

本人とは会えないまま、両親と兄だけが定期的に來談していた時期が3年あり、ようやく本人が現れて半年が経過したところである。

中学・高校と成績は最上位であったが、友人はほとんどいなかったという。高校3年の2学期に入ると試験を受けることを拒否するようになり、遺書を残して服薬自殺を試みている。このとき精神科受診に至ったが診察場面で一言も喋らず、受診を継続できなかった。以後、自宅にひきこもる生活が1年を過ぎた時点で母親が來談した。本人は1日のほとんどを自宅で過ごし、テレビ、ゲーム、新聞、雑誌を読むなどしているという。軽い不潔恐怖が見られる他、顔を見られることを嫌がり、新聞や手で顔を隠したりする。

乳幼児期に言葉の発達に遅れはなかったが、運動面の不器用さやつま先歩きを指摘されたことがある。保育園では引っ込み思案な一方、お昼寝の時間に布団に入ることを拒否して椅子に座っているなど、自分のやり方を通そうとする頑固さが目立ったようである。連絡帳には、「朝の体操はじっと見ているだけです」「お友達ともあやとりをしようね」「大きな声で笑ったり泣いたり、自分の思うように行動しようね」といった記載がみられる。この時期、ルービックキューブに没頭していたというエピソードがあり、乏しい言語活動を補償するために細かい視覚的作業に没頭していたものと推測された。トランプの神経衰弱も抜群に強く、勝ち負けには強い執着を示していたという。

小学校の通知表によれば作文や絵は一旦始めれば集中して取り組めるが、取り掛かりが遅く作業を始めても丁寧すぎて時間内に提出できないという指摘を再三受けていたようである。しかし模写は精緻に仕上げるので、褒められることもあったという。小学校生活全般にわたって、通知表には「とにかくおとなしい子」「挨拶ができない」「授業で指名されても発言しない」「自分の考えを発言できるように励ましていきたい」といった記述が多く、おそらく場面緘黙に近い状態であったものと推測される。4年生になると積極的な子に誘われて遊ぶようになった時期があり、この頃、「独りでコツコツ文章を書いたりする記者のような仕事がしたい」と話したことを母親が記憶している。

中学では運動部に入り、2年生の頃までは数人の友人がいたというが、自分から話すことはほとんどなかった。作品や作文が仕上がらないことも依然として続いていた。高校では友人ができず、修学旅行にも行き渋った。促されて何とか参加したものの、初日か

らかなり混乱した行動を示し、他の生徒とは別行動になったという。その後、旅行記に掲載される写真をバラバラに切り刻んで提出するなど、相当な挫折感や怒りを感じていたものと推測される。

父親にはアルコール問題があり、かなり主観的な思い込みで本人に一方的な説得を試みたりするため、本人は父親とは顔を合わせないように生活してきた。家族内の緊張はきわめて高いものと推測されたが、來談するようになって間もなく父親が自発的に飲酒を控えるようになった。少しずつ本人と母親の会話が増え始め、母親の冗談に笑ったり食事の支度を手伝うようになったり、ゲームソフトや本を買うために母親と一緒に外出するようになった。

初回相談から2年ほどが経過し、家族内の雰囲気以前に比べてずいぶん和らいでいるように感じられた。また本人の行動範囲も広がってきていたため、「今後の生活について考えなければ…」といった話題を両親から切り出してもらうように助言しながら、本人宛に來談を呼びかける手紙を数回送ったが反応はなく、そのまま1年が経過した。援助者はいよいよ行き詰まりを感じ始め、保健所の精神保健福祉相談員と自宅を訪問することにした。声をかけて本人の部屋に入るとパジャマ姿の本人が正座していたが、終始うつむいて顔を上げることはなかった。その後も2～3週間に1回の頻度で保健所相談員に訪問を継続してもらう一方、家族には「将来のことを考えよう」という提案を続けてもらった。

定期的な訪問を始めてから半年後（初回相談から4年目）、父親の声かけに応じ、本人が自動車免許教習所に通うと言い始めた。2ヶ月ほどで普通免許を取得することができたが、この間、「親に送り迎えをもらって恥ずかしくないかな」と尋ねてきたり、書類への氏名・住所の記入がわからない、誰かに話しかけられたり窓口に担当者がいないときにどうしてよいかわからないといった訴えの連続で、母親は本人の常識の乏しさやソーシャルスキルの低さに驚いていた。この後、母親の勧めに応じてようやく本人が來談した。歩き方や所作はぎこちなく、面接でもほとんど会話にならなかったため、トランプなどのアクティビティを中心としたセッションを継続した。得意な神経衰弱では笑顔がみられ、獲得したトランプの枚数を小声で報告することができた。数回の面接の後、大学進学を希望を話し始め、「携帯電話をもっていないと予備校で変だと思われませんか」など、“他者の視点”

を補なおうとするような内容をさかんに質問してくるようになったため、援助者はできる限り具体的な助言を心掛けた結果、間もなく予備校に通い始め現在に至っている。

WAIS-RではFIQ99、VIQ95、PIQ106。言語性では単語と理解に、動作性では絵画完成と絵画配列に落ち込みがみられた。言語性では知識と数唱、動作性では積木模様が高かった。

<症例2>18歳、男性、軽度知的障害

中学1年のとき花火大会でパニック発作を起こし、以後、映画館や車に乗っているときにも同様の発作を起こした。中学2年から不登校となり、そのまま卒業を迎えた。ずいぶん後になって、激しいいじめを受けていたことがわかった。高校に進学したが2年生から不登校となり、通信制高校に入りなおしたが、入学式で人ごみの怖さを訴え、学業面でもついていけなかった。これ以後、「すれ違ったアベックが自分のことを笑っているように感じる」といった被害感が高まり、自宅に閉居する生活が続いていた。

高校1年のときに精神科を初診し、現在まで薬物療法を受けている。両親が精神保健福祉センターを訪れた当初は、おもに母親に対する暴力への対応が中心的な課題であった。母親との密着した二者関係から父親を含めた三者関係化を図ることを基本的な方針とし、本人が興奮し始めたときには母親は外出し、対応を父親に任せることなどを助言した。3ヵ月後、5回目の面接時に本人も一緒に来談し、以後アクティビティを中心とした個別面接とSSTグループに参加している。当初の緊張感が緩み表情が明るくなってきているほか、母親への暴力も消失した。

乳幼児期に発達の遅れは指摘されていないが、小学校3年頃から学業不振が目立ち始め、漢字や算数(九九)の習得は不十分である。WAIS-RではFIQ65、VIQ76、PIQ62。知的障害者を対象とした福祉サービスを活用するため療育手帳を取得し、ハローワーク主催のジョブガイダンスや障害者職業センターを利用し始めている。

<症例3>29歳、男性、発達性協調運動障害

孤立した大学生活を送り何とか就職はしたものの、不器用で仕事は遅かったようである。上司から再三の指導を受けると激昂し、手にしていた工具を投げつけるなどして解雇された。次の職場でも同様のエピソード

で解雇され、3年に及ぶひきこもり状態に陥っていた。

母親に連れられて来所した当初は表情が硬く強い緊張が感じられたが、慣れてくると笑顔を交えて話せるようになった。しかし動作や歩き方は、やはりぎくしゃくしていた。挨拶や世間話などの社会技能はきわめて低く、面接が終了してもどのように退室してよいかかわからず、困ったように立ちすくんでいた。言語表現が極端に苦手であり、家族に対してはときに激しいかんしゃくを起こすという。面接場面では話し始めるまでに時間がかかり、年齢に比し、情緒的な表現や抽象的な描写には物足りなさを感じるが、質問に対する理解や状況の把握は適切であった。軽い不潔恐怖があるが、広汎性発達障害と捉え得るような社会的相互交流の質的異常は目立たなかった。

発達歴には早期の言語発達に遅れはみられず、その他、発達の遅れや偏りは指摘されていない。保育園では、自分から友達に話しかけたりすることはないものの、誘われれば後について一緒に遊んでいたという。小学校では一言も喋らず、授業中に指名されても音読ができなかった。激しいいじめやからかいの対象となったが、まったく抵抗せず、されるがままであったという。

WAIS-RではFIQ87、VIQ83、PIQ95。田中ビネー式ではIQ82、基底年齢は9歳、最終合格項目は成人のⅡまでであった。9歳級で「単語の列挙」、10歳級で「文の完成」、11歳級で「話の記憶」が通過できない。12歳級でも「文の整頓」がまったくできず、構文産出の障害が示唆された。簡単な文章を読ませると、平仮名が続く箇所では一文字ずつなぞるだけで、リズムや抑揚をつけたり文節で区切ることができなかった。ICD-10では、運動機能の特異的発達障害(F82)に該当するものと考えられた。

デイケアへの参加を促してみたところ、参加当日、自宅のガラス窓を叩き割り、10数針の縫合を要する怪我をしてしまった。これ以後、当面はグループへの参加を目標とせず、個別面接を継続することとした。運動と言語表出が極端に苦手であったため、プレイフルで容易に取り組めるような内容を検討し、スクイグルやゲーム的な要素の強い台本読み、リズム打ちなどアクティビティを中心としたセッションを継続した。これにより次第に言語表出がスムーズになり、自発的な会話がふえてきた。1年後には言語的な面接が可能になり、家族関係においてもかんしゃくが激減した。さ

