

発達障害について考える

共に生きる社会の構築



社会研究部門 研究員 米澤 慶一

kay@nli-research.co.jp

1—はじめに

近年、発達障害という言葉を目にする機会が増えている。多くは小学生位の成長期にある子どもの特異な行動と併せて伝えられ、注意力が持続せず教室の内外を駆け回ったりして学級崩壊の原因を作る注意欠陥・多動性障害（ADHD）、記憶力や計算力は優れているのに人の心や言葉の裏を読むことが苦手なアスペルガー症候群等がその代表例として挙げられている。また、職場での意思疎通が不得意、机周りや部屋を全く片付けられず、ビジネスの場面でも「空気を読む」という事が出来ない、いわゆる「大人の発達障害」に関する話題も、一般向けの関連書籍の出版や報道などによって多くの関心を集めつつある。

しかし、発達障害とはそもそも何か、その発症の原因は何か、どのような治療の仕方があるのかを知っている人は意外に少ない。さらに、本人並びに周囲の人にとっても、発達障害とどのように向き合って社会生活を営むことが適切なのか、例えば、発達障害者にはどのような職業やライフスタイルが向いているのかといった具体的な事柄に詳しいとは限らず、まして本人・家族以外の世間一般にはほとんど知る由がないものと思われる。

発達障害は、明らかに独立した個人としての生活を営むことが難しいほどの症状を呈する場合がある一方、本人・家族が発症したことにすら気付かないケースも多いという位に幅の広いものである。本稿では、発達障害について、その概念と周辺環境の現状・課題を簡潔に整理し、発達障害を持つ人々と彼らに関わりつつ皆が共に生きる社会を構築するために、必要な健常者からの支援や自助努力のあり方について検討を加えることを目的とする。

なお、時に「発達障害は病気ではない」とする主張がなされることがあり、その背景には恐らく「統合失調症やうつ病等の精神疾患と混同されたくない」、「病気なら治るが、障害は治らない」といった様々な意見・理由があるものと思われる。しかしながら、全ての病気が治るとは限らず、障害にしても好転はもちろん根治する事もあり得るため、本稿では発達障害を広い意味での病気として捉え、その肉体的・社会的苦痛や不便を軽減する方途を探ることを目的とする立場を取っている。

2—発達障害とは

1 | 疾病としての認知と定義

発達障害（development disorder）は、人間の機能と形態の成長段階である発達期（乳幼児期～18歳）に生じる精神面・運動面の発達における障害である。もとより発達障害は広範な概念であり、そのうち本稿での議論の対象とするのは、発達障害者支援法（2005年4月施行）に規定された発達障害、すなわち自閉症（autistic disorder：AD）、アスペルガー症候群（Asperger syndrome：AS）その他の広汎性発達障害（pervasive development disorder：PDD）、学習障害（learning disability：LD）、注意欠陥多動性障害（attention-deficit hyperactivity disorder：ADHD）、その他これに類する脳機能の障害である^{（注1）}。

広義の発達障害は、重症心身障害（重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複）、脳性麻痺等による、重度の知的障害等を含むが、これらは発達障害者支援法に明記された障害に含まれていない。この事は、従来より認識されてきたこれらの障害については、知的障害者福祉法や身体障害者福祉法、あるいは児童福祉法によって行政上の対応がなされてきた一方で、法的根拠を持たないASやLD、ADHD等への公的支援が立ち遅れていたという背景があり、そうした状況を打開する第一歩として発達障害者支援法の成立が求められたという経緯を示唆している。

結果として、発達障害者支援法条文に明記された障害を持つ障害者は、知的発達に遅滞が見られない者であることが与件として想定され、将来的には個人としての日常生活を円滑に営み、勤労者として社会生活を営み得る（少なくともその可能性が高い）存在として捉えられると思われる（具体的には世界保健機構（WHO）による「国際疾病分類」（International Classification of Diseases：ICD。現在版はICD-10）が規定する知的障害度「軽度」：IQ50～69より上の知能指数を持つ事が目安となる）。

[図表-1] 知的障害の等級

等級	IQ	解説
軽度	50～69	9歳から12歳位の知能。概ね働くことが可能で、良好な社会関係も築き得る。
中度	35～49	6歳から9歳位の知能。自活のための技術をかなり身に付けられるが、社会生活において様々な支援が必要。
重度	20～34	3歳から6歳位の知能。継続的な生活支援を要する。
最重度	20未満	3歳未満の知能。日常の起居動作レベルも独力でこなすことは難しい。

（資料）World Health Organization (WHO), ICD-10 Version : 2010, “Mental and Behavioural Disorders” (F70-F73).

