

2. 成人期発達障害診療専門拠点ガイドライン

診療・支援

2. 発達障害診療専門拠点ガイドライン：診療・支援

2.1 成人期発達障害概念の変遷

これまで自閉症といえば孤立・自閉と同一性保持の強迫的要求に言語発達の遅れを伴う、いわゆる Kanner 型¹⁾を指していた。その後、言語によるコミュニケーション能力や知的能力が比較的保たれている症例についての Asperger の論文を踏まえ、知的には正常範囲内で幼少期には気がつかれにくい例まで含めて考えるようになり、自閉症の概念は広がりを見せた²⁾。本邦においても、知的障害を伴わず成人になり初めて自閉症の診断を受けるような当事者について、2000 年頃より高い関心が示されるようになった。しかしながら、成人を対象とする精神医療において、発達障害の診療経験は全体的に不十分であり、治療的受け皿はほとんどなかった。そのような社会的状況を背景として、昭和大学にて 2008 年より成人発達障害専門外来が開設され、同時期よりデイケア・ショートケアにて成人発達障害専門プログラムの開発が行われた。専門外来開設当初は、発達障害の過少診断についての関心が高く、特に統合失調症と ASD の混同が問題とされた。しかしながら、近年では過剰診断の問題もでてきている。これは、診断閾値を低くとらえてしまうということにとどまらず、他の要因からくる対人コミュニケーションの問題も発達障害の枠組みで解釈してしまうことも含まれている。対人関係における困難さを発達障害の特性として理解したがる傾向があることも、この過剰診断の問題を増幅させている。また、ADHD においても、特に多動性や衝動性が軽微で、不注意症状が中心である場合に、成人になるまで気がつかれないことが多いことが明らかとなってきた。ADHD に対しては薬物療法もあることから、自ら ADHD を疑い受診される当事者も増えている。一方で限局性学習症（以下、SLD とする）の成人例に関してはこれまであまり検討されておらず、これからの課題であろう。我々が現在 SLD に抱いている臨床像とは若干異なる形で、障害に気がつかれず潜在的に存在している可能性は否定できない。

成人期発達障害の概念は受診される当事者の臨床像に対応する形で未だ変遷を続けている。発達障害の概念は下位分類間での重なり合い、性別による違いなども含め、新たな課題も山積している。本邦における成人発達障害の診療は未だ黎明期である。新たな発達障害の臨床像を明らかにしていくことに加えて、診断の妥当性の担保のため発達障害の概念を収斂させていくことも同時に求められている。

1)Kanner L : Autistic disturbances of affective contact. Nervous child 2 : 217-250, 1943

2)Wing L : Asperger's syndrome:a clinical account. Psychol Med 11(1) : 115-29, 1981

2.2 診療機能

2.2.1 発達障害の診断

成人期において発達障害の診断をする際には、幼少期からの症状の連続性を確認することが不可欠である。本人の記憶のみでは客観性に欠けるため、養育者からの聞き取りや通知表における教師からのコメントなどを参照することが望ましい。

心理検査は診断を補助するものである。自己記入式、養育者の評価、半構造化面接など様々存在する。しかしながら、診断の基本は本人の現状や生育歴についての丹念な聴取であり、心理検査のみを根拠として診断することは避けるべきである。

発達障害、特に ASD では集団場面において特性が顕在化しやすいが、通常の外来診療においては確認が困難である。デイケア・ショートケアプログラムに参加中の言動や行動を観察することや、検査入院において日常生活を観察することも診断に有益となり得る。

- (1) 生育歴の聴取
- (2) 心理検査
- (3) 行動観察（デイケア・ショートケア、検査入院）

(1) 生育歴の聴取

成人期において診断の妥当性が問われる要因として、幼少期の状況についての情報が不十分となりやすいことが挙げられる。本人の記憶は様々なバイアスがかかりやすく、正確性に欠けることもある。そのため、成人であっても可能な限り養育者の同伴を依頼し、生育歴についての詳細な情報収集が必要である。また、通知表における教師からのコメント、母子手帳などを参考にし、より多角的に生育歴に関する情報を把握することが望ましい。

ASD と診断するためには、「社会的コミュニケーションおよび対人相互反応における障害」と「行動・興味または活動の限定された反復的な様式」の双方が存在する必要がある。どちらか片方のみ症状が存在している場合には、社会的コミュニケーション症（Social communication disorder）など別の診断になることに留意すべきである。ADHD では「不注意」もしくは「多動および衝動性」のいずれかが存在していれば診断できる。しかし、その程度は社会的、学業的または職業的機能を損なわせていること、その症状は2つ以上の状況（家庭、学校、職場など）で存在していることが診断には必要である。生育歴の確認の際には、これらのことを意識しながら情報を集めることが望ましい。また、ASD、ADHD、SLD はそれぞれ併存している可能性も高いため、1つの発達障害を疑った場合には、その他の発達障害の特性についての確認も不可欠である。

他の精神疾患との鑑別においても、横断面での特徴のみならず、生育歴の確認が重要で

ある。基本的には精神障害は思春期以降の発症が多く、幼少期から発達障害の特性が存在しているか否かで区別していく。鑑別すべき代表的な疾患として、統合失調症、パーソナリティ障害、気分障害（うつ病、躁うつ病）、強迫性障害、社交不安障害などがある。これらの疾患との鑑別を要するのと同時に、発達障害には精神障害の併存率が高いことにも留意すべきである。

(2) 心理検査

成人期において発達障害の診断の補助となりうる心理検査はいくつか存在している（2.2.5 心理検査参照）。しかしながら、心理検査の結果はあくまで補助的なもので、診断の基本は本人の現状確認と生育歴の丹念な聴取である。特に自己記入式の尺度は、本人が発達障害を疑って受診した場合には必然的に高くなることから、その結果のみを根拠として診断することは避けるべきである。

知的障害との鑑別は発達障害の診断をするためには不可欠である。成人になって始めて診断が検討される場合には、軽度あるいは境界レベルの知的な問題との鑑別が必要となる。疑わしい場合にはウェクスラー成人知能検査（以下、WAIS という）など知的レベルを判定できる心理検査を施行し、発達障害特性が知的レベルを勘案しても診断基準を満たしている程度であるかを判定していく。高機能の ASD で言語性知能と動作性知能の乖離（ $VIQ > PIQ$ ）が目立つことや絵画配列にて低値となりやすいこと、ADHD では作動記憶や処理速度が低値となりやすいことなどが言われているが、個人差が大きく障害特異性も低い。そのため、WAIS の下位プロフィールの特徴のみをもとにして診断することは避けるべきである。

(3) 行動観察（デイケア・ショートケア、検査入院）

成人期において本人の行動を直接観察できる機会は乏しい。医療機関においてデイケア・ショートケアなどに参加している場合には、集団場面での行動を観察することができ、診断の材料となり得る。また、ASD（あるいは ADHD）に対するデイケア・ショートケアプログラムは他の参加者に混じりながらの活動となるため、他の参加者との異同について自身が直接的に感じられる機会となる。

発達障害に対する検査入院がいくつかの施設で行われている。検査入院では複数の医師および心理士による丹念な情報収集をするための時間的余裕が確保できることや、日常生活に対する客観的な行動観察が可能であるといった利点がある。

外来診療では本人およびその家族からの聴取が情報源としてほとんどを占めているが、それらの情報は様々なバイアスがかかりやすく、診断の精度に影響を与えてしまう。診断が困難な事例に関しては、デイケア・ショートケアプログラムへの参加や検査入院など障害特性にもとづく行動パターンの有無について直接的に観察できる機会を生かすことも検討される。

2.2.2 発達障害の支援・治療戦略

本人や家族が発達障害の特性についての理解を深める心理教育は、発達障害の治療・支援を進めていくためには必須である。特性理解にもとづき周囲の環境を本人の特性に合ったものに調整していく。また、適切な学習あるいは工夫により社会適応能力を高めていくことを目指していく。

発達障害は成人期に至るまでに失敗体験を重ねていることが多く、いわゆる二次障害という情動や行動の問題を引き起こしやすい。心理教育・環境調整にて軽減あるいは解決をすることも多いが、時には薬物療法を含めた治療的関与を要する。

デイケア・ショートケアのような集団療法は自己理解を深め、社会適応能力の向上に寄与することから、発達障害の治療では重要な選択肢である。

- (1) 薬物療法・心理教育・環境調整
- (2) 併存する精神障害への対処
- (3) デイケア・ショートケア

(1) 薬物療法・心理教育・環境調整

ADHD に対しては中核症状である不注意および多動・衝動性に対して、中枢神経刺激薬（メチルフェニデート塩酸塩徐放錠：コンサータ®）、アトモキセチン（ストラテラ®）、グアンファシン塩酸塩徐放錠（インチュニブ®）が本邦では使用可能である。ASD に対しては、小児期ではあるが、ASD の易刺激性に非定型抗精神病薬であるリスペリドンやアリピプラゾールの有効性が示されている。これらの薬物治療は有効ではあるが、対処療法に留まることも同時に理解していく必要がある。薬物治療は根本的に症状を消失させるものではなく、心理教育や環境調整を抜きに治療を進めていくことはできない。

そのため、適切な学習あるいは工夫により社会適応能力を高めていくこと、本人の特性に合った形で環境を調整することなどに重点を置くことが必要になる。その前提として、本人や家族が特性についての理解を深める心理教育は、発達障害の治療・支援を進めていくためには必須となる。発達障害の成人例に対する告知に関する十分な経験の積み重ねがないが、小児も成人も共通して診断が単なる宣告であってはならず、治療的意義や配慮がそこになくしてはならない。また、発達障害という診断名に対して抱いているイメージは人によって大きく異なっており、診断告知の前にそのイメージを確認するなどの配慮が求められる。また、診断名はその人の特徴の一部を示すものではあるが、人の価値を表現するものではないことを合わせて理解してもらう必要がある。発達障害に伴いやすい実行機能障害や睡眠リズム障害については、障害特性との関連が意識されていないことが多いため、特性として対処すべきであることを伝える。

環境調整の具体例として、ASD では情報処理の特徴が視覚優位のことが多いとされてお

り、会話よりも絵や文字を利用したほうが意思疎通しやすい。抽象的な指示は理解しづらいことから、より具体的な指示が望ましい。また、予定変更がある場合には前もって伝えておくことが必要である。感覚過敏、特に聴覚過敏を伴いやすいことから、感覚刺激の多い場所は避け、必要に応じて耳栓やサングラスの使用などを検討していく。ADHD では不注意からのミスを繰り返しがちであり、ノートやスマートフォンでのメモをとる、大事なものは目立つところに置くなどの工夫は大切である。このような学習を継続していくためには、適切なフィードバックに加え、自己効力感を向上させる環境にあることが重要となる。また、発達障害といっても一律ではなく、個別の特徴に配慮して環境調整をしていくことが求められる。