らに1年後には母親の勤務先にパートとして採用され現在に至っている。

発達障害を背景とする青年期ひきこもりケースの治療・援助について、いくつかの論点を示す。

(1) 本人の精神病理と支援の方向性

筆者らは、いわゆる青年期のひきこもりケースへの支援経験から、軽度発達障害¹³⁾を背景としたケースが少なくないことに気づき始めた^{6,7)}。これらのケースは、高機能自閉症をもつ人が思春期に至るまでに二次的に獲得してしまった対人回避の習癖や過緊張による不適応¹⁰⁾、思春期・青年期に入って一気に複雑化する社会的状況や人間関係が彼らの対処能力を越えることによって生じる問題行動や不適応¹⁰⁾として捉えられるものであったことから、発達障害をもつ人の思春期を一貫して支える重要性^{3,10,13,15,16)}を再認識する機会となった。

と同時に、すでに青年期に至った彼らと初めて出会った援助者がどのような支援を提供できるのかを検討する必要性も生じてきた。たとえば Gillberg C は、積極奇異型であったアスペルガー症候群をもつ子どもが思春期に至って自分の異常さに気づくことで生じる社会的無力感からひきこもりに至るケースがあること、彼らが社会的孤立を経験しているときには定期的な個人面接が重要であることを強調している³⁾。筆者らもまずは本人の話に耳を傾けること（それが相互交流を欠いた不安や興味の独白のようなものであったとしても）を重視し、次のステップとしては個々のケースの得意と不得意を把握したうえで、自己評価が高まるような得意な課題から少しずつ不得意な課題にも取り入んでもらうような SST やアクティビティを実施してきた。また、これらをグループで実施できた場合には、他のメンバーの言動を模倣したり修正的な助言を取り入れるなどのメリットが実感できた¹⁾。さらにこうした構造的な支援プログラムを経て、より非構造的な状況への耐性が高まることや自ら新しい構造を提案したり創造できるような自発性が発揮されることを中心的な支援目標としている。本稿で示した3症例のうち言語的な関わりが困難であった症例1, 3は早くからアクティビティを中心とした個別セッションに導入し、症例2は個別面接と SST グループによって支援を進めてきた。現在は今後の生活ニーズに沿って社会参加への道筋をつくること、その際に直面する課題の整理を手伝うことなどが中心的な課題となってい

る。

(2) 社会技能訓練について

社会技能訓練 SST は発達・認知の偏りに由来する社会技能の低さを補完する援助技法として、またグループを体験する機会として有効に活用されることが期待されている^{2,3,4,12,17)}。山梨県立精神保健福祉センターでは、ひきこもり状態にある青年期ケース本人を対象とした SST グループに取り組んできたが、発達障害をもつ人たちは唐突な言動や他者の発言の一部にこだわって会話に口を挟む、臨機応変に行動できないなどによって他のメンバーから浮いてしまうことが多い。こうした問題を社会技能という視点で捉え SST に導入する場合、①わかりやすく簡潔な言葉遣いや理論的、マニュアル的、断定的な教示を心掛ける、②取り組んでいる内容や目的を明確化しながらセッションを進める、③スキルを細分化・具体化し強風に構造化する、④板書やモデリングなどの視覚情報を活用する、⑤反復練習に加えて実際に喫茶店に行くなどのグループ活動を取り入れ般化を図る、などの工夫が必要であった²⁾。

(3) 家族相談

筆者らは青年期においてひきこもり状態が長期化しているケース、とくに本人が相談・受診を拒否しているケースについて、以下のような前提で家族支援を進めている^{5,6)}。つまり、『本人にとっては、“現在の生活を変えようと自ら努力する”。あるいは、“それができない事情があるのならば、親ではなく本人が自ら医療機関を受診したり、相談援助機関を利用するなどして問題の解決・軽減を図る”』という二つの選択肢しかない』という前提である。

これに対して多くのケースでは、家族が子どもの考えを聴くこともなく叱咤激励、叱責、罵倒を繰り返す、あるいは何もはたらきかけずにひたすら見守る、本人に代わって今後の方向性についてアイデアを絞ってはさまざまな提案を繰り返す、本人からの暴力的な支配に服従するなどの手段で子どもに対応してきているが、それらの努力は本人がいずれの選択をも回避したまま現在の生活を維持・長期化させる『悪循環』を形成しているように見える。こうした『悪循環』の解消・緩和を目的とする家族援助は、軽度発達障害を背景としたケースにおいても、有用な場合があると考えている。

(4) 自宅への訪問

訪問の指針を検討することは、ひきこもりケースへ

の精神保健福祉対策において重要な課題の一つである。症例1は本人に会う以前から発達歴・生活歴により発達障害の存在が疑われており、このままの家族相談を継続するだけでは現在の生活パターンに固執する本人を動かさないという判断にもとづいて訪問を実施したものであった。初回は本人の意志を確認しないまま、家族の了解のみで自宅にまで立ち入るなど強引な面があったが、その後の進展を早めることには有効であったと思われる。

ひきこもりケースに対する訪問については、これまで「無理な介入を控え・・・」「返事がなときは外から声をかけるだけに留め・・・」といった非侵入的な姿勢が強調されてきた。確かに受診援助のみを目的とした一方的な訪問や、本人の了解を得ずに実施した訪問がさらに家族内の緊張を高め、本人のひきこもりや家族関係を悪化させることがあるのも事実である。しかし訪問という活動が大きなコストを伴うだけに、画一的に非侵入的な姿勢を強調するだけでなく、今後どのようなケースの、どのような局面で、どのような訪問を実施すべきなのかを詳細に検討することが必要である⁴⁾。

3. 思春期・青年期ケースからみた早期支援の課題

これまでの経験からは、ひきこもりによって青年期で事例化してくる発達障害ケースのほとんどすべてが未診断であり、療育的な配慮を受けてきていない。これらのケースに対する早期支援の課題を検討するために、発達障害を背景とした思春期・青年期ケースの全体像と発達障害を疑わせる幼児期から学童期のエピソード、その当時の支援などについて検討してみたい。平成14年度、山梨県立精神保健福祉センターの精神

保健福祉相談における来談ケースは実件数で247件(新規来所相談183件、継続相談64件)であった。このうち10代から20代の思春期・青年期ケース数は168件(新規来所相談119件、継続相談49件)で全体の68%を占めた。その中で発達障害を背景とするケースはその疑いも含めると20件(12.0%)であった(表-3)。この割合は、児童精神科医療機関で対応する不登校の15~16%が軽度発達障害を背景としていたという田中の報告¹⁵⁾と近い。

20件のうち11件については面接や行動観察の他に知能検査を実施し、9件については生活状況や行動観察、発達歴などから推測したものである。養育者から発達歴が聴取できなかった2ケースを除き、18ケースに幼児期(2~4歳)から小学校3~4年生までに発達障害を疑わせるエピソードを把握することができた。把握されたエピソードと思春期・青年期に至るまでに受けてきたアセスメントやサービス、支援の継続性などについて養育者から聴取し、早期支援の課題以下の四つに分類した。

(1) 支援の中断がその後の適応に結びついたケース <症例4> 中学1年生、男児、広汎性発達障害

言葉の遅れにより、2歳のときから児童相談所やことばの教室(言語訓練)への通所が始まり、就学後は情緒障害児学級に通級した。4年生のときに療育手帳を取得したが、これ以後、児童相談所との関係は途切れている。

中学校に進学すると小学校とは教師の対応が一変し、こだわりに対して強い叱責や制止が加えられるようになった。スケジュールやルールの変更についていけず、パニックが増加し夏休み明けには完全に不登校の状態になった。相談を受けた精神保健福祉センターから児童相談所に繋ぎなおし、思春期を迎えた本人へ

表-3 発達障害を背景とする思春期・青年期不応ケース(平成14年度、山梨県立精神保健福祉センターの来談ケースより)

新規相談(発達障害を背景とするケース)9ケース				現在の発達状況		診断名
性別年齢	相談内容	発達障害を疑わせるエピソード	検査項目	検査結果	検査結果	診断名
① 男 11	性的逸脱行動	他害 自傷 言葉不達(小3)	WISC-III(FIQ79 PIQ78 VIQ87)	能力の著しいばらつき		学習障害
② 女 11	不登校	言葉の遅れ(3歳)	WISC-III(FIQ65 PIQ83 VIQ56)			軽度精神遅滞
③ 男 13	学校不応(不登校)	言葉の遅れ(2歳)	状況・行動観察より軽度~中度レベルの遅れ・偏り			広汎性発達障害
④ 男 13	不登校	言葉の遅れ 多動(2歳)	療育手帳B-1所持(小4時)			中度精神遅滞
⑤ 女 15	学校不応(不登校)	言葉の遅れ(3歳)	WISC-III(FIQ82 PIQ87 VIQ80)	能力の著しいばらつき		学習障害
⑥ 男 15	ひきこもり	なし	WISC-III(FIQ69 PIQ75 VIQ75)			軽度精神遅滞
⑦ 男 16	不登校	言葉の遅れ 行動緩慢 特別なものへの興味(3歳)	WISC-III(FIQ46 PIQ51 VIQ52)			中度精神遅滞
⑧ 男 16	学校不応(暴力)	落ち着かない(幼児期)	WISC-III(FIQ72 PIQ75 VIQ75)			軽度精神遅滞
⑨ 女 16	不登校 臆熱	言葉の遅れ 言葉の遅れ(幼児期)	状況・行動観察より軽度レベルの遅れ			軽度精神遅滞
継続相談(発達障害を背景とするケース)6ケース				現在の発達状況		診断名
性別年齢	相談内容	発達障害を疑わせるエピソード(養育者より聴取)	検査項目	検査結果	検査結果	診断名
⑩ 男 10	不登校	言葉の遅れ 常同行動 音に敏感(3歳)	WISC-III(FIQ97 PIQ110 VIQ86)	能力の著しいばらつき		高機能広汎性発達障害
⑪ 男 13	性的逸脱行動	言葉(幼児期)	WISC-III(FIQ85 PIQ94 VIQ79)	能力の著しいばらつき		学習障害
⑫ 男 13	不登校	言葉の遅れ(4歳)	田中ビネー(IQ73)			軽度精神遅滞
⑬ 男 18	職場不応(臆熱)	言葉不達 友人関係が上手い(小1)	WAIS-R(IQ57 PIQ54 VIQ69)			軽度精神遅滞
⑭ 男 20	ひきこもり	言葉不達(小3~4)	WAIS-R(IQ65 PIQ62 VIQ76)			軽度精神遅滞
⑮ 男 29	ひきこもり	不登校 動作緩慢 選択性臆熱(幼児期)	WAIS-R(IQ87 PIQ95 VIQ83)	能力の著しいばらつき		学習障害 発達性協調運動障害
新規・継続相談(発達障害が疑われるケース)5ケース				現在の発達状況		診断名
性別年齢	相談内容	発達障害を疑わせるエピソード(養育者より聴取)	検査項目	検査結果	検査結果	診断名
⑯ 男 13	学校不応(奇妙な対人関係)	なし	状況・行動観察より軽度レベルの遅れ・偏り			高機能広汎性発達障害の疑い
⑰ 男 14	不登校	運動下手 水が苦手 音に敏感(小1~2)	状況・行動観察より軽度レベルの遅れ・偏り			高機能広汎性発達障害の疑い
⑱ 女 16	学校不応(臆熱)	動作緩慢 臆熱(幼児期)	状況・行動観察より軽度レベルの遅れ			精神遅滞の疑い
⑲ 男 18	学校不応(身体症状)	程度の引込み臆熱(4歳)	状況・行動観察より軽度レベルの遅れ			精神遅滞の疑い
⑳ 女 18	ひきこもり	発達不良 集団不応(幼児期)	状況・行動観察より軽度レベルの遅れ			精神遅滞の疑い

