

平成22年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究推進事業
(身体・知的等障害分野)

報 告 書

厚生労働省

実施機関：日本障害者リハビリテーション協会

目 次

* 外国人研究者招へい事業

「ジュン イサクソン カイレス氏招へい報告」

勝又 幸子(国立社会保障・人口問題研究所).....5

* 日本人研究者派遣事業

「成人の注意欠陥多動性障害に対する認知行動療法の実情調査」

高貝 就(浜松医科大学 医学部附属病院)43

* 若手研究者育成活用事業

「強度行動傷害の支援方法に対する評価尺度の作成」

岡田 涼(中京大学 現代社会学部).....61

外国人研究者招へい事業

ジュン イサクソン カイレス氏招へい報告

勝又 幸子

国立社会保障・人口問題研究所

1. 招へい理由

『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究―諸外国の実態と制度に学ぶ障害者自立支援法の可能性―』においては、日本の障害者権利条約批准を前提に、新たに必要とされる政策について考察してきた。平成22年度は3年計画の研究事業を締めくくるにあたって、本研究の中心課題である自立生活と、1～2年目ではカバーできていなかった障害女性という、2つのテーマに焦点をあてた議論をするために、この分野に知見と経験のある研究者を招へいすることにした。諸外国に学ぶという本研究の趣旨に沿って、自立生活運動の発祥の地である、アメリカ合衆国カリフォルニア州から、障害者の自立生活の運動家でありまた、研究者であって女性である、ジュン・イサクソン・カイレス氏を招へいした。

ジュン・イサクソン・カイレス氏

アメリカ合衆国 カリフォルニア州

ウェスタン保健科学大学 障害保健政策センター 部長補佐

2. 共同研究の報告

12月3日（金）

講演者：ジュン・イサクソン・カイレス氏

テーマ：障害者の医療アクセスの課題 アメリカにおける調査から（講演録 抄訳）

パワーポイント使用（配布資料あり）

私は、障害のあるひとびとの医療へのアクセスが障害の無い人と同様に確保されること、また緊急時の対応において、障害のあるひとが無い人と同様に対応をうけられるようにすること、それらに関心をもって研究をしてきました。

障害がある人となない人の間にヘルスケア（医療）サービスの格差をなくすこと、医療機器に関しては新たな利用しやすいものが開発普及していくことを目指しています。政策や行動のガイドラインは、医療機関に対してアクセシブルな機器などを導入し利用できるようにすることを強制する役割をなすべきです。

本日の講義は、医療アクセスの問題点、研究、訓練、状況についてお話します。障害のあるひとは無い人と同じ医療に対するアクセス、医療機器を利用する機会などがありません。視察台、治療台、歯科治療台などです。障害の無いひとに比べて障害のあるひとは予防的ケアを受ける機会にめぐまれていないということです。実際私の友人でも癌の早期発見がおくれたり、精密検査ができないで十分な治療ができなかったりして、死んだひとがいます。問題としては、障害者の問題というだけでなく、高齢者の問題でもあり、また経済的影響を大きく及ぼす問題です。早期治療ができないと、のちに多くの医療費がかかることもあります。障害者で体重計に乗れないので体重を計れない人は、その正確な体重データがないために十分な治療ができないことすらあります。女性でも健常者とおなじ診察台に乗れないひとはがんの発見が可能な検査をうけられません。そんなとき、医療関係者

はその人を椅子にすわらせたまま検査することがよくあります。診察台への上りおりに身体的に支障がある障害者は、病院におけるそのような行為が苦痛で、それがゆえに予防のための健康診断などを怠りがちになります。低い診察台のほうがだれにとっても使いやすいのです。(スライド映写による具体例) 歯科において使われる 360 度のレントゲンは、車いすの人には椅子にすわれないために使えません。車いすのまま計測できる体重計や体重計を内蔵したベッドなどあります。丈夫な手すりや大きなデジタル表示、重量のある電動車いすにも対応できる体重計が望ましいです。(アクセシブルな体重計の例スライドにより説明) 手すりなどをつけて、普通の体重計を障害があつて身体のバランスがとりにくい人のために改造することも、低費用で可能です。診察の時に患者が座る椅子にも、障害の種類によっては、すわりにくかったり、あぶみが足の固定にならなかつたりするようなものがあります。(スライドで通常の診察椅子と工夫された診察椅子の例を映写) 上下左右にスライドしたりする椅子が、おなじように上下左右にスライドする机型の機器に接続されれば、かなりの自由度が確保できます。たとえば、眼科における視力検査機などです。(車椅子の人が対応かのような視力検査機のスライド) 歯科治療の椅子に座れない人も治療がうけられるように工夫された歯科診療台は、肘掛や背もたれに工夫されています。(スライド映写による具体例) 費用をかけなくとも、体が動いてしまって固定しにくい人には、マジックテープをつかつて固定することも可能です。

また、自力で歩行が困難な人の避難器具も重要です。(階段上り下りの補助器具スライド) フィットネス機器についても、視力の弱い人や全盲の人にも、使いやすくすることができます。(アクセシブルなバイク＝エクササイズ用の自転車のスライドで映写)

これまでお話ししてきたまとめですが、最高の器具や設備があつたとしても、もしそこにそれを使うという政策や訓練された人がいない場合は、それを生かすことができません。また利用者が使いにくさを表明していくことで、はじめて使いやすいものへと改善が行われます。

アメリカにおいて、医療関係者がアクセシブルな設備や器具に改善をした理由は ADA の規制や州政府からの指導以外には 33% が利用者からの要望だったと答えています。日本にあてはまるかはわかりませんが、アメリカにおいては患者が大きな声を出して要望してアクセシブルな医療サービスへと改善されてきました。

このようなアクセシブルな器具は現在ではかなり普及してきました。ただ、それがあまり広く使われていないだけです。ですから利用者が声をあげて、人々が認識するようになければなりません。これにより、障害者だけでなく多くの人が益をうけます。

医療サービス提供者自身の高齢化が器具の改善を必要としています。使いやすい機器は、医療サービス提供者がより長く現役でサービスを提供しつづけることに有効だということがわかっています。また、障害をもっている医療関係者が雇用を確保していくためにもこのような機器は重要です。

医療サービス提供者がけがをするのは、障害者の介助をしている場合が多いという研究結果があります。とくに背中と肩のけがが多いです。ですから、これらの器具は医療関係者の労働災害を防ぐためにも有効です。

アメリカでは司法省がいくつかの指針を出しています。例えば、医療機関においてはアクセシブルな器具の購入をすべきとのことです。また、アメリカでは新しいヘルスケア関係の法律で、アクセシブルな医療機器の基準の作成をうたっています。ADA の施行後、

多くの不服申し立てがおこなわれています。その結果医療器具の改善がなされた部分もあります。今はアクセシブルな器具の基準作成に着手しています。消費者(利用者)の要求がカギだとも思います。配布資料においてウェブ上でみることのできる情報をしめしましたので、のちほどご覧ください。インターネットラジオでアクセシブルな医療サービスの必要性について研究成果を発信したり、小冊子にまとめています。重要なことは、これらの研究の成果をいかにして、医療提供関係者の知るところとするかということです。私たちがよく言っている以下のようなメッセージがあります。

[あなたの健康です。あなたの人生です。それをあきらめてはいけません。戦い抜きましょう。状況は改善できます。期待が低いことで、必要な改善が行われず、差別された環境をそのままにしてしまうことの無いように。それは、他のおなじ改善を必要としている人のためにも重要です。]

今、このような器具が必要でなくとも、高齢になっていつかは必要になります。健康面が脅かされたのでは、自立生活は意味を持たなくなります。ですから、その意識をひろめるためにも、今から行動することが重要なのです。

12月4日(土)

講演者：ジュン・イサクソン・カイレス氏

「ジェンダーと障害」公開研究会における基調講演から(抄訳)

「アメリカにおける女性障害者の自立生活」

(米国ウェスタン保健科学大学障害保健政策センター)

ジュン・カイレスと言います。ロサンジェルスからきました。私はアメリカで自立生活運動が始まった頃から、この活動に携わっています。私自身も、自立生活センターを10年程運営していました。現在、私が焦点をあてているのは、障害者のニーズをヘルスケアなど緊急対策にインテグレートしていくことです。

今日、障害を持つ女性のヘルスケアのアクセスについて話そうと思っていました。しかし、昨日、それはプレゼンテーションさせていただきましたので、今日はアドボカシー(権利擁護)についての方がいいのではということになりました。今日は、アメリカにおけるアドボカシーと自立生活について、学んだことを話させていただきたいと思います。では、幾つか、私の好きなアドボカシーに関する引用を皆さんと集めたものをシェアしたいと思います。その1つは、「問題だ」と定義された人々が、それを再定義する力を得ること、それを革命という。2つ目は、「願い」は最終的なゴールという形をとらない限り無意味なものだ。

何年かにわたり学んだのは、次のようなことです。人は正しいことだという理由で、何か変化を起こす訳ではありません。変化をおこさせるためには強制しなければいけない時があります。2分野で、様々な活動をしましたが、大きな結果をもたらしたことの背景については2つの要素がありました。

1つはADAです。障害のあるアメリカ人法です。その法律が制定されるまで長年かかりました。実際に現実のものとするには、何年もかかります。法律が実際に機能するのは、私たちが要求をだし不服申し立て、訴訟をおこして初めて機能するのです。ですので、最も大きな変化は、法的な不服申し立ての訴訟が起き、人が変化を起こすことを強制されたときでした。私が見たアメリカにおけるアドボカシーの最大の変化の2つ目をお話します。

それは、私たちが力を持つ位置に立ったときです。

権利擁護者の人達がサポートグループをつくり、さまざまな問題への戦略を立てることが重要なわけです。そうすることで、私たちは反対意見をともに訴えていくことができるのです。

今日のトピックが女性なので、自立生活において女性に関することで起こった有名な話をしたいと思います。NCILという団体は、アメリカで有名な組織です。

1980年代に設立され、最初の5年間は女性が不満を持つようになってきました。なぜなら、様々なスポットライトが当たるのは男性で、裏で作業をしているのは女性だったからです。実際、裏の現場では女性が多くのことをやっていました。私たちは、自分が認識されないことにうんざりしてきました。ある晩、内緒で結託しました。

ブロックで投票しようということで合意しました。オフィスのために選挙に出る人に、みんなで、その人のために投票しよう決めました。翌日、全ての女性がそこで選出され、勝ったわけです。男性たちは何が起こったのかとびっくりしました。

私たちにとって重要なのは、グループでサポートすること、一緒にすること、共にゴールに向かい、戦略を立て、シンプルにそれらを実行することなのです。それ以降、男女はほぼ同等に組織を運営するようになりました。

けれどもこの件に関しては今でも女性たちの間で語り草になっています。アドボカシーに関して、またジェンダーの問題に関して重要なのは、1人が全部できるのではなく、課題を選んでやっていくということが大事なのです。そうした課題は、大抵自分の中で、怒りの原因になっているものだったりします。怒りとは、その問題について皆さんがその問題をどのように思っているかを計る1つの良い方法だと思います。怒りは、それを感じた後ちゃんと行動として方向付けされれば、それは良いものと思っています。私がいつも言っているのは、怒りは、それに焦点をあてたとき、変化を起こす良い燃料だということです。怒りは火花を発生させます。その火花は火をつけます。それは情熱にさらに燃料を与えます。そして、隠された力やエネルギーの肩をたたいて、モチベーションを与える、引っ張り出すものだと思います。

実際確かに、勝つか負けるかわからないことをやるという時には、だれでもあまり気が進まないものだったりします。問いたいのは、皆さんがどれだけ、その問題への取り組みに対して、パワフルかということです。問題のゴールを設定し、実現可能だと信じることが重要なわけです。

私がアメリカの自立生活運動のなかで、間違っていると思うことがあります。それは多くの人々が、権利擁護(アドボカシー)のゴールを毎年毎年変えているということです。現実としては、権利擁護のゴールが実現されるまでには、20年もかかってしまいます。私たちは、バスをアクセシブルにするために20年かかりました。取り組む問題を選ぶなら、長年取り組むものであるべきだと思います。

もう1つは、自分達がやっているのと同じことを目標としている、別の組織と一緒にやるべきだということです。例えば、高齢者のコミュニティと協力するとか。エイズのコミュニティだったり、女性運動だったりします。

それが重要なのは、数が大きくなると、より強い力を持てるようになるからです。もう1つ重要なのは、大きな問題を小さな課題にしていくことです。そうすることで、ちょっとした成功を感じて、嬉しい思いができます。小さな成功はちゃんとトラッキング

(検証)することが大事です。必要なら、また方法や目標を変えて、さらに洗練させることも必要です。

もう1つ学んだことは、好かれるより、尊重される方がいいということでした。声をあげると、人はあなたを尊敬したり、尊重してはくれますが、好きにはなってくれなかったりします。また、批判を回避する一番の方法は、何も言わないこと、しないこと、何者にもならないことです。このように、声をあげることがしないと、抑圧が大きくなり、やがてその重圧によって落ち込み、うつ状態に変わります。

有名な哲学者が次のように言っています。「もしあなたのように、多くのことを考えている人が動かない限り、絶対によくはならない」スース博士の言葉です。

彼は、とてもよい哲学者で、次のようなことも言っています。「自分らしくあれ、そして感じたことを言え」。自分らしくあれ、そして感じたことをいえ、なぜなら、それについて気を配らなければいけない人は何も考えていないし、どうでもいいと思っているから」です。

昨日別のところで、医療アクセスについてお話ししましたが、後で時間があれば、ヘルスケア問題についても話せればと思います。何故なら、女性はヘルスケアのアクセスも不平等です。医療機器がアクセシブルではなく、様々な診断、検査、マンモグラフィー、がん検診などへも、アクセスも不平等で限られているからです。診察台などに乗れないとか、使えないという問題もあります。重要なことなので、機会があれば話したいと思います。その結果、診断が遅れ進行が進んだあとになり、早期発見できないという問題があります。

最近まで、自立生活は、反医療モデルで動いていました。けれども、活動に携わる人も高齢化し、ヘルスケアの利用する頻度も増えてきました。実際、以前別のミーティングでも話は出ましたが、私たちは年をとるにつれ、健康は贈り物と認識するようになりました。そしてそれを今日も持ち続けたいと思っています。明日も持ち続けたいと思っています。(健康な状態を保つことに大きな価値をおくようになります。)

そしてそれはとても大事で貴重なものなのです。障害者、とくに障害女性は最高の健康状態を持つための権利があるはずです。けれども多くの人はまだその権利を持っていません。

3. 受け入れ期間の活動

期間：2010年11月25日(木)～12月8日(水)

