

そのためにも、先に提案した、フォーマルなアセスメントツールを導入し、(現在、厚生労働省で検討が進められている)ペアレント・トレーニングやペアレント・プログラムのような共有化・定式化された最初の支援技法を導入することで、組織的な連携が可能になる。

効果的な支援ネットワークの例は、本当にたくさんあるが、多くの場合、それは個人間のつなぎ合わせで生じている。担当者が変わると再現できない支援の取り組みは、地域の支援ネットワークとしては明らかに組織システム上の問題が存在している。しかし、それでもなお、保健師と保育士、障害福祉の担当者、事業所の職員などの顔の見える関係しか、頼るものがない現場においては、こうしたネットワーキング(ネットワークを作る動き)を意識を持った関係者の誰かが行う必要がある。

もう1つの視点は、当事者としての発達障害児者本人や家族を中心と考えたネットワーク作りである。これは、初期に対応した保健師や保育士が、どういう視点で関係機関を活用していくべきいいのかを詳しく説明することから始められる。つまり、当事者が関係機関をうまく活用すれば、結果的にネットワークができるという発想である。母子保健で相談しながら、子育て支援センターの相談員とも相談し、療育機関の相談も活用し、三者の意見の違いをわかりやすくしてほしいという当事者家族からの申し出があれば、関係機関が連携する会議の実施は比較的容易である。支援のネットワークを身近に作っていこうという発想である。

当事者団体の活動が活発な場合、関係機関の関係者が(余暇であることが多いが)参加し、そこでネットワークが広がることも少なくない。ただ、残念ながら、発達障害者支援法の施行以後、支援が充実していった反面、当事者団体に参加する若い家族は減少ってきており、こうした民間の受け皿が脆弱化してきているという不

安要素もある。

当事者団体は民間で自主的にやるものだと言えようなのだが、こうした民間の活動がないと、支援をすべて公的もしくは障害者福祉事業で担わなければならないことになり、ネットワーク作りにおいても、保健福祉行政の展開においても、行政担当者の負担を高めることになってしまう。当事者団体が誰のためのものなのか、地域の資源なのか、自主的に個人が集まっていると考えるのかだが、基本的には地域の資源として、必要なところに入れをしたり、連携をしたりしながら、多様な支援の受け皿を支えていくことが求められていよう¹¹⁾。

地域に開かれた保健行政や 療育機関のあり方

保健行政の立つ位置は自治体の中での発達障害の人たちへの支援の役割分担によってさまざまである。母子保健においても精神保健においても、子育てに困っての児童虐待や、親子心中未遂、引きこもり、触法問題、生活保護などで「どうしようもなくなってしまった」はじめて姿が見えるようになり、そこから支援の網目からこぼれた発達障害の人たちと出会い支援につながることが多い。

発達障害の人たちは、障害特性として社会性の障害やコミュニケーションの障害があるために、何か困っていても、支援のニーズを自分で感じたり、支援をどう受けたらいいかわからない人が少なくなく、「困った人が相談に来るのを待っている」とか「困った人のところを訪れて相談にのる」というスタンスでは対応ができないことも少なくない。発達障害かどうかわからない時点から、相手の子育てや保育園生活での困り感を把握し、それを支援につなげていくことが必要である。また、「相談に行きなさい」といっても、どう相談したらよいのかわからないことも多く、実際に次の相談や支援の受

け皿となる保育園や障害児者事業所の人との相談場面に同席して、直接的につなぐことが必要な場合が多い。

実際問題として、保健行政は生涯発達の中での年齢段階に限られずに支援対象者にコンタクトが取れ、支援につなげられる役割がある。地域において、保健行政が開かれたもので、保育や教育や福祉といい関係を持ち、相互に支援を重ねながら地域での暮らしを見守るスタンスが取れることは、とても効果的な取り組みになるであろう。

療育機関においても、児童発達支援センターの立ち上げの中での支援制度体系の変化からもわかるように、診断がなくても必要性が認められれば支援対象となり、早期の支援に取り組める仕組みへと変化してきている。地域での暮らしをサポートするために保育所等訪問支援事業が位置づけられるなど、療育機関の役割も変化してきており、療育機関で支援するモデルから、地域の支援を支える形へと変化が求められている。開かれた療育機関が、今後どのような形になるのか、自治体ごとの工夫が求められている。

成人期以降の発達障害の人たちを 地域で支えるために

最後に、今後の課題として、発達障害の人たちの「親亡き後」をどう支えていくのかに関しての保健行政の役割について検討しておきたい。現在、障害福祉分野においては、地域の中で障害ある人たちが暮らしていくける仕組み作りに向けて、さまざまな取り組みがなされている。未診断で社会適応に問題のある人も含め、親が支えて地域生活が成り立ってきた人たちが、親がない状況の中で独り暮らしができるための仕組みを考えないと、立ち行かない状況

になっている。そこでは、保健行政と障害福祉行政とが密に連携し支えていく形にしなければならない。日常生活の支援の受け皿として障害者福祉事業所を核とした支援サービス提供があり、それを側面から支え、必要に応じて医療などにつなげられる保健行政があって、地域生活が可能になっていくと考えられる。ASDの人たちが社会性の障害があるということは、どのように支援を受けたらいいのか、どう利用したらいいのかのコツを身につけないと支援が効果的にならない特性があるわけで、新しい次元での連携を模索していく必要があるのであろう。

参考文献

- 1) 発達障害者支援法ガイドブック編集委員会(編)：発達障害者支援法ガイドブック、河出書房新社、2005
- 2) 伊藤大幸、他：保育記録による発達尺度(NDSC)の構成概念妥当性：尺度構造の検討と月齢および不適応問題との関連。発達心理学研究 24(2) : 211-220, 2013
- 3) 中島俊思、他：保育記録による発達尺度の作成とその項目分析および信頼性の検討。小児の精神と神経 50(4) : 385-398, 2010
- 4) 大西将史、他：保育記録による発達尺度の標準得点(2)：活動領域、対人領域および情緒領域の検討。小児の精神と神経 51(3) : 247-259, 2011
- 5) 谷伊織、他：保育記録による発達尺度の標準得点(1)：生活領域、言語領域および運動領域の検討。小児の精神と神経 51(3) : 231-245, 2011
- 6) Ito H, et al: Validation of an interview-based rating scale developed in Japan for pervasive developmental disorders. Research in Autism Spectrum Disorders 6(4) : 1265-1272, 2012
- 7) 中島俊思、他：3歳児健診における保健師によるPARS短縮版活用の可能性と課題。小児の精神と神経 53(1) : 47-57, 2013
- 8) 中島俊思、他：乳幼児健診における発達障害の客観的スクリーニング方法導入の意義と可能性。月刊地域保健 44(1) : 49-61, 2013
- 9) 中島俊思、他：3歳児健診における広汎性発達障害児早期発見のためのスクリーニングツールPARS短縮版導入の試み。精神医学 54(9) : 911-914, 2012
- 10) 辻井正次(監修)：発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン。金子書房、2014
- 11) 辻井正次：発達障害のある子どもたちの家庭と学校。遠見書房、2013

 [特集] シリーズ・発達障害の理解⑤ 成人期の発達障害支援

成人になった発達障害の人たちが抱える 課題と可能な支援

辻井正次 Masatsugu Tsujii

中京大学現代社会学部

I NPO 法人アスペ・エルデの会

この小論で記していく内容は、アスペ・エルデの会の成人たちやその家族の皆さんから教えてもらったことを中心としています。1992年、学習障害のプロジェクトに参加してきた子どもたちのなかに、多くの高機能（知的障害をもたない）広汎性発達障害（自閉症スペクトラム障害：以下、ASD）の子どもたちがいました。まだ当時は、知的障害のないASDの子どもたちのことは知られておらず、不適応行動が発達障害としてではなく、情緒的な要因から解釈されて困っていました。ASDの診断をもらっていても、心理カウンセラーをはじめとした「専門家」たちに十分な知識がなく、不適切な対応を重ねていました。その頃から参加してくれていた子どもたちは、20年以上が経過し、20代後半から30代の成人になっています。継続的な支援をしていても、二次的な精神疾患の発現がないわけではないし、調子を崩す人もいます。それでも、支援を受けるという経験を積み重ねている場合、支援を利用するという発想がある分、次のステップへ進みやすいのも確かです。特に、30歳以降、中年期を発達障害とともに生きていくということは、多くの困難と出会うもの

