

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

自閉症スペクトラム障害のコミュニティケア・システム

本 田 秀 夫 (横浜市総合リハビリテーションセンター, 横浜市西部地域療育センター)

自閉症スペクトラム障害 (ASD) の症状は、一次～三次の 3 つの階層に大別され、二次症状および三次症状に対する予防的介入が重要である。一方、コミュニティケアには “Care *in* the Communities”, “Care *by* the Communities”, “Care *of* the Communities” という 3 つの側面がある。社会性の発達に重篤な障害のある ASD に対する真の意味でのコミュニティケアは、これらの 3 側面を健全に作用させることによってはじめて成立すると考えられる。筆者らは、発達障害の人たちに対するコミュニティケア・システムのモデル開発を進め、横浜市港北区をその実践の場としてきた。当初は早期発見と早期介入から開始し、20 年にわたる開発の道りを経て現在は就労支援までに及ぶ一貫したシステム構築に至ったが、本論ではこのシステム・モデル (「SAUCIAL」と称する) の概要とその意義について述べた。

はじめに

自閉症スペクトラム障害 (以下、ASD) の人たちは、乳幼児期より社会性の発達に重篤な障害を示し、それが生涯にわたって持続する。したがって、医療、保健、福祉、教育、労働など多領域の連携によるコミュニティケアへのニーズがきわめて高い。筆者らは、横浜市港北区を主たる実践の場として、発達障害の人たちに対するコミュニティケア・システムのモデル開発を進めてきた。当初は早期発見と早期介入から開始し、20 年にわたる開発の道りを経て現在は就労支援までに及ぶ一貫したシステム構築に至った本システム・モデルを、筆者らは「SAUCIAL (Support for persons with Atism and other developmental disorders in the Community from Infancy to Adult Life)」と称することにした。本稿では、コミュニティケアに関する考え方の整理を試みるとともに、SAUCIAL の概要について述べ、その意義と、これによって期待される ASD の人たちとその家族への支援効果について展望する。

1. 横浜市における地域療育センターの整備とその機能

横浜市には、知的障害児通園施設および肢体不自由児通園施設に診療所が付設された地域療育センターが、全部で 7 箇所設置されている。さらに、総合リハビリテーションセンター (以下、YRC) が、港北区を担当する地域療育センターの機能を担うと同時に全市の療育センターの中核機能を担っている。筆者は 1991 年より YRC の発達精神科で発達障害の早期介入に携わっている。この地域の人口は約 30 万人であり、地方の中核市ひとつ分に相当する。この地域では、就学前の幼児期のうちに地域の子どもたちの実に 4.6% が YRC 発達精神科で発達障害の診断を受け、早期介入を受けている。

近年では、YRC 発達精神科を受診した幼児のうち境界知能以上のケースが過半数を占めており、知的障害を伴わない高機能例へのプログラム開発が急務となっている。これは従来のような地域療育センターにおける通園施設を中心としたプログラム中心のやり方では限界があることを示してい

る。YRCでは、高機能例を含めた発達障害の支援ニーズに対応したコミュニティケアのシステムづくりに1989年から取り組んできている(Honda & Shimizu, 2002)。

知的障害を伴わない高機能例に対する特別支援教育の場として、横浜市では2009年度現在、小学校に11教室、中学校に3教室の情緒障害通級指導教室が設置されている。横浜市はもともと独自に情緒通級を1979年度より開設してきたが、近年では通級児童数が爆発的に増加している。しかも、幼児期にすでに療育センターで診断および早期療育を受け、入学と同時に通級を開始する児童が6割を占める。そのほとんどがASDである。このように、高機能ASDに関する幼児期からのコミュニティケアへの需要は既に極めて高い。