滞在先：ホテルサンルートプラザ新宿(東京都渋谷区代々木2-3-1)

活動報告：

11月28日(日) 東京都自立生活センター協議会主催 交流ランチミーティング(於：サンルートプラザ小会議室「カトレア」)

12月1日(水) 12:00～15:00 自立生活センターステップエドがわ訪問 意見交換

12月2日(木) 15:00 国立社会保障・人口問題研究所 西村所長表敬訪問後、打合せ

◎12月3日(金) 14:00～16:00 講演 障害者の医療アクセスの課題ーアメリカにおけ

る調査から（別添１）（於：国立社会保障・人口問題研究所第４会議室）『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する調査研究』

◎12月４日（土）「ジェンダーと障害」公開研究会（別添２）基調講演者として参加

12月８日（水）交流会参加（於：国立社会保障・人口問題研究所第４会議室）

（注）２週間の招へい期間終了後、招へい研究者の自己負担で滞在を延長し12月17日（金）帰国

（注）◎はⅡ共同研究で報告した研究会。

4. 事業の成果と今後の計画

アメリカにおいては、ADA(障害のあるアメリカ人法)の策定と施行によって、障害者のあらゆる社会参加および社会生活におけるアクセスが保障されるようになった。将来、日本が障害者権利条約を批准し、障害者差別禁止法が整備されると、障害者の医療アクセスについても、特定地域の大規模病院や専門病院でしか車いす利用者が検査や治療をうけられないということは積極的に改善されるべき課題として認識されるようになることだろう。障害者が、どのような場面において、利用を阻まれることになっているかは、障害の形態と程度によって異なる。障害者自らが利用者として、不都合を指摘すること、それこそが社会参加である。障害のある女性の問題にしても、女性障害当事者が声を上げることが重要であるということを、ジュン・イサクソン・カイレス氏の講演から学ぶことができた。今回のジュン・イサクソン・カイレス氏の医療アクセス課題から見えてくることは、障害当事者の参加による議論が、すべての人にアクセシブルな社会へと変える原動力になえるという事実である。それは、とりもなおさず「インクルーシブな社会」をつくるという、21世紀に多くの国々が取り組む共通の目標の礎となることだろう。『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究－諸外国の実態と制度に学ぶ障害者自立支援法の可能性－』は平成22年度で終了するが、この研究では障害者の「自立生活」に焦点を当てた研究が多かった。本研究に参加した研究者がそれぞれの場で、研究と活動を継続していくことが望まれる。

5. 謝辞

本共同研究を実施するにあたり、June Isaacson Kailes氏の招へいを実現していただいた財団法人日本障害者リハビリテーション協会に感謝いたします。また、Kailes氏滞在中に日本における自立生活の実態を見学し、障害者との意見交換の機会を与えていただいた、東京都自立生活センター協議会、自立生活センターステップエドがわ、DPI 女性障害者ネットワークのご協力に感謝いたします。

最後に今回の招へいに快く応じていただいた June Isaacson Kailes 氏本人と氏に同行し介助者の役割を担っていただいた June 氏の夫 Robert Kailes 氏に心より感謝いたします。

June Isaacson Kailes

Associate Director

jik@pacbell.net

310.821.7080

Harris
Family
cdhp
Center for Disability
and Health Policy

**Adding value
to service through
increasing access**

1

Harris
Family
cdhp
Center for Disability
and Health Policy

**Adding value
to service through
increasing access**

www.hfcdhp.org

**Western University
of Health Sciences
Pomona, California**

Established 1998

2

Cover



- **Problem**
- **Research**
- **Training**
- **Trends**
- **Resources**

3

Problem – people with disabilities:

- **Do not have an equal opportunity to medical care without accessible medical:**
 - exam tables,
 - dental chairs,
 - Scales
 - radiological,, rehabilitation & fitness equipment

4

Problem – people with disabilities:

- **Do not have an equal opportunity to medical care without accessible medical:**
 - exam tables,
 - dental chairs,
 - Scales
 - radiological,, rehabilitation & fitness equipment
- **Less likely to get routine preventative medical care than people without disabilities**

5



Western University
OF HEALTH SCIENCES
*The discipline of learning.
The art of caring.*



**Center for Disability Issues
and the Health Professions**

**Quality Services for People
with Disabilities & Activity Limitations**

Accessibility & Usability of Medical Equipment for People with Disabilities: A National Survey

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

7



www.rerc-ami.org

8

- **RERSlide - AMI Vision**
- **All people should have access to healthcare products, facilities & services & to employment in healthcare professions.**

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

9

RERSlide - AMI
Objectives

- **Assist individuals with disabilities:**
 - ✓ To use full range of healthcare services
 - ✓ To gain access to employment in healthcare
- **Assist equipment developers:**
 - ✓ To produce accessible/usable medical devices

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

10

RERSlide - AMI
Objectives

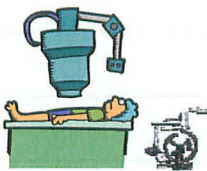
- **Assist healthcare providers to better serve needs of their:**
 - ✓ Patients with disabilities
 - ✓ Employees with disabilities

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

11

Audience

- ☐ Health –
 - ☐ Providers
 - ☐ Plans
 - ☐ Educators
- ☐ People with disabilities
- ☐ Advocates
- ☐ Manufacturers
- ☐ Vendors / Sales Reps
- ☐ Policy Makers



(C) jik@pacbell.net June Isaacson

12

Intended Outcomes



- Reduce costly health disparities among people w/ disabilities by removing barriers to health care services.
- Create new accessibility standards for accessible medical equipment.

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

13

Intended Outcomes



- **Policy & practice guidelines will mandate that healthcare facilities purchase & use accessible devices.**

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

14

National Consumer Survey

- Exploratory cross-sectional design;
- Developed via a Delphi process
- Choice of format:
 - computer: online
 - computer: Word document
 - paper: PDF document (standard or large print)
 - over telephone (voice or TTY)
 - In person

(C) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes Disability Policy Consultant

15

457 people completed part or all
of survey,
408 provided usable data



(C) jik@pacbell.net June Isaacson

16

50 states represented



(C) jik@pacbell.net June Isaacson

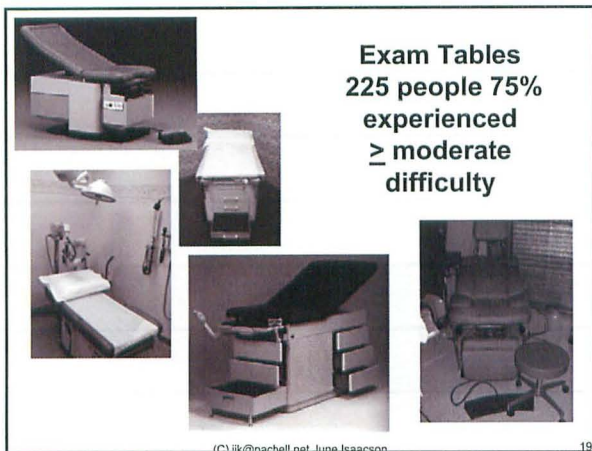
17

Survey Results: The Big 4

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| • <u>Type of Equipment</u> | • <u>≥ Moderate Difficulty</u> |
| • Examination tables (n = 291) | 74.9% |
| • X-ray equipment (n = 258) | 68.2% |
| • Rehab./exercise eq. (n = 203) | 55.1% |
| • Weight scales (n = 222) | 53.6% |

(C) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes, Disability Policy Consultant

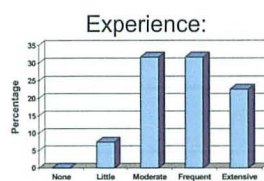
18



(C) jik@pacbell.net June Isaacson

19

Problems with Examination Tables (n=263)

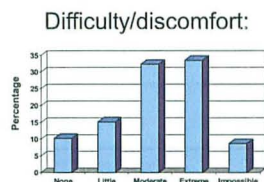


	None	Little	Moderate	Frequent	Extensive
Percentage	0	7.5	31.7	31.7	22.6

(C) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes, Disability Policy Consultant

20

Problems with Examination Tables (n=263)



	None	Little	Moderate	Extreme	Impossible
Percentage	10.3	15.2	32.3	33.5	8.7

(C) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes, Disability Policy Consultant

21

Examination Tables

- Height: too high
- Width: too narrow
- Comfort: hard surface, nothing to lean on
- Getting on: nothing to hold on to
- Fear: being alone; long wait
- Other:
 - Step: too small, nothing to hold on to
 - Stirrups: hard to use
 - Paper: slippery; contrast; notes

(c) jik@pacbell.net June Isaacson

22

**“it takes a
village to get
me on the
table”**

(c) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes Disability Policy Consultant

23

Tables & Chairs Technical Requirements

- Wide cushion top (≥ 24 inches)
- Higher weight capacities (≥ 400 lbs) for larger patients
- Adjustable handrails &/ or side panels provides balance, & stability assistance for:
 - getting on & off
 - achieving and maintain positioning

24

Tables & Chairs Technical Requirements

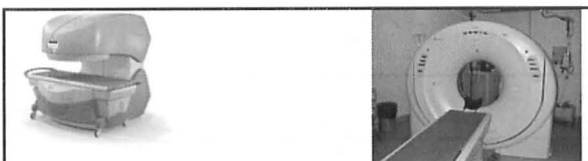
- Foot/ leg supports that can be adjusted & locked.
- Articulating knee crutches provide for increased stability & control for patients unable to hold their legs in place.

25

Tables & Chairs Technical Requirements

- **Height adjustable, with a minimum height of 17 inches, from floor to top of cushion versus top of platform.**

26



X-Ray Equipment

181 people, 68% experienced
≥ moderate difficulty

General x-ray; MRI, mammogram,
ultrasound, Scans: CT, PET & bone
density; etc.

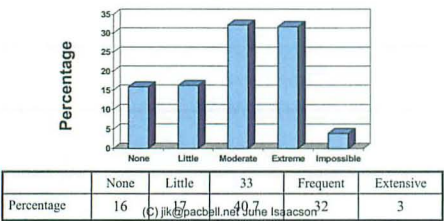
(C) jik@pacbell.net June Isaacson

27

Problems with X-Ray Equipment (n=238)

General x-ray, MRI, CT scan, PET scan, mammogram,
bone density scan, ultrasound, etc.

Difficulty/discomfort:



28

Imaging Equipment

- Many of same issues as exam tables
- Imaging tables are uncomfortable, cold, need padding &/or pillows
- Can't take wheelchair into MRI room = double transfer before & after
- Communication with provider is critical

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

29

Weight scales
120 people,
54%
experienced
≥ moderate
difficulty



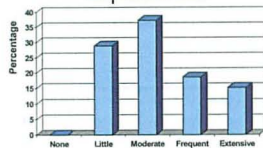
(C) jik@pacbell.net June Isaacson

30

Problems with Weight Scales (n=203)

e.g., standing, chair, wheelchair, bed, etc.

Experience:



	None	Little	Moderate	Frequent	Extensive
Percentage	0	28.9	37.3	18.6	15.2

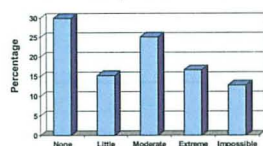
(C) jik@pacbell.net June Isaacson

31

Problems with Weight Scales (n=203)

e.g., standing, chair, wheelchair, bed, etc.

Difficulty/discomfort:



	None	Little	Moderate	Extreme	Impossible
Percentage	30	15.3	25.1	16.7	12.8

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

32

Weight Scales

- Standing scales may be unstable
- Standing scales may have nothing to hold on to
- Scale displays are not usable by blind
- Some people do not know their weight, have not been weighed in many years
- Guessing or estimating one's own weight is common

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

33

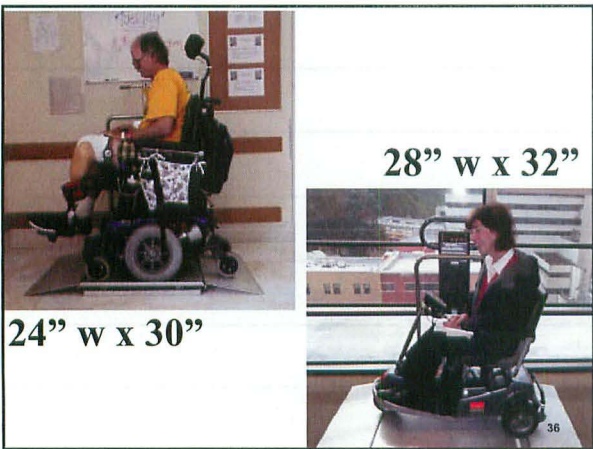
Scales Technical Requirements

- High weight capacity (500-800lbs+),
- Large & easy-to-read display (digital),
- Slip resistant platform,
- Wide platform, large enough to accommodate large power-wheelchairs

34



35 35



36





Examination & Procedure Chairs
132 people, 50% experienced
≥ moderate difficulty

Dental, oral surgery, eye exam,
laboratory, reclining procedure
(chemotherapy, dialysis, transfusion)

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

38

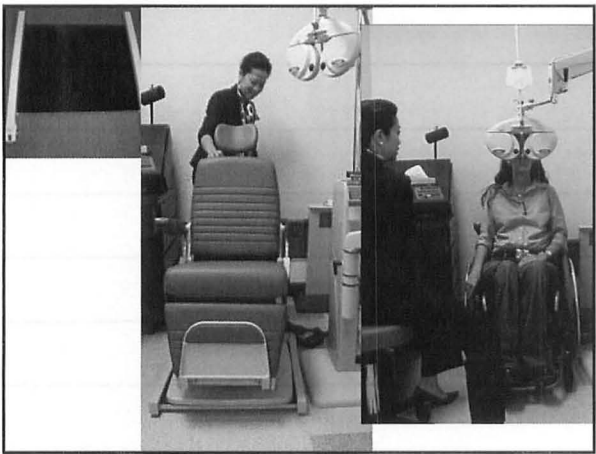
Medical Chairs

- Base: if extends beyond seat, cannot maneuver wheelchair close alongside
- Chair height: may be too high
- Arm rests: may be missing or too low; if present, may interfere with transfer
- Leg support: fixed knee angle may be uncomfortable
- Foot rest: depending on shape, feet may get tangled or not be supported

