

がっていくことを期待している。

文 献

- Sheila E. Henderson, S.E. : 発達性協調運動障害の理解と支援 : 2013年までに分かったこと. 小児の精神と神経, 54 (2). 印刷中
- 松岡弥玲, 岡田涼, 谷伊織, 大西将史, 中島俊思, 辻井正次 : 養育スタイル尺度の作成—発達の変化とADHD傾向との関連から. 発達心理学研究 22, 179-188. 2011
- 宮地泰士, 辻井正次 : バランスと協調運動 協調運動の発達と発達性協調運動障害. 総合リハビリテーション 36(2), 141-145. 2008
- 宮原資英 発達性協調運動障害が子どもの発達に及ぼす身体および心理社会的影響と支援の方向性. 小児の精神と神経, 54 (2). 印刷中
- Miyahara M, Tsujii M, Hori M, Nakanishi K, Kageyama H, and Sugiyama T. : Motor incoordination in children with Asperger's syndrome and learning disabilities. Journal of Autism and Developmental Disorders, 22 : 595-603. 1997.
- Nakai A, Miyachi T, Okada R, Tani I, Nakajima S, Onishi M, Fujita C and Tsujii M. : Evaluation of the Japanese version of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire as a screening tool for clumsiness of Japanese children. Research in developmental disabilities, 32 : 1615-1622. 2011.
- Sakurai S and Miyashita M. : Developmental aspects of over arm throwing related to age and sex. Human Movement Science, 2 : 67-76, 1983.
- 佐竹創平, 桜井伸二, 湯浅景元, 川端昭夫, 高梨泰彦 : 野球のピッチング動作時の下肢の動きに関する基礎的研究. 中京大学体育研究所紀要第20号53-64, 2006
- 瀬野由衣, 岡田涼, 谷伊織, 大西将史, 中島俊思, 望月直人, 辻井正次. DCDQ日本語版と保護者の養育スタイルとの関連. 小児の精神と神経 52 (2), 149-156. 2012
- 杉山登志郎. 児童精神科臨床における不器用さの問題, 辻井正次・宮原資英 (編) : 子どもの不器用さ, 175-188, 2000

- 辻井正次, 宮原資英 (編). 1999子どもの不器用さ. プレーン出版
- 辻井正次, 桜井伸二, 佐竹創平. ASDの3次元動作分析からみた投動作のバリエーション. 中京大学社会学部紀要 21 (2), 41-53. 2006
- Wilson BN, Crawford SG, Green D, Roberts G, Aylott A, and Kaplan BJ : Psychometric properties of the revised Developmental Coordination Disorder Questionnaire. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 29 : 182-202. 2009

著 者 紹 介

辻井 正次 (つじい まさつぐ)

名古屋大学大学院教育学研究科博士課程満期退学。

1992年より聖徳学園岐阜教育大学専任講師, 助教授を経て, 2000年より中京大学社会学部助教授, 2006年より現職 (中京大学現代社会学部教授)。浜松医科大学子どものこころの発達研究センター客員教授。2002年よりNPO法人アスペ・エルデの会のCEO・統括ディレクター。

日本小児精神神経学会理事, 日本乳幼児医学心理学会評議員, 日本発達障害学会評議員, 発達障害児者の発達支援システムの開発, 発達支援技法の開発・専門家養成などに取り組んでいる。

【特集】シリーズ・発達障害の理解⑤ 成人期の発達障害支援

成人になった発達障害の人たちが抱える 課題と可能な支援

辻井正次 Masatsugu Tsujii

中京大学現代社会学部

I NPO 法人アスペ・エルデの会

この小論で記していく内容は、アスペ・エルデの会の成人たちやその家族の皆さんから教えてもらったことを中心としています。1992年、学習障害のプロジェクトに参加してきた子どもたちのなかに、多くの高機能（知的障害をもたない）広汎性発達障害（自閉症スペクトラム障害：以下、ASD）の子どもたちがいました。まだ当時は、知的障害のないASDの子どもたちのことは知られておらず、不適応行動が発達障害としてではなく、情緒的な要因から解釈されて困っていました。ASDの診断をもらっていても、心理カウンセラーをはじめとした「専門家」たちに十分な知識がなく、不適切な対応を重ねていました。その頃から参加してくれていた子どもたちは、20年以上が経過し、20代後半から30代の成人になっています。継続的な支援をしても、二次的な精神疾患の発現がないわけではないし、調子を崩す人もいます。それでも、支援を受けるといった経験を積み重ねている場合、支援を利用するという発想がある分、次のステップへ進みやすいのも確かです。特に、30歳以降、中年期を発達障害とともに生きていくということは、多くの困難と出会うもの

だと感じています。支援を積み重ねていっても、ちょっとしたことで調子は崩れやすいし、フラッシュバックを引き起こしやすいし、ちょっと連絡が遠くなると引きこもっていたりします。また、ともに発達障害者支援法を作ったり、会を運営してきた親御さんも初老期を生きるようになっていきます。成人期以降は、家族の支援が薄くなっていく分、いろいろな支援ニーズが高まってきます。

そのほか、この10年、成人期支援の全国規模のワークショップを、いくつかの助成団体の応援を得て実施してきました。そこで実感したのは支援に結びついていない人たちの多さでした。ネットワーク力のある臨床家が地域でコーディネーター的な役割をしている場合や、当事者団体が成人期までを視野に活発な活動をしている場合には、何らかの支援に結びつくことができますが、そうでなければ、どこに支援を求めに行けばいいのかかわからない状況でした。その後、各都道府県の発達障害者支援センターや、障害者福祉事業所が経験を積んでいったこと、さらには障害者の就労移行への取り組みが広がり、利用できる福祉的な支援が増えたことで、利用できる場所は増えましたが、適切な支援が提供されているわけではありません。また、障害者雇用枠で企業就労して

いる場合、多くは支援から切れてしまって、明確に調子を崩してからでないとは再び支援に結びつかない場合が多いものです。さらには、一般枠で就労している場合、かなり厳しい状況で日々の生活を頑張っている人が多く、苦悩が深いように思います。

発達障害のように非定型の脳の神経ネットワークの発達が基盤にあると、表面に出ている問題行動そのものを改善することはもちろん可能なのですが、その人の生き様を変えることができるわけではないので、〈必要となときに支援を利用していく〉という生き方を知らないでいることは、とても人生を難しくしていくようです。

II 障害者福祉領域の支援者からよく相談されること

最近、障害児者福祉領域の支援者たちとご一緒することが多くなり、成人期の支援サービスを利用している利用者の方についての相談を受けることが多くなっています。障害者福祉は、身体障害、知的障害、精神障害という3障害を基本枠組みとして、各々の障害者手帳が存在し、そうした手帳を取得し、支援サービスを受けていくことになっています。そこで、視覚障害や聴覚障害なのだけども、どうもASDが合併しているのではないかと（実際、定型発達群よりも視覚・聴覚障害の人の合併率は高い）という相談や、知的障害の手帳はあっても医療ケアを利用してこなかったが、ASDを合併していると思うという相談や、精神障害で統合失調症やパーソナリティ障害の診断だが基盤にASDがあるのではないかとという相談など、どれも「そうでしょうね」という場合が多いものです。精神科医たちからも類似の相談を受けることが多く、ただ、こちらは、「どうも統合失調症と誤診されていたようで薬が合わなくて調子が悪くなっている人がいるんだけど」というようなことで、医療ケアでどういう支援の可能性があるかという内容が多いです。地域福祉の現場では、明確に利用者となってこないようなケースも多く、地域の

なかの「ゴミ屋敷」の主に発達障害が疑われるのだがどうしたらいいのかとか、まだ支援にのせられていなかったり、「自分は相談するつもりはない」というケースなどもありますし、触法関連での相談はさらに難しいものです。

III 成人になった発達障害の人たちが抱える課題

現在、厚生労働科学研究平成26年度障害者対策総合研究（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））のなかの研究課題「成人期以降の発達障害者の相談支援・居住空間・余暇に関する現状把握と生活適応に関する支援についての研究」（主任研究者：辻井正次）という枠組みのなかで、横浜や滋賀で先進的な取り組みをしている皆さんと一緒に、発達障害の人たちの生活の支援に関してモデルを構築する政策研究を進めています。

