

ンター、ハローワーク、ジョブカフェ、若年サポートステーション等の労働サイドのサービスを活用する機会が多い。そして、継続的な就業生活を送るための手段として、障害者手帳の申請や障害者としての人生をいかに送るか（障害を開示して雇用）といった支援が、発達障害者支援センターでは重要な役割になっている。

A. 研究目的

3年間にわたり、次頁の調査研究を行うことで、発達障害者支援センターをはじめとした青年期・成人期の高機能発達障害者の最初の専門相談機関が、地域の障害福祉や就労支援機関とどのように連携をとるかを概観し、ガイドラインの具現化を行うものである。

平成20年度は、全国の発達障害者支援センターにおいて、青年期・成人期の高機能発達障害者にどのような支援を行っているか、特にニーズが高いと考えられる就労支援の実態について実態調査から推測する。また、近年急激に発展してきた障害者の就労支援の仕組みと地域における実態を、各種資料を整理し、高機能発達障害者が活用できる資源と役割についてマニュアルとしてまとめる。

平成21年度は、継続的な相談者に就労支援サービスを提供している発達障害者支援センターにおいて、高機能群の相談支援対象者の生活実態やニーズはどのようなものであるか、その全体像を把握することを目的とする。特に、平日の日中にどのような生活をしているか、また収入状況はどうかについて調査し、簡単な類型化モデルを作成する。これまで高機能の発達障害者に特化し、生活状態を包括的に調査・分析したものはない。

平成22年度は、居住環境を中心に調査を行う。高機能群の相談支援対象者は、誰と一緒に生活しているのか、障害福祉の居住サービスを活用している人はどれくらいいるのか調査する。

B. 各年度の研究手法

平成20年度は、①平成19年度全国発達障害

者支援センター連絡協議会実施の実態調査から、各センターの就労支援の実態について分析し、先駆的に就労支援に取り組んでいるセンターの方法論をまとめる。②ここ数年急激に発展してきた、地域の就労支援について、各種資料・文献から歴史的経過、主な就労支援の方法論、今後の方向性、さらに広汎性発達障害者と就労支援の関係をまとめる。

平成21年度は、成人期の就労の実績を持つ発達障害者支援センターを対象に（前年度の調査結果から6ヶ所の発達障害者支援センターを選択し、協力要請した）、次の2つの調査を行った。①発達障害者支援センターのスタッフに対して、アンケート調査を実施する。アンケートは、平成20年度中に、直接的な支援を継続的に提供している高機能群すべての人について、全9項目の多肢選択式で回答を得るものである。項目は、各対象者の基礎情報6（性別、年齢、主訴、診断、学歴、障害者手帳）、生活状況3（生活状況の種類、現在の生活状況の継続年数、生活状況移行時の支援）である。②アンケート集計後、類型化された生活状況の典型事例や特異な事例について、各センターより逸話的な報告を受け、類型化と支援の現状との関係性に厚みを持たせた。

平成22年度は、平成21年度に実施した調査のフォローアップを行った。1年経過した段階で、前年度の対象者に対して継続的に相談を続けているかどうか、もし生活状況を把握しているのであれば、どのような居住環境にあるか、アンケート調査により集計した。

C. 結果

【平成20年度】

- 多くの発達障害者支援センターでは、機能的な就労支援は行えていない。アンケート用紙に、地域の就労支援の関係機関の具体名が記載され、連携していると思われるセンターは10ヶ所程度であった。その理由として、①乳幼児や学齢期といった低年齢の発達支援を中心に事業展開しているセンターがある、②電話による相談が多く、継続的に面接・支援といった直接サービスが少ないセンターがある、③知的障害を合併している成人期・青年期が多く、就労支援にニーズが少ないセンターがある等、まさに多様である。ただし、この調査は平成19年度実施のものであり、その後3年間で、各センターの事業のあり方が大きく変わっている可能性がある。
- 広汎性発達障害者に対する意味ある就労支援が提供できない理由のひとつに、最近の障害者雇用・就労支援の仕組みの急激な変化と地域の就労支援機関の役割に対する理解の不足が考えられる。
- 文献や資料を調査し、障害者の就労支援の現状と発達障害者の就労相談との課題をまとめた新しいマニュアルを作成した。

【平成21年度】

- 就労支援サービスを提供している発達障害者支援センターでは、青年期・成人期の高機能発達障害者の相談支援を比較的多く受けている(6ヶ所で407人の継続的な支援を提供している)。
- 相談者は、35歳以下の比較的若い人の層が多く、私たちの国の標準的な学歴を持つ自閉症スペクトラム圏が多い。半数は「就労」を主訴に相談にやってくるが、生活状況や支援の内容は多様である。
- 発達障害者支援センターが提供している就労支援は、障害者手帳交付等をきっかけとした障害の認識や理解の過程、職業センターや就労移行支援事業等の職業訓練機関との連携、ハローワーク・ジョブコーチを活用とし

た求職活動、採用後の定期的な相談である。求職活動は、他の地域の機関との連携を重視し、障害の認識や方向性の支援を行っている場合が多い。

- 現在就労している人からの相談件数もある程度存在する。多くは、職場における不適応がそのきっかけであり、就業継続の支援、離職とその後の生活の立て直しの期間に関わりを持っている。
- 長期間の在宅生活から、障害の認識と生活の方法について相談調整を行いながら、週数時間の集団生活の場の体験、職業能力評価、職業訓練といった時間をかけ就労へ向けてのステップアップを企画している支援センターは多い。しかし、数年単位の時間をかけた支援から、就労へ結びつく事例は現段階では少ない。
- 高機能発達障害者に対する相談支援として、発達障害者支援センターが苦慮する典型的なタイプは、①自分の障害についての認識が難しい、②自分の生活能力についての認識が難しい、③自ら求職活動をすることは困難だが障害福祉サービス利用には拒否的、④大人になってからの診断に対して家族も混乱している場合である。相談支援ならびに地域の各種資源の活用を提案しながら、現実的な生活スタイルと新しい夢を見つける手助けを行っていく必要がある。

【平成22年度】

- 5ヶ所の発達障害者支援センターで、1年後も継続的な相談を継続している人は、だいたい4人に1人程度であった(382人中93人：24%)。ただし、相談により他機関へ紹介し、継続的に生活状況を把握している、いわゆるフォローしているケースは3人に1人おり(129人：34%)、合計すると約6割(58%)が、発達障害者支援センターで把握している(図1参照)。

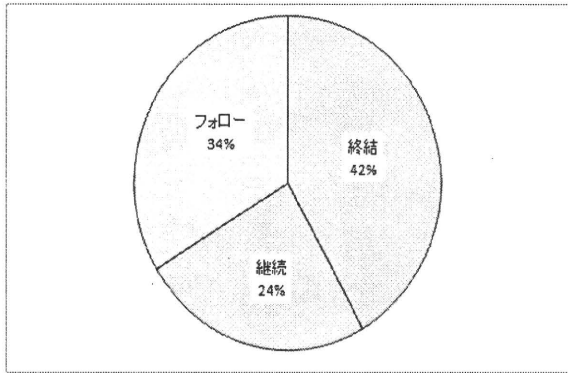


図1. 発達障害者支援センターにおける相談支援の継続状況（1年後の経過）

- 前年度から日中の生活状況に変化のない人が43%で、1年間の間に半数以上の人生活状況に変化があった。職業訓練から就業生活に変化する人があれば、就業生活から在宅生活に変わる人まで、変化には多様なパターンがある。
- 単独で生活している人は13%であり、多くは家族（両親兄弟等）と生活している。特に親世帯と一緒に生活している人は、全体の82%にのぼる。親世帯と同居している人の大多数は、生まれてから親との同居を続けている。しかし、少数ではあるが、過去3年以内に親世帯に戻っている人がいる（12人）。
- グループホームで生活しているのは1人だけであった。同様に少数ではあるが、知的障害者の入所施設利用、精神科病院入院も存在する。高機能発達障害者にとって、現段階では高機能発達障害者に対する居住サービスは非常に稀である（図2参照）。

