

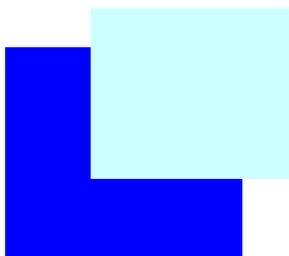
平成 21 年度障害者保健福祉推進事業  
〔障害者自立支援調査研究プロジェクト〕

「高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた  
新たな支援プログラムの開発と実践に関する調査研究」

－ 研究報告書 －

長崎県

長崎こども・女性・障害者支援センター



# 目 次

I 本 編	○
1 目的	○
2 研究組織	○
3 方法	○
(1) 支援プログラム調査開発部門	
(2) 実態調査部門	
(3) 研修部門	
4 結果	○
(1) 支援プログラム調査開発部門	
(2) 実態調査部門	
5 結語および施策提言	○
(1) 新たに創設すべき支援サービス	
(2) 特別処遇更生プログラム拠点モデル施設（仮称）	
II 資 料 編	
1 会議開催状況	○
2 「発達障害者支援センターにおける高機能広汎性発達障害児者に対する学習支援サービス等の必要性に関する調査」	○
2-①アンケート調査票	○
2-②アンケート調査結果全集計	○
3 「高機能広汎性発達障害児者の地域移行支援に関するセミナー」講演資料	○
3-①松村真美「触法行為後の地域移行支援」	○
3-②西村朋子「保護観察所と地域との連携」	○
3-③副島洋明「反社会行動（犯罪）を介して、支援者及び家族は、障害受容と当事者の“行動”を、どのように理解し支援すべきか」	○
3-④大塚俊弘「家族支援」	○

# I 本 編

「高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた

新たな支援プログラムの開発と実践に関する調査研究」

－ 研究報告書 －

大塚 俊 弘（長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター）

【 研究要旨 】

犯罪や非行、その他の非社会的・反社会的行動のために、家庭や施設、病院からの地域移行が困難となっている高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者に対する、新たな地域移行支援プログラムを開発、試行的に実施し、地域移行に対するその効果を調査するとともに、全国の発達障害者支援センターを対象とした地域移行困難ケースに関するアンケート調査を行い、発達障害児者の地域移行を支援するために新たに創設すべき支援サービスや、それらのサービスを適正かつ効果的に提供できる体制の検討を行った。

新たな地域移行支援プログラムの開発および試行的実施を担当した「支援プログラム調査開発部門」においては、5 名の高機能広汎性発達障害児者（年齢：16～22 歳、性別：全て男性）に対し、いくつかの新しい支援サービスを試行的に実施し、発達障害者支援センターへのアンケート調査を担当した「実態調査部門」では、全国 78 か所の発達障害者支援センターに対する郵送によるアンケート調査を行い、49 センターからの回答を得た（回収率：62.8%）。

本調査研究の中で、地域移行に有効であり“新たに創設すべきである”と結論づけられた支援サービスとしては、以下の 7 つであった。

①学習支援事業、②コミュニケーション・サポーター派遣事業、③里親制度／共同住居利用サービス、④心理・精神療法的支援サービス（SST〔生活技能訓練〕、心理教育等）、⑤自助的支援サービス、⑥動物介在活動／音楽活動、⑦家族支援サービス（家族心理教育）。

また、家族や地域の受け入れが困難となりやすい累犯障害者や地域社会に大きな影響を与えた事件や反社会的行動を起こした障害者等を対象に、上記の支援サービスの提供や更生プログラムも含めた包括的支援プログラムを実施できる障害福祉施設『特別処遇更生プログラム拠点モデル施設（仮称）』を都道府県 1 か所ずつ設置するべきであるとの結論に至った。

なお、本調査研究で得られた成果を元に、発達障害者支援センター職員を対象に、地域移行が困難となっている高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者に対するケースマネジメントのあり方、同センターに求められる今後の役割等を学ぶ研修会『高機能広汎性発達障害児者の地域移行支援に関するセミナー』を、中部・北陸地区と近畿地区で開催し合計 15 センター 29 名の参加を得た。

## 1. 目的

自閉症やアスペルガー症候群等の広汎性発達障害は、国際保健機関（WHO）作成の国際疾病分類第 10 改訂版（ICD-10）の「第 V 章（F）精神および行動の障害」に分類されており、わが国の障害福祉施策の中においては精神障害者、若しくは知的障害を伴うものは知的障害者に該当する。

しかしながら、現行の障害者自立支援法においては、その障害特性に合った支援サービスは実現できていないのが実状で、特に知的障害を伴わないいわゆる高機能広汎性発達障害児者についてその傾向が著しい。さらに、高機能広汎性発達障害児者の中でも、犯罪や非行、その他の著しい非社会的・反社会的行動を伴う者については、地域社会からの受け入れが得られないため、家庭に長期間ひきこもったり、福祉施設、矯正施設、病院等からの地域移行が極めて困難となっている。

そこで本調査研究では、地域移行が困難となっている高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者について、その地域移行を困難としている要因を探るとともに、新たにどのような地域移行支援サービスを創設することが必要か、そしてそれらのサービスを適正かつ効果的に提供できる体制をどのようなものにするかについて検討を行うこととした。

## 2. 研究組織

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センターが主たる研究機関となり、表 1 に示した 8 つの協力研究機関および数人の有識者により研究組織を結成した。

主な研究機関の特徴を挙げると、長崎こども・女性・障害者支援センターは、精神保健福祉センター、児童相談所、婦人相談所、知的障害者更生相談所、身体障害者更生相談所の 5 機関が統合された県立の行政機関であり、（社）南高愛隣会は、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」の中心的な役割を果たした障害福祉施設で、就労継続支援／就労移行支援、共同生活援助／共同生活介護、相談支援事業等の障害福祉サービスや更生保護施設を運営、関連施設として NPO 法人長崎県地域生活定着支援センターがある。同じく国立のぞみの園も触法障害者に関する調査研究および地域支援を実践しており、南高愛隣会との共同研究の実績もある。群馬大学神経精神医学教室は司法精神医学の臨床・研究を、長崎大学精神神経科学教室は発達障害児者の臨床・研究を行っており、群馬県立精神医療センターと長崎県病院企業団精神医療センターは、心神喪失者等医療観察法に基づく医療観察病棟および思春期病棟を有する単科の精神科病院である。また、群馬県こころの健康センターは、触法精神障害者の地域支援を実践している国内唯一の精神保健福祉センターである。

研究組織は、その目的により図1に示したように3部門に分け、それぞれ、(1) 支援プログラム調査開発部門は、新たな地域移行支援プログラムを開発と試行的な実施、およびその効果の評価を、(2) 実態調査部門は、全国の発達障害者支援センターを対象とした地域移行困難ケースの実態に関するアンケート調査を、(3) 研修部門は、発達障害者支援センター職員を対象とした研修会の企画開催を担当した。各部門の構成員については、表2～7に示した。

表1：研究機関

主たる研究機関	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター
協力研究機関	社会福祉法人 南高愛隣会 群馬大学大学院 医学系研究科 神経精神医学教室 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 群馬県立精神医療センター 群馬県こころの健康センター 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学教室 長崎県病院企業団精神医療センター 長崎県発達障害者支援センター しおさい

図1：組織図

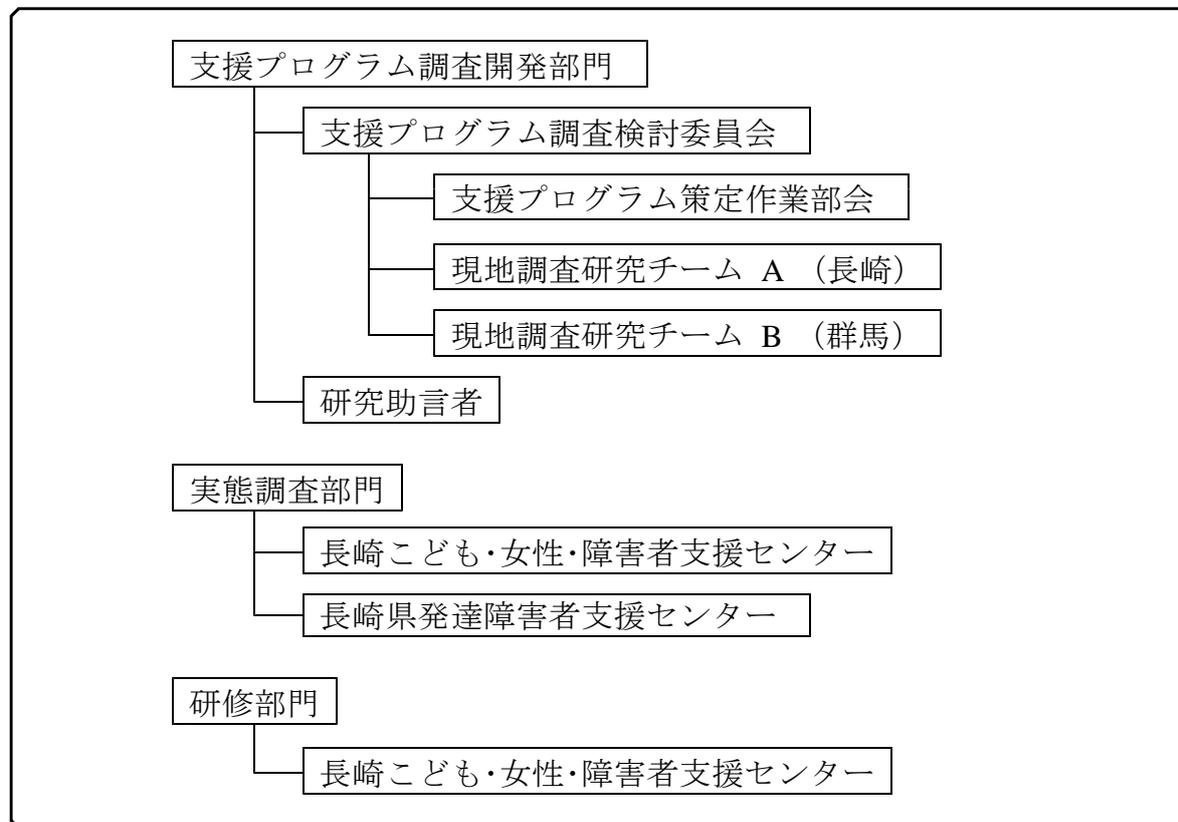


表2：支援プログラム調査検討委員会（50音順）

氏名	所属
赤田 卓志朗	群馬県こころの健康センター 所長
大塚 俊弘	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 所長
小澤 寛樹	長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経科学教室 教授
小野 隆一	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 地域支援部長
柴原 誠一郎	長崎県病院企業団 精神医療センター 副院長
副島 洋明	根岸いんくる法律事務所 弁護士
田島 良昭	社会福祉法人 南高愛隣会 理事長
西村 朋子	法務省 関東地方更生保護委員会 保護観察官
松坂 哲應	長崎県発達障害者支援センター 所長
三國 雅彦	群馬大学大学院 医学系研究科 神経精神医学教室 教授
山口 千樹	長崎県教育センター高校教育研修課 主任指導主事
(研究助言者)	
稲田 美津代	法務省 保護局 観察課 観察係長

表3：プログラム策定作業部会（50音順）

氏名	所属
今村 明	長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科精神神経科学教室 准教授
大塚 俊弘	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 所長
小野 隆一	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 地域支援部長
酒井 龍彦	NPO 法人 長崎県地域生活定着支援センター 所長
崎 美佐子	長崎県発達障害者支援センター しおさい 係長

表4：現地調査研究チーム A（長崎チーム）（50音順）

氏名	所属
酒井 龍彦	NPO 法人 長崎県地域生活定着支援センター 所長
中島 薫	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 主任主事
林 一	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 係長
松村 真美	社会福祉法人 南高愛隣会 県南地域サービスセンター 所長

表 5：現地調査研究チーム B（群馬チーム）（50 音順）

氏 名	所 属
芦名 孝一	群馬県こころの健康センター 医長
大館 太郎	群馬県立精神医療センター 医師
大塚 俊弘	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 所長
小野 隆一	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 地域支援部長
竹吉 秀記	群馬大学大学院 医学系研究科 神経精神医学教室 助教
中島 薫	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 主任主事
林 一	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 係長

表 6：実態調査部門（50 音順）

氏 名	所 属
大塚 俊弘	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 所長
崎 美佐子	長崎県発達障害者支援センター しおさい 係長
中島 薫	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 主任主事
松尾 英輔	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 係長

表 7：研修部門（50 音順）

氏 名	所 属
大塚 俊弘	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 所長
中島 薫	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 主任主事
林 一	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 係長
松尾 英輔	長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター 係長

### 3. 方法

#### (1) 支援プログラム調査開発部門

表 8 に示した A.～ D.の 4 つの地域移行類型のうち、各 1～2 例の地域移行困難事例に対し、障害者自立支援法による支援サービスと、自宅以外の生活の場の提供、知的能力を生かした進学や資格獲得を目指した学習支援、対人対処技能に対する支援、心理・精神療法的支援サービス等を組み合わせた新たな“包括的支

援プログラムパッケージ”を複数開発し、試行的に実施する。さらに、その効果および実施継続に必要な人的体制・財政支援等について検討を行い、新たに追加すべき支援メニュー、各類型毎の効果的な支援メニューの組み合わせを施策提言することとした（図2参照）。

“包括的支援プログラムパッケージ”の開発およびその試行的実施は、プログラム策定作業部会と現地調査研究チームが担当し、効果等の評価に関しては、支援プログラム調査検討委員会が担当した（図3参照）。

なお、委員会や作業部会等の開催状況に関しては、資料編 p ○～ p ○に掲載してある。

表8：地域移行の類型

類 型 名	定 義
A.『自宅 → 地域』型	家人との不和、自立目的、その他の諸事情から、自宅を出て自宅以外の地域での生活をしようとしている者。
B.『福祉施設 → 地域』型	障害者福祉施設、児童福祉施設等の福祉施設を退所して、地域での生活をしようとしている者。
C.『矯正施設 → 地域』型	刑務所、少年院等の矯正施設を出所・退院して、地域での生活をしようとしている者
D.『病院 → 地域』型	精神科病院を退院して地域での生活をしようとしている者

長崎こども・女性・障害者支援センター、南高愛隣会、長崎県地域生活定着支援センター、群馬大学、群馬県立精神医療センター、および群馬県こころの健康センターにおいて支援継続中（複数機関による共同支援中の者も含む）の広汎性発達障害児者の中から、特に地域移行が困難となっている事例合計5例を選び出しエントリーした。

5例はいずれも未婚男性で、年齢は16歳～22歳、全員医師によって広汎性発達障害の診断がなされていた。知能指数については、1例が鈴木ビネー式でIQ = 73、残りの4例はWISC-IIIでIQ = 65（言語性IQ = 85）～IQ = 121で、全例ともいわゆる高機能広汎性発達障害児者であった。

地域移行類型に関しては、A.『自宅 → 地域』型：1例、B.『福祉施設 → 地域』型：1例、C.『矯正施設 → 地域』型：2例、D.『病院 → 地域』型：1例であり、A.の1例にはひきこもり傾向があり、他の4例については、過去に傷害致死、殺人未遂、強制わいせつ、放火、窃盗等の犯罪・反社会的行為があった。

なお、5例いずれとも、本調査研究の趣旨および研究員への情報提供の範囲等に関する説明を行った上で、本人および保護者より書面をもって同意を得てある。

図2

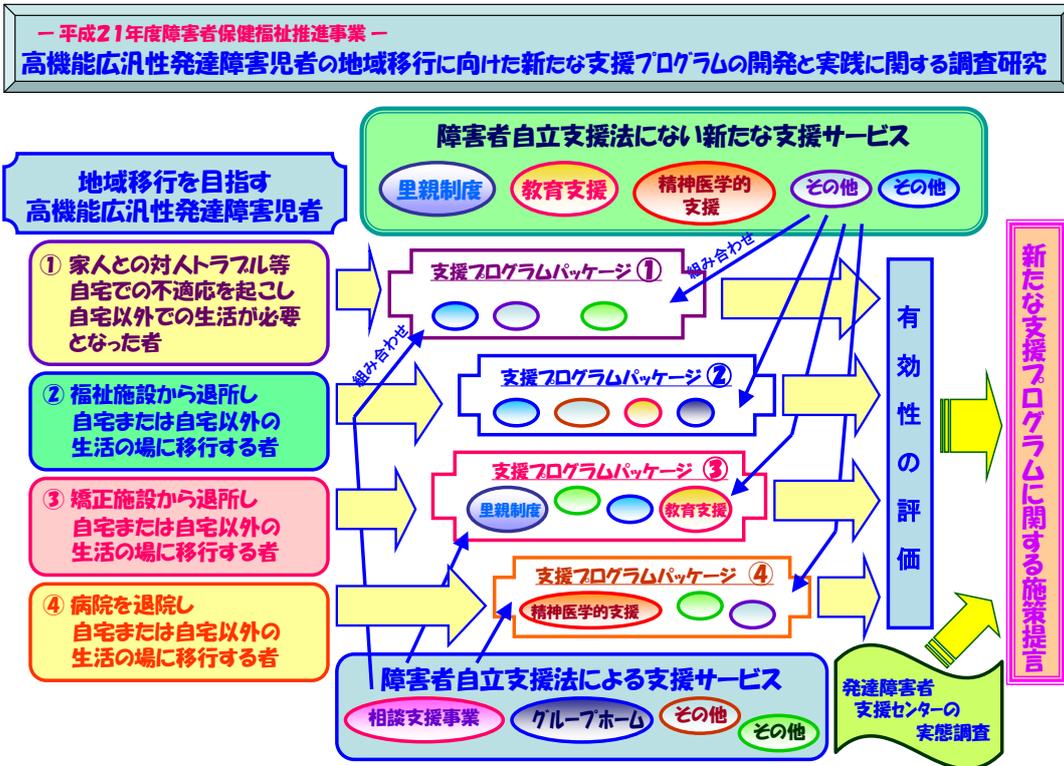
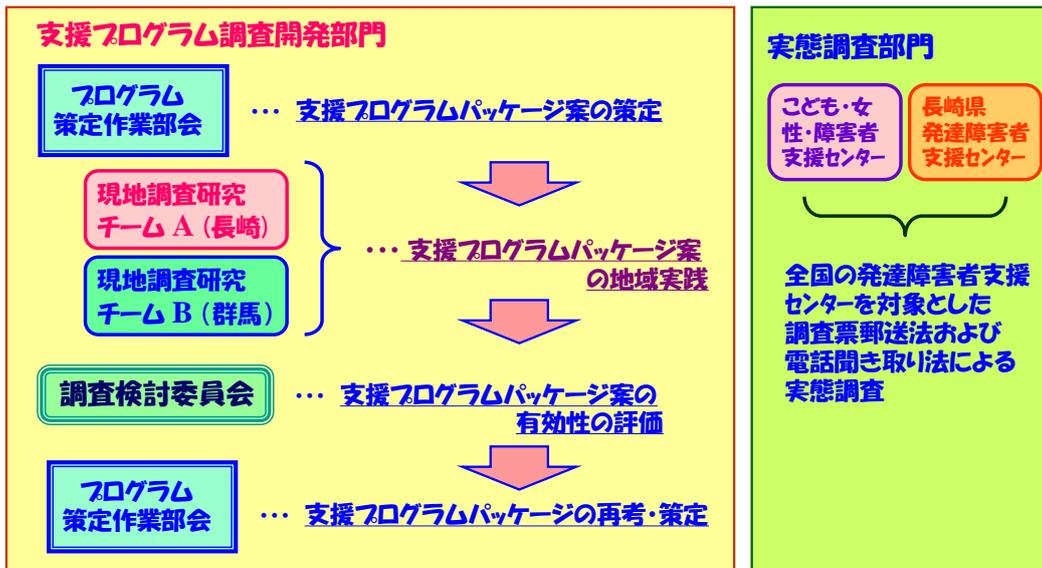


図3

**研究組織と調査研究の流れ**



## (2) 実態調査部門

全国の発達障害者支援センターを対象に、各センターにおける高機能広汎性発達障害児者への支援実態を把握するとともに、本調査研究の支援プログラム調査開発部門において、創設の必要性が示唆された新たな支援サービスについて、その必要性や有用性について各センターの意見を聞くことを目的に、郵送によるアンケート調査を行った。

第 I 章 相談支援活動の実態、第 II 章 調査対象ケースの状況、第 III 章 有効と思われる現行の支援サービス、第 IV 章 新たに創設すべき支援サービス、第 V 章 その他（自由記載）の 5 章構成の調査票「発達障害者支援センターにおける高機能広汎性発達障害児者に対する学習支援サービス等の必要性に関する調査」を作成し、全国 78 か所の発達障害者支援センターに郵送した。

調査対象は、各センターで平成 21 年 1 月 1 日～平成 21 年 12 月 31 日の間に新規受理したケースであって、義務教育修了（中学校卒業）後の高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者とした。

調査票の送付は、平成 21 年 12 月 28 日に行い、回収期間は平成 22 年 3 月 10 日までとした。

なお、使用した調査票は資料編 p ○～p ○に掲載した。

## (3) 研修部門

本調査研究で得られた成果を元に、発達障害者支援センター職員を対象に、地域移行が困難となっている高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者に対するケースマネジメントのあり方、同センターに求められる今後の役割等を学ぶ研修会を開催した。

研修会の名称は『高機能広汎性発達障害児者の地域移行支援に関するセミナー』で、講話だけでなく事例検討や意見交換会を交えた参加型のものとするために、30 名以内の小規模な地域ブロック毎の研修会を企画し希望を募ったところ、中部・北陸ブロックと近畿ブロックから開催の要望が出された。

中部・北陸ブロックは、平成 22 年 2 月 20 日～2 月 21 日、名古屋市内において、近畿ブロックは、平成 22 年 3 月 14 日、大阪市内において研修会を開催したところ、合計 15 センター、29 名の参加を得た。

なお、研修会のプログラム、参加者等に関しては、表 9、表 10 に示した。

また、各講師が用いたスライドおよび配付資料については、資料編 p ○～p ○に掲載した。

表 9：中部・北陸ブロック研修会の概要

日 程	平成 22 年 2 月 20 日(土) ～ 2 月 21 日 (日)
開催場所	愛知県産業労働センター (名古屋市中村区名駅 4-4-38)
内 容	<p>I. 講義「触法行為後の地域移行支援」  講師：松村真美  (社) 南高愛隣会 県南地域サービスセンター 所長</p> <p>II. 講義「保護観察所と地域との連携 ～発達障害等を有した刑事施設等収容者の地域移行について～」  講師：西村朋子  法務省 関東地方更生保護委員会 保護観察官</p> <p>III. 講義と演習「家族支援」  講師：大塚俊弘  長崎こども・女性・障害者支援センター 所長</p> <p>IV. 事例検討と意見交換</p>
参加者	5 センター、5 名

表 10：近畿ブロック研修会の概要

日 程	平成 22 年 3 月 14 日(日)
開催場所	ホテル阪急インターナショナル (大阪市北区茶屋町 19-19)
内 容	<p>I. 講義「触法行為後の地域移行支援」  講師：松村真美  (社) 南高愛隣会 県南地域サービスセンター 所長</p> <p>II. 講義「反社会行動(犯罪)を介して、支援者及び家族は、障害受容と当事者の“行動”を、どのように理解し支援すべきか」  講師：副島洋明  根岸いんくる法律事務所 弁護士</p> <p>III. 講義と演習「家族支援」  講師：大塚俊弘  長崎こども・女性・障害者支援センター 所長</p> <p>IV. 事例検討と意見交換</p>
参加者	10 センター、24 名

## 4. 結果

### (1) 支援プログラム調査開発部門

エントリーされた5例それぞれに対して、地域移行を困難としている要因を分析し、その要因を改善すると思われる新たな支援サービスを策定し、試行的に実施した。

試行的実施を行った支援サービスは、①学習支援事業、②コミュニケーション・サポーター派遣事業、③里親制度／共同住居利用サービス、④心理・精神療法的支援サービス（SST [生活技能訓練]、心理教育等）、⑤自助的支援サービス、⑥動物介在活動／音楽活動、⑦家族支援サービス（家族心理教育）の7つであり、その概要並びに効果について項目別に以下にまとめた。

#### ① 学習支援事業

手先が不器用で体力もないため熟練技術や体力が要求される工員等への職業適性がなく、一方、元来学業を得意とし大学進学を希望していたが、施設入所のために学習の機会が減少し学業成績が著しく低下したため進学をあきらめざるを得ない状況にあった1例に対し、大学進学を目標に偏差値向上を目的とした個別の学習支援を実施した。

入所施設内において、通常の日課を軽減した上で1日6～8時間の学習ができるよう個室の学習室を提供するとともに、1人の職員に家庭教師的な学習支援を担ってもらった。約4ヶ月の学習支援の結果、学業成績が急速に向上し、見事に偏差値50以上の大学に合格した。

#### ② コミュニケーション・サポーター派遣事業

全寮制の障害者能力開発センターにおいて職業訓練を行っており職業的な技術習得はできているものの、コミュニケーション能力の障害に起因する対人交流の不適切さから、就職活動や継続的な就労が困難と予想された1例に対し、障害者福祉を専攻している大学生を雇用し、職場実習先での対人交流場面や集団行動場面において、本人に対する助言や交流のきっかけ作り、その他の環境調整を担当する“コミュニケーション・サポーター（仮称）”を週に1回の頻度で同行させる支援事業を実施した。

休憩時間での対人交流がほとんどできなかつたり、他者は駆け足で移動しているにもかかわらずマイペースでゆっくり移動するなど集団行動への同調ができないなどの課題があったが、場面場面でコミュニケーション・サポーターが同行しながら助言することで、約3ヶ月の間に大きな改善が認められ、自ら他者に話しかける、他者が駆け足で移動する際も合わせて駆け足で移動するなど、対人交流が質的にも量的にも向上した。

### ③ 里親制度／共同住居利用サービス

本人の起こした反社会的行動、犯罪行為等が原因で、自宅での生活が選択できない状況であり、加えて知的障害がなく生活障害も極めて軽微なために、障害者グループホーム等の居住支援には馴染まない1例に対し、生活困窮者や外国人、障害者、非行や犯罪歴等、様々な理由から住居の確保ができなくなった要支援者を対象とした、某民間団体が運営している共同住居を利用させた。利用料に関しては、共同住居の運営責任者に対し、児童福祉法における里親委託と同様の委託費を支払うものとした。

約1年間の期間、小さな対人トラブルはあるものの、生活困窮者や外国人、非行少年らとの共同生活が継続できている。

### ④ 心理・精神療法的支援サービス

対人場面でのコミュニケーション能力に問題があり、自分の意見を相手に伝えることができない2例に対して、あいさつ、分からないことのたずね方や断り方、対人トラブルに巻き込まれた時の対処の仕方等、日常生活場面での具体的な課題を抽出し、ロールプレーを用いて訓練する「SST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング，生活技能訓練）」を専門の作業療法士を招聘した上で4～5人の小集団で実施した。

加えて、自己気づき機能（自己モニタリング機能）が障害されているために、相手を不愉快にさせてしまう場面の多い1例に対し、相手を不愉快にさせない話し方、相手のほめ方、対人トラブルに巻き込まれた時の対処の仕方等に関する「SST」を専門の作業療法士を招聘し個別に実施した。

また、自分の障害認知が不十分な2例に対し、疾患や障害、トラウマ等に関する適切な知識や情報を提供しながら、疾患の管理や日常生活上の対処技法の向上を目指す「心理教育」を精神科医療機関の協力を得ながら実施した。

SST、心理教育のいずれについてもこれまでに約3ヶ月の実施期間が経過したが、SSTの効果としていくつかの場面で対処技能の向上が観察されており、また、心理教育については、自分の障害に関する正しい理解がすすんだ結果、障害福祉サービスの利用や各種訓練に対して積極的で主体的な姿勢が見られるなどの効果が得られた。

### ⑤ 自助的支援サービス

幼少期の被虐待体験があるため、自尊感情や自己肯定感が持てず、反社会的行為を繰り返してきた1例について、自尊心や人生のリカバリーを目的に、同様の体験を有する複数の障害者による“当事者ミーティング”を

実施した。実施にあたっては、担当職員がアルコールや薬物、ギャンブル等の依存症治療を専門とする精神科医療機関で行われているミーティング（集団精神療法）を数回見学し、それと同様のやり方を採用した。

約3ヶ月間の実施期間が経過したが、自尊心の回復に関する効果についてはまだ定かではないが、メンバー同士の交流自体は徐々に活発化しており、今後の効果が期待できる。

## ⑥ 動物介在活動／音楽活動

自己気づき機能（自己モニタリング機能）が障害されており、また、相手の気持ちを酌み取ることが極めて不得意であるために、相手を不愉快にさせてしまい、対人トラブルの絶えない1例に対し、乗馬クラブと全員が障害者である和太鼓集団への参加を試みた。

いずれに関しても不適応を起こすことなく活動継続ができており、言葉は通じないが愛情を込めて世話をすることで相互の信頼関係が構築されていく乗馬活動や、目線やしぐさ等から雰囲気を感じ取り、奏者全員が息を合わせることで初めて曲となる和太鼓演奏は、発達障害児者が不得意とする“場の空気”や“相手の表情”を読みとる能力の向上につながる可能性が示唆されている。

## ⑦ 家族支援サービス（家族心理教育）

同居家族が当該障害児者の疾患や障害を十分に理解できていないために、本人が示す問題行動に対して過度に批判したり、過度に過保護な対応をとるため本人の反社会的な行為が繰り返されている1例に対し、その家族を対象に、疾患や障害に関する適切な知識や情報を提供しながら、障害児者本人が示す問題行動等への対処技法の向上を目指す家族心理教育を実施した。

実施期間は2ヶ月しか経過していないため、その効果については十分な評価ができていない。

## (2) 実態調査部門

全国78カ所の発達障害者支援センターのうち49センターからの回答を得られ、回収率は62.8%だった。

調査結果の全集計は、資料編p〇～p〇に掲載してあるが、その中から主なものを以下に示す。

### I 相談支援活動の実態

回答のあった49センターの年間新規受理件数は、合計15,014件で、そ

のうち、地域移行支援の対象となる可能性がある高機能広汎性発達障害児者(義務教育を修了後の高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者)は2,115件で1年間の受理件数全体の14.0%を占めていた。

2,115件のうち、今回の調査対象ケースである“地域移行に向けた支援が必要と思われる者、あるいは地域移行支援を継続中もしくは開始予定の者”は272件で、地域移行支援の対象となる可能性がある高機能広汎性発達障害児者の12.9%(年間新規受理件数の1.8%)に過ぎなかった。

今回の調査対象ケースである272件を地域移行の類型別にみると、A.『自宅 → 地域』型:209件、B.『福祉施設 → 地域』型:10件、C.『矯正施設 → 地域』型:7件、D.『病院 → 地域』型:46件であった。

## II 調査対象ケースの状況

地域移行や社会適応を困難にしている要因に関して、1ケースにつき影響が大きいと思われる要因についての第2位の項目まで回答を求めた。地域移行の類型別に、多かった要因を以下に示した。

### A.『自宅 → 地域』型

「主に対人関係の問題のために継続的就労ができず、社会的目標を見失っている」(31.6%)

「本人の障害受容が不十分なため、対人関係などにおける対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している」(22.2%)

### B.『福祉施設 → 地域』型

「本人の障害受容が不十分なため、対人関係などにおける対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している」(25.0%)

「施設内や関連施設、周囲の地域には、本人が望む活動の場がない」(10.0%)

「主に対人関係の問題のため継続的就労ができず、社会的目標を見失っている」(10.0%)

「暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行動が繰り返されている」(10.0%)

### C.『矯正施設 → 地域』型

「本人の障害受容が不十分なため、対人関係などにおける対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している」(41.7%)

「暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行動が繰り返されている」(10.0%)

返されている」(25.0%)

D.『病院 → 地域』型

「主に対人関係の問題のために継続的就労ができず、社会的目標を見失っている」(31.6%)

「本人の障害受容が不十分なため、対人関係などにおける対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している」(22.2%)

### Ⅲ 有効と思われる現行の支援サービス

障害者自立支援法に規定された支援サービスを現在利用している者、若しくは利用予定である者がそれぞれ何人いるかについて回答を求めた。地域移行の類型別に上位5位までを以下に示した。

A.『自宅 → 地域』型

「相談支援」(57.9%)

「地域活動支援センター」(10.7%)

「就労移行支援(一般型・資格取得型)」(9.1%)

「就労継続支援(A型・B型)」(5.8%)

「居宅介護」(3.3%)

「共同生活援助(グループホーム)」(3.3%)

B.『福祉施設 → 地域』型

「相談支援」(32.0%)

「自立訓練(生活訓練)」(12.0%)

「共同生活援助(グループホーム)」(12.0%)

「施設入所支援」(8.0%)

「就労継続支援(A型・B型)」(8.0%)

C.『矯正施設 → 地域』型

「相談支援」(50.0%)

「施設入所支援」(12.5%)

「就労移行支援(一般型・資格取得型)」(12.5%)

「就労継続支援(A型・B型)」(12.5%)

「地域活動支援センター」(12.5%)

D.『病院 → 地域』型

「相談支援」(25.6%)

「就労継続支援(A型・B型)」(18.6%)

「居宅介護」(9.3%)

「施設入所支援」(7.0%)

「地域活動支援センター」(7.0%)

#### IV 新たに創設すべき支援サービス

新たに創設すべき支援サービスについて、1 ケースにつき有効と思われるものを上位2位まで挙げるよう回答を求めたところ、多かった支援サービスは以下のとおりだった。

##### A. 『自宅 → 地域』型

「心理・精神療法的支援」(31.4%)

「コミュニケーション・サポーター」(30.7%)

「家族支援(家族心理教育)」(19.0%)

##### B. 『福祉施設 → 地域』型

「様々な要支援者が利用する共同住居」(30.8%)

「心理・精神療法的支援」(23.1%)

「コミュニケーション・サポーター」(15.4%)

「家族支援(家族心理教育)」(15.4%)

##### C. 『矯正施設 → 地域』型

「コミュニケーション・サポーター」(42.9%)

「家族支援(家族心理教育)」(28.6%)

「心理・精神療法的支援」(21.4%)

##### D. 『病院 → 地域』型

「家族支援(家族心理教育)」(26.8%)

「心理・精神療法的支援」(25.6%)

「コミュニケーション・サポーター」(24.4%)

##### A.～D. 全てのケース

「心理・精神療法的支援」(29.6%)

「コミュニケーション・サポーター」(29.4%)

「家族支援(家族心理教育)」(20.7%)

#### V 自由記載

自由記載の中で多かった意見は、以下に示したような内容であった。

「就労支援の前段階として、日中の活動の場、基本的な生活習慣の指導が必要なため、自立支援法の地域活動支援センター、就労移行／継続支援、精神科デイケアなどの利用が必要となるが、地域によっては利用できるサービスが少なかったり、サービスを利用できたとしても内

容が広汎性発達障害の特性にマッチしない。」

「家族や周囲の人々を対象とした心理教育用の教材の作成や心理教育の機会を増やすことが必要。」

「発達障害専門医の不足。早期発見／早期治療体制の構築が必要。」

「関係機関への発達障害についての理解・啓発、および、困難事例に対するノウハウや機関間連携が必要。」

## 5. 結語および施策提言

高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者の中には、義務教育を終えた後、進学や就職に失敗したり、高校進学や就職はできたものの、学校や職場において不適応を起こし、家庭等に長期に引きこもったりする者が少なからず存在しており、その中でも、犯罪や非行、その他の非社会的・反社会的行動のある者は、家庭や施設、病院からの地域移行が困難となっている。

しかも、衣・食・住に関する生活障害は全くないか軽微であるものの、コミュニケーションや社会的な場面での行動調節機能障害が著しいというその障害特性から、現行の障害者自立支援法に規定された障害福祉サービスの範囲では、彼らの社会参加や地域移行を十分に支援できていないのが実情である。

また、全国の発達障害者支援センターへのアンケート調査結果をみると、1年間の新規受理件数 15,000 余の中で、地域移行が困難となっている高機能広汎性発達障害児者の割合はわずか 272 件、2%未満であり、地域移行困難ケースに対する支援が十分に行われていない実状も明らかとなった。

本調査研究では、特に地域移行が困難となっている高機能広汎性発達障害児者 5 例に対して、現行の障害福祉サービスにはない新たな支援サービスを試行的に実施し、その効果について分析を行うとともに、発達障害者支援センターの意見も参考にしながら、高機能広汎性発達障害児者の地域移行支援サービス体制のあるべき姿をさぐった。

広汎性発達障害者の支援に携わっている様々な立場の専門家により構成された支援プログラム調査検討委員会の中で分析と検討を繰り返した結果、現行の障害福祉サービスにはないいくつかの支援サービスを新たに創設すべきであるという結論に至った。

さらに、特に家族や地域の受け入れが困難となりやすい累犯障害者や地域社会に大きな影響を与えた事件や反社会的行動を起こした障害者の地域移行支援について議論する中で、居住場所の確保を含めた様々な支援サービスを提供するとともに更生プログラムも加えた包括的支援プログラムを実施できる障害福祉施設の必要性が明確となった。

本調査研究班としては、現行の障害福祉サービスにはない新たな 7 つの支援サ

ービスを創設するとともに、地域移行が最も困難な触法障害者等に対する包括的支援プログラムを実践する『特別処遇更生プログラム拠点モデル施設（仮称）』を都道府県1カ所ずつ設置することを施策提言する。

新たに創設すべき7つの支援サービスと『特別処遇更生プログラム拠点モデル施設（仮称）』の概要を以下に示す。

## (1) 新たに創設すべき支援サービス

### ① 学習支援事業

元来学業を得意としていたが不登校や退学により継続的な学習の機会を失ってしまった者、あるいは、施設入所により集中した学習環境が得られず学力の低下を来した者を対象に、学力向上、進学、資格取得等を目的とした、学習支援員派遣サービスおよび学習環境の確保に関するサービス。

在宅や入所型施設等への学習支援員（家庭教師）の派遣、もしくは、通所型の小規模学習塾的事業として実施する。

実施形態としては、学習塾等への委託事業、発達障害者支援センター等での教員OBの非常勤雇用といった形が考えられる。

### ② コミュニケーション・サポーター派遣事業

対人交流場面において障害児者が孤立せずより適切で継続的な対人交流ができることを目指し、行動や対処の仕方等に関する助言や交流のきっかけ作り等の環境調整を行うとともに、学校や職場、その他の社会活動の場の職員等に対して障害特性に関する情報の提供、指導・対処方法の提案等を行うことで、学習環境や社会体験の場（就職活動、職業訓練、福祉サービス利用、余暇活動等）への適応を支援するサービス。

就労支援でいう職場適応援助者（ジョブコーチ）の学習支援・社会活動支援版といったイメージであるが、より対人交流場面での助言、調整に特化した支援を行うものである。

派遣期間に関しては、対象者の確実な適応を期待するためには半年～1年間といった長期間にするべきであると思われる。

また、学校現場への派遣に関しては、教員以外の者が教室等に頻回に出入りをするという目立った状況となるため、その受け入れ体制にも検討が必要と思われる。現実的には、高機能広汎性発達障害児の受け入れを行うモデル校を指定し、教員の協力を得ながらコミュニケーション・サポーターを受け入れるといった体制が考えられる。