実際、世界的な長期経過研究において、成人期のなかでも40歳以上の適応がとても悪く、その要因として精神的健康（メンタルヘルス）の問題（精神疾患の合併）と社会的孤立があげられ、世界的にどの国もうまくやれているとは言えないのが実態です。そして、後者の社会的孤立には親の高齢化とも関係があり、40歳代といえれば親は70歳代が中心となるわけですので、今までは親がつなげていた社会的ネットワークに、ASDの人たち本人が直接に結びついていけないといけないうことにもなるのでしょう。そして、発達障害の人たち自身の意思決定を尊重していくという世界的な流れからいけば、入所施設で暮らしたいという人は少ないわけで、地域のグループホームで暮らすか、あるいは、自宅で独りで暮らすという希望の方が多くあります。そうした独り暮らしを実現できる仕組みを作っていくといけないうのですが、そのための基礎的な知見が十分ではないという事情があります。

実際、成人期以降の精神疾患の合併のリスクは高いものがあります。気分障害（抑うつ症状）と不安障害が多いですが、それ以外の精神疾患もあります。精神疾患を合併するということは、もと

もとの発達障害の支援に精神疾患への対応が加わり、2つの支援を本人がわかるように提供していくことが必要になります。しかし、両方の支援への視野を持っている支援者・専門家が多くはないために、状態が悪くなってしまうことが少なくありません。フラッシュバックによって適応状況を悪化させている場合が多くあり、フラッシュバックへの対応を教えていかないと、日常的な生活支援だけでは改善しない場合が多いのも事実です。

ASDの人たち、特に知的障害の軽い／ない成人は、言語的にはそれなりのコミュニケーションを(一方的であっても)とれるのだけれど、だからこそ支援が難しい実態があります。彼らは、社会性の障害から他者との共同生活は難しいことが少なくありません。感覚過敏性の問題や興味やこだわりなどから、自分だけの居住空間を求める人が多く、必ずしもグループホームを暮らしの最終形とするわけにもいかない場合もあります。しかし、では簡単に独り暮らしをできるのかといえば、社会性の障害による一般常識の不足に加えて、こだわりや不安、不器用などで、独り暮らしにおける困難は大きいものがあります。騙される詐欺などの被害リスクも大きく、自分たちの財産を守るためのスキルに課題がある人が少なくありません。

実際、地域のなかで生活していくには、適応行動の非常に基本的なことからの支援も必要で、例えば、清潔を保つという部分でも、「風呂に入る」というのは本当に入るだけだったり、「髪を洗う」というのは髪を濡らすだけだったり、「そうくるか!」と思うことがよくあります。家族も自覚していないような、たくさんの家族のサポートがあるから(支援があってこそ)できている適応行動が多く、それを自分で計画的に組み立てていくのはやはり練習が要ります。ASDの人の場合、本当に支援があればできることを、支援がなくてもできるという状況にするには多くの練習が要ります。現在、「ライフプランニング」というスキルトレーニングをアスペ・エルデの会の社会人グループの皆さんとやっています。自分が今何歳で、

父親が今何歳で退職まであと何年あるのか、家族で家計としていくらが年間で必要か、固定資産税はどのくらいかなど、一つひとつを学んでいくという形で取り組んでいます。定型発達の場合は、いざとなったら何となくできることが、ASDの場合、支援があるとできる、ということが多いのだとしみじみ思います。このプログラムをやっていると、経験できない問題を考えることの難しさを感じます。親のなくなる年齢の設定を200歳くらいにしている人がいたり、「うちの母親は死にません」とか、「母が死んだら私も死ぬからいいんです!」という人もいたりします。実際は、人の生命は有限で、だからこそ、有意義に暮らさなければならぬわけです。「誰とどこでどんなふうに」暮らしを作っていくのか、30歳に入ったら考えなければならぬのは定型発達でも同じなのかもしれませんが、発達障害において大きな問題であるのは確かです。

IV 心理臨床家が取り組まなければならないこと

成人の発達障害の領域では、心理臨床家の評判はあまりよくありません。森口奈緒美さんの『変光星』『平行線』(遠見書房)のように、手記のなかでも、クライアント中心療法の手法で対応されて心理療法のために被害的になったりしたことの告発がなされていますが、具体的な助言をすべき場面でそれを怠り、しかもそうして具体的な助言をしないことが自分の専門性であるかのような勘違いをしている心理臨床家があります。障害のある人たちに対する「合理的配慮」は支援する側に義務付けられていることですので、今後、国家資格に基づく専門性が確立してくると、発達障害の人たちの生物学的基盤に基づく明確な困難に対して適切な配慮を怠ることは、関連法規の順守義務違反となりかねなくなっていくだろうと懸念しています。最初に心理療法の技法があるわけではなく、支援を求めてくる支援のユーザー(クライアント)がいるわけで、ユーザーのニーズに合わせた支援を行うのか、それが自分にできなければ、支

援の場から去るということが必要なのかもしれませんが。

成人期の発達障害に対しては、心理臨床家の立ち位置は、生活支援までを担っていくスタンスから、高度に専門的なフラッシュバックなどへの対応などまで、かなり幅があるものです。時折、発達障害の人たちの進路選択や日常生活の生活改善部分の支援をすることは価値が低くて、より「心理的（と思いついでいる）」な言語化できる内省的な内容を扱うことは価値が高いと勘違いをしている臨床家がいるようで、福祉現場のベテラン職員から愚痴を言われることがあります。進路選択をするうえで、どこにどう相談すればいいのかを考えるのは、コミュニケーションの難しさがある人にとって本当に大変なことだし、料理を作る際に焼き物で焦がさないように調理することのコツを身につけることも、とても大変なことなのです。ひょっとしたら、進路選択に向けたガイダンスや調理の仕方のコツの話は誰でもできることで、自分ももっと「専門的」な内容の支援ができるという自負があったのかもしれませんが、日常的な適応行動の評価や改善のための具体的な提案ができない人に、「専門的」な支援ができるわけではないと思います。発達障害の人たちのための心理臨床は、面接で話を聴くというよりは、関係する人たちとのネットワークを広げたり、実際の生活場面とともに過ごして実際の適応行動を把握したりすることが必要なのであろうと思います。

成人発達障害臨床において、心理臨床家にとってまず必要とされるのは、①発達障害に対する診断的な視点（それに対応するアセスメントツールが使えること）、②適応状況の評価と福祉的支援の適合性の評価、③支援手法の選択という内容になるでしょう。

診断的には、ASD の場合には PARS-TR などのアセスメントツールがありますが、成人期の場合、保護者から幼児期の兆候が聴き取れないこともあり、できる限りの発達期の情報を集め、日常生活をよく知る人たちの情報を加味し、正確な精

神医学的診断ができるための情報を医師に提供することが必要です。ADOS や CARS-2 などが実施できて観察からの評価が可能なら、そうした情報も有用です。実際には、適応行動の評価が非常に重要で、近々に出版される Vineland-II 適応行動尺度日本語版などによって、どの程度の適応行動ができるのかを把握し、そうした適応行動と、知能検査で把握された知的能力などとのバランスを考えていくことになります。また、社会性の領域においては、どの程度の適応行動を実際に行っているのかを客観的に評価していくことが求められます。また、感覚過敏がどういう領域でどの程度あるのかなども重要な情報になります。ただ、日常生活のなかでどういう困難があるのかは実際のアセスメントからだけではわからないのが実際で、当事者団体のボランティアでもいいし、病院のデイケアや福祉事業所でもいいので、実際の行動の困難さに関して、具体的な関わり体験を持つことも大事だと思います。

あるベテランの心理臨床家が、成人の発達障害のことを自信満々で語っているのだから、実際にどの程度の臨床経験を持っているのか聞いたら、数例だけのことで、投影法のアセスメントを取ったという話でした。それに意味がないとはいませんが、実際の適応行動の評価をして、必要な場合に福祉的な支援にどう結び付けるのか、それが難しい場合に、本人だけで対応するスキルを教えるというふうな、かなり標準的な支援手法とはかけ離れた方向性の話でした。発達障害とともに生きていくことは、うまくいっているときには支援なくうまくやれていくとしても、ちょっとのことですっかりした支援が必要になることを意味します。そうした場合、必要な人に必要な支援を提供するために、アセスメントは非常に重要で、人の「生き死に」に関わるくらいのことだと認識しておく必要があります。

