

た。また父親とのトラブルが頻発し、家庭内暴力が見られ、放火行為によりS病院に入院した。

検査：脳波は全般性徐波化が見られ、頭部CTでは異常が見られなかった。WAIS-RにてFIQ84, VIQ84, PIQ88であり、下位項目では知識、単語、理解、絵画配列、符号が低く、算数、積み木模様が高かった。ロールシャッハテストでは反応数は少なく、想像力は貧困であり、色を形と統合して反応を出せない。情緒的刺激には適切に対応できない。あいまいなことにかかわるのは苦手なようであるという所見であった。

経過：意識消失発作は複雑部分発作と判断し、側頭葉てんかんと診断し、抗てんかん薬による治療を開始した。退院後プラスチック工場などで勤務するが、しばしば上司とのトラブルが起これ、意識消失発作も頻回に出現するようになった。25歳頃より他人が自分の悪口を言うとの幻聴が出現した。その後万引きを注意され、店主を殴り警察に逮捕された。

S病院に再入院となり、診断を再検討することとなった。脳波、頭部CTにて異常なく意識消失発作は解離症状であると判断した。単調な紋切り型の口調、聴覚的な情報が入りにくく、メモすると理解できることや規則には忠実に従うが、スタッフがそのとおりにしないと怒り出し暴力的になること、病棟で対人関係をもとうとしないこと、幻聴は一過性であることなどから広汎性発達障害と診断を訂正した。そして広汎性発達障害として理解して対応することによりスタッフとの関係は著しく改善した。

### Ⅲ 自閉症スペクトラム(アスペルガー障害)と 統合失調症スペクトラム(シゾイドパーソナリティ障害)

#### 1. DSM 診断

アスペルガー障害はシゾイドパーソナリティ障害と診断されるものとは重なりがみられることがある。どちらの障害も対人関係を確立できない社会生活技能の障害に力点が置かれている。DSM-IVによる診断項目上の大きな違いはシゾイドパーソナリティ障害では活動の狭まり、反復的、ないし常同的な振る舞いについては言及がない点である。しかしシゾイドパーソナリティ障害でもある事柄へと限定された興味、ないしは強迫様振る舞いが認められる事例は少な

くない。実際 DSM-IV-TR においてシゾイドパーソナリティ障害を持つ人を自閉性障害の軽症型やアスペルガー障害を持つ人と区別するのは非常に困難であると述べられている。

両者の鑑別が困難であるエピソードとして、杉山(2008)はこれまでシゾイドと呼ばれていたものの大半は実は高機能広汎性発達障害であると述べ、加藤(2008)はアスペルガー障害の中心病態はパーソナリティ障害の病理にかかわるⅡ軸障害に位置付けるべきであると述べている。

## 2. ウォルフ(Wolff, S.)による児童期シゾイドパーソナリティ

英国の児童精神科医ウォルフ(Wolff, S., 1980)は行為障害や登校拒否、選択緘黙、多動、情緒障害などの主訴を持つ子どもたち(平均年齢10歳前後)の中の特徴的な臨床像を持つ一群に注目した。そしてその子どもたちがシゾイドパーソナリティと状態像が似ていたため、児童期シゾイドパーソナリティであると考えた。彼女が挙げた診断的特徴は、①対人的孤立、②共感性の欠如と情緒的な無関心、③時に猜疑的になりやすい敏感さ、④心的構えの硬さ、特に特殊な興味への没頭、⑤普通でない奇妙なコミュニケーション様式、⑥異常なファンタジーと現実の混同である。これらの特徴にあてはまる児童期シゾイドパーソナリティを22歳時と27歳時の2回、追跡調査を行い、その結果上記の特徴は成人後にも認められ大部分の症例がDSM-Ⅲの統合失調型パーソナリティ障害に該当した。彼女は自験例がアスペルガー(Asperger, H., 1944)が記述したものと酷似していることに驚いている。病態の本体は特定の時期に始まる病気ではなく、生涯続く本質的には変わらないパーソナリティであることを踏まえ児童期におけるシゾイドパーソナリティと呼ぶと述べている。

## 3. アスペルガーの自閉性精神病質

ウォルフが自分の症例をシゾイドパーソナリティとした上でアスペルガーの記述と酷似していたことに驚いているが、それではアスペルガーの報告したものはどのようなものであったのであろうか。彼の記述によると、①眼差しが物や人に向かわず、注意の喚起と生き生きした接触を示すことがない、②不自然な調子で滑稽で嘲笑を誘うようなことば(アンダース・ザイン)、③独特の思考と体験様式で、自己流で関心は狭い視野に限られている(自明性の障害)、④非

常に不器用で、日常生活の基本的習慣が覚えられず、硬く滑らかでない運動で、身体図式を持ち合わせていない、⑤自分勝手な行動のために集団適応が困難となる、⑥欲動と感情の起伏に異常な推移があり、人格に調和的に織り込まれていず、過敏と鈍感が表裏になっていると記されている。

アスペルガーは最も重要な特徴として社会性の確立の困難性を強調した。また統合失調症は外的・社会的世界との接触を徐々に失っていくが、本疾患では最初から周り自分自身との間に隔絶があり、統合失調症のような活発な内的異常体験と進行性の人格解体がないことを強調した。

さらに彼の示した疾患概念はクレッチマー (Kretschmer, O.) の言うシゾイドに類似していると述べている。クレッチマーがシゾイドの例としてあげた事例にハンナー少年の事例がある。このハンナー少年は社会的関係が拙劣で学校で友人が一人もいない。人に触られることが好きではない。人としゃべるのが苦手で、一緒に遊ばない。彼の動作がのろいことと不器用さには誰も腹を立てた。反復的な行動が認められる。知能は早熟で空想的な発明をするのが好きで、たとえば、車で水の上を走る乗り物を考え出し、その模型を浴槽の中でいろいろ実験した。この事例は視点を変えればアスペルガー症候群といえるかもしれない。