### ③ 里親制度／共同住居利用サービス

家族との不和、本人の反社会的行動や犯罪行為等が原因で、自宅での生

活が選択できなくなった者、あるいは、障害者グループホーム等において自分の障害と他の入所者との障害特性の違いを強く感じ不適応を起こした者に対して、一定の基準を満たした家庭や共同住居において共同生活の場を提供する居住支援と日常生活支援を組み合わせた支援サービス。

利用料の給付、若しくは相談支援員に里親委託する形（児童福祉法上の里親制度の障害者版）で実施し、非行や犯罪歴のある者に対する贖罪教育・更生指導を実施できる里親の場合は、特別加算をするものとする。

#### ④ 心理・精神療法的支援サービス

認知行動療法、その他の心理・精神療法的技法を用いた、学習環境や社会体験の場でのより良い適応を目指す生活訓練サービス。

あいさつ、相手を不愉快にさせない話し方、分からないことのたずね方、断り方、対人トラブルに巻き込まれた時の対処の仕方等、日常生活場面での具体的な課題を抽出し、ロールプレーを用いて訓練する「SST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング、生活技能訓練）」、疾患や障害、トラウマ等に関する適切な知識や情報を提供しながら、疾患の管理や日常生活上の対処技法の向上を目指す「心理教育」等。

障害者自立支援法における相談支援事業の中に位置づけられるが、一定の技術的な要件を設けて特別加算をするものとする。

#### ⑤ 自助的支援サービス

自尊心や人生のリカバリーを目的に、同様の体験を有する複数の障害者による“当事者ミーティング”を実施する。

④と同様、障害者自立支援法における相談支援事業の中に位置づけられるが、一定の技術的な要件を設けて特別加算をするものとする。

#### ⑥ 動物介在活動／音楽活動

言葉は通じないが愛情を込めて世話をすることで相互の信頼関係が構築されていく乗馬活動等の動物介在活動や、目線やしぐさ等から雰囲気を感じ取り、奏者全員が息を合わせることで初めて曲となる和太鼓演奏等の音楽活動に対し、一定の施設要件や技術的な要件を設けて特別加算をする。

発達障害児者が不得意とする“場の空気”や“相手の表情”を読みとる能力の向上等を目指す。

#### ⑦ 家族支援サービス（家族心理教育）

障害児者の家族を対象に、疾患や障害に関する適切な知識や情報を提供しながら、障害児者が示す問題行動等への対処技法の向上を目指す家族療法的支援サービス。

単家族に対する個別支援と、複数家族を対象とした集団支援（家族教室）の両方があるが、集団支援の方がより効果的と言われている。

試行的実施期間が短かったために効果に関する分析は十分にはできていないが、協力研究機関からの意見や発達障害者支援センターへのアンケート調査の結果をみても、そのニーズは高い。

家族支援は、発達障害者支援センターや障害福祉サービス事業所の本来業務であるため、一定の技術的な要件を設けて特別加算をするといったものではないのかもしれないが、少なくとも必須メニューとして推奨されるべきものであり、そのため家族心理教育用の資料等のツールの開発と、職員研修の充実が必要である。

## (2) 特別処遇更生プログラム拠点モデル施設（仮称）

### 【概要】

累犯障害者や地域社会に大きな影響を与えた事件や反社会的行動を起こした障害者等を対象に、居住場所の確保を含めた様々な支援サービスを提供するとともに更生プログラムも加えた包括的支援プログラムを実施する高度障害福祉施設。

関係機関に対する技術支援や職員の技術向上研修等を行う地域の中核施設として都道府県に1カ所ずつ設置する。

### 【人員】

常勤職員： ①社会福祉士（相談支援専門員研修受講者）、②精神保健福祉士（相談支援専門員研修受講者）、③作業療法士、④臨床心理技術者、⑤看護師、⑥ジョブコーチ、⑦ケアマネージャー、⑧支援員（数名）、⑨介護員（数名）

非常勤職員：①精神科医師（週3日以上）、②保護司、③音楽療法士（音楽活動指導員）、④動物介在活動指導員

### 【施設基準】

居室、食堂、職員室、更衣室、トイレ（男・女）、相談室、作業療法室（兼）、リハビリ室（兼）、職業訓練室、音楽療法室、特別指導室（心理療法室）

### 【主要業務】

- ① 多様な障害に応じた包括的支援プログラムパッケージの提供
  - ・コミュニケーション・サポーターによる支援
  - ・臨床心理士等による心理教育的支援
  - ・作業療法士等による SST
  - ・動物介在活動／音楽活動



## II 資料編

# 1 会議開催状況

## 1. 支援プログラム調査検討委員会

	日時	内容
第1回	平成21年8月22日(土) 14:00～17:00	①事業内容説明 ②支援プログラム調査開発に関する意見交換
第2回	平成21年11月20日(金) 13:30～16:30	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討 ②セミナー開催について意見交換 ③アンケート調査について意見交換
第3回	平成22年2月12日(金) 13:30～16:30	①支援プログラム調査開発部門：事業実施報告 ②実態調査部門：アンケート調査結果報告 ③研修会：セミナーに関する報告 ④新たに創設すべき支援サービスについて意見交換 ⑤報告書作成について

## 2. 策定作業部会

	日時	内容
第1回	平成22年2月2日(火) 19:00～20:00	①施策提言する支援メニューの整理・検討
第2回	平成22年2月26日(金) 14:00～15:00	①施策提言する支援メニューの整理・検討 ②報告書作成打ち合わせ
第3回	平成22年3月15日(月) 17:00～18:00	①施策提言する支援メニューの整理・検討

### 3. 現地調査研究チーム

#### A 長崎チーム

	日時	内容
第1回	平成21年9月7日(月) 10:30~12:00	①支援メニューの検討・意見交換
第2回	平成21年10月13日(火) 14:00~16:00	①支援メニューの検討・意見交換
第3回	平成21年12月24日(木) 10:00~12:00	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討 ②支援メニューの検討
第4回	平成21年12月25日(金) 15:30~17:00	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討 ②支援メニューの検討
第5回	平成22年1月21日(木) 16:00~17:30	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討 ②支援メニューの検討
第6回	平成22年1月25日(月) 10:00~12:00	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討 ②支援メニューの検討

#### B 群馬チーム

	日時	内容
第1回	平成21年9月8日(火) 14:00~16:00 17:00~18:00	①支援メニューの検討・意見交換
第2回	平成21年10月7日(水) 17:00~18:00	①支援メニューの検討・意見交換
第3回	平成22年1月13日(水) 18:00~20:00	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討 ②支援メニューの検討
第4回	平成22年2月26日(金) 15:00~17:00	①支援プログラムの実践経過報告と有効性の評価・検討

2 「発達障害者支援センターにおける高機能広汎性発達  
障害児者に対する学習支援サービス等の必要性に  
関する調査」

2—① アンケート調査票

## 発達障害者支援センターにおける高機能広汎性発達障害児者に対する 学習支援サービス等の必要性に関する調査

本調査は、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）に採択された「高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた新たな支援プログラムの開発と実践に関する調査研究」の一環として実施するものです。

同研究は、家庭や施設、学校等において、不適応を起こし、地域移行が困難となっている高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者に対する、新たな地域移行支援プログラムを開発、試行的に実践し、地域移行に対するその効果を調査し、新たな“包括的支援プログラム”の必要性について施策提言することを目的としております。

私たちが新たな地域移行支援プログラムとして注目しているのは、元来学業を得意としていたが不登校や退学により継続的な学習の機会を失ってしまった者に対して、学習指導や進学相談等を行うことで、進学や資格取得等を支援する『学習支援』、対人交流場面での助言・調整等を行うことで学習環境や社会体験の場への適応を支援する、職場適応援助者（ジョブコーチ）の学習支援／社会活動支援版である『コミュニケーション・サポーター』、障害者グループホームとは異なる形態の『共同住居』等であり、現行の障害者自立支援法の中では認められていないこれらの支援サービスを国の制度の中に導入するよう施策提言していきたいと考えております。

本調査では、私たちが想定している新たな地域移行支援プログラムの必要性について、第一線で発達障害児者の支援にあたっておられる全国の発達障害者支援センターの皆さまのご意見をお聞きするとともに、各センターにおける高機能広汎性発達障害児者への支援実態の把握をさせていただきたいと考えております。

本調査票は、「第Ⅰ章 相談支援活動の実態」、「第Ⅱ章 調査対象ケースの状況」、「第Ⅲ章 有効と思われる現行の支援サービス」、「第Ⅳ章 新たに創設すべき支援サービス」、「第Ⅴ章 その他（自由記載）」の5章構成になっています。

回答方法については、第Ⅰ章において、調査対象者をリストアップした後、第Ⅱ章以降は、リストアップされたケースの中で、各質問項目に該当する者が何人いるか、そのケースの数を記入していただくことになっております。

なお、調査対象期間については直近の1年間としており、平成 21 年 1 月 1 日～平成 21 年 12 月 31 日の間に貴センターで新規受理したケースについて回答していただきたいと思っております。

多忙な日常業務の中、誠に恐縮ではありますが、本調査の趣旨にご賛同いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

平成 21 年 12 月 18 日

長崎県

長崎こども・女性・障害者支援センター

所 長 大塚 俊 弘

以下の欄に、記入年月日、施設名、連絡先電話番号および担当者名、をご記載ください。

記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

## 第 I 章 相談支援活動の実態

### I - (1) 貴施設の運営主体

下記の中から当てはまる数字を選び回答欄に記入してください。

- 1 社会福祉法人
- 2 都道府県立・市立
- 3 その他 ( )

I - (1)

### I - (2) 職員体制

#### a) 常勤職員

貴センターに配置されている常勤職員（兼任も含む）について、下表の職種名の欄に人数を記入するとともに、全職員数を記入してください。

職 種 名	人 数	職 種 名	人 数
社会福祉士		教 員	
精神保健福祉士		保育士	
介護支援専門員		事務職	
相談支援員（無資格者）		その他（ ）	
言語聴覚士		その他（ ）	
作業療法士		その他（ ）	
理学療法士		その他（ ）	
臨床心理士		その他（ ）	
医 師		その他（ ）	
看護師・保健師		その他（ ）	
		全職員数（常勤）	

I - (2) - a)

#### b) 非常勤職員

貴センターに配置されている非常勤職員について、下表の職種名の欄に人数を記入するとともに、全職員数を記入してください。

職 種 名	人 数	職 種 名	人 数
社会福祉士		教 員	
精神保健福祉士		保育士	
介護支援専門員		事務員	
相談支援員（無資格者）		その他（ ）	
言語聴覚士		その他（ ）	
作業療法士		その他（ ）	
理学療法士		その他（ ）	
臨床心理士		その他（ ）	
医 師		その他（ ）	
看護師・保健師		その他（ ）	
		全職員数（非常勤）	

I - (2) - b)

I - (3) 年間新規受理件数

平成21年1月1日～平成21年12月31日の間、貴センターで  
新規受理したケースの総数を回答欄に記入してください

I - (3)

I - (4) 調査対象となる高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者

本調査の対象となるのは下記の ① ～ ③ 全ての条件を満たしたケースです。

- ① 平成21年1月1日～平成21年12月31日の間に貴センターで新規受理された者
- ② 新規受理された時点で、義務教育を修了（中学校卒業）していた者
- ③ 下記の症例定義を満たす者

◆ 高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者の症例定義 ◆

- a) 医師により広汎性発達障害の診断がなされており、かつ、知能障害がない、若しくは軽度であると思われる者
- b) 医師による診断や知能指数については明らかでないが、その他の情報から、高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者であると思われる者

リストアップにあたっては、別紙「調査対象ケース」リストアップ表（全5頁の黄色の冊子）を使用してください。

リストアップ表は、A.～E. の5部構成となっており、以下に示した“地域移行の類型”別に、ケースをリストアップしてください。

特に、年齢と相談受理日については、本調査の対象となるか否かの重要な条件ですので、十分に注意をしながらリストアップしてください。

なお、このリストアップ表は、以降の質問項目に回答を記入する際に参考にするものですので、提出する必要もなく、全ての欄を埋める必要はありません。

★ 地域移行の類型 ★

貴センターで新規受理した高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者の中で、地域移行に向けた支援が必要と思われる者、あるいは地域移行支援を継続中若しくは開始予定の者について、以下のA.～D.の類型に分類してください。

なお、地域移行支援をしていない若しくはその予定がない者は、E. 地域移行支援対象外に分類してください。

- |                 |   |
|-----------------|---|
| A. 『自宅 → 地域』型   | 家人との不和、自立目的、その他の諸事情から、自宅を出て自宅以外の地域での生活をしようとしている者。 |
| B. 『福祉施設 → 地域』型 | 障害者福祉施設、児童福祉施設等の福祉施設を退所して、地域での生活をしようとしている者。       |
| C. 『矯正施設 → 地域』型 | 刑務所、少年院等の矯正施設を出所・退院して、地域での生活をしようとしている者            |
| D. 『病院 → 地域』型   | 精神科病院を退院して地域での生活をしようとしている者                        |
| E. 地域移行支援対象外    | 地域移行支援をしていない、若しくはその予定がない者                         |

お手元に、別紙「“調査対象ケース” リストアップ表」(以下、別紙「リストアップ表」という。)をご用意の上、以下の質問項目にご回答ください。

a) 医師の診断の有無別の件数

別紙「リストアップ表」A.～E. に載せてあるケースについて、以下に該当する者の数を各回答欄に記入してください。

① 医師により広汎性発達障害の診断がなされており、かつ、  
知能障害がない、若しくは軽度であると思われる者の数  
(別紙「リストアップ表」で、医師の診断が“有”となっている者の数)

I - (4) - a) - ①

② 医師による診断や知能指数については明らかでないが、  
その他の情報から、高機能および軽度知能障害の広汎性  
発達障害児者と思われる者の数  
(別紙「リストアップ表」で、医師の診断が“不明”となっている者の数)

I - (4) - a) - ②

b) 地域移行の類型別の件数

別紙「リストアップ表」A.～E. に載せてあるケースについて、以下に該当する者の数を各回答欄に記入してください。

A. 『自宅 → 地域』型 の数  
(自宅を出て自宅以外の地域での生活をしようとしている者)

I - (4) - b) - A.

※) リストアップ表の T-A 欄と同じ数

B. 『福祉施設 → 地域』型 の数  
(福祉施設を退所して地域での生活をしようとしている者)

I - (4) - b) - B.

※) リストアップ表の T-B 欄と同じ数

C. 『矯正施設 → 地域』型 の数  
(矯正施設を出所して地域での生活をしようとしている者)

I - (4) - b) - C.

※) リストアップ表の T-c 欄と同じ数

D. 『病院 → 地域』型 の数  
(病院を退院して地域での生活をしようとしている者)

I - (4) - b) - D.

※) リストアップ表の T-D 欄と同じ数

E. 地域移行支援をしていない若しくはその予定がない者の数

I - (4) - b) - E.

※) リストアップ表の T-E 欄と同じ数

## 第 II 章 調査対象ケースの状況

本章から第 IV 章までは、第 I 章で作成した別紙「リストアップ表」に載せてあるケースについて、おたずねします。

お手元に、別紙「リストアップ表」をご用意の上、地域移行の類型 A.～D. 別に、各質問項目にご回答ください。

### II - A. 『自宅 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-A 欄と同じ数)

II - A. - a)

b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動

別紙「リストアップ表」A に載せてあるケースの中で、以下に示すような社会不適応または非社会的・反社会的行動について、そのような行動がある者、若しくは過去にあった者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数の問題行動を有する場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

① 不登校・怠学・出勤拒否

II - A. - b) -①

② 退学・自主退職

II - A. - b) -②

③ 半年以上に渡る長期の引きこもり

II - A. - b) -③

④ 家庭内に限局した暴力

II - A. - b) -④

⑤ ぐ犯行為 (不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等)

II - A. - b) -⑤

⑥ つきまとい、ストーカー行為等

II - A. - b) -⑥

⑦ 万引、窃盗、住居侵入等

II - A. - b) -⑦

⑧ 暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等

II - A. - b) -⑧

⑨ アルコール/薬物の乱用

II - A. - b) -⑨

⑩ その他

(

)

II - A. - b) -⑩

⑪ その他

(

)

II - A. - b) -⑪

⑫ その他

(

)

II - A. - b) -⑫

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因

別紙「リストアップ表」A に載せてあるケースについて、現在、彼らの地域移行や社会適応を困難にしている主な要因は何でしょう。次頁の項目について、主な要因となっていると思われる者が何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースについて主な要因が複数ある場合は、影響が大きいと思われる順番で第 2 位の項目まで選び、数を挙げてください。

- |   |           |                      |
|---|-----------|----------------------|
| ① 本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している | II-A-c)-① | <input type="text"/> |
| ② 暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行動が繰り返されている                        | II-A-c)-② | <input type="text"/> |
| ③ 家人が本人の障害を十分に理解出来ていないために、適切な対応ができず、家族間葛藤が増強している            | II-A-c)-③ | <input type="text"/> |
| ④ 昼間の活動の場がないため、家で過ごす時間が長くなり、家族間葛藤が増強している                    | II-A-c)-④ | <input type="text"/> |
| ⑤ 主に対人関係の問題のため学校に適應できず、不登校や退学となったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている  | II-A-c)-⑤ | <input type="text"/> |
| ⑥ 主に対人関係の問題のため継続的就労ができず、社会的目標を見失っている                        | II-A-c)-⑥ | <input type="text"/> |
| ⑦ その他 ( )   | II-A-c)-⑦ | <input type="text"/> |
| ⑧ その他 ( )   | II-A-c)-⑧ | <input type="text"/> |
| ⑨ その他 ( )   | II-A-c)-⑨ | <input type="text"/> |

II-B. 『福祉施設 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-B 欄と同じ数) II-B-a)

b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動

別紙「リストアップ表」B に載せてあるケースの中で、以下に示すような社会不適応または非社会的・反社会的行動について、そのような行動がある者、若しくは過去にあった者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数の問題行動を有する場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

- |                                |           |                      |
|--------------------------------|-----------|----------------------|
| ① 不登校・怠学・出勤拒否                  | II-B-b)-① | <input type="text"/> |
| ② 退学・自主退職                      | II-B-b)-② | <input type="text"/> |
| ③ 半年以上に渡る長期の引きこもり              | II-B-b)-③ | <input type="text"/> |
| ④ 家庭内に限局した暴力                   | II-B-b)-④ | <input type="text"/> |
| ⑤ ぐ犯行為 (不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等) | II-B-b)-⑤ | <input type="text"/> |

- |                        |                 |                      |
|------------------------|-----------------|----------------------|
| ⑥ つきまとい、ストーカー行為 等      | II - B. - b) -⑥ | <input type="text"/> |
| ⑦ 万引、窃盗、住居侵入 等         | II - B. - b) -⑦ | <input type="text"/> |
| ⑧ 暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ 等 | II - B. - b) -⑧ | <input type="text"/> |
| ⑨ アルコール／薬物の乱用          | II - B. - b) -⑨ | <input type="text"/> |
| ⑩ その他 ( )              | II - B. - b) -⑩ | <input type="text"/> |
| ⑪ その他 ( )              | II - B. - b) -⑪ | <input type="text"/> |
| ⑫ その他 ( )              | II - B. - b) -⑫ | <input type="text"/> |

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因

別紙「リストアップ表」Bに載せてあるケースについて、現在、彼らの地域移行や社会適応を困難にしている主な要因は何でしょう。以下の項目について、主な要因となっていると思われる者が何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースについて主な要因が複数ある場合は、影響が大きいと思われる順番で第2位の項目まで選び、数を挙げてください。

- |   |                 |                      |
|---|-----------------|----------------------|
| ① 本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している | II - B. - c) -① | <input type="text"/> |
| ② 自分の障害と他の入所者との障害特性の違いを強く感じているため、他の入所者との間で葛藤や疎外感が増強している     | II - B. - c) -② | <input type="text"/> |
| ③ 施設内や関連施設、周囲の地域には、本人が望む活動の場がない                             | II - B. - c) -③ | <input type="text"/> |
| ④ 主に対人関係の問題のため学校に適応できず、不登校や退学となったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている  | II - B. - c) -④ | <input type="text"/> |
| ⑤ 主に対人関係の問題のため継続的就労ができず、社会的目標を見失っている                        | II - B. - c) -⑤ | <input type="text"/> |
| ⑥ 暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行動が繰り返されている                        | II - B. - c) -⑥ | <input type="text"/> |
| ⑦ その他 ( )   | II - A. - c) -⑦ | <input type="text"/> |
| ⑧ その他 ( )   | II - A. - c) -⑧ | <input type="text"/> |
| ⑨ その他 ( )   | II - A. - c) -⑨ | <input type="text"/> |

II - C. 『矯正施設 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-c 欄と同じ数)

II - C.- a)

b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動

別紙「リストアップ表」Cに載せてあるケースの中で、以下に示すような社会不適応または非社会的・反社会的行動について、そのような行動がある者、若しくは過去にあった者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1つのケースが複数の問題行動を有する場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

① 不登校・怠学・出勤拒否

II - C.- b) -①

② 退学・自主退職

II - C.- b) -②

③ 半年以上に渡る長期の引きこもり

II - C.- b) -③

④ 家庭内に限局した暴力

II - C.- b) -④

⑤ ぐ犯行為(不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等)

II - C.- b) -⑤

⑥ つきまとい、ストーカー行為等

II - C.- b) -⑥

⑦ 万引、窃盗、住居侵入等

II - C.- b) -⑦

⑧ 暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等

II - C.- b) -⑧

⑨ アルコール/薬物の乱用

II - C.- b) -⑨

⑩ その他 ( )

II - C.- b) -⑩

⑪ その他 ( )

II - C.- b) -⑪

⑫ その他 ( )

II - C.- b) -⑫

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因

別紙「リストアップ表」Cに載せてあるケースについて、現在、彼らの地域移行や社会適応を困難にしている主な要因は何でしょう。以下の項目について、主な要因となっていると思われる者が何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1つのケースについて主な要因が複数ある場合は、影響が大きいと思われる順番で第2位の項目まで選び、数を挙げてください。

① 本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している

II - C.- c) -①

② 暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行動が繰り返されている

II - C.- c) -②

③ 本人が過去に犯した犯罪やその他の反社会的行動のために、家族や地域社会から受け入れを拒絶されている

II - C.- c) -③

- ④ 主に対人関係の問題のため学校に適應できず、  
不登校や退学となったため、進学や資格取得等の  
目標実現の機会を失っている II - C. - c) -④
- ⑤ 主に対人関係の問題のため継続的就労ができず、  
社会的目標を見失っている II - C. - c) -⑤
- ⑥ その他 ( ) II - C. - c) -⑥
- ⑦ その他 ( ) II - C. - c) -⑦
- ⑧ その他 ( ) II - C. - c) -⑧

**II - D. 『病院 → 地域』型**

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-D 欄と同じ数) II - D. - a)

b) 社会不適應または非社会的・反社会的行動

別紙「リストアップ表」D に載せてあるケースの中で、以下に示すような社会不適應または非社会的・反社会的行動について、そのような行動がある者、若しくは過去にあった者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数の問題行動を有する場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

- ① 不登校・怠学・出勤拒否 II - D. - b) -①
- ② 退学・自主退職 II - D. - b) -②
- ③ 半年以上に渡る長期の引きこもり II - D. - b) -③
- ④ 家庭内に限局した暴力 II - D. - b) -④
- ⑤ ぐ犯行為 (不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等) II - D. - b) -⑤
- ⑥ つきまとい、ストーカー行為等 II - D. - b) -⑥
- ⑦ 万引、窃盗、住居侵入等 II - D. - b) -⑦
- ⑧ 暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等 II - D. - b) -⑧
- ⑨ アルコール／薬物の乱用 II - D. - b) -⑨
- ⑩ その他 ( ) II - D. - b) -⑩
- ⑪ その他 ( ) II - D. - b) -⑪
- ⑫ その他 ( ) II - D. - b) -⑫

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因

別紙「リストアップ表」D に載せてあるケースについて、現在、彼らの地域移行や社会適応を困難にしている主な要因は何でしょう。以下の項目について、主な要因となっていると思われる者が何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースについて主な要因が複数ある場合は、影響が大きいと思われる順番で第2位の項目まで選び、数を挙げてください。

- ① 本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している II-D-c)-①
- ② 服薬管理ができず、精神症状が不安定であり、問題行動が繰り返されている II-D-c)-②
- ③ 暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行動が繰り返されている II-D-c)-③
- ④ 家人が本人の障害を十分に理解出来ていないために、適切な対応ができず、家族間葛藤が増強している II-D-c)-④
- ⑤ 昼間の活動の場がないため、家で過ごす時間が長くなり、家族間葛藤が増強する可能性が予想される II-D-c)-⑤
- ⑥ 主に対人関係の問題のため学校に適応できず、不登校や退学となったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている II-D-c)-⑥
- ⑦ 主に対人関係の問題のため継続的就労ができず、社会的目標を見失っている II-D-c)-⑦
- ⑧ その他 ( ) II-D-c)-⑧
- ⑨ その他 ( ) II-D-c)-⑨
- ⑩ その他 ( ) II-D-c)-⑩

-----

### 第 III 章 有効と思われる現行の支援サービス

前章と同様に、お手元に、別紙「リストアップ表」をご用意の上、同表に載せてあるケースについて、地域移行の類型 **A.~D.** 別に、各質問項目にご回答ください。

#### III - A. 『自宅 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-A 欄と同じ数)

III - A. - a)

b) 利用している障害者自立支援法の支援サービス

別紙「リストアップ表」**A**に載せてあるケースの中で、以下に示した障害者自立支援法に規定された支援サービスを現在利用している者、若しくは利用予定である者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数のサービスを利用している場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

① 居宅介護

III - A. - b) -①

② 行動援護

III - A. - b) -②

③ 短期入所

III - A. - b) -③

④ 共同生活介護 (ケアホーム)

III - A. - b) -④

⑤ 施設入所支援

III - A. - b) -⑤

⑥ 自立訓練 (生活訓練)

III - A. - b) -⑥

⑦ 就労移行支援 (一般型・資格取得型)

III - A. - b) -⑦

⑧ 就労継続支援 (A 型・B 型)

III - A. - b) -⑧

⑨ 共同生活援助 (グループホーム)

III - A. - b) -⑨

⑩ 相談支援

III - A. - b) -⑩

⑪ 地域活動支援センター

III - A. - b) -⑪

⑫ 福祉ホーム

III - A. - b) -⑫

⑬ その他 (

III - A. - b) -⑬

⑭ その他 (

III - A. - b) -⑭

⑮ その他 (

III - A. - b) -⑮

⑯ その他 (

III - A. - b) -⑯

⑰ その他 (

III - A. - b) -⑰

III - B. 『福祉施設 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-B 欄と同じ数)

III - B.- a)

b) 利用している障害者自立支援法の支援サービス

別紙「リストアップ表」B に載せてあるケースの中で、以下に示した障害者自立支援法に規定された支援サービスを現在利用している者、若しくは利用予定である者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数のサービスを利用している場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

① 居宅介護

III - B.- b) -①

② 行動援護

III - B.- b) -②

③ 短期入所

III - B.- b) -③

④ 共同生活介護 (ケアホーム)

III - B.- b) -④

⑤ 施設入所支援

III - B.- b) -⑤

⑥ 自立訓練 (生活訓練)

III - B.- b) -⑥

⑦ 就労移行支援 (一般型・資格取得型)

III - B.- b) -⑦

⑧ 就労継続支援 (A 型・B 型)

III - B.- b) -⑧

⑨ 共同生活援助 (グループホーム)

III - B.- b) -⑨

⑩ 相談支援

III - B.- b) -⑩

⑪ 地域活動支援センター

III - B.- b) -⑪

⑫ 福祉ホーム

III - B.- b) -⑫

⑬ その他 (

III - B.- b) -⑬

⑭ その他 (

III - B.- b) -⑭

⑮ その他 (

III - B.- b) -⑮

⑯ その他 (

III - B.- b) -⑯

⑰ その他 (

III - B.- b) -⑰

III - C. 『矯正施設 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-c 欄と同じ数)

III - C.- a)

b) 利用している障害者自立支援法の支援サービス

別紙「リストアップ表」C に載せてあるケースの中で、以下に示した障害者自立支援法に規定された支援サービスを現在利用している者、若しくは利用予定である者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数のサービスを利用している場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

① 居宅介護

III - C.- b) -①

② 行動援護

III - C.- b) -②

③ 短期入所

III - C.- b) -③

④ 共同生活介護 (ケアホーム)

III - C.- b) -④

⑤ 施設入所支援

III - C.- b) -⑤

⑥ 自立訓練 (生活訓練)

III - C.- b) -⑥

⑦ 就労移行支援 (一般型・資格取得型)

III - C.- b) -⑦

⑧ 就労継続支援 (A 型・B 型)

III - C.- b) -⑧

⑨ 共同生活援助 (グループホーム)

III - C.- b) -⑨

⑩ 相談支援

III - C.- b) -⑩

⑪ 地域活動支援センター

III - C.- b) -⑪

⑫ 福祉ホーム

III - C.- b) -⑫

⑬ その他

III - C.- b) -⑬

⑭ その他

III - C.- b) -⑭

⑮ その他

III - C.- b) -⑮

⑯ その他

III - C.- b) -⑯

⑰ その他

III - C.- b) -⑰

III - D. 『病院 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-D 欄と同じ数)

III - D.- a)

b) 利用している障害者自立支援法の支援サービス

別紙「リストアップ表」D に載せてあるケースの中で、以下に示した障害者自立支援法に規定された支援サービスを現在利用している者、若しくは利用予定である者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースが複数のサービスを利用している場合には、該当する全ての項目に数を挙げてください。

① 居宅介護

III - D.- b) -①

② 行動援護

III - D.- b) -②

③ 短期入所

III - D.- b) -③

④ 共同生活介護 (ケアホーム)

III - D.- b) -④

⑤ 施設入所支援

III - D.- b) -⑤

⑥ 自立訓練 (生活訓練)

III - D.- b) -⑥

⑦ 就労移行支援 (一般型・資格取得型)

III - D.- b) -⑦

⑧ 就労継続支援 (A 型・B 型)

III - D.- b) -⑧

⑨ 共同生活援助 (グループホーム)

III - D.- b) -⑨

⑩ 相談支援

III - D.- b) -⑩

⑪ 地域活動支援センター

III - D.- b) -⑪

⑫ 福祉ホーム

III - D.- b) -⑫

⑬ その他

III - D.- b) -⑬

⑭ その他

III - D.- b) -⑭

⑮ その他

III - D.- b) -⑮

⑯ その他

III - D.- b) -⑯

⑰ その他

III - D.- b) -⑰

## 第IV章 新たに創設すべき支援サービス

この章では、高機能広汎性発達障害児者の地域移行を促進するために新たに創設すべきであると思われる支援サービスに関して、貴センターとしての意見を求めています。

前章と同様に、お手元に、別紙「リストアップ表」をご用意の上、同表に載せてあるケースについて、ご回答ください。

下記『創設すべき支援サービスの種類』に示した①～⑥のサービスが有効と思われるケースが何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。なお、①～⑥以外に有効と思われるサービスがある場合は、“その他”の( )内に具体的なサービスの内容を追記し、該当するケースの数を各回答欄に記入してください。

### ★ 創設すべき支援サービスの種類 ★

#### ① 教育支援

元来学業を得意としていたが不登校や退学により継続的な学習の機会を失ってしまった者に対して、学習指導や進学相談等を行うことで、進学や資格取得等を支援するサービス。

#### ② コミュニケーション・サポーター

障害児者本人に対して対人交流場面での助言・調整を行ったり、学校に対して障害特性に関する情報の提供、指導・対処方法の提案等を行うことで、学習環境や社会体験の場（就職活動、職業訓練、福祉サービス利用、余暇活動等）への適応を支援するサービス。  
就労支援という職場適応援助者（ジョブコーチ）の学習支援／社会活動支援版。

#### ③ 里親制度

家族との不和、本人の反社会的行動や犯罪行為等が原因で、自宅での生活が選択できなくなった者に対して、一定の基準を満たし里親として登録した家庭において共同生活の場を提供する日常生活支援および居住サービス。  
児童福祉法上の里親制度の障害者版。

#### ④ 様々な要支援者が利用する共同住居

国内のいくつかの地域に存在する、生活困窮者や外国人、障害者、非行や犯罪歴等、様々な理由から住居の確保ができなくなった要支援者を対象とした、民間団体や宗教法人等が運営する共同住居について、その利用できるサービス。  
③と同様の理由で自宅で生活できなくなった者、あるいは、障害者グループホーム等において自分の障害と他の入所者との障害特性の違いを強く感じ不適応を起こした者等を対象とする。

#### ⑤ 心理・精神療法的支援（SST〔生活技能訓練〕、心理教育 等）

認知行動療法、その他の心理・精神療法的技法を用いた、学習環境や社会体験の場でのより良い適応を目指す生活訓練サービス。  
あいさつ、相手を不愉快にさせない話し方、分からないことのたずね方、断り方、対人トラブルに巻き込まれた時の対処の仕方等、日常生活場面での具体的な課題を抽出し、ロールプレーを用いて訓練する「SST（ソーシャル・スキル・トレーニング、生活技能訓練）」、疾患や障害、トラウマ等に関する適切な知識や情報を提供しながら、疾患の管理や日常生活上の対処技法の向上を目指す「心理教育」等。

#### ⑥ 家族支援（家族心理教育）

障害児者の家族を対象に、疾患や障害に関する適切な知識や情報を提供しながら、障害児者が示す問題行動等への対処技法の向上を目指す家族療法的支援サービス。  
単家族に対する個別支援と、複数家族を対象とした集団支援（家族教室）の両方があるが、集団支援の方がより効果的と言われている。

IV - A. 『自宅 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-A 欄と同じ数)

IV - A. - a)

b) 有効と思われる支援サービス

別紙「リストアップ表」A に載せてあるケースの中で、以下に示した ① ~ ⑩ の支援サービスについて、地域移行の促進に有効だと思われる者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースに関して有効と思われるサービスが複数ある場合には、より有効だと思われる上位 2 位のサービスを選び、数を挙げてください。

① 教育支援

IV - A. - b) -①

② コミュニケーション・サポーター

IV - A. - b) -②

③ 里親制度

IV - A. - b) -③

④ 様々な要支援者が利用する共同住居

IV - A. - b) -④

⑤ 心理・精神療法的支援

IV - A. - b) -⑤

⑥ 家族支援 (家族心理教育)

IV - A. - b) -⑥

⑦ その他 (

IV - A. - b) -⑦

⑧ その他 (

IV - A. - b) -⑧

⑨ その他 (

IV - A. - b) -⑨

⑩ その他 (

IV - A. - b) -⑩

IV - B. 『福祉施設 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-B 欄と同じ数)

IV - B. - a)

b) 有効と思われる支援サービス

別紙「リストアップ表」B に載せてあるケースの中で、以下に示した ① ~ ⑩ の支援サービスについて、地域移行の促進に有効だと思われる者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースに関して有効と思われるサービスが複数ある場合には、より有効だと思われる上位 2 位のサービスを選び、数を挙げてください。

① 教育支援

IV - B. - b) -①

② コミュニケーション・サポーター

IV - B. - b) -②

③ 里親制度

IV - B. - b) -③

- |                    |                |                      |
|--------------------|----------------|----------------------|
| ④ 様々な要支援者が利用する共同住居 | IV - B.- b) -④ | <input type="text"/> |
| ⑤ 心理・精神療法的支援       | IV - B.- b) -⑤ | <input type="text"/> |
| ⑥ 家族支援（家族心理教育）     | IV - B.- b) -⑥ | <input type="text"/> |
| ⑦ その他（             | IV - B.- b) -⑦ | <input type="text"/> |
| ⑧ その他（             | IV - B.- b) -⑧ | <input type="text"/> |
| ⑨ その他（             | IV - B.- b) -⑨ | <input type="text"/> |
| ⑩ その他（             | IV - B.- b) -⑩ | <input type="text"/> |

IV - C. 『矯正施設 → 地域』型

a) ケースの数（別紙「リストアップ表」の T-c 欄と同じ数） IV - C.- a)

b) 有効と思われる支援サービス

別紙「リストアップ表」Cに載せてあるケースの中で、以下に示した ①～⑩の支援サービスについて、地域移行の促進に有効だと思われる者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1つのケースに関して有効と思われるサービスが複数ある場合には、より有効だと思われる上位2位のサービスを選び、数を挙げてください。

- |                    |                |                      |
|--------------------|----------------|----------------------|
| ① 教育支援             | IV - C.- b) -① | <input type="text"/> |
| ② コミュニケーション・サポーター  | IV - C.- b) -② | <input type="text"/> |
| ③ 里親制度             | IV - C.- b) -③ | <input type="text"/> |
| ④ 様々な要支援者が利用する共同住居 | IV - C.- b) -④ | <input type="text"/> |
| ⑤ 心理・精神療法的支援       | IV - C.- b) -⑤ | <input type="text"/> |
| ⑥ 家族支援（家族心理教育）     | IV - C.- b) -⑥ | <input type="text"/> |
| ⑦ その他（             | IV - C.- b) -⑦ | <input type="text"/> |
| ⑧ その他（             | IV - C.- b) -⑧ | <input type="text"/> |
| ⑨ その他（             | IV - C.- b) -⑨ | <input type="text"/> |
| ⑩ その他（             | IV - C.- b) -⑩ | <input type="text"/> |

IV-D. 『病院 → 地域』型

a) ケースの数 (別紙「リストアップ表」の T-D 欄と同じ数)

IV-D-a)

b) 有効と思われる支援サービス

別紙「リストアップ表」D に載せてあるケースの中で、以下に示した ① ~ ⑩ の支援サービスについて、地域移行の促進に有効だと思われる者がそれぞれ何人いるか、その数を各回答欄に記入してください。

1 つのケースに関して有効と思われるサービスが複数ある場合には、より有効だと思われる上位 2 位のサービスを選び、数を挙げてください。

① 教育支援

IV-D-b)-①

② コミュニケーション・サポーター

IV-D-b)-②

③ 里親制度

IV-D-b)-③

④ 様々な要支援者が利用する共同住居

IV-D-b)-④

⑤ 心理・精神療法的支援

IV-D-b)-⑤

⑥ 家族支援 (家族心理教育)

IV-D-b)-⑥

⑦ その他

(

)

IV-D-b)-⑦

⑧ その他

(

)

IV-D-b)-⑧

⑨ その他

(

)

IV-D-b)-⑨

⑩ その他

(

)

IV-D-b)-⑩

## 第V章 その他（自由記載）

発達障害児者に対する福祉施策はまだまだ発展途上であり、特に高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者に対する支援については、現在の障害者自立支援法の枠組みでは対応しきれない部分が多いのが現状です。