発達障害の兆候は通常3歳頃から明らかになり、その発症の仕方は多岐に亘る。ただし中核症状の基本を成すのは自閉症のそれであり、① 対人関係の維持・構築の困難や無関心（社会性の障害）、② 言語／コミュニケーション上の障害、③ 特定の行動・興味へのこだわりや固執（イマジネーションの障害）が、程度の差こそあれ何らかの形で現れる。


上記の3特性について提唱したのが、自身自閉症の子を持つイギリスの児童精神科医ローナ・ウィングであり^{（注2）}、彼女はまたオーストリアの小児科医ハンス・アスペルガーによって1944年に報告された、言語コミュニケーション上の障害のほとんど無い自閉症例、いわゆるアスペルガー症候群の再評価を行なったことでも知られている（1981年）。さらに彼女は1980年代後半、1943年に世界で初めて自閉症についての症例報告を行なった米国の児童精神科医レオ・カナーの業績やその後の自閉症研究

の発展経緯を踏まえた上で、それまで別個の障害ないし病気として分類されることもあった一連の自閉症周辺の症例に共通性を見出し、さらにそれらを健常者の精神のありようにまでつながる連続体（スペクトラム）として捉える「自閉症スペクトラム障害」（autistic spectrum disorders：ASD）の概念を導入した（例えば、アスペルガー症候群は自閉症と健常な精神状態との間に位置するものと考えられる）。

精神障害に関する医学上の国際的疾患分類標準・診断基準として著名なのは、先のWHOによるICDと並び、米国精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder：DSM。現在版はDSM-IV）であるが、2013年に予定されているDSM-Vへの改訂を見越し、これまで診断基準上用いられてきた発達障害の病態群の総称としての広汎性発達障害（PDD）から、自閉症スペクトラム障害（ASD）への表記変更が、最近の医学研究において主流となる傾向にある（注3）。

【図表-2】 発達障害の分類

		症例グループ	備考	
広義の発達障害	広汎性発達障害（PDD）	自閉症スペクトラム障害（ASD）	自閉症（AD） (1) 社会的障害、 (2) コミュニケーション障害、 (3) イメージーション障害	「古典的自閉症」とも呼ばれる。 発達障害者支援法の対象となるのは、精神発達遅滞を呈していない障害であり、その場合は「高機能自閉症」と定義される。
			アスペルガー症候群（AS） ADのうち、言語によるコミュニケーション障害が皆無、または殆ど無いもの。	「高機能自閉症」に含まれる。
			学習障害（LD） 全体的な知的発達に遅滞は見られないが、読む、書く、話す、計算するといった特定の学習能力における障害がある。	「高機能自閉症」に含まれる。
			注意欠陥多動性障害（ADHD） 年齢に応じた行動上の落ち着きに欠け、間断的な所作や突発的な動きが見られ、注意力の持続に乏しい。	「高機能自閉症」に含まれる。
			その他の広汎性発達障害	「非定型発達障害」とも呼ばれる。
		小児期崩壊性障害（CDD）	ADにおける3特性のうち、少なくとも2領域において異常が見られ、かつ他の特定のPDDや統合失調症の診断基準に当てはまらないことが要件。自閉状態が通常のADより重症。	
		レット症候群（Rett syndrome）	X染色体上の遺伝子の突然変異により、生後6ヶ月から1年6ヶ月の間に女子のみに発症。脊椎変形やてんかん発作、重度の知的障害を伴う。進行性。日本では小児慢性特定疾患に指定。	
		てんかん	大脳ニューロンの異常反応によって起こる慢性脳疾患。CDDやレット症候群と同様、文科省・厚生省の両次官連名で出された通知によって、発達障害者支援法の対象とされた。	
		重症心身障害、脳性麻痺に伴う重度知的障害等	知的障害者福祉法、身体障害者福祉法の対象	



発達障害者支援法上の「発達障害」

（行政通達により支援法の対象）

（資料）米国子供保健・人間開発研究所ホームページ（<http://www.nichd.nih.gov/health/topics/asd.cfm>）及び国立障害者リハビリテーションセンター 発達障害情報センターホームページ（<http://www.rehab.go.jp/ddis/発達障害を理解する/各障害の定義/>）等より筆者作成。