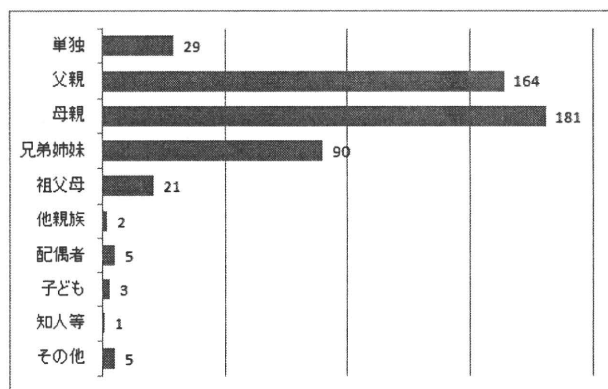


図2. 相談者が同居している家族（サンプル数222人：複数回答あり）

- 定量的な集計ではないが、今回の調査で、ヘルパー等の居宅サービスを利用実績についてもヒアリングしている。各センターの相談対象者で、ホームヘルパーを活用している事例は、少ないながらも存在することがわかった。しかし、「相談者に障害のある子どもがおり、その子を対象としたヘルパーが入る」などの事例もあり、居宅サービスのニーズについて個別の生活状況も同時に詳細に調べる必要がある。

D. 考察

発達障害者支援センターの相談支援、特に青年期・成人期の高機能発達障害者に対する相談支援には、以下のような特徴がある。

- 人生の早期の段階より発達障害としての行動特徴が見られていたにも関わらず、青年期以降のライフステージで、就職活動の失敗（心配）あるいは一旦就職した後に就業生活の継続が困難になるといった課題に直面し、はじめて発達障害の特性が心配になり、相談支援を求める人が多い。
- 相談後の経過として、比較的短期間で経済的に安定した収入が得られる就業生活に移行する（復帰する）人は少数存在するが、多くは経済的に非常に不安定な就業生活を送るか、短期間で就業に結びつくのが困難な人たちである。
- 発達障害者支援センターでは、中長期的な生活を考慮し、障害者手帳の交付申請、障害者としての職業訓練と求職活動の推奨、障害を開示した雇用（障害者雇用）と継続的な就労支援を推薦する事例が多い。
- 一方、就労を主訴とした相談ケースの中には、障害者手帳の交付申請まで進んでも、日中に定期的に訓練や教育の場に通うことが困難で、集団生活環境に極めて不適応を示す人も

一定数存在する。ただし、発達障害者支援センターの相談支援では、長期間家庭から一歩も出ない引きこもり事例の相談や入院治療が必要な重篤な状況にある人の相談は比較的少ない。もちろん、少数でも、重篤で緊急の対応が必要な事例に出会うと、職員の労力ならびに精神的な負担はそのケースに集中するものと思われる。

- 相談支援を求める高機能発達障害者の年齢層は、若年層が多く、多くは親世帯と同居している。グループホームやホームヘルパー等の居住や居宅サービスのニーズは現段階で非常に限定的である。障害福祉サービスのニ

ーズとしては、職業準備訓練やその前段階としての日中サービスである。

図3は、発達障害者支援センターの相談支援で最も多い、就労を主訴とする人の相談の流れと主な関係機関との連携をまとめたものである。簡易的な図にするため、相談の流れを、発達障害の診断前から周囲の配慮依頼（障害開示の雇用）とした。また、流れの上部を就労系の機関、下部を生活系（日常生活の支援）の機関とした。これ以外にも、地域においては同等の機能を有する、自治体独自の事業や民間の公益・収益事業所も存在すると考えられる。

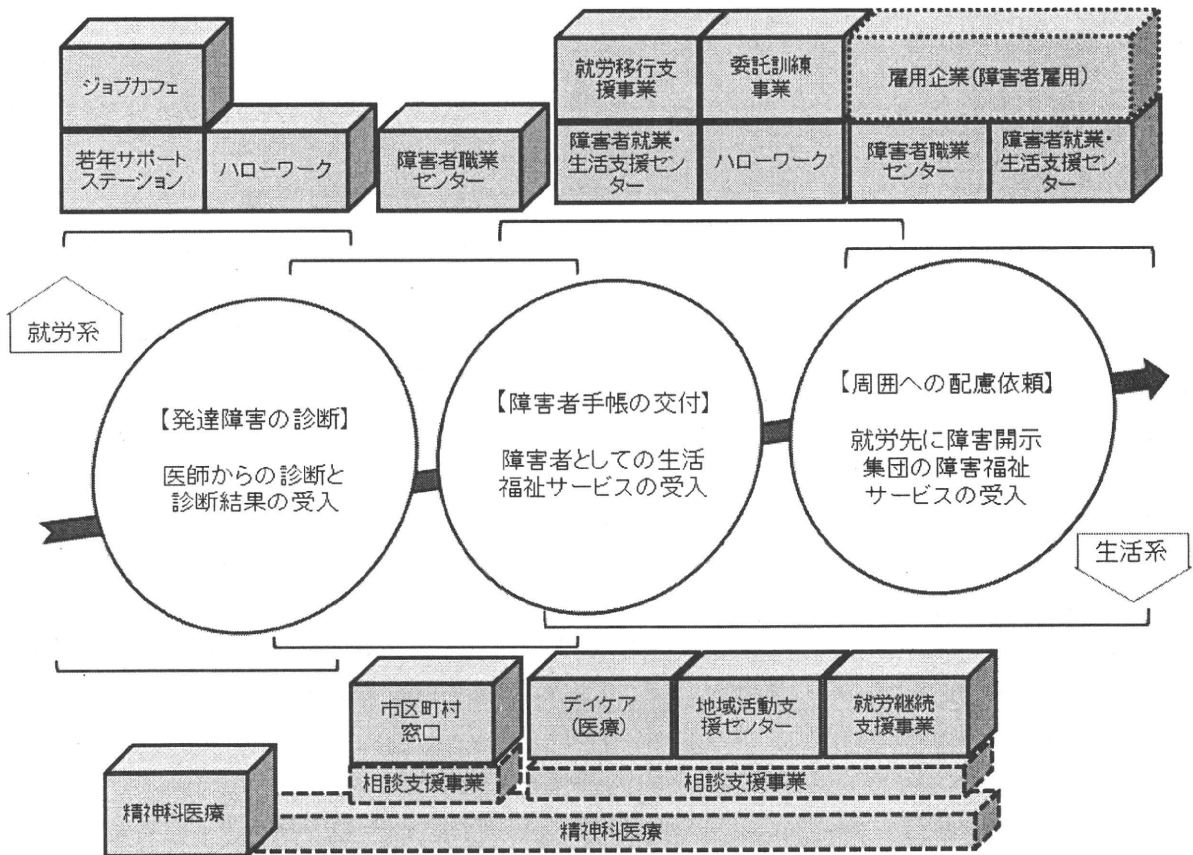


図3. 発達障害者支援センターにおける相談の標準的な流れと関係機関

図3からわかることは、就労を主訴で訪れる高機能発達障害者には、短期間に活用することが可能な、就労系あるいは生活系のサービス・機関が多数存在することである。そして、このグループの相談支援で特徴的な点として、相談初期の段階（図3の左側）では、就労系と生活系のサービス

を同時並行で連携・活用するが、中盤以降（図3の中央から右側）は、就労系のサービス中心の人と生活系サービス中心の人に明確に分かれる。もちろん、就労が決まった後も、継続的な生活支援を必要とする人が存在する。しかし、その多くは、障害者就業・生活支援センターや発達障害者支援