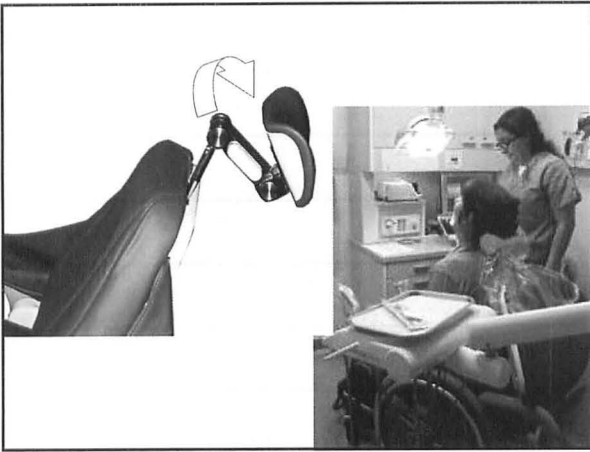
(C) jik@pacbell.net June Isaacson

39

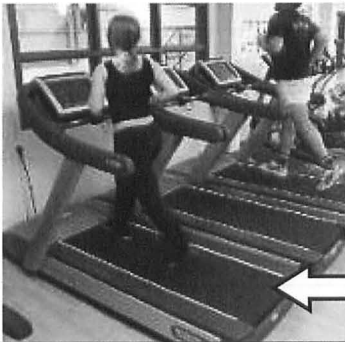




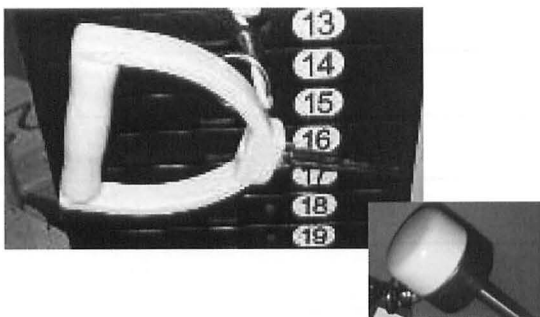




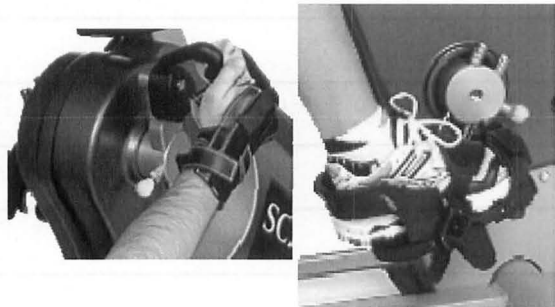
**High contrast tape on edges,
handrails, steps, & drop-offs**



Large, open grips for weight pins



Foot straps & gloves help secure feet & hands onto platforms to avoid slippage.



**Home items needing
attention include:**

- Blood glucose monitors
- Syringe dosing devices
- Pill splitters and containers



Isaacson Kailes, Disability Policy Consultant

47

**Adaptive Aids
&
Communication
Devices**

48



Assistive listening device

Pillow Switch



**Real access
is not just
installation!**

© June Isaacson Kailes, CDHP, jik@pacbell.net

Training

- Disability competency and literacy

52

Quality, Service, & Accommodation Alerts! (QSAs)



53

Use hi/low table in 3, 12, & 15

54

**Use
accessible
scale**

55

**Unable
to stand**

56

**Use assistive
listening
device**

57

Training

- Policies & Procedures Implementation

Training

- Specific Departments Targeted Training

Bridging the Accessible Equipment Gap



What you can do, Speak Up!

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

61

One person can make a
difference.

- Survey of 379 Massachusetts health care providers found they made access changes based on:
 - 60% ADA compliance
 - 49% State requirements
 - 33% PATIENT RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT 
 - 25% because they completed an ADA checklist
 - 25% TJC & other certifying agencies

(C) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes, Disability Policy Consultant

62

**Commercially
available devices
are more
accessible, but they
are not widely used!**

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

63

- **Don't compromise your access to quality & safe care**
- **Get access on health care providers' radar screen**



(c) jik@pacbell.net June Isaacson

64

Trends

- Demographic
- ADA compliance
- Consumer demand
- Policy

(c) June Isaacson Kailes

65

Some disabilities are visible, others are hidden due to:

• Arthritis	• Heart disease
• Cancer	• Emotional or psychiatric conditions
• Learning	• Significant allergies or chemical sensitivities
• Hearing	
• Vision	
• Diabetes	

(c) June Isaacson Kailes CDHP-jik@pacbell.net

66

Many people have limitations which effect:

- walking
- seeing
- speaking
- hearing
- breathing
- understanding
- balance
- strength
- endurance
- coordination
- manipulation
- bowel & bladder control

© June Isaacson Kailes, CDDHP jik@pacbell.net

67



**If you live long enough,
you will age into disability
&/or activity limitations.**

© June Isaacson Kailes, CDDHP jik@pacbell.net

68



**Many more people
have disabilities &
limitations that affect
activities than is
commonly recognized**

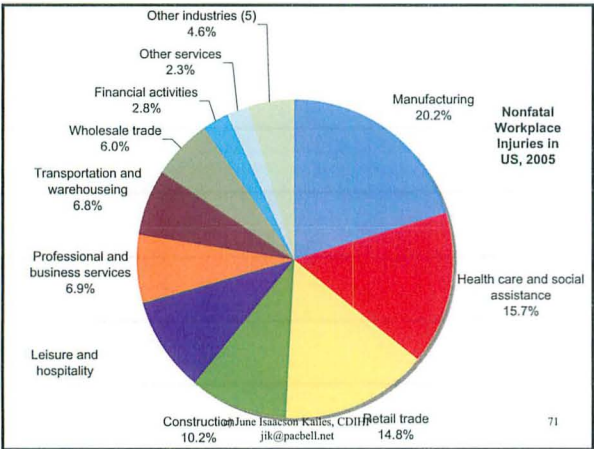
© June Isaacson Kailes, CDDHP jik@pacbell.net

69

Health Professionals Rates of Injuries*	
Injuries per 100 FTE	Types
4.4	All industries
2.3	Ambulatory healthcare services
7.5	Hospital workers
8.7	Nursing & residential care

*Source: Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor (2006), *Workplace Injuries and Illnesses in 2005*.

(c) June Isaacson Kailes, CDHP jik@pacbell.net 70



**ADA
Compliance**

(c) June Isaacson Kailes, CDHP jik@pacbell.net 72

Non-discrimination Principles of the Law

Federal civil rights laws require equal access for, & prohibit discrimination against, people with disabilities in health care.

c) June Isaacson Kailes

73

Consumer Demand

c) June Isaacson Kailes, CDHP jik@pacbell.net

74

ANSI/AAMI HE-75: *Human Factors Engineering – Design of Medical Devices*

- Developed by Human Factors Engineering Committee of Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI)

c) June Isaacson Kailes, CDHP
jik@pacbell.net

75

www.hfcdhp.org

**CLICK - Products
Click - Accessible Health Care
Briefs for**



jik@pacbell.net 06/18/07

76

For more thorough discussion visit

- Accessible Health Care Series
 - Tools For Decreasing Health Care Barriers
 - Importance of Accessible
 - Examination Tables
 - Weight Scales
 - Health Care Facilities Access



jik@pacbell.net 06/18/07

77

- Choosing and Negotiating an Accessible Business Location
- Barrier Removal: Improving Accessibility with Limited Resources
- Providing Information in Alternative Formats
- Accessible Web Site Design
- Tax Incentives for Improving Accessibility



jik@pacbell.net 06/18/07

78

NPR's Morning edition 9/13/07
looks at accessible medical
equipment

<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=14362338>

Medical Care Often Inaccessible to
Disabled Patients
by Joseph Shapiro



Medical Instrumentation Accessibility and Usability Considerations

Edited by Winters & Story
CRC Press

#651x

(C) jik@pacbell.net June Isaacson

80

**It's your health,
it's your life,
don't give up!
Fight the fight!
Make a difference!
To expect less,
to demand less,
does an injustice to ourselves & to
those who come after us!**

(C) jik@pacbell.net June Isaacson Kailes Disability Policy Consultant

81

公開研究会 ジェンダーと障害

「障害のある女性にとって合理的配慮とは何か」

●日 時： 2010年12月4日（土）17：30～20：00 （受付開始17：00）

●場 所： 戸山サンライズ 2階 大研修室 （東京都新宿区戸山1-22-1）

プログラム

17：00 受付開始

17：30 開始

司会

はじめのことば

○公開研究会の目的

○パネリスト基調講演

ジュン イサクソン カイレスさん <資料 p.1～2>

アメリカにおける女性障害者の自立生活 - 過去と現在、そして未来 -

伊藤智佳子さん <資料 p.3～13>

障害当事者における男女の違い ～当事者運動団体の調査結果の分析を通して～

佐々木貞子さん <資料 p.14～21>

障害女性の生活の困難とは ～人生の中で出会う複合的な生きにくさ～

18：40

～休憩（25分）～

再開 19：05

<ディスカッション> テーマ：障害のある女性が望む社会とはどのようなものか

司会

○パネリストが提起した問題点の確認（5分）

※パネリストへの質問（10分）

○ディスカッション及びフロアーからの発言（40分）

おわりのことば

終了 20：00

配布資料

DPI 女性障害者ネットワーク<資料 p. 22～26>

交流会のお知らせ（プログラムの裏面） 質問票（別紙1枚）

Resources on Accessible Medical Equipment November 22, 2010

www.hfcdhp.org -- **CLICK – Products & Click - Accessible Health Care Briefs for Accessible Health Care Series**

- [Tools For Decreasing Health Care Barriers](#)
- [Importance of Accessible](#)
 - [Examination Tables](#)
 - [Weight Scales](#)
- [Health Care Facilities Access](#)
- [Choosing and Negotiating an Accessible Business Location](#)
- [Barrier Removal: Improving Accessibility with Limited Resources](#)
- [Providing Information in Alternative Formats](#)
- [Accessible Web Site Design](#)
- [Tax Incentives for Improving Accessibility](#)

Improving and Protecting Your Health

- [5 “G’s” Getting Access to Health Care for People with Physical Disabilities](#)
- ["Aging with a Disability" Presentations](#)
- [Using a Fitness Center Does Not Have to be an Exercise in Frustration: Tips for People with Mobility and Visual Disabilities](#)
 - [Inclusive Fitness Equipment: Resource listings](#)
- [Making Preventive Health Care Work for You - A Resource Guide for People with Physical Disabilities](#)
- [Pathway Series: Breast Care CD-ROM](#)

[Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities \(May 2010\),](#)

[http://www.ada.gov/medcare ta.htm](http://www.ada.gov/medcare_ta.htm) (last accessed 9.14.10) U.S. Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section. Provides guidance for medical care professionals on the ADA's requirement to provide accessible health care to individuals with mobility disabilities and includes an overview of general ADA requirements, commonly asked questions, and illustrated examples of accessible facilities, examination rooms, and medical equipment.

Importance of Accessible Mammography Equipment (2009) Covers discussion and illustration

- Reasons why medical facilities should have height-adjustable / wheelchair accessible mammography equipment;
- Accessible and inaccessible features of mammography equipment; and
- Accessories to improve access.

Suggested Intake Questions On Special Needs When Scheduling A Mammography Appointment (2009), American Association on Health & Disability, Rockville, Maryland

http://www.aahd.us/site/static/pdfs/komen/Compendium_Intake_Questions2009f?PHPSESSID=7d20fdb54d0aebfdbb2c31bcc621584

A short text document that provides suggested questions and information concerning accommodations women with disabilities might require when scheduling a mammography appointment. Giving the caller the opportunity to alert staff to her specific needs prior to her appointment will help her feel less anxious and more welcomed by the facility.

Health, Wellness and Aging with Disability - <http://www.jik.com/hwawd.html>

NPR's Morning edition 9/13/07 looks at accessible medical equipment

<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=14362338>

Medical Care Often Inaccessible to Disabled Patients by [Joseph Shapiro](#)

Book: Medical Instrumentation Accessibility and Usability Considerations (2006)

Edited by Winters & Story, <http://www.lerc-ami.org/ami/book/>

Rehabilitation Engineering Research Center on Accessible Medical Instrumentation -

<http://www.lerc-ami.org/ami/>

日本人研究者派遣事業

成人の注意欠陥多動性障害に対する認知行動療法の実情調査

高貝 就

浜松医科大学医学部附属病院精神科神経科

1. はじめに

私は、このたび財団法人日本障害者リハビリテーション協会の障害者対策総合研究推進事業・日本人研究者派遣事業として平成 22 年 6 月 1 日から同年 11 月 26 日にかけて、カナダのブリティッシュコロンビア大学 (The University of British Columbia; 以下 UBC) 教育学部教育カウンセリング心理学科を拠点として調査研究を行った。

今回の研究目的は成人の注意欠陥多動性障害 (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; 以下 ADHD) に対する認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy; 以下 CBT) の実情の調査であった。

ADHD は、不注意、多動性・衝動性などの症状が学業や仕事などの活動において著しい障害を呈する精神障害である。この障害は通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断され、治療的介入が開始される。しかし、ADHD の診断と治療を受ける機会を逸し、治療を受ける機会を持たぬまま成人期に至っている患者が、成人人口の 1-4% 存在することが明らかになっている (Adler&chua, 2002)。現在、児童・思春期の ADHD 患者に対しては有効な薬物療法や心理療法が確立されている。しかし、成人の ADHD に対する治療資源は児童・思春期症例と比較して非常に乏しい。また、成人例では特に不安、抑うつ、絶望などの症状を二次的に合併することが多い (Biederman ら、2000, Ingram ら、1999)。また、成人例では失業や離婚などのリスクが高いと言われている (Wilens ら、2004)。以上のように、成人 ADHD 患者の苦悩は計り知れぬものがあり、社会的な損失も多大である。

CBT は心理療法の一つであり、不安障害やうつ病などの精神障害に有効性が確立している。近年、欧米では成人期 ADHD に対して CBT が導入されており、その有効性が確認されている (Safren ら、2005, Rostain&Ramsey, 2006, Young&Bramham, 2007, Bramham ら、2009)。しかし、わが国では現在のところ成人 ADHD の治療技術を提供できる医療機関がほとんどないために、成人 ADHD 患者が CBT の治療を受けることが困難である。

このため、欧米において先進的な CBT の技法と治療者の養成システムの実情を精査し、わが国への速やかな導入と整備を図ることが急務である。このためには欧米で先進的な心理療法を実践している機関で第一線の専門家による指導を受けることが望ましいと考え、研修先を検討した。

UBC の石山一舟博士は、北米において心理療法の第一線で活躍中の研究者であり、CBT を始めとした心理療法に精通している。また、石山博士は日本人であり、長年に亘りわが国の研究者との交流も積極的に継続している。このことから、本邦の精神医療の現状にも造形が深い。このため、石山博士のもとで研修を行うことにより、欧米における成人 ADHD に対する CBT の手法を始めとした心理療法の実際の習得が可能であるだけでなく、国情に即した技術移転についても的確な指導を受けることが可能であった。今回は、石山博士のご高配により、UBC より客員助教として招聘を受け研究を行うことができた。