このように見てくると元となるアスペルガーがシゾイドに類似していると記載しているのであるからパーソナリティ障害と鑑別するのが困難であるはずである。しかし当時は現在のような発達障害という概念がなかったために、ある時期に発病するものでなく、進行性でもなく生涯続くものはパーソナリティ障害の範疇に入れざるを得なかったのかもしれない。

関係性という観点から鑑別するとシゾイドパーソナリティ障害は関係性を恐れ、アスペルガー障害は関係性は無頓着であると言えるかもしれない。これは自我の形成と無関係ではない。間主観性の形成と密接に関わりながら自我の形成不全となるシゾイドパーソナリティ障害では他者の侵入を恐れるため関係性を恐れる。しかし間主観性が形成されずに異質な自我構造を持つアスペルガー障害では他者との関係に無頓着である。他者の関与を拒絶するのは自分の思いどおりにしたいためである。あるいは感覚過敏なために過剰な刺激が頭に入ると混乱するために刺激を避けようとして他者を避けるのである。

いずれにせよ診断に際して PDD を念頭に置いておくことが患者にとって有

用でなければならない。発達障害の概念を取り入れることでその患者を理解し、患者自身も自己理解、自己受容につながる事が大事である。また周囲の理解により、折り合いながら共生する道を探ることが支援の目標となる。患者が社会の中で生きやすくなる事が何よりも大切なのである。

#### 文 献

- American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV -TR. Washington, D. C., American Psychiatric Association ; pp.68-72, 2000.
- Asperger, H. : Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117 ; 76-136, 1944.
- Dapretto, M., Davies, M.S., Pfeifer, J.H. et al. : Understanding emotions in others : mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. Nature Neurosci, 9(1) ; 28-30, 2006.
- Hazlett, H.C., Poe, M., Gerig, G. et al. : Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism : Birth through age 2 years. Arch Gen Psychiatry, 62 ; 1366-1376, 2005.
- 平山照美・亀岡智美・木村美加他 : 青年・成人期の広汎性発達障害支援における課題——大阪府こころの健康総合センターでの取り組みより。第47回日本児童青年精神医学会総会抄録集 ; p.273, 2006.
- 広沢郁子・広沢正孝・市川宏伸 : 小児統合失調症とアスペルガー症候群。精神科治療学, 23 ; 155-163, 2008.
- 石井卓 : アスペルガー症候群 ; 統合失調症との鑑別。精神科治療学, 19 ; 1069-1075, 2004.
- 神尾陽子・行廣隆次・安達潤他 : 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト。精神医学, 48(5) ; 495-505, 2006.
- Kanner, L. : Autistic disturbance of affective contact. Nervous Child, 2 ; 217-250, 1943.
- 加藤敏 : 成人期のアスペルガー症候群(障害)とシゾイドパーソナリティ障害, および統合失調病質(Kretschmer)。精神医学, 50(7) ; 669-679, 2008.
- Kolvin, I. : Studies in the childhood psychoses : I. Diagnostic criteria and classification. British Journal of Psychiatry, 118 ; 381-395, 1971.
- 栗田広・長田洋和・小山智典他 : 自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)の信頼性と妥当性。臨床精神医学, 32(10) ; 1235-1240, 2003.
- 桑原斉 : 広汎性発達障害と統合失調症の鑑別と治療 生物学的見地から——脳画像を中心として。最新精神医学, 13(2) ; 239-247, 2008.
- Monte, R.C., Goulding, S.M., Compton, M.T. : Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis : A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. Schizophr Res, 104(1) ; 1-7, 2008.
- Nicolson, R., Lenane, M., Singaracharlu, S. et al. : Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia : Association with risk factors. Am J Psychiatry, 157(5) ; 794-800, 2000.

- Pinkham, A.E., Hopfinger, J.B., Pelphrey, K.A. et al. : Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Schizophr Res*, 99 ; 164-175, 2008.
- Reichenberg, A., Weiser, M., Caspi, A. et al. : Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *J Clin Exp Neuropsychol*, 28(2) ; 193-207, 2006.
- Remschmidt, H. : Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder : evidence from child psychiatry. *J Neural Transm*, 109(11) ; 101-117, 2002.
- Rutter, M. : Concepts of autism ; A review of research. *J Child Psychol Psychiatry*, 9(1) ; 1-25, 1968.
- Schultz, R.T., Gauthier, I., Klin, A. et al. : Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and asperger syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, 57(4) ; 331-340, 2000.
- Silverstein, M.L., Mavrolefteros, G., Turnbull, A. : Premorbid factors in relation to motor, memory, and executive functions deficits in adult schizophrenia. *Schizophr Res*, 61(2-3) ; 271-280, 2003.
- Sporn, A.L., Addington, A.M., Gogtay, N. et al. : Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia : comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biological Psychiatry*, 55 ; 989-994, 2004.
- 杉山登志郎 : 成人期のアスペルガー症候群. *精神医学*, 50(7) ; 653-659, 2008.
- Vourdas, A., Pipe, R., Corrigall, R., et al. : Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia. *Schizophr Res*, 62(2) ; 13-22, 2003.
- Wolff, S. & Chick, J. : Schizoid personality in childhood : A controlled follow-up study. *Psychological Medicine*, 10 ; 85-100, 1980.
- Zilbovicius, M., Meresse, I., Chabane, N. et al. : Autism, the superior temporal sulcus and social perception. *Trends in Neurosci*, 29(7) ; 359-366, 2006.

