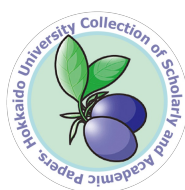




Title	発達障害特性が背景にある社会的ひきこもりへのCommunity Reinforcement and Family Training (CRAFT) 適用の可能性
Author(s)	山本, 彩
Citation	北海道大学大学院教育学研究院紀要, 118, 59-82
Issue Date	2013-06-30
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.118.59
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/52888
Type	departmental bulletin paper
File Information	AA12219452_118_03.pdf



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

山 本 彩*

【要旨】 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。厚生労働省研究班はひきこもり支援について、その背景にある要因によって戦略が異なるとして、精神障害群、発達障害群、人格の問題群の三つの群への分類を提案した。また、本人が相談機関に行こうとしない場合に、米国でおこなわれている薬物依存患者を受療につなげるプログラム Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) が参考になるとした。しかし、CRAFT に関する日本語の資料は2012年時点ではまだ乏しい。本研究では、我が国ではあまり知られていないCRAFT について紹介し、社会的ひきこもりの背景に発達障害がある群を対象にCRAFT を行う場合に留意すべきポイントを、文献からまとめ考察した。

【キーワード】 ひきこもり, Community Reinforcement and Family Training (CRAFT),
発達障害, 自閉症スペクトラム障害, 家族支援

はじめに

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と平成14年から平成17年の調査を元に、全国約26万世帯にひきこもり状態にある人がいると考えられている(川上, 2006)。

こうした実態を受け、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(斎藤, 2010)。このガイドラインは、近藤らによる実態調査(近藤他, 2010)を前提に作成されており、背景にある要因によって対象者を大きく三群に分類し、要因の違いによって支援の戦略が異なるとしている(表1)。第一群が統合失調症、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。この群への支援戦略は、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している。第二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。この群への支援戦略は、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している。第三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。この群への支援戦略は、精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるとしている。この三つの群は、ひきこもり相談来談者のいずれも同程度のおよそ30%ずつを占めているという。

* 北海道大学大学院教育学院博士課程、社会福祉法人はるにれの里
本論文は本学院の「課題研究論文」として査読を経て掲載を認められたものである。

筆者は第二群、または第二群が疑われる方への家族支援や本人支援を、心理社会的な立場からおこなう仕事をしている。筆者が日々の仕事の中で感じる問題は主に三つある。一つめは本人、家族、専門家らによる社会的ひきこもりの背景要因の取り扱われ方が不適切なことが多いということである。たとえば背景要因をアセスメントしないまま、「社会的ひきこもりには～の対応がよい」などと一様に取り扱われることは依然多いし、または逆に「背景に発達障害が疑われるからうちでは支援できない」「診断がつかなければ支援できない」などと背景要因を特定することやふりわけを目的化してしまっていることが多い印象がある。支援につながるこそが目的であり、そのために必要な背景要因をアセスメントするという視点が不足していると感じる。二つめは、家族が専門家から「本人がこないと何もできない」と言われることが依然多いということである。家族のニーズと相談機関の対応の溝はなかなか埋まっていないと感じる。三つめは上述の齊藤 (2010) のガイドラインを含め、社会的ひきこもりについての指南書やエキスパートコンセンサスは我が国内であまた出されているが、そのほとんどがエビデンスの裏付けがないということである。この点が現場の混乱を助長しており、実に様々な説が繰り広げられている原因の一因になっていると感じる。

この筆者が感じる三つの課題に対して、大きなヒントを与えてくれるのがCommunity Reinforcement and Family Training (以下CRAFT) である。CRAFTは、上述の齊藤 (2010) のガイドラインの中で、「家族がひきこもりの本人に相談や受診を進めるためのアドバイスに関しては、米国でおこなわれている、薬物依存患者を受療につなげるプログラム (Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)) が参考になります」と紹介されている。CRAFTとは、物質使用患者が受診しようとしないうちに、まずは家族に介入をすることで本人を受療につなげ、次の段階として本人に介入をおこなうという包括的プログラムである。理論的背景としては、オペラント条件づけなどの行動理論に基づいている。つまり、クライアントの行動は環境要因によって変わるのであり、環境を操作することでクライアントの行動も変化すると考える。環境操作はクライアントとクライアントをとりまく環境のアセスメントに基づいて、夫婦関係への介入、就労支援、余暇支援などといったようにおこなわれる。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・アノニマスの回復の指針12ステップとは異なり、環境の側が変わることからスタートする。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)。

社会的ひきこもりの場合も本人自身は受診しようとせず家族だけが相談に訪れることが多い。CRAFTは診断や要因を問わないことから、対象が背景に発達障害を要因にもつ社会的ひきこもりであっても本人の受診を促せる可能性が高い。しかし、2012年現在CRAFTを齊藤の第二群へ応用した報告はない。社会的ひきこもり全般への応用は、筆者が知る限り2件のみ報告されている (野中他, 2010; 平川他, 2011)。CRAFTに関する日本語の資料自体少なく、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 (スミス&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る (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紹介が載っている程度である (ミラー, 1987)。

そこでここではまず、我が国ではあまり知られていないCRAFTについて過去の文献を参考に紹介する。また齊藤 (2010) の提案をふまえると社会的ひきこもりの支援は背景にある

要因との関連で論じるべきであるが、背景要因との関連でCRAFTを論じた報告は見られないため、次に齊藤の第二群、つまり社会的ひきこもりの背景に発達障害がある群、を対象にCRAFTを行う場合に留意すべきポイントを先行研究からまとめ考察する。

1. CRAFTの紹介

1.1 歴史

CRAFTが生まれた経過についてMeyers et al. (2001) を参考にふれる。CRAFTの元であるCommunity Reinforcement Approach (CRA) はイリノイ州南部農村部の病院で誕生した。

1970年初期、アルコール依存に対する治療は、“私達の意志と生命の方向を変え、自分で理解している神、ハイヤーパワーの配慮にゆだねる決心をした”(第3ステップ)のように、12ステップに基づくアルコホーリクス・アノニマスが通常おこなわれていた。これは、依存症者はアルコールや薬物に対して無力であり断酒・断薬以外には道がない、とするものである。これに比し、Azrinらはオペラント条件づけの考えに基づいて物質使用も社会的随伴性の中で生じるとし、物質使用以外の行動、例えば夫婦間での楽しい活動や就労、楽しい余暇、社交的行動を強化すれば、結果的に物質使用が減少するだろうと考えた。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ホーリクス・アノニマスの回復の指針12ステップとは異なり、CRAFTは環境の側が変わることからスタートした。行動療法事典ではCRAを以下のように定義している(ミラー, 1987)。「Azrin N.らによって導入された、多次元で広範囲のアプローチである。」「CRAの目的は、“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こと”である」「家族、職業そして社会的関係が、変化をおこすための陽性強化子として選ばれた」。それまでの治療は断酒だけを目指していたが、Azrinらの治療は、飲酒の量と生活の質の改善を目指し、またそれ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ものだった。