以上、発達障害にまつわる主要関連法規と疾病としての認知史について概観したが、その結果を踏まえ、発達障害の概念規定と分類を図表-2に簡略にまとめてみた。医学上の定義と法律上の規定、英米の通念とわが国の認識、そして医療・福祉サービスの現場における便宜的用例等が入り混じり、必ずしも完全な整合性が保たれていない部分があるかと思われるが、世間一般のレベルで発達障害を考える際、全体の見取図として役立つことが可能と思われる。

ここでひとつ言及・確認しておきたいのは、「高機能自閉症」、「軽度発達障害」という用語である。いずれも知的障害を持たない（IQ70以上）ASDを指すものとされるが、語の用途が時に曖昧である。高機能自閉症は、英語でHigh-functioning Autism (HFA)という言葉が存在するものの、前述のICD、DSMのいずれにも診断基準が存在せず、正規の用語としては認知されていない。軽度発達障害は和製用語であり、福祉／教育／行政の現場において便宜的に用いられた言葉がいつしか流通したものと思われる。いずれの語も「知的障害を持たない発達障害」を簡潔に言おうとする場合便利で、それだけに使用頻度も多いのだが、聞き手をミスリードする可能性も高いため、講演や論文における使用に際しては、その点に関する説明が必要であると思われる。

2 | 原因

発達障害の原因については、遺伝子に関連した先天的な脳機能障害が現在のところ最も有力であるが、環境要因も何らかの形で脳機能障害を引き起こす可能性があることが従来より指摘され、数多くの議論を生んでいる。

一卵性双生児の一方がASDを持つ場合、もう一方の児がASDである確率は9割に及ぶとされる。また、兄弟姉妹の誰かがASDを抱えている場合は、他の兄弟がASDを持つ確率はそうでない場合の35倍といわれる^(注4)。

こうした数字は、ASDが遺伝子レベルに関係して発生する可能性が高いことを示しており、これまでに多くの研究者が、遺伝子における何れの特定箇所におけるトラブルやダメージ、あるいは突然変異によってASDが引き起こされるのかを突き止めようと試みた。しかし、現在のところ脆弱X症候群と呼ばれる病態1種のみにおいて、発達障害を引き起こす遺伝子病変箇所の特定がなされている^(注5)。

また、父親が40歳以上の中高年の時に生まれた子どもの場合、30歳未満の父親の下に生まれた子どもに比べ、ASDを有する確率が5.75倍に増えることが、米国における共同研究の結果として報告された^(注6)。但しこの研究報告においては、この有意の関連性が、父親の精子の老化の影響によるものか、晩婚する父親に特有な遺伝子的特性によるものかは不明である。

環境因子についても、これまでに数多くの仮説が立てられ、研究が続けられてきたが、自閉症研究の祖ともいえるレオ・カナーの古典的研究において主張された、母親の感情に乏しい養育態度や厳格な矯正方針の結果として生じる心因性ストレスによる自閉症の発生仮説は、現在では否定されている。しかし、初世の権威となったカナーの影響力は大きく、その後を追従した数々の「母原病」支持者～現在もまだその系譜は続いている～によって、ASDの子を持つ母親が長く苦しめられる結果となった。ここで注意しておかねばならないのは、心因性ストレスはASDの周辺症状である情緒不安定や多動性、あるいはうつ症状を引き起こしたり増幅したりするという意味においては発生要因と捉えられるが、ASDの中核症状を引き起こす根本原因である脳の機能障害そのものを発生させるものではないという事である。

他の環境要因説としては、ファストフードを中心とした偏食や、TV／PC／携帯ゲームへの耽溺が子どもの脳に器質的な悪影響を与えるという説（曰く、「ファストフードばかり食べている子はキレやすい」、「ゲーム脳」）も、現在は追試験等の結果ほぼ否定されている^(注7)。

3 | 増え続ける発達障害

発達障害を持つ人の数を詳細に割り出した公式統計は残念ながら存在しない。しかし官公庁による各種調査が参考となる数字を提示している。

2002年の文部科学省による「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」では、全国の公立小・中学校において、「知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を示す」と担任教師が回答した児童生徒の割合は6.3%との結果が出た^(注8)。また、厚生労働省が2007年1月に出した「軽度発達障害児に対する気づきと支援のマニュアル」所収の資料においては、軽度発達障害児の出現頻度を8.2~9.3%と算定している^(注9)。