2. 施設調査

今回視察調査については、まず UBC およびバンクーバー近郊の大学、カレッジのカウンセリングサービス部門を対象とした。これは、成人期 ADHD 患者が幼児期や学童期に未治療・未介入のまま経過し、大学入学後に対人関係や学業への不適応といった問題が顕在化し精神医学的介入が必要となった場合の医療機関との連携や、疾患についての啓蒙を行う部署としてカウンセリングサービス部門が重要な役割を持つと考えたためである。また、CBT に習熟した臨床心理士による支援体制の実情を調査したいと考えた。

また、成人期、特に青年期の ADHD 患者に対する社会資源としての家族療法センター、またバンクーバー近郊の精神医療の施設として司法精神病院、被虐待者へのケア施設の見学も行った。

まず、カナダはブリティッシュコロンビア州における医療システムについて概説する。

カナダではわが国と異なり家庭医 (General Practitioner; GP) のシステムが徹底している。もし病気やけがをした場合、緊急時を除きまず自分の GP を受診し、GP がより専門的な診断と治療を要すると判断した場合に専門医に紹介される。

GP は予約制であり、受診までに時間を要するが多い。このため、軽いけがや病気の時には、予約が不要であるドロップインクリニックを受診し、その医師が受診内容を患者の GP に報告する仕組みとなっている。ドロップインクリニックの医師から、専門医に直接紹介することはできない。

急性の精神病状態などの場合には総合病院の救急外来を受診し、そこから精神科に紹介され精神科専門医が急性期治療を行う。急性期を脱し治療方針が明確になったら地域の精神保健センターあるいは GP のもとで治療を継続する。地域の精神保健センターでは、精神科医、ソーシャルワーカー、臨床心理士、看護師などの Community Mental Health Team が、在宅の統合失調症や躁うつ病、薬物依存症などの精神疾患を抱えた患者の医療と福祉のサポートを行っている。GP による治療を続ける場合は、数カ月一度の頻度で精神科医を受診し、その結果に基づき精神科医が GP に薬物療法の助言を行う。

シャワーを浴びたり廉価で食事を取ったりすることができる。ドロップインセンターでは、住環境についての専門のソーシャルワーカーから、アパート紹介などの生活支援を受けることができる。また、アートセラピーや遠足などの作業療法やレクリエーションプログラムも受けることができる。大学のカウンセリングサービス部門は、成人期 ADHD 患者を始めとした精神疾患の患者に対し、医療のルートに乗せる支援を行う部署としての役割を担っている。特に、バンクーバーやその近郊では中国やアジア、中東からの留学生も多数学んでいる。言葉や文化の壁が精神医療を受けるにあたっての障害となっていることも多いという。

UBC カウンセリングサービス

UBC のにおける学生の健康サービスに関わる組織体制は、「ハイブリッド・モデル」という、学生担当副学長の権限下に中央化されているものと、部局ベースのものと、双方向からのサポート体制が採用されている。また、カウンセリングサービスについての情報は、学生の健康全般にわたるサービスの一部門として位置づけられている。

インタビューでは質問紙を用いた半構造化面接を行い、緊急性の高いものを選別してい

る。

カウンセリングサービスでは、個人カウンセリングのほかに、うつや不安、摂食障害のグループ、心理教育のグループも主催している。CBT の技法を用いたアプローチに習熟した臨床心理士が関わっている。成人期 ADHD に対する集団精神療法は行っていないが、個人に対しては CBT も行っている。

支援対象となる学生を現在のマンパワーでは継続的にフォローアップすることが困難であるため、外部機関に紹介が可能な学生は UBC と契約を結んでいる民間カウンセリング機関に紹介を行い、カウンセリングを継続するようにすすめているとのことであった。

また、早期介入システムとして、学生指導担当教員に対し講義に出てこなくなった学生など、どのような学生に注意が必要か、そのような学生をどの部署にどのように紹介したらよいのかについての説明会や、そのような学生に対する行動介入の仕方についての訓練も行っているとのことである。

また、ブリティッシュコロンビア州公認の心理士の養成システムについての情報を得ることができた。大学院修士レベルと博士レベルに区別されている。修士レベルについては大学院修士課程を修了した後に試験があり、さらに 200 時間の臨床経験が必要である。さらに博士レベルに認定されるためには、博士の学位に加えて 1,600 時間の臨床経験が必要であるという。臨床実習を行う施設の募集が多くはないため、実習先を探すことが困難とのことであった。

修士レベルと博士レベルの違いの一つとして診療報酬の格差があげられる。

修士レベルが 100-135 カナダドル／回（50-60 分）であるのに対し、博士レベルでは 135-150 カナダドル／回（50-60 分）である。また、ブリティッシュコロンビア州では公的保険があるが、カウンセリングに支払われる上限は年間 500 カナダドルに過ぎず、超過分は自己負担となる。日本の精神科通院医療に対する公費負担制度について話したところ、カナダに比べ日本の患者は幸福だろうが、治療者の報酬がその分低く抑えられているのではないかと感想をいただいた。ブリティッシュコロンビア州の公認心理士の資格認定は書類申請のみであり、大学での指定されたコースについての成績証明、インターンとして働いた時間数の証明等が必要となる。認定されると、協会から開業のためのオフィスの賃貸物件一覧等が送られてくるとのことである。バンクーバー市の電話帳を見ると心理士オフィスの広告を多数見かけた。当地では臨床心理士の開業はそれ程難しいとは考えられていないとのことであった。

バンクーバー・コミュニティ・カレッジ (Vancouver Community College;VCC)

VCC はブリティッシュコロンビア州立のコミュニティーカレッジであり、留学生も多数受け入れている。ここ数年、留学生に対し長期プログラム中心のカリキュラムを導入した結果、学校経営にも大きなメリットがあったとのことである。その反面、短期プログラムが中心だった頃は、多くの学生はカナダに到着直後の、まだカナダのよいところしか見えていないいわゆる「ハネムーン」期間の間にカリキュラムが終了して帰国していたのだが、プログラム改革後は、滞在が長期化することによって、カナダ社会への適応の問題が出てきた。学生のメンタル面での問題が表面化することも多くなり、教職員は、一時的なカルチャーショックと、メンタル面での持続的な問題とを見分ける力を養

う 必要が出てきた。

VCC では、新入生へのオリエンテーション時に、アドバイザー制度、ホームステイなどさまざまな学校サービスについて説明を行っている。アドバイザーは、主に、入管手続きや滞在中のビザ関係、学業面や社会活動の面についてのアドバイスを行うが、カルチャーショックやカウンセリングの知識も持っている。留学生アドバイザーやクラス担任の教師は、学生の長期欠席など学生のメンタル面での問題徴候に気づくと、マネージャーに伝える仕組みとなっている。少人数クラスでの授業が特徴であるコミュニティ・カレッジでは、教師は必ず出席を取ることで、普段の様子と違う学生に気づきやすいとのことである。マネージャーが学生と面談し、メンタル面での問題があることがわかったら、カウンセリングサービスを受けるように学生に勧める。メンタルヘルスに関することはでカウンセリングサービスが当初の窓口として一本化されている。カレッジには、全科を網羅して診てくれる校医（GP）がおり、カウンセリングサービスと緊密な連携体制をとっている。

ダグラス・カレッジ

バンクーバーから約 30km 東にあるニューウェストミンスター市にキャンパスを持つカレッジであり、中国や日本などアジア諸国からの留学生も多数受け入れている。学生サービスのカウンセラーは 5 人いるが、需要がとても高いため、全ての学生が必要とするカウンセリングを提供することはできず、長期的なカウンセリングと要する多くのケースは、地域の社会サービス、開業カウンセリング機関、医療機関、性的被害者のためのサービスなどに紹介を行っているとのことであった。ただ、留学生の場合は、言語の問題や、社会サービスがカナダ人のみを対象とする場合もあり、同じような問題を抱えたカナダ人学生と比較して長くカウンセリング関係が続けなければならない場合もある。精神科医に診てもらうことが必要な場合、GP を通じて地域の精神科医に診てもらうまでに、およそ 2 ヶ月間を要することが一般的である。大学に精神科医は常駐していないため、まずは GP を受診することになる。留学生に関しては、学生の母国語で診察してもらえる医師を探すのがとても難しい。また ADHD 等の発達障害や精神疾患の既往を持つ学生が、母国よりも自らの障害／疾患に対するサポートが受けやすいと思って留学してくる場合もあるとのことである。しかし、実際のところはカナダ人の同様に障害を持つ学生も精神科医の診察を受けるまで長期間待機している状況である。

カモサン・カレッジ

ブリティッシュコロンビア州で初めての留学生カウンセラーを採用したのがカモサン・カレッジである。キャンパスはブリティッシュコロンビア州の州都であるビクトリアにある。留学生セクションには、留学生カウンセラーの他に、ビザなどの世話をするアドミッション・アドバイザー、履修を担当するアカデミック・アドバイザー、ホームステイ・ファシリテーターがいる。留学生は 600 人と数は少ないが、専門のカウンセラーを置いて手厚くしているのには、カナダ政府が、将来の有益な移住者やビジネスパートナーとしての留学生の問題について、とても注目しているからという理由もある。

大きな問題が発生する前に、それを防ぐ手立てを考えておく方がよいので、留学生専門のカウンセラーを置くことは、学生と大学双方にとって、有益である。

ビクトリアでは、精神科医に予約を取ってから、実際に受診できるまでに、6 カ月～1 年もかかるが、留学生カウンセラーに相談することで、少し便宜を図れる場合もある。カウンセラーから直接精神科医へ紹介することはできず、まずは GP にリファーすることになる。しかし、精神科専門医の数がとても少ないため、正確な診断が下されないまま、GP から抗不安薬や抗うつ薬を処方され漫然と服薬している場合も多いとのことである。大学生の 6 割くらいが、在学中に何らかの精神的な薬を服用しているとのことであった。

学内で、急性精神病状態になるなど、緊急に介入を要する事態が起こった場合には、Local Health Authority に属している Mobile Crisis Team に出動を要請する。このチームは、精神科医、心理学者、ソーシャルワーカー、看護師、警察の多職種チームである。出動時は私服で訪問するため目立たない。必要な援助機関に紹介する機能を有する。

以上の学生相談部門の視察から、特に青年期に至るまで未治療で経過した ADHD 患者に対して、社会活動上の問題が顕在化しがちである高等教育機関での治療的介入の窓口が有効であることが窺われた。特に未治療例に対しては本人のみならず家族への心理教育や、一般学生への懈もう活動も重要であると考えられる。また、特に留学生の場合は、異文化や言語の問題から不適応が著明となる場合が多いため、独自のサポートが必要であることが示唆された。現在わが国では、外国人留学生を多数受け入れる施策を取っているが、来日する留学生の中には未治療の ADHD の人々が含まれている可能性がある。このため、大学等の高等教育機関で留学生の相談窓口 ADHD に対する CBT 等の治療技術を有する心理職が常駐し、精神科医と連携するシステムを構築することが望ましいと考えられた。また、家族機能の観点からの介入も重要であり、成人期 ADHD に対する介入については複数のルートを構築することで未治療例に対するアプローチの可能性がより大きくなると思われた。

South Vancouver Youth Centre (SVYC)

SVYC は、家族機能に問題がある家庭に介入し、青少年を保護する目的の施設である。家族機能の問題には、家庭内暴力、虐待、経済的困窮等が含まれる。このセンターではこれらの家族にまつわる問題について包括的に取り組むことを目的としている。当センターでは 5 人のスタッフが家庭訪問を行い危機介入に関わっている。スタッフの中にはブリティッシュコロンビア州の認定臨床心理士の資格を有しているメンバーもいる。また、他の治療・社会資源との連携、協同も重要な役割となっている。また、不登校となったりした青少年は、センターで通常の学校教育との代替の教育を受けることが可能であり、就労の支援も受けることができる。このセンターでは利用対象となる青少年の 65-80% が ADHD や行為障害等の診断を満たしているという。このセンターのスタッフの中に臨床心理士の有資格者がいるため、家族機能の改善のため CBT の手法を用いたアプローチが可能であるとのことである。また、これらの症状のために入院した場合は、入院から退院までを通じ、ケア会議にスタッフが参加するとのことであった。

また同センターではインターネットのためのパソコン、教室、カウンセリングルーム

が備わっていた。利用者のコスト負担はなく、すべて国費で賄われている。

このセンターの運営は会社組織であり、定期的な市の入札で運営の権利を獲得するシステムとなっている。この点は、日本における介護サービス事業への民間資本の参入と類似している状況が窺われた。

Forensic Psychiatry Hospital

州立の司法精神病院であり、日本における医療観察法の治療病棟に相当する施設である。本施設の見学をアレンジして下さった高野嘉之先生は家庭内暴力の加害者に対するCBTの第一人者である。この施設は元々農場の用地を譲り受け建設されたもので、正面のゲートには'Colony Park'と銘打っており名残が偲ばれた。見学に当たっては、同院のバリー・クーパー博士が説明と案内をしてくれた。同院の入所者数は190名、そのうち170名が男性であり、医療スタッフは精神科医が10名、General Practitionerが3名、心理士が3名、Case Managerが8名、看護師がおおよそ300名等となっていた。Case Managerとは、日本における社会復帰調整官に相当する職業である。入院患者の診断名は多様だが、統合失調症が多いとのことであった。しかし治療対象となる疾患は多様であり、例えば摂食障害の治療についてチームを結成し取り組むこともあるとのことだった。また、ADHDを始めとした発達障害圏のケースも少なくないとのことであった。また、身体合併症については院内で対応しきれないケースは他院に転送するが、受け入れ先に苦勞するとのことだった。転送先としては精神科スタッフが充実している、隣接したサリー市の総合病院に依頼することが多いとのことだった。また日本では、医療観察法の治療対象となる罪状は刑法に規定されている殺人、放火などの6罪種と規定されているが、カナダではこのような規定はなく、例えば窃盗などの罪を犯しただけの人も収容されている。また、司法機関で2年以上入院が必要と判断されたケースがこちらの病院での受け入れ対象になるとのことだった。入院中は司法機関への定期的な病状報告、多職種チームによる治療と退院後の地域生活と治療継続のための準備などが行われるとのことであった。これらの体制は、いわば日本の医療観察法に先んじたシステムと考えて良いと思われる。また、カナダでも一般の精神科病棟に司法精神病棟が併設されている病院も複数あるとのことだったが、司法精神病院として独立しているのはブリティッシュコロンビア州ではここだけとのことだった。年齢層は19歳から70代、最も多いのが30代であった。病棟内は、収容者の状態に応じてセキュリティが軽度・中等度・重度の三段階に区分されていた。重度のゾーンに入るにはいくつものセキュリティが科せられた扉をくぐる必要があった。患者はGPSで居場所を管理するための器具の装着が求められていた。軽度の場合は自由度が上がり、散歩のための外出が許可されるケースもあるとのことだった。また、退院前に家族と宿泊訓練をするコテージも数軒あった。病棟内には体育館やフィットネスジム、作業療法室、デイルームや売店なども整備されていた。院内は全面禁煙であった。禁煙ができない患者には医師による禁煙指導が行われるとのことであった。ちなみに、今回この治療施設を案内してくれたクーパー博士は、詐病の検査が専門であり、assessment measureとしては、MMPIの他に、VIP (Validity Indication Profile), TOMM (Test of Memory Malinger) 等を用いることが多いとのことだった。また、検査結果だけではなく、病棟での様子、特に看護師の観察に基づく情報が重要であると力説