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・地域ベースに移っていったことで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)。CRAFTは薬物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、患者が受診するようになった。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に対する実際の治療にはつながらなかった。

1.2 CRAFTの理念

CRAFTはCRAと同じように、罰によって行動を減らすことではなく、正の強化によって行動を増やすことを重んじる。CRAFTは、家族や恋人、同居者などの親しい他者（concerned significant others: 以下CSO）をまずは介入の対象とし、彼／彼女らの苦痛や苦悩を和らげ、そして本人（identified patient: 以下IP）を治療につなげるという、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。CSOをエンパワメントし、状況をコントロールできるようにすることは当然の目標となる。それを達成するためにはCSO自身に対する十分なケアが必要になるし、対処スキルをCSO自身が使えるようになる必要がある。そうすることでCSOは本人の病理に左右されなくなり、CSO自身の自己効力感と自己評価が高まる。CRAFTで主に目標とするものは、(1) 物質使用者本人の物質使用を減らす、(2) 物質使用者を治療に参加させる、(3) 本人が治療に参加するかどうかにかかわらず家族など相談者自身の幸福感を高める、の三つである（スミス&メイヤーズ, 2012）。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共感的であることも特徴である（岡嶋・原井, 2009）。CRAFTではCSOに対して主に次のような手続きを行う。

1. 治療的信頼関係を結ぶ。
2. 行動変化が家の中で生じるときなどに生じる家庭内暴力のリスクをCSOが察知し、安全に対処できるようにする。
3. 2種類の機能分析ができるようにする。①問題行動が生じる状況やトリガー、問題行動後の結果を察知できるようにする、②問題行動と拮抗する行動や向社会的行動のトリガーを環境の中から見つけ出したり、作り出したりできるようにする。
4. IPとのコミュニケーションを改善する。
5. CSOに対して、どのように正の強化とタイムアウトなどを使えばIPの問題行動を減らせるかを、実際にデモンストレーションする。
6. CSOに対して、ストレス全般を減らす方法を教え、さらにCSO自身に対して“ご褒美”を持つようにさせ、行動変化を自己動機づけできるようにする。
7. いつ、どのように治療のことをIPに持ちかければ、一番効率的で早いかをCSOに教える。
8. IPがその気になったときに、直ぐに治療を開始できるように前準備をしておく。さらに治療継続ができるようにIPを支える方法をCSOに教える。

1.3 CRAFTの臨床試験プロトコル

Meyers et al. (1998), Meyers et al. (1996), Meyers et al. (2001) に基づいて、CRAFTの臨床試験で使われた治療プロトコルをまとめる。CRAFTでは、物質使用行動も自発行動であり、先行刺激・行動・結果のような行動随伴性があるとする。行動であれば、刺激性制御や随伴性操作を行うことで、行動の減少や他の適切な行動への置き換えが可能になる。

セラピストとスーパービジョン：CRAFTは大きく、CSOを対象としたフェーズⅠと、IPが相談に結びついた後のIPを対象にしたフェーズⅡに分けられる。複数のセラピストが分担して担当する。一般にフェーズⅡを担当するセラピストには経験豊富なものがあてられる。治療中に、セラピストに対するスーパーバイズが毎週おこなわれる。

フェーズ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:

- ・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には精神病的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

フェーズ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、6ヶ月後に評価する。具体的な評価項目については表2に示す。

フェーズ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。

1. IPの物質使用によって引き起こされるネガティブな影響と、治療によって生じうる利益の例を説明し、CSO自身にも考えてもらう
2. 危険な状況を回避するための戦略の例を取り上げ、CSO自身にできることを増やす
3. IPの物質使用と両立しない行動を強化するための随伴性マネジメントのトレーニングと、物質使用に対する強化子を撤去するトレーニング
4. IPとCSOの間の対人関係を改善するためのコミュニケーションスキルトレーニングと問題解決訓練
5. IPの物質使用と両立しない活動の計画
6. 現実起こっている、あるいは将来起こる可能性がある物質使用を防止するためのトレーニング
7. IP自身に治療を受けようとする気持ちが生じたように見えたときの準備

フェーズⅡ対象者: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に案内する。

1. 地域の無料で利用可能な相談ホットラインの紹介と、自助グループなどの他の治療プログラムの案内
2. フェーズⅡの研究条件の説明
3. 臨床試験に対するインフォームドコンセント

フェーズⅡ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、6ヶ月後に評価する。具体的な評価項目については表2に示す。

フェーズⅡ治療方法: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。当初は動機づけ強化療法(Motivational Enhancement Therapy)がおこなわれる。これは動機づけ面接と物質使用に対する評価とフィードバックを組み合わせたものである。治療への動機づけができたあと、物質使用を止めるために主に次の治療が行われる。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。

1. 物質使用行動についての機能分析
2. 治療の目標、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. 使っているときではなく、しらふが保っているときをしらべ、どのような行動がしらふにつながるかを自覚する
4. 売人などから物質を勧められたときに、断るスキル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

1.4 治療成績

2012年現在、CRAFTについては無作為化比較試験(Randomized Controlled Trail :RCT)が三つ(Manuel et al., 2012; Meyers et al., 2002; Miller et al., 1999), メタ解析が一つ(Roozen et al., 2010)報告されている。Roozen et al. (2010)によれば、CRAFTは、アルコールクス・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。

1.5 CRAFTの応用

これらの手法は、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。CRAFTの臨床試験は物質使用を対象にしているが、物質使用行動をギャンブルや過食、あるいは憤怒行動のような嗜癖行動一般やアクティングアウトに置き換えれば、CRAFTの原則自体は他の疾患や問題にも幅広く使える。

1.6 CRAFTの問題点

上述したようにCRAFTは、物質依存についての治療効果が確認され、また物質使用治療以外にも幅広く応用できることが示されているが、なかなか世に広まらない実態がある。MillerとMeyers自身、CRAFTの元となったCRAについて、著書の中で以下のように分析している(Meyers et al., 2001)。

臨床家へのトレーニング機会が限定的:CRAのオリジナルのプロトコルに携わった経験豊富な臨床家は2人のみであり、つい最近まで臨床家向けのマニュアルも作成されなかった。Meyers et al. (2001)執筆時点ではまだトレーニングビデオもない。

疾患モデルへのとらわれ:疾病モデル、つまり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。個人の問題を社会的文脈の中でとらえていく北欧などで、よりCRAが受け入れられていることは偶然ではないだろう。

古いやり方へのとらわれ:CRAで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が、その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。CRAをおこなうことはハードワークであり、CRAの習得には時間とスーパービジョンが

必要である。

つまらない:CRAのやり方は、手の込んだ内面世界の理論ではなく、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。教祖的なカリスマもない。Community Reinforcement Approachという名前も、ソーシャルワークなのか？街を強化するのか？など、わかりづらいのかもしれない。

