

平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

「成人期発達障害者のためのデイケア・プログラム」に  
関する調査について

平成 27 年 3 月 31 日

学校法人 昭和大学



## 事業責任者

加藤 進昌

昭和大学発達障害医療研究所 所長

公益財団法人神経研究所附属晴和病院 理事長

成人発達障害支援研究会 代表世話人

## 検討委員

五十嵐 良雄 (医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門)

井上 悟 (東京都立中部総合精神保健福祉センター)

大村 豊 (愛知県立城山病院)

神庭 重信 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野)

窪田 彰 (医療法人社団榎会錦糸町クボタクリニック)

弘藤 美奈子 (医療法人社団あずま会稗田病院)

横山 太範 (医療法人社団心劇会さっぽろ駅前クリニック)

岩波 明 (昭和大学医学部精神医学講座)

日詰 正文 (厚生労働省担当課・室職員)

## 研究協力者

- 五十嵐 良雄 (医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門院長)  
榎本 稔 (榎本グループ会長／医療法人社団榎会理事長)  
大村 豊 (愛知県立城山病院総合医療部長)  
柏 淳 (医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜院長)  
神庭 重信 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学教授)  
金 樹英 (国立障害者リハビリテーションセンター)  
窪田 彰 (医療法人社団草思会理事長)  
神保 育子 (東京都発達障害者支援センターTOSCA)  
菅原 誠 (東京都中部総合精神保健福祉センター副部長)  
弘藤 美奈子 (医療法人社団あずま会 稗田病院デイケア主任)  
松村 雅代 (株式会社 NTT データ人事部健康推進室)  
宮岡 等 (北里大学東病院副院長／北里大学医学部精神科学主任教授)  
横山 太範 (医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック院長)  
渡邊 慶一郎 (東京大学学生相談ネットワーク本部コミュニケーション・サポートルーム)

烏山東風の会(発達障害家族会)

昭和大学附属烏山病院デイケア通所者 9名

## 調査協力者

愛知県立城山病院

大村 豊、合澤 祐、三輪 なつみ、森谷 知栄子、森 千亜紀、  
木下 あかね

医療法人社団心劇会さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ

横山 太範、横山 正幹、加藤 祐介、岡崎 亮

医療法人社団草思会錦糸町クボタクリニック

窪田 彰、染谷 かなえ、山外 佑紀

医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門

五十嵐 良雄、福島 南、高橋 望、飯島 裕子、榎屋 貴子、伊藤 花奈

公益財団法人神経研究所附属晴和病院

齋藤 絵美、岩波 直子、葛西 真紀子、石川 和雄、鈴木 孝平

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

来住 由樹、土岐 淑子、西村 大樹、赤澤 正文

### **事業担当者**

太田 晴久 (昭和大学発達障害医療研究所)

谷 将之 (昭和大学医学部精神医学講座)

金井 智恵子 (昭和大学発達障害医療研究所)

横井 英樹 (昭和大学発達障害医療研究所)

五十嵐 美紀 (昭和大学発達障害医療研究所)

小峰 洋子 (昭和大学発達障害医療研究所)

内田 侑里香 (昭和大学発達障害医療研究所)

月間 紗也 (昭和大学発達障害医療研究所)

### **経理責任者**

田口 彰彦 (昭和大学附属烏山病院事務長)

### **経理担当者**

吉川 和江 (昭和大学附属烏山病院事務課)

### **昭和大学発達障害医療研究所**

大島 友香 (昭和大学発達障害医療研究所)

小森 さやか (昭和大学発達障害医療研究所)

飯田 松男 (昭和大学発達障害医療研究所)

### **昭和大学附属烏山病院**

大岡 由理子、石川 幾子、佐野 由美子、福島 真由、花田 亜沙美、川畑 啓、  
青柳 晋、湯浅 昌剛、小泉 昌史

## 目次

はじめに	7
第1章 総括	9
第2章 背景	17
第3章 発達障害専門プログラムパッケージの作成	21
第4章 発達障害専門プログラムの効果検証	27
第5章 プログラム実施機関に対するアンケート調査	61
第6章 発達障害専門プログラムパッケージのアンケート調査	69
第7章 支援ネットワークの強化	81
第8章 検討委員会の実施状況	91
第9章 成果の公表実績と計画	101
第10章 資料及び参考文献	105
第11章 参考文献	115
謝辞	119





## はじめに

この報告書は、厚生労働省の平成 26 年度障害者総合福祉推進事業により実施した研究結果を取りまとめたものです。平成 25 年度同事業の受託によって、全国規模での調査を行い、多くの医療機関で発達障害に特化した支援は行っていない現状と、一方で何らかの支援技法が具体的に示されれば参加の意思がある機関も少なくないことが明らかになりました。

そこで本事業では、昭和大学附属烏山病院で培ってきた経験を活かして、成人の自閉症スペクトラム障害を対象とするデイケア(ショートケア)プログラムのパッケージ化を実現し、それを全国レベルで複数の機関で実施することにより、支援効果と支援効率について検証し、必要な提言を行うことを目指しました。

### (1) 「発達障害専門プログラムパッケージ」の作成

平成 25 年度に作成したプログラムワークブック、マニュアル「コミュニケーションの基礎編」に加え、「コミュニケーションの応用編」、心理教育などを含めた全 20 回の複合的パッケージを作成する。

### (2) プログラムパッケージの実施(複数機関)

成人期発達障害支援をすでに行っている複数の医療機関において、本事業で開発したプログラムパッケージを実施し、支援効果と支援効率について検証する。

### (3) プログラムパッケージに対するアンケート調査

成人発達障害支援に関心のある医療にプログラムパッケージを配布し、内容に関するアンケート調査を行う。

### (4) 全国的な支援者ネットワークの強化

平成 25 年に発足した「成人発達障害支援研究会」にて、プログラムパッケージの情報提供、検証結果の共有をし、データを蓄積する体制を構築することで全国的な支援者ネットワークを強化する。

自閉症スペクトラム障害の人たちが自立した社会参加を実現できない一番の課題は対人相互性(社会性)の障害にあり、ショートケアプログラムがその改善に一定の効果があるとわれわれは経験的に考えています。本事業は、その経験をより客観的に検証し、かつ全国レベルで実施する際に避けて通れない、診断の確実性(対象の異種性)や支援スタッフの多様性(経験値の違い)を超えられるかどうか、問題があるとすればいかにしてそれを克服するかという重要なステップになると期待しています。

平成 27 年 3 月

成人発達障害支援研究会 代表世話人

昭和大学発達障害医療研究所 所長

公益財団法人神経研究所附属晴和病院 理事長

加藤 進昌



# 第 1 章

## 総括

# 第1章 総括

## 1. 1 研究目的

発達障害の認識の高まりとともに、成人期の発達障害者の医療機関受診者が急増している。また、発達障害者支援センターへの相談数、精神保健福祉手帳の交付、ハローワークにおける求職・就職件数においても年々増加している。さらに「障害者虐待防止法」や「障害者差別解消法」などにより、行政、医療だけではなく、教育や企業なども障害者に対する日常的な配慮を求められることになり、支援が体系化されていない発達障害者に対しては今後その必要性について要望が高まることが考えられる。

特に、自閉症スペクトラム障害(以下、ASD とする)に対する薬物療法は現在のところ開発されておらず、心理社会的支援が第一選択肢とされている。平成 25 年度障害者総合福祉推進事業においては、①医療・行政の支援状況と当事者・その家族を含めたニーズの調査を行い成人期 ASD 支援に関する提言をまとめ、②デイケア(ショートケア)プログラムの開発と、その一部のワークブック・マニュアル化を実現した。ニーズ調査からは多くの機関で医療の必要性を感じながらも ASD に特化した支援は行っていないこと、当事者・家族からのニーズは非常に高いことが明らかになった。また同調査では ASD 専門プログラムに参加することで「生きがい」や「社会機能」「共感性」などが改善するという変化が見られた。

支援ニーズと効果の高さが明らかになったため、成人期発達障害専門プログラムの負担や不安を払拭するよう、その体系化が望まれる。

本事業では、プログラムを精査し「発達障害専門プログラムパッケージ」を作成し、複数の機関において効果検証する。支援効果と支援効率について検証し、必要な提言をすることによって体系化された成人期発達障害支援手法の普及を目指すことにある。

## 1. 2 研究方法

### 1. 2. 1 「発達障害専門プログラムパッケージ」の作成

プログラムワークブック、マニュアル「コミュニケーションの基礎編」に加え、コミュニケーションの応用編、心理教育などを含めた「発達障害専門プログラムパッケージ」の作成を目指す。平成 25 年度調査と昭和大学での取り組みから必要なテーマを抽出し、先行研究を参考に検討委員を含む他職種で検討し、発達障害専門プログラムパッケージを作成した。

### 1. 2. 2 発達障害専門プログラムの効果検証

昭和大学を含む 7 つの医療機関において、発達障害専門パッケージを使用したプログラムへの参加同意を得られた 121 名を対象とし、プログラム参加前後の客観評価と自記式の質問紙の実施を行った。プログラムには参加しない外来通院のみの者 14 名(対照群)との比較検証も実施した。

### 1. 2. 3 発達障害専門プログラムパッケージ実施機関に対するアンケート調査

昭和大学を含む7つの医療機関において発達障害専門プログラムパッケージを使用したプログラムを担当したスタッフに対し、各プログラム終了後にアンケート調査を実施した。

### 1. 2. 4 プログラムパッケージのアンケート調査

発達障害に関心があると考えられる医療機関246機関に対し、プログラムパッケージを配布し、その内容や実施可能性に関するアンケート調査を行った。

### 1. 2. 5 全国的な支援者ネットワークの強化

平成25年に発足した成人発達障害支援研究会の第2回年次研究会を開催した。発達障害専門プログラムパッケージの情報提供と実践報告等を行い、より強化されたネットワークの構築を目的とする。

## 1. 3 結果

### 1. 3. 1 「発達障害専門プログラムパッケージ」の作成（第3章参照）

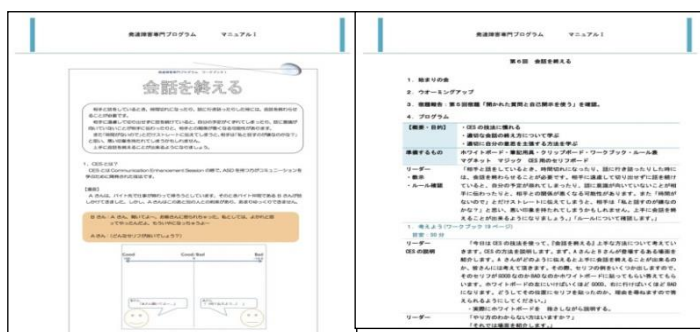
Valerieによると、ASDの中核症状は実用的にみると、「スキルの障害」として捉えることが出来、介入スキルは「ソーシャルスキル」と「コーピングスキル」に選別される。中核症状の根本的な消失や軽減ではなく、症状により生じる非機能的な対処や行動の軽減を目指しスキルを習得していくことをプログラムの目的とした。

支援ニーズを抽出した結果、「対人関係の維持・構築」「コミュニケーション技術の習得」「社会性の習得」のASD中核症状に加え、「障害受容・自己理解の促進」「発達障害の理解」「感情のコントロール」「ストレスコーピング」が挙げられた。上記と先行研究を踏まえ、3時間(ショートケア相当)で終了する全20回のプログラムの内容を決定し、ワークブックとマニュアルを作成した(図1-3-1、図1-3-2)。



(左) 参加者用ワークブック  
(右) 支援者用マニュアル  
詳細は別添パッケージ参照

図 1-3-1  
発達障害専門プログラムパッケージ



マニュアルは、見開きの左ページにワークブックの内容、右ページにプログラムの目的や教示方法などを記載。

図 1-3-2  
発達障害専門プログラムマニュアル

### 1. 3. 2 発達障害専門プログラムの効果検証(第4章参照)

プログラム20回を終了した52名(残りの69名はプログラム継続中)と、プログラムには参加せずに外来通院のみの方14名を合わせた66名を解析対象とし、検査を実施した。実施した検査は「自閉症スペクトラム指数(AQ-J:自己記入式)」「対人応答性尺度(SRS-A:客観評価)」「コミュニケーション技能アンケート」「SCQ日本語版(客観評価)」「自己効力感尺度(GSES:自己記入式)」「WHOQOL26(自己記入式)」「機能の全体的評価(GAF:客観評価)」の6種類で、このうち4つの検査でプログラム後に得点の改善が見られた(表1-3-3)。

表1-3-3 プログラム参加前後の変化

	プログラム参加群(n=52)		非参加群(n=14)	
	Pre(SD)	Post(SD)	Pre(SD)	Post(SD)
AQ(自閉症スペクトラム指数)	34.8(8.1)	33.1(7.9) **	32.4(9.0)	31.2(10.2)
SRS-A(対人応答性尺度)	78.5(31.7)	73.6(31.6) *	95.0(18.2)	92.6(23.3)
CSQ(コミュニケーション技能)	158.0(64.4)	184.6(60.5) **	165.5(65.5)	187.9(71.3)
SCQ(社会的コミュニケーション)	13.1(6.9)	11.4(6.7)	16.0(5.8)	16.1(4.8)
GSES(自己効力感)	35.3(8.2)	36.7(9.7)	40.9(12.9)	41.4(14.7)
WHOQOL26(生活の質)	2.9(0.6)	3.0(0.7) *	3.0(0.6)	3.0(1.0)
GAF(機能の全体的評価)	54.1(9.9)	59.9(11.2) **	-	-

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

### 1. 3. 3 プログラムパッケージに対するアンケート調査(第5章参照)

回答のあった75機関では平均3.3名のASD患者がおり、全機関が「対応が困難」と回答した。ワークブック・マニュアルについては8割の医療機関が「わかりやすい」と回答した。「実施可能」と回答した機関は13%に過ぎず、その理由としてスタッフの知識や対応法の獲得、ASD参加者の人数確保があげられた。自由回答では応用版や短縮版、研修会の開催の希望が挙げられた(図1-3-4)。

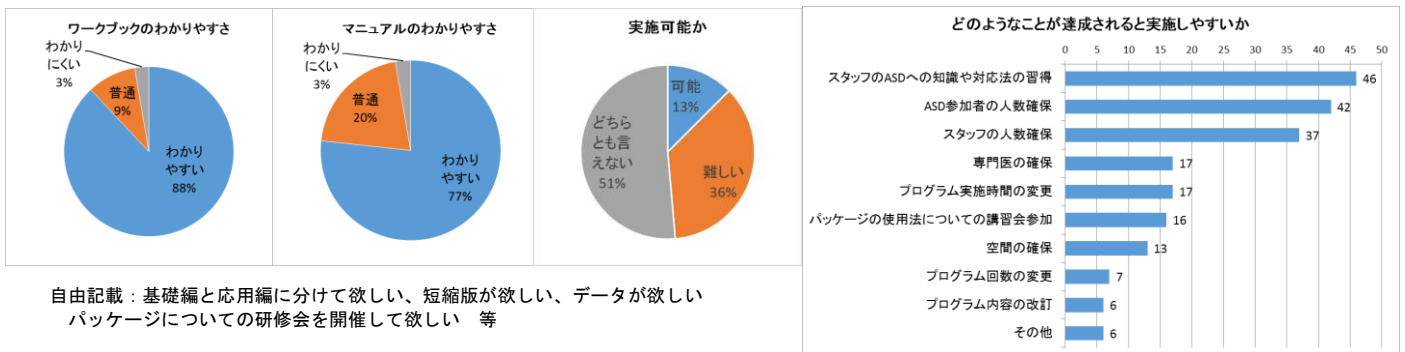


図1-3-4 パッケージに対するアンケート調査結果

### 1. 3. 4 全国的な支援者ネットワークの強化(第6章参照)

「第2回発達障害支援研究」を開催し、「発達障害支援の取り組み」をテーマにシンポジウムや報告会、発達障害専門プログラムのワークショップを実施した。医療従事者だけではなく、教育、行政、福祉、企業関係者、計184名が参加した。ワークショップの満足度が特に高く、80%の参加者が次回参加を希望した。また、発達障害専門プログラムの見学を積極的に受け入れ、見学者累計は422名になった。

## 1. 4 考察とまとめ

全20回の発達障害専門プログラムパッケージを作成、実施して行った効果検証を概観すると、プログラム参加により自閉症特徴の軽減や、コミュニケーション技能、生活の質が改善する可能性が示された。自閉症特徴の客観的評価(SRS-A)と自己評価(AQ-J)がともに得点の低下を示すのは、中核的な症状の消失や軽減ではなく、症状により生じる非機能的な対処や行動の軽減であろう。プログラムの中で知識や対処法を適切に、あるいは初めて学習することで、行動や思考に変化をもたらし、自閉症的特徴の出現を軽減したと推測される。

参加者の中で唯一社会的に守られた存在である学生群は、人間関係に対する満足感が低下していた。プログラム内のコミュニケーション場面や自己理解のインパクトが大きかった可能性も否定できず、より丁寧な関わりやプログラム内容の検討が必要かもしれない。

基礎的な会話技術の程度を測る項目が全般的に上昇したことから、参加者がプログラムで学んだスキルを生活の中で具体的に活かしている可能性である。知的水準と社会性(集団適応)に一定基準を満たすASD群は、学習したことを現実場面で活用(汎化)できることが推測される。

プログラムを実施したスタッフからは概ね良い評価を得ることが出来た。一方で、微細な修正に加え、①特徴の強い参加者(フラッシュバックや細部へのこだわり、自己顕示的な話し方等)がグループに影響を与える、②参加者の特徴(就労者、非就労者、社会経験)によって必要とする情報や想定しやすい場面が異なると意見が寄せられた。①に関しては対応マニュアルや事例集の作成、②については対象に合わせ場面設定が選択出来る形式や付加プログラムの作成が必要であろうと考える。

また、発達障害支援に関心のあると考えられる医療機関にパッケージについてアンケートを実施した。回答のあった75機関のうち、全機関がASD患者の対応に苦慮していると回答し、ワークブック、マニュアルについて8割の機関が「わかりやすい」と回答した一方で、所属機関での専門パッケージの実施可能性についての問いでは「可能」と回答した機関は12.5%にとどまる。その理由として、「スタッフの知識や対応法の獲得」、「参加者の人数確保」、「スタッフの人数確保」の順であげられており、少ないスタッフで既存のデイケアを運営しながら、ASDに関する学習をしたり、受け入れる環境を整えることの難しさが示唆された。支援者の育成体制や法整備が期待される。

## 1. 5 提言

本事業で得られた知見と情報に基づき成人発達障害支援について次の5点を提言する。

### (1) 成人期発達障害専門プログラムの必要性は高い

平成25年度調査より医療機関56.5%(169機関)の発達障害専門プログラムを「行いたい/行う予定である」と回答し、55.4%(227機関)がパッケージ化されたら「プログラムを実施する」、80.0%(352機関)が「パッケージを見たい」と回答している。研究会に他業界からの参加があったように、障害者差別解消法の施行を控え、さらに関心は高まる。

### (2) 専門プログラムへの参加で自閉症特徴は軽減する

専門プログラムに参加することで自閉症特徴の軽減や、コミュニケーション技能、生活の質が改善する可能性が示された。従来からも参加者の主観的な満足感が高く有効性は認められていたが、より客観的に明らかになったことから、多くの成人期ASDの方が参加できる体制が整えられることが期待される。

### (3) プログラムパッケージへの期待と課題

パッケージに対する評価は参加者だけではなく、協力機関・調査機関にも概ね好評であった。寄せられた多くの意見を反映し、精査をすることが必要。参加者の幅広いニーズに併せたプログラムの応用編(就労編、学生編など)の検討も必要。プログラムはスタッフ2名以上で行うことが推奨されるため、デイケア等の現行基準では運営が困難だとの指摘もあり、体制の整備が望まれる。

### (4) 支援者の育成が必要

成人発達障害支援体制の構築のためには、正確な診断の出来る医師と、適切な心理・社会的支援の出来る支援者の育成が急務だと考える。また効果的にパッケージを使用するために、研修やワークショップの開催も必要と考え、今後も開催していく予定です。

### (5) 支援者ネットワークの強化

本事業において、適切な診断と介入・支援によって、自閉症特徴や技能が改善する可能性が示された。支援の必要性は教育機関、企業等に浸透しつつあるにも関わらず、具体的な支援方法は医療現場でも一部にしか理解されていない現状がある。成人発達障害支援研究会をはじめ、支援者のネットワークを強化し、支援手法の普及が望まれる。



## 1. 6 今後の課題

本事業で成人発達障害専門プログラムパッケージを作成し、効果検証では自閉症特徴や生活の質、コミュニケーション技能に良い変化が見られた。プログラムパッケージをより効果的、効率的なものとし、広く普及するためには、以下のような課題を検討し推進する必要がある。

### ①成人発達障害専門プログラムパッケージの改良

<平成 27 年度>

- ・ニーズに即した内容に改良：就労編、学生編、生活編など
- ・事例集：特徴の強い参加者への対応
- ・効果検証方法の再検討：適応行動尺度（Vineland II）や気分を測定する尺度の導入。効果の維持を検証するための追跡調査

<平成 28 年度>

- ・プログラムの実施：対象 200 名
- ・追跡調査
- ・家族支援の方法について調査

<平成 29 年度>

- ・プログラムの実施：対象 300 名
- ・プログラムワークブック、マニュアルの製本・印刷
- ・追跡調査

### ②大学生に対する支援

<平成 27 年度>

- ・ニーズ調査

<平成 28 年度>

- ・ショートケアプログラムの試験的運用

<平成 28 年度>

- ・標準化プログラムでのショートケアプログラム実施

### ③支援ネットワーク発展

- ・第 3 回成人発達障害支援研究会
- ・全国規模のシンポジウム



## 第 2 章

### 背景

## 第2章 背景

発達障害は脳の先天的な機能・器質的な原因によって引き起こされる発達に関する障害の総称である。2005年に発達障害者支援法が制定され、その中で発達障害は「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」と定義される幅広い概念であり、その特性は生涯にわたって持続する<sup>2 3</sup>。

従来は子どもの障害で児童精神科医の領域と考えられていたが、認識の広まりとともに成人期になって初めて問題が表面化し精神科受診に至るケースが増加している<sup>4</sup>。彼らは知的能力の高さや周囲の援助によって思春期までを大きな問題として表在化されることなく過ごすも、就労など環境変化に伴い、その特徴から周囲の環境に適応する事が出来ずに精神的、社会的に大きな問題を抱えることが多い。

医療機関の受診数だけではなく、発達障害支援センターへの相談数<sup>5</sup>、精神保健福祉手帳の交付、ハローワークにおける求職・就職件数は年々増加している<sup>6</sup>。さらに「障害者虐待防止法」や「障害者差別解消法」などにより、行政、医療だけではなく、教育や企業なども障害者に対する日常的な配慮を求められることになり<sup>7</sup>、支援が体系化されていない発達障害者に対しては今後その必要性について要望が高まることが考えられる。

昭和大学附属烏山病院では2008年より成人期の発達障害専門外来およびデイケアを開設しASDを中心に治療を展開してきた<sup>8 9</sup>。開設から8年が経過し受診者累計3500名を超え(図2-1)、デイケアは登録者数が350名になる。現在も予約が殺到し希望者をすべて受け入れられない状況である<sup>10</sup>。

2012年に厚生労働省障害者総合福祉推進事業を受託し、筆者らが行った調査<sup>11</sup>で発達障害専門外来を継続受診したいと考える家族は90%を超えていることから、成人期ASDへの支援ニーズは高いといえる。ASDに有効な治療薬はなく、心理社会的支援が第一選択肢となるとされているが、468医療機関(有効回答430)のうち、外来やデイケアにおいて成人のASDを積極的に受け入れていると回答した医療機関は51.6%、ASD専門プログラムを実施しているデイケアは6.0%に過ぎなかった。デイケアの限られたマンパワーのなかで、専門医が不足し支援手法も未整備な状況では、ASD専門プログラムの実施は負担や不安が強いことが示唆された。また同事業において、ASD専門プログラムに参加することで「生きがい」や「社会機能」「共感性」などが改善するという変化が見られた。支援ニーズと効果の高さが明らかになったため、成人期ASD専門プログラムの負担や不安を払拭するよう、その体系化が望まれる。

デイケアについての研究報告においても、従来主たる対象にしていた統合失調症から、対象の多様化・機能分化が議論されており<sup>12 13</sup>、ASDを中心とした成人期の発達障害を対象とする医療機関も少しずつであるが増えているが<sup>14 15 16 17</sup>、シングルケースの報告やそれに近似したものが多く、体系化を目指した試みはみられず、汎用性に欠ける。

そこで、本事業では支援手法の体系化と普及に向けてASD専門プログラムのパッケージを作成し、複数の医療機関において実施しその効果検証を行うこと、成人発達障害支援ネットワークを強化することを目的とする。

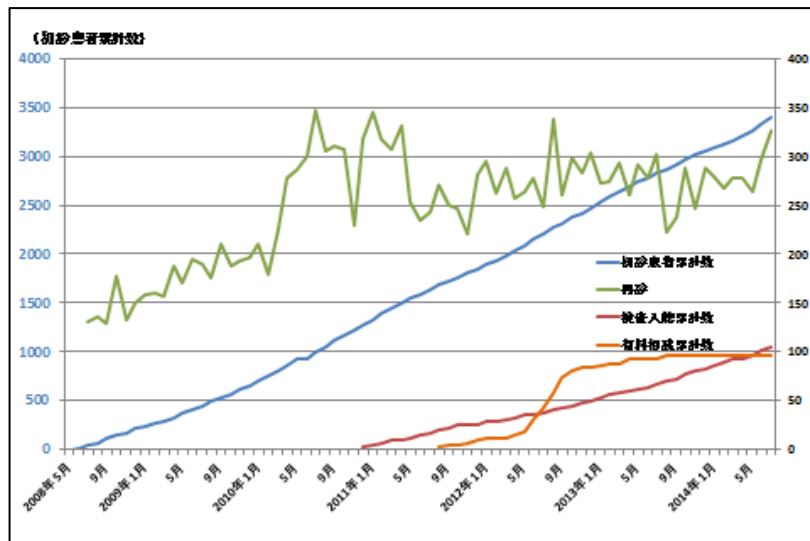


図 2-1 発達障害専門外来累計



## 第3章

# 発達障害専門プログラムパッケージの作成

# 第3章 発達障害専門プログラムパッケージの作成

## 3.1 成人 ASD 患者へのアプローチ

ASD は、対人コミュニケーションの質的障害を呈する。近年、他者の感情認知だけでなく、自分の中に起こっている情動が何であるかを同定できず、その内容や強さを表す言葉とのマッチングができない状態にあり、そのため自分の内面を表現したり洞察したりすることができないことも報告されている<sup>18</sup>。他者の感情認知不全とあいまって相互的対人関係の成立がますます難しくなる。さらに、遂行機能障害を中心とした非社会的な情報処理における中核的な問題の報告も増えている。Valerie L. Gaus が提唱する「エビデンスに基づくフォーミュレーションモデル」を示す(図 3-1-1)。Valerie は、ASD の中核的障害(上段)は、実用的には「スキルの障害」として捉えることができる。スキルを形成するための介入は「ソーシャルスキル」と「コーピングスキル」の2つの分類に分けることが出来、「ソーシャルスキル」を教えることは「社会的結果」(下段)をもたらす「行動における問題」(中段)の部分に対する介入であり、コーピングスキルを教えることは、「日常生活の結果」(下段)をもたらす「自己管理の問題」(中段)に対応する介入であり、この介入はメンタルヘルスの問題の併発につながる部分でもあるため、予防戦略としても役立つと報告している<sup>19</sup>。つまり、中核症状の根本的な消失や軽減ではなく、症状により生じる非機能的な対処や行動の軽減を目指しスキルを習得していく。

