

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、それ以外の時間はパラレル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⁶⁾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」（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。

発達障害と社会的ひきこもり

近藤直司^{1,2)}・小林真理子³⁾・宮沢久江¹⁾・宇留賀正二³⁾・小宮山さとみ³⁾
中嶋真人⁴⁾・中嶋彩⁵⁾・岩崎弘子²⁾・境泉洋⁶⁾・今村亨¹⁾・菰原和子¹⁾

要旨：近年、青年期におけるひきこもりケースの中に発達障害を背景とするものが少なくないことが明らかになってきており、個々の発達特性や精神・心理状態を踏まえた支援のあり方が問われている。また、ひきこもりに至る以前の予防的な早期支援のあり方を検討することも重要な課題である。本稿では、まず、ひきこもり問題に占める発達障害の割合や、ひきこもり状態にある広汎性発達障害ケースの特徴について述べ、ひきこもりの発現を未然に防ぐことを目的とした予防的早期支援と不登校・ひきこもりケースへの支援における家族支援の要点について検討する。

キーワード：社会的ひきこもり、広汎性発達障害、予防、早期介入、家族支援

はじめに

近年、青年期におけるひきこもりケースの中に発達障害を背景とするものが少なくない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、まず、ひきこもり問題全体の精神医学的背景と社会的ひきこもりをきたしている広汎性発達障害ケースの特徴を示したうえで、治療的、あるいは予防的な観点から家族支援について考えてみたい。

1 青年期ひきこもり問題の精神医学的背景

筆者ら（近藤・岩崎・小林・宮沢，2007）

は、山梨県立精神保健福祉センターの相談ケースのうち、16歳～35歳において6ヵ月以上の社会的ひきこもり（社会参加に至らず、対人関係を回避し、孤立している状態）をきたしており、相談・支援経過において本人が来談したケースをDSM-IV-TRにもとづいて診断した結果、統合失調症、妄想性障害、社会恐怖、強迫性障害、適応障害（不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、慢性）、回避性パーソナリティ障害、特定不能のパーソナリティ障害などの他、軽度精神遅滞に適応障害や広場恐怖が合併したケース、あるいはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害、広汎性発達障害に社会恐怖や身体表現性障害、強迫性障害などが合併したケースがあったこと、情報不足のために診断を保留したケース以外には、すべてのケースに何らかの診断が付与されたことを報告した。

また、家族からの相談のみで、本人が医療機関や相談機関を利用しようとならないケースにつ

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) 山梨県富士ふれあいセンター

5) 日本臨床心理研究所

6) 徳島大学総合科学部人間社会学科

いても検討したところ、幻覚妄想状態や激しい巻き込み型の強迫行為が確認されるなど、明らかに精神科的な医療ニーズを有するものが多く含まれていたこと、本人には就労経験のないものが有意に多く、著しい頑なさ、生活が変化することや新しい状況に直面することへの抵抗感、あるいは社会への志向性、回避傾向、社会適応能力などの点において、より深刻なケースが多いことが明らかになった。

2007（平成19）年度から組織された厚生労働科学研究「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・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）」（2009）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（近藤・宮沢・境・清田・北端・黒田・黒澤・宮田、2009）を実施しており、2007（平成19）年度および2008（平成20）年11月までの時点で281件のケースが研究対象となった。性別は男性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な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はなく、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。また、情報不足などのために診断が保留された27件においても、ほとんどのケースで何らかの精神医学的問題が疑われていた。

医療機関や保健所などと比べて、精神保健福祉センターは生物学的治療よりも心理-社会的支援が中心になるケースや、いわゆるサブクリニカル（医療を必要としない程度の精神医学的問題）なケースまでを広く相談・支援の対象とする傾向がある。その一方で、電話相談の時点で幻覚妄想などの精神病症状を伴うことを把握した場合などは医療機関を紹介して終了することも多く、来所相談ケースだけをみた場合には、生物学的治療が必要と判断されるケースの割合が少ないことが推測されることから、ひきこもり問題の全体像としては、統合失調症や気分障害、重症の不安障害などの割合がもっと多

い可能性がある。これまで学術的根拠は曖昧なまま、「ひきこもる本人には精神医学的な問題がない」といった解釈が、一般社会ばかりではなく、関係する専門職の間にもかなり広く流布していたように思われるが、今後は、より厳密な診断・評価のもとに治療・支援を検討してゆく必要がある。

また、本人が来談せず、家族相談だけが実施されたケースは281件のうち129件であった。これらのケースに対する家族支援は重要な実践的課題であり、家族支援の成果や限界などについて、後で詳しく取り上げることにはしたい。