## 発達障害に応じた介護

### 学習のポイント

- ① 発達障害では特に一人ひとりの特性の差が大きい。障害の特性と個人の年齢、発達段階、加えてその人の特性をよく理解する
- ② 一般的には簡単にみえることが、障害の特性のためにできにくいことがあることを理解する
- ③ 本人の意向を尊重した介護の重要性を学ぶ
- ④ わかりやすいコミュニケーションを目指す。本人の発信の仕方の特性を理解し、伝達の仕方の重要性を学ぶ

関連項目……『障害の理解』 第3章第4節「発達障害のある人の生活」

### 二次的障害

障害そのものによる困難や不適応ではない。いじめられたり、無視されたり、対人関係がうまく機能しないのでその反応として、暴力的になったり自罰的になって自信を失くしたり、ひきこもりやうつ、精神障害様の行動になったりすることを指す。思春期以降ではほかの精神医学的状態との鑑別が困難になることがある。

### 広汎性発達障害

自閉症と自閉症類似の社会性の障害を中心とした発達障害の総称。自閉症、アスペルガー症候群も含まれ、自閉症スペクトラム障害(ASD)と呼ばれることもある。

現在は発達障害としてサービスを受けられる障害手帳はありません。しかし、介護サービスを受けるには、関連する障害の手帳を持っていないとサービスを受けにくい現状があります。知的障害を伴っていれば、療育手帳を利用することになります。発達障害のなかでも知的障害を伴っていない高機能の自閉症やアスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害、学習障害の人へのサービスは少しずつ整ってきていますが、まだ十分とはいえません。知的障害がない人は、適応上に問題があったり二次的障害や精神障害の合併をもった場合に、精神障害者保健福祉手帳を利用できることがあります。発達障害の人の数は非常に多いと推定されます。2002（平成14）年の文部科学省の通常学級在籍の児童生徒の調査で、高機能自閉症・注意欠陥多動性障害・学習障害の可能性のある子どもが6.3%と発表されました。彼等の多くが地域のなかで暮らしていくためには、介護福祉士の支援の対象になっていく可能性があります。適応に困難をきたした場合の支援は、デリケートな支援内容とかわり方が必要です。今後の施策と研究が非常に重要になっています。

## ① 発達障害の人と生活の理解

### ● 発達障害の特性

#### 発達障害に含まれる障害とは

2005（平成17）年4月に「発達障害者支援法」が施行されました。そのなかで、発達障害に含まれる障害は、「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その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」としています。この法には知的障害は含まれません。しかし、自閉症に関しては、知的障害を伴う人も対象になっています。アスペルガー症候群は、自閉症のなかでも言語にははっきりとした遅れがなく知能の高い方に分布している（IQ70以上）群を指します。しかし、その特性は自閉症と基本的に共通するところをもっています。ここでは自閉症スペクトラム障害（ASD）として述べます。その他に発達障害には不器用を特徴とする発達性協調運動障害や運動チックと音声チックを併せもつトゥレット障害などが含まれます。

これらの障害は症状が重なり合うことや、合併していると考えられる場合もあります。つまり、ASDで注意欠陥多動性障害や学習障害を伴うこともかなりあります。また、強迫性障害、不安障害、統合失調症、気分障害、カタトニーなどの障害を併せもつこともあります。

表2-9に発達障害の診断のベースと特性についてまとめてあります。発達障害の共通点は、盲・ろう・肢体不自由のように外観で判断できないこと、能力の凸凹があることです。時に高い能力として記憶力のよさやユニークな思いつきなどを示すことがあるために、「わがままだ。わかっているのにやろうとしない（won't）」と誤解されてしまいがちです。そして、本当の困り具合（can't）を理解してもらいにくいことが共通しています。介護者は、できないところを把握して補い、自信をつけさせるとともに、少しずつ利用者が自分でできるように援助していきます。しかし、獲得しにくい技能の習得に無理を重ねるよりも、そこは他人に援助してもらって、ほかの得意なところで能力を発揮できるようにするという選択もあります。

#### 自閉症スペクトラム障害（ASD）の特性

親の育て方が原因ではなく、発達の初期から現れてくる、脳の機能

#### 脳機能の障害

脳のはたらき方に障害が予測される。課題実施中の脳の血流を調べたりすると定型発達の人たちとの違いが明らかになる場合がある。

#### 自閉症スペクトラム障害（ASD）

Autistic Spectrum Disorder。この項に含まれる名称には若干の混乱がある。ここではASDは医学的分類であるDSM-IV-TRで定義されている広汎性発達障害（PDD）と同義として使っている。ASDに含まれる障害には、自閉症・高機能自閉症、アスペルガー症候群、レット症候群、小児崩壊性障害、非定型広汎性発達障害を含む特定不能の広汎性発達障害（PDDNOS）がある。スペクトラムというのは連続体という意味で使われることもある。障害の違いよりはASDとして共通する必要なサービスを早く開始できるように提唱された名称である。

#### トゥレット障害

多彩な運動チックと音声チックを併せもつ小児期に発症する脳機能障害により起こる障害である。日常生活の支障がある場合は薬による治療が必要なことが多いが、認知行動療法の併用が効果的である。心因で起こるものではないが、患者と家族を精神的に支持することが強く求められる。

### 強迫性障害

自分でもバカらしいと思っても繰り返し行動が止められない。手洗い、数を数える、不潔恐怖、戸締まりの確認などが多い。

### 不安障害

顕著な不安または恐怖的な回避を伴う障害。適応障害、不安とうつ気分の混合を伴うもの。パニック発作、広場恐怖、特定のものに対する強い恐怖、外傷後ストレス発作、その他が含まれる。

### カタトニー

思春期に起こりやすい。行動している途中で動きが止まってしまう。また、1か所ですを前後に動かし続けてしまうこともある。いずれにしても声をかけたり、動かそうとすると余計に長引いてしまう。タイミングをみて声をかけたり、好きなことに誘ったりすることが有効なことが多い。医療とも相談しながら進める。

### won'tとcan't

発達障害の人はほかの障害と比べて、部分的にはあれ、遅れがなかったり、逆に優れた能力をもつために、「それができるなら、これくらいのことはできるはずだ。やろうとしないからだ」と誤解され、決めつけられてしまうこと(won't)が多い。困り感(can't)を理解してもらにくい。安易に「やろうとしない」と決めつけずに、できない理由が何かあるのではないかと十分に検討することが大切である。

