

もかかる、あるいは変化がほとんど見えない事例も存在する。

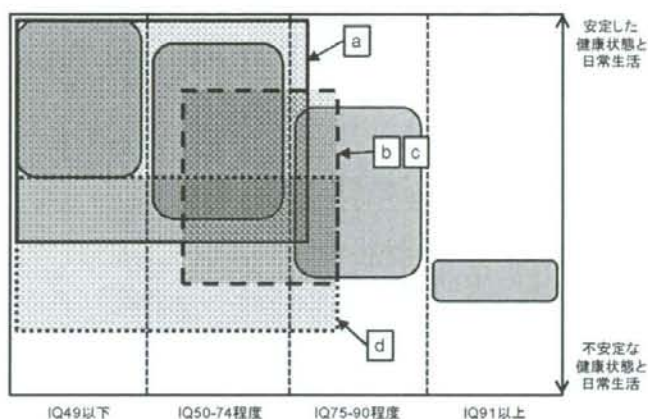


図 17. 療育手帳の交付されている4つのグループとIQと安定さの二次元

図 17 は、療育手帳の交付を受けている4つのグループを、図 14 の知的能力の違いと日常生活や健康状態の安定・不安定さといった二次元の図に落とし込んだものである。各グループと就労支援との関係を、直感的に理解するために作成した。

【精神保健福祉手帳の継続的な交付が可能と考えられる人】

広汎性発達障害の診断は、それだけで精神保健福祉手帳の交付対象になるものではない。しかし、他の何らかの精神科的症状が一定期間（あるいはほぼ永続的に）続く想定され、日常生活に明らかな低下が見られ、精神保健福祉手帳の交付を受けている発達障害者が最近増えている。

e. 少なくとも半年以上の継続的な就業経験がある

期間契約や派遣、アルバイトなどの就業している時期と、職についていない時期が交互にあり、経済的に非常に不安定なグループである。民間の求人誌や折り込み広告、さらにはハローワークの求人情報を手掛かりに、自分で求職活動を行い、パートタイムの職に就くことはそれほど難しくないが、年単位の就労継続が難しい。また、キャリアアップを図るための資格等が取れない、あるいは取得しても、それを生かした就業継続は難しい人もいる（例：介護福祉士の資格を取得しているが、介護業務を行うことは難しく、高齢者福祉施設で清掃やリネンの仕事を受け持ち働く）。

このグループは、障害者の就労支援プログラムを活用して就労しても、職域・職務は自分で求職活動した場合とほとんど変わらない。賃金もほぼ同等である。このグループの場合、一般に、就労支援以前に、「障害基礎年金の受給が可能かどうか」といった経済的な相談・支援を最初に行う場合が多い。その後、就労支援プログラムの活用の有無を話し合うことになる。障害基礎年金が受給できれば、ますます就労支援のメリットが少ないタイプではあるが、職場での対人関係を円滑にするために継続的な支援を望む人もいる。このグループは、数カ月単位の職業準備訓練を必要とする場合は少ない。

f. 1つの職場で半年以上の継続的な就業経験が無い

採用の面接段階あるいは初期の定着支援の段階で、職場に適応することが失敗しているグループである。1対1の定期的な相談を約束通りこなせ、生活リズムもある程度安定していると判断したならば、障害者の就労支援プログラムの活用が適当であると考えられる。企業に対して障害を開示し（障害者雇用としてカウントされることを前提）、インターンシップを前提とした就業体験と採用、採用後の継続的な地域生活支援機関による支援が無ければ、安定した就業生活は難しい。

知的障害者と同様、毎日通所することにより、職業準備訓練や職業能力評価を行う機関（就労移行支援事業や実践能力取得型の委託訓練、障害者職業センターの準備訓練等）の利用は必須である。ただし、求職活動以前の準備訓練がどうしても必要であるか、発達障害者本人がなかなか理解できない場合も少なくない。また、準備訓練の段階で、知的に重度の障害のある人よりも、軽作業の生産性ははるかに低いことが発見される場合もある。一度、準備訓練に失敗したからといって、就労支援をあきらめることなく、何度か挑戦できる環境づくりと相談支援が大切になる。

g. 直近に、数年間、決まった日中活動に定期的に通った経験が無い

知的障害を合併していない発達障害者の中にも、数年あるいは10年単位で、決まった日中活動の場に定期的に通った経験の無い人がある。前述のdグループと同様、ステップアップの延長に就労支援を見据えることができる場合もある。その際、職業準備訓練や職業能力評価を行う機関の通過は必須である。ただし、知的障害の無いこのグループは、家族（両親等）を通して、日常生活の指導・支援を行うことが困難な場合が多い。準備訓練の場を利用する以前に、毎日の入浴や洗髪等の身の回りの管理、初めての人と面談する際の服装など、相談支援機関が積極的に取り組まなくてはならない事柄も多い。もちろん、長期間、引きこもり生活を続けるだけの精神的な不安定さ、こだわりの強さなどをもつ人が多く、ステップアップへ向けて丁寧な相談・調整が必要である。

図18は、e、f、gの3つのグループを、知的能力の違いと日常生活や健康状態の安定・不安定さといった二次元の図に落とし込んだものである。

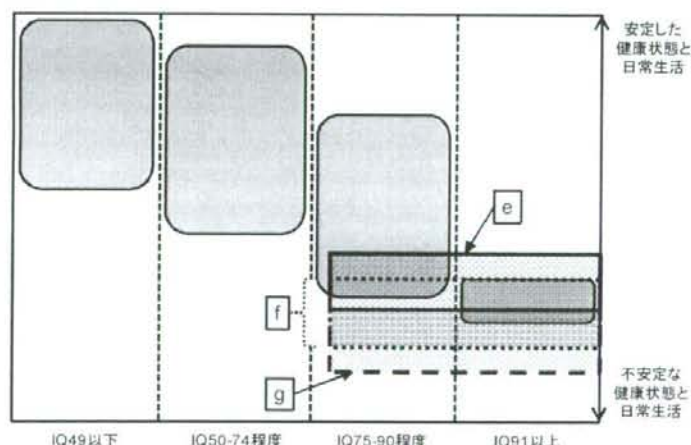


図18. 精神保健福祉手帳の交付される3つのグループとIQと安定さの二次元

【障害者手帳がふさわしくない人】

このようなタイプの広汎性発達障害者が、医療機関における定期的な服薬管理やカウンセリング等以外で、相談支援機関を訪れることは、これまであまり考えられなかった。しかし、発達障害者支援センター等に最近はこのようなタイプの人を訪れる時代である。そして、職業や就労についての相談を希望する人も存在する。

h. 大学や大学院に籍を置いており将来の就業生活に漠然とした不安をもつ

i. 経済的に不安定ではあるが、ほぼ途切れることなく就業生活を継続している

j. 正社員等安定した経済状況にあるが、職場の対人関係等の不安要素が大きい

この3つのグループは、一般的には障害者の就労支援の対象では無い。もちろん、このグループの人たちは、職場や日常生活で何らかの生活の難しさを感じており、相談支援機関としてその解決に向けての何らかの手伝いができることは大切である。しかし、適切なニーズの把握や相談支援の方法論について、まだまだ経験不足の領域である。そして、公的な相談支援機関（原則無料のサービス）で、どこまでこのようなニーズに答えていくか、これからの検討事項でもある。

