

【青年期・成人期の発達障害者への ネットワーク支援に関するガイドライン】

平成23年5月

厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)
「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク
支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者:近藤直司)

目次

① はじめに	3
<総論>	4
② 青年期・成人期の発達障害者のニーズと支援課題	5
③ ネットワーク支援の概念整理	10
④ ネットワーク支援における留意点	12
<それぞれの専門・行政分野からみたネットワーク支援>	15
⑤ 発達障害者支援センター・精神保健福祉センターの実践例より	16
⑥ 発達障害者支援センターと福祉サービス	18
⑦ 医療機関を含むネットワーク支援について	22
⑧ 就労支援におけるネットワーク支援	34
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	40
⑩ 触法事例の地域移行および地域定着に向けたネットワーク支援	48
<ネットワーク支援の実践例>	51
⑪ 事例集の意義と倫理的配慮について	52
⑫ 事例集	52
事例① 高等学校における支援例	53
事例② 中学校、高等学校から就職までの支援例	55
事例③ 高校生活の支援から福祉的就労までの支援例	57
事例④ 大学における支援例	59
事例⑤ 就労支援(1)	61
事例⑥ 就労支援(2)	63
<その他、就労支援に関するネットワーク支援>	65
事例⑦ 生活支援(1)	67
事例⑧ 生活支援(2)	69
事例⑨ 生活支援と就労支援	71
<その他、生活支援のためのネットワーク支援について>	73
事例⑩ 入院治療からの在宅・地域への移行支援(1)	75

事例⑪ 入院から在宅・地域への移行支援(2)	77
事例⑫ 入院から在宅・地域への移行支援(3)	79
事例⑬ 精神科通院から就労までの支援	81
＜有効なネットワーク支援を実践するために＞	83
13 他機関・他職種の機能・役割などを知る	84
14 アセスメントの基本的枠組み	84
15 ケース会議・支援検討会議の運営について	86
＜資 料＞	87
16 有効なネットワーク支援を地域で展開させるための試み	88
1. 川崎市	88
2. 岡山県	89
17 本人からみたネットワーク支援	92
18 保護者の視点から	93
19 障害者自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会、ニート対策、子ども・若者育成支援事業等の活用について	95

1 はじめに

1. 本ガイドラインの目的と対象

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

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

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

表1 本ガイドラインの対象

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

2. 本ガイドラインの作成過程と今後の活用

本ガイドラインは、厚生労働科学研究「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」(研究代表者:近藤直司)における調査結果の他、先行文献、研究班における討論などをもとに研究代表者と分担研究者で執筆を分担し、一部を研究班以外の専門家に執筆をお願いしました。暫定版を作成した段階で、全国発達障害者支援センター連絡協議会と精神保健福祉センター長会のメーリングリストを活用し、お寄せいただいたコメントをもとに、研究代表者が加筆・修正を加えました。

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

< 総 論 >

② 青年期・成人期の発達障害者のニーズと支援課題

1. ライフサイクルと社会生活上の問題

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

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

2. 診断と障害福祉サービス

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

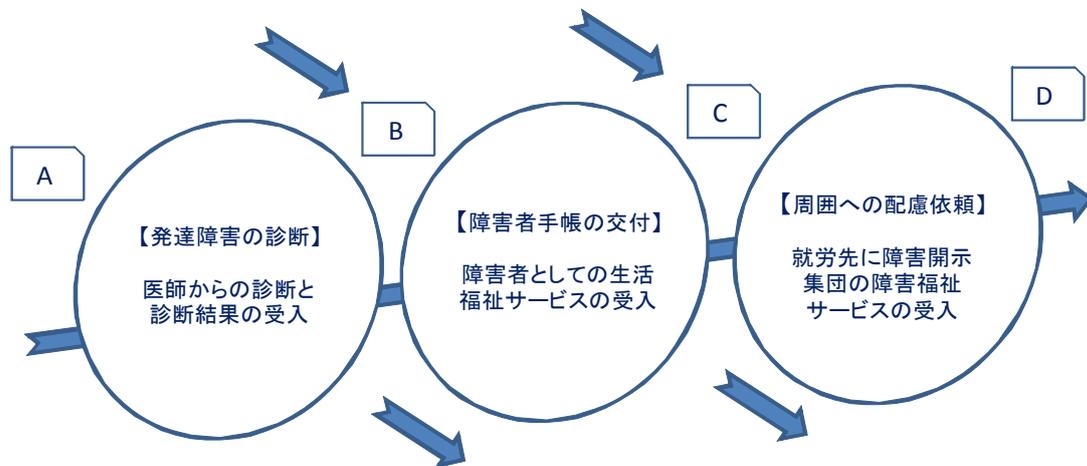


図1. 青年期・成人期の発達障害者の就労支援・福祉サービス利用のマイルストーン

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

A 診断以前から利用するサービス

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

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

B 診断後、障害者手帳等の交付を受ける前のサービス

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

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

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

C 障害者手帳(障害福祉サービス受給者証)の交付を受けた後のサービス

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

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

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

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

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

かを確認する過程は大切です。

□ 障害としての配慮を周囲に依頼した後

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

表1. 形態別障害福祉サービスと想定される具体的なサービス

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

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

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

3. 就業と経済的な困窮

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

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

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

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

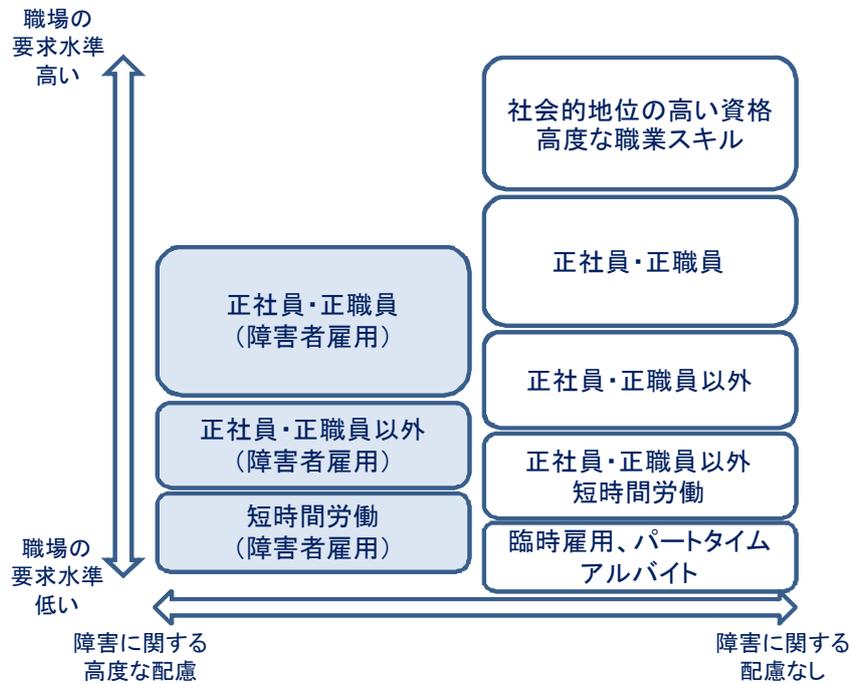


図2. 発達障害者の就労形態に関するシンプルな分類例

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

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

4. 青年期・成人期の大まかな生活類型

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

その後、精神科病院で入院治療が必要になった事例も少数ながら存在します)。

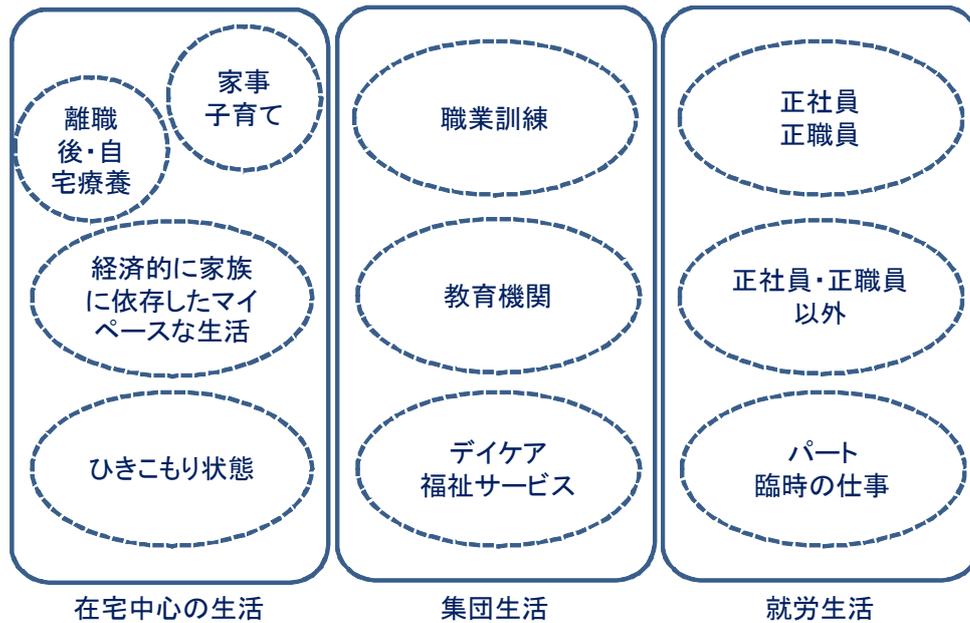


図3. 生活状況の3つの類型化

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

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

5. 発達障害者の課題とニーズを把握するシンプルなモデル

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

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

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

注2) 近藤直司(研究代表者), 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」, 志賀利一(分担研究者), 「発達障害者支援センターと他の福祉・就労分野との連携についての研究」, 平成 20 年度総括・分担研究報告書, 2009, 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 2010

③ ネットワーク支援の概念整理

全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターから収集したネットワーク支援の実践例に関する検討(近藤ら、2009)と機関連携に関する先行研究・文献(野中 2001、吉池、栄 2007)を参考に、本ガイドラインではネットワーク支援の概念を以下のように整理しておきます(表1)。

表1 ネットワーク支援の概念整理

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

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

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

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

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

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

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

4 ネットワーク支援における留意点

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

表1 ネットワーク支援における留意点

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

1. アセスメント

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

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

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

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

2. コスト

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

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

3. 情報管理

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

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

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

4. スピード

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

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

事例集、事例⑦)。

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

5. 対等性

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

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

<それぞれの専門・行政分野からみたネットワーク支援>

5 発達障害者支援センター・精神保健福祉センターの実践例より

1. ネットワーク支援の全体像

本ガイドラインの作成にあたり、全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターからネットワーク支援の実践例 181 件を収集しました。その分析・検討は、本ガイドラインの重要な根拠のひとつとなっています。

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

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

表1 ネットワーク支援 181 件に関わったおもな支援機関・事業

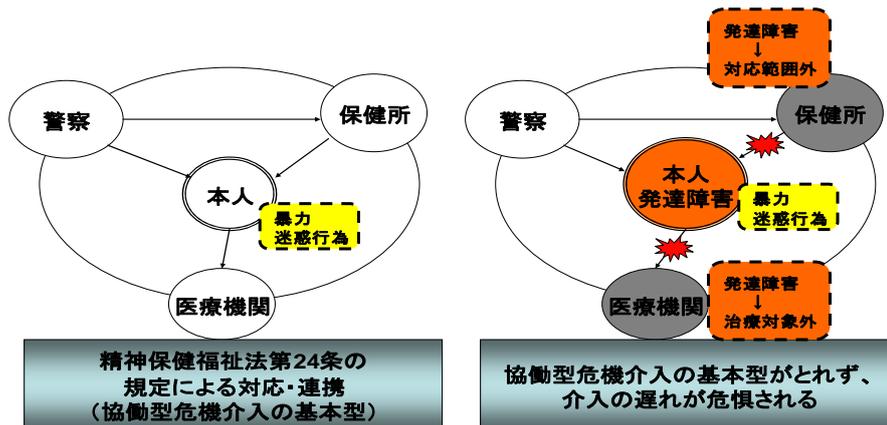
発達障害者支援センター	精神保健福祉センター
医療機関(精神科、小児科、児童精神科、思春期外来)	
就労移行支援事業	就労継続支援事業
市町村担当課	相談支援事業所
地域障害者職業センター	障害者就業・生活支援センター
ハローワーク	ジョブカフェ
社会適応訓練事業所	地域若者サポートステーション
県教育委員会 中学校 高等学校 通信制高校 特別支援学校 専門学校 短大 大学	
職業能力開発校 サポート校 フリースクール 高卒認定予備校	
警察 保健所	福祉事務所
児童相談所	児童自立支援施設
家庭裁判所 保護観察所	医療少年院
日本貸金業協会	行政書士

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

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

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

ただし、入院治療や入院中の環境・家族関係の調整などにより、有効な介入に成功しているケースがある一方で、発達障害とアセスメントされた時点で、保健所が自らの対応範囲を超えると判断したというケースや、医療機関につながっても治療対象ではないと判断されたケースも報告されていました。こうした対応が一般化した場合、危機介入の遅れや重大事件の発生につながりかねない危惧を感じます。上記のような保健所の消極性は、発達障害事例を積極的に受け入れる医療機関が少ないことも一因であろうと思われ、精神科医療の機能や有効な活用について、さらに検討を深める必要があります(⇒☐ 医療機関を含むネットワーク支援について)。



3. ネットワーク支援におけるいくつかの課題

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

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

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

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

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

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

⑥ 発達障害者支援センターと福祉サービス

1. 発達障害者支援センターとは

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

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

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

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

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

2. 発達障害者支援センターにおけるネットワーク支援

(1) ライフステージをつなげる支援

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

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

(2) 機関同士をつなげる支援

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

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

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

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

(3) 来談者同士をつなげる支援

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

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

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

3. 発達障害者支援センターに求められる機能

(1) 直接支援の力とコンサルテーションの力

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

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

(2) 市区町村の事業化に関するコンサルテーションの一例

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

支援技術の向上につながるようなコンサルテーションが重要です。

(3) 福祉サービスの利用や就労支援に関するコンサルテーション

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

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

4. 福祉サービスを利用したネットワーク支援の展開例

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

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

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

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

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

5. 発達障害者支援センターへの紹介にあたって

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

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

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

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

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

7 医療機関を含むネットワーク支援について

1. 発達障害と医療の関わり

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

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

本ガイドラインの対象者である青年期・成人の方々は、

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

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

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

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

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

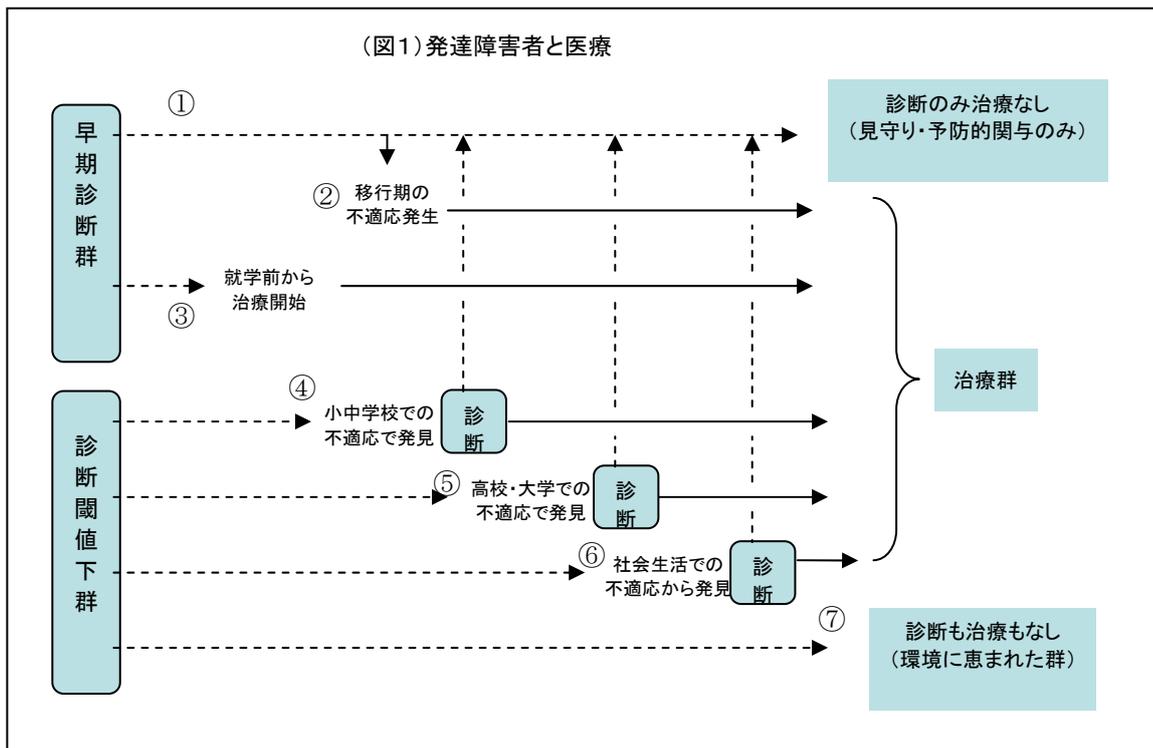
2. 障害者と医療の出会い

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

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

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

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



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

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

課題であり、市町村や児童相談所との効果的な連携・協働が必要です。

- 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った場合や、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、家庭内で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、期限付きの手续や宿題が増え、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も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、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がちです。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返されたり、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受けられます。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」と言われながらも、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。この群のなかには、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」とみなされつつ平気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

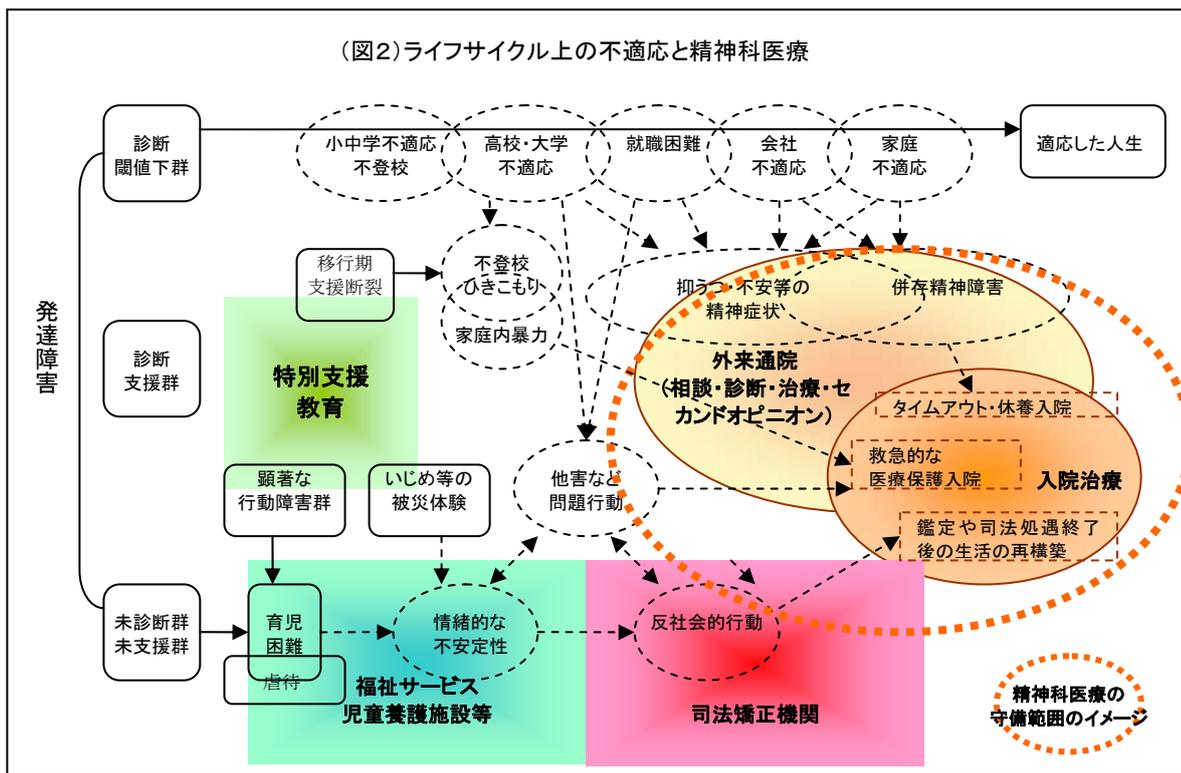
のような方々が身体の不調によって内科等の医療機関を利用した時に発生したトラブル、老年期を迎えた際の介護をめぐるトラブルなどに、精神科医の出番が来る可能性があります。

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っ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、後述の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. ネットワーク内での医療機関の機能

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ка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く、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、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めます。

表1: 他機関と共有すべき情報例

- | |
|---|
| <p>1. 医療機関から他機関へ</p> <ul style="list-style-type: none">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 <p>2. 他機関から医療機関へ</p> <ul style="list-style-type: none">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ながら、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・家族の同意の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、地域生活疲れや闘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)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、という使命感をもっ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いうことです。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。言葉を変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)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っても変化がない、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ことです。

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よいでしょう。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(⇒図 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。

