較や、オリジナルのCommunity Reinforcement and Family Training（以下、CRAFT）との比較、今後の課題について検討する。

1. 児童への介入事例

(1) 事例への倫理的配慮

厚生労働省の「疫学研究の倫理指針」（厚生労働省「疫学研究の倫理指針」ホームページ，2014）に従い倫理的配慮をおこなった。IPへは、研究趣旨を伝えるとよくない影響がでると考え研究協力について説明をしていないが、IPの重要な関係者（Concerned Significant Others；以下、CSO）であった母親へは研究趣旨を伝え、書面で研究協力の同意を得た。事例の記述において個人を特定しうる情報に変更を加えた。研究計画については北海道大学大学院教育学研究院倫理委員会の承認を得た。

(2) 事例概要

1) IP

中学1年生、男児

2) CSO

母親

3) 家族構成

父は同居していたが本児への関わり方は受動的だった。母はIPのことで悩むことはあったが精神疾患や自閉症スペクトラム（Autism spectrum disorder；以下、ASD）を疑わせる様子はなかった。IPの2歳下の妹は活発な性格で本児との関係も良かった。

4) 成育歴および相談までの経過（母から聴取）

幼少期より家庭では些細な事にこだわり癇癪を起こしたが、外では受動的でトラブル無くすごした。小学校卒業までは数人だが友人もいた。中学入学後すぐに「学校に行く意味がわからない」と母に訴え、登校を渋るようになった。家族以外との交流はなく、1日の大半

を自室にこもってゲームに執着し、食事や保清が乱れた。母がゲームの利用を制限すると母へ暴力を振るったが、父や来訪者がいる時には過剰にいい子の振る舞いをした。CSOである母が初回来所した時点で、登校行き渋りは約9ヶ月続いていた。

5) 診断

中学1年生の時に母の説得で精神科病院を数回受診しアスペルガー障害の診断がついた。IPへの診断名告知は行わなかった。数回受診後は「自分はおかしくない」「何も困っていない」と受療を拒んだ。

6) 来所経路

X年度4月CSOは発達障害親の会からの紹介で筆者が相談員として勤務するA相談機関を来所した。

7) ターゲット行動とその測定方法

CSOが減弱させたいと考えているIPの行動は社会的ひきこもりと暴力であったため、以下の4つの行動を測定した。

- ①月毎の学校出席頻度：セッション毎にCSOからIPが登校した日数を聞き、後日学校にも確認し「月のIP出席日数/月の出席すべき日数×100」で算出。
- ②月毎の自発的相談行動の有無：セッション毎にCSOから有無を聞き、後日学校、病院など関係機関にも確認し月毎の有無で算出。
- ③月毎の地域支援者との交流の有無：セッション毎にCSOから有無を聞き、後日学校、病院など関係機関にも確認し月毎の有無で算出。
- ④月毎の暴力の有無：セッション毎にCSOから聞き月毎の有無で算出。

ベースライン測定時期は設けなかった。CSOおよび学校、病院など関係機関の情報から、CSO初回来所前1年間の各ターゲット行動の状況は以下と確認された。①月毎の学校出席頻度は、X-1年4月から同年6月まで100%、その後7月から順に78%、20%、20%、0%、56%、67%、8%、0%、0%、②月毎の自発的相談行動の有無、と③月毎の地域支援者との交流の有無は、X-1年4月から1年間無し、④月毎の暴力の有無は、X-1年8月から出現し以後毎月持続。

8) 行動分析

初回来所時のCSOの話と、初回来所から2週間以内にCSOの了解を得て収集した学校、病院など関係機関の情報を元に、ターゲット行動について以下の仮説をたてた。背景要因としてIPの生来性のASD特性である行動レパトリの少なさ、情動的予測の困難、自

発性行動の少なさとプロンプト依存傾向、般化と維持の困難があり、それが影響してクラスでの振る舞い方がわからず困惑する、クラスで着目されづらい、が生じた。以前の小学校は刺激統制がされており、弁別刺激となるキーパーソンもいたため、それらの特性が顕在化することは無かった。IPは家から出ないことで困難場面を回避し、家の中でゲームから楽しみを得ていた。ゲームをCSOに取り上げられることがあったが、CSOへ暴力を振るうことでゲームを取り戻すことを学習していた。CSOはIPの行動の理解と対応に苦慮してストレスを感じ、CSOのセルフ・エスティームとセルフ・エフィカシーは低下した。その結果CSOはIPに罰を機能させることができず、IPの行動を維持する要因となっていた。このことはFig.4のように示された。

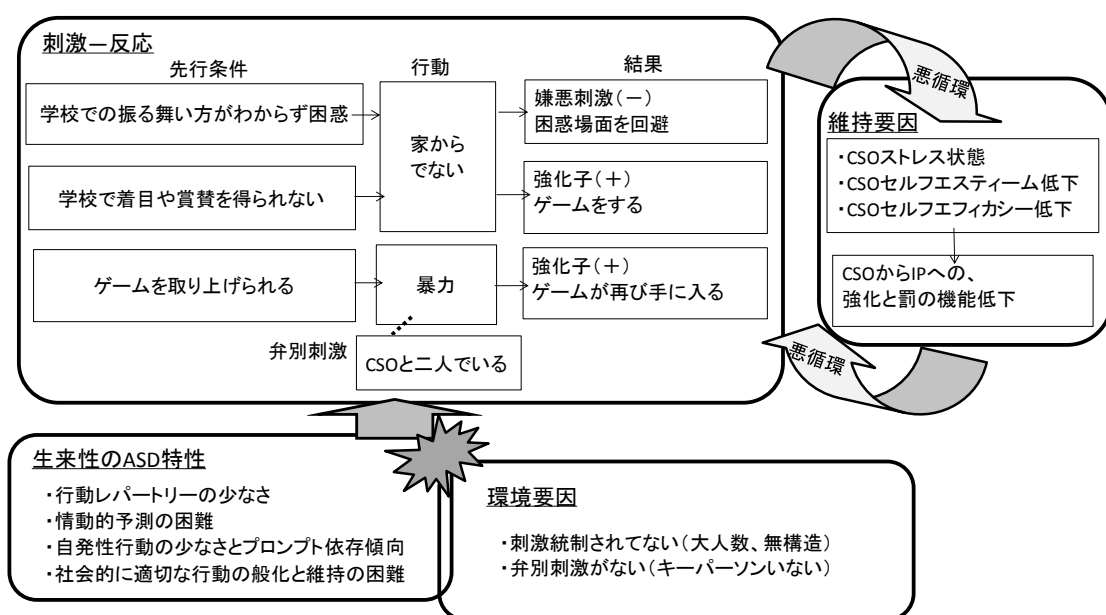


Fig.4 児童事例の行動分析 ((山本、2014) からの抜粋)

(3) CSO への介入 (Phase I)

1) セッション枠組み

A相談機関にて筆者がおこなった。1セッション月1回60分、料金は無料、セッション内の時間配分は定まっていなかった。セッション間に電話で数分相談対応することもあった。利用期限はなかったが目的をはっきりさせるために1年毎に利用契約を結んだ。加えてCSOに了解を得た上で、学校、病院、児童相談所、警察など関係機関と連絡を取り、必要に応じて支援者会議をひらいた。

2) 介入

CRAFT (Meyers et al., 1998) と ASD 特性への支援を組み合わせ、以下をおこなった。

①CSOのセルフ・エスティームやセルフ・エフィカシーの回復：全セッションを通じて面接スタイルはクライアント中心主義的かつ指示的とした(ミラー・ロルニック, 2007)。また、IPに行動変容が起こるか否かにかかわらずCSOの生活の質が向上するようCSOの生活の中の強化子について話し合った。

②CSOのコミュニケーションスキル向上：CSOがコミュニケーションスキルを向上させることは、IPの随伴性操作をする上でも、IPを支援へ誘う上でも、CSO自身の生活の質を高める上でも基礎となる(スミス・メイヤーズ, 2012)。ポジティブなコミュニケーションのガイドライン(スミス・メイヤーズ, 2012)を使用したのに加え、IPに対してASD特性をふまえたコミュニケーション、具体的には、行動レパトリーが少ないことを加味して新たなコミュニケーションについてはスモールステップで1つずつ教える、情動的予測の困難を加味してIPへ説明する時は情に訴える話し方ではなく論理的に話す、自発性行動の少なさとプロンプト依存傾向を加味してIPのコミュニケーションを引き出す際にはプロンプトを用いず動因操作をする、ができるようCSOと話し合った。

③暴力の減弱

a) 環境調整と行動リハーサル:安全確保は最優先事項であることをCSOと話し合い、暴力時に警察に連絡を取れるよう行動リハーサルをおこなった。と同時に、実際にCSOが連絡を警察に入れた時に確実に対応してもらえるよう、事前に連絡調整をおこなった。

b) 随伴性操作：暴力へ正の罰として機能することを目指して、暴力時にCSOからの電話により警察がかけつけ、IPへ「暴力は社会的に認められない」と毅然と説諭するよう連絡調整した。また連絡調整の際、罰刺激による適切な学習のためには、一貫性、即時性、短時間、最初から最強度であることが重要なことと(アルバート・トルートマン, 2004)、IPの情動的予測の困難を加味して論理的に説明することが必要なことを確認した(実際に正の罰として機能していることを、直後にIPの暴力が消失したことをCSOと警察から聞き確認している)。また暴力と拮抗する行動への正の強化として機能することを目指して、IPがゲームを要求する時などに暴力ではなく穏やかにCSOと対話できた時には、CSOはIPへ速やかに「穏やかに言葉でやり取りができて嬉しいよ」と伝えるようにした(実際に正の強化子として機能していることを、直後にIPの穏やかな対話が増えたことをCSOから聞き確認している)。

④社会的ひきこもりの減弱

a) 随伴性操作：家から出ないことへの負の罰として機能することを目指して、IPに予告した上で毎日のゲームの時間を短く制限した(実際に負の罰として機能していることを、暇をもてあまして地域支援者の元へ行きだしたことをCSOと地域支援者から聞き確認している)。また登校行動に対して担任教師は、負の強化として機能することを目指してIPが登校した時にクラスでの振る舞い方が分からず困惑することがないように配慮したり、正の強化として機能することを目指してIPが活躍できる状況を増やし

たりするようにした（しかしこれらが実際に強化子として機能したかは、学校出席頻度が安定していないため確認できていない）。

b) 家庭外にある弁別刺激利用のシェイピング：IPのASD特性である般化と維持の困難を考えると、学校生活に限らず困りを感じた時に、適切な弁別刺激、例えば相談機関を自発的に利用し、進学や就職などの望ましい行動を増加させられるようしておく必要がある。CSOはIPの相談機関への相談行動をスモールステップで方向づけた（しかし実際に弁別刺激として機能したかは、相談直後にIPが進学し登校行動が定着したものの、弁別刺激の有無の操作をしていないために確認できていない）。

3) CSOへのセッション導入後経過

X年度7月にはIPの暴力は消失し、H年度8月からは地域支援者との交流を定期的におこなうようになった。一方、学校出席頻度は安定しなかった（Fig.5）。X+1年度4月に再度行動分析したところ、担任教師から見るとIPは出席時には苦痛なくクラスで振舞っているように見えるものの、CSOには依然「教育を受ける目的がわからない」と言ったり意に反することがあると駆け引きのようにCSOに「学校に行ってやらない」と言ったりすることが多かった。これらのことから、先に立てた行動分析の仮説は支持されるものの、それに加えてIPの就学への動因が低いことと、依然CSOからのプロンプト依存状態であることが、行動の維持に強く影響していると考えられた。

そこでX+1年度10月、IPが中学3年生になり卒業後の進路選択が迫ってきた時、進学や就学についてCSOからはプロンプトを行わず、IPへの弁別刺激の提示となることを目指して以下をおこなった。両親が家庭内の暗黙のルールと考えていた「子どもが中学卒業後、就学か就労のどちらにも進まないのであれば、親として子どもを家庭においておくことはできないと考えている。今、親が何か手伝えることがあれば言ってほしい」ということを、IPへ言語化して伝えた。そうしたところ、X+1年度12月IPに就学の意欲が出て相談動機も高まり、X+1年度1月にIPは自ら希望しB相談機関を利用した。尚、B相談機関は筆者とCSOとで受け入れを事前にお願ひした相談機関であった。一方、CSOが周囲の人から「中学生に進路選択を強いて可哀そう」と言われ動揺することが度々あったことから、筆者は思春期のIPをもつCSO達のグループワークをつくり、想いの表出や共有の場とした。

X+2年度3月、ターゲット行動であった自発的相談行動が安定し家庭内暴力が完全に消失したことから、CSOへの介入を終結した。全セッション回数22回、その他に支援者会議が4回、CSOとの電話相談が7回、支援者との電話による連絡調整が5回だった。

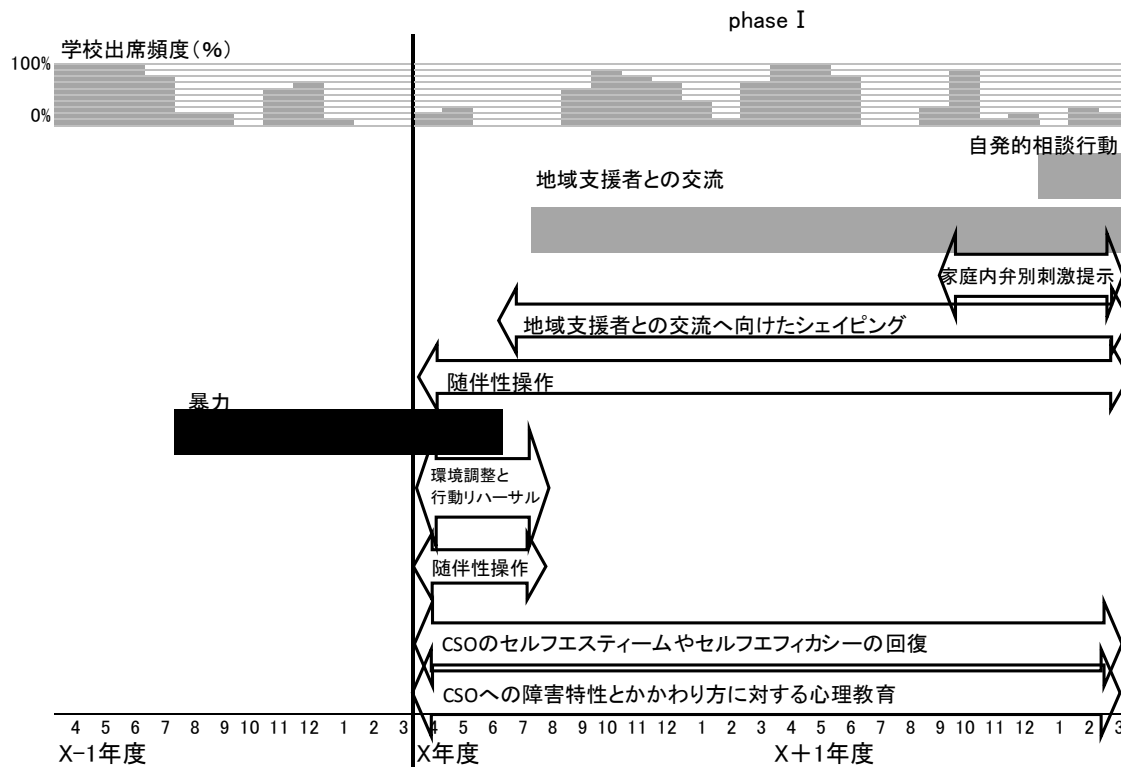


Fig.5 児童事例の支援経過（(山本, 2014) からの抜粋）

(4) IP への介入（Phase II）と経過

進路や生活のアドバイスを受けたいと IP は B 相談機関を訪れた。B 相談機関ではケアマネジメントの手法が用いられた。利用期限、1セッションあたりの時間や頻度に定めはなく料金は無料だった。筆者は CSO と共に B 相談機関相談員へ、これまでの CSO との面談を通して考えられた IP の ASD 特性や行動分析を申し送ったが、実際のセッション方法については B 相談機関相談員へ一任した。

X+2 年度 4 月に IP は高校へ進学した。同月 B 相談機関相談員は IP の了解を得て ASD 特性や行動分析、これまでの支援方法を学校コーディネーターに引き継ぎ、phase II のセッションを終結した。

(5) フォローアップ

Phase I 終結 1 ヶ月後、半年後、1 年後、2 年後に、CSO と B 相談機関相談員に確認したところ、IP は 1 日も休まず登校し、家庭内暴力もなかった。学校コーディネーターが、IP が校内で活躍できる場面を自然につくり、また IP が困惑しそうな場面ではフォローしてくれることで、IP は積極的に登校するようになっていた。CSO は「2 年前が嘘のように穏やかな生活です」「発達障害と診断を聞いた時から専門家が何かしてくれるに違いないと思い様々な専門機関へ行きましたが、セッションを通して IP に対峙するのは専門家ではな

く自分だと気付きました」「向き合うのは親である自分だ、親である自分が決心しなければと思っても、頭でわかって、なかなか行動に移せなかった時期がありました。いくら外部の専門家が親の心のドアを開けようとしても無理だったと思うんです。親の心のドアは自分からでしか開かないと感じました」と語った。

また CSO の話からはそうした IP の社会適応度ばかりでなく、IP の認知機能も向上したことが予測された。例えば、あらかじめデザインしていたわけではないが、簡便な統合失調症認知機能評価尺度として Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) により推奨されている SCoRS の日本語版 SCoRS-J (兼田ら, 2010) に照らして考えると、「場所への行き方を覚える」「用事や責務を覚える」「集中して新聞あるいは本を読む」「新しいことを学習する」「考えを言葉にして、思ったとおり迅速に話す」「物事を迅速に行う」「日課の変更に対応する」「話かけられていることの意味を理解する」「他人が物事をどう感じているか理解する」「集団の中で会話についていく」が、介入前に比べ介入後 2 年後フォローアップの時点で著しく改善していると考えられた。

2. 成人への介入事例

(1) 事例への倫理的配慮

児童事例と同様であった。

(2) 事例の概要

1) IP

30 代、男性

2) CSO

母親

3) 家族構成

父は IP のことを心配しているが単身赴任で年に数回しか帰省できなかった。母は IP の不安に巻き込まれ 1 日に何時間も家具の拭き取り掃除を手伝わされたり外出制約されたりし、肉体的にも精神的にも疲弊していたが、精神疾患や ASD を疑わせる様子はなかった。3 つ上の兄は独立しており IP との接触は数年間ない状態だった。