のカウンセリングと学校へのコンサルテーションを再開した。

小学校から中学校への“縦の連携”の不備や中学校での対応の問題など、いくつかの観点から考察が可能ではあるが、やはり専門機関によって継続的にフォローされていなかった点を重視すべきであろうと思われる^{10,14)}。ある特定の機関への相談ケースの集中やマンパワー不足などの構造的な問題があるにしても、たとえば年に1~2回の来談、あるいは卒業・進学を控えた時期に何回かの相談場面を設定するだけでも、かなりの貢献ができるのではないだろうか。

(2) 養育者の不安や疑問に援助者が適切に応えられなかったケース

<症例5> 小学校5年、男児、広汎性発達障害

小学校4年生から不登校となった。養護教諭の勧めで両親に連れられて来談した。緊張した面持ちで、廊下を壁づたいに歩いていた。季節は冬だったがTシャツ1枚で、一年中同じような服装で過ごしているという。爪かみがあり、両手の爪は磨り減っている。

乳幼児期はあやせば笑い視線も合っていたが、人見知りや抱っこをせがんできたことはなかったという。8ヶ月頃には喃語が出ていたが、初語には至らなかった。母親はレゴ・ブロックや新聞紙をちぎる遊びを1日でもやっていることを3歳児健診で相談したが、「言葉掛けを多くしましょう」とだけ助言されたという。しかし母親はまったく手がかからないことが不自然であると感じており、2人で過ごす時間を多くもつために幼稚園には通わず、言葉が出始めてからは、しりとりや「あっち向いてホイ」など相互性のある遊びを工夫してきたという。4歳頃から言葉が出始め、間もなく本や新聞のテレビ欄を読むようになり、5歳の頃にはテレビ・ゲームの攻略本を1冊丸暗記していたという。また音に敏感で、ふすまを静かに開け閉めするだけで起きてしまったり、大きな音に驚いて「耳が痛い」と泣き出すことがあったという。

小学校1~2年の頃は学校でも元気で遊び相手もできたので安心していただけだったが、小学校3年の頃から遊びに行かなくなり、4年になると登校を渋り始めた。夕方になると学校に出かけて行くことがあり、どうやら空気銃で池の鯉を撃っているらしい。家に持ってきてもらったテストには自分から取り組み、全て満点をとる。学校行事に参加することがあり、仲の良い子と

2人でなら遊ぶが、3人、4人とふえてくると表情がこわばってくる。平日の日中でも母親との外出はいやがらず、学校の前の道でも平気で歩く。校内から名前を呼ばれると手を振り返すなど、母親はその無頓着さに驚いている。また敬語を教えたところ、場面で使い分けることができず、家族に対しても「こんにちは」と挨拶をするようになってしまったという。WISC-IIIでは全検査IQ97、言語性IQ86、動作性IQ110。言語性では「理解」に著しい落ち込みがみられ、動作性では「積木」と「迷路」が著しく高かった。

こうしたケースからは、従来の母子保健活動に加えて、軽度発達障害という新たな課題を視野に入れた乳幼児健診や発達相談のあり方を検討する必要があることが明らかである^{7,8)}。まずは、障害の有無よりも養育者の不安や疑問を尊重する姿勢、単発の助言で「指導済み」にせず相談を継続することなどが必要である。また、5歳児健診の必要性¹⁵⁾や幼稚園・保育園など就学前の支援体制について検討すると同時に、特別支援教育の導入によって学校での早期把握と支援体制の充実が待たれる。

(3) 養育能力や家族機能の問題で事例化が遅れたケース

<症例6> 中学2年、男児、軽度精神遅滞

いじめによって不登校に陥っていたケースである。本児、母親ともに学校の対応に対する不満を述べていたが、不登校については困っている様子がみられない。母親には知的な問題があり、生育歴などを聴取することができない。父は子どものしつけには過度に厳しく、ときに暴力を振るう。本児を含め、3人の子どもたちはすべて不登校の状態であった。

本人は社交的で話し好きなのだが、語彙が貧困で間違った文法使用をする。知能検査を実施したところ、IQ73(全訂版田研・田中ビネー知能検査)であり、聴覚情報の記憶や文章構成の困難さが目立った。学校ではこれまで知的障害として対応を検討したことはなく、怠学傾向だけを指導の対象としてきていたため、まずは家族や学校と本人の発達像について理解を共有し、個別支援や家庭教師による指導を取り入れていくこととした。学校とは学習面の個別対応と指導上の工夫について確認した。父親は強い叱責を控え、家庭教師の手配や本人が望んでいたスポーツクラブに入れるような配慮をしてくれるようになった。本人との面

接にあたっては、自己評価の回復と同世代の友人関係を維持するために必要な社会技能の獲得を目的とした指導が必要であると考えられた。

家族環境や養育機能などの問題により事例化が遅れ、アセスメントや支援の対象となっていなかった症例である。こうしたケースは、どのような支援をもってしても対応が遅れがちになりやすい。保健師や家庭相談員など保健・福祉領域の担当者による粘り強い支援によって、ある程度は早期支援の可能性を高めることができるかもしれない。

(4)これまで誰にも発達障害と気がつかれてこなかったケース

<症例7>高校1年、男児、軽度精神遅滞

器物破損や暴力行為、怠学などの学校不適応がみられたケースである。生育歴については、始歩や始語などに問題はなかったが、1歳から5歳頃までは落ち着きがなく、2度骨折をしている。幼稚園から小学校は元気に過ごしたが、中学生になると太っていることをからかわれたり、いじめを受け孤立するようになった。非行傾向のある同級生が本児を連れ回すようになったため、学校に紹介され母親が本児を連れて来談した。

本児は対人関係を望んでいるものの、語彙が少なくことや適切な表現技術を獲得していないために周囲に誤解を受けやすいようであった。また危機的な場面に出くわすと衝動のコントロールが低下し、不適切な行動に及びやすい傾向があった。WISC-ⅢではFIQ72、VIQ75、PIQ75で軽度の精神遅滞と考えられた。本人の知的能力や認知特性に配慮しながら支持的・教育的に対応することで問題行動は軽減している。

こうしたケースは、これまで明らかな発達の遅れや偏りを指摘されずにきた一群であり、本人の能力や特性に目を向けた早期支援が提供されていれば、症例7のような思春期問題を予防できたようにも思われる。しかし早期スクリーニングには常に単なるレッテル貼りや差別的な処遇を受けるだけに終わってしまう危険性がある。あるいは、これまで障害に気づかずにきた養育者の自責感や後悔、障害を見逃してきた関係者への怒りなど、さまざまな情緒を刺激するかもしれない⁷⁾。養育者と本人への告知^{14,18)}や養育者の障害受容¹¹⁾、ネットワークシステムと守秘義務の問題⁹⁾など検討す

べき課題は多く、予防や早期支援という理念を具体化する際に生じるさまざまな実践的課題が凝縮された一群と言えるかもしれない。

4. まとめ

発達障害を背景とした思春期・青年期不適応ケースと支援の現状を報告した。また、こうしたケースに対する予防的早期支援の可能性といくつかの実践的課題に言及した。

文 献

- 1) 浅井朋子, 杉山登志郎: アスペルガー症候群の診断と治療. 臨床精神医学31:1047-1055, 2002.
- 2) 有泉加奈絵, 近藤直司: 青年期ひきこもりケースを対象としたSST(社会技能訓練)の試み. 平成15年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業) 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究. 総合研究報告書(主任研究者 伊藤順一郎).
- 3) Gillberg C: A Guide To Asperger Syndrome. Cambridge University Press, 2002. (田中康雄監修: アスペルガー症候群がわかる本-理解と対応のためのガイドブック. 明石書店, 東京, 2003)
- 4) 伊藤順一郎, 池原毅和, 金吉晴他: 10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン. 平成15年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業) 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究(主任研究者 伊藤順一郎).
- 5) 近藤直司編著: ひきこもりケースの家族援助-相談・治療・予防-. 金剛出版, 東京, 2001.
- 6) 近藤直司: 青年期のひきこもりについて. 精神経誌103:556-565, 2001.
- 7) 近藤直司, 河西文子, 小林真理子他: 児童・思春期不適応の予防を目的とした母子支援の試み. 思春期青年期精神医学12:109-118, 2002.
- 8) 近藤直司, 田中康雄, 青木 豊他: 児童・思春期の予防を目的とした母子メンタルヘルス活動のあり方についての研究. 平成15年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業) 地域における新しいヘルスケア・コンサルティングシステムの構築に関する研究報告書(主任研究者 山縣然太郎).

