

- ④ 乳幼児期には診断閾値下にあり、周辺から障害の可能性を示唆されながらも保護者が受診させなかつた場合や、就学後に集団内での不適応行動が目立つようになってはじめて受診から診断に至る事例群です。医療機関には学校・園との連携が求められますが、その際、保護者の願いや不安、学校・園の立場のそれぞれに配慮しながら連携を進めるポイントです^{注4)}。また受動的で障害特性が目立たない場合、小学校では気づかれず、中学校で初めて不登校などによって事例化し、発達障害の可能性が示唆されるケースもあります。このような事例では、すでに社会的場面を回避するようになっているため、医療機関への本人の受診が難しくなっています。医療機関には、学校や教育相談機関と連携しながら、家庭内の生活指導など適切な親ガイダンスを行っていく機能と、適切な時期を捉えて外来受診に結びつけ確定診断を行って支援体制を整える機能が期待されます。
- ⑤ 学童期までは診断閾値下にあり、(その間、大小の困難を経験しながら)義務教育を修了した群でも、高等学校や大学に入って、期限付きの手続や宿題が増え、応用力や想像力が必要な課題が増えると、適応不全が発生してきます^{注5)}。この群の中には対人恐怖心性や回避性をたかめて不登校・ひきこもりへと至る群と、孤立から被害的認知がたかまって自傷他害を含む行動化につながる群がありますが、両群ともに医療機関につながることそのものに困難があります。前者で自宅や下宿に閉居し、第三者からの働きかけを拒絶している場合には、担当教員へのコンサルテーションや、家庭内力動や家族システムを把握した上での粘り強い家族カウンセリング、アウトリーチ機能を持つ支援機関との連携が求められます。後者の群で、学内での対人関係についての思いこみからストーカー行為や他害行動を起こし、学校の保健管理部門や学生相談部門から紹介がなされることもあります。こうした事例の保護者の中には本人の問題性を認識できない方もいるので、学校からの支援要請には慎重な対応が求められます^{注6)}。もちろん、ひきこもりや行動化に至らずに、本人が対人場面での不安や緊張、焦燥や抑うつなどを訴えて、精神科外来受診につながることもあります。青年期に発症する不安障害、摂食障害、気分障害、統合失調症など、ほとんどの精神科疾患は、基盤に発達障害を持つことがあります。その場合には、一般的治療に加え、基盤にある発達障害を見据えた対応・治療が必要になります。
- ⑥ 大学は終えたものの、就職活動での失敗から就労意欲がなくなり、親の仕送りにたよる単身生活が一層荒んでいく事例や、ひきこもりになる事例があります。ネットゲームにあけくれて昼夜が逆転したり、ギャンブルにのめり込んで経済的に破綻する事例もあります。こうした方々が、保護者や友人に勧められて外来受診をすることもありますが、定期的診療に結びつきにくく、「直面化や生活指導を行う」と来談しなくなるなど対応が困難で、問題が先送りになります。就労者の中にも、課題の回避や人間関係問題で集団から孤立し、無断欠勤や指示無視などの問題行動が起きる方がいます。しばしば、自分の行動を棚に上げ、「上司からパワハラされている」等の発言が社内・社外(しばしばネット上)でなされるために、相談を受けた友人や相談機関が巻き込まれたり、労使紛争に発展したりします。職場のラインを把握した上での、人事課職員や産業医、産業カウンセラーとの連携が必要になります。結婚後、生活習慣の不一致から夫婦げんかが繰りかえされたり、障害児が生まれて、本人の育児能力の乏しさが露呈し、配偶者から糾弾されることも見うけられます。医療機関には合併精神障害への治療はもちろん、上述した種々の問題の整理(当初のケースワーク)や、産業医やカウンセラーへのコンサルテーションや、発達障害者支援センターへの橋渡し機能が期待されます。
- ⑦ 環境や関わる人々に恵まれて、生涯を通じて(発達障害に関連する)医療と関わりがない群です。この群の中には、乳幼児期や小児期に「発達の面で心配だ」と言われたり、学童期に「変わっている」と言わながらも、身近な大人の理解力や指導力によって不適応が軽微に済んだ方も含まれます。この群の中には、秀でた能力を発揮して社会的に成功している方から、負の特性が目立って周辺から「困りもの」とみなされつつ平氣で過ごしている方まで、幅広いように思われます。当然、医療機関は関わりを持ちませんが、こうした方々が市井にいることを認識し、その方々の適応上の工夫から学ぶことによって、社会適応の多様性に開かれた態度や、効果的な職場環境への助言力を身につけることができます。また、このような方々が身体の不調によって内科等の医療機関を利用した時に発生したトラブル、老年期を迎

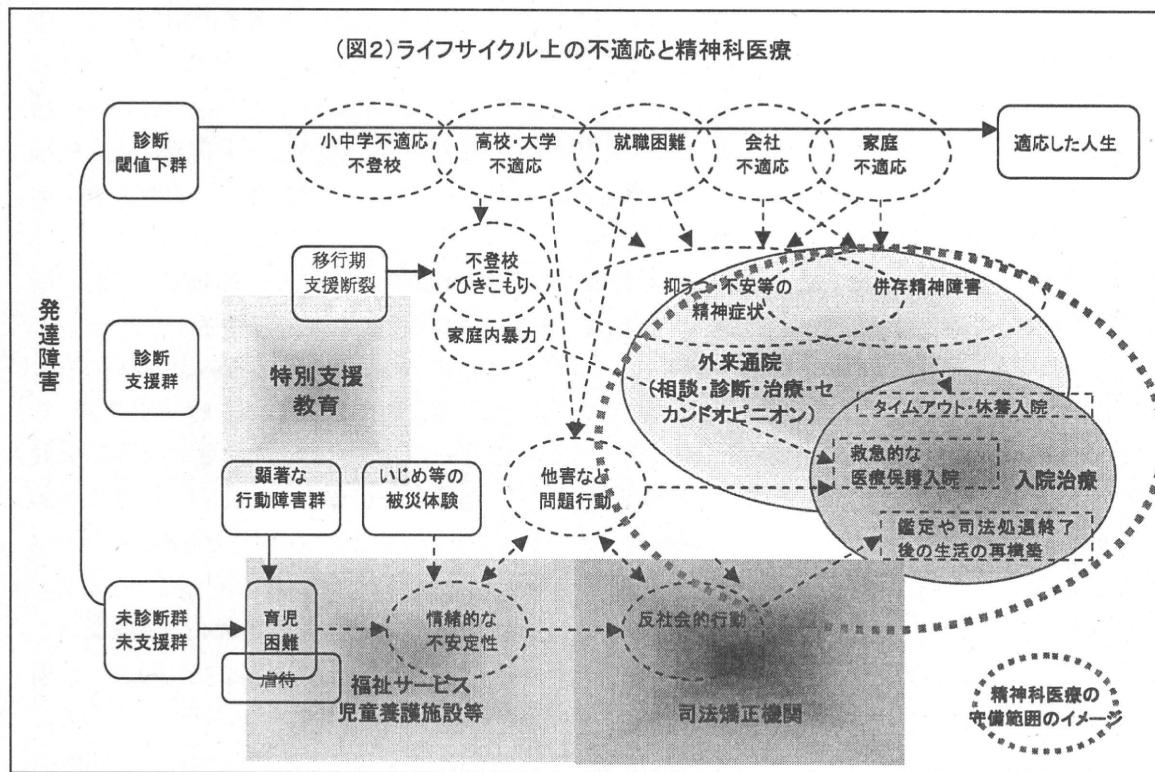
た際の介護をめぐるトラブルなどに、精神科医の出番が来る可能性があります。

注⁴⁾とりわけ特別支援学級への入級や通級利用で、学校と保護者の考えが一致しにくい為、それぞれの主張を聞きとつて仲裁する役割も求められます。

注⁵⁾青年期以降に発見された群と、早期発見され支援を受けた群の成人期には大きな違いがあることが知られています。前者では、それまでの集団生活での外傷的経験から、被害的な認知を強めていることが多く、そのためにパーソナリティ障害や統合失調症等と誤診されていることがあるようです。

注⁶⁾発達障害の学生に対する大学の支援体制、いわゆる「支援温度」は、大学間で大きく異なります。特化した専門部署を設けるなど協力的体制をとるところから、軽微な問題行動を理由に処分するところまで多様なので、支援要請された精神科医は発言に慎重を期す必要があります。

図2は、「ライフサイクル上の不適応」をキーワードに、“おもに成人を対象とする一般精神科医療の守備範囲”を、後述する治療内容の概略も含めて図示したものです。点線で囲んだ部分が守備範囲となりますが、もちろんひとつの機関が全体を担うのではなく、後述するように中核となる医療機関が他機関にアドバイスやコンサルテーションを行いながら、地域の医療機関が協働して発達障害者の不適応を支援することになります。もちろん、点線の内側だけではなく、外側へのコンサルテーションや、全体への見守り機能や危機介入機能も求められていることは、すでに述べたとおりです。



3. ネットワーク内の医療機関の機能

支援ネットワークの中での医療機関の主な役割は、(1)診断・見立て機能、(2)治療・相談機能、(3)ネットワーク全体へのコンサルテーション機能(リーダーシップも含む)の3つです。

ここでは①～③の要点をかいつまんで述べたいと思います。

(1) 診断・見立て機能

診断は、本人や家族も含む関係者が障害をもつ本人を理解する第一歩となることはもちろん、特別支援教育や各種の福祉サービス受給への道をつける^{注7)}極めて重要な機能です。ネットワーク支援の観点からは、次の2つの留意点を指摘したいと思います。