貴センターの日頃の支援活動の中で、高機能および軽度知能障害の広汎性発達障害児者に関して、対応に苦慮したケースや、現状における課題や問題点、制度の変更に関する要望等がありましたら、下欄にご自由にご記載ください。

調査へのご協力、誠にありがとうございました。



# “調査対象ケース” リストアップ表

## A. 『自宅 → 地域』型 (自宅を出て自宅以外の地域での生活をしようとしている者)

	氏名	年齢	性別	医師の診断	相談受理日
1			男女	有 不明	H21年 月 日
2			男女	有 不明	H21年 月 日
3			男女	有 不明	H21年 月 日
4			男女	有 不明	H21年 月 日
5			男女	有 不明	H21年 月 日
6			男女	有 不明	H21年 月 日
7			男女	有 不明	H21年 月 日
8			男女	有 不明	H21年 月 日
9			男女	有 不明	H21年 月 日
10			男女	有 不明	H21年 月 日
11			男女	有 不明	H21年 月 日
12			男女	有 不明	H21年 月 日
13			男女	有 不明	H21年 月 日
14			男女	有 不明	H21年 月 日
15			男女	有 不明	H21年 月 日
16			男女	有 不明	H21年 月 日
17			男女	有 不明	H21年 月 日
18			男女	有 不明	H21年 月 日
19			男女	有 不明	H21年 月 日
20			男女	有 不明	H21年 月 日
21			男女	有 不明	H21年 月 日
22			男女	有 不明	H21年 月 日
23			男女	有 不明	H21年 月 日
24			男女	有 不明	H21年 月 日
25			男女	有 不明	H21年 月 日
合計 (T-A)					
					ケース

※ この表はあくまでも対象をリストアップし、調査票に回答を記入する際に参考にするものです。したがって、提出する必要もなく、全ての欄を埋める必要はありません。

※) 26人以上いる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

# “調査対象ケース” リストアップ表



## B. 『福祉施設 → 地域』型 (福祉施設を退所して地域での生活をしようとしている者)

	氏名	年齢	性別	医師の診断	相談受理日
1			男女	有 不明	H21年 月 日
2			男女	有 不明	H21年 月 日
3			男女	有 不明	H21年 月 日
4			男女	有 不明	H21年 月 日
5			男女	有 不明	H21年 月 日
6			男女	有 不明	H21年 月 日
7			男女	有 不明	H21年 月 日
8			男女	有 不明	H21年 月 日
9			男女	有 不明	H21年 月 日
10			男女	有 不明	H21年 月 日
11			男女	有 不明	H21年 月 日
12			男女	有 不明	H21年 月 日
13			男女	有 不明	H21年 月 日
14			男女	有 不明	H21年 月 日
15			男女	有 不明	H21年 月 日
16			男女	有 不明	H21年 月 日
17			男女	有 不明	H21年 月 日
18			男女	有 不明	H21年 月 日
19			男女	有 不明	H21年 月 日
20			男女	有 不明	H21年 月 日
21			男女	有 不明	H21年 月 日
22			男女	有 不明	H21年 月 日
23			男女	有 不明	H21年 月 日
24			男女	有 不明	H21年 月 日
25			男女	有 不明	H21年 月 日
					合計 (T-B)
					ケース

※ この表はあくまでも対象をリストアップし、調査票に回答を記入する際に参考にするものです。したがって、提出する必要もなく、全ての欄を埋める必要はありません。

※) 26人以上いる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

# “調査対象ケース” リストアップ表



## C. 『矯正施設 → 地域』型 (矯正施設を出所して地域での生活をしようとしている者)

	氏名	年齢	性別	医師の診断	相談受理日
1			男女	有 不明	H21年 月 日
2			男女	有 不明	H21年 月 日
3			男女	有 不明	H21年 月 日
4			男女	有 不明	H21年 月 日
5			男女	有 不明	H21年 月 日
6			男女	有 不明	H21年 月 日
7			男女	有 不明	H21年 月 日
8			男女	有 不明	H21年 月 日
9			男女	有 不明	H21年 月 日
10			男女	有 不明	H21年 月 日
11			男女	有 不明	H21年 月 日
12			男女	有 不明	H21年 月 日
13			男女	有 不明	H21年 月 日
14			男女	有 不明	H21年 月 日
15			男女	有 不明	H21年 月 日
16			男女	有 不明	H21年 月 日
17			男女	有 不明	H21年 月 日
18			男女	有 不明	H21年 月 日
19			男女	有 不明	H21年 月 日
20			男女	有 不明	H21年 月 日
21			男女	有 不明	H21年 月 日
22			男女	有 不明	H21年 月 日
23			男女	有 不明	H21年 月 日
24			男女	有 不明	H21年 月 日
25			男女	有 不明	H21年 月 日
合計 (T-c)					
					ケース

※ この表はあくまでも対象をリストアップし、調査票に回答を記入する際に参考にするものです。したがって、提出する必要もなく、全ての欄を埋める必要はありません。

※) 26人以上いる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

# “調査対象ケース” リストアップ表



## D. 『病院 → 地域』型 (病院を退院して地域での生活をしようとしている者)

	氏名	年齢	性別	医師の診断	相談受理日
1			男女	有 不明	H21年 月 日
2			男女	有 不明	H21年 月 日
3			男女	有 不明	H21年 月 日
4			男女	有 不明	H21年 月 日
5			男女	有 不明	H21年 月 日
6			男女	有 不明	H21年 月 日
7			男女	有 不明	H21年 月 日
8			男女	有 不明	H21年 月 日
9			男女	有 不明	H21年 月 日
10			男女	有 不明	H21年 月 日
11			男女	有 不明	H21年 月 日
12			男女	有 不明	H21年 月 日
13			男女	有 不明	H21年 月 日
14			男女	有 不明	H21年 月 日
15			男女	有 不明	H21年 月 日
16			男女	有 不明	H21年 月 日
17			男女	有 不明	H21年 月 日
18			男女	有 不明	H21年 月 日
19			男女	有 不明	H21年 月 日
20			男女	有 不明	H21年 月 日
21			男女	有 不明	H21年 月 日
22			男女	有 不明	H21年 月 日
23			男女	有 不明	H21年 月 日
24			男女	有 不明	H21年 月 日
25			男女	有 不明	H21年 月 日
合計 (T-D)					
					ケース

※ この表はあくまでも対象をリストアップし、調査票に回答を記入する際に参考にするものです。したがって、提出する必要もなく、全ての欄を埋める必要はありません。

※) 26人以上いる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

# “調査対象ケース” リストアップ表



## E. 地域移行支援対象外 (地域移行支援をしていない若しくはその予定がない者)

	氏名	年齢	性別	医師の診断	相談受理日
1			男女	有 不明	H21年 月 日
2			男女	有 不明	H21年 月 日
3			男女	有 不明	H21年 月 日
4			男女	有 不明	H21年 月 日
5			男女	有 不明	H21年 月 日
6			男女	有 不明	H21年 月 日
7			男女	有 不明	H21年 月 日
8			男女	有 不明	H21年 月 日
9			男女	有 不明	H21年 月 日
10			男女	有 不明	H21年 月 日
11			男女	有 不明	H21年 月 日
12			男女	有 不明	H21年 月 日
13			男女	有 不明	H21年 月 日
14			男女	有 不明	H21年 月 日
15			男女	有 不明	H21年 月 日
16			男女	有 不明	H21年 月 日
17			男女	有 不明	H21年 月 日
18			男女	有 不明	H21年 月 日
19			男女	有 不明	H21年 月 日
20			男女	有 不明	H21年 月 日
21			男女	有 不明	H21年 月 日
22			男女	有 不明	H21年 月 日
23			男女	有 不明	H21年 月 日
24			男女	有 不明	H21年 月 日
25			男女	有 不明	H21年 月 日
合計 (T-E)					
					ケース

※ この表はあくまでも対象をリストアップし、調査票に回答を記入する際に参考にするものです。したがって、提出する必要もなく、全ての欄を埋める必要はありません。

※) 26人以上いる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

## 2—② アンケート調査結果全集計

# 発達障害者支援センターにおける高機能広汎性発達障害児者に対する 学習支援サービス等の必要性に関する調査

## 第 I 章 相談支援活動の実態

### I - (1) 施設の運営主体

単位：ヶ所

社会福祉法人	33(67.3%)
都道府県立・市立	15(30.6%)
その他	1(2.0%)
計	49(100.0%)

※回答率：49/49 センター＝100.0%

### I - (2) 職員体制

#### a) 常勤職員（兼任者を含む）

#### b) 非常勤職員

単位：人

職種名	常勤職員数	非常勤職員数	全職員数
社会福祉士	46(17.4%)	-	46(13.5%)
相談支援員（無資格者）	34(12.8%)	5(6.6%)	39(11.4%)
保育士	26(9.8%)	13(17.1%)	39(11.4%)
臨床心理士	29(10.9%)	8(10.5%)	37(10.9%)
心理判定員	13(4.9%)	13(17.1%)	26(7.6%)
医師	9(3.4%)	16(21.1%)	25(7.3%)
事務職	16(6.0%)	3(3.9%)	19(5.6%)
教員	15(5.7%)	2(2.6%)	17(5.0%)
精神保健福祉士	11(4.2%)	-	11(3.2%)
看護師・保健師	7(2.6%)	3(3.9%)	10(2.9%)
臨床発達心理士	8(3.0%)	-	8(2.4%)
言語聴覚士	7(2.6%)	-	7(2.1%)
心理士	5(1.9%)	2(2.6%)	7(2.1%)
作業療法士	4(1.5%)	1(1.3%)	5(1.5%)
理学療法士	4(1.5%)	-	4(1.2%)
児童指導員	4(1.5%)	-	4(1.2%)
認定心理士	4(1.5%)	-	4(1.2%)
社会福祉主事	4(1.5%)	-	4(1.2%)
介護支援専門員	3(1.1%)	-	3(0.9%)
所長	2(0.8%)	-	2(0.6%)
特別支援教育士	2(0.8%)	-	2(0.6%)
相談員	-	2(2.6%)	2(0.6%)
次長	1(0.4%)	-	1(0.3%)

元職員	1(0.4%)	-	1(0.3%)
行政職	1(0.4%)	-	1(0.3%)
判定員	1(0.4%)	-	1(0.3%)
認定行動療法士	1(0.4%)	-	1(0.3%)
就労支援嘱託員	1(0.4%)	-	1(0.3%)
就労支援担当（無資格者）	1(0.4%)	-	1(0.3%)
学校心理士	1(0.4%)	-	1(0.3%)
自閉症スペクトラム支援士	1(0.4%)	-	1(0.3%)
心理職	1(0.4%)	-	1(0.3%)
県社会福祉職	1(0.4%)	-	1(0.3%)
心理	-	1(1.3%)	1(0.3%)
生活支援員	-	1(1.3%)	1(0.3%)
職業指導員	-	1(1.3%)	1(0.3%)
健康運動指導士	-	1(1.3%)	1(0.3%)
心理判定嘱託員	-	1(1.3%)	1(0.3%)
発達障害療育支援員	-	1(1.3%)	1(0.3%)
発達障害就労支援員	-	1(1.3%)	1(0.3%)
介護福祉士	-	1(1.3%)	1(0.3%)
その他	1(0.4%)	-	1(0.3%)
計	265(100.0%)	76(100.0%)	341(100.0%)

※回答率：49/49 センター＝100.0%

※※兼任者がいる為、実際の常勤職員数は 255 人・全職員数は 331 人（1 センター平均 6.7 人）

I - (3) 年間新規受理件数

単位：人

平成 21 年 1 月 1 日～平成 21 年 12 月 31 日の間、 新規受理したケースの総数	15,014
--	--------

※回答率：47/49 センター＝95.9%

内、1 センターは平成 21 年 10 月 1 日～12 月 31 日にて集計  
（センター開設が平成 21 年 10 月 1 日である為）

I - (4) 調査対象となる高機能および軽度知的障害の広汎性発達障害児者

a) 医師の診断の有無別の件数

単位：人

①医師により広汎性発達障害の診断がなされており、かつ、知的障害がない、若しくは軽度であると思われる者	1,466(52.4%)
②医師による診断や知的指数については明らかではないが、その他の情報から、高機能および軽度知的障害の広汎性発達障害児者と思われる者	1,331(47.6%)
計	2,797(100.0%)

※回答率：43/49 センター≒93.9%

b) 地域移行の類型別の件数

	件数	回答センター数
A 『自宅→地域』型	209(9.9%)	27
B 『福祉施設→地域』型	10(0.5%)	8
C 『矯正施設→地域』型	7(0.3%)	6
D 『病院→地域』型	46(2.2%)	17
E 地域移行支援をしていない 若しくはその予定がない	1,843(87.1%)	
計	2,115(100.0%)	

※回答率：40/49 センター≒81.6%

※※ I - (4) - a)と b)の合計の誤差があるが記載ミスと思われる。b)の類型の数値が重要となるので、以降 b)の数値を取り上げる

## 第Ⅱ章 調査対象ケースの状況

### Ⅱ-A 『自宅→地域』型

#### b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動（複数回答）

単位：人

半年以上にわたる長期の引きこもり	64(30.6%)
不登校・怠学・出勤拒否	50(23.9%)
退学・自主退職	23(11.0%)
家庭内に限局した暴力	23(11.0%)
「家庭内に限局した暴力」とまではいかないが、問題行動があり家庭生活が困難	14(6.7%)
精神科疾患により不眠とか、あばれるとか、就職できないとかが少しずつ一般的にある	7(3.3%)
＜犯行為（不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等）	6(2.9%)
つきまとい、ストーカー行為等	5(2.4%)
万引、窃盗、住居侵入等	3(1.4%)
暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等	3(0.5%)
依存症：パチンコ	2(1.0%)
家出（公園生活）	1(1.4%)
生活スキルの低下	1(1.4%)
ギャンブル依存	1(1.4%)
自殺未遂	1(1.4%)
家族との関係悪化、自傷行為	1(1.4%)
離転職	1(1.4%)
3ヶ月に渡る引きこもり	1(1.4%)
自傷	1(1.4%)
（無記入）	1(1.4%)
計	209(100.0%)

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因（上位 2 位まで複数回答）

単位：人

主に対人関係の問題のために継続的就労ができず、社会的目標を見失っている	71(31.6%)
本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している	50(22.2%)
家人が本人の障害を十分に理解出来ていないために、適切な対処ができず、家族間葛藤が増強している	38(16.9%)
昼間の活動の場がないため、家で過ごす時間が長くなり、家族間葛藤が増強している	33(14.7%)
主に対人関係の問題のため学校に適応できず、不登校や退学をなったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている	25(11.1%)
暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行為が繰り返されている	6(2.7%)
母親の育児放棄等。幼少期よりの他者と安定した関係を築く経験に乏しさ。情緒のこじれ	1(0.4%)
本人の障害受容不十分および家人の理解不十分により適切な対応ができず、葛藤が増強している	1(0.4%)
計	225(100.0%)

Ⅱ-B 『福祉施設→地域』型

b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動（複数回答）

単位：人

半年以上にわたる長期の引きこもり	2(16.7%)
＜犯行為（不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等）	2(16.7%)
退学・自主退職	1(8.3%)
家庭内に限局した暴力	1(8.3%)
万引、窃盗、住居侵入等	1(8.3%)
暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等	1(8.3%)
失踪	1(8.3%)
家族との関係	1(8.3%)
経済的不安定	1(8.3%)
こだわりにより確認行為が多く施設内・社会生活に支障	1(8.3%)
計	12(100.0%)

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因（上位2位まで複数回答）

単位：人

本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している	5(25.0%)
施設内や関連施設、周囲の地域には、本人が望む活動の場がない	2(10.0%)
主に対人関係の問題のために継続的就労ができず、社会的目標を見失っている	2(10.0%)
家庭の問題	2(10.0%)
暴力、恐喝、つきまとい、窃盗以外の反社会的行為の繰り返し	2(10.0%)
自分の障害と他の入所者との障害特性の違いを強く感じているため、他の入居者との間で葛藤や疎外感が増強している	1(5.0%)
主に対人関係の問題のため学校に適応できず、不登校や退学をなったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている	1(5.0%)
身元保証人が定まっていない	1(5.0%)
ADL 未自力（歯みがき、入浴を嫌がる）	1(5.0%)
服薬管理ができない	1(5.0%)
施設から地域に移行するための適切なプログラムや資源がない	1(5.0%)
確認行為が強く多いため社会生活に著しく支障がある	1(5.0%)
計	20(100.0%)

Ⅱ-C 『矯正施設→地域』型

b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動（複数回答）

単位：人

暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等	5(27.8%)
＜犯行為（不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等）	3(16.7%)
万引、窃盗、住居侵入等	3(16.7%)
不登校・怠学・出勤拒否	2(11.1%)
退学・自主退職	2(11.1%)
家庭内に限局した暴力	2(11.1%)
つきまとい、ストーカー行為等	1(5.6%)
計	18(100.0%)

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因（上位2位まで複数回答）

単位：人

本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している	5(41.7%)
暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行為が繰り返されている	3(25.0%)
主に対人関係の問題のため学校に適應できず、不登校や退学をなったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている	2(16.7%)
主に対人関係の問題のために継続的就労ができず、社会的目標を見失っている	1(8.3%)
地域資源の乏しさ、地域性による孤立	1(8.3%)
計	12(100.0%)

Ⅱ-D 『病院→地域』型

b) 社会不適応または非社会的・反社会的行動（複数回答）

単位：人

不登校・怠学・出勤拒否	14(17.5%)
半年以上にわたる長期の引きこもり	13(16.3%)
家庭内に限局した暴力	13(16.3%)
退学・自主退職	12(15.0%)
＜犯行為(不良交友、性的逸脱、飲酒・喫煙、校内暴力等)	7(8.8%)
暴行・傷害、恐喝、強盗、強制わいせつ等	7(8.8%)
自殺未遂	3(3.8%)
つきまとい、ストーカー行為等	2(2.5%)
万引、窃盗、住居侵入等	2(2.5%)
アルコール/薬物の乱用	1(1.3%)
自傷	1(1.3%)
放火	1(1.3%)
暴言	1(1.3%)
タバコへの依存	1(1.3%)
(無記入)	2(2.5%)
計	80(100.0%)

c) 地域移行や社会適応を困難にしている要因（上位2位まで複数回答）

単位：人

主に対人関係の問題のために継続的就労ができず、社会的目標を見失っている	13(19.7%)
本人の障害受容が不十分なため、対人関係等における対処が不適切となり、社会的場面や家庭の中での対人葛藤が増強している	12(18.2%)
昼間の活動の場がないため、家で過ごす時間が長くなり、家族間葛藤が増強する可能性が予想される	9(13.6%)
服薬管理ができず、精神状態が不安定であり、問題行動が繰り返されている	8(12.1%)
暴力、恐喝、つきまとい、窃盗等、本人の反社会的行為が繰り返されている	8(12.1%)
家人が本人の障害を十分に理解出来ていないために、適切な対処ができず、家族間葛藤が増強している	8(12.1%)
主に対人関係の問題のため学校に適応できず、不登校や退学をなったため、進学や資格取得等の目標実現の機会を失っている	4(6.1%)
家族間関係が悪い	1(1.5%)
うつ症状が強く意欲がわからない、外出困難	1(1.5%)
家族の力が弱い、家族支援が必要だが地域でそのフォローができていない	1(1.5%)
妄想、幻聴	1(1.5%)
計	66(100.0%)

### 第Ⅲ章 有効と思われる現行の支援サービス

#### Ⅲ-A 『自宅→地域』型

b)利用している障害者自立支援法の支援サービス（複数回答）

単位：人

相談支援	70(57.9%)
地域活動支援センター	13(10.7%)
就労移行支援（一般型・資格取得型）	11(9.1%)
就労継続支援（A型・B型）	7(5.8%)
居宅介護	4(3.3%)
共同生活援助（グループホーム）	4(3.3%)
自立訓練（生活訓練）	3(2.5%)
短期入所	2(1.7%)
施設入所支援	2(1.7%)
共同生活介護（ケアホーム）	1(0.8%)
福祉ホーム	1(0.8%)
利用していない	1(0.8%)
ホームヘルプ	1(0.8%)
ジョブコーチ	1(0.8%)
計	121(100.0%)

#### Ⅲ-B 『福祉施設→地域』型

b)利用している障害者自立支援法の支援サービス（複数回答）

単位：人

相談支援	8(32.0%)
自立訓練（生活訓練）	3(12.0%)
共同生活援助（グループホーム）	3(12.0%)
施設入所支援	2(8.0%)
就労継続支援（A型・B型）	2(8.0%)
居宅介護	1(4.0%)
行動援護	1(4.0%)
短期入所	1(4.0%)
共同生活介護（ケアホーム）	1(4.0%)
地域活動支援センター	1(4.0%)
児童福祉施設	1(4.0%)
デイケア	1(4.0%)
計	25(100.0%)

Ⅲ-C 『矯正施設→地域』型

b)利用している障害者自立支援法の支援サービス（複数回答）

単位：人

相談支援	4(50.0%)
施設入所支援	1(12.5%)
就労移行支援（一般型・資格取得型）	1(12.5%)
就労継続支援（A型・B型）	1(12.5%)
地域活動支援センター	1(12.5%)
計	8(100.0%)

Ⅲ-D 『病院→地域』型

b)利用している障害者自立支援法の支援サービス（複数回答）

単位：人

相談支援	11(25.6%)
就労継続支援（A型・B型）	8(18.6%)
居宅介護	4(9.3%)
施設入所支援	3(7.0%)
地域活動支援センター	3(7.0%)
行動援護	2(4.7%)
短期入所	2(4.7%)
共同生活援助（グループホーム）	2(4.7%)
支援センター	2(4.7%)
共同生活介護（ケアホーム）	1(2.3%)
自立訓練（生活訓練）	1(2.3%)
就労移行支援（一般型・資格取得型）	1(2.3%)
福祉ホーム	1(2.3%)
デイケア	1(2.3%)
高校寮	1(2.3%)
計	43(100.0%)

## ○Ⅲ - Total 類型 A-D の総計

単位：人

相談支援	93(47.2%)
就労継続支援（A型・B型）	18(9.1%)
地域活動支援センター	18(9.1%)
就労移行支援（一般型・資格取得型）	13(6.6%)
居宅介護	9(4.6%)
共同生活援助（グループホーム）	9(4.6%)
施設入所支援	8(4.1%)
自立訓練（生活訓練）	7(3.6%)
短期入所	5(2.5%)
行動援護	3(1.5%)
共同生活介護（ケアホーム）	3(1.5%)
福祉ホーム	2(1.0%)
デイケア	2(1.0%)
支援センター	2(1.0%)
利用していない	1(0.5%)
ホームヘルプ	1(0.5%)
ジョブコーチ	1(0.5%)
児童福祉施設	1(0.5%)
高校寮	1(0.5%)
計	197(100.0%)

## 第Ⅳ章 新たに創設すべき支援サービス

### Ⅳ-A 『自宅→地域』型

b)有効と思われる支援サービス（上位2位まで複数回答）

単位：人

心理・精神療法的支援	96(31.4%)
コミュニケーション・サポーター	94(30.7%)
家族支援（家族心理教育）	58(19.0%)
様々な要支援者が利用する共同住居	21(6.9%)
教育支援	17(5.6%)
より企業に近い就労体験	8(2.6%)
発達障害に特化した日中活動支援	4(1.3%)
日中活動の場	3(1.0%)
発達障害者用福祉施設	2(0.7%)
余暇活動	2(0.7%)
支援センター	1(0.3%)
計	306(100.0%)

### Ⅳ-B 『福祉施設→地域』型

b)有効と思われる支援サービス（上位2位まで複数回答）

単位：人

様々な要支援者が利用する共同住居	4(30.8%)
心理・精神療法的支援	3(23.1%)
コミュニケーション・サポーター	2(15.4%)
家族支援（家族心理教育）	2(15.4%)
教育支援	1(7.7%)
里親制度	1(7.7%)
計	13(100.0%)

IV-C 『矯正施設→地域』型

b)有効と思われる支援サービス（上位2位まで複数回答）

単位：人

コミュニケーション・サポーター	6(42.9%)
家族支援（家族心理教育）	4(28.6%)
心理・精神療法的支援	3(21.4%)
教育支援	1(7.1%)
計	14(100.0%)

IV-D 『病院→地域』型

b)有効と思われる支援サービス（上位2位まで複数回答）

単位：人

家族支援（家族心理教育）	22(26.8%)
心理・精神療法的支援	21(25.6%)
コミュニケーション・サポーター	20(24.4%)
様々な要支援者が利用する共同住居	8(9.8%)
日中活動の場	4(4.9%)
教育支援	3(3.7%)
支援センター	3(3.7%)
里親制度	1(1.2%)
計	82(100.0%)

○IV - Total 類型A-Dの総計

単位：人

心理・精神療法的支援	123(29.6%)
コミュニケーション・サポーター	122(29.4%)
家族支援（家族心理教育）	86(20.7%)
様々な要支援者が利用する共同住居	33(8.0%)
教育支援	22(5.3%)
より企業に近い就労体験	8(1.9%)
日中活動の場	7(1.7%)
発達障害に特化した日中活動支援	4(1.0%)
支援センター	4(1.0%)
里親制度	2(0.5%)
発達障害者用福祉施設	2(0.5%)
余暇活動	2(0.5%)
計	415(100.0%)

## 第V章 その他（自由記載）現状における課題や問題点、制度の変更に関する要望等

（回答率：32/49 センター≒65.3%）

- ・青年・成人の相談が増えてきており、主訴を大別すると①就労・日中活動に関するもの②家庭内暴力やこだわりなど問題行動③診断・医療に関するものの3つがある。
  - ① 就労については実際には就労以前の問題として基本的な生活習慣の未確立や、障害認知のあいまいさが課題となることが多い。ひきこもり状態が長く、企業への職業実習でもハードルが高い場合も多いため、就労というより「日中活動」の場を共にさがすという視点が必要となる。このため、日中活動先として就労移行／継続支援事業所、地域活動支援センター、また精神科デイケアなどとの連携が必要となるが、発達障害者への理解・対応について十分経験のない事業所も多いため、地域への支援・啓発の重要性を実感している。  
また、最近では入院中の当事者の移行支援や保護観察中の方のケースなど、他機関との連携しつつ対応する事例も増えており、こうした困難ケースに対する支援のノウハウに関する情報が欲しい。
  - ② 問題行動としては家族からの相談が多く、暴力やこだわり、またひきこもりなどの対応が求められる。本人の来所が難しい場合が多く、家族への心理教育の他、訪問支援や精神科医師の往診などアウトリーチによる本人への介入が必要ではないかと実感している。
  - ③ 断等に関して、本人よりインターネット等で発達障害を疑い、相談来所されるケースが増えている。診断以上に障害認知についてパッケージ化された心理教育のツールやグループによる学習の機会が必要と思われる。
- ・実社会にて不適応を起こしたPDDの方が日中活動の場となる機関が乏しい。自立支援法に基づく事業への利用を検討しても、PDDの方々の特性にマッチしない等、活用しにくいのが現状であり、課題である。
- ・学校や企業におけるメンタルヘルスや心理相談の位置づけが低い。教員や事業主に対する啓発やカウンセラー、相談室の増設の必要性を感じる。
- ・自宅にいて、そこからの就労や、新たな就学や方向性を模索しているケースが多い。次のステップへ向けての細やかな支援の場はほとんどない現状。また、地域性として広い圏域内に利用できる活動の拠点になる所が少なく、移動手段も車に限られ、一人で活動するには難しさも多くある。  
活動の場をどのように確保していき、現在あるサービスにつないでいくのが課題となっている。  
「教育支援」「コミュニケーション・サポーター」「共同住宅」など、施策として実現し、それに専任できる人材を確保でき、サービスが充実していくことを望む。
- ・乳幼児期、学齢期に診断・支援を受けていたかどうかで困難さに影響していると思われる。早期発見・早期療育の必要性を感じる。
- ・家族の本人理解が現在の環境適応へ要因していると思われる。二次障害を併せている人が多く、発達障害を理解した医療機関との連携の必要性を感じるが、現在は理解のある医師が少ないと感じる。

- ・他機関のサービスとの連携とも関わってくるが、ひきこもりの者への支援の充実が必要。
- ・当事者活動の必要性を感じているが、現在は活動している場は少なく、ニーズにに応じていない状況。企画・運営する人材不足を感じている。
- ・高機能群の成人相談の多くは、すでに独立して単身生活を送っていて、何らかの二次的な困難さを抱え、離職したり、周囲とのトラブルを抱えたりして、就労や生活の安定を求めてくる場合が多い。自立に向けた支援としては、SST を時間をかけて行う必要がある場合もある。しかし、その保障のためには就労の一時的中断と経済的な困難を伴うので、これらに対する何らかの経済的保障を行ないながら、就労定着に向けた支援を組み立てていく必要があると思う。  
また、成人当事者に対する SST（障害者職業センターでは JST と言っているが）を行う支援機関などの整備が求められる。
- ・就労トレーニングを行ないながら、成人の社会生活スキルトレーニングを同時並行的に行なっていくことは時間的にも困難であるし、何よりも本人たちがそれに対する苦手さが大きく、結果として自立に向けての時間が必要以上にかかってしまうことが問題であると思う。
- ・家族と同居している人たちの相談においても、就労や生活の安定が主であり、1 年間という短期間で、独立して生活する地域移行を目指す相談はほとんどない。この 1 年間という調査対象期間に制約されることなく考えていくと、矯正施設や病院などからの地域移行と定着を行っている事例は複数あるが、本人の障害認知、支援の必要性の実感などに時間が求められ、なかなか現実的な自立支援とはなっていない。
- ・相談ケースは増加傾向にあり、かつ継続ケースが増加しているため、診断が必要なケースなどは、新規に相談を開始できず、他の医療機関を紹介するという対応にならざるを得ない場合もあるという状況。
- ・知的障害を伴わない発達障害の方への特に就労以外で療育手帳のメリットが少ない。
- ・児童デイサービスとも関連するが、就学後の療育機関が乏しい。
- ・成人の居場所支援をする機関や支援のレパートリーが少ない。
- ・発達障害が自立支援法の中で精神障害に位置づけられるようとしていることで、当事者にとって二重の受容を強いられている。
- ・兄弟児支援が地域の支援のレパートリーの中に入ってきていない。
- ・在宅の相談者は多いが、日中通える場が少なく、本人に合った所を見つけるのが難しい。

- ・成人してから発達障害と診断されるケースが多い。また軽度の精神遅滞を伴うケースも多いが、通常教育を終了してきた場合、本人が障害として受けとめるまでに時間がかかる。そのため本人が支援を受けることに拒否的であったりすることも多く、支援の方向性に悩む。
- ・障害者職業センターを利用後、就労したケースについて、その後の職場での様子や適応状況などが理解しにくいいため、さらに連携が必要である。
- ・知的な遅れがなく、大学・大学院など高学歴の人も多いが、自分の努力不足、あるいは怠けている等思い込み、また叱責されることも多いため二次的な障害を起こしやすい。親、特に父親に理解してもらうことが困難で、相談の場に来ない場合がある。
- ・手帳を取得して障害者雇用を利用したほうがいいと思われるケースでも障害を認めたくない場合がある。
- ・障害者どうしの集まれる場がないため、家にこもってしまっているケースがある。
- ・発達障害の当事者が仕事や生活上の利害関係のために弁護士や裁判所にかかわっているケースに対して、センターとしてどの程度関与できるのかというスタンスの難しさがある。
- ・関係機関とのネットワークの形成が課題。
- ・専門医が地元に住まない。
- ・解離性人格障害、身体表現性障害、不適応障害という診断名では手帳が出ず困る。
- ・障害についての理解が得られにくい
- ・乳幼児期の関わりが不足することが多く、社会適応を下げってしまう要因となっている
- ・本人の障がい受容が困難なために支援に結びつきにくい
- ・就学期以降は利用できる資源が少ない、または地域間格差がある
- ・就職の前段階の方の所属できる場やご本人に合った余暇活動の場が少ない
- ・要望事項として、発達障がい者の法定雇用率へのカウント
- ・精神科の入院継続が必要ではないが、家族や地域との関係が悪く在宅生活に戻ることが困難なケースへ

の対応。家庭以外に生活できる場所の選択肢が少ないこと（施設などの集団生活にもなじめず、単身生活も困難なケースが多い）。

- ・ 触法ケースの住民理解
- ・ ケアホーム・通勤寮の不足
- ・ 障害者手帳は取得できていても障害者基礎年金が受給できないケースの単身生活を支えるための経済的な基盤がない（義務教育～20歳までも含めて）
- ・ 障がい受容が困難な本人、保護者への対応（サービスは受けたいが、診断や手帳取得には拒否的）
- ・ 普通高校や大学、専門学校に在籍中の生徒への支援（学校側の受け入れ体制の不備、個別支援や連携の難しさ）
- ・ 学校をドロップアウトしてしまった当事者の方について、相談支援事業者が学校支援を行うことの難しさ（高機能群）
- ・ LDの要素が強い方への支援（査定、手立て）の不足
- ・ 成人期の方の診断が可能な医療機関に限られる（小児科でフォローしていた方が成人期に達した場合も含む）
- ・ ひきこもりではないが、就労・就業への具体的なイメージが抱き難く就職につながらない当事者の方への支援機関（若者サポートステーションやジョブカフェより踏み込んだプログラムを提供できる場所）があるとよい
- ・ 家族そのものの力が弱いケースでは（特に知的障害を伴わない人）、社会に出るまでに身につけておかなければならないことはもちろん、基本的な身辺自立も身につけていないケースが多く、生活能力の低い人が多いように思う。現状のサービス利用の支給が出たとしても既存の資源では本来の目的に沿った利用が難しい。また、各地域でニーズも違い、全国一律のサービスではズレが生じると思う。資源の少ない地域ほど、総人口も少なく、新しいサービスが提供されにくい。地域での行政の温度差もあり、生まれ育った地域での生活を望んでいるのに、他へ行くしかないような状況で、本当に支援といえるのか、と思う。
- ・ 障害、診断名等に関係なく困っている人に対して支援ができる制度であればと思う。
- ・ 就労に行きつかない方の居場所とマナーや SST 等の学習の場がない。

- ・利用者の増加に伴い、現在新規の方は未就学の方のみとしている。昨年度の実績でも6割以上の方がASの方になっている。AS児の課題としてはグループ療育等の資源の少なさや学童保育でのトラブルやタイムケア等の問題が挙げられる。当センターも微力ながら普及啓発に今後も取りくんでいきたいと思う。
- ・制度が充実したとしても、本人が支援を必要と感じる時には状況が困難になっている場合が多い。本人の生きづらさをどの時点でどの機関（支援者）がかかわっていくのか、幼少期から成人期に至るまで、発達障害に関する正しい知識と理解が広まらなければ、問題の解決にはつながらないと思う。支援の必要度、困難さということの視点について議論が必要（アセスメントツール）。その上で柔軟に持てる支援・サービスが受けられるようになって欲しいと感じる。
- ・今回の調査を通じて、使える資源がいかに少ないかということのを再認識した。
- ・これまでの活動を通じて、既存の枠組みでは支えきれないケースについては、関係機関との連携が不可欠であることは確認出来たが、その連携がスムーズに進むかどうかは、当事者やその家族の困り感を関係者がいかに共有できるかにかかっている。  
「どうしようもないケースもある」「家庭の問題である」と谷間におかれたままにならないように、当事者の抱える困難さをわかってもらえるよう働きかけていきたい。  
今回の調査が支援を受けられずに困っている多くの方の為の新たな仕組み作りにつながるように期待する。
- ・施設→地域のケースでは地域の「地域移行支援センター」等が関わっているため、直接的に関わるケースが少ないものと思われます。  
年間1,000件程の相談ケースのうち、約50~60%は19歳以上の成人期のケースで、そのうちの8割程度は高機能の人たち（疑いも含む）。そのうち在宅の人が4割程度ですが、主訴はグループホーム等への移行よりも日中活動の場や就労準備訓練の場の提供や、診断できる医療機関の紹介。しかし、受皿や医療機関は全く不足しています。  
矯正施設→地域への移行についての相談も年間1~2ケースはありましたが（21年1月~の新規はなし）発達障害者支援センターだけでは対応不可、支援のシステムも全くないのが現状と思う。
- ・現在、診断がつきにくい困り感をかかえているケースが増加しているが、診断の有無にかかわらず生活や日中活動の受け皿が少ない。
- ・地域的な問題もあるが成人に対する支援の少なさを感じている。
- ・高等学校でもボーダーラインにある生徒の相談が多く診断につながりにくく支援のときれやすさがある。幼児期からの各ライフステージごとのつなぎの支援をどうしていくのが課題にある。

- ・当事者のみならず、家族支援にもかかわるが家庭での対応困難のケースも多く、そのような際の一時的な利用の場が少なかったり十分に訓練が受けられないのが現状にある。
- ・HF-PDD もしくは AS の方々の就労支援で手帳もしくは診断書がある場合、ハローワークの障害者窓口、さらに障害者職業センターからの手厚い支援を受けられるが、不所持者に関しては一般就労となるため、なかなか就労に結びつかない。  
PDD とその周辺の方々も支援の対象となる方法はないものだろうか。
- ・病院から退院する場合や家庭での暴力行為が出たことによって家庭生活を行うことが困難な場合、福祉施設等の利用が考えられるが困難な場合が多い（知的障害者の入所施設が多く、対応ノウハウがないことや無断外出の恐れがあり断られる）。
- ・生活支援を行うには多方面の人との協力が必要になるが（消費者センター、警察、弁護士など）、発達障害の正しい知識をもっている人が少ない。
- ・高等学校、大学への普及活動が課題
- ・PDD の人たちが利用できる就労に向けた職場実習や訓練体験の場が少ない。
- ・障害者雇用を希望しない人たちの就労準備に当たって利用できる資源が少ない。
- ・現在の相談ケースでは家族以外との関係がなく家では自立しているケースが多い傾向がある。よって自宅での生活を希望されているが、家から外出するのは不安や緊張で困難な状況。二次障害の併発もあり、精神症状の治療を優先する方もいて、保健士や医師と連携を図っている。現在のジョブコーチの生活版であるライフコーチ（学業・外出支援、対人コミュニケーション、社会性、家族への対応アドバイスなど）のような制度ができるとよいかと思う。（障害特性に理解のある）緩やかな日常活動（アート、パソコン）の場も必要であると思う。
- ・子どもが青年・成人期を迎える家族からは、発達障害者が利用できるグループホームがないか？などの相談は少なくない。
- ・青年・成人期における就労相談において、就労に対するレディネスができていない（自己理解・自己評価が低い、基本的習慣が身についていない、基本的社会性が身についていない等）ため、就労支援に結びつかないケースが少なくない。
- ・不登校やいじめ、引きこもりなど 2 次的な問題を抱えて来所される方も少なくないことから、インタークや関係作りに多くの時間を費やし、本来の就労や生活支援など自立に向けた支援に至るまで時間がかかることが多い。