2. 齊藤の第二群へのCRAFTの適用可能性

筆者が齊藤の第二群への支援においてCRAFTを参考にすることに注目した理由は主に三つあった。一つめはCRAFTが本人を支援に結びつけることを目的とし、そのために必要なアセスメントをおこなう介入方法であるということ、二つめはCRAFTでは本人が相談場面に来ずとも、まずは家族を通して支援を開始できるということ、三つめはCRAFTが介入研究のエビデンスを集積してきた、ということであった。

2012年現在齊藤の第二群に対しCRAFTを行った先行研究は見当たらない。社会的ひきこもり全般を対象としたCRAFTの報告は2件見られる。野村他(2010)は、5名の社会的ひきこもり状態にある成人の家族に対しCRAFTを参考にした集団認知行動療法セッションを、月1回120分、6ヶ月おこなった。その結果、4名が就学、就労、もしくは受療に至った。一方で、親のQOL得点やセルフ・エフィカシー得点は変化しなかった。この報告の中では齊藤の3つの分類についての記載はなく発達障害特性をもつ人が対象に含まれていたかどうかは不明である。平川他(2011)はひきこもり状態にある成人の家族を対象に、CRAFTを参考に作成されたプログラムの一部を、月1回2ヶ月おこなった。2回両方に参加した家族14名の質問紙を解析し、家族教室前後の変化を検討した。家族教室後では、家族のセルフ・エフィカシーの向上、ひきこもりに関する知識の向上が見られた。この報告の中でも齊藤の3つの分類についての記載はなく発達障害特性をもつ人が対象に含まれていたかどうかは不明である。

CRAFTは診断や要因を問わないが、齊藤の第二群へ実際に適用するには、当然社会的ひきこもりの特徴や発達障害特性をふまえる必要があるだろう。そこでここでは、2.1として社会的ひきこもりの特徴と行動理論をベースとした支援の先行研究をまとめ、2.2として発達障害の特徴と行動理論をベースとした支援の先行研究をまとめる。2.1、2.2の支援方法について行動理論をベースとした先行研究に限定する理由は、社会的ひきこもりについても発達障害についても実に多くの支援方法が提唱されているが、科学的根拠を伴う支援方法のみをここでは取り扱いたいことと、CRAFTが行動理論をベースにしているからである。次に2.3として、2.1と2.2をふまえて、齊藤の第二群へのCRAFTの実施方法を提案する。その際、上述1.3 CRAFTの臨床試験プロトコルの流れに沿いながらまとめることとする。最後に、2.4として齊藤の第二群にCRAFTを適用することで期待される社会的効果を検討する。

2.1 社会的ひきこもりの特徴と行動理論をベースとした支援の先行研究

社会的ひきこもりの問題が我が国で目立ちはじめた当初から200例を超える治療をおこない、社会的ひきこもりの用語を世に知らしめた斎藤(1998)は、自著の中で、社会的ひきこも

りを本人のみの問題としてとらえるのではなく、家族と社会を含めたひきこもりシステムとしてとらえることを提唱している(図1)。このひきこもりシステムモデルによると、本人が世間体との葛藤から家族や社会との接点を失い乖離していくのに加え、家族も世間体との葛藤から社会との接点を失い乖離する。乖離により他システムとの接点を失った本人と家族は、接点=コミュニケーション、によって葛藤を解消する機会がないまま、ますます葛藤を強める。そして強まった葛藤により、本人と家族はますます他システムから乖離する。この、葛藤と乖離の悪循環こそが、本人がひきこもりから離脱することを困難にさせていくという。また同書の中で、システムからの乖離はひきこもりの長期化のみならず、依存と攻撃を繰り返すなどの退行もおこしやすく、51%の症例で家庭内暴力が見られると指摘されている。また、こうした悪循環のシステムはアルコール依存などの嗜癖問題と同様の性質であり、この悪循環のシステムの背後に家族との共依存の問題が存在することがあることも、嗜癖問題と同様であるとされている。社会的ひきこもりをシステムの問題として捉える必要があること、退行をおこしやすいこと、嗜癖問題と同様の性質をもつことは筆者の臨床経験と非常に合致するものである。

その後、社会的問題として注目された社会的ひきこもりは、大規模な実態調査がなされるようになり(川上, 2006; 近藤他2010), それらを元にして既述のガイドライン(齊藤, 2010)が作成されるにいたっている。同ガイドラインでは社会的ひきこもりを、「様々な要因の結果として社会的参加(義務教育を含む就学, 非常勤職を含む就労, 家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(他者と交わらない形での外出をしてもよい)を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである」と定義している。また、社会的ひきこもりが我が国において特に注目されていることから、社会文化的背景との関連も検討されており、日本の教育システムの影響や(斎藤, 1998), 「甘え」文化の中にあり積極的にひきこもりを治療対象としない日本の医療システムの影響(kato et al., 2011), 社会構造の変化との関係(諏訪, 2006)などが指摘されている。

行動理論においては、社会的ひきこもり行動を回避行動としてとらえ介入対象とする。社会的ひきこもりへの行動理論に基づく介入については、これまでに事例報告や前後比較研究などが多数報告されている。一方、臨床比較試験は筆者が知る限り境・坂野(2010)のみである。境・坂野(2010)は社会的ひきこもり状態にある成人の親のうち、2ヶ月間全12回の行動論的集団心理教育プログラムに参加した14名と統制群11名の質問紙の比較をおこなった(表3)。この研究で用いられた行動論的集団心理教育プログラムは、本人の問題行動についての機能分析や、オペラント条件付の説明、具体的対応方法を含むものであった。介入群では、統制群に比べて介入後に、セルフ・エフィカシー尺度、ストレス反応尺度の下位尺度、全般的健康度の下位尺度、ひきこもり行動チェックリストの下位項目において有意な改善が見られたという。ただしこの報告は境ら自身が指摘するように介入後のフォローアップをおこなっていないという課題が残る。また、評価尺度のみを用いた効果測定であるため実際の本人の行動がどのように変容したかについては測定されていないことや、本人への支援がどのようになされるかについての記載がないことも今後の課題と考えられる。

