

説がある。たとえば諏訪ら（2006）は、ひきこもりという現象を、個人の心理学、精神医学的問題を反映すると同時に、共同体の社会学的問題をも反映する個人の心理と社会との結び目の問題であると捉えたうえで、1990年以降、イデオロギーの終焉と言われる事態が一気に進行し、体制としての外部を持たない自由主義社会という方向の摺みにくい社会、規範よりも個性や自由が尊重される社会において、青年が社会の方向性を掴むことが難しくなっていると指摘する。また、ひきこもりケースの中に高機能広汎性発達障害をもつ人が少なくないという事実とこうした社会状況との関連を指摘し、これまでなら何とか適応できていた軽度の自閉症スペクトラム障害のケースが、こうした社会状況において適応に困難をきたす、あるいは、こうあるべきという成人としての理想像が曖昧な現代社会の中で、適切な同一化の対象を見いだすことができないまま、思春期・青年期になって事例化する機会が増えているのではないかという仮説を述べている。

若者の自立観や家族文化、就労に対する価値観や若者の就労環境など、今日的なひきこもり問題を検討するうえで、社会的な視点を欠かすことはできない。今後、さらに学際的な検討が進むことが期待される。

VI. ひきこもりケースの治療・援助について

1. 本人に対する治療・支援

個々の精神医学的診断と治療・支援方針、あるいは、現行の医療・保健・福祉システムのうち、どのような機関・制度を活用して支援を組み立てることができるかという観点を含めて、青年期ひきこもりケースを以下の三群に分類しておきたい（近藤ら、2008）。

〈第1群〉統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの。病態や障害に応じた精神・心理療法的アプローチの併用が望ましい場合が多く、とくに不安障害においては薬物療法と精神・心理療法の

併用が有効であることが検証されている。治療・支援の場としては、一義的には医療機関が重視される。総合失調症や難治性のうつ病などのため生活・就労支援が必要となる場合には、多くの場合、精神保健福祉法に基づいて設置された社会復帰施設や、障害者自立支援法に基づいた支援体制（市町村の相談支援事業など）、障害者を対象とした就労支援体制（障害者職業センターや生活・就業支援センターなど）が活用されているものと思われる。

〈第2群〉広汎性発達障害や精神遅滞などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた併存障害としての精神障害（社会恐怖や強迫性障害、慢性の適応障害など）に対して治療的アプローチが必要な場合には医療機関の役割も重視されるが、発達障害を対象とした生活・就労支援については、知的障害者更生相談所や発達障害者支援センター、精神保健福祉センターなどの保健・福祉分野、あるいは労働分野の相談支援機関が活用されていることが多いものと思われる。高機能群の発達障害者については、近年、精神障害者保健福祉手帳を取得し、障害者自立支援法に基づいた支援機関・制度を活用するケースも増えている。発達障害に気づかれぬまま青少年育成分野や民間支援団体の支援を受けている場合もあると思われるため、本人や家族、関係機関・団体などへの啓発活動や専門機関とのネットワーク形成などの体制整備が必要である。

〈第3群〉パーソナリティ障害（ないしは傾向 trait）や身体表現性障害、同一性の問題 identity problemなどを主診断とし、精神・心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害を主診断とするケースのうち、薬物療法が無効なために心理-社会的支援が中心になるものも含む。この群のケースは、医療機関や保健・福祉分野の相談支援機関、カウンセリング機関、青少年育成分野や労働分野の相談支援機関、民間支援団体など、さまざまな治療・支援システムを活用しているものと思

われる。

2. 家族支援, その他

ひきこもりケースにおいて家族支援が重要な課題であることは言うまでもない。家族との面接相談, 親の会や家族教室などのグループ支援, 家族療法などの方法論をさらに検討する必要がある。

また, 本人にアプローチするための訪問や往診の方法論, 将来的にひきこもりに陥るリスクをもつ児童・思春期ケースへの予防的早期支援, 自立を重視した教育や青少年育成対策, 就労支援の一層の充実, 雇用・就労状況の改善など, 若者の自立支援に向けた包括的な取り組みが必要な時代を迎えているものと考えられる。

文 献

- 広瀬徹也(2000): 逃避型抑うつ. 狩野力八郎, 近藤直司(編): 青年のひきこもり (pp. 114-119). 東京, 岩崎学術出版社.
- 笠原嘉(1988): 退却神経症. 東京, 講談社.
- 狩野力八郎(2001): システム家族論からみた家族と精神分析からみた家族—おもに三者関係をめぐって—. 近藤直司(編): ひきこもりケースの家族支援 (pp. 41-50). 東京, 金剛出版.
- 近藤直司(2000a): 本人が受診しないひきこもりケースの家族状況と援助方針について. 家族療法研究, 17(2), 122-130.
- 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子他(2007): 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.
- 近藤直司, 宮沢久江, 境泉洋他(2008): 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者: 齊藤万比古)平成19年度研究報告書.
- 近藤直司, 小林真理子, 宮沢久江(2008): 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.
- 皆川邦直(2001): 固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療—親ガイダンスの重要性を中心に—. 近藤直司(編): ひきこもりケースの家族支援 (pp. 164-172). 東京, 金剛出版.
- 中村伸一(1991): 非行の家族を中心に. 家族療法研究, 8(2), 132-137.
- 楢林理一郎(2000): 「ひきこもり」を抱える家族への援助. 狩野力八郎, 近藤直司編: 青年のひきこもり (pp. 151-160). 東京, 岩崎学術出版社.
- 小倉清(1980): 親に乱暴する子どもたち. 臨床精神医学論文集(土居健郎教授還暦記念論文集) (pp. 214-233). 東京, 星和書店.
- 小此木啓吾(2000): ひきこもりの心理社会的背景. 狩野力八郎, 近藤直司(編): 青年のひきこもり (pp. 13-26). 東京, 岩崎学術出版社.
- Rubin, K. H. & Stewart, S. L. (1996): Social withdrawal. In Mash, E. & Barkley, R. (eds.): Child psychopathology (pp. 277-307). New York, Guilford.
- 諏訪真美, 鈴木國文(2006): 「ひきこもり」概念と社会報道と精神医学. 思春期青年期精神医学, 16, 61-74.
- 山中康裕(2003): 内閉論の展開. 臨床心理学, 3(5), 683-688.
- 吉川悟(2001): 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—葛藤回避のペルをどのように無効化するか—. 近藤直司(編): ひきこもりケースの家族援助 (pp. 66-78). 東京, 金剛出版.