- 9) 近藤直司：児童・思春期精神保健福祉と地域ネットワーク. 中根 晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子 編：詳解こどもと思春期の精神医学. 金剛出版, 東京, 近刊.
- 10) 中根 晃：発達障害の臨床. 金剛出版, 東京, 1999.
- 11) 中田洋二郎：子どもの障害をどう受容するか. 大月書店, 東京, 2002.
- 12) 日戸由刈, 清水康夫, 本田秀夫：アスペルガー症候群に対するCOSST(Community Oriented Social Skill Training)：社会不応と生活破綻の予防的治療としての社会参加支援プログラム. 第44回日本児童青年精神医学会抄録集, 2003.
- 13) 杉山登志郎：軽度発達障害. 発達障害研究21: 241-251, 2000.
- 14) 杉山登志郎：治療法 広汎性発達障害. 精神科治療学18:85-90, 2003.
- 15) 田中康雄：軽度発達障害のある子どもたちへの早期介入. 近藤直司編著：ひきこもりケースの家族支援. 金剛出版, 東京, 2001.
- 16) 十一元三：自閉性障害の診断と治療. 臨床精神医学31:1035-1046, 2002.
- 17) 東京 SST 経験交流会編 (編集代表：舩松克代)：事例から学ぶSST 実践のポイント. 金剛出版, 東京, 2002.
- 18) 内山登喜夫, 水野 薫, 吉田友子編：高機能自閉症・アスペルガー症候群入門 正しい理解と対応のために. 中央法規出版, 東京, 2002.



特集
1 「ひきこもり」ケースには、こう対応する！
保健師ができる支援について考える

「ひきこもり」を理解しよう①

青年期ひきこもりケースの 精神医学的理解

近藤直司 山梨県立精神保健福祉センター・山梨県中央児童相談所(精神科医師)

ひきこもりの概念

ひきこもりという用語は大きく分けて、2つの意味合いで用いられてきました¹⁾。1つは、周囲に無関心になり、もっぱら自らの精神内界の現実のみ心を奪われ、全能的自己愛に浸っているような精神内界の現象についてです。「心を閉ざしている」「心と心の交流に乏しい」などと表現されるような状態も含めて、内的なひきこもり・情緒的ひきこもりなどと呼ばれてきました。

もう1つは、生活する空間、時間を狭め、外出しなくなったり、家族とも顔を合わせないように昼夜逆転の生活を送るようになるなど、対人関係の回避や孤立した生活状態を指す場合で、外的なひきこもり・社会的ひきこもり social withdrawal と表現されます。英語の social は「対人関係上の」といった意味合いが強いことから、社会的ひきこもりは、「対人関係を回避している」「誰とも関わろうとしない」といった意味合いになります。

ひきこもり問題の現状

まず、現在わが国において注目されている青年のひきこもり問題の実情について概観しておきます。ひきこもりケースの相談状況や支援体制を調

査するために実施された全国調査²⁾では、2002年の1年間に、全国の保健所・精神保健福祉センターにおいて、電話または来所相談として受けた「統合失調症などの精神病圏の疾患、または中等度以上の精神遅滞を除いたひきこもりと考えられるケース」の総件数は1万4069件であり、平均年齢は26.7歳、男性76.9%、女性23.1%でした。

生活範囲は、「友人とのつきあい・地域の活動には参加」9.2%、「外出可能」40.8%、「条件付きで外出可能」20.9%、「外出不可能で家庭内では自由」17.0%、「自室で閉じこもっている」9.7%でした。就労・アルバイトについては、「経験あり」53.1%、「経験なし」40.3%でした。家庭内暴力を示すものが19.8%、器物破損や家族への拒否など、家族関係の調整・支援が必要なものが40.4%でした。また、この報告では、長期的な援助の必要性和中断事例の多さも指摘されました。

精神医学における 「社会的ひきこもり」のとらえ方

次に、「社会的ひきこもり」のとらえ方について整理しておきます。精神医学では、「社会的ひきこもり」を症状、ないしは状態像ととらえるのが一般的であり、症状・状態の背景には原因となる

疾患・障害の存在が想定されます。しかし、「社会的ひきこもり」を症状としてとらえるべきなのか、1つの診断と考えればよいのかといった戸惑いを感じたまま実際の治療・援助にあたっている援助者も少なくないようですし、今日的なひきこもり問題は従来の診断カテゴリーには馴染まないのではないか、という見解を述べる専門家もいます。

私たちは、本人が精神保健福祉センターに来談した16～35歳のひきこもりケース24例をDSM-IVに準拠して診断した結果、不安障害(広場恐怖、社会恐怖、強迫性障害など)11、広汎性発達障害7、軽度精神遅滞4、パーソナリティー障害またはその傾向(パーソナリティー障害の閾値には達しない非適応的なパーソナリティーの傾向)3、気分障害3、統合失調症2と報告しました(軽度精神遅滞と社会恐怖、広場恐怖の合併など、重複診断のため合計は24を超えています)⁹⁾。

■ひきこもりの精神医学的背景

精神医学的背景と援助・治療方針はおおむね以下のように分類されます。

第1には、統合失調症や気分障害、あるいは不安障害を中心としたグループがあります。ICD-10に準拠すれば、F2、F3、F4に相当し、まずは薬物療法を中心とする生物学的治療が第一選択であり、支持的治療や認知行動療法、地域リハビリテーションなどが組み合わせられます。

第2のグループは、軽度の精神遅滞や高機能広汎性発達障害などの発達障害(ICD-10ではF7、F8に相当します)によって、あるいは、それらの発達障害を基盤として二次的な精神科的問題、とくに不安障害の併発によってひきこもりに陥っているケースです。このグループは、学業不振やいじめ、学校や職場での不適応といった体験により、自尊心の低下や迫害不安などの心理的・情緒的問題が積み重なっているものが多く、生来性の発達・認知特性と二次的な精神障害との両側面を踏まえた

援助・治療が必要です。

第3のグループは、回避性パーソナリティー障害や分裂病質パーソナリティー障害、自己愛パーソナリティー障害など、個人精神療法や集団精神療法的なアプローチが重視される一群です。

■ひきこもり状態の診断分類

本人が治療・援助をかたくなに拒否することは稀ではありませんし、中断例も多く、精神保健福祉における治療・援助は万能ではありません。また、今日的なひきこもりが個人の精神病理のみによって生じているとも考えていません。しかし、個々のケースを丁寧に診ていけば、ひきこもり状態に陥っている人には何らかの精神障害がみられますし、それは従来の診断カテゴリーを用いて治療・援助を検討することができるものと考えられます。

その一方で、従来の診断分類とは異なる新しいカテゴリーが必要であるという見解もあります。こうした見解を学術的に検証しようと試みている研究論文としては、諏訪・鈴木の提唱する「一次性ひきこもり」があります⁹⁾。諏訪・鈴木は精神保健福祉センターのグループ活動に参加していた14例のひきこもりケースを精緻に検討し、そのうち2症例についてはその精神病理がほかの精神障害とは異なるものであり、診断カテゴリーとして妥当であるとしています。

また斎藤は、「社会的ひきこもり」を「20代後半までに問題化し、6か月以上自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」と定義しています⁹⁾。しかし同じ著書のなかで、「社会的ひきこもり」は診断名ではなく、自らが「社会的ひきこもり」と呼ぶ事例は、国際診断基準では社会恐怖と回避性パーソナリティー障害のいずれかに分類できるとも述べています。斎藤の論旨は、「社会的ひきこもり」が思春期心性に深く根ざした心理的な問題であること、また、今日の長期化・深刻化したひきこもりは個人の精神病理だけ



でなく、時代・文化・家族状況などの社会的状況と密接に関連した問題としてとらえることが重要であるという点かと思われませんが、上述の「定義」はその妥当性を検証されることなく、独立した診断カテゴリーのようにとらえられ、専門職の間にも急速に普及しました。また、「精神障害が第一の原因とは考えにくい」という記述を、「病理性がない」と解釈した専門家も少なくないようでした。

多くの専門職がそれなりの援助実践を積み重ねてきているにもかかわらず、ひきこもりケースをめぐる精神医学的診断について整理されていない点が多いのは、おそらくこうした影響もあると思われる。多くの専門職が参照する「10代・20代を中心とした『ひきこもり』をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」においてさえ、ひきこもりケースの精神医学的背景をめぐることは、「明確な精神疾患や障害の存在が考えられないにもかかわらず、長期間にわたって自宅外での対人関係や社会的活動からひきこもっている人もいます。(…中略)詳細な診断をすると、パーソナリティ障害や社会恐怖などと診断される人々もこのなかにふくまれます」など、きわめてわかりにくい、不明確な記述にとどまっています。こうした現状が、どのような背景によって生じているのかも検討しておく必要があります。