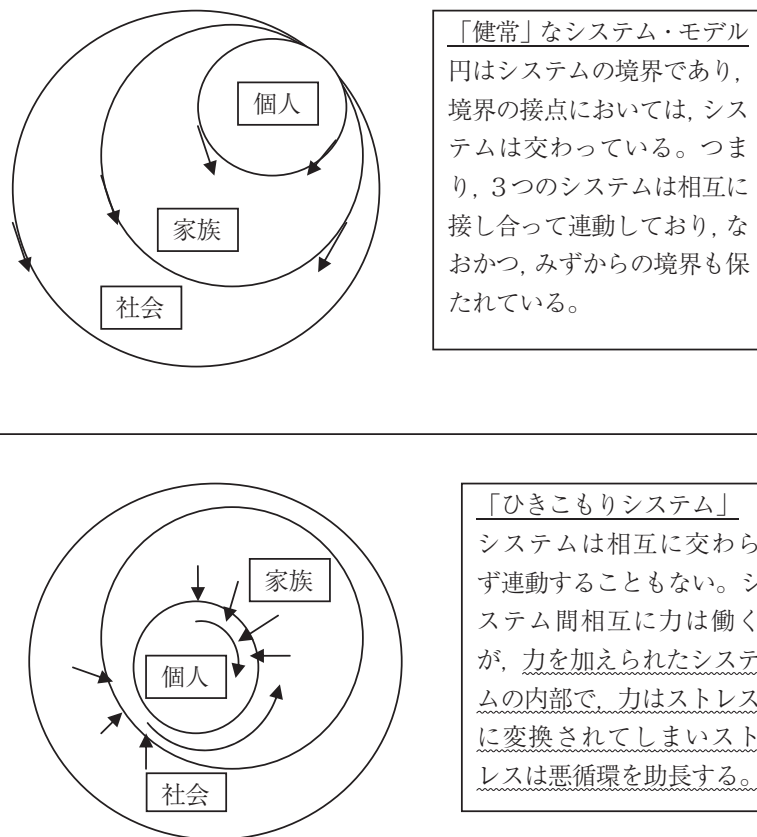


図1 ひきこもりシステム模式図(斎藤, 1998)

2.2 発達障害の特徴と行動理論をベースとした支援の先行研究

ここでは2.2.1として発達障害の特徴とそれに基づく行動理論をベースとした支援の先行研究を、2.2.2として発達障害の子をもつ家族への行動理論をベースとした支援の先行研究をまとめることとする。

具体的検討に入る前に用語の整理をしておきたい。わが国の発達障害者支援法における発達障害者の定義では発達障害を「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」としている。2.2.1では発達障害者支援法で言う発達障害ではなく、その下位概念である「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害」のみ、つまり自閉症スペクトラム障害のみ、にまとをしぼって触れることとする。まとをしぼる理由は、社会的ひきこもりの要因になるという点では、社会性の困難を伴う自閉症スペクトラム障害が最も多いと考えられるからである。学習障害や注意欠陥多動性障害、知的障害などでは、それらが一義的な要因となって社会性の困難を生じるとは考えにくい。自閉症スペクトラム障害以外の発達障害や知的障害が、周囲の無理解やいじめ、環境との不適合などから二次的に社会的ひきこもりと関係することはあると予測されるが、ここでは一義的な行動特性を取り扱うこととしたい。さらに、「自閉症、アスペルガー症候群そ

のほかの広汎性発達障害」の用語ではなく、それとほぼ同義であるが自閉症スペクトラム障害の用語をここでは用いたい。その理由は、自閉症状は様々な医学的病態に起因する集合体であることがわかっており (Wing & Gould 1979), また診断基準に示される行動特性は異常とされる値から正常とされる値まで正規分布を示すことがわかっているからである (アイカセス, 2008)。「自閉症, アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害」がひとまとまりのグループとしてカテゴライズされるという幻想から逃れるために、ここではスペクトラムの語を用いたい。一方、2.2.2では発達障害者支援法で定義される発達障害全般を検討の対象とする。その理由は、自閉症スペクトラム障害は成長とともに見え方が異なるため (神尾, 2010), 幼少期の診断名と成人期の診断名が異なることは非常に多く、その時その時の状態像や診断名に応じた家族支援を受けることが多いからである。例えば、筆者の経験でも、成人になって自閉症スペクトラム障害と診断された人が、幼少期には多動性が目立っていたために ADHD と診断され、家族は ADHD 児をもつ家族対象の支援を受けていたということは多い。ここでは発達障害の下位概念である診断名の違いにこだわらず、広く、発達が多数派とは異なる子どもをもつ家族への支援、という視点で発達障害全般の家族支援の先行研究をまとめたい。

2.2.1 自閉症スペクトラム障害の特徴と行動理論をベースとした支援

自閉症スペクトラム障害の症状パターンはかなり多様であり、自閉症状は様々な医学的病態に起因することがわかっている (Wing & Gould, 1979)。これまでに先行研究で示されてきた主な仮説と、それに基づく行動理論をベースとした支援を以下にまとめる。

認知障害: 刺激の継続性の理解, 抽象力, コード化などを含む基礎的な認知障害があると報告されている (ドーソン, 1994; Rutter, 1983)。特に情動的な手がかりの識別が低いことは社会性の特異性に影響すると考えられている (Hobson, 1983)。この特性に対応する支援が、行動療法という刺激統制, 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) や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だろう。

情動的な予測の失敗: 上記の認知障害との関連について議論が分かれるところだが、いずれにしても他人が考えていることを察知, 予測することが苦手であることが報告されている (Baron-Cohen et al., 1985)。この特性に対応する支援が、ソーシャルストーリーズ™ (グレイ, 2005) などだろう。

般化と維持の困難: 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) があると報告されている。この特性に対応する支援が、行動療法という弁別刺激の利用や般化トレーニング, 米国 TEACCH プログラムというスケジュールやワークシステム, 手順書の利用などだろう。

行動レパトリの拡大の困難: 形成された行動しか獲得されないことが多く、行動レパトリの拡大や発展に困難があると報告されている (大野他, 1985)。この特性に対応する支援が、行動療法でいう Social Skills Training などだろう。

自発性の困難とプロンプト依存: 形成した行動は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と報告されている(大野他, 1985; Bondy & Frost, 2001; ボンディ & フロスト, 2005)。わが国では「指示待ち」と臨床と言われてきたことである。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) などだろう。

二次的問題について:発達障害では、生きづらさからくる、いわゆる二次障害や(齊藤, 2009)、不適切な精神科医療の悪影響を受けた結果のいわゆる三次障害(長沼, 2011)を併発することが多いと考えられている。それらに対しては専門的診立てが必要なことが多く、行動理論をベースとした支援に限らない多職種との連携が必要である。また、双生児研究などから自閉症スペクトラム障害は多因遺伝子によると考えられており(鷺見, 2007)、IPの家族に同様の特性をもつ人がいる可能性は高い。それがCSOであることも十分想定される。したがって、社会的ひきこりの背景に自閉症スペクトラム障害特性があると想定してCRAFTを応用する際、IPの特性のアセスメントとそれに応じた介入をするのみならず、CSOの特性や、CSOとIPの関係性についてアセスメントをする必要があるだろう。その際、かつてアルコール依存の妻に病理があると過剰にとらえられた歴史を繰り返さぬよう(Meyers et al., 1996)、その特性が固定的なものかストレス反応などによる一時的なものかの見極めが必要だろう。