2 発達障害を背景とするひきこもりケースの多軸診断と相談支援の転帰

次に、本稿の主題と関連する上記の第二群について、もう少し詳しく示しておきたい。第二群に分類された41件に記載されたDSM-IV-TRにおける第I軸、第II軸診断としては、軽度精神遅滞が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（以下、PDD-NOS）4件、中度精神遅滞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。心理-社会的状況や環境要因を記載する第IV軸には、家族の問題（発達特性についての理解不足、家族内の不和、親の過干渉・過保護、家族の健康問題、家族の精神障害・知的障害など）が記載されていたものが18件、教育上の問題（いじめ、気づき・対応の遅れ、配慮・対応の不足、教師や級友との不和など）が記載されていたものが8件あった。相談・支援の転帰としては、社会参加6件、精神科医療機関に紹介したもの3件、他の相談支援機関に紹介したもの12件、精神保健

福祉センターで相談を継続したもの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ることがわかる。

また、第二群だけではなく、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、軽度精神遅滞、中度精神遅滞が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・制度をいか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を取り上げて論を進めるが、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。

3 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-心理的特徴

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-心理的メカニズムとしては、以下のような点が多くのケースに共通しているように思われる。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、または独特に意味づけされた違和感、被害感、不適応感、自己不全感を抱きやすく、このことが社会恐怖や対人恐怖、社会参加に対する意欲の低下につながっていることがある。また、今後のことを具体的に想像することの苦手さや実行機能の問題などのため、漫然とした日常生活が長期化しやすい。こうした傾向の背景には、過去の成功や不快な体験に固執し、現在の生活パターンを変えようと、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いるようである。

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ように思われるケースもある。

さらに、発達性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、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。

4 どのような広汎性発達障害ケースがひきこもりやすいのか

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・検討した研究結果（近藤・小林・宇留賀・小宮山・中嶋・中嶋・今村・宮沢，2009）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さらに明確にしたい。

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歳以上の広汎性発達障害ないしは広汎性発達障害が強く疑われるIQ75以上のケース50件のうち、調査に対する同意が得られたもの34件を対象とした（20歳未満のケースに対しては、親からの同意も得た）。ひきこもり群は

12件、非ひきこもり群は22件であった。

まず、相談・面接内容についての支援担当者からの報告、発達歴、知能・心理検査所見、広汎性発達障害日本自閉症協会評価尺度（以下、PARS）の所見などをもとに、精神科医と心理・福祉専門職4名以上で構成された診断会議において、すべてのケースをDSM-IV-TRに基づいて多軸診断した。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件であった。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、選択性緘黙が2件（厳密には除外診断であるが）、境界知能が2件、書字表出障害が1件あった。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、ひきこもり群と非ひきこもり群との間で、性別や年齢などのデモグラフィックデータ（基本的情報）、DSM-IV-TRによる多軸診断、PARS、知能検査（WISC-R、WISC-III、WAIS-R、WAIS-IIIなど）、主要5因子性格検査、その他の発達特性や心理-社会的要因、問題行動の内容など、16項目について比較・検討した。性別や基本的なデモグラフィックデータについては両群の間で有意な差は認められなかったが、PARS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。また、ひきこもり群においては自閉性障害の診断項目のうち、「興味の限局」や「常同的反復的言語の使用」を満たすケースが少なく、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。

この他、ひきこもり群では周囲への迷惑行為

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、また上記のように、診断としてはPDD-NOSが多かったことも併せて、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、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。

5 ひきこもりの発現過程と予防的介入の焦点について

さらに、把握された発達歴やライフイベント、ひきこもりに関連する環境的要因などを示し、予防的早期支援の焦点について検討してみたい。

まず、ひきこもり群のPARS所見では、回顧評定で「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、とくに、「何でもないものをひどく怖がる」は、ひきこもり群に多い可能性が示唆されたことから、幼児期から認められている過剰な怖がりや、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。

また、これまで、広汎性発達障害をもつ子どもがいじめを受けることによって生じた被害感やフラッシュバック、タイムスリップ現象などにより、登校を渋るようになったり、対人関係を回避しようとする傾向が生じることが知られており、将来的なひきこもりとの関連も重要な論点の一つと考えられる。上記のひきこもり群と非ひきこもり群について、DSM-IV-TRの第IV軸、つまり第I軸、第II軸診断と関連する心理-社会的および環境的問題の有無を比較してみた範囲では、「教育上の問題」(学校・教師

の理解不足、教育的配慮の乏しさなど)がひきこもり群に多い傾向が認められたものの、非ひきこもり群との間で明らかな差は見出せなかった。また、「家族の問題」や「職業上の問題」などの環境要因についても明らかな差がみられなかった。

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ず、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。彼らには感覚過敏や初めて体験する場面を極端に怖がり、慣れるまでにかかなりの時間を要することが多い。また、友だちとの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。社会的ひきこもりに至るような被害感や社会恐怖が形成されるメカニズム、その予防的早期支援について考える際、いじめなどの顕著なライフイベントだけではなく、日常的な社会的体験に注目した支援の重要性がもっと強調されるべきなのかもしれない。

6 予防的早期介入と家族支援

以上のような知見を踏まえて、まずは、ひきこもりの予防的早期介入と家族支援について考えてみたい。まず、Rubinら(1993)によって示された社会的ひきこもりの発達精神病理学的モデルを紹介しておきたい。

