

子ども・大人の 発達障害 診療ハンドブック

年代別にみる症例と発達障害データ集

編集 内山登紀夫

編集協力 宇野洋太／蜂矢百合子

中山書店



はじめに

発達障害という言葉は日本に随分定着したように思う。しかし、実際に臨床活動を行っている、発達障害について正しく理解している人は意外に少なく、今なお多くの無理解や偏見にさらされていることに気づく。発達障害は命に関わるような障害ではない。特效的な薬物療法はないし、手術して治るわけでもない。血液検査や画像検査で診断がつくわけでもない。だから診断をする必要がないと思っている医師もいる。

しかしながら、発達障害を正確に診断・評価し、適切な支援を行うことは、その人の人生に大きな影響を与える。また、発達障害を見逃し、正常と判断して支援につながらなかったり、統合失調症など他の障害と誤診して薬物療法中心の治療が行われたことで多大な不利益を患者に与えることもある。実際、筆者はそのような人を大勢みてきた。

発達障害は決してまれな障害ではない。誰もが必ずどこかで出逢っているはずだ。発達障害は児童精神医学の枠をはるかに超えて、多様な職業の人が関わる障害になっている。

筆者が発達障害に出逢ったのは30年前である。当時存在した東京都立梅ヶ丘病院の幼児病棟で重度の自閉症の子どもに出逢った。ほとんどの子どもは中度以上の知的障害を伴っていた。たまに知的障害を伴わない自閉症の子どもが受診すると、それだけでも医局で話題になるような時代だった。また、多少なりともコミュニケーションが成立する子どもがいると自閉症とは診断をつけづらく、多動性障害や学習障害と診断する傾向にあったように思う。当時の児童精神科は、閉じられた世界で、二大テーマは自閉症と不登校であった。成人の精神医学との距離は遠く、互いに関心を共有することも少なかった。

その後、大きく時代は変化した。一つの大きな変化はAsperger症候群への注目である。日本ではHans Aspergerの業績は翻訳もされており、一定の注目はされていたが、多くの人の関心をかうことはなかった。現在のように自閉症スペクトラムやAsperger症候群が注目されるきっかけになったのはWingとGouldが1979年に発表した疫学調査¹⁾と、その2年後にWingが発表したAsperger症候群を再評価した論文²⁾である。これらの論文の影響でAsperger症候群を含む自閉症スペクトラムの概念は拡大し、現在に至っている。

自閉症スペクトラムと並んで代表的な発達障害である注意欠如・多動症（attention-deficit/hyperactivity disorder：ADHD）に目を向けよう。ADHDの議論が日本で盛んになったのは1990年代頃からであろう。ADHDと自閉症スペクトラムは従来、お互いに無関係に議論されることが多かった。1990年代頃までの論文ではADHDと自閉症スペクトラムはまったく別の障害であり、鑑別や併存も話題にならなかった。『精神疾患の診断・統計マニュアル第4版』（DSM-IV）や『国際疾病分類第10版』（ICD-10）では自閉症スペクトラム（あるいは、広汎性発達障害）との診断併記は認められていなかった。スペクトラム概念が採用され自閉症の範囲が広がったこと、正常知能の自閉症スペクトラムへの関心が高まったことで、ADHDとの異同も盛んに議論されるようになった。

今日、日本の教育界で使われる学習障害（learning disabilities）の概念は、アメリカで1960年代に提出された概念に始まっている。それまでのdyslexia研究の歴史とのつながりが乏しく、やや唐突に提出され、急速にアメリカの教育界に広まった。イギリスやヨーロッパでは現在に至るまで日米で用いられる学習障害という用語はあまり使われず、dyslexiaの概念が重視されている。教育用語としての学習障害の概念として1999年の「学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議」³⁾の定義が教育界で普及し、現在に至っている。自閉症スペクトラムやADHDとの異同、合併については未整理のまま教育界では議論がされてきた。DSM-5では限局性学習症という新しい名称のもとに疑念が整理されたが、この改訂が実際にどのような変化を与えるかは、現時点では予測不能である。

21世紀になってからの大きな変化は大人の発達障害への注目である。発達障害の子どもはいずれ発達障害の大人になる。そして成人期は子ども時代よりずっと長い。青年期、成人期、中年期から老年期に至るライフステージによって発達障害の人や支援者の課題も変わっていくが、このような変化については、これまで議論されることは少なかった。ライフステージを考慮した支援方法についての検討は始まったばかりである。

もう一つ、重要なことは女性例の支援である。従来、発達障害は男児の障害であるとみなされ、女兒は付け足し程度に語られるにとどまった。特に発達障害のある成人女性の存在は認識もされず、支援対象になることが少なかった。女性の発達障害は決してまれな存在ではない。今後、支援の重要性が増していくのは間違いない。

発達障害、特にAsperger症候群が一般の人に認知されるようになった理由の一つに非行・触法行為がある。発達障害の子どもや成人は犯罪者になりやすいという偏見をもつ人は少なくないようだ。

