

発達障がい児・者の特性と支援のあり方



滋賀県立精神保健福祉センター 所長
辻本 哲士

1 はじめに：発達障害とひきこもり

発達障がい児・者の特性と支援のあり方を説明する前段階として、発達障がい児・者とひきこもりについて概説する。人は傷つくと、その場から逃げ、安全な場所に身を隠す。十分な休養をとって傷が癒えると活動を再開する。心に傷を負ったときも同じで、社会から逃げたりひきこもったりする。これは自身を守るためには当然のことで、決して悪いことではない。ひきこもり状態が長期におよび、社会性が低下していくことが問題なのである。虐待や自殺、依存症と同様に、ひきこもりも個人の問題ではなく社会の問題である。

ひきこもりの定義は、年代によって変遷しながら、現在は「仕事をしていない、学校に行っていない、自宅にこもっている、人とのつながりがないといった状況が長期（数か月）にわたって続いている状態」とまとめられる。様々な要因（不登校、いじめ、虐待、家族不和、学業不振、職場不適応、経済問題、犯罪被害等）によって起こるが、病名ではなく状態名であることが重要になる。30年前、ひきこもりの多くは統合失調症等の精神疾患を持つ患者が占めていた。幻覚や妄想などの精神症状には薬物療法が有効で、精神科治療によってひきこもり状態も改善した。20年前になって、明らかな精神科病名はつかないが、仕事や学校に行けずに自宅にひきこもる社会的ひきこもりと呼ばれる人々が増えてきた。全国の保健

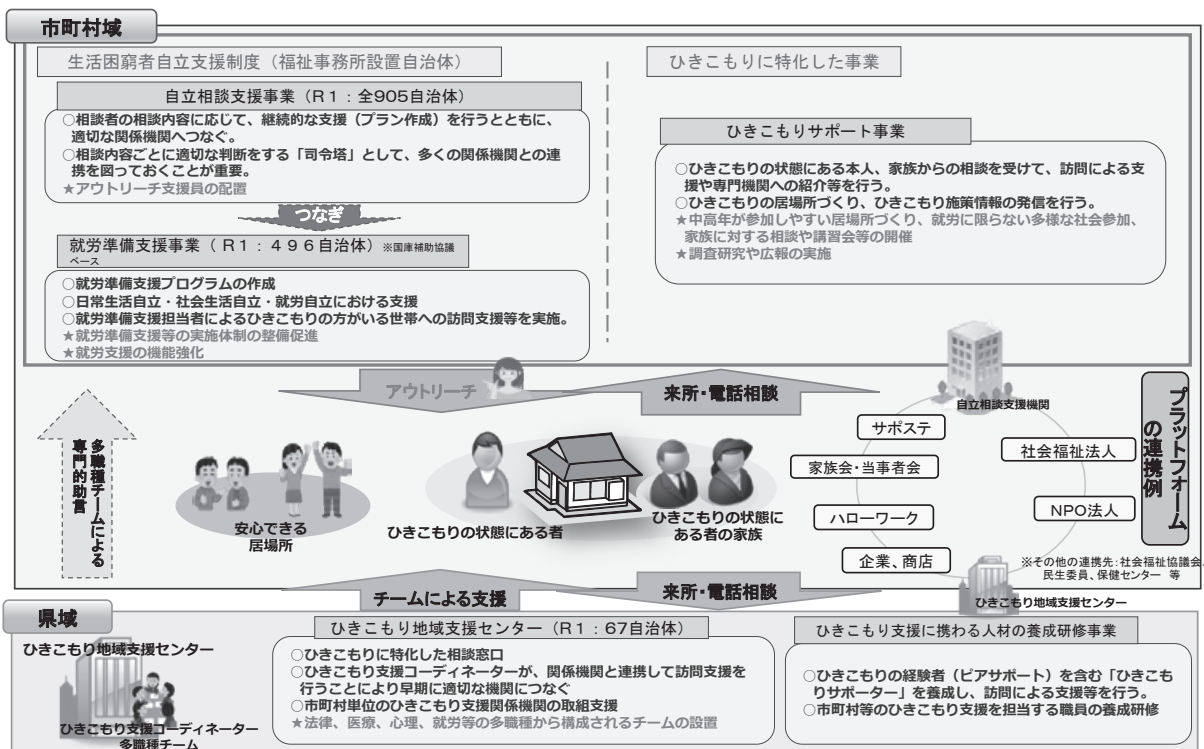
所・精神保健福祉センターは、精神保健福祉事業の一環として、ひきこもり対策を展開することとなった。平成21年、厚労省ひきこもり対策推進事業の中で、都道府県・政令市にひきこもり地域支援センターが設置され、相談窓口、具体的支援、体制整備に取り組むこととなった。ここ10年は、発達障がい児・者でひきこもり状態に陥る人々が急速に増加している。現在、ひきこもり対策の大きな柱が発達障がい児・者支援になっている。

