

自閉症スペクトラム（ASD）特性のある成人への スキル獲得レディネスの発達の視点による、 段階・状態別のサポート事例に見る有効な支援と課題

木下 秀美（091-820293-7）

放送大学大学院

文化科学研究科 人間発達科学プログラム

研究指導責任者 星 薫 准教授

研究指導担当教員 星 薫 准教授

（2011年12月）

修士論文要旨

氏名
所属プログラム
学生番号

木下 秀美
人間発達科学
091-820293-7

概 要

自閉症スペクトラム障害（ASD）やその特性のある人が、その特性や成長過程での心理社会的要因によってさまざまなスキルの獲得のためのレディネスの発達が多面的・複合的に阻害され、それらの獲得が遅れている、または獲得できないままのスキルを生活・就労面などで活かせるように獲得していくための具体的なスキル獲得のための相談支援や対人関係トレーニングなどによる実践などから検討・検証を事例研究により行い、それらの必要性および有効なアプローチや課題を明らかにする。

目 次

	頁
第1章 はじめに	4
1. 本研究が対象とするASD特性のある成人	4
2. ASD特性のある成人の発達の違いやアンバランスと社会性	5
第2章 問題提起	7
1. 「高機能群」ゆえに気づかれにくいASD特性のある成人が抱える発達阻害因子の共通性	7
2. 阻害されたスキル獲得レディネスの促進・獲得とその人らしい発達保障	7
3. 社会的参入意欲向上に向けた相談支援と集団的スキル・トレーニングの有効性	8
第3章 方法	9
1. 個別事例研究（8例）	9
2. 共通性・個別性、アプローチの有効性の検討	9
第4章 結果	9
1. 個別事例の概要（8事例）	9
2. 事例における共通性と未獲得のスキル・レディネス、支援的関わり	20
3. 具体的な支援とその有効性・課題	28
第5章 考察	34
1. 相談支援面接（カウンセリング面接）の有効性と課題	34
2. 集団的スキル・トレーニングの有効性と課題	39
3. 家族の学び、理解、関係性への支援の必要性	40
4. トラウマ処理と自己評価を高める個別及び集団的支援の併行アプローチの必要性	41
5. 就学・社会生活・就労を緩やかに支援する医療と連携した豊かな福祉的支援の必要性	43
第6章 謝辞	47
<先行研究・引用文献>	48
<参考文献>	48

第1章 はじめに

本論終盤で紹介する参考文献及び個人的な支援実践の中から、「ASD特性のある成人」の特性や状態及び課題を以下のように解釈し、研究対象とした。

1. 本研究が対象とするASD特性のある成人

- ① 本研究が対象とする「ASD（＝自閉症スペクトラム）特性のある成人」とは、DSM-IV-TR（精神疾患の分類と診断の手引）によるところの、知的障害を伴わない「299.00 自閉性障害」（高機能自閉症と通称される）、「299.80 アスペルガー障害」および「特定不能の広汎性発達障害（非定型自閉症を含む）」と診断された、または診断にいたらなくてもそれらの特性が生活や対人関係において困難さを生じていると見られる青年・成人（Broader Phenotype などのより広い表現形をも含む）をいう。2013年に予定されている国際的精神疾患診断基準の改訂（DSM-V、ICD11）において、「自閉症スペクトラム障害という連続体として、この一群の発達障害を規定することが必要となった」（杉山：2011）ことから、「広汎性発達障害」から「自閉症スペクトラム障害」へと名称が変更されることを前提に、その略称である「ASD（Autism Spectrum Disorders）」と基本的に表記することにする。
- ② ASDの中でも「高機能群」と分類される場合には、「知的に問題がない」と区分されがちだが、アスペルガー障害と軽度精神遅滞は同時に診断名とされる場合がある（ASDの中での質的な区分であり、その特性自体の度合いと知的水準との2軸から脳機能的な違いやアンバランス、能力状態をとらえるべきである）。
- ③ いずれも上位分類は「ASD」であり、対人相互作用の上での特異さや問題、コミュニケーションにおける質的な問題、行動・興味・および活動の限定された反復的で常同的な様式などが基本特性とされるが、アスペルガー障害はバーバルなコミュニケーションに特異さはしばしば見られるものの日常一般の会話場面においては問題ないと思われる場合が多い。乳児期の発達課題であるとされる「愛着形成」「基本的信頼感の獲得」が、主たる養育者（多くが母親）との関係において達成できないまま成長していくケースが多く、結果、強い不安感や恥意識の歪んだ形成（律儀すぎる、ルール・規則を徹底して守ろうとする、失敗を極度に恐れる）、対人関係の結び方を獲得できない、気持ちを表現できない、視線を合わすことを恐れ相手の表情を見ない、単語にとらわれて文章全体の意味を理解できないなどから、相手

の感情を読み取れないなどの対人相互作用上の困難さが増すとされている。

- ④ また、医学的臨床や研究、ご本人からの発信、生活支援の現場において注目されてきている感覚（視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚など）の過敏さや鈍感さと独特の情報処理、視覚刺激情報優位、記憶力の良さやその情報処理に関する脳機能の違いやアンバランスによる同時並行処理能力や継時的処理及び認知・記憶情報処理、長文会話処理能力の低さ、自分の思いを言語化し伝えることの困難さ、独特な観念想起と経験の論理的解釈とその固定（俺ルール）化、特定の学習面の困難さ、初めての人・場面などへの不安の強さ、あいまいさや突然の予定変更などの受容の困難（柔軟で臨機応変な対応の困難さ）、定型発達者が周囲の人や環境から学び取る知識や経験の獲得の困難さ、瞬時判断の困難さ、薬物への過敏・過鈍反応性などなど、それぞれ多様な生きづらさを重ね持っている。

2. ASD特性のある成人の発達の違いやアンバランスと社会性

- ① こうした生得的な問題に起因して、学校や職場など、発達年齢に応じて所属する社会において、上記の特性による非定型さを理由としたからかいやイジメ、障害・疎外などのさまざまな嫌悪・迫害・被虐待体験を重ねることが多く、独特の記憶情報の貯蔵・想起システム（フラッシュバック、自生思考などと呼ばれている）やその機能不全による混乱などにより、場面の画像、音声、さらに情動までもが、不安な状態、思考の途絶えた時間などでの突然の想起、その繰り返し再生、連鎖して別の嫌悪体験の想起へと際限なくつながっていく場合もあり、ご本人から安心・安全な意識を奪うとともに、自尊感情までも奪い続けてしまうこともある。こうした日常の体験が、不登校やひきこもりへの誘因になりやすい。中学校や高校、大学時代には、定型発達者よりも概ね遅れて思春期葛藤や自我同一性拡散などの青年期の危機的課題が重なり、複数情報の処理機能の弱さ・困難さなどから不安や混乱状態になりやすく、この頃の心的体験によって形成された認知が、その発達段階の課題達成を遅らせ、成人期に至っても対人関係性においての困難さの誘因となることも多い。
- ② また、権威に弱い、プライドが高い、決めたことはやり通さないと気が済まない、自分が決めたルールのみが正しいと思いつまむ、それまでに安全が確認された方略しか選択できない、安全が確認できた相手にしか自分の気持ちを語らない、知っていることを相手構わず話し続けてしまう、言葉を字義通りにとらえて場にそぐわない言動をしてしまう、想像や推測をすることを苦手とする（知っていること以外は返答不能になる）などの特性から、とりわけ面接場面などでの失敗経験への耐性が低く、失敗を重ねるごとに自己否定感情を強め、ひきこもり状態となってしまうケースが多い。
- ③ 見過ごしてはならないのは、これらの嫌悪体験とその記憶、独特の認知と思考展開や論理的解釈によって、二次的に抑うつやさまざまな不安、強迫などの神経症、気分障害（これらもスペクトラムとしてとらえるべきとされている（岡田：2011））などの精神症状を発症してしまいやすいこと、（数年前まで、と信じたいが）妄想や幻覚と判断されて統合失調症と誤診され（多剤大量の）誤服薬治療が長期に渡って継続され減薬・変薬に苦労したり、副作用や離脱症状から減薬できないなどの薬害性の三次的な障害状態にある人が少なくないことである。この状態になれば、社会性を問題視する以前の段階となる。薬物への過敏・過鈍性も ASD の特性である。
- ④ 「ファンタジーへの没頭」とよく表現される状態として、不安や混乱した精神状態から身を守るための防衛機制としての解離状態を形成することが多く、その程度や頻度は人それぞれである。「独りが快適」を具体化する状態であるが、「人と集みたい」欲求とのジレンマ状態からの無意識的な回避行動でもある。

なお本研究は、Lorna Wing（1981）が提唱した自閉症スペクトラム概念、佐々木正美（2009）が提唱する発達障害の多様性と連続性の立場を取り、医療受診による診断の有無を、研究対象の必須条件とすることなく、障害特性を幅広くとらえるとともに、「生きづらさ」に着目するものである。

第2章 問題提起

私はこの5～6年、ASD特性のある成人で「生きづらさ」を抱え、平均的な年齢相応の就学や就労などができずに、家族ぐるみで「困った状態」になっておられる方々と接し、私的な相談室における個別の相談支援やNPO法人として運営する障害福祉サービス事業所（生活訓練）における集団的なスキル・トレーニングを行う現場に身をおいてきた（田井：2009「パスポートは特性理解」、2011「精神科臨床リュミエール」、参照）。その経験から、ASDの基本特性に加えて、生育過程での環境要因による「発達」の阻害要因の存在とその個別性や共通性を感覚的に実感してきた。それらを事例として調査・分析するとともに、「発達」の阻害要因によってさまざまなスキル獲得のレディネスに遅れを生じている方々の「発達」促進、障害特性を有しながらも社会適応能力を高める支援のあり方とその有効性や課題を明らかにしたいと考えるに至った。

1. 「高機能群」ゆえに気づかれにくいASD特性のある成人が抱える発達阻害因子の共通性

これらの方々で、思春期以降に何らかの発達障害と診断され、あるいは特性としての問題行動が生じる場合、そのほとんどは「知的に問題がない」とされる高機能群であり、通常学級に在籍し学業成績も良いことが多い。しかし、丹念に個々を見れば、乳幼児期の愛着形成不全や、得意・不得意のアンバランスの存在、対人関係性における独特の認知・思考パターンの形成、一般的・常識的な知識や理解が獲得されていないといったエピソードが存在するのではないかと。

ASDの特性とされるさまざまな課題は、その人の人間的発達課題達成を阻害する因子となる場合が多く、一定の共通性や群の規定もできるかも知れない。

2. 阻害されたスキル獲得レディネスの促進・獲得とその人らしい発達保障

特性やアンバランスさによる発達阻害因子があれば、さまざまなスキル獲得のレディネスが後れたり整わなかったりするであろう。「発達障害は発達する障害」と言われるように、アンバランスさを伴いながらも加齢や体験（質および量）などによって、その人なりの速度や内容で発達していく。年齢相応でない、社会生活をする上で障壁となる未獲得のスキルを獲得できるようにそのレディネスをサポートし促進・獲得する、あるいはその人なりの別の方法によるレディネス促進・獲得方法を見つけて行く支援を個別に行うことで、その人らしい人間発達を保障していきけるのではないかと。

3. 社会的参入意欲向上に向けた相談支援と集団的スキル・トレーニングの有効性

青年期から成人期に成長する中で、それまで自分の気持ちを言語化することをためらっていた人たちが、自らの思いを「誰かに聴いてほしい」「わかってほしい」というニーズを高めていく。同時にこの年齢は、高等教育や就労という社会参入を求められる年齢でもあり、その意欲は自ずと高まる。ASD特性によって語れなかった人たちも、「語る」ことができるようになり、それを「聴く」、「アドバイスをする」などの相談支援や、ミラーニューロン機能の不全などによるメタ認知の困難さを改善するための集団的スキル・トレーニングは、それらの課題を達成する上で有効なアプローチではないかと。

先行研究が数少ないことは、ASD 特性のある青年・成人への具体的な支援が始まったばかりであることを意味している

こうした ASD 特性のある青年・成人への個別および集団的支援アプローチに関する先行研究は、臨床心理面接における「発達障害」の児童・生徒への心理的アプローチが散見される他は、精神科治療のアプローチとして「杉山登志郎（2011）：発達障害のいま、講談社現代新書」、集団的なスキル・トレーニングのアプローチとして「日詰正文（2005）：成人期のデイサービス、そだちの科学 No. 5/10, 53-58」、「財団法人日本障害者リハビリテーション協会（2011）：厚生労働省平成 22 年度障害者総合福祉推進事業『知的障害者・精神障害者等の地域生活を旨とした日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する調査と支援モデル事例集作成事業』報告書」、「田井みゆき（2009）：パスポートは特性理解」、「田井みゆき（2011）：成人期の広汎性発達障害-当事者支援、専門医のための精神科リユミエール 23, 182-191」などしか見当たらないのが現状である。

ASD 特性のある青年・成人の抱えている「生きづらさ」の特性や心理社会的環境要因、身体障害性の問題などの視点からの支援が、漸く新たな課題として認識され始めたばかりであることと、その支援にあたる社会資源の少なさを如実に表しており、本研究がその一助になることを願うところである。

第 3 章 方法

1. 個別事例研究（8例）

私が個人の相談室で個別の相談支援面接をお受けしている、及び生活支援員として関わる指定障害福祉サービス事業所を通所利用されている ASD 特性のある青年・成人を対象にした 8 人の「語り」およびご家族からの聴き取り、事業所やご家庭においての参与観察、ご本人の「自分史」の書き起こしなどにより事例検討を行う。

2. 共通性・個別性、アプローチの有効性の検討

- ① ASD やその特性のある人のライフ・サイクルの初段階において、その特性や心理社会的要因によってさまざまなスキルの獲得のためのレディネスの発達が多面的・複合的に阻害され、それらの獲得が遅れている、または獲得できないままである状態や背景を明らかにしつつ、その共通性・個別性を検討する。
- ② 獲得が遅れ、または獲得できないままであるさまざまなスキルを生活・就労面などで活かせるように獲得していくための条件・環境などの把握と、具体的なスキル獲得のためのトレーニング実践の検討・検証を行う。