日本は東日本大震災や熊本地震を経験した災害大国であるが、災害の際に発達障害の人をどのように支援すべきかという重要な問題も、これまで検討されてこなかった。

多くの発達障害の子どもにとって学習の負担は大きい。それにもかかわらず精神科医や心理士の学習支援への関心は乏しく、読み書き障害や算数障害を明らかにもっているのに、特別の支援を受けている子どもは少ない。

本書では、このような歴史的背景をふまえて、これまで見逃されがちであった中年期以降の発達障害や女性例、非行・触法、災害時の支援、英語や算数の学習障害についても解説した。

日本では発達障害者支援法が2005年に施行され、11年後の2016年に改正された。同法が制定される際には、さまざまな議論や批判があったが、本法律が制定されたことの意義は大きい。自閉症支援の先進国、イギリスでも自閉症法が制定されたのは2005年であり、画期的なことであった。もちろん、発達障害の支援制度は十分とはいえないが、この

最近の10年間で大きく前進した。そこで本書では法制度や福祉制度についても十分なページを割いて解説した。

保育士や教師といった子どもに関する職種だけでなく、精神科医や心理職はむろんのこと、福祉職や行政職、司法職など、人を対象に支援する職種のの人にとって、発達障害の正しい知識が必要である。正しく理解していれば、発達障害の人を支援することは楽しく、やり甲斐のある仕事である。

そこで教科書的な記載では、どうしても臨床の実感を伝えにくい事柄については、症例編で事例を記載することで読者に臨床の実態を感じてもらえるように試みた。

本書では診断・評価ツールについても、できるだけ網羅的に解説した。伝統的な日本の精神医学では、診断・評価ツールを臨床に用いることが軽視されてきた。専門的な修練を積んだ児童精神科医が直観や印象も加味して診断を下す名人芸が評価されてきたように思う。子どもの状態を数値で語るのは臨床家として浅薄な態度だとみなす専門家も多い。発達障害のように多職種が共同して、しかも長期間支援する必要がある障害では、情報をどのように支援者間で共有するか、後の世代を支援する専門家に、どのように情報を引き継ぐか重要なテーマである。どのようなツールにも限界はあるが、限界を認識したうえで標準化されたツールを用いることは有益であり、積極的に活用したい。

最後になったが、親や当事者の方にもコラムをお願いした。当事者の立場でないと見えないことがある。支援者はいつも当事者の視点を忘れないようにしたいと思う。

このように盛り沢山の内容になった。本書の主なターゲットは発達障害の臨床を志す医師や心理士、精神保健福祉士であるが、それに限らず発達障害の人の支援に関わる専門家にとって、臨床の実際に役立つ内容であると確信する。本書を発達障害の人の人生を少しでも豊かにすることに役立てていただければ幸いである。

2017年10月

内山登紀夫

● 文献

- 1) Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification. J Autism Dev Disord 1979 ; 9 (1) : 11-29.
- 2) Wing L. Asperger's syndrome : A clinical account. Psychol Med 1981 ; 11 (1) : 115-129.
- 3) 文部科学省. 学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議「学習障害児に対する指導について (報告)」。1999.

CONTENTS

はじめに 内山登紀夫 iii

Part 1 総説編

A. 総論

1. 発達障害とは何か	内山登紀夫	2
1. 発達障害の定義…2 / 2. 発達障害に共通した特性…3 / 3. これからの発達障害…4		
a. ASD とは何か	宇野洋太	6
1. ASDとは…6 / 2. ASD概念の歴史的変遷とDSM-5…8 / 3. 疫学(有病率と性差)…10 / 4. 病態…10 / 5. 診断…11 / 6. 治療・支援…13		
b. ADHD とは何か	宇野洋太	16
1. ADHDとは…16 / 2. ADHD概念の歴史的変遷とDSM-5…17 / 3. 疫学…18 / 4. 病態…19 / 5. 診断…20 / 6. 治療・支援…21		
c. LD とは何か	奥村安寿子, 稲垣真澄	24
1. 概念・定義…24 / 2. 歴史…25 / 3. 特徴…28 / 4. 最新の診断基準: DSM-5…28 / 5. 診断…29		
d. 軽度知的能力障害とは何か	志賀利一	32
1. 知的能力障害と軽度知的能力障害とは…32 / 2. わが国における運用…32 / 3. 軽度知的能力障害とライフステージ上の課題…35 / おわりに…36		
2. 診断・評価の進め方	佐々木康栄, 宇野洋太	37
1. 診断・評価の意義…37 / 2. 診断・評価の方法…38 / 3. 併存疾患…45 / おわりに…45		
3. 支援の原則	佐々木康栄, 内山登紀夫	47
1. 発達障害の支援とは…47 / 2. 支援の原則…48 / 3. TEACCH Autism Program…49 / 4. SPELLアプローチ…51 / おわりに…53		
4. 薬物療法	岡田 俊	55
1. 薬物療法の原則…55 / 2. ADHD治療薬…55 / 3. 抗精神病薬…57 / 4. 抗うつ薬…58 / 5. 抗てんかん薬…59 / 6. 睡眠薬…59		
COLUMN “自閉傾向” “様子を見ましよう” “グレーゾーン” が与えるもの	木下暁子	60