発達障害の特性を把握する手段として、WAIS などの心理検査の結果を活用することも有用である。成人では就労が大きな関心事である。そのため、精神障害者保健福祉手帳取得による障害枠での就労の選択肢、就労移行支援、就労継続支援などの社会資源についての情報提供も必要である（2.2.8 就労支援参照）。

(2) 併存する精神障害への対処

発達障害ではその障害特性から、幼少時より失敗体験を重ねやすく、いじめや虐待なども経験していることが多い。そのため、いわゆる二次障害という情動や行動の問題を引き起こしやすく、気分障害、不安障害、フラッシュバックなど他の精神症状を並存していることも多い。発達障害に伴う精神症状に特有の治療技法は明確にはおらず、基本的には発達障害を伴わない疾患に対するものに準じる。しかしながら、障害特性にもとづく環境への不適応が精神症状の背景にあることが多く、上述の心理教育や環境調整を中心として精神症状のコントロールを目指すことを基本とする。

(3) デイケア・ショートケア

発達障害、特に ASD においては中核的な特性に対する治療技法は未だ確立していない。診療環境によって全ての施設で可能なわけではないが、デイケア・ショートケアにおけるプログラムを用いた心理社会的な治療は重要な選択肢となる（2.2.6 発達障害専門デイケア・ショートケア参照）。

2.2.3 発達障害専門外来

精神科として発達障害を受け入れることが求められており、広がりを見せている。一般精神科外来とは別に「発達障害専門外来」を開設することによって、専門性を高め、質を担保することによって、本人・家族の安心感を得ることも重要であると考えられる。

成人期発達障害の診療は広がりを見せているものの、発達障害に対する診療経験は機関や医師ごとに未だばらつきがある。専門外来の存在は、特性に悩む本人・家族に対して、診断や支援の質の担保について与える安心感は大きい。本人・家族に対する調査でも多くの者が「正しい診断を受けられる」ことを望んで専門外来を受診していることがわかる(図 2.2.3)。

専門外来を担当する医師は、発達障害の一定程度の診療経験を持ち、心理検査を担当する心理士などのスタッフと情報共有すること、教育や調査、研究に対する積極的な参画が求められる。

昭和大学においては、発達障害専門外来の初診は予約制となっている。初診の際に養育者の同伴、通知表や母子手帳の持参を可能な限り依頼しており、そのことは診断することに役立っている。

専門外来における特徴としては、受診者の大部分が発達障害を自ら(あるいは近親者が)疑っていることである。特に対人コミュニケーションの問題は発達障害に結びつけて解釈されやすい傾向があり、過剰診断にならないように注意を要する。しかしながら、たとえ発達障害の診断ではなくても受診者は生活上の様々な苦悩を抱いている。その苦悩をもたらす要因のアセスメントや治療に関する適切な方向付けも専門外来の重要な役割である。

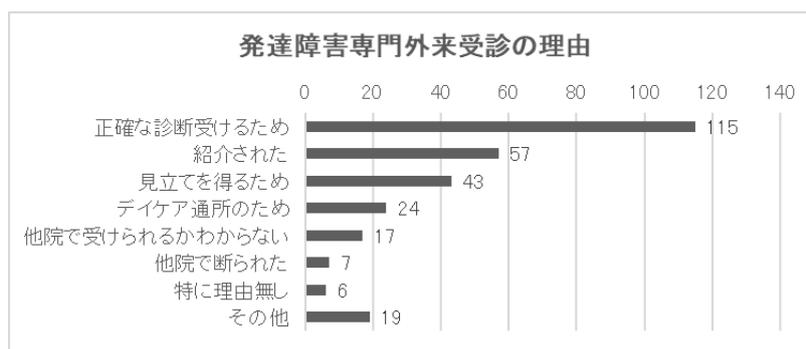


図 2.2.3 専門外来受診の理由 (本人アンケートより)

2.2.4 カウンセリング

思春期以降の発達障害者は抑うつ的になったり、自己否定的になったり、職場や学校での対人関係や、恋人や配偶者、親や子どもとの家族関係で葛藤を生じることも少なくない。そのような場合には個別に行うカウンセリングが有効であるとされている。

発達障害者へのカウンセリングにおいては、その特性から、通常のカウンセリングではうまく機能しないことも多いため、支援者は丁寧なアセスメントを行い、発達障害特性に合わせた工夫を行っていく必要がある。

(1) 発達障害特性とカウンセリング

従来のカウンセリングの一つのアプローチは、本人に内省をもとめ、情緒の動きを重視するものが多いが、内省を苦手とする発達障害者に対してはあまり効果的ではない場合もあると考えられる。発達障害特性をもつ方は他者（この場合カウンセラー）の意図が伝わりにくい、想像力が乏しい、情緒的な反応が乏しいといった傾向もみられる。そのため非指示的のやり取りよりも、具体的、指示的な情報のやり取りが効果的であることも多い。また、本人の自発的な発言を重視しているカウンセリングも、カウンセラーの反応に無頓着な方の場合は、考えがまとまらず一方的にカウンセラーに話し続け、結果としてカウンセリング時間が終了してしまうことも生じる。

一方で、発達障害を背景にした二次的な困難さやパーソナリティ特性からくる困難さに対応するためには、カウンセリング（心理療法）が効果的な場合がある。またグレーゾーンと言われる診断に迷う群は、発達障害特性を持ちながらも社会適応していることが多く、生活上の困難や対人関係のトラブルをうまく解決できずに不適応となることがあり、適切なカウンセリングや相談が有効となるだろう。

またひきこもりの状態から何とか受診につながったものの、デイケア・ショートケアなど集団療法に参加するのが困難なケースにおいて、対人経験を増やす目的で家族以外の第三者のカウンセラーとの関係構築のためにカウンセリングを導入することも有効である。

本項では、発達障害特性に伴った二次障害やパーソナリティの課題に対する狭義のカウンセリングについてではなく、発達障害特性を持つ方への、特性に配慮した個別の関わりや相談の中で役立つと思われるいくつかのポイントを提示したい。

(2) 自己理解の促進

誰にとっても自分自身を理解することは難しいことであるが、自分自身を客観視しにくい本人にとってはさらに難しいことが自己理解である。個別の面接であれ集団療法であれ、支援の大きな目的は障害特性の理解とそれに伴う自己理解の促進ではないだろうか。これまで人生で生じていた生きづらさの原因を理解することで「得心が行った」「安心した」と

いう声をよく聞く。自己理解が促進される中で、自身の思考の癖（論理思考の強さ、ルールへのこだわりなど）や、認知の癖（白黒思考、完璧主義傾向など）に気付いたり、認知行動モデルの理解などメカニズムが理解できたりすることで対処力が向上する方も少なくない。また、WAIS や TEG、抑うつ尺度といった心理検査の数値の変化を記録して視覚化することで、現在の自分の状態を客観視できることもある。カウンセリング場面においてもその方の特性に合わせた、障害特性についての心理教育的な関わりや適切な情報提供も有効だろう。

（３）課題の整理

発達障害特性をもつ方の困り事の一つに、「困っていることは分かっているが、何に困っているのかわからない」というものがある。つまり、自分自身で状況を把握、分析したり、課題を整理したりすることが難しい。そのため、カウンセリング場面で伝え方の練習を行うなど、SST 的なかわりを行うことも有効である。また、カウンセリングや相談場面で、他人に状況を話すことによって課題が明確になり思考が整理されるため、短時間であっても定期的に話ができるということが本人にとっては有効になる。その際には、本人とともに視覚化して問題を外在化することもよいだろう。問題を理解、整理することで漠然とした不安が軽減するなど、感情面のアプローチにもつながりうる。

（４）具体的・指示的なコミュニケーション

課題が明確になると、次はそれにどう対処するかとなる。本人の対処スキル向上のためには自分自身で解決策が見つけれられることは望ましいが、時には具体的な解決策を提示して実行、それを体験することで本人のスキル向上につながるというプロセスが有効になる。

カウンセリングにおいては対話の中で共感的な応答が多くなり、そのような対応が有効な方も大勢いるが、中には共感的な応答（傾聴）を重要と考えない方もいる。情緒的な応答を会話効率の悪さ、非論理的なやり取りと考える方もおり、次のようなやり取りになることもある。

本人：「（○○なこと）で困っています。」

カウンセラー：＜それは大変でしたねえ。＞

本人：「大変かどうかは私が決めることなので、勝手なこと言わないでください。

それよりも解決策を教えてください。」

このようなやり取りも本人としては悪気無く、淡々と事実を述べる論理思考の強い方であることが多い。また、一般的に使われている例え（比喻、メタファー）や表現が分かりにくい方の場合には、その人がイメージしやすい好きなもの（例：鉄道、アニメ、歴史など）と結びつけて説明することで理解度が上がることもある。

また、本人の困りごとと日々の生活とのすり合わせのためには、生活を共にする家族を含めた心理教育的な関わりが、カウンセリング場面においても必要となることもある(2.3 家族支援参照)。

これらのことを踏まえてカウンセリングや相談の際には、支援者が具体的で指示的なアドバイスをすることに慣れることや、相手の特性に応じて対話スタイルを柔軟に変更すること、本人だけでなく関わりを持つ他者をも含めた介入を検討することなど、多様なスキルが求められる。

(5) 他者を頼る(助けを求める)スキル

成人期発達障害者が苦手とし、支援者とのすれ違いが起こることとして、困っていることを言語化しにくいこと、加えて、困っていると主体的に訴えることが苦手なことが挙げられる。困っていることがないかどうかを支援者がアンテナを張って確認することや、主治医を含めて関わりを持つ支援者、関係者が情報共有することを通して、頼るスキルを身につけてもらうと同時に、頼られる良い関係性を築くことが肝要であろう。

2.2.5 心理検査

発達障害専門拠点機関の外来機能としては<心理検査>は<通院治療>に次いで必要な機能と挙がっており、発達障害支援における心理検査の重要性が認識されている。発達障害をもつ者の、その在り方を理解しようとするときに、ある程度の客観性をもってその特徴をとらえて示すものとして標準化されている心理検査を用いる。

アセスメントでは、どのような特性がみられるか、その特性の重要度はどのくらいであるかなど、適切に明らかにしていくことが必要であろう。一方で、心理検査の一つの結果のみからその人のすべてを理解することは難しく、慎重にアセスメントすることが求められる。

(1) 心理検査について

心理検査は診断の補助的機能として用いられている。一つの心理検査の結果や数値などから、確実に発達障害だと判断することはできない。特に自己記入式の検査尺度では、本人が発達障害を疑って受診した場合に必然的に高くなることから、その結果のみを根拠として判断することは避ける。全体像をとらえるにはいくつかの心理検査とテストバッテリーを組み、成育歴と総合して様々な側面からアセスメントし、理解していく必要がある。