4) 成育歴および相談までの経過 (母から聴取)

幼少期より神経質なタイプで物の所有者が誰かを過剰に気にした。高校卒業までは数人だが友人がいた。大学入学後友人ができず身の置き方がわからなくなり、1 年後に IP の判

断で大学を退学した。精神的苦痛を訴え自ら精神科を受診したが、すぐに「通院しても何も変わらない」と言い自己中断した。その後は家族からの受診の促しを拒否するようになった。自室にこもりインターネットや読書をするのが中心の生活となり、外出を全くしなくなった。食事や保清などの基本的な生活は保たれていた。次第に自室にばい菌が入ることへの不安が増し、CSOである母の初回来所5年前からは、ばい菌をふき取る手伝いを母にさせ1回あたりの時間が2、3時間となった。母を見ると大学中退時の話やばい菌の話をしたがり、時々話しているうちに興奮し母へ暴力をふるった。不安を理由に母の外出も制限した。これらの行動は来訪者がいる時にはおきなかった。CSOである母の初回来所時点で、家族以外と交流がない生活は約20年間続いていた。

5) 診断

大学1年生の時に精神科病院し、強迫性障害疑い、広汎性発達障害疑いと医師から言われたが、数回の受診のみで自己中断した。

6) 来所経路

X年度4月CSOは行政からの紹介で筆者が相談員として勤務するA相談機関を来所した。

7) ターゲット行動とその測定方法

CSOが減弱させたいと考えているIPの行動は社会的ひきこもり、ばい菌を拭き取る行動、CSOへの束縛行動（ふき取り手伝いをさせる、大学中退やばい菌の話を聞かせる、暴力、暴言、外出制限）であったため、以下の3つの行動を測定した。

①月毎の受療行動の有無：セッション毎にCSOから聞き、後日IPの了解を得られた後、主治医からも聞き月毎の有無で算出。尚、受療以外の社会参加行動については、受療と精神医学的な治療方針が確実になった後に計画することとした。

②月毎のばい菌を拭き取る行動の有無：セッション毎にCSOから聞き月毎の有無で算出。

③CSOへの束縛行動の有無：セッション毎にCSOから聞き月毎の有無で算出。

ベースライン測定時期は設けなかった。CSOおよび行政の情報から、CSO初回来所前1年間の各ターゲット行動の状況は以下と確認された。①月毎の受療行動は1年間無し、②月毎のばい菌を拭き取る行動の有無、と③CSOへの束縛行動の有無、には少なくとも1年間持続。

8) 行動分析

初回来所の時のCSOの話と、初回来所から2週間以内にCSOの了解を得て収集した行政の情報を元に、ターゲット行動について以下の仮説をたてた（Fig.6）。児童事例同様、

背景要因として生来性の ASD 特性と環境要因とのミスマッチがあり、そこに刺激反応随伴性が生じ、さらに維持要因となる家族機能の問題が見られた。

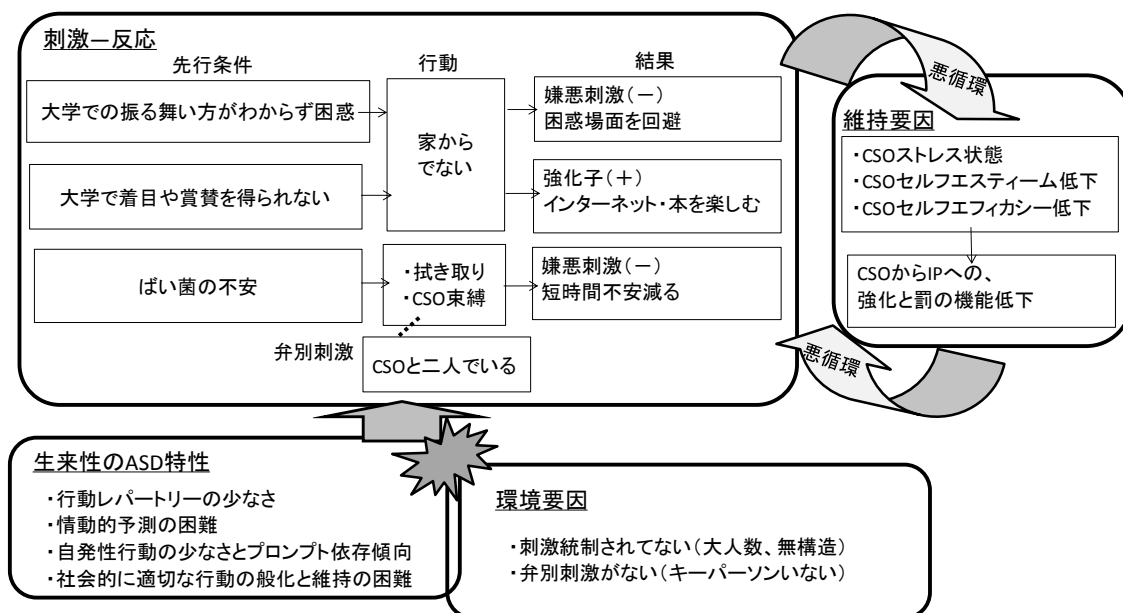


Fig.6 成人事例の行動分析 ((山本, 2014) からの抜粋)

(3) CSO への介入 (Phase I)

1) セッション枠組み

児童事例と同様だった。連携をとった関係機関は行政、精神科病院などだった。

2) 介入

CRAFT (Meyers et al., 1998) と ASD 特性への支援を組み合わせ以下の介入をおこなった。

- ①CSO のセルフ・エスティームやセルフ・エフィカシーの回復：児童事例と同様におこなった。
- ②CSO のコミュニケーションスキル向上：児童事例と同様におこなった。
- ③束縛行動の減弱：児童事例の暴力の減弱と同様におこなった。
- ④拭き取り行動の減弱を目指した家庭外にある弁別刺激利用のシェイピング：拭き取り行動などの望ましくない行動について、IP が家庭外の適切な弁別刺激、例えば医療機関を自発的に利用し、減弱させられるよう、CSO は IP の受療行動をスモールステップで方向づけた (しかし実際に弁別刺激として機能したかについては、拭き取り行動が通院では減弱せず入院直後に消失したことから、相談そのものというよりも、相談を通して実行された入院治療による刺激統制と薬物調整が機能したと考えられる)。

3) CSO へのセッション導入後経過

X 年度 6 月には IP が自ら進んで C 精神科病院受診を希望した(Fig. 7)。尚、C 精神科病院は筆者と CSO とで受け入れを事前をお願いした病院であった。また、CSO は想いの表出や共有の場を求め自らみつけた自助グループに参加するようになった。X 年度 11 月、IP と医師との治療関係が安定し、かつ入院治療をおこなうこととなったことから、CSO への介入を終結した。全セッション回数 5 回、そのほかに支援者会議が 1 回、CSO との電話相談が 5 回、支援者との電話による連絡調整が 5 回だった。

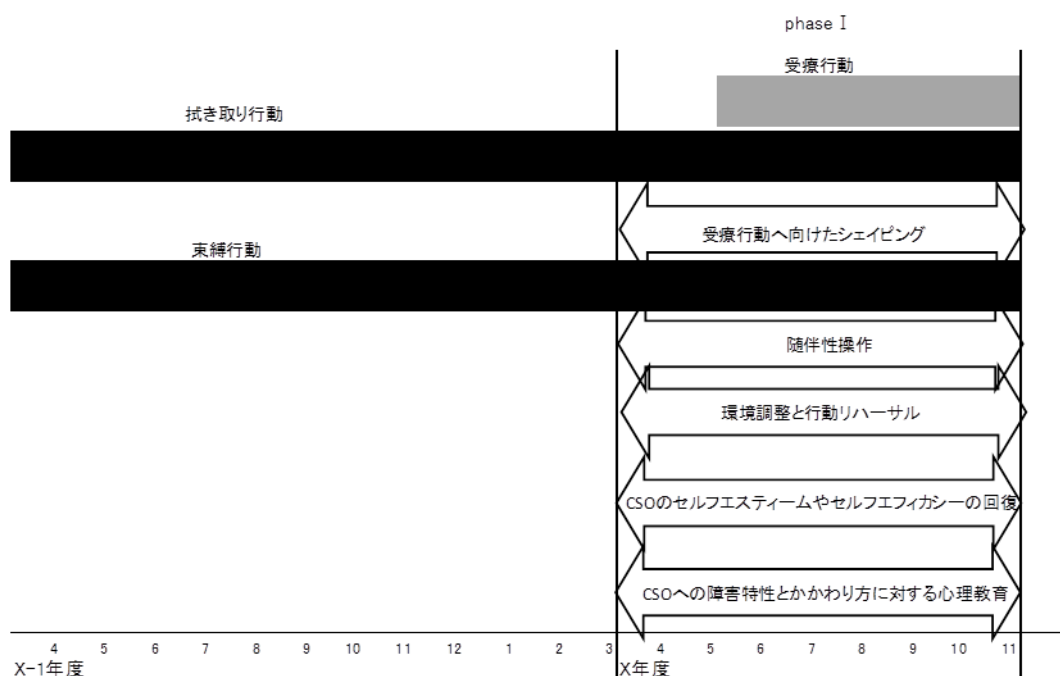


Fig.7 成人事例の支援経過 ((山本, 2014) からの抜粋)

(4) IP への介入 (Phase II) と経過

ばい菌の相談をしないと IP は C 精神科病院を受診した。医師によって医学診断と薬物療法がおこなわれた。利用期限、1セッションあたりの時間や頻度に定めはなく、基本的には 2 週間に 1 度の外来診療がおこなわれた。筆者は CSO と共に C 精神科病院医師へ、これまでの CSO との面談を通して考えられた IP の特性や行動分析を申し送ったが、実際のセッション方法については C 精神科病院医師へ一任した。

X 年度 11 月、IP と医師は、CSO と 2 人きりの時に CSO の姿を見ることが不安や過去の嫌な体験を思い出す引き金となり、そのことが治療を妨げていることを確認し、入院治療を導入したということだった。このことから、CSO と 2 人きりの時に CSO の姿をみることが、IP にとって不安や過去の記憶を誘発する条件刺激になっていることが考えられた。

(5) フォローアップ

Phase I 終結 1 ヶ月後、半年後、1 年後に、CSO と C 精神科病院に確認したところ、IP はまだ入院中だった。というのは、拭き取り行動が減弱したものの、抑うつ気分のコントロールが困難とのことだった。Phase I 終結 2 年後に確認したところ、IP は退院しグループホームから就労訓練施設に通う生活を送っていた。週末には以前大好きだった買い物を楽しんでた。また、主治医と福祉支援者たちに励まされ自発的に相談する機会も増えていた。CSO は「今振り返ると、当時私はマインドコントロールされている状態でした」「セッションを通して親が腹をくくらなければ子どもは変わらないと気づきました」「一山超えた後も親の会に参加し続けています。親の会には当時の私と同じ人ばかりいます。そうした人に、まずは心の中にある想いを、タイミングを見ながら全部吐き出してもらっています。そうしなければ、外からの言葉や新しい情報なんて入りません。それができるのは同じ親同志だからです。そして聞く耳をもってくれる状態になったら、専門家をすすめるようにしているんです」と語った。

また CSO の話からは児童事例同様、IP の社会適応度ばかりでなく、IP の認知機能も向上したことが予測された。例えば上述の SCoRS-J (兼田ら, 2010) に照らして考えると、「新しいことを学習する」「日課の変更に対応する」「集団の中で会話についていく」が、介入前に比べ介入後 2 年後フォローアップの時点で著しく改善していると考えられた。

3. 第 4 章のまとめと考察

本章では、第 2 章で開発したプログラムの前身となった介入方法を、社会的ひきこもりを呈する IP2 事例へおこない、その経過や結果をシングルケーススタディの形式で報告した。ここでは本章介入方法の有効性、第 2 章で開発したプログラムとの比較、オリジナルの CRAFT との比較、今後の課題、について検討し考察を加える。

2 事例ともに ASD 特性に配慮した CRAFT の応用適用が奏功していた。また介入後も ASD 特性をふまえた支援が継続されることで効果が持続していた。本章で用いた介入方法が ASD 特性をもつ社会的ひきこもりへ有効であると考えられた (Fig.8)。

第 2 章で開発したプログラムとの比較では以下の整理ができるだろう。まず両者で異なる点が 2 点考えられる。1 点目は本章の介入方法はプログラムとしてパッケージ化メニュー化されておらず、体系化されていないということである。本章では個々のアセスメントに基づき必要と考えられた ASD 特性への支援と CRAFT をおこなっており、うまくいかない点については再度アセスメントをして支援を組み立て直した。それらを体系的にまとめ、パッケージ化メニュー化したのが第 3 章プログラムと言える。2 点目は、第 3 章で示した CSO 支援における段階的な介入、すなわち、まずは CSO を介して IP へ適切に情報提供をおこなうことを計画し、それがうまくいかない場合は IP へ随伴性マネジメントをおこなう、を意識せずに本章では介入がおこなわれているということである。第 3 章に即して考える

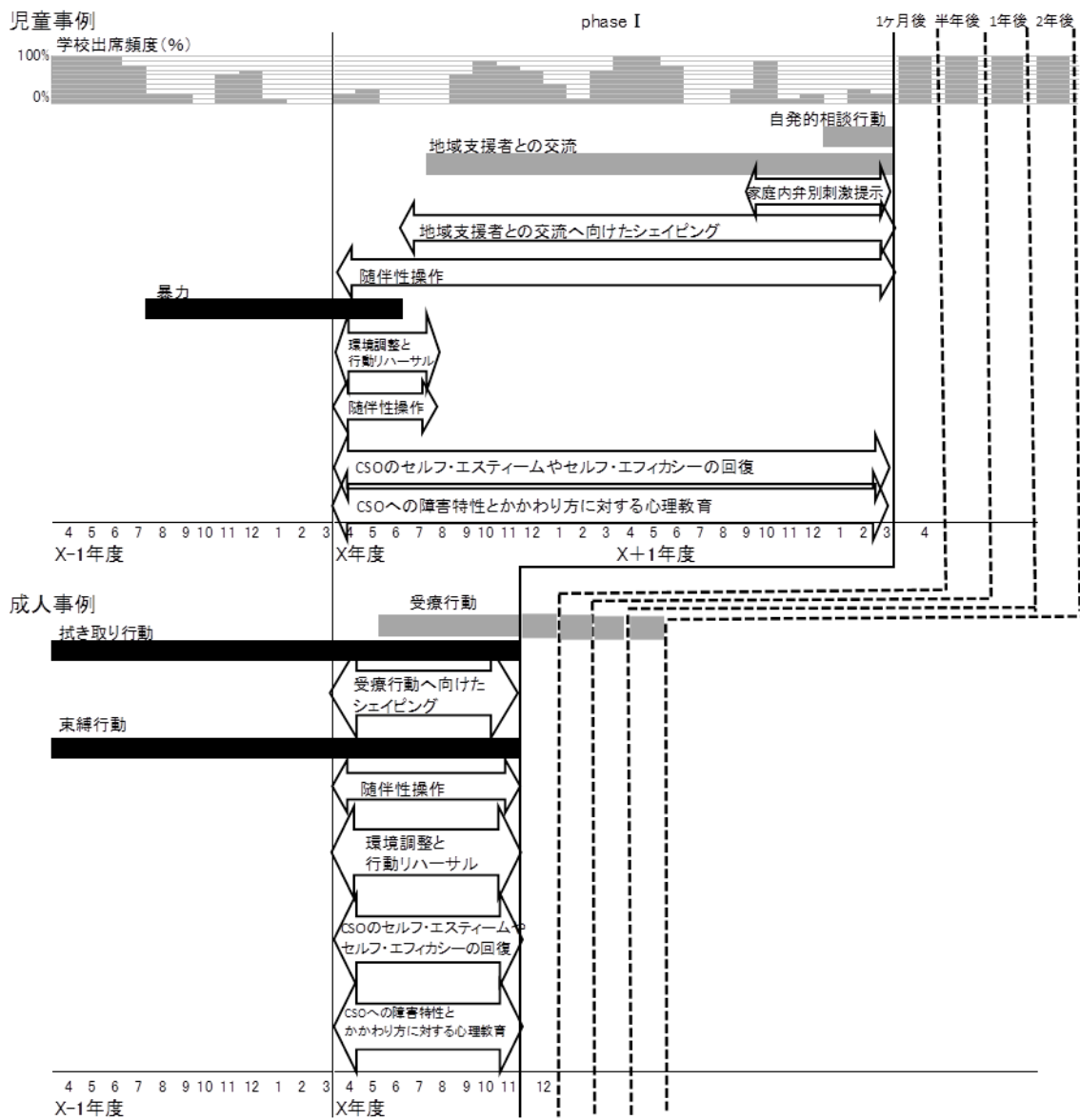


Fig.8 児童事例と成人事例の支援経過 ((山本, 2014) からの抜粋)

ならば、本章の 2 事例ともに、適切な情報提供のみでは変化が望めなかったために、随伴性マネジメントをおこなった、と整理することができる。その他の点は大きな相違点はなく、第 2 章と同様の介入方法だったと言える。オリジナル CRAFT との比較では、実際に介入をしてみて以下の 5 点の違いが大きく感じられた (Table 9)。1 点目は相談事例化するまでの経過が本章の 2 事例では非常に酷似しており、ASD 特性に特化したものと考えられた点である。2 事例とも思春期前までは大きな行動の問題が起きることなく、そしてそれ故に検診での指摘や教育的配慮を必要とすることなく過ごしていたが、思春期以降の環境の変化、つまり刺激統制が崩れたりキーパーソンがいなくなったりしたことによって、初めて ASD 特性と環境とのミスマッチが顕在化していた。2 点目は phase I での介入方法につ