本事業の対象になるのは知的水準に遅れのない ASD 患者であり、ソーシャルスキルやコーピングスキルを理論的根拠として習得出来る群であると考えている。それらの習得により、自分自身の行動を認識し、他者や状況への反応を調整し、社会適応度を高めることを目的とする。成人の ASD 患者に対する集団療法や認知行動療法は世界的に見ても知見が少ないため、昭和大学での取り組みをパイロットスタディとして理論立てて構成していく必要がある。

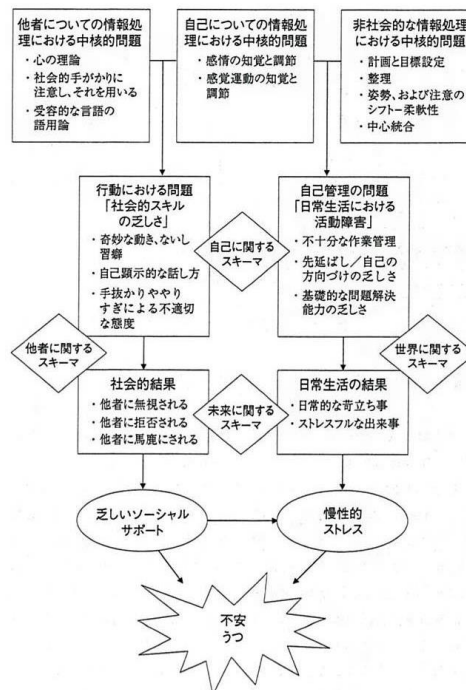


図 3-1-1 ASD のフォーミュレーションモデル (Valerie)



### 3. 2 目的

平成 25 年度に作成したプログラムワークブック、マニュアル「コミュニケーションの基礎編」に加え、コミュニケーションの応用編、心理教育などを含めた全 20 回の複合的パッケージである「発達障害専門プログラムパッケージ」を作成する。

### 3. 3 方法

昭和大学附属烏山病院にて 2008 年より実施している ASD 専門プログラムの取り組みと平成 26 年度事業において調査した結果を参考に、プログラムテーマを抽出する。その内容と実施方法について検討委員を含む医師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、看護師が検討し、プログラムパッケージを作成する。

### 3. 4 結果

#### 3. 4. 1 プログラムの内容

昭和大学附属烏山病院の取り組みにおいて、効果が高く、参加者の評価が良好だったテーマを抽出した。中核症状に加えストレスや考え方に対する対処方法が挙げられた。

また、平成 25 年度調査において支援ニーズを調査した結果、「対人関係の維持・構築」「コミュニケーション技術の習得」「社会性の習得」の ASD 中核症状に加え、「障害受容・自己理解の促進」「発達障害の理解」について本人・医療機関のニーズが高く、「(本人の)感情のコントロール」について家族・医療機関のニーズが高かった(図 3-4-1)。

上記と先行研究を踏まえ、検討委員を含む医師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、看護師を交え検討を重ね、検討委員での検討を行い、全 20 回の発達障害専門プログラムパッケージの内容を決定した(表 3-4-2)。

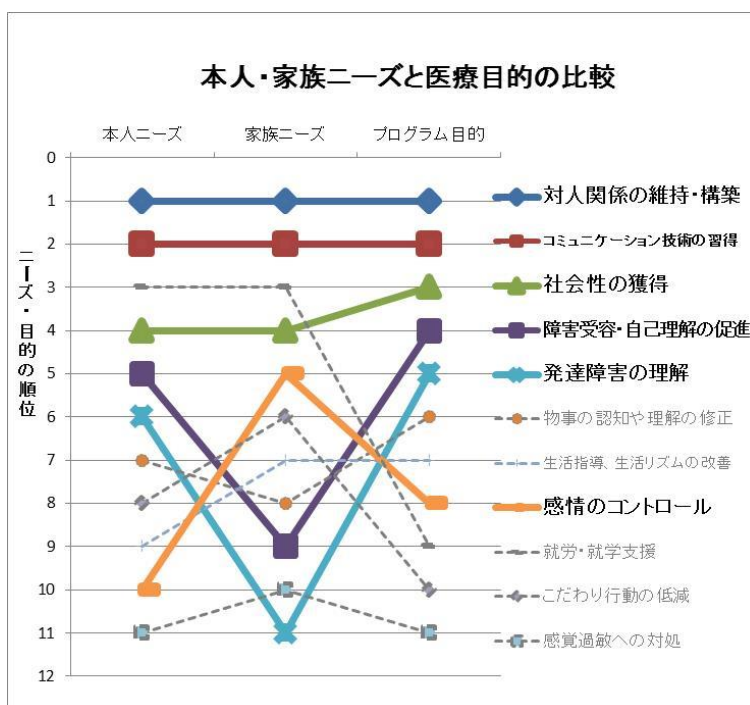


図 3-4-1 本人・家族・医療機関の支援ニーズ

(平成 25 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告書より抜粋)

表 3-4-2 プログラム

回数	内容	プログラムの目的
1	自己紹介・オリエンテーション	グループの目的や進め方について理解する。 マニュアルには運営方法やウォーミングアップ例なども記載。
2	コミュニケーションについて	言語的・非言語的コミュニケーションなど、コミュニケーションの概要について学ぶ。イラストを使った学習を行う。
3	あいさつ／会話を始める	ロールプレイに慣れる。表情に気を付けるなどのスキルを加えることで相手に与える印象が変化することを体感する。
4	障害理解／発達障害とは	発達障害についての基礎知識を知る。自分にとって発達障害がどうい存在であるか考え、付き合い方を知る。
5	会話を続ける	開かれた質問や自己開示の方法について学習をする。一方的に話すのではなく相手の話を傾聴や質問することの重要性を知る。
6	会話を終える	会話を終える時のポイントについて学ぶ。意志主張について考える。視覚情報を重視した方法 (CES: Communication Enhancement Session) に慣れる。
7	ピアサポート①	参加者同士で困り感やその対処法についてディスカッションを行う。
8	表情訓練／相手の気持ちを読む	表情によって人に与える印象が変わることを学習し、トレーニング方法について知る。人間関係構築のために、相手に与える印象や相手の気持ちを考えることが大切であることを学習し、ディスカッションを行う。
9	感情のコントロール① (不安)	感情には様々なものがあり、同じ状況であっても人によって感じる程度が違う事を知り、不安との付き合い方を考える。感情の温度計を使い、学習。
10	感情のコントロール② (怒り)	怒りのコントロールについて学習し、その対処法を知る。自分にあったリラックス方法について考える。
11	上手に頼む／断る	CES を用い、適切な頼み方、断り方について学習する。
12	社会資源	グループ終了後や今後の見通しを立てるために役立つ知識を得る。今後のことを意識し、相談しやすい環境を作る。
13	相手への気遣い	他者への配慮の必要性や方法について学ぶ。気遣いをすることのメリット・デメリットについて話し合い、具体的方法について学ぶ。
14	アサーション	自分も相手も大切に考える考え方や表現方法を学ぶ。
15	ストレスについて	自身のストレスを知り、具体的対処を身につける。
16	ピアサポート②	ピアサポート①で取り扱えなかったテーマについてディスカッションを行う。
17	自分のことを伝える①	自分の特徴の悪いところだけではなく良いところも意識できるように自分の特徴を周囲に伝えることのメリットを理解する。
18	自分のことを伝える②	周囲に自分の特徴を伝える際のポイントについて学習する。
19	感謝する／ほめる	相手のよいところに着目するメリットについて学ぶ。実際に伝える練習を行い、伝えることのメリットを体感する。
20	卒業式／振り返り	プログラムのおさらいと振り返りを行う。

### 3. 4. 2 プログラムの構成

心理・社会的支援をデイケアで実施するにあたり、個人療法と集団療法の選択においても検討がなされたが、個人療法を選択した際の支援効率と実施の負荷に加え、昭和大学の実践からの考察(表 3-4-3)と、対象者の知的水準が高さからピアカウンセリング効果や体験共有(共感)が期待されることなどを勘案し、集団療法を採用することとした。

プログラム構成は、「始まりの会(15分)」で一週間の出来事を語り、「ウォーミングアップ(10分)」「宿題報告(5分)」の順で行い、休憩をはさみ各回のテーマに沿った「プログラム(120分)」を実施し、最後にプログラムの感想を発表する「帰りの会(20分)」を行うことを定型

とした。途中、プログラムの進行に応じて休憩を取り、全体として 180 分(ショートケア相当)のプログラムとした(図 3-4-4)。

表 3-4-3 個人療法と集団療法のメリット・デメリット(昭和大学附属烏山病院での実践から)

	メリット	デメリット
個人	・ 本人の困っていることに焦点を当てられる(きめ細かな対応)	・ 効率が悪い(1対1対応) ・ 時間的限界がある
集団	・ 同じ悩みを持つ仲間と出会い、共感が得られる(孤立感低減) ・ 他参加者を客観的に見ることで自己理解が深まる	・ グループ運営が難しい ・ 人数を集めることが難しい

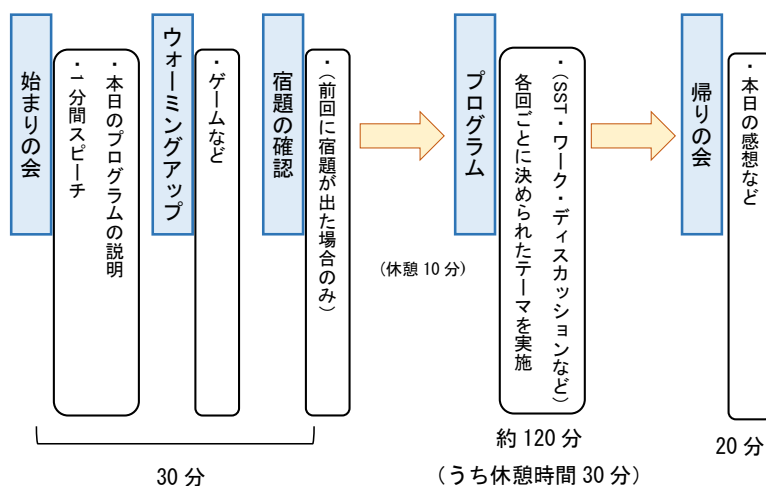


図 3-4-4 プログラムの流れ

### 3. 4. 3 プログラムパッケージ実施条件

検討された実施条件は、参加者については ASD の診断を受けている者 10 名前後が望ましい。女性が含まれる場合は 2 名以上を配置するよう配慮が必要である。自閉症特徴や社会(集団)適応度、社会経験、学歴、年齢、性別などに配慮してグループを構成することが望ましい。参加者は知的水準に遅れ(言語性知能 90 以上)がなく、集団療法への一定程度適応的に参加が可能な者(図 3-4-5)とした。成人発達障害外来の中心的な受診者層であること、プログラム内容の習得に知的理解の助けを必要とすることを勘案し決定した。

スタッフは 1 グループにつき 2 名以上を配置し、可能であれば多職種のスタッフがペアを組み、それぞれの専門的視点からメンバーと関わることで支援に広がりが生むことが理想的。1 人がグループの進行役であるリーダー、もう 1 人が発言を板書し、グループで出た意見をまとめるなどコ・リーダー役を担う。

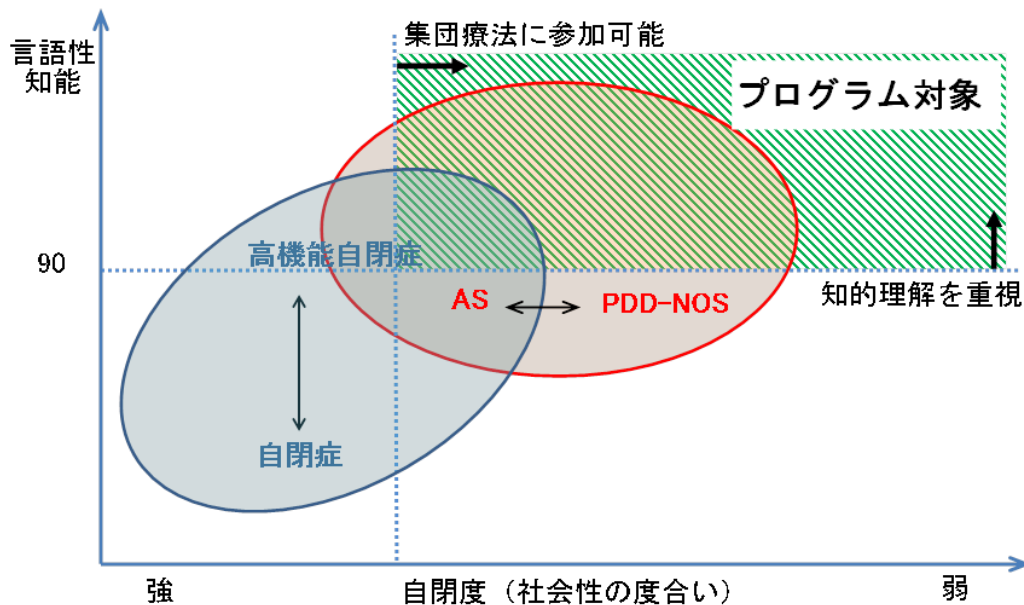


図 3-4-5 プログラム参加対象

### 3. 4. 4 ワークブック・マニュアルについて

ワークブックは参加者用として、モチベーションを高めるために出席表を取り入れたり、集中力維持のため書き込み式のものとした。マニュアルは実施スタッフ用として、プログラムの目的や準備するもの、具体的な教示方法等を記載した。

### 3. 5 考察・まとめ

発達障害専門プログラムパッケージを作成した。パッケージ作成に当たっては、昭和大学附属烏山病院においての実践に加え、平成 25 年度の調査の結果を踏まえて、検討委員を中心に多職種により検討を繰り返し、莫大な時間を要した。

プログラムの効果として、参加者は「生きがい」を強く感じており、社会機能、共感性ともにプログラム終了後に良い変化が見られることが明らかになっている。さらに、医療現場のみならず、企業・学校においても大きな問題として広がりを見せ支援のニーズは増加の一方でありながら、医療機関においても具体的な支援の方法が浸透していない現状がある。ASD 患者の参加しやすさや医療機関での施行しやすさを考慮した「発達障害専門プログラムパッケージ」の作成は非常に意義のあるものとする。

## 第4章

# 発達障害専門プログラムの効果検証

## 第4章 発達障害専門プログラムの効果検証

### 4.1 概要

ASD は知的水準や症状の程度、その現れ方など診断自体に大きな幅のある概念である。一つの発達障害専門プログラムがあらゆる成人 ASD 患者に効果的であることを目指すことは困難である。そこで本事業で使用するプログラムパッケージは、言語性知能と集団適応度が一定基準を満たす方を想定して作成された。成人 ASD 患者の中心的な受診者層が知的能力に遅れのない者だったことも勘案されている。

本事業ではこのプログラムの効果検証を行うことが大きな課題である。幅広い普及を目指すためには、さまざまな機関（業態、地域差など）で利用可能な汎用性があることや、対象とする成人発達障害の方に客観的な効果が認められることが求められる。

この章では、平成 25 年度に一定の効果が見られたプログラムベースに作成したプログラムパッケージを他の協力医療機関で実施・検証した内容について報告する。プログラムの評価として、参加した成人 ASD を対象とした効果測定の実施と、プログラムを運営する医療スタッフがプログラム構成、内容の適切さなどの評価を実施した。

### 4.2 方法

#### 4.2.1 プログラムの実施

##### (1) 研究協力機関選定

プログラム実施が可能な医療機関の条件としては、成人発達障害支援をすでに始めていること、デイケア施設を有していることなどが必須となる。募集に際しては、第1回成人発達障害支援研究会（2013.11）への参加を通してネットワークができた医療機関に対し、事業説明会（第110回日本精神神経学会学術総会、2014年6月28日：第8章参照）の案内を送付した。研究協力可能な医療機関を決定し（表）、各医療機関でプログラムを実施した。

プログラム実施期間：平成 25 年 7 月～平成 26 年 3 月

表 4-2-1 実施機関の所在

地方	機関数
北海道・東北	1
関東	3
中部	1
近畿	0
中国・四国	1
九州・沖縄	0

表 4-2-2 実施機関の事業形態

業態	機関数
大学病院	1
国公立病院	2
私立病院	1
クリニック・診療所	3

##### (2) プログラム実施期間

平成 25 年 7 月～平成 26 年 3 月

### (3) 対象者

昭和大学を含む7つの医療機関において、発達障害専門ワークブックおよびマニュアルを利用した集団療法への参加同意を得られた121名とプログラムには参加せず外来通院のみの方14名（対照群）を合わせた135名が研究に協力した。そのうちプログラム20回を終了した52名（残りの69名はプログラム継続中）と、プログラムには参加せず外来通院のみの方14名を合わせた66名を解析対象とした。

表 4-2-3 実施機関および対象者

プログラム	機関	対象者	比率 (%)
参加	A	8	15.4
	B	10	19.2
	C	9	17.3
	D	6	11.5
	E	7	13.5
	F	7	13.5
	G	5	9.6
	小計		52
非参加(対照群)	A	14	100.0
合計		66	100.0

## 4. 2. 2 調査方法

### (1) 調査方法

研究協力者に対してプログラム開始時および終了時、対照群に対しては研究同意の得られた時とその6か月後に下記の質問紙を実施し、前後で得点に差がみられるかを検討した。質問紙は本人が回答する自己記入式質問紙と、養育者やパートナーなど本人をよく知る者による客観評価用質問紙、支援者による客観評価が含まれる。

### (2) 質問紙調査：自己記入式

本人を対象とした自己記入式質問紙を以下に示す。

- ①自閉症スペクトラム指数日本語版 (Autism Spectrum Quotient: AQ-J<sup>20</sup>) : ASD 特徴である、「社会性」、「コミュニケーション」、「想像力」、「細部への注意」、「注意の切り替え」の各項目の程度を測定する。
- ②WHOQOL26<sup>21</sup> : 生活の質を評価する。「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」「環境」「全体」の5つの下位項目からなる。
- ③コミュニケーション技能アンケート (Communication Skills Questionnaire<sup>22</sup>) : コミュニケーション技能について、基本会話技能（視線を合わせる、身振り手振りをつかう、明るい表情など）がどのくらいできるか(5段階)、基本(アサーティブ)コミュニケーション技能（あいさつする、自分の意見を言うなど）、協調的コミュニケーション技能（頼む、話を終えるなど）の各項目について、対象者（家族、親友、友人、目上の人、顔見知り、初め

ての人) ごとにどの程度できるかの評価を行う。

- ④一般性自己効力感尺度 (General Self Esteem Scale:GSES<sup>23 24</sup>) : ある行動がどのような結果を生み出すかという予期と、ある結果を生み出す行動をどの程度上手くできるかという予期をあらわす自己効力感を測定する。

### (3) 質問紙調査 : 客観評価用質問紙

客観評価として、養育者やパートナーが本人の行動や特性を評価する質問紙⑤、⑥、および医療スタッフによる評価⑦を以下に示す。

- ⑤対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale-Adult: SRS-A<sup>25</sup>) : ASD 特徴の評価を行う。
- ⑥対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire<sup>26</sup>) : ASD 症状の有無を評価する。
- ⑦機能の全体的評定者尺度 (Global Assessment of Functioning: GAF) : 健康と病気の状態を 0-100 点で評価する。「重症度」と「機能のレベル」の二つを評価し低い方を得点とする。

また、対象者の基本的情報を把握するため、下記の情報をカルテから得た。

- ⑧診断名 (ICD-10)
- ⑨知的能力検査 IQ (WAIS-Ⅲ<sup>27</sup>もしくは WAIS-R)
- ⑩最終学歴
- ⑪就労・未就労・学生
- ⑫既婚・未婚
- ⑬併存症

### (4) 効果検証の方法

得られた質問紙データを匿名化したうえで統計解析を実施した。プログラムの効果検証には、各質問紙の得点がプログラム参加前後で有意に差が見られるか有意水準 5%として分析を行った。解析手法はノンパラメトリック検定の Wilcoxon 符号付順位検定をプログラム前後の比較にもちいて、統計解析ソフトには IBM SPSS Statistics Version22 を使用した。



## 4. 3 結果

### 4. 3. 1 対象者の基本情報

解析対象者の基本情報を以下に示す。

表 4-3-1 性別

性別	プログラム参加群		非参加群	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
男性	38	73.1	12	85.7
女性	14	26.9	2	14.3
合計	52	100.0	14	100.0

表 4-3-2 基本情報

項目		プログラム参加群	非参加群	$\rho$
年齢 (SD)	全体	31.4 (9.1)	31.7 (8.1)	ns
	男性	30.9 (9.5)	31.4 (8.0)	ns
	女性	32.7 (7.8)	33.5 (10.8)	ns
知能指数 (SD)	全 IQ	103.2 (13.8)	103.7 (6.9)	ns
	言語性	108.0 (14.2)	108.2 (7.8)	ns
	動作性	96.4 (15.1)	96.8 (11.4)	ns

表 4-3-3 年代別

年代	プログラム参加群		非参加群	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
10代	1	1.9	0	0
20代	28	53.8	8	57.1
30代	14	26.9	2	14.3
40代	115	9.6	4	28.6
50代以上	4	7.7	0	0
合計	52	100.0	14	100.0

表 4-3-4 診断名 (ICD-10)

診断名	プログラム参加群		非参加群	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
アスペルガー症候群	18	48.6	2	33.3
その他の広汎性発達障害	17	45.9	1	16.7
小児自閉症	2	5.4	3	50.0
合計	37	100.0	6	100.0

表 4-3-5 最終学歴

最終学歴	プログラム参加群		非参加群	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
大学・大学院	34	65.4	11	78.5
専門学校	4	7.7	0	0
高等学校	11	21.2	3	21.4
中学校	3	5.8	0	0
合計	52	100.0	19	100.0

表 4-3-6 未就労・就労

就労状況	プログラム参加群		非参加群	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
未就労・主婦	25	48.1	7	58.3
就労	20	38.5	4	33.3
学生	7	13.5	1	8.3
合計	52	100.0	18	100.0

表 4-3-7 未婚・結婚

未婚・結婚	プログラム参加群		非参加群	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
未婚	42	80.8	12	85.7
結婚	10	19.2	2	14.3
合計	52	100.0	20	100.0

表 4-3-8 対象者の IQ および AQ 平均 (標準偏差)

性別	FIQ	VIQ	PIQ	AQ
未就労・主婦 (n=17)	102.7 (14.0)	109.0 (14.1)	93.8 (18.7)	32.5 (8.2)
就労 (n=16)	104.6 (11.6)	110.4 (10.4)	96.3 (12.6)	37.0 (8.3)
学生 (n=7)	112.3 (5.9)	117.9 (9.9)	102.7 (10.5)	36.0 (5.3)

#### 4. 3. 2 プログラム参加群と非参加群

##### (1) プログラム参加群（全体）のプログラム参加前後比較

ASD 特徴を評価する AQ 得点では、「全体得点」「コミュニケーション」項目において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。生活の質を評価する WHOQOL26 では、「平均得点（全平均）」「心理的領域」「全体」項目において、有意な得点の低下が認められた。コミュニケーション技能を測定する CSQ では、「全体得点」および下位項目の「基本会話技能」「基本コミュニケーション技能」「協調的コミュニケーション技能」において有意な得点の低下が認められた。自己効力感を測定する GSES では、有意な変化が認められなかった。自閉症特徴の評価を客観的に評価する SRS-A および SCQ では、SRS-A「全体得点」と「社会的動機付け」項目において有意な得点の低下が認められたが、SCQ では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。

表 4-3-9 プログラム参加前後の AQ 得点（参加群）

n=50	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	34.8 (8.1)	33.1 (7.9)	.002 **
ソーシャルスキル	7.7 (2.5)	7.4 (2.8)	.152
想像力	6.3 (2.1)	6.2 (2.0)	.448
コミュニケーション	7.8 (2.1)	6.9 (2.1)	.000 **
細部への注意	5.2 (2.5)	5.2 (2.4)	.347
注意の切り替え	7.5 (2.0)	7.5 (1.8)	.805

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

表 4-3-10 プログラム参加前後の QOL 得点（参加群）

n=51	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.9 (0.6)	3.0 (0.7)	.033 *
身体的領域	19.6 (5.4)	20.2 (6.0)	.274
心理的領域	15.0 (4.8)	16.4 (6.0)	.014 *
社会的関係	8.1 (2.4)	8.7 (2.8)	.074
環境	26.6 (5.1)	26.8 (5.6)	.752
全体	5.2 (1.6)	5.9 (1.7)	.002 **

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

表 4-3-11 プログラム参加前後の CSQ 得点（参加群）

n=46	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	158.0 (64.4)	184.6 (60.5)	.000 **
基本会話技能	16.3 (5.5)	18.4 (5.0)	.000 **
基本コミュニケーション技能	42.0 (16.3)	47.9 (14.8)	.000 **
協調的コミュニケーション技能	99.7 (45.7)	118.2 (43.9)	.000 **

\*\* $p < .01$

表 4-3-12 プログラム参加前後の GSES 得点 (参加群)

n=50	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	35.3 (8.2)	36.7 (9.7)	.217

表 4-3-13 プログラム参加前後の SRS 得点 (参加群)

n=20	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	78.5 (31.7)	73.6 (31.6)	.030 *
社会的意識	8.8 (3.6)	8.0 (4.1)	.240
社会的認知	14.0 (7.2)	13.6 (6.5)	.615
コミュニケーション	26.1 (12.0)	24.5 (11.6)	.051
社会的動機付け	15.9 (5.1)	14.1 (4.7)	.005 **
自閉的習癖	13.7 (7.3)	13.3 (7.8)	.085

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

表 4-3-14 プログラム参加前後の SCQ 得点 (参加群)

n=19	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	13.1 (6.9)	11.4 (6.7)	.075

表 4-3-15 プログラム参加前後の GAF 得点 (参加群)

n=46	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	53.9 (10.9)	59.3 (11.3)	.000 **

\*\* $p < .01$ 

## (2) プログラム非参加群のプログラム期間 (6 ヶ月) の前後比較

プログラムに参加しなかった群は、SRS-A の下位項目「自閉的習癖」で有意な得点の低下が認められたが、AQ、WHOQOL26、CSQ、GSES、SCQ、GAF において有意な変化が認められなかった。

表 4-3-16 プログラム参加前後の AQ 得点 (非参加群)

n=13	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	32.4 (9.0)	31.2 (10.2)	.150
ソーシャルスキル	7.3 (2.6)	6.8 (2.9)	.773
想像力	6.3 (1.9)	5.8 (1.8)	.772
コミュニケーション	6.8 (2.6)	6.5 (2.8)	.162
細部への注意	5.5 (2.3)	5.7 (2.5)	.964
注意の切り替え	6.5 (2.8)	6.3 (3.0)	.141

表 4-3-17 プログラム参加前後の QOL 得点 (非参加群)

n=14	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	3.0 (0.6)	3.0 (1.0)	.949
身体的領域	21.8 (6.2)	21.1 (8.5)	.504
心理的領域	16.9 (4.7)	16.9 (4.7)	.620
社会的関係	7.9 (2.1)	7.9 (2.1)	.857
環境	26.2 (8.2)	26.2 (4.4)	.944
全体	5.8 (1.8)	5.8 (1.8)	.751