適応行動の評価を行い、支援が明確に必要な人であるという場合には、知的障害があれば知的障害の手帳（療育手帳、愛護手帳など、自治体で名

称が異なる), 知的障害がなければ精神障害の手帳(精神障害者保健福祉手帳)を取得し, 障害者としての支援サービスを利用できるかどうか評価することが求められます。もちろん, 近くに社会福祉士や精神保健福祉士がいれば, そうした同僚と相談しつつ進めていけばいいのですが, そうでなければ, そうした〈つなぎ〉の仕事を心理臨床家がしなければ, 支援を求めてきた人に支援が届くことになりません。その後, 居住する地域の自治体の福祉課で, 相談機関や相談支援を委託されている法人などを紹介してもらい, どういう支援サービスがどのように利用可能かを教えてもらうこととなります。発達障害者支援センターに, 直接に県内での相談を担える法人や事業所(障害者就業・生活支援センターなど)を紹介してもらうこともできます。多くの場合, 事業所や法人もまだ発達障害の人たちへの支援については手探りの場合が多いため, そうした事業所の職員とも協力しつつ, 実際の日常生活の支援を福祉事業所のサービスや相談支援をお願いし, 可能であれば, 日常のなかでの課題の整理やその解決に必要なスキルを教えていくことが求められます。支援のスキルは, 子どもたち向けのものと同様で, それを成人版で教え直すという形で教えていくことが一般的です。アスペ・エルデの会のHPでスキルトレーニングのワークブックの例を見ることができます。

もちろん, 障害者としての福祉的支援を受けたくない人に対しては, そうした支援を受けられることのメリット, 特に, 障害者雇用枠の就労のほが仕事を継続していきやすいことを伝えはしま

すが, それ以上は何もできません。基本的に, 医療ケアで成人の発達障害の人たちにできることは, 診断と併存している精神症状への薬物治療くらいで, ほとんどできることはありませんので, それを明確に伝えることが望ましいです。特に発達障害の人たちのスキルトレーニングに熟練している場合には, スキルトレーニングをしつつ話を聴くこともできますが, 話を聴くだけという場合に, 支援者が日常生活で機能しない心理臨床家だけというのはあまり望ましいものではないと思います。日常場面につながる当事者団体の仲間とか, 日常の支援を合わせて提供できる福祉事業所など, 現実の支援体制を整えたうえで, 話を聴くということ, (すぐできなくても方向性として) 目指していかないと, 日常生活の質の改善につながらないということを認識しておく必要があります。

家族支援は重要なテーマです。「親亡き後」に向けて, 私たちの研究班などの検討は始まっていますが, 有効な仕組みがあるわけではありません。圧倒的に, グループホームなど, 居住を含めた支援の場が不足しています。そして, 「親亡き後」に支援なしで「何とかなる」場合はごく少数で, 何らかの支援が必要な場合が多数だと考えられます。成人になった子どもの意思を尊重し, 肯定的でいられるためには, 家族が肯定的に関わる必要があります。また, 親たちが「親亡き後」のことを現実的に考えられることも大事です。こうした親支援を, 「お年頃ペアレントプログラム」ということで, 思春期以降の親たち向けの取り組みもスタートしたところです。

【特集】シリーズ・発達障害の理解④ 学校教育と発達障害

発達障害の現状と子どもを支援する 専門機関の連携と今後の課題

辻井正次 Masatsugu Tsuji

中京大学現代社会学部

Ⅰ はじめに—わが国における 21 世紀の 教育革命としての特別支援教育

発達障害という切り口で、通常学級にも特別な支援ニーズのある子どもたちがいることが明確になりました。それに加え、子どもや障害ある人たちの人権を尊重し、特に障害ある子どもたちへの合理的な配慮を教育においても提供していくという世界的な潮流のなかで、わが国は 2007（平成 19）年 4 月から、「特殊教育」から「特別支援教育」へと学校教育法が改正され、すべての学校において、障害のある子どもたちの支援を実現していく方向性へと舵を切りました。文部科学省の説明によれば、「『特別支援教育』とは、障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うものです」とされています。

特別支援教育への方向転換は、わが国の明治以来の教育スタイルに大きな変革をもたらすものです。特に、通常学級の教育において、すべての子どもたちに同じ教育課程を提供していくという前

提に、例外を公認したことは革命的なものであったと言えます。もともと、現場の教師たちにとって、学年相応の学習内容が理解できない子どもがいることや、特定の教科において著しく習熟が難しい子どもたち、あるいは、学業達成上の問題は大きくなっても、行動上において学年相応の行動ができない子どもたちがいることは当たり前のことでした。それでも、「どの子ども同じようにできる」ことを前提とした教育スタイルのなかで、〈できない〉子どもたちに対して、「家庭の躰ができていない」「子ども本人にやる気がない」と、家庭環境や情緒や動機づけの要因に問題を帰結させるか、授業以外に個別指導の時間帯を設けて、子どもにあった指導を重ねていました。ただ、後者のような個別指導を行うためには、教科指導における熟練の指導スキルが必要であったため、どの教師もそうした指導ができるわけではありませんでした。そのため、陰では教師の指導能力の問題に帰されることもありました。ですが、どれも実態とは異なり、子ども自身はもちろん、誰のせいでもなく、発達障害やその特性があることで〈学びにくさ〉があったということがわかってきました。そうした事実を踏まえた教育を行っていくという判断が、特別支援教育への転換とも言えま

す。〈できない〉ことをバカにされたり、何かのせいにしたらず、それを出発点として、〈できる〉ことを積み上げて、子どもたちの生涯発達を支えることが特別支援教育に込められた願いでもあるのでしよう。

発達障害であることは、主として胎生期の脳の発達過程における非定型の脳機能の発達によって生じると考えられていますし、それを実証する研究成果が次々と報告されています。つまり、育て方や本人の意欲、あるいは教師の指導力のせいではなく、本人にあった指導の仕方で学びを重ねれば、多くの学習スキルを習得できるということも明らかになってきています。教育のなかでの子どもたちの学びを支えるために、いろいろな専門性が学びを支援することが必要です。連携というあいまいな用語で括られる支援のなかには、学びの支援に実際に有効なものもあれば、残念ながらそうでもないものもあります。この小論では、特別支援教育の現在に関して論じたのちに、その連携の課題について考えていきます。

II 特別支援教育で進んだ部分と残された課題

今までは養護学校（現在の特別支援学校）や特別支援学級に限定されていた特別な教育上のニーズに対応した教育から、通常学級における発達障害の子どもたちも含めた教育を可能にすべく、学校教育法が改正されました。そこには大きな前進があり、障害ある子どもたちを、可能な限り地域の学校で学べるようにする道筋が作られました。当初、自分のクラスに発達障害やその特性のある子どもが在籍している場合に、それを否定しようとしたり、困惑したりしていた教員たちも、現在は、どのクラスにもそうした子どもたちが在籍していることや、発達障害の子どもたちに対する教育指導のスキルを身につけていかなければクラス運営や教科指導が困難になることを認識し、少なくとも頭ごなしに叱りつけることは減り、指導を重ねる必要性が認識されるようになってきました。そして、不登校を示す子どもたちのなかに、

もともとの発達障害特性を持つ子どもが多いことも認識され、丁寧な教科指導や生活指導が必要なことも認識されるようになってきました。

しかし、課題も残っています。学校教育法の第81条では「幼稚園、小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校においては、次項各号のいずれかに該当する幼児、児童及び生徒その他教育上特別の支援を必要とする幼児、児童及び生徒に対し、文部科学大臣の定めるところにより、障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を行うものとする。：2. 小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校には、次の各号のいずれかに該当する児童及び生徒のために、特別支援学級を置くことができる。①知的障害者、②肢体不自由者、③身体虚弱者、④弱視者、⑤難聴者、⑥その他障害のある者で、特別支援学級において教育を行うことが適当なもの」の⑥に発達障害の子どもを想定したものの、その後の定義を明確にしないままきたために、いくつかの不都合が生じています。学校教育法における特別支援教育の基本的な対象は、いまだに特別支援学校が対象とする障害種別となったままです。このことが後述する問題の一因となっています。