いてで、2事例とも随伴性マネジメント以外にもシェイピングや弁別刺激が必要だったことである。第1章や第2章で触れたように、ASD特性によっては社会的に適切な行動を自然に学ぶのが困難な場合があり、随伴性マネジメントの前に、シェイピングや弁別刺激の提示が必要になることが多い。3点目も同じく phase I での介入方法についてで、2事例ともCSOが共感できる場所を必要としたということである。我が国では一般的に、子育ての責任は基本的に母親が担い、それは子どもが青年期や成人期を迎えても続くものである。また周囲からもそのように期待されることは多い。本章児童ケースがまさしくそうであったように、CSOがIPに対して科学的根拠に基づき適切な接し方をすることが、ときに周囲からは冷たく見え、「IPがかawaiiそう」と言う声となり、CSOを動揺させてしまう。我が国のそうした風潮を考えると、同じ立場のCSO同志の共感の場を準備しておくことが必要と言えるだろう。4点目は phase II での介入方法についてで、2事例とも形成された社会的スキルの維持や一般化のために、phase II 終了後にも社会資源を利用できるよう計画されていたことである。オリジナルのCRAFTでも当然プログラム終了後にも community からIPへの強化が適切におこなわれるよう計画するが、ASD特性をもつ場合は上記の特徴故に特に注意深く計画されるべきだろう。5点目はプログラム全体を通してのことであり、本章成人事例において、CRAFTでは基本的に行わない分離(detach)が必要となったということである。CRAFTは、それ以前の物質依存治療がIPの家族をIPの症状の原因と考えて、IPと家族とを分離(detach)することありきとしていたことに疑問を投げかけ家族をIPとコンタクトをとることができる治療上重要な人物ととらえてきた(Meyers et al., 1996)。本稿でもオリジナルのCRAFT同様に、CSOを治療上重要な人物と考え、分離(detach)をプログラムの目的とはしないが、アセスメントにより必要と判断されれば、方法の1つとして分離(detach)が検討されることになる。その理由は第2章で触れたように、ASD特性をもつ青年期ケースでは、家庭内の混乱がしばしばおこり、唯一の解決法は家から離れることになるからである。なぜそうした混乱がおきるかということについては、本章成人ケースのように、CSOがIPのフラッシュバックや不安や興奮を引き起こす条件刺激となってしまう可能性があると考えられる。

今後に向けた課題については、研究上の課題を3点、実践上の課題を2点あげたい。研究上の課題の1点目は客観的尺度を導入する必要性である。本報告ではIPのASD特性や認知機能について客観的尺度を用いて測定しなかったため、デモグラフィックデータや行動分析の記述において客観性に欠いていた。今後客観的尺度を用いることで、データの客観性を補強することができるかもしれないし、事例の回復過程をより詳細に分析できるかもしれない。また効果測定の指標についても、社会的ひきこもりへの介入研究の先行研究では(野中ら, 2013; 境・坂野, 2010)、CSOのセルフ・エフィカシーなどの認知尺度も用いて測定しているが、本報告では測定しなかった。第3章で触れたとおり、本プログラムの主な効果測定の指標はIPが治療契約に至ったかどうかであるが、上記同様、回復過程の分析のためには、今後はそれらの尺度の導入が必要となるかもしれない。今後の検討事

項である。研究上の課題の 2 点目は前方視的量的研究に向けた体制づくりである。本報告は質的検討を加えた報告だったが、今後エビデンスレベルの向上に向けて前方視的量的研究が必要である。研究上の課題の 3 点目は、プログラムの均一性についてである。オリジナルの CRAFT がそうであるように、本報告においても IP や CSO のニーズや行動分析によって、複数の技法を組み合わせ用いた。実践ではそれは当然のことであり、また必要なことであるが、研究としてプログラムの効果を評価する上では、それでは介入と結果の関係が不明瞭となってしまう。実践と研究のバランスの図り方については今後の課題である。

実践上の課題の 1 点目は ASD 特性の理解者を増やす必要性である。phase I における警察や学校、phase II における B 相談機関や C 精神科病院、その後の支援を引き継いだ学校コーディネーターや福祉支援者のように、ASD 特性をふまえて支援に協力してくれる機関は少ないのが実情である。また児童事例において CSO が周囲から「IP がかわいそう」と言われ動揺したように、支援者に限らず周囲からの根拠のない感情論によって支援が影響を受けることも多い。ASD 特性である般化や維持の困難を考えると、支援継続のために特性についての理解者を増やす必要がある。実践上の課題の 2 点目は CRAFT を実施する支援者の養成である。2013 年に我が国ではじめて Meyers によるワークショップが開催されたが、それまで我が国ではそうした機会はなく、書物から学習するか海外のワークショップを受けるかしか方法はなかった。今後、研修機会やスーパーバイズ機会といった質の保証が必要である。

Table 9 オリジナル CRAFT と ASD 特性を加味した本プログラムの主な違い

		オリジナル CRAFT の場合	ASD 特性を加味した本プログラムの場合
事例化 までの 経過	IP の特性と周囲 とのミスマッチ	特に触れられていない	生来性の ASD 特性と周囲との ミスマッチが思春期以降おきて いた
Phase I	中心となる介入 方法	随伴性マネジメントが主 に触れられている	随伴性マネジメントの他に、シ ェイピングや弁別刺激提示も用 いられた
	CSO 同士の共感 の場	特に触れられていない	必要となった
Phase II	プログラム終了 後に向けた計画	特に触れられていない	社会資源の利用が計画されてい た
全体を 通して	分離 (detach)	特に触れられていないが、 もともと分離 (detach) あ りきの技法に疑問を投げ かけて発展した	CSO が不穏を誘発する条件刺激 になってしまっている場合は、 アセスメントの上、分離 (detach) が計画されることも ある。また危機介入が必要なこ とは多い。

文献

- アルバート, P. A. & トルートマン, A. C. 2004 佐久間徹・谷晋二・大野裕史 (訳) はじめの応用行動分析 日本語版第2版 二瓶社 (Alberto, P. A. & Troutman, A. C. 1999 *Applied Behavior Analysis for Teachers. Fifth Edition.* New Jersey: Prentice-Hall)
- 兼田康宏・上岡義典・住吉太幹・古都規雄・伊東徹・樋口悠子・河村一郎・鈴木道雄・大森哲郎 2010 統合失調症認知評価尺度日本語版 (SCoRS-J) 精神医学, **52**, 1027-1030.
- 厚生労働省 「疫学研究の倫理指針」 2014
(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/ekigaku/0504sisin.html>)
- Meyers, R. J., Dominguez, T. & Smith, J. E. 1996 Community reinforcement training

- with concerned others. In V. B. Hasselt & M. Hersen(eds.) *Source of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press. Pp. 257-294.
- Meyers, R.J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. 1998 Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*. **10**, 291-308.
- ミラー, W.R. & ロルニック, S. 松島義博・後藤恵 (訳) 2007 動機づけ面接法 基礎・実践編 星和書店 (Miller, W. R. & Rollnick, S. 2002 *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press)
- 野中俊介・境泉洋・大野あき子 2013 ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果 精神医学, **55**, 283-291.
- 境泉洋・坂野雄二 2010 ひきこもり状態にある人の親に対する行動論的集団心理教育の効果 行動療法研究, **36**, 223-232
- スミス, J. E. & メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦 (監訳) 2012 CRAFT 依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル—金剛出版 (Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families*. New York: a Guilford Press)
- 山本彩 2014 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ社会的ひきこもりへ CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) を参考に介入した二事例 行動療法研究, **40**, 115-125.

第5章 社会的ひきこもりについてのカルテ調査

本章では、社会的ひきこもりに対して、第2章のようにプログラム化はされていなかったが、その都度必要に応じて第2章作成プログラムと同様の介入をおこなった後の予後について、カルテ調査の形式で報告する。考察では、本章介入方法の有効性や、第2章で開発したプログラムとの比較、オリジナルの **Community Reinforcement and Family Training**(以下、**CRAFT**)との比較、今後の課題について検討する。

1. 調査の目的

自閉症スペクトラム (**Autism spectrum disorder**; 以下、**ASD**) 特性を背景にもつ社会的ひきこもりへ、**CRAFT** と **ASD** 特性への支援を組み合わせた介入をおこなった後の転機について後方視的に検討し考察を加えることを目的とする。

2. 倫理的配慮

厚生労働省の「疫学研究の倫理指針」(厚生労働省「疫学研究の倫理指針」ホームページ, 2014) に従い倫理的配慮をおこなった。インフォームド・コンセントを必ずしも必要としない研究に該当すると考えられたため、本人 (**Identified Patient**; 以下、**IP**) および **IP** の重要な関係者 (**Concerned Significant Others**; 以下、**CSO**) へはインフォームド・コンセントをおこなわなかった。研究の公表については、研究の内容を知ることによって **IP** が行動を変えるおそれがあるため専門学会での発表や専門誌投稿にとどめている。研究計画については社会福祉法人はるにれの里研修委員の承認を得た。調査データには個人が特定されるような個人情報は一切含まれておらず、また調査データは連携可能匿名化されており元データと調査データはそれぞれ別の場所に保管された。

3. 介入プログラム

介入プログラムは以下のとおりであった。

(1) 介入目標

CRAFT の治療目標 (スミス・メイヤーズ, 2012) に基づき以下をプログラムの目標とした。

- ① **IP** の家庭内暴力や違法行為などの社会的に好ましくない行動を減弱させる

②IP と相談関係をつくる

③IP の社会的ひきこもりが改善するか否かにかかわらず CSO 自身の幸福感を高める

(2) 介入プログラムの全体構成と支援者

プログラムの全体構成は CRAFT に準じ (Meyers et al., 1998)、インテーク面接、CSO を対象に介入する phase I、IP が相談に結びついた後 IP を対象に介入する phase II からなる包括的な支援プログラムであった。面接スタイルも CRAFT に準じて、全プログラムを通して強要したり指導したりするような面接スタイルではなく、共感的、受容的な面接スタイルがとられた。phase I と phase II の支援者が同一であるかどうかについては、IP の特性、IP と CSO との関係性、IP が支援に求めるニーズなどによって判断された。

(3) ASD 特性への支援

CRAFT においては特に着目されていないが、本プログラムにおいては、インテーク面接、phase I、phase II のすべての段階を通して、IP の ASD 特性や、一次的な行動特性からくる社会性の未学習・誤学習、二次障害についてアセスメントされた。それらが考えられる際は以下の支援方法を CRAFT に組み合わせて用いられた。

①IP が二次障害を併発していると考えられる場合は、必要に応じて各方面の専門家と連携する。

家庭内暴力や精神症状の合併などの併発する問題のあらわれ方によっては、精神科医師、警察、弁護士などのコンサルテーションを受けたり、プログラムの途中でも中断して IP や CSO をしかるべき機関につなげたりする。そうした危機介入の判断を見誤らないことが大事であるが、一方で危機介入が IP や CSO の単なる外傷体験で終わらぬよう注意を払う。IP や CSO が危機介入を通して今後につながる経験ができたり、その後支援機関と関係構築できたりするよう、危機介入機関と十分連携をとる。

②IP が人や場面によって“みせる顔”が大きく異なる可能性を考慮し、できるだけ多くの場面についてアセスメントし、IP の全体像を把握する。

情動的な予測の失敗、般化と維持の困難などから、IP には、特定の人との間や特定の場所でのみ見られるコミュニケーションがあることが多い。特に、慣れ親しんでいる母親とそれ以外の人とでは、IP のコミュニケーションのとり方に大きな違いがある可能性がある。また、IP の苦手なコミュニケーションを、IP の母親が代替し続けてきていることもある。

この点についての具体的な支援方法としては、IP が誰に、どの場面で、どのような機能のコミュニケーションをとっているかをサンプリングし、コミュニケーションの般化を計画する TEACCH プログラムのコミュニケーション分析の手法が参考になる。また、同行支

援も、様々な場面における IP のコミュニケーションをアセスメントできる、たいへんよい機会である。

③IP が混乱しやすい傾向をもつ可能性がある場合は、IP を不用意に刺激しない。

認知障害などから、IP にとってフラッシュバックや興奮を引き起こしやすい言葉やシチュエーションがあることが多い。また複雑な刺激に混乱してしまうことも多い。

この点についての具体的な支援方法としては、IP にとって雑多な刺激を整理して本人へ伝える TEACCH プログラムの構造化の手法や、イギリス自閉症協会 SPELL の原則である低刺激の考え方が参考になる。支援者がよかれと思って用いる愛情表現も、IP によっては混乱や動揺の原因になりえることも（アトウッド、2008）、考慮しておく必要がある。

④IP の自発性行動が乏しい可能性がある場合は、自発性行動を引き出すための環境操作をおこない、同時に IP が指示待ちになることを予防する。

自発性行動の困難およびプロンプト依存になりやすいことなどから、IP は思春期や成人期になっても特定の人からの指示を待ったり、結果がうまくいかないとき指示を出した人のせいにしたりすることがある。指示を出す側も、IP が思春期や成人期になる頃には指示の減らし方や減らすタイミングがわからず困っていることが多い。

この点への具体的な支援方法としては、IP の自発性行動がおきやすいよう、IP が適度な困りや不便を感じるような環境操作をしておき、本人の自発性行動がでた直後にプロンプトをおこない、そしてプロンプトの支援をしつつも常にプロンプトの消去の仕方も計画しておくという PECS の手法が（フロスト・ボンディ、2005）参考になる。

⑤暗黙のルールや年齢相応の社会性の獲得など、目に見えない社会のルールについて IP が理解していない場合は、IP が理解しやすい方法および想像しやすい方法を用いてそれらを IP に伝える。

認知障害や情動的な予測の失敗などから、多くの人が自然に学んだり想像できたりする社会のルールを、IP が理解していない可能性や、捉え違いをしている可能性がある。たとえば支援者の立場や支援できることの範囲、面接の目的、支援や支援終了後の見通しなどといった治療構造について、IP は実は見通しが持てずについて支援者や面接自体に不安を感じていることがある。もしくは、面接を重ねるうちに治療構造についての認識が支援者と IP との間でずれていたことが発覚しトラブルになったり、最初に互いに治療構造を確認したはずだったが時間経過とともに IP の自己流の解釈が交じってきたりすることもある。また、一般的な家族との距離感、自立の方法、気分コントロール方法、社会の最低限のルールなどといった年齢相応の社会性に必要なスキルについても、多くの方は自然に学ぶことができるが、IP の場合は自然に学ぶことができず、そのことが社会的ひきこもりに影響していることもある。従来の社会的ひきこもりへの支援（斎藤、1998）や CRAFT（スミス・メイヤーズ、2012）においては、本人の問題となる行動についての「変わりたいけど一変

わりたくない」という葛藤を前提とした支援手法が中心となっているが、そもそも IP の中に「あのように変わりたい」とする社会的に理想とするイメージが存在しないのであれば、まずはそれを形成する支援からすることになるだろう。支援者はこれらの目に見えない社会のルールについて、この年齢であれば当然知っているだろうと考えずに、IP がどこまでどういう認識をもっているかということや IP の学習スタイルをアセスメントし、IP に伝わりやすい方法で伝えていく必要がある。その際支援者が気をつけなければいけないことが 2 つあるだろう。

1 つめは、面接スタイルは CRAFT の共感的、中立的、誠実、温かい雰囲気（スミス・メイヤーズ，2012）を崩さず、決して対決的、教育的、権威的になってはいけないということである。IP が情報提供を望んでいる場合にのみ、またはこちらから情報提供することを提案して IP が拒否しない場合にのみ、支援者は控えめにかつ感情を交えずに中立的に情報提供をする。そして、IP が得た情報を受け入れるか否かについても IP に決定権があることを同時に保障する。

2 つめは、情報は過多でも IP を混乱させてしまうということである。IP にとって過不足ない量の情報提供が必要である。

具体的な情報提供の方法としては、ノートやメール、描画などの視覚的な手がかりを活用することや（近藤・小林，2008）、暗黙の了解を IP へわかりやすく伝える手法であるソーシャルストーリーズ™（グレイ，2005）、感情を認識しコントロールするための段階的な訓練（アトウッド，2008）が参考になる。また IP の学習スタイルが、目や耳からの情報を通してよりも体験を通しての方が理解しやすいと考えられる場合には、体験学習を多く取り入れるようにする。

⑥IP の社会的スキルの獲得、維持、応用の仕方に工夫が必要と考えられる場合は、IP が手がかりとなる訓練や物や人へアクセスできるようにする。

行動レパトリーの拡大の困難から、IP は社会的スキルを支援なく自然な状況で学ぶことが困難なことが多い。また社会的スキルを学習したとしても、般化と維持の困難から、すぐにうまく生活の中で機能しなくなってしまうことが多い。

社会的スキルを学ぶ具体的な支援方法としては、社会的スキルを意図的かつ効果的に訓練する **Social Skills Training** が参考になる。また、般化と維持のための具体的な支援方法としては、手がかりになる物（スケジュール、行動レパトリーのリストなど）や手がかりになる人（ソーシャルワーカー、コーディネーターなど）へアクセスできるようにしておく **TEACCH** プログラムの般化と維持の手法が参考になる。また日常生活の実地の中で、その都度必要な社会的スキルを学んだり、日常生活の中に手がかりを多く設定しておいたりするためには、福祉制度や就労支援制度などの各種制度を活用するとよい。

⑦IPの不得意な面のことを、IPが「自分の努力不足」と考えたり、CSOが「自分の育て方の問題」と考えたりするなど、自己否定的に捉えている場合は、特性として理解し対応を工夫していけるようエンパワーメントする。

上記特性を、IPがこれまで「わがまま」「努力不足」と考えてきたり、CSOをはじめIPの家族が「育て方が悪かった」と考えていたりすることがある。IPや家族が上記特性を理解し納得できるように支援することも必要である。一方でIPやCSOが発達障害という語句に強く囚われすぎる場合や、障害というラベリングに偏見を感じ拒否感をおぼえることもある。

支援者はIPやCSOら家族にとって、どの語句をどのタイミングで用いることが適切かを十分にアセスメントしておくとともに、特性は個性の一部にすぎないというバランス感覚を常にもっておく必要がある。

⑧プランにそった支援ができるよう、関係機関と連携して一貫した対応をおこなう。

情緒的な予測が苦手であるために、IPが権威や職種などを手がかりとして人との関係や序列を計る傾向を強くもっていることがある。

IPから見て序列が優位な人（多くの場合、警察官や医師）と支援者やCSOの言う事が異なる場合、IPは序列が優位な人の意見を採択し支援者やCSOの言動を軽んじることがある。序列が優位な人からの“鶴の一声”で支援が混乱することを避けるよう、関係機関をコーディネートすることが必要である。