だと感じています。支援を積み重ねていっても、ちょっとしたことで調子は崩れやすいし、フランクシューバックを引き起こしやすいし、ちょっと連絡が遠くなると引きこもっていました。また、ともに発達障害者支援法を作ったり、会を運営してきた親御さんも初老期を生きるようになっています。成人期以降は、家族の支援が薄くなってくる分、いろいろな支援ニーズが高まっています。

そのほか、この10年、成人期支援の全国規模のワークショップを、いくつかの助成団体の応援を得て実施してきました。そこで実感したのは支援に結びついていない人たちの多さでした。ネットワーク力のある臨床家が地域でコーディネーター的な役割をしている場合や、当事者団体が成人期までを視野に活発な活動をしている場合には、何らかの支援に結びつくことができますが、そうでなければ、どこに支援を求めに行けばいいのかわからない状況でした。その後、各都道府県の発達障害者支援センターや、障害者福祉事業所が経験を積んでいったこと、さらには障害者の就労移行への取り組みが広がり、利用できる福祉的な支援が増えたことで、利用できるところは増えましたが、適切な支援が提供されているわけではありません。また、障害者雇用枠で企業就労して

いる場合、多くは支援から切れてしまって、明確に調子を崩してからでないと再び支援に結びつかない場合が多いものです。さらには、一般枠で就労している場合、かなり厳しい状況で日々の生活を頑張っている人が多く、苦悩が深いように思います。

発達障害のように非定型の脳の神経ネットワークの発達が基盤にあると、表面に出ている問題行動そのものを改善することはもちろん可能なのですが、その人の生き様を変えることができるわけではないので、〈必要なときに支援を利用していく〉という生き方を知らないでいることは、とても人生を難しくしていくようです。

II 障害者福祉領域の支援者から よく相談されること

最近、障害児者福祉領域の支援者たちと一緒にすることが多くなり、成人期の支援サービスを利用している利用者の方についての相談を受けることが多くなっています。障害者福祉は、身体障害、知的障害、精神障害という3障害を基本枠組みとして、各々の障害者手帳が存在し、そうした手帳を取得し、支援サービスを受けていくことになっています。そこで、視覚障害や聴覚障害なのだけど、どうもASDが合併しているのではないか（実際、定型発達群よりも視覚・聴覚障害の人の合併率は高い）という相談や、知的障害の手帳はあっても医療ケアを利用してこなかったが、ASDを合併していると思うという相談や、精神障害で統合失調症やパーソナリティ障害の診断だが基盤にASDがあるのではないかという相談など、どれも「そうでしょうね」という場合が多いものです。精神科医たちからも類似の相談を受けることが多く、ただ、こちらは、「どうも統合失調症と誤診されていたようで薬が合わなくて調子が悪くなっている人がいるんだけど」というようなことで、医療ケアでどういう支援の可能性があるかという内容が多いです。地域福祉の現場では、明確に利用者となってこないようなケースも多く、地域の

なかの「ゴミ屋敷」の主に発達障害が疑われるのだがどうしたらいいのかとか、まだ支援にのせられないなったり、「自分は相談するつもりはない」というケースなどもありますし、触法関連での相談はさらに難しいものです。

III 成人になった発達障害の人たちが抱える課題

現在、厚生労働科学研究平成26年度障害者対策総合研究（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））のなかの研究課題「成人期以降の発達障害者の相談支援・居住空間・余暇に関する現状把握と生活適応に関する支援についての研究」（主任研究者：辻井正次）という枠組みのなかで、横浜や滋賀で先進的な取り組みをしている皆さんと一緒に、発達障害の人たちの生活の支援に関してモデルを構築する政策研究を進めています。

実際、世界的な長期経過研究において、成人期のなかでも40歳以上の適応がとても悪く、その要因として精神的健康（メンタルヘルス）の問題（精神疾患の合併）と社会的孤立があげられ、世界的にどの国もうまくやれているとは言えないのが実態です。そして、後者の社会的孤立には親の高齢化とも関係があり、40歳代といえば親は70歳代が中心となるわけですので、今まで親がつなげていた社会的ネットワークに、ASDの人たち本人が直接に結びついでいかないといけないということにもなるのでしょうか。そして、発達障害の人たち自身の意思決定を尊重していくという世界的な流れからいけば、入所施設で暮らしたいという人はないわけで、地域のグループホームで暮らすか、あるいは、自宅で独りで暮らすという希望の方が多くあります。こうした独り暮らしを実現できる仕組みを作っていくといけないのですが、そのための基礎的な知見が十分ではないという事情があります。

実際、成人期以降の精神疾患の合併のリスクは高いものがあります。気分障害（抑うつ症状）と不安障害が多いですが、それ以外の精神疾患もあります。精神疾患を合併するということは、もと

もとの発達障害の支援に精神疾患への対応が加わり、2つの支援を本人がわかるように提供していくことが必要になります。しかし、両方の支援への視野を持っている支援者・専門家が多くはないために、状態が悪くなってしまうことが少なくありません。フラッシュバックによって適応状況を悪化させている場合が多くあり、フラッシュバックへの対応を教えていかないと、日常的な生活支援だけでは改善しない場合が多いのも事実です。

ASDの人たち、特に知的障害の軽い／ない成人は、言語的にはそれなりのコミュニケーションを（一方的であっても）とれるのだけれど、だからこそ支援が難しい実態があります。彼らは、社会性の障害から他者との共同生活は難しいことが少なくありません。感覚過敏性の問題や興味やこだわりなどから、自分だけの居住空間を求める人が多く、必ずしもグループホームを暮らしの最終形とするわけにもいかない場合もあります。しかし、では簡単に独り暮らしをできるのかといえば、社会性の障害による一般常識の不足に加えて、こだわりや不安、不器用などで、独り暮らしにおける困難は大きいものがあります。騙される詐欺などの被害リスクも大きく、自分たちの財産を守るためのスキルに課題がある人が少なくありません。

実際、地域のなかで生活していくには、適応行動の非常に基本的なことからの支援も必要で、例えば、清潔を保つという部分でも、「風呂に入る」というのは本当に入るだけだったり、「髪を洗う」というのは髪を濡らすだけだったり、「そうくるか！」と思うことがあります。家族も自覚していないような、たくさんの家族のサポートがあるから（支援があってこそ）できている適応行動が多く、それを自分で計画的に組み立てていくのはやはり練習が要ります。ASDの人の場合、本当に支援があればできることを、支援がなくともできるという状況にするには多くの練習が必要です。現在、「ライフプランニング」というスキルトレーニングをアスペ・エルデの会の社会人グループの皆さんとやっています。自分が今何歳で、

父親が今何歳で退職まであと何年あるのか、家族で家計としていくらが年間で必要か、固定資産税はどのくらいかなど、一つひとつを学んでいくという形で取り組んでいます。定型発達の場合は、いざとなったら何となくできることが、ASDの場合、支援があるとできる、ということが多いのだしみじみ思います。このプログラムをやっていると、経験できない問題を考えることの難しさを感じます。親のなくなる年齢の設定を200歳くらいにしている人がいたり、「うちの母親は死にません」とか、「母が死んだら私も死ぬからいいんです！」という人もいたりします。実際は、人の生命は有限で、だからこそ、有意義に暮らさなければならぬわけです。“誰とどこでどんなふうに”暮らしを作っていくのか、30歳に入ったら考えなければならないのは定型発達でも同じなのかもしれません、発達障害において大きな問題であるのは確かです。

IV 心理臨床家が取り組まなければならないこと

成人の発達障害の領域では、心理臨床家の評判はありません。森口奈緒美さんの『変光星』『平行線』（遠見書房）のように、手記のなかでも、クライエント中心療法の手法で対応されて心理療法のために被害的になったりしたことの告発がなされていますが、具体的な助言をすべき場面でそれを怠り、しかもそうして具体的な助言をしないことが自分の専門性であるかのような勘違いをしている心理臨床家がいます。障害のある人たちに対する「合理的配慮」は支援する側に義務付けられていることですので、今後、国家資格に基づく専門性が確立してくると、発達障害の人たちの生物学的基盤に基づく明確な困難に対して適切な配慮を怠ることは、関連法規の順守義務違反となりかねなくなっていくだろうと懸念しています。最初に心理療法の技法があるわけではなく、支援を求めてくる支援のユーザー（クライエント）がいるわけで、ユーザーのニーズに合わせた支援を行うのか、それが自分にできなければ、支