センターの定期的な相談で問題解決に至る。各種障害保険福祉サービスを活用しながら、就業生活を継続する人は少ない(医療的ケアは継続される場合が多い)。

障害者自立支援法の施行と同時に、全国で障害者の就労支援ネットワーク作りが本格的にはじまった。労働サイド、福祉サイド、そして教育サイドの連携により、一人でも多くの障害者が働き続ける地域づくりへ向けて様々な取り組みが行われている。特に、就職を求めている、あるいは就労後の継続的な相談支援機関として、全国に障害者就業・生活支援センターが設置されている。既に 300 ヶ所近く設置されているこのセンターは、地域の就労支援ネットワークの中核的な役割を果たしつつある(平成 22 年 11 月 1 日段階で 271 ヶ所設置)。

発達障害者支援センターは、ライフサイクル全般にわたり、様々な課題を抱える発達障害者に総合的かつ専門的な支援を提供する機関である。しかし、青年期・成人期の発達障害者の就労支援に絞ると、多くの発達障害者支援センターでは十分な就労支援サービスが提供されているわけではない。しかし、高機能発達障害者の成人期のニーズの大部分は就労支援である。就労相談を丁寧に行っている発達障害者支援センターでは、地域の就労支援機関に対して、「どのような相談者を」「どのようなタイミングで引き継ぎ」「その後は同役割分担するか」を考えながら、連携をキーワードに支援を行なっている。逆に、就労支援機関からは、発達障害者支援センターの役割が明確になっていると考えられる。

E. 結論

青年期・成人期の高機能発達障害者の相談支援は、正式な診断が確定する前段階から相談がスタートする場合がある。精神科的診断の確認、必要であるなら障害者手帳の交付申請、各種保健福祉サービス等の受給申請、さらには障害者であることを周囲に伝えて配慮を求める生活(障害者雇用等)まで、各過程における相談の質も活用する

制度や連携する機関が異なる。

一方、高機能発達障害者の相談支援のニーズとして圧倒的に多いのは、「就労」に関する内容である。その背景に、経済的な困窮への不安が存在する。発達障害者支援センターで継続的に相談支援を求める人の多くは、障害者としての職業準備訓練や求職活動、さらに雇用管理上の配慮を必要とする障害者雇用の対象者である。

発達障害者支援センターは、最近急激に広がっている、地域の就労支援機関と綿密な連携をもつことで、発達障害者の就労可能性を格段に広げることが可能である。このような事例の場合、障害者就業・生活支援センター等の就労支援機関に、「引き継ぐ」連携が多い。一方、短期・中期的に就業生活の実現が難しいと判断される場合、日常生活の支援を得意とする相談支援機関と連携することが多い。高機能発達障害者は、居住や居宅のサービスを活用する事例は比較的少なく、多くは日中活動のサービスを活用している。しかし、日中活動を利用せず、マイペースで生活している人も一定数存在しており、このような事例では、複数の相談支援機関が「協働」する機会が多い。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 志賀利一：就労を希望する発達障害者の最近の傾向, 梅永雄二編著－発達障害のある人の就労支援ハンドブック, 金剛出版. 2010.
- 2) 志賀利一：広汎性発達障害の人たちの就労支援, 精神科治療学第 24 巻 10 号, 星和書店. 2009

2. 学会発表等

- 1) 志賀利一：職業リハビリテーションの現場と発達障害(シンポジウム), 日本職業リハビリテーション大会第 38 回大会. 2010.
- 2) 志賀利一：発達障害のある人の就労支援と発達障害者支援センターの役割, 平成 22 年度発達障害者支援センター全国連絡協議会. 2010.

G. 文献

1) 近藤直司(研究代表者):厚生労働科学研究補助金障害保健福祉総合研究事業「青年期・成人期の発達障害者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」,平成21年度総括・分担研究報告書,2010.

2) 近藤直司(研究代表者):厚生労働科学研究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」,平成20年度総括・分担研究報告書,2009.

高機能広汎性発達障害の青年・成人の治療において 精神科医はどのような支援を求めているか

分担研究者 塚本千秋¹⁾

研究協力者 安松昭子¹⁾ 土岐淑子¹⁾ 本田輝行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への支援ネットワークを構築するために、その一翼を担うと考えられる精神科医の現状認識や要望を明らかにしようとするものである。岡山県精神科医会とおかやま発達障害者支援センターの協力のもと、県内で精神科臨床に従事する精神科医344名にアンケートを郵送し、133名（回収率38.7%）から回答を得た。その結果、現在少なくとも一人以上の成人の発達障害の患者を診療している精神科医は70%にのぼったが、その一方で発達障害者支援センターの存在や役割を知らない群が60%いるなど、この領域の研修・啓発が未だ不十分であることがわかった。また、多くの精神科医が発達障害者の治療や支援に困難を感じているが、その困難感を軽減するには、成人事例の事例検討会などの研修会や日中活動の場所や就労訓練などの社会資源の整備に加え、精神科医も含むネットワーク支援概念の普及と定着が喫緊の課題と考えられた。

A. 研究目的

これまでの本研究班の研究で、青年期成人期の高機能広汎性発達障害（HFPDD）者のうち「どのような人」が「人生のどのような時期」に「どのような問題を抱え」て、精神科病院を利用しているかはわかってきた（本研究の報告書 2009, 2010 の分担部分）。その一方、精神科医の側が HFPDD 者を支援する上でどのような悩みを持ち、行政など他機関にどのような要望を持っているかについては検討してこなかった。

そこで今年度は、支援ネットワークの一翼を担うと考えられる精神科医が、青年期成人期の HFPDD 者診療の現状を「どのように認識」し、「どのような悩み」を抱え、行政を含む他機関に「どのような要望」を持っているかを調査して明らかにすることにした。

B. 研究方法

1) 調査対象

岡山県には県下～近隣で活動する精神科医の任意団体である岡山県精神科医会（代表幹事；中島豊爾）がある。平成 22 年 4 月時点での会員数は 344 名で、会員の所属は表 1 のとおりである。

表 1 会員の所属先

1	精神科病院	148
2	総合病院精神科	42
3	精神科のクリニック	71
4	大学や研究所	37
5	その他	27
6	所属なし～不明	19
合計		344

この会の幹事会の承認のもと、返信用封筒を入れたアンケート用紙を会員に郵送配布した。

2) アンケートの作成

アンケートは、研究者とおかやま発達障害者支援センターが協働で作成した。回収率の向上を考え、設問数を絞り、自由記述欄以外はチェックで回答できるよう工夫した（末尾付録参照）。

設問では、まず回答者の所属や主な診療対象等の基本属性を問い、次に発達障害者支援センターの認識度（注1）、自分の外来に通院中の成人のHFPDD患者の概数を尋ねた。続いて、「ここ1年に通院中のHFPDD成人患者で治療や支援に困難を感じた事例を思い浮かべて」もらい、その事例の年齢・性別・診断や、困難を感じた理由等を尋ねた。最後に自由記述で、発達障害者への治療・支援において①必要と感じていること②他機関に担って欲しい役割を記入してもらった。

回収されたアンケートはパソコンに入力し、自由記述項目以外は数値的な分析を行った。自由記述は内容を大別・類型化した上で、研究者全員が読み込み意見交換をしながら分析した。最終的にアンケートはシュレッダーで廃棄した。

本研究計画は平成22年3月に開催された当院の倫理委員会に承認を受けたものである。

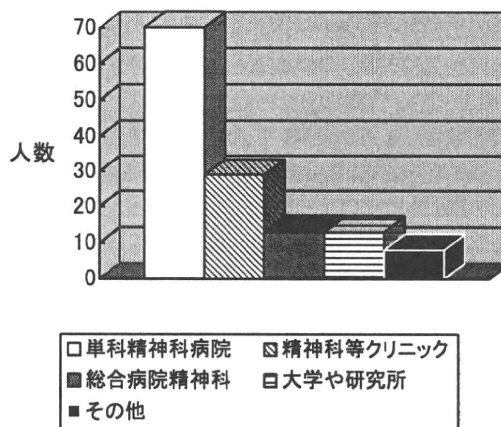
注1：発達障害者支援センターは支援法14条で定めた都道府県設置によるものと、市町村支援体制整備事業、また本法と無関係に民間が運営しているものが混在している。混乱を避けるため、本アンケートではそれらを区別せずに設問を構成した。