(4) phase I 支援方法

CRAFTの臨床試験におけるphase I治療構造は、最大6か月もしくは12回であるが(Meyers et al., 1998)、本介入プログラムにおいてはスタッフ体制の問題から基本的に1回60分最大12回(1か月に1回12か月)であった。

phase Iにおけるセッションの主な構成要素はCRAFTに準じて以下の①から⑧であり、CRAFT同様、個々のケースにあわせて適宜必要なものが使われた(スミス・メイヤーズ, 2012)。加えて支援者の判断で2つのセッションを追加された。1つは、オリジナルのCRAFT同様、家庭内暴力への危機的状況に介入するためのセッション、2つめは、ASD特性について特化したセッション(特性理解、特性への対応方法、社会資源情報)であった。

- ①CSOの動機づけの強化と維持
- ②問題行動の機能分析
- ③家庭内暴力の予防
- ④CSOのコミュニケーション・スキルを改善する
- ⑤社会的ひきこもりや反社会的行動と両立しない行動への正の強化
- ⑥マイナスの結果の使用

- ⑦CSO が自身の生活を豊かにする支援
- ⑧支援を開始するように IP を誘導する

(5) Phase II 支援方法

CRAFT における phase II の臨床試験上の治療構造は最大 6 か月もしくは 12 回であり、CSO へのセッションスタート後 6 か月間のみ受け付けられるが (Meyers et al., 1998)、本プログラムにおいてはスタッフ体制の問題から基本的に 1 回 60 分最大 12 回 (1 か月に 1 回 12 か月) とし、受付期間の制限については日常臨床の範囲内であるため特に設けなかった。

セッションの主な構成要素は CRAFT に準じて以下の①から⑦であり、CRAFT 同様個々のケースにあわせて適宜必要なものが使われた (Meyers et al., 1998)。加えて支援者の判断で 2 つのセッションを追加された。1 つは、オリジナルの CRAFT 同様、家庭内暴力への危機的状況に介入するためのセッションであり、2 つめは、ASD 特性について特化したセッション (特性理解、特性への対応方法、社会資源情報) であった。

- ①社会的ひきこもりについての機能分析
- ②支援の目標、生活のゴールをつくり、それに合わせた生活を中心にする
- ③他者とのかかわりや社会参加が楽にできていたとき、または現在も楽にそれができるとき
の状況をしらべ自覚する
- ④他者とのかかわりや社会参加後に、何らかのきっかけから他者とのかかわりや社会参加を回避したいと感じた際の、相談行動をトレーニングする
- ⑤コミュニケーション・スキルや問題解決スキルを含むソーシャルスキルトレーニング
- ⑥社会生活やリクレーションを豊かにするための相談やスキルトレーニング
- ⑦再発予防トレーニング

4. 調査対象者

平成 22 年 4 月から平成 24 年 3 月の 2 年間に、A 相談機関 (障がいをもつ児者への相談機関) を、IP 自身が来所したがないため CSO が来所したケースのうち、CSO 来所時に以下の①から⑤ の基準を全て満たした 30 人を調査対象とした。

尚この基準は CRAFT の臨床試験における対象者リクルートに準じているが (Meyers et al., 1998)、CRAFT は物質依存を対象としていたため、ここでは ASD 特性を背景にもつ社会的ひきこもりに適合するよう一部改変している。具体的には年齢基準について CRAFT では 18 歳以上としているが本調査では全思春期以降と改変している、診断基準については CRAFT では物質依存としているが、本調査では齊藤の第 2 群に適するように改変している。

また、CRAFTでは、CSOに物質依存性障害がないことも基準としているが、本調査では不必要と判断し除外している。また「過去90日間の中で36日以上コンタクトがある」については本調査においてはそこまで厳密に日数を把握できなかったため、IPと同居しているか、もしくは同居していなくともIPとやり取りが可能であることという基準にとどめている。

- ①CSOはIPと十分なコンタクトがある
- ②IPは思春期以降の年齢である（小学校中学年以上）
- ③IPは厚生労働省のひきこもりの定義（斉藤，2010）にあてはまり、IPは過去3カ月支援を受けていない。さらにIPは、ASDの診断名をもつか、または医学的診断はついていないがその特徴を示すとCSOが考える
- ④CSOとIPには急性期の精神病性障害が見られない
- ⑤CSOは継続的な支援を希望している

5. 調査内容

調査対象者となった30名について、以下の項目を調べた（Table 10）。

(1) CSOの属性

IPとの続柄、来談経路、phase I インテーク時におけるIPからの暴力または物壊しの有無とその要因、について調べた。

(2) IPの属性

性別、年齢、phase I インテーク時ひきこもり期間（1年以内、2～5年以内、6～10年以内、11～15年以内、16～20年以内、21年以上）、phase I インテーク時診断名、過去精神科入院歴、平成24年6月現在診断名、について調べた。

(3) phase I 介入後 IP の状況変化

平成24年6月現在におけるIPの状況（相談機関利用中で日中活動の所属はない、就労支援機関など日中活動の所属先がある、精神科入院中かまたは入院待ち、変化なし、その他）、phase I での主な介入内容（「構成要素⑧支援を開始するようにIPを誘導する」のみで変化、「構成要素⑤社会的ひきこもりや反社会的行動と両立しない行動への正の強化」「構成要素⑥マイナスの結果の使用」といった随伴性マネジメントを含むプログラムも使用したことでの変化、入院を経由して変化）、について調べた。それぞれについてひきこもり期間毎にも調べた。

Table 10 社会的ひきこもりについてのカルテ調査における調査項目

CSO の属性	IP の属性	phase I 介入後 IP の状況変化
<ul style="list-style-type: none"> ・ IP との続柄 ・ 来談経路 ・ phase I インテーク時における IP からの暴力または物壊しの有無とその要因 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 性別 ・ 年齢 ・ phase I インテーク時ひきこもり期間 ・ phase I インテーク時診断名 ・ 過去精神科入院歴 ・ 平成 24 年 6 月現在診断名 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 24 年 6 月現在における IP の状況 ・ phase I での主な介入内容

6. 結果

(1) CSO の属性

IP との続柄は、母親 25 人、父親 1 人、両親 3 人、姉 1 人だった。

来談経路はひきこもり・不登校親の会からが 21 人 (70%)、医療機関からが 3 人 (10%)、学校からが 2 人 (7%) 発達障害親の会からが 2 人 (7%)、役所からが 1 人 (3%)、メディアを通して、が 1 人 (3%) だった。

Phase I インテーク時における IP からの暴力または物壊しの有無の確認では 9 人 (30%) の CSO が日常的にあると訴えた。その要因は複数回答で、要求行動 (例えばインターネットを切られ再度つなぐように要求しアピールのように物を壊す) 4 人、拒否行動 (例えば家族以外の訪問者が来る予定だと知ると母に対して暴力行為をおこない不快感を表出する) 2 人、イライラ気分の発散 (例えばゲームで失敗すると家族に暴力行為をおこなう) 2 人、パニック状態などの精神症状の影響により結果的にでてしまったというのが 2 人だった。

(2) IP の属性

性別は男性 26 人、女性 4 人だった。

平均年齢は 28.6 歳だった (14 歳-44 歳) だった。

Phase I インテーク時ひきこもり期間は 1 年以内 10 人、2~5 年 6 人、6~10 年 9 人、11~15 年 3 人、16~20 年 2 人だった。

phase I インテーク時診断名は、広汎性発達障害 7 人 (23%)、知的障害が 1 人 (3%)、家族相談のみから広汎性発達障害疑いが 5 人 (17%)、不明が 17 人 (57%) だった。

過去に精神科入院歴がある人は 30 人中 1 人だった。

平成 24 年 6 月現在の IP の主な診断名は、広汎性発達障害 12 人 (40%)、知的障害 2 人 (7%)、知的障害や広汎性発達障害を伴わない精神疾患 3 人 (10%)、不明 13 人 (43%) だった。

(3) phase I 介入後 IP の状況変化

平成 24 年 6 月現在の IP の状況では、相談機関などを利用して今後の方向性を相談中だった人が 10 人 (35%)、就労支援機関や精神科デイケアなどの日中活動の所属先ができていた人が 8 人 (27%)、精神科入院中か又は入院待ちだった人が 3 人 (10%)、変化がない人が 9 人 (30%) だった (Fig.9)。

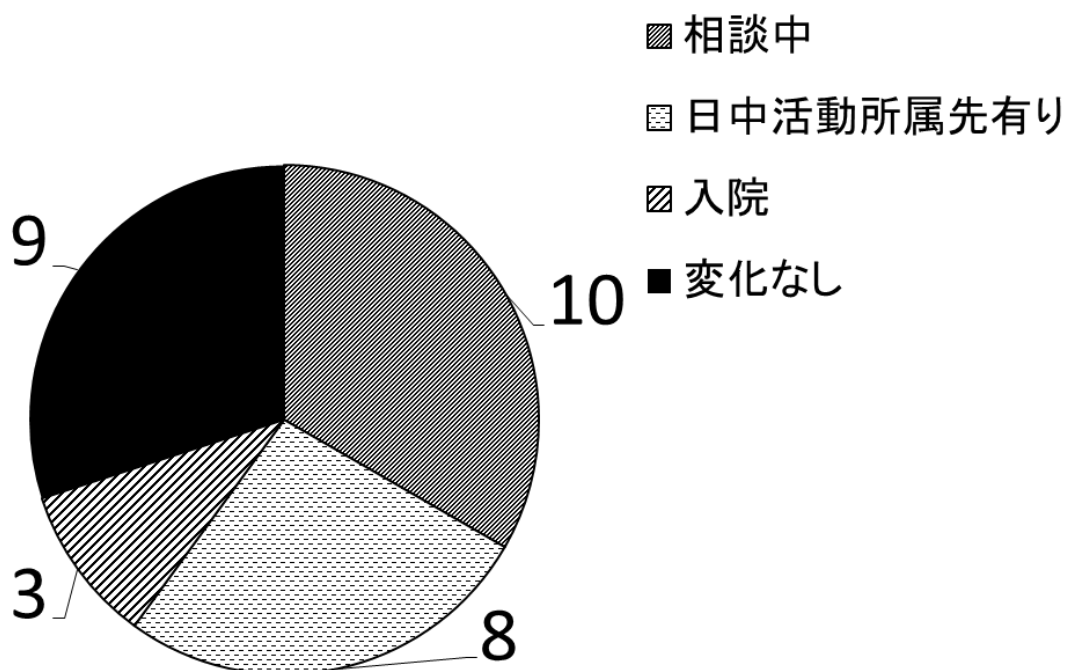


Fig.9 平成 24 年 6 月現在 IP の状況 ((山本・室橋, 2014) から抜粋)

尚、相談中 10 人のうち 1 人、日中活動所属有り 8 人のうち 3 人、精神科入院中または入院待ち 3 人のうち 3 人は、phase II を経ずに phase I のみでそれぞれの変化に至っていた。

また phase I インテーク時の IP ひきこもり期間と phase I 介入後平成 24 年 6 月現在の IP の状況との関係を見ると、ひきこもり期間 1 年以内だった 10 人のうち相談中が 4 人、日中活動所属有りが 5 人、入院が 0 人、変化なしが 1 人だった。2~5 年 6 人のうち相談中が 1 人、日中活動所属有りが 1 人、入院が 2 人、変化なしが 2 人だった。6~10 年 9 人のうち相談中が 2 人、日中活動所属有りが 2 人、入院 1 人が人、変化なしが 4 人だった。11~15 年 3 人のうち相談中が 1 人、日中活動所属有りが 0 人、入院が 0 人、変化なしが 2 人だった。16~20 年 2 人のうち相談中が 2 人、日中活動所属有りが 0 人、入院が 0 人、変化なしが 0 人だった (Fig.10)。

phase I での主な介入内容では、phase I の「構成要素⑧支援を開始するように IP を誘導する」のみで変化した人が 9 人 (30%)、「構成要素⑤社会的ひきこもりや反社会的行動と両立しない行動への正の強化」「構成要素⑥マイナスの結果の使用」といった随伴性マネジメントを含むプログラムを使用したことで入院を経ずとも変化した人が 4 人 (13%)、医

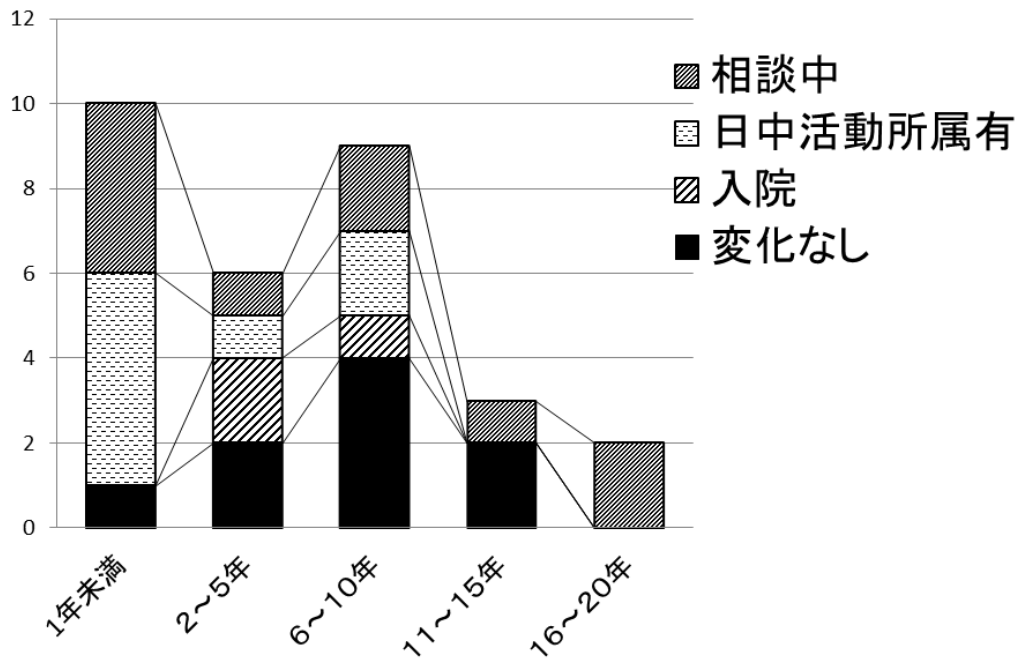


Fig.10 phase I インテーク時 IP ひきこもり年数と平成 24 年 6 月現在の IP の状況
 ((山本・室橋, 2014) から抜粋)

師により入院が必要と判断されたため入院を経由した人が 8 人 (27%)、変化がない人が 9 人 (30%) だった (Fig.11)。

尚、誘導のみで変化した 9 人のうち 0 人、随伴性マネジメントを用いた 4 人のうち 2 人、入院を経由した 8 人のうち 5 人は phase II を経ずに phase I のみでそれぞれの変化に至っていた。

また phase I インテーク時の IP ひきこもり期間と、phase I での主な介入内容の関係をみると、1 年以内 10 人のうち誘導のみで変化が 3 人、随伴性マネジメントも使用で変化が 3 人、入院を経由で変化が 3 人、変化なしが 1 人だった。2~5 年 6 人のうち誘導のみで変化が 0 人、随伴性マネジメントも使用で変化が 1 人、入院を経由で変化が 3 人、変化なしが 2 人だった。6~10 年 9 人のうち誘導のみで変化が 3 人、随伴性マネジメントも使用で変化が 0 人、入院を経由で変化が 2 人、変化なしが 4 人だった。11~15 年 3 人のうち誘導のみで変化が 1 人、随伴性マネジメントも使用で変化が 0 人、入院を経由で変化が 0 人、変化なしが 2 人だった。16~20 年 2 人のうち誘導のみで変化が 2 人、随伴性マネジメントも使用で変化が 0 人、入院を経由で変化が 0 人、変化なしが 0 人だった (Fig.12)。

入院を経由した IP8 人について、医師が入院治療を必要と判断した主な理由は、治療目的の 2 人、治療に加えて CSO への暴力への介入 5 人、自殺念慮 1 人だった。

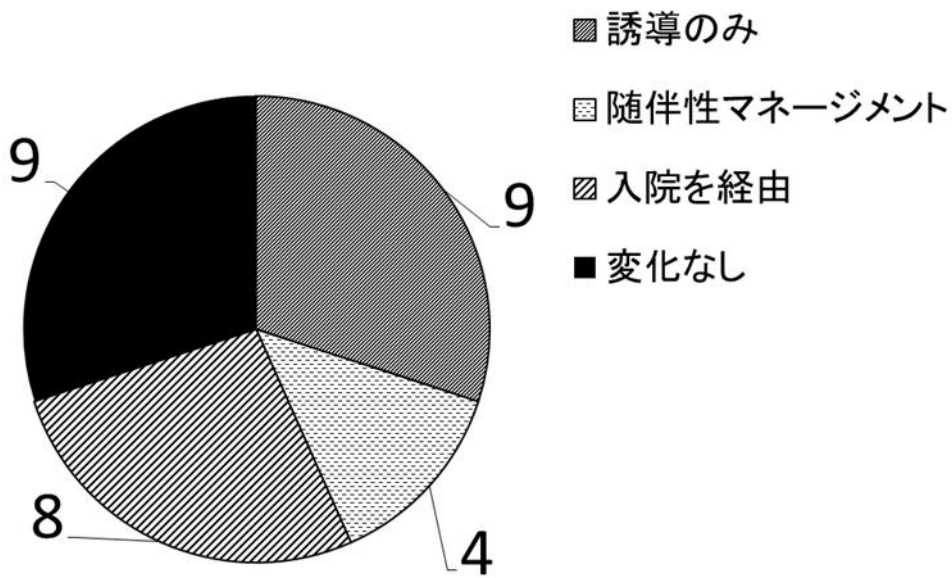


Fig.11 phase I での主な介入内容 ((山本・室橋, 2014) から抜粋)