通常の学校に通う生徒・児童のみを対象にした調査で、こうした数字~最大10人に1人が発達障害児~が出たことは少なからず驚きであるが、米国疾病対策予防センター（Center for Disease Control and Prevention：CDC）の報告によれば、米国の子どもの13%が、軽度から重度に至るまで何らかの形で発達上の問題を抱えているとの事であるため、わが国の数字も十分に首肯できる水準であると言えよう。また、同じくCDCの統計によれば、米国の子どもにおけるASDの発症率は約1%との事であるから^(注10)、上記のわが国調査において「学習面や行動面で著しい困難を示す」子や、「軽度発達障害」とみなされた子達の全てが厳格な診断によってASDと判定されるとは限らないことも示唆されている。

近年になって発達障害の症例が多く確認されるようになったことについては以前より議論がある。それは、障害を抱える子どもが最近急に増えたのか、それとも元々多くの子が幼児期に発症していたのに相当の割合が気付かないまま大人になってしまったのかという問題提起である。これまでに双方の立場から幾多の議論がたたかわされてきたが、結論から言えば、両者を併せた複合的な理由が背景にあると見るのが妥当であると考えられる。それは、正確に言えば障害児そのものの増加ではなく、その傾向を持つ児童が「障害」と診断されがちな、あるいはそういう状態に追い込まれやすい環境に今はあるということである。

この点について小児科医でもある筑波大学大学院の宮本信也教授は、コミュニケーションや社会適応、そして特定行動へのこだわりなどのイメージーションの面で問題を抱える可能性のある特性を持つ子ども達が、以前よりも適応行動の問題を起こしやすくなっているとの興味深い指摘をしている。例えば、学校に行く子どもが少なかった時代は、文字を読む事が苦手という「特性」を持つ子どもが、読むことを強いられる確率が低かった訳であり、社会適応を求められた子どもが問題行動を起こす機会も少なかった。「教育が盛んになるほど、子どもに対する要求水準が上がっていき」、そうした社会環境要因の変化が、子どもの「特性」を「障害」に変えてしまう結果となる。

宮本氏はまた、「人と人とのつながりが希薄になっている社会では、発達障害の特性のある子どもたちは生きづらく」と指摘する。自閉症の子どもがクラスに一人いたとして、周囲の子ども達の共感性が高ければ、仮にその子が「トンチンカンな応答」をしたとしても、『「こんなこと言いたいんじゃないのかな?」と推測してくれて、あまり大きなトラブルにならないかもしれません』。しかし、逆に周囲の共感性が低いと、「自閉症の子どものかみ合わない応答を『変なことばかり言う』と、一刀両断に切り捨ててしまうかもしれない」^(注11)と。

周囲の子ども達にしても、高まる一方の教育的「要求水準」の中で余裕がなく、さらに核家族化と少子化と地域コミュニティの崩壊による、おじいちゃん、おばあちゃん、おじ、おば、近所の悪童連

中、兄弟姉妹といった硬軟取り混ぜた「タテ、ヨコ、ナナメ」の人間関係に晒されていない経験不足の環境にあっては、「異端」とか「変わった奴」との賢い付き合い方も身につけられよう筈がない。

こうした事情は大人もまた同様であり、以前であれば「あいつは変人だけど、まあ仕事をしてくれればいい」、「まだ若いうちは仕方ない。じっくりと社内の人事ローテーションの中で育てていこう」と構えられていたものが、世界規模の不況に苛まれる企業社会で、コミュニケーションや社会適応に問題のある人材を、時間をかけて育てるところか、若くして戦力でなければ居る価値はないとか、30歳までに管理職になれるかどうかが決定的な環境下では、自閉傾向のある「特性」は簡単に「障害」にすり替わってしまう。「大人の発達障害」が近年増加の一途をたどる理由はここにある。

4 | 治療法

発達障害の原因である脳機能障害の全容解明・特定が出来ていない現在、残念ながらそれを根治する手段はない。従って現在採られている治療法は、可能な限り本人にとって不快／不都合な症状を緩和し、社会に適応していくためのトレーニングを施すといった試みが中心となる。それらは大きく分けて、「心理療法」、「行動療法」、「薬物療法」の3種がある。