上記のうちiについては、知的能力が平均より低い場合（知的障害は無い程度）や精神障害者保健福祉手帳の対象になる可能性のある人も含まれる。eグループと同様に、就労支援を必要とする事例であるかどうかを検討すべきである。図19は、h、i、jの3つのグループを、知的能力の違いと日常生活や健康状態の安定・不安定さといった二次元の図に落とし込んだものである。

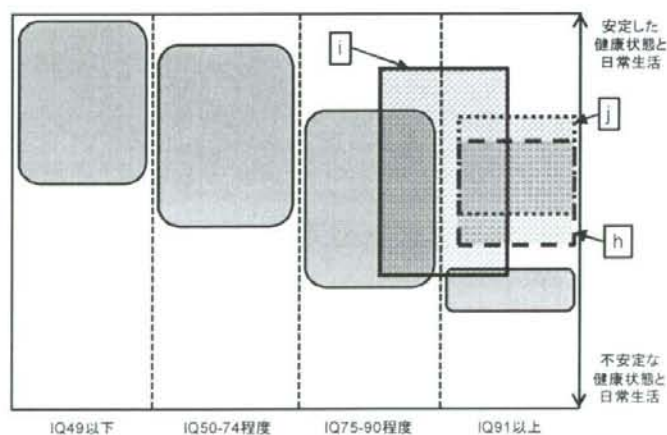


図19. その他の3つのグループとIQと安定さの二次元

まとめ

障害者の就労支援は、ここ数年で大きく発展した分野である。発達障害者の相談支援に携わる人の多くは、全国で地域就労支援従事者が 3,000 人も誕生していることを知らない。もちろん、歴史が浅く、すべての地域で就労支援が機能しているわけではない。しかし、地域単位（保健福祉圏域程度の大きさ）で、就労支援ネットワークが構築され、知的障害者や精神障害者の就労支援が展開される時代になったのは間違いない。

障害者の就労支援とは、従来の保健福祉を専門とした考え方と、企業等における雇用管理を専門とする考え方の橋渡しの役割を担っている。そして、広汎性発達障害者についても、就労支援を必要とする場合は、この地域の就労支援ネットワーク・就労支援機関と連携することがこれから求められる。発達障害者の相談支援を専門とする機関が独自に、保健福祉の専門性と企業の雇用管理の専門性すべてを学ぶ必要はない。

しかし、「インターンシップを活用した採用」や「採用後の継続的な地域生活支援」といった知的障害者が大手企業で雇用されはじめてから生まれた最近の就労支援と、高機能広汎性発達障害者の就労相談とがすべてフィットする訳ではない。このレポートでは、現在標準となりつつある就労支援の方法論にフィットする発達障害者のタイプを簡単にまとめた。発達障害者全体の就労支援を論じるには、私たちの知識や経験は非常に乏しい。地域の就労支援ネットワーク単位で、発達障害者の就労支援について経験を積み、新たなノウハウを生み出していく必要がある。そして、発達障害者の相談支援を専門とする機関は、その責任の一端を担っている。

（文責：志賀利一）

高機能広汎性発達障害の青年・成人は精神科病院をどのように利用し、
どのような支援を受けているか（第一報）
～精神科病院がネットワークの一翼を担うために～

分担研究者 塚本千秋¹⁾

研究協力者 安松昭子¹⁾ 土岐淑子²⁾ 今出大輔²⁾

1) 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

2) おかやま発達障害者支援センター

研究要旨

本研究は、高機能広汎性発達障害の青年や成人（以下彼ら）に対する適切な支援ネットワークを構築するために、そのネットワークの一翼を担う精神科病院の利用実態を明らかにしようとするものである。具体的には彼らがどのような経路でどのようなニーズを持って受診し、どのような支援を受けているかを検討した。その結果、家庭での暴力行為や反社会的行動のため、強制的に連れてこられて入院治療が開始される群が少数ある一方、種々の二次的精神症状のためにすでにクリニック等で治療を受けており、正確な診断のために紹介されて来談する群や、自ら対人関係の問題や職場不適応を自覚して受診し、外来で支援を受けるようになった群まで、幅広い利用実態があることが明らかになった。精神科医はこうしたニーズに対応しようとしているが、来談の中断が4分の1に及ぶことや、“支援があまり役に立たなかった”と医師が感じる事例も少なくないなど、必ずしも十分な対応が出来ていないことが明らかになった。

A. 研究目的

自閉性スペクトラム障害（ASD）を中心とした発達障害に社会的関心が集まり、医療・福祉・教育の垣根を越えた支援体制が整備されつつある。しかし ASD には、知的な遅れが“ない”“ほとんど目立たない”いわゆる「高機能」の広汎性発達障害（HFPDD）が数多く含まれ、これらの場合、発見が遅れて二次的・三次的な問題が発生してしまったり、福祉の支援を受けられなかったりすることが少なくない。特に未診断のまま十分な支援なく青年期や成人期に達してしまった HFPDD 群については未だに研究途上の段階であり（横山, 2007）、今後、彼らへの適切な支援やそのネットワーク整備を急ぐ必要がある。

本研究は HFPDD の青年や成人への効果的かつ適切な支援ネットワークを構築するために、そ

のネットワークの一翼を担うと考えられる精神科病院に、そのような機能が求められているかを明らかにしようとするものである。

さて、従来、精神科病院は、統合失調症や気分障害の患者の診断や治療を多く手がけてきた。しかし発達障害に対する社会的な関心が高まるとともに、病院従事者の側にも認識の変化が生じている。例えば、通常の治療によっても改善がみられない気分障害の患者や、問題行動がやまない青年期患者の中に発達障害圏の患者が数多く混じっていること（青木, 2008）が明らかになってきた。だが今日でも、被害念慮が強い事例は“統合失調症”と、行動化が多い事例は“境界性人格障害”と誤診されたり、適応が比較的よいものには“性格”と決めつけられてしまうなど、診断の側面だけでも適切な対応が出来ているとは言い