第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

青年期における発達障害と精神科医療

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）

近年，さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に発達障害を背景とするものが少なくなることが明らかになってきている。本稿では，青年期のひきこもり問題における発達障害，青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割，さらに，青年期における発達障害の診断に関する課題について検討した。

全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターを対象とした調査結果からは，発達障害ケースに対する地域ネットワーク支援において，精神科医療機関には薬物療法，デイケア利用，危機介入的な入院治療などの他，確定診断や診断書作成などが期待されていた。同時に，精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題として，精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題が多く指摘されていた。

青年期の広汎性発達障害ケースについて，ひきこもりを伴う群と伴わない群とを比較した研究からは，ひきこもりをきたす広汎性発達障害ケースは内向的・受身的なタイプが多く，発達歴と現在の発達・行動所見の慎重な把握が必要であることが明らかになった。近年，障害者自立支援法に基づく福祉サービスを利用するために，精神障害者保健福祉手帳を取得する高機能の発達障害ケースが増えている現状もあり，精神科医にとって，発達障害の診断が重要かつ困難を伴う課題であり，今後，詳細な検討が必要であると考えられる。

1. はじめに

近年，さまざまな精神医学的問題をもつ青年期ケースの中に発達障害を背景とするものが少なくなることが明らかになってきており，有効な支援を展開するうえで，まずは発達障害に気づくこと，そして，個々の発達特性や精神・心理状態を踏まえた支援を工夫することが重要な課題となっている。本稿では，青年期のひきこもり問題における発達障害，青年期の発達障害ケースを支援する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割，さらに，青年期における発達障害の診断に関する課題について検討する。

2. 青年期ひきこもりケースと発達障害

まず，青年期のひきこもり問題と発達障害との関連について検討する。平成19年度から組織さ

れている厚生労働科学研究「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究（主任研究者：齊藤万比古）」¹⁾において，研究対象としての「ひきこもり」は以下のように定義されている。

『本研究におけるひきこもりとは，様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指す現象概念である。』

その分担研究として，筆者らは岩手県，石川県，さいたま市，和歌山県の精神保健福祉センター（こころの健康センター）との共同研究⁴⁾を実施しており，16歳から36歳までのひきこもりケー

スの精神医学的診断について検討している。平成19年度および20年11月までの時点で281件のケースが研究対象となり、性比は男性211件、女性70件、平均年齢は24.5歳であった。このうち、調査実施期間に本人が来談した152件(54.1%)について、各機関でDSM-IV-TRにもとづいて診断した。情報不足などのため診断保留となった27件を除く125件(152件中の82.2%)で診断が確定し、治療・援助方針までを含めて以下の三群²⁾に分けて集計した。

＜第一群＞

統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠いしはその有効性が期待されるもの。生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

＜第二群＞

広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害への治療・支援が必要な場合もある。

＜第三群＞

パーソナリティ障害(傾向traitを含む)や適応障害、身体表現性障害などを主診断とし、心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法が無効なために心理-社会的支援が中心になるものも含む。

125件の群別件数と割合は、第一群が39件(31%)、第二群が41件(33%)、第三群が45件(36%)であり、いずれにも当てはまらないと判定されたケースはなかった。第二群に分類された41件に記載された第1軸、2軸診断としては、軽度知的障害が12件と最も多く、次いで自閉性障害11件、アスペルガー障害10件、特定不能の広汎性発達障害4件、中度知的障害2件、注意欠陥/多動性障害2件、算数障害1件の他、下位分類の記載が漏れていた広汎性発達障害が1件あっ

た(重複診断あり)。併存障害は、強迫性障害と社会恐怖(社会不安障害)を中心に不安障害6件、気分障害3件、適応障害1件、妄想性障害1件、解離性障害1件であった。相談・支援の転帰は、社会参加6件、精神科医療機関への紹介3件、他の相談支援機関への紹介12件、精神保健福祉センターで相談を継続18件、中断2件であり(重複あり)、医療機関よりも発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなどの相談機関が支援の中心となっていた。また、第二群だけでなく、併存する統合失調症や妄想性障害が主診断と判断されたために第一群に分類されたケースの中にも自閉性障害、軽度知的障害、中度知的障害が1件ずつ、第三群の中にもトゥレット障害が1件含まれていた。

これらの知見は、多くの青年期ひきこもりケースに発達障害が関連していることを示すものであり、ひきこもり問題への対策を包括的に検討する際、発達障害をもつ人たちと家族への支援体制・制度を如何に構築するかという視点を欠かすことはできないことを示している。また、これらのケースは、ほとんどがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちである。すでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っていることが多いことから、福祉サービスや就労支援などの社会資源を活用できるようになるまでに根気強い心理療法的アプローチが必要になる場合が少なくない³⁾。

3. ひきこもりを伴う広汎性発達障害ケースの特性について

高機能の広汎性発達障害ケースを、社会的ひきこもりを伴う群(以下、ひきこもり群)と伴わない群(以下、非ひきこもり群)に分けて両群の特性を比較・検討した研究結果⁵⁾を示し、ひきこもりをきたしやすい広汎性発達障害の特徴について明確にしたい。

平成X年Y月~Y+8月までの期間で、山梨県発達障害者支援センターに本人が来談した16歳以上、IQ75以上の広汎性発達障害ケースで、

調査に対する同意が得られた34件を対象とした。ひきこもり群は12件、非ひきこもり群は22件であった。ひきこもり群12件の主診断は自閉性障害4件、アスペルガー障害2件、PDD-NOS6件、併存障害としては、社会恐怖や強迫性障害、特定不能の不安障害などの不安障害が7件、大うつ病性障害や小うつ病性障害などの気分障害が6件、(厳密には除外診断であるが)選択性緘黙が2件、境界知能が2件、書字表出障害が1件であった。相談・面接場面において把握された心理的所見としては、ひきこもり群のケースでは被害感が強い傾向があった。また、PARS(広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度)については、幼児期における特徴的な発達歴を尋ねる「回顧評定」、現在/最近の症状や対人関係上の問題などを尋ねる「現在評定」ともに、ひきこもり群の得点が有意に低く、非ひきこもり群に比べて広汎性発達障害に特徴的な発達歴や症状・行動特性が目立たないことが明らかになった。主要5因子性格検査においては従順・受身態度などの内向性が高く、周囲への迷惑行為の出現頻度が低いことや、家族の勧めによって医療・相談機関を利用する割合が多く、教師など家族以外の勧めによるものが少なかったことから、ひきこもり群のケースは発達歴や現在症において広汎性発達障害に特徴的な所見に乏しい傾向があり、乳幼児期から学童期において障害に気づかれにくいことが予測された。また、ひきこもっている現時点においても、きわめて慎重な発達・行動所見の把握が必要であり、現状においては、一般的な精神科医療機関や相談機関では的確に診断されない場合があるものと思われた。

4. 地域のネットワーク支援と精神科医療の役割

次に、発達障害者支援センターと精神保健福祉センターで実践されている高機能の発達障害者へのネットワーク支援に関する調査結果⁶⁾から、高機能の発達障害者に対する地域ネットワーク支援における精神科医療の役割と課題について述べる。

調査は、全国発達障害者支援センター連絡協議

会と全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを活用し、発達障害者支援センター73ヶ所と精神保健福祉センター67ヶ所、合計140機関から、15歳以上の高機能広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、学習障害など、高機能の発達障害ケース(確定診断されているケースの他、その可能性が強く疑われるものも含める)に対して、他機関とのネットワークによって支援した実践例を収集した。

ここでは、ネットワーク支援を以下の二つに限定した。

①一つのケースに複数の支援課題があり、複数の機関・支援者が同時に関与していること(以下、「協働」と呼ぶ)。

②クライアントの加齢や社会的立場の変化(卒業、進学、就労など)、あるいは、これまでの支援により新たな支援段階に達したために、おもな支援機関が移行すること(以下、「移行」と呼ぶ)。

他機関とのネットワークによって支援した実践例が「ある」と回答したのは、発達障害者支援センター28機関、精神保健福祉センター25機関であり、このうち28機関から181ケースについて回答が寄せられた。このうち、医療機関が協働に加わっていたものが98ケース(54%)と最も多く、続いて、他の福祉・保健機関との協働が93ケース(51%)、就労支援機関との協働が90ケース(49%)、教育機関との協働が34ケース(18%)、司法関係は9ケース(4%)であった(重複あり)。

精神科医療機関を含むネットワーク支援には、医療機関から他の機関へ紹介または協働を依頼する場合と、相談支援機関が精神科医療機関に紹介または協働を依頼するケースがあった。以下、これらの移行・協働の実際と精神科医療機関の担う役割と、精神科医療機関を含むネットワーク支援の課題としてあげられていた記述を整理する。