援の場から去るということが必要なのかもしれません。

成人期の発達障害に対しては、心理臨床家の立ち位置は、生活支援までを担っていくスタンスから、高度に専門的なフラッシュバックなどへの対応などまで、かなり幅があるものです。時折、発達障害の人たちの進路選択や日常生活の生活改善部分の支援をすることは価値が低くて、より「心理的（と思い込んでいる）」な言語化できる内省的な内容を扱うことは価値が高いと勘違いをしている臨床家がいるようで、福祉現場のベテラン職員から愚痴を言われることがあります。進路選択をするうえで、どこにどう相談すればいいのかを考えるのは、コミュニケーションの難しさがある人にとって本当に大変なことだし、料理を作る際に焼き物で焦がさないように調理することのコツを身につけることも、とても大変なことです。ひょっとしたら、進路選択に向けたガイダンスや調理の仕方のコツの話は誰でもできることで、自分はもっと「専門的」な内容の支援ができるという自負があったのかもしれません、日常的な適応行動の評価や改善のための具体的な提案ができない人に、「専門的」な支援ができるわけはないと思います。発達障害の人たちのための心理臨床は、直接で話を聞くというよりは、関係する人たちとのネットワークを広げたり、実際の生活場面をともに過ごして実際の適応行動を把握したりすることが必要なのであろうと思います。

成人発達障害臨床において、心理臨床家にとってまず必要とされるのは、①発達障害に対する診断的な視点（それに対応するアセスメントツールが使えること）、②適応状況の評価と福祉的支援の適合性の評価、③支援手法の選択という内容になるでしょう。

診断的には、ASDの場合にはPARS-TRなどのアセスメントツールがありますが、成人期の場合、保護者から幼児期の兆候が聴き取れないこともあります、できる限りの発達期の情報をを集め、日常生活をよく知る人たちの情報を加味し、正確な精

神医学的診断ができるための情報を医師に提供することが必要です。ADOSやCARS-2などが実施できて観察からの評価が可能なら、そうした情報も有用です。実際には、適応行動の評価が非常に重要で、近々に出版されるVineland-II適応行動尺度日本語版などによって、どの程度の適応行動ができるのかを把握し、そうした適応行動と、知能検査で把握された知的能力などとのバランスを考えていくことになります。また、社会性の領域においては、どの程度の適応行動を実際にしているのかを客観的に評価していくことが求められます。また、感覚過敏がどういう領域でどの程度あるのかなども重要な情報になります。ただ、日常生活のなかでどういう困難があるのかは実際のアセスメントからだけではわからないのが実際で、当事者団体のボランティアでもいいし、病院のデイケアや福祉事業所でもいいので、実際の行動の困難さに関して、具体的な関わり体験を持つことも大事だと思います。

あるベテランの心理臨床家が、成人の発達障害のことを自信満々で語っているので、実際にどの程度の臨床経験を持っているのか聞いたら、数例だけのこと、投影法のアセスメントを取ったという話でした。それに意味がないとはいいませんが、実際の適応行動の評価をして、必要な場合に福祉的な支援にどう結び付けるのか、それが難しい場合に、本人だけで対応するスキルを教えていくというような、かなり標準的な支援手法とはかけ離れた方向性の話でした。発達障害とともに生きていくことは、うまくいっているときには支援なくうまくやれていくとしても、ちょっとのことでしっかりした支援が必要になることを意味します。そうした場合、必要な人に必要な支援を提供するために、アセスメントは非常に重要で、人の「生き死に」に関わるくらいのことだと認識しておく必要があります。

適応行動の評価を行い、支援が明確に必要な人であるという場合には、知的障害があれば知的障害の手帳（療育手帳、愛護手帳など、自治体で名

称が異なる), 知的障害がなければ精神障害の手帳(精神障害者保健福祉手帳)を取得し, 障害者としての支援サービスを利用できるかどうか評価することが求められます。もちろん, 近くに社会福祉士や精神保健福祉士がいれば, そうした同僚と相談しつつ進めていけばいいのですが, そうでなければ, そうした〈つなぎ〉の仕事を心理臨床家がしなければ, 支援を求めてきた人に支援が届くことになりません。その後, 居住する地域の自治体の福祉課で, 相談機関や相談支援を委託されている法人などを紹介してもらい, どういう支援サービスがどのように利用可能かを教えてもらうことになります。発達障害者支援センターに, 直接に県内での相談を担える法人や事業所(障害者就業・生活支援センターなど)を紹介してもらうこともできます。多くの場合, 事業所や法人もまだ発達障害の人たちへの支援については手探りの場合が多いため, そうした事業所の職員とも協力しつつ, 実際の日常生活の支援を福祉事業所のサービスや相談支援をお願いし, 可能であれば, 日常のなかでの課題の整理やその解決に必要なスキルを教えていくことが求められます。支援のスキルは, 子どもたち向けのものと種類は同じで, それを成人版で教え直すという形で教えていくことが一般的です。アスペ・エルデの会のHPでスキルトレーニングのワークブックの例を見ることができます。

もちろん, 障害者としての福祉的支援を受けたくない人に対しては, そうした支援を受けられることのメリット, 特に, 障害者雇用枠の就労のほうが仕事を継続していきやすいことを伝えはしま

すが, それ以上は何もできません。基本的に, 医療ケアで成人の発達障害の人たちにできることは, 診断と併存している精神症状への薬物治療くらいで, ほとんどできることはありませんので, それを明確に伝えることが望ましいです。特に発達障害の人たちのスキルトレーニングに熟練している場合には, スキルトレーニングをしつつ話を聞くこともできますが, 話を聞くだけという場合に, 支援者が日常生活で機能しない心理臨床家だけというのではありません。日常生活でつながる当事者団体の仲間とか, 日常の支援を合わせて提供できる福祉事業所など, 現実の支援体制を整えたうえで, 話を聞くということを, (すぐできなくても方向性として) 目指していかないと, 日常生活の質の改善につながらないということを認識しておく必要があります。

家族支援は重要なテーマです。「親亡き後」に向けて, 私たちの研究班などの検討は始まっていますが, 有効な仕組みがあるわけではありません。圧倒的に, グループホームなど, 居住を含めた支援の場が不足しています。そして, 「親亡き後」に支援なしで「何とかなる」場合はごく少数で, 何らかの支援が必要な場合が多数だと考えられます。成人になった子どもの意思を尊重し, 肯定的でいられるためには, 家族が肯定的に関わることが必要です。また, 親たちが「親亡き後」のことを現実的に考えられることも大事です。こうした親支援を, 「お年頃ペアレントプログラム」ということで, 思春期以降の親たち向けの取り組みもスタートしたところです。

【特集】シリーズ・発達障害の理解⑥ 発達障害を生きる

発達障害児を支える生涯発達支援システム

辻井正次 Masatsugu Tsujii

中京大学

I 発達障害の人たちを誰がどこで支えていくのか

発達障害、その代表例である自閉症スペクトラム障害（ASD）を例に挙げれば、少なくとも胎生期にはスタートしている脳機能の非定型発達を基盤とするものであることがわかってきており、脳の機能の差異から生じる症状や状態像の特異性は発達やその後の環境条件などで変化しつつも、完全になくなるものではないことが明確になってきている。また、ASD特性やADHDなどのその他の発達障害特性がある場合には、社会的な不適応状態に陥りやすく、さらには、特に成人期以降、気分障害（抑うつ）などの精神疾患を合併しやすいことが知られている。脳機能の非定型の発達があるということは、定型発達と呼ばれる他の多くの人たちが平均的にできる社会的に重要な行動や認知などのいくつかが自然には生じにくいことを意味する。にもかかわらず、社会的に相応の適応行動を取っていかなければならないということは、本人がそうした適応行動を学べるように、周囲が教えていかなければならぬことになる。そこでは、関係性を整えて自然に学びやすくして教えていく方法も、構造化して明確に1つ1つの行動を教えていく方法も含めてである。つまり