① 支援に結びつく診断を

支援ネットワークを使うにせよ使わぬにせよ、医師は診断後になされる支援についてのイメージを持ち、そのガイダンスを含んだ診断告知をすることが重要です。診断を告げておきながら、手だてや指針を示さないのなら、診断する意味がありません。

他機関から医療機関に診断をお願いする場合は、診断を受けることでどのような支援が可能になるのか、(次項の治療の項にも重なりますが)医療機関にどのような役割を期待しているのかを明確にしてから紹介するのがよいでしょう。

② 診断名だけではない見立てを(どのような方なのか)

発達障害であるかどうかだけでなく、どのような特性を持ち、どのような歴史を背負った方であるかを共有することが重要です。医療機関による正しい診断が他機関に伝えられることで支援ネットワークに筋が通るわけですが、他機関からの情報が、診断(見立て)をより豊かなものにするという視点も必要です^{注8)}。

特に成人事例の場合、本人や家族からもたらされる乳幼児～学童期の情報は不確かなことが多い、診断はその時点での問診態度や心理検査の所見に依拠しがちです。しかし、心理検査の、たとえばウェクスラー成人知能検査の所見は提示された課題への対応の結果であって、ご本人の特性をそのまま示すものではありません。ご本人に直接かかわった他機関の職員の体験を知ることで、医師の見立てに修正や追加がなされることは、自然なことです。

表1に、医療機関が他機関と共有すべき情報例をあげました。表では便宜的に「医療機関から他機関へ」、「他機関から医療機関へ」と分けましたが、それぞれの情報が双方向的になることが望されます。

表1:他機関と共有すべき情報例

1. 医療機関から他機関へ

- 1)本人の(客観的)認知的機能とそのプロフィール
- 2)二次障害や合併精神障害の種類と程度
- 3)薬物療法の標的となっている症状とその達成度
- 4)精神症状の悪化につながる禁忌な関わり

2. 他機関から医療機関へ

- 1)存在する地域資源と、それぞれの資源の現況
- 2)本人が地域でどのような生活をしているか、その生活上の問題
- 3)親や本人が医療機関に期待しているがら、伝えられていないニーズ
- 4)他機関が治療以外に医療機関に発揮してほしい役割(方向性の明示等)

^{注7)} 手帳や自立支援、年金等の診断書作成の際、本人・家族の同意にもとに詳しい発達歴や検査結果等が他機関から提供されれば、作成に係る医師の負担は格段に少なくなります。

^{注8)} 発達障害と診断されていても、支援機関の種別によって、関わりあう群が異なることを自覚する必要があります。たとえば医療機関以外では精神症状が軽度の事例を中心に関わっていますが、医療機関では基本的に精神症状が重度の事例、特に精神科病院では、気分障害や統合失調症を合併した事例や頻繁にパニックや暴力を起こす重症事例に関わっています。

(2)治療機能

主として後期合併症や二次的被害から派生する各種の精神症状・身症状の治療が行われます^{注9)}。治療構造としては、定期的な外来通院と投薬治療が基本になりますが、それに加え、パニック時の救急的な外来対応、パニックが続く時期の短期のタイムアウト入院、地域生活疲れや鬪病疲れからの休養入院、こだわりや強迫症状のために破綻してしまった地域生活の立て直しの為の入院(こうした方々への入院治療のパッケージモデルの開発が急がれるところです)同居家族の疲弊時には、家族にレスパイト入院を勧めることもあります。また、外来通院だけでは見立てのつかない事例をアセスメントするために、病棟への入院を使うこともあります。地域によっては、発達障害に特化したデイケアや集団療法、SST等に率先して取り組んでいる

病院もあります。

支援ネットワークの観点からは、次の5点に留意することが必要です。

- ① 医療機関は基本的に医療保険制度という経済的基盤によって成り立っています。私立の医療機関はもちろん、今日では公的医療機関においても経営という視点を抜きに医療を語ることはできません。発達障害の支援では、どの支援機関においても時間と労力を要するものですが、教育機関や相談機関は、医師をはじめとする病院スタッフが、支援に費やす時間や労力についてのコスト意識をもつことが必要です^{注10)}(⇒因ネットワーク支援における留意点)。
- ② 診療所(クリニック)、総合病院精神科、単科精神科病院等の、診療形態によって医師の役割意識が違うことはもちろん、行える治療にそれぞれの限界があります。たとえば、診療所では、比較的長時間の面談が可能で悩みレベルの相談も可能ですが、衝動制御の問題や精神病症状を抱えている方を長期に診療することは難しいところが多いでしょう。一方、家庭内暴力や社会的に問題となる行動がある場合は、単科精神科病院がもつ入院機能に期待が寄せられるところですが、現在の所、発達障害者の行動問題を修正するために必要なマンパワーをもつ病院の数が少ないという実情があります^{注11)}。
- ③ 基本的に医師は、目前の患者の訴えを尊重し、患者の苦痛があるかぎり治療する、という使命感をもつて仕事をしています。すなわち「来談する患者へのサービスを続ける」という文化があると言うことです。こうした使命感や文化と、発達障害者支援とはしばしば齟齬を生みます。なぜなら、発達障害者支援において苦痛を感じるのは本人よりも周辺であることが多く、また発達障害者が訴える苦痛感への治療には限界があるからです。他の支援機関からすると、医師は学校や地域社会の苦痛を顧みずに本人の発言を鵜呑みにしている上、治療と称して不適応を助長しているようにみえるかもしれません。
- ④ 発達障害がある方の抑うつや不安は、一般的な抗不安薬や抗うつ剤では改善しにくい上に、かえって処方薬依存を引き起こすリスクが高いため、初診時から投薬を行うのではなく、薬物治療の限界を理解してもらった上で、少量の抗精神病薬や情動安定剤を粘り強く処方していく必要があります。他機関が医療機関を紹介する場合は、この領域の専門医を選ぶ必要があります^{注12)}。
- ⑤ 当たり前のことですが、人の悩みと不安・抑うつ症状には厳密なラインが引けるものではありません。言葉を換えればメンタルヘルス上の問題と、精神疾患の症候との区別がつきにくいことが、成人の発達障害を診療する医師の悩みであり、医療機関と伴走する相談機関がそれをわかりやすく仕分けして医師の時間的・心理的負担を軽減することが、ネットワーク支援の成否をきめる大きな要素となります。

^{注9)}嗜癖行動(アルコール・処方薬等の濫用や依存)や衝動制御障害(盗癖やDV、過食など)が治療課題として挙げられることもありますが、本人に動機づけが乏しいことが多く、しばしば困難です。司法矯正領域との協働が求められるところです。

^{注10)}精神科病院の治療モデルは、基本的に統合失調症の治療が想定されています。そのモデルでは(若干乱暴に言うと)病状の悪い急性期に人手をかけ、それを過ぎると投入資源が削減されます。ところが発達障害者の入院治療は、こうしたプロセスをたどりません。地域生活に疲れた任意入院の事例であれ、触法行動で医療保護入院となった事例であれ、最初から最後まで人手がかかります(特に後者では地域移行に手間と時間がかかります)。

^{注11)}上記注に重なりますが、精神科病院では、入院期間の短縮が求められていることに他機関は留意する必要があります。入院を依頼する機関は、どうなれば地域支援に戻せるのか明確にし、退院後の生活条件を整える等、生活全般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。

^{注12)}支援ネットワークの会議に、その地域の医療機関の実情に長けた方を招いてスーパーバイズを受けることで、より適切なネットワークが生まれるかも知れません。

(3)関係機関へのコンサルテーション機能

地域社会のなかで、個人の行動のために困難な状況が発生し、家族や地域住民の努力によても変化がない、あるいはエスカレートするとき、医療の力でその困難の解決を期待する方は少なくありません。その是非はさておき、発達障害、特にハイティーンから30代までの方がひきおこす「第三者には理解しがたい極端

なこだわり行動」や「ひきこもりと家庭内暴力」なども、近年しばしば精神科医療に持ち込まれてくる問題であり、医師の問題解決能力とリーダーシップが期待されるところです。

もちろん限界もありますが、「病院という場所」や「医師がつくる相談の機会」を活用して、当事者や巻き込まれている家族や関係者が一息をつき、善後策が共有できるといいでしょう。逆に医師が家族や本人の訴えに同調しすぎて、当事者と支援機関の間で発生した対立を煽ってしまうこともあります。研修医も含んだ様々な医師が、日頃から支援ネットワークに参画しておくことで、医師が発揮する影響力の問題性が自覚できればと願うところです。

支援機関とのつながりが断たれ、完全にひきこもり状態になってしまった場合には、継続的な家族面談やアウトリーチ・アプローチが必要になる^{注13)}ほか、地域の子育ての問題、精神保健の問題として保健所や教育事務所等が連携して事例検討会を開催する等の取り組みが求められます。

^{注13)}「ひきこもりの評価支援に関するガイドライン(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(代表者 齊藤万比古))」をご参照下さい。

4. 医療機関同士のネットワーク

すでに述べたように発達障害者を対象とする医療には、一定の専門性とマンパワーが求められます。これまでの啓発活動により、発達障害者支援に参画する医療機関は増えてきましたが、専門的な治療力や他機関連携についての意識に地域間格差や病院間格差があるのも事実です^{注14)}。

こうした格差を是正し、ネットワーク支援を充実させるには、小児科や小児神経科と精神科との連携、診療所と病院の連携、その地域で発達障害者支援の中核となる医療機関と他の医療機関の間の連携や協働、など医療機関同士の連携が前提となります。

