

筑波大学審査学位論文（博士）

論文題目：知的障害者のメンタルヘルスの不調の実態と問題行動に対する行動
論的アプローチ ―公衆衛生予防モデルを用いた探索的検討―

人間総合科学研究科障害科学専攻

氏名：下山真衣

目 次

序 論

第1章 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動	1
第1節 知的障害の定義と疫学	1
第2節 メンタルヘルスの不調の定義	7
第3節 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動	9
第4節 知的障害者におけるメンタルヘルスの不調の有病率	14
第5節 まとめ	18
第2章 知的障害者のメンタルヘルスの不調への心理学的アプローチ	19
第1節 知的障害者のメンタルヘルスの不調への心理学的アプローチ	19
第2節 知的障害者の問題行動への行動論的アプローチ	25
第3節 知的障害者のメンタルヘルスの不調と公衆衛生予防モデル	37
第4節 まとめ	40
第3章 本研究の目的	41
第1節 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動に関する先行研究における課題	41
第2節 本研究の目的	42

本 論

第4章 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況と関連要因	45
第1節 知的障害者のメンタルヘルスのアセスメント尺度の開発（研究1）	45
第1項 問題と目的	45
第2項 方法	46
第3項 結果	47
第4項 考察	50
第2節 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生と支援状況（研究2）	52
第1項 問題と目的	52
第2項 方法	52
第3項 結果	53
第4項 考察	57

第3節	知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因（研究3）	60
第1項	問題と目的	60
第2項	方法	62
第3項	結果	63
第4項	考察	65
第4節	知的障害に関連する障害と精神疾患及び問題行動の発生（研究4）	68
第1項	問題と目的	68
第2項	方法	68
第3項	結果	71
第4項	考察	78
第5節	知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況のまとめ	81
第1項	知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況	81
第2項	知的障害のメンタルヘルスの不調の関連要因	81
第3項	まとめ	82
第5章	自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の問題行動に対する 行動論的アプローチ……………	83
第1節	自閉スペクトラム症を伴う知的障害児の示す激しい自傷・他害行動へのカリキュラム修正と前兆行動を利用したコミュニケーション支援（研究5）	84
第1項	問題と目的	84
第2項	方法	85
第3項	結果	92
第4項	考察	94
第2節	自傷行動を示す自閉スペクトラム症を伴う知的障害者への機能的アセスメントと余暇活動支援（研究6）	100
第1項	問題と目的	100
第2項	方法	101
第3項	結果	109
第4項	考察	114
第3節	大量飲水と他害行動を示す自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の健康管理と生活の質の向上（研究7）	117
第1項	問題と目的	117
第2項	方法	117
第3項	結果	123

第4項	考察	126
第4節	自閉スペクトラム症を伴う知的障害児のゲームに負けたときの感情マネジメント（研究8）	130
第1項	問題と目的	130
第2項	方法	131
第3項	結果	136
第4項	考察	138
第5節	自閉スペクトラム症を伴う知的障害児への感情マネジメントプログラムの開発（研究9）	141
第1項	問題と目的	141
第2項	方法	141
第3項	結果	151
第4項	考察	156
第6節	自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の問題行動に対する行動論的アプローチのまとめと今後の課題	159
第1項	自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の問題行動に対する行動論的アプローチと公衆衛生予防モデル	159
第2項	公衆衛生予防モデルの観点から生活を豊かにする介入を立案することの意義	163
第3項	まとめと今後の課題	164
 結 論		
第6章	総合考察と今後の課題	165
第1節	総合考察	165
第2節	今後の課題	177
 引用文献		
付 記		200
謝 辞		201
資 料		202

第1章

知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動

精神的・感情的・行動的健康は、知的障害の分野において最も関心の高いテーマの1つである (Dagnan & Lindsay, 2012; Emerson & Einfeild, 2011; Taylor & Knapp, 2013)。特に自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder: 以下, ASD) を伴う知的障害者には、精神症状 (感情制御) と問題行動 (自傷行動・他害行動) の関連性が指摘されており (Hemmings, Gravestick, Oickard, & Bouras, 2006)、メンタルヘルスの不調と問題行動に対する知的障害者のニーズに取り組むことは重要な課題である。しかしながらメンタルヘルスも含め、知的障害者の健康状態は一般人口に比べ良いとはいえない状況にあり、健康に対する治療や支援も一般の人が受けている状況と比較し、質的にも量的にも不平等な状況にある (Emerson & Hatton, 2014)。

本章では、はじめに、知的障害の定義と疫学について説明し、次に、知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の発生状況について概観する。そして、知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動との関連性について整理し、最終的に、メンタルヘルスの不調と問題行動を示す知的障害者への心理学的アプローチを外観し、公衆衛生予防モデルの必要性について考察する。

第1節 知的障害の定義と疫学

第1項 知的障害の定義と重症度

知的障害の定義は、知的障害、もしくは精神医学や保健に関連する団体・機関により次のように定義されている (表 1-1)。アメリカ知的・発達障害学会 (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: 以下, AAIDD) では、知的障害 (intellectual disability) を「知的機能および適応行動 (日常の社会的、実用的なスキルを網羅する行動) の双方の著しい制約によって特徴づけられる障害のことであり、この障害は 18 歳までに生じる」と定義している (AAIDD, 2010)。

表1-1 各団体・機関の知的障害の定義

組織・団体	知的障害の定義
アメリカ知的・発達障害学会 American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)	知的障害とは、知的機能および適応行動（日常の社会的、実用的なスキルを網羅する行動）の双方の著しい制約によって特徴づけられる障害のことである。この障害は、18歳までに生じる。
アメリカ精神医学会 American Psychiatric Association (APA)	知的能力障害は、発達期に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である。
世界保健機関 World Health Organization (WHO)	精神遅滞とは、発達期における巧緻性、認知、言語、運動といった全般的な知能水準に寄与する能力、および社会的な能力の障害によって特徴づけられる。精神発達の遅滞は、他のどのような精神的または身体的障害の有無にかかわらず起こり得る。IQについてはおよそ69以下の範囲。
文部科学省	知的障害とは、一般に同年齢の子供と比べて「認知や言語などにかかわる知的機能」が著しく劣り、「他人との意思の交換、日常生活や社会生活、安全、仕事、余暇利用などについての適応能力」も不十分であるので、特別な支援や配慮が必要な状態。

アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association: 以下, APA）では、知的能力障害（intellectual disability）を「発達期に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害」と定義している（APA, 2013）。

世界保健機関（World Health Organization: 以下, WHO）では、精神遅滞（mental retardation）を「精神の発達停止あるいは発達不全の状態であり、発達期における巧緻性、認知、言語、運動といった全般的な知能水準に寄与する能力、および社会的な能力の障害によって特徴づけられる」と定義している（WHO, 1992）。

最後に、文部科学省（2013）は、「一般に同年齢の子供と比べて『認知や言語などにかかわる知的機能』が著しく劣り、『他人との意思の交換、日常生活や社会生活、安全、仕事、余暇利用などについての適応能力』も不十分であるので、特別な支援や配慮が必要な状態」と知的障害を定義している。

これらの団体・機関において共通となる知的障害の概念は、「発達期に生じ、知的機能と適応行動の両方に著しい困難が伴う」ということである。本論文においては、この概念を用いて知的障害とした。なお、英語圏の先行研究においては知的障害について、" intellectual disabilities " だけでなく " learning disabilities " " developmental disabilities " という用語を用いるため、それらの用語も文脈から知的障害と判断できるものについては、本研究では知的障害とした。

知的障害の重症度については、かつては知的水準による分類がよく用いられていた（小島, 2010）。例えば、DSM-IV-TR（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision）（APA, 2000）では、知的機能障害の水準を反映した重症度として、軽度を IQ（intelligence quotient）レベル 50-55 からおよそ 70、中等度を IQ レベル 35-40 から 50-55、重度を IQ レベル 20-35 から 35-40、最重度を IQ レベル 20-25 以下と定義している（表 1-2）。

しかしながら、知的水準による分類は国際的に広く普及している一方で、知的障害の概念である適応行動についての観点を満たしていなかった（小島, 2010）。このような課題を背景とし、AAIDD の前身である AAMR（American Association on Mental Retardation）は、知的障害の定義と診断・分類法を刊行し、知的障害についてその人の現在の生きる力、およびその力を伸ばすために必要な環境の支援を記述すべきであると新しい定義を提案した（AAMR, 1992; AAMR, 2002）。表 1-3 には支援レベルに基づく分類（Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig, Reeve, Schalock, Snell, Spitalnik, Spreat, & Tassé, 2002）を示した。DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition）

表1-2 知的機能のレベルに基づく分類

軽度	IQレベル	50-55からおよそ70
中等度	IQレベル	35-40から50-55
重度	IQレベル	20-35から35-40
最重度	IQレベル	20-25以下

出典：DSM-IVTR (American Psychiatric Association, 1994) p.41より作成

表1-3 支援レベルに基づく分類

一時的な	支援は必要な時だけに限る。常に支援を必要としているわけではなく、人生の移行期において短期の支援を必要とするもの。
限定的な	支援の程度は、時間的一貫性があって、一定期間だけのものである。しかし、一時的なものではない。
長期的な	少なくともいくつかの環境（職場とか家庭）で定期的な関与が必要な程度の支援。
全般的な	さまざまな環境で、恒常的に強力な支援が必要な程度で、生命維持のたぐいが必要な可能性もある。

出典：Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports 10th ed. (Luckasson et al., 2002) p. 152より作成

(APA, 2013) においても DSM-IVのような知的機能水準のみを反映した分類方法から変更され、知的機能と適応行動の状態に基づいて重症度を分類するようになった。

第2項 知的障害の疫学

知的障害の原因に関連するリスク因子は 350 以上見つかっており (Dykens, Hodapp, & Finucane, 2000)、近年では多因子的な試みによってその原因を検討する必要があると考えられている (AAMR, 2002)。AAIDD (2010) は、出生前・周産期・出生後の 3 つ時期と、生物医学的・社会的・行動的・教育的の 4 つの因子によって知的障害の原因や危険因子を分類している。

「生物医学的な危険因子」は、出生前だと例えば染色体や遺伝子障害、代謝障害、母親の疾患で、周産期は未熟児や分娩外傷、出生後は外傷性脳損傷、栄養不良、髄膜脳炎などである。「社会的な危険因子」は、出生前は貧困、母親の栄養不良、ドメスティックバイオレンスなどで、周産期は出産時の医療等の利用の欠如で、出生後は不適切な養育、適切な刺激の欠如などである。「行動的な危険因子」は、出生前は親の薬物やアルコールの使用、周産期は親による世話の拒否や放棄、出生後は子どもへの虐待、ドメスティックバイオレンスなどである。「教育的危険因子」は、親に認知能力障害があり、それに対する支援がないこと、周産期は退院時の医療的紹介の欠如、出生後は不適切な育児、診断の遅れ、早期介入サービスの不適切さなどが挙げられる。

一方、従来から知的障害の原因について、生理型（知能を形成する遺伝子の組み合わせの問題のみで、特異な病理規制は存在しない）と病理型（一定の遺伝子疾患と外因性を含めるタイプ）に分類する考え方がある（水田, 2002）。最近では、軽度知的障害と最重度知的障害は質的に異なる疾患であり、その不連続性について一定の証明を示した研究がある。この研究では、100 万人以上の兄弟姉妹とおおよそ 8,000 人以上の双生児の情報を再分析し、軽度知的障害は他の IQ 分布層と同じ遺伝的、環境的影響によって引き起こされていた一方で、最重度の知的障害は軽度の知的障害と質的に異なった影響によって引き起こされていたことが示された（Reichenberg, Cederlöf, McMillan, Trzaskowski, Kapra, Fruchter, Ginat, Davidson, Weiser, Larsson, Plomin, & Lichtenstein, 2016）。

従来、知的障害の有病率については、定義内容、診断手法、調査対象、調査地域などによって差異があるものの 2%～3%と程度と考えられていた（梅谷, 2002）。近年発行された DSM-5 においては、知的障害の有病率は一般人口全体の約 1%としている（APA,

2013)。同様に、知的障害の有病率に関する先行研究をメタ分析したレビューでは、1,000 人につき 10.37 人という結果であった (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena, 2011)。さらに Maulik et al. (2011) は、各国の経済状況によって知的障害の有病率が有意に変動することを報告しており、低所得国では 1000 人につき 16.41 人 (95%信頼区間 11.14 人～21.68 人)、中所得国では 15.94 人 (95%信頼区間 13.56 人～18.32 人)、高所得国では 9.21 人 (95%信頼区間 8.46 人～9.96 人) であった。WHO (2001) は、発展途上国では出生時の酸素欠乏と脳の損傷が原因となった知的障害の発生がより多いことを指摘している。知的障害の発生に関しては、その子どもが生まれた国自体の経済状況もしくは医療がどの程度受けられるかによって、数値が変動することがわかってきている。一方、知的障害の程度の割合については、軽度がおおよそ 85%、中等度が 10%、重度が 3～4%、最重度が 1～2%とされており (APA, 2000)、知的障害の知的水準の分布において大多数は軽度である。

第2節 メンタルヘルスの不調の定義

第1項 メンタルヘルスの定義と国内の課題

世界保健機関（WHO, 2017）は、メンタルヘルスを「個人が自分の能力を発揮し、生活上の通常のストレスに対処し、生産的で有意義に働き、地域社会に貢献できる良好で安心した状態」と幅広く定義している。厚生労働省（2012）は、国民の健康増進の総合的な推進を図ることを目的とする「健康日本 21（第二次）」において、社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体健康と共に重要なものがこころの健康であり、その健全な維持は個人の生活の質を大きく左右するものと指摘し、これらへの対策について基本的方針に入れている。このことは「健康日本 21（第一次）」の総括（厚生労働省, 2011）において指摘された国民のメンタルヘルスの不調に対する課題への反省から発展したものである。われわれの健康や生活の質を考える上で、メンタルヘルスを維持・増進すること、メンタルヘルスの不調を改善・予防することは重要な課題である。

第2項 メンタルヘルスの不調の定義

一方、メンタルヘルスの不調は狭義には精神疾患を指し、広義には精神疾患に至らなくても強い悩みなどのこころの問題を指す。英語圏においてメンタルヘルスの不調は "metal ill health" " mental health problem " " mental disorder " など文献によって複数の用語が使用されている。精神疾患の定義は、例えば DSM-5（APA, 2013）では、「精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能不全を反映する個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴づけられる症候群」と定義されている。

これら精神疾患には、知的障害や ASD などの神経発達障害群を除くと、統合失調症スペクトラム障害、双極性障害、抑うつ障害、不安障害、強迫性障害、心的外傷、解離性障害、身体症状症、食行動および摂食障害、排泄障害、睡眠－覚醒障害、性機能不全、性別違和、秩序破壊的・衝動制御・素行障害、物質関連障害および嗜癖性障害、神経認知障害、パーソナリティ障害、パラフィア障害、その他の精神疾患が含まれる。

メンタルヘルスの不調について広義に定義しているものとしては、厚生労働省・独立行政法人労働者健康安全機構(2017)の職場における「心の健康づくり」が挙げられる。ここでは、メンタルヘルスの不調について、「精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含む」と定義されている。上述した精神疾患よりも広範囲の定義となっているが、定義を構成する基本的要素は変わらないといえる。

本研究では、メンタルヘルスの維持や増進の視点から、メンタルヘルスの不調について精神疾患のみを取り扱うだけでなく、「心身の健康、社会的な生活および生活の質に影響を与える可能性がある精神的および行動上の問題」を取り扱う、広義の定義を用いることにする。

第 3 節 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動

第 1 項 知的障害者のメンタルヘルスの不調の把握

知的障害者も一般人口と同様にメンタルヘルスの不調を示すが（Cooper, Smiley, Finlayson, Jackson, Allan, Williamson, Mantry, & Morrison, 2007a; Taylor, Hatton, Dixon, & Douglas, 2004; Taylor & Knapp, 2013）、知的障害者のメンタルヘルスの不調を適切に把握することは容易ではない。なぜなら、DSM-5 や ICD-10 によるメンタルヘルスの不調の診断は一般的な能力を持つ人を想定して診断基準が発展してきており、精神疾患の診断の定義やその診断基準が、そのまま知的障害者にも適用可能であるかは明らかになっていないためである（Hatton & Taylor, 2013）。

DSM-5 や ICD-10 の診断や分類方法は、患者が一定の言語能力を持っていることを想定している。例えば、統合失調症における妄想や幻覚などの内的な体験は、患者の発言があって初めて把握されるため、妄想や幻覚について話す、もしくは話す以外の方法で表現することが必要となる。Cooper, et al. (2007a) は、統合失調症の診断基準である妄想や幻覚は患者である知的障害者本人の自己報告を解釈することでのみ正確に判断することができ、他者による行動観察では正確には判断できないことを指摘している。つまり、言語能力に制限があり、そのほかの代替的なコミュニケーション手段を持っても、自身の妄想や幻覚について表現できない知的障害者の診断については困難になり、DSM-5 や ICD-10 の診断基準がそのまま適用できないことが考えられる。

知的障害者の精神疾患を診断する基準として、知的障害／精神遅滞のある成人のための精神疾患診断基準（Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities / Mental Retardation: 以下, DC-LD）（Royal College of Psychiatrists, 2001）や知的障害のための診断の手引き（Diagnostic Manual - Intellectual Disability: 以下, DM-ID）（Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007）が開発されているが、未だこの診断基準は多くの研究者から合意が得られた基準とは言い難い状況にある（Cooper, Melville, & Einfeld, 2003; Fletcher, Havercamp, Ruedrich, Benson, Barnhill, Cooper, & Stavrakaki, 2009）。現在、DSM-5 に準拠した DM-ID2（Fletcher, Barnhill, & Cooper, 2016）が出版され、知的障害者の精神疾患に関する診断基準の検討が継続的に行われている状況である。先行研究の分析から見出された知的障害者が示す症状や、言語能力の制約の大きい重度から最

重度の知的障害者の診断のあり方や、情報提供者の情報の活用の方法などについて議論が続いている。

このように精神医学においては、知的障害者のメンタルヘルスの不調を診断する基準は未だ開発の途上にあるが、福祉サービスにおいてもこの領域に関する懸念が指摘されている。その懸念とは、知的障害者が問題行動を示した場合、知的障害者に介護やサービスを提供する人たちが、メンタルヘルスの不調の枠組みではなく、知的障害の特性に由来するものと判断する傾向にあるという点である (Taylor & Knapp, 2013)。これは診断の過剰投影 (diagnosis overshadowing) とも呼ばれており、知的障害者のメンタルヘルスの不調が適切に把握されていない事態として批判されている。この診断の過剰投影については、第3章で詳しく述べる。

第2項 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動

1. 問題行動の定義

海外の大規模調査では、メンタルヘルスの不調において問題行動が半分を占めており (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007b)、知的障害者のメンタルヘルスの不調を考える上で、問題行動は欠かせない領域である。

問題行動や行動障害、不適切行動、逸脱行動はそれぞれ異なる定義があるわけではなく、時代や学問的背景によって使用されている用語である (肥後, 2000)。さらに、これらの用語の概念は、精神科領域における正式な診断名でなく、臨床的な概念として知的障害者や発達障害者が示す破壊的行動、多動、他傷、自傷、異常な習慣、常同行動などを意味している (肥後, 2000)。

北米やイギリスにおいても問題行動は、" problem behavior " " challenging behavior " " disturbed behavior " " aberrant behavior " " maladaptive behavior " と多くの用語が存在する。これらの用語において " challenging behavior " は「その人や他人の身体的な安全性が深刻な危険にさらされるような強さ、頻度を持つ持続した行動で、通常の地域の公共施設へのアクセスや利用を著しく制限するか遅延させるような行動」と定義される (Emerson and Einfeld, 2011)。そして、" challenging behavior " はこれらの定義が示す内容だけでなく、「問題行動の原因が知的障害者の方にあるのではなく、今あるサービスに対する課題 (challenge) を表していることを強調した (Emerson and Einfeld, 2011)」用語として 30 年以上欧米で用いられてきた歴史がある。その他、" disturbed behavior " は、問題行動以外に行動障害と訳されることもあり、" aberrant behavior " は異常行動、

maladaptive behavior が不適応行動と訳されることがある。

2. 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の関連性についての先行研究

知的障害者の示すメンタルヘルスの不調と問題行動の関係は複雑で、明らかになっていない (Hatton & Taylor, 2013)。それぞれの先行研究によって関連性がある場合とない場合が報告されている。例えば DC-LD では抑うつ障害の症状として問題行動を含むが、DM-ID では含まれていないことが指摘されている (Melville, Johnson, Smiley, Simpson, Purves, McConnachie, & Cooper, 2016)。以下では、メンタルヘルスの不調と問題行動の関連性を扱った先行研究をまとめる。

Moss, Emerson, Kiernan, Turner, Hatton, and Alborz (2000) は、320 名の知的障害者を対象にメンタルヘルスの不調 (不安障害、抑うつ障害、双極性障害、統合失調症) と問題行動 (攻撃行動、物品の破壊行動、自傷行動、そのほかの容認できない行動) の連関について分析した。その結果、抑うつ障害と双極性障害を示す知的障害者はより重度の問題行動を示すことがわかった。一方、無発語の知的障害者は自傷行動と有意な連関があった。Moss et al. (2000) の研究からは、問題行動はメンタルヘルスの不調と関連する場合と、知的障害自体の特性 (言語能力の制限) と関連する場合があることが考えられる。

Taylor (2010) は、知的障害者 740 人を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングツールである知的障害のある成人のための精神医学的評価目録チェックリスト (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability Checklist: 以下, PAS-ADD チェックリスト) (Moss, Prosser, Costello, Simpson, Patel, Rowe, Turnel, & Hatton, 1998) を用いて問題行動との関連を分析した。結果として問題行動とメンタルヘルスの不調の得点間の相関係数は有意であったが、弱い相関であった。

Sturmey, Laud, Cooper, Matson, and Fodstad (2010) や Melville et al. (2016) は、知的障害者の抑うつ障害の症状として問題行動を含めることには否定的な結果を示したが、この結果はメンタルヘルスの不調と問題行動自体の関連を否定するものではなかった。Melville et al. (2016) の調査では、知的障害者の感情調節不全と問題行動が同じ次元に含まれることを指摘している。

国内において知的障害者の精神疾患と問題行動を関連について検討した研究として、菅野 (2005) がダウン症の青年・成人の急激退行について言及している。菅野 (2005) によれば、急激退行は「20 歳前後のダウン症候群に発症し、日常生活の適応水準の低下が急激に生じるもの。具体的には、急に元気がなくなり、引きこもりが始まり、日常

生活のさまざまな適応に困難や支障が生じるもの(なお、特定の疾病診断を受けた者は除く)」と定義され、原因や発症のメカニズムはまだ解明されていないという。菅野(2005)は急激退行の原因や発祥に関する仮説として、「器質性痴呆の初期症状であり、それにうつ病様状態が随伴したもの」「うつ病あるいは初老期うつ病の初期症状であり、それに仮性痴呆様状態が随伴したもの」「思春期から成人期への移行期 に心理的ストレスがかかり生じた抑うつ状態」の3つあげている。いずれも、精神疾患(認知症、うつ病、抑うつ状態)と問題行動(退行)の関連性を指摘している。

以上のように、知的障害者の示すメンタルヘルスの不調と問題行動の関係性は明らかになっていないものの、知的障害者の示す一定の問題行動は、メンタルヘルスの不調の兆候や症状の一環である可能性が指摘されている(Rojahn & Meier, 2009)。しかしながら、知的障害者の問題行動は、問題行動のみに焦点化されることが多いため、その行動がメンタルヘルスの不調の一環として周囲の人たちに認知されてない場合がある(Taylor & Knapp, 2013)。最近の研究では、知的障害者が精神疾患であるにも関わらず、単なる問題行動として診断されることが課題となっている。そのような状況を「診断の過剰投影(diagnostic-overshadowing)」と呼び、知的障害者の精神疾患について適切な診断や治療・支援が行われていない状況に対する批判が高まっている(Perry, Cooray, Mendis, Purandare, Wijeratne, Manjubhashini, Dasari, Esan, Gunaratna, Naseem, Hoare, Chester, Roy, Devapriam, Alexander, & Kwok, 2018; Reiss & Szyszko, 1983)。知的障害者の問題行動について、知的障害の特性(言語能力の制約)を由来するものとメンタルヘルスの不調を由来とするものとで分けることが可能であれば、将来的に知的障害者への介入・支援の向上につながる可能性がある。

3. 自閉スペクトラム症を伴う知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の関連性

イギリス王立精神科医学会(Royal College of Psychiatrists)とイギリスかかりつけ医学会(Royal College of general practitioners)が共同議長を務めている Joint Commissioning Panel for Mental Health(以下, JCPMH)(2013)は、知的障害があり、かつメンタルヘルスの不調と問題行動を示す ASD の有病率の高さについて言及している。

ASD を伴う知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動について、Hemmings et al. (2006) は知的障害者 214 名を対象に「PAS-ADD チェックリスト」と「障害アセスメント目録」(Disability Assessment Schedule, DAS)(Holmes, Shah, & Wing, 1982)を用い

て、ASD の特性とメンタルヘルスの不調と問題行動の症状の関連性を調査した。その結果、ASD の特性とメンタルヘルスの不調の兆候から、より重度の問題行動が予測できることを見出している。

Felce, Kerr and Hastings (2009) は、312 名の知的障害者を対象に適応行動と ASD の特性の要因をコントロールしつつ、メンタルヘルスの不調と問題行動の関連性について調査した。この研究では、知的障害者のメンタルヘルスの不調のスクリーニングができる「PIMRA」(Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults：精神遅滞の成人の精神病理検査)(Matson, 1988)と問題行動のアセスメントができる「逸脱行動チェックリスト」(Aberrant Behavior Checklist)(Aman & Singh, 1986)を用いて回帰分析を行なった。その結果、問題行動の発生はメンタルヘルスの不調の得点が閾値以上であった人より高いことが示された。問題行動は知的障害者のメンタルヘルスの不調の診断マーカーとして非常に有効であった。知的障害のみの対象者の問題行動とメンタルヘルスの不調の相関は 0.48 で、ASD を伴う知的障害のある対象者では 0.32 であった (Felce et al., 2009)。

これらの結果から、知的障害者や ASD を伴う知的障害者の示すメンタルヘルスの不調と問題行動には相関関係がある可能性が高いことは先行研究において共通項である。しかしながら相関係数には程度の差があり、検討が必要である。先行研究の結果からは、メンタルヘルスの不調と問題行動にはかなりの共通点があるが、共通していない部分もあることがいえる。たとえば、ASD を伴う知的障害者の問題行動は、メンタルヘルスの不調との強い関連性を示している場合もあれば、言語能力の制限と強い関連性を示している場合もある。いずれにせよ、臨床的な課題として知的障害者の中でも、ASD がある場合、メンタルヘルスの不調や問題行動に対する治療や支援のニーズが高い可能性に着目し、検討する必要がある。

第 4 節 知的障害者におけるメンタルヘルスの不調の有病率

前節では、知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の関連性について述べた。本節では、知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動の発生状況や有病率（prevalence）に関して整理する。

第 1 項 一般人口におけるメンタルヘルスの不調の有病率

近年、国際的かつ大規模に行われたメンタルヘルスの不調に関する研究としては、WHO の研究の一環として行った Kessler, Angermeyer, Anthony, De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, Gasquet, De Girolamo, Gluzman, Gureje, Haro, Kawakami, Karam, Levinson, Medina Mora, Oakley Browne, Posada-Villa, Stein, Adley Tsang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Lee, Heeringa, Pennell, Berglund, Gruber, Petukhova, Chatterji, and Ustün（2007）の調査が有名である。この研究では、メンタルヘルスの不調として、気分障害、不安障害、物質関連障害の有病率を調査している。なお、統合失調症や認知症は調査対象外であることに留意する必要がある。この研究で Kessler et al.（2007）は、日本の一般人口のメンタルヘルスの不調の生涯有病率（lifetime prevalence）を 18.0%と報告している。この研究とともに実施された日本の一般人口のメンタルヘルスの不調の時点有病率（point prevalence）は 8.8%であった（Kawakami, Takeshima, Ono, Uda, Hata, Nakane, Iwata, Furukawa, & Kikkawa, 2005）。

日本以外の国では、一般人口のメンタルヘルスの不調（気分障害、不安障害、物質関連障害）の生涯有病率と時点有病率は、アメリカで 47.4%（Kessler et al., 2007）と 26.2%（Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005）、ヨーロッパで 25.0%と 9.6%（Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson, de Girolamo, de Graaf, Demyttenaere, Gasquet, Haro, Katz, Kessler, Kovess, Lépine, Ormel, Polidori, Russo, Vilagut, Almansa, Arbabzadeh-Bouchez, Autonell, Bernal, Buist-Bouwman, Codony, Domingo-Salvany, Ferrer, Joo, Martínez-Alonso, Matschinger, Mazzi, Morgan, Morosini, Palacín, Romera, Taub, & W. A. M. Vollebergh, 2004a）、中国では 13.2%（Kessler et al., 2007）と 7.0%（Shen, Zhang, Huang, He, Liu, Cheng Tsang, Lee, Kessler, 2006）であった。ヨーロッパにおいては、国によって有病率が異なり、例えばフランスの生涯有病率は 37.9%であるが、ドイツでは 25.2%、イタリアでは 18.1%

であった (Kessler et al., 2007)。メンタルヘルスの不調の有病率はそれぞれの国で大きく異なり、アメリカ、ヨーロッパ、東アジア地域における傾向の違いについて留意する必要がある。

第2項 知的障害者におけるメンタルヘルスの不調の有病率

知的障害者のメンタルヘルスの不調の有病率は、その手法や、調査対象となった母集団、時点有病率か生涯有病率か、問題行動を含めるかどうかによって大きく異なる (Kerker, Owens, Zigler, & Horwitz, 2004; Cooper et al., 2007b; Taylor & Knapp, 2013)。近年では、イギリスを中心に知的障害者のメンタルヘルスの不調の有病率に関する調査が精力的に行われており、その手法は精神科医による臨床診断か、スクリーニング検査を用いるか、もしくは両方を用いる方法が取られている。表 1-4 には、大規模に実施された知的障害児者のメンタルヘルスの不調の有病率に関する研究をまとめた。

Smiley (2005) は、集団ベース研究 (population-based study) を用いて知的障害者のメンタルヘルスの不調の先行研究を調査・分析したところ、統合失調症 3%、双極性障害 1.5%、うつ病 4%、不安障害 6%、特定の恐怖症 6%、広場恐怖 1.5%、強迫性障害 2.5%、65 歳以上の人の認知症 20%、ASD 7%、問題行動 10~15%であったと報告している。

知的障害者のメンタルヘルスの不調についての Cooper et al. (2007b) による臨床診断の大規模調査においては、メンタルヘルスの不調の時点有病率は 40.9%で、問題行動と ASD を除くと有病率は 22.4%であった。それぞれの疾患別の有病率は、精神病性障害 4.4%、感情障害 6.6%、不安障害 3.8%、強迫性障害 0.7%、器質性障害 2.2%、アルコール・物質使用障害 1.0%、異食 2.0%、睡眠障害 0.6%、ADHD 1.5%、ASD 7.5%、問題行動 22.5%、人格障害 1.0%、その他のメンタルヘルスの不調 1.4%であった。Cooper et al. (2007b) は、知的障害者のメンタルヘルスの不調は、問題行動が非常に高い割合を占めること、精神病性障害つまり統合失調症の有病率が一般と比べて非常に高いことを指摘した。

一方、「PAS-ADD チェックリスト」というスクリーニング検査を用いた Taylor et al. (2004) の大規模調査では、メンタルヘルスの不調の閾値を超えている知的障害者の割合は、20.1%であった。器質性障害、感情障害、精神病性障害のそれぞれにおいて閾値以上を示した人の割合は、器質性障害 3.9%、感情障害 14.0%、精神病性障害 10.2%だった。この研究においても精神病性障害の閾値を超えた人の割合の高さが指摘されている。ただし、Taylor et al. (2004) の調査はスクリーニング検査を用いており、この数値をそのま

ま有病率とみなすことには注意が必要である。

知的障害児と知的障害のある青年のメンタルヘルスの不調の有病率については、Einfeld, Ellis, and Emerson (2011)がシステマティックレビューを行なっている。結果として、知的障害児と知的障害のある青年のメンタルヘルスの不調の有病率は 30%~50%、知的障害のない児童と青年は 8%~18%であった。知的障害児のメンタルヘルスの不調を示すリスクは、知的障害のない児童に比べ 2.8~4.5 倍であった(Einfeld et al., 2011)。Einfeld, Piccinin, Mackinnon, Hofer, Taffe, Gray, Bontempo, Hoffman, Parmenter, & Tonge (2006)は、知的障害とメンタルヘルスの不調（問題行動を含む）のある子どものうち、3分の2がそのまま成人になっても継続してメンタルヘルスの不調を抱えていることを報告している。

このように、知的障害者のメンタルヘルスの不調の有病率は、一般人口と比べ、高いか同等程度であることが近年明らかになってきた。しかしながら、わが国における知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況についてはほとんど研究がされておらず、メンタルヘルスの不調への支援に対するニーズも不明なままである。

次に、知的障害者の問題行動の有病率を調査した先行研究を概観する。近年の大規模な調査研究では、Crocker, Mercier, Lachapelle, Brunet, Morin, and Roy (2006) が知的障害者 3,165 名のうち 51.8%が攻撃行動を示したことを報告している。Cooper et al. (2007b) は、「C21st Health Check- II」(UCEDD, 2006) を用いて、1,023 名のうち 22.5%が問題行動を示したことを報告している。これらの研究は、メンタルヘルスの不調全体の有病率と同様、その手法や調査対象となった母集団によって数値が大きく変動している。そのような課題を検討した上で実施された最近の研究では、知的障害者のうち 18.1%で問題行動が示された (Bowring, Totsika, Hastings, Toogood, & Griffith, 2017)。

わが国では、神奈川県 (2018) が県内の福祉施設を利用している知的障害児者 16,344 名を対象に、強度行動障害を伴う人の人数を調査している。「強度行動障害判定基準 (新基準)」により 10 点以上の行動障害と判定された人は、知的障害者 11,483 名中 1,193 名で、10.4%であった。知的障害児では 4,861 名中 117 名で、2.4%であった。知的障害児者の合計では、16,344 名中 1,310 名で、8.0%であった。このように、知的障害者のメンタルヘルスの不調において問題行動は有病率が高く、国際的にも大きな課題であるといえる。

表1-4 知的障害児者のメンタルヘルスの不調と問題行動の有病率

	研究参加者人数	有病率(%)	対象者	調査方法	備考
メンタルヘルスの不調の有病率					
Taylor et al. (2004)	1155	20.1	成人 (17歳-97歳)	PAS-ADD チェックリスト (スクリーニング検査)	問題行動は含まない
Cooper et al. (2007b)	1023	40.9	成人 (16歳以上)	DC-ID (臨床アセスメント)	問題行動と自閉症と含めないと有病率は22.4%
Emfeld et al. (2011)		30-50	子どもと青年 (5歳-20歳)	システムティックレビュー	問題行動を含む
問題行動の有病率					
Crocker et al. (2006)	3165	51.8	成人 (18歳以上)	顕在攻撃行動尺度(Overt Aggression Scale) (スクリーニング検査)	
Cooper et al. (2007)	1023	22.5	成人 (16歳以上)	DC-ID (臨床アセスメント)	
Bowring et al. (2017)	265	18.1	成人 (18歳以上)	行動問題目録(Behavior Problems Inventory) (スクリーニング検査)	
神奈川県 (2018)	16344	8.0	子どもから成人 (5歳-80歳以上)	強度行動障害判定基準 (新基準) 行動関連項目	成人の有病率10.4%、子どもの有病率2.4%

第5節 まとめ

知的障害者のメンタルヘルス不調について、欧米の研究では一般の人と同程度かそれ以上発生していると報告されている。先行研究では、生涯有病率は問題行動を含めるとおおよそ 40~50%程度である。問題行動を含めない場合の有病率は 20%前後であった。しかしながら、知的障害者のメンタルヘルスの不調の診断や判断は困難で、コンセンサスの取れていない領域がある。メンタルヘルスの不調の中に問題行動を含めるかどうかは、未だ議論が続いている状況である。しかしながら先行研究を概観したところ、現時点では問題行動はメンタルヘルスの不調に直接関連している場合と、関連してない場合があると考えられる。いずれにせよ、知的障害者のメンタルヘルスを考える上では、メンタルヘルスの不調や問題行動についての心理学的な支援のニーズは高いといえる。しかしながら、国内における知的障害者のメンタルヘルスの不調に関する発生状況は不明であり、メンタルヘルスの不調に関する支援のニーズも明らかになっていない状況である。

第2章

知的障害者のメンタルヘルスの不調への心理学的アプローチ

メンタルヘルスの不調は、一般人口と同様に知的障害者にも生起する。しかしながら、知的障害者のメンタルヘルスの不調は察知されず、治療もされない状況がしばしば存在する（Taylor, Lindsay, Hastings, & Hatton, 2013）。Taylor and Knapp（2013）は、このような状況が発生する理由として、知的障害者のメンタルヘルスの不調に対する周囲の人たち（施設職員や心理士）の知識と意識の低さ、メンタルヘルスの不調のある知的障害者に心理療法を提供する心理士のネガティブな態度、知的障害者のメンタルヘルスの不調への心理学的アプローチに関する科学的な根拠の少なさ、などを挙げている。

このような状況がありつつも、欧米ではメンタルヘルスの不調を示す知的障害者への心理学的アプローチに関する研究が最近増えてきている。以下では、知的障害者のメンタルヘルスの不調に対する心理学的アプローチの課題とこれまでの研究を概観し、その課題を検討する。

第1節 知的障害者のメンタルヘルスの不調への心理学的アプローチ

第1項 知的障害者のメンタルヘルスの不調に対する支援者の意識

Reiss, Levine, and McNally（1982）は、知的障害者がメンタルヘルスの不調を示すと、心理士や介護スタッフはそれが心理社会的な問題から生じていると判断するよりも、知的障害の症状と判断する傾向にあることを指摘している。これらの問題は、診断の過剰投影として後に多くの研究で指摘されている（例えば, Mason & Scior, 2004; Reiss et al., 1982; Smith & Matson, 2010; Spengler, Walker, & Look, 1995; Strømme, & Diseth, 2000; Taylor & Knapp, 2013）。このような診断の過剰投影があることで、メンタルヘルスの不調を示す知的障害者は、メンタルヘルスの不調について周囲の人たちから適切に把握されず、それゆえ適切な支援やサービスを受けられていないことが考えられる。

さらにメンタルヘルスの不調に関連する支援やサービスを知的障害者が受けにくい背景として、知的障害者がサービスの狭間においておかれてしまう状況が挙げられる。メンタルヘルスの不調を示す知的障害者に対して、知的障害者向けの福祉サービス提供者は「精神疾患のある人向けの福祉サービス提供者がサービス提供すべき」と考えており、精神疾患のある人向けの福祉サービス提供者は「知的障害者向けの福祉サービス提供者がサービスを提供すべき」と考えていることが指摘されている (Reiss et al., 1982)。このように知的障害と精神疾患の多重診断 (dual diagnosis) を受けた人に対して、その支援やサービスを知的障害の問題のみに限定して考えたり、精神疾患の問題のみに限定して考える傾向が従来では存在した。そのため、メンタルヘルスの不調を示す知的障害者には複合的なニーズがあるにも関わらず、それらのニーズに適応したサービス提供がなされていないという批判がされてきた (Taylor & Knapp, 2013)。

さらに 1993 年には、Mike Bender は「治療の蔑視 (therapeutic disdain)」という言葉を用いて、心理士が知的障害者は内省する認知能力を持たないため、心理療法には向かないと思い込んでいる現状を強く批判した (Bender, 1993)。Prout and Strohmer (2003) は、精神保健センターや個人開業の相談室で知的障害者がカウンセリングや心理療法を徐々に受けられるようになっている一方で、かなりの頻度で知的障害者にカウンセリングや心理療法を提供することを拒絶する心理士がいることを指摘している。日本国内においても、知的障害者を対象とした個人の心理療法やカウンセリングの研究の少なさから、同様の状況がある可能性は否めない。

しかしながら欧米では、近年これらの考え方に変化が生じてきている。知的障害者のメンタルヘルスの不調に対する研究は増加し続けており、知的障害者向けのメンタルヘルスの不調のアセスメントや心理療法の開発が進められている最中である (Hatton & Taylor, 2013)。一方、国内においては、知的障害者のメンタルヘルスの不調について個別かつ心理的な支援について問題行動以外では検討した研究は数少ない (例えば、岩佐, 2016 ; 圓山・岡田, 2017)。

第2項 知的障害者のメンタルヘルスの不調のアセスメント

本項では、現在までに知的障害者向けに開発されたメンタルヘルスの不調のアセスメントについて概観する。これらのアセスメントは、知的障害者に自己報告させるもの、家族や介護者に情報提供させるもの、メンタルヘルスの不調全般か特定のメンタルヘルスの不調について尋ねるのかに分類することができる (Hatton & Taylor, 2013)。

メンタルヘルスの不調全般について情報提供者に評価させる有名なアセスメントには、Moss, Prosser, Costello, Shimpson and Patel (1996) の「The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities Checklist」(以下, PAS-ADD チェックリスト) や Prosser, Moss, Costello, Simpson, and Patel (1997) の「mini PAS-ADD インタビュー」などの PAS-ADD アセスメントがある。PAS-ADD チェックリストでは、「器質性疾患の可能性」、「感情障害もしくは神経症性障害」、「精神病性障害」の3領域から知的障害者のメンタルヘルスの不調をスクリーニングできる。質問は知的障害者の介護者や家族が回答できるように設計されていて、対象となる知的障害者の最近4週間の行動について4件法で回答する。PAS-ADD チェックリストは各国で使用され、その信頼性が確認されてきた(例えば, Gerber & Galli Carminati, 2013; Martorell, González, Gutiérrez, Rincón, & Núñez-Polo, 2017; Moss et al., 1998; Sturmey, Newton, Cowley, Bouras, & Holt, 2005; Zeilinger, Weber, & Haveman, 2011)。PAS-ADD チェックリストはスクリーニング検査としての機能だけでなく、過去2年間におけるライフイベントについても尋ねる項目がある。そのため、対象となった知的障害者がどのようなライフイベントを経験してきたかを知ることとも可能である。

この他に、知的障害者自身がメンタルヘルスの不調について自己報告するアセスメントとして「Brief Symptom Inventory」(Derogatis, 1993; Kellett, Beail, Newman, & Frankish, 2003; Kellett, Beail, Newman, & Hawes, 2004)があり、これは一般集団向けに作られたものを知的障害者向けに修正したものである。また、「ベック抑うつ質問票」(Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)を知的障害者向けに修正したものも開発されている(Helsel & Matson, 1998; Kazdin, Matson, & Senatore, 1983; Nezu, Nezu, Rothenberg, DelliCarpini, & Groag, 1995; Prout & Schaefer, 1985)。

国内では、Kanno & Fukuda (2013) が就労場面での知的障害者のメンタルヘルスの経年的変化を分析するために、Ross and Oliver (2003) の「The Mood, Interest & Pleasure Questionnaire」(以下, MIPQ) の日本版を開発している。MIPQ は、重度・最重度の知的障害のある成人を対象としており、特定のメンタルヘルスの不調(気分障害)を測定する尺度である。しかしながら、国内ではメンタルヘルスの不調全般について全ての知的水準の知的障害者を対象としたアセスメントは開発されていない状況である。

第3項 知的障害者のメンタルヘルスの不調への心理学的アプローチ

知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動への支援は、知的障害者の分野ではも

つとも研究されてきた分野の一つであるが、エビデンスベースの情報が少ない状況である (Emerson et al., 2014)。しかしながら、近年知的障害者のメンタルヘルスに関して、メタ分析を用いて心理学的アプローチの効果が検証されるようになってきている。科学的なエビデンスを多く示してきた心理学的アプローチとしては、認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: 以下, CBT) と応用行動分析学 (Applied Behavior Analysis: 以下, ABA) の行動論的アプローチが挙げられる。

最近イギリスを中心に、CBT を知的障害者向けに適用させ、その修正した介入内容とその効果について研究がなされている (Dagnan, Jahoda, & Kilbane, 2013; Lindsay, Jahoda, Willner, & Taylor, 2013)。知的障害者のメンタルヘルスの不調に CBT を適用した研究をメタ分析した研究のレビューでは、不安や精神病、PTSD、性犯罪などで効果があることが報告されている (Taylor, Lindsay, & Willner, 2008)。近年では、Vereenoghe and Langdon (2013) が、1986 年から 2013 年までの知的障害者を対象とした CBT の研究について系統的レビューとメタ分析を行い、抑うつと怒りに関して効果が見られることを見出している。

一方、知的障害者の怒りや攻撃行動に関して、非定型精神病薬が知的障害者の暴力を減少させるのに有効であると考えられてきたが、そのようなエビデンスを示す研究は少なく (Gagiano, Read, Thorpe, Eerdeken, & Van Hove, 2005; Ruedrich, Swales, Rossvanes, Diana, Arkadiev, & Lim, 2008)、不十分なエビデンスしか存在しないと指摘されている (Singh, Matson, Cooper, Dixon, & Sturmey, 2005; Tsiouris, 2010)。国内の場合、メンタルヘルスの不調を示す知的障害者への向精神薬の処方割合は諸外国よりも高く、課題が多いとされている (井上・奥村・藤田, 2016)。

このように国内外において、知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動に対して、薬物療法以外の治療・支援の選択肢の少なさと治療・支援の困難さが存在している可能性が否めない。しかしながら、現在では ABA や CBT は薬物療法とは別の選択肢の治療法として、また薬物療法と併用することでの治療効果について研究がなされてきている (Lindsay, Willner, & Sturmey, 2013)。

第 4 項 知的障害者のメンタルヘルスの不調と関連要因

知的障害者のメンタルヘルスの不調は、重複した理由から発生し、それは生物学的な要因、心理的な対処法の不足、スティグマや虐待や貧困の経験と関連すると指摘されてきている (Taylor et al., 2004)。実際に大規模調査によって、知的障害者のメンタルヘル

スの不調に関連する要因が報告され（Cooper et al., 2007b; Smiley, Cooper, Finlayson, Jackson, Allan, Mantry, McGrother, McConnachie, & Morrison, 2007）、性別や障害の程度、生活習慣、貧困、ライフイベントの経験など多くの要因が挙げられてきた。

Cooper et al. (2007b) は調査の結果から、知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因として、女性であること、重度・最重度の知的障害、介護職員のケアを受けていること、家庭医の診察を受けていること、心理的苦痛を伴うライフイベントを経験していること、などを挙げている。特に心理的苦痛を伴うライフイベントについては、どのようなライフイベントがメンタルヘルスに影響しているのか近年研究が進められてきている（Hastings, Hatton, Taylor, & Maddison, 2004; Hulbert-Williams & Hastings, 2008; Hulbert-Williams, Hastings, Crowe, & Pemberton, 2011; Hulbert-Williams, Hastings, Owen, Burns, Day, Mulligan, & Noone, 2014）。Hastings, et al. (2004) は、「PAS-ADD チェックリスト」のライフイベントの項目を用いて、知的障害者が経験したライフイベントを調査している。結果として、12 ヶ月以内に経験したライフイベントは、家の引越しや施設の移動が 15.5%、親しい人の重病は 9.0%、親しい人との深刻な対人問題が 8.8%、本人の深刻な病気が 8.5%、親しい人との死別が 8.3%であった。

メンタルヘルスの不調と関連する要因やライフイベントは、知的障害者のメンタルヘルスの不調を理解する上で重要であると考えられる。国内の知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因についても、同様の要因を想定することができるものの、未だ明らかになっていない。メンタルヘルスに影響するこれらのリスク要因が判明することは、知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動への理解促進と発症を予防する可能性を広げられ、重要なテーマといえる。

第5項 知的障害者のメンタルヘルスの不調に関する専門機関の利用

メンタルヘルスの不調を経験した人の精神科受診や相談行動に関する日本人を対象とした研究では、アメリカやヨーロッパと比べ、精神科の受診率が低いことが指摘されている（Ishikawa, Kawakami, & Kessler, 2016; Kawakami et al., 2005; Naganuma, Tachimori, Kawakami, Takeshima, Ono, Uda, Hata, Nakane, Nakane, Iwata, Furuta, & Kikkawa, 2006）。

Naganuma et al. (2006) は、日本国内のうつ病の人が利用した専門家や専門機関について調査したところ、利用状況は精神科医 13.6%、心理士 14.0%、一般医 8.9%、福祉サービス 6.7%、その他のサービス 7.9%で、このような適切なケアを受けている人はうつ病の人全体で 33.8%であった。アメリカでは、うつ病の人が利用した専門家や専門機関

は、精神科医 21.0%、心理士 24.1%、一般医 32.8%、福祉サービス 11.0%、その他のサービス 9.8%で、このような適切なケアを受けている人はうつ病の人全体で 56.4%であった (Wang, Lane, Olfson, Pincus, Wells, & Kessler, 2005)。ヨーロッパでは、うつ病の人が利用した専門家や専門機関は、精神科医が 21.4%、心理士 10.5%、かかりつけ医 (general practice: GP) 34.6%、かかりつけ医と心理士が 30.9%、その他のサービスが 2.6%であった (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson, de Girolamo, de Graaf, Demyttenaere, Gasquet, Haro, Katz, Kessler, Kovess, Lépine, Ormel, Polidori, Russo, Vilagut, Almansa, Arbabzadeh-Bouchez, Autonell, Bernal, Buist-Bouwman, Codony, Domingo-Salvany, Ferrer, Joo, Martínez-Alonso, Matschinger, Mazzi, Morgan, Morosini, Palacín, Romera, Taub, & W. A. M. Vollebergh, 2004b)。さらに Alonso et al. (2004b) は治療内容別にも割合を算出しており、向精神薬のみ 37.9%、心理療法のみ 13.8%、向精神薬と心理療法 33.1%、治療を受けていないが 15.1%であった。

日本、アメリカ、ヨーロッパでは医療制度が違うため、専門家や専門機関の利用状況について単純に比較することはできないが、日本の医療は自由診療制をとり、かつ健康保険により安価に医療機関を利用できる制度を持つにも関わらず、アメリカやヨーロッパに比べれば精神科医や一般医（もしくはかかりつけ医）の利用が少ない。さらに、心理士の利用についてもアメリカ、ヨーロッパに比べて少ない。全体的に言えば、うつ病になっても適切なケアを受けている人が日本では少ないことが伺える。

一方、知的障害者のメンタルヘルスの不調に関する受診や相談行動については明らかになっていない。知的障害者はカウンセリングや心理療法を受けにくい状況であることが、複数の研究で指摘されている (Bender, 1993; Prout & Strohmer, 2003; Taylor & Knapp, 2013)。知的障害者がメンタルヘルスの不調について精神科医の治療だけでなく、心理士による心理療法やその他の相談サービスをどの程度利用しているのかを明らかにすることは、今後の日本の医療や福祉サービスの指針を考える上で極めて重要である。

第2節 知的障害者の問題行動への行動論的アプローチ

知的障害者の示す問題行動への心理学的アプローチとしては、ABA がもっとも科学的なエビデンスを示してきた（Allen, Langthorne, Tonge, Emerson, McGill, Fletcher, Dosen, & Kennedy, 2013）。Brosnan and Healy（2011）は 1980 年から 2009 年にかけて発表された知的障害者の攻撃行動に関する ABA の介入による効果についてレビューし、先行子操作（antecedent control）や結果操作（consequence control）をベースとして多様な介入方法があり、効果的であったと報告している。以下では、問題行動への行動論的アプローチの先行研究を概観する。

第1項 機能的アセスメントに基づくアプローチ

1980 年代に入り、ABA に基づいた介入において問題行動の生起に関係する諸変数を査定し、その結果に基づいて介入方法の立案が検討されるようになった。その初期の重要な研究は Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman, and Richman（1982）であり、9 名の知的障害児の自傷行動と強化子の機能的関係（functional relation）について実験的分析（functional analysis）により検討した。Iwata et al.（1982）は、知的障害児それぞれの自傷行動が異なる強化子によって維持されていることを実証し、自傷行動の持つ機能（環境に及ぼす効果）が異なることを指摘した。さらに Durand and Crimmins（1988）は、問題行動の機能を関係者へのインタビューというより簡便な方法で推定できる「動機づけアセスメント尺度（Motivation Assessment Scale）」を考案し、問題行動が①注目の獲得、②嫌悪事態からの回避・逃避、③物や活動の要求、④感覚刺激の獲得のうち、どの機能を持つのかを仮説として導き出せるようにした。

このような機能的アセスメント（functional assessment）は、当該の問題行動の生起に影響を及ぼしている変数を同定し、それらの変数を操作することによって、その問題行動の低減を図るための基本的手法として用いられるようになっていった（Iwata, Vollmer, & Zarcone, 1990; O'Neill, Horner, Albin, Sprague, Storey, & Newton, 1997）。機能的アセスメントの方法には、「関係者が提供した情報に基づくアセスメント（インタビューや質問紙）」「記述的アセスメント（直接観察）」「実験的分析（統制された実験場面を設定し、