B. 年代別に発達障害を診る

1. 乳幼児期	高橋和俊	61
1. 早期発見, 早期介入の有効性…61 / 2. 乳幼児期の発達支援プログラムに必要な要素…61 / 3. 乳幼児期の診察の実際: おしま地域療育センターにおける実践…62		
2. 学童期	本田秀夫	66
1. 学童期の発達…66 / 2. 発達障害があると, 学童期に何が問題となるのか…66 / 3. 複数の特性・障害・問題の併存…67 / 4. 学童期の発達障害の診察…68 / 5. 治療と支援…69		
3. 思春期	吉川 徹	72
1. 思春期診療のポイント…72 / 2. 併存症と「二次障害」…75		
4. 青年期	蜂矢百合子	78
1. 発達障害臨床と青年期…78 / 2. 診察について…79 / 3. 診断…80 / 4. 自己認識と		

診断・特性説明（告知）…81 / 5. 相談スキルと自己管理スキル…81 / 6. 社会のなかの自己理解…82

5. 成人期	内山登紀夫	84
1. 成人期とは一成人期の発達障害の諸課題…84 / 2. 成人期発達障害の疫学…84 / 3. 成人期事例の調査から…85 / おわりに…89		
6. 中年・老年期	志賀利一	90
1. 中年・老年期の発達障害の概要…90 / 2. 中年・老年期固有の生活上の課題…93		
COLUMN 親になって	尾崎ミオ	95

C. 周辺の問題

1. 女性の発達障害	笠原麻里	97
1. 発達障害の有病率にみる性差…97 / 2. 発達障害の女性の特徴…97		
2. 養育者への支援	吉川 徹	102
1. 診療のなかでの養育者への支援…102 / 2. 養育者のための資源紹介…104		
3. きょうだいへの支援	滝島真優	108
1. はじめに：障害のある同胞がいること…108 / 2. きょうだい支援の必要性…108 / 3. きょうだい支援の実際…111 / 4. きょうだい支援の今後の課題…114		
4. 学校・関係機関との連携	安達 潤	115
1. 発達障害支援における情報共有と支援連携の必要性…115 / 2. 情報共有と支援連携に求められる視点…115 / 3. 情報共有と支援連携のためのツール…117 / 4. 情報共有と支援連携を実現するために…120		
5. 就労の支援	小川 浩	121
1. 発達障害者の職業的問題…121 / 2. 就労相談…122 / 3. 就労支援機関との連携…123 / おわりに…125		
6. 地域生活の支援	草原比呂志, 宇野洋太	126
1. グループホーム（GH）…126 / 2. 余暇支援…129 / おわりに…133		
7. パートナーとの問題	蜂矢百合子	134
1. ASDとパートナーシップ…134 / 2. わが国における高機能ASDとパートナーシップ…135 / 3. パートナーシップを考える際に取り上げられることの多い問題とその具体的方策例…136		
8. 非行・触法への取り組み	栞屋二郎	139
1. 発達障害と反社会的行動の疫学的知見…139 / 2. 発達障害者に反社会的行動が生じる背景…140 / 3. 触法発達障害者の矯正や支援アプローチ…142 / おわりに…143		
9. 災害時の反応と対応	内山登紀夫, 川島慶子, 鈴木さとみ	145
1. 災害と発達障害—論点整理…145 / 2. 発達障害の子どもや成人は災害時にどのような反応をするか?…145 / 3. 災害への備え…146 / 4. 避難所と福祉避難所について…147 / 5. 自己開示とヘルプカード…147 / 6. 必要な支援…148 / おわりに…149		
COLUMN 当事者団体の活動—日本発達障害ネットワークの活動を中心に	市川宏伸	150

Part 2 症例編

1. [幼児期] 知的能力障害を伴う自閉症児における早期支援	高梨淑子	152
2. [幼児期] 自閉症スペクトラム児における家庭への包括的支援	高梨淑子	156
3. [学齢期] 知的能力障害を伴う自閉症スペクトラムの例	田中恭子	160

4. [学齢期] 知的発達に遅れのない複数の発達特性をもつ児の対応と学校との連携	伊瀬陽子 165
5. [思春期・青年期] カタトニアを伴った症例への対応	蜂矢百合子 171
6. [思春期・青年期] 自己理解への支援	蜂矢百合子 175
7. [青年・成人期] 対応困難だったケースが、安定した地域生活につながるまで	佐々木康栄 179
8. [青年・成人期] 自閉症スペクトラムを基盤としたひきこもりケースへの支援	近藤直司 184
9. [触法への取り組み] 放火事件で起訴された自閉症スペクトラムのある被告人に対する福祉的支援	浦崎寛泰 188
10. [地域での取り組み] 特性理解に立った ASD 支援—地域連携を目指して	藤岡 宏 193
COLUMN 障害のある人と社会をつなぐ「トラブル・シューター」	浦崎寛泰 198