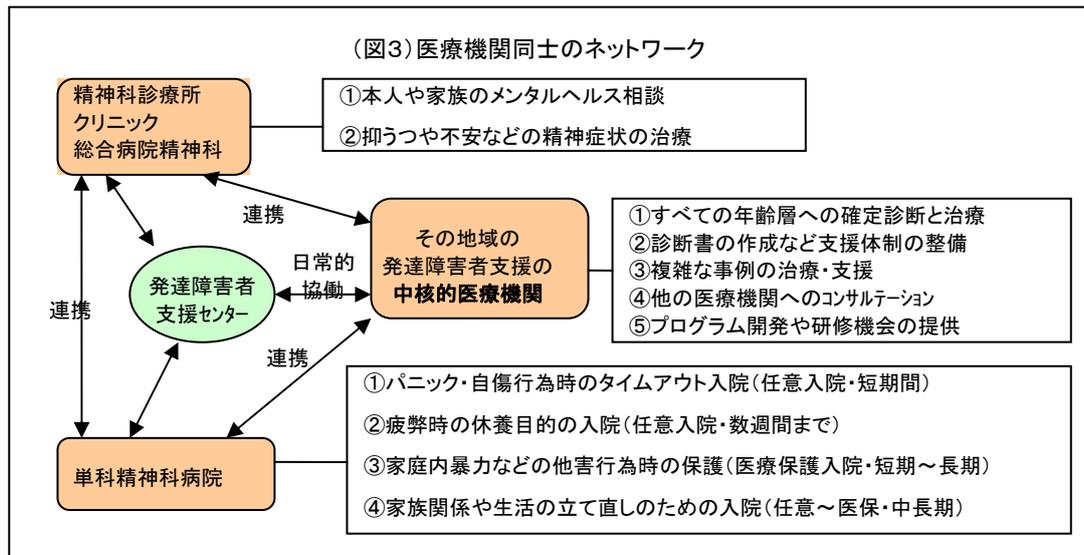
① 拠点医療機関の機能

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になってしまうため、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な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(働ける、働けないの判断)が不十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十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なります。

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するので、「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

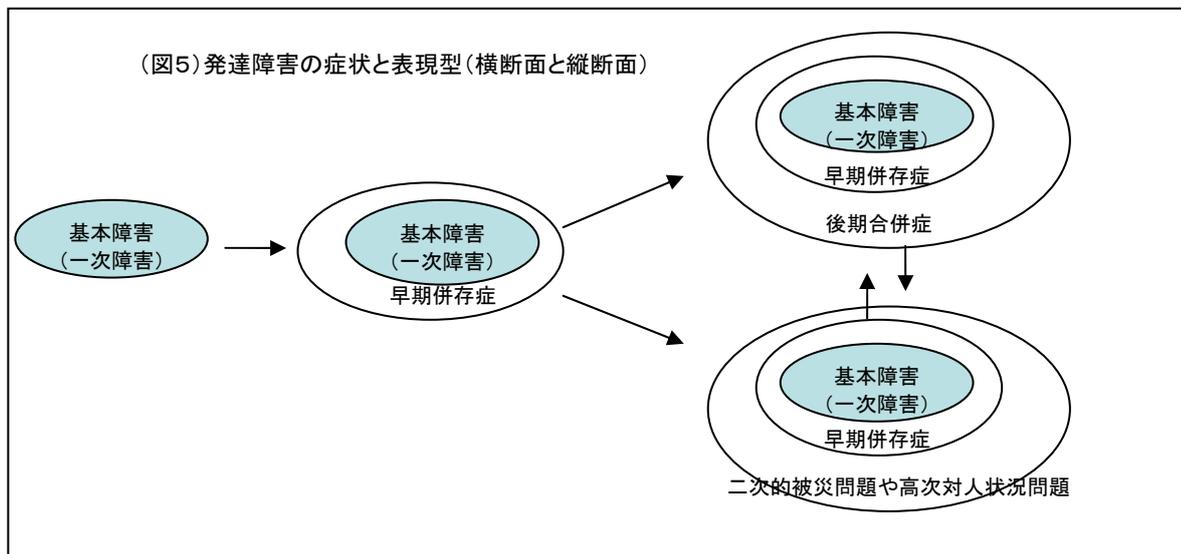
発達障害の方の支援課題を整理するために必要な二次障害についての最低限の知識を図と表を用いて示しました。

まず、発達障害の方の表現型(行動や症状)が、基本障害を中核に、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づきに基づく反応の、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変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⁾ 齋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(齋藤, 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應してきた事例や、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、自分だけが誉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返される混乱が、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	パニックや混乱、カトニア	++
	②注意集中問題と多動	回避行動や衝動行為	+
	③感覚と知覚の問題	聴覚過敏によるパニック	+
	④医学的合併症	チック・てんかん・学習障害など	++
学童期からみられる 後期合併症	①統合失調症様の症状	幻聴や被害関係念慮	++
	②強迫性障害様の症状	種々の確認強迫・不潔恐怖など	++
	③抑うつ気分及び気分障	意欲低下や自責感、精神運動抑制	++
二次的被災問題から派生した 症状や行動	④他の精神障害の合併	解離性障害・摂食障害・身体化障害など	++
	①フラッシュバック	突然のパニックや攻撃行動	+
	②PTSD様の症状	過覚醒や類似刺激への過剰反応	+
高次対人状況での混乱から 生じる行動	③被害的な先入観	思いこみや決めつけ	+
	①カトニア	ヒステリー様の行動停止	+
	②防衛的な行動化	無断欠勤などの逃避や虚言	+
	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で「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。

－治療開始当初の困り感－

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、治療しようとしています。

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のでしょうか。

－治療終了後の困り感－

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、社会適応の面で不十分な状態にあるので、治療を打ち切るのは出来ません。

この時点で、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えないことです。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行っ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と
- 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との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、たくさんの方が働いています。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。

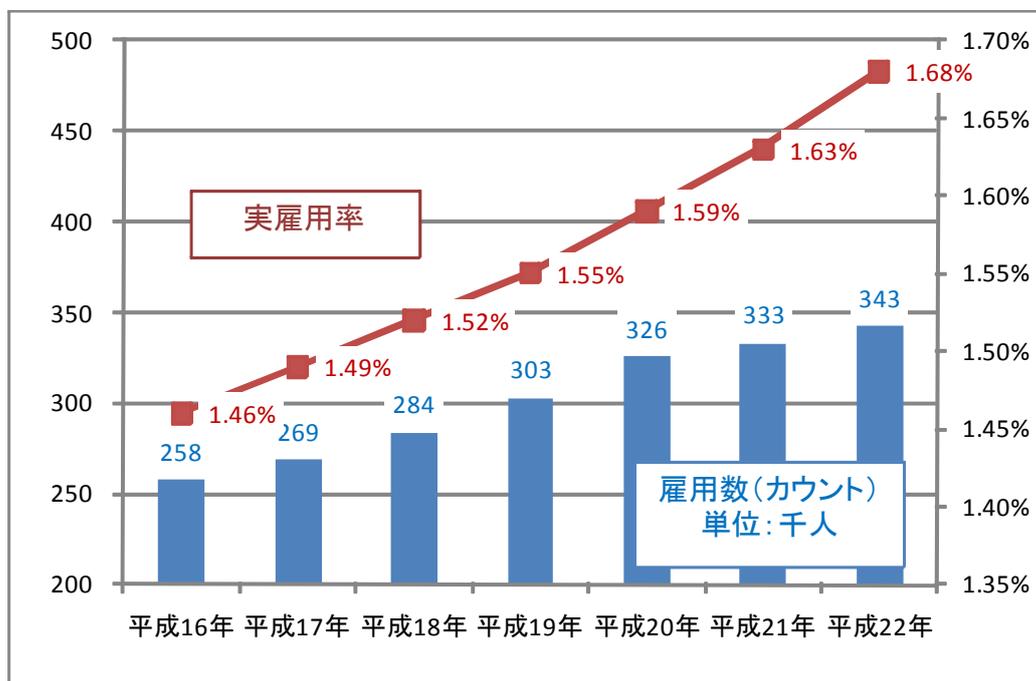


図1. 障害者雇用数と実雇用率の経年変化

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。

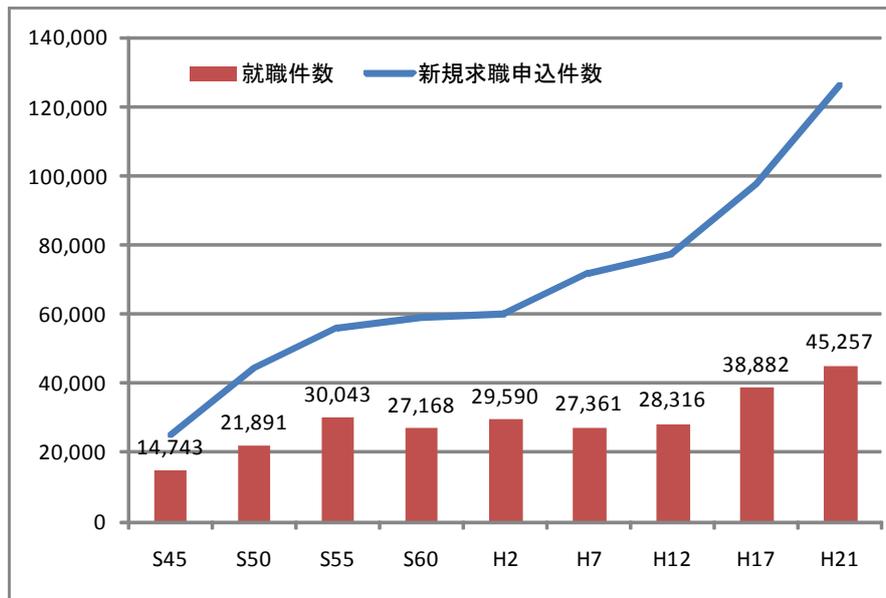


図2. 1年間でハローワークの紹介で就職した件数と求職申込件数の推移

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）。最近では、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が、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ところを前提に、就労支援は行われます。

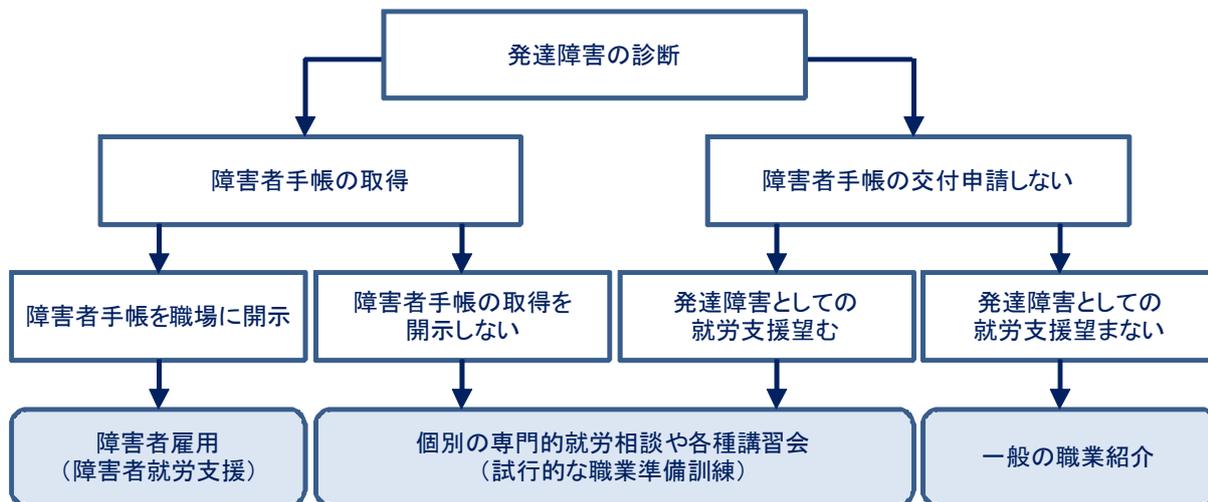


図3. 障害者雇用(障害者就労支援)の対象者の早分かり図

障害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、個別的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。図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受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。

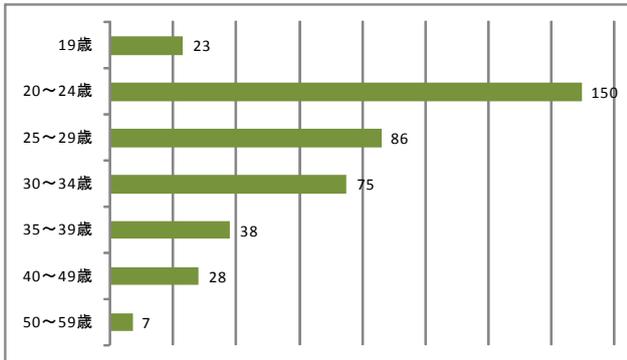


図4. 相談者の年齢状況

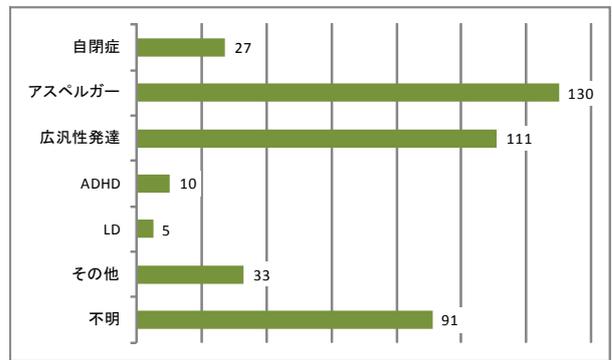


図5. 相談者の診断名

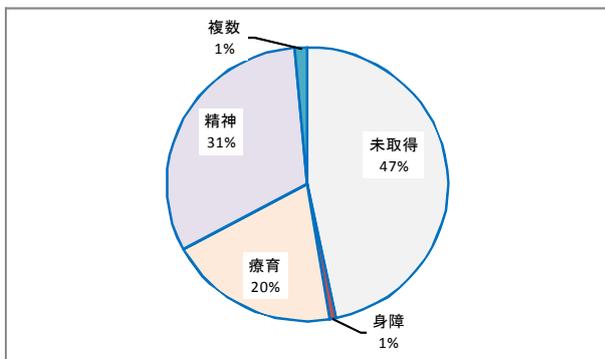


図6. 相談者の障害者手帳取得状況

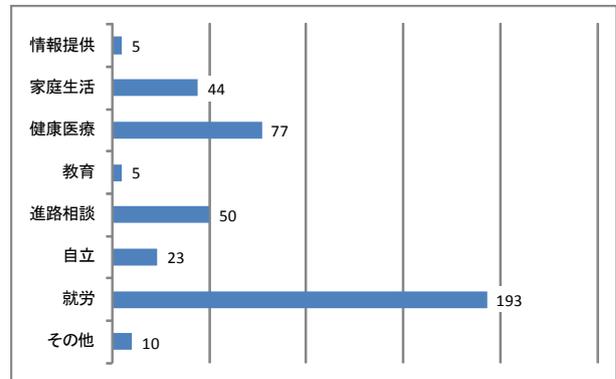


図7. 相談者の当初の主訴

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受けている人が多く、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。

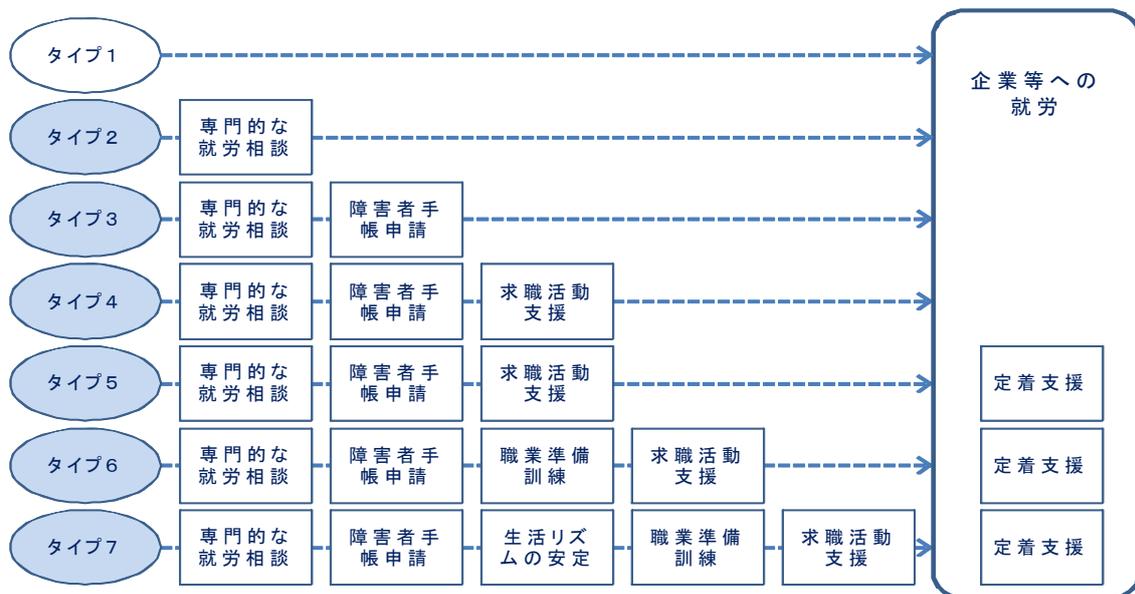


図8. 発達障害者のタイプ別就労支援の流れ

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ことはない人です(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うける機関になります。連携の形態としては、一般の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合いとその支援を行うこととなります。

(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や障害者就業・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や障害者就業・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、求職活動をしゃ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ても、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」が中心です。

(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、援助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ター役の人材

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、たくさんの方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りますが、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となります。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取り組みは義務教育が先行し、一部の高等学校や大学においては始まっていますが、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時

- 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十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。

特別支援学校は地域支援やさまざまな相談対応のための「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に取り組んでいます。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ないかもしれません。

すでに小・中学校の特別支援教育で活用され始めている「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考えられます。作成に当たっては、やはり特別支援学校やスクールカウンセラーに協力を求めることができます。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等では、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や巡回相談チームを編成している場合もあります。すぐに医療機関や相談機関を活用することに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。専門家チーム等は教育システム「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べきでしょう。

大学の入試にあたっては、試験時間の延長、別室受験などの特別な措置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対しては、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きましょう。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え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発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(⇒ ㊦ 就労支援におけるネットワーク支援、㊦ 事例集)。

(4) 教育システム「外」とのネットワーク支援

高等学校に入学し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(⇒ ㊦ 発達障害者支援センターと福祉サービス、㊦ 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(⇒ ㊦ 就労支援におけるネットワーク支援、㊦ 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ことを考えると、できるだけコストをかけずに校内に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ば、必要に応じて連絡を取り合うことで十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(⇒回 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期待されます。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同時に、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を一緒に整理・確認します。「学習」「対人関係」「生活」「進路」という4つの観点をもっていると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の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ひとつの方法です。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で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場合があります。

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必要があります。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が、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(⇒☒ 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、十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(⇒☒ 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、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してくれば、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」

進路が決まっ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うまいでしょう。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、新生活の様子やと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。

5. 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、転職を繰り返したりするなど、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ているならば、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となります。このことは二次的な障害の「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。教育期におき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かった高校生や大学生、社会人のケースなどでは、保護者や本人の障害受容はさらに困難になります。自己理解を進めるために、教育関係者がどのようなタイミングで、どのような説明をすればよいのかについて考えてみたいと思います。

(1)説明の際に留意しておくこと

学校から急に呼び出しを受けるとすれば、保護者や本人は身構えてしまうかもしれません。教師は日頃からできるだけ情報発信や、保護者や生徒と話し合う機会をもち、自分の考えや思いを伝えておくとうよいと思います。入学後早い時期に個別面接を全員に行っている学校や、学校生活アンケートを通して生徒全員の困り感を把握している学校もあります。学校公開日や保護者会などの機会を利用すると、保護者の精神的負担は少ないかもしれませんし、個人に焦点を当てた対応よりは、全体への働きかけを丁寧に行う姿勢が保護者の緊張を和らげます。

教師は、支援の必要性を告げられる保護者や本人の気持ちに思いを巡らせましょう。保護者の中には、これまで何度か我が子の発達に不安を抱き、そのことについて周囲からも指摘を受けてきた方がいることも推察されます。さらに、その指摘に著しく傷ついた経験をもっているかもしれません。本人も担任から度々注意されたり、友人から非難されたり、いじめを受けたり、自尊感情を低下させられるような経験をしてきているかもしれません。その結果、保護者や本人は今回もまた一方的に責められ、学校から見離されるのではないかと疑心暗鬼になっていることも考えられます。過去と決別し、新しい学校生活に希望を託して入学してきている場合もあるでしょう。以上のような保護者や本人の不安な気持ちを心に留めながら面談をしましょう。

説明の目的は、保護者や本人と、学校や関係機関とが協力関係を結び、本人の抱えているさまざまな困難を軽減すること、将来を見据えた支援に取り組むことができるような関係づくりです。保護者や本人と協力関係を結ぶためには相互の信頼関係が土台となります。まず、教師が心を開き、共感的、受容的な態度で事実を整理しながら、相互理解を図りたいものです。初回は相互理解を目的にこれまでの様子など話をゆっくり聴くだけ、関係づくりだけで終わってしまってもよいと思います。発達障害と決めつけてしまったり、こうすべきだと教師の考えを押しつけてしまったり、ゆっくり相手の話を聴こうとしない態度は、保護者や本人の心を閉ざしてしまいます。教師のカウンセリング・マインドに基づく対応は面談の基本です。保護者や本人の心情を正しく把握し、現段階でどこまでなら理解してもらえるのかを想定しながら、説明の仕方を調整しましょう。この調整は、知識、経験、感受性をベースにした教師の高度な専門性のひとつと言えます(⇒[図](#) 保護者の視点から)。