C. 結果

1) 回答数及び回答者の基本属性

344名の会員のうち133名から回答があった（回収率38.7%）。回答者所属は図1-1の通りで、精神科病院に勤務する勤務医が70名と一番多く（注2）、続いてクリニック医師、総合病院の勤務医・大学や研究所の勤務医という順になった。

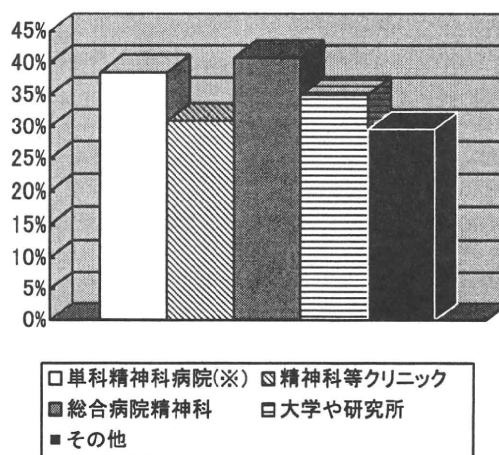
図1-1 回答者の所属(実人数)



なお、単科精神科病院からの回答数は70名であったが、うち13名は研究者らが所属する岡山県精神科医療センターの勤務医であった。同センターには発達障害の専門医師がおり、支援センターとも日常的に交流しているため、同センター勤務医は他の単科病院医師とは異なった実態意識を持っていることが予測された。そこで同センター勤務医13名の回答を除外し、単科精神科の回答数を57名として以下の解析を行った。

この修正の結果、母集団に対する所属別の回収率は図1-2のようになり、所属にかかわらず全体の3～4割の医師がアンケートに回答したことが伺えた。

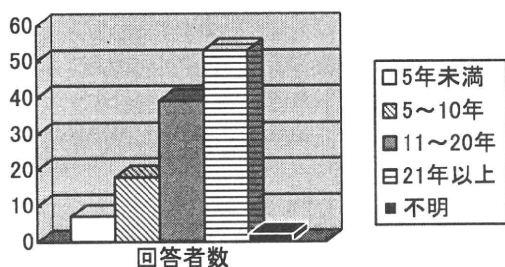
図1-2 所属別回収率(%)



※岡山県精神科医療センターの回答者を除く

回答者の精神科医としての経験年数は図2のとおりで、経験年数の多い精神科医が積極的にアンケートに回答しているように見受けられた。

図2 精神科としての経験年数

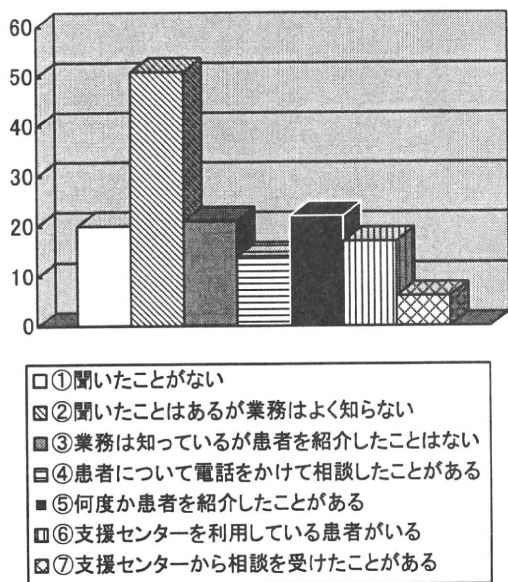


診療している患者の診断別分類で多いものを尋ねたところ、気分障害圏が一位、神経症・適応障害圏が二位、統合失調症圏の患者が三位となった（図表は略）。また診療している患者の年齢層で多いものを尋ねたところ、40歳代、50歳代、30歳代の順となった（図表は略）。

2) 発達障害者支援センターの認知度

発達障害者支援センターについて、「①聞いたことがない」、「⑤何度か患者を紹介したことがある」など、7つの選択肢を挙げて、認知度・利用度を尋ねたところ、図3-1のような結果となった。

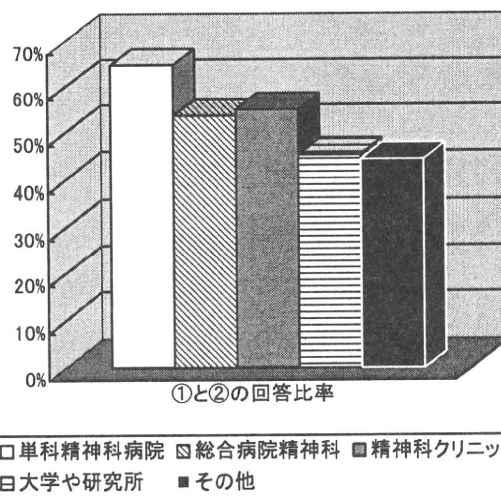
図3-1センターの認知(複数回答可)



「②聞いたことはあるが、どのような業務をしているかよく知らない」との回答が51名42.5%にのぼり、「①聞いたことがない」(20名)とあわせると、約6割が発達障害者支援センターのことを十分に認識していないことがわかった。

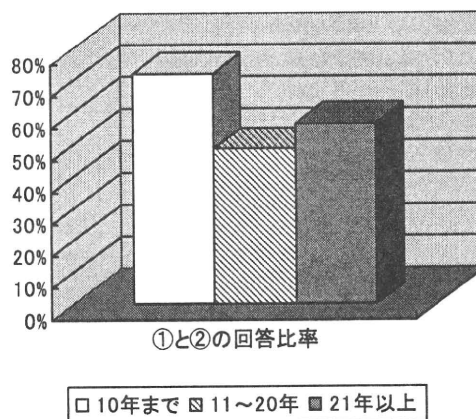
①・②の回答をあわせて「よく知らない群(非認知群)」とし、勤務先別に比率を集計したところ図3-2のような結果となった。被認知群の割合は単科精神科病院勤務者がもっとも高かった。

図3-2センターの非認知率(所属別)



同じく非認知率を精神科医としての経験年数ごとに集計したところ(5年未満と5~10年は少なかったため合計した)図3-3のような結果となった。

図3-3 センターの非認知率(経験年数別)



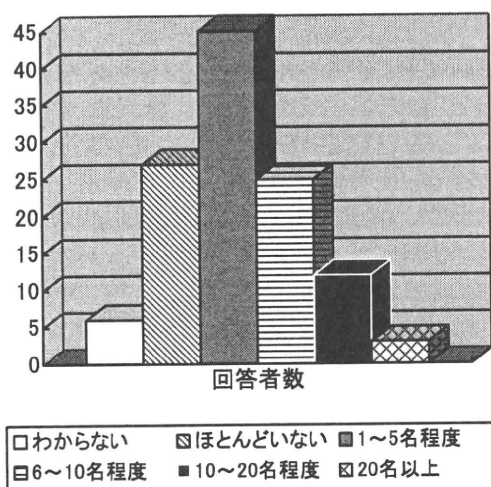
経験年数が少ない10年以下の精神科医の非認知率がやや高い結果となった。

その一方、発達障害者支援センターに「④患者の
ことについて電話をかけて相談したことがある」は14名(12%)、「⑤何度か患者を紹介した
ことがある」は22名(18%)と、1～2割ではある
が、一定の割合の精神科医は支援センターを利用
しようと努めているようであった。

3) 外来診療中の成人の HFPDD 患者の数

本年4月からアンケート実施直前の7月までの
3ヶ月間で、回答者のもとに通院している18歳
以上の HFPDD 患者の実数について尋ねたところ、
図4-1のような結果となった。