2 生活困窮者自立支援法とその他の法律・制度

ひきこもり地域支援センターの担当局である厚労省社会・援護局は生活困窮者の支援も担っている。「生活困窮者とは、就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」と定義規定され、生活困窮者のなかにひきこもり状態にある人々を含めるとしている。市区町村におけるひきこもり支援が明確化され、自立相談支援事業や就労準備事業等の制度を活用した対策がとられることとなった（図）。

精神障害者に関する法律には精神保健福祉法がある。精神障害者の医療・保護、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加促進、精神疾患の発生予防、国民の精神的健康の保持増進等を目的にしている。発達障害者支援

図 ひきこもり支援施策の全体像（厚労省資料より）



法は、発達障害者の定義と発達障害への理解促進、生活全般の支援促進、担当部局相互の緊密な連携、関係機関の協力体制の整備等を趣旨としている。生活困窮者自立支援法は障害の有無にかかわらず支援を提供することになっており、公的機関には精神障害者や発達障害がい児・者に対して、医療・保健福祉プラス生活支援、衣食住の保障が求められる。相談現場では、これら関連する法律・制度を組み合わせてサービスを提供していくことになる。

3 発達障害がい児・者の特性

1) 医学的解説：自閉症スペクトラム症/障害を中心に

発達障害者支援法では、発達障害の定義を、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通常低年齢で発現するもの」としている。どの障害も生まれついで脳機能のアンバランスさが共通している。相談現場で生活困窮者支援の中心となる

のは「アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害」になるが、平成25年に公開され、精神科医療現場で使われている操作的診断基準のDSM-5では、「自閉症スペクトラム症/障害（ASD: Autism Spectrum Disorder）」という名称でまとめられている。軽度発達障害、高機能自閉症、自閉性障害等の病名も、臨床現場では、概ねどれも自閉症スペクトラム症/障害と同じ意味合いで使われている。

今回は自閉症スペクトラム症/障害を中心に解説する。自閉症スペクトラム症/障害は三つ組の特性として、①社会性の特性（自由な発想、天真爛漫、マイペース、やりたいことに一直線である一方で、友達ができない、共感性に欠ける、社会常識・マナーが身につかない）、②コミュニケーションの特性（素直で正直、思ったことを口にする、独特の感じ方・感性、興味のあることに集中する一方で、聞いて理解することが苦手、字義通り、冗談が通じない、雰囲気を読めない、表情・身振りに鈍感）、③想像力の特性（一定作業は正確・緻密、

好きなことに集中・持続する一方で興味が偏る、頑固、予定にこだわる、融通がきかない）があげられる。さらに、感覚の偏りとして、
○音（大きな音、金属音、人ごみの雑音）
○光（蛍光灯、太陽光、キラキラしたもの）
○匂い
○皮膚感覚（ぬいぐるみ、毛布）
○味覚
に対する敏感さと鈍感さを併せもつ。頭痛、腹痛、疲労感等の身体不調を生じやすく、運動機能の不器用さが目立つこともある。約100人に1～2人存在すると報告されており、男性は女性より数倍多いと言われている。