- 1) 医療機関が他機関を紹介して協働する場合、または、おもな支援機関が医療機関から他機関に移行する場合

精神科医療機関において確定診断された後、生活・就労支援や学校に対するコンサルテーションなどの心理-社会的支援を目的として、発達障害者支援センターなどに紹介されるケースがあった。また、入院治療から外来・地域支援に移行する際に、デイケアや思春期グループの利用を目的に精神保健福祉センターなどに紹介されたケースや、生活・就労支援や地域支援ネットワークのマネジメントを目的に発達障害者支援センターに紹介されたケースがあった。

この他には、通院の中断や本人がひきこもり状態に陥ったため、家族相談や自宅への訪問などを目的に、家族に医療機関が精神保健福祉センターや発達障害者支援センターなどの相談機関を紹介し、支援機関が移行したケースや、小児科や児童精神科、思春期外来などの対象年齢（15歳までを診療対象としている場合が多い）を越えたために、一般精神科医療機関や精神保健福祉センターに紹介・移行したケースもあった。さらに、発達障害が疑われる事例の確定診断を目的に、精神科医療機関から他の医療機関や精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに紹介されたケースもあり、発達障害に精通する一部の医療・相談機関に紹介ケースが集中している現状の一端が明らかになったように思われる。

- 2) 相談支援機関が医療機関に紹介、または協働を依頼する場合

相談支援機関が精神科医療機関に紹介するパターンとしては、就労支援機関や発達障害者支援センター、学校などから、診断、薬物療法、デイケア利用、診断書作成などを目的に紹介されたものが多かった。その他、相談支援機関で支援を継続しながら、暴力や衝動行為がエスカレートしたときなどに、短期の精神科入院治療を活用していたケースがあった。

- 3) 精神科医療機関の担う役割と問題点について

上記のような協働においては、精神科医療機関が薬物療法を担い、カウンセリングや生活・就労支援などの心理-社会的支援を相談支援機関が担っているパターンが最も一般的なようである。薬物療法の対象となる精神障害や標的症狀としては、不安障害（対人恐怖・社会恐怖、強迫症状、パニック発作など）、気分障害（うつ状態、気分易変）、易怒性・衝動性、かんしゃくの問題などが多く、一部には、依存症、幻聴、妄想、拒食、睡眠障害という記載もあった。その他にも、精神科医療機関が医師や心理職などによる精神・心理療法を担っている場合や、診断および精神障害者保健福祉手帳の取得を目的とした診断書作成、デイケアや本人が参加できるグループにおける支援、精神医学的アセスメントに基づく他機関への助言・コンサルテーションなどを担っていたケースがあった。また、地域によっては、これらの役割のいくつかを精神保健福祉センターが担っている場合があった。

精神科医療機関とのネットワーク支援の課題としてあげられていたのは、発達障害に対する医師同士、機関同士の捉え方に不一致があること、その時点における本人の状態についての評価や優先的な介入課題についての認識のズレが生じやすいこと、医療機関がケースを発達障害と認識していないことなど、精神科医療機関や精神科医の発達障害に対する認識に関する問題であった。

5. 診断における問題点と今後の課題

ここまで繰り返し述べてきたように、精神科医にとっては青年期の広汎性発達障害ケースの診断が重要かつ困難を伴う課題となってきた。たとえば、DSM-IV-TRに準拠して診断する場合には、診断基準の各項目について過去の発達歴と現在の発達・行動上の所見を検討することになる。

まず、自閉性障害の診断基準のうち、A項目についてである。A項目は、(1)対人的相互反応における質的な障害について2項目以上、(2)意志

伝達の質的な障害について1項目以上、(3)行動、興味および活動の限定について1項目以上を満たせば自閉性障害と診断することになっている。このうち(2)は自閉性障害とアスペルガー障害とを鑑別診断するうえで特に重要であり、(a)から(d)の4項目の有無を確認する必要がある。このうち(a)(b)(c)の3項目は言語発達や会話を成立させるためのコミュニケーション能力、(d)は「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」について検討することになっており、(a)(b)(c)を満たさない場合でも、(d)の「ごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如」が確認できれば、(2)の基準を満たすことになる。青年期においては、たとえば、本やテレビのフィクションについて、「意味がわからない」「意味がない」と述べる人や、いわゆる“再現ビデオ”の場面を現在進行中の“実況放送”として捉えてしまうといった所見が把握できれば、この項目を満たすと判断できるかもしれない。しかし、養育者などから幼児期の遊びの様子を詳細に把握することは困難であり、厳密に運用しようとすれば、この一項目が不明であるために確定診断を留保せざるを得ないことがある。

また、自閉性障害の場合、B項目において、上記の(1)(2)(3)のうち少なくとも一つが3歳以前に出現していたことを確認する必要がある。一方、アスペルガー障害では、3歳以前の言語機能や認知機能、年齢相応の自己管理能力、適応的行動、環境への好奇心などに関して明らかな遅れがみられないことが強調されている。しかし一般に、ケースの年齢が高くなるほど正確な発達歴の確認は難しくなるし、養育者が記憶している発達・行動特性が3歳以前のものであったかどうかとも判然としないケースが多くなる。したがって、発達上の問題がなかったのか、あるいは情報不足により確認できないのかを厳密に区別しない場合、アスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害が過剰診断される可能性があるように思われる。

もっともDSM-IV-TRの序文には、「診断に関する適切な臨床研修と経験をもつ人によって使用されることを想定している。重要なことは、研修

を受けていない人にDSM-IVが機械的に用いられてはならない」という記載がある。確かに、自閉性障害のいくつかの項目は、それを読むだけでは、どのような所見をとればよいのかわからないものも少なくないし、「著明な障害」という判断基準に戸惑いを感じる臨床家も多いのではないだろうか。上記のような問題点も、現時点においては、「適切な臨床研修」によって補われるべきなのであろうが、精神科医による確定診断が多くの場面で求められるようになってきている現状があり、精度の高い診断が広く実施されるような対策を検討する必要があると考えられる。こうした知識や技術の普及が、発達障害をもつ人たちへの治療・支援の向上に結びつくことが期待される。

謝 辞

本稿で紹介した共同研究³⁾にご参加いただいている石川県こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センター、さいたま市こころの健康センター、岩手県精神保健福祉センターの皆さまに感謝申し上げます。

本稿で引用した研究は、平成19～20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」（H19-障害-008）（研究代表者：神尾陽子）、平成19～20年厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学）「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究」（H19-こころ一般-010）（研究代表者：齊藤万比古）、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合）「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」（H20-障害一般-008）（研究代表者：近藤直司）による助成を受けて実施された。

文 献

- 1) 厚生労働科学研究（こころの健康科学）「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・支援システムの構築に関する研究」（研究代表者：齊藤万比古）、平成20年度研究報告書、2009
- 2) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子ほか：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について、精神経誌、109；834-843、2007
- 3) 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, 18; 130-137, 2008

4) 近藤直司, 宮沢久江, 境泉 洋ほか: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働科学研究 (こころの健康科学研究事業) 「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(研究代表者: 齊藤万比古), 平成 20 年度研究報告書, 2009

5) 近藤直司, 小林真理子, 宇留賀正二ほか: 在宅青年・成人の支援に関する研究—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—. 厚生労働科学研究 (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」(研究代表者・神尾陽子), 平成 20 年度研究報告書, 2009

6) 近藤直司, 萩原和子, 宇留賀正二ほか: 全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターにおける高機能発達障害に対するネットワーク支援の現状とモデル事例に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合) 「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者: 近藤直司), 平成 20 年度研究報告書, 2009