していた。この施設では、概ね年間 6 例程度詐病と考えられるケースがあるとのことだった。彼は、詐病の検査や研究を目的とした会社も運営しているとのことだった。日本で公的機関に常勤している人が、別に会社を持っているというケースは耳にしたことがなかったので驚いた。病院内は、セキュリティが厳格で、フェンスも 4m くらいの高さで張り巡らされていましたが、清潔で中庭の芝生の手入れも良く、人に慣れたウサギが跳ねており殺伐とした雰囲気とは無縁だった。帰途に、近くにある州立精神病院 (Riverview Hospital) の敷地を訪ねた。山肌に沿って開かれた広大な土地にバス路線が横切り、数十もの病棟が立っていた。一つ一つの建物は 100 ないし 200 名の患者が収納可能な規模であった。しかしその殆どは閉鎖されており、中にはガラスが割れ、荒れ朽ちた建物も目立った。高野先生によれば、以前は数千人レベルの入院者数があったようだが、バンクーバー方式として知られる地域移行を目指した精神医療政策の結果、どんどん病棟を縮小しているとのことでした。人の姿もまばらで、空き地にコヨーテがうろついていた。

3. 自閉症スペクトラムの児童に対する行動療法の実際

今回、成人期 ADHD に対する CBT の導入を検討するにあたり、児童期の ADHD を始めた自閉症スペクトラムに対する行動療法の実際を視察することが必要であると考えた。

今回、バンクーバー郊外のリッチモンド市で自閉症レインボーアイランド主宰の餌取千佳氏のご好意により自閉症児童に対する行動療法を見学する機会を得た。ADHD は自閉症スペクトラムに含まれる。また、自閉症スペクトラムに対する心理療法としては狭義の CBT 以外の行動療法が用いられている。今回見学できたのはそのうちの Applied Behavioral Analysis (ABA)、応用行動分析である。日本では、自閉症児童に対する療育プログラムとしては TEACCH が有名である。北米では現在 ABA が主流となっている。簡単に言うと、ABA は行動として目で見えるものを評価、分析していくことに主眼を置く治療法である。

A 君は、訪問時まもなく 6 歳となる男児である。両親と姉と 4 人暮らし。彼は平日週 5 日、午前 9 時半から約 2 時間、家庭で Behavioral Interventionist (以下 BI) による行動療法を受けている。A 君の課題は、自分の感情が高ぶった時にどのようにコントロールするかということと、数唱・季節／時間の概念・表情・男女の区別など日常生活のスキルについての詳細な項目について学ぶことが中心になっていた。

前者については感情が高ぶり、興奮しそうになった時に深呼吸し、物に当たらない訓練を行う。

後者については、例えばアルファベットで同じ数字のカード合わせをしたり、喜怒哀楽の表情の写真を見せて兄に「この人はどのような気持ちかな？」等と尋ねたりし、正解したら BI がはっきりと肯定的なフィードバックを行う。また、兄の混乱を避けるためにもし回答が間違っていたとしても訂正したり、間違いを言葉で指摘したりしないことがポイントである。兄が間違えたら BI はそれを「無視」し、まるで何事もなかったかのように次の課題に移るようにすることがトレーニングを行うにあたり大切である。また、兄が正答に迷っている時に BI が兄の手を取り正しいカードに導くアプローチを行う。こ

のアプローチを”prompt”と呼ぶ。また、BIは同じ課題を3回繰り返した後、児の一回注意をそらせた後にもう一度同じ課題を与え、児の記憶の定着を確認する。

見学中、A君はセッションの途中で部屋の壁のしみが気になり、次の課題に移れないことがあった。しかし、BIは”Oh, you cleaned the wall, good! Now, how about these cards?”と声をかけてさらりと気持ちの切り替えを促していた。また総計2時間のセッションの途中で児は2回程いろいろな感情を表現した。しかし、BIはその時に児に対して深呼吸と膝を両手で押さえるように働きかけていた。その結果、児はおよそ30秒以内に感情の高ぶりを鎮めることができていた。またBIは、児の集中力を維持させるため、ゲームやおやつなどの報酬を適宜入れつつトレーニングをすすめていた。また休憩時間の提示も、児が時間を理解しやすいように、円グラフのように残り時間が表示される時計を使用していた。

BIはこのようなトレーニングを児に対して毎日行い、目標課題について綿密な記録をつけ達成度を確認していく。また、BIはコンサルタントのスーパーバイズを3週間毎に受け、指導内容の確認を受けている。

A君の家庭には、政府から療育のために月間1,850カナダドル（本日のレートが1\$CAN=82JPY, 15万円くらい）の給付があり、private clinicに所属するコンサルタントが一旦その給付金を預かり、BIのマネジメントや治療計画を立案するシステムになっているようです。BIのトレーニングを誰に委託するか、どのような時間割を組むかは家庭毎に委ねられており自由度が大きい。今回訪問した家庭では、BIを謝金の安いUBCの大学院生に依頼することで、同じ予算で多くのセッションを受けられる形を選択していた。給付金の受け取り方も、月割り以外の方法も保護者の希望で選択可能とのことだった。

ちなみに、\$1,850のうち\$1,050はコンサルタントへ支払い、残額がBIへの謝金や、消耗品など療育に必要な物品購入に充当される。例えばパソコン等の高価な物品については、必要性についてコンサルタントを通じ政府の承認を得て購入する仕組みとなっている。

現在の問題点のひとつは、児が6歳に達すると助成金が3分の1にまで減額されてしまうことである。このため、6歳になった後はBIのトレーニングの回数を減らすか、家庭の自己負担を増やすか、あるいは家族がBIとしての技術移転を受け、児童セラピーを継続するかを選択が必要となる。今回訪問した家庭では、母親がセラピストとしての技術移転を受ける選択をし、毎回のセッションに同席し、BIからのアドバイスを受けながらセラピストの訓練も受けていた。母親は、ABAについて記録のつけ方等は習熟に時間を要するが、たとえば児が時に怒りの感情をコントロールできないときに叱りつけるのではなく、冷静に対応する方法を学ぶことができ非常に参考になっていると述べていました。しかし、技術移転の方法を選んだのは経済的な事情によるところが大きいとも話していた。

また、トレーニングの必要な領域は児によって多様である。A君は行動面の問題の改善のためにBIによるトレーニングが主体でしたが、それぞれのニーズによって作業療法士や言語療法士によるトレーニングを選択する児もいる。

A君は今年の2月には、数字を数えることが覚束なかったが、半年の間11まで数えることができるようになり、季節の変化の概念が理解できるようになったことがBIにより

詳細に記録されていた。

以上、ABA の実際について見学した。成人期 ADHD 症例に対して適応を検討する際には相応の工夫が必要と思われる。例えば発育過程の段階と異なり、すでに成年に達している段階では日常生活の常識や社会概念の教育は不要である。また、指導者がマンツーマンで家庭訪問するようなきめ細やかな体制は学童期でなければ難しいであろう。しかし、集中力を持続させる BI の働きかけの技術や成果の数量的な評価については援用可能であると考えられた。

9/24、バンクーバー近郊のリッチモンドで開催された日加ヘルスケア協会主催のワークショップ「みんなと違うけど大丈夫・バンクーバー日本人社会における自閉症とその他の発達障害 ～ 家族のために～」に出席した。

自閉症その他の発達障害者に対する特に日本からカナダへ移り住んだ家庭では、本人の英語力不足が原因でカナダの社会・学校に馴染めないのではないかと家族自身が間違っ理解し、未診断のまま苦しいカナダ生活を送っている事例がある。また、育児の発達が遅いのは英語と日本語で育てられているのが原因と捉えられ診断が遅れることも多い。今回のワークショップはカナダにおいてこのような問題を抱えている日本人家庭が社会資源の利用法を学び、また連携をとるきっかけとなることを目的に初めて開催された。二部構成で、第一部では4名の講師が講演し、第二部では質疑応答や意見交換が行われた。

最初に、「自閉症と他の発達障害児をお持ちの家庭について」というテーマで餌取氏千佳の講演があり、自閉症の早期診断と介入は児のこだわりをわがままではなく障がいと受け止めるためにも大切だと思うと、当事者家族の立場での考えを述べていた。これは成人期ADHDの当事者家族に対する心理教育にも共通する事項であると考えられた。また、BC州公認心理士の原田直子氏による、「自閉症と他の発達障害者のためのカウンセリングとトレーニングの方法」というテーマでの講演では原田氏は特に、発達障害について未診断のまま成人したと思われる人が、二次障害で苦しみ、またカナダへの留学をきっかけに対人交流の摩擦等で発達障害をベースにしたコミュニケーションの問題が顕在化し、心理療法のサポートを必要とする事例について紹介していた。原田氏とは講演後に意見交換を行い、今後も成人期ADHDを含めた発達障害の成人例に対するCBTを始めとした心理療法についての情報交換や交流についてすすめていくことを確認した。

三番目の話は、「カナダで適切な医療専門家に診てもらう方法について」というテーマで日加ヘルスケア協会理事長である田中朝絵医師による講演だった。田中医師は8歳時に日本からカナダに移住し、家庭医として日系カナダ人や在カナダ日本人のヘルスケアに尽力されている。田中医師は家庭医の見つけ方や政府から得られるサポートについて説明していた。カナダでは家庭医が児の定期検診を行うことになっており、そこで言葉や行動面での問題への介入につながることを期待されている。ただし、心配な点については、親の側から医師に積極的に情報を提供しないと問題視してもらえないことが多いそうである。田中医師は、日本人は控えめな傾向があるが遠慮せずどんどん気になることは医師にアピールする方が良いと助言していた。また、英語と日本語の二カ国語環境で

育児を行っているケースではそのこと自体の影響と捉えられがちで、自閉症スペクトラムの問題に気づくことが遅れがちになると指摘していた。カナダでは児がサポートを受けるため通常は家庭医から小児科を紹介してもらい、そこからさらに発達障害専門医に紹介してもらい診断をもらう必要がある。バンクーバーとその近郊には専門医の診断施設が4か所ある。小児科を通さず家庭医から直接専門医に紹介する経路をとることも可能だが、専門医の診察までの待機期間の目安は自閉症については3歳以下なら6か月以内、3歳から5歳までの場合は8～10か月、6歳児の場合は1年以内、他の発達障害については1年以内が目安とのことだった。待機期間が非常に長いという印象を受けた。最後の講演は「自閉症について、自閉症児のセラピーにおける応用行動分析と実証的な行動科学の重要性について」というテーマで、BC州公認行動コンサルタントである田中桜子氏が話をされた。田中氏は前述のABAの専門家である。田中氏自身の子息が自閉症と診断されたことがきっかけに自ら行動分析の勉強を始め学位を取得し、コンサルタントとして活躍されているとのことである。自閉症の療育について、保護者が技術を習得して日々の関わりの中でサポートを継続して行くことが大切であるとの考えを提唱していた。技術移転のツールとして、例えばアメリカの、“RethinkAutism”という月額68米ドル程度の利用料で家族が行動療法を学べるウェブサイトを紹介していた。保護者あるいは家族が技術移転を受け、家庭で治療者としての機能も担うという方法は治療資源へのアクセスやコストの観点からもメリットが多いと思われ、わが国で成人期のADHDに対するCBTの導入においても選択肢となりうるかもしれない。しかし、家族の一員と治療者の役割を兼務することは容易ではないことが予想される。例えば、治療成果について「他者の眼で」客観的な評価を行うことには自ら限界があるのではないかと思われた。また、このワークショップの第二部では、日本の医療現場での自閉症スペクトラム障害に対する治療について高貝が発言の機会をいただいた。浜松医科大学精神神経医学講座および子どものこころの発達研究センターにおける研究の概要について紹介した。また、わが国での発達障害支援法施行後の社会資源の整備の状況の概要についても説明した。ワークショップ終了後も、複数のご家族から質問をいただき、日本の現状への関心の大きさが窺われた。

4. 学会参加

バンクーバー地方会でのADHDの治療ガイドラインについての報告

CHADD 学会参加報告

11月11日から13日にかけて、米国ジョージア州アトランタにて開催された、22nd Annual International Conference on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder に出席した。同学会は Children and Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (CHADD) の主催によるものである。CHADD はその名の通り、児童ならびに成人期のADHDの当事者並びに家族の自助組織であり、米国を中心として組織化されている。

この学会では、ADHDの治療や社会資源の導入に関する多様な知見が集積しており、大変有意義であった。特に成人期ADHDに対するCBTについて最新の知見を提供していた、以下の題目の教育講演について報告する。

1) Assessment and psychological treatment of adult ADHD

ニューヨーク州立大学のマーフィー博士により、成人期 ADHD の症例の半数は薬物療法に治療抵抗性であり、CBT を始めとした心理社会的治療が重要であることを報告していた。ADHD 患者の 80% が少なくとも 1 つの、約半数が 2 つの、約三分の一が 3 つ以上の他の精神障害を合併しており、それらの治療を要することと、ADHD そのものについては疾患教育が糖尿病のような生活習慣病と同様に必要であることを述べていた。マーフィー博士は、特に CBT を行うに当たり、患者は一般に学校や社会生活でのつまずきから自己評価が低くなりがちであるため、この点に着眼することが治療者にとって必要な要素であることを強調していた。具体的な CBT の手法として、大きな仕事を細分化することで対処を容易とさせるような関わりや、インターネット等の近年の情報技術を媒介した形態も望ましいとのことであった。また、CBT は結婚相談、グループカウンセリング、コーチング、自助組織など多様な治療資源の一つとして捉えられ、またそれぞれが別個ではなく関連性を維持していることを明示していた。