がたい。まして入院させた上での治療的対応となると、“はじまったばかり”で“手探りの段階”と言っても過言ではないだろう。

そういう意味で、成人患者を治療対象としてきた精神科医は、発達障害が背景にある精神科疾患への診断・治療法や、障害と無理解の悪循環で生じた問題行動への対応などについて、児童青年精神医学から多くを学ばねばならない(東, 2008)。そうした臨床的な知見が周知・均てん化されることにより、精神科病院もこの領域について一定の役割を果たすようになり、支援ネットワークの一翼を担うことになっていくだろう。

さて、一口に HFPDD の青年や成人の精神科病院での診断・治療といっても、入院・外来の別や、自発入院・強制入院の別など多様である。患者のニーズという側面からは「全くニーズがなく家族や職場上司に連れてこられたもの」から、「インターネットや書籍で自分の障害を調べて、自発的に受診するもの」までさまざまである。

そこで本研究では、精神科病院を受診する HFPDD 患者の概要を明らかにするために、筆頭筆者らが所属する病院を受診した HFPDD の患者について、人数や受診経路、ニーズ、主訴、状態像、医師の対処内容、転帰などを調査することとした。実態が明らかになることで、将来的に構築されるネットワークの中での精神科病院の役割やその限界が見えてくると考えられる。

B. 研究方法

1) 発達障害者支援センターの職員を招いての事例検討会

筆頭筆者らが所属する岡山県精神科医療センター(以下当院)と岡山市及び倉敷市にある発達障害者支援センターとが協働して支援を行った事例について、詳細に事例検討会を行い、「発達障害者の支援のポイント」「協働する場合に必要な視点」等を抽出した。

本研究のこの部分については、今後も事例検討会を続けていくことから、来年度以降の報告書において詳述する予定である。

2) 新規外来患者の実態調査

平成 19 年度に外来初診した患者のうち、発達障害の診断がなされたものについて、年齢や性別、受診経路、主訴、状態像、転帰など約 20 項目についてカルテを用いて調査した。カルテ調査では不明な項目については主治医に直接確かめた。

なお、当院は救急急性期入院棟をもつ単科精神科病院で、県内の精神科救急事案の約 8 割に対応する救急中核病院である(平成 19 年度の初診患者 1482 名、年間入院患者 1094 名。病床利用率 95.1%。平均在院日数 69.2 日)。平成 19 年度から児童思春期外来を開設したことや、発達障害に専門的に対応する医師がいることが地域に周知されたことから、近年、PDD 患者の受診が著しく増加し、平成 19 年度は 100 人を超える患者の受診があった(巻末: グラフ 1)。このことから、当院は単科の精神科病院ではあるが、一般的な精神科病院とは異なった特徴をいくつか持っているために、当院の実態がそのまま一般化できるわけではないことをあらかじめ断っておく。

なお、本研究では事例毎に調査カードを作成する方法をとったが、カードが完成しパソコンに入力する時点で個人が特定される情報はすべて除外し、その上で数値的な分析を行った。最終的にカードはシュレッダーで廃棄した。また本研究の計画は平成 20 年 3 月に開催された当院の倫理委員会に申請し、承認を受けたものである。

C. 研究結果

1) 外来患者・入院患者の概要

平成 19 年度に当院を新規に受診した患者は 1482 名であったが、そのうち PDD 圏の診断がつく患者は 105 名であった。この 105 名の年齢層を見てみると、15~19 歳が 20 人(男 15、女 5)、20 歳以上が 49 人(男 36、女 13)であった。

同じく新規に入院した患者は 1094 名であったが、そのうち PDD 圏の診断がつく患者は 53 名であった。この 53 名の年齢層を見てみると、15~19 歳のものが 10 人(男 5、女 5)であり、20 歳以上のものは 23 人(男 15、女 8)であった。

2) 新規外来患者調査

①調査概要

平成19年度に初診し、その後PDDの診断を受けた16歳以上の新規外来患者は57名であった。このうち、来談までの知能検査や当院での知能検査でFIQが60以下のもの10名(全例が療育手帳を取得)を除外し、残りの47名を対象として、前述の方法で調査を行った。なお一般的に、“高機能”とはFIQ70以上と定義していることが多いが、本研究のために事例を概観したところ、FIQが60台で普通科高校に進学しているものや、小中学校で普通学級に在籍し療育手帳を取得していない事例が多かったこと、ひきこもり、パニック、強迫症状等の二次的症狀のため、FIQが実際よりも低く算定されていると考えられる事例が見られたことから、FIQ60以上と定義を広げて検討することとした。検討結果のうちのいくつかのを、巻末にグラフで示している。

②年齢や性別・家族・家族内集積

対象者のうち男性は34名(73.9%)、女性は12名(26.1%)で男性事例が7割以上を占め、また20歳代の事例が67.4%と全体の3分の2であった(グラフ2)。

同居家族は親との同居が70.2%、配偶者との同居が17.0%、子どもとの同居が14.9%で、単身者は4.3%と少なかった。

何らかの発達障害のスペクトラムを家族内に認める家族内集積は46.8%に上った。

③学歴・不登校歴・就労状況

学歴では大卒者が43%、高卒者が28%であり、これに大学院卒を合わせると78.3%となった(グラフ3)。不登校歴については、小学校での不登校はなく、中学校での不登校が6.4%、高校での不登校が8.5%とそれほど多くなく、学歴の結果と合わせて、小中学校での学校適応はそれほど悪くないものと類推される。

就労については、現在就労中が14.9%、就職と離職を繰り返しが、同じく14.9%であった。

④紹介元・治療歴・過去の病名

紹介元はクリニックが多いが、紹介者なしが

25%あった。また治療歴のないものが39%だったが、治療歴が1年以上にわたるものも30%と少なかった(グラフ4)。

治療歴がある場合の病名は、やはり「広汎性発達障害」が最も多いが、「適応障害」や、「うつ病」などが付与されていたものもあった(表1)。

④発達歴の聴取・主訴・状態像

47事例のうち、主治医が本人の発達歴を詳細に聴取できたものは57%にとどまり、発達歴がはいまいなものが34.0%、種々の事情で発達歴が不明であるものが19.2%に上った。

本人には主訴がないものは19.2%で、この中には“他人にASDと言われたので受診した20歳代の男性”や“『空気が読めない』と配偶者に無理やり連れてこられた20歳代の男性”“弟が自閉症だという理由で母親が連れてきた20歳代の男性”“学校で自殺企図を起こしたが平然としている10歳代の男性”などの事例が含まれていた。

本人に主訴がある80.8%のうち、主訴として多いのは“友だちが出来ない(対人関係の「その他」に含まれる)”“イライラ”“対人問題”“作業が遅い”であった(グラフ5)。