小学校から中学校へと、特別支援教育を利用する子どもたちの数は増えていっており、その結果、中学校段階でも特別支援学級を利用している子どもが多くなってきています。しかし、現在全国で問題になっているのは、中学校までは自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍していた子どもたちの進路問題です。特別支援学校が対象とする障害の種別に発達障害も自閉症もありませんので、高等部が狭義の知的障害概念をもって入学の選別をした場合、知的障害のない発達障害の子どもは「門前払い」され、結果、適切な進学先が非常に乏しい、時には、県内で進学先がない状況に追い込まれています。高校生段階は、進路選択や職業準備教育において、生涯発達のうえでも非常に重要な時期なのですが、この段階に「穴」があることが大きな課題となっています。早急に学校教育法を

改正し、合理的配慮を欠く排除的な選抜にならないための工夫が求められます。

他にも、生徒指導や教育相談上の指導の配慮の観点から、発達障害の特性理解が進みつつある一方で、学習障害のある子どもたちへの教科指導方法の普及は進んでいません。その背景には、教科指導研究の専門家の少なさがあります。

III 教育に対する臨床心理学的支援の 実際と可能性

発達障害のある子どもたちにとっては、医療ケアは補足的なもので、支援の中核ではありません。わが国の支援の仕組みが「診断」を通行手形にしているために、あたかも医療ケアが連携の中心のように考えられていますが、実際にはそうではありません。日常生活の支援においては、子育て支援、保育、教育、福祉・就労支援が主に担うものです。特に学齢期は、学校教育が中核的な支援の場になりますので、学校教育と家庭をサポートしていくために、その他の支援機関は動いていくこととなります。しかし、実際には、こうした多職種間の連携作業は個人的な人間関係による場合が多く、うまくいっているとは言えません。個人的な人間関係が核だというのは実際の運用においてはいいとしても、支援の仕組みとしては不十分です。では、どうして、こういう不十分な体制しかできないのかといえば、多職種で協働ができる〈共通言語〉と〈ソフトウェア〉が構築されていないからです。幼稚園・保育所と学校との連携における、保育所児童保育要録の利用がいい例ですが、制度として情報共有が明確に義務付けられたにもかかわらず、資料は活用されていません。文章で記述する限り、保育所と学校が子どもを記述するのに違う〈言語〉表現を使っている以上、利用は難しいです。支援方法も同様です。

福祉と教育の連携はさらに困難です。双方が利用し慣れていないからです。ともに個別支援計画を立案していくのですが、それを共有していくこともなかなか実現できません。個人情報保護のう

えでの難しさもあるのですが、子どもを見る視点や使える制度設計が違うからです。例えば社会的養護の必要な子どもたち、児童養護施設に入所している子どもたちが地域の学校に通う場合には、常に困難が付きまといまいます。例えば、「行動」といった視点で子どもの状態像を共有し、子どもの〈学び〉を進めていく視点を持てるのであればいいのですが、学校は子どもの示す問題行動に手を焼き、施設も生活を見るのに精いっぱいです。児童相談所は虐待対応で追われて、発達障害の子どもへの支援に十分なエネルギーを注ぐのは難しくなっています。

こうした連携上の問題において、臨床心理学は何ができるのでしょうか。最初に明確にしておく必要がありますが、ここでは「ともにある」とか「共感する」ということで、お茶を濁すことができません。具体的に教育を核にした子どもの発達を保障していくために何かができることを求められています。表1に実際の教育的な支援ニーズの例をあげます。これらの支援ニーズに対応できるのならば、臨床心理学的支援は極めて有効でしょうし、連携の価値の高いものと教育からみなされることでしょう。しかし、実際にはスクールカウンセラーがこれらの課題のなかで提供できる支援は限られているという実態があります。

IV 臨床心理学の専門機関が連携することによる メリットと課題

先の表1にあげた支援ニーズのなかで、臨床心理学が提供できる最重要な専門性は、アセスメントでしょう。教師は教育技術を持つ、教育の専門家です。一定の教育相談のスキルを持つ教員も多いのですが、アセスメント、特にフォーマルアセスメントにおいて、必要なスキルを有していません。診断アセスメントよりも、実際の状態把握と個別支援計画立案に必要なアセスメントとしては、教育は教科指導を行うとともに生活を担っていく場所ですので、そこで生活する子どもたちについて、教師に理解しやすいアセスメントが実施

表1 臨床心理学が担う教育における支援ニーズ

子ども本人	主な課題
①教科教育における支援ニーズ	(1) 知的障害・学習障害への対応, (2) 不注意や社会性の困難による理解への対応, (3) 学業意欲の低下への対応
②身体管理における支援ニーズ	(1) 身体感覚・自己感覚の把握と調整, (2) 緊張の調節, (3) 感覚過敏への対応
③社会性の支援に関する支援ニーズ	(1) 学校での基本的な生活づくり, (2) 大人との関係づくり, (3) 子ども同士の関係づくり
④内向性の特性や問題行動に対する支援ニーズ	(1) 不登校やひきこもりへの対応, (2) 不安に対する対応, (3) 気分障害や強迫症状などへの対応
⑤外交性の特性や問題行動に対する支援ニーズ	(1) 他害や迷惑行為への対応, (2) 自傷行為への対応, (3) 触法行為への対応
家族	主な課題
①親子関係の調整に関する支援ニーズ	(1) 子どもの障害や特性に関する理解づくり, (2) ペアレント・プログラム, (3) ペアレント・トレーニング
②保護者自身の精神的健康に関する支援ニーズ	(1) 保護者の精神疾患への対応, (2) 保護者同士の関係調整, (3) 教師との関係調整
教師	主な課題
①子どもに対する支援方法に関する支援ニーズ	(1) 問題行動への対応, (2) 社会性などの支援課題と支援方法, (3) 学習障害への教科指導
②クラス運営に関する支援ニーズ	(1) 他児に対する子どもの障害の理解共有, (2) いじめ-いじめられの予防的対応, (3) 協力的雰囲気醸成
③保護者との調整に関する支援ニーズ	(1) 保護者との冷静な関係づくり, (2) 他児の保護者も含めた理解形成, (3) 保護者からのクレームへの対応
学校・教育委員会	主な課題
①学校運営に関する支援ニーズ	(1) 特別支援教育体制の整備, (2) 教員のスキル研修, (3) 特別支援学級や通級指導教室の活用
②自治体やコミュニティ運営に関する支援ニーズ	(1) 就学指導體制の整備と幼保小連携, (2) 就労支援も含めた卒業後の支援体制整備, (3) 障害者福祉との連携構築

できることです。投影法で感覚的に把握しやすくする工夫を否定はしませんが、「わかる人にはわかるけど、わからない人にはわからない」的なアセスメントは、生活を支える支援をする場所には有効ではない場合が多いです。できれば〈具体的に行動で把握する〉ことや〈客観的なスケールで数値化する〉ことが理解の共有を生みやすく、連携のメリットとなるでしょう。臨床心理学的アセスメントは、教育的支援の方向性を考え、個別支援計画を立案することに大きく役立ちます。適応行動を把握する日本版 Vineland-II 適応行動尺度が2014年秋にやっと出版されますが、かなり有用な資料を提供します。また、「研究」の視点から、子どもたちの発達状況や行動や認知を把握して、

発達経過を追っていくことも、その成果を教育実践に還元できるならば、重要なものとなります。

支援においても、もちろん、真摯に子どもと向き合い、じっくり話を聞くことは、それが可能な子どもについては有効ですので、行えばいいのですが、教師が支援に困る子どもたちは自分の感じていることをどう伝えればいいのかかわからないことが多いものです。それができれば、そもそもそれほど困らないのですから、それを伝えられるようにスキルを教えていくことも重要です。言語で表現できなければ非言語で描画や箱庭を実施するというのは、生活の支援を前提にすればあまりに不十分です。そこでは日常をともに過ごす大人や友人にどう伝え、どう言葉を理解していくのか、

