

れは中学時のフリースクールからの進学である。

表6：就学前通園における障害児枠と加配の有無

		加配					
		無		有		サブトータル	
障害児枠	有	1	4%	2	8%	3	12%
	無	13	52%	9	36%	22	88%
	サブ	14	56%	11	44%		
	ータル						

表7：小・中学校時の学級種

	通常学級		特別支援学級	
	度数	%	度数	%
小学校	7	28.0%	18	72.0%
中学校	6	35.3%	11	64.7%

表8：高校時の学校種

	度数	%
公立・私立高校全日	6	40.0%
高等養護学校	6	40.0%
農業高校	2	13.3%
公立高校定時	1	6.7%

4. 園・校外活動

就学前は、ほぼ全員の対象者が、幼稚園・保育園以外の療育機関を含めた教育関連機関に関わっていた。ライフステージを上がっていく毎にその割合は減少しているが、特に小学校から中学校への移行時にその割合は8割から約5割へと急激に減少している。

本調査の対象者は先に述べたように北海道高機能広汎性発達障害児者の親の会に所属しており、この会ではほぼ月1回、本人活動を行っている。表10はその参加状況のデータである

が、8割以上の対象者が参加頻度、また参加状態も良好であるとの結果となった。表10では1名の欠損値がみられるが、これは親の会に所属しているのだが、本人自身は活動に参加していないケースである。

表9：学校以外の関連機関（療育機関・塾・習い事等）の利用

	無		有	
	度数	%	度数	%
就学前	2	8.0%	23	92.0%
小学校	5	20.0%	20	80.0%
中学校	7	41.2%	10	58.8%
高校	8	53.3%	7	46.7%
成人	2	66.7%	1	33.3%

表10：本人活動への参加状態

		参加良好度					
		悪		中		良	
		度数	%	度数	%	度数	%
参加頻度	低	0	0%	0	0%	0	0%
	中	0	0%	0	0%	1	4%
	高	0	0%	2	8%	21	84%

5. 個人因におけるAdvantageとDisadvantage

感覚問題では、若干ではあるが半数以上の対象者が何らかの感覚に関連する困難をこれまで持っていたことがあると回答した。感情に関わる問題、行動的問題も、「有り」と答えた対象者は半数以上いた。生理的問題では逆に6割以上の対象者が今まで問題がなかったと回答した。

本調査の対象者のうち、8割以上がこれまで学業的不振は無いと回答し、同時に7割近くの対象者は得意教科があると回答した。集団への

不適応では、小集団に対してはほぼ半数が困難の経験があると答えたが、大集団においては、その割合は3割以下になっている。また、環境の変化に対しても、6割の対象者は特に困難な経験がないと答えた。二次障害を経験している割合は、4割であった。

表11：個人因におけるAdvantageとDisadvantage

	無		有	
	度数	%	度数	%
感覚問題	11	44.0%	14	56.0%
感情に関わる問題	7	28.0%	18	72.0%
生理的問題	17	68.0%	8	32.0%
行動的問題	11	44.0%	14	56.0%
得意教科の有無	8	32.0%	17	68.0%
学業不振	21	84.0%	4	16.0%
集団不適応(小集団)	11	44.0%	14	56.0%
集団不適応(大集団)	18	72.0%	7	28.0%
環境変化への苦しさ	15	60.0%	10	40.0%
二次障害	16	64.0%	9	36.0%

6. 環境因におけるAdvantageとDisadvantage

表12の対人関係のデータであるが、対象者には、対人関係の各対象(母親、先生・上司など)について、複数回答が許されている。つまり、対象者には、そのライフステージを通じて、一人の対象に対してポジティブ・ネガティブ両方の対人関係を経験していることもあり得る。全体的に見ると、対象者は家族メンバーとはおおむね良好な関係を持っている結果となった。特に、母親と兄弟姉妹とは9割以上がよい関係を持っていると回答した。父親との関係であるが、関係性がよいと答えたものが7割以上いる

一方、2割の対象者が父親とのネガティブな対人関係の経験を報告している。それ以外の家族となっているものは、祖父母その他の親戚を意味している。

先生・上司との関係において、対象者のほとんどはこれまでの先生との関係を主に回答しているが、7割近いポジティブな回答がある一方、ネガティブな回答も6割近くにのぼった。また、友人関係は8割以上が良い経験をしているが、ネガティブな回答も4割近くあった。

表13にまとめられているように、これまでの環境(主に学校)でほめられた経験のある対象者は7割以上いた。環境的配慮がなされたとの回答も8割以上を数えた。こうした環境での良好な対人関係の経験が多い一方、被害体験の報告も7割近くにのぼっている。

表12：対人関係

対象	関係性がよい(+)	いずれでも無し(±)	関係性が悪い(-)
母親	24 (96%)	1 (4%)	0 (0%)
父親	19 (76%)	2 (8%)	5 (20%)
兄弟姉妹	23 (92%)	1 (4%)	1 (4%)
それ以外の家族	21 (84%)	3 (12%)	1 (4%)
先生・上司	17 (68%)	4 (16%)	14 (56%)
友だち・同僚	21 (84%)	5 (20%)	9 (36%)

表13：環境におけるさまざまな体験

	無		有	
	度数	%	度数	%
ほめられ体験	6	24.0%	19	76.0%
被害体験	8	32.0%	17	68.0%
環境的配慮	4	16.0%	21	84.0%

D. 考察

1. 診断時期および診断名

初診の診断時期は小学校までがほとんどであった。またその際の診断名はほとんどがPDD診断を受けていた。ただし、調査時点で高校生以上の者については、通常聞き慣れない診断名もあった。これは初診時と思われる1995年前後では調査対象地域において、高機能自閉症やアスペルガー症候群の存在が知られていなかった可能性が高いこと（分担研究者が調査対象地域に赴任した2002年当時の状況からの推察による）と関連していると思われる。それと同時に、ADHDの合併診断が今回の対象者の24%に認められていることは、このタイプの行動特徴の合併が把握されやすいことを示している。

2. 医療機関の利用および投薬の有無

今回の対象では、小学校段階での利用は約9割と高かったが、就学前では約6割と利用が不十分であった。ただし、就学前で医療を利用していないのは、高校生以上の対象者が多かった。よって就学前の医療機関利用率が若干下がっていること背景には、これらの対象者が就学前であったのが1992年前後であることが存在している可能性がある。また、思春期以降の対象者の現在の医療機関利用も下がっているが、これは日常生活適応が非常に悪くない限り、思春期以降の医療ニーズがあまりないことと関連しているのかもしれない。ただし、この点については、今後の検討課題である。