主治医から見た初診時の本人の状態像は“職場不適応”が最も多く(38.3%)、ついで“頻繁なパニック”“ひきこもり”であった(グラフ6)。

⑤治療・薬物療法の有無

治療については、入院を行ったものが6事例(12.8%)で、このうちの2事例は警察官の介入による閉鎖病棟への強制的な医療保護入院であり、入院期間も長期に及んでいた。その他には、頑強な拒食に家族が困り何とか開放病棟に任意入院させた事例や、頻繁なパニックに困って自発的に開放病棟に任意入院した事例もあった。

また外来・入院を含めて薬物投与を行ったものが19事例(40.4%)であり、半数以上は薬物治療を行っていなかった。

⑥治療転帰・援助効果

転帰としては、心理検査の実施も含んだ数回の面接を行った後に同意して終結している症例も11例(23.4%)と少なくなかったが、“治療の継

統”が最も多かった(42.6%)。一方、“治療中断”も26%に上り、「4分の1が主治医に断りなく来談をやめている」という実態が明らかになった。

また援助効果について主治医に印象を尋ねたところ、“かなり有効”と“少し有効”があわせて53.2%であったが、その一方、“無効”“ほとんど無効”があわせて23.4%もあった。

主治医が行ったこととしては「確定診断」「心理的支持」「本人への告知」「家族への告知」の順で多かった。

ネットワークの構築という観点から、他機関との連携について調べたが、47事例のうち、発達障害者支援センターと協働したものは4事例にとどまり、その他の機関との連携も数例であった。

D. 考察

今回のカルテ調査は、HFPDD患者への支援ネットワークの中で、精神科病院が取るべき役割についての研究の端緒に位置づけられるものである。この研究により次のことがわかった。

当院ではここ数年、20~30歳代の患者を中心にPDD患者の新規来談が増えているが、その3分の2の患者は高卒ないしは大卒の学歴を持つ、いわゆる「高機能」と称される患者群である。“卒業している”イコール“学校適応”とは言えず、問題が先送りされている可能性はあるが、多くの事例は小・中学校在学中には大きな問題が発生していないように見受けられる。

4分の3の患者は紹介患者であり、クリニックなどの当院以外の精神科医療機関にかかっていたものが、「より正確な診断を受けること」や「正確な診断の下での治療」を勧められて当院を受診したものと考えられる。残りの4分の1のほとんどは家族の勧めによる来談や自発的な来談であり、このうちのかなりが「自分は発達障害ではないか」と疑って受診していた。一方、20歳周辺の2症例は、長期間家庭に引きこもり、激しい家庭内暴力をふるっていたもので、強制的介入から閉鎖病棟への入院治療に結びついていた。

患者自身の主訴については、2割には本人の主

訴がなく、問題についての自覚が乏しかった。こうした事例については事前に家族や職場の上司などが外来に相談に訪れていることが多い。

本人の主訴があるものについて、その内容は、対人関係上の問題が多く、次いでイライラやパニック等の精神症状が多かった。逆に主治医は患者の状態像を「職場不適応」「学校不適応」など、環境への不適応と捉えていることが多かった。この、本人が主観的に問題視する事柄と、専門家による状態理解の“ずれ”は、発達障害という現象の特性からして当然のことと考えられる。

ところで、PDDの正確な診断を行うには、発達歴・生活史の詳細な聴取が不可欠だが、主治医の印象として、それが十分に行えていない患者が半数以上に及んだ。これは保護者が来談していなかったり、来談していても記憶がないなどの理由で、発達歴聴取が十分に行えなかったためであることが多い。主治医の側も多忙な外来時間を割くことが難しいため、曖昧なまま診断してしまっていることが多く、この点を改善する必要がある。

治療的な対応については、主治医によってバラツキがある(この点も問題である)ようだが、概ね次のような対応になっていた。

比較的不適応の程度が軽い者については、主治医はWAIS-Ⅲ等の心理検査を心理士にオーダーして自分の診断を補完した上で、細かい説明はせず、「障害の特性を自分の個性として理解する」ように勧めながら、「生きづらさ」に対し共感的な支持を与えて、短期間で治療を終結する傾向にあった。この群の中には現在通院している医療機関には心理士がいないため、心理検査が出来ないという理由で紹介されてくる事例もある。

不適応の程度が強い者には、心理検査を行って主治医がその障害の特性を把握しながら、発生している問題行動や精神症状に対して薬物療法も含んだ治療的対応を行っていた。またタイミングをみて親や職場の上司を外来に呼び、環境調整を行ってもいた。行動上の問題が大きい場合は、家族や職場の苦痛感が強いので、かなり具体的に対応方法を助言しているようであった。

しかし、多忙な精神科の一般外来で、患者に共感しながら具体的な助言を行っていくことや、家族や職場の苦痛感を汲みながら具体的な助言を与えることは困難とも言え、数回の受診で中断している事例や、「十分な支援が行えなかった」と主治医が感じている事例も少なくなかった。

今回の調査はあくまでカルテ調査を中心とした主治医の立場からの調査であり、患者自身の立場からの調査でないため、患者自身が来談をどのように評価しているかは不明である。しかし、主治医の印象からすると、必ずしも満足な支援を受けているとは言えないように思われる。

そうした意味で発達障害者支援センターも含んだ院外の機関との連携が必要と考えられるが、この領域に習熟している一部の医師をのぞき、多くの医師は連携先の機能について十分に理解していないため、連携が行えていないという実情があると考えられた。院内の心理士やケースワーカーなどのコメディカルが、外部の協働機関との溝を埋める役割を果たせるとよいと考える。

E. 結論

今回は、当院に新規受診した青年期・成人期のHFPDD患者の実態について、限られた範囲での調査しか行えなかったが、学童期に大きな問題がなかったために支援を受けないままで青年期・成人期になり、大学や職場ではじめて不適応を呈する人が数多くおり、支援を求めて精神科病院に来談していることが明らかになった。また、彼らの中には自分の不適応に気づくことが出来ず、職場の上司や同僚、家族が困惑してしまっている事例も少なくなかった。しかし診断の告知後の支援方法や、必要な外部機関との連携が、医師ごとにまちまちになっていることもあり、十分な対応がで

きていないと考えられる事例も少なくないと考えられた。

今後の研究としては、さらに青年期・成人期の事例を集めて分析するとともに、事例をその特徴や経過でいくつかに類型化した上で、代表的な事例について詳しく調査して、①どのような特性を持つ人が、いつ頃、どのような契機で不適応になっていくか、②支援が必要なのに受けにくい人はどのような人なのか、等を調べるとともに、逆に、どのようなタイミングで、誰が、どのような支援を行えば不適応にならないか(なっても軽度ですむか)を明らかにする必要があると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 塚本千秋、中島豊爾、大重耕三、安松昭子：
ひきこもりと家庭内暴力を呈する発達障害の男子中学生への入院介入。精神科 12(3)，
2008.