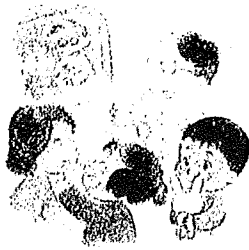
表2-9 発達障害の特性

	ASD(自閉症スペクトラム障害)含アスペルガー症候群・高機能自閉症	ADHD 注意欠陥多動性障害	LD 学習障害
診断のベース	行動特徴 対人関係の質的障害 コミュニケーションの質的な障害 限局された興味や行動(こだわりほか)	行動特徴 不注意 過活動(多動) 衝動性	認知特徴 教科能力のアンバランス
発症時期	人生早期(3歳まで) 高機能の場合はもう少し遅くても	7歳まで	学校に入ってから
知的障害	最重度から高い能力まで	一部伴う人もいる	伴わない
意味の把握	悪い	早とちりの理解の悪さ	わかる
共通点	脳機能の障害による 外観からは障害がわからない 能力に凸凹がある 本当は「できない」can'tなのに、「やろうとしない」won'tと誤解される 理解されないために、二次的な心の問題を抱えやすい		

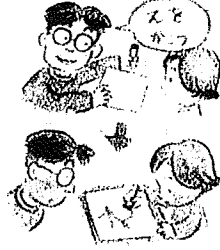
障害に起因する社会性の障害をもつ人たちは、支援者は、しつけの問題や育て方によるものと、とらえてはなりません。典型的な自閉症では3歳くらいまでの三つの行動特徴、①社会的相互交渉の質的障害、②コミュニケーションの質的障害、③常同的・反復的な行動、関心、活動(こだわりなど)で診断されます(図2-58)。

知的障害を伴う人が半数くらい、伴わない人がやはり半数くらいといわれています。言葉や状況、人の表情などから意味を汲み取ることに困難があります。利用者に察してもらうようなかわり方では通じません。例えば「うるさいよ!」=「黙って」ということだとは知らないことがあります。「黙っていきましょう」などの具体的な言葉と状況設定が必要です。知的障害のない高機能ASDで、大学や最高学府の教育を受けた人も社会性の問題や意味の理解の問題から就労場面では適応できない人も多く、福祉・教育・就労・医療などの支援の必要性が求められています。また、診断基準には入っていませんが、自律神経のはたらき方のゆがみや感覚の鈍感さと敏感さが混在していることも日常生活に大きな影響を与えます。





①人への興味が薄い



②字義どおりの言葉の理解



③興味の偏り

出典：東京大学こころの発達診療部「自閉症——より良い医療への手がかりを求めて」2003年

### 注意欠陥多動性障害（ADHD）の特性

①注意力の障害（気が散りやすい、集中できない）、②多動性（じっと座ってられない、落ち着きがない）、③衝動性（順番を待てない、人の会話に割り込む）、の三つの行動特性から診断されます。刺激に反応しすぎてしまい、自己コントロールがうまくいきにくい傾向をもっています。忘れ物が多い、片付けが下手、スケジュールの管理が下手などの困難をしばしばもち合わせています。青年期までには、落ち着いてくる場合もかなりあります。ユニークな思いつきや発想を示したり、活動水準の高い点が長所として活かせることがあげられます。現在では、仕事をしながら自分の不得手な部分は自費で、家事をしてくれる人やスケジュールをみてくれる人を雇って対応している人もいますが、適応上の障害が大きければ、将来はこのようなことも支援の対象となるかもしれません。

### 学習障害（LD）の特性

知的能力は正常なのに、学習の能力に凸凹があります。聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するなどのうち、特定の教科やこれらのうちのいくつかの学習に障害がある状態を指します。日本の社会では個々の不得手さに合わせた対応より“皆一緒に同じことをするように”ということを要求されることが多いので、LDの人には生きにくい社会になります。わかってももらえないというとてもつらい体験をすることが多いです。学習が嫌いにならないようにLDに合わせた対応をすることが大切です。年長になれば、パソコンで書くとか、文字を読み上げてもらう、電卓を利用して計算するなど、苦手なところを自

覚して補助手段を用いれば、判断力もあり日常生活に適應していけます。

### ●日常生活を送るうえでの支障になることと対応

発達障害の人は、一人ひとりの特性が違し、生活上でつまずいてることが違います。例えば、ASDでは身についた生活習慣は律儀に守ったりするので、発達の問題は軽いように思われがちです。しかし、こだわりやパニックなどにより、実際の生活はすごく大変ということになりがちです。こちらに理由をつかみきれない行動の急変があったりするからです。慣れてくれば、つまずきの理由がみえてきます。ADHDの人は、注意が散漫であり、忘れ物が多かったり、片付けが下手で部屋が散らかっていたりします。発達障害の人には、意味理解が悪いことや刺激にかき回されがち、不器用さやチックなどの不測の身体の動きがあることなどを覚えて対応をします。

- ① 対応の基本と留意点：共感するかかわり、出した指示は確認すること、一度には一つのこと、具体的指示、やさしく、ゆっくり、予告、どうなったら終わりか示す。
- ② 独特なコミュニケーション様式：個人の特性や発達に合わせて工夫する。補助に視覚支援（絵・図示・文字）を補助的に使うことも考える。
- ③ こだわり、興味の幅が狭いこと：利用者の興味に関心をもつこと。
- ④ パニックやかんしゃく：その人の嫌いなことやこだわりを把握しておき予防し、避ける工夫をする。なってしまったら場から離して落ち着くのを待ってから対応する。
- ⑤ 自信のなさや不安、うつ状態、強迫性障害などの合併に注意：うまくいく体験を積み重ねる。医療との連携。

#### ① 日常生活での対応の基本と留意点

やさしく、ゆっくり対応します。利用者の気持ちを理解するように努め、わかったことは言葉にして共感を伝えます。混乱しそうだったら、内容をやさしくしてみます。介護者が慌てるとすぐ利用者に関わり、不安にさせてしまいます。ユーモアをもち、対応法を工夫