図4-1 成人のHFPDD患者の数

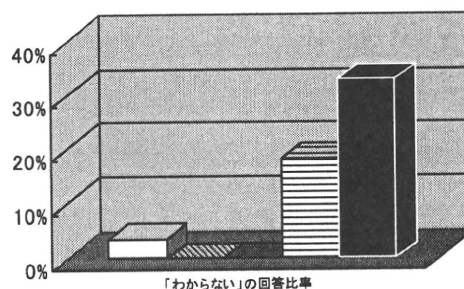


「1～5名程度」との回答が45名(37.5%)でも
っとも多く、続いて「ほとんどいない」「6～10
名程度」がどちらも20%前後であった。

「(患者数が)わからない」という回答につい
て検討するために、回答者の所属別に比較すると、
図4-2のような結果になった。「その他」の回答
が多かったのは、研究所などで一般外来診療を行
っていない回答者が多いためと推測された。

クリニックや総合病院勤務者には「わからない
という回答はなく、精神科病院勤務者でも2
名にとどまり、発達障害の診断については臨床医
に一定の理解が進んでいるものと推察された。

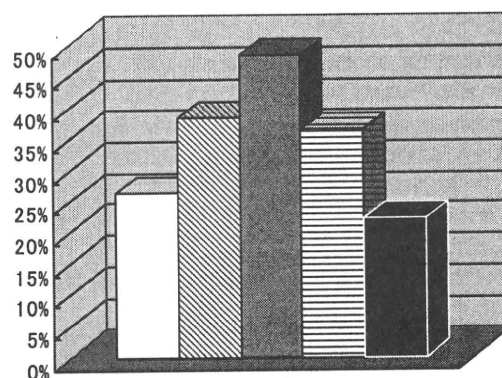
図4-2 患者数がわからない群(所属別)



□ 単科精神科病院 □ 総合病院精神科 ■ 精神科クリニック
▨ 大学や研究所 ■ その他

次に、「6～10名程度」「10～20名程度」「20名
以上」の3つの回答を合計した「患者数が6名以
上の群」を取り出して、所属別で比率を算出した
ところ、図4-3のようになった。

図4-3 患者数6名以上(所属別比率)



□ 単科精神科病院 □ 総合病院精神科 ■ 精神科クリニック
▨ 大学や研究所 ■ その他

精神科クリニック、総合病院精神科や大学病院
の順に比率が高く、単科精神科病院では比率が低
い結果となった。HFPDD 青年・成人の診療は、ク
リニックや総合病院・大学病院がその多く担っ
ている傾向が明らかになった。

なお、前述の理由でアンケート分析から外した
岡山県精神科医療センター勤務者のこの項目の
回答は、「6～10名程度」2名、「10～20名」が3
名、「20名以上」が5名で、単科精神科病院のな
かでは突出して通院患者数が多く、単科精神科病
院では、患者数の一極集中が起きている状況が明
らかになった。

4) 困難事例のイメージ調査

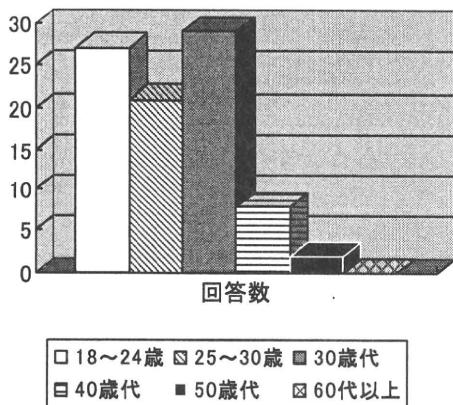
調査方法の項で述べたように「最近（ここ1年くらい）に通院中の18歳以上のHFPDD患者で治療や支援に困難を感じた事例」を思い浮かべてもらうという方法で、精神科医がイメージする治療・支援困難事例について調査を行った。

86名（72%）の回答者がこの設問に回答した。見方を変えれば、この設問で治療・支援が困難なHFPDD事例が86事例抽出されたことになる。なお、回答者には先の設問で通院中のHFPDD患者は「ほとんどいない」と回答した方も含まれている。

① 困難事例の基本属性

86事例の性別は男性が多く（62:24）、年齢は30歳代がもっとも多く、続いて「18～24歳」「25～30歳」であり（図5）、成人でも若年層の事例の支援に困難を感じている医師が多いことがわかった。

図5: 困難事例の年齢層

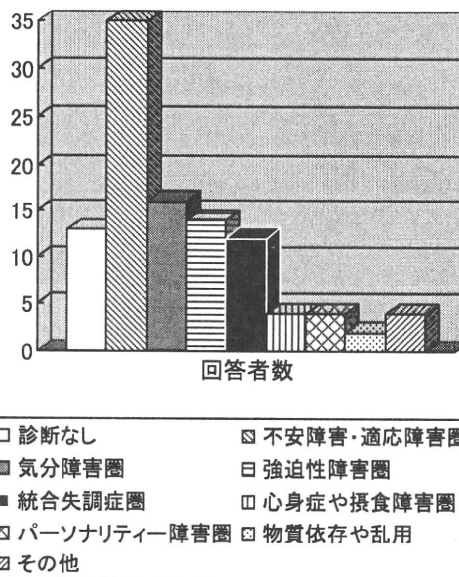


発達障害以外の精神医学的診断では、不安障害・適応障害圏の患者が35名（41%）ともっとも多く、続いて気分障害圏（19%）強迫性障害圏（16%）で、統合失調症圏（14%）と他の精神医学的診断なし（14%）がほぼ同数で並んでいた（図6）。

「その他の診断」の具体名としては性同一性障害、素行障害、トゥレット障害が含まれていた。

なお強迫性障害圏という診断は、他の診断分類よりも限定的診断であるから、この16%という数字は「PDD患者の強迫性」に困難を感じている医師が多いということが示されていると思われる。

図6: HFPDD以外の精神医学的診断分類



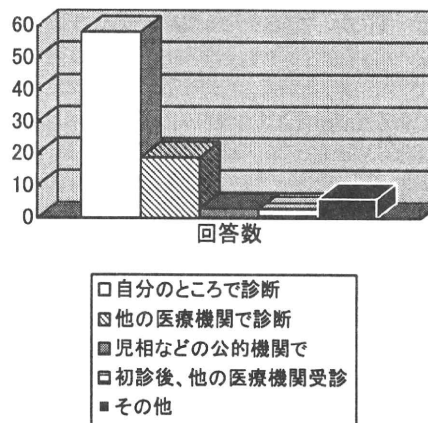
その一方、「HFPDD以外に精神医学的に診断なし」の事例が13名あったことは興味深い。

いわゆる二次障害としての精神症状がなくとも、行動上の問題等の不適応によって、精神科受診につながっている事例が少なくないことを示していると思われる。

② 診断場所

その困難事例がPDDの診断を受けた場所について尋ねたところ、図7-1のような結果となった。

図7-1 PDD診断を受けた場所

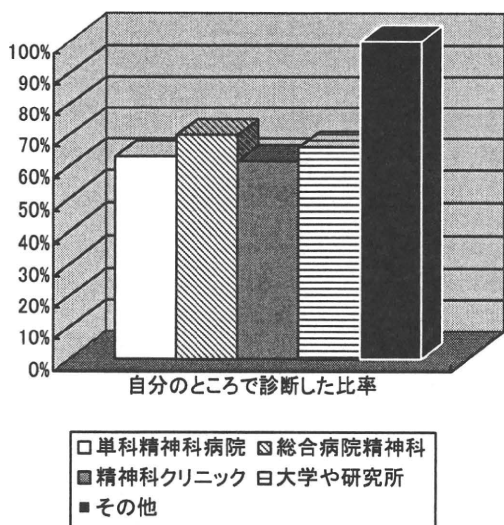


事前の予測では、他の専門機関に確定診断を依頼している精神科医の比率が高いと考えていた

が、多くの医師が自分の病院や診療所で診断をしている実態が明らかになった。

自分の診療場所で診断した比率を所属別に比較したところ（図7-2）、大きな差はなかった。

図7-2 診断場所(所属別比率)