第 4 章 結果

1. 個別事例の概要（8 事例）

①30代男性。公立高校卒業後に1年浪人、私立大学の二部（夜間）に入学、2年次終了時に一部への編入試験に合格して編入するが、中退。アルバイトをする時期もあったが、困難となりひきこもり状態になる。母がNPO法人につながり、相談する中でPDD特性があることがわかり、精神科受診。アスペルガー障害の診断を受け、法人の居場所、障害福祉サービス（生活訓練）につながる。

幼稚園時代より、友人関係などのトラブルが多く、それを理解せず受け止めもしてくれない教師をはじめとする大人に対する不満がトラウマとして積もり、不安と混乱や怒り、こうした経緯を自分なりに受容し折り合いを付けようとする苦悶の中で、ひきこもり状態となる。

小学校高学年での教師による不理解による体験・及び認知を次のように表現している。

「（問題を解くのが）遅い」いうことが、あるいは「時間がかかる」いうことがどんな悪いことだと言うのか知らないが、その「遅い」の繰り返しで「速く」なっていくのと違うのか、そこを支えてくれた人間が誰か一人でも居たのか？」

授業や学校での諸活動において、障害特性によるさまざまな苦手さによる課題（教師から見た“問題”）を、通知表に「何か他のことを考えており…、頑張れば出来る力ありながら残念です」という評価を受けることになる。小学校時代から後にひきこもり状態になった過程の認知を次のように表現している。

「新しいことに対する不安の感じ方が人一倍強い。新しいことに対して不安を抱くから馴染めない。そして余計に不安感が募る、この悪循環の繰り返し、繰り返していると『精神的疲労』がどんどん積み重なり集中力に限界が生じる。その分だけ出来る範囲が制限される。また『精神的疲労』が積み重なり、集中力に限界が生じるというサイクルが生まれる。その『精神的疲労』が極限状態に達した時、それこそ『不安感』なんてものではない。あれも出来ない、これも出来ない、この先死ぬしかなくなるのか、これから先どうやって生きて行けというのだ。『人生諦める』と言っているのと一緒ではないかと、本当にそんな気になる」。

居場所、福祉サービスの「生活訓練」の対人関係トレーニングとして、ゲーム（麻雀、カードゲームなど）、雑談、ボウリングなどの軽スポーツを集団的に取り組みながら、安全な場所、安心な人たちと時間をかけて体験を重ねつつ、隔週の個別相談支援面接においてトラウマ体験（消せない嫌悪記憶などとその連鎖的自生想起）や自己否定感情、不安や混乱と向き合いつつ今後の人生を前向きに考えるトラウマ処理と自己認知の変容に取り組んでいる。就労トレーニングにも加わりつつ、放送大学に3年次編入をして、大学卒業をめざし学びを再開されている。

記憶情報処理の不全・混乱状態が就学前より始まっており、また協調運動の困難さも見られることなどから、「集中できない」、「今、何をすればいいかすぐには判断できない」、「次から次へと情報が入ってきて、頭の中がぐちゃぐちゃ」などの状態が続いてきたことを言語化してくれている。まさに、佐々木（2009）が表現する「忘れられない障害」との闘いを生きてこられた。

②20代女性。小学校高学年から始まったイジメ（女子グループの中で行われる、多種多様な集団的な連日の迫害体験）を、イジメと気づけずに、気づいたときには「傷つき、ボロボロの状態だった」。苦しくストレスフルな毎日を、教師にも、家族にも理解されることなく、「一匹狼」として生きることを決意するが、そのトラウマは適切な処理により薄まりつつもなお現在も残存する。

中学に進学、再び「地獄」が始まる。友達はずきずき、話し方がわからない、笑われ恥ばかりかく、「浮いた存在」にあることが苦痛を増す。常に緊張状態にあり、後に感情を失っていく。公立高校へ進学するが、中学時代のイジメっ子と同じクラスとなり、勉強は理解できないまま進んでいく…。だが、「やれ」と言われたことは「全てやっていた」ものの、「（母に）朝、早く起きてお弁当を作りなさい、と言われた時、自分が崩壊していくのがわかった」。自律神経失調症状から「自分に何が起きているのか理解できない状態」の中、不登校となる。

心配した親が心療内科を受診させ、「神経衰弱状態」として服薬が始まる。少しの高揚感から登校を考えたが通えず、学校からは「保健室登校でも良い」と言われるが、「病気でもないのに保健室に行くのは間違っている」と納得できず拒否。当時、「青い空やピンクの花が全てねずみ色に見えていた」。「治療に専念します」とその高校を退学。

家族（主に母）に対して、それまでの苦しさを「全て吐き出した」、「私は家族に治してもらいたかった」、「なのに私は病院へ連れて行かれてしまった」。内科でさまざま検査を受けるが異常無しで、入院病棟のある病院へ転院。大量服薬の始まりとなる。水中毒、強迫性障害などの病名も追加されていった。「吐き出し」を聴いていた母も精神状態が悪化し（産後うつ診断で投薬治療継続中だった）、抗精神病薬の量が増え、遺書を何枚も書くなど言動もおかしくなっていた。そんなある日の夕食後、他の家族が部屋に移り、母だけが後片付けをしていたが、突然家から出て行った。高いビルから投身、即死だった。翌朝、父から母が死んだことを告げられるが、「一番にほっとしたのを覚えている」。棺の中の母の姿を見て、「お母さんは死んだ」ことを理解できた。「こんなにも悲しいことがあるのだろうか、と神様を憎んだ」。葬儀後、父の知人との会話の中で、「産後うつ」の症状が悪化した時に、生後3ヶ月のご本人を抱きビルから投身自殺を図っていたことを父から聞くことになる（ケガはしたものの無事で、父はずっと隠していた）。身に覚えのない傷が手足にあった理由がわかった。「私が生まれて16年間、母は薬（抗うつ剤）漬けだった」。

自身も入・通院が続く中で、保険会社が「ドンピキ」するほどの多剤多量服薬になっていたが、精神症状の改善はなかった。過鎮静でトラウマは隠されてしまっていた。当時の診断名は「統合失調症」であった。

その後、医師が替わり、多剤は解消していくが、長引く長期の治療に「私の病名は何ですか？」の問いに「〇〇さんは、病状がいろいろ出るから何とも言えない」と答えたあげくに、薬の必要性を言い渡される。処方も超

長時間型の睡眠薬の単剤処方になるが生きた心地がしなかった。救急センター搬送になった時には、診察もなく医師が口を開けリスペダル液を「これで楽になるよ」と流し込んだ。「おそろしかった」。薬は飲みたくない、と医師に言う。「飲まないあなたの命が危ない」との返事に絶望した。

父がインターネットで見つけた「セカンドオピニオン」につながることを了解し、診察を受ける。セカンド医は、セカンドオピニオンを受ける意志を確認し、「不登校に投薬なんてするからこんなことになる。この子は寄ってたかってみんなに病人にされてしまった」と父を叱った。その後、ラポールを形成しながら多くの質問をされ、幼児期の言葉の後れがなかったことを確認して「アスペルガー症候群です」と、「病名ではなく症名を」告げた。それまで自身は、「うつ病」だと思い込んでいた。必要な薬を処方してくれた。

翌日、早朝から街を歩いた。「私は8年間も要らない薬を飲んでいて、誤診を受けていた。死にかけた。精神科で無茶苦茶にされた。お母さんは死んだ…。この怒りをどこにぶつけたらいいのか」と歩き続けた。本屋でアスペルガー障害について書かれた本を読んだ。「自分のことが書いてある。全部書いてある」、発達障害の本にかじりついていた。

しばらくして、薬無しの状態で知人の仕事をするようになる。最初緊張は強かったが、仕事は評価された。だが、職場の人たちとの雑談が苦痛だった。抽象的な言葉の意味がわからず、冗談やお世辞が通じず、知っていることを一方的に話してしまい、敬遠されていく。ストレスが増し、家で職場の愚痴を言うことが増え、離人症症状、聴覚過敏、大量の発汗、下痢が続き、生理が止まり、布団に入ると爆発音や音楽が聞こえた。ファンタジーに没頭し、短時間睡眠で昼間は躁状態。ファンタジーに没頭していた時、自分の考えている内容が聞こえ出し、自分への批判やうわさ話、さらには通りすがりの人を「殺せ」という声が空から聞こえるようになる。統合失調症様症状の出現だった。近くのクリニックで診察を受けるが、アスペルガー障害を否定され、非定型精神病薬と抗不安剤(眠剤として)を処方され服薬するものの幻聴がひどくなり、再度セカンド医に相談、服薬調整に入る。薬剤過敏がわかり、これらの二次症状に対して最小限の服薬と生活面での改善や自己評価の仕方を変える努力で凌ぐ方法を見つけて行くことを決意する。

統合失調症様症状への対処は進んだが、フラッシュバック症状が強まり、セカンド医に相談したところ、「トラウマを手紙に書いて下さい」と対応してくれることになり、「体液の全てが流れ出すような、死ぬより苦しい苦しみ」と闘いながら手紙に「暴露」した。トラウマ返しに合っている時は、トラウマの対象である家にいることができなかった。セカンド医は、トラウマを全て受け入れ、保護してくれた。苦しみを理解してもらえない父がセカンド・レイピストになっていても、セカンド医は父を悪く言うことはなかった。「子どもにとって、他人から親を軽蔑・侮辱されることは、何にも代え難い屈辱であることをこの医師はよく知っていた。親を攻撃するのは自分だけで十分だと思った」。あまりの苦しさ、セカンド医は、時に抗精神病薬やSSRIもすすめてくれたが、「PTSD、フラッシュバック症状を薬無しで乗り越える」、という今でも不思議に思える精神力が出ていた。「久留一郎さんの『ポスト・トラウマティック・カウンセリング』という本を読破した後は、フラッシュバック症状は半減していた」。

父と相談し、一人暮らしを決意。実家を離れ、通信制高校に入り一度は挫折するが、現在通所している生活訓練サービス事業所を運営するNPO法人につながり、再び転居、通信制高校に入学。生活訓練での対人関係トレーニングと両立する生活をしている。

今は、「私が薬物治療から抜け出すことができたことや、母の死をムダにすることのないよう、薬害で苦しむ人たちを一人でも多く助けたい。私がセカンドオピニオンを受診できたこと、(現)事業所の通所者であることを誇りに思っています」と、小さなさざ波が大波になることもあるが、しっかりと意志をもった前向きな生き方を模索されている。

③30代男性。小学校低学年より、独特の風貌や言葉数の少なさ、虐められても怒らないなどから、無視やイジメを集団的継続的に受け続けた。中学時代はそれらが顕著で、規則は忠実に守る特性から休まず通うが、着席した瞬間から両こぶしを握りしめて机の上に置いた体勢で身構えて一日を過ごすという毎日。父親の仕事の都合で引っ越しを数度するが、転校先でもすぐにイジメは始まった。授業中にもイジメやからかいはあったため、身構え身を守ることに集中せざるを得ず、成績は下降の一途を辿る。案じた両親が塾に強制的に通わせるが、それもトラウマとなっていく。虐められ、苦しさで耐え続けた教室で、教師に救いを求めるが、結局理解してもらえないとわかり、何もしてくれない教師に対する怒りへと転じる。

高校に入学後すぐに苛立ちや怒りなどから暴言・暴力などが始まり、精神科入院となる。診断名は統合失調症。抗精神病薬をはじめとする多剤多量服薬が始まる。過鎮静状態が続く中で、感情鈍麻(統合失調症の陰性症状ではない)とともに自尊感情の低下が進む。入退院を繰り返し、同じ診断名、服薬「治療」が続くが、ご本人の成長とともに思春期心性による葛藤や焦りが始まる。言語化能力の高さから、自身の体験したことの惨めさや不本意さ、それをわかってくれなかった(とご本人が感じた)母や教師への批判を母に訴えることが増え、フラッシュバック時には母への暴言・暴力が始まる。耐えかねた母が、家族会を中心に活動するNPO法人に入会、家族会での学び、個別面談での具体的な対応を獲得されつつ、ご本人を私の相談室での相談支援面接につなげる。

言語性優位の高機能自閉症で、20年余りの被虐待体験、誤診・誤薬、ひきこもりにより、対人関係スキルや学習面、基本的な社会規範などはもとより思春期の発達課題である自我同一性の獲得を行う機会を逸してきたことから、低い自己評価と強い情動の抑圧、小さな否定的刺激がトリガーとなりパニックを生じ暴力的言動が触発される状態であった。

母から提供されていた生育歴を把握した上で、ご本人が認知している現実を語ってもらい、それを傾聴する面

接から始めた。「本当にわかってきているのか?」、事実確認の質問には「何でそんな怒らせるようなことをいうのか?」などの易怒表出や確認行為が頻繁に行われつつ、具体的な問題や被虐体験の認知の整理などを継続する一方で、地域生活支援センターの相談支援を活用し、訪問看護、ホームヘルプ、ガイドヘルプなど、精神保健福祉手帳と福祉サービスで可能な限りのサービスを入れて行く（私の相談室へはガイドヘルパーの同行支援が付いていた）。

それでも、母への依存による暴力から、母は腰を痛め長期入院が必要となり、ご本人一人での生活を支える支援を増やし、入院中の一人生活が結果的にご本人の自立心を触発し、混乱しつつも自己評価と生きる意欲を高めることになり、母の退院後には、障害年金と生活保護により別にアパートを借りての自立生活へと結実していく。

隣室の話し声などが聴覚過敏により「うるさくて耐えられない」状態となり、転居、情緒不安定からの入院もあったが、多くの支援者と関わる中で社会生活や対人関係スキルの多くを短期間に獲得して行った。幼少期から大好きだったレゴを再び作れるようになり、見事な作品を創っている。掃除、洗濯、買い物などは、ホームヘルプの方が ASD 特性について学ばれながら、根気よく教えてくれ、現在では一人ですることができるようになっている。

こうした小さな「できること」の積み重ねで、自己評価を高めて行っており、「やっぱり、みんなと一緒に居られる所に通いたい」など、次の自我欲求段階へと成長・発達されている。個別支援面接は、ご本人の負担や今後地域資源のサポートの中で生きて行かれることを考慮し、訪問による相談支援に切り替えている。