成人になって初めて診断が検討される場合には、軽度あるいは境界レベルの知的な問題との鑑別が必要であり、独特な思考パターンや思考障害の有無を知るためにも、知能検査を加えることが望ましい。同時にこれまでの生活史について、その成長過程を知る人々から聞くこと、あるいは幼少期や学生の時期の記録（母子手帳、保育園や幼稚園時の記録、通知表）や写真（視線や表情、集団に入れているか）などを知ることが、心理検査の結果に現れた人物像をより確実に理解するための手掛かりとなる¹⁾。

養育者から情報を聞き取る際には、どのくらい本人の養育に関わっていたかを確認しておく必要がある。また、どの年代もどの様子も満遍なく注意を払って聴く姿勢が必要であり、発達障害特性を聞き取ろうとすると、発達障害特性にまつわるエピソードだけを抽出してしまい、結果として全体像を見落としてしまいやすい。また、養育者によっては検査者の期待に応えた回答をしてしまうことがあったり、発達障害特性の発現エピソードの時期が曖昧なこともあったりするため、留意が必要である。

認知検査得点に差がある場合、発達障害であるとはいえないが、発達障害によって表れやすい認知特性はある。しかし、個人差が大きく障害特異性も低いため、WAISの下位プロフィール特徴のみをもとにして判断することはなく、行動特性や客観的情報ともすりあわせて検討することが望ましい。また感覚過敏の強い方の場合、検査環境によっては本来のパフォーマンスが発揮しきれない可能性もあるため留意が必要である。

(2) 心理検査実施後のフィードバック

心理検査によって、心理検査結果とその解釈を、被検者やその家族へわかりやすく説明することが求められる。心理検査は、支援者側が被検者を理解するツールであると同時に、被検者本人の自己理解を支援し、家族が被検者の特性を理解するためのツールでもある。また、フィードバックを行うことで、被検者自身が自分の特徴を肯定できるようになることも求められる。そのため、心理検査のフィードバックを行う際には、自己理解が進むように促すこと、自尊心が傷つかないように伝えること、苦手なことも伝えつつ得意なことを伸ばすように伝えることが大切である。発達障害をもつ者の多くは、発達特性上の制約から、自己理解に弱さを持つ者も少なくない。また、生育歴上の失敗や挫折体験の多さから、自己肯定感も低いことが多い²⁾ため、フィードバックの際には以下に留意して行う。

①フィードバック内容上の留意点

- ・ 主要な問題（主訴など）と関連付けてフィードバックする
- ・ 問題克服の資源となる特徴を把握し指摘する
- ・ 問題解決の方法と見通し、具体的な対処方法を示す
- ・ 苦手な部分ばかりに焦点をあてない
- ・ 心理検査の結果は被検者の能力や人格すべてを表すものではない
- ・ 心理検査は検査者との1対1の状況で行った結果であり、日々の生活では検査時にはない刺激により多少苦手なことが、より苦手になる可能性があることも伝える

②フィードバック方法上の留意点

- ・ 心理検査結果は原則として開示する
- ・ 心理検査レポートを視覚的にわかりやすい形として渡す
- ・ 生活上の体験と検査結果がつながるように具体的な例を使って説明する
- ・ 解釈は押しつけない
- ・ 質問には可能な限り答える
- ・ 発達障害の特性をふまえてフィードバック

(3) 発達障害の診断補助として用いられる心理検査（代表的なもの）

①自閉スペクトラム症：ASD

- ・ WAIS-III/IV（ウェクスラー成人知能検査：Wechsler Adult Intelligence Scale）：複数の下位検査で構成され、全検査IQや言語理解指標（VCI）、知覚推理指標（PRI）、ワーキングメモリー指標（WMI）、処理速度指標（PSI）などを算出し、ディスクレパンシー比較、強みと弱みの判定など多面的な把握や解釈を行う。ADHDやSLDを疑う場合においても施行する。

- ・ AQ (自閉症スペクトラム指数：Autism-spectrum quotient)：全 50 問からなる自己記入式の評価尺度であり対象は 16 歳以上。成人の ASD に対するスクリーニングとしては最も広く使用されている。
- ・ SCQ (対人コミュニケーション質問紙：Social Communication Questionnaire)：4 歳以上が対象であり、対象者の ASD 傾向について養育者が回答する。検査用紙は「誕生から今まで」「現在」の 2 種類が用意されており、それぞれ 40 の評価項目で構成されている。
- ・ PARS-TR (親面接式自閉スペクトラム症評定尺度：Parent-interview ASD Rating Scale Text Revision)：本人、親や養育者への面接から得られた情報をもとに評価する。幼少期、学童期、中学生以上の各期における ASD の特徴を尋ね、同時に幼児期の最も症状が顕著だった時期の様子を尋ねるようになっている。幼児期の評定のカットオフ値が重要になってはいるが、現在の行動特徴のみにもカットオフ値が設けられている。
- ・ ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule)：国際的に標準となっている尺度である。構造化された面接中の行動観察によって現在の ASD 特性を評定する。面接者は指定された講習を受ける必要がある。年齢と言語水準に応じた 5 モジュールから構成されている。
- ・ ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)：ADOS と同様に国際的に標準となっており、面接者は指定された講習を受ける必要がある。ASD の症状が最も顕著な 4 歳 0 か月から 5 歳 0 か月の年齢期に注目して質問が作られているため、この時期の対象者をよく知っている養育者から聞き取りを行うことが望ましい。

②注意欠如多動症：ADHD

- ・ ASRS (成人期の ADHD の自己記入式症状チェックリスト：Adult ADHD Self Report Scale)：本人が記入する ADHD の簡便なスクリーニング尺度である。合計 18 項目あるが、そのうちの 6 項目を用いて評価する。
- ・ CAARS (The Conners' Adult ADHD Rating Scales)：ADHD の重症度を測定する記入式の尺度である。66 項目からなり、本人用と家族用の 2 種類がある。
- ・ CAADID (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview For DSM-IV)：成人の ADHD の診断補助のために使われ、面接者が本人に聞き取りをして評価する。成人期と小児期の両方において問題となる症状を測定していく。
- ・ CAT (標準注意検査法：Clinical Assessment for Attention)：ADHD の診断補助を目的としてはいないが、注意の様々な側面を測定することが可能である。カットオフ値が設定されていることから注意障害の程度を推定することができる。
- ・ ADHD-RS-IV (ADHD 評価スケール)：アメリカ精神医学会の DSM-IV を基に、ADHD 診断のために開発されたもので、「不注意」項目と「多動・衝動性」項目とで構成された質問紙。それぞれの領域ごとに得点を合計し判定する。カットオフ値は性別ごとに設定されている。18 歳までの適用のため幼少期の様子を確認するために利用できる。

③限局性学習症：SLD

- ・WMS-R（ウェクスラー記憶検査：Wechsler Memory Scale-Revised）：国際的に最もよく使用されている総合的な記憶検査。さまざまな疾患の記憶障害を評価するのに有効。
- ・LDI-R（LD判断のための調査票：Learning Disabilities Inventory-Revised）：基礎的学力（聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する、英語、数学）と行動、社会性の計10領域で構成されており、各項目について4段階で評定する。小学校1年から中学校3年まで検査のため、特徴把握のために参考値としての利用。過去に苦手だったことを把握するためには有効。
- ・SLTA（標準失語症検査：Standard Language Test of Aphasia）：失語症の代表的な検査です。26項目の下位検査で構成されており、「聴く」「話す」「読む」「書く」「計算」について評価。
- ・VPTA（標準高次視知覚検査：Visual Perception Test for Agnosia）：高次視知覚機能障害を包括的に捉えることのできる標準化された検査。検査は、視知覚の基本機能、物体・画像認知、相貌認知、色彩認知、シンボル認知、視空間の認知と操作、地誌的見当識で構成される。

(4) 各機関における心理検査

発達障害の診断のために実施している心理検査を各機関に以下に記載する。

機関	検査内容
A 病院 (東京)	<p><標準検査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・WAIS-III/IV ・AQ ・PARS-TR ・CES-D：うつ病自己評価尺度 ・ADHD-RS-IV ・LDI-R ・IRI：対人反応性指標 ・LSAS-J：リーボヴィッツ社交不安尺度 ・P-F スタディ：絵画欲求不満テスト ・SCI：ラザルス式ストレスコーピングインベントリー ・TEG II：東大式エゴグラム <p><追加検査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ASRS ・CAARS ・CAT ・ADHD-RS：ADHD 評価スケール ・WMS-R ・風景構成法
B 病院 (東京)	<p><標準検査></p> <ul style="list-style-type: none"> ・AQ ・PARS-TR ・P-F スタディ ・TEG ・WAIS-III/IV ・SCT：文章完成法 ・バウムテスト：樹木画テスト

機関	検査内容
B 病院 (東京)	<追加検査> ・ ADOS-2 ・ BACS：統合失調症認知機能簡易評価尺度 ・ CAARS ・ CAT ・ MMPI：ミネソタ多面的人格目録性格検査 ・ MSPA 発達障害の特性別評価法 ・ SP：感覚プロファイル ・ Vineland- II：適応行動尺度 ・ VPTA：標準高次視知覚検査 ・ WCST：ウィスコンシンカード分類課題 ・ WMS-R ・ 内田クレペリン検査 ・ 社会常識テスト ・ 睡眠検査 ・ 風景構成法 ・ ロールシャッハ・テスト
C 病院 (福岡)	<標準検査> ・ ASRS ・ AQ ・ CAARS ・ CAARS 観察者用 ・ PARS-TR ・ WAIS-III
D クリニック (神奈川)	<標準検査> ・ AQ ・ MSPA ・ SCT ・ WAIS-IV ・ 風景構成法

- 1)市川宏伸：広汎性発達障害—自閉症へのアプローチ。中山書店，60-67，2010
- 2)糸井岳史：青年期・成人期の発達障害への心理アセスメント—知能検査の使い方を中心に。広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要 13：3-12，2014

2.2.6 発達障害専門デイケア・ショートケア

デイケアにおける発達障害の受け入れは増えてきている。ASD に対する根本的な薬物治療が存在していない現時点においては、心理社会的アプローチであるデイケア・ショートケアは非常に重要な選択肢である。また、ADHD においても薬物療法は選択できるものの、あくまでも特性をコントロールして日常生活や仕事での支障を軽減するための一助となるものであり、生活障害をさまざまな対処で克服するという観点からは ASD と同様に ADHD に対してもデイケア・ショートケアの有用性は高い。また、本人の行動を直接観察できる機会となり、診療の判断材料となることもある。他の疾患と同様に集団場面を通し、自己理解や自己肯定感を育み、リカバリーへの足がかりになることも期待される。

