

発達障害完全マニュアル - のどか会計事務所

「発達障害」や「神経発達症」という言葉への関心が高まっています。ご自身やご家族、身近な人について、「もしかしたら？」と感じたり、より深く理解したいと思ったりしている方も多いのではないのでしょうか。

この記事は、発達障害(神経発達症)に関する包括的な知識に基づき、皆さんが抱えるであろう様々な疑問に対し、より詳しく、具体的な情報を提供することを目的としています。基本的な知識から、診断プロセス、多様な治療・支援アプローチ、利用可能な公的制度、ライフステージごとの課題、そして日常生活や仕事で役立つ工夫まで、網羅的に解説します。

この記事で詳しくわかること

- 定義と分類: 神経発達症という考え方、DSM-5/ICD-11による分類とその変遷。
- 多様な特性: ASD、ADHD、LD、DCDなどの詳細な症状、具体例、個人差、性差(特に女性のケース)。
- 診断プロセス: 相談先、診察内容、心理検査の種類と目的、診断基準と臨床的判断の重要性。
- グレーゾーン: 特徴、抱える困難、必要なサポート。
- 治療・支援アプローチ: 薬物療法(種類、効果、副作用)、各種心理社会的療法(CBT, SST, ABA, TEACCH, ペアトレ等)の詳細、感覚統合療法、言語聴覚療法、作業療法。
- 感覚処理の特性: 感覚過敏・鈍麻の具体例(五感+固有覚・前庭覚・内部感覚)、評価法(感覚プロファイル)、具体的な対処法。
- 実行機能の困難: 計画、整理、時間管理、記憶、衝動抑制などの困難と具体的な支援策(外部構造化、ツール、アプリ例)。
- 併存疾患と二次障害: 併存しやすい他の発達障害や精神疾患、二次障害の具体例とメカニズム、予防策。
- 公的支援制度: 障害者手帳(種類、等級、メリット)、障害福祉サービス(種類、内容、利用プロセス)、児童福祉サービス、経済的支援(障害年金、各種手当)の詳細。
- 教育現場での支援: 合理的配慮の具体例と提供プロセス、特別支援教育(特別支援学級、通級、特別支援学校)の詳細、ICT活用の具体例。
- 就労支援: 各支援機関(ハローワーク、地域障害者職業センター、なかぼつ、就労移行支援等)の役割と特徴、ジョブコーチ支援の詳細、障害者雇用(オープン/クローズ、特例子会社)、職場での合理的配慮の具体例。
- ライフステージごとの課題: 乳幼児期から老年期までの具体的な課題と支援策、特に「親なき後」問題への備え。
- 社会的側面: 関連法規(発達障害者支援法、障害者総合支援法、障害者差別解消法)の概要と意義、当事者・家族会の役割と活動内容。
- 最新研究と海外動向: 脳科学、遺伝学等の研究動向、海外の支援制度との比較。

この記事が、発達障害(神経発達症)への深い理解を助け、あなたやあなたの周りの人々にとって必要な情報や次の一歩を見つけるための羅針盤となることを願っています。

第1章:発達障害(神経発達症)の基本を理解する

まず、発達障害(神経発達症)とは何か、その定義、分類、そして基本的な特性について詳しく見ていきましょう。

1.1 発達障害から神経発達症へ:定義と用語の変遷

神経発達症(**Neurodevelopmental Disorders/Conditions**)とは、胎児期や小児期といった発達の過程で、脳機能の発達に何らかの偏りが生じることによって、認知機能(考え方、学び方)、感情のコントロール、社会的相互作用、運動能力などに特徴が現れる一群の状態を指します。一般的には「発達障害」という言葉が広く使われていますが、国際的な診断基準である**DSM-5**(米国精神医学会)や**ICD-11**(世界保健機関)の考え方を踏まえ、近年では「神経発達症」という用語が専門家の中で推奨されるようになっていきます。

この用語の変更には、「障害(Disorder)」という言葉が持つネガティブな響きやスティグマ(偏見)を避け、より中立的で、これらの状態が脳の神経学的な発達の違いに基づいていることを示唆する意図があります。

これらの状態の診断と分類は、主にDSM-5とICD-11という二つの国際的な診断体系に基づいて行われます。日本でも、ICD-11が導入されつつあります。両者は多くの点で共通していますが、例えばADHDの症状の構成など、細かな違いも存在します。

診断基準は時代とともに変化してきました。DSMの初版(1952年)から最新のDSM-5(2013年)への改訂は、かつての心因論的な理解から、神経生物学的な基盤を持つ状態であるという理解へと深まってきた歴史を反映しています。

特に大きな変化として、DSM-5では、それまで別々に分類されていた自閉症、アスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害などが、「自閉スペクトラム症(**ASD**)」という一つの診断名に統合されました。これは、これらの状態が明確に区別できるものではなく、共通の特性を持ちながら連続体(スペクトラム)上に多様に現れる、という新しい理解に基づいています。この統合は、研究や支援の統一性を高める可能性がある一方で、従来の診断名に慣れ親しんでいた当事者や家族からは、混乱や、特定の特性が見過ごされることへの懸念の声も聞かれます。

重要なのは、DSM-5やICD-11は標準化された基準を提供するものの、診断プロセスは単なるチェックリストの適用ではないということです。例えばDSM-5では、症状が存在するだけでなく、「現在の機能において、社会的、職業的、または他の重要な領域で臨床的に意味のある障害を引き起こしている」ことが診断要件に含まれます。つまり、特性の存在そのものだけでなく、それによって実生活(家庭、学校、職場など複数の状況)でどれだけ困っているかという臨床的な判断が不可欠なのです。そのため、診断には個々の状況や機能レベルを評価する専門家の判断が重要となります。

1.2 代表的な神経発達症の種類と特性

神経発達症には様々な種類がありますが、ここでは代表的なものについて、その特性をより詳しく見ていきます。

1.2.1 自閉スペクトラム症(ASD: Autism Spectrum Disorder)

DSM-5によると、ASDの診断には、以下の2つの領域における特性が、幼少期から(必ずしも明らかでなくても)存在し、複数の状況(家庭、学校など)で見られ、社会生活や学業、職業などの機能に重大な支障をきたしていることが必要です。

A. 社会的コミュニケーションおよび対人的相互作用における持続的な欠陥

1. 相互の情動的なやりとりの困難:
 - 相手の感情や意図を表情や声のトーンから読み取るのが苦手。
 - 自分の感情を表現したり、相手と共有したりするのが難しい。
 - 会話を始めたり、続けたり、相手の話に合わせて話題を変えたりするのが苦手。
2. 非言語的なコミュニケーション行動の困難:
 - 視線を合わせる、表情を変える、身振り手振りを使うといった非言語的なサインのやりとりが少ない、または不自然。
 - ジェスチャーの理解や使用が苦手。
3. 対人関係を発展させ、維持し、理解することの困難:
 - 年齢相応の友人関係を築くのが難しい。
 - 状況や相手に合わせて行動を調整するのが苦手(場の空気を読むのが難しい)。
 - ごっこ遊びや想像力を働かせた遊びが苦手なことがある。
 - 集団活動よりも一人での活動を好む傾向。
 - 比喩、皮肉、冗談、慣用句など、言葉の裏の意味を理解するのが難しい(文字通りに受け取る)。
 - 相手の視点に立って物事を考える(心の理論)のが苦手な場合がある。

B. 限定された反復的な様式の行動、興味、活動(以下の4つのうち2つ以上が必要)

1. 常同的または反復的な運動動作、物の使用、または会話:
 - 手をひらひらさせる、体を揺らす、くるくる回るなどの常同運動。
 - おもちゃを一行に並べる、ミニカーのタイヤを回し続けるなど、物の特定の部分へのこだわり。
 - エコラリア(オウム返し)、独特な言い回しや言葉遣い。
2. 同一性への固執、習慣への柔軟性のないこだわり、儀式的な言語的・非言語的行動パターン:
 - 毎日同じ道順を通る、同じ服を着る、同じ食事をとるなど、変化を極端に嫌う。
 - 予期しない出来事や予定変更に強い苦痛やパニックを示すことがある。
 - 特定の手順やルールに強くこだわる。

- 質問を繰り返す。
- 3. 強度または焦点において異常なほど、きわめて限定され、固執した興味：
 - 特定の対象(電車、恐竜、地図、数字、特定のキャラクターなど)に強い興味を持ち、膨大な知識を持っていることがある。
 - 興味の対象が非常に狭く、他のことに関心を示さない場合がある。
- 4. 感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、あるいは感覚的なことに関する普通ではない興味：
 - 特定の音、光、匂い、味、触感などを極端に嫌がる(感覚過敏)。
 - 痛みや温度に鈍感だったり、逆に特定の感覚(抱きしめられる圧覚など)を強く求めたりする(感覚鈍麻)。
 - 物をなめたり、匂いをかいだりすることに固執する。
 - (感覚の詳細は1.3で後述)

ASDに関連するその他の特徴：

- 視覚的な情報処理が得意なことが多い(見て理解するのが得意)。
- 認知能力(IQ)には個人差が大きい。特定の領域で非常に高い能力を示す一方で、他の領域では困難を抱えるなど、能力の凹凸が見られることがある。
- 全体像よりも細部に注意が向きやすい(木を見て森を見ず)傾向がある。
- 体の動きがぎこちない(不器用さ)を伴うことがある。
- 不安を感じやすい。

ASDの現れ方は非常に多様で、スペクトラム(連続体)という名前の通り、特性の組み合わせや程度は一人ひとり全く異なります。知的な遅れを伴う場合も、伴わない場合もあります。

1.2.2 注意欠如・多動症(ADHD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

ADHDは、「不注意」および/または「多動性・衝動性」の症状が、年齢や発達レベルに不相応なほど持続的に見られ、それが学業、仕事、社会生活などの機能や発達を妨げている状態です。

DSM-5の診断基準では、以下の症状が6ヶ月以上続き、そのうちのいくつかは12歳になる前から存在し、家庭と学校/職場など2つ以上の状況で認められ、社会活動や学業・職業上の機能に直接的な悪影響を及ぼしている場合に診断されます。17歳未満では各項目(不注意、多動性・衝動性)で9つの症状のうち6つ以上、17歳以上では5つ以上が必要です。

不注意症状：

1. 学業、仕事などで綿密に注意できず、不注意な間違い(ケアレスミス)をする。
2. 課題や遊びなどで注意を持続することが困難(集中力が続かない)。
3. 直接話しかけられても、聞いていないように見えることがある。
4. 指示に従えず、学業や仕事を最後までやり遂げられない(途中で飽きてしまう)。

5. 課題や活動を順序立てて行うことが困難(段取りが苦手)。
6. 精神的努力の持続が必要な課題(宿題、書類作成など)を避ける、嫌う、または嫌々行う。
7. 課題や活動に必要な物(学用品、書類、道具、鍵、財布、携帯電話など)をしばしば失くす。
8. 外部からの刺激(音、視界に入るものなど)で容易に注意が逸れる。
9. 日々の活動(約束、用事、請求書の支払いなど)で忘れっぽい。

多動性・衝動性症状:

1. 座っていても手足をそわそわ動かしたり、もじもじしたりする。
2. 授業中や会議中など、席についていることが求められる場面で離席する。
3. 不適切な状況で走り回ったり、高い所に登ったりする(青年・成人では落ち着かない感じとして現れる)。
4. 静かに遊んだり、余暇活動に取り組んだりすることができない。
5. じっとしてられない、まるで「エンジンで動かされているように」活動的である。
6. しばしばしゃべりすぎる。
7. 質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。
8. 順番を待つことが困難。
9. 他の人を妨害したり、邪魔したり、割り込んだりする(会話やゲームなど)。

ADHDのタイプ(症状の現れ方):

- 混合して現れるタイプ (**Combined Presentation**): 不注意と多動性・衝動性の両方の基準を満たす。
- 不注意優勢に現れるタイプ (**Predominantly Inattentive Presentation**): 不注意の基準は満たすが、多動性・衝動性の基準は満たさない。いわゆる「ADD(注意欠陥障害)」と呼ばれていたものに近い。おとなしく、ぼんやりしているように見えることが多く、特に女性に見過ごされやすい傾向があります。
- 多動・衝動優勢に現れるタイプ (**Predominantly Hyperactive-Impulsive Presentation**): 多動性・衝動性の基準は満たすが、不注意の基準は満たさない。幼い子ども、特に男児に多く見られます。

成人期のADHD:

子どもの頃に顕著だった多動性(走り回るなど)は、成人期には軽減することが多いですが、内的な落ち着かなさ(そわそわ感、貧乏ゆすり)として残ることがあります。一方で、不注意(ケアレスミス、忘れ物、集中困難、計画性のなさ、整理整頓が苦手)、衝動性(衝動買い、思ったことをすぐ口にする、待てない)、感情のコントロールの難しさ(イライラしやすい、カッとなりやすい)などが持続、あるいは社会的な要求が高まることでより問題となりやすくなります。

1.2.3 限局性学習症(SLD/LD: Specific Learning Disorder / Learning Disability)

全般的な知的発達に遅れはない(IQは正常範囲内)にもかかわらず、「聞く」「話す」「読む」「書

く「計算する」「推論する」といった特定の学習スキルの習得と使用に著しい困難を示す状態です。本人の努力不足や、環境の問題、視覚・聴覚障害などが直接の原因ではありません。

- 読字障害(ディスレクシア):
 - 文字を読むのが非常に遅い、つかえる。
 - 読み飛ばしや、勝手読み(文脈から推測して読む)が多い。
 - 形が似ている文字(例:「わ」と「ね」、「シ」と「ツ」)を混同する。
 - どこを読んでいるか分からなくなる。
 - 文章の内容を理解するのが難しい。
- 書字表出障害(ディスグラフィア):
 - 文字を書き写すのが苦手、時間がかかる。
 - 鏡文字を書いたり、形が似た文字を間違えたりする。
 - 文字の大きさや形が不揃いになる、マス目からはみ出す。
 - 句読点が打てない、助詞(てにをは)を間違える。
 - 文章の構成が苦手、考えを文章にまとめるのが難しい。
- 算数障害(ディスカリキュリア):
 - 簡単な計算(繰り上がり・繰り下がりなど)がなかなかできない。
 - 筆算の桁を揃えられない。
 - 数量(大小、多少)、順序、時間、図形などの概念を理解するのが難しい。
 - 文章題の意味を理解できない。

これらの困難は、学業成績に直接影響するだけでなく、自己肯定感の低下にもつながりやすいです。

1.2.4 発達性協調運動症(DCD: Developmental Coordination Disorder)

年齢相応に期待される協調運動(複数の体の部分を連携させて動かすこと)の習得と実行が著しく困難で、日常生活や学業に支障をきたす状態です。いわゆる「不器用さ」として現れます。

- 粗大運動の困難:
 - 姿勢を保つのが苦手(ぐにゃぐにゃしている)。
 - 転びやすい、物にぶつかりやすい。
 - ボール投げ、キャッチ、縄跳び、自転車に乗るなどの運動が苦手。
- 微細運動の困難:
 - 箸や鉛筆をうまく使えない。
 - 字を書くのが非常に遅い、乱れる。
 - ハサミを使う、ボタンをかける、靴紐を結ぶなどの手先の操作が苦手。

DCDは、単に運動が苦手というだけでなく、学習(特に書字)、身辺自立(着替えなど)、遊びへの参加などに影響します。また、他の発達障害(ASD、ADHD、LD)と併存することも少なくありません。行動上の問題や不安、抑うつを伴うリスクも高く、自己効力感が低い傾向があるとも

言われています。

1.2.5 その他の神経発達症

上記以外にも、以下のような状態が含まれます。

- 知的発達症(IDD / 知的障害): 発達期(18歳未満)に生じ、概念的領域(学習、記憶、思考など)、社会的領域(対人関係、コミュニケーションなど)、実用的領域(身辺自立、金銭管理など)における知的機能と適応機能の両方に明らかな制約が見られる状態です。ASDに併存することも多いです。
- コミュニケーション症群: 言語症(言葉の理解や表出の困難)、語音症(発音の誤り)、小児期発症流暢症(吃音)、社会的(語用論的)コミュニケーション症(状況に応じた言葉の使い分けや非言語的サインの理解の困難)などを含みます。
- チック症群: 意図せずに体の一部が動いたり(運動チック:まばたき、顔しかめ、首振りなど)、声が出たり(音声チック:咳払い、鼻鳴らし、特定の単語の繰り返しなど)する状態。トゥレット症(複数の運動チックと1つ以上の音声チックが1年以上続く)などがあります。

1.3 感覚処理の特異性: 感覚過敏と感覚鈍麻

神経発達症、特にASDのある人には、感覚情報の処理に特異性が見られることが一般的です。これは、視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚といった五感、さらに固有受容覚(体の位置や動きを感じる感覚)、前庭感覚(バランスや傾きを感じる感覚)、内部感覚(空腹、満腹、痛み、便意など)といった様々な感覚に対する反応が、多くの人とは異なる形で現れることを意味します。主に「感覚過敏」と「感覚鈍麻」という二つの側面があります。

感覚過敏(KABIN): 通常の刺激に過剰に反応し、苦痛を感じる

- 聴覚過敏:
 - 特定の音(掃除機、サイレン、人混みのざわめき、子どもの泣き声、突然の大きな音など)が非常に苦痛で、耳を塞いだりパニックになったりする。特定の周波数の音が苦手な場合もある。
 - 多くの音が同時に聞こえてしまい、必要な音を聞き分けるのが難しい。
- 視覚過敏:
 - 明るい光(太陽光、蛍光灯など)が眩しくて目を開けていられない。蛍光灯のちらつきが気になる。
 - 特定の模様(縞模様など)や人混みの視覚情報に圧倒される。
 - 文字が歪んで見えたり、紙の白さが眩しかったりして、読み書きに影響が出ることもある。
- 触覚過敏:
 - 特定の衣服の素材(セーターのチクチク、タグ、縫い目)、締め付け感が耐えられない。
 - 人に触られること、抱きしめられることを極端に嫌がる。