2. 症状を階層的に理解する視点

ASDの青年にみられやすい適応上の問題には、いじめ、不登校、引きこもり、特異な動機に基づく触法行為、多彩な精神障害の重畳などが挙げられる。筆者らは、このように幼児期からスタートして20年近くにわたって一貫したコミュニティケアを受けたASDの青年たちを多数経験している。彼らの長期転帰をまとめると、次のようになる。まず、ほぼ全例でASDの症状は残存している。しかし、社会適応は悪くない、むしろ適応の良好な例も少なくない。したがって、ASDの人たちの社会適応の障害に強く影響するのは、むしろASD症状以外の症状かもしれないと考えることができる(本田, 2009a)。

発達障害の症状には3つの階層が想定できる(清水ら, 2005)。まず、根底に想定される心理的機序を一次症状とする。ASDの場合、「心の理論」の獲得の異常や共感性の異常など(Frith, 2003)が一次症状として想定される。これらの心理的機序によって発現してくる行動的徴候を二次症状と考える。ASDでは、社会的相互交渉の質的異常や興味の限局などがこれに相当する。これらの二次症状が存在することによって、日常生活においてさまざまな衝突や葛藤が生じる。それら

が放置されたまま、あるいは不適切な対応がなされたまま経過すると、思春期前後より不登校、引きこもり、反社会的行動などの不適応状態をしばしば呈する。抑うつや不安、さらには妄想などの病的体験を併発する例も少なくない。これらを三次症状とする。

三次症状が固定した後の事後介入が芳しい効果を挙げにくいことは、近年よく知られている。三次症状が生じるか生じないかの危機的段階で介入することによって三次症状の出現を食い止めることは、極めて重要である。更に言えば、早期発見によって二次症状の出現も最低限にとどめることが可能かもしれない。これは、症状のレベルでは残存していても社会適応の障害が予防されるという意味で、予防的介入であると考えられる。すなわち、現代におけるASD治療の目標は二次症状、三次症状に対する予防的介入である。そのためには、幼児期から成人期にいたる全てのライフステージにわたる包括的なコミュニティケア・システムが必要となる。

3. コミュニティケアの3つの側面

コミュニティ〈community〉という言葉には、「地域性」〈area〉だけでなく「共同性」〈common ties and social interaction〉の含意もある(Hillery, 1955)。居住する地域の中にその人を取り巻く心理的ネットワークが存在していなければ、そこは活動拠点にはなりえず、したがって「その人にとってのコミュニティ」は存在しない。現代社会においては、人と人をつなぐ媒体が多彩化、多次元化する一方、人が自分の活動拠点を見出すことがより困難となってしまう様相を深めている。ここで、「その人にとっての活動拠点となるコミュニティ」という視点は一層の重要性を帯びていると言えるであろう。この視点から、コミュニティケアについて、“Care *in* the Communities”, “Care *by* the Communities”, “Care *of* the Communities”という3つの要素が抽出される(清水ら, 2003)。社会性の発達に重篤な障害のあるASDに対する真の意味でのコミュニティケア