説明の場は教師が内容を一方的に伝達するためではなく、保護者や本人が自分自身に向き合い、子ども理解や自己理解を深め、充実した学校生活になるように自ら動き出すことを支える機会にしたいものです。また、教師は日頃から福祉、医療など関係分野に関する知識や情報についても関心を持ち、収集しておくことが望まれます。青年期以降は、関係機関の利用について保護者だけが納得すればよいというわけにはいきません。他者からの評価に敏感になる青年期においては、周囲から「特別扱い」されることや精神科受診、内服に対する本人の抵抗感・拒否感が、特に生じやすいでしょう。本人の立場を尊重し、より充実した学校生活を送るためにどうすればよいのか、関係機関の種類や活用方法などを含め、教師が親身になって本人との対話を根気強く続ける以外にはありません。

支援そのものに対する拒否ではなく、支援方法に対する拒否の場合もありますので、本人が納得できる方法を一緒に考えることも解決の糸口になります。教師が本人の言葉に耳を傾け、その意向を尊重する姿勢はとても大切です。

(2)コンサルテーションの活用

特別支援教育が浸透してきた義務教育段階においても、保護者の理解が得られず支援が進まないことに

悩んでいる教師は少なくありません。保護者や本人が特別な支援や専門機関の利用に抵抗感を抱く理由を考えてみましょう。特別な支援を受け入れることは障害を認めることになり、すし、「特別扱い」が差別やいじめを引き起こすのではないかといた不安が大きいようです。小・中学校まではとくに発達上の問題を指摘されず、高等学校で初めて問題が顕在化した場合には、保護者の驚きは無理のないことでしょうし、それが学校への不信感につながることもあります。本人に安定した学習の場を確保するためにも、学校側は保護者との関係づくりのための方策を積極的に検討しなければなりません。

保護者の同意が得られていない段階において支援を進めるためには、コンサルテーションの活用を推奨したいと思います(⇒事例集、事例②)。学校がコンサルテーションを求めることができるのは、教育システム「内」では、教育委員会、特別支援学校が組織している巡回相談や専門家チーム、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーなど、教育システム「外」では、発達障害者支援センター、精神保健福祉センター、医療機関などです。

専門的なコンサルテーションを活用しながら、まずは本人に対する支援のあり方を見直しましょう。そして、本人が学校生活の中で新たに取り組めるようになったことや解消・軽減した問題などについて、学校が取り組んだ内容とその成果を保護者に報告できるとよいと思います。保護者や家族全体が深刻な問題を抱えている場合などもあり、一概には言えませんが、関わり方を工夫することで本人が過ごしやすくなり、学校生活に前向きに取り組めるようになること、あるいは学校が子どものために真剣に取り組んでくれていることが理解されれば、保護者が専門機関の活用について考え始めたり、学校からの助言や指導に理解を示してくれるようになるかもしれません。

教師の指導に関する助言だけでなく、保護者との関係改善や理解推進の方法も含めてコンサルテーションを求めることで早期の問題解決に結びつく場合がありますし、コンサルテーションを求めたことが契機になって専門機関が学校と保護者との仲介役となったり、支援検討会議の開催につながり、保護者の理解が得られるケースもあります。

生徒指導、教育活動、進路指導に向けてコンサルテーションを必要とするときに活用できる制度や機関を紹介します。以下、ニーズ・支援課題別に活用できる関係機関を例示しますが、自治体や地域によって名称や担当部署が異なることがあります。

①生徒・学生指導面や教育活動上の具体的な支援方法に関すること

- ・ 校内の特別支援教育コーディネーター
- ・ 教育委員会が派遣する専門家チーム
- ・ 特別支援学校(センター的機能)による巡回相談などの地域支援
- ・ 中学校や前籍校
- ・ 発達障害情報センター
- ・ 発達障害教育情報センター

②特別な指導内容に関すること(自立活動・作業学習・自己理解など)

- ・ 特別支援学校
- ・ 発達障害情報センター
- ・ 発達障害教育情報センター

③「個別の教育支援計画」や「個別の指導計画」作成に関すること

- ・ 特別支援学校の地域支援部

④障害・発達特性や具体的な対応方法に関すること

- ・ 発達障害者支援センター
- ・ 発達障害情報センター
- ・ 発達障害教育情報センター
- ・ 医療機関
- ・ 精神保健福祉センター

⑤就労に関すること

- ・ 発達障害者支援センター
- ・ 地域障害者職業センター
- ・ 障害者就業・生活支援センター
- ・ ジョブカフェ
- ・ ハローワーク
- ・ 若者サポートステーション

⑥障害者手帳や福祉的サービスに関すること

- ・ 市区町村の福祉担当窓口、相談支援事業所など

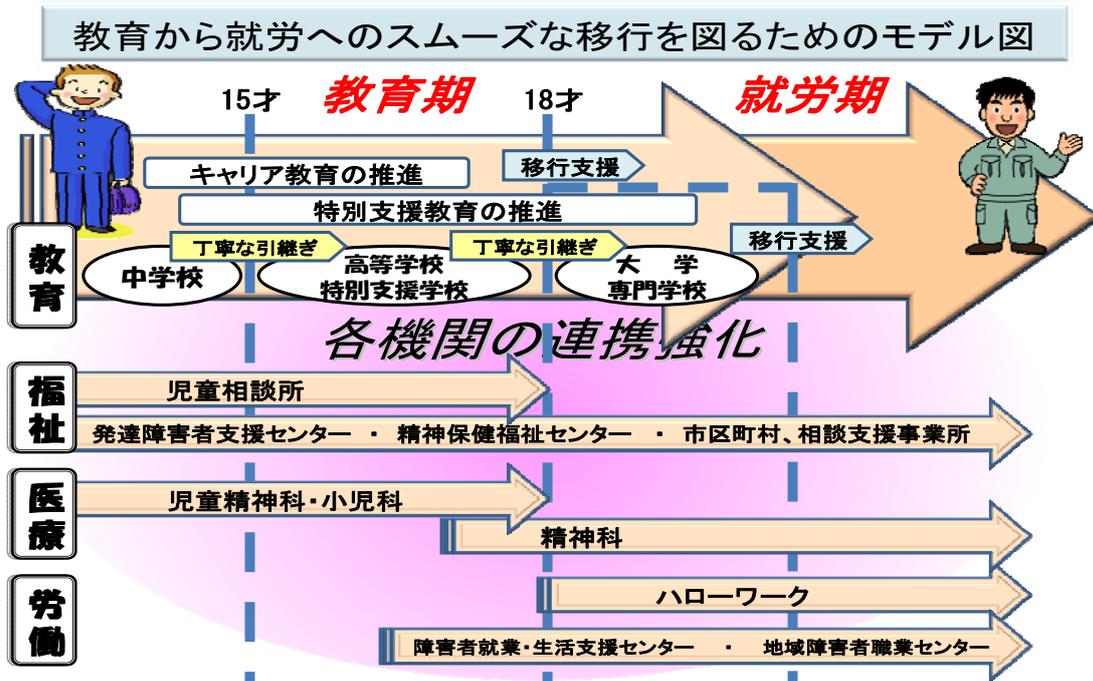


図1. 教育から就労への移行

(3)コンサルテーションの留意点

他機関にコンサルテーションを求める際には、生徒・学生や保護者個人を特定し得るような詳細な情報の伝達は控えるべきでしょう。また、コンサルテーションを受けた内容を実際の支援にどのように活用するかは、学校が自らの責任において判断することです。他機関からコンサルテーションを受けたことを保護者に伝える場合にも、慎重な配慮が必要でしょう(⇒③ ネットワーク支援の概念整理、④ 保護者の視点から)。

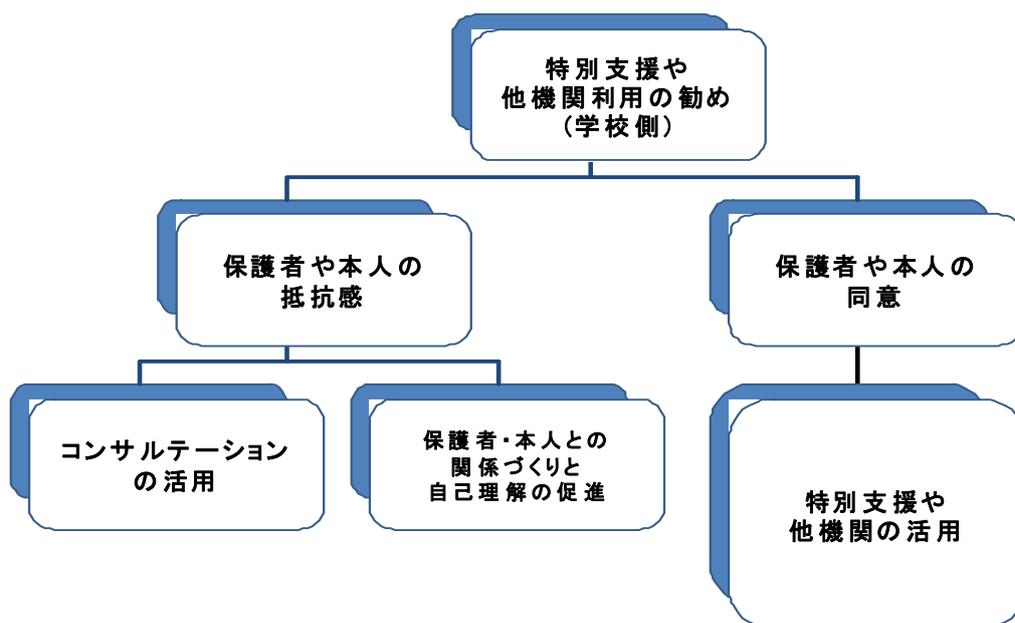


図2. 特別支援や他機関の利用までのプロセスとコンサルテーションの活用

7. 大学の現状とネットワーク支援について

ここまで、おもに高等学校におけるネットワーク支援について説明してきましたが、発達障害者が、大学生活において、履修手続きやサークル活動の人間関係、専門課程や卒論作成、就職活動などの場面で初めて困難に直面する場合があります。大学には特別支援教育の制度はありませんし、一部の先進的な大学を除けば、まだ、発達障害をもつ学生がいるという認識自体も乏しいようです。試験時間の延長や別室受験など、入試の際に利用できるサービスも整えられてはきましたが、すでに診断を受けている場合でも、そのことを大学に開示する受験生はまだ少数のようです。また、未診断のまま大学生活を始める学生も多いものと思われる。

ただし、個々にみていけば、支援を必要としている学生の存在に気づいている指導教官もいますし、学生相談室や保健管理センターを中心に支援を広げていこうとする動きもあります。また、高等学校から大学への移行支援や、進学を目標にして支援を続けてきた援助者にとって最もアクセスしやすいのも学生支援センターや保健管理センターであろうと思われます。これらがうまく機能して、本人への支援の他、家族、指導教官、就職支援の担当者、外部の医療・相談機関などとの連絡・調整役を担ってくれるかもしれません。

先駆的な大学では、学生支援センターによる教材作成支援や学生ボランティアによるノートテイクなどの支援も始まっていますが、大学を含むネットワーク支援の課題としては、まずは多くの教員に支援の必要な学生がいることを知ってもらうこと、支援を必要とする学生に気づいてもらうこと、専門的な支援者に協力を求めることの有用性を知ってもらうこと、などを指摘しておきたいと思います(⇒図 発達障害者支援センターと福祉サービス、図 事例集、事例④⑤)。

10 触法事例の地域移行および地域定着に向けたネットワーク支援

1. 罪を犯した発達障害者に適用される法体系と地域移行・地域定着支援の関係

発達障害者が罪を犯した場合に適用される法律は、犯罪の内容、その人の年齢、法的責任能力や精神及び行動の障害の程度等によって異なります。適用される法律としては、①「刑法」、②「少年法」、③「児童福祉法」、④「心神喪失者等医療観察法」、⑤「精神保健福祉法」があり、「刑法」が適用された場合、その人は刑法犯として一般刑務所、少年刑務所または医療刑務所への収監、保護観察が付かない刑の執行猶予、保護観察付きの刑の執行猶予、起訴猶予のいずれかになり、「少年法」が適用されると、家庭裁判所による少年院送致、児童自立支援施設または児童養護施設送致、保護観察、児童相談所への送致のいずれかになります。14歳未満の少年の犯罪の場合は、「児童福祉法」が適用され、児童相談所による児童自立支援施設等への措置、家庭裁判所への送致等がとられます。また、「心神喪失者等医療観察法」が適用されると指定入院医療機関への入院、または指定通院医療機関への通院となり、「精神保健福祉法」が適用された場合は、精神科病院への措置入院、あるいは措置入院非該当となり保健所を中心とした通常精神保健福祉システムでのフォローアップへとつながることになります。

これらの5つの法律は、それぞれ、「刑法」は犯罪者の処罰と矯正・更生保護、「少年法」は犯罪少年(罪を犯した14歳以上20歳未満の少年)および触法少年(14歳に満たないで、刑罰法令に触れる行為をした少年)の保護と矯正教育、「児童福祉法」は児童の保護と児童の福祉の推進、そして、「心神喪失者等医療観察法」と「精神保健福祉法」は精神障害者の医療と保健及び社会復帰の促進と、その目的や法が定める制度が違うため、その後の社会復帰や地域移行に関する地域のネットワーク支援体制は異なってきます。

「刑法」と「少年法」は処罰または矯正・更生保護を主たる目的としていますので、福祉的支援や医療保健面での支援が重視されていないのが実情です。刑務所を満期釈放、あるいは少年院を満期退院となった場合、本人が自主的に支援を求めない限り障害福祉サービスや医療サービスにつながることはありませんし、仮釈放や仮退院の場合は保護観察が付き社会復帰への支援は継続されますが、保護観察所・保護司と福祉や医療との連携はまだ不十分です。刑務所を釈放になった人、少年院を出た少年、刑の執行猶予や起訴猶予となった人で、社会生活上の問題があるなどの理由で保護が必要な人の社会復帰の支援を行う“更生保護施設”という法務省所管の入所施設もありますが、福祉的支援や医療との連携に関してはさらなる強化が必要ですし、保護観察が付いていない執行猶予や起訴猶予となった場合、本人自らが希望すれば同施設の利用は可能ですが、実際にはそのような人はほとんどおらず、結局、必要な支援を受けることなく再犯を繰り返してしまうという人も少なくありません。

「児童福祉法」は基本的には18歳未満の児童を対象とした法律であるため、青年期の発達障害者に対する地域移行や就労支援に利用できる法定制度はほとんどないというのが実情です。同法には、18歳未満の犯罪少年、触法少年および虞犯少年(罪を犯し又は触法行為をするおそれがある少年)を入所措置する“児童自立支援施設”がありますが、実際には小中学生の入所者がほとんどであり、同施設での支援の中心は、性格・行動の改善と家庭生活や学校への再適応、中卒後の就職や高等学校進学に向けての支援となっています。同施設には嘱託若しくは常勤の精神科医が配置されており、入所中に薬物療法等を受けることとなった児童については、退所後に地域の精神保健福祉システムにつながることはありますが、これも限定的なものになります。

「心神喪失者等医療観察法」および「精神保健福祉法」が適用された場合は、いずれも入り口が精神科医療でありますので、最終的には通常精神保健福祉システムにつながるようになってはいますが、いずれも統合失調症への支援を中心として出来上がったシステムであり、医療機関も精神障害者への支援を得意とする障害福祉サービス事業所も発達障害者に対する支援の経験が少ないという問題があります。

2. 罪を犯した発達障害者の地域移行・地域定着支援に関わる社会資源の現状

罪を犯した発達障害者の多くは、本人や周囲の人々が、その対人関係やコミュニケーションに関する障害

を認知できていないために、社会的に不適応を起こしても適切な支援が受けられず、その悪循環を繰り返した結果犯罪行為に至っています。

彼らの支援に関わる関係機関としては、法務省所管の裁判所、刑務所、少年院、保護観察所、更生保護施設などがあり、厚生労働省所管の機関として、障害福祉サービス事業所、障害者職業支援機関、発達障害者支援センター、保健所、精神保健福祉センター、医療機関などがあります。法務省所管の機関においては、これまで障害福祉施策には重点がおかれておらず、とりわけ発達障害に関しては十分な理解がなされていないのが現状で、一方、厚生労働省所管の機関においても、発達障害者の支援や触法障害者の支援には極めて消極的であったと言わざるを得ません。

このような中、近年、累犯犯罪者の中に、障害福祉サービスを受けていない知的障害者や精神障害者が数多く含まれていることが明らかになり、平成 18～20 年度の厚生労働科学研究(障害保健福祉総合研究事業)「罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究」(研究代表者:田島良昭)において、法務サイド(矯正・更生保護)と厚生労働サイド(福祉)との連携や、法の狭間への対策が議論されるに至りました。同研究の成果として、平成 21 年度より、法務サイドでは、刑務所や更生保護施設に社会福祉士等の専門職の配置、社会福祉士等の資格を有する保護観察官の配置など福祉ニーズに応えるための体制づくりが開始され、厚生労働省サイドでは、新たに「矯正施設退所者の地域生活定着支援事業」が創設されました。同事業は、刑務所や少年院を出た障害者等を支援する専門の機関である“地域生活定着支援センター”を 47 都道府県に 1カ所ずつ整備するもので、平成 22 年 12 月現在、38 道府県で整備済みとなっています。

3. 罪を犯した発達障害者を支援する地域のネットワークが目指す方向性

罪を犯した発達障害者の地域移行・地域定着支援に関しては、適用された法律により、2つの類型に大別することができます。

ひとつは、「刑法」、「少年法」、および「児童福祉法」が適用された場合で、支援の中心は、矯正・更生保護や性格・行動改善となっており、刑務所や少年院、あるいは児童自立支援施設を出た後の地域移行・地域定着支援が目標となります。

もうひとつは、「心神喪失者等医療観察法」および「精神保健福祉法」が適用された場合で、精神科医療の継続と障害者福祉サービスの利用を中心とした支援が提供され、病院退院後の地域移行・地域定着支援が目標となります。

前者は、障害福祉サービスや医療・保健サービスの利用に関して、十分な支援がなされておらず、障害福祉サービス事業所、障害者職業支援機関、発達障害者支援センター、保健所、精神保健福祉センター、医療機関等との連携の強化が当面の課題と言えます。

刑務所や少年院を出た人の場合、ケースマネジメントの中心となる機関として、新しく制度化された“地域生活定着支援センター”に大きな期待が寄せられています。同センターが中心となり、保護観察所、保護司や更生保護施設と発達障害者支援センターや障害福祉サービス事業所、あるいは医療機関等による地域の支援ネットワークが構築されることが待たれるところです。ただし、同センターは創設されたばかりの機関であることに加え、運営主体も自治体によって様々ですので、関係機関の積極的な協力なしには、地域の支援ネットワークは構築できません。特に、精神保健や医療との連携の経験が少ない運営主体もありますので、保健所や精神保健福祉センターには、より積極的な協力が望まれるところです。さらに、保護観察所や更生保護施設においては、福祉の専門家の配置は開始されていますが、医療や保健に関する専門家の支援についてもニーズが高く、特に精神保健の専門家や精神科医師の協力を熱望しているところが多いので、ここにも保健所、精神保健福祉センターの役割が大いにあると思われます。

また、児童自立支援施設を退所した少年については、18 歳を超える時点で、ケースマネジメントの中心が児童相談所や児童自立支援施設から精神保健福祉センターや発達障害者支援センターにスムーズにひきつがれる体制を構築することが大きな課題です。全国的に見ると、連携がうまく行っているところはまだまだ少ないようですが、児童相談所と精神保健福祉センターは同じ自治体の出先機関でありますし、ほとんどの

児童自立支援施設は自治体立の施設ですので、互いが主体性をもって連携をすすめることが責務と言えるでしょう。

次に、後者の「心神喪失者等医療観察法」および「精神保健福祉法」が適用された場合ですが、一番の問題は、関係機関において発達障害者の支援の経験が少ないということです。ただ近年、精神科医療機関において発達障害者の治療や支援に関わる場面は増えているのが現状ですので、医療機関はより積極的に関係機関との連携に力を入れる必要があるでしょう。特に、地域の発達障害者支援センターと精神科医療機関との連携が充分でないところも少なくないので、事例の経験を重ねながら互いに積極的な協力体制を構築することが望まれます。

また「心神喪失者等医療観察法」の適用事例においては、社会復帰調整官も配置され医療機関の職員配置も厚いので、ケースマネジメントにおける利用者本人のセルフケアの向上を目指した支援に加えて、地域ケアシステムの強化にも力を注げる可能性があると思われます。発達障害者事例については、事例への支援を通じて地域の支援ネットワーク構築を目指すことを目的に、より幅広く関係者へ協力を要請するという試みも有効なのかもしれません。

<ネットワーク支援の実践例>

11 事例集の意義と倫理的配慮について

この章では、ネットワーク支援の実践例を紹介します。それぞれの事例を通してネットワーク支援の実際をイメージしやすくなること、また、それぞれの支援機関の役割と、移行、協働においてコーディネーターの役割を果たしているのは誰かを明らかにすることに留意しました。また、全国の発達障害者支援センターと精神保健福祉センターから収集したネットワーク支援の実践例(近藤ら、2009)の中から、典型的と思われる支援ネットワークのパターンや、紹介することに意義があると考えた実践例の一部を事例集の中に挿入しました。

事例集の作成における倫理的な配慮として、個人情報や個人情報を消去、修正すると同時に、多くの事例を組み合わせ、ひとつの事例として再構成しました。したがって、ここに掲載するのは実在しない架空の事例です。また、取り上げられた機関の名称や機能は、自治体や地域によって異なる場合があることにご留意ください(事例集の編集責任は近藤、塚本)。