医学的診断は、医師が患者を診察して、①社会性の特性、②コミュニケーションの特性、③想像力の特性といった発達障害特性を特定することから始まる。家族や学校、職場等から、日常生活の状況や生育歴・生活歴（生まれてこれまでの養育、学習、就労等）等の情報を得て、今の課題と生まれながらの課題を確認する。日常生活の状況や生育歴・生活歴等の情報が不足すると、正しい診断はつけられないことになる。

いくつかの心理検査を組み合わせ、より詳しく特性を評価する。身体疾患が関連することもあるので、必要に応じて血液検査や画像検査を行う。

これらの発達障害特性をもっているだけで、自閉症スペクトラム症/障害の診断がつくわけではない。身体科に比しての精神科の特殊性ではあるが、「この障害のために社会に適応できない」という評価軸が重要になる。①②③の特性をもっている、仕事ができている、学業に励んでいる、家事をこなせているなら、基本的に自閉症スペクトラム症/障害とは診断されない。患者本人を取り巻く環境が、診断や治療に大きく影響するのである。発達障害特性をもっている人の多くは、真面目、誠実、言行一致、个性的で独特の感性をもちながら、対人関係は苦手という人物像で社会に適応し

ている。「この障害のために社会に適応できない」という点に関して、社会適応のハードルは加齢とともに高くなる現実がある。幼稚園より小学校、小学校より中学校、さらに高校、大学、社会人と進むにつれて、その環境順応が難しくなる。年少時は気遣われるが、加齢とともに配慮されなくなり、段々厳しい対人交流を求められるようになるのが現代社会である。生まれもった発達特性が変わらなくても、周囲の人々が寛容に接してくれなくなることで、環境適応できなくなっていく。その結果、医療受診して発達障害の診断がつくことになる。不適応を生じる状況は、ライフステージによって異なってくる。子供にとっての不適応は虐待、いじめ、不登校、ひきこもり、非行、成績不良等がある。大人になってからは就労問題、離職・退職、ひきこもり、いじめ、犯罪等がある。その人が、社会にうまく適応ができていれば、特性理解のみでよく診断は不要かもしれない。しかし不適応の大きな要因が発達障害であるときには、診断・支援が必要になる。最終的には、医師はDSM-5やICD-10診断基準を活用し、総合的な判断の上で診断する。

2) 医療でできることは何か？

発達障害の診断、告知、病状説明は医療が担う役割である。診断名をつけるだけではなく、今後の経過や見通し、支援の受け方や生きにくさに対する工夫も含めて伝える。診断書・意見書等の書類記入も医療にしかできない。必要に応じて薬物療法、継続的な精神療法を行う。さらに関係機関（市区町村相談窓口、発達障害支援センター、障害者更生相談所、保健所、精神保健福祉センター、学校、作業所、就労支援機関等）との連携・協力も求められる。家族支援・関係者支援も重要になる。

3) 発達障害における「障害」とは

障害とは一般的に、正常（normal）と異常

(abnormal) の対比としての異常として認識されやすい。発達障害に関しては、そうではなく、普通・多数派 (usual) と例外・少数派 (unusual) の対比の中の例外・少数派という意味合いで考えるほうが理解しやすい。右利きと左利きに例えると、世の中は、右利き生活を基準につくられている。左利きが悪いわけではないが、不便なことはあるだろう。左利きを右利きに直す話でもなく、特性の違いだと言えよう。そういった意味合いからも、新しい精神科領域では、「症/障害」といった表現となっている。

4) 発達障がい児・者の苦悩

発達障がい児・者が自他ともに困っているのは、発達障害特性そのものよりも、特性に関連してプラス a として出現する不適応行動にある。かんしゃく、暴力・暴言、攻撃性、興奮、破壊的行動、いじめ、パニック、混乱、緊張、自傷行為、ひきこもり、こだわり、精神障害等である。その背景には、コミュニケーションの苦手さ、感情表出の不得手さ、言語表現の拙さが存在する。困っていることを他人に伝えられない、困りごとを他人に伝えようとしない発達障害特性が不利に働く。日頃から慢性的にストレスの多い状況におかれ、「しんどい、困っている、助けて」などを言葉で伝えられず、不適応行動で表現してしまうのである。