心理療法は本人の心のありようを探りながら、心理的負担を和らげ、可能な限り他者と交わる社会性を身に付けられる方向に本人と共に進むためのプロセスとして位置付けられる。さらに医師や臨床心理士、さらに一緒に参加している場合の親とも、対話や身体のコミュニケーションを繰り返していく事によって、コミュニケーション能力を開発していくことも期待される。具体的には、①たとえ片言であっても会話を交わすことによって、あるいは行動の観察によって本人の興味のありかや、いわゆる問題行動の原因となるストレスなどを発見する、②してはいけない事やしなければならない事を羅列するのではなく、他人がどう思うか、他人がいやがる事はなにかについて繰り返し根気よく教え続ける、③健常者との「認識のゆがみ」～他者にとって当たり前の前提が、本人にとっては全く通用しない場合がある～を見出し、それを矯正するのではなく、本人に気付かせるように様々なコミュニケーションを続けていく（認知療法）、といった作業が中心となる。

行動療法は先ずコミュニケーションの開発療法があり、上記の心理療法の過程での医師・親との意思疎通実践に加え、語彙を増やすための読み書きのトレーニング等も行なう。また、社会性の獲得のためには集団行動・生活の経験が必須であり、本人の心理状態をうまく勘案しながら、遊び等を通じて同年代の集団への参加を図る。そうした過程を通じて、自分の行動が不適切であった場合など、周囲の反応に合わせて自己認知の契機がもたらされる仕組みが作られる。

薬物療法は暴力行動、常動、多動、執着行動、強迫観念、睡眠障害、抑うつ状態の症状緩和に効果がある。医療行為であるため医師のみが行ない得る。セロトニン系薬剤やドーパミン拮抗薬、中枢興奮剤、誘眠剤が用いられるが、向精神薬等は副作用も大きく、親和性や効果についても個人差が激しいため、余りに過剰な暴力行動や自傷の危険が無い限りは、使用に当たってかなりの慎重さが求められよう。

発達障害児に対するこれらの療法は、地域の療育センター等で提供される場合もあるが（自治体により異なる）、基本的に薬物療法を除いて健康保険の対象外となっている。

基本的な療法は大人の発達障害の場合も同様である。特にセルフケア心理療法の一環として、自分のことをよく理解し、発達障害についても理解があり、普段から密なコミュニケーションを取りつつ

必要に応じてアドバイスをくれる友達を得ておくことが望ましい。

3—発達障害者を取り巻く課題

1 | コミュニケーション上の問題～二次障害 ①

発達障害者は他人の気持ちを汲み取ることが苦手で、自分のことをうまく表現することが難しい。日本社会も「空気が読めない」人間に寛容ではない。特に大人になって初めて発達障害を抱えている事に気付いた人は、それまでそうした世間の目というスクリーニングをくぐり抜けてきた訳であるから、一見して世間一般の健常者と何ら変わるところの無い場合が多い。そうであれば尚更その人に対する「何でこんな事も出来ないの!」、 「いい加減にしろよ!」といった圧力は高まる。

発達障害は脳機能障害である。また遺伝子レベルの異常とも何らかの形で関わっている可能性が高い。その結果として身体障害を併発している人もかなり存在する。他覚的に分かりやすい身体障害であれば早くに認知してそれなりの対応をしているであろうが、聴覚、触覚、味覚、色覚などの過敏といった、他人からは見えない障害の場合、周囲が気が付かないことはもちろん（ゆえに幼児期に発症していたとしても、親に対する質問を中心とするASD判定テストなどでは明らかにならない）、本人が気付くことも稀である。

例えば聴覚過敏の人が、オフィスやカフェや街の雑踏はもちろん家の中でも、「毎日がロックコンサートの会場にいるみたい」な状態であったとしても、本人がそれを「異常」であるかどうかや気付きのいかた。またそれが苦痛であったとしても、「余りに騒音が激しいので、外で商談は出来ません」という営業職を上司がどう評価するか、予想される答えは非常に辛いものである^(注12)。昂ずれば職場におけるいじめに発展するケースすらある。

以上のようなストレスや孤立は抑うつ状態等、様々な精神疾患を生じやすい。これが発達障害の本体よりも恐ろしいと言われる二次障害である。

2 | 社会的認知～二次障害 ②

最近になってアスペルガー症候群（AS）や「大人の発達障害」に関する書物の刊行や番組の放送などもあって、世間に認知され始めた感のある発達障害であるが、障害者本人も含めた実態について知る人はそれほど多くないものと思われる。