12 事例集

- 事例① 高等学校における支援例
- 事例② 中学校、高等学校から就職までの支援例
- 事例③ 高校生活の支援から福祉的就労までの支援例
- 事例④ 大学における支援例
- 事例⑤ 就労支援(1)
- 事例⑥ 就労支援(2)
- その他、就労支援に関するネットワーク支援
- 事例⑦ 生活支援(1)
- 事例⑧ 生活支援(2)
- 事例⑨ 生活支援と就労支援
- その他、生活支援に関するネットワーク支援
- 事例⑩ 入院治療からの地域移行支援(1)
- 事例⑪ 入院治療からの地域移行支援(2)
- 事例⑫ 入院治療からの地域移行支援(3)
- 事例⑬ 集団への不適応から就労までの支援

事例① 高等学校における支援例

【相談時年齢】16歳

【性別】男性

【主訴】クラスメイトとのトラブルが絶えない

I 事例の概要

小学校5年生のときにアスペルガー障害の診断を受けた。学力は高く、雑学的な知識を豊富にもっていたが、場の雰囲気を読むこと、相手の気持ちを察することが極端に苦手で、一方的で唐突な言動や、集団で取り組む活動や全校集会への参加を頑なに拒否することなどから、周囲から浮いてしまうことが多かった。それでも、そのような特性を理解し、他のクラスメイトとの関係を仲介してくれる友だちもいた。小・中学校では、特別支援学校からの巡回相談やスクールカウンセラーを活用するなどして本児への対応やクラス運営を検討し、通常の学級で対応してきた。難関校である全日制高等学校の普通科に合格を果たし、おもな支援機関が高等学校に移行することになったため、新たなネットワーク支援の形成が課題になった。

II 高等学校におけるネットワーク支援

合格発表後、すぐに保護者と中学校の担任が高等学校を訪問した。障害について説明し、支援の引き継ぎを依頼したが、高等学校では発達障害に関する知識や経験が乏しかったこともあり、十分な対応ができないまま、本人とクラスメイトとの間で頻発するトラブルや、クラスメイトからの苦情に担任が苦慮するようになった。本人は周囲からいじめを受けていると感じており、被害感を強めているようであった。

高等学校では、「高等学校の特別支援教育」をテーマにした管理職研修の内容を参考に、校長を中心とする校内委員会や学校全体で対応することと、他機関との連携についても検討することになった。まずは、出身中学校と連絡をとり、中学時代の様子や対応方法について、もう一度、詳細な引継ぎを依頼し、特別支援学校からの巡回相談員とスクールカウンセラーからもコンサルテーションを受けることとした。

中学校からの引き継ぎを参考に、高等学校でも友人関係の調整に取り組むことになった。クラスメイトのうち、本人の立場を尊重してくれる生徒と、対照的に本人の言動を強く批判する生徒に対して、担任ができるだけ多く話し合いの機会をもつことを心がけた。本人に対しては、強い叱責を控え、トラブルになった状況をよく聴き、より適応的な言動を指導するようにした。

巡回相談員からは、早い時期から高等学校卒業に向けた支援に取り組む必要性と、発達障害者支援センターとの協働を助言され、まずは教職員全員がアスペルガー障害について学ぶための校内研修を企画し、発達障害者支援センターに講師派遣を依頼することにした。また、スクールカウンセラーは、本人との面接において、クラスでのトラブルのたびにフラッシュバックが生じていることを把握したため、総合病院の思春期外来を紹介した。薬物療法と発達障害者支援センターでのカウンセリングにより、被害感やフラッシュバックが少しずつ軽減してきた。また、本人は担任を信頼しており、素直に指導を受け入れるようになってきた。担任の仲介によって、本人を受け入れてくれるクラスメイトが増えたことも被害感の軽減につながったようである。

全経過をとおして、本人は初めての場所や新しい出会いが極端に苦手であり、他機関の紹介や移行の際には、紹介先の担当者に依頼して、面接に同席してもらうようにした。それまでは他機関を利用する際に情緒不安定になり、不穏状態やフラッシュバックを起こすことがあり、過去の出来事を想起して被害感を募らせ、以前のクラスメイトを追い回したりすることもあったが、援助者がこの方法を見出してからは、穏やかに他機関を利用できるようになった。

関係機関と支援内容

(1) 中学校

- ①「個別の教育支援計画」の引き継ぎ

(2) 高等学校

- ①スクールカウンセラーによる本人との相談面接
- ②精神科医療機関の紹介
- ③友人関係の仲介と本人への丁寧な指導
- ④校内研修会など、学校全体での取り組み

(3) 特別支援学校の巡回相談員

- ①個別の教育支援計画や指導計画作成のためのコンサルテーション
- ②関係機関との連携に関する助言

(4) 発達障害者支援センター

- ①本人とのカウンセリング
- ②校内研修の講師
- ③継続的なネットワーク支援の調整・コーディネート

(5) 医療機関との連携

- ①被害感やフラッシュバックに対する薬物療法

事例② 中学校、高等学校から就職までの支援例

【相談時年齢】14歳

【性別】男性

【主訴】学校不適應

I 事例の概要

乳幼児期から、言語発達の遅れの他、対人関係の苦手さ、興味の偏りなどの発達の特徴が認められていたが、母親が慢性疾患を抱えていたことなど、家族機能が弱く、継続的な相談や受診の機会がなかった。中学校に進学して間もなく、父の転勤に伴って転校することになったが、小学校からの申し送りが転校先まで届かず、転校先でトラブルが頻発した。特別支援教育コーディネーターが、独特の解釈や唐突な言動、パニック、かんしゃくなどから生じているトラブルであることに気づき、校内の環境調整、発達障害者支援センターへの紹介、高等学校への移行支援を行った。高等学校、発達障害者支援センター、ハローワークが協働し、卒業と同時に一般企業の障害者雇用に結びついた。

II 中学校・高等学校・就職先での適応を図るネットワーク支援

1. 事例化から高等学校入学・卒業・就職までの経過

転入した中学校の校内会議でトラブルの多い生徒として話題になったことから、特別支援教育コーディネーターが担任や部活動の顧問などから本人の様子を詳しく聴取した。また、母親から発達歴や家庭での様子を聴き取り、発達障害者支援センターへの相談を勧めたが、家族の相談動機は低く、相談には至らなかった。特別支援教育コーディネーターは、発達障害者支援センターにコンサルテーションを求め、校内での関わり方や役割分担などの環境調整を進めるよう手配した。養護教諭とスクールカウンセラーとの定期的な面接を設定したことで、いくらか落ち着きがみられるようになった。担任が学校生活の様子や支援の経過を家族に伝えながら、発達障害者支援センターへの相談を促した。2年生の冬休みになって、担任と特別支援教育コーディネーターが同行し、ようやく本人と両親が発達障害者支援センターを訪れた。発達障害者支援センターでは中学校へのコンサルテーションを継続する一方、認知・発達像を評価し、確定診断を目的に医療機関への受診を手配した。アスペルガー障害と診断されたが、父親の不在や母親の病状悪化もあって、本人への告知は延期された。

3年生になってからは、家族、本人との継続的な個別相談と並行して、特別支援教育コーディネーターが中心となり、定期的に関係者会議を開いた。会議では、将来の自立を考慮した高等学校進学がおもなテーマになった。特別支援教育コーディネーターは、就労のイメージが明確で職業選択しやすいことを優先して、専門高校への進学を勧めてみてはどうかと担任にアドバイスした。本人は、興味のある自動車や鉄道に関係した仕事に就くために、以前から専門高校への進学を考えていたようで、担任から支持されたことで学習意欲を高め、志望校に合格することができた。進学先の高等学校は規律の厳しい学校であったため、スムーズな移行と新しい環境への適応を図るために、進学先の高等学校に呼びかけ、支援検討会議を開いた。

高等学校入学後も、中学校と同様に、定期的にスクールカウンセラーや養護教諭との面接を設定したことから、落ち着いて過ごすことができた。発達障害者支援センターの面接では、生活面や対人関係についての相談・助言と併せて、卒業後の進路を話題にした。高等学校1年生の夏休みには、『働いて収入を得ること』をイメージするために、特別支援学校と民間支援団体が共催する就労体験会に参加した。2年生からは、高等学校では進路相談を進め、発達障害者支援センターでも、『自立した生活を送るには…』をテーマに面接を継続した。

3年生になると、本人が周囲との違和感を訴えるようになったため、本人への告知も検討されたが、両親が決心できないまま一般枠での求職活動が始まった。本人が会社訪問などで社会性の未熟さを自覚したこと、周囲との違和感をさらに強く感じるようになったことなどから、両親と医療機関の同意のもとに、発達障害者支援センターで本人に告知、認知・発達特性について説明した。その後も、しばらくは一般枠での就職に執着していたが、自己理解が深まったことで、障害者手帳を取得することになり、ハローワークの紹介で一般企業の障害者雇用に結びついた。

高等学校の特別支援教育コーディネーター、ハローワーク、発達障害者支援センターの担当者が就職先を訪問し、本人の学校生活や関わり方のポイントなどを伝えた。就職先では、本人の特性に合った部署への配属や、発達障害者支援センターへの定期的な通所などについて配慮してもらえることになり、現在までとくに問題なく就業している。

2. 関係機関と支援内容

(1) 中学校

- ① 定期的な相談枠を設け、本人が落ち着いて話せる場所を確保する
- ② 本人に対して出来事の文脈や周囲の反応の意味を説明する、友人関係の調整・仲介
- ③ 両親への報告と相談機関についてのガイダンス
- ④ ネットワークの調整・コーディネーション

(2) 高等学校

- ① スクールカウンセラーと養護教諭による定期的な面接
- ② 本人に対して出来事の文脈や周囲の反応の意味を説明する、友人関係の調整・仲介
- ③ 就職活動の支援と就職先への移行支援
- ④ ネットワークの調整・コーディネーション

(3) 発達障害者支援センター

- ① 中学校、高等学校へのコンサルテーション
- ② 発達特性の理解を目的とした本人・家族との面接
- ③ 就労や自立生活のイメージ形成を目的とした本人との面接と SST
- ④ 告知と本人・両親への心理的サポート
- ⑤ 精神保健福祉手帳の活用についてガイダンス
- ⑥ 関係機関のコーディネーション
- ⑦ 就職先への情報伝達

(4) 精神科医療機関

- ① 確定診断と両親への告知
- ② 精神保健福祉手帳取得のための診断書作成

(5) ハローワーク

- ① 就職情報の提供
- ② 内定先への情報伝達

事例③ 高校生活の支援から福祉的就労までの支援例

【相談時年齢】16歳

【性別】男性

【主訴】学校不適應

I 事例の概要

乳幼児期から、言語発達の遅れの他、呼んでも振り向かない、回転椅子を回す遊びに没頭するなどの発達の特徴が認められていたが、転勤・転居が重なり、継続的な相談や診断を受ける機会を逸していた。小・中学生の頃は、からかいやいじめの対象になることが多く、そのため対人関係では被害的になりやすかった。中学校の同級生のいない高等学校を希望して進学したが、入学して間もなく、友達からの誘いを攻撃と勘違いして被害感から不登校になったことから、外部機関での相談を勧められた。

高等学校での適応を図るために、高等学校、発達障害者支援センター、精神科病院などが協働して卒業に至った。高等学校2年生時からは、卒業後の進路決定に向けて話し合うことや、3年生では、具体的な就職・就労のイメージを持てるように求職活動に取り組んだ。卒業と同時に地域障害者職業センターを利用することになり、自己理解を深めることで障害者手帳を取得して就労支援サービスを受けることになり、主たる支援機関が相談支援事業所に移行した。

II 学校への適応を図るネットワーク支援

1. 事例化から高等学校卒業までの経過

高等学校の養護教諭が、母親から幼児期の発達歴を聴取するなどして、発達障害者支援センターへの相談を勧めた。発達障害者支援センターでは、発達像を評価し、環境調整を目的とした高等学校へのコンサルテーションと、本人・家族への個別相談を継続していたが、経過中に、対人関係で被害的、抑うつ的になったことから、発達障害者支援センターの担当者が精神科病院の児童精神科医を紹介して、薬物治療が開始された。これにより、抑うつ感が軽減し、担任や養護教諭などのサポートを受けながら高等学校を卒業することができた。

2. 関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

- ① 両親への心理教育と教師へのコンサルテーション
- ② 本人の気分や感情の言語化を促す、出来事の文脈や周囲の反応の意味を理解することなどを目的とした個別心理面接に導入
- ③ 本人へのSST
- ④ ネットワークの調整・コーディネート

(2) 高等学校

- ① サポートルームを設け、本人が落ち着いて過ごせる場所を確保する
- ② 級友への説明会を開催し、大きな音や突然触れられることが苦手なことなどを説明
- ③ 補習授業などの学習支援
- ④ 本人に対して出来事の文脈や周囲の反応の意味を説明する、友人関係の調整・仲介

(3) 精神科病院

- ① 確定診断と両親への告知
- ② 被害感・抑うつ感に対する薬物療法

Ⅲ 就労準備のためのネットワーク支援

1. 高等学校卒業から就労訓練までの経過

高等学校2年生時から、高等学校での進路相談と併せて発達障害者支援センターにおいても、『働くこと』を面接の中で話し合う機会を設け、3年の夏には、福祉施設のボランティア活動を体験した。秋からは、ハローワークで求職活動をしたが、就職・就労の具体的なイメージがもてないことから、職業選択ができなかった。また、履歴書の作成や、ハローワークでの相談手続きなどを通して、自らの社会的技能の苦手さを実感したことから、就職・就労を実現するためには何らかの支援が必要であると本人が考えるようになり、高等学校卒業と同時に、地域障害者職業センターに相談することになった。そこで、職業能力評価を受け、就労前準備支援プログラムなどを体験してから、再度求職活動をし、数社の採用試験を受けたものの、不採用となり、本人と関係機関の担当者との話し合いの結果、就労体験を積んでから就職を目指すこと、障害者雇用での就職を目指すことになった。この時点で本人の納得の下に、精神障害者福祉手帳を申請することとなり、相談支援事業所への相談につながった。

2. 関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

① 就労支援機関への移行支援

本人に対して他機関についての情報提供と利用方法の説明

紹介先の担当者に対して事前に紹介目的と本人への関わり方のポイントを説明

② 個別心理面接を継続

③ 関係機関への助言・コンサルテーション

④ 関係機関の情報収集とコーディネート

(2) 地域障害者職業センター

① 職業相談と各種検査による職業評価

② 職業準備支援として講習会や事業所見学、事業所での作業体験

③ ジョブコーチによる職場適応支援

(3) 相談支援事業所

① 精神保健福祉手帳の活用についてガイダンス

② ネットワークの調整・コーディネート

(4) ハローワーク

① 就職情報の提供

(5) 精神科病院

① 薬物療法

② 本人への障害告知

③ 精神保健福祉手帳取得のための診断書作成

(6) 地域のカルチャークラブ

① 写真倶楽部での活動を楽しむ

事例④ 大学における支援例

【相談時年齢】22 歳

【性別】男性

【主訴】対人関係や就職が難しい

I 事例の概要

幼児期から、特定のおもちゃや難しい漢字にしか興味を持たない、同じフレーズを繰り返すなどの発達的特徴が認められていたが、両親ともにその特徴を「うちの子は天才」と自慢し、発達上の問題としては捉えていなかった。3 歳児健診で発達の偏りを指摘されたものの両親は納得できず、専門機関に相談することもなかった。小・中学校では、特定の友達はおらず、休み時間は一人で本を読んで過ごすことが多かった。公立高等学校に進学したが、この頃より情緒的な不安定さが表れ始め、体操服が見当たらないことを嫌がらせだと思込み、下級生を後ろから突き飛ばすという出来事も起きた。

大学に進学したが、対人的な交流はさらに減り、ほとんどの時間を読書や小説の執筆に費やした。ゼミでは、他者と協力して資料を収集することや発表することができず、孤立していた。深夜までネットサーフィンをして朝起きられず、欠席や遅刻が続いたうえ、英語は特に不得意で、3 年生になっても単位がとれなかった。一度だけアルバイトを経験したが、指示が理解できないことや周囲とのコミュニケーションがとれず、一週間でやめてしまった。3 年生の後半から就職活動に取り組んだが、とくに面接がうまくいかないため、次第にふさぎこむようになり、部屋から2～3日出てこないこともあった。

この時期、母親が抑うつ状態となり、精神科クリニックに通院するようになった。母親がクリニックで息子について相談したところ、主治医から発達障害の可能性を指摘され、発達障害者支援センターへの相談を勧められたことから、母親が本人を説得し、発達障害者支援センターにつながった。

II 大学での修学支援と適応を図るネットワーク支援

1. 診断から大学卒業までの経過

発達障害者支援センターでは認知・発達像を評価し、本人・家族への個別相談と大学へのコンサルテーションを継続した。また、本人の被害感と抑うつが強かったことから、発達障害に詳しい精神科クリニックを紹介し、認知行動療法的なカウンセリングと薬物療法を受けることになった。修学環境が整備されたことや抑うつが軽減したこと、大学での履修ガイダンスやキャリア支援などによって、就職活動を進めながら卒業を迎えることができた。

2. 関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

- ①本人・家族との面接と大学担当者へのコンサルテーション
- ②ネットワークの調整・コーディネーション

(2) 大学

- ①学生相談室のピアチューターによる支援
- ②履修ガイダンス
- ③キャリア支援センター(大学内の進路・就職相談支援支援室)でのキャリア学習

(3) 精神科クリニック

- ①確定診断と本人・家族への告知

- ②被害感・抑うつ感に対する薬物療法
- ③認知行動療法的なカウンセリング

Ⅲ 就労準備のためのネットワーク支援

1. 就労までの経過

3年生の後半から、手当たり次第に応募し、面接を受けていたが、高飛車なことを言ってしまう、面接者と視線を合わせることができないなどの失敗を繰り返し、次第に就職に対する意欲も低下していった。発達障害者支援センターでは面接に SST を取り入れると同時に、障害者職業センターを紹介し、職業能力評価の結果に基づいてハローワークの若年コミュニケーション能力要援助者就職プログラムを体験することになった。また、発達障害者支援センターから自治体の障害福祉課に紹介され、保健師の手配で、障害者地域自立支援ネットワーク事業によるケース検討会が開催された。本人と家族の他、大学の学生相談員と指導教員、ハローワークと発達障害者支援センターの担当者、精神科クリニックの心理士が、就職に向けた取り組みについて話し合った。就職までの道筋が示され、関係者の協力的な姿勢にも後押しされたようで、本人は障害者手帳を取得し、再び就職活動に取り組むようになった。障害者雇用制度を活用した就職が決まり、ジョブコーチの支援を受けながら、安定した就労に結びついた。

2. 関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

- ①地域障害者職業センターへの移行支援
- ②個別心理面接の継続
- ③関係機関へのコンサルテーションとコーディネーション

(2) 地域障害者職業センター

- ①職業相談と各種検査による職業評価
- ②職業準備支援として講習会や事業所見学、事業所での作業体験
- ③ジョブコーチによる職場適応支援

(3) ハローワーク

- ①就職情報の提供
- ②相談窓口での相談支援
- ③若年コミュニケーション能力要援助者就職プログラムへの参加

(4) 精神科クリニック

- ①薬物療法
- ②本人へのカウンセリング・認知行動療法
- ③手帳取得のための診断書作成

(5) 自治体の障害福祉課

- ①障害者地域自立支援ネットワーク事業によるケース検討会の開催

事例⑤ 就労支援(1)

【相談時年齢】23歳

【性別】男性

【主訴】就職したい

I 事例の概要

大学在学中、インターンシップやアルバイト、サークル活動などの対人関係に対処できず、不適応を繰り返したことから不安感や焦燥感が高まり、ひきこもりがちになった。大学内の学生支援センターの支援を受けて卒業できる見通しが立ったが、就職活動には手がつかなかった。学生支援センターから若者サポートステーションや医療機関に紹介され、その後、本人が「自分は発達障害ではないか」と考えるようになったことから、発達障害者支援センターも利用することになった。

家族は本人が発達障害をもつことを受け止められず、一般就労を望んでいたため、発達障害者支援センターでは認知・発達特性について、地域障害者職業センターでは職業能力評価を通して、本人と家族が具体的な就労のイメージを共有できるようにはたらきかけた。こうした経過を経て、家族も就労支援サービスの必要性を理解するようになり、主たる支援機関が障害者就業・生活支援センターと就労移行支援事業所に移行した。

II 就労支援を図るネットワーク支援

1. 事例化から訓練までの経過

学生支援センターの担当者が手厚い就労支援の必要性を感じ、在学中から若者サポートステーションの活用を勧めた。また、学生支援センターの臨床心理士が本人との面接で抑うつ状態であることに気づき、精神科医療機関を紹介した。医療機関で薬物療法を受け、抑うつ状態がいくらか軽減してきた頃、本人が「自分は発達障害ではないか」と考えるようになったことから、併せて発達障害者支援センターにも紹介することになった。

発達障害者支援センターでは認知・発達特性を評価し、本人・家族への個別相談を継続した。家族は、本人が抑うつ状態のために精神科治療を必要としていることは納得していたが、発達障害であることに対しては根強い抵抗感を抱いており、一般就労の期待が高かったため、知能検査や面接を通して認知・発達特性について理解できるようにはたらきかけた。また、地域障害者職業センターで職業能力評価を受けることを勧め、これによって、本人と家族が具体的な就労のイメージを共有できるようになった。家族は、本人とともにこれらの相談機関を利用し、予約や電話連絡、相談受付、面接などの場面で、本人の社会技能が低いことに気づき始めたようであった。