2.2.2 発達障害の子どもをもつ家族への行動理論をベースとした支援

発達障害の家族支援については、その目的が、家族のストレスコントロールに主眼をおくのか、発達障害児の療育に主眼をおくのか、発達障害から派生する問題行動に主眼をおくのか、で内容が異なる。

応用行動分析による家族支援:治療者が自宅を訪問し、子どもが生活する現場で介入を行うものである。親を共同治療者として訓練することで、子どもの行動変化を狙うことが多い。子どもの破壊的行動障害や家族のストレスマネジメントを対象にしたプログラムや、自閉症の子どもを対象に早期療育によって社会行動・言語行動の獲得を目指すプログラムなどがある(Brookman-Frazee et al., 2006)。

肥前方式親訓練:知的障害やADHDの子どもを持つ親を病院に集め、集団教育・講義と個別指導を併用して、親を共同治療者として訓練するものである。行動療法と行動変容アプローチに基づく。具体的な行動目標を掲げ、家庭でのホームワークを通して、行動獲得や問題行動の減少を目指す(大隈・伊藤, 2005)。

奈良方式並びに精研方式プログラム:ADHDを伴う児童に対する親訓練として開発されたUCLA(カリフォルニア大学ロサンゼルス校)のプログラムと、マサチューセッツ医療センターに所属していたBarkleyのプログラムを国内向けに修正したものである。親子関係改善を主眼とした関係強化アプローチであり、子どものセルフエスティームの向上ならびに家族のサポート機能を高めることに重点を置いている(岩坂他, 2004)。

ペアレントサポートプログラム:欧米のペアレント・トレーニングを日本文化に直輸入するとあわないところも多いというところからアレンジされたプログラムである(高山, 2008)。例えば日本では診断名がつくことや子どもの障害の問題を取り扱うことに抵抗感を感じる親が多いことから、確定診断の有無に関わらない育児ストレスという観点からの家族支援が提案されている。また療育相談で親はよく「子どもをはめてあげてください」と言われるが日本文化では叱責して子どもを育てるという習慣があり、親が子どもをはめると周囲の人から「そ

んなことでほめるから子どもが甘える」などと言われてしまうことが多い。高山(2008)は子どもへの強化にほめること以外の、感心する、感謝するなども含め、そういった肯定的視線を向けやすい状況をつくる「親子タイム」を提起している。

Parent Effectiveness Training (PET): どの子どもに対しても応用できるものとして米国の臨床心理学者トマス・ゴードン博士がつくりあげたもので、カウンセリング、学習・発達心理学、教育学など、行動科学の研究成果を基礎にしている(ゴードン, 1998)。効果的なコミュニケーションスキル(聞き方・話し方・対立の解き方など)を学び、親子の心の架け橋をかけ、子どもの自立とともに親の自立を目指す。発達障害のために開発されたものではないがコミュニケーションの基本であり、CRAFTのフェーズⅡで用いられる動機づけ強化療法(Motivational Enhancement Therapy)の支援者養成研修でも必ずふれられる。

2.3 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のCRAFT

2.1と2.2をふまえて、齊藤の第二群へのCRAFTの実施方法を提案する。その際、上述1.3 CRAFTの臨床試験プロトコル、の流れに沿いながらまとめることとする。尚ここで取り扱う発達障害については、2.2.1と同様の理由から、第二群の中でも自閉症スペクトラム障害にまとをしぼることとする。

介入の目標は、CRAFTのそれを参考とし、かつ齊藤の第二群をIPとして対象とする際には必ずしも皆に医学的治療が必要ではないと考えられることから、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、2)IPと支援者との相談関係をつくる、3)IP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、とする。実際の施行にあたっては、オリジナルのCRAFT同様、一人一人のIPとCSOへの行動分析によって、必要な介入を以下の中から取捨選択する。

セラピストとスーパービジョン: セラピストとセラピストを指導するスーパーバイザーは、CRAFTの臨床試験プロトコルのみならず、自閉症スペクトラム障害特性や、併発しやすい二次障害および三次障害、家族にも見られる自閉症スペクトラム障害特性、などにも熟達している必要があるだろう。具体的には2.2から、以下の工夫点が必要と考えられる。

1. IPが二次障害や三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併発する問題のあらわれ方によって、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、IPやCSOをしかるべき機関につなげたりする。特に危機介入の判断を見誤らない。

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にいれ、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。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ためには、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、同行支援もアセスメントのたいへんよい機会である。

3. 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シチュエーションがあることが多い。IPにとって雑多で混乱を招く刺激を整理するためには、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。

4. IPの自発性を引き出すためには動因操作を使う。同時にIPがプロンプト依存になることを予防するよう配慮する。

自発性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で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指示を減らすタイミングがわからず困っていることが多い。IPの自発行動をおきやすくするためには、適度な困りや不便を本人が感じるように動因操作をしており、本人の自発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する、PECS (ボンディ&フロスト, 2005) の手法が参考になる。

5. IPが理解しやすい方法および想像しやすい方法で交流する。

認知障害や情動的な予測の失敗などから、支援者が暗黙のルールと考えて説明を省きがちなことについて、IPが実はよく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、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ることもある。また、一般的な家族との距離感、自立の方法、社会の最低限のルールなどといった社会的役割の獲得方法についてもIPが実は理解しておらず、そのことが社会的ひきこりに影響していることもある。そのようなケースへの支援においては、斎藤 (1998) やCRAFTが介入時に想定しているIPの中の葛藤、つまり“世間体=望ましい社会的役割の遂行”と“現状”とのギャップについての葛藤、が、IPの中に存在しないかまたは少ないと考えて、社会的役割の獲得を目指した支援を考える必要がある。支援者は社会の暗黙のルールについて、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を把握し、過不足なく情報を提供する必要がある。情報を提供する手段としては、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) の手法を参考にするとよい。

6. IPが手がかりとなる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、すぐにうまく機能なくなってしまうことが多い。社会的スキルを学ぶにはSocial Skills Trainingの手法が、般化と維持に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。

7. 特性として理解できるようにする。

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充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の中には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。

フェーズ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。幼少期より多数派とは異なる発達過程を経過し、現在は社会的ひきこもり状態になっていることをターゲットにして、本人が支援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。

尚、厳密な臨床試験をおこなう際はデモグラフィックデータとしてIPの自閉症スペクトラム障害について評価しておく必要がある。PARS（日本自閉症協会、2006）など養育者からの聞き取りによって自閉症スペクトラムをスクリーニングしたり、医師との家族面談を取り入れたりする。

CSOの対象者の選択基準:

- ・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）
- ・IPは思春期以上の年齢である（小学校中学年以上）
- ・IPは厚生労働省研究班の定義（齊藤、2010）にあてはまる。またIPは過去3ヶ月支援を受けていない
- ・IPは自閉症スペクトラム障害の診断名をもつか、または医学的診断はついていないがその特徴を示すと家族が考える
- ・CSOとIPには急性の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