どう身体緊張をやわらげるのか、受け止めていくとともに具体的なスキルを教えていくことが求められます。そして、有効な手法に関しては教師と共有し、現実でもスキルを使えるようにすることが求められます。また、現実には、子どもの両親などの当事者家族や、当事者家族会（親の会）などとも連携した行政への働きかけが重要になる場合もあります。

臨床心理学的支援を行う臨床家が、連携において何をしようと思うのか、そして教育側からの支援ニーズをどう把握し、地域の他の職種にどうつなげていけるのか、課題が多いものです。学習障害のなかでの、読字や書字の問題、あるいは計算などに対する指導スキルの提供など、研究面での知見をさらに積み上げないと、連携しようもない課題もあります。

臨床心理学の観点から、教育現場のなかでの未解決課題を解決するための具体的な方略を見つけ、教育現場で活用できるように普及することができれば、教育だけではなく福祉や就労支援にとっても、連携するメリットがあるのでしょうか。そのためには、大学の相談室にこもっているだけでは仕方ないわけですので、教育現場に参加し、新しいアセスメントや支援の手法を、世界標準の方法論と対比しつつ、開発していくことが望まれます。自分が習った手法を適用していくという自

分に向けられた視野にとらわれず、今日の前にいる発達障害やその特性のある子どもと、その支援を日常のなかで行っている現場の教師たちのために、有効な支援を作り出すことができれば、そうした手法を基に、異なる職種の人たちが〈共通言語〉で話し合うことができるでしょう。支援は目の前の子どもに合わせて創り出すものだという全体的な構図のなかで、共同制作者としての現場の人との関係を結んでいくことこそが、連携と呼ぶことができるのです。

▶文献

- 辻井正次 編著 (2011) 特別支援教育 実践のコツ—発達障害のある子の〈苦手〉を〈得意〉にする. 金子書房.
- 辻井正次 編著 (2012) 楽しい毎日を送るためのスキル—発達障害ある子のステップアップ・トレーニング. 日本評論社.
- 辻井正次 (2013) 発達障害のある子どもたちの家庭と学校. 遠見書房.
- 辻井正次 (2014a) 発達障害 障害特性に応じた支援のあり方—地域連携ネットワークによる支援. 公衆衛生 78-6 ; 378-381.
- 辻井正次 編著 (2014b) 子どもの心と学校臨床 第10号 (特集: 発達障害の子どもたちを基本とした学校臨床の再構築のために). 遠見書房.
- 辻井正次 監修, 明翫光宜, 染木史緒, 伊藤大幸, 松本かおり 編 (2014) 発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン. 金子書房.

【特集】シリーズ・発達障害の理解⑥ 発達障害を生きる

発達障害児を支える生涯発達支援システム

辻井正次 Masatsugu Tsujii

中京大学

I 発達障害の人たちを誰がどこで支えていくのか

発達障害、その代表例である自閉症スペクトラム障害 (ASD) を例に挙げれば、少なくとも胎生期にはスタートしている脳機能の非定型発達を基盤とするものであることがわかってきており、脳の機能の差異から生じる症状や状態像の特異性は発達やその後の環境条件などで変化しつつも、完全になくなるものではないことが明確になってきている。また、ASD 特性や ADHD などのその他の発達障害特性がある場合には、社会的な不適応状態に陥りやすく、さらには、特に成人期以降、気分障害 (抑うつ) などの精神疾患を合併しやすいことが知られている。脳機能の非定型の発達があるということは、定型発達と呼ばれる他の多くの人たちが平均的にできる社会的に重要な行動や認知などのいくつかは自然には生じにくいことを意味する。にもかかわらず、社会的に相応の適応行動を取っていかなければならないということは、本人がそうした適応行動を学べるように、周囲が教えていかなければならないということになる。そこでは、関係性を整えて自然に学びやすくして教えていく方法も、構造化して明確に1つ1つの行動を教えていく方法も含めてである。つま

り、発達障害の人たちは、どこかで誰かが何らかの支援を提供していくことで、適応行動を学んでいく人たちであると言える。

しかし、定型発達の人たちが当然できることを“当たり前・普通とする”という前提で社会や文化は成立しており、社会的に明確な欠損や機能障害があると認識されない限り、社会は教えていくというスタンスよりは排除するというスタンスを取りやすく、結果、適応状況の悪化に帰結する。実際に、何らかの精神症状化を来たすような場合には、背景に発達障害特性がある場合が少なくなく、特に子どもの場合には、むしろ多くは発達障害特性が背景となっている。にもかかわらず、クライアント中心療法や精神分析的な心理療法のみで支援を構成しても、こうした心理療法の治療モデルが定型発達を前提としているために、かえって悪くなるが生じてしまう。診断アセスメントがなされ、生活や教育、福祉的な支援の支えがあるうえで補足的にさまざまな支援手法が取り入れられるのはいいとしても、そうでない場合、現実的な支援が優先されることを確認しておきたい。心の専門家ですらも適切な支援ができていない現状を考えると、発達障害の人たちを支援するということは簡単ではないことがわかる。

II 障害の重さ—軽さで何が変わるのか

障害が発達早期から明確にわかる、いわゆる障害が「重い」場合、乳幼児健診や一般の小児科診療のなかで、発達の遅れや特異性に気づかれ、結果、早期から継続的な支援につながっていく場合が多い。それでもなお、支援を拒否し、障害を否認する家族がいるのも事実であり、地域の公的な立場で支援をする保健師や保育士やソーシャルワーカーの頭を悩ませることになる。「子どもに障害がある」という事実は、その家族のなかの異質なものの受け入れやすさが少ない場合には、より受け入れにくくなるようである。継続的な医療ケアと結びつく場合には、それでも支援につながるのだが、本質的に、発達障害支援において医療ケアでできることはほとんどないため、診断がされても支援につながらないという事態に至る。

さらに、障害が（特に見た目）わかりにくい場合、支援を求めても先述したように医療機関では受けられず、しかし、医療と障害児者福祉が連携していないために福祉的支援にもつながらず、自治体などが十分な障害児の支援の枠組みを用意していればいいのだが、多くの自治体ではそうではないため、「様子を見ましょう」と支援が受けられない状況が継続していくことになる。現在、障害者福祉総合推進事業などで、この『臨床心理学』誌上でも連載している「ペアレント・プログラム」を普及させていく取り組みが進んでいるものの、現状は、そうした最低限の支援パッケージすらないのが実態である。現状、特に障害が「軽い」場合、その子どもがどこに生まれたかがその後の幸福に大きな影響を与える実態がある。障害があろうがなかろうが当たり前地域で成長していくノーマライゼーションの枠組みのなかで、障害の「軽い」とみなされた子どもたちは成長していく。これ自体は好ましいことである。ただし、そうした発達障害に対する「合理的配慮」を支援する保育士や教師が十分に理解し、具体的な支援の基本くらいは学べる状況があり、そうし

た保育園に対しての保育所等訪問事業を地域の児童発達支援センターが行っていたり、小中学校などに派遣されているスクールカウンセラー（SC）が十分な支援技術をもっている場合はそれでいいのだが、そうでなければ適切な支援を受けられないという状況に陥る。SCは人の一生の幸福に関わる、それだけに責任が重い仕事である。基本的な診断アセスメントや適応評価のアセスメントができることはそれゆえに重要である。

障害が「軽い」とみなされることによる支援の難しさは、就労段階になって直面するようなことも多い。適切な支援を受けてこないということは、適切な適応行動を学び損ね、失敗をして自己評価を下げるという繰り返しになるので、ますます社会適応を難しくする。どのように行動すればうまくいくのか、その基本的なスキルを教えられているのかどうか重要で、しかも定型発達であれば「普通は知っていて当然」のことがわからないので、本人も周囲も困ってしまうわけである。「困ったら助けを求めろ」「テンションが上がったらクールダウンしよう」というのは、社会的には「当たり前」とみなされることでも、それを教えられて覚えていく人もいないということを周囲がわかっていないと大変である。こうした基本的なスキルは、アスペ・エルデの会のワークブックや関連文献を参照していただければと思う。