精神医学的診断の難しさと 精神症状に乏しい一群について

ひきこもりケースをめぐる精神医学的診断の難しさについて検討します。第一に、治療者・援助者が本人に会えるケースが決して多くはありません。また、ひきこもりという問題の性質上、治療・援助の中断例が多いことは、ある程度避けがたいことでもあり⁶⁾、実際に多くのケースを診ている専門家、あるいは個々のケースについて十分な理解に到達できるまでの治療・援助を経験している

臨床家は必ずしも多くはないのかもしれませんが。また、クライアントが情緒的にひきこもっていたり、自らの内的体験を治療者・援助者に理解してもらおうとすることにアンビバレンスが強い場合、治療・援助関係が維持できたとしても、必ずしもそれだけでケースについての理解が深まるわけではありません。これらの点が、有効な臨床経験の蓄積を困難にさせている1つの要因ではないかと思われます。

第2に、治療者・援助者の側に生じる特有の逆転移も問題になります。ひきこもっている人との心理療法や相談面接の際に、「クライアントの内面に踏み込み、傷つけてしまうのではないか」という不安感は、治療者・援助者が抱く情緒としてはかなり普遍性の高いものでしょう。こうした不安によって、治療者・援助者がクライアントの内的体験を焦点とした面接や心理検査を実施できないために、ケースの理解が深まらないという事態が起きやすいように思われます。

そして第3に、実際に多くの治療者・援助者が、長期化・深刻化したひきこもりを生じさせるだけの精神症状や神経症症状を把握することができないケースに直面しているようです。ここで問題になるのは、パーソナリティ障害と不安障害、広汎性発達障害です。

ひきこもりとパーソナリティ障害 不安障害、広汎性発達障害

たとえば、衣笠は精神病症状や神経症症状が顕著ではなく、ひきこもりそのものがおもな特徴である一群のケースを「一次的ひきこもり」と呼び、スキゾイド・パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛パーソナリティ障害によって構成されるとしています⁷⁾。

しかし、パーソナリティ障害をめぐることは、精神科臨床にはつきものの診断体系の不統一があるようです。たとえば、斎藤は「社会的ひきこも

り」という名称を提唱した理由の1つとして、「パーソナリティ障害」という診断カテゴリーに対する抵抗感をあげています⁵⁾。国際的な診断基準の最大の目的は診断分類についてのコンセンサスを形成することですが、いまだにそれらに抵抗を感じる臨床家が少なくないと思われます。

このほかにも、精神症状や神経症症状がとらえにくいために、治療者・援助者がひきこもりの背景にある問題を把握することができていない場合があるように思われます。たとえばICD-10には、「広場恐怖」について、「一貫して恐怖症的な状況を回避することができるので、ほとんど不安を体験しない者もいることに留意しなければならない」という記載があり、刺激を回避することで軽減している不安障害が見逃される危険性を警告しています。また、広汎性発達障害の事例は、その認知特性をよく理解している面接者が具体的にインタビューしなければ、問題の性質が把握できないこともあり得ます。

以上、ひきこもりケースのアセスメント、とくに精神医学的診断の課題について述べてきましたが、個々のケースに生じているひきこもりを生物学的-心理的-社会的な観点から詳細に検討し、治療・援助経験を蓄積していくという方向性を共通の認識とすれば、現時点で多くの臨床家が抱えていると思われる「明確な精神疾患や障害の存在が考えられない」という認識は少しずつ変化していくように思われます。

家族状況について

ここまで、ひきこもりに至る個人の精神病理について述べました。しかし、多くの臨床家が今日的な青年期の社会的ひきこもりが個人の精神病理水準には見合わないほどの深刻さを示しているという印象を述べ、個人精神病理と特有の家族状況とが関連して複合的に形成された現象としてとらえています。

私は、とくに家族の代理的な世話によって本人の生活を維持し続けているケース、そして親だけがガイダンスや家族教室に参加するために熱心に来談し、本人自身は受診や相談を拒否し続けているケースについて、家族状況を以下のように整理して考えています⁶⁾。

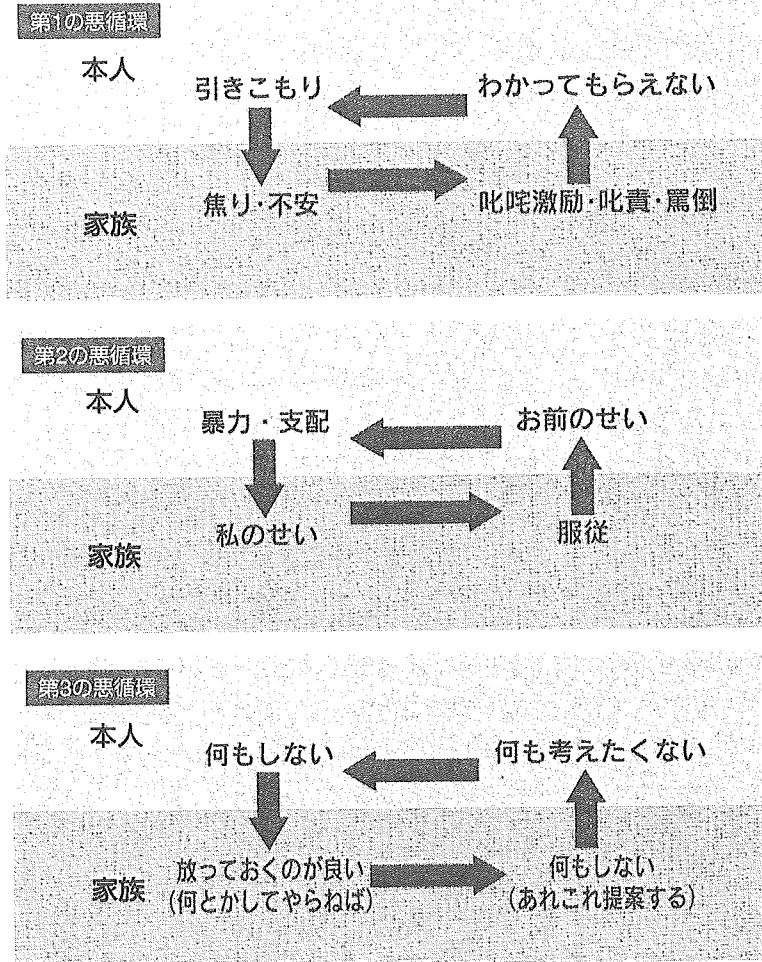
まず、青年期・成人期に至った本人には、当面、2つの選択肢しかないように思われます。1つは、「さまざまな不安や葛藤を抱えながらも、現在の生活を変えようと努力する。少なくとも、自らの生活を支える経済的基盤は自らの手で確保しようと努力する」というものであり、もう1つは、「もし、それができない事情があるのならば、医療機関を受診したり、何らかのサービスを利用するために相談援助機関を利用するなどして、自ら問題の解決・軽減を図る」という選択です。

一方、多くの家族は、①叱咤激励を繰り返す、②本人からの暴力的な支配に服従する、③何もはたらきかけずにひたすら見守る、あるいは、本人に代わって今後の方向性についてアイデアを絞り、さまざまな提案を繰り返す、などの対応をしていますが、それらの努力は、本人がいずれの選択も回避したまま、現在の生活を維持・長期化させる「悪循環」(図)を形成しているようにみえます。したがって、家族面接の目標は、個々のケースに生じている「悪循環」を見極め、変化させることにあります。家族には、こうした悪循環を軽減し、①今後の人生について話し合える親子関係を取り戻すことを目標とする段階、②期限を切ったうえで、本人に選択を促す段階、③とにかく一旦は家から出さず段階といった段階的な目標を示し、個別の相談面接をとおして、実際に始められそうな新しい試みを探り出すことを勧めています。これは必ずしも容易なことではありません。

たとえば、家族同士はそれぞれの内面に踏み込まないようにしており、家族全体が社会や地域から孤立している傾向もみられます。この他にも、母親(まれに父親)は子どもとの分離に対する不安



図 引きこもりにおける「悪循環」



に共通しているのは、ひきこもりケースの家族に関わる多くの臨床家が、家族療法・家族援助にあたって柔軟性の乏しさや変化の生じにくさを経験しているということであり、大きな実践的課題となっています。

■文献

- 1) 狩野力八郎：まえがき。狩野力八郎，近藤直司(編著)：青年のひきこもり，pp3-8，岩崎学術出版社，2000。
- 2) 伊藤順一郎・ほか：「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告。伊藤順一郎(主任研究者)：厚生労働科学研究一こころの健康科学研究事業「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」総合研究報告書，2003。
- 3) 小林真理子・近藤直司：発達障害とひきこもり：現代のエスプリ別冊，ひきこもる若者たち，54-64，至文堂，2005。
- 4) 諏訪真美・鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴。精神神経誌，104(12)：1228-1241，2002。
- 5) 齊藤環：社会的ひきこもり。PHP新書，1998。
- 6) 伊藤順一郎(監修)，ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会(編)：地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン。じほう，2004。
- 7) 衣笠隆幸：ヤングアダルトのひきこもり。臨床精神医学増刊号：147-152，1998。
- 8) 近藤直司：ひきこもりケースにおける家族状況の分類と援助方針。近藤直司(編著)：ひきこもりケースの家族支援，pp53-65，金剛出版，2001。
- 9) 吉川悟：家族療法から見たひきこもりの家族内で起きていること—葛藤回避のベルをどのように無効化するか。近藤直司(編著)：ひきこもりケースの家族援助，pp66-78，金剛出版，2001。

が強く、子どもを抱え込もうとする傾向があること、また、母親が悪い自己イメージを子どもに投影し続けることにより、子どものセルフエスティームが低下しているようにみえること、親の喪失感や分離不安、羨望が喚起されると、子どもの建設的な行動を抑制しようとするなど、家族にみられる特徴的な精神力動といえるかもしれません⁹⁾。