、発達障害の人たちは、どこかで誰かが何らかの支援を提供していくことで、適応行動を学んでいく人たちであると言える。

しかし、定型発達の人たちが当然できることを“当たり前・普通とする”という前提で社会や文化は成立しており、社会的に明確な欠損や機能障害があると認識されない限り、社会は教えていくというスタンスよりは排除するというスタンスを取りやすく、結果、適応状況の悪化に帰結する。実際に、何らかの精神症状化を来たすような場合には、背景に発達障害特性がある場合が少なくなく、特に子どもの場合には、むしろ多くは発達障害特性が背景となっている。にもかかわらず、クライエント中心療法や精神分析的心理療法のみで支援を構成しても、こうした心理療法の治療モデルが定型発達を前提としているために、かえって悪くなることが生じてしまう。診断アセスメントがなされ、生活や教育、福祉的な支援の支えがあるうえで補足的にさまざまな支援手法が取り入れられるのはいいとしても、そうでない場合、現実的な支援が優先されることを確認しておきたい。心の専門家でさえも適切な支援ができていない現状を考えると、発達障害の人たちを支援するということは簡単ではないことがわかる。

II 障害の重さ—軽さで何が変わるのが

障害が発達早期から明確にわかる、いわゆる障害が「重い」場合、乳幼児健診や一般の小児科診療のなかで、発達の遅れや特異性に気づかれ、結果、早期から継続的な支援につながっていく場合が多い。それでもなお、支援を拒否し、障害を否認する家族がいるのも事実であり、地域の公的な立場で支援をする保健師や保育士やソーシャルワーカーの頭を悩ませることになる。「子どもに障害がある」という事実は、その家族のなかの異質なものへの受け入れやすさが少ない場合には、より受け入れにくくなるようである。継続的な医療ケアと結びつく場合には、それでも支援につながるのだが、本質的に、発達障害支援において医療ケアでできることはほとんどないため、診断がされても支援につながらないという事態に至る。

さらに、障害が（特に見た目で）わかりにくい場合、支援を求めて先述したように医療機関では受けられず、しかし、医療と障害児者福祉が連携していないために福祉的支援にもつながらず、自治体などが十分な障害児の支援の枠組みを用意していればいいのだが、多くの自治体ではそうではないため、「様子を見ましょう」と支援が受けられない状況が継続していくことになる。現在、障害者福祉総合推進事業などで、この『臨床心理学』誌上でも連載している「ペアレント・プログラム」を普及させていく取り組みが進んでいるものの、現状は、こうした最低限の支援パッケージすらするのが実態である。現状、特に障害が「軽い」場合、その子どもがどこに生まれたかがその後の幸福に大きな影響を与える実態がある。障害があろうがなかろうが当たり前に地域のなかで成長していくノーマライゼーションの枠組みのなかで、障害の「軽い」とみなされた子どもたちは成長していく。これ自体は好ましいことである。ただし、こうした発達障害に対する「合理的配慮」を支援する保育士や教師が十分に理解し、具体的な支援の基本くらいは学べる状況があり、そうし

た保育園に対しての保育所等訪問事業を地域の児童発達支援センターが行えていたり、小中学校などに派遣されているスクールカウンセラー（SC）が十分な支援技術をもっている場合はそれでいいのだが、そうでなければ適切な支援を受けられないという状況に陥る。SCは人の一生の幸福に関わる、それだけに責任が重い仕事である。基本的な診断アセスメントや適応評価のアセスメントができることはそれゆえに重要である。

障害が「軽い」とみなされることによる支援の難しさは、就労段階になって直面するようなことも多い。適切な支援を受けてこないということは、適切な適応行動を学び損ね、失敗をして自己評価を下げるという繰り返しになるので、ますます社会適応を難しくする。どのように行動すればうまくいくのか、その基本的なスキルを教えられているのかどうかが重要で、しかも定型発達であれば「普通は知っていて当然」のことがわからないので、本人も周囲も困ってしまうわけである。「困ったら助けを求める」「テンションが上がったらクールダウンしよう」というのは、社会的には「当たり前」とみなされることでも、それを教えられて覚えていく人もいるということを周囲がわかっていないと大変である。こうした基本的なスキルは、アスペ・エルデの会のワークブックや関連文献を参照していただければと思う。

III 人が生きていくうえでの支えの問題は誰かが何とかしてくれるわけではない

ここまで見てきたように、実際、今のわが国では、発達障害であることが自然と把握され、発達障害に必要な支援が提供されるという状況はない。つまり、社会的な制度や仕組みとして、自然に誰かが何とかしてくれるわけではない。実際、本人と家族が納得して診断を受け、障害者手帳を取得したとしても、誰かが障害者手帳を持っていてそれを知って助けてくれるわけではなく、障害者手帳を持っていることを申告しない限り支援は提供されない。母子保健、子育て支援、保育、教

育、福祉などが縦割りで構成されているわが国では、今のところ、ライフステージを通した支援を公的に提供することは容易ではない。では、民間の枠組みでそれができるのかと言えば、それも簡単ではない。発達障害の診断を受ける子どもたちが増え、お金を出せば支援を受けられるようにならなくてはいる。それでも、幼児期までとか学齢期までとか、機関の対象年齢で途切れてしまう場合も多い。創設者の熱意が強い場合や大きな法人であればいくつかの機関を連携させて支援をつなげることもできるが、そうもいかない場合が多い。結局、医療機関が定期的に把握している唯一の場所だが、医療機関が支援を提供するわけでもない、という矛盾に至る。

特に、成人期以降の支援を考えると、なかなか難しい実態がある。近年の大学での発達障害学生への対応など、発達障害に対応した合理的な配慮のための取り組みが進みつつある。しかし、企業においては、障害者雇用枠での就労でも課題が多く、また特に一般枠で就労している発達障害の人たちに対しては合理的な配慮を求めることが難しい。就労しながら心身の状態をそれなりに維持していくことには支援が必要である。友人などもいないことも少なくなく、余暇をどう充実させていくのか、課題は大きい。障害者福祉事業所を利用している場合には、支援もあり、同じ事業所の仲間もいるのだが、就労して企業に入ってしまうと、仲間と出会う場所も減り、孤立してしまう場合が多い。結果、調子を崩して、失職してから支援に辿りつくという事態が全国で生じている。

IV 当事者主体でのささやかな取り組み

支援が公的に提供されるのを待っていても仕方ないので、当事者家族や当事者と専門家が協力して支援を構築していくという取り組みが「アスペ・エルデの会」である。アスペ・エルデの会については、すでにいろいろなところに書かれてはいるので、詳細は譲るが、簡単に紹介しておく。1992年に当時名古屋大学児童精神科グループの

杉山登志郎氏（現、浜松医科大学特任教授）と筆者とで始めた研究プロジェクトからスタートしている。ほぼ同時期に、名古屋市立大学小児科発達グループの石川道子氏（現、武庫川女子大学教授）らも参加し、名古屋地区での取り組みとして行われていった。当初、学習障害のためのプロジェクトであったが、新聞の記事をきっかけに訪れた子どもの多くはASDであり、医療機関で診断はできても支援はできないということで、支援のためのグループをスタートした。アスペルガー障害の「アスペ」とLD（エルディ）の「エルデ」を取り、「アスペ・エルデの会」とした。イベント的な療育的な内容の会を行い、3年ほどで100人規模のグループとなり、「大学」という場所で当初は活動を行っていった。しかし、大学という枠組みでは生涯発達に向けての対応ができないこと、あまりに未整備な状況で支援の受け皿を作っていく必要があったことなどを踏まえ、地域での発達支援システムに仕組みを組み替えた。東海地区のなかで10カ所ほどの支部を置き、各支部で月に数回の「学習会」を行うことになった。しかし、地域システムに移行する段階で、3分の1ほどの家族は、自分たちで運営をするのは大変だということで会を去っていった。専門家は「してくれる」人で、当事者や家族は支援を「してもらう」人だということでは、支援が進まないのだが、それは全ての人に理解してもらえることではない。それでも社会に対してしっかり取り組んでいこうというのが、多数の方には理解してもらえた、先に進むことになった。2000年から現行の地域支援システムに変わり、2002年にNPO法人化している。

ちょうど同時期に、ASDの少年が殺人事件の加害者となる事件が生じたことをきっかけに、知的障害のないASDの人たちへの支援体制の不十分さが課題として挙がり、与野党の国会議員や厚生労働省との話し合いの場が持たれた。一方、今的一般社団法人日本発達障害ネットワークの母体となる、当事者団体連合が構築された。同時に発達障害の支援を考える議員連盟が立ち上がり、「発