III 人が生きていくうえでの支えの問題は誰かが何とかしてくれるわけではない

ここまで見てきたように、実際、今のわが国では、発達障害であることが自然と把握され、発達障害に必要な支援が提供されるという状況にはない。つまり、社会的な制度や仕組みとして、自然に誰かが何とかしてくれるわけではない。実際、本人と家族が納得して診断を受け、障害者手帳を取得したとしても、誰かが障害者手帳を持っていることを知って助けてくれるわけではなく、障害者手帳を持っていることを申告しない限り支援は提供されない。母子保健、子育て支援、保育、教

育、福祉などが縦割りで構成されているわが国では、今のところ、ライフステージを通じた支援を公的に提供することは容易ではない。では、民間の枠組みでそれができるのかと言え、それも簡単ではない。発達障害の診断を受ける子どもたちが増え、お金を出せば支援を受けられるようになってきている。それでも、幼児期までとか学齢期までとか、機関の対象年齢で途切れてしまう場合も多い。創設者の熱意が強い場合や大きな法人であればいくつかの機関を連携させて支援をつなげることもできるが、そうもいかない場合が多い。結局、医療機関が定期的に把握している唯一の場所だが、医療機関が支援を提供するわけでもない、という矛盾に至る。

特に、成人期以降の支援を考えると、なかなか難しい実態がある。近年の大学での発達障害学生への対応など、発達障害に対応した合理的な配慮のための取り組みが進みつつある。しかし、企業においては、障害者雇用枠での就労でも課題が多く、また特に一般枠で就労している発達障害の人たちに対しては合理的な配慮を求めることすら難しい。就労しながら心身の状態をそれなりに維持していくことには支援が必要である。友人などもないことも少なくなく、余暇をどう充実させていくのか、課題は大きい。障害者福祉事業所を利用している場合には、支援もあり、同じ事業所の仲間もいるのだが、就労して企業に入ってしまうと、仲間と出会う場所も減り、孤立してしまう場合が多い。結果、調子を崩して、失職してから支援に辿りつくという事態が全国で生じている。

IV 当事者主体でのささやかな取り組み

支援が公的に提供されるのを待っていても仕方がないので、当事者家族や当事者と専門家が協力して支援を構築していこうという取り組みが「アスペ・エルデの会」である。アスペ・エルデの会については、すでにいろいろなところ書かれているので、詳細は譲るが、簡単に紹介しておく。1992年に当時名古屋大学児童精神科グループの

杉山登志郎氏（現、浜松医科大学特任教授）と筆者とで始めた研究プロジェクトからスタートしている。ほぼ同時期に、名古屋市立大学小児科発達グループの石川道子氏（現、武庫川女子大学教授）からも参加し、名古屋地区発での取り組みとして行われていった。当初、学習障害のためのプロジェクトであったが、新聞の記事をきっかけに訪れた子どもの多くはASDであり、医療機関で診断はできても支援はできないということで、支援のためのグループをスタートした。アスペルガー障害の「アスペ」とLD（エルディ）の「エルデ」を取り、「アスペ・エルデの会」とした。イベント的な療育的な内容の会を行い、3年ほどで100人規模のグループとなり、「大学」という場所で当初は活動を行っていった。しかし、大学という枠組みでは生涯発達に向けての対応ができないこと、あまりに未整備な状況で支援の受け皿を作っていく必要があったことなどを踏まえ、地域での発達支援システムに仕組みを組み替えた。東海地区のなかで10カ所ほどの支部を置き、各支部で月に数回の「学習会」を行うことになった。しかし、地域システムに移行する段階で、3分の1ほどの家族は、自分たちで運営をするのは大変だということなどで会を去っていった。専門家は「してくれる」人で、当事者や家族は支援を「してもらおう」人だということでは、支援が進まないのだが、それは全ての人に理解してもらえないことではない。それでも社会に対してしっかり取り組んでいこうというのが、多数の方には理解してもらえ、先に進むことになった。2000年から現行の地域支援システムに変わり、2002年にNPO法人化している。

ちょうど同時期に、ASDの少年が殺人事件の加害者となる事件が生じたことをきっかけに、知的障害のないASDの人たちへの支援体制の不十分さが課題として挙がり、与野党の国会議員や厚生労働省との話し合いの場が持たれた。一方、今の一般社団法人日本発達障害ネットワークの母体となる、当事者団体連合が構築された。同時に発達障害の支援を考える議員連盟が立ち上がり、「発

「発達障害者支援法」が2004年12月3日に成立している。当事者や当事者家族が主体となって動くことで、初めて社会が変わっていくことを示す結果にもなっていた。その後、発達障害者支援法を前提として、障害関連法規が改正され、支援の仕組みができつつある現状である。

しかし、それでハッピーエンドかというところ、そういうわけではない。先に述べたように、わが国の縦割り行政のなかでは、生涯発達の中でライフステージを通じた支援を構築することは容易ではない。また、大きな問題として、成人期以降の生活の支援をどうしていくのが課題である。これは福祉関係の人が考えればよいことで、心理領域は関係ないという誤解をもっている臨床心理関係者も多いのだが、生活基盤が確かなものになって初めて心理的な支援の重要度が増すことを考えると、明確に問題意識を共有すべきである。保護者となる親たちが生きて支援をできているうちはまだ何とかなっていても、「親亡き後」を考えていくと、わが国はまったく支援が未整備な状況のままになっている。今後は大規模入所施設が新設されない以上、地域のなかで「親亡き後」も安定して支援を受けられる仕組みを作ることが必要になる。その際、「どこで誰とどんな風に暮らしたいのか」を当事者視線で考えていくためには、そして、それが実際にできているのか、あるいは適切な支援を提供できているのかを審査できる状況を作るには、当事者視線や受け皿としての当事者団体はやはり必要である。

アスペ・エルデの会は、現状、18歳以上の当事者本人が100人近くになり、今後の「親亡き後」の支援の枠組みを作るために、ハード面とソフト面の両方の取り組みを進めている。1つは独り暮らしのための訓練的な意味も含んだグループホームの設立、もう1つは当事者の独り暮らしに向けてのライフプランニング・スキルの勉強会である。いろいろな観点での学習が必要で、彼らの困った問題を聞きながら1つずつ構成してきている現状である。ASDの人たちなりに「親亡き後」

を想定しようと思っても、社会性の苦手さがあるため、未経験のことを考えるのは苦手であり、「うちの母は死にません」と真面目に答える人や、「母が死んだら自分は生きていけないので一緒に死にます」と言い出す人も出てくる。しかし、1つずつ整理していくことで、取り組む方向性を見つけていくことができる。成人期・中年期の課題が明確になってきたことで、思春期や児童期、幼児期の課題が改めて明確になってきている。関係性に焦点化してやりとりができたところで、その後の「困ったら助けを求める」スキルなしには適応的に生きていけない。また、内的な自分への気づきを遊びなどで象徴的に示せたところで、「具体的に自分がある場面でどう振る舞えばいいのかわかる」スキルなしに、学校や社会のルールを身につけることはできない。さらには、実際の自分の存在の不確かさを語れたとしても、「将来のことを考える仕方や、気持ちの調整の仕方」のスキルを身につけることなしには長い成人期以降の生活を生き延びていくことはできない。生涯発達の中で必要な支援を考えるためには、縦断的に成長を把握していることは必要で、そこでの経験を支援者側にとって世代を超えて共有できる仕組みにするために、幼児期から成人期に至る過程で必要なスキル・トレーニングの内容を取りまとめているのがアスペ・エルデの会の取り組みでもある。地域のなかで、支援を必要とする発達障害の人たちを支えていくためには、当事者の活動を支援できることが必要で、“面接室で話を聴く／箱庭をする”というイメージから脱して、より社会にとって必要とされる社会的な仕事・場に参加することが求められると言えよう。

▶文献

- 辻井正次(2013). 発達障害のある子どもたちの家庭と学校. 遠見書房.
 辻井正次 編 (2012) 楽しい毎日を送るためのスキル—発達障害ある子のステップアップ・トレーニング. 日本評論社.