(1) 成長・加齢に伴う医療機関の移行

小児科や小児神経科で治療を受けていた方の支援移行(特に精神科への転科)、また児童精神科から成人の精神科への移行は大きな課題です。「一定の年齢」で機械的に移行させることは、本人や家族にとって外傷的体験となるでしょう^{注15)}。

いきなり切り替えるような急激な移行ではなく、一定の期間、併走する形で治療する形が望まれます。その際、移行前の機関は、①本人の自己理解、家族の特性理解 ②本人や家族の医療へのニーズ、等を再アセスメントして移行後の機関に伝えておくことが必要です。この際、併走する他機関が両者をつなぐ役割を果たせれば、これまでの治療の継続性が保証されることになるでしょう(⇒団 ネットワーク支援の留意点)。

^{注14)}このガイドライン作成のための予備調査では、精神科臨床医の大半が発達障害者の治療に携わっている一方、発達障害者支援センターの存在やその役割を知らない精神科医が半数以上という結果となりました。

^{注15)}精神科外来の雰囲気は様々ですが、小児科等とは大きく異なります。病状の不安定な成人や不適応が見て取れる方々の存在は、本人やご家族に不安を与えるでしょう。精神科病院やクリニックが持つ社会的意味を、わかりやすく本人や家族に伝えることによって、トラウマは軽減するでしょう。

(2) 精神科医療機関の間での連携

精神科医療機関には、大きく分けて、クリニック(診療所)、総合病院の精神科、単科の精神科病院の三つがあります。

クリニックは、原則として入院機能や救急機能を持たないため、重症の方には向きませんが、身近にある医療機関として入りやすいという利点があります。

総合病院精神科は、他の診療科との連携という意味で強みがありますが、外来は混雑していることが多く、診療時間も限られ、発達障害の方にはあまり向いていないかも知れません。

単科の精神科病院は、それぞれの設立趣旨や歴史的経緯から、独特のカラーがあります。統合失調症の

慢性期の方を多く抱えている病院や、認知症に特化して入院治療を提供する病院もあります。

図3に地域内の医療機関間の協働関係と主な役割を示しました。障害者数からみて、すべての医療機関が発達障害者支援に携わることが望まれますが、その支援には経験のある職員のマンパワーが不可欠です。そのため、各地域には発達障害者支援の拠点となる医療機関の存在が求められます。

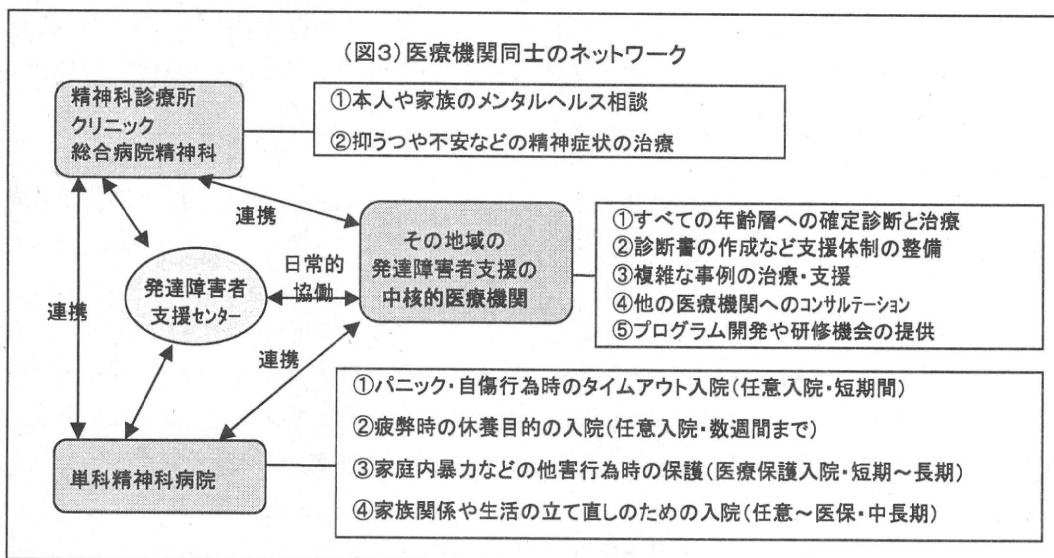
① 拠点医療機関の機能

幼児期の早期発見から思春期～成人期の確定診断、通院・入院治療など、「ここにいけば発達障害に関するひととおりの医療相談ができる」という基本的な役割を担うほか、他の医療機関からの確定診断やコンサルテーションの依頼に対応します。日常的に発達障害者支援センター等と連携して関連する知識や支援方法を更新し、発達障害特化型のデイケアや集団精神療法、困難事例に対する入院治療のパッケージモデルの開発等を行い、その地域の発達障害者支援に従事する方々への研修機会を提供するなど、包括的な社会資源としての機能が期待されます。

② 拠点医療機関以外の医療機関の機能

クリニックは専門的支援につながる窓口としてのメンタルヘルス相談・家族相談機能、拠点病院と連携しながらの確定診断の機能、合併精神障害等への外来通院治療機能が求められます。

精神科病院は、クリニックや相談機関を介してタイムアウト入院や休息入院を受け入れることや、夜間・休日の救急対応のほか、これまで統合失調症の方々を対象として行われてきたデイケアや作業療法などの一部分を改変して、発達障害の方に適する日中活動の場としての機能強化が求められます。



(3) 精神科医療機関の実情と問題点

すでに多くの成人の発達障害者が医療機関を利用していますが、次のような問題があります^{注16)}。

- ① 精神症状への薬物治療が優先されて、発達障害の診断に至らないまま、長期通院となっている事例がみられます（診断の問題・支援移行の時期の問題）。
- ② 発達障害の診断を受けたことや、抗不安剤による退行現象のために、「親や環境が自分に合わせるべきだ」と他罰性が昂じている事例がみられます（自己理解の問題と投与薬物の問題）。
- ③ 症状軽快後の移行先が、元来、統合失調症の方々のための移行支援事業所となってしまうため、枠組みが緩く、発達障害を背景とする人たちが、作業にも人間関係にもはじめず不適応をおこす例があります（支援移行場所の問題）。
- ④ 年金や手帳等の制度を利用することにより（いったんは生活が楽になるなど救われても）、結果的として本人の就労意欲を奪っていることがあります（目標設定の問題）。
- ⑤ 医療機関から就労支援機関に紹介される事例のなかに、就労準備に関するアセスメント、精神医学的評

価(働く、働けないの判断)が不充分な事例がみられます(アセスメントの問題)。

こうした現状にある種々の問題点のなかには、発達障害の方が呈する精神症状に対する精神科医の理解が不充分なために発生しているものが多数含まれています。そこで、次項以降に、発達障害の方の二次障害について解説することにします。

^{注16)}ガイドライン作成のための予備調査では多くの精神科医が、通院中の発達障害のかたへの対応の際に不安や困惑を感じ、助言や支援を求めていることがわかりました。

5. 発達障害と二次障害

(1) 二次障害という用語の混乱

今日、発達障害の支援現場では、「二次障害の予防」、「二次障害の治療」など、二次障害という用語が頻繁に使われています。この用語が普及したことにより、保護者と学校、保護者と支援機関、それぞれの間で、問題意識が共有されやすくなりました。ところが現状では、二次障害の定義が一定しておらず、「頭ごなしの叱責、イジメ」などの集団生活上の被災を二次障害と呼ぶ人や、一次障害(基本障害)と環境の相互作用で発生した「不安・緊張」「抑うつ」「心身症」「不適応行動」などを二次障害と呼ぶ方もいます。また、上述した出来事や症状に加え、合併精神障害までも含めて、幅広く二次障害とみなす方もいます。

こうした定義上の混乱も手伝って、医療機関では何をどこまで治療すべきかについて戸惑いがみられます。基本的に医師は、患者と家族のニーズに応えようとしますので、「配慮を欠く教員の指導」なども含む学校への介入から、「本人の生活上の悩みの相談」、そして精神科疾患の投薬治療まで、幅広い支援活動が求められることになり、疲弊して支援(治療)意欲を失うことすらあります。

「医療機関を含むネットワーク支援のありかた」を述べるためには、二次障害と名づけられる様々な現象を整理して、医療機関で「治療できる現象」と「それ以外の課題」を仕分け^{注17)}、医療機関の役割を明確化する必要があります。

^{注17)}もちろん、「医療機関は治療可能な症状だけ扱え」と言いたいわけではなく、医療現場に持ち込まれる多彩な問題を整理する目を持ってほしい、ということです。

(2) 二次障害の概念と容態

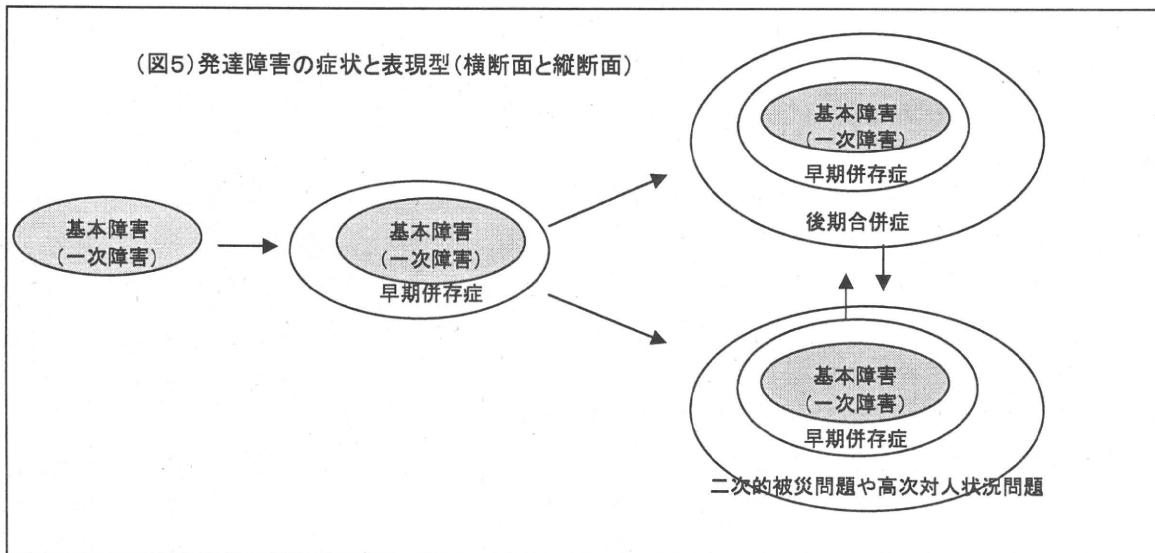
発達障害の方の支援課題を整理するために必要な二次障害についての最低限の知識を図と表を用いて示しました。

