

① はじめに

1. 本ガイドラインの目的と対象

このガイドラインは、青年期・成人期の発達障害ケースに対するネットワーク支援の方法論を示し、医療、福祉、保健、教育、司法、矯正などの分野で活用していただくことを目的としています。まず、このガイドラインで取り上げる支援対象を整理しておきたいと思います(表1)。

第一に、高校生以上のケースを対象とします。現在、小・中学校では特別支援教育の体制整備が進みつつあり、今後は高等学校や大学などにおける支援体制の整備が重要な課題となるからです。また、高等学校や大学においては、進学や就労など、その後の社会参加に向けた支援が必要であり、福祉機関や一般事業所などとのネットワーク支援が重要な課題になる時期であると考えられます。

第二に、知的障害を伴わない、いわゆる高機能群の発達障害者を想定しています。知的障害を伴う発達障害者に対しては、障害者自立支援法の施行以前から知的障害者福祉法に基づいて自立と社会経済活動への参加を目的とした支援体制が整備され、多くの実践が積み重ねられてきました。一方、知的障害を伴わない発達障害者については、平成22年に障害者自立支援法の対象として明確化されたものの、現時点においては十分な支援実践が蓄積されていない状況にあります。ただし、実際の治療・支援場面では、境界域の知能水準や軽度から中度の知的障害を伴う事例、あるいはそれらに気づかれないまま青年期・成人期を迎えている事例が少なくないことも念頭に置く必要があります。

表1 本ガイドラインの対象

- | |
|--|
| 1. 対象年齢
:高校生以上 |
| 2. 対象とする障害
:広汎性発達障害などの発達障害のうち、知的障害を伴わない群
一部には、見逃されていた中度・軽度の知的障害(精神遅滞)や境界知能の
ケースが含まれていることを想定する |

2. 本ガイドラインの作成過程と今後の活用

本ガイドラインは、厚生労働科学研究「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)における調査結果の他、先行文献、研究班における討論などをもとに研究代表者と分担研究者で執筆を分担し、一部を研究班以外の専門家に執筆をお願いしました。暫定版を作成した段階で、全国発達障害者支援センター連絡協議会と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、お寄せいただいたコメントをもとに、研究代表者が加筆・修正を加えました。

本ガイドラインは研究報告書にも掲載しますが、発達障害情報センターのホームページからもダウンロードできます(仮 <http://www/rehab.go.jp/ddis> * *)。今後、お寄せいただいたご指摘や制度の変更、さらに検討が深まった点などについて、改訂を加えていくことも検討しています。さまざまな分野の専門家・援助者の方々にご活用いただければ幸いです。

② 青年期・成人期の発達障害者のニーズと支援課題

1. ライフサイクルと社会生活上の問題

発達障害とは、人生の極めて早い段階でその徴候が見られるものですが、初めて診断を受ける時期はさまざまです。発達障害者支援センターをはじめとする相談支援機関に訪れる青年期・成人期の発達障害者の多くは、学齢期以降に初めて診断を受けています。小川(2009)の調査^{注1)}では、相談支援機関ないし医療機関に相談に訪れた発達障害者157人(189人中無回答の32人を除く)のうち、20歳を過ぎてからはじめて診断を受けた者が73人(46%)いました。

初めて診断を受ける時期が、思春期や成人期に及び、必ずしも幼児期に限定されない理由はいくつか考えられます(⇒図 医療機関を含むネットワーク支援について)。その理由のひとつに、ライフサイクルごとに周囲から要求される水準が変化し、発達障害の特性が浮かび上がりやすくなるという点があります。たとえば、中学校の時期まで大きな不適応がなかったケースにおいて、高校生になり、授業やコースの選択、クラブ活動における責任ある役割等の今までに経験のない課題に直面化したときに、その課題を乗り越えることができず、不登校の状態となって診断を受ける場合、大学の卒業が間近になり、履歴書やグループディスカッション、面接などの求職活動に適応できない、あるいは卒論作成に向けて指導教官の指導についていけないといった理由で、さまざまな精神症状や身体症状が表面化し、初めて発達障害の診断を受ける場合があります。

2. 診断と障害福祉サービス

本章では、障害福祉サービスを障害者自立支援法の自立支援給付や相談支援、地域生活支援事業等に限定するのではなく、精神保健関連機関や福祉事務所等、医療機関で実施しているデイケア、障害者雇用支援施策による各種就労支援サービスを含むものとします。図1は、発達障害者と障害福祉サービスの関係を整理するためにまとめたものです。

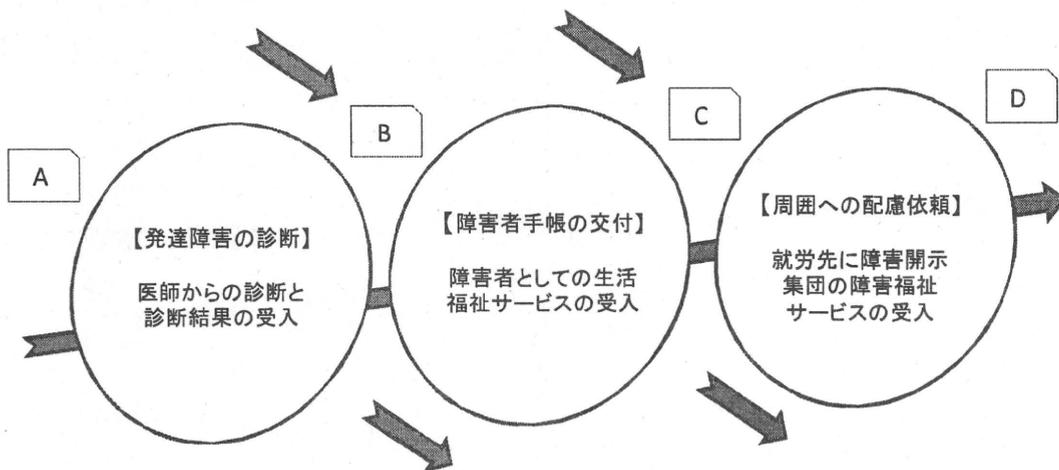


図1. 青年期・成人期の発達障害者の就労支援・福祉サービス利用のマイルストーン

この図では、①医療機関において「発達障害の診断」を受けた段階、②最寄りの自治体の福祉窓口において「障害者手帳(主に精神障害者保健福祉手帳)の交付」申請を行い、交付を受けた段階、③障害福祉サービスや障害者雇用など、障害特性について「周囲への配慮を依頼した」環境での生活を始めた段階という3つのマイルストーンを設定しました。以下、この3つのマイルストーンの前後における障害福祉サービスの利用状況をまとめます。

A 診断以前から利用するサービス

青年期・成人期の発達障害者の相談支援においても、幼児期や学童期と同様に未診断の事例が存在します。相談や診断に至る経過は大きく分けて3つのパターンがあります。①本人からの相談:書籍やネットか

ら情報をもとに自己診断した人の場合、②家族からの相談：家族が現在の生活状況や行動特徴に不安を覚える場合、③第三者からの相談：大学の健康管理センターやキャリア開発部門の専門員さらにハローワーク等の求職活動の窓口担当者が障害を疑う場合です。この段階で相談支援機関が連携するのは、①ハローワーク、ジョブカフェ、若者サポートステーションや大学といった障害を必ずしも看板に掲げていない部門、②医療機関(おもに精神科)が中心です。

B 診断後、障害者手帳等の交付を受ける前のサービス

社会生活上の問題が顕著で、障害福祉サービスの活用が必要となる場合には、障害者自立支援法上の障害福祉サービス受給者証を申請することが必要になります。この障害福祉サービスの申請に関しては(身体障害者以外は)障害者手帳の所持は必ずしも要件とはなっていませんが、障害者雇用助成金による障害者雇用を希望する場合は、障害者手帳の所持が必須となっていることを見据えて、障害者手帳をこの段階で取得する場合も多く見られます。(幼児期や学齢期に、すでに発達障害の診断を受けており、青年期になって初めて障害者手帳の交付を申請するケースもあります。)最初の診断以降、小中学校等では大きな社会不適応に直面することもなく過ごしたものの、高等教育や社会人になってから初めて問題に直面し、相談に訪れる人たちが、このような時期の障害者手帳申請を行う層です。