発達障がい児・者の困りごとの多くは、発達障害特性と心身要因（疲労、不眠、身体不調等）、自然要因（気温、気圧、音、光、匂い等）、そして社会要因（対人関係、社会状況：経済、住居、家族、学業、地域、文化、仕事等）との相互作用の中で生じる。一旦、不適応行動が起こってしまうと、薬物療法等の精神科治療での対応は難しい。その場合はクールダウン（落ち着ける環境・時間を保証し、安心・安全感をとりもどす）させるしかない。大切

なのは不適応行動を起こさせない工夫になる。本人の特性、心身要因、自然要因、そして社会要因をアセスメント（評価・分析）し、発達障がい児・者本人を困難な状況に追い込まないように環境調整しておくことがポイントになる。

4 発達障がい児・者への支援のあり方

医療機関で発達障害と診断されても生活全般は何も変わらない。発達障がい児・者本人が発達特性を理解しない場合も多い。相談面で困っているのは本人よりも、むしろ家族等周囲の人々・支援者である。発達障害の診断がついて変わるのは、良くも悪くも周囲の人々・支援者の認識である。本人の発達特性自体は基本的には生涯大きく変わらない。また、メンタル不調は生活困窮に関係する社会要因の影響を受け、多くの場合、医療だけでは対応しきれない。医学的診断がついた発達障がい児・者はもちろん、明確な診断がつかなくても、発達特性の偏りが著しい児・者（グレーゾーンとも呼ばれることもある）に対しても、生活困窮者支援は必要になる。治療というよりも相談を通じた環境調整が主な支援になる。

発達障がい児・者への適切な関わりは支援者のためにある。適切に関われば、支援の効率は大きく変えられる。発達特性は変わらなくても、社会での適応がよくなるのである。「本人はどうしたいのか？」から支援は始まり、「みんなと一緒に」より「その人らしく」がポイントになる。支援者が伴走型のコーチ役で発達障がい児・者に寄り添う。安心・安全が保障された環境下で、わかりやすい説明を心がけ、相談を受け続けることで信頼関係が構築される。「説教」より「応援」、「何を言うか」よりも「誰が言うか」、技術的・テクニカルな関わり

り方よりも誠実性が重要になる。

得意なことを伸ばし、できないことは見守る。成功体験の積み重ねから、できないこともできるようになることも多い。うまくいかない原因は、発達障がい児・者本人と周囲の人々・支援者との関係性に起因していることが多い。不適応な行動は本人の責任であると同時に、うまく関われなかった周囲の人々・支援者の責任でもある。うまくいかなかったときの対処、失敗を繰り返さないための方策を、本人と支援者が共同作業の中で工夫していく。1人の支援者あるいは1か所の支援機関ではサポートしきれないことが多い。地域の関係機関が連携・協力し、ネットワークで応援していく。

5 おわりに

社会要因（対人関係、社会状況：経済、住居、家族、学業、地域、文化、仕事等）に対して支援を要する発達障がい児・者が生きやすい社会は、誰にとっても生きやすい社会である。「しんどい、困っている、助けて」と言える地域も、誰にとってもいい地域である。発達障がい児・者支援を通しての「いい街づくり」は、今後の生活困窮者全般の支援モデルとなり、地域共生社会づくりの礎になるかもしれない。

著者略歴

辻本 哲士（つじもと・てつし）

1991年3月に滋賀医科大学医学部大学院を修了。滋賀県や京都府の精神科病院に勤務。1993年4月から滋賀県立精神保健福祉センター・医療センターで、一般精神科や思春期精神医療、精神科救急、地域保健活動等に従事している。滋賀県立精神保健福祉センター所長、滋賀県立精神医療センター精神科部長・地域生活支援部地域医療連携係主席参事、滋賀県立小児保健医療センター主任部長、滋賀県健康医療福祉部障害福祉課主席参事、全国精神保健福祉センター長会会長。