投薬の有無については、小学校と中学校とで投薬ありの率が高かった。これは学齢期の中の適応状況と対応するものであるかもしれない。また高等学校では投薬ありの率が下がっているが、上述した、当該年代での医療機関の利

用率が下がっていること背景と同様の背景の存在が考えられよう。

3. 就学前通園における障害児枠と加配の有無

障害児枠が設けられなかった対象者が全体の9割弱であるが、その一方、加配がなかったのは6割弱で、4割強は加配をつけてもらっていた。障害児枠と加配の両方がなかったのは5割強であった。以上のことから、今回の調査対象では、障害児枠よりも加配を受けている者の割合が高かったこととなる。このことは、単に制度的な枠組みがあるというよりも、実際に、職員の数を増やすことの方が重要であることを示唆している。

4. 小中学校での学級種

小学校では対象者の3割弱が通常学級で、中学校では対象者の4割弱が通常学級であった。それ以外は、何らかの特別支援学級の在籍であった。ただし小学校での在籍学級は情緒障害の特別支援学級が多く、また調査地域の情緒障害学級は通常学級との交流が非常に盛んであり、在籍時間が逆転するケースも少なくないため、定型発達の児童との交流は盛んだったと考えら得る。ただし中学校については、基本的に特別支援学級での在籍時間が長くなっている。以上のことから、今回の調査対象の育ちの経過においては小学校までの時間の中で、定型発達の児童との様々な交流体験を持っていたと考えられる。

5. 高校時代の学校種

高等養護学校とそれ以外で眺めると、高等養護学校以外の学校種が全体の6割を占めた。ただしその詳細は、農業高校や定時制高校など、学習領域が絞り込まれたカリキュラムであっ

たり、学校不適応の生徒が多く在籍している学校種であったり、など、今回の対象者の特性を考慮した学校種選択が為されている。全日制についても、その中に含まれる私立高校は、発達障害の生徒の受け入れを表明している高校であり、この点についても、対象者の特性に適した選択が為されている。また、高等養護学校も生活科ではなくいわゆる5科(知的障害が比較的軽度な生徒の学科)の在籍であり、社会的自立に主眼を置いた職業教育が行われる学科への進路選択となっている。以上のように、今回の調査対象については、現在の適応状態や障害特性、さらには将来自立への配慮に基づく学校種選択となっていると考えられる。

6. 学校以外の教育関連機関の利用

この点については、小学校までに9割は何らかの課外活動を行っている。しかもその内容は、療育機関だけでなく、空手やプール、習字といった習い事も含んでいる。このことは本人の興味関心や成長を何とか促していこうとする家族の取り組みの結果と考えられる。ただし中学校以降になると、5割を越えてはいるが、それまでに比べて利用ありの割合が下がってきている。この背景には、利用できる期間が少なくなってくることがあるかもしれない。

7. 本人活動への参加状況

対象者のほとんどで、参加頻度も高く、参加状態も良好であった。対象者中1名が参加できていないが、この対象者は成人であり、対人緊張も高いため、活動の構成としても、また本人の特性としても参加できる活動が少ないことが影響しているかもしれない。

8. 個人因におけるAdvantageとDisadvantage

a) Advantage

Advantageとして明記できるものが幾つかあり、それらは「得意教科があること」(約7割)、「学業不振がないこと」(8割強)、「大集団への不適応がないこと」(約7割)、「環境変化への苦手さがないこと」(6割)、「二次障害のないこと」(6割強)であった。これらは、相互に関連していると考えられ、本人の得意分野が周囲にも認められる形であり、そのことが全面的な学業不振を回避することにつながり、クラスなどの大きな集団では全体としての適応場面もあり、そのような背景の中での生活上の安定感の中で、環境変化への苦手さ(過敏さ)も和らぎ、さらに二次障害としての特徴も顕著には表れない、といった日常生活適応に関わる相互のつながりが考えられよう。

b) Disadvantage

一方、Disadvantageとしては、感情に関わる問題が挙げられた。ただし、聞き取り時の原データを眺めると、この問題が認められるのは、小学校および中学校が多く、このことは、先述した、投薬ありの割合が小中学校で高くなっていくことと対応している可能性がある。この背景としては、学校適応それ自体が、学習面だけではなく、生活行動面の問題としてもあり、さらに、先生との出会いや、クラスメイトとの関係の良否などが適応に影響を及ぼすことと関係していると思われる。

9. 環境因(他者との関係)におけるAdvantageとDisadvantage

a) Advantage

この側面において特筆すべきは「家族関係の良好さ」であろう。特に、家族成員の中でも、

母親と兄弟との関係が良好であるのが8割～9割に達していることは、日常的に生活時間をもにすることが多い家族成員との関係の良好さが顕著であると解釈できる。一方、父親との関係においては、約2割の対象者で関係が悪かったという結果となっているが、原データを眺めると、育ちの経過の中で父親の理解が向上したという記述もあり、また父親との関係の悪さを祖母が補って家族内の調和が保たれた旨の記述も認められた。以上のことを考えると、対象者の家庭生活に大きく関わってくる家族成員との関係が良好であれば、父親との関係の悪さも修復可能な部分があり、結果として家族全体の調和性が高いという特徴が、今回の対象者には認められる。

また家族成員以外の他者との関係においては、友だちや同僚との関係が8割強の対象者で良好であった。このことは、家庭以外の生活時間の中で、良好な人間関係に恵まれていることを意味しており、後述するように、たとえ、いじめなどの被害体験があったとしても、良好な人間関係の中で、そのネガティブ体験を補完できている可能性を示唆している。

b) Disadvantage

他者との関係におけるDisadvantageは「先生・上司との関係」であった。関係が良好である場合も7割弱は認められたが、他と比較すると低い値であり、また、関係の悪さを示す値は、他と比較してかなり高くなっている。今回の調査対象は比較的適応のよい群であるが、それでもなお、「先生・上司との関係」ではこういったネガティブ体験をしていることには留意すべきである。ただし、上述したように、家族関係や友人・同僚との関係の良好さというAdvantageが、このDisadvantageをカバーしているこ