その一方、診断は受けたものの、障害福祉サービスの必要性が低いために、相談を終結する人もいます(例：自ら求職活動を行い、就職が決まる)。また、相談支援の担当者が障害福祉サービスの利用が妥当だと考えていても、本人や家族が障害福祉サービスの利用を躊躇する場合があります。このような場合でも、まずは様子を見守り、時間をかけて障害福祉サービスの利用の検討を進めることが必要です。

これらの具体的なサービスを検討する段階では、発達障害者支援センターや地域の相談支援事業所等の相談支援機関、医療機関が提供している精神科デイケアや公的機関で実施している社会参加促進を目的としたデイケア、障害者職業センター等で実施している発達障害者のための職業準備訓練をはじめとしたサービスの利用も可能です。

C 障害者手帳(障害福祉サービス受給者証)の交付を受けた後のサービス

基本的には、障害者福祉サービスや障害者雇用を活用するために手帳を取得することが多いので、目的とした支援につながるができます。

しかし、その一方で障害者手帳の交付を受けても、すぐに障害福祉サービスを利用したり、障害者としての求職活動を始めるとは限りません。特に、①支援機関の確認不足：交付後の展望が特でない段階で障害者手帳の申請を行った場合、②家族主導の手続き：進路の決定権を両親が握っており、本人の意見を支援過程で十分に反映できなかった等の場合には、手帳交付後に、実際の障害福祉サービス利用に移るには、そうとうの時間を要します。

逆に、障害者手帳の交付を受け、ハローワーク等の求職活動で就職先が決まり、その後の就業生活も安定し、早い段階で相談支援を終結する人もいます。この層は、当面、障害福祉サービスの利用を必要としない人たちです。しかし、中にはいったん就職をしても何らかの理由で離職し、再就職をする際に初めて障害福祉サービスや障害者雇用を活用することになる場合もあります。

障害福祉サービスとしては、就労準備訓練を目的とした通所系の施設利用が多くなります。しかし、このようなサービスが必要だと周囲が考え本人も理解していても、すぐに利用しない人も実際には多く、成人期になってから自分の障害を理解することは決して容易なことではありません。専門の相談支援機関に通って就労支援をうけていた人も、同様な壁にぶつかることがあります。それは、障害者手帳が交付されている事実を雇用する企業等に開示せずに働きたいと考える場合です。この場合、相談を受けていた専門機関は、企業等にコンタクトをとることができませんし、企業等も、障害者雇用としての障害に対する各種の配慮を提供できません。

いずれの場合でも、自分の障害をある程度客観的に見る力が重要であって、障害者手帳を交付されたとしても、発達障害者が周囲の人に「何らかの配慮」を依頼できるかどうか、依頼することに抵抗がないかどうか

かを確認する過程は大切です。

D 障害としての配慮を周囲に依頼した後

この段階では、ほとんどの障害福祉サービスが利用可能です。表1はサービスの形態別に障害福祉サービスを分け、成人期発達障害者の利用が想定される主なサービスをまとめました。

表1. 形態別障害福祉サービスと想定される具体的なサービス

訪問系	居宅介護(ホームヘルプ)、日常的金銭管理サービス、書類等の預かりサービス
通所系	就労移行支援事業、就労継続支援事業、自立訓練、地域活動支援センター、障害者職業能力開発校、委託訓練
居住系	グループホーム
相談系	相談支援事業所、発達障害者支援センター、障害者就業・生活支援センター 等

現段階では、訪問系や居住系のサービスを利用している人は非常に稀です。ガイドライン作成のための予備調査^{注2)}では、5ヶ所の発達障害者支援センターで1年以上継続して相談を続けている 222 人のうち、居住系サービス(グループホーム)を利用している人は 1 人しかいませんでした。数値データとしては集計できませんでしたが、訪問系サービスの利用状況も同様にレアケースでした。これらの結果から、発達障害者には訪問系や居住系のサービスが不必要と結論づけることはできませんが、現実的には、通所系や相談支援が中心的な障害福祉サービスとなっています。

障害者雇用の枠として企業に就労している事例の中には、障害者就業・生活支援センターやそれ以外の相談支援機関で定期的な相談支援を受けている人が多く見られます。また、発達障害者支援法の施行後、発達障害者を対象とした国や地方自治体の支援事業がいくつも立ち上がっています。しかし、図1のマイルストーンを常に意識することが依然として重要です。つまり、障害者手帳の申請を行い、本人の自分自身の障害に対する理解と、周囲に障害の理解と配慮を求める姿勢が必要です。図1のA~Dのどの過程にあるか、ネットワーク支援の関係者は常に共通理解を図っておく必要があります

3. 就業と経済的な困窮

青年期・成人期の発達障害者が相談支援機関に訪れるきっかけの多くは、「求職活動がうまくいかない」「職場での不適応、離職の危機」「就職ができるかどうか不安である」といった、就労に関係した課題に直面している場合です。発達障害者に限らず、最近の日本は若年層の雇用状況の悪化が社会問題化しています。35歳未満の失業率が下がらない、大学卒業生の就職内定率の低下など、悪いニュースばかりです。米国やEU諸国同様、わが国においても若年層の雇用と貧困の問題に対する早急な対策が必要になってきています。

このような時代に、雇用ステージにうまく登れない、いったん登ったステージでつまづく、ときにはそのままステージを降りてしまい、再登場を望まなくなる発達障害者がいます。地域におけるネットワーク支援が必要と考えられる発達障害者の大多数は、雇用と生計の維持に大きな不安や問題を抱えています。ガイドライン作成の予備調査においても、継続的な相談を求めている発達障害者 407 人のうち、比較的安定した経済状況にある人は全体の1割弱に過ぎませんでした。

一言で就労と言っても、働く企業の業種や職務、そして雇用上の身分は多種多様です。発達障害者の中にも、社会的に高い地位のある資格や高度な職業スキルをもち、雇用主から求められる高い水準の労働力を発揮する(結果的に高い賃金を得る)人から、数日の臨時の仕事を年間数回こなすだけの就労まで、広範囲な形態が存在します。前述の調査結果では、企業等で就労している人が相談者の3割弱でしたが、その多くは年収 200 万円に届かないのが現状です。また、発達障害者にとっては、障害者雇用という選択肢も存在します。そのためには、精神障害者保健福祉手帳や療育手帳の交付申請を行い、障害者であることを雇用する企業等に開示することが前提になります(図1のDの段階)。

図2は、職場から要求される成果の水準と障害に対する特別な配慮を職場がどの程度行えるかといった視点から、就労の形態をシンプルに分類したものです。職場の要求水準は、おおむね賃金に比例します。発達障害があっても、非常に優れた職業能力・キャリア発達を実現している人は多数存在するはずですが、上述の通り、障害者の相談支援の現場で、このような人に出会うことは稀です。就労のニーズに対して、現在、図2のどのレベルの就労が可能であり、将来どのような方向の移行できるかを検討しなくてはなりません。