④40代女性。小学校より友だちは一人、中・高は学校を往復するだけの生活だったが、特定教科の成績が良く、一貫高の大学へ内部進学するが、授業（学び方）の様変わりに対応できず中途退学。以降、習い事に通う以外自宅でのひきこもり状態に。女性雑誌のモデルに強い関心を持ち、化粧、衣類、靴、小物などの収集と食べ吐き行為（痩せるため）が強まっていく。精神科クリニックにつながるが、摂食障害としての薬物治療に効果はなく、40歳を越えて万引き行為で実刑判決を受け、服役。女子刑務所では、規則正しい生活が功を奏し、安定した精神状態となり、早めの仮釈放となるが、家に帰るとすぐに元の状態に戻る。裁判中に、「依存による行為とは思えない」と担当弁護士から私に依頼があり、母子面接を行い、ASDの特性があると判断、医療受診依頼をし、「アスペルガー障害」と「軽度精神遅滞」の診断が出、通院治療と相談支援面接継続となる（それまで40年余り、精神科受診をしつつも発達及び知的障害が疑われることがなかったほど言語能力は高い）。服役中は主治医から刑務所医への医療情報提供により服薬治療継続、出所後は診断を受けた病院への通院と相談支援面接に。

家庭での横暴な態度、「通販」依存が度を増すことから、両親が疲弊し、私から地元の相談支援事業所に介入を依頼。支援員の週に一度の訪問（ほとんど会ってくれないが、一言メモを残すように依頼）を継続してもらい、母との相談支援面接を継続（ご本人は「別に話すことがない」と言い、医療通院（母のみの受診の方が多）だけになっていた）、1年がかりで地元の就労継続支援事業所に通所できるようになる。事業所に安心感を感じ「○」を出した途端に毎日通所となり、「やっと私の居場所が見つかった」と休みなく通い続けている。後に、相談支援面接中断は、来所途上の駅にある商店街での「買い物」衝動が止められないことが理由であるとわかる。

親の年齢も考え、療育手帳の申請をし、知的更生相談所において改めて「軽度知的障害」と「アスペルガー障害」の診断によりB判定を受け、障害基礎年金の申請をし、障害基礎年金2級を取得した。「親なき後」の経済的生活基盤を一定固められた。

事業所では、気軽に話せる男性友だちができ、二人だけで会うことなども始まり（それをめぐるトラブルも絶えないが…）、思春期の獲得課題をゆっくりと獲得して行っている。一方で、ストレスも増え、家族に対しての暴言や嗜癖行為が継続していて、家族の支えが限界にきていることから、両親の高齢化とご本人の今後の自立した生活へのステップアップを考え、地域生活支援センターと通所事業所が連携し、グループホームの検討や、成年後見人制度の利用などに向けて動きが始まっている。

⑤30代男性。小学生時より、教科や気分により成績などの乱高下があり、友だちができないなどの特性は見られたが、平均した成績は良く、学習が好きだったことから一見問題なく理系の大学院まで進学するが、人との関わりは最小限だった。修士課程修了後、公的研究機関を経てIT関連企業での就職経験あり。パソコンを使っている仕事自体に問題はないか、協同して行う、優先順位を考えて判断する、自分なりのやり方を変えられないなどの特性から、社長と衝突し退職。自宅に戻って途方に暮れた状態を案じ、親がNPO法人の家族会に入会、学びを始めるとともに、「うつ」診断による福祉サービス受給者証取得により、現在の福祉サービス事業所通所が始まる。雑談、ゲーム、軽スポーツなどのプログラムに問題なく参加し、安定された頃からパソコンでのプログラム開発などに時間を使いたいと自ら訴え、パソコンの学習と対人関係トレーニングの両建てのサポートに切り替える。

就労経験もあり、パソコンでの仕事のスキルも十分であることから、就労継続支援への移行や後の就労または個人事業を展望してプログラム開発に取り組める環境を提供しつつ、対人関係スキルの向上のためのトレーニングを継続してきた。

プログラム開発に取り組める環境の提供にあたっては、「言葉」で方向性を伝えていた間は理解しにくかったようで、時間が過ぎるにつけ不安定になられたが、使用するパソコンの提供、具体的な課題設定、専用の部屋や机の提供という目に見える形作りを行うと一転してモチベーションが上がり、2つの課題を両立させる日々を過ごされているが、「就労し賃金を得たい」という当たり前のニーズにチャレンジされようとするが、そのチャレンジの仕方が拙く、「就労」そのものの認知や「就労」に必要な（定型発達者主体の）社会的常識の獲得も未達成であることがわかってきた（ご本人の理解は薄い）。

1年数ヶ月の通所によるトレーニングを通して、自己評価を高め、「やっぱり就職したい」という意欲が強まり、

自身のつながりから就労先を見つけれれる。

⑥30代男性。中高大一貫校に高校から入学。高校3年の春に部活動において暴力被害を受けたことなどをきっかけとして留年となる。定型発達者であれば、暴力被害を受けた相手に対して「怒り」の感情を持つべきところだが、ご本人はその行為が生じた「原因が学校にある」という認知を当初より形成して、入・通院を「公休」と考えた。ひきこもり状態となったことから精神科受診をし、当初は「統合失調症」診断で抗精神病薬が投与されていたが、ご本人が薬物に敏感であることから処方をめぐるトラブルもあり、本来の効果が見られないことなどから発達障害を疑い始める。減薬を、セカンドオピニオンを受けながら慎重に進め、単剤・最低必要量処方となっていく。ただ、認知の著しい違いや独自の論理的解釈へのこだわりなどから、会話ができる友だちがいない生活が続く。家族との会話も困難となり、暴力被害のトラウマを独自解釈しようとするあまりに思考が広がりを持たず、唯一関心のあるプロスポーツ観戦や情報収集に逃避する独自の防衛機制を続けようとしているが、人格的発達課題との間で矛盾が生じてくる。思春期を通しての自我同一性拡散の課題に、独自の認知で向き合いつつ、福祉サービス事業所に通所するが、暴力行為（ご本人には暴力という認知はない）により利用停止、相談支援面接に移行し隔週の相談支援面接を行っていたが、当初「話す・聞く」トレーニングとして行う旨を確認しつつも、プロスポーツの話題に終始するセッションが続く。「どのチームを今年は応援すべきか?」、「その理由は何か?」の自問自答に答えが出ず、その悩みを切々と話していた。時折意識的に暴力行為前後のトラウマの処理につながる話題での会話が短時間でできることもあった。こうした、一見して無意味とも思えるセッションを継続する中で、ご本人はメタ認知的な視点を持ち始めていく。また、「今の話は〇〇ということかな?」と言葉や意味の置き換えをして確認すると「そうなんですよ」と「共感」できたことを喜ぶようにもなっていた。

家に居ること自体が「辛い」と感じる理由も、電車の踏切が近く（といても数十メートルは離れている）、踏切の警報音や止まる自動車のエンジン音、特にミニバイクのマフラーを改良した音が聴覚過敏によって「すぐ隣で爆撃されたような音」に聞こえるということを言語化してくれたことでわかっていく。

「今は〇〇（チーム名）を応援することに集中します」と一定の自己肯定をしつつも、「このまま時間が過ぎていくのが怖い」という将来不安とも闘いながら、相談支援面接を通して自分と（を）語る作業とコミュニケーションのスキル獲得に取り組んできたが、主治医の退職による主治医変更後に状態が悪化し医療保護入院となる。現在、退院を見通して、その後の生活の場としてのグループホーム探しなどをすすめている。

⑦20代男性。視覚優位型の高機能の特定不能の広汎性発達障害の領域に位置すると判断している（「アスペルガー障害と断定できない程度の特徴がある」という診断）。大学時代に人間関係の不全感から抑うつと診断され短期間薬物療法を受けるが、卒業し、一般就労する。企業自体はコンピューター・プログラム開発を主たる業務とするが、スキル不足から「仕様書」や「説明書」の作成業務に携わる。丁寧すぎる言葉遣いや場にそぐわない言動などにより、1年を経過する直前に上司から、「まだ若いから、違う分野で挑戦するチャンスもあるよ」と遠回しな「肩たたき」をされ、悩んだ末に自主退職を決意する。

就労直後、自ら「カウンセリングを受けたい」と希望し、私の相談室につながる。「人付き合いがうまくいかない、苦手なのはなぜか?」、「話し方が丁寧すぎる、まわりくどいと言われていて、それを変えたい」、「自分は、本当は何をめざすべきなのか?」という問いに、一緒に向き合っていく作業を重ねる。退職後は、再就職をめざすが、就職氷河期の中で、スキル不足と面接の苦手さから、求職情報を見つけては応募するが面接で落ちる、を繰り返す。

スキルアップのために、自らプログラミング関係と簿記の夜間の専門学校に通いつつ、収入を得るために短期派遣契約のバイトを続ける。公的な若者向けの就労支援機関でのキャリア・カウンセリングやセミナーなどにも積極的に参加し、自身の得意・不得意、向いている仕事を見つけようと努力される。

短期派遣の仕事が契約解除された後、ネットで求人を探し、一般就労面接を受け、当初は（企業側からすればお試しの）契約社員としての専門職として、大手メーカーの本社に勤務、契約は更新を続けている。さらなる自身の特性理解と対人関係の悩みへの不安解消を求めて、不定期に相談支援面接を継続中。

⑧40代男性。小・中学生時代、てんかん治療で入退院を繰り返す。学業にめだつて問題なく、高校時代はラグビー部。私立大学の理系学部に進学するが、挫折感から中退。

「プレッシャーに弱い」、「NOと言えない」、「頼まれると嫌でもやってしまう」、「我慢の限度がわからない」、「情報処理機能の脆弱さ・障害状態」、「記憶が良すぎる一方で、整理・コントロールできない」、「情報の混乱からパニックになる」などの特性を強く持たれるアスペルガー障害と判断できる。

叱責や命令などに敏感に反応し、ワーキングメモリーの混乱が生じやすいという特性と、何でも記憶してしまうが整理できないことなどから、ストレスが閾値を超えやすく、情報混乱型のパニックを起こし、その状態で精神科受診をしたために統合失調症との誤診から抗精神病薬が長期にわたって投与され、統合失調症様症状と副作用によるパーキンソン病症状や口渇などが「薬害」として生じてしまっていた。

対人関係の苦手さからグループホームでの生活を嫌い、「家に帰りたい」との訴え、薬が多すぎることへの不安からご家族がNPO法人に相談に来られる。「環境改善から」と、自宅に戻る。家の外では思考も安定し、年齢相応の会話が成立することから、抗精神病薬の減薬、安心できる居場所へ通所して日中活動を複数の人と行う生活をしていくというサポートの方向性へ。副作用の足の震え（薬剤性パーキンソンニズムの症状）や突然の思い出（フラッシュバック）などが見られるものの、穏やかな性格から、落ち着いた居場所、後に福祉サービスの生

活訓練通所が続いた。

グループホームから自宅に戻ったものの、家での、父の「○○しなさい!」「なんで○○できないの?」などの励ましを込めた言葉(穏やかな口調だが)を字義通りに聞き、それができない自身を責め、自ずと自己評価が下がる状態が続き、フラッシュバック、言葉・音などへのとらわれ、連想の連合から妄想的ストーリーづくり、思考伝搬様観念、それらが記憶・増幅され拡大し情報の混乱状態、口渇による水中毒症状(1日に5~6リットルのお茶)、そして東日本大震災の連日のニュース報道から、家から出られない、チック症状などの出現から任意入院となる。

統合失調症の陽性症状も陰性症状も抗精神病薬の効果も見られず、薬漬けによる副作用と元々苦手な対人関係が希薄化し、一人の時間が増えた事によるフラッシュバック(自生思考)の連続・連合などから、社会的生活スキルが未獲得のまま今の年齢になられたことへの自己否定感情も追い打ちをかけている。

入院して数週間後に、情報処理の混乱を来す音や映像などの刺激の極めて少ない閉鎖病棟にお見舞いに行った時には、居場所で見えていた穏やかな表情、スムーズな歩行にもどられていて、何よりも「話が飛ばない会話」ができた。前頭連合野及び中枢神経における情報処理機能の障害が、精神状態、そして社会生活に大きく影響を与える発達障害の基本的な基盤を目の当たりにした。

退院後、地元の相談支援事業所を中心にホームヘルプ、ガイドヘルプ、訪問看護のサポートが入り、事業所への通所再開が始まる。

2. 事例における共通性と未獲得のスキル・レディネス、支援的関わり

いずれも現在正規就労していない成人であり、共通点や重複した傾向をもっておられるため、まず概略的に整理してみる<表1>。

<表1>8事例の共通性・個別性検討(概要)

	イジメなど被虐待体験	障害特性への周囲の気づき	相談できる相談相手や友人	相談支援面接など	居場所など他者交流の場	対人関係トレーニングの場	誤診・誤薬
事例1	○	×	×	○	○	○	×
事例2	○	×	×	○	○	○	○
事例3	○	×	×	○	×	×	○
事例4	×	×	×	△	○	△	△
事例5	×	×	△	△	○	○	×
事例6	△	×	×	○	×	×	△
事例7	×	×	×	○	×	×	×
事例8	○	×	×	○	△	△	○

(○:有り、△:少ないが有り、×:無い)

- イジメなど被虐待的体験(ご本人がそう認知している)有り:1, 2, 3, 6, 8(数字は事例No.)
- 医療や支援につながるまでの特性への周囲の気づき:全事例無し
- 悩みを話せるなどの相談相手や友人有り:5
- 相談支援面接・カウンセリングにつながっている:全事例
- 居場所など他者と集える場につながっている:1, 2, 4, 5, 8
- 生活訓練など対人関係トレーニングを受けている:1, 2, 4, 5, 8
- 統合失調症などの誤診の後に発達障害診断に変更された:2, 3, 4, 6, 8

次に、8事例を、愛着形成、能力のアンバランスさ、対人相互作用、知識・理解、認知の独特さ、社会関係性、第三者との関わり、誤診・誤薬、トラウマ、周囲の理解、相談支援、集団的支援の視点から簡潔に整理してみる<表2>。

<表2>8事例の共通性・個別性検討(詳細)