表 4-3-18 プログラム参加前後の CSQ 得点 (非参加群)

n=14	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	165.5 (65.5)	187.9 (71.3)	.152
基本会話技能	16.0 (5.3)	17.7 (6.0)	.421
基本コミュニケーション技能	43.3 (17.1)	46.9 (17.7)	.906
協調的コミュニケーション技能	106.3 (46.1)	123.4 (50.4)	.054

表 4-3-19 プログラム参加前後の GSES 得点 (非参加群)

n=14	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	40.9 (12.9)	41.4 (14.7)	.682

表 4-3-20 プログラム参加前後の SRS 得点 (非参加群)

n=11	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	95.0 (18.2)	92.6 (23.3)	.401
社会的意識	10.1 (3.2)	10.1 (3.6)	.952
社会的認知	18.5 (4.7)	17.7 (5.9)	.196
コミュニケーション	31.5 (6.1)	31.4 (6.8)	.304
社会的動機付け	17.1 (6.4)	17.0 (7.5)	.574
自閉的習癖	17.9 (6.5)	16.4 (6.1)	.044 *

\* $p < .05$ 

表 4-3-21 プログラム参加前後の SCQ 得点 (非参加群)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	16.0 (5.8)	16.1 (4.8)	.918

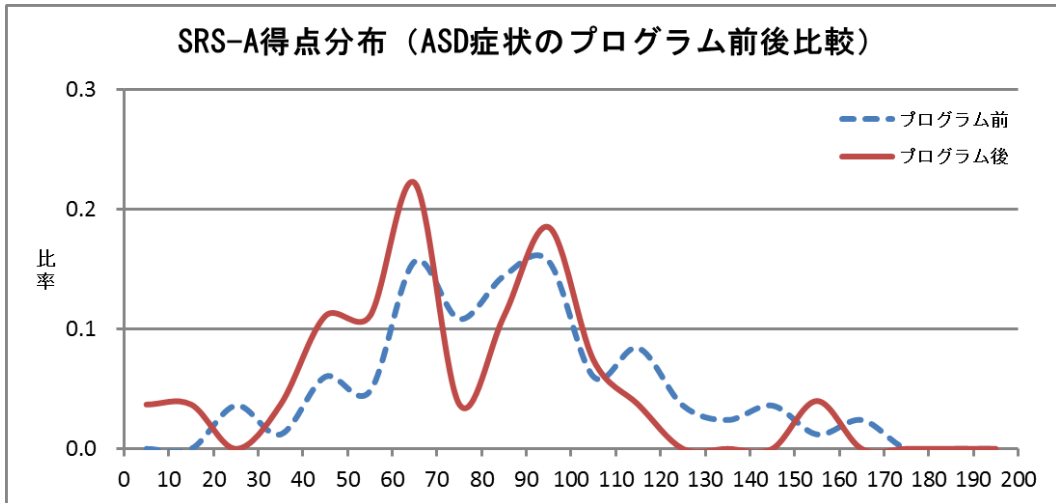


図 4-3-22 SRS-A 分布図

(3) プログラム参加群と非参加群のプログラム前後比較を以下に示す。

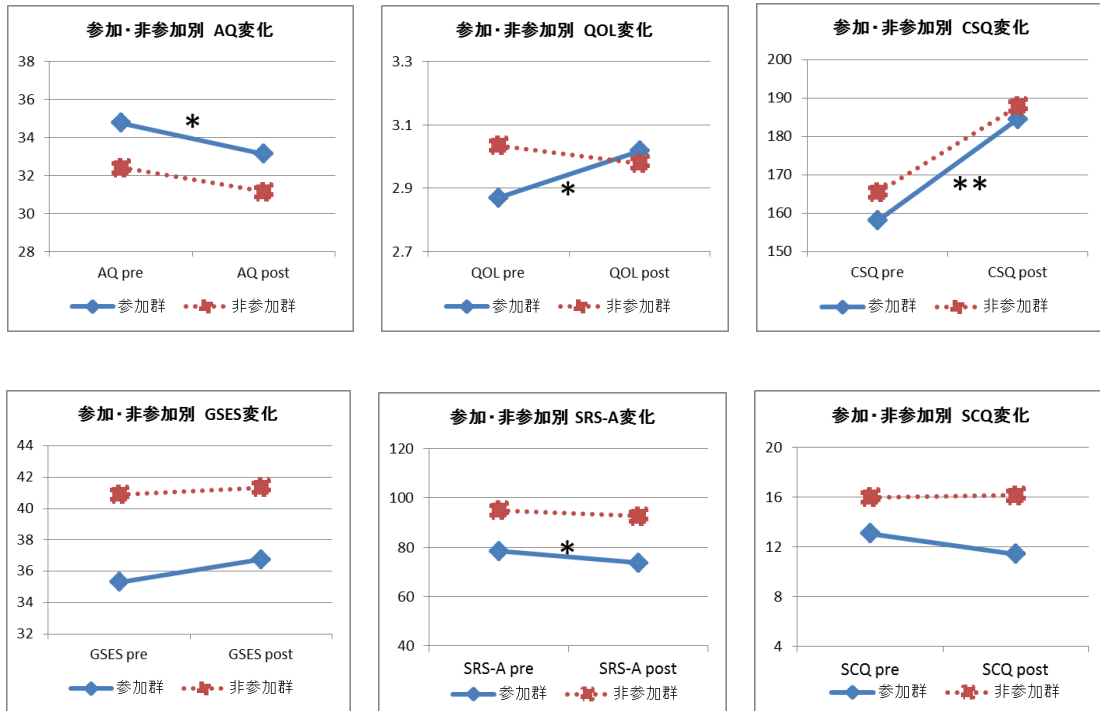


図 4-3-23 発達障害専門プログラム参加群—非参加群比較 (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ )

### 4. 3. 3 プログラム前後の男女別比較

プログラム参加者を男女2群に分けて検討を行った。

表 4-3-24 対象者の IQ および AQ 平均 (標準偏差)

性別	FIQ	VIQ	PIQ	AQ
男性 (n=28)	104.9 (11.6)	111.1 (12.4)	95.9 (14.6)	35.8 (7.6)
女性 (n=12)	105.8 (14.1)	111.3 (12.1)	97.4 (17.2)	32.1 (9.0)

#### (1) 男性群のプログラム前後変化

AQ 得点では、「全体得点」「コミュニケーション」項目において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。WHOQOL26 では、「平均得点 (全平均)」「全体」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では、「全体得点」および全ての下位項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。SRS-A では、「全体得点」と下位項目の「コミュニケーション」「社会的動機付け」「自閉的習癖」項目において有意な得点の低下が認められた。SCQ では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。

表 4-3-25 プログラム参加前後の AQ 得点 (男性)

n=37	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	35.8 (7.6)	33.9 (7.2)	.006 **
社会的スキル	7.8 (2.2)	7.6 (2.6)	.413
想像力	6.6 (1.8)	6.3 (1.8)	.173
コミュニケーション	7.9 (1.9)	7.0 (2.0)	.004 **
細部への注意	5.6 (2.6)	5.5 (2.5)	.273
注意の切り替え	7.6 (2.0)	7.6 (1.8)	.801

\*\*p<.01

表 4-3-26 プログラム参加前後の QOL 得点 (男性)

n=38	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	3.0 (0.6)	3.1 (0.7)	.032 *
身体的領域	20.4 (5.8)	21.3 (5.8)	.116
心理的領域	15.8 (5.2)	16.6 (6.3)	.111
社会的関係	8.0 (2.5)	8.5 (2.8)	.184
環境	26.9 (5.3)	26.8 (5.7)	.942
全体	5.5 (1.7)	6.1 (1.8)	.012 *

\*p<.05

表 4-3-27 プログラム参加前後の CSQ 得点 (男性)

n=32	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	155.7 (58.0)	181.7 (60.4)	.001 **
基本会話技能	16.6 (5.2)	18.5 (4.7)	.003 **
基本コミュニケーション技能	40.1 (14.8)	45.8 (14.4)	.003 **
協調的コミュニケーション技能	99.0 (40.7)	117.4 (43.8)	.001 **

\*\* $p < .01$ 

表 4-3-28 プログラム参加前後の GSES 得点 (男性)

n=36	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GSES 標準化得点	35.8 (8.6)	37.2 (10.0)	.309

表 4-3-29 プログラム参加前後の SRS 得点 (男性)

n=15	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	83.3 (28.8)	71.1 (28.2)	.006 **
社会的意識	9.6 (3.5)	8.0 (3.7)	.075
社会的認知	15.4 (6.7)	13.6 (6.5)	.284
コミュニケーション	28.0 (10.7)	23.3 (10.1)	.007 **
社会的動機付け	15.8 (4.5)	13.4 (3.5)	.006 **
自閉的習癖	14.5 (7.1)	13.0 (7.0)	.037 *

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

表 4-3-30 プログラム参加前後の SCQ 得点 (男性)

n=17	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	12.8 (6.6)	11.3 (6.6)	.197

表 4-3-31 プログラム参加前後の GAF 得点 (男性)

n=31	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	53.2 (11.9)	58.9 (12.1)	.000 **

\*\* $p < .01$ 

## (2) 女性群のプログラム前後変化

AQ 得点では、下位項目の「コミュニケーション」において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。WHOQOL26 では、「心理的領域」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では、「全体得点」および全ての下位項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A および SCQ では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない ( $n < 6$ ) ため検定を行っていない。



表 4-3-32 プログラム参加前後の AQ 得点 (女性)

n=13	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	32.1 (9.0)	30.9 (9.6)	.151
ソーシャルスキル	7.5 (3.1)	7.1 (3.5)	.058
想像力	5.6 (2.6)	5.8 (2.5)	.248
コミュニケーション	7.4 (2.5)	6.7 (2.4)	.008 **
細部への注意	4.4 (2.0)	4.2 (1.6)	.763
注意の切り替え	7.2 (1.8)	7.2 (2.0)	1.000

\*\*p&lt;.01

表 4-3-33 プログラム参加前後の QOL 得点 (女性)

n=13	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.7 (0.3)	2.9 (0.6)	.366
身体的領域	17.4 (3.4)	17.1 (5.5)	.656
心理的領域	12.9 (3.0)	15.7 (4.8)	.050 *
社会的関係	8.4 (2.2)	9.4 (2.5)	.170
環境	25.9 (4.3)	26.9 (5.5)	.623
全体	4.5 (0.8)	5.5 (1.6)	.056

\*p&lt;.05

表 4-3-34 プログラム参加前後の CSQ 得点 (女性)

n=14	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	163.6 (80.0)	191.9 (62.4)	.005 **
基本会話技能	15.6 (6.1)	18.4 (5.9)	.007 **
基本コミュニケーション技能	46.7 (19.4)	53.2 (15.0)	.019 *
協調的コミュニケーション技能	101.4 (57.7)	120.3 (45.9)	.016 *

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

表 4-3-35 プログラム参加前後の GSES 得点 (女性)

n=14	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	34.1 (7.1)	35.4 (9.2)	.301

表 4-3-36 プログラム参加前後の GAF 得点 (女性)

n=13	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	55.7 (8.3)	60.0 (9.4)	.003 **

\*\*p&lt;.01

(3) 男性群と女性群のプログラム前後比較を以下に示す。

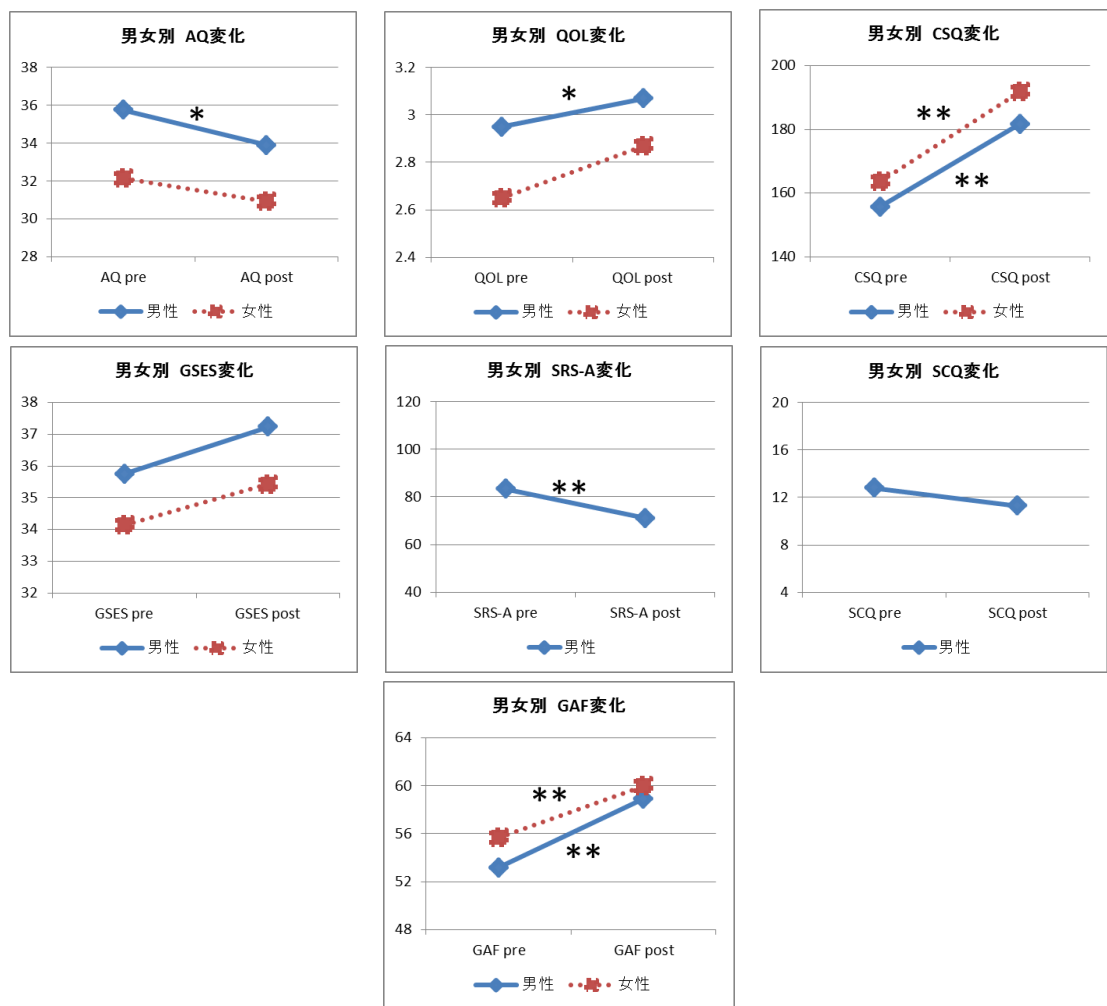


図 4-3-37 性別比較 (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ )

#### 4. 3. 4 プログラム参加前後の年齢別変化

プログラム参加者に対して30歳を基準として年齢高低の2群間に分け、変化の差を検証した。

表 4-3-38 対象者の IQ および AQ 平均 (標準偏差)

性別	FIQ	VIQ	PIQ	AQ
30歳以上(n=18)	105.1(13.1)	110.3(10.8)	96.8(17.2)	35.2(9.4)
30歳未満(n=22)	105.2(11.8)	111.8(13.4)	96.0(13.7)	34.5(7.1)

##### (1) 30歳未満のプログラム参加前後の変化

年齢が30歳未満の年齢低群についてみると、AQ得点では、「全体得点」「コミュニケーション」項目において、有意な得点低下が認められた。WHOQOL26では、「心理的領域」「全体」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQでは「全体得点」および全ての下位項目において有意な得点の低下が認められた。GSESでは有意な変化が認められなかった。SRS-Aでは下位項目の「社会的動機付け」「自閉的習癖」項目において有意な得点の低下が認められた。SCQでは有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行うGAFでは、プログラム参加後に有意な変化が認められた。

表 4-3-39 プログラム参加前後の AQ 得点 (30 歳未満)

n=28	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	34.5 (7.1)	33.1 (7.2)	.035 *
ソーシャルスキル	7.8 (2.3)	7.7 (2.9)	.554
想像力	6.3 (2.0)	6.1 (2.0)	.596
コミュニケーション	7.8 (2.0)	7.1 (2.2)	.020 *
細部への注意	4.8 (2.1)	4.8 (2.0)	.864
注意の切り替え	7.4 (1.8)	7.4 (1.7)	.882

\*\*p&lt;.01

表 4-3-40 プログラム参加前後の QOL 得点 (30 歳未満)

n=28	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.9 (0.6)	3.1 (0.6)	.071
身体的領域	20.6 (5.5)	20.9 (5.9)	.868
心理的領域	14.9 (5.0)	16.6 (5.7)	.046 *
社会的関係	8.2 (2.2)	8.9 (2.6)	.134
環境	27.5 (4.8)	28.5 (4.9)	.158
全体	5.4 (1.5)	6.1 (1.7)	.045 *

\*p&lt;.05

表 4-3-41 プログラム参加前後の CSQ 得点 (30 歳未満)

n=24	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	155.6 (66.4)	186.9 (60.0)	.000 **
基本会話技能	15.6 (6.0)	18.0 (5.5)	.005 **
基本コミュニケーション技能	41.2 (16.2)	48.3 (15.1)	.001 **
協動的コミュニケーション技能	98.7 (47.5)	120.5 (43.3)	.002 **

\*\*p&lt;.01

表 4-3-42 プログラム参加前後の GSES 得点 (30 歳未満)

n=28	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	35.4 (8.5)	36.6 (10.2)	.674

表 4-3-43 プログラム参加前後の SRS 得点 (30 歳未満)

n=12	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	75.6 (32.0)	71.6 (36.3)	.084
社会的意識	8.8 (3.1)	8.2 (4.6)	.373
社会的認知	12.7 (7.0)	13.2 (7.4)	.562
コミュニケーション	25.9 (11.9)	24.0 (13.8)	.071
社会的動機付け	15.4 (5.9)	13.6 (5.3)	.016 *
自閉的習癖	12.9 (6.6)	12.5 (7.7)	.049 *

\*p&lt;.05

表 4-3-44 プログラム参加前後の SCQ 得点 (30 歳未満)

n=11	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	13.6 (7.3)	12.2 (7.2)	.285

表 4-3-45 プログラム参加前後の GAF 得点 (30 歳未満)

n=23	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	52.7 (10.1)	59.4 (10.2)	.000 **

\*\* $p < .01$ 

## (2) 30 歳以上のプログラム参加前後の変化

年齢が 30 歳以上の年齢高群についてみると、AQ 得点では、「全体得点」「コミュニケーション」項目において、有意な得点低下が認められた。WHOQOL26 では「全体」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では「全体得点」および「基本会話技能」「協調的コミュニケーション技能」項目において有意な得点の低下が認められたが、「基本コミュニケーション技能」は有意な変化が認められなかった。GSES、SRS-A、SCQ では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。

表 4-3-46 プログラム参加前後の AQ 得点 (30 歳以上)

n=22	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	35.2 (9.4)	33.2 (8.8)	.027 *
ソーシャルスキル	7.7 (2.7)	7.1 (2.7)	.150
想像力	6.4 (2.2)	6.2 (2.1)	.592
コミュニケーション	7.7 (2.2)	6.7 (2.1)	.005 **
細部への注意	5.8 (2.9)	5.6 (2.8)	.209
注意の切り替え	7.6 (2.2)	7.6 (2.0)	.856

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

表 4-3-47 プログラム参加前後の QOL 得点 (30 歳以上)

n=23	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.8 (0.6)	2.9 (0.8)	.250
身体的領域	18.4 (5.2)	19.4 (6.2)	.146
心理的領域	15.3 (4.7)	16.1 (6.4)	.146
社会的関係	8.0 (2.7)	8.5 (3.0)	.314
環境	25.5 (5.3)	24.9 (5.8)	.453
全体	4.9 (1.6)	5.7 (1.8)	.013 *

\* $p < .05$

表 4-3-48 プログラム参加前後の CSQ 得点 (30 歳以上)

n=22	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	160.7 (63.5)	181.6 (62.4)	.009 **
基本会話技能	17.1 (4.8)	19.0 (4.3)	.005 **
基本コミュニケーション技能	42.8 (16.8)	47.3 (14.8)	.076
協調的コミュニケーション技能	100.7 (44.6)	115.3 (45.6)	.014 *

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

表 4-3-49 プログラム参加前後の GSES 得点 (30 歳以上)

n=22	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	35.1 (8.0)	36.9 (9.3)	.083

表 4-3-50 プログラム参加前後の SRS 得点 (30 歳以上)

n=8	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	82.6 (32.4)	77.3 (22.0)	.176
社会的意識	8.7 (4.4)	7.7 (2.9)	.380
社会的認知	15.9 (7.2)	14.4 (4.8)	.865
コミュニケーション	26.4 (12.7)	25.3 (6.7)	.526
社会的動機付け	16.7 (3.8)	15.1 (3.2)	.074
自閉的習癖	14.9 (8.4)	14.8 (8.3)	.723

表 4-3-51 プログラム参加前後の SCQ 得点 (30 歳以上)

n=8	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	12.4 (6.4)	10.1 (5.8)	.106

表 4-3-52 プログラム参加前後の GAF 得点 (30 歳以上)

n=21	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	55.2 (11.8)	59.1 (12.5)	.000 **

\*\* $p < .01$

(3) 年齢別 (30 歳未満群、30 歳以上群) のプログラム前後比較を以下に示す。

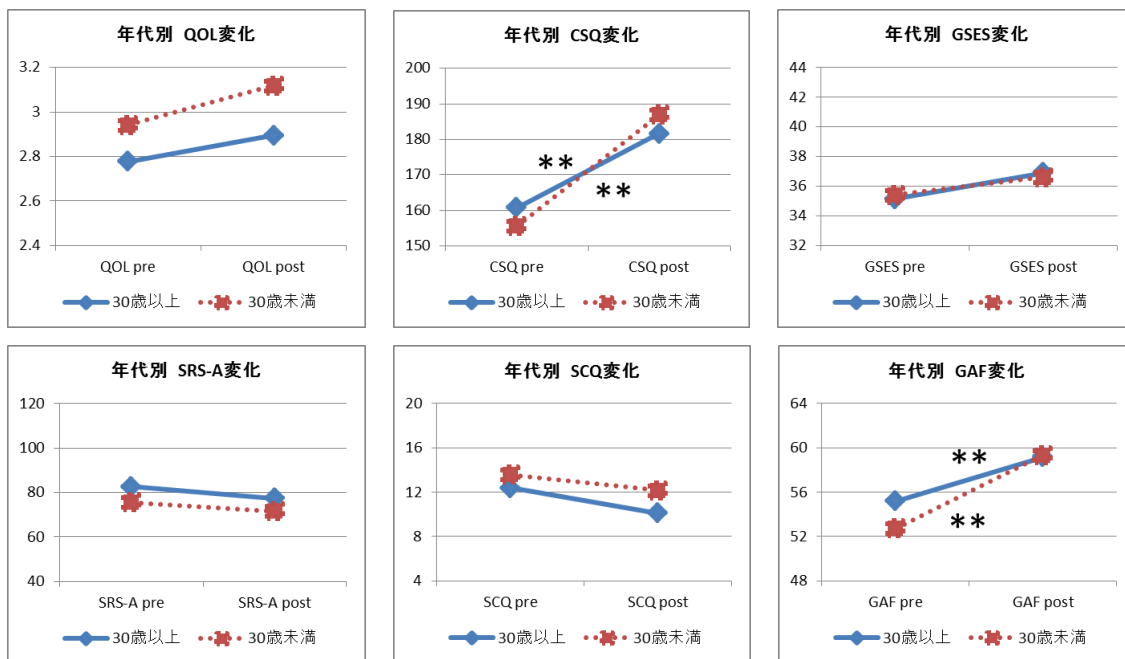


図 4-3-53

#### 4. 3. 5 プログラム参加前後の未就労・就労群変化プログラム参加前後の年代別変化

プログラム参加者を仕事に就いていない「未就労群」と就労中の「就労群」、大学や大学院に所属している「学生」の3群に分けて、プログラム前後の変化について検証を行った。

##### (1) 未就労群のプログラム参加前後の変化

未就労群についてみると、AQ では有意な変化が認められなかった。WHOQOL26 では「全体」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では「全体得点」および全ての下位項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。SRS-A では、「全体得点」と下位項目の「コミュニケーション」項目において有意な得点の低下が認められた。SCQ では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。

表 4-3-54 プログラム参加前後の AQ 得点 (未就労群)

n=23	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	32.5 (8.2)	31.5 (8.2)	.110
ソーシャルスキル	7.2 (2.6)	6.8 (2.9)	.131
想像力	5.9 (2.1)	6.0 (2.1)	.394
コミュニケーション	7.1 (2.0)	6.6 (2.2)	.051
細部への注意	5.3 (2.5)	4.9 (2.3)	.112
注意の切り替え	7.1 (1.8)	7.3 (1.9)	.592

表 4-3-55 プログラム参加前後の QOL 得点 (未就労群)

n=25	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.8 (0.5)	2.9 (0.7)	.576
身体的領域	19.8 (5.2)	19.6 (5.5)	.657
心理的領域	14.9 (4.3)	15.4 (5.8)	.285
社会的関係	7.8 (2.4)	8.2 (2.9)	.349
環境	25.5 (4.8)	25.6 (5.2)	.858
全体	4.9 (1.5)	5.6 (1.6)	.007 **

\*\*p&lt;.01

表 4-3-56 プログラム参加前後の CSQ 得点 (未就労群)

n=22	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	162.3 (65.6)	180.3 (63.6)	.008 **
基本会話技能	15.8 (4.9)	17.2 (4.7)	.011 *
基本コミュニケーション技能	42.6 (16.4)	47.9 (15.5)	.018 *
協調的コミュニケーション技能	103.7 (47.7)	115.2 (47.7)	.035 *

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01

表 4-3-57 プログラム参加前後の GSES 得点 (未就労群)

n=23	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	34.2 (6.8)	35.3 (8.0)	.484

表 4-3-58 プログラム参加前後の SRS 得点 (未就労群)

n=8	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	76.9 (28.1)	74.4 (3.05)	.042 *
社会的意識	8.1 (3.0)	7.5 (4.1)	.071
社会的認知	13.7 (5.1)	14.4 (7.0)	.944
コミュニケーション	24.6 (10.8)	25.7 (10.9)	.156
社会的動機付け	16.9 (4.6)	13.8 (4.1)	.011 *
自閉的習癖	13.6 (7.8)	13.0 (7.7)	.091

\*p&lt;.05

表 4-3-59 プログラム参加前後の SCQ 得点 (未就労群)

n=9	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	9.8 (5.6)	11.8 (8.0)	.440

表 4-3-60 プログラム参加前後の GAF 得点 (未就労群)

n=22	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	49.1 (9.3)	54.1 (10.0)	.000 **

\*\*p&lt;.01

(2) 就労群のプログラム参加前後の変化

就労群についてみると、AQ では、「全体得点」「コミュニケーション」項目において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。WHOQOL26 では、「平均得点（全平均）」「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では、「全体得点」および全ての下位項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。SRS-A では、有意な変化が認められなかった。ASD 症状の有無を評価する SCQ ではプログラム参加後に有意な得点の低下が認められた。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。

表 4-3-61 プログラム参加前後の AQ 得点（就労群）

n=20	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	37.0 (8.3)	34.6 (7.8)	.023 *
ソーシャルスキル	8.3 (2.3)	7.9 (2.3)	.250
想像力	6.5 (2.1)	6.3 (1.9)	.320
コミュニケーション	8.4 (2.1)	7.3 (2.2)	.011 *
細部への注意	5.4 (2.7)	5.5 (2.6)	.912
注意の切り替え	7.9 (2.0)	7.7 (2.0)	.233