長期間のひきこもりや対人関係を築くことに不安が大きい者も多く、デイケア・ショートケア導入時の不安軽減のためには、見学時の対応や目標設定を慎重に行えることが望ましい。

A：発達障害をもつ利用者の受け入れ

B：発達障害者のみのグループにおけるプログラム

C：発達障害専門プログラムの実施

(1) デイケア・ショートケアについて

現状では 72.6% のデイケア保有機関が発達障害者をもつ利用者を受け入れてはいるものの、発達障害専門プログラムを実施している機関は少ない¹⁾。

デイケア・ショートケア（以下、デイケアとする）は集団を基盤に運営される。成育歴の中で、コミュニティや仲間と過ごした経験が少なく、また挫折や失敗体験から自己肯定感が低い。デイケアにおいて似た特性をもつ同質の集団で過ごす経験は、生きづらさを抱えているのは自分だけではないことを実感できる機会になる。また、似た特性があるが故に他者を通して自分を知る経験にもなり、自己理解を促進させる効果も期待できる。集団の中で安心感を得ることで、他者を信頼できる感覚を養っていく。さらに、他者と集うというデイケアの構造自体が、ひきこもりやうつ症状などの二次障害を防ぐためにも効果的でもある。そのため、利用者の同質性を担保するためにも、発達障害を対象としたプログラムは他の疾患とは別に実施することが望ましい。デイケア内での孤立を避け、特性に由来するトラブルを回避するためでもある。発達障害と他の疾患についての説明や、教育的なプログラムを実施するような工夫も時には必要である。

本稿では、発達障害専門プログラム実施までのプロセスとプログラムの概要、デイケアにおける評価や支援について述べる。

(2) 発達障害をもつ利用者の受け入れのプロセス

A：発達障害をもつ利用者の受け入れ（初めての受け入れ）

初めて発達障害をもつ利用者を受け入れる際は、まず既存のプログラムや枠付けの中で支援をすることになる。他の疾患をもつ利用者とは表出や困り事が違うことを十分に考慮し、不適応にならないような工夫をする必要がある。例えば、複雑なコミュニケーションが行われるようなプログラムから始めるのではなく、作業や座学スタイルのプログラムからの導入を試みる。初回は見学のみとし、その後参加のスタイルを検討し、「参加し始めたばかりなので、発言は手を挙げて2回まで」といった枠付けを行うのもよい。集団内での行動に関してはしっかりと評価を行い、参加方法について共に検討していく。発達障害に関する心理教育を個別に始めるのもよいだろう。

B：発達障害のみのグループ・プログラム

発達障害をもつ利用者の参加が2～3名になったら、グループでディスカッションや発達障害に関する資料の読み合わせを行うのもよいだろう。発達障害をもつ利用者が同じ空間（デイケア内）にいることを知り、似た困り感をもつことを共有できることに安心感を得る場合は多い。

C：発達障害専門プログラムの実施

①発達障害専門プログラム概要

参加者が8～10名程度になったら、発達障害専門プログラムの実施を検討する。参加者の背景に合わせ、すでに就労している群は土曜日、学生や就労を目指している群は平日に実施するなどの工夫があるとよい。

プログラムは1回3時間で実施可能な、全20回で構成されている（図2.2.6-1）。プログラムの目的として、(1)お互いの思いや悩みを共有する、(2)新しいスキルを習得する、(3)自己理解を深める、(4)より自分自身に合った「処世術（対処スキル）」を身につける、(5)同質な集団で新たな体験をする、の以上5つを設定している。マニュアルとワークブック「大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・トレーニングマニュアル」²⁾、「大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・トレーニング・ワークブック」³⁾に沿って実施をし、発達障害専門プログラム研修（3.3.2 発達障害専門プログラム研修参照）を修了したスタッフが実施することが望ましい。

内容は、心理教育、認知行動療法、ASDの視覚優位性を利用した技法であるCES⁴⁾を用いたコミュニケーションに関する理解、ピアサポート、社会資源に関する情報提供など多岐に及ぶ。また、プログラムの前後で「ウォーミングアップ」、「始まりの会」、「終わりの会」の時間を設け、テーマへのスムーズな移行や他者の理解に配慮しながら効率よく自分の伝えたいことを要約する練習など、自己開示性を徐々に高める機会も設けている（図2.2.6-2）。

発達障害専門プログラム			
回数	内容	回数	内容
1	自己紹介・オリエンテーション	11	上手に頼む/断る
2	コミュニケーションについて	12	社会資源
3	あいさつ/会話を始める	13	相手への気遣い
4	障害理解/発達障害とは	14	アサーション
5	会話を続ける	15	ストレスについて
6	会話を終える	16	ピアサポート②
7	ピアサポート①	17	自分のことを伝える①
8	表情訓練/相手の気持ちを読む	18	自分のことを伝える②
9	感情のコントロール①(不安)	19	感謝する/ほめる
10	感情のコントロール②(怒り)	20	卒業式/振り返り

図 2.2.6-1 発達障害専門プログラム



図 2.2.6-2 プログラムの流れ

②発達障害専門プログラムの効果と運用方法

プログラムの効果として、自閉症特徴の表面化を軽減できる可能性があることに加えて、ひきこもりから脱却して就労につなげていくことに有用であることが示されている⁵⁾。また、本人に対する調査からは、発達障害専門プログラムの参加により得られたこととして「自己理解が深まった」、「居場所があると感じた」、「孤立感の低減」、「他者に支えられている感覚」が順に多く挙げられており(図.2.2.6-3)、他者と過ごすことやサポート受けることのメリットを感じている。

プログラム提供だけで終わることなく、そこで知りえた情報は個別支援に活かすことも重要である。プログラム終了時まで、スタッフとの関係性を構築すること、デイケアで行われている他のプログラム(表 2.2.6、2.2.7 プログラム拡充参照)への参加や他機関への移行ができていくことが望ましい。

また、発達障害専門プログラム終了者による自助的グループ(OB会)を実施することは、プログラムで得た知識やスキルの実践の報告、新たな具体的な対処の共有だけではなく、心理的な安定や余暇の支援にも役立つ。実施のサポートをスタッフは行う。

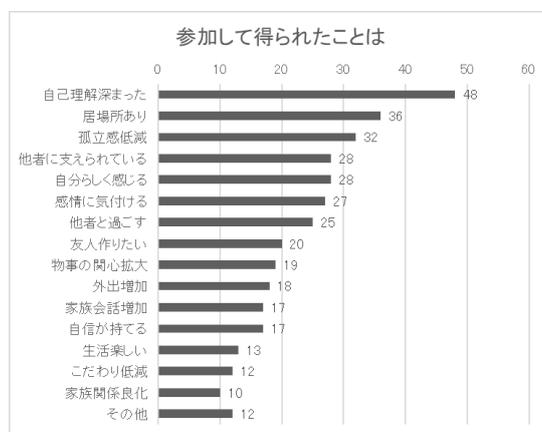


図 2.2.6-3 発達障害専門プログラムで得られたもの(本人アンケートより)

表 2.2.6 他のプログラム(昭和大学)

	午前	午後
月	リフレッシュ体操	認知行動療法 (GBT,WRAPなど)
火	パソコン講座 (Excel, Word)	就労準備 (面接練習、企業見学など)
水	大人の作法 (ビジネスマナー)	生活講座
木	プロジェクトK (イベントの企画運営)	プロジェクトK
	チャレンジタイム (資格勉強で集中力強化)	全体プログラム (イベント等)
金	委員会活動	サークル活動 就労準備プログラム
	ハードスキルを重視	ソフトスキルを重視

③その他

発達障害専門プログラムは2018年度診療報酬改定により、小規模ショートケア(275点)に加算(200点)が認められるようになった。対象が小規模ショートケアのみであること、算定要件として、2名の従事者で実施、10人以下のグループ、40歳未満の患者に対してなどがある。加算の算定について検討をする際は、その旨十分に留意する必要がある。現状として小規模ショートケアを設置していない場合、新たな申請が必要になるため、機関全体での検討が必要となる。

(3) アセスメント・評価

①見学・事前説明

デイケア参加時は必ず事前に見学をしてもらう。見学の際は、情報処理の特性が視覚有意であることが多いことをふまえ、説明資料やパンフレット(図2.2.6-4)を準備しておくことよい。また、慣れない対人場面で過度に緊張して説明が十分に理解できる状態でない方もいるため、後日確認する材料にもなる。見学の様子や担当したスタッフの氏名は診療録に記載しておき、電話での質問も受け付けられるような対応ができるようにする。見学の際は、グループの輪に入ってプログラムを体験するのか、グループの外から見るだけにするのか、本人が選択できるようにしておくことと安心感が増す。ただし、グループの凝集性や参加者の適応度によっては、見学者がいることによってグループに悪影響が出ることもあるので、見学者の人数制限などの慎重な検討が必要である。見学後は可能であれば感想を聞き、主治医とも共有できるようにする。見学後、家族や主治医と相談の上、参加の意志を決定していただき、主治医の指示書と本人の申し込みによって、参加を決定する。

昭和大学では見学時にデイケア参加申込書を手渡し、本人が参加を希望すれば次の診察

時に主治医に申込書を提出する手順としている。

主治医から指示書が届いたのち、受け入れ会議を実施する(図 2.2.6-5)。会議では診療録情報に加え、主治医の意向や本人の見学時の様子を共有し、対応方法や受け入れの可否について検討する。受け入れが決まったのち、デイケア担当スタッフより連絡をし、参加開始日を決定する。



図 2.2.6-4 デイケア・ショートケア パンフレット(昭和大学)

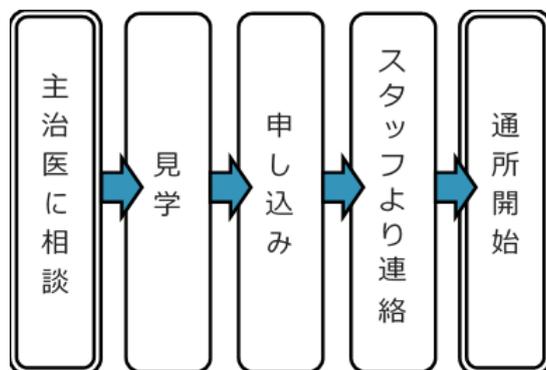


図 2.2.6-5 参加までの流れ(昭和大学)

② インテーク面接

デイケアへの参加が本人の意思である場合だけでなく、家族や主治医からの強い勧めである場合もある。自己イメージや評価と実際の能力にギャップがあることもあるため、本人の認識を確認し動機づけを検討する必要がある。