事例1 30代男性	
愛着形成	基本的に形成されているが、幼少期からの情動的交流不全などによる「わかってもらえない」体験などの蓄積から不信感や怒りが生じてきた。

能力のアンバランスさ	記憶情報の処理機能不全（すべて整理できないまま記憶していく）から情報過多・未整理状態で、集中、記憶想起、判断などに強度の困難さがあるが、言語化能力は低くない。運動面での左右差、複数での球技などでの困難さが顕著。
対人相互作用	気持ちの表現、相手の言葉や心理理解などの困難さから、「わかってもらえない」認知形成→不信→怒りが意識を支配していた時期は対人交流を避けていた。
知識・理解	上記状況により、集中困難を主な理由として、意欲に反して義務教育期の教育及び生活面で獲得できる知識が（一極集中型の対処法などにより）制約され、理解力の低下につながっている。
認知の独特さ	上記状況により、「独り」で考える方略しか持てず、自ずと独特の認知パターンが形成されていった。（わからない→なぜ教えてくれないのか？）
社会関係性	思春期以降、中等教育期および短期就労期において、家族以外との対人交流は極めて限定され、ひきこもり状態となっていた。
第三者との関わり	30歳を超えて、親が入会したNPO法人の居場所（後に生活訓練）に通い始める。
誤診・誤薬	抑うつなどの精神症状に対して、薬物治療が始まり、アスペルガー障害診断の後に二次症状としての抑うつなどに対する薬物治療を継続中。
トラウマ	幼児期より嫌悪体験は始まり、小学校高学年より「楽しいと思える記憶がない」ほど対人関係におけるトラウマが堆積してきていた。
周囲の理解	意欲の高い気質による「頑張ろう」とする姿に周囲は期待こそすれ、困難さや辛さを理解することができなかったばかりか、「やればできるはず」と励ます関わりが多かった。母親の家族会での特性の学びにより、家庭での会話が増えている。
相談支援	生活訓練の継続の中で、「気持ちを吐き出したい、理解してほしい」気持ちが強まり、個別の相談支援面接を通所2年目に開始。トラウマ処理、特性および自己理解、自己認知の変容などに取り組んでいる。
集団的支援	生活訓練における対人関係、後に就労に向けたトレーニングの場において、日々集団の中の自己理解や集団行動のスキル獲得をめざし取り組んでいる（毎日通所）。

事例2 20代女性	
愛着形成	母親が産後うつ診断で服薬治療中であったことなどから、物理的に形成不全であるとともに、特性による対人相互作用の困難さもあって基本的信頼感の形成不全が見られた。
能力のアンバランスさ	学習および身体能力面での支援は環境調整面での支援で十分だが、気遣いをし過ぎる一方でイジメに気づけないなど、他者の心理理解への困難さや薬物への過敏さ、身体感覚の鈍感さなどから体調管理面での支援が必要。
対人相互作用	他者の心理理解の困難さから酷いイジメ体験がトラウマ化し、孤立化、失感情状態となり、誤診へとつながった。
知識・理解	上記の通り、知識量は豊富で、理解力も高いが、経験値の低さから「勘違い」や「一面的な理解」が多い。

認知の独特さ	学習能力や意欲が高く、読書量の多さなども影響し、ユニークな発想をされる。
社会関係性	小・中・高と被虐的な体験の継続と、誤診による多剤大量処方により社会生活が制約されたこともあり、孤立化志向となった。
第三者との関わり	誤診・誤薬からの解放を求め、父親が探したセカンド医、そこから紹介された NPO 法人につながり、安心できる他者と出会い、単身移住。事業所通所と卒業をめざして高校通学を継続中。
誤診・誤薬	神経衰弱から始まり、統合失調症まで、数えられないほどの診断名が付き、多剤大量処方により統合失調症様症状を体験。セカンド医のアスペルガー障害診断により減薬がすすみ、現在服薬無しで生活できるレベルに。
トラウマ	失感情から母親の自死を正しく認知できないほどの状態となっていたが、セカンド医によるトラウマ処理、自身の学びと自己との語り、生活訓練と通信制高校での安心できる他者関係などによって著しい改善が見られる。
周囲の理解	精神科受診に至るまで、家族も理解できず、入院においても精神症状の鎮静のみに着目してしまっていた。
相談支援	NPO 法人理事長の必要時の相談支援、父親の家族会での学びと支援、生活訓練通所時間内のスタッフとの会話の中での相談支援などを継続中。
集団的支援	生活訓練、および通信制高校での集団的支援が功を奏し、今では集団行動に望んで参加している。

事例 3 30 代男性	
愛着形成	ASD の特性の強さとトラウマの強さから、乳児期の愛着形成そのものはわからないが、単身生活を始めた後の母親への依存心の強さなどから、基本的な信頼感は形成されつつも、後に形成された対人不安・不信の強さが勝っていた。
能力のアンバランスさ	小学校低学年からの酷いイジメと入・通院生活の継続で、学力・生活スキルも極めて低い状態であったが、トラウマ処理がすすむにつれて学びの取り戻しによる知識獲得、理解力の高さによるスキル習得は周囲を驚かすほど。顕著に言語性優位。
対人相互作用	就学前までは楽しい記憶があるが、就学後は個人的体験以外での楽しい記憶がないなど、周囲の全てが「敵」という状態で、自らも周囲からも関係性を築くことはなかった。
知識・理解	学齢期における学ぶ機会を喪失しており、今は学びたい思いが強まる一方で総合的な知識・理解の低さからもどかしい思いをしつつ、支援者のご本人のペースに合わせたサポートの中でゆっくりと生活スキルを軸に学び直している。
認知の独特さ	被害的認知パターンが強度（攻撃性で表現）で、当初は一般的な認知を理解できなかった。シングルフォーカスのこだわり特性や完璧・潔癖観念の強さが顕著。
社会関係性	30 年余りにわたる劣悪な対人関係性を耐えて生きてきた。疑いつつも、信頼できる他者との関わりが始まったことで、ゆっくりとその必要性を感じ始めている。

第三者との関わり	30代の後半に入り、母親がNPO法人を知り入会。学びを始めつつ、ご本人を居場所にながすが、強い緊張感などから逆効果と判断し、個別相談支援面接に移行。
誤診・誤薬	毎日の酷い集団的イジメに遭いながらも「学校は行くところ」という律儀さで通い続け、精神症状を呈しないはずがない。結果、長期の統合失調症の誤診・誤薬となるが、転院により高機能自閉症診断となり、減薬をすすめている。
トラウマ	就学前の「楽しい記憶」以外の全てがトラウマになってきた、と言っても良いほどの状態であった。
周囲の理解	誤診されるまで二次障害としての精神症状の理解もなく、発達障害としての理解は30代後半に入ってから。
相談支援	支援者との関係性作りとトラウマ処理を基本とした相談支援面接を1年ほど継続した頃から、怒りや恨み以外の感情についての語りが始まる。母親、地域の相談支援事業所と情報共有・連携しつつ支援を継続している。
集団的支援	1対1の関係性が複数と築けてきた段階であり、まだ知らない他者や集団への不安感が強いいため、意欲は形成されつつあるものの、他者集団への参加は拒んでいる。

事例4 40代女性	
愛着形成	現在の母親への依存度を見ると、基本的には形成されていると思われるが、ストレスへの攻撃的表現のすごさからは不十分さも疑われる。
能力のアンバランスさ	一貫校であったこともあり、得意科目1科目の成績の良さで大学へ進学するが、環境変化や勉強の仕方がわからないなどから退学。軽度精神遅滞診断が示す通り、金銭管理などADL面での支援が必要なレベルである。
対人相互作用	小学校から友だちは1人で、学校と家の往復のみの生活などから、対人交流への興味そのものがほとんどなかったと思われる。
知識・理解	ASDの特性と軽度精神遅滞から、興味あること、テレビなどから入力・記憶される情報などを除いて、知識として結晶できず、理解力も低い。
認知の独特さ	「ウソがつけない」という基本特性を、自己防衛のためのわかりやすい「ウソ」が上回る。革製品の洗濯、スリムな体型へのこだわりから食べ吐きが止まらないなども、神経症状ではなく独特な認知によるものである。
社会関係性	饒舌であるため、周囲からは問題と思われなかったが、一方的な発話と独特な認知による（攻撃的な）反論がほとんどで、対人交流を求めているものではない。集団への自身からの参加はない。時に両親を労る言葉が出ることもあり、人間発達上の成長が見られる。
第三者との関わり	万引きによる逮捕から控訴審の過程で、弁護士の紹介により相談支援面接を始める。発達障害の専門医に転院。収監前と仮釈放後に母親と相談室に来られていたが、乗換駅の駅ビル商店街が怖い（万引きしてしまうのではと）という理由で中断。地域の福祉サービス事業所に1年かけてつながる。

誤診・誤薬	摂食障害的な行動（吐き戻し）は成人前に始まりカウンセリングに。成人後に精神科受診、摂食障害として服薬治療を続けるが効果無し。
トラウマ	万引きによる逮捕・収監は大きなトラウマとなっているが、窃盗罪の理解は不十分で、ストレスによるイライラを家族に対して攻撃的に表現することも一種のコーピングとも言える。
周囲の理解	饒舌であることから、40歳を過ぎるまで発達障害、知的障害がわからなかったほどであり、「なぜ？」と思うことは多かったものの、医療受診していることもあり理解につながらなかった。
相談支援	相談支援面接が途切れた後、地域の就労系の福祉サービス事業所に1年かけてつなぎ、毎日通所しつつ所長などの支援を受けている。母親への相談支援を継続している。
集団的支援	通所事業所においては、作業中心の集団活動に参加できている。「やっと私の居場所が見つかった」は印象的な言葉である。

事例5 30代男性	
愛着形成	基本的に問題ないと思われる。
能力のアンバランスさ	興味を持つととことん追求するが、興味を失うと取り組まないなど、学業面でも乱高下や高得点の科目の変化があった。視覚優位。言語化能力に問題は無いが、言語の意味理解に困難さが見られる。
対人相互作用	大学、大学院では誰とも話さなかった、という緘黙的態度でありつつ、サークル活動に参加するなど、独特な対人関係性。
知識・理解	知能検査はご本人の意向で行っていないが、平均以上の知能と判断できる。
認知の独特さ	他動的傾向も強く、独特な認知による行動化が早い。そのため、記憶情報の混乱も見受けられる。
社会関係性	本来の困難さを知的能力でカバーしていると思われる。
第三者との関わり	最初の就職先を社長とのトラブルで短期で退職した後、実家に帰り半ひきこもり状態に。親がNPO法人に入会し、生活訓練につながる。
誤診・誤薬	無し。
トラウマ	行動、生活上で問題となるものは無いと思われる。
周囲の理解	NPO法人に関わるまで、「違いやアンバランス」はあるものの、支援が必要とは思えなかった。
相談支援	生活訓練の中の会話などで、随時支援を行ってきた。
集団的支援	生活訓練での対人関係トレーニング、就労に向けた実践的な作業を通して、集団的な支援を行ってきた。

事例6 30代男性

愛着形成	現在の母親との距離をおいた関係性を見ると、不十分と判断できる。
能力のアンバランスさ	発話能力が高く語彙も豊富な方だが、言葉の意味理解は困難で、一面的。多情報の統合処理や応用・関連づけも困難。高校でのトラブルまで、学力的問題はない。
対人相互作用	運動部の部長をするなど、対人関係能力はそれなりにあるが、独特な認知や一方的な解釈などから、相互理解レベルには至らない。
知識・理解	一般的には高い方だが、一面的、一方的、自己都合的な面が強く見られる。
認知の独特さ	裏をかきすぎる、全ての事象について論理的説明・解釈を必要とする、その解釈が独特。
社会関係性	友人・知人は少なくない方だったが、自己都合的に「友だち」、「彼女」と（疑いつつ）認知していることなどから、トラブルが多い。家系・血統が良いとの思い込み（？）から、他者への見下し観が強い。
第三者との関わり	高校でのトラブル後5年ほどのひきこもり状態となったため、母親がNPO法人に相談、入会。ご本人を居場所（後に生活訓練）につなぐ。スタッフへの暴力行為（ご本人は励ましのつもりで背中を軽く叩いた、と言うが見ていた利用者が「痛いだろう」と思ったほどの力が入っていたため）から通所利用停止に。家から外へ出ることの継続と会話スキルを高めることを目的に相談支援面接を始めた。
誤診・誤薬	ひきこもり状態での二次的な精神症状を統合失調症の疑いとされ、抗精神病薬による服薬治療が始まる。主治医と粘り強く話し合う中で減薬をすすめるが、微量は必要なレベル。
トラウマ	高校時代のトラブルがトラウマとなり、他の事象もそのトラブルとの因果関係で解釈しようとしてきたが、時間の経過とともに解釈不能になってきている。
周囲の理解	トラブルによるトラウマ、その後の不本意な待遇やひきこもり状態の中で、認知に歪みが生じてきていると感じながらも通院治療をしていたことから、医療に頼るしかない状態であった。今もって、ASDの特性はあるものの、二次症状発症の機序や改善の方向性が見出せずにいる。
相談支援	生活訓練利用停止後、相談支援面接を1年ほど継続。現在は入院病棟にて看護師、OTなどによる支援。グループホーム入所に向けての支援が行われている。
集団的支援	生活訓練。「暴力」行為が起きるまでは大きな問題無し。

事例7 20代男性	
愛着形成	問題点としては考えられないが、これまでの面接で母親との会話が他人行儀な印象であることが気になる。
能力のアンバランスさ	視覚優位。全般的能力に問題はないが、会話・話し方が、相手に関係なく丁寧すぎ、その使い分けができない。それを自己変革課題と考えている。

対人相互作用	丁寧すぎ、気遣いすぎる特性の影響から、距離感を感じさせてしまう。
知識・理解	とりたてて問題はないが、相手の言葉の意図が「こういう理解で良いのか？」と確信が持てずに悩み続ける傾向がある。
認知の独特さ	自分が頑張るしかない、という認知が強く、家族との会話が乏しい。
社会関係性	積極的ではないが、適度に築けている。
第三者との関わり	大学時代にアイデンティティー拡散状態による抑うつから自閉的傾向を増したが、その前後は一定数の人たちと関わっている。親友と言える友人、信頼して自己開示できる相手はいない。
誤診・誤薬	無し。
トラウマ	特筆するものは無い。
周囲の理解	まじめさ、謙虚さ、笑顔、などから支援が必要な特性があるとは見られずに来ていた。
相談支援	自らカウンセリングを希望し、相談室につながる。ASDの特性がいくつか見られたため医療受診につなぎ、「特定できない程度のアスペルガー障害の特性がある」との診断をもとに、不定期に相談支援面接を継続中。
集団的支援	必要としないレベル。