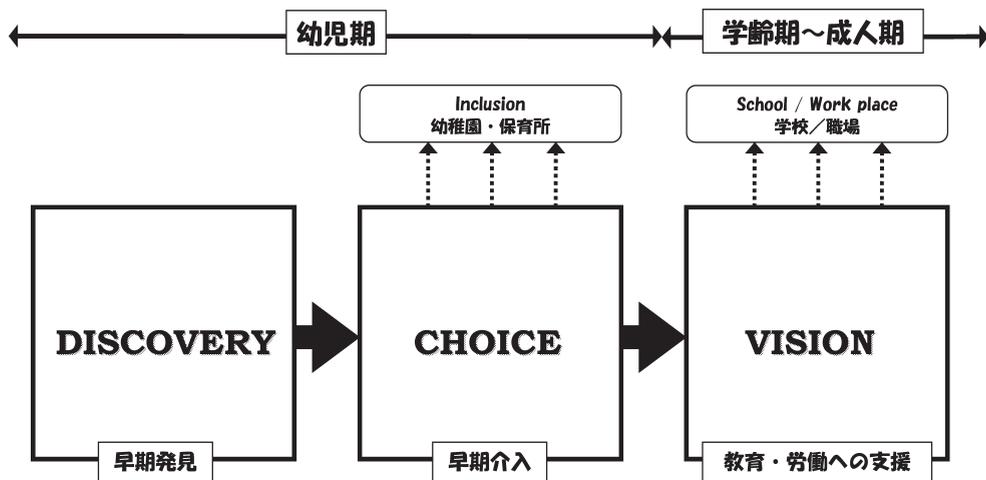


図1 SAUCIAL

SAUCIAL は全てのライフステージにわたる包括的コミュニティア・システムであり、早期発見，早期介入，教育および労働への支援という3つの段階に対応した「DISCOVERY」，「CHOICE」，「VISION」から構成されている。

は、これらの3側面を健全に作用させることによってはじめて成立すると考えられる。

4. SAUCIAL：全ライフステージに応じた コミュニティアのシステム・モデル

早期発見から成人期の支援にいたる発達障害支援システムの基本構造は、図1のように大きく3つの段階に分けられる。まず「早期発見」、ついで「早期介入」、そして「教育および労働への支援」という3つである。

筆者らは、自閉症などの発達障害の人たちへの乳幼児期から成人期までのコミュニティアのシステム・モデルを考案し、「SAUCIAL」という呼称をつけた。SAUCIALは、早期発見を担う「DISCOVERY (Detection and Intervention System in the Community for VERy Young children with developmental disorders)」，早期介入を担う「CHOICE (Community and Home Oriented Instruction, Counseling, and Exercises)」，学齢期から成人期にかけての支援を担う「VISION (Vital Skills, Information, Occupation, and Networking)」から構成される。そ

れぞれの詳細については別稿 (Honda & Shimizu, 2002; 本田, 2009b; 清水, 2008) を参照されたい。今回はこのシステムの主な特徴を概説する。

5. インターフェイスの設置

SAUCIALでは、あらゆるライフステージ、あらゆる社会参加の場にわたって一貫したシステムを保証するために、連携の円滑化、緊密化を固有の役割とするインターフェイスを設置するという工夫を行っている。横浜市では、1歳6か月児健康診査（以下、1歳半健診）がASDの早期発見に重要な役割を果たしている。ただし、1回の健診ですぐに発達障害を発見するのは極めて困難である。そこで、最初の健診の段階では、発達障害を含め何らかの支援ニーズが見込まれるケースを全て抽出し、家庭訪問や電話相談、親子で参加する遊びの教室、臨床心理士による個別の相談などの様々な育児支援活動を通して絞り込むプロセスをとる。このプロセスに筆者らは「抽出・絞り込み法 (Extraction & Refinement strategy; 以下、E&R法)」と名づけた (Honda, et

al., 2009).

横浜市青葉区における 1988 年生まれの子どものなかの 1 歳半健診の受診児 2814 名全員を対象とした筆者らの調査では、最終的にその中の 23 名が発達障害と診断された。このうち 19 名が 1 歳半健診で把握され、YRC 初診時年齢の平均は 2 歳 11 ヶ月であった。一方、4 名は 1 歳半健診で偽陰性となり、この 4 例の初診時年齢の平均は 4 歳 4 ヶ月であった (Honda, et al., 2009)。このように早期発見による把握の有無で有意に初診時年齢が下がることから、1 歳半健診を起点とした E&R 法による早期発見の意義がわかる。

6. 多軸ケア・モデルによる介入

知的障害のあるケースから高機能例までの多彩なニーズに対応した早期介入を行うためには、多軸ケア・モデルによる介入が必要である (本田, 2009 b)。ここでは、子どもの療育と医療、保護者の学習支援と心理的支援、インクルージョン強化支援を中心に述べる。