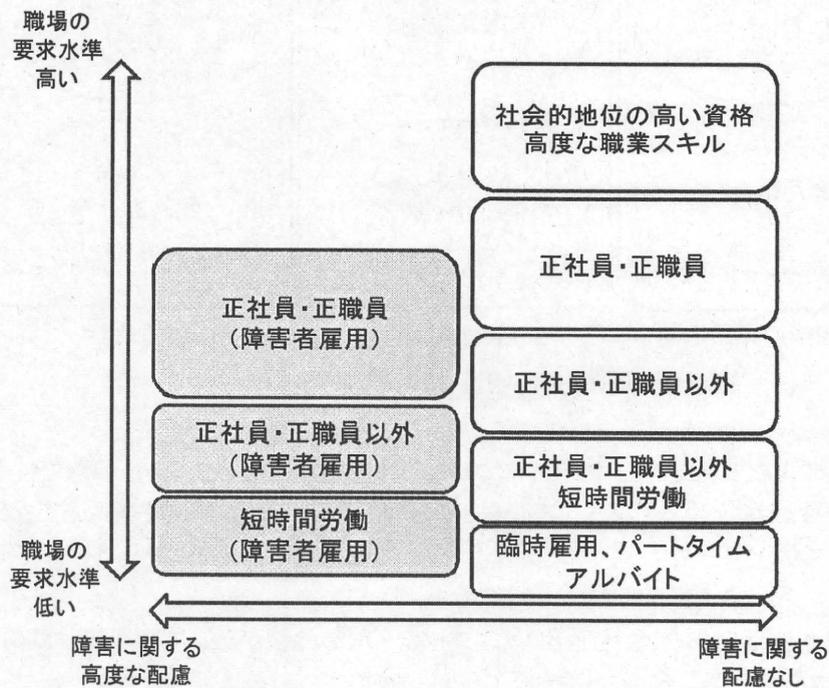


図2. 発達障害者の就労形態に関するシンプルな分類例

就労による収入だけでは生計が成り立たない、あるいは一定期間の職業訓練やリフレッシュのための休息を必要とする人の場合、生活を維持するための各種福祉制度の活用を考える必要があります。また、求職活動や職業準備訓練の前段階として、数カ月から数年単位で、健康的で安定した社会生活を送る方法を探ることからスタートすべき人もいます。初回相談から「就労」を主訴とする人の中にも、数カ月や数年では就業生活の実現が難しいと思われる事例があります。また、就労しても生計が成り立つ金額の収入を得るのが非常に困難な人もいます。

発達障害者にとって就労の実現は重要であり、そのニーズは高まっています。しかし、発達障害者支援センターなどで継続的な相談支援を必要とする人の多くは、障害に対する配慮のない職場で就労を継続することは非常に厳しいのが現実です。多くは障害者雇用の枠で、相談支援を継続的に続けながら就業生活を送っています。また、フルタイム雇用は負担が大きく、短時間の就業形態を続ける人もいます。障害者雇用や短時間雇用の場合、いわゆる正社員相当の収入を得ることが難しく、生計を維持するために各種福祉制度の活用を検討する必要があります。

4. 青年期・成人期の大まかな生活類型

ガイドライン作成のための予備調査においては、6ヶ所の発達障害者支援センターの継続的な相談支援を受けている407人のうち、企業などにおける就業生活をしていないひとが1/3、就業していない人の半分は職業訓練やデイサービス等、継続的な日中活動の場に参加することなく、自宅を中心に単独で近隣などに出かける生活を送っていました。青年期・成人期の発達障害者の生活の状況を、大まかに分けると図3の3パターンの生活に類型化できます(これは、現在進行形の継続的な相談者のデータから作成したものであり、

その後、精神科病院で入院治療が必要になった事例も少数ながら存在します)。

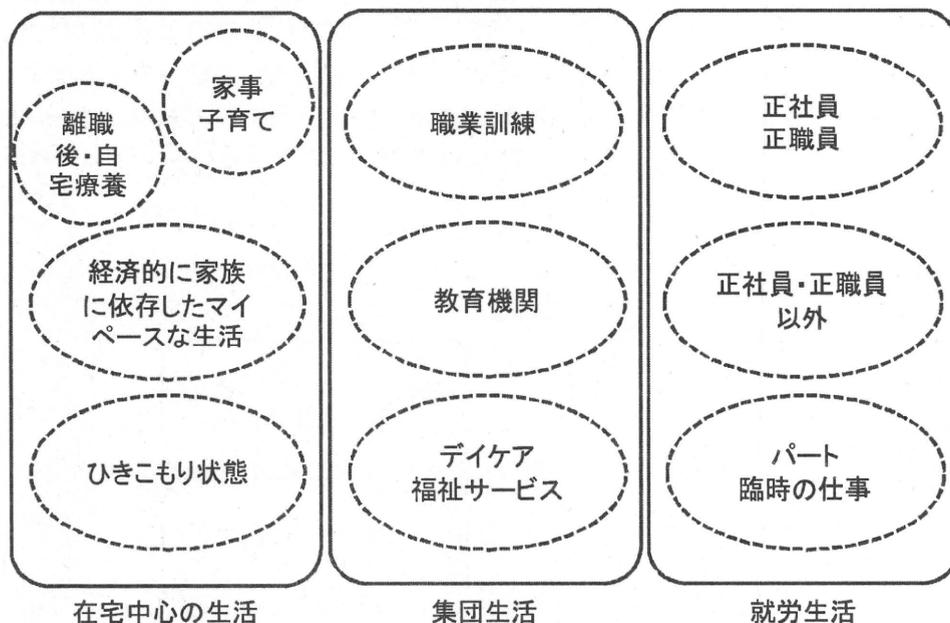


図3. 生活状況の3つの類型化

図3は、3つに類型化した生活状況それぞれについて、代表的な生活スタイルを破線で付け加えたものです。このように社会生活の状況や生活スタイルから、発達障害者の支援ニーズを考えると、以下の2点に集約されると考えられます。

- ① 現在の生活状況や生活スタイルから退出しなくてはならない危機が迫っている(例: 就労生活の継続が困難になり在宅中心の生活を余儀なくされる)
- ② より社会的ステータスの高い生活状況や生活スタイルへ移りたい(例: 職業訓練から障害者雇用としてフルタイムの就労生活に移る)

5. 発達障害者の課題とニーズを把握するシンプルなモデル

青年期・成人期の発達障害者の支援課題・ニーズは非常に多様です。現在の社会生活上の不適應状況や精神障害の合併、家庭環境や生育歴等、適切な支援を計画するための個別的な要因は数多く存在し、包括的で詳細な検討が必要になります。

同時に、このガイドラインでは、どのような機関でも比較的容易に状況が把握できる、就労支援・福祉サービス利用のマイルストーン(図1)や現在の生活状況の類型化(図3)といった、シンプルなモデルも提案しておきたいと思います。これらは、ネットワーク支援の第一歩として、現在の状況を大まかに把握し、各専門機関の役割を俯瞰するために有用なモデルになると思います。

注1) 小川浩編著, 発達障害の就労相談ハンドブック. 平成20年度障害者保健福祉推進事業成果物(NPO法人ジョブコーチ・ネットワーク受託), 2009.