達障害者支援法」が2004年12月3日に成立している。当事者や当事者家族が主体となって動くことで、初めて社会が変わっていくことを示す結果にもなっていった。その後、発達障害者支援法を前提として、障害関連法規が改正され、支援の仕組みができつつある現状である。

しかし、それでハッピーエンドかというと、そういうわけではない。先に述べたように、わが国の縦割り行政のなかでは、生涯発達のなかでライフステージを通じた支援を構築することは容易ではない。また、大きな問題として、成人期以降の生活の支援をどうしていくのかが課題である。これは福祉関係の人が考えればいいことで、心理領域は関係ないという誤解をもっている臨床心理関係者も多いのだが、生活基盤が確かなものになって初めて心理的な支援の重要度が増すことを考えると、明確に問題意識を共有すべきである。保護者となる親たちが生きて支援をできているうちはまだ何とかなっていても、「親亡き後」を考えいくと、わが国はまったく支援が未整備な状況のままになっている。今後は大規模入所施設が新設されない以上、地域のなかで「親亡き後」も安定して支援を受けられる仕組みを作ることが必要になる。その際、「どこで誰とどんな風に暮らしたいのか」を当事者視線で考えていくためには、そして、それが実際にできているのか、あるいは適切な支援を提供できているのかを審査できる状況を作るには、当事者視線や受け皿としての当事者団体はやはり必要である。

アスペ・エルデの会は、現状、18歳以上の当事者本人が100人近くになり、今後の「親亡き後」の支援の枠組みを作るために、ハード面とソフト面の両方の取り組みを進めている。1つは独り暮らしのための訓練的な意味も含んだグループホームの設立、もう1つは当事者の独り暮らしに向けてのライフプランニング・スキルの勉強会である。いろいろな観点での学習が必要で、彼らの困った問題を聞きながら1つずつ構成してきている現状である。ASDの人たちなりに「親亡き後」

を想定しようと思っても、社会性の苦手さがあるため、未経験のことを考へるのは苦手であり、「うちの母は死にません」と真面目に答える人や、「母が死んだら自分は生きていけないので一緒に死にます」と言い出す人も出てくる。しかし、1つずつ整理していくことで、取り組む方向性を見つけていくことができる。成人期・中年期の課題が明確になってきたことで、思春期や児童期、幼児期の課題が改めて明確になってきている。関係性に焦点化してやりとりができたところで、その後の「困ったら助けを求める」スキルなしには適応的に生きていけない。また、内的な自分への気づきを遊びなどで象徴的に示せたところで、「具体的に自分がある場面でどう振る舞えばいいのかがわかる」スキルなしに、学校や社会のルールを身につけることはできない。さらには、実際の自分の存在の不確実さを語れたとしても、「将来のことを考える仕方や、気持ちの調整の仕方」のスキルを身につけることなしには長い成人期以降の生活を生き延びていくことはできない。生涯発達のなかで必要な支援を考えるために、縦断的に成長を把握していることは必要で、そこで経験を支援者側にとって世代を超えて共有できる仕組みにするために、幼児期から成人期に至る過程で必要なスキル・トレーニングの内容を取りまとめてきているのがアスペ・エルデの会の取り組みでもある。地域のなかで、支援を必要とする発達障害の人たちを支えていくためには、当事者の活動を支援する必要で、"面接室で話を聴く／箱庭をする"というイメージから脱して、より社会にとって必要とされる社会的な仕事・場に参加することが求められると言えよう。

▶文献

- 辻井正次(2013). 発達障害のある子どもたちの家庭と学校.
遠見書房.
- 辻井正次 編 (2012) 楽しい毎日を送るためのスクリー発
達障害ある子のステップアップ・トレーニング. 日本評
論社.

連載

発達障害の人たちの親亡き後を考えるためにー地域の中での生活を支援する(2)

辻井正次

中京大学現代社会学部

1. はじめに

時々、外来をやっていて苦笑いすることがあります。例えば、高校に入学が決まった自閉症スペクトラム障害（ASD）のお子さんの親御さんから、「これで大きな山を越えることができました。お世話になりました」というセリフをもらったりする時なんかがそうです。確かに、学齢期や思春期にあたる小学校や中学校は、学校という独特的な文化を持った場所での適応の問題が大変であるのは確かでしょう。そして、高校にあがると、特に偏差値の高いところほど、学校生活そのものの混乱が多くない場合は確かでしょう。しかし、高校以降、どう大人になっていくのか、というテーマは、小中学校の段階よりもはるかに深刻な課題であることが多いです。特に、30歳代以降、どこで誰とどんな風に過ごしていくのかは大きな問題で、そうした問題を考え始めるのは、高校生くらいの時期から始めるのがスムーズだと私たちは考えるようになってきています。高校入学は、いわば次のもっと険しく高い山の入り口に過ぎないのが、私の失礼な苦笑いの理由です。高校や大学の卒業後、就労を何年か過ごしてからが本当の大きな山になります。

ASDは「成長して普通になる」ようなタイプのものではなく、かなり個性的な部分を持ちながら「個性的に成長していく」もので、それ故に、一定のスキル・トレーニングといいますが、日常生活でうまくいくためのコツを覚えてもらうことが必要になりますし、コツを教えていく前提としてペアレンツプログラムなどの養育者の頭の整理が必要です。

そして、今回の小論の主題は、どうやらASD青年本人のスキル・トレーニングにおいても、親御さんたちの頭の整理においても、成人期に向けての大きなプログラムの変更が必要だということです。実際、すでにASD青年本人の支援においては、ライフプランニングスキルのプログラムを中心に、自立に向けてのいろいろなプログラムに取り組んできています。そこで、次は親御さんたちのためのプログラムに関して考えていくこうという内容になります。

2. 家族にとって必要な、発達障害のある青年たちの自立に向けた準備

さて、高校生以降で何が変わらるのかを考えてみます。まず高校において、特別支援学校を選択した場合と、一般的な高校を選択した場合とで、高校生活は大きく異なります。どちらがいいとは言えません。これは本人と家族が決めることです。最近は、大学における発達障害学生の支援がよくなっています。大学に進学するASD青年も多くいます。地域ごとの雇用状況で、進路や就労の取り組みは大きく変化していきます。

特別支援学校に進学した場合、就労に向けての学校ぐるみでの方向付けがありますので、本人はもちろん、親たちも就労に向けての取り組みはしやすいものです。学校の指導の中で、就労までのスキルをしっかりと教えていただけることで、就労移行はスムーズにいくことが多くなってきました。しかし、問題はそこからです。企業就労はスムーズにいっても、その後の就労を維持し続けることははるかに困難です。企業において、人事異動は

当たり前のこと、本人の仕事や持ち場が変わらなくても、上司や同僚は変わっていきます。20歳代くらいまでは、まだ「若い子」ということで、ミスなども大目に見えてもらえたとしても、30歳代になるとそうもいきません。特別支援学校のフォローもその年数までは追えません。障害者福祉サービスを利用しているといいのですが、企業就労しているような場合、福祉サービスに結びついていないことが多く、職場でうまくいかず、調子を崩して、仕事を辞めることになってから支援の場を訪れる成人が少なくありません。

一般の高校に進学した場合はさらに複雑です。一般の高校の場合、進学校は大学進学に方向付けていますので、特に適応上の問題が大きくなれば高校での勉強と受験勉強への取り組みのために、自立に向けた方向付けはなされません。大学に進学してからは、学生相談室などのサポートで学生生活がうまくいく青年は増えましたが、就労までのサポートは難しく、一般就労のための就職活動に挫折して、障害者雇用枠の就職活動に移り、それでも見つからないと就労移行などの事業所への利用を考えるようになり、やっと福祉サービスにつながるという感じです。就労に向けての基本的な方向付けができていない場合が多く、職業訓練を受けることでやっと方向付けが進んでいきます。就職してからは、特別支援学校卒業の場合と同じです。一般就労でも、就職した企業の企業風土や同僚に恵まれれば、それなりに過ぎてはいくのですが、中間管理職になったりする段階で調子を崩してしまう場合が多いように思います。別にASDであろうがなかろうが、中年期は大変な時期であるわけです。