\* $p < .05$

表 4-3-62 プログラム参加前後の QOL 得点（就労群）

n=20	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.8 (0.6)	3.1 (0.8)	.004 **
身体的領域	18.4 (5.5)	20.7 (6.8)	.013 *
心理的領域	14.4 (5.4)	17.5 (5.7)	.002 **
社会的関係	8.2 (2.4)	9.5 (2.7)	.017 *
環境	27.0 (5.6)	27.5 (6.0)	.460
全体	5.3 (1.4)	6.0 (1.8)	.087

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

表 4-3-63 プログラム参加前後の CSQ 得点（就労群）

n=18	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	158.7 (60.2)	189.2 (56.1)	.003 **
基本会話技能	16.6 (5.8)	19.4 (4.3)	.004 **
基本コミュニケーション技能	42.3 (16.3)	48.6 (13.6)	.012 *
協調的コミュニケーション技能	99.8 (40.9)	121.3 (40.4)	.006 **

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

表 4-3-64 プログラム参加前後の GSES 得点（就労群）

n=20	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	35.9 (9.2)	37.9 (10.3)	.256



表 4-3-65 プログラム参加前後の SRS 得点 (就労群)

n=8	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SRS 全体得点	76.2 (34.1)	62.9 (28.7)	.091
社会的意識	8.9 (4.3)	7.3 (2.9)	.722
社会的認知	13.6 (8.6)	10.8 (5.8)	.175
コミュニケーション	26.0 (12.3)	20.0 (9.4)	.091
社会的動機付け	14.4 (4.1)	13.0 (4.0)	.140
自閉的習癖	13.3 (7.8)	11.8 (8.9)	.181

表 4-3-66 プログラム参加前後の SCQ 得点 (就労群)

n=11	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	14.3 (6.4)	9.7 (4.0)	.018*

\* $p < .05$

表 4-3-67 プログラム参加前後の GAF 得点 (就労群)

n=17	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	60.2 (11.1)	65.1 (11.4)	.001 **

\*\* $p < .01$

### (3) 学生のプログラム参加前後の変化

大学生と大学院生を対象とした学生群についてみると、AQ では有意な変化が認められなかった。WHOQOL26 では「社会的関係」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では、「全体得点」と下位項目の「協調的コミュニケーション」において有意な得点の低下が認められたが、「基本会話技能」「基本コミュニケーション技能」項目では有意な変化が認められなかった。GSES では有意な変化が認められなかった。ではプログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A および SCQ、GAF では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない ( $n < 6$ ) ため検定を行っていない。

表 4-3-68 プログラム参加前後の AQ 得点 (学生)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	36.0 (5.3)	34.4 (6.8)	.173
ソーシャルスキル	8.1 (2.2)	8.3 (3.4)	.492
想像力	7.3 (1.8)	6.3 (2.4)	.129
コミュニケーション	8.3 (1.8)	7.0 (1.9)	.066
細部への注意	4.7 (1.9)	5.1 (2.1)	.480
注意の切り替え	7.6 (2.1)	7.7 (1.6)	.705

表 4-3-69 プログラム参加前後の QOL 得点 (学生)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	3.2 (0.6)	3.2 (0.7)	.498
身体的領域	22.4 (5.4)	21.7 (5.9)	.202
心理的領域	17.3 (5.0)	16.8 (7.7)	.343
社会的関係 環境	9.1 (2.0)	8.2 (2.2)	.034 *
全体	29.6 (3.4)	29.8 (4.4)	1.000
	6.1 (2.0)	7.0 (1.8)	.480

\* $p < .05$

表 4-3-70 プログラム参加前後の CSQ 得点 (学生)

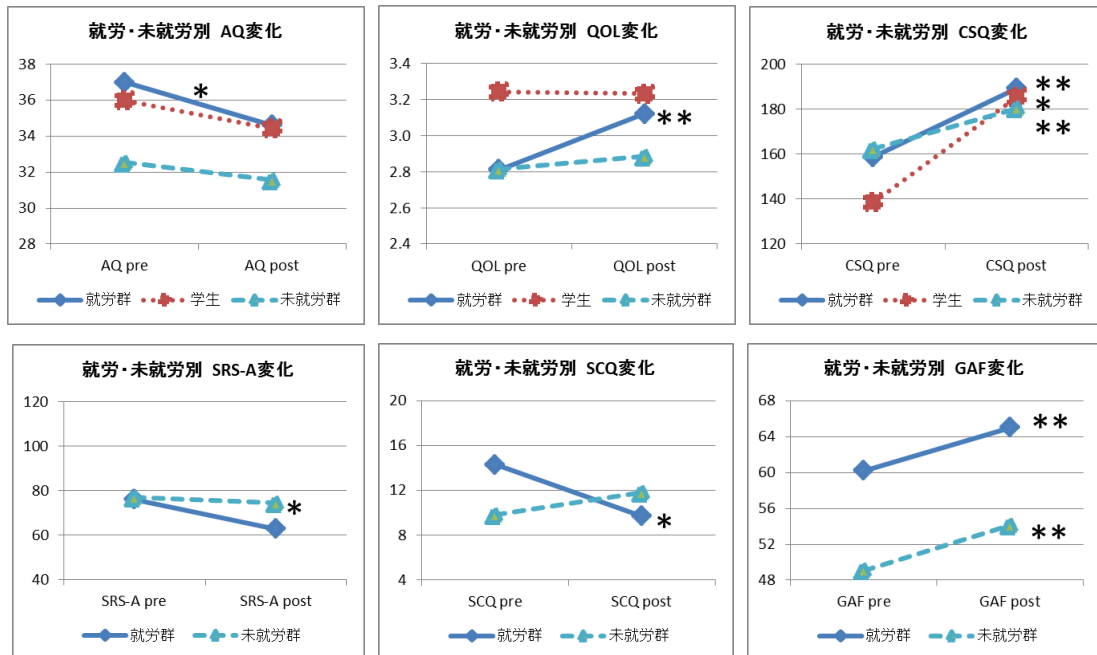
n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	138.7 (79.6)	185.4 (70.3)	.028 *
基本会話技能	17.7 (11.0)	20.0 (7.1)	.244
基本コミュニケーション技能	38.2 (18.6)	45.7 (17.7)	.293
協調的コミュニケーション技能	82.8 (55.1)	119.7 (46.6)	.028 *

\* $p < .05$

表 4-3-71 プログラム参加前後の GSES 得点 (学生)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	37.3 (10.2)	38.6 (13.7)	.865

(4) 就労群・学生群・未就労群のプログラム前後比較を以下に示す。



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

図 4-3-72

#### 4. 4 プログラム参加前後の医療機関別変化

##### (1) 医療機関 A でのプログラム参加前後の変化

AQ 得点では、「全体得点」項目において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。WHOQOL26、GSES では有意な変化が認められなかった。CSQ および SRS-A、SCQ、GAF では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない (n<6) ため検定を行っていない。

表 4-4-1 プログラム参加前後の AQ 得点 (医療機関 A)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	36.3 (5.9)	33.6 (4.9)	.027 *
ソーシャルスキル	8.3 (2.3)	8.3 (2.0)	.655
想像力	6.2 (1.6)	6.0 (1.7)	.317
コミュニケーション	8.5 (1.2)	6.9 (1.8)	.059
細部への注意	5.0 (1.8)	5.5 (2.3)	.180
注意の切り替え	6.7 (1.6)	7.0 (1.5)	.854

\*p<.05

表 4-4-2 プログラム参加前後の QOL 得点 (医療機関 A)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	3.2 (0.5)	3.2 (0.7)	.854
身体的領域	22.8 (4.2)	23.4 (6.1)	.917
心理的領域	17.1 (4.5)	18.3 (5.1)	.686
社会的関係	8.0 (1.9)	8.3 (2.7)	.589
環境	27.9 (3.8)	26.4 (6.6)	.343
全体	6.4 (2.0)	7.3 (1.1)	.163

表 4-4-3 プログラム参加前後の GSES 得点 (医療機関 A)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	37.0 (11.3)	38.1 (7.6)	.528

##### (2) 医療機関 B でのプログラム参加前後の変化

AQ 得点では、「コミュニケーション」項目において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。WHOQOL26 では、「心理的領域」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では、「全体得点」および「基本会話技能」「協調的コミュニケーション技能」項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A および SCQ では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない (n<6) ため検定を行っていない。

表 4-4-4 プログラム参加前後の AQ 得点 (医療機関 B)

n=10	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	34.8 (7.3)	33.1 (7.3)	.291
ソーシャルスキル	8.6 (1.3)	7.5 (2.1)	.085
想像力	6.3 (1.6)	6.6 (1.7)	.405
コミュニケーション	8.1 (1.5)	7.4 (1.3)	.035 *
細部への注意	4.2 (2.4)	4.4 (2.6)	.414
注意の切り替え	7.6 (2.4)	7.2 (2.3)	.234

\* $p < .05$ 

表 4-4-5 プログラム参加前後の QOL 得点 (医療機関 B)

n=10	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.8 (0.5)	3.0 (0.5)	.137
身体的領域	18.6 (4.2)	20.0 (5.0)	.372
心理的領域	13.9 (5.0)	16.2 (4.4)	.016 *
社会的関係	7.5 (2.5)	8.4 (1.8)	.137
環境	27.9 (5.5)	27.5 (4.4)	.574
全体	4.7 (1.3)	5.6 (1.1)	.105

\* $p < .05$ 

表 4-4-6 プログラム参加前後の CSQ 得点 (医療機関 B)

n=10	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	157.0 (39.0)	181.0 (36.6)	.012 *
基本会話技能	17.4 (4.7)	19.1 (3.8)	.046 *
基本コミュニケーション技能	43.5 (11.7)	47.7 (11.3)	.102
協調的コミュニケーション技能	96.1 (26.8)	114.2 (25.4)	.022 *

\* $p < .05$ 

表 4-4-7 プログラム参加前後の GSES 得点 (医療機関 B)

n=10	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	34.4 (8.0)	37.6 (9.8)	.126

表 4-4-8 プログラム参加前後の GAF 得点 (医療機関 B)

n=10	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	52.3 (4.5)	56.4 (5.3)	.007 **

\*\* $p < .01$ 

## (3) 医療機関 C でのプログラム参加前後の変化

AQ 得点では有意な変化が認められなかった。WHOQOL26 では、「身体的領域」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ および GSES では有意な変化が認められなかった。機能の

全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A および SCQ では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない (n<6) ため検定を行っていない。

表 4-4-9 プログラム参加前後の AQ 得点 (医療機関 C)

n=8	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	36.1 (6.7)	37.4 (7.2)	.343
ソーシャルスキル	7.7 (1.3)	8.0 (2.0)	.785
想像力	6.8 (1.)	7.3 (1.9)	.180
コミュニケーション	7.6 (1.4)	7.9 (1.5)	.783
細部への注意	6.1 (3.1)	5.9 (3.2)	.854
注意の切り替え	8.0 (1.5)	8.4 (1.6)	.458

表 4-4-10 プログラム参加前後の QOL 得点 (医療機関 C)

n=9	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.5 (0.6)	2.7 (0.9)	.159
身体的領域	15.2 (5.7)	17.7 (6.0)	.007 **
心理的領域	13.8 (5.1)	13.2 (7.6)	.674
社会的関係	7.6 (2.6)	7.4 (3.2)	.730
環境	23.6 (5.2)	25.4 (7.1)	.403
全体	4.2 (2.0)	4.7 (2.2)	.330

\*\*p<.01

表 4-4-11 プログラム参加前後の CSQ 得点 (医療機関 C)

n=8	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	147.8 (71.0)	156.2 (80.5)	.208
基本会話技能	14.4 (4.1)	16.7 (2.6)	.121
基本コミュニケーション技能	39.0 (18.1)	42.0 (18.0)	.262
協調的コミュニケーション技能	94.4 (52.2)	97.6 (62.0)	.327

表 4-4-12 プログラム参加前後の GSES 得点 (医療機関 C)

n=9	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	34.0 (5.8)	33.1 (7.4)	.399

表 4-4-13 プログラム参加前後の GAF 得点 (医療機関 C)

n=9	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	45.9 (9.5)	47.4 (8.8)	.042 *

\*p<.05

(4) 医療機関Dでのプログラム参加前後の変化

AQ 得点では有意な変化が認められなかった。WHOQOL26 では、「身体的領域」項目において、有意な得点の低下が認められた。CSQ では、「全体得点」および「協調的コミュニケーション技能」項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。GAF ではプログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A および SCQ では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない (n<6) ため検定を行っていない。

表 4-4-14 プログラム参加前後の AQ 得点 (医療機関 D)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	27.3 (11.7)	26.8 (11.7)	.593
ソーシャルスキル	5.2 (3.5)	4.5 (4.3)	.414
想像力	5.3 (3.6)	4.8 (2.9)	.480
コミュニケーション	5.5 (2.9)	4.8 (2.5)	.102
細部への注意	5.3 (2.0)	6.2 (2.3)	.157
注意の切り替え	6.0 (2.1)	6.5 (2.6)	.180

表 4-4-15 プログラム参加前後の QOL 得点 (医療機関 D)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	3.2 (0.6)	3.2 (0.6)	.461
身体的領域	23.2 (5.3)	21.2 (6.9)	.039 *
心理的領域	17.7 (5.2)	18.2 (6.5)	.686
社会的関係	10.2 (2.3)	10.2 (2.1)	1.000
環境	27.7 (4.1)	26.8 (4.0)	.684
全体	5.3 (1.2)	5.5 (1.6)	.564

\*p<.05

表 4-4-16 プログラム参加前後の CSQ 得点 (医療機関 D)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	200.7 (89.6)	226.7 (68.2)	.028 *
基本会話技能	21.7 (7.0)	22.5 (7.3)	.465
基本コミュニケーション技能	52.5 (21.1)	55.7 (15.9)	.225
協調的コミュニケーション技能	126.5 (62.8)	148.5 (45.8)	.043 *

\*p<.05

表 4-4-17 プログラム参加前後の GSES 得点 (医療機関 D)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	38.2 (9.0)	40.3 (9.7)	.599

表 4-4-18 プログラム参加前後の GAF 得点 (医療機関 D)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	51.5 (7.1)	57.3 (9.7)	.043 *

\* $p < .05$ 

## (5) 医療機関 E でのプログラム参加前後の変化

AQ および WHOQOL26 では有意な変化が認められなかった。CSQ では、「基本コミュニケーション技能」項目において有意な得点の低下が認められた。GSES および SCQ では有意な変化が認められなかった。機能の全体的評価を行う GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A は、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない ( $n < 6$ ) ため検定を行っていない。

表 4-4-19 プログラム参加前後の AQ 得点 (医療機関 E)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	30.0 (9.8)	27.3 (8.8)	.068
ソーシャルスキル	6.1 (3.4)	6.1 (3.6)	.078
想像力	5.1 (2.5)	5.0 (2.3)	.279
コミュニケーション	7.1 (2.9)	5.3 (3.0)	.104
細部への注意	5.3 (2.8)	4.4 (2.2)	.109
注意の切り替え	6.3 (1.8)	6.4 (1.3)	.279

表 4-4-20 プログラム参加前後の QOL 得点 (医療機関 E)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	3.4 (0.5)	3.8 (0.3)	.168
身体的領域	22.4 (6.0)	25.4 (4.1)	.115
心理的領域	17.9 (4.4)	20.9 (3.7)	.344
社会的関係	9.6 (1.0)	10.7 (2.5)	.223
環境	31.9 (4.9)	33.1 (2.8)	.400
全体	6.1 (1.3)	7.7 (0.8)	.054

表 4-4-21 プログラム参加前後の CSQ 得点 (医療機関 E)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
CSQ 全体得点	180.9 (68.4)	219.9 (55.7)	.091
基本会話技能	19.4 (5.0)	22.7 (2.8)	.072
基本コミュニケーション技能	46.6 (14.1)	54.0 (14.3)	.027 *
協調的コミュニケーション技能	114.9 (51.6)	143.1 (40.0)	.128

\* $p < .05$

表 4-4-22 プログラム参加前後の GSES 得点 (医療機関 E)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	41.6 (7.9)	46.3 (12.2)	.344

表 4-4-23 プログラム参加前後の SCQ 得点 (医療機関 E)

n=6	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
SCQ (現在)	16.1 (6.1)	10.0 (7.1)	.141

表 4-4-24 プログラム参加前後の GAF 得点 (医療機関 E)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	55.3 (15.4)	66.6 (10.6)	.018 *

\* $p < .05$ 

## (6) 医療機関 F でのプログラム参加前後の変化

AQ 得点では、「全体得点」「想像力」項目において、プログラム後に有意な得点低下が認められた。WHOQOL26 では、有意な変化が認められなかった。CSQ では、「基本会話技能」項目において有意な得点の低下が認められた。GSES では有意な変化が認められなかった。GAF では、プログラム参加後に有意な変化が認められた。SRS-A および SCQ では、ノンパラメトリック検定に必要なサンプルサイズを満たさない ( $n < 6$ ) ため検定を行っていない。

表 4-4-25 プログラム参加前後の AQ 得点 (医療機関 F)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
AQ 全体得点	41.4 (3.4)	37.3 (4.2)	.018 *
ソーシャルスキル	9.4 (0.8)	9.0 (1.5)	.180
想像力	7.7 (1.3)	6.4 (1.5)	.047 *
コミュニケーション	9.6 (0.8)	8.0 (1.4)	.066
細部への注意	5.6 (2.6)	5.3 (2.0)	.593
注意の切り替え	9.1 (0.9)	8.6 (1.0)	.102

\* $p < .05$ 

表 4-4-26 プログラム参加前後の QOL 得点 (医療機関 F)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
QOL 平均得点	2.6 (0.4)	2.7 (0.3)	.344
身体的領域	17.6 (4.5)	17.3 (3.8)	.833
心理的領域	12.3 (3.2)	13.9 (4.0)	.235
社会的関係	8.0 (1.6)	8.1 (1.8)	.564
環境	24.0 (1.9)	25.1 (2.3)	.170
全体	4.9 (0.7)	5.1 (1.2)	.458



表 4-4-27 プログラム参加前後の GSQ 得点 (医療機関 F)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GSQ 全体得点	132.0 (59.2)	149.0 (47.5)	.176
基本会話技能	12.9 (4.5)	15.1 (3.2)	.048 *
基本コミュニケーション技能	37.6 (17.3)	41.0 (14.4)	.553
協調的コミュニケーション技能	81.6 (38.8)	92.9 (31.9)	.176

\* $p < .05$

表 4-4-28 プログラム参加前後の GSES 得点 (医療機関 F)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
標準化得点	29.6 (4.8)	29.9 (5.1)	.892

表 4-4-29 プログラム参加前後の GAF 得点 (医療機関 F)

n=7	参加前 (SD)	参加後 (SD)	p 値
GAF	67.9 (9.1)	72.1 (8.1)	.014 *

\* $p < .05$

## 4. 5 考察

### 4. 5. 1 プログラム効果の検証

#### (1) 自閉症スペクトラム指数 (AQ) の変化

AQ 得点についてみると、非参加群は有意な得点変化がなかったのに対し、プログラム参加群は「全体得点」および下位項目の「コミュニケーション」得点が有意に低下している。コミュニケーションについての10項目のうち、「自分では丁寧に話したつもりでも、話し方が失礼だと周囲の人から言われることが良くある」「他の人と雑談などのような社交的な会話を楽しむことができる（逆転項目）」「会話をどのように進めたらいいのかわからなくなってしまうことが良くある」「誰かと話をしているときに、相手の話の“言外の意味”を理解することは容易である（逆転項目）」「人と雑談のような社交的な会話をすることが得意だ（逆転項目）」の5項目はプログラムで扱う、「会話を続ける」「会話を始める」「コミュニケーション（言語的・非言語的）」「断るスキル」などとの関連が推測され、プログラムに参加することにより、会話を続けるスキルや相手を立てながらの自己主張のスキルが向上する可能性が示唆された。AQ 下位項目では、「コミュニケーション」以外の得点に大きな変化はなく、AQ の「全体得点」の低下にはコミュニケーション得点の低下が大きく影響したものと考えられる。

男女別では男性群において、就労状況別では就労群において「全体得点」および「コミュニケーション」が低下していた。就労状況の3群間では、就労群がもっとも社会性がある群であると同時に、就労するなかでコミュニケーションスキルの必要性を最も感じやすい群だと考えられる。就労群は対人関係が多い状況にいることによる実践のしやすさも状態の変化を実感しやすい可能性が推察される。一方で、年齢高群と低群ともに「全体得点」が低下していることから、年齢に関係なく社会経験がプログラム感度（効果）をより高める要素と推測される。

#### (2) 生活の質 (WHOQOL26)

QOL については「身体的領域」「心理的領域」「社会的領域」「環境」「全体」の平均得点が上昇したのはプログラム参加群、男性群、就労群であった。社会適応の良い男性で生活の質が変化しやすいことが推測される。

下位項目で見ると、「心理的領域」得点が増加したのはプログラム参加群、女性群、年齢低群、就労群であった。心理的領域は「毎日の生活をどのくらい意味あるものと感じているか」「毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしているか」「物事にどのくらい集中することができるか」「自分の容姿（外見）を受け入れることはできるか」「自分自身に満足しているか」「気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらい頻繁に感じるか」といった項目からなっており、毎日の生活の充実や楽しみ、自己受容と関連した項目と考えられる。プログラムにおける目的の一つが自己理解であるが、心理教育やディスカッションを通して自己受容が進んだ可能性や、同じ障害を持った仲間と時間を過ごすことで、障害理解、他者理解が進むことなどが得点上昇に影響している可能性が示唆される。

就労状況別では、未就労群は全体得点の上昇であるのに対し、就労群は「平均得点」「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」において上昇していた。社会性の高さや一定の社会経験の豊かさが想定される就労群では、プログラム内容がより理解しやすいと考えられるため、自己理解や受容が促進されやすいと考えられる。

「身体的領域」は「体の痛みや不快感のせいで、しなければならないことがどれくらい制限されているか」「毎日の生活の中で治療（医療）がどのくらい必要か」「毎日の生活を送るための活力はあるか」「家の周囲を出回ることが良くあるか」「睡眠は満足のいくものか」「毎日の活力をやり遂げる能力に満足しているか」「自分の仕事をする能力に満足しているか」で成っている。身体的健康度や生きるための活力にたいする満足感と考えられる。就労群が、日常生活で自分の健康をコントロールする必要性を感じていることから、得点の上昇に影響を与えた可能性が考えられる。

一方で、学生群は「社会的関係」が有意に低下していた。社会的関係は「人間関係に満足しているか」「性生活に満足しているか」「友人たちの支えに満足しているか」という項目からなっている。プログラム参加の影響を考察すると、学生群はプログラム参加者の中で唯一社会的に守られた存在である。心理教育やディスカッションを通して障害や自己に対する理解が深まることで状況認知がより正確になることや、プログラム内のコミュニケーション場面が就労を意識したものであることにより、対人関係の困難さや負担感が増加することによる満足度が低下する可能性が考えられる。別の視点では、自己や他者理解が深まることによって人間関係に対する要求水準が上がることによって相対的に満足度が下がる可能性が推測される。

### （3）コミュニケーション技能アンケート（CSQ）の変化

CSQについては、非参加群は有意な変化が見られなかったのに対して、参加群は「全体得点」および、「基本会話技能」「基本コミュニケーション技能」「協調的コミュニケーション技能」のすべての下位尺度において有意に得点が上昇していた。CSQは、コミュニケーションに関する設問が具体的であり、回答に際しイメージがしやすい特徴があり、イメージのしやすさは回答者の行動をより正確に反映することに寄与していると考えられる。そのため、CSQ得点の上昇はプログラム参加者の実際の行動を的確に反映していると推測される。

性別に検討を行ったところ、男女差はなく改善していた。年齢別で検討を行うと、30歳以上において「基本コミュニケーション技能」のみ、得点は上昇しているものの有意傾向にとどまった。「基本コミュニケーション技能」の中には、「質問をする」という項目があるが、30歳以上という年齢が、他者に質問をするという行為のしにくさにつながっている可能性があるかもしれない。就労状況別で検討を行うと、未就労・主婦群と就労群は「全体得点」およびすべての下位尺度において有意な得点上昇がみられたが、学生群においては、「基本会話技能」と「基本コミュニケーション技能」が得点上昇するものの有意差は見られなかった。学生生活の中で視線を合わせることや明るい表情をすること、はっきりした声で話すなどの行動が必要に迫られないことや、そのようにすることが恥ずかしいという年齢的な要因も影響している可能性が推測される。

### （4）GSES

GSESは参加群・非参加群どちらにおいても有意な差はみられなかった。セルエフィカシーを変容するための情報源としては、1. 遂行行動の達成、2. 代理的体験、3. 言語的説得、4. 情動的喚起の4種類があるとされてる（Bandura, 1977）。その中でプログラムは、ディスカッションなどでの他者の体験の共有による代理的体験や、セッションを通じた言語的説得に関与し

ているものと考えられる<sup>28</sup>。一方、ASD 患者は、行動を予測し計画立てて実行するという遂行機能が弱いとされており、遂行行動を達成するまで到達することが難しいことが推測される。また、遂行行動に次いで生じる生理的な反応の変化を体験する情動的喚起も得ることが難しいと考えられる。これらのことから、本研究のプログラムでは「セルフエフィカシー変容のための情報源」の全域をカバーできていなかったことが、GSES の得点に変化が見られなかった要因である可能性が考えられる。

#### (5) SRS-A

SRS は参加群は全体得点と社会的動機付け得点が有意に下がっていた。一方、非参加群は自閉的習癖の得点が有意に下がっていた。

社会的動機付けは以下の項目からなっている。「一人でいるときと比べて、誰かと一緒にいると、かなり気詰まりな様子である」「人と接するとき、おどおどしない（逆転項目）」「人というより、一人でいることを好む」「基本的な生活のニーズを満たすにも援助がいり、頼りきっているように見える」「適度な自信を持っている（逆転項目）」「強いられないと集団活動または社交的なイベントに参加しない」「他の大人とのやり取りを、自分から始めようとしなない」「自分と親しくしようとしてくる人を避ける」「ちょっとした会話（人との日常会話）をする能力があり、楽しめる（逆転項目）」「人前では、過度に緊張している」「ぼんやりと宙を見つめる」。これらの項目は、対人交流の苦手さ、自己効力感、社会への能動的参加、の要素が含まれていると考えられる。プログラムを通して、対人交流への慣れ、朝のスピーチなどの成功体験の蓄積が、社会的動機付けの向上に影響を与えている可能性が考えられる。

非参加群の自閉的習癖の得点の低下は、薬物治療によってストレスへの対処が行われることで、ストレスがかかった際に強くみられるような行動が減少した可能性もある。

就労状況別でみると、就労群は社会的動機付けで大きな差が見られなかったのに対し、未就労群は有意に向上した。就労群はもともと社会的動機付け得点が未就労群に比べて高くなかったことから、社会とのかかわりが少ない群の方が、プログラムによる対人交流への慣れや社会的活動への自己効力感が見られやすかったと考えられる。