- 特定の食べ物の食感(どろどろ、ねばねばなど)が苦手。
- シャワーの水圧、歯磨き、散髪、絆創膏などが苦痛。
- 味覚・嗅覚過敏:
 - 特定の味や匂いを極端に嫌がり、食べられるものが非常に限られる(偏食)。
 - 香水、芳香剤、調理臭、人の体臭などに気分が悪くなる。
- 前庭感覚過敏:
 - 揺れや高さ、スピードの変化に非常に弱く、乗り物酔いしやすい、遊具が苦手。
- 固有受容覚過敏:
 - 関節や筋肉への刺激に敏感で、マッサージなどを嫌がる。

感覚鈍麻(DONMA): 感覚刺激への反応が乏しい、またはより強い刺激を求める

- 痛覚・温度覚鈍麻:
 - 怪我をしても痛みを訴えない、気づかない。
 - 熱さや冷たさを感じにくく、火傷や凍傷のリスクがある。
- 触覚鈍麻:
 - 物に強くぶつかる、抱きしめられるなど、強い圧力を求める。
 - 口の中に物を入れたがる。
- 聴覚鈍麻:
 - 名前を呼ばれても気づきにくい、反応が薄い。
 - 大きな音にも驚かないことがある。
- 視覚鈍麻:
 - 動くものや光るものをじっと見続ける。
 - 色や形へのこだわりが強い。
- 味覚・嗅覚鈍麻:
 - 非常に濃い味付けや強い匂いを好む。
 - 腐ったものなどを口にしてしまうリスクがある。
- 固有受容覚鈍麻:
 - 自分の体の位置や動きを感じ取るのが苦手で、力の加減が難しい(ドアを強く閉める、筆圧が強すぎる/弱すぎるなど)。
 - 姿勢を保つのが苦手、体をぶつけやすい。狭い場所や重い布団などを好むことがある。
- 前庭感覚鈍麻:
 - バランス感覚が悪く、ふらつきやすい。
 - 逆に、回転したり、飛び跳ねたり、高いところに登ったりするなど、強い揺れや動きを好む。
- 内部感覚鈍麻:
 - 空腹感や満腹感に気づきにくく、食べ過ぎたり、食事を忘れてたりする。
 - のどの渇きを感じにくい。
 - 便意や尿意を感じにくく、トイレの失敗につながることもある。

- 体調の変化(疲れ、痛みなど)に気づきにくい。

これらの感覚特性は、同じ人の中でも過敏さと鈍麻さが混在することがあります(例:音には過敏だが、痛みには鈍感)。また、その日の体調や気分、環境によって感じ方が変わることもあります。

これらの感覚の違いは、本人の「わがまま」や「しつけの問題」ではなく、神経学的な処理の仕方の違いに起因します。そのため、食事、睡眠、着替え、入浴、歯磨き、学習環境への適応、外出、人との関わりなど、日常生活のあらゆる側面に大きな影響を及ぼします。周囲からは理解されにくく、本人が苦痛を感じていることに気づかれないことも少なくありません。

(具体的な対応策については、第3章 Q9で詳しく解説します。)

1.4 実行機能の困難:計画・整理・集中・切り替えが苦手な理由

実行機能(**Executive Functions, EF**)とは、目標を達成するために、自分の思考、感情、行動を管理・調整する、脳の高次の認知機能のことです。ちょうどオーケストラの指揮者のように、様々な認知プロセスを統合し、導く役割を果たします。

神経発達症、特にADHDやASDのある人は、この実行機能に困難を抱えていることが多いと言われています。具体的には、以下のような機能の弱さとして現れます。

- **計画・段取り (Planning & Organization):**
 - 目標達成までの手順を考え、効率的に計画を立てるのが苦手。
 - 複数の作業がある場合に、優先順位をつけるのが難しい。
 - 必要な物や情報を整理・管理するのが苦手(例:机の上やカバンの中が散らかっている、書類を整理できない)。
 - 影響: 課題への着手が遅れる(先延ばし)、行き当たりばったりで非効率、期日に間に合わない、忘れ物が多い。
- **ワーキングメモリ (Working Memory):**
 - 情報を一時的に頭の中に保持し、同時に処理する(考える、操作する)のが苦手。
 - 影響: 複数の指示を覚えて実行できない、会話の途中で話が飛ぶ・内容を忘れる、文章を読んでも内容が頭に入らない、暗算が苦手、作業中に何をしていたか分からなくなる。
- **開始・着手 (Initiation):**
 - やるべきことや、やりたいことがあるのに、なかなか取りかかることができない。
 - 影響: 先延ばし、課題の未完了。
- **時間管理 (Time Management):**
 - 時間の感覚を掴むのが苦手(どれくらい時間が経ったか、あとどれくらい時間がかかるかの予測が難しい)。
 - 時間を意識して行動するのが苦手。

- 影響: 遅刻が多い、締め切りを守れない、時間配分がうまくいかない。
- **抑制 (Inhibition / Impulse Control):**
 - 衝動的な反応や行動、関係のない考え、注意散漫を抑えることが苦手。
 - 行動抑制: 思ったことをすぐ口に出す、考えずに行動する、順番を待てない、他の人の邪魔をする。
 - 注意制御: 集中力が続かない、外部の刺激にすぐ気を取られる。
 - 感情抑制: 感情の波をコントロールするのが難しい(カッとなりやすいなど)。
- **柔軟な思考・切り替え (Cognitive Flexibility / Shifting):**
 - 状況の変化に合わせて、考え方や行動のやり方をスムーズに切り替えるのが苦手。
 - 一つの考えや手順に固執しやすい。間違いに気づいても修正しにくい。
 - 予期せぬ出来事への対応が苦手。
 - 複数の作業を同時に、あるいは交互に行うこと(マルチタスク)が非常に困難。
 - 影響: 想定外の事態にパニックになる、間違いを繰り返す、新しい方法を取り入れられない、効率が悪い。
- **感情のコントロール (Emotional Regulation):**
 - 感情の起伏が激しい、些細なことで癇癪を起こす、気分の変動が大きいことがある。
 - 自分の気持ちを適切に言葉で表現するのが苦手で、行動(泣く、怒る、黙り込むなど)で示されることがある。
 - 影響: 対人関係のトラブル、気分の落ち込み、ストレスの蓄積。
- **自己モニタリング (Self-Monitoring):**
 - 自分の行動や課題の進捗状況、周囲の状況などを客観的に把握し、必要に応じて修正するのが苦手。
 - 影響: ミスに気づきにくい、周りの状況に合わせた行動がとれない。

実行機能の困難は、学業成績、仕事の遂行能力、日常生活(家事、金銭管理、スケジュール管理など)、対人関係など、生活のあらゆる側面に影響を及ぼします。これは本人の性格や努力の問題ではなく、脳機能の特性によるものです。「頑張ればできる」という精神論だけでは解決が難しく、具体的な支援策が必要です。

(具体的な支援策については、第3章 Q10で詳しく解説します。)

1.5 多様性:個人差、年齢による変化、性差(特に女性)

神経発達症の特性の現れ方は、同じ診断名であっても一人ひとり大きく異なります。その多様性には、以下のような要因が影響します。

- **個人差:** 特性の種類(どの特性が強くなるか)、組み合わせ、重症度、知的能力、性格、得意なこと・苦手なこと、生活への影響の度合いは、まさに千差万別です。
- **年齢による変化:**
 - 乳幼児期: 抱っこを嫌がる、視線が合いにくい、言葉の発達の遅れ、一人遊びが多い、常同的な遊び(物を並べる、回すなど)、癇癪、睡眠や食事の問題などのサイン

が見られることがあります。

- 学齢期: 集団行動の苦手さ、学習面での困難(読み書き計算、集中など)、友人関係のトラブル、ルールの理解の難しさなどが顕在化しやすくなります。
- 思春期・青年期: 自己意識の高まり、アイデンティティの確立、対人関係(友人、恋愛、性)の複雑化、進路選択(進学、就職)といった課題に直面し、精神的な不安定さが増すこともあります。二次的な精神症状(不安、抑うつなど)が現れやすい時期でもあります。
- 成人期: 就労(適職探し、職場定着、キャリア)、経済的・精神的自立、パートナーシップ、結婚、子育て、健康管理などが主な課題となります。ADHDの場合、多動性は軽減する傾向がありますが、不注意や実行機能の問題は持続することが多いです。
- 性差(特に女性の神経発達症):
 - 見過ごされやすさ: 女性の神経発達症、特にASDやADHD(不注意優勢型)は、男性に比べて症状の現れ方が異なることや、社会的な期待に合わせて困難さを隠そうとする「マスキング」や「カモフラージュ」(過剰適応とも呼ばれる)により、診断が見過ごされたり、診断がつくのが成人期以降になったりする傾向があります。
 - 症状の特徴(例):
 - ADHD(女性): 多動性が目立たず、不注意(忘れ物、うっかりミス、集中困難、片付けられない)や、おしゃべり、感情の波などが主症状であることが多い。
 - ASD(女性): 対人関係の困難さが、受動的に見えたり、相手に合わせすぎたりする形で現れることがある。興味の対象が、アニメやアイドル、特定の間人関係など、一見すると「普通」に見えることもある。内面では強いこだわりや不安を抱えていることが多い。
 - マスキングの影響: 一時的に社会に適応できているように見えても、常に気を張って自分を偽っているため、多大な精神的エネルギーを消耗し、疲弊しやすく、不安や抑うつ、摂食障害、自傷行為などの二次的な問題につながるリスクを高めます。
 - その他の困難: 感覚過敏(衣服の素材、化粧品、生理用品への不快感など)、月経周期に伴う気分の変動や症状の悪化(PMS/PMDD)、対人関係での誤解や利用されやすさ、性的なトラブルに巻き込まれやすい側面なども指摘されています。
 - これらの見過ごされやすい女性の特徴を理解し、適切な診断と支援につなげるのが非常に重要です。
- 環境要因: 特性の現れ方や困難の程度は、その人が置かれている環境(家庭、学校、職場など)によって大きく左右されます。理解があり、構造化され、サポートが充実した環境では困難が軽減される一方、要求水準が高く、変化が多く、サポートが乏しい環境ではストレスが増大し、問題が顕在化しやすくなります。
- 併存疾患: 他の神経発達症や精神疾患、身体疾患を併せ持つことで、症状がより複雑になったり、困難が増したりすることがあります(詳細は1.6で後述)。

このように、神経発達症の理解においては、診断名だけでなく、個々の特性、年齢、性別、環

境、併存疾患などを考慮した、個別性の高い視点が不可欠です。

1.6 併存しやすい状態と二次障害:なぜ他の問題も起こりやすいのか

神経発達症のある人は、他の神経発達症や精神疾患、身体疾患などを併せ持つ(併存する)ことが珍しくありません。また、発達特性そのものではなく、環境とのミスマッチなどから生じる二次障害にも注意が必要です。

併存しやすい状態:

- 他の神経発達症:
 - **ASDとADHD:** この二つの併存は非常に一般的です。DSM-5から併存診断が可能になりました。
 - **ASDと知的発達症(IDD):** ASDのある人の約30~50%に知的発達症の併存が見られるという報告もあります。
 - **ADHDと限局性学習症(LD):** ADHDのある人の約30~50%にLDの併存が見られるとも言われます。
 - **発達性協調運動症(DCD):** ASD、ADHD、LDなどとの併存が多いです。
- 精神疾患:
 - **不安症(不安障害):** 全般性不安障害、社交不安障害、パニック障害、強迫症(OCD)など。ASDやADHDのある人は、不安を感じやすい傾向があります。
 - **うつ病:** 特に思春期以降、失敗体験の積み重ねや自己肯定感の低下から、うつ病を発症するリスクが高まります。成人のADHDやASDにおける生涯罹患率は40%を超えるという報告もあります。
 - **双極症(躁うつ病):** 気分の波が大きいという点でADHDと症状が似ている部分もあり、鑑別診断が重要です。併存率も低くないとされています。
 - **睡眠・覚醒障害:** 入眠困難、中途覚醒、睡眠リズムの問題など。
 - **パーソナリティ障害**
 - **摂食障害**
- その他の疾患・障害:
 - **てんかん:** 特にASDや知的発達症のある人に併存しやすいとされます(ASDの約20-30%にてんかんの併存)。
 - **チック症群:** ADHDとの併存が多いです。
 - **吃音**
 - **アレルギー疾患**
 - **消化器系の問題**

これらの併存状態があると、症状が複雑化し、診断や支援がより難しくなることがあります。正確な診断のためには、併存症の可能性も考慮に入れることが重要です。

二次障害(Niji Shougai) : 環境とのミスマッチが生む問題

二次障害とは、発達障害の特性そのものではなく、その特性と周囲の環境とのミスマッチ(要求されることと本人の能力のズレ、不適切な関わり、理解不足など)や、それに伴う失敗体験の積み重ね、いじめ、叱責され続ける経験、自己肯定感の低下などによって、後天的に引き起こされる様々な心身の問題を指します。

二次障害の具体例:

- 精神症状: うつ病、不安症、適応障害、強迫症状、心身症(頭痛、腹痛、吐き気など)。
- 行動上の問題: 不登校、ひきこもり、反抗挑戦性障害(大人への反抗的な態度)、行為障害(攻撃性、破壊行為、嘘、盗みなど)、自傷行為、他害行為。
- 依存症: ゲーム依存、インターネット依存、買い物依存、ギャンブル依存、アルコール・薬物依存など。
- 対人関係の問題: 対人恐怖、孤立。
- 意欲の低下、無気力。

二次障害の予防のために重要なこと:

二次障害は、予防可能であると考えられています。予防には、本人の特性への早期介入だけでなく、環境への働きかけが非常に重要です。

1. 早期発見・早期支援: 子どもの発達上のサインにできるだけ早く気づき、診断の有無に関わらず、その子に合った療育や支援(発達支援)を開始する。
2. 環境調整: 家庭、学校、職場など、本人が多く時間を過ごす環境を、その人の特性に合わせて調整し、ストレスや失敗体験を減らすこと。
 - 刺激の調整: 感覚過敏に配慮し、音や光などの刺激を減らす。
 - 構造化: スケジュールや手順を視覚的に示し、見通しを持てるようにする。
 - 物理的環境: 集中しやすい座席配置、整理された空間など。
 - 人的環境: 本人の特性を理解し、肯定的に関わる。
3. 周囲の理解促進: 家族、教師、同僚、地域の人々などが、発達障害の特性について正しく理解し、偏見や誤解を持たずに関わるのが重要。合理的配慮の提供も含まれる。
4. 本人の自己理解と対処スキルの向上: 本人が自分の得意なこと、苦手なこと、特性を理解し、困難な状況にどう対処すればよいか(例: ストレスマネジメント、ソーシャルスキル、助けを求めるスキル)を身につけることを支援する。認知行動療法などが活用されることもあります。
5. 自己肯定感の育成: これが最も重要と言っても過言ではありません。失敗体験を減らし、「できた!」という成功体験を積み重ねられるような課題設定や関わり方を心がける。本人の良い点や努力、頑張りを具体的に認め、褒めることで、自尊心や「自分はやればできる」という感覚(自己効力感)を育む。
6. 適切な休息と生活リズム: 過度の疲労やストレスは、特性を強めたり、二次障害を引き起

こしたりする要因になります。十分な休息や睡眠、バランスの取れた食事、規則正しい生活リズムを保つことが大切です。

二次障害は、一度発症すると回復に時間がかかることもあります。早期に兆候(元気がない、イライラしている、引きこもりがちになるなど)に気づき、無理せず休息させたり、専門機関に相談したりするなど、早期に対応することが重症化を防ぐ鍵となります。

第2章:診断と評価:どうやってわかるの?どこに相談する?

「もしかして発達障害かも?」と感じたとき、どこに相談し、どのようなプロセスで診断に至るのか、詳しく見ていきましょう。

2.1 相談先:どこにアクセスすればいい?

発達障害に関する相談や診断は、年齢や相談内容に応じて様々な窓口があります。

- 子どもの場合:
 - まず身近な相談窓口へ:
 - かかりつけ小児科医: 発達に関する相談を受け付けている場合があります。必要に応じて専門機関を紹介してくれます。
 - 地域の保健センター(市町村保健センター): 乳幼児健診や育児相談を行っており、発達に関する相談も可能です。保健師などが対応し、専門機関へのつなぎ役となります。
 - 子育て支援センター: 地域の子育て支援拠点。気軽に相談できる場合があります。
 - 園・学校: 担任の先生、保育士、スクールカウンセラー、特別支援教育コーディネーターなどに相談できます。園や学校での様子も重要な情報源です。
 - より専門的な相談・診断機関:
 - 児童相談所: 18歳未満の子どもに関するあらゆる相談に対応。必要に応じて心理判定や一時保護なども行います。
 - 教育センター(教育相談所): 教育に関する相談や検査、就学相談などを行います。
 - 医療機関:
 - 児童精神科、小児神経科: 発達障害の診断・治療を専門とする診療科。
 - 小児科(発達外来など): 発達障害を専門に診る外来を設けている場合があります。
 - 児童発達支援センター・事業所: 未就学児向けの療育(発達支援)を行う機関。相談部門を併設している場合があります。
- 大人の場合:
 - 医療機関:
 - 精神科、心療内科: 大人の発達障害を診断・治療している医療機関。事前にウェブサイトや電話で確認することをお勧めします。
 - 専門相談機関:
 - 発達障害者支援センター: 各都道府県・指定都市に設置されており、発達障害に関する専門的な相談(診断、生活、就労、福祉サービスなど)に幅広く対応。本人だけでなく家族や支援者からの相談も受け付けています。
 - 精神保健福祉センター: 各都道府県・指定都市に設置されており、こころの健康に関する相談に対応。発達障害に関する相談も可能です。

- 就労に関する相談:
 - 障害者就業・生活支援センター(なかぼつ): 仕事と生活の両面からの相談が可能。
 - ハローワーク(障害者専門窓口): 求職相談、職業紹介。
 - 地域障害者職業センター: 職業評価、職業準備支援など。
- その他の相談窓口:
 - 相談支援事業所: 障害福祉サービスの利用計画作成などを支援。身近な相談相手となります。
 - 当事者会・家族会: 同じ経験を持つ仲間と情報交換や相談ができます。

どこに相談してよいか迷う場合は、まずはお住まいの市町村の障害福祉担当窓口や保健センター、あるいは発達障害者支援センターに問い合わせるのが良いでしょう。

2.2 診断プロセス:どのような検査や評価が行われる?