そうした成人期から中年期の、社会人生活を支える家庭生活において、ASD成人たちは別の課題を持つ人が多いように感じています。趣味などの仲間をうまく得ることができ、なおかつ、そうした仲間たちが（独身のままだったりとか）趣味生活の過ごし方を変えないようなときは、友だちいるプライベートな時間として充実するわけですが、それはそんなに多くないように感じています。いろいろな意味で、20歳代は、まだまだ仲間たちが独身で今まで通りの関係が続いているのですが、30歳代に入ると、友だちとのやりとりが減ってい

く人が多いように思います。アスペ・エルデの会のようなグループの中で、広い意味での仲間と過ごす活動がある場合はまだいいのですが、仕事以外で他者と会話が乏しいというような話を聞くことも稀ではありません。

親たちが若いちはいいのですが、親たちも50歳代あたりからは、自分の健康の問題や、両親の介護問題などなど、成人になった子どもたちとの関係の在り方が変化し、今までのような動き方ができなくなっていくようです。子どもたちもなかなか子ども時代のように親の言うことを聞かなかったりもしますし、そのなかで、親子のどちらかまたは両方が調子を崩すと、一気に仕事に行けなくなるほどの不調に至る例をいくつも見るようにっています。

高校生の子どもの親たちにとってはわかりにくい現実かもしれません、それでも、今、高校生の子どものASD特性がなくなるわけではなく、支援が必要でなくなるわけではないので、社会になつた自分の子どもの現実的な姿を予測していくことは、大事なことだととも思います。

3. 「お年頃ペアプロ」の必要性

最近、いろいろなところで書いてきていますが、主として幼児期の子どもたちの保護者を対象として考えてきた「ペアレントプログラム」が全国的な普及の取り組みにあります。政策的には、幼児期のものといえますが、実際のプログラムは別に思春期あたりの子どもたちにも有効なものです。過去に、成人期になったASDの人たちのプログラムを行ったことがあります、基本的には変わらないのですが、やはり変えないといけないところがあるかなと思っています。「ペアレントプログラム」では、「行動で考える」「(困ったところを叱るのではなく)代わりにできた適応行動に対し、できたことを讃める」「仲間と出会う」の3つのポイントをもつプログラムです。ですので、確かに基本は変わらないのですが、適応行動の中身が、やはり子どもと大人とでは大きく異なるのだと思います。

成人期に向けての取り組みは、海外でもいろいろ取り組まれるようになっています。Wisconsin-

Madison 大学の Waisman Center では、Transitioning Together program というプログラムを14-17歳の子どもと保護者を対象に取り組んでいるようです。8週間のプログラムで、複数の子どもと保護者が一緒に取り組みを進めていくことで成果をあげているようです。今年のIMFAR（国際自閉症研究学会年次大会）では、同じ研究チームによる成人期に向けての縦断研究において、家族の子どもへの対応が肯定的な方が、子どもの成人期の生活の質をよりよくする方向への効果を持つことも示唆されていました。成人期以降の生活の質においては、中等教育以上の教育を受けることや仕事を持っていることなど、他にも重要なポイントがありますが、それらと同じく、家族の将来を見越した対応も重要な観点であることは間違いないでしょう。

こうした知見を踏まえて、「お年頃ペアプロ」を15-22歳くらいのお子さんを持つ保護者対象に実施しようと考えています。今年度からスタートします。ASD成本人のライフプランニングと並行した取り組みを考えています。

いえ、そうではないのでしょうか。かつて、ASDの子どもを持って、「親亡き後」を考えると言えば、イコール「施設入所」という発想でした。しかし、世界の動きのなか、わが国においても障害をもつ人たちの自己決定・人権を最大限に尊重し、地域のなかで当たり前に暮らしていく社会を構築していくことを決めており、地域で当たり前に楽しい人生を歩んでいくためには、グループホームというハードがあるだけではなく、ソフトウェアとして、本人たちの準備（ライフプランニングなど）や、親の準備（お年頃ペアプロ）が必要になってくるのでしょうか。プログラムの概要は、厚生労働科学研究などの取り組みを経て、また報告していきます。

現在、自閉症の国際学会に参加すると、どこの学会でもメインプログラムの1つは成人期の問題です。「親亡き後」に関わる問題は臨床家たちの関心の的となっています。成人期の支援の再構築をどうしていくのか、世界中の研究者や実践家が悩んでいるところで、私たちも同じように悩んでいくことになります。

4. 家族の準備、本人の準備、社会の準備

成人期、特に、中年期以降において「親亡き後」を考えていく上で、社会的な制度を作っていくことは不可欠です。しかし、それで何とかなるかと

文献

Smith, L. E., Greenberg, J. S., and Mailick, M.R. (2012) Adults with autism: outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. Curr Psychiatry Rep. ;14 (6):732-8.



【特集】シリーズ・発達障害の理解⑤ 成人期の発達障害支援

生活の中で発達障害者を「支援」する

浮貝明典 Akinori Ukgai

特定非営利活動法人 PDD サポートセンターグリーンフォーレストサポートホーム事業コーディネーター

Ⅰ 生活支援の現状と取り組み

発達障害者は、発達障害に特化した社会資源の少なさ、本人と周りの困り感の違い、自分に支援が必要だと気づきにくい特性からも、そもそも生活支援の必要性が認識されにくく、支援に繋がりにくい状況がある。そのため、問題が起きてから社会資源に繋がってくるケースも多く、問題が起きる前から介入していく予防的な支援が必要であることは明らかである。また、家族や本人から聞き取りをしていくと、既存の入所施設や共同生活型のグループホームの利用はイメージしにくいため、何の準備もないままひとり暮らしをすることにも不安があるということが多い。

前述の現状と課題を踏まえ、筆者の所属するNPO法人では、2009年から約2年間の横浜市発達障害者支援開発モデル事業を経て、2012年11月から横浜市より発達障害者サポートホーム事業の委託を受け、成人期の発達障害の人の予防的な生活支援の取り組みを開始している。

Ⅱ サポートホーム事業とは

サポートホーム事業は主に、発達障害の人が在宅から地域でのひとり暮らしを目指すための準備

段階として、最長2年間、仮のひとり暮らしを経験する場である（図1参照）。暮らしの場は、グループホーム・イオプレイス（1Kアパートタイプ）とした。支援者は各部屋を訪問し、地域でのひとり暮らしに向けたスキルアップ、相談、アセスメントをおこない、移行後のフォローアップまでをおこなう（図2参照）。

サポートホーム事業の対象者はモデル事業時を含め表1の通りである。また、入居の条件として、横浜市在住であり、就労または日中の所属先のある発達障害の人を対象としている。

Ⅲ サポートホームでのかかわり

入居前の聞き取りのなかで、関係機関または家族は、発達障害の人を「〇〇ができない人」「〇〇にこだわっている」と決めつけている節が少なからずあるように思う。大人であるがゆえに「〇〇くらいはできていて当たり前」とか、できていなければ「〇〇ができない人」と誤評価されやすいのも特徴的だ。そしてこのような近しい人からの誤評価が、そのまま自己評価になっていることが少なくない。サポートホームという環境は、「自分を知る」機会を与え「生活」を学習する場となる。この環境で主体的に生活をすることで改めて