インテークする内容は、利用目的、生活歴、家族、住まい、就労歴、収入、社会資源など、他の疾患と変わらない項目になる。しかし発達障害の特性を十分配慮して行う必要が

ある。例えば、養育者を中心とする「家族」については同居している人も多く、聞き取るべき重要な項目である。本人に対する調査によると、家族との関係で困っていることとして、「発達障害に対する理解がないこと」、「本人に対する家族の対応が不適當」、「家族に相談できない」が順に多く、家族からの理解がないことや対応に不満を抱いていることが多い。家族を、本人をとりまく環境としてとらえた場合、家族の状況や関係性も重要な評価項目である。親やきょうだいも発達特性を有していることが多いことから、その点も踏まえて聞き取りを行っていく。また、集団適応に関連する感覚の過敏さやフラッシュバックの有無などについては事前に確認できるとよい。インテークに限らないことではあるが、非言語的情報に注目することも重要である。洋服、髪型、目線、表情、声の調子、話し方、身振りなどからコミュニケーションや生活様式を推察することができ、その後の支援に役立つ。

③初回参加時

初回参加時は、デイケア・ショートケアのしおりやパンフレットを用いてルールについての説明や施設内の案内を再度行うことが良い。ルールを守る同意を参加者全員から得ていることを伝えると安心する場合や後に無用なトラブルを避けることができる場合もある。ルールには、写真撮影・SNS投稿、金銭・物品の貸し借り、暴言や暴力などの禁止項目を記載しておく。施設内の案内の際、併せて本人の感覚の過敏性などを確認し、休憩できる場所や方法を共に検討することがよいだろう。

④診療計画

現行の診療報酬規定によると、精神科デイケア・ショートケアは、少なくとも6ヶ月に1回以上医師が精神科デイケアなどの必要性について評価を行っていること、精神保健福祉士などが聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患などに応じた診療計画を作成していることなどを算定要件としている。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイケアなどを必要とする期間などを記載することとしている。以上に準じて、発達障害をもつ利用者に対しても、診療計画を立てていくことになる。

その際、想像力や経験の乏しさからくる、先の見通しが立ちにくいという特性を考慮していく必要がある。例えば、「仕事がしたい」という目標を挙げても、どのような仕事がしたいのかという具体的な考えがない場合や、準備に必要なものは何であるかを把握していないことも多い。また、達成までの期間も長期、短期ではなく3ヶ月、6ヶ月といった具体的な期間を提示することや、「デイケアで達成可能な目標」といったように練習や訓練を行う場所、内容もより具体的に検討していく。評価については、目標の達成度を面談で確認することや客観的指標を用いて実施していく。成人期のASDおよびADHDに対して、網羅的かつ簡便に評価できる尺度は乏しい。生活障害を包括的に捉えることを目的と

して開発された尺度である LASMI（精神障害者社会生活評価尺度：Life Assessment Scale for the Mentally Ill）⁶⁾や SFS（社会機能評価尺度：Social Functioning Scale）⁷⁾、デイケア学会の精神科リハビリテーション評価表⁸⁾を用いることを検討してもよいかもしれない。自己記入式の尺度については、自己意識や自己理解が乏しい場合もあるため、本人の語りによる変化やスタッフによる評価も合わせて把握していく必要がある。

（４）個別支援

デイケアで行う支援はプログラムの実施だけではない。集団場面での出来事を振り返り、対処について個別面談で取り扱う。また、デイケアで生じたトラブルや困り事、生活や就職活動の中での困り事についても積極的に行っていく必要がある。個別面談を行う際は、本人の特性に合わせ配慮をしていく。例えば、SOS を出せない参加者に対しては、スタッフから声かけをしたり、面談を定期的に行うとよい。面談内容を紙面に残して共有・手渡すなど、視覚有意の情報処理の特徴を活かした工夫も有効な場合もある。

家族からの希望がある場合、スタッフが必要であると判断した場合は、家族を含めた面談も実施していく。家族の感情に配慮しつつも、本人に対してプラスとなるような知識や情報、対応の仕方を伝えていく。支援者の関わりだけでは不十分な場合もあり、ピア効果が期待できる家族会や家族教室への参加を促していく（2.3 家族支援参照）。

- 1)今井美穂他：発達障害診療専門拠点機関の設置に向けて－全国医療機関調査報告－。日本デイケア学会，第24回札幌大会発表，2019
- 2)加藤進昌監修，横井英樹，五十嵐美紀，小峰洋子他執筆・編集：大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・トレーニング・マニュアル。星和書店，2017
- 3)加藤進昌監修，横井英樹，五十嵐美紀，小峰洋子他執筆・編集：大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・トレーニング・ワークブック。星和書店，2017
- 4)中村干城，井手孝樹，田中祐：都立精神保健福祉センターにおける広汎性発達障害者のコミュニケーション・トレーニング・プログラムについて。デイケア実践研究12(2)：65-72，2008
- 5)加藤進昌：発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用（修学・就労支援）に関する研究。長寿・障害総合研究事業 障害者対策総合研究開発事業，2017
- 6)きょうされん障害者労働医療研究会精神障害部会：LASMI（精神障害者社会生活評価尺度）マニュアル。きょうされん，1995
- 7)根本隆洋，藤井千代，三浦勇太他：社会機能評価尺度（Social Functioning Scale；SFS）日本語版の作成および信頼性と妥当性の検討。日本社会精神医学会雑誌17(2)：188-195，2008
- 8)精神科リハビリテーション評価表 <http://www.daycare.gr.jp/pdf/rehabilitation-hyoka/manual.pdf>

2.2.7 プログラムの拡充

成人期発達障害の支援ニーズは生活支援、就労支援と多岐に及ぶ。本人・家族に対する調査においても様々な要望が寄せられた。発達障害専門プログラムの効果は認められているものの、多岐にわたる支援ニーズすべてを網羅することはできない。

各機関の地域特性、参加者層やニーズなどの背景に合わせ、発達障害特性を踏まえたプログラムを専門プログラムに加えて実施していくことが望ましい。全国の各機関でどのような試みがなされているかは、成人発達障害支援学会ホームページもあわせて参照して欲しい。その他、既存のプログラムの中でもハードスキル<ソフトスキルを重視したプログラム構成とすることや、発達障害の特性に対する配慮や関わりをすることで効果が期待できる。以下、全国で実施されている取組みを紹介する（図 2.2.7）。

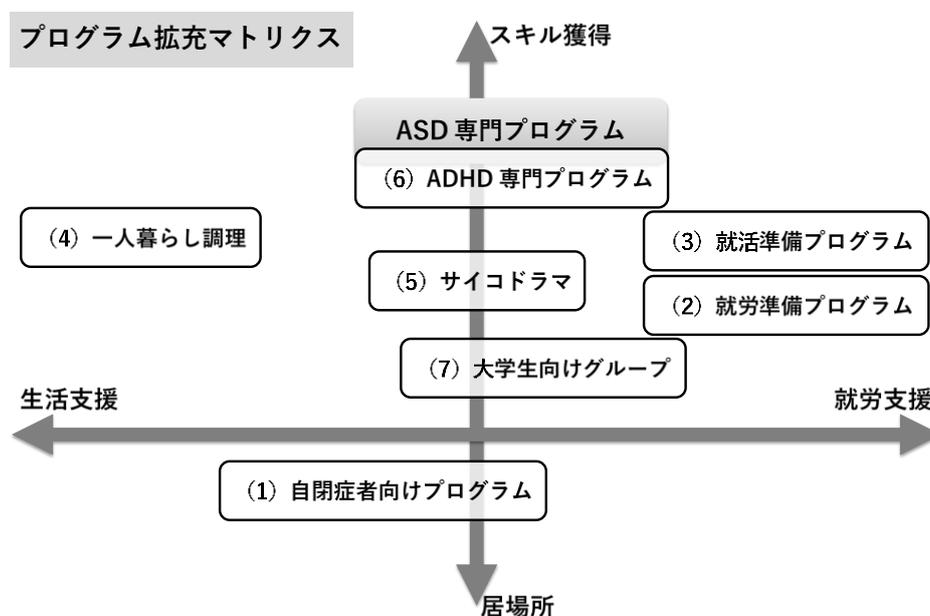


図 2.2.7 全国での取組み

(1) 知的水準が境界域の方、より自閉度が強い自閉症者向けプログラム¹⁾

①対象：自閉度が高い、または知的障害を伴う ASD、ADHD

②概要：10名前後／グループ、デイケアで実施

午前は発達障害専門プログラムの内容を基に分量、難易度を下げて実施。集団で適応的に過ごすことや、これまで経験することができなかった集団の活動をするを目的に、レクリエーション活動を午後実施している。

③実施機関：昭和大学

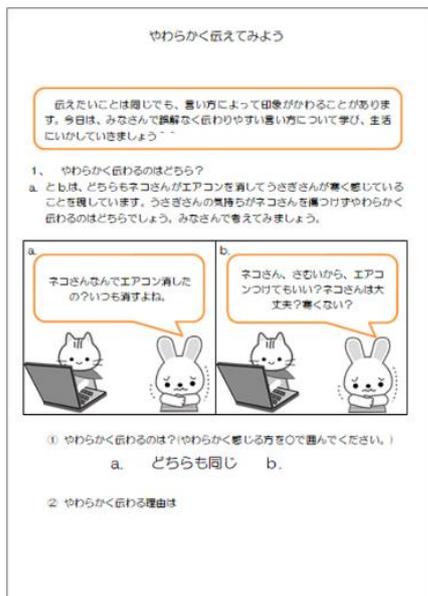


図 2.2.7-1 テキスト例

1日の流れ	
項目	内容
午前	朝の会 ※安心のための同意を確認
	1分間スピーチ 最近1週間であった出来事についてスピーチ。バス、沈黙も可能。スピーチの後は拍手。
	プログラム コミュニケーション： 自己紹介、挨拶、断る、嬉しい気持ちを伝える 相手の話に耳を傾ける、褒められ上手になろう 言いづらい頼み事をする、感謝の気持ちを伝える 生活スキル： 身だしなみ、食生活 ストレス対処： 大好きマップ
午後	レクリエーション 誕生会、カラオケ、ダーツ、トランプ・ウノ お出掛け（ラーメン屋、ピュッフエ、新宿御苑） 健康プログラム（他の参加者と合同）

図 2.2.7-2 プログラムの流れ、内容

(2) 就労準備プログラム²⁾

①対象：ASD

②概要：岡山県精神科医療センターで開発、10名前後／グループ

「セット」「レディ」「ゴー」で構成されるプログラムには目的が3つあり、様々な体験を通して自分の得手不得手や就労のために必要なスキルに気付くこと、他の専門機関が提供している就労支援を利用できる程度に準備性を高めること、福祉・労働機関へのケースマネジメントを行うことである。説明会の後、「セット」「レディ」プログラムに参加をしていく。その後、実際に就労機関に移行するための相談が行われる。