本人は早くから福祉的就労のようなレベルから徐々にステップアップして一般就労を目指したいと考えており、家族も次第にその必要性を理解するようになったため、精神保健福祉手帳を取得することができた。また、最初から丁寧に支援してくれた学生支援センターの担当者への信頼感が厚かったため、卒業後も一定の関係を維持してもらうことになった。

2. 関係機関と支援内容

(1) 大学学生支援センター

① 卒業までの学生生活の支援と若者サポートステーション、医療機関、発達障害者支援センターの紹介

(2) 発達障害者支援センター

- ①認知・発達特性の評価
 - ②本人と家族の個別相談
 - ③ネットワークの調整・コーディネーション
- (3) 地域障害者職業センター
- ①職業相談と職業能力評価の実施・説明
- (4) 精神科医療機関
- ①薬物療法

Ⅲ 就労準備のためのネットワーク支援

1. 就労訓練から実習までの経過

本人は、自分が要求水準の高い職場では働けそうもないと感じており、再び抑うつ状態に陥ることを不安に感じていたため、発達障害者支援センターでは就労について時間をかけて話し合った。就労まで慎重にステップアップするために、ネットワーク支援とコーディネーター役が必要であることを説明し、まずは障害者就業・生活支援センターを紹介した。障害者就業・生活支援センターの担当者は、家族の送迎なしで通所したい、体を動かしたいという本人の意向を重視し、農業体験などを中心とする就労移行支援事業所を選定して見学に同行したところ、本人も気に入ったようで、利用を開始した。

事業所の担当者は発達障害者の支援経験が少なく、指示の与え方や作業内容の設定などに迷いを感じ始めたことから、学生支援センターと発達障害者支援センターの担当者、本人、家族を交えて定期的な会議の場をもつことになった。また、事業所では発達障害者支援センターの職員に講師を依頼し、発達障害に関する勉強会を開催した。これまでのところ、本人は就労体験を積んだうえで、障害者雇用制度を活用した就職か福祉的就労を目標にしたいと考えている。

2. 関係機関と支援内容

(1) 大学学生支援センター

- ①本人との相談関係を維持し、ケース検討会議に出席

(2) 発達障害者支援センター

- ①本人と家族との個別相談
- ②本人への関わり方に関する就労移行支援事業所へのコンサルテーション、研修講師

(3) 地域障害者職業センター

- ①訓練内容に関する就労移行支援事業所へのコンサルテーション

(4) 障害者就業・生活支援センター

- ①他の機関・サービスに関する情報提供と利用方法の説明、見学の同行
- ②就労機関のネットワークの調整
- ③実習先、就職先についての情報提供

(5) 就労移行支援事業所

- ①就労準備訓練
- ②ケース検討会議の開催
- ③実習先の選定

事例⑥ 就労支援(2)

【相談時年齢】23 歳

【性別】男性

【主訴】就職したい

I 事例の概要

ことばの発達の遅れや、他の子どもたちと遊ばないことから、幼児期に療育センターに通ったが、小学校以降は特別支援教育の対象とはならず、専門機関に通った経験はない。情報処理系の専門学校を卒業したものの定職につくことができず、アルバイトも2週間程度しか続かなかった。母親が新聞で発達障害の記事を読んで本人に受診を勧め、22 歳のとき精神科病院を受診。「自閉症」の診断を受けた後、療育手帳を取得し、発達障害者支援センターに引き継がれた。

II 支援目標の絞り込みと支援体制の見直し

発達障害者支援センターにおける初回相談では、健康的な人柄で、知的能力の障害を感じさせなかったが、後に実施した知能検査では IQ70 以下であった。本人、家族ともに一般就労を希望しており、障害保健福祉サービスの利用については実感がもてないようであったが、安定した生活リズムを保っていることは好材料であった。職業能力の判定や職業準備訓練を目的に、まずは、地域障害者職業センターへの相談を勧め、さらに知的障害者コースのある障害者職業能力開発校、就労支援に実績がある就労移行支援事業所を見学してもらった。就労移行支援事業の利用に必要な障害福祉サービスの利用申請、障害者職業能力開発校や障害者職業センター利用の際に必要なハローワークへの登録など、サービス利用に係る手続きの際、一度に多くのことを指示されると不安になりやすいことがわかり、細やかな情報提供を心がけ、このプロセスに時間をかけることとした。

その結果、自宅と発達障害者支援センターから近い就労移行支援事業所を利用することになった。担当援助者は、この事業所について、就業と生活の一体的な支援が行われており、就労が決定した後も手厚い支援が期待できること、必要に応じて障害福祉サービスの利用について相談ができることが利点であると考えていた。本人は、最長で2年間の求職活動期間を認めてくれることを聞いて、安心したようであった。また、友人ができる可能性があることも、前向きな気持ちになれた一因のようであった。新しいサービスの利用手続きが苦手であることを伝え、丁寧に支援してくれるように引継ぎをした。

関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

- ①精神科病院との連絡と日常生活の安定度の評価
- ②地域障害者職業センター、障害者能力開発校、就労以降支援事業所の紹介

(2) ハローワーク

- ①障害者に対する就労支援制度の紹介
- ②求職登録と求人情報の紹介

(3) 地域障害者職業センター

- ①就労支援制度の詳細なオリエンテーション
- ②職業能力評価や発達障害を専門とした支援方法の検討
- ③職業準備訓練

(4) 就労移行支援事業所

- ① 障害者自立支援法を活用した就労支援の紹介
- ② 就業と生活と一体となった準備訓練と求職活動
- ③ ビジネスマナー講座や職場体験・インターンシップの紹介

Ⅲ 継続的な就業生活支援

就労移行支援事業所では、知的障害や精神障害をもつ他のメンバーに対して、弱点や欠点をあからさまに口にして口論になるなど、小さなトラブルはあったものの、体力的にも精神的にも負荷がかかる職場体験もいくつかこなし、1年が経過した段階から正式に求職活動を開始した。その間、発達障害者支援センターには本人から経過報告のメールが何度か届いており、担当者は励ましの返信を送った。

就労移行支援事業所の担当者は、多様な職務をこなす本人の能力を評価し、ハローワークと相談のうえ、職場内でのキャリアアップが可能で、障害者雇用の経験をもつ企業を選択した。また、委託訓練事業や雇用試行(トライアル雇用)事業を活用し、実際に職場で仕事を体験することを重視した求職活動を行ったが、労働条件に満足できない、丁寧な教育指導をモットーとする企業を嫌うなど、なかなか本人が納得できる職場に出会えなかった。結果的には、給与面での処遇は低く、キャリアアップの可能性の少ないピッキング作業を行う流通関係の企業に就職した。自分のペースで仕事を確実にこなせることが、判断の決め手になった。

採用後半年ほどは、就労移行支援事業所の担当者が継続的に職場を訪問し、相談面接を行った。また、就労移行支援事業所が開催している就業者向けのレクリエーション活動(アフターファイブか週末を使って年4回の実施)を紹介したところ、次の参加を心待ちにするようになった。安定した就業生活の見通しがたった段階で、長期的な支援体制の確認を行った。①定期的な会社訪問や相談支援は一旦終結とすること、②四半期に一度のレクリエーション活動参加時に就労移行支援事業所の職員に経過報告すること、③生活環境や職場において変化が生じ、何らかの支援が必要になった場合は発達障害者支援センターと就労移行支援事業所が相談調整の一時窓口になること、という三点を本人・家族と確認し、経過を見守ることとなった。

関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

- ① 就労移行支援事業所と継続的な情報交換
- ② 中長期的な支援体制に関する会議の開催と調整

(2) ハローワーク

- ① 委託訓練事業や雇用試行事業の申請受付
- ② 採用時の各種手続き(離職した場合の失業給付受付)

(3) 就労移行支援事業所

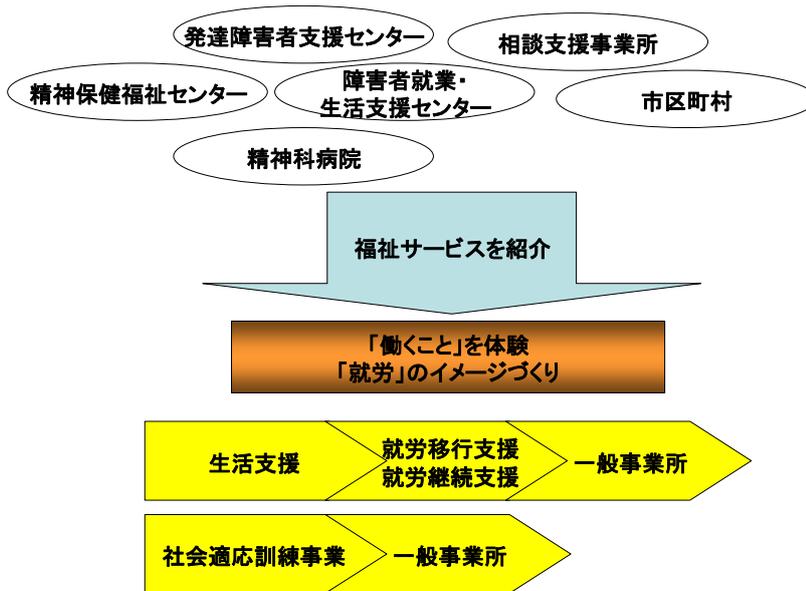
- ① 求職活動の支援と初期の定着支援
- ② 発達障害者支援センターとの継続的な情報交換
- ③ ハローワークの各種申請手続きの同行ならびに支援
- ④ 採用後の支援サークルの運営と継続的な相談窓口

<その他、就労支援に関するネットワーク支援>

発達障害者支援センターと精神保健福祉センターから収集した事例の中には、就労に関するネットワークとして、以下のようなパターンもありました。

①福祉的就労の範囲内でのネットワーク支援

まずは無理なく取り組めるような軽作業を通して「働くこと」を体験すること、あるいは就労についての具体的なイメージをもつことを目標として、障害者自立支援法に基づいた就労支援サービス(就労移行支援事業、就労継続支援事業)などを利用しながらステップアップを図り、一般事業所での就労を目指すパターンがありました。また、精神保健福祉センターや保健所などで支援している場合には、社会適応訓練事業を利用するパターンもありました。

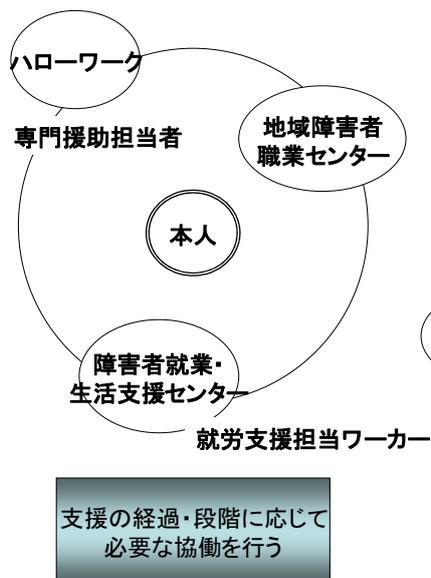


②一般事業所の障害者雇用を目標とするネットワーク支援

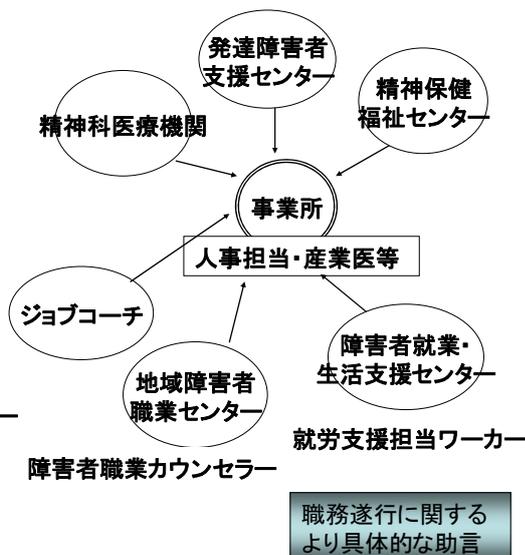
一般事業所での就労を目指す段階においては、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、ハローワークがとくに重要な役割を担い、支援の経過・段階に応じて協働していました。協働のパターンとしては、たとえば、障害者就業・生活支援センターの就労支援担当ワーカーが就労に関する環境調整を進めながら、本人の職業適性を検討するために障害者職業センターにつなぐパターン、職場実習を経て具体的な求職活動に移る際に、本人の発達特性など、詳細な情報提供とともにハローワークの専門援助担当者につなぐパターンなどがありました。

受け入れ先となる事業所が本人への対応や接し方などの点で不安を感じるような場合には、精神科医療機関の他、発達障害者支援センターや精神保健福祉センターが事業所にコンサルテーションしているケースがありました。職場配置に関するアドバイスや作業手順、本人が理解しやすいマニュアル作成の提案など、職務遂行に関するより具体的な助言については、ジョブコーチや地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラー、障害者就業・生活支援センターの就労支援担当ワーカーなどが担っていました。この他、福祉機関からハローワークに紹介・移行し、就職チューター(精神保健福祉士)が生活全般にわたる支援から就労支援へと至る段階において中心的な役割を果たしていたケースがありました。

一般事業所への就労を目指す段階



一般事業所へのコンサルテーション



③その他の就労支援関係機関とのネットワーク支援

その他には、発達障害者を対象とした訓練コースを開設している職業能力開発校や高等技術専門学校などが中学・高等学校卒業後の就労に向けて関係機関と協働しているケース、ひきこもり支援に関わる NPO が協働しているケースがありました。また、社会技能訓練 SST などを実施できる社会資源として、若者サポートステーションが協働するパターンもありました。

ハローワークやジョブカフェ、障害者職業センター、職業能力開発センター、若者サポートステーション、若者自立支援センターなど、就労支援機関の相談ケースの中には、発達障害や知的障害、精神障害などのため、一般就労の対象にはならないと考えられるケース、あるいは職業訓練以前に安定した対人関係をもてるようになるための支援を必要とするようなケースがあり、そのスクリーニングや専門機関への移行が大きな課題となっています(日本生産性本部、2011)。

④生活支援を担う機関とのネットワーク支援

就労支援に注目してネットワーク支援においても、生活支援に関わる複数の関係機関が関わっているパターンが多く、就労に取り組むためには心理的なサポートや日常的な相談場所の確保など、生活の安定が前提となるものと考えられます。たとえば、就労に向けた支援と併せて、就労移行支援事業所などの福祉的な就労の場を継続的に利用することで、安定した生活リズムへの改善や維持を図っているケースがありました。また、社会生活技能を高める目的で精神科病院や精神保健福祉センターのデイケアを利用しているケースや、地域活動支援センターでの創作活動や農作業などを日中活動支援として活用しているケース、就労と生活の自立を目標にグループホームや自立支援ホームが利用されているケースもありました。

この他にも、相談支援事業所や市区町村担当課、障害者就業・生活支援センターの生活支援担当が、日常生活や新たに生じたニーズに対するサービス利用などを調整しながら就労支援を進めているケースがありました。

事例⑦ 生活支援(1)

【相談時年齢】32 歳

【性別】男性

【主訴】転職したい

I 事例の概要

幼児期より人見知りが強く、内向的であった。父親に叱られることを極度に怖がり、押入れから何時間も出てこなかったというエピソードがある。思春期に入ると家族との関係は極端に希薄になり、高等学校卒業後は家出同然の単身生活になった。14 年間で3つの製造業に勤務した。当初では正社員であったが、転職のたびに給与が下がり、相談時は日雇い状態であった。主訴は転職相談であったが、外出も困難なほどの深刻な抑うつ状態であり、まずは精神科治療が最優先と考えられた。支援の過程で、本人と家族との関係が修復され、単身生活を維持しつつ、再就労にむけて精神保健福祉領域でリハビリの段階に進むことができた。

II 危機介入と初期支援

転職について相談するために、自ら発達障害者支援センターを訪れた。「長くて複雑な説明が理解できない」「急に指示されると手が止まってしまう」「何としてでも働かなくてはならないが、体がいうことをきかない」「自分は発達障害かもしれない」「自分にあった職場を教えてほしい」といった訴えであった。高等学校卒業後、家出同然の単身生活になったようで、当初は正社員であったものの、転職のたびに収入が減り、現在は日雇い状態であるという。経済的に困窮しているうえ、通勤の途中で倒れ、駅員に保護されることもあり、欠勤が続いていた。家族に支援を求める気持ちにはなれないという。

2回目の面接で知能検査を実施したところ FIQ102 で、療育手帳の取得対象とはならないことがわかった。ほとんど睡眠がとれていない他、朝の抑うつ気分や体調不良が顕著で、思考抑制のため判断力や決断力がかなり低下しているようであった。転職よりも、まずは精神科治療を優先するように強く促したが、健康保険に未加入であることがわかったため、まずは、関係機関の担当者を招集して緊急カンファレンスを開催し、以下のような役割を分担することにした。

- (1) 保健所(精神保健福祉担当): 適切な医療機関の紹介
- (2) 福祉事務所(生活保護担当): 生活支援
- (3) 発達障害者支援センター: 支援計画の検討と家族への連絡

家賃滞納のためにアパートの立ち退きを求められていることも判明したが、生活保護での対応は困難なことから、家族と連絡をとって支援を求めることをようやく本人に納得してもらった。電話に出た父親は、「音信不通で心配していた。家族を避けるようになった理由は、親にも思い当たることがある。本人が受け入れてくれるなら支援したい。」と申し出てくださった。長年の絶縁状態から家族との関係修復の道が開かれ、本人も家賃の立て替えについて父親に感謝の気持ちを述べたが、依然として親元に戻ることに抵抗感が強く、単身生活を続けることになった。

Ⅲ 支援ネットワークと経過

精神科医療機関を受診し、うつ病、及び広汎性発達障害と診断され、生活保護の受給が決定した。アルバイトをやめて、一旦は療養に専念し、就労に向けて再準備をするための生活基盤を3週間で整えた。その後、精神保健福祉手帳を取得し、障害者職業センターで実施されている、うつ病休職者のためのリハビリテーション・プログラムを利用することになった。本人は、「同じうつ病で就労を目指している人たちと知り合いになれてよかった」と話している。

発達障害が基盤にあり、幼児期から緊張の高い家族関係のなかで育ったこともあり、長期間にわたって抑うつ状態にあったと思われた。誰にも支援を求めずに、自立した生活を維持しなくてはという焦りが強かったが、家族関係を取り戻したことで、安堵感を感じている様子であった。単身生活を見守る現在のネットワークは以下の通りであるが、本人の生活や精神状態は安定してきており、基本的に就労意欲も高いため、必要なときに連絡を取り合う程度である。

関係機関と支援内容

- (1) 精神科クリニック: 薬物療法
- (2) 家族: 食材、衣類、自転車などの差し入れ
- (3) 福祉事務所: 生活保護の支給
- (4) 保健所: 精神担当ワーカーと地区担当保健師による訪問
- (5) 障害者職業センター: リハビリテーション・プログラムへの参加
- (6) 発達障害者支援センター: 本人、家族との連絡・相談(不定期)

事例⑧ 生活支援(2)

【相談時年齢】33 歳

【性別】女性

【主訴】子育てと家事、自分の発達特性に関する相談

I 事例の概要

2人の子どもをもつ女性。アスペルガー障害をもつ子どもの養育や家事の負担などから、抑うつ状態を来していた。子どもの養育を通して自身の発達障害に気づくようになり、夫の協力や福祉的なネットワーク支援を活用して、生活を立て直すことができた。

II 自身の障害に気づく段階

年中の長男が集団に馴染めないことや頻回にパニックを起こすことを指摘され、保育園から療育センターへの相談を勧められた。療育センターではアスペルガー障害と診断され、定期的な療育プログラムを利用することになった。2才になる次男もブロック遊びに没頭し、電車模型を並べることにこだわるなど、長男と同様の傾向がみられた。これ契機に発達障害について勉強してみたところ、自分自身もアスペルガー障害なのではないかと思うようになり、発達障害者支援センターへの相談を思い立った。

発達障害者支援センターの担当者と生育歴を振り返ってみると、感覚の過敏さのためにかなり苦労してきたことに気づいた。その他、高等学校の教師として勤務していた時期に、与えられた職務に対して過剰なほど厳密に取り組もうとし、年度の終わり頃には疲れきって毎年のように休職していたという。この頃、抑うつ状態のために心療内科で薬物療法を受けていたが、現在は家事・子育てに追われ、通院するだけの気力と時間がないという。

初回相談の段階で、自閉症スペクトラムの特性をもつことに加えて深刻な抑うつ状態が認められたこと、本人としても、これまでの苦労が何によって生じていたのかを整理したいと希望していたことから、成人の発達障害に詳しい精神科クリニックを紹介した。予約や受診については夫が協力してくれた。夫の付き添いのもとに受診し、アスペルガー障害の特徴をもつことを説明され、抑うつ状態に対する薬物療法も始まった。発達障害者支援センターでは、その後も心理スタッフによる定期面接を継続している。

III 家事をこなすためのネットワーク支援

結婚後、仕事をやめて夫と2人で生活しているうちはそれほど問題はなかったが、子育てが加わってきた頃から、自分のペースで家事が進められなくなったこと、いくつかの作業を同時に進められないことから、家事がこなせなくなり、料理中にボヤ騒ぎを起こしたこともあった。また、長男のこだわりやパニックへの対処も難しく、疲労困憊して寝込んでしまうことが多くなった。抑うつ状態によって、さらに注意力が鈍るという悪循環も生じているようであった。