年代別に見ると、30 歳以上はすべての下位尺度において大きな差が見られなかったのに対し、30 歳未満は「社会的動機付け」と「自閉的習癖」の得点が有意に向上した。自閉的習癖は以下の項目からなっている。「ストレスがかかると、奇妙なほど頑固で融通の利かない行動パターンが見られる」「風変わりな、あるいは、奇妙に見える振る舞いをする」「手や足をバランスよく使う運動が苦手だ」「ふつうはあまり見られない感覚的興味（たとえば、頻繁に指のにおいを嗅ぐ）を示す、あるいは手が届くところにある小さいものを、変わったやり方で反復的にいじったり操作する。」「人と比べて、いつもの決まったやり方や順序を変えることが難しい」「同じことを何度も何度も繰り返し考えたり話したりする。」「人から、変だとか、かなり奇妙だと思われる」「一つのことを考え始めると、それにとらわれてほかのことを考えられない」「興味の範囲が著しく狭い」「知的な作業や計算などのごく限られたものはとてもうまくできるが、そのほかのほとんどのことはそれほどうまくできない」「反復的で変わった動作をする」「変わった方法で、人に触れたり、挨拶をする」。これらは、反復・常同的な行動、行動・興味・活動の限定など、ASD の特徴的な行動を表している。プログラムでは、ストレス

コーピングについて扱う回があるが、年齢の若い群はストレスに直面した時の行動として、これまでの行動とは別の行動をレパトリーとしてもつことができるようになったと考えられる。30歳以上の群は長年の対処行動が定着して動きにくくなっている可能性は推察される。これらのことから、早期介入によって自閉的習癖の修正が期待できると考えられる。

男性は、「社会的動機付け」や「自閉的慣習」のほかに、「コミュニケーション」得点も低下していた。コミュニケーションの因子は以下の項目からなっている。「自分の気持ちを人に伝えることができる」「人と順番にやり取りするのが苦手だ。(会話で、利き手・話し手の役割がわかっていない)」「視線を合わせない。あるいは、視線の合わせ方が独特だ」「一生懸命努力しても、友人を作ることが難しい」「会話をしているとき、自分の考えをうまく伝えられずイライラする」「人の動作や態度を真似することが、適切な状況でできる」「他の大人と、その場にふさわしいやりとりをする」「人が悲しんでいると慰める」「自分としては礼儀正しくしようとしても、相手に気まずい思いをさせる。」「日常会話の流れにのることが難しい」「家族と親しくかかわることが難しい」「他の大人と親しく関わるのが難しい」「相手の気分の変化に適切に反応する(たとえば、友人が楽しい気分だから悲しい気分が変わった時など)」「とりとめもなく、次から次へと活動が移りかわる」「生真面目すぎる表情をしている」「場にふさわしくない時に笑う」「質問に的確にこたえることが難しく、的外れな話になってしまう。」「人と話をする声の調子が独特である(たとえば、ロボットのように話したり、公演でもしているような口調で話す。」「相手に近づきすぎていることや、人のスペースに侵入していることに自分で気づく。」「孤立している;家からも外に出ず、ひきこもる方である」「よそよそしく、自分の感情を出さない。」「融通が利かず、決めたことなのに変えられない」。プログラムを通して、適切な声の大きさや視線など基本的なコミュニケーションスキルや、アサーション、表情訓練などを扱うことが、日常でのコミュニケーションに影響を与えていた可能性が考えられる。

#### (6) まとめ

全20回の発達障害専門プログラムパッケージを作成、実施して行った効果検証を概観すると、プログラム参加により自閉症特徴の軽減や、コミュニケーション技能、生活の質が改善する可能性が示された。自閉症特徴の客観的評価(SRS-A)と自己評価(AQ-J)がともに得点の低下を示すのは、中核的な症状の消失や軽減ではなく、症状により生じる非機能的な対処や行動の軽減であろう。プログラムの中で知識や対処法を適切に、あるいは初めて学習することで、行動や思考に変化をもたらし、自閉症的特徴の出現を軽減できると推測される。

ASDの中には、自分が社会に合わせる必要性和、その理不尽さへの抵抗や不満との間で葛藤が生じる方が少なくない。そのためプログラムが参加者の生活の質や社会に対する反発心を強化する可能性も否定できない。しかし、プログラムへの参加によって自閉症特徴が軽減するだけでなく、生活の質や健康度(QOL)が上昇していることから、プログラムが参加者の生活を脅かすものではなく、プラスに作用していると考えられる。

参加者の中で唯一社会的に守られた存在である学生群は、人間関係に対する満足感が低下していた。プログラム内のコミュニケーション場面や自己理解のインパクトが大きかった可能性

も否定できず、より丁寧な関わりやプログラム内容の検討が必要かもしれない。

基礎的な会話技術の程度を測る項目が全般的に上昇したことから、参加者がプログラムで学んだスキルを生活の中で具体的に活かしている可能性である。知的水準と社会性（集団適応）に一定基準を満たす ASD 群は、学習したことを現実場面で活用（汎化）できることが推測される。就労群だけでなく社会経験が乏しい未就労群においてもコミュニケーション技能の改善が見られることから、具体的な事を学ぶ（あいさつ、会話を始める、頼む、断るなど）ことにも起因していると思われる。

## 第5章

# プログラム実施機関に対するアンケート調査

## 第5章 プログラム実施機関に対するアンケート調査

### 5.1 目的

発達障害プログラムパッケージを使用したプログラムを担当したしたスタッフに対し、各プログラムの使いやすさや内容についてアンケート調査を実施し、その適切さについて検証する。

### 5.2 対象と方法

昭和大学と協力6機関においてプログラムを担当したリーダー、コ・リーダーに対し、プログラム終了各回(全20回)、アンケート調査を実施する。(資料1)

全体の結果に加え、パッケージに取り入れられている「コミュニケーション訓練」、「心理教育」、「ディスカッション」の3つの要素に分けて検証を行う。またグループの雰囲気に関しては進行回数に分けて検証を行う。

### 5.3 調査内容

パッケージの使いやすさ

プログラムの分量

内容の適切さ

グループの雰囲気

自由回答(意見、要望等)

### 5.4 結果

アンケート調査の結果を以下に示す(表)。対象者14名全員が回答した。

表 5-4-1 アンケート調査回収数

対象	回収数	回収率(%)
14	14	100



#### 5. 4. 1 パッケージの使いやすさ

結果を図 5-4-1 に示す。パッケージの使いやすさについて約半数のスタッフが「使いやすい」と回答した。特に「ディスカッション」の評価が高かった。自由記載では、マニュアルの記載や教示方法について等、意見があげられた。また、非就労者がイメージしづらい場面設定がるとの指摘もあった。

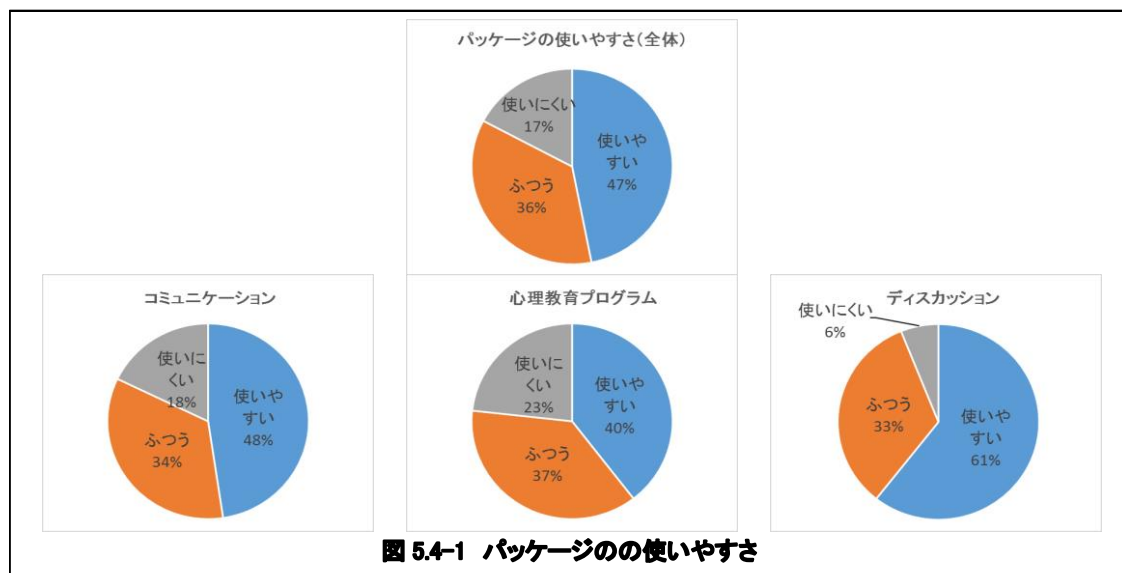


図 5.4-1 パッケージの使いやすさ

#### ◇使いやすさ(自由記載)

- ・ 1 回：自己紹介の内容について参加者から意見を募ることが難しかった
- ・ 2 回：例題が参加者にとって身近ではなかった、例題はスタッフが実際に演じてみるとわかりやすい
- ・ 3 回：非言語的コミュニケーションを実践させることは難しい、マニュアルがもう少し詳細だとよい
- ・ 4 回：一部言葉が難解、ディスカッションの内容がもう少し詳細だとわかりやすい
- ・ 5 回：具体例を想像することが難しかったよう、ロールプレイは話す方に夢中になってしまう参加者が多い
- ・ 6 回：CES の意見が中心に集まってしまった、
- ・ 7 回：メモ欄が小さかった、付録はマニュアルにも付けてほしい
- ・ 8 回：表情訓練は参加者用に説明があった方がいい、笑顔の効果について説明が欲しい
- ・ 9 回：温度計は理解しやすい。不安リストが役に立った。
- ・ 10 回：場面の細部にこだわる参加者がいた。
- ・ 11 回：ワークブックとマニュアルにずれがある
- ・ 12 回：言葉が難解
- ・ 13 回：「相手への気遣い」の必要性が理解できず、持論を展開する参加者がいた。
- ・ 14 回：「アサーション」の概念についてももう少し説明があると良い。
- ・ 15 回：「ストレス」について KJ 法を用いたが、KJ 法の理解に時間がかかったよう。2 機関
- ・ 17・18 回：誤字があり、参加者が拘ってしまっていた
- ・ 19 回：上司との例は想像しづらい参加者がいた。
- ・ 20 回：振り返りは参加者の記入のスピードに開きがあり、進行が難しかった。

## 5. 4. 2 プログラムの分量について

結果を図 5-4-2 に示す。約半数が「ちょうどいい」と回答した。コミュニケーションプログラムの CES は盛り上がる一方で時間がかかり、ロールプレイが駆け足になってしまう等の意見が寄せられた。また、フラッシュバック様症状を呈する参加者がいた際、対応に時間を取られてしまうという意見があった。

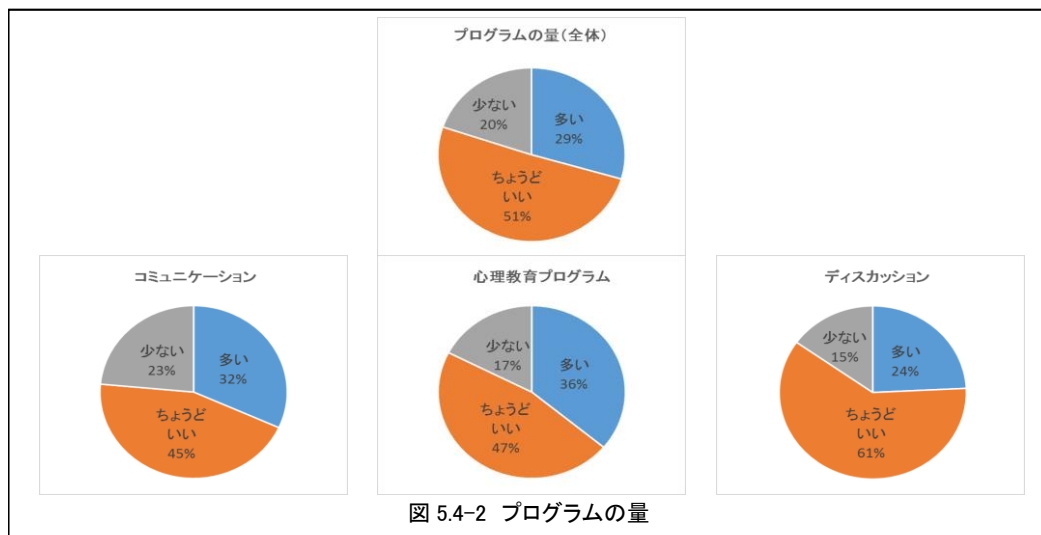


図 5.4-2 プログラムの量

### プログラムの量について(自由回答)

- ・ 1 回：休憩を入れて、1 時間半で終了した
- ・ 2 回：分量が多く、十分に休憩が取れなかった
- ・ 3 回：挨拶か会話をかどちらにしないと分量が多い
- ・ 4 回：参加者からの質問が多く、時間内に終わらせることが困難だった、2 回にわけてもよい内容
- ・ 5 回：ロールプレイは時間がかかってしまった、時間がかかった
- ・ 6 回：CES に時間がかかり、ロールプレイに時間が割けなかった
- ・ 7 回：ディスカッションの時間が足りなかった
- ・ 8 回：「状況を読む」は時間が足りず、スタッフ主導になってしまった
- ・ 9 回：うれしい感情の場面が多く、時間がかかってしまった
- ・ 10 回：過去の場면을フラッシュバックしやすく、軌道修正に時間がかかってしまった
- ・ 11 回：休み時間がほとんど取れず、参加者の負担感が強かった、やや多い
- ・ 12 回：分量が多く、参加者の集中力が続かなかった
- ・ 13 回：ゆったりした分量
- ・ 14 回：「アサーション」の 3 つのタイプの説明で時間がかかってしまった、CES で盛り上がるので後半は駆け足になってしまった
- ・ 15 回：「ストレス」という単語から過去の嫌な記憶を想起する参加者がおり、時間がかかってしまった
- ・ 16 回：詳細が深まらず、説明に時間がかかってしまった
- ・ 17・18 回：リフレーミングの理解に時間がかかる参加者がいた

### 5. 4. 3 内容の適切さについて

結果を図 5-4-3 に示す。約 6 割が「適切」と回答した。特にディスカッションプログラムは高い評価であり、「ピアサポート」はグループの凝集性に役立っていると回答があった。心理教育は発達障害について、感情のコントロール、社会資源についてのマニュアルの情報が少ないためスタッフの知識量が影響する、参加者の混乱を招いたと意見や、対象者によっては一部の内容がニーズに則さなかったとの指摘もあった。

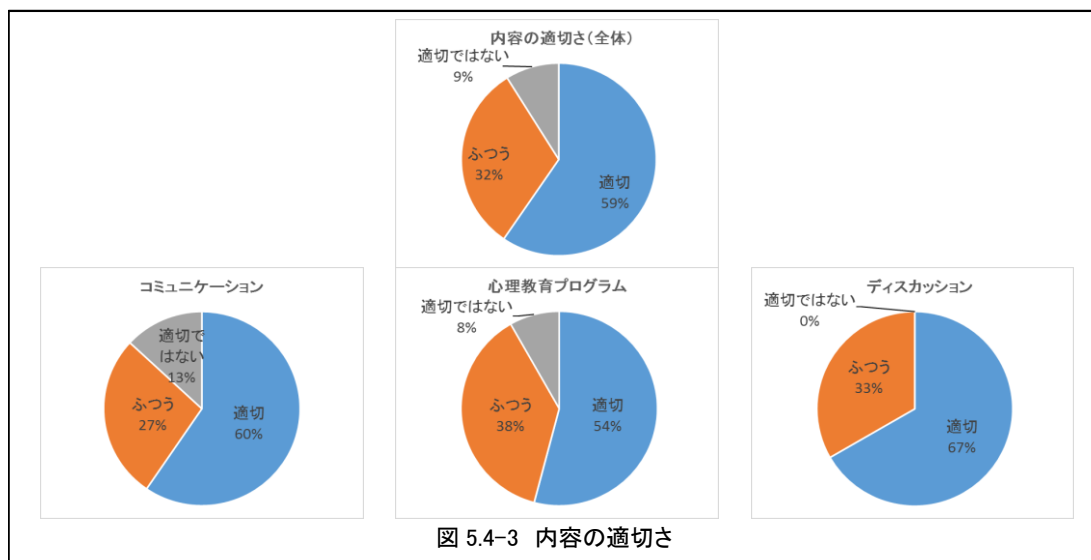


図 5.4-3 内容の適切さ

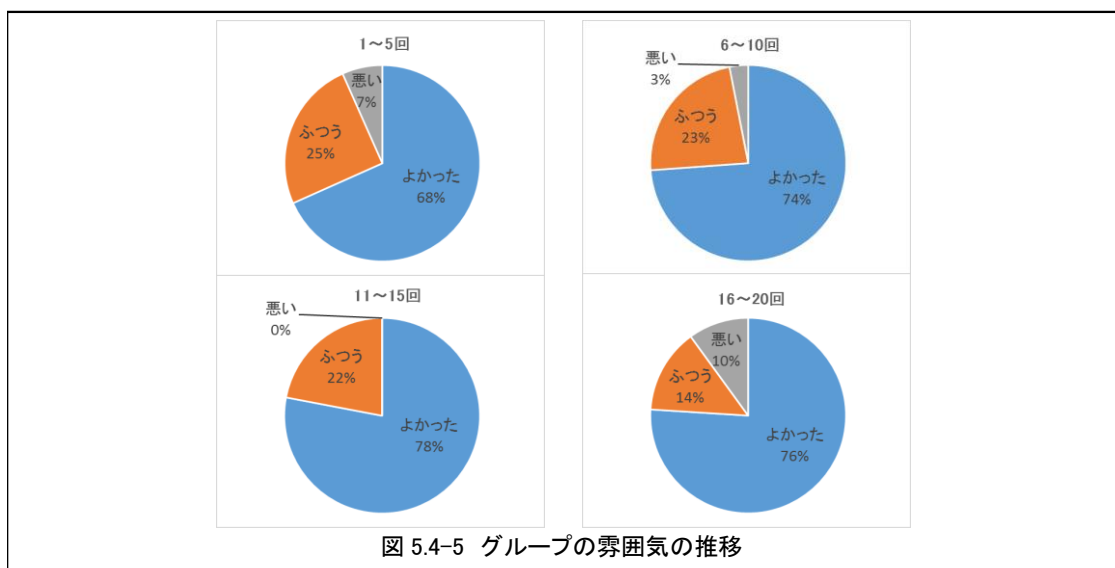
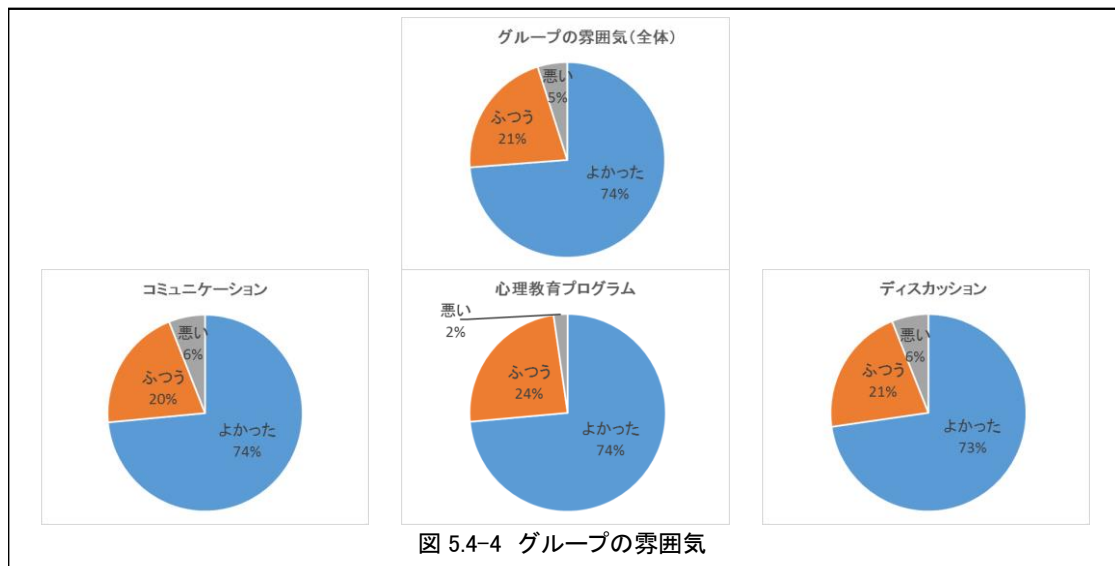
#### 内容の適切さ(自由回答)

- ・ 1 回：導入にはちょうど良い内容、当院ではこれまでプライベート、社会的な場でそれぞれ使い分けるよう練習してもらってきているので、そのような視点も必要かと思う。
- ・ 2 回：課題の本質をとらえることが苦手なメンバーが多いため、もう少し直接的なレクチャーが入る方が良かった、グループワークの代表者を選定して発表するスタイルが良かった
- ・ 3 回：「会話を始める」の例題が職場だったので、参加者の現実の場面に引き寄せられなかった。
- ・ 4 回：ASD について突然詳しく説明が始まるが、導入で ADHD や LD のことも触れているため、そのことについてもメンバーはひっきり詳しく知りたがってしまう。ASD 以外の発達障害 (ADHD や LD 等) についての説明が欲しい
- ・ 5 回：自己開示の票がわかりやすいと好評
- ・ 6 回：話の終わらせ方を考えてもらうのは良いが、例題が難しかった。
- ・ 7 回：理想像を書くことで、ほかのメンバーが話の方向を理解しやすかった。メンバーの実際の悩みについて取り扱ったため、皆興味をもって参加していました
- ・ 8 回：場面設定の細部にこだわるメンバーが多かった
- ・ 9 回：認知行動療法の説明は理解しにくい、嬉しい場面の内容が身近でないもの、刺激的なものが多い
- ・ 10 回：内容の流れは適切。怒りの場面想定で昔の嫌な体験を思い出してしまったようで感情的になる参加者がいた。
- ・ 11 回：CES で、答えがプリントとして配れると良い。仕事の場面は想像がしにくい。
- ・ 12 回：手続きの方法や必要なものまでの記載は必要なかった。適切でしたが、内容が多い  
中途半端に終わってしまった、支援者の知識量が影響する
- ・ 13 回：具体的な気遣いの行動についてレクチャーする方が入りやすかった  
就労群は気遣いの方法は知っており、気遣いし過ぎて疲れてしまう参加者が多い様であった
- ・ 15 回：コーピングのところ、"ストレス度が低い時に対処する"など基本的なこともワークブックに記載してほしい。視覚的にわかりやすく、も理解しやすい。

- ・ 16回：相談内容が障害特性や感情コントロールについてはばかりだったので、その回の近くに実施した方が良い
- ・ 17回：社会性低く、想像性も低い参加者にとってはプログラムの主旨が理解できないので、その対象者にとっては不適切、リフレーミングの考え方が新鮮だったようで、参考になったとの意見が多かった
- ・ 18回：もう少し細かいステップが必要
- ・ 19回：「ほめる」具体例があるとよい
- ・ 20回：自分の得手不得手を考えるよい機会

#### 5.4.4 グループの雰囲気

結果を図5-4-4、図5-4-5に示す。約7割が「良かった」と回答した。初回は緊張が高いと回答した機関が多かったが、徐々に軟化した。第19回の「感謝する、ほめる」はグループにいい影響を与えるため、早い回に導入した方がよいという意見があった。また、フラッシュバックやこだわりの強さを呈する参加者がいるとグループの雰囲気に影響するとの意見があった。



## グループの雰囲気(自由回答)

- ・ 1回：発言量にバラつきがあった、自己紹介ゲームで盛り上がった、初回の緊張感があった
- ・ 2回：意見は活発、時間にこだわり話が迂遠になる他参加者を叱責する場面があった
- ・ 3回：ロールプレイを拒否する参加者がいた、まだ慣れておらず、雰囲気が硬かった
- ・ 4回：自分の障害について学びたいというモチベーションが高く、発言量も多かった  
自分自身を見つめ直すきっかけになったようで各々振り返りをしていた
- ・ 5回：自分の経験についてや、理解しにくい点など質問があり、メンバー同士でアドバイスし合う場面がみられた
- ・ 6回：意見は活発に出たが、途中で疲れてしまい主旨からずれることが多くなった。
- ・ 9回：内省が深まったよう
- ・ 10回：怒りのフラッシュバックをしているメンバーが多く、イライラしているメンバーが多かった、怒りの場面想起からややピリピリした雰囲気となってしまいました。
- ・ 11回：雰囲気はいいが、般化は難しい、CESの答えがプリントとして配れるといい、仕事の場面は想像がしにくい
- ・ 12回：手続きの方法や必要なものまでの記載は必要なかった。適切でしたが、内容が多い  
中途半端に終わってしまった、支援者の知識量が影響する
- ・ 13回：具体的な気遣いの行動についてレクチャーする方が入りやすかった
- ・ 14回：プログラム中、早速アサーションを取り入れ会話が行われており、いい雰囲気
- ・ 16回：共感がメンバー同士でできていた、テーマを理解できないためズレた発言が多くあまり良い雰囲気ではない
- ・ 17回：発言が主旨に沿っているかどうかは別として、自由に発言できる雰囲気であった、これまでの苦勞の共有が出来グループの凝集性が高まった
- ・ 18回：自分の困難さばかりそれぞれが主張するので、話し合いが成り立たない場面があった、気付きが多かった
- ・ 19回：お互い褒め合い、参加者全員が嬉しそう。非常にいい雰囲気。  
少し早い回に導入するとよい。2名
- ・ 20回：プログラムをやり切ったという達成感があり、プログラムに対し肯定的に終了することができた、全員で達成感を得られ意見を共有出来た。

### 5.4.5 その他、意見・要望等

その他得られた意見を示す(表5-4-6)。グループ内でのトラブルが起きた時の対処や場面、宿題設定について課題があげられた。

表 5-4-6 意見・要望等

- ・ 緊張度が高い。ミニゲームはワーキングメモリや知能のアセスメントを兼ねているのかと、深読みする場面あり。
- ・ 病名付けゲーム(オリジナル)が盛り上がった。
- ・ ロールプレイでは、場面設定の大切さを痛感しました。マニュアルの説明も、もう少し詳しいとありがたいです。
- ・ 相手の状況を考えることが非常に苦手ということが分かりました。社会人経験のある方とそうでない方のスキルが随分と違うなと思いました。
- ・ CESはいつも好評/CESは自分たちなりのBESTアンサーをディスカッションする形も面白そう
- ・ CESは盛り上がりましたが、主張の強いメンバーがいると委縮して思った事をはっきり言えない参加者がいる。
- ・ グループ内でメンバー同士の争いが起こり、それについてシェアした。互いに誤解を与えるような表現の仕方があったということで困りごとやピアサポートの内容につながったが、どこまでプログラム通りに進めるべきか、グループ内で起こった事をどこまで扱うのかスタッフも葛藤を感じる出来事だった。結局、ドロップアウト。
- ・ 中間地点のためおさらいを実施
- ・ 宿題の工夫が必要。忘れてしまう人が多い。般化の難しがあるので重要

## 5. 5 考察・まとめ

プログラムパッケージ実施機関に対し、アンケート調査を行った。プログラムを実施したスタッフからは概ね良い評価を得ることが出来た。一方で、マニュアルの構成や各回のボリュームなどの微細な修正に加え、スタッフ側の知識にばらつきがプログラムに影響することが指摘された。多職種で行い、ASD 支援経験の少ないスタッフでも同じ効果が得られるためには、より詳しいマニュアルや実際の進行に使わなくても理解しておいた方が良い知識を加えるなど更なる工夫が必要である事が示唆された。