Rubinらは、仲間から孤立する子どもの背景要因を、以下の三つに分類している。

- ①仲間よりも「モノ」に対する志向性が優位で社会的アプローチの動機付けが低いものの、特に回避傾向が強いわけでもない“受け身のひきこもり”
- ②仲間集団に加わりたいという動機付けをもちながらも、特に新しい環境での不安や心配のために葛藤状態に陥っている子どもたち
- ③高い社会的アプローチの動機付けをもちながら、未熟さや攻撃性のために仲間から排除され

る子どもたち

また Rubin らは、こうした子ども自身の気質・発達特性と環境との相互関係をとおして社会的ひきこもりが生じるメカニズムを以下のように説明している。まず、①に分類される子どもたちは、不適切な家族環境や周囲からお荷物扱いされるなどの過酷な環境に置かれることにより、年齢とともに社会的活動を回避しようとする動機付けが高まることにあるという。②については、生来的な気質に加えて、養育者の抑うつや巻き込まれやすさ、子どもの行動を過剰に制御しようとする傾向などがみられ、子どもに社会的スキルの乏しさが目立ち始めると、養育者には子ども自身の体験的な習得を尊重する姿勢よりも、強力かつ直接的・具体的に社会的スキルを教え込もうとする傾向が強まる結果、子どもの自己効力感が高まったり、外界に対する恐れが解決されることのないまま、仲間集団に服従して自己主張しない傾向、あるいは仲間集団を回避し、孤立する傾向が目立つようになる。仲間集団との相互交流の乏しさは、さらに子どもの心理社会的発達に影響を与え、社会的ひきこもりが長期化・深刻化するという。

内向的・受身的な広汎性発達障害はおそらく①に相当するものと思われるが、環境との相互性をとおして回避傾向が強化されていく②のようなプロセスも、広汎性発達障害をもつ子どもや青年の社会的ひきこもりを未然に防ぐうえで重要な示唆を与えてくれているように思われる。予防的な早期介入の方針としては、たとえば、「モノ」に対する志向性を認め、安心して過ごせる時間と環境を保証したうえで、徐々に経験の幅を広げていけるようにはたらきかけること、あるいは、具体的で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、社会的な場面での成功体験をとお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ような心理教育的アプローチ、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。

7 不登校・ひきこもりケースの家族相談

次に、すでに不登校・ひきこもりが生じている場合の家族支援について述べる。広汎性発達障害を背景とした不登校ケースでは、①他者の意図や会話を理解すること、あるいは、状況・文脈の読みが苦手なために、学校生活において被害感や自己不全感、自己評価の低下を招きやすい、②規範意識が強過ぎるために、本当はやりたくない役割を自ら引き受けてしまったり、他児のルール違反や周囲がそれを黙認している状況が許せないことなどによって、フラストレーションが高じやすい、③聴覚や味覚の過敏さのために、たとえば、騒がしいクラスに居続けることや給食を残さないことを強要されるなどの出来事が不快な記憶として残り、気持ちの切り換えができないまま、いつまでも登校を渋る、④上記のような本人の行動を周囲が理解できないため、あるいは周囲との軋轢が生じるために、双方の不安や怒りが増大しやすい、⑤本人のかんしゃくや暴力が激しい場合、親や教師が適切な対応を見出すことが難しくなる、などが問題になることが多い。

こうしたケースにおける家族支援としては、まずは何よりも、子どもへの対応や教師・他児の親などとの関係をめぐる努力や苦勞をていねいに労うこと、家族がうまく対応している部分に焦点を当てて積極的にエンパワーすることが必要である。母親の抱えるストレスはとくに大きく、母親のストレスの軽減やメンタルヘルスケアが優先されることもある。そのうえで、子どもの発達特性や問題行動の意味、子どもの心理などを取り上げ、“その子なりの理由や事情”

を理解すること、そして、それらに対してどのように対応するかを家族とともに一つずつ具体的に検討していくことが中心的な作業になる。養育者が発達障害や精神障害をもつ場合、あるいは経済的に困窮している場合などには、養育者の精神科治療や福祉制度・社会資源の活用、就労・債務問題の解決など、家族の生活基盤を立て直すような支援が必要になることもある。また、就学や進学、卒業といった移行的なライフステージにおける家族支援の重要性にも留意したい。

家族支援の方向性を検討する際には、子どもの発達・成長を促すために、どのような親・養育機能を伸ばす必要があるのかをアセスメントすることも重要である(近藤・菰原, 2008)。一般的に児童・思春期ケースの場合には、子どもに対する養育者の共感性を高めることや、養育者が積極的に子どもの成功を評価して褒めること、子どもが自ら選択できるような情報の与え方や主体的な行動を励ますことなどを通して、子どもの自己効力感を高め、意欲や自発性を引き出すようなはたらきかけを強化しようとする場合、あるいは、子どもの衝動コントロールを高めるために、禁止する、我慢させるなどの親機能を強化する場合、さらには、受け容れることと禁止することという相反的な親機能を同時に発揮してもらうことが必要な場合もある。