青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて

近藤 直司^{1,2)} 小林真理子²⁾ 富士宮秀紫¹⁾ 蘆原 和子¹⁾

抄録：青年期の発達障害ケースが、不安、抑うつなどを主訴として精神科医療機関を受診する場合や、学校・職場への不適応、家庭内暴力や近隣への迷惑行為、社会的ひきこもりなどによって事例化することがある。本稿では、ひきこもり問題を中心に青年期ケースへの支援について論じる。とくに、高機能広汎性発達障害を背景とするひきこもりケースの特性と、ひきこもりが長期化しやすいメカニズム、幼児期・学童期からの予防的早期支援の視点、青年期ケースへの心理療法的アプローチについて述べ、精神科医療と精神科医に求められる役割と課題について検討する。 精神科治療学 24(10) : 1219-1224, 2009

Key words : *cognitive-psychological mechanism, early intervention, psychotherapeutic approach, social skill training, group therapy*

I. 広汎性発達障害をもつ人たちが青年期に体験すること

青年期の発達障害ケースが、不安、抑うつなどを主訴として精神科医療機関を受診する場合や、学校・職場への不適応、家庭内暴力や近隣への迷惑行為、社会的ひきこもりなどによって事例化することがある。本稿では、ひきこもり問題を中心に、青年期ケースへの支援について論じたいと思う。ひきこもり状態を呈し、青年期で初めて事例化する広汎性発達障害ケースは、そのほとんどが

これまで未診断・未療育である。まず、ひきこもりに至る彼らの思春期・青年期体験の一端に触れておきたい。

一般的に、思春期の仲間関係においてはグループ内でのみ共通する価値観が重要であり、隠語の使用などにも意味がある。仲間との一体感からグループへの帰属感が高まり、親密な同性との交流を通して、自己の同一性を確立してゆく。一方、広汎性発達障害をもつ人は他者の興味や意図、暗黙のルールを汲み取ることが不得手であること、自分の興味や関心を他者と共有しようとする志向性が弱いことなどから、クラスの中で浮き上がったり、孤立しやすい。仲間集団への適応困難から被害感や不適応感、無力感を抱きやすく、アニメのキャラクターやインターネット上のヒーローなどに万能的に同一化し、1日の多くの時間をパソコンやファンタジーへの没頭に費やすようになることもある。

また、広汎性発達障害は遺伝要因が強いことが知られており、親にも同様の発達特性がみられることがある。こうした場合、家族の中にも同一化

Social withdrawal of adolescents with pervasive with developmental disorders.

¹⁾山梨県立精神保健福祉センター

[〒400-0005 山梨県甲府市北新1-2-12]

Naoji Kondo, M.D., Homurasaki Fujinomiya, Kazuko Hagihara: Yamanashi Prefectural Mental Health Welfare Center, 1-2-12, Kitashin, Kofu-shi, Yamanashi, 400-0005 Japan.

²⁾山梨県中央児童相談所

Naoji Kondo, M.D., Mariko Kobayashi: Yamanashi Prefectural Central Child Guidance Center.

の対象を見出すことができず、社会で活動する成人としての自己イメージを形成しにくいように思われる。ある青年は、他者との交流が極端に苦手な趣味に没頭している父親が家族との関わりをも嫌っていると感じていた。彼は父親と会話したことがほとんどなく、父親を巡る思い出や一緒にすごしたエピソードなどは全くないと話していた。また他の青年は、家族と協調しようとせず、著しく社交性の乏しい父親をみて、「あんな人にはなりたくない」と感じてきたことを語っていた。彼は父親像や男性像を強く拒絶し、自分らしさをも認めることができずに混乱していた。

ひきこもり始める年齢は18~20歳前後がピークであることがわかっており⁴⁾、この時期に直面する生活上の課題についても考えてみたい。たとえば、高校卒業に伴う進路選択、大学で初年度のカリキュラムを組む、専門課程に入ってゼミのメンバーや指導教官との濃密な人間関係に直面する、研究計画を立て、卒論制作に取りかかる、大卒後の進路について考え始める、あるいは、就職活動を始め、職場への適応を求められる、独り暮らしを始める、などである。社会性やコミュニケーションの問題、想像力の乏しさのために、こうした課題を乗り越えられなかったことがひきこもりの契機となることが多いようである。

II. 青年期におけるひきこもり問題と発達障害

これまでの知見^{2,4)}から、青年期において深刻な社会的ひきこもりをきたす多くのケースに発達障害が関連していることが明らかになっており、ひきこもり問題への包括的な対策を検討する際に、発達障害をもつ人たちとその家族への支援体制・制度を如何に構築するかという視点を欠かすことはできない。以下、本稿ではおもに高機能広汎性発達障害について論を進めるが、軽度から中度の精神遅滞が見逃されたまま、思春期・青年期で不適応に至っているケースが多いことにも注目する必要がある。

高機能広汎性発達障害を背景とするひきこもりケースの認知的-心理的特性、あるいは、ひきこもりが長期化しやすいメカニズムとして、以下の

ような点を指摘しておきたい。まず、他者の意図や会話を理解すること、あるいは状況や文脈の読みが苦手なために、漠然とした違和感や被害感、不適応感を抱きやすく、社会恐怖が生じやすい。不適応のエピソードは、過去の体験とパターンの関連させて独特に意味付け・解釈されていることが多い。また、今後のことを具体的に想像することの苦しさや実行機能の問題、過去の成功や不快な体験に固執しやすいこと、現在の生活パターンを変えることや、新しい体験、予期せぬ事態に直面することへの抵抗感が強いことも関連して、変化の乏しい漫然とした日常生活が長期化しやすい。

この他、現実回避のための防衛的なメカニズムを背景として自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じる結果、外的な現実や他者への意識、現実検討がさらに減衰しているケース、おもに感覚過敏のために不登校となり、その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま、社会的な場面を回避しているケース、生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成されていると捉えられるケースもある。協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表出の苦手さなど、運動・表出系の困難をもつ場合にも、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じやすく、学校や職場での不適応からひきこもりにつながることもある。

III. ひきこもりをきたす広汎性発達障害の特徴と予防的早期支援の視点

筆者らは、青年期の高機能広汎性発達障害ケースを、社会的ひきこもりを伴う群（以下、ひきこもり群）と伴わない群（以下、非ひきこもり群）に分けて両群の特性を比較・検討した⁵⁾。これによれば、ひきこもり群のケースでは、自閉性障害の診断基準のうち、「興味の限局」や「常同的反復的言語の使用」を満たすものが少なく、PARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度）の得

点も有意に低かった。心理的には被害感が強く、主要5因子性格検査においては従順・受身態度などの内向性が高かった。また、周囲への迷惑行為などのエピソードが少ないことや、家族の勧めによって医療・相談機関を利用する割合が多く、教師など家族以外の勧めによるものが少なかったことから、ひきこもり群では発達歴や現在症において広汎性発達障害に特徴的な所見が目立たない傾向があり、乳幼児期から学童期において障害に気づかれにくいことが予測された。また、青年期においても、一般的な精神科医療機関や相談機関では的確に診断されない場合があるものと思われる。

ひきこもり群のPARS所見では、回顧評定（発達歴）において、「何でもないものをひどく怖がる」「普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する」が多く認められた。とくに、「何でもないものをひどく怖がる」は、ひきこもり群に有意に多かったことから、幼児期から認められる過剰な怖がり、将来的な社会的ひきこもりのリスクファクターと考えられるかもしれない。児童精神科臨床においても、特徴的な発達歴や行動上の特性はそれほど目立たない内向的・受身的タイプの広汎性発達障害ケースは珍しくない。これらの子どもたちは、初めて体験する場面を極端に怖がり、慣れるまでかなりの時間を要することが多い。就学後は、些細な出来事を重大なトラブルと解釈して登校を渋ったり、客観的にはトラブルとも言えないような出来事を被害的に曲解しているような状況を目にすることも多い。