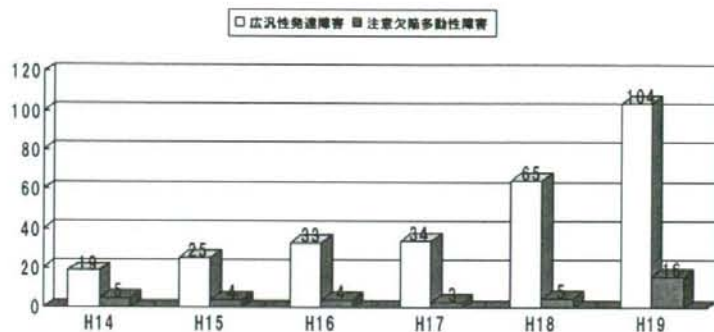
2. 学会発表

- 大重耕三、太田順一郎、塚本千秋ほか：児童思春期専門外来・入院棟の開設初年度の報告—岡山県で求められているもの：第49回日本児童青年精神医学会

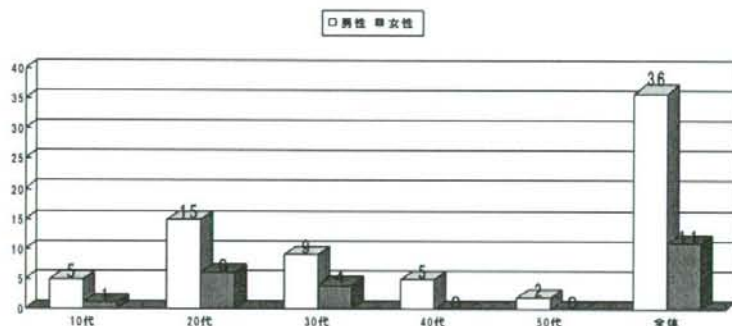
文献

- 1) 青木省三：成人期臨床における広汎性発達障害を考えるに当たって。臨床精神医学 37(12)：1511-1514。2008.
- 2) 東誠：児童精神科臨床から成人期臨床に求めるもの。臨床精神医学 37(12)：1571-1579。2008.
- 3) 横山富士男：成人になった広汎性発達障害。臨床精神医学 36(5)：583-587。2007.

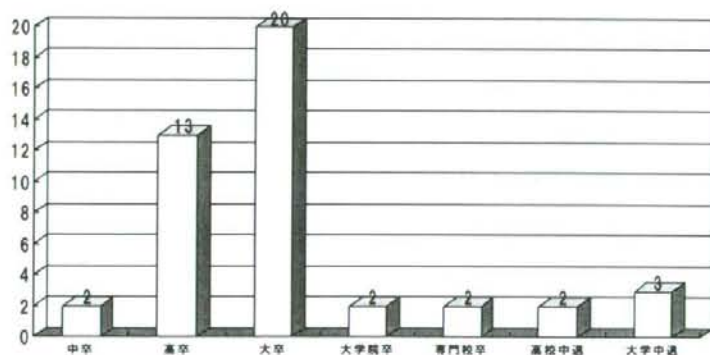
図表



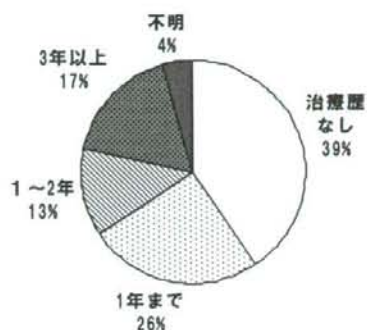
グラフ1：当院を初診した発達障害圏の患者数の推移（数字は実数）



グラフ2：新規HFPDD患者の年齢と性別（数字は実数）



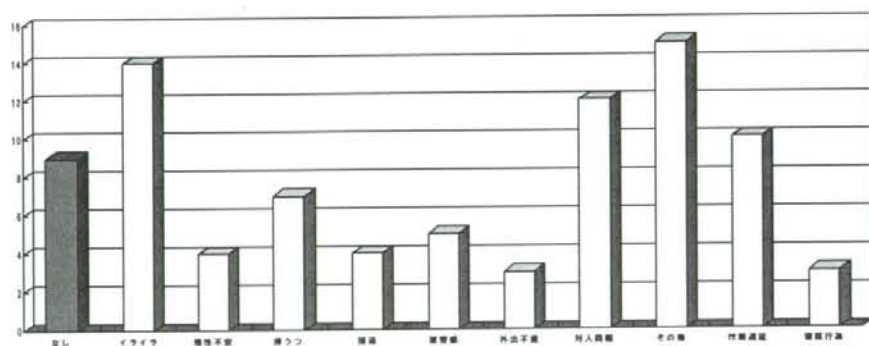
グラフ3：患者の教育歴・学歴（数字は実数）



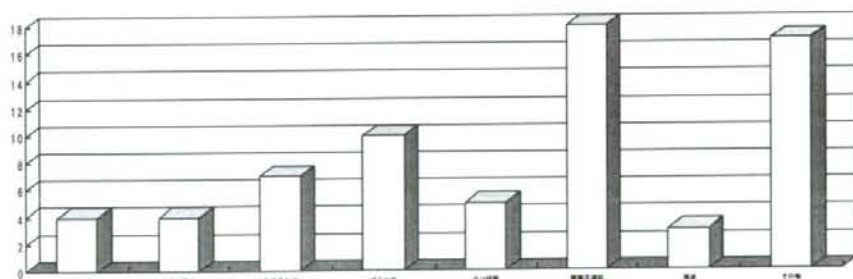
グラフ4：治療歴の有無

病名	実数	%
広汎性発達障害	11	37.9
適応障害	5	17.2
うつ病	3	10.3
境界性人格障害	2	6.8
強迫性障害	2	6.8
統合失調症	2	6.8
アスペルガー障害	1	3.4
PTSD	1	3.4
不安神経症	1	3.4
病名不明	1	3.4
合計	29	100.0