とが考えられよう。

10. 環境因（ほめられ体験・被害体験や環境的配慮）のAdvantageとDisadvantage

a) Advantage

Advantageとしては、「ほめられ体験あり」が対象者の約8割、「環境的配慮あり」が同じく約8割で認められたことである。「ほめられ体験」は自己評価の維持につながり、様々な失敗体験を補完する機能を持っている。また同時に「環境的配慮」は、本人にとってわかりやすい環境提供によって、失敗体験の回避につながり、やはり、自己評価の維持を保証している。以上のように、今回の調査対象については、育ちの経過の中で、自己に対する評価を保つことができたことが推測される。

b) Disadvantage

一方、Disadvantageとしては「被害体験あり」であった。全体の約7割が、これに該当したが、その影響以上に、他者との関係におけるAdvantage、そして自己評価維持に関わるAdvantageが、こういったネガティブ体験を補完していたことが推測される。

結論

今回の発達歴調査を通じて示された、比較的適応の良い群における育ちの特徴として、以下の点を上げることができる。

- 1) 乳幼児期から小学校の比較的早い段階で医療機関を利用すること。
- 2) 生活上のストレスが高くなる学齢期において医療機関によるサポートを行うこと。
- 3) 就学前では個別のサポートをしてくれる存在を身近に置くこと。
- 4) 小学校では特別な配慮に基づく指導に加

えて、通常級での体験を保証すること。

- 5) 高校への進路選択が、その時の適応状態や個々の障害特性への配慮に基づいていること。
- 6) 園や学校などメインの所属だけでなく、習い事も含むサブの教育関連機関等を工夫し、本人の成長を促していくこと。
- 7) 学齢期において学習面での自己評価が何らかの形で保たれること。
- 8) 本人の特性としても、環境上の配慮の結果としても、環境変化に対して苦手さを感じない状態が実現されること。
- 9) 所属集団の中の小集団よりも大集団での適応が保たれていること。
- 10) 家族成員と本人との関係が良好で、家族全体の調和性が保たれていること。
- 11) 関係の良好な友人や同僚が存在していること。
- 12) 環境上の配慮が為されていること。

以上である。

ここで列挙した諸点を再度眺めると、本人が抱えている問題が早期に把握され、発達段階や状態像に応じたサポートが提供されるとともに、分離した特別な配慮ではなく、特別な配慮をしつつ様々な体験を積み上げること、さらには、本人の得意部分を十分に認めたり、失敗体験を回避できたりする工夫などを通じて自己評価を保つこと、そして、何よりも、本人の生活の基盤となる家族との関係が良好であること、そして家庭外の場面でも関係の良好な他者が存在していること、が今回の対象者の比較的良好な適応状態に関係していたと思われる。

これらの諸点は、早期把握をするだけでは実現できず、その後の連続した包括的支援が必要である。そしてその包括的支援は医療だけでも、教育だけでも、成り立たない。特に、本人を包

み込む環境としての家族の調和性や、本人と友人や同僚との関係性を良好に保つ、環境上の工夫が必要である。そのためには、本人だけをターゲットとした支援システムではなく、家族のエンパワメントを十分に考慮した全体的な支援システムが必要であろうし、学校であれば学級経営の工夫、職場であれば職場集団の形成の工夫といった、人との関係と者との関係を包括した支援アプローチが重要であると思われる。

【資料1】

	disadvantage				advantage								
	情報源 本人	情報源 親	disadvantage(環境)	情報源 本人	情報源 親	advantage(環境)	情報源 本人	情報源 親	advantage(個人内) (個人の特性や状態)	情報源 本人	情報源 親	獲得された対応技能 (自然に/学習によつて)	
0 歳) (乳 児 期) 6 歳)	・家庭では ・幼稚園や保育園では ・習い事など ・ご近所では	・友だち ・遊び ・先生											
6 歳) (幼 児 期) 1 歳) (小 学 校 時 代) 2 歳) (小 学 校 時 代) 5 歳) (小 学 校 時 代)	・家庭では ・学校では(部活含む) ・学校外の活動 (塾や習い事、子ども会など) ・ご近所では	・勉強 ・友だち ・遊び ・先生											
1 歳) (中 学 校 時 代) 3 歳) (中 学 校 時 代) 5 歳) (小 学 校 時 代)	・家庭では ・学校では(部活含む) ・学校外の活動 (塾や習い事、子ども会など) ・地域では	・勉強 ・友だち ・遊び ・異性 ・進路(進学/就労) ・先生											
1 歳) (高 校 時 代) 6 歳) (高 校 時 代) 8 歳) (高 校 時 代)	・家庭では ・学校では(部活含む) ・学校外の活動 (塾や習い事、子ども会など) ・地域では(就労している場合)	・勉強 ・友だち ・遊び ・異性 ・進路(進学/就労) ・先生											
1 歳) (高 校 時 代) 8 歳) (高 校 時 代)	・家庭では ・学校では(部活含む) ・学校外の活動 ・地域では(就労している場合)	・勉強/仕事 ・友だち ・遊び ・異性(結婚相手含む) ・進路(進学/就労) ・上司/同僚 ・子ども(実子)											

【資料2】

name	data_No.	性別	調査時 年齢	各ライフステージ毎のサービスイテムに関する基礎情報												本人活動に関する情報			診断名 (経過含 めて)	診断時期 (経過含 めて)		
				乳幼児期			小学校			中学校			高等学校			18歳～					参加度	参加の良好度
				メイン(入 園時期)	メインの 「障害児 枠/加 配の有 無」	サブ(療 育機関・ 塾・習い 事など)	医療機 関/投 薬の有 無	メイン(学 校・学級 種)	サブ(特 殊学級 等)の所 属(学年)	メイン(学 校・学級 種)	サブ(療 育機関・ 塾・習い 事など)	医療機 関/投 薬の有 無	メイン(学 校・学級 種)	サブ(特 殊学級 等)の所 属(学年)	メイン(学 校・学級 種)	サブ(療 育機関・ 塾・習い 事など)	医療機 関/投 薬の有 無					
A	1																	低・中・高	悪・中・良			
B	2																	低・中・高	悪・中・良			
C	3																	低・中・高	悪・中・良			
D	4																	低・中・高	悪・中・良			
E	5																	低・中・高	悪・中・良			
F	6																	低・中・高	悪・中・良			
G	7																	低・中・高	悪・中・良			
H	8																	低・中・高	悪・中・良			
I	9																	低・中・高	悪・中・良			
J	10																	低・中・高	悪・中・良			
K	11																	低・中・高	悪・中・良			
L	12																	低・中・高	悪・中・良			
M	13																	低・中・高	悪・中・良			
N	14																	低・中・高	悪・中・良			
O	15																	低・中・高	悪・中・良			
P	16																	低・中・高	悪・中・良			
Q	17																	低・中・高	悪・中・良			
R	18																	低・中・高	悪・中・良			
S	19																	低・中・高	悪・中・良			
T	20																	低・中・高	悪・中・良			
U	21																	低・中・高	悪・中・良			
V	22																	低・中・高	悪・中・良			
W	23																	低・中・高	悪・中・良			
X	24																	低・中・高	悪・中・良			
Y	25																	低・中・高	悪・中・良			