- ・「青年・成人期支援」に向けて、幼児期からの個々の成長や発達状況に応じた課題設定や適切な継続的支援や特別支援教育の充実が重要と思われる。Ex)年齢に応じたソーシャルスキルを身につける。二次障害を予防するため、幼少期から自己肯定感・自尊感情を醸成しておく。診断された間もない時期における親支援。
- ・青年・成人期における当事者同志による仲間作りの場の必要性を感じている。できれば、夕方、仕事（学校）が終わった後、集まれる場、土・日に集まれる場の確保。
- ・地域における相談支援体制整備（主体は市町村）。発達障害に限らず障害者自立支援法により、障害福祉サービスとともに相談支援についても実施主体は原則的に市町村に一元化。（実際に相談を行うもの→市町村相談支援事業所であり、相談支援専門員）。人材の確保・資質向上及び地域への声掛け、発達障害者支援センターの専門性確保が課題。
- ・専門医療機関の確保（発達障害の診断ができる医師・発達障害者の日常生活上の困難さが伝わる精神障害者保健福祉手帳用診断者の改定）
- ・支援機関において「発達障害の支援ができる人」の養成が必要
- ・ニート・虐待などの社会問題に対して、発達障害という視点を入れて施策や事業を展開していくことで、解決の糸口が見えてくるのではないかと。（発達障害者に対する施策だけでなく、視点を変えて）
- ・保護者の相談を受け、ASD だとは思われるが、診断もなく、引きこもっており、もちろん手帳は無く、両親は高齢。センターとして連携先もなく、制度保障もなく、このようなケースがセンターにたまってきている。
- ・本来、センターは関係機関との連携の中で地域全体の支援体制整備をすすめることが主たる目的だが、繋がりようがないといったケースが増えてきている。ASD の特性を理解したスタッフによる長期カウンセリング、生活支援（家事、経済的支援）が必要と思う。
- ・成人した高機能群の方々には、発達障害に関する支援の情報が届いていない現状があることから、情報発信の仕方を工夫する必要がある。
- ・対応に苦慮するケースとして乳幼児検診をクリアーし、普通学級で何とか過ごし、トラブルを起こしながらも本人としては全然困ったという感じを持たないまま時間が経過し、家族が本人の対応に悩んで相談機関や医療機関に行く。
- ・発達障害の方が手帳を取得または受給者証の発行はされても、利用できる資源・サービスが少なく、直接的な関わりが望めない現状がある。

- ・相談後に利用する場所でのプログラムの組み立て等が必要である。
- ・現状において、成人に対するサービスが不足している。
- ・本人・家族・社会の障害認知、受容の問題。障害の見た目の分りづらさ。
- ・自宅に住んでおり、そこを拠点とし、社会参加したいという希望の方が多い。しかし、現実すぐに社会参加できる力が少なく、どのような場を提供することで社会参加につながる一歩となるのか、模索しているところである。
- ・アスペルガー症候群や高機能自閉症等の知的に遅れを伴わない広汎性発達障害児者における緊急時の受け皿ならびにそうなる前段階でのレスパイト先として適切な受け皿が地域にほとんどない。
- ・知的に遅れを伴わない広汎性発達障害児（いわゆる気になる子）をもつケースのなかで養育や家庭環境に課題がある家庭（片親世帯や養育環境が乏しい、保護者の養育機能が低い等）の場合、親子ともにストレスが高く、レスパイトの必要性を感じるケースが多々ある。また、特に思春期以降の成人ケースになると2次障害、3次障害に発展し、家庭内暴力や器物破損等の不適応行動が生じる場合が多く、緊急性の高いケースも少なくない。しかしながら、そういったケースの適切な受け皿が既存の資源においてほとんどなく、現状の対応として（医療の必要性はあまりないが）、精神科病棟での医療保護入院等で無理を言って対応してもらったり、市町村によっては障害福祉サービス（障害者自立支援法）の「短期入所事業」若しくは「共同生活援助（グループホーム）」を活用できる方法もあるが、支給決定がおりたからといって実際の利用先としては既存の知的障害者または精神障害者の施設のいづれかになるため、高機能広汎性発達障害者が利用する際、馴染みにくく利用に結びつかない現状がある。

地域において適切な支援体制が整っていれば、自立した生活を送ることも十分に可能な高機能広汎性発達障害者ではあるが、現実としては、そういった資源がほとんどないために、上記ので挙げた一時凌ぎ且つパワーレスをさせてしまう対処法しか選択肢がない状況にあり、支援者も家族も一番は本人が非常に困っている現状がある。
- ・離島など、遠い地域の方から相談があった場合、頻回に面接が行えない等、地域により支援に差が生じることがある。
- ・手帳を所持していないために利用できない福祉サービスがあったり、就労の際に不利なことがある。

3 「高機能広汎性発達障害児者の地域移行  
支援に関するセミナー」講演資料

3－①「触法行為後の地域移行支援」

社会福祉法人南高愛隣会  
県南地域サービスセンター  
所長 松村真美

# 高機能広汎性発達障害児者の 地域移行支援に関するセミナー

## (1)「触法行為後の地域移行支援」



社会福祉法人 南高愛隣会  
県南地域サービスセンター  
松村真美

1

### 「高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた 新たな支援プログラムの開発と実践」

## 実践事例

①Fさん「矯正施設→地域」

②Mさん「矯正施設→地域」

(③Nさん「福祉施設→地域」)

2

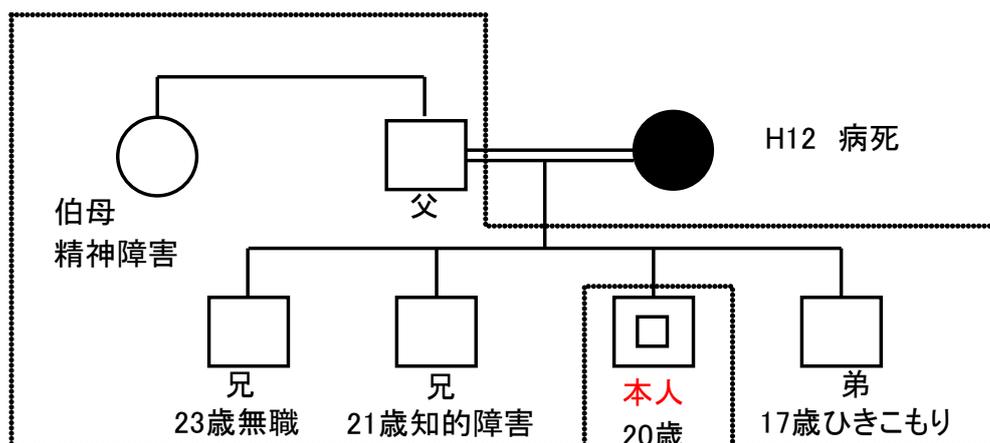
## 実践事例① Fさん男性（20歳）

「矯正施設→地域」

- 療育手帳：B
- 障害程度区分：2
- 広汎性発達障害
- IQ：73（WISCⅢ）
- 矯正施設：少年院（1回）
- 仮退院（H20.10～）
- 罪名：窃盗

3

## 家族構成



- ・父親からの虐待あり（H.6頃～）
- ・兄弟、伯母にも障がいあり、家族全体への支援が必要な状況

4

## 生育歴

沖縄で出生、その後父親の実家山口県へ引越し

### 【学歴】

市立小学校卒業(普通学級)・・・父親からの虐待があった

市立中学校卒業(普通学級)・・・母親病死、父の虐待ひどくなる

私立高等専修学校中退 ……不登校となる  
(H17.12月除籍)

## Fさんの現在までの非行(犯罪)歴

16才 ゲーム攻略本万引き(審判不開始決定)

16才 対戦カード万引き(保護観察)

17才 ゲームソフトなど7点窃盗未遂(保護観察)

17才 家出 警察に保護を求めるが自宅へ帰される

17才 オートバイのカバーに火をつけ燃やし破損(保護観察)  
→2日間S市児童相談所で一時保護

18才 自転車窃盗(審判不開始決定)

18才 家出

18才 ゲームソフト・ゲーム機一式万引き

19才 前回の件に加えアイス2本万引き、窃盗被疑  
として逮捕

19才 少年院送致

20才 仮退院 福祉事業所での受け入れ  
(自立訓練事業・ケアホーム)

## 地域移行が困難となっている主な理由

- 反社会的問題行動(窃盗、放火)
- 相談ができない
- 自分の欲求を解決する方法がわからない



### 課題・ニーズ

- ①再び反社会的問題行動をおこさないよう相談できる力を高める
- ②仲間との交流を通して、進路の自己選択・自己決定を支援し、希望を抱けるようにする

7

## 支援プログラム策定

目的	内容	支援機関	支援者	頻度
他者への相談方法や付き合い方を学ぶ	<u>SST</u>	M病院 福祉事業所	作業療法士 事業所スタッフ	1回/月 毎週木曜
ピアカウンセリング(仲間からのアドバイスを受けながら進路の自己選択・自己決定に向けての支援)	当事者ミーティング (自助的支援)	福祉事業所 (N病院にて研修)	事業所スタッフ	毎週土曜
自分の思いを伝える機会を作る	保護司との面談	保護観察所	保護司	1回/月
心理的ストレスの軽減と、障害認知・自己認知を図る	医療 カウンセリング	M病院	臨床心理士	1回/月

8

# 実施した支援サービス

## ①SST

- 相談技術を身につけ、向上させる目的として導入
- 1回／週、1回につき2セッション(10月～18回参加)
- 利用者7名、スタッフ4名で実施
- 1回／月スタッフのスーパーバイザーとしてOTの来訪を依頼

9

## SST実施状況

	課題	ねらい	本人の状況	SST後の本人の状況
1	自己紹介 フルーツバスケット	顔合わせ コミュニケーション	半分以上知らない人であるが、楽しんでいる	
2	自己紹介 ジェスチャーゲーム	〃	ゲームでイラストを描き上手と言われ、表情良い	困っていることを書くことを設定したが書けない
3	日用品が減り、新たに購入を支援者に依頼	日常生活で想定される場面を設定し、よりよい適応のためにロールプレイを通して学習・獲得する	的確な意見が言えたり、他者を褒めることができる。	ロールプレイが恥ずかしいのでSSTへの参加は嫌だと言う
4	〃 (実際のホーム使用)	〃	ホーム内であり、他のことが気になり集中しづらい	コーヒータイムではとても積極的に準備
5	雨天で傘をもっていないことを相談 テレビのチャンネルを変えたい	〃	他者を気遣ったセリフを考えて自ら発表	
6	洗濯機使用のお願い 友達の大事なものを貸してほしい	〃	2つ目の課題時寝たふりをしている。レクは皆と関わる	(本人が困っていること) ・挨拶プラス一言 ・仕事の人と話しかける ・大勢の前での自己紹介
7	仕事でミスをしたときの謝り方	〃	アイデアを皆で考えるときに目を伏せる態度多い	

10

	課題	ねらい	本人の状況	SST後の状況
8	他者と話している人をお願いする 挨拶練習	日常生活で想定される場面を設定し、よりよい適応のためにロールプレイを通して学習・獲得する	あいさつの声が小さいメンバーをリードする。今まで消極的だったのが積極的に参加	
9	欲しい物を買ってきてもらう依頼 挨拶プラス一言	” (チャレンジカード使用)	目を伏せたりするところみられた	
10	ただいまプラス一言	”	前に出てロールプレイをする	
11	トイレに行きたいが言いにくい	日常生活で想定される場面を設定し、よりよい適応のためにロールプレイを通して学習・獲得する	眠そうにしていたが、指名すると答える	
12	知らない人をお願いする (クリスマス会)	職員やメンバー以外の関わりの中でどれくらいできるか 挨拶→依頼→お礼	ペアになった人をリードする。料理好きでケーキ作りはりきって行う	
13	今年練習したいことをあげる	新年度にあたり、目標・課題設定をお願いする		
14	面接で自分のことを表現する	翌日に控えた訓練校入校試験にむけての面接練習	目的がはっきりしていたため積極的	
15	知らない人から道を尋ねられる	本人が最近困った事にどう対応するか	周りからも評価され表情が良い。今まで以上に周りの人と話す機会が多い。	SSTの中の他ホームのメンバーと休みの日に交流あり

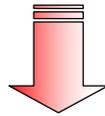
11

	課題	ねらい	本人の状況	SST後の状況
16	公共のものを使うときに相談する。エアコンをつけたい、電話を借りたい。	他の人に一言告げて公共のものを使う。勝手な判断をしない	隣に座っていた男性利用者からちよっかいを出されじゃれあい、集中できなかったが、発表はスムーズ	
17	相談しにくいときに相談するには	いつも相談したいができずためこんでしまう傾向にあるためメンバー全体で考える	途中寝たふりをすることがあるが、ロールプレイや発表を促すとしっかりやれている	OT来訪 できたことを具体的細かいところまで褒め、モチベーションがあがるようにするよう助言を頂く
18	食事準備のとき作り方がわからないので電話で相談	すぐそばに相談したい人が居ないときの相談方法を学ぶ	ウォーミングアップで行ったゲームで得意な絵を描き、皆から褒められて照れている。セッションに入り、ロールプレイを自ら手を挙げて行う	

## 支援サービスの成果

### 【成果】

- ・仲間も増え、積極的に参加
- ・自ら相談することはスムーズにできないが、困った時のサインが見えるようになってきた
- ・日常的なことは担当スタッフへ相談できる
- ・本人の得意なことが見え、新たな友人ができた
- ・SSTの時の緊張感が軽減された



自尊心が高まり、自信へつながりつつある

13

## 実施した支援サービスと成果

### ②当事者ミーティング

- ピアカウンセリングを目的として
- 1回／週 利用者5名(過去反社会的問題行動で矯正施設を利用したことのある人)

### 【成果】

- ・過去のことを話すのに抵抗感が強い
- ・参加してしまうと淡々と話す参加への拒否もあった。
- ・メンバーとの交流は日常生活の中ででてきた
- ・職業訓練校合格をメンバーへ報告、皆に祝福され嬉しそうにしている

今後・・・当事者ミーティングという特別場面の設定はしないが、職業訓練校にて同年代の人たちと同様のグループワークをするよう訓練校へ申し送る。

14

## 実施した支援サービスと成果

### ③保護司との面談

- 自分の思いを伝える機会として
- 1回／月 1時間程度の面談

#### 【成果】

- ・仮退院後の特別な存在
- ・本人が信頼できるキーパーソンであり、会えることを楽しみにしていた
- ・今後の進路の後押しをしてもらい、自ら職業訓練校の受験を希望するようになった

15

## 実施した支援サービスと成果

### ④医療的アプローチ

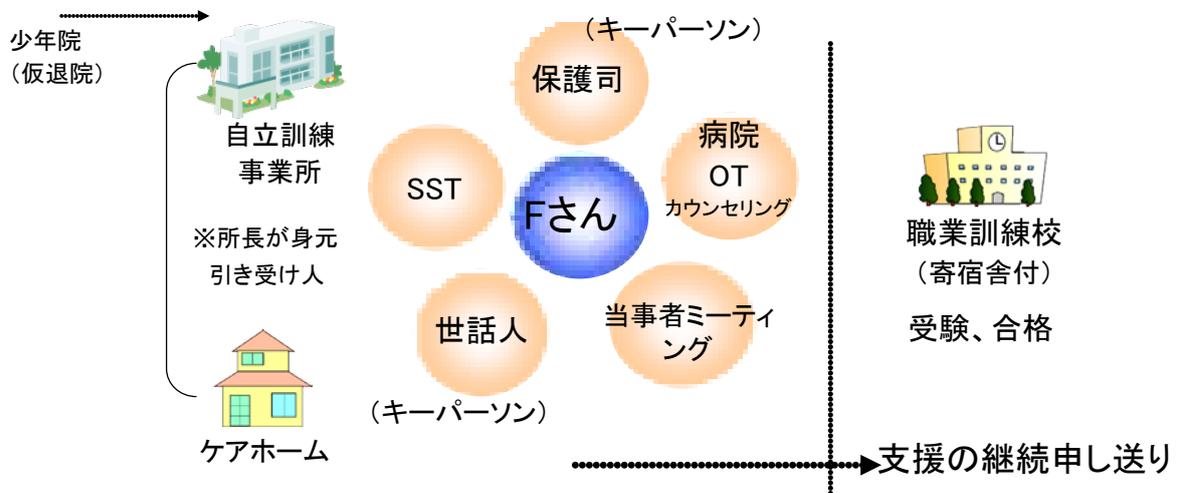
- 心理的ストレスの軽減と自己認知を図る目的
- 1回／月 臨床心理士によるカウンセリング

#### 【結果】

- ・現在の不満や不安を相談できた
- ・担当世話人(生活のキーパーソン)が障がいの特性や対応の仕方や悩みなどを相談・助言の機会となりより良い支援につながった
- ・今後もカウンセリングを受けたいと本人の希望あり

16

## サービスのコーディネート(パッケージ)



17

## 実践事例② Mさん(22歳 / 男性)

強制わいせつ未遂  
懲役1年6ヶ月  
執行猶予4年

18

## Mさんに支援が開始されるまでの経緯

強制わいせつ未遂事件 惹起



平成21年7月：

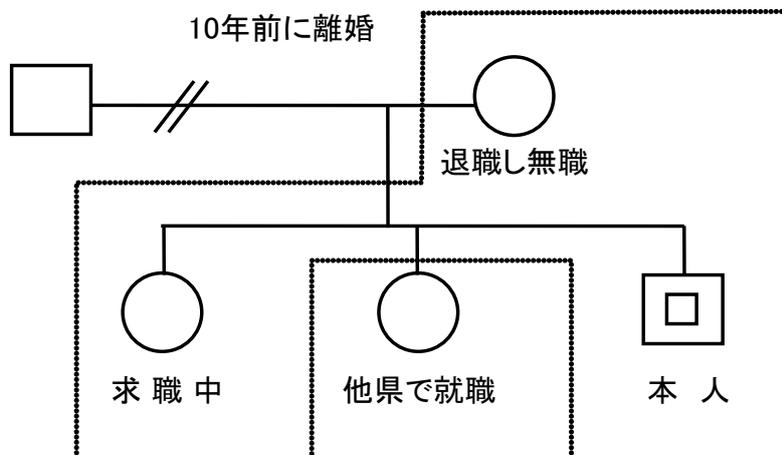
母親から「地域生活定着支援センター」へ相談。

『裁判での判決がどうなるか分からないが、  
もう家族だけでは支えきれない……』



19

## 家族構成



20

## Mさんの生育歴・犯罪歴①

- 小学校:普通学級  
→女子のグループを中心に激しい「いじめ」に遭う。
- 中学校:普通学級  
→女子からの「いじめ」は続く。蹴られて失神したことも。
- 中学校1年～:「いじめ」が原因で不登校となる。
- 中学校1年時:児童相談所で判定を受けるが、療育手帳は取得していない。



→判定:「LD、ADHD、協調運動障害」  
→WISC-III:  
「全検査IQ:65 言語性IQ:85 動作性IQ:51」

- 20～21歳:心療内科受診→「適応障害」
- 22歳:逮捕されたことによる簡易鑑定→「アスペルガー症候群と断定はできないが、疑いがある。」と記載。
- 22歳:広汎性発達障害との診断(N大学医学部精神科医) 21

## Mさんの生育歴・犯罪歴②

- 中学校3年時:「殺人未遂事件」惹起  
→いじめていた女子の一人を下校時に刺す。  
⇒〇〇少年院送致(1回目):約1年半入院
- 退院後(17歳):母親と転居し、二人で生活していたが...
- 17歳:「住居侵入」で逮捕  
→隣室に住んでいた女性宅に侵入。  
⇒〇〇少年院送致(2回目):約2年入院
- 退院後(19歳):母親と再度転居し、母親、姉とともに生活。  
ハローワーク等を通じてアルバイトをするも、人間関係が上手くいかずにすぐに解雇になることが多かった。

## Mさんの生育歴・犯罪歴③

### ■ 19歳: 通信制の高等学校入学

→友人もいたが、対人関係や異性との問題が多かった。



ex. ①落ち着きがなく、クラスをひっかき回す存在。

②友人へ昼夜問わず四六時中お構いなしに相談。

→本人は悪気はないが、友人が鬱病に・・・

③弁が立ち、嘘が多いため、生徒が振り回される。

③彼女と学内で性行為 etc

### ■ 22歳: 「強制わいせつ未遂事件」惹起

→事件前日、彼女に会おうと思ったが、会えずにもんもんとしたまま外泊。事件当日、通勤途中の女性に対して惹起

→高等学校は、自主退学(3年時)

23

## 公判段階からの支援

拘留所

### ■ 定着支援センター: 「確約書」の提出

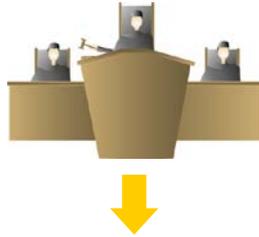
→福祉へ責任を持って繋ぐ

### ■ 更生保護施設 : 施設長による「情状証言」

→執行猶予になった場合は受け入れる

24

# 『 判 決 』



25

「更生保護施設」利用中に、どんな支援が可能で、Mさんにはどんな支援が必要なのか？



26

## 地域移行に向け「支援プログラム」策定へ①

### <地域生活(移行)が困難となっていた主な理由>

- 発達障害があったにも関わらず、過去一度も福祉サービスに結びついていなかった。
- 特に女性から受け続けたいじめによって、女性に対する『発作的衝動(本人:「女性を押さえつけて、ボコボコにして平伏させたい)』に駆り立てられる時がある。
- 適切なソーシャルスキルが身に付いていない。  
→本人:「よくKY(空気が読めない)と言われていた。」
- 医療(服薬)が途絶えていた。

27

## 地域移行に向け「支援プログラム」策定へ②

### <支援の重点目標>

- ① 「心理的ストレスの軽減及びキーパーソン(地域に移行しても相談できる専門職)の確保」
- ② 「更生保護施設」利用後の「生活の場」及び「生活支援の在り方」

28

## 地域移行に向け「支援プログラム」策定へ③

### < 支援プログラム >

#### 『プロジェクト』

活用した資源	頻度
①作業療法 (個別SST)	1回/月:作業療法士 1回/週:事業所スタッフ
②乗馬療法 (アニマルセラピー)	9~10月:3~5回/週 11月以降:1回/週
③和太鼓 (音楽療法)	導入期:体験的に 5回/週(AMのみ) 10月末以降:5回/週 (8:30~17:00)
和太鼓奏者 (ピアサポーター)	同上

#### 『プロジェクト以外』

活用した資源	頻度
①医療	導入期は早急に 受診。 以降:1回/月
②当事者ミー ティング  (参加メンバー) 主に更生保護施 設を利用中の触 法障害者5名程度	10/31以降:1回/週 (実施時の様子) ・多弁 ・毎回グループの中 で中心的 ・終了後は爽快

29

## 地域移行に向け、中核を成す「支援プログラム」

### 「更生保護」と「福祉」「医療」との連携

<日中>

<生活の場>



定期受診

30

# 「支援プログラム」開始！

何はともあれ・・・



まずは、医療的支援を開始



- ① 途切れていた「服薬」を再開
- ② 「診断名」の確定へ

31

## 「診断名」の確定

### ■ 診断名：「広汎性発達障害」

→ 「ADHD(不注意優勢型)」の傾向もあり、  
Mさんの「衝動性」と関係している。

→ 検査結果のバラツキが大きい。  
言語性は非常に高いが、空間認識等は苦手。



32

診断名が確定したことで・・・「福祉的手立て」を開始

■障害者手帳：「精神障害者保健福祉手帳」の取得

33

『支援プログラムの詳細：①個別SST（作業療法）』

活用した資源	目的
①個別SST （作業療法）  1回/30分	<u>「個別SST」を通して、本人が特に困難と感じている「苦手な対人場面や問題場面」でのソーシャルスキルの習得を重点的に目指す。</u> →（理由）： <u>弁が立ち、場の空気を乱してしまうことが予想されたため、導入期は「集団SST」ではなく「個別SST」から開始し、将来的には「集団SST」への移行を目指す。</u>

34

## 『支援プログラムの詳細：①個別SST（作業療法）』

### 支援内容

①作業療法士による「個別SST」

②現場レベルでキーパーソンを中心とした「個別SST」

→現場レベルでの「個別SST」については、ビデオ撮影を毎回  
行い、以下の点を実施

①SST実施後に映像による振り返りを毎回実施。

②作業療法士によるビデオチェックを適宜行うことで、現場  
レベルで行うSSTのスキルアップに努めた。

35

## 支援プログラム：『個別SST』の経過①

回数	テーマ	SSTでの様子 / その後の変化
第1回	他者同士のケンカ への仲裁の仕方	<p>テーマがあちらこちらに飛び、設定に時間を要す。 本人は正義感のつもりで仲裁に入ったが、ケンカがと めれなかったとの理由でテーマ設定。 トラブルを自分で解決しようとすることで、逆にトラブル に巻き込まれることが多い。 周囲にいる職員等へまずは大声で呼びかけるロール プレイを実施。 →数日後、同じような場面で実際にできたと喜ぶ。</p>
第2回	職員から一緒に作 業を行うよう指示さ れた相手を変更し てもらう言い方 (断り方)	<p>テーマがあちらこちらに飛び、設定に時間を要す。 「あの人はつかえない」と露骨に仲間批判していたこと からテーマ設定。 思いやりに欠けた言葉がストレートに出てしまうため、 「もし良かったら・・・」と前置きした上で変更が必要な理 由を伝えるロールプレイを実施。</p>

36

## 支援プログラム：『個別SST』の経過②

回数	テーマ	SSTでの様子 / その後の変化
第3回 第4回	「相手を思いやった断り方」や「トラブルを未然に防ぐ」場面を中心に行う	<p>これまでテーマ設定に時間を要していたため、本人が日常の中で日々感じた「イライラした場面」「自分の気持ちが伝わらなかった場面」等を本人自ら「課題ノート」に記載。</p> <p>テーマは「課題ノート」から抽出し、設定する。</p> <p>自己都合だけの「断り方」や自己の感情をストレートに出した「指摘」をしてしまうことで、本人が意図していない他者とのトラブルに発展する場面があるため、「あのお・・・」「すみませんが・・・」と前置きした上で断りを入れたり、トラブルに発展しそうな時は自己解決を試みずに職員へ相談するロールプレイを実施。</p> <p>→対人関係のトラブルはあるものの、導入期に比べるとトラブルが大きなトラブルにまで発展せずに「解決(職員へ相談)」できる場面が増えてくる。</p>

37

## 支援プログラム：『個別SST』の経過③

回数	テーマ	SSTでの様子 / その後の変化
第5回	1分間褒められる言葉を黙って聞く	<p>&lt;作業療法士による個別SST&gt;</p> <p>作業療法士がテーマを聞き出そうとするが、作業療法士からの質問や問いかけに的確に答えることなく、ほぼ一方的に自己の思いを40分間話し続ける。</p> <p>&lt;「黙って聞く」というテーマ設定した理由&gt;</p> <p>①上記の様子からまずは「黙って聞く」ことの大切さを伝える。</p> <p>②ただ黙って聞くだけでは本人も苦しいだろうから「褒める」といったテーマに加える。</p> <p>&lt;個別SST実施後：作業療法士の見解&gt;</p> <p>①こちらがテーマを聞き出そうとしているメッセージ(言葉、表情など)が伝わらない</p> <p>→言語性は高いが、コミュニケーション能力は重度</p>

実施後の本人の様子：恥ずかしかったようだったが、これまでに「褒められた経験」が社会の中で少なかったせいか嬉しかったようである。

38

## 支援プログラム：『個別SST』の経過④

回数	テーマ	SSTでの様子 / その後の変化
第6回	①1分間褒められる言葉を黙って聞く。 ②逆に30秒間本人が相手を褒める。	「聞き上手」になることを、今後、SSTを実施していく上での一つのゴールとする。 ①「黙って聞く」ことの大切さを伝える。 ②同時に「褒められる」といったテーマを加える。 ③逆に本人が職員を褒めるといったテーマも実施。
第7回	①作業療法士による「和太鼓」の見学 ②作業療法士による「ビデオチェック」	<p>＜「和太鼓」見学後の作業療法士の見解＞ →和太鼓が自体が、Mさんに「集団SST」の作用をもたらしている。</p> <p>＜「ビデオチェック」後の作業療法士の見解＞ →第6回のテーマ「本人が相手を褒める」場面で、Mさんが言った1個目の褒め言葉が、「外見」ではなく、相手の『人柄』だったことに驚かれる。 →場面や空気が読めないと言われていたMさんだが、『人柄』を感じる力がある。今後、Mさん自身が変わっていく可能性はある。</p>

39

## 『支援プログラムによる成果：① 個別SST(作業療法)』

### 成 果

現時点では、目に見える「成果」は上がっていない。

しかし、今後継続していくことへの可能性は十分に感じられる。

→広汎性発達障害に加え、ADHD(不注意優勢型)の傾向もある本人にとって、「集団」ではなく「個別の環境」を設定しSSTを実施することで、テーマに集中して取り組みやすい。

→ビデオ撮影をして毎回SST実施後すぐに「映像」で振り返ることで、「体感」だけでなく「視覚」で感じ取ることが出来ている。

→徐々にSSTで取り組んだテーマを実際の生活場面で活かす始めている。今後、「記憶力が良い」といった障害特性を活かし、複数の「対人・生活場面」をSSTでバリエーション豊富に設定することで、ソーシャルスキルの向上が期待される。

40

『支援プログラムの詳細：②乗馬療法(アニマルセラピー)』

活用した資源	目的
<p>②乗馬療法 (アニマルセラピー)</p> <p>1回/30分</p>	<p><u>「乗馬(馬との共同作業)」を通じて、情緒の安定や協調性・調和性の習得を目指す。</u></p> <p>→(理由):導入期は特に「<u>医療的支援(服薬コントロール)</u>」が途切れていたことで、<u>情調不安定であったため、医療的支援だけではなくセラピーとしての「乗馬療法」を積極的に活用。</u></p>

41

『支援プログラムによる成果：②乗馬療法(アニマルセラピー)』

支援内容 / 成果
<p><u>徐々に「成果」が上がっている。</u></p> <p>→導入期に服薬コントロールだけではなく、「<u>乗馬療法＝馬との触れ合い</u>」を活用することで、<u>情調の安定が図れていった。</u></p> <p>→「<u>馬の手入れ(ブラッシング等)＋乗馬</u>」を毎回セットで行うことで、馬に対する「<u>愛着</u>」が生まれてきている。</p> <p>→導入期は特に、馬が言うことを聞かない時などには苛立つ場面も見られたが、徐々に上手いかなくても苛立つ場面が少なくなってきた。逆に馬に対して「<u>上手く出来なくてごめんな</u>」といった声かけも見られるようになった。</p> <p>→上記のことから自己でストレスをコントロールすることが苦手な当事者(発達障害者)にとって、定期的に「<u>乗馬療法</u>」が設定されていることは有効。</p>

42

## 『支援プログラムの詳細：③ 和太鼓(音楽療法)』

活用した資源	目的
<p>③和太鼓 (音楽療法)</p> <p>和太鼓奏者 (ピアサポーター)</p>	<p><u>「和太鼓」の演奏を通して「心・技・体」を鍛え、「自信」と「誇り」を培うことで、自立した社会生活を目指す。</u></p> <p>→(和太鼓を選択した理由):</p> <p>①<u>少年院入院中に慰問による「和太鼓(瑞宝太鼓)」の演奏を実際に見て、感銘を受けていた。</u></p> <p>②<u>中学校時代、地域の「和太鼓サークル」に所属していた。</u></p> <p>③<u>音楽が大好きである。</u></p>

43

## 『支援プログラムによる成果：③ 和太鼓(音楽療法)』

支援内容 / 成果
<p><u>徐々に「成果」が上がっている。</u></p> <p>→この5ヶ月間、当初想定したよりも遥かに熱中して取り組んでいる。</p> <p>→体力が確実についてきている。導入期は1.5kmを全く走れなかった。</p> <p>→「心技体」という厳しくもあり温かい環境が、これまで安きに流され、何事も長続きしなかった本人の心に少しずつ変化をもたらしている。</p> <p>※これまでの生活では「寝坊」「遅刻」が多かった。</p> <p>(ピアサポーターによる成果)</p> <p>→憧れの存在が目の前にいることで、自分自身の「目標」と「将来の見通し」が本人自身の中で描きやすい。</p> <p>⇒<u>上記の「変化・成果」は、どんな時も自分よりもきつい練習をこなしている「憧れの存在:ピアサポーター」がいることが大きい(本人談)</u></p>

44

## 『支援プログラムによる成果：③ 和太鼓(音楽療法)』

### 和太鼓の持つ可能性

⇒「場の空気」や「相手の表情」等を感じる事が苦手な発達障害者に対して、「五感を鍛える(目線やしぐさ等から雰囲気を感じ取り、奏者全員が息を合わせることで始めて曲となる)」和太鼓は、ピンポイントで作用する可能性があるのではないだろうか。

45

## 『今後の地域移行に向けて:「拡大ケース会議」の開催』

実施日	参加機関(資源)及び参加職
平成21年 12月24日	<ul style="list-style-type: none"> <li>①<u>更生保護施設:補導主任</u></li> <li>②<u>和太鼓(就労継続A型):部長</u></li> <li>③<u>乗馬療法(生活介護):課長</u></li> <li>④<u>相談支援事業所:課長</u></li> <li>⑤<u>地域生活定着支援センター:相談員</u></li> </ul>
平成21年 1月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>①<u>〇〇市保健福祉部障害福祉課:主査</u></li> <li>②<u>〇〇病院:作業療法士</u></li> <li>③<u>更生保護施設:施設長・補導主任</u></li> <li>④<u>和太鼓(就労継続A型):部長</u></li> <li>⑤<u>乗馬療法(生活介護):部長</u></li> <li>⑥<u>相談支援事業所:課長</u></li> <li>⑦<u>地域生活定着支援センター:相談員</u></li> </ul>

※この他にも実務者レベルの「ケース会議」を適宜実施し、地域移行に向けて複数回協議

46

## 『今後の地域移行計画』

- 「更生保護」と「福祉」「医療」との連携による成果は、徐々に上がりつつあるものの、生活環境の変化に左右されやすく、また対人関係の構築にも長期的な視点で支援を要するMさんにとって、最長6ヶ月という「更生緊急保護」の有期限内に地域に移行することは現時点では困難。

⇒「更生保護」及び「キーパーソン(更生保護施設職員)」を軸に、今後も支援プログラムを継続し、スモールステップで地域移行を目指す

⇒更生緊急保護の延長(+6ヶ月間)を断定

47

## 『Mさんの支援を通して見えてきたもの 1』

- 執行猶予者や矯正施設退所者を一旦受け止める「福祉的な更生保護施設」の必要性
- 「更生保護(生活の場)」と「福祉」「医療」が『連携した支援体制(パッケージ支援)』の必要性
- 暴力犯及び性犯を行った触法障害者等が執行猶予及び矯正施設退所となった場合には、「更生保護事業」と協働して「アニマルセラピー」を実施するプログラムの有効性
- 集団生活に馴染まない発達障害者が執行猶予及び矯正施設退所となった場合には、「更生保護事業」と協働して、医療機関のOT等が更生保護施設で「SST」を実施するプログラムの有効性

48

## 『Mさんの支援を通して見えてきたもの 2』

- 集団生活や対人関係を不得意とする発達障害者に対して、「和太鼓」が作用する可能性

### < 検 証 >

- 少年院からの退院の在り方  
～なぜ、親元に2度も帰住調整がなされたのか？～
- 保護観察の有効性  
～なぜ、保護観察が付かなかったのか？～

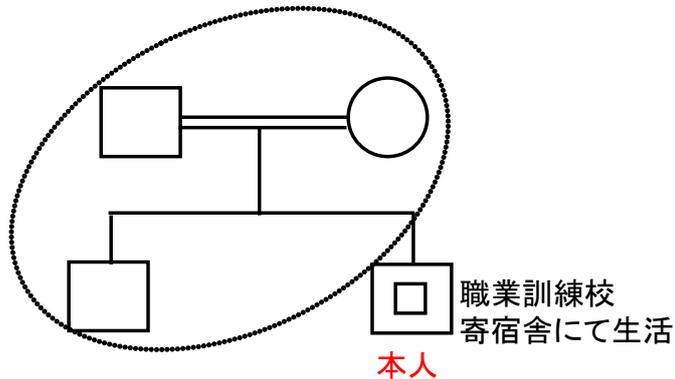
49

## 実践事例③ Nさん男性(20歳)

- 療育手帳: B2 (H19.12月取得)
- 障害程度区分: なし
- 広汎性発達障害 (H19.8月診断)
- IQ: 73
- 現在、職業訓練校にて訓練中

50

## 家族構成



父・・・本人の障害を完全には受け入れていない。  
愛情はあるが、厳しいしつけ  
母・・・精神疾患あり、入院されることもある

51

## 生育歴

普通分娩で出産  
首の座り7ヶ月、初語7ヶ月、会話成立2年、熱性けいれん3回ほどあり。

### 【学歴】

町立小学校卒業(普通学級)  
町立中学校卒業(普通学級)  
私立高等学校卒業(普通科)

中学1年時教室に入れず、2ヶ月程相談室で過ごす。高校に入っても他者との関わり少なく、会話ができない。高校では就職活動をするが、面接ですべて落ち、就職できない状況が続く。その後、職業訓練校を受験、職業訓練を経て現在一般就労を目指している

52

## 地域移行が困難となっている主な理由

- 対人面におけるコミュニケーション
- 障害認知  
自分の障害に対する正しい理解の不足

53

## 支援プログラム

目的	内容	支援機関	支援者	頻度
相談できるような技術を身につける	SST	M病院	作業療法士 訓練校スタッフ	1回／週
パソコン技術向上	学習・就労	M事業所	パソコン指導員	1回／週
職場と本人との関係調整	コミュニケーションサポーター	J大学	福祉科学生	随時
発達障害の診断・障害に関する相談	医療	O病院	Dr. セラピスト	1回／週
吃音治療	医療	K病院	言語療法士	1回／週

54

## 実施した支援サービスと成果

### ①SST

- 相談できる技術を身につける目的として
- 1回／週 OT・職業訓練校・社会福祉法人スタッフ  
(全14回実施)

#### 【結果】

- ・回を重ねるごとに意見を発表したり、ロールプレイも快く引き受ける
- ・日常生活の中で学習したことを実践していくことが難しい

55

## 実施した支援サービスと成果

### ②パソコン技術指導

- 学習と、就労に向けての技術習得を目的として
- 1回／週 パソコン指導員 (全11回指導を受ける)