注2) 近藤直司(研究代表者), 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」, 志賀利一(分担研究者), 「発達障害者支援センターと他の福祉・就労分野との連携についての研究」, 平成20年度総括・分担研究報告書, 2009, 平成21年度総括・分担研究報告書, 2010

③ ネットワーク支援の概念整理

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から収集したネットワーク支援の実践例に関する検討(近藤ら、2009)と機関連携に関する先行研究・文献(野中 2001、吉池、栄 2007)を参考に、本ガイドラインではネットワーク支援の概念を以下のように整理しておきます(表1)。

表1 ネットワーク支援の概念整理

<p>1. ネットワーク支援の形態</p> <ul style="list-style-type: none">① 協働: 複数のニーズを有するケースに対して複数の機関が支援すること② 移行: 支援経過において、おもな支援機関が代わること③ コンサルテーション: 他機関・他職種への専門的助言 <p>2. ケアマネージャー、コーディネーターの存在</p>

第一に、ネットワーク支援の形態や機関連携のあり方を、①協働: ケースに対して複数の機関が支援すること、②移行: おもな支援機関が交代すること、③コンサルテーション: 他機関・他職種への専門的助言、という三つに分類しました。以下、それぞれについて解説します。

協働は、単一の機関・職種では担いきれないような複数のニーズ(生活を支えるさまざまな要素のうち、現時点において欠けているもの)を有するケースに対して必要となる支援形態であり、この際には、ニーズと支援メニューとの一対性と、それらが過不足なくパッケージされて全体的な支援プランが構成されていることが重要です。つまり、専門職による支援や社会資源の活用を必要とするようなニーズを生活全般にわたって検討し、的確にリストアップしたうえで、そのひとつずつに必要な支援を組み合わせること、たとえば、ニーズ・支援課題が4つあるとすれば個々に対応する4つの支援メニューが必要となり、それらを複数の機関・援助者が分担し、全体的な支援プランとしてパッケージされているという構成です。また、単に複数の機関・援助者が関わっているというだけでなく、機関・援助者の間で目的を達成するための協力関係が形成されていること、少なくとも、必要に応じて連絡を取り合える関係にあるものを協働と呼ぶこととします。

移行は、進学や就職といったライフイベントに伴って、あるいは年齢や健康状態の変化などに伴って必要になるネットワーク支援の形態です。たとえば、進学に伴って、おもな支援機関が高等学校から大学、大学から就労支援機関に代わる場合があります。また、15歳や18歳を区切りとして、小児科や児童精神科から一般の精神科医療機関に移行する場合や、入院治療を契機に、精神科クリニックから有床の医療機関に移行するような場合があります。

コンサルテーションは、ある分野について高い専門性をもつ機関・援助者が他の機関・援助者に助言をす、あるいは、他分野の専門家に助言を求め、その助言をもとにケースへの対応方法を検討するような支援形態です。助言する側をコンサルタント、助言を受ける側をコンサルティといいます。コンサルタントには、ケースについての理解とともに、コンサルティの置かれた状況や問題解決の力量を見極め、有効な支援やケースの利益につながるように助言する役割が求められますが、その助言をもとに、実際にどのように対応するかを判断・決定する責任はコンサルティの側にあります。現時点では、発達障害者の支援について具体的なイメージをもつことができていない援助者も多いと思われるので、コンサルテーションは重要なネットワーク支援の一形態であると考えられます。近接した活動として「スーパービジョン」がありますが、これは専門家育成を目的とした教育活動の一環として採り入れられるものであること、教育・指導する側にもその責任が生じることなどの点でコンサルテーションとは区別されますので、本ガイドラインでは取り上げません。

第二の視点として、上記のようなネットワーク支援が有効に展開されるために、ケアマネージャー・コーディネーターの役割を果たす援助者の役割・機能が重視されることを強調しておきたいと思います。コーディネーターには、ケースのニーズを把握し、そのニーズに対応したサービスや援助者・機関に結びつけること、ある

いは、ケース会議・支援検討会議の開催などを通して協働する機関同士やネットワーク全体を調整すること、スムーズな移行を図るための仲介などの役割が求められます。高等学校に配置されている特別支援教育コーディネーター、相談支援機関の担当者や医療機関のケースワーカー、市区町村の専門職や相談支援従事者などが想定されます。また、おもな支援機関の「移行」に伴って、ケアマネジャー・コーディネーターも交代することがあります。ケアマネジャー・コーディネーターに求められる支援技術や資質については、次章で詳しく述べたいと思います。

4 ネットワーク支援における留意点

ネットワーク支援の留意点として、1. アセスメント、2. コスト、3. 情報管理、4. スピード、5. 対等性、について解説します(表1)。これらは有効なネットワーク支援を展開するために必要な構成要素であり、ケアマネージャー・コーディネーターがもっているべき資質や意識と言い換えてもよいと思います。

表1 ネットワーク支援における留意点

1. アセスメント
2. コスト
3. 情報管理
4. スピード
5. 対等性

1. アセスメント

「協働」が有効に機能するためには、本人の発達特性はもちろん、本人・家族の生活全般に目を配り、支援ニーズを的確にアセスメントすることが必須です。本人が述べている希望や訴えを尊重しつつ、その背後にある心情や生活状況を読み取ること、収集された情報や検査所見などを手がかりに、本当に支援の必要な課題について専門職がアセスメントする必要があります。医療、食事、住居・生活環境、整容・清潔、職業・収入、対人関係、家族関係、余暇活動といった項目に分けて支援を要する領域を検討すると、アセスメントの漏れが少なくなるかもしれません。そのうえで、その人なりの人生観や生活観、将来の希望などを把握しておくこと、本人と家族の希望や意向を調整することなども重要です(野中 2001)。

発達障害者の場合には、自らのニーズを的確に伝えることが苦手な人も少なくありませんので、本人の訴えは訴えとして十分に尊重しながらも、本当は何に困っているのか、真のニーズ・支援課題はどのようなことなのかを読み解くようなアセスメントが必要です。どのように対応・支援すればよいのかわからない、各機関の役割が混沌としている、紹介の目的が不明確であるといった場合の多くは、アセスメントが不充分なときです。アセスメントと支援プランの策定、他機関とのケース会議を活用したアセスメントとプランニングについては、後で詳しく解説します(⇒ 4 アセスメントの基本的枠組み、5 ケース会議・支援検討会議の運営について)。

また、他機関への紹介(おもな支援機関の移行や他機関に協働を依頼する場合)にあたっては、他機関を的確に利用するための本人と家族の資質・力量、あるいは、どの程度の支援があれば他機関や新たなサービスを利用できるかをアセスメントする必要があります。紹介先に関する情報提供だけで十分なケースから、紹介先の担当者を指名して事前に連絡しておけばよいケース、確実につなぐために初回相談ないし数回は同行が必要なケースまで、他機関を利用する本人・家族の力量と必要となる支援の量は相補的であり、その割合はケースによってさまざまです。

「移行」「協働」にあたっては、他機関を利用することの必要性を、援助者だけでなく、本人と家族が十分に理解していることも重要です。本人・家族が援助者と同様の問題意識をもつことができている場合や、他の支援・サービスを利用することが自らの利益につながることを理解していない場合には、新たな機関・サービスの利用を拒否する、つながったとしても、すぐに利用を中断してしまうような事態が生じやすくなります。乳幼児期・児童期ケースはおもに家族の同意によって進められますが、本ガイドラインは高校生以上のケースを想定していますので、家族と同時に、本人との間でどのような合意を形成するのかが重要な課題になります。本人・家族への説明の仕方や告知のあり方、問題認識や発達特性に関する自己理解をどのように促すかといった点について十分な検討が必要ですし、このプロセスには時間をかける必要があるかもしれません。

2. コスト

「協働」においては、必要な支援を不足なく提供すると同時に、必要以上に多くの関係者を巻き込まないこと、援助者・機関同士の過剰な一体化やネットワークを維持するために生じる業務量の増大をできる限り抑えることが求められます(吉池、栄 2007)。また、紹介先の業務量を増やさないような配慮も必要です。たとえば確定診断や診断書作成を目的に医療機関を紹介する際などは、本人・家族の同意のもとに十分な発達歴や知能・心理検査所見などが提供されれば、医療機関側の負担は格段に少なくなります(柴田ら、2008)。関係機関を集めて開催するケース会議・支援検討会議を効率よく進行する技術も重要であり、これについては後で取り上げたいと思います(⇒ 回 ケース会議・支援検討会議の運営について)。

自治体や特定の機関が主催する連絡協議会のように、常に一定の機関・メンバーによって構成される定例的な連絡会議などは、ここでいうネットワーク支援とは目的や趣旨が異なりますが、連絡会議などで形成された「顔の見える関係」が、実際の支援における連絡・調整などのコスト軽減につながれば理想的です。