吉川も、ひきこもりケースの家族にみられる特徴として、家族内の緊張を一定の閾値に留めるルールがあることを指摘し、その閾値を維持するための「ベルが鳴る」と表現しています⁹⁾。これら

近藤直司(こんどう なおじ)

山梨県立精神保健福祉センター・山梨県中央児童相談所
〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12

精神科医療と発達障害

齊藤万比古

国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部長

Key Words 発達障害, 発達障害者支援法, 行為障害, 成人精神科医療

はじめに

わが国の児童思春期精神医療の世界では近年、発達障害に分類される諸疾患の受診者が爆発的に増加する現状を迎えている。図1に国立精神・神経センター国府台病院児童精神科の1994年から2003年まで10年間の新患統計を示した。その間に初診で受診した子どもの人数は3倍近く増加しているが、その内訳を見ると、ほとんど増加していない「精神病群」と、漸増を示したにすぎない「行動・情緒障害群」に対して、約10倍という目を見張る増加を示したのが「発達障害群」である。しかも発達障害の全ての疾患がそれだけの増加を示したのではない。古典的な自閉症や中等度以上の精神遅滞といった発達障害の中核群の受診数は以前とさして変わっておらず、この大幅な増加に寄与しているのはもっぱらアスペルガー症候群や多動性障害である。児童思春期精神科医療におけるこのような軽度発達障害の受診者数の増加は、単に医療対象としての量的な水準での重要性が増したばかりではなく、子どもの精神疾患概念とその体系に対して根本的な修正を求めるといった質的に重大な影響を与えている。そして、発達障害への注目が児童思春期精神科領域でこのように激増していくにつれ、成人の精神科医療においても、発達障害を意識した診断・評価と治療を精神科医が求められるようになりつつある。以下では、発達障害者支援法制定の意義、発達障害概念が児童思春期精神科医療にもたらした新しい観点、そして成人精神科医療に発達障害概念が及ぼす影響などについて述べてみたい。なお、軽度発達障害と

従来発達障害との関係は表1に示した。

発達障害者支援法制定の意義

平成17年4月1日より施行された発達障害者支援法(資料1)は、発達障害を自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disordersの大文字部をつないだ「PDD」という略称がわが国でも一般的である)、学習障害(同じくLearning Disordersから「LD」という略語が用いられている)、多動性障害(DSM-IV-TRでは注意欠陥/多動性障害Attention-Deficit/Hyperactivity Disorderと呼び、その英文名の大文字をつないだ「ADHD」という呼称が世界的に用いられているので、以後はADHDを略称に用いる)など、いわゆる「軽度発達障害」に代表されるような「脳機能の障害」であって、低年齢において発現するものと定義し、それらの障害を持つ人が心理機能の発達を保障され、円滑に社会生活を送れるように、早期から学校教育や就労をめぐる「発達支援」が行われるよう、国および地方自治体が努力することを定めたいわゆる理念法である。その中で、都道府県等は発達障害者支援センターの設置と専門病院ないし専門診療所の確保を義務として負うことが明記されている。この発達障害者支援センターは地方自治体が公的機関を新たに設置するか、福祉法人などの法人を指定することになっており、(1)発達障害の早期発見と早期の発達支援のための相談、(2)専門的な発達支援および就労支援、(3)医療、保健、福祉、教育等の関係機関および民間団体に対する発達障害についての研修、(4)上記関係機関および民間団体との連絡調整などの業務に従事することの4点を業務として定めている。また専門医療機関は発達障害の診断および発達支

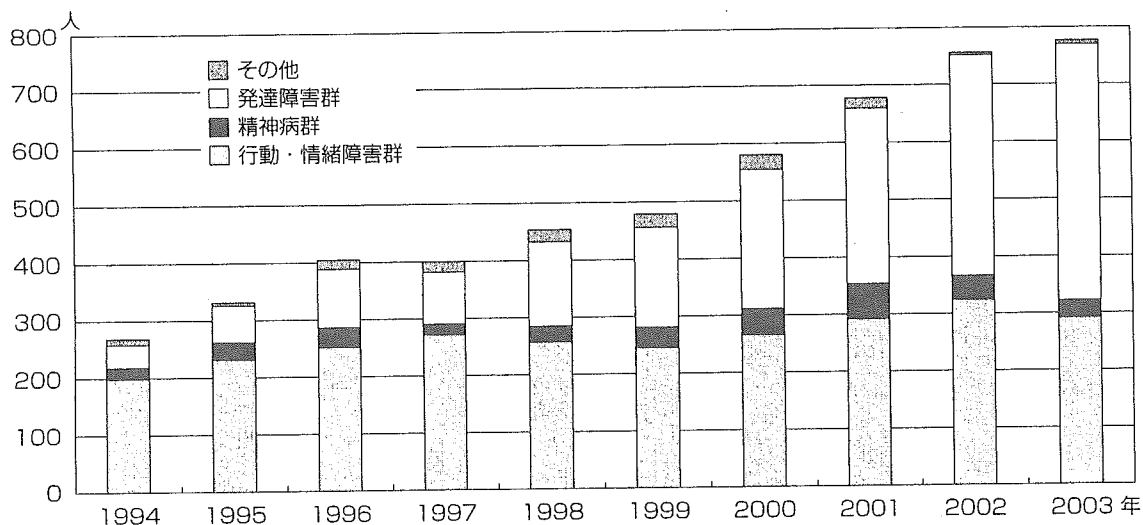


図1 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科新患統計 (1994年～2003年)

表1 発達障害に含まれる疾患 (ICD10 より)

- 精神遅滞
 - 軽度精神遅滞
 - 中等度精神遅滞
 - 重度精神遅滞
 - 最重度精神遅滞
- 会話および言語の特異的発達障害
- 学力 (学習能力) の特異的発達障害
- 運動機能の特異的発達障害
- 広汎性発達障害
 - 自閉症
 - 非定型自閉症
 - アスペルガー症候群
- 多動性障害 (DSM-IVでは注意欠陥/多動性障害)

注) 太字で示した疾患名は「軽度発達障害」、イタリック体はそれ以外の発達障害を示している。

援に従事することができる病院ないし診療所であり、国と地方自治体はこれらの医療機関に対して情報伝達と必要な援助を提供することとなっている。この専門医療機関には児童思春期精神科診療機能を持つ病院や診療所が指定されることが多いと思われるが、当然ながら成人発達障害者の診療にあたってきた一般精神科病院や診療所が指定を受ける場合もある。しかし発達障害者支援センターおよび専門医療機関の具体的な業務については、とくに後者の機能については、まだ具体的に提示

されている段階ではない。本支援法が発達障害児者とその家族の抱える困難を改善することに寄与する実効性を持つためには、さらに発達障害児者に特化した支援機関の整備や、各分野の専門機関間の連携ネットワークの構築を進める必要があるとともに、発達障害児者の生活を保証するための経済的支援に関する規定を具体的に定めていく必要があるだろう。

図2は本支援法の成立以降、国、都道府県およびその指導の下におかれる圏域 (単独ないし複数の市町村からなる) の地方自治体が発達障害児者の支援体制の構築のために当面何をなすべきかを示した厚生労働省作成の模式図である。真ん中の列が主な所轄機関とその機能を示しており、その列内の左側に縦に福祉関係 (厚生労働省) の、そして右側に教育関係 (文部科学省) の機関およびその機能がそれぞれ並んでいる。これは発達障害者支援法で規定した国および自治体の福祉面での取り組みを、すでに開始している文科省の特別支援教育のための取り組みと調和させて、都道府県レベルでは「関係機関等連携協議会」を設置して福祉と教育の関係機関および専門家による取り組みの調整にあたらせ、圏域レベルでは両領域の実務家が集まった「発達障害支援チーム」の設置を

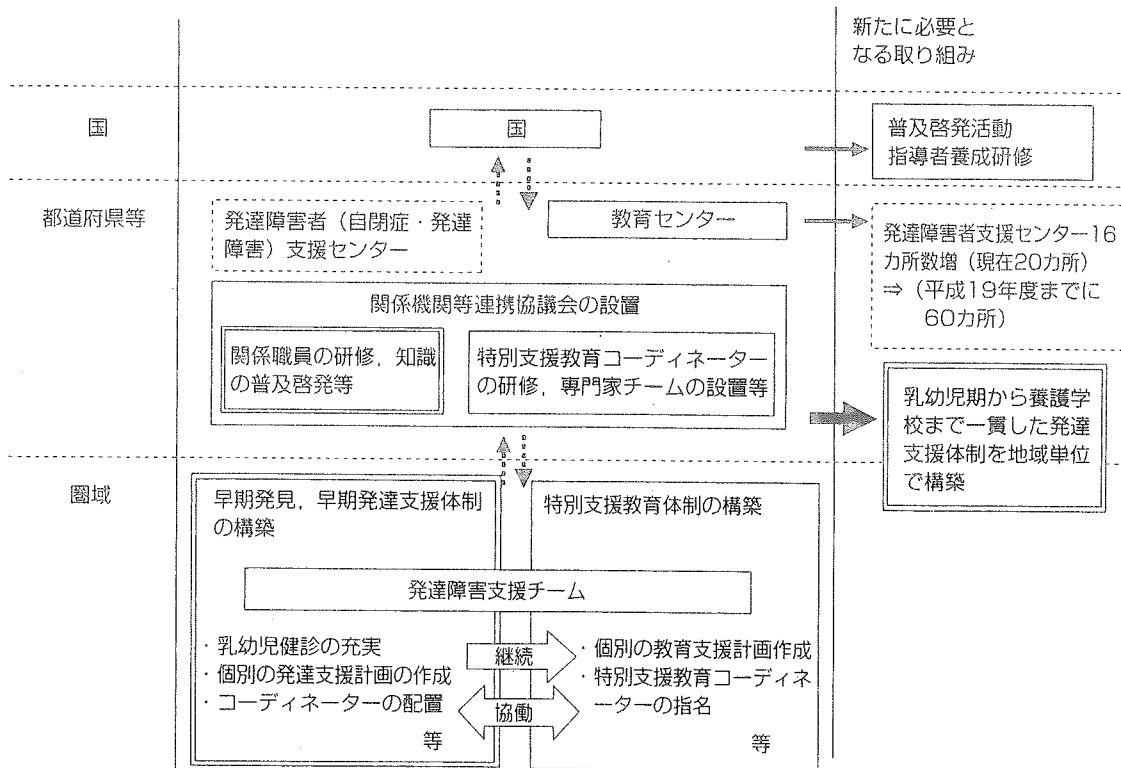


図2 発達障害者を支援する体制
(厚生労働省ホームページより引用)