こうしたケースへの早期支援としては、具体的に理解しやすい情報提供や苦手な刺激の少ない場の設定など、外界への恐れが緩和されるような配慮により、まずは安心してすごせる時間と環境を保障すること、そのうえで、徐々に経験の幅を広げていけるように働きかけること、あるいは、社会的な場面での成功体験を通して自己効力感や社会的アプローチの動機付けが高まるように助けること、いじめやからかい、苦手な活動を無理強いされるなどの過酷なライフイベントから守ること、養育者の心理やメンタルヘルスに配慮しながら、親子の間で生じやすい悪循環を軽減させるこ

と、養育者と学校とが共通理解のもとに子どもに関われるような学校・教師へのコンサルテーションなどが考えられる。

IV. 広汎性発達障害ケースの 心理療法的アプローチについて

青年期・成人期でひきこもり状態に陥っている広汎性発達障害のケースは、ほとんどがこれまで未診断であり、就学前の療育や特別支援教育を受けた経験のない人たちのようである。すでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っていることが多いことから、福祉サービスや就労支援などの社会資源を活用できるようになるまでに根気強い心理療法的アプローチ³⁾が必要になる場合が少なくないが、そのためにも、まずは家族支援や環境調整を含めた的確なケースマネジメントと、ひきこもりやすい本人を治療・援助につなぎとめる工夫が必要である。

面接を実施する際には、開始の手続きや構造を工夫する必要がある。たとえば、睡眠障害を伴う場合や日課にこだわりのある人もおり、面接の時間帯については慎重に設定する必要がある。未体験の事柄に対する不安が強い場合には、来談するための交通手段や面接を予約・キャンセルする場合の方法などを事前に確認しておくともよいかもしれない。また、聴覚、視覚、嗅覚などの過敏さをもつ人に対しては、面接室の音、壁紙や装飾、塗料の臭いなどにも注意を払う必要がある。

本人との面接において留意すべきこととして、以下のような点を指摘しておきたい。

- ①具体的で簡潔な言葉遣いなど、クライアントが理解しやすい話し方を工夫すること。断定的な説明を好む人もいる。とくに治療・支援の初期においては、曖昧な表現や微笑など、援助者の言動が誤解を生む場合があるので、注意を要する。
- ②クライアントが取り組みやすい話題や交流様式を積極的に活用すること。その人の興味や関心に合わせた話題の選択、描画やアクティビティを取り入れた作業療法的な面接、ノートやメールなどの視覚的なツールを活用した交流などが

有効かもしれない。

- ③中立性にこだわりすぎず、穏やかでプレイフルな雰囲気をつ心がけること。ただし、想像力が弱い、被害感が強いなどの傾向をもつ人に対しては、余計な冗談や社交辞令などは控えた方がよいかもしれない。
- ④本人の発達特性やこれまで経験した出来事の文脈や状況、他者の反応の意味などをわかりやすく説明するような心理教育的なアプローチは、多くのケースで有効である。知能検査に基づいた認知特性の説明も可能な限り行った方がよい。
- ⑤治療者・援助者の考えや感情を積極的に伝えること、クライアントと治療者・援助者との捉え方や感じ方の違いを明確にすることなどを通して、クライアントが他者の心を意識できるように働きかけること（メンタライジングなアプローチ¹⁾）。

この他、本人が日常生活場面の不適応について悩んでいる場合などは、早い時期から社会生活技能訓練（Social Skill Training：以下 SST）に導入することで成果がみられるケースがある。緘黙状態ないしは著しい言語表現の問題などのために、言語を中心とした面接が困難と思われる場合には、ゲームや軽いスポーツなどのアクティビティを活用した相談・面接を工夫する必要がある。また、構造のはっきりした面接場面を構成する必要がある場合には、あえて導入期に知能検査や心理検査を実施することもある。

こうした支援を通して、対人関係上の違和感や被害感、不快感を軽減させること、現在の生活パターンへの固執（同一性保持の傾向）を緩めること、新しい取り組みへの意欲を育むことが目標となる。

V. グループ支援について

青年期・成人期の発達障害ケースに対して、これまでもさまざまなグループ支援が実践されてきた。山梨県立精神保健福祉センターでは、青年期ケースを対象とした SST グループと成人期ケースを対象としたアクティビティ・グループを実

施しており、多くの場合、個人面接の次のステップとして活用されている。

SST グループは、月2回、約1時間のセミクロード・グループで、毎回6～7名が参加している。開始当初、課題として取り上げる場面の抽出が難しかったことから、課題を選択しやすい課題技能別 SST を取り入れた。課題が「会話技能群」「友人付き合いの技能群」などに大別され、さらに下位項目が明示されているものを参考にしている。以下、グループ運営上の工夫について述べる。

(1) ウォーミングアップの有効活用

ウォーミングアップでは、テーマを設けたうえで発言を求める。抽象的なテーマの場合には参加歴の長いメンバーから発言してもらうなどの工夫により、新しいメンバーが参加しやすくなる。また、哲学的な話題や要領を得ない話が長引くようなメンバー構成の場合には、ゲームを取り入れたり、時間に関する権利が平等であることを伝え、一人ひとりの発言時間を決めることもある。

(2) 目的の明確化

社会技能の獲得という SST の基本的な目的とそのメリット、そのために必要なステップなどを視覚化した教材を準備しておく。メンバーがそれぞれの価値観を主張して譲らないなど、混乱した状況では、それを読み合わせて確認することで、セッションの軌道修正が可能になることがある。

(3) 具体的で詳細なロールプレイ

ロールプレイでは、登場人物や設定状況を明確にしたうえで、どのような言葉から話し始め、どのような順序で話すかなど、できるだけ具体的に、きめ細かくアイデアを出し合うことで、台詞の選択が容易になるようである。

(4) メンタライジングなアプローチ

配役を代えたロールプレイや、個々の参加者がその場面で感じている気持ちや印象などを積極的に取り上げることにより、他者の感情や意図を想像しやすくなることがある。こうした介入により、「母親の言葉はうるさいとしか感じられなかったけれど、自分のことを心配しているのだということに気づいた」「母親役をやってみて、母は忙しいときに自分の声が耳に入らなっただけ

で、無視しているわけではないのかもしれないと思った」といった感想を述べた人もいた。

(5) 統合失調症のケースを中心とするグループと比較してみると、ロールプレイの組み立てに時間がかかり、強いリーダーシップが求められる場面が多いようである。援助者が実例を挙げて具体的に説明する、話題を絞ってメンバーの意見を求めるなど、グループをコントロールする場面が多く、個別相談などの場面で個々のケースの近況を把握しておく必要性を感じることも多い。