問題行動に関係する要因の影響を同定する方法)」がある (Carr & Wilder, 1998)。特に実験的分析は、問題行動と強化子の因果関係を実証する唯一の方法である (Girolami & Scotti, 2001; Iwata, Pace, Dorsey, Zarcone, Vollmer, Smith, Rodgers, Lerman, Shore, Mazaleski, Goh, Cowdery, Kalsher, McCosh, & Willis, 1994)。機能的アセスメントによって、当該の問題行動がどのような強化随伴性により維持されているのかが分析され、その情報をもとに有効性の高い介入方法が立案されるようになった。

機能的アセスメントによって同定された問題行動の持つ機能を、別の適切な行動によって果たすようにする方法として代替行動分化強化 (differential reinforcement of alternative behaviors) がある。この方法は、問題行動自体は強化せず、その問題行動を強化しているものと同じ強化子で、当該の問題行動と同じ機能を持つより適切な行動を増加させる技法である (Worsdell, Iwata, Hanley, Thompson, & Kahng, 2000)。代替行動分化強化を用いて、適切なコミュニケーション行動を促進する技法として機能的コミュニケーション訓練 (functional communication training) が開発された (Carr & Durand, 1985; Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp, & Smith, 1994)。

例えば Durand (1999) は、激しい問題行動を示す知的障害児 6 名に機能的アセスメントを実施し、介入計画を立案した。Durand (1999) は、難しい課題において問題行動を示す児童には教師への援助要請を教え、食べ物ほしいときに問題行動を示す児童には食べ物を要求する言葉を教えることによって問題行動を減少させた。この技法はその後、多くの研究によってその効果が実証されている (例えば、Durand & Carr, 1991; Girolami & Scotti, 2001; Hagopian, Fisher, Sullivan, Acquisto, & LeBlanc, 1998; 平澤・藤原, 1995; Kemp & Carr, 1995; Sigafoos & Meikle, 1996)。

このように機能的コミュニケーション訓練は、言葉や身振りなどと同様に何らかのコミュニケーション機能を持つと考えられる問題行動について、その問題行動と同じ機能を持つ適切なコミュニケーション行動を形成し、強化することで、問題行動を減少させることが可能となる (Durand, 1990)。現在では、機能的コミュニケーション訓練は、問題行動を示す知的障害者の適切なコミュニケーション行動を促進し、問題行動を減少させる一般的な技法となっている (Worsdell et al., 2000)。代替行動分化強化、機能的コミュニケーション訓練は嫌悪性の低い技法であるばかりでなく、社会的に適切な行動を形成することに主眼が置かれる点で、より肯定的で積極的な方法である。

第2項 先行子操作によるアプローチ

機能的アセスメントの適用により、問題行動に及ぼす結果事象の効果だけでなく、先行事象の効果にも注目されるようになった (Smith & Iwata, 1997)。先行事象とは、当該の行動の生起前にある諸条件で、その行動の生起に影響を及ぼす条件であり、行動分析学では、先行事象－行動－結果事象の関係性を三項随伴性と呼んでいる。

行動分析学の枠組みにおける先行事象には、2つの変数がある。その1つ目の変数は、結果事象の強化効力を一時的に変化させ (価値変更)、その結果事象によって強化されたことのある行動の生起頻度を一時的に変化させる (行動変更) 効果を持つ確立操作 (establishing operation) (Michael, 1983; Michael, 1993) である。最近では動機づけ変数 (motivating operation) とも呼ばれる (Michael, 2007)。先行事象の2つ目の変数は、その刺激があるときには特定の行動が強化されたり、弱化され、その刺激がないときには特定の行動が強化も弱化もされない刺激と定義される弁別刺激 (Skinner, 1953) である。問題行動の介入技法としてそれぞれの変数を操作する方法が開発されている。先行事象を操作することによって、問題行動の生起を予防することに加え、適切な代替行動の形成が促進される (Carr, Carlson, Langdon, Magito-McLaughlin, & Yarbrough, 1998)。

問題行動の確立操作に焦点を当てた研究は近年増加しており、その効果が実証されてきた (McGill, 1999)。問題行動の生起に影響する確立操作の生理的もしくは情動的な変数として、身体の痛み (Carr, Reeve, & Magito-McLaughlin, 1996; Horner et al., 1996)、睡眠不足 (Horner et al., 1996; Kennedy & Meyer, 1996; O'Reilly, 1995)、嫌な出来事 (Horner et al., 1996) などが指摘されている。教育の場面においても確立操作について多くの研究がなされている。例えば Kennedy (1994) は、様々な問題行動を示す生徒に対して機能的アセスメントを行い、生徒にとって困難な課題場面で社会的注目が無い (確立操作) ときに、教師が課題を行うように指示する (弁別刺激) と、問題行動が生起すると仮説を立てた。Kennedy (1994) は、この仮説から介入計画立案し、生徒への課題要求を少なくし、社会的注目を与えることで、生徒の問題行動を減少させた。

Dunlap, Kern-Dunlap, Clarke, and Robbins (1991) は、Kennedy (1994) と同様にカリキュラムを修正することによって問題行動を減少させた。また生徒に課題を選択させることも問題行動を軽減することに有効であった (Vaughn & Horner, 1997)。このようなカリキュラムを修正する方法について、Kern and Dunlap (1998) は「学校場面において望ましい行動を増やし、問題行動を減らすことに関連する様々な変数 (活動内容や目的、必要

な教材、スケジュール、課題のやり方など）に介入する支援方法」を、カリキュラム修正（curricular modification）と呼んでいる。カリキュラム修正の目的は、問題行動生起のきっかけを減らし、適切な行動が正の強化を受けやすい環境を設定することである。

確立操作の重要性が指摘される以前になされた研究ではあるが、施設において活動や関わりを増やす環境豊穡化法（environmental enrichment; Horner, 1980）も、確立操作を利用した技法と考えられる。また、Vollmer, Borrero, Lalli, and Daniel（1999）は、問題行動とセルフコントロールに関する確立操作の効果を調べ、強化子の提示による予告によって衝動的な攻撃行動が減少したことを報告している。さらに、問題行動が生起する前に、一定時間ごとに強化を行う非随伴性強化（non-contingent reinforcement）も、確立操作の技法の1つである。例えば、人に注目されること（正の社会的強化）によって問題行動が維持されている人に対して、予め決まった時間ごとに注目を与える（非随伴性強化）ことによって、注目の持つ強化効力を低減させ（確立操作）、問題行動の動機づけを下げることによって問題行動の軽減を図ることが可能となる（Carr & Wilder, 1998）。この技法は消去や他の技法と組み合わせられて使用されることも多く（Lalli, Casey, & Kates, 1997）、Vollmer, Iwata, Zarcone, Smith, and Masaleski（1993）は、非随伴性強化、他行動分化強化、消去を組み合わせることで、自傷行動を減少させている。しかし、Lalli et al.（1997）は、非随伴性強化を適用する際に消去を併用せずに問題行動を減少させ、強化の時間間隔の設定を対象者によって変えることで、消去と組み合わせる必要性がないことを指摘している。

一方、問題行動の弁別刺激に対する介入について、その実施順序として、Carr et al.（1998）は、最初に社会的に望ましい行動の弁別刺激が豊富にある環境を設定することによって問題行動の弁別刺激を減らし、必要な場合には社会的に望ましい行動の新しい弁別刺激を作り出すことを指摘している。また Allen（1994）は、問題行動を示す人に対して、適切行動の弁別刺激を多く設定することで、その人が有意義な活動に従事することが増え、さらにその付加的な効果として問題行動が軽減したことを報告している。Wacker, Berg, Asmus, Harding, and Cooper（1998）は、幼稚園で問題行動を示す子どもに対して機能的アセスメントを行った。その結果、問題行動は教師の質問形式での指示の場合には生起せず、命令形で指示されたときに生起し、命令形での指示が問題行動の弁別刺激となっていることを明らかにした。

このように、問題行動の先行事象に着目することで、問題行動を生起しやすくする確

立操作や弁別刺激の変数を特定し、逆に問題行動の生起が起こりにくく、適切な行動が生起しやすくなる確立操作や弁別刺激を設定することが可能となった。

第3項 前兆行動と代替行動分化強化

近年、ASD や知的障害のある人の激しい問題行動に対する介入として、問題行動の反応クラス（response class）と代替行動に焦点を当てた研究がなされている。個々の反応が全て同じ影響を環境に与え、それぞれの反応が同じ機能を持つ場合に、その反応のまとまりを反応クラスと呼ぶ。この反応クラスを用いた技法の例として、代替行動分化強化（differential reinforcement of alternative behaviors: 以下, DRA）がある。DRA は、問題行動自体は強化せず、その行動を強化しているものと同じ強化子で、他のより適切な反応型の行動を強化する技法である（Worsdell et al., 2000）。

しかし、DRA によって適切行動が増加するためには、いくつかの条件を満たす必要がある。Baer（1982）は、同じ反応クラスに属する異なった反応型の生起確率は等しいわけではなく、強化率、強化の即時性、反応負荷、弱化的可能性によって影響を受け、その生起確率が変わることを指摘している。したがって、新たに適切な行動を増やすためには、問題行動よりも高い強化率、即時性の高い強化、反応負荷の低さを設定して介入を行う必要がある。しかしながら、代替となる適切行動を成立させるような強化子や反応負荷の設定は、問題行動が軽度か、生起頻度が低い時に比べ、重篤で高頻度であるほど困難であると予測される。したがって、生起頻度が高く、激しい自傷行動や他傷行動への介入は、このような行動が生起しにくい環境設定を行い、問題行動の生起頻度を減らした上で、代替行動を促進させる介入へと段階的に進める必要がある。

一方、問題行動が属する反応クラスに所属しているいくつかの反応型に焦点を当てた研究では、激しい問題行動の予測と制御に関する結果を示している。Lalli, Mace, Wohn, and Livezey（1995）は、ASD の青年が示す同じ負の強化子によって維持されている問題行動の3つの反応型それぞれの反応潜時を測定した。反応潜時は、「叫ぶ」がもっとも短く、次いで「他者を攻撃する」、「自傷する」の反応潜時が短かった。対象者が叫んだときに負の強化子を除去すると、他者への攻撃と自傷は生起しなかった。この結果から Lalli et al.（1995）は、反応クラスの序列（response class hierarchy）が問題行動の生起確率に影響することを指摘した。

この反応クラスの序列に関する知見を発展させたのは Harding, Wacker, Berg, Varretto, Winborn, and Gardner（2001）の研究である。この研究では、重度の問題行動が生起する

前に軽度の問題行動を示す知的障害の子どもを対象に実験が行われた。条件1では、軽度の問題行動には消去手続き、重度の問題行動には正の強化子を随伴させたところ、どちらの問題行動も生じた。条件2では、軽度と重度の問題行動両方に条件1と同じ強化子を随伴させたところ、軽度の問題行動は生じたものの重度の問題行動はほとんど生じなかった。この結果は、同じ反応クラスに属する軽度の問題行動を強化することで、重度の問題行動の生起が減少する可能性を示唆している。激しい問題行動を示す人への支援として、リスクが高いままに単純に問題行動自体を減少させるのではなく、より軽度な問題行動への移行を促進させることにより、対象者や周囲の人間にとってリスクが少ない状況を設定できることが考えられる。

これに関連し、Smith and Churchill (2002) は前兆行動 (precursor behavior) と問題行動の関係について検討している。この研究では、知的障害者の入所施設職員からの報告と直接観察によって、激しい問題行動が生起する直前に頻繁に起こった行動を前兆行動として定義した。彼らは、ここで観察された前兆行動と問題行動が共通の随伴性で維持されていることを機能的分析で明らかにし、前兆行動を利用することで激しい問題行動を起こさずに問題行動のアセスメントや介入が可能であることを示唆した。

さらに岡村・藤田・井澤 (2007) は、激しい攻撃行動を示す ASD の青年に対して、攻撃行動の直前に観察された不適切な行動 (繰り返し同じ言葉を使う、職員のほほをなでる等) を攻撃兆候行動として定義した。攻撃兆候行動が生じた場合に、職員が青年に対して活動を中断し、要求を満たすと攻撃行動は生じなかったが、要求を満たさない場合は攻撃行動が生じた。そこで、攻撃兆候行動が生じた場合に職員が攻撃兆候行動を弁別刺激として、「仕事しよう」とのみ青年に言い、作業が終了したら言語賞賛と好きな活動をさせると、攻撃行動が生じなくなった。

これらの研究からも、前兆行動を利用することで、激しい問題行動を示す対象者や周囲の人にとって常に予測されうる身体への危険を回避しながら、問題行動への直接的な介入が可能で、より軽度な問題行動や問題でない行動を強化する機会が得られることが考えられる。

第4項 感情マネジメントによる予防的アプローチ

ABA において、問題行動の確立操作となる変数への介入は、カリキュラム修正などを代表に、本人というよりは周囲の環境に介入する方法であるが、CBT においては本人の感情制御に注目して介入を行なっている。CBT では、問題行動の強化子の効力を変化

させる確立操作として、感情制御の不全に注目している（熊野, 2012）。問題行動を繰り返す行動パターンを変化させるために、確立操作となる嫌悪的な感情に対処するスキルと問題行動の代わりとなる代替行動を促進するトレーニングを CBT では行う（熊野, 2012）。このようなトレーニングを感情マネジメントと総称する。感情マネジメントは、実際に感情マネジメントが必要となる場面に対処する方法を学び、自分の感情に肯定的に向き合い、自己理解を深めるための予防的なアプローチである。近年では、子どもでも実施可能な感情マネジメントが開発されてきている。

Attwood（2004）は、ASD のある子どもに対して感情マネジメントのための CBT によるプログラムを開発した。9 歳から 12 歳までが対象年齢で、6 回のセッションで構成されている。セッション 1 では、肯定的な感情を取り上げ、セッション 2 では不安や怒りについて取り上げる。セッション 3 以降は感情を安定させ、マネジメントするための道具や技術について学び、セッション 6 では子どもたちで実際の対処法を考え、作り上げる作業となる。セッションの中で、子どもたちが自身の感情を考えること、感じることに、評価すること、そして怒りに対する対処法を提案し合う機会が随所に設けられている。

Friedberg, Friedberg, and Friedberg（2001）は、子どもに対する CBT として、セラピストと子どもが一緒に考えながら感情について学ぶプログラムを開発している。対象は、8 歳～11 歳の児童で、ネズミのキャラクターとともに学べる工夫がなされている。動物のキャラクターを使うことで、プログラムへの導入がしやすく、子どもの理解がより促進できる。

さらに、子どもが本を読みながら、一人でも怒りの感情をマネジメントする方法を学べるプログラムが、Huebner（2009）によって開発されている。12 章から構成されており、CBT の技法に基づき、子どもに分かるように明快な文章で具体的な対処法が説明されている。このプログラムでは、子どもに「怒ってはいけない」というメッセージを送るのではなく、子どもが怒りのエネルギーを建設的な方法で使うことに重きを置いている。怒ることは自然なことであり、否定するのではなく、それをどのように使うかが問題だというメッセージが明確に打ち出されている。

上述した CBT の 3 つのプログラムは、どれも問題が起こっているときに実施するプログラムではない。子どもが怒りを特に感じていない、感情制御が安定しているときに実施するものである。知的障害児の感情マネジメントについての指導は、事後対応の場

面（つまり子どもが怒り出したあと）に時間が取られがちで、普段の状況で事前に子どもが自身の感情を理解し、対処法を学ぶ機会は少ないのが現状である。もちろん、知的障害児の示す問題行動への即時的な対処は必要である。しかし、発達の・心理教育的な予防的アプローチとして、子どもが自身の感情について学ぶ機会も同様に必要である。そのため、怒りなどのネガティブな感情の制御だけでなく、喜びや楽しさなどのポジティブな感情の制御も同時に扱う必要がある。

一方、知的障害を伴う発達障害児に対する感情マネジメントの指導としては、ソーシャルスキルトレーニング（以下、SST）がよく適応されている。岡田・後藤・上野（2005）は、ゲームを SST に取り入れ、教示、モデリング、ゲームリハーサル、フィードバックから指導を構成し、発達障害の子どもたちに SST を実施した。この研究では、SST にゲームを取り入れることで、SST 参加への子どもの動機づけを高めた。参加者の子どもたちは全般的にソーシャルスキルが向上したが、ある子どもは攻撃行動を示しており、今後の課題として報告されている。

武蔵・久保田・山田・水内（2010）では、SST にゲームを取り入れ、学習態勢・協調性・感情コントロールに重きを置き、発達障害児にプログラムを実施した。この研究では、学習態勢・協調性については効果が見られたが、感情コントロールに関しては行動上の変化が見られなかったと報告している。参加したある子どもは、ロールプレイでは感情コントロールができていても、実際のゲーム場面では仲間に対して、乱暴な言葉遣いや攻撃行動が観察されていた。武蔵ら(2010)は、ゲーム活動等で感情コントロールが利かないときの予防と対応を考えておく必要があると指摘している。

これらの研究から、感情マネジメントを目的とした SST においてゲームを取り入れることで子どもたちの参加への動機づけを高めることがいえる。しかし一方で、ゲーム活動で起こる感情マネジメントの難しさや攻撃行動への対処は困難で工夫が必要であることもいえる。しかしながら、このような感情マネジメントは予防的な教育が可能であり、指導や支援の工夫次第で問題行動やメンタルヘルスの不調を示す知的障害児者のレジリエンスを高める内容となりえると考えられる。

第5項 問題行動の低減から生活全般の改善へ

機能的アセスメント以前の研究においては、問題行動の軽減に焦点が置かれ、対象者の生活がどのように改善されたかに焦点を当てられることは少なかったが（Emerson, 2001）、現代では問題行動の低減は生活の質の向上によってなされることが証明されは

じめてきている。

入所施設において制約が多いほど知的障害者の問題行動の生起が高まり、知的障害者がどのような場所でどのような生活しているかが問題行動の生起に影響していることが指摘されている（Borthwick Duffy, 1994; Cooper, Smiley, Allen, Jackson, Finlayson, Mantry, & Morrison, 2009a; Cooper, Smiley, Jackson, Finlayson, Allan, Mantry, & Morrison, 2009b; Emerson & Einfeld, 2011; Rojahn & Esbensen, 2002）。

ABA では、問題行動を示す人への援助の枠組みとして、当該の行動が生起する要因を個人の障害のみに帰属させるのではなく、その行動が生起する場面や、周囲の人の対応といった環境との関係性の問題から生じているものとみなす（Emerson, 2001; 肥後, 2000; 奥田, 2001; 園山, 2000）。具体的な機能的アセスメントや介入計画立案の枠組みとして、園山（2003）は従来の研究を整理し、行動分析学に基づく 3 項随伴性に確立操作（または状況事象）と生育史を加えた ABCDEH 分析を提案している。ABCDEH 分析は、Antecedents（先行子）、Behaviors（行動）、Consequences（結果）、Discriminative stimuli（弁別刺激）、Establishing operations（確立操作）あるいは setting Events（状況事象）、History（生育史）から構成されている。確立操作は、行動の結果の強化力を一時的に変化させ、行動の生起に影響することが証明されている。生育史からは、過去において問題行動が形成されたプロセスや適切な行動が形成されたプロセスを調べられ、問題行動の生起、適切な行動の生起についてさらに詳細に検討可能である。

知的障害者の生活全般の改善を視野においた理論やアプローチには、本人中心計画作成(person-centered planning; O'Brien & O'Brien, 2002)、巨視的アプローチ（molar approach; Carr et al., 1998）、積極的行動支援（positive behavioral support; Horner et al., 1996）などが挙げられる。これらの理論やアプローチは、行動論的アプローチによる技法を用いて、知的障害者が自分らしい生活を選択したり、それを可能にするような生活全般の改善や充実を目的としており、その中で問題行動が低減することを可能にしている。Cameron, Maguire, and Maguire（1998）は、知的障害者への援助が、援助スタッフのニーズによって決められ、そのため問題行動が発生する場合があることを指摘している。このような点からも、知的障害者自身のニーズや生活の豊かさを目標において支援することが必要である。

2007 年にイギリスの保健省（Department of Health）は、知的障害者の問題行動の治療や支援についての指針を発表した。そこでは、問題行動はその問題が消える可能性は低く、向精神薬も行動を制御する意味では有用だが、問題行動自体を治療するわけではない

と指摘している。さらに、心理学的アプローチは最も有効性を示してきたが、その優れた実践は脆弱で、問題行動が容易に「修正される」ことに基づいて計画されることは賢明ではないと「問題行動もしくはメンタルヘルスのニーズのある知的障害者へのサービスに関する報告書（Services for people with learning disabilities and challenging behaviour or mental health needs）」の中で指摘している（Department of Health, 2007）。そして、「知的障害者が示す問題行動を減少させることを目的とした実践はかなり困難で、今後は問題行動がありながらも、知的障害者がどのように充実して生活していくかを考える必要がある」と展望している。問題行動を示す知的障害者への支援は非常に厳しい状況下であるが、やはり生活全般の質を高める支援が必要とされていることが分かる。以下ではそれぞれのアプローチについて概説する。

1. 本人中心計画作成

本人中心計画作成は、ノーマライゼーションの思潮の中で発展してきたものである。本人中心計画作成は、自己決定、尊厳と尊重、そして地域参加を基盤としている（Wagner, 2002）。Wagner（2002）によれば、問題行動を示す人に対する行動論的アプローチを基盤とした本人中心計画作成は、次の2点からアプローチされる。①対象者が生育歴を通して問題行動を起こすことで逃避・回避してきた嫌悪的事物（例えば、人、場所、課題）を最小限にし、②過去において問題行動を強めてきた強化子（例えば、注目、好みの物）を当該の問題行動が生起する前に提供することで、問題行動を軽減する。例えば、Holburn and Vietze（2002）は、激しい問題行動を示す知的障害者に対して、本人中心計画作成に基づく援助を行った。5年間の介入の結果、施設入所の生活から地域社会への参加が可能な生活に改善され、同時に10数年に及んだ問題行動は軽減された。この研究では、生活の質が向上したことの指標として、家庭環境、日々の活動、健康、人間関係、地域参加、自己選択等について評定し、それらの指標に基づいて生活の質が実際に改善されたことを客観的に明示している。

2. 巨視的アプローチ

行動論的アプローチにおける問題行動に対する研究は、問題行動が生起した当該の場面の諸条件をアセスメントし、介入していく微視的アプローチ（molecular approach）が中心であった。微視的アプローチでは分析の精密さや条件統制が重視され、問題行動の生起に関連する変数（例えば、課題の指示、ネガティブなフィードバック、強化子、プ

ロンプト)を正確に同定することに重点が置かれている(Carr et al., 1998)。しかし近年では、家庭、学校や施設など問題行動を示す人が実際に生活する場において微視的アプローチに加えて、巨視的アプローチを行うことの重要性が指摘されるようになった。

巨視的アプローチは、生活環境、社会的関係、教育・就労・余暇の場における文脈要因を推定し、援助の対象となる人が充実した生活を送れるような生活環境を設定する方法である(Carr et al., 1998)。例えば、Lucyshyn, Olson, and Horner (1995)は、大規模施設から地域生活に移行した激しい問題行動を示す女性に対して、ライフスタイルを改善することで、問題となっていた行動を減少させている。この研究では、問題行動を示す人の環境やサービスを見直し、その人の特性に合った生活を提供することで、問題行動も減少することが示された。地域社会において問題行動を示す人に対する援助の研究が多くなされるようになり(Carr & Carlson, 1993; Kemp & Carr, 1995; Werner, Horner, & Newton, 1997)、今後も地域社会において、このようなアプローチが継続的に必要とされることがいえる。

3. 積極的行動支援

最後に積極的行動支援について説明する。Horner, Dunlap, Koegel, Carr, Sailor, Anderson, Albin, & O'Neill (1990)は、問題行動のある人への援助として、非嫌悪的行動マネジメントのアプローチを推奨し、積極的行動支援(以下, PBS)が広まることへの期待を表明した。PBSは、行動分析学を基盤とする臨床的・教育的サービスの体系的アプローチであるだけでなく、ノーマライゼーションや上述した本人中心計画作成の考え方をも取り入れた行動論的アプローチである。中軸となる概念は、①個人を中心とした援助プランの作成、②機能的アセスメントの利用、③正の強化による介入方略の使用、④包括的な介入の実施、⑤環境変数の操作、⑥社会的に妥当である介入結果、⑦日常生活への般化、⑧組織レベルでの介入、である(Anderson & Freeman, 2000; Carr & Sidener, 2002)。PBSによる問題行動の軽減に関する研究は近年急速に増え、学校や地域社会において激しい問題行動を示す人への援助の有効性が明らかにされてきている(Horner et al., 1996; Sailor, 1996)。平澤・藤原(2000, 2001)、平澤(2003)、Crone and Horner(2003)はPBSの立場から問題行動を示す生徒や幼児に対して学校全体で取り組める組織だった支援を実施し、その介入効果を明らかにしている。PBSは非嫌悪的なアプローチの推奨を目的として始まったアプローチであったが(Horner et al., 1990)、現在では援助を受ける人が最大限に尊重され、その人の好みや特性が最大限活かされたライフスタイルを提供す

ることが重要な目標となっている（Keogel, Keogel, & Dunlap, 1996）。

第6項 まとめ

本節では、知的障害者の問題行動に対する行動論的アプローチについて概観した。問題行動に対する機能的アセスメントは非常に有効であり、その問題行動がなぜ起きやすい状況にあるのか明確に分析できる。しかし、機能的アセスメントが適切にできていたとしても、支援の目的が問題行動の低減にある限り、持続的な効果に限界がありそうである。知的障害者本人の生活の質の向上を目標とした支援や介入が必要で、そのためには本人の生活を豊かにする、多層に渡った支援が必要であると考えられる。

第3節 知的障害者のメンタルヘルスの不調と 公衆衛生予防モデル

第1項 公衆衛生予防モデル

公衆衛生（public health）の分野においては、心理的もしくは精神疾患などの関連領域における疾病や障害を減少させ、健康を増進させるために伝統的に3つの予防の次元から検討されてきている。このモデルは Caplan（1964）によって考案され、公衆衛生予防モデル（public health prevention model）として知られている（WHO, 2004）。これは「予防」という名称であるが、積極的な「介入」のモデルと考えられており、WHO（2004）は、メンタルヘルスの不調に関してこのモデルを採用し、メンタルヘルスの不調の予防とメンタルヘルスの増進を進めることを提案している。

公衆衛生予防モデルの1次予防方略では疾病の発症を未然に防ぐことを目標とし、健康増進と発症のリスク要因を減少させることによって発症オッズに影響を及ぼす（つまり、発症のリスクを下げる）方略である。2次予防方略では、症状が進む前にスクリーニングし、早期発見と早期治療を行う。3次予防方略は、すでに発症が確認された個人に焦点化し、その症状の進行の低下や機能回復などの治療や支援を実施する。最終的には再発防止と生活の質の改善・向上をねらう方略である。図2-1に、公衆衛生予防モデルにおける1次予防方略、2次予防方略、3次予防方略の目的と機能をまとめたものを示した。

第2項 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動への公衆衛生予防モデル

近年、公衆衛生予防モデルの観点から、知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動を予防する方略が提案されてきている（Allen et al., 2013）。知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動は、それ自体がかなり確立してから介入や治療が始まる場合が多い。しかしながら、この公衆衛生予防モデルでは、知的障害者でリスク要因の高い人たちに、メンタルヘルスの不調や問題行動が出現する前か、その兆候が現れたときに積極的に支援を始めることを提案している。

Allen et al.（2013）は、リスク要因への暴露を避け、メンタルヘルスの不調や問題行動が発症する確率（オッズ）を変更する（Changing the odds）支援と、そのオッズに打

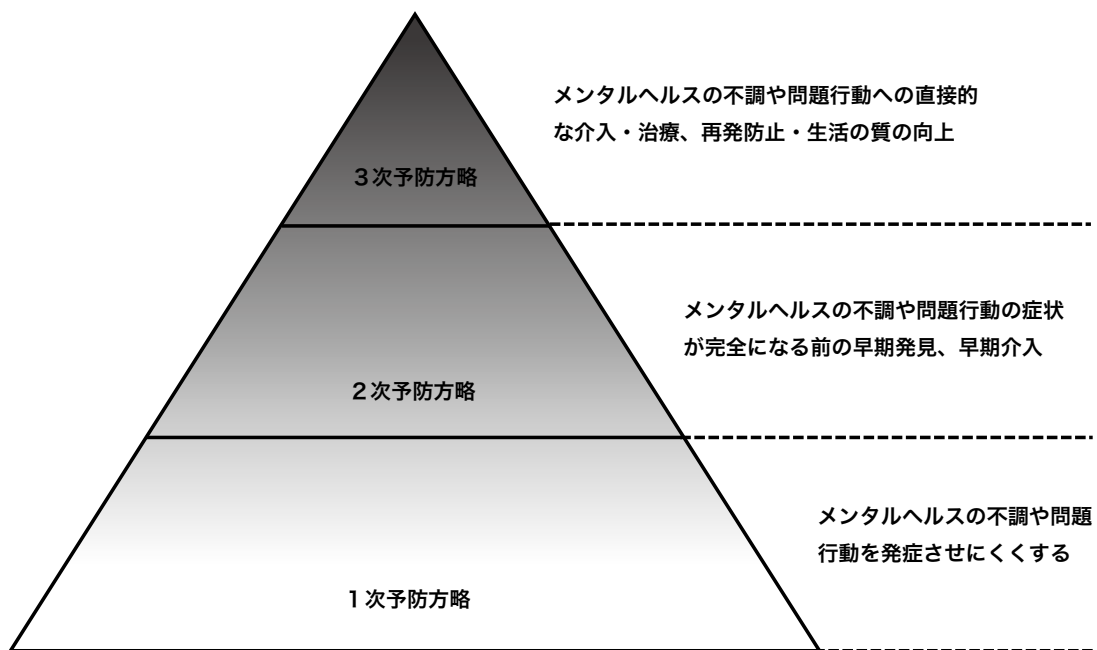


図2-1 メンタルヘルスの不調や問題行動への公衆衛生予防モデルによる介入の分類
(Allen et al., 2013; Emerson and Einfeld, 2011; Caplan, 1964; WHO, 2004を著者が図にして示した)

ち勝つ (Beating the odds) ための支援に分けて、1次予防方略と2次予防方略について検討している。1次予防方略と2次予防方略の具体的な内容について、Emerson and Einfeld (2011) は、健康的な生活や住環境の確保、教育を受けること、貧困の改善を基盤として、生活水準やその満足度の向上、その人の能力やスキルを使用する機会の増加、建設的な活動の増加、親の支援や早期介入、ソーシャルスキルやコミュニケーションスキルの獲得、自尊感情を高めること、社会的な人間関係を促進すること、レジリエンスを高めるなど、多岐にわたってその予防方略を紹介している。1次予防方略と2次予防方略では、メンタルヘルスの不調や問題行動そのものではなく、Allen et al. (2013) が整理したように、メンタルヘルスの不調や問題行動が発症するリスク要因を排除したり、リスクが起こりにくくなる方略が主となる。そして、3次予防方略では、実際にメンタルヘルスの不調や問題行動自体にアプローチすることになる。この3次予防方略における知的障害者への心理的なアプローチでは、ABA や CBT による行動論的アプローチがもっとも効果を上げてきている (Allen et al., 2013)。この公衆衛生予防モデルは予防的な視点であるが、メンタルヘルスの不調や問題行動が生じた後においても、1次予防方

略から 3 次予防方略まで次元を分けて必要な支援を整理し、検討することが可能である。

知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の発生は、一般人口よりも高い発生状況があり (Taylor & Knapp, 2013)、その状況への支援が非常に求められている。知的障害者の示すメンタルヘルスの不調や問題行動については行動論的アプローチが有効であった (Allen et al., 2013)。しかし、知的障害者がメンタルヘルスの不調や問題行動をすでに示した後の介入だけではこの高い発生状況には対応してきれない現状がある。そのため、公衆衛生予防モデルによる予防方略の観点が必要だと考えられる。

第 1 章でも述べたように、知的障害者や ASD を伴う知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動には相関関係が見られ、感情制御に関する介入に効果がある場合と、それ以外にコミュニケーション等の介入に効果がある場合が考えられる。さらに、メンタルヘルスの不調や問題行動自体への介入だけでなく、生活全体の改善、つまり生活の質を向上させる支援が必要であると考えられる。これまで、このような介入や支援は、1 次元的に行われてきたが、最近では公衆衛生予防モデルのように多次元に整理し、検討されはじめている。公衆衛生予防モデルに基づいて、知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動へのアセスメントや介入について体系的に整理することで、今後の支援計画の立案や評価に有用であると考えられる。

第4節 まとめ

知的障害者のメンタルヘルス不調は、欧米の研究では一般の人と同程度かそれ以上発生していると報告されている (Taylor et al, 2004; Cooper et al., 2007a; Taylor & Knapp, 2013)。知的障害者への心理療法やカウンセリングは従来においては適切でないと考えられ、心理的な支援の対象外とされてきた (Bender, 1993; Prout & Strohmer, 2003; Taylor & Knapp, 2013)。国内では、メンタルヘルスの不調を示す知的障害者への向精神薬の処方割合は諸外国よりも高く (井上ら, 2016)、治療や支援の選択肢の少なさが影響している可能性が否めない。したがって、メンタルヘルスの不調を伴う知的障害児者の実態把握と支援の在り方について検討が必要である。しかしながら、国内においては知的障害児者のメンタルヘルスの不調の有病率やその要因、支援状況はほとんど検討されてきていない。

加えて、知的障害者はメンタルヘルスの不調の中でも問題行動を併発することが多い (Cooper et al., 2007b)。ABA や CBT はこのような問題行動に対して様々なアプローチを示してきている。しかしながら、問題行動を示す知的障害者への支援の実践は非常に困難であることが指摘されており、問題行動のみを減少させるのではなく、生活全般の改善や向上を目的とした支援が必要と考えられている。さらに治療や支援の困難な問題行動の発症を防ぐために、近年では公衆衛生予防モデルが検討され始めている。これまで積み重ねられたエビデンスベースの実践をもとに、予防的な視点で実践を整理し直すことが問題行動を示す知的障害者の支援評価に必要であると考えられる。

第3章 本研究の目的

第1節 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動に関する 先行研究における課題

知的障害児者のメンタルヘルスの不調の発生は、海外では一般人口と同等かそれ以上と考えられている。知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生をスクリーニングするためのアセスメントが開発され、メンタルヘルスの不調と関連する要因とともにその心理学的なアプローチや治療方法が開発されつつある。しかしながら、日本国内においてはこのような研究はほとんど見当たらず、知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生やニーズ、支援状況についても不明のままである。

知的障害者のメンタルヘルスの不調において、問題行動は大きな割合を占めているが、これらの関連については、多くの研究でコンセンサスを得られていない状況である。しかしながら、知的障害者のメンタルヘルスを考える上では問題行動への支援や治療は不可欠である。また、その予防的な支援についても検討が必要である。知的障害児者のメンタルヘルスの不調や問題行動については、ABA や CBT がその効果を科学的な根拠を基に示してきているが、知的障害者の激しい自傷行動や他害行動に対する治療や予防的な支援においてどのような位置づけとなるのか、また入所施設における問題行動の発生に関して、知的障害者のメンタルヘルスや生活の質を高めるために効果的な要素はどのようなものであるかについては、検討が必要である。

そして、知的障害者のメンタルヘルスの不調へのこのような介入や支援を整理し、公衆衛生モデルを用いて支援を体系的に分類することで、最終的には知的障害者のメンタルヘルスの維持や増進を目的とした予防的な支援の在り方についての提言が可能となると考えられる。

第2節 本研究の目的

第1項 本研究の目的

以上より、本研究では、日本語版メンタルヘルスの不調のスクリーニング検査を開発し、その検査を用いてメンタルヘルスの不調の発生状況について調査することで、国内の知的障害児者のメンタルヘルスの不調の発生状況を把握する。その際、予防的方略についての情報を得るために、メンタルヘルスの不調の関連要因や問題行動との関連、メンタルヘルスの不調と関連する機関の利用状況についても調べる。次に、知的障害者のメンタルヘルスの不調において大きな割合を占める問題行動について、行動論的アプローチを用いた臨床実践からメンタルヘルスの維持や増進、生活の質の向上を目的とした支援について整理し、公衆衛生モデルを用いて支援を体系的に分類する。最後に、知的障害児者の健康や福祉、生活の質を高める方略と予防的な支援の在り方について提言する。

第2項 本研究の構成

本章第1節で示した先行研究における課題と研究目的を検討するために、図3-1に示した構成で研究を実施する。

第1に知的障害者メンタルヘルスの不調の発生状況とその支援についての課題を特定するために研究1～研究4を実施する。近年欧米では、知的障害者のメンタルヘルスの不調の有病率について研究が多く行われているが、その数値は国によって変動が大きいため、指標が定まりにくい。そのため、まず研究1では、知的障害者のメンタルヘルスの不調をスクリーニングする検査（日本語版 PAS-ADD チェックリスト）を開発し、研究2では、研究1で開発したアセスメントを用いて、東京都の知的障害者団体に所属する18歳以上の成人を対象にメンタルヘルスの不調の発生と支援状況を調査する。研究3では、メンタルヘルスの不調の発生と関連する要因、特に心理的苦痛を伴うライフイベントの関連について検討し、研究4では、知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の発生状況とその他の障害との関連について検討する。

第2に、研究2～研究4の結果から、メンタルヘルスの不調に関して、とくに問題

行動を示す ASD を伴う知的障害者を対象に行動論的アプローチの効果について検討する。そして、公衆衛生予防モデルを用いてこれらのアプローチについて整理する（研究 5～9）。はじめに、研究 5 では、激しい自傷行動を示し、ASD を伴う知的障害児に対して、カリキュラム修正と前兆行動を利用したコミュニケーション支援を実施した。次に研究 6 と研究 7 では、施設に入所している問題行動を示す ASD を伴う知的障害者に対して自己選択、日中活動と余暇の充実の観点から介入を行った。研究 6 では、無発語の ASD を伴う知的障害者の自由時間中に起こる自傷行動について洗濯行動の形成、余暇時間の再設計により介入を行った。研究 7 では、無発語で水の過剰摂取を示す ASD を伴う知的障害者に対して、日中活動の改善と健康管理、施設職員と連携による介入を実施した。さらに、研究 8 では、言語理解とワーキングメモリに制限のある ASD を伴う知的障害児に対して、ゲームに負けたときの怒りの感情マネジメントに関する介入を実施した。最後に、研究 9 では、感情マネジメントプログラムを知的障害を伴う児童・生徒を含んだ ASD 児の集団に対して実施し、ASD を伴う知的障害児に対する適応上の修正や工夫について探索的に検討した。

各研究の結果と考察に基づいて、ASD を伴う知的障害者に適応したメンタルヘルスの不調の実態を明らかにし、問題行動に対する行動論的アプローチの有効性を検討し、これらのアプローチについて公衆衛生予防モデルを用いて整理し、提言をまとめる。

序論 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動に関するこれまでの研究と課題	
研究1 知的障害者のメンタルヘルスの不調のアセスメント尺度の開発	
研究2, 3 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生と関連要因、支援状況の調査 Shimoyama, M., Iwasa, K., & Sonoyama, S. (2018). The prevalence of mental health problems in adults with intellectual disabilities in Japan, associated factors and mental health service use. <i>Journal of Intellectual Disability Research, Early View</i> , 1-10.	知的障害を伴うASD者のメンタルヘルスの不調についてのデータを得て、潜在的なニーズについて検討する。
研究4 知的障害に関連する障害と精神疾患及び問題行動の発生	
研究5 自閉スペクトラム症を伴う知的障害児の示す激しい自傷・他害行動へのカリキュラム修正と前兆行動を利用したコミュニケーション支援 下山真衣・園山繁樹. (2010). カリキュラム修正と前兆行動を利用した代替行動分化強化による激しい自傷行動の軽減. <i>行動分析学研究</i> , 25(1), 30-41.	
研究6 自傷行動を示す自閉スペクトラム症を伴う知的障害者への機能的アセスメントと余暇活動支援 近藤真衣・園山繁樹. (2004). 知的障害者施設に入所する自傷行動を示す成人に対する介入効果. <i>福祉心理学研究</i> , 1 (1), 34-42.	研究2-4の調査から得られた結果から、知的障害を伴うASD児者のメンタルヘルスの不調と問題行動に対する行動論的アプローチについて予防的介入の観点から検討する。
研究7 水の過剰摂取と他害行動を示す自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の健康管理と施設職員への研修	
研究8 自閉スペクトラム症を伴う知的障害児のゲームに負けたときの感情マネジメント 下山真衣. (2015). 自閉症スペクトラムの子どもに対するゲームに負けたときの怒りマネジメントプログラムの効果. <i>自閉症スペクトラム研究</i> , 12(2), 45-51.	
研究9 自閉スペクトラム症を伴う知的障害児への感情マネジメントプログラムの開発 下山真衣・岡田信吾・石山真章. (2013). 自閉症スペクトラムのある児童と青年への怒りの感情マネジメントプログラムの検討. <i>就実論叢</i> , 43, 211-225.	
結論 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動に対する行動論的アプローチに関する予防的支援についての提言	

図3-1 研究の構成

第4章

知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況と関連要因

知的障害者のメンタルヘルス不調は、欧米の研究では一般の人と同程度かそれ以上発生していると報告されている（Taylor et al., 2004; Cooper et al., 2007b; Taylor & Knapp, 2013）。しかしながら、国内においては知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動の発生状況やその関連要因、関連機関の利用について調査した研究はほとんどなく、その介入や治療、支援に対するニーズは明確ではない。

本章では、知的障害者のメンタルヘルスの不調をアセスメントする尺度を開発し、その尺度を用いて、知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況を調査する。加えて、問題行動の発生状況、メンタルヘルスの不調と関連する要因、支援状況についても調査し、現在のメンタルヘルスの不調への支援における課題を検討する。

第1節 知的障害者のメンタルヘルスのアセスメント尺度の開発 — 研究1 —

第1項 問題と目的

第2章で詳しく説明したように、知的障害者のメンタルヘルスの不調全般について情報提供者に評価させるアセスメントに Moss et al. (1996) の PAS-ADD チェックリストがある。このチェックリストは各国で開発され（例えば、Gerber & Galli Carminati, 2013; Martorell et al., 2017; Moss et al., 1998; Sturmey et al., 2005; Zeilinger et al., 2011）、器質性疾患の可能性、感情障害もしくは神経症性障害、精神病性障害の3領域から知的障害者のメンタルヘルスの不調をスクリーニングできる。質問項目は知的障害者の介護者や家族が回答できるように設計されていて、対象となる知的障害者の最近4週間の行動について4件法で回答する。PAS-ADD チェックリストは、各国でその信頼性も確認されている。国内においても、このようなアセスメントを開発し、知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況について調査し、メンタルヘルスの不調への支援のニーズを検討す

ることは重要な社会的課題といえる。

そこで研究 1 では、知的障害者のメンタルヘルスの不調をスクリーニング可能な検査として PAS-ADD チェックリストの日本語版を開発することを目的とする。

第 2 項 方法

1. 使用したスクリーニング検査

Pavilion Publishing and Media Ltd で出版されている PAS-ADD チェックリストの改訂版 (Moss, 2002) を用いた。

2. PAS-ADD チェックリストの翻訳

原版の質問項目の内容について開発者の Dr Moss に質問し、項目の内容について確認した上で PAS-ADD チェックリストを著者が和訳した。その後、日英翻訳専門業者のチェックを受け、表現を修正した。

3. 研究参加者とデータの収集

東京都の知的障害者団体 A に所属する 18 歳以上の知的障害者の家族 300 名に日本語版 PAS-ADD チェックリストを配布した。なお、家族は依頼した知的障害者団体 A の職員によってランダムに選ばれ、職員によって質問紙が郵送された。

4. 調査時期

調査は 2016 年 9 月から 10 月にかけて実施した。

5. 分析方法

収集したデータについて統計解析ソフト R を用いてクロンバックの α 信頼性係数を算出した。ただし、質問項目「⑨服が体形に合わなくなるくらい、体重が変化した」については、全ての回答者において 0 点だったため、分析から省いた。その後、イギリス (Mosset al., 1998; Sturmey et al., 2005)、ドイツ (Zeilinger et al., 2011)、フランス (Gerber & Galli Carminati, 2013) スペイン (Martorell et al., 2017) 版の PAS-ADD チェックリストにおける α 信頼性係数と比較した。

6. 研究倫理上の配慮

本調査結果は統計的に処理され、個人が特定される情報は公表しないこと、研究への参加は自由意志であることを書面にて説明し、情報提供者である家族から研究参加と公表に関して書面による同意を得た。PAS-ADD チェックリスト（改訂版）（2002）については、著作権を所有する Pavilion Publishing and Media Ltd から日本語に翻訳して使用し、調査に用いる許諾を得た。

第3項 結果

1. 日本語版 PAS-ADD チェックリストの項目

PAS-ADD チェックリスト（改訂版）の質問項目における日本語表記は、表 4-1 に示した。質問項目は、①服の着脱、入浴、トイレの使用、料理などの「セルフケアスキル」の使用が以前に比べてできなくなった、もしくは進んであまりしなくなった、②以前に比べ忘れっぽくなっている、もしくは混乱している。たとえば自分で言ったことを忘れたり、行き慣れた場所で迷子になったりするなど、③夜間、睡眠中に目が覚めてしまい、もう一度寝ようとする、1時間以上かかってしまう、④テレビの視聴、読書、趣味のような、好きな活動に以前より集中できなくなった、⑤落ち着きがない、もしくは歩き回る、ずっと座ってられない、⑥イライラしている、もしくは不機嫌である。⑦食欲が減退し、食事を楽しむことが少なくなった、⑧食事量が増加した、もしくは過食になった。⑨服が体形に合わなくなるくらい、体重が変化した、⑩突然の音や動きに驚くようになった、⑪他人への信頼感が薄れて、何度も繰り返し尋ねることで安心しようとする、⑫まるで誰かがその人を傷つけようとしたり、その人について話しているかのように疑ったり、不審がったり、行動したりする、⑬平常のその人の状況に比べて、より人付き合いを避けるようになった、⑭自分に自信がなくなり、自分を価値のない人間と感じている、⑮通常その人が寝る時刻より、少なくとも1時間以上就寝時間が遅くなった、⑯通常その人が起きる時刻より、少なくとも1時間以上早く目が覚め、その場合ふたたび眠ることができなくなった、⑰娯楽や楽しむ気持ちの減退。たとえば、その人が好きなことに費やす時間が減ったなど、⑱悲しんだり、落ち込んだりしている（過去4週間で、少なくとも3日間は認められた場合）、⑲一人きりになることや、人込み、雷鳴のような状況や出来事がきっかけの強い恐怖を示したり、パニックになったりする、⑳何のきっかけも出来事もないのに、怖がったり、パニック状態になったりする、㉑同じ行動を繰り返す。たとえば、ドアの鍵が閉まっているか何度も繰り返し確認したり、

表4-1 日本語版PAS-ADDチェックリストの質問項目

質問項目	
1	服の着脱、入浴、トイレの使用、料理などの「セルフケアスキル」の使用が以前に比べてできなくなった、もしくは進んであまりしなくなった。
2	以前に比べ忘れっぽくなっている、もしくは混乱している。たとえば自分で言ったことを忘れたり、行き慣れた場所で迷子になったりするなど。
3	夜間、睡眠中に目が覚めてしまい、もう一度寝ようとすると、1時間以上かかってしまう。
4	テレビの視聴、読書、趣味のような、好きな活動に以前より集中できなくなった。
5	落ち着きがない、もしくは歩き回る、ずっと座ってられない。
6	イライラしている、もしくは不機嫌である。
7	食欲が減退し、食事を楽しむことが少なくなった。
8	食事量が増加した、もしくは過食になった。
9	服が体形に合わなくなるくらい、体重が変化した。
10	突然の音や動きに驚くようになった。
11	他人への信頼感が薄れて、何度も繰り返し尋ねることで安心しようとする。
12	まるで誰かがその人を傷つけようとしていたり、その人について話しているかのように疑ったり、不審がったり、行動したりする。
13	平常のその人の状況に比べて、より人付き合いを避けるようになった。
14	自分に自信がなくなり、自分を価値のない人間と感じている。
15	通常その人が寝る時刻より、少なくとも1時間以上就寝時間が遅くなった。
16	通常その人が起きる時刻より、少なくとも1時間以上早く目が覚め、その場合ふたたび眠ることができなくなった。
17	娯楽や楽しむ気持ちの減退。たとえば、その人が好きなことに費やす時間が減ったなど。
18	悲しんだり、落ち込んだりしている（過去4週間で、少なくとも3日間は認められた場合）。
19	一人きりになることや、人込み、雷鳴のような状況や出来事がきっかけの強い恐怖を示したり、パニックになったりする。
20	何のきっかけも出来事もないのに、怖がったり、パニック状態になったりする。
21	同じ行動を繰り返す。たとえば、ドアの鍵が閉まっているか何度も繰り返し確認したり、決まった順序で物事を遂行しなければ気がすまないなど。
22	高すぎる多幸感や、ハイテンションの状態（過去4週間で、少なくとも3日間は認められる場合）。
23	不可能かつ現実的ではない奇妙な考えを信じ込んでいる。たとえば、自分は特別な力を持っている、何かが自分の心をコントロールしている、もしくは誰かが自分を傷つけようとしているなど。
24	たとえば、体を揺らしたり、手をひらひらさせたりするなど変わった身振りや動作をする。
25	たとえば普通よりもずっと速く話したり、何度も同じ言葉を繰り返したり、他人の話した言葉をおうむ返ししたりするような変わった話し方をしたりする。

PAS-ADDチェックリスト（改訂版）（Moss, 2002）を、著作権者の許諾を得て著者が和訳した。

決まった順序で物事を遂行しなければ気がすまないなど、②高すぎる多幸感や、ハイテンションの状態（過去4週間で、少なくとも3日間は認められる場合）、③不可能かつ現実的ではない奇妙な考えを信じ込んでいる。たとえば、自分は特別な力をもっている、何かが自分の心をコントロールしている、もしくは誰かが自分を傷つけようとしているなど、④たとえば、体を揺らしたり、手をひらひらさせたりするなど変わった身振りや動作をする、⑤たとえば普通よりもずっと速く話したり、何度も同じ言葉を繰り返したり、他人の話した言葉をおうむ返ししたりするような変わった話し方をしたりする、の25項目であった。

質問項目への回答は4件法で、最近4週間について①起こっていない、もしくは平常からこのような状態である、②ときどき起きる、もしくは軽度の様相で起こる、③頻回に起きる、もしくは中度の様相で起こる、④ほとんどいつも起こり、重度の様相であるとした。

2. 有効回答率

調査対象者300名中152名が、PAS-ADDチェックリストの質問紙に回答した（回収率50.6%）。そして、全ての質問項目に回答した人は126名で、有効回答率は42.0%だった。

3. クロンバックの α 信頼性係数

質問項目の内的一貫性を計測するためにクロンバックの α 信頼性係数を「器質性疾患の可能性」「感情障害もしくは神経症性障害」「精神病性障害」「全体の内的一貫性」について算出した。それぞれの α 信頼性係数は、器質性疾患の可能性が0.74、感情障害もしくは神経症性障害が0.73、精神病性障害0.41、全体の内的一貫性が0.82であった。

4. 先行研究との比較

本研究で示された数値について検討するために、これまで各国で行われてきたPAS-ADDチェックリストの質問項目に対するクロンバックの α 信頼性係数を調べ、比較した。表4-2に、本研究と先行研究におけるクロンバックの α 信頼性係数の比較を示した。その結果、 α 信頼性係数のそれぞれの範囲は、器質性疾患の可能性、感情障害もしくは神経症性障害、精神病性障害、全体の内的一貫性の順で数値を並べたところ、イギリスのMoss, et al. (1998)は0.84、0.63、0.51、0.87で、Sturme, et al. (2005)は0.80、0.70、

表4-2 本研究と先行研究におけるクロンバックの α 信頼性係数の比較

	本研究	Martorell et al. (2017)	Gerber & Galli Carminati (2013)	Zeilinger et al. (2011)	Sturmey et al. (2005)	Moss et al. (1998)
	日本	スペイン	フランス	ドイツ	イギリス	イギリス
器質性疾患の可能性	0.74	0.40	0.76	0.55	0.80	0.84
感情障害もしくは神経症性障害	0.73	0.79	0.81	0.81	0.70	0.63
精神病性障害	0.41	0.44	0.72	0.57	0.60	0.51
全体の内的一貫性	0.82	0.80	0.84	0.83	n.a.	0.87

0.60、n.a.で、ドイツの Zeilinger et al. (2011) は 0.55、0.81、0.57、0.83 で、フランスの Gerber and Galli Carminati (2013) は 0.76、0.81、0.72、0.83 で、スペインの Martorell et al. (2017) は 0.40、0.79、0.44、0.80 であった。

これら先行研究の α 信頼性係数を整理すると、器質性疾患の可能性で 0.40～0.84 (平均 0.68)、感情障害もしくは神経症性障害で 0.63～0.81 (平均 0.74)、精神病性障害で 0.41～0.72 (平均 0.54)、全体の内的一貫性で 0.80～0.87 (平均 0.83) であった。全体の内的一貫性は各先行研究でも高い数値を示していたが、精神病性障害の数値は各先行研究で幅があり、なおかつ低い水準であった。

第4項 考察

日本語版 PAS-ADD チェックリスト (改訂版) の質問項目に関する内的一貫性は、全体的には高い水準が示され、器質性疾患の可能性と感情障害もしくは神経症性障害についてもおおそ支持的な結果と言える。しかしながら、精神病性障害についてはクロンバックの α 信頼性係数が低かった。