【資料3】 生育歴特徴のカテゴリ別分類視点

チェックの留意点:「有・無」/「一, 土, +」の両方について、エピソードのないものは「無」あるいは「+」

個人因

感覚問題	有・無
感情に関わる問題 (不安、恐怖、緊張、パニックなど)	有・無
生理的問題 (睡眠リズムの乱れ、疲れやすいなど)	有・無
行動的問題 (多動・衝動・攻撃行動など)	有・無
得意教科の有無	有・無
学業不振	有・無
集団不応(小集団)	有・無
集団不応(大集団)	有・無
環境変化への苦しさ (こだわりも含む)	有・無
二次障害	有・無

環境因

家族	母親	"一, 土, +"
	父親	"一, 土, +"
	兄弟姉妹	"一, 土, +"
	それ以外	"一, 土, +"
学校・職場	先生・上司	"一, 土, +"
	友だち・同僚	"一, 土, +"
体験や配慮	ほめられ体験	有・無
	被害体験	有・無
	環境的配慮 (環境調整など、全て含む)	有・無

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究：
支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成
分担研究報告書

医療機関における青年期の支援に関する検討

一 広汎性発達障害の初回診断時年齢と幼児期の特性に関する検討 一

分担研究者	市川宏伸	東京都立梅ヶ丘病院病院長
研究協力者	宇野洋太	よこはま発達クリニック医師
研究協力者	鄭 理香	東京都立梅ヶ丘病院医師

研究要旨

小児科・精神科医療に対して、広汎性発達障害を早期に診断することが大きな課題として求められ、様々な取り組みがされている。そこで本研究では東京都立梅ヶ丘病院初診例を対象に広汎性発達障害の早期の診断に影響を及ぼす要因を検討することを目的に、広汎性発達障害の初回診断時年齢と幼児期の気質に関しての調査をおこなった。事前に幼児期の行動特徴に関するアンケートを保護者に記入いただき、主治医がその内容を確認し、気質の判断を行った。またあわせて DSM-IV TR に則って広汎性発達障害の診断も行った。結果、就学後に広汎性発達障害と診断されたものと広汎性発達障害ではないものとは気質に有意差はみられなかった。一方、就学以前に広汎性発達障害と診断されたものは、広汎性発達障害ではないものと比べ、外向性の特徴がみられるものが有意に多かった。これは外向性の特徴のみられるものは早期に診断されやすいが、そうでないものは診断が遅れる可能性があることを示しているのかもしれない。そうであれば、今後より適切に診断するためには、表面化する問題となる行動を中心とした検討よりも、気質にも考慮し、的確な発達特性の情報を収集することの必要性がより認識されるべきである。

A. 研究目的

児童精神科外来を受診するものの中には、抑うつ状態や行動上の問題など発達障害の特性以外を主訴に受診するが、診察や検査の中で、その背景にある発達障害の特性の存在が明らかとなるケースも多く存在する。2005年4月から施行された発達障害者支援

法においては「発達障害を早期に発見」することが求められ、発達障害を早期に診断するためのシステムやバッテリーが模索されている。

一方、子どもの気質の研究は Alexander Thomas, Stella Chess の研究¹⁾以来盛んに行われるようになった。Thomas は気質を

「生得的な基礎があり、生まれて間もなくからその特徴があらわれることが多く、ある程度の持続性、安定性がみられる。しかし、個体の養育される環境の影響を受けて多少とも変化する」²⁾ものと定義している。気質は体質と関連が深く、環境との相互作用のなかで性格やパーソナリティに発展される。様々な観点から気質を分類されている。Kagan, Jら^{3) 4)}は子ども達の気質を新奇な物事に対する反応性が抑制的なものと非抑制的なものがあることに着目し分けている。また気質の評価は①親との面接、②質問紙、③子どもの行動観察によって行われるが、簡便かつ的確に評価するための研究^{5) 6)}も盛んに行われている。

今回我々は広汎性発達障害（以下、PDD）の早期診断に影響を及ぼす要因を検討することを目的に、幼児期の気質に関して調査を行った。

尚、本研究において早期の診断を就学前の診断と定義した。

B. 研究方法

1. 対象

今回の調査の対象は、2007年12月に東京都立梅ヶ丘病院を初診した全144例の保護者である。うち調査への協力が得られたのは87例（60.4%）であった。子どもの年齢は中央値10歳8ヶ月（2歳0ヶ月から17歳5ヶ月）で、性別は男性60例、女性27例である。

2. 手続き

DSM-IV TR⁸⁾に基づいた診断とともに気質の評価を行った。Child Behavior Checklist 2-3歳用（幼児の行動チェックリ

スト^{9) 10)}および4-18歳用（子どもの行動チェックリスト^{11) 12) 13)}をもとに質問紙を作成し、子どもの乳幼児期の行動特徴に関して保護者に診察前に記入いただいた。設問は非行的行動や攻撃的行動からなる外在尺度11項目とひきこもり、身体的訴え、不安／抑うつからなる内在尺度11項目で、回答は「ない」「ときどきある」「よくある」の3件法で得られた。初診医が診察でその内容を確認し、気質の評価の参考にした。気質の評価としては、外的な刺激や内的な欲動に対して非抑制的に行動あるいは思考する傾向のあるものを外向性、抑制的に行動あるいは思考する傾向のあるものを内向性とし、各症例に対してそれぞれ有無の2件法で判断した。複数の医師が診察にあたることによる信頼性の問題を解決するために、1名の児童精神科医師がすべての症例に対して最終的な評価を行うこととした。また気質の判断をする際には症例の診断名などは伏せた状態で、乳幼児期の様子のみから判断を行った。