もう一つのアクティビティ・グループは、構造化された環境下で作業や活動などの非言語的媒体を用いた体験から社会的技能獲得へのアプローチを図る成人のグループであり、月1回、約1時間半、参加者3～4名とスタッフ2名で実施してきた。言語表現や他者との交流が苦手な人、現在の生活パターンに固執し、偶発的な出来事に対する抵抗感の強い人が多かったため、当初はウォーミングアップと終了時のみを全員で、それ以外の時間は平行に創作活動に取り組むことから始めた。また、全員で言語的にやりとりする場面では、“自己紹介カード”などの補助的な媒介を使用する、他のメンバーに質問するときには、セッションの中で生じたエピソードや話題になったことに限定し、その後、偶発的な状況や交流が生じるような料理・ゲームを少しずつ取り入れた。こうしたグループ経験によって、他のメンバーの考え方や興味・関心を把握する、お互いの共通点を見出すなどして、少しずつ情緒的な交流が増えたように思われる。また、チーム同士の対抗戦形式や担当制を取り入れた料理活動などにより、グループの凝集性が高まり、徐々に能動性が発揮されるようになった。現在は就労が共通の話題となっており、ハローワークの利用方法などについて情報交換するような場面が増えてきている。

慎重に構造化した心理療法的環境の下では、他者と上手くコミュニケーションすることのメリットや心地よい会話を体験することができ、孤立しやすい人たちにとっては、所属感を体験できる数少ない場となる。他者の意図や感情に配慮する姿勢を身に付けること、対人関係場面で余裕をもてるようになること、自尊心や自己効力感の回復といっ

た点においても、一定の効果があると思われる。

VI. 青年期ケースの支援と精神科医療の役割

発達障害者支援センターと精神保健福祉センターを対象とした調査⁹⁾によれば、高機能の広汎性発達障害ケースに対してさまざまな機関・職種が関わるネットワーク支援が各地で実践されており、精神科医療機関には併存障害に対する外来治療やデイケア、危機介入的な入院治療などの機能が期待されている。また近年、精神障害者保健福祉手帳を取得し、障害者自立支援法や障害者の就労支援システムを活用するケースも増えてきているようである。精神科医にとっては、青年期・成人期における広汎性発達障害の確定診断が求められる機会が多くなっているが、とくにこれまで未診断であったケースの場合、過去の発達歴に関する情報収集や現在の発達・行動所見のとり方などに難しさを感じることも多く、これらを検討し、広く共有することが喫緊の課題であろうと思われる。

謝 辞

本稿で紹介した共同研究にご参加いただいている石川県こころの健康センター、和歌山県精神保健福祉センター、さいたま市こころの健康センター、岩手県精神保健福祉センターの皆さまに感謝申し上げます。

本稿で引用した研究は、平成19～20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（H19-障害-008）（研究代表者：神尾陽子）」、平成19～20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（H-19-こころ-一般-010）（研究代表者：齊藤万比古）、平成20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）「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」（H-20-障害-一般-008）（研究代表者：近藤直司）による助成を受けて実施された。

文 献

- 1) Bateman, A. and Fonagy, P.: Psychotherapy for Borderline Personality Disorders: Mentalization-based Treatment. Oxford University Press, London, p.253-256, 2004. (狩野力八郎, 白

- 波瀬丈一郎監訳：メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害. 岩崎学術出版社, 東京, 2008.)
- 2) 近藤直司, 岩崎弘子, 小林真理子ほか: 青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について. 精神経誌, 109; 834-843, 2007.
 - 3) 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, 18; 130-137, 2008.
 - 4) 近藤直司, 宮沢久江, 境泉洋ほか: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究. 厚生労働科学研究 (こころの健康科学研究事業) 「思春期のひきこもりをもたらし精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(主任研究者: 齊藤万比古) 平成20年度研究報告書, 2009.
 - 5) 近藤直司, 小林真理子, 宇留賀正二ほか: 在宅青年・成人の支援に関する研究—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—. 厚生労働科学研究 (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」(主任研究者・神尾陽子) 平成20年度研究報告書, 2009.
 - 6) 近藤直司, 萩原和子, 宇留賀正二ほか: 全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターにおける高機能発達障害に対するネットワーク支援の現状とモデル事例に関する研究. 厚生労働科学研究 (障害保健福祉総合研究事業) 「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者: 近藤直司) 平成20年度研究報告書, 2009.

ライフステージを通じた支援の重要性

—長期予後に関する全国調査をもとに—

小山 智典* 稲田 尚子* 神尾 陽子*

抄録：全国75施設に協力を得て、広汎性発達障害（PDD）者の長期予後に関する質問紙調査を行った。407人（男性80.0%；年齢18～49歳，平均30.3歳）の回答をもとに，社会参加の程度とそれに関連する要因を，就学頃の言語水準も加味して検討した。社会参加得点（1～5点，高得点ほど良好）は，就学頃の言語水準が二語文以内であった者は平均2.73点，文章を話していた者は平均2.49点で，前者は後者と比べ有意に得点が高かった。社会参加得点には，支援の継続と母親の支援が有意に関連し，就学頃に文章を話した者では早期診断（4歳未満）が，二語文以内であった者では父親の支援が，それぞれ有意に関連していた。重回帰分析では，就学頃の言語水準が二語文以内であった者で，父親の支援が有意に関連していた。多様な限界から結果の解釈には十分な注意が必要であるが，本研究は，PDDに対する早期介入，父親の育児協力，ライフステージに応じた支援の継続の重要性などを示唆するもので，今後はより精密な研究を進める必要がある。

精神科治療学 24(10) : 1197-1202, 2009

Key words : *life-stage, long-term outcome, national survey, pervasive developmental disorders, support*

I. はじめに

広汎性発達障害(pervasive developmental disorders : PDD)者への支援は，ライフステージを通じて継続することが重要であり，目前の課題に

The importance of life-long support for individuals with pervasive developmental disorders : A national survey of long-term outcome.

*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

〔〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1〕

Tomonori Koyama, Ph.D., Naoko Inada, M.A., Yoko Kamio, M.D., Ph.D. : Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawa-Higashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

焦点を当ててばかりでなく，成人後の長期予後まで視野に入れて行う必要がある。

これまでに国内外で行われたPDD者の長期予後研究では，その指標としてPoor-Fair-Goodという総合的な分類が多く用いられ，おおむね約半数の者はPoorで，Goodは1～2割程度であると報告されている^{1-8, 10-13)}。就業，独居生活，友人・異性関係の広がりなどを主たる根拠にしたこの基準は，PDD者の長期予後を判定する上で一定の意義があるだろうが，結果の解釈には慎重さが求められよう。すなわち，PDD者にとっての良好な状態は，独立した社会生活という側面だけではうまく説明されず，「本人なりに持てる能力を発揮できているか」など，社会参加という視点からも検討する必要があると考える。

先行研究は，PDD者の良好な長期予後には，幼

児期の知的・言語発達が重要であるとしている^{2,3,5,6,8,13)}が、これは先行研究が用いたアウトカム指標自体が、知的能力に依存するためであろう。それに対し、社会参加という視点から長期予後を捉えた場合、必ずしも幼児期の知的能力が関連するとは限らない。本研究は、日本全国で行った質問紙調査をもとに、社会参加を指標としてPDD者の長期予後の実態を明らかにし、それに関連する要因を検討した。

II. 方 法

1. 方法と対象

本研究は、厚生労働科学研究の一環として国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て行った「広汎性発達障害者への支援のあり方に関するアンケート」の結果の一部を報告したものである。同調査は、18歳以上のPDD者を対象に行われた郵送アンケート調査で、現在の状態とともに、過去に受けた支援等を振り返りで尋ねる内容を含んでいる⁹⁾。

調査は2009(平成21)年の初頭に行われ、全国各地のPDD者が利用する施設に協力を依頼し、発達障害者支援センター61施設中38施設、精神保健福祉センター66施設中21施設、全国自閉症者施設協議会の会員施設である65施設中16施設(通所施設4, 入所施設12)から有効回答を得た。これら75施設において、調査期間中に当該施設を利用した18歳以上のPDD者は1,519人であり、うち798人に対して本人(施設入所者を除く)、養育者、施設職員に調査が依頼され、591人に関して回答を得たが、うち10人はPDDの診断が確認できなかったため、除外した。