まず、発達障害の方の表現型(行動や症状)が、基本障害を中心として、早期関連症状や種々の合併症が重なった層状の構造を持ち、それが成長につれて変化していくことを理解することが重要です(図4)。その変化は、定型発達者と同様の思春期・青年期の発達課題に対する反応と、障害特性や早期関連症状のために発生したつまずきに基づく反応の、両方の性質を併せ持つものであり、もちろん一様ではありません。児童期からの多動・衝動性が治まらず、学童期から反抗性や反社会性を強め、司法矯正領域での処遇を要する事例がある一方、刺激に過敏で集団に入れず、学校に行くことができないまま、ひっそりと閉じこもって暮らす事例もあります^{注18)}。児童思春期には目立たなかった不適応が、高等学校や大学で急に目立つようになる事例や、大学には適応できたが就職してから問題行動が目立つようになる事例もあります。また逆に、小中学校では子ども集団の刺激に耐えられずひきこもっていたが、大学や大学院では集中できる領域をみつけて適応し、すぐれた能力を発揮する事例もあります。

このように、当事者の問題性を、横断面と縦断面でアセスメント(すなわち症候学的な理解と発達心理学的な理解を含めた全体的なアセスメント)することにより、医学的な治療目標が明確になるとともに、医療機関以外での支援の必要性や方向性が見えてきます。たとえば、デイケアなどの通所先での刺激過多によるパニックという表現がある場合、刺激過敏性という早期関連症状は不变であるという前提で、環境面での改善

が行われるまでの期間に限って抗不安剤の投薬を行い、それ以後は、より刺激の少ない対応を継続する、などが考えられます。

^{注18)}斎藤らは反抗や非行を含む行動上の問題として二次障害が現れている群を『外在化障害』、不安・抑うつ・強迫・身体化などの神経症様の症状を通じて現れている群を『内在化障害』と呼んでいます(斎藤、2009)。



医学的治療の対象となる標的症状や行動を、その発生時期と成因別にまとめたのが表2です。特に投薬など狭義の治療の標的となる症状に「++」をつけています。もちろん、一医療機関が単独でここに示すような症状や行動を治療するわけではなく、支援ネットワーク全体が共通認識した上で、投薬などの狭義の治療を医療機関が行うことが重要です。

青年期・成人期の方々の精神科医療機関での初診時の主訴の多くは、後期合併症の症状ですが、すでに述べたように、その症状の背景に早期関連症状や、二次的被災問題から生じたフラッシュバックやパニック、恐怖症の問題が隠れていることがしばしばあります。

また、少人数で構成された社会に適応してきた事例や、治療によって後期合併症が改善して社会的活動の範囲が急に広がった事例では、しばしば「高次対人状況における混乱(十一、2005)」が発生してきます。たとえば、自分だけが認められることで他の社員に発生する嫉妬や、新居者からの本気ではない儀礼的な招待など、発言や態度の意味がわからずに混乱したり、言葉通りに受け取って行動していやがられ、更に混乱するなどが代表的なものでしょうか。このようにして繰りかえされる混乱が、被害的な認知傾向に拍車をかけ、他害的な行動化へと発展する事例もみられます。

こうした一連の症状や問題行動は、早期発見からの切れ目ない支援によって最小化が望まれますが、二次障害が先天的脆弱性と環境の相互作用である以上、一定程度の二次障害の出現は必然ともいえます^{注19)}。むしろ、軽度な二次障害の現れを、本人を含めた関係者が特性理解を深化させる機会と捉え、将来、さらに深刻な問題が発生しないように協議する方が実り多いでしょう。

^{注19)}二次障害を「生じてはならないもの」と規定してしまうと、教師など周辺の関係者に過剰な保護や配慮を強いることになり、本人の自立心や自尊心の発達を損ねます。そもそも、そうした保護や配慮ができる期間は限られていますから、結局、本人はどこかで強い落差(大きな環境変化)に出会うことになり、大きく傷ついてしまうでしょう。

(表2)治療の対象となる症状

分類	具体的な行動や症状	治療標的の程度
しばしば幼児期からみられる早期関連症状	①緊張と情動の調整困難	++
	②注意集中問題と多動	+
	③感覚と知覚の問題	+
	④医学的合併症	++
学童期からみられる後期合併症	①統合失調症様の症状	++
	②強迫性障害様の症状	++
	③抑うつ気分及び気分障	++
	④他の精神障害の合併	++
二次的被災問題から派生した症状や行動	①フラッシュバック	+
	②PTSD様の症状	+
	③被害的な先入観	+
	①カタトニア	+
高次対人状況での混乱から生じる行動	②防衛的な行動化	+
	③他罰的・実験的行動化	+
	触法行動や告発	+

6. 医療機関と相談機関のイメージの共有

地域の支援ネットワークを充実させる上で、発達障害者への継続的した支援の流れ(すなわち、鑑別診断、二次障害の適切な治療、他機関への支援の受け渡し)がイメージできる精神科医に関与を求めることが早道ですが、実際にはそのような精神科医は少ないという実情があります。

発想を逆転させ、専門医にリードしてもらってネットワークを作るのではなく、地域の相談ネットワークのほうが「私たちはこんなことをやっているから、一緒にやりましょう」という姿勢を示し、専門医を育てるとともに、医療機関と協働上手になっていく、というプロセスが望ましいでしょう。

医師や医療機関と協働する場合、いささか皮肉な言い方になりますが、事前に「医者がどんなことに困っているか」という辺りから考えはじめ、最終的に「(当事者や相談機関にとって)どんな医者がいたら困るか」を考えて締めくくると、医療機関と共有すべきイメージができるでしょう。

ここではあくまで一例として、「医者がどんなことに困っているか」というテーマをもとに、「治療開始当初の困り感」と、「治療終了後の困り感」を描写してみました。

一治療開始当初の困り感ー

本人や家族には何らかの苦痛があり、その解決を医師に期待して来院します。診察医は、本人の訴えのなかから、精神科医療によって解決・改善できるものを拾い出して、治療しようとします。

ところが本人の訴えは、障害特性から「非常に極端に表現」されていましたり、症状が「うまく言葉にならない」ことがあります。ときには「攻撃的な表現」がなされたり、医師からみると「受診態度が尊大」だったりします。

こうしたやりとりの結果、医師は困惑してコミュニケーション努力を怠りがちとなり、紋切り型の問診と投薬だけの治療に陥ってしまいます。一方、本人からすると、そのような医師の態度が、自分を責めているように見えたり、不誠実な態度であると解釈されたりします。

この現象の本態は、本人と医師間のコミュニケーションの失敗であり、その結果、本人は受け取ることが出来る治療が受けられなくなっています。こうしたコミュニケーションの失敗が種々の場面で起きるのが広汎性発達障害の定義でもありますから、当たり前と言えば当たり前なのですが、医師の背後に支援ネットワークが存在すれば、こうした現象は防止しやすくなるのではないかでしょうか。

一治療終了後の困り感ー

治療開始当初は、症状という共通目標があり、医師による治療が順調に進んでいても、治療が一定の効果を上げて精神症状が落ち着くと、発達障害ゆえの生活しづらさが目立ち始めます。医師は症状が改善したのだから役割は終わったと考えたいわけですが、「仕事に行けない」、「適切な仕事がない」など、社会適応の面で不充分な状態にあるので、治療を打ち切ることは出来ません。

この時点では、就労などの社会参加の可能性についてアセスメント(たとえば認知機能のバランス、これまでの生活史の振り返り、生活能力などの評価など)ができる機関が相談を引き受けると、医師も今後の見通しを立てることが出来、医師の心理的な負担は軽減します。本人の方も長期間通院のデメリット、たとえば処方薬依存や病院への過剰な依存の可能性が低減するでしょう。

見通しの持てない長期通院ではなく、医療化すべき問題とメンタルヘルスの問題の区別をつけて、次のステップへの移行を協働で考えるというイメージです。

7. おわりに—よりよいネットワークを目指して—

基本的に「治療」とは、「治るもの」を「治す」ことですから、発達障害そのものを治療するという発想はありません。現代の社会が、発達障害の方々にとって生きづらい環境になっているとすれば、発達障害の方も生きやすくすることが社会を構成するすべての人々に求められている課題と言えましょう。

しかし、現代の社会環境を人々の努力で急激にかえるという発想も、同じように無理があります。社会環境の整備には丁寧に時間をかけ、間に合わない部分については、個々の事例に応じた支援を、教育・福祉・医療の三分野が手を携えてしていくことが現実的でしょう。