思春期以降のケースでは、退行的な依存欲求は充足させないが、衝動行為をおおるような極端に拒否的な対応も控え、定期試験に向けた勉強や進級、卒業後の進路、資格の取得、アルバイトの経験や就労などについて真剣に取り組むようにはたらきかけながら、子どもの成長に伴って問題が軽減するのを待つ場合、母親への退行的な依存や支配、操作性を示す子どもに対して、父親の介入を“切り札”として使う場合など、個々のケースに応じた目標と戦略を検討することになる。個々のケース、そのときどきの局面において、実際にどのような方針を立てる

かは、その子どもの発達・成長を促すために必要な親・養育機能とはどのようなものかという点を最も重視するが、実際に養育者ができることでなければ意味がない。

思春期以降、青年期・成人期のケースでは、本人自身が安定して来談できるようになり、家族内でも大きなトラブルがなければ、多くの場合は本人との面接やグループ支援、進路選択や就労に関する支援などが中心になることが多いが、今後、青年期の発達障害ケースにおいても家族教室などの実施も検討する必要があるかもしれない。

8 本人が来談しない青年期ひきこもりケースの家族支援

ひきこもりケースでは、初回は家族だけが来談することが多い。家族相談の目的や進め方としては、①本人に会えるまでのプロセスと捉え、おもに本人が受診・来談する、あるいは訪問・往診を受け入れるまでの手順や手段を話し合う、②本人が来談・受診することはそれほど重視せず、家族にはたらきかけ、家族システムや家族同士のコミュニケーションパターンの変化を通して、子どもの問題や行動にも変化を生じさせる、③子どもの心理に対する理解を助け、適切な親役割を果たせるように助言するなどの心理教育的な方法によって、子どもの問題や行動に変化を生じさせる、などの方法論が想定される。

本人が来談しないケースの家族相談の進め方について検討するために、上述した5ヵ所の精神保健福祉センター(こころの健康センター)による共同研究(近藤・宮沢・境・清田・北端・黒田・黒澤・宮田, 2009)において、相談開始から本人が来談するまでの期間についても調べてみた。これによると、本人が来談に至ったケースのうち、不明の1件を除いた151件のうち97件(64.2%)は、相談開始から1ヵ月以内に本人の来談が実現していた。以後、3

ヵ月で80%以上、11ヵ月で90%以上のケースで本人が来談しており、12ヵ月以上を要した15件(8.6%)の中には、本人の来談までに51ヵ月を要したケースもあった。このことから、上記の①、つまり本人の来談を家族相談の目標として位置づけ、来談を促すための具体的な方法や本人にはたらきかける適切なタイミングなどを話し合うような家族相談は、比較的に速やかに成果がみられることが多いようである。また、同様の家族相談を3ヵ月以上ないしは12ヵ月以上にわたって漫然と継続するよりは、本人に会えないままでも治療的な介入を意図して家族にはたらきかける、たとえば上記②③のような家族療法的・心理教育的なアプローチに切り替えること、あるいは、自宅への訪問など、家族を介さず本人に直接はたらきかけるような方法を積極的に検討する方がよいのかもしれない。

また、調査期間内には本人が来談せず、家族相談だけが実施されたケースは129件であった。この129件には、本人が医療機関や相談機関、民間の支援活動など、何らかの支援システムを利用しており、家族だけが精神保健福祉センターを利用している場合(18件)と、本人がいずれの医療・相談機関にもつながっていない場合(111件)が含まれていた。この両群を比較すると、後者の社会的機能水準(DSM-IV-TRの第V軸に記載する機能の全体的評定尺度)が有意に低いことから、本人がいずれの医療・相談機関も利用していない群にはより問題の深刻なケースが多く含まれていることがうかがわれた。これらのケースの転帰としては、本人の生活状況には何らの変化もみられないまま家族相談が長期化している、あるいは家族相談も中断に終わっているケースが多いこと、また、本人は社会的な場面や生活の変化を拒絶し、家族は症状・状態の増悪を恐れて本人に変化を促せない、あるいは適切な対処行動がとれないといった状況が特徴的であることから、現状では最も介入の難しい一群と言える。近年、

ひきこもり問題の長期化・高齢化が指摘されており、その実状の一端が明らかになったものと思われる。

山梨県立精神保健福祉センターでは、本人が来談・受診しないケースに対して、①まずは、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、②現在の生活を変えるために何らかの努力を始めるか、そうでなければ、自ら受診・相談するといった選択を、期限を切って本人に促す、③上記の方針に沿ってさまざまな関わりを試み、いずれも無効であった場合には、とにかく一旦は離れて生活したり、本人を家から出すことも検討してみる、といった段階的な目標に沿って家族面接や心理教育を実施している。これは、思春期・青年期の子どもを社会に送り出してゆくための“橋渡しシステム”としての家族機能(中村, 1997)を重視したアプローチである。相談の実際としては、上記の三段階のうち、どの段階から取り組んでみるかを明確にしたうえで、それぞれの家族状況や本人の生活の様子、本人と家族との関係、家族がこれまでの対応を変えたときに予測される本人の反応などを勘案しながら、実際に家族のできそうなことを具体的に話し合う、また、次回はその結果を報告してもらい、そのままのはたらきかけを続けるか、方針を変えるかどうかを話し合うといった進め方が多い。