フェーズ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、6ヶ月後に評価する。具体的な測定項目については表2や表3を参考とするが、項目の数が非常に多いことから選択して使用する必要があるだろう。臨床比較試験の先行研究において治療前後での変化が報告されており、かつ物質依存特異的なものを除いた測定項目は以下である。

- ・Beck Depression Inventory

- ・Physical Symptoms
- ・Family Environment Scale
- ・Dyadic Adjustment Scale
- ・Relationship Happiness Scale
- ・Conflict Tactics Scale
- ・ひきこもり行動チェックリスト
- ・ひきこもり状態への対処に関する家族のセルフ・エフィカシー尺度
- ・SRS-18
- ・GHQ28

以上に加えてIPの支援参加の程度(頻度や支援内容など)も直接観察し測定する。

フェーズⅠ 支援方法: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以下の二つのセッションを追加することがある。一つは、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る。二つめは、2.2を参考にした自閉症スペクトラム障害特性についてのセッション(特性理解、特性への対応方法、社会資源情報)である。中でも、2.2.2をふまえると、発達障害の家族支援においては、共感・共有体験ができるグループワークの治療構造が有効と考えられるため、各種グループワーク情報や家族会情報を提供する。セッションでは主に次のことが扱われる。

1. IPのひきこもりや反社会的行動によって引き起こされるネガティブな影響と、支援によって生じる利益の例を説明し、CSO自身にも考えてもらう
2. 危険な状況を回避するための戦略の例を取り上げ、CSO自身にできることを増やす
3. IPのひきこもりや反社会的行動と両立しない行動を強化するための随伴性マネジメントのトレーニングと、ひきこもりと反社会的行動に対する強化子を撤去するトレーニング
4. IPとCSOの間の対人関係を改善するためのコミュニケーションスキルトレーニングと問題解決訓練
5. IPのひきこもりと両立しない活動の計画
6. 現実に起こっている、あるいは将来起こる可能性があるひきこもりおよび反社会的行動を防止するためのトレーニング
7. IP自身に治療を受けようとする気持ちが生じたように見えたときの準備

フェーズⅡ 対象者:CSOとの最初のセッションから6ヶ月間はIPを支援に導入することができる。IPが支援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、48時間以内に面接予約が取れるようにする。このIPの面接予約時に以下のことをIPに案内する。

1. 地域の無料で利用可能な相談ホットラインの紹介と、自助グループなどの他の治療プログラムの案内
2. フェーズⅡの研究条件の説明
3. 臨床試験に対するインフォームドコンセント

尚、厳密な臨床試験をおこなう際はデモグラフィックデータとしてIPの自閉症スペクトラム障害について評価しておく必要がある。AQ (Baron-Cohen et al., 2001) などの自己記入式調査票によって自閉症スペクトラムをスクリーニングしたり、医師との医学的診断面接を取

り入れたりする。

フェーズⅡ評価: フェーズⅠ評価と同様である。加えて、効果測定的项目としてIPの支援継続期間やIPの社会参加状況なども直接観察し測定する。

フェーズⅡ支援方法: 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以下の二つのセッションを追加することがある。一つは、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る。二つめは、2.2を参考にした自閉症スペクトラム障害特性についてのセッション（特性理解、特性への対応方法、社会資源情報）である。特にセッション終了後にもIPが弁別刺激や環境調整を利用し続けられるように、例えば福祉制度や就労支援制度を利用できるようにしておくことや、そのための動機づけをIPへ十分にしておくことが必要だろう。またオリジナルのCRAFT同様セッション初期はセッションへの動機づけを高めるために使われるが、オリジナルの動機づけ強化療法（Motivational Enhancement Therapy）を用いると、IPの認知障害や情緒的予測の困難さの程度によっては、セッションの本筋を忘れて話が脱線し続ける、またはセラピストの意図を組めずに話が前に進まないなどが生じる可能性がある。IPの特性を評価しながら、適宜面接の進め方を構造化したり、面接技法にソーシャルストーリーズ™を組み合わせたりする必要があるだろう。セッションでは主に次のことが扱われる。

1. ひきこもりや反社会的行動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状況をしらべ自覚する
4. 他者とのかかわりや社会参加にいたった後に、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

表1 ひきこもりの三分類と支援の戦略（齊藤，2010）

第一群	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。
第二群	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。
第三群	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。

表2 Instrument Administered at Assessment Points in Phase I (CSO's) and Phase II (IPs)

(Meyers et al, 1998)

	Phase I (CSO)			Phase II (IP)	
	In ^a	3Months	6Months	In ^a	FU ^b
Approximate Total Testing Hours	4.5		3	3	2
Participant Fee Payment	0	\$100	\$60	\$60	\$60
Interviewer-Administered					
SCID alcohol/drug/psychosis	OS				
Addiction severity index				S	
Urine drug screen				S	S
Family history interview	S				
Demographics	S			S	
Lifetime treatment history	OS			S	
Form 90-DC	O	O	O		
Form 90-DI	S			S	
Form 90-DF		S	S		S
Conflict tactic scale	R	R	R	R	R
Socrates	O			S	
Marin short-form scale	S				
Oetting and Beuvasis scale	S				
Beck depression inventory	S	S	S	S	S
State/trait anxiety inventory	S	S	S		
State/trait anger inventory	S	S	S		
State self-esteem scale	S	S	S		
Physical symptoms scale	S	S	S		
Purpose in life scale	S		S		
Locus of control scale	S				
InDUC(drug consequences)				S	S
InDUC-SO	O	O	O		
12-Step involvement questionnaire	S	S	S	S	S
Self-efficacy ratings	S	S	S		
Social functioning and resources	S	S	S		
Family environment scale	R	R	R	R	R
Dyadic adjustment scale	R	R	R	R	R
Relationship happiness scale	R	R	R	R	R

Notes. a. Intake (baseline) assessment.

b. Measures used at follow-up for IPs

S=Self-report, O=CSO's report of IP status, R=Report of CSO/IP relationship status.