医療について言えば、適切な医療を受ければ生活のしづらさが改善するのに受療できないでいる方や、医療が本人の生きづらさを丸抱えした結果、本人の生活の場が病院になってしまっている方が目につきます。こうした問題を解決するには、

- ① 医療機関の利用も含んだ発達障害者の地域生活のマネジメント役となる人材を見いだして育てるこ
- ② 本人の地域生活を具体的にサポートしてくれる資源を増やすこと
- ③ 支援者が当事者の特性やニーズを理解する能力だけでなく、地域環境をアセスメントする能力を育てるこの3つが重要だと考えます。

⑧ 就労支援におけるネットワーク支援

1. 雇用環境と障害者雇用の現状

私たちの国では、たくさんの人が働いています。最新の数値(労働力調査平成23年1月分)では、日本の就業者人口は6,304万人、全人口の約49%が働いています。就業者のうち、約88%は民間企業や公的な機関等で雇用されている人です。しかし、若年者の就業状況は年々厳しくなっています。現段階の完全失業率は4.9%です。ところが年代別で見ると、24歳以下が7.7%、25歳～34歳が6.2%と、高い失業率になっています。また、フリーターの数も178万人と言われており、厚生労働省を中心に、様々な若年者雇用対策が実施されています。

一方、障害者雇用は、リーマンショックの影響を受けることもなく、順調に伸びています。図1は、過去7年間の民間企業における障害者雇用数と障害者実雇用率(従業員に占める障害者の割合)の推移をまとめたものです。平成17年以降は、過去最高の数字を更新し続けています。

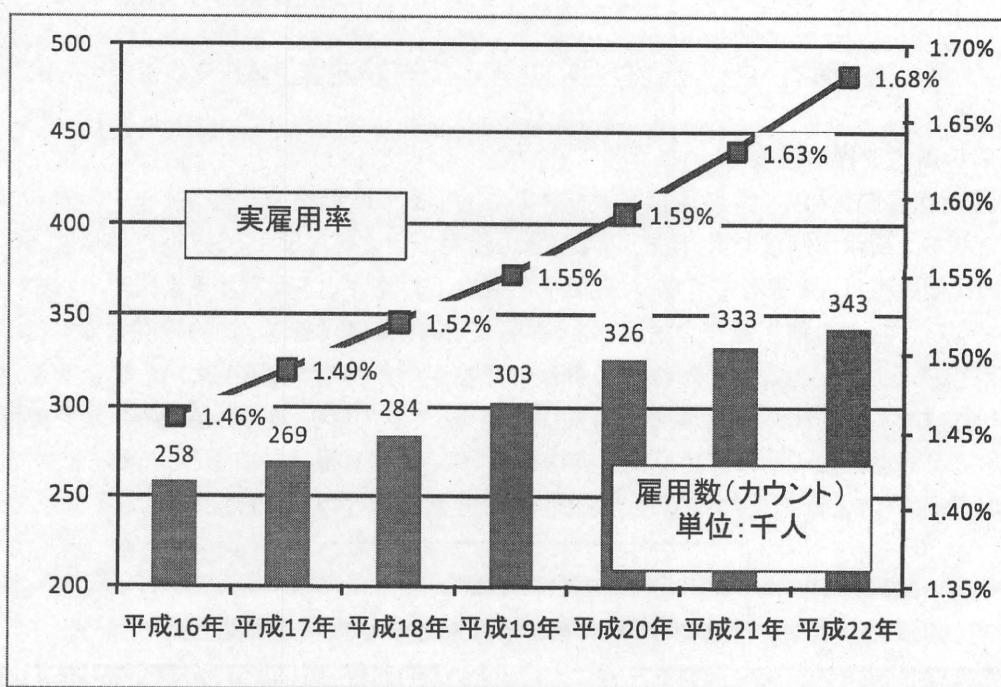


図1. 障害者雇用数と実雇用率の経年変化

障害者雇用が着実に社会に浸透していくと同時に、就労を希望する障害者も急激に増えてきています。図2は、昭和45年から直近まで、毎年ハローワークに職を求めて登録した人の数(新規求職申込件数)と1年間でハローワークの紹介で就職に結びついた件数(就職件数)の推移をまとめたものです。平成12年以降の就職件数は大きく伸びています。しかし同時に、求職申込件数も大幅に伸びており、求職中だが就職が決まらない障害者がたくさんいることが推測できます。

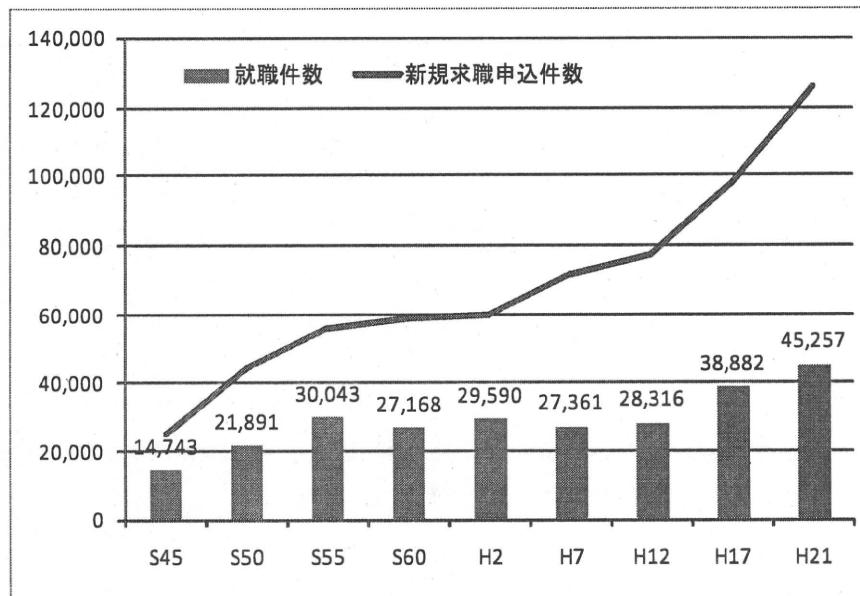


图2. 1年間でハローワークの紹介で就職した件数と求職申込件数の推移

2. 発達障害者の就労支援の概要

障害者の雇用促進施策の中に、発達障害者を対象にした試行事業がいくつかあります。しかし、障害者の雇用施策の基本は雇用率制度です。現在、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、56人以上規模の一般の民間企業は、障害者を1.8%に相当する数以上の障害者を雇用する義務があります（公的な機関は2.1%）。そして、この雇用義務の対象となる障害者とは、身体障害者、知的障害者です（なお、精神障害者は雇用義務の対象ではないが精神障害者保健福祉手帳所持者を雇用している場合は雇用率に算定することができます）。最近は、障害者の就労支援が充実してきており、地域に数多くの就労支援機関や専門員がいるはずです。しかし、障害者の就労支援の多くは、障害者雇用を前提としたサービスであり、職場に何らかの障害に対する配慮を求めるなどを前提に、就労支援は行われます。

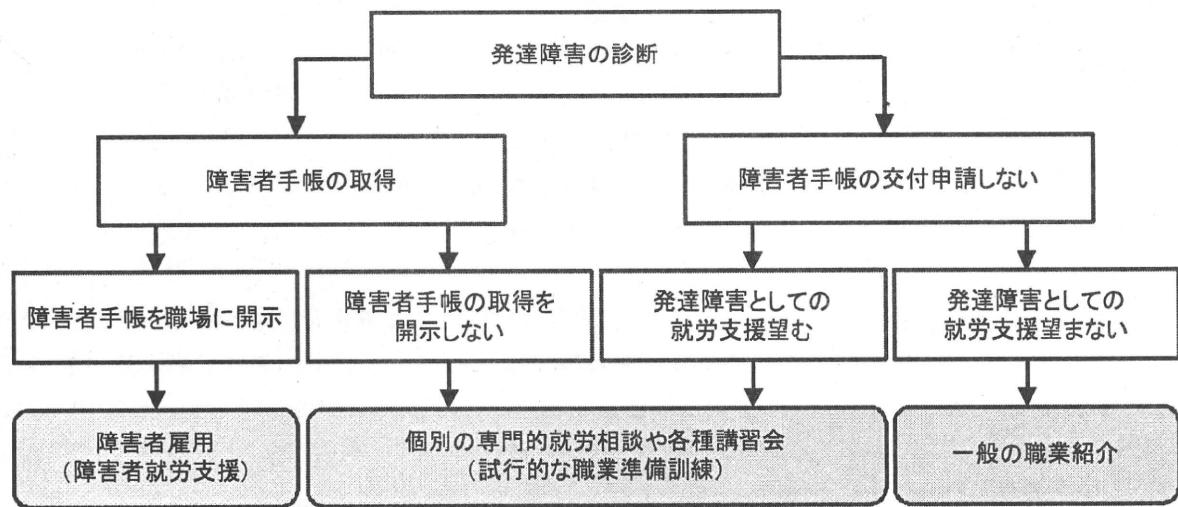


图3. 障碍者雇用(障害者就労支援)の対象者の早分かり図

障碍者手帳の交付を受けていない、あるいは交付を受けていてもその事実を職場に伝えたくない場合は、障害者としての特別な配慮のない雇用を目指すことになります。発達障害者向けの支援は、個別の就労相談や就職活動を補助する講習会の参加程度になります。图3は、障害者雇用・障害者の就労支援の対象者を明確にするために作成したものです。

3. 障害者雇用と発達障害者の現状

ガイドライン作成のための予備調査^{注1)}では、6ヶ所の発達障害者支援センターで継続的な相談をうけている発達障害者 407 人の実態調査を行っています。図4～図7は、調査結果の一部です。