3. 情報管理

地方自治体の個人情報保護条例は、大枠としてはネットワーク支援の際にもガイドラインとして活用できる内容を備えていますので、ご活用をお勧めします。ただし、条例の規制が及ばず、法的な守秘義務のかからない民間支援団体がネットワークに加わる場合があることにも留意する必要があります。要保護児童対策地域協議会は、その構成員に守秘義務が課せられており、民間支援団体など守秘義務が課せられてない関係機関が積極的にネットワーク支援に参加し、情報交換・連携が進むことが期待されていますが、通常のネットワーク支援では、本人・家族への十分な説明と承諾によって初めて守秘義務が解除されることを共通認識とすべきです(飛鳥井、2000)。情報の収集についても同様です。必要な情報は本人・家族から収集することが原則であり、それ以外の方法が許されるのは、自傷他害や虐待事例などを除けば、どのような情報を、どこから収集するかについて、本人の承諾が得られている場合に限られます。

情報管理の原則は、「本人・家族に関する情報はあくまで本人・家族のものであり、機関・援助者のものではない」という点です。他機関への紹介にあたっては、文書を作成し、本人・家族を介して次の機関に渡してもらう方法も一般的ですが、この際、紹介状の文面については本人・家族に目を通してもらい、承諾・同意を得ておく必要があります。紹介状や文書を用いない情報提供の場合にも、「どのような情報を、誰に伝えるのか」について、本人ないし家族の同意を得ます。情報提供の文書や紹介状を受け取った側は、その内容を本人・家族が承知しているかを確認し、知らない場合には、音読して聞いてもらう、直接読んでもらうなどして、伝達されようとしている情報を共有することが必要です。

情報管理の原則とネットワーク支援の有効性を無理なく両立させるためにも、他機関への情報伝達や他機関からの情報収集が支援に役に立ち、自らの利益につながるということを本人・家族が理解できるように、わかりやすく伝えることができる「説明力」が求められます(⇒ 回 高等学校・大学などの教育機関を含むネットワーク支援)。

4. スピード

支援におけるスピード感覚を意識することも重要です。たとえば発達障害ケースに特有の課題として、新しい環境への適応が難しいという特性があります。他機関への紹介やおもな支援機関が移行する局面では情緒不安定や支援の中断が生じやすいため、支援の移行期や新たな機関・サービスの利用に際して、一定期間はそれまでの支援機関も関わりを維持する、新旧の援助者が同席して面接するなど、時間をかけて支援機関を移行するような配慮が必要な場合があります(⇒ 事例集、事例①)。

その一方で、激しい暴力や自傷行為が生じているような局面では、本人の承諾がとれないままでも非自発的入院の手続きを進めたり、家族に家から離れてもらう、警察の関与を求めるなど、速やかな危機介入が必要な場合があります。また、生活の基盤を立て直すような危機介入においてもスピード感覚が必要です(⇒

事例集、事例⑦)。

さらに、ネットワーク支援においては機関同士のスピード感覚について意識することも重要です。たとえば医療機関の側からは、福祉機関との間に「時間の流れ」の違いを感じる人が多いという指摘があります(南2008)。地域の関係機関は、現在の精神科医療機関にとって入院治療の短期化が極めて優先順位の高い課題となっていることに留意する必要があります。入院治療を短期化させるために、医療機関に入院治療を依頼する相談機関は、どのような状態に回復すれば地域支援に戻せるのかといった入院治療の目標を明確にし、退院後の生活条件を整えるなどのマネジメントを病院任せにしないように努める必要があります。入院と同時に、あるいは入院の前から、退院後の受け入れや地域の支援体制について検討・整理を始めるくらいのスピード感覚が必要でしょう。

5. 対等性

ネットワーク支援に関わる機関・職種の関係は対等であることが原則であり、そこに何らかの権威性がはたらくことで、ネットワーク支援全体に思わぬ影響を及ぼすことがあります(野中、2001)。たとえば、学校や相談機関と本人・家族が対立関係に陥っているような局面において、本人・家族の訴えや批判に医師やベテランの心理技術職などが安易に同調してしまうことで、対立関係をさらに煽ってしまうような場合です。医師や大学教員、キャリアの豊富な専門職などは、自らの権威性が本人や家族、関係機関の援助者、あるいはそれらの関係性に強い影響を及ぼす場合があることを自覚しておく必要があります。

ただし、ネットワーク支援のケアマネージャー・コーディネーターの立場にある人は、本人や家族の利益につながる局面では、ある種の権威性を活用するような応用力を併せもっているべきかもしれません。

<それぞれの専門・行政分野からみたネットワーク支援>

5 発達障害者支援センター・精神保健福祉センターの実践例より

1. ネットワーク支援の全体像

本ガイドラインの作成にあたり、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からネットワーク支援の実践例 181 件を収集しました。その分析・検討は、本ガイドラインの重要な根拠のひとつとなっています。

まず、これらのネットワーク支援に関わっていた、おもな関係機関の一覧を示します(表1)。ここから、青年期・成人期の発達障害ケースが有するニーズ・支援課題の多様性が窺われます。たとえば日本貸金業協会や行政書士は、借金問題や多重債務を抱えたケースの支援に加わっていました。特定の興味に関する極端な収集癖がある人や家計の管理ができない人の場合には、こうした問題が生じやすいものと思われます。

ニーズの多様性と同時に、各機関の機能やサービスが専門化・細分化されている現状、そしてそれだけに重層的・複合的ニーズを有するケースに対する的確なケアマネジメント・協働の重要性をご理解いただけたと思います。

表1 ネットワーク支援 181 件に関わったおもな支援機関・事業

発達障害者支援センター	精神保健福祉センター
医療機関(精神科、小児科、児童精神科、思春期外来)	
就労移行支援事業	就労継続支援事業
市町村担当課	相談支援事業所
地域障害者職業センター	障害者就業・生活支援センター
ハローワーク	ジョブカフェ
社会適応訓練事業所	地域若者サポートステーション
中学校 高等学校 専門学校	短大 大学 特別支援学校 県教育委員会
通信制高校 職業能力開発校	サポート校 フリースクール 高卒認定予備校
警察 保健所	福祉事務所
児童相談所	児童自立支援施設
家庭裁判所 保護観察所	医療少年院
日本貸金業協会	行政書士

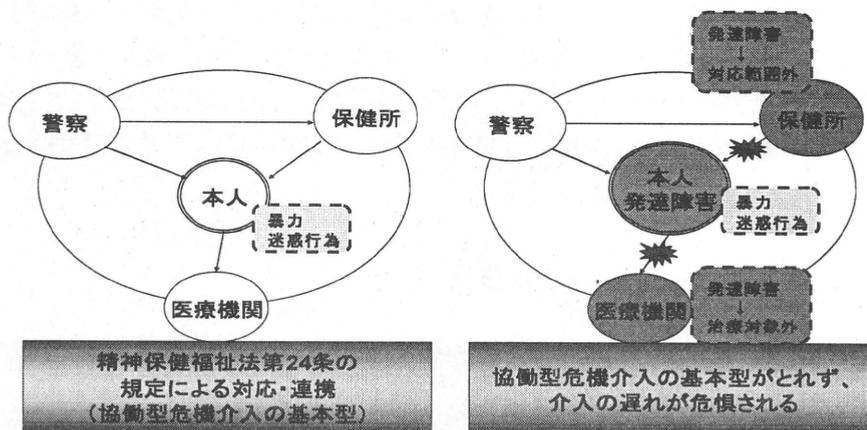
これらのうち、精神科医療機関を含めたネットワーク支援、就労支援に関するネットワーク支援、教育機関を含むネットワーク支援、触法ケースの地域定着支援については、後の章で詳しく説明したいと思います。また、典型的なネットワーク支援のパターンについては事例集の中でもご紹介することとし、以下、問題行動や触法行為を伴う事例に対するネットワーク支援について、また、調査においてネットワーク支援における課題として指摘されていた点についてご紹介します。