また、特徴の強い参加者(フラッシュバックや細部へのこだわり自己顕示的な話し方等)がトラブルやグループの進行を停滞させる場面の報告があった。これらは ASD 特徴に関連しており今後も想定できる場面であるため、事例集や対応マニュアルなど具体的な対策が必要であろう。

参加者の特徴(就労者、非就労者、社会経験)によって必要とする情報や想定しやすい場面が異なるという報告も多く見られた。今後は個別のニーズに即したプログラムパッケージが必要であることが考えられる。参加者同士のピアサポートがうまく進んだ報告も多くあり、効果検証からはプログラムに参加することで自閉症特徴やコミュニケーション技能や生活の質によい変化がある可能性が示唆されたため、調査であげられた意見を十分に反映し、よりよいパッケージを作成することが望まれる。

## 第6章

# 発達障害専門プログラムパッケージの アンケート調査

## 第6章

### 発達障害専門プログラムパッケージのアンケート調査

#### 6. 1 目的

成人発達障害支援に関心のある医療機関にプログラムパッケージを配布し、内容に関するアンケート調査を実施することで、発達障害専門プログラムパッケージの内容や実施可能性について検討する。

#### 6. 2 調査の対象と方法

平成27年2月から平成27年3月まで、郵送による自己記入式アンケート（資料2）調査を行った。対象は発達障害支援に関心があると考えられる医療機関（発達障害支援研究会入会者と発達障害専門プログラム見学者）246機関とした。

#### 6. 3 調査内容

##### 6. 3. 1 ASD患者の治療と支援について

支援内容について

デイケア保有の有無について

##### 6. 3. 2 デイケア(ショートケア)について

運営形態について

スタッフの人数

ASD患者の登録数

支援の難しさについて

ASD専門プログラムの有無について

ASD専門プログラムの内容について

##### 6. 3. 3 発達障害専門プログラムパッケージについて

ワークブックについて

マニュアルについて

プログラムの内容について

必要だと思うプログラムについて

所属機関における実施可能性

実施可能にするために必要なこと

パッケージの講習会やワークショップへの関心について

#### 6. 4 データの解析

データの解析はマイクロソフト EXCEL を用いて行った。



## 6. 5 結果

アンケート調査の結果を以下に示す（表 6-5-1）。回答機関の属性として、事業形態を示す（表 6-5-2）。

表 6-5-1 アンケート調査回収数

対象	回収数	回収率 (%)
医療機関 (n=246)	75	30.0%

表 6-5-2 回答機関の事業形態

項目	度数	比率 (%)
国公立病院	14	18.7
大学病院	32	42.7
私立病院	19	25.3
クリニック・診療所	10	13.3
合計	75	100.0

### 6. 5. 1 ASD 患者の治療と支援について

結果を以下に示す（表 6-5-3）。ASD 患者の対し、実施している支援として「外来診療」、「デイケア利用」、「地域の福祉サービスにつなぐ」が順にあげられた。回答医療機関のほとんどがデイケアを保有している。

表 6-5-3 ASD 患者に対して実施している支援内容（複数回答）

支援内容	度数 (n=75)	比率 (%)
継続的な外来診療	55	73.3
デイケアの利用	54	72.0
地域の福祉サービスにつなぐ	35	46.7
カウンセリングの利用	28	37.3
診断のみ	15	20.0
作業療法の利用	16	21.3
ASD の疑いの時点で他専門医に紹介	9	12.0

表 6-5-4 デイケア（ショートケア）の保有

	全体 (n=75)	
	度数	%
参加している	71	94.7
参加していない	4	5.3
合計	75	100

## 6. 5. 2 デイケア(ショートケア)について

結果を以下に示す(表 6-5-5～表 6-5-10)。大規模デイケア、もしくはショートケアを併設している機関が半数を占める。

6割の医療機関が既に ASD 患者を受け入れており、4名以上受け入れている機関は2割ある。全機関が ASD 患者の対応に困難さを感じており、「他利用者との関係の維持」「グループの雰囲気・ダイナミクスの維持」に苦慮している。

ASD 専門プログラムを有している機関は6機関(8.0%)にしか過ぎなかった。実施している6機関はコミュニケーション等の中核症状に加え、就労・就学支援等も実施している機関が多い。

表 6-5-5 デイケアの運営形態

	全体 (n=71)	
	n	%
大規模デイケアのみ	19	26.8
小規模デイケアのみ	14	19.7
大規模・小規模ショートケアのみ	0	0.0
大規模デイケア+大規模ショートケア	19	26.8
小規模デイケア+小規模ショートケア	5	7.0
デイケア・ナイトケア	4	5.6
3単位以上	10	14.1
合計	71	100.0

表 6-5-6 スタッフの人数

	全体 (n=71)	
	n	%
3名以下	55	77.5
4～6名	6	8.5
7～10名	10	14.1
11名以上	0	0.0
合計	71	100.0

表 6-5-7 ASD 参加者の人数

	全体 (n=74)	
	n	%
所属していない	27	36.5
1～5名	31	41.9
6～10名	9	12.2
11名以上	7	9.5
合計	74	100.0

表 6-5-8 ASD 患者を受け入れるうえで困難なこと

	全体 (n=75)	
	度数	%
他利用者との関係性維持	39	52.0
グループの雰囲気・ダイナミクスの維持	27	36.0
適応度の違い	21	28.0
個々の課題の違い	20	26.7
目標の違い	10	13.3
困難さは感じない	0	0.0
その他	6	8.0

ASD 患者を受け入れるうえで困難なこと (自由記載)

本人のニーズをつかみにくい。2名  
 生活リズムが乱れている人が多く、デイケアに安定して通えない。2名  
 障害受容が出来ない人が多い。  
 コミュニケーションがとりづらい。  
 個別対応が多くなる  
 家族的な DC で難しさを本人に伝えたり、周りが見守ってあげている

表 6-5-9 ASD に特化したプログラムの有無

	全体 (n=75)	
	n	%
実施している	6	8.0
実施していない	69	92.0
合計	75	100.0

表 6-5-10 ASD に特化したプログラムの目的 (複数回答)

	全体 (n=6)	
	n	%
コミュニケーション技術の習得	6	100.0
対人関係の維持・構築	6	100.0
社会性の獲得	5	83.3
就労・就学支援	4	66.7
生活指導、生活リズムの改善	3	50.0
物事の認知や理解の修正	3	50.0
感情のコントロール	3	50.0
発達障害の理解	2	33.3
障害受容・自己理解の促進	2	33.3
こだわり行動の低減	1	16.7
感覚過敏への対処	1	16.7
家族への支援	1	16.7
その他	0	0.0

### 6. 5. 3 発達障害専門プログラムパッケージについて

ワークブック、マニュアルのわかりやすさについて 8 割の機関が「わかりやすい」と回答した。慣れていないスタッフでも安心できる、疾病への共通理解が出来る等の意見があげられた。内容として適切だと感じるプログラムとしては、コミュニケーションプログラムに多く意見が集まった。ディスカッションプログラムは評価が低かった。また、内容に付加した方がいいプログラムとして、「物事の認知や理解の修正」「家族支援」次いで「就労・就学支援」とあげられた。自由回答からは簡易版や対象者に合わせたプログラム(基礎編、ステップアップ編)等の要望や講習会開催の要望があげられた。

また、所属機関での実施可能性についての問いでは「可能」と回答した機関は 12.5%にとどまり、「難しい」36.1%、「どちらともいえない」51.4%だった。その理由として、「スタッフの知識や対応法の獲得」、「参加者の人数確保」、「スタッフの人数確保」の順であげられた。発達障害専門プログラムパッケージの講習会や研修会への参加についての問いでは約半数が「参加する」と回答した。

表 6-5-11 ワークブックのわかりやすさ

	全体 (n=75)	
	n	%
わかりやすい	66	88.0
普通	7	9.3
わかりにくい	2	2.7
合計	75	100.0

### ワークブックのわかりやすさ(自由記載)

<p>&lt;使いやすさ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 導入しやすい。 2名</li> <li>・ コミュニケーションについてそれぞれ場面毎に分かれていてわかりやすかった。</li> <li>・ 普段やっていることが視覚化され、具体的な記述が多いと感じ、わかりやすかった。</li> </ul> <p>&lt;改善点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門用語等については事前に説明するなど工夫が必要かなと思いました。</li> <li>・ そのままワークブックとして使用するには、説明等、難しく感じる参加者が出そうに思います。</li> <li>・ 具体例や解決策などまとめの部分がもう少し詳しい内容だと全体的に理解しやすくなる。</li> </ul> <p>&lt;その他&gt;</p> <p>データをいただきたい/実際に使ってみないとわからない/当院の状況では活用されない。</p>
---

表 6-5-12 マニュアルのわかりやすさ

	全体 (n=73)	
	n	%
わかりやすい	56	76.7
普通	15	20.5
わかりにくい	2	2.7
合計	73	100.0

### マニュアルのわかりやすさ(自由記載)

<p>&lt;わかりやすさ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 具体的な進行などが記載されており、わかりやすかった</li> <li>・ <u>慣れていないスタッフでもマニュアルがあるとある程度の進行を任せられる内容</u></li> <li>・ <u>誰でも実施できるところがよい</u></li> <li>・ どのスタッフが実施しても一定のレベルの内容に到達できるように準備、必要物品、構成、進行に至るまで細かく記述されていたのが良かった。ASD の知識が浅いスタッフ間でこのマニュアルを読むことにより疾患への共通理解ができた。</li> <li>・ 詳しく書かれていて他職種にも使用しやすいこと、理解しやすいと感じた。</li> <li>・ ポイントを具体的に載せてあり、進行役としてはやりやすいと思います。</li> <li>・ 実施に使用してみたい。</li> </ul> <p>&lt;実施可能性&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マニュアルは有益。しかし、特化しているため1対1名の参加では実施が難しい。</li> <li>・ 進行スタッフの力量により、大きな差が生じるように感じる。</li> <li>・ 母数が決定的に少ないので、グループ構成を配慮することが全くできない当方では、実際に活用できるかには不安。</li> </ul> <p>&lt;その他&gt;</p> <p>データをいただきたい。/実際に使用してきてないので判断しにくい。</p>
--

表 6-5-13 プログラムの内容として適切だと思うもの

		全体 (n=75)	
		度数	%
第 1 回	自己紹介・オリエンテーション	42	56.0
第 2 回	コミュニケーションについて	49	65.3
第 3 回	あいさつ／会話を始める	46	61.3
第 4 回	障害理解／発達障害とは	45	60.0
第 5 回	会話を続ける	45	60.0
第 6 回	会話を終える	42	56.0
第 7 回	ピアサポート①	43	57.3
第 8 回	表情訓練／相手の気持ちを読む	50	66.7
第 9 回	感情のコントロール①（不安）	50	66.7
第 10 回	感情のコントロール②（怒り）	49	65.3
第 11 回	上手に頼む／断る	39	52.0
第 12 回	社会資源	32	42.7
第 13 回	相手への気遣い	35	46.7
第 14 回	アサーション（非難や苦情への対応）	38	50.7
第 15 回	ストレスについて	37	49.3
第 16 回	ピアサポート②	30	40.0
第 17 回	自分のことを伝える①	36	48.0
第 18 回	自分のことを伝える②	34	45.3
第 19 回	感謝する／ほめる	39	52.0
第 20 回	卒業式／振り返り	31	41.3

プログラムの内容として適切だと思うもの 自由記載

<全体>

- ・ 全て、必要と考えられます。他 4 名
- ・ 利用しやすいプログラム。少しずつ ASD の知識を私たち自身も理解したり、専門プログラムをやってみようという気持ちを持つと思うので、利用する機会があれば利用したい。
- ・ ASD のみではなく、他の疾患にも必要なプログラムと充実性を感じた。
- ・ スタッフの育成など課題はありますが、当クリニックでの導入につきまして検討していきたい。
- ・ 診療も積極的には受け入れていない状況だが今回マニュアル・ワークブックを見せていただき、今後の動向や、専門プログラムへの紹介等で、大変参考になると感じた。
- ・ 知的な遅れがある人が多いので、使いたいところと、難しいところがあるように思う。
- ・ あまりにも小規模なので、利用させていただくときは、他利用者にも使えるように考えて使用したい。

<心理教育>

- ・ 障害理解やピアサポート。含まれているので良い。
- ・ 感情のコントロールについて、不安や怒りの処理に焦点が絞られているのが良かった（この 1 点の対応にいつも苦慮しているのだ）。
- ・ 発達障害とは何かについて脳科学の面から解明した資料があれば、理論好きな人にもわかりやすくなる。
- ・ 感情のコントロールの記載内容をもう少し具体的にした方がわかりやすいと思った。
- ・ 二次障害についての理解

<ディスカッション>

- ・ ピアサポートは別の機会に設けてもよい。理解の度合いにより、同じ内容のセッションを複数回に分けるとか、簡易バージョンを用意するとか、工夫があるとより使いやすい。

表 6-5-14 内容として付加した方が良いと考えられるテーマ

	全体 (n=75)	
	n	%
物事の認知や理解の修正	30	40.0
家族支援プログラム	28	37.3
就労・就学支援	22	29.3
社会性の獲得	20	26.7
こだわり行動の低減	19	25.3
感覚過敏への対処	17	22.7
就労している方に特化したプログラム	17	22.7
障害受容・自己理解の促進	16	21.3
生活指導、生活リズムの改善	11	14.7
学生の方に特化したプログラム	5	6.7
コミュニケーション技術の習得	4	5.3
その他	7	9.3

内容として付加した方が良いと考えられるテーマ(自由記

<p>&lt;コミュニケーション&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 慰めたり、人のミスを責めないスキル</li> </ul> <p>&lt;心理的&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 葛藤場面の処理</li> <li>・ 心理的二次障害についての認知療法</li> </ul> <p>&lt;その他&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ このプログラムを参加した ASD 就労者の経験談</li> <li>・ 感覚を重視した運動プログラム</li> </ul> <p>&lt;プログラムの回数やレベル分けされたプログラムの要望&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同じ内容のセッションを複数回に分ける、<u>簡易バージョン</u>等の工夫。 2名</li> <li>・ ステップアップのプログラム。2名</li> <li>・ 基礎編が欲しい</li> <li>・ 1つのプログラムに多くのテーマが入りすぎている。これに続く、各自がさらに知識やスキルを高めたり個別のテーマに進めるプログラムが準備されているといい。</li> <li>・ 12, 13, 13 回などは複数回あってもよいかと。</li> </ul> <p>&lt;講習会の要望&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講習会があるとよい 2名</li> <li>・ 障害理解のプログラムは指導者の講習等あった方が好ましい。</li> <li>・ 下調べなしでマニュアルとワークブックのみ、簡単な面接の上、不慣れなスタッフでやるとしたら、内容的に7は不完全燃焼で、参加者に不満が残るだろう。</li> </ul> <p>&lt;その他の要望、質問&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 空間の活かし方(座席や机の配置、プログラム実施に必要な面積等)についての具体的な記載。</li> <li>・ 他プログラム(SCIT/MCT の)併用等について知りたい。</li> <li>・ 参加者が欠席した場合そのセッションをどうするか。</li> <li>・ 個々の課題の違いや適応の違いによって適切な意味が変わってくるのではないかと思う。</li> </ul>
---

載)

表 6-5-15 所属機関での実施は可能か

	全体 (n=72)	
	n	%
可能	9	12.5
難しい	26	36.1
どちらとも言えない	37	51.4
合計	72	100.0



表 6-5-16 どのようなことが達成されれば実施可能か(複数回答)

	全体 (n=75)	
	n	%
スタッフの ASD への知識や対応法の習得	46	61.3
ASD 参加者の人数確保	42	56.0
スタッフの人数確保	37	49.3
専門医の確保	17	22.7
プログラム実施時間の変更	17	22.7
パッケージの使用法についての講習会参加	16	21.3
空間の確保	13	17.3
プログラム回数の変更	7	9.3
プログラム内容の改訂	6	8.0
その他	6	8.0

どのようなことが達成されれば実施可能か(自由記載)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院の理解 2人</li> <li>・ プログラム回数の変更</li> <li>・ オーナーの理解</li> <li>・ 1回の入門編を計画し、反応を見てから</li> <li>・ デイケアの週間プログラムを変更する必要がある</li> <li>・ 様々な診断の患者がいるので対象をしぼると個人情報を守れない</li> <li>・ 想定される IQ90 以上ではなく、70~80 でも理解できるもの</li> </ul>
---

表 6-5-17 講習会や研修会の参加

	全体 (n=75)	
	n	%
参加する	37	49.3
参加しない	4	5.3
わからない	34	45.3
合計	75	100.0

## 6. 6 考察とまとめ

パッケージについて発達障害支援に関心のあると考えられる機関にアンケートを実施した。回答のあった 75 機関のうちほとんどがデイケア(ショートケア)を有しており、大規模なもの(50人以上)を有している機関が約半数であった。これは全国デイケア統計(小規模が約 7 割)<sup>29</sup>とは異なる結果である。スタッフの人数の調査ではほとんどの医療機関が設置基準通りの少ないスタッフで運営していることが推察される。

6割の医療機関が既にASD患者を既に受け入れており、4名以上受け入れている機関は2割ある。恒常的に少ないスタッフの中、ASD患者の対応に困難さを抱えており、支援への関心が高まっている可能性が示唆される。

関心が高い一方で、ASD専門プログラムを有している機関は6機関(8.0%)にしか過ぎない。ワークブック、マニュアルのわかりやすさについて8割の機関が「わかりやすい」と回答したが、所属機関での実施可能性についての問いでは「可能」と回答した機関は12.5%にとどまる。その理由として、「スタッフの知識や対応法の獲得」、「参加者の人数確保」、「スタッフの人数確保」の順であげられた。

「スタッフの知識や対応法の獲得」については、講習会や研修の開催の対策が考えられる。「参加者の人数確保」については当事者の支援ニーズは明らかになっているため、正しい診断を出来る医師や受け入れられる環境(病院の方針、スタッフ)を整備する必要があるであろう。次項「スタッフの人数確保」は現行の基準では解を求めることができない。プログラムパッケージは専門職2名で行うこととしており、現行のデイケア設置基準やコスト面からは導入しにくい現状がある。効果は高く、介入効率も高いプログラムパッケージであることが本事業で明らかになったため、今後の法整備が期待される。

また、アンケート実施機関が短く、内容はパッケージを読んだ上で回答する形式であり、時間を要するものだったため、返信率が低かった。さらに発達障害支援に関心を示している機関を対象にし限局的な調査になったため、継続的な調査と検証が必要であると考えられる。

## 第7章 支援ネットワークの強化

## 第7章 支援ネットワークの強化

### 7.1 概要

平成25年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業における支援ニーズ調査において、多くの医療機関が成人の発達障害支援ニーズを強く感じて関心を持ってはいるが、実際の支援に繋がっていない状況が明らかになった。また、昭和大学附属烏山病院では2008年より成人発達障害専門外来・デイケアを開設しており、これまでに医療機関・行政・企業等からの見学、研修依頼を積極的に受け入れてきた。見学者の多くは発達障害の支援を行いたい方法がわからない、手法や工夫を知りたいとの目的で来院される。

このような状況を鑑み、支援手法の構築と拡充のために支援者のネットワークを構築することが必要であると考え、平成25年11月1日に「成人発達障害支援研究会」を発足した。今年度は11月8日に「第2回成人発達障害支援研究会」を開催した。

### 7.2 「成人発達障害支援研究会」主旨

成人期の発達障害者に対するよりよい支援手法の構築と拡充を目的とすると共に、支援に関わる医療従事者と支援者を中心としたネットワークの構築を目的とする。

医療機関における成人発達障害支援の実態調査やデイケアにおけるプログラム開発と効果検証等、積極的に活動をし、ホームページや研究会を通し、その成果を広く啓蒙していく。

### 7.3 「成人発達障害支援研究会」世話人

#### ■代表世話人

加藤進昌

(昭和大学発達医療研究所 所長／公益財団法人神経研究所附属晴和病院 理事長)

#### ■世話人(50音順、敬称略)

五十嵐 良雄 (医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門院長)

榎本 稔 (榎本グループ会長／医療法人社団榎会理事長)

大村 豊 (愛知県立城山病院総合医療部長)

柏 淳 (医療法人社団ハートクリニック ハートクリニック横浜院長)

神庭 重信 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学教授)

金 樹英 (国立障害者リハビリテーションセンター)

窪田 彰 (医療法人社団草思会理事長)

神保 育子 (東京都発達障害者支援センターTOSCA)

菅原 誠 (東京都中部総合精神保健福祉センター副部長)

弘藤 美奈子 (医療法人社団あずま会稗田病院デイケア主任)

松村 雅代 (株式会社NTT データ人事部健康推進室)

- 宮岡 等 (北里大学東病院副院長／北里大学医学部精神科学主任教授)
- 横山 太範 (医療法人社団心劇会 さっぽろ駅前クリニック院長)
- 渡邊 慶一郎 (東京大学学生相談ネットワーク本部コミュニケーション・サポートルーム)

#### ■事務局

昭和大学発達障害医療研究所

<http://square.umin.ac.jp/adult-asd/index.html>

## 7. 4 研究会開催実績

### 7. 4. 1 「第1回成人発達障害支援研究会」

#### 1) 概要

日時：平成25年11月1日(土)

場所：昭和大学附属烏山病院 リハビリテーションセンター

参加者：189名

概要：多くの機関からの参加があり、盛会のうちに終了した。既に成人の発達障害支援を実施している機関より取り組みの報告がされ、今後の支援の在り方について情報共有を行った。当日の様子について新聞掲載(資料3)される等、注目の高さが示唆された。

#### 2) 開催内容

①シンポジウム：「成人発達障害支援の現状と課題」

#### ②全国各地からの報告

- ・ 東京都における発達障害者支援の取り組み  
井上悟 (都立中部総合精神保健福祉センター)
- ・ 社会参加困難の実態から居場所支援を考える  
石橋悦子 (東京都発達障害者支援センター TOSCA)
- ・ セミナー企画を通してスタッフ・メンバー相互に与えた変化・  
弘藤美奈子 (医療法人社団あずま会稗田病院)
- ・ 公立精神科病院のデイケアにおける成人発達障害者支援  
大村豊 (愛知県立城山病院)
- ・ 発達障害がある東大生への修学支援  
渡辺慶一郎  
(東京大学学生相談ネットワーク本部コミュニケーション・サポートルーム)
- ・ 成人発達障害ショートケア【サタデークラブ】の取り組み  
村松葉子、伊藤大介、成田あかね、柏 淳 (医療法人社団ハートクリニック)
- ・ 錦糸町クボタクリニックでの取り組み  
染谷かなえ (錦糸町クボタクリニック)
- ・ 当院リワークにおける自閉症スペクトラム障害者支援の取り組み  
加藤祐介 (さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ)

・ 成人の発達障害の方のためのリワークプログラム

福島南、高橋望、五十嵐良雄（医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門）

③烏山病院の障害者雇用—デイケアメンバーから職員へ

青柳晋、岩崎史義、湯浅昌剛（昭和大学附属烏山病院職員）

④烏山東風の会の活動報告

玉谷正人（家族会「烏山東風の会」会長）

⑤昭和大学附属烏山病院における取り組みと実態調査

谷将之（昭和大学医学部精神医学講座 講師）

⑥指定発言「厚生労働省における発達障害者施策」

日詰正文（厚生労働省・発達障害対策専門官）

7. 4. 2 「第2回成人発達障害支援研究会」（資料4）

1) 概要

日時：平成26年11月8日（土） 10:00～17:30

場所：昭和大学上條講堂

参加者：184名

（うち、医療関係者93名、教育関係者27名、行政関係者21名、福祉関係者20名、  
企業関係者11名、マスメディア関係者4名）

2) 開催内容

全体司会：昭和大学医学部精神医学講座 助教 常岡俊昭

①ワークショップ

- ・発達障害専門プログラムパッケージの概要について
- ・プログラム実演：「会話を終える(GES)」「感情のコントロール(不安)」
- ・質疑応答

②第1部 講演会

司会：昭和大学発達障害医療研究所 所長 加藤進昌

- ・「最近の厚生労働省における発達障害施策から」  
厚生労働省 発達障害対策専門官 日詰正文
- ・「進化心理学と発達障害」  
東京大学 副学長 長谷川壽一
- ・「児童精神科からみた発達障害」  
東京都立小児総合医療センター 顧問 市川宏伸
- ・「昭和大学発達障害医療研究所と烏山病院における発達障害診療の特徴」  
昭和大学発達障害医療研究所 講師 太田晴久
- ・「昭和大学における発達障害者雇用について」  
昭和大学横浜市北部病院 事務員 岩崎史義
- ・「受け入れ側も共に学ぶ」  
昭和大学横浜市北部病院 事務部長 荒木田和生

### ③第2部 講演会

司会：メディカルケア虎ノ門 院長 五十嵐良雄

北里大学医学部精神科学主任教授 宮岡等

- ・「発達障害専門プログラムにおける変化ー中間報告ー」  
昭和大学発達障害医療研究所 臨床心理士 横井英樹
- ・「公立精神科病院での発達障害専門パッケージプログラムー中間報告」  
愛知県立城山病院 社会復帰部長 大村豊
- ・「さっぽろ駅前クリニックでの取り組み」  
さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ 看護師 岡崎亮
- ・「プログラムパッケージを使用して」  
錦糸町クボタクリニック 臨床心理士 染谷かなえ
- ・「晴和病院 発達障害支援の取り組みー気持ちを分かち合える喜びの体験ー」  
神経研究所附属晴和病院 臨床心理士 齋藤絵美
- ・「わが子のデイケアとのかかわり、家族会『烏山東風の会』の紹介」  
烏山東風の会

### ④総合討論／まとめ

### ⑤ポスターセッション

P-01 「昭和大学発達障害医療研究所の紹介」

昭和大学発達障害医療研究所

P-02 「自閉症スペクトラム障害のハイリスク児における視線行動のパターンについて」

金井智恵子、橋本龍一郎、山田貴志、神保大樹、一橋和義、岩波明、加藤進昌

(昭和大学発達障害医療研究所)

P-03 「安静時 fMRI を用いた成人自閉症スペクトラム障害の局所的機能結合と脳活動に関する検討」

板橋貴史、山田貴志、渡部洋実、中村元昭、金井智恵子、加藤進昌、橋本龍一郎

(昭和大学発達障害医療研究所)

P-04 「スーパー救急病棟における統合失調症の薬物療法～昭和大学附属烏山病院 A4 病棟 平成 22 年～24 年カルテ調査を通して～」

山田浩樹、吉澤徹、峯岸玄心、平田亮人、小金丸泰史、高山悠子、稲本淳子、

加藤進昌、岩波明 (昭和大学医学部精神医学講座)

P-05 「スーパー救急病棟における気分障害の薬物療法～昭和大学附属烏山病院 A4 病棟 平成 22 年～24 年カルテ調査を通して～」

吉澤徹、山田浩樹、峯岸玄心、高橋茜里、葉梨喬広、富岡大、飛田真砂美、

稲本淳子、加藤進昌、岩波明 (昭和大学医学部精神医学講座)

P-06 「成人発達障害デイケアの取り組み」

横井英樹、五十嵐美紀、小峰洋子、岩波明、加藤進昌

(昭和大学発達障害医療研究所)