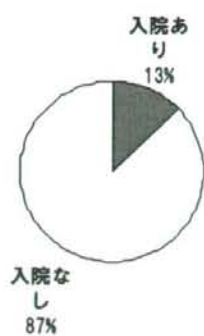
表1：治療歴ありの場合の診断名



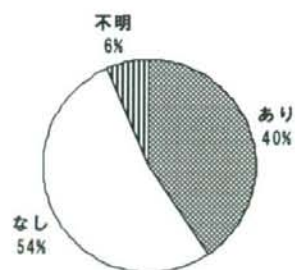
グラフ5：本人の主訴（複数回答可）



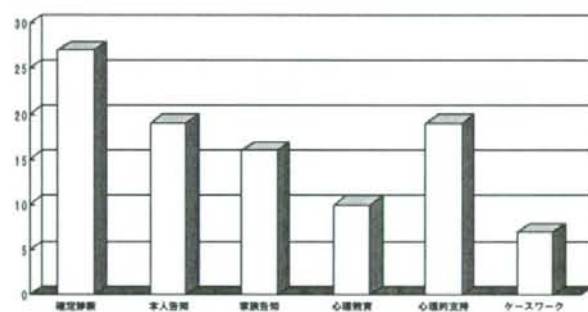
グラフ6：主治医から見た本人の状態像（複数回答可）



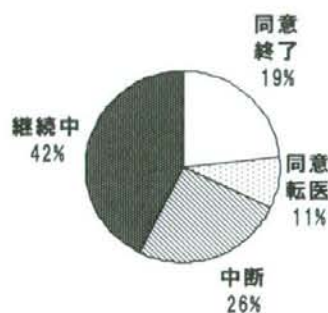
グラフ7：入院の有無



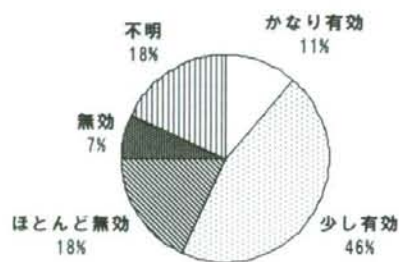
グラフ8：薬物療法の有無



グラフ9：主として行ったこと（複数回答可）



グラフ10：援助転帰



グラフ11：援助効果

高等学校の特別支援教育における他機関との連携に関する研究

分担研究者 鳥海順子¹⁾

研究協力者 橋本創一²⁾ 土肥満³⁾ 竹井ひとみ⁴⁾

1) 山梨大学 2) 東京学芸大学 3) 山梨県教育委員会 4) 保護者

研究要旨

本研究は、高等学校における支援、特に関係機関との連携の現状把握をするために、文献研究、養育者に対する聴き取り調査、高等学校の特別支援教育コーディネーターに対する質問紙調査、文部科学省の研究開発学校への視察を行った。調査では「誰によるどのような連携か」を明らかにすることを目的に、効果的なネットワーク構築に向けての基礎的資料を得ることができた。養育者は将来に向けて丁寧な連携の継続への要望が強かった。高等学校では、出身中学校や医療機関などと連絡をとり、生徒理解のための情報を得ることを主としていた。しかし、連携先や連携方法がわからないために、必要を感じていても連携の実現に至っていない高等学校もあった。

A. 研究目的

本研究は高等学校段階における関係機関との連携について、調査や具体的な事例を取り上げながら、「誰によるどのような支援か」を明らかにし、関係機関とのネットワーク構築に関する基礎資料と得ることを目的とした。

B. 研究方法

本研究は以下の4つの方法から成る。

1. 高等学校の特別支援教育に関する文献レビュー
2. 養育者に対する聴き取り調査
3. 山梨県内高等学校の特別支援教育コーディネーターに対する質問紙調査
4. 文部科学省指定研究開発学校の視察

視察先：静岡県立土肥高等学校

（倫理面への配慮）

本研究における個人情報については「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、対象者の匿名性を確保した。調査については、対象者に目的を明らかにし、不利益を生じさせないよう配慮する旨を

伝え、インフォームド・コンセントを実施した。

C. 研究結果

1. 文献レビュー

高等学校段階の特別支援教育に関する文献によると、通常の高等学校での連携はまだ少ないようで、連携先は中学校や大学が挙げられていた。研究開発学校の報告書からは、小学校、中学校、高等学校の特別支援教育コーディネーター間の情報交換ができる連絡協議会や教育支援計画を作成する際の巡回相談員、学校医、大学、臨床心理士、教員などによる連携協議会など連携を確実にするシステムが作られていた。

2. 養育者への聴き取り調査

養育者への聴き取り調査の依頼が極めて困難であり、改めて青年期の発達障害者の養育者が厳しい現実の中にあることを知ることとなった。調査協力が得られた1事例の連携状況は表1のように、各発達段階で医療機関や福祉機関、教育機関などと連携しており、それぞれの連携先で、良品

協力者との出会いもあった。これらの連携を実現させてきたのは養育者の熱意と行動力であった。比較的良好な連携があったこの養育者も、将来に対して大きな不安を抱いており、連携先に対して、個別のできめ細やかな支援を望んでいた。

3. 山梨県内高等学校の特別支援教育コーディネーターへの調査

高等学校の質問紙調査は51校に配布し、35校の回収があり、回収率は68.9%であった。校種の内訳は県立・市立の全日制が23校、私立の全日制が6校、定時制が6校であった。図1のように、20名のコーディネーターが支援の必要な生徒がいたと答えており、すべての校種にわたっていた。高等学校段階の関係機関との連携は、図2に示されたように全日制、定時制で多く連携されており、私学全日制では4割程度だった。連携先は図3のように、出身中学校、医療機関、発達障害者支援センターが多かった。連携の目的は、図4に示されたように、主として生徒の情報を得て生徒理解を図ることを目的としていた。就労に関する連携は今回の調査では認められなかった。自由記述から、他分野とのネットワーク支援の方法に関するガイドライン作成に関するニーズの高さが推察された。

4. 研究開発学校の視察土肥高等学校の研究課題は「生徒一人ひとり

に応じた職業観・勤労観や社会への適応力を育むための、キャリア教育を重視した教育課程を編成し、指導方法および特別支援教育について研究開発を行う」ことであり、「バイオセラピーの開発」「キャリア教育の推進」「個別指導の充実」に取り組んでいた。1年次の学校設定科目として毎週1回6校時に「自己実現の時間」が設けられ、この時間に実施されるバイオセラピーとキャリア教育から生徒が自主的に選択するとのことであった。バイオセラピーでは育てた花や、収穫物を地域の幼稚園・施設などに届けたり、園庭を整備したりして地域との連携がみられた。キャリア教育では、地元の観光協会や商工会などと連携し、