発達障害の診断は、特定の検査だけで決まるものではなく、様々な情報を総合的に評価して行われます。一般的なプロセスは以下の通りです。

1. インテーク(初回面接): まず、本人や家族(子どもの場合は主に保護者)から、現在困っていること、相談したい内容、これまでの生育歴(いつ頃からどのような様子が見られたかなど)、既往歴、家族歴などを詳しく聞き取ります。
2. 行動観察: 診察や検査場面での本人の様子(コミュニケーションの取り方、視線の合い方、興味の対象、落ち着き、課題への取り組み方など)を専門家が注意深く観察します。これは診断の重要な手がかりとなります。
3. 心理検査・発達検査: 必要に応じて、以下のような検査が行われます。これらは診断の確定のためだけでなく、本人の認知特性(得意なこと・苦手なこと)や発達水準を客観的に把握し、適切な支援計画を立てるために非常に重要です。
 - 知能検査(IQ検査):
 - **WISC**(ウィスク): 児童(主に5歳~16歳)向け。言語理解、知覚推理、ワーキングメモリ、処理速度などを測定し、知的発達の全体像と能力の凹凸を把握します。
 - **WAIS**(ウェイス): 成人(主に16歳~)向け。WISCと同様に、認知能力のプロフィールを評価します。
 - その他、田中ビネー知能検査など。
 - 発達検査:
 - 新版**K式**発達検査など: 主に乳幼児~児童向け。姿勢・運動、認知・適応、言語・社会といった領域の発達水準を評価します。
 - **Vineland-II**適応行動尺度: 日常生活における適応行動(コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルなど)を評価します。
 - **ASD**の診断補助ツール:
 - **ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition):**

半構造化された面接と観察を通して、ASD特有のコミュニケーションや相互作用、行動の特徴を評価する国際的な標準検査。

- **ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised):** 保護者への構造化面接を通して、幼少期からの発達歴や行動特徴を詳細に聴取する検査。
- **PARS-TR:** ASDのスクリーニングや重症度評価のための質問紙。
- **M-CHAT:** 乳幼児健診などで用いられるASDの早期スクリーニング質問紙。
- **ADHDの評価尺度:**
 - **Conners 3:** 子ども・青年向けのADHD症状評価尺度。本人用、保護者用、教師用があります。
 - **ADHD-RS:** ADHDの症状の重症度を評価する尺度。
 - **CAARS:** 成人向けのADHD症状評価尺度。
- **その他の検査:**
 - **神経心理学的検査:** 注意機能、実行機能、記憶などをより詳細に評価する検査(例: CPT、WCST)。
 - **性格検査:** ロールシャッハ・テスト、SCT(文章完成法)、MMPIなど。併存する精神状態やパーソナリティ傾向を把握するために行われることがあります。
- 4. **多角的な情報収集:** 診断の精度を高めるために、本人の自己評価だけでなく、家庭での様子(保護者からの情報)、学校や職場での様子(教師や上司からの情報提供、連携)など、複数の情報源から情報を集めることが重要です。
- 5. **医学的評価:** 症状が他の身体疾患(甲状腺機能異常、てんかんなど)や精神疾患(うつ病、不安症など)によるものでないか、あるいはそれらが併存していないかを確認するための医学的な診察や検査(血液検査、脳波検査など)が行われることがあります。
- 6. **診断とフィードバック:** これらの情報を総合的に評価し、DSM-5やICD-11などの診断基準に照らして、医師が診断を行います。診断結果は、検査結果や本人の特性(強み・弱み)、今後の支援方針などとともに、本人や家族に丁寧に説明されます(フィードバック)。

診断は一度で終わるものではなく、継続的な関わりの中で見立てが変わることもあります。また、診断名がつかなくても、困りごとがあれば支援を受けることは可能です。重要なのは、診断名を付けること自体が目的ではなく、本人の特性を理解し、困りごとを軽減し、その人らしく生きていくためのサポートにつなげることです。

2.3 グレーゾーン: 診断基準を満たさないけれど困っている場合

発達障害の特性はスペクトラム(連続体)であり、診断基準を満たすか満たさないかは、明確な線引きが難しい場合があります。「グレーゾーン」(またはパステルゾーン)とは、発達障害の傾向や特性は見られるものの、診断基準を完全には満たさないため、医学的な診断名がつかない状態を指す通称です。

グレーゾーンの人々は、以下のような困難を抱えることがあります。

- **支援の谷間:** 診断名がないため、障害者手帳の取得や公的な福祉サービスの利用が難

しく、必要な支援を受けにくい。学校や職場での合理的配慮も得られにくい場合がある。

- 周囲の無理解: 特性による困難(不注意、コミュニケーションのずれ、疲れやすさなど)があっても、「怠けている」「努力不足」「性格の問題」などと誤解されやすく、本人も自分を責めてしまいがち。
- 症状の変動: 診断基準を満たすかどうかの境界線上にいるため、体調やストレス、環境の変化などによって、一時的に症状が強く現れたり、逆に目立たなくなったりすることがある。
- 自己認識の難しさ: 自分の困難さの原因がわからず、「自分は他の人と何かが違う」と感じながらも、それが何なのか説明できずに悩むことがある。

グレーゾーンであっても、特性による困りごとは実際に存在し、学業、仕事、対人関係、日常生活などで支障をきたしているケースは少なくありません。

グレーゾーンの人への関わり方・支援の考え方:

- 診断名にこだわらない: 診断がつくかどうかよりも、本人が何に困っているか、どのような特性が見られるかに着目することが重要です。
- 個別に応じた工夫: 診断のある人向けの支援策(視覚支援、環境調整、スモールステップ化、具体的な指示など)の中から、本人の特性や困りごとに合わせて応用できるものを取り入れることが有効です。
- 相談窓口の活用: 発達障害者支援センターなどでは、診断の有無に関わらず相談を受け付けている場合があります。
- 自己理解のサポート: 本人が自分の特性(得意なこと、苦手なこと)を理解し、対処法を見つけられるようにサポートすることも大切です。
- 周囲の理解: グレーゾーンという状態があることを知り、目に見える「診断」がなくても困難を抱えている人がいることを理解することが、サポートの第一歩となります。

グレーゾーンの存在は、診断基準という線引きだけでは捉えきれない困難があること、そして支援制度がしばしば診断に基づいて提供される現状の課題を示唆しています。今後は、診断の有無だけでなく、個々のニーズに基づいた柔軟な支援体制の構築が求められます。

第3章:治療・支援と日常生活での工夫:困りごとを減らすために

発達障害の特性と上手く付き合い、日常生活や社会生活での困りごとを減らしていくための具体的なアプローチについて、詳しく見ていきましょう。

3.1 治療的アプローチ:薬物療法と心理社会的療法

発達障害に対する介入は、根本的に「治す」というより、症状を緩和し、本人が持っている力を引き出し、より良く適応していくことを目的とします。主なアプローチとして、薬物療法と心理社会的療法があります。

3.1.1 薬物療法:症状緩和の補助として

薬物療法は、発達障害の中核的な特性そのものを変えるものではありませんが、特定の症状(特にADHDの不注意・多動・衝動性や、ASDに伴う周辺症状)を緩和し、本人の苦痛を減らしたり、他の心理社会的療法の効果を高めたりするために、補助的に用いられることがあります。

ADHD治療薬:主に不注意、多動性、衝動性の症状軽減を目的とします。現在、日本で承認されている主な薬剤には以下の3種類があります。

1. メチルフェニデート徐放剤(商品名:コンサータ)
 - 分類:中枢神経刺激薬
 - 作用:脳内の神経伝達物質であるドーパミンとノルアドレナリンの再取り込みを阻害し、これらの濃度を高めることで神経伝達を活性化します。
 - 効果:不注意、多動性、衝動性の全ての症状に効果が期待され、効果の発現が比較的早く、効果も強いとされています。
 - 特徴:作用時間は約12時間弱持続します。依存性のリスク管理のため、処方には専門医による登録が必要です。
 - 主な副作用:食欲不振、体重減少、不眠、頭痛、腹痛、チック症状の悪化など。
2. アトモキセチン(商品名:ストラテラ)
 - 分類:選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(非中枢神経刺激薬)
 - 作用:ノルアドレナリンの再取り込みを選択的に阻害し、その濃度を高めます。
 - 効果:主に不注意症状に対して効果が期待されますが、多動性・衝動性にも効果を示すことがあります。
 - 特徴:効果が現れるまでに数週間～数ヶ月(1～3ヶ月程度)かかりますが、効果は24時間持続します。依存性のリスクは低いとされます。
 - 主な副作用:眠気、吐き気、食欲不振、頭痛、腹痛、口渇など。
3. グアンファシン徐放剤(商品名:インチュニブ)
 - 分類: α 2Aアドレナリン受容体作動薬(非中枢神経刺激薬)
 - 作用:神経伝達物質を受け取る側の受容体(α 2Aアドレナリン受容体)に作用し、神経伝達を調整します。

- 効果: 特に多動性、衝動性、攻撃性、感情の不安定さに対して効果が期待されます。
- 特徴: 効果発現は比較的早く(1~2週間程度)、効果は24時間持続します。依存性のリスクは低いとされます。用量は体重に応じて調整されることが多いです。
- 主な副作用: 血圧低下、眠気、めまい、頭痛、食欲不振など。

薬剤の選択: どの薬剤を選択するかは、本人の症状の特性(どの症状が最も困っているか)、重症度、年齢、併存疾患の有無、副作用のリスク、本人の生活スタイルや希望などを総合的に考慮し、医師が慎重に判断します。少量から開始し、効果と副作用を確認しながら調整していくのが一般的です。薬物療法は、心理社会的療法や環境調整と組み合わせて行うことが推奨されます。

ASDに対する薬物療法: ASDの中核症状(社会的コミュニケーションの困難、限定された興味や反復行動)自体を改善する有効な薬物はありません。薬物療法は、ASDに併存しやすい以下のような周辺症状や行動上の問題の緩和を目的として、補助的に用いられます。

- 易刺激性・攻撃性・自傷行為: 強いかんしゃく、パニック、自分や他人を傷つける行動などに対して、非定型抗精神病薬(リスペリドン、アリピプラゾールなど)が有効性と安全性のエビデンスに基づいて使用されることがあります(米国FDA承認あり)。副作用(体重増加、眠気、ふらつき、代謝系の変化など)には注意が必要です。
- 不安・抑うつ・強迫症状・反復行動: 併存する不安症やうつ病、あるいは強迫的な思考やこだわり、反復行動の軽減を目的に、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(**SSRI**:フルボキサミン、セルトラリンなど)が使用されることがあります。ただし、ASDに対する有効性は確立されておらず、副作用(吐き気、不眠、イライラ感など)や、かえって衝動性が高まる可能性にも注意が必要です。
- 併存する**ADHD**症状: ADHDを併存する場合、その不注意、多動性、衝動性に対して、上記のADHD治療薬(メチルフェニデートやアトモキセチンなど)が用いられることがあります。
- 睡眠障害: 入眠困難や中途覚醒などの睡眠の問題に対して、メラトニン(体内時計を調整するホルモン)や睡眠導入剤が用いられることがあります。
- てんかん: てんかんを併存する場合(ASDの約20-30%とされる)、抗てんかん薬(バルプロ酸、カルバマゼピン、ラモトリギンなど)が使用されます。一部の抗てんかん薬には気分安定作用もあります。

ASDに対する薬物療法は、あくまで対症療法であり、個々の症状や状態に合わせて慎重に検討されるべきです。特に、薬物療法単独ではなく、心理社会的療法や環境調整と組み合わせて行うことが原則となります。治療目標、期待される効果、副作用について、医師と本人・家族が十分に話し合い、納得した上で進めることが極めて重要です。漫然と長期間使用するので

はなく、定期的に必要性を見直すことも大切です。

3.1.2 心理社会的療法: スキル獲得と適応力の向上

心理社会的療法は、行動、認知、コミュニケーション、感情調整、対人関係スキル、問題解決能力などを改善するための非薬物的なアプローチであり、神経発達症の支援において中心的な役割を担います。エビデンス(科学的根拠)に基づいた様々な手法があります。

- **認知行動療法(CBT: Cognitive Behavioral Therapy):**
 - 目的: 自身の思考パターン(認知)が感情や行動にどう影響しているかに気づき、不適応な思考や行動パターンをより現実的で適応的なものに変えていくことで、問題解決能力やストレス対処能力を高めることを目指します。
 - 対象: 発達障害に伴う二次的な不安、抑うつ、怒りのコントロールの問題、低い自己評価、対人関係の悩みなど。
 - 手法: カウンセラーとの面接を通して、具体的な困りごとについて、その時の状況、考え、感情、行動を振り返り、考え方の幅を広げたり、新しい対処行動を試したりします。ホームワーク(日常生活での実践)も重視されます。発達障害のある人向けに、視覚的な資料を活用したり、内容を具体的にしたりする工夫がされることもあります。
- **ソーシャルスキルトレーニング(SST: Social Skills Training):**
 - 目的: 対人場面で必要となる具体的なスキル(挨拶、会話の始め方・続け方・終わり方、聞き方、断り方、頼み方、感情の表現とコントロール、状況に応じた振る舞い、他者の意図の推測など)を段階的に習得することを目指します。
 - 対象: コミュニケーションや対人関係に困難を抱える子どもや大人。
 - 手法: ①スキルの説明・教示、②モデリング(指導者や他の参加者による手本)、③ロールプレイ(模擬場面での練習)、④フィードバック(良かった点や改善点を具体的に伝える)、⑤ホームワーク(実生活での実践)といったステップで進められます。多くの場合、小グループ形式で行われ、他者との相互作用の中でスキルを練習し、般化(日常生活で使えるようにすること)を目指します。
- **応用行動分析(ABA: Applied Behavior Analysis):**
 - 目的: 学習理論に基づき、望ましい行動(スキル: 言語、コミュニケーション、社会性、身辺自立、学習スキルなど)を教え、増やし、問題となる行動を減らすための体系的なアプローチ。
 - 対象: 特に早期のASD児に対する療育プログラムとして広く用いられていますが、様々な年齢や障害、行動の問題に応用されています。
 - 手法: ①目標とする行動を具体的かつ測定可能な形で設定し、②その行動を小さなステップに分解(スモールステップ)、③明確な指示や手掛かり(プロンプト)を与え、④本人ができたらずちに強化(褒める、好きな物を与えるなど: 正の強化)することで、行動の定着を促します。データを取りながら効果を確認し、指導法を修正していく点も特徴です。早期集中療育(Early Intensive Behavioral

Intervention: EIBI)と呼ばれる週20時間以上のABAプログラムは、ASD児のIQや言語能力、適応行動の改善に有効性を示すエビデンスが蓄積されています。

- **TEACCHプログラム (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children):**
 - 目的: ASDのある人の特性(特に視覚優位性、構造化を好む傾向)を理解し、それを活かして環境を整えることで、本人が混乱なく、見通しを持って、自律的に活動できるように支援する包括的なアプローチ。ノースカロライナ大学で開発されました。
 - 手法(構造化の4つの要素):
 - 物理的構造化: 活動内容に合わせて空間を区切り、どこで何をするかを明確にする(例: 学習スペース、遊びスペース、休憩スペースなど)。
 - スケジュール: 一日の活動の流れや手順を、写真、絵カード、文字などで視覚的に提示し、見通しを持てるようにする。
 - ワークシステム: 個々の課題や活動について、「何を」「どれだけ」「いつ終わるか」「終わったら次に何をするか」を本人が自分で見てわかるように、手順や完成形を具体的に示す。
 - 課題の構造化: 課題そのものを、視覚的に理解しやすく、取り組みやすいように工夫する。
 - TEACCHは特定の技法というより、構造化という考え方に基づいた支援の枠組みであり、家庭、学校、地域生活など様々な場面で応用されています。
- **ペアレントトレーニング (Parent Training / Management Training):**
 - 目的: 神経発達症のある子どもの保護者が、子どもの特性や行動原理を理解し、肯定的な関わり方(効果的な褒め方、指示の出し方など)や、具体的な問題行動への対処法(無視、タイムアウトなど)を学ぶプログラム。
 - 対象: 主に発達障害のある子どもの保護者。
 - 手法: 行動理論に基づき、子どもの適切な行動を増やし、不適切な行動を減らすための具体的なスキルを、講義、演習、ロールプレイ、ホームワーク、グループディスカッションなどを通じて習得します。多くはグループ形式で実施され、他の保護者との情報交換や共感(ピアサポート)も大きな効果をもたらします。
 - 効果: 保護者の育児スキルの向上、育児に関するストレスや抑うつ感の軽減、子どもの行動問題の改善、親子関係の改善などに有効であることが多くの研究で示されています。発達障害者支援センター、教育センター、医療機関、療育施設などで実施されています。