- P-07 「デイケア利用者から職員へー大学病院における発達障害者の雇用の取り組み（第2報）ー」  
川畑啓、五十嵐美紀、小峰洋子、横井英樹（昭和大学附属烏山病院）
- P-08 「発達障害家族会『烏山東風の会（からすやまこちのかい）』の活動報告とその展望」  
烏山東風の会
- P-09 「就労移行支援事業の取り組み」  
藤大介（社会福祉法人うるおいの里 commelina）
- P-10 「発達障害児における日本語理解力の評価とその支援」  
中川佳子（昭和大学富士吉田教育部）
- P-11 「成人発達障害者に対するセルフモニタリング型 SST の検討」  
川上英輔、竹澤律子、嶋山東志子、矢部達也、深井光浩、北村直也  
（医療法人千水会赤穂仁泉病院、川崎医科大学精神科学教室）
- P-12 「岡山県精神科医療センターにおける成人自閉症スペクトラム障がい者に対する就労準備プログラム」  
赤澤将文、西村大樹、内田晃裕、土岐淑子、耕野敏樹、来住由樹  
（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）
- P-13 「回復期デイケアにおける成人期自閉症スペクトラム障がい者に対する就労支援について」  
森本かおり、佐藤康治郎、初鳥日美、近藤大貴、山内明子、松之本貴士、渡具知美花、向坂祐子（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）
- P-14 「岡山県精神科医療センターにおける『おとなの発達外来』の効果と課題」  
西村大樹、来住由樹、耕野敏樹、矢田勇慈、佐藤康治郎、土岐淑子、内田晃裕  
（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）
- P-15 「疾病教育プログラム参加後にデイケア通所を選択した患者の予後調査」  
倉持光知子、常岡俊昭、五十嵐美紀、杉沢諭、池田朋広、有川健一、藤澤尚子、斉藤健一、佐賀信之、横濱知理、澤登洋輔、池田勝之、稲本淳子  
（昭和大学附属烏山病院）
- P-16 「精神科亜急性期病棟における心理教育の業務化による意識の変化と効果の比較」  
倉持光知子、有川健一、城戸毅、柚木玲、梅田昌大、常岡俊昭、清水勇人、杉沢諭、白田千鶴子、稲本淳子（昭和大学附属烏山病院）
- P-17 「スーパー救急にて早期の退院が不可能な患者への心理教育とその効果」  
倉持光知子、常岡俊昭、檀瑠影、池田朋広、有川健一、石坂理江、高木のり子、佐野智香、金川洋輔、稲本淳子（昭和大学附属烏山病院）
- P-18 「11 週間の介入で有意に症状が改善したグループ治療の一考察」  
横山太範（さっぽろ駅前クリニック北海道リワークプラザ）



### 3) 「第2回発達障害支援研究会」アンケート結果

第2回発達障害支援研究会参加者に研究会の満足度や要望についてアンケート調査(資料5)を実施した(有効回答数70)。結果を以下に示す。

#### ①本研究会についての総合的な満足度について

結果を以下に示す(図7-4-1)。「満足」が59%、「やや満足」が37%であった。

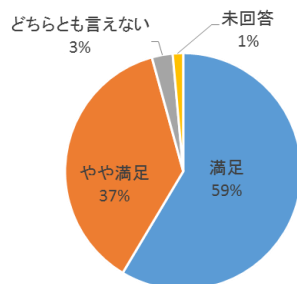


図7-4-1 第2回成人発達障害支援研究会満足度

#### ②ワークショップ、1部講演会、2部講演会、ポスターセッションの満足度について

各プログラムの満足度を以下に示す(図7-4-2)。ワークショップと2部講演会は「満足」が7割を超えている。

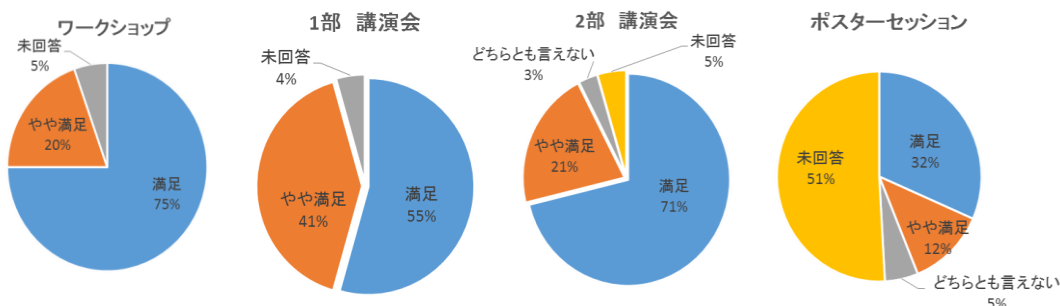


図7-4-2 第2回成人発達障害支援研究会満足度

#### ③次年度研究会の参加の希望について

次会の参加希望について図7-4-3に示す。80%は「参加する」と回答した。

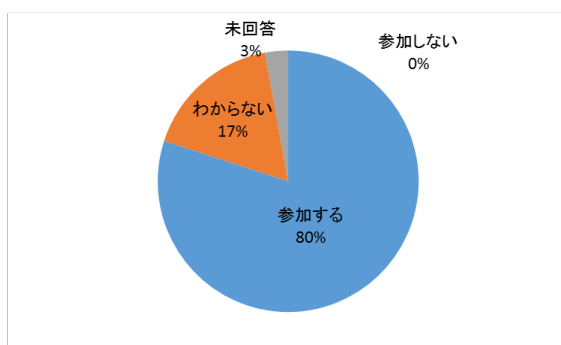


図7-4-3 次年度研究会への参加

#### ④意見、要望

意見、要望等について意見があがったものを表 7.4-1 に示す。ワークショップ、2部講演会で取り扱った発達障害専門プログラムパッケージの配布への希望やスケジュールに関して意見があった。

表 7-4-1 成人発達障害支援研究会に対する意見・要望

##### <資料について>

- ・ プログラムパッケージが欲しい。5名
- ・ ワークショップのページを入れて欲しかった。(ページ探しで手間取る)
- ・ スライドの資料を全て欲しい。振り返りをする際に必要。
- ・ 紙ベースの資料があるとよかった。
- ・ 多すぎて資料・バラバラで少し扱いにくかった。

##### <テーマについて>

- ・ プログラムパッケージについてももう少し知りたい。2名
- ・ プログラムを実施してみたいの課題がいくつか上がっていたので、第3回が開催される時は、それについてのディスカッションなどがあるとよい。
- ・ 発達障害に伴う2次的障害に対するサポートについて対応等、効果があった支援について知りたい。
- ・ 就労に特化したテーマを取り扱ってほしい。
- ・ 成功例などではなく、うまくいかなかったケース、事例、プログラムについて知りたい。
- ・ 障害者雇用について、当事者・受け入れ両面の話聞いてよかった。支援者の話、工夫点なども聞いてみたかった。

##### <スケジュールについて>

- ・ 講演会の時間をもう少し長くして欲しい。3名
- ・ 1つ1つの報告が短く、もう少しじっくり聞きたい。
- ・ 2日間ぐらいあってもいい。

## 7.5 第3回 成人発達障害支援研究会

支援ネットワークの重要性と研究会参加者の多さと研究会の満足度の高さを鑑み、来年度においても、平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進の報告と全国医療機関、行政機関、企業の成人発達障害支援の取り組み報告、意見交換などをテーマとし、開催予定である。

詳細は以下の通りである。

日時：平成27年9月26日（土）

場所：昭和大学上條講堂

内容：未定

## 7.6 その他の取り組み

### 7.6.1 発達障害専門プログラム見学の受け入れ

支援者を対象とした発達障害専門プログラムの見学を積極的に受け入れている。見学者は医療関係者を中心に累計422人になった(図7-6-1)。

平成25年度からは希望者にプログラムを配布し、意見交換が出来るネットワークの構築に努めている。見学者の中には、実際に発達障害プログラムの実施を開始した機関もあり、啓蒙効果も高いと考える。

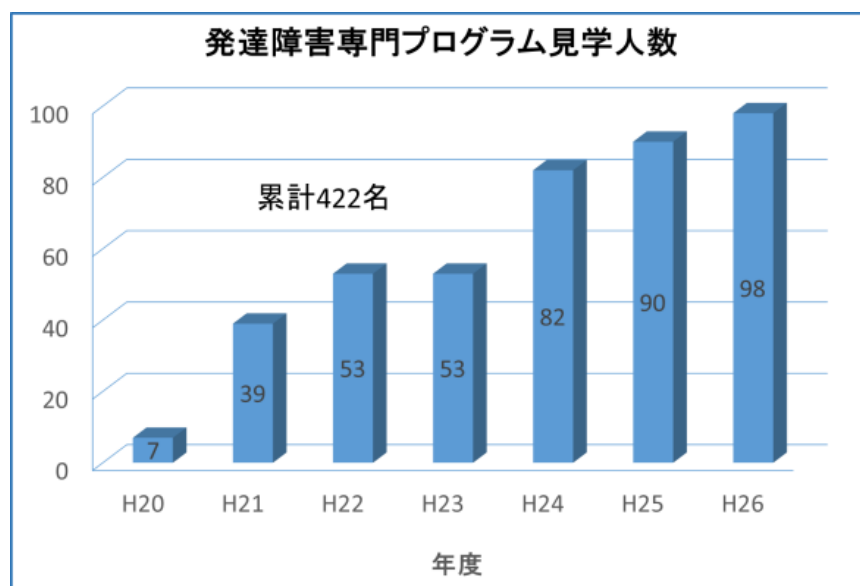


図 7-6-1 発達障害専門プログラム見学人数

### 7.6.2 関係団体への参加

支援ニーズや手法の情報交換のため、成人の発達障害支援をテーマにした学会、研修会に多く参加した。詳細は「第8

章 成果の公表実績と計画」を参照。

## 7. 7 「支援ネットワークの強化」まとめ

発達障害支援研究会には医療従事者のみではなく、教育、行政、福祉、企業関係者が多く参加した。これらは成人の発達障害患者支援に悩を持つ現場が多く実社会に存在している事を意味している。一方で、医療者に限っても発達障害の支援には難渋しており具体的な方法が浸透しているとは言い難い。本研究会への満足度が高いのは、発達障害の支援を共に悩み、相談する場が他には少ない事を傍証している。特に講演会において総括的な第一部だけではなく、具体的支援について取り扱ったワークショップや第二部への満足度が高い事は多くの支援者が具体的な支援の情報について需要が高い事を意味している。

発達障害は教育、企業現場において問題として呈されることが多い。本事業において適切な診断と介入によって、自閉症特徴の軽減や、コミュニケーション技能、生活の質が改善する可能性が示されたが、その必要性は一般教育機関、企業にも浸透しているにも関わらず、具体的な支援方法は医療においても一部しか理解出来ていない現状があり、情報共有、ネットワーク作りの重要性改めてが示された。

支援体制の構築と共に、多業界多職種の支援者ネットワークの構築と強化に努めていかなくてはならない。

## 第8章 検討委員会実施状況

## 第8章 検討委員会等実施状況

### 8.1 準備委員会

#### 8.1.1 第1回 準備委員会

日時：2014年5月14日(水) 18:30~20:00

場所：昭和大学発達障害医療研究所 Sakura ラウンジ

参加者：加藤進昌（事業責任者）、福島南（検討委員代理：メディカルケア虎ノ門）、  
染谷かなえ（検討委員代理：錦糸町クボタクリニック）、斎藤絵美（晴和病院）  
太田晴久（事業担当者）、金井智恵子（事業担当者）、横井英樹（事業担当者）、  
小峰洋子（事業担当者）、五十嵐美紀（事業担当者）

内容：平成26年度厚労省障害者総合福祉推進事業採択後のスケジュールについて  
プログラムパッケージについて

#### 8.1.2 第2回 準備委員会

日時：2014年6月11日(水) 18:30~20:00

場所：昭和大学発達障害医療研究所 Sakura ラウンジ

参加者：加藤進昌（事業責任者）、斎藤絵美（晴和病院）、  
太田晴久（事業担当者）、金井智恵子（事業担当者）、横井英樹（事業担当者）、  
小峰洋子（事業担当者）、五十嵐美紀（事業担当者）、花田亜沙美（烏山病院）、  
川畑啓（烏山病院）

内容：プログラムパッケージについて（内容、参加条件、効果検証、協力依頼機関等）

#### 8.1.3 第3回 準備委員会

日時：2014年6月18日(水) 18:30~20:00

場所：昭和大学発達障害医療研究所 Sakura ラウンジ

参加者：加藤進昌（事業責任者）  
太田晴久（事業担当者）、金井智恵子（事業担当者）、横井英樹（事業担当者）、  
小峰洋子（事業担当者）、五十嵐美紀（事業担当者）

内容：事業説明会（6月28日）について

## 8. 2 検討委員会

### 8. 2. 1 第1回検討委員会

日時：平成26年6月28日(土)

①15:30～16:30 事業説明会

②16:30～17:00 第1回検討委員会

場所：第110回日本精神神経学会学術総会会場 パシフィコ横浜

出席者：加藤進昌（事業責任者）

大村豊（検討委員）、染谷かなえ（検討委員代理：錦糸町クボタクリニック）、五十嵐良雄（検討委員）、太田晴久（事業担当者）、金井智恵子（事業担当者）、横井英樹（事業担当者）、小峰洋子（事業担当者）、五十嵐美紀（事業担当者）

事業説明会出席者：

柏淳（ハートクリニック）、松村雅代（NTT データ）、弘藤美奈子（稗田病院）、齋藤絵美（晴和病院）、小田英男（晴和病院）、

花田亜沙美、川畑啓、常岡俊昭（昭和大学附属烏山病院）他

計30名

内容：

事業採択前であったが、単年度事業であるため早急な準備が必要と判断し、検討委員会を実施した。本事業の課題である「発達障害専門プログラムの開発」をより有効的なものにするためには、一定程度の参加者と複数の医療機関が必要であることを考慮し、事業説明会を同日開催した。

#### 1) 事業説明会

パッケージを使用したプログラム実施を依頼するため、成人発達障害支援研究会入会者を対象に説明会のご案内をし、30名の参加があった。

- ・ 昭和大学の取り組みについて
- ・ 平成25年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告
- ・ 平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業計画
- ・ 発達障害専門プログラムパッケージ
- ・ 協力依頼内容
  - プログラム実施、効果検証、コントロール群のリクルート
- ・ 第2回成人発達障害支援研究会について
- ・ 質疑応答
  - ・ 解析条件について
  - ・ 診断基準について
  - ・ 参加条件について

## 2) 検討委員会

- ・ 実施可能医療機関の選定について

晴和病院、さっぽろ駅前クリニック、岡山県立医療センター、メディカルケア虎ノ門、愛知県立城山病院、錦糸町クボタクリニック、昭和大学附属烏山病院

上記7機関の実施が受入れ状況を考慮し妥当であると判断した。

業務委託契約が整い次第、プログラム実施をしていくことにした。

- ・ 北里大学附属東病院、沖縄中央病院、稗田病院に関しては来年度、再度依頼。

- ・ 今後のスケジュールについて

### ①各実施機関との連携

個別に打ち合わせを実施していく。

### ②第2回発達障害支援研究会

プログラムパッケージ実施の中間報告を実施していく。

## 8. 2. 2 第2回検討委員会

日時：2013年11月8日(土) 12:00~13:00

場所：昭和大学 上條講堂 2階会議室

参加者：加藤進昌(事業責任者)

五十嵐良雄(検討委員)、大村豊(検討委員)、横山太範(検討委員)、

宮岡等(検討委員)、染谷かなえ(検討委員代理)

日詰正文専門官(厚生労働省担当課・室職員)

石橋悦子(TOSCA)、金樹英(国立障害者リハビリテーション病院)

柏淳(ハートクリニック横浜)、松村雅代先生(NTTデータ)

横井英樹(事業担当者)、五十嵐美紀(事業担当者)

常岡俊昭、花田亜沙美、川畑啓(昭和大学附属烏山病院)

内容：

### 1) 成人発達障害支援研究会について

- ・ 世話人の変更

東京都発達障害支援センターTOSCA 石橋先生から神保先生に変更

東京都中部総合精神保健福祉センター 井上先生から菅原先生に変更

- ・ 会則の変更

会則6. 事務局について

平成26年4月1日から2年間は昭和大学発達障害医療研究所に置く。

### 2) プログラムパッケージについて

#### ①進捗状況

さっぽろ駅前クリニック

10回終了。変則的に2週に1回、1日2セッション実施。毎回9~10名参加。

愛知県立城山病院

12回終了。月2回2セッションずつ実施。11人でスタートし、現在10名参加。

女性メンバーが多いのが特徴。うち、2名は子育て中



## 錦糸町クボタクリニック

15 回終了。月 3~4 回実施。出席率は 82%。メンバーはだんだん慣れてきた様子。

## メディカルケア虎ノ門

メンバー選定に時間がかかり、5 週間前にスタート。毎週（火）14~15 名。

## 岡山県立医療センター

11 月よりスタート。

### ②効果検証について

中間評価では、WHOQOL26 の全体得点心理的領域得点が有意に上昇、CSQ では全体得点、協調的コミュニケーション得点が有意に上昇した。スタッフアンケートについては集計中。

### ③来年度以降の取り組みについて

#### ・パッケージ精査

スタッフ評価、参加者フィードバック（内容・分量など）、地域差などを検討

#### ・実施機関

沖縄中央病院が平成 27 年 3 月より開始予定

#### ・質問紙精査

SDS、SASS の導入を検討していく

#### ・追跡調査

現在実施機関は次年度も継続。就労群・非就労群に分けて分析。

現在実施中の参加者の追跡調査も検討していく。

### ④「成人発達障害支援研究会」次回開催について

開催日時：平成 27 年 9 月 26 日（土）開催場所：昭和大学上條講堂

### ⑤その他（意見交換、今後の展望等）

#### ・プログラム内容について

さっぽろ駅前クリニックでは就労経験者が多く、その対象者には一部（当たり前すぎて）苦痛な内容も含まれている。基礎と応用など、2 段階くらいのパッケージがほしい。

#### ・実際職場で困っているアンダーコントロールをテーマに取り上げてほしい。

#### ・職場環境についての検討：

最近オープンオフィスが増加。ASD の人にはやりづらい環境（冷暖房、臭い、音）

#### ・就労経験の有無：

リワークメンバーは休み時間もそれなりに適応的に過ごせているが、就労経験のないメンバーはマイペースすぎる（床に転がって休むなど）。

#### ・事例検討

### 8. 3 業務委託に関する打ち合わせ

業務委託契約を交わし、発達障害専門プログラムを実施する機関に対し、パッケージや契約、経理に関する説明と意見交換を主な目的にし、事業担当者の訪問による打ち合わせを実施した。尚、業務委託 6 機関のうち、晴和病院に関しては準備委員会等において打ち合わせの機会が多く持てたため、訪問は行わなかった。

#### 8. 3. 1 さっぽろ駅前クリニック

日時：平成 26 年 8 月 19 日（火）

10:00～16:00

場所：さっぽろ駅前クリニック 会議室

〒060-0003 北海道札幌市中央区北 3 条西 4 丁目 1-1 日本生命札幌ビル 3F

参加者：横山横山太範（さっぽろ駅前クリニック病院長）、横山正幹（相談員）、

加藤佑介（心理員）、岡崎亮（看護師）

五十嵐美紀（事業担当者）

目的：

パッケージは既に郵送済みであったが、具体的なプログラム（感情のコントロール、GES 等）の進め方について電話でのやり取りは難しく、訪問し実際に説明、実施することにした。

内容：

##### ①パッケージについて

ワークブック・マニュアル活用方法

プログラムの進め方

##### ②参加者の同意について

個人情報やデータの取り扱いについて表記した説明文書、同意書を作成。

リクルート時、初回プログラム時に説明する。

##### ③プログラム開始時期について

平成 26 年 8 月 23 日より開始予定

12 名 参加予定

##### ④経理に係わることについて

準備頂くものについて説明

### 8. 3. 2 錦糸町クボタクリニック

日時：平成26年9月18日(木) 17:00~18:00

場所：錦糸町クボタクリニック デイケア室

〒130-0013 東京都墨田区錦糸 3-5-1 錦糸町北口ビル 3階~9階

参加者：染谷かなえ(心理士)、山外祐紀(心理士)

小峰洋子(事業担当者)、五十嵐美紀(事業担当者)

目的：

準備委員会等によって、パッケージの内容についての打ち合わせは終了しており、7月3日よりグループは開始していた。10回終了時に、状況確認と効果検証方法の説明を目的に訪問し、打ち合わせを実施した。

内容：

#### ①プログラムの進捗状況について

20回中10回が終了/ドロップアウト2名

プログラム内容が難しいと訴える参加者がいる。

プログラムの内容が多く時間内に終了することが出来ないことがあった。

#### ②効果検証について

質問紙の説明

養育者アンケートの実施状況について。

-ご協力お願いするのが難しいケース(死別・関係性悪い等)が多い。

スタッフアンケート前半の回収。

#### ③経理の方法について

予算の使い方、注意事項を説明。

11月中に出納簿等を提出していただく件を説明。

#### ④第2回発達障害支援研究会について

当日にプログラムの実施状況について報告を依頼。

### 8. 3. 3 メディカルケア虎ノ門

日時：平成26年9月24日(水) 15:00~18:00

場所：メディカルケア虎ノ門 会議室

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1丁目16-16 虎ノ門1丁目 MGビル3階

参加者：福島南(事務長)、飯島優子(デイケア主任)、高橋望(心理士)、  
伊藤花奈(心理士)  
横井英樹(事業担当者)、小峰洋子(事業担当者)

目的：

実施前に、プログラム(感情のコントロール、CES 等)の進め方、効果検証について説明をするために打ち合わせを実施した。

内容：

①参加者の状況について

現在3~4名。

10月中にスタート予定。

②プログラムの場面について

休職者が多く、社会適応度が高い者が多いため、場面がなじまない可能性がある  
→場面については参加者のニーズに即したものに変更可能。

③効果検証について

質問紙について説明

データのとりまとめについて

④経理の方法について

予算の使い方について、注意事項について。

11月中に出納簿等の提出していただくことについて説明。

⑤同意書について

⑥第2回発達障害支援研究会について

当日にプログラムの実施状況について報告を依頼。

### 8. 3. 4 岡山県立医療センター

日時：平成26年10月23日(木) 11:00~18:00

場所：岡山県立医療センター 大会議室

〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16

参加者：来住由樹(副院長)、土岐淑子(医師)、西村大樹(臨床心理士)、  
森本かおり(作業療法士)他15名  
五十嵐美紀(事業担当者)

目的：

倫理委員会承認まで時間を要し、プログラム開始時期が遅れた経緯があったため、打ち合わせが遅れた。遠方のため、具体的なプログラムの進め方について共有が難しかったため、実際に訪問し、説明・実施することとした。

内容：

#### ①参加者の状況について

現在リクルート中であり、候補者は13名。

岡山県立医療センターにて実施している3グループ(就労目的)になじまない群(就労前段階)の方を対象にする予定。10月中旬にスタート予定。

#### ②プログラムパッケージについて

CES、感情のコントロールを実際に施行。

#### ③効果検証について

初期・中期・後期の効果検証用アンケートについて説明。

データのとりまとめについて

個人情報ID化後、フォーマットに従って入力を依頼。

#### ④経理の方法について

予算の使い方について、注意事項について。

11月中に出納簿等の提出。

#### ⑤同意書/データ収集・解析について

岡山県精神科医療センター倫理委員会申請済。

データの収集はID化後、とりまとめをして頂く。解析は昭和大学が任う。

#### ⑥第2回発達障害支援研究会について

当日にプログラムの実施状況について報告を依頼。

既存プログラムについてはポスターセッションを提供して頂くことになった。

### 8. 3. 5 愛知県立城山病院

日時：平成26年10月29日(水) 11:00~16:00

場所：愛知県立城山病院

〒464-0031 名古屋市千種区徳川山町 4-1-7

参加者：大村 豊（社会復帰部長）、合澤 祐（医師）、木下（看護師）、三橋氏（臨床心理士）、  
矢崎氏（臨床心理士）、森氏（ケースワーカー）、近藤 良任（事務長補佐）  
横井英樹（事業担当者）

目的：プログラム実施状況の確認と経理の確認のため

内容：

#### ①パッケージプログラム進捗状況について

第1, 第3水曜日に午前・午後で2セッション実施中。

参加者には好評。希望者が多数いた。

期待感が高い。

#### ②プログラムについて

内容のレベルは適切。

セッション内容によっては、言葉での説明が困難な回（表情訓練）、分量が多い回（第9回）がある。

宿題用に配布できる用紙があるとよい。

#### ③経理について

依託費の振り込み時期について。振り込み1週間前に連絡することとした。

予算の使い方、注意事項について

人件費、雇用契約書について

#### ④効果検証について

質問紙について説明。

データのとりまとめについて

#### ⑤第2回発達障害支援研究会について

当日にプログラムの実施状況について報告を依頼。

## 第9章 成果の公表実績と計画

## 第9章 成果の公表実績と計画

### 9. 1 成果物の公表

本事業の成果物は、①本稿（事業報告書）、②「発達障害専門プログラムパッケージ(ワークブック・マニュアル)」、③事業報告リーフレット(資料6)である。

成果物は、昭和大学附属烏山病院ホームページ (<http://www.showa-u.ac.jp/SUHK/>)、成人発達障害支援研究会ホームページ(<http://square.umin.ac.jp/adult-asd/index.html>)に掲載するものとする。③事業報告リーフレットについてはアンケート協力機関、研究会入会者に配布し、発達障害支援手法の普及を依頼する。

### 9. 2 成果の公表実績

#### 9. 2. 1 「第2回成人発達障害者支援研究会」

詳細は「第5章 支援ネットワークの構築」を参照。

#### 9. 2. 2 学会での事業報告

- ① 五十嵐美紀・川畑啓・横井英樹：成人期の発達障害支援状況とニーズ調査～平成25年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告～. 第19回日本デイケア学会（東京, 2014. 10）
- ② Yokoi H, Igarashi M, Komine Y, Kato N: Job outcomes of adults with ASD after the rehabilitation programme. 21st World congress of IACAPAP (Durban South Africa, 2014. 8)
- ③ 五十嵐美紀・小峰洋子・花田亜沙美・常岡俊昭・横井英樹：成人発達障害専門プログラムの開発 ～厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告～. 第22回日本精神障害者リハビリテーション学会（盛岡, 2014. 10）

#### 9. 2. 3 講演での事業報告

- ① 横井英樹：成人期発達障害の理解とデイケアの取り組み. 平成25年度支援者向け講座「情報を増やそう！Part2～烏山病院デイケア編」さいたま市障害者総合支援センター（埼玉, 2014. 3）
- ② 加藤進昌：大人の発達障害の見分け方—発達障害概念は精神医学を変えるか？（神奈川, 2014. 4）
- ③ 横井英樹・五十嵐美紀：成人ASDデイケアの取り組み. 北里大学研修会（神奈川, 2014. 4）
- ④ 高機能発達障害の職場における課題と精神科医療の取り組み—総論・成人の発達障害とは. 第110回日本精神神経学会学術総会(神奈川, 2014. 6)
- ⑤ 五十嵐美紀：成人期発達障害支援の実際と取り組み. 発達障害者支援・雇用促進セミナー（埼玉, 2014. 7）
- ⑥ 加藤進昌：大人の発達障害最前線！—その診断とサポート. 東京都自閉症協会アスペ部会定例会（東京, 2014. 7）
- ⑦ 加藤進昌：発達障害の就労支援に向けて～大人の専門外来とデイケアの経験から～. 第2回三河地区 大人の発達凸凹を語る会(愛知, 2014. 8)