幼児期では、診断と評価が未確定である、療育への親の動機づけが難しい、などの理由で、診断から療育へのスムーズな移行が困難であることがしばしばある。そこで、筆者らは早期介入を 2 つのステップに分け、診断・評価の精緻化と親への動機づけを目的とした短期間の療育の場を初診の後にインターフェイスとして設置している (清水 & 本田, 2003; 清水, 2008)。また、近年高機能例の受診が爆発的に増加しており、従来のような通園施設中心の療育プログラムから多軸ケア・モデルへの移行を図るための再整備を行った。子ども向けの集団療育のほかに保護者支援に重点を置いたプログラムを開発している。また、幼稚園や保育所のインクルージョンをメインとする子どもたちと、その場となる園を対象としたインクルージョン強化支援プログラムを開発し、これをインクルージョンの場との共時的インターフェイスとして位置づけている。

子ども向けの集団療育では、従来の知的障害児通園施設に加えて診療所部門のなかにアスペルガ

ー症候群の幼児向けの集団療育の場である「TREAT (Therapeutic Research, Expert Assistance and Training)」を設置していることが特筆される。これは、先端的な療育および支援の技術開発を目的としてつくられた特設クラスであり、6 名程度の小集団で 2 時間ほどのプログラムを行っている。

親向けの教育的関与の場として、YRC では「療育講座アラカルト」という勉強会を開いている。これは週 1 回、年間で 50 回程度開催する小さな勉強会で、親は前もって予告されたメニューの中から好きなテーマを選んで参加する。1 回の会に平均で 10 名前後の親が参加する。

これとは別に、年間を通して固定のメンバーを対象として行う親向けの集団プログラムである「BEE (Buzzing, Education, & Exercises)」を開設している。月 1 回程度の親向けの勉強会と、月 1 回程度の親向けの個別の演習とを交互に組み合わせる。このプログラムでは、同じ障害のある子どもをもつ親同士のピア・カウンセリングおよびメンタリングを計画的に親支援プログラムに取り入れていることが特記される。仲間や先輩は、存在そのものが癒し、慰め、励ましになる。また、養育スキルの指導的役割を果たすことすらある。そこで、親向けの勉強会をスタッフの講義だけではなく、一部を親同士のバズ・セッションとしたり、先輩の親を招いて話をしてもらうことによって、ピア・カウンセリングやメンタリングの場としている (清水, 2008)。

インクルージョン強化支援として、各地の専門機関でよく行われるプログラムには、巡回などによる事例相談と、セミナーという 2 つの形がある。YRC でもこれらに力を入れてきたが、さらに新たな試みとして、インクルージョンを担う園の先生たちを対象とした技術講習を行うプログラムである「療育体感講座」を開発中である。上記の TREAT の療育場面を地域の幼稚園や保育所の先生たちに公開し、実技のモデル提示と演習を行う。

学齢期の子どもたちを対象として用意している

プログラム群は、学校教育の脇役として教育を支援するプログラムと、学校教育のなかで ASD の人たちが学びにくいことを補完するプログラムから構成される。教育への支援は、情緒通級教室の先生たちへの支援を柱として行っている。なかでも、市内の情緒通級教室の教師と地域療育センターの学齢期担当スタッフとが一堂に会して行う「合同事例検討会」を定期的で開催していることが特記される（清水ら，2002）。

学齢期以降の VISION のプログラム群のひとつとして、YRC では学校教育を補完する「COSST (Community Oriented Social Skills Training)」を開発している（日戸ら，2005）。小～中学生を対象とした基本的な自律スキルおよびソーシャルスキルを身につけるための「ひとりだちの教室」および「社会性とマナーの教室」がこれに含まれる。さらに、余暇活動および仲間づくり支援プログラムがいくつか開発されている。

7. ネスティング：計画的な集団化

以上、SAUCIAL プログラムの概要を紹介した。

最後に、コミュニティアケアを促進していくために筆者が考案した新たなキーワードを示す。それは、「ネスティング (nesting)」という言葉である（本田ら，2009）。ネスト (nest) は英語で「巣」、すなわち活動拠点を意味する。さらに、ネストには「入れ子式の器」という意味もある。コミュニティは1つではなく、全ての人が大小様々なコミュニティに属している。しかし、三次症状が出現してしまった ASD の人たちの多くは、自分の居場所となるコミュニティを持ち損なってしまったと考えられる。これを予防するためにも、ひとりひとりの ASD の人たちに対して、活動拠点となるサブ・コミュニティを計画的に新規作成し、コミュニティの中に入れ込んでいく、このプロセスが「ネスティング」である。