Part 3 発達障害データ集

1. 法制度	小林真理子 200
1. 発達障害者支援法の概要…200 / 2. 発達障害者支援法成立の経緯…204 / 3. 発達障害者支援法成立以後から 2016 年度改正まで…205	
2. 福祉制度（学齢期）	小林真理子 206
1. 学校教育のなかでの制度…206 / 2. 日常生活のなかでの福祉制度とサービス…207	
3. 福祉制度（成人期）	小林真理子 209
1. 大学や専門学校など在学习中の支援・サービス…209 / 2. 学校教育を終えた成人期（おおむね 18 歳以上）の支援・サービス…209 / 3. 二次障害（二次的問題）を呈している成人期の支援…210 / 4. 発達障害者の権利擁護…211	
4. 福祉制度（高齢期：介護保険関係）	志賀利一 212
1. 高齢期を支える社会保障…212 / 2. 介護保険と障害福祉…212 / 3. 障害福祉から介護保険に移行する際の問題点…213	
5. 成年後見制度	浦崎寛泰 215
1. 成年後見制度とは…215 / 2. 申立ての手続き・後見人の職務…215 / 3. 後見制度の運用状況…216 / 4. 後見制度の利用に要する費用…216	
6. 疫学	
a. 発達障害の有病率	宇野洋太 217
b. 発達障害同士の併存	宇野洋太 219
c. 他の精神障害・身体疾患との併存	宇野洋太 221
7. 発達障害の発症機構	
a. 発達障害と遺伝要因	桑原 斉 223
1. 家族研究と双生児研究…223 / 2. DNA 配列の異常に関する研究…223 / 3. DNA 配列の異常と発症機構…225 / おわりに…225	
b. 発達障害と環境要因	桑原 斉 226
1. 環境要因の影響…226 / 2. 出生までの環境要因…226 / 3. 出生後の環境要因…227 / 4. G×E 研究…227 / おわりに…227	

8. 発達障害の神経心理学的機構	
a. ASDの神経心理学的機構	岡田 俊 228
1. ASDにおける神経心理学的研究…228 / 2. 多様な神経心理学的障害…228	
b. ADHDの神経心理学的機構	岡田 俊 233
1. ADHDにおける神経心理学的研究…233 / 2. 治療への応用と課題…234	
c. LDの神経心理学的機構	岡田 俊 235
1. LDにおける神経心理学的研究…235 / 2. ディスレクシアの研究…235 / 3. ディスグラフィアの研究…236 / 4. ディスカルクキュリアの研究…236	
9. 発達障害の脳画像	
a. ASDの脳画像	岡本悠子, 小坂浩隆 238
1. 脳構造…238 / 2. 脳機能…238 / 3. 臨床応用に向けた取り組み…240	
b. ADHDの脳画像	水野賀史, 島田浩二, 友田明美 241
1. 脳形態研究…241 / 2. fMRI研究…241 / 3. 安静時fMRI研究…241 / おわりに…243	
c. LDの脳画像	関あゆみ 244
1. 読字障害 (発達性ディスレクシア)…244 / 2. 計算障害…245	
10. 発達障害のバイオマーカー	小坂浩隆 247
1. 自閉症スペクトラム (ASD)…247 / 2. 注意欠如・多動症 (ADHD)…248 / 3. 限局性学習症 (SLD), Tourette 症…249 / おわりに…249	
11. 診断・評価ツール	
[スクリーニングツール]	
a. M-CHAT	稲田尚子 250
1. 評価法の概要と実施手続き…250 / 2. 構成と評定…250 / 3. 結果の解釈…251 / 4. 使用上の留意点…251	
b. 質問紙 (AQ, SRS)	内山登紀夫 252
1. AQ…252 / 2. SRS…253 / 3. 施行の実際…253 / 4. 入手方法…254	
c. PARS-TR	安達 潤 255
1. 評価法の概要…255 / 2. 尺度構成と評定システムおよびスクリーニング機能…255 / 3. 実施方法と支援関連情報の把握…256 / 4. 入手方法…256	
[診断ツール]	
a. ADI-R	黒田美保 258
1. 自閉症スペクトラムの診断ツール…258 / 2. ADI-Rの概要…258 / 3. 評価の方法…259 / 4. 使用上の留意点…259 / 5. 入手方法…259	
b. DISCO	内山登紀夫, 宇野洋太, 蜂矢百合子 261
1. 評価法の概要…261 / 2. 構成と評定…261 / 3. 評価法の特徴…262 / 4. DISCO日本語版…262 / 5. DISCOの使用について…262	
c. ADOS-2	黒田美保 264
1. 評価法の概要…264 / 2. 評価の方法…264 / 3. 使用上の留意点…265 / 4. 入手方法…266	
d. CARS2	稲田尚子 267
1. 評価法の概要…267 / 2. 構成と評定…267 / 3. 実施方法と結果の解釈…268 / 4. 使用上の留意点…268	
e. ASDI	内山登紀夫, 鈴木さとみ 269
1. 評価法の概要…269 / 2. ASDIの活用…269 / 3. 統合失調症との鑑別ツールとして	