③実施機関：岡山県立精神科医療センター、昭和大学

表 2.2.7-1 「レディ」プログラム内容（岡山県立精神科医療センター）

回数	テーマ
1	オリエンテーション・働くことの不安について
2	社会的場面での基本マナー
3	個人作業
4	分担作業
5	共同作業
6	まとめ

(3) 就活準備プログラム³⁾

①対象：就職を希望している ASD・ADHD

②概要：15名前後/グループ、全13回

ハローワークや企業人事の方を外部講師として迎え、就業の現状や制度、支援体制などの実際を知り、就労のイメージを捉えることを目的としたプログラム。

③実施機関：晴和病院

表 2.2.7-2 就労準備プログラム(晴和病院)

回	プログラム内容
1	オリエンテーション・働くとは？
2	身だしなみについて
3	就労移行支援事業所について
4	電話のかけ方・受け方
5	ハローワークについて
6	作業体験プログラム
7	企業の立場から
8	見学ツアー
9	報・連・相、質問
10	履歴書の書き方
11	面接練習会
12	就労者の体験談
13	振り返り

(4) 一人暮らし調理⁴⁾⁵⁾⁶⁾

①対象：調理経験がない ASD

②概要：5名前後/グループ、オレンジページ広報と協働しプログラムを実施

切った後の材料の大きさ、分量、作業工程を全部写真で図解しているため、言語理解や「少々」、「適量」などの曖昧な表現が苦手な方への配慮ある資料を使用。

③実施機関：昭和大学

(5) サイコドラマ⁷⁾⁸⁾

①対象：トラウマ経験を持っている者、感情に蓋をしている者

②概要：演劇的技法を用いた集団精神療法

参加者にインタビューをし、過去の辛かったトラウマ場面を再現し、その場で次々と場面を展開していく。役割交換技法(イマジネーションに障害がある発達障害者にとっても他者理解は深まる機会となる)やミラー技法(トラウマ的な場面を劇という形で客観的に見つめ直し、体験し直す中で全く別の意味を見出す)を通じて、カタルシスを得たり、怒りを解放したりすることで、豊かな感情を取り戻すことを目指す。

③実施機関：さっぽろ駅前クリニック

(6) ADHD 専門プログラム⁹⁾

①対象：ADHD 診断がある者、またはその傾向が強い者

②概要：10 名前後／グループ、全 12 回

心理教育、認知行動療法、参加者同士のディスカッションを通して不注意、多動性、衝動性についての困難や対処法など、経験を共有して対処法のバリエーションを増やすことによって、ADHD 特性による悪循環を防ぐ。

③実施機関：昭和大学、晴和病院

表 2.2.7-3 ADHD 専門プログラム(昭和大学)

回数	テーマ
1	オリエンテーション
2	ADHDを知る／ディスカッション
3	認知行動療法とは？
4	不注意／ディスカッション・ワーク
5	不注意／ワーク（計画性・時間管理）
6	不注意／ワーク（忘れ物）
7	多動性／ディスカッション・ワーク
8	衝動性／ディスカッション・ワーク
9	衝動性／ワーク（金銭管理）
10	ストレス対処法、気分転換、環境調整
11	対人関係（家族編＋職場編）
12	まとめと振り返り

(7) 大学生向けプログラム

①対象：大学生・大学院生(中退者や引きこもりを含む)などの ASD・ADHD

②概要：10 名前後／グループ、全 11 回

「Ⅰ. 居場所づくり・自己理解編」、「Ⅱ. コミュニケーション編」、「Ⅲ. 就職活動準備編」の 3 期で構成されている。発達障害に関する心理教育やコミュニケーショントレーニングに加え、学生特有の困り感（友人の作り方、レポートの書き方など）を取り扱う。障害者対策総合研究開発事業（AMED）を受託し、昭和大学、晴和病院に加え、東京工業大学、一橋大学などとプログラムの効果検証を実施している。

③実施機関：昭和大学、晴和病院、一橋大学、東京工業大学

表 2.2.7-4 大学生向けプログラム

回数	テーマ	
1	自己紹介／学校生活・対人関係での困りごと	自己理解
2	障害理解／自分にとっての発達障害とは？	
3	自分の特性を知る	
4	ピア・サポート	
5	上手な会話	コミュニケーション トレーニング
6	関係づくり／アサーション	
7	質問する／相手をほめる	
8	発達障害の就労について／報・連・相	就職活動準備
9	自分の適性を知る／特性を伝える	
10	身だしなみ／外部機関の講演	
11	履歴書の書き方／模擬面接	

- 1)大岡由理子, 福島真由, 水野健: 成人になった自閉症者を支えるプログラム. 心と社会 51(1): 64-69, 2020
- 2)西村大樹, 藤田純嗣郎, 土岐淑個他: 精神科医療機関における「体験一気づき一機関併走」モデルによる就労支援～岡山県立精神科医療センターでの実践～. 心と社会 51(1):70-77, 2020
- 3)村上あゆみ, 牧山優: デイケアでの就労支援プログラムについて. 心と社会 51(1): 44-50, 2020
- 4)遠藤由美子, 今井美穂: 発達障害の自立へ向けて一調理プログラム. 心と社会 51(1): 84-91, 2020
- 5)食べようびMOOK ゆる自炊 BOOK オレンジページ社 2016年 ISBN:9784865930412
- 6)食べようびMOOK ゆる自炊弁当 BOOK オレンジページ社 2017年 ISBN:9784865930412
- 7)横山太範: サイコドラマで成人発達障害者の悩みに迫る. 心と社会 51(1): 78-83, 2020
- 8)横山真和, 横山太範: 発達障害のリワーク. 精神科治療学 32: 1631-1631, 2017
- 9)五十嵐美紀, 横井英樹, 小峰洋子他: 成人 ADHD のデイケア支援. 精神科 34(5): 452-456, 2019

2.2.8 生活支援

本人の生活上の困り事は多岐に及び、支援も個別性が高い。発達障害特性をベースに、成育歴が複雑にからみあった生活様式ができあがっていることが多い。

また、その変更には抵抗を示すことや、多くのエネルギーを費やすこともある。本人と家族や他者との間には、支援の必要性についての認識に相違があることも多いため、本人への支援の必要性についての説明や周囲へできない理由について説明することも必要である。

生活支援においては、広範囲で丁寧なアセスメントと発達特性に照らし合わせた支援が必要である。また、困った際に他者へ SOS を出せること、他者を頼るスキルを身につけることは重要であり、デイケアでのプログラムも活用していくことを検討する。

(1)生活支援

生活支援は非常に難しく、多くの発達障害者が求めている支援である。支援の内容は、睡眠や生活リズムを整える、家事（食事、掃除、洗濯など）、衣服や身だしなみ、行政の手続きなど多岐に及ぶ¹⁾。昭和大学においてデイケア参加者を対象に社会機能評価尺度を用いて実施した院内の調査では、発達障害を持つデイケア利用者の社会機能が統合失調症および定型発達（職員）と比べて有位に低い値を示していた。対人コミュニケーションの少なさや日常的に活動量が少なさ、それによって生活スキルの身につけにくさなどが一因と考えられた。

成人期の生活支援では、一見似たような支援内容であっても、その原因や背景は様々である。例えば、「衣服が変えられない」という困り事も、こだわりの強さにより変化を嫌う、感覚過敏によるもの、経験や学習の不足（単に知らない、選択が苦手など）によるもの、家族の影響など環境によるものなど、個別性が高い。

具体的な支援に関しては、特に成人の場合はこだわりや成育歴が複雑にからみあった生活様式が出来上がっていることが多く、個別性が高い。そのため、これまで継続して行ってきた方法の変更には抵抗を示すことも多い。また、想像力の欠如やその理由が分からないことで取り組めないという事例もある。説明し必要性を理解してもらおうと同時に、できない、取り組めない原因については、発達障害特性の視点をもとに対処法を検討していく。本人のこれまでの方法を尊重しつつ新たな方法を模索することや、否定や命令よりも提案型²⁾で新たな方法、より適応的な方法を示すことでスムーズにいくこと、時に断定的に伝えた方がよい場合もあることなど、対処にもさまざまな工夫が求められる。また、デイケアで同じ特性をもったもの同士で行う集団療法を用いた支援も有効である（2.2.7 プログラムの拡充参照）。困った際に他者へ SOS を出せること、他者を頼るスキルを身につけることを最低限の技能として目指し、関わっていくことが重要である。

家族やその他、地域の社会資源と連携し支援を行う場合は、発達障害特性（こだわり、感覚の過敏、フラッシュバックなど）の理解を促し、これにもとづく指導、連携が欠かせない。特に家族においては、本人との捉え方や支援を受けている程度に関して、ギャップがあることも多く、「意欲（やる気）がないからできない」、「サボっている」という理解にならないよう注意が必要である。地域の社会資源との連携においては、生活の困難さに関係する特性について、必要な情報を伝えることがスムーズな連携へとつながるため、医療機関での観察やアセスメントは欠かせない。

表 2.2.8 例) 季節や場所に応じた清潔感のある身だしなみが難しく、いつも同じ服装

考えられる理由・原因	対処や指導
<ul style="list-style-type: none"> ・感覚過敏 ・想像力の欠如（他者からどのようにみられているか） ・何が適切、清潔か基準がわからない ・興味がない（またはあり過ぎる） 	<ul style="list-style-type: none"> ・着ることができる素材の服を探す ・必要性の学習、おしゃれアプリ（気温と気温にあった服装のイラスト提示してくれる）の活用 ・温度と衣服の関係を学習

- 1) 東恩納拓也, 塚本夏実, 牛島萌他: 発達障害当事者の生活上の困りごととそれに関する対処法. 日本発達系作業療法学会誌 3(1): 13-22, 2015
- 2) 渥美由喜: 発達障害の個性を活かす職場づくり当事者・研究者として. こころの科学 195: 67-72, 2017

2.2.9 就労支援

本人や家族が「自立」を意識した際、就労は大きな課題となる。就労へのイメージが持ちにくい、就労にうまく適応できず自尊心が低下した、抑うつ状態を招いたなど、就労支援の必要性は高い。

本人・家族に対するアンケート調査からは就労支援のニーズが高いこと、医療・行政機関に対する調査からは就労支援機関との連携が重要視されていることが明らかになった。

就労支援は、短期的に行われるものではなく¹⁾、就労準備の支援、就職活動支援、就労定着支援が長期的・継続的に渡って行われることになる。

就労に関する正しい知識や専門性を持ち、支援を提供することが求められる。

(1) 就労準備支援

就労の希望はあるものの、どのような仕事に向いているかわからない、どのように就職活動をしたらよいかかわからない、就労の準備をどうしたらいいかわからない、そもそも仕事をするのがイメージできないなど、多くの不安を抱え、就職への抵抗感を高めてしまう者が多い。また一旦は就職したものの心身の不調を感じ休職や退職に至る者もいる。