表3 境・坂野(2010)で効果測定に用いられた尺度

-
- ・ ひきこもり行動チェックリスト
 - ・ ひきこもり状態への対処に関する家族のセルフ・エフィカシー尺度
 - ・ ひきこもり状態に対する否定的評価尺度
 - ・ ストレス反応尺度
 - ・ 全般的健康度
-

2.4 齊藤の第二群にCRAFTを適用することで期待される社会的効果

以上齊藤の第二群へのCRAFT適用の臨床プロトコルを提案した。ここでは、この臨床プロトコルによって期待される社会的効果について考察する。

2.1で概観したように社会的ひきこもりの問題は、嗜癖問題同様、葛藤と乖離の悪循環のシステムとしてとらえることができる。CRAFTは嗜癖問題についてシステム全体へ働きかけていくプログラムであり、社会的ひきこもりにおいてもその効果が期待できる。既述の斎藤(1998)のひきこもりシステム模式図で考えると、CRAFTを用いることで、まずは家族と社会の接点が回復し、次に本人と家族の接点、本人と社会の接点が回復する。まさに斎藤が提案する治療と同じプロセスである。さらに、CRAFTでは臨床試験を繰り返しているため、精度の高いプログラムを行うことができるという利点がある。例えば嗜癖や共依存の支援においては否認や抵抗といった防衛機制が多く見られるが、CRAFTではこれらの現象をもクライアント個人の要因によってのみ生じるものではなくカウンセリング関係の不調和がゆえに生じるものととらえ、不調和を解消するインタビュースタイルを開発している(ミラー&ロルニック, 2007)。筆者の経験からも、子どもの社会的ひきこもりを何とかしたいと相談に来たはずのCSOが、その後も社会的ひきこもりを助長する関わりを続けたり、そのことを他者から指摘されると否認したりといったように、CSO自身が変化することに抵抗を示すということが多く見られる。こういった実際の面接で生じる細かな課題までもが研究され、効果的な手法が開発されていることは臨床上非常に有益である。社会的ひきこもりにおいて高頻度で見られる家庭内暴力やいわゆる共依存への対応についても同様に、CRAFTでは効果的な手法が開発されている。

また社会的ひきこもりの中でも特に齊藤の第二群へは、主に以下の三つの理由から社会的効果が期待される。一つめの理由は、社会的ひきこもりの中でも第二群の家族が、特に早期からストレス状況にさらされ、具体的な支援を欲してきた可能性が高いということである。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(柳楽他, 2004)。ひきこもり状態に陥って初めて関係者がその特性に気づくということも少なくない(近藤・小林, 2008)。CRAFTでは、こうした慢性的なストレス状態にある第二群の家族へ、的確な支援と情報を届けることができる。またその際強調したいことは、研究目的以外ではCRAFTが診断名などのラベリングを必要としないということである。CRAFTでは診断名などのラベリングによらず、IPやCSOの困りに基づいて行動

を分析し支援を進めることができる。もちろんIPやCSOが、診断名があった方が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、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がないのである。筆者の経験からも、既述の高山(2008)の指摘にもあるように、我が子に発達障害診断がつくことや、子どもの発達障害の問題を取り扱うことに抵抗を感じる親は多い。早期から育児ストレスを経験し、必要な支援や情報に出会う機会が少なく、さらに子どもが社会的ひきこもりになり困っている、という齊藤の第二群の家族に対し、「まずは診断を受けてから」「まずは障害受容をしてから」と新たなストレスを課したり支援開始を遅らせたりするべきではないだろう。こういった観点からも、確定診断を前提とせずすぐに家族への支援を開始できるCRAFTは、齊藤の第二群の家族への適用が期待される。

二つめの理由は一つめの理由とも重なることであるが、我が国において2005年発達障害者支援法制定以降、発達障害への就労支援や生活支援などの支援体制が急速に充実してきたということである。長年ひきこもっていたために、急速に近年発展してきた発達障害についての知識や制度を知らずにひきこもっているIPは多いだろう。せっかくできた法律もIPやその家族に情報が届いていなければ意味がない。筆者の経験でも「これまで、どんなにがんばって働いてももうまくいかず、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IPに多く出会う。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ければよい」というように、IPが自己を捉え直す機会にもなり得るだろう。

三つめの理由は発達障害への行動理論をベースとした支援方法が2.2で見たように1970年代からすでに多く集積されており、同じく行動理論をベースとするCRAFTを組み合わせることは容易に進められるだろうし、また互いの相乗効果が期待されるということである。相乗効果とはどういうことかと言うと、これまでに行動理論をベースとする発達障害についての支援方法が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おり、本人との支援関係が結べる状況でなければそれらを使うことができなかった。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成人である場合に、家族を介して本人に支援を開始できる方法というのは筆者の知る限り報告はなかった。CRAFTを用いることで、これまでの行動理論をベースとした発達障害支援の集積を、本人が支援を拒否する場合にも活かせるようになる。逆にCRAFTの方から見てみると、行動理論をベースとした発達障害支援の集積をCRAFTに加えることで、支援の精度をよりあげることができると考えられる。斎藤(1998)のひきこもりのシステム模式図で例えるならば、発達障害支援の集積を加味することで、各システムの接点を回復するための支援仮説が立ちやすくなるのみならず、一度回復した接点を維持するための仮説も立ちやすいと考えられる。

以上の点から、CRAFTの社会的ひきこもりへの適用、特に齊藤の第二群の社会的ひきこもりへの適用、はその社会的効果が期待される。

全体的考察

本研究の出発点は、筆者が日々発達障害特性を背景にもつ社会的ひきこもりの方への心理社会的支援をおこなう中で感じる三つの問題だった。三つの問題とは、一つは社会的ひきこもりの背景要因の取り扱われ方が不適切なことが多いということ、二つめは家族が専門家から「本人がこないと何もできない」と言われることが依然多いということ、三つめには現在なされている介入のほとんどがエビデンスの裏付けがないもの、ということであった。筆者はこの三つの問題に大きなヒントを与えてくれるものとしてCRAFTに着目した。本研究では、まず1. CRAFTの紹介、として、我が国ではあまり知られていないCRAFTについて紹介した。次に、2. 齊藤の第二群に対してCRAFTを行うことについて、として、自閉症スペクトラム障害特性が背景にある社会的ひきこもりに対してCRAFTを適用する際に留意すべきポイントを先行研究からまとめた。最後に全体を振り返り、今後実際にCRAFTを実践していく際の課題を考察する。

1. CRAFTの紹介、からは、CRAFTを日本でおこなっていくための土壌づくりをおこなう必要性が課題としてあげられるだろう。CRAFTが発展してきた経過を見ると、CRAFTが理論と現場の両輪で発展し、理論と現場をつなげるための組織づくりが地道にかつたゆまず積み上げてられてきたことがわかった。一方で日本の現状に目を向けると、例えば医学中央雑誌で発達障害の無作為化比較試験(Randomized Controlled Trail:RCT)を検索しても1件もヒットしない。臨床試験をおこなえる組織づくりができていないことを示唆するのだろう。CRAFTはIPを社会的文脈で理解し環境を調整する手法である。当然それぞれの土地や文化がIPをとりまく社会的文脈に影響するため、CRAFTを日本に単に直輸入してもうまくいかないだろう。日本の文化にあわせたかたちで応用し効果測定をするためにも、臨床試験を支える組織作りが望まれる。

2. 齊藤の第二群に対してCRAFTをおこなうこと、からは、課題が二つあげられる。一つは、自閉症スペクトラム障害の行動理論についての先行研究においては、調査対象が“診断がついている”“児童”としているものが多く、ディメンショナルに、また児童と成人を比較したものではなかったということである。基礎研究においては、自閉症スペクトラム障害特性をディメンショナルにあつかっているものが多いし、また児童と成人とで傾向が異なるものもある。今回まとめた行動特性が、カテゴリーカルなのかディメンショナルなのか、また児童と成人ではどのような違いがあるのかを今後も調査する必要があるだろう。