発達障害者支援センターの担当者が、長男が通っている地域療育センターと保健福祉センターの地区担当保健師に呼びかけ、本人と夫を加えたケース会議を開催した。地域療育センターは子ども達の発達評価と療育支援、家族への養育指導、保育園に対するコンサルテーションを担うことになった。保健福祉センターは精神障害者保健福祉手帳の取得と、家事支援などのサービス利用に関する手続きを支援すること、発達障害者支援センターは支援全体のコーディネーションと、継続的な相談面接を担当することとなった。

夫は結婚当初から本人の特性についてかなり理解はしていたが、ケース会議によって問題点が整理され、さらに具体的な対応を考えられるようになったという。たとえば、掃除機を毎日1回かける、1日に5回洗濯機

を回すといったルールを決めて必要以上の家事をしていたが、それらの決まり事を再整理した。また、ホームヘルプ・サービスを活用することになり、そのことで家事の負担はかなり軽減した。療育センターの養育指導も的確で、子どもたちへの対応もスムーズになってきた。夫が一貫して協力的であったことが、本人にとって大きな力になったようであった。

関係機関と支援内容

(1) 発達障害者支援センター

- ① 発達特性についての評価
- ② 精神科クリニックの紹介
- ③ ネットワーク支援のマネジメント
- ④ 本人との心理面接と夫への助言
- ⑤ ケース会議の開催

(2) 精神科クリニック

- ① 確定診断と告知
- ② 抑うつ状態に対する薬物療法

(3) 療育センター

- ① 長男・次男の発達評価と療育
- ② 養育指導
- ③ 保育園へのコンサルテーション

(3) 保健福祉センター

- ① 精神障害者保健福祉手帳取得までの手続き支援
- ② 自立支援医療、家事支援などのサービス利用の支援

事例⑨ 生活支援と就労支援

【相談時年齢】19歳

【性別】男性

【主訴】職場不適應、生活の立て直し

I 事例の概要

幼児期、明らかな自閉症特性は目立たなかったが、感情表出が乏しく、独りでいることを好んだ。小・中学校は通常の学級で過ごし、専門高校を卒業後、製造関係の会社に就職した。職場では特定の形状のものを収集する、自分なりの手順でなくては作業ができないなどの問題がみられたが、高等学校の巡回訪問や職場の理解に支えられていた。就職して半年後に母親が亡くなり、単身生活になってから職場での体臭が問題になり、専門的な支援につながった。

II 生活基盤を支える支援

1. 事例化から定着支援までの経過

職場では特定の形状のものを収集すること、自分なりの作業手順にこだわり、全く応用が効かないことに気づかれていたが、高等学校の巡回訪問や上司の理解と支援に支えられていた。就職して半年後に母親が亡くなり、一人暮らしになってから職場での体臭が問題になり、上司が巡回訪問の担当教員に相談した。担当教員が自宅を訪問したところ、いわゆる「ゴミ屋敷」の状態になっていることがわかった。遠方の親戚と連絡をとり、清掃業者に入ってもらった。また、本人に発達障害者支援センターへの相談を勧めた。

発達障害者支援センターでは、面接と検査によって認知・発達特性を評価し、本人と家族、職場に説明した。また、障害者就業・生活支援センターを紹介し、本人への全般的な生活支援を依頼した。障害者就業・生活支援センターでは家庭訪問を通して、掃除の手順や整理整頓、整容・清潔を保つ方法について具体的に助言した。また、同じ種類のゲームや同色の洋服を多量に購入するなど、収入のほとんどが必需とは思えない支出や支払いに充てられており、経済的な立て直しのための継続的な助言・指導が必要であることもわかった。家庭訪問や本人への助言の内容は、発達障害者支援センター、職場、家族にフィードバックし、共有することとした。

2. 関係機関と支援内容

(1) 高等学校

- ① 就労先への定期的な巡回訪問(アフターケア)
- ② 家族への連絡・調整

(2) 発達障害者支援センター

- ① 認知・発達特性の評価と職場へのコンサルテーション
- ② 障害者就業・生活支援センターへの紹介

(3) 障害者就業・生活支援センター

- ① 定期的な家庭訪問
- ② 家計に関する助言
- ③ 家族や職場への連絡・調整

Ⅲ 職場での適応を図るネットワーク支援

1. 職場の定着支援までの経過

職場では、これまでも数多くの失敗を繰り返し、何回も離職の危機があったようである。そのたびに上司が取り計らい、単純な雑務を与えるなどして勤務を支えてきていたが、上司の定年退職や業務改革の過程で、指示どおりに作業ができない、極端に無駄な動きが多い、こだわりが強く、時間内に作業が終わらない、同僚とコミュニケーションがとれないなど、多くの問題点が表面化してきた。これらの問題については、発達障害者支援センターが巡回相談の担当教員を通して、「大事な指示は紙面で」「一度に与える指示は2つまで」など、本人の発達特性に応じた関わり方についてコンサルテーションした。

また、障害者就業・生活支援センターで実施している定着支援事業について職場と本人に情報提供した。本人も自らの社会的技能の苦手さを感じてきており、職場定着支援の活用に同意した。地域障害者職業センターで職業能力評価を受け、ジョブコーチについて説明を受けた。ジョブコーチの助言には素直に応じ、スムーズに作業に乗れるようになってきた。障害者就業・生活支援センターは家庭訪問を継続し、生活環境が維持できるよう、継続的な支援を続けている。

2. 関係機関と支援内容

(1) 高等学校

- ①就労先への定期的な巡回訪問

(2) 発達障害者支援センター

- ①ネットワークの調整・コーディネーション

(3) 障害者就業・生活支援センター

- ①定期的な家庭訪問
- ②家計に関する相談

(4) 地域障害者職業センター

- ①職業相談と各種検査による職業評価
- ②ジョブコーチによる職場適応支援

(5) 職場

- ①職場環境の調整

(6) 親戚

- ①本人への定期的な電話と状況確認

＜その他、生活支援のためのネットワーク支援について＞

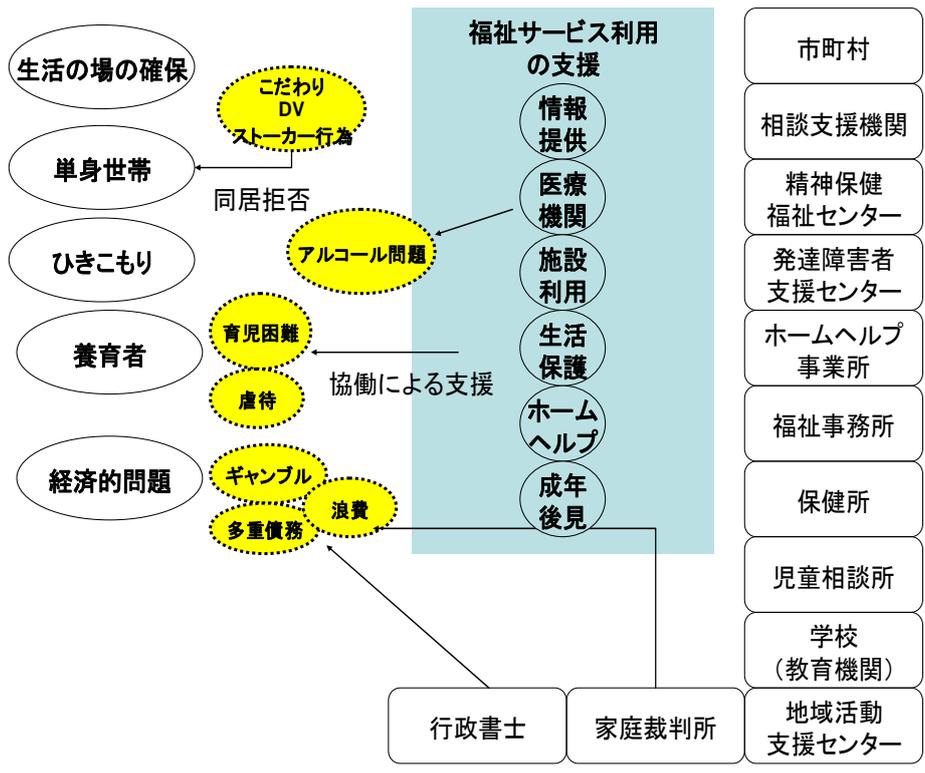
家族全体の経済的問題や生活の場の確保など、生活の基盤に関わるような支援が必要となる場合があります。こうした生活支援における中心的な機関は市町村や相談支援事業者、障害者相談支援センターなどであり、福祉制度に関する情報提供、サービス利用に必要な診断を目的に医療機関につなぐこと、本人の作業所通所や自立支援ホームへの入所手続き、生活保護の受給など、福祉サービス利用のための支援が実施されています。

一部には、こだわりや暴力、一方的で過剰な要求、ストーカー行為などの問題行動に苦慮した家族が本人との同居を拒否した結果、単身生活を余儀なくされていたり、放置に近い状況に置かれているケースがありました。こうしたケースの支援にあたっては、多くの場合、ホームヘルプ・サービスの利用が不可欠であり、ヘルパー事業所が精神保健福祉センターにコンサルテーションを求めているケースもありました。深刻なひきこもりが長期化し、福祉事務所、保健所、精神保健福祉センター、地域活動支援センターなどが、電話カウンセリングや訪問による生活状況の確認、生活費の管理や食料品の調達に至るまで支援しているケースもありました。

また、ひきこもり状態から、ようやく社会参加の段階に至った人に対して日中の活動場所を提供するために、若者サポートステーションや若者支援に取り組む民間支援団体、障害者生活支援センターの余暇活動を利用しているケースがありました。逆に、家族のアルコール問題やメンタルヘルス問題への支援を目的に、障害者生活支援センターから精神保健福祉センターに協働を依頼していたケースもありました。

この他のパターンとしては、発達障害をもつ女性が養育者となり、子育て不安やネグレクトが生じるパターンもあり、こうしたケースでは、育児支援や子どもの安全確認などに関して、保育園、幼稚園、学校、保健師や家庭相談員などの市町村職員、児童相談所、福祉事務所、知的障害児通園施設、市町村保健師などが協働し、地域全体で生活全般を支援しているケースがありました。

また、ギャンブルや浪費、借金などの経済的な危機状況に対して、あるいは多重債務の整理のために、行政書士や家庭裁判所（成年後見人の選任）、日本貸金協会などがネットワークに加わっているケース、第三者による金銭管理が必要なことから成年後見人の申請のために家庭裁判所に相談しているケース、ホームレス支援機構生活相談支援室から発達障害者支援センターにアセスメントの依頼があり、生活保護の受給につながったケースがありました。



事例⑩ 入院治療からの在宅・地域への移行支援(1)

【相談時年齢】18 歳

【性別】男性

【主訴】家庭内暴力

I 事例の概要

初語には遅れはなかったが、意味のある二語文や三語文がなかなか出なかった。乳児期から母親がいなくても平気で、他人を怖れないなどの発達の特徴があったが、母親は「育てやすい子」と認識していた。幼稚園から小学校低学年は多動だったが、クラスの人数が少なかったためか、不応は呈しなかった。小学校 3 年の途中で両親の別居・離婚のために都市部に転校した。クラスは 30 人となり、学級では「指示が守れない子」として問題児とみなされた。

中学校では運動部に入ったが馴染めず、1 ヶ月で退部した。クラスでは徐々に消極的となり、夏休み後から登校を嫌がりはじめた。そのため、毎朝、母が車で送っていたが、教師の働きかけで 3 ヶ月後には自力登校できるようになった。しかしクラスでいじめにあったことをきっかけに、登校しても教室に入らず、トイレや屋上で過ごすようになった。中学 3 年の 2 学期から再び不登校となり、それと並行して家庭内暴力が出現した。

高等学校に進学したが、数日通学しただけで中退した。その後しばらくは母の買物に伴って車で外出することもあったが、きょうだい喧嘩をきっかけに完全に自室に引きこもった。母とはドア越しの会話のみとなった。やがて家庭内暴力がひどくなったため、きょうだい親戚宅に避難し、母との二人暮らしになった。

食事は母の外出中に台所の食品を自室に持ち帰って食べ、ネットゲームと漫画だけの昼夜の乱れる生活になった。16 歳頃から額に皮膚病ができ病院にかかったが、診察が待てず数回で中断した。それ以後、家庭内でも帽子を被ったまま過ごすようになった。

母親は本人が 17 歳頃から、精神科クリニックに出向いて相談していたが変化はなく、家庭内暴力は激化していった。18 歳時、母親への暴力と器物破損がきっかけに、精神科病院に医療保護入院となった。

入院後数日は帽子を目元まで被って黙り込み、拒否を続けていたが、2 週間ほどでスタッフと会話できるようになった。主治医と担当看護師は「暴力・暴言は悪い」が「自己主張はすればよい」と本人に確認しながら、行動の制限を徐々に解除しながらルール作りを行った。

II 退院に向けたネットワーク支援

1. 入院中から退院までの経過

本人は次第に病棟生活に慣れ、粗暴な行動はなくなったが、主治医も母親も、退院するとすぐに同じ生活に戻る懸念があった。そこで主治医はあらためて発達歴を点検し、院内の心理士に WAIS 等の心理検査を依頼して、確定診断(高機能広汎性発達障害)を行った上で、母親と本人の同意のもと、発達障害者支援センターに電話し、今後の入院治療の計画について相談した。

その結果、支援センターの職員が来院して主治医やスタッフを指導し、院内にある資源を使って、個別作業療法や病棟プログラムなど構造化されたスケジュールを少しずつ導入した。

併せて主治医と支援センターの職員が、母親と面談を行い、障害の特性を繰り返し教育すると共に、退院後の生活のありかたについて話し合った。すでに親戚宅に避難していたきょうだいが自宅に戻っていたこともあり、きょうだいの意見の聴取も必要であった。

本人も母親も単身アパート退院ではなく、自宅退院を希望したため、自宅での生活プランを本人と母と共有した上で、地元の障害者支援センターや(旧法の)小規模作業所の見学を行った。

保健所、発達障害者支援センター、地域生活支援センター、病院職員を含めたケア会議を開き、入院1年半後、19歳時に自宅退院となった。

その後、2年間、小規模作業所通所と病院通院を継続し、母ときょうだい同居の4人暮らしも概ね平穏に送ることができた。21歳の春からは高等学校卒業認定を得るため予備校に通い始めている。

2. 病院の役割

- ①家庭内暴力に対する母親からの相談
- ②警察官介入時の緊急避難入院
- ③医療の導入(薬物療法、興奮時の対処)
- ④入院環境での確定診断、家族・本人への障害告知
- ⑤発達障害者支援センター、保健所等、各社会資源への働きかけ
- ⑥精神障害者福祉手帳取得のための診断書作成
- ⑦退院後の医療のフォローアップ

3. 病院以外の関係機関と支援内容

- (1)発達障害者支援センター
 - ①入院中からの主治医や病院スタッフへのコンサルテーション
 - ②入院中からの病院主治医と協働した母親への障害理解教育
- (2)保健所
 - ①いざというときの母親の相談窓口
 - ②外来に通院できなくなったときに訪問支援
 - ③退院後、緊急時の会議のコーディネート
- (3)地域生活支援センター
 - ①本人が退屈なときに過ごすたまり場機能
- (4)小規模作業所
 - ①日課としての作業といくらかの報酬を保証

事例① 入院から在宅・地域への移行支援(2)

【相談時年齢】27 歳

【性別】女性

【主訴】自傷行為

I 事例の概要

幼少時からコミュニケーションが苦手で、種々のこだわり行動を認めたが、家族はあまり問題視していなかった。『かわりもの』とみなされながらも小中学校は無難に通過した。高等学校に入って、「勉強が進まない」「人と話せない」と悩むようになり、自傷行為が始まった。母にA精神科クリニックにつれて行かれ、『適応障害』との診断のもと、抗不安剤投与を受けていた。専門学校を卒業して職を転々としたが、どこの職場でも人間関係がうまくいかず、疲れて抑うつ的となり、クリニックの処方薬を大量服薬して、22 歳時に精神科病院に2回入院した。退院後、再度Aクリニックに通院していたが、働けないことに起因する悲観的思考が続いた。何種類もの抗うつ剤が投与されたが、抑うつ状態が改善せず、自傷行為が続いたために、診断名は『境界例』と変更された。

24 歳時、本人がインターネットでアスペルガー障害の記事を読み、発達障害者支援センターに電話相談を行った。支援センターの相談員から「Aクリニックの医師の紹介状を持って児童精神科医がいるB精神科病院を受診すること」を勧められ、受診となった。

II 病院から再度クリニックへのネットワーク支援

1. 病院での治療からクリニックの治療と支援センターの面談へ

B精神科病院に紹介された時は、かなり大量の薬物を連日服用していた。病院主治医は、「診断も大事だがいったん処方薬を整理し、それから診断を行った方が良い」と勧めた。

行動化に向けた衝動が高まったときには、夜間受診や、短期入院が可能であることを保証した上で、半年くらい時間をかけて徐々に抗うつ剤・抗不安剤を減量し、気分調整薬と少量の抗精神病薬の服用で安定した日々が過ごせるようになった。

その上で、病院主治医は心理検査を依頼し、発達歴を再聴取して、アスペルガー障害との確定診断を行った。また母親への障害告知を行い、今後の見通しを示した。

衝動性が軽減して行動化がなくなり、処方薬依存もほぼ改善して家庭生活が落ち着いてきたことから、病院主治医は、就労など次のステップに進む準備ができたと判断し、あらためてAクリニックと発達障害者支援センターに逆紹介を行った。すなわち、「投薬と家庭生活についての相談」はクリニックで、「就労に向けた相談」は発達障害者支援センターで行うよう、役割をふりわけたわけである。もちろん、今後も疲れたときや行動化が起きそうなどときには、休養入院が可能であることを保証して、26 歳で病院での治療を一旦終結した。

2. 就労支援

当面、2 週に 1 回Aクリニックを受診し、週に 1 回、就労についての相談が発達障害者支援センターで開始された。

支援センターでの面接では、就労について強く焦っているにもかかわらず、約束時間に遅れることが多く、これまでの職場で起きた問題についてもふり返りができていなかった。そこで、約束の時間の 5 分前にはセンターに来談することを決めた上で、これまでの就業体験を一つ一つ思い出しながら、どこで躓いてきたかを確認した。

やがて本人が、自己理解の深まりから一般的就労ではなく、障害者としての就労を望むようになったことから、障害者職業センターへの相談を開始した。そこで就労能力の査定や訓練を行い、障害者枠で某企業に採用となった。ジョブコーチがつき、職場の上司へも障害について説明した。過度な期待をされないようにすること、出来る範囲の仕事をもらうという環境調整（発達障害者支援センターとジョブコーチによる職場への介入）により、現在も就労継続できている。

3. 関係機関と支援内容

(1) Aクリニック

- ①当初の相談の入り口
- ②病院治療終了後の医学的治療、一般的相談の継続

(2) B精神科病院

- ①クリニックからの紹介を受けての専門的治療（行動化の防止、処方薬依存の治療）
- ②確定診断と診断告知
- ③落ち着きを得た後の、コーディネート（クリニックへのフィードバック・治療の後方支援）
- ④いざというときの入院の保証

(3) 発達障害者支援センター

- ①当初、本人が混乱していたときの交通整理（オリエンテーション）
- ②一定の安定を得てからの就労についての継続相談、コーディネート
- ③本人の障害特性に合わせた面接時間の設定

(4) 地域障害者職業センター

- ①職業相談と各種検査による職業評価
- ②ジョブコーチによる職場適応支援

(5) ハローワーク

- ①就職情報の提供

事例⑫ 入院から在宅・地域への移行支援(3)

【相談時年齢】23 歳

【性別】女性

【主訴】家族への巻き込み

I 事例の概要

出生後、黄疸が強く、長期に保育器に入り、乳児期も体重増加が不良だった。心理発達のにもかんしゃくが強く、些細な刺激で泣きわめき、人見知りも著しく強かった。2歳時に弟が生まれたが、ほとんど興味を示さなかった。4歳で幼稚園に入園したが特定の子どもとしか遊べず、一人遊びが多かった。

小学校時代、授業態度はまじめで先生の話をよく聞いたが、クラスや先生にはなじまなかった。不器用さが目立ち、着替えなどにも非常に時間がかかった。宿題を完璧にしないと気が済まず、翌日の準備のために朝までかかることがあった。

中学校に入学後は、周囲の生徒の声気が気になっていらつき、授業中の私語をきっかけにパニックになることがあった。その一方、休日には一人で過ごせず、両親につきまとうようになった。試験前には徹夜をして勉強するが、テスト成績は伸びず、次第に不登校となった。この頃、総合病院心療科を初診したが、数回しか通院していない。

高等学校を受験したが、希望校に落ちたため予備校に入学。しかし登校準備に数時間かかるために全く通えず、ひきこもりとなった。やがて夕方になると自宅前で両親の帰宅を待ち伏せ、ドライブを強要する毎日になった。両親がドライブを拒否すると大声を上げてパニックになった。

地域の保健所から、保健師が定期的に訪問したが、黙ったまま何も話さず、やがて訪問を拒絶した。両親がドライブの強要に音を上げ、一家心中を考えるとところまで疲弊したことから、保健所が音頭をとり、両親と保健師と保健所嘱託医によるケース会議が開かれた。嘱託医から本人の発達障害の可能性が示唆されたが、当面の問題として母親のメンタルヘルスが優先と考えられたため、母親が病院に休養入院をすることになった。