する心がけが大切です。「言ってもいうことを聞いてくれない」で  
すまさないでください。高機能障害の人(比較的知的能力の高い人)  
では、知識量に比べ障害のために自分をうまくコントロールできな  
くて、カッとなったり人を責めたりします。そのためつい、介護者  
も「わがまま」と決めつけてしまいがちになります。「できない」  
彼らの障害を理解して対応してください。

指示は同時に二つ以上を出すのは避けます。また、ゆっくり待ち  
ます。“カウント10”というルールもあるくらいです。指示を出し  
たら、10秒は待ってみてください。指示の内容を把握するのに時間  
がかかるのです。

禁止や「だめだめ」という指示は避け、具体的で肯定的にします。  
「走らない→歩きましょう」「触らない→手は膝<sup>ひざ</sup>に置いてください」  
「エレベーターは使わない→階段を昇ります」などです。青年期に  
なれば、利用者への支援の内容は、押しつけでなく本人が納得でき  
るものになるように、話し合い納得する手順を大切にします。それ  
が本人に自信をつけ、彼らのユニークさを活かす道にもつながりま  
す。

自分で行動の見通しや手順を知るのに困難があり不安になること  
があります。今日これから何をするのか、どんなことが起こるのか、  
終わったら家に帰れるのか、などを示します。普通は終わったら家  
に帰るのは自明のことでも、予告してもらわないと適切な時間の判  
断などがわからなかったりすることもあります。また、急な計画の  
変更は混乱するのが常です。必ず変化を予告します。そのときに、  
「変更があります」という言葉を使っておくと、具体的な変更はわ  
からなくても、だんだんと変更に対する構えができるようになります。  
あらかじめ告げることで、かえって不安に陥ってしまう人もい  
ますので、その場合は直前に告げるようにします。あくまでも利用  
者が安心できる対応をしていくことが基本です。

## ② コミュニケーションの工夫

発達障害でも認知発達によって理解も表出も違ってきます。発達  
に合わせたコミュニケーションが大切です。7、8歳までの認識構  
造をみる簡便な評価法として太田ステージがあります。短時間(3  
分くらい)で大まかな発達を知ることができます。シンボル表象機  
能の発達に基づいた評価ですが、日常の言葉の理解力で見当をつけ  
ることもできます。自閉症理解のために開発されましたが、発達障

### 太田ステージ

シンボル表象の発達を  
段階に分けられる。対  
象者がどのように世の  
中を見、考えているか  
の筋道がわかる。各段  
階で必要な発達課題が  
整理されているので、  
療育や支援に役立つ。

## 太田ステージ I, II

2歳くらいまでの認識構造。物の名称がわからない。日常よく替わる指示はその状況のなかではわかるが、本当の理解にはなっていないことがある。徐々に身近な物の名は理解できるようになる。言葉がないか、1, 2語文の発音に限られることが多い。

## 太田ステージ III

3, 4歳くらいまでの認識構造。大きい小さいなどがわかり始める。2, 3語文が使えるようになり、誰、どこ、何、いつの疑問に答えられるようになるが、まだ、～だから…、もし～ならば…というような表現は難しい。

## 太田ステージ IV 以上

4, 5歳～7, 8歳の認識構造。なぜ・どうなる？の疑問にも答えるし、使えるようになる。～だから～、など物事と物事の関係がわかってきて、友達への関心も高くなってくる。

害の人にも有効であることがわかってきています。

### ① 発達によって理解の仕方が違う

- ・太田ステージ I, II (物の名の理解がごく日常的なことに限られている)

指示は短く、同じ状況には同じ声かけにします。「帽子をかぶります」「靴を履きます」。行き先ごとに持ち物を固定することも予告の機能を与えます。

- ・太田ステージ III (2, 3語文を話す、限られた理解)

4W (誰・どこ・何・いつ) の質問には答えられても、「どうしてけがをしたの？」と理由を聞いてもわからないことが多いです。この段階では質問を次々するのではなく、紙に2～3枚で呈示し(文字・絵)選んでもらうと、こちらに伝わることがあります。会話を楽しむことは難しく、一方的な質問癖がみられます。介護者は「5回聞いてもいいです」などと、区切りをつけるのも一つの工夫です。

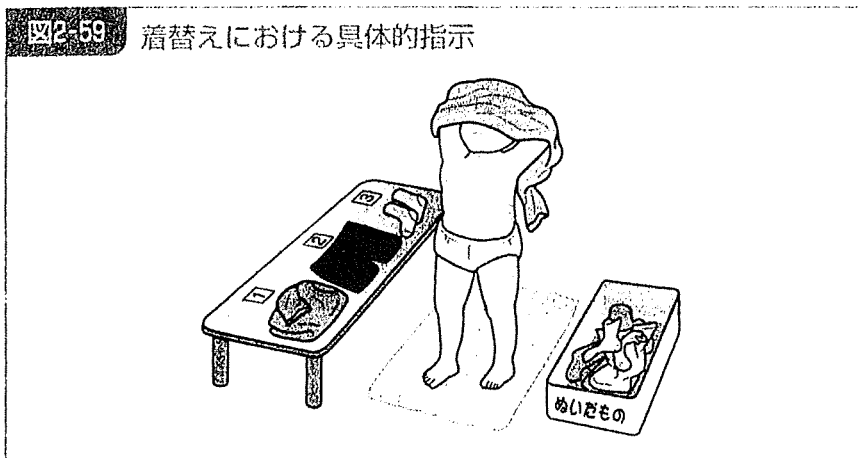
- ・太田ステージ IV, V (いろいろなやりとりが可能)

IV以上の人のなかには、大学教育を受けている人もいますが、それでも、対人関係や融通のきかなさ・こだわりに悩んでいたります。一方的に自分の興味のあることを話し、会話に奇妙さがみられたりもします。この段階では、共感的なかわり方、プライドを尊重した対応が特に必要です。不得手なスケジュールの管理を一緒に考え、実行を援助する必要があったりします。書いたものでやりとりすることが考えの整理になることがあります。