#### 【結果】

- ・ワード3級合格 文書作成などであればスムーズに作れる
- ・エクセル検定受験予定

56

## 実施した支援サービスと成果

### ③コミュニケーションサポーター

- 職場と本人との環境調整を目的として
- 1回／週 福祉科学生3年生（全12回）

57

## コミュニケーションサポーターとの関わり

	内容	状況
1	顔あわせ、関係作り 昼食を一緒にとる	特別扱いをされている感じがするため気持ちが落ち着かないと本人弁。好きなことの話は盛り上がり、最後は笑顔見られる。
2	職業訓練	一緒に作業をしながらコミュニケーションを図る。人の多い場所を避けて行動している様子伺える
3	〃	他の人が駆け足で作業をしているが、本人はマイペース。皆が駆け足をしている時は同じようにするようアドバイス
4	〃 PM就業・生活支援センターへの登録	登録時の面接でもハキハキ答えることができる。笑顔多く見られ、その点褒める。帰り際のお礼が不十分。
5	職業訓練 事務作業の練習	スムーズにコミュニケーションがとれる。自ら話しかけてくることが多い。前回アドバイスした作業中の駆け足もできている
6	拡大ケース会議	本人のニーズの全体像と進路に必要な支援の検討会。多角的に本人を知る
7	事務作業の練習 面接練習	サポーターが来ることを楽しみにしている問いが聞かれた。色々な話から、関係性の構築・自己の開放できている様子
8	面接練習	翌日の就職面談あり、表情固く、どもりも少し多い印象。突然笑い出して止まらなくなる事あり。

58

## コミュニケーションサポーターとの関わり

	内容	状況
9	事務作業の練習 (職業訓練校事務室にて)	表情固く口数少ない。パソコンで作業をしている中で「見られたら緊張します」と言う。実習中という意識強くコミュニケーションをとることを「私語」と捉えているよう。仕事にも周りとのコミュニケーションがとれるような働きかけが必要。(修了間近ということもあり、焦りもある様子)
10	〃	作業中やはり「今集中しているから見ないで下さい」と言う。実習中であること、修了まで時間がないこともあり、表情固く、笑顔もなく話しが続かない。 (コミュニケーションサポーターが関わり方、支援に不安をもち始める。気づきを本人へ口頭、手紙で伝えるよう助言)
11	事務作業 ・ブログ作成のためのインタビュー ・ブログ作成 ・内線をとる ・来客への対応	ブログ作成をするため職員へのインタビュー。とても疲れた様子であり、本人に話しを聞くと、中学時代にある出来事がきっかけで自ら他人に話しかけることはストレスに感じるという。他人から嫌われたくないという強い思いがあるが、知らない間に他人を傷つけていそうで嫌だと語る。
12	〃	ブログ作成のため職員へのインタビューを試みるが、話がはずまず、相づちをうつことや、答えをさらに掘り下げてみるようアドバイスすると最初は困った顔をしていたが2回目はアドバイスを実行しようとする姿勢が見られた。

59

## 本人・サポーターの状況(気づき)

### 作業中の本人の状況

- 周囲への配慮が難しく、事務所に入ってきた人に対して挨拶が自然にできない
- 内線をとるものの他の職員の動きを把握できず、「〇〇さんいますか」の問いに「いません」と答えるのみ
- 仕事に集中しているのは良いが、話しかけられても自分の仕事が優先し、返答しない。

### サポーターの状況

- 関わり方、支援に不安をもち始める(職業訓練校職員よりアドバイス行う)
- 関係づくりをメインにしてきたが、少しずつ本人への指摘、アドバイスができる段階に入ったため、気付いたことを本人に伝えてもらう

60

## 実施した支援サービスの成果

### 【成果】

- ・相手のことを気にするようになった
- ・自分の意見を言えるようになった
- ・声を出して笑うようになった
- ・自分のことについて話をするようになる
- ・信頼関係は徐々に深まりつつある

※4月から職場実習予定

職場同行、見守り支援、コミュニケーション面  
におけるサポートを実施予定

61

## 実施した支援サービスと成果

### ④医療的アプローチ

- 診断、障害に関する相談
- 1回／週 Dr. ,セラピスト（全9回）  
広汎性発達障害についての学習

### 【結果】

- ・自分にもその障害の特徴があてはまることを実感
- ・障害認知がすすむ

62

## 実施した支援サービスと成果

### ⑤ 言語療法

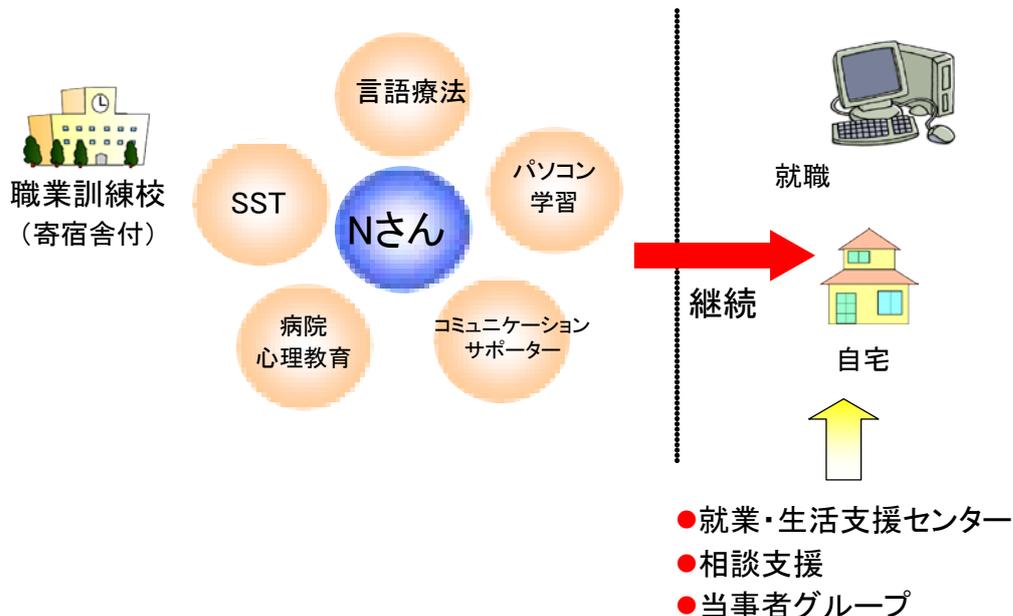
- 言葉を発することに自信を持つ目的として
- 1回／週 K耳鼻咽喉科 ST（全4回）

#### 【結果】

- ・ 本人が「どもりがなくなった」と自信が持てた
- ・ 吃音もあまりみられなくなってきた

63

## サービスのコーディネート(パッケージ)

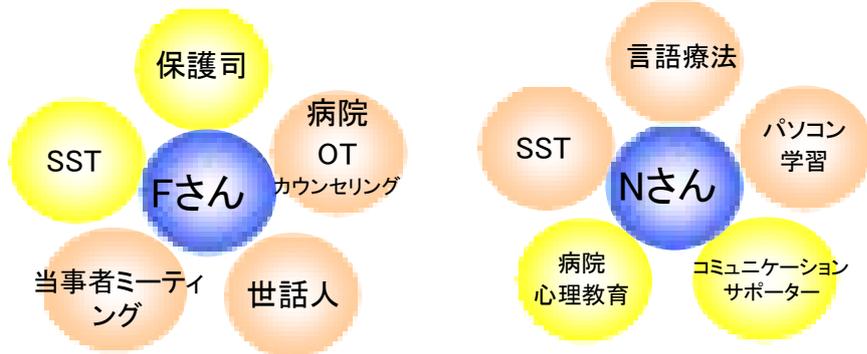


64

# サービスのコーディネート(パッケージ)

## ポイント

- 障がい(生きにくさ)の認知
- 得意分野を伸ばす支援  
(褒める→自信)
- SSTの活用
- 仲間づくり
- 福祉・医療・(保護)の協働
- 途切れない支援



## 参考資料①:「更生保護施設」とは？

### ■ 更生保護施設

◎ 罪を犯した人の中には・・・

帰る場所がなかったり、頼るべき親族などがいなかったり、生活環境に恵まれなかったり・・・とすぐに自立更生ができない人たちがいる。

更生保護施設では、こうした人たちを一定の期間保護し、その円滑な社会復帰を助け、再犯を防止するという役割を持つ。



◎ **施設数** : 全国に **103施設**

1

## 参考資料②:「更生保護施設」の現状

① 宿泊と食事が一定期間無料



② 基本的に・・・一定期間内に就労し、自立できるだけの資金力をつけさせ送り出す施設

↓ つまり・・・

一定期間内に「就労」を見込めることが入所条件

↓ そうなれば・・・

障害者や高齢者の入所は難しい！

2

## 参考資料③:「更生保護施設」のこれから1

- 平成21年4月

全国102ヶ所目の更生保護施設として、社会福祉法人としては初めて、更生保護施設が認可

社会福祉法人 南高愛隣会

『更生保護施設 虹』(長崎県雲仙市)



矯正施設を出所した後、帰る場所や身寄りがない障害者や高齢者を優先的に保護する。

3

## 参考資料③:「更生保護施設」のこれから2

- 全国にある103施設の内、57の更生保護施設がこうした「矯正施設を出所した後、帰る場所や身寄りがない障害者や高齢者」を受け入れるようになる。

- 57の各施設には社会福祉士を配置する。



- 「矯正施設を出所した後、帰る場所や身寄りがない障害者や高齢者」を、福祉へ移行するまでの間受け入れ、生活指導や関係機関との調整を行う。

4

3－② 「保護観察所と地域との連携  
～発達障害等を有した刑事施設等収容者の  
地域移行について～」

法務省 関東地方更生保護委員会  
保護観察官 西村朋子

# 保護観察所と地域との連携

～ 発達障害等を有した刑事施設等収容者の  
地域移行について ～



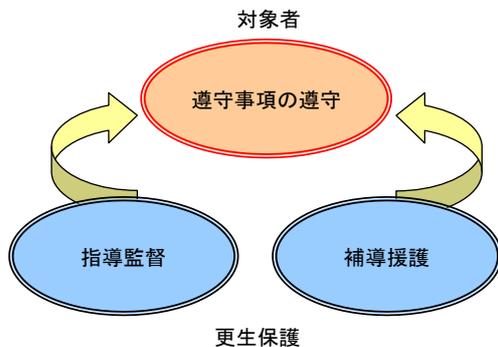
関東地方更生保護委員会

保護観察官 西村 朋子

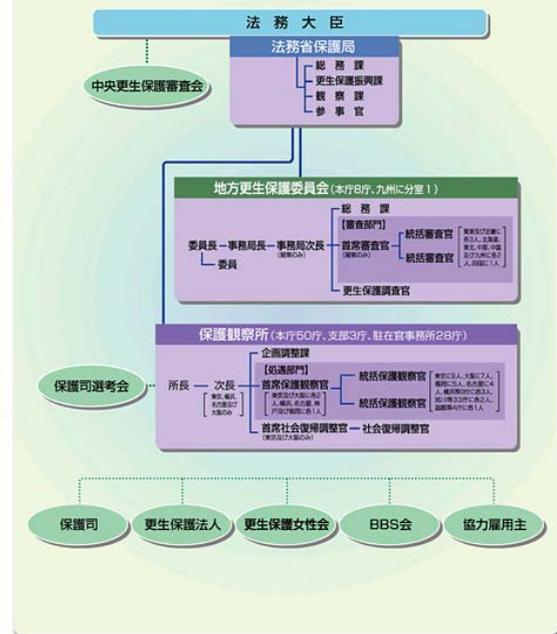
## 更生保護とは・・・

犯罪をした者又は非行のある少年に対し、社会内において適切な処遇を行うことにより、再び犯罪をすることを防ぎ、又はその非行をなくし、これらの者が善良な社会の一員として自立し、改善更生することを助ける

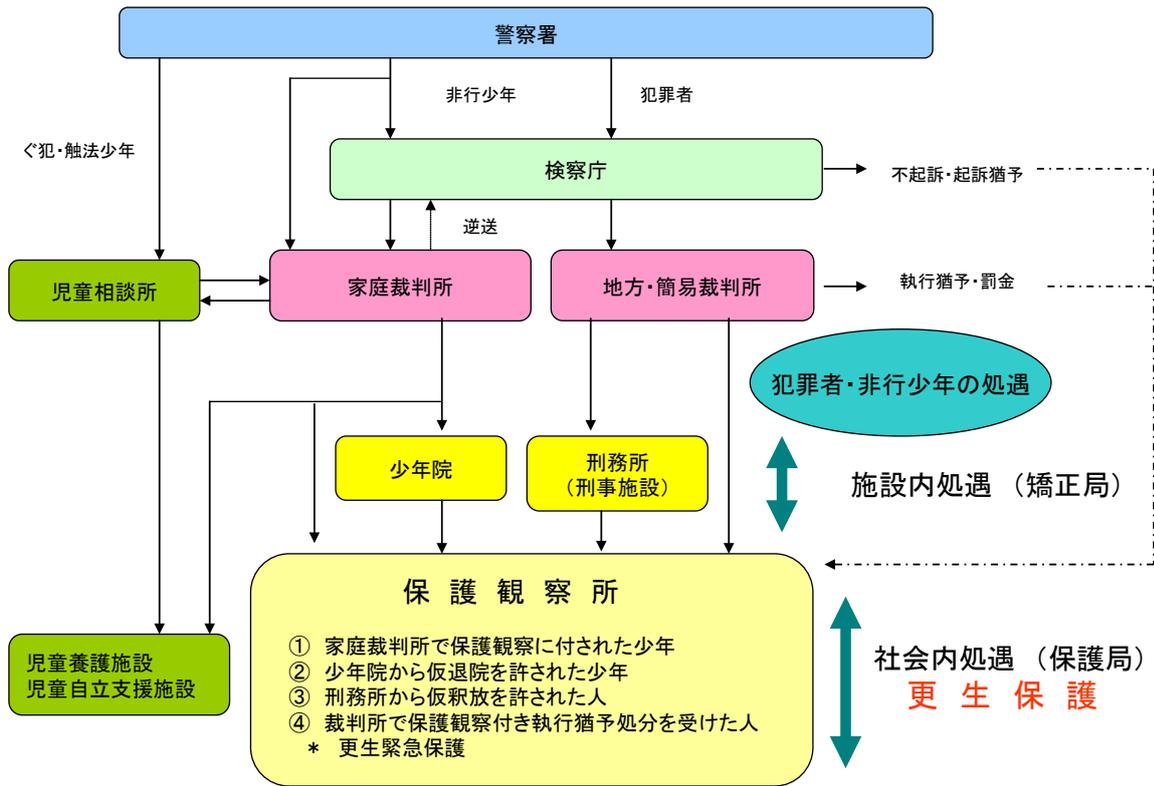
(更生保護法 第1条)



## 更生保護の機構



## 刑事司法の流れ図



## 更生保護の関係者

### 保護観察官

医学、心理学、教育学、社会学、その他の更生保護に関する専門的知識に基づき、犯罪者や非行少年の保護観察、生活環境の調整など更生保護の事務に従事する国家公務員（更生保護法第31条）



官民協働

### 保護司

犯罪者や非行少年の立ち直りを地域で支えるボランティア。法務大臣から委嘱された非常勤の国家公務員。民間人としての柔軟性と地域事情に通じている特性を活かし、保護観察官と協働して保護観察や生活環境の調整などを行う。

### 更生保護法人

法務大臣の認可を受けて更生保護事業を営む民間団体。更生保護施設の設置、更生保護諸活動に対する助成事業などを行う。

### 更生保護女性会

女性としての立場から地域の犯罪予防活動や更生保護支援活動に協力を行う。

### BBS会（Big Brothers and Sisters Movement）

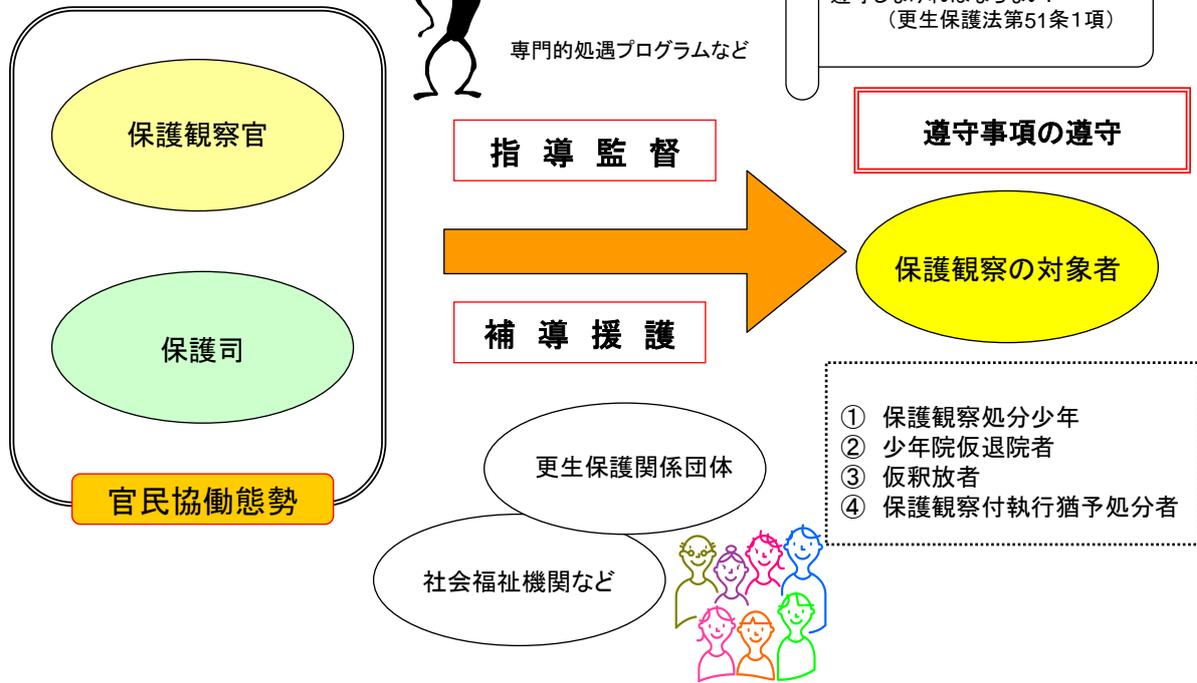
様々な問題を抱える非行少年に兄や姉のような立場から関わり、非行防止活動を行う。

### 協力雇用主

犯罪をした人の前歴にこだわらず積極的に雇用することで、その更生を援助する事業主。



## 保護観察の方法



## 遵守事項とは・・・

### 一般遵守事項 (更生保護法第50条)

- ① 再び犯罪をすることがないように、または非行をなくすよう健全な生活態度を保持すること。
- ② 次に掲げる事項を守り、保護観察官および保護司による指導監督を誠実に受けること。
  - イ 保護観察官または保護司の呼び出または訪問を受けたときは、これに応じ、面接を受けること。
  - ロ 保護観察官または保護司から、労働または通学の状況、収入または支出の状況、家庭環境、交友関係その他生活の実態を示す事実であって指導監督を行うため把握すべきものを明らかにするよう求められたときは、これに応じ、その事実を申告し、またはこれに関する資料を提示すること。
- ③ 保護観察に付されたときは、速やかに、住居を定め、その他を管轄する保護観察所の長にその届出をすること。
- ④ 保護観察に付されたときに保護観察所の長に届け出た住居または転居をすることについて保護観察所の長から許可を受けた住居に居住すること。
- ⑤ 転居または7日以上の旅をするとき、あらかじめ、保護観察所の長の許可を受けること。

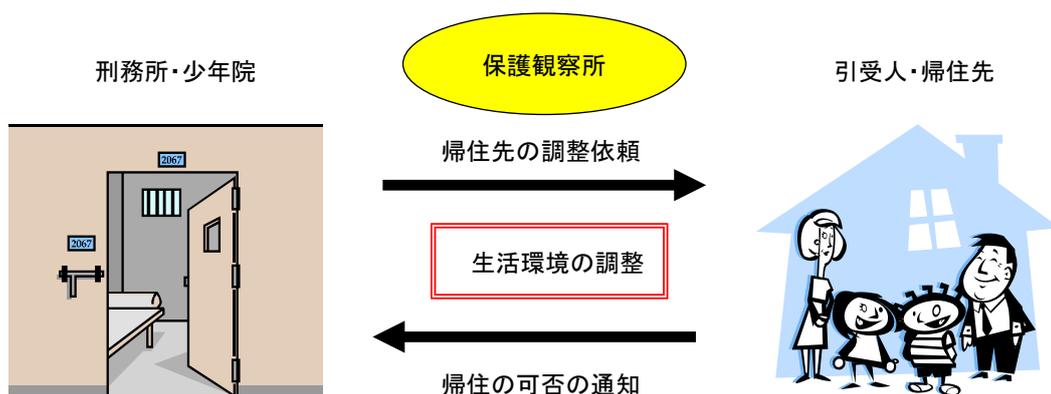
### 特別遵守事項 (更生保護法第51条2項)

- ① 犯罪性のある者との交際、いかがわしい場所への出入り、遊興による浪費、過度の飲酒その他の犯罪または非行に結びつくおそれのある特定の行動をしてはならないこと。
- ② 労働に従事すること、通学することその他の再び犯罪をすることがなくまたは非行のない健全な生活態度を保持するために必要と認められる特定の行動を実行し、または継続すること。
- ③ 7日未満の旅行、離職、身分関係の異動その他の指導監督を行うため事前に把握しておくことがとくに重要と認められる生活上または身分上の特定の事項について、緊急の場合を除き、あらかじめ、保護観察官または保護司に申告すること。
- ④ 医学、心理学、教育学、社会学、その他の専門的知識に基づく**特定の犯罪的傾向を改善するための体系化された手順による処遇として法務大臣が定めるもの**を受けること。
- ⑤ **法務大臣が指定する施設**、保護観察対象者を観護すべき者の居宅その他の改善更生のために適当と認められる特定の場所であって、宿泊の用に供されるものに一定の期間宿泊して指導監督をうけること。
- ⑥ その他指導監督を行うために特に必要な事項。

\* 特別④ 専門的処遇プログラム(性犯罪、覚せい剤、暴力防止)

\* 特別⑤ 自立更生促進センター

## 刑務所入所者の帰住先の調整 (生活環境の調整)

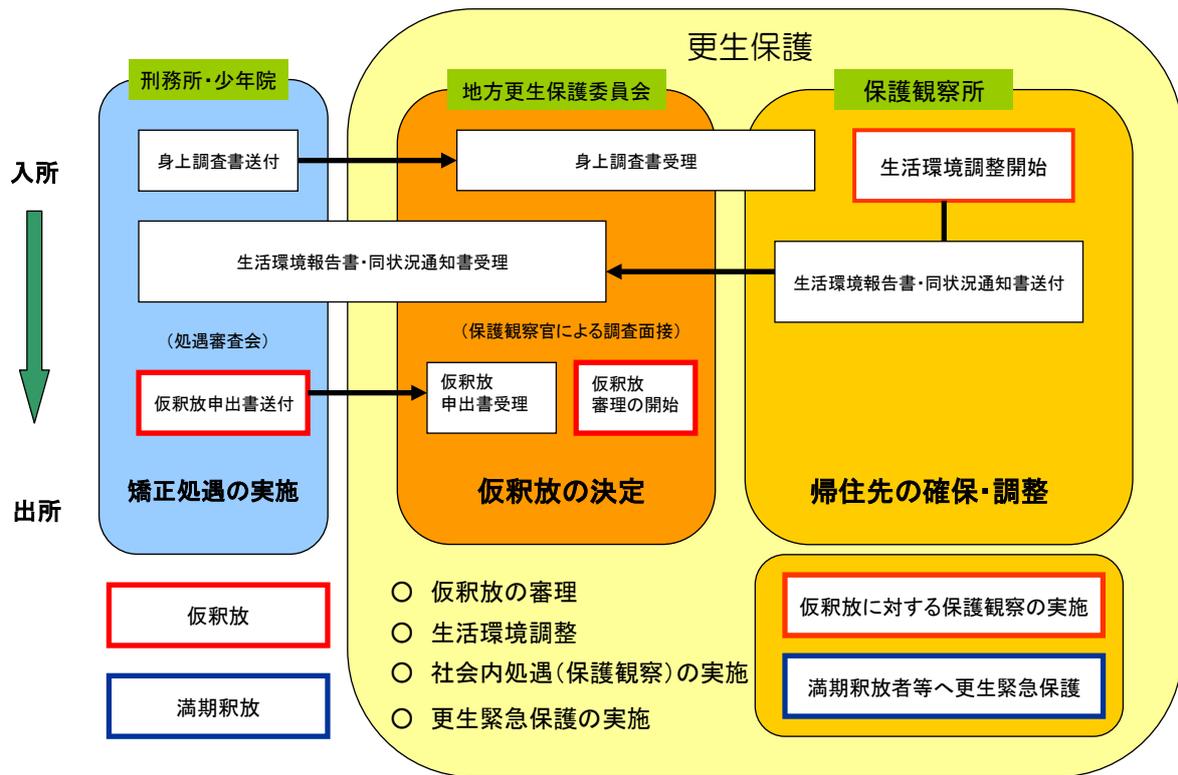


### 出所後の帰住先がない者 (帰住先の調整ができない者)

- ・ 本人が適当な帰住先を申し出ることができない場合
- ・ 親族等から帰住を忌避されている場合

# 刑務所出所者等と更生保護の関係

～ 入所時から出所後まで ～



## 発達障害等を有した刑事施設等収容者の社会復帰について

精神障害を有すると診断された入所受刑者・少年院入院者の人員(平成20年)

種別	入所受刑者総数	うち			
		精神障害を有する者	知的障害	神経症性障害	その他の精神障害
入所受刑者	28,963	1,835 (6.3)	237 (0.8)	384 (1.3)	1,214 (4.2)

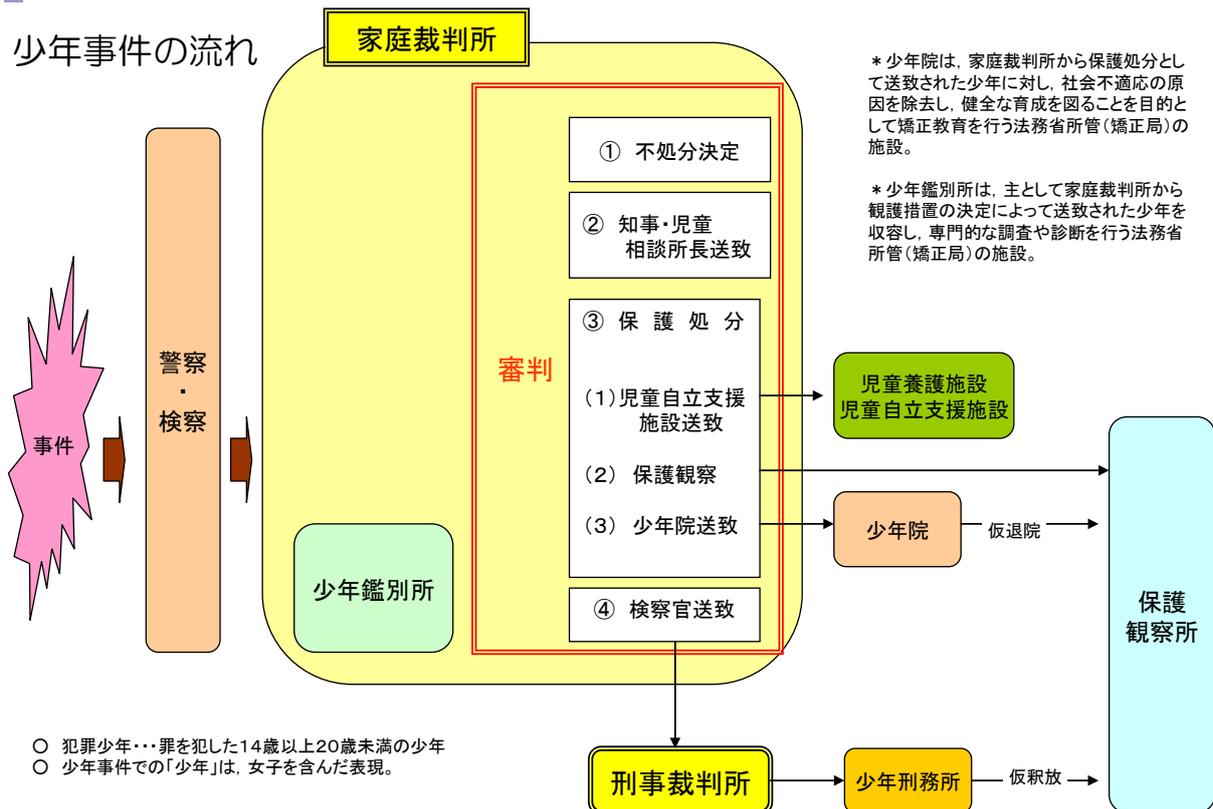
種別	入院者総数	うち			
		精神障害を有する者	知的障害	神経症性障害	その他の精神障害
少年院入所者	3,971	294 (7.4)	74 (1.9)	6 (0.2)	214 (5.4)

平成21年度版犯罪白書から

・「精神障害を有する者」は、刑事施設等において、知的障害、神経症性障害及びその他の精神障害(統合失調症、精神作用物質による精神及び行動の障害等をい、人格障害を除く。)を有する者と診断された者をいう。

・( )内は、総数に占める精神障害を有する者の比率である。

## 少年事件の流れ



## 事例1

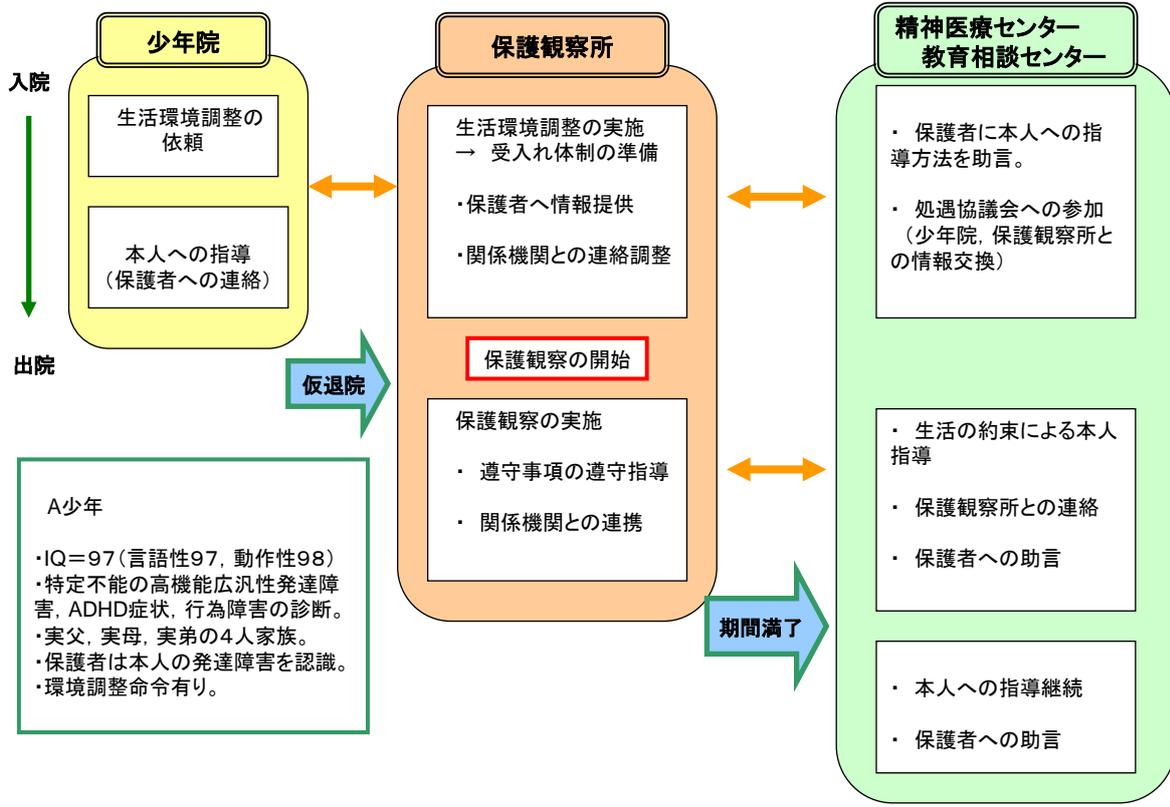
### 関係機関の協力を得ながら実施した少年院仮退院者の保護観察について

資質鑑別にて、対人共感性の乏しさ、欲求本意の行動傾向等が指摘され、特定不能の高機能広汎性発達障害、ADHD症状、行為障害の診断が付された少年。

小学校高学年時から女子の衣類を盗むようになり、中学進学後から気に入った女子生徒に接近、接触する傾向が認められ、高校入学後から女性に対するわいせつ行為(自転車で走行しながら女性の胸に触るなど)を頻発させるようになり、本件(暴行・道路歩行中の女性に抱きつき、抵抗にあったため突き飛ばして転倒させる)をじゃっ起。

少年院入院後、精神医療センターなどの医療福祉関係者と連携した生活環境の調整が開始され、仮退院後も保護観察所が医療福祉機関と連携しながら本人の指導にあたり、再非行なく保護観察の期間を終えたものである。

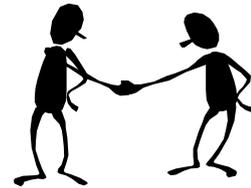
## A少年の少年院入所から保護観察を終えるまで



### 保護観察所

- 特別遵守事項の設定 (地方更生保護委員会に申出)
  - 異性の身辺につきまとわないこと。
  - 深夜に無断外出をしないこと。
- 生活行動指針の設定
  - 教育相談などの専門家の指導助言を受けること。
- 保護観察所への出頭指示日を調整
  - 教育相談センター来所日と同一日に設定。
- 教育相談センター担当者と連携。

連携・協力



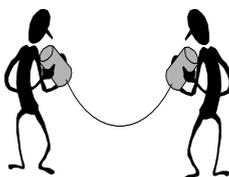
- 生活の約束を設定して生活指導を実施。

<B君の生活の仕方について>

1日の日程, 学習時間, 外出時間や門限  
TV視聴時間やゲーム利用時間  
友達との付き合い方について など

- 教育相談センターでの面接後, 保護観察所へ出頭させる。
- 担当保護観察官, 保護司との連携。
- 保護者への具体的な対応方法を助言。

教育相談センター



緊密な連絡

## 事例2

### 関係機関調整が難航した発達障害等を有する少年の帰住地の調整について

知的制約が大きく(IQ 45)、注意欠陥多動性障害、特定不能の広汎性発達障害の疑いも指摘され、資質上の問題が大きい少年。

小学時に両親が離婚し、実母(親権者)が養育を担当。中学時から実母に対する暴力、女性に対するわいせつ行為など性的逸脱を頻発させるようになり、養護学校高等部在学中、本件(強盗・道路歩行中の女性から所持金を強取)をじゃっ起。

仮退院に向け、環境調整が開始されたが、親権を有する実母は公的機関の介入を拒み、本人の引受けも拒否。実母の監護力、本人の資質上の問題から自宅外の帰住先を確保する必要が生じたが、本人の資質上の問題に見合った社会資源が見当たらない等、関係機関の調整が難航したものである。

#### B少年の帰住先調整における問題点への介入

##### B少年

- ・IQ 45 軽度知的障害 入院時16歳
- ・注意欠陥他動障害・特定不能の広汎性発達障害
- ・特殊学級(小学校・中学校)→ 養護学校高等部
- ・精神科入院歴有り
- ・わいせつ行為、実母に対する暴力
- ・強盗目的より女性に触りたい気持ちが強い
- ・身辺自立ができていない

##### 保護者(引受人)

- ・経済状況が不安定
- ・関係機関の介入を拒否
- ・本人との同居生活は消極的

##### 関係者会議の開催

少年院

保護観察所

医療・福祉機関

地方更生保護委員会

帰住先調整の方針決定  
役割分担

少年院

保護観察所

医療・福祉機関

##### 関係機関の調整

###### <司法>

- ・自治体の保護者への消極的な関わり
- ・福祉機関と医療機関の押付け合い
- ・担当窓口が判然としない  
(障害者福祉、発達障害者支援)

###### <医療・福祉機関>

- ・保護者から申請や相談がない
- ・本人の資質に見合う社会資源がない
- ・対応窓口が判然としない  
(少年院・保護観察所)

## 福祉機関との連携では・・・

### ○ 福祉支援対象者の捉え方

- ・ 住所地の概念 出身地 ≠ 帰住予定地 ≠ 現在地(刑務所所在地)
- ・ 知的障害の認定 IQ ≠ IQ相当値 (CAPAS:成人対象者に限る)
- ・ 罪名が与えるイメージ 銃砲刀剣類所持等取締法違反 ≠ 凶悪犯

### ○ 福祉制度の手続きの複雑さ

- ・ 援護の実施者？
- ・ 障害診断(療育手帳の取得)と障害区分認定

### ○ 問題認識のズレ

- ・ 刑務所内で優等生 ≠ 社会生活に順応しやすい

### ○ 本人及び親族などの福祉制度に関する理解不足

- ・ 障害受容と障害告知の難しさ



## 刑事司法 と 社会福祉 を “ つなぐ ”

お互いの違いを知り、社会復帰イメージを共有化させていくことが必要

### 高齢者又は障害を抱え自立が困難な出所者等の地域定着支援

法 務 省

厚 生 労 働 省

#### 刑 務 所

親族等の受入先がない満期釈放者 約7,200人  
うち高齢者又は障害を抱え自立が困難な者 約1,000人

- 社会福祉士等を活用し、入所後早期に福祉的支援に係るニーズの把握
- 社会福祉士等による福祉サービス申請のための手続等の助言

#### 保護観察所

確実な福祉への移行のための生活環境の調整

##### ○ 保護観察官による調整

- ・ 刑事施設と連携した出所後の自立方針の作成
- ・ 自立方針を踏まえた具体的な福祉への移行に向けた地域生活定着支援センターとの調整
- ・ 更生保護施設での一時的受入に向けた調整

#### 更生保護施設 (民間施設)

直ちに福祉による支援を受けることが困難な者について、更生保護施設での受入れを促進し、福祉への移行準備を行うとともに社会生活に適応するための指導・訓練を実施

#### 地域生活定着支援センター

福祉サービス実施主体(市町村等)の決定に向けた調整

福祉サービス受給のためのコーディネーター、福祉等実施機関への働き掛け

福祉による支援を受けるための調整等

福祉による支援を受けるための調整等

福祉等実施機関

都道府県  
市町村  
(福祉部局・住宅部局)