発達障害の人たちの親亡き後を考えるために —地域の中での生活を支援する(2)

辻井正次

中京大学現代社会学部

1. はじめに

時々、外来をやっていて苦笑いすることがあります。例えば、高校に入学が決まった自閉症スペクトラム障害 (ASD) のお子さんの親御さんから、「これで大きな山を越えることができました。お世話になりました」というセリフをもらったりする時なんかがそうです。確かに、学齢期や思春期にあたる小学校や中学校は、学校という独特の文化を持った場所での適応の問題が大変であるのは確かでしょう。そして、高校にあがると、特に偏差値の高いところほど、学校生活そのものでの混乱が多くない場合は確かでしょう。しかし、高校以降、どう大人になっていくのか、というテーマは、小中学校の段階よりもはるかに深刻な課題であることが多いです。特に、30歳代以降、どこで誰とどんな風に過ごしていくのかは大きな問題で、そうした問題を考え始めるのは、高校生くらいの時期から始めるのがスムーズだと私たちは考えるようになってきています。高校入学は、いわば次のもっと険しく高い山の入り口に過ぎないのが、私の失礼な苦笑いの理由です。高校や大学の卒業後、就労を何年か過ごしてからが本当の大きな山に入ります。

ASDは「成長して普通になる」ようなタイプのものではなく、かなり個性的な部分を持ちながら「個性的に成長していく」もので、それ故に、一定のスキル・トレーニングとありますが、日常生活でうまくいくためのコツを覚えてもらうことが必要になりますし、コツを教えていく前提としてペアレントプログラムなどの養育者の頭の整理が必要です。

そして、今回の小論の主題は、どうやらASD青年本人のスキル・トレーニングにおいても、親御さんたちの頭の整理においても、成人期に向けての大きなプログラムの変更が必要だということです。実際、すでにASD青年本人の支援においては、ライフプランニングスキルのプログラムを中心に、自立に向けてのいろいろなプログラムに取り組んできています。そこで、次は親御さんたちのためのプログラムに関して考えていこうという内容になります。

2. 家族にとって必要な、発達障害のある青年たちの自立に向けた準備

さて、高校生以降で何が変わるのかを考えてみます。まず高校において、特別支援学校を選択した場合と、一般の高校を選択した場合とで、高校生活は大きく異なります。どちらがいいとは言えません。これは本人と家族が決めることです。最近、大学における発達障害学生の支援がよくなってきていることもあり、大学に進学するASD青年も多くいます。地域ごとでの雇用状況で、進路や就労の取り組みは大きく変化していきます。

特別支援学校に進学した場合、就労に向けての学校ぐるみでの方向付けがありますので、本人はもちろん、親たちも就労に向けての取り組みはしやすいものです。学校の指導の中で、就労までのスキルをしっかりと教えていただけることで、就労移行はスムーズに行くことが多くなってきました。しかし、問題はそこからです。企業就労はスムーズにいても、その後の就労を維持し続けることははるかに困難です。企業において、人事異動は

当たり前のことで、本人の仕事や持ち場が変わらなくても、上司や同僚は変わっていきます。20歳代くらいまでは、まだ「若い子」ということで、ミスなども大目に見てもらえたとしても、30歳代になるとそうもいきません。特別支援学校のフォローもその年数までは追えません。障害者福祉サービスを利用しているといいのですが、企業就労しているような場合、福祉サービスに結びついていないことが多く、職場でうまくいかず、調子を崩して、仕事を辞めることになってから支援の場を訪れる成人が少なくありません。

一般の高校に進学した場合はさらに複雑です。一般の高校の場合、進学校は大学進学に方向付けますので、特に適応上の問題が大きくなれば高校での勉強と受験勉強への取り組みのために、自立に向けた方向付けはなされません。大学に進学してからは、学生相談室などのサポートで学生生活がうまくいく青年は増えてきましたが、就労までのサポートは難しく、一般就労のための就職活動に挫折して、障害者雇用枠の就職活動に移り、それでも見つからないと就労移行などの事業所への利用を考えるようになり、やっと福祉サービスにつながるという感じです。就労に向けての基本的な方向付けができていない場合が多く、職業訓練を受けることでやっと方向付けが進んでいきます。就職してからは、特別支援学校卒業の場合と同じです。一般就労でも、就職した企業の企業風土や同僚に恵まれれば、それなりに過ぎてはいくのですが、中間管理職になったりする段階で調子を崩してしまう場合が多いように思います。別にASDであろうがなかろうが、中年期は大変な時期であるわけです。

そうした成人期から中年期の、社会人生活を支える家庭生活において、ASD成人たちは別の課題を持つ人が多いように感じています。趣味などの仲間をうまく得ることができ、なおかつ、そうした仲間たちが（独身のままだったりとか）趣味生活の過ごし方を変えないようなときは、友だちもいるプライベートな時間として充実するわけですが、それはそんなに多くないように感じています。いろいろな意味で、20歳代は、まだまだ仲間たちが独身で今まで通りの関係が続いていくのですが、30歳代に入ると、友だちとのやりとりが減ってい

く人が多いように思います。アスペ・エルデの会のようなグループの中で、広い意味での仲間と過ごす活動がある場合はまだいいのですが、仕事以外で他者と会話が乏しいというような話を聞くことも稀ではありません。

親たちが若いうちはいいのですが、親たちも50歳代あたりからは、自分の健康の問題や、両親の介護問題などなど、成人になった子どもたちとの関係の在り方が変化し、今までのような動き方ができなくなっていくようです。子どもたちもなかなか子ども時代のように親の言うことを聞かなかったりもしますし、そのなかで、親子のどちらかまたは両方が調子を崩すと、一気に仕事に行けなくなるほどの不調に至る例をいくつも見るようになっていきます。

高校生の子どもの親たちにとってはわかりにくい現実かもしれませんが、それでも、今、高校生の子どものASD特性がなくなるわけではなく、支援が必要でなくなるわけではないので、社会人になった自分の子どもの現実的な姿を予測していくことは、大事なことだとも思います。

3. 「お年頃ペアプロ」の必要性

最近、いろいろなところで書いてきていますが、主として幼児期の子どもたちの保護者を対象として考えてきた「ペアレントプログラム」が全国的な普及の取り組みにあります。政策的には、幼児期のものといえますが、実際のプログラムは別に思春期あたりの子どものたちにも有効なものです。過去に、成人期になったASDの人たちのプログラムを行ったこともあります。基本的には変わらないのですが、やはり変えないといけないところがあるかなと思っています。「ペアレントプログラム」では、「行動で考える」「(困ったところを叱るのではなく) 代わりにできた適応行動に対し、できたことを誉める」「仲間と出会う」の3つのポイントをもつプログラムです。ですので、確かに基本は変わらないのですが、適応行動の中身が、やはり子どもと大人とでは大きく異なるのだと思います。

成人期に向けての取り組みは、海外でもいろいろ取り組まれるようになっていきます。Wisconsin-

Madison 大学の Waisman Center では、Transitioning Together program というプログラムを14-17歳の子どもと保護者を対象に取り組んでいるようです。8週間のプログラムで、複数の子どもと保護者が一緒に取り組みを進めていくことで成果をあげているようです。今年のIMFAR（国際自閉症研究学会年次大会）では、同じ研究チームによる成人期に向けての縦断研究において、家族の子どもへの対応が肯定的な方が、子どもの成人期の生活の質をよりよくする方向への効果を持つことも示唆されていました。成人期以降の生活の質においては、中等教育以上の教育を受けることや仕事を持っていることなど、他にも重要なポイントがありますが、それらと同じく、家族の将来を見越した対応も重要な観点であることは間違いのないでしょう。

こうした知見を踏まえて、「お年頃ペアプロ」を15-22歳くらいのお子さんを持つ保護者対象に実施しようと考えています。今年度からスタートします。ASD成人本人のライフプランニングと並行した取り組みを考えています。

4. 家族の準備、本人の準備、 社会の準備

成人期、特に、中年期以降において「親亡き後」を考えていく上で、社会的な制度を作っていくことは不可欠です。しかし、それで何とかなるかと

いえば、そうではないのでしょうか。かつて、ASDの子どもを持って、「親亡き後」を考えるとえば、イコール「施設入所」という発想でした。しかし、世界の動きのなか、わが国においても障害をもつ人たちの自己決定・人権を最大限に尊重し、地域のなかで当たり前で暮らしていける社会を構築していくことを決めており、地域で当たり前で楽しい人生を歩んでいくためには、グループホームというハードがあるというだけではなく、ソフトウェアとして、本人たちの準備（ライフプランニングなど）や、親の準備（お年頃ペアプロ）が必要になってくるのでしょうか。プログラムの概要は、厚生労働科学研究などの取り組みを経て、また報告していきます。

現在、自閉症の国際学会に参加すると、どの学会でもメインプログラムの1つは成人期の問題です。「親亡き後」に関わる問題は臨床家たちの関心の的となっています。成人期の支援の再構築をどう行っていくのか、世界中の研究者や実践家が悩んでいるところで、私たちも同じように悩んでいくことになります。

文献

Smith, L. E., Greenberg, J. S., and Mailick, M.R. (2012) Adults with autism: outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. *Curr Psychiatry Rep.* ;14 (6):732-8.