実習を受け入れてもらったり、高校生の企画を地場産業に生かしたりと、地域との連携が行われていた。

D. 考察

1. 高等学校の特別支援教育については学校間差も大きく、今後さらに実態を明らかにする必要がある。

2. 高等学校と関係機関との連携については、高校側の連携先に対する情報不足もあり、ネットワーク構築推進の方策が望まれる。

3. 教育分野と他分野とのネットワーク支援の方法に関するガイドライン作成には教育現場からのニーズも高いことが示唆された。

4. 研究開発学校では、新しい教育課程の開発によって地元の関係機関との連携が推進されており、ネットワークが構築されていた。

E. 結論

山梨県の高等学校の関係機関との連携状況は、主として出身中学校や医療機関、発達障害者支援センターなどであり、生徒理解を目的とするものであった。先行事例の高等学校では、自立活動や自己実現の時間を設け、様々な関係機関との連携が生まれている。次年度は就労支援も含めた連携について検討していきたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

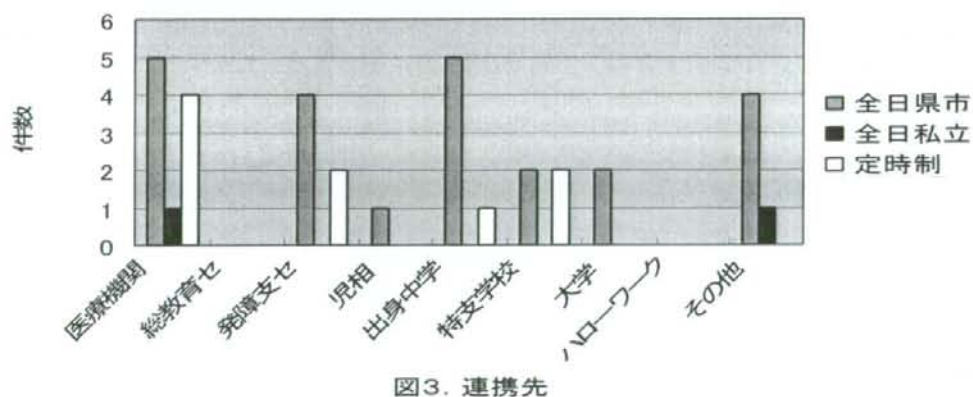
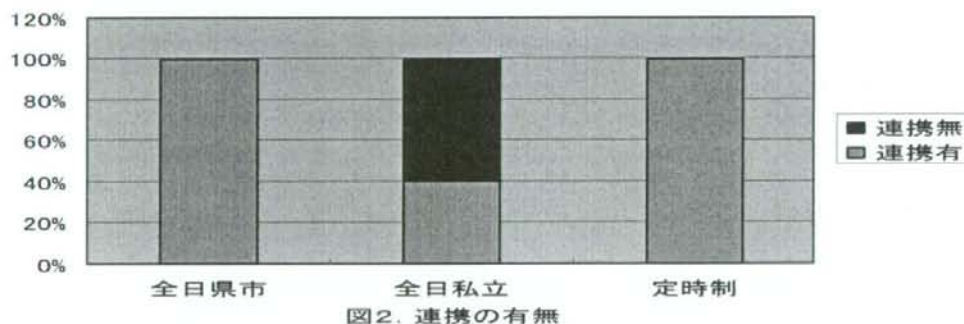
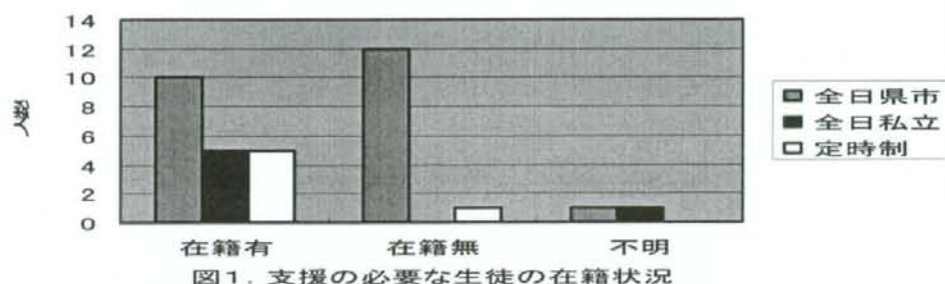
● 鳥海順子：高等学校における特別支援教育の取組。山梨障害児教育学研究、NO. 3, 64-83, 2008. 文献

- 1) 福島県立川俣高等学校：高等学校における学習障がい（LD）、注意欠陥多動性障がい（ADHD）高機能自閉症等の生徒の教育的ニーズに対応した指導の在り方と幼、小・中、高等学校一貫支援体制整備についての研究開発・実施報告書、2008.
- 2) 高橋智研究室：都道府県・政令指定都市教育委員会調査にみる高校特別支援教育の動向。調査結果報告書、2007.
- 3) 全国LD親の会：LD等の発達障害のある高校生の実態調査報告書、2007

図 表

表1. 養育者の聴き取り調査における各期の連携状況

幼児期	小学校期	中学校期	高校期	大学（現在）
・ 児童相談所 ・ 医療機関	・ 医療機関 ・ ことばの教室	・ 医療機関 ・ 特殊学級（通級）	・ 医療機関 ・ 発達障害者支援センター	・ 大学相談室 ・ 発達障害者支援センター



IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

- 近藤直司、石川信一、境 泉洋、新村順子、田上美千佳：地域精神保健・児童福祉領域におけるひきこもりケースへの訪問支援. 精神神経学雑誌 110(7): 536-545, 2008
- 近藤直司、小林真理子、宮沢久江：広汎性発達障害をもつ青年期ひきこもりケースの心理療法について. 思春期青年期精神医学誌 18(2): 116-123, 2008
- 近藤直司、萩原和子：長期化したひきこもりの子どもを持つ親への支援. 精神科治療学 23(10): 1209-1214, 2008
- 近藤直司：社会的ひきこもり. 精神科治療学第 23 巻増刊号、児童・青年期の精神障害治療ガイドライン 291-294, 2008
- 近藤直司、小林真理子：ひきこもりと広汎性発達障害. 臨床精神医学 37(12), 2008
- 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について. 精神神経学雑誌 109: 834-843, 2007
- 志賀利一：福祉から雇用就労への移行. 職業リハビリテーション, No21-1: 36-42, 2007
- 志賀利一：新たに誕生した就労移行支援事業と知的障害者の就労. 発達障害研究, No 29: 155-163, 2007
- 志賀利一：特例子会社の現状と課題 (分担執筆). 健康福祉政策、第一法規, 2007
- 塚本千秋：ひきこもりと家庭内暴力を呈する発達障害の男子中学生への入院介入. 精神科 12(3), 2008
- 大重耕三・太田順一郎・塚本千秋ほか：児童思春期専門外来・入院棟の開設初年度の報告—岡山県で求められているもの：第49回日本児童青年精神医学会抄録集、2008
- 池上陽子、安松昭子、塚本千秋ほか：家族を拒否し自室にひきこもった14歳女子の入院治療. 第49回日本児童青年精神医学会総会抄録集、2008
- 耕野敏樹、塚本千秋：巻き込み型強迫性障害に包括的治療を行った一例. 日本青年期精神療法学会第26回総会抄録集、2008
- 鳥海順子：高等学校における特別支援教育の取り組み. 山梨障害児教育学、第3号、2008