事例 8 40代男性	
愛着形成	母親がご本人の入・通院治療中に死亡していること、ご本人から母親のことが語られないことなどから、実態としてはわからないが、親和性の高さから問題ないと判断する。
能力のアンバランスさ	全般的に能力レベルは高いが、過剰刺激の環境においては、記憶情報の処理機能不全から情報過多となり混乱を呈する。この「忘れられない障害」特性から、集中に困難が生じ、持てる能力を発揮できない。
対人相互作用	言語化能力、気配り、親和性の高さなどから、コミュニケーション上の問題は無い時が多いが、情報の混乱が生じると、話題が飛んだり、一方的な会話になる。
知識・理解	記憶力、理解力は高く、知識も豊富。しかし、それが情報過多となり混乱を生じさせる。
認知の独特さ	一度、わからない状態になると、それをさらに追求することを諦める認知パターンが目につく他は、認知に問題は感じないレベル。
社会関係性	知らない人、理解できない人との関わりを不安に感じて避けようとする傾向が強い。グループホーム生活を嫌がったことが顕著に示している。
第三者との関わり	高校では運動部に所属するなど、多数者との関わりを持っていた。情報混乱型のパニック状態を統合失調症と診断され抗精神病薬治療が始まって以降に、対人不安が強まり、ひきこもり状態に。

誤診・誤薬	統合失調症診断で20年余り多剤大量の薬物治療を受ける。
トラウマ	父親の命令口調の言葉へのとらわれ。
周囲の理解	父親にASDの特性が強く見られ、自分の興味・関心の押しつけや、できていない事への叱責・命令（言葉自体は優しい）が多く、ご本人の状態理解はできないままできた。
相談支援	兄と父親がNPO法人に相談・入会され、特性の学びを始め、ご本人の生活訓練利用が始まる。行政や保健福祉関係の書類関係など、随時相談支援に応じている。
集団的支援	生活訓練で、大人数の集団生活場面に慣れるトレーニングを継続してきた。

3. 具体的な支援とその有効性・課題

<高機能群ゆえに気づかれにくい ASD 特性のある成人が抱える発達障害因子の共通性や共通した未獲得のスキル・レディネスはあるのか>

- イジメなど対人的な被虐待経験を学齢期～思春期に受けると、対人関係性を苦手とする特性も加わり、他者への信頼感を築けないまま、友人や相談相手を持ってない。【全事例】
- 愛着形成は、親和性の高さや親への依存的な態度などから、事例2を除いて概ね問題の無いレベルにあると思われる。ただ、高機能群であるために知的能力でカバーし対処していたり、事例6、7で見られるように家族機能の問題が見受けられるケースもあるため、基本的信頼感の形成にまで至っていないという視点も大切である。岡田(2011)は、発達の問題の背景に「かなりの割合で愛着の問題が関係している」、「困難なケースほど、(略)症状が複雑化し、対処しにくくなっている」とし、愛着スタイルを「第二の遺伝子」と言えるほど、その影響をその人の人生に及ぼすと言う。【事例：2、6】
- 得意・不得意などの能力面のアンバランスは全事例で見られ、酷い場合にはそれを理由としたイジメ、自己評価の低下、二次的な精神症状の出現、そして統合失調症と診断されてしまうことにもなる。事例3のように、早期より二次症状が表面化している場合には、この能力のアンバランスさすら阻害して見えなくなってしまう。【全事例】
- この能力のアンバランスさは、対人相互作用や知識・理解、認知の独特さ、社会関係性などにも大きく影響を与える。特に、言語化能力が高いと見られる方で、実は言葉の意味理解が辞書の1番目の意味だけの字義通りの理解だったり、相手の心理的意味が理解できなかったり、一方的な話で「会話」になっていなかったりする。特異な言語コミュニケーションとなり、定型発達者には違和感を感じさせてしまい、その社会から疎外されてしまうことにもなる。日常生活や社会生活などにおけるスキルが「獲得できていない」と言うよりも、各々が各々のスキルにおいて、そのレディネスが成熟するに至っていない状態にあると言える。【全事例】
- また、「わかっているはず」の一般的な常識や知識、スキルなどが獲得できていないことに、大人になってからある局面でようやく気づくことが少なくない。異常な言動などが生じるまで、家族も発達障害の特性や「違いやアンバランス」に気づけていない。アセスメント面接や診断後に、「少し変わっているとは思っていましたが」「そう言えば、いつも一人でした」などのエピソードを思い出されるケースがほとんどである。
- 居場所や生活訓練などの対人関係トレーニングにつながっていない事例は、3の学校在籍中ずっとイジメを受け統合失調症診断された方と、6の被虐待体験の後に独特の認知特性の強さと独自の論理構築志向により対人的交流を絶たれた方、7の短期契約ではあるが就労や技術習得に意欲的である方の3名である。言い換えれば対人交流できない段階にある方と、対人交流能力にあまり問題のない方である。成人後に対人交流できない段階にある方は困難事例である。
- 8事例のうち5事例で、発達障害を、統合失調症をはじめとして他の精神疾患として誤診・誤薬されている。3、8の事例では、長期誤薬によって脳神経への残渣の影響が認められ、認知機能に後天的なダメージを与えている。1は思いっくだけの診断名を付けられ、薬によって統合失調症様症状（幻視・幻聴など）や解離などの精神症状を体験されたが、長期服薬にならずに抗精神病薬などを中断したことでダメージを少なく抑えられている。

以上から、発達を疎外する一定の共通した要因があることがわかるが、それぞれの生得的な脳機能の違いに起因する特性や「違いやアンバランス」のレベル、育ちの環境（特に対人関係性）、愛着形成の状態、二次的な精神症状出現の有無とそのレベル、さまざまな未獲得・未成熟のレディネス状態などから、共通しつつも一人ひとり異なる組み合わせがあり、一様のグループ化や支援マニュアル化をすることは、ご本人理解を阻むことになる

恐れがあるため、「個別支援が基本」であることを改めて確認させられた事例検討になった。

< 阻害されたスキル獲得レディネスを促進・達成していく支援を行うことは、その人らしい発達保障となるのか >

- いずれの事例も、本論の第1章 1. および 2. で「対象」と規定した ASD 特性を多かれ少なかれ有しており、先天的特性に加えて生後の生育環境・対人関係において、限局した情報収集・スキルとしての蓄積や独特の認知形成、不安やトラウマ体験などにより（定型発達者が主体である）社会への適応などにそれぞれの個別のレディネス未成熟の課題を抱えている。
- 医療や支援につながるまでの特性への周囲の気づきが全事例において無いことも高機能群ゆえの共通特性と言える。
- 事例 1, 2, 3, 6, 8 に見られるイジメなど被虐的体験（ご本人がそう認知している）が有る場合に、いわゆる「思春期の喪失」「空白の 10 年（こう表現される方が多い）」などが生じ、思春期における獲得課題を乗り越える機会がすっぽりと抜け落ち、成人後にも課題としてそのままあるいは部分的に残ったままであったり、トラウマとして蓄積あるいは自己理解を求めようとしての独特な認知形成として新たな阻害要因を形成してしまう場合もある。また、事例 2.3.8. のような誤診による長期の多剤大量の抗精神病薬などの服薬がその原因となったケースは、杉山（2011）らが指摘を始めたように、現在の精神科医療における診察・診断・治療のあり方に大きな転換を求めるものである。
- 対人不安や孤立、ひきこもり状態などから、対人相互作用によるさまざまな社会関係性課題のレディネス成熟・獲得が進まず（成長抑制や歪み）、周囲とのギャップが広がるだけでなく、「気づけない」から「わからない」となり困り果てた家族が支援機関の相談につながる。
- 未成熟のレディネスとして、ご本人や周囲が困った状態になる共通の課題としては、やはり「社会関係性」が大きい。「一人が安心、快適」であるが「みんなとも一緒に楽しみたい」という矛盾した認知がジレンマとして生得的に存在し、その葛藤に苦しむことも ASD 特性のある方が思春期に体験する大きな障壁である。「一人で安心、快適な場」と「みんなと一緒にでも安心・安全で楽しいと思える場」の双方を体験し、それぞれの場を持つことと、その 2 つあるいはそれ以上の場を日々繰り返しつつ、自身の安定を保てる方策を獲得できるようにサポートする第三者の存在が不可欠である。NPO 法人における生活訓練による具体的な実践は、「人間関係を築く、人との距離の取り方がわからないのであれば、年単位になるがそれらを獲得するために対人関係トレーニングに通う」「複数の人と集う」「雑談力をつける」「場の空気を読み適切な言動を獲得する」の 3 点が通所される当事者の共通の課題となる（田井：2011「精神科医療リュミエール」182-191）、「障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、『居場所』を通じて学ぶ」という実践がされてきた。「居場所」という空間を通じて、職員との会話や面談を通じて、自身の障害を知ることが、社会生活を送る上でのポイントとなっている（「知的障害者・精神障害者等の地域生活を目指した日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する調査と支援モデル事例集作成事業」：2011）などで、詳細に紹介されているので参照されたい。【事例：1、2、4、5、8】

高校・大学への再・編入学で学びを再開される、一人住まいに挑戦される、憎しみと怒りの対象だった他者を信頼できる気持ちになる、「やっと自分の居場所が見つかった」と毎日事業所通所ができるようになる、自己評価を高め再度就労にチャレンジする、契約社員ながらスキルアップのための努力をしながら正規就労をめざすなど、阻害されたスキル獲得レディネスを促進・達成していく支援を個別に丁寧に取り組む中で、6 事例において人間発達上の大きなハードルを越えて行かれている。精神症状の進行を止められなかったり、再発した事例が 2 例あるが、医療や地域の社会資源との連携で必要な入院治療と退院後の生活環境調整への取り組み、または通所再開へとつながっている。人間発達はスモールステップ、小さな発達課題をこつこつと達成していくことであり、その達成にはそれぞれのレディネスが整っていることが条件となる。脳機能の「違いやアンバランス」をベースにさまざまな阻害要因を抱える ASD 特性のある方がその人らしく発達していくために、それぞれの段階で必要かつ適切な部分的な第三者（個人及び集団）による支援が不可欠であると言える。「障害」や「違いやアンバランス」、それによる困難や社会からの疎外などは、自己責任でも、家族だけが抱えなければならない課題でもないばかりか、そうした視点こそが大きな発達の阻害要因であることも、事例検討の中から明確になってきた。

< 社会的参入意欲向上に向けた相談支援と集団的スキル・トレーニングは有効なアプローチか >

- 8 事例とも何らかの形態で相談支援面接やカウンセリングにつながっており、「自分の気持ちを誰かにわかってほしい」「理解してくれる人と話したい」というニーズを持たれている。
- （定型発達者が）「当たり前」「わかっているはず」と思っていて関わってきた多くの事が、実は「わかっていなかった」事が、ご本人との相談支援面接において初めて「わかる」。未成熟のレディネスは基本的に個別的であり、「わかっていない」事を「支援者」が「わかる」ことから支援は始まるが、そのレディネス促進に向けての支援も個別的でありつつも、（安全な）「集団」経験を体験していない、あるいは失ったことから獲得できていないスキルは、（安全な）「集団」の中でメタ認知を強めつつ、一つひとつゆっくりと獲得して行けるという、個別的支援と集団的スキル・トレーニングが相互補完的に機能する環境が必要であることが、事例 1, 2, 4, 5, 8 からわかる。本研究における個別的支援とは、家族からのご本人の生育歴の聴き取り、個別の相談支援面接、集団的なスキル・トレーニングの場におけるその場その時のサポートなどであり、

集団的なスキル・トレーニングとは、居場所や障害者自立支援法（現行）における「生活訓練」などの安心・安全な対人関係トレーニングの環境での学び・体験である。

- 個別的であれ集団的であれ、獲得機会を得られなかった生活面や対人関係性における具体的な学習課題的なレディネスの多く（基本的な日常生活上のスキルやあいさつなどの固定的な会話スキルなど）は一定補完していけるが、特性の本質的な部分としての対人相互作用や認知パターン、言語的コミュニケーションの特異さなどの定型発達者主体の社会関係性における「適応」課題は、長期的な理解あるサポートの継続と環境調整・改善、ご本人の年齢的成長によるところが大きい。

以上のことから、個別的支援や集団的なスキル・トレーニングが、社会関係性の改善や社会参加意欲向上などに有効なアプローチであると言える。

集団的なスキル・トレーニング（生活訓練）で行っているプログラムは、先行研究で紹介する NPO 法人運営の障害福祉サービス事業所における、ご本人たちのニーズからそのほとんどが生まれたさまざまな取り組みである。毎日行われるものは、麻雀（を中心にゲーム）・手芸品製作・おやつ準備、掃除&後片付け、週単位で行われるものは、パソコン教室・おやつ&料理づくり・買い物・音楽教室、月単位で行われるのはボウリング大会・DVD鑑賞会・絵の教室・みんなで語ろうプログラム、などである。

人と語る、集う、楽しむという体験が少なく、それらのスキルが未獲得な人たちにとって、麻雀やみんなと語るプログラムなどは、「苦手なことへのチャレンジ」であるが、それを楽しみながらやれるようになることに集団的なスキル・トレーニングの意義がある。

なぜ麻雀か？ もちろんプロの雀師をめざすわけではない。4人（1人はスタッフ）と斜め後ろなどの位置からもう1人のスタッフという構図を基本とし、規則正しく、高度なテクニックが必要で、勝敗を争うこのゲームは ASD 特性のある人にとっては（ギャンブルという認識を「ゲーム」として変容してもらえば）極めて興味を持って「はまる」ものであり、それを「雑談」をしながら「冗談」を言い笑いながら、お菓子を食べながら、隣の卓で起こった点数の高い「上がり」などに反応しながら行うという、特性を生かしつつ対人関係スキルを身につける「優れもの」なのである。スタッフは、利用者がどれだけ多く笑顔を見せてくれるか、雑談をしてくれるか、新しく参加し始めた利用者には場と人に慣れながら麻雀のルールを覚え「独り立ち」を早くできるようにサポートできるかを役割としつつ、対人関係スキルのモデルとして関わるという重要な存在となる。