自閉症のPET研究について

中村和彦* 鈴木勝昭** 尾内康臣*** 辻井正次§ 森 則夫**

KEY WORDS

・PET
・セロトニン・トランスポーター
・活性型ミクログリア
・末梢マクロファージ

SUMMARY

自閉症は脳内セロトニンの機能異常によるというセロトニン仮説が最も有力視された。われわれはPETにより、自閉症脳内の広汎な脳部位におけるセロトニン・トランスポーター脳内密度の低下を明らかにした。さらにその低下は自閉症の中核症状である社会性の障害やこだわり症状と関係していることを見出した。自閉症に関する免疫系の異常については各種の研究があるが、われわれはミクログリアに注目した。ミクログリアは、感染、出血、虚血での貪食、脳細胞の保護、神経回路形成や神経伝達の恒常性を維持する役割をもつ。PETにより、自閉症脳内の広汎な脳部位における、活性型ミクログリア増加を明らかにした。そして活性型ミクログリアが多いほど、社会性の障害が子どものころも現時点においても強いことを見出した。自閉症は遺伝的要因と環境的要因によって胎生期において骨髄系などに影響を受け血管脳関門が閉じられる前に末梢マクロファージが脳内に移行する量が増え、胎生期から活性型ミクログリアによって脳内のセロトニン系などのシナプス形成障害を起こし自閉症の病因となると推測した。

はじめに

自閉症発症の遺伝的要因と環境的要因について

自閉症は高血圧症、糖尿病などと同様に遺伝的要因、胎生期での環境要因他、多くの事柄が関与する多因子疾患であることが定説となった。自閉症は家族性の疾患や遺伝病ではない。自閉症の発症は、約400個の遺伝子が関与し、人によって遺伝子の組み合わせが違い、特徴としては孤発例（家系の中に他に自閉症の人がいない）が多いと報告されている。図1で示すように遺伝的要因としては、さまざまな遺伝子が報告されている。自閉症では、一卵性双生児の一致率が70~90%であり、従来遺伝的な関与が強いと考えられ、さまざまな自閉症関連遺伝子が報告されている¹⁾。環境要因としても、各種報告があ

り、最近では遺伝的要因よりは環境的要因のほうが強いと報告され、新しい双生児研究によると自閉症の環境要因は55%と報告された²⁾。環境要因としては、父親の高年齢、体外受精、出生時低体重、多産、妊娠中母体感染症などが報告され、最近では妊娠中や、生まれてから1年における大気汚染のPM2.5、PM10が自閉症と関連しているとの報告がある³⁾。

1. 自閉症の画像研究について

脳科学の最近の進歩、検査機器の向上に伴い、自閉症に関する精神医学研究は日々進んでいる。さまざまな研究手法の中で、画像研究は直接脳の様子がわかることより注目されている。自閉症の画像研究に関しては、MRI (magnetic resonance imaging)、SPECT (single-pho-

NAKAMURA Kazuhiko, SUZUKI Katsuaki, OUCHI Yasuomi, TSUJII Masatsugu, MORI Norio/* 弘前大学大学院医学研究科神経精神医学講座, ** 浜松医科大学精神医学講座, *** 浜松医科大学メディカルフォトリクス研究センター, § 中京大学現代社会学部

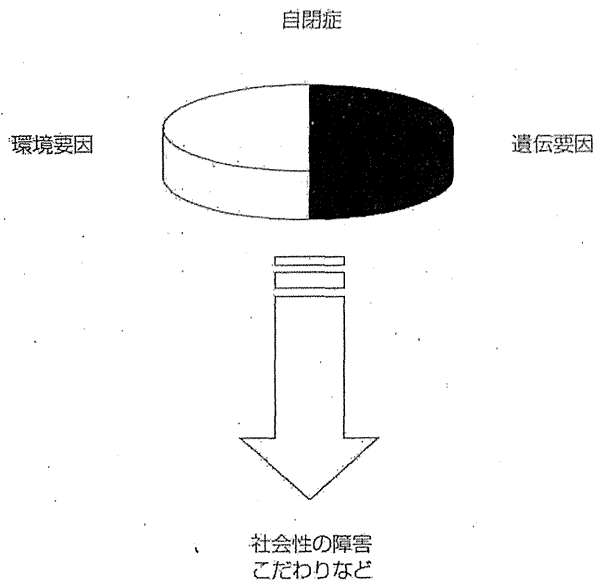


図 1. 自閉症の環境要因と遺伝要因

環境要因：父親の高年齢，体外受精，出生時障害，低体重，多産，妊娠中母体感染症，夏の出産，大気汚染 (NO₂, PM2.5, PM10)²⁾

* 遺伝的要素が 37%，妊娠中・新生児期早期の環境要素が 55% のリスクが想定される²⁾

遺伝要因：一卵性双生児の一致率，Fragile X mental retardation 1, Neuroligin3, 4, Neurexin 1, SHANK3, Contactin-associated protein-like 2, Protocadherin 10 他さまざま (1%程度)，CNV (copy number variation) (7~10%)，Genome-wide association study (GWAS)，OR (odd ratio) 1.1~1.3 倍，epigenetics.

ton emission computed tomography). PET (positron emission tomography) を用いた数多くの研究が報告されている。また研究内容についても，神経伝達系の異常，脳の構造や大きさの異常，表情認知や追視の異常などさまざまな報告がある。筆者らはその中で，PET を用いた自閉症研究を行っている^{4)~6)}。PET は脳内における神経伝達機能の測定が可能である。ドパミン系，セロトニン系，アセチルコリン系，ベンゾジアゼピン系，ヒスタミン系などさまざまなトレーサー (分子プローブ) があり，それらを用いることで脳内の生化学的過程の画像化や定量的解析ができる。

2. PET について

PET について少し解説をする。PET とは positron emission tomography (陽電子放出型断層撮影) の略称



図 2. PET スキャン

で，陽電子 (ポジトロン) の体内分布を画像化する撮影法である。ポジトロンは，電子と同じ質量をもち，電子とは正反対のプラスの電荷をもっている。PET はサイクロトロン，薬剤合成標識装置，PET 装置という一連のシステムによって支えられた統合技術であるとともに，工学，物理学，化学，薬学，医学知識の産物である。PET では，生体内の生理的・生化学的情報をとらえることが可能である。さらに，生体内のいろいろな機能を調べることによって，病気の早期診断や治療後の経過を知ることができる。特に，脳疾患，心臓病，腫瘍に対しては，個々の機能的異常を正確かつ事前につけられるという点で優れた検査法である。このように，PET は科学および社会に貢献する先端技術である。われわれの PET は頭部専用 PET スキャナ (SHR12000, Hamamatsu Photonics KK, Hamamatsu, Japan) を用いた (図 2)。最近 PET によるがん検診が日本各地で行われており，PET の機械が普及した。われわれの用いた PET スキャンは，頭を入れるための穴 (ガントリー) がある。がん検診用だとこの穴は体が入るぐらい大きさであるが，これは頭部用につくられた特別な PET で，穴が小さいので，ここに頭を入れると，センサーとの距離が近く精度の良い値を取ることができる。サイクロトロンは隣の施設にあり，トレーサーを研究所で化学者が生成の具合をチェックしながら合成する。PET は，イメージングの専門家である浜松医科大学・尾内康臣教授，放射線技師，画像解析のコンピューター専門技師，トレーサー合成担当，浜松医科大学のスタッフなどいろいろな方が共同で行う。1日に2人しか撮影