の可能性の検討…270 / おわりに…270

f. CAADID 日本語版 染木史緒, 大西将史 272

1. 評価法の概要…272 / 2. 評価法の特徴…272 / 3. 評価の方法…273 / 4. 使用上の留意点…273

【評価ツール】

a. Vineland-II 適応行動尺度 黒田美保 274

1. 適応行動とは…274 / 2. Vineland-II 適応行動尺度の概要…274 / 3. 内容と評定…275 / 4. 入手方法…276

b. PEP-3 北沢香織 277

1. 評価法の概要…277 / 2. 評価の実際…277 / 3. 検査結果を支援に活かすために…278

c. TTAP 中山清司 280

1. 評価法の概要…280 / 2. TTAP フォーマルアセスメント…281 / 3. TTAP インフォーマルアセスメント…282 / 4. わが国における TTAP の活用…283

d. ADHD-RS 田中康雄 284

1. 評価法の概要…284 / 2. 具体的な評価の方法ならびに施行上の注意…284 / 3. 特徴, 制約, 解釈に際しての注意…285 / 4. 入手方法…285

e. Conners 3 日本語版 田中康雄 287

1. 評価法の概要…287 / 2. 具体的な評価の方法ならびに施行上の注意…287 / 3. 特徴, 制約, 解釈に際しての注意…288 / 4. 入手方法…289

f. CAARS 日本語版 染木史緒, 大西将史 290

1. 評価法の概要…290 / 2. 構成と評定…290 / 3. 評価法の特徴…290 / 4. 使用上の留意点…291

g. LDI-R 篁 倫子 292

1. 評価法の概要…292 / 2. 評価方法ならびに施行上の注意…292 / 3. 特徴と解釈…293 / 4. 入手方法…293

h. 読字の評価 宇野 彰 294

1. 音読の正確性課題…294 / 2. 音読の流暢性課題…295 / 3. 読解課題…295 / 4. 入手方法…296

i. 書字の評価 宇野 彰 297

1. ひらがな, カタカナ, 漢字の比較が可能な検査…297 / 2. 一般的な書字検査…298 / 3. 視写(写字)検査…298 / 4. 書字障害を示す児童の報告から…298 / 5. 入手方法…298

j. 算数の評価 伊藤一美 300

1. 算数障害とは…300 / 2. 計算の評価…301 / おわりに…302

k. 英語の読み書き障害 宇野 彰 304

1. 英語圏における発達性読み書き障害…304 / 2. 日本語話者における発達性読み書き障害…305 / 3. 日本語環境における英語の発達性読み書き障害…305 / 4. 評価…306

COLUMN 発達障がいと私一支援者に求めること ソルト 307

あとがき 宇野洋太, 内山登紀夫, 蜂矢百合子 308

索引 309

B. 年代別に発達障害を診る

2. 学童期

1 学童期の発達

学童期（小学生の時期）は、定型的な認知発達の側面からいえば Piaget¹⁾ のいう具体的操作期にあたる。数量の保存の概念を獲得し、可視的な具体物に関して合理的思考が可能となるものの、非可視的・抽象的な概念操作はまだ十分にはできない。

情緒発達の側面からいえば、学童期は Erikson²⁾ のいう勤勉の時期にあたり、課題に挑戦し、達成することに喜びを見出すようになる時期である。順調に課題を成し遂げていけば自己有能感が形成され、つまづくことが多いと劣等感が形成される。

社会性の発達の側面からみると、この時期は対人認知において「心の理論」³⁾ が急速に発達する。一次的信念（first-order belief）の理解（「AさんはXと思っている」という理解）を子どもが獲得するのがちょうど学童期に入る頃であり、二次的的信念（second-order belief）の理解（「Bさんは『CさんはYと思っている』と思っている」という理解）が可能となるのが思春期に入るより少し前である⁴⁾。日常生活においては、学校生活という同年代の子どもたちとの集団生活が生活の大きな部分を占める。幼児期までは親子関係が生活の大半を占めていたのに対し、学童期には徐々に関心が家族の外の友人関係に向けられるようになる。小学校高学年のいわゆる「ギャングエイジ」には、同年代の友人と凝集性の高い集団を形成し、そのなかでの価値観に親の価値観よりも重きをおくようになる。

2 発達障害があると、学童期に何が問題となるのか

発達障害があると、こうした学童期の通常の発達と異なる経過をたどる。認知発達全般の遅れがある知的能力障害では、日常生活におけるさまざまな適応的行動の獲得に加えて全般的な教科学習の進度の遅れが目立つ。自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder：ASD）や注意欠如・多動症（attention-deficit/hyperactivity disorder：ADHD）では、同年代の子どもたちと興味を共有し友人関係を樹立・維持することが難しい。ADHDや限局性学習症（specific learning disorder：SLD）では、課題に取り組んでも達成に至る機会が得られにくく、自己有能感が形成されにくい。したがって、発達障害があるのに何の対応もせず一般の子どもたちと同じ環境のなかで漫然と放置していると、学年が上がるにつれて他児との違いがむしろ鮮明になってくる。その違いは客観的な行動所見だけでなく、本人の主観的な違和感となり、思春期に向けて同年代の集団からの疎外感が徐々に形成される。