これらの心理社会的療法は、それぞれ焦点とする領域やアプローチが異なりますが、多くの場合、①構造化された環境設定、②スキルの段階的指導、③肯定的な強化(褒めること)、④一般化の促進といった要素を含んでいます。どの療法が適しているかは、個人の年齢、特性、

ニーズ、目標、そして利用可能なリソース(専門家の有無、費用など)を考慮して、専門家(医師、心理士、作業療法士、言語聴覚士、特別支援教育士など)と相談しながら選択・実施していくことが望ましいです。これらのアプローチは、単にスキルを教えるだけでなく、本人と環境との相互作用を改善し、より良い適応を促すことを目指しています。

3.1.3 その他の関連療法

上記の主要な療法に加え、特定の困難に対応するための専門療法も活用されます。

- **感覚統合療法:**
 - 目的: 主に作業療法士(OT)によって提供され、遊びを通して、感覚(特に触覚、固有受容覚、前庭感覚)の調整、識別、そしてそれらの情報を上手く使って体の動きを計画・実行する力(運動企画/プラクシス)の発達を促すことを目的とします。
 - 対象: 感覚過敏や鈍麻、不器用さ、姿勢制御の問題、ボディイメージの問題などを抱える子ども。
 - 手法: ブランコ、トランポリン、ボールプール、粘土、平均台など、様々な遊具や素材を用い、子どもが主体的に感覚を探求し、適切な反応を引き出せるような活動を行います。
- **言語聴覚療法(ST: Speech-Language-Hearing Therapy):**
 - 目的: 言語聴覚士(ST)が、言葉の発達の遅れ、発音の誤り(構音障害)、吃音、言語理解・表出の困難、読み書きの困難、社会的コミュニケーション(会話のルール、相手の意図理解など: 語用論)の問題などに対して、評価と訓練を行います。
 - 手法: 個別またはグループで、遊びや課題を通して、発声・発音練習、語彙や文法の指導、読解・作文練習、コミュニケーションスキルの練習などを行います。必要に応じて、コミュニケーションエイド(絵カード、会話補助装置など)の活用も支援します。
- **作業療法(OT: Occupational Therapy):**
 - 目的: 作業療法士(OT)が、人々が日常生活で行う様々な「作業」(食事、着替え、入浴、学習、仕事、遊び、地域活動など)を、その人らしく、より良く遂行できるよう支援します。
 - 対象: 神経発達症のある人に対しては、微細運動スキル(書字、箸操作など)、粗大運動スキル、感覚処理の問題、実行機能(計画、整理など)、日常生活動作(ADL)、遊びや余暇活動、学習・就労スキルの向上など、非常に幅広い領域に関わります。
 - 手法: 個々の目標に合わせて、具体的な作業活動を用いた訓練、環境調整の提案、自助具やツールの紹介、家族や学校・職場への助言などを行います。
- **心理カウンセリング/心理療法:**
 - 目的: 臨床心理士や公認心理師などが、発達障害のある本人や家族が抱える

心理的な問題(不安、抑うつ、ストレス、自己肯定感の低さ、対人関係の悩み、トラウマなど)に対して、心理的なサポートを提供します。

- 手法: 支持的な面接を通して、本人の気持ちを受け止め、共感的に寄り添いながら、自己理解を深めたり、ストレス対処法を一緒に考えたり、感情の整理を手伝ったりします。必要に応じて、認知行動療法、精神分析的心理療法、家族療法など、様々なアプローチが用いられます。

これらの治療・支援アプローチは、互いに連携しながら、個々のニーズに合わせてオーダーメイドで提供されることが理想です。

3.2 感覚処理の特性(感覚過敏・鈍麻)への具体的な対応

感覚の過敏さや鈍麻さは、日常生活を送る上で大きな困難やストレスの原因となります。周囲がその特性を理解し、適切な配慮や環境調整を行うことが非常に重要です。

感覚過敏への対応: 刺激を減らす、避ける、和らげる

- 聴覚過敏:
 - 環境調整: 静かな場所を確保する、ドアや窓を閉めて外の音を遮断する、音の反響しにくい素材(カーテン、カーペット)を使う、家電製品の作動音に気をつける。
 - 保護具: イヤーマフ、ノイズキャンセリングイヤホン/ヘッドホン、デジタル耳栓などを使用する。
 - 予測可能性: 大きな音が出る前に知らせる(例:「今から掃除機かけるよ」)。
 - 代替手段: 騒がしい場所が苦手な場合、オンラインでの参加や、空いている時間帯の利用などを検討する。
- 視覚過敏:
 - 環境調整: 照明を調整する(間接照明にする、照度を下げる、暖色系の光にする)、自然光を取り入れる(ブラインドで調整)、PCやタブレットの画面の明るさやコントラストを調整する、掲示物を減らす。
 - 保護具: サングラス、遮光眼鏡、帽子、つば付きの帽子、パーテーションなどを使用する。
 - 教材等の工夫: 文字の大きさや行間を調整する、カラーペーパーやカラーフィルターを使用する。
- 触覚過敏:
 - 衣服: 肌触りの良い素材(綿など)を選ぶ、縫い目やタグが外側についているものや無いものを選ぶ、締め付けの少ないデザインを選ぶ。新品の服は一度洗濯してから着る。
 - 接触: 人に触られるのが苦手な場合、事前に声をかける、触れる場所や強さを確認する。無理に抱きしめたりしない。

- 日用品: 歯ブラシはやわらかい毛のものを選ぶ、タオルは肌触りの良いものを選ぶ、絆創膏は低刺激性のものを選ぶ。
- 食事: 苦手な食感のものは無理強いせず、他のもので栄養を補う。調理法を工夫する(細かく刻む、ペースト状にするなど)。
- 味覚・嗅覚過敏:
 - 食事(偏食): 無理強いとは逆効果。食べられるものを中心に栄養バランスを考える。新しい食材は少量から、慣れた食材と一緒に試す。見た目や調理法を変えてみる。栄養士に相談するのも良い。
 - 匂い: 香りの強い洗剤、柔軟剤、化粧品、芳香剤などを避ける。調理中は換気を十分に行う。マスクを使用する。

感覚鈍麻への対応: 適切な刺激を入れる、気づきを促す

- 痛覚・温度覚鈍麻: 怪我や火傷に気づきにくいことがあるため、周囲が注意深く見守り、定期的に皮膚の状態などを確認する。熱いもの・冷たいものには注意喚起する。
- 触覚鈍麻: 程よい圧覚を求める場合、重い布団やブランケットを使う、クッションを抱える、マッサージをする(本人が好む場合)、しっかりと抱きしめるなどが安心感につながることもある。
- 聴覚鈍麻: 名前を呼ぶときは近づいて肩を叩くなど、視覚や触覚情報も併用する。指示が伝わっているか確認する。
- 固有受容覚鈍麻:
 - 力の加減が難しい場合、具体的な指示(「そっと置いてね」「これくらいの強さで」)や、視覚的な手がかり(例: 筆圧の目安を示す)を用いる。
 - 姿勢保持が苦手な場合、足が床につく椅子やクッション、姿勢サポーターなどを使う。
 - 体を動かす活動(トランポリン、ボール遊び、重いものを持つ手伝いなど)を取り入れ、体の感覚を高める。
- 前庭感覚鈍麻: 安全な範囲で、ブランコ、回転椅子、バランスボールなど、揺れや回転を感じる遊びを取り入れる。
- 内部感覚鈍麻:
 - 食事や水分の摂取、トイレの時間を決めて、習慣化する。
 - タイマーやアラームで促す。
 - 「お腹すいた感じする?」「トイレ行かなくて大丈夫?」など、具体的に声かけをして、自分の体の感覚に意識を向ける練習をする。

評価ツール:

個々の感覚特性をより客観的に把握するために、感覚プロファイル(SP)などの標準化された

質問紙評価が用いられることがあります。これは、日常生活の様々な場面での感覚刺激に対する反応(過敏さ、鈍麻さ、感覚探求、感覚回避など)を評価するもので、結果に基づいてより個別化された支援計画(環境調整、感覚への配慮など)を立てるのに役立ちます。乳幼児用、児童用、青年・成人用などのバージョンがあります。

最も重要なこと:

これらの感覚特性は、本人の意思や努力でコントロールできるものではなく、神経学的な差異に起因します。したがって、「我慢させれば慣れる」という考え方で、本人が苦痛を感じる刺激に無理にさらすことは、不安や恐怖、トラウマを引き起こす可能性があり、絶対に避けるべきです。本人の感覚の世界を尊重し、安心できる環境を整えることが、自己肯定感を育み、社会参加を促す上で不可欠です。

3.3 実行機能の困難への具体的な対応(ライフハック)

計画性のなさ、忘れっぽさ、集中力のなさ、衝動性、切り替えの苦手さといった実行機能の困難は、日常生活や仕事・学業において様々な支障を引き起こします。しかし、これらの困難は、外部からのサポートやツール、環境調整によって補うことができます。ここでは具体的な工夫(ライフハック)を紹介します。

「見えない機能」を「見える化」する: 視覚的支援

- スケジュール・予定管理:
 - カレンダー: 大きくて見やすい壁掛けカレンダーや、共有可能なデジタルカレンダー(Googleカレンダーなど)に予定を書き込む。色分けすると分かりやすい。
 - スケジュール表: 1日の流れや週の予定を、時間軸に沿って具体的に書き出す。絵や写真を使うと、子どもや視覚優位の人にはより効果的。
 - リマインダー/アラーム: スマートフォンやスマートウォッチのアラーム、リマインダーアプリ(リマインくん、TickTickなど)を活用し、予定ややるべきことを忘れないようにする。
- タスク管理:
 - ToDoリスト/チェックリスト: やるべきことを具体的に書き出し、終わったらチェックを入れる。大きな課題は小さなステップに分解(スモールステップ化)する。
 - 付箋: 目につく場所に貼って、忘れてはいけないことやアイデアをメモする。色分けも有効。
 - マニュアル・手順書: 繰り返し行う作業(例: 朝の支度、仕事の手順、料理のレシピ)は、写真や図を使って手順を分かりやすく示す。
- 物の管理:
 - 定位置管理: 全ての物に置き場所を決め、使ったら必ずそこに戻す習慣をつける。ラベルを貼ると分かりやすい。
 - 整理整頓: 定期的に持ち物や書類を整理する時間を設ける。不要なものは捨て

る。ファイルボックスや仕切りを活用する。

- 持ち物リスト: 外出前や登校・出勤前に確認する持ち物リストを作成し、玄関などに貼っておく。

時間管理をサポートする

- タイマーの活用: 作業時間や休憩時間をタイマーで区切ることで、集中力を維持しやすくなったり、時間の感覚を掴みやすくなったりする。キッチンタイマー、スマートフォンのタイマー、視覚的なタイマーアプリ(例:ルーチンタイマー、Tiimo)など。
- 時間の見積もり: 作業にかかる時間を予測するのが苦手な場合、実際に時間を計ってみて記録する。慣れるまでは多めに見積もる。
- バッファ(余裕時間): 予定には移動時間や準備時間を含め、余裕を持たせる。
- アラームの多用: 起床、出発、服薬、次の行動への切り替えなど、様々なタイミングでアラームを設定する。

集中力を維持・向上させる

- 環境調整:
 - 物理的環境: 静かで、視界に余計なものが入らない場所で作業する。机の上は整理し、必要なものだけを置く。パーテーションで区切るのも有効。
 - デジタル環境: 作業中は不要な通知(メール、SNSなど)をオフにする。ウェブサイトブロッカーなどを使う。
- ノイズキャンセリング: イヤーマフやノイズキャンセリングイヤホン/ヘッドホンを使用し、周囲の音を遮断する。
- 短時間集中: 長時間集中するのが難しい場合、「ポモドーロ・テクニック」(例: 25分集中+5分休憩)のように、短い作業時間と休憩を繰り返す。
- 体を動かす: 作業の合間に軽い運動やストレッチを取り入れる。

衝動性をコントロールする

- 一呼吸置く: 何か言いたくなったり、行動したくなったりしたときに、すぐに反応せず、心の中で数を数えるなどして一呼吸置く練習をする。
- 代替行動: 衝動的な行動(例:衝動買い)をしそうになったら、別の行動(散歩する、音楽を聴くなど)に切り替える。
- 物理的に遠ざける: 衝動買いを防ぐためにクレジットカードを持ち歩かない、お菓子を手の届かないところに置くなど。
- メモを取る: 会議中などに何か言いたくなったら、まずメモに書き留めて、話すタイミングを見計らう。

切り替えをスムーズにする

- 予告・見通し: 次の活動に移る前に、タイマーや声かけで予告する(例:「あと5分で終わりにして、次はお風呂だよ」)。
- 移行時間: 活動と活動の間に短い休憩や準備時間を設ける。
- 視覚的な手がかり: スケジュール表などで次の活動を明確に示す。

ワーキングメモリを補う

- メモを取る: 指示されたこと、覚えておくべきこと、アイデアなどをすぐにメモする習慣をつける。メモ帳、付箋、スマートフォンのメモアプリ、ボイスレコーダーなどを活用する。
- 復唱・要約: 指示された内容を自分の言葉で繰り返したり、要約したりして確認する。
- 視覚情報の活用: 口頭だけでなく、文字や図、写真など、見て確認できる情報を併用する。
- 情報を小分けにする: 一度に多くの情報を伝えたり、処理したりしようとせず、一つずつ、あるいは短い単位に区切る。

これらの工夫は、本人の努力不足を補うための「外部的な杖」のようなものです。「なぜできないんだ」と叱責するのではなく、「どうすればできるようになるか」という視点で、本人に合ったツールや方法と一緒に見つけ、試していくことが大切です。これらのライフハックは、発達障害のある人だけでなく、多くの人にとっても有効な場合があります。

第4章: 公的な支援制度を理解し活用する: 一人で抱え込まないために

発達障害のある人やその家族が、地域で安心して生活を送るためには、様々な公的な支援制度を知り、必要に応じて活用することが重要です。ここでは、日本の主な支援制度について詳しく解説します。

4.1 福祉サービスの基盤: 障害者手帳制度

障害者手帳は、障害があることを公的に証明し、様々な福祉サービスや支援、優遇措置を受けるための基盤となるものです。発達障害に関連する主な手帳は以下の2種類です。手帳の取得は任意であり、メリットとデメリット(障害を開示することへの心理的抵抗など)を考慮して判断します。

4.1.1 精神障害者保健福祉手帳

- 対象: ASDやADHDなどの神経発達症を含む精神疾患により、日常生活や社会生活を送る上で、長期にわたり相当な制約があると認められた人。知的障害を伴わない発達障害の場合は、この手帳が主な対象となります。
- 等級: 障害の程度に応じて、重い方から順に1級、2級、3級に区分されます。等級によって受けられるサービスの範囲や程度が異なる場合があります。
- 申請:

- 窓口: お住まいの市町村の障害福祉担当窓口。
- 必要なもの(主な例): 申請書、医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)、本人の写真など。診断書は、その精神疾患による初診日から6ヶ月以上経過した時点での状態について記載されたものである必要があります。
- 有効期間: 原則として2年間。更新手続きが必要です。
- メリット(例):
 - 税制上の優遇: 所得税、住民税、相続税、贈与税、自動車税などの控除や減免。
 - 公共料金等の割引: 鉄道、バス、タクシーなどの交通機関、携帯電話料金、美術館・博物館などの公共施設の利用料割引。
 - NHK受信料の減免(等級や世帯状況による)。
 - 医療費助成: 自治体によっては、医療費の自己負担分を助成する制度があります(例: 自立支援医療(精神通院医療)との併用など)。
 - 福祉サービス: 障害者総合支援法に基づく各種サービスの利用(後述)。
 - 障害者雇用枠での就労: 一般の求人とは別に、障害者を対象とした求人枠に応募できます(後述)。
 - その他: 公営住宅への優先入居、預貯金の利子等非課税制度(マル優・特別マル優)、生活福祉資金の貸付など。

4.1.2 療育手帳

- 対象: 主に知的障害があると判定された人に対して、都道府県または指定都市が交付する手帳です。通常、18歳未満で判定を受けることが多いですが、成人後に取得することも可能です。発達障害に知的障害を伴う場合に取得対象となります。
- 名称と等級: 手帳の名称(例:「愛の手帳(東京都)」、「みどりの手帳(埼玉県)」)などや、障害程度の区分(例:A(重度)、B(中度・軽度))は、自治体によって異なります。
- 申請:
 - 窓口: お住まいの市町村の障害福祉担当窓口、または児童相談所(18歳未満の場合)、知的障害者更生相談所(18歳以上の場合)など。
 - 判定: 知的機能(知能検査など)と日常生活能力(身辺自立、コミュニケーションなど)を総合的に評価して判定されます。
- メリット: 精神障害者保健福祉手帳と同様の優遇措置に加え、特に児童向けの福祉サービス(児童発達支援、放課後等デイサービスなど)を利用しやすくなる場合があります。

手帳を取得することで受けられるサービスや割引の内容・程度は、手帳の種類や等級、お住まいの自治体によって異なります。詳細については、お住まいの市町村の窓口やウェブサイトを確認することが重要です。

4.2 大人の生活を支える:障害福祉サービス(障害者総合支援法)

障害者総合支援法は、障害のある人が地域で自立した生活を送れるよう、様々な福祉サービスを提供する法律です。発達障害のある人も、必要に応じてこれらのサービスを利用できます。

利用プロセス(基本的な流れ):