そこで、本研究で示された数値について検討するために、これまで各国で行われてきた PAS-ADD チェックリストの質問項目に対するクロンバックのアルファ信頼性係数を比較したところ、全体の内的一貫性は各先行研究でも高い数値を示していたが、精神病性障害の数値は各先行研究で幅があり、なおかつ低い水準であった。

以上のことから、精神病性障害に関してはそれぞれの質問項目が一貫して測定したい内容を表していない可能性が考えられた。しかしながら、同様に低い数値を示した Martorell et al. (2017) が特に質問項目を変更しなかったこと、日本語版の PAS-ADD チ

チェックリストを先行研究の結果と比較することを考え、精神病性障害についても項目を変更しないことと決めた。

今後の課題として、日本語版 PAS-ADD チェックリストについて、例えば医学的な診断との比較、同じ参加者への2度にわたる調査など実施し、この質問紙の信頼性を高めていく必要がある。さらに、精神病性障害の質問項目の α 信頼性係数が低かったため、将来的には別の質問項目を作成する、もしくは質問項目を変更するなど大きな修正が必要かもしれない。

第2節 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生と支援状況 — 研究2 —

第1項 問題と目的

知的障害者のメンタルヘルスの不調について PAS-ADD チェックリストを用いた Taylor et al. (2004) の大規模調査では、時点有病率は 20.0%であった。知的障害者のメンタルヘルス不調は、欧米の研究では一般の人と同程度かそれ以上発生していると報告されている (Cooper et al., 2007; Taylor et al., 2004; Taylor & Knapp, 2013)。メンタルヘルスの不調 (気分障害、不安障害、物質関連障害) に関する日本の一般人口を対象とした大規模な疫学調査では、時点有病率は 8.8%であったが (Kawakami et al., 2005)、国内の知的障害者を対象としたメンタルヘルスの不調の発生状況は明らかでない。

一方、Naganuma et al. (2006) は、日本において 12 ヶ月間の内にうつ病と診断された人の専門機関への受診率は、精神科医 13.6%、心理士 14.0%、一般医 8.9%、福祉サービス 6.7%と報告した。しかしながら、メンタルヘルスの不調を示した知的障害者の専門機関の利用状況についても明らかになっていない。

そこで本研究では、研究1で開発した日本語版 PAS-ADD チェックリストを用いて、知的障害者でメンタルヘルスの不調を示している人の発生状況とメンタルヘルスの不調に関連する専門機関の利用の程度とその種類について明らかにすることを目的とする。

第2項 方法

1. 研究参加者と情報提供者

東京都の知的障害者団体 A に所属する 18 歳以上の知的障害者の家族 300 名に日本語版 PAS-ADD チェックリストを配布した (研究1と同時に実施)。なお、家族は依頼した知的障害者団体 A の職員によってランダムに選ばれ、職員によって質問紙が郵送された。

2. 調査時期

調査は、研究1と同時に 2016 年 9 月から 10 月にかけて実施した。

3. 質問紙の内容と手続き

日本語版 PAS-ADD チェックリストの最近 4 週間についての器質性疾患、感情障害もしくは神経症性障害、精神病性障害に関する 25 項目の質問と年齢、性別、知的障害の程度、住まいの属性（一人暮らし、実家、グループホーム、施設）、現在のメンタルヘルスの不調の有無と、不調の場合の治療・相談状況についての質問項目を設けた。知的障害の程度については、療育手帳（東京都は愛の手帳）に掲載されている知的障害の程度について記入してもらった。専門機関の利用状況については、精神科医、心理士によるカウンセリングもしくは心理療法、地域の福祉サービス、その他、利用なしから選択させ（複数選択可）、その他については具体的な機関について記入させた。

4. 分析方法

得られたデータについては、まず基本統計量の算出を行い、次に PAS-ADD チェックリストの疾患項目（器質性疾患、感情障害もしくは神経症性障害、精神病性障害、メンタルヘルスの不調全般）と知的障害の程度、性別ごとに比率を算出した。統計ソフトは SPSS Statistics Version24 を使用した。

5. 研究倫理上の配慮

本調査結果は統計的に処理され、個人が特定される情報は公表しないこと、研究への参加は自由意志であることを書面にて説明し、情報提供者である家族から研究参加と公表に関して書面による同意を得た。使用した日本語版 PAS-ADD チェックリスト (2016) は著作権を所有する Pavilion Publishing and Media Ltd から研究利用の許諾を得た。

第3項 結果

1. 有効回答率

調査対象者 300 名中 152 名が、日本語版 PAS-ADD チェックリストの質問紙に回答した（回収率 50.6%）。全ての質問項目に回答した人は 126 名で、有効回答率は 42.0%だった。

2. 研究参加者の属性

本研究の参加者の属性について、表 4-3 に示した。参加者は 126 名で、男性 77 名（61.1%）と女性 55 名（38.9%）だった。参加者の平均年齢は全体で 29.4 歳（SD=8.12;

表4-3 参加者の属性

性別	人数	%
男性	77	61.1
女性	55	38.9
全体	126	
年齢	平均年齢	年齢の範囲
男性	29.4	18-51
女性	29.9	19-59
全体	29.4	18-59
障害の程度	人数	%
軽度	23	18.1
中等度	48	38.1
重度	51	40.5
最重度	4	3.2
住まい	人数	%
実家	104	82.5
グループホーム	17	13.5
施設	4	3.2
一人暮らし	1	0.8

範囲 18～59 歳)、男性で 29.4 歳 (SD = 8.16; 範囲 18～51 歳)、女性で 29.9 歳 (SD = 8.01; 範囲 19～59 歳) だった。

知的障害の程度は、軽度 23 名 (18.3%)、中等度 48 名 (38.1%)、重度 51 名 (40.5%)、最重度 4 名 (3.2%) であった。通常、知的障害の程度の比率は、軽度 85%、中度 10%、重度 3～4%、最重度 1～2%の比率と考えられており (APA, 2000)、 χ^2 検定の適合度の検定を実施したところ、参加者の群には知的障害の程度に偏りがあった ($\chi^2_{(3)} = 756.24$, $p < .01$)。本研究の参加者の群は一般的な知的障害の群に比べ、中度、重度、最重度の知的障害の比率が非常に高かった。逆に軽度の知的障害の比率は非常に低かった。

参加者の住まいは、実家 104 名 (82.5%)、グループホーム 17 名 (13.5%)、施設 4 名 (3.2%)、一人暮らし 1 名 (0.8%) であった。ほとんどの参加者は実家で暮らしていた。

不安、うつ、眠れない、イライラしているなどメンタルヘルスの不調があるかどうか

を尋ねたところ、不調なし 65 名 (51.6%)、不調あり 61 名 (48.4%) であった。半数の参加者が家族からメンタルヘルスの不調があるとみなされていた。

3. メンタルヘルスの不調の発生状況

PAS-ADD チェックリストの得点が閾値（器質性疾患の可能性 5 点、感情障害もしくは神経症性障害 6 点、精神病性障害 2 点）以上の参加者を集計したところ、過去 4 週間におけるメンタルヘルスの不調の得点が閾値以上の人は、23.8% (n=30) だった。器質性疾患、感情障害もしくは神経症性障害、精神病性障害、メンタルヘルスの不調の閾値以上の人の割合を性別、障害の程度ごとに表 4-4 に示した。それぞれの疾患の閾値以上の人は、器質性疾患 5.6%、感情障害もしくは神経症性障害 7.9%、精神病性障害 18.3% であった。男女別ではメンタルヘルスの不調の閾値以上の人は、男性 28.6%、女性 16.3% だった。知的障害の程度別では軽度知的障害 21.7%、中等度知的障害 33.3%、重度知的障害 17.6%、最重度知的障害 0% であった。

4. メンタルヘルスの不調に関連する専門機関の利用

家族からメンタルヘルスの不調があるとみなされた参加者の受診・相談状況について表 4-5 にまとめた。精神科・心療内科の利用は 59.1% (39 名)、地域の社会福祉サービス 9.1% (6 名)、心理士によるカウンセリングもしくは心理療法 6.1% (4 名)、その他 9.1% (6 名)、利用なし 16.7% (11 名) であった。その他の機関の利用については、小児神経科、神経内科が挙げられていた。

表4-4 障害の程度別、性別によるPAS-ADDチェックリストの閾値以上の人のパーセンテージ

			器質性疾患	感情障害 もしくは 神経症性障害	精神病性障害	メンタルヘル スの不調全般
			%	%	%	%
軽度知的障害						
	男性	(n=11)	9.1	9.1	27.3	27.3
	女性	(n=12)	0.0	8.3	8.3	16.7
	合計	(n=23)	4.3	8.7	17.4	21.7
中等度知的障害						
	男性	(n=31)	6.5	16.1	32.3	41.9
	女性	(n=17)	0.0	0.0	17.6	17.6
	合計	(n=48)	4.2	10.4	27.1	33.3
重度知的障害						
	男性	(n=34)	5.9	5.9	14.7	17.6
	女性	(n=17)	11.8	5.9	5.9	17.6
	合計	(n=51)	7.8	5.9	11.8	17.6
最重度知的障害						
	男性	(n=1)	0.0	0.0	0.0	0.0
	女性	(n=3)	0.0	0.0	0.0	0.0
	合計	(n=4)	0.0	0.0	0.0	0.0
全ての程度の知的障害						
	男性	(n=77)	6.5	10.4	23.4	28.6
	女性	(n=49)	4.1	4.1	10.2	16.3
	合計	(n=126)	5.6	7.9	18.3	23.8

表4-5 メンタルヘルスの不調に関連するサービスの利用率

	精神科・心療内科	地域の 社会福祉サービス	心理士によるカウ セリングや心理療法	その他	利用なし
% (n)	59.1% (39)	9.1%(6)	6.1%(4)	9.1%(6)	16.7%(11)

第4項 考察

本研究は、東京都の知的障害者団体 A に所属する知的障害者を対象に、日本語版 PAS-ADD チェックリストを用いて、メンタルヘルスの不調の発生とメンタルヘルスの不調に関連する専門機関の利用状況について調査した。本研究では、日本語版 PAS-ADD チェックリストによるメンタルヘルスの不調の閾値以上を示した知的障害者は 23.8%であった。これは、日本の一般人口のメンタルヘルスの不調の時点有病率 8.8% (Kawakami et al., 2005) を大きく上まっていた。家族からメンタルヘルスの不調があるとみなされた参加者のうち、およそ 60%が精神科もしくは心療内科を受診し、カウンセリングや心理療法を受けていたものはおよそ 6%だった。以下では、知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況や支援の状況から、国内の知的障害者のメンタルヘルスの不調に関するニーズと今後の課題について検討する。

1. 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況

本研究におけるメンタルヘルスの不調が閾値以上の人の割合は 23.8%であった。本研究と同様に PAS-ADD チェックリストを用いた Taylor et al. (2004) の研究では 20.0%で、医学的臨床診断による Cooper et al. (2007) の研究では時点有病率が 22.4%であり、本研究と非常に近い数値であった。さらに国内における一般人口のメンタルヘルスの不調の時点有病率は 8.8%であり、一般人口に比べて、本研究における知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生は高い状況であった。

このように、本研究における知的障害者のメンタルヘルスの不調は、先行研究と同様の発生状況であったが、一方で PAS-ADD チェックリストの各疾患の内訳については、先行研究と相違がみられた。例として Taylor et al. (2004) の結果と比較したところ、感情障害もしくは神経症性障害と精神病性障害の発生状況に目立って違いがあった。表 4-6 に本研究と Taylor et al. (2004) の発生状況の比較を示した。感情障害もしくは神経症性障害は、Taylor et al. (2004) では男性に比べて女性の方が高く発生していたが、本研究では男性に比べ女性の発生は低かった。同様に Cooper et al. (2007) の研究でも女性の方が有病率が高く、本研究のデータの要因について検討が必要である。Kawakami et al. (2005) の日本国内の一般人口を対象とした大規模なメンタルヘルスの不調の調査では、男性に比べて女性の気分障害の時点有病率は高く、本研究と一致していない。本研究の結果は、先行研究に比べて少人数であるせいか、もしくはその他の要因であるか明らかにはなっていない。今後はさらに参加者を増やした追試が必要である。

表4-6 PAS-ADDチェックリストの閾値以上の人のパーセンテージ比較

	本研究		Taylor <i>et al.</i> 2004	
	(n = 126)		(n = 1155)	
	%		%	
	男性	女性	男性	女性
器質性疾患の可能性	6.5	4.1	3.9	4.0
感情障害もしくは神経症性障害	10.4	4.1	12.3	17.0
精神病性障害	23.4	10.2	11.2	9.4

さらに、精神病性障害については、本研究では一般人口の有病率に比べ著しく高い数値が示された。Taylor *et al.* (2004) の調査でも高い有病率であったが、この原因として第1に、この検査の回答者は本研究においても Taylor *et al.* (2004) においても家族であり、専門家ではなかったため、適切な回答であったかは不明であったことが影響している可能性が考えられる。第2に、研究1でも指摘したように、日本語版 PAS-ADD チェックリストの精神病性障害の質問項目は内的一貫性が低く、妥当性に欠ける可能性がある。PAS-ADD チェックリストは、もともと知的障害者のメンタルヘルスの不調をスクリーニングする目的で作られている。このままでは精神病性障害については過剰にスクリーニングされてしまい、本来の目的が達成されにくくなる可能性がある。そして第3の原因として、本研究において精神病性障害が過剰にスクリーニングされたもう一つの理由は、参加者の人数が少なく、偏りが生じた可能性が考えられる。したがって、今後は精神病性障害についての質問項目に関しての改定について検討し、参加者を増やし、専門家による回答をするなど手続きを改善した上で、メンタルヘルスの不調の発生の調査を実施する必要がある。

2. メンタルヘルスの不調に関連する専門機関の利用状況

メンタルヘルスの不調に関連した機関の利用状況については、メンタルヘルスに不調があると家族にみなされた知的障害者うち、8割以上がなんらかの専門機関を利用していた。そのうち、ほとんどが精神科医であり、Naganuma *et al.* (2006) が調査した国内の一般人口と比べ、知的障害者の精神科の利用の割合は非常に高かった。これは、子どもの頃から児童精神科や精神科を利用しており、知的障害者の精神科への拒否感の低さや、もしくは利用する本人の意思や承諾、利用することについての理解の欠如が背景と

してあるのかもしれないが、根拠が乏しい状況であり、引き続き検討が必要である。

一方、心理士によるカウンセリングもしくは心理療法、地域の社会福祉サービスの利用件数は精神科に比べて少なかった。知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況からして、メンタルヘルスに関するニーズは高いと推測できるが、精神科以外の利用状況が低いことが明らかになった。もちろん、国内の医療保険制度は病院を利用しやすくしているし、知的障害者に対する精神科医療が非常にうまくいっている可能性がある。しかしながら、そのような肯定的な考えを否定するような証拠として精神疾患のある知的障害者への向精神薬の多量多剤投薬の問題が国内で指摘されている（井上ら，2016）。いずれにせよ、知的障害者がメンタルヘルスの不調を示したとき、一般の人と同様に薬物療法とは別の選択肢もしくは併用できる選択肢が必要である。選択肢の一つとして、知的障害者に適合したメンタルヘルスの不調に対する心理学的アプローチをさらに検討することが国内でも必要であると考えられる。

4. まとめと今後の課題

本研究は、日本においてスクリーニング検査から知的障害者のメンタルヘルスの不調を調査し、その発生状況と支援状況について検討した。結果として知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生は一般人口に比べて高く、その支援へのニーズも高いことが考えられた。

しかしながら、本研究のデータを参考にする上で次の制約が考えられる。本研究で使ったデータは、メンタルヘルスの専門家でない者（家族）が記入したものであること、本データの収集方法や人数から一般的な知的障害の母集団と同様でないこと（例えば、特定の知的障害者団体の会員のみを対象としている、一般的な知的障害の程度の比率と比べ、本研究の参加者の知的障害の程度の比率に偏りがあるなど）、使用した日本語版 PAS-ADD チェックリストにおいて精神病性障害の数値が高く出る可能性があることが挙げられる。加えて、問題行動についてはこのチェックリストでは調査できず、問題行動を含めたメンタルヘルスの不調の有病率は不明のままである。今後は、参加者の人数やスクリーニング検査の信頼性などの課題を解決し、問題行動の発生状況についても調査する必要がある。そのような調査から、この領域におけるニーズを明らかにすること、メンタルヘルスの不調への支援に貢献するような知的障害者のメンタルヘルスの不調のアセスメントの開発を進めることが必要である。

第3節 知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因 — 研究3—

第1項 問題と目的

知的障害者のメンタルヘルスの不調は重複した原因から発生し、生物学的要因、心理的対処法の不足、スティグマや虐待、貧困の経験と関連すると指摘されてきている (Taylor et al., 2004)。知的障害者のメンタルヘルスの不調と関連する要因についての大規模な調査では、性別や障害の程度、生活習慣、貧困、心理的苦痛を伴うライフイベントの経験など多くの要因が挙げられた (Cooper et al., 2007b; Smiley et al., 2007)。特に心理的苦痛を伴うライフイベントがメンタルヘルスの不調のリスク要因になることが指摘されており (Hastings, et al., 2004; Hulbert-Williams & Hastings, 2008; Hulbert-Williams et al., 2011; Hulbert-Williams et al., 2014)、国内の知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因についても、同様の要因を想定することができるものの、未だ明らかになっていない。

そこで本研究では、日本語版 PAS-ADD チェックリストを用いてメンタルヘルスの不調の関連要因を明らかにし、関連要因の中でも心理的苦痛を伴うライフイベントについて検討する。

第2項 方法

1. 研究参加者と情報提供者

東京都の知的障害者団体 A に所属する 18 歳以上の知的障害者の家族 300 名に日本語版 PAS-ADD チェックリストを配布した (研究 1、2 と同時に実施)。なお、家族は依頼した知的障害者団体 A の職員によってランダムに選ばれ、職員によって質問紙が郵送された。

2. 調査時期

調査は、研究 1、2 と同時に 2016 年 9 月から 10 月にかけて実施した。

3. 質問紙の内容と手続き

日本語版 PAS-ADD チェックリストの器質性疾患、感情障害もしくは神経症性障害、精神病性障害に関する 25 項目の質問と心理的苦痛を伴うライフイベントの有無の項目を用いた。ライフイベントに関しては、日本語版 PAS-ADD チェックリストにある「過去 2 年間で経験したライフイベント」を用いた。

日本語版 PAS-ADD チェックリストのライフイベントは、過去 2 年間について、①親、子ども、夫婦、兄弟、姉妹といった近親者との死別、②家族ぐるみの付き合いで親しい友人・介護者・その他の人との死別、③重度の病気や怪我、④退職、⑤親しい関係にある介護者や友人の重い病、⑥家の引越しや施設の移動、⑦恋人（ガールフレンドやボーイフレンド）との別れ、⑧別居もしくは離婚、⑨アルコール問題、⑩薬物問題、⑪親しい友人・介護者・隣人・関係者との深刻な問題、⑫1 ヶ月以上無職である、もしくは求職中、⑬親との関係に深刻な亀裂がある、⑭仕事の一時的解雇、もしくは解雇された、⑮貴重品の紛失、もしくは盗まれた、⑯警察やその他公的機関との問題、⑰重大な財政危機、⑱性的な問題、⑲その他、対象者に苦痛をもたらすような出来事もしくは日常の変化の 19 項目であった。参加者の家族が、それぞれのライフイベントの有無について回答した（複数回答可）。⑲その他、対象者に苦痛をもたらすような出来事もしくは日常の変化については、具体的な内容が書けるよう自由記述の欄を設けた。

そのほかに、年齢、性別、住まいの属性（一人暮らし、実家、グループホーム、施設）、知的障害の程度、現在のメンタルヘルスの不調の有無についての質問を設けた。知的障害の程度については、療育手帳（東京都は愛の手帳）に掲載されている知的障害の程度について記入してもらった。

4. 分析方法

得られたデータについては、最初に基本統計量の算出を行なった。メンタルヘルスの不調の関連要因として 5 つの項目（性別、年齢、知的障害の程度、居住の種類、心理的苦痛を伴うライフイベントの有無）について、強制投入法によるロジスティック回帰分析を用いて分析した。これらの要因のうち、年齢については平均年齢（29.4 歳）未満と平均年齢以上に分け、知的障害の程度は軽度と中度、重度と最重度に区分し、住まいについては一人暮らしと実家暮らし（コミュニティ）、グループホームと施設（施設）に区分し、ライフイベントは過去 2 年間での経験の有無に区分して分析した。ライフイベントに関しては、経験したライフイベントごとに件数とその割合を算出した。統計ソフト

トは SPSS Statistics Version24 を使用した。

5. 研究倫理上の配慮

本調査結果は統計的に処理され、個人が特定される情報は公表しないこと、研究への参加は自由意志であることを書面にて説明し、情報提供者である家族から研究参加と公表に関して書面による同意を得た。使用した日本語版 PAS-ADD チェックリスト (2016) は著作権を所有する Pavilion Publishing and Media Ltd から研究利用の許可を得た。

第3項 結果

1. 有効回答率

調査対象者 300 名中 152 名が、PAS-ADD チェックリストの質問紙に回答した（回収率 50.6%）。そして、全ての質問項目に回答した人は 126 名で、有効回答率は 42.0%だった。

2. 参加者の属性

参加者の人数、性別、年齢、知的障害の程度、住まいの種類、メンタルヘルスの不調の有無の割合は研究 2 と同様であった。

3. メンタルヘルスの不調と関連する要因

メンタルヘルスの不調と関連する要因について、表 4-7 に示した。メンタルヘルスの不調全般では年齢と関連していた。平均年齢より年齢が上の参加者に比べ、平均年齢より年齢が下の参加者に全般的なメンタルヘルスの不調がより多くみられた（オッズ値 0.261; $p < 0.01$ ）。一方、性別、知的障害の程度、住まい、ライフイベントとの間に関連性は見出されなかった。器質性疾患に関連した要因はなかった。感情障害もしくは神経症性障害は、心理的苦痛を伴うライフイベントの経験と関連し、これらのライフイベントを経験した参加者は、経験していない参加者より多く見られた（オッズ値 8.866; $p < 0.05$ ）。一方、年齢、性別、知的障害の程度、住まいに関連性は見出されなかった。精神病性障害は性別と関連し、女性よりも男性により多くみられた（オッズ値 6.973; $p < 0.01$ ）。精神病性障害と年齢および心理的苦痛を伴うライフイベントとの関連は有意傾向であった。しかしながら、知的障害の程度、住まいとの間に関連性は見出されなかった。

表4-7 メンタルヘルスに関連する要因

変数	オッズ値	95%信頼区間	B	P	VIF
器質性疾患の可能性					
年齢					
平均年齢以下	Reference				
平均年齢以上	0.501	(0.133–1.891)	-0.692	0.308	1.111
性別					
女性	Reference				
男性	1.795	(0.277–11.620)	0.585	0.539	1.017
知的障害の程度					
軽度と中等度	Reference				
重度と最重度	0.637	(0.126–3.222)	-0.451	0.585	1.099
住まい					
コミュニティ施設	Reference				
2年以内のライフイベントの有無	1.955	(0.419–9.119)	0.670	0.394	1.215
なし	Reference				
あり	1.143	(0.236–5.522)	0.133	0.868	1.010
感情障害もしくは神経症性障害					
年齢					
平均年齢以下	Reference				
平均年齢以上	0.387	(0.086–1.745)	-0.949	0.217	1.111
性別					
女性	Reference				
男性	2.877	(0.507–16.331)	1.057	0.233	1.017
知的障害の程度					
軽度と中等度	Reference				
重度と最重度	1.613	(0.364–7.142)	0.478	0.529	1.099
住まい					
コミュニティ施設	Reference				
2年以内のライフイベントの有無	0.741	(0.088–6.254)	-0.300	0.783	1.215
なし	Reference				
あり	8.866	(1.091–72.029)	2.182	0.041	1.010
精神病性障害					
年齢					
平均年齢以下	Reference				
平均年齢以上	0.325	(0.098–1.081)	-1.124	0.067	1.111
性別					
女性	Reference				
男性	6.973	(1.983–24.514)	1.942	0.002	1.017
知的障害の程度					
軽度と中等度	Reference				
重度と最重度	2.373	(0.680–8.279)	0.864	0.175	1.099
住まい					
コミュニティ施設	Reference				
2年以内のライフイベントの有無	1.203	(0.214–6.776)	0.185	0.834	1.228
なし	Reference				
あり	2.565	(0.944–6.964)	0.942	0.065	1.010
メンタルヘルスの不調全般					
年齢					
平均年齢以下	Reference				
平均年齢以上	0.261	(0.097–0.700)	-1.344	0.008	1.111
性別					
女性	Reference				
男性	2.135	(0.832–5.479)	0.758	0.115	1.017
知的障害の程度					
軽度と中等度	Reference				
重度と最重度	2.017	(0.746–5.454)	0.702	0.167	1.099
住まい					
コミュニティ施設	Reference				
2年以内のライフイベントの有無	1.083	(0.282–4.154)	0.080	0.908	1.215
なし	Reference				
あり	1.613	(0.673–3.864)	0.478	0.284	1.010

4. 心理的苦痛を伴うライフイベント

家族からメンタルヘルスの不調があるとみなされた参加者が最近2年間で経験したライフイベントについてその人数を、表4-8に示した。メンタルヘルスの不調があるとみなされた参加者61名のうち、ライフイベントを経験した参加者は33名で、ライフイベントを経験していない参加者は28名だった。

経験したライフイベント（複数回答可）は多い方から、親、子ども、夫婦、兄弟、姉妹といった近親者との死別9名、重度の病気や怪我5名、家の引越しや施設の移動5名、1ヶ月以上無職である、もしくは求職中4名、退職2名、警察やその他公的機関との問題2名、親しい友人・介護者・隣人・関係者との深刻な問題1名、親との関係に深刻な亀裂がある1名、貴重品の紛失、もしくは盗まれた1名、その他、本人に苦痛をもたらすような出来事もしくは日常の変化12名であった。

その他、本人に苦痛をもたらすような出来事もしくは日常の変化の具体的な内容としては、自転車同士の接触事故1名、作業所の他の利用者の大きな声1名、不登校1名、手術をした1名、職場の上司から馬鹿にされた1名、独り言で通報され警察が家に来た1名、祖父との別居1名、新しく同居人が増えた1名、物の位置が変わった1名、記述がない者が2名であった。

表4-8 メンタルヘルスの不調があるとみなされた参加者が経験したライフイベント

ライフイベント	人数
近親者との死別	9
重度の病気や怪我	5
家の引越しや施設の移動	5
1ヶ月以上無職である、もしくは求職中	4
退職	2
警察やその他公的機関との問題	2
親しい友人・介護者・隣人・関係者との深刻な問題	1
親との関係に深刻な亀裂がある	1
貴重品の紛失、もしくは盗まれた	1
その他、本人に苦痛をもたらすような出来事、日常の変化	12

第4項 考察

本研究は、知的障害者のメンタルヘルスの不調に関連する要因について検討した。結果として、平均年齢より年齢が上の参加者に比べ、平均年齢より年齢が下の参加者にメンタルヘルスの不調全般でより多くみられた。心理的苦痛を伴うライフイベントを経験した参加者は、していない参加者に比べて、感情障害もしくは神経症性障害がより多くみられた。精神病性障害については、女性よりも男性の参加者により多くみられ、心理的苦痛を伴うライフイベントを経験していない参加者に比べ、経験した参加者に多くみられる傾向があった。心理的な苦痛を伴うライフイベントは、近親者との死別、引っ越しや施設の移動、無職や退職のイベントが多く経験されていた。以下では、メンタルヘルスの不調の関連要因と心理的苦痛を伴うライフイベントから、知的障害者のメンタルヘルスの不調への理解促進と予防的支援の必要性について検討する。

1. メンタルヘルスの不調の関連要因

メンタルヘルスの不調との関連要因については、先行研究と同様の結果と異なった結果が本研究では示された。以下では、先行研究と比較しながら関連要因について検討する。

関連要因として年齢においては、メンタルヘルスの不調全般で年齢との関連性が見出された。知的障害者が青年期でよりメンタルヘルスの不調を経験する可能性が高く、これは一般人口と同様の傾向である。感情障害もしくは神経症性障害は年齢と関連せず、精神病性障害は年齢と関連する傾向にあった。Taylor et al. (2004) では、感情障害もしくは神経症性障害で年齢と関連がみられ、年齢が18歳以上25歳未満で多くみられていた。Taylor et al. (2004) との結果の違いは、研究に参加者した人数の差、住まいの形態の違いが考えられ、今後の検討が必要である。

性別においては、精神病性障害において関連性が見出され、女性に比べ男性の方が精神病性障害であることが多かった。これは一般人口と同様の傾向である。Cooper et al. (2007b) の調査では、メンタルヘルスの不調全般では女性であることがリスク要因となっており、Taylor et al. (2004) の調査結果でも、感情障害もしくは神経症性障害においても女性の方が多くみられていたため、本研究との結果とは異なっていた。国内の一般人口のメンタルヘルスの不調（統合失調症や認知症は対象外）の有病率を調査したKawakami et al. (2005) 研究では、気分障害の有病率には性差があり、女性の方が有病率が高かった。したがって、本研究の結果の感情障害もしくは神経症性障害についての

性差が見られない原因について、今後さらに調査を実施する必要がある。

知的障害の程度について、本研究ではメンタルヘルスの不調と関連しなかった。一方、Cooper et al. (2007b) の研究では、重度・最重度知的障害であることがメンタルヘルスの不調全般との関連があることが示されていた。この点については、本研究の参加者の知的障害の程度の割合が、軽度が非常に少なくなっていたところから、このような結果となった可能性がある。今後も継続して調査を続けることが必要である。

心理的苦痛を伴うライフイベントについては、感情障害もしくは神経症性障害では、心理的な苦痛を伴う可能性があるライフイベントを一度でも過去2年間で経験していた参加者に多くみられた。この結果は、ライフイベントとメンタルヘルスの不調に関する先行研究と一致していた (Cooper et al., 2007; Hastings et al., 2004; Smiley et al., 2007)。この結果から、心理的苦痛を伴うライフイベントを経験した知的障害のある人も一般の人と同様にメンタルヘルスサービスや予防的な支援を必要としていることが予想される。

ただし、ロジスティック回帰分析の感情障害もしくは神経症性障害のライフイベントに関して 95%信頼区間の幅が非常に広がったため、今後は調査人数を増やし検討する必要がある。

2. 心理的な苦痛を伴うライフイベント

知的障害者のメンタルヘルスの不調に関連するライフイベントは、近親者との死別、重度の病気や怪我、家の引越しや施設の移動が主たる内容であった。本研究の結果では、ライフイベントを一つ以上経験していた参加者は感情障害もしくは神経症性障害の得点が閾値以上となった人が多かった。Hastings et al. (2004) においても同様の結果が見られており、心理的苦痛を伴うライフイベントがメンタルヘルスの不調となんらかの関係があることが本研究でも示された。

しかしながら、本研究や Hastings et al. (2004) の研究において、これらのライフイベントは、情報提供者からメンタルヘルスの不調はないとみなされていた参加者も同様に経験していた。したがって、心理的な苦痛を伴うライフイベントを経験することは、メンタルヘルスの不調のリスクを高めるかもしれないが、必ずしも精神疾患などのメンタルヘルスの不調になるとは限らないことが考えられる。心理的苦痛を伴うライフイベントに関してはさらに別の項目を想定すること (例えば、虐待の有無、経済状況など)、そしてメンタルヘルスの不調に対抗するような、その人のストレングスやレジリエンス

についての調査項目を加えることで、メンタルヘルスの不調についてより詳細な検討が可能になるかもしれない。これによって、知的障害者のメンタルヘルスの不調に対して新しい介入や支援を考案できるようになる可能性がある。

3. まとめと今後の課題

本研究では、知的障害者のメンタルヘルスの不調と関連する要因について検討した。その結果、平均年齢より下の年齢であることや心理的苦痛を伴うライフイベントの経験がメンタルヘルスの不調と関連していることがわかった。知的障害者のメンタルヘルスの不調に対する支援については、このような関連要因について知識を持ち、理解することで支援が早くに開始できたり予防的な支援が可能になると考えられる。

しかしながら、本研究では先行研究と一致しない結果もあったため、今後も参加者の人数を増やし、関連要因について詳細な調査が必要である。苦痛を伴うライフイベントについては今回調査した内容だけでなく、さらに項目を広げる必要がある。加えて、心理的苦痛を伴うライフイベントに対処する、対抗するような個人のストレングスやレジリエンスについても調査を行うことで、知的障害者のメンタルヘルスの理解や支援を促進する可能性が考えられる。

第4節 知的障害に関連する障害と精神疾患及び問題行動の発生 — 研究4—

第1項 問題と目的

海外の大規模調査では、知的障害者のメンタルヘルスの不調の中でも問題行動の発生の割合が多いことが報告されている（Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007b）。知的障害者の問題行動の有病率は、18%～51%と研究によって変動が大きい。しかしながら、大規模な調査や変動の要因となる関数を除去する工夫をした調査では、問題行動の有病率は18.1%～22.5%（Bowring, 2017; Cooper et al., 2007b）であった。国内では神奈川県（2018）の調査が大規模であり、強度行動障害判定基準で10点以上を示す知的障害者は知的障害者全体の10.4%であった。これらの調査で問題行動のおおよその有病率が想定できる。しかしながら、知的障害者のメンタルヘルスの不調における問題行動の割合や知的障害以外の障害との関連性については不明である。

そこで本研究では、知的障害者の精神疾患の診断状況と問題行動の発生状況を調査し、精神疾患の関連要因について検討する。

第2項 方法

1. 研究参加者と情報提供者

東京都の知的障害者団体AのB支部に所属し、通所施設（全23施設）を利用している知的障害児者の家族全員（650名）に対して、質問紙を配布した。

2. 調査時期

調査は2018年11月から12月にかけて実施した。

3. 質問紙の内容と手続き

質問紙は、基本情報、障害の診断、問題行動の大きな項目に分けて構成した。基本情報では、年齢、性別、療育手帳（愛の手帳）の判定評価（知的障害の程度1～4度）、住まいの形態（実家、一人暮らし、グループホーム、入所型施設）について選択もしくは自由記述によって回答が得られるように構成した。障害の診断では、知的障害以外の

診断（ASD、ダウン症、脆弱 X 症候群など 17 項目）、メンタルヘルスの不調に関する診断（統合失調症、うつ病、双極性障害など 24 項目）について選択もしくは自由記述によって回答が得られるようにした。

問題行動については、強度行動障害判定基準表（新基準）の項目（コミュニケーション、説明の理解、大声・奇声、異食行動、多動・行動停止、自らを傷つける行動など 12 項目）と THE C21st HEALTH CHECK-II（UCEDD, 2006）の問題行動の項目（物を壊す、反抗的な態度をとる、過度に要求が多い、徘徊、糞便遊び、引きこもり、暴言の 7 項目）から質問項目を決定した。なお強度行動障害判定基準表と同様に 3 件法（問題行動の項目では、支援が不要もしくは稀に支援が必要もしくは月に 1 回以上の支援が必要な場合は 0 点、週に一回以上の支援が必要な場合は 1 点、ほぼ毎日支援が必要な場合は 2 点とした。コミュニケーションについては、日常に支障がない場合を 0 点、特定の人であればコミュニケーションが取れるもしくは会話以外の方法でコミュニケーションできる場合は 1 点、独自の方法でコミュニケーションできるもしくはコミュニケーションできない場合は 2 点とした。説明の理解では、理解できるを 2 点、理解できないを 1 点、理解できているか判断できないを 2 点とした。てんかんについては、年に 1 回以上起こるを 0 点、月に 1 回以上起こるを 1 点、週に 1 回以上起こるを 2 点とした）で回答できるようにした。なお、全質問項目については、表 4-9 に示した。

4. 分析方法

得られたデータについては、まず基本統計量の算出を行い、それぞれの割合を算出した。その後、精神疾患との関連を調べるため、基本情報（性別・年齢・知的障害の程度）、知的障害以外の診断の有無、精神疾患の診断の有無、問題行動の得点について強制投入法によるロジスティック回帰分析を用いて分析した。これらの要因を分析するために、年齢については平均年齢未満と平均年齢以上に分けた。知的障害の程度については、軽度と中等度、重度と最重度に分けた。問題行動については、「コミュニケーション」、「てんかん」、「説明の理解」を除外した問題行動の質問項目の得点が 0 点だった人を除いた平均得点を用いて、平均得点未満と以下に区分した。統計ソフトは SPSS Statistics Version24 を使用した。

表4-9 質問項目

-
- 問1 この質問紙を回答（記入）している方： 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他
- 問2 対象となる知的障害の人（以下、対象者の方）の年齢： 歳
- 問3 対象の方の性別： 男 ・ 女
- 問4 愛の手帳： 1度 ・ 2度 ・ 3度 ・ 4度 ・ 不明
- 問5 対象の方のお住い： 実家 ・ 一人暮らし ・ グループホーム ・ 入所施設 ・ その他（ ）
- 問6 対象の方は知的障害以外の障害の診断を受けていますか？：はい ・ いいえ
- 問7 問6で「はい」と答えた方に質問です。「はい」と答えた方は以下の診断名に○をしてください。（複数選択可）
- 自閉スペクトラム症（自閉症） ・ ダウン症 ・ 脆弱X症候群 ・ フェニルケトン尿症 ・ クレチン症
 プラダーウィリー症候群 ・ もやもや病 ・ 先天性感染症 ・ ウィリアムズ症候群 ・ 筋ジストロフィー
 胎児性アルコール症候群 ・ てんかん ・ 脳性まひ ・ 奇形症候群 ・ 神経皮膚症候群 ・ 水頭症
 ADHD（注意欠如多動性症） ・ その他（具体的にお書きください）
- 問8 対象の方はメンタルヘルスの不調や問題を抱えていますか？：はい ・ いいえ
- 問9 問8で「はい」と答えた方に質問です。対象の方はメンタルヘルスの不調や問題に関して精神科もしくは心療内科、その他の診療科を受診していますか？：はい ・ いいえ
- 問10 問9で「はい」と答えた方に質問です。メンタルヘルスの不調に関してどのような診断を受けましたか？
 当てはまるものに○をしてください。（複数選択可）
- 統合失調症 ・ うつ病 ・ 双極性障害（躁うつ病） ・ 不安障害 ・ 場面かん黙（選択性かん黙）
 パニック障害 ・ 強迫性障害 ・ 身体表現性障害（身体症状症） ・ 解離性障害 ・ 人格障害 ・ PTSD
 アルコール依存症 ・ 薬物依存症 ・ 摂食障害（過食・拒食） ・ 睡眠障害
 愛着障害 ・ 認知症 ・ 適応障害 ・ 異食 ・ 素行障害 ・ 反抗挑戦性障害 ・ 間欠性爆発性障害
 不明 ・ その他（具体的にお書きください）
- 問11 対象の方には問題行動がみられますか？：はい ・ いいえ
- 問12 問11で「はい」と答えた方に質問です。以下の項目について、支援の必要な程度などについて当てはまる数字に○をしてください。
- 大声・奇声を出す、異食行動がある、多動・行動停止がある、不安定な行動がある、自らを傷つける行為がある
 他人を傷つける行為がある、不適切な行為がある、突発的な行動がある、過食・反すうがある、物を壊す
 反抗的な態度をとる、過度に要求が多い、徘徊がある、糞便遊びがある、引きこもりである、暴言がある、その他
-

5. 研究倫理上の配慮

本調査結果は統計的に処理され、個人が特定される情報は公表しないこと、研究への参加は自由意志であることを書面にて説明し、情報提供者である家族から研究参加と公表に関して書面による同意を得た。なお、本研究は信州大学教育学部研究委員会倫理審査部会において研究実施の承認を受けた（管理番号：H30-11）。

第3項 結果

1. 有効回答率

調査対象者 650 名中、181 名が質問紙に回答した（回収率 27.8%）。全ての質問項目に回答した人は 180 名で、有効回答率は 27.7%だった。

2. 研究参加者の属性

本研究の参加者の属性について、表 4-10 に示した。参加者は 180 名で、男性 117 名（65.0%）と女性 63 名（35.0%）だった。参加者の平均年齢は全体で 34.3 歳（SD = 11.99; 範囲 14～74 歳）、男性で 33.5 歳（SD = 11.69 ; 範囲 14～61 歳）、女性で 35.8 歳（SD = 12.46; 範囲 18～74 歳）だった。

知的障害の程度は、軽度 9 名（5.0%）、中等度 56 名（31.1%）、重度 111 名（61.7%）、最重度 4 名（2.2%）であった。通常、知的障害の程度の比率は、軽度 85%、中度 10%、重度 3～4%、最重度 1～2%の比率と考えられており（APA, 2000）、 χ^2 検定の適合度の検定を実施したところ、参加者の群には知的障害の程度に偏りがあった（ $\chi^2_{(3)} = 1714.89$, $p < .01$ ）。本研究の参加者の群は一般的な知的障害の群に比べ、重度と中等度の知的障害の比率が非常に高かった。逆に軽度の知的障害の比率は著しく低かった。研究参加者の全体の属性としては重度知的障害者が中心となっている。

参加者の住まいは、実家 159 名（88.3%）、グループホーム 3 名（1.7%）、施設 16 名（8.9%）、一人暮らし 1 名（0.6%）、その他 1 名（0.6%）であった。ほとんどの参加者は実家で暮らしており、本研究における参加者の主要な属性は実家暮らしをしていることと言えた。

表4-10 参加者の属性

性別	人数	%
男性	117	65.0
女性	63	35.0
全体	180	
年齢	平均年齢	年齢の範囲
男性	33.5	14-61
女性	35.8	18-74
全体	34.3	14-74
障害の程度	人数	%
軽度	9	5.0
中等度	56	31.1
重度	111	61.7
最重度	4	2.2
住まい	人数	%
実家	159	88.3
一人暮らし	3	1.7
ループホーム	16	8.9
入所型施設	1	0.6
その他	1	0.6

3. 知的障害以外の診断を受けた参加者の割合

知的障害以外の診断を受けた参加者は 127 名で、全体の 70.6%であった。性別、知的障害の程度ごとにそれぞれの診断についてそのパーセンテージを表 4-11 に示した。知的障害以外の診断は、ASD 62 名 (34.4%)、てんかん 40 名 (22.2%)、ダウン症 32 名 (17.8%)、脳性まひ 6 名 (3.3%)、ADHD 4 名 (2.2%)、水頭症 2 名 (1.1%)、その他 17 名 (9.4%) であった。その他の障害については、聴力障害、未熟児網膜症、頸椎ヘルニア、二分脊椎症、鎖肛、肢体機能障害、上肢・下肢機能障害、心室中隔欠損、身体障害、体幹機能障害、難聴、骨膜炎後遺症、下肢機能障害、11 染色体異常、チャイルド症候群が自由記述に記入されていた。参加者の 3 割以上は知的障害の他に ASD の診断を受けており、2 割がてんかんやダウン症の診断を受けていた。

表4-11 知的障害以外の診断を受けた人のパーセンテージ (%)

	自閉スペクトラム症	てんかん	ダウン症	脳性まひ	ADHD	水頭症	その他
男性 (n=117)	50.4	23.9	17.1	3.4	3.4	0.0	6.8
女性 (n=63)	19.0	19.0	19.0	3.2	0	3.2	14.3
合計 (n=180)	34.4	22.2	17.8	3.3	2.2	1.1	9.4

4. メンタルヘルスの不調の発生状況

質問紙の問8「対象の方はメンタルヘルスの不調や問題を抱えていますか？」という質問に対して、81名（全体の45%）が家族にメンタルヘルスの不調や問題があるとみなされていた。さらに、そのうち精神疾患の診断を受けた人は61名で、全体の33.9%であった。精神疾患の診断の内訳は、統合失調症4名（2.2%）、うつ病2名（1.1%）、双極性障害2名（1.1%）、不安障害11名（6.1%）、パニック障害10名（5.6%）、強迫性障害4名（2.2%）、愛着障害4名（2.2%）、薬物依存症1名（0.6%）、摂食障害3名（1.7%）、睡眠障害9名（5.0%）、認知症1名（0.6%）、適応障害3名（1.7%）、異食2名（1.1%）、素行障害2名（1.1%）、間欠性爆発性障害1名（0.6%）、その他22名（12.2%）、不明17名（9.4%）であった。その他については、PMS（月経前症候群）、ストレス障害、恐怖症が挙げられていた。

一方、「コミュニケーション」、「てんかん」、「説明の理解」の質問項目を除外した問題行動の質問項目の平均得点は3.7点（SD=5.54; 範囲0点～28点）であった。問題行動の得点が0点の人を除いた平均得点は7.5点であった。平均得点7.5点以上の人は34名で全体の18.9%であった。本研究では、この平均得点が7.5点以上の場合を問題行動ありとした。

さらに本研究では、精神疾患の診断がある人と問題行動のある人を合わせてメンタルヘルスの不調全般と定義し、人数を算出した。結果として、メンタルヘルスの不調全般を示した人は75名で、全体の41.7%であった。精神疾患の各診断と問題行動、メンタルヘルスの不調全般についての割合については、表4-12に示した。

なお、メンタルヘルスの不調全般（精神疾患の診断と問題行動のどちらかもしくはどちらも）の内訳は、精神疾患の診断のみの人は41名（22.8%）、問題行動のみの人は14名（7.8%）、精神疾患と問題行動の両方の人は20名（11.1%）であった。問題行動を示している人の半数以上が精神疾患の診断も受けていた。精神疾患の診断の有無と問題行動の有無の人数の内訳について表4-13に示した。

表4-12 メンタルヘルスの不調の発生状況（％）

		統合 失調症	うつ病	双極性 障害	不安障害	パニック障害	強迫性 障害	愛着障害
男性	(n=117)	0.9	0.9	0	6.8	7.0	1.7	3.4
女性	(n=63)	4.8	1.6	3.2	4.8	4.8	3.2	0
合計	(n=180)	2.2	1.1	1.1	6.1	5.6	2.2	2.2

		薬物 依存症	摂食障害	睡眠障害	認知症	適応障害	異食	素行障害
男性	(n=117)	0.9	1.7	6.0	0.9	2.6	0	1.7
女性	(n=63)	0	1.6	3.2	0	0	3.2	0
合計	(n=180)	0.6	1.7	5.0	0.6	1.7	1.1	1.1

		間欠性爆発 性障害	その他	不明	精神疾患 全般	問題行動	メンタルヘ スの不調全 般
男性	(n=117)	0.9	12.0	10.3	31.6	23.1	41.9
女性	(n=63)	0	12.7	7.9	38.1	11.1	41.3
合計	(n=180)	0.6	12.2	9.4	33.9	18.9	41.7

表4-13 精神疾患の診断の有無と問題行動の有無のクロス表

		精神疾患の診断（人数）		
		なし	あり	合計
問題行動 （人数）	なし	105	41	146
	あり	14	20	34
合計		119	61	180

5. 精神疾患に関連する要因

精神疾患に関連する要因として、先行研究から得られた要因として、性別（男・女）、年齢（平均年齢以下・平均年齢以上）、知的障害の程度（軽度と中等度・重度と最重度）、知的障害以外の診断の有無、問題行動の有無についてロジスティック回帰分析を実施した。なお、知的障害以外の診断については、ASD、てんかん、ダウン症、脳性まひ、ADHD、水頭症とし、その他は省いた。精神疾患の関連要因についての結果を、表 4-14 に示した。

ロジスティック回帰分析の結果、精神疾患の関連要因として性別、ASD と問題行動が挙げられた。男性の参加者に比べ、女性の参加者で精神疾患の診断を受けているものが多かった（オッズ値 2.650; $p < 0.05$ ）。ASD のある参加者は、ない参加者に比べ、精神疾患の診断を受けていることがより多かった（オッズ値 4.580; $p < 0.01$ ）。問題行動のある参加者は、ない参加者に比べ、精神疾患の診断を受けていることがより多かった（オッズ値 3.068; $p < 0.05$ ）。年齢、ダウン症の有無、てんかんの有無、脳性まひの有無、水頭症の有無、ADHD の有無とは関係なかった。

表4-14 精神疾患に関連する要因

変 数	オッズ値	95%信頼区間	B	P	VIF
年齢					
平均年齢以下	Reference				
平均年齢以上	0.810	(0.389–1.687)	-0.211	0.573	1.134
性別					
男性	Reference				
女性	2.650	(1.191–5.897)	0.975	0.017	1.126
知的障害の程度					
軽度と中等度	Reference				
重度と最重度	1.059	(0.474–2.366)	0.058	0.888	1.245
自閉症スペクトラム障害					
なし	Reference				
あり	4.580	(1.998–10.498)	1.522	0.000	1.348
ダウン症					
なし	Reference				
あり	1.065	(0.350–3.248)	0.063	0.911	1.265
てんかん					
なし	Reference				
あり	1.949	(0.819–4.64)	0.667	0.131	1.112
脳性まひ					
なし	Reference				
あり	0.000	(0–)	-20.856	0.999	1.037
水頭症					
なし	Reference				
あり	1.737	(0.085–35.407)	0.552	0.720	1.061
ADHD					
なし	Reference				
あり	0.748	(0.089–6.296)	-0.290	0.790	1.059
問題行動 (7.5点以上)					
なし	Reference				
あり	3.068	(1.170–8.042)	1.121	0.023	1.310

第4項 考察

本研究は、東京都の知的障害者団体 A に所属する知的障害者を参加者とし、精神疾患と問題行動の発生状況と、精神疾患の関連要因について検討した。本研究において精神疾患の診断を受けた人は 33.9%で、問題行動を示した人は 18.9%で、メンタルヘルスの不調全般を示した人は 41.7%であった。さらに、精神疾患との関連要因として性別、ASD、問題行動が挙げられた。以下では、メンタルヘルスの不調の発生状況、精神疾患の関連要因の観点から考察する。

1. 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況

本研究において、精神疾患の診断を受けていた人の割合は 33.9%で、Cooper et al. (2007b) の 22.4%や、Taylor et al. (2004) の 20.0%、本論文の研究 2 の結果 23.8%に比べて高かった。本研究のメンタルヘルスの不調全般の割合は 41.7%で、Cooper et al. (2007b) の 40.9%と近い数値であった。メンタルヘルスの不調の内訳を検討するために、Cooper et al. (2007b)、Smiley (2005) と本研究で精神疾患の割合を比較した。表 4-15 には、精神疾患の割合の比較を示した。

Cooper et al. (2007b)、Smiley (2005) と本研究の 3 つの研究で共通して取り上げられていたメンタルヘルスの不調の内訳は、統合失調症、うつ病、双極性障害、不安障害、強迫性障害、問題行動であった。これらのメンタルヘルスの不調を比べてみると、本研究の結果ではうつ病以外は Cooper et al. (2007b) と Smiley (2005) の研究の結果と大きな差異はなかった。しかしながら、うつ病に関しては他の 2 つの研究よりもやや低い数値となっていた。その要因は不明で、国内の知的障害者の傾向であるのか、本研究の参加者の傾向であるのか不明であるため、今後さらに参加者の人数を増やした上で調査し、検討する必要がある。

一方、問題行動の割合については、Cooper et al. (2007b)、Bowring et al. (2017)、Smiley (2005) と近い数値であったが、神奈川県 (2018) より高くなった。神奈川県 (2018) については、強度行動障害判定基準 10 点以上（つまり強度行動障害）を対象としていたため、本研究よりも数値が低かったと考えられる。しかしながら、海外の先行研究で使用されている問題行動の評価法を用いて比較検討することで、問題行動の発生状況やその要因が明らかになると考えられる。

表4-15 各精神疾患の比較 (%)

	統合失調症	うつ病	双極性障害	不安障害	強迫性障害	問題行動
本研究	2.2	1.1	1.1	6.1	2.2	18.9
Cooper et al. (2007b)	4.4		6.6	3.8	0.7	22.5
Smiley (2005)	3.0	4.0	1.5	6.0	2.5	10.0~15.0

2. 精神疾患の関連要因

精神疾患の関連要因について、本研究では性別、ASD、問題行動が挙げられた。性別については、Cooper et al. (2007b)、Taylor et al. (2004) と同様に男性と比べて女性の方が精神疾患と診断される場合が多かった。本論文の研究3においては、特に性別に差はなかったが、本研究においては差があった。国内での精神疾患の発生状況に性差があるのか、さらに検証が必要である。

一方、ASD については、ASD ではない参加者に比べて、ASD のある参加者が精神疾患の診断を受けている場合が多かった。さらに、問題行動については、問題行動のない参加者に比べ、問題行動のある参加者の方が精神疾患の診断を受けていた。Rojahn and Meier (2009) が指摘したように、本研究でも精神疾患と問題行動の関連性が見出された。さらに、Hemmings et al. (2006) と同様に、ASD と精神疾患と問題行動の関連性も見出された。これらの関連性については、今後さらに検討が必要であるが、ASD の伴う知的障害者については、精神疾患と問題行動、つまりメンタルヘルスの不調のリスクが高いことが考えられる。そのため、ASD の伴う知的障害者へのメンタルヘルスの不調に対する支援のニーズも高いことが予想され、このような人たちのリスクの高さを考慮し、予防的な支援についても検討が必要である。