例えばショッピングモールで特有の奇矯な反復行動や多動症を発する子どもを見たよその親が、しかも面をして自分の子に「見るんじゃありません」と言って足早に立ち去るとするのはよくある光景である。社会人の「大人の発達障害」に対するイメージも、程度の差こそあれこの延長上にあるといっても過言ではないだろう。こうした無理解と不寛容が障害者の心に二次障害を生じさせる温床となる。

また、精神に関連した病・障害に対する企業側の対応にも問題がある。例えば抑うつ状態に陥った部下に対して、病気になったこと自体が自己管理のまずさに他ならないといった否定的言辞を投げ掛けないまでも、「では休みをやるから治して来い」と上司が言うのはごく普通の管理上の対応であろうが、その疾患の原因が会社の業務に関連したものである場合、仮に職場復帰したとしてもその環境が変わらない限り、ほぼ間違いなくその人の疾患は再発するのである（また、発達障害そのものは休

んだからといって治るものではない)。この事に対して職場側の責任と取るべき義務について自覚している企業は少数であると思われる。昨今のビジネス環境が厳しい中、取れる対応も限りがあることを承知の上で、今後の理解と意識の高まりを促し、具体的かつ実行可能な職場改善プランを検討・導入していく必要がある。

3 | 誤診～二次障害 ③

発達障害そのものが近年になってようやくクローズアップされた関係上、その診断・治療についての教育や臨床経験の蓄積が急速に進んだのは足許のことである。そのような経緯もあり、この分野の医師全体に高度の診断・治療スキルが共有されるまでには至っておらず、世代間格差も見られる。古くは頻繁に認知されていなかった症例ということもあって、発達障害についての誤診は少なからず存在してきたと言われている。自閉症において最も誤診の頻度が高いのは恐らく統合失調症との混同であり、それは自閉症の二次症状が統合失調症の幻覚妄想と一見よく似ているからとの指摘がなされている^(注13)。

統合失調症等他の精神疾患との誤診が怖いのは、向精神薬の使用による副作用の激しさであり、薬との相性によって何事も無い人もいるかも知れないが、それは非常な幸運であり、幻覚や衝動が抑えられる代わりに重度の抑うつ状態が続くことも多く、最悪の場合死に至る可能性もある^(注14)。

4——今後の展望～発達障害との前向きな付き合い

1 | 発達障害を知り、個性として生かせる社会の構築～健常者の側から

世間の知識不足と不寛容は発達障害者が豊かな社会生活を送る上での高いハードルとなっている。発達障害を好きになる必要はないが、病人や障害者をそれだけで排除することは許されない。法律や道德の問題だけでなく、排除する側にとっても不利益であり、ひいては日本の将来にも影響が及ぶ問題である。

この国の誰が望む／望まざるに拘らず、経済・社会・政治のグローバル化は大きく進んだ。外国人居住者は身近な存在となり、彼らとのコミュニケーション抜きで社会が成り立たなくなっている。発達障害の問題も基本的に同じ構図であると言える。発達障害者を知り、彼らとコミュニケーションを取ることも同様に必要だ。日本人のおよそ10人に1人が彼らなのだ。これはどの外国人居住者と較べても割合が高い。しかも大概の場合、使用言語が共通であるので、この面で躊躇する必要はない。

とはいえ、発達障害者に「空気を読む」ことや「阿吽の呼吸」は求め難い。それらを前提とした他人との折衝もまず円滑にはこなせない。彼らとの交流・対話は外国人との異文化コミュニケーションにある意味似ている。それは従来 of 日本社会における「当たり前」の感覚からすれば大いに面倒であろう。しかし彼らの中には抜群の集中力や解析力を有する者も多い。こうした個性の持ち主であることを知り、その相手に仕事の場面で何か意義あることをしてもらおうと思ったら、外資系企業などで通常用いているjob description（業務明細書）を手交し、粘り強いコミュニケーションを通じて強固な共通理解を築き上げることが望ましい。その過程では余分に時間を必要とすることが想定されるが、そこでの手間を惜しまず、依頼・命令する側が明瞭さを示せば、発達障害を持った仲間・部下との効果的な協働は大いに期待できる。ただし、この場合においても、仕事の特性によっては明らかに向