成人期 ADHD に対する CBT の施行に当たっては、まず正確な診断が前提となることを強調していた。幼児期の記録、学童期の教師による行動の記録などの活用が重要であることや、“An ADULT ADHD INTERVIEW（生活史、障害領域、併存疾患の存在）”，“BARKLEY’S QUICK-CHECK FOR ADULT ADHD DIAGNOSIS（幼児期と現在の ADHD 症候と障害されている領域を明らかにするための 18 個の質問）”といった構造化面接が紹介されていた。

自己評価尺度は確定診断には十分ではないが、スクリーニングとして有用である。この講演では、わが国でも知られている“CONNERS ADULT ATTENTION DEFICIT RATING SCALE (CAARS)”や“ADULT ADHD SELF REPORT SCALE (ASRS)”に加え“BARKLEY’S ADULT ADHD QUICK SCREEN（これまでの生涯と現在の主だった ADHD の症候と障害について近年の研究に基づいた 13 項目の質問紙）”，“BROWN ATTENTION DEFICIT DISORDER SCALE (BADDS)（自己および確実な他者による同じフォームを用いた記録であり、ADHD の症候や多様な高次脳機能の欠陥を測定する尺度）”が紹介されていた。

また、診断の材料としては以上の情報に加えて、中枢刺激効果を有する向精神薬の投与効果が確定要素になると述べていた。現在わが国ではメチルフェニデートは成人期 ADHD への保険適応はまだ認められておらず、治験の段階である。もし今後、上市となった場合には、CBT と併用するケースが生じることも予想される。

2) Beyond medications: A review of adjunctive treatments for adult ADHD / Change strategies used in CBT for adult ADHD

ペンシルヴァニア大学のラムゼイ博士によるこの 2 題では、成人期 ADHD にはうつ病、双極性障害、不安障害、薬物依存、反社会性人格障害の合併がありこれらの精神障害に対する CBT の必要性和効果についての報告があった。成人期の ADHD 患者のうち治療を受けているのはその 32% 程度に過ぎず、さらに ADHD に対して特別の治療を受けているのはさらにその半分であるとのことであった。ラムゼイ博士が強調していたことは、ADHD に

対して CBT 単独ではなく、薬物療法の併用によって治療効果が期待できるということであった。なお、同じ発達障害圏であるアスペルガー障害の患者に対しては、習得した事柄の汎化が苦手であるため、ADHD の患者と比較して CBT の効果は少ないであろうと述べていた。また、北米の大学生の 2～9%が ADHD であり、就学上の問題 への対処が現実的な問題となっているとのことであった。これは、先述したカナダにおける学生相談室が成人期（青年期）ADHD 例に対する早期介入の窓口としての役割を担っている状況に相応するものと思われた。

成人期 ADHD に対する CBT を行うに当たり、ラムゼイ博士は以下の点を強調していた。第一に彼らの感情、認知、およびセッションの構造を理解することが持続性を維持するために必要であること、第二に情報を提供した上で意思決定を求めること、第三に治療同盟の構築に努めること、第四に認知および行動の変容を図ること、第五に心理教育・外的環境・対人関係の「足場」を作ること、最後に治療効率を上げるためには比喩の活用・明確な治療計画・環境調整・記憶の補助が重要であること、以上五点であった。

これらのポイントは、治療者が ADHD、特に成人期のケースに関する障害構造への十分に理解し CBT の施行に当たり特質に合わせた工夫を行うことであることを示していると考えられた。また、治療行為、心理面接の基本については他の治療（薬物療法や支持的精神療法等 CBT 以外の精神療法）と大きく異なる訳ではないこと、また単に CBT の技法にとどまらず類縁疾患との差異や活用可能な社会資源との連携について知識を有していることが重要であることが示唆された。

成人期 ADHD において作業記憶についての欠陥が知られている。作業記憶は自己制御に関連する非常に重要な高次脳機能であり、問題解決や知能に関連するものである。また、作業記憶トレーニングが前頭前野および頭頂部皮質のドーパミン受容体密度の亢進と関連するとの報告がある（McNab ら、2009）。

ラムゼイ博士は自身の予備研究で1回当たり 30～40 分の作業記憶トレーニングのセッションを週 5 回、5 週間にわたり行った予備研究で作業記憶の有意な改善があったと報告していた。作業記憶トレーニングの有効性は、今後成人期 ADHD に対する CBT の治療構造を検討するに当たり興味深い内容である。今後の知見の集積に注目したい。

ADHD の学生に対する具体的な支援内容として、試験時間を一般の 50 ～100%延長する、小グループでのテストを行う、休憩時間の追加、ラップトップコンピューター・計算機の支給、講義録のコピーの提供、卒業期限の延長などが既に導入されているとのことであり、わが国の現状との相違の大きさを認識した。

また障害の特性に配慮した就労カウンセリングも行われているとのことであった。

5. UBC 教育学部教育カウンセリング心理学科における大学院講義への参加

今回、石山先生のご高配により UBC 教育学部教育カウンセリング心理学科博士課程の講義の聴講、国際森田療法セミナーへの参加、および同学科での公開講義の聴講の機会を得た。特に大学院講義の聴講は CBT による治療の担い手となる心理士のトレーニング方法を学ぶに当たり有益であった。また、森田療法は日本で生まれた、行動本位を主眼とした不安障害や軽度のうつ病に治療効果がある心理療法である。認知の修正にとらわれることを抑え、行動様式の変容を促すという点では狭義の CBT とは治療的アプローチ

が異なるが、認知と行動の修正を働きかけ症状の改善を図ると言う点では広義の CBT と言うことができる。石山博士は欧米においてプロセスを重視した外来カウンセリングの中で森田療法を応用したアクティブ・カウンセリングという心理面接を開発しさらなる発展を図っている。また、国際森田療法セミナーでは大学院生や心理士に対してアクティブ・カウンセリングの治療技術を教育している。また、カナダやアメリカでは、移民を受け入れて来た歴史を背景として、多文化間カウンセリングの分野の研究が進んでいる。石山博士は森田療法のみならず多文化間カウンセリングの専門家でもあり、UBC でも当該領域の教育を担当している。多文化間カウンセリングは、元々の文化や現在のカナダ社会での位置づけ等によりアプローチの方法は様々であるが、CBT の技術の習得が前提となっている。森田療法やアクティブ・カウンセリングの詳細は成書に譲るとし、この報告書では石山博士が行っている教授法の特色について述べたい。

石山博士の講義のスタイルは以下のものであった。

石山博士が指導している博士課程の大学院生は 10 名程度である。大学院生はコミュニティカレッジや総合病院等で実習生としてカウンセリングの症例を受け持っている。

日中は実習活動が主体となるため、講義の開始時刻は 16 時 30 分からの設定となっている。講義時間は 3 時間連続して設定されている。

まず、講義予定表に基づき、事前に予習しておく論文集が配布される。さらに、追加の論文が E メール添付ファイルの形式で事前に送付される。

講義の最初に、学生毎に実習で受け持っているクライアントについて抱えている問題点について順番にプレゼンテーションを行う。そして、その中から次回石山博士と模擬面接を行い、スーパーバイズを受ける学生を決定する。

その次に、講義のテーマについて小グループごとに分かれて、15 分程度ディスカッションする。その後にグループ毎にディスカッションの結果について 3 分程度でプレゼンテーションを行い、全員で検討を行う。

10 分程度の休憩を挟み、石山博士が実際にカウンセリングを行っているビデオクリップを上映し、逐語録を追いながらキーポイントについて確認を行う。例えば、「自らの悩み事が、plunger（配水管用掃除道具）のように引っかかっている」と述べているクライアントに対して、その比喻について自身の洞察を深めるように促す部分について、石山博士はカウンセラーのどのような言葉の処方や間の取り方が認知の修正に適切だったかを考えさせるように配慮していた。これは、成人期 ADHD に限らないが、CBT の技法の習得に非常に効果的な教授法であると思われた。

さらに、前回の講義で模擬面接を担当することになっていた学生が、石山博士とともに模擬面接を 15 分間程度にわたり提示し、その後に全員で評価を行う。石山博士は、批判的な言辞よりも、学生の達成度を肯定的に評価し、今後の課題について建設的な意見が交わされるように配慮していた。

最後に、本日のセッションの感想を全ての学生に述べてもらい、質疑応答を行う。次回の講義に必要な準備に関するアナウンスの後に終了となる。

以上が講義進行の概要である。3 時間にわたり、集中力を維持することは困難な作業である。石山博士の講義では講師と生徒の双方向性のやりとり、小グループディスカッションによる意見の発信、ビデオクリップによる視聴覚的な理解、以上を巧みに組み合わせることで学生のモチベーションを引き出し持続させる工夫が行われていた。また、

実習で生じた問題点についても対応していることから、座学と実習の連続性が講義の聴講により保たれていると感じられた。

毎週ごとに予習を求められる文献は 1 講義当たり 6 から 10 編とかなり多量である。大学院入学に当たり、学習能力の選考は受けていることを考えてもかなり厳しい要求である。しかし、講義では、学生同士で論文の内容を前提とした議論が交わされており、皆十分に予習を行っていたことが窺われた。

なお、10/24 には、UBC の大学院生等を対象とした国際森田療法セミナーに出席した。石山博士は欧米における森田療法に関する研究論文を多数著されており、日本と文化背景の異なる欧米においても森田療法は有効な治療法であること、しかしながら個人主義を背景とした欧米の患者の治療者に対するスタンスは日本のそれと比べ異なるため指示的な対応や不問の技法をそのまま応用することは危険であること、患者との治療関係を構築するプロセスを重視することが必要であること、カウンセリングの期間を主観期、客観期、活動期の 3 つのピリオドに区分しそれぞれの段階で望ましいアプローチを行うことが大切であることを提言されていた。また、石山博士が自ら生前のヴィクトール・フランクルに行ったインタビューのビデオクリップを紹介し、フランクルが「現実を見る、感情をつつきまわすな」と述べ、また「なすべきことをせよ。さらば汝がいかなる人間か知ることができるであろう」と言うゲーテの言葉も引用した。また、フランクル自身が自ら創案したロゴセラピーと森田療法での行動本位の考えの共通点に言及していたことが印象的であった。

治療関係を構築するプロセスを重視した森田療法は、成人期 ADHD を対象とした CBT の一技法として有用であると思われた。また、森田療法が日本で生まれた治療法であること、浜松医科大学医学部附属病院では森田療法の臨床実績が豊富であり ADHD を始めとした自閉症スペクトラムの専門家も多数擁していること、また今後も石山博士と技術交流ができること、以上から成人期 ADHD に対する修正型の森田療法の導入が可能であると思われる。

また、アボリジニーの「癒しのプラクティス」等、ユニークな講義に参加することもできた。

わが国の神事とも類似するところがあり、動植物を素材とした道具を用いた視聴覚に響く興味深い内容であった。欧米由来のカウンセリング技法のみならず、森田療法の外来カウンセリングへの応用や今回のアボリジニーの伝統的な癒しの方法等貴重な内容を学習することができた。

6. まとめ

今回、欧米における成人期 ADHD に対する CBT の実情について調査を行った。調査に当たり、カナダのバンクーバーおよびその近郊における精神科治療やカウンセリングのリソースについての情報を収集し、精神保健福祉の基盤の特色とわが国の現状との差異を確認した。特に、成人期 ADHD に対する治療介入の糸口として大学（カレッジ）の学生相談窓口の役割が大きいことが印象的であった。視察を振り返り、わが国でも成人期 ADHD への早期介入や啓蒙活動の充実、および CBT の適切な適応を図るためには、学生相談室へ精神科医師や臨床心理士といった人的資源の重点的に割り当てることが望ましいので

はないかと考えた。

また、CBTの主たる担い手となる臨床心理士の養成の実際について、UBCでの大学院講義を通じその実際を知ることができた。臨床心理士の資格化がまだ行われていないわが国でも大学院修士課程で臨床心理士の養成が行われている。しかし、カナダでは週毎に臨床心理士の認定制度が確立しており、特に博士課程において綿密に構造化されたトレーニングが行われている。CBTの治療技術を導入するためには、治療者自身の身分安定や保険診療報酬の体系との整合が大切であることが確認できた。わが国においては臨床心理士制度の国家資格化が急務であると考えます。

さらに、上記の調査研究を踏まえた上で、米国においてADHDに関する最大級規模の学術総会に参加し、成人期ADHDに対するCBTの適応、具体的手法に関する最先端の情報を入手することができた。CBTは薬物療法と併用することが基本であること、また併存する他の精神障害の治療（例えば二次障害としてのうつ病）を焦点とすることで患者の病状の緩和や社会参加に有益となるといった知見を得ることができた。

謝辞

今回の調査研究にあたりご支援をいただきました財団法人日本障害者リハビリテーション協会様に厚く御礼申し上げます。

また、在外研究の受け入れや視察施設の斡旋に当たってはUBC教育学部カウンセリング心理学科のビル・ボーゲン学科長、石山一舟博士、南昌廣氏、高野嘉之氏には格段のご配慮を賜りました。視察先の施設スタッフの皆様（シェリル・ウオッシュバーン氏、キャサリン・ビューモント氏、メイヤ・ウィルク氏、ヘザー・チャン氏、伊藤洋子氏、ブライアン・ヘロン氏、アイリス・トムソン・グレン氏、アンナ・スタイン氏、カーク・ベック氏、マリアナ・マルチネス氏、安田雪子氏、マーチン・ダットン氏）からはブリティッシュコロンビア州ならびにバンクーバー市の精神医療およびカウンセリングサービスの実情について懇切丁寧なご説明とご指導をいただきました。心より感謝申し上げます。なお、今回の派遣期間中には東京大学より出張でバンクーバーに滞在されていた同大学留学生相談室の山内浩美講師と施設見学やUBCでの講義の聴講をご一緒する機会に恵まれました。山内先生には臨床心理学および多文化間カウンセリングの専門家としての立場から、学生相談室の機能について示唆に富んだ多くの助言をいただくことができました。また、兵庫教育大学の海野千畝子准教授には、石山博士との共同研究の一環でバンクーバーにいらした際に、ご専門の被虐待児の心のケアについてご講義をいただく機会に恵まれました。ADHD児は、周囲が行動上の問題に理解がないことから虐待やいじめの対象となり、その心的外傷が成人後も影を落とすことが少なくないと言われています。図らずもカナダにて海野先生のお話を伺うことができ、成人期ADHDにCBTを適用するに当たってもその視点を念頭に置くべきであることを認識させていただくことができました。またレインボーアイランド主宰の餌取千佳様、岩瀬まゆみ様、メイディー順子様にはカナダBC州におけるADHDを始めとした自閉症スペクトラムの療育や社会資源の実情につきましてご家族の立場から貴重な御意見を伺うことができました。日加ヘルスケア協会の九十九様初め皆様にはワークショップ参加の機会をいただきました。皆様に深く御礼を申し上げます。