手芸品製作も同様に、実際に販売する製品づくりをしながら（あるいはできるようにならなくてもいいながら）、とにかく「雑談」である。

ボウリングに至ってはそれらの集大成とも言える。聴覚過敏や強迫性障害、対人不安などがある方が、公共のボウリング場で、騒音のなか、誰が使ったかわからないボールや靴を使い、誰かがストライクを出せば拍手喝采で盛り上がるなど、これまでの自閉症概念では説明のつかない姿を、利用者たちは見せてくれる。

毎日（最初は週に1日、30分から）、同じ場所に通い、概ね決まったプログラムでありつつも、その日その場で何を誰とするかは、「突然の予定変更」となり、あえてそれを体験してもらい「でも、大丈夫だった」体験を積んでもらっている。

場と人に慣れるのに時間のかかる人たちであることに違いはない。早くても半年、長くても2年を要する人も少なくない。だが、家以外に出かける所がある、安心して安全な人たちがいる、否定されることなく（間違っただけは注意・指導はされるが…）できたことは褒められる、そんな心地よく構造化された環境が、定型発達者主体の社会に「適応」できない ASD の特性のある人には必要であることは、その利用者が増え続けていることが明らかにしている。

しかし、それらが進んだとしても、家族（父・母などいずれか一人でも）との関係性が以前のままであれば、効果が半減（あるいはそれ以上）するだけでなく、さらなる阻害要因となってしまう（事例：4、6、8）。「障害」とされる特性や「違いやアンバランス」、ご本人の特性・個性、関わり方などについて、日々直截的に関わる家族が学びつつ共に変容していくことを喜び合える関係性が不可欠であるため、「もともと発達障害としての困難さがあったこと、正しく障害の理解をしていくことでしかこの先の困難を克服していくのが難しいこと、具体的な対応のコツの練習、相談資源や福祉手続きなどの情報提供などをする」（日誌：2005）家族の学びと情報共有・交流の場（家族会や家族面接支援など）がご本人へのサポートと併行して行われなければならない。これらをサポートする支援者の養成が急務の課題である。

第5章 考察

成人の ASD の特性のある人には一定の共通した部分がありつつも各々の生得的な違いやアンバランス、段階や状態があり、そのサポートには段階・状態に応じた構造化された個別の支援の多様な「器」が必要である。

1. 相談支援面接（カウンセリング面接）の有効性と課題

カウンセリング面接を「相談支援面接」と言い換えている理由についてであるが、定型（とされる）発達をされた方で、知的レベルにおいて障害レベルでない方に対して行われる臨床心理面接が、同じく知的レベルにおいて障害レベルにない ASD の特性のある方に対して行うことが困難であることから、「相談」を必要とされた場合にまず「相談支援面接」から関係性を築き、同じ認知の土俵に乗る必要があることによる。

ASD の特性のある方は、各々独特の認知特性を持っておられ、定型（とされる）発達をしたセラピストが定型発達者の認知によって、ASD の特性のある方に対して臨床心理面接を行っても、肯定的な傾聴、共感的理解、まして自己一致などが多くの場合できないという体験に基づくものであるが、ASD の特性、特に認知特性や、その方独特の認知やそれらを形成してきた生育歴・体験などを理解し、その土壤にセラピストが乗れた時に初めて、臨床心理面接が始められると経験的に判断し得る（事例：1、3、4、6、7）。また、ASD の特性のあるクライアント自身の言語理解・意思の言語的表出などのスキルが「会話」レベルを満たして、相談や悩みなどの表出をセラピストに対して行いたいという気持ち、セラピスト・クライアント関係構図を理解されていることも前提となる。

これらの事情から、形態としては「カウンセリング面接」であるが、その内実は「相談支援面接」の段階から、必要な場合に時間をかけて関係性を築き臨床心理面接に移行していくケースがある、ということである。

対象が ASD の特性のある方々であるため、「（親も含めて）誰もわかってくれない。僕がこんなに苦しいのに…」 「（支援者に対して）本当に医学や福祉を勉強しているのか」「（理解されないことは）障害者への虐待だ」…など、手厳しく、具体的な不満や怒り、課題やニーズを言語化してくれるケースが、言語優先型の型に多い（視覚優位型の方では、不満や怒りを自認する段階への寄り添い過程が必要となる。事例：1、4）。

こうした不満や怒り、あきらめ、慟哭を聞き続ける「相談支援面接」から、そのほとんどが始まる。10代の人もいれば、30代以上の人もある。40歳代になられると、「丸くなる」というか人間的成長・成熟から感情の波は穏やかになるものの、環境調整がすすんでいなければ、心的外傷体験は増え続けて行き、その内容は先鋭化し、自罰的思考の後に、他罰的・攻撃的に変化し、諦念化する傾向が多く見られ、一方で二次的に精神・神経症状を呈するケースも少なくない（事例3に顕著）。自殺及び未遂行為も決して少なくない。

「誰かにわかってほしい」「わかってくれる人に出会いたかった」。長期にわたってひきこもり状態にあった人、家族と会話を拒否し続けてきた人からよく聞かれる「第一声」である。初めて、ご本人に出会って、この第一声を発せられるまでかなりの時間は「はい」「はあ」「うん」「いいえ」、そして沈黙などのやりとりをしながら、ご本人は、関わろうとする支援者が、本気で関わろうとしているか、安心して、信じて良い相手であるかどうかを見定めようとする。「○」か「×」か、「ゼロ」か「百」か、を生きる人でもあるため、中間の妥協ができるようになるまでには、「人を信じる気持ち」を一定レベルまで回復してもらわなければならないし、それには人それぞれ、関わり方にもよるが、いずれにしても相当の時間を共有することが不可欠である。

ASD の特性があり、そのことからさまざまなトラウマ体験や無力感、自己否定感を抱えて来られ、ひきこもりなど自尊感情低下の状態や他罰的な言動が对人的に問題となられている方に対する第三者による相談支援は不可欠なものである。杉山（2005）は、「従来型のカウンセリングは効果が低い」とし、生育歴の聴き直しからきちんとした今の状態の診断をし、遷延暴露法と EMDR セッションによるトラウマ処理治療が有効であるとしている。EMDR は、所定の眼球運動をさせながらトラウマをあえて想起させ繰り返らせる思考行為の枠組みを治療者が提供するもので、被治療者は治療者を「相手」として過去を語りながら、その記憶情報を整理しつつフラッシュバックする記憶情報でなくすることなどにより効果があるとされている。そして、抑うつや社会不安障害、強迫性障害などの神経症状に対する薬物療法や精神療法が必要な状態の方にはそれらが必要であるが、根底にある不安感や不満足感などを「聴いてほしい」「わかってほしい」という欲求を満たすには、「聴く」「理解する（受容する）」対象が必要であり、家族はその親密な関係性や心理社会的環境要因（多くは負の要因としての）であることなどから、「吐き出し」の対象とならないケースがほとんどと言える（障害特性やご本人の個性を学ばれたご家族においては、関係修復、家族機能再生へと向かわれるケースもあるが、「学びの場」が不可欠となる）。両親（特に母親）のどちらか、あるいは両方が、ASD の特性がある場合、家庭での支援のキーパーソンとなりやすく、支援が進みにくいケースが多いことから第三者の関わりが必要となる。

ASD の特性のある方の場合、その方の主たる養育者との愛着や基本的信頼感の未形成、体験してきたさまざまな（被虐的あるいはアンビバレントな）出来事記憶の認知などによって、「誰もわかってくれない」「信じられる人がいない」といった状態から、傾聴・肯定的受容的態度で接するセラピストに対して、「この人は大丈夫。話を聴いてくれる。わかってくれる」と「○」を出した場合、その時から定型（とされる）発達者以上にセラピストが依存対象となりやすい。思春期・青年期における自我同一性獲得課題の未達成＝拡散状態および継続された状態なども、こうした状況に大きく影響している（人格的「発達」の遅れも ASD の基本的特性と言える）。これまで、会話によるコミュニケーションを望みつつも実現できなかったことが実現できそうに思えることになるため、その感情はよく理解できる。岡田（2011）は、「愛着の障害が深刻であるほど、カウンセリングや通常の認知行動療法が機能しにくい」とし、その克服のためには、原点となる親との関係性の改善が最も望ましいが、それが困難な場合には、第三者による「安全基地」としての関係性、子どもの頃の不足の取り戻し、共感的・体験的なプロセスと共に、「傷ついた体験を語り尽くす」言葉を介した認知的プロセスによる「過去との和解」と「アイデンティティの獲得と自立」が必要としている。

ASD の特性のある方の「語り」は、各々の認知特性も影響しつつ、とても独特でユニークで、一般的には理解できない解釈などが盛り込まれている（理由、論理的説明を求める思考をされる方も多く、哲学的思考領域に入られる方や、情報処理の機能的障害も影響しての記憶情報と現在取得した情報との混乱がコントロール不能になられる方も少なくないことなどから、医療受診において妄想・幻覚などの症状と判断され「統合失調症」診断に至るケースも決して少なくない。宮川（2011）は、統合失調症判断の主症状である妄想様状態について、ASD 特性のある人のそれは「むしろ私たち誰もが、抱いては捨て去る誤った筋書きの判断を、即時に、あるいは長期にわたって消去しきれなかった…とでも説明するとわかりやすい状態であるように思う」とし、また幻覚につい

ても「人に自分の体験した出来事を報告する訓練課題をしばらくさせたあと、それまで訴えていた幻覚体験について尋ねると、『想像して絵が頭に浮かんだということをおのときには言いたかった』と説明していた」というケースを紹介しつつ、「前提として自分の体験と他人の体験が違うということを認識していなくてはならない」と、統合失調症における妄想幻覚などと、ASD 特性のある人における統合失調症様症状（およびその表現）との違いを私見として述べている。（参考文献：誤診・誤処方を受けた患者とその家族たち＋笠陽一郎（2008）：精神科セカンドオピニオン-正しい診断と処方を求めて-, 有限会社シーニュ、適性診断・治療を追求する有志たち：精神科セカンドオピニオン2（2010）-発達障害への気づきが診断と治療を変える, 有限会社シーニュ、参照）。

障害による認知特性を十分に理解しないままに、この「語り」に肯定的に傾聴しようとしても、違和感こそ感じるものの、共感することはできない。しかし、その「語り」は、そのクライアントの意識・記憶としては極めて鮮明な「現実」のものである（あった）ことを忘れてはならない。セラピストがこうした障害特性をお持ちの方の「語り」を肯定的に「聴き」、受容できなければ、転移感情が起こるはずもない。障害特性についての基本的な理解と、その人の体験や認知を、その人の「現実」として受容できるスキルや経験がセラピストに求められることになる。事例 5. のクライアントは、「2 週間に一度、親に会いに行くみたいや」と母親に語っており、基本的信頼感の形成不全や自我同一性拡散状態からの「人格的成長」促進がその方の支援課題であることが見えてくる。滝川（2009）は、「発達を押し上げる力が弱いため、早くからカーブが緩やかになって、社会の平均水準に達しないまま水平へと移行し発達の意味での『成人期（おとな）』に入る」と共に、今の社会で発達障害がカテゴライズされてきたことによる困難さも指摘しつつ、「しかし、成長するがゆえ、そこでむしろ一般以上に生存の厳しさにぶつかるのが発達障害の現実である」としている。（杉山登志郎（2009）：成人の発達障害-発達障害と精神医学, そだちの科学 No. 13/11, 2p-13p、飯田順三（2009）：広汎性発達障害と統合失調症, そだちの科学 No. 13/11, 76-81、石川 元/市橋香代（2007）：アスペルガー症候群の歴史-統合失調症か人格障害かという論争から広汎性発達障害に組み込まれるまで-, 日本臨床第 65 号・第 3 号, 409p-418p、参照）

現行の障害者自立支援法の「相談支援」は市町村事業として、相談面接（アセスメント作成のための面接）の後に「支援計画」などを作成し障害福祉サービスなどに繋ぐためのアセスメントと「個別支援計画書」作成で 1 回：5,000 円の報酬単価（事業委託費は除く）となっていて、その利用者はとても公表できないほど少ない状況である。高望みをしないまでも、「人として当たり前のレベルで安心して生活できるようになりたい、そのために誰かに相談したい」と願う方に対する「相談支援」が、支援計画書づくりやサービス事業所へのリエゾン（事業所がその周辺地域にあれば、であるが）などで終わるはずがない（2010 年 12 月の国会最終日に第一七四回（衆第二七号）として成立した改正障害者自立支援法では、「発達障害」をその対象であることを明記するとともに「相談支援」の強化の方向性が示され、同法に替わるとされる方向で作成に向けた検討がすすめられている障害者総合福祉法（仮称）の骨格提案（2011 年 8 月）においても相談支援の具体的な充実施策が少し改善される形で示されているが…）。特に ASD の特性のある方の場合には、生育歴＝どんな心理社会的環境で育ってきたのか、何を体験しどう記憶→認識しているのか、どんな認知特性をお持ちか、それらのために今どんな状態にあり、何をどう困り悩んでおられるのか、何を希望されておられるのか、今何を不安に思っておられるのかなど、その方の背負っておられる背景を理解しつつ（自ら内面的な心情を語られることは「相談支援」事業の枠内ではほとんどなく、それらが語られる関係性づくりのための「相談支援面接」が必要なのである）、「相談支援面接」を保障し、今の感情（特に不安や焦り、いらだちなど）を傾聴・共感し、問題の解決・改善に向けたアドバイスや他の社会資源の紹介などの具体的なソーシャルワークこそが求められる。しかし、こうした求められる「相談支援」に対しての社会福祉の制度としての支援システムは、実態として少ない、あるいはお粗末なものと言える。『発達障害』は生涯にわたって支援を必要とするもの」（日誌：2005）であることを考えれば、障害福祉に限らず、介護福祉、医療福祉などにおいても同様である。公的機関が財政事情を理由に相談体制を制約し、外部の法人に事業委託を行っていること自体に問題があるわけだが、相談ニーズに立脚して財源を確保し、相談先の大幅な増加と支援人材（精神保健福祉士など）の育成・増加に本気で取り組んで行くことで、働けない状態にある多くの人が働く喜び、生きていく意欲を回復しつつ、納税者となっていくことこそが、社会福祉や障害者の就労支援の本筋であろう（事例 7）。