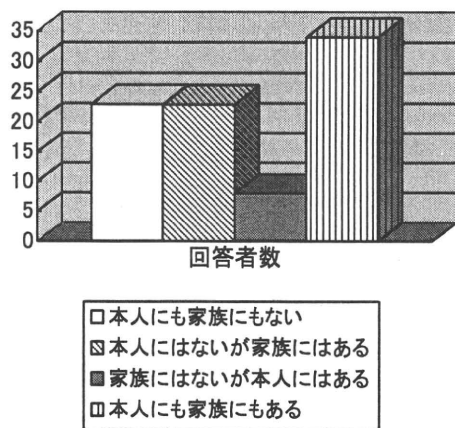


「その他」の群には、児童福祉施設附属の診療所が含まれているために、「自分のところで診断した」比率が高くなっている。

③当事者や家族の自覚

その困難事例について、発達障害であることの本人や家族の自覚の有無を尋ねたところ、図8のようになった。

図8 発達障害であることの自覚



設問が「発達障害の自覚」という曖昧なものであるため、結果解釈に慎重さが必要な項目である。

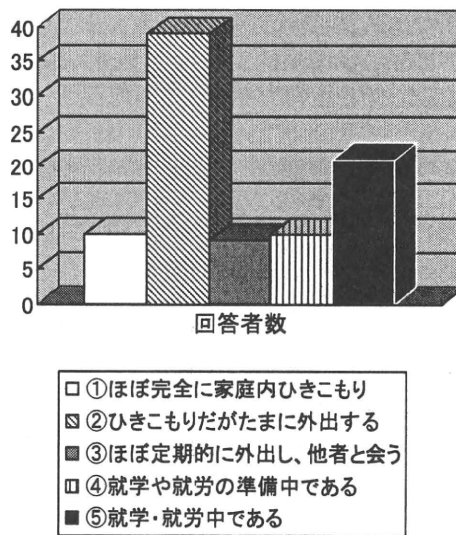
「自覚」イコール「障害告知」ではないことはもちろん、本人や家族の自覚がいつ、どのように生まれ、どのような性質の自覚であるか（誤った理解も含む）を考えることが重要であるが、この設問ではそれらを検討することは不可能である。

わずかにこのデータから言えることは、①本人にも家族にも障害を説明できないまま、対応に悩んでいる精神科医が少なくないこと②逆に本人にも家族にも発達障害の存在が自覚され、ある程度医師との共通認識があると想定される群でも、治療や支援が困難である事例が少なくないということ、であろう。

④社会的適応状況

その困難事例の社会適応状況を5段階の選択肢を用いて尋ねたところ図9-1のような結果になった。

図9-1 当該事例の適応状況

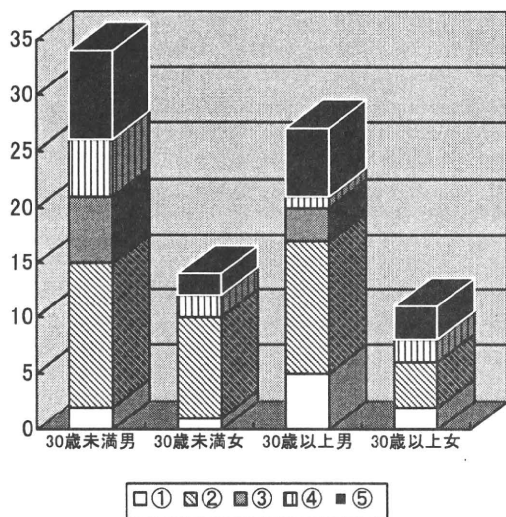


「基本的に家庭に引きこもっているがたまに外出する」という準ひきこもり群とでも呼ぶべき事例が39事例(45%)と最も多く、つづいて「就学・就労中である」が21事例(24%)であった。

この質問項目について、事例の年代を30歳で区切り、男女別に人数を算出したところ図9-2のような結果となった(図中の①~⑤は9-1図参照)。30歳以上の男性事例におけるひきこもり

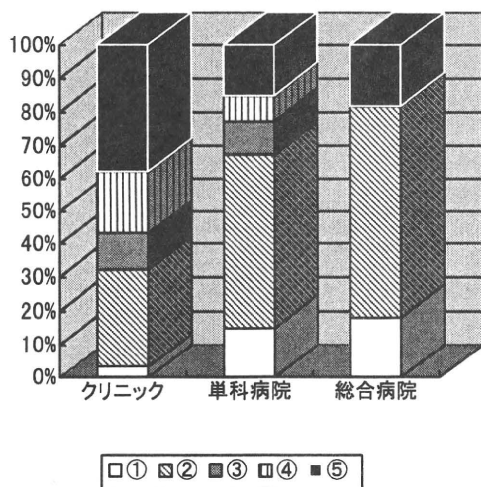
(①)、準ひきこもり(②)が、困難事例として多く想起されていることがわかった。

図9-2 年代性別の人数



さらに所属別で集計して比率を比較したところ、図9-3のような結果となった(所属が「大学や研究所」、「その他」は省いて図示した)。

図9-3 医師所属別の比率(%)



クリニックでは就学中・就労中の事例に困難を感じていることが多いのに対し、精神科病院や総合病院では家庭内ひきこもり・準ひきこもりの事例に悩んでいることが多い。

それぞれの施設の果たすべき社会的役割や通院している患者群から、この結果は自然なことと

も言える。

⑤治療や支援で困ったこと

当該事例に対する治療・支援上で困ったことの内容については、事前に研究者グループでありそうな要素を列挙し、12の選択肢を作って回答を求めたところ、表1のような結果になった。

表1: 治療・支援において困ったこと

①本人の訴えが複雑で理解しづらい	12
②本人の訴えが長く、面接が長時間化しやすい	21
③本人に訴えがない(困っていない)	10
④本人が自分の問題をうまく言葉にできない	29
⑤本人が訴える症状がなかなか改善しない	26
⑥症状は改善したが、就業できない・人間関係が拙いなど社会適応が難しい	29
⑦家族が本人を理解したり協力しようとしていない	16
⑧職場や学校が本人を理解・支援しようとしていない	12
⑨本人が医師等の指示を理解したり守ることが難しい	21
⑩デイケアや作業所等、ふさわしい日中活動の場がない	29
⑪保健所などの地域の保健資源が活用にくい	18
⑫福祉施設や制度を、どのタイミングで、どう使っているかわからない	13
⑬その他	14

(網掛けは多いもの)

さらに、「⑤症状がなかなか改善しない」について具体的に「改善しなかった症状」を尋ねたところ、「うつ状態」「意欲低下」「悲観」「希死念慮」などの抑うつ症状や、「イライラ」「家庭内暴力」「過食」などの衝動制御の障害など、様々な症状が挙げられていた。

また、「⑬その他の困難」の具体例としては「職場の上司・同僚を攻撃し追いつめる」、「職場で発生した問題を本人・家族が問題視しない」「家族の負担が大きい」など、想像力の弱さから生じる

利己性や他罰性に起因した問題が数多く挙げられていた。

以上をまとめると、多くの精神科医が、治療や支援で困難に感じていることは、Ⅰ：障害特性ゆえのコミュニケーションの取りづらさ(④・⑥・⑨)、Ⅱ：精神症状の治りにくさ(⑤)、Ⅲ：日中活動の場のなさ(⑥・⑩)、の三つに大別されるように思われる。この三つをより一般化して説明すると次のようになるだろう。

(Ⅰ)治療者患者関係は治療の基盤と考えられるから、コミュニケーションの取りづらさによって良好な関係を築けないことは、そのまま治療の困難性として医師に認識されることになる。