1. 相談・申請: お住まいの市町村の障害福祉担当窓口、または相談支援事業所に相談し、利用したいサービスについて申請します。
2. 障害支援区分の認定(一部サービス): サービスの必要性を判断するため、「障害支援区分」の認定調査が行われる場合があります(特に介護給付)。心身の状態に関する80項目の調査や医師の意見書などを基に、区分の判定(区分1~6、非該当)が行われます。
3. サービス等利用計画案の作成・提出: 指定特定相談支援事業所に依頼し、本人の希望や状況を踏まえた「サービス等利用計画案」を作成してもらいます(セルフプランも可能)。
4. 支給決定: 市町村が、提出された計画案や区分認定の結果などを基に、利用できるサービスの種類や量(支給量)を決定し、「障害福祉サービス受給者証」を交付します。
5. サービス提供事業者との契約: 受給者証に記載された範囲内で、利用したいサービスを提供する事業者を選び、契約を結びます。
6. サービス利用開始: サービス等利用計画に基づいて、サービスの利用を開始します。利用開始後も、相談支援事業所が定期的にモニタリングを行い、必要に応じて計画の見直しを行います。

主なサービスの種類:

サービスは大きく分けて、日中活動や就労、住まいなどを支援する「訓練等給付」、身体介護などを提供する「介護給付」、地域生活への移行や定着を支援する「地域相談支援給付」、そして市町村が独自に行う「地域生活支援事業」があります。

【訓練等給付】

- 就労移行支援: 一般企業等への就労を希望する65歳未満の人に、就職に必要な知識・能力向上のための訓練(職業スキル、ビジネスマナー、コミュニケーション等)、求職活動支援、職場探し、職場実習、就職後の定着支援などを提供します(原則2年間)。
- 就労継続支援(A型・B型): 一般企業での就労が困難な人に、支援を受けながら働く場を提供します。
 - A型: 事業所と雇用契約を結び、最低賃金以上の給与を得ながら働きます。
 - B型: 雇用契約は結ばず、比較的短時間から、体調に合わせて生産活動(軽作

業など)を行い、工賃を受け取ります。

- 自立訓練(機能訓練・生活訓練): 自立した日常生活や社会生活を送るために必要なスキルの維持・向上を目指す訓練です。
 - 機能訓練: 身体機能(リハビリなど)や生活能力の維持・向上を図ります。
 - 生活訓練: 食事、家事、金銭管理、健康管理、対人関係などの生活スキルの習得や、地域生活への移行を支援します。通所型と宿泊型があります。
- 就労定着支援: 就労移行支援などを利用して一般就労した人が、長く働き続けられるように、仕事上の課題や日常生活の悩みについて、企業や関係機関との連絡調整を含めた相談・助言を行います(最長3年間)。
- 共同生活援助(グループホーム): 地域の中で、数人が共同で生活する住居(アパート、一軒家など)において、世話人などから日常生活上の援助(食事、入浴、金銭管理の相談など)や介護を受けながら暮らすサービスです。

【介護給付】(主に障害支援区分認定が必要)

- 居宅介護(ホームヘルプ): 自宅で、入浴、排泄、食事などの身体介護や、調理、洗濯、掃除などの家事援助、通院等の介助を受けられます。
- 重度訪問介護: 重度の肢体不自由や知的・精神障害があり、常に介護が必要な人に、自宅での介護、外出支援、コミュニケーション支援などを総合的に提供します。
- 同行援護: 視覚障害のある人の外出支援(移動の援護、代読・代筆など)。
- 行動援護: 知的障害や精神障害により、行動上著しい困難があり、常に介護が必要な人に、外出時や活動中に生じる危険を回避するための援護、移動や排泄・食事等の介助を行います。ASDやADHDの特性による、自傷・他害、パニック、飛び出し、こだわり行動などに対応する場合も含まれます。
- 療養介護: 医療と常時介護が必要な人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護、日常生活上の世話を提供します。
- 生活介護: 常に介護が必要な人に、日中、施設などで入浴、排泄、食事などの介護や、創作的活動・生産活動の機会を提供します。
- 短期入所(ショートステイ): 自宅で介護する人が病気や休息などの理由で一時的に介護できなくなった場合に、短期間、施設に入所して介護や日常生活上の支援を受けられます。

【地域相談支援給付】

- 地域移行支援: 障害者支援施設や精神科病院に入所・入院している人が、地域での一人暮らし等へ移行する際の支援(住居探し、関係機関との調整など)を行います。
- 地域定着支援: 地域で単身等で生活する障害のある人が、常時連絡が取れる体制を確保し、緊急時の対応や相談を行います。

【計画相談支援】

- サービスの利用申請や更新の際に、本人の意向に基づいた「サービス等利用計画」を作成し、サービス事業者等との連絡調整を行います。原則として全てのサービス利用者に計画作成が必要で、費用は公費で賄われます。

【地域生活支援事業】

- 市町村が主体となって行う、より地域の実情に応じた柔軟なサービスです。
 - 相談支援事業: 身近な地域での相談に応じます。
 - 意思疎通支援事業: 手話通訳者の派遣など。
 - 移動支援事業: 屋外での移動が困難な人の外出支援(社会参加、余暇活動など)。
 - 地域活動支援センター: 創作活動、生産活動、社会との交流促進などの場を提供します。
 - その他、日常生活用具の給付・貸与、成年後見制度利用支援など、市町村によって様々な事業があります。

利用料:

サービスの利用料は、原則として費用の1割が自己負担となりますが、世帯の所得に応じて月ごとの負担上限額が定められています(生活保護世帯・市町村民税非課税世帯は0円など)。

これらのサービスは多岐にわたるため、自分にどのようなサービスが必要か、どう利用すればよいか分からない場合は、市町村の窓口や相談支援事業所、発達障害者支援センターに相談することが第一歩です。

4.3 子どもの成長を支える: 児童福祉サービス(児童福祉法)

障害のある子どもや、発達に支援が必要な子ども(診断名がなくても利用できる場合がある)とその家族を対象としたサービスは、主に児童福祉法に基づいて提供されます。

利用プロセス:

1. 相談・申請: お住まいの市町村の障害福祉担当窓口や児童発達支援センター、相談支援事業所などに相談し、利用申請を行います。
2. 利用計画案の作成: 障害児相談支援事業所に依頼し、「障害児支援利用計画案」を作成してもらいます(セルフプランも可能)。
3. 支給決定: 市町村が、計画案や子どもの状況などを踏まえ、利用できるサービスの種類や日数(支給量)を決定し、「通所受給者証」を交付します。
4. 事業者との契約・利用開始: 受給者証を持って、利用したいサービスを提供する事業

者を選び、契約を結んで利用を開始します。

主なサービスの種類:

- 児童発達支援:
 - 対象: 未就学の障害児(療育の必要性が認められる場合)。
 - 内容: 日常生活における基本的な動作の指導(食事、着替え、排泄など)、知識技能の付与(言葉、数、遊びなど)、集団生活への適応訓練(ルール理解、順番待ち、他児との関わりなど)などを、通所(事業所に通う)形式で行います。個別支援と集団支援があります。医療的ケアが必要な子どものための「医療型児童発達支援」もあります。早期療育の中核となるサービスです。
- 放課後等デイサービス:
 - 対象: 就学中の障害児(小学生・中学生・高校生:原則6歳~18歳、必要に応じて20歳まで)。
 - 内容: 授業終了後や夏休みなどの学校休業日に、生活能力向上のための訓練(金銭管理、SSTなど)、社会との交流促進、創作活動、地域交流の機会提供、余暇の提供(遊び、宿題支援など)を行います。子どもの居場所としての機能、家族の負担軽減(レスパイトケア)の役割も担います。利用時間は個別支援計画に基づいて設定されます。
- 保育所等訪問支援:
 - 対象: 保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、特別支援学校などに通う障害児。
 - 内容: 専門職(児童指導員、保育士、理学療法士など)が、子どもが通っている園や学校などを訪問し、集団生活への適応のために、子ども本人への支援(専門的な関わり)と、訪問先のスタッフへの支援(支援方法の助言など)を行います。
- 障害児入所支援:
 - 対象: 保護者の下での養育が困難な場合など、家庭での生活が難しい障害児。
 - 内容: 施設に入所し、保護、日常生活の指導、知識技能の付与、治療などを受けます。福祉型と医療型があります。

利用料:

原則としてサービス費用の1割が自己負担ですが、世帯の所得に応じて月額負担上限額が設定されています(例:市町村民税非課税世帯は0円、課税世帯でも約4,600円または約37,200円が上限など)。多子軽減措置もあります。

これらのサービスは、子どもの発達を促し、社会性を育み、家族を支える上で重要な役割を果

たします。

4.4 経済的な基盤を支える: 経済的支援

発達障害やそれに伴う困難により、就労が難しかったり、生活に支障が出たりする場合、経済的な支援を受けられる制度があります。

- 障害年金(基礎・厚生):
 - 概要: 病気や怪我によって生活や仕事などが制限されるようになった場合に受け取れる公的な年金です。発達障害も対象となりえます。
 - 種類:
 - 障害基礎年金: 初診日に国民年金に加入していた場合など。障害等級1級・2級が対象。
 - 障害厚生年金: 初診日に厚生年金に加入していた場合など。障害等級1級・2級・3級、および障害手当金(一時金)が対象。
 - 受給要件:
 - 初診日要件: 障害の原因となった病気や怪我で初めて医師の診療を受けた日(初診日)が、年金加入期間中などにあること。
 - 保険料納付要件: 初診日の前々月までの公的年金加入期間のうち、保険料納付済期間と免除期間を合わせた期間が3分の2以上あること(特例あり)。
 - 障害状態要件: 障害認定日(初診日から1年6ヶ月経過した日、または症状が固定した日)において、定められた障害等級(1級~3級)に該当すること。
 - 申請:
 - 窓口: 年金事務所または市町村役場の年金担当窓口。
 - 必要なもの(主な例): 年金請求書、基礎年金番号通知書、戸籍謄本、医師の診断書(障害年金用)、受診状況等証明書(初診日を証明する書類)、病歴・就労状況等申立書など。
 - 診断書: 精神の障害用の診断書では、日常生活能力の判定(7項目)や程度(5段階)などが記載されます。
 - 病歴・就労状況等申立書: 発症から現在までの経過、日常生活や就労における具体的な困難さ(特に発達障害の場合は、コミュニケーション、対人関係、臨機応変な対応、計画性、集中力維持などの困難さ)を、できるだけ詳しく、具体的に記述することが非常に重要です。家族や支援者が協力して作成することも可能です。
 - 障害年金の申請は複雑な場合もあるため、社会保険労務士などの専門家に相談することも選択肢の一つです。
- 特別児童扶養手当:
 - 対象: 精神または身体に中度以上の障害(政令で定める程度)のある20歳未

- 満の児童を家庭で監護・養育している父母、または養育者。
- 支給要件: 児童の障害の程度が基準に該当すること、受給者(保護者)に一定額以上の所得がないこと(所得制限あり)。
- 申請:
 - 窓口: お住まいの市町村の障害福祉担当窓口または子育て支援担当窓口。
 - 必要なもの(主な例): 認定請求書、戸籍謄本、診断書(特別児童扶養手当用、療育手帳A判定などで省略可能な場合あり)、所得証明書など。
- 認定されると、申請した月の翌月分から支給されます。
- 障害児福祉手当:
 - 対象: 精神または身体に重度の障害があり、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある、20歳未満の在宅の児童本人。
 - 支給要件: 障害の程度が基準に該当すること、受給者(本人)または扶養義務者に一定額以上の所得がないこと(所得制限あり)。施設に入所している場合は対象外。
 - 申請:
 - 窓口: お住まいの市町村の障害福祉担当窓口。
 - 必要なもの(主な例): 認定請求書、所得状況届、診断書(障害児福祉手当用)など。
- その他:
 - 特別障害者手当: 精神または身体に著しく重度の障害があり、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある、原則として20歳以上の在宅の人に支給(所得制限あり)。
 - 自治体によっては、独自の給付金や手当、医療費助成制度などを設けている場合があります。

これらの経済的支援は、申請しなければ受け取ることはできません。対象となる可能性がある場合は、お住まいの市町村の窓口に相談してみましょう。

4.5 福祉サービス・経済的支援の概要まとめ

ここまで紹介した主な福祉サービスと経済的支援について、概要を表にまとめます。

表1: 日本の神経発達症に関連する主要な福祉サービス・経済的支援の概要

サービス区分	サービス名(日/英)	対象者(例)	概要	主な利用要件(例)	根拠法(例)

手帳制度	精神障害者保健福祉手帳	神経発達症含む精神疾患により生活に制約のある人	税制優遇、割引、福祉サービス利用の基盤	医師の診断書、機能制限の程度(1~3級)	精神保健福祉法
	療育手帳	主に知的障害のある人(18歳未満判定が多い)	同上(特に児童向けサービスに繋がりがやすい)	知的機能・適応機能の評価(A/Bなど、自治体による)	(地方自治体による)
経済的支援	障害年金(基礎/厚生)	障害により生活・仕事に制限のある人(要件あり)	定期的な金銭給付	初診日要件、保険料納付要件、障害等級(1・2級、厚生は3級も)	国民年金法/厚生年金保険法
	特別児童扶養手当	中度以上の障害のある20歳未満児を養育する人	児童養育のための手当	障害の程度(政令基準)、所得制限	特別児童扶養手当等の支給に関する法律
	障害児福祉手当	重度障害で常時介護が必要な20歳未満在宅児	本人への手当	障害の程度(重度)、所得制限	同上
児童通所支援	児童発達支援	未就学の障害児(療育の必要性が認められる)	日常動作、集団適応等の訓練	通所受給者証	児童福祉法

	放課後等 デイサー ビス	就学中の障害 児(原則6~18 歳)	放課後等の 活動支援、 生活能力向 上、居場所 提供	通所受給者証	児童福祉法
成人 訓練・ 就労	就労移行 支援	一般就労を目 指す障害者(65歳未満)	職業訓練、 求職活動支 援(原則2 年)	利用希望、市町 村の支給決定	障害者総合 支援法
	就労継続 支援A/B 型	一般就労困難 な障害者	支援付きの 就労の場提 供(A型:雇 用、B型:非 雇用)	利用希望、市町 村の支給決定	障害者総合 支援法
	自立訓練 (生活/機 能)	生活能力等の 維持・向上を 目指す障害者	生活スキ ル、身体機 能等の訓練	利用希望、市町 村の支給決定	障害者総合 支援法
居住 支援	共同生活 援助(グ ループ ホーム)	地域での共同 生活に支援が 必要な障害者	住居での相 談、日常生 活上の援助	利用希望、市町 村の支給決定	障害者総合 支援法
介護・ 生活 支援	居宅介護 (ホーム ヘルプ)	居宅での介護 が必要な障害 者	入浴、排泄、 食事等の介 護、家事援 助	障害支援区分認 定、市町村の支 給決定	障害者総合 支援法

	行動援護	知的・精神障害により行動上著しい困難がある人	危険回避の援護、外出支援	障害支援区分認定、市町村の支給決定	障害者総合支援法
	短期入所（ショートステイ）	家族の休息等が必要な場合	短期間の施設での介護・支援	利用希望、市町村の支給決定	障害者総合支援法

注：本表は主要なサービス例であり、詳細な対象者、内容、要件、利用料等は個々のサービスや自治体により異なります。必ずお住まいの自治体の窓口や専門機関にご確認ください。

これらの制度は、発達障害のある人が地域でその人らしく暮らしていくためのセーフティネットとなります。利用できる制度があることを知り、必要に応じて相談・活用することが、本人や家族の負担を軽減し、より良い生活につながる可能性があります。

第5章:教育現場での支援:学びの困難を乗り越える

発達障害のある子どもたちが、学校で安心して学び、持てる力を伸ばしていくためには、一人ひとりの特性やニーズに合わせた支援が不可欠です。日本の教育現場では、主に「合理的配慮」と「特別支援教育」という二つの柱でサポートが行われています。

5.1 合理的配慮:個別のニーズに応じた調整

合理的配慮とは、障害のある人が、他の人と同じように教育を受けたり、社会生活を送ったりする上で障壁(バリア)となっていることを取り除くために、個別に行われる調整や変更のことです。障害者差別解消法に基づき、学校(国公立すべて)は、障害のある児童生徒やその保護者から配慮の申し出があった場合に、負担が重すぎない範囲で、合理的配慮を提供することが法的義務となっています。

合理的配慮の具体例:

合理的配慮の内容は、本人の障害特性、困りごと、学年、学習内容、学校の状況などによって様々です。以下はあくまで例であり、これらが全てではありません。

- 学習・評価方法の調整:
 - 板書内容の写真撮影やノートのコピーを許可する。
 - 試験時間を延長する、別室で受験できるようにする。
 - 問題文を読み上げたり、ルビ(ふりがな)を振ったりする。
 - 文字サイズを拡大したり、コントラストを調整したりした問題用紙を用意する。
 - 筆記が困難な場合に、パソコンでの解答や口頭試問での評価を認める。
 - タブレット端末や読み書き支援ソフトなどのICT機器の使用を許可する。
 - 一度にこなす課題の量を調整する。
- コミュニケーション支援:
 - 指示を出すときは、一度に一つずつ、具体的かつ明確に伝える。口頭だけでなく、メモや図で視覚的に示す。
 - 絵カードやコミュニケーションボード、タブレット端末などを活用する。
 - 質問内容を簡潔にする、はいいいえで答えられる質問にする。
- 環境調整:
 - 教室の座席位置を配慮する(例:先生の近く、刺激の少ない窓側、出入口付近など)。
 - 掲示物などの視覚情報を調整する(減らす、整理するなど)。
 - 聴覚過敏がある場合、机や椅子の脚に緩衝材(テニスボールなど)をつける、イヤーマフや耳栓の使用を許可する。
 - 感覚過敏に配慮し、制服や体操服などの服装規定を一部緩和する。
 - 衝動的に教室を飛び出してしまう場合に備え、安全なクールダウンできるスペースを用意する。
- 人的支援:

- 必要に応じて、支援員(学習支援員、介助員など)が教室に入ってサポートすることを認める。
- ノートテイク(板書や先生の話のを代わりにノートに書く)支援。
- 移動の際の付き添い支援。