この時点では、本人がどのような精神医学的問題をもつのかを確定することができないこともあり、発達障害ケースに特異的な家族支援の方法論などは特に用いていないが、家族側の想像力や応用力の乏しさのため、子どもが体験していることを想像しながらこれまでの関わり方を振り返ってみる、あるいは、関わり方を変えてみるといったことがほとんどできない場合に、本人が発達障害をもつ可能性、つまり発達障害の遺伝負因が関与している可能性を考慮することがある。家族相談を継続するだけでは有効な展開が図れないと判断した場合には、訪問など、他のアプローチを検討する必要があること

は上述したとおりである。

また、一部には、激しいこだわりや衝動性・易怒性、巻き込み型の強迫症状などのために、家族に対する激しい暴力や爆発的な粗暴行為が生じているケースもある。こうした事態に対する危機介入については、後藤（2001）による解説をご参照いただきたい。

おわりに

本稿では、まず、今日的なひきこもり問題に発達障害が少なからず関連していることを示し、思春期・青年期において社会的ひきこもりに至っている広汎性発達障害ケースの特徴について述べた。そのうえで、将来的にひきこもりを生じさせるような発達の精神病理モデルを踏まえた予防的な家族支援、あるいは、思春期や青年期・成人期の不登校・ひきこもりに対する家族支援の要点について述べた。

近年、ひきこもりの長期化や本人・家族の高齢化なども指摘されており、事態は深刻である。医療、保健、福祉、教育、労働など、あるいは、公的支援と民間による支援との協働など、包括的な支援体制の整備が不可欠であること、そのためにも精神医学や心理学、社会福祉学、社会学など、多分野の専門家による学際的な検討が重要であることを強調しておきたい。

文 献

- 後藤雅博（2001）ひきこもりケースへの危機介入——緊急時対応の実際と原則。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。
- 厚生労働科学研究（2009）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・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），平成20年度研究報告書。

近藤直司・菰原和子（2008）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)，pp.1209-1214。

近藤直司・岩崎弘子・小林真理子・宮沢久江（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，pp.834-843。

近藤直司・小林真理子・宇留賀正二・小宮山さとし・中嶋真人・中嶋彩・今村亨・宮沢久江（2009）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。

近藤直司・宮沢久江・境泉洋・清田吉和・北端裕司・黒田安計・黒澤美枝・宮田量治（2009）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20年度研究報告書。

中村伸一（1997）家族療法の視点。金剛出版。

Rubin, K.H., Asendorpf, J.B. (1993) Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood. Lawrence Erlbaum, New Jersey.

【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。

発達障害事例における関係機関との連携

Co-Operation with the Parties for Infants with Developmental Disabilities

鳥海 順子*

TORIUMI Junko

要約: 筆者はこれまで、先進的に行われてきた米国の就学前における特殊教育サービスを検討し、我が国の早期療育に関する示唆を得てきた。今回は、米国および日本の発達障害事例における関係機関との連携状況について調べ、早期支援のために関係機関との連携を促進する要因について検討を行った。その結果、保護者の気づきや不安を真摯に受けとめ、関係機関につなぐ専門的な力量をもったキーパーソンの存在、集団適応の困難さに対する教育機関の理解と関係機関からの支援、保護者が教育相談に至る準備期間の支援の重要性が指摘された。

キーワード: 発達障害幼児、関係機関との連携、早期介入

I はじめに

筆者は、ニューヨーク州を中心に米国の就学前の特殊教育サービスや駐在邦人幼児に対する発達支援について報告を行い、前報では某教育機関の就学前のレディネスプログラムについて検討した(鳥海 2009)^[15]。本研究では、保護者の障害の気づきができるだけ早期に療育の開始につながるために、関係機関とどのような連携のあり方が適切であるかを明らかにすることを目的としている。磯貝(2007)^[4]によれば、ニューヨーク州在住の邦人保護者(22名)の気づきから早期介入に至る期間は平均1年で、短期の場合には1ヶ月から6ヶ月、長期の場合には20ヶ月を超える事例もあった。早期介入システムの充実した米国において長期化した要因としては、駐在員に情報が伝わりにくいこと、親子双方に環境の変化への適応が困難なことが推察された。さらに、渡米後の専門機関や専門家の指摘の有無、保護者の気づきと適切な相談先に関する情報の有無、などが影響を与えていた。高倉・山田(2007)^[9]は時期に応じた相談先と期待する役割に関する調査を行った。それによると、発達が心配になった時期の上位5位の相談先には、医療機関、療育機関、保健所等、友人・知人、通園施設があげられていた。そして、専門機関には丁寧な説明や情報提供を、友人・知人には心情部分のケアを求めていることがわかった。米国では1963年のPL88-156法で診断とスクリーニングの実施や妊婦と就学前幼児のケア・プログラムが制定され、1986年のPL99-457法(早期介入法)によって「乳幼児からの包括的なサービス」が整い、1997年のPL105-17法には、障害児家族への援助を行うために「親の訓練・情報センター」の設置等、家族支援を含む障害児支援に必要な項目が就学前から成人期まで整備されている。本報告では、早期介入が制度として整っている米国の邦人障害事例と日本の発達障害事例を対象に、「障害の気づきから関係機関への相談」までに影響を与えた要因について検討し、保護者の気づきからできるだけ短期に相談に至る要因について考察を行った。