母親の入院を父親と保健師から聞いた本人は、「母親を入院させたのは自分のせい。自分が入院する」と言い出したため、今度は本人が入院することになった(開放病棟、任意入院)。

II 入院から地域への適応を図るネットワーク支援

入院後、最初は自室でひっそりと過ごしていたが、やがて、思い通りにならないと大声を上げ、ドアをけり、短期間、隔離を行わざるを得なかった。やがて受け持ち看護師との信頼関係が(薄いながらも)でき、一日の決まった時間にスポーツを行うなど、日課がこなせるようになった。しかし予想外の場面に出会うと、スタッフにウソをつき、食事をゴミ箱に棄てるなどの問題も目立った。

心理検査では知的障害は認めなかったが、興味・関心は幼稚なアニメに限局し、日課表の休み時間には、常にポケモンを描いて過ごしていた。

病院のケースワーカーとともに作業所見学を何回か行い、病院から定期的に作業所に通所するようにした。また「家族へのつきまとい」を防止するために、外泊の日程のなかに家族とのドライブを組み入れ、それ以外にはドライブを行わない約束をした。

定期的な外泊練習と作業所の通所練習を3ヶ月繰り返し、1年半の入院治療は終了した。

Ⅲ 問題の再発と、再構造化を図るためのネットワーク支援

1. その後の経過

退院後3か月は作業所に通所し、家族とのトラブルも起きなかった。ところが、自宅にパソコンが入ったことをきっかけに、インターネットで特定のタレントを調べ、ファン同士のチャットに没頭するようになった。それ以降、次第に昼夜逆転し、パソコンの前から離れなくなった。

家族が作業所に通うよう勧めると、「私を病院に閉じ込めた責任をとれ！」と叫んだ。しかし、入院前と違い、保健師や病院職員の訪問には応じた。やがて、保健師と共に地域生活支援センターに出向いたり、発達障害者支援センターで行われる集団療法場面にも参加するようになった。また県内に住む母方の親戚の家にも数日なら滞在できるようになっている。

現在のところ、両親の相談は病院の外来で行われ、本人は発達障害者支援センターと地域の保健所の訪問を受けている。ひきこもってはいるが、家庭での問題行動は激減しており、両親の負担は軽減している。

2. 関係機関と支援内容

(1) 地域の保健所

- ①親の相談の窓口、親の危機の時期のケースワーク
- ②入院前、退院後の自宅訪問
- ③地域生活支援センターや発達障害者支援センターへの連れだし
- ③全体のコーディネート

(2) 作業所

- ①入院中からの通所

(3) 発達障害者支援センター

- ①集団療法の場面の提供
- ②周囲の困り感を理解することなどを目的にした個別心理面接

(4) 精神科病院

- ①確定診断と両親への告知
- ②薬物療法
- ③母親のメンタルヘルス支援

事例⑬ 精神科通院から就労までの支援

【相談時年齢】34歳

【性別】男性

【主訴】集団不適應、衝動性

I 事例の概要

1. 発達歴・生活歴

発達歴については不器用で、ボール運動などが苦手であることを除けば特記すべきことはない。小中学校では友だちは少ないながらも特に不適應なく経過した。

高等学校時代に「動作が遅い」と教師に指摘され、次第に周囲の言動を被害的に感じるようになる。高等学校2年、ふざけていた同級生に暴力行為があり、中退となった。就職活動をおこなうが何力所も断られ、「面接で上手く話せない」ことを理由に抑うつ的になり、精神科クリニックを受診した。

2. 通院治療とデイケアの経過

クリニックでは、①抑うつ状態②アスペルガー障害との診断のもと、衝動性、抑うつに薬物投与が行われた。また主治医に勧められて、クリニックに附属するデイケアの利用を開始した。

ところがデイケア開始後、他利用者の言動をきっかけに暴力が発生。利用制限で、いったん暴力は治まったが、被害的な思考はかわらず、半年後に再び暴力があり、デイケア利用は中止となった。以後、外来通院では感情コントロールと行動化の防止が治療目標になった。

半年後には、「行動化は自分自身の問題」と理解し、スタッフのアドバイスを受け入れはじめたので、主治医は3日／週を限度にデイケアの再開を認めた。しかしデイケアでは行動化はないものの、被害的認知と抑うつから膠着状態となったため、クリニックのケースワーカーの勧めで、「今後の方向性の共有」を目的に、発達障害者支援センターに紹介となった。

II 次のステップに向けたネットワーク支援

センター来所時、本人は「これまでは『覚えるのが遅い』『手先が不器用』といわれた。言葉で指示されてもわからない」と話し、「障害に理解のあるところで働きたい」と訴えた。そこでセンターでの支援目標を①本人が自己特性を知るための心理評価をおこない、それを基に定期的集団活動に参加して自分に必要なサポートに気づく②就労にむけた準備性のアセスメント、とした。

心理検査が未施行だったため、センターで WAIS-III と TOM を実施。その結果から、本人は知識、語彙が豊富だが、時系列で物事を把握することが苦手で、状況に合わせた他者の意図や動機を推測することが困難であることが窺えた。

構造化環境での活動では、初回は緊張から固まったが、回を重ねるたびに自立的活動が増え、「わかる・できる」体験が増えた。相談では、構造化環境について、「流れが決まっている方がよい」「説明書があるとできる」など、デイケア環境との対比が語られた。

クリニックのスタッフと支援センターの合同会議では、心理評価から窺えた本人の認知特性、環境理解の手がかりとして「視覚的スケジュール」や「手順書」が活用できることを共有した。

こうした自己理解、周辺理解の上で、就労意欲が確認できたので、今後は、就労にむけて①単純反復作業の体験、②障害者職業センターの職業評価により働き方の確認、③職業訓練の必要性に関するアセスメントをおこなう、を支援目標に設定した。

Ⅲ 就労に向けた準備ネットワーク支援

1. 単純反復作業の体験

半年間の単純反復作業(週3日2時間)の経験により、本人は自己効力感を高めた。この時期から、頓服薬で怒り感情を鎮静する対処法が定着した。同時期、精神科デイケア場面でも、周囲の反応を不可解に感じたときは、担当者に相談するという行動が定着していった。本人を含むスタッフ会議でこれまでの成果を確認し、障害者職業センターでの評価につなげた。

2. 障害者職業センターでの職業リハビリテーション

様々な職種を経験して自分にあった職種を知る、職場内で必要な対応(挨拶など)を学ぶ、就職活動の具体的な進め方を学ぶ、等を目的に、職業準備支援(週5日6時間)を開始した。

クリニックは、診察とデイケアを週1回継続。発達障害者支援センターは、職業準備支援の振り返りのための来所相談を月1回行い、職業センター担当者へのつなぎ役となった。

3. 就職活動

職業準備支援での出勤状況や作業態度は安定していた。必要なサポートを、「臨機応変な対応を求められない」等、具体化した上で職場にサポートを求めるため、精神保健福祉手帳の取得が必要であることをクリニックのケースワーカーと共有し、クリニック医師が診断書を作成した。

Ⅵ 就職の継続

手帳の取得後、本人、ハローワーク担当者、職業センタージョブコーチの3者で就職活動をおこない、作業実習を経てA型作業所(農業関係)への就職が決まった。ジョブコーチの定期訪問は、本人と作業所担当者の関係が安定できた3ヶ月頃に終了した。

その後の、本人は月に1回、クリニックに定期通院しながら、就職を継続している。また作業所担当者の相談先は、職業センターが担っている。

ネットワーク内での各機関の役割

(1) 精神科クリニック

- ① 当初の相談窓口
- ② 暫定診断と抑うつ症状への投薬治療
- ③ デイケア活動への誘導と、問題行動時の制限の設定
- ④ その後の就労準備支援、就労支援へのケースワーカーの参与
- ⑤ 精神障害者福祉手帳取得のための診断書作成

(2) 発達障害者支援センター

- ① 発達障害特性のアセスメントと確定診断の補助
- ② 本人が希望する就職にむけた具体的なステップの提案
- ③ 構造化環境である集団場面への参加を通して、本人に必要なサポートを共有
- ④ 就職準備をすすめる上で、その都度、支援者に情報提供
- ⑤ 障害者職業センターやクリニックのケースワーカーなどへのコンサルテーション

(3) 障害者職業センター

- ① 職業準備支援
- ② ジョブコーチの斡旋と派遣

(4) ハローワーク

- ① 就業支援

<有効なネットワーク支援を実践するために>

13 他機関・他職種の機能・役割などを知る

発達障害ケースの支援ニーズがかなり多様である一方で、支援機関やサービスが専門化・細分化されていることは、上述したとおりです(⇒ 12 発達障害者支援センター・精神保健福祉センターにおけるネットワーク支援)。相談を受ける担当者は、利用する可能性のある機関・サービス・制度をできるだけ多く知っていることが理想的ですが、関係機関・制度・サービスの対象と限界、担当者や連絡方法、「この領域・分野のことは、あの人(あそこ)に問い合わせれば大体のことがわかる」といった程度の情報をもっているだけでも支援ネットワークの形成はスムーズになり、コストの軽減につながるでしょう。定例の連絡会議などは形式的になりがちですが、お互いの機能と役割を知る機会、顔の見える関係をつくる機会として活用できれば、意味のあるものになるでしょう。

14 アセスメントの基本的枠組み

複数の機関による協働においては、的確なニーズのアセスメントに基づいた支援課題の抽出と支援メニューの選定、支援方針の策定という流れが重要です。ケースの情報整理、アセスメント、支援プランの策定のために、本ガイドラインでは、次頁のフォーマットを提案しておきたいと思います。

このフォーマットは、インテイク、アセスメント、プランニングという三段階で構成されており、アセスメント(中段)には生物－心理－社会モデルを取り入れています。生物的視点としては、精神・身体疾患、知的・認知的発達の遅れや偏り、運動・知覚機能の障害、ADL などがアセスメントされます。心理的視点としては希望、不安、葛藤などが重要ですが、もう少し深く読み込もうとするときには、その人のパーソナリティ形成や現在の問題に影響を及ぼしたと考えられる生育歴、明確には語られないような無意識的な希望や不安、防衛機制などにも目を向けてみるとよいかもしれません。社会的視点としては、家族や職場、友人関係など、身近な人間関係や活用できる社会資源などについて評価します。アセスメントの後半部分はニーズ・支援課題の抽出です。支援課題はできるだけ具体的であることが望ましく、虐待や自傷他害事例などを除けば、基本的には本人や家族の意向に沿っていることが重視されます。

フォーマットの左段はアセスメントの根拠になるような情報・所見・観察点などを記入します。また、右段には個々のニーズ・支援課題に応じた支援プランを記入します。ここでは具体性と同時に、実現可能性の高いプランであることが重視されます。

アセスメントのためのフォーマット

インテイク (情報収集)	アセスメント (評価)		プランニング (支援計画策定)
情報・所見・観察 (見たこと、聞いたこと、データなど)	理解・解釈・仮説 (わかったこと、推測したこと)	支援課題 (支援の必要なこと)	対応・方針 (やろうと思うこと)
	生物学的なこと (疾患や障害、気質など)	①	
		②	
	心理的なこと (不安、葛藤、希望、感情など)	③	
		④	
	社会的なこと (家族、学校など)	⑤	
		⑥	
		⑦	

15 ケース会議・支援検討会議の運営について

有効なネットワーク支援を展開するためには、複数の関係機関によるケース会議・支援検討会議を運営する技術が必要です。ここでは、有効なケース会議・支援検討会議の運営について述べたいと思います（野中、2001）。

ケース会議にはさまざまな目的があり、その目的によって運営・進行の方法も異なります。これまで担当してきたケースを他機関に丁寧に紹介・移行することが目的であれば、挨拶や自己紹介の後で、ケースの概要や支援上の留意点、相手先への依頼内容などを20分くらいで説明し、質疑や意見交換、連絡方法の確認などに30分ほどを充てれば、1時間程度で充分でしょう。ただし、最初のケース説明でつまずくとその後の進行が難しくなり、会議の内容も不十分なものになりやすいので、十分な事前準備が必要です。氏名や年齢などの基本情報、ケースの概要、これまでの支援経過などに加えて、上記のフォーマットを活用するのも一法であると思います。

とくに会議の運営・進行の技術が問われるのは、当面の協働のあり方について検討・整理するために、複数の関係機関から担当者を集めるようなケース会議です。以下、その際の留意点について述べます。

1. 参加メンバーについて検討する

協働をうまく展開させるためのケース会議は、多くの場合、検討の対象となっているケースにどのような支援ニーズがあるか、個々の支援ニーズに対して、誰（どこ）が、どのような方法で支援するのかを検討し、それぞれの機関の役割を明確にすることが目的になります。そのために必要な配慮としては、コーディネーター・ケアマネジャーの役割を担う援助者が会議の「落としどころ」を推測し、そのために必要なメンバーを集める必要があります。たとえば、確実なアセスメントのためには必要とされる情報をもっている人を呼ぶ必要がありますし、緊急性の高いケースが対象となっている場合には機関としての決定権をもつ役職にある人を呼ぶ必要があるかもしれません。

2. ケース会議の運営・進行

ケース会議の運営・進行についても、上記のフォーマットが活用できます。会議の最低限の目的は、ニーズ・支援課題を的確に抽出し、個々のニーズについて、誰（どこ）が、どんな方法で支援するか、個々の機関の役割を明確にすることです。最も早く最低限の目標に達したいとき、あるいは、さらに深いアセスメントや支援の工夫などに関する議論に時間をかけたいときには、冒頭のケース説明にこのフォーマットを使い、アセスメントとその根拠となった情報・所見、おもな支援課題と全体的な支援計画案（どの支援課題に対して、誰・どこが、何を）までを含めて提案するようなプレゼンテーションをお勧めします。プレゼンテーションにかける時間は、60分の会議なら15分以内、90分の会議なら20分くらいが適当でしょう。

冒頭のケース説明・プレゼンテーションがケースの概要やこれまでの支援経過などに留まった場合は、フォーマットの「左から右へ」という流れを意識して会議を進行することが必要になります。参加者がそれぞれの情報や経験談を自由に報告し合うことで、意外な本人像や家族像が明らかになり、これまでとは異なる視点からもケースを捉えられるようになるなど、実りの多い会議になる場合もありますが、その一方で、情報交換に終始して、「右へ進まない」会議も少なくありませんので、できれば参加者の多く、少なくとも司会者は、「いま語られているのは情報・所見なのか、アセスメントなのか（情報・所見をどのように理解・解釈するのか）」を明確に意識しておく必要があります。また、複数の支援課題が同時に話題になると議論が混乱しやすいので、「いま、何番目の支援課題について話し合っているのか」を確認しながら進行することも有効です。記入したフォーマットは、そのまま所属先への報告や復命にも使用できます。

<資 料>

16 有効なネットワーク支援を地域で展開させるための試み

ここでは、有効なネットワーク支援を地域で日常的に定着させるための工夫や試みについて取り上げてみたいと思います。

1. 川崎市の展開

川崎市は、人口が142万人(平成22年10月1日現在)で、全国に19ある政令指定都市の中で最も面積が小さく、人口密度が大阪市に次いで2番目に高い自治体です。その形は鰻の寝床みたいに細長く、また飛び地も有しており、外国人登録者が全国平均よりも高く、120を超える国籍の方々が暮らしています。主な交通機関はJR南武線が背骨のように走っていて、それに対して何本かの私鉄がそれを横切るように鉄道が走っていますが、一律200円の運賃で毛細血管のように走る路線バスは、なかなか使い勝手の良い交通手段です。

川崎市の発達障害のある方々を支える仕組みとしては、ライフステージごとに、また医療・教育・福祉などの分野ごとにさまざまな資源がありますが、発達相談支援センター(設置検討段階でセンター名から障害者という文字を抜いた)がそのネットワークの中心となっています。発達相談支援センターは、学齢期以降の発達障害児者を相談対象としていますが、就学前のお子さんに関しても移行支援としての連携を地域療育センターなどと普段より行っています。また、幼稚園・保育園の先生に対しては、発達相談支援コーディネーター研修を開催するなどしてサポートを行っています。

学齢期以降の相談に関しては、小・中・高等学校・大学・特別支援学校などの各種学校や総合教育センター・児童相談所・保健福祉センター・障害者更生相談所・精神保健福祉センター・医療機関などと具体的な事例を通して連携を行っています。また、それら関係機関が開催する研修会やケース検討会、自立支援協議会、民間の療育グループ、親の会、地域の精神科医療機関ソーシャルワーカーの集まりなどにも、スタッフが助言者や話し手として参加するなどして支援ネットワークを広げ、強くするように取り組んできました。川崎市には、全国的にもあまり数の多くないひきこもり問題だけに特化した市の社会的ひきこもり相談窓口がありますが、ひきこもり問題と発達障害の問題は密接に関連していて、普段より協働して支援を行っています。その他、様々な国籍の数多くの外国人が住んでいることともあり、それぞれの国や民族による文化的・宗教的集まりや学校の国際学級も支援ネットワークに参加していることは、川崎市において特徴的であると言えるかもしれません。

今回のガイドラインは、青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するものであるため青年期・成人期を中心に見ていくと、生活支援の中核的な役割を演じている障害者生活支援センターの大きなネットワークがあります。委託相談支援事業所である障害者生活支援センターは、市内に40ヶ所以上あり、精神・知的・身体・児童などそれぞれの付置施設の得意領域を生かした、より地域に密着した形での相談支援を行っています。主に精神や知的の支援センターでは、発達障害者支援法が成立する以前から発達障害者に対する相談支援の実践を行ってきており、安心して過ごせる居場所の提供や具体的な就労支援など様々な支援を行ってきました。それら障害者生活支援センターでは定期的な連絡会を開催していて、障害者更生相談所や発達相談支援センターなど必要に応じて他の関係機関も連絡会に参加しています。そこでは、相談支援に関する制度などについての情報交換、各支援センターが抱える課題や困難事例の共有、分科会に分かれてのそれぞれのテーマに対する支援技術を高めるような取り組みも行っており、ひとつの機関だけで困難事例を抱えるなどすることなく、他機関とも連携することによって柔軟な相談支援を実践しています。

一方、就労支援に関しては、「川崎市障害者就労支援ネットワーク事業」が、雇用・教育・福祉の連携による障害者就労支援ネットワークを有効に機能させています。それは、市の障害計画課が事務局となり、市内のハローワークや地域就労援助センター、就労支援事業所、市立・県立の特別支援学校、総合教育センター、障害者更生相談所、保健福祉センター、精神保健福祉センター、障害者生活支援センター、発達相談支援センターなどが参加する障害者就労支援コーディネーター会議とその上部会議である雇用支援合同会議で

構成されています。コーディネート会議では、各機関が雇用状況や企業開拓状況などの情報共有をするなかで、それぞれが果たすべき役割や課題などを整理して、就労支援に携わる人材の育成を図ったり、市民や企業の採用担当者にも向けた広報活動を行ったりしています。また、障害者やその家族、支援者のため研修会や講演会、シンポジウムなどのイベントを開催したり、企業向けのセミナーなども開催しています。雇用支援合同会議では、コーディネート会議で整理された課題などを施策へ反映させるべく検討したり、ネットワーク事業の実績を評価・検証したりしています。このネットワーク事業により、雇用・教育・福祉の分野を越えて障害者就労支援のあり方に関する共通認識をもつことができ、顔の見える自然なネットワークが形成されてきています。市内における障害者就労に関するモチベーションの高まりにも一定の効果が出てきていますし、今までは特別支援学校や就労援助センター、就労移行支援事業所などが別々に企業開拓をしていたものを、協働して効率的に進めていくことができるようになるなど、市全体としての支援の効率化を図ることができます。

ネットワーク支援を有効に機能させるためには、それぞれの機関が困った時に初めて顔を合わせるのではなく、何事もない時からお互いの顔を見知っていて、普段より何でも話ができる関係を形成しておくことが大事であることを痛感します。これは半分冗談で、しかし大真面目な話でもありますが、研修会や会議後などに開かれる懇親会などで、お酒を酌み交わしながらのおしゃべりで信頼関係を醸成しておくことが障害をもつ方々の抱える問題解決の大きな助けとなるように思います。そこで突然に始まるアンオフィシャルな匿名のケース会議が、かなり困難と思える事態を大きくよい方向へ向かわせることもしばしばです。

2. 岡山県における発達障害ネットワーク支援の展開

支援の範囲

岡山県の人口は 193 万人(平成 22 年 3 月 31 日現在)で、3 つの福祉圏域(備前・備中・美作)、5 つの保健圏域(備前・備中・備北・美作・真庭)、27 市町村で構成されています。県内の人口分布は、県南部に位置する岡山市^{注1)}(人口 68 万人)と倉敷市(人口 47 万人)に人口の約 60%が集中し、県北部に位置する津山市(人口 10 万人)を除けば、人口 6 万人以下の市町村が大半を占めています。人口分布の偏りは、県内の資源の分布の偏りとなり、専門医療機関や早期の療育機関の多くは県南に集中し、県北部、県西部、県東部の人口 6 万以下の市町村では、数少ない資源の活用が課題になっています。

以下、県下で進められてきたネットワークづくりの概要と、ネットワークの中でおかやま発達障害者支援センターが果たしてきた役割を中心に述べます。

^{注1)}平成 21 年 4 月 1 日より、岡山市が全国で 18 番目に政令指定都市に移行しました。現在、発達障害者支援センターの設置(平成 23 年 11 月設置予定)にむけて準備を進めています。