き・不向きがある。原則として人との交流が少なめの、繊細な集中力が求められる作業を要する類のものであれば成果を期待することができるので、業務付与の場面では工夫が必要である。

世界的不況の真只中、企業経営の場面では資源配分上の制約もあり、ASDに限らず個々人の能力特性に適合した仕事を与えるのは難しいかも知れない。しかし理想的な目的は果たせずとも、可能な限り効率的な資源配分を行なう努力は、企業のパフォーマンスを上げる方向性に合致しよう。また同時に、発達障害に関して積極的に知識を蓄えることも必要である。企業内の無知によって引き起こされる、発達障害者の二次障害の被害は、彼らだけの不幸に留まらず、企業全体のパフォーマンスの阻害要因となるはずである。

2 | 自分を知り、個性を活かす工夫を～発達障害の当事者として

自分がASDであることの認知は早い方が望ましい。それだけ早く対策を練ることが出来、就職など社会的な選択肢が広がるからである。もちろん自分の感覚と行動が人とは違うということを確認することは容易でない。健常者にしても自分と世界に関する既存の認知が「当たり前」(＝他人も当然そのように認知しているはずのもの)として位置付けているのが普通である。他者に対する興味を持ちにくいところのあるASDの人であれば尚更だ。そのためにも「自分を含め世界を疑ってかかる」知的懐疑の方法を、ASDの療育プログラムの中に織り込むことが望ましい。また、「大人の発達障害」に悩む、あるいは自らを疑う人は、どんなに気が進まなくても人との交わりを図り、自分と障害を理解してチェックしてアドバイスをくれる「良き他者」としての友人を見付ける努力をすべきである。

高機能自閉症に属するASDの人、特にアスペルガー症候群(AS)の人などは、むしろ健常者よりも知能が優れていることが多いと喧伝される。歴史上の人物(モーツァルトだとかアインシュタイン、ピカソ、織田信長など枚挙にいとまが無い)もASだったと言われれば悪い気はしない。最近の裁判では、争点であった被告の責任能力を認めた上で有罪判決を出し、「発達障害でもノーベル賞を取った人がいる」、「刑に服したあと頑張るように」と被告を諭した裁判官がいたとも伝えられている^(注15)。

ただし、全てのASが優秀であると断定できるわけではない。また、仮に優秀であるASであっても、全ての知的領域でその能力を発揮できるわけではない。このことを考えれば、上記の裁判のような例はあるにせよ、発達障害を持つ人が被告となった場合には、物事の是非を判断する本人の責任能力の有無と、特定領域で優れた知的能力を発揮する可能性とは、根本的に別の問題として捉えるということが原点となってこよう。

短絡的に「ASは優秀」というイメージが行き過ぎても、多くの発達障害者にとっては傍迷惑なことかも知れない。ただ、そうしたイメージを逆手に取るのもひとつの処世術である。知能の働きに自信のあるASDの人は、どういう形であれ知的作業に関わる仕事を選ぶべきだ。自己資源の適切な活用という意味だけでなく、世間が抱く「あの人は自分に相応しい職業に就いたなあ」という肯定的なイメージは基本的に業務遂行上プラスになる。

対人関係が大の苦手であるASDの人は、営業・接客は到底向かない。しかし、先程の「優秀」というイメージの後押しのみならず、特定の物事に対する集中力は並外れていることから、他の身体的条件等が許すのであれば、精密機械のメンテナンス、飛行機整備士、大学教授、経理担当、芸術家、絵画/古美術修復師、宝石鑑定士、翻訳家、RPGの設計、コンピュータ・プログラマー、シンクタンク

研究員等の仕事が適職であると思われる^(注16)。当然これらの仕事にしても他人と没交渉という訳にはいかないので、最低限のコミュニケーションスキルは身に付ける必要がある。

最後に、セルフケアの必要性について一言しておきたい。病気／障害の治療・軽癒には医療が必要である。働くにも職場が要り、円滑な社会生活を営むにもハンディを抱えた身に対する世間の理解や制度の整備が望まれる。それらは今後も政治・社会が果たすべき義務として要求すべきところだが、それらが整うまでの過程においても生きていかなければいけないのが現実である。ここで肝腎なのは、治療を始めとして与えられた、より良く生きるための機会をいかに自分のものとするかである。汎用的に設計された医療とか就学とか就業のシステムとか、それらからもたらされるものを全て自分流に再構成して使いこなすことによって、初めて治療効果も、学問の成果も、職業技術も経験も、自分にとって役立てることが可能となる。