(Ⅱ)発達障害患者の二次障害や併存障害は、元来、治りにくいものであるが、治療者患者関係がぎくしゃくしているなか、治りにくい症状を治療していくことはさらに困難なことである。

(Ⅲ)患者の多くは、受診前から深刻かつ独特な適応の問題を抱えているから、症状が軽快しても、社会復帰できず、過ごす場所が見つからない。

Ⅰ～Ⅲの問題が時期を待たず重層的に発生することが、発達障害を精神科医療で扱う際に生じる困難性の本質と考えられる。

逆に言えば、「まず治療者患者関係が形成され、治療ターゲットとなる症状への治療が行われて症状が軽減し、適応が改善されて社会復帰」という、通常の治療プロセス・モデルは、発達障害者の支援には通用しないのである。

5) HFPDD 患者の治療・支援において、必要な資料・窓口・組織・研修等 (自由記述)

多彩な意見が書かれていたが、それらをおおまかに整理分類すると、精神科医は次のようなことを求めている。

- ①成人ケースの事例検討会の実施
- ②当事者、家族向けの分かりやすい機関紹介や障害理解のためのパンフレット
- ③デイケアの様な当事者の居場所づくり
- ④ソーシャルスキルを磨く場の提供
- ⑤就労のための訓練から就労の場

⑥支援者の相談窓口

⑦当事者の相談窓口

これらの精神科医のニーズを、本研究の主任研究者である近藤によるネットワーク支援の概念整理分類¹⁾に照らし合わせると、①・②・⑥は「コンサルテーション」に、③・④・⑦は「協働」に、⑤は「移行」に相当する支援活動が行われることによって、達成される内容と考えられた。

6) 医療の立場から、「他の機関で担ってほしい役割」について (自由記述)

ここにも多彩な意見が述べられていたが、おおまかに整理分類すると、精神科医が他機関で担ってほしい役割は以下の5つであった。

- ①機関やライフステージが移行する際の支援
- ②当事者の生活全般の相談窓口
- ③就労支援
- ④職場や学校適応についての支援
- ⑤適切な診断機関

これらのニーズは、⑤を除けば「課題ごとに分担する協働」「生活状況や健康状況の変化によって生じる移行」というネットワーク支援²⁾の必要性をそのまま述べたものと言える。

さて、5)と6)の自由記述欄には、実に多くの意見や要望が書き込まれていた。その中には(直前に治療困難事例を想起させる手法を用いた設問があったためでもあるが)、“患者に対する強い困惑感”や“紹介元に対する陰性感情”や“相談相手や紹介先がないことについての孤立感”などが長々と吐露されているものもあった。

そこから透けて見えるのは「HFPDD 診療における精神科医の困り感の強さ」である。一部の精神科医は「診療できない」「患者を紹介されたくない」と考えており、かなり多くの精神科医は「やむなく診療を続けているが、うまくいっていないとはいえない」と感じながら、「もっと上手に治療・支援してくれるところがあればそこに任せたい」と思っているようにみえる。

それぞれの地域の実情に添ったネットワーク支援の構築とその定着を急がないと、上記の精神科医たちは、発達障害者への支援の動機づけを低下させ、その結果、自らができることも含めて、他機関に“丸投げ”してしまうという、悪しき習慣をつけてしまいかねない。

アンケートの自由記述欄を読みながら、研究者は、“発達障害支援に関する知識の啓発”や“社会資源の整備と周知”も精神科医のために重要であるが、より喫緊な課題は「発達障害者支援センターも含んだネットワーク支援概念の普及と定着」ではないかと感じた。

D. 考察

今回のアンケート調査によって、青年期・成人期の HFPPD 患者への治療・支援について、次のようなことが明らかになった。

1) 施設間格差

過半数の医師が HFPPD 患者の治療・支援を行っているが、実践に所属機関、医師により差がある。クリニックや総合病院での実践に比し、精神科病院では少なく、精神科病院では一極化が起きている。

2) 発達障害者支援センターの啓発の問題

日常的に協働している医師は少数派であり、その名前や業務を知らない医師が7割に近い。これについても精神科病院での啓発の遅れなど、施設間格差が大きい。

3) 治療・支援の困難性

治療・支援に困難を感じる事例を経験している精神科医が7割に上り、特に20代～30代の男性患者の治療に困難を感じているようだ。

4) 困難性の原因

治療・支援が困難な原因は、Ⅰ：障害特性に起因するコミュニケーションのとりづらさ、Ⅱ：精神症状の治りにくさ、Ⅲ：社会参加の場や日中活動の場の少なさ、の三つの領域にわたっている。

5) 精神科医の認識の現状と課題

HFPPD 患者に関わる精神科医の数が増えているものの、治療・支援が困難な事例を一人で抱えこ

んで不安を感じている精神科医が少なくない。彼等を支援するためには、支援のための社会資源の整備・充実とともに、ネットワーク支援概念の普及・定着が必要である。

E. おわりに

今回のアンケートを実施したことによって、研究者らは、発達障害の診断やその後の治療・支援の流れについて、適切なイメージを持てずに不安や戸惑いを感じている数多くの精神科医たちに出会うことになった。

彼らの不安や戸惑いは、自然なことでもある。なぜなら、精神科医たちは、統合失調症や古典的気分障害など投薬により治療・維持できる疾患か、一部の気分障害や神経症のように一対一での面談を（本人主導で）続けることで徐々に改善が期待できる疾患に、関わってきたからである。

それに対し、近年ニーズが急増した発達障害を基盤に持つ不適応や精神症状は、一般的な薬物療法や面談の継続では軽快しない。そもそも彼等にはコミュニケーション障害があるので、治療者患者関係をうまく構築できないし、実際に何が起きているのか、誰が何に困っているのかを理解するところ、つまり治療の入り口で躓いてしまう。

逆に言えば、患者と十分な関係性を構築しえないなかで、“環境整備”“家族や関係者への心理教育”“二次障害の治療”を行わなければならないのである。これを一人で行うのは神業である。

近藤は、ネットワーク支援のうち“協働”と概念化される部分について、「生活全般にわたるニーズを検討し、支援課題を的確にリストアップしたうえで、その一つずつに必要な支援を組み合わせる」と説明している。

古来より夙に「精神科医には自閉性がある」とは言われてきた。それが生来的なものなのか職務による二次的なものなのかはともかく、今日の精神科医は、一人で問題を抱え込んで落ちこむのではなく、問題の一覧を明示して役割を分担するという明るい社会性・合理性が求められているのであろう。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 塚本千秋、五島淳、住友佳代、池上淳也、中島豊爾：ひきこもって母親を支配していた広汎性発達障害の青年への入院介入. 精神科 17(2), 2010.
- 塚本千秋：大人の都合、大人の安心ー児童精神科からみた学校の風景ー. こころの科学 151, 2010. pp.41-18.