3. まとめと今後の課題

本研究では、知的障害者の精神疾患と問題行動、メンタルヘルスの不調全般の発生状況と精神疾患の関連要因について検討した。その結果、知的障害者の精神疾患の発生状況は先行研究よりも高く、問題行動とメンタルヘルスの不調全般の発生状況については先行研究と同様となった。精神疾患との関連要因として、先行研究と同様に性別が見出され、同じく ASD と問題行動の関連性が見出された。したがって、ASD のある知的障

害者のメンタルヘルスの不調のリスクは高いと考えられ、今後は予防的な支援について検討する必要がある。

しかしながら、本研究では知的障害の程度について中等度・重度の割合が高く、軽度の割合が非常に少なく、参加者に偏りがあったといえる。加えて、調査回収率は 27.8% で低い状況であった。したがって、今後は知的障害の程度の比率が標準比となり、回収率も高くなるよう調査を工夫し、実施する必要がある。

第5節 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況のまとめ

第1項 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況

本章では日本語版 PAS-ADD チェックリストを開発し、開発したアセスメントを用いて知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況、関連要因、サービス機関の利用状況について調査した。その結果、本研究で日本語版 PAS-ADD チェックリストによるメンタルヘルスの不調の閾値以上を示した知的障害者は 23.8%であり、一般人口におけるメンタルヘルスの不調の時点有病率 8.8%をはるかに上まった。さらに、精神疾患の診断を受けた知的障害者についても調査したところ、診断を受けた者は 33.9%であった。問題行動については、本研究では先行研究と同程度の発生状況で 18.9%であった。

知的障害者のメンタルヘルスの不調は、先行研究で指摘されてきたように一般の人と同程度かそれ以上発生している (Taylor et al., 2004; Cooper et al., 2007; Taylor & Knapp, 2013) ことが本研究でも同様に示され、知的障害者のメンタルヘルスの不調へのニーズは国内でも高いと考えられる。今後は知的障害者のメンタルヘルスの不調に関するアセスメントを改善、修正し、臨床診断とともに有病率の調査ができるよう国内においても研究を推進する必要がある。

第2項 知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因

知的障害者のメンタルヘルスの不調については、心理的苦痛を伴うライフイベントの経験があることが感情障害もしくは神経症性障害と関連があった。心理的苦痛は、心理的な苦痛を伴うライフイベントは、近親者との死別、引っ越しや施設の移動、無職や退職のイベントなどであった。

知的障害者の精神疾患との関連は、性別、ASD、問題行動であった。これらの結果は、先行研究と同様の傾向が見られた。知的障害者のメンタルヘルスの不調に対する支援については、このような関連要因について知識を持っていることで、支援が早くに開始でき、早期の支援や予防的な支援が可能になると考えられる。

第3項 まとめ

本研究から、今後は知的障害者に向けたメンタルヘルスの不調のアセスメントをさらに開発し、精度を高めていくこと、メンタルヘルスの不調に関する大規模調査をすること、メンタルヘルスの不調との関連要因から、リスクに適応できるよう予防的な支援について考えることが今後必要である。

さらに、本研究ではメンタルヘルスの不調に関するアセスメントは知的障害者本人ではなく情報提供者（家族）が記入して答える PAS-ADD チェックリストを用いて実施した。今後、メンタルヘルスの不調について詳細なアセスメントをするためには、知的障害者本人にインタビューする形式のアセスメントについても開発する必要があると考えられる。

第5章

自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の 問題行動に対する行動論的アプローチ

研究4の結果から、知的障害者の精神疾患について、ASDと問題行動が関連していることが明らかとなった。Einfeld et al. (2006) は、知的障害とメンタルヘルスの不調（問題行動を含む）のある子どものうち、3分の2がそのまま成人になっても継続してメンタルヘルスの不調を抱えていることを報告している。知的障害児者の示す問題行動についてはその介入や支援は重要な課題であるとともに、予防的な視点が必要であることを前章で考察した。そこで本章では、公衆衛生予防モデルの観点から問題行動を示す ASD を伴う知的障害者への行動論的アプローチによる支援の効果と課題について事例的に検討する。

研究5では、激しい自傷行動を示し、言語理解や表出に制限のある知的障害児に対して、カリキュラム修正と前兆行動を利用したコミュニケーション支援を実施した。次に施設に入所している知的障害者のメンタルヘルスの不調への対応について、自己選択、日中活動と余暇の充実の観点から介入を行った。研究6では、無発語の知的障害の成人の自由時間中に起こる自傷行動について洗濯行動の形成、余暇時間の再設計により介入を行い、研究7では、無発語で水の過剰摂取を示す知的障害の成人に対して、日中活動の改善と健康管理、施設職員と連携による介入を実施した。さらに研究8では、言語理解とワーキングメモリに制限のある知的障害児に対して、ゲームに負けたときの怒りの感情マネジメントに関する介入を実施した。最後に、研究9では、知的障害を伴う児童・生徒を含んだ発達障害児の集団に対して感情マネジメントプログラムを実施し、知的障害児に対する適応事項について探索的に検討した。

第1節 自閉スペクトラム症を伴う知的障害児の示す激しい自傷・他害行動へのカリキュラム修正と前兆行動を利用したコミュニケーション支援 — 研究5 —

第1項 問題と目的

近年、ASD や知的障害のある人の激しい問題行動に対する介入として、DRA による介入が開発されてきた。Lalli et al. (1995)、Harding et al. (2001)、Smith et al. (2002) は、激しい問題行動が生起する前に軽度の問題行動を示す知的障害児者を対象に介入を実施した。彼らは、問題行動の直前に生起する前兆行動を利用して、激しい問題行動を減少させた。

一方、激しい問題行動が起こりにくい状況を設定することも、当該の知的障害児にとっても、周囲の支援者にとってもリスクを低減させ、有効であると考えられている。問題行動が生起しにくい環境設定を行い、問題行動の生起頻度を下げる技法としてカリキュラム修正がある。カリキュラム修正の目的は、問題行動生起のきっかけを減らし、適切な行動が正の強化を受けやすい環境を設定することである。Kern and Dunlap (1998) は、課題場面で生起する問題行動として、課題自体の問題と、課題に取り組むうちに起こる問題によって介入を2つに分け、介入の方法を考察している。

そこで本研究では、激しい自傷行動を示す前に、早口で何か言ったり、急に黙るという前兆行動が生起する ASD を伴う知的障害のある男児1名に対して、大学の相談室と在籍する小学校の特別支援学級において介入を行った。介入は、カリキュラム修正を行い、その後、前兆行動を利用した DRA を実施することで、研究参加児の身体的なリスクを最小限に留め、自傷行動を軽減し、代替行動を促進することを目的とした。

特別支援学級での学習課題の内容や呈示の仕方を変更し（フェイズ1）、次に、前兆行動が生起した場合に活動を中断し、参加児に前兆行動が生起したことを知らせた上で休憩させ（フェイズ2）、その後、前兆行動が生起した場合に、参加児が休憩要請を行うように代替行動を分化強化した（フェイズ3）。最終的には、前兆行動が生起した場合に、参加児が軽く机を叩く行動を代替行動として促進させた（フェイズ4）。

考察では、問題行動に対するカリキュラム修正や前兆行動の有効性とメンタルヘルス

の不調に対する介入への課題について検討し、公衆衛生予防モデルを用いて実施した介入について整理し、今後必要と考えられる支援について検討した。

第2項 方法

1. 研究参加児

小学校知的障害特別支援学級に在籍する ASD を伴う中等度知的障害児 1 名（研究開始時 9 歳 1 ヶ月）。4 歳時、幼稚園で自傷行動が生起し始め、その後、家庭や小学校でも生起した。担任が参加児の頭を保護しても、代わりに顔面を殴り、自傷行動を止めようとする止める前よりも激しく自傷し、家族や担任は自傷行動が軽減することを望んでいたが、対応に困っていた。その他、年に 2 回ほど学校行事になると自家中毒を起こし、病院で治療を受けていた。担任の紹介で当大学相談室に母親と参加児が来談した。母親からは参加児が初めての場所や人に対して自傷行動が生起しやすいと報告を受けた。参加児は、他者からの質問に対して適切に答えることは難しいが、自分から質問し、話すことはできた。薬剤は、朝・夕にアキネトン、セレネース、デプロメールを服用していた。好きな活動は、虫を見ること、絵を描くこと、冗談を聞くことであった。

2. 研究倫理上の配慮

本研究は、保護者と参加児の担任、校長に対して研究内容、方法、結果の処理、研究の公表について口頭と書面で説明を行い、書面による承諾を得て実施した。

3. 標準検査

9 歳 2 ヶ月時に実施した S-M 社会生活能力検査の結果は、社会生活年齢 5 歳 1 ヶ月であった。9 歳 4 ヶ月時に実施した WISC-III の結果は、言語性 IQ48、動作性 IQ48、全検査 IQ43 であった。符号問題に対し拒否的で、書くこと自体に非常に時間がかかった。なお、検査は 7 回（週 1 回、下位検査を 1～2 項目ごとに行った）に分割して行ったため、信頼性に問題があることを考慮し、参考資料として扱った。

4. 自傷行動と他傷行動のアセスメント

参加児が大学相談室に来談した 1 ヶ月後に担任と母親に対し、自傷、他傷生起前後の状況、自傷が生起しやすい時間帯についてインタビューを行った。続いて、大学相

談室で参加児の行動を直接観察するとともに、母親は家庭、担任は小学校での自傷行動、他傷行動について反応型、きっかけ、自傷が起きた後の様子や対応を園山(2000)のABC記録を参考にし、1週間記録した。

学校でのABC記録では、毎日3回程度激しい自傷行動や担任への他傷行動が生起していた。持続時間は10～30分程度で、ときには1時間近く続くこともあった。自傷行動が生起した後、担任は参加児に課題をやめさせ、気分転換として散歩をするか、睡眠をとらせていた。参加児が学習課題やその他の活動に復帰するまで、1～2時間程度を要し、1日3～4時間ほど教室で寝ていることもあり、授業を受ける機会が極端に少なかった。

家庭でのABC記録では激しい自傷行動は1週間に1度のみ生起しており、学校に比べ軽度で治まっていた。同じ遊びを長く続けていると自傷行動が生起することが多かった。祖母が参加児を叱るために「グライダーが来るよ」と言ったときに自傷行動、他傷行動ともに生起していた。グライダーは、原因不明だが参加児にとって恐怖の対象であった。

大学相談室の直接観察（第1セッション）では、カードゲームで遊んでいた時と名前を呼ばれた時に、参加児は1～8秒間に連続して3～15回、両拳で激しく側頭部を殴った。このように連続して殴る自傷行動のまとまりが10回ほど生起したが、相談員が参加児に時計を見せてセッションの終了時刻を伝えたと自傷行動が止まった。学習課題では、参加児が問題を書き間違えたときに自傷行動が生起した。書字では、鉛筆を持つと腕に力が入り、身体が硬くなっている様子が観察された。

学校、家庭、大学相談室での記録より、自傷行動は、10回以上強く叩くなどの激しい自傷行動から生起する場合と、比較的軽度な自傷行動から始まり、次第に激しい自傷行動が生起し、その後他傷行動の生起と続く2つのパターンが見られた。他傷行動のみで始まることはなく、必ず自傷行動が生起した後に他傷行動が生起していた。激しい自傷行動は、学習課題（足し算、漢字、文章書写等）を長く行っているとき、解答を間違えたとき、大きな音や特定の言葉「初めて」、「初めまして」等を聞いたとき、課題中で誰の話し声もしない静かなとき、学校行事（遠足、運動会、社会科見学等）に参加したとき、活動の時間の予測がつかないとき、他人と目が合ったときに生起しやすいことが分かった。なお、「初めて」「初めまして」「始めます」を聞いたと

き、グライダーとグライダーに似た素材である傘を見たときにはことさら素早く激しい自傷が生じた。

自傷行動のきっかけとなる刺激から参加児が離れることによって自傷が終結することから、参加児の自傷行動は課題や特定の事物からの回避・逃避によって維持されていることが推測された。参加児の自傷行動が生起しないまたは生起しにくい先行状況としては、時間の見通しが立ち、課題従事時間が短く、大きな音が聞こえることが予告されており、予定変更が伝えられている状況、参加児の好みの内容が盛り込まれた課題の設定など、学校や家庭環境での工夫が考えられた。自傷行動と代替可能な行動としては、休憩要請行動と課題従事行動が考えられ、参加児が課題に従事していたときには、褒めることに加えて、冗談を言う、参加児が好きな虫のイラストを描くことが有効ではないかと考えられた。

問題行動については、担任、母親からのインタビューと直接観察に基づいて、参加児の自傷行動、他傷行動の反応型、生起回数、強度、反応潜時から、次の4段階のレベルで整理した。レベル1は1度に頭や顔を叩く行動生起回数が3回以下で叩く力が軽い、レベル2は4回以上9回以下、レベル3は10回以上で叩く力が強いと定義した。特に、レベル3の自傷行動は激しく力をこめて10回以上頭を殴る行動、壁に前頭部を打ちつける行動とした。他傷行動は、他者の腕を噛む、顔面を拳で殴る、手で叩く、頭突きをする、蹴ることであり、レベル4とした。

5. 前兆行動

大学相談室の行動観察から、参加児が早口で何かを言うか、それまで話していたのに突然黙った後の5秒以内に自傷行動が生起することが5回ほど観察された。担任と母親にこれらの行動について尋ねたところ、同様の行動が観察されており、自傷行動が起きる直前のこれらの行動を前兆行動として定義した。前兆行動と自傷行動、他傷行動は、同じ反応クラスに属していると考えられ、これを反応潜時の順に並べると図5-1のようになった。自傷行動の生起を直前で予防する方法として、前兆行動を強化することで、激しい自傷行動の生起を防ぐことが可能であると推測された。

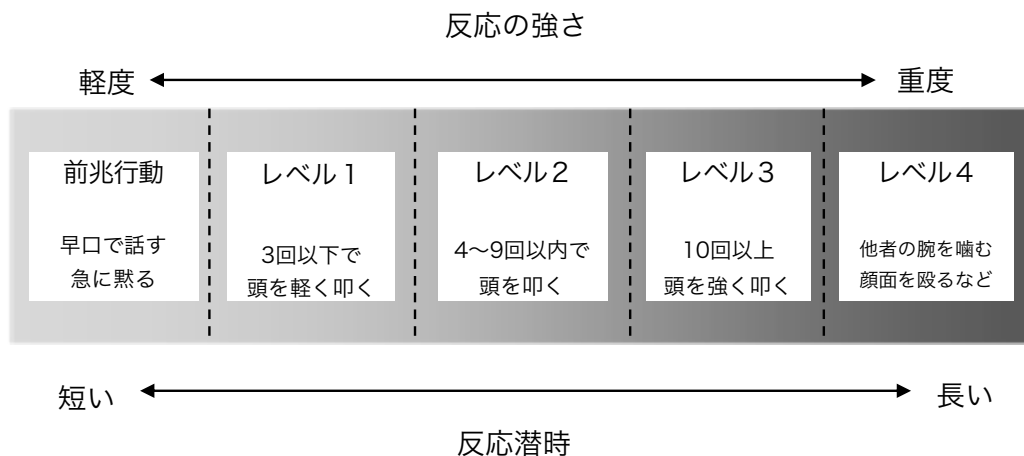


図5-1 参加児の前兆行動と自傷行動、他傷行動の反応潜時と反応の強さ

6. セッティング

介入は、大学相談室と参加児が在籍する小学校の知的障害特別支援学級で行った。

(1) 大学相談室

セッションは介入開始X年の6月から始まり、相談員が週1回50分のセッションを6ヶ月間行った（夏休み、冬休み期間はセッションも休みとなった）。相談員は、第1著者を含め障害児教育を専攻する大学院生3人であった。

(2) 知的障害特別支援学級

介入は介入開始X年10月から始め、担任が毎日授業時間に17ヶ月間行った（夏休みと冬休みは除く）。最初の4カ月までは2週間に1回1時間、それ以降は1週間に1回程度、担任と第1著者でミーティングを行った。ミーティングの内容は、介入の方法、結果、評価、今後の介入方法について検討することであった。担任は40代女性で、参加児が入学した当時から特別支援学級の担任を受け持っていた。介入当初、クラスは担任と参加児のみであったが、途中で新年度となり児童2名と補助員2名が増えた。

7. データの収集

自傷行動と他傷行動に加えて参加児の休憩要請行動、机を軽く叩く行動、担任と手のひらを合わせる行動についてデータを収集した。大学相談室ではセッションをビデオカメラで録画し、特別支援学級では参加児が学校にいる間、担任がABC記録表に記録した。前兆行動については、前兆行動が生起したにも関わらず、参加児が休憩を要請しなかったときと、レベル3の自傷行動が生起したときの前兆行動の有無について記録した。特別支援学級では観察者間一致の記録は行わなかった。大学相談室での自傷行動、他傷行動の観察記録の信頼性については、観察者は第1著者と、障害児教育を専攻する大学院生1名が独立して全セッションについて観察記録を行い、観察者間一致率を以下のように算出したところ、問題行動の生起頻度の一致率の平均は97%であった。

セッションごとの問題行動生起頻度の一致率＝少ない生起頻度/多い生起頻度×100
問題行動のレベルについては、レベルごとの生起頻度の一致率を、生起頻度の一致率と同様の算式で求め、その平均を一致率とした。その結果、98%の一致率であった。

8. 研究デザイン

フェイズ1と2のみ場面間多層ベースラインデザインを使用した。参加児の自傷、他傷行動のベースラインレベルを決定した後、母親と担任と話し合った上で、介入を行った。

9. 手続き

(1) 大学相談室

ベースライン：参加児が学校で取り組んでいる内容と同程度の学習課題（ひらがな書字と足し算）とそれ以外（パズル、絵画、ブロックなど）の活動を用意した。これらの活動は、セッションの開始時に参加児が選んだ順に実施した。自傷や他傷行動が生起したときは、課題をやめ、参加児と窓から外を眺めるか室内を一緒に歩いた。これらの対応はフェイズ1と2においても同様とした。ベースライン期データの1セッション目は、初期アセスメントにおける大学相談室の直接観察のデータを使用した。

フェイズ1：参加児の健康や安全を確保するために、レベル3に当たる激しい自傷行動が生起する機会を減らす先行状況の設定（カリキュラム修正）を行うことを目標とした。第1にセッションの見通しがもてるよう時間割の作成を導入した。時間割の

作成では、各学習課題とそれ以外の活動内容がひらがなで書いてある 5～7 種類の活動カード（たて 3cm×よこ 8cm）とカードを張るための A4 サイズの時間割表を用意した。参加児は自由に活動カードを選択することができた。活動は、自動車マグネット絵本（2 種）、絵画、ブロック、虫パズル、虫カルタ、虫の絵のついた一桁足し算のプリント（2 枚）、虫の名前を書くひらがな書字プリント（2 枚）であった。セッション開始時に参加児に時間割を作らせた。第 2 に学習課題の工夫を行った。学習課題の難易度はベースラインと同程度だが、参加児が好きな昆虫を題材に使い、昆虫のイラストを入れた。セッション時は、活動の妨げにならない程度に相談員が参加児に話しかけるようにし、参加児が間違えそうになるか、分からないときは、即座にヒントか正解を教えた。参加児が 1 つの活動を終了すると、相談員が参加児を褒め、参加児の好きな冗談を言った。活動は 5 分～15 分で、参加児に時計を見せて確認させた。課題が 1 つ終わるごとに、参加児に時間割表に終了を示すマークをつけさせた。

フェイズ 2：前兆行動が生起した場合に、参加児に即座に課題を止めさせ、休憩を与え、レベル 3 の激しい自傷行動が生起しないことを目標とした。そのため、フェイズ 1 の手続きに加えて、課題中に前兆行動が生起した場合に、相談員が「怒っちゃいそうだね」と参加児に声をかけ、課題を中断して休憩させた。休憩するときは、休憩時間を相談員と参加児で決め、休憩時間が終了した後、課題を再開した。休憩時間は 5 分～10 分間だった。

（2）知的障害特別支援学級

ベースライン：一般的な時間割に沿って、参加児は学習課題やそれ以外の活動に従事した。自傷や他傷行動が生起した場合は校内を散歩するか休憩や睡眠を取らせた。これらの対応は、フェイズ 1 以降同様とした。

フェイズ 1：大学相談室で行った先行状況の設定を参考にし、次のようにカリキュラム修正を行った。参加児に時間割を作成させるために、大学相談室で使用した物と同様の 6～8 種類の活動カードと時間割表を用意した。参加児は自由に活動カードを選択することができたが、体育や行事など予定が決まっている場合は、担任が参加児に説明し、所定の時限にカードを貼らせた。各活動はあらかじめ時間を決めておき、参加児と担任で確認し合った。学習課題の内容は、参加児が好きな昆虫の名前や絵を使用したひらがなと足し算、お金の課題、買い物課題であった。課題中の担任の参加児への対応は、大学相談室のセッションと同様の対応を行った。学校行事については、

担任が学校行事の内容や当日の流れについて、1週間前から文章と絵、写真を使った説明ボードを参加児に見せて、繰り返し説明をした。大きな音や給食の放送については、担任が「今から音が鳴るからね」と前もって参加児に教えた。予測がつかなかったものに関しては、音が鳴った直後に「音が鳴って驚いたね」と担任が参加児に話しかけた。

フェイズ2：フェイズ1の手続きに加えて、課題中に前兆行動が生起した場合、担任が「怒っちゃいそうだね」と参加児に声をかけ、怒っている顔のイラストをその場で描くか、怒っている顔の簡単なイラストが描かれたカードを参加児に見せた。その後、行っていた課題を中断して休憩させた。休憩するときは、休憩時間を担任と参加児で決め、休憩時間が終了した後に課題を再開した。休憩は5分～10分の間であった。

フェイズ3：参加児が言葉による休憩要請をすることを目標とした。前兆行動が生起したときに、参加児が担任に「休む」と休憩を要請した場合は、その時行っていた課題や活動を直ちに終了し、休憩時間を設けた。前兆行動が生起したのにもかかわらず、5秒以内に参加児が休憩を要請しなかった場合は、担任が「休むと言えばいいんだよ」と参加児に教え、参加児が「休む」と言った後に休憩時間を設けた。

フェイズ4：フェイズ3において「新しい」や「～を始めます」という言葉にも参加児の自傷が生起するようになっていた。そのため、レベル3の自傷行動を前もって防ぐことができないことがあり、フェイズ4では新たな代替行動を促進する必要があった。そこで、特定の言葉や事柄に反応する自傷行動の代替行動として、参加児が軽く机か壁をノックするか、担任と手のひらを合わせることを目標設定し、新たにこれら代替行動のデータの収集を行った。参加児が特定の言葉を聞き、前兆行動が生起した場合には参加児に軽く机をノックするように指示し、その間だけ課題や活動を中断した。参加児が机をノックし終わった後、課題や活動を再開した。参加児が軽く机をノックしない場合は、担任が参加児に「手を合わせましょう」と提案し、二人は約5秒間手のひらを合わせた。参加児が休憩を要請した場合は、休憩時間をとったが、要請しなかった場合は特に尋ねることはしなかった。フェイズ4が終了した5週間後に、特別支援学級においてフォローアップを行った。フォローアップは、フェイズ1と同じ設定で1週間行った。

(3) 家庭

大学相談室の毎セッション終了時に、母親に対して参加児の自傷行動について第1著者がアドバイスをを行った。介入が特別支援学級に移ってからは、学校で母親に対して2週に1回相談面接を行った。主に前兆行動が見られた場合に、「嫌だったかな」「イライラしているね」と参加児に言った後で活動をやめさせ、部屋を移動する、外に散歩に行く、足をマッサージするなどの対応をアドバイスした。祖母に対しては、「グライダーが来る」等の参加児が非常に恐怖を感じる対象物に言及した内容で参加児を叱らず、適切な行動や祖母が望んでいる行動を参加児に伝えるようにアドバイスをを行った。

第3項 結果

大学相談室と参加児が在籍する特別支援学級での自傷、他傷行動と代替行動の生起頻度を図5-2に示した。特別支援学級での生起頻度とレベルは1週間ごとに合計して表した。

1. 各フェイズにおける自傷行動、他傷行動の生起

大学相談室において、ベースライン期では自傷行動が6～11回ほど生起しており、レベル3の自傷や他傷が生起していた。セッション後半40分以降になると自傷行動が生起した。セッション3では、相談員が参加児の名前を呼ぶと自傷行動が生起し、参加児が相談員に噛みつこうとしたのを避けたところ自傷行動が頻発した。フェイズ1以降では、ほとんど自傷行動が生起しなかったが、相談員が言った「久しぶり」という言葉に対してレベル3の自傷行動が生起した（セッション11）。特定の言葉を参加児が聞いた後の自傷は、前兆行動とほぼ同時に生起した。

特別支援学級では、ベースライン期で1週間に平均4.6回、多い週で12回ほど自傷行動が生起した。自傷レベルはほとんど3であり、主に学習課題中と給食時間で起こっていた。他傷行動も生起した。フェイズ1（8～17週）では、自傷行動は週に平均3.7回生起し、生起の範囲は0～7回であった。ベースラインと同様に学習課題中、給食時間に自傷行動が生起した。ベースライン期では自傷レベル3の生起は自傷行動全体での生起の8割以上を占めていたが、フェイズ1では3割以下まで減少し、レベル1と2の割合が増えた。

フェイズ2では、大学相談室でのセッションでレベル1の自傷行動が3回生起した。これは特定の言葉への反応であり、学習課題を行っている最中に自傷行動と他傷

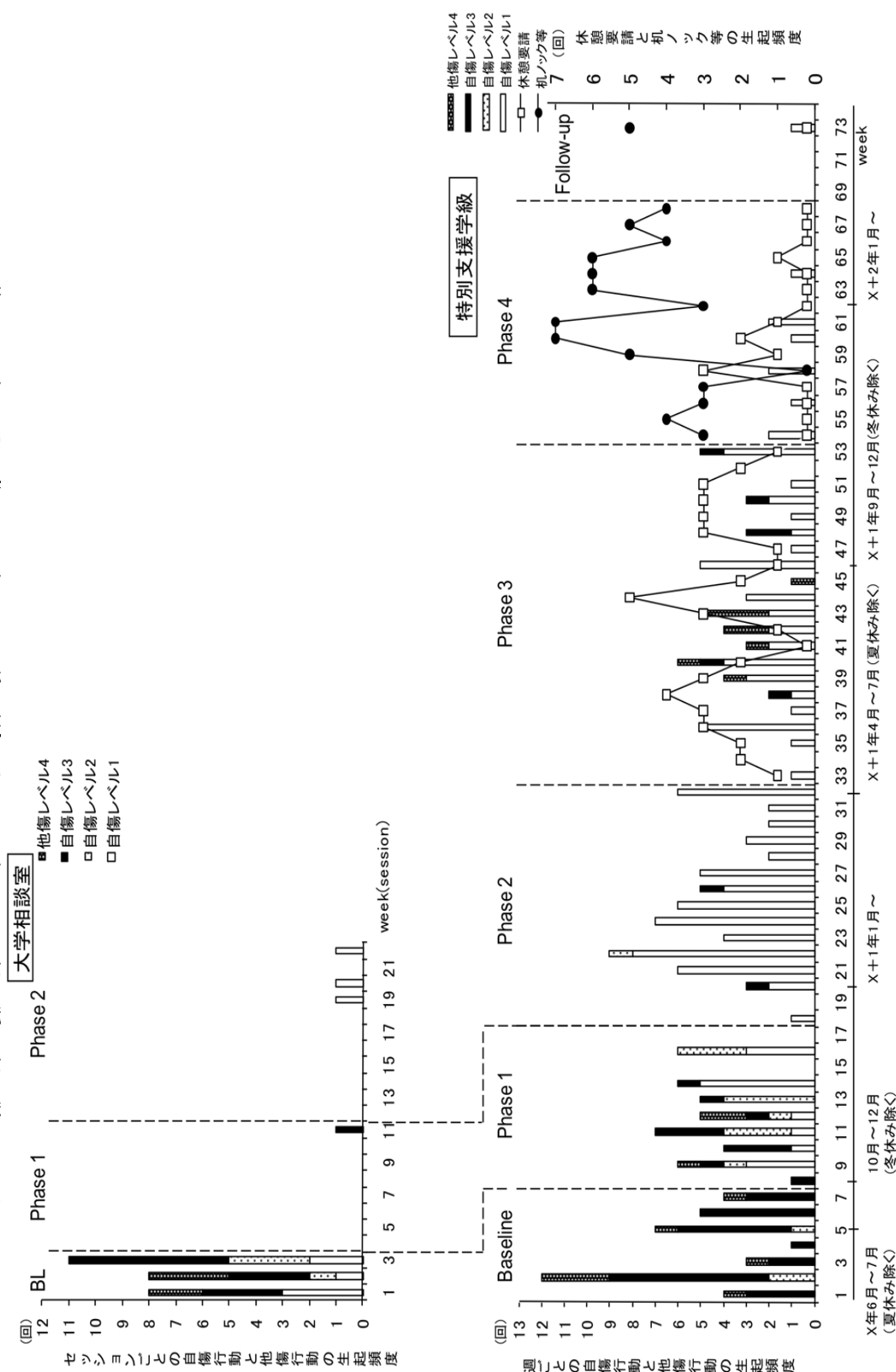


図5-2 大学相談室と特別支援学級での自傷、他傷行動と代替行動の生起震度の推移

机ノック等には、机ノックと担任との手のひら合わせを含む。

た回数は48回だった。課題学習やその他の活動中に前兆行動が生起していても、参加児が休憩要請を行わないときが33～34週目に1回ずつあったが、その他は参加児が自発的に休憩を要請することができた。フェイズ4では、参加児が休憩要請したのは8回であった。休憩時間に関して、介入開始前では、激しい自傷行動が生起するたびに1時間以上の休憩をとっていたが、計画的に休憩時間を設定することで課題従事時間は大幅に長くなった。机をノックする、担任と手のひらを合わせるという行動は1週間に3回～7回生起した。参加児は特定の言葉を聞いても、激しい自傷をせずに、机をノックすることで、活動を続けることができた。さらに特定の言葉を聞いたときだけでなく、課題中に前兆行動が生起した後にも、参加児は机ノック等を行い、休憩せずに課題を続けた。フォローアップ期では、参加児が自発的に机を軽くトントンと叩く行動が5回見られた。家庭では、前兆行動が生起すると参加児が自ら活動をやめ、母親に散歩に行くことを提案するようになっていた。

3. 社会的妥当性

本研究における介入については、担任や母親にアンケート形式等による社会的妥当性チェックは行わなかったが、介入中や終了時に本研究の支援内容に関して担任からは「カリキュラム修正が教室でも行いやすかった」、「前兆行動に注目することで激しい自傷行動を生起させずに済んだ」、母親からは「介入後に参加児が活動や課題に積極的に従事できるようになった」、担任と母親ともに「運動会、社会科見学などの学校行事に参加児が最後まで参加することができ、自家中毒も起きなかった」といった報告がよせられた。

第4項 考察

本研究は、激しい自傷行動を示すASDを伴う知的障害のある男児を対象に、カリキュラム修正を行い、前兆行動を強化することで、自傷行動の低減と代替行動の促進を行った。本研究では、Lalli et al. (1995) や Harding et al. (2001) が示唆した反応クラスに注目して自傷行動と他傷行動を整理し、介入計画を立案した。今回、前兆行動と問題行動との明確な因果関係を証明できたわけではないが、Smith et al. (2002) の研究と同様に、前兆行動を強化することで、問題行動が強化される機会が無くなったため、激しい自傷行動や他傷行動の生起を予防することが可能になったと考えられ

る。以下、カリキュラム修正と前兆行動の利用による代替行動の促進について考察する。最後に公衆衛生予防モデルを用いて必要な支援について整理する。

1. カリキュラム修正

参加児の激しい自傷行動や他傷行動が生じにくい先行状況を設定するために、カリキュラム修正を行った。Kern and Dunlap (1998) は、課題場面で生起する問題行動として、課題自体の問題と、課題に取り組むうちに起こる問題によって介入を2つに分けている。参加児の場合、課題自体の問題は字を書くことであり、書字の課題自体が自傷行動を生じやすかった。そのため、好みの題材を使用し、問題を間違えずに答えられること、課題の取り組み順序について参加児が積極的に選べる時間割の導入は、参加児の学習への動機づけを高め、参加児が苦手な課題にも取り組みやすくなったと考えられる。課題に取り組むうちに生じる問題に関しては、課題の時間設定をしたことが自傷行動の減少に効果的であった。集会、運動会や社会見学などの学校行事においても、介入前では激しい自傷行動が生じたため、参加児はまったく参加できなかったが、カリキュラム修正を行うことで、参加児にとって嫌悪的な事象が減り、各課題や活動での激しい自傷行動が大幅に減少するとともに、課題従事や行事参加などの積極的な行動が増えたと考えられる。

2. 前兆行動の利用と代替行動の促進

フェイズ2において参加児が前兆行動を示した場合に、即座に活動を中断させ、休憩させたところ、レベル3の激しい自傷行動はほとんど生じなくなった。自傷行動と同じ反応クラスと推測される前兆行動に対して、即座に負の強化子の除去を随伴させる（参加児に課題をやめさせて、休憩をとる）ことで、同じ反応クラスに属する激しい自傷行動の生起が抑制されたと推測される。計画的ではあるが、課題中に積極的に休憩時間をとるため、負の強化子を除去するという消極的な介入に見えるが、それによって激しい自傷行動の生起を大幅に予防し、参加児を身体的なリスクから遠ざけることが可能になった。加えて、むしろ担任や相談員が参加児の前兆行動を弁別刺激として、前もって決めた手続きで適切な支援をすばやく行えたことにも有効性が見いだせる。岡村ら（2007）においても、強度な問題行動への対応でなく、攻撃兆候行動という微弱な不適切行動に着目することで、施設職員の行動が改善されたことを示唆

しており、支援者への支援を考える上でも前兆行動に注目することは有用であると考えられる。

フェイズ3では前兆行動が生起したら即座に参加児が休憩要請し、休憩できるように設定した。これによって「長時間苦手な課題を行っている→自傷→課題から逃れられる」という行動の枠組みから、「長時間苦手な課題を行っている→休憩要請→課題から逃れられる」という枠組みへと変換されやすくなった。従来であれば、長時間苦手な課題を行うことに対する自傷の代替行動の形成には、例えば、単純に課題の時間を短くするか、難易度を低く変更した上で休憩要請を教えるなどの変更が考えられるが、前兆行動を利用することで代替行動の形成と促進にさらなる可能性が広がると考えられる。Lalli et al. (1995)、Harding et al. (2001)、Smith et al. (2002)の研究では、問題行動のアセスメントの一環として反応クラスや前兆行動に注目するだけであったが、代替行動の形成、促進等の介入においても反応クラスや前兆行動に注目することが、激しい問題行動を示す人たちの支援の有効な手段の1つとなると考えられる。

初期のアセスメント時に自傷行動を生起させる弁別刺激となる特定の言葉は「初めて」のみであったが、フェイズ3の時期に「新しい」や「～を始めます」という言葉にも自傷が生起するようになっていた。「初めて」の同義語や同音異義語が「初めて」と同じ刺激性制を得たと推測されるが、なぜそうなったかは明確ではない。ただ、この時期に参加児の学級に児童が新たに在籍するようになったことが関連している可能性があった。フェイズ4では、休憩要請の生起が減少したが、それは学習課題場面で自傷行動が生起しなくなったことと、休憩要請の代わりに机をノックや手合わせをすることで休憩せずに課題を続けられるようになったことが要因と考えられる。学習課題場面において、介入開始前では逃避の機能を有する主な行動は自傷行動であったが、支援開始後、同じく逃避の機能を有するが適切なコミュニケーション行動として休憩要請ができるようになり、さらに状況に合わせて机ノックや手合わせといった行動を選択するまで、参加児のもつ手段が増えていた。

3. メンタルヘルスの不調に関する課題

本研究は、参加児が今までであれば激しい問題行動を起こすような先行事象に直面しても、同様の行動を取らずとも問題が解決できることを学習する機会として前兆行動の利用が有用であったと考えられる。学校での支援に関していえば、担任との定期的ミーティングが支援内容の変更・改善に非常に役立った。しかしながら、自傷行

動・前兆行動に対して実験的分析を行わなかったため、これらの行動に関して明確な因果関係は得られていない。

メンタルヘルスの不調に強く関連する領域として、「初めて」「始めます」などの恐怖を感じる言葉を聞いたときの参加児の自傷行動についてはほとんどなくすることはできなかった。なるべくこのような言葉を言わないようにして、自傷行動の生起のきっかけ自体を減少させることしかできなかった。このような恐怖症に関連する介入には CBT の知識や技術が有効であると考えるが、知的障害児に対する有効性は明らかになっておらず、さらなる研究が必要である。今回は、学校や家庭においての介入であったが、恐怖症に対する心理療法を教師や親が実施することは、非常に困難である。このようなメンタルヘルスの不調を示す知的障害児に対応可能な心理療法の開発とその治療が可能な専門家の充実が必要である。一方、学校や家庭においては、このようなメンタルヘルスの不調を抱えながらも子どもがどのように生活したらいいのか、その工夫が必要とされると考える。

4. 公衆衛生予防モデルによるまとめと今後の課題

本研究は、カリキュラム修正により、参加児の課題への動機づけが高まり、課題への積極性が増すとともに、自傷行動が低減した。さらに、前兆行動が生起した場合に休憩要請といったコミュニケーション行動を強化することで、自傷行動が生起しなくなった。研究 5 の事例について、公衆衛生予防モデルを用いて実施した支援について整理し、今後の課題を検討する。図 5-3 には、研究 5 の結果から整理した実際に実施した支援と今後必要と考えられる支援を示した。

学習に対してこれまで多くの失敗を経験し、その結果、課題への取り組みに拒否を示す本研究の知的障害児については、このようなカリキュラム修正を用いることで課題への嫌悪を低減させ、課題従事の行動を強化することができ、有効であった。このカリキュラム修正は問題行動が生起したのちに行われる技法であり、本研究では 3 次予防方略として位置づけた。一方、問題行動の症状が軽度であったり、早期に発見がなされた場合、2 次予防方略としてもカリキュラム修正を位置づけることが可能であると考えられる。一方で、子どもにとって日々の学習や活動が充実していることが 1 次予防方略として重要な視点であるとも考えられる。子どもの特性や能力を生かし、意欲の高まる学習内容や教育を知的障害のある子どもに提供することが、1 予防方略

として位置づけられるかもしれない。しかしながら、推測の域を出ておらず、今後も検討が必要である。

問題行動自体への直接的な介入として、前兆行動が生起した場合に代替行動を強化することで、本研究では自傷行動が低減した。参加児の問題行動について機能アセスメントを実施し、問題行動をその機能を持つコミュニケーション行動へと分化強化させることが非常に有効であった。これらの機能的アセスメントや代替行動分化強化は3次予防方略として十分効果的であった。しかしながら、3次予防方略として参加児の問題行動の再発予防について話し合いの時間を取るが必要であったと考える。さらに、恐怖症と想定される自傷行動への介入に関して課題が挙げられる。このような自傷行動については、カリキュラム修正や本研究の手続きでのDRAは効果がなかった。知的障害児を対象とした恐怖症に対する心理療法の開発とそのような症状を持ちつつも生活を送っていくための支援については現状では研究が少なく、今後も多くの研究や検討、実戦が必要である。そして、本研究は参加者が1名であったため、一般的な有用性としての証明はなされていない。また、前兆行動などの変数に関する記録方法に関しても工夫が不足していた。今後は、学校におけるデータの信頼性を確保し、前兆行動を全記録し、前兆行動と自傷行動の明確な関連を実証するための準備・工夫を行い、激しい問題行動を示す人たちへのより柔軟な介入方法を開発していくことが必要である。

一方で、1次予防方略として適切なコミュニケーションスキルを促進する教育や支援、充実した学校生活の提供、2次予防方略として、問題行動について担任や親に早期発見・早期介入のための指標の提供があれば、激しい問題行動になる前に介入が可能になると考えられ、今後検討が必要である。

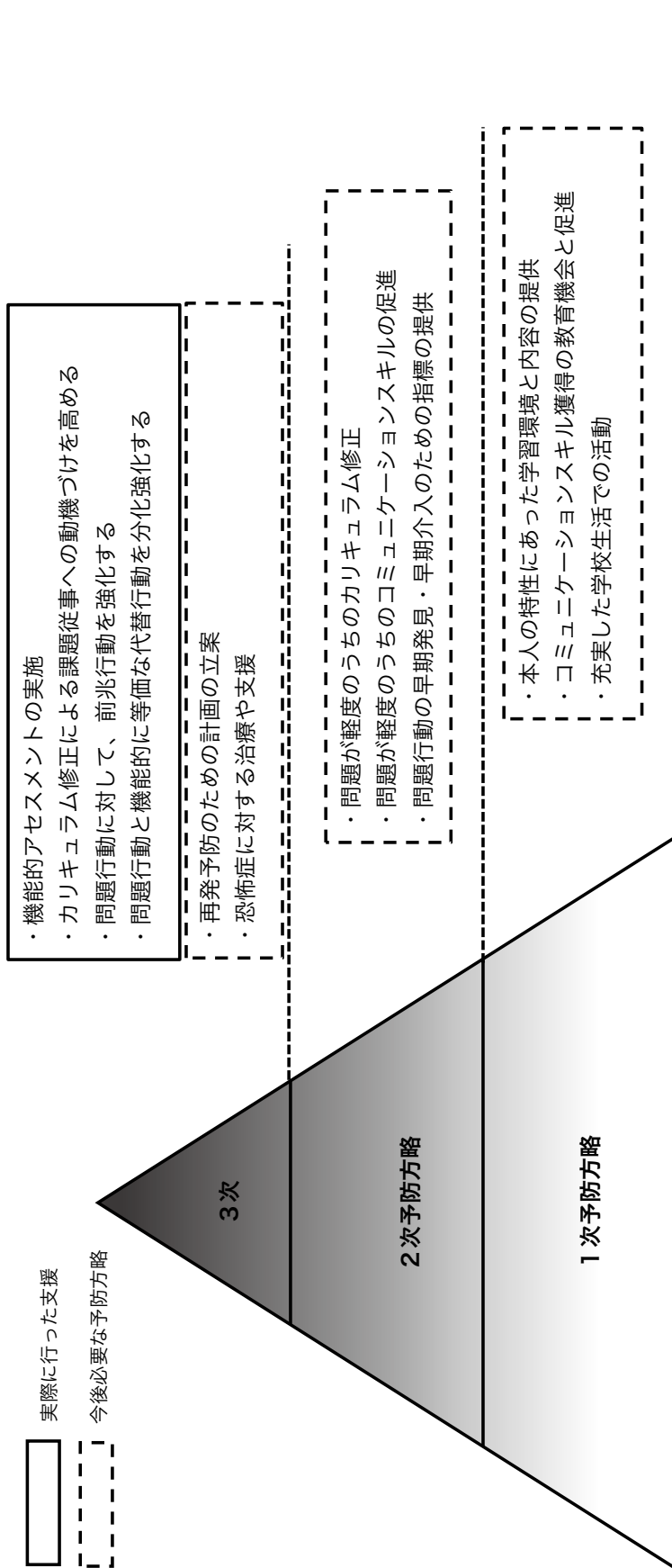


図5-3 研究5の結果から得られた予防的な支援と今後必要な支援

第2節 自傷行動を示す自閉スペクトラム症を伴う 知的障害者への機能的アセスメントと余暇活動支援 — 研究6 —

第1項 問題と目的

知的障害者施設における利用者の問題行動は大きな課題となっており、適切な援助や介入が急務である（Emerson, 2001）。Iwata et al.（1982）は、自傷行動が特定の強化子によって維持されていることを実験的手法により証明した。その後、問題行動が果たしている機能を特定することを目的とした機能的アセスメントが開発され、このアセスメントに基づいて、援助計画の立案・実施が行われるようになった。自傷行動においても同様に機能的アセスメントを行い、介入した結果、当該の行動を減少させた研究は多い（Hagopian, Crockett, Van Stone, Deleon, & Bowman, 2000; Vollmer et al., 1993; Lalli et al., 1997; Vollmer, Progar, Lalli, Van Camp, Sierp, Wright, Nastasi, & Eisenschink, 1998）。これらの研究は、人から注目されるなど社会的な正の強化によって自傷行動が維持されている場合において、介入効果を示した。

また、Vollmer（1994）は、周囲の人からの社会的強化がない場合、対象者の常同行動が、正の自動強化（常同行動によってもたらされる感覚刺激による強化）によって維持されていたことを報告している。その研究から、Lindberg, Iwata, and Kahng（1999）は、自傷行動についても正の自動強化で維持されている場合は常同行動の一形態であることを示した。さらに、Horner（1980）、Favell, McGimsey, and Shell（1982）は、自傷行動について機能分析を行い、正の自動強化で維持されていることを特定し、自傷行動を減少させた。これらの研究は、自傷行動、常同行動など当該の問題行動の形態にのみ注目するのではなく、その行動の果たす機能を分析し、それに基づいて介入計画を立て、実施することが問題行動の軽減に有効であることを示している。

一方、巨視的アプローチは生活環境、社会的関係、教育・就労・余暇の場における文脈要因を推定し、援助の対象となる人が充実した生活を送れるような生活環境を設定する方法である（Carr et al., 1998）。公衆衛生予防モデルの1次予防や2次予防方略では、健康的な生活や住環境の確保、教育を受けること、貧困の改善を基盤として、生活水準やその満足度の向上、その人の能力やスキルを使用する機会の増加、建設的な活動の増

加など、その人の QOL の高さ自体が問題行動を予防するものと考えられており、巨視的アプローチと共通している。加えて、公衆衛生予防モデルの観点から知的障害者のソーシャルスキルやコミュニケーションスキルの獲得、自尊感情を高めること、社会的な人間関係を促進することが問題行動と対抗しうる方略だと考えられている (Emerson & Einfeld, 2011)。問題行動に対抗する方略の共通的な機能としては、その人のレジリエンスを高める支援である。

そこで本研究では、頻繁に自傷行動を示す ASD を伴う知的障害者に対し、機能的アセスメントと ABCDEH 分析を行い、参加者の能力や関心に合った活動への参加、余暇時間での取り組む活動を設定した介入計画を立案し、余暇活動支援を実施することで生活の質の改善と自傷行動の低減を目的とし、その介入効果を検討する。さらに公衆衛生予防モデルを用いて実施した介入について整理し、今後必要と考えられる支援について検討した。

第2項 方法

1. 研究参加者

知的障害者更生施設 C 園に入所している最重度知的障害を伴う ASD の女性（介入開始時 21 歳）1 名。3 歳のときに ASD の診断を受けた。養護学校高等部卒業後 C 園に入所し、介入当初、施設での生活は 3 年目になっていた。療育手帳は A（重度）判定であった。普段は発語がなく、こちらの言うことは理解できたが、話すことはできなかった。ただし、カラオケで歌うことはできた。C 園の施設長の依頼により、著者が外部支援者として支援を行うこととなった。

2. 研究倫理上の配慮

本研究は、参加者の親と担当職員、施設長に対して研究内容、方法、結果の処理、研究の公表について著者が口頭と書面で説明を行い、書面により承諾を得て実施した。

3. 介入開始時の自傷行動の状況

自傷は、参加者自身の手の甲、手首、足首の同じ場所を何度も爪で引っ掻くという行為で、その傷は表皮または真皮まで達していた。傷が治癒する前に繰り返し引っ掻くため、絶えず傷がある状態であった。施設職員は、自傷行動に関してどのように対応すればいいのか分からず困っていた。

4. アセスメント

参加者の生活状況の把握、生活改善および問題行動の軽減を目標とした介入計画を立てるために、以下のアセスメントを実施した。

(1) 標準検査

参加者がC園入所時に実施された田中ビネー式知能検査の記録によれば、IQは22であった。ただし3年前の結果であり参考程度とした。

(2) 参加者の基本的アセスメント

自傷行動以外の参加者の基本的な情報を得るために、担当職員に参加者の現在持っているスキルと困難な点について尋ねた。コミュニケーションについては、音声による簡単な指示理解が可能であった。ひらがなは、書字、音読とも可能であった。身の回りのことは自分で全てできていた。作業能力は、刺繍を速く、細かく縫うことができた。実際に、参加者の作業能力を筆者がアセスメントするために、ネジの分類とボールペンの組立の作業を設定した結果、簡単な作業であれば、微細な動作を速く、正確に行えることがわかった。好きな活動は、テレビを見ること、音楽を聴くことであった。職員からの握手やくすぐりに対しても嬉しそうに応じていた。また、キャラクターや動物などの絵が好みであった。

(3) 参加者の1日の活動のアセスメント

担当職員と母親にインタビューし、参加者の平均的な日常生活を表にまとめ、充実した活動の有無、問題行動が生じやすい時間帯を調べた。C園における1日の活動(表5-1)は、午前中は生活班(ウォーキングと室内運動)での活動が主な過ごし方であった。参加者が肥満気味であるため、職員の話し合いで生活班に参加することが決定されていた。午後は、1時間30分ほど縫製班で作業を行った。午後は余暇時間が長く、参加者はテレビを見て過ごすことが多かった。特に職員のほうから活動を設定することや、参加者自身に活動を選択させることはなかった。

参加者の実家においては、起床、就寝ともC園とほぼ同様の時間であった。しかし、食器洗い、風呂掃除、洗濯物の取り込み、米研ぎなど家事を自発的に行っていた。参加者の実家への帰省は2週間に1回であった。インタビューにより、参加者が積極的な活動は、食事や入浴、午後の縫製班の活動であった。しかし、それ以外の日中から就寝までの時間は、眠るかソファに座っていることが多く、そのため生活パターンが単調になりがちであると考えられた。

表5-1 C園での1日の活動アセスメント

時刻	主な活動	特記事項
6:00		
6:30	起床	
7:00	掃除	・月曜日は7:00から配膳当番
7:30	朝食	
8:00		
8:30	朝の会	
9:00	生活班 (ウォーキング・室内運動)	・生活班での活動 午前中は3km程度のウォーキングと その後にストレッチ
10:00		
11:00		・月曜日は11:30から配膳当番
11:45		
12:00	昼食	
12:30	昼休み	・昼休みは居室でTV
13:00		
13:30	作業 (縫製班)	・縫製班では主に刺繍 手先が器用なので上手
14:00		
15:00	作業終了後、清掃→おやつ	
15:30	入浴	
16:00	入浴後は夕食まで余暇時間	・余暇時間 居室でTV
17:00		・月曜日は17:30から配膳当番
18:00	夕食	
18:30	余暇時間	・指導室のソファに座り、TVを見たり 音楽に合わせて歌ったりする
19:00		
20:00		
21:00	消灯 (ベッドに入る)	・実際には21:30に入眠するようである
22:00		

（４）自傷行動に関する機能的アセスメント

参加者の自傷行動について担当職員にインタビューを行った。担当職員は、「自傷行動は参加者がストレスを感じているときに行われる」と報告したが、明確なきっかけや原因は不明であった。参加者が自傷している場面を職員が目撃したときは、「やってはいけない」と言い、やめさせていたが、しばらくするとまた自傷行動が始まっていた。しかしほとんどの場合、参加者は職員が気づかないうちに自傷を行っているので、即座に対応ができないとのことであった。施設では、参加者について「対人関係が苦手、常に緊張状態があるため自傷が起こっていると考え、過度な緊張から解放するためにも職員からなるべくスキンシップをとり、職員を媒介として他の利用者とも関われるように援助している」とのことだった。しかし、実際に参加者が緊張しているのか、また緊張することが自傷行動の生起のきっかけになるのか、職員のスキンシップの質や量はどのようなものであったかは不明であった。また、このような対応によって自傷行動は減少していなかった。

以上の情報から、自傷行動の状況事象と弁別刺激の先行子と結果を同定するために、C園での問題行動の反応型・きっかけ・問題行動の起きた後の対応について、施設職員に1週間の観察記録を依頼した。記録によると、自傷行動は朝の生活班でほぼ毎日生起しており、午後は入浴後の余暇時間に生起していた。次に施設職員の記録から、自傷が多く生起する時間帯に筆者が直接観察を行った。午前中の生活班では、野外でのウォーキング中には自傷行動は生起しなかった。その後、室内において、高さ10 cmほどの平均台の上を歩く活動が設定されたが、参加者はそばにあるソファに座ると15分後に自傷行動を開始した。5分後に職員に自傷を止められると、参加者は目を閉じてそのまま寝てしまった。職員に平均台をやるように促されると、参加者はすぐに平均台を渡り、そのままソファに戻り眠ってしまった。同じ活動が昼食時間まで続いたが、そのまま参加者は寝ていた。入浴後の余暇時間では自室で終始テレビを見ていた。その間に自傷行動が多く観察された。参加者が引かく体の部位はいつも傷かかさぶたがある手の甲や足首などであった。

自傷行動の成り立ちとその維持について検討をするために生育史を調査した。生育史においては、園山（2000）の問題行動の生育史アセスメント表を使用した。生育史と自傷行動の変遷について年齢ごとに生育歴と問題行動に関する情報を参加者の母親が記述し、各年齢での問題行動の程度について、「なし～大変多い」の5段階で評価を行っ

た。生育史アセスメント表から、自傷行動はC園入所以降生起するようになったことがわかった。

以上の情報から、ウォーキング後の生活班の活動は、参加者にとって簡単な活動で、能力的に見合っているものでないと考えられた。また、余暇時間においては、参加者が楽しく、あるいは自発的に行う活動がなく、施設職員との関わりもないため、暇になることが多く、自傷行動が生起しやすいと推測された。