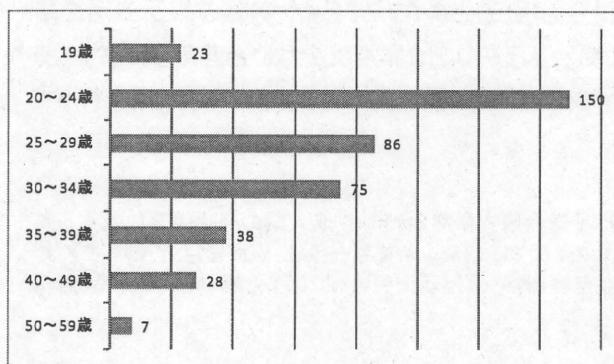


図4. 相談者の年齢状況

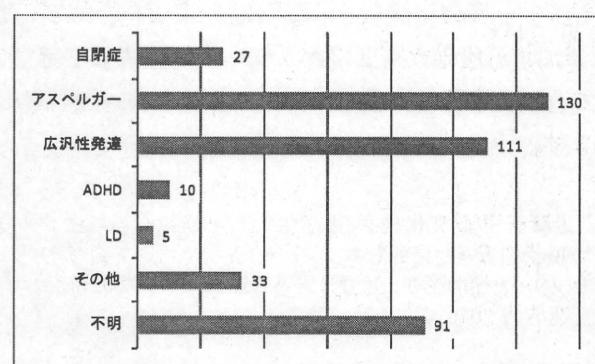


図5. 相談者の診断名

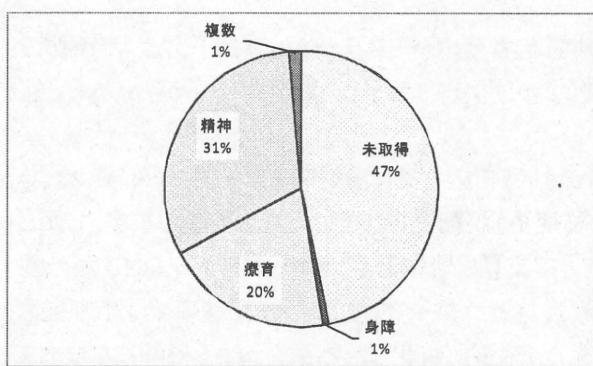


図6. 相談者の障害者手帳取得状況

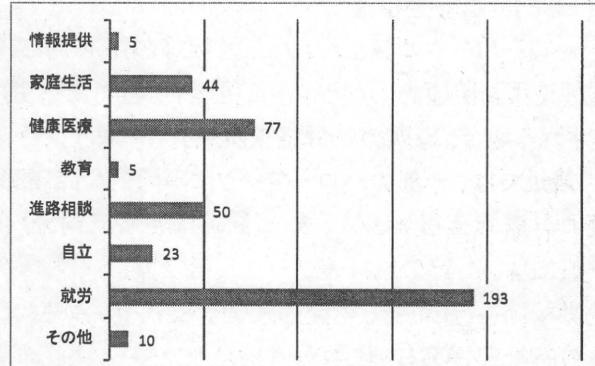


図7. 相談者の当初の主訴

この結果からは、発達障害者支援センターに相談に訪れる人は、若年層が中心で、自閉症スペクトラム圏域の診断をうけている人が多く、約半数は障害者手帳の交付を受けていません。そして、相談の主訴として「就労」が圧倒的に多く、青年期・成人期の発達障害者の就労支援のニーズの高さがわかります。

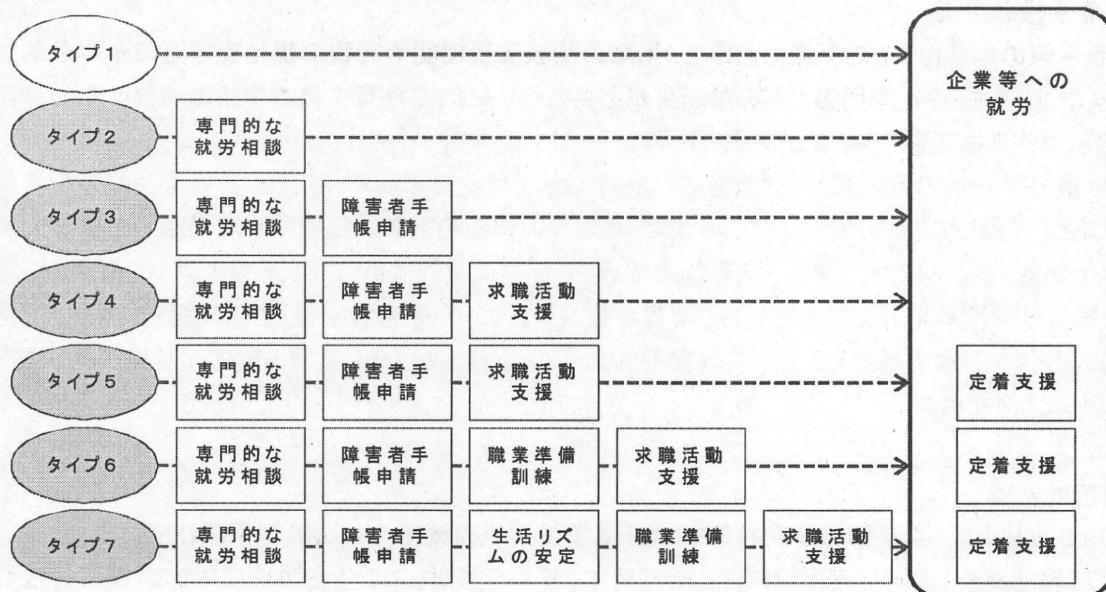


図8. 発達障害者のタイプ別就労支援の流れ

図8は、発達障害者の就労支援を7つのタイプに分け、それぞれの支援の流れをまとめたものです。タイプ1は、相談支援の現場に訪れる事はない人です（就労後メンタルヘルス面ではじめて相談に訪れる場合がある）。発達障害者支援センターの就労相談は、概ねタイプ2からタイプ7までになります。しかし、タイプ3（障害者手帳の申請後、求職活動の支援を行わず、就労に至る場合）とタイプ7（デイケア等の集団生活の場に参加する段階から支援がスタートし、就労まで継続的に関わるケース）は非常に少ないと考えられます。そして、発達障害者支援センターでは、図8の各過程において、専門の機関と連携をとりながら、支援を行っています。

注¹⁾ 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

4. 就労支援過程と連携する就労支援機関の役割

(1) 専門的な就労相談

ハローワークやジョブカフェ、大学等のキャリア支援、地域若者サポートステーションといった、若年者の就労支援を積極的に行っている機関で、容易に就労に結びつかず、その背景には何らかの障害があると想定される場合、専門の就労相談が紹介されます。

最近では、一部のハローワークに専門的な発達障害者の就労相談を受ける就職チューター（平成23年度より「就職支援ナビゲーター（発達障害者支援分）」に名称変更）が配置されている場合があります。しかし、一般には、上記のハローワーク、ジョブカフェ、大学のキャリア支援、地域若者サポートステーションが一般就労相談を行い、そして発達障害者支援センターや障害者職業センター、地域の相談支援事業、地方自治体の福祉支援窓口（精神保健福祉センター、福祉事務所等）が障害に特化した相談を行う機関になります。連携の形態としては、一般的な就労相談機関から専門の就労相談機関への「移行」が多くなります。

専門の就労相談では、面談等により、求職活動の困難さの程度把握、診断の必要性、障害者雇用の仕組みについてのオリエンテーションを行うこと、そして必要なら、医療機関等への紹介、障害者手帳申請の話し合いとその支援を行うことになります。

(2) 障害者手帳の申請

障害者手帳の申請は、その手続において、地域の相談支援機関や行政の福祉支援窓口が中心的な役割を果たします。もちろん、専門医からの診断書が必要になりますし、療育手帳の申請の場合は知的障害者更生相談所で各種検査を行う必要があります。

手帳申請の手続きだけでなく、発達障害者（場合によってはその家族）に対して、障害者手帳の申請が必要であることを理解してもらう過程として、パソコン教室等の一般の職業訓練機関や求職活動の講習会等の参加をすすめることもあります。また、障害者職業センターの職業評価を活用する場合があります。さらに、後の、求職活動支援や定着支援を見込み、障害者職業センター・障害者就業・生活支援センターと連携する場合もあります。障害者職業センター・障害者就業・生活支援センターと専門の就労相談機関との連携形態は「協働」になります。

(3) 求職活動支援

求職活動支援とは、発達障害者を対象にした「職場開拓や職業紹介」「面接や書類作成の支援」「インターンシップ（職場実習）の同行支援」等を行うと同時に、雇用を検討している企業等に対して「障害特性や雇用管理上の配慮の伝達」「雇用保険特別会計あるいは障害者雇用納付金による各種助成金の紹介」「ジョブ

コーチや継続的な定着支援の調整」を行うことです。障害者雇用促進の各種制度に精通し、なおかつ障害者の就労支援の経験が豊富な機関と連携すること無しに、求職活動支援を実施することは不可能です。

この段階で、発達障害者の専門相談機関が連携するのは、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、委託訓練事業を受託している企業等です。もちろん、企業等の雇用を行う事業所との連携も必要になります。「協働」あるいは可能であればこのような就労支援機関に「移行」します。