- ⑧ 加藤進昌：大人の発達障害における治療戦略—デイケア・プログラムの開発に向けて—第2回大人とこどもの発達障害を考える会(大阪,2014. 8)
- ⑨ 加藤進昌：成人期の発達障害の特性と支援について.平成26年度発達障害セミナー(栃木,2014. 9)
- ⑩ 五十嵐美紀：プログラムの標準化に向けて ～支援ニーズ調査に応える～. (財)明治安田こころの健康財団 発達障害・専門講座6 (東京, 2014. 10)
- ⑪ 横井英樹：ワークショップ「発達障害デイケアの実践～7年の臨床を振り返る～」. (財)明治安田こころの健康財団 発達障害講座6 (東京, 2014. 10)
- ⑫ 加藤進昌：医療と発達障害～生物学的背景も含めて～. 平成26年度東京都発達障害者支援体制整備推進事業 第2回発達障害についての医療従事者向け講習会(東京,2014. 11)
- ⑬ 五十嵐美紀：プログラムの紹介. 国立障害者リハビリテーションセンター 平成26年度発達障害支援者研修会 (埼玉, 2014. 12)
- ⑭ 加藤進昌・五十嵐美紀：発達障害者の就労をめぐる. NPO 法人地域精神保健福祉機構・コンボ(東京, 2015. 2)
- ⑮ 加藤進昌：大人の発達障害にどう接するか. 松本市医師会生涯教育講座(長野,2015.2)
- ⑯ 五十嵐美紀・花田亜沙美・青柳晋：発達障害を持つ人たちへの支援と実際. 第38回精神科作業療法研修会(東京, 2015. 3)

#### 8. 2. 4 その他の事業報告

- ① 横井英樹：発達障害者のデイケア. 最新医学, 68(9月増刊号), 2198-2206, 2013
- ② Yokoi H, Soo-Yung Kim, Igarashi M, Komine Y, Kato N. Present status of ASD from childhood to adulthood and an intervention initiative for adults with ASD in Japan. In JP Raynaud, M Hodes, SSF Gau (Eds.): From research to practice in child and adolescent mental health. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, pp.179-198, 2014
- ③ 五十嵐美紀・横井英樹・小峰洋子・花田亜沙美・川畑啓・加藤進昌：成人期発達障害専門デイケアの取り組み. 精神科臨床サービス, 14(4), 403-410, 2014
- ④ 山田貴志、山田浩樹、加藤進昌：精神科救急における発達障害の対応と実際. 臨床精神医学、アークメディア 43(5)：723-728, 2014

### 9. 3 成果の公表計画

#### 9. 3. 1 第3回 発達障害支援研究会

日時:平成 27 年 9 月 26 日(土)

場所:昭和大学 上條講堂

#### 9. 3. 2 学会での事業報告(平成 27 年度)

- ① 加藤進昌:公益財団法人明治安田こころの健康財団設立 50 周年記念シンポジウム, 5 月 30 日
- ② 横井英樹:神奈川県教育委員会 講演, 7 月 7 日
- ③ 花田亜沙美:精神科作業療法研究会(POTA) 講演, 9 月 5 日
- ④ 加藤進昌:山口看護協会研修会 講演, 9 月 11 日
- ⑤ 加藤進昌:日本デイケア学会 基調講演, 10 月 24 日
- ⑥ 横井英樹:日本精神障害者リハビリテーション学会 学術発表
- ⑦ 横井英樹:日本デイケア学会 学術発表
- ⑧ 横井英樹:うつ病・リワーク研究会 学術発表

## 第 10 章 資料

スタッフ用

## 発達障害専門プログラム ワークブック・マニュアル

### アンケート

（第1回～第10回）

本事業推進にあたりまして、ご理解ご協力深く感謝申し上げます。  
このアンケートは「発達障害専門プログラムパッケージ」を活用したプログラム終了後にスタッフの方がご記入ください。第10回終了時に中間報告としてご郵送頂けると助かります。このアンケート、パッケージに関してご不明な点がございましたらご連絡下さい。

機関名：

代表者氏名

#### 連絡先

昭和大学附属烏山病院／昭和大学発達障害医療研究所

〒157-8577 東京都世田谷区北烏山6-11-11

TEL：03-3300-5231 FAX：03-3308-9710

Email：adult.asd.2013@gmail.com

（担当：小峰洋子・五十嵐美紀）

## ワークブック・マニュアル アンケート

### 第 1 回 自己紹介・オリエンテーション

実施日： 年 月 日

評価者： リーダー / コ・リーダー  
(当てはまる方に○をつけて下さい)

当てはまる項目に○をお付け下さい。理由もあればお書き下さい。

#### 1、使いやすさはいかがですか？

とても使いやすい      使いやすい      ふつう      使いにくい      とても使いにくい

理由 ( )

#### 2、プログラムの分量はいかがですか？

多い      やや多い      ちょうどいい      やや少ない      少ない

理由 ( )

#### 3、内容は適切でしたか？

とても適切だった      適切      ふつう      適切ではない      とても適切ではない

理由 ( )

#### 4、グループの雰囲気はいかがでしたか？

とても良かった      良かった      ふつう      悪い      とても悪い

理由 ( )

#### 5、その他ご意見があればお書き下さい。

例：ワークブック〇ページは参加者に理解しにくい内容だった。リーダーの負担感も強かった。

( )



## アンケート

## I. ASD 患者への治療と支援について

(1)	現在、ASD 患者に対してどのような治療を行っていますか(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 継続的な外来診療 <input type="checkbox"/> 作業療法の利用 <input type="checkbox"/> 地域の福祉サービスにつなぐ	<input type="checkbox"/> ASD の疑いの時点で他専門医に紹介 <input type="checkbox"/> デイケアの利用 <input type="checkbox"/> カウンセリングの利用
(2)	デイケア(ショートケア)を実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> →Ⅱにお進みください <input type="checkbox"/> →Ⅲにお進みください

## II. デイケア(ショートケア)について

(3)	デイケアの運営形態について教えてください	<input type="checkbox"/> 大規模デイケア ( )単位 <input type="checkbox"/> 小規模デイケア ( )単位 <input type="checkbox"/> 大規模ショートケア ( )単位 <input type="checkbox"/> 小規模ショートケア ( )単位 <input type="checkbox"/> ナイトケア/デイナイトケア ( )単位	
(4)	スタッフの人数について教えてください	<input type="checkbox"/> ~3名 <input type="checkbox"/> 4~6名 <input type="checkbox"/> 7~10名 <input type="checkbox"/> 10名~	
(5)	デイケアにおいて、ASD の診断を受けている方は所属していますか	<input type="checkbox"/> はい →下記ご回答ください。 全体利用者数( )名 うち、ASD 利用者( )名 <input type="checkbox"/> →(6)にお進みください <input type="checkbox"/> いいえ →Ⅲにお進みください	
(6)	ASD 利用者を受け入れるうえで、困難に感じることはありますか また、困難に感じることはどんなことですか	<input type="checkbox"/> 困難さは感じない <input type="checkbox"/> グループの雰囲気・ダイナミクスの維持 <input type="checkbox"/> 他利用者との関係性維持 <input type="checkbox"/> 目標の違い <input type="checkbox"/> 適応度の違い <input type="checkbox"/> 個々の課題の違い <input type="checkbox"/> その他( )	
(7)	デイケアにおいて ASD に特化したプログラムを実施していますか	<input type="checkbox"/> はい →(8)にお進みください <input type="checkbox"/> いいえ →Ⅲにお進みください	
(8)	ASD に特化したプログラムはどのようなことを目的に行っていますか(複数回答可)	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術の習得 <input type="checkbox"/> 社会性の獲得 <input type="checkbox"/> こたわり行動の低減 <input type="checkbox"/> 感覚過敏への対処 <input type="checkbox"/> 対人関係の維持・構築 <input type="checkbox"/> 生活指導、生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 就労・就学支援 <input type="checkbox"/> 発達障害の理解 <input type="checkbox"/> 物事の認知や理解の修正 <input type="checkbox"/> 感情のコントロール <input type="checkbox"/> 障害受容・自己理解の促進 <input type="checkbox"/> 家族への支援 <input type="checkbox"/> その他( )	

## Ⅲ. ASD 専門プログラムパッケージについて

同封した「ASD 専門プログラムパッケージ」をご覧になり、お答えください。

プログラムパッケージは参加者用のワークブックと支援者用のマニュアルで構成されています。パッケージに沿って進行すると、ASD 専門プログラムを実施できるように作成しています。

プログラムは全12回、1回3時間以内で終了出来るものとしています。参加者は ASD の診断を受けている者8～12名、スタッフは2名以上としています。

所属機関でパッケージ使い、ASD 専門プログラムを実施することを想定し、以下設問にお答えください。

(9)	ワークブックは全体的にいかがでしたか？ ご意見があれば、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 非常にわかりやすい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> わかりにくい	<input type="checkbox"/> わかりやすい <input type="checkbox"/> 非常にわかりにくい
(10)	マニュアルの全体的な使いやすさはいかがでしたか ご意見があれば、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 非常に良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 使いづらい	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 非常に使いづらい
(11)	プログラムの内容として適切だと思うものについて教えて下さい ご意見があれば合わせてお教え下さい (複数回答可) ご意見があれば、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 第1回:自己紹介・オリエンテーション <input type="checkbox"/> 第2回:コミュニケーションとは？ <input type="checkbox"/> 第3回:あいさつ/会話を始める <input type="checkbox"/> 第4回:障害理解/発達障害とは <input type="checkbox"/> 第5回:会話を続ける <input type="checkbox"/> 第6回:会話を終える <input type="checkbox"/> 第7回:ピアサポート① <input type="checkbox"/> 第8回:表情訓練/相手の気持ちを読む <input type="checkbox"/> 第9回:感情のコントロール①(不安) <input type="checkbox"/> 第10回:感情のコントロール②(怒り) <input type="checkbox"/> 第11回:頼む/断る <input type="checkbox"/> 第12回:社会資源 <input type="checkbox"/> 第13回:相手への気遣い <input type="checkbox"/> 第14回:アサーション(非難や苦情への対応) <input type="checkbox"/> 第15回:ストレスについて <input type="checkbox"/> 第16回:ピアサポート② <input type="checkbox"/> 第17回:自分の特徴を伝える① <input type="checkbox"/> 第18回:自分の特徴を伝える② <input type="checkbox"/> 第19回:感謝する/ほめる <input type="checkbox"/> 第20回:卒業式/ふり返り	



## アンケート

(12)	内容として付加したほうがよいと考えられるテーマはありますか（複数回答可）	<input type="checkbox"/> コミュニケーション技術の習得 (具体的に: ) <input type="checkbox"/> 社会性の獲得 <input type="checkbox"/> こだわり行動の低減 <input type="checkbox"/> 感覚過敏への対処 <input type="checkbox"/> 生活指導、生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 就労・就学支援 <input type="checkbox"/> 物事の認知や理解の修正 <input type="checkbox"/> 障害受容・自己理解の促進 <input type="checkbox"/> 学生の方に特化したプログラム <input type="checkbox"/> 就労している方に特化したプログラム <input type="checkbox"/> 家族支援プログラム <input type="checkbox"/> その他( )
(13)	所属機関での実施は可能ですか	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> どちらともいえない
(14)	どのようなことが達成されると実施しやすくなりますか（複数回答可）	<input type="checkbox"/> スタッフの ASD への知識や対応法の習得 <input type="checkbox"/> ASD 参加者の人数確保 <input type="checkbox"/> スタッフの人数確保 <input type="checkbox"/> 専門医の確保 <input type="checkbox"/> 空間の確保 <input type="checkbox"/> プログラム回数の変更                      →( )回程度 <input type="checkbox"/> プログラム実施時間の変更 →1回( )時間程度 <input type="checkbox"/> プログラム内容の改訂 <input type="checkbox"/> パッケージの使用方法についての講習参加 <input type="checkbox"/> その他( )
(15)	プログラムパッケージの使用方法についての講習会やワークショップがあれば参加しますか	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない <input type="checkbox"/> わからない

アンケートは以上です。同封の封筒にて、ご返信ください。  
ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

## ご案内

「成人発達障害支援研究会」にご入会いただくと、プログラムパッケージの改訂や研修会のご案内についてご連絡させていただきます。ご関心のある方は下記ホームページの「入会のご案内」にしたがって申込みいただけますよう、お願い申し上げます。

**成人発達障害支援研究会** <http://square.umin.ac.jp/adult-asd/>



# 大人の発達障害 支援受けやすく

## デイケア・就労… 医師らノウハウ普及へ

大人になって「発達障害」と診断される人を支援するプログラムづくりに、医師らが乗り出す。国内には発達障害の大人が100万人はいると推定されるが、適切に診断や治療を受けている人は少ない。1日に研究会を設立して医療機関への普及を図り、各地でケアを受けやすくする。

### 研究会を設立

プログラムを標準化。どこでも実践できるようにする。

また、厚生労働省の補助金で全国約1800の医療機関に治療の実態を聞き、患者や家族に困っていることなどをアンケート。今年度中に結果をまとめる。

発達障害は、言葉の裏が読めない、予想外の仕事に対応できないなどの「アスペルガー症候群」や、衝動的な行動をとる「注意欠陥多動性障害」などが知られる。学生時代は支障なく過ごせても、社会人になると、仕事に優先順位をつけたり、場の空気を讀んだりすることが求められるよう

になって問題が表面化、退職する人も少なくない。治療は、職場で困ったときの対処法などを学ぶデイケアや就労支援が中心で、取り組む施設は全国20カ所前後とみられる。研究会(会長＝加藤進昌・昭和大付属烏山病院院長)は14施設が発起人になり、ノウハウを集めてデイケアの

(岡崎明子)

# 第2回 成人発達障害支援研究会 プログラム



大会長 加藤 進昌  
(昭和大学発達障害支援研究所 所長)

〇開催目的  
成人発達障害支援における実証研究を明らかにし、質の向上と期待を高め、提議を行う。

〇研究活動  
臨床現場における成人発達障害支援の発展に関する研究データにおけるプログラム開発と効果検証の研究プログラムの標準化に関する研究

〇開催活動  
臨床現場向け研究会の発展  
学会における活動

日時：2014年11月8日(土) 10:00~17:30  
10:00~ワークショップ  
13:00~講演会

会場：昭和大学 上條講堂 (東京都品川区旗の台1-5-8)

会費：3,000円

成人発達障害支援研究会 主催：昭和大学発達障害支援研究所

## 第2回 成人発達障害支援研究会 プログラム

総合司会 昭和大学発達障害支援研究所 加藤 進昌

10:00~12:00	ワークショップ
12:00~13:00	休憩
<b>第1部</b>	
13:00~13:15	「最近の厚生労働省における発達障害施策から」 厚生労働省 発達障害対策推進官 日語 正文
13:15~13:45	「進化心理学と発達障害」 東京大学 助教授 長谷川 勝一
13:45~14:15	「児童精神科からみた発達障害」 東京都立小児総合医療センター 部長 市川 宏伸
14:15~14:30	「昭和大学発達障害医療研究所と岡山病院における発達障害診療の特徴」 昭和大学発達障害支援研究所 講師 木田 雅久
14:30~14:45	「昭和大学における発達障害者雇用について」 昭和大学経済学北館 学部長 岩崎 史典
	「受け入れ側も共に学ぶ」 昭和大学経済学北館 学部長 荒木 和生
<b>第2部</b>	
15:00~15:10	「発達障害専門プログラムにおける変化-中間報告-」 昭和大学発達障害支援研究所 臨床心理士 横井 英樹
15:10~15:20	「公立精神科病院での発達障害専門パッケージプログラム-中間報告-」 富山県立富山病院 社会福祉部長 大村 豊
15:20~15:30	「さっぽろ駅前クリニックでの取り組み」 さっぽろ駅前クリニックの北館 リワークラボ 学芸員 岡崎 亮
15:30~15:40	「プログラムパッケージを使用して」 新潟県立小児クリニック 臨床心理士 染谷かほり
15:40~15:50	「精神科発達障害支援の取り組み-気持ちを分かち合える喜びの体験-」 公益社団法人精神科医療推進財団 臨床心理士 齋藤 裕美
15:50~16:00	「わが子のケアとのかかわり、家族会『岡山東風の会』の紹介」 岡山東風の会 黒田 邦夫
16:00~16:20	総論
16:20~16:30	まとめ
16:30~17:30	ポスターセッション
18:00~	懇談会 別会場：昭和大学附属 入館17階 タワーレストラン昭和

### ポスター演題

- P-01 「昭和大学発達障害医療研究所の紹介」  
昭和大学発達障害支援研究所
- P-02 「自閉症スペクトラム障害のハイリスク児における視覚行動のパターンについて」  
金井智恵子, 橋本聡一郎, 山田貴志, 神保大樹, 一輪初音, 高田 加藤進昌  
(昭和大学発達障害支援研究所)
- P-03 「安静時fMRIを用いた成人自閉症スペクトラム障害の両眼的協調統合と脳活動に関する検討」  
橋本聡一郎, 山田貴志, 渡部洋夫, 中村光裕, 金井智恵子, 加藤進昌, 橋本聡一郎  
(昭和大学発達障害支援研究所)
- P-04 「スーパー救急病棟における統合失調症の薬物療法 ~昭和大学附属岡山病院A4病棟 平成22年~24年カルテ調査を通して~」  
山田貴樹, 菅原徹, 藤本立心, 平田亮人, 小倉九希史, 富山俊子, 橋本聡子,  
加藤進昌, 高田 加藤進昌 (昭和大学医学部精神医学講座)
- P-05 「スーパー救急病棟における気分障害の薬物療法 ~昭和大学附属岡山病院A4病棟 平成22年~24年カルテ調査を通して~」  
菅原徹, 山田貴樹, 藤本立心, 高橋 真由美, 高田 加藤進昌, 高田 加藤進昌,  
橋本聡子, 加藤進昌 (昭和大学医学部精神医学講座)
- P-06 「成人発達障害者ケアの取り組み」  
横井英樹, 五十嵐英紀, 小塚洋子, 高田 加藤進昌  
(昭和大学発達障害支援研究所)
- P-07 「ケア利用者から職員へ -大学病院における発達障害者の雇用の取り組み (第2報) -」  
川原 聡, 五十嵐英紀, 小塚洋子, 横井英樹 (昭和大学附属岡山病院)
- P-08 「発達障害者家族『岡山東風の会 (からすやまこちのかい)』の活動報告とその展望」  
岡山東風の会
- P-09 「就労移行支援事業の取り組み」  
藤大介 (社会福祉法人 ちるあいの会 comeline)
- P-10 「発達障害児における日本語理解力の評価とその支援」  
中川 佳子 (昭和大学富山看護学部)

### ポスター演題

- P-11 「成人発達障害者に対するセルフモニタリングEITの検討」  
川上英樹, 竹原博子, 岡山真由子, 高田 加藤進昌, 北村 豊也, 北村 豊也  
(富山県立水谷会帯仁医療院, 川崎医科大学精神科看護)
- P-12 「岡山県精神科医療センターにおける成人自閉症スペクトラム障がい者に対する就労準備プログラム」  
赤澤 裕文, 西村 大樹, 内田 秀博, 土岐 崇子, 野村 聡樹, 高田 加藤進昌  
(地方独立行政法人岡山県精神科医療センター)
- P-13 「回復期ケアにおける成人期自閉症スペクトラム障がい者に対する就労支援について」  
藤本かおり, 佐藤 隆治, 初島 昌彦, 近藤 大貴, 山内 裕子, 松之本 貴士,  
渡島 和菜花, 海坊 祐子 (地方独立行政法人岡山県精神科医療センター)
- P-14 「岡山県精神科医療センターにおける『おとなの発達外来』の効果と課題」  
西村 大樹, 高田 加藤進昌, 野村 聡樹, 高田 加藤進昌, 土岐 崇子, 内田 秀博  
(地方独立行政法人岡山県精神科医療センター)
- P-15 「疾病教育プログラム参加後にケアプログラムを選択した患者の予後調査」  
金持光知子, 高田 加藤進昌, 五十嵐英紀, 杉沢 謙, 池田 雅也, 有川 謙一, 高田 加藤進昌,  
斎藤 謙一, 佐藤 隆治, 横井 英樹, 高田 加藤進昌, 池田 雅也, 橋本 聡子  
(昭和大学附属岡山病院)
- P-16 「精神科急性期病棟における心理教育の業務化による意識の変化と効果の比較」  
金持光知子, 有川 謙一, 堀 貴樹, 橋本 聡一郎, 高田 加藤進昌, 高田 加藤進昌,  
杉沢 謙, 高田 加藤進昌, 橋本 聡子 (昭和大学附属岡山病院)
- P-17 「スーパー救急に早期の退院が不可能な患者への心理教育とその効果」  
金持光知子, 高田 加藤進昌, 池田 雅也, 有川 謙一, 高田 加藤進昌, 高田 加藤進昌,  
佐藤 隆治, 高田 加藤進昌, 橋本 聡子 (昭和大学附属岡山病院)
- P-18 「11週間の介入で有意に症状が改善したグループ治療の一考察」  
橋本 聡子 (さっぽろ駅前クリニックの北館 リワークラボ)

## 第2回成人発達障害研究会アンケート



本日はご出席頂きまして誠にありがとうございました。今後の運営のために、アンケートにご協力ください。また研究会への入会を希望される方、検討されている方は連絡先のご記入をお願い致します。後日、研究会入会についてのご案内を郵送させていただきます。

1. 本研究会について、総合的にどのくらい満足していますか。当てはまるところに☑とその理由をご記入下さい。

満足	やや満足	どちらとも言えない	やや不満	不満

【理由】

2. 本研究会の以下の点に対して、どれくらい満足していますか。当てはまるところに☑をお願い致します。

	参加していない	満足	やや満足	どちらとも言えない	やや不満	不満
ワークショップ						
1部 講演会						
2部 報告会						
ポスターセッション						

3. 研究会が開催されたらまた参加されますか。○で囲んでください。

参加する

わからない

参加しない

4. ご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

(本日の感想、講義の形式、今後扱ってほしいテーマなど)

ご協力ありがとうございました

## 第 1 1 章 参考文献

## 第 11 章 参考文献

- <sup>1</sup> Baron-Cohen S, et al.: The autism spectrum quotient (AQ) :Evidence from Asperger syndrome/high functioning autism, male and females, scientists and mathematicians. J Autism Dev Disord 31: 5-17, 2001
- <sup>2</sup> Weiss G, Hechtman L:Hyperactive children grown up ADHD in children adolescents and adults, Guildford, New York,1993.
- <sup>3</sup> Kewley GD,Attention deficit hyperactivity disorder Recognition reality and resolution, David Fulton Publishers, London,1999.
- <sup>4</sup>金井智恵子,加藤進昌:大人の発達障害専門外来の歩み,最新医学,68,229-236,2013.
- <sup>5</sup>厚生労働省発達障害情報支援センター:発達障害者支援センターにおける支援実績,2005~2013.
- <sup>6</sup>小川浩:発達障害者の職業的課題と就労支援,精神誌,2012.
- <sup>7</sup>日詰正文:厚生労働省における平成25年度の発達障害者支援策,最新医学,68,79-87,2013.
- <sup>8</sup>五十嵐美紀,横井英樹,加藤進昌他:アスペルガー障害に対するデイケア,精神科,16(1),20-26,2010.
- <sup>9</sup>五十嵐美紀,横井英樹,加藤進昌他:発達障害デイケアにおけるプログラムの開発,財団法人明治安田こころの健康財団研究助成論文集,45,134-141,2009.
- <sup>10</sup>五十嵐美紀,横井英樹,小峰洋子他:成人期発達障害専門デイケアの取り組み,精神科臨床サービス,14(3),403-410,2014.
- <sup>11</sup>平成25年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業,2013.
- <sup>12</sup>池淵恵美,安西信雄:精神科リハビリテーションの治療・支援技法の現状と課題,精神医学,39(2),118-129,1997.
- <sup>13</sup>大森まゆ,安西信雄他:わが国における精神科デイケアの様々な形態と今後のありよう,精神科臨床サービス,(3),316-322,2007.
- <sup>14</sup>米田衆介:自閉症スペクトラム障害と ADHD 両方の特徴を有する成人例,精神科治療学,28(2),179-189,2013.
- <sup>15</sup>米田衆介:自閉症スペクトラムの人々に向けた SST,精神療法,35(3),318-324,2009.
- <sup>16</sup>舩松克代,遠藤淑美,福田正人他:SST が有効であったアスペルガー症候群の一例,精神科治療学,13(7),897-906,1998.
- <sup>17</sup>中村干城,井手孝樹,田中祐:都立精神保健福祉センターにおける広汎性発達障害者のコミュニケーション・トレーニング・プログラムについて,デイケア実践研究,12(2),65-72,2008.
- <sup>18</sup>自閉症スペクトラム障害成人への小集団認知行動療法の研究過程でみられた闘下症例 黒田美保 1,2,3),川久保友紀 2),桑原 齊 2),金生 由紀子 2),神尾 陽子 3) 精神誌 (2013) 115 巻 6 号
- <sup>19</sup>Valerie L. Gaus,伊藤絵美(監訳):成人アスペルガー症候群の認知行動療法.星和書店,2012.

- <sup>20</sup>栗田太他：自閉症スペクトル指数日本語版(AQ-J)の信頼性と妥当性, 臨床精神医学, 32(10), 1235-1240, 2003.
- <sup>21</sup>田崎美弥子, 中根允文他:WHO QOL-26 手引 世界保健機構・精神保健と薬物乱用予防部編, 金子書房, 東京, 1997.
- <sup>22</sup> Megumi Takahashi, et al : Reliability and validity of communication skills questionnaire (CSQ). Psychiatry and Clinical Neurosciences 60, 211-218, 2006.
- <sup>23</sup>坂野雄二他:GSES 一般性セルフ・エフィカシー(自己効力感)尺度マニュアル. ころネット [DVD] , 1986.
- <sup>24</sup>坂野雄二, 東條光彦:一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12(1), 73-82, 1986.
- <sup>25</sup>神尾陽子, 他: 対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale) 日本語版の妥当性検証 : 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS) との比較. 精神医学, 51, 1101-1109. , 2009.
- <sup>26</sup> Rutter M, Bailey A, Lord C.:Social Communication Questionnaire (SCQ). Los Angeles: Western Psychological Services, 2003.
- <sup>27</sup> Japanese WAIS-III Publication Committee:日本版 WAIS-III 知能検査法 (Japanese Wechsler Adult Intelligence Scale, 3rd ed.), 日本文化科学者,東京 ,2006.
- <sup>28</sup>岩崎香, 広沢正孝, 中村恭子:精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題. 順天堂大学スポーツ健康科学研究 10, 9-20, 2006.





## 謝辞

本研究は多くの方のご理解とお力添えの元、実施されました。

調査に協力して頂いたプログラム参加者そのご家族、アンケート調査にご協力いただいた医療機関の皆様に深く感謝いたします。

プログラム実施にあたり、有益なご教示を賜りました愛知県立城山病院、さっぽろ駅前クリニック、錦糸町クボタクリニック、メディカルケア虎ノ門、晴和病院、岡山県精神科医療センター、メディカルケア虎ノ門のスタッフの皆様に深く感謝いたします。

また、事業の実施にあたりご協力頂いた五十嵐良雄先生、大村豊先生、来住由樹先生、窪田彰先生、横山太範先生、岩波明先生、田口彰彦様に感謝の意を表します。

平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

「成人期発達障害者のためのデイケア・プログラム」  
に関する調査について

---

平成 27 年 3 月

編集・発行

昭和大学発達障害医療研究所

〒157-8577 東京都世田谷区北烏山 6-11-11 昭和大学附属烏山病院内  
TEL 03-5315-9357 FAX 03-5315-9358