知的能力障害や ASD の大半に対して、近年では就学前に対応できる技術的な基盤ができている。ただし、幼児期に問題となるのは言語・身辺自立の遅れ、対人・コミュニケーションの異常、幼稚

園・保育園などにおける集団行動からの逸脱などであり、問題意識の主体は保護者や園の先生である。したがって、問題への対応の方向はどうしても大人の視点からみた問題の軽減、すなわち遅れのキャッチアップや逸脱の緩和に向きやすい。支援者がそのような視点からの支援に偏ったままで学童期に入ると、学年が上がるにつれて本人の問題意識・つらさがむしろ深刻になってくる。すなわち、いくら努力しても学習、友人関係、生活のさまざまな課題達成などにおいて達成感が得られないだけでなく、他児との比較において自分だけが劣っていると感じ始めるのである。学童期になるまで発達障害の特性に気づかれずにいたケースでも、周囲の大人は知らず知らずのうちに通常の発達を基準としてそこに合わせることを求め続けるため、本人の内面では同様の問題意識・つらさが形成されていくことが多い。このような本人が感じるつらさは、他覚的な問題の大きさと必ずしも比例しない。一見ほとんど問題にみえない程度の軽症例で、むしろ違和感が強く、集団参加の意欲が低下して不登校に至るような例は、枚挙にいとまがない。精神医学的には、適応障害、うつ病、不安症などの診断が追加されるケースも出てくる。

また、就学の時点で発達障害の特性がごくわずかにみえる例（幼児期に支援されて一見問題が軽くなった例や、不注意優勢型の ADHD や SLD のように幼児期には発見が難しい例）では、障害の特性を忘れ・ふざけと誤解され、保護者や教師による虐待や同年代の子どもたちからのいじめの対象となることが少なくない。このような虐待やいじめを受け続けている子どもの一部では、情緒不安定で怒りのコントロールが難しいため、いわゆる「キレやすい子ども」との烙印を押されてさらに厳しい虐待を受けるという悪循環に陥るおそれがある。なかには反抗挑発症、さらには素行症と診断されるケースも出てくる。

以上のように、発達障害のある子どもたちの学童期における問題は、他覚的に感知される発達障害特有の行動所見よりも、本人たちの内面で主観的に生じる二次的な精神症状（いわゆる「二次障害」）が中心となってくることに留意されたい。

③ 複数の特性・障害・問題の併存

発達障害では、複数の発達障害が重畳することが珍しくない。学童期は、これらが顕在化し、複雑に絡み合ってくる時期である。

ADHD と ASD との関連については、『精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版』（DSM-5）からは併存診断が可能となった。ただし、安易に何でも併存とみなすことには慎重である必要がある。たとえば ASD の子どもでは、ちょっとでも関心が低い活動になるととたんにきわめて多動になるのに、興味のある活動では並外れた集中力をみせることがある。このような場合には ADHD ではなく ASD のみの診断となる。

ASD の特性の一部は、他の発達障害が併存すると、その特性が目立ちにくくなる傾向がある。たとえば、ASD のこだわりやすいという特性が、ADHD の併存によって不注意や衝動性によって修飾され、興味のあることであってもこだわりきれずに途中で飽きてしまうことがある。また、ASD の人は通常、視覚的な情報の処理に優れ、耳から入る情報に比べると、文字の読字や書字が比較的得意なことが多い。ところが、ASD でも SLD を併存する場合があります。この場合は ASD であるにもかかわらず、読み書きも苦手というケースが出てくる。

4 学童期の発達障害の診察

初診で行っておきたい作業は、主訴、発達歴、既往歴、家族歴、相談・支援経過、および所属集団における活動の様子の情報収集と本人の行動観察および面接である⁵⁾。

a. 情報収集

情報収集では、必要な項目が記載された問診用の用紙を作っておいて、診察に先立って保護者に記入しておいてもらうと、診察をスムーズに進めることができる。学校での様子が家庭とは異なるケースが少なくないため、保護者以外に担任などからも情報を得よう心がける。担任は同伴が難しい場合が多いので、書面の形で情報提供を依頼してもよい。通知表や連絡帳などに書かれている担任のコメントなども参考になる。

b. 本人の行動観察と面接

遊び

小学生の子どもの行動観察では、遊びの場面の観察が不可欠である。一人遊び、同年代の子どもと2人での遊び、より大人数での遊び、大人との遊びなどを観察すれば、運動能力、物の操作、対人関係やコミュニケーション、認知発達などの評価もある程度できる。それら以外に観察しておきたいのは、興味の対象である。どのような玩具に興味があるか、好きな玩具で遊び始めたときどの程度その遊びに没頭するか、遊びから他の活動に誘われたときの切り替えはどの程度スムーズか、そして、玩具で遊ぶことと対人交流をもつこととの注意の配分はどうか、などを観察する。