初めて就職する、復職する、再就職を目指すなどいずれの場合においても、自分自身の特性理解を深めることが重要である。そのうえで、社会人となるために必要な情報を学ぶことが必要となる。

①職業準備性 —コミュニケーション—

職業準備性についてはどのような項目があるか、厚生労働省の委託を受け障害者職業総合センターがチェックシート (<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/30.html>)を作成している。職業準備性の中でもコミュニケーションの課題をもつ者は多く、「報告・連絡・相談」、「ビジネスマナー」については、本人・家族へのアンケート調査において半数以上が必要な支援と回答した。

コミュニケーションの支援は、就労移行支援事業所などでも行われているが、支援機関に移行する際に、自身の特徴を理解し、それを伝えることができないと移行がスムーズに行われず、自己認知を促すトレーニングやコミュニケーショントレーニングは医療機関が担うことが必要な場合もある。トレーニングとして、デイケアで実施されているプログラム(2.2.6 発達障害専門デイケア・ショートケア参照)は役に立つ。コミュニケーションの方法(例えば、相談するときは相手の状況を確認するなど)は知識として理解していても、実際の場面では実践が難しい場合がある。プログラム内で模擬的に職場や対人場面を作り練習を行い、プログラム後に振り返ることは非常に重要である。

②適職について

経験の少なさや想像することの難しさによって、自分にあった職業を見つけられない者は多い。これまでの就労経験やデイケアにおける集団場面での経験を振り返り、適職について検証することは重要である。それらに加え、社会資源を活用し適職の検討をすることも有効であろう。例えば、独立行政法人が運営する地域障害者職業センターでは職業能力などの評価をもとに、就職して職場に必要な支援内容・方法などの支援計画を作成し個別の支援を行っている²⁾。ハローワークなどでは体験型の企業実習をすることを推奨し、面接会を主催している。体験型実習は就労経験の乏しい者や想像することが難しい者にとって、自分の適職について検討する非常に良い材料になる。

適職について検討する際は、職種や業界種だけではなく、一般雇用にするか障害者雇用にするか、どのような合理的配慮が必要かも併せて検討をしていく。障害者就業・生活支援センター、障害者就労支援センター、ハローワークと必要に応じて連携して、支援を行っていく必要がある。

(2) 就職活動支援

適職や条件についてなど、ある程度見通しがつくと就職活動を行うことになる。これも障害者就労支援センターや障害者就業・生活支援センターと連携、協働して行うことが望ましく、これまでの治療やデイケアで知っていた情報を、本人の了承のもと共有することが必要である。デイケアで支援を行う際は、実際に就職活動を行っている者同士の情報交換や SST（職場面接や実習について取り扱う）を実施することも有効である。

(3) 就労定着支援

就労定着支援は、本人だけではなく職場に対する支援でもある。障害雇用に関しては、精神障害者の雇用は伸びているが、発達障害の雇用経験がある企業はまだ少ない。採用に関わる人事担当者だけではなく、実際に本人と関わることになる上司や同僚に対しても、必要に応じて理解を促す。就職する本人の特性や対処・対応方法について説明することに加え、一般的な発達障害の知識について広く伝えることで、社内の啓発に役立ち、その後の連携がしやすくなることも多い。

デイケアで土曜日などに就労者向けのプログラムを行っていれば、就職後はそのプログラムへの参加を促すこともよい。就職している者同士のつながりは具体的な対処の共有だけでなく、心理的な安定や余暇の支援にも役立つ。

<昭和大学の場合>

昭和大学ではこれまでに 12 名の発達障害をもつ当事者を、障害雇用として職員採用している。始まりは、2013 年に 3 名の ASD をもつデイケア利用者の雇用だった。その目的には雇用の機会の提供だけではなく、どのような業務や周囲の配慮があれば、能力が

生かされるのか、雇用者の立場として一緒に働くことを通して検証を行っていくことであった。一定程度の配慮（指示の明確化、感覚過敏への配慮など）は必要であるが、そのような配慮も長期間は必要とせず、簡単な配慮でよくなる者が多く、職場定着をする者がほとんどであった。また、指示や業務を明確化することで、発達障害をもたない職員も働きやすくなったという声が挙がった。現在は、特性や得意を生かした業務に就き大きな戦力として活躍している。彼らも参加している OB 会（発達障害専門プログラム終了者による自助的な集まり）は複数あり、そこで職場の困り感や対処について共有したり、余暇活動をしたりすることは意味のあることであると考えている。

- 1)梅永雄二：発達障害者の就労上の困難性と具体的対策—ASD 者を中心に、日本労働研究雑誌 685：57-68, 2017
- 2)五十嵐美紀：発達障害者の就労につなげる社会資源、最新医学 68(9)：2198-2206, 2013

2.3 家族支援

成人期は就学や就労などの課題に加え、親からの自立に直面することになる。親と生活を共にし、心理的・経済的に依存した生活を行っている者は多い。また、本人への対処に困難を感じていたり、相談できる人がいなかったりと、困難を抱えている親も多い（図 2.3-1）。家族内のコミュニケーションパターンや家族関係に注目し、本人の変化を促すことや家族の理解を高めるために、家族支援は重要であると考えられる。家族に対する調査では、家族自身にも支援が必要であると回答した者は多く、家族心理教室に参加したいと回答した者は 71%（図 2.3-2）であった。

発達障害診療を行う際は、本人だけではなく家族に対しても支援を行うことが不可欠である。家族への支援は、個別支援、心理教室などの家族教室、家族会運営支援などが挙げられる。

- A：個別支援
- B：家族教室
- C：家族会支援

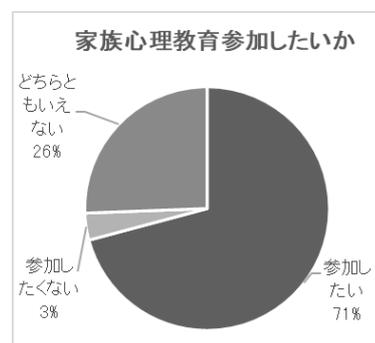
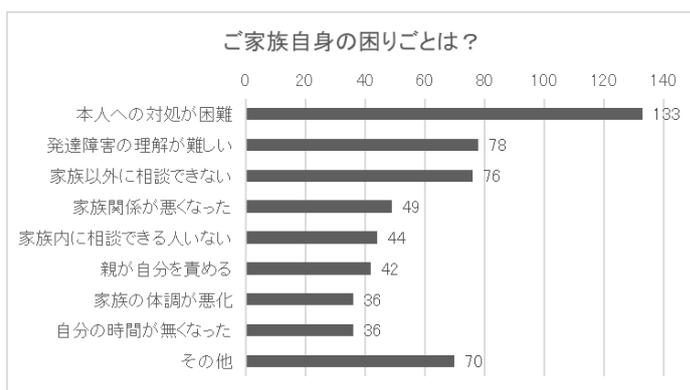


図 2.3-1 家族自身の困り事 (家族アンケートより)

図 2.3-2 家族心理教室への参加希望

A：個別支援

初診時は幼少期のエピソードを聴取するため、可能な限り本人の受診に同席をすることを依頼する（2.2 診療機能参照）。その後、発語が少ない者や単独での受診が不安な者に対しては、通院への同行について本人や家族の意向も含めて検討する。それ以外に、家族からの相談依頼があれば外来主治医、デイケアスタッフが応じる必要があると考えるが、本人との関係性は留意すべきであろう。家族自身に継続的な支援が必要な際は、外来受診への案内や家族会への案内も併せて行っていく。

デイケアでは、半年に一回、診療計画を立てることが求められている（2.2.6 発達障害デイケア・ショートケア参照）。計画を立てる際、本人の同意を得て家族に同席頂くことも

よいだろう。家族からの調査では支援ニーズとして、多くの意見が自由回答からも寄せられた(資料 2 アンケート結果参照)。本人とのかかわり方を学びたい、親亡き後のための準備を知りたい、父親にも協力を得る方法を知りたい、家族自身が休める場所・相談できる場所が欲しいなど、その内容は様々である。本人だけではなく家族に対しても、寄り添い支援をしていく必要がある。

B：家族教室

家族教室は、家族への心理教育を意味し、(1) 障害についての情報を伝える、(2) 対処について相談できる場の提供、(3) 心の支えの場の提供の 3 つの要素で構成されることが望ましい¹⁾とされる。本来、心理教育は個別でも行うことができるが、家族に対する調査において家族同士の交流、家族心理教室への参加ニーズが高かったことに加え、他の家族の経験を多く聴くことにより対処が集約できる、気づきを得られやすい、孤立感を軽減できるなどの効果を期待し、心理教育を家族教室としてグループで実施することを推奨する。家族教室を実施する際は、以下の内容を参考に各機関の実状に合わせて検討する。

対象は発達障害専門プログラム参加者の家族、主治医の勧めがあった家族、外来受診者など、範囲を検討しチラシやホームページで告知をする。家族が参加しやすい時間帯(午後や土曜日)に、2～3 時間程度の開催とする。構成は、前半を心理教育、後半を懇談会とし、心理教育は参加者の構成やニーズに合わせ、テーマを選定する。懇談会は、家族同士の情報交換、体験や思いの共有が活発に行われるよう、テーマに沿ってスタッフや家族会の役員がファシリテータを行い実施する。テーマ例を以下に示す。

昭和大学では、「発達障害の理解」のテーマの際は、医師が講師を担い、発達障害の一般的な知識に加え、発達障害専門プログラム内で発言された本人たちの困り感も紹介しながら解説を行う。「接し方のコツ」、「将来のために」はコ・メディカルが講師を担う。後半の懇談会は参加者が安心して参加することができる工夫を行う必要がある。話された内容を口外しないこと、話したくない場合はパスできることなどのルールの提示を行っている。可能であれば、以前参加したことのある家族や家族会役員から話してもらえるとよい。話す時間や話す内容の枠組みを作ることも必要であろう。

家族教室は、診療報酬の請求ができないため、開催や運営が難しい場合がある。その際は、家族会に対し運営の協力の依頼や、すでに実施している機関に対し資料の提供を依頼するなどの工夫を検討する。また、終了時に家族教室の満足度について参加者にアンケートを募り、今後の運営に役立てることも必要である。

<昭和大の場合①>

表 2.3：家族心理教室：対象を限定して実施

	心理教育	懇談会
1	発達障害の理解	自己紹介/困っていること
2	接し方のコツ	親の役割とは
3	将来のために（制度や就労に関する情報）	親と本人の自立のために