最後に、今回の研究機会を与えていただいた浜松医科大学精神神経医学講座の森則夫教授、中村和彦准教授に感謝申し上げます。

今後も皆様各位のご厚意を忘れず、日本およびカナダにおける精神科的リハビリテーションの発展のために微力ながら貢献してまいりたいと存じます。

若手研究者育成活用事業

強度行動障害の支援方法に対する評価尺度の作成

岡田 涼

中京大学現代社会学部

1. 研究目的

強度行動障害の概念は、知的障害者施設などにおいて、対応が著しく困難な入所者が存在することを背景として登場した。行動障害児（者）研究会(1989)は、強度行動障害児（者）の定義を、「直接的他害（噛みつき、頭つき、など）や間接的他害（睡眠の乱れ、同一性の保持）、自傷行為などが、通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難なものをいい、行動的に定義される群」としている。その後、厚生省(1993)は、1993年より、強度行動障害判定基準表をもとに「強度行動障害特別処遇事業」を開始し、強度行動障害に対する本格的な行政的取り組みが行われるようになった。

強度行動障害特別処遇事業は、その後の支援費制度の下で廃止されるが強度行動障害判定基準表は、障害者自立支援法下においても「旧法等における基準」として用いられている。一方、現在の障害者自立支援法では、在宅の強度行動障害児（者）の支援のための行動援護基準が新たに設けられ、障害程度区分と合わせて判定が行われている。

強度行動障害の判定においては、旧法基準、新法基準のいずれにおいても、施設職員等が対象者の行動をみて、問題行動の程度と頻度から評定を行う。旧法においては、自傷や他害など11項目をもとに評定し、合計得点が10点以上で強度行動障害とされ、20点以上が厚生省による特別支援処遇事業の対象となっていた。新法においては、パニックや自傷、器物破損などの12項目について評定し、その頻度が多いほど高得点になる。合計得点について、区分3で10点以上が行動援護事業、区分6で15点以上が重度障害者等包括支援の対象となっている。

いくつかの研究で、旧法による判定基準を用いて、強度行動障害児（者）の特徴を調べた研究が報告されている。奥田(2001)は、強度行動障害に関する調査研究をレビューし、強度行動障害児（者）の特徴として、①青年・成人期の自閉症者に多いこと、②青年期に急激退行を示すダウン症者に顕著な行動障害がみられること、③強度行動障害と判例される対象者に注意欠陥多動性障害と診断される事例が多いこと、などを指摘している。また、三島ら(1999)の調査では、強度行動障害と判定された対象者は、それ以外の対象者に比して自閉性障害とトゥレット障害を合併している率が高いことを報告している。

その他にも強度行動障害児（者）に関する事例的研究がいくつか報告されている（佐藤ら、2000；佐藤ら、2001）。それらの研究の多くは、強度行動障害者が示す問題行動が改善していく経過を報告するものであるが、そこでの記述から、強度行動障害者の行動面での様々な特徴をうかがい知ることができる。

旧法と新法における強度行動障害の判定基準では、主に対象者の行動に焦点があてられていた。しかし、支援の必要度を的確に把握するためには、対象者の行動面だけでなく、環境面についてもアセスメントを行うことが必要である。特に、強度行動障害を示す対象者に対して現時点でどのような支援を行っているかという視点を含めたうえで、問題行動の困難度を把握し、支援の必要度を検討することが求められる。そこで、本研究では、

強度行動障害に対する支援方法を評価する尺度を作成し、尺度項目の基礎的な情報を提示することを目的とする。また、強度行動障害判定基準項目、問題行動を評定する ABC-J、知的発達の程度を測定し、支援尺度との関連を検討する。

2. 研究方法

調査協力者

調査協力者は、NPO 法人アスペ・エルデの会に所属する小学生から成人 110 名(男性 89 名、女性 21 名)であった(平均年齢 17.90 歳、 $SD=6.52$)。NPO 法人アスペ・エルデの会は、発達障害をもつ子どもとその保護者を支援する当事者団体であり、広汎性発達障害やアスペルガー障害などをもつ子どもとその保護者が所属している。会所属者の年齢帯は、小学生から成人まで幅広く在籍している。本研究における対象者の内訳を Table 1 に示す。調査対象者の知的発達の程度について、IQ の情報が得られたものは 87 名いた。このなかで、IQ70 以下を知的障害あり群($N=28$)、その他を知的障害なし群($N=59$)とした。

調査内容

1) 支援尺度

支援尺度については、困った行動への対応を尋ねる 16 項目を独自に作成した。それぞれの項目に対して、「はい」「いいえ」「必要なし」で回答を求めた。

2) 強度行動障害判定基準項目(旧法)

厚生省(1993)が定めた強度行動障害判定基準は、11 の行動を示す項目からなる(Table 2)。項目に示される内容は、「ひどい自傷」や「強い他傷」などであり、行動の有無とその頻度を選択する。選択肢に示される頻度の表現は、項目によって異なる。例えば、「ひどい自傷」であれば、「週に 1, 2 回(1 点)」「一日に 1, 2 回(3 点)」「1 日中(5 点)」である。当該の行動がみられない場合は 0 点となる。通常は、施設職員が入所者の行動を評定するが、本研究では保護者が子どもの行動について評定した。

3) 行動援護基準項目(新法)

厚生労働省により障害程度区分をもとに定められた基準であり、各項目の頻度及び程度に応じて 0 点～2 点で評定する(Table 3)。強度行動障害判定基準項目(旧法)と同様に、保護者が子どもの行動について評定した。

4) ABC-J

異常行動チェックリスト日本語版(ABC-J)は、Aman ら(1985)が作成した異常行動チェックリスト(Aberrant Behavior Checklist)の改訂版を邦訳し、標準化のプロセスを経て、日本において使用できる異常行動チェックリストとして作成されたものである(Aman & Singh, 2006)。ABC-J は、問題となる行動を示す項目群から構成され、各項目について、「問題なし(0 点)」「問題行動の程度は軽い(1 点)」「問題行動の程度は中等度(2 点)」「問題行動の程度は著しい(3 点)」の 4 段階で評定する。下位尺度は、興奮性(15 項目)、無気力(16 項目)、常同行動(7 項目)、多動(16 項目)、不適切な言語(4 項目)の 5 下位尺度 58 項目からなる。

手続き

調査は、浜松医科大学倫理委員会および NPO 法人アスペ・エルデの会の倫理委員会の承

認を得て実施した。アスペ・エルデの会に所属する保護者に対して質問紙を配布し、自宅で回答してもらった後に郵送で回収した。調査の依頼にあたっては、調査協力が任意であることを十分に説明した。調査結果については、希望があれば後日知ることができること、また会の活動に役立てていくことを伝えたくて協力を求めた。研究の趣旨とプライバシーの保護について慎重に説明するなど倫理面での配慮を十分に行い、研究の趣旨を理解して同意が得られた保護者のみ質問紙に回答した。

3. 研究結果

支援尺度の項目

支援尺度について、項目ごとに回答の分布を検討した(Table 4)。16項目のなかで、「すべきことを伝える際、本人が理解しやすいように言葉づかいや伝えるタイミングを工夫している」(64.49%)、「見通しをもって活動が行えるように、事前に内容や終了の目安を伝えている」(68.22%)、「活動内容やスケジュールに変更がある場合、事前にそのことを伝えている」(75.70%)、「活動や課題を与える際、本人の好みや能力に合わせて内容や分量を調整している」(53.85%)、「活動や課題を与える際、本人が自分で決定や選択ができる要素を取り入れている」(54.29%)の5項目については「はい」の回答率が50%を超えていた。一方で、「日常生活動作(排泄、入浴、着替えなど)を自立して適切に行えるように、支援ツールを使うなど環境の工夫をしている」(14.02%)、「すべきことを伝える際、視覚的にわかりやすい絵図や写真などを使用している」(16.82%)などの項目では、「はい」の回答率が20%以下と低かったが、これらの項目では「必要なし」の回答が多くなっていた。

強度行動障害の頻度

旧法による強度行動障害判定基準項目について、11項目の合計得点を強度行動障害得点(旧法)とした。11項目での α 係数は.64であった。旧法では、10点以上が強度行動障害とされ、20点以上が厚生省による特別支援処遇事業の対象であった。今回の対象者において、10点以上は全体の7.41%(8名)、20点以上は全体の0.93%(1名)であった。項目ごとの頻度をTable 5に示す。

新法による強度行動障害判定基準項目について、12項目の合計得点を強度行動障害得点(新法)とした。12項目での α 係数は.71であった。新法では、区分3で10点以上が行動援護事業、区分6で15点以上が重度障害者等包括支援の対象となる。今回、10点以上の対象者はいなかった。項目ごとの頻度をTable 6に示す。

ABC-Jの尺度構成

ABC-Jについて、下位尺度ごとに α 係数を算出したところ、興奮性が.91、無気力が.89、常同行動が.88、多動が.94、不適切な言語が.85であった。下位尺度ごとの合計得点を算出した。下位尺度間には、.36～.83の正の相関がみられた。

各尺度の記述統計量と相関係数

強度行動障害(旧法)、強度行動障害(新法)、ABC-Jの記述統計量をTable 7に示す。また、変数間の相関係数をTable 8に示す。強度行動障害(旧法)と強度行動障害(新法)との間には中程度の正の相関がみられた($r=.45$, $p<.001$)。また、強度行動障害(旧法)と

強度行動障害（新法）のいずれも、ABC-J の下位尺度との間に有意な正の相関を示した。

井上ら（印刷中）と同様に、強度行動障害得点（旧法）に対して、性別と ABC-J の 5 下位尺度を説明変数とする重回帰分析を行った (Table 9)。その結果、強度行動障害得点（旧法）に対しては、興奮性の高さが有意な関連していた ($\beta = .76, p < .001$)。説明率は 50% であった。強度行動障害得点（新法）に対して、同様の重回帰分析を行ったところ、情同行動 ($\beta = .22, p < .05$) と多動 ($\beta = .66, p < .001$) の高さが有意な関連を示した。説明率は 57% であった。

支援尺度と他の尺度との関連

支援尺度の各項目と強度行動障害得点（旧法）、強度行動障害得点（新法）、ABC-J との関連について Spearman の順位相関係数を算出した (Table 10)。支援尺度については、「はい」を 1、「いいえ」と「必要なし」を 0 としてコーディングした。その結果、強度行動障害（旧法）、強度行動障害（新法）、ABC-J のいずれも、支援尺度の多くの項目と正の相関を示した。支援尺度の中の「日常生活動作（排泄、入浴、着替えなど）を自立して適切に行えるように、支援ツールを使うなど環境の工夫をしている」（項目 2）、「活動や課題を与える際、本人の好みや能力に合わせて内容や分量を調整している」（項目 8）、「困った行動が起こりやすい場面で、絶えず側に付いて 1 対 1 で対応している」（項目 12）については、強度行動障害得点（旧法）、強度行動障害得点（新法）のいずれとも .3 以上の相関係数を示した。また、ABC-J の下位尺度に注目すると、多動が多くの項目と有意な相関を示していた。

支援尺度と知的発達との関連

支援尺度の各項目と知的発達の程度との関連について、 ϕ 係数を算出した。支援尺度については、「はい」を 1、「いいえ」と「必要なし」を 0 としてコーディングした。知的発達の程度については、「知的障害あり群」を 1、「知的障害なし群」を 0 としてコーディングした。その結果、「活動や課題を与える際、本人が自分で決定や選択ができる要素を取り入れている」のみ有意な正の関連がみられたが ($\phi = .25, p < .05$)、その他の項目については有意な関連はみられなかった。

強度行動障害と知的発達との関連

知的障害あり群 ($N=58$) と知的障害なし群 ($N=28$) との間で強度行動障害得点を比較した。その結果、旧法と新法のいずれについても、群間で有意な差はみられなかった。しかし、強度行動障害得点（旧法）が 10 点以上を示した 8 名のうち 7 名は知的障害あり群であり、20 点以上を示した 1 名もまた知的障害あり群であった。

4. 考察

本研究では、強度行動障害に対する支援方法を評価する尺度を作成した。独自に作成した 16 項目のなかで、「すべきことを伝える際、本人が理解しやすいように言葉づかいや伝えるタイミングを工夫している」「見通しをもって活動が行えるように、事前に内容や終了の目安を伝えている」「活動内容やスケジュールに変更がある場合、事前にそのことを伝えている」「活動や課題を与える際、本人の好みや能力に合わせて内容や分量を調整してい

る」「活動や課題を与える際、本人が自分で決定や選択ができる要素を取り入れている」などの項目については、「はい」の回答率が50%を超えており、これらの支援は比較的多くの保護者が日常的に行っているものであると考えられる。一方で、「日常生活動作（排泄、入浴、着替えなど）を自立して適切に行えるように、支援ツールを使うなど環境の工夫をしている」や「すべきことを伝える際、視覚的にわかりやすい絵図や写真などを使用している」などの項目では、「はい」の回答率が低く、あまり実施されていない支援方法であると考えられる。しかし、これらの項目では「必要なし」の選択率が比較的高かったため、今回の対象者においてはそのような支援が必要なかったのかもしれない。

強度行動障害については、今回の対象者では旧法基準で強度行動障害と判定される10点以上の対象者は8名(7.41%)であった。項目ごとの頻度をみると、「パニックがもたらす結果が大変な処遇困難」と「粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難」の項目で5点がついている対象者がいずれも約10%存在した。10点以上を示した8名中7名はこの2項目にチェックがついており、パニックや粗暴な行動によって対応が難しくなることが強度行動障害の判定に強く影響するものと考えられる。新法基準では、支援の対象となる10点以上を示す対象者はいなかった。項目単位でみると、「本人独自の表現方法」において2点や1点がつく対象者が比較的多かった。旧法基準による得点と新法基準による得点との間には中程度の正の相関があるため、両基準には共通する部分があるものと考えられるが、完全に一致するものではなく、旧法基準と新法基準では異なる問題行動に焦点をあてている部分もあると考えられる。

支援尺度と強度行動障害得点との関連を調べたところ、「日常生活動作（排泄、入浴、着替えなど）を自立して適切に行えるように、支援ツールを使うなど環境の工夫をしている」「活動や課題を与える際、本人の好みや能力に合わせて内容や分量を調整している」「困った行動が起こりやすい場面で、絶えず側に付いて1対1で対応している」については、旧法基準、新法基準のいずれとも比較的高い正の相関を示した。そのため、行動障害の程度が激しい対象者に対しては、保護者はこれらの支援方法を用いて関わっているものと考えられる。また、支援尺度の多くの項目はABC-Jとも関連を示し、特に多動について多くの項目で強い関連がみられた。多動傾向を示す対象者に対しては、様々な支援方法を工夫しながら対応しているものと考えられる。