### ② 伝え方を工夫する

言葉の説明だけでわかってもらおうとしても、発達によっては混乱したり、意味の把握ができないことがあります。どうしたら伝わり、やってくれる気になるか工夫することが大事です。具体的に、ほめるかわり方が役立ちます。また、今日の予定、やることの手順などを絵や文字で視覚的に示すのも役立つことがあります。利用者が自分でメモを取れるようになれば、もっと役立つかもしれません。行く場所を写真で示したり、着替える場所に紙または輪を置いて「この上で着替えましょう」と支援すれば「動かないで」と禁止の言葉を投げかけないですみます(図2-59)。具体的指示として前述の「否定でなく肯定で伝える」に加え、比

図2-59 着替えにおける具体的指示



喩的でない表現をするようにします。“落としふた”→鍋より小さいふたをのせます，“手を貸して”→手伝って，“頭を使う”→工夫しましょう，など。具体的指示だと，ほめられたときに利用者にも何がよかったのかがはっきりわかり，次のときの手がかりとなります。

### ③ 会話

言葉はあっても会話に使えないことが多いです。しつこく問かけないようにします。太田ステージⅣ以上でないと、「この頃どうですか?」「どう思いますか?」などのオープン質問は答えられないことが多いです。答えを渋ったり，無視されたときには選択肢をつくって答えやすくするようにします。

### ④ こだわりや興味の幅が狭いこと

まずは，利用者が好きなことに介護者も興味と関心を持ち，話をよく聞いてください。ただし，時間や場所の制限をつけたほうがいい場合もあります。利用者にも，「今，電車の話をしていいですか?」と聞いてから話すように促してください。それには，「今はだめです」と断られた場合に我慢できるようになってもらうことも大切です。無理強いではなく，ほかのことにも興味をもてるように誘ってみるのもよいでしょう。感覚的刺激を求めて常同行動をしたり，水遊びや砂いじりなどのこだわりが発生していることもあります。全面禁止をするのではなく，していい時と場所を限っていくことが有効です。感覚的なことからこだわりが発生していることもあります。また，こだわりは，「くだらないと思うのにやめられない」などの強迫性を帯びるようになることもあります。ある程度見守り，

### オープン質問

YesかNoでは答えられない形式の質問で，状態や状況を述べたり，説明したりすることを要求する質問など。それに対しクローズド質問は答え方を限定し，単語で答えたり，選択肢から選んでもらう形式の質問。

### 常同行動

自閉症の診断基準の一つに含まれる反復的な運動。手や指をばたばたさせたりねじ曲げる。または複雑な全身の動き。

タイミングをみて次のことに誘ったり、「何か飲みましょう」と気をそらせてみたりします。

#### ④ パニックへの対応

人なかでパニックを起こすと、介護者は戸惑い、恥ずかしいような体験をするかもしれませんが、適切な対応をとるようにします。注意すべきときにはしっかりしかってほしいというのが、保護者の希望です。パニック時は、言葉をかければかけるほど、体に触れれば余計に暴れます。一番いいのは刺激の少ない静かで安全なところに連れていくことです。「何か飲みませんか？」などと誘ってわざわざしない場所に連れていくといいでしょう。何も声をかけず落ち着くまで様子を見ます。その後、静かな声で話しかけ、別のことに誘って見ます。もちろん、パニックの原因がわかれば取り除いてください。パニックを起こした後、落ち込み自分を責めてしまう人もいます。「～だったから、パニックになってしまったんだよね」と共感を伝え、その人を責めていないことを示すようにします。また、利用者が信頼しているキーパーソンと連絡をとり、安心してもらうことも必要かもしれません。

パニックになってからの対応より未然の対応のほうが大事です。あらかじめ情報をつかみ、感覚の異常やフラッシュバックになることも含め、どんなときにパニックになるか把握しておきます。避けられるのならそういう状況に近づかないようにします。青年期では、<sup>かんしゃく</sup>癇癇発作などが起こりそうとき本人が予感したり、解決法を見いだしていたりしますので、その解決法も尊重しましょう。

#### ⑤ 自信を失いがち、不安、うつ、強迫性障害になりやすい

発達障害の人は対人関係のなかで傷つき、どうふるまったらいいのか戸惑ってしまっている人たちです。言葉は達者でも極度に不器用なこともあります。また、音声チックや運動チックが出て肩身の狭い思いをする人もいます。これらの体験により、不安感が高かったり、自尊感情が適切に育たなかったりします。また、「死にたい」という気持ちをもったり、うつ状態になっている場合もあります。そういった背景から興奮しやすく、自傷や他者に怒りをぶつけることもあります。うまくいく体験を積み重ねられるように配慮することが特に必要です。その人のプライドを大切に、指示や禁止に陥ることなくよく話を聞き、提案したり本人の意図・意向を聞いて一緒に工夫していくことが基本です。また、医療との連携が必要な

フラッシュバック  
過去の嫌な体験を忘れられず、そのときとちょっとでも似た感じをもつとパニックになってしまう。その体験がなんであるかを本人が言葉で説明できない場合も多く、周りにとっては理由のわからない、突然のパニックと映ってしまう。

場合もあります。

## ●利用者像の把握と個別支援計画

### 本人の希望を聞く

「どうしたいですか？」などのオープン質問では反応が出てこないとき選択肢を呈示して聞くようにします。利用者自身では表明できない場合、保護者から希望を聞きます。

### 情報を集める

発達障害の人は特に個々の人の特徴が違うので、利用者の情報を集めておくことが大切です。まず、どんなことを支援してほしいかを確認することです。得意なこと、趣味や楽しみの把握などの長所を把握します。こだわりとそれに対する対応、偏食や感覚の特性（音、皮膚感覚、体温調節ほか）、あるいは突然の飛び出し、物や人への攻撃性などの危険な行為などの短所もつかんでおく必要があります。また、前担当者の記録からも必要な対応を知ることができます。