発達障害者支援コーディネーターを中心としたネットワーク

岡山県では、発達障害のある人たちの身近な地域の相談窓口として、平成 18 年度より、県単事業(県 1/2 市町村 1/2)で市町村発達障害者支援体制整備事業を実施し、市町村内に発達障害者支援コーディネーター(以下、市町村 Co.)を置いています(平成 22 年度現在 9 市町)。市町村 Co.は、市町村内の保健、子育て、教育、福祉といった各分野の資源のネットワークをつくり、地域の実情を踏まえた仕組みづくりの要となる機能です。9 市町ごとに人口規模や、資源の数、市町村 Co.の強み(職種や支援経験など)によって、取り組んでいる内容や仕組みづくりのプロセスは異なります。

県内の支援センター間のネットワーク

各市町の独自性ある取り組みが期待される一方で、広域に発達障害のある人の支援体制整備の進捗を振り返り、効果の確認し、相互に実践に学ぶ機会を得るために、平成 20 年度から、岡山県とおかやま発達障害者支援センター(以下、県センター)が主催して、関係者連絡会議を年に複数回実施しています。この会議は、県障害福祉課、市町村福祉課を含めて、市町村 Co.の取り組みの情報交換や、県センターとの役割分

担、県内に不足する資源や課題について共有することを目的としています。

県センターの役割

県センターの役割は、①体制整備に必要な会議を提案し主催すること、②市町村 Co.がケースワークをおこなっている事例の相談に応じること、③事例に関わる複数の支援機関が参加する支援方針会議に二次的な相談機関として出席すること、④人材育成のための研修会の企画運営に協力することにより、市町村 Co.が市町村内の各分野の支援機関と培っているネットワーク支援を円滑に実施できるように、県センターとしてバックアップに取り組んでいます。

市町村単位のネットワーク(受託事業)

また、平成 20 年度からは市町村体制評価・調査事業を実施し、岡山市を除く 26 市町村に対して、主に発達障害のある子どもの早期発見と子育て支援の仕組みと発達障害を背景とする相談支援の仕組みについて紙面・訪問による調査をおこないました。この事業の大きな効果のひとつは、「発達障害者支援」をキーワードにして、市町村の保健、子育て、教育、福祉の行政関係者が一堂に会し、市町村内の横のネットワークを作り、〈わが町〉の現状を共有できたことです。発達障害支援について、役所内では、それぞれの部門が縦割りで取り組んできた経過があり、所管をこえたネットワーク会議によって各部門が担当する取り組みの目的や内容の一覧、不足している資源、事業の課題点を共有する機会になりました。市町村単位のネットワークは主に、保健、教育が中心となり、早期発見、早期支援、義務教育期の支援の仕組みづくりが主な検討の課題となり、青年期、成人期の発達障害のある人への支援は、その様態がさまざまであり、青年期以降の発達障害診断や二次障害治療を担う医療や日中活動の資源、就労支援も不足しており、資源整備に向けた市町村、福祉圏域、保健圏域、県の重層的な取り組みが必要となります。

成人期支援のネットワーク(地域資源との協働)

岡山県内の成人期支援は、身体・知的・精神を中心にした相談支援事業所が事務局を担い、全地域に設置している自立支援協議会が中心になりつつあります。しかし、青年期・成人期の発達障害のある人、特に知的障害を伴わない人の支援は、県センターに相談があることが多く、県センター全体の相談の 6 割を占め、先に記した訪問調査では、市町村の相談機関には成人期の相談がほとんど挙がっていない現状があります。

青年期の支援は、在宅で所属機関のない人たちが多く、単一の機関が個別支援を続けている現状があります。在宅から日中活動へ、また、就労のステージへと移行を考えたとき、県センターでは、医療受診も含め、段階的な支援プログラムの開発とその地域展開に取り組んでいます。成人期になってから、生活に何らかの問題を抱えて、精神科医療機関を受診し、生活に支障をきたしている精神科症状への治療が優先される時期を経て、今後の日常生活への(社会)復帰のための支援(生活スタイルの変化:自宅外の日中活動の場への移行、就職に向けた準備など)を求めて相談にくる人への支援プログラムの開発と地域への展開をおこなっています。これは、より身近な地域で(人口規模や交通事情に合わせた範囲で)、社会復帰のための一歩である日中活動がおこなえるような展開を進めています。

2つの地域活動支援センターでの特化型プログラムの開発や、大学の資源を地域に活用する事業にのっとなって、2大学の栄養学科の協力を得て開催している健康料理教室など、県センターが絡んだネットワークといえます。

成人期支援担当者会議ネット

平成 21 年度から、3つの福祉圏域に各1箇所ある障害者就業・生活支援センター、9つの市町村 Co.、障害者職業センター、発達障害者就労支援事業(岡山県単事業)の担当者で構成した成人期支援担当者連絡会議を立ち上げ、年3回の事例検討会を通して、それぞれの機関が中心となっているネットワーク支援の取り

組みの情報交換や、効果の確認をおこなっています。こうした県内の成人期支援の資源(たとえば、就労移行支援事業所など)をコーディネートする機関が、定期的集り、共通認識をもつことが、日々のネットワーク支援を円滑に進める一助になると考えます。今後、成人期支援の課題を共有し、仕組みづくりのための検討につなげていきたいと考えています。

その他のネットワーク

県センターのスタッフのほとんどが心理職であり、県内の岡山県臨床心理士会をはじめとする心理士ベースのネットワークの中でエンパワメントしています。特に臨床心理士会の発達障害部会では医療、保健、教育、労働など各領域で勤務する心理士が、定期に発達障害の事例検討会を行っており、積極的に参加し研修に努めています。

県センターは、県内の親の会組織(岡山県自閉症協会、岡山発達障害児者親の会連携協議会<DD ネットおかやま>)と積極的に協働し、専門部として実態調査や勉強会での助言、研修会の共催など地域の啓発活動に関わっています。親の会とのネットワークは、地域の資源や支援の過不足に関する生の情報を得ることができ、支援体制整備に活かされていると思います。

一方、岡山県医師会では、発達障害児者支援に携わる医師のレベルアップ、連携強化を目的に定例の研修会を開催しており、児童精神科医やコメディカルスタッフが講師になっています。また県下で働く精神科医の任意団体である岡山県精神科医会では、平成 15 年度から定期的に児童・思春期精神科臨床研究会を開催し、県下の精神科医・小児科医・心理士・ケースワーカー等が一堂に会して、発達障害事例の事例検討会を開催し、啓発と顔の見える連携に力を入れています。

17 本人からみたネットワーク支援

本ガイドラインは、おもに専門機関の側から発達障害者を支える連携についてまとめたものです。ネットワーク支援に関して、「発達障害をもつ人たち自身が、どのように感じているか」といった調査研究は実施していませんので、実際の当事者の意見や印象について、ここで触れることはできません。

しかし、このガイドラインでは、すべての発達障害者に専門的な支援が必要とされているわけではないことを何度も指摘してきました。どのような人が、どのようなネットワーク支援を必要としているのか、もう一度、簡単にまとめてみたいと思います。

1. ネットワーク支援を必要としない群(自立度の高いグループ)

必要なときに、医療機関や専門相談機関を利用するだけの、連携を必要としない発達障害者の一群があります。いわゆる二次的な障害としての身体症状や精神症状がないか、あっても非常に軽易であり、障害福祉サービスを使っていない人たちです。すでに就労中である人が多く、中には専業主婦の人もいます。これから求職する場合でも、求職活動のすべての過程をセルフマネージできる人です。定期的な服薬で医療機関を活用する人でも、それは自律的です。

2. 本人が求める範囲のネットワーク支援群(自立度が中程度のグループ)

安定して通所サービス(障害福祉サービス)を利用できる人たちがこのグループに入ります。このようなグループは、サービス利用の前段階で、複数の機関が連携・調整するのが一般的です。しかし、緊急性が求められることはほとんどありません。コーディネーター役が、その都度、関係機関の連携・調整を行う程度で対応できます。安定したサービス利用に至ると、連絡・調整はほとんど必要がなくなります。新たな生活スタイルに向けての挑戦(たとえば、親世帯から巣立つ、就労を希望する)を始める段階が新しいネットワーク支援のスタートになります。

就労後も継続的な就業生活支援を必要とする人たちもこのグループに入ります。就労前の段階では複数機関のネットワーク支援が必要になりますが、定着支援機関は特定の機関や支援員が単独で支援する段階となり、ネットワーク支援はほとんど必要ありません。ネットワーク支援が再スタートするのは、離職が確定した段階からです。また、自立度の高いグループであっても、家族からの支援の弱い単身生活者については関係機関のネットワーク支援を必要とする場合があります。当事者が、自分だけは医療や福祉サービス機関等から入手した情報をマネージすることができなくなる場合などです。

このように、自立度が中程度の人たちの場合には、身体症状や精神症状がなく、安定した生活を送っていても、何らかのライフイベントが発生するとネットワーク支援が必要になります。

3. ケア会議等が必要な群(ハイリスクのグループ)

在宅中心の生活で、就労や通所サービスを継続的続けることが難しく、精神症状が不安定な人たちは、ケア会議を開催するなど、ネットワーク支援を提供する必要があるグループです。当事者との面接が困難で、家族の負担が非常に大きいと判断される場合などはその典型例で、やや緊急性の高いハイリスクグループです。

長期間、就労や通所サービスを利用していないものの、頻繁に外出し、マイペースに消費活動に従事している人たちについては、上記の中程度の自立グループと考えるのが適当です。

18 保護者の視点から

支援を考えるにあたり、発達障害の子どもを生涯にわたって支えている保護者の心情やニーズを理解することを忘れてはならないと思います。このガイドラインにも保護者の声を反映させたいと考え、聴き取り調査を行うことにしましたが、調査を通して、青年期以降の発達障害者とその保護者が抱える課題の深刻さに改めて気づかされることになりました。青年期にある我が子について語ることは、保護者が我が子の社会的自立という厳しい現実に向き合うことを意味します。発達障害の理解や支援が不十分な現状の中で、こうした調査が保護者を追い詰めてしまう一面があったことに改めて気づかされたことを申し述べておきます。

ここでは、「全国 LD 親の会」が保護者と本人を対象に行った貴重な調査(2005年12月～2006年3月実施)と、本研究に協力して下さった少数事例の聴き取り調査の結果をもとに、教育や就労支援に対する保護者の願いやニーズについて紹介したいと思います。

1. 支援に対する保護者の思い

発達障害の青年の場合、進学や就職が必ずしもゴールにならず、大人として当然身につけていると思われる社会性や生活力、常識などの乏しさが、本人や周囲を混乱させ、大きな失敗を招き、挫折感をもたらすことが多々あります。そのような現実があるからこそ、失敗しても何度でもやり直せる手厚い支援、いつからでもどこからでも支援につながるネットワーク支援を保護者は望んでいます。また、青年期以降は、発達的にも保護者からの支援を本人が受け入れ難くなってきます。保護者は自分の代わりに、親身になって本人の相談に乗ってくれたり、人生を伴走してくれたりする人の存在を願っています。そして、本人だけでなく、家族を支援してほしいとも考えています。

発達障害への支援の充実を望みながらも、保護者にとって「障害」という言葉への抵抗感は強く、障害について関係者に伝えることをためらわせています。支援を行う側は、一律に考えるのではなく、それぞれの保護者のその時々状況に合わせて相談に応じ、最新の情報を丁寧に伝えながら、根気強く支援することが必要ではないでしょうか。支援のあり方や、関係機関の利用の仕方についても柔軟な発想が必要です。保護者の中には、将来を見通した様々な取り組みを自ら立ち上げたり、すでに実行している積極的なグループもあります。支援する側は保護者から学びながら、より良い支援のあり方を共に探求し、協働していきたいものです。

2. 学校に対するニーズ

調査によれば、学校が進路先の情報、たとえば入学・就職試験や入学・就職後にどのような支援が受けられるかということに関して十分な情報をもっていないため、多くの保護者が進路選択に困った経験をもっていました。進路先に直接聞くことは、障害について知られ、不利になるのではないかと不安をもつ保護者も少なくありません。実際に保護者は親の会を通じて情報を集めるなど、苦労しているようです。

後期中等教育以降、通常の学校での支援はほとんど行われていないという回答が多く、半数近い保護者は学校に支援を強く求めています。この理由として、学力が高く学習面では支援を必要としない場合、支援は必要と思うが、特別扱いをほしくないといった場合などが考えられます。ただ、学習面で支援が必要なくても、学校生活場面では支援が必要な場合は十分に考えられます。調査結果からは、保護者が友人関係に不安を抱えており、孤立やいじめ、トラブルを心配していることが窺えます。実際に本人の6割以上がいじめを経験していました。特別扱いを受けることによって、いじめなどのリスクを高めたくないという一方で、保護者は本人の努力を認めてほしい、安心していられる居場所をつくってほしい、対人関係能力やコミュニケーション能力を伸ばしてほしい、教員が発達障害の基本的知識をもち、周囲の生徒の理解を高めてほしいと願っています。これらを親のわがままと片付けず、ある部分は矛盾するかもしれない要求に応える方策を学校全体で考えることこそ、特別支援教育の理念にかなうことなのではないでしょうか。

「子どもの適性」について把握することは難しく、保護者は卒業後の進路に迷っています。そこで保護者は、

学校に対して「自己理解を深めること」「職場体験、職場実習、インターンシップ」「ソーシャルスキル・トレーニング」「職業教育」「一般常識」「適性検査」「ボランティア活動」など、自身の発達特性を理解し、適性を見極められるような準備教育の実施を望んでいます。また、保護者は学校でキャリア教育が行われるようになったことを評価しながらも、発達障害児には参加しにくい内容であると感じているようです。可能ならば、中学3年生から職業疑似体験をさせたいという意見もありました。こうした早期からのプログラム実施への希望を達成するためにも、地域の関係機関によるネットワーク支援が有効だと言えるでしょう。保護者が関係機関に働きかけて、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もあります。

学校と外部機関との連携については、特別支援学校の保護者全員が知っていたのに対して、通常の高等学校の保護者はほとんど知らないようでした。これは、特別支援学校では従来から外部機関と連携し、そのことを保護者にも説明していること、その一方、通常学校では連携の機会が少なかったことや連携の仕方がわからなかったこと、あるいは説明不足であったことが推察されます。学校には、さまざまな関係機関に関する情報を収集し、それらを利用する必要性を保護者に説明できる力が求められており、そのためにも本ガイドラインをご活用いただければ幸いです(⇒回 高等学校・大学などの教育機関を含むネットワーク支援について)。

3. 生涯にわたるネットワーク支援への期待

教育・就労・自立を連続性あるものとして捉え、生涯を通じた教育や生活支援のあり方を検討することが大切です。保護者は、教育期における特別支援教育の充実や卒業後の「個別の移行支援計画」を社会的システムとして確立し、実施してもらいたいと強く願っています。

また、卒業後すぐに職業につくのは難しいと感じている保護者も多く、学校と職場をつなぐ、何らかの中間施設を望む声もあります。「中間施設」には、卒業後の居場所になること、引きこもらずに社会との接点を維持できること、そして就職準備ができることが求められています。就職準備には、身の自立や基本的な生活習慣など、家庭で取り組めるものもありますが、「中間施設」においては、社会人になることや働くことに対する意欲や具体的なイメージをもてるような体験をさせたいと願っているようです。手帳の有無に関係なく、すべての発達障害をもつ子どもたちが利用できる就労支援の仕組みと、就職後も事業所との連絡調整や職場での対人関係など継続的に支援できるような体制整備が求められています。

全国 LD 親の会(2007) LD 等の発達障害のある高校生の実態調査. LD 等の発達障害のある高校生の実態調査報告書(全国 LD 親の会・会員調査)を引用しました。また、転載・引用については、当会の承諾を得ました。

19 障害者自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会、ニート対策、子ども・若者育成支援事業等の活用について

市区町村、都道府県単位で設置されている障害者自立支援協議会は、発達障害ケースにおいても有効な活用が期待されます。また、おもな支援対象者が18歳未満の場合や、支援の必要な家族の中に18歳未満の子どもが含まれている場合は、養保護児童対策地域協議会を活用できるかもしれません。

この他、いわゆるニート対策として設置されている地域若者サポートステーションは、その敷居の低さや間口の広さから、地域住民にとっては利用しやすい相談機関といえるでしょう。そのため、多様な背景を抱えた利用者に対応している現状があり、その中には発達障害の事例が少なくないことも指摘されています。いずれは福祉・医療などで対応すべきケースの「入り口」のような役割を果たすという点で、地域ネットワーク支援の重要な一員になる可能性があります。ただし一部には、医療機関や公的支援機関から地域若者サポートステーションに発達障害事例のケアマネジメントをすべて押し付けるかのような紹介があることも指摘されており、さらに相互理解を深める必要があるでしょう(日本生産性本部、2011)。

また、子ども・若者育成支援事業にもとづいて設置されている地域連絡協議会も、疾患や障害、児童虐待などに限定されず、より広範な事例や話題が取り上げられることが考えられます。より専門的で本格的な支援の入り口として機能する可能性があり、有効な活用が期待されます。

<文献>

- 1) 飛鳥井 望: 多職種チームアプローチにおける守秘義務問題と個人情報保護. 松下正明総編集: 臨床精神医学講座 S5、精神医療におけるチームアプローチ. 中山書店、2000; pp.399-406.
- 2) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター: 発達障害者の就労支援の課題に関する研究. 調査研究報告書. No.88. 2009
- 3) 厚生労働省: ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 2010
- 4) 厚生労働科学研究: 青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究(研究代表者: 近藤直司). 平成 20 年度総括・分担研究報告書、2009.
- 5) 厚生労働科学研究: 青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究(研究代表者: 近藤直司). 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 2010
- 6) 厚生労働科学研究: 青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究(研究代表者: 近藤直司). 平成 22 年度総括・分担研究報告書. 2011
- 7) 南 達也: 児童福祉施設と精神科医療との連携. 精神科治療学 23(増);63-67,2008
- 8) 日本学生支援機構: 障害学生支援についての教職員研修プログラム.
http://www.jasso.go.jp/tokubetsu_shien/guide/top.html 2010.8.20 取得
- 9) 日本 LD 学会研究委員会研究プロジェクトチーム(2008)大学における発達障害のある学生支援事例の実態調査報告—試行的取り組みにみる支援の実際とサポートの充実に向けて—. LD 研究, 17(2), 231-241.
- 10) 日本生産性本部、若者自立中央センター: 平成 22 年度地域若者サポートステーション事業. 発達障害ワーキンググループ報告書. 2011
- 11) 野口和人(2009)高等学校における特別支援教育の現状と課題—全国調査および訪問調査より—. 発達障害研究, 31, 3, 148-156.
- 12) 野中 猛: ケアマネジメント実践のコツ. 筒井書房、2001
- 13) 齋藤万比古編著: 発達障害が引き起こす二次障害へのサポート. 学研、2009.
- 14) 柴田珠里、関水 実、桜井美佳: 発達障害者支援センターと精神科医療. 精神科治療学 23(増);68-74,2008
- 15) 高橋知音・篠田晴男(2008)米国の大学における発達障害のある学生への支援組織のあり方. LD 研究, 17(3), 384-390.
- 16) 十一元三: アスペルガー障害と高次対人状況. こころの臨床アラカルト 25(2). 2006
- 17) 富安芳和: 日本発達障害学会第 30 回研究大会国際シンポジウム「はじめに」. 発達障害研究特集, 17(4), 242-243. 1996
- 18) 鳥海順子: 高等学校における特別支援教育の取組. 山梨障害児教育学研究紀要, 3, 64-83. 2009
- 19) 上野一彦: 「発達障害」学生を取り巻く課題と今後の展望について. 大学と学生, 81, 15-21. 2010
- 20) 山梨県教育委員会: よりよい連携と支援のための特別支援教育コーディネーターハンドブック. 2008
- 21) 吉池毅志、栄セツコ: 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理. 桃山学院大学総合研究所紀要、第 34 巻第 3 号、109-122, 2007
- 22) 全国 LD 親の会(2007) LD 等の発達障害のある高校生の実態調査. LD 等の発達障害のある高校生の実態調査報告書(全国 LD 親の会・会員調査).

<執筆者>(執筆章順)

近藤直司(山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所)

① ③ ④ ⑤ ⑩ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑲

志賀利一(独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部研究課)

② ⑧ ⑰

宮沢久江(山梨県発達障害者支援センター)

⑥

塚本千秋(地方独立行政法人岡山県精神科医療センター)

⑦ ⑫ ⑯-2

鳥海順子(山梨大学教育人間科学部障害児教育講座)

⑨ ⑬

大塚俊弘(長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター)

⑩

阿佐野智昭(社会福祉法人新生会、川崎市発達相談支援センター)

⑯-1

<執筆協力者>(50音順)

阿佐野智昭(社会福祉法人新生会、川崎市発達相談支援センター)

小林真理子(山梨県中央児童相談所)

島田佳代子(山梨県発達障害者支援センター)

武居 光(社会福祉法人新生会、川崎市西部地域療育センター)

田中 究(神戸大学大学院医学研究科精神医学分野)

手塚 典(山梨県発達障害者支援センター)

土岐淑子(岡山県精神科医療センター)

南部裕美(山梨県立育精福祉センター)

萩原和子(山梨県立精神保健福祉センター)

橋本創一(東京学芸大学)

森屋直樹(公益財団法人住吉偕成会、すみよし障がい者就業・生活支援センター)