対人関係

初対面では、見知らぬ大人に対する反応を観察する。視線がどの程度合うかは重要であるが、よく合うからといって短絡的に異常なしと結論づけてはならない。初対面では視線は合いにくく、慣れてくるに従って徐々に合いやすくなるのが通常である。また、視線がどの程度合い続けるのかも重要な情報である。視線を適度に合わせたり逸らしたりしながら会話をするのが通常である。合ったときの感情の動きにも注目しておく。

母親など普段最も身近にいる大人に対する反応も観察し、見知らぬ大人に対する反応との対比を把握しておく。慣れない場面で不安を感じたときに親の様子を確認する「社会的参照」⁶⁾や、親との愛着関係⁷⁾を評価する。親が傍らに付き添っている場合、医師が子どもに難しい質問をした際に子どもが親のほうに視線を向けるかどうか、医師の話しかけに対する反応と、母親からの話しかけへの反応とでどのような態度の違いがあるか、などを観察する。

ASDの子どもでは、口頭の質問に対して無視をしたり答えをはぐらかしたりするような態度をとる場合がある。しかし、具体的な質問項目が書かれた質問紙をあらかじめ用意しておき、筆記用具とともに手渡すと、口頭面接の態度とは裏腹に実に意欲的に記入することが多い。このような口頭と筆記における対人関係の変化も重要な所見となる。

C. 周辺の問題

5. 就労の支援

発達障害者の多くは成人期にさまざまな就労の問題に直面する。特に成人期に発達障害に気づき医療機関を受診した人は、その後、障害者手帳を取得するか、障害者雇用を選ぶかなど、生き方の根幹に関わる選択と葛藤が続く。そうした就労にまつわる本人や家族の不安を理解し支えるためには、医療機関のスタッフにも、就労関係の基礎知識や就労支援機関との連携が必要になってきている。そこで以下では、発達障害者が経験することの多い職業的問題を概説し、次に就労相談の留意点および関係機関との連携について述べていく。

① 発達障害者の職業的問題

a. 就職活動

就労に関連して発達障害者が直面する第一のハードルは、就職活動で生じるさまざまな困難である。社会的経験の不足や職業イメージの乏しさなどから、志望する業界や職種を絞り込むことが難しい。就職活動に入ると説明会への参加、企業研究、エントリーシートの提出、面接などがあるが、複数の課題を計画的にこなすことが難しい。企業ニーズに沿った自己アピールが苦手で、長所・短所を真っ正直に表現してしまう。特に面接が課題となり、表情や態度を含めたコミュニケーション面でマイナスの印象を与えてしまう。就職活動で失敗が重なることで心身の調子を崩し、医療機関の受診に至る例も少なくない。

b. 仕事上の問題

第二のハードルは、就職が決まった後に起こる仕事上の問題である。発達障害者はコミュニケーションや社会性の問題が強調されるが、それ以前に基本的な仕事できていないことが多い。主な原因は、注意、記憶、情報の組織化などの認知機能の障害である。実際の職場環境で、さまざまな刺激を受けて働くと、認知機能の問題が顕在化する。具体的にはミスが多い、仕事の覚えが遅い、勘違いをする、期限を守れない、メモを取れない、疲れやすいなどさまざまな状態として表れる。一般に発達障害者は職業能力が高いとみられがちなため、ギャップの大きさに周囲は戸惑い、性格や意欲の問題であると誤解してしまう。医療機関での心理学的評価を基礎に、仕事上どのような問題が予測されるか、どのような配慮が必要であるか、職場や就労支援機関と情報を共有しておくことが重要である。

c. コミュニケーションや社会性の問題

第三はコミュニケーションや社会性の問題である。報告、連絡、相談など業務上のコミュニケーションに関する問題から、上司や外部業者への態度、先輩への気配りなど社会人としてのマナーの

問題までさまざまなレベルがある。上司からミスを指摘されても、「自分ではできているつもりです」と言ってしまう、あるいは周囲と協調せず自分の仕事に没頭する態度などが人間関係の孤立を招く。これらの問題の背景には、他者の気持ちを想像できない、自己評価と他者評価の乖離が大きい、自己防衛が強いなどの要因が考えられる。就職前の就労支援機関におけるソーシャルスキルトレーニング、職場実習における実体験、ジョブコーチによる助言や周囲への説明など、さまざまな支援が必要となる。

d. ストレスへの対応

第四はストレスへの対応の問題である。発達障害者のなかにはストレス耐久性が脆弱で、ストレスの表現が不適切な人が多い。仕事中に泣く、大声を出す、物を叩くなど極端な例から、ため息や表情が周囲を不快にする、確認や質問が多くて雰囲気がピリピリするなどさまざまなレベルの問題が起こる。本人はストレスを意識しなくても身体不調で頻繁に休んでしまう。過剰適応で突然パニックアウトしてしまうなど、徴候がわかりにくい例も少なくない。職場で相談体制を整えても、どのようなときにどのように相談したらよいかわからず、活用できないこともある。就職前に、ストレス要因、ストレスのサイン、解消法などを把握し、職場と医療機関、就労支援機関が共有しておくことが望ましい。医療機関が把握した情報を、職場における配慮や支援につなげることが重要である。