2. 危機介入を要するような問題行動や触法行為を伴う事例におけるネットワーク支援

激しい家庭内暴力の事例や近隣への迷惑行為などがエスカレートした場合に、精神保健福祉法第24条を適用し、措置入院や医療保護入院によって精神科入院治療に導入する場合があります。こうしたケースでは、保健所・警察・精神科医療機関の三者が関わることになり、これが精神保健福祉法に基づいた協働型危機介入の基本型といえます。地域のトラブルに発展しているような事例では、市区町村や地域生活支援センターなどからこの基本型につながる人が多いようです。

ただし、入院治療や入院中の環境・家族関係の調整などにより、有効な介入に成功しているケースがある

一方で、発達障害とアセスメントされた時点で、保健所が自らの対応範囲を超えると判断したというケースや、医療機関につながっても治療対象ではないと判断されたケースも報告されていました。こうした対応が一般化した場合、危機介入の遅れや重大事件の発生につながりかねない危惧を感じます。上記のような保健所の消極性は、発達障害事例を積極的に受け入れる医療機関が少ないことも一因であろうと思われ、精神科医療の機能や有効な活用について、さらに検討を深める必要があります(⇒□ 医療機関を含むネットワーク支援について)。



3. ネットワーク支援におけるいくつかの課題

ネットワーク支援における課題や問題点として指摘されていた事柄をまとめておきたいと思います。

第一に、発達障害に対する認識や問題意識が機関同士、職種間で共有しにくい現状が指摘されていました(⇒□ 医療機関を含むネットワーク支援について)。

第二に、情報交換やケース会議の開催などを通して、関係者が相互に顔の見える関係を築くことや、多くの関係者が集まってケース会議・支援検討会議を定期的に行うことや連絡調整の意義を強調する報告と同時に、そうした意義は十分に理解しつつも、個々の援助者の多忙とケース会議にかかる時間的コストや日程調整の難しさから、電話やメールでの連絡・確認をおもな連絡手段にしているという報告もありました(⇒□ ネットワーク支援における留意点)。

第三に、ケース会議・支援検討会議の進め方に関する技術的な問題が指摘されていました(⇒□ ケース会議・支援検討会議の運営について)。また、一部のケースで個人情報の取り扱いについて機関同士の認識が一致せず、ネットワーク支援の阻害要因になる場合があることが指摘されていました(⇒□ ネットワーク支援における留意点)。

第四に、初期のアセスメントや問題の整理、身近な援助者へのコンサルテーションを担う機関と、継続的な相談支援や心理的ケアなどの直接支援を担う機関との役割分担が必要であるという指摘がありました。障害者地域生活支援センターを地域支援の拠点とし、発達障害者支援センターは支援ノウハウの提供などの間接支援を担うなど、それぞれの役割分担を明確にした実践例も報告されており、広域の中核機関と身近な支援機関との役割分担や体制づくりを検討する必要があるのかもしれない(⇒□ 発達障害者支援センターと福祉サービス)。

第五に、確定診断や治療にあたって、特定の医療機関に事例が集中しやすい状況が窺われました。発達障害に詳しい医療機関が少ない地域では、精神保健福祉センターが多くの役割を担っている場合もあるようです(⇒□ 医療機関を含むネットワーク支援について)。

⑥ 発達障害者支援センターと福祉サービス

1. 発達障害者支援センターとは

発達障害者支援センターは、発達障害児(者)への支援を総合的に行うことを目的とした専門的機関です。平成14年度に自閉症・発達障害支援センター事業が国補事業として開始し、平成17年4月に発達障害者支援法が施行されて、全国の都道府県・指定都市に設置が進められています。発達障害者支援センターの役割は、発達障害者支援法の第14条に次のように規定されています。

- ①発達障害の早期発見、早期の発達支援等に資するよう、発達障害者及び家族に対し、専門的に、その相談に応じ、又は助言を行うこと。
- ②発達障害者に対し、専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと。
- ③医療、保健、福祉、教育等に関する業務を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと。
- ④発達障害に関して、医療等の業務を行う関係機関及び民間団体との連携調整を行うこと。
- ⑤前各号に掲げる業務に付帯する業務

このように、発達障害者支援センターの役割としては、発達障害児(者)とその家族への専門的な相談や助言等の直接支援と、関係機関への情報提供・研修・連絡調整等の間接支援とがあります。支援の対象者・支援内容としても、早期発見、早期の発達支援から就労支援と法文に記されているように、幼児期の発達支援から始まり、青年期以降の就労支援に至るまでライフステージを通して幅広いものになっています。

発達障害者支援センターの運営は、都道府県や政令指定都市が直接運営している場合と社会福祉法人等に運営を委託している場合とがあります。発達障害者支援センターが付置された母体が療育センターの場合には、専門医が常駐していて診断から支援までが総合的になされている、法人が運営する知的障害者施設が母体であるために施設内の福祉サービスが利用しやすい、就業・生活支援センターを併設することで就労支援への移行が円滑であるなど、それぞれの発達障害者支援センターの支援内容には特徴があります。

また、相談対象者としても全年齢に対応するセンターと18歳未満の児童、あるいは18歳以上の大人を対象としているセンターがあるなど、各センターの事業内容には地域差があります。

2. 発達障害者支援センターにおけるネットワーク支援

(1) ライフステージをつなげる支援

発達障害者支援センターは、公的な相談機関として一人の発達障害者に対して、幼児期から成人期までのライフステージを通じて支援していくことができます。就学・進級・進学・就職・結婚・子育てなどのライフステージごとに、少し先を見越して予防的に関わることで事態の深刻化を回避できます。

支援機関の移行の際には、本人の特性などの情報に加えて、予測される困難や支援ポイントなどが記載されたサポートノートなどを新たな支援者に本人や家族が提供して、支援が円滑に移行することが重要になります。本人を含めた支援者同士が情報を共有するための情報提供ツールが有効ですし、内容には、『こういう場面には、こういう支援があればやりやすい』といった本人が生活しやすくなるための具体的な支援方法などの情報も記載されていると、より活用しやすいと思います。また、サポートノートの普及も発達障害者支援センターの役割のひとつといえるでしょう。

(2) 機関同士をつなげる支援

個別のケースに対する支援を通じて、ライフステージにおける支援機関の移行や複数の支援ニーズに対応するために協働する際、多くの場合、発達障害者支援センターはコーディネーターの役割を担うことになります。関係機関に紹介する場合には、支援課題を整理したうえで、紹介目的を明確にすること、迅速な対応ができるように収集した情報については、書面にして本人に持参してもらうと良いと思います。診断目的で精神科医療機関を紹介する場合には、本人に発達障害者支援センターからのアセスメント報告書を持参してもらうことで、診断が受けやすくなるなど効果的な連携ができます。

また、発達障害者支援センターが開催する関係機関連絡協議会は、ライフステージごとの支援機関が一同に会することができる機会です。幼児期の支援者は成人期の課題を知らない、反対に成人期の支援者は幼児期の様子を知らないなど、これまで分断されていた支援が、ライフステージを見通して支援者の顔がわかり合えるという機会はとても貴重なものです。定期的に各機関の情報交換をしながら、迅速にネットワーク支援ができる体制を整えることが大切です。

この他、発達障害者支援センターが関係機関の職員を対象として実施する研修会は、発達障害者支援に関する知識や技術の普及・伝達のほかに、他機関の専門家同士が知り合い、情報交換し合える場となるようにグループワークなどの内容を含めると効果的です。

また、関係機関が実施する研修会に発達障害者支援センターの職員が講師として出張することで機関内の支援体制について確認・検討する機会となり、結果として支援体制が整備されることもあります。たとえば、大学の職員研修会で発達障害のある学生への支援について講義したところ、参加した教員から発達障害を疑う学生を学内でどのようにサポートしたら良いかという質問があり、教職員で話し合われた結果、学生相談室や保健管理センターと担当教員との連携がスムーズになったという事例がありました。大学は、小中学校や高等学校と比較すると、発達障害をもつ学生への支援が大幅に遅れていますので、発達障害者支援センターの取り組みとしては、優先度が高いかもしれません(→④ 高等学校・大学などの教育機関を含むネットワーク支援について)。