3. 倫理面への配慮

本研究に用いた内容はすべて通常診療の範囲で得られた臨床情報であり、患者個人に研究協力上の負担を負わせてはいない。解析に際しては氏名、カルテ番号、住所等の個人情報はいずれも、全て研究IDに置き換えた上でを行い、プライバシーは保護されている。

C. 研究結果

1. 広汎性発達障害の診断について

DSM-IV TRでPDDの診断基準を満たしたものは87例中50例であった。性別の内

訳は男性 40 例、女性 10 例であった。同院を初診したときの年齢は中央値 8 歳 4 ヶ月 (2 歳 0 ヶ月から 17 歳 5 ヶ月) であった。同院の初診以前に他院で既に PDD の診断を受けている例もあり、他院も含めた最初に PDD と診断された年齢に関しては中央値 6 歳 (1 歳から 16 歳) であった。就学前に診断されたものは 25 例 (男性 21 例、女性 4 例)、就学以降に診断されたものは 25 例 (男性 19 例、女性 6 例) みられた。

また精神遅滞 (MR) の合併を認めたものは 19 例であった。就学前に PDD と診断されたもの (早期診断群) のうち 14 例に MR を認め、就学以降に診断されたもの (就学後診断群) では 5 例であった。

PDD 以外の群 (non-PDD 群) は 37 例あり、性別の内訳は男性 20 例、女性 17 例であった。同院を初診した時の年齢は中央値 12 歳 9 ヶ月 (3 歳 11 ヶ月から 17 歳 3 ヶ月) であった。主だった診断としては適応障害、注意欠陥/多動性障害、行為障害、身体表現性障害、統合失調症、気分障害、強迫性障害、摂食障害、解離性障害などであり、2008 年 2 月の調査時点で精神遅滞の診断名のみはみられなかった。

2. 気質について

調査への協力の得られた全 87 例のうち外向性の特徴がみられるものが 50 例、内向性の特徴がみられるものが 31 例、外向性および内向性ともにみられたものが 19 例であった。精神遅滞の合併を認めないもの (高機能) のうち早期診断群では外向性 9 例、内向性 4 例、就学後診断群では外向性 12 例、内向性 6 例、また non-PDD 群では外向性 16 例、内向性 14 例みられた。

3. 統計学的検討

統計学的検定には SPSS for windows 15.0 J を用いた。Non-PDD 群と高機能 PDD 早期診断群、高機能 PDD 就学後診断群の外向性の特徴、内向性の特徴の人数に関して χ^2 独立性の検定を行った。

外向性に関して Non-PDD 群と高機能 PDD 早期診断群とで有意差を認めた ($p < .05$)。Non-PDD 群と高機能 PDD 就学後診断群では有意差は認めなかった。また高機能 PDD 群全体と non-PDD 群とでも有意差はみられなかった。

内向性に関して Non-PDD 群と高機能 PDD 早期診断群、高機能 PDD 就学後診断群いずれとも有意差は認めなかった。

つまり外向性の特徴と内向性の特徴に関して、Non-PDD と高機能 PDD 早期診断群、高機能 PDD 就学後診断群とで統計学的検討を行ったところ、高機能 PDD 早期診断群は Non-PDD 群と比べ外向性の特徴のものが有意に多い ($p < .05$) 結果となった。

D. 考察

今回我々の研究では早期診断群では Non-PDD 群と比べ、内向性の特徴に関しては有意差を認めないが、外向性の特徴を持つものは有意に多い結果がみられた。また就学後診断群では Non-PDD 群とは外向性の特徴、内向性の特徴に有意差がないことがわかった。つまり外向性の特徴を認めるもののほうが早期診断につながりやすいということがいえる。これは外向性の特徴が外向化する問題などに至る場合があり、そのため相談ニーズが高く、早期に発達特性に気づかれるためかもしれない。反対に外

向性の特徴がみられない場合は早期では発達特性に気づかれない可能性も示唆される。

臨床経験上、PDDの診断は乳幼児健診や幼稚園・保育園での様子から発達特性が明らかとなり、医療機関への受診を勧められ診断にいたるケースと、就学後の児童期あるいは思春期・青年期、時として成人期になって、周囲の発達特性への理解不足や配慮・支援不足なども重なり、他の精神疾患や周囲との違和感、行動上の問題などのために医療機関を受診し、背景にあるPDDの特性を指摘されるケースとに大別される。

PDDを早期に診断し、療育に導入することで、適切な養育環境を提供し、本人にとっての苦痛を軽減することができる。また家族と専門家が共同することで、家族を自責や孤立から開放し、子どもの特性を理解することで適切な支援への方向性を示すことができる。したがって早期に適切に診断することが求められるわけだが、適切に診断するためには問題となる行動から診断を検討するのではなく、気質も考慮し、表面化していない特性もきちんと把握していく必要がある。つまり発達経過や現在の状態に関する幅広い生活場面から情報を収集したり、行動を観察し、非定型の発達の有無や定型の発達がきちんと出現しているかを確認するという適切な発達特性の評価が必要である。

今回の我々の研究の限界としては、症例数が少ないこと、また児童精神科の病院を受診したものであるということがある。さらに対象が児童精神科を受診する18歳までの年齢に限局している点もあげられる。近年、成人してから精神科を初診しPDDと診断される例も少なくない。今後は症例数

を増やすこととともに、フィールドを広げることにも必要と考える。また母親からの聞き取りを中心としており、回顧的な研究であることもバイアスとなりうる。さらに今回は気質の特徴を外向性、内向性という一側面に限ったが、さらに様々な気質の特徴が複雑に関係することは確かである。したがって、さらに多面的な研究も必要となると考える。

E. 結論

気質は母子関係の相互性に影響を与える¹⁴⁾因子としてその重要性がいわれている。また気質の違いが子どもの問題行動と関連するという報告^{15) 16) 17)}や、親の育児不安や育児ストレスとも関連する¹⁸⁾という報告もある。今回我々の研究では気質の違いがPDDの診断の時期にも影響を与える可能性が示された。

今後、気質の違いによる診断の際の着目する点が明らかになれば、より見落としの少ない早期の診断を助け、早期に介入することにより、本人にとっての苦痛を緩和し、周囲から問題とみられる行動の軽減や親の育児への不安、ストレスを軽減することが可能となるかもしれない。そしてそのことが、発達障害児・者やその家族のQOLの向上につながると考える。