福祉事務所

地域包括支援センター

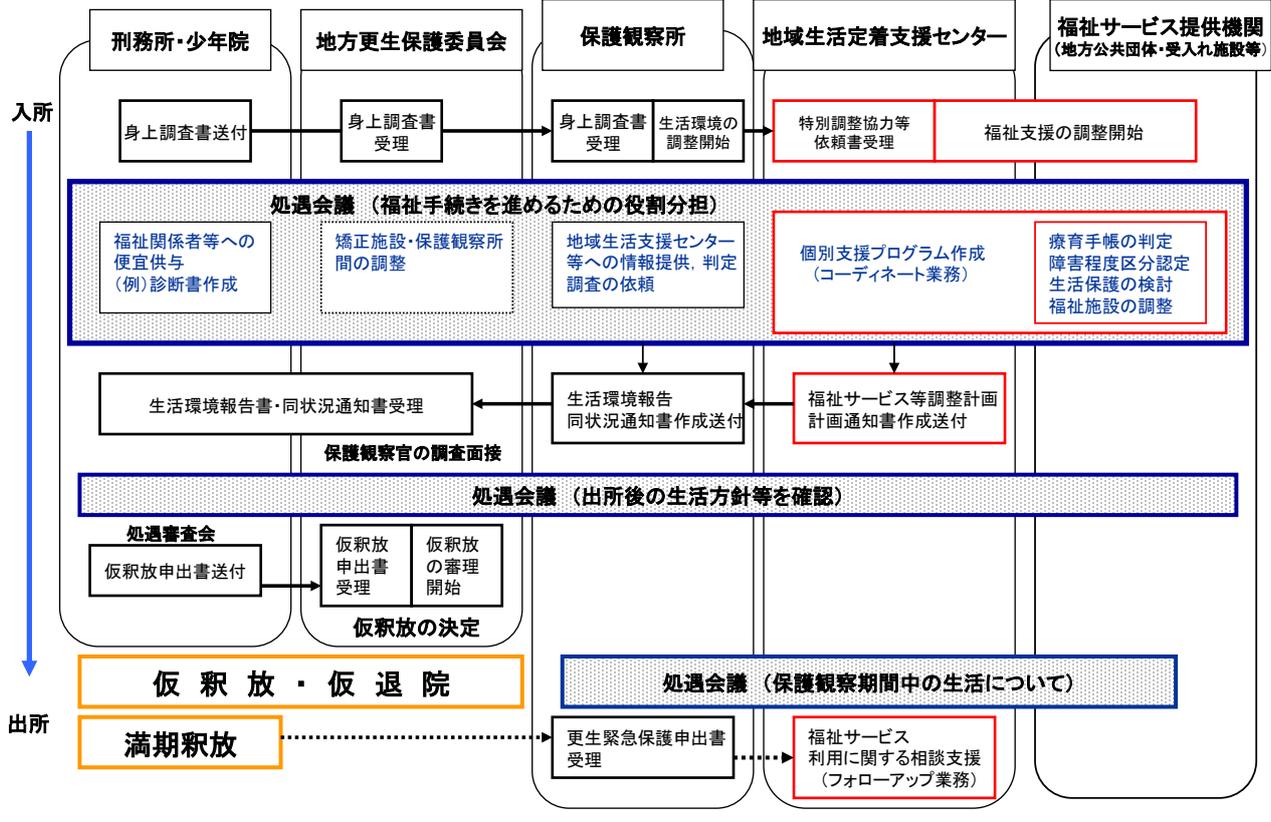
障害相談支援事業者

社会福祉施策  
(特別養護老人ホーム、グループホーム、日中活動施設等)

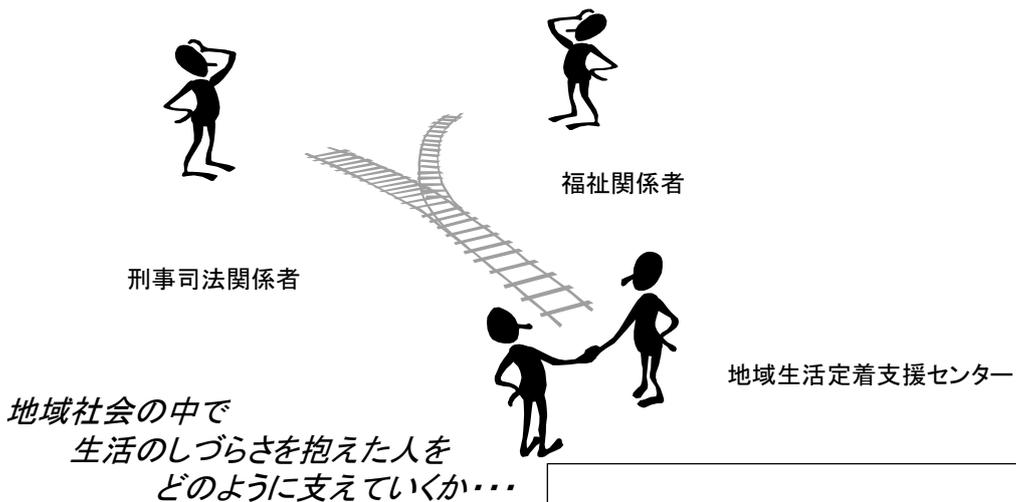
医療機関

社会保険事務所

高齢又は障害により特に自立が困難な矯正施設収容中の者の社会復帰に向けた保護、生活環境の調整等について  
 < 地域生活定着支援事業 >



刑事司法と福祉関係者の良好な支援関係作りに向けて



相互理解が大切

- ・ 福祉関係者と支援を必要とする者を “つなぐ”
- ・ お互いの制度について “学ぶ” “知る”
- ・ 地域定着に向けた支援について “共に考える”



(参考資料など)

- ・法務省ホームページ(<http://www.moj.go.jp/>)
- ・更生保護ネットワーク(<http://www.kouseihogo-net.jp/>)
- ・平成21年度 犯罪白書
- ・更生保護便覧'09(ひまわりボックス①・日本更生保護協会作成)
- ・MINERVA社会福祉士養成テキストブック18 更生保護(ミネルヴァ書房)



人はみな  
生かされて  
生きてゆく。 更生保護ネットワーク60周年

3-③「反社会行動（犯罪）を介して、  
支援者及び家族は、障害受容と当事者の“行動”を、  
どのように理解し支援すべきか」

根岸いんくる法律事務所

弁護士 副島洋明

## 知的発達障害者の“困難事例”（犯罪・反社会的行為等）を

どう考え、そしてどう支援するか。

### 1 “困難事例”として「性犯罪」をとりあげて考えてみたい。

#### 事例A（知的障害をもつ自閉症の青年Aさんの強制わいせつ事件）

ある特例子会社に一般就労していたAさんは、休みの日、偶然商店街で、養護学校時代そして通所授産でも一緒であったK子さん（1学年下）と出会い、AさんはK子さんの手を握って、商店街の並びにある駐車場に連れて行き、そこでK子さんのスカートとパンツをおろし、また自分もズボンとパンツをおろして、K子さんに自分の性器を握らせ、AさんもK子さんの性器をさわりはじめました。

そこは人通りも多い商店街ですから、すぐに通行人にAさんはとりおさえられ、パトカーを呼ばれて、強制わいせつの現行犯として逮捕されました。Aさんのこの行為をどう考えますか、そして、どう「支援」しますか。

#### 事例B（左半身マヒの身体障害と重い脳障害をもつ青年Bさんの、電車内での“痴漢”事件）

Bさんは、努力の末、都内の会社に一般就労していました。Bさんは満員の通勤電車（急行）の中で、後ろから押されて、動かない左足が若い女性の股の中に偶然入ってしまいました。Bさんはその左足を女性の股から出そうにも出せません。満員状態でしたから、押されてその結果、女性は泣き出してしまいました。そこを同乗者から“痴漢だ”として現行犯逮捕されました。

警察は、Bさんが満員で押された状態を利用して“痴漢”をしたとして弁解を聞いてくれませんが、被害者の女性も左半身マヒの弁解を許してくれません。Bさんはどうすればよかったのでしょうか。Bさんの就労（満員電車での通勤）をどう支援すればよかったのでしょうか。（Bさんも青年ですから性的要求を当然持っています。）

#### 事例C（軽い知的障害をもつ自閉症の青年Cさんの強制わいせつ事件）

Cさんは毎日電車である通所授産施設に通っていました。Cさんはパソコンにはまっていて、「エロサイト」を利用して性的要求をみたしたり、また、月に1回程度、親に内緒で性風俗店に通ったりしていました。ある日（晩）、エロサイト（強姦等）に没頭して徹夜してしまい、翌朝、施設へ通所するために家をでました。その通勤駅近くで女子中学生のうしろを歩いているうちに、エロサイトの場面がフラッシュバックしてきて、突然にその女子中学生にうしろから襲いかかってしまい、倒したところで通勤者の人たちから強制わいせつ犯として現行犯逮捕されました。

Cさんのこの行為をどう考えますか。そして、どのような「支援」があるべきだったのでしょうか。

2 性的問題行動をどうみるか。

人間の発達・成長にとって誰でもが通る悩みのプロセスとみるのか、それとも発達障害者にとっては極めて反社会的な危険な問題行動につながりやすい表出とみるか。

—性的支援を家族、教育、福祉、医療の関係者がやっているのかが問われてくる。

3 知的発達障害者と犯罪・反社会的行為の実態はどうなっているのか。

犯罪白書、矯正統計年報からみると、たくさんの知的障害者（及び発達障害者）が犯罪者となり、刑務所に入れられている実態があるが、それをどうみるか。

4 発達障害からくる素質や傾向が犯罪をうむのではない。その発達障害者のそれまでの貧困な生育環境や、自分の存在する場を奪われた喪失、絶望、苛立ちが、たまたまその時、その場での悪い出会いによって犯罪となっている。

5 凶悪犯罪は、凶悪な人間によってなされているのではない。むしろ弁護士の経験からいえば、殺人、強盗、放火、強姦などの凶悪犯罪は、凶悪とは反対の“弱々しい”ともいえる、優しすぎる、傷つきすぎる人間（弱者）のほうが多かった。

—困難事例、つまり重大な犯罪や反社会的行動から、その人間（発達障害者）が困難とはおよそいえない。むしろ小さい事件や問題行動を繰り返すという発達障害者に支援継続の難しさがある。—

6 私たち支援者の方に、むしろ歪められた犯罪観や司法制度への無知があり、それが“壁”となって、問題行動をおこす発達障害者に対する偏見や無理解をつくり、適切な支援につながっていないという思いがある。発達障害者は「性的弱者」であって、その性的な要求、性への欲求を彼らの立場にたって支援していないところに、性的な困難事例をたくさんつくりだしている。

—私は発達障害者の犯罪や事件を数多く弁護してきているが、その経験から、表出される問題行動は多様であっても、その根っここのところに性的問題（抑圧と歪み）があるのとらえています。

—

### 副島洋明のプロフィール

- ・佐賀県唐津市西唐津出身。唐津というと焼き物とか風光明媚な観光地というイメージがありますが、私が生まれ育った西唐津は、昔は石炭を船にかつぎ運ぶゴンゾウさんと零細漁民がごちゃごちゃ暮らしている貧しい街でした。
- ・1946年（昭和21年）9月生まれ。もう還暦をすぎていますが、少年時代から自信のあった闘争力というか、根性に頼る癖はいまだ残っていて、身の程知らずのところがあります。
- ・地元の小・中学校をでて、高校は柔道をするために唐津実業高校（その後唐津工業高校）に入学、卒業しました。その後、柔道に挫折し、一浪して早稲田大学法学部に“まぐれ”で合格しました。大学では全く授業を受けず、ひどい成績で1970年（昭和45年）卒業し、就職浪人を経て横浜市役所になんとか就職しました。3年近く勤務しましたが、サラリーマンが自分の性分にあわず（？）、辞めて司法試験を志しました。横浜市役所退職と同時にカミさん（公立学校教員）と結婚しています。そして1977年に司法試験に合格。カミさんがいなかったら司法試験に挑戦できたかどうかわかりませんね。

- ・ 1980年から弁護士開業。九州に帰るかどうかが悩みました。佐賀には施設入所の重度障害者の妹と老いた父親がいました。母親は難病のために早く亡くなっています。
- ・ 1983年に千代田区市ヶ谷で副島法律事務所として独立、1985年に近くの麴町に事務所を移転、そして2008年12月に現在の根岸いんくる法律事務所を移転開設となります。  
(根岸いんくる法律事務所のホームページから)

根岸いんくる法律事務所 ホームページ <http://www.inkuru.net>

以上

## 性的問題行動のすべては性加害か、性犯罪か

性加害行為(性犯罪)とされるには、「加害者」とされる者が「被害者」とされる者に対して、

〈暴力的陵辱の意思／相手方の“性”をその意思に反して暴力的に傷つける認識／自己の性欲望を暴力的加害行為によって満足させる意識〉

がなくてはならない。(犯罪は“故意”なしに成立しない。)

それでは、事例Aないし事例Cの性的問題行為をどう考えるべきなのか。

1

## 性的問題行為とは何か

子どもの性的問題行為について分析した研究によれば、

(1)性的問題行為をおこした47人の子ども(青少年)のうち、その50%に性被害経験があり、4～6才で72%、7～10才で42%。11～12才で35%と、年齢が低いほどその被害率が高い。

(2)性的問題行動をすべて性加害行動とみなすべきではない。

- ① 自然で健康的な性行動
- ② 反応的性行動
- ③ 過剰だが相互的な性行動
- ④ 性加害行動

に分けるべきだと。

—宮地尚子(一橋大教授・精神科医)「トラウマティック・ストレス」から—

2

## 性犯罪(性加害行為)と刑事司法

- 1 逮捕／ 警察(取調官)が、知的発達障害をもつ被疑者をどうみるか、どう取調べるか。  
勾留(通常、逮捕から23日間)か、微罪処分による釈放か。
- 2 起訴／ 検事(取調官)が、同じくその被疑者の性問題行動をどうみるか。  
その結果、犯行ストーリーがつけられる。(自白の供述調書)  
起訴されるか、不起訴処分による釈放か。
- 3 弁護／ 弁護人が、知的発達障害とその性的問題行動をどうみるか。  
警察と検事がつくった“自白”に対して、問題なしとするかどうか。  
自白事件か、否認事件かに分かれる。
- 4 裁判／ 裁判官が、“自白された性犯罪”をどうみるか。  
弁護人がどう争うか、争わないか。  
実刑か、執行猶予となり釈放か。

3

## 検察・検事の取調べによってつけられる “自白”をどうみるか

知的発達障害をもつ人たちの事件について、「誘導や暗示に弱い、真実かどうかよりも目の前の質問者に迎合し、期待される供述や態度をとりやすい、推測や仮定が苦手、抽象的思考が苦手、／訴訟能力(自分を擁護する能力)にハンディがあっても、言葉でのやりとりができれば、捜査当局(取調官)はそうした弱さに乗じ、取調べを進め、起訴しているのが現実ではないのか。弁護士も障害について関心がなく、被告が起訴内容を認めていれば、問題意識をもつ間もなく訴訟は進んでいく。」

毎日新聞H21.11.24.夕刊(論説委員／野沢和弘)

4

刑務所に入っている知的発達障害者はどれぐらいいるか。そしてその出所後はどうなっているか。

- 1 知的障害者で7000名前後、発達障害(自閉症スペクトラム)は統計資料がありませんが、医療少年院では、H1(知的障害)よりもH2(発達障害)が多くなっている現状からみて、同じ程度の人たちが入所していると考えられます。
- 2 そうすると、毎年、1万人を超える知的発達障害をもつ人たちが刑務所に入所し、そして同じ数の人たちが出所してきていることとなります。
- 3 家族(親きょうだいを中心に)らが身元引受人となってくれる人と、そういう人がいない人がいます。帰るところがない人たちを、これまで福祉は事実上、拒んできました。

5

成人(刑務所)新受刑者/知能指数

年度	総数	IQ49以下	IQ50~59	IQ60~69	測定不能	IQ69以下(測定不能を含む)の人の合計数	
平成15年度	31,355 (100%)	1,234 (4%)	1,957 (6%)	3,768 (12%)	1,781 (6%)	8,740 (28%)	
平成16年度	32,090	1,241 (4%)	2,053 (6%)	3,878 (12%)	1,687 (5%)	8,859 (28%)	
平成17年度	32,789	1,351 (4%)	1,937 (6%)	4,102 (13%)	2,035 (6%)	9,425 (29%)	
平成18年度	33,032	1,349 (4%)	1,974 (6%)	4,240 (13%)	1,765 (5%)	9,328 (28%)	
平成19年度	30,450	1,233 (4%)	1,702 (6%)	3,785 (12%)	1,605 (5%)	8,325 (27%)	
平成20年度	総数 28,963	1,232 (4%)	1,742 (6%)	3,729 (13%)	1,427 (5%)	8,130 (28%)	
	男	26,768	1,126	1,598	3,463	1,225	/
	女	2,195	106	144	266	202	

(注) 1. 数値は、矯正協会作成の心理測定検査(CAPAS)によるIQ相当値を表示している。  
2. 「テスト不能」には、知能検査未了の者及び知能が低く検査不能の者を含む。

## 平成21年度 犯罪白書から

### 1 裁判確定人員

全事件の裁判確定人員（最近10年間）を裁判の内容別に見ると、2-3-1-1表のとおりである。

2-3-1-1表 裁判確定人員の推移（裁判内容別）

（昭和50年・平成元年・11年～20年）

年次	総数	有罪											無罪	その他
		死刑	無期懲役	有期懲役		有期禁錮		罰金	拘留	科料				
				執行猶予	執行猶予率	執行猶予	執行猶予率							
50年	2,216,145	3	44	63,236	37,039	58.6	5,912	4,833	81.7	2,123,181	62	20,014	335	3,358
元	1,265,997	5	49	57,351	31,962	55.7	4,391	4,118	93.8	1,193,231	60	9,716	131	1,063
11	1,090,701	4	48	67,067	42,039	62.7	2,613	2,464	94.3	1,016,822	81	3,514	59	493
12	986,914	6	59	73,184	45,117	61.6	2,887	2,708	93.8	906,947	81	3,141	46	563
13	967,138	5	68	75,582	46,523	61.6	3,003	2,805	93.4	884,088	71	3,713	44	564
14	924,374	3	82	80,201	49,250	61.4	3,510	3,277	93.4	837,144	77	2,752	73	532
15	877,070	2	117	84,900	52,772	62.2	4,017	3,763	93.7	784,515	38	2,774	80	627
16	837,528	14	115	85,815	52,856	61.6	4,215	4,001	94.9	743,553	51	3,014	94	657
17	782,471	11	134	85,020	51,446	60.5	3,904	3,655	93.6	689,972	26	2,829	66	509
18	738,240	21	135	80,802	47,085	58.3	3,696	3,459	93.6	650,141	21	2,868	82	474
19	615,387	23	91	74,395	43,271	58.2	3,547	3,336	94.1	533,949	13	2,842	117	410
20	530,293	10	57	70,830	41,213	58.2	3,367	3,179	94.4	453,065	7	2,507	84	366

注 1 検察統計年報による。

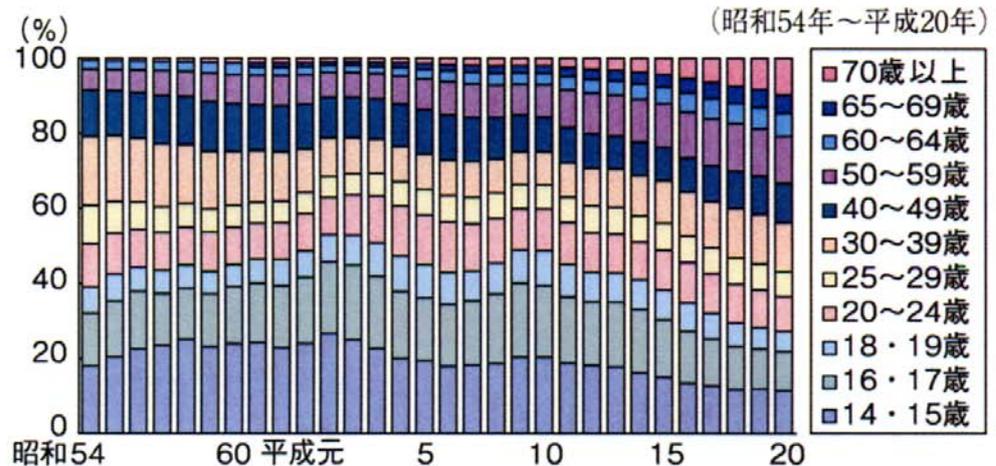
2 「その他」は、免訴、公訴棄却、管轄違い及び刑の免除である。

7

## 平成21年度 犯罪白書から

1-1-1-5図

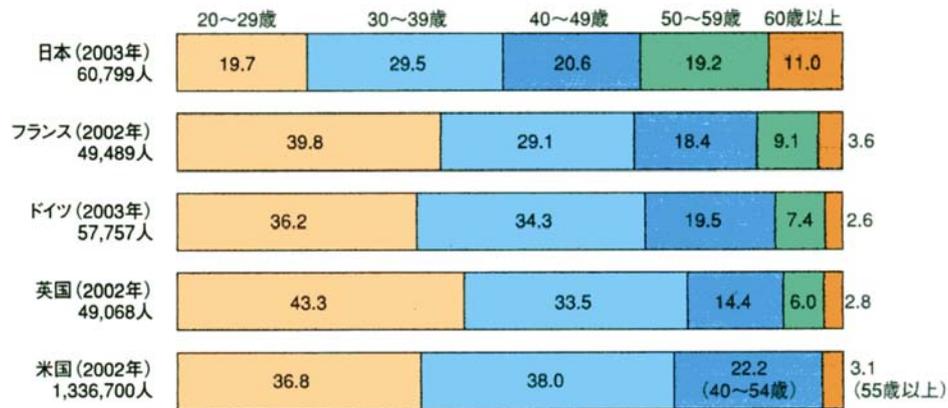
一般刑法犯 検挙人員の年齢層別構成比の推移



8

## 平成16年度犯罪白書(犯罪者の処遇特集)

5-3-2-14図 5か国における成人受刑者の年齢層別構成比



5-3-2-15表 5か国における高齢者(60歳以上)人口の比率

年次	日本	フランス	ドイツ	英国	米国
1970年	10.7	18.1	19.9	18.7	14.1
2000	23.5	20.5	23.2	20.7	16.1

注 United Nations Population Division, World Population Prospectsの資料による。ただし、日本は総務省統計局の人口資料による。

## 平成21年版・犯罪白書から 「法務省と厚生労働省の連携」

### — 刑務所出所者等の社会復帰の支援 —

#### 1 入所中から出所後のまでの一貫した就労支援

刑務所出所者等就労支援推進協議会

#### 2 福祉的な支援を必要とする者に対する社会復帰支援／刑務所内の高齢者または障害者に対して

- ① 刑務所・少年院に社会福祉士・精神保健福祉士を配置
- ② 出所に備えて保護観察所と密接な連携の下での地域生活定着支援センターの設立
- ③ 更生保護施設に社会福祉士の配置

#### 3 自立更生促進センター等の設立

特定の問題性に応じた重点的・専門的な処遇

#### 4 全国就労支援事業者機構

雇用の拡大、協力雇用主の開拓

## 地域生活定着支援センターの設立に向けて

犯罪白書(H21)は『保護観察所は、円滑な福祉への移行を図るため、入所中から刑務所等と密接な連携の下、厚生労働省が都道府県単位で整備を進めている地域生活定着支援センターと協働して、福祉実施機関と連携調整をとりながら、福祉的な支援等が確保できるよう、生活環境の調整を行っている。さらに釈放された後に、直ちに福祉による支援を受けることが困難な者については、更生保護施設で受け入れ、福祉への移行準備を行うとともに、社会生活に適応するための指導・訓練を実施している。』としている。

11

社会福祉法人 南高愛隣会  
(コロニー雲仙)

平成20年度 厚生労働省社会福祉推進事業  
「受刑者及びその家族の不安を軽減し、社会的困窮者を包み込む為の地域生活支援協働モデル事業」

# 地域生活定着支援センター 運営の手引き

(長崎県地域生活定着支援センター)

平成20年度版

ソーシャルインクルージョン ~弱者を包み込む社会へ~

12

## 定着支援センター(コーディネート業務)と受け入れ福祉施設(受け皿)との違いと協働

定着支援センターは、あくまで刑務所等から出所(釈放)してくる高齢者及び障害者(知的障害者中心)の社会復帰のために、“福祉”を担当する施設・支援者へつなぐコーディネート業務をやる役割をもっています。国の予算(10/10、年間1700万円)でセンター長を含む4名の体制です。

福祉の“受け皿”ではありません。受け皿の対象となるのは障害者福祉、高齢者福祉、生活保護関係福祉です。その受け皿につなぐ際に、保護観察所、支援センターが意見書等(障害認定区分の変更等)を作成し、準備をととのえて、受け皿施設に「基金補助(準備資金)と報酬加算」が支給されることとなります。

13

## 支援センターへの不安と躊躇

- 1 都道府県は、国の予算(10/10、1700万円)が設立後に削減され、負担がふえるのではないかという不安。
- 2 大都市(東京、大阪、名古屋等)では、支援センター1カ所では「機能不全」となり、自己負担が増加せざるをえなくなるのではないかという不安。
- 3 福祉施設では、「刑務所帰り」の高齢者や障害者の受け皿となる自信がなく、体制(機能、人材等)もないという不安。
- 4 施設経営上、「難しい人」の受け入れよりも、「健全な人」を優先したいという躊躇。
- 5 「再犯」等の場合、施設としての安全配慮義務違反(責任)が問われる躊躇。

14

## 福祉の理念と現実のはざままで

社会の底辺に切り捨てられている知的発達障害者への支援をなすべきだという理想をわかりながら、福祉関係者は、目の前の厳しさと経営に追われる福祉施設の現実とのはざまにあって、その第1歩の“足”を踏み出す“勇気”に悩んでいます。

福祉とは、そもそものところでどのような発生の歴史と構造を持って生み出されてきたかという“原点”が問われています。社会の底辺にある貧しさや排除と闘わない福祉であっていいのだろうか。豊かさを求める福祉が、はたして生き延びることができるのだろうか。社会にとって必要とされる福祉とは何なのか、が問われています。

### 3－④「家族支援」

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター  
所長 大塚俊弘

# 広汎性発達障害者の 家族に対する支援について

長崎県

長崎こども・女性・障害者支援センター

大塚 俊弘

## ◆ 発達障害者の家族に 心理的負担がかかる理由

- ① 子どもに重大な病気や障害があることそのものは大きなストレス因
- ② 精神障害や知的障害に対する偏見  
(不名誉なことだと捉えられている)
- ③ 家族の対応や育て方が悪いという云われなき非難
- ④ 患者さんの症状や障害された行動の特性  
(奇異な言動、社会不適応的行動)
- ⑤ 経過の長さ・長期間の介護

# ◆ ライフイベントとストレスの大小

## (生活上の出来事)

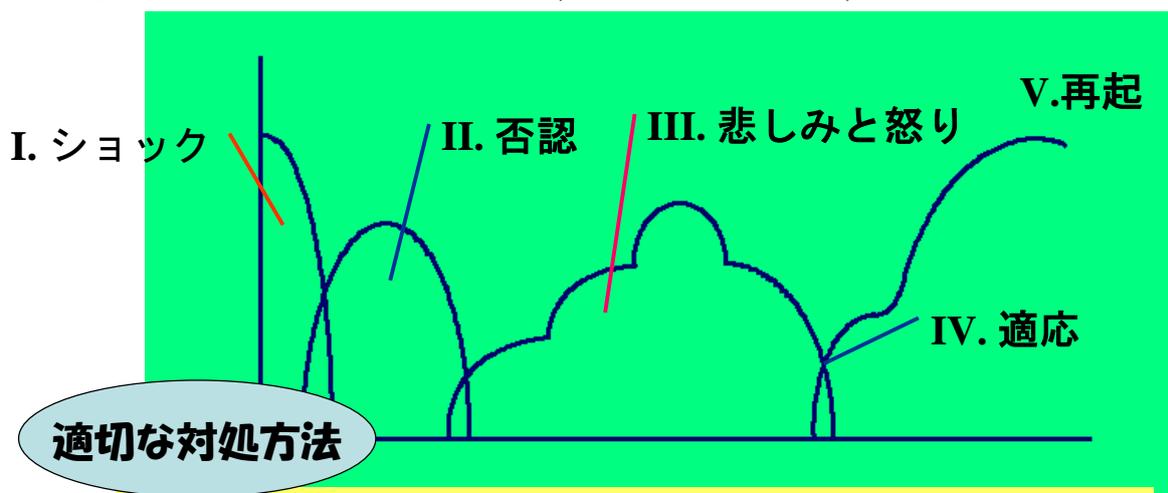
下記のうち過去1年間にあった出来事の合計点数が 250点以上あれば、なんらかの身体的変化が現れて、300点以上では、2年以内に重病になる可能性が高いといわれています。

1. 配偶者の死亡	100	22. 仕事上の地位・責任の変化(昇進、降格)	29
2. 離婚	73	23. 子女の離家	29
3. 夫婦別居	65	24. 義理の親族とのトラブル	29
4. 刑務所などへの収容	63	25. 個人的な成功	28
5. 近親者の死亡	63	26. 妻の就職または退職	26
6. 本人の大きなケガや病気	53	27. 本人の進学または卒業	26
7. 結婚	50	28. 生活条件の変化(家の新築、環境悪化)	25
8. 失業	47	29. 個人的習慣の変更	24
9. 夫婦の和解	45	30. 職場の上司とのトラブル	23
10. 退職・引退	45	31. 勤務時間や労働条件の変化	20
11. 家族メンバーの健康面・ 行動面での大きな変化	44	32. 転居	20
12. 妊娠	40	33. 学校生活の変化	20
13. 性生活の困難	39	34. 余暇活動に関しての変化	19
14. 新しい家族メンバーの加入	39	35. 宗教活動上の変化	19
15. 合併・組織替えなど 勤め先の大きな変化	39	36. 社会活動(社交)面での変化	18
16. 家計状態の大きな変化	38	37. 1万ドル以下の借金	17
17. 親友の死	37	38. 睡眠習慣の変化	16
18. 転勤・配置転換	36	39. 団らんする家族メンバーの数の変化	15
19. 夫婦の口論回数の変化	35	40. 食事習慣の変化	15
20. 1万ドル以上の借金	31	41. 長期休暇	13
21. 抵当流れ(借金返済できず)	30	42. クリスマス	12
		43. ちょっとした法律違反	11

(ホームズとレイの生活変化ストレス尺度)

# ◆ ストレスとの付き合い方

## 悲哀の5段階 Klaus, K & Kennell, J (1975年)



★ くよくよしながら、泣き言言いながら、乗り越えて行く

★ 周囲の援助を素直に受けながら、

さしあたり、出来ることからやっていく

## ◆ 辛い体験をした人に よく見られる心理的反応

### ① 不安・緊張

些細なことで不安になったり、いつもストレスを感じ緊張がとれない、あるいは落ち着かないといった症状が続く。

やる気が無いのではなく、  
症状なんです!!

### ② 不眠

心配事のため、あるいは落ち着かなくて眠れない日が続く。

### ③ 社会活動能力の低下

元気ではつらつとは出来なくなり、集中力が落ちる等、仕事や家事、外出、その他の日々の活動における能力が低下する。

### ④ 抑うつ

気分が重く憂うつになり、自信を失い、自分は役に立たない人間だとか、生きる意味がない等と感じたりする。

性格の問題ではなく、  
症状なんです!!

### ⑤ 幸福感の喪失

幸せだと感じられなくなり、将来に希望がもてず、何事も悲観的に考える。

### ⑥ 対人関係困難

周りの人に親しみを感じなくなったり、うまくつき合えなくなり、周囲から孤立しがちになる。

## ◆ 社会による評価の影響

社会からどのような目をもって迎えられるかは被害者の回復過程に大きな影響をおよぼす。

「被害に遭うのは、その人自身に問題があるからだ。」という通念や神話が、被害者に再度の被害を与える。

“レイプされたのはその人にスキがあったから”

“日頃の行いが悪いからバチが当たる”

“本人に問題があるからいじめられる”

“親が悪いから子供が病気になる”

### ★ 被災者役割 (ラファエル, 1986)

「被災者」は弱く、無力・無能であり、「支援者」は強く力がある。したがって、被災者は欲しかろうと欲しくなろうと与えられた援助は感謝して喜んで受けるべきであり、決して苦情は言うべきではない、という古来からある間違った通念。

### ★ 患者役割 (パーソンズ)

「患者」は、自分が病気であることを受け入れ、できるだけ早く良くなりたいと望んでいる義務があるという間違った通念。

## ◆ EE(感情表出)研究

## Expressed Emotion study

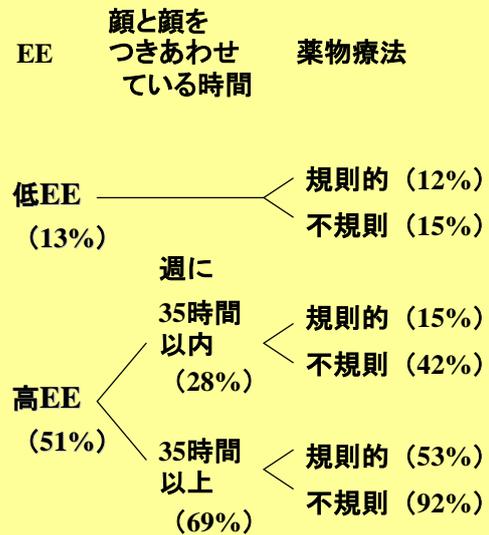
患者と家族の相互関係の中で生まれてくる特有のパターンの情緒反応で、患者の行動に対し過度に批判的だったり、情緒的に巻き込まれ過ぎという特有の情緒反応を示す家族を、「高EE (high EE) の家族」、そのような情緒反応を示さない家族を「低EE (low EE) の家族」と呼び、高EEの家族との同居は、統合失調症患者の再発のリスクが高まるとされている。

ただし“高EEの家族 = 再発の原因”という図式で捉えるべきものではなく、一定の条件さえ揃えば誰にでも生ずる可能性がある情緒反応である。

これまでの研究によって、家族が病気に対する誤った知識や理解を有していたり、患者さんの示す症状や行動に対する適切な対処法を身につけていない場合にEEが高くなることが指摘されてきており、これらに対する介入方法として開発されてきたのが『心理教育的家族療法』や『生活技能訓練 (Social Skills Training, SST)』である。

### ★ 統合失調症の 9ヶ月後の再発率

(ホーンとレフ, 1976)



## ◆ 認知行動療法的接近

行動療法と認知療法の融合によって誕生した心理・精神療法。

認知療法とは、問題行動はその人が持つ現実認知の歪みの結果日常的に生じるものであるという立場に立ち、歪んだ認知を修正することで感情や気分といった情緒状態を変容させることを目的とした短期の心理・精神療法。

従来の行動療法では範疇外であった認知に対し、行動的技法を用いて直接的に働きかけ、**認知の変容と行動の変容**まで期待しようとするもの。

生活技能訓練 (SST)、問題解決訓練法や心理教育など。

「ものの見方」の変化 → 「ふるまい方」の変化

「対処の仕方」の変化 → 役に立つ体験 →  
「ものの見方」の変化の強化

## ◆ 心理教育 (*Psycho-education*)

### 【概 要】

疾患や障害に関する適切な知識や情報を提供し、クライアントの対処技法が向上するよう援助するとともに、エンパワーし、彼らの自尊心や自信の回復と本来有している対処能力・技法の強化を目指す心理・精神療法。

通常は、知識提供を行う「教育的セッション」と、**認知や行動の変容やエンパワメント**を目指す「認知行動療法的セッション」の2つが用いられる。

「**教育的セッション**」： 病気の本態や疫学、治療法や対応方法等に関する情報を、わかりやすく整理した形で伝える。教育用のテキストやVTR等の資料を用いることが多い。

「**認知行動療法的セッション**」： 日常生活上で遭遇する様々な問題についての **具体的対処に焦点を絞り**、クライアントに主体的にアイデアを出してもらい、それを実行できるように援助する。

**集団の相互援助作用** を期待しグループワークという形で行われることが多い。治療者は、彼らが相互援助能力を発揮できるようにグループを運営する“**ファシリテーター (facilitater)**”の役割を果たす。10人以内、1回2時間程度、2~4週に1回の割合で行われることが一般的。

## ◆ 物の見方を変える3つの質問 [認知再構成法的手法]

- ① そう考えられる証拠が何かあるの？
- ② 別の視点から考えて見よう !!
- ③ 仮にその考えが正しかったとして、  
一体どうなるの？

## ◆ 集団の相互援助作用

～複合家族療法が持つ治療的ファクター～

- **類似性による学習** (Laqueur)  
他者が示す類似した問題を観察することで、自分を検証する
- **間接解釈による学習**  
直接の直面化は防衛を強化するが、複数のメンバーに共通する一般的问题として解釈すると、防衛が弱まり受け入れられやすくなる
- **モデリング**  
治療者が、問題解決のやり方を演じたり、他の家族の効果的な方法を強調することを通して、より効果的な方法を学ぶ
- **同一視を通しての学習**  
同じ立場という同一視が生じ、そこから支持と共感的関わりが生まれる
- **試行錯誤による学習**  
参加メンバーの協力で今までと異なる新しい対応方法を試みやすい。
- **メッセージの増幅と調整**  
参加メンバーが他のメンバーに助言したり、直面化したりするようになるが、これは治療者から指摘されるよりはるかに抵抗が少ない

## ◆ 解決志向アプローチ

(*Solution-focused approach*)

### 【概要】

家族関係は、必然的に絶え間なく変化しているという立場に立つ家族支援技法。問題を解明し不適切な家族相互作用を変化させるのではなく、日常生活における数少ない成功例を探し出し強化することで、家族をエンパワーしながらその家族に合った有効な解決法を構築することを目的とする。

基本的技法としては、**問題が生じていない例外**をさがし、**例外を取り巻く行動を繰り返す**よう強化し、解決策を発見するものである。特異的技法としては、次のようなものがある。

### ◆ “ミラクル・クエスチョン”

「奇跡が起きて問題が解決してしまった」と想像させることで  
目標設定や解決発見への糸口を見つけようとする技法

### ◆ “コーピング・クエスチョン”

極めて困難な状況に遭遇したクライアントに対し  
「あなたはそれに、どうやって対処しているのか」と質問することで、  
彼らの対処行動を肯定的に評価しエンパワーしようとする技法

## 「家族支援」参考資料 1

# 広汎性発達障害者の 社会不適応、非社会的・反社会的行動の理解と 地域支援のあり方について

長崎県

長崎こども・女性・障害者支援センター

**大塚俊弘**

[5 Feb 2010]

## 1. 診断基準（ICD-10〔国際疾病分類第10改訂版〕）

WHO の ICD-10 において、広汎性発達障害は「第 V 章（F）精神および行動の障害」に分類されている。

### ◆ 小児自閉症（F84.0）

A. 3歳以前に、次にあげる領域のうち少なくとも1項の発達異常または発達障害が存在すること。

- (1) 社会生活のコミュニケーションに利用する受容性言語または表出性言語
- (2) 選択的な社会的愛着の発達、または相互的な社会関係行動の発達
- (3) 機能的遊戯または象徴的遊戯

B. (1)、(2)、(3) から併せて、少なくとも6症状が存在し、そのうち(1) から2項以上、(2) と(3) からそれぞれ1項以上を含んでいること。

(1) 相互的な社会関係における質的異常として、次にあげる領域のうち少なくとも2項が存在すること。

- (a) 視線・表情・姿勢・身振りなどを、社会的相互関係を調整するための手段として適切に使用できない。
- (b) (機会は豊富にあっても精神年齢に相応した) 友人関係を、興味・活動・情緒を相互に分ち合いながら十分に発展させることができない。
- (c) 社会的・情緒的な相互関係が欠如して、他人の情動に対する反応が障害されたり歪んだりする、または、行動を社会的状況に見合ったものとして調整できない。あるいは社会的、情緒的、意思伝達的な行動の統合が弱い。
- (d) 喜び、興味、達成感を他人と分かち合おうとすることがない（つまり、自分が感心をもっている物を、他の人に見せたり、持ってきたり、さし示すことがない）。