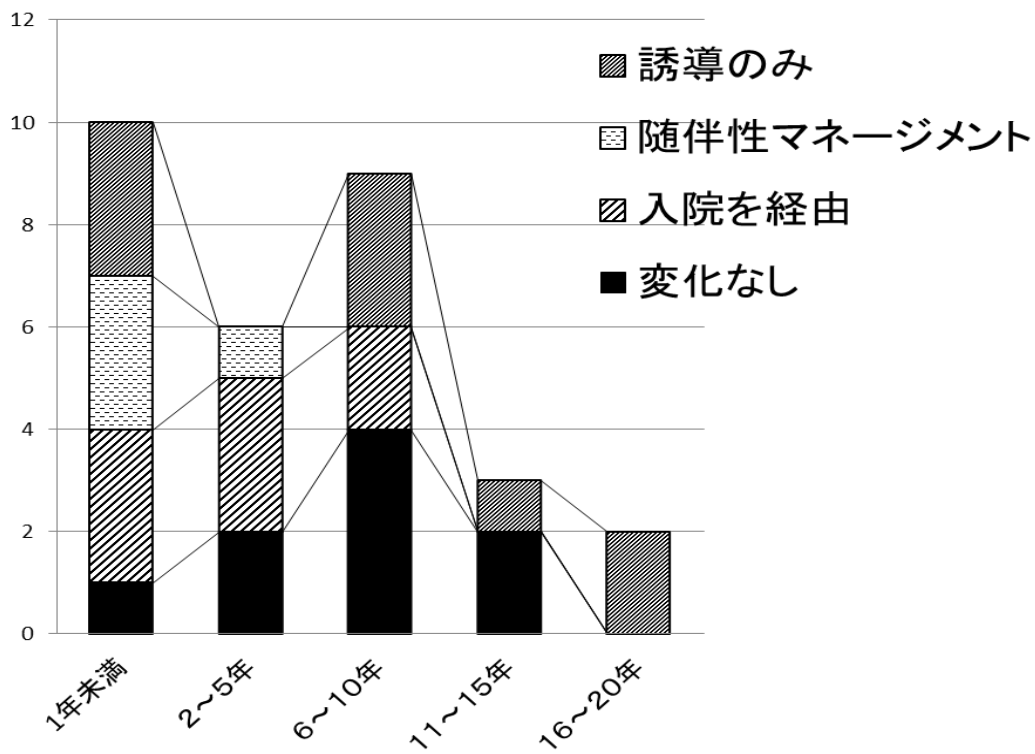


Fig.12 phase I インテーク時の IP のひきこもり年数と phase I での主な介入内容 ((山本・室橋, 2014) から抜粋)

7. 第5章のまとめと考察

本章では、第2章で開発したプログラムの前身となった介入方法を、社会的ひきこもりを呈するIP30例へ使用、その予後についてカルテ調査の形式で報告した。ここでは本章介入方法の有効性、第2章で開発したプログラムとの比較、オリジナルのCRAFTとの比較、今後の課題、について検討し考察を加える。

本章介入の有効性については、CSOへのphase I導入後、平成24年6月の時点で、入院を含めると30人中21人(70%)のIPが、社会参加や治療に向けた変化があったという結果を考えると、本章で用いた介入方法がASD特性をもつ社会的にひきこもりへ有効であると考えられた。ただし、入院、特に非自発的入院、については、IPの外傷体験になる可能性もあり、治療に向けた変化と肯定的な結果として解釈をするべきかどうか慎重に判断する必要があるだろう。

第2章で開発したプログラムとの比較では、第4章同様、異なる点が2点考えられる。1点目は本章介入がプログラムとしてパッケージ化メニュー化されておらず、体系化されていないということである。2点目は、第3章で示したCSO支援における段階的な介入を意識せず介入がおこなわれていたということである。ただし2点目については、結果集計の際には、段階的な介入を加味された集計がなされている。

オリジナルCRAFTとの比較では、第4章考察で触れられた5点の違いのうち2点が本章にもあてはまると考えられた。その1点目は、第3章で示したCSO支援における段階的な介入、すなわち、まずはCSOを介してIPへ適切に情報提供をおこなうことを計画し、それがうまくいかない場合はIPへ随伴性マネジメントをおこなう、のうち、前者のみで行動変容がおきたIPが9人(30%)いたことである。これは第4章考察で触れたASD特性に特有の経過と関係するものである。つまりASD特性をもつ場合、相談事例化するまでの間に、IPのASD特性と環境とのミスマッチがおきていることが多く、そのため、介入内容としてミスマッチを解消するための情報提供をするだけで行動変容するIPが少なからずいるということである。2点目は入院を経由した人が8人(27%)おり、CSOから分離(detach)されていたということである。この点も第4章考察で触れたASD特性に特有の経過と考えられる。

今後に向けた課題について、第4章と重複するものも含めて、研究上の課題を4点と実践上の課題を4点あげたい。研究上の課題は第4章同様のものが、客観的尺度の導入、前方視的量的研究によるエビデンスレベルの向上、プログラムの均一性と実用性のバランスの検討、の3点である。これに加えて、IPの質の同一性についても今後の検討事項としたい。というのは、30人中4人のIPは診断名不明のままphase Iが開始され介入後に診断名がついたわけだが、3人のIPは介入後に発達障害を伴わない精神疾患と診断され、13人のIPは予後調査時においても尚診断名不明のままだった。このことは、一口に「ASDの診断名をもつか、または医学的診断はついていないがその特徴を示すとCSOが考える」と言っ

ても、実は非常に多様で異質な集団を対象にしている可能性を示唆するものである。今後慎重に検討したい点である。実践上の課題は第4章同様のものが、ASD特性の理解者を増やす必要性和、CRAFTを実施する支援者養成の必要性、の2点である。これに加えて3点目として、家庭内暴力の頻度の多さと対応の困難についてあげたい。本章30人中9人(30%)のCSOが、IPからの暴力や物壊しを訴えていた。第4章の2事例においても家庭内暴力が見られていた。個々の事例からは、子どもからの家庭内暴力の問題は親としての思いや恥が先にたち被害届けを出しづらいことや、そうしたことも含めて青年期成人期以降の子どもからの暴力を相談できるところがほとんどないことが伺えた。またそれらのことが、警察が証拠をもって介入するということが困難にもさせていた。そのことも含め4点目の実務上の課題として、多領域の連携の必要性をあげたい。IPやCSOの困りが多くの領域にまたがるものであることから、多領域での過不足のない連携は必須であり、今後より体制をつくっていく必要がある。

文献

- アトウッド, T. 辻井正次・東海明子(訳) 2008 ワークブック アトウッド博士の<感情を見つけにいこう> 1. 怒りのコントロール 明石書店 (Attwood, T. 2004 *Exploring Feelings Anger Cognitive Behaviour Therapy To Manage Anger*. California, Future Horizon.)
- フロスト, L.・ボンディ, A. 門眞一郎(監訳) 2005 絵カード交換式コミュニケーション・システム・マニュアル第二版 佐賀NPO法人それいゆ (Frost, L. & Bondy, A. 2002 *The Picture exchange communication system Training manual. Second edition*. New York: Pyramic Educational Products)
- グレイ, C. 2005 服巻智子・大阪自閉症協会(訳) ソーシャル・ストーリー・ブッカー 書き方と文例 クリエイツかもがわ (Carol Gray 1994 *The new social story book*. Jenison: Jenison Public Schools.)
- 近藤直司・小林真理子 2008 ひきこもりと広汎性発達障害 臨床精神医学, **37**, 1565-1569.
- 厚生労働省 疫学研究の倫理指針 2014
(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/ekigaku/0504sisin.html>)
- Meyers, R.J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. 1998 Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*. **10**, 291-308.
- 齊藤万比古 2010 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把

- 握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者 齊藤万比古)
- 斎藤環 1998 社会的ひきこもり—終わらない思春期 PHP 研究所
- スミス, J. E. &メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦(監訳) 2012 CRAFT
依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル—金剛出版 (Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families*. New York: a Guilford Press)
- 山本彩・室橋春光 2014 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある(または疑われる)
社会的ひきこもりへの CRAFT を応用した介入プログラム～プログラムの紹介と実施後
30例の後方視的調査～ 児童青年精神医学とその近接領域, **55**, 2

第6章 反社会的行動についてのカルテ調査

本稿では、第2章で開発したプログラムを、反社会的行動へ用いた後の予後をカルテ調査の形式で報告する。考察では、介入方法の有効性や、オリジナルの Community Reinforcement and Family Training(以下、CRAFT)との比較、第4～5章との比較、今後の課題について検討する。

1. 調査の目的

自閉症スペクトラム (Autism spectrum disorder; 以下、ASD) 特性を背景にもつ家庭内暴力や犯罪などの反社会的行動へ、第2章で開発したプログラムを用いて介入をおこなった後の転機について後方視的に検討し考察を加えることを目的とする。

2. 倫理的配慮

第5章同様、厚生労働省の「疫学研究の倫理指針」(厚生労働省「疫学研究の倫理指針」ホームページ, 2014) に従い倫理的配慮をおこなった。インフォームド・コンセントを必ずしも必要としない研究に該当すると考えられたため、本人 (Identified Patient ; 以下、IP) および IP の重要な関係者 (Concerned Significant Others ; 以下、CSO) へはインフォームド・コンセントをおこなわなかった。研究の公表については、研究の内容を知ることによって IP が行動を変えるおそれがあるため専門学会での発表や専門誌投稿にとどめている。研究計画については社会福祉法人はるにれの里研修委員の承認を得た。調査データには個人が特定されるような個人情報は一切含まれておらず、また調査データは連携可能匿名化されており元データと調査データはそれぞれ別の場所に保管された。

3. 介入プログラム

論文の介入プログラムは本稿第2章のものであった。

4. 調査対象者

平成22年4月から平成25年3月の3年間に、B相談機関(発達特性について誰でも相談できる)で筆者が相談を担当し、次の①から③の基準を全て満たした32人を調査対象とした。

- ①本人は相談受理面接時またはそれ以降、家庭内暴力など家庭内での反社会的行動をおこしていることが確認された、または刑法に抵触する行為をおこしていることが確認された
- ②本人は全生活歴を通して精神科医師の診断面接を受け ASD の診断を受けたことがある
- ③重度の知的障害を伴わない

5. 調査内容

調査対象者となった 32 名について、以下の項目を調べた (Table 11)。

(1) IP の属性

性別、インテーク時年齢、インテーク時診断名、インテーク時反社会的行動、併存診断名、矯正施設経験歴、精神科入院歴、について調べた。

(2) 介入の中で精神科入院を経過した IP についての平成 25 年 5 月現在の転機

精神科病院に入院した際の入院期間、平成 25 年 5 月現在の反社会的行動の再発有無・住形態 (単身生活、福祉施設入居、その他)・日中活動状況 (福祉的就労、一般就労、所属なし、その他)・そのほか支援に関する情報

Table 11 反社会的行動についてのカルテ調査における調査項目

IP の属性	介入の中で精神科入院を経過した IP についての平成 25 年 5 月現在の転機
<ul style="list-style-type: none"> ・性別 ・インテーク時年齢 ・インテーク時診断名 ・インテーク時反社会的行動 ・併存診断名 ・矯正施設経験歴 ・精神科入院歴 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院に入院した際の入院期間 ・平成 25 年 5 月現在の反社会的行動の再発有無、住形態、日中活動状況、そのほか支援に関する情報

6. 結果

(1) IP の属性

男性 26 人、女性 6 人だった。

インテーク時の平均年齢は 24.8 歳 (14-44 歳) だった。

インテーク時の診断名は、ASD 診断 21 人、複数の医師により異なる診断 3 人、未診断 8

人だった。

インタビュー時に見られた反社会的行動は重複ありで、家庭内暴力 12 人、家庭内物壊 9 人、脅迫 3 人、猥褻 2 人、窃盗 2 人、その他 1 人ずつが暴行・監禁・放火・銃刀法違反だった。

全生活歴を通した併存診断名は、知的障害 7 人、統合失調症 4 人、重篤な身体疾患 2 人だった。

矯正施設経験は 5 人、執行猶予経験は 2 人だった。

精神科入院経験は 5 人だった。

(2) 介入の中で精神科入院を経過した IP についての平成 25 年 5 月現在の転機

平成 25 年 5 月現在の転機では、支援途中だった人が 3 人 (9%)、支援を中断していた人が 4 人 (13%)、「本人支援への準備」段階 (phase I) の介入のみで反社会的行動が見られなくなったために経過観察をしているが 9 人 (28%)、「本人支援への準備」段階 (phase I) および「本人支援」段階 (phase II) を経過しているのが 16 人 (50%) であった。また「本人支援への準備」段階 (phase I) および「本人支援」段階 (phase II) を経過した 16 人は全員精神科入院を経ている。

「本人支援への準備」段階 (phase I) および「本人支援」段階 (phase II) を経過した 16 人のうち、統合失調症や重篤な身体疾患を併発した人を除く 10 人について、入院期間、平成 25 年 5 月現在の反社会的行動の再発有無や住形態、日中活動状況、そのほか支援に関する情報を調べた。10 人の平均入院期間は 127.4 日 (88-251 日) だった。平成 25 年 5 月現在、反社会的行動の再発有無では 10 人全員が再発しておらず、住形態は、単身生活が 3 人で福祉施設入居が 7 人だった。日中活動は福祉的就労についているのが 7 人、一般就労をしているのが 1 人、特に所属なしが 2 人だった。そのほかに支援に関する情報として、支援が経過する中で 3 人が診断名に抵抗をもちはじめると医療不信を表明、2 人の家族が支援者との約束を違反して過度に本人に接触していた。

7. 第 6 章のまとめと考察

本章では、第 2 章で開発したプログラムを、反社会的行動を呈する IP32 例へ使用し、その予後についてカルテ調査の形式で報告した。ここでは本章介入方法の有効性、オリジナルの CRAFT との比較、今後の課題、について検討し考察を加える。

プログラムの有効性については、以下 3 点から有効と考えられる。1 点目は、平成 25 年 5 月の時点で 32 人中 19 人 (59%) に反社会的行動の改善が見られ、16 人 (50%) が「本人支援」段階 (phase II) にうつっており支援導入になっていることである。2 点目は、「本人支援への準備」段階 (phase I) および「本人支援」段階 (phase II) を経過した 16 人のうち、統合失調症や重篤な身体疾患を併発した人を除く 10 人の平均入院期間は 127.4 日 (88-251 日) と、比較的短期間で退院することができていたということである。対象者が

大きく異なると考えられるため単純な比較はできないが、イギリスの高度保安病院全体の ASD グループの平均入院期間 11.53 年（藤川・井出，2011）と比べても、短期間での退院だったと言える。3 点目は、上記と同じ 10 名について、平成 25 年 5 月現在反社会的行動の再発は見られず、8 人が福祉的／一般就労についていたことについていたということである。このことは社会適応度が向上していたことを示唆するものである。一方で以下 2 点については、慎重な議論が望まれる。1 点目は平成 25 年 5 月時点で上記 10 人中 3 人が医療不信を表明していることである。2 点目は、10 人中 2 人の家族が支援者との約束を違反して過度に本人に接触していたことである。IP が支援につながることはゴールではなくスタートである。IP の長期的な予後を含め今後も検討する必要があるだろう。

オリジナル CRAFT との比較では、CRAFT には危機介入や非自発的入院／矯正施設入所における支援がプログラムに含まれないため、同列に比較することは困難である。

第 4～5 章との比較では、研究上の大きな違いとして以下の 2 点があげられる。1 点目は、第 4～5 章が社会的ひきこもりを対象とした研究であったのに対し、本章は反社会的行動を対象とした研究であったことである。2 点目は、第 4～5 章が「本人支援への準備」段階（phase I）における「CRAFT の phase I に準じて CSO への支援をおこなう役割」から始まる介入のみを対象としていたのに対し、本章は、反社会的行動を示し事例化したすべてを対象としていたことである。なぜなら反社会的行動では、危機介入や、非自発的入院／矯正施設入所から相談事例化することが多く、「CRAFT の phase I に準じて CSO への支援をおこなう役割」から始まる事例のみを対象とするのでは、事例のごく一部しか取り扱うことができないからである。それらのため、本章では、第 4～5 章とは異なる項目についても調査することとし、特に、CRAFT における重要な指標である IP が治療契約を結ぶに至ったかという点とは独立して、反社会的行動の再発が見られるかどうかに着眼した。

今後に向けた課題については、第 4～5 章と重複して、研究上の課題を 4 点、実践上の課題を 4 点あげたい。研究上の課題は、客観的尺度の導入、前方視的量的研究によるエビデンスレベルの向上、プログラムの均一性と実用性のバランスの検討、合併診断の取り扱いなど異質な集団を対象にしている可能性の吟味、である。実践上の課題は、ASD 特性の理解者を増やす必要性、CRAFT を実施する支援者養成の必要性、家庭内暴力への対応の整理、多領域の連携、である。特に実践上の課題 4 点目の多領域の連携については早急な整備が望まれると考えられた。第 3 章で整理したように、精神科医療によるパターンリズムを防ぎ IP の人権に配慮するためにも、複合的支援の整備が望まれる。

文献

藤川洋子・井出浩 2011 触法発達障害者への複合的支援 司法・福祉・心理・医学による連携 福村出版

厚生労働省「疫学研究の倫理指針」ホームページ 2014

(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/ekigaku/0504sisin.html>)

山本彩・室橋春光 2013 自閉症スペクトラム障害特性を背景にもつ家庭内暴力や犯罪などの反社会的行動の問題へ、CRAFTを参考に介入をおこなった後の転機～32例の後方視的検討～ 第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 423.