文献

- 1) Thomas A, Chess S et al: Behavioral individuality in early childhood, New York Uni. Press, N.Y., 1963
- 2) 前川喜平, 三宅和夫 編: 別冊発達 22, 障害児・病児のための発達理解と発達援助, ミネルヴァ書房, 1997

- 3) Kagan, J. et al: Behavioral inhibition to the unfamiliar, *Child Development*, 55, 2212-2225, 1984
- 4) Kagan, J. et al: The physiology and psychology and psychology and psychology of behavioral inhibition in children, *Child Development*, 58, 1459-1473, 1987
- 5) Carey WB: Clinical applications of infant temperament measurements, *The Journal of Pediatrics*, 81, 823-828, 1972
- 6) 副田敦裕, 横井茂夫, 庄司順一: 乳児の気質と発達に関する研究-1~2ヶ月児について-, 1~2ヶ月児用行動様式質問紙の標準化, *慈恵医大誌*, 99, 709-715, 1984
- 7) 金山元春, 中台佐喜子ほか: 幼児の問題行動の個人差を測定するための保育者評定尺度の開発, *パーソナリティ研究*, 14(2), 235-237, 2006
- 8) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Text Revision, 2000
- 9) 中田洋二郎, 上林靖子ほか: 幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の日本語版作成に関する研究, *小児の精神と神経*, 39 (4), 305-316, 1999a
- 10) 中田洋二郎, 上林靖子ほか: 幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の標準化の試み, *小児の精神と神経*, 39 (4), 317-322, 1999b
- 11) Achenbach TM: *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*, Burlington VT, Uni. of Vermont, Department of Psychiatry, 1991
- 12) Achenbach TM: The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral / emotional problems and competencies, *Pediatrics in Review*, 21, 265-271, 2000
- 13) 井濶知美, 上林靖子ほか: The Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発, *小児の精神と神経*, 41(4), 243-252, 2001
- 14) 上村佳代子: 子どもの気質と母子関係, *小児看護*, 12(4), 465-469, 1989
- 15) 庄司順一: 子どもの気質と発達について, 気質概念とその小児科臨床への適応, *小児科*, 40(8), 995-1000, 1999
- 16) 武井裕子, 寺崎正治: 養育者がとらえる幼児の行動特徴に関する研究-1歳6ヶ月健診用気質質問紙と CBCL の関係-, *川崎医療福祉学会誌*, 14(2), 261-266, 2005
- 17) 菅原ますみ, 北村役則ほか: 子どもの問題行動の発達: Externalizing な問題傾向に関する生後 11 年間の縦断的研究から, *発達心理学研究*, 10(1), 32-45, 1999
- 18) 水野里恵: 乳児期の子どもの気質・母親の分離不安と後の育児ストレスとの関係-第一子を対象にした乳幼児期の縦断研究, *発達心理学研究*, 9(1), 56-65, 1988

平成19年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究：
支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成
分担研究報告書

在宅青年・成人の支援に関する検討
－ライフステージからみた青年・成人期PDDケースの効果的支援に関する研究－

分担研究者：近藤 直司¹⁾²⁾

研究協力者：小林真理子³⁾ 宮沢 久江¹⁾ 有泉加奈絵⁴⁾ 宇留賀正二³⁾ 中嶋 彩⁵⁾

中嶋 真人⁶⁾

1) 山梨県立精神保健福祉センター 2) 山梨県中央児童相談所 3) 山梨県発達障害者支援センター 4) 山梨県立あけぼの医療福祉センター 5) 日本臨床心理研究所 6) 山梨県立富士ふれあいセンター

研究要旨

平成19年度の本研究は、青年・成人期において社会的ひきこもり、ないしは学校・職場で不適応をきたして来談する広汎性発達障害または広汎性発達障害が疑われる15ケースについて、現在症や不適応の背景となる認知的・情緒的問題、生育歴などの事例研究をおこない、次年度以降の予備的研究とした。

これらの事例研究から、事例の概要を整理し、ひきこもり・不適応を呈する背景要因をライフステージごとに発達特性（個人因）とライフイベント（環境因）の側面から抽出し、効果的支援や予防への提言の準備とする。また、支援方法を検討し、効果測定を行い、ひきこもり・不適応を呈しているケースへの効果的支援のあり方を整理する。

A. 研究目的

社会的ひきこもりや高校・大学・職場における不適応は、青年期・成人期を迎えた発達障害ケースの特有の問題と思われる。

青年期において社会的ひきこもり、ないしは学校・職場などで不適応をきたして来談する広汎性発達障害ケースの現在症や不適応の背景要因となる認知的・情緒的問題、生育歴などを検討することにより、青年期において社会的ひきこもりなどの不適応をきたしている広汎性発達障害ケースへの支援課題と、青年期に至るまでに有効と思われる予防的早期支援のあり方について検討する。

平成19年度は、その予備的研究として、青年・成人期ケースの事例研究を行い、各事例の概要を整理し、来年度以降の事例研究の具体的な項目の検討を行う。

B. 研究方法

1) 対象：

以下の①と②の条件を満たしているもので無作為に抽出した15ケース

- ① 山梨県発達障害者支援センター及び山梨県立精神保健福祉センターにおいて相談を受けたケースのうち、初回来談時16歳以上での広汎性発達障害と診断

された、または広汎性発達障害が疑われているもので、社会的ひきこもりの状態、または学校や職場での不適応をきたして本人が来談したケース

- ② 既に6か月以上の相談・支援を経ており、生育歴や生活史、家族状況など事例研究を実施するのに十分なデータを収集してあるケース

2) 方法

・事例研究

15ケースの相談・支援を担当している各専門職（精神科医〔19年〕、心理福祉職〔22年〕、心理福祉職〔19年〕、作業療法士〔13年〕、社会福祉士〔12年〕）が事例報告資料を準備する。

この資料に基づいて、ケース担当者が報告し、上記の専門職に加えて3人の専門職（臨床心理士〔11年〕、臨床心理士〔7年〕、臨床心理士〔5年〕）にてそれぞれの事例について1時間から3時間かけて検討した。未診断事例の精神医学的診断や背景要因については、上記メンバー8人の合議制に基づいて確定した。また以下の検討事項についても同様の方法にて確定した。