有効回答が得られた581人のうち、部分的に回答があった者を除いた407人を、本研究の対象とした。男性が323人(有効%=80.0%, 以下同様)であり、平均年齢は30.3歳(SD=7.9, 範囲18~49歳)、診断は自閉症226人、高機能自閉症20人、アスペルガー症候群81人、広汎性発達障害61人などであった。施設入所者は170人(42.0%)、既婚・同棲中である者は15人(3.7%)、アルバイトを含め就業中である者は44人(11.0%)であっ

た。各種手帳所持(重複あり)については、療育手帳が264人(65.2%)、精神障害者保健福祉手帳が94人(23.2%)、身体障害者手帳が9人(2.2%)であった。

2. 予後指標

予後の指標は、社会参加の程度とした。養育者(施設入所者では施設職員)に「現在の生活を、全体としてみたとき、職場や学校などの家庭外で、どの程度うまく参加して暮らしている、と思いますか」と尋ねた⁹⁾。5段階の回答をもとに「かなりうまくいっている」を5点、「うまくいっている」を4点、「普通」を3点、「うまくいっていない」を2点、「まったくうまくいっていない」を1点とし、得点化した(社会参加得点)。

3. 関連を想定した要因

予後に関連する要因として、基本属性としての性別、年齢、居住形態に加えて、早期診断の有無、子ども時代の支援継続の有無、家族関係を想定した。

性別は男女、年齢は「29歳以下」と「30歳以上」、居住形態は「地域」と「施設」に二分した。早期診断は、4歳未満に、発達に関する何らかの診断を受けた者を「あり」とした。支援の継続は、就学前、小学生時代、中学生時代を通じて何らかの支援を受けていた場合を「あり」とし、いずれかの時期に何も支援がなかった場合を「なし」とした。ここでの支援には、定期的に相談していた専門家がいたこと、療育を受けていたこと、特別支援教育に加え、小中学校時代に受けた加配や通級指導、適応指導教室やフリースクールの活用も含めた。家族関係(父親、母親、きょうだい)は現状を尋ね、施設職員の5段階回答をもとに支援を「なし」「あり(助けになっている)」に二分し、当該家族がいない場合は分析から除外した。

4. 解析

まず、独立の分散分析により、各要因が社会参加得点に及ぼす効果を検討した。その際に就学頃の言語水準との交互作用も検討し、必要に応じて

表1 PDD成人における社会参加の程度

	人数	%	就学頃の言語水準			
			二語文以内		文章	
			人数	%	人数	%
かなりうまくいっている	8	2.0	2	0.8	6	4.6
うまくいっている	48	11.9	33	13.4	11	8.5
普通	179	44.2	131	53.3	40	30.8
あまりうまくいっていない	130	32.1	56	22.8	57	43.8
まったくうまくいっていない	40	9.9	24	9.8	16	12.3

注：データの欠損により、内訳と合計は一致しない。表に示す%は、有効%である。

表2 各要因と社会参加得点との関連

		人数	%	平均	標準偏差	F	就学頃の 言語水準と の交互作用
性別	男	307	82.1	2.66	0.90	0.7	—
	女	67	17.9	2.57	0.91		
年齢	～29	183	48.9	2.60	1.00	0.0	—
	30～	191	51.1	2.69	0.79		
居住形態	地域	216	57.6	2.61	0.93	0.9	—
	施設	159	42.4	2.70	0.86		
早期診断	なし	140	42.6	2.56	0.91	4.4*	図1
	あり	189	57.4	2.79	0.90		
支援の継続	なし	138	37.8	2.43	0.90	10.2**	—
	あり	227	62.2	2.79	0.87		
家族関係							
父親の支援	なし	92	30.0	2.49	0.87	2.1	図2
	あり	215	70.0	2.72	0.89		
母親の支援	なし	26	7.8	2.19	0.94	6.5*	—
	あり	309	92.2	2.69	0.89		
きょうだいの支援	なし	163	58.6	2.58	0.88	0.7	—
	あり	115	41.4	2.73	0.97		

注：データの欠損があるため、表には有効%を示す。

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

言語水準ごとに要因の効果を検討した。その後、基本属性および関連が有意だった要因を説明変数、社会参加得点を従属変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。統計解析はすべてSPSS 17.0J for Windowsを用い、有意水準は両側5%とした。

Ⅲ. 結 果

表1に、PDD成人における社会参加の程度を示す。「かなりうまくいっている」を5点、「まったくうまくいっていない」を1点として得点化すると（社会参加得点）、就学頃の言語水準が二語

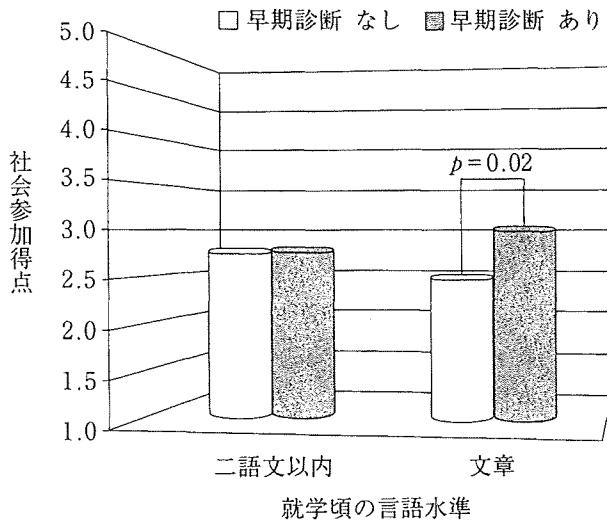


図1 早期診断の有無と社会参加得点

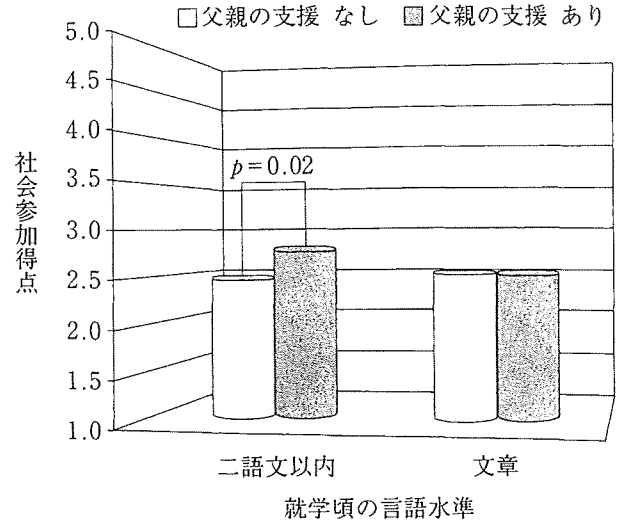


図2 父親の支援の有無と社会参加得点

文以内であった者は平均2.73点 (SD=0.84), 文章を話していた者は平均2.49点 (SD=0.97) であり, 前者は後者と比べ有意に得点が高かった。

表2に, 各要因と社会参加得点との関連を示す。支援の継続があった者は, そうでない者と比べ有意に得点が高かった。また, 母親が「助けになっている」者は, そうでない者と比べ有意に得点が高かった。

就学頃の言語水準との交互作用は, いずれの要因においても有意ではなかったが, いくつかでその傾向 ($p < 0.2$) があった。図1に示すように, 就学頃に文章を話していた者において, 早期診断された者は, そうでない者と比べ有意に得点が高かった。また図2に示すように, 就学頃の言語水準が二語文以内であった者において, 父親が「助けになっている」者は, そうでない者と比べ有意に得点が高かった。