V. 研究成果の刊行物・別冊

地域精神保健・児童福祉領域における ひきこもりケースへの訪問支援

近藤 直司^{1,2)}, 境 泉洋³⁾, 石川 信一⁴⁾, 新村 順子⁵⁾, 田上 美千佳⁵⁾

Naoji Kondo, Motohiro Sakai, Shin-ichi Ishikawa, Junko Niimura,
Michika Tanoue: Home Visits for Social Withdrawal Cases in
Community Mental Health and Child Welfare Services

自宅への訪問は、ひきこもりケースに対して有効性が期待される介入・支援方法の一つである。本研究は、地域精神保健と児童福祉の分野で思春期ひきこもりケースを対象に実施されている訪問の現状を調査し、その有効性について検討することを目的としている。

全国の保健所や保健福祉事務所、児童相談所などのうち59ヶ所を対象に質問紙による調査を実施したところ、思春期ひきこもりケースの2割程度に対して保健師や児童福祉司などによる訪問が実施されていることがわかった。また、回答が得られた54ケースを検討したところ、医療・相談機関への受診・相談につながる、家庭内暴力が改善するなど、22ケース(40.7%)において何らかの改善が認められていた。また、対象ケースのうち19ケース(35.2%)に家族への暴力行為がみられ、8ケース(42.1%)は訪問によって暴力行為が改善していた。

<索引用語: 社会的ひきこもり, 思春期, 訪問, 家庭内暴力>

1. はじめに

ひきこもりケースの多くは家族からの相談によって事例化し、本人とは接触できないまま支援を開始・継続しなければならない。現在、精神保健福祉センターや保健所などの相談支援機関では、ひきこもりケースにおける家族支援が重視され、家族との相談面接や心理教育的アプローチなどが実施されている。しかし、家族との相談を継続しても、本人と家族との関係性や本人の生活状況には何らの変化も生じないケースや、本人から家族への暴力が続いているケースなどに対しては、よ

り積極的な介入手段として訪問による本人へのはたらきかけが必要になることも多い。

ただし、訪問は本人に対して極めて侵襲の強いアプローチになる場合がある。不用意な訪問が、かえってひきこもりを強化させてしまうかもしれないし、とりあえず訪問には応じたものの、訪問者が帰った後で家族に激しい怒りを向けるケースや、稀なこととは思いますが、ひきこもる本人が訪問者に危害を加える可能性もあり、訪問は方法を誤れば、本人、家族、援助者のいずれにとっても弊害ないしは危険を伴う介入手段になりうる。

著者所属: 1) 山梨県立精神保健福祉センター, Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center

2) 山梨県中央児童相談所, Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center

3) 徳島大学総合科学部, Faculty of Integrated Arts and Sciences, The University of Tokushima

4) 宮崎大学教育文化学部, Faculty of Education and Culture, University of Miyazaki

5) 東京都精神医学総合研究所, Tokyo Institute of Psychiatry

受理日: 2008年7月5日

こうした難しさを実感しながらも、保健・福祉分野の専門職はごく日常的な支援方法として自宅への訪問を実施しているが、その実状や有効性について客観的データを収集して検討を加えた研究は少ないようである。そこで本研究は、地域精神保健福祉および児童福祉の分野において、思春期ひきこもりケースに対してどのような訪問支援が行われているかを把握し、その有効性を検討することを目的とする。

2. 方 法

(1) 調査手続き

本研究では、多段抽出法を用いて調査対象者を選定した。第1に、思春期ひきこもりケースに訪問相談をしている可能性のある全国の公的な保健・福祉機関を各地方（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）から最低1機関は選出するという基準に基づいて機関の選出を行った。第2に、精神保健福祉センターなど、複数の機関への調査を取りまとめることができる機関が存在する場合、その機関から管内の機関に調査依頼を行うよう手配した。調査の取りまとめを行う機関がない場合は、当該地域の各機関に対して個別に調査を依頼した。その結果、選抜された全国59ヶ所（保健所、精神保健センター、健康福祉センター、福祉事務所、福祉保健所、保健福祉事務所、精神保健総合センター、保健福祉センター、福祉総合相談センター、児童相談所、地域子どもセンター、こども総合相談センター、子ども障害者相談センター）に調査用紙を配布した。各機関では相談を受けたひきこもりケースを全て選出してもらい、調査対象ケースとした。

本研究では以下のような教示を用いてケースの選定を行った。「本調査では、『社会的ひきこもり』を「対人関係を回避し、孤立している状態」を指すものとします。家族やインターネット上の交流だけが保たれているものは、これに含めます。家族だけが来談した場合も含めて、初回相談の時点で本人の年齢が10歳から20歳まで、『社会的ひきこもり』が1ヶ月以上持続しており、支援の一

環として自宅への訪問を実施したケースを調査の対象とします。ただし、本人の安否を確認することを第一の目的とした訪問調査や、虐待通告に基づいて訪問を実施したケースは除いてください。」

諸機関で受け付けたケースのうち、上記の条件に該当する訪問経験を有する者（以下：訪問者）を対象に質問紙に回答を求めた。この際、1ケースにつき1つの質問紙に回答を求め、複数のケースについて訪問を行った訪問者がいた場合、それぞれのケースについて回答を求めた。

(2) 調査内容

調査は、所属長、または相談・支援業務を監督・管理する立場を対象とした調査票(1)と、個々のケースの担当者（訪問者）を対象とした調査票(2)に分けて、平成18年2月に実施した。調査票(1)では、施設におけるひきこもりケースについて、下記の項目について回答を求めた。

①平成16年度と17年度における「社会的ひきこもり」に該当するケース数

②そのうち自宅への訪問を実施したケース数
調査票(2)では、ひきこもりケースに対する実際の訪問について、下記の項目について回答を求めた。

①訪問者の属性（性別、年齢、経験年数、地域、所属機関、資格）

②ひきこもり本人の属性（性別、年齢、ひきこもり期間、精神科既往歴、精神科以外の疾患）

③訪問が必要になった理由、訪問前の情報収集、訪問にかかる事前準備

④訪問開始前と調査回答時点での暴力行為（暴力行為の有無、暴力行為の対象、頻度、程度）

⑤訪問開始前と調査回答時点での生命に関わる危険性、行動異常、犯罪性

⑥訪問開始前と調査回答時点での機能の全体評価（The Global Assessment of Functioning、以下GAF）

⑦訪問支援における訪問者のかかわり方に関する