障害特性の理解を前提とした（面接室及び自宅訪問による）相談支援面接や集団的なスキル・トレーニング現場などにおけるその場その時の相談支援は、ASD 特性のある方に対して有効かつ不可欠な支援の「器」である。

2. 集団的スキル・トレーニングの有効性と課題

ASD 特性のある人で、ひきこもりや対人不安、強迫性障害、抑うつなどの神経症状や気分障害などを二次的に生じてしまう場合の原因で最も大きいのは「言い知れぬ不安」である。それまでの人生において、人・集団を「怖い」と認知するに至った人たちであり、同級生などの成長・変化に遅れをとったと自己評価を下げている人たちであり、「親に迷惑をかけている」「こんな自分は生きていても仕方ない」と自己否定思考を繰り返し、過去・現在・将来に、楽しさや夢、希望などを意識することが困難な人たちだからである。

体験的に「学習」によって「集団」を恐れ、自ら離れることを選択してきた人たちであるからこそ、安心・安全で「居ても大丈夫」と思える「集団」を体験し直してもらおうことでしか、その「言い知れぬ不安」を緩めることも、自己評価を上げて自信を持つこともできない。

安心・安全な場、人の居る環境に、決まった曜日、決まった時間に出かけ、さまざまなプログラムを「人」と一緒に取り組む体験を積んでいくことは、不安の解消などと共に、「社会適応」を困難にする障壁である ASD の 3 主徴（これら自体を変容することはできないが）を、それまでとは違う「やり方」で「適応」する方法を見つけ

て行くことでもある。人と話す、一緒にゲームをする、冗談を言う、人に気遣いをする…。自閉症の人は、これらが「できない人」と言われてきたが、それはこれまでの精神科臨床・研究や自閉症児・者支援の現場での経過的な到達点としての見方でしかない。「できる人」たちであるが、その「やり方」がわからないまま育ってきただけなのである。「個別支援」は「個別」の「支援」でなければならないことが、こうした安心・安全な「集団」における変容から理解できる。対人関係に困らない、楽しいと感じられるトレーニングを年単位で積み、多くのスキルを獲得しつつ自己評価を高めることから、次の段階へと自ずと導かれる。何かを「やってみよう」という意識を抱くという変化が生まれる。この段階を、大切に、ゆっくりと、その人のペースで上っていかけるのをサポートするのが、支援者の役割となる。事例 1、2、4、5 は、それまでの「不安」や「自分にはできない」という認知を、集団的かつ個別的なスキル・トレーニング（生活訓練など）という「器」において緩和・解消しつつ、次なる発達課題へのステップアップに向かえることを示す事例である。この有効性に着目しつつ、こうした「器」を提供する場が、全国各地に数多く作られていくことを願うところである。

一方で、後でふれる制度的な制約や要請によって、「働いていない人」に対する「支援」には、「就労」への移行とその「数」を重視するあまりに、無理な背中押しやプログラム化が、その人の特性や個性を無視して取り組まれていることが残念でならない。

3. 家族の学び、理解、関係性への支援の必要性

繰り返しになるが、ASD の特性は、高機能群ほど気づきにくい。周囲も気づかずに社会生活を過ごして行けば、「個性」で済むケースも多い（さまざまな分野で活躍をされている ASD 特性のある方が産業技術、文化など人類の歴史を動かしていると言っても過言ではない）。しかし、学校という「平均的であること」「みんなと一緒に」「校則を守る」といった画一的な行動を極度に求める社会は、特性のある方にとっては生きづらいものでしかないのが日本社会の現実である。脱「個性」を強いる社会では、ユニークさや特殊な能力などは、「困る」存在になってしまい、「特別支援」の名の下に通常学級から疎外されるという逸脱も実態として見られる。そうした画一的な社会に馴染めないという状態の中で、特性のある人が学童期・思春期を過ごすとは何が生きるか？ 対人相互関係の苦手さも下支えとなり、他者や集団から学ぶメタ認知能力の違いを基盤に、自我同一性をはじめとする対人関係性や社会生活上のスキル、さまざまな情動的な人格形成が阻害されるなどにより、成長していく上で獲得しておくべき課題を獲得できないまま成人年齢に達し、就労や社会生活場面で失敗体験や嫌悪体験を重ねてしまうことになる（事例 1、2、3、6、8）。獲得できていない課題や、資質として持っている苦手さなどをよく把握して、できることは伸ばし、できない、あるいは苦手なことは違うやり方で対処するという方法を身につけてもらう支援が必要となる。特に、思春期をどう過ごしたか（特性のある方は思春期が長期化する場合が多い）の聴き取り把握と理解は不可欠である。

成人の高機能群の場合、幼少期・学童期に、障害特性や違いやアンバランスに気づくことはまれであり（自閉症スペクトラム概念が形成されるまでは、自閉症の 3 主徴を概ね満たしている場合を除くほとんどが見過ごされてきた）、その間にイジメなどの被虐待体験を受けないこと、他の精神疾患の誤診を受けないこと、（必要な場合に）正確な診断を受けること（成人後も成長・変化の状態に応じて正確な診断が適切な支援の前提となる）が何よりも大切である。そして、気づいた時点で早期に支援的介入が行われなければならない。これらに失敗すると、「青春」を失い、「人生」までもやり直せないという絶望感と向き合わざるを得なくなる「困難事例」になりやすい。何と言っても生育歴、生活史の聴き取り把握と、得意・不得意や興味・関心、生活パターンなどの「その人らしさ」をできるだけ把握し、理解することである。そこで得た情報から、現在の状態との因果関係が見えてくることが多いからである。そして、ご本人が困っている（自分から語ることは少ないが、その時が支援開始のタイミングでもある。「困り」はあくまでもご本人が認知するものであって家族や周囲の「困り」ではないが、その事象の観察と捉え方が重要となる）状態が判断されたら、発達障害を診断できる医師に受診すること。診察形態にもよるが、生育歴の聴き取りをしてくれる医師は滅多にいないので、事前に妊娠後期頃から現在までのご本人の育ちの歴史を客観的にまとめて事前に医師に届けておくと、短時間の診察でも内容が濃いものとなる（相談支援を行う機関や団体、事業所などで聴き取りまとめてくれるところもあるので、医療受診を前提としての聴き取りを依頼してみてもほしい）。発達障害の診断が下りれば、後は特性（障害自体とご本人個人）の理解と関わり方の学びをすすめて、ご本人を支える視点で生活や関わりを日々見直しながら試行錯誤しつつ、ご本人との関係性を豊かにしていくことが不可欠である。岡田（2011）が指摘する、親との関係で育まれる愛着が「そのプロセスで躓いている」状態を修復するための関係の改善の必要性と併せて考えたい（事例 1、4、6、7）。

医療受診に加えて、田井（2009、2011）、日詰（2005）らが強調しているように、発達障害に詳しい相談支援者と関わること、都道府県・政令市の発達障害者支援センター、家族会などにつながることで、家族が障害特性とご本人の個性や関わり方、社会資源や医療・福祉施策へのつながり方を学ぶことが不可欠である。一番大切なのは、「家族で抱え込まないこと」、「ご本人と共に変容し家族機能を改善していくこと」である。こうした家族への支援や家族教室、家族会の運営やその支援に対しての（報酬を含む）制度的な保障の枠組みが求められる（現状はそのほとんどが個人の任意的な行為として行われている）。

4. トラウマ処理と自己評価を高める個別及び集団的支援の併行アプローチの必要性

脳の機能的な障害とされているため、平均的（定型発達をしている）とされる人と比較すると、いろんな面で「違いやアンバランス」が目立つ。その「違いやアンバランス」が、現代の学校社会や職場などでは、「KY」とかコミュニケーション下手などの対人関係性や、不得意なことが「できない」というレッテルとなって、集団か

ら阻害されたり、イジメの対象となったりしてしまう。そうした対人関係性を毎日のように何年も積み重ねていると、当然のように「他人は怖いもの」という認知形成がなされ、黙って人と関わらない、いじめられても笑顔で対処しようとする、バカにされたり理不尽で納得できない決めつけや押しつけを強要されても我慢し続けるなど、否定的な内省をしていく方が多く、自尊感情をどんどん低下させてしまう(事例1、2、3、6)。こうした嫌悪体験や、納得できない、受け入れられない体験などがご本人にどう記憶され認知されているのかを知ることが、心理的支援の鍵となっていく。ご本人自らが語る段階になれば、支援は問題解決型アプローチなどでスムーズにすすむこともあるが、強いトラウマ(フラッシュバックとして突然に持続的に連鎖的に想起され続けるきっかけとなる場合が多い)が形成されている場合や、言語化が苦手という特性の上に記憶したものは忘れられないという特性が加わるために情報過多となり、想起された情報が処理機能を越えて溢れ混乱する状態に至っている場合などでは、断片的な1つひとつの体験記憶とそれに対する認知を聴き取り整理しつつ、違う受け止め方や折り合い方などのアドバイスをしつつ、解きほぐしながら整理・処理することで精神の安定枠を広げてもらう相談支援面接が不可欠な場合も少なくない。言語表現や記憶、認知などの特性や苦手さなどから言語的コミュニケーション・スキルを獲得できていない、獲得が後れているケースでは、「誰かに自分の思いを聴いてほしい、わかってほしい」「理解できる人と話したい」「わからないから聞きたい」という段階を経て、安心・安全を確認できた支援者との「会話」から、ソーシャル・スキルの獲得課題へと段階をゆっくりと上っていく。

こうした変容は、個別相談支援からばかりではない。「居場所」や「生活訓練」という福祉サービスの通所トレーニングの場において、(もちろんその場や人に慣れつつであるが)サポートスタッフや他の通所者の小さな言動に「自分との違い」や「初めての体験」(言葉や声かけのタイミング、所作などなど)に直面し、学び・認識を変えつつ葛藤が始まる。精神保健福祉センターにおいてアスペルガー障害を受けた成人を対象としたSSTを実践した日誌(2005)は、SSTの「終わりの会」で参加者に「次回は何がしたいですか?」と問うと、「みんなとゆっくり話がしたいです。先生とも話したいです」というのが多いと報告している。そして、それまでの生活、あるいは家ではできなかったことを、ある日、自ら実行し始める。スタッフは見逃すことなくその場で評価する。「やったらできた」「(無理と思っていた、あるいはしようとも思わなかったことが)大した事ではないとわかった」という小さな成功体験の積み重ねが達成感となり、自己評価を高めることにつながっていく。こうした小さな自信が、人生の新たなギアを回し始める。

要は、それぞれの段階に応じたサポートが個別に必要なとともに、長期記憶や認知パターンは個人の内面で形成されるものではなく、自身を取り巻く関係性とその事象の捉え方の組み合わせで作られていくものであるという視点が必要である。

5. 就学・社会生活・就労を緩やかに支援する医療と連携した豊かな福祉的支援の必要性

早期スクリーニング検査などによる早期発見、特別支援教育、就労系の福祉サービスや障害者向けの就労支援、支援センターなどの相談機関設置など、発達障害者支援法、障害者自立支援法(2010.12改正)、障害者基本法(2011.8改正)などによって徐々に制度的に充実してきている。しかし、まだまだインフラ整備が始まったばかり、という状態とも言える(発達障害者の就業率の低さが揺るぎない証拠)。

ASDの特性が基盤にあって、不登校やひきこもり状態になったり、就労できない、できたとしても職場の人間関係などですぐに辞めてしまわざるをえない、統合失調症をはじめ他の精神疾患を主症状として誤診され不要な過剰薬物投与を続け状態が悪化するなどなど、「平均的」な社会生活・就業生活ができない状態にある方への社会的支援は、市町村事業の「相談支援」(支援計画作成と福祉サービス事業所などの紹介がアウトプット)と「就労支援」系福祉サービス、若者サポートステーション(方向性は就労)などが主たるもので、いずれも「就労」にどう結びつけるかに視点がおかれたものになっている。それ自体は必要な事業であるが、自己否定感情が強く、「動けない」状態にある方を、平均的な「就労」につなごうとするかなり強引な構図でもあり、成果が出ない事からも基本的な支援概念の見直しが必要である。特性により非「平均的」であることから人間発達課題が抑制・阻害されていたり、自尊感情が低いレベルの方には、正確な診断と二次症状への適切な治療、未獲得の課題の獲得のやり直しや違うやり方の獲得などの特に対人関係上のスキルの向上、他者から「認められ大切と思われる存在」として自己を肯定的に受容しつつ自我同一性を獲得すること、「やってみよう」と思えることを見つけてトライし達成感を体験すること、自身が得意とする分野でできる仕事やそのための資格などスキルを獲得していくことなどの、中間的、段階的、個別的で緩やかな期限を切らない支援が必要である(全事例)。こうした、個別支援を前提としたアプローチとして、「相談支援面接(カウンセリング面接)」と「居場所」などのメタ認知形成を核とした集団的スキルアップの場の提供が有効であることが、本稿で紹介した事例からも明らかである。現行の障害福祉サービスでは、訓練等給付の自立支援(生活訓練)のみがこうした支援に該当するが、2年という期間限定(必要と認める場合に12ヶ月上限の期間延長はある)なので、その期限撤廃と「相談支援面接」の報酬を含むサービス体系化が強く求められる。一人の安心・安全な支援者との関わりが形成されると、マズローの欲求段階説による「承認(尊重)」や「自己実現の欲求」へとさらに段階的にニーズを高めていく。それらを安心・安全の環境の中で、ゆっくりと体験・確認しながら対人関係スキルや社会的スキル、就労や社会生活に向けた意欲向上や課題認知を獲得していける「居場所」や一定構造化された障害福祉サービスの「生活訓練」などが重要な「器」となる。自身の自己認知や自己評価の高まりとともに、家族や近親者が特性や違いやアンバランス、ご本人の個性などを学び、受容的な関わりに変容していくことも不可欠な「器」であり、これらが多様に整えられ、相互補完的かつ促進的に機能することがASD特性のある人への支援に重要な「環境調整」の課題である。高齢者介護の場面における支援者の、ASD特性の理解と関わり方の獲得も新たな課題となっている。