*障害児教育講座

II 研究方法

1 研究対象

ニューヨーク周辺在住在邦人幼児のための親子教室の利用者の中で、米国での査定の結果、早期介入が必要とされた米国在住の事例 A、事例 B の 2 事例、日本で発達障害と診断された日本在住の事例 C、事例 D の 2 事例。

2 聴き取り調査

保護者が生育歴について語った録音データを起こした資料のうち、保護者の障害への気づきから関係機関に至るまでの部分を以下の視点で分析した。

- ①保護者の障害への気づきの時期
- ②保護者の障害への気づきの内容
- ③キーパーソン
- ④専門機関への相談に至るまでの経緯
- ⑤専門機関による査定・診断

III 結果

1 事例 A

事例 A は女兒であり、生後 6 ヶ月で渡米した。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者の A に対する障害への気づきの年齢は 2 歳 6 ヶ月であった。

②保護者の障害への気づきの内容

A が 2 歳の頃参加した親子教室で、保護者（母親）は他児と比べて A にはできないことがいろいろとあり、おかしいと思い始めた。例えば、A は他児のように座って保育者の話が聞けない。また、A を遊びに入れようとするとき大変嫌がり暴れる。A は毎日親子教室に行くことを嫌がり、登園時に泣くことが 2、3 ヶ月続いた。また、歌は好きで歌っているのに、言葉は「バイバイ」「ワンワン」などの他、語彙数が増えず、保護者は言葉の発達の遅れについても不安だった。

③キーパーソン

母親は心配な点を父親に相談したが、父親は A がまだ小さいからだと答え、相手にされなかった。相談機関を紹介したのは、幼稚園の日本人の担任であった。

④専門機関への相談に至るまでの経緯

Aが子ども集団に入れず、泣いたり暴れたりするので、母親も親子教室に行くのが徐々につらくなり、よく休ませたと述べている。担任からAについて何か言われるのではないかと恐れ、担任を意識的に避けた。Aがいつまでたっても泣くことや、ルールを守ることができず、集団行動がとれないため、母親も疲れて親子教室をやめてしまった。丁度その頃、テレビで学習障害のことを知り、Aの症状によく似ていることから真面目に考えねばと思い始めた。その後、幼稚園に入り、担任（日本人）から「音楽が始まると急いで来るのに、呼んでも振り向かない」「友だちと遊ばない」「座って話を聞けない」など心配な点があり、査定を受けるよう勧められ、教育相談の場を紹介された。

⑤専門機関の診断

Aは言葉とコミュニケーションに明らかな遅れが見られ、3歳時点で2歳7ヶ月程度の発達であり、早期介入が必要であるとされた。

2 事例B

Bは男児であり、生後8カ月で渡米した。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はBが生後2歳6ヶ月の時に障害について疑った。

②保護者の障害への気づきの内容

保護者（母親）の気づきの内容は、以下の点であった。Bが親子教室の集団の場で絵本を読み聞かせると後方に行ってしまう参加しない。友だちとかかわれない。先生の指示に反応しない。反応が鈍い。言葉をしゃべらずにジェスチャーや指差しでコミュニケーションをとっている。

③キーパーソン

母親は親子教室の日本人の先生に相談し、査定を受けるようを勧められた。

④専門機関への相談に至るまでの経緯

Bが2歳になったとき、現地の保育所に入れた。Bは集団に入ってから1ヶ月くらいは泣いて登園していたが、その後は体を動かす遊びが好きで楽しく通った。しかし、言葉が出なかったり、先生の指示に反応しなかったりするため、母親は徐々に不安に思うようになった。日本人のための親子教室に入会して、先生に相談をしたところ査定を勧められた。母親は査定の件について父親に伝えたが、最初は拒否された。母親は父親を説得して査定を受けた。

⑤専門機関の診断

Bは言語の遅れがあり、特に言語理解と認知面で問題がある。その部分を視覚や聴覚でカバーして行動していると考えられ、早期介入の必要があるとされた。

3 事例 C

Cは男子であり、日本で誕生、成長した事例である。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はCの生後2歳頃に障害への気づきがあった。