(2) コミュニケーションにおける質的異常として、次にあげる領域のうち少なくとも1項が存在すること。

- (a) 話しことばの発達遅延または全体的欠如があり、身振り手振りでコミュニケーションを補おうとする試みをともしない（喃語で意思の伝達ができなかったという既往のあることが多い）。
- (b) (言語能力はさまざまな程度に認められるにもかかわらず) 他人とのコミュニケーションで相互に会話のやりとりを開始したりまたはじぞくしたりすることにたいてい失敗する。
- (c) 常同的・反復的な言葉の使用、または単語や文節の特有な言い回し。
- (d) さまざまなごっこ遊び、または(若年であれば) 社会的模倣遊びの乏しさ。

- (3) 行動や興味および活動性のパターンが制限され反復的・常同的であるが、次にあげる領域のうち少なくとも1項が存在すること。
- (a) 単一あるいは複数の、常同的で限定された興味のパターンにとらわれており、かつその内容や対象の点で異常であること。または、単一あるいは複数の興味が、その内容や対象は正常であっても、その強さや限定された性質の点で異常であること。
  - (b) 特定の無意味な手順や儀式的行為に対する明らかに強迫的な執着。
  - (c) 手や指を羽ばたかせたり絡ませたり、または身体全体を使って複雑な動作をするなどといった、常同的・反復的な奇異な運動。
  - (d) 遊具の一部や、機能とは関わりのない要素（たとえば、それが出す匂い・感触・雑音・振動）へのこだわり。
- C. その臨床像は、次のような原因で起こっているのではないこと。つまり広汎性発達障害の他の亜型、二次的な社会的・情緒的諸問題をともなう受容性言語の特異的発達障害（F80.2）、反応性愛着障害（F94.1）または脱抑制性愛着障害（F94.2）、何らかの情緒ないし行動の障害をともなう精神遅滞（F70 - F72）、ごく早期に発症した統合失調症（F20.-）、レット症候群（F84.2）など。

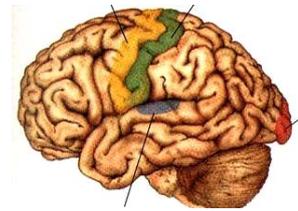
### ◆ 非定型自閉症（F84.1）

- A. 3歳以降に現れる、発達異常または発達障害の存在（発症年齢を除いて自閉症に関する診断基準を満たす）。
- B. 相互的な社会関係やコミュニケーションにおける質的異常、または行動や興味および活動性のパターンが制限され反復的・常同的であること（自閉症の診断基準のうち、異常な領域の数に関する基準は満たしていない）。
- C. 自閉症の診断基準（F84.0）を満たさない。

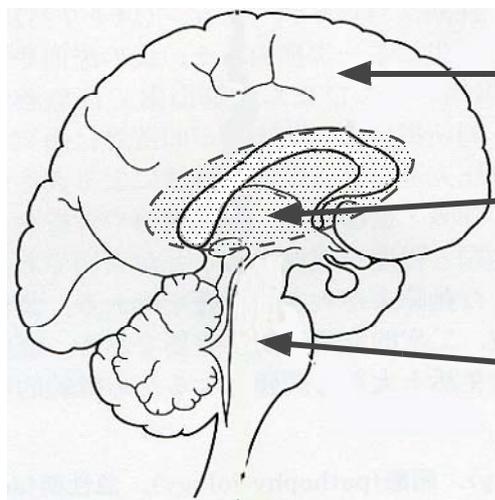
### ◆ アスペルガー症候群（F84.5）

- A. 表出性・受容性言語や認知能力の発達において、臨床的に明らかな全般的遅延はないこと。診断にあたっては、2歳までに単語の使用ができており、また3歳までに意思の伝達のために二語文（フレーズ）を使っていることが必要である。身辺処理や適応行動および周囲に向ける好奇心は、生後3年間は正常な知的発達に見合うレベルでなければならない。しかし、運動面での発達は多少遅延することがあり、運動の不器用さはよくある（ただし、診断に必須ではない）。突出した特殊技能が、しばしば異常な没頭にともなってみられるが、診断に必須ではない。
- B. 社会的相互関係における質的異常があること（自閉症と同様の診断基準）。
- C. 度はずれて限定された興味、もしくは、限定的・反復的・常同的な行動・関心・活動性のパターン（自閉症と同様の診断基準。しかし、奇妙な運動、および遊具の一部や本質的でない要素へのこだわりをともなうことは稀である）。
- D. 障害は、広汎性発達障害の他の亜型、単純型統合失調症（F20.6）、統合失調症型障害（F21）、強迫性障害（F42.-）、小児期の反応性愛着障害（F94.1）または脱抑制性愛着障害（F94.2）、などによるものではない。

## 2. 脳神経と特異な行動との関係



### ◆ 脳の構造と発達



● 大脳皮質（新皮質）……

理性的思考に関与

思春期まで発達

● 大脳辺縁系（古皮質&原皮質）…

情動の表出（感情・愛情）、  
意欲、記憶等に関与

乳幼児期  
に発達

● 脳幹（間脳・中脳・橋・延髄）…

多数の生命維持機能、  
戦う、逃げるといった  
生存活動に関与

胎児～乳幼児期  
に発達

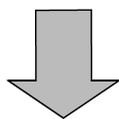
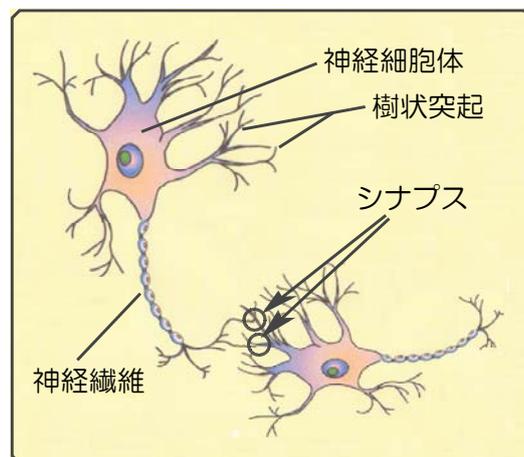
乳幼児期に五感から入ってくる環境からの刺激によって反応している神経同士が連結し、次々にシナプス（神経接合部）を形成し、複雑な神経回路が出来上がって行く。

これらの神経回路は使われる毎に強化され、情報処理が早く効率的に出来るようになりながら脳は発達していく。

乳幼児期における養育者の適切な関わりと、安全な環境によって、安定した情緒、他人と協調した社会的な行動を維持できる神経回路が形づくられる。

放置され、適切な関わりがなされないと神経は刺激されず社会的行動を維持するために必要な神経回路（大脳辺縁系～大脳皮質）が十分に発達しない。

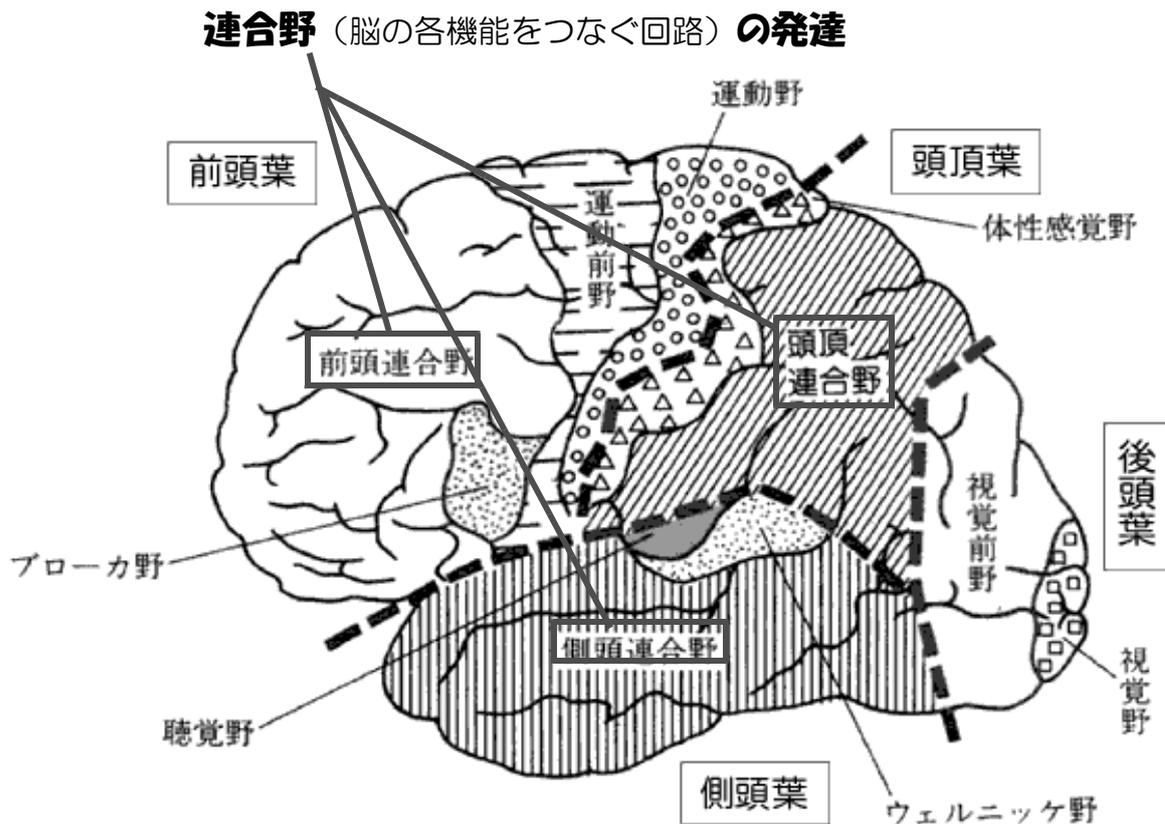
また、安全が保証されない環境は、生存活動に必要な神経回路（脳幹）ばかりを発達させ、戦う・逃げるといった行動パターンが強化される。



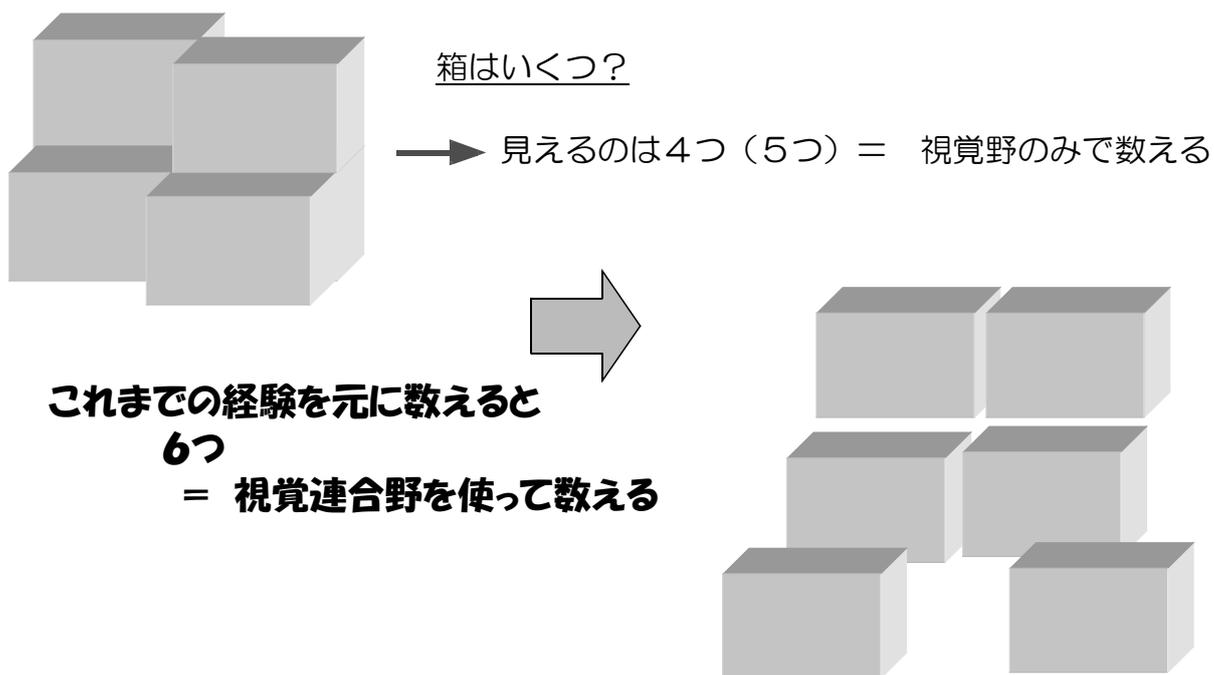
### ★ 子どもへの虐待やネグレクトの影響

- 戦う・逃げるなどのトラウマに対する機能を司る脳幹が発達して、恐怖・不安・怒りで物事に対処するようになる。
- 人を想う気持ちや愛着の基礎となる大脳辺縁系が育たない。
- 言葉を司る大脳皮質の前頭葉が育たない。

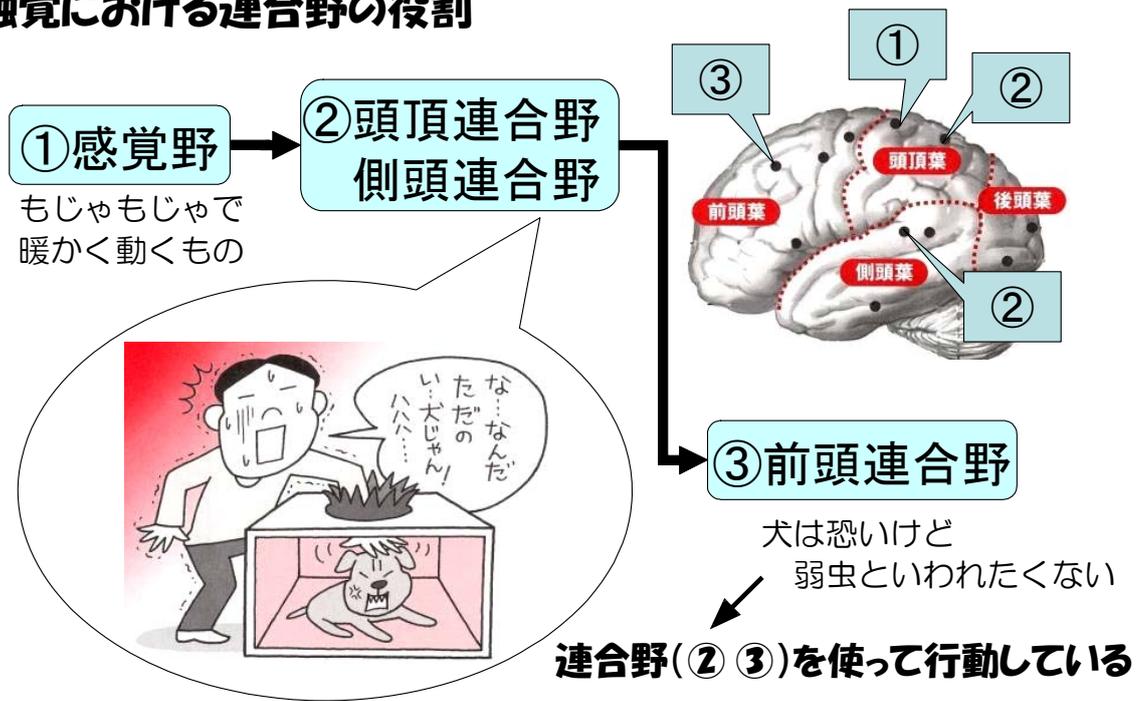
## ◆ 人間の脳の進化の特徴



## ◆ 視覚における連合野の役割



## ◆ 触覚における連合野の役割



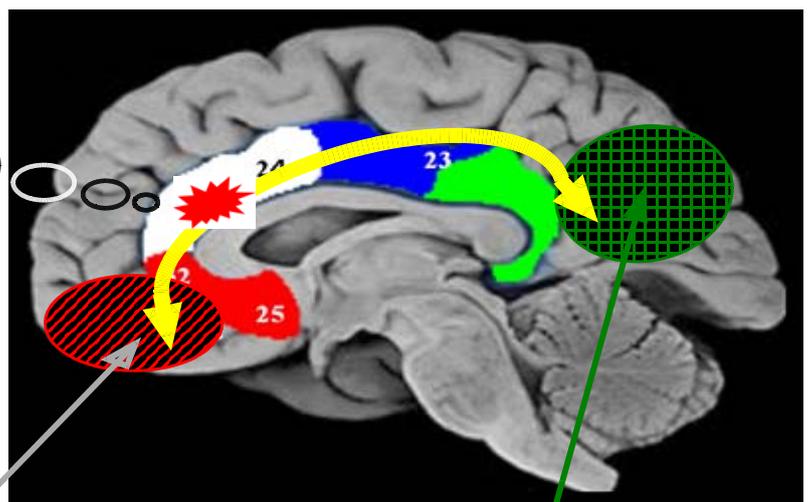
## ◆ “自己気づき” Self-Awareness

過去の個人的情報（体験）を利用して自己の意識モデルとして生成され、入ってくる情報を分析していまの自分の行動を理解し、社会環境に適合できるよう以後の行動を選択し、適切に導く前頭葉の機能。

豊かな人生にとって不可欠な自己の現在の状態をモニターする機能。

### ★ 自己気づきの神経ネットワーク

ネットワークの  
形成が悪い、  
もしくは損傷  
= “自己気づき” 機能の  
障害



#### 内側前頭前野皮質

自己に関する知覚や記憶を引き出し、それらを「自分」であるとの持続的感覚に結びつける部分

#### 内側頭頂葉皮質(楔前部)

自伝的記憶の再生に関与

## ◆ 広汎性発達障害と脳神経と社会的行動

- 五感から入ってくる環境からの刺激に対する神経細胞の反応に関して、何らかの先天的・生物学的問題があるために、その反応が良くない。
- シナプス形成機能そのものが、先天的・生物学的問題があるために、十分でない。
- 環境の刺激に対する反応性に問題があるために、養育者がとまどい、あるいは、適切な養育行動が誘発されないため、養育者が適切な関わりが持てなくなる。

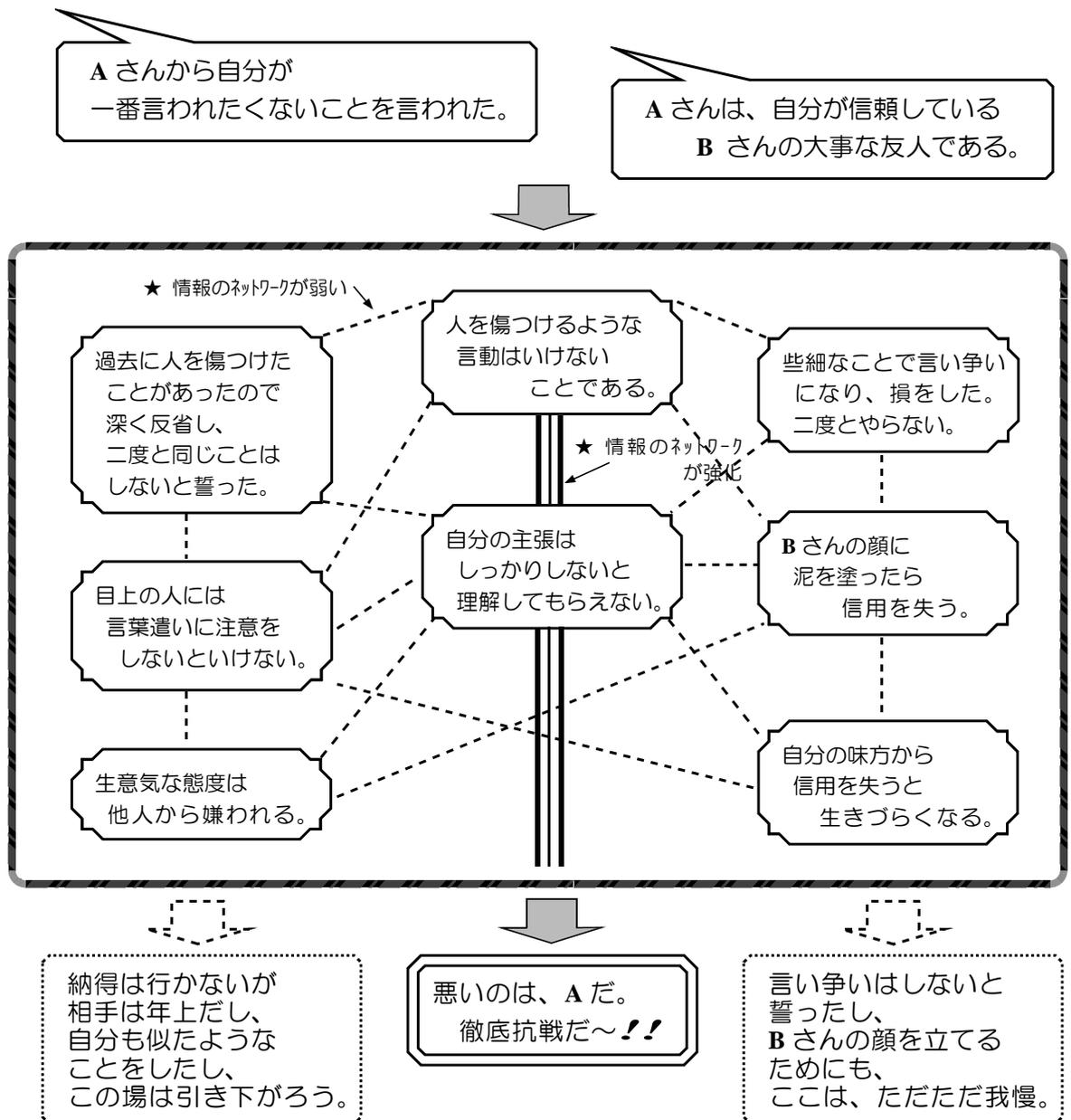


- シナプス形成の速度や頻度が低く、複雑な神経回路ができない上に、不適切な養育がもたらす悪影響（p3 ★ 参照）が加わる。
- 脳の各機能をつなぐ回路も十分に発達してないので、運動機能のバランスがわるかったり、予測する能力が不十分だったりするために、集団でのスポーツや余暇活動等から排除される傾向が強まり、同世代の中で孤立しがちとなる。
- 自己気づき機能を司る神経ネットワークの形成が充分でないため、今の自分の行動をモニターし、それまでの自分の体験や知識を生かしながら、社会環境に適応するような行動を選択することができない。
- 養育者や周囲の人々が、過度に批判的、若しくは、過度に過保護な対応をしがちとなる。



- ◎ 社会人としてのマナーなど社会活動のために必要な生活技能が身に付きにくい。
- ◎ 過度に依存的で、自己中心的な言動が身に付いてしまう確率が高まる。
- ◎ 結果として、他者を不愉快にさせるような言動や態度をとりがちとなり、学校や職場、その他の社会的場面において、孤立したり、周囲から拒絶されがちとなる。
- ◎ 自尊心が傷つけられ続けるため、自分は無価値な人間であるなどと考え、希望がもてず、社会的な評価を気にしない傾向になっていく。

## ◆ 広汎性発達障害がある人の認知・行動と神経回路



★ 経験や知識というものは、善か悪か、どちらが正しいか、勝ちか負けかといった単純な認知や判断に、様々な条件や変化の可能性を加えながら、行動の選択肢を増やしていくものである。

しかし、広汎性発達障害者の場合は、今までの経験や知識が保存されている脳の部分同士をつなげる神経回路が少ない、若しくは伝達が悪いため、善か悪か、どちらが正しいかといった単純な判断に基づく、短絡的な行動に走ってしまう。

過去の経験や知識を忘れていないわけではないが、結果として、行動に生かされないため、反省してないよう見えたり、他人への配慮がない社会的には不適切な行動をとりがちになる。

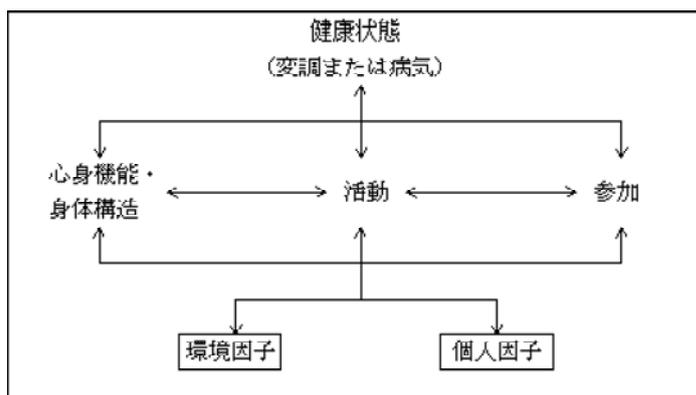
### 3. 障害の定義

#### ◆ WHO「国際生活機能分類( ICF )」( 2001 )

International Classification of Functioning, Disability and Health

- ① **機能・形態障害 impairment**  
生物レベルで捉えた障害  
(麻痺、失語、腎機能の低下、計算力の低下、など)
- ② **活動性 activity**  
活動性の制限： 移動の制限、ADL における制限、  
社会的相互関係の調整における制限、など
- ③ **社会参加 participation**  
社会参加の制限： 友人の少なさ、失業、限られた余暇活動、  
援助者の負担、など

図： ICF の構成要素間の相互作用



この図式では、ある特定の領域における個人の生活機能は健康状態と背景因子（すなわち、環境因子と個人因子）との間の、相互作用あるいは複合的な関係とみなされる。これらの相互関係は必ずしも常に予測可能な一対一の関係ではない。相互作用は双方向性である。すなわち障害の結果により、健康状態それ自体が変化することすらある。機能障害か

ら能力の制限を推定したり、活動制限から参加の制約を推定することは、しばしば理にかなったことと思われるかもしれないが、そうでない場合もある。例えば、

- ・ 機能障害（構造障害を含む）があるが、能力の制限はない場合（例：ハンセン病で外観を損じても、個人の能力にはなんらの影響を及ぼさない場合）。
- ・ 実行状況上の問題や能力の制限があるが、明らかな機能障害（構造障害を含む）がない場合（例：いろいろな病気の場合にみられる日常生活の実行状況の減少）。
- ・ 実行状況上の問題をもつが、機能障害も、能力の制限もない場合（例：HIV 陽性の人、精神障害回復者の、対人関係や職場での偏見や差別への直面）。
- ・ 介助なしでは能力の制限があるが、現在の環境のもとでは実行状況上の問題はない場合（例：移動の制限のある人が移動のための福祉用具を社会から提供されている場合）。
- ・ 逆方向の影響がある程度ある場合（例：手足を使わないことが筋萎縮の原因となる場合、施設入所が社会生活技能の喪失につながる場合）。

## ◎ 医学モデルと社会モデルの統合

「医学モデル」： 障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療というかたちでの医療を必要とするものとみる。障害への対処は、治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変容を目標になされる。主な課題は医療であり、政治的なレベルでは、保健ケア政策の修正や改革が主要な対応となる。

「社会モデル」： 障害を主として社会によって作られた問題とみなす。障害は個人に帰属するものではなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものであるとされる。障害のある人の社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする。問題なのは社会変化を求める態度上または思想上の課題であり、政治的なレベルにおいては人権問題とされ、障害は政治的問題となる。

※ 以前の「WHO 国際障害分類 (ICIDH)」の考え方 = 医学モデル

機能・形態障害 → 能力障害 → 社会的不利  
impairment                  disability                  handicap

## ◆ 上田 敏「主観的障害」(1996)

### ④ 体験としての障害 (“病い”) disablement as experience (“illness”)

実存レベル(主観的体験として、自尊心・価値観・  
人生の目的などに関するレベル)で捉えた障害

この障害は、自分が生きる価値のない人間になったという「価値観の喪失」を中核としており、それは「障害者は価値の低いもの」という偏見が本人の中まで支配している。

★ 精神障害者、発達障害者、知的障害者の場合、  
この主観的障害が強い人が多い!!



## 4. 要支援者に対する支援者の姿勢

### ◆ 基本的姿勢

#### ① 判断を交えない態度

★ 問いかけの方法：

**“私は、あなたの置かれている状況をよく知りません。  
どうしたらいいのかわからないのですが、  
どうしたらあなたの助けになりますか？”**

支援を必要としている人の置かれている状況は極めて多様であり、支援の必要度は時間的経過と共に常に変化するものである。加えて、本人の価値観や周囲の環境によっても支援内容は大きく変わってくる。

支援の押し売りは、被支援者にとってはなほだ迷惑であり、二次被害を与えることになるので禁止。

#### ② 適切な情報の提供

- ・ 行政機関の生活支援情報
- ・ 法律関連情報（弁護士会や司法書士会の機能など）
- ・ 教育関連情報（奨学金や助成制度を含む）
- ・ 医療情報
- ・ インフォーマルサポート情報（支援グループ、自助グループなど）
- ・ ストレス反応に関する情報（ストレス反応は、当然生じる通常の反応であり、精神力の弱さや性格的な歪みなどが原因ではない。）

#### ③ 自分が今できる手伝いがあればやる

家事の手伝い、用事の代行、専門機関までの付き添い、話し相手等々。

### ◆ 辛い体験が人に及ぼす影響

#### 【トラウマ（心的外傷、psychic trauma）とは】

“個人に、自我が対応できないほどの

強い刺激的あるいは打撃的な体験が与えられること”（新版精神医学事典，弘文堂，1993）

- ・ 恐怖、不安、恥、あるいは身体的苦痛などの情動反応を起こすような体験。
- ・ 客観的な現実よりも、心的現実といわれる個人の主観的体験が重要。  
すなわち、その人が「どう感じ」「どのように打撃を受けているか」。

#### ★ トラウマを引き起こす出来事の特徴

- ① 予測不能
- ② コントロール不能
- ③ 出来事自体が残酷
- ④ 対象喪失が起こる（大切なものを失う）
- ⑤ 暴力的
- ⑥ 結果に対して主観的に自分に責任があると感じられる

- ・ 心的外傷体験は、自我や **自尊心を傷つける** ため、**自信や希望が失われ**、その結果として、**新たな外傷に対する傷つきやすさを増大** する。

→ **打たれ強くなるのではなく、打たれ弱くなる！！**

### ※ 自尊心 self esteem

“是認された役割の達成、共通の価値観の共有を介して得られる連帯感、安定感に基盤づけられた自己価値、**肯定的自己評価**”

(新版精神医学事典, 弘文堂, 1993)

所属している集団や社会の中での

“**自分が意味ある役割を果たしている**”という実感  
“**他人のために自分が役立つ**”という体験



自信と喜びをもたらし、これが健康な自尊心を形成し、傷ついた自尊心を回復させる。

## 【トラウマ体験後の心理機構】

### 1) よくみられる精神症状・行動障害

= “**異常な事態に対する正常な反応**”

#### ① 不安・緊張

些細なことで不安になったり、いつもストレスを感じ緊張がとれない、あるいは落ち着かないといった症状が続く。

#### ② 不眠

心配事のため、あるいは落ち着かなくて眠れない日が続く。

#### ③ 社会活動能力の低下

元気ではつらつとは出来なくなり、集中力が落ちる等、仕事や家事、外出、その他の日々の活動における能力が低下する。

→ **やる気の無さ等ではなく症状なんです！！**

#### ④ 抑うつ

気分が重く憂うつになり、自信を失い、自分は役に立たない人間だとか、生きる意味がない等と感じたりする。

#### ⑤ 幸福感の喪失

幸せだと感じられなくなり、将来に希望がもてなくなり、何事も悲観的に考える。

#### ⑥ 対人関係困難

周りの人に親しみを感じなくなったり、うまくつき合えなくなり、周囲から孤立しがちになる。

→ **性格の問題等ではなく症状なんです！！**

### 2) 罹患しやすい精神科疾患

#### ① うつ病圏障害

##### a) うつ病エピソード

##### b) 適応障害 (短期抑うつ反応、遷延性抑うつ反応、混合性不安抑うつ反応)

うつ病の診断基準を満たすほど持続時間が長くなかったり、症状が軽度だったりする反応性のうつ状態。

## ② 不安障害

強い不安発作が繰り返し出現したり（**パニック障害**）、些細なことに関する過度の不安や緊張が長期間に渡って出現する（**全般性不安障害**）。動悸や発汗、呼吸困難、吐き気、めまい感・フラフラ感等の自律神経関連症状を伴う。

## ③ PTSD（外傷後ストレス障害、Post-Traumatic Stress Disorder）

外傷的な出来事が原因となって以下のような症状が続く。

### (1) 外傷的な出来事の再体験

（思い出したくもないのに強烈に思い出される、夢にうなされる、その出来事が再び起こっているかのように感じたり行動したりする等）

### (2) 外傷的な出来事と関連したものからの回避、または、全般的反応性の麻痺

（活動低下、関心の低下、孤立、“未来が縮小した感覚”等）

### (3) 覚醒亢進（睡眠障害、怒りの爆発、警戒心、集中困難等）

※ ト라우マ体験者のうち PTSD を発症するのは半分以下であり、そのうち数年以内に回復しない者はさらに半分以下。

※ PTSD の多くは他の精神科疾患の合併が多い。アルコール・薬物依存症、うつ病、恐怖症、行為障害など。

※ 発症の危険因子： ストレス因の強度、過去のトラウマ体験、劣悪な養育環境と低い教育歴、知的レベルの低さ、トラウマ体験時の不適応的行動や強い精神麻痺、解離症状。

※ 防御因子： 知能レベルの高さ、ストレス因に上手く対処した経験や訓練、トラウマ体験時の家族や地域のソーシャル・サポート。

## ★ 複雑型 PTSD（Complex PTSD）（ハーマン、1992）

児童虐待、性的虐待、いじめ等の長期反復性の慢性的なストレスの場合、災害や事故や犯罪などの単一の強い急性ストレスとは異なる以下のような症状を示すため、従来からの PTSD とは区別すべきということで提唱された概念。

- ・「人格障害」に近い、より複雑な症状  
些細なことで“キレル”などの、情動不安定、衝動性、頻回の自殺企図、不安定な対人関係や、人を信じられず、社会的に引きこもるなど。
- ・心因性健忘（いわゆる記憶喪失）など、解離症状と呼ばれる多彩な症状

## 3) ト라우マの絆（バン・デア・コーク、1996）

被虐待児の中には、トラウマを生じた出来事を再演するように、暴力、破壊、犯罪、ギャンブル、薬物乱用、売春、DV 男性との交際など、危険な人間関係やその他の危険な行動を自ら反復する者が極めて多い。

米国の精神科医バン・デア・コークは、これを「トラウマの絆」（1996）と呼び、以下のように説明している。

“トラウマ体験に暴露されると脳内エンドルフィン（脳内麻薬）が分泌されるが、長期反復性の慢性的なトラウマ体験者は、慢性的エンドルフィン分泌状態となっている。安全な環境においてそのレベルが下がると禁断症状としてのイライラが生じるため、わざとエンドルフィンの分泌をあげようとする。”

#### 4) 学習後無力状態 (セリグマン, 1975)

犬に非偶発的な電気ショックを与え続けていくと、逃げ道が準備されていても逃げようとしなくなる。理不尽な暴力を浴びせられ続けると、「何をしても状況は変わらない」と将来に悲観的になり、抑うつ的となってその状況から逃れるという行動を起こそうとしなくなる。被害者の表情と機敏さを奪い、これが加害者にとっては“フテブテしい落ち着き”と受け取られて、さらに暴力が加えられるという悪循環。

### 【 社会による評価の影響(傍観者の心理) 】

社会からどのような目をもって迎えられるかはトラウマ体験者の回復過程に大きな影響をおよぼす。

「ひどい目に遭うのは、その人自身に問題があるからだ」という

**通念や神話が、被害者に再度のトラウマを与える。**

“レイプされたのはその人にスキがあったから”

“日頃の行いが悪いからバチが当たる”

“本人に問題があるからいじめられる”

“親が悪いから子供が病気になる”

“家族の対応が悪いから自殺者が出る”

※ ソーシャルサポート：

地域や家族のソーシャル・サポートが被害者の回復過程に良好な影響をおよぼし、一方、貧困なソーシャル・サポートは被害者のトラウマ関連症状の重症化につながる事が指摘されているが、ソーシャル・サポートの低さがトラウマ関連症状を強化する可能性と、トラウマ関連症状がソーシャル・サポートを低下させる可能性がある。

#### ★ 被災者役割 (ラファエル, 1986)

「被災者」は弱く、無力・無能であり、「支援者」は強く力がある。したがって、被災者は欲しかろうと欲しくなろうと与えられた援助は感謝して喜んで受けるべきであり、決して苦情は言うべきではない、という古来からある間違った通念。

#### ★ 患者役割 (パーソンズ)

「患者」は、自分が病気であることを受け入れ、できるだけ早く良くなりたいと望んでいる義務があるという通念。



**支援者は、被支援者に対して、  
このような役割を強いることがないよう  
常に注意をしておく必要がある。**

## 5. 障害者のリハビリテーション

### ◆ 2つのリハビリテーション

#### ① 活動の制限 (P8-②) に焦点を当てたリハビリテーション

精神障害者、発達障害者がしばしば直面する日常生活における活動の制限は、しばしば「生活のしづらさ」と表現されるが、この「生活のしづらさ」に焦点を当てたリハビリテーションの目指すところは、日常生活の中で生ずる様々な問題に対する対処技能の向上である。通常のリハビリプログラムでは、認知行動療法に基づく SST や心理教育、あるいは作業療法などの支援技法が用いられる。

##### 生活技能訓練 (Social Skills Training, SST)

あいさつ、相手を不愉快にさせない話し方、分からないことのたずね方、断り方、対人トラブルに巻き込まれた時の対処の仕方等、日常生活場面での具体的な課題を抽出し、ロールプレーを用いて訓練する。

##### 心理教育 (Psycho-education)

疾患に関する正確な情報を元に、その具体的対処法を身につける。

★ 対人関係や再発予防に焦点を絞って、対処技能向上を図るべき。

対人トラブルの回避、服薬の維持、再発の予知とその対策等。

#### ② リカバリー (Spiritual recovery) と エンパワメント (Empowerment)

= 体験としての障害 (P9-④) に焦点を当てたリハビリテーション

リカバリーという概念は、1980年代後半から米国において盛んに用いられるようになった概念であり、自尊心や社会的役割、人生を回復することである。たとえ、疾病や障害が改善しないとも、全人的な存在として回復することを目指しており、疾病からの回復と誤解しないよう「回生」と訳すことも提唱されている。先に述べたように、体験としての障害が強い精神障害者、発達障害者の社会復帰を考えると、このリカバリーへの支援を重要視しなければならない。