言語水準を考慮し, 社会参加得点を従属変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法) を行ったところ, 就学頃の言語水準が二語文以内であった者 (N=188) で父親の支援が有意に関連した ($p = 0.03$, 調整済 $R^2 = 0.02$) のみで, 就学頃に文章を話していた者 (N=89) では, いずれの要因も関連が有意でなかった。

IV. 考 察

本研究で長期予後の指標として採用した「社会参加の程度」は, 客観的な事実そのものを尋ねるのではなく, 事実回答者の主観や価値観を加味して評価されたもので, どのような状態を「社会参加がうまくいっている」と捉えるかは, 対象となるPDD者が置かれている状況によって様々だろう。先行研究で主に想定する就業, 独居生活等は確かに重要な長期予後の側面であるが, PDD者の場合, 「本人なりに持てる能力を発揮し, 社会に参加できている」かどうかもきわめて重要であり, またそうした社会参加は, 必ずしも知的技能の習得のみで達成されるものではない。

本研究において, 社会参加の程度の分布 (表1) を見ると, Poor-Fair-Goodで分けた先行研究^{2,3,5,6,8,10,13)}の結果と類似し, 約半数のPDD者の予後は「うまくいっていない」(≡Poor)で, 「うまくいっている」(≡Good)者は1割強であった。しかし, 先行研究がPDD者の良好な長期予後には幼児期の知的・言語発達が重要であるとしている^{2,3,5,6,8,13)}のに対し, 本研究では予後の捉え方が異なるためかそのような関係はなく, むしろそれと相反する結果であった。

PDD者の社会参加には, 個々の分析では複数

の要因が関連していたが、相互の影響を調整した重回帰分析においては、ほとんど有意な関連は示されなかった。データの欠損により、約3割の対象者が分析から除外されてしまったことが大きな理由と考えられ、今後さらに研究を深め、検討を続ける必要があるが、本研究の結果からは、これからのPDD者の支援を考える上で、きわめて有用な示唆が得られたと言える。

PDD者の社会参加得点には、就学頃の言語水準に関係なく、幼児期から児童期、思春期にわたる支援継続の有無が関連する可能性が示されたが、これは、ライフステージに応じた支援を提供し続けることの重要性を示唆するものである。その時々に応じた支援を継続することで、本人や周囲の理解が進み、生活環境が整備され、相応しい社会参加を実現できるのかもしれない。なお、本研究において支援の幅は非常に広く捉えており、具体的な支援の内容は、個々のニーズが異なると考えられるため、検討していない。今後は支援の質や量も含めた検討が必要かもしれないが、本研究の結果は、“何らかの支援”が幼児期から“継続的に”提供されることの重要性を示すものである。

就学頃に文章を話したPDD者の社会参加得点には、早期診断の有無が関連する可能性が示された。対象者の幼少時代は15年以上も前であり、当時は高機能PDDの理解も現在と比べて乏しいところで、実際、早期診断を受けている者は少なかった(受けていても、診断はPDDとは限らない)。そのため、彼らはいくぶん症状が明確であったと考えられるにもかかわらず、現在の社会参加は相対的に良好と評価され、このことは早期診断、早期介入の重要性を示唆するものである。

就学頃の言語水準が二語文以内であったPDD者の社会参加得点には、父親の支援の有無が有意に関連していた。調査ではその制約上、現在の様子を尋ねているが、これまでのある程度一貫した養育態度であると解釈できるだろう。PDD児の養育は、とりわけ知的発達が十分でない児の場合、多くの場合に主たる養育者である母親にとって、相応の育児困難を伴うと想定される。体力を必要とするような実際的な支援ばかりでなく、母

親に対する心理的なサポートの上でも父親の協力はとても重要であり、そのことが子どもの精神的な安定、ひいては良好な社会参加につながるのかもしれない。

本研究には振り返りによるデータ収集の限界と、その影響が考えられる。過去の状態を思い出して評価することが難しい、あるいは不可能な項目もあり、また15年以上も前のことで、養育者の記憶が不確かな可能性もある。さらに、現在の状況そのものが回答に影響を及ぼす可能性も否定できない。また、調査は施設を通じて依頼したため、施設を利用していない者は、本研究の対象者に含まれていない。そのため、非常に予後良好でまったく支援を必要としないケースや、支援につながりにくいケースについて、情報が把握されていない。加えて、調査を依頼する対象者の選定は施設に一任したため、利用期間が長いなど、施設職員が比較的依頼しやすい対象者が多く含まれている可能性も考えられる。そして、先行研究^{3,12)}でも示されるように、幼少時の自閉症状の重症度は長期予後に関係すると考えられるが、作成した調査票には、自閉症状を尋ねる項目が含まれていない。これは、非専門家に回答を依頼する際に共通の課題であろう。

V. 結 論

全国調査をもとに、PDD者の社会参加の程度と、それに関連する要因を検討した。多様な限界から結果の解釈には十分な注意が必要であるが、本研究は、PDDに対する早期介入、父親の育児協力、ライフステージに応じた支援の継続の重要性などを示唆するもので、今後はより精密な研究を進める必要がある。

謝 辞

本研究は平成19～21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(研究代表者・神尾陽子)」(H19-障害-008)による助成を受けて行われた。快く調査にご協力いただいた施設職員の皆様、ご家族、ご本人の皆様方に、心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Ballaban-Gil, K., Rapin, I., Tuchman, R. et al.: Longitudinal examination of the behavioral, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder. *Pediatr. Neurol.*, 15; 217-223, 1996.
- 2) Billstedt, E., Gillberg, I.C. and Gillberg, C.: Autism after adolescence: Population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J. Autism Dev. Disord.*, 35; 351-360, 2005.
- 3) Eaves, L.C. and Ho, H.H.: Young adult outcome of autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 38; 739-747, 2008.
- 4) Engström, I., Ekström, L. and Emilsson, B.: Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Autism*, 7; 99-110, 2003.
- 5) Gillberg, C. and Steffenburg, S.: Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population-based study of 46 cases followed through puberty. *J. Autism Dev. Disord.*, 17; 273-287, 1987.
- 6) Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. et al.: Adult outcome for children with autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 45; 212-229, 2004.
- 7) von Knorring, A. and Hägglöf, B.: Autism in northern Sweden. A population based follow-up study: *Psychopathology. Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 2; 91-97, 1993.
- 8) Kobayashi, R., Murata, T. and Yoshinaga, K.: A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. *J. Autism Dev. Disord.*, 22; 395-411, 1992.
- 9) 小山智典, 神尾陽子, 稲田尚子ほか: ライフステージにおける種々の要因と長期予後との関連に関する検討. 平成20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(研究代表者: 神尾陽子)」総括・分担研究報告書, p.11-41, 2009.
- 10) Larsen, F.W. and Mouridsen, S.E.: The outcome in children with childhood autism and Asperger syndrome originally diagnosed as psychotic: A 30-year follow-up study of subjects hospitalized as children. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 6; 181-190, 1997.
- 11) Rumsey, J.M., Rapoport, J.L. and Sceery, W.R.: Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 24; 465-473, 1985.
- 12) Szatmari, P., Bartolucci, G., Bremner, R. et al.: A follow-up study of high-functioning autistic children. *J. Autism Dev. Disord.*, 19; 213-225, 1989.
- 13) Wolf, L. and Goldberg, B.: Autistic children grow up: An eight to twenty-four year follow-up study. *Can. J. Psychiatry*, 31; 550-556, 1986.