① 15事例の概要について

- ・相談理由・生育歴を中心に、問題が生じた時期と初回相談時年齢別・学歴別・職歴別・相談理由別 知能検査別に整理する。
- ・精神医学的診断についての検討
DSM-IV-TRに基づいて多軸的に診断する。

② ライフステージごとの発達特性（個人因）とライフイベント（環境因）についての検討

- ・相談面接における本人、または家族の陳述より、どの時期の、どのような課題に困難を感じていたかについて検討する。

- ・面接やグループ活動での観察や知能検査などの所見から把握される発達特性を検討することにより、本人が困難を感じる事が予測される社会的場面について検討する。

③ 現在の支援課題と支援方法およびその有効性

- ・ケースの支援課題に応じた実際の支援方法
- ・初回面接による社会的機能の水準と支援経過後のそれとを効果測定
- ・社会的機能の水準についての評価尺度についてはDSM-IV-TRによるGAFを使用

（倫理面への配慮）

本研究に用いた内容はすべて通常診療の範囲で得られた情報であり、患者個人に研究協力上の負担を負わせてはいない。解析に際しては氏名、カルテ番号、住所等の個人情報は用いず、全て研究IDに置き換えた上でを行い、プライバシーは保護されている。

C. 研究結果と考察

1) 15事例（男14 女1）の概要について

① 社会的ひきこもりや高校・大学・職場不適応などの問題が生じた時期と初回相談時別

社会的ひきこもりや学校・職場不適応などの問題が生じた時期は平均19.9歳であり、初回相談時は平均28.8歳で、問題が生じて来談するまでに8.9年が経過している。

	問題が生じた時期	初回相談時
10代	6	2
20代前半	8	4
20代後半	1	2
30代前半	0	3
30代後半	0	2
40代	0	2

② 学歴別

学歴は、高校生・高卒以上であり、大学生・大学卒も半数以上である。特徴的なのは、大学と大学院において不適応状態になり中退した者が4ケースあり、全体の約27%を占めている。

学歴	ケース数
高校在学	2
高卒	3
専門学校・短大卒	2
大学在学	1
大学中退	2
大学卒	3
大学院中退	2
計	15

③ 職歴別

正社員は6人で、就職期間が1ケースのみ21年と長期での勤務であるが、その他は3年以下となっている。職種は、製造業3ケースで、その他はシステムエンジニア・製品の試験員・総合職・公務員（1ケースに重複あり）であった。アルバイトのなかに、家庭教師を行ったケースが2ケースあった。

項目	人数
正社員	6
アルバイト	5
なし	4
計	15

④ 相談理由別

初回相談別は、初回時の相談理由で以下のとおりである。1ケースにつき重複がある。

相談理由	件数
ひきこもり	8
職場不適応	3
不登校（傾向含む）	2
うつ状態・抑うつ	2
就労支援	2
学校不適応	1
自傷行為	1
過食嘔吐	1
アルコールへの依存	1
働く意義がわからない	1
同級生への暴力	1
計（重複あり）	23

⑤ 診断名別

診断名については15ケース中、アルペルガー（ADとする）障害 6ケース、広汎性発達障害〔特定不能〕（PDD-NOSとする）6ケース、自閉性障害 3ケースであった。

来談前に診断されていたケースは2ケース（診断名に□）で、その他のケースは来談後診断ケースである。

診断に影響を及ぼす環境要因としては、生活・養育環境の不備 6ケース、介入の遅れ 4ケース、父親のアルコール問題3ケース、いじめ 1ケースであり、特記事項のないものも5ケースあった。

診断はDSM-IV-TRに基づいて多軸診断を行い、Axis I・II・IVについて表記した。Axis IIIについては15ケースとも該当するものがなく、今回は省略した。

▲別頁 表1

⑥ 知能検査別

知能検査は15ケース中14ケースに実施しており、1ケースのみケース本人が検査内容に熟知して検査結果への影響があると思われる未実施である。

ウエクラー式（WAIS-III WAIS-

R WISC-Ⅲ)を実施しており、全IQ100、言語性IQ(VIQ)101、動作性IQ(PIQ)99であり、概ね平均的な指数であった。しかし、下位検査項目についてはいくつかの特徴(平均よりやや低いIQのPDDケースは、『知識』>『理解』、平均よりIQが高いケースは、『積木』>『絵画完成』)がみられるが、このことについて今後の検討事項としたい。

▲別頁 表2

2) ライフステージごとの発達特性(個人因)とライフイベント(環境因)についての検討

① 発達特性(個人因)

15ケースから、ひきこもり・不適應のライフステージごとの背景要因(▲別頁 表3『各ライフステージで発現した問題の内訳と件数』)が191件あげられ、それらをA~Jの項目に分類した。ここでの背景要因は、ライフステージで顕在化もしくは把握された時をカウントしたものである。

顕在化もしくは把握された時点を調べていくことで、各ライフステージで生じる不適應・ひきこもりの背景要因の特徴をすることができるとと思われる。以下、項目別の特徴について説明していく。

A 感覚・運動発達の問題

就学前までに「感覚過敏・鈍感」4件と多くピークとなり、思春期・青年期以降まで「体の動きのぎこちなさ」「不器用」が目立つ。

B 対人関係の問題

『B 対人関係の問題』は内容を変えながら、全てのライフステージにおいて認められている。

就学前までは「無関心」が5件と最も多く、「家族とのみの接触」「回避」「受身的傍観的」など12件である。小学校時代は「友人がいないか少ない」が4件と最も多く「傍観的受身的」など11件、中学校時代は「被害感」が4件と

最も多く10件、高校時代は「傍観的受身的」「友人がいないか少ない」など7件、18歳~20歳前半で、再び「被害感」が3件と多くなり、20歳後半になると「友人がいないか少ない」「深まらない」「被害感」など3件である。

C 言語・コミュニケーションの問題

『B 対人関係の問題』と同様に内容を変えながら、青年期に至るまでの全てのライフステージにおいて認められる。就学前では表出言語を中心とした「言語の遅れや歪み」多く、その後、話し言葉が苦手、一方的な会話などの「コミュニケーションの問題」が続く。

D 集団活動の問題

『D 集団活動での問題』は、就学前後にピークとなるが、小学校以降は『F 行動の問題』がそれにとって代わる。

E 気質・性質の問題

この項目においても、概ね全てのライフステージに発現しているが、就学前と18歳~20歳前半においてやや多くなり、二峰性が認められるのかもしれない。『E 気質・性質の問題』としては「頑固」「融通が利かない」などがあげられる。