(3) 来談者同士をつなげる支援

発達障害をもつ人の中には、仲間を作り、関係を維持していくことに苦手さをもつ人が多いため、個別支援からグループ支援につなげて、安心して楽しめる仲間関係に発展させていけるような支援プログラムの提供が求められます。

家族支援については、ライフステージに応じて親御さんの役割が変化していくことを心理的にサポートしながら教育的に支援していく必要があります。青年期になると親御さんに代わる支援者を確保する必要がありますし、子どもさんの自立を促すうえで、親御さん同士が不安を支え合うような仲間関係をもつことが効果的な場合があります。

また、我が子が成人期を迎えた親御さんが、先輩お母さんとして幼児期の子どもを育てる親御さんの相談に対応するなど、親御さん同士のエンパワメントを促す支援も今後進んでいく方向です(ペアレントメンター)。

3. 発達障害者支援センターに求められる機能

(1) 直接支援の力とコンサルテーションの力

発達障害者支援体制の整備が進んでいる地域では、発達障害者支援センターの役割は研修やコンサルテーションなどの間接支援、後方支援が中心になりつつあるようです。一方で、支援体制が未整備な地域では、発達障害者支援センターが直接支援を担うことが多いかもしれません。

直接支援が中心の場合には、個別の支援技術は向上していきませんが、同時に、地域全体を捉えて支援体制を整備していくためにどのようにコーディネートするのかといった視点を意識することも重要になります。反対に後方支援が中心の場合には、ともすると現場の感覚との乖離が生じやすくなり、現実的なコンサルテーションができなくなるなどの危惧もあります。マンパワーの問題もあり、簡単なことではありませんが、直接支援を通して現場感覚を養い、支援技術を高めること、後方支援を通してセンター機能を発揮させることが同時進行できれば理想的かもしれません。多くの支援関係者やユーザーにとって役に立つ発達障害者支援センターのあり方を考えていく必要があります。

(2) 市区町村の事業化に関するコンサルテーションの一例

市区町村の支援体制整備に関するコンサルテーションも発達障害者支援センターの役割です。こうした場合、事業の計画段階から支援体制・技術の留意点などについて、的確な情報提供が必要です。たとえば、ある市からは、支援体制整備についての検討に加わることや支援技術の提供と併せて、アセスメントや支援ツールの開発・提供の依頼を受けました。それぞれの市区町村における支援体制の完成度と課題を見極め、

支援技術の向上につながるようなコンサルテーションが重要です。

(3)福祉サービスの利用や就労支援に関するコンサルテーション

現時点では、発達障害をもつ人たちの支援ニーズや有効な支援の方法が十分に周知されていない現状があります。福祉の相談窓口を訪れたものの、本人や家族が自らの生活の困難さについての確に伝えることができず、支援担当者も本人の困難さを把握することができないため、結果的にサービスの利用につながらないようなことも起きやすいようです。既存の障害福祉サービスを利用する事例も増えてきていますが、精神障害者支援や知的障害者支援をおもな支援対象にしてきた福祉事業所などでは、関係のとりにくさや利用者同士のトラブルなど、担当職員が対応に苦慮したり、混乱が生じている施設現場もあります。

発達障害をもつ人たちを含め、障害を問わずに支援が可能になるプログラムの開発や支援技術の研究開発が求められていますし、こうした現場へのコンサルテーション、技術支援が重要な課題となります。

4. 福祉サービスを利用したネットワーク支援の展開例

成人期の発達障害者支援では、就労支援と同時に、生活面での細やかな支援が必要になります。これまで発達障害の方は、障害福祉サービスの谷間にあつて、なかなか既存のサービスを使うことができませんでしたが、現在では障害者自立支援法に基づいた福祉サービスを利用することができます。精神障害者保健福祉手帳や(一部の地域では)療育手帳を取得して、既存の障害者自立支援給付の認定を受けることとなります。相談の窓口は、市区町村の福祉課や相談支援事業所になります。

具体的な福祉サービス利用の例としては、単身での生活基盤を整えるためにグループホームを利用する、単身生活を維持するため、あるいは精神疾患などのために家事ができないといった場合には、ホームヘルパーを派遣してもらい食事や掃除などの家事援助を受けることができます。

ひきこもりなど社会適応に困難がある人で、まだ、障害者職業センターなどの就労支援にはつながらないものの、活動の範囲を広げたい場合などには、地域活動支援センターの日中活動プログラムに参加したり、就労移行支援・就労継続支援施設(従来の授産施設や小規模作業所)での福祉的就労体験を積んでいくことで、次の目標が設定しやすくなる場合があります。

障害者自立支援法以外では、金銭管理を補助してもらうために地域権利擁護事業や成年後見人制度が利用できます。二次疾患などにより就労が難しい場合、もしくは就労はしているけれども賃金が低いために生活に困窮する場合などには、障害者年金の取得や生活保護の制度を利用することもあります。また、職場内外の環境を整え、円滑な就労を支援してくれるジョブコーチを利用することもできます。

最近では、発達障害者のための入所型の職業訓練や委託訓練事業が実施されるなど、発達障害に焦点をあてたサービスも少しずつ作られ始めています。今後は、就労支援だけでなく生活支援の分野についても、発達障害者の特性にあつた福祉サービスが整備されていくことが期待されます。

5. 発達障害者支援センターへの紹介にあたって

最後に、紹介に関して、関係機関の方々にお願いしたいことを述べておきます(⇒図 ネットワーク支援における留意点)。

一つは、これまでの支援経過を本人や家族の了承を得たうえで、情報提供していただきたいという点です。どれくらいの期間、どのような内容で支援をしてきたか、医師や心理士などの専門家が関わったのであればその見立てや検査結果なども教えていただきたいと思います。

二つめは、情報提供と同時に、発達障害者支援センターへの紹介の目的や期待している役割を教えてくださいということ。例えば、支援対象の年齢を越えるので、おもな支援機関を移行したい、自己認知を含め、本人と家族の障害受容を促すための支援を依頼したい、支援ニーズが多岐にわたるためにその調整役を引き受けてほしい、といった具体的な依頼をいただくと、ネットワーク支援はスムーズになります。

いずれもネットワーク支援においては基本的なことなのですが、新しい機関のためか、まだ相談の意思もない本人や家族に連絡先だけを伝えて、「とにかく電話してみてください」というような紹介が少なくないのも

事実です。そのような形でつながった場合には、相談・支援関係を結ぶこと自体が困難ですし、ほとんどの場合、実りのない相談に終わります。また、今後、本当に必要なときに相談につながらなくなってしまうこともあります。紹介の目的と相談することのメリットなどを十分に説明し、了解を得る手続きが不可欠です。

7 医療機関を含むネットワーク支援について

1. 発達障害と医療の関わり

発達障害は、生得的な脳の機能障害が推定される、幼児期までに診断される障害で、その現れ方は年齢によって変わるものの、基本的に「治るもの」ではありません。今日、専門家は様々な表現で、障害者の姿を描写していますが、「病気ではなく、その方の脳の特性である」「ある種の個性であり、人類の多様性を担保する存在である」などといった表現も見いだされます。

とはいえ、発達障害は ICD(F84.X)や DSM(299.XX)等の国際的診断基準に記載される精神障害であり、早期に正しい診断を受け、その特性に見合った適切な生育環境や教育が準備されることにより、その後、生じる不適応や二次障害などが減少することが、関係者の共通認識になっています。