②保護者の障害への気づきの内容

保護者（母親）の気づきの内容は、自分の名前が言えない、信号機の色が覚えられないなどであった。

③キーパーソン

母親は不安な点を3歳児健診で相談し、医療機関を紹介された。

④専門機関への相談に至るまでの経緯

3歳児健診で医療機関を紹介され、全体的に8ヶ月の遅れがあること、集団に参加させた方がよいと言われた。幼稚園に入園したが、登園を毎日嫌がり、集団に入れなかった。就学時健診では、ことばの遅れ、弱視を指摘され、「ことばときこえの教室」に通級することになった。授業中に落ち着かない、急に自分の世界に入ってしまう、先生の指示が入らない状態が続き、再度医療機関で診察を受け、そこから教育研究所を紹介された。

⑤専門機関の診断

Cは学習障害と診断され、大学の土曜日教室で支援を受けることになった。

4 事例 D

Dは男児であり、日本で生まれ、成長した事例である。

①保護者の障害への気づきの時期

保護者（母親）はDの生後3歳頃に障害への気づきがあった。

②保護者の障害への気づきの内容

保護者（母親）の気づきの内容は、ことばの発達が遅い、友だちとかかわれない、全体的に反応が遅いなどであった。

③キーパーソン

母親が3歳児健診で相談し、児童相談所につながった。

④専門機関への相談に至るまでの経緯

3歳児健診で、ことばの発達が遅いことを相談したところ、児童相談所を紹介された。児童相談所に3年通い、小学校1年の頃、医療機関を紹介され、検査を受けた。そこでは診断名はわからず、「ことばの教室」に通うことを勧められた。小学校4年の頃、再度医療機関で検査を受けた。

⑤専門機関の診断

学習障害と診断された。

IV 考察

各事例の結果から、保護者は「ことばの遅れ」などから発育の遅れに気づき、集団の生活の場に入る2、3歳頃に、「集団の活動に入れない」「友人と関われない」「大人の指示に従えない」など小さな気づきが確信に変わっていった。保護者の相談を受けるキーパーソンは、このような初期の保護者の気づきや不安に適切に応えられ、支援を前提とした総合的なアセスメントが実施できる専門機関につながることが重要である。米国の事例では、法的制度の下、キーパーソンにより早期介入のサービスを受ける前提となる査定（アセスメント）につながったが、日本の2事例では、キーパーソンから医療機関につながったものの、そこから幼児段階の適切な支援を受けられる関係機関につながらなかった。野口（2001）¹⁸⁾は、自ら米国で自閉症の我が子を育てた経験から我が国に不足している点について、次のように指摘している。

1 相談に応じ、連絡調整をしてくれるキーパーソンの不在

アセスメントを受ける手はずを整えたり、必要な療育や教育の場を保護者とともに探してくれる相談機関や相談相手がいない。

2 子どもの状態を把握し、支援を前提とした総合的なアセスメントの不備

日本では障害の診断を受けるために、保護者が色々な医療機関を訪ねなければならない。子どもの障害に関する専門の医療機関も少なく、支援を行う関係機関につながりにくい。

3 連携機関との情報の共有不足

保護者の同意の下、関係機関の専門家が効率的に情報を共有するためのシステムがない。保護者が同じ説明をそれぞれの機関で何回も行わなければならない。

4 支援の選択肢の情報不足

支援の選択肢が少なく、公的機関、私的機関すべての支援の情報が集約されている場がないので、保護者が積極的に動かないと入手できない。筆者の行った今回の調査においても、日本で子育てをしている保護者から同様な課題が挙げられた。

5 生涯を通してのキーパーソンの存在

連携先で具体的に保護者や本人と活動してくれる専門家、生涯を通して本人の相談にのってくれる専門家の存在が必要である。

6 保護者や家族の負担軽減

乳幼児期から成人期まで生涯を通して保護者が常にキーパーソンとして動かざるを得ず、保護者の負担はかなり重い。保護者だけでなく兄弟姉妹も含めて家族全体を支援する体制がほしい。

V 結論

今後我が国において、保護者の気づきをできるだけ早期に関係機関につなぐ留意点については、下記の点が重要である。

1 相談から関係機関につなげられるキーパーソンの存在

保護者の疑問に真摯に応え、必要な関係機関に適切につなげる調整・連絡を実行してくれる専門家の存在が、保護者の不安を軽減し、適切な支援につながる。関係機関で情報を共有するためのツールとして今後期待されている「個別の教育支援計画」の作成および有効活用の実現においても、このようなキーパーソン（専門家）の存在は重要と思われる。

2 集団適応の困難さに対する周囲の理解度

集団適応の困難さに対する周囲の理解度を高めるためには、集団の場である教育機関がその困難さの要因を対象児や家族に帰するだけでなく、複数の視点を持ち、自らも指導方法やクラス運営に対する関係機関からの支援を得ることが重要である。