推奨している。これによって「乳幼児から養護学校まで一貫した発達支援体制が地域単位で構築」できると模式図は謳っている。なお、国の義務として示されている「指導者養成研修」は、2005年度から国立精神・神経センターにて医師対象の3日間にわたる研修として取り組みが始まっている。しかしこの模式図は、発達障害者支援法で謳っている専門的医療機関に関しては何も触れておらず、この3つのレベルのそれぞれにどのように関与し、どのような機能を果たすのかはこれから明確にしていくべき課題であるらしい。

ともあれこれまで福祉や教育の分野で、しばしば知的障害者と精神障害者のどちらにも適切に定義されないまま、いわば谷間の障害として放置されがちであった発達障害を社会的なハンディキャップとして公認した意義はきわめて大きい。児童思春期精神科医および一般精神科医は本支援法の

精神をよく理解し、発達障害児者の発達支援を医療面から支えていく任務を積極的に担う必要があるだろう。

発達障害概念が児童思春期精神科医療にもたらした量的・質的インパクト

小児科や児童思春期精神科領域を中心とする医療の分野ではこれらの障害は以前からそれなりに注目されていたが、発達障害児者の発達支援に関する社会の理解がなかなか得られず、また有効な社会資源もきわめて乏しい中で、これまで相談や治療に関与するしかない状況に置かれていた。したがって発達障害者支援法の制定は、これまで発達障害児者に対する支援を医療側から担ってきた小児科医や精神科医にとってはわが意を得たりというところがある。しかしそれは同時に、発達障害を専門とする小児科医や精神科医が本支援法を

理念法から実行性のある法律へと高めていくために、これまで以上に当該医療における発達障害概念の明確化や有効な治療および支援の技法とシステムを開発していく任務を負わされたことを意味する。図1で示したように、児童思春期精神科領域における近年の発達障害受診者の増加は目を見張るものがあるが、その大半がアスペルガー症候群と非定型自閉症に代表される軽症PDDでありADHDであることから、これらを中心とするいわゆる「軽度発達障害」こそ、児童思春期精神科医療における発達障害診療の主要な対象であると言っても過言ではない。

以上のように児童思春期精神科領域では、今後ますます発達障害診療の占める位置が増大していくことになるかと推測されるが、この量的インパクトとは別に、これら発達障害概念が児童思春期精神医学および児童思春期精神科医療に及ぼした質的インパクトについて考えてみたい。ここでいう質的インパクトの中心は、児童思春期における精神疾患の発現過程および病態に発達障害が深くかつ広範に関与していることを児童思春期精神科医が認知したことである。以前は子どもの精神疾患に関しても、成人の精神疾患分類に準じて神経症性疾患、境界例ないし人格障害、精神病性障害（かつて内因性精神病と呼ばれたもの）の3領域あるいは3水準の疾患を中心に、器質性精神疾患と発達障害（主として精神遅滞と自閉症）を加えて平面的に配置された疾患分類の体系がイメージされていた。米国のDSM-Ⅲ（1980）が採用した多軸診断という発想はわが国では当初あまり重視されず、DSM-Ⅲ以降も第1軸診断と第2軸診断に登場する疾患概念が同一平面に併せ置かれたうえで、その中のいずれかを診断名として用いるということが一般的な利用のされ方であった。DSMの診断体系が徐々に理解されるにつれて成人の診断において人格障害は第1軸診断概念を規定する背景要因として重層的に評価するという考え方がわが国の精神医学界でも一般的になっていった。しかし、第2軸疾患概念のうち、一貫して第2軸に配置されている人格障害を除いて、発達障害を背景要因としてどう位置づけるかについてはDSM-Ⅲ以降の米国精神医学会（APA）にも

動揺が見られる。DSM-Ⅲでは特異的発達障害（これに含まれる疾患群は一般にはLD概念に含まれることから以下、「LD」という）だけが第2軸に位置づけられ、精神遅滞もADHDもPDDも第1軸疾患と定義されていたが、DSM-Ⅲ-Rでは第2軸疾患に精神遅滞、PDD、LDが含まれるという拡張が行われた。ところがなぜかDSM-ⅣではPDDとLDは第1軸疾患に移動させられ、精神遅滞だけが第2軸診断とされている（正確には境界知能も第2軸診断に含まれる）。一方、ADHDは一貫して第1軸診断に置かれ、反抗挑戦性障害および行為障害とともに一疾患群を形成すると定義されており、発達障害としての位置づけはされていないように見える。なお世界保健機関（WHO）の作成したICD10（1992）の精神疾患分類は、DSM-Ⅲ-Rの疾患概念をかなり導入しているにもかかわらず多軸診断の体系は採用していない。

子どもの精神疾患の研究が範囲を広げつつ深まっていくにつれ、PDD概念の裾野も徐々に拡大していき、現在では「アスペルガー障害」や「特定不能のPDD（以下、PDDNOSという）」を広く含むようになってきている。さらに、DSM-ⅣでもICD10でも発達障害に含まれてはいないADHDも、PDDと同様に生来的な脳機能障害を背景に生じてくるものを中核群としていることが明らかになってきたことから、わが国では発達障害に含まれる疾患として認識されるようになってきた。かくして現在のわが国では表1に示した諸疾患が広く発達障害として認められるようになり、発達障害者支援法でもその定義が採用されている。このように発達障害概念が広がってくると、不安障害、気分障害、統合失調症などさまざまな第1軸疾患や第2軸疾患たる人格障害の背景にPDD、ADHD、LDなどの発達障害が併存しており、たとえばADHDと反抗挑戦性障害、チック障害、強迫性障害を含む不安障害、気分障害などの第1軸疾患、あるいはある種の人格障害などの親和性が指摘されたり、PDDと気分障害や強迫性障害、あるいは統合失調型人格障害や統合失調質人格障害（スキゾイド人格障害）との親和性が指摘されるようになってきた。しかも、それは単に二

つの疾患が併存しているという分類学的な意義だけではなく、各発達障害の認知特性や行動特性を考慮に入れることで効果的な治療法や治療体系が開発されるようになったという意義も持っている。

現在筆者は、DSMが提起した多軸診断という一人の子どもの精神疾患を多重的に評価する診断システムを支持する立場から、DSM-IVの第2軸は人格障害および極端な人格特性の評価軸として限定し、新たに第3軸として精神遅滞、境界知能、PDD、ADHD、LDからなる発達障害診断のための軸を設定するのが適切ではないかと考えている。したがって、DSM-IVの現在の第3、4、5軸は第4軸、第5軸、第6軸として採用した6軸診断となるわけである。もちろんこれはあくまで筆者の個人的な意見にすぎず、APAがどのように考えているかは知るべくもないが、現在のわが国の児童思春期精神科医療においては、すでに多くの医師たちがこのような発想に近い姿勢で診断・評価に取り組んでいる。

発達障害概念が児童思春期精神医学に与えた質的インパクトとして忘れてならないことは、これまで児童思春期精神医学の対象としてあまり考慮されてこなかった非行や少年犯罪という問題を、精神医学の枠内に引き寄せてきたことである。近年、19歳以下の少年の犯罪に発達障害児が関与しているケースがあると指摘される機会が多くなってきたが、そのような潮流に弾みを与えたのは、DSM-III以降の「行為障害」概念の普及である。DSM-IIIを発表してからAPAによるDSMは、それまで非行という非精神医学的概念の文脈で理解されていた反社会的行動のうち、複数の領域に及ぶ反復的常習的非行や犯罪行為を精神疾患の概念に取り込んだのである。そして、そういう観点ないし文脈から見ると、常習的粗暴犯などの中にADHDの主症状の1つである衝動性の悪循環的發展形（すなわち環境要因の関与した二次性障害）と理解できる行為障害者が少なからず存在していることが明らかとなってきた。また、アスペルガー症候群やPDDNOSが背景にあったとされる唐突な犯罪行為や常習的でワンパターンな犯罪行為も現実にならなく発生している。このようにこれまで若者のあるいは子どもの不可解な犯罪

とされていた問題に、理解のための新たな観点を与えた発達障害概念のインパクトは社会的にはかなり大きいと言える。しかし一方では、このような観点が新鮮かつ衝撃的であったがために、不可解な犯罪を犯した子どもを全て発達障害という色眼鏡で見えてしまう危険も、現在非常に高まっているという点を精神科医は忘れてはならないだろう。