この項目の設定については、広汎性発達障害の特性として、イマジネーションの障害を主とすることも検討されたが、今回については、『E 気質・性質の問題』として1項目を残しておくこととした。

F 行動の問題

『D 集団活動の問題』は、小学校以降、『F 行動の問題』として顕在化してくる。

G 学習の問題

小学校時代から、作文・自由製作・算数など「特定教科が苦手」3件がみられはじめる。中学校時代も「特定教科が苦手」3件、「ケアレ

スミス」1件などの問題が続く。高校時代になると、深刻な学業不振に陥るケースがみられる。大学時代になると「専門教科が理解できない」3件で、大学や大学院の留年・中退の原因の一つとなっている。

これら15ケースは全て特別支援教育の導入前のものであり、特別支援教育が効果的に実施されることにより、今後は『G 学習の問題』が減少していくことが期待されるところである。

H 進路選択の問題

『H 進路選択の問題』は各ライフステージにおいて11件と数が多い。

義務教育終了直前において、中学校時代から出現し、中学校時代に「進路選択ができない」1件、高校時代に「進路選択ができない」3件となる。大学時代は、さらに「進路選択ができない」3件、「進路相談ができない」2件、「研究計画が立てられない」1件となり、進学や就職についての自己選択が困難なことから、有効な進路相談を受けられるような対人スキルを持っていないことがわかる。

これらのことから、特別支援教育における個別の教科指導計画はもちろんのこと、次の進路のイメージを持たせ、具体的な進路相談を数多く行っていくことが重要である。

I 精神・身体症状

小学校時代から「自傷行為」1件、「不登校」1件が出現し、15歳～18歳で「精神症状」2件、「不登校」1件、「社会からのひきこもり」1件が出現している。

18歳以降からは、「社会からのひきこもり」状態（18歳～20歳前半 5件、20歳後半 3件）や「精神症状」（18歳～20歳前半 2件、20歳後半 2件）の悪化にて医療的ケアを要する深刻な事態となっている。

② ライフイベント（環境因）

ひきこもりや不適應に影響する各ライフステージのライフイベント（環境因）を20件抽出した。表4は、環境因の項目とライフステージごとの件数である。

小学校・中学校時代に「いじめ（からかい・暴力など）」を被っているケースが各5件出現している。また、就学前に「障害受容・障害特性の理解のなさ」2件である。

社会的ひきこもりや学校・職場不適應の背景要因として環境因が意外に少ないように思われるが、これについては次年度の課題としたい。

▲ 別頁 表4

3) 現在の支援課題と支援方法およびその有効性

① 支援方法と効果測定

支援方法については、「本人への面接・相談」、「家族への面接・相談」、「グループ活動」、「コンサルテーション」、「就労支援機関との協働支援」、「地域での居場所の確保」の6項目に分類し、支援方法別（▲別頁 表5）のように13の支援方法に小分類している。

支援の効果測定について、今年度、GAF(DSM-IV-TR)を使用した。初回時のGAF ave. 42.8、支援後（6か月～1年6か月）のGAF ave. 50.8となり、8ポイント上がっており、GAFが下降した事例は2ケースであり、精神症状の悪化が影響している。残りの13ケースは上昇している。

② 中心的な支援方法について

別頁 表5では、中心的な支援方法を◎で示している。

15ケースの支援方法の特徴については、心理療法的面接を優先して行っている9ケース、SSTを優先している3ケース、日常の？アクティビティを優先している1ケース、他機関との連携・協働を優先している2ケースがあげられる。

〈「心理療法的面接」を優先した支援方法〉

学校での頻回のいじめによる被害感や対人関係において違和感や不快感を強く持ち続けており、「安定した相談関係の形成」「安全な対人関係の体験」などを支援課題としてきた。また、「不適應の文脈について教育的助言をする」「発達特性と不適應状況について本人と相談者とで理解を深める」など教育的内容の面接を併用するのが特徴である。

面接には特有の技術的課題があり、次年度、さらに検討したい。

〈SSTを優先した支援方法〉

本人の日常生活場面での不適應状況が顕著で、本人がそのことを悩んでいる場合、日常生活場面を想定しての教育的助言及びソーシャルスキルの向上を目指した具体的なトレーニングが重要となる。この場合、同時に保護者への心理教育的アプローチが重要となってくる。

〈アクティビティを優先した支援方法〉

PDDのケースに、選択性緘黙または極度の寡黙状態を呈していることがしばしばみられる。この場合、言語を使用しなくても表現可能な活動の提供が必要となり、その活動療法的関わりを通して、まずは自己発揮でき、自己信頼の獲得を目的とする長期間の支援が予想されるものである。

〈他機関との連携・協働を優先した支援方法〉

対人関係の苦手さや環境との違和感などの問題は抱えているものの、ケース本人や家族からの「とにかく就職」の希望が強く、早い時期から、ハローワークや障害者職業センターなどと協働した支援が必要となることがある。ただし、不適應やひきこもりを呈しているケースで、最初からこうした支援方針に乗れるケースは少ない。また、この支援方法だけでは、問題の改善がすすめられないまま就職活動を開始するためか、再就職後もすぐに不適應状況に陥ってしまうケースもあるので、慎重に他機関との

連携や協働をすすめる工夫を要する。

D. 結論

青年・成人期において社会的ひきこもり、ないしは学校・職場で不適應をきたして来談する広汎性発達障害15ケースについて、現在症や不適應の背景となる認知的・情緒的問題、生育歴などの事例研究をおこない、次年度以降の予備的研究とした。

事例の概要を整理し、ひきこもり・不適應を呈する背景要因をライフステージごとに発達特性（個人因）とライフイベント（環境因）の側面から抽出し、背景要因の個人因を、「感覚・運動発達などの問題」「対人関係の問題」「言語・コミュニケーションの問題」「集団活動の問題」「気質・性質の問題」「行動の問題」「学習の問題」「進路選択の問題」「精神・身体症状」「その他」と10項目に分類し、各ライフステージで生じる特性について明確化した。

また、15事例の支援方法や効果測定を検討し、「本人への面接・相談」、「家族への面接・相談」、「グループ活動」、「コンサルテーション」、「就労支援機関との協働支援」、「地域での居場所の確保」の6項目に分類し、更には、支援方法の特徴を4つにまとめてみた。