ネスティングは ASD の人たちの社会参加を促していく上で重要な治療戦略である。鍵となるのは、共通の認知発達と興味を介したサブ・コミュ

ニティづくりである。VISION の中で行われている余暇支援プログラムでは、共通の興味を介した活動拠点づくりがいくつか試みられている。男子の ASD の少年たちに多い鉄道趣味を介したサークルづくりや、女子に関心の高いダンスの教室などの余暇支援と仲間づくりのプログラム群が開設されている。このような、共通の興味を介したネスティングは、社会参加への意欲と達成感を高めることが期待される。まさに care in the communities, by the communities, そして of the communities という3つの側面のすべてを備えたコミュニティアケアのひとつの形であろう。

おわりに

以上、ASD のコミュニティアケア・システムづくりについて、筆者ら開発したシステム・モデルとその実践について述べた。コミュニティアケア・システムづくりは、それ自体が最先端の研究課題であるというのが筆者の持論である。少しでも多くの精神科医が、この領域に参入されることを願ってやまない。

文 献

- 1) Frith, U.: Autism: Explaining the Enigma, 2nd ed. Blackwell, Oxford, 2003
- 2) Hillery, G.A.: Definition of Community. Rural Sociology, 20; 111-123, 1955 (山口弘光訳：コミュニティの定義。都市化の社会学，増補版（鈴木広訳編）。誠信書房，東京，1978)
- 3) 本田秀夫：発達障害の長期経過。子どもの心の診療シリーズ1。子どもの心の診療入門（齊藤万比古総編集）。中山書店，東京，p338-343, 2009a
- 4) 本田秀夫：広汎性発達障害の早期介入ーコミュニティアケアの汎用システム・モデルー。精神科治療学，24: 1203-1210, 2009b
- 5) Honda, H., Shimizu, Y.: Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Autism, 6; 239-257, 2002
- 6) 本田秀夫，五十嵐まゆ子，日戸由刈ほか：就学前幼児の支援に関する検討ーその2：広汎性発達障害の支援

における「集団化」作業の理論化の試み一。厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業：ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究—支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成—平成 20 年度総括・分担研究報告書。p. 43-50, 2009

7) Honda, H., Shimizu, Y., Nitto, Y., et al.: Extraction and refinement strategy for detection of autism in 18-month-olds: a guarantee of higher sensitivity and specificity in the process of mass screening. *J Child Psychol Psychiatry* 50; 972-981, 2009

8) 日戸由刈, 清水康夫, 本田秀夫ほか: アスペルガー症候群の COSST プログラム—破綻予防と適応促進のコミュニティ・ケア—。臨床精神医学, 34: 1207-1216, 2005

9) 清水康夫: 発達障害の早期介入システム。発達障害研究, 30; 247-257, 2008

10) 清水康夫, 本田秀夫, 日戸由刈: AD/HD の心理社会的治療: 教育との連携, 教師への支援。精神科治療学, 17; 189-197, 2002

11) 清水康夫, 本田秀夫, 日戸由刈ほか: 「コミュニティ・ケア」を再考する—空間・主体・対象—。平成 14 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集 (2 年度班・初年度班)。p. 208-209, 2003

12) 清水康夫, 本田秀夫: 自閉症スペクトル障害の早期介入。精神科治療学, 18; 987-993, 2003

13) 清水康夫, 本田秀夫, 岩佐光章ほか: 高機能広汎性発達障害に生じうる反社会的行動の危機介入と予防的介入—幼児期における早期発見・早期療育から学齢期における学校への支援を含めた地域ケア・システムのあり方—。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業: 高機能広汎性発達障害にみられる反社会的行動の成因の解明と社会支援システムの構築に関する研究 (主任研究者: 石井哲夫) 平成 16 年度報告書。p. 108-111, 2005