第7章 総合考察

本稿の目的、自閉症スペクトラム (Autism spectrum disorder; 以下、ASD) 特性をもつ本人が支援を拒否しており (本人は意思能力をもっている)、法的に介入が必要な状況、または、社会的ひきこもりを呈している状況、に対して、**Community Reinforcement and Family Training**(以下、**CRAFT**)を応用して用い、その効果を検証することであった。以下に各章の要約をした上で、本稿全体を通した総合的な考察をおこなうこととする。

1. 各章要約

第1章では「関連する研究」として、本稿の土台となる用語や先行研究を整理し概観した。第1章からは、ASD 特性の理解とそれに基づく支援方法は世界中で非常に多く開発されているが、日本においては、療育場面や教育場面などでそれらを系統的に導入しきれていないことが示された。また、そういったことが反社会的行動や社会的ひきこもりなどの不適応行動に影響していると考えられていた。具体的な報告としては、ASD 特性と反社会的行動との関連は2005年くらいから、ASD 特性と社会的ひきこもりとの関連は2010年くらいから見られるようになっていたが、それらの課題に対する有効な支援方法については2014年現在確立されておらず、支援者がもつべき理念などの報告にとどまっていた。そのような状況の中、厚生労働省研究班が「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」(齊藤, 2010)の中で推奨しているCRAFTの応用適用が期待された。CRAFTは支援を拒否する物質依存患者への介入プログラムとして開発されたものだったが、現在は物質依存を超えて様々な対象に応用適用されており、日本ではすでに社会的ひきこもりへの応用適用が開始され効果測定もなされていた。

第2章では「プログラム開発」として、危機介入を含めた包括的なプログラムを、ASD 特性への支援やCRAFTの先行研究を元に開発した。プログラムは、CRAFTのphase Iとphase IIにならい、「本人支援への準備」段階と、「本人支援」段階との2段階に大きく分けられた。さらに「本人支援への準備」段階では必要に応じて以下の3つの役割を設定することとした。その3つとは、「CRAFTのphase Iに準じて相談IPの重要な関係者 (Concerned Significant Others ; 以下、CSO) への支援をおこなう役割」「危機介入を法律に準じておこなう役割」「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」であった。それぞれの段階、それぞれの役割について、治療構造、アセスメント、支援の具体的方法を示した。開発したプログラムのコンセンサスについては、ASD 特性を背景にもつ反社会的行動や社会的ひきこもりの支援経験を5年以上有する経験豊富な精神科医師1名と障害者相談支援事業相談支援専門員1名から得た。また、プログラムを各支援者へ簡便に説明しプログラムを実施しやすくするために、支援者向けのリーフレットを作成した。

第3章では「プログラムの倫理的課題と方法論的課題」として、この第2章で開発したプログラムの運用および研究に先駆け、実施する上での倫理的課題と方法論的課題を整理、検討した。その上で今現在は未整備と考えられたことが2点あった。1点目は「矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割」に倫理面に関して複雑で高度な判断がせまられることが多いと考えられるが、それを支えるシステムが2014年現在の我が国では整っていないということであった。精神科医療や自治体の情熱にのみ頼らない、我が国全体としてのシステムの整備が望まれた。2点目は倫理審査委員会について現在多くの施設で負担が増加しており、また倫理審査委員会が開かれる頻度が少ない施設もあり、倫理審査委員会の利便性について今後の課題と考えられたことであった。

第4章では「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」として、本稿プログラムの前進となった介入方法を、社会的ひきこもりを呈する本人（Identified Patient；以下、IP）2人へ用い、シングルケーススタディの形式で報告した。2事例のうち1事例は中学1年生男児、もう1事例は30代男性であった。2事例ともASD特性に配慮したCRAFTの応用適用が奏功し、本人が希望して支援を受けるに至っていた。また介入後もASD特性をふまえた支援が継続されるよう計画されていたことで介入終了2年後フォローアップ時点でも効果が持続していた。考察では、介入の有効性、第3章プログラムとの比較、オリジナルCRAFTとの比較、今後の課題について検討された。介入の有効性では、2事例ともフォローアップ期間でも社会的ひきこもりの再発が観察されず、また支援を自発的に受けていることが確認され、介入が有効であったと考えられた。第3章プログラムとの比較では、内容的に両者に大きな差異はないものの、第2章プログラムではより体系的にパッケージ化メニュー化がされていると考えられた。オリジナルのCRAFTとの比較では、主に5点の違いが見られ表にまとめられた。今後に向けた課題としては、研究上の課題が3点、実践上の課題が2点あげられた。研究の課題としては、客観的尺度の導入、前方視的量的研究によるエビデンスレベルの向上、プログラムの均一性と実用性のバランスの検討、が考えられた。実践上の課題としては、ASD特性の理解者を増やす必要性、CRAFTを実施する支援者養成の必要性、が考えられた。

第5章では「社会的ひきこもりについてのカルテ調査」として、本稿プログラムの前進となった介入方法を、社会的ひきこもりを呈する30例に実施した後の予後を、カルテ調査の形式で報告した。考察では、介入の有効性、第2章プログラムとの比較、オリジナルのCRAFTとの比較、今後の課題について検討された。介入の有効性では、入院を含めると30人中21人（70%）のIPが社会参加や治療に向けた変化があり、介入が有効だったと考えられた。第2章プログラムとの比較では、第4章同様、体系的にパッケージ化メニュー化されていなかったことと、CSO支援における段階的な介入が計画されていなかったことの2点が考えられた。ただし後者については、結果集計の際には、段階的な介入を加味した集計がなされていた。オリジナルCRAFTとの比較では、第4章で考察された5点のうち2点が第5章でも考えられた。それは、CSOによる段階的な介入のうち最初の情報提供

のみで行動変容がおきた IP が 9 人（30 人）おり ASD 特性に特有の環境とのミスマッチが伺われたことと、8 人（27%）の IP が主治医の判断で入院を經由しており CSO からの分離（detach）が必要とされていたことである。今後に向けた課題では、第 4 章と重複するものも含めて、研究上の課題が 4 点、実践上の課題が 4 点あげられた。研究上の課題は、客観的尺度の導入、前方視的量的研究によるエビデンスレベルの向上、プログラムの均一性と実用性のバランスの検討、IP の質の同一性についての検討、であった。実践上の課題は、ASD 特性の理解者を増やす必要性、CRAFT を実施する支援者養成の必要性、家庭内暴力の頻度の多さと対応の困難、多領域の連携、であった。

第 6 章では「反社会的行動についてのカルテ調査」として、第 2 章で開発したプログラムを、反社会的行動を呈する 32 例に実施した後の予後を、カルテ調査の形式で報告した。考察では、介入の有効性、オリジナルの CRAFT との比較、第 4～5 章との比較、今後の課題について検討された。介入の有効性では、32 人中 19 人（59%）の IP に反社会的行動の改善が見られ、16 人（50%）が「本人支援」段階に移っており、介入が有効だったと考えられた。オリジナル CRAFT との比較では、CRAFT には危機介入や非自発的入院／矯正施設における支援がプログラムに含まれないため、同列に比較することは困難であった。第 4～5 章との比較では、第 4～5 章が社会的ひきこもりを対象とした研究であったのに対して第 6 章が反社会的行動を対象としたこと、第 4～5 章が「本人支援への準備」段階における「CRAFT の phase I に準じて CSO への支援をおこなう役割」から始まる介入のみを対象としていたのに対し、第 6 章は反社会的行動を示し事例化したすべてを対象としていたことがあげられた。今後に向けた課題については、第 4～5 章同様、研究上の課題が 4 点、実践上の課題が 4 点あげられた。

2. 本稿全体を通したプログラムの有効性の検討

第 3 章で触れたように、オリジナルの CRAFT の臨床研究で使用された効果測定の指標は非常に多かったが、本稿プログラムでは phase I において IP が治療契約に至ったかどうかの行動観察を本稿プログラムの主な効果測定の指標とした。ここではその視点から、本稿全体を通したプログラムの有効性について検討をおこなう。

(1) 本稿を通して考えられた有効性

第 4～6 章の結果から、ASD 特性をもつ（または疑われる）社会的ひきこもりと反社会的行動に対して、第 2 章で開発したプログラムが、IP の治療契約導入に対して有効であったと考えられた。

具体的には、第 4 章では家庭内暴力を呈する社会的ひきこもり 2 事例に対し本稿の前進となった介入方法が使用され、家庭内暴力と社会的ひきこもりが消失し、2 事例とも治療契約に至った。また、その効果は 2 年後フォローアップでも持続していることが確認された。

第 5 章では社会的ひきこもりに対して本稿の前進となる介入方法が使用され、入院を含め 30 人中 21 人 (70%) の IP に社会参加についての契約や治療契約に向けた変化があった。この割合はオリジナルの CRAFT による治療導入率 64~86% (スミス・メイヤーズ, 2012) と同程度の割合であった。第 6 章では反社会的行動に対して本稿で開発したプログラムが使用され、32 人中 19 人 (59%) の IP に反社会的行動の改善が見られ、16 人 (50%) については「本人支援への準備」段階を経て「本人支援」段階、つまり治療契約に至っていた。その 16 人は皆精神科病院入院を経ており、16 人中統合失調症や重篤な身体疾患を併発した 6 人を除く 10 人の平均入院期間は 127.4 日 (88-251 日) であった。この調査では CSO が治療契約を結んでいる IP に限らず、反社会的行動を示す IP 全てが調査対象となったため、オリジナルの CRAFT との治療導入率の比較は困難であるが、それでも決して低い支援導入率、反社会的行動の改善率、そして比較的短い入院期間であったと言える。

後述のように研究上の課題は多く残るが、本稿プログラムの有効性が予測されたと言える。

(2) 本稿プログラムの有効性の要因

上記のように本稿プログラムの有効性が予測されたが、何がどのようにはたらいて有効だったのだろうか。そもそも第 1 章で触れたように、オリジナルの CRAFT は物質依存に対しては優れた治療成績をもっていたが、序論や第 1 章で触れたように、背景に ASD 特性をもつ場合は CRAFT に ASD 特性への支援を組み合わせる必要があると考えられた。そしてこのことは序論で Fig.1 のように表され、Fig.1 を補完するようにしてつくられたのが本稿プログラムであった。ここで本稿全体の議論から Fig.1 を再検討し、本稿プログラムが Fig.1 に対して具体的にどのようなようにはたらいたのか、考察を加える。

第 2 章「プログラム開発」では、「本人支援への準備」段階 (phase I) として、必要に応じて以下の 3 つの支援役割を準備することが提案された。それは、CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう役割、危機介入を法律に準じておこなう役割、矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割であった。CRAFT の phase I に準じて CSO へ支援をおこなう役割については、ASD 特性をもつ場合、不適応行動の要因の多くが嗜癖行動特有の両価的認知というよりも環境とのミスマッチにあり、IP にそれらを調整するための支援情報が十分に届いていないことが多いと考えられるため、基本的には、IP への情報提供を最初に計画し、それがうまくいかないようであれば随伴性マネジメントを計画することが提案された。また、深刻な家庭内暴力などがあり危機介入が必要と判断された場合には、危機介入を法律に準じておこなう役割への依頼、またそこから矯正施設や精神科病院内で支援をおこなう役割への依頼、と連携がおこなわれることが提案された。

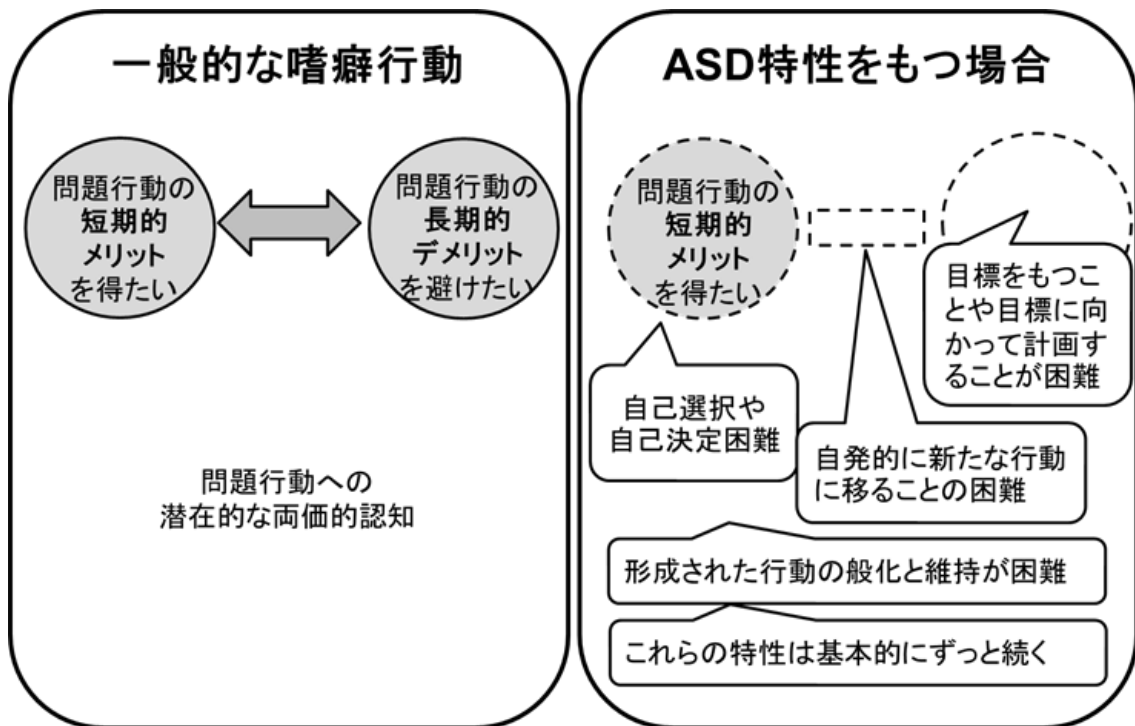


Fig. 1 再掲 ASDをもつ場合に考慮すべきポイント ((山本, 2013b) を一部改変)

第 5 章「社会的ひきこもりについてのカルテ調査」と第 6 章「反社会的行動についてのカルテ調査」では、実際にそれらが、どれくらいの割合でおきえるのかが検討されたと言える。第 5 章では IP が社会的ひきこもりを呈しており CSO が継続的な支援を望んだ 30 名についてカルテ調査がおこなわれ、その結果、情報提供のみで治療契約に至った IP は 9 人 (30%)、随伴性マネジメントで変化も必要とした IP は 4 人 (13%)、危機介入を経て精神科病院入院を必要とした IP が 8 人 (27%)、変化がない IP が 9 人 (30%) であった。第 6 章では反社会的行動により危機介入を必要とした IP 32 人がカルテ調査の対象となった。調査対象者について第 5 章と大きく異なるのは、CSO が継続的な支援を望んでいるとは限らない対象者であったということである。その結果、危機介入を含む随伴性マネジメントのみで反社会的行動が見られなくなった IP が 9 人 (28%)、精神科入院治療により反社会的行動が見られなくなった IP が 16 人 (50%)、支援途中だった IP が 3 人 (9%)、支援を中断した IP が 4 人 (13%) であった。このことを図にあらわすと Fig.13 のようになる。Fig.13 をみると、社会的ひきこもりでは情報提供のみで変化が見られることがあること、社会的ひきこもりでも反社会的行動でも随伴性マネジメントと入院で変化が見られることがあること、社会的ひきこもりでも反社会的行動でも随伴性マネジメントで変化する割合の約 2 倍、入院で変化する人がいることがわかる。ここで入院による変化がなぜ生じるかについては、第 4 章「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」の成人事例で見たように、IP にとって CSO の姿をみるのが不安や過去の記憶を誘発する条件刺激となってしまっており、入院による刺激統制が有効に働いたと考えられた。このことは第 1 章で触れた、

ウィング（1998）による、ASD 特性をもつ青年でしばしば家族を支配することが見られ、唯一の解決法は本人が家から離れることとなる、と指摘されていることと一致する。

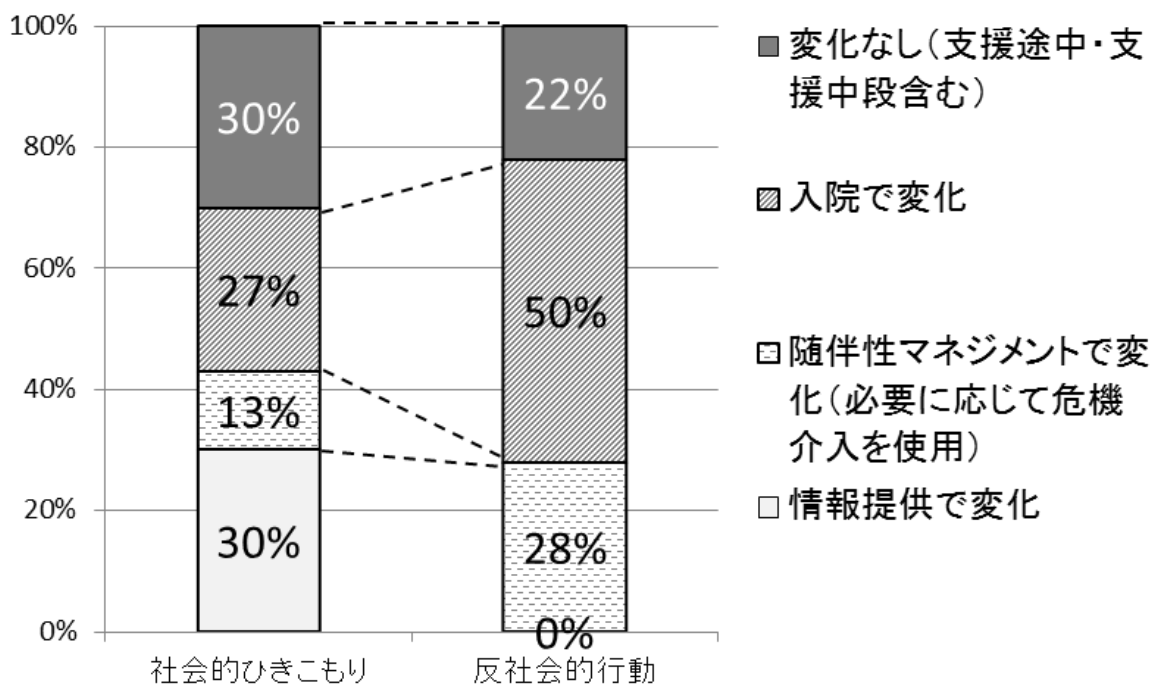


Fig.13 カルテ調査で使用されていた介入内容

それでは、情報提供、随伴性マネジメント、入院は Fig.1 にどのように働いたと言えるのだろうか。

情報提供は、IP の認知にはたらきかけ新たな選択肢を生じさせるということで Fig.14 のように示すことができるだろう（図中、CSO からの吹き出し網掛け部分が介入）。これは行動療法の中で、より認知療法的な介入と言える。

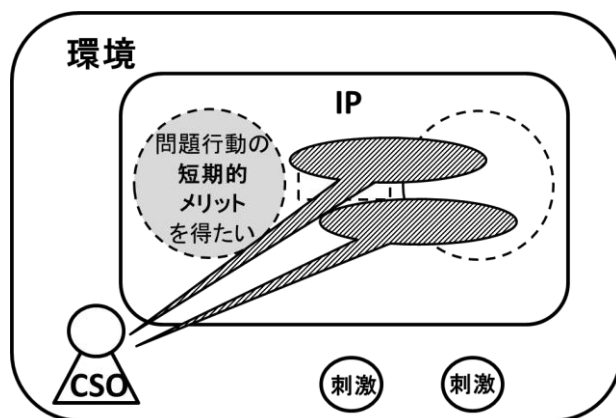


Fig.14 phase I 情報提供による認知療法的介入

次に、随伴性マネジメントはIPをとりまく環境にはらきかけ、IPと刺激の随伴性を操作するというので Fig.15 のように示すことができるだろう（図中、CSOや刺激との双方向矢印網掛け部分が介入）。これは行動療法の中で、よりオペラント条件づけ的な介入と言える。