二つめは、背景にある発達障害特性を取り扱うことについて行動理論の見地から整理する必要性あるということである。従来の物質依存を対象としたCRAFTでは急性期の精神障害のみを除外基準としているが、その他のすべてのIPを対象としており、そこには発達障害特性を背景にもつ人も含まれることがある。しかしCRAFTにおいては発達障害についてとりたてて記述していない。それは何故かと言うと根底に行動理論の理念があるからだろう。つまり行動理論においては、発達障害という用語や判別を用いずとも、対象となるIPの行動を分析し、その行動をディメンショナルなものとしてとらえ、その分析に対して効果が実証されている方法を用いれば介入は事足りると考える。このことについてアイカセス(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。「自閉症という空虚な概念ではなく、具体的な行動に目を向けていきますと、一つひとつの行動についての理解が深まっていきます。しかもそれらの行動は自閉症のお子さんだけではなく、他の障害をもつお子さんも、また健常なお子さんも等しく示す行動であり、実はノーマルな行動であるといえるのです」「子どもたちの形質のなかから一定の特徴を取り出して測定して座標軸に示すと、必ず正規分布、ノーマル・カーブを示します」「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になります」。筆者もこの理念を根底においているが、あえて現在の日本においては発達障害やその下位概念である自閉症スペクトラム障害の用語を用いたい。その理由は、日本においては依然社会的ひきこもりが、その背景要因を検討されずに一様に語られることが多く、社会的ひきこもりへの実践や研究を集積するためにはキーワードが必要だと感じるからである。しかし個別の支援を展開するためには、当然そういった大雑把なキーワードを用いるだけでは不足である。発達障害とは実は空虚な概念であり支援に結びつけるためには行動単位で理解する必要があるということ、そしてその行動とは誰しも多かれ少なかれ傾向をもつものであること、開発された行動への介入技術は診断の有無にかかわらず同様の傾向をもつ人に広く有効であること、を忘れてはいけないうだろう。

社会的ひきこもりの是非は個人や家族の価値観、または時代や文化の影響もあり、問題行動として介入対象にするべきかどうかの判断を拙速に決められるものではないだろう。しかしIPが示す社会的ひきこもりが、発達障害支援についての情報不足、発達障害からくる未学習や誤学習の影響、発達障害の二次障害や三次障害の影響、または発達障害特性をもつ家族との関係性の影響で生じており、本人の真のニーズが社会的ひきこもりから抜け出すことであったなら、それは支援者として支援するべきだろう。そのためにCSOを通してまずはIPに出会い、真のニーズに耳を傾けるチャンスを、CRAFTを通じてつくりたい。

文献

- Baron-Cohen, S., Leslie, A.N., & Frith, U. 1985 Does the autistic child have a "theory of mind"? . Cognition, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. 2001 The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. Journal of Autism and Developmental Disorder, Feb, 31 (1), 5-17.
- Bondy, A. & Frost, L. 2001 The Picture exchange communication system. Behavior Modification, 25, 725-744.
- ボンディ, A. & フロスト, L. 門真一郎(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 (Bondy, A. & Frost, L. 2002 The Picture exchange communication system -Training manual. Second edition. Newark : Pyramic Educational Products)

- Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzén, M. J., & Tsai, K. 2006 Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: opportunities for cross-fertilization. *Clinical child and Family Psychology Review*, Dec9 (3-4), 181-200.
- 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: The Guilford Press)
- ゴードン, T. 近藤千恵 (訳) 1998 親業—子どもの考える力をのばす親子関係のつくり方 大和書房 (Gordon, T. 1970 parent effectiveness training. New York: Three Rivers 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)
- 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) 日本行動療法学会第37回大会発表論文集, 424-425.
- Hobson, R. P. 1983 The autistic child's recognition of age-related features of people, animals and things. *British Journal of Developmental Psychology*, 4, 343-52.
- 岩坂英巳・中田洋二郎・井潤知美 2004 AD/HDのペアレント・トレーニングガイドブック—家庭と医療機関・学校をつなぐ架け橋— じほう
- 神尾洋子 2010 発達障害の子どものさまざまな育ちを支える 学術の動向 58-63.
- Kato, T.A, 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*, Jul47 (7), 1061-1075.
- 川上憲人 2006 こころの健康についての疫学調査に関する研究 厚生労働科学研究 (主任研究者 川上憲人)
- 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.
- 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, p.41-66.
- 近藤直司 1997 非精神病的ひきこもりの現在 臨床精神医学, 26 (9), 1159-1167.
- 近藤直司・清田吉和・北端裕司 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し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)
- 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 (12), 1565-1569.
- Lovaas, O. I., Koegel, R. L., 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.
- 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*, Jul43 (1), 129-36.
- Meyers, R. J., Dominguez, T., & Smith, J. E. 1996 Community reinforcement training with concerned others. In Hasselt, V. B. & Hersen, M. (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 (3), 291-308.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., & Smith, J. E. 2001 Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). In Meyers, R.J., Miller, W. R. (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*, Oct70 (5), 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 (In Bellack, A. S. & Hersen, M (Eds.) 1985 *Dictionary of behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press)
- 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)
- 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*, Oct67 (5), 688-97.
- 長沼睦雄 2011 活かそう！発達障害脳。「いいところを伸ばす」は治療です 花風社
- 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
- 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.
- 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.
- 大隈紘子・伊藤啓介(監修) 肥前精神医療センター情緒行動障害センター(編)2005 肥前方式親訓練プログラムAD/HDをもつ子どものお母さんの学習教室 二瓶社
- 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 (2), 91-103.
- Rincover, A. & Koegel, R. L. 1975 Setting generality and stimulus control in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 235-246.
- 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*, Oct105 (10), 1729-38.
- Rutter, M. 1983 Cognitive deficits in the pathofenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 513-31.
- 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ちたらず精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助シス

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

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 (3), 223-232.

Sisson & Azrin 1986 Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 17 (1), 15-21.

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. H. & Meyers, R. J. 2004 Motivating substance abusers to enter treatment. New York: A Division of Guilford Publications)

アイカセス, S. 中野良顯 (訳) 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) 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 金子書房 p.187-246.

諏訪真美 2006 今人の日本社会と「ひきこもり」現象 医療福祉研究2, 23-29.

高山恵子 2008 欧米式AD/HDのペアレント・トレーニングの課題—日本の文化にあったペアレントサポートプログラムの試み— 小児科臨床, 61 (12), 170-176.

鷺見聡 2007 自閉症スペクトラムの原因について多因子疾患説を中心に 小児科臨床, 60 (3), 481-488.

Wing, L. & Gould, J. 1979 Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11-30.

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, 389-392.