### 利用者の特性と個別支援計画の修正

今日行うこの支援と、個別支援計画でのねらいとのかかわりをしっかり把握しておきます。本人が「お家！」と言ったからといって、すぐ連れ帰るのではなく、本人の希望や親などと確認し合った個別支援計画を実現できるように工夫することが優先されなければなりません。一方また、本人の意向を聞いて計画の柔軟な変更を取り入れ、ねらいを修正していくことも必要です。

## ●社会参加によって自信をもつ

日常に出会う人ではない介護者との楽しい体験や一緒に過ごす経験は、それだけでも社会参加の一つです。入所生活は、安定した日課や制限された空間による利点がありますが、その人らしさを発揮することが制限されがちです。生活している地域で暮らすことは、人々の顔が見えるなかで自分の裁量で生きていくことができます。少人数での集団生活を営むグループホームも整備されてきました。日中はその人の機能レベルに応じて、一般就労や福祉就労、作業所などに行き、夜間や休日をグループホームで過ごすことは今いる地域から切り離されず生きていける可能性が高まります。

働いて賃金や工賃を得ることは、社会で必要とされているという自覚につながります。自分で生活費を賄い、余暇や趣味を楽しめるということがとても大事なことです。人間として当然な生き方を介護者は手助けすることになるのです。

## 2 生活支援と環境整備

### ◎発達障害の人が生活支援を必要とするとき

親からの自立を目指して、調理や洗濯、掃除などの生活支援が必要になる場合があります。高機能ASDやADHDの人は、不得手な家事や生活管理を自分で支払って他者に補ってもらっている人もいます。また、未診断のまま結婚し親になってから困難を自覚するようになり、育児に当惑している場合もあります。コミュニケーションの問題から育児仲間をつくれず孤立したり、衝動性の高さからコントロールが効きにくく、子どもへの虐待となる可能性もあります。子育て介助の必要が考えられます。反対に、発達障害の子どもは育てにくいことがあり、それが虐待につながることもあるので注意が必要です。虐待が疑われる場合には児童相談所や保健所との連携のもとでの支援が必要になります。

### ◎環境整備

部屋を活動によって区切ったり、手順を絵や文字で示したりして、構造化することによって環境をわかりやすくする方法があります。待つ場所には足形が描いてある、立ち入り禁止の所にはロープが張ってある、順路の矢印がある、など私たちはさまざまに構造化を利用しています。見ただけでわかるようにすることが絶えず注意を言い続けるより、ずっと役立ちます。気が散る場合や嫌いな刺激を避けるために、刺激になるものを隠したり、仕切るなどで環境に工夫を加えることが利用者を暮らしやすくします。構造化は、やることを明確化する、役割を明確化することなども含まれます。ADHDの人では、自分なりにメモや手帳を活用したり、片付ける場所を明確化するなどの環境整備をして注意欠陥を補っていることがあります。トウレット障害の人では、声やチック的動作がひどく他人に迷惑をかけることを心配して

#### 構造化

環境や行動の手順を視覚的にわかりやすく呈示したり、活動によってじゅうたんの色を変えたり、仕切りで囲って集中しやすくしたりする。言葉の指示がなくてもすべきことがわかり、スケジュールが体感できるようにする。プログラムの系統化や役割の明確な分担化も重要である。



いることもあります。試験などは人のいない別の部屋で受けられることも本人の要求となることがあります。

留意点として、利用者がその構造化によって満足するかどうか、社会的にみて奇異な環境整備になっていないか、などを必ず確認するようにします。経過上は必要であった構造化も、その人が適応できるようになったら一般的な環境にしていく努力も大切です。

## ●用具を効果的に利用する

発達障害の人が自分の特性を知って、得手を活かし不得手なところを用具で補うなど自分で対応が考えられるように支援していくことが大切です。大がかりな用具でなくても、利用者を生活しやすくする方法があることを知っておくことは介護者にとって大切なことです。目への刺激に対して、色付き眼鏡、音を調節するものとしてイヤーマフ、耳栓、イヤホンなどがあります。また、目深な帽子が音や目への刺激を減らすことになって、利用者が安心できる場合があります。はっきりした計算障害や読み書き障害のLDの人では、学校などで適切な時期から電子計算機や辞書の使用が許される条件ができてくれば、よりよい適応が可能になってくると思われます。

## ●生涯にわたってのケアプラン

子育て支援、幼児期・学童期の学童クラブや外出支援、成人期での生活支援や外出支援、余暇支援など、少しずつですが、地域で生きるための福祉サービスが整ってきつつあります。発達障害の人は、個々の特性が際立っているので、ケアプランはさまざまなことが予想されます。友達をもつことや集団行動が強調されがちな日本の社会ですが、一人でいることでホッとできる発達障害の人たちもいるのです。親亡き後のことを考えると、成年後見制度を利用することもできます。個々の特性を尊重しつつ、生涯を見通したケアプランに基づいた介護を進めていくことが大切です。

### イヤーマフ

騒音の大きい工場や飛行場で飛行機を誘導する人などが、耳を保護するために使う耳覆い。周波数によってカットの仕方がいろいろなタイプがあり、人の声は聞こえるようにつくられている。

### 3 介護技術の展開

#### ●介護技術を展開するにあたっての基本事項

発達障害の場合は身体障害と違って明確な障害によって日常生活ができないというわけではありません。手順や段取りが飲み込めていなかったり、経験が十分でなかったりするのです。こだわりが邪魔して身につかないこともあります。また不器用さのために技能が未習得であったり、うまくできない場合もあります。焦らず、丁寧に対応していきます。また、思春期以降のプライドの芽生えや自立に向けた意欲を十分に尊重して介護を進めるようにします。