(5) 問題行動の生起に関するアセスメントの整理

上記アセスメントの結果をABCDEH分析によって整理し、参加者の自傷行動生起に関する要因を推定し、以下の仮説を立てた(表5-2)。自傷行動は、C園に入所してから始まった(生育史:H)。自傷行動の確立操作(E)は、参加者が取り組む活動が設定されていないことであり、自傷行動の弁別刺激(D)は、何らかの原因でできた参加者自身の手の甲、手首、足首の傷であり、自傷行動の反応型(B)は、参加者自身の手の甲、手首、足首の同じ場所を爪で何度も引っ掻く行動であった。さらに、自傷が起きた後の結果(C)としては、参加者が自傷を行っていることについて誰も気づかない状況でなされており、感覚刺激の獲得による正の自動強化によって維持されていることが推測された。

上記の結果から、参加者の自傷行動が生起しないか、または生起しにくい要因を推定し、自傷行動の反応型と置換可能な適切行動に関する仮説を立てた(表5-3)。適切行動が生起しやすく、自傷行動が生起しにくい確立操作(E)は、生活班でなく参加者の能力に合った班への参加、余暇時間での参加者の取り組む活動の設定、余暇活動を選択できる状況の設定とした。同様に弁別刺激(D)は、職員の呼びかけと活動名の書かれたカードの呈示とした。また、参加者から傷口が見えないように布製のサポーターをつけた。自傷行動の反応型と置換可能な適切行動(B)は、作業や活動への従事とした。結果(C)の操作として、活動、作業中の職員とのポジティブな関わり、作業従事への称賛、作品を展示するなどの正の社会的強化を随伴させることとした。

5. C園での介入

アセスメント結果より、施設職員に対してコンサルテーションを行い、参加者の生活改善のための目標を新たに決め、個別プログラムを作成し、生活の充実および自傷の軽減を目的とし、介入を行った。

表5-2 自傷行動生起のアセスメントのまとめ

	弁別刺激(D)	反応型(B)	結果(C)
先行子(A)	対象者の手の 甲・手首・足首 の傷	手の甲・手首・ 足首の同じ場所 を何度も爪で 引っ掻く	感覚刺激の獲得
	確立操作(E)		
	対象者が取り組 める活動や物が 設定されていな い		
生育歴(H)	施設入所後に自傷行動が発生		

表5-3 自傷行動が生起しにくく、適切な行動が生起しやすい状況

	弁別刺激(D)	反応型(B)	結果(C)
先行子(A)	・ 作業、余暇の活動 で使用する物品や カードの提示	作業、活動への従 事	・ 作業、活動をやるこ と自体の楽しさの獲得 ・ 職員とのポジティブ な関わり、称賛
	・ 職員の誘いかけ		
	確立操作(E)		
	対象者が取り組むこ とが可能な、または 好きな活動、作業内 容		

(1) コンサルテーションの期間

X 年 6 月から、参加者の担当職員に対しコンサルテーションを開始し、週に 1～2 回、同年 12 月まで行った。

(2) 参加者担当職員

20 代女性。大学卒業後 C 園に就職し、3 年経っていた。参加者の担当となったのは X 年 4 月からである。

(3) コンサルテーションの内容

C 園は 4 月と 10 月に指導計画を変更するという方針だったため、X 年 10 月の変更時に開始できるように参加者の個別プログラムを作成することとした。6 月には、参加者のアセスメントとその結果について担当職員に伝え、個別プログラムの必要性について説明した。7 月は、担当職員がグループでの話し合いを行えるように、参加者を担当するグループをつくった。8 月は参加者の指導目標について話し合い、決定した。主な内容は、参加者が能力に合った活動に参加できていないこと、余暇時間に参加者が取り組む活動が設定されていないこと、洗濯など参加者自身ができることを施設生活の中で取り組むことであった。9 月には、目標達成のための手続きと、参加者の行動記録方法を決め、個別プログラムとしてまとめた。10 月には、他の施設職員に対してプログラムを口頭で説明し、手続きの書かれた用紙と記録用紙を配布した。なお、この間月に 1 回職員研修会を開催し、問題行動の機能的アセスメントや日中活動の充実の必要性について職員の研修を実施した。

(4) 個別プログラム

参加者の個別プログラムは X 年 10 月から同年 12 月まで行われた。この個別プログラムは、複数の介入から構成された介入パッケージであった。各介入は以下の通りである。①ウォーキング後に縫製班の作業に従事し、作業でできた作品を部屋や施設内に飾る。②余暇時間では、活動の選択と活動従事を標的とした。参加者の部屋に「こちょこちょ」、「カセットテープ」、「パズル」、「ビーズ」と参加者の好みの活動がそれぞれ書かれたカードを壁に貼っておき、余暇時間に参加者がカードを選択し、選択したカードの活動を職員と行うようにした。参加者がカードを選択しない場合は、職員が選択し活動を行うこととした。さらに参加者の生活スキルを活かし、洗濯を自発的に行うようにした。洗濯の課題分析を行い、分析した項目ごとにベースラインを記録した。その後、誤反応についてはプロンプトを行い、正反応率を高めた。プロンプトはレベルを 2 段階に

設定し、1段階目を指差し、または音声指示、2段階目を全介助とした。正反応行動が安定した後に、プロンプトのフェイディングを行った。

自傷行動が減少してから3ヶ月後に活動への参加、自傷行動、活動中の睡眠の増減について1ヶ月間フォローアップを行った。

(5) 記録方法

自傷行動、活動中の睡眠については、ベースラインでは午前中の生活班での活動、介入後は午前中の縫製班での活動と、午後の余暇時間での生起の有無を活動ごとに記録した。活動ごとに、1度でも生起すれば「有り」とし、生起しなければ「なし」とする活動時間全体でのインターバルで記録を行った。この記録を選択した理由としては、活動中の睡眠については、1度寝ると活動が終わるまで起きないため妥当であると判断された。自傷に関しては、自傷の持続時間が長いことと、1回目の生起と2回目の生起の区切りが曖昧であり、職員が記録を行うことが困難であることからこの記録方法が選択された。班活動、余暇活動については、参加者の活動中の様子を記述で記録した。介入、フォローアップ時においても同様に職員が記録をした。洗濯の記録は、課題分析の項目ごとに1人で行えた場合は◎、指差しまたは音声指示で行えた場合は○、全介助は△と記録した。

(6) 結果の処理

施設職員の記録をもとに、毎日の自傷、午前中の活動での睡眠の生起回数について処理した。そして、1ヶ月ごとの1日あたりの自傷、睡眠の生起率を算出した。

1日あたりの活動時の自傷行動生起率＝1ヶ月間での自傷行動が観察された活動日数の合計／1ヶ月の全活動日数×100

1日あたりの活動時の睡眠生起率＝1ヶ月間での睡眠が観察された活動日数の合計／1ヶ月の全活動日数×100

(7) 社会的妥当性

参加者に対して行った個別プログラムの妥当性を検討するために、女子寮職員5名に質問紙調査を行った(X年12月に実施)。質問紙の内容は、質問Ⅰでは、参加者のC園での生活における行動変容を中心に質問し、「洗濯行動を自発的にやっているか」、「自傷はなくなったか」等であった。質問Ⅱでは、参加者への個別援助プログラムについての援助内容の適切さについて尋ねており、質問は「縫製班への参加が適切であったか」、

「余暇の洗濯活動が適切であったか」等であった。回答は、「全くそう思わない」から「とてもそう思う」の4段階評価で行った。

第3項 結果

1. 自傷行動

参加者の自傷行動について、介入前と介入後の結果をグラフにまとめ、図 5-4 に示した。6 月、8 月、9 月では午前中の生活班での自傷生起率は、78%～87%であった。しかし、参加者が縫製班に参加するようにした 10 月以降、自傷はほとんど生起しなかった。午後の余暇時間に関しては、6 月、8 月、9 月において自傷生起率は 90%以上であった。余暇活動の選択と洗濯行動の介入後、午後の余暇時間の自傷生起率は、10 月では 14%、11 月では 9%と減少し、12 月ではほとんど観察されなくなった。翌年 3 月に 1 ヶ月間フォローアップを行ったが、自傷行動は観察されなかった。

2. 午前中の活動での睡眠

生活班での活動における睡眠の生起率は、6 月で 72%、8 月で 95%、9 月で 89%であった。介入後、縫製班に参加するようになると、睡眠の生起率は、10 月で 11%、11 月で 17%となり減少を示した。フォローアップでは 5%となり、ほとんど眠らずに活動に参加することが維持されていた。これらの結果を図 5-5 に示した。

3. 適切行動

(1) 縫製班への参加

縫製班での活動について、記録において「刺繍を熱心に行っていた」、「集中して縫っていた」と書かれた日が、25 日中 17 日あった。

(2) 余暇活動の選択と従事

余暇活動の選択については、自発的にカードを選択したのは 15 施行中 7 回であった。余暇活動での様子について、記録より参加者が「楽しんで活動した」日は、15 日中 14 日であった。さらに、フォローアップ時には、余暇活動に職員を自発的に誘うという行動が見られるようになった。

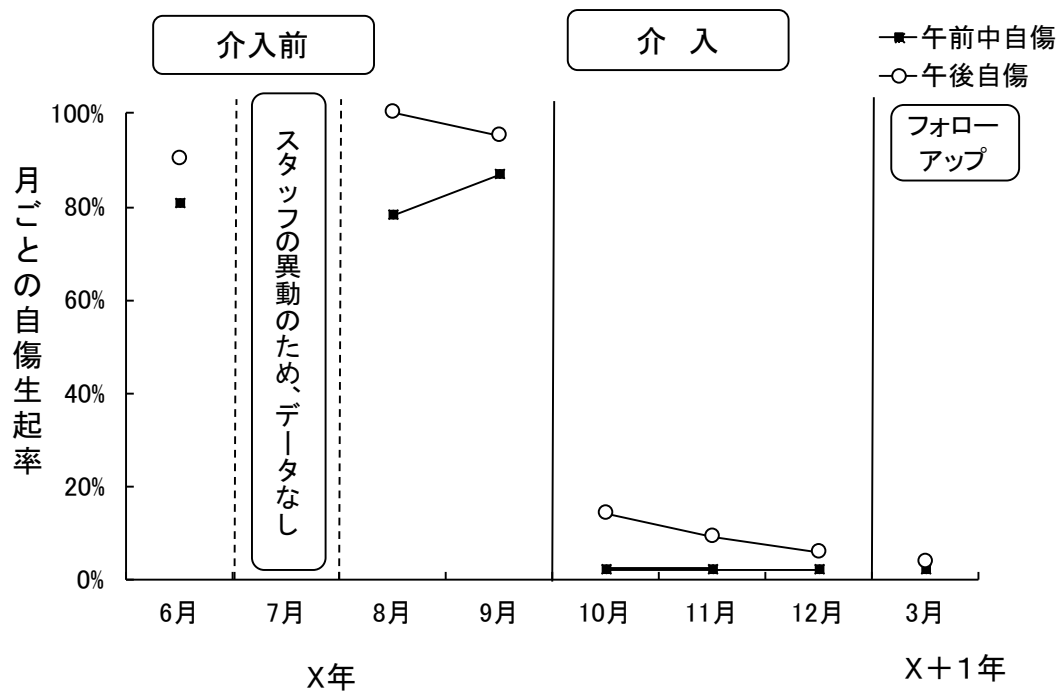


図5-4 午前中の活動、午後の余暇活動での自傷の生起率

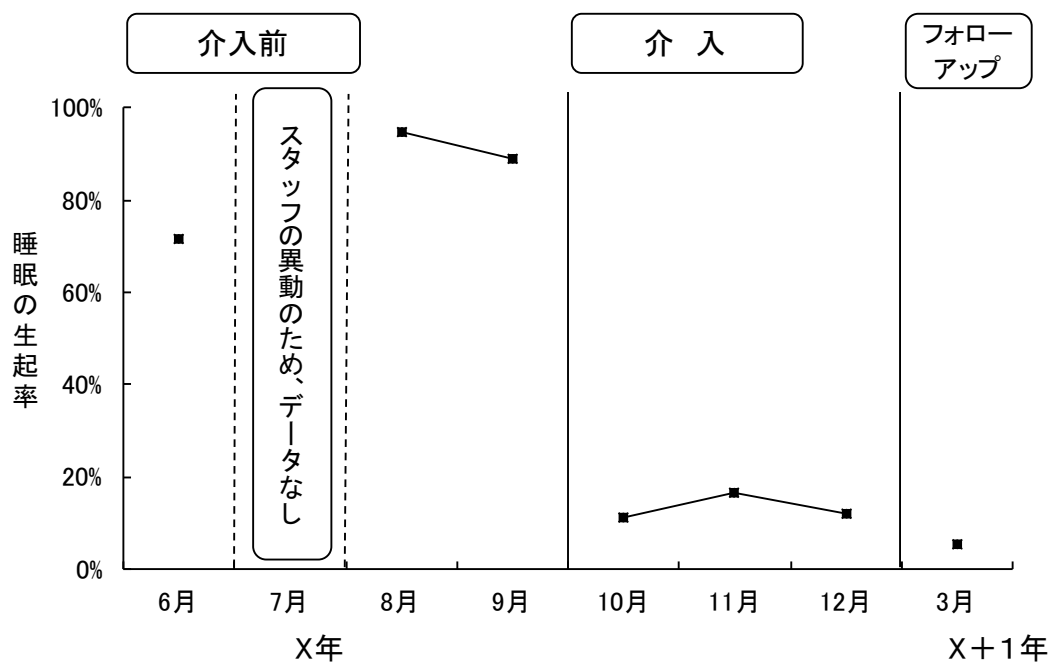


図5-5 午前中の活動での自傷の睡眠の生起率

（３）余暇時間における洗濯行動

洗濯行動の課題分析を行った 16 項目の行動について、「1 人でできた」、「職員の指差し・声かけでできた」、「全介助」の 3 段階で評価した。実施 3 回目以降、ほとんど 1 人で洗濯が行えるようになった。最終的には 1 人で洗濯することが可能となり、自発的に洗濯を行えるようになった。洗濯行動の課題分析とその評価を図 5-6 に示した。

（４）社会的妥当性

C 園で参加者に対して行われた介入の社会的妥当性の結果を図 5-7 に示した。「午前中の縫製班での活動は、以前の生活班での活動より集中して取り組めたか」は、そう思うが 2 人、とてもそう思うが 3 人であった。「参加者自身の腕または足を引っ掻く行為はなくなったか」は、そう思わないが 2 人、そう思うが 1 人、とてもそう思うが 2 人であった。「参加者の作業時間での睡眠は減ったか」は、そう思うが 3 人、とてもそう思うが 2 人であった。「参加者の余暇時間に個別のコミュニケーションの時間を作ったことは適切だったか」は、そう思うが 4 人、とてもそう思うが 1 人だった。

セッションの実施回

	下位行動	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	脱いだ服を洗濯かごに入れる										
2	洗濯かごを部屋に持っていく										
3	夕食後、洗濯場に洗濯物が入った洗濯かごを持っていく										
4	服を洗濯機に入れる										
5	洗濯機の電源ボタンを入れる										
6	洗剤を入れる										
7	ふたを閉める										
8	スタートボタンを押す										
9	部屋に戻る										
10	30分経ったら洗濯場に行く										
11	洗濯機から服を取り出して、洗濯かごへ入れる										
12	洗濯場に洗濯物(洋服、タオル、靴下)を干す										
13	下着は洗濯かごに入れたままで部屋に戻る										
14	下着を部屋に干す										
15	次の日のおやつ後洗濯物を取り込む										
16	服をたたみ、タンスに整理する										

1人でできた

指さし、声かけ

全介助

記入なし

図5-6 洗濯の課題分析と評価

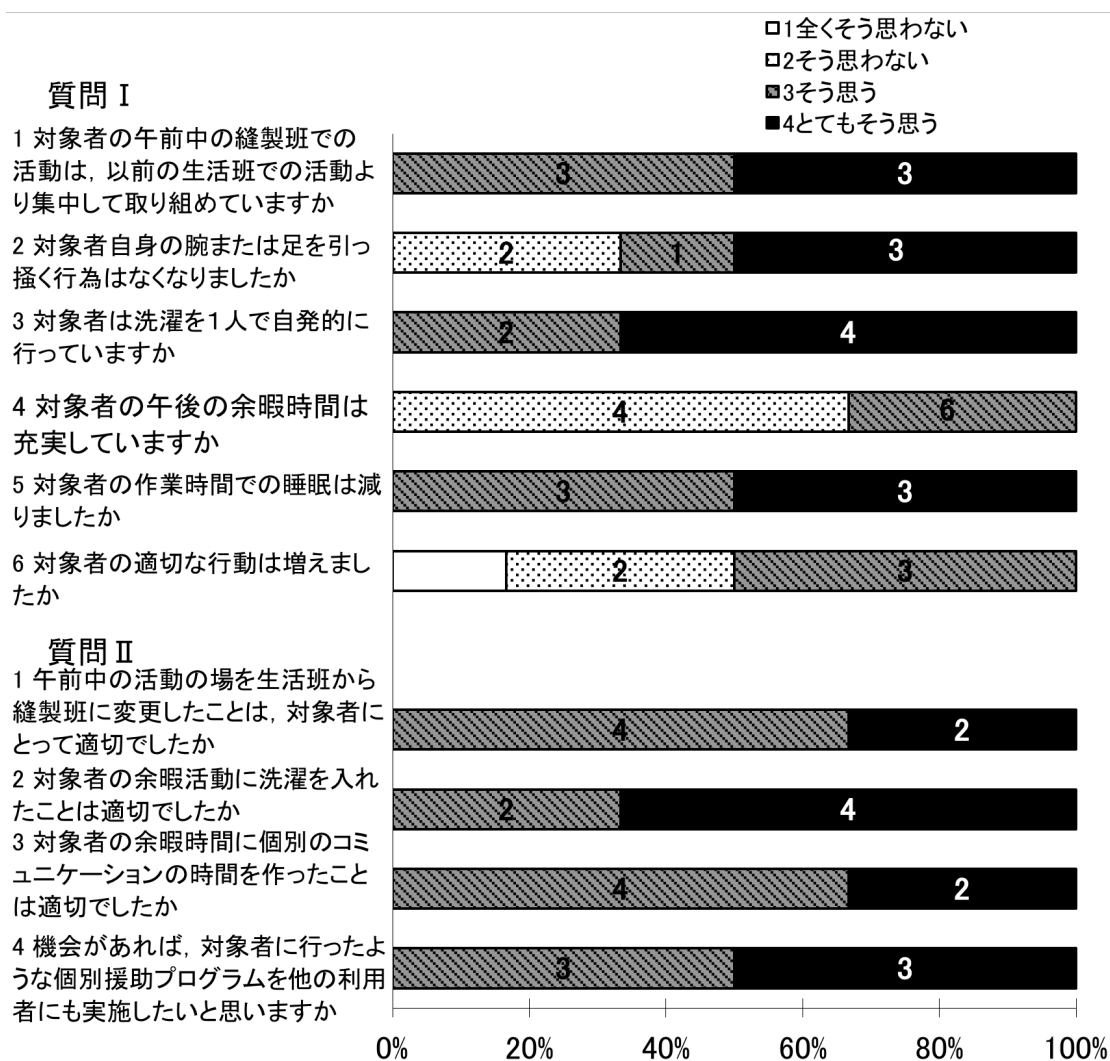


図5-7 施設職員への社会的妥当性のアンケート結果

第4項 考察

本研究は、自傷行動を示す知的障害を伴う ASD の女性に対して、機能的アセスメントと ABCDEH 分析を行い、参加者の能力や関心に合った活動への参加、余暇時間での取り組む活動を設定した介入計画を立案し、生活の質の改善と自傷行動の減少を目的として介入を行った。以下では、機能的アセスメントと ABCDEH 分析の有効性について検討し、実施した介入について公衆衛生予防モデルに基づいて整理する。

1. 機能的アセスメントと ABCDEH 分析

介入以前では、自傷行動は参加者がストレスを感じているときに生起すると施設職員に理解されていた。しかしながら、参加者の自傷行動について機能的アセスメントを実施し、参加者の自傷行動の果たす機能を特定することで、Horner (1980)、Favell et al. (1982) の研究と同じく、当該の行動が正の自動強化（感覚刺激の獲得）で維持されているという仮説が導かれた。このように機能的アセスメントによって、問題行動の機能が明確となり、適切な支援計画を立案することが可能であった。そのため、機能的アセスメントは問題行動の支援において必要なアセスメントの 1 つと考えられる。

一方、生育史について検討することで、参加者が自傷行動を開始したのが C 園に入園後であることが明確となり、C 園の生活環境改善の必要性を職員と共に確認できた。さらに、C 園での参加者の生活は、肥満気味であることを理由に、参加者の能力に見合っていない生活班の活動に参加するように設定されていた。また、参加者が家庭で行っている家事のスキルや能力を発揮するような状況も設定されていなかった。C 園で余暇時間が取られていても、テレビ以外に参加者自身が活動を選択し、自発的に行えることが何も設定されていない状態であった。行動観察から参加者の自傷行動は、このような場面で頻繁に生起していた。これらの情報や仮説を園山 (2003) の ABCDEH 分析を用いて整理し、自傷行動が生起しにくく、適切な行動が生起しやすい状況事象、弁別刺激、結果の予測にそって介入を立案することが可能となった。施設職員は、これらの介入立案の手続きにそって行い、介入以前より効果的な援助が可能になったと考えられる。

本研究は、機能的アセスメントと ABCDEH 分析を実施することで、自傷行動が起きた後の対応だけでなく、その前の対応、日常生活、対象者のニーズに沿って施設での生活を改善する介入計画を立案することが可能となった。巨視的アプローチでは、このような生活の質の改善が最終的な目的であり (Carr et al., 1998)、本研究においても問題行動を示す知的障害者への支援において、このようなアプローチが有効であったといえる。

2. 公衆衛生予防モデルによるまとめと今後の課題

公衆衛生予防モデルを用いて実際行った介入について整理し支援の考察を行い、今後の課題を検討する（図 5-8）。C 園での参加者の介入前の生活は、肥満気味であることから生活班の活動に参加するように設定されていたが、一時帰宅したときに自宅で行っていた家事のスキルなど能力を発揮するような状況が設定されていなかった。さらに入所施設で余暇時間が取られていても、テレビ以外に参加者自身が活動を選択し、自発的に行えることが何もない状態であった。参加者の自傷行動は、このような場面で頻繁に生起していた。

知的障害者を対象とした公衆衛生予防モデルでは、問題行動やメンタルヘルスの不調の発症のリスク要因として、建設的な活動の少なさや生活の満足度の低さ、その人の能力やスキルが発揮できない状況が挙げられている（Emerson & Einfeld, 2011）。本研究では、そのようなリスク要因に参加者が晒される機会を減らし、問題行動の発生に対抗できる日中活動や余暇活動を設定できたことが問題行動の軽減につながったと考えられる。

3 次予防方略としては、専門家による機能的アセスメントや ABCDEH 分析を本研究では実施した。しかし、自傷行動は軽度であり、施設での生活や活動を充実させることが主な介入内容であった。したがって、アセスメントと介入計画の立案はコンサルテーションを実施した筆者が行ったものの、実際の介入のほとんどは施設職員が実施している。したがって本研究はほとんどが 2 次予防方略の範囲で実施した。機能的アセスメントに関しても、このような問題行動が軽度の参加者については、2 次予防方略での対応が可能であると考えられ、施設職員がアセスメントできる簡易な機能的アセスメントを利用することも可能だと考えられる。実際に実施した 2 次予防方略の介入を整理すると、障害や問題行動、生活が充実することの従量制についての研修とコンサルテーション、傷口へのサポーターの装着、参加者と施設職員のポジティブな対人関係の増加、本人が選択する機会の増加、本人の能力やスキルが生かされる機会の増加が挙げられる。しかしながら、介入内容についてかなりの頻度で著者と施設職員が打ち合わせた上で決定した。さらに施設職員全体の研修会を月に 1 回程度行い、機能的アセスメントや日中活動の充実さの必要性について説明してきた。これらの研修が施設職員にどのような影響を与えたかは本研究では調べていないため、その影響について今度は調査する必要があるが、このような研修は予防的な意味でも重要な支援者支援と考えられる。

1 次予防法略と 2 次予防方略で行われる問題行動の生起のオッズを変更する (Changing the odds) 支援は、問題行動の発生の要因を無くすことによって行われ、問題行動の生起のオッズに打ち勝つ (Beating the odds) 支援は、問題行動が発生しそうな状況に対抗するようなレジリエンスを構築することで行われる (Allen et al., 2013)。本研究では、「オッズの変更」として本人の能力が生かされたり、選択できる機会を作り、「オッズに打ち勝つ」としてポジティブな対人関係を作る機会を作った。これらは 2 次予防方略だけでなく、1 次予防方略においても必要な支援であると考えられる。

今後の課題としては、予防的な視点から施設利用者の生活の質の保証を考え、問題行動の軽減に向けて、アセスメント方法、介入計画作成、介入、評価について、施設職員と専門家が共同開発し、有効利用できる条件を明確にしていくことが必要である。加えて、問題行動だけでなく、公衆衛生予防モデルの観点を含めた職員研修を実施し、その有効性を検討することが必要である。

第3節 多量飲水と他害行動を示す自閉スペクトラム症を伴う知的障害者の健康管理と生活の質の向上 — 研究7 —

第1項 問題と目的

知的障害者がどのような場所で生活しているかによって、問題行動の生起率は変動する。入所施設において制約が多いほど知的障害者の問題行動の生起が高まることが指摘されている（Borthwick Duffy, 1994; Cooper, et al., 2009a; Cooper, et al., 2009b; Emerson & Einfeld, 2011; Rojahn & Esbensen, 2002）。

一方、Lucyshyn et al. (1995) は、大規模施設から地域生活に移行した激しい問題行動を示す女性に対して、ライフスタイルを改善することで、問題となっていた行動を減少させている。この研究では、問題行動を示す人の環境やサービスを見直し、その人の特性に合った生活を提供し、その結果として問題行動も減少することが示されている。また、本人中心計画作成は、自己決定、尊厳と尊重、そして地域参加を基盤とし、その有効性を示してきた（Wagner, 2002）。

本研究では、多量飲水と他害行動のある ASD を伴う最重度知的障害の男性 1 名に対し、研究 6 と同様に参加者が生活する知的障害者更生施設において機能的アセスメントを行う。さらに施設での日中活動を参加者本人の能力やスキルが活かさせる内容に変更し、参加者の問題行動への対応と健康管理をするために施設職員への研修と記録行動を促進させることで日常生活の改善と問題行動の低減を目的として介入を行った。考察では、問題行動を引き起こすリスク要因を減らすことと、知的障害者本人の能力や関心を活かす日中活動の修正による生活の質の改善、施設職員への研修の効果について検討する。そして、公衆衛生予防モデルを用いて必要な支援について整理する。

第2項 方法

1. 研究参加者

知的障害更生施設 C 園に入所する最重度知的障害を伴う ASD の男性（支援開始当時 25 歳）1 名。療育手帳は A（重度）判定であった。てんかん発作があり、普段から抗てんかん薬を服用していた。施設の作業や活動にほとんど参加せず、自室にいることが多

い。時代劇を見るのが好きで、夕方はテレビを見に入居者用のリビングに来る。音声言語の表出はないが、肯定の返事は「お」、否定の返事は首を振る動作でコミュニケーションをとることができた。入所している施設では、日中は午前も午後も生活班（ウォーキングと室内運動）に所属しており、朝は毎日3kmのウォーキングに出かけていたが、たびたび途中で道路に寝そべって動かなくなるときがあった。このとき対応が大変であるものの、参加者が肥満であったため、ウォーキングを無くすことは考えられないと施設職員は報告した。C園の施設長の依頼により、著者が外部支援者として支援を行うこととなった。

2. 研究倫理上の配慮

本研究は、研究参加者の親と担当職員、施設長に対して研究内容、方法、結果の処理、研究の公表について著者が口頭と書面にて説明を行い、書面により承諾を得て実施した。

3. アセスメント

参加者の生活状況の把握、生活の質の改善および問題行動の軽減を目標とした介入計画を立てるために、担当職員へのインタビューと行動観察の情報を基に著者が機能アセスメントを行なった。

（1）問題行動について

多量飲水のため、全身性けいれんが起こり、毎年1回～2回ほど病院の集中治療室に入院していた。他にも周囲の人（施設利用者や職員）に対して、髪の毛を掴んで離さない、拳で殴る行動が生起していた。多量飲水については、病院から水をたくさん飲ませないよう健康管理をするように施設は指導されていた。また、多量飲水で入院しても病室で暴れるため治療にならないとすぐに退院させられる状況であった。さらに何度も多量飲水による入院が起こっていたため、地区行政の福祉課からこの参加者の健康管理を徹底するよう施設は指導を受けていた。

（2）介入以前に行われていた支援

上述のことから、施設は多量飲水に対応するために水飲みを少なくすることを目標とし、決まった時間ごとに参加者の水飲み行動に対応する職員を決めた。しかしながら、その次の年も多量飲水のため発作が起こり、入院する事態となった。しかも、参加者の水飲みを止めようとした職員は参加者から髪を強く引き抜かれたり、拳で殴られていた。

担当職員からのインタビュー後に、参加者の施設での行動と施設職員の動きを行動観

察したところ、次の2点の課題が判明した。1つは、参加者の水飲み行動に対応する施設職員が決められていたが、そもそも職員の手が足りておらず、対応ができていなかった。そのため、参加者の水飲み行動に気がついた施設職員がその場その場で水飲みを止めており、行った支援内容はこの施設の文脈には不適合であった。2つ目の課題としては、参加者の水飲みへの施設職員の対応は行動抑制をする方法しか取られていなかった。そのため、支援の機能不全が起きていたと推測された。

(3) 問題行動の機能的アセスメント

担当職員へのインタビューと行動観察から次のことがわかった。参加者の水飲みの多くは、気温が高いとき、作業時間中に作業に参加せず自室にいるときに生起していること、職員をちらちら見ながら水を飲もうとすること、参加者が水を飲んでいる最中に施設職員が止めさせようとする、さらに参加者の水を飲む量が増え、飲むのを止めるよう指導した職員を殴っていた。そして、参加者に対して決まった時間の対応が難しく、参加者が水を飲んでいるときだけ、職員が対象者に対応している。この情報から機能的アセスメントを実施し、整理した内容を表5-4に示した。

多量飲水の確立操作(E)は、参加者が取り組みたい活動が設定されていないこと、他者からの注目がいないこと、暑さであり、弁別刺激(D)は水道の蛇口であり、反応型(B)は水を飲む、結果(C)は感覚刺激が得られる、暑さがなくなる、職員から注目が得られると考えた。以上のことから、参加者の水飲みは感覚刺激の獲得、他者からの注目が随伴する正の強化と暑さや喉の渇きの低減による負の強化によって行動が生起、維持されていると推測した。参加者は水飲み以外の行動から正の強化が受けにくい状況にあった。つまり、本人が取り組むべき適切な活動機会がほとんどなく、水飲み以外の行動から正の強化を受ける機会がないと判断した。

(4) 日中の活動と参加者の関心のある活動

日中は午前も午後も生活班(ウォーキングと室内運動)に所属しており、朝は毎日3kmのウォーキングに出かけていた。参加者は朝のウォーキングに参加したり、しなかったりしていた。参加したとしても途中で道路に寝っ転がってしまうことがあった。著者が一緒にウォーキングに参加した日も道路に参加者が寝っ転がったが、自転車に乗った警察官から「どうしました？ 大丈夫ですか？」と声を掛けられると参加者は自発で素早く立ち上がり、再びウォーキングを開始していた。

表5-4 多量飲水の生起のアセスメントのまとめ

	弁別刺激(D)	反応型(B)	結果(C)
先行子(A)	・水道の蛇口	水を大量に飲む	<ul style="list-style-type: none"> ・感覚刺激が得られる ・暑さが低減する ・喉の渇きがなくなる ・職員が関わってくれる
	確立操作(E)		
	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が取り組める活動や物が設定されていない ・暑さ ・他者からの注目なし 		

日中は活動に参加せず、参加者は自室におり、ほとんど施設職員や利用者に関わることはなかった。著者は参加者が関心のある活動を知るために、いくつかの作業を提供したところ、見本を見ながら製作するビーズのアクセリー作りを笑顔で行った。そのほかボールペン組み立てなど細かい手作業が得意で、30分程度集中して取り組めることが分かった。夕方には、時代劇のテレビを見るために、テレビのあるリビングに参加者は来て、テレビを視聴した。余暇時間ではたまに施設職員とするプロレスに自ら参加し、笑顔で過ごした。好きな飲み物はコーヒーで、施設の食堂でコーヒーをもらい、毎日飲んでいた。

(5) 生活の質の改善を目的とした介入のまとめ

(1)～(4)までのアセスメントの結果から、参加者が適切な行動で正の強化を受けけるか問題行動が生起しにくい状況を推定し、生活の質の改善と問題行動の低減を目的として、問題行動の反応型と置換可能な適切な行動に関する仮説を立てた。表5-8にその仮説を示した。

適切行動が生起しやすく、問題行動が生起しにくい確立操作(E)は、生活班でなく参加者の能力に合った班への参加など活動参加の動機づけを高めるような状況の設定

表5-5 自傷行動が生じにくく、適切な行動が生じやすい状況

	弁別刺激(D)	反応型(B)	結果(C)
先行子(A)	作業課題や活動の提示	作業、活動への従事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業、活動をやること ・ 自体の楽しさ ・ 職員とのポジティブな関わり ・ 作品の展示・販売
	確立操作(E)		
	対象者が取り組むことが可能な、または好きな活動、作業内容		

とした。同様に弁別刺激（D）は、参加者にあった課題の提示とした。問題行動の反応型と置換可能な適切行動（B）は、作業への従事、活動への従事とした。結果（C）の操作として、活動、作業への従事に対して称賛する、評価する、作品を展示する、などの正の社会的強化を随伴させることとした。

4. C 園での介入

アセスメント結果より、施設職員に対してコンサルテーションと研修を行い、参加者の生活改善のための目標を新たに決め、個別プログラムを作成し、施設職員に対しては健康管理、参加者に対しては活動への参加を目標とし介入を行った。

（1）介入期間

X 年 10 月から X+2 年 3 月まで行った。

（2）施設職員

20 代～50 代の 20 名で、参加者に関する介入方法について著者がコンサルテーションと研修を月に 1 回実施した。

（3）介入方法

参加者の日中活動への従事：午前中の生活班のウォーキングでは、ウォーキングの動機づけを高めるためにウォーキングに行くと外の公園でコーヒーを飲めるようにした。参加者がウォーキングから帰って来ると、施設職員が体重測定をし、参加者本人に体重が伝えられた。午後は、作業班に参加することにし、フェイズ 1 では参加者がより自発

的に従事する好みの活動（アクセサリー作り、ボールペンの組み立てなど細かい作業）を設定し、一人でもわかりやすく作業を進められるように、作業道具の入ったボックスを用意した。フェイズ2以降では、作った製作物をバザーに出品したり、他の人に挙げたり、部屋に飾るようにした。フェイズ1と2では、週1回から2回ほど著者が参加者と一緒に活動した。フェイズ3では、著者ではなく施設職員が通常の業務通りに参加者の作業班での活動に関わった。参加者が活動に従事しているときに、施設職員と著者は「上手に作れているね」「バザーで販売しようね」と必ず参加者に声をかけて、参加者に関わる時間を取った。参加者が作業班で作った製作物はC園のバザーで参加者が販売した。

多量飲水に対する職員の対応：参加者の多量飲水に対する健康管理について、まずは施設看護師と担当職員と著者でその内容を決定した。参加者の健康管理を確実にいき、多量飲水を起こさないために、参加者と関わる施設職員は参加者がその日に水を飲んだ量を把握するために、1日3回参加者の体重を測定することを決めた。参加者の介入当時の体重から75～78kgを基準値体重とし、78kg以上体重が増えた場合は1対1で職員が参加者の活動に付き添うことにした。体重測定時には多量飲水と全身性けいれんの前兆としてゲップとあくびをしていないか確認することにした。血液濃度を測定するために血液検査を月に1回、夏季は毎週行った。参加者には体を悪くしないために必要な処置であることを施設看護師と担当職員が説明し、この検査を実施することにした。ただし、説明を受けた上で参加者が拒否した場合は実行しないこととした。参加者が水飲みをした場合は、無理やり止めず、「飲み終わったら、コップをください」と優しく静かに言うか、無言で手を出し、コップを受け取るようにした。

（4）記録方法

参加者の日中活動への従事と水飲み行動について著者もしくは職員が記録を取れるように参加者用の活動従事の記録ノートを作成した。記録ノートには、日付、班活動の従事の有無、体重測定の結果を記録できるように欄を作った。

参加者がその日の班活動に従事していた場合は、ノートの参加の欄に丸をつけ、全く参加しなかった場合は不参加に丸を施設職員がつけることにした。その記録から1ヶ月ごとの参加率を算出した。参加者の水飲みについては回数をその都度施設職員が正確に記録することは難しいため、代わりに毎日測定した体重を記録することにした。これも月ごとの平均体重を算出した。さらに、施設職員が記録をした回数から月ごとに記録率

を算出した。介入開始後、5ヶ月で記録率が低下したため、記録を管理する担当職員を設定し、記録していないときは、当日の参加者担当職員に記録をするよう促すようにした。

第3項 結果

1. 施設職員の記録率

施設職員の記録率は、介入を始めたX年10月で74%で、その後50%～70%の範囲であった。職員の記録率を高める工夫として、X+1年4月と10月に職員全体カンファレンスにおいて記録を担当する職員を決定した。結果として、職員の記録行動が高くなり、維持した。なお、4月と10月で担当職員を再設定したのは、この施設では例年4月と10月に職員の担当部署の異動があるためであった。施設職員の記録率については、図5-9に示した。

2. 参加者の日中活動への従事

午前中の朝のウォーキングでは、ウォーキング途中の公園でコーヒーを飲む時間をとったところ、道路に寝そべることがなくなった。ウォーキングから帰ってきた後は、すぐに進んで自分から体重計に乗り、嬉しそうに自分の体重を施設職員から聞いていると報告があった。フェイズ1では、午後の作業に関しては、好みの活動を導入することで、1ヶ月の活動従事率が20%からおおよそ70%に上昇した。フェイズ2において、1年後にバザーで製作物を販売することを目標にしたり、作ったものを居室に飾るようにしたところ、約80～90%の従事率になった。フェイズ3では著者から施設職員へと対応者が変わったが、90%の従事率が維持された。図5-10に参加者の月ごとの活動従事率を示した。

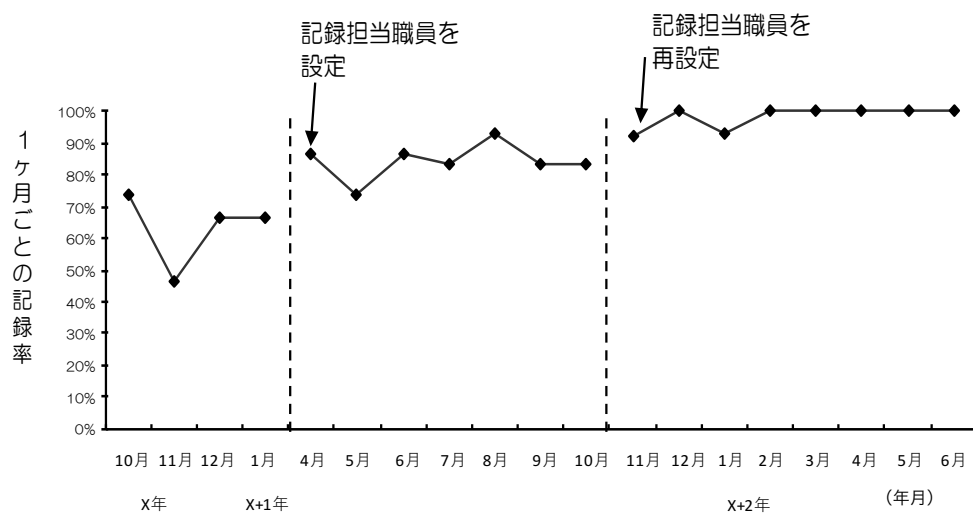


図5-9 施設職員の記録率

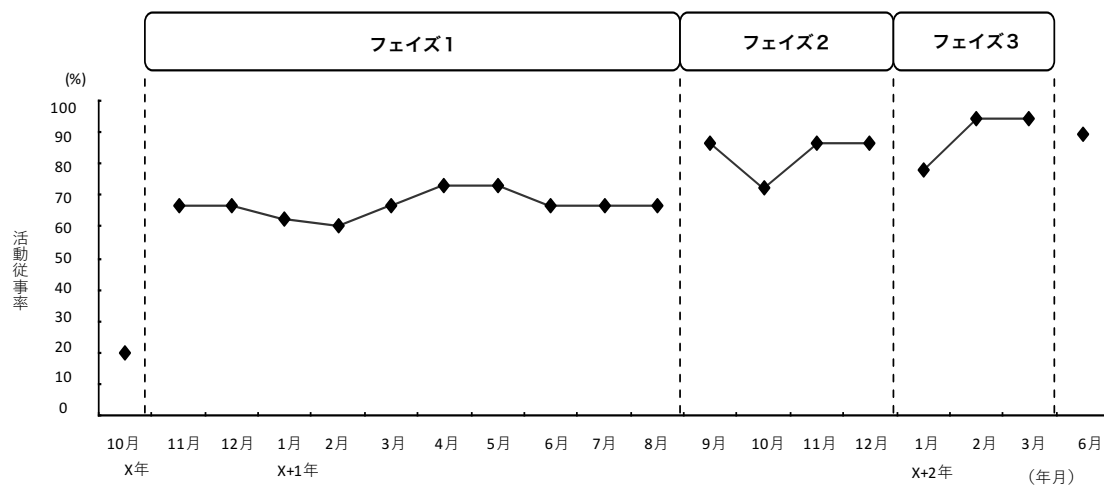


図5-10 参加者の月ごとの活動従事率

3. 参加者の水飲み行動

参加者の水飲みの対応については、X+1 年 4 月と 10 月の全体カンファレンスで研修を行った。参加者が水飲みをした際のコップの受け取りについては、無理に取らずに静かに貰うようにし、別の活動に誘うようにした。そのような対応をすることで参加者が施設職員を殴ることはなくなったと担当職員から報告を受けた。体重測定については、参加者が進んで協力してくれるため、施設職員は実行しやすかったと報告した。その上、1 日のうち体重測定を決まって 3 回するため、その時間は参加者と施設職員が必ずコミュニケーションや関わりを持つことができたという報告を受けた。血液検査に関しては痛みを伴い、なおかつ侵襲性が高いため、参加者が苦痛を示したり、拒否をした場合は即座に中止する予定でいたが、参加者は自ら進んで注射を受けに来ていた。

参加者の体重は当初 75kg～78Kg であったが、最終的には 68kg まで体重が軽くなり、より適正な体重に近づいた。介入後、1 年半の間多量飲水による大発作は生じなかった。参加者の月ごとの平均体重を図 5-11 に示した。

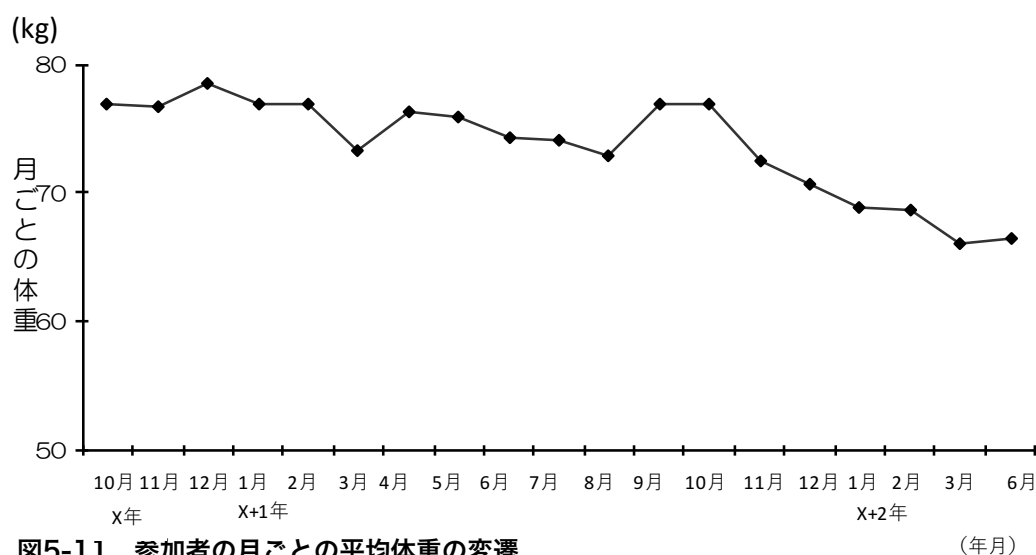


図5-11 参加者の月ごとの平均体重の変遷

(年月)

第4項 考察

本研究では、参加者の大量飲水について機能的アセスメントを行い、参加者の問題行動への対応と健康管理をするための職員研修とコンサルテーション、記録行動の指導を実施した。さらに施設での日中活動を参加者本人の能力やスキルが活かさせる内容へ変更し、職員とのポジティブなコミュニケーション機会を設定した。以下では、日中活動における従事行動の増加、多量飲水への対応について入所施設の生活の質の向上と問題行動に対する施設職員の対応について検討する。

1. 日中活動における従事行動の増加

参加者本人の能力や関心についてアセスメントし、日中活動に取り入れ、なおかつその活動で製作した物をバザーで販売すること、ウォーキングではコーヒータムを取るなどとの設定を行ったところ、日中活動への参加者の従事が大幅に改善された。また、ウォーキングでの寝そべりや拒否もなくなり、体重の減量にも成功した。これは参加者が自分の能力を活かせる活動を設定することや、その活動をする理由を参加者に伝えたことで参加者の動機づけを高められ、従事行動が増加したと考えられる。逆にいえば、介入以前の日中活動における施設で行われていた参加者への対応は、肥満だから朝に長距離のウォーキングをさせる、肥満だから室内運動をさせると施設が決めており、とかく指導的、管理的になりがちであった。しかしながら、一方で生活の質を考えれば、指導や管理が必要だとしたら、知的障害者本人が活動に従事する動機や動機づけを高める機会、われわれも同様だが、楽しんだり目標を持ちながら行う健康管理の工夫により、知的障害者の選択機会や尊厳が守られるような支援も必要であると言える。入所施設において制約が多いほど知的障害者の問題行動の生起が高まることが指摘されており (Borthwick Duffy, 1994; Cooper, et al., 2009a; Cooper, et al., 2009b; Emerson & Einfeld, 2011; Rojahn & Esbensen, 2002)、知的障害者の生活の質の向上が問題行動を生起させない第1次的な支援であると考えられる。

2. 多量飲水への対応

介入前には、施設職員は参加者が水を多く飲むなら本人のコップを取ってしまうというものであった。職員は参加者の健康を心配し、管理を徹底しようとしたが、その方法が強制的になる点については、修正が必要であった。介入では、水飲みがある場合は、職員は参加者からコップを静かに貰うようにし、別の活動に誘うよう対応をした。その

ように対応したところ、参加者から職員が殴られることが減少したと報告を受けた。多量飲水の体重測定については、ポジティブな職員とのコミュニケーションの促進に役立ったと報告を受けた。Emerson and Einfeld (2011) は、自尊感情を高めること、社会的な人間関係を促進することが問題行動と対抗しうる方略だと指摘している。本研究においても、参加者の社会的な人間関係の促進や自尊感情を考慮した上での指導や健康管理が必要であったといえる。

3. 施設職員の対応

施設介入の場合、組織の行動マネジメントが必要となり、職員の記録行動をより強化し、適切な弁別刺激を設定することが本研究では効果的であった。結果として、研究参加者の生活の質の向上と職員の対応の適切さが増加することによって、問題行動が軽減して行った。ただし、問題行動への職員の理解は重要で、問題行動に対する機能的アセスメントを適切に行うためには、専門家の協力が必要な場合もある。加えて施設の状況をアセスメントし、それに対応した介入内容にする必要性があった。これに沿わない場合は、介入が機能せず、形骸化する可能性があることを注意する必要がある。

4. 公衆衛生予防モデルによるまとめと今後の課題

公衆衛生予防モデルを用いて本研究で実施した介入について整理し、今後の課題を検討する（図 5-12）。本研究では 3 次予防方略として、機能的アセスメント、職員の一貫した健康管理の方法の決定と遂行、障害理解や問題行動に関する職員研修、生活や作業・活動内容の見直し、参加者本人を尊重したポジティブな対人関係の増加が挙げられる。これらを実現するために、著者自身も介入に参加し、職員へのコンサルテーションや研修を実施し、職員の記録行動を促進させた。本研究では、参加者の示した問題行動はかなり重度であり、3 次予防方略のステージが中心となり介入が行われた。今回の多量飲水のような深刻な問題行動が生じた場合は、施設職員だけでの実施は難しく、専門家と連携して適切な支援を行うことが重要だと考えられる。そのような中で、ABA の手法は本研究では効果的であり、また職員にもわかりやすい介入が実施可能であった。ただし、再発防止のための検討を担当職員とともに行うことが必要であったと考える。一方、日中活動の充実やポジティブなコミュニケーションの機会の増加については、1 次予防方略と 2 次予防方略の段階で実施されることが望ましいと考えら、職員の理解を促進するような研修会の有効性を今後検討することも必要であると考えられる。最後に、

本研究の課題としては、施設の職員、著者のそれぞれによってデータが記録されているので、二者間の一致など信頼性を測定していないことがまず挙げられる。そのため、データは主観的なものである。今後は、ランダムな日程で信頼性を確認するために行動観察するよう研究計画に設定することで、信頼性の測定ができ、研究の検証が可能となると考える。

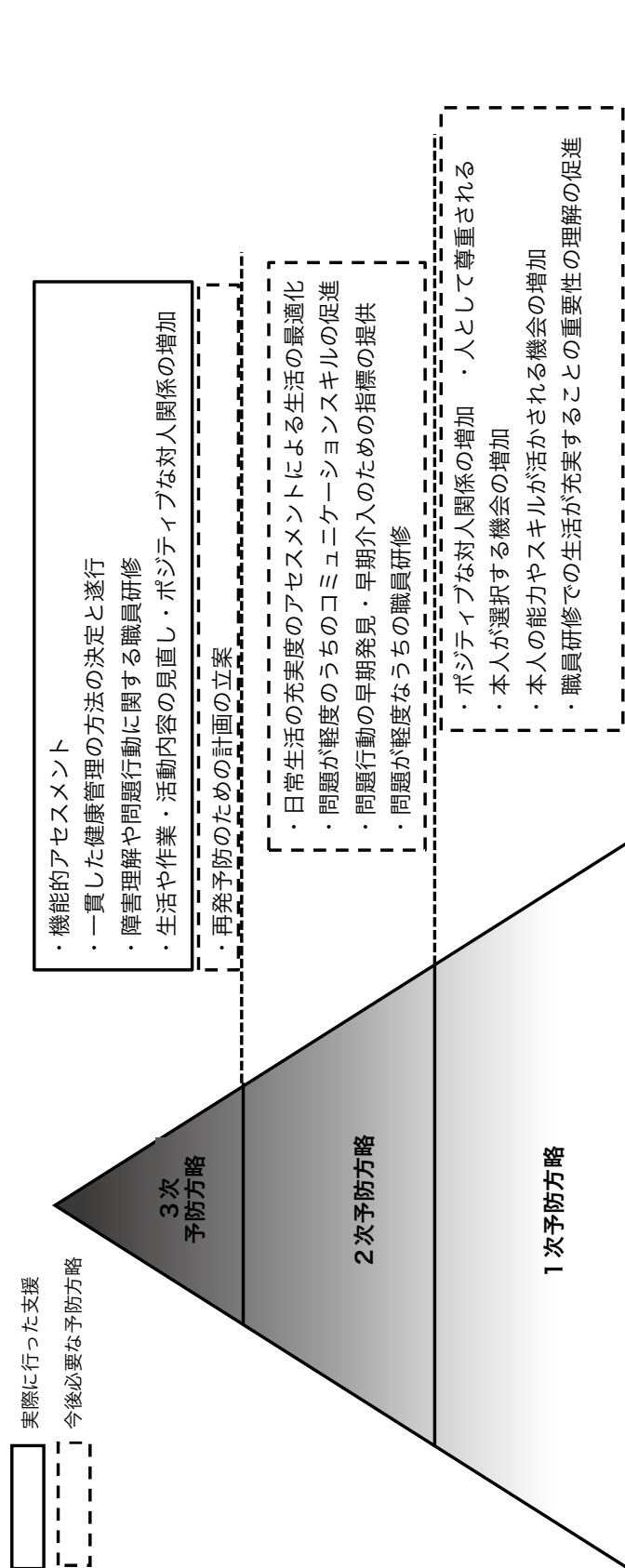


図5-12 研究7の結果から得られた予防的な支援と今後必要な支援

第4節 自閉スペクトラム症を伴う知的障害児のゲームに負けた ときの感情マネジメント — 研究8—

第1項 問題と目的

ゲームで負けそうになったり、負けたりすると、例えば攻撃行動や妨害行動、大泣き、勝手なルール変更などの行動を示す子どもたちが存在する。上述の行動の生起が低ければ問題とならないが、その行動が毎回生起し、自他ともに身体的・物理的なリスクが非常に高い場合は、検討すべき問題とされる。さらに当該の子どもにとっては、ゲームに最後まで参加し、仲間と楽しさや面白さやよろこびを共有する機会を失っている状況が継続していると考えられる。