本ガイドラインの対象者である青年期・成人の方々は、

- ①早期に診断され、継続的に支援を受けて成人に達した方
- ②従前の診断技術やスクリーニングシステムの問題から、診断・支援されずに成人に達した方
- ③一定の障害特性を持ちながら、診断閾値を超えない方（特定不能の広汎性発達障害）

という、少なくとも3群の混合体と考えられます。②・③は^{注1)}、特別支援教育や児童福祉サービスの対象にならなかった方々であり、しばしば合併精神障害の治療が必要であることから、医療機関が担う役割は大きいと考えられます。

さらに昨今、この領域に関する情報が書籍やインターネットで急速に普及したことによって、障害特性に心当たりがある人々が自己診断をしたり、周囲の方が当事者にその可能性を示唆することによって、医療機関に②・③の方々が頻繁に受診するようになってきました。障害者への支援体制を整備し、二次障害を最小化（後述）して社会参加への道筋をつけるために啓発活動を行うことは重要なことですが、一方で、支援機関の活動には限度があります。支援ネットワークを構築し、それを活用するためにも、医療機関での診断は十分な根拠に基づいて慎重に行われなければなりません。

そしてまた、障害が治るものではない以上、障害者支援は医療に任されるべきではなく、家庭・学校・職場、それらを含む地域社会が責任をもって行われなければなりません。医療機関は、そうした地域全体の支援体制があってはじめて、診断、精神症状の緩和、生涯にわたるメンタルヘルスの見守り、危機時への介入等の、重要な役割を果たすことができると思います。

^{注1)}この中には障害児の保護者として通院するうちに自分の障害が明らかになった事例が多く含まれています。

2. 障害者と医療の出会い

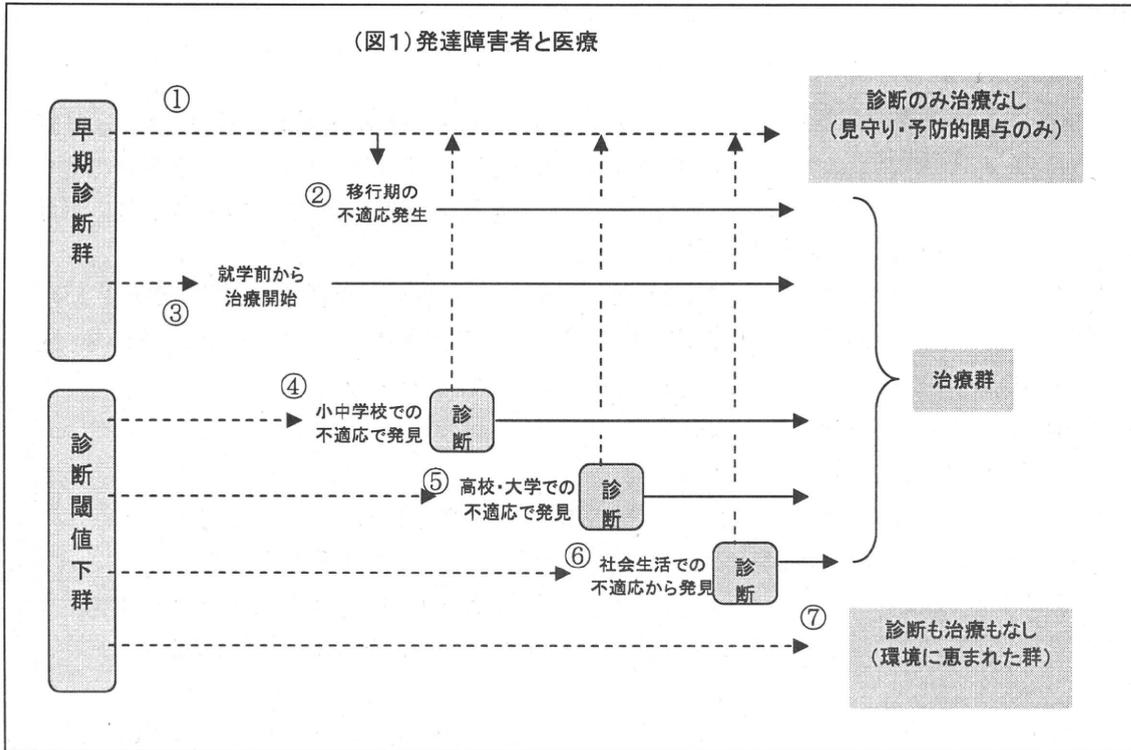
発達障害者の成人までの経過を、医療^{注2)}との出会いの観点から図示しました(図1)。

医療の機能は、大きく「診断」と「治療」に分けられますが、診断の観点からは、早期に診断を受ける群と長途上に診断を受ける群、診断されないまま成人になる群まで多様です。治療^{注3)}の観点からは、診断だけで狭義の治療は受けずに支援・相談機関につながる群と、小児期・学童期・青年期・成人期などいずれかの時期に(時期から)治療を要した群に分けられます。

^{注2)}ここで医療と呼ぶのは、専門領域としては小児科・小児神経科・児童精神科・精神科全てを含み、職域的には病院やクリニックに加え、児童相談所や保健所の嘱託医、学校医を含みます。

^{注3)}青年期・成人期支援という本ガイドラインの趣旨から、治療というときは主として精神科治療を指しますが、ティーンエイジャーの治療において小児科や小児神経科が重要な役割を果たしていることはいうまでもありません。

(図1)発達障害者と医療



それぞれの群について、ネットワーク内での医療機関の機能という観点から、簡単に補足しておきます。

- ① 保護者の育児相談や三歳児健診、幼稚園・保育所での発見などを通じて、児童相談所の嘱託医師や、小児科・児童精神科医師によって診断がなされます。診断医は、児の現状と今後の見通し、必要な支援や利用できる支援機関について保護者にオリエンテーション(及び当初のコーディネート)を行います。その後は、療育や特別支援教育を受けながら成長しますが、成長に伴う障害特性の変化や二次障害の発生防止の観点から、医療には定期的な見守り機能(たとえば小学校では各学期に1回の受診等)と危機介入機能が期待されます。また特別支援教育担当者の求め(個別支援計画の作成時など)に応じてコンサルテーションも行います。早期に診断・支援された群では、保護者の障害受容が段階的に進む結果、本人の自己理解もすすみ、その後に危機が発生しても軽度の適応障害で済むことが多いようです。
- ② 早期診断がされ支援体制が整えられた群でも、進級や進学などの移行期や、家族の転居、同級生の心理的成熟に伴う集団力動の変化、予備校や大学入学に伴う単身生活の開始等、急激な環境変化が起きると、早期関連症状が悪化したり、後期合併症が発生したりします。先に述べた医療機関による見守り機能のなかで、こうした環境変化に対する本人の反応を予測して、事前に対策を講じて不適応を予防できるとよいでしょう。不適応が発生した場合には、その現れを危機の徴候として捉え、医師が本人の再アセスメント、新しい生活環境のアセスメントを行って、支援体制の立て直しをはかり、必要に応じて治療を行います。県外への転居や大学入学に伴う単身生活の開始等による支援途絶を防ぐためにも、診療医は専門医同士、顔の見えるネットワークを築くとともに、(自県の発達障害者支援センターを通じて)他県の発達障害者支援センターを活用するとよいでしょう。
- ③ 就学前に発見された群のうち、こだわりや衝動性など障害特性が顕著な群や、養育環境上の問題から情緒・行動問題が発生している群では、医療機関には投薬等の治療に加え、保護者へのガイダンス、処遇についての児童相談所や市町村等へのコンサルテーション機能が期待されます。さらに保護者に情緒的問題や精神障害がある場合には、保護者を対象とするカウンセリングや精神科治療機関への道筋をつける役割も重要です。児童養護施設等に保護された子どもや家庭裁判所等に送致される少年への医療的な支援、さらには虐待加害者である保護者への治療的介入などは、取り組みが急がれる重要な課題であり、市町村や児童相談所との効果的な連携・協働が必要です。