2. 学会発表

- 大重耕三、塚本千秋：ある男児の入院治療の経過について. 第 28 回日本青年期精神療法学会大会. 2010. 11. 20～21. 神戸

● G. 文献

- 1) 近藤直司：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キング支援についてのガイドライン作成に関する研究. 厚生労働省科学研究補助金総合研究報告書. 2010
- 2) 近藤直司：発達臨床とネットワーク支援. 精神科臨床サービス (印刷中)

- 3) 発達障害以外の精神医学的診断は？
- なし 強迫性障害 不安障害・適応障害圏 気分障害圏 統合失調症圏
 - 物質依存や乱用 心身症や摂食障害圏 パーソナリティー障害圏
 - その他 ()
- 4) 広汎性発達障害の診断は
- 児童相談所などの公的機関で受けていた。 他の医療機関等で受けていた。
 - 自分のクリニックで診断した。
 - 初診後、() に行ってもらい、診断を受けてもらった、
 - その他 ()
- 5) 本人や家族に発達障害であるという自覚は
- 本人にも家族にもない 本人にはないが家族にはある
 - 家族にはないが本人にはある 本人にも家族にもある
- 6) その方の社会的な適応の状況は、次のどれに近いでしょうか。
- 家庭内へひきこもっている。 たまに外出するが家庭内で過ごすことが多い。
 - ほぼ定期的に外出し、家人以外の人と顔を会わせている
 - 就労や就学の準備行動を行っている。 就労、就学中である。
- 7) 治療や支援で困ったこととはどのようなことだったでしょうか（複数回答可）。
- 本人の訴えが複雑で理解しづらい。 本人の訴えが長く、面接が長時間化しやすい。
 - 本人に訴えがない（困っていない）。 本人が自分の問題をうまく言葉に出来ない。
 - 本人が訴える症状がなかなか改善しない（改善しなかった症状)。
 - 症状は改善したが、就業できない・人間関係が拙いなど社会適応が難しい。
 - 家族が本人を理解したり協力しようとしめない。
 - 職場や学校関係者が本人を理解したり支援しようとしめない。
 - 本人が医師やスタッフの指示を理解したり守ることが難しい。
 - デイケアや作業所など、本人にふさわしい日中活動の場がない。
 - 保健所などの地域の保健資源が活用しにくい。
 - 福祉施設や制度を、どのタイミングで、どのように使っていいかわからない。
 - その他 ()
8. 発達障害を背景に持つ患者さんの治療について、「このような資料・窓口・組織・研修等があればよい」というものがありましたら、お書きください。
9. 発達障害を背景に持つ患者さんの支援で、医療の立場から、「他の機関で担ってほしい役割」について、感じておられることを自由にお書きください。

(どうもありがとうございました)

教育から就労につながる支援の現状把握と課題に関する研究

分担研究者 鳥海順子¹⁾

研究協力者 橋本創一²⁾ 土肥 満³⁾ 河西慶仁⁴⁾ 竹井ひとみ⁵⁾
森屋直樹⁶⁾ 出口幸英⁷⁾

1)山梨大学 2)東京学芸大学 3)山梨県南アルプス市立落合小学校 4)山梨県教育委員会
5)保護者 6)すみよし障がい者就業・生活支援センター 7)地域療育支援センター千代田

研究要旨

平成 22 年度は「教育機関へのキャリア教育・進路指導のサポート」について文献研究を中心に文部科学省のモデル事業について調べた。また、8月に文部科学省の研究開発学校である神奈川県立田奈高等学校教諭を講師に「高等学校における『かながわの支援教育』の具体的展開～対話による支援 田奈高等学校の実践から～」の研修を行った。さらに、ガイドライン作成にあたり、教育班会議を重ね、内容について検討した。以上の結果、就労や生活上の支援を必要とするためには、周囲の理解とともに、本人が関係機関を活用できる力を育て、教育機関は関係機関に関する情報の提供とネットワーク支援の構築が必要であることが示唆された。また、キャリア教育では「修学支援」以外に「コミュニケーションスキル」「自己理解」「苦手なことへの対処スキル」の育成も望まれた。さらに3年間の研究を通して、教育期に福祉、医療、労働との接点をつくり、継続的なネットワークを形成するために、コーディネートする人材の育成や保護者の理解の重要性が指摘された。

A. 研究目的

22 年度は高等学校や大学のキャリア教育・進路指導のサポートについて検討し、さらに3年間の研究成果をガイドラインに具現化することを目的とした。

保護に関する法律」を遵守し、対象者の匿名性を確保した。調査引用については、目的を明らかにし、不利益を生じさせないように配慮する旨を伝え、インフォームド・コンセントを実施した。提供団体から資料掲載、公開の許可を得た。

B. 研究方法

本研究は以下の3つ方法から成る。

1. 文献研究
2. 関係機関、関係者間の相互理解を図る研修会を実施する。
3. ガイドライン作成検討のための班会議

（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

C. 研究結果

1. 文献研究

「LD等の発達障害のある高校生の実態調査報告書」（全国LD親の会 2007）、「発達障害者の社会的自立を目指して－就労支援の取り組み」（松尾, 2010）、「発達障害を有する学生に対するキャリア支援について」（森定, 2010）等高等教育機関における文献研究の結果を「高等教育機関における特別支援教育」（鳥海, 2011）としてまとめた。

2. 研修会

(高等学校における特別支援教育)

文部科学省の研究開発学校(2008年度～2010年度)に指定されている神奈川県立田奈高等学校教諭(教育相談コーディネーター)を講師に迎え「高等学校における『かながわの教育』の具体的展開～対話による支援 田奈高等学校の実践から～」の研修会を行った。教員、保護者、関係機関等から約80名が参加し、高等学校における特別支援教育について理解を深めることができた。研修概要は以下の通りである。神奈川県では支援教育を「障害のあるなしにかかわらずすべての子どもを対象に一人一人が抱える困難な課題(教育的ニーズ)に応じた教育的支援」であり、どの学校でも行わなければならない、個々の子どもを大切に学校教育そのものであると捉えた。田奈高校は以前から、様々な課題を抱える生徒を受け入れてきた学校であった。「対話」を大切にしたり、予防的生徒指導を実施し、生徒指導と協働した教育相談システムを通して対応の検討を行い、必要に応じて外部連携なども行っている。コーディネーターは、担任の支援、過剰にならない生徒に対する適切な支援、柔軟なチーム(その時に必要な人によるチーム)、困っていること、背景を「特別支援教育」の視点で考えることなどに留意しているとのことであった。また、総合的な学習を「生活研究」として、デートDVや携帯電話の使い方などを学ぶ時間としたり、キャリア教育として、1年生全員対象の「職場見学体験」を行ったりしている。これらのきめ細やかな取組によって退学率が激減した。田奈高等学校の実践から校内外の連携を調整するコーディネーターの機能を強化することが非常に重要であることが示唆された。

3. 教育班会議

教育班会議で協議された点を以下にまとめる。

(1) 教育から就労への移行についてのネットワーク支援のあり方

就労への移行をスムーズにするための教育期の支援に関して以下のような意見が出された。

- ・学校で就労のイメージが持てるような取組(実習や体験型)を設けることが必要である。
- ・就労の失敗体験が悪影響を及ぼし、鬱になってしまうケースもあった。安心できる就労体験が必要である。
- ・障害がわかってもクローズでいる人も多い。障害ではなく、その人の特徴としてとらえ、評価をし、適性を見いだせないか。
- ・本人にわかりやすい仕事であれば短期間で毎年取り組むことも可能(期間や季節限定の労働)。
- ・得意領域をいかせる仕事内容であれば続く。
- ・外国人労働者を受け入れている企業は、手順の図示など、コミュニケーションの困難さを克服する工夫があり、配慮発達障害者にも働きやすい傾向がみられる。
- ・就労移行を支える人材育成が急務である。
- ・「障害」という名称の場ではなく、一般就労支援の場(ハローワーク、若者サポートステーション、ジョブカフェなど)で発達障害の支援を広げることが有効ではないか。
- ・職業訓練も一般の人が利用する場で支援できないか。

(2) ガイドラインの検討

ガイドラインについて相互に意見交換を行い、教育から就労へスムーズに移行するためのネットワーク支援モデルを図1のようにまとめた。青年期は本人も関係機関を活用できる力を育てること、教育機関は関係機関に関する情報の提供とネットワーク支援の構築をすることが重要である。

4. その他

研究成果については、以下の通り山梨県教育委員会等の研修会において公開する機会を得た。

- ・山梨県高等学校定時制通信制教育研究会研修(6月2日)。
- ・山梨大学教育人間科学部附属教育実践総合センター主催特別支援教育基礎研修(8月3日)。
- ・全日本特別支援教育研究連盟関東甲信越地区特別支援教育研究協議会事例検討(8月6日)。
- ・山梨県中北地域発達障害者支援研修会(12月