知的障害児や発達障害児に対する感情コントロールの指導として、ソーシャルスキルトレーニング（以下、SST）が、現在ではよく適応されている。岡田ら（2005）は、ゲームを SST に取り入れ、教示、モデリング、ゲームリハーサル、フィードバックから指導を構成し、発達障害の子どもたちに SST を実施した。この研究では、SST にゲームを取り入れることで、SST 参加への子どもの動機づけを高めた。参加者の子どもたちは全般的にソーシャルスキルが向上したが、ある子どもは攻撃行動が示されており、今後の課題として報告されている。

武蔵ら（2010）の研究においても SST にゲームを取り入れ、学習態勢・協調性・感情コントロールに重きを置き、発達障害児にプログラムを実施した。この研究では、学習態勢・協調性については効果が見られたが、感情コントロールに関しては行動上の変化が見られなかったと報告している。研究に参加したある子どもは、ロールプレイでは感情コントロールができていても、実際のゲーム場面では仲間に対しての乱暴な言葉遣いや攻撃行動が観察されていた。武蔵ら（2010）は、「怒りそうになったら、我慢する」と子どもに指導していたが、ゲーム活動等で感情コントロールが利かないときの予防と対応を考えておく必要があると指摘している。

一方、下山・岡田・石山（2014）は、「怒らない」という指示は、怒ること以外の行動を子どもが一人で見出し、その行動をとらなくてはならないため、その子どもにとって高度で複雑な指示となっている可能性があることを指摘している。同様に、負けを受け

入れることや我慢することも、子どもにとっては、具体的にどんな行動をとればいいのか分からず、そのため、ゲームに負けたあとに適切な行動が選択できずに攻撃行動を繰り返すことが考えられる。したがって、子どもの事前指導としてゲームに負けそうになったとき、負けたときに行う具体的な行動を示すもしくは子どもに選択させる工夫が必要である。このような感情マネジメントの指導は、公衆衛生予防モデルで考えれば、2次予防方略・3次予防方略の支援に分類されると考えられる。またこのような感情マネジメントを学習することで、子どものレジリエンスを高められる可能性もある。

そこで本研究では、ゲームに負けそうになったり、負けることで攻撃行動を生起させたり、参加が困難になる ASD を伴う知的障害児を対象に、①ゲームに負けたときに取る行動について紙芝居を使って選択させ、②実際にゲームに負けたときに怒らず最後まで参加できていた場合には、社会的な賞賛やごほうびが得られるプログラムを実施した。考察では、知的障害児に適応させた感情マネジメントプログラムの効果と今後の課題について検討した。

第2項 方法

1. 研究参加児

ASD を伴う知的障害男児 1 名（小学 1 年生）。初回来談時 6 歳 9 ヶ月だった。参加児は知的障害特別支援学級に在籍し、国語と算数の時間以外は通常学級で過ごしていた。WISC-IVの結果は、全検査 IQ70、言語理解指標 72、知覚推理指標 81、ワーキングメモリ指標 71、処理速度指標 70 であった。自分の名前の文字を書くのに時間がかかり、算数の文章題では、計算は正解であったとしても、答えを紙に写す際には書くべき式を忘れてしまい、間違えることが多かった。ワーキングメモリに関連する困難さが学習場面でも目立っていた。

問題行動としては、ゲームに負けたときに部屋から飛び出す、遊具を壊す、物を投げなどのかんしゃく行動が見られた。そばに母親がいる場合は、母親を蹴り、突進した。保育園や療育施設では、ゲームに負けても我慢するように、その都度指導を受けていたが、参加児の上記の行動はなくならなかった。また、ゲーム以外でも自分のやりたいことができなかつたときや、嫌なことがあると他害行動や物投げ、壁を蹴るなどの行動がみられた。

母親は、参加児がゲームなど勝ち負けのある活動に最後まで楽しく参加できたら良いが、どのように対応したら良いか分からず、著者の所属する大学の心理相談室に來所し、

相談と療育が開始された。

2. 研究倫理上の配慮

本研究の内容、参加および研究成果の公表については、著者が保護者に書面と口頭で説明し、承諾を得た。その際には研究参加承諾書に本人と保護者の署名をしてもらった。

3. 指導場所と指導時期

大学のプレイルームにて、約 1 時間のセッションの内、かるたを使用した活動を 10 分～15 分で実施した（残りの時間は、算数課題や工作課題などを実施した）。セッションは、週 1 回～2 回程度で行った。

4. 手続き

（1）問題行動のアセスメント

母親面接から、参加児はカードゲームで負けたときにカードをビリビリに破る、カードを投げる、泣く、悪口を言うなどし、ゲームの最後まで参加ができないことが分かった。かるたでは札を取られても上述の行動が出た。参加児が負けると上記の行動が出るため、本人や家族、他のゲーム参加児もゲームを楽しんで終える機会が少なく自然とゲームをすることが少なくなった。前年度の学区の子ども会のかるた大会では、参加児は負けるのが嫌で参加しなかった。しかし、大会後に参加児は「ぼくも出たらよかったな」と保護者に話した。

Durand and Crimmins (1992) の動機づけ評価尺度 (MAS: Motivation Assessment Scale) を母親に評価してもらったところ、問題行動の機能の合計点は、感覚刺激の獲得 2 点、嫌悪刺激からの逃避 14 点、注目の獲得 11 点、物や活動の要求が 20 点であった。母親へのインタビューから、ゲームに負けたときの問題行動は、最初はゲームに負けた瞬間にカードを投げるが、そのうち母親がそばにいと母親に突進したり、母親を蹴ったりし、家に帰りたいと言い始めることが多かった。したがって、参加児のゲームに負けたときの問題とされる行動は、最初は嫌悪刺激からの逃避として機能し、次第に母親への要求や注目として機能が移行していることが考えられた。

いずれにしても、ゲームに負けるなど参加児が解決困難な事態になると、問題行動が生じた。一方で、参加児はゲームに参加したいというニーズも持っていた。したがって、参加児が問題行動とは別の行動を生起させ、正の強化による結果事象を経験するこ

と（つまり勝っても負けてもゲームに最後まで参加すると自分も楽しいしみんなも楽しい、負けても怒らずに参加できたというルール支配行動への強化、周りから認めてもらえる、ごほうびがもらえるなど）で、参加児のニーズを満たしつつ、問題行動を減少させることが可能であると仮説を立てた。

（２）標的行動

適切な行動と不適切な行動に標的行動を分けて、観察した。かるた札を取れなかった・ゲームに負けたときに「札取り位置の前に座って待つ」、「対戦相手と取った札の枚数を一緒に数える」、「次の勝負のために札を配置する」、「紙芝居で選択した行動をする」を適切行動とし、「足で床を蹴る」、「札を投げる・破る」、「対戦相手の札を取る」、「相手の悪口を言う」を不適切行動とし、記録した。

（３）ベースライン

10 枚のかるた札を場に出し、参加児と大学生 2 名の 3 人で 3 回戦のかるたを行った。参加児が札を投げたときは、トレーナーが穏やかな声で札はゆっくり置くよと言った。ベースラインでは、参加児は 3 回戦中 2 回勝つように設定した。

（４）指導フェイズ

かるたを始める前に、トレーナーが紙芝居(図 5-13)を見せ、「ゲームに勝つときもあれば、負けるときもあるよね」と話した。負けたときの行動として、「札を投げる」、「悪口を言う」、「泣く」、「我慢する」の 4 つとその結果を参加児に示し、どの行動をしたらよいか選ばせた。「我慢する」を選択すると次の紙芝居には、「でも我慢ってどうすればいいんだろう」というサジェスションとともに、4 つの適切行動(①ほかのことをする、②なぐさめてもらう、③次頑張る、④負けてもしょがないとあきらめる)がイラストと文章で示され、そのうち 1 つを参加児に選択させた。

次に、8 枚～10 枚のかるた札を場に出し、ベースラインと同様にかるたを毎回 3 回戦行った。3 回戦で一番多く勝てた人が一番の勝者となる。ただし、セッション 7 回のみ 2 回戦であった。ベースラインにて、参加児が場の札に近づき過ぎることがあったので、参加児が座る場所には白いテープを貼って、それ以上前に出ないように指示した。「我慢する」の選択で「次頑張る」を選んだ場合、ゲームに負けたときに「次頑張る」という参加児の発言がなかった場合、5 秒の遅延後、対戦していた大学生のうち 1 人が「次頑張ろうね!」と言うようにした。札を投げたり、破ったり、泣くなどの不適切な行動が出なかった場合は、即座に「我慢できて偉いね!」「次の準備が良くできている

ね」と褒めた。加えて、ゲーム3回戦トータルで負けたときでも、不適切行動が生起しなかった場合は、我慢できた人に対するごほうびとして特撮ヒーローで登場するグッズを模した手作り紙細工を渡した。札を投げるなどの行動が生起した場合は、穏やかな声で「札をゆっくり置くよ」と言い、その指示に参加児が従ったときには褒めた。

ゲーム中に、かるたの対戦相手が負けたときに対戦相手は悔しがってみせた。トレーナーは参加児にその様子を見せ、そのようなときはなぐさめたり、「次があるよ」など相手に声をかけ、モデルを示した。また3回戦トータルで勝った人には、紙でできた優勝メダルを渡した。参加児の勝ちの割合は、セッション3、4、9では3回中2回勝ち、セッション5、6では3回中1回勝ち、セッション7では2回中1回勝ち、セッション8では3回中1回勝ち、1引き分けであった。

(5) 家庭での取り組み

大学でのセッションで、参加児が適切にかるたに参加できるようになったあとに、家庭でもかるたをするように保護者に依頼した。今年度の学区のかるた大会参加を目標に、保護者と著者で家庭での実施について話し合った。家庭では、参加児の二人の姉がかるた大会に向けた練習に付き合うことになった。かるたをするときに、紙芝居は使用せず、負けたとき、札をとられたときに取る行動を前もって保護者が確認した。かるたの練習を最後まで怒らないでできたときは、家族でほめ、ごほうびを与えることを参加児とあらかじめ約束した。参加児と話し合いの結果、かるた大会で負けても怒らず試合の最後まで参加したら、ファーストフード店にて家族みんなで食事ができることとなった。かるた練習時の記録については、保護者に不適切行動の有無について記述するように依頼した。

5. 評価方法と信頼性

かるた札を取れなかった、もしくはゲームに負けたときの参加児の行動を適切行動と不適切行動に分け、それらの生起回数を測定した。セッションはカメラで録画されており、教育学部の学生2名が観察した。この学生たちには著者が観察記録の方法について説明し、観察練習した後にセッションを観察・記録させた。全データを対象とした観察者の一致率は、92.4%であった。なお一致率は、一致数／（一致数＋非一致数）×100で算出した。一致しなかったデータについては、観察者と著者で協議し、一致させ、結果に反映させた。

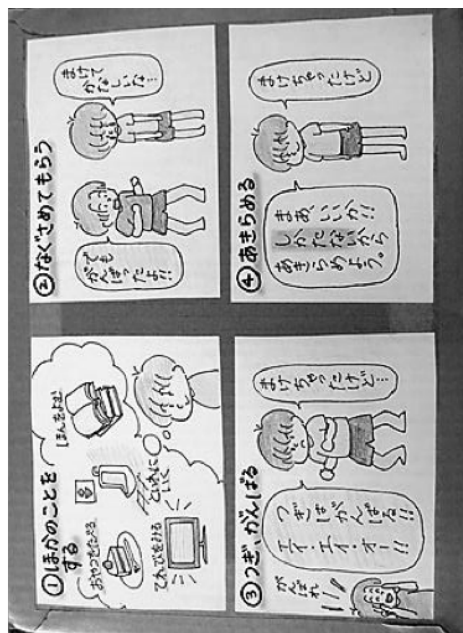
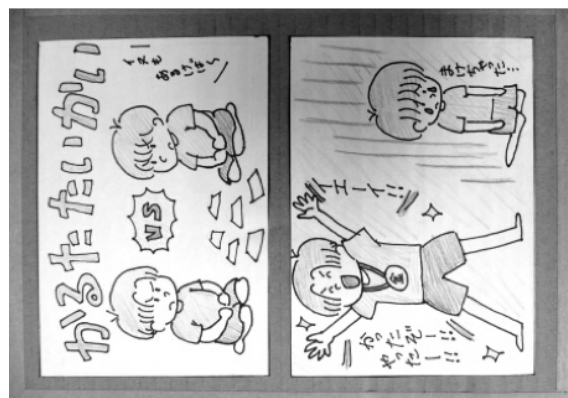


図5-13 具体的な選択行動の描かれた紙芝居

第3項 結果

大学でのセッションで得られたデータについて、適切行動の生起回数／適切行動の生起回数＋不適切行動の生起回数を百分率にし、適切行動の生起率をそれぞれのセッションで算出した。図 5-14 には、セッションごとの参加児の適切行動の生起率を示した。

1. ベースライン

適切行動の生起率はセッション 1 で 61.5%、セッション 2 で 50.0%であった。3 回戦中、参加児が勝てたのは 2 回であるため、総合優勝は参加児となった。かるたの最中に対戦相手から札を取られると、参加児は足で床を蹴ったり、対戦相手が取ったカードを奪ったりすることがあったが、次の札が読まれるまで座って待つこともできることがあった。試合で負けたときは、札を投げる、次の試合の札を並べないなどの行動が生起した。

2. 指導フェイズ

(1) 紙芝居での参加児の行動選択

ゲームで負けたときに取る行動として、参加児は「我慢する」を全セッションで選択した。どのように「我慢する」かの選択では、参加児はすべて「次頑張る」を選んだ。

(2) 適切行動と不適切行動の生起

適切行動の生起率は、セッション 3 で 85.7%、セッション 4 で 93.3%、セッション 5 で 80.0%、セッション 6 で 90.0%、セッション 7 で 100.0%、セッション 8 で 87.5%、セッション 9 で 90.0%だった。どのセッションにおいても、途中で試合をやめることはなかった。

セッション 3 では、負けたときに札を投げる行動があったが、札を取られたときには不適切な行動は見られなかった。セッション 4 では、負けても対戦相手と一緒に札を数えることができた。セッション 5 では、3 回戦中 1 回しか参加児が勝てない状況であった。1 回戦目が引き分けになったところ、参加児がジャンケンで勝ち負けを決めたいと提案してきたため、対戦相手とジャンケンをすることになった。結果として、参加児はジャンケンで負けて、1 回戦目が負けとなった。その後、3 回戦目も負けたが特にカードを投げることはなく、最後の表彰式まで参加した。セッション 6 もセッション 5 と同様に 3 回戦中 1 回だけ参加児が勝てた。2 回戦目に負けた後、「3 回戦目あるよね、次頑張る」と参加児が言った。3 回戦目に負けたとき、床を蹴る行動はあったが、それ以上の行動はせず、表彰式まで参加した。セッション 7 では、不適切な行動は全く生起しな

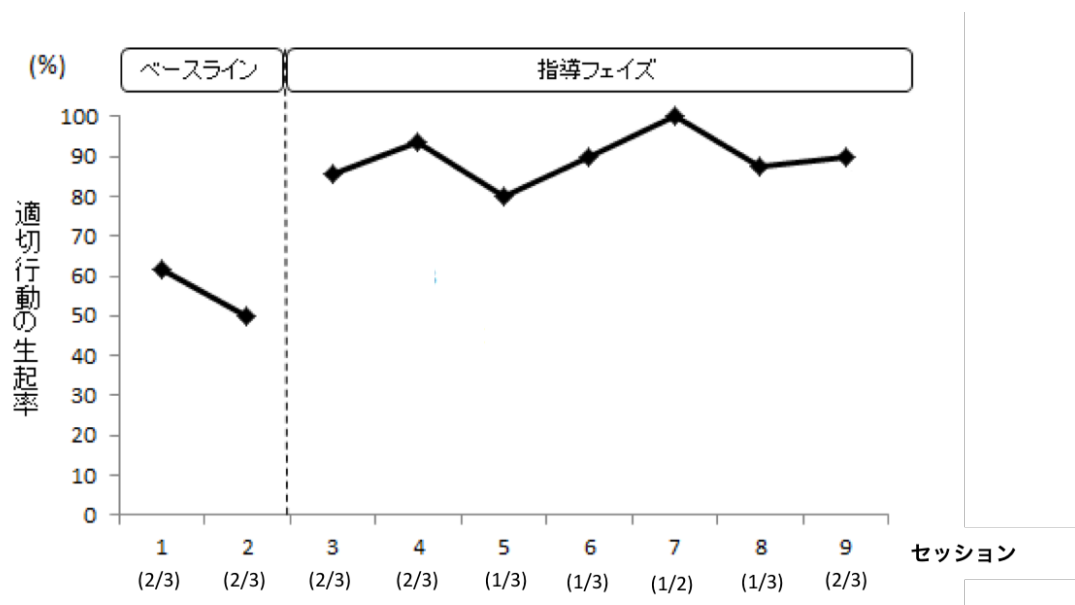


図5-14 ゲーム参加時での適切行動の生起率

3回戦のカルタゲームでの負けたとき、カルタ札を相手に取られたときの適切行動の生起率を示した。カッコ内は3試合での勝敗を示した。例えば1/3は3試合中1試合参加児が勝ったということを表している

かった。1回戦目に負けたとき、参加児は「(優勝)メダルのパワーで頑張る」と話した。セッション8では、それぞれ1回戦目で負けたときに札を投げる行動があったが、その他には不適切な行動は生起しなかった。参加児は負けた対戦相手に対して頭を撫でてなぐさめた。セッション9では、札を取られたときに床を蹴る行動が生起した。しかし、その他には不適切な行動は見られなかった。セッション9以降は、かるたではなく、すごろくやトランプゲームを実施したが、負けても特に不適切な行動は生起しなかった。ただし、どちらのゲームとも6人で対戦しており、参加児は一番に勝てたわけではないが、最下位にもならなかった。

3. 家庭での取り組み

保護者の記録から、学区のかるた大会に向けて、家庭で参加児が姉たちと練習したのは、7日間であった。1日3回戦姉たちと練習し、3回戦中とも参加児の負けであった。しかしながら負けたとしても、泣いたり、札を投げたりするなど不適切行動は全く生起せず、最後まで練習できていた。

その後、学区のかるた大会に参加児は参加できた。成績は一回戦敗退であった。保護者の記録よれば、試合では対戦相手にほとんど札を取られてしまったが、終わりまで試合を投げ出さず、泣かずに参加児は参加できていた。家族が「参加児が最後まで頑張ったから、家族でみんなで楽しく外食できるよ」と参加児を褒め、家族で食事をしたとのことだった。

第4項 考察

本研究は、知的障害と ASD のある男児を対象に事前にゲームに負けた際に取り行動について紙芝居を使い選択させ、負けた後に怒らず選択した行動もしくは適切な行動が取れた場合は社会的な賞賛が得られ、さらにごほうびが得られるプログラムを実施した。以下、負けたときの行動の選択の効果、選択した行動を取ることによる強化の予告と実施、公衆衛生予防モデルによるまとめと今後の課題について討論をする。

1. かるたの札を取られたとき、負けたときの行動の選択

かるたで3回戦中1回戦しか勝てなかったセッションが2回ほどあったが、その際怒らず「次頑張る」という参加児の発言があった。紙芝居を見せて参加児が「我慢する」を選択後、さらに我慢の仕方を選択させたことが、参加児にとっては負けた後の行動がより具体的にイメージできたためと考えられる。武蔵ら（2010）は、ゲーム活動等で子どもの感情コントロールが利かないときの予防と対応を考えておく必要があると指摘していたが、まさにこの紙芝居を使った選択行動が機能し、感情コントロールに効果的だったと考える。事前指導として、負けた場合に取り行動を具体的に呈示し、選択させたことが有効であったと考える。加えて本研究では、参加児にかるたを始める直前に必ず紙芝居を見せて、行動を選択させた。ワーキングメモリに困難が見られる参加児にとっては、直前に、しかも繰り返し選択させることで、適切な行動が生起しやすくなったと考えられる。

2. 負けても最後までゲームに参加する経験

負けても最後までかるたに参加できた場合にはごほうびがあることをあらかじめ参加児に伝えていた。勝って優勝メダルをもらえること以外にも負けても我慢することで得られる強化子を予告していたことで、参加児が負けて怒る以外の行動を取る動機づけを高めたと考えられる。予告した強化子は、優勝メダルとはまた別だが、参加児にとっ

て価値のある強化子にするよう工夫したことが有効であった。ゲームに勝つだけでなく、最後まで参加することに価値があることを分かりやすく参加児に呈示できたと考える。

さらに、実際にゲームに負けても怒らず最後まで参加することで、参加児が周囲の人から即座にポジティブな注目と称賛を受け、ゲームに負けてもそれなりに楽しくゲームを終えることができたことで、適切行動の生起確率が自然に高められたと考えられる。参加児のような子どもにとっては、事前にゲームに負けても怒らないと約束させたり、ルールを確認したりするだけでなく、実際に負けても最後まで参加することが SST の重要な配慮事項となると考える。

3. 公衆衛生予防モデルと今後の課題

本研究の介入では、かるたに負けたときに取る行動の選択やその行動への強化は、感情マネジメントの方略として有効であった。実施他介入について公衆衛生予防モデルで整理すると、3次予防方略として簡易的な機能的アセスメントの実施、ゲーム活動を最後まで従事することへの強化予告、感情マネジメントの個別のトレーニングが挙げられる。参加児の地域の行事への参加とその励ましなど、家族自体が子どもともにレジリエンスを高めることは1次予防方略、2次予防方略の範疇に含まれる。参加児の問題行動の発生リスクに打ち勝つ支援として、感情マネジメントが有効であったと考えられる。図 5-15 に、本研究で実施した介入を公衆衛生予防モデルに基づいて分類したものを示した。

しかしながら、本研究では、我慢する行動について紙芝居で参加児に行動を選択させたが、毎回同じ選択肢であった。したがって、その選択肢も毎回同じではなく、他の選択肢に変更したり、どんな選択肢がいいか参加児に考えさせることで、より参加児の対処行動が広がった可能性がある。参加児のニーズに即した行動を選択肢に入れるためにも、今後は参加児と一緒に対処行動を考える機会を作って、選択肢を増やすことが必要である。

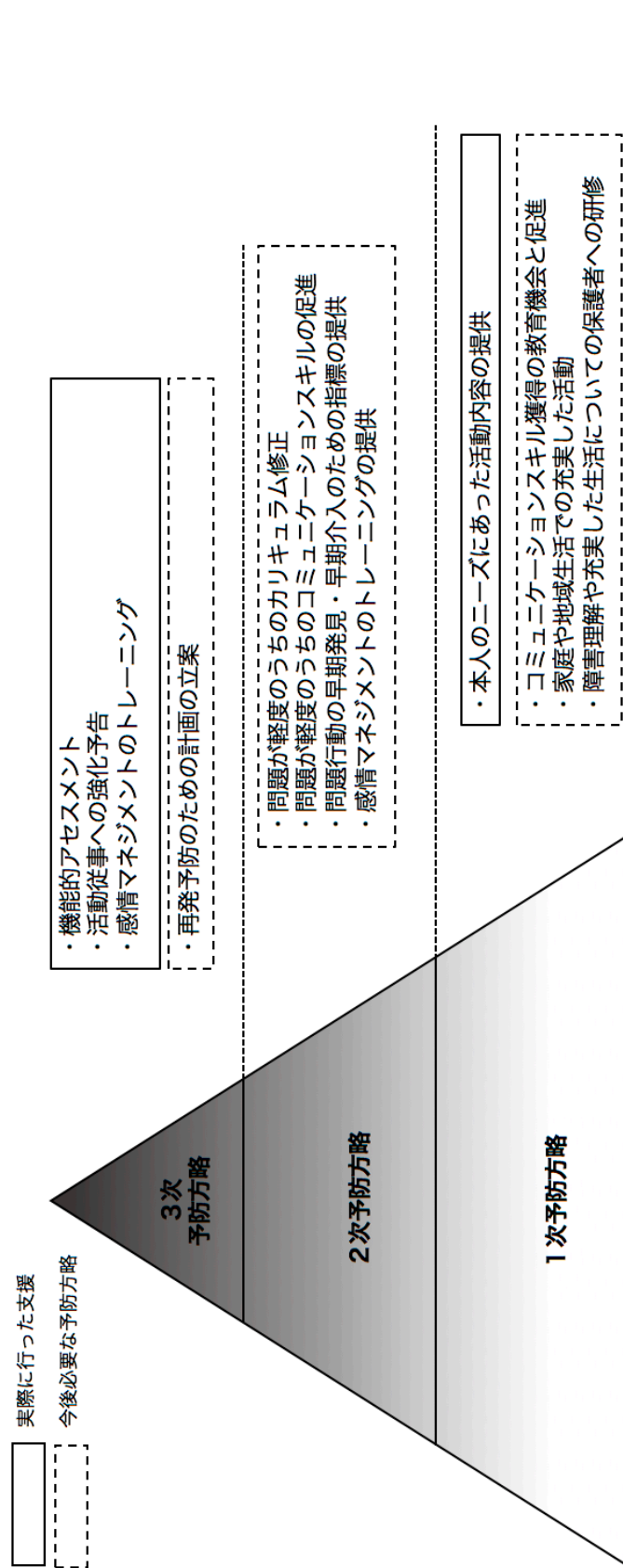


図5-15 研究8の結果から得られた予防的な支援と今後必要な支援

第5節 自閉スペクトラム症を伴う知的障害児への 感情マネジメントプログラムの開発 — 研究9—

第1項 問題と目的

Attwood (2004)、Friedberg et al. (2001)、Huebner (2009) は子ども向けに怒りの感情マネジメントプログラムを開発している。これらのプログラムは、子どもが怒りを特に感じていない、安定しているときに実施する予防的な支援である。知的障害児への怒りのコントロールについての指導は、事後対応の場面（つまり子どもが怒り出したあと）に時間が取られがちで、普段の状況で事前に子どもが自身の感情を理解し、対処法を学ぶ機会は少ないのが現状である。しかし発達の、心理教育的な予防的支援として、子どもが自身の感情について学ぶ機会も同様に必要である。このプログラムは個別の子どもの問題行動に対する対応というよりは、より心理教育的な要素が強調されており、公衆衛生予防モデルでは1次・2次予防方略と考えられる。

一方、Lindsay, Jahoda, Willner, & Taylor (2013)は、心理療法を知的障害者に適応させるためには修正や工夫が必要であることを指摘している。しかしながら、知的障害児に感情マネジメントプログラムを適応させるための修正や工夫、課題について検討した研究は見受けられず、実際に実施する上で検討が必要である。

本研究では、公衆衛生予防モデルの1次予防方略として知的障害児の感情マネジメントプログラムを実施するために、Attwood (2004)、Friedberg et al. (2001)、Huebner (2009) の子ども用に修正された認知行動療法のプログラムを参考に、小学生から高校生までの児童、生徒を対象として、知的障害児に適用可能な感情マネジメントプログラムに必要な工夫と課題について探索的に検討した。

第2項 方法

1. 研究参加児

ASD の診断を受けた11名の児童・生徒が本研究に参加した。事前のアセスメントとして、性別や年齢などの簡単なプロフィールと、好きなこと・得意なこと、コミュニケーション、対人関係、気になる行動について保護者にアンケートを送り、記入させた。

参加した児童・生徒の気になる行動については、その行動の機能を推定する動機づけ評定尺度（以下、MAS）を使用し、評定した。参加児の年齢は7歳から18歳で、女6名、男5名の計11名であった。11名中、知的障害がある参加児は5名で、知的障害の程度は軽度から中等度であった。保護者から得た参加児の情報について以下にまとめた。

A児：7歳男子で、地域の小学校の知的障害特別支援学級に在籍。軽度の知的障害があった。自分の思い通りにならないときに、泣き叫んだり、保護者に突進したりすることがある。MASの行動の各機能の合計点は、感覚2、逃避11、注目11、要求20であった。好きな活動は工作、絵を描くことで、興味のあることには意欲的に取り組むとのことだった。

B児：8歳男子で、地域の小学校通常学級に在籍。自分の思い通りにならないときに、暴れたり、人を噛んだり、物を投げることがあった。MASの結果は、感覚6、逃避14、注目14、要求14であった。好きなことは虫探しやゲームで、興味のある分野については分かるまで自分で調べるとのことだった。

C児：9歳女子で、地域の小学校の自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍。周囲がざわついているところで注意を受けると泣いたり、叫んだり、暴言を吐くことがある。MASの結果は、感覚7、逃避7、注目6、要求13であった。好きなことは、ゲームをすること本を読むことで、人に頼まれたことはきちんとやることができるとのことだった。

D児：12歳女子で、地域の中学校の自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍。何をしたらよいか分からなくなると動きが止まったり、出かけられなくなったりした。MASの結果は、感覚12、逃避12、注目0、要求4であった。好きな活動は絵を描く、音楽を聞くことで、得意なスポーツは剣道と卓球だった。興味のあることには一生懸命取り組むとのことだった。

E児：13歳女子で、地域の中学校の自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍。級友から話しかけられないと物を投げたり、悪口を言ったりすることがあった。MASの結果は、感覚0、逃避12、注目12、要求9であった。好きな活動はゲームや飼い犬と遊ぶことで、得意なことは合唱であった。周りの人を気遣う姿勢がみられるとのことだった。

F児：13歳男子で、地域の中学校の自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍。特に大きく気になる行動はないが、頑張って取り組んだことに対して間違いを指摘されると反発することがあった。MASの結果は、感覚1、逃避6、注目0、要求4であった。好きな活動は卓球をすること、得意なことは絵を描くこと、プラモデルを作ることであった。

決められたこと、しなくてはならないことは笑顔で一生懸命取り組むとのことだった。

G 児：14 歳男子で、知的障害特別支援学校中等部に在籍。中等度の知的障害があった。自分が思ったように上手くできなかったときに、つばを吐くことがあった。MAS の結果は、感覚 2、逃避 5、注目 0、要求 2 であった。好きな活動はビデオを見ることで、興味のあることは歴史に関することであった。少し怒りっぽい、優しいところがあるとのことだった。

H 児：14 歳女子で、地域の中学校の自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍。からかわれたり、気に入らないことがあると物を壊したり、保護者を叩いたりすることがあった。MAS の結果は、感覚 8、逃避 6、注目 6、要求 7 であった。好きな活動や得意な活動は、絵を描くこと、バドミントン、卓球、ピアノを弾くこと、手芸であった。兄弟や困っている人を助けるために色々なアイデアを考えるとのことだった。

I 児：17 歳女子で、知的障害特別支援学校高等部に在籍。中等度の知的障害がある。気になる行動としては、登校前のトイレが長く、トイレトーパーを使い過ぎることであった。MAS の結果は、感覚 11、逃避 9、注目 3、要求 6 だった。好きな活動はゲームで、得意なことはゲームの音楽を再現してキーボードで弾くことであった。いつも笑顔で人に好かれることが多いとのことだった。

J 児：17 歳女子で、知的障害特別支援学校高等部に在籍。中等度の知的障害がある。やりたいことをやっているときに中断させられたり、相手の言っていることがわからないときに、走り出したり、叫んだり、毒づくことがあった。MAS の結果は、感覚 0、逃避 10、注目 6、要求 13 であった。好きなことは、パソコンで好きなキャラクターの情報を集めること、得意なことは歌を歌うこと、泳ぐことであった。理解できれば指示に従うことができ、家事も必要に応じて行っているとのことであった。

K 児：18 歳男子で、高等支援学校に在籍。軽度知的障害がある。人に注意されると、足を踏み鳴らしたり、ネガティブな発言をしたりすることがあった。MAS の結果は、感覚 0、逃避 4、注目 0、要求 3 であった。好きなことは友達と遊ぶこと、ドライブに行くことで、興味があることは音楽や陸上であった。大変なことでも頑張ることができるとのことだった。

A 児、B 児、C 児を小学生グループ、D 児、E 児、F 児、G 児、H 児を中学生グループ、I 児、J 児、K 児を高校生グループに分けた。グループごとに別時間を設定し、セッションを実施した。

2. 研究倫理上の配慮

本研究は、参加した児童・生徒とその保護者には、本研究の内容を書面と口頭で著者が説明し、参加と研究成果公開に対する承認を得た。また、参加は自由意志であることも説明した。そして、同意書に参加児童・生徒本人と保護者から署名をしてもらった。

3. セッティングと期間

L 大学のプレイルームにて 3 日間連続して実施した。1 回のセッションは 90 分で、小学生、中学生、高校生グループに分け、それぞれ全 3 回セッションを行った。メイントレーナー（以下 MT）は、1 人で著者が担当した。サブトレーナー（以下 ST）は参加児 1 人につき、ST が 1 人ついた。ST は特別支援教育について学んでいる大学生であった。プレイルームでの配置は図 5-16 のようであった。

4. 感情マネジメントプログラムの内容の決定

プログラムは、ASD 児を対象として考案された Attwood (2004) の感情コントロールプログラムを中心に、Huebner (2009)、Friedberg et al. (2001) のプログラムを参考に内容を決定した。セッション 1 ではいろいろな感情（嬉しいを中心として）、セッション 2 では怒りの感情、セッション 3 では感情マネジメントを題材に実施した。

本研究では参加児たちが楽しく自然にセッションに入って活動できるように、「こころ探偵」設定を独自に設けた。参加児は「こころ探偵」になるために、自分の感情について調査するという設定で、セッション 1 で感情マネジメントプログラムについて説明する機会を設けた。子どもたちの活動や発言に対するプロンプトや強化子の一種として、

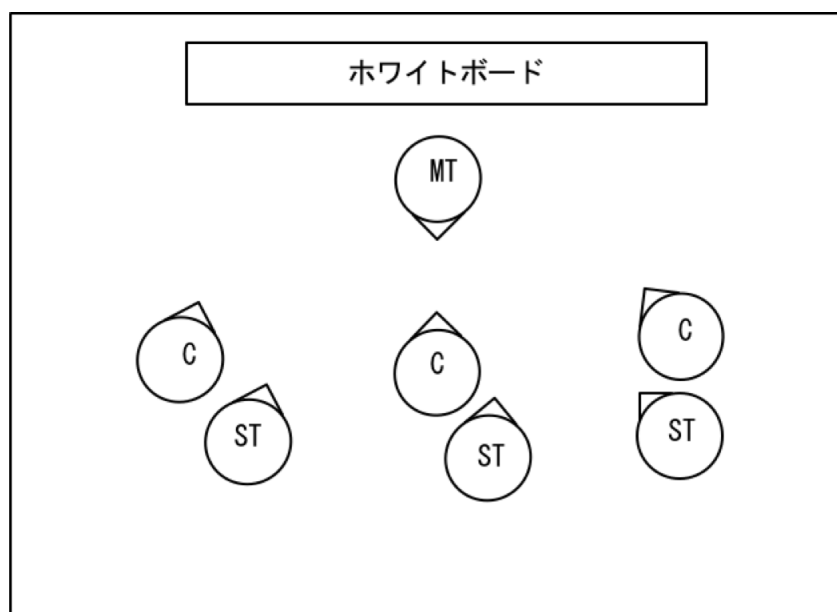


図5-16 プレイルームでのセッティング

探偵カード（ひらめき探偵、笑わせ探偵、優しい探偵、静か探偵、オールマイティ探偵）と探偵強化シールを準備した。参加児の多様な行動を強化する仕組みの一つとして、適切な発言や行動、積極的な発言や行動にはひらめき探偵のシール、他の参加児や MT、ST に対する優しい発言や行動については優しい探偵シール、その場の雰囲気を良くするような発言・行動には笑わせ探偵シール、おしゃべりをせず、黙って他人の話が聞けていた場合は静か探偵シール、そのほか枠にとらわれず、適切な行動があった場合はオールマイティ探偵シールをそれぞれ与えた。ST は参加児の助手という設定にし、参加児が活動に参加したり、考えたりするための補助を行った。

セッションは、はじめの会、導入ゲーム、感情マネジメントプログラム、終わりの会という順序で実施した。なお導入ゲームは、参考にした感情コントロールのプログラムにはない活動だが、①初対面の参加児が互いに共同作業しやすくなるアイスブレイク活動として、②感情マネジメントプログラムを実施する際に参加児が緊張せずに行うための2点を目的として毎セッション実施することにした。セッションのおおまかな流れを表5-6に示した。

4. 手続き

各セッションの詳細や目的は以下の通りである。

表5-6 セッションの流れ

-
1. はじめの会
 2. 導入ゲーム
 3. 感情マネジメントプログラム
 - セッション1（1日目）
 - ・プログラム1「友達がからかわれている」
 - ・プログラム2「いろんな気持ちを知ろうクイズ」
 - ・プログラム3「嬉しいを調べよう」
 - セッション2（2日目）
 - ・プログラム4「怒ったときについて調べよう」
 - ・プログラム5「リラックスしているときについて調べよう」
 - ・プログラム6「自分が怒ったとき、リラックスしているとき」
 - セッション3（3日目）
 - ・プログラム7「怒るって悪いこと？」
 - ・プログラム8「怒り過ぎることへの対処法を考えよう」
 - ・プログラム9「リラックスの方法を考えよう」
 - ・プログラム10「友達がからかわれている」
 4. 終わりの会
-

（1）セッション1

はじめの会では、参加児の自己紹介と MT、ST の紹介を行なった。ST は参加者の助手として紹介した。導入には、フルールバスケットを応用したゲームを実施した。教材は、こころ探偵バッチ（氏名が書ける）、こころ探偵スケジュール（本日のスケジュールや教材が挟んである）、友達がからかわれている場面について文章で書かれたプリント、探偵ホームワーク1（宿題）、様々な感情が書いてあるマグネットカード、場面カード、A1 サイズの温度計イラスト、ルールグッズ、探偵カード（ひらめき探偵、笑わせ探偵、優しい探偵、静か探偵、オールマイティ探偵）とそれぞれの探偵の強化子シールとシール帳、筆記用具、人数分の手持ちホワイトボード、ホワイトボード用ペンだった。

参加児の課題への積極的な行動や適切な行動、仲間を励ましたり、助ける行動、また話を聞く時間で静かに話が聞けた場合など MT が口頭で褒め、認める言葉かけをし、他

の参加児がその参加児に注目するよう指示を与えた。さらに、その際とった行動によって強化子シールを与え、探偵シール帳に貼らせた。セッション 2、3 も同様の手続きをとった。

①目的：参加児・者が、自分にはいろいろ気持ちがあることを確認する、嬉しい気持ちについて、温度計を使って表すことを目的とした。

②ルールの説明：MT が話をしているときは、おしゃべりをしないこと、おしゃべりオツケーの場所にマグネットが移ったら、おしゃべりしてよいことを説明した。

③プログラム 1：「友達がからかわれている」

MT が「からかわれた友達がからかった子に暴力をふるってしまい、今度暴力をふるったら転校させられるかもしれない」といった内容の文章を読んだ。参加児にもそれぞれその文章が書かれたプリントを渡し、読むよう教示した。読んだあとに、その友達が怒りを爆発させないように参加児ができること、友達に言ってあげられることを考え、メモを書くよう指示した。字を書くことが難しい場合には助手に話せば、助手が記録する旨を伝えた。

④プログラム 2：「いろんな気持ちを知ろうクイズ」

MT が「私たちには、いろいろな気持ちがあります。嬉しい、悲しい、楽しい、つまらない、腹が立つ、さみしい、しあわせ、ほっとして気持ちよいなどです。これからいろんなイラストを見せるので、どんな気持ちになるか手持ちのホワイトボードに書きましょう」と感情マグネットカードを掲示しながら参加児に教示した。それぞれ感情が表出する場面のイラストを呈示し、参加児に手持ちのホワイトボードに気持ちを書かせ、発表させた。

⑤プログラム 3：「嬉しいを調べよう」

「さっき、いろいろな気持ちがあることが分かりましたね。今日は特に嬉しいについて調べます。自分が嬉しいと感じるのは、どんなときですか。手を挙げて教えてください」と MT が教示し、参加児に発表させた。その際に出た意見は、すべて板書した。

次に、温度計のイラストが書かれた A1 サイズの紙を床に広げ、参加児に嬉しい気持ちの温度について指で示させた。その際、MT は「これからいうことでどれくらい嬉しいと感じるか表してみましょう。この紙は、下がちょっと嬉しいから上がすごく嬉しいまでの温度計です。どの位嬉しいか温度計で示してください」と教示した。嬉しいことの題材は、「学校を 1 日休んでよいことになる」「学校のテストで 100 点や花丸をもら

う」「友達の誕生日会に招かれる」「千円を見つけて、自分がもらえることになった」「お母さんから『あなたのことがとってもたいせつよ』と抱きしめられる」であった。嬉しいことの題材は、表 5-7 に示した。

温度計を使った活動が終わったあとに、本日のまとめをし、明日のプログラムの予告（怒りとリラックスについて）をした。宿題については、自分がどんなことに怒りを感じるか 0 点から 10 点まで家で点数を付けてくるよう指示した。宿題の内容は、例えば、「宿題を間違えたとき」「大声で怒鳴られたとき」「自分だけが叱られて、他の人が叱られなかったとき」「自分のことがわかってもらえないとき」などであった。

（２）セッション 2

導入には、猫とネズミゲームを実施した。2つのグループ猫とネズミに分かれ、互いを追いかけるゲームである。

教材は、こころ探偵バッチ（氏名が書ける）、こころ探偵スケジュール（本日のスケジュールや教材が挟んである）、探偵ホームワーク 2（宿題）、ルールグッズ、怒った顔をした子どもが描かれたマグネットカード、リラックスした顔をした子どもが描かれたマグネットカード、兆候マグネットカード（怒りやリラックスの兆候についてそれぞれ書かれている）、自分が怒ったときイラスト、自分がリラックスしたときイラスト、探偵カード（ひらめき探偵、笑わせ探偵、優しい探偵、静か探偵、オールマイティ探偵）とそれぞれの探偵の強化子シールとシール帳、筆記用具、人数分の手持ちホワイトボード、ホワイトボード用ペンだった。

①目的：参加児が怒ったときとリラックスしたときでは身体や思考が変化することを確認することを目的とした。

②宿題の確認：セッション 1 で課された宿題について、それぞれどのような場面で怒りを感じるか、またその点数はどうであったか、発表させ、確認した。

③プログラム 4：「怒ったときについて調べよう」

正面に設置したホワイトボードに、怒っている子どものマグネットカードを貼り、次のように MT が教示した。「今日は、怒ったときに自分の体や考えがどうなっているのかを調べましょう。ホワイトボードに貼ってある子どもも怒っています。この子どもの体はどんなふうになっていますか？ 助手（ST）と一緒に協力して、兆候カードを選んで貼ってくださいください」

子どもの身体変化については、心拍数、呼吸、筋肉、姿勢、顔の表情、話し方、考え

表5-7 嬉しいことの題材(Attwood, 2004)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 学校を1日休んでよいことになる2. 学校のテストで100点や花丸をもらう3. 友達の誕生日会に招かれる4. 1000円を見つけて、自分がもらえることになった5. お母さんから「あなたのことがとってもたいせつよ」と抱きしめられる |
|--|

ることに分けて、参加児・者に兆候カードを選ばせ、貼らせた。

④プログラム5：「リラックスしているときについて調べよう」

ホワイトボードにリラックスしている子どものマグネットカードを貼り、次のようにMTが教示した。「今度は、逆にリラックスしているときについて自分の体や考えがどうなっているのかを調べましょう。ホワイトボードに貼ってある子どももリラックスしています。この子どもの体はどんなふうになっているか、兆候カードを選んで貼ってください」

プログラム4と同様に、子どもの身体変化について、心拍数、呼吸、筋肉、姿勢、顔の表情、話し方、考えることに分けて、参加児・者に兆候カードを選ばせ、貼らせた。

⑤プログラム6：「自分が怒ったとき、リラックスしているとき」

自分がとても怒りを感じたときや状況を思い出させ、怒ったときの様子を参加児・者にイラストで描かせた。その際、ニュートラルな表情をしたイラスト（全身が描かれている）が描かれたプリントを渡し、そこに追加して記入するよう指示した。リラックスしているときについて同様の手続きで記入させた。それぞれのイラストを見比べ、自分の身体や考え方が変化していることに注目するよう教示した。

プログラム6が終了したあとに、本日のまとめをし、明日のプログラムの予告（感情の対処法）をした。宿題の内容は、参加児が怒りすぎないようにするのに役立つアイデアやリラックスした気持ちにするためのアイデアを考えたり、家族に聞いたりして、メモしてくることであった。

(3) セッション3

ジェスチャーゲームを導入として実施した。参加児が一人ずつお題を出し、ジェスチャーし、他の参加児がそれを見て答えた。問題は、あらかじめ用意されたお題でも、参加児が自分で考えたお題でもどちらでもよいこととした。

教材は、こころ探偵バッチ（氏名が書ける）、こころ探偵スケジュール（本日のスケジュールや教材が挟んである）、友達がからかわれているプリント、怒りは味方になるかなプリント、よい怒り方の例のマグネットカード、偵カード（ひらめき探偵、笑わせ探偵、優しい探偵、静か探偵、オールマイティ探偵）とそれぞれの探偵の強化子シールとシール帳、筆記用具、人数分の手持ちホワイトボード、ホワイトボード用ペンだった。

①目的：参加児が怒りの対処法を知ること、リラックスの仕方を知ingことを目的とした。

②プログラム7：「怒るって悪いこと？」

怒りについてさらに調査するために、「怒りは味方になるかなプリント」のそれぞれの項目に対して参加児の当てはまる方（「はい」「いいえ」）に○をつけさせた。このプリントは、「怒ったおかげで、学校の成績が上がったことがある」「『きみって、すごく怒りっぽいから、友達になりたいな』と誰かに言われたことがある」「きみが怒ったせいで、お父さんやお母さんが優しくなったことがある」「その日に腹を立てたことを思い出して、気分が良くなったことがある」「怒って言ったりしたこと、問題が起こったことがある」「怒って言ったことやしてしまったことについて、あとでおちついてから、後悔したことがある」「怒ることに気をとられて、やりたいことができなかったときがある」の項目からなった。表5-8には、このプリントの質問項目を示した。○をつけた結果を参加児にそれぞれ発表させ、MTが怒りは自然な人間の感情であることと、ただし怒りはとても扱いにくい感情で、怒り過ぎてしまったり、怒り方によっては多くの問題を引き起こす場合があることを説明した。

③プログラム8：「怒り過ぎることへの対処法を考えよう」

セッション2で課された宿題の怒り過ぎないための対処法について参加児に各々発表させた。発表した内容はMTがホワイトボードと記録表に板書した。それぞれ挙がった対処法について、参考になりそうなよい対処法を参加児に発表させた。

④プログラム9：「リラックスの方法を考えよう」

プログラム8と同様にリラックスの方法についてそれぞれ参加児に発表させ、MTが板書した。リラックスする方法として、呼吸法と好きな食べ物を思い浮かべる方法をMTが教示し、参加児にその場で実施させた。

⑤プログラム10：「友達がからかわれている（再度）」

セッション1のプログラム1で実施した内容と同様の手続きで行った。教材となるプリントに書かれた文章も同じものであった。ただし、3日間のセッションで学んだこと

表5-8 怒りは味方になるかなプリントの質問項目(Attwood, 2004)

問1	怒ったおかげで、学校の成績が上がったことがある
問2	「きみって、すごく怒りっぽいから、友達になりたいな」と誰かに言われたことがある
問3	きみが怒ったせいで、お父さんやお母さんが優しくなったことがある
問4	その日に腹を立てたことを思い出して、気分が良くなったことがある
問5	怒って言ったりしたことで、問題が起こったことがある
問6	怒って言ったことやしてしまったことについて、あとでおちついてから、後悔したことがある
問7	怒ることに気をとられて、やりたいことができなかったときがある

を振り返りながら考えるように指示した。

プログラム 10 の終了後、こころ探偵免許状の交付式を行った。免許状には参加児が好きなキャラクターを各々載せ、MT が一人ひとりに手渡した。

(4) セッションに対する保護者のアンケートと面接

全3回のセッションが終了したあとに、保護者に対して自由記述でアンケートを実施し、2ヵ月後に保護者に対して面接を行った。

第3項 結果

1. プログラム1・プログラム10：「友達がからかわれている」

(1) 小学生グループ

友達が怒りを爆発させないようにあなたができること、友達に言ってあげられることとして、8種類挙げた。例えば、「ケンカをやめようと言う」「いいにおいの香りがする紙をあげる」「あんまをする」などであった。プログラム1と10を比較して、友達にできることの種類は増えなかった。

(2) 中学生グループ

友達にできること、言ってあげられることとして、13種類が挙げた。例えば、「友達と一緒に楽しいことをする」「先生に相談する」「寝たらすっきりするよ」「叩いたら、相手が恨むよ」などであった。D児は、プログラム1では分からないと答えていたが、10では友達に言ってあげられることが書けていた。H児は、プログラム1、10とも分からないと答えていた。全体としてプログラム1に比べて、プログラム10において具体的な回答ができるようになっていた。

(3) 高校生グループ

友達にできること、言ってもらえることで、16種類が挙がった。例えば、「両親や先生に言う」「校長先生に相談する」「大丈夫？ と声をかける」「悪いのはあの子たちだよと言う」「落ち着く場所に行こうと言う」「音楽を聞こうと言う」「深呼吸しようと言う」などであった。J児、K児はプログラム1に比べ、プログラム10において具体的な回答ができ、また種類も増えていた。I児は、プログラム1、10とも回答しなかった。

2. プログラム2：「いろんな気持ちを知ろうクイズ」

イラストを見て、どんな気持ちになるか答えるクイズでは、全員が適切な感情を選択することができた。

3. プログラム3：「嬉しいを調べよう」

嬉しい気持ちを温度計で示すことは、全員が内容によって温度の変化をつけることができていた。

4. 探偵ホームワーク1

(1) 小学生グループ

どんなことに怒りを感じるか点数(1点～10点)をつけてくる宿題では、A児はすべて0点とつけていた。B児は10点以上の点数や無限大(∞)をつけたが、項目によって怒りの点数を変えてつけることができていた。C児も10点以上の点数をつけたが、項目によって点数を変えることができていた。

(2) 中学生グループ

J児は10点満点を100点に変え、点数をつけていたが、項目によって点数を変えることができていた。他の参加児は、10点以内で点数をつけることができ、項目によっても点数が違っていた。

(3) 高校生グループ

I児は各項目について、1点もしくは0点で点数をつけていた。J児は全てに10点をつけていた。K児は10点以内でそれぞれの項目に違った点をつけていた。0～4点はなく、すべての項目で5点以上であった。

5. プログラム4：「怒ったときについて調べよう」、プログラム5：「リラックスしているときについて調べよう」

怒っている子ども、リラックスしている子どもの身体や考え方の変化について、心拍

数、呼吸、筋肉、姿勢、顔の表情、話し方、考えることについて、全員が正確にできていた。

6. プログラム6：「自分が怒ったとき、リラックスしているとき」

(1) 小学生グループ

A 児、C 児は怒ったときのイラストでは怒っている様子が伝わるように描けており、リラックスしているときのイラストでは穏やかな表情をしているイラストが描けていた。B 児は怒ったときのイラストは描けたが、リラックスしているときのイラストは描かなかった。

(2) 中学生グループ

E 児は怒ったときのイラストを描かなかったが、リラックスしているときのイラストは適切に描けた。それ以外の参加児は怒ったときのイラスト、リラックスしたときのイラストともに適切に描けていた。

(3) 高校生グループ

3 人とも怒ったときのイラスト、リラックスしたときのイラストとも適切に描けていた。

7. プログラム7：「怒るって悪いこと？」

(1) 小学生グループ

怒りは自分の味方になるかなプリントの答えは、問1から問4までは3人とも「いいえ」に丸をつけられた（問4までの標準的な回答は「いいえ」である）。問5から問7に関しては、A 児は全てに「いいえ」と丸をつけた、B 児は回答せず、C 児は全て「はい」に丸をつけた（問5から問7までの標準的な回答は「はい」である）。

(2) 中学生グループ

問1から問4まではF 児が問3で「はい」に丸をつけた以外は全員が「いいえ」に丸をつけた。問5から問7に関しては、D 児が問5に、F 児は問6に、H 児は全てに「いいえ」と丸をつけていた。G 児は問6の「はい」「いいえ」の間に「中」という項目を書き足し、そこに丸をつけていた。E 児は全て「はい」に丸をつけた。

(3) 高校生グループ

問1から問4までは3人とも「いいえ」に丸をつけていた。問5から問7に関しては、I 児が全て「いいえ」に丸をつけていた。J 児、K 児では問7で「いいえ」に丸をつ

けていた。

8. プログラム8：「怒り過ぎることへの対処法を考えよう」

(1) 小学生グループ

怒り過ぎることへの対処法として、「怒っている人のそばに行かない」「怒る前に 10 秒数える」「どこか別の場所に行く」「歌を歌う」「物を投げる」など 7 種類の対処法が挙げられた。良い対処法とおかしな対処法について参加児に指摘させ、別の対処法を使う必要があることを説明した。

(2) 中学生グループ

対処法として、「朝 7 時に起きて、10 時に寝る」「サンドバッグを蹴る」「音楽を聴く」「ご飯を食べる」「たくさん寝る」「兄弟にやつあたりする」など 12 種類が挙げられた。小学生グループと同様におかしな対処法について指摘させ、別の対処法を使う必要があることを説明した。