3 保護者の気づきから相談に至る準備期間の支援の在り方

保護者が専門機関に相談するまでの期間をできるだけ短縮するためには、この時期を相談までの重要な準備期間として捉えたい。準備期間の支援例としては、身近な教育機関あるいは親の会などが、保護者や家族の状況に応じて、気づきや不安を丁寧に受容しながら、適切な情報提供を行えることが望ましい。

(本論文は磯貝順子 2009^[6] に加筆修正したものである。なお、磯貝順子は鳥海順子の学会ネームである。)

参考文献

- [1] 磯貝順子, コネティカット州における早期介入—駐在員家族への支援事例—, 日本特殊教育学会第42回大会発表論文集, P1-44, 2004
- [2] 磯貝順子, 米国の邦人発達障害幼児への早期介入の状況—障害の気づきから査定までのタイムラグ—, 日本特殊教育学会第43回大会発表論文集, P2-67, 2005
- [3] 磯貝順子, ニューヨーク州における早期介入と個別指導, 日本特殊教育学会第44回大会発表論文集, 486, 2006
- [4] 磯貝順子, 障害の気づきから早期介入までのタイムラグ—ニューヨーク州の邦人発達障害児の状況—, 日本特殊教育学会第45回大会発表論文集, 315, 2007
- [5] 磯貝順子, ニューヨーク州における障害幼児の教育(早期介入), 日本特殊教育学会第46回大会発表論文集, 315, 2008
- [6] 磯貝順子, 障害の気づきから相談機関へのプロセス—ニューヨーク州の邦人障害幼児事例を通して—, 日本特殊教育学会第47回大会発表論文集, 418, 2009
- [7] 伊藤英夫, 自閉症の早期診断, 別冊発達19, ミネルヴァ書房, 1996
- [8] 野口美加子, 自閉症の息子たちのためにサービスを選ぶ, 発達障害研究, 23, 3, 180-187, 2001
- [9] 高倉誠一・山田純子, 障害幼児をもつ保護者の相談先に 関する調査研究—A 市内の保育所・通園施設利用世帯を対象に—, 発達障害研究, 29, 1, 40-51, 2007
- [10] 鳥海順子, 米国ニューヨーク州における邦人発達障害幼児への早期介入サービス, 山梨大学教育人間科学部教育実践学研究, 10, 87-94, 2005
- [11] 鳥海順子, 米国ニューヨーク州周辺における邦人発達障害幼児の査定までのタイムラグ, 山梨大学教育人間科学部教育実践学研究, 11, 90-97, 2006
- [12] 鳥海順子, ニューヨーク州における障害幼児への早期介入と個別指導, 山梨大学教育人間科学部教育実践学研究, 12, 99-105, 2007
- [13] 鳥海順子, 障害の気づきから早期介入までのタイムラグ—ニューヨーク州における事例を通して—, 山梨大学教育人間科学部教育実践学研究, 13, 140-145, 2008a

発達障害事例における関係機関との連携

- [14] 鳥海順子, 障害児保育における乳幼児期の発達支援, 山梨障害児教育学研究紀要,2,56-69,2008b
- [15] 鳥海順子, ニューヨーク州における障害幼児のためのレディネスプログラム, 山梨大学教育人間科学部教育実践学研究,13,118-127,2009

山梨県内の高等学校における特別支援教育の実態

鳥海 順子*

I. はじめに

我が国の「高等学校における特別支援教育」に関する全国規模の実態調査は数少ないが、宮城教育大学特別支援教育総合研究センターが実施した全国調査（平成19年度）によれば、回答のあった1,755校の高等学校のうち998校に支援を必要とする生徒が在籍しているとのことであった。支援を必要とする生徒の在籍率に関しては、9割弱の学校が0.1%～3.0%であったが、20校では10%、中には50%を越える学校もあった。これらの状況の中で、高等学校で「今後必要とされる施策・体制整備」のうち緊急性が高いものとしては「教員の研修」が最も高く、次いで「生徒の実態把握」「出身中学校との連携」「医療機関との連携」などが挙げられていた（野口, 2009）。

山梨県教育委員会の平成20年度特別支援教育体制整備調査における高等学校の校内委員会の設置状況は97.1%（19年度41.2%）、特別支援教育コーディネーターの指名状況は100%（19年度97.1%）であった。文部科学省の平成20年度全国調査においても、校内委員会の設置状況は73.5%、特別支援教育コーディネーターの指名状況は71.1%であり、小中学校に比べると低いものの高等学校の体制整備は着実に進んでいるようだ。筆者は平成20年度から、厚生労働科学研究費補助金による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」の研究分担者として、研究課題「発達障害者支援センターなどの福祉分野と教育分野との連携についての研究」に関わっている。本論文は、この研究課題との関連で高等学校と他機関との連携状況に視点を当て「高等学校における連携が、だれによって、どのように行われているか」を把握するために、山梨県内の高等学校の特別支援教育コーディネーターを対象に調査を行った結果である。

II. 研究方法

1. 調査期間

平成20年10月29日～11月14日

* 山梨大学障害児教育講座