成人精神科医療に及ぼす影響

児童思春期精神医学の領域でかくも多くの注目を集めるようになった「発達障害」概念は、現在ようやく成人精神医学の領域でも注目を集めるようになってきた。多くの精神医学分野の学会がこの数年の総会や学術集会において、シンポジウムや教育講演のテーマとして発達障害関連の課題を採用している現実がそのことを語っているだろう。このように成人精神医学やその医療において発達障害が注目されるようになった背景には以下のような事情があるのではないだろうか。すなわち精神科医の一部は、人格障害や統合失調症など従来の疾患概念に従って診断と治療を行っている中で、当該疾患の純粋な概念とは微妙にニュアンスを異にする一群が存在していること、そうしたグループに属すると思われたケースほど定型的な治療に抵抗性が高く、難治性ないし遷延性の経過をたどりやすいことに以前から気づいていた。一方で前章まで述べてきたように、近年、児童思春期精神科医療の側から発達障害という疾患概念についての発信が続き、その中には発達障害児が成人に達した際の状態像に関する実証的な長期経過研究の成果も含まれていた。これら2つの潮流がこの数年間ようやく出会い、ぶつかり合いを重ねながら合流し始めたという表現が現在の発達障害と成人精神科医療との関係を表すのに適切ではなからうか。

現在、成人精神医学と児童思春期精神医学の両者が取り組んでいるこの分野の課題の1つは、それと認知されてこなかったPDD者がその社会性の遅れやコミュニケーション機能の障害などのために、社会的な孤立や不適応を生じ、ついには幻覚妄想状態を呈したり、あるいはひきこもり状態に至った場合に、これを統合失調症の陽性症状や

陰性症状とどのように鑑別すべきかという問題である。これについては精神病的な症状を、PDD者が社会的不適応状態の中で発現する生来的なPDD的認知機能の反応性悪循環状態と理解する観点から、統合失調症と明確に区別すべきという方向に沿っていくつかの見解が示されている。今後、PDD概念を導入することによって、難治性ないし対応の困難な患者に対する心理社会的な支持法の糸口が得られ、対応可能となっていく「統合失調症」の治療経験がさらに蓄積されていく必要があるだろう。このような課題は、ADHD者の一部が衝動統制の悪さや不注意性のために、そしてADHD者が孤立させられ他者から迫害された成育史を持ちやすいことともあいまって、非常に激しい衝動性や易怒性が前景に立った不適応状態を呈して精神科医療の対象となる場合にもあてはまる。このようなケースではADHD者はしばしば境界性人格障害と診断され、また被害妄想的な発言をなす場合には衝動性の亢進した統合失調症と診断されて、病院を次々と変えたり、効果の上から薬物療法を漫然と続けている場合が少なくない。こうしたケースでADHDという背景要因をきちんと評価することによって治療が急激に進んだケースの報告も学会総会などで発表さ

れるようになってきた。

成人精神病理学の従来の枠組みに発達障害概念を組み込み、発達障害者の示す反応性障害を従来の疾患概念ときちんと区別した診断・治療体系を成立させるだけでなく、発達障害者に成人期の精神疾患概念に含まれる状態像が出現した際の取り扱い指針を明確にすることが、成人精神医学と当該医療の共通な研究および臨床実践の課題として今後ますます注目を集めることになると思われる。

おわりに

筆者は本稿で、発達障害者支援法の施行により、わが国の保健・医療・福祉・教育の各領域に広範な関わりを持つ重要な社会的課題として発達障害が認知されつつあることの意義を述べた。そのうえで、発達障害概念が児童思春期精神医学や成人精神医学とそれらの当該医療に与えてきた、そして現在与えつつある影響とは何かについて検討した。本特集において、以下では発達障害に含まれる各疾患概念について、そしてクリニックや病院など対応機関別の発達障害の医療事情について具体的に解説した諸論文が掲載されている。本稿がそれらの理解をいささかなりとも容易にする導入的な解説となり得ているなら幸いである。

〔資料1〕

発達障害者支援法（平成十七年法律第百六十七号）

目次

- 第一章 総則（第一条－第四条）
- 第二章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策（第五条－第十三条）
- 第三章 発達障害者支援センター等（第十四条－第十九条）
- 第四章 補則（第二十条－第二十五条）
- 附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

2 この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。

3 この法律において「発達支援」とは、発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、及び円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助をいう。

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする。

2 国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるものとする。

3 発達障害者の支援等の施策が講じられるに当たっては、発達障害者及び発達障害児の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）の意思ができる限り尊重されなければならないものとする。

4 国及び地方公共団体は、発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては、医療、保健、福祉、教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに、犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため、これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協力体制の整備を行うものとする。

(国民の責務)

第四条 国民は、発達障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、発達障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

第二章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策

(児童の発達障害の早期発見等)

第五条 市町村は、母子保健法（昭和四十年法律第四百四十一号）第十二条及び第十三条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。

2 市町村の教育委員会は、学校保健法（昭和三十三年法律第五十六号）第四条に規定する健康診断を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。

3 市町村は、児童に発達障害の疑いがある場合には、適切に支援を行うため、当該児童についての継続的な相談を行うよう努めるとともに、必要に応じ、当該児童が早期に医学的又は心理学的判定を受けることができるよう、当該児童の保護者に対し、第十四条第一項の発達障害者支援センター、第十九条の規定により都道府県が確保した医療機関その他の機関（次条第一項において「センター等」という。）を紹介し、又は助言を行うものとする。

4 市町村は、前三項の措置を講じるに当たっては、当該措置の対象となる児童及び保護者の意思を尊重するとともに、必要な配慮をしなければならない。

5 都道府県は、市町村の求めに応じ、児童の発達障害の早期発見に関する技術的事項についての指導、助言その他の市町村に対する必要な技術的援助を行うものとする。

(早期の発達支援)

第六条 市町村は、発達障害児が早期の発達支援を受けることができるよう、発達障害児の保護者に対し、その相談に応じ、センター等を紹介し、又は助言を行い、その他適切な措置を講じるものとする。

2 前条第四項の規定は、前項の措置を講じる場合について準用する。

3 都道府県は、発達障害児の早期の発達支援のために必要な体制の整備を行うとともに、発達障害児に対して行われる発達支援の専門性を確保するため必要な措置を講じるものとする。

(保育)

第七条 市町村は、保育の実施に当たっては、発達障害児の健全な発達が他の児童と共に生活することを通じて図られるよう適切な配慮をするものとする。

(教育)

第八条 国及び地方公共団体は、発達障害児（十八歳以上の発達障害者であって高等学校、中等教育学校、盲学校、聾（ろう）学校及び養護学校に在学する者を含む。）がその障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるようにするため、適切な教育的支援、支援体制の整備その他必要な措置を講じるものとする。

2 大学及び高等専門学校は、発達障害者の障害の状態に応じ、適切な教育上の配慮をするものとする。
(放課後児童健全育成事業の利用)

第九条 市町村は、放課後児童健全育成事業について、発達障害児の利用の機会の確保を図るため、適切な配慮をするものとする。

(就労の支援)

第十条 都道府県は、発達障害者の就労を支援するため必要な体制の整備に努めるとともに、公共職業安定所、地域障害者職業センター(障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和三十五年法律第二百二十三号)第十九条第一項第三号の地域障害者職業センターをいう。)、障害者就業・生活支援センター(同法第三十三条の指定を受けた者をいう。)、社会福祉協議会、教育委員会その他の関係機関及び民間団体相互の連携を確保しつつ、発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保に努めなければならない。

2 都道府県及び市町村は、必要に応じ、発達障害者が就労のための準備を適切に行えるようにするための支援が学校において行われるよう必要な措置を講じるものとする。

(地域での生活支援)

第十一条 市町村は、発達障害者が、その希望に応じて、地域において自立した生活を営むことができるようにするため、発達障害者に対し、社会生活への適応のために必要な訓練を受ける機会の確保、共同生活を営むべき住居その他の地域において生活を営むべき住居の確保その他必要な支援に努めなければならない。

(権利擁護)

第十二条 国及び地方公共団体は、発達障害者が、その発達障害のために差別されること等権利利益を害されることがないようにするため、権利擁護のために必要な支援を行うものとする。

(発達障害者の家族への支援)

第十三条 都道府県及び市町村は、発達障害児の保護者が適切な監護をすることができるようにすること等を通じて発達障害者の福祉の増進に寄与するため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族に対し、相談及び助言その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。

第三章 発達障害者支援センター等

(発達障害者支援センター等)

第十四条 都道府県知事は、次に掲げる業務を、社会福祉法人その他の政令で定める法人であって当該業務を適正かつ確実に行うことができると認めて指定した者(以下「発達障害者支援センター」という。)に行わせ、又は自ら行うことができる。

- 一 発達障害の早期発見、早期の発達支援等に資するよう、発達障害者及びその家族に対し、専門的に、その相談に応じ、又は助言を行うこと。
- 二 発達障害者に対し、専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと。
- 三 医療、保健、福祉、教育等に関する業務(次号において「医療等の業務」という。)を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと。
- 四 発達障害に関して、医療等の業務を行う関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと。
- 五 前各号に掲げる業務に附帯する業務

2 前項の規定による指定は、当該指定を受けようとする者の申請により行う。

(秘密保持義務)

第十五条 発達障害者支援センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、職務上知ることのできた個人の秘密を漏らしてはならない。

(報告の徴収等)

第十六条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第十四条第一項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その業務の状況に関し必要な報告を求め、又はその職員に、当該発達障害者支援センターの事業所若しくは事務所に立ち入り、その業務の状況に関し必要な調査若しくは質問をさせることができる。

2 前項の規定により立入調査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入調査及び質問の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(改善命令)

第十七条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第十四条第一項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その改善のために必要な措置をとるべきことを命ずることができる。