(3) 高校生グループ

対処法として、「面白いテレビ番組をみる」「音楽を聴く」「ゲームのリモコンを振る」など 3 種類が挙げられた。MT が他のグループから出た対処法を紹介した。

9. プログラム9：「リラックスの方法を考えよう」

(1) 小学生グループ

リラックスする方法として、「テレビを見る」「風呂に入る」「寝る」「ぬいぐるみをさわる」など 8 種類のリラックスする方法が挙げられた。

(2) 中学生グループ

リラックスする方法として、「CD を聞きながら歌う」「プラモデルを作る」「ゲームをする」「好きなことをする」「寝る」など 8 種類のリラックスする方法が挙げられた。

(3) 高校生グループ

リラックスする方法として、「音楽を聴く」「ゲームをする」「休憩する」「テレビを見る」「山、海、町などの外の景色を見る」など 7 種類のリラックスする方法が挙げられた。

10. 探偵強化子シール

参加児は、それぞれ探偵シールを平均 24 枚程度獲得した。ひらめき探偵シールは平均 8 枚、優しい探偵シールは平均 4 枚、笑わせ探偵シールは平均 4 枚、静か探偵シール

は平均 5 枚、オールマイティ探偵シールは平均 3 枚ほど獲得していた。

11. セッション後のアンケートと面接

(1) 小学生グループ

A 児は「スムーズに参加することができた」「ホームワーク 1 の内容が理解できていなかったように感じた」と保護者から意見や感想があった。B 児に関しては「このセッションに参加するための動機づけが難しかった」「3 日目には参加する時間が増えた」「毎回ホワイトボードを手元に置いてほしい」「休憩時間があるといい」と保護者から意見や感想があった。C 児は「感情の温度計や点数は、いつも 0 か 100 だったため、今回のセッションで 80℃や 90℃が示せており驚いた」「流れもよく、楽しく参加できていた」「人前で何かすることが苦手だったのに、皆の前でジェスチャーゲームができていて良かった」「(家庭で) お腹のすき具合やけがをしたときの痛さをどのくらいと聞くと 70 などと答えられ、色々なことに使えそうだ」「今後も似たようなプログラムで開催してほしい」と保護者から意見や感想があった。

(2) 中学生グループ

D 児と H 児の保護者から「1 日目で楽しかったので、2 日目以降は積極的に参加できていた」「落ち着いて取り組み、それぞれの気持ちが見えてとても良い時間だった」「(親としても) いろいろな気づきをもたらした」「このセッション後から兄弟にやつ当たりをしなくなった」との意見や感想が挙がった。E 児は「少しずつ場に慣れることができた」「親の気が付かない気持ちのコントロールについての課題や気づきがいろいろあった」「助手をしてくれた大学生の対応がとても良かった」「今後もこのようなプログラムに参加させたい」との意見が保護者からあった。F 児は「分からない部分について、助手の大学生が教えてくれたのが良かった」との意見が保護者から挙がった。G 児の保護者にはアンケートや面接を実施できなかった。

(3) 高校生グループ

I 児の保護者から「初めて参加するときに何をするのか分からず不安だと本人が言っていた」「家でも怒ることや怒りは分からないと言っていたので、これから気持ちに気づけるといいと思った」との意見や感想が挙がった。J 児、K 児については保護者にアンケートや面接を実施できなかった。

第1項 考察

本研究は、ASDの診断を受けた11名の児童・生徒を対象に感情マネジメントプログラムを開発・実施した。11名の参加児のうち、知的障害がある児童・生徒は5名であった。以下では、知的障害児に対する感情マネジメントプログラムの修正や工夫点について探索的に検討する。

1. 各グループが共通して適切な反応が示していたプログラム

プログラム2：いろんな気持ちを知ろうクイズ、プログラム3：嬉しいを調べよう、プログラム4：怒ったときについて調べよう、プログラム5：リラックスしているときについて調べよう、プログラム6：自分が怒ったとき、リラックスしているときが、どのグループでも参加が適切な反応を示していた。これらのプログラムは、カードの中から選んで示したり、実際に体を動かしたり、絵を描くなど活動が中心であった。そのため、発達水準や知的水準に関係なく、そのグループも理解がよく参加できていた。

2. 文章理解が関連したプログラム

プログラム1・プログラム10：友達がからかわれている、プログラム7：怒るって悪いこと？ は、一定の文章理解が必要となる。参加児に一人ずつSTをつけ、個別に説明させたが、知的発達の水準によっては理解できていない参加児がいた。今後は文章・口頭だけではなく、参加児の年齢や知的発達の水準に合わせて、イラストなどを使うこと、演劇を入れるなどし、理解がより促進する工夫が必要である。

3. 怒りの対処法やリラックスの方法についてのプログラム

怒りのマネジメントにおいては、怒りの対処法やリラックスの方法のプログラムはかなり重要である。今回は、宿題として家で考えさせたものとMTが教示した2種類の方法のみを使用した。高校生グループでは怒りの対処法についてあまり具体的な方法が挙がらなかった。高校生のグループ参加者は全員知的障害があり、怒ったときの対処法ということ自体が理解できなかった可能性がある。したがって、あらかじめ対処法やリラックスの方法についてのイラストや写真でリストを作成しておけば、セッションの機会に参加児がもっと自身にあった対処法やリラックスの方法を知ったり、表現したりする機会を作れたかもしれない。

4. 事前準備と動機づけについて

このプログラムで何をするのか分からず、参加児の動機づけが高まらず、参加の説明に困ったと保護者からの意見があった。このような内容のプログラムは、大人の立場からすれば良いものとして参加させたいと考えるが、子どもが同じように感じることは少ないのではないと考えられた。子どもたちに安心して、気持ちよく参加してもらうには、事前に保護者と連絡を取り、どのように参加児に説明をしたらよいか相談し、参加児へ時間をかけて説明する機会を著者が作ることが必要であった。また、研究参加の同意を今回は書面と口頭でおこなったが、今後はイラストや映像などを使い、さらに分かりやすい説明の工夫をする必要がある。

5. 強化子シールの効用

本プログラムでは、参加児の多様な行動を強化する目的として、多種類の強化子シール（ひらめき探偵、笑わせ探偵、優しい探偵、静か探偵、オールマイティ探偵）を使用した。特定の探偵シールがすべて貯まると、別の探偵シールを集めることを目標にしていた参加児が数人いた。そのため、別の適切な行動が増えやすい仕掛けとなった。強化子シールの種類を増やすことが、参加児が今まで生起させなかった行動の強化効力を高め、出にくい行動の生起を増やす可能性がある。強化子シールの種類の設定にも方略が大切であることが確認できた。

6. 知的障害のある児童・生徒に適応したプログラムについて

本研究のプログラムは、ASD のある子どもに向けて開発したが、知的障害のある子どもとない子どもがともに参加していた。参加した知的障害児に適応した感情マネジメントプログラムの工夫や課題について表 5-9 にまとめた。

本プログラムにおいては、教示が複雑ではないプログラムで、カードの中から選ぶ、実際に体を動かして表現する、絵を描くなどの反応レパトリーの場合、知的障害の有無に関係なく、参加児は理解できていた。しかしながら、文章理解が関係するプログラムでは、知的障害のある参加児の理解が困難であった。知的障害児への CBT では、言語理解や論理的な思考を必要とする場面では、簡単な言葉と短い文章、非言語の手法や道具の利用することが推奨される(Lindsay et al., 2013)。知的障害児向けに適応するため

表5-9 知的障害児への感情マネジメントプログラムに必要な工夫

プログラムで必要となる事項	
参加動機づけを高める	プログラムの初期に実施。イラストや映像を使用する。
反応レパートリー	非言語レパートリーを準備・想定。選択式、体を動かす、絵を描くなど体験的に実施する。
言語理解と論理的思考	簡単な表現や短い文章を用いる。イラストや映像など非言語の表現を用いる。体験的に実施する。
創造性	参加児がアイデアを思いつかないことを想定し、絵や短い言葉でリストを作っておく。

には、感情マネジメントプログラムにおいても同様の修正が必要である。

怒りの対処法については、具体的な例が挙げられないことも考慮し、アイデアをリストにしておくことが必要である。Lindsay et al. (2013)においても、知的障害者の創造性に対する実行機能を補助する方法として、アイデアの提供を挙げている。CBTでセラピーの初期から重要視されることは、治療同盟を作ることとクライアントの動機づけを高める作業である(Dagnan et al., 2013)。この感情マネジメントプログラムにおいても同様のことが言える。参加前やセッションのはじめに動機づけを高めるためのプログラムを設定することが必須である。

公衆衛生予防モデルの1次予防方略として、予防的・開発的的心理的支援が知的障害児者に実施する上でも、このような工夫や修正を行う必要があると考えられ、今後も検討が必要である。

7. 本研究の限界

本研究では、このプログラムで実際に参加児が感情マネジメントを学ぶ機会となったか客観的な指標で評価しておらず、実際には不明である。今後とも1次予防方略における有効性を高めるためにも、継続的にセッションをし、参加児の行動の変化について評価することが、このプログラムの妥当性を検討するためには必要である。

第6節 自閉症スペクトラム障害を伴う知的障害者の問題行動に対する行動論的アプローチのまとめと今後の課題

第1項 自閉症スペクトラム障害を伴う知的障害者の問題行動に対する行動論的アプローチと公衆衛生予防モデル

本章では、問題行動を示す ASD を伴う知的障害者への行動論的アプローチによる支援の効果と課題を明らかにするために研究5～9を実施した。本節では、これらの研究を通して、公衆衛生予防モデルを用いて介入内容について整理し、今後の課題を検討する。

研究5においては、3次予防方略として機能的アセスメントとカリキュラム修正により、参加児の課題への動機づけが高まり、課題への積極性が増すとともに、自傷行動が低減した。さらに、前兆行動が生起した場合に休憩要請といったコミュニケーション行動を強化することで、自傷行動が生起しなくなった。学習に対して失敗を繰り返し、課題従事に拒否的な知的障害児に対しては、このようなカリキュラム修正を用いることで課題への嫌悪を低減させ、課題従事の行動を強化することができ、有効であると考えられる。さらに、3次予防方略として前兆行動が生起した場合に代替行動を強化することで、自傷行動が低減した。知的障害児の問題行動の機能から、その機能を了解可能なコミュニケーション行動へと転換させることに非常に有効であった。一方、恐怖症として現れた自傷行動については、上述の介入では効果がなかった。知的障害児を対象とした恐怖症に対する心理療法の開発とそのような症状を持ちつつも生活を送っていくための支援については現状では研究が少なく、今後も多くの研究や検討、実践が必要である。研究5では実施されなかったが、1次・2次予防方略を考えた場合、カリキュラム修正の実施は、2次予防方略において問題行動やメンタルヘルスの不調が軽度のうちに早期介入をすることも可能となると考えられる。1次予防方略の視点でいえば、子どもの特性や能力、意欲の高まる学習環境や内容の提供、サバイバルスキルやコミュニケーションスキルを知的障害児に早期から段階的に教えることも有効であるかもしれない。

研究6では、機能的アセスメントを実施し、参加者の自傷行動の果たす機能を特定することで、正の自動強化（感覚刺激の獲得）で維持されているという仮説が導かれた。

また、生育史から参加者が自傷行動を開始したのが C 園に入園後であることが明確となり、C 園の生活環境改善の必要性、余暇活動や作業活動の改善について職員と共に確認できた。これらの情報から、自傷行動が生起しにくく、適切な行動が生起しやすい状況事象、弁別刺激、結果の予測にそって介入を立案することが可能となった。2 次予防方略としては、問題行動が軽度のうちに実施した早期介入が挙げられる。施設職員への研修とコンサルテーションを実施し、問題が重度になる前に適切な介入が可能となった参加者本人の能力や好みが生かされる活動内容の変更と参加者のコミュニケーションを促進するための、視覚的なコミュニケーションカードを導入したことが有効であった。

今後の課題として、3 次予防方略として、担当職員と再発防止計画を立案し、実施することであると考えられる。

研究 7 では、研究参加者の日常生活のアセスメントと問題行動について機能的アセスメントを行い、参加者の問題行動の頻度を高める要因と、適切な行動が増える環境設定について検討し、介入計画を立案した。機能的アセスメントの結果から、職員の強制的な指導への逃避行動として水を飲む行動が増加したことから、管理的で強制的な環境ではなく、参加者が尊重される対応を職員が取ることを統一した。さらに、参加者が積極的に活動に参加できるように、本人の能力やスキルが活かされ、生活に本人が好む要素を取り入れたことで、問題行動が低減し、適切な行動が増えた。加えて、施設の中でこのような介入を実行するために職員研修とコンサルテーションを行い、施設職員が参加者に適切な対応を取れるようになった。結果として、参加者と職員のポジティブな対人関係が増加したことが考えられる。今後の課題としては、3 次予防方略として再発防止の立案と実施、1 次・2 次予防方略として生活を充実されること、問題行動に関する職員研修の在り方、早期発見・早期介入のための職員支援の検討が考えられる。

研究 8 では、3 次予防方略として簡易的な機能的アセスメントを実施し、参加児の問題行動の機能を特定した上で、ゲームに負けそうになったときの適切な行動を参加児に選択させた。この適切な行動の選択は、知的障害児のワーキングメモリの特性から、繰り返し、ゲームの直前に実施することが効果的であった。紙芝居を使用することで、参加児の取るべき具体的な行動が明確になり、より適切な行動が起こりやすくなったと言える。また、勝っても負けても最後まで参加すると強化子が得られるよう工夫したことも、同年代の子どもたちと一緒に活動する機会を増やす有効な手立てと言える。家族による参加児へのよりポジティブな関わりの増加が介入中・介入後にみられたが、このよ

うな変化について予防方略として戦略的に位置づけることも今後検討して行くことも必要だと考えられる。

研究9では、1次予防方略として知的障害児に向けた感情のマネジメントプログラムを開発する上で、必要な事項を探索的にまとめた。必要な工夫は、理解を促進するために非言語的なモジュールを使用すること、非言語的な反応レパートリーで対応できるプログラムにすること、言語を使用する場合は、簡単で短くすること、問題への対処を考える参考となるアイデアのリストを用意することであった。

研究5～9の研究で得られた結果について、＜アセスメント＞＜介入＞＜支援者支援＞の観点から探索的ではあるが、公衆衛生予防モデルに基づき分類した（図5-17）。1次予防方略では、＜集団への介入＞として、個人の特性にあった学習環境と内容の提供、個人のニーズにあった活動内容の提供、個人の能力やスキルが生かされる機会の増加、本人が選択する機会の増加、ポジティブな対人関係の増加、人として尊重される機会の増加、余暇活動の充実、コミュニケーションスキルの獲得の教育機会と促進、感情マネジメントなど予防的・開発的心理支援、知的障害者の生活が充実することの重要性の理解の促進のための職員研究が考えられた。

2次予防方略では、＜個別アセスメント＞として日常生活の充実度のアセスメントの実施、動機づけ評価尺度の実施、＜個別もしくは小集団への介入＞として、集団での感情マネジメントトレーニングと日常生活の最適化、＜支援者支援＞として障害理解・問題行動・生活の充実性に関する職員研修が挙げられた。本研究の2次的予防方略で行われなかったが必要な支援として、問題行動が軽度のうちのカリキュラム修正、問題行動が軽度のうちのコミュニケーションスキルの促進、問題行動の早期発見・早期介入のための指標の提供、メンタルヘルスの不調の早期のアセスメントが考え挙げられた。

3次的予防方略では、＜個別アセスメント＞として機能的アセスメントの実施、＜個別の介入＞としてカリキュラム修正、前兆行動強化、代替行動分化強化、個別の感情マネジメントトレーニング、個別の機能的コミュニケーション訓練、適切行動への正の強化、＜支援者支援＞として障害理解や問題行動に関する個別の職員研修やコンサルテーション、一貫した健康管理の方法の決定と遂行であった。本研究では行われなかったが、3次的予防方略の必要な支援として、再発予防のための計画の立案と恐怖症に対する治療や支援であった。

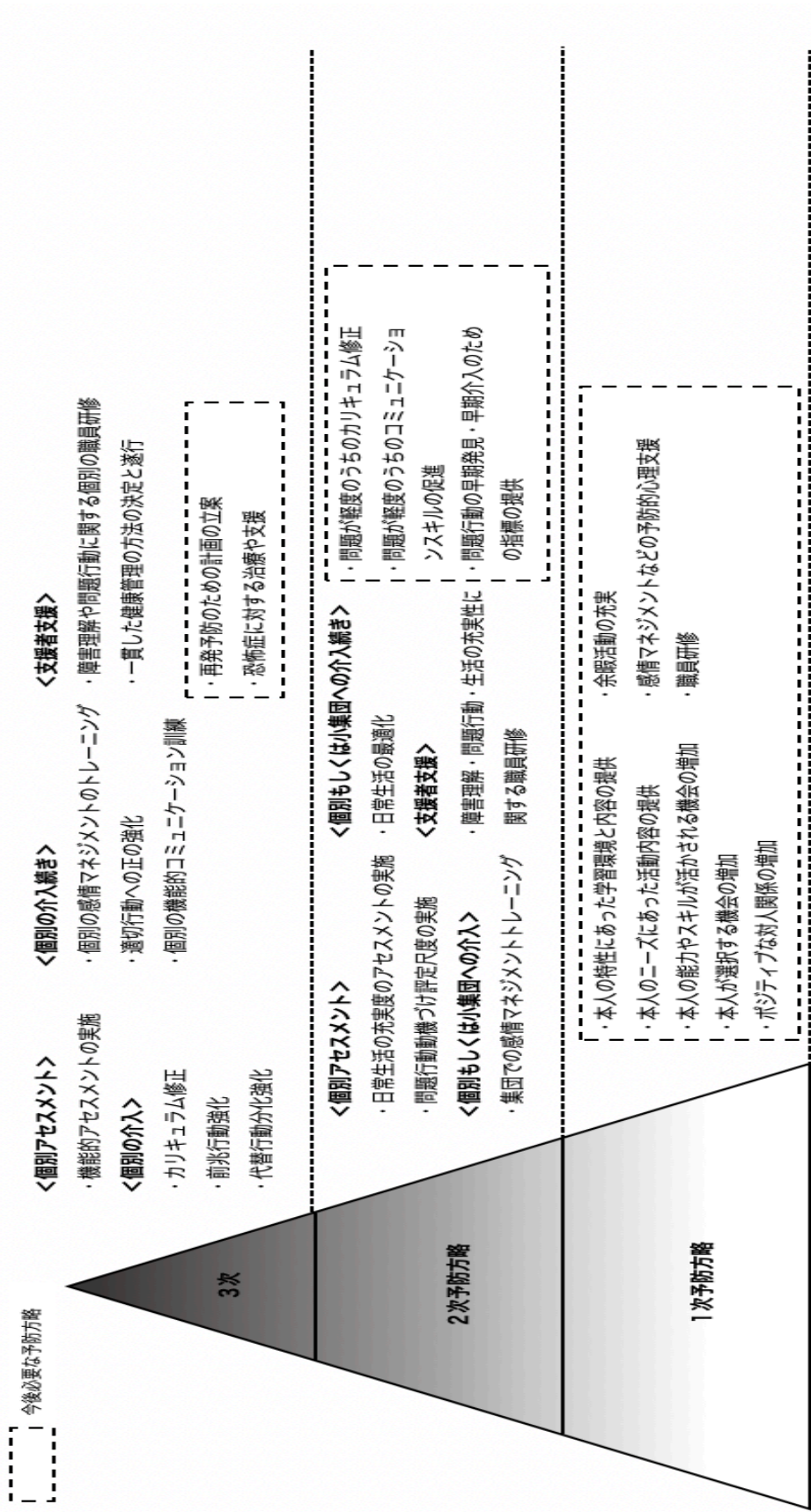


図5-17 研究5～9の結果から得られた予防的な支援と今後必要な支援

第2項 公衆衛生予防モデルの観点から介入を立案することの意義

問題行動への介入として行動論的アプローチを用いたことは非常に有効であった。機能的アセスメントは共通して効果的であった。問題行動の機能やそれが起こるきっかけとなる先行子、将来問題行動の生起頻度に影響する結果について適切に分析できることは、問題行動の解決に大きな貢献となると言える。Durand and Crimmins (1992) の「動機づけアセスメント尺度 (MAS)」については、簡便に機能的アセスメントの一部が実施できるため、専門家でなくても利用が可能である。

一方、機能的アセスメントが適切に行えたとしても、問題行動を示す知的障害者やその環境への介入・支援が適切に行えるわけではない。なぜ問題行動に介入するのかという目的については、これまでも行動論的アプローチの領域で議論されてきた。問題行動を示す知的障害者の生活全般の改善を視野においた理論やアプローチには、「本人中心計画作成 (O'Brien & O'Brien, 2002)」、「巨視的アプローチ (Carr et al., 1998)」、「積極的行動支援 (Horner et al., 1996)」などが挙げられる。問題行動を示す知的障害者の生活を豊かにする方針や理念を持つこれらアプローチは、広範囲に渡り介入や支援を実施していく。そのため、アセスメントや実施の状況は膨大になり、一定の整理が必要になる。

そこで有用であると考えられるのが、公衆衛生予防モデルである。公衆衛生予防モデルの1次予防方略では疾病の発症を未然に防ぐことを目標とし、健康増進と発症のリスク要因を減少させ、2次予防方略は症状が進む前にスクリーニングし、早期発見と早期治療を行い、3次予防方略はすでに発症が確認された個人に焦点化し、治療を行い、その症状の進行の低下や機能回復などの治療や支援を実施し、再発防止と最終的には生活の質の改善・向上をねらう (Emerson & Einfeld, 2011)。本章で取り上げた研究では、様々な介入を公衆衛生予防モデルのどの次元の方略であるのか整理することで、よりその介入の目的や次元が明確になり、またどのような次元の介入が必要なのか、足りないのか検討が可能となった。

本章の研究では、施設職員への研修について課題となったが、この公衆衛生予防モデルによって支援を整理して示すことは施設職員への研修に有効であると考えられる。問題行動を示す知的障害者への介入や支援の目的は、健康増進と生活の質の向上と再発防止であることが明確になる。

第3項 まとめと今度の課題

本節では、問題行動を示す知的障害者への行動論的アプローチの有効性と公衆衛生予防モデルを活用することの意義について考察した。知的障害者の生活を豊かにする様々な理念と目的をもった介入を立案するために公衆衛生予防モデルを用いることで、行動論的アプローチがどの次元において実施が必要なのか、もしくは実施されているのか明確になる。研究 5～9 から共通の課題としては、再発防止策が提案できていなかった点である。また、介入の方法として、知的障害者の精神疾患に対応できる心理療法の開発や行動論的アプローチの開発が望まれる。

第6章 総合考察と今後の課題

第1節 総合考察

第1項 総合考察の観点

本章では、研究1～9で得られた知見をそれぞれまとめ、これらの知見から知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の発生とその関連要因、特にASDを伴う知的障害者の問題行動への行動論的アプローチについて公衆衛生予防モデルによって整理し、生活の質の向上に向けた支援の発展について検討する。

第2項 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動の発生状況

国内の知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況を調査するため、研究1では日本語版PAS-ADDチェックリストを作成した。日本語版PAS-ADDチェックリスト質問項目の内的一貫性を計測したところアルファ信頼性係数は、器質性疾患の可能性が0.74、感情障害もしくは神経症性障害が0.73、精神病性障害0.41、全体の内的一貫性が0.82と高い数値であった。これは、PAS-ADDチェックリストに関する先行研究（Gerber & Galli Carminati, 2013; Martorell et al., 2017; Moss, et al., 1998; Sturmey et al., 2005; Zeilinger et al., 2011）と同様の結果であり、この日本語版PAS-ADDチェックリストを用いて調査を実施することとした。

研究2では、研究1で作成した日本語版PAS-ADDチェックリストを用いて調査を実施し、東京都知的障害者団に所属する知的障害のある成人の家族126名から回答を得た。日本語版PAS-ADDチェックリストの得点が閾値以上の知的障害者は23.8%であった。知的障害者を対象としたメンタルヘルスの不調についてPAS-ADDチェックリスト(Moss et al., 1996)を用いた大規模な調査での時点有病率は20.0%（Taylor et al., 2004）で、医学的な臨床診断を用いた大規模な調査では22.4%（Cooper et al., 2007b）であった。これらの先行研究と比較すると、研究2の結果は同程度の数値が得られた

と言える。国内の一般人口におけるメンタルヘルスの不調についての大規模な調査では時点有病率は 8.8% (Kawakami et al., 2005) であるため、一般人口と比べて知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況は高い可能性が考えられる。しかしながら、研究への参加者には偏りがあり、人数も少ないため、今後は調査対象を拡大して追試していくことにより明らかになると考えられる。加えて、先行研究ではメンタルヘルスの不調の中に問題行動を含めて調査されることが多い。日本語版 PAS-ADD チェックリストだけでは問題行動については調査できていない。そのため、問題行動についても発生状況を調査する必要がある。

一方、メンタルヘルスの不調に関連する専門機関の利用状況は、研究 2 においてメンタルヘルスの不調があると家族にみなされていた知的障害者のうち 8 割以上が何らかの専門機関を利用し、その多くが精神科医であった。知的障害者に対する精神科医療が非常にうまくいっている可能性がある一方で、精神疾患のある知的障害者への向精神薬の多量多剤投薬の問題 (井上ら, 2016) などの課題はある。さらにその専門機関でどのような治療や支援がなされているのか調査する必要がある。

第 3 項 知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因

知的障害者のメンタルヘルスの不調に関連する要因を検討するために、研究 3 では年齢、性別、住まい、知的障害の程度、過去 2 年間の心理的苦痛を伴うライフイベントの有無についての項目を設定した。結果として、メンタルヘルスの全般的な不調は平均年齢より年齢が上の参加者に比べ、平均年齢より年齢が下の参加者でより多くみられた。心理的苦痛を伴うライフイベントを経験した参加者は、していない参加者に比べて、感情障害もしくは神経症性障害がより多くみられた。精神病性障害については、女性よりも男性の参加者により多くみられ、心理的苦痛を伴うライフイベントを経験していない参加者に比べ、経験した参加者に多くみられる傾向があった。

メンタルヘルスの不調と年齢や知的障害の程度、性差の関連については、Taylor et al. (2004) や Cooper et al. (2007b) の研究と一致する部分とそうでない部分が見られた。このような状況は、研究参加者の偏り、国民性、文化的な相違などの関連が考えられたが、関連要因についてはより精査が必要である。心理的苦痛を伴うライフイベントについては、先行研究と一致していた (Cooper et al., 2007; Hastings et al., 2004; Smiley et al., 2007)。心理的な苦痛を伴うライフイベントは、近親者との死別、引っ越しや施設の移動、無職や退職のイベントが多く経験されていた。これらの結果から、

このようなライフイベントを経験した知的障害者はメンタルヘルスの不調へのリスクが高くなる可能性がある。このような状況におかれた知的障害者への支援について考え、その支援の提供の機会を作ることが一般の人と同様に知的障害者のメンタルヘルスの不調への予防になると考えられる。

第4項 精神疾患と問題行動の発生状況と関連要因

知的障害者のメンタルヘルスの不調について、その構成要素として先行研究では精神疾患と問題行動が挙げられている。しかしながら、先行研究では精神疾患と問題行動の関連性は明らかになっていない。研究3では、メンタルヘルスの不調として精神疾患のみの発生状況しか調査できなかったため、研究4では精神疾患、問題行動の発生状況について調査した。結果として、精神疾患の診断を受けた人は33.9%で、問題行動を示した人は18.9%で、メンタルヘルスの不調全般を示した人は41.7%であり、問題行動の割合が一番高かった。精神疾患の診断を受けていた人の割合は、Cooper et al. (2007b) や Taylor et al. (2004)、本論文の研究2の結果に比べて高かったが、メンタルヘルスの不調全般については、Cooper et al. (2007b) と近い数値であった。問題行動の割合については、Cooper et al. (2007b)、Bowring et al. (2017)、Smiley (2005) と近い数値であった。

さらに精神疾患の関連要因を調べるために、年齢、性別、知的障害の程度、ASD、ダウン症、てんかん、脳性まひ、水頭症、ADHD、問題行動の有無について検討した。その結果、精神疾患と関連する要因として、性別、ASD、問題行動が見出された。性別については、Cooper et al. (2007b)、Taylor et al. (2004) と同様に、男性と比べて女性の方が精神疾患と診断される場合が多かった。ASD については、ASD ではない参加者に比べて、ASD のある参加者が精神疾患の診断を受けている場合が多かった。問題行動については、問題行動のない参加者に比べ、問題行動のある参加者の方が精神疾患の診断を受けていた。Rojahn and Meier (2009) が指摘したように、本研究でも精神疾患と問題行動の関連性が見出された。さらに、Hemmings et al. (2006) と同様に、ASD と精神疾患と問題行動の関連性も見出された。

第5項 知的障害を伴う ASD 者の問題行動への行動論的アプローチ

知的障害者のメンタルヘルスの不調の状況について研究4で調査したところ、メンタルヘルスの不調に関しては、問題行動が多くを占め、また知的障害以外に ASD の診断を受けている人が多かった。そこで研究5～9では、ASD を伴う知的障害者を対象

として、行動論的アプローチによる介入を実施した事例について、その効果と課題について検討するとともに、公衆衛生予防モデルに基づいて整理した。

研究5では、激しい自傷行動を示すASDのある児童を対象に、機能的アセスメントを実施し、問題行動生起に関して予防的方略からカリキュラム修正と前兆行動強化を行い、代替行動を促進させ、自傷行動と他害行動を低減させた。Lalli et al. (1995) や Harding et al. (2001) が報告したことと同様、反応クラスの序列に注目して前兆行動を強化することで、自傷行動や他害行動が強化される機会が減り、結果として適切な代替行動の生起を増やすことができた。これは問題行動生起の直前の状況でも前兆行動に注目することで予防的な介入が可能であることを示している。さらに、カリキュラム修正は適切な行動が生起する弁別刺激と確立操作を設定する先行子操作であり、予防的方略として非常に有効であった。このカリキュラム修正は、学校だけでなく家庭や施設などでも適用可能であり、問題行動の生起の機会を減らし、適切な行動の生起の機会を増やすと考えられる。

知的障害者入所施設において自傷行動や他害行動を示している人への支援として、研究6と7では予防的方略から研究5で行われたカリキュラム修正を施設においても適用した。研究6では機能的アセスメントを実施し、日中活動と余暇活動に自傷行動を示す知的障害者に対してそれらの活動内容の変更を行った。活動内容は本人の得意な縫製とし、余暇活動について本人が選択する活動を実施した。これらの活動では、活動のきっかけとなる弁別刺激としてカードを設定し、選択させた。園山(2003)のABCDEH分析を用いてまとめることで、自傷行動が生起しにくく、適切な行動が生起しやすい状況事象、弁別刺激、結果の予測にそって介入を立案することが可能となった。結果として本人の満足や周囲の職員からのポジティブな反応により、活動従事が増え、自傷行動が減ったと考えられる。

研究7では、多量飲水から健康管理が必要な知的障害者に対して、予防的方略から日中活動の変更と職員研修を実施した。研究参加者の多量の水飲みが発生しやすい日中活動について、本人の得意なこと、好きなことを調べ、内容を変更した。さらに水を飲んだときの対応についても統一して職員が実施できるよう打ち合わせと研修を重ねた。それによって研究6と同様に日中活動への従事が増え、職員とのポジティブな関わりが増えた。そして結果として多量の水飲みと職員への他害行動が減った。

研究 6 と 7 では、予防的方略として日中活動と余暇活動について、研究参加者の本人の得意なこと、好きなこと、そして生産性があることへと活動内容を変更すること、活動に従事するきっかけとなる弁別刺激を配置すること、その活動が強化されること、本人を尊重する態度で職員が接すること、そして職員研修を実施することで、参加者の自傷行動や他害行動は低減した。このように予防方略として先行子に介入することで、適切な行動が強化されやすくなり、結果として適切な行動が増え、問題行動が減る。入所施設において制約が多いほど知的障害者の問題行動の生起が高まることが指摘されており（Borthwick Duffy, 1994; Cooper, et al., 2009a; Cooper, et al., 2009b; Emerson & Einfeld, 2011; Rojahn & Esbensen, 2002）、知的障害者の生活の質の向上が問題行動を生起させない予防方略であると考えられる。入所施設においても管理的な視点だけでなく、利用者本人の生活が豊かになる活動内容、対人関係、コミュニケーションの観点から介入することが必要である。

問題行動への予防的方略としてレジリエンスを高めることを目的として研究 8 と研究 9 では感情マネジメントをテーマとして実施した。研究 8 では、ゲームで負けそうになるとその活動に参加できなかつたり、泣いたり、カードを破いたり、他の人に悪口を言ったりする研究参加児に対して、参加児に負けそうになったとき、負けたときにどんな行動を取るか選択させ、最後までゲームに参加できたときには折り紙でできた褒美や周囲の人が子どもを褒めたり、一緒に遊べて良かったと参加児に伝えるようにした。岡田ら（2005）や武蔵ら（2010）のようにゲームで SST を実施することは自然に場面設定が可能であり、研究 8 でも有効であった。その状況でゲームの場面設定であらかじめどんな行動を選択するか子どもが決めておいたことがより効果的であったと言える。

研究 9 では、11 名の児童・生徒を対象に感情マネジメントのプログラムを適用した。11 名中、5 名は知的障害があり、残りの 6 名には知的障害はなかった。11 名とも ASD の診断を受けていた。Attwood（2004）、Friedberg et al.（2001）、Huebner（2009）の子ども用に修正された認知行動療法のプログラムを参考に、知的障害や ASD のある子どもに適用する際の改善点について検討した。結果として、参加児童・生徒の参加動機づけを高めるプログラムの必要性、反応レパトリーとして非言語レパトリーを想定・準備すること、言語理解と論理的思考に関して、視覚的な支援・短い文章構成・体験的な実施内容にすること、創造性に対しては視覚的支援やリストの作成が改

善点としてまとめた。これは Lindsay et al. (2013) が知的障害者への CBT で実施した内容と共通した修正点であった。

研究 8 と研究 9 では感情マネジメントをテーマとして扱い、問題行動をなくすというよりも知的障害児のニーズに沿ったレジリエンスを高めることが目的であった。予防的方略として、さまざまな問題が起きる中で自分がどのような行動を選択できるのか、またそのレパートリーはどのくらいあり、どの程度の質であるのか、そのような行動を身につけた結果どのような変化があるのかを参加児が経験する機会を設定できたことが有効であった。

第 6 項 知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動への公衆衛生予防モデルの必要性

1. メンタルヘルスの不調と問題行動の関連性の検討

知的障害者のメンタルヘルスの不調と問題行動への公衆衛生予防モデルの必要性について検討する前に、メンタルヘルスの不調と問題行動の関連性について考察する。これまでの先行研究で指摘されているように、メンタルヘルスの不調と問題行動の関連性は明白になりにくい (Hatton & Taylor, 2013)。しかしながら本研究においては、精神疾患の関連要因として問題行動が見出されており、今後もこの関連性について検討を行う必要があると考えられる。

知的障害者の問題行動は、問題行動自体にのみ焦点化され、適切な治療や支援が行われない状況があることが批判されている (Taylor & Knapp, 2013)。精神疾患と問題行動の関連性がより明確になることで、周囲の人たちの知識や理解が広まり、知的障害者が必要な治療や支援を受ける可能性が高められると考えられる。

2. 知的障害者の示す問題行動への介入

研究 5～9 では、知的障害者の示す問題行動について、問題が起こりにくい環境設定を行ったほかに、言語能力の制限などに対する介入としてコミュニケーション訓練や絵カードの導入などコミュニケーションを補償する支援を行い、効果的であった。実際に、知的障害者の示す問題行動に対して、従来から言語能力の制限への介入として、機能的コミュニケーション訓練による効果は ABA に基づいた研究が成果を示してきた。

一方、近年、知的障害者のメンタルヘルスの不調に関しては、CBT が効果を上げてきている (Dagnan et al., 2013; Lindsay et al., 2013)。CBT は不快な感情の制御の前に、快感

情の制御に関して積極的に介入している。Lindsay et al. (2013) は自傷行動や他害行動を示す知的障害者に対してこのような快感情の体験（例えば他者とのポジティブな交流など）をホームワークに入れることで効果を示した。問題行動の減少が、ポジティブな対人関係の増加やコミュニケーション能力の増加によって成し遂げられている点は、ABA と同様である。

Emerson and Einfeld (2011) は、知的障害者の感情や行動の困難さは、生活の質の低下にあると指摘している。ここでいう生活の質の低下とは、貧困、虐待、心理的苦痛を伴うライフイベント、人間関係の希薄さやネガティブな人間関係、自分の能力が活かされていない生活、問題解決ができていない生活、自尊心の低下などが当たる (Emerson & Einfeld, 2011)。これらの生活の質の低下は不快な感情をもたらし、不快な感情を低下させるための逃避行動や回避行動が増えることにより、逆に快感情を伴う経験が減少し (Fester, 1973)、これにより感情制御が不調となると考えられている。

下山・園山 (2005) においても問題行動を示す知的障害者への支援は、問題行動を減らすことだけではなく、生活の質の改善・向上が期待できる支援が必要であることを指摘している。厚生労働省・独立行政法人労働者健康安全機構 (2017) が示したように、問題行動はメンタルヘルスの不調を構成する一部であり、心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題として考えれば、知的障害や ASD の特性や制限（たとえば言語能力の制限など）への介入だけでなく、このようなメンタルヘルスに関連する感情制御に関する介入が必要であると考えられる。

3. 行動論的アプローチを用いた公衆衛生予防モデルによる支援の意義

メンタルヘルスの不調や問題行動を示す知的障害者に対する支援として、研究 1 ～ 9 の結果を公衆衛生予防モデルに基づいて整理し、その意義について以下で検討する。

研究 1 ～ 4 では、知的障害者のメンタルヘルスの不調をスクリーニングできる日本語版 PAS-ADD チェックリストを開発し、メンタルヘルスの不調に関連する要因について検討した。公衆衛生予防モデルの 1 次予防方略では、疾病の発症を未然に防ぐことを目標とし、健康増進と発症のリスク要因を減少させることによって、発症のリスクを下げ、2 次予防方略において症状が進む前にスクリーニングし、早期発見と早期治療を行う。日本語版 PAS-ADD チェックリストは、早期発見のためのスクリーニングとして活用でき、知的障害者の介護や支援を行う職員が実施することも可能であ

る。しかしながら、3次予防方略として用いるアセスメントは、このチェックリストよりも、さらに詳細にインタビューできるように作られた Prosser et al. (1997) の「mini PAS-ADD インタビュー」を用いる方が適切かもしれない。公衆衛生予防モデルにおいて、メンタルヘルスの不調をスクリーニングし、アセスメントできるツールが必要である。国内では、知的障害者向けに開発され、作成されたこのようなアセスメントは少ないため、今後はこのようなアセスメントツールの信頼性や妥当性を高めていく必要がある。

一方、研究3と研究4において、知的障害者のメンタルヘルスの不調に関連する要因がいくつか推測された。研究3では日本語版 PAS-ADD チェックリストで感情障害もしくは神経症性障害が閾値以上だった参加者は、心理的な苦痛を伴う可能性があるライフイベントを過去に経験していた者が多くみられた。さらに、ASD や問題行動の発生は精神疾患に関連していた。一方、年齢や性別に関しては、先行研究と同様の結果になっておらず、今後検討が必要である。これらの関連要因に関しては、本論文で扱った内容だけでなく、知的障害者のストレングスやレジリエンスについても検討することが今後必要となると考えられる。このような関連要因の検討によって、メンタルヘルスの不調の発症を防ぎ、リスクを減少させる方略を考えるための知見が蓄積されることで、知的障害者のメンタルヘルスに対する支援がより充実すると考えられる。

研究5では、すでに問題行動が重篤になっていた ASD を伴う知的障害児に対して行った行動論的アプローチについて、公衆衛生予防モデルに基づいて分類した。その結果として、アセスメントとしては機能的アセスメントが有効で、介入内容としてはカリキュラム修正、前兆行動を利用した代替行動としてのコミュニケーション行動の促進が3次予防方略として有効であった。カリキュラム修正や機能的コミュニケーション訓練は、問題行動を起こる以前にも介入が可能であるため、1次予防方略や2次予防方略にも有効であることが考えられる。むしろ、問題が現れないうちに1次予防方略としてカリキュラム修正やコミュニケーション訓練を実施することで、当該の知的障害児が学校で充実した生活を送れる可能性があると考えられる。

研究6では、問題行動が軽度の自傷行動で、ASD を伴う知的障害者の事例について、公衆衛生予防モデルに基づいて分類した。3次予防方略として、機能的アセスメントが有効であった。問題行動が軽度であったため、対象となった知的障害者の生活

が充実するための方略と職員への障害理解や問題行動に対する考え方についての研修が有効であった。これは、1次予防方略や2次予防方略の水準で介入可能で、知的障害者の生活の質が向上することで、問題行動の低減が可能となった。研究6では行われなかったが、今後は1次予防方略や2次予防方略において知的障害者の生活の充実させるための目標や介入についての職員研修を実施し、生活の充実さについて評価できるアセスメントがあることで、より効果的な介入が可能になるかもしれない。

研究7では、多量飲水と他害行動がみられたASDを伴う知的障害者に対して行った行動論的アプローチについて、公衆衛生予防モデルで分類した。その結果として、3次予防方略として機能的アセスメントと参加者の問題行動と健康管理について、施設職員が一貫した対応をするために、職員研修を実施し、職員の記録行動を促進させたことが効果的であった。問題行動については、軽度もしくは早期の介入であれば、施設職員のみで介入可能であるが、重度の問題行動については、職員への支援を手厚く実施し、対象となった知的障害者への専門家による直接的な支援が必要であると考えられる。

研究8では、機能的アセスメント、感情マネジメントトレーニング、活動従事すること自体への強化予告など、個別に対応した介入は、3次予防方略として分類できた。さらに、参加児の地域の行事への参加とその励ましなど、家族自体が参加児とともにレジリエンスを高めることは1次予防方略、2次予防方略においても重要な方略になると考えられる。参加児の問題行動に注目するのではなく、参加児の活動に参加したいというニーズや強み、ポジティブな人間関係の促進が予防的方略として有効であったと考えられる。

研究9では、1次予防方略、2次予防方略として感情マネジメントプログラムをASDのある児童・生徒に対して実施した。このうち、知的障害を伴う児童・生徒については、文章理解が関係するプログラムでは、簡単な言葉と短い文章を用いることや、非言語の手法や道具の利用することが修正点として挙げられた。怒りの感情への対処法については、具体的な例が挙げられないことも考慮し、アイデアをリストにしておくことが効果的である可能性が考えられた。そして、感情マネジメントプログラムに参加するための、事前の動機づけを高めるためのプログラムを設定することが必要であると考えられた。感情マネジメントにこのような修正を行うことで、知的障害児においてもプログラムから効果が得られることが考えられた。

以上の研究 1～9 の結果と先行研究から、メンタルヘルスの不調や問題行動を示す知的障害者への行動論的アプローチについて、公衆衛生予防モデルに基づいて分類し、仮説とではあるが図 6-1 に示した。1 次予防方略、2 次予防方略、3 次予防方略に分類したのち、それぞれの次元で実施した介入について整理したところ、＜アセスメント＞＜介入＞＜支援者支援＞の観点からまとめることができた。以下では、それぞれの次元における＜アセスメント＞＜介入＞＜支援者支援＞の内容について、説明する。

1 次予防方略では、＜介入＞では知的障害児者に適した予防的・開発的な感情マネジメントプログラムの提供、メンタルヘルスに関して知的障害者本人や家族、教員、施設職員などが気軽に評価できるチェックリストを＜アセスメント＞を準備し、＜個別もしくは集団への介入＞として知的障害者本人の能力や関心が生かせる活動や課題の設定、知的機能や言語能力に応じたコミュニケーション支援や教育の促進、ポジティブな人間関係の構築、余暇活動や社会的活動への参加と充実、レジリエンスの向上といった普段の生活を豊かにすることの必要性などのメンタルヘルスに関する啓発を知的障害者本人に実施し、＜支援者支援＞としては、知的障害者の家族、教員、施設職員を対象として＜個別もしくは集団への介入＞と同様に日常生活の充実さとメンタルヘルスに関する啓発を目的とした研修を実施することで、メンタルヘルスの不調や問題行動の予防に貢献できるのではないかと考える。

次に、2 次予防方略では、1 次予防方略では対応しきれなかった知的障害者が対象となり、＜個別アセスメント＞では支援者による問題行動動機づけ尺度の実施、PAS-ADD チェックリストの実施、日常生活の充実さに関するアセスメントを実施し、＜個別もしくは小集団への介入＞では、活動や課題の見直し、心理的な苦痛を伴うライフイベントを経験した人への心理的支援を実施し、集団での CBT や ABA による適切行動への介入、＜支援者支援＞として障害理解、メンタルヘルスの不調、問題行動に関する研修の実施、専門家によるコンサルテーションを実施が必要であると考えられる。

3 次予防方略では、2 次予防方略では対応しきれなかった知的障害者が対象となり、個別的で専門的な支援を受けることになる。＜個別アセスメント＞では、専門家による機能的アセスメントの実施、専門家による PAS-ADD アセスメントの実施、日常生活の充実さに関するアセスメントを実施し、＜個別の介入＞では ABA や CBT に

よる問題行動に代わる行動への介入、問題解決に対する本人の動機づけ、再発予防策の立案と実施、レジリエンスの向上といった介入を実施し、＜支援者支援＞に関しては、障害理解・メンタルヘルスの不調・問題行動に関する個別の研修や定期的なコンサルテーションを提供することで、その目的が達成できると考えられる。

まずは、1次予防方略として、全ての知的障害者を対象とし、知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動が起きる前の状況で健康を増進させる支援や、発症リスク要因を減らす支援を実施する。そして、1次予防方略だけでは足りない状況であれば2次予防方略と移行する。ここまででほとんどの知的障害者への支援は足りており、最終的に少数の人が3次予防方略の支援が必要となる。このようなモデルにより、知的障害者の現在のメンタルヘルスの不調や問題行動の発生状況に影響を与える可能性がある。何よりも知的障害者の健康が増進し、生活を豊かにすることが最初の必要な支援であることがこのモデルにより明確になったと考える。

知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動の発生は一般人口と比べて高い状況にある（Cooper et al., 2007b; Taylor et al., 2013）。例えば問題行動については、本研究や先行研究（Cooper et al., 2007b; Smiley, 2005）の結果から知的障害者のおおよそ10.0%～20.0%が発症するという非常に厳しい状況である。このような状況にあつては、公衆衛生予防モデルのように予防的な方略を計画的に進めることが有効であると考えられる。問題行動を例にして考えると、知的障害者の95%が1次予防方略で十分な支援を受け、知的障害者の4%が2次予防方略で十分な支援を受け、最終的に1%の知的障害者が3次予防方略で支援を十分に受けられるよう目標を設定し、戦略的な予防的支援を計画することも可能である。このようにして、公衆衛生予防モデルに基づいた行動論的アプローチにより計画を立案し、支援を実施することで知的障害者の健康や生活の豊かさがさらに促進される可能性があると考えられる。

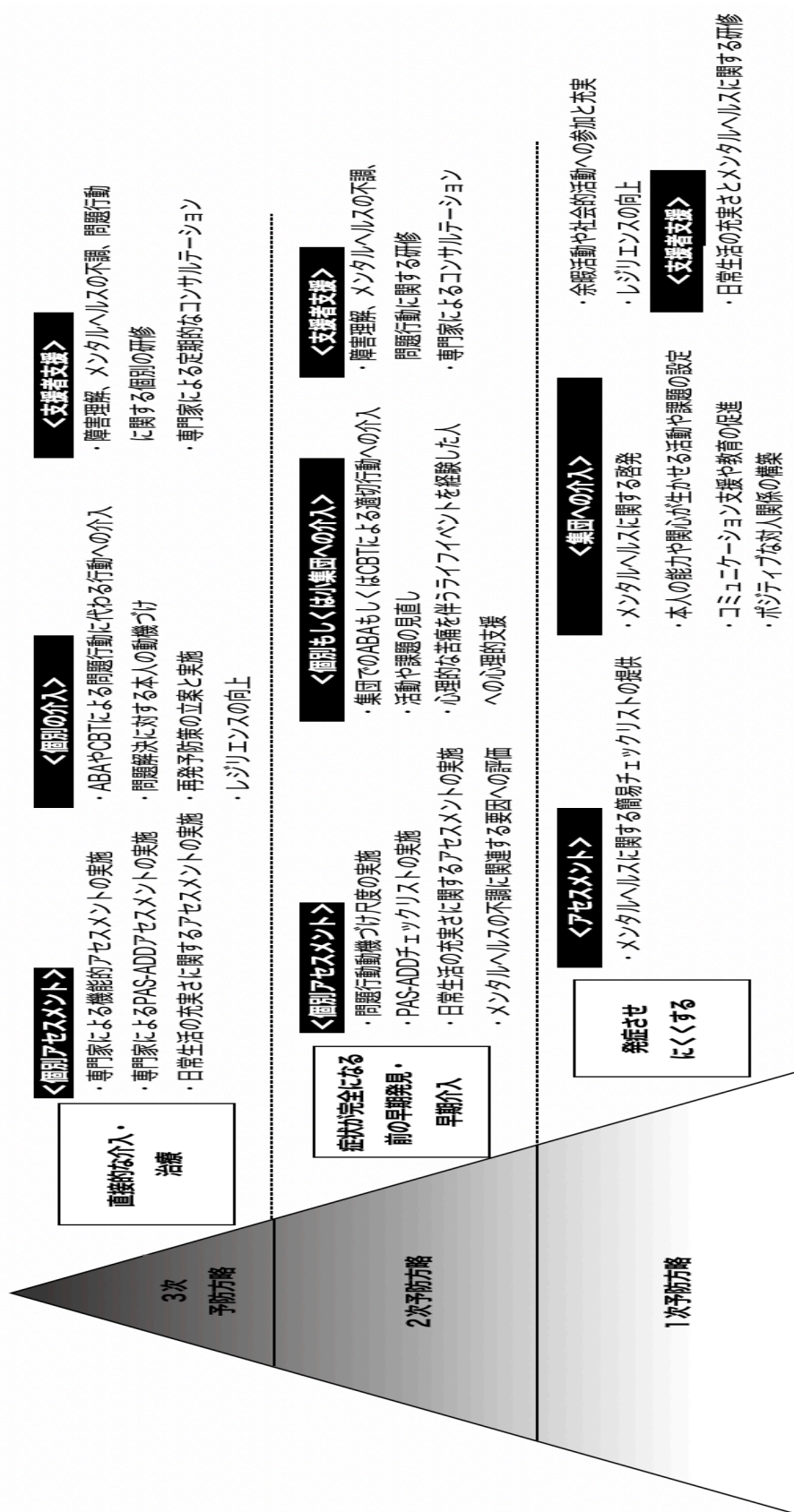


図6-1 メンタルヘルスの不調や問題行動を示す知的障害者の行動論的アプローチの公衆衛生予防モデルによる支援の体系化

第2節 今後の課題

本研究の結果から、知的障害者のメンタルヘルスの不調や問題行動に関して、行動論的アプローチの公衆衛生予防モデルによる支援の意義について検討してきた。しかし、課題として残された点もある。以下にその課題について整理する。

第1項 知的障害者のメンタルヘルスの不調に対するアセスメントの開発

日本語版 PAS-ADD チェックリストについては、さらに対象者を拡大し、チェックリストの回答者を専門的な訓練を受けた者が担当し、医学的な診断との比較、同じ参加者への2度にわたる調査などを実施し、この質問紙の信頼性・妥当性を高めていく必要がある。さらに、本論文ではメンタルヘルスの不調に関するアセスメントは知的障害者本人ではなく情報提供者が記入して答える PAS-ADD チェックリストを用いた。今後、メンタルヘルスの不調について詳細なアセスメントをするためには、チェックリスト方式だけでなく、インタビュー形式のアセスメントについても開発する必要があると考えられる。さらに、メンタルヘルスの不調だけでなく、日常生活の充実さや知的障害者本人のレジリエンスの状況が簡易に確認できるようチェックリストを作成し、知的障害者本人や家族、教員、施設職員などが気軽に評価できるアセスメントの開発についても検討することが必要である。

第2項 知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生状況と関連要因

研究1～4の調査では、研究の対象となった参加者集団が、一般的な知的障害の母集団と同様でないこと（例えば、特定の知的障害者団体の会員のみを対象としている、一般的な知的障害の程度の比率と比べ、本研究の参加者の知的障害の程度の比率に偏りがあるなど）の課題があり、また調査回収率が低い研究もあった。そのため、今後は今後も参加者の人数を増やし、標本が想定する母集団を代表するようなグループになるよう工夫して、調査をする必要がある。

さらに、メンタルヘルスの不調の関連要因の1つであった苦痛を伴うライフイベントについては研究3で調査した内容だけでなく、引き続き適切な項目を検討して行く必要がある。そして、心理的苦痛を伴うライフイベントに対処する、発症リスクに打

ち勝つような個人のストレングスやレジリエンスについても調査を行うことで、知的障害者のメンタルヘルスの理解や支援を促進する可能性が考えられる。

最後に、精神疾患と問題行動の関連性について、本論文では関連性があるところまでは見出せたが、どのような関連性であるのかまで明らかになっていない。総合考察で精神疾患と問題行動の関連性について ABA に基づいて分析した。今後はその分析が適切であるのか検討が必要である。

第3項 公衆衛生予防モデルに基づく行動論的アプローチによる介入計画の立案

本論文では問題行動を示す知的障害者への行動論的アプローチの有効性について検討し、最終的に公衆衛生予防モデルを観点に整理した。その上で、仮説ではあるがメンタルヘルスの不調や問題行動を示す知的障害者に必要とされる支援について示した。この仮説が適切であるのか検討するためにも、公衆衛生予防モデルに基づいた行動論的アプローチを実施する必要がある。今後は、介入計画を立案する時点で、公衆衛生予防モデルによる支援が可能となるような支援の指標やチェックリストを作成することで、より効果的な予防的支援が可能となると考えられる。また、問題行動を示す知的障害者を支える家族や職員が、知的障害者本人の生活状況についてアセスメントし、どのような点を改善すれば良いのかチェックできるといった簡易的な生活の充実さが評価できるチェックリストが開発されることで、より予防的な支援が可能になると考えられる。

引用文献

- Allen, D. (1994) Towards meaningful daytime activity. In E. Emerson, P. McGill, & J. Mansell (Eds.), *Severe learning disabilities and challenging behaviours*. Chapman & Hall, London, 157-178.
- Allen, D., Langthorne, P., Tonge, B., Emerson, E., McGill, P., Fletcher, R., Dosen, A., & Kennedy, C. (2013) Towards the prevention of behavioural and psychiatric disorders in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, **26**, 501-514. DOI: 10.1111/jar.12050
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, D., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, Y., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. & Vollebergh, W. A. (2004a) Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109**, 21-27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. A. (2004b) Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109**, 47-54.
- Aman, M. G., & Singh, N. N. (1986) *Aberrant behavior checklist: Manual*. Slosson, NY.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010) *Intellectual*

- disabilities: Definition, classification, and systems of supports (11th ed.)*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington DC.
- American Association on Mental Retardation (1992) *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (9th ed.)*. American Association on Mental Retardation, Washington DC.
- American Association on Mental Retardation (2002) *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th ed.)*. American Association on Mental Retardation, Washington DC.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Arlington. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳 (2002) DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Arlington. 日本精神神経学会監修, 高橋三郎・大野裕訳 (2014) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- Anderson, C. M. & Freeman, K. A. (2000) Positive behavior support: Expanding the application of applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, **23**, 85-94.
- Attwood, T. (2004) *Exploring feelings. Cognitive behaviour therapy to manage anger*. Future Horizons, Arlington. 辻井正次監訳, 東海明子訳 (2008) アトウッド博士の感情を見つけるに行こう 1 怒りのコントロール. 明石書店.
- Baer, D. M. (1982) *The imposition of structure on behavior and the demolition of behavior structures*. In H. E. Howe (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, vol.29. University of Nebraska Press, Lincoln, 217-254.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.
- Bender, M. (1993) The unoffered chair: The history of therapeutic disdain towards people with a learning difficulty. *Clinical Psychology Forum*, **54**, 7-12.
- Borthwick Duffy, S.A. (1994) Prevalence of destructive behaviors. In T. Thompson, & D.B. Gray (Eds.), *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment*. Sage,

Thousand Oaks.

- Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & Griffith, G. M. (2017) Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, **56**, 16-32. DOI: 10.1111/bjc.12118
- Brosnan, J., & Healy, O. (2011) A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, **32**, 437-446. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.12.023
- Cameron, M. J., Maguire, R. W., & Maguire, M. (1998) Lifeway influences on challenging behavior. . In E. D. Luiselli & M. J. Cameron, M. (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*. Paul H. Brookes, Baltimore. 園山繁樹・野口幸弘・山根正夫・平澤紀子・北原侑訳 (2001) 挑戦的行動の先行子操作 問題行動への新しい援助アプローチ. 二瓶社, 239-254.
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventative psychology*. Basic Books, NY.
- Carr, E. G. & Carlson, J. I. (1993) Reduction of severe behavior problems in the community using a multicomponent treatment approach. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **26**, 157-172.
- Carr, E. G., Carlson, J.I., Langdon, N. A., Magito-McLaughlin, D., & Yarbrough, S. C. (1998) Two perspective on antecedent control: Molecular and molar. In E. D. Luiselli & M. J. Cameron, M. (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*. Paul H. Brookes, Baltimore. 園山繁樹・野口幸弘・山根正夫・平澤紀子・北原侑訳 (2001) 挑戦的行動の先行子操作 問題行動への新しい援助アプローチ. 二瓶社, 2-26.
- Carr, E. G. & Durand, V. M. (1985) Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **18**, 111-126.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C. & Smith, C. E. (1994) *Communication-based intervention for problem behavior: A user's guide for producing positive change*. Paul E. Brookes, Baltimore.
- Carr, E. G., Reeve, C. E., & Magito-McLaughlin, D. (1996) Contextual influences on problem behavior in people with developmental disabilities. In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavior support: Including people with difficult behavior in the*

- community*. Paul H. Brookes, Baltimore, 403-423.
- Carr, J. E. & Sidener, T. M. (2002) On the relation between applied behavior analysis and positive behavior support. *The Behavior Analyst*, **25**, 245-253.
- Carr, J. E. & Wilder, D. A. (1998) *Functional assessment and intervention*. High Tide Press, New Lenox.
- 園山繁樹訳 (2002) 入門・問題行動の機能的アセスメントと介入. 二瓶社, 14-25.
- Cooper, S. A., Melville, C. A., & Einfeld, S. L. (2003) Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, **47**, 3-15.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L. M., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D., & Morrison, J. (2009a) Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, **53**, 200-216.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Williamson, A., Mantry, D., & Morrison, J. (2007a) The prevalence, incidence, and factors predictive of mental ill-health in adults with profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, **20**, 493-501.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., & Morrison, J. (2009b) Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, **53**, 217-232.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007b) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, **190**, 27-35.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006) Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **50**, 652-661.
- DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x

- Cronem D. A. & Horner, R. T. (2003) *Building positive behavior support systems in schools: Functional behavioral assessment*. Guilford Pubn, NY. 野呂文行・三田地真実・大久保賢一・佐藤美幸訳 (2013) スクールワイド PBS—学校全体で取り組むポジティブな行動支援. 二瓶社.
- Dagnan, D. & Lindsay, W. R. (2012) People with intellectual disabilities and mental ill health. In E. Emerson, C. Hatton, K. Dickson, R. Gone, A. Caine & J. Bromley (Eds.), *Clinical psychology and people with intellectual disabilities*. Wiley, Chichester, 313-338.
- Dagnan, D., Jahoda, A., & Kilbane, A. (2013) Preparing people with intellectual disabilities for psychological treatment. In J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings, & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley Blackwell, Chichester, 55-68.
- Department of Health. (2007) *Services for people with learning disabilities and challenging behaviour or mental health needs*.
- Derogatis, L.R.(1993) *BSI Brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedure manual (4th ed.)*. National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- Dunlap, G., Kern-Dunlap, L., Clarke, S., & Robbins, F. R. (1991) Functional assessment, curricular revision, and severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **24**, 387-397.
- Durand, V. M. (1990) *Severe behavior problems: A functional communication training approach*. Guilford Press, NY.
- Durand, V. M., & Carr, E. G. (1991) Functional communication training to reduce challenging behavior: Maintenance and application in new settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **24**, 251-264.
- Durand, V. M. & Crimmins, D. B. (1988) Identifying the variables maintaining self- injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, **18**, 99-117.
- Durand, V. M., & Crimmins, D. (1992) *The motivation assessment scale*. Monaco & Association, Topeka, KS.
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Finucane, B. M. (2000) *Genetics and mental retardation*

- syndromes: A new look at behavior and interventions*. Paul H Brookes Publishing, Baltimore.
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011) Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, **36**, 137-143. DOI: 10.1080/13668250.2011.572548
- Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., Gray, K. M., Bontempo, D. E., Hoffman, L. R., Parmenter, T., & Tonge, B. J. (2006) Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association*, **296**, 1981-1989. DOI: 10.1001/jama.296.16.1981
- Emerson, E. (2001) *Challenging behaviour (2nd ed.)*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011) *Challenging behaviour (3rd ed.)*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2014) *Health inequalities and people with intellectual disabilities*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Favell J.E, McGimsey J.F, Shell R.M. (1982) Treatment of self-injury by providing alternate sensory activities. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, **2**, 83–104.
- Felce, D., Kerr, M., & Hastings, R. P. (2009) A general practice-based study of the relationship between indicators of mental illness and challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **53**, 243-254. DOI:10.1111/j.1365-2788.2008.01131.x
- Fletcher, R. J., Barnhill, L. J., & Cooper, S. A. (2016) *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability (2nd ed.)*. National Association for the Dually Diagnosed, Kingston, NY.
- Fletcher, R. J., Havercamp, S. M., Ruedrich, S. L., Benson, B. A., Barnhill, L. J., Cooper, S. A., & Stavrakaki, C. (2009) Clinical usefulness of the Diagnostic Manual-Intellectual Disability for mental disorders in persons with intellectual disability: Results from a brief field survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **70**, 967-974. DOI:10.4088/JCP.08m04429
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (2007) *Diagnostic Manual-Intellectual*

- Disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability.*
National Association for the Dually Diagnosed, Kingston, NY.
- Friedberg, R. D., Friedberg, B. A., & Friedberg, R. J. (2001) *Therapeutic exercises for children: Guided self-discovery using cognitive-behavioral techniques*. Professional Resource Press, Sarasota, FL. 長江信和・元村直靖・大野裕訳 (2006) 子どものための認知療法練習帳, 創元社.
- Gagliano, C., Read, S., Thorpe, L., Eerdekens, M., & Van Hove, I. (2005) Short-and long-term efficacy and safety of risperidone in adults with disruptive behavior disorders. *Psychopharmacology*, **179**, 629-636.
- Gerber, F. & Galli Carminati, G. (2013) The Psychiatric Assessment Schedule for Adult with Developmental Disability (PAS-ADD) Checklist: Reliability and validity of French version. *Journal of Intellectual Disability Research*, **57**, 758-65. DOI:10.1111/jir.12028
- Girolami, P. A. & Scotti, J.R. (2001) Use of analog functional analysis in assessing the function of mealtime behavior problems. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, **36**, 207-223.
- Glasgow University Centre for Excellence in Development and Disabilities (UCEDD) (2006) *The C21st health check, version II*. UCEDD, Glasgow.
- Hagopian, L. P., Crockett, J. R., Van Stone, M., Deleon, I. G., and Bowman, L. G. (2000) Effects of noncontingent reinforcement on problem behavior and stimulus engagement: The role of satiation, extinction, and alternative reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **33**, 433-449.
- Hagopian, L. P., Fisher, W. W., Sullivan, M. T., Acquisto, J., and LeBlanc, L. A. (1998) Effective of functional communication training with and without extinction and punishment: A summary of 21 inpatient cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **31**, 211-235.
- Harding, J. W., Wacker, D. P., Berg, W. K., Barretto, A., Winborn, L., & Gardner, A. (2001) Analysis of response class hierarchies with attention-maintained problem behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **34**, 61-64. DOI: 10.1901/jaba.2001.34-61
- Hastings, R. P., Hatton, C., Taylor, J. L. & Maddison, C. (2004) Life events and psychiatric

- symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **48**, 42–6. DOI:10.1111/j.1365-2788.2004.00584.x
- Hatton, C., & Taylor, J. L. (2013) The assessment of mental health problems in adults with intellectual disabilities. In: J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings, & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley Blackwell, Chichester, 31-54.
- Helsel, W. J., & Matson, J. L. (1988) The relationship of depression to social skills and intellectual functioning in mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research*, **32**, 411-418.
- Hemmings, C. P., Gravestock, S. , Pickard, M. & Bouras, N. (2006) Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **50**, 269-276. DOI:10.1111/j.1365-2788.2006.00827.x
- 肥後祥治 (2000) 行動障害の分類. 長畑正道・小林重雄・野口幸弘・園山繁樹 (編), 行動障害の理解と援助. コレール社, 23-42.
- 平澤紀子 (2003) 積極的行動支援 (Positive Behavioral Support) の最近の動向—日常場面の効果的支援の観点から—. 特殊教育学研究, **41**, 37-43.
- 平澤紀子・藤原義博 (1995) 発達遅滞児の課題場面における問題行動への機能的コミュニケーション訓練—置換条件の持つ伝達性の検討—. 特殊教育学研究, **33**, 11-19.
- Holburn, S. & Vietze, P. M. (2002) A better life for Hal: Five years of person-centered planning and applied behavior analysis. In S. Holburn & P. M. Vietze (Eds.), *Person-centered planning: Research, practice, and future directions*. Paul H. Brookes, Baltimore, 291-314.
- Holmes N., Shah A. & Wing L. (1982) The Disability assessment schedule: A brief screening device for use with the mentally retarded. *Psychological Medicine*, **12**, 879-890.
- Horner, R. H. (1980) The effect of an environmental ‘enrichment’ program on the behavior of institutionalized profoundly retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **16**, 473-491.
- Horner, R. H., Dunlap, G., Koegel, R. L., Carr, E. G., Sailor W., Anderson, J., Albin, R. W., & O’Neill, R. E. (1990) Toward a technology of “nonaversive” behavioral support. *The*

- Association for Persons with Severe Handicaps*, **15**, 125-132.
- Horner, R. H., Vaughn, B. J., Day, H. M., & Ard, Jr., W. R. (1996) The relationship between setting events and problem behavior: Expanding our understanding of behavioral support. In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavior support: Including people with difficult behavior in the community*. Paul H. Brookes, Baltimore, 381-402.
- Huebner, D. (2009). *What to do when your temper flares: A kid's guide to overcoming problems with anger*. Magination Press, Washington, DC. 上田勢子訳 (2009) だいじょうぶ 自分でできる怒りの消化法ワークブック. 明石書店.
- Hulbert-Williams, L., & Hastings R. P. (2008) Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, **52**, 883-895. DOI:10.1111/j.1365-2788.2008.01110.x
- Hulbert-Williams, L., Hastings, R. P., Crowe, R., & Pemberton, J. (2011) Self-reported life Events, social support and psychological problems in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, **24**, 427-436. DOI:10.1111/j.1468-3148.2011.00624.x
- Hulbert-Williams, L., Hastings, R., Owen, D. M., Burns, L., Day, J., Mulligan, J., & Noone, S. J. (2014) Exposure to life events as a risk factor for psychological problems in adults with intellectual disabilities: A longitudinal design. *Journal of Intellectual Disability Research*, **58**, 48-60. DOI: 10.1111/jir.12050
- 井上祐紀・奥村泰之・藤田純一 (2016) 知的障害児に併存する精神疾患・行動障害への向精神薬処方の実態: 大規模レセプトデータベースを活用したコホート研究. 精神神経学雑誌, **118**, 823-833.
- Ishikawa, H., Kawakami, N. & Kessler, R. C. (2016) Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: Results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **25**, 217-29. DOI:10.1017/S2045796015000566
- 岩佐和典 (2016) 知的障害に併存する重篤な精神疾患と、心理療法の役割について. 就実大学大学院教育学研究科紀要, **2**, 17-29.

- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1982) Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, **2**, 3-20.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., Rodgers, T. A., Lerman, D. C., Shore, B. A., Mazaleski, J. O., Goh, H., Cowdery, G. E., Kalsher, M. J., McCosh, K. C., & Willis, K. D. (1994) The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **27**, 215-240.
- Iwata, B. A., Vollmer, T. R. & Zarcone, J. R. (1990) The experimental (functional) analysis of behavior disorders: Methodology, applications, and limitation. In A. C. Repp & N. N. Singh (Eds.), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with disabilities*. Sycamore Publishing, Sycamore, IL , 301-330.
- Joint Commissioning Panel for Mental Health (2013) *Guidance for commissioners of mental health services for people with learning disabilities*. Joint Commissioning Panel for Mental Health.
- 菅野敦 (2005) 退行を示した青年期・成人期知的障害者に対する地域生活支援と社会参加の促進に関する研究—退行の種類と予防—. 発達障害支援システム学研究, **4**, 35-46.
- Kanno, K., & Fukuda, A. (2013) Developmental of the mental health for adults with intellectual disabilities in competitive employment – The MIPQ-J. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, **10**, 135.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. (2005) Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **59**, 441-452.
DOI:10.1111/j.1440-1819.2005.01397.x
- Kazdin, A. E., Matson, J. L., & Senatore, V. (1983) Assessment of depression in mentally retarded adults. *The American Journal of Psychiatry*, **140**, 1040-1043. DOI:10.1176/ajp.140.8.1040
- Kellett, S., Beail, N., Newman, D. W., & Frankish, P. (2003) Utility of the Brief Symptom

- Inventory in the assessment of psychological distress. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, **16**, 127-134.
- Kellett, S., Beail, N., Newman, D. W., & Hawes, A. (2004) The factor structure of the Brief Symptom Inventory: Intellectual disability evidence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, **11**, 275-281. DOI: 10.1002/cpp.410
- Kemp, D. C. & Carr, E. G. (1995) Reduction to severe problem behavior in community employment using an hypothesis-driven multicomponent intervention approach. *The Association for Persons with Severe Handicaps*, **20**, 229-247.
- 神奈川県 (2018) 平成 29 年度強度行動障害実態調査の結果について。
http://www.pref.kanagawa.jp/docs/yv4/kyokou_tyousa/documents/h29kyoukoutyousa.pdf
 (2018/3/29 閲覧)
- Kennedy, C. H. (1994) Manipulating antecedent conditions to alter the stimulus control of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **27**, 161-170.
- Kennedy, C. H., & Meyer, K. A. (1996) Sleep deprivation, allergy symptoms, and negatively reinforced problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **29**, 133-135.
- Keogel, L. K., Keogel, R. L., & Dunlop, G. (1996) Preface. In L. K. Keogel, R. L. Keogel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavior support: Including people with difficult behavior in the community*. Paul H. Brookes, Baltimore, 8-11.
- Kerker, B. D., Owens, P. L., Zigler, E., & Horwitz, S. M. (2004) Mental health disorders among individuals with mental retardation: Challenges to accurate prevalence estimates. *Public Health Reports*, **119**, 409-417. DOI:10.1016/j.phr.2004.05.005
- Kern, L. & Dunlap, G. (1998) Curricular modifications to promote desirable classroom behavior. In J. K. Luiselli & M. J. Cameron (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*. Paul H. Brookes, Baltimore, 289-307. 園山繁樹・野口幸弘・山根正夫・平澤紀子・北原侑訳 (2001) 挑戦的行動の先行子操作－問題行動への新しい援助アプローチ－. 二瓶社, 250-270.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A.,

- Levinson, D., Medina Mora M. E., Oakley Browne M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S., Ustün, T. B. (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, **6**, 168-176. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, **62**(6), 617-627. DOI:10.1001/archpsyc.62.6.617
- 小島道生 (2010) 第7章 知的障害. 井澤信三・小島道生 (編), 障害児心理入門. ミネルヴァ書房, 129-148.
- 厚生労働省 (2011) 「健康日本 21」 最終評価.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc.html> (2018/8/23 閲覧)
- 厚生労働省 (2012) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (2018/8/23 閲覧)
- 厚生労働省・独立行政法人労働者健康安全機構 (2017) Relax 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeneiseibu/0000153859.pdf> (2018/3/29 閲覧)
- 熊野宏昭 (2012) 新世代の認知行動療法. 日本評論社.
- Lalli, J. S., Casey, S. D., & Kates, K. (1997) Noncontingent reinforcement as treatment for severe problem behavior: Some procedural variations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **30**, 127-137.
- Lalli, J. S., Mace, F. C., Wohn, T., & Livezey, K. (1995) Identification and modification of a response-class hierarchy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **28**, 551-559.
- Lindberg, J. S., Iwata, B. A., & Kahng, S. (1999) On the relation between object manipulation and stereotypic self-injury behavior. *Journal of Applied behavior Analysis*, **32**, 51-62.

- Lindsay, W. R., Jahoda, A. J., Willner, P., & Taylor, J. L. (2013) Adapting psychological therapies for people with intellectual disabilities I : Assessment and cognitive deficit considerations. In J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings, & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley Blackwell, Chichester, 69-84.
- Lindsay, W. R., Willner, P., & Sturmey, P. (2013) Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. In J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings, & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley Blackwell, Chichester, 101-1116.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tassé, M. J. (2002) *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th ed.)*. American Association on Mental Retardation, Washington DC, 152.
- Lucyshyn, J. M., Olson, D., & Horner, R. H. (1995) Building an ecology of support: A case study of one young women with severe problem behaviors living in the community. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, **20**, 16-30.
- 圓山勇雄・岡田信吾 (2017) うつ症状を示す知的障害生徒へのカウンセリング．就実教育実践研究, **10**, 45-60.
- Martorell, A., González, M. C., Gutiérrez, P., Rincón, F. & Núñez-Polo, M. H. (2017) Spanish validation of the PAS-ADD Checklist Questionnaire for people with intellectual disabilities for Spanish population. *Journal of Intellectual Disability Research*, **61**, 909–15.
DOI: 10.1111/jir.12393
- Mason, J., & Scior, K. (2004) ‘Diagnostic overshadowing’ amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, **17**, 85-90. DOI: 10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x
- Matson, J. L. (1988) *The PIMRA manual*. IDS Publishing Corporation, Columbus, OH.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011) Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, **32**, 419-436.
- McGill, P. (1999) Establishing operations: Implication for the assessment, treatment, and

- prevention of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **32**, 393-418.
- Melville, C. A., Johnson, P. D., Smiley, E., Simpson, N., Purves, D., McConnachie, A., & Cooper, S. (2016) Problem behaviours and symptom dimensions of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities: An exploratory and confirmatory factor analysis. *Research In Developmental Disabilities*, **55**, 1-13. DOI:10.1016/j.ridd.2016.03.007
- Michael, J. L. (1983) Establishing operations. *The Behavior Analyst*, **16**, 191-206.
- Michael, J. L. (1993) *Concepts and principles of behavior analysis*. Association for Behavior Analysis, Michigan.
- Michael, J. L. (2007) Motivating operation. In J. O. Cooper, T. E. Heron, & W. L. Heward. (Eds.), *Applied Behavior Analysis (2nd ed.)*. Pearson, Upper Saddle River, NJ. 中野良顯 訳 (2013) 応用行動分析学. 明石書店, 626-655.
- 水田俊郎 (2002) 第 2 章 知的障害の分類・類型 —障害理解への類型的接近— 第 3 節 元型 (原因) による分類・類型. 梅谷忠勇・堅田明義 (編), 知的障害児の心理学. 田研出版, 31-36.
- 文部科学省 (2013) 教育支援資料 —障害のある子供の就学手続と早期からの一貫した支援の充実—.
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afiedfile/2014/06/13/1340247_08.pdf (2018/3/22 閲覧)
- Moss, S. (2002) *PAS-ADD Checklist (Revised)*. Pavilion Publishing and Media Ltd, Hove, UK.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A. (2000) Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, **177**, 452-456. DOI:10.1192/bjp.177.5.452
- Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., & Patel, P. (1996) *PAS-ADD Checklist*. Hester Adrian Research Centre, University of Manchester, Manchester.
- Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turnel, S., & Hatton, C. (1998) Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, **42**, 173-183. DOI:10.1046/j.1365-2788.1998.00116.x
- 武蔵博文・久保田いず美・山田詩子・水内豊和 (2010) 広汎性発達障害児童を対象とし

- たソーシャルスキル・トレーニングの効果 ―スキル学習とゲーム活動を中心とした構成の検討―. 富山大学人間発達科学部紀要, **4**, 81-95.
- Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H. Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furuta, T. A., & Kikkawa, T. (2006) Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **60**, 240-248.
DOI:10.1111/j.1440-1819.2006.01492.x
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., Rothenberg, J. L., DelliCarpini, L., & Groag, I. (1995) Depression in adults with mild mental retardation: Are cognitive variables involved?. *Cognitive Therapy and Research*, **19**, 227-239.
- O'Brien, C. L. & O'Brien, J. (2002) The origins of person-centered planning: A community of practice perspective. In S. Holburn & P. M. Vietze (Eds.), *Person-Centered Planning: Research, practice, and future directions*. Paul H. Brookes, Baltimore, 1-27.
- 岡田智・後藤大士・上野一彦 (2005) ゲームを取り入れたソーシャルスキルの指導に関する事例研究 ―LD, ADHD, アスペルガー症候群の3事例の比較検討を通して―. 教育心理学研究, **53**, 565-578. DOI: 10.5926/jjep1953.53.4_565
- 岡村章司・藤田継道・井澤信三 (2007) 自閉症者が示す激しい攻撃行動に対する低減方略の検討―兆候行動の分析に基づく予防的支援―. 特殊教育学研究, **45**, 149-159.
DOI: 10.6033/tokkyou.45.149
- 奥田健次 (2001) わが国における強度行動障害処遇の現状と課題. 特殊教育学研究, **39**, 31-37. DOI: 10.6033/tokkyou.39.31_1
- O'Neill, R., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. (1997) *Functional assessment for problem behaviors: A practical handbook (2nd ed.)*. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- O'Reilly, M. F. (1995) Functional analysis and treatment of escape-maintained aggression correlated with sleep deprivation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **28**, 225-226.
- Perry, B. I., Cooray, S. E., Mendis, J., Purandare, K., Wijeratne, A., Manjubhashini, S., Dasari, M., Esan, F., Gunaratna, I., Naseem, R. A., Hoare, S., Chester, V., Roy, A., Devapriam, J.,

- Alexander, R., and Kwok, H. F. (2018) Problem behaviours and psychotropic medication use in intellectual disability: a multinational cross-sectional survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, **62**, 140–149. DOI: 10.1111/jir.12471.
- Prosser, H., Moss, S., Costello, H., Simpson, N., & Patel, P. (1997) *The mini PAS-ADD: An assessment schedule for the detection of mental health needs in adults with learning disability (mental retardation)*. University of Manchester, Hester Adrian Research Centre, Manchester, UK.
- Prout, H. T., & Schaefer, B. M. (1985) Self-reports of depression by community-based mildly mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, **90**, 220-222.
- Prout, H. T., & Strohmer, D.C. (2003) Issues in counseling and Psychotherapy. In D. C. Storohmer & H. T. Prout (Eds.), *Counseling & Psychotherapy: With persons with mental retardation and borderline intelligence*. John Wiley & Sons, NJ, 1-19.
- Reiss, S., Levitan, G. W., & McNally, R. J. (1982) Emotionally disturbed mentally retarded people: An underserved population. *The American Psychologist*, **37**, 361-367.
- Reiss, S., & Szyszko, J. (1983) Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, **87**, 396-402.
- Reichenberg, A., Cederlöf, M., McMillan, A., Trzaskowski, M., Kapra, O., Fruchter, E., Ginat, K., Davidson, M., Weiser, M., Larsson, H., Plomin, R., & Lichtenstein, P. (2016) Discontinuity in the genetic and environmental causes of the intellectual disability spectrum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **113**, 1098-1103.
DOI:10.1073/pnas.1508093112
- Rojahn, J., & Esbensen, A. J. (2002) Epidemiology of self-injurious behavior in mental retardation: A review. In S. R. Schroeder, M. L. Oster-Granite, & T. Thompson (Eds.), *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships*. American Psychological Association, Washington DC, 41-77.
- Rojahn, J., & Meier, L. J. (2009) Epidemiology of mental illness and maladaptive behavior in intellectual disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, **8**, 239-287.
- Ross, E., & Oliver, C. (2003) Preliminary analysis of the psychometric properties of the Mood,

- Interest & Pleasure Questionnaire (MIPQ) for adults with severe and profound learning disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, **42**, 81–93.
DOI:10.1348/014466503762842039
- Royal College of Psychiatrists. (2001) *DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*. Springer Science & Business, Berlin.
- Ruedrich, S. L., Swales, T. P., Rossvanes, C., Diana, L., Arkadiev, V., & Lim, K. (2008) Atypical antipsychotic medication improves aggression, but not self-injurious behaviour, in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **52**, 132-140.
- Sailor, W. (1996) New structures and system change for comprehensive positive behavioral support. In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavior support: Including people with difficult behavior in the community*. Paul H. Brookes, Baltimore, 163-206.
- Shen, Y. C., Zhang, M. Y., Huang, Y. Q., He, Y. L., Liu, Z. R., Cheng, H., Tsang, A., Lee, S., Kessler, R. C. (2006) Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, **26**, 257–267.
DOI: 10.1017/S0033291705006367
- 下山真衣・岡田信吾・石山貴章 (2014) 自閉症スペクトラムのある児童と青年への怒りマネジメントプログラムの検討. 就実論叢, **43**, 211-225.
- 下山真衣・園山繁樹 (2005) 行動障害に対する行動論的アプローチの発展と今後の課題：行動障害の低減から生活全般の改善へ. 特殊教育学研究, **43**, 9-20.
- Sigafoos, J. & Meikle, B. (1996) Functional communication training for the treatment of multiply determined challenging behavior in two boys with autism. *Behavior Modification*, **20**, 60-84.
- Singh, A. N., Matson, J. L., Cooper, C. L., Dixon, D., & Sturmey, P. (2005) The use of risperidone among individuals with mental retardation: Clinically supported or not?. *Research in Developmental Disabilities*, **26**, 203-218. DOI: 10.1016/j.ridd.2004.07.001
- Skinner, B. F. (1953) *Science and human behavior*. Macmillan, NY.

- Smiley E. (2005) Epidemiology of mental health problems in adults with a learning disability: An update. *Advances in Psychiatric Treatment*, **11**, 214-222.
- Smiley, E., Cooper, S. A., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Mantry, D., McGrother, C., McConnachie, A., & Morrison, J. (2007) Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, **191**, 313-319. DOI:10.1192/bjp.bp.106.031104
- Smith, R. G., & Churchill R. M. (2002) Identification of environmental determinants of behavior disorders through functional analysis of precursor behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **35**, 125-136.
- Smith, R. G. & Iwata, B. A. (1997) Antecedent influences on behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **30**, 343-375.
- Smith, K. R., & Matson, J. L. (2010) Psychopathology: Differences among adults with intellectually disabled, comorbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, **31**, 743-749. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.01.016
- 園山繁樹 (2000) 行動的立場の考え方と援助アプローチ. 長畑正道・小林重雄・野口幸弘・園山繁樹 (編著), 行動障害の理解と援助. コレール社, 100-120.
- 園山繁樹 (2003) 行動論からの援助アプローチ. 小林重雄・園山繁樹・野口幸弘 (編著), 自閉性障害の理解と援助. コレール社, 93-101.
- Spengler, P. M., Walker, B. S., & Look, K. K. (1995) Diagnostic overshadowing and mental retardation: A meta-analysis. *American Journal on Mental Retardation*, **100**, 293-298.
- Strømme, P., & Diseth, T. H. (2000) Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: Data from a population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **42**, 266-270.
- Sturmey, P., Laud, R. B., Cooper, C. L., Matson, J. L., & Fodstad, J. C. (2010) Challenging behaviors should not be considered depressive equivalents in individuals with intellectual disabilities. II. A replication study. *Research in Developmental Disabilities*, **31**, 1002-1007. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.04.018
- Sturmey, P., Newton, J. T., Cowley, A., Bouras, N., & Holt, G. (2005) The PAS-ADD Checklist:

- An independent replication of its psychometric properties in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, **186**, 319–23. DOI: 10.1192/bjp.186.4.319
- Taylor, J. L. (2010) *CBT for adults with intellectual disabilities*. the NADD International Congress and exhibit Show, Toronto, Canada, April 2010.
- Taylor, J. L., Hatton, C., Dixon, L., & Douglas, C. (2004) Screening for psychiatric symptoms: PAS-ADD Checklist norms for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **48**, 37-41.
- Taylor, J. L., & Knapp, M. (2013) Mental health and emotional problems in people with intellectual disabilities. In J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings, & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley Blackwell, Chichester, 1-14.
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R., & Willner, P. (2008) CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **36**, 723-733. DOI: 10.1017/S1352465808004906
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R., Hastings, R. P. & Hatton, C. (2013) Preface. In J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings, & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Wiley Blackwell, Chichester, xvii-xviii.
- Tsiouris, J. A. (2010) Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: Treatment or mistreatment?. *Journal of Intellectual Disability Research*, **54**, 1-16. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2009.01232.x
- 梅谷忠勇 (2002) 第 1 章 知的障害の概要と判断・状態把握 —障害の意味・判断—
第 2 節 出現率. 梅谷忠勇・堅田明義 (編) 知的障害児の心理学. 田研出版, 10-11.
- Vaughn, B. J. & Horner, R. H. (1997) Identifying instructional tasks that occasion problem behaviors and assessing the effects of student versus teacher choice among these tasks. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **30**, 299-312.
- Vereenoghe, L., & Langdon, P. E. (2013) Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*,

34, 4085-4102. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.08.030

- Vollmer, T. R. (1994) The concept of automatic reinforcement: Implications for behavioral research in developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, **15**, 187-207.
- Vollmer, T. R., Borrero, J. C., Lalli, J. S., & Daniel, D. (1999) Evaluating self-control and impulsivity in children with severe behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **32**, 451-466.
- Vollmer, T. R., Iwata, B. A., Zarcone, J. R., Smith, R. G., & Masaleski, J. L. (1993) The role of attention in the treatment of attention-maintained self-injurious behavior: Noncontingent reinforcement and differential reinforcement of other behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **26**, 9-21.
- Vollmer, T. R., Progar, P. R., Lalli, J. S., Van Camp, C. M., Sierp, B. J., Wright, C. S., Nastasi, J., & Eisenschink, K. J. (1998) Fixed-time schedules attenuate extinction-induced phenomena in the treatment of severe aberrant behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **31**, 529-542.
- Wacker, D. P., Berg, W. K., Asmus, J. M., Harding, J. W., & Cooper, L. J. (1998) Experimental analysis of antecedent influences on challenging behaviors. In E. D. Luiselli & M. J. Cameron, M. (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*. Paul H. Brookes, Baltimore. 園山繁樹・野口幸弘・山根正夫・平澤紀子・北原侑訳 (2001) 挑戦的行動の先行子操作－問題行動への新しい援助アプローチ－. 二瓶社, 61-77.
- Wagner, G. A. (2002) Person-centered planning from a behavioral perspective. In S. Holburn & P. M. Vietze (Eds.), *Person-centered planning: Research, practice, and future directions*. Paul H. Brookes, Baltimore, 273-289.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., Kessler, R. C. (2005) Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, **62**, 629-640.
- DOI:10.1001/archpsyc.62.6.629
- Werner, K., Horner, R. H., & Newton, J. S. (1997) Reducing structural barriers to improve the

- social life of three adults with severe disabilities. *The Association for Persons with Severe Handicaps*, **22**, 138-150.
- World Health Organization. (1992) *Icd-10: The Icd-10 Classification of mental and behavioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2001) *Fact sheet: The world health report 2001: Mental and neurological disorders*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2004) *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2017) *Policy options on mental health: A WHO-Gulbenkian mental health platform collaboration*. World Health Organization, Geneva.
- Worsdell, A. S., Iwata, B. A., Hanley, G. P., Thompson, R. H., & Kahng, S. (2000) Effects of continuous and intermittent reinforcement for problem behavior during functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **33**, 167-179.
DOI: 10.1901/jaba.2000.33-167
- Zeilinger, E. L., Weber, G., & Haveman, M. J. (2011) Psychometric properties and norms of the German ABC-Community and PAS-ADD Checklist. *Research in Developmental Disabilities*, **32**, 2431–40. DOI:10.1016/j.ridd.2011.07.017

付 記

本論文の一部は、以下の通り学術雑誌に掲載済みである。

- ・第4章第1節「知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生と支援状況（研究2）」、第2節「知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因（研究3）」の内容は、以下に掲載済みである。

Shimoyama, M., Iwasa, K., & Sonoyama, S. (2018) The prevalence of mental health problems in adults with intellectual disabilities in Japan, associated factors and mental health service use. *Journal of Intellectual Disability Research*, **62**(11), 931-940.

- ・第5章第1節「自閉スペクトラム症を伴う知的障害児の示す激しい自傷・他害行動へのカリキュラム修正と前兆行動を利用したコミュニケーション支援（研究5）」の内容は、以下に掲載済みである。

下山真衣・園山繁樹 (2010) カリキュラム修正と前兆行動を利用した代替行動分化強化による激しい自傷行動の軽減. 行動分析学研究, **25**(1), 30-41.

- ・第5章第2節「自傷行動を示す自閉スペクトラム症を伴う知的障害者への機能的アセスメントと余暇活動支援（研究6）」の内容は、以下に掲載済みである。

近藤真衣・園山繁樹 (2004) 知的障害者施設に入所する自傷行動を示す成人に対する介入効果. 福祉心理学研究, **1** (1), 34-42.

- ・第5章第4節「自閉スペクトラム症を伴う知的障害児のゲームに負けたときの感情マネジメント（研究8）」の内容は、以下に掲載済みである。

下山真衣 (2015) 自閉症スペクトラムの子どもに対するゲームに負けたときの怒りマネジメントプログラムの効果. 自閉症スペクトラム研究, **12**(2), 45-51.

- ・第5章第5節「自閉スペクトラム症を伴う知的障害児への感情マネジメントプログラムの開発（研究9）」の内容は、以下に掲載済みである。

下山真衣・岡田信吾・石山貴章 (2013) 自閉症スペクトラムのある児童と青年への怒りのマネジメントプログラムの検討. 就実論叢, **43**, 211-225.

謝 辞

本論文を作成するにあたって、筑波大学人間系教授園山繁樹先生には、多くのご指導をいただきました。本当にありがとうございました。ただただ感謝の気持ちで一杯です。長期に渡ってご指導いただく中で、知的障害者の問題行動に関する支援の理念について深く考える機会がたびたびありました。著者が20代の頃に初めて園山繁樹先生の最適生活設計についての話を伺ったときにすでに多くの感銘を受けたのですが、十数年経った今こそ、その必要性をもっと実感しております。これからも、園山先生の教えを胸に、研究や実践を重ねていきたいと思っております。就実大学教育学部准教授岩佐和典先生には、知的障害者のメンタルヘルスの不調について、建設的に研究を進めるために心理学的な観点からご助言いただきました。岩佐先生の事例のお話は研究をまとめる上でとても参考になりました。ありがとうございます。明星大学心理学部准教授竹内康二先生には、知的障害のあるメンタルヘルス研究会を実施のために、さまざまな助言と場所の提供をいただきました。ありがとうございます。最後に大学からの友人、岡本享子氏には、知的障害者のメンタルヘルスの不調の研究について相談したところ、知的障害のある人のメンタルヘルス研究会の発足の提案をいただきました。おかげで、研究会が開催され、多くの研究者や実践家に会うことができ、研究も順調に進めることができました。感謝申し上げます。本論文では、研究参加者の皆様、知的障害者団体や施設、ご家族の方々から多大なご協力をいただきました。本当にありがとうございました。本論文の一部は、JSPS 科研費 16K13496 の助成を受けました。

平成 30 年 12 月 26 日

下山 真衣

資 料

第4章で使用した質問紙調査を付録として掲載した。

資料1は、第4章第1節「知的障害者のメンタルヘルスのアセスメント尺度の開発（研究1）」、第2節「知的障害者のメンタルヘルスの不調の発生と支援状況（研究2）」、第3節「知的障害者のメンタルヘルスの不調の関連要因（研究3）」で使用した。なお、PAS-ADD チェックリストの質問紙に関しては、著作権の問題で掲載していない。

資料2は、第4章第4節「知的障害に関連する障害と精神疾患及び問題行動の発生（研究4）」で使用した。

知的障害のある成人のメンタルヘルスに関する調査

この調査は、東京都にお住いの知的障害のある成人の方を対象に、現在のメンタルヘルスについて調べようとするものです。記入は対象の方の保護者や介助をされている方をお願いします。調査は2種類ありますので、それぞれについて記入上の注意を読んで、回答してください。結果は統計的に処理し、お一人の回答のみを問題にしたり、個人が特定される情報を公表したりすることはありませんので、ご協力いただければ幸いです。

調査へのご協力と結果の公表について承諾いただける方は、
四角の中の同意しますに○をお付け下さい。

※ 必ず当てはまる数字に○をして下さい。

私はこの調査への協力と調査結果の公表に

1. 同意します
2. 同意しません

同意しますに○を付けられた方は、次からがアンケートの内容になっていますので、ページをめくってお答えください。同意されない方はこれで終わりです。



はじめに（基本情報の記入）

基本的な事柄について記入し、質問について当てはまる事項や番号に○をしてください。

問1 対象となる知的障害の人（以下対象者）の年齢： 歳

問2 対象者の性別： 男性・ 女性

問3 愛の手帳： 1度 ・ 2度 ・ 3度 ・ 4度 ・ 不明

問4 対象者のお住い： 実家 ・ 一人暮らし ・ グループホーム
・ 施設 ・ その他

問5 不安、うつ、眠れない、イライラしているなど、対象者にはメンタルヘルスに関する問題がありますか： はい ・ いいえ

問6 問5で「はい」と答えた方に質問です。

対象者のメンタルヘルスの問題について、医療や心理相談などの専門機関を対象者が利用していますか？ 当てはまる番号に○をしてください（複数選択可）。

①精神科や心療内科で治療を受けている

②心理士による心理療法やカウンセリングを受けている

③地域の相談支援機関で相談をしている

④その他

（具体的にお書きください： _____）

⑤特に専門機関は利用していない

問7 知的障害のある人のメンタルヘルスについてあなたはどのくらい関心がありますか？ 当てはまる番号1つに○をしてください。

①非常に関心がある

②だいぶ関心がある

③やや関心がある

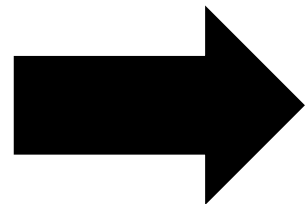
④あまり関心がない

⑤ほとんど関心がない

⑥全く関心がない

問7まで記入が終わりましたら、別紙の日本版 PAS-ADD チェックリストの記入方法をお読みいただき、日本版 PAS-ADD チェックリストにお進みください。

日本版 PAS-ADD チェックリストの記入方法



日本版 PAS-ADD チェックリストを記入する前にお読みください

全てのページについて

各ページに記入や回答の仕方について説明がありますので、よく読んでご記入ください。

1 ページ目

以下の3つの項目について記入してください。

- ・ 「チェックリスト作成日」：チェックリストに記入した日を書いてください。
- ・ 「対象者とあなたの関係」：父親、母親、施設職員など適宜お書きください。
- ・ 「対象者について、あなたが知るようになってからどのくらいですか？」
：○年、○ヶ月などで期間を書いてください。

※あなたの名前、対象者の名前については書く必要はありません。

記入例

チェックリスト作成日： 2016 年 9 月 20 日

あなたの名前（チェックリストの実施者）： 記入しません

対象者の名前： 記入しません

対象者とあなたの関係： 父

（たとえば、施設職員、母親、地域の保健師など）

対象者について、あなたが知るようになってからどのくらいですか？
36年

3 ページ目

対象者が当てはまる項目の□にチェックを入れてください。

記入例

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 親、子ども、夫婦、兄弟、姉妹と
いった近親者との死別 | <input type="checkbox"/> 薬物問題 |
| <input type="checkbox"/> 家族ぐるみの付き合いで親しい友
人・介護者・その他の人との死別 | <input type="checkbox"/> 親しい友人・介護者・隣人・関係
者との深刻な問題 |
| <input type="checkbox"/> 重度の病気や怪我 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月以上無職である、もしくは
求職中 |
| <input type="checkbox"/> 退職 | <input type="checkbox"/> 親との関係に深刻な亀裂がある |
| <input type="checkbox"/> 親しい関係にある介護者や友人の
重い病 | <input checked="" type="checkbox"/> 仕事の一時的解雇、もしくは解雇
された |
| <input checked="" type="checkbox"/> 家の引越しや施設の移動 | <input type="checkbox"/> 貴重品の紛失、もしくは盗まれた |
| <input type="checkbox"/> 恋人との別れ（ガールフレンドや
ボーイフレンド） | <input type="checkbox"/> 警察やその他の公的機関との問題 |
| <input type="checkbox"/> 別居もしくは離婚 | <input type="checkbox"/> 重大な財政危機 |
| <input type="checkbox"/> アルコール問題 | <input type="checkbox"/> 性的な問題 |

裏面もあります→

4～5 ページ目

25問の全ての質問について、対象者

の最近4週間の行動について当てはまる

欄の数字に○を付けてください。

ただし、最近4週間に限らず、平常からその行動が見られる場合は、①の欄の数字に○をしてください。

- ・スコア A、B、C、D、E の得点を記入する必要はありません。

記入例

	最近4週間について			
	① 起つていない、もしくは平常からこのような状態である	② ときどき起きる、もしくは軽い状態で起る(○)	③ 頻回に起きる、(もしくは中度の状態で起る(○))	④ ほとんどいつも起る、重度の状態である
もしも回答できないときは、質問項目に下線を引き、その理由を書いてください。				
たとえば、もし対象者が十分に話せず、どのような考えをもっているのか分からない場合は、線を引いてその質問文を消し、その理由を書いてください。				
1. 服の着脱、入浴、トイレの使用、料理などの「セルフケアスキル」の使用が以前に比べてできなくなった、もしくは進んであまりしなくなった。	0	②	2	2
2. 以前に比べ忘れっぽくなっている、もしくは混乱している。たとえば自分で言ったことを忘れたり、行き慣れた場所で迷子になったりするなど。	0	2	②	2
スコア A = 記入しません				
3. 夜間、睡眠中に目が覚めてしまい、もう一度寝ようとする、1時間以上かかってしまう。	0	①	1	1
4. テレビの視聴、読書、趣味のような、好きな活動に以前より集中できなくなった。	0	0	①	1
5. 落ち着きがない、もしくは歩き回る、ずっと座ってられない。	0	①	1	1
6. イライラしている、もしくは不機嫌である。	0	0	①	1
スコア B = 記入しません				

6 ページ目

評価について、各スコアの総合得点を計算し、記入する必要はありません。

- 総合得点 1～3 の名称について以下に補足いたします。
- ①「器質性疾患の可能性」とは、アルツハイマー病や脳の炎症性疾患といった脳そのものの障害、または甲状腺機能の障害や糖尿病といった脳以外の身体疾患による二次的な脳の障害を原因として、メンタルヘルスの問題が生じている可能性を示しています。
- ②「感情障害」にはうつ病や躁うつ病など、「神経症性障害」には不安障害や強迫性障害などが含まれます。
- ③「精神病的障害」は統合失調症などが含まれます。
- ④しきい値とは境目となる値のことですが、これはあくまでも目安であり、しきい値を超えているからといって、必ずしも特定の疾患・障害を持っているとは限りません。

それでは、日本版 PAS-ADD チェックリストにお進みください。

これで質問はすべて終わりになります。

再度、表紙のページに戻って、1. 同意しますに○をしたか、確認をお願いします。

また、全ての質問に答えたか、もう一度確認をお願いします。

ご記入頂いた質問紙は、同封しました返信用封筒に入れて、投函してください。

調査のへのご協力ありがとうございました。

知的障害のある人のメンタルヘルスと 行動上の問題に関する調査

この調査は、東京都にお住いの知的障害のあるお子さんや成人の方の現在のメンタルヘルスと行動上の問題の状況について調べようとするものです。記入は知的障害のあるお子さんや成人の方のご家族にお願いします。調査は 6 ページありますので、それぞれについて記入上の注意を読んで、回答してください。結果は統計的に処理し、お一人の回答のみを取り上げたり、個人が特定される情報を公表したりすることはありません。協力は任意に行われますので、回答を拒否する権利があります。調査の結果は、学会、論文等で公表される予定ですので、ご協力いただければ幸いです。調査はおおよそ 10 分～20 分で完了します。

調査へのご協力と結果の公表について承諾いただける
場合は、同意しますに○をお付け下さい。

1. 同意します

同意しますに○を付けられた方は、次からがアンケートの内容になっていますので、ページをめくってお答えください。同意されない方はこれで終わります。



はじめに（基本情報の記入）

基本的な事柄について記入し、質問について当てはまる事項や番号に○をしてください。

問1 この質問紙を回答（記入）している方： 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他

問2 対象となる知的障害の人（以下、対象者の方）の年齢： _____ 歳

問3 対象の方の性別： 男 ・ 女

問4 愛の手帳： 1度 ・ 2度 ・ 3度 ・ 4度 ・ 不明

問5 対象の方のお住い： 実家 ・ 一人暮らし ・ グループホーム ・ 入所型施設
その他（ _____ ）

問6 対象の方は知的障害以外の障害の診断を受けていますか？

はい ・ いいえ

問7 問6で「はい」と答えた方に質問です。「はい」と答えた方は以下の診断名に○をしてください。（複数選択可）

自閉スペクトラム症（自閉症） ・ ダウン症 ・ 脆弱 X 症候群

フェニルケトン尿症 ・ クレチン症 ・ プラダーウィリー症候群

もやもや病 ・ 先天性感染症 ・ ウィリアムズ症候群 ・ 筋ジストロフィー

胎児性アルコール症候群 ・ てんかん ・ 脳性まひ ・ 奇形症候群

神経皮膚症候群 ・ 水頭症 ・ ADHD（注意欠如多動性症）

その他（具体的にお書きください）

問8 対象の方はメンタルヘルスの不調や問題を抱えていますか？

はい ・ いいえ

問9 問8で「はい」と答えた方に質問です。対象の方はメンタルヘルスの不調や問題に関して精神科もしくは心療内科、その他の診療科を受診していますか？

はい ・ いいえ

問 10 問 9 で「はい」と答えた方に質問です。メンタルヘルスの不調に関してどのような診断を受けましたか？ 当てはまるものに○をしてください。(複数選択可)

統合失調症 ・ うつ病 ・ 双極性障害 (躁うつ病) ・ 不安障害

場面かん黙 (選択性かん黙) ・ パニック障害 ・ 強迫性障害 ・ 身体表現性障害 (身体症状症) ・ 解離性障害 ・ 人格障害 ・ PTSD ・ 愛着障害

アルコール依存症 ・ 薬物依存症 ・ 摂食障害 (過食・拒食) ・ 睡眠障害

認知症 ・ 適応障害 ・ 異食 ・ 素行障害 ・ 反抗挑戦性障害

間欠性爆発性障害 ・ 不明

その他 (具体的にお書きください)

問 11 対象の方には問題行動がみられますか？

はい ・ いいえ

問 12 問 11 で「はい」と答えた方に質問です。以下の項目について、支援の必要な程度などについて当てはまる数字に○をしてください。記入例を参考にしてください。

【記入例】

項 目	・ 支援が不要 ・ 稀に支援が必要 ・ 月に 1 回以上の支援が必要	・ 週に 1 回以上の支援が必要	・ ほぼ毎日 (週 5 日以上) 支援が必要
暴言がある	0	①	2
大声・奇声を出す	①	1	2
自らを傷つける	0	1	②

【次のページから問 12 の回答が始まります】

資料 2

項 目	・ 支援が不要 ・ 稀に支援が必要 ・ 月に 1 回以上の支援が必要	・ 週に 1 回以上の支援が必要	・ ほぼ毎日（週 5 日以上）支援が必要
大声・奇声を出す	0	1	2
異食行動がある	0	1	2
多動・行動停止がある	0	1	2
不安定な行動がある	0	1	2
自らを傷つける行為がある	0	1	2
他人を傷つける行為がある	0	1	2
不適切な行為がある	0	1	2
突発的な行動がある	0	1	2
過食・反すうがある	0	1	2
物を壊す	0	1	2
反抗的な態度をとる	0	1	2
過度に要求が多い	0	1	2
徘徊がある	0	1	2
糞便遊びがある	0	1	2
引きこもりである	0	1	2
暴言がある	0	1	2
その他（具体的に症状をお書きください） _____ _____ _____	0	1	2

資料 2

項 目	・ 日常に支障がない	・ 特定の人であれば コミュニケーションできる ・ 会話以外の方法で コミュニケーションできる	・ 独自の方法でコ ミュニケーションで きる ・ コミュニケーシ ョンできない
コミュニケーション	0	1	2

項 目	・ 理解できる	・ 理解できない	・ 理解できているか 判断できない
説明の理解	0	1	2

項 目	・ 年に 1 回以上起こる	・ 月に 1 回以上起こる	・ 週に 1 回以上起こる
てんかん	0	1	2

問 13 問8もしくは問 11 で「はい」と答えた方に質問です。メンタルヘルスの不調や問題行動に対して、対象の方はどのような治療・支援を受けていますか？ 当てはまる数字に○をしてください。(複数選択可)

1. 向精神薬による薬物療法(薬の名前を書いてください:)
2. 精神科医の診療
3. 精神科医以外での診療(具体的に診療科名を書いてください:)
4. 心理士によるカウンセリングや心理療法
5. 地域の社会福祉サービスの相談支援(具体的に)
6. 入所している施設での支援(具体的に)
7. その他(具体的に)
8. 特に治療や支援や受けていない(理由:)

問 14 問 8 もしくは問 11 で「はい」と答えた方に質問です。対象の方のメンタルヘルスの不調もしくは問題行動に対して、どのような支援が必要だと考えますか？ 具体的にお書きください。

これで質問はすべて終わりになります。

再度、表紙のページに戻って、1. 同意しますに○をしたか、確認をお願いします。また、全ての質問に答えたか、もう一度確認をお願いします。

ご記入頂いた質問紙は、同封しました返信用封筒に入れて、投函してください。

調査のへのご協力ありがとうございました。