#### 技術の課題分析

やってもらいたいことのためには、どんな動作が必要か、どんな手順で行うか、分析しておきます。

- ・例「歯磨き」：コップに水を入れる、歯ブラシをとる、歯磨き粉をつける、磨く（上左→前→右、上裏左→前→右、下左→前→右、下裏左→前→右）、口をゆすぐ、歯ブラシを洗う→しまう、コップを洗う→しまう、顔を拭く

#### 分析した手順を絵や文に書く

手順を絵や文に書いておくと、いちいち言わないですみますし、利用者も自分で取り組むことができます。もちろん、言葉でわかるようになれば視覚支援は減らしていきます。

#### 実施に際しては見本を示す

言葉だけで支援するのではなく、実際に行って見本を示します。そのときに短い言葉かけや上記の手順表を示しながら行うことが役立ちます。

#### 予告をする

- ・これから、何をどこでいつまでするか予告します。ただし、獲得した技能については、細かい予告の必要はなくなります。
- ・声をかけてから対応します（「〇〇さん、△△しましょう」）。
- ・次回の訪問日やカレンダーで今後のお楽しみや通院の予告をしてお

きます。ただし、あらかじめ告げておくことが不安を呼び込んでしまう人には、告げるのは、実際にするようにします。

### ●支援の実際

子どもの場合は移動支援の利用が多いです。好きなものに突進してしまったり危険なこともあります。また、急にいなくなるときもあります。心配をみせないで、気づいたらいなかったということになります。一人で探すうちに大変なことになる可能性もあります。早めに関係者や機関（家族、学校、警察）と連絡をとるようにします。余暇支援も発達障害の人の介護のなかで重要なものです。ちょっとした様子から新しい興味を引き出していけることがあります。保護者にも提案していけるように利用者の行動を観察するように心がけます。

食事では偏食が目立ちます。小学校低学年を越えるとだんだん克服していけるようです。強引に矯正せず、徐々に挑戦できるように促してみましよう。不器用なために箸はしを使っての食事がうまくいかないこともあります。少しずつ練習していくようにします。外食体験などで、マナーに気を配ったり適切な会話を楽しめるようにしていくことも大切です。こだわりや恐怖感から外出先のトイレを使えないこともあります。結構我慢してしまいます。行けるトイレの情報を得ておきます。知的障害が重い場合には睡眠のリズムが整わないこともあります。睡眠の情報も大切です。

病院への付添いや手続き関係の介助なども成人の支援の対象になるかもしれません。いずれにしても、利用者個人個人の特性を把握して支援をします。

## 4 他職種との役割と協働・連携

### ●横の連携と縦の連携

連携には、利用者が現在かかわっている人たちとの横の連携と、今までどのようなサービスを受けてきて今後どのような方向に向けていくのかという次へ向けた縦の連携があります。横の連携は、今その人が属しているグループ間との連携で、親、幼児教育、学校、学童クラブ、医療、療育、趣味の場などになります。縦の連携は、その人が前

### 発達障害者支援センター

2002（平成14）年から発達障害者支援法に基づいて都道府県と政令指定都市に1か所ずつ設置されている。福祉サービスの谷間にあった発達障害に対して、年齢を問わず相談や機関紹介、発達障害に対する社会の啓蒙を図る。

### サポートブック

本人の特徴とこういう場合はこのように対応してほしい、ということを書いた携帯に便利な手帳。

に属していた機関（幼児教育、学校など）と今後行くことになる機関（学校、就労先、作業所ほか）との連携になります。つまり、引継ぎや移行期の連携をしっかりとすることです。子どもの場合は、その要にいつも保護者がいるということになります。個人情報保護の問題がありますから、親や本人の了解抜きには、各機関と連絡をとってはいけません。しかし、よりよい介護のために必要に応じて連絡をとっていくことが大切です。発達障害の人は福祉のサービスから長い間抜け落ちていました。平成14年度から平成19年度までに全国の都道府県と政令指定都市に1か所ずつ発達障害者支援センターが設置されました。発達障害者に対して早期発見と幼児から成人の就労問題まで一生を通した縦の支援を目指します。

### ●発達障害の人の家族（親、兄弟）との連携

障害の発見は、発達障害では知的障害よりやや遅れます。それは、歩き始めなどの運動には遅れが目立たないからです。言葉の遅れや人に興味を示さないことなどから、気づくことになります。「男の子は言葉が遅いことはよくある。様子をみましょう」とか「親のかかわりが少ないからでしょう」と、親にとってはつらい言葉を専門家から言われる場合もあります。日頃子育てに大変な思いをしている親を少しでも助けたいという気持ちが介護者には必要です。ただ、家庭での子どもの様子と第三者とのかかわり方、外での子どもの様子とが違っていて、親に介護時の苦勞がわかってもらえない場合が時にあります。そういう場合は、相談支援者を交えた連携が必要でしょう。

発達障害の人はとりわけ個々の特徴がはっきり違うので親によっては、サポートブックを用意している場合もあります（写真2-11、図2-60）。それをまず尊重します。

また、成人の発達障害の場合、身近にサポーターをもつことが適応に大きな助けとなります。その際、利用者の同胞がキーパーソンとして動いていることがよくあります。連携する際の大事な人となります。

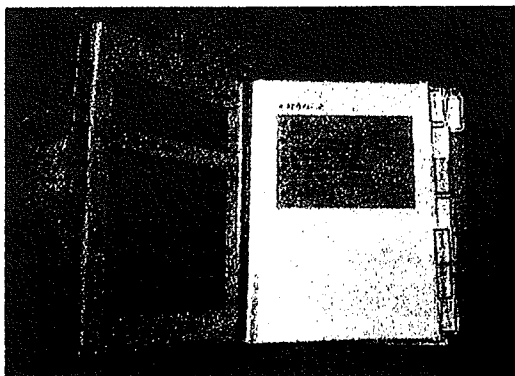


写真2-11 サポートブック例

出典：丸岡玲子「サポートブックの作り方・使い方」おめめどう自閉症サポート企画、2005年