(4) 職業準備訓練

何度も挑戦しても採用が決まらない就職活動を1年以上続けることは、発達障害者に限らず大変なことです。このような場合、求職活動をしやにむに続けるのではなく、職業準備訓練を検討してみましょう。たとえば、週30時間以上の労働をこなせるだけの体力があるのか、時間管理や作業指示といった職場のルールに順応できる状態にあるのか、求職活動を行う際のマナー等が身についているのか、そもそもどのような職務で能力を発揮できるのか、等を確認するには、職業準備訓練を活用するのが一番です。

職業準備訓練を実施する機関としては、地域障害者職業センターと障害者雇用支援センターがあります。また、直接準備訓練は実施しなくとも、訓練の経過を専門的に評価したり、現実の求職活動支援の可能性を見立てるために、障害者就業・生活支援センターや障害者職業センター等とも同時に連携する場合があります。この連携も「協働」と「移行」の両方の形態があります。

(5) 生活リズムの安定

就業生活への適応が現段階では難しく、さらには近隣に適切な職業準備訓練を実施している就労支援機関が存在しない等により、日中活動の場を提供している支援機関の利用を検討する場合があります。定期的に通うことで、健康的な生活リズムの確立及び安定を図ることを目的とします。また、このタイプの日中活動の場では、厳格な集団生活のルールや時間管理、さらに頻繁な作業指示等の無い、緩やかな活動環境です。このような日中活動の場を活用し、生活リズムが安定した段階で、次のステップとして職業準備訓練の場を目指す計画を立てることになります。しかし、発達障害者の場合、この段階から、職業準備訓練、そして求職活動支援へと時間をかけてステップアップしている事例は、まだ少ないようです。現実的には、健康管理や二次的な身体症状や精神症状の軽減を優先する事例が多くなります。

この段階では、障害福祉サービスとしての就労継続支援事業B型、地域活動支援センター、医療保険の対象である精神科デイケア、あるいは地方自治体が実施しているデイケアを実施している機関と連携をとることになります。また、医療的な治療と並行する事例も多くなります。連携としての形態は「協働」を中心です。

(6) 定着支援

定着支援(職場定着支援)とは、企業に雇用されている障害者に対して、就業生活ならびに日常生活の継続的な支援を行うことです。何らかの職業上の問題が表面化し就業生活の継続が困難になった場合には、職場との調整、必要によっては再訓練等が必要になります。定着支援業務の経験が豊富なのは、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターになります。また、就労移行支援事業所を活用している場合は、その事業所の就労支援員が中心になり定着支援を行う場合もあります。また、障害者職業センターが実施するジョブコーチ支援等の活用等により定着支援に関わる場合もあります。

5. 就労支援機関を含むネットワークの課題

(1) 就労のイメージと障害者雇用の仕組みに関する共通認識

障害者雇用においては、企業に対して障害特性等による必要な配慮を求めることがあります。企業は治療やリハビリのために雇用をするのではないため、雇用される障害者には一定レベルの能力を有しているこ

とが求められます。また、就業時間の遵守や休暇・休憩といった基本的な労働習慣の体得、上司からの職務命令に従うといった対人行動など、被雇用者として基本的なルールから逸脱することが許されるわけではありません。日常生活と就業生活には大きな違いがあり、支援者がその違いをある程度理解していないと、就労支援機関との連携は難しくなります。

(2)診断から障害者雇用に至る経過の共通認識

初めて発達障害の診断を受けてから、障害者雇用枠で働くことに納得するまで、かなりの時間を必要とする人が少なからず存在します。障害者手帳の交付申請や障害開示の雇用に躊躇している段階で、早急な求職活動支援を行ってはいけません。就労支援機関と発達障害の専門相談機関としっかりと情報交換し、現段階での課題と将来的な見通しを共有化する必要があります。

(3)求職活動支援や職業準備訓練の期間に関する共通認識

求職活動支援の期間に明確な基準があるわけではありませんが、求職活動が長引くような状況は、不採用の経験が積み重なっていることから非常に精神的な負担となっていることが想像されます。また、職業準備訓練においても、通常は訓練期間を定めた上で実施されます。さらに、障害者自立支援法の就労移行支援事業は、標準利用期間が2年間と定められています(市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新可能)。ということは、求職活動支援は、原則有期限、それも数ヶ月から長くても2年程度の有期限サービスであることを認識する必要があります。もし、より長期間の支援が明らかに必要だと判断される場合、例え本人からの主訴が就労であっても、支援の方針には慎重であらねばなりません。発達障害者の地域における連携で、機関毎に、この方針にズレが出てしまう場合が少なくありません。

(4)連携方法とコーディネート役の人材

就労支援は、短期間の間に、発達障害の専門相談機関、職業紹介やハローワーク等、雇用する事業所、さらには職業準備訓練を実施している就労支援機関といった多様な専門機関が関わります。また、求職活動支援や定着支援など、スピードが要求される支援が少なくありません。発達障害者から見れば、たくさんの人がめまぐるしく登場するのです。しかし、就労支援では、生命の危機に近い重大な問題に直面することは、ほとんどありません。様々な専門機関が関わますが、事あるごとに一同に会し、ケース検討会議を行う緊急性があるとは思えません。一般には、誰かがコーディネーターとなり、地域の関係機関の連携調整を行うことになります。それも、雇用する事業所に近い立場の、障害者就業・生活支援センターや就労移行支援事業所等が、スピーディな決断に対応できるコーディネーターだと思われます。就労支援を目指すのであれば、発達障害者支援センターをはじめとした専門相談機関は、このようなコーディネーター役が存在する就労支援機関に「移行」、または「協働」することが多くなります。

⑨ 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

教育の分野では、平成19年度より義務教育を中心に多様な教育的ニーズに対応した特別支援教育が推進されています。この特別支援教育への改革は一部の高等学校や大学においては取り組みが始まっていますが、全体的にみれば、まだまだこれからというのが現状のようです。これまで小・中学校で取り組まれてきた支援を、高等学校や大学等へと拡げていくことが重要な課題となっています。

高校生や大学生の年代においては、小・中学生の頃とは異なるニーズ・支援課題が生じてきますし、ネットワーク支援の目的や関係機関も変わってきます。本章では、高等学校でネットワーク支援が必要になるのはどのようなときか、あるいは、ネットワークの範囲や拡がり、高等学校の担当者がケースを特別な支援や他機関の利用につないでゆくプロセス、特別な支援や他機関の利用に対して本人や保護者の抵抗感が強い場合の対応について説明し、さらに大学を含んだネットワーク支援の課題について述べます。

1. 高等学校や大学でネットワーク支援が必要になるとき

高等学校でネットワーク支援が必要になるのは、次のような場合です。

表1 高等学校でネットワーク支援が必要となるとき

- ①入学に際して、保護者や中学校から支援の移行を依頼された場合
- ②入学してきた時点で、すでに医療機関・相談機関を活用している場合
- ③入学後、対人関係上のトラブルやパニック、不登校などのため、新たなネットワーク支援の必要性が生じた場合
- ④卒業にあたり、進学先や就職先にその後の支援を依頼する場合

また、ネットワークの範囲としては、以下のようなパターンがあります。

表2 ネットワーク支援の範囲

- ①校内の連携
- ②教育システム「内」の連携
- ③中学や大学との連携
- ④教育システム「外」との連携

以下、この二つの軸に沿って、まずは高等学校におけるネットワーク支援を中心に説明したいと思います。

2. ネットワーク支援の範囲と拡がり

(1) 校内でのネットワーク支援

まずは、校内の支援体制を整備することが重要です。発達障害に詳しい特別支援教育コーディネーターが選任されていれば、気になる生徒への対応について協力を求めることができます。管理職や教科担当の教員との間で、丁寧な指導を必要とする生徒であることを共有することから取り組み始めるとよいでしょう。

(2) 教育システム「内」のネットワーク支援

次に、学校の体制だけでは不充分な場合に活用できる教育システムについて説明します。

特別支援学校の地域支援部は「センター的機能」をもっており、本人の行動観察や学校へのコンサルテーションなどを依頼できます。また、スクールカウンセラーの中にも、発達障害に詳しい専門家がいるかもしれません。

ません。

すでに小・中学校の特別支援教育に定着している「個別の教育支援計画」「個別の指導計画」が、今後、少しずつ高等学校でも活用されることになると思われます。作成にあたっては、やはり特別支援学校の地域支援部やスクールカウンセラーに協力を求めるすることができます。教育委員会が書式や記入例をホームページ上で公開している自治体もあります。

また、都道府県・政令市の教育委員会では、医療、保健、福祉、大学などの関係機関に所属する専門家に委嘱し、学校を訪問できる専門家チームを編成しています。すぐに医療機関や相談機関を活用することは踏み切れない保護者にとっては抵抗感が少ないかもしれませんし、学校側も子どもの教育的ニーズを理解し、指導についての具体的な助言を得る機会になることが期待されます。専門家チームは教育システム「内」の事業であると同時に、教育分野「外」から多くの専門家が協力しています。教育システムの「内」と「外」、つまり医療や福祉などの専門機関とのスムーズな橋渡し機能を果たすことが期待できる事業ですので、コーディネーター・ケアマネージャーの役割を担う教員・援助者は、その利点を活用するとよいでしょう。

(3) 中学や大学との連携

中学校からの移行に際しては、本人の発達特性や高等学校で起こりうる問題の内容・程度、あるいは有効な対処方法などの情報を提供してもらう必要があります。また、保護者は誰よりも本人の特性や問題が生じたときの対処方法を熟知していることが多いので、中学校からの情報と併せて、保護者の意見や経験談も大いに参考にするべきでしょう。