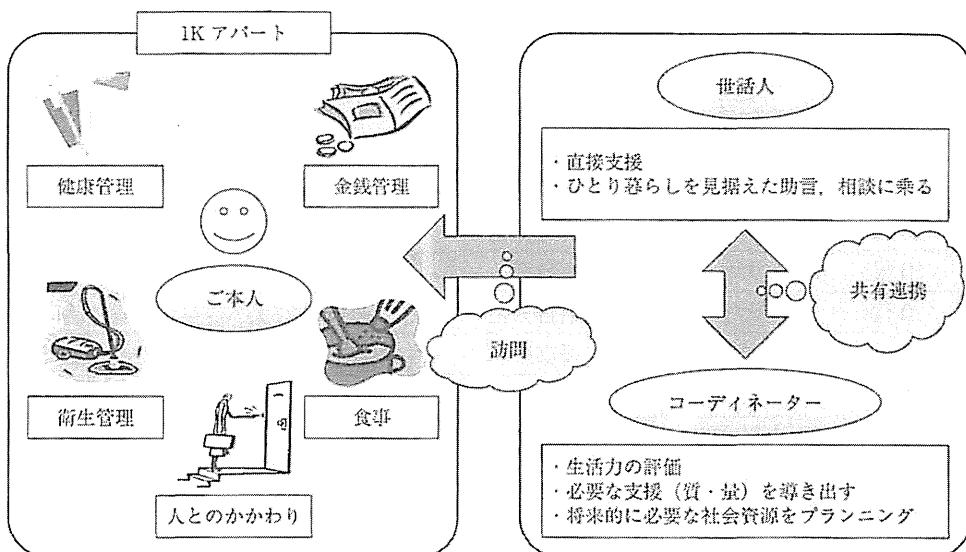


図1 グループホーム・イオプレイスでの暮らし

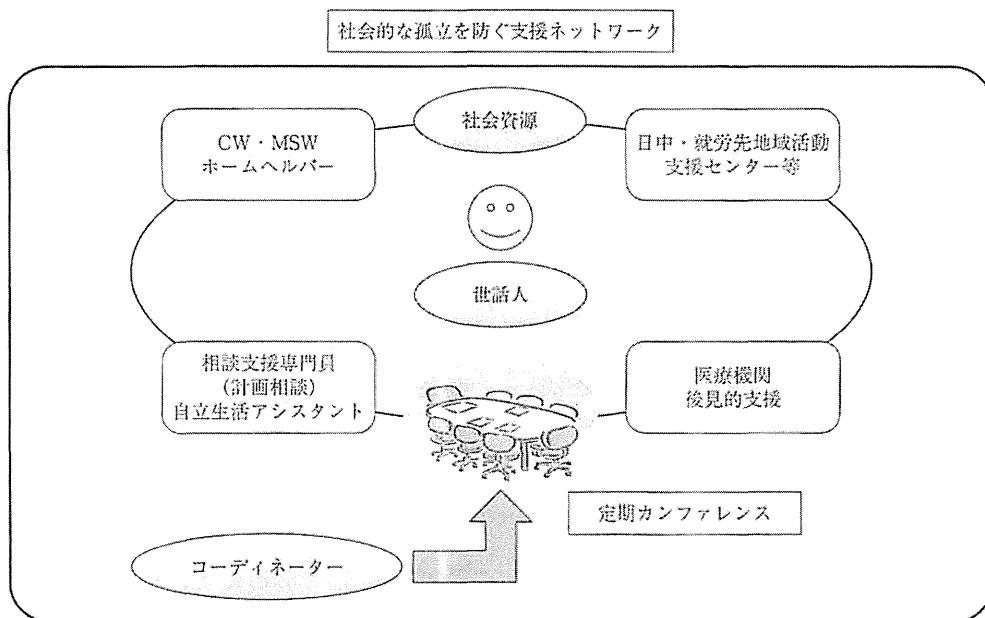


図2 地域でのひとり暮らしへ（イメージ図）

みえてくる発達障害者の人の特徴やそこでの支援者のかかわりを、本論では紹介したい。

Ⅱ 事例①——うどんしか食べない「こだわり」

普通高校卒業後、就労したGさんは、会社での人間関係にうまく馴染めず、数年在宅で過ごした後、30代で広汎性発達障害と診断を受け、地域活動支援センターに繋がった。PCを使ったデータ入力のほか、車の運転が得意なGさんは、納品の仕事や外部の機関へ赴き清掃業などをおこなって

いる。40代になり、親が将来を心配したことをきっかけに、また本人も「違う環境での生活に興味があった」と意思表示をして、入居に至った。

1. 現状

入居から4週間が過ぎたところで、毎日うどんしか食べないという食生活の偏りがあることがわかったが、支援者の「うどん以外も食べましょう」という提案では食生活の広がりはみられなかった。うどんばかりを食べる理由としては「簡単だ

表1 対象者層

	年齢	学歴	類型（タイプ）	手帳	日中の所属先
Aさん	20代	大卒	孤立型	知的（B2）	地域活動支援センター
Bさん	30代	大卒	受動型	精神（2級）	アルバイト
Cさん	30代	大学院卒	積極奇異型	精神（2級）	地域活動支援センター
Dさん	40代	普通高卒	積極奇異型	精神（2級）	デイケア
Eさん	50代	大卒	受動型	精神（2級）	地域活動支援センター
Fさん	20代	大卒	積極奇異型	精神（2級）	地域活動支援センター
Gさん	40代	普通高卒	孤立型	知的（B2）	地域活動支援センター
Hさん	20代	大卒	受動型	知的（B2）	地域活動支援センター
Iさん	20代	大学中退	孤立型	知的（B2）	福祉就労
Jさん	30代	大卒	積極奇異型	精神（2級）	地域活動支援センター
Kさん	30代	大学中退	孤立型	精神（2級）	地域活動支援センター
Lさん	30代	大卒	孤立型	精神（2級）	地域活動支援センター
Mさん	20代	大卒	孤立型	精神（3級）	地域活動支援センター

から」だと言う。一方で、訪問時にスリッパを出してくれたり、お茶やお菓子を出してくれるなど、「もてなす」行為がみられ、感謝の言葉を伝えると嬉しそうで照れくさそうにしている。

2. 長期目標と短期目標

長期目標として、幅広い食事のレパートリーから選んで作れるようになることに設定した。またその前段階の短期目標を「うどん以外の料理を作ってみる」ことにした。

3. 支援者のねらい

「もてなす」行為が本人にとって満足感を得られるものと仮定し、調理後に試食をさせてもらうことにし、その機会を通じて、他者から褒められる満足感、やってよかったという経験を積み重ねることを目指した。そして支援者は、そのきっかけを意図的につくることで行動強化に繋がるか評価し、基本的な調理スキルや調理に対する意欲の変化を観察することにした。

4. 具体的なかかわり方

過去に作ったことのあるメニューで、「作るのは大変じゃない」と本人が言っていた炒飯から始

めることにした。調理開始時から立ち合い、スキルを観察するにとどめ、嫌な経験にさせないよう極力助言はせず、普通にできていることを褒めることを心がけた。試食をさせてもらった後に振り返りをおこない、褒めるようにした。また、最初は週に1回おこなうこととし、次週のメニューと一緒に決め、毎週違うものを作ることも支援のねらいとした。

以上の目標、支援者のねらいを定め、かかわりを開始した。初回の炒飯作りでは、調理スキルについては全く問題なく、味もお世辞抜きにおいしいものだった。ただし次回のメニュー決めには時間がかかり、今回購入した卵の残りを使ったものというキーワードを提案したところ、「オムライス」と自分で決めた。

スキルがありながらうどん以外の調理をしていなかった理由として、実家と違う小さいコンロで火力を気にしていたこと（やってみたら問題はなかった）、メニュー選びに困難さを抱えていることがわかつってきた。初回以降、毎週違うメニューを作り続け、実家では母親が調理しているところを見に行くという変化も起こった。また、自主的に料理本を購入、クックパッド（ネット上の献立サイト）を使うなど、意欲の変化がうかがえ

た。また、6回目以降、残りの食材で自主的に調理するようになった。10回目の調理の日に他の支援者が、「ひとり暮らしで大変なことはありますか?」と質問したところ、「料理」と答えたが、続けて「料理といつても、メニュー決め、買い物、調理、片づけのどれが大変ですか」と聞くと、「メニュー決め」と答えた。自分なりに料理本を買うなどの工夫はしていたものの、多くの選択肢から選ぶことが苦手だったと推測できた。これを受け、支援者が2~3ピックアップし、そのなかから本人に選んでもらうかたちを提案したところ、それ以降、メニュー選びには時間がかからなくなっていました。約3カ月続けてきたところでのモニタリング状況は以下の通りである。

スキルについて：調理スキルは高く、手伝ったり教えたりする必要はなかった。調理の機会を意図的に設定することで、うどん以外の18種類を作ることができた。

意欲について：自主的に料理本や調味料、調理器具などを買うようになった。また、週末帰宅した際に、家族に料理を振る舞うことがあった。

行動について：「もてなす」行為に対し、支援者から「上手ですね」「美味しいですね」などの声をかけられることで、笑顔が多くみられた。こういった経験を積み上げることで、行動強化に繋がったと思われる。

一方、「メニュー決め」については、長いときで20分以上かかっていたことからも、苦手分野であったと思われる。料理本やクックパッドを利用したが、情報が多すぎて逆に決められなくなっていた。このことは、ある程度支援者が選択肢を狭めて提案することで、すぐに決められるようになつたところからも裏付けられる。