合理的配慮の提供プロセス:

1. 申し出: まず、本人または保護者から、学校(担任、特別支援教育コーディネーターなど)に対して、困っていることや必要な配慮について意思を伝えます。
2. 検討・対話: 学校は、申し出を受け、本人の状況やニーズ、教育的効果、実現可能性、学校や他の生徒への影響、負担の程度などを総合的に検討します。この際、本人・保護者と学校との間で建設的な対話を重ね、相互理解を深めながら、どのような配慮が適切かを探っていきます。必要に応じて、医師や外部の専門家の意見を聞くこともあります。
3. 決定・実施: 合意形成が図られた配慮内容を決定し、実施します。決定した内容は、「個別の教育支援計画」や「個別の指導計画」に明記し、関係者(教職員、本人、保護者など)間で共有することが重要です。
4. 評価・見直し: 配慮を実施した後も、その効果や影響を定期的に評価し、必要に応じて内容を見直していきます。

合理的配慮は、障害のある児童生徒が他の児童生徒と平等に参加するための「機会の均等」を保障するためのものです。過重な負担にならない範囲で、最大限の配慮を行うことが求められます。入学試験等での配慮については、事前の申請が必要となる場合が多いので注意が必要です。

連携体制の重要性:

合理的配慮を効果的に行うためには、通常の学級担任、特別支援学級や通級指導教室の担当教員、特別支援教育コーディネーター、管理職(校長・教頭)、養護教諭、スクールカウンセラー、保護者、そして本人自身が、情報を共有し、共通理解を持ち、協力し合うことが不可欠です。ケース会議などを活用し、チームとして支援にあたるのが求められます。

5.2 特別支援教育: 専門的な学びの場

特別支援教育は、障害のある児童生徒の自立や社会参加を目指し、一人ひとり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・克服するための指導や支援を行うものです。通常の学級での配慮に加えて、より専門的な支援が必要な場合に、以下のような学びの場が用意されています。

- 特別支援学級:
 - 対象: 小・中学校に設置され、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱、弱視、

難聴、言語障害、自閉症・情緒障害(ASDやADHDなども含まれる)のある児童生徒が在籍します。

- 特徴: 通常の学級での学習が困難な場合に、少人数の環境で、一人ひとりの障害の状態や特性に応じた個別の指導計画に基づいた指導を受けます。在籍形態は様々で、全ての授業を特別支援学級で受ける場合もあれば、一部の授業(例: 体育、音楽、図工など)を通常の学級で受ける「交流及び共同学習」も行われます。
- 通級による指導(通級指導教室):
 - 対象: 通常の学級に在籍しながら、言語障害、自閉症、情緒障害、弱視、難聴、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)、肢体不自由、病弱・身体虚弱のある児童生徒で、通常の学級での学習におおむね参加できるものの、一部特別な指導が必要な場合。
 - 特徴: 週に数時間程度(例: 週1~8単位時間)、在籍している学級とは別の教室(通級指導教室)で、障害に起因する学習上または生活上の困難を改善・克服するための個別または小集団での指導(例: SST、読み書き計算の指導、コミュニケーション指導など)を受けます。他の時間は通常の学級で過ごします。
- 特別支援学校:
 - 対象: 視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱のある児童生徒。
 - 特徴: 幼稚園、小学校、中学校、高等学校に準じた教育を行うとともに、障害による学習上または生活上の困難を改善・克服するために必要な知識技能を授けることを目的とした専門的な学校です。専門性の高い教員が配置され、バリアフリー設備や専門的な教材・教具などが整っています。

どの教育の場が適切かは、本人の障害の状態、特性、教育的ニーズ、保護者の意向などを踏まえ、市町村の教育委員会(就学相談担当)や学校と相談しながら、総合的に判断されます。重要なのは、どの場においても、「個別の教育支援計画」に基づき、乳幼児期から卒業後までを見据えた一貫性のある支援が提供されることです。

5.3 ICT活用の可能性:テクノロジーで学びをサポート

近年、教育現場でのICT(情報通信技術)の活用が進んでおり、発達障害のある児童生徒が抱える困難を補い、学習への参加意欲や効果を高める上で、非常に有効なツールとなっています。

ICT活用の具体例:

- 読み書き支援:
 - 読み上げソフト(スクリーンリーダー): 教科書やプリントの文字を音声で読み上げる。

- 文字拡大・配色変更: 見やすい文字サイズや背景色・文字色に調整する。
- デジタル教科書/教材: 音声読み上げ、ルビ振り、分かち書き、マーカー機能などが付いたデジタル教材(DAISY教科書など)。
- 書き込み可能なデジタル教材: プリントなどをデータ化し、タブレット上で書き込めるようにする。
- 文字入力支援: パソコンやタブレットでの文字入力(予測変換機能、音声入力(スピーチ・トゥ・テキスト)など)を筆記の代わりに活用する。
- コミュニケーション支援:
 - コミュニケーションアプリ/ソフト: 絵カードやシンボル、文字盤などを表示し、意思伝達を助けるツール。
 - リアルタイム文字変換ソフト: 授業中の先生の話などをリアルタイムで文字化し、聴覚情報の処理が苦手な生徒をサポートする。
- 学習補助・情報整理:
 - タブレット端末/パソコン: インターネットでの情報収集、レポート作成、考えの整理(マインドマップアプリなど)、プレゼンテーション作成などに活用。
 - デジタルカメラ/スキャナー: 板書やプリント、観察記録などを簡単にデータ化して保存・整理する。
 - 視覚的なタイマーアプリ: 残り時間を視覚的に表示し、時間管理や見通しを助ける。
 - 学習支援ソフト: 計算ドリル、漢字練習、英単語学習など、個々のペースで学習を進められるソフト。
- アクセシビリティ機能:
 - 代替入力装置: 通常のキーボードやマウスの使用が困難な場合に、スイッチ、ジョイスティック、視線入力装置、トラックボールなどを使用する。
 - 点字ディスプレイ: 視覚障害のある生徒がデジタル情報を点字で読めるようにする。
- 遠隔教育: 病気や不登校などで学校に通えない児童生徒が、自宅などから授業に参加するためのシステム。

ICT活用の効果と課題:

ICTは、個々の困難さに合わせた情報へのアクセス方法や表現手段を提供することで、学習内容の理解を助け、学習意欲や参加を促す大きな可能性を持っています。また、教材作成や情報共有の効率化にもつながります。

ただし、効果的な活用のためには、①適切な機器・ソフトの選定と設定、②教員のICTスキルや指導力の向上、③学校全体のICT環境整備(Wi-Fi環境、端末整備など)、④情報セキュリティや健康面への配慮といった課題もあります。ICTはあくまでツールであり、その活用が目的化しないよう、個々の教育的ニーズに合わせて効果的に取り入れていくことが重要です。

第6章:就労支援:自分らしい働き方を見つける・続ける

発達障害のある成人にとって、就労は経済的な自立や社会参加、自己実現のための重要な要素です。しかし、特性に起因する困難(コミュニケーション、対人関係、タスク管理、環境適応など)から、仕事探しや職場での継続に課題を抱えることも少なくありません。ここでは、発達障害のある人の就労を支援するための様々な制度や機関、実践的なアプローチについて解説します。

6.1 相談・支援機関:どこでサポートを受けられる?

仕事に関する悩みや困りごとを相談し、具体的な支援を受けられる専門機関がいくつかあります。それぞれ役割や特徴が異なるため、自分の状況やニーズに合わせて活用しましょう。

- ハローワーク(公共職業安定所):
 - 役割: 全ての求職者を対象とした国の職業紹介機関。
 - 支援内容: 求人情報の提供(一般枠・障害者枠)、職業相談、応募書類の添削、面接練習、就職セミナーの開催など。多くのハローワークには障害のある人専門の相談窓口(専門援助部門)が設置されており、専門の職員や相談員が対応します。発達障害に詳しい就労支援ナビゲーターなどが配置されている場合もあります。
- 地域障害者職業センター:
 - 役割: 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構(JEED)が運営する、障害のある人のための専門的な職業リハビリテーション機関。各都道府県に設置されています。
 - 支援内容:
 - 職業相談・職業評価: 専門的なカウンセリングや作業検査を通じて、職業的な課題を把握し、能力や適性、必要な配慮などを評価します。
 - 職業準備支援: 就職に向けて、基本的な労働習慣、ビジネスマナー、コミュニケーションスキル、作業遂行力などを向上させるためのプログラム(数週間~数ヶ月程度)を提供します。
 - ジョブコーチ支援(配置型): センター所属のジョブコーチが、就職後の職場定着を支援します(詳細は6.2参照)。
 - 事業主への助言: 障害者雇用に関する専門的な助言や情報提供を行います。
- 障害者就業・生活支援センター(通称:なかぼつ、しゅうぼつ等):
 - 役割: 就労面と生活面の両方から一体的な支援を提供する、身近な地域の相談支援機関。厚生労働省・都道府県から委託を受けた社会福祉法人などが運営しています。全国に多数設置されています(令和5年4月時点で337ヶ所)。
 - 支援内容:
 - 就労支援: 就職に関する相談、ハローワーク等への同行、職場実習のあっせん、就職後の職場訪問による定着支援など。

- 生活支援: 安定した職業生活を送るための日常生活上の課題(自己管理、金銭管理、住居、余暇活動、年金など)に関する相談・助言。
- 関係機関との連携: ハローワーク、地域障害者職業センター、福祉サービス事業所、医療機関、企業など、様々な機関とのネットワークの中心となり、利用者が必要な支援につながるよう調整します。
- 就労移行支援事業所:
 - 役割: 障害者総合支援法に基づく福祉サービスの一つ。一般企業への就労を目指す障害のある人に対し、個別の支援計画に基づいて、就労に必要なスキル訓練や就職活動、定着支援を提供する事業所。
 - 支援内容: 事業所によって特色がありますが、一般的には、パソコンスキル、ビジネスマナー、コミュニケーションスキルなどの職業訓練、履歴書作成・面接練習などの求職活動支援、企業での職場体験(実習)、就職後の相談・職場訪問による定着支援などを、原則2年間の利用期間内で行います。
- 若者サポートステーション(サポステ):
 - 役割: 就労に困難を抱える若者(主に15歳～49歳)を対象とした厚生労働省委託の支援機関。
 - 支援内容: キャリアコンサルタントによる個別相談、コミュニケーション講座、ビジネスマナー講座、就労体験プログラムなどを提供。発達障害のある若者も利用対象となりえます。

どの機関を利用すればよいか？

一つの機関だけでなく、複数の機関が連携して支援にあたることも多いです。例えば、

- まずは身近ななかぼつに相談し、必要に応じて他の機関を紹介してもらう。
- 自分の職業適性や必要な配慮を知りたい場合は、地域障害者職業センターで職業評価を受ける。
- 就職に向けて実践的なスキルを身につけたい場合は、就労移行支援事業所を利用する。
- 求人を探したい場合は、ハローワークを利用する。

といった使い分けが考えられます。まずはアクセスしやすい機関に相談してみることが第一歩です。

表2: 日本の主要な就労支援機関の比較

機関名(日/英)	主な役割	主要サービス	対象者焦	特徴・留意点

			点	
ハローワーク (Hello Work)	公共職業安定所	求人紹介(一般・障害者枠)、職業相談、セミナー	全求職者(障害者専門窓口あり)	求人情報の豊富さ、利用のしやすさ。専門性は機関による。
地域障害者職業センター (Regional Vocational Center...)	専門的職業リハビリテーション機関	職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援(配置型)、事業主支援	就労に専門的支援が必要な障害者	高度な専門性、評価・訓練機能。事業所数は限られる。
障害者就業・生活支援センター(なかぼつ) (Nakapotsu...)	就労と生活の一体的支援・連携拠点	就労相談、生活相談、関係機関への橋渡し、定着支援	就労・生活両面に課題を抱える障害者	就労と生活を包括的に支援。身近な相談窓口。直接的な職業訓練は行わない。
就労移行支援事業所 (Employment Transition Support...)	就労準備訓練・定着支援(福祉サービス)	職業スキル訓練、求職活動支援、職場実習、定着支援	一般就労を目指す障害者(原則2年利用)	実践的な訓練、個別支援計画。事業所により特色あり。利用には市町村の支給決定が必要。

注:各機関は連携しているため、一つの機関を窓口として他の機関のサービスにつなげてもらうことも可能です。

6.2 ジョブコーチ支援:職場定着をサポート

ジョブコーチ(職場適応援助者)とは、障害のある人が就職後、職場でスムーズに働き続けられるように、本人、事業主(企業)、そして職場の同僚に対して、専門的な支援を行う制度、またはその支援者のことです。地域障害者職業センターが中心となって実施しています。

支援内容:

ジョブコーチは、職場を訪問し、以下のような支援を行います。

- 本人への支援:
 - 業務遂行: 仕事の覚え方、作業手順の明確化(マニュアル作成支援など)、ミス
の原因分析と対策、集中力維持の工夫など。
 - コミュニケーション: 上司・同僚への報告・連絡・相談の仕方、指示の受け方、休
憩時間の過ごし方などの助言。
 - 体調・生活リズム管理: 疲れへの気づき方、ストレス対処法、規則正しい生活習
慣に関する助言。
 - その他: 職場のルールを理解、通勤方法の確認など。
- 事業主・職場への支援:
 - 障害特性の理解促進: 本人の障害特性や配慮事項について、上司や同僚に分
かりやすく説明する。
 - 指導・関わり方への助言: 本人に合った仕事の教え方、指示の出し方、コミュ
ニケーションの取り方、注意する際の伝え方などを具体的に助言する。
 - 職場環境の調整: 作業環境(例:静かな場所の確保、掲示物の整理)、業務内
容、勤務時間などに関する調整案を提案する。
 - 社内支援体制の構築: 職場の同僚などが自然な形で本人をサポートできるよ
うな体制(ナチュラルサポート)づくりを支援する。
- 家族への支援:
 - 安定した職業生活を送るために、家族ができること(生活リズムのサポート、励
まし方など)について助言する。

支援の流れと期間:

1. 支援計画の作成: 本人、事業主、ジョブコーチが面談し、支援目標と具体的な支援計
画を作成します。
2. 集中支援期: 支援開始初期は、ジョブコーチが集中的に(例:週に数回)職場を訪問し、
上記の支援を行います。
3. 移行支援期: 職場でのサポート体制が整ってきたら、徐々に訪問頻度を減らし、職場の
上司や同僚に支援を引き継いでいきます。
4. フォローアップ: 支援終了後も、必要に応じて状況を確認し、問題が生じた場合には再
支援を行うこともあります。標準的な支援期間は1ヶ月～8ヶ月程度(多くは2～4ヶ月)
とされています。

利用対象と方法:

- 就職する時だけでなく、在職中に職場での適応に課題が生じた場合にも利用できま
す。
- 障害者手帳の有無は問いませんが、医学的な診断や専門機関による支援の必要性

が認められることが一般的です。

- 本人と事業主(企業)の双方の同意が必要です。
- 利用を希望する場合は、ハローワーク、地域障害者職業センター、なかぼつ、就労移行支援事業所などに相談します。

ジョブコーチの種類:

- 配置型: 地域障害者職業センターに配置されているジョブコーチ。
- 訪問型: 就労支援ノウハウを持つ社会福祉法人などに所属し、依頼を受けて企業を訪問するジョブコーチ。
- 企業在籍型: 障害者を雇用する企業自身がジョブコーチを配置(雇用)する。

ジョブコーチは、本人と企業の「橋渡し役」となり、双方にとって働きやすい環境を作るための重要なサポートです。

6.3 障害者雇用制度と働き方の選択肢

日本の法律(障害者雇用促進法)では、企業に対して、一定の割合(法定雇用率:民間企業では**2.5%**(令和6年4月時点、段階的に引き上げ予定))以上の障害者を雇用することを義務付けています。これにより、障害のある人の雇用機会の確保が図られています。

発達障害のある人が就職・就労する際には、主に以下の二つの働き方の選択肢があります。

- オープン就労:
 - 内容: 自分の障害(発達障害であること、特性、必要な配慮など)を企業に開示して就職・就労すること。多くの場合、上記の法定雇用率に基づく「障害者雇用枠」での応募となります。
 - メリット:
 - 障害特性に応じた合理的配慮(業務内容の調整、指示方法の工夫、環境整備など)を受けやすくなる。
 - ジョブコーチ支援などの公的なサポートを利用しやすい。
 - 障害への理解がある環境で、比較的安心して働くことができる。
 - 体調等に波がある場合も相談しやすい。
 - デメリット:
 - 一般の求人(一般枠)に比べて、求人数が少ない傾向がある。
 - 職種や業務内容が限定される場合がある。
 - 給与水準が一般枠より低い場合がある。
 - 障害を開示することへの心理的な抵抗感を感じる場合がある。
 - (依然として)偏見や差別の対象となる可能性がゼロではない。
- クローズ就労:
 - 内容: 自分の障害を企業に開示せず、一般の求人枠(障害者手帳を持ってい

ない人と同じ土俵)で就職・就労すること。

- メリット:
 - 障害者雇用枠に比べて、求人を選択肢が圧倒的に広い(職種、業種、企業規模など)。
 - 給与水準などの待遇面で、障害を理由とした区別がない。
 - 障害を開示することへの心理的な負担がない。
- デメリット:
 - 障害特性に応じた配慮やサポートを求めることができない(または非常に難しい)。
 - 特性による困難(ミス、遅刻、対人トラブル、疲れやすさなど)が生じた場合に、一人で抱え込みやすく、周囲から誤解されたり、能力不足と判断されたりしやすい。
 - ストレスがたまりやすく、体調を崩したり、早期離職につながったりするリスクが高い。
 - 就職後に障害が判明した場合に、不利益な扱いを受ける可能性も否定できない。