大学等の入試にあたっては、試験時間の延長、別室受験などの支援が受けられる場合がありますので、それらを活用するかどうか、本人・家族と相談してみるとよいでしょう。高等学校卒業後の進学先や就職先に對しては、本人や保護者の同意を得て、移行支援計画を作成し、進路先と支援の引き継ぎを行いましょう。この際、本人の発達特性や、今後、起こりうる問題や有効な対処方法を伝達することが重要でしょう。また、発達特性を長所・利点として捉える視点や、対応を工夫することで本人が力を發揮しやすくなることを強調していただきたいと思います(⇒回 就労支援におけるネットワーク支援、回 事例集)。

(4) 教育システム「外」とのネットワーク支援

高等学校に入学てくる以前から医療機関や相談機関が関わってきたケースであれば、保護者や本人の同意のもとに、情報提供を依頼したり、診察や相談機関の面接などに同席させてもらうことで、学校での支援を考える際の手がかりになることがあります。学校での様子を教員から詳しく聞くことができることは医療・相談機関の支援にも役立ちますし、教員と保護者が共通認識をもつ機会にもなるでしょう(⇒回 発達障害者支援センターと福祉サービス、回 医療機関を含むネットワーク)。新たに教育システム「外」機関との連携が必要になった場合の進め方については、後述したいと思います。

就職活動にあたっては、インターンシップや職業リハビリテーションなどの就労体験を通して、就労に対するイメージを形成し、自らの特性に合った就労先を選択できるように支援することが重要です。必要に応じて、就労への準備支援を行っている関係機関についての情報や福祉制度についても情報提供し、同意が得られれば、早い時期から協働するとよいでしょう。

全国的には、商工会議所などの協力を得て、高等学校入学後のインターンシップ(職場実習)を全員に課している先進事例や、特別支援学校、親の会、障害者就業・生活支援センター、発達障害者支援センターから構成された実行委員会により、一般の小・中学生から高校生を対象とした職業体験プログラムを実施している事例などもあります(⇒回 就労支援におけるネットワーク支援、回 事例集)。

3. 校内委員会やケース会議の開催とコーディネーターの役割について

本ガイドラインでは、特別な支援を必要とする生徒への対応について、まずは校内委員会などを定期的に開催して学校全体で検討・共有することをお勧めしたいと思います。ただし、学校の教員が極めて多忙である

を考えると、できるだけコストをかけずに校内で必要な情報を共有するような工夫も求められます。また、本人の学校生活が安定してきたり、組織や関係機関とのネットワークが成熟してくれれば、必要に応じて連絡を取り合うことで充分な場合もあります。

また、ネットワーク支援を機能させるためには、ケアマネージャー・コーディネーターの役割が重要であり(⇒③ ネットワーク支援の概念整理)、そのためには、校内委員会などの組織と専任スタッフとしての特別支援教育コーディネーターの配置が望まれます。コーディネーターの役割としては、校内をまとめることとともに、家族や他機関との連絡窓口になることが期待されます。

4. 他機関の利用までのプロセス

高等学校入学後、対人関係上のトラブルやパニック、不登校などの問題が生じ、新たに教育システム「外」の機関に協力を求めたい場合、あるいは、進学や就職にあたって、発達特性を踏まえた支援が必要であろうと考えられる場合には、本人や保護者と現在の学校生活や今後の進路について話し合うことから始め、発達特性の理解やある程度の障害受容を促していく必要があります。まず、その一般的なプロセスを例示します。

(1)手順1 「課題を整理・確認する」

本人・保護者と面談しながら、現状や今後の課題、将来に向けてこれから取り組んでいくべき事項と一緒に整理・確認します。「学習」「対人関係」「生活」「進路」という4つの観点をもつて整理しやすいでしょう。

① 学習

個々の認知・発達特性に合った学習方法を具体的に検討します。得意な分野で自信をもたせるとともに、苦手な学習については対処法や履修科目的選択について助言します。無理に全体のスピードに合わせようとするより、自分のペースで取り組むことで結果的に達成度が高まる、苦手な教科については課題の量を調整してほしいといった要望が出るかもしれません。

② 対人関係

対人関係上の問題については丁寧で具体的な指導が必要です。具体的な場面を設定して、ロールプレイなどを行うことも一つの方法です。それぞれの特性を生かした趣味やサークル活動などで自己発揮し、他者に尊重される中での人間関係づくりを体験すること、係活動や委員会活動などの責任ある役割を通して、自己有用感を高め、仲間と協力しながら物事を成し遂げる経験が得られれば理想的でしょう。対人関係は本人にとって最も大きな問題になるかもしれませんので、これを契機に医療機関や専門機関につながることがあります。

③ 生活

体調管理を行うために日常生活を自己管理する方法を身につける、感覚の過敏性に対する対処の方法を検討するなど、できるだけ本人が自分でできる方法を一緒に考えます。緊張を和らげる方法や、適宜休憩を入れること、無理のないスケジュールの組み方などを身につけることは、将来の自立した生活にも役立ちます。また、こうした課題に直面した場合にも、専門機関の利用につながる場合があります。

④ 進路

自分の興味、関心、特性、優れた面を活かせるような進路を選択できるように支援します。このことは進学や就労などの移行を円滑に進めるためにとても重要です。自身の発達特性を考慮せずに、あるいは必要な支援を求めずに進路の決定に失敗した場合の挫折や喪失感は想像以上に大きく、その後、長期にわたる支援が必要になることがあります。初回の失敗体験(離転職)の影響はとくに大きいようですので、進路先での就労体験の機会や、職業選択のためのインターンシップ(職場実習)が成功体験として自信につながるように配慮することが必要です。また、進路選択が専門機関や福祉制度の活用を考え始める機会になることがあります。卒業の間際になって発達障害者支援センターに紹介されるようなケースも多いようです。必要な支援を先送りしない意識も重要であると思われます。

(2)手順2 「情報を提供する」

学校生活や就職・進学に向けて活用できるサービスや制度、専門的な相談機関に関する情報を保護者と本人に提供します。初めての関係機関は敷居が高く、紹介されたものの、なかなか連絡に踏み切れない保護者や本人も多いと思います。関係機関の紹介だけで済む場合もありますが、状況によっては、学校関係者が仲介をした方がよい場合や、同行した方がよい場合もあるでしょう(⇒団 ネットワーク支援の留意点)。

また、名称の中に「発達障害」という言葉が入っているために、発達障害者支援センターを紹介しにくい場合があります。対人関係上の問題や不登校といった問題から相談機関の利用を考え始める際には、教育センターや精神保健福祉センターなどの方が紹介しやすいかもしれません。民間支援団体などは「敷居の低さ」という点では紹介・利用しやすい社会資源ですが、充分な専門性を有しているかどうか確認が必要でしょう。

必要に応じて、障害者手帳などの福祉制度についても触れておくと支援の選択肢が広がります。最近は職業準備や職業選択、生活支援において選択肢が増えており、診断を受けていなくても利用できるサービスや制度もありますので、それらについても知っておくと便利です(⇒団 青年期・成人期の発達障害者のニーズと支援課題)。ただし、専門機関との連携なしに、普通高等学校でこうした情報提供をするのは簡単ではないかもしれません。

(3)手順3 「会議の開催」

他機関につながった後は、本人や保護者の同意を得て、ネットワーク会議・支援検討会議において関係者と支援方法について協議し、計画の立案、支援状況の確認、評価、改善を行います。それぞれの関係機関の役割について確認し、個別の教育支援計画にまとめます。ネットワーク会議・支援検討会議については、まずは定期的な開催をお勧めしておきますが、学校生活や卒業・進路の準備が順調であれば、必要に応じて連絡を取り合う程度の連携でも充分でしょう。また、組織内や関係機関とのネットワーク支援が成熟すれば、必ずしも定期的な会議は必要ではないかもしれません。

(4)手順4 「引き継ぎ」

進路が決まつたら移行支援計画を作成し、本人や保護者の同意または同席の上で、早い時期に進路先の関係者に引き継ぎができると良いでしょう。移行先で起こりうる問題とその対処方法、発達特性を長所として捉える視点が重要です。

(5)手順5 「モニタリングとアフターケア」

卒業後のアフターケアについて、本人・保護者と相談します。たとえば、卒業後、3ヶ月程度で連絡を取り合い、新生活の様子や支援の移行がうまくいっているかどうかを確認します。移行後、新たなネットワーク支援が有効に機能していることが確認できた場合には、支援を終了してよいでしょう。うまく機能していないと思われる場合には、コーディネーター役の担当者・援助者と連絡をとる、本人・保護者、進路先を交えて支援検討会議を開くなどの方法があります。

6. 特別な支援や他機関の利用に対して抵抗感が強い場合

高機能事例の中には、中学校までは特に支援を必要とされず高等学校や大学に入学してから、問題が顕在化するケースもみられます。さらに、学業において高い成績を修め、専門性の高い資格を取得したにもかかわらず就労には結びつかなかったり、就労先で対人関係がうまくいかない、臨機応変な対応や仕事の段取りを調整できず、パニックになったり、転職を繰り返すなど、社会的自立に困難さを示すケースもあります。

このようなケースを担当している福祉や労働の関係者からは、もっと早く専門的な支援を受けることができれば、本人の特性に合った職業選択や職場環境の調整によって困難さを軽減できたのではないかという声も聞かれます。教育関係者は発達障害者と早期から関わることになります。このことは「予防」という観点からも極めて重要なことですので、問題の先送りが起こらないように対応を考える必要があります。

では、なぜこのようなことが起こるのでしょうか。教育期における大きな障壁のひとつとして、特別な支援や専門機関の利用に対する保護者や本人の抵抗感があげられます。それまで、発達の問題を指摘されてこな