言い換えると、社会復帰のもう一つの目標は、彼らが

**“本来持っている自己決定能力を高め、人生の主体者として**

**生きていく力を発揮できるよう支援していくこと”、**

つまり、エンパワメントであると言える。

★ セルフヘルプ（自助、相互援助）活動、アドボカシー（権利擁護）

への支援に力を入れるべき。

- ★ {
- ① = 医療機関が中心に担う分野
  - ② = 福祉施設や行政機関が中心に担う分野

特に②に関しては、障害者の地域生活への再参加の中でしか実現不可能であり、地域社会の中での **ケースマネジメント技法の活用** が重要となる。

**地域社会のコーディネーターである市町村、障害福祉サービス事業所** が、積極的にかかわらなければならない。

## ★ 心理教育的アプローチ (Psycho-educational approach)

### 【概要】

患者や家族に対し、疾患や障害に関する適切な知識や情報を提供し、対処技法が向上するよう援助するとともに、彼らの自尊心や自信の回復と本来有している対処能力・技法の強化（エンパワメント）を目指す心理・精神療法。

通常は、知識提供を行う「教育的セッション」と、認知や行動の変容やエンパワメントを目指す「認知行動療法的セッション」の2つが用いられる。

### 【通常のセッションおよび技法】

「**教育的セッション**」： 病気の本態や疫学、治療法や家族の対応方法等に関する情報を、わかりやすく整理した形で伝える。教育用のテキストや VTR 等の資料を用いることが多い。

「**認知行動療法的セッション**」： 日常生活上遭遇する様々な問題についての具体的対処に焦点を絞り、患者・家族が主体的にアイデアを出し、それを実行できるように援助する。参加メンバーの相互援助作用を期待し、集団療法とという形で行われることが多い。1つのグループは10人以内、1回のセッションは2時間程度、2週から4週に1回の割合で行われることが一般的。

### 【適用と有効性】

適用は広く、統合失調症、感情障害、認知症、アルコール・薬物依存症、摂食障害などの慢性精神障害に加え、エイズや悪性腫瘍など、受容しにくい慢性身体疾患に対しても用いられる。

対処技法の向上と自信回復に関しては確実な効果が期待でき、技法的にも容易であり、医療機関の他、保健所などにおいても利用しやすい。

## ★ 解決志向アプローチ (Solution-focused approach)

### 【概要】

家族システムでは、変化に対してパターン化された相互作用が常に維持されようとする力が働くと考えるシステム論的家族療法と異なり、家族関係は、必然的に絶え間なく変化しているという立場に立つ家族支援技法。問題を解明し不適切な家族相互作用を変化させるのではなく、日常生活における数少ない成功例を探し出し強化することで、家族をエンパワーしながら、その家族に合った有効な解決法を構築することを目的とする。

### 【通常のセッションおよび技法】

セッションの時間や回数、場所に関して特定のスタイルはない。家庭訪問という形をとることもあれば、クライアントが立てた目標に従う場合も多い。母親だけ、父親だけ、複数の家族員の同席、いずれの場合もある。

基本的技法としては、問題が生じていない例外をさがし、例外を取り巻く行動を繰り返すよう強化し、解決策を発見するものである。

特異的技法としては、次のようなものがある。

◆「**ミラクル・クエスチョン**」： 「奇跡が起きて問題が解決してしまった」と想像させることで目標設定や解決発見への糸口を見つけようとする技法

◆「**コピーング・クエスチョン**」： 極めて困難な状況に遭遇したクライアントに対し「あなたはそれに、どうやって対処しているのか」と質問することで、彼らの対処行動を肯定的に評価しエンパワーしようとする技法

### 【適用と有効性】

アルコール・薬物依存症、摂食障害、子ども虐待、性的虐待、家庭内暴力、少年非行、犯罪や貧困、失業がらみの問題等。特に深刻化した困難なケースや、抵抗の強い家族にも有効。システム論的家族療法と比較すると技法的には容易。

## ◆ ケースマネジメント（ケアマネジメント）の概要

<b>定義</b>	<p>多様なニーズを持った人々が自分の機能を最大限に発揮して健康に過ごすことを目的に、フォーマル（公共的、専門的）および、インフォーマル（個人的、非専門的）な支援のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する個人もしくはチームの活動。 [マクスリー（1994）の定義より]</p>
<b>目的</b>	<p>1. <b>利用者のセルフケア能力の向上</b>（利用者本人のエンパワメント） 様々な支援を適切に組み合わせて提供することで、利用者の能力を高め、自立的な生活を可能とする。</p> <p>2. <b>地域社会の問題解決能力の向上</b>（地域ケアシステムのエンパワメント） 様々な領域の職種や家族や隣人たちからなるネットワークを形成することにより、地域社会の事例への対応能力を高める。</p>
<b>マネジメントの流れ</b>	<p>1. <b>インテーク(受理)</b> 利用候補者との出会い。可能な限り本人の暮らす場所に出かけて行う。 [アウトリーチ（訪問）]</p> <p>2. <b>アセスメント(査定)</b> 利用者のニーズの把握が最も重要。さらに利者が有している資産やセルフケア能力、現在利用中のフォーマル、インフォーマルサポート体制等を明らかにする。 通常は利用者や家族、支援チームの構成員が参加するケースマネジメント会議の中で行い、利用者が理解しやすい簡単なアセスメント表を用いる。</p> <p>3. <b>プランニング(計画策定)</b> アセスメントと同様、通常はケースマネジメント会議の中で行われ、簡単なプランニング表を用いる。理想的な目標ではなく少しの努力で達成可能な具体的な目標（<b>インパクトゴール</b> と呼ぶ）を立てることが重要である。</p> <p>4. <b>インターベンション(介入)</b> 利用者本人に働きかける直接介入、周囲の人や関係者に働きかける間接介入がある。直接介入の場合、代行から指導、同行・案内、資源利用の解説だけの段階、さらには本人の主体的判断と実行励ますだけの段階と、利用者の問題解決能力に応じて援助方法が異なる。利用者が見失っている本来の力を再び発揮できるよう援助する、エンパワメントの姿勢が重要である。</p> <p>5. <b>モニタリング(見直し)</b> 支援計画の実行を定期的に見直し、修正する。</p> <p>6. <b>エバリュエーション(評価)</b> 結果を総合評価し、支援の継続・終了・再契約を決定。</p>

### ※ ケースマネジメントの類型

歴史的変遷： 仲介モデル → 強化・エンパワーモデル

## 【 ケースマネジメントとケアマネジメント 】

「**ケースマネジメント**（CM）」は1960年代の米国ケネディ教書における脱施設化政策への対応として生れ、これが1980年代末『**ケアマネジメント**（Care M）」と『**ケアプログラムアプローチ**（CPA）」の2つに分かれた形で英国に導入された。Care Mは、ソーシャルワーカーがマネージャーとしてかわる福祉サービスの仲介システムであり、一方CPAは、地域医療スタッフが中心となって退院患者の疾病管理を行うシステムである。

わが国では、介護保険制度創設の際、厚生労働省は同制度の中で実践されるケースマネジメントの呼称として『**ケアマネジメント**』という用語を公式に採用した。

同様に、国として推進する障害者福祉施策の中におけるケースマネジメントに関しても、『**障害者ケアマネジメント**』の名称が公式に用いられこととなっている。

- ★ 国際的専門用語としては、
  - “Case Management” が一般的。
  - “Care Management” とはその中の福祉サービスの仲介システムを意味する。
- ★ わが国における呼称
  - 事業名（“商品名”）としては『ケアマネジメント』
  - 技術名（“一般名”）としては『ケースマネジメント』

また、「ケース」という言葉が人を見下したような印象を与える、  
 マネージする対象は人ではなくケアサービスである、との考え方から  
 『ケアマネジメント』という用語が好まれる。
- ★ 障害者自立支援法および介護保険制度における呼称
  - 『相談支援従事者』 = 障害者自立支援法における“Case Manager”  
 （旧「ケアマネジメント従事者」）
  - 『相談支援専門員』 = 障害者自立支援法における“Care Manager”  
 （障害者支援サービスの仲介マネージャー）
  - 『ケアマネージャー』 = 介護保険制度におけるサービス仲介マネージャー

## 【 ケースマネジメント上の留意点 】

### ① 漠然とした主訴の生活ニードへの分解

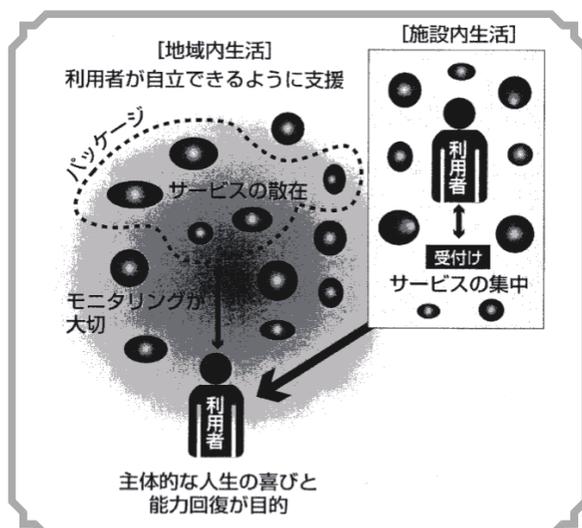
利用者のニードに従って支援計画を立てることが基本であり、したがって、ニードの把握が最も重要である。知的障害、認知障害、思考障害、コミュニケーション障害等のある利用者の場合、訴えは、非常に漠然としていたり、的はずれに見えることもある。このような利用者は、自尊心の低下を中心とする主観的障害が強く、加えてニードを伝える機会に恵まれていないため、自分の生活ニードを的確に伝える技能がほとんど身に付いてないことが多い。したがって、これらの訴えに対し、具体的に確認しながら、生活ニードに分解し評価していく作業がケースマネジメントの根幹となる。

### ② 試行プランの作成

### ③ 地域の社会資源のアセスメント

### ④ 連絡調整機能の強化

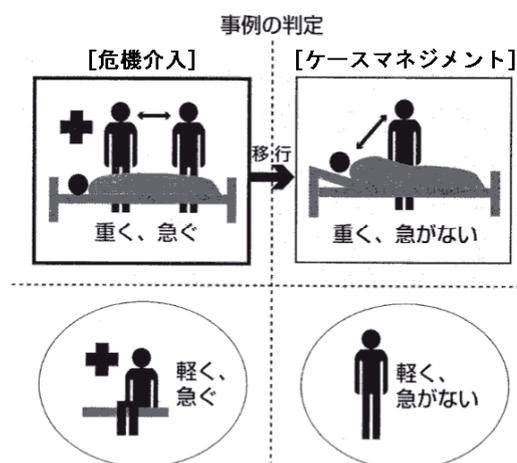
### ★ ケースマネジメントの必要性



（野中猛『図説ケアマネジメント』より引用）

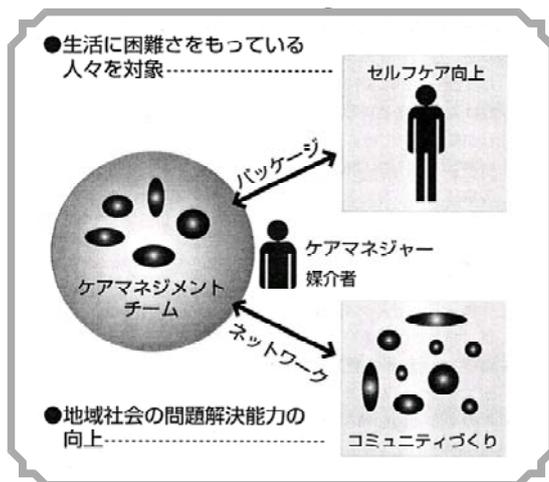
### ★ ケースマネジメントの対象

地域社会において長く障害をもち、自ら十分に表現できない人々の支援



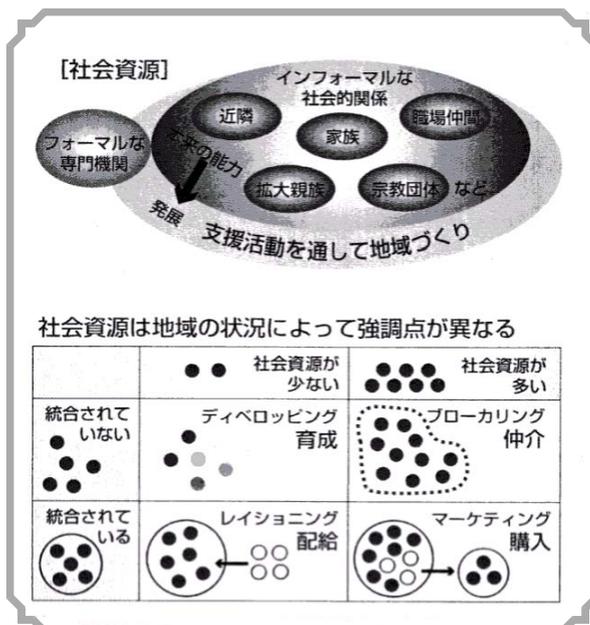
障害が軽い場合は  
ケースマネジメントの対象にならない

## ★ ケースマネジメントの目的



(野中猛『図説ケアマネジメント』より引用)

## ★ ケースマネジメントと社会資源



## 【 アセスメント表・フランニング表 】

### ★ アセスメント表の例 (野中猛『図説ケアマネジメント』より引用)

項目	ニーズ	本人の能力	家族の支援	プライベートな能力	専門家の能力	その他
医療・保護						
収入						
職業						
住居						
ADL						
対人関係						
家族関係						
その他						
アセスメントの要点						

### ★ フランニング表の例 (野中猛『図説ケアマネジメント』より引用)

ニーズの領域：							インパクトゴール：
インパクトゴールを達成するための小目標	優先順位	小目標達成のための各支援者の役割分担				期限	この小目標が達成されることでプランを立てた支援者たちが得られること
		本人	家族	プライベート	専門家		

## 6. 広汎発達障害者に対する地域ケアの課題

### ◆ 地域支援の4本柱

- ① 住居の確保
- ② 昼間の活動の場の確保／就労支援
- ③ 日常生活支援
- ④ 適切かつ継続的医療サービス

### ◆ 住居の確保に関する課題

障害者グループホームについては、集団生活そのものへの不適應、自分の障害と他の入所者との障害特性の違いを強く感じることによる不適應、本人の反社会的行動や犯罪行為等に起因する施設側の受け入れ拒否といった問題がある。

- ○ **障害者里親制度**
- **様々な要支援者が利用する共同住居**

国内のいくつかの地域に存在する、生活困窮者や外国人、障害者、非行や犯罪歴等、様々な理由から住居の確保ができなくなった要支援者を対象とした、民間団体や宗教法人等が運営する共同住居について、その利用ができるサービス。

### ◆ 昼間の活動の場の確保／就労支援に関する課題

利用できる社会資源はあっても、対人トラブルが原因で、活動の場への参加が継続出来なかったり、仕事はあっても就職活動がうまく出来ずに就労に至っていない事例が少なくない。

また、元来学業を得意としていたが不登校や退学により継続的な学習の機会を失ってしまい、進学や資格取得が出来ていない事例もある。

- ○ **コミュニケーション・サポーター**（仮称）

障害児者本人に対して対人交流場面での助言・調整を行ったり、学校に対して障害特性に関する情報の提供、指導・対処方法の提案等を行うことで、学習環境や社会体験の場（就職活動、職業訓練、福祉サービス利用、余暇活動等）への適應を支援するサービス。

就労支援という職場適應援助者（ジョブコーチ）の学習支援／社会活動支援版。

- **学習支援**

学習指導や進学相談等を行うことで、進学や資格取得等を支援するサービス。

## (※) 就労支援の方向性

= 段階的アプローチから就労後訓練アプローチへ

- 段階的アプローチ（訓練後就労モデル：“train-place” model）

従来型の就労支援プログラム。

技能訓練 → 福祉的作業所 → 試行的就労プログラム

→ 職場適応のための就労 → 一般企業への正式就労

→ 福祉的性格の企業への就労

米国においては、有効であるという科学的根拠は得られなかった。

我が国では、まだこれが主流。

- 就労後訓練アプローチ（“place-train” approach）

### ★ 米国における IPS

（Individual Placement and Support, 個別職業紹介とサポート）

1980年代後半以降に米国で登場し、わが国においては、2005年より千葉県市川市国府台地区において日本版 IPS（IPS-J）が開始されている。

近年、東京や愛媛でも IPS を志向した取組が開始されつつある。従来の職業サービスと違い、職業準備性ができている、できていないなどの判断をしない。診断名、症状の重篤度、入院歴等と就労達成率との関係に相関しないという科学的根拠に基づき、本人が「働きたい」という希望があれば一般の職に就けるという強い信念に基づき、ケアマネジメントの手法を用いて、本人の好みや長所に注目した求職活動と同伴的な支援を継続するなど、特徴ある活動を展開する。

### 【IPS の基本原則】

症状が重いことを理由に就労支援の対象外としない

就労支援の専門家と医療保健の専門家でチームを結成する

職探しは、本人の興味や好みに基づく

保護的就労ではなく、一般就労をゴールとする

生活保護や障害年金などの経済的な相談に関するサービスを提供する

働きたいと本人が希望したら、迅速に就労支援サービスを提供する

職業後のサポートは継続的に行う。

ICIDH から ICF へ

## ◆ 日常生活支援

障害特性に配慮した認知行動療法的手法を取り入れた支援が必要。

→ ○ SST

○ 心理教育

## 7. 家族支援

### ◆ EE (感情表出)研究 Expressed Emotion study

『EE』とは、英国の心理学者ボーン博士と精神医学者レフ博士によって提唱された概念。

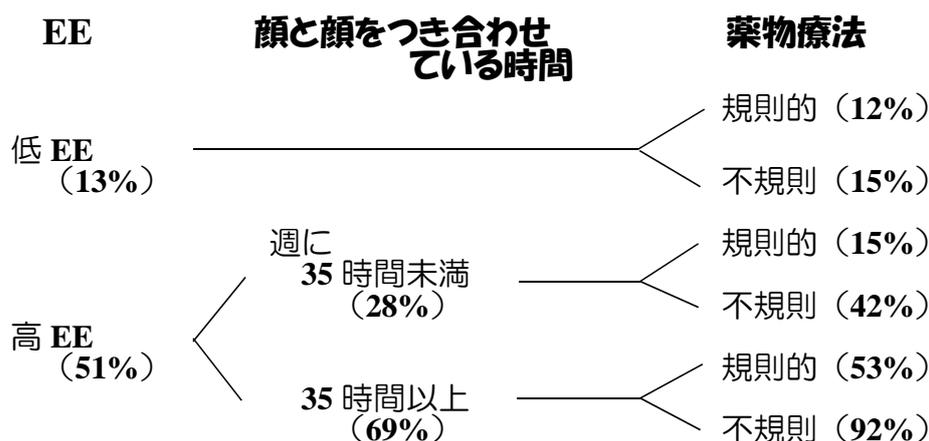
彼らは、統合失調症患者の短期の再発率を調査する中で、患者の人格や行動に対して**過度に批判的な態度**や、患者に対して**情緒的に巻き込まれ過ぎ(過保護で自己犠牲的な態度)**を示す家族と同居している患者の再発率が高いことを明らかにした。

過度に批判的だったり、情緒的に巻き込まれ過ぎという特有の情緒反応を示す家族を、「**高 EE (high EE) の家族**」、そのような情緒反応を示さない家族を「**低 EE (low EE) の家族**」と呼ぶ。

「high EE」とは、患者と家族の相互関係の中で生まれてくる一つの情緒反応であり、家族が病気に対する誤った知識や理解を有していたり、患者が示す症状や行動に対する適切な対処法を身につけていない場合に EE が高くなることが指摘されている。

家族に適切な対処方法を身につけてもらい、家庭内の対人ストレスを低下させるための介入方法として開発されてきたのが『心理教育的家族療法』や『生活技能訓練 (SST)』である。

### ★ 統合失調症の9ヶ月後の再発 Vaughn C & Leff J (1976)



### ◆ 家庭内の対人ストレスを低下させる方法

#### ① 顔と顔を付き合わせている時間を短くする

顔と顔を合わせている時間が1日平均5時間を超えないように心がける。

#### ② 行動や態度を必要以上に批判するのはやめる

本人にはコントロールできない部分があることを理解する。

#### ③ 過保護にするのはやめる

#### ④ 健常者として見ることも忘れない

#### ⑤ 家族自身も生活を楽しむ余裕を持つ

## 8. セルフヘルプ活動（自助活動、相互援助活動）

体験としての障害に対するリハビリ = “リカバリーとエンパワメント” (p13 の②) の中で、最も重要となるのが、セルフヘルプ活動であり、セルフヘルプ活動及びそれに対する支援は障害者の地域支援における必須メニューである。多くの障害者は、セルフヘルプ活動の中で初めて、自尊心・価値観・人生の目的などに関する主観的な障害を克服できるようになる。

### ◆ 自助組織の治療的効果

集団の持つ特殊な治療的因子について、米国の精神科医ヤーロム博士は、次の 11 項目にまとめている。

#### ① 希望をもたらすこと

自分より回復していたり、成熟している他のメンバーを目の当たりにすることで希望を持つことが容易になる。

#### ② 普遍性

自分と同じような問題を抱えている人が他にも大勢いて、悩みは分かち合えるのであることがわかっただけで安堵出来る。

#### ③ 情報の伝達

治療者からの教訓的な話やメンバー同士の助言等がきちんと伝わっていく。

#### ④ 愛他主義

他人のために自分が役立つという体験は、自信と喜びをもたらし、自尊心を回復させる。

#### ⑤ 社会適応技術の発達

互いのメンバーが教え合いながら対処技法を身につけることができる。

#### ⑥ 模倣行動

他のメンバーの考え方ややり方を真似したり取り入れることで、良い方向に変わることができたり、自分と同じ問題を持つ他メンバーに対する治療者からのアドバイスを自分のものにできたりする。

#### ⑦ カタルシス(感情の換気作用)

同じ悩みを持つ人々と心の内面を分かち合い、自分の感情をさらけ出し、そしてグループの中で自分が受け入れられるという体験をすると、心からホッと出来て、心が洗われたような気持ちになれるもの。

#### ⑧ 初期家族関係の修正的繰り返し

幼い時の家族関係が上手く行かなかった結果身についた行動パターンや考え方は、自然と他のメンバーとの関係の中に顔を出してくるもの。こういった行動パターンや考え方をグループの中で繰り返し修正していくことで、少しずつ回復することができる。

#### ⑨ 実存的因子

「実存的」とは哲学用語で“抽象的認識を排し現実存在を重視する”といった意味。

同じ悩みを持つ者同士の中では、厳しい現実や自分たちの限界を素直さと勇気を持って直面し、あるがままに受け入れることを学べる。メンバー同士の親密な出会いは、厳しい現実と直面してもなお、“今、共にある”という実感を与えてくれる。

#### ⑩ 凝集性

メンバーがそのグループや他のメンバーに対して魅力を抱いていると、互いに集まり、互いに受け入れサポートし合いながら意味のある関係へと発展していく。そして、グループの中で安心感や一体感が体験できる。

#### ⑪ 対人学習

グループ内や治療場面でのメンバー同士の対人関係の中で、人との付き合い方や、対処方法が学べる。グループが社会の縮図といった性格を持つこととなる。

## 「家族支援」参考資料 2

現地調査研究チームB(群馬チーム)が実施している家族支援プログラムの中で用いられている心理教育用スライド

# 発達障害をめぐって

群馬大学健康支援総合センター  
上原 徹

## まえおき

- 発達障害ということば
  - 違う文化に出会う時
- みえるものはわかりやすい
- 見えないものは信じにくい
  - 事例性
- それをつなぐのは、想像力

## 何かしらの『問題』

- 学習上
  - 集団生活上
- 個別の人間関係上
- 家族とのかかわり上
  - 特定の行動上
- いじめ、不登校、非行
  - 精神心理的病気

## 背景にある要因

- 養育(虐待を含め)
  - 家族関係
  - 性格・気質
- 病気(慢性疾患を含め)
  - 友人問題
- 社会・時代的要因(受験など含め)
  - 発達の問題

## 発達障害とは？

- 生来生まれもった脳機能の特性が、極端な偏り、ある傾向の際立ちを示し、社会的、対人的、認知的に、自覚・他覚的障害を生じる
- 脳内の情報処理の障害(ことばと感覚情報)、脳内生化学物質の不均衡、遺伝的な要因、環境ホルモンなどの影響、などが示唆。
- 1次的原因は、育て方や親のせい、ではない
- 周囲の無理解や誤解により、2次的に性格のゆがみ、自信喪失、被害意識、心理症状化

## 言葉の整理

- “発達障害的“                      かなりおおよそ=>
  - “自閉スペクトラム”              おおよそ=
  - 自閉症的、自閉傾向、広汎性発達障害、PDD                                      このなかで>=
  - アスペルガー症候群、アスペルガー障害、高機能自閉症、HFPDD
  - LD、ADHD
- ⇒少し違ったタイプだがかなり併存

# 私の姿勢

- あくまで個性の度合いと描写のための「ことば」である
- 異なった特性のぶつかり合いが、時に異文化体験ともいえる摩擦、葛藤、すれ違い事態を生む
- そうした共感が、発達障害スペクトラムへの理解の基本、と考えます

## 広汎性発達障害（含む自閉症）

- 相対的対人関係の質的異常
- コミュニケーションの質的異常
- 幅狭く常同反復的である行動・興味・活動のパターン
- 6-7割に知的障害



## 各年代の自閉性特徴

- 1歳まで(人見知りしない、あやしても無反応、ロッキング、なん語が少ない)
- 3歳まで(模倣行動がない、手を振りやたら走りまわる、しばしば耳をおさえる、儀式行為)
- 11, 12歳(周囲とかかわりを持たない、奇妙な話し方、助詞がない、同一事項の保持)
- 思春期(自発性低下、場面に相応しない、羞恥心が乏しい、他者に過敏、自傷・パニック)
- 成人(作業工程をのみこむと精密作業根気良く続く、一方的思い込み、知覚刺激過敏)

## コミュニケーション

- ことばは、発達するとしても遅れます。ことばが発達する場合、話し方にはたいてい独特のパターンがあり、普通とは違うことばの使い方(おうむ返しなど)をします。ことばを上手に操ることのできる人でも、変な比喻を使ったり、気持ちのこもらない話し方をしたりします。
- 非言語的な交流が少ない
- 身振り手振り視線のぎこちなさ

## 社会性、対人交流

- 視線をそらしたり、抱っこされることを嫌がったり、周りの世界に無関心のように見えたりすることがあります。このため、他の子どもと協調して遊ぶことが少なく、友情を育んだり、人の気持ちを理解することが苦手です。
- 他者の気持ちが自分と違うことの理解
- 極端なマイペース
- 冗談や言葉の裏が読めない

## 感覚の特異性

- まるで耳が聞こえず、ことばや音に反応しないように見えることがよくあります。一方で同じ子どもが、ある時には掃除機の音や犬の吠える声などをとても嫌がる場合があります。痛みに鈍感であったり、寒さや暑さを感じなかったり、逆にこれらに過敏に反応したりします。
- 外界の感覚情報が、すべて同等に流れ込む世界

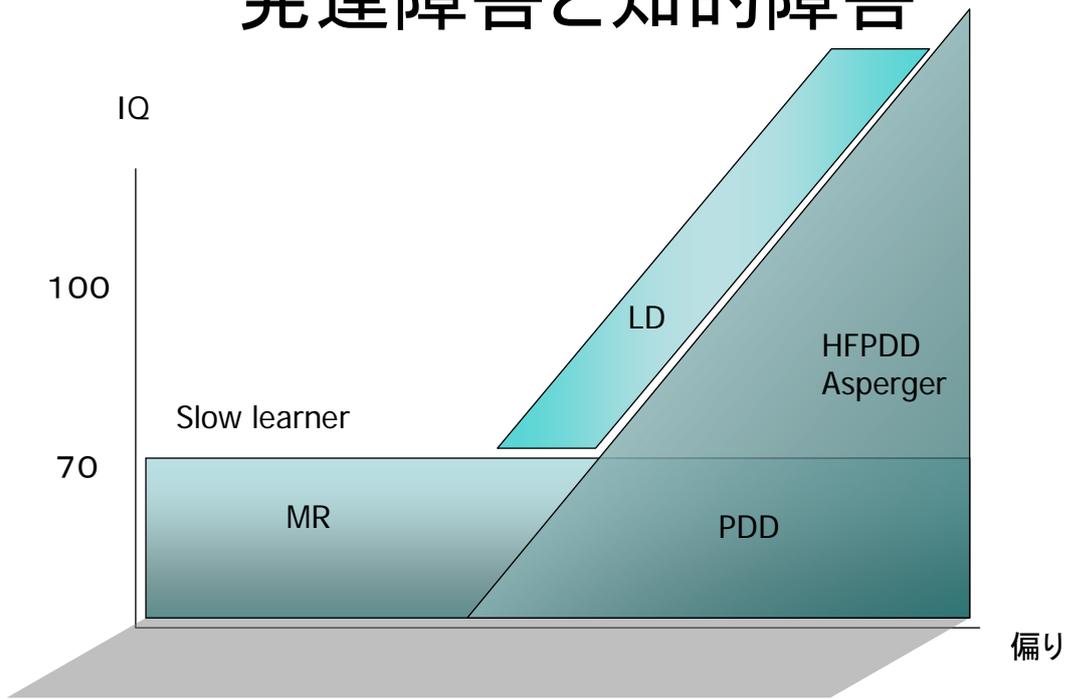
## こだわり、想像性障害

- 手をひらひらさせたり、体をくねらせたり、くるくる回ったり、前後に体を揺すったりなどの動作を繰り返すことがあります
- 同じ道順、同じ着替えの順序、同じ日課などのこだわりを持つこともあります。これらの決まり事に少しでも変更が加えられると、たいへんな苦痛を感じ、時に混乱、興奮します。
- 時間的、空間的な想像性が狭い(集中性)

## 知的、認知能力の偏り

- 描画・音楽・計算・記憶力(それ自体が持つ意味には無頓着な憶え方)などで、全体の平均能力と比べると不均衡に突出することがあります。一方で、6割を超える自閉症の人たちは、様々なレベルで精神遅滞を伴っており、平均以上の知的能力を持つ人はわずか約2割にすぎないといわれます。
- 知的能力が様々なレベル・特徴・偏りを示し、学習障害としても多様な形態をとる

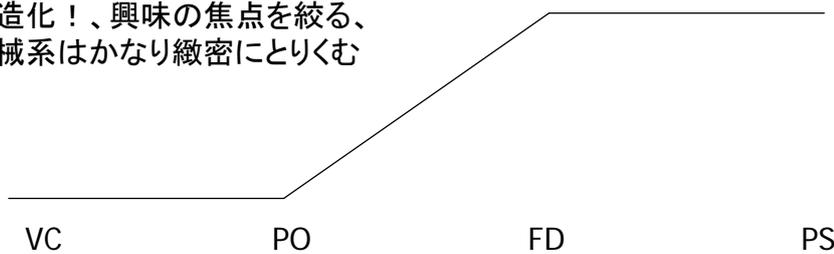
# 発達障害と知的障害



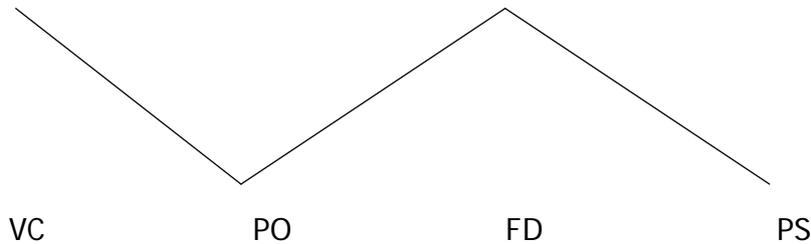
## 知能アセスメントの利用

中学生男児、学校不適応と身体症状で受診、不注意と衝動性、IQ80前後、ばらつき大

全体的で統合的理解が苦手、素早い機械的処理は得意、シンプルな言葉で説明・定義づけ、複雑な並列課題はバリアフリー化、構造化！、興味を絞る、機械系はかなり緻密にとりくむ

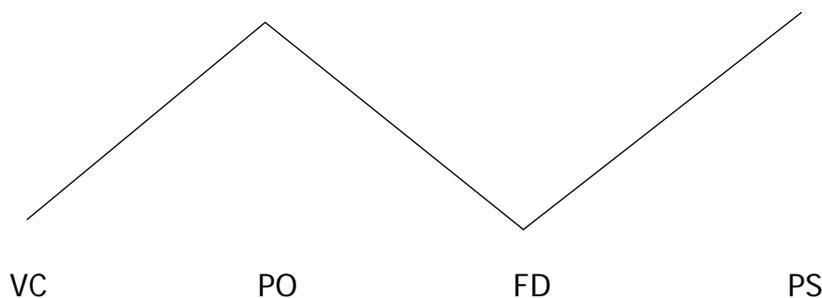


## 中学生女兒、不安にて教室に入れない、小学生で選択緘黙、IQ約90、尺度ばらつきあり



目で見たもの・形を正確に早く捉えるのが苦手、写したり書くのが遅い  
音読が遅い、演算記号が理解しにくい、計算が遅い、結果マイペース。  
時間を十分取る、視写量を減らす、文章を分けて課題、持ち物の用途別に色  
分け、優先順位をつける、状況の切り替えの工夫、好きな物語に熱中できる

## 小学低学年女兒、おっとりして理解が遅い、絵は得意、算数苦手、IQ80台、言語<視覚的理解、理解ができないという主訴



絵や図の理解や操作は得意、聴覚的な言葉の理解や処理が苦手。  
視覚的の手がかりを生かす。具体的物品を指導に用いる。実際にロールプレ  
イ、リハーサルをする。同じことを何度も間違っ怒られるので、ボードや貼  
り付けメモを用いる。言葉だけでなく、必ず視覚的に。あせらせないこと。

## 高機能タイプ(アスペルガー)

- IQ 70以上 言語発達に遅れがない
- 自分の空間(パーソナルスペース)を守る, 急に近づかれるとびっくりする
- 形式張った、大人ぶった振る舞い
- 単調な会話, 比喻・ほのめかし・皮肉で混乱
- 難解な語彙, 細かい点にこだわった話し方
- 感覚過敏・感情認知の障害
- 不器用・バランスの悪さ
- 思考の柔軟性の乏しさ
- 理科実験型事故をおこすことも

## 高機能タイプの理解

- 枠組みがはっきりしていると良い!
- 「好きにしてよい」、が一番難しい
- サービス業より法律家の方が向いている
- ルーチンの仕事を自分のペースでやれる
- 具体的、明確に、現実的に助言する(心を汲みすぎたり、あいまいな助言はかえって混乱)
- 納得すると(腑に落ちると)、混乱がおちつく
- 併存問題(被害感、うつ、いじめ、孤立)を予防
- 家族や周囲の理解は必須(早期のかかわり方)

## 2次障害について

- 精神症状(よくうつ、不安、薬物、被害関係妄想、かい離やリストカット、食行動異常など)
- 心理行動問題(ひきこもり、不登校、対人関係上の摩擦、就職活動の困難、現実離れした行動や言動、ストーカー、フェティシユ)
- 無理解や自己卑下の結果から自殺行為へ
- 反社会的、被害防衛的、字義的非行
- ト라우マから憎悪へ

## 発達障害の世界

- 環境からの情報が読み取れない
- 周囲に分からないモノがあふれている
- 人とのかかわりの暗黙のルールが？
- 考えや気持ちをリセットしにくい
- 時間・空間的に想像性がせまい(予測苦手)
- 応用が利かず、融通が利かない
- これらはすべて生活の中で起こる

## 関わりのヒント

- シンプルに、はっきりと
- ビジュアルな方法も
- なんどもつたえる
- わざとではない・悪気ではない
- 助言は具体的な選択肢を
- 積極型へのブレーキ
- 消極型への孤立回避
- 理解がまず前提

病名診断そのもの、「障害の名付け行為」  
自体に意味はない

個別の特性評価と理解に意味がある

## 診断されても変わらない？

- その子自体は変わらないー病名がついた翌日に、児の行動や性格が変わるものでない
- その子へのうまい対応は同様ー病名がつく前から、こうすれば良い、というやり方がある
- きっかけとなった『問題』や「主訴」は、診断名と1対1対応しない(原因か？結果か?)
- 診断がついたからといって、医学的(心理学的)に治療できるとは限らない
- そもそも診断名は、暫定的カテゴリーである

## 診断されると何が変わるか？

- 問題行動への捉え方(わざと、わがまま、やる気がない、意地悪、だらしがない、など)
- 障害として(病気として)起きている症状
- 自己管理可能→環境刺激の整備
- 特別なかわりが有効(こちら側の勉強)
- すでにあるリソースや知識が利用可能
- 子供の時分、当たり前でありえる、あまえ、ずるさ、逃げ、の側面も混在して当然

## 困った事態

- 病名がつくといきなり対応が180度変わる
- 診断がスティグマや偏見につながる
- 誤解や無理解により、さらに問題が悪化
- 家族、学校、援助側の捉え方がすれ違い
- 医療の意見を過剰に重大視(びくびく対応)
- そもそも医者言う意見など無意味(無視)

取り残される児(当事者)は、どうしたらよいか？

“自閉症の人＝「想像力の問題で苦しんでいる人」、このことをどれくらい豊かな想像力を持って、どんな支援ができるかを考えられる人が、優れた療育(支援)者です”

自閉症の代表的な療育法であるTEACCHを、我が国に紹介した佐々木正美先生(児童精神科医)は、こう述べておられます。

## 病名よりも、対応策を

- 目からの手がかり
- ビジュアルなヒント
- 同じことを繰り返し伝える
- シンプルに徹する
- 今、ここで、を原則
- 先行きを、わかりやすく
- こだわりの利用
- ぎりぎりまで言ってこない

- いわゆる、構造化の意味
- あまり先の見通しは避ける
- あくまで具体的に
- 能力のばらつきに応じた指導
- 興味関心の集中を活用
- 個別指導
- 感覚過敏への配慮
- 悪意なき字義性
- 個性の尊重(クラスの裁判官)
- ほめられることが少ない

## 症状化への対処

- パニック・混乱  
生じる状況を回避(予定に沿う、変更をあらかじめ明示、対症薬物療法)
- 2次災害  
欲求がうまく伝わらない、不適切な対応、フラストレーション、すれ違いの修正
- こだわり  
規則正しい構造化したスケジュール、今まさに関心ある対象やイメージを呈示して防止

## 自閉特性を持たない人類は？

- すばらしい音楽や文学が味わえない
- 天才的な発見や発明が少ない
- 秩序や決まりがあまりに崩れすぎる
- 科学や法律の意味が薄らぐ
- すぐれた技術や職人技の平均化
- 情緒性に満ちすぎている言語世界は？

多様な個性の一つ

# 自閉スペクトラムの変容

- 統合失調症との関連(1950年代まで)
- 情緒的環境の失敗(養育の問題)による後天的心因障害(60年代)
- 先天的認知障害による言語コミュニケーション障害(70年代)
- 社会性の障害がコア:感情の読み取り、執行機能、こころの理論(80年代)
- スペクトラム(連続体)と生物学の進展(90年以降)

平成22年2月20日～21日名古屋で開催したセミナーの様子



平成22年3月14日 大阪で開催したセミナーの様子