どちらを選ぶか？

オープン就労とクローズ就労のどちらが良いかは、一概には言えません。以下の点を考慮し、自分に合った働き方を慎重に選択することが重要です。

- 自分の障害特性と、それによって仕事上で生じる困難の程度。
- どのような配慮があれば、能力を発揮して働き続けられそうか。
- 自分の職務遂行能力(スキル、経験など)。
- 障害を開示することに対する自分の考え方や価値観。
- 将来のキャリアプラン。

迷う場合は、ハローワークや地域障害者職業センター、なかぼつ、就労移行支援事業所などの支援機関の担当者や、キャリアアドバイザーなどに相談し、客観的な意見を聞きながら検討することをお勧めします。就職活動の段階でオープンにするかクローズにするかだけでなく、就職後に状況が変わった場合に、クローズからオープンへ移行する(上司などに相談する)という選択肢も考えられます。

特例子会社:

障害者の雇用促進と安定を図ることを目的に、親会社が特別な配慮をして設立した子会社のことです。障害特性に合わせた業務内容や、バリアフリー環境、相談体制などが整備されてい

ることが多いです。障害者雇用の選択肢の一つとなります。

6.4 職場での合理的配慮：働きやすい環境を作る

オープン就労の場合、障害者雇用促進法や障害者差別解消法に基づき、事業主(企業)は、障害のある従業員から申し出があった場合に、過重な負担にならない範囲で、その人が能力を発揮しやすくなるための合理的配慮を提供することが求められます(法的義務)。

合理的配慮の内容は、本人の障害特性、困難の内容、職務内容、職場の状況などに応じて、個別具体的に決定されます。以下は、発達障害(特にASDやADHD)のある人に対して考えられる配慮の例です。

- 業務指示・遂行に関する配慮：
 - 指示の明確化: 指示は「あれ」「それ」などの曖昧な表現を避け、具体的かつ明確に伝える。「〇〇を△△までにお願いします」のように、5W1Hを意識する。
 - 視覚的伝達: 口頭での指示だけでなく、メモやメール、チャット、図、マニュアルなど、見て確認できる形で伝える。
 - 指示の分割: 一度に多くの指示を出さず、一つずつ伝える。複雑な業務は、小さなステップに分解して指示する。
 - 手順の明確化: 作業手順をリスト化したり、図解したりしたマニュアルを作成・提供する。見本を示す。
 - 優先順位の明示: 複数の業務がある場合、どれから手をつけるべきか、優先順位を明確に指示する。または、一緒に考える。
 - 指示系統の一本化: 指示を出す人を一人に決めるなど、混乱しないようにする。
 - 質問しやすい雰囲気: わからないことや困ったことを気軽に質問・相談できる雰囲気を作る。質問する時間や担当者を決めておく。
 - 変更・修正の事前予告: 急な予定変更や業務内容の変更は、できるだけ事前に、理由とともに説明する。変更点を明確に伝える。
 - ダブルチェック体制: ミスを防ぐために、提出前に他の人がチェックする体制を作る。
 - 得意な業務への配置: 本人の特性や強みを活かせる業務内容を検討する。
- 職場環境に関する配慮：
 - 物理的環境：
 - 静かな作業スペース: 聴覚過敏や集中困難がある場合、比較的静かな席や、パーティションで仕切られたスペースを用意する。
 - 座席配置: 視覚的な刺激が少ない壁際や、人の往来が少ない場所、困ったときにすぐに相談できる人の近くなどに配慮する。
 - 整理整頓: 共有スペースやキャビネットなどを整理し、物の場所を分かりやすく表示する。
 - 感覚過敏への配慮:

- イヤーマフ、ノイズキャンセリングイヤホン、サングラス、帽子などの使用を認める。
 - 照明の明るさを調整する(個別調整可能なデスクライトなど)。
 - 香りの強いもの(芳香剤など)の使用を控える。
- コミュニケーション・休憩に関する配慮:
 - 相談担当者の設定: 困ったときに相談できる上司や同僚(メンターなど)を決めておく。
 - 定期的な面談: 定期的に(例: 週に1回、1日に1回など)短い面談時間を設け、業務の進捗確認、フィードバック、困りごとの相談などを行う機会を作る。
 - 具体的・肯定的なフィードバック: 良かった点や改善点を具体的に伝える。抽象的な注意や叱責は避ける。
 - 休憩: 疲れやすい場合、短い休憩をこまめにとることを許可する。一人で静かに過ごせる休憩スペースを用意する。
 - 暗黙のルール・明文化: 職場の慣習や「常識」とされるルール(例: 休憩の取り方、服装、飲み会の参加など)を、必要に応じて具体的に説明する。
- 勤務条件に関する配慮:
 - 通院への配慮: 定期的な通院が必要な場合、休暇(年次有給休暇、病気休暇など)を取得しやすいように配慮する。
 - 勤務時間の調整: 体調に合わせて、時差出勤、フレックスタイム、短時間勤務、休憩時間の調整などを検討する。
 - 業務量の調整: 本人のペースや能力に合わせて、無理のない業務量を設定する。繁忙期などの負担増にも配慮する。
 - 在宅勤務(テレワーク): 通勤や対人関係のストレスが大きい場合、在宅勤務を導入・許可する。

合理的配慮は、企業側が一方向的に提供するものではなく、本人からの申し出に基づき、企業と本人が話し合い(建設的対話)、双方にとって実現可能で、効果的な方法を見つけていくプロセスが重要です。最初から完璧な配慮を見つけるのは難しいかもしれませんが、試行錯誤しながら、より良い働き方を共に作っていくという姿勢が大切になります。

第7章:ライフステージを通じた課題と切れ目のない支援

発達障害のある人の抱える課題や必要な支援は、一生を通じて変化していきます。それぞれのライフステージ特有の課題を理解し、特に環境が大きく変わる「移行期」を見据えた、切れ目のない支援体制を築くことが重要です。

7.1 乳幼児期(0歳～就学前):早期発見・早期療育の重要性

- **気づきのサイン:**この時期には、言葉の発達の遅れ、視線が合いにくい、名前を呼んでも振り向かない、抱っこを嫌がる、一人遊びが多い、常同的な行動(物を一列に並べる、くるくる回るなど)、特定の音や光への過敏さ、睡眠や食事の問題(偏食、小食など)といったサインが見られることがあります。ただし、これらは個人差が大きく、必ずしも障害を示すものではありません。
- **早期発見・早期支援(療育):**発達上の気になるサインに早く気づき、適切な支援(療育)を開始することは、その後の言語能力や認知能力の発達、コミュニケーション能力の向上、問題行動の予防、親子関係の安定化などにつながる可能性があります。診断名がなくても、療育の必要性が認められれば児童発達支援などのサービスを利用できる場合があります。
- **相談先:**かかりつけ小児科医、地域の保健センター(乳幼児健診)、子育て支援センター、児童相談所、児童発達支援センターなど。
- **親支援:**保護者が子どもの特性を理解し、適切な関わり方(褒め方、指示の出し方など)を学ぶためのペアレントトレーニングは、この時期の親にとって非常に有効です。また、親自身のストレス軽減や、同じ悩みを持つ親同士の交流(家族会など)も重要です。

7.2 学齢期(小・中学生):学習・友人関係・二次障害予防

- **就学と教育環境:**就学にあたり、通常の学級、特別支援学級、通級指導教室、特別支援学校の中から、本人の特性やニーズに合った教育環境を選択するための就学相談が行われます。早期からの情報収集と検討が望ましいです。
- **学習面の課題:**LD(読み書き計算の困難)、ADHD(集中困難、多動)、ASD(特定の学習への偏り、抽象的な概念の理解困難)などの特性により、学習につまづきが生じやすくなります。合理的配慮(ICT活用含む)や特別支援教育(通級指導など)による個別のサポートが必要です(詳細は第5章参照)。
- **友人関係・社会的課題:**ルール理解の困難、コミュニケーションのずれ(冗談が通じない、場の空気が読めないなど)、興味の偏りなどから、友人関係を築く上で困難が生じやすいです。孤立したり、からかいやいじめの対象になったりするリスクも高まるため、ソーシャルスキル指導、周囲の児童生徒への理解啓発(インクルーシオン教育)、いじめへの早期対応が重要となります。身だしなみへの無頓着さが、対人関係に影響することもあります。
- **二次障害の予防:**学習や対人関係での失敗体験が繰り返されると、自己肯定感の低

下、学習意欲の喪失、不登校、心身の不調(頭痛、腹痛、チックなど)、反抗的な態度などの二次障害につながるリスクが高まります。本人の努力や頑張りを認め、小さな成功体験を積み重ねられるような支援、安心できる居場所作り、早期の困難への対応(学習支援、環境調整など)が予防の鍵となります。

7.3 思春期・青年期(高校生～若年成人):心身の変化と自立への移行

- 心身の変化と課題の複雑化: 第二次性徴に伴う身体的・心理的な変化、自己意識の高まり(自分は何者か、周りとうどう違うのか)、アイデンティティの模索、友人関係や恋愛関係の複雑化、進路選択(進学、就職)へのプレッシャーなど、多くの課題に直面する時期です。発達障害の特性とこれらの課題が相互に影響し、ストレスが増大しやすい時期でもあります。
- 自立に向けた支援:
 - 自己理解の促進: 自身の発達特性(強み・弱み)を理解し、受け入れられるようにサポートする。
 - ライフスキルの獲得: 金銭管理、時間管理、健康管理、家事など、自立した生活に必要なスキルを身につけるための支援。
 - コミュニケーション・対人関係スキルの向上: SSTなどを通じて、より複雑な社会場面に対応できるスキルを学ぶ。
 - 意思決定能力の育成: 進路など、自分の将来について考え、選択していく力を育む。
- メンタルヘルスの問題: この時期は、不安、抑うつ、気分の波などの精神的な不調をきたしやすいです。学業や対人関係のストレス、将来への不安などが要因となりえます。不登校やひきこもり、自傷行為などのリスクも高まります。早期の気づきと、相談しやすい環境(学校カウンセラー、医療機関、信頼できる大人など)の確保、必要に応じた専門的なサポート(カウンセリング、薬物療法など)が重要です。就職活動におけるストレス(就活うつ)も問題となることがあります。
- 進路選択と移行支援: 本人の興味・関心、能力、特性、必要な配慮などを考慮し、高校、大学・専門学校、就労など、その後の進路を選択できるよう、早期からの情報提供と相談支援体制(学校、ハローワーク、支援機関など)が必要です。卒業後の生活へのスムーズな移行を支援する「移行支援」の視点が重要になります。

7.4 成人期:就労・生活・人間関係・健康

- 就労とキャリア: 安定した就労は、多くの成人にとって経済的自立と社会参加の基盤です。課題としては、自分に合った職種や職場環境を見つけること(適職探し)、職場で必要な配慮を得て能力を発揮すること、人間関係を円滑に保つこと、キャリアアップを図ることなどが挙げられます。就労支援機関(第6章参照)の活用が有効です。離職・転職を繰り返すケースも少なくありません。
- 経済的自立: 安定した収入の確保に加え、計画的な金銭管理能力(衝動買いの抑制、

予算管理、公共料金の支払いなど)が課題となることがあります。障害年金や各種手当などの経済的支援制度の活用も、生活を支える上で重要な選択肢です(第4章参照)。

- **生活スキル:** 一人暮らしや共同生活(グループホームなど)において、家事(整理整頓、掃除、洗濯、料理など)、自己管理(服薬管理、通院、規則正しい生活リズムの維持)、余暇活動の充実など、自立した地域生活を送るためのスキルが必要となります。自立訓練(生活訓練)などの福祉サービスが役立つことがあります。
- **パートナーシップ・結婚・家庭生活:** パートナーとの関係構築・維持、結婚、子育てといったライフイベントにおいて、コミュニケーションの課題(気持ちを伝える、相手の意図を汲むなど)、家事や育児の分担、感覚過敏の問題などが生じることがあります。相互の理解と協力、役割分担の明確化、必要に応じた専門家のサポート(夫婦カウンセリング、ペアレントトレーニングなど)が助けとなることがあります。発達障害の特性が遺伝する可能性について悩む人もいます。
- **健康管理:** ストレスへの対処、二次的な精神疾患(うつ病、不安症など)の予防・管理、定期的な健康診断、持病の管理などが、長期的に安定した生活を送る上で重要となります。

7.5 中高年期・老年期:加齢と「親なき後」問題への備え

- **加齢による変化:** 加齢に伴う体力や記憶力の低下、視力・聴力の衰えといった身体的・認知的な変化が、元々の発達障害の特性とどのように相互作用するかについては、まだ十分な研究がありません。しかし、環境への適応力が低下したり、他の疾患(生活習慣病など)を併発したりすることで、生活上の困難が増大する可能性は考えられます。
- **親なき後の問題(Oyanakiato):** 親が高齢化し、介護が必要になったり、亡くなった後に、障害のある本人の生活(住まい、収入、日中の活動、健康管理、人間関係、意思決定支援、財産管理、緊急時の対応など)を誰がどのように支えていくか、という深刻な問題です。これは、特に支援の必要度が高い人にとって、家族(特に親)にとって長年の大きな懸念事項となっています。
 - 具体的な課題:
 - **住まいの確保:** 本人の意向に沿った住み慣れた地域での生活継続が理想だが、受け皿となるグループホームや入所施設の不足、ミスマッチ、費用の問題などがある。
 - **経済的安定:** 障害年金だけでは生活費を賄えない場合の収入確保、長期的な資産管理(浪費や詐欺被害のリスク)。
 - **日々の生活支援・医療ケア:** 食事、入浴、服薬管理、通院などの継続的なサポート体制。
 - **意思決定支援・権利擁護:** 本人の意思を尊重しつつ、契約や財産管理などを支援する仕組み(成年後見制度など、ただし課題もある)。
 - **きょうだいへの負担:** 親亡き後に、きょうだい支援の役割を担うことへ

の負担感や葛藤。

- 社会的孤立: 親という主な支え手を失い、地域社会から孤立するリスク。

○ 備え:

- 早期からの準備・計画: 親が元気なうちから、本人を交えて将来の生活について話し合い、意向を確認しておくことが重要。
 - 情報収集: 利用できる社会資源(グループホーム、相談支援事業所、成年後見制度、日常生活自立支援事業、信託制度、遺言など)について情報を集める。
 - 専門家への相談: 福祉、法律、金融などの専門家(相談支援専門員、社会福祉士、弁護士、司法書士、税理士、ファイナンシャルプランナーなど)に相談し、具体的な計画を立てる。
 - 「親なきあと」相談窓口: 一部の自治体や民間団体で専門の相談窓口が設けられている場合がある。
 - きょうだいとの連携: きょうだいがいる場合は、役割分担や協力体制について話し合っておく。
- 社会からの孤立: 退職、家族や友人との死別などにより、社会的なつながりが希薄になり、孤立するリスクが高まる可能性があります。地域活動への参加や、趣味の会、当事者会など、継続的なサポートネットワークや居場所を確保しておくことが重要になります。
 - 利用できる社会資源: 高齢者福祉サービス(介護保険サービス、地域包括支援センターなど)と障害福祉サービスの連携、成年後見制度、権利擁護センター、家族会・当事者会などが考えられます。

発達障害のある人の生涯にわたる支援においては、各ライフステージ特有の課題に対応するとともに、特に移行期(就学、進学、就職、親元からの自立、親なき後など)を見据えた長期的な視点での計画と、医療、福祉、教育、労働などの関係機関が連携し、情報共有しながら切れ目のないサポート体制を提供していくことが不可欠です。

第8章:社会との関わり:法律・当事者活動・研究・海外動向

発達障害を取り巻く状況は、法律や社会制度、当事者の活動、研究の進展、そして国際的な動向など、様々な社会的要因によって形作られています。

8.1 関連法規:権利擁護と支援の基盤

日本には、発達障害のある人々の権利を守り、適切な支援を受けられるようにするための主要な法律があります。

- 発達障害者支援法:
 - 目的: 発達障害(ASD、ADHD、LDなどを含む広義の定義)のある人への、乳幼児期から老年期までの生涯を通じた切れ目のない支援、早期発見・早期支援体制の整備、教育・就労支援の推進、権利擁護、国民への正しい理解の促進などを目的としています。
 - 主な内容: 国、都道府県、市町村の責務を規定。都道府県及び指定都市に発達障害者支援センターの設置を義務付け、地域における支援の中核拠点として位置づけています。
 - 意義と課題: 発達障害に特化した支援の必要性を法的に位置づけた点で画期的ですが、施行後の課題として、支援センターが個別の相談対応に追われ、本来期待される市町村支援、人材育成、困難事例への対応といった中核機能(後方支援機能)が十分に発揮できていないという指摘もあります。
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法):
 - 目的: 障害のある人が、その有する能力や適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、必要な福祉サービスや相談支援などを総合的に提供し、共生社会の実現を目指す法律です。
 - 主な内容: 第4章で解説した、障害福祉サービス(就労支援、居住支援、日中活動支援、介護給付、相談支援など)の根拠法となっています。
- 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法):
 - 目的: 全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指す法律です。
 - 主な内容:
 - 不当な差別的取扱いの禁止: 行政機関や事業者に対し、障害を理由として、正当な理由なくサービスの提供を拒否したり、場所や時間を制限したり、障害のない人には付けない条件を付けたりすることを禁止します。具体例として、障害者本人を無視して介助者等にのみ話しかける、見下したような言葉遣いをするなども挙げられています。
 - 合理的配慮の提供義務: 行政機関や事業者に対し、障害のある人から、社会的なバリア(物理的な障壁、制度的な障壁、情報・コミュニケーションの障壁、意識上の障壁など)を取り除くために何らかの対応が必