例えば、医師がある症状について心因性ストレスが原因と診断したとしても、通常、その医師にはそのストレスを取り除くところまでは関与できない。それを行なえる、行なわねばならないのは患者自身だ。また、薬物が自分の体質に合う、合わないといったところは本人が判断する必要がある。

ここでのセルフケアは、発達障害というハンディキャップを抱えつつも、自分が自分の人生をマネージする中でより豊かなパフォーマンスを上げようとする自助努力の行為であるが、その本質は、障害とか健常の枠を越えて個人には必要とされるものである。また、発達障害を持つ人々と共に生きる社会は、こうした自助努力の成果をより良く出せるような枠組みを持った社会であり、発達障害の少なからぬ出現頻度を考えれば、その社会的認知と制度の整備が早急になされることが是非とも必要である。

(注1) 発達障害者支援法第二条第一項。なお、小児期崩壊性障害 (CDD) とレット症候群については、同法の発効日に出された文部科学省と厚生労働省の両次官の連名による通知によって、てんかん等と共に同法の対象とされた (17文科16号・厚生労働省発障第0401008号「発達障害者支援法の施行について」平成17年4月1日)。

(注2) 通称「ウィングの3つ組」と呼ばれる。(Lorna Wing, (1998). *The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals*. London, UK: Constable Publishing.)

(注3) 片岡聡「発達障害の職場適応を考える～当事者の立場から」(第18回 日本産業精神保健学会 教育講演I、2011年7月2日、於日本教育会館)

(注4) National Institute of Mental Health. *A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder*. (<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/complete-index.shtml>)

(注5) X染色体に存在するFMR1遺伝子の異常により、脳の発達に必要な蛋白質の生成がされなくなり、重度の知的障害も含む精神遅滞、情緒不安定、長い顔や偏平足等の身体障害ももたらす遺伝性の疾患。1990年代初頭にはDNA鑑定法も確立され、脆弱X症候群の発症者がいる家族 (特に新たに子をもうけようとする場合) には鑑定が勧められている。

(注6) Abraham Reichenberg, Ph.D., et al. (2006) "Advancing Paternal Age and Autism". *Archives of General Psychiatry*, Vol. 63, No.9, September.

(注7) 但し、英国食品安全基準局 (Food Standards Agency: FSA) は、食品の保存料として使われる安息香酸ナトリウムと、ある種の着色料 (日本で指定されている品番としては、黄色5号、赤色40号等) を同時に摂取した場合、ADHDの症状を昂進させる可能性があるとの警告を発した (ただ、この場合でもADHDそのものを何もないところから発生させる訳ではなく、また、名前を挙げた保存料・着色料を遠ざけたからといって、ADHDを沈静化/治癒し得るものではないことも指摘されている)。

(Food Standards Agency, "Agency revised advice on certain artificial colours" Tuesday 11 September 2007).

(<http://www.food.gov.uk/news/newsarchive/2007/sep/foodcolours>)

(注8) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/03030li.htm

(注9) http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7_02b.html

(注10) 本項におけるCDCの出典は、<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> による。

(注11) 本項における出典は、宮本信也「特性と『障害』～その3～発達障害は増えているか?」(『障害児医療から カルテに書かないこと (59)』 http://kids.gakken.co.jp/campus/jiritu/medical/backnumber/09_0607/top.html による)。

(注12) 片岡 (前掲)

(注13) 片岡聡「統合失調症の鑑別診断と発達障害」(http://www.geocities.jp/happy_mimi1418/hattatu.htm)

(注14) 向精神薬による重篤な副作用としては、悪性症候群 (向精神薬の長期投与の結果、自律神経の異常等を生じ、高熱、発汗、嚥下困難、腎不全等を発症。適切な処置を取らない場合、死亡率30%強)、ジスキネジア (不随意筋の自動、チック症状等)、ジストニア (筋肉の硬直、収縮。疼痛を伴う) 等が挙げられる。

(注15) 『発達障害でも自信持って』裁判長が被告激励 東京高裁 | 朝日新聞 (2010年04月27日付)

(注16) 本項における職業一覧については、テンブル・グランディン、ケイト・ダフォー (共著)『アスペルガー症候群・高機能自閉症の人のハローワーク』(明石書店、2008) を参考にした。