Gさんの偏食は、うどんへのこだわりや好み、または感覚過敏の問題ではなく、自主的に選択肢を広げていくという意欲の広がりが問題解決のポイントだったと思われる。そのためのきっかけをつくり、意欲を高めるためのかかわりにより、生活の豊かさに繋がつたのが、Gさんのケースである。

2 事例②——自己管理の方法

Cさんは、夏場に体調不良で通院したところ、水分の過剰摂取による低ナトリウム血症であることがわかった。多い日には1日に7~8リットルの水を飲んでいたのである。本人も「水分の摂りすぎをなんとかしたい」と言っていたが、これまでも家族から何度も注意を受け、その都度反省はしつつも、継続して水分量をコントロールすることはできていなかった。

継続的に水分摂取を適量(2.5リットル)に抑え自己管理できるようになるために、自己管理ツールとしての「水管理表(水分摂取の際に時間・場所・質・量・累計を記入するもの)」を使うことを提案した。記入すること自体が目的とならないよう、1日ごとに、できしたことや記録を付ける意味などの振り返りをおこない、かかわりの頻度を徐々に減らしていく。

記録を付け始めたCさんは、「今どれだけ飲んでいるか、あとどれくらい飲めるかが一目でわかるので意識できます」と言って、初日から規定量で抑えることができた。その後も継続し、段階的に摂取量を減らしていき、目標値である2.5リットルを3~4カ月で達成することができた。

何度も注意したり説得したりするのではなく、目標を視覚化することで、本人にとってはわかりやすいものになり、結果的に、他者の働きかけではなく、自分自身で水分摂取量を管理できるようになった。

3 事例③——金銭「感覚」が育つこと

Aさんは入居前、「ひとり暮らしをするためには1億円かかる」「将来は事務職で50万円稼ぎたい」と言っていた。入居後半年経ったところで、財布をなくしてしまうことがあった。慌てて電話をかけてきたAさんは、「財布に5千円入っていた。5千円あればいつも買っているお米が2袋買えたのに」と言っていた。金銭の動きが目で見てわかる家計簿を付け、月ごとに支援者と予算立てや振り返りをおこなつていったこともあるが、自

分が生活するという気づきに繋がりやすい環境と、そこでの直接経験が、金銭感覚という目に見えない力を育てた事例である。

4 事例④——言葉（イメージ）と行動

Hさんは、当施設の生活マニュアルにある「掃除機の使用は夜22時まで」というマナーを守り生活していた。ある日、お茶の葉を床にこぼしてしまい、それが22時以降であったため、今後のためにもということで「ほうき」を買うことにした。翌日さっそく購入してきたものを見せてもらうと、天井にぶつかりそうなほどの大ささの「竹ほうき」であった。よくよく聞いてみると、Hさんは、「天才バカボン」が好きで、竹のほうきを持ったレレレのおじさんをイメージしていたことがわかった。一般的にイメージする室内用の「ほうき」と、Hさんのイメージする「ほうき」の違いからも、言葉は知っていてもイメージや行動がズレてしまうという特徴的な出来事であった。

こういったイメージのズレは、衣類やその他の生活用品の購入の際にも起こり得ることであり、タブレット端末などで商品の画像一覧を表示し、選んでもらうことで、事前に彼らのイメージを知ることができる。

Hさんは別に、言葉と行動を繋げていくかかわりとして、「スケジュール調整ができない」と言っているFさんの例をあげたい。Fさんは、通院などで支援者に同行してほしいとき、友人と出かけたいと思ったときに「明日一緒にやってくれませんか」というような誘い方をしており、相手からは急なので行けないと断られることが多い。

かった。そのたびにFさんは「人と予定が合わない」と苛々していた。「スケジュール調整」とは、例えば1週間前に「○○に一緒に行ってほしいのですが、いつなら都合がいいですか」というように、まずは相手の予定を聞くところから始めることを、ひとつずつ手順を紙に書いて伝えていくと、Fさんは「知らなかった」と驚いていた。「スケジュール調整」という言葉は知っていても、具体的にどういう行動がそれを意味するのかという気づきに繋がった例である。

IV 生活における「支援」

発達障害の人たちは、できないのではなく、知らないだけなのだ。だから教えればいい。だが、勉強や仕事とは違い「生活」は、学ぶ機会が与えられにくく、大人になると暗黙のうちにすでに学び終えていると思われている節がある。暗黙知の学習困難をもつ発達障害の人には、意図的に「生活を学習する」場所や必要なサポートが求められているのである。

本事業における支援とは、現状から何を「教える」のかを見極め、観察と記録に基づく継続的なかかわりを続け、本人の理解を促すためのツールなのである。

▶文献

- 第一章 著、NPO法人東京都自閉症協会 編（2009）自閉症の人の人間力を育てる。ぶどう社。
- 第一章 著、NPO法人東京都自閉症協会 編（2013）自閉症の人の自立への力を育てる。ぶどう社。
- 浮貝明典（2013）見落とされやすい生活支援。児童心理 67-18；118-123.

見落としやれやすい 生活支援

浮見明典

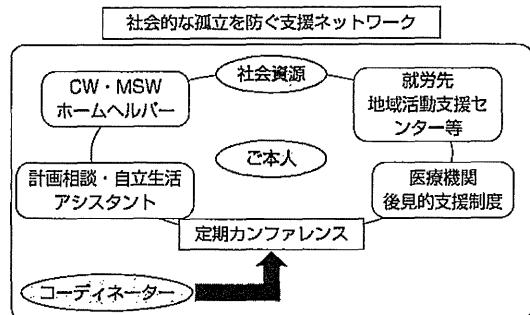
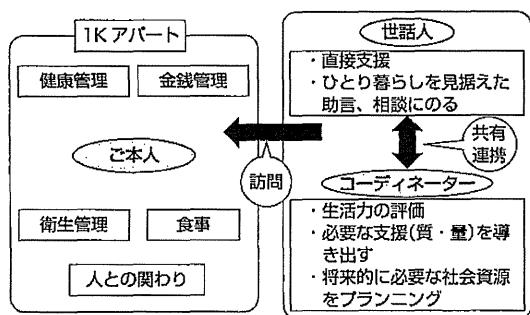
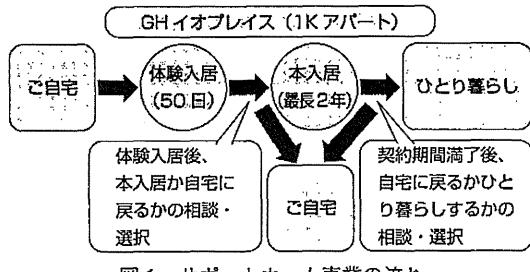
1 「生活」と生活支援の現状と取り組み

障害児者支援と、児童期からの特別支援教育との後の就労支援というイメージがあるだろう。人一日は「生活」という、勉強や仕事のための日中以外の時間を合わせて初めて成り立っている。通常、一日の「生活」は家庭で担われているが、グループホームなど家庭とは異なる「生活」の場ができる。家族ではない第三者が「生活」に関わることで、仕事という日常との密接さが明らかになってきた。

当法人の運営する地域活動支援センター「オフィスウイング」「ウイングネクスト」では、知的に遅れが前述の現状と課題を踏まえ、当法人では、二〇〇九年

が必要であることは明らかであった。また、家族や本人から聞き取りをしていく中では、既存の入所施設や共同生活型のグループホームの利用はイメージしていくが、何の準備もないままひとり暮らしをするといつも不安があるという状況もあった。

年から約二年間の横浜市発達障害者支援開発モデル事業を経て、二〇一二年一月から横浜市より、発達障害者サポートホーム運営事業（以下サポートホーム事業）の委託を受け、成人期の発達障害の人の予防的な生活支援の取り組みを開始している。



ないとされている高機能自閉症・アスペルガー障害の人たちの就労移行支援をおこなっており、学校卒業後の進路や、就労に向けたステップアップとして利用されている。関わりの中で、就労に結びつく人がいる一方、本センターに安定的に通うことさえ難しい人もいる。そして、この後者の背景に「生活」が影響していることが少なくなかったのである。

発達障害に特化した社会資源の少なく、本人とまわりの困り感の違い、自分に支援が必要だと気づきにくい特性からも、そもそも生活支援の必要性は認識されにくく、支援に繋がりにくい状況があった。そのため、問題が起きてから社会資源に繋がってくる状況も多く、問題が起きる前から介入していく予防的な支援