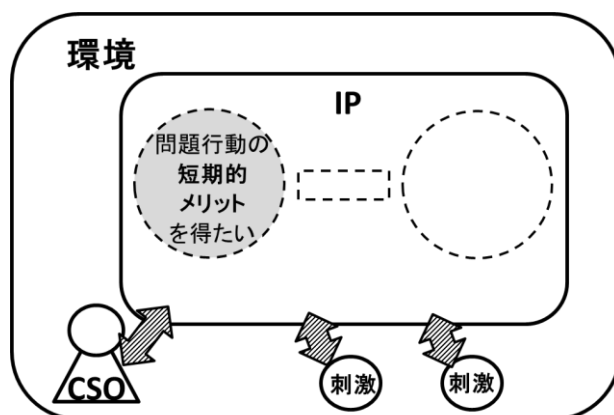


Fig.15 phase I 随伴性マネジメントによるオペラント条件づけの介入

最後に、入院（または矯正施設）はIPをとりまく環境の刺激統制とIPの条件反応にはらきかけるといふので Fig.16 のように示すことができるだろう（図中、IPと、CSOや刺激との間の壁網掛け部分が介入）。これは行動療法の中で、よりレスポナント条件づけ的な介入と言える。

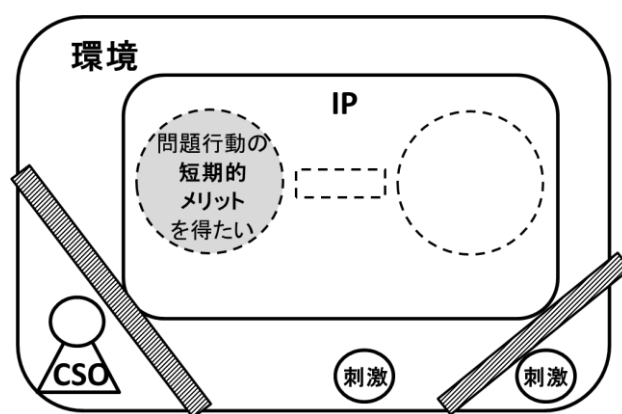


Fig.16 phase I 随伴性マネジメントによるレスポナント条件づけの介入

そしてこれらの図を本稿プログラムの介入に即して並べると Fig.17 のようになる。最初に情報共有が、次に随伴性マネジメントが、次に入院（または矯正施設）による介入が計画されることを示すが、この図で特に注目したい点が2つある。1つ目はいずれにしても情報共有を介してのみ、「本人支援」段階（phase II）につながるということである。例えば入院（または矯正施設）を経たとしても、随伴性マネジメントと情報共有を経なければ、「本人支援」段階（phase II）に行けないということである。2つ目は、これらの図が示す通り、

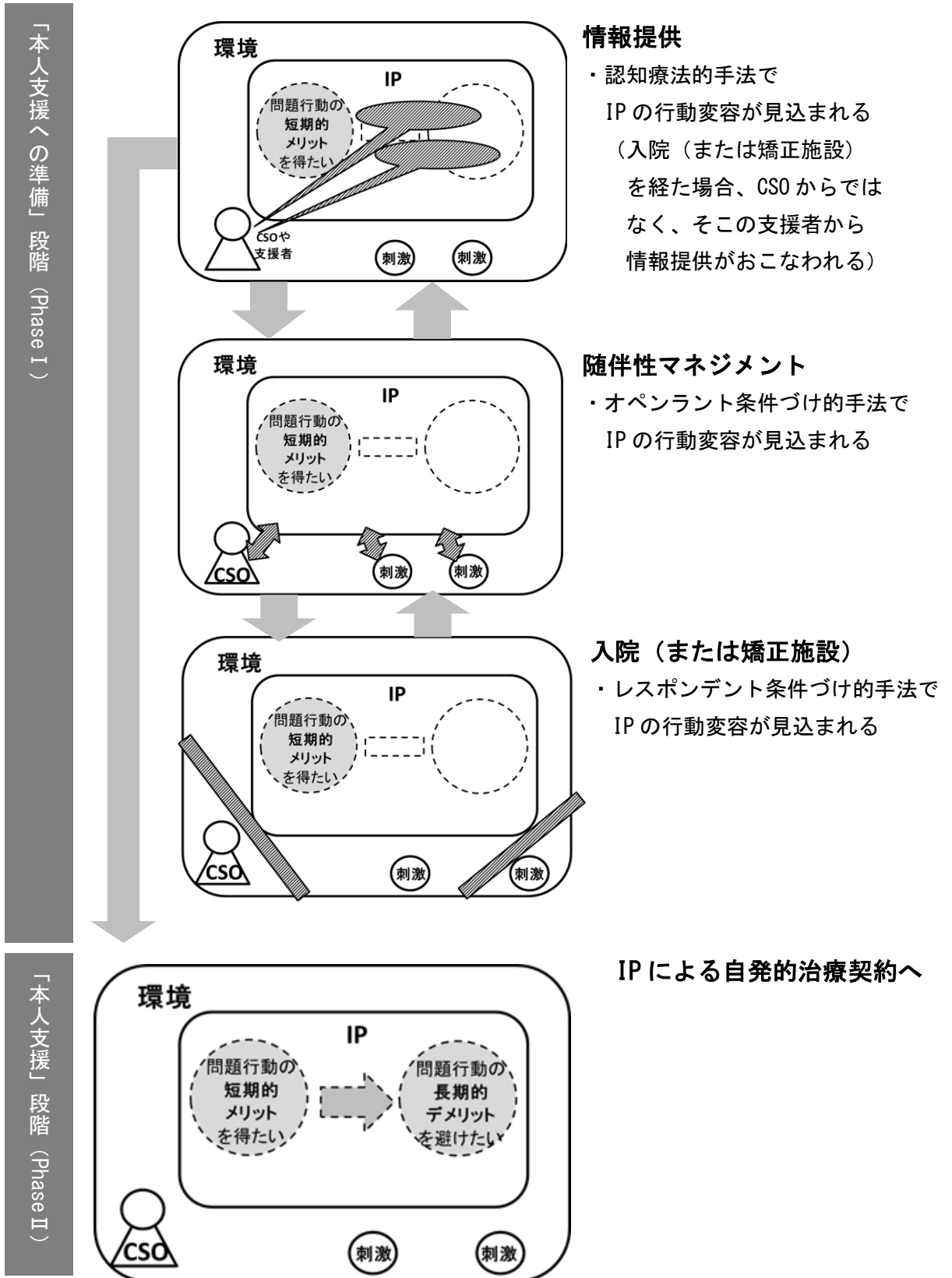


Fig. 17 本稿プログラムを Fig.1 との関連および行動療法の手法からとらえ直した図

CRAFT で前提とする、IP 中の両価的認知への葛藤が、プログラム全体を通して生まれているかどうかは不明であり、不明なまま介入が行われるということである。本稿プログラムでは、両価的認知への葛藤を前提とせずとも、アセスメントに応じた過不足ない行動療法的手法により、IP の行動変容が可能になっていると考えられる。今後、例えば情報共有のみで行動変容する IP とそうでない IP との違いはどこから生まれるのか、心の理論などがそれに影響しているのかなど、検証をおこなっていきたい。

3. 本稿の課題

以上のように本稿プログラムの有効性が予測されたが、本稿全体を通して、本稿の研究上の課題、本稿プログラムを運用する上での課題、本稿プログラムそのものの課題も多数議論された。ここではそれらの課題について整理する。

(1) 研究上の課題

各章で述べられたように本稿には研究デザインの課題がいくつもあり、本稿だけで有効性についてのエビデンスがあるとは言い難かった。それらの課題は主に以下の 4 点に集約された。

1 点目は、IP の ASD 特性や CSO のセルフ・エフィカシーなどについて客観的尺度を用いて測定する必要があるということであった。第 3 章で整理したように、本稿プログラムの主な効果の指標は IP の治療導入率とするが、上記の客観的尺度を用いることで、事例の回復過程をより詳細に分析したり、IP の ASD 特性による回復の仕方の違いを分析したりできるかもしれない。ASD 特性については PARS (日本自閉症協会, 2006) などを、CSO のセルフ・エフィカシーについてはひきこもり状態への対処に関する家族のセルフ・エフィカシー (境・坂野, 2009) などを今後使用したい。また上述のように、本稿プログラムは IP の両価的認知への葛藤を主に取り扱わないと考察したが、本当に葛藤を取り扱っていないのか、そもそも IP に葛藤が生じていないのか、についても、客観的尺度を用いて分析する必要があるだろう。

2 点目は本稿プログラムの効果検証について、評価方法や評価時期、評価の客観性などをよくデザインした上で、前方視的な量的研究、特に無作為化された比較試験 (Randomized Controlled Trial : 以下、RCT)をおこなう必要があるということであった。一方第 3 章で考察したように、我が国において本稿プログラムを用いた RCT をおこなうためには、まず RCT の準備以前に、司法的処遇と精神科的処遇の役割整理や、支援を拒否する IP を対象とする場合の倫理的手続きの整理といった、本稿プログラムの実施そのものに対するインフラ整備が必要と考えられた。当然 RCT をするには、それに加えて、臨床研究のための倫理的配慮などインフラ整備をおこなう必要がある。

3 点目はプログラムの均一性と実用性のバランスを検討する必要があるということだっ

た。これも第 3 章で検討したことであるが、本稿プログラムのようにメニュー方式の包括的介入プログラムの場合、プログラムの一貫性や、プログラムと効果と関連の一貫性の検証は困難である。一方臨床での運用を考えると、個々の IP や CSO、コミュニティの多様性に応じて柔軟に運用できるメニュー方式のプログラムは実用性が高いと言える。実用性と信頼性の両方のバランスを考えると、メニュー方式で運用しながらも、第 3 章で触れたように治療要素の分解研究（ドライデン・レントウル，1991）もおこなうことが必要となるだろう。

4 点目は IP の質の同一性について検討する必要があるということだった。これは第 5 章および第 6 章のカルテ調査の結果検討されたことであつた。一口に ASD 特性があると言っても、最終的に IP が医学的診断を受けた結果、ASD ではなく別の精神疾患の診断がついたという人もいれば、ASD の診断もついたり別の精神疾患の診断も合わせてついたりという人もいた。そもそも本稿プログラムは、診断名にとらわれずアセスメントに応じて介入をおこなうことを前提としていたため、プログラムの運用にあたって診断名の異同は大きな影響を及ぼさないが、効果測定や回復過程の分析など臨床研究をおこなうにあたっては整理しておきたい点である。精神科医による医学的診断はもちろん、1 つめの課題で整理した客観的尺度の導入を今後検討したい。

以上に加え、本稿全体を通して考えられた研究上の課題を 2 つあげたい。1 つめは「本人支援」段階（**phase II**）の内容が IP のニーズに応じて非常に多様になり得るということである。そのため、「本人支援」段階（**phase II**）の支援経過の記述や効果測定は厳密になされづらい。2 つめは本稿全体を通してプログラムの有効性が示されたとは言え、カルテ調査を見ると約 30% の人は変化しておらず、その理由の分析がまだ行われていないということである。この 2 つの課題ともに、今後まずは研究デザインを整え、その上で詳細な分析を行っていきたい。

(2) 本稿プログラム運用上の課題

運用上の課題について、本稿全体を通して 4 点あげられていた。

1 点目は ASD 特性の理解者が少ないこと、特に我が国特有の周囲から望まれる母親役割と、ASD 特性に対して必要な態度とのギャップが生じやすいことだった。例えば第 4 章「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」における 2 事例では、両事例ともに CSO は母親であり、二人の CSO ともに周囲から期待される温かい母親役割と、ASD 特性に対して必要とされる接し方との間の葛藤で苦悩した。またそうした葛藤から、IP に対してなかなか毅然とした態度をとれなかった。第 6 章「反社会的行動についてのカルテ調査」では、支援者との約束に違反して過度に IP と接触する CSO が見られた。これら母子の関係性の問題は、当然 CSO が母親の時のみならず、母性的な CSO との間で見られるものと考えられるし、さらに言うと、CSO に限らず支援者にも見られると考えられるものである。この点に対しては、正しい知識の普及啓発はもちろん、第 4 章の CSO に有効であったように、

自助グループの活用などが考えられる。

2点目はCRAFTを実施する支援者が少ないことであった。これは第1章で触れたように、CRAFTの元となったCRAについてMeyers自身も課題としてあげている点であり、主な要因として、トレーニングが限定的、疾患モデルへのとらわれ、古いやり方へのとらわれ、つまらない、をあげていた(Meyers et al., 2001)。ただし、2014年現在状況は大きく変わってきたと言える。世界各国でCRAFTのワークショップが開催されるようになり、スーパービジョン体制もできた(Meyers, R. J.のホームページ, 2014)。日本においても2013年初めてMeyers自身によるワークショップが開催された。今後はCRAFTに精通した支援者が増えていくと考えられる。

3点目は家庭内暴力の頻度が多く対応が困難だったことであった。これは上述の研究上の課題の2点目と同様のことであるが、我が国ではASD特性を背景にもつ家庭内暴力について、IPへの処遇や、介入におけるIPへの倫理的配慮などについての法的整備が整っていない。臨床研究以前に整えるべき点と考えられる。

4点目は多領域の連携がスムーズにいかないことが多いということであった。これも上記3点目の課題同様、法的整備が整っていないことによる影響が大きいものと考えられる。特に反社会的行為を呈した後のIPに対しては、一定の法的強制力の中での福祉的処遇が望まれるが(加藤・水藤, 2013)、我が国においてそうした体制はまだ整っていない。本稿では「本人支援の準備」段階(phase I)に重きをおき、主な効果の指標としてもIPが治療契約に至るか否かを取り上げたが、IPの支援という観点から言えば、治療契約はゴールではなくスタートに過ぎない。支援者間の連携について法的整備はもちろん急務であるが、それを待たずともできることはたくさんあるはずである。支援者間のネットワーク会議や、勉強会を積み重ねることが大切である。

以上に加え本稿全体を通して考えられた運用上の課題を1つあげたい。それは、本稿プログラムはIPが二次的に不適応行動を発生させてしまった後の介入プログラムであり、本来であれば、そこで得られた知見はいち早く不適応行動の発生予防に用いたいということである。これについては第2章で触れたように、大きなケアマネジメント、具体的には、障害者総合支援法を根拠とした協議会や発達障害者支援法を根拠とした発達障害者支援体制整備事業などの場、と連動させながら、本稿プログラムを運用していく必要があるだろう。

(3) 本稿プログラムのモデルそのものについての議論

最後に本稿プログラムの内容そのものについて2点考察したい。

1点目はIPの両価的認知への葛藤を主に扱うことをしない本稿プログラムと、それらを主に扱うCRAFTとを同列に論じてよいのか、ということである。本稿プログラムが葛藤を前提としないこととその理由は、上述の「本稿プログラムの有効性の要因」で触れたとおりである。主に扱うものの違いは、プログラム全体の面談スタイルの違い

に大きく影響する。つまり、葛藤を主に扱う CRAFT の面談スタイルは共感的であるが、本稿プログラムでは、IP の ASD 特性によって指示的な面談スタイルとなる。この点を整理するためには、近年言われている、ティーチング、コーチング、カウンセリングの面接スタイルの違いと使い分けの技術（諏訪，2011）が有用となるだろう。一般的に、クライアントが行動変容について無関心であったり必要性についての知識がなかったりする場合には、情報提供としてのティーチングが、関心がでてきた場合には受容的・共感的なカウンセリングが、行動変容を少なからず望んでいる場合には自己決定を促すコーチングが主に用いられる。以上を考えると、ASD 特性を持つか持たないかに関わらず、IP の関心や知識の状態に応じてこれらの面接スタイルを使い分けることになると考えられる。本稿プログラムが対象とする ASD 特性を持つ IP の場合、特に介入初期においては IP に対してティーチングスタイルが多用されるかもしれない。そうした面談スタイルの違いは存在するかもしれないが、IP をとりまく community へ働きかけ、IP の行動に対して適切な強化とタイムアウトがされるよう随伴性を操作するという CRAFT の基本理念は、本稿プログラムも等しく持っていると考えられる。

2 点目は、1 点目と関連するが、本稿プログラムの全体を理解し運用する支援者には、IP や CSO の行動変容への動機付けを保ちつつ、必要に応じて面談スタイルを使い分けるバランス感覚と、多機関連携をおこなうソーシャルワーク力が必要となるということである。前者については、例えば、長年発達障害臨床や母親に対する子育て支援、教育現場での教師への指導を積極的におこなってきた医師である横山（2005）は、「信頼と尊敬を勝ち取ること」と表現している。この「信頼と尊敬を勝ち取ること」は誰にでも簡単にできるのだろうか。後者については、当事者の会、家族会、司法、教育、福祉、医療、保健、就労など、支援者には非常に多領域の知識と人脈も含めたネットワークが必要となるが、こうしたネットワークは誰にでも簡単にしてくれるのだろうか。現在までのところ、本稿プログラムの全体像を理解し、CSO 支援または IP 支援を実施している支援者は筆者の他にもう 1 名である。筆者とその 1 名に共通していることは、臨床心理学修士卒業以上の教育水準を持っていること、学部や大学院などで心理学と福祉の両方を学んでいること、ASD をもつ人やその家族の相談支援歴を 5 年以上有していることである。このことは、本稿プログラムを運用することの困難をあらわすと同時に、もしかしたら、本稿プログラムの内容そのものというよりも、支援者の経験、人脈も含むネットワークが本稿全体の結果に影響している可能性を示唆するものである。このことを検証するためには、本稿プログラムを普及し、当然スーパーバイズは行うが様々な背景をもつ支援者に本稿プログラムを実施してもらい効果検証をおこなう必要がある。

4. 本稿の社会的意義

序論では、我が国の ASD 特性を持つ人への支援制度の特徴が、診断ありき、かつ申請主義であること、そしてそのために、IP が適切な療育や教育、支援を受ける機会を逃す可能

性があることを触れた。またそうした結果として、思春期以降、支援を拒否するに至ってしまう IP とそうした IP を心配する家族が少なからずいることを触れた。これらの状況に対して、「支援を拒否することの背景にある要因の適切なアセスメント」「本人が支援を拒否している段階での家族支援」「支援を拒否する本人への介入のエビデンス」の必要性が考えられ、そのために本稿プログラムの開発と効果検証がおこなわれた。最後に、本稿プログラムおよび本研究全体の社会的意義を考察したい。