以上の考察から、成人で ASD 特性があり、何らかの支援を必要とする人への支援には、家族、教育機関、医療機関、支援機関、関連領域の協力機関などの理解と連携が必要であり、その大前提として、障害特性とご本人の特性や個性の理解、ご本人の獲得できていないスキルや補うべきスキルを把握しつつ、将来の生活への希望につながる自己評価と意欲の回復・向上に向けた個別的な支援の「器」（構造化やアプローチ）の視点が不可欠である。

最近の Twitter 上では、「他に言葉ないんだからしょうがないんだけど、発達障害者の「訓練」っていう言い方、すごい差別的で失礼だと思うんだけど！」、「子どもに対してはぎりぎり「訓練」という言葉を使ってもいいが、苦勞して大人になった成人発達障害者にその言い方はないだろう！」、「『訓練』というと、何か使えないものを使えるようにする、みたいな感じがしますね…。」、「『お前らは歪んでるから矯正してやる』みたいなものを感じるよね。『わざわざやってやるんだ』的なニュアンスも見え隠れする。」、「訓練じゃなくて支援でしょう。」…など、発達障害特性があるために「社会適応（参加）」や就労困難な状態にある方々に対して行われるさまざまな取り組みに「〇〇訓練」などと「訓練」という名称が付けられていることへの違和感が、ご本人の方々からつぶやかれている。

就労（技能）、生活、対人関係、社会適応、などに「訓練」や「スキル」という単語がくっついて、障害者自立支援法にもとづく障害福祉サービスをはじめとして、公的制度においても、民間の施設や支援団体などでも、こうした表現が一般化しているのが実態である。

何かの能力や技術などが不足、欠落、未獲得、不十分な状態を補完して、「社会適応」できるようにすることを、定型者本意の社会では「訓練」などの言葉で脈々と表現してきているのであるから、「訓練」や「スキル・トレーニング」などの名称に、上記コメントをつぶやかれたご本人さんたちが違和感や差別感などを感じてしまうのも、もっともなことである。

発達障害はさまざまな能力に関する脳機能の「違いやアンバランス」や、それがあがるゆえにその後の成長において「失敗や苦手＝無理やできない」という認知形成が進んでしまったことで、不得意なことが「見えやすい」ことが多く、そのために定型発達者（と言われる“マジョリティー”）が主体となって形成したさまざまな「社会」において、「不適応」な状態になってしまうことが少なくないのが現状である。

私的には、「スキル・トレーニング」は許容範囲で、「訓練」はやはり「上から目線」の用語に思えるが、福祉サービスなどの行政用語が、発達障害を対象とする以前に作られていて、その体系が継続されていることや、支援者間の共通言語として一般化している現状で、名称を変えることは、時間のかかる作業だとも思える（もちろん必要で努力しなければならないが…）。

『発達障害』とは『普通の型』にはまらない例外「無限のバリエーションがあります」「（このバリエーション）すべてに共通するマニュアルなんて、作れるわけがありません！（きっぱり）」「発達障害の人が上手に生きるためのマニュアルは、きちんと発達障害の当事者と正面から向き合って、それぞれの当事者にオリジナルのマニュアルを丁寧に作りこんでいかなくてはならないものなんです」とご本人の立場からの工夫溢れる個別の支援の必要性が主張されている（しーた：2011「発達障害 工夫しだい 支援しだい」）。また同書で、監修の梅永は佐々木正美の次の話を紹介している。

「自閉症スペクトラムの人に社会性を求めるトレーニングをすることが、どれだけ自閉症スペクトラムの方を苦しめていることでしょうか。自閉症スペクトラムの人が社会性のトレーニングをするのではなく、回りにいる私たち、親や教師などの支援者が、トレーニングして彼らとの接し方を学ぶべきです。ソーシャル・スキル・トレーニングは、回りの人たちにこそ必要なのだと言ってもいいくらいです」

同書の1章のタイトルである「苦手なことは工夫でカバーする」、4章のタイトルである「自己肯定感を土台にする」は、私が相談支援面接をご本人やご家族としている時に頻繁に使っている言葉であり、これに「特性を理解する、ご本人自身の個性を理解する」を加えつつ、個別の支援（相談支援や集団的支援などの）課題と計画を、支援者がご本人と一緒に見つけ作成し取り組んで行くことこそが大切なのである。

第6章 謝辞

「自閉症スペクトラム（ASD）特性のある成人への支援…」という、先行研究も希少な研究を寛容にも受け入れて下さり、ご指導頂いた星薫先生をはじめとする多くの先生方、同ゼミの皆様にご心より感謝申し上げます。

本論文は、事例検討という研究方法により作成したものである。そのため、8人のご本人とご家族からの聞き取りや観察などをベースとしており、協力頂いた皆様には心より御礼を申し上げます。また、事例として登場して頂いてはいないが、私に関わってくれ、多くの知見やそのヒントをくれたご本人とご家族に深く感謝するものである。

医学的研究や、ご本人・家族によるものなど、発達障害に関する情報は論文、書籍、ネット上など、盛りだくさんになってきている昨今であるが、ひきこもり状態や就学・就労困難など成人期における社会不適応(?)な状態の改善に向けての、生活支援の現場からの実践事例は、そうした現場が極めて少ないために滅多にお目にかかれないのが実情である。本論文における支援事例は、そうした意味でも貴重なものになると確信するところである。

中でもその概念すら揺れ動く ASD 特性のある人の成人期で、発達上の支援を要する方は決して少なくない。しかし、その支援を具体的にしているところは、極めて少ないのが現状である。それを特定非営利事業としている NPO 法人における障害福祉サービス（生活訓練・就労継続支援 B 型）と、個人的に開業している相談室における支援に関わるという全国的にも希な環境に位置すればこそできた研究であり、ASD の特性のある方の内的世界に受け入れて頂き、その現実の課題に直面した支援者の一人として、一人でも多くの支援者に役立てていただくことが、協力して頂いた皆様へのお返しとなるものと、まとめ上げたつもりである。

<先行研究・引用文献>

- 岡田尊司 (2011) : 愛着障害-子ども時代を引きずる人々, 光文社新書
財団法人日本障害者リハビリテーション協会 (2011) : 厚生労働省平成 22 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害者・精神障害者等の地域生活を目指した日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する調査と支援モデル事例集作成事業」
しーた (2011) : 発達障害 工夫しだい支援しだい, Gakken
杉山登志郎 (2011) : 発達障害のいま, 講談社現代新書
田井みゆき・NPO 法人ノンラベル (2009) : パスポートは特性理解-青年・成人期のアスペルガー障害・特定不能の広汎性発達障害, クリエイツかもがわ
田井みゆき (2011) : 成人期の広汎性発達障害-当事者支援, 専門医のための精神科リュミエール 23, 182-191
滝川一廣 (2009) : 発達のおくれとおとなになること, そだちの科学 No.13/11, 14-19
日詰正文 (2005) : 成人期のデイサービス, そだちの科学 No.5/10, 53-58
宮川香織 (2011) : 統合失調症なのか, アスペルガー-症候群なのか, そだちの科学 No.17/11, 27-32

<参考文献>

- E. H. エリクソン (1973) : 自我同一性-アイデンティティとライフ・サイクル, 誠信書房
E. H. エリクソン (1973) : アイデンティティ-青年と危機, 金沢文庫
Lorna Wing (1981) : Asperger's Syndrome: a Clinical Account
アミー・クライン/フレッド・R・ヴォルクマー (2008) : 総説アスペルガー-症候群, 明石書店
カトリン・ベントリー (2008) : 一緒にいてもひとり-アスペルガーの結婚がうまくいくために, 東京書籍
テンプル・グランディン/ショーン・バロン (2009) : 自閉症スペクトラムのある人が才能をいかすための人間関係 10 のルール, 明石書店
テンプル・グランディン (2010) : 自閉症感覚-かくれた能力を引き出す方法, NHK 出版
ニキ・リンコ (2008) : スルーできない脳-自閉は情報の便秘です-, 生活書院
ニキ・リンコ (2007) : 自閉っ子, えっちらおっちら世を渡る, 花風社
綾屋紗月・熊谷晋一郎 (2008) : 発達障害当事者研究-ゆっくりていねいにつながりたい, 医学書院
飯田順三 (2009) : 広汎性発達障害と統合失調症, そだちの科学 No.13/11, 76-81
伊藤良子/角野善宏/大山康宏 (2009) : 「発達障害」と心理臨床, 創元社
石川 元/市橋香代 (2007) : アスペルガー-症候群の歴史-統合失調症か人格障害かという論争から広汎性発達障害に組み込まれるまで-, 日本臨床第 65 号・第 3 号, 409-418
石井哲夫 (2007) : アスペルガー-症候群のグループセラピー-東京都発達障害者支援センターにおける試行-, 精神医療 Vol. 33, No4, 441-447
市川宏伸 (2009) : 高機能広汎性発達障害, 児童青年精神医学とその近接領域 50 (2) 113-121
市川宏伸責任編集 (2010) : 広汎性発達障害-自閉症へのアプローチ, 中山書店
上野一彦/市川宏伸 (2010) : 図解よくわかる大人のアスペルガー-症候群, ナツメ社
太田純一郎 (2008) : 成人の発達障害, 精神医療 No49, 56-65
岡 南 (2010) : 天才と発達障害, 講談社
岡田尊司 (2008) : 「生きづらさ」を超える哲学, PHP 新書
岡田尊司 (2009) : アスペルガー-症候群, 幻冬舎
神田橋條治ほか (2010) : 発達障害は治りますか?, 花風社
久留一郎 (2003) : ポスト・トラウマティック・カウンセリング, 駿河台出版社
誤診・誤処方を受けた患者とその家族たち+笠陽一郎 (2008) : 精神科セカンドオピニオン-正しい診断と処方求めて-, 有限会社シーニュ
小林隆児 (2005) : 発達障害における「発達」について考える, そだちの科学 No.5/10, 2-8
小林隆児/大久保久美代 (2007) : 関係性を通して進める発達障害児の理解, 臨床心理学 39 号, Vol. 77, No. 3, 324-328
近藤直司 (2011) : 発達臨床とネットワーク支援, 精神科臨床サービス Vol. 11, No2, 174-178
齊籐万比古 (2009) : 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート, 学研
佐々木正美・梅永雄二監修 (2008) : 大人のアスペルガー-症候群, 講談社
佐々木正美 (2008) : 発達障害のいいところを大切にしたい (CD), 社団法人神奈川学習障害研究協会
佐々木正美 (2009) : 子どもの育つみちすじ (CD), 有限会社ぶどうの木
佐々木正美 (2009) : 発達障害総論 (CD), 有限会社ぶどうの木
佐々木正美 (2009) : 発達障害の多様性と連続性 (CD), 有限会社ぶどうの木
佐々木正美 (2009) : 発達障害の人々との共生 (CD), 有限会社ぶどうの木
佐々木正美 (2009) : 視覚的構造化というバリアフリー (CD), 有限会社ぶどうの木
佐々木正美 (2009) : 理解者が支援の資格をもつ (CD), 有限会社ぶどうの木
佐々木正美 (2009) : 子どもへのまなざし-「基本的信頼」と「根拠のない自信」を育てる (DVD), 有限会社ぶどうの木

- 佐々木正美 (2009) : エリクソンから学ぶ-コミュニケーションと社会性- (CD), 社団法人神奈川学習障害研究協会
- 佐々木正美 (2010) : アスペルガーを生きる子どもたちへ, 日本評論社
- 柴田珠里 (2005) ; アスペルガーと就労援助, そだちの科学 No. 5/10, 59-63
- 白瀧貞昭 (2007) : アスペルガー症候群の神経心理学, 精神医療 Vol. 33, No4, 429-434
- 進藤義夫 (2007) : 発達障害を抱えて生きる-大人になったら, 臨床心理学 39 号, Vol. 77, No. 3, 349-354
- 杉山登志郎 (2005) ; アスペルガー症候群の現在, そだちの科学 No. 5/10, 9-21
- 杉山登志郎 (2007) : ライフサイクルと発達障害, 臨床心理学 39 号, Vol. 77, No. 3, 355-360
- 杉山登志郎 (2009) : 成人の発達障害-発達障害と精神医学, そだちの科学 No. 13/11, 2-13
- 高岡健 (2007) : 自閉症論の原点-定型発達者との分断戦を超える-, 雲母書房
- 高木隆郎 (2009) : 自閉症-幼児期精神病から発達障害へ-, 星和書店
- 田中康雄 (2011) : 発達障害のある子どもの家族を応援する, ころの科学 No. 115, 2011-01-01, 20-224
- 適性診断・治療を追求する有志たち : 精神科セカンドオピニオン 2 (2010) -発達障害への気づきが診断と治療を変える, 有限会社シーニュ
- 十一元三 (2007) : 高機能広汎性発達障害とひきこもり, 心身医学 47(2), 134, 2007-02-01
- 土岐淑子/中島洋子 (2009) : 高機能広汎性発達障害の就労支援, 児童青年精神医学とその近接領域 50 (2) ; 122-132
- 鳥居深雪 (2009) : 「脳からわかる発達障害」, 中央法規
- 藤家寛子・浅見淳子 (2009) : 自閉っ子の心身安定生活!, 花風社
- 正高信男 (2009) : 天才脳は「発達障害」から生まれる, PHP 新書
- 長尾圭造 (2007) : 青年期の課題と対応, 日本臨床第 65 号・第 3 号, 539-544
- 広瀬隆士 (2011) : 精神科セカンドオピニオンの実践がもたらした衝撃, 社会臨床雑誌 第 18 巻第 3 号, 2011-02-27, 78-94
- 宮尾益知 (2009) : アスペルガー症候群 治療の現場から, 出版館ブック・クラブ
- 村田豊久 (2009) : 生涯にわたっての発達障害, そだちの科学 No. 13/11, 133-135
- 村田豊久 (2007) : 発達障害という事実を受け止めるために-インフォームド・コンセントをめぐる-, 臨床心理学 39 号, Vol. 77, No. 3, 329-333
- 村松陽子 (2011) : 発達障害の特性と支援の基本姿勢, 精神科臨床サービス Vol. 11, No2, 168-173
- 山崎晃資 (2007) : アスペルガー症候群の概念と診断, 精神医療 Vol. 33, No4, 403-412