要であるとの意思が伝えられたときに、負担が重すぎない範囲で、そのバリアを取り除くための対応(＝合理的配慮)を行うことを義務付けています(民間事業者も義務化)。

- 意義: 障害のある人の社会参加を阻む様々なバリアを取り除き、実質的な機会均等を確保するための重要な法律です。合理的配慮の提供プロセスにおいては、本人と事業者との建設的な対話が重視されます。

これらの法律は、発達障害のある人々が、医療、福祉、教育、就労など様々な場面で適切な支援を受け、差別されることなく社会参加できるための法的基盤を提供します。しかし、法律の理念が社会全体に浸透し、実効性のある支援や配慮が隅々まで行き渡るためには、継続的な啓発活動、支援体制の質の向上、具体的な運用における課題(例: 合理的配慮の内容決定プロセス、支援センターの機能強化)への対応が求められます。

8.2 当事者・家族会の活動:ピアサポートとアドボカシー

当事者会(自助グループ)や家族会(親の会、きょうだいの会など)は、発達障害のある本人やその家族にとって、公的な支援制度を補完し、支えとなる重要な役割を担っています。

- 役割と機能:
 - 情報交換・学習: 診断、療育、福祉サービス、学校生活、就労、日常生活の工夫など、経験に基づいた実践的な情報を交換したり、専門家を招いた勉強会や講演会を開催したりします。
 - 心理的サポート・共感(ピアサポート): 同じような経験や悩みを持つ仲間と、安心して気持ちを語り合い、共感し合うことで、孤立感を軽減し、精神的な支えを得ることができます。「一人じゃない」と思えることの力は大きいです。
 - 交流・レクリエーション: 親睦会、茶話会、子どものためのイベントなどを通じて、当事者や家族同士の交流を深め、仲間づくりや居場所づくりにつながります。
 - 社会的活動・アドボカシー: 行政や社会に対して、制度改善(サービスの拡充、利用しやすさの向上など)や、発達障害への理解促進、偏見解消などを求める提言・要望活動(ロビイング)を行います。当事者の声を社会に届ける重要な役割です。
- 多様なグループ: 対象とする障害(ASD、ADHD、LDなど)、地域、年齢層(未就学児の親、学齢期、成人当事者)、関係性(親、本人、きょうだい、配偶者)など、様々な形態の会が存在します。診断の有無を問わず参加できる会もあります。
- 運営: 多くは、当事者や家族による自主的な運営(ボランティア)によって支えられています。会報の発行、ウェブサイト運営、定例会の開催など、活動内容は様々です。医療機関や支援機関と連携して活動している会もあります。

意義:

当事者会や家族会は、公的なフォーマルなサービスでは得難い、経験に基づいた知恵や共感、仲間との水平的なつながりを提供します。参加することで、自己肯定感が高まったり、問題解決のヒントが得られたり、社会を変える力につながったりと、当事者や家族のエンパワメント(力をつけること)に貢献します。ペアレントトレーニングなど、公式なプログラムにおいても、グループ形式によるピアサポート効果は非常に重要視されています。

これらのグループは、フォーマルな支援システムと連携・補完しあいながら、発達障害のある人々とその家族のQOL(生活の質)向上に不可欠な社会的資源となっています。

8.3 最新の研究動向:理解と支援の進歩

発達障害に関する研究は、原因解明、診断・評価法の開発、効果的な治療・支援法の確立、長期的な予後の改善などを目指して、様々な分野で活発に進められています。

- 脳科学・神経科学:
 - 脳機能イメージング: fMRI(機能的磁気共鳴画像法)やEEG(脳波)、MEG(脳磁図)、NIRS(近赤外線分光法)などの技術を用いて、発達障害のある人の脳の構造的な違い(灰白質の体積、白質線維の異常など)や、特定の課題遂行時の脳活動パターン、脳の様々な領域間の機能的なつながり(コネクティビティ)の特性などを調べています。ASDでは社会的認知に関わる脳領域の活動低下や異なるコネクティビティパターン、ADHDでは報酬系や注意・実行機能に関わる神経回路の機能不全などが報告されています。
 - モデル動物研究: マウスやラット、近年ではより人間に近い霊長類であるマーモセットなどを用いたモデル動物が開発され、遺伝子操作や環境要因操作によって発達障害様の行動を示す動物を作成し、病態メカニズムの解明や、新しい治療薬・治療法の開発に向けた基礎研究が行われています。例えば、NCNP(国立精神・神経医療研究センター)ではマーモセットを用いたASDモデルの開発が進められています。
 - 脳波技術の応用: 脳波計測技術を教育現場などに応用し、学習状況や集中度を客観的に評価しようとする試みも始まっていますが、プライバシーや倫理的な課題も指摘されています。
- 遺伝学:
 - 関連遺伝子の探索: 大規模なゲノムワイド関連解析(GWAS)などを通じて、発達障害の発症リスクに関与する多くの遺伝子やゲノム領域(コピー数変異(CNV)など)が特定されつつあります。ただし、多くの場合、一つの遺伝子ではなく、多数の遺伝子の小さな影響が積み重なってリスクを高めると考えられています(ポリジェニック・リスク)。まれに、単一遺伝子の変異が大きな影響を与える場合もあります。
 - 遺伝要因と環境要因の相互作用: 遺伝的な素因を持つ人が、特定の環境要因(周産期のトラブル、有害物質への曝露など)にさらされることで発症リスクが高まるなど、遺伝と環境の複雑な相互作用についても研究が進んでいます。例え

ば、ADHD関連遺伝子と特定の行動(例:子どものゲーム利用時間の増加パターン)との関連なども調査されています。

- **心理学:**

- 診断・評価ツールの開発と精緻化: より早期に、より正確に診断するための評価尺度や観察ツールの開発・改良が進められています(例:ADOS-2)。特性の客観的な評価法の開発も重要です。
- 認知特性の研究: 実行機能、社会的認知(心の理論、表情認知など)、注意機能、時間認知、認知バイアス(特定の考え方の偏り)など、発達障害に特有の認知プロセスの詳細な解明が進められています。
- 心理社会的介入の効果検証: CBT、SST、ABA、ペアレントトレーニングなどの有効性について、ランダム化比較試験(RCT)などを用いた質の高いエビデンスの蓄積が進められています。どのような人に、どのような介入が、どの程度効果があるのかを明らかにしようとしています。
- ライフコース研究: 乳幼児期から成人期、老年期に至るまでの発達の軌跡、環境要因や支援が長期的な適応(学業、就労、QOLなど)にどのように影響するかを追跡する縦断研究が行われています。精神的健康(メンタルヘルス)に影響する保護要因・リスク要因の特定も目指されています。
- 思春期の自己制御: 思春期における自己制御能力の発達メカニズムや、それが人間形成にどう関わるかといった研究プロジェクトも進められています。

- **教育学:**

- インクルーシブ教育の実践: 通常の学級において、発達障害のある児童生徒を含めた全ての子どもが効果的に学べるような指導法(ユニバーサルデザイン学習:UDLなど)や支援策の開発、合理的配慮のあり方に関する研究が進められています。
- ICTの効果的な活用: 教育現場でのICT活用が、発達障害のある児童生徒の学習参加やスキル獲得にどのように貢献できるか、具体的な活用法や効果測定に関する研究が行われています。
- 学校適応・不適応: いじめ、不登校、学業不振など、発達障害のある児童生徒が抱えやすい学校での困難のメカニズムを解明し、予防的・対応的な支援策を開発する研究。
- 移行支援: 学年から学年へ、学校段階から次の学校段階へ、そして学校から社会(就労)へのスムーズな移行を支援するためのプログラム開発や連携体制に関する研究。

これらの研究は、NCNP、大学、研究機関などが中心となり、科学研究費助成事業(科研費)などの競争的資金の支援を受けて、学際的に(様々な分野が協力して)推進されています。研究の進展により、発達障害のより深い理解に基づいた、個別化された効果的な診断・治療・支

援法の開発、そして当事者のQOL向上につながることを期待されます。

8.4 海外の状況: 比較から学ぶ視点

発達障害への対応は、国や地域の文化、社会制度、歴史的背景によって異なります。日本の現状を客観的に捉え、今後の支援のあり方を考える上で、海外の状況と比較することは有益な視点を与えてくれます。

- 雇用制度:
 - クォータ制 vs 差別禁止: 日本が障害者雇用率制度(クォータ制)を採用し、企業に一定割合の障害者雇用を義務付けているのに対し、アメリカ、イギリス、カナダ、スウェーデンなど多くの欧米諸国では、雇用義務制度はかえって障害者を区別し、差別につながる可能性があるとの考えから採用していません。これらの国々では、障害者差別禁止法を根拠とし、募集・採用から解雇に至るまで、障害を理由とした差別を禁止するとともに、合理的配慮の提供を雇用主に義務付けることで、インクルーシブ(包摂的)な雇用を目指すアプローチが主流です。
 - 支援付き雇用(**Supported Employment**): 障害のある人が一般企業で働く際に、ジョブコーチなどの専門家が一定期間付き添って支援する「支援付き雇用」の考え方は、多くの国で導入されています。スウェーデンには、国営企業 Samhall(サムハル)のように、一般市場での就労が困難な障害のある人の雇用を専門に行い、職業訓練や一般企業への移行を支援する大規模な組織も存在します。
- 教育制度:
 - インクルーシブ教育の推進: 多くの国々で、障害のある子どもも可能な限り地域の通常学校・学級で学ぶインクルーシブ教育を推進する方向性が主流となっています。その度合いは国によって異なりますが、例えばイタリアでは原則として全ての障害児が通常学級に在籍し、支援教員が配置されます。スウェーデンでも特別支援学校はありますが、基礎学校(通常の学校)内で柔軟な学習グループを編成し、可能な限り同じ学校で学ぶことが推奨されるなど、統合教育が進んでいます。
 - 個別化された教育計画: アメリカのIEP(Individualized Education Program)のように、一人ひとりのニーズに基づいた詳細な教育計画を作成し、それに基づいて支援を行うシステムが多くの国で導入されています。
- 支援体制全般:
 - 早期発見・早期介入: 北欧諸国(スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、デンマーク)やオランダ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イギリスなどは、発達障害への社会的な理解が進んでおり、早期発見・早期介入システム、診断後の包括的な情報提供やサポート、教育・就労・福祉にわたる連携体制が比較的整備されている国として挙げられることが多いです。
 - 権利擁護と当事者参加: 当事者の権利擁護(アドボカシー)活動が活発で、政

策決定プロセスへの当事者参加が重視される傾向があります。

- 社会保障制度: 北欧諸国などでは、税負担は高いものの、障害のある人やその家族に対する手厚い社会保障制度(手当、福祉サービス、住居支援など)が提供されていると言われます。スウェーデンでは、住み慣れた地域で生活を継続できるよう、行政による手厚い生活支援(パーソナル・アシスタンスなど)が行われています。

比較の際の留意点:

海外の制度や実践例を参考にする際には、それぞれの国の歴史的背景、社会文化、経済状況、人口規模、法体系などが日本とは異なることを考慮する必要があります。例えば、北欧諸国の手厚い福祉は、高い税負担や物価、特定の気候や文化といった背景の上に成り立っています。

しかし、障害者権利条約の理念に基づき、インクルージョン(包摂)、個別化支援、当事者の自己決定権の尊重、権利擁護を重視する国際的な潮流は、日本の今後の支援体制を考える上で重要な示唆を与えてくれます。特に、雇用におけるクォータ制度のあり方、合理的配慮の実効性をいかに高めるか、診断の有無によらないニーズに基づいた支援の提供、関係機関の効果的な連携といった点は、日本においても継続的な議論と改善が求められるテーマと言えるでしょう。

はい、承知いたしました。

記憶している内容から、情報ソースを除いた記事の最後の部分、第9章(結論)を出力します。

第9章:結論:より深い理解とインクルーシブな社会に向けて

この記事では、発達障害(神経発達症)に関する様々な側面を、提供された情報に基づいて詳しく解説してきました。最後に、これまでの内容を踏まえ、発達障害のある人々がより良く生きていくために、そして私たちが共にインクルーシブ(包摂的)な社会を築いていくために、何が重要となるかをまとめます。

発達障害(神経発達症)の理解における重要ポイント

- 複雑性と多様性: ASD、ADHD、LD、DCDなど、様々な診断カテゴリーがありますが、その特性の現れ方は一人ひとり全く異なり、非常に多様です。同じ診断名でも、困りごととは千差万別であり、個人差が大きいことを理解する必要があります。年齢、性別(特に見過ごされやすい女性の特性)、置かれている環境、併存する他の状態などが複雑に絡み合い、その人の困難さや必要な支援の形を左右します。感覚処理の特異性や実行機能の困難も、日常生活における困難さの重要な要因です。また、診断基準を満たさない「グレーゾーン」の人々も困難を抱えており、その支援のあり方も重要な課題です。
- 個別化された生涯にわたる支援の必要性: 介入は、薬物療法、心理社会的療法(CBT、SST、ABA、TEACCH、ペアレントトレーニング等)、関連療法(感覚統合、言語、作業療法等)などを、画一的に行うのではなく、個々の特性、ニーズ、目標、ライフステージに合わせて、オーダーメイドで組み合わせる必要があります。支援は、乳幼児期の早期発見・早期療育から始まり、学齢期、思春期・青年期、成人期、そして中高年期(親なき後の備えを含む)まで、人生の各段階で直面する課題に対応し、切れ目なく提供される継続的なプロセスであるべきです。
- 日本の支援システムの構造と課題: 日本には、障害者手帳制度を基盤とした多層的な福祉サービス(障害者総合支援法、児童福祉法に基づくサービス)、教育における合理的配慮と特別支援教育、ハローワークや専門機関による就労支援、経済的支援(障害年金、各種手当)など、比較的整備された支援システムが存在します。しかし、制度の複雑さ、利用手続きの煩雑さ、情報へのアクセスの難しさ、地域によるサービス提供体制や質の格差、支援機関間の連携不足、診断基準を満たさないグレーゾーンへの対応など、多くの課題も残されています。
- 法的枠組みと社会的受容の重要性: 発達障害者支援法、障害者総合支援法、障害者差別解消法といった法律は、発達障害のある人々の権利擁護と支援のための重要な基盤を提供します。しかし、法律の理念が実社会で真に意味を持つためには、合理的配慮が形式的なものではなく実質的に提供されること、障害を理由とする差別や偏見がなくなること、そして社会全体が神経発達の多様性を理解し、受容する姿勢を持つこ

とが不可欠です。当事者・家族会は、情報提供、心理的支え、そして社会への働きかけ(アドボカシー)において、公的支援を補完する重要な役割を果たしています。

- 研究の進展と国際的視点の活用: 脳科学、遺伝学、心理学、教育学など、多分野での研究が進展し、発達障害の病態理解や新たな支援法の開発が期待されます。また、海外の先進的な取り組み(インクルーシブ教育、雇用制度、当事者中心の支援など)から学び、日本の現状と比較検討することは、今後の支援システムをより良いものにしていく上で有益な視点を与えてくれます。

インクルーシブな社会の実現に向けた今後の方向性

発達障害(神経発達症)のある人々が、他の人々と同じように、その人らしく、尊厳を持って地域社会に参加し、幸福を追求できるインクルーシブな社会を実現するためには、私たち一人ひとりの意識改革とともに、社会システム全体の変革が必要です。具体的には、以下の点が重要となります。

1. 早期からの切れ目のない支援体制の強化: 診断の有無に関わらず、本人の困りごとやニーズに基づいた支援に早期からアクセスできる、より柔軟な仕組み作りが必要です。特に、ライフステージ間の移行期(就学、進学、就職、地域生活への移行など)における支援の連携と継続性を強化することが求められます。
2. 支援の質の向上と均てん化: エビデンスに基づいた効果的な支援プログラム(療育、心理社会的療法、就労支援など)を開発・普及させるとともに、支援を提供する専門人材(医療、福祉、教育、労働の各分野)の育成と資質向上が急務です。地域によって支援内容や質に格差が生じないように、全国的な水準の確保(均てん化)も目指すべきです。
3. 合理的配慮の実質化とユニバーサルデザインの推進: 教育、就労、行政サービス、文化・スポーツ活動など、社会生活のあらゆる場面で、形式的ではなく実効性のある合理的配慮が、建設的な対話を通じて提供される文化を醸成する必要があります。さらに、最初から多様な人々が利用しやすいように設計された環境や製品、情報提供(ユニバーサルデザイン)を推進していくことも重要です。
4. 二次障害の予防への注力: 環境調整、早期介入、自己肯定感を育む支援を通じて、うつ病や不安症、不登校、ひきこもりといった精神的・身体的な二次的問題の発生を未然に防ぐ取り組みを、社会全体で強化していく必要があります。特に、自己肯定感を損なわない関わり方が基本となります。
5. 研究成果の社会実装の促進: 最新の研究によって得られた知見(病態メカニズム、効果的な介入法、評価ツールなど)を、診断、治療、支援、教育の実践現場へ効果的に橋渡しし、活用していくための仕組み(トランスレーショナルリサーチの推進)が必要です。
6. 社会全体の理解促進と意識改革: 神経発達症の多様性や、それに伴う困難と同時に、当事者が持つ独自の強みや可能性について、社会全体の理解を深めるための継続的な啓発活動が不可欠です。偏見や誤解をなくし、「違い」を個性として尊重し合える社会を築いていくためには、メディア、教育、地域活動など、あらゆるレベルでの取り組みが

求められます。

発達障害(神経発達症)への対応は、特定の専門家や機関だけの課題ではありません。医療、福祉、教育、労働、そして地域社会全体が連携し、何よりも当事者とその家族の声に真摯に耳を傾けながら、一人ひとりの個別性と多様性を尊重した支援を、社会全体で追求していくことが求められています。

この記事が、そのための理解の一助となり、よりインクルーシブで、誰もが生きやすい社会の実現に少しでも貢献できることを願っています。