(1) 本稿プログラムの社会的意義

以下の 6 点の社会的意義が考えられる。

1 点目は我が国において 2005 年発達障害者支援法制定以降、急激に発達障害の支援体制が充実してきたが、支援を拒否してきたためにそれらの知識や制度を知らずにいる IP は多数存在すると考えられ、本稿プログラムがそうした IP へ正しく、新しい情報を伝えるルールとなり得るということである。このことは、第 5 章「社会的ひきこもりについてのカルテ調査」において、情報提供のみで治療契約に至った IP が 9 人 (30%) いたことから推測される。と同時に、このことは上述の「支援を拒否することの背景にある要因の適切なアセスメント」と「本人が支援を拒否している段階での家族支援」がやはり必要であることを裏付ける結果である。

2 点目は本稿プログラムが、ストレスレベルが日常的に高いと考えられる CSO をすぐにケアすることができるということである。このことは、特に第 4 章「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」において示された。知的な遅れが目立たない発達障害の場合、母親が個性的な我が子について理由がよくわからずに長年自身の育て方を責めてきたり、適切な情報や具体的な援助を得られずに不安を体験してきたりすることが多い (柳楽ら、2004) ことは、第 2 章で示したとおりである。CSO をケアしながら、IP を支援につなげることができる本プログラムは、CSO の不安を 2 重 3 重に軽減するものであると考えられる。上述の「本人が支援を拒否している段階での家族支援」を可能にしたと言える。

3 点目は本稿プログラムが確定診断を必要としないということである。発達障害診断がつくことに抵抗を感じる IP や CSO にも本プログラムを適用することができるし、我が国の大人の発達障害の診療がなかなかスムーズにいかない状況を考えてみると、確定診断を前提とせず、すぐに家族全体への支援を開始することができる意義は大きいと考えられる。

4 点目は、行動理論をベースとした ASD 特性への支援方法は 1970 年代からすでに多く集積されてきたが、そのほとんどは本人に直接支援することを前提としているため本人が支援を拒否する場合には試してみることもすらできなかったが、CRAFT を組み合わせることで、支援を拒否する場合にも、これまで集積されてきた ASD 特性への支援を適用することができるようになる、ということである。上述のように研究上の課題は多く残るが、本稿プログラムが行動理論を背景とすることで、「支援を拒否する本人への介入のエビデンス」を集積する準備が整ったと言える。

5点目は社会スキルの維持や般化が苦手な ASD 特性に対してだからこそ、集中的なケアの後にも過不足なく community から随伴性操作を受け続けられるよう計画をしておく本プログラムは非常に有効だということである。このことは特に第 4 章「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」における 2 年後フォローアップで示された。

以上 5 点は CRAFT に ASD 特性への支援を組み合わせたことについての社会的意義であると言える。加えてもう 1 点、地域支援ではいつも隣り合わせの危機介入の視点を加えたことも、このプログラムの社会的意義と言えるだろう。危機介入を必要とする反社会的行動についての適用とカルテ調査は第 6 章でなされた。

(2) 本研究全体の社会的意義

以下の 3 点が考えられる。

1 点目は我が国では報告自体まだ少ない CRAFT を紹介したということである。CRAFT は、厚生労働省研究班が作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」（齊藤，2010）の中で紹介されているものの、筆者の研究報告前までは日本語の資料自体少ない状況であった。著書では 2012 年に CRAFT のマニュアルの翻訳が 1 冊発行されたのみ（スマス・メイヤーズ，2012）、医学中央雑誌の検索では「コミュニティ強化アプローチ」で 1 件ヒットするのみであった（岡嶋・原井，2009）。CRAFT の元となった CRA についても 1987 年に発行された行動療法事典にミラー が書いた紹介が載っている程度であった（ミラー，1987）。上述のように、本稿プログラムと CRAFT の異同は慎重に整理しなければいけないが、IP をとりまく community へ働きかけ、IP の行動に対して適切な強化とタイムアウトがされるよう随伴性を操作するという CRAFT の基本理念は、本稿プログラムも等しく持っていると考える。

2 点目は、第 4 章「社会的ひきこもりへのシングルケーススタディ」を報告したことで、本稿プログラムの具体的な介入方法や経過を紹介し、加えて介入と結果の関係性を客観的に評価したということとである。本稿プログラムを質的に検討できたと言えるだろう。

3 点目は、第 5 章と第 6 章のカルテ調査により、後方視調査ながらも、プログラムの量的検討ができたということである。不適応行動に対しては、病院内や職業訓練内における取り出し型プログラムについての量的報告は見られるが、地域ベースでの量的検討をおこなった報告は見られない。取り出し型プログラムも当然重要であるが、序論で概観したように、病院や職業訓練の門を叩くに至るまでに苦勞することが多く、その点で苦悩している CSO は多数いると考えられる。上述のように研究上の課題は多数残すが、地域ベースで量的検討をおこなった意義はあると考えられる。

本稿全体を通して何度も、ASD 特性をもつ人の社会的ひきこもりや犯罪などの行動の問題は、過去の療育や教育の遅れや失敗の結果と考えられると触れた。過去は変えられずとも、せめて今できる最善の支援を提供できるよう、今後もプログラムの検討とエビデンスの集積を継続し、本人や家族が 2 度目の支援の遅れや失敗に晒されることがないようにし

たい。

文献

- ドライデン・レントゥル 丹野義彦（監訳） 1996 認知臨床心理学入門 認知行動アプローチの実践的理解のために 東京大学出版会（Dryden, W. & Rentoul, R. 1991 *Adult Clinical Problems: A cognitive-Behavioural approach*. Oxon; Routledge.）
- 加藤博史・水藤昌彦 2013 司法福祉を学ぶー総合的支援による人間回復への途ー ミネルヴァ書房
- Meyers, R. J., Miller, W. R. & Smith, J. E. 2001 Community Reinforcement and Family Training(CRAFT). In Meyers, R., Miller, W. (eds) *A Community Reinforcement Approach to the Treatment of Addictiion*. Cambridge: University Press. Pp.147-60.
- ミラー W. R. 足立淑子（訳） 1987 Community Reinforcement Approach コミュニティ強化アプローチ ベラック, A. S., & ハーセン, M.（編） 山上敏子（監訳） 行動療法事典 岩崎学術出版社 Pp58-60
- 日本自閉症協会 2006 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 日本自閉症協会
- 岡嶋美代・原井宏明 2009 コミュニティ強化アプローチと家族トレーニング 精神科治療学, 24(Supple), 44-45.
- Meyers, R. J.のホームページ 2014
(<https://www.robertjmeyersphd.com/workshops.html>)
- 齊藤万比古 2010 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（主任研究者 齊藤万比古）
- 境泉洋・坂野雄二 2009 ひきこもり状態にある人の親のストレス反応に影響を与える認知的要因 行動療法研究, 35, 133-143.
- スミス, J. E.&メイヤーズ, R. J. 境泉洋・原井宏明・杉山雅彦（監訳） 2012 CRAFT 依存症患者への治療動機づけー家族と治療者のためのプログラムとマニュアルー金剛出版（Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families*. New York: a Guilford Press）
- 諏訪茂樹 2011 心と身体に効く技術 ティーチングとコーチングの使い分けによる健康支援 日本保健医療行動科学会年報, 26, 86-88.
- ウィング, L. 1998 久保絃章・佐々木正美・清水康夫（訳） 自閉症スペクトルー親と専門家のためのガイドブック 東京書籍株式会社（Wing, L. 1996 *The Autistic Spectrum: A guide for parents and professionals*. London: Constable and Company）
- 柳楽明子・吉田友子・内山登紀夫 2004 アスペルガー症候群の子どもを持つ母親の障害

認識に伴う感情体験—「障害」として対応しつつ「この子らしさ」を尊重すること— 児童青年精神医学とその近接領域, **45**, 380-392.

横山浩之 2005 AD/HD、LD、高機能自閉症 軽度発達障害の臨床～レッテル貼りで終わらせない、よき成長のための診療・子育てからはじめる支援～ 診断と治療社

参考資料

支援者向けリーフレット

STEP
3

3STEP で簡単！整理！

STEP
2

STEP
1

行動の問題を持ち・支援を拒否する本人への

地域支援ガイドブック



はじめに

「本人はひきこもり状態。相談の場にさえ行こうとしない、このまま見守っていてよいのだろうか」
「家庭内暴力…。でも、警察に行くほどなのだろうか」
「他機関が動いてくれなくて困っている」

地域で対人援助職についている方であれば、どれかを一度は耳にすることがあるのではないのでしょうか。

このガイドブックは、社会的ひきこもり・家庭内暴力・犯罪行為などの行動の問題を持つ本人が、支援を受けることを拒否している場合の、支援者の動き方を解説しています。

このガイドブックの主な目的は以下の三つです。

- ・科学的根拠のある支援方法がわかる（いわゆる心理療法）
- ・他機関連携の方法がわかる（いわゆる小さなケアマネジメント）
- ・地域づくりがわかる（いわゆる大きなケアマネジメント）

毎日忙しい現場支援者の助けに少しでもなればと思います。

もくじ

本人までの3STEPをチェック	p. 1
STEP. 2 を担当ごとに解説	
・「急がない」担当の場合	p. 2
・「急ぐ」担当の場合	p. 3
・「リセット」担当の場合	p. 4
おまけの3つ	p. 5
おわりに	p. 5



本人支援までの3STEPをチェック

本人に行動の問題あり！ 本人支援拒否！

本人

STEP1
支援以前

支援者のセルフチェック 本人を、一人の人として見ていますか？

診断や障害の有無に関わらず、人としてあたり前の尊厳、義務（法律、条例）、エチケットという枠組みが互いに守られるべきなのは共通です。

支援者のセルフチェック 学び方や感じ方の違いを想像できますか？

義務やエチケットを守るべきなのはどの人にも共通ですが、その学び方や感じ方が、多数派とは異なる人たちもいます。

支援者のセルフチェック 自分の立ち位置は明確ですか？

自分がどの根拠で・誰の支援を・いつまでするのか自覚しましょう。自分の職場だけで対応困難なことは他の支援者と協力をしましょう。

急がない

急ぐ

STEP2
本人支援への準備



まずは本人ではなく「困っている人」の相談を受けます

連携



危機介入します

法的措置による
保護・分離



リセットして本人の再出発を応援します

本人への支援への動機付け・受け入れ先確保

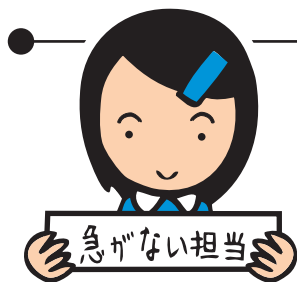
本人ニーズによる、
本人への支援

STEP3
本人支援

本人

本人支援者

STEP. 2 を担当ごとに解説



まずは、本人ではなく「困っている人」の相談を受けます

1. 支援の枠組みをつくる

- 「困っている人」へ、支援者の役割を伝えます
- 父性的役割の支援者と母性的役割の支援者、それぞれが必要なこともあります
- 本人と「困っている人」との間で利害関係が相反している場合は特に慎重に枠組みをつくります

2. みたてる

- 本人や「困っている人」のニーズを調べます→もし自分だったら、と語れるくらいに
- 本人の問題行動のからくりを調べます→様々な場面での刺激→反応が予測できるように
- 本人の**学び方や感じ方の違い**を調べます→思考パターンがわかるくらいに

ポ1

3. 「困っている人」へ介入する

- 「困っている人」の自信を高めます
- 「困っている人」へ、**学び方や感じ方の違い**、必要な地域資源について情報提供します
- 「困っている人」を介して**本人への支援の動機付け**をおこないます

ポ3

ポイント 1

学び方や感じ方の違い

どうしてそんな行動を相手がとるのかわからないときに、高山さん(2012)はとっても簡単な方法で相手の気持ちを推測する方法を提案しました。それを参考に、ここでは以下のように考えてみます。

1) わからない

社会の暗黙のルール、他者から期待されていること、言葉の裏、人の情感、進路選択など“目にはっきり見えないもの”がわからないために、その行動がおきている

2) うっかり

刺激に引っ張られてしまい、それまでに覚えていたことをうっかり忘れてしまったり、思わず衝動的に行動してしまったりして、その行動がおきている

3) わざと

愛情や注目を得る目的で、その行動がおきている

4) できない

目や耳に情報が入りすぎてしまう、頭が混乱している、元気が出ないなど体の問題から、その行動がおきている

5) やめたいけれど、やめられない

その行動のメリットもデメリットも感じているために、その行動がとまらない



危機介入します

1. 基準にもとづき判断する

- 緊急度を判断します
- 保護・分離を判断します
- 守秘義務解除を判断します

2. 危機介入しながらみてる

- 本人の抑止力になるものを探ります
- 本人への罰の効果と持続期間を探ります
- 本人の**誤学習**や**未学習**を防ぎます

ポイント

3. 次へつなげる

- 本人が社会規範を維持できる仕組みをつくります
- 再発予防の仕組みをつくります
- 本人または「困っている人」を関係機関へつなげることを目指します

ポイント 2

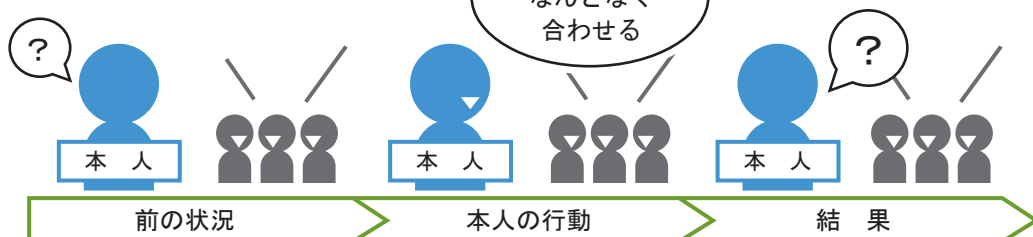
誤学習や未学習

前項の、**学び方や感じ方の違い**（特に『わからない』の場合）から、周囲が良かれと思って本人に手を差し伸べたことが本人のためになっていないことや（誤学習）、周囲が思っているほどには経験が積み上がっていないことがあります（未学習）。社会での振る舞い方について、本人が理解して積み上がるように学ぶことが大切です。

誤学習の例



未学習の例





リセットして本人の再出発を応援します

1. 本人との関係をつくる

(社会規範を維持する仕組みが別にある中での)

- 本人への傾聴をします
- 本人への共感をします
- 本人へのエンパワメントをします

2. 多角的にみため治療する

- 本人の精神疾患や否定的なとらわれをみため、治療します
- 本人の発達の高さをみため、手だてを考えます
- 本人が自分の助け方を知るサポートをします

3. 本人の再出発への準備をする

- 地域移行後の生活を具体的に想像し、地域移行後の環境を調整します
- 「地域移行後に ×× をしたら再びリセットだよ」というリミットセッティングをします
- **本人への支援の動機付け**をおこないます

ポ3

ポイント 3

本人への支援の動機付け

本人の気持ちに寄り添いながら、本人自ら支援を求めるよう方向づけていきます。これを段階的・包括的におこなうためには、スミスさんとメイヤーズさん（日本語翻訳 2012 年発行）が開発した CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) というプログラムが大変参考になります。

CRAFT の中で紹介されているように、本人の動機を高めるためには、本人へ過剰な世話焼き行動をしている人がそれを控えていくことが大切です。そのために支援者は、世話焼き行動をとっている人を批判せず、世話焼き行動をとっている人自身が問題に気づき、段階的に問題をコントロールできるよう応援していきます（過剰な世話焼き行動はやむにやまれず長年おこなわれてきたことが多いです）。



おまけの3つ

おまけ 1

相談を積み重ねておくことが大事

他機関へ連携をお願いするとき、自分が思うような返事はすぐには返ってこないものです。しかし、支援者同士があらかじめ相談をしておくこと、また互いのスタンスを知っておくこと自体が大事であり、のちの動きに大きく影響を及ぼします。

おまけ 2

自分の役割をまっとうする

例えば、「急ぐ」担当が社会規範を示す役割をきっちりと果たしていないと、次の段階の、本人と信頼関係を築くべき「リセット」担当が、本人へやってはいけないことを伝えざるを得なくなるなど、本来の役割を果たせなくなってしまいます。

おまけ 3

地域支援こそ支援者の腕の見せどころ

地域の刺激は想定外の連続です。また本人のニーズや家族のニーズも時間とともに変化します。そのようなときこそ、支援者のチームワークを活かし、柔軟に対応します。

お わ り に

私自身、行動の問題をもつご本人さんの地域支援をされていてよく感じていたのが、以下でした。

「探すと科学的根拠がある支援方法がいっぱいあるのに（例えば GRAFT）、忙しい現場の支援者にはなかなか届かない」

「折角他の支援者が積み上げてきた支援方法が（例えば入院中）、ぶつつりと途切れてしまう（例えば退院後）」

「ご本人へ接するのに、同じ役割の支援者ばかりで（例えば母性的）、他の役割を担う支援者がいない（例えば父性的）」

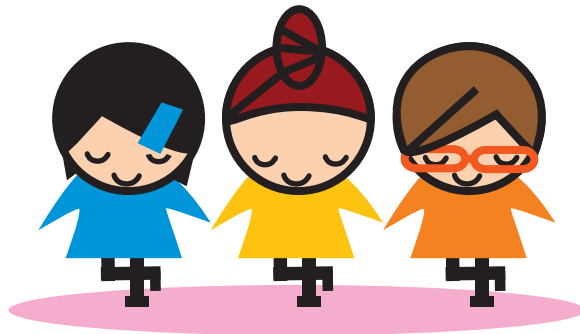
このガイドブックが、それらが解消するきっかけの一つになり、何より行動の問題をもつご本人と支援関係を結ぶことができる一助となることを願っています

文 献

高山恵子（2012）『親子のストレスを減らす15のヒント』 学研教育出版

ジェーン・エレン・スミス&ロバート・J・メイヤーズ 監訳：境泉洋，原井宏明，杉山雅彦（2012）

『CRAFT 依存症患者への治療動機づけ 家族と治療者のためのプログラムマニュアル』 金剛出版



3STEP で簡単！ 整理！

行動の問題を持ち・支援を拒否する本人への 地域支援ガイドブック

※この冊子は非営利目的に限り自由に利用できます。
変更、改変、加工、切除、部分使用、要約などは
含まれません。そのまま「プリントアウト」「コピー」
「無料配布」する場合には限られます。

平成 25 年 8 月発行
製作 / 山本 彩

デザイン・イラスト / 相馬契太