<昭和大の場合②> 家族のつどい：外来通院者全員を対象に半年に1回実施

実施実績：

これまでに全 26 回実施し、延べ 2000 人以上が参加。前半は講義形式とし、医師や心理士、作業療法士などが担う。後半は前半のテーマをもとに、スタッフがファシリテータとする懇談会で家族同士の交流を行う。

講義テーマの例：

・デイケアの支援について	・ご家族の対応について
・二次障害について	・ストレス対処について
・デイケア参加者による成果発表会	・発達障害と就労
・ご家族の対応について	・当事者の思い
・ワークショップ：プログラム体験	・ご家族による体験談
・当事者の思い	・認知行動療法－考え方のクセ
・自立への道筋－親亡きあとのために－	
・烏山病院の障害者雇用の取り組み－就労体験談	
・社会参加への道筋－支援機関制度を上手に利用する－	
・困っていることへの対処：ひきこもり、パニック	
・発達障害の生活のしづらさについて－感覚の視点から考える－	
・お互いを大切にするコミュニケーション－アサーションを学ぶ－	

<針生ヶ丘病院の場合>

児童精神科を標榜している医療機関。成人期への移行支援を先進的に行っている。

テーマ例：

「CAARS から学ぶ自閉症の特性」、「知的に高い自閉症の人たちに大切なこと」、「豊かな成人生活を考える」、「ライフステージを念頭に置いた支援」

<晴和病院の場合>

病院主導の家族懇談会を実施。本人が所属しているグループ別（ASD グループ、ADHD

グループなど)やテーマ別(就職継続について、就職活動について、パートナーの立場としてなど)に実施し、ニーズに沿った話し合いができるよう配慮している。家族会の立ち上げについても検討中。

C：家族会の支援

各地で「親の会」などの自助グループが活動しているが、その多くは幼少期から発達障害を指摘され、療育を受けている親を対象にしたものである。地域にニーズに合った家族会がない場合は、病院家族会の設立の検討をする。家族の中から有志を募り、立ち上げていくことになるため、それまでに病院主催の家族教室やイベントを実施していると、状況を理解してもらいやすい。

<昭和大学の場合>

昭和大学では、病院家族会として「烏山東風の会」²⁾がある。2015年に設立し、180名の会員がある。月1回の会報誌の発行、講演会の開催、家族相談会の実施など、様々な活動をしている。家族会についての詳しい活動内容やその運営については、「家族会立ち上げマニュアル」(資料4)を参照してほしい。



図 2.3-3 烏山東風の会ホームページ画面 <https://www.kochinokai.com/>

1)伊藤順一郎，鈴木丈編著：SST と心理教育，中央法規出版，50-53，1997

2)河口央商：発達障害者の家族から家族会へ，心と社会 51(1)：57-63，2020

2.4 連携機能

発達障害支援を行う際は、一人一人のニーズに合わせ、医療、福祉、保健、教育など、様々な機関や人が適切に関わるが必要になる。各機関が別々に行われるのではなく、相互に連携して一貫性のある効率的な支援を行うことが望ましい。医療・行政機関に対する調査(図 2.4-1) からは、連携機能は大切な要素として挙げられており、必要に応じて各機関と連携することが望まれている。地域での連携会議に参加したり、カンファレンスを実施する際には地域の関係機関に出席してもらえるようにしたりと、日常業務から連携のしやすい土壌づくりをすることも重要であろう。

必要な連携機関として、アンケート調査から上位に挙げられたものを以下に記載する。

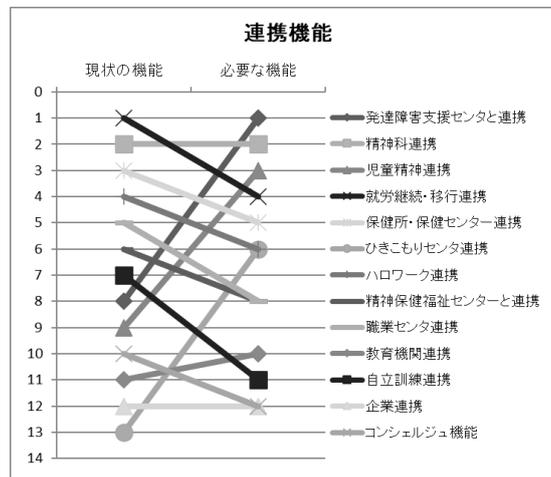


図 2.4-1 連携機能について(医療アンケートより)

連携が必要だと思う機関(ニーズ)と現在連携している機関(現状)を比較したもの

(1) 発達障害支援センター

発達障害者支援センターは、全国に 97 箇所設置されており、発達障害の診断を受けている、あるいは可能性のある本人とその家族などの支援を行っている。支援の内容は自治体によって異なりはあるが、相談支援、発達支援、就労支援など、多岐にわたる。発達障害の普及啓発も行っており、発達障害をより多くの人に理解してもらうために講演会の開催やパンフレットの作成・配布なども行っている¹⁾。

医療・行政機関に対する調査からは、連携が必要な機関として発達障害支援センターは最も多く挙げられていたが、現状として連携を実施している医療機関は少なかった。発達障害を疑った時、本人や家族が訪れる最初の窓口になることが多いと考えられるため、より積極的な連携が必要であろう。

(2) 医療機関（精神科・児童精神科）

調査からは、連携が必要な機関として発達障害者支援センターに次いで精神科医療機関、児童精神科医療機関が挙げられた。

精神科医療機関については、発達障害の診療を行っていない、心理検査が実施されていない、デイケアが実施されていないなどの理由により紹介されることが想定される。発達障害専門外来の存在、専門デイケアの実施の有無などについての情報提供が必要とされている。成人発達障害支援学会ではホームページ上にて全国の支援機関のリストを提示している (<https://square.umin.ac.jp/adult-asd/support.html>)。

児童精神科との連携は重要であるとされながらも、現状として実施していない医療機関が多い。その理由として、受診者の多くが成人になって初めて精神科を受診するが、一定数小児科や児童精神科から移行するケースは存在する。その場合、治療者・医療機関の変化や治療主体(保護から自立)の変化、目標の変化(学校生活から社会生活)など、様々な変化に本人と家族は直面することになる。2020年1月20日に開催された思春期から成人期への診療移行についての検討会議においても、成人期へのスムーズな移行・情報共有が疲弊している児童期診療の負担軽減につながることで、児童・成人期双方の医師同士の交流・情報交換の重要性、成人期になり地方から東京など都会に行くことも多くなるため地域差も勘案する必要性などが提案された。児童精神科との連携については解決しなければいけない課題は依然として多いが、まずは成人期において発達障害の診療を積極的に行っている医療機関について、上記の学会ホームページなどを用いて児童精神を専門とする医療機関に情報提供することは有益であろう。

(3) 就労継続・移行支援事業

就労継続・就労移行支援事業は、調査では、支援ニーズも、現状の支援ともに高値であった。就労継続支援事業は、通常の事業所に雇用されることが困難である者に対し、就労や生産活動の機会と、就労に必要な知識や技術向上のための訓練を提供する支援事業のことであり、A型事業とB型事業がある。その大きな違いは雇用契約の有無であり、A型事業は通常の事業所で雇用されることは困難だが、雇用契約にもとづく就労が可能な者が対象となる。期限はどちらも設定されていない。

就労移行支援事業は、一般就労などへの移行に向けて、事業所内や企業における作業や実習、適性に合った職場探し、就労後の職場定着のための支援を24か月以内で実施していく事業である。

どちらの事業も、近年はパソコンに特化した事業所や発達障害特性に合わせた事業所など、さまざまな取り組みがなされており、選択肢の幅が広がっている。支援の専門性がどこに置かれているか、発達障害の受け入れ経験がどれくらいあるかを確認する必要がある。多くの事業所が見学やお試し参加を行っているため、それらを利用し本人にあった事業所を探していくこと、定着するための支援を行っていくことが必要と考えられる。

(4) 保健所・保健センター

調査では、支援ニーズ、現状の支援ともに高値であった。保健所は、地域の精神衛生行政の第一線であり、精神保健福祉業務だけをとっても多くの業務を担う²⁾。精神保健福祉相談、訪問指導、普及・啓発、研修、自助会などに対する組織運営のための助言指導などがある。医療機関は受診をした本人を主に支援を提供していくことになるが、受診ができずにひきこもってしまっている場合や、家族に身体的・精神的な問題がある場合など、地域の支援者となる保健所と連携していくことは非常に重要である。

(5) ひきこもり地域支援センター

ひきこもり地域支援センターとは、都道府県、指定都市に設置されており、ひきこもりに特化した専門的な第一次相談窓口になる機関である。ひきこもり支援コーディネーターを中心に、地域における関係機関とのネットワークの構築や、ひきこもり対策にとって必要な情報を広く提供するといった地域におけるひきこもり支援の拠点としての役割を担う。近藤ら³⁾の報告によると、引きこもりの背景にある要因によって対象者を大きく三群に分類し、うち一群を広汎性発達障害や知的障害などの発達障害と診断される者としたところ、ひきこもり相談来談者のいずれも、他の群と同程度のおよそ30%を占めているとあった。我々の調査からも、回答者の63%がひきこもりの経験があると回答しており(図2.4-2)、発達障害と引きこもりの親和性は高いことが示唆される。支援センターの相談者のうち発達障害が疑われる者がスムーズに受診できるよう、連携が必要であると考えられる。

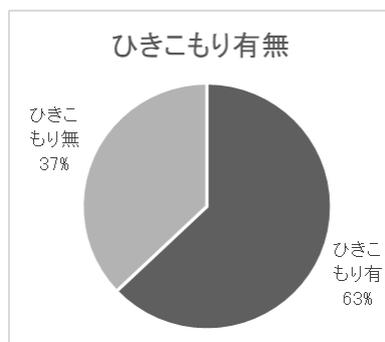


図 2.4-2 ひきこもりの経験の有無について(本人アンケートより)

(6) ハローワーク

ハローワークでは、就職希望者の求職登録を行い、専門の職員・職業相談員が職業相談、職業紹介、職場適応指導を実施している。また、障害者を雇用している事業主、雇い入れようとしている事業主に対して、雇用管理上の配慮などについての助言も行っている。一部のハローワークには「精神障害者就職サポーター」が配置されており、カウンセリング機能を持つようになっており、近年利用者の敷居が下がっているように感じる。わかもの

ハローワークや地域若者サポートステーションとの連携について併せて検討を行う。

- 1)五十嵐美紀：発達障害者の就労につなげる社会資源，最新医学 68(9)：2198-2206，2013
- 2)赤澤正人，竹島正，立森久照他：保健所における精神保健福祉業務の現状と課題，日本公衆衛生雑誌 61(1)：41-51，2014
- 3)近藤直司，清田吉和，北端裕司他：思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究，厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（主任研究者 齊藤万比古），2010
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200935010B>