支援尺度と知的障害との関連を検討したところ、有意な関連がみられたのは、「活動や課題を与える際、本人が自分で決定や選択ができる要素を取り入れている」の1項目のみであった。そのため、今回作成した支援尺度は、知的障害の程度とは別の側面から、行動面での問題を示す対象者への支援方法を評価するものであると考えられる。

本研究では、強度行動障害に対する支援方法を評価する尺度を作成し、その基礎的な情報を提供することを目的とした。作成された支援尺度には、多くの保護者が行っている支援方法を示す項目と比較的行っている保護者が少ない支援方法を示す項目とが含まれており、日常生活における多様な支援方法を包括的に評価する尺度となっているといえる。また、支援尺度の項目の多くは、旧法基準と新法基準による強度行動障害と関連しており、行動障害の程度が重くなるほど、保護者はこの尺度で測定される支援方法を多く行っているものと考えられる。本研究の結果から、強度行動障害について支援方法という面から評価する尺度が作成できたといえる。ただし、本研究の対象者においては、強度行動障害の得点が比較的低く、また強度行動障害と判定される割合も低かった。そのため、今回の

対象者は比較的問題行動が少なく、その程度も重くないサンプルであるといえる。今後、さらに強度行動障害の程度が重いサンプルにおいても支援尺度を実施し、支援方法と強度行動障害との関連を明らかにすることによって、強度行動障害の支援方法を適切に評価する方策を検討していくことが必要である。

引用文献

- Aman MG, Singh MN (小野善郎訳) (2006) : 異常行動チェックリスト日本語版(ABC-J)による発達障害の臨床評価 じほう
- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., et al. (1985). The Aberrant Behavior Checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. Am J Ment Defic 89: 485-491.
- 井上雅彦, 岡田 涼, 野村和代, 他 (印刷中) : 知的障害者入所更生施設利用者における強度行動障害とその問題行動の特性に関する分析 精神医学
- 行動障害児 (者) 研究会 (1989) : 強度行動障害児 (者) の行動改善および処遇のあり方に関する研究 財団法人キリン記念財団
- 厚生省 (1993) : 強度行動障害特別処遇事業の取り扱いについて 厚生省通達
- 三島卓穂, 川崎葉子, 飯田雅子, 他 (1999) : 強度行動障害の臨床的研究. 発達障害研究 21 : 202-213.
- 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.
- 佐藤 暁, 中村洋子, 西 英治, 他 (2000) : 強度行動障害を示す1事例における療育経過の検討 特殊教育学研究 37 : 61-68.
- 佐藤 暁, 中村洋子, 田之畑保夫 (2001) : 強度行動障害特別処遇事業終了後の施設一般棟における療育の展開 特殊教育学研究 38 : 71-78.

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

Table 1 対象者の内訳

	小学生	中学生	高校生	大学生・ 成人	合計
男性	25	13	5	46	89
女性	4	4	3	10	21
合計	29	17	8	56	110

Table 2 旧法における強度行動障害判定基準表

行動障害の内容	1点	3点	5点
1 ひどい自傷	週に1, 2回	一日に1, 2回	一日中
2 強い他傷	月に1, 2回	週に1, 2回	一日に何度も
3 激しいこだわり	週に1, 2回	一日に1, 2回	一日に何度も
4 激しいものの壊し	月に1, 2回	週に1, 2回	一日に何度も
5 睡眠の大きな乱れ	月に1, 2回	週に1, 2回	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	週に1, 2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に1, 2回	週に1, 2回	ほぼ毎日
8 著しい多動	月に1, 2回	週に1, 2回	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	一日中	絶え間なく
10 パニックでひどく指導困難			あれば
11 粗暴で恐怖感を与え, 指導困難			あれば

Table 3 新法による強度行動障害判定基準表（行動援護基準）

行動関連項目	頻度及び程度		
	0点	1点	2点
6—3—イ 本人独自の表現方法を用いた 意思表示について	1. 独自の方法によらずに 意思表示ができる	2. 時々、独自の方法でな い意思表示できないこと がある	3. 常に、独自の方法でな い意思表示できない 4. 意思表示ができない
6—4—イ 言葉以外のコミュニケーション 手段を用いた説明の理解に ついて	1. 日常生活においては、 言葉以外の方法（ジェス チャー、絵カード等）を用 いなくても説明を理解でき る	2. 時々、言葉以外の方法 （ジェスチャー、絵カード 等）を用いないと説明を理 解できないことがある	3. 常に、言葉以外の方法 （ジェスチャー、絵カード 等）を用いないと説明を理 解できない 4. 言葉以外の方法を用い ても説明を理解できない
7のツ 食べられないものを口に入れ ることが	1. ない 2. ときどきある	3 A. 週1回以上	3 B. ほぼ毎日
7のナ 多動又は行動の停止が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
7のニ パニックや不安定な行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
7のヌ 自分の体を叩いたり傷付けたり するなどの行為が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
7のネ 叩いたり蹴ったり器物を壊し たりなどの行為が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
7のノ 他人に突然抱きついたり、断 りもなく物を持ってくるこ とが	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	2. 週に1回以上	3. ほぼ毎日（ほぼ外出の たび）
7のハ 環境の変化により、突発的に 通常と違う声を出すことが	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 日に1回以上	5. 日に頻回
7のヒ 突然走っていなくなるような 突発的行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 日に1回以上	5. 日に頻回
7のフ 過食、反すう等の食事に関す る行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
てんかん発作の頻度が	1. 年に1回以上	2. 月に1回以上	3. 週に1回以上

Table 4 支援尺度の項目と回答の割合 (%)

	項目	はい	いいえ	必要なし
	①本人が言葉で意志を伝えられる場合に、意志表出を適切に行なえるように、指導している	49.52	29.52	20.95
1	②本人が言葉で意志を伝えられない場合に、意志表出を適切に行えるように、絵カードやジェスチャーなど言葉を補うコミュニケーション方法を教えたり、使ったりしている	11.96	30.43	57.61
2	日常生活動作（排泄，入浴，着替えなど）を自立して適切に行えるように、支援ツールを使うなど環境の工夫をしている	14.02	19.63	66.36
3	すべきことを伝える際、本人が理解しやすいように言葉づかいや伝えるタイミングを工夫している	64.49	12.15	23.36
4	すべきことを伝える際、視覚的にわかりやすい絵図や写真などを使用している	16.82	32.71	50.47
5	すべきことの順序がわかりやすいように、スケジュールを提示している	34.58	32.71	32.71
6	見通しをもって活動が行えるように、事前に内容や終了の目安を伝えている	68.22	13.08	18.69
7	活動内容やスケジュールに変更がある場合、事前にそのことを伝えている	75.70	6.54	17.76
8	活動や課題を与える際、本人の好みや能力に合わせて内容や分量を調整している	53.85	16.35	29.81
9	活動や課題を与える際、本人が自分で決定や選択ができる要素を取り入れている	54.29	20.95	24.76
10	トークンシステム（決められた目標を達成するとポイントがもらえ、ポイントがたまると欲しいものがもらえる）を実施している	24.30	37.38	38.32
11	適切な行動を教える際に、まずは本人の現状に合わせた達成しやすい目標を立て、少しずつ目標をステップアップさせながら指導するよう工夫している	46.73	31.78	21.50
12	困った行動が起こりやすい場面で、絶えず側に付いて1対1で対応している	16.82	37.38	45.79
13	緊急に普段の対応では手に負えなくなったときに、応援を要請できる人がいる	24.30	46.73	28.97
14	困った行動が起こるのを予防するために、苦手な刺激を取り除いたり、和らげたりするなど周囲の環境を調整している	33.64	30.84	35.51
15	困った行動が起こるのを予防するために、好みの活動や余暇活動ができるような時間や場所を用意している	38.32	25.23	36.45
16	疲れたり、調子が悪くなったりしたときなどに、一人で過ごすことができる場所（パーソナルスペース）を用意している	35.51	28.97	35.51

Table 5 強度行動障害（旧法）の項目ごとの頻度

項目		0点	1点	3点	5点
ひどい自傷	頻度	106	0	2	0
	%	98.15	0.00	1.85	0.00
強い他傷	頻度	101	6	1	0
	%	93.52	5.56	0.93	0.00
激しいこだわり	頻度	102	2	0	4
	%	94.44	1.85	0.00	3.70
激しいもの壊し	頻度	102	5	1	0
	%	94.44	4.63	0.93	0.00
睡眠の大きな乱れ	頻度	107	1	0	0
	%	99.07	0.93	0.00	0.00
食事関係の強い障害	頻度	105	1	2	0
	%	97.22	0.93	1.85	0.00
排泄関係の強い障害	頻度	107	0	0	1
	%	99.07	0.00	0.00	0.93
著しい多動	頻度	104	3	1	0
	%	96.30	2.78	0.93	0.00
著しい騒がしさ	頻度	102	2	3	1
	%	94.44	1.85	2.78	0.93
パニックがもたらす結果が大変な処遇困難	頻度	98	—	—	10
	%	90.74	—	—	9.26
粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難	頻度	97	—	—	11
	%	89.81	—	—	10.19

Table 6 強度行動障害（新法）の項目ごとの頻度

		0点	1点	2点
本人独自の表現方法	頻度	83	21	4
	%	76.85	19.44	3.70
言葉以外の説明理解	頻度	90	16	2
	%	83.33	14.81	1.85
異食事	頻度	106	1	1
	%	98.15	0.93	0.93
多動・行動の停止	頻度	98	5	5
	%	90.74	4.63	4.63
パニック・不安定な行動	頻度	97	10	1
	%	89.81	9.26	0.93
自傷	頻度	103	3	2
	%	95.37	2.78	1.85
他害	頻度	102	6	0
	%	94.44	5.56	0.00
だきつき・ものとり	頻度	108	0	0
	%	100.00	0.00	0.00
環境の変化	頻度	105	3	0
	%	97.22	2.78	0.00
突発的行動	頻度	106	2	0
	%	98.15	1.85	0.00
食事関係	頻度	105	1	1
	%	98.13	0.93	0.93
てんかん	頻度	107	1	0
	%	99.07	0.93	0.00

Table 7 強度行動障害と ABC-J の記述統計量

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
強度行動障害（旧法）	1.71	4.02
強度行動障害（新法）	0.93	1.78
興奮性	4.17	6.11
無気力	6.21	6.61
情同行動	1.31	2.63
多動	5.51	7.71
不適切な言語	2.17	2.68

Table 8 変数間の相関係数

	1	2	3	4	5	6
1. 強度行動障害（旧法）						
2. 強度行動障害（新法）	.45 ***					
3. 興奮性	.62 ***	.51 ***				
4. 無気力	.43 ***	.46 ***	.56 ***			
5. 情同行動	.19 *	.50 ***	.45 ***	.53 ***		
6. 多動	.51 ***	.62 ***	.83 ***	.63 ***	.53 ***	
7. 不適切な言語	.32 ***	.50 ***	.66 ***	.36 ***	.49 ***	.73 ***

* $p<.05$, *** $p<.001$

Table 9 強度行動障害得点に対する重回帰分析の結果

	強度行動障害得点	
	旧法	新法
性別	-.11	.03
興奮性	.76 ***	-.06
無気力	.13	.07
情同行動	-.20	.22 *
多動	.07	.66 ***
不適切な言語	-.19	-.06
説明率 (R^2)	.50 ***	.57 ***

* $p<.05$, *** $p<.001$

Table 10 支援尺度と強度行動障害，ABC-J との順位相関

		強度行動障害		ABC-J				
		旧法	新法	興奮性	無気力	情同行動	多動	不適切言語
項目1	①	.17	.21 *	.20 *	.04	.18	.17	.13
	②	.25 *	.24 *	.19	.19	.39 ***	.19	.13
項目2		.36 ***	.51 ***	.23 *	.20 *	.21 *	.34 ***	.16
項目3		.18	.18	.27 **	.16	.25 **	.34 ***	.26 **
項目4		.21 *	.16	.22 *	.30 **	.41 ***	.29 **	.23 *
項目5		.18	.11	.13	.25 **	.28 **	.25 **	.10
項目6		.26 **	.26 **	.27 **	.15	.27 **	.30 **	.17
項目7		.28 **	.33 ***	.32 **	.33 ***	.28 **	.40 ***	.17
項目8		.38 ***	.38 ***	.45 ***	.34 ***	.31 **	.38 ***	.30 **
項目9		.28 **	.16	.21 *	.16	.22 *	.30 **	.10
項目10		.39 ***	.20 *	.29 **	.25 *	.29 **	.35 ***	.18
項目11		.29 **	.13	.15	.29 **	.17	.27 **	.13
項目12		.42 ***	.37 ***	.38 ***	.24 *	.24 *	.35 ***	.21 *
項目13		.23 *	.23 *	.09	.16	.18	.27 **	.12
項目14		.26 **	.16	.23 *	.23 *	.11	.28 **	.09
項目15		.25 *	.25 *	.30 **	.16	.20 *	.27 **	.13
項目16		.07	.17	.12	.20 *	.10	.11	.11

※支援「はい」=1, 「いいえ」「必要なし」=0

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Table 11 支援尺度と知的発達との関連 (ϕ 係数)

		<i>r</i>	<i>N</i>
項目1	①	-.05	85
	②	-.11	71
項目2		.04	86
項目3		-.02	86
項目4		.01	86
項目5		.01	86
項目6		-.03	86
項目7		.10	86
項目8		-.09	83
項目9		.25 *	84
項目10		.20	86
項目11		-.03	86
項目12		-.03	86
項目13		-.16	86
項目14		.16	86
項目15		.19	86
項目16		.14	86

※知的障害あり=1, 知的障害なし=0

支援「はい」=1, 「いいえ」「必要なし」=0

* $p<.05$

Table 12 知的障害群ごとの強度行動障害得点

	知的障害あり群		知的障害なし群		<i>t</i> 値
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	
強度行動障害得点 (旧法)	2.36	4.96	1.36	2.83	0.99
強度行動障害得点 (新法)	1.09	2.08	1.04	1.60	0.11

平成22年度 障害者対策総合研究推進事業
(身体・知的等障害分野)

平成23年3月 発行

発 行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
〒162-0052 東京都新宿区戸山1丁目22番1号
(戸山サンライズ内)

電 話 (03) 5273-0601

FAX (03) 5273-1523

印 刷 コロニー印刷