e. 就労意欲

第五は就労意欲の問題である。一般には、収入の必要性、社会的役割、やりがい、仲間意識、その他の理由を総合して折り合いをつけながら働き続ける。しかし、発達障害者の場合には職業的な困難が大きいため、仕事のやりがい、達成感、所属意識、仲間意識、周囲からの承認などを感じる機会が少ない。また、本人のこだわり、価値観や論理、人間関係の持ち方などによっては、周囲からの評価や承認のメッセージが伝わりにくいこともある。通常よりも仕事の評価を明確にフィードバックする、会社への貢献度を可視化する、仲間意識や所属感をもてる機会を意図的に設けるなど、職場側の配慮が必要となる。また、就労支援機関や医療機関が仲介役となり、会社側の評価を伝えたり、本人の誤解を解いたりする工夫も必要である。

2 就労相談

成人期には発達障害者の多くが「働く」ことを希望するが、その意味するところは「一般企業で正社員として働きたい」から「ひきこもりから脱したい」までさまざまである。就労相談の初期において、本人の「働きたい」の意味を把握することが重要である。最初に意味を誤解すると思わぬ方向に進んでしまうので、主訴の整理は慎重に行いたい。

一口に「働く」といっても、わが国の制度に照らすと次のように整理できる。① 通常の職場で障害を開示せずに働く（通常の雇用）、② 通常の職場で障害者手帳を使って働く（障害者雇用）、③ 特例子会社で働く（障害者雇用）、④ 就労継続支援事業 A 型で働く（A 型は雇用関係がある）、⑤ 就労継続支援事業 B 型で働く（B 型は雇用関係がない）、⑥ 医療機関のデイケアなどにおいて作業活動を行う。

この他、一般就労を目指すステップとして障害福祉サービスの就労移行支援事業、あるいは一般の能力開発校や障害者能力開発校を利用するという選択肢もある。

a. 通常の雇用か障害者雇用か

発達障害者の就労相談を進める際には、これらの選択肢を念頭に、まずは「通常の雇用」か「障害者雇用」かの方向性を考える。一般に、通常の雇用（正規社員）は採用の門戸が狭く、採用後も仕事の要求水準が高いため職場適応には一定の困難が予想される。また障害者雇用でない場合は、発達障害であることを伝えても障害に対する配慮は限定される。一方、障害者雇用の場合は、通常の雇用に比して採用のハードルは低くなる。障害に対する配慮は得られやすいが、逆に本人が配慮を受け入れられないこともあるため、障害受容との折り合いが重要である。また特例子会社では、障害に対する配慮は厚くなるが、事業所によっては知的能力障害者が中心で雰囲気合わない、仕事が簡単でやりがいをもてない、親会社と給料体系が異なる、などのマイナス面が出る場合もある。

通常の雇用と障害者雇用の選択は、相談だけで結論を見出すことは難しい。特に成人期に発達障害の診断を受けた人にとっては、障害者雇用を受け入れることは、診断を受けて障害者手帳を取得する以上に心理的な抵抗が強い。したがって支援者が誘導するのではなく、迷いながら自己決定することに伴走する姿勢が必要である。実際の雇用現場の見学や体験実習を行う、いくつかアルバイトを経験してみる、他の発達障害者の経験談を聞くなど、さまざまな機会を設けることが有効である。

b. 障害者雇用か福祉的就労か

次に障害者雇用（前述②、③）か福祉的就労（前述④、⑤）かの選択についてふれておきたい。生活リズムが安定しない、体力に自信がない、通勤のストレスに耐えられそうもない、働く意欲が乏しいなど、職業準備性が不足している人の場合、障害者雇用であったとしても、すぐに就職を目指すことは難しい。安易に就職のステージに上げてうまくいかなかった場合、本人と職場が負うダメージは想像以上に大きい。そのため、一定の準備期間の後に就職を目指したほうがよい人の場合、就労移行支援事業で数か月から最長2年程度、就労に向けた準備訓練を受けることを勧める。最近では、発達障害者を対象にした就労移行支援事業も増えている。就労移行支援事業は、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスであるため、適した事業所を見つけるには地域の市町村や相談支援事業と連携する。また当面、就職は困難と思われる場合は、就労継続支援事業A型で生活リズムや作業習慣の安定を図ることも選択肢となる。障害者雇用よりも賃金は低いが（2014年度の月額平均賃金は66,412円）、保護的な環境が必要な人には適した就労形態である。就労継続支援事業A型の利用は、市町村、相談支援事業が連携の窓口となる。

就労移行支援事業や就労継続支援事業A型も負担が大きすぎる場合は、就労というよりも生活リズムなどの安定を目標に、就労継続支援事業B型やデイケアなどの利用を検討する。

③ 就労支援機関との連携

前項では基本的な方向性の整理について述べたが、実際には医療機関のみで職業的な方向性を見定めることは難しい。方向性を検討するには、求